

日本版 CCRC の導入に伴う 介護保険制度上の課題と展望

淑徳大学コミュニティ政策学部教授
鏡 諭

総務省は6月29日に2015（平成27）年の国勢調査で高齢化率が26.7%に達したと発表した。高齢者は、将来どこで生活し、誰に支えてもらうのか。そして、最期を迎える場所はどこかなど、個人の問題でありながら、実は今日の日本が抱える大きな課題でもある。

政府は、地方創生の目玉として、高齢者がスポーツや文化活動などを広範に実施できる健康で生活ができるコミュニティを作り、そこでは、これまで培ってきた力をボランティア活動で発揮してもらえらる参加型の地域を標榜した。さらに、保健・医療に配慮し、できるだけ元気でいきいきと生活できる新たな生活の場の整備を掲げた。

しかし、健康で文化的な暮らしが、認知症や精神的な疾患によって壊された時に、頼れる制度をどこが主体となって整備するのが、あらたに浮上する課題となる。介護保険制度は、普遍的な制度として位置づくが、移住する自治体の財政負担が大きくならないように、住所地特例が設けられており、今後進めようとしている地域包括ケアとの整合性に課題があった。

2015年改正では、この住所地特例が見直され、日本版 CCRC も少し可能性が見えてきたが、なおハードルは高い。本稿では、日本版 CCRC の可能性と介護保険制度の関係を考察する。

はじめに

日本における CCRC の導入は、地方創生の目玉政策として、議論がスタートした。CCRC は、Continuing Care Retirement Community の頭文字を取った造語で、文字通り健康な時から介護が必要になっても、継続的ケアを提供するコミュニティを意味している。1970年代のアメリカで生まれ、現在は全米で約2千か所、居住者は約70万人、市場規模約3兆円の実態である。CCRC では、社会参加、健康支援、予防医療がプログラム化されており、できるだけ介護の必要な状況にさせないことを第一の目標としている。そのために、元気な時に地域で友人をつくり、社会的孤立を未然に防ぐ効果が期待されている。また、要介護状態になっても移動のリスクが無いことや継続した生活環境の中で残された能力を生かしな

がら住宅での生活を維持することが特徴である。さらに近隣との継続したコミュニティ活動も期待されている。これにより、介護の予防や要介護状態の改善が期待されているのである。こうした、シニアライフを豊かに送るための設備がそろい、住民同士の交流も盛んに行われる理想的な高齢者施設ではあるが、一方で入居費用などの負担額が非常に大きいため、米国の高齢者のうち3%しか入居していないことが課題となっている。

千葉県にある CCRC では、医療や健康づくり等、健康で友人と交流をできるアクティビティは、充実している。しかし、介護に関しては、ケアマネジャーの常駐のみで、基本的には近隣の訪問介護やサービスの協力事業所との連携によるサービスの紹介に止まっている。今後は、もっときめ細やかにサービスが提供できるように、順次、自社によるサービスに切り替えていく準備を進めるとしている。

1 日本型 CCRC とは何か

(1) 米国と日本の高齢者の居住環境

日本版 CCRC は、居住者の健康寿命延伸のために、健康ビッグデータ解析、予防医療、食事、生涯学習、軽就労などのプログラムを組み合わせ、科学的なデータの検証により健康の維持増進をはかっている。これらは、システムの開発・維持や健康増進やケアサービスの提供により、地元で大きな雇用やマーケットを生み出すこととなる。CCRC を推進する地域の中には、高校や大学を卒業した若者が、自分が生まれ育った地域で職を得て、地域で暮らす事を可能としている。結果として、産業と雇用と消費が生まれるので税収が増える。そうなれば、高齢者だけでなく多世代が集い、働き、学び、担い手となり「街まるごと」で輝くコミュニティの創成が期待されるのである。

介護保険のない米国では、民間の医療や介護の保険に入る。要介護度が上がるとそれだけ事業者のコスト増になり、さらに社会的支援が必要になり、結果として社会的コストがかかることになる。高齢者に居住を提供する事業者は、介護にさせないことやできるだけ健康でいることがテーマとなっているため、健康寿命延伸が、事業の柱となっている。反対に日本においては、介護保険に依存した介護環境がアメリカよりも整っている事もあり、介護を意識した住宅環境の整備が進められている。これらの介護環境の充実は、介護事業の進展を招き、多くの事業者が介護事業者として参入している。

従来のシニア住宅が居住機能と介護機能中心であったのに対して、日本版 CCRC はコミュニティ機能、社会参加機能、多世代共創機能、さらにそれらを総合的に企画調整する全体マネジメント機能で構成される (図 1)。居住者については、従来は支えられる人だけの位置づけだったが、CCRC では介護や生活支援の担い手となることなど、健康をキーワードとした働きを組み合わせ、新たな高齢者参加活動が展開されている (表 1)。

図1 日本版 CCRC の基本機能



出典：三菱総合研究所 プラチナ社会研究会 HP「地方創生のエンジン「日本版 CCRC」の可能性」
<http://platinum.mri.co.jp/recommendations/proposal/platinum-ccrc>

表1 日本版 CCRC と従来の高齢者住宅との比較

	従来型の高齢者住宅	日本版 CCRC
入居時の健康状態	具合が悪くなってから	健康なうちに
入居動機	不安だから	楽しみたいから、役立ちたいから
事業収益視点	介護保険に依存	介護保険に依存しない
地域接点	地域との接点無し	地域に開かれたコミュニティ
世代視点	高齢者だけのコミュニティ	多世代共創型コミュニティ
建物	新規に建築	可能な限りストックを活用
居住者の位置づけ	支えられる人	担い手、共助する人
居住者の自治組織	無し	有り

出典：三菱総合研究所 プラチナ社会研究会 HP「地方創生のエンジン「日本版 CCRC」の可能性」
<http://platinum.mri.co.jp/recommendations/proposal/platinum-ccrc>

3分野 25 の政策提言のポイントを示している。(表2)

表2 日本版 CCRC に求められる 25 施策

健康・コミュニティ機能を促進する政策	健康保険料減額措置	日本版 CCRC 支える政策	情報開示制度	日本版 CCRC を加速化させる政策	用途転換緩和			
	健康管理費等の税控除		事業者団体の創設		大学の事業参画 インセンティブ			
	健康改善を促す金融保険 商品開発支援		ヘルスアセスメントツール の開発支援		グレーゾーンの解消			
	ヘルスケア設備投資の補助・ 税制優遇措置		情報基盤整備		仮説検証型のモデル 事業推進			
	要介護度改善への 成功報酬制度		認証・格付け機関創設		ラウンドテーブル (円卓会議) 設置			
	長生きリスクヘッジ 金融保険商品の開発支援		ファイナンス支援					
	コミュニティ運営への住民 参加促進		中古住宅の流通促進					
	共用部分建設補助		リバースモーゲージの支援					
	社会活動ポイント制度		ふるさと納税活用					
	第二義務教育制度		人材育成支援制度					

**規制緩和、減税、補助、認証
円卓会議、試行的モデル事業**

出典：三菱総合研究所 プラチナ社会研究会 HP「地方創生のエンジン「日本版 CCRC」の可能性」
<http://platinum.mri.co.jp/recommendations/proposal/platinum-ccrc>

これらの事から、現状の日本版 CCRC では、比較的所得のある元気な高齢者が主な対象となる。アメリカの例を見ても、所得が低い者には、ハードルが高いのである。さらに要介護状態の高齢者の場合は、外部から医療や介護の支援を求めて生活を継続していくのだが、CCRC 内で生活が維持できれば良いが、医療入院や福祉施設の入所が必要になった場合は、CCRC からの直接的な支援はない。この点で気になるのは、認知症や精神的な疾患によって、生活していくことが難しくなった場合、外部から適正な介護サービスを獲得することができるのか、それによって生活を維持していくことが可能かが問われるのである。

2 介護保険制度の運用

(1) 介護保険制度の創設

一方介護保険制度は、寝たきりの高齢者や認知症高齢者の増加、介護の長期化など、介護の必要性は高まり、国民の老後の最大不安要因は、自分や配偶者が病気や老衰で介護が必要な状況になった場合の支えとして 2000 年に制度がスタートした。

それまでは、介護の必要な高齢者に対して家族が支えてきた。しかも、その多くを女性が担ってきたこと。さらに、従来行われてきたのは「看取りの介護」であり、人々が安心して暮らせる本来の介護とは異なるものであった。

核家族化や介護する家族の高齢化など、家族は介護を必要とする高齢者を支えようとい

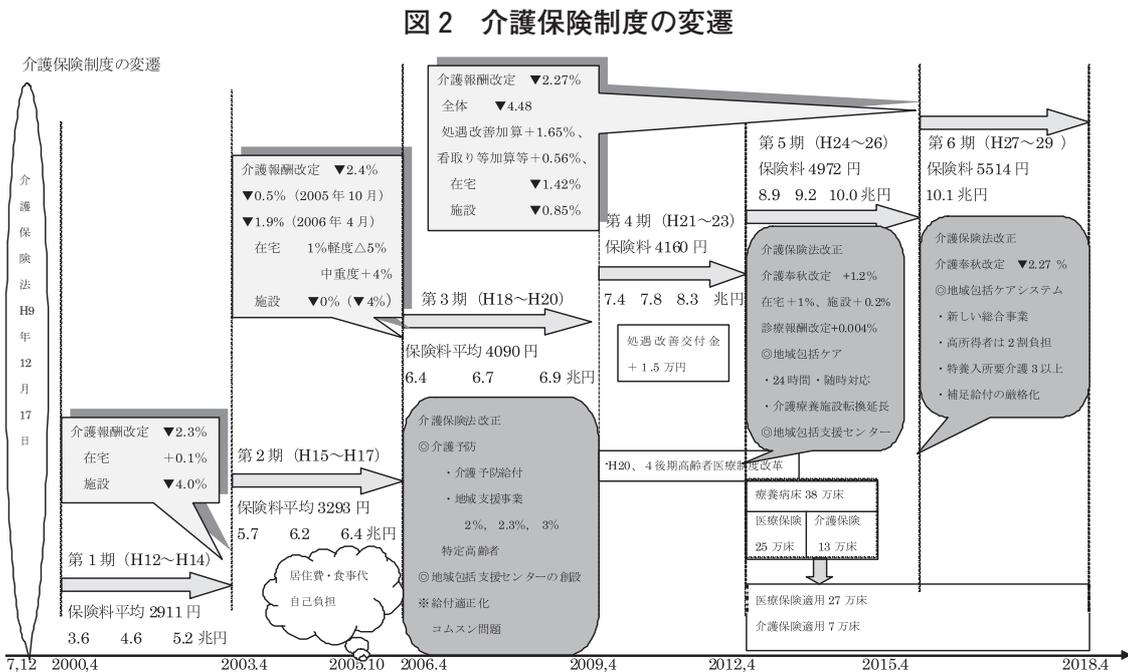
う思いはあっても、現実には様々な困難があり、もはや、家族だけで介護をしていくことは難しい時代となった。くわえて医療技術の進展や薬剤の開発により、介護期間が従来とは比較にならないほど伸びた。結果として、介護は従来からのものではなく、新たな概念として認識することが求められてきたのである。

介護を必要とする高齢者は年々増加し、それを社会で支えていくためには、老人福祉法に基づく措置制度による公費負担では財政的に賄いきれない状況があった。公費を主な財源とする福祉制度では、増加する高齢者に対して、十分な給付サービスが提供できないことやもとの福祉の対象者を限定的に対応する等の制約があった。

しかし介護は、誰もが起こり得るリスクである。そこで、介護に対して自分があるいは親の世代の介護を意識する40歳以上の国民が連帯して保険料を支払い、対処する新たな介護保険制度が2000年にスタートしたのである。

(2) 介護保険制度の創設による効果と課題

2000年(平成12年)4月からスタートした介護保険制度は、制度創設当初は「保険あってサービスなし」という言葉が示しているように、高齢者のニーズに対応したサービスが提供できるのか心配された。ところが、サービス基盤整備のスピードは予想をはるかに上回り、それまでサービス提供が少なかった訪問リハビリや訪問入浴サービス等にも参入が進み、多くの民間事業者が生まれ、サービスの量と種類は飛躍的に増えた。介護生活を社会全体で支える「介護の社会化」が政策として成果を生んだことを意味している。



また、要介護認定者の数年間における介護度の変化を比較調査した研究によれば、要支援の約6割、要介護1の約5割が重度化しているという報告があった。しかし、加齢に伴う介護環境の変化等様々な要因が考えられるため、軽度要介護者と重度化の問題は、更に、因果関係を明確にするエビデンス（根拠）の積み上げが必要となる。いずれにしても、要介護者の増加に歯止めをかける必要があるという認識と、併せて、介護予防を充実させ軽度の要介護者の重度化を防ぐことにより、財政の健全化をはかり持続可能性のある制度とすることは、重要な課題であると認識された。

給付については、介護保険がスタートした2000年度の給付額は3.6兆円であったのに対し、2015年度には10.4兆円となっており、この後も高齢者や要介護者の増加から給付額の増加は必至と言える。第1号被保険者数は3,200万人、第2号被保険者は4,100万人。約7,300万人の被保険者が保険料を支払い、サービスを利用している受給者数は、居宅介護（支援）サービスが367万人、施設介護サービス受給者が89万人（特別養護老人ホーム48万人、介護老人保健施設35万人、療養病床等7万人）（2014年6月末現在）の457万人が何らかのサービスを利用している人となる。それは、被保険者総数の6.3%の受給者となり、高齢者の15%が利用する制度である。

表3 施設サービス受給者数

施設サービス受給者数（人）		(2014年6末日現在・4月サービス分)						
区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
介護老人福祉施設	—	—	14,591	41,632	102,514	160,613	162,721	482,071
第1号被保険者	—	—	14,435	41,252	101,595	159,296	160,850	477,428
第2号被保険者	—	—	156	380	919	1,317	1,871	4,643
介護老人保健施設	3	1	36,110	63,525	83,250	94,102	70,029	347,020
第1号被保険者	3	1	35,624	62,514	81,814	92,625	68,557	314,138
第2号被保険者	—	—	486	1,011	1,436	1,477	1,472	5,882
介護療養型医療施設	—	—	773	1,880	5,177	21,288	37,576	66,694
第1号被保険者	—	—	763	1,833	5,067	20,887	36,477	65,027
第2号被保険者	—	—	10	47	110	401	1,099	1,667
合計	3	1	51,414	106,805	190,160	274,743	269,388	892,514

出典：厚生労働省老健局 介護給付費実態調査

これらの数字から、93.7%の人は、介護保険制度は保険料を払っているだけという負担感のある制度とも言えよう。その意味では、介護の必要となった高齢者期を支える重要な制度として、社会的な位置を得たと言えるが、受給者と被保険者の立場によって、評価が分かれることも特徴と言える。

その点から、制度は2006年制度改正以降、負担の中心の見直しははかられており、高齢者の生活は、依然として家族の介護力に期待をする構造が続いており、改めて介護離職や介護殺人などの介護にまつわる厳しい現実をどう克服していったらいいのか、課題は重い。

これらのことから、これまで要支援・要介護1の軽度者の伸びをどう抑制するか、また、

自己負担が割安な反面、給付費のかかる介護保険施設への入所志向が高まる現状から在宅へどうシフトさせるかが課題となっている。それにより、新予防給付、地域支援事業や地域密着型サービスの創設、施設利用者の居住費・食費の自己負担化、地域包括支援センターの創設や保険者機能強化を通じた、市町村の介護給付費適正化への関与、地域包括ケアシステムの構築、介護予防・日常生活総合支援事業の実施などの制度改革が進められてきた。

(3) 地域密着型サービス

地域密着型サービスとは、増加が見込まれる認知症高齢者や中重度の要介護高齢者等が、文字通りできる限り住み慣れた地域での生活が継続できるように、2006年（平成18年）4月の介護保険制度改正により創設されたサービス体系である。通常介護保険においては、施設及び居宅のサービスは、地域や生活圏域が異なっても本人が望むのであれば、サービスを利用する事が可能である。

しかし、あまりにも生活圏域から遠い場所でのサービスは、介護者の負担や移動時間の問題、さらに事業者とのコミュニケーションなどが課題になり、結果として、要介護者本人や家族の負担が増加するため、できる限り日常の生活圏に近い場所でのサービス利用が望ましいとして、設定されたものである。市町村が策定する2008年4月からの第4期介護保険事業計画には、日常生活圏域を設定し、その圏域ごとに必要とされるサービスの種類と量を設定することが義務化され、圏域ごとにサービスの整備を進めていくこととした。これにより、それまで都道府県単位であった施設サービスや居宅サービスの指定を、地域密着型サービスに限って、市町村が事業者の指定や監督を行うこととしたのである。要介護者は、居宅のサービスや施設系のサービスなどのサービスを地域で展開し、利用者のニーズにきめ細かく応えることをめざしている。そのため、地域密着型サービスは、事業者が所在する市町村に居住する者が利用対象者となった。

ア 地域密着型サービスの内容

- 1) 認知症対応型通所介護・・・認知症の方向けに介護や機能訓練を行う通所サービス
- 2) 小規模多機能型居宅介護・・・通所、短期入所、又は自宅で介護や機能訓練を受けるサービス
- 3) 地域密着型特定施設入居者生活介護・・・定員30人未満の施設で生活しながら介護を受けるサービス
- 4) 夜間対応型訪問介護・・・夜間の訪問介護サービス
- 5) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
・・・認知症高齢者が少人数で共同生活を送るサービス。要支援2の方も予防給付で利用可能。

*以下6)～9)のサービスは、要支援1、2の方は利用できません。

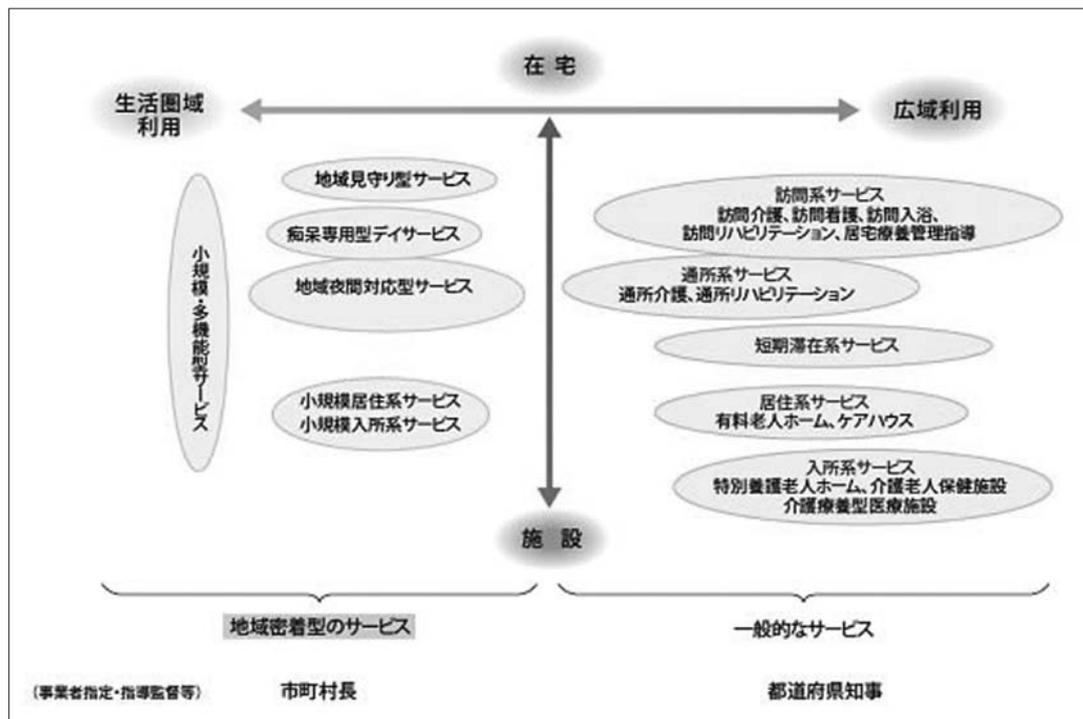
- 6) 地域密着型特定施設入居者生活介護・・・リハビリや生活支援のサービスが整ったケアハウスや有料老人ホームでのサービス
- 7) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 - ・・・常時介護が必要な方の介護、機能訓練などを行う施設サービス
- 8) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護・・・24時間365日体制で、必要な時に必要なサービスを提供
- 9) 複合型サービス・・・通所、短期入所や訪問介護(看護)などを組み合わせたサービス

イ 地域密着サービスの利用の課題

地域密着型サービスは、地域に住む住民のためのサービスであるため、基本的には住民票がある自治体のサービスしか利用する事ができない。そのために、ある自治体に住んでいる人が、現在住んでいる自治体に希望するサービスがなかった場合、希望するサービスを受けたいがために、当該市町村に「転入」しなければならない。このような転入が認められるかという点である。

自治体によっては、介護サービスを受けるために住民票を移し、その地域のサービスを利用しようとする事を妨げる自治体もある。大阪府のある市では、こうした転入を防ぐために、サービス提供施設に「入居事前届出書」の提出を義務化した。契約を結ぶ前に利用者の情報を確認し、施設入所後に住民票を移さないように調査を行うものである。さらに、

図3 地域密着型サービスの創設



出典：厚生労働省 HP より抜粋

千葉県のある自治体では、原則として3か月以上市民であることが条件となっている。また、多くの自治体での抑止力がなかった時期の有料老人ホーム等の整備の場合、住民票を当該自治体に移さない事を前提に、施設整備に係る意見書を出していた。

しかし、厳密にはこれらの規制も、法律にあてれば適正な指導とは言えない。元々、住民基本台帳法では、6か月以上居住している実態があれば、住民票を移すことが義務付けられているからである。したがって、2015年介護保険改正では、住所地特例者であっても地域密着型サービスが受けられるように制度改正が行われたのである。

(4) 住所地特例制度

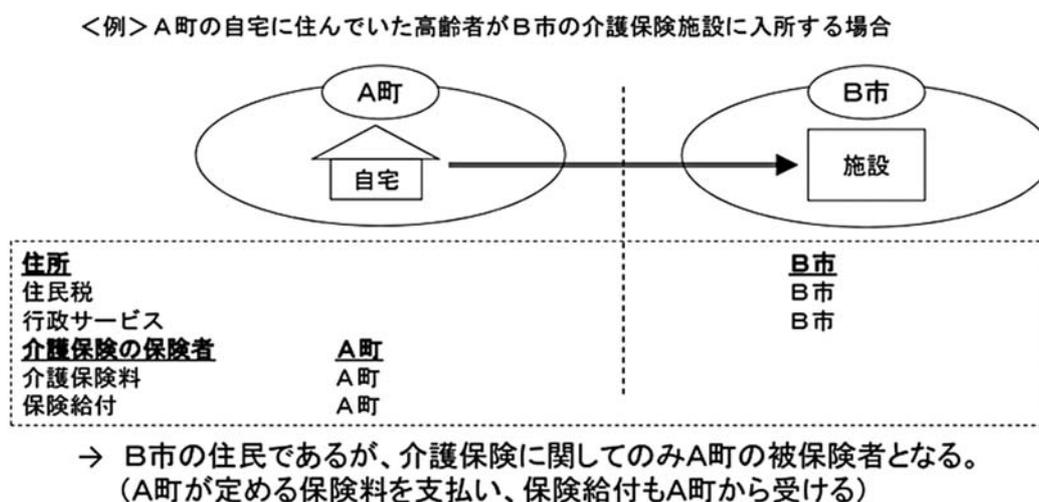
ア 住所地特例の該当サービス

介護保険制度では、住所地の区市町村が実施する介護保険の被保険者となるのが原則である。しかし住所地特例対象施設に入所又は入居し、その施設の所在地に住所を移した者については、例外として施設入居前の住所地の区市町村（保険者）が実施する介護保険の

表4 住所地特例対象施設

<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ・ 介護老人保健施設（老人保健施設） ・ 介護療養型医療施設（療養病床等） <p>（地域密着型老人福祉施設（入所定員が30人未満）については住所地特例対象外）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 養護老人ホーム ・ 軽費老人ホーム（ケアハウス等） ・ 有料老人ホーム（介護付・住宅型含む） ・ サービス付高齢者向け住宅 <p>（特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合・契約方式が利用権方式の場合）</p>
--

図4 住所地特例制度



出典：厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会（第50回）資料2「その他の検討事項について」2013年

被保険者になる。これを住所地特例といい、施設所在地の区市町村の財政負担が集中するのを防ぐ目的で設けられた制度である。

イ サービス付き高齢者住宅

サービス付き高齢者向け住宅は、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」で定められた制度で、2011年10月20日に施行された。このサービス付き高齢者向け住宅は、基本的には介護保険の給付対象ではない。しかし、有料老人ホームとなり、特定施設入居者生活介護基準を満たせば、介護保険の対象サービスとなる事ができるサービスである。このサービス付き高齢者向け住宅は法の改正前は、高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）、高齢者専用賃貸住宅（高専賃）、高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）の3つの類型があったが、これらを一本化する形でサービス付き高齢者向け住宅制度が創設された。2016年6月末現在では、全国で約20万戸登録されている。住宅の要件としては、床面積が原則25㎡以上で便所・洗面設備等の設置、バリアフリーであること。サービスとしては、安否確認・生活相談サービスを提供することとなっている。食事等の提供がある場合は、有料老人ホームの分類となるため、特定施設入居者生活介護の指定を受ける事となるが、基本的には介護保険の対象外施設となっている。また、住宅の新築に当たっては、融資制度や所得税・法人税等についての優遇制度があり、特養等の脱施設の切り札として各方面からの期待がある。

ウ 地域包括ケアシステムとコミュニティ

2012年（平成24年度）からの第5期介護保険事業計画から地域包括ケアシステムが標榜された。これは、主に要支援と要介護者の区分を行き来しがちな者に対して、介護予防・日常生活総合支援事業を展開し、総合的支援システムを構築するとした。2015年には、地域包括ケアシステムが更に進められて、医療・介護・予防・生活支援などが包括的に行われる仕組みとして、改めて政策の柱となっている。

したがって、介護保険においても地域で友人や家族とともに暮らす事が重要視されてきたのである。その点からCCRCのように、新たなコミュニティづくりの場とも、政策的な近接性が確認されてきたのである。

サービス付き高齢者向け住宅のうち、特定施設入居者生活介護の指定を受ける住宅と、利用権方式の有料老人ホーム（介護保険法13条1項）、また、適合高齢者専用賃貸住宅等で住所地特例の適用のあった特定施設が、サービス付き高齢者向け住宅に変わってから住所地特例の適用でなくなった場合でも、以前からの入居者は引き続き住所地特例が適用される。したがって、居住地の地域密着型サービスを受ける事ができない構造があった。

介護保険施設等への入所に伴って当該施設の所在地に住所を移転した場合等すべての場合に住所地主義を貫くと、介護保険施設等の所在市町村の介護保険財政の負担が大きくなる等の不都合が生じる。そこで、一定の場合に住所地主義の原則に対する例外的な適用を

行うこととし、住所地主義に伴う保険者間の財政的な不均衡の是正を図ったのである。

介護保険施設等に入所中の被保険者の特例（法 13 条）
 介護保険施設等に入所することにより、施設の所在地に市町村の区域を越えて住所を移転した被保険者は、引き続き従前市町村（住所移転前に保険者であった市町村）の被保険者とする。

この場合、介護保険料は前住所地の市町村に支払うほか、要介護認定や介護給付も保険者である前住所地の市町村から受けることとなる。

表 5 住所地特例対象施設

- ・ 介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）
- ・ 特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、適合高齢者専用賃貸住宅/地域密着型特定施設を除く）
- ・ 養護老人ホーム（老人福祉法の入所措置がとられている場合）

表 6 住所地特例の概念図

事例	概略	保険者
(例 1) 居宅から施設に入所する場合	(入所) A市 → B市 住所地 -----> 施設 (住所変更)	A市
(例 2) 施設を退所し、他の市町村に居住する場合	(入所) (退所) A市 → B市 → C市 住所地 -----> 施設 -----> 居住 (住所変更) (住所変更)	A市
(例 3) 2つ以上の施設に入所する場合	(入所) (入所) A市 → B市 → C市 住所地 -----> 施設 -----> 居住 (住所変更) (住所変更)	C市
(例 4) 養護老人ホームの措置入所者が住所地特例対象施設等に入所	(入所措置) (入所) A市 → B市 → C市 住所地 -----> 養護老人 -----> 施設 (住所変更) (住所変更)	A市

出典：厚生労働省 老健局

エ 住所地特例制度改正の経緯

介護保険制度創設時の住所地特例制度の対象は、介護保険 3 施設（特養、老健、介護療養）であったが、改正都度対象範囲が拡大され、2006 年（平成 18 年度）の三位一体改革の際の法改正により、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム全体まで対象を拡大している。

一方で、2012 年（平成 24 年）の改正においては、サービス付き高齢者向け住宅の創設に伴い、有料老人ホームであっても、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸型のサービス付き高齢者住宅は住所地特例の対象外とされた。

この点について、いくつかの市町村からは、給付費の増加が懸念されることからサービス付き高齢者向け住宅についても住所地特例の対象とするよう要望があり、高齢者向けの住まいの確保していくため、サービス付き高齢者向け住宅の整備を進めていくことが必要との方向で議論があった（社会保障会議介護保険部会）。

要介護者の転入が進み、地元自治体の将来的な財政負担が増大する事を懸念した自治体では、民間事業者主導で建設が進みサービス付き高齢者向け住宅が多く立地されると、要介護者が増え様々な介護サービスの利用が進み、結果として保険者負担が増大すると考えたのである。その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえると、サービス付き高齢者向け住宅に該当する有料老人ホームについても、住所地特例の対象としていく必要があるのではないかとの議論が提起された。通常、地元市町村には、意見書の提出が求められるが、そこに反対意見や自治体からの意見書の提出が拒否されたとしても、都道府県の申請に影響を持たないとの立場を持つ自治体が多いからでもある。

地元自治体として建設に関する抑止力を持たないのであれば、介護保険事業計画の計画性が担保されない、そのため、市町村からは住所地特例とすべきであるとの声が上がった。しかし、2015年介護保険法改正の政策の柱は、地域包括ケアである。

地域で、医療・介護・予防・生活支援を切れ目なく行うことをめざした制度では、住所地特例の該当施設に住む高齢者が、地域密着型サービスを使うことにできない制度では、地域包括ケアに逆行する事となり、さらに地域支援事業枠で実施される、介護予防・日常生活支援総合事業の利用にも影響が出る事を考慮し、法改正に踏み切ったものである。

法改正では、地域包括ケアの考え方に従い、住所地特例対象者に限っては、住所地市町

表7 対象範囲の見直しの経緯

改正時期	対象施設
制度創設時	・介護保険施設（特養、老健、介護療養病床）のみ。
2005年改正後 (2005年6月29日公布) (2006年4月1日施行)	(介護保険施設以外に次のものを追加) ・介護専用型特定施設のうち入所定員30人以上であるもの ・養護老人ホーム
2006年改正（三位一体改革）後 (2006年3月31日公布) (2006年4月1日施行)	(特定施設部分の対象拡大) ・特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、適合高専賃）
2011年改正後 (2011年6月22日公布) (2012年4月1日施行)	(特定施設部分の改正) ・特定施設（有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸方式のサービス付き高齢者向け住宅を除く。）、養護老人ホーム、軽費老人ホーム）
2015年改正後 (2015年6月22日公布) (2016年4月1日施行)	(サ高住の改正部分) ・介護や食事の提供が行われている有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅について、住所地特例の対象 ・安否確認と生活相談サービスだけのサービス付き高齢者向け住宅は対象外

出典：厚生労働省社会保障審議会介護保険部会（第50回）資料2「その他の検討事項について」2013年に筆者加筆

村の指定を受けた地域密着型サービスを使えるようにするとともに、住所地市町村の地域支援事業の対象とし、その費用を市町村間調整することし、協議が始まり 2015 年 4 月の改正となった。これにより、介護や食事の提供が行われている有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅は、住所地特例の対象とした。しかし、安否確認と生活相談サービスだけのサービス付き高齢者向け住宅はこれまでどおり対象外となっている。

地域密着サービスの利用は、住所地特例の対象者について、居住地の市町村が指定した地域密着型サービス等の利用を可能とするとともに、居住地の市町村の地域支援事業の対象とするものとしたのである。

オ サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例

高齢者向けの多様な「住まい」の供給を一層促進していく上で課題となっているのが、高齢者の移動による介護保険の財政の負担の在り方についてである。特に、サービス付き高齢者向け住宅においては、現状において、要支援・要介護の認定を受けている入居者が多い。

現在、有料老人ホームは、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所か否かにかかわらず、住所地特例の対象となっている一方で、サービス付き高齢者向け住宅については、有料老人ホームに相当する場合であっても住所地特例の適用除外となっている。しかしながら、サービス付き高齢者向け住宅のうち有料老人ホームに該当するものはその 94% を占め、入居者の介護ニーズも有料老人ホームと似通った状況になってきていることから、立地自治体の保険財政の悪化を危惧する声があがっており、何らかの負担の調整を行う必要性が生じている。

具体的な方法としては、①サービス付き高齢者向け住宅を住所地特例の対象に組み入れる方法と、②保険者間の財政調整を行う仕組みを新たに作る方法が想定される。

住所地特例は、サービス付き高齢者向け住宅の所在する住所地の地方自治体が保険者とならないため、被保険者は要介護認定等の各種の手続きを従前の住所地にしなければならず、また、住所地のサービス水準にかかわらず、従前の住所地の保険料を負担することになる。

さらに、この制度はいわば地域包括ケアの例外となり、これまでの仕組みでは、地域住民である住所地特例の被保険者が地域密着型サービスや地域支援事業を利用できないなどの課題があった。

一方、保険者間の財政調整を行う場合には、保険者と保険給付の実質的な負担者が一致しなくなり、給付と負担の一致という社会保険の基本的な枠組みの例外的な取扱いとなり、どのような単価や考え方にに基づき財政調整を行うのかという点や、医療保険制度と整合的な対応が図られるのかといった課題がある。

この点、制度創設時には介護保険 3 施設を対象としていた住所地特例の対象を 2006 年度には有料老人ホーム全体にまで拡大した経緯を踏まえると、有料老人ホームのうちサービ

ス付き高齢者向け住宅に該当するものに住所地特例を適用することが考えられる。この際、地域包括ケアの考え方に従い、住所地特例を適用した場合にも住所地の地域密着型サービスや地域支援事業を使えるようにするなど課題を解決していく必要がある。

なお、医療保険の住所地特例については、介護保険の対応も踏まえ検討するとともに、入居後に75歳を迎えた場合に国民健康保険の住所地特例が後期高齢者医療に引き継がれないという問題も指摘されており、併せて検討が必要である。

3 日本版 CCRC と介護保険制度の課題

これまでみてきたように日本版 CCRC が対象としている者は、比較的所得のある高齢者であり、元気で健康な人で、ボランティア活動にも意欲的な人である。定年退職前後の比較的若い時期から移り住み、できるだけ活動的で、元気に健康を維持し、地域との人間関係を築き、仮に病気や介護が必要になった場合は、関係の医療機関や介護施設、又は近隣の在宅サービスを使いながら、最後まで生活する事をイメージしている。

介護保険制度においては、2013年8月の社会保障国民会議の報告書にあるとおり、給付の縮減と負担の増、さらに女性や高齢者の社会参加の促進が目標として掲げられている。これは、背景に社会保障費の縮減問題があり、できるだけ社会保障に係る財政支出を抑えたい観点から、地域包括ケアの推進が課題となっている。その点から、地域包括ケアを進めるために、それまで厳格であった住所地特例制度や地域密着型サービス等を緩和している。地域包括ケアの視点を重視し、サービスの枠組みは緩和して、使いやすい制度にしているのである。政府も新たな経済活性化策としての地域創成プロジェクトとしてのニュータウン建設は、積極的に進めている。

しかし、現行の CCRC の多くに共通しているが、健康で自立した生活をイメージしてサービスが組み立てられているため、要介護状態になった時に不安が残る。公的介護保険制度というセーフティネットがあるからこそ、民間事業者は元気で健康路線を進む事ができるのかもしれない。しかし、その地域で、重篤な医療や認知症や精神的な疾患を発症した時に、元気で健康なイメージで作られたコミュニティがどこまで、サポートしてくれるのかは、全く不明である。少なくとも現状では、コミュニティ独自の福祉資源は乏しく、介護保険や医療制度で提供する地域資源の活用が謳われているのみである。

しかし、そのような公的な制度に依拠する制度は、別の財政問題を引き起こす。特に、地元自治体の財源負担が懸念される。これまでも、特養や有料老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅等は、自治体負担の増大を警戒する自治体からは、介護保険事業計画等で極めて慎重に対応を迫られてきた。

2015年改正において、地域包括ケアを政策の柱にしたとはいえ、財政的な負担は変わらないからである。第6期介護保険事業計画内では、地域支援事業の財源手当てが行われているので、市町村は受容しているが、もしこれが財源の見直しにより各市町村の負担のみ

に委ねられることになることになると、一気に財政事情は変わる。負担は自治体を直撃し、しかも国が新たな補助金を用意しない限り、介護保険制度外の一般会計からの持ち出しとなる。住所地特例を緩和するのであれば、地元自治体に対する財政的な支援は必至である。

最後に、まちづくりの視点からも危うさを感じる。戦後、住宅事情を緩和するために、昭和 30 年代から 40 年代に首都圏には多くの団地がつくられた。そこには、30 歳代から 40 歳代の働き盛りの人たちが移り住んだ。その当時は、地域の運動会やお祭りなど、活気にあふれていた。様々なコミュニティ活動を進めてきた自治会や子供会、婦人会などは、今では人口減少や高齢化により存続が危ぶまれている状況であり、地域の見守りや孤独死・孤立死などの新たな課題も起きている。団地創立 50 周年を迎えたところは、確実に 50 年歳をとったということである。それらの事例から学んだ事は、コミュニティには常に世代間的移動が必要と言うことである。新たに若い世代が移り住まなくては、街の地域力は衰退する。地域の中の新陳代謝が必要なのである。各地にできたニュータウン建設の教訓は、その後の様々なまちづくりに生かされている。例えば、千葉県佐倉市のユーカーが丘では、デベロッパーが同時期に街を造成し、住宅建設をし、販売するという従来の方式を取らず、区画造成・販売の時期をずらして、多世代の居住を進めている。

CCRC が高齢期の安心した住まいをめざしているのであれば、なおのこと、終の棲家としてどのような地域社会が望ましいのか、居住環境を求めてくる人々と十分な議論によって、制度づくりを進めていかなければならない。

(参考文献)

1. 三菱総合研究所 プラチナ社会研究会 HP「地方創生のエンジン「日本版 CCRC」の可能性」<http://platinum.mri.co.jp/recommendations/proposal/platinum-ccrc>
2. 日本版 CCRC 構想有識者会議「日本版 CCRC 構想（素案）」2015 年、
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/ccrc/ccrc_soan.pdf
3. 東京福祉ナビゲーション HP (<http://www.fukunavi.or.jp/>)
4. 香川県 HP (<http://www.pref.kagawa.jp/>)
5. 高齢者住宅仲介センター HP (<http://en-count.com/>)
6. ユーカーが丘 HP (<http://town.yukarigaoka.jp/>)
7. 厚生労働省「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築（都市部の高齢化対策に関する検討会報告書）」2013 年
8. 厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会（第 50 回）資料 2「その他の検討事項について」2013 年
9. 鏡論『介護予防のそこが知りたい』ぎょうせい、2005 年