

高齢者福祉における「住まい」の保障

井上 由起子

日本社会事業大学専門職大学院教授

はじめに

高齢者福祉を語る際には、制度体系を異にする二つの枠組みが存在することを念頭に置かねばならない。介護と孤立／貧困である。双方に該当する者も少なくないため、両者は実践現場では一体的に語られることも多いが、介護に保険制度が導入されたのを契機に、制度設計上、異なる枠組みのなかで対応策が講じられることとなった。厚生労働省においても、介護は老健局で扱われ、孤立／貧困は社会援護局で扱われている。数年前までは介護を中心に両翼に医療と福祉があるという印象だったが、地域包括ケアにおける医療の重要性が認識されるようになり、今日では医療と介護が一つの系を成し、福祉はそこから少し離れたところで論じられている印象がある。

いのうえ ゆきこ

日本女子大学卒業、清水建設勤務を経て、横浜国立大学工学研究科修士。博士(工学)。専門分野は居住福祉、介護経営。2001年国立医療・病院管理研究所(現・国立保健医療科学院)主任研究官を経て、2012年日本社会事業大学専門職大学院、准教授。2014年より現職。

著書に『いえとまちのなかで老い衰える』(中央法規、2006年、単著)、『わたしたちの住まいと生活』(彰国社、2013年、共著)、『介護福祉の組織・制度論』(光生館、2015年、共著)など。

介護と孤立／貧困をめぐる課題の背景には同じ通奏低音が流れている。社会保障における住宅政策の欠如である。本特集のテーマ「持家社会のリスク」は、社会的共通資本として住宅を位置付けてこなかった日本の姿を端的に表している。本稿では、居住の安定化の視点から、介護と孤立／貧困をめぐる課題と到達点を整理することを試みたい。

「特別な住居」の居住費負担の変遷

介護分野では、施設偏重から在宅重視への転換を念頭に、団塊世代が後期高齢者になりきる2025年を目途に地域包括ケアシステムの構築が進められている。ここで押さえておくべきは、地域包括ケアの構成要素と対価の支払方法の関係である。構成要素は住まい、保健・予防、生活支援、介護、医療の5つである。住まいは土台であること、そのうえに他の4つの要素があることが指摘されており、「福祉は住宅にはじまり住宅に終わる」という考え方がようやく日本でも理解されつつあるようだ。支払方法には自助、互助、共助、公助の4つがある。自助は自らの労働もしくは全額自費を指す。互助は制度化されていないインフォーマルな支えあい、例えば近隣の助け合いやボランティアを指す。生活支援と保健・予防は自助や互助で対応できる部分も多い。共助は医療保険や介護保険のように制度化された強制加入の相互扶助を指し、公助は自助と互助と共助では対応できない状況に対して、

表1 施設系サービスと住宅系サービスの費用負担

	サービス付き高齢者向け住宅							参考：特養			
	住戸数	対高齢人口整備率	家賃	サ高住費用	内訳			床数	対高齢人口整備率	居住費	特養費用
					低額物件	一般物件	高額物件				
全国平均	122,086	0.39%	57,231円	134,348円	17.5%	72.9%	9.6%	500,910	1.58%	6.0万円 (個室)	10.1万円 (個室)
東京都	6,726	0.24%	100,070円	194,319円	6.8%	54.5%	38.6%	38,476	1.35%		
埼玉・千葉・神奈川	16,467	0.32%	76,269円	168,757円	6.3%	78.3%	15.5%	72,424	1.41%	2.5万円 (多床室)	6.6万円 (多床室)
上記以外の政令市・中核市	44,236	0.55%	57,080円	135,498円	18.1%	71.1%	10.8%	113,318	1.40%		
その他	54,621	0.35%	48,859円	119,898円	20.8%	74.4%	4.8%	276,692	1.78%		

注： サービス付き高齢者向け住宅：サービス付き高齢者向け住宅登録システムデータ、2013.8現在。

特別養護老人ホーム：厚生労働省介護サービス施設事業所調査、2012.10現在。

サ高住費用とは家賃、共益費、食費、基本サービス費。特養費用とは居住費、食費。双方とも医療と介護の費用が別途かかる。

出所：筆者作成。

所得や生活水準などを定め、必要となる支援を税負担で行うものを指す。生活保護や介護保険施設の補足給付が典型である。

構成要素の1つである住まいの支払い方法はどうなっているのか。住まいの種類から整理を試みよう。高齢期の住居はサービス付の仕組みから、自宅、住宅系サービス、施設／居住系サービスの三つに大別される。施設／居住系サービスとは24時間365日にわたって介護職が配置されている中重度者向けのもの、特別養護老人ホーム（以下、特養）や認知症高齢者グループホームなどが該当する。これに対し、住宅系サービスとは生活支援サービスのみを付帯させ、介護は居宅の仕組みで届けるものを指す。サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）が典型である。住宅系サービスと施設／居住系サービスをあわせて「特別な住居」と呼ぶ。

特別な住居の居住費負担の変遷は複雑である。戦後、住宅政策は厚生労働省（旧内務省）から国土交通省に管轄が移り、厚生労働省は福祉としての住居を提供することとなった。1963年には老人福祉法が制定され、養老院が軽費老人ホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、有料老人ホームに整理される。当時、単身者は公営住宅に住むことはできず、軽費や養護は経済的に困窮する彼らの住居として機能した。その後、高齢化が進み、整

備の主軸は特養に移る。老人保健施設や認知症高齢者グループホームなども誕生し、低所得で生活に困窮した人たちの住居から、介護を必要とする人たちの住居へと施策は軸足を変えてゆく。

1973年の老人医療費無料化に象徴されるように、施設／居住系サービスの代表格である特養の居住費は無償すなわち公助であった。その後、介護保険が導入されると居住費は保険給付から外れることとなり、2005年から低所得者に配慮したうえで自己負担化された。現在、ユニット型個室は月額6.0万円、多床室は2.5万円の全国一律の公定価格である。価格は土地取得費用を含まず算出され、多額の建設補助も投入されている。北欧やオランダの住宅政策同様に、公費を投入しつつ家賃統制を行い、社会市場を構築していると考えられると分かりやすい。月額6.0万円の居住費が適切かどうかは議論の余地があろう。コンパクト設計、耐火木造、減価償却期間と償還期間のギャップの扱い方などによっては、低減できる可能性はある（オリンピック需要で建設費が高騰しているため、具体的な手立てを講じるには適切な時期ではないが）。

これに対し、2011年にスタートしたサービス付き高齢者向け住宅は、日本の住宅政策に則り市場を通じて整備を進め、供給量は18万戸に達する。支払能力が一定程度ある厚生年金層を主対象者

として想定し、この点は低所得者を強く意識している特養とは大きく異なる。

実際の費用負担はどうなっているのか。2013年8月現在の登録物件12.2万戸を分析した結果を表1に示す。家賃は全国平均で57,232円、「東京都」100,071円～「その他」48,859円で、地価を反映しエリアによって異なることが分かる。サ高住の費用負担のもうひとつの特徴は、施設／居住系では介護保険に含まれる見守りや生活相談が介護から切り離され、基本サービスとして全額自費となっていることにある。この費用は全国平均で約1.5万円である。家賃に共益費、基本サービス費、食費を加えたサ高住費用は、全国平均で134,349円、「東京都」194,320円、～「その他」119,898円となる。これに医療保険や介護保険の保険料と自己負担分3.6万円²を加えたものが最低生活費となる。

次に、エリアによって価格帯のバラツキがどうなっているのかを見てみよう。生活保護受給額以下で住める物件を低額物件、厚生年金の上位2割相当額で住める物件を高額物件、その間にある物件を一般物件とし、構成比を算出したものを表1にまとめた³。「東京都」では高額物件が38.6%と極めて多く、一般物件は54.5%と半数にすぎない。これに対し、「上記以外の政令市・中核市」では一般物件が70%を占める。住み慣れた都会でアフォーダブルな費用でサ高住に転居できない状況が続けば、サ高住を求めて周縁部へと高齢者の移動が加速する可能性がある。首都圏の周縁部や地方の県庁所在地で構成される「上記以外の政令市・中核市」ではサ高住の整備が堅調で、なおかつ低額物件が多い。この理由を詳細に分析する必要がある。すなわち、整備が堅調なのは、地価が手頃で「その他」よりも厚生年金層や共済年金層が多く事業性が担保しやすいからなのか、「東京」や「埼玉・千葉・神奈川」の受け皿になっているからなのか、どちらであろうか。

なお、生活保護受給者が多く居住する物件ほど、要介護度が高く、要医療者が多く、看取り実績があることが明らかとなっている。サ高住全体のなかでは特養の利用者像に近似しており、どちらで受け止

めるべきかを議論する時期にもきている。

自宅—高齢者住宅—施設の費用負担構造

サ高住は創設当初は早めの引っ越しを想定していたが、ふたを開けてみると平均要介護度は1.8を超え、特養ほどではないが介護を必要とする人々の早めの施設として機能している。我が国において北欧のような早めの引っ越しが成立しない理由を確認しておこう。住宅費用とサービス費用を切り分けて考えると理解が進む。

【サービス費用】 同じ要介護度であれば介護保険の自己負担額はどこに住んでいようと同じである。だが、生活支援サービスは違う。自宅では家族や本人の無償労働で賄われ、特養では介護保険でカバーされ、サ高住では全額自費の基本サービス費で手当される。この結果、サービス費用は高齢者住宅で最も高額となる。

【住宅費用】 高齢者の80%は持家に住んでいるが、売却してフローに変えられるのは都市部の良質な住宅地に限られる。市場で流通できる可能性があっても、同居家族がいたり、子世帯への相続を念頭におく場合も少なくない。施設や高齢者住宅への転居によって住宅費用が著しく増加するのが実態なのである。先述したように、特養は全国一律の公定価格となっており、低所得者には補足給付がある。これに対し、サ高住の家賃は土地価格を反映し、東京都では10万円を超える。サ高住の家賃補助は生活保護の住宅扶助に限定されている。この結果、住宅費用も高齢者住宅で最も高額となる。

このメカニズムのもとでは、早めの引っ越しは経済的に相当の余裕がある層に限定され、一般解にはなりえない。厚生年金層であっても多くは自宅でぎりぎりまで過ごし、引っ越しのタイミングは後ろへとずれる。住宅事業者は、後ろへとずれたタイミングを考慮し、住宅と呼ぶことに抵抗感を覚えるような住宅と手厚いサービスを整える。このようにしてサ高住は施設の代替機能を果たすに至る。

各国の住宅政策と特別な住居

高齢期の住居とケアのあり方は、どの国も同じような展開を辿る。要約すれば、「施設偏重主義を脱却して在宅ケアへと舵を切り、その過程で住居とケアの組み合わせが志向され、住宅という捉え方が脚光を浴びる」ということになろう。介護が社会共通の課題になると、施設は救済的な位置づけから脱却し、シンプルな応能負担の仕組みを模索する。前後して、施設／居住系サービスの限界が指摘され、在宅ケアの仕組みを使って介護を届ける住宅系サービスが登場する。ここまでは、どの先進国も同じである。この先が違う。

デンマークやオランダには普遍的な家賃補助制度と充実した公的賃貸住宅がある。この制度の存在を前提に、特別な住居に住宅と呼ぶにふさわしい居住環境を保障し、一般の住宅と同じく普遍的な家賃補助制度の対象とした。これにより、介護に伴う転居を本人費用負担の著しい上昇を回避しながら実現している。

これに対し、アメリカやカナダのように持家取得を重視する国々では、移民政策を通じた人口増に加え、物価上昇率以上に住宅の資産価値を上昇させる仕組みを確立させているため、持家を売却して転居費用を捻出することが可能となっている。アメリカに存在する大規模なCCRC (Continuing Care Retirement Community)への移住、オーストラリアやカナダに存在するComplex CareあるいはCampus Careと呼ばれるものへの移住、これらはストックのフロー化を前提としている。

昨今、耳目を集めている日本創生会議の介護移住や内閣府の日本版CCRCも、このあたりから考えるとわかりやすい。ポイントは以下の二点であろう。一つは売却にせよ賃貸活用にせよ転居費用が確保できる層はどれくらいかという点。いま一つは、アメリカにしかCCRCが存在しない理由を踏まえて事業モデルを構築すべきという点。公的に医療や介護を提供するシステムを整えていない米国では、民間の高額なヘルスケア保険に加入する代わりに

入居一時金等を払ってCCRCに移住する経済的合理性が存在する。福祉分野への給付が手厚い北欧にはCCRCは存在しないし、Complex CareやCampus Careは持家の売却益で特養とサ高住の合築物件のサ高住部分に早めに転居する仕組みに近い。人間は遠い先を見据えて決断できるほど合理的ではない。アクティブシニアの移住を促進するのであれば、医療や介護といった将来ニーズではなく、住宅費用を低減させながら目前のウォンツに応える仕組みのほうが妥当である。医療や介護が充実している温暖な都市の中心部に親和欲求や承認欲求を満たすような多世代型の定期借地のマンションを用意し、必要なサポートは周辺全域を対象に展開する、そんな事業モデルなら可能性はあるだろう。

孤立／貧困と住宅保障

好ましい移住や日本版CCRCの対象は経済的に余裕のある持家層に限定される。まず構築すべきは、特養転居までを自宅で確実に支える仕組みである。食事や見守りなどの生活支援サービスを自助や互助を中心に組み立て、小規模多機能型居宅介護や24時間定期巡回・随時対応などの包括型サービスを充実させることが王道であろう。

このような体制が整っても、なお、居住が不安定化しやすいのが孤立／貧困を抱える高齢者である。2013年の住宅・土地統計調査によれば、高齢者世帯の持家率80%に対して、単身高齢者(551万人)の持家率は61.7%に過ぎず、公的賃貸に65万人、民間賃貸に121万人が居住している。年金受給額の減額により働き続けることは一般化するであろうが、身体の衰えとともに家賃が払えない時はかなりの確率で訪れるであろう。単身世帯の増加、非正規雇用の拡大、生涯未婚率の上昇などにより、この層は確実に増える。これに加え、相続によって取得した持家に孤立を抱えながら住む人への支援も浮上するであろう。

彼らの居住の安定化に向けた方策は二つ。住宅を確保することと住まいを整えることである。両者

は本質的に違う。前者であれば住宅扶助の課題を明らかにし、対象者を拡大しつつ現金給付もしくは現物給付の仕組みを講じればよい。家族やそれに代わる親密な共同体を持つ者はそれで大丈夫だろう。貧困に加えて孤立を抱えている者には、住宅を用意するだけでは不十分である。居場所を確保し、住まいをつくる、そこまでの支援が必要である。この場合、住宅をどのように計画するか、住宅を日中活動の場とどう組み合わせるか、分散して暮らすのか、集まって暮らすのか、といった人間と環境のインタラクティブな作用にも目を向ける必要があり、支援の手法や視野はまちへと広がっていく。

高齢化の進展は高齢期の住まいを住宅政策とどう連動させるのかという新たな問いを投げかけている。介護や貧困／孤立により居住が不安定化したとき、「住宅双六を上がりきれなかった人のみならず、上がりきった人も含めて、誰が住宅費用を負担するのか」という課題にまずは直面することとなる。だが、人は「住宅」でなく「住まい」を求めて生きている。住まいとは場所や構成員への愛着を含んだ概念にほかならない。親和欲求や承認欲求そのものは給付の対象にはならないが、目指すべき到達点はそこだと無意識のうちに理解しているからこそ、ケアをめぐって「住まい」という言葉が好まれるのだろう。介護であれ孤立／貧困であれ、大事なことは変わらない。■

《注》

- 1 土地は寄附行為を前提としている。都市部では公有地を貸し付けている実態もある。
- 2 内訳は第5期保険料の全国平均4,972円、後期高齢者医療制度の保険料2013年度見込値5,562円、サ高住の平均要介護度1.8を踏まえ要介護2における支給限度額の1割19,480円、75歳以上の医療費の患者負担額平均6,250円。
- 3 高額物件は2009年度厚生年金保険・国民年金事業の概要に基づき、全国ベースの平均受給額(149,334円)と上位2割相当額(約21万円)を確認し、その乖離率(1.41)を各都道府県の平均受給額に乗じた。低額物件は生活扶助額+住宅扶助額を市町村別に算出した。医療と介護は現物給付のため費用に組み入れていない。

《参考文献》

- 井上由起子(2014)「地域包括ケアシステムにおけるサービス付き高齢者向け住宅の課題」『季刊社会保障研究』50(3)283-294頁。
- 高齢者住宅推進機構(2014)『サービス付き高齢者向け住宅等の供給動向や地域の需要を踏まえた事例の分析・整理とその結果に基づく持続性・安定性のある事業類型の提示と普及方策報告書』国土交通省住宅セーフティネット基盤強化推進事業。
- ジム・ケメニー著、祐成保志訳(2014)『ハウジングと福祉国家 居住空間の社会的構築』新曜社。
- 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』中央法規。
- 平山洋介(2009)『住宅政策のどこが問題か』光文社新書。

