論　文

米国 CCRC と「日本版 CCRC」構想

松　井　孝　太

杏林 CCRC 研究所

１．はじめに

日本社会の超高齢化が進む中で，医療・介護資源の不足や社会保障の財政的維持可能性をめぐる不安が高まっている。とりわけ東京を中心とする首都圏では，団塊世代の高齢化に伴って後期高齢者の数が今後さらに急増することにより，既存の医療・介護提供体制では対応が追いつかなくなる可能性が危惧されている。そこで，医療・介護提供体制の効率化を図ると同時に，高齢者が住み慣れた場所でケアを受けながら暮らし続けることを可能にすることで，高齢者の生活の質も維持向上するような仕組みの創出が要請されている。

そのような観点から生まれたのが「地域包括ケアシステム」という概念である。地域包括ケアでは，学校区程度の地理的範囲において，医療機関の機能分化と多職種連携を強化することで，医療介護の効率化を図りつつ，急性期医療から介護までスムーズで途切れの無いケアを提供できる体制の整備が想定されている[1]。

そして，地域包括ケアと並行して，近日脚光を浴びているのが，「日本版 CCRC」構想と呼ばれる政府主導の取り組みである。後述するように，東京都市圏への人口集中が強まる中で, 国の重要政策課題として「地方創生」が浮上してきたことがその背景にある。

CCRC というアイデアの起源は，医療や介護が必要になってもケアを受けながら生涯に渡って住み続けることを可能にした米国の高齢者コミュニティ Continuing Care Retirement Community に求められる。筆者は，「平成 26 年度杏林 CCRC 研究所紀要」において,「本家」米国の CCRC の現状と課題について検討を行った[2]。日本で類似の取り組みを行う場合には，当然のことながら米国の CCRC をそのままの形で日本に輸入する必然性はなく，米国 CCRC の良い部分を取り入れつつ日本の制度や環境に合わせて修正すればよい。しかし，そのような場合であっても，他国の制度やアイデアの良い部分だけを見るのではなく，問題点についても可能な限り把握しておくことが，将来生じうる課題に備えるためにも有用であると考えられたからである。

次節で詳述するように，国レベルで次第に具体化されてきた日本版 CCRC 構想は，米

1　厚生労働省ホームページ（2016 年 2 月 23 日アクセス）<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/>
松井孝太「米国における継続的ケア付高齢者コミュニティ（CCRC）の現状と課題」『平成 26 年度杏林大学 CCRC 研究所紀要』18-35 頁（2015 年）

国の CCRC から想起されるものとは，かなりの程度異なるものとなっている。そこで本稿では，日本版 CCRC 構想の背景を紹介した後に，日本版 CCRC 構想有識者会議の「最終報告」[3]を手掛かりとして構想の目的と特徴を検討し，最後に若干の考察を加えたい[4]。

２．日本版 CCRC 構想の背景

日本版 CCRC 構想の特筆すべき点は，それが米国 CCRC のような民間主体の独自事業ではなく，第二次安倍政権が取り組む「地方創生」の一環として施策が具体化されていることである。

その契機となったのが，東京への人口一極集中と地方人口の減少に対する関心の高まりである。2014 年 5 月には,「消滅可能性都市」の問題提起を行うレポート「ストップ少子化・地方元気戦略」が日本創成会議によって発表された[5]。また，このレポートなどを基にした増田寛也氏の一般向け書籍も大きな注目を集め，多数のメディアで「地方消滅」をめぐる議論が取り上げられた[6]。日本創成会議は，2015 年 7 月にも「東京圏高齢化危機回避戦略」と題するレポートを発表し，東京の介護破綻に対する危機感を示すとともに，高齢者の地方移住を含めた政策提言を行った[7]。

そのような流れの中で，国レベルでも,「地方創生」が重要政策課題として急速に浮上したのであった。2014 年 9 月に内閣府に「まち・ひと・しごと創生本部」が設置されると，石破茂氏が地方創生担当大臣に就任し，同年 11 月 28 日に「まち・ひと・しごと創生法」が制定された。それを受けて，12 月 27 日には閣議決定により「まち・ひと・しごと創生総合戦略」が定められた。この総合戦略の中で,「日本版 CCRC」が地方創生において取り組むべき施策の一つとして盛り込まれたのである。その後，日本版 CCRC 構想有識者会議が設置され，平成 27 年 2 月から計 10 回の検討会を経て，同年 12 月に「生涯活躍のまち（日本版 CCRC)」構想と題する「最終報告」が発表された。

３．日本版 CCRC 構想の特徴

３- １．構想の目的

「最終報告」によれば，日本版 CCRC 構想は,「東京圏をはじめとする地域の高齢者が，希望に応じ地方や「まちなか」に移り住み，地域住民や多世代と交流しながら健康でアクティブな生活を送り，必要に応じて医療・介護を受けることができるような地域づくり」を目指すとしている[8]。

その上で，日本版 CCRC 構想には三つの意義があるという。

第一の意義は，東京都在住者の一定数が地方への移住意向を持っており，そのような移住意向を実現するというものである。有識者会議は，その根拠として，50 代では男性 50.8％，女性 34.2％，60 代では男性 36.7％，女性 28.3％が,「地方へ移住する予定」また

3　日本版 CCRC 構想有識者会議「「生涯活躍のまち」構想（最終報告)」（2015 年 12 月）<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/ccrc/h27-12-11-saisyu.pdf>（2016 年 2 月 23 日アクセス）

4　本稿の内容は筆者個人の見解であり, 杏林大学及び杏林 CCRC 研究所としての見解ではありません。

5　日本創成会議・人口減少問題検討分科会「ストップ少子化・地方元気戦略」（平成 26 年 5 月 8 日）<http://www.policycouncil.jp/pdf/prop03/prop03.pdf>（2016 年 2 月 23 日アクセス）

6　増田寛也著『地方消滅 - 東京一極集中が招く人口急減』（中央公論新社 2014 年）

7　日本創成会議・首都圏問題検討分科会「東京圏高齢化危機回避戦略」（2015 年 6 月）。<http://www.policycouncil.jp/pdf/prop04/prop04.pdf >（2016 年 2 月 26 日アクセス）

8　「最終報告」１頁

は「移住を検討したいと考えている」という意識調査結果を示している[9]。日本版 CCRC 構想に対しては，地方への高齢者の押しつけであり，現代の「姥捨て山」ではないかという懸念や批判も一部で提起されている[10]。そのような批判があることを念頭に，日本版 CCRC 構想の意義が，あくまで自らの意志で移住したいと考える高齢者の希望を後押しすることにある点が強調されているのである。

日本版 CCRC 構想の第二の意義は，東京都市圏から地方への人の流れを生み出す点にあるとされる。その背景には，東京への人口一極化によって地方の人口減少が一層進むことへの危機感がある。日本版 CCRC に魅力を感じた東京圏の高齢者が移住することにより，地方で新たな産業と雇用を創出することに加え，高齢者自身も移住先で参加と協働を行うことにより，地域の活性化に貢献することが期待されている。

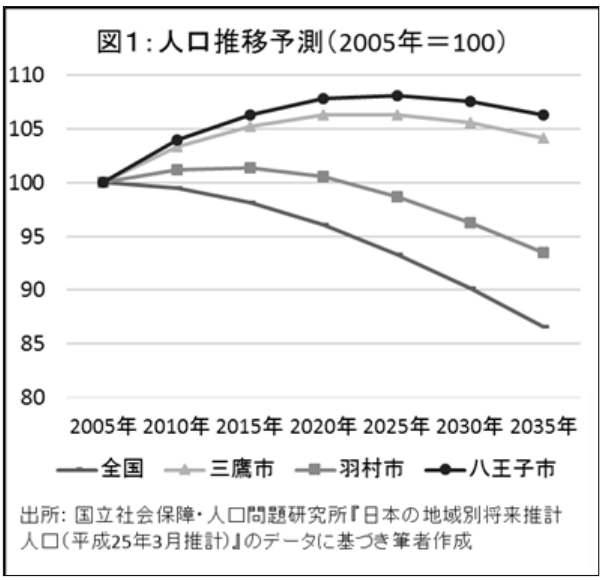
それと表裏一体の関係にあるのが，東京圏における高齢化問題への対応である。これが日本版 CCRC の第三の意義と位置づけられており，「地方創生」の必要性をめぐる議論においても主要な論拠とされている[11]。三鷹市，羽村市，八王子市の三市について以下で見るように，東京圏では今後，高齢者の数が急激に増加することが見込まれている。特に，医療介護を必要とする確率が高い 75 歳以上の後期高齢者が著しく増加する。単純に将来推計人口と現在の年齢別医療介護需要量によって今後の医療介護需要の推移を予測すると，現在の東京圏に存在する医療介護資源では需要を満たすことがますます困難になる。

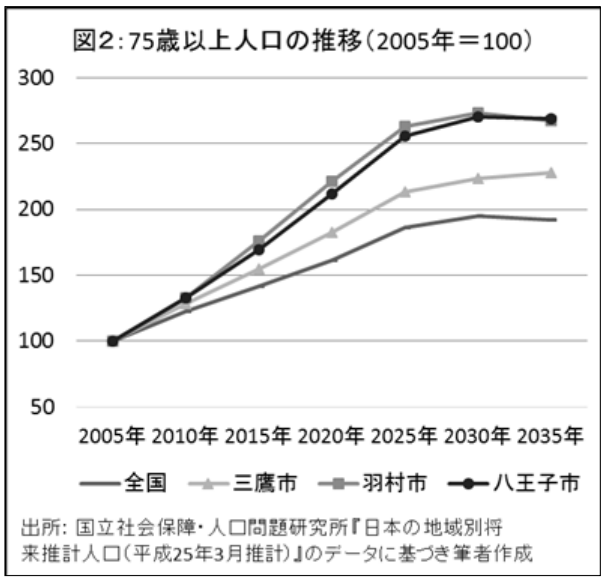
例えば，平成 25 年 11 月現在，特別養護老人ホームに入所申込みをしている高齢者が東京都内に約 4 万 3 千人おり，在宅で要介護 4 または 5 の申込者は約 9 千人存在する。東京都は，特別養護老人ホームの定員を，平成 27 年 3 月 1 日時点の約 4 万 2 千人分から，平成 37 年度末までに 6 万人分確保することを目標としている[12]。そのような増設ペースでは，現時点で存在する待機高齢者問題の解決にも程遠い。しかし，東京都心では不動産価格等の問題があり，急速な施設整備が財政的にも困難である。医療施設についても同様で，病床数不足が今後生じる可能性が懸念されている。

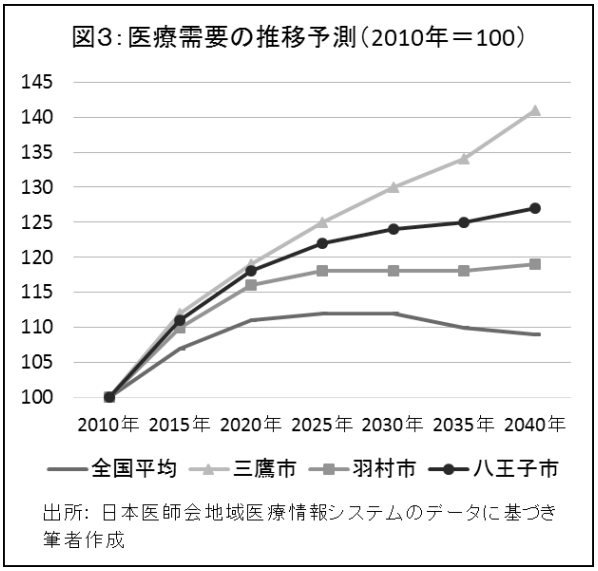
図 1 は，社会保障・人口問題研究所の将来推計人口[13]を基に，2005 年から 2035 年までの人口推移予測を示したものである。周知のように，日本全体では既に人口減少が始まっており，たとえ出生率の改善が今後見られたとしても，短中期的な人口減少は避けられない。東京都多摩地域に位置する三鷹市と八王子市では比較的安定的な人口推移が予測されているが，羽村市では既に緩やかな人口減少が始まっている。75 歳以上人口に限って見ると，三市とも全国平均を上回るスピードで後期高齢者が増加し，特に羽村市と八王子市における増加が著しい（図 2）。

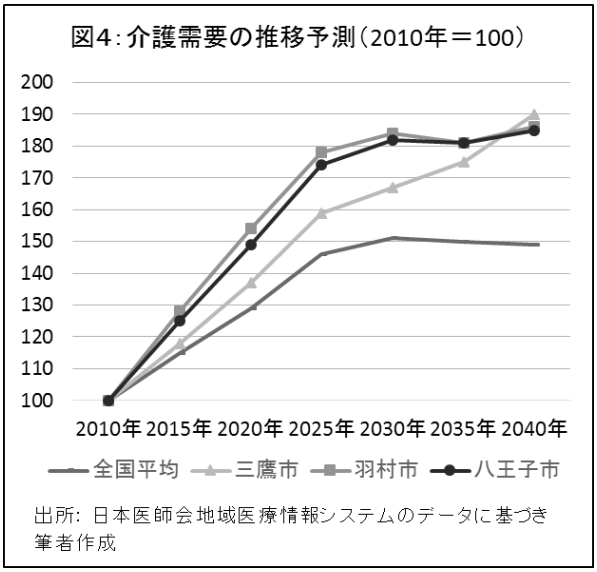
次に，日本医師会の地域医療情報システム 14 のデータをもとに，三市における医療

9　内閣官房「東京在住者の今後の移住に関する意識調査」（2014 年 8 月）
10　例えば山下祐介・金井利之『地方創生の正体 : なぜ地域政策は失敗するのか』（筑摩書房 2015 年）
11　増田寛也編著『東京消滅 - 介護破綻と地方移住』（中央公論新社 2015 年）
12　東京都福祉保健局「東京都高齢者保健福祉計画（平成 27 年度～平成 29 年度）」（2015 年 3 月）<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/shisaku/koureisyakeikaku/>（2016 年 2 月 23 日アクセス）
13　国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）』<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/t-page.asp>（2016 年 2 月 26 日アクセス）









需要と介護需要のそれぞれの推移予測を示したのが図 3 と図 4 である。医療需要については，三市とも全国平均を上回る伸びを示しており，特に，高齢者の増加に加えてその手前の壮年期・中年期世代も多い三鷹市で急激な需要拡大が見込まれる。介護について見ると，団塊世代が全て後期高齢者となる 2025 年頃にかけて，三市では全国平均を上回るスピードで急激に介護需要が伸びることがわかる。三市の中では，高齢化が先駆けて進む羽村市と八王子市が 2030 年頃をピークに安定化していくのに対し，三鷹市がその後を追う形で介護需要が伸び続ける。「地方」「東京」とそれぞれ一括りにされる傾向があるが，東京都内でも地域ごとに差異が存在している点には留意する必要があろう。

上記のような東京圏の状況に対して，地方では，高齢者人口の増加に歯止めがかかり，やがて減少に転じていく地域が出てきている。そこで，医療介護余力が相対的に大きいと考えられる地域に高齢者を移すことにより，東京圏の高齢化圧力が緩和できるのでは

14　日本医師会・地域医療情報システム <http://jmap.jp/pages/guide >（2016 年 2 月 26 日アクセス）

ないかという考え方が，日本版 CCRC 構想の大きな原動力となっているのである。

ただし，これらの予測は現時点での年齢別医療介護需要量が変化しないという仮定に基づいており，予防医学や介護予防の改善努力によって今後変化していく可能性はある。また，意識調査に対して「移住を検討する」と回答すること自体には何らコストが生じないのに対して，現実の移住には重大な経済的・心理的コストが伴う。仮に日本版 CCRC 構想が一定の成果を挙げたとしても，大多数の高齢者は地域に留まることを前提として，東京都市圏でも医療介護提供体制の拡充と効率性向上を図っていく必要があろう。日本版 CCRC 構想は専ら「地方創生」の文脈で推進されているが，同構想が想定するような「医療介護の継続的ケア」の重要性は，東京都市圏においても何ら変わるところがない。

３- ２．米国 CCRC との共通点と相違点

それでは，「日本版」の CCRC としての新規性ないし独自性はどのような点にあるか。そしてそれは米国の CCRC とどのような点で異なっているのだろうか。

まず「最終報告」では，日本版 CCRC を「地方自治体が責任をもって行う「まちづくり」として取り組む事業」[15] と位置付けている。その上で，国が基本的な事項等を定めた基本方針の策定と政策的支援，地方自治体が「基本計画」策定等の構想の具体化と，事業主体（運営推進法人）の選定及び指導・監督等，事業主体がサービスの提供等と，国・地方自治体・事業主体それぞれの役割分担が定められている。これは，民間主体がそれぞれ独自の経営判断にもとづいて展開する高齢者向け産業としての米国 CCRC とは，大きく異なる点である [16]。

日本版 CCRC の特徴に関しては，「最終報告」では，主に三つの点において，従来の日本の高齢者施設のあり方とは異なるものを目指すとしている。

第一に，入居段階での健康状況と入居目的が異なる。特別養護老人ホームや有料老人ホームなどの高齢者施設は，介護が必要となった段階でやむを得ず入居するというケースが多い。それに対して，日本版 CCRC では，高齢者がまだ健康な段階から入居し，可能な限り健康な状態を維持することを目指すとしている。この点に関しては，米国 CCRC のコンセプトが受け継がれているといえる。米国の CCRC の多くでは，健康状態が比較的良い時点で入居することが推奨ないし要求されている。高い入居率を維持する必要性に加え，入居開始年齢が上がるほど医療介護ケアを必要とする確率が高くなるため，CCRC の経営を安定させる上で健康的な入居者の割合を高くすることが重要だという理由がその背景にある。そこで多くの米国 CCRC では，入居申し込みの際に健康状態を理由として入居が拒否されることがありうる [17]。日本版 CCRC でも，米国 CCRC と同様の理由から，健康状態が良い時点での入居が強く推奨されていると考えられる。もっとも，「最終報告」では，日本版 CCRC への「入居者は，健康な段階から入居することを基本とする。ただし，要介護状態にある高齢者も排除しない」として，健康状態を理由とする入居拒否の可能性については否定的な姿勢を示している [18]。

15　「最終報告」13 頁
16　松井・前掲注 2 を参照
17　松井・前掲注 2，25-26 頁

第二に，入居高齢者がサービスの受け手になるだけでなく，仕事や生涯学習などの社会活動に積極的に参加することが期待される点で，日本版 CCRC は従来の高齢者施設とは異なるとされる。この点に関しても，米国 CCRC のコンセプトを受け継いでいるといえる。上記のように米国の CCRC の多くは早期入居を奨励しているが，これは必ずしも経営上の理由だけではない。コミュニティでの生活にスムーズに順応し，他の入居者との社会関係の形成を容易にすることも，比較的若い時点で CCRC に入居するメリットであると考えられている。「地方創生」の議論の中で米国の CCRC が注目されたのも，それが健康長寿を目指すひとつのモデルを提供しているためであると考えられる。

ただし, 仮に健康状態が良い時点で移住し, 可能な限り健康長寿を目指すとしても，加齢とともに要介護状態が発生することはある程度避けられない。米国のリタイアメント・コミュニティの中には，健康状態の良い段階の退職者が，ゴルフコースなどに惹きつけられて入居したものの，いざケアが必要な段階になると，公共交通へのアクセスの悪さや医療介護資源の不備といった問題に直面するようなケースも少なくないとされる [19]。日本版 CCRC への移住を検討する入居者の側も，自治体や事業者が，交付金獲得などの短期的なインセンティブではなく，長期的かつ現実的な視点で環境を整備しているのかを慎重に判断する必要があろう。また，移住希望者が意思決定を行う際に，第三者的観点から専門的助言が行えるような仕組みを整えることが重要であろう。

第三に，高齢者が地域社会に溶け込み，地元住民や子ども・若者などの多世代と協働することを目指す点で，高齢者だけが住む従来の高齢者施設とは異なるという。この，多世代交流を極めて重視する点が，典型的な米国 CCRC と対比した場合の，日本版 CCRC 構想が持つ際立った特徴であると考えられる。具体的には，日本版 CCRC 構想では，子どもや若者など地域住民や多世代が交流できる「地域交流拠点」の整備が必須項目として掲げられているほか，大学等の教育機関が大きな役割を果たすことが期待されている。実際に，「最終報告」に先行して進められているいくつかの CCRC 構想の中には，「大学連携型」をアピールするものが少なくない。

たしかに米国にも，近隣大学との連携を重視した CCRC や，大学が主体となって設置されている CCRC が存在する。しかし多くの場合は，民間事業者が高齢者を対象に展開する「高齢者向け住宅」としての性格が強く，多世代間の交流というコンセプトに重点を置く CCRC は必ずしも多いとはいえない。それどころか, アリゾナ州サンシティのように, CCRC が所在する地域全体において居住年齢制限を設定しているコミュニティ（age-restricted community）も多数存在する [20]。それ

---

18 「最終報告」8 頁

19 例えば，Mark D. Bauer. ""Peter Pan" as Public Policy: Should Fifty-Five-Plus Age-Restricted Communities Continue To Be Exempt from Civil Rights Laws and Substantive Federal Regulation?" *Elder Law Journal*. 2013. Vol.23. p.31.

20 1968 年公正住宅法（Fair Housing Act）は住宅の分譲・賃貸における年齢差別を禁止したが, 分譲・賃貸を 55 歳以上に制限することを認める例外が 1988 年改正によって設けられた。高齢者の身体的・社会的ニーズを満たすように設計された施設やサービスを提供するというのがその要件であったが, 1995 年高齢者住宅法（Housing for Older Americans Act）はこの要件を撤廃した。

に対し，日本版 CCRC 構想は，高齢者のみのコミュニティに対して極めて否定的である。もっとも米国においても，居住に年齢制限を課すコミュニティの是非に関しては様々な議論が存在しており，その問題点を指摘する声も多い。しかし，それぞれの地域の創意工夫による多様なアイデアを競わせるのであれば, 米国 CCRC のように, (例えば富裕層の) 高齢者世代にターゲットを絞った取り組みを実験的に行う地域があっても良いのではないだろうか。

以上をまとめると，日本版 CCRC はいくつかの側面において米国 CCRC の理念を共有しているが，同時に，事業の性格や位置づけに関して相当に異なる点も存在していることがわかる。米国 CCRC は，端的に言えば，様々な民間主体がそれぞれ独自の経営判断にもとづいて展開している高齢者向け産業である。それに対して，日本版 CCRC は，あくまでも国と自治体が主導する「地域政策」であり，東京から地方への高齢者の移住や，地方での産業振興に重点が置かれている点に大きな特徴がある。その際に中心的な役割を果たすのは, 地方自治体が策定する「基本計画」と，自治体への交付金等の国の政策的支援である。そして, 自治体が選定する事業主体（運営推進法人）は，国と自治体によって設定された枠内において事業を担うことになる。米国 CCRC のような民間主体の独自事業に関しては,「地方自治体と関わりなく展開されるものは，あくまでも民間ベースの取組として位置づけることが適当である」として，日本版 CCRC 構想の枠外とされている [21]。

３- ４．財政負担の所在

高齢者の地方移住を促進する上で，介護保険財政の負担責任の所在が一つの論点となっている。現行の介護保険制度では，基本的に高齢者が居住する市町村が保険者となる。しかし介護保険施設等を抱える自治体に財政負担が偏ると，施設の整備が円滑に行われなくなる恐れがある。そこで，高齢者が他の自治体の介護保険施設等に入所して住民票を移すような場合には，住民票を移す前の自治体が引き続き保険者となる仕組みが特例的に設けられている。この仕組みを「住所地特例」と呼び，2015 年 4 月には，サービス付き高齢者向け住宅にまで適用範囲が拡大された。

日本版 CCRC 構想の特徴は，高齢者が介護保険施設等に入所する段階ではなく，それ以前の健康な段階で，地方の一般住宅への移住を推奨する点にある。したがって，移住後に要介護状態になった場合は，住所地特例の適用範囲外となる。そこで，日本版 CCRC に対しても住所地特例を拡大することが可能性として考えられる。これに対して厚生労働省は,「住所地特例は，介護費用負担の平準化の機能を有する一方で，介護保険制度上極めて例外的な措置であり，一般住宅まで制度を拡大することは地方自治体間での責任の「押し付け合い」となって，介護保険制度の安定を揺るがせる恐れがある点に十分留意する必要がある」とする見解を示している [22]。そこで「最終報告」では，高齢者の割合が高い自治体に対して，これまで以上にきめ細かい財源配分を行うことで対応する案が提起されている。

---

21 「最終報告」13 頁

22 厚生労働省老健局介護保険計画課「住所地特例等について」（2015 年 7 月）<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/ccrc/h27-07-03-siryou8.pdf >（2016 年 2 月 26 日アクセス）

３- ５．若干のコメント

上述のように，米国 CCRC は単なる集合住宅というだけでなく，入居者間の交流や様々なアクティビティを重視した「コミュニティ」としての性格を色濃く持っている。しかしそうは言っても，多くの CCRC が，ゲートによって外部と区切られ，事業者と入居契約を結んだ高齢者が暮らす自己完結的な「（継続的ケア付き）高齢者住宅」であることも否定しがたい。そして，米国の CCRC の最大の売りは，自立生活が可能な段階から，高い密度の医療介護ケアが必要な段階まで，同じコミュニティで事業者が責任を持って途切れのないサービスを高齢者に提供することにある。

それに対して日本版 CCRC 構想においては，そのようなケアを提供する主体として，既存の制度としての病院・診療所や，介護保険サービスなどが想定されているケースが多いのではないだろうか。つまり，いざ入居者が医療や介護が必要な段階に陥った場合には，あくまでも従来型の仕組みに依拠する度合いが大きいように見受けられる。それが顕著な形で表れているのが，介護保険財政の「住所地特例」をめぐる上記の議論であるといえよう。そのような意味では，「最終報告」が，日本版 CCRC を従来の高齢者施設等と対置して比較を行っている点は，ややミスリーディングであると言わざるを得ない。

さらに，移住した高齢者が終の棲家とするための「高齢者住まい」という側面と，「地域振興」という側面が混ざり合った結果として，日本版 CCRC という概念の外延が極めて曖昧である。もちろん，「ご当地版 CCRC」に向けた各地の取組みは始まったばかりであり，どのような形で実際に姿を現してくるのかは未知数な部分が大きい。その意味では，予想を良い意味で裏切るようなフレームワークが登場する可能性も期待すべきであろう。しかし，少なくとも現状では，国の呼びかけと CCRC という題目のみが先行し，その具体的な内容については「何でもあり」という感が否めない。

これらは，日本版 CCRC が，地方自治体を主体とした地域振興政策として位置付けられていることのひとつの帰結であると考えられる。日本版 CCRC 構想は，「富裕層も想定した多様なバリエーションも可能とする」と一定の留保はしつつも，「一般的な退職者（厚生年金の標準的な年金月額 21.8 万円の高齢者夫婦世帯）が入居できる費用モデルを基本」にするとしている[23]。地域住民全体に責任を負う自治体が旗振り役を務める以上，そのような制約が課されることは，ある程度やむを得ないのかもしれない。しかしそのために，本来は CCRC の核となるべき医療介護の「継続的ケア」の部分については，東京圏を含めて全国津々浦々で進められている「地域包括ケア」と一見して大差のないものとなっているように思われる[24]。

それに対して，米国 CCRC の強みは，コ

23「最終報告」8 頁

24　日本版 CCRC では，継続的なケアを受けながら同じコミュニティでの生活を可能にすることが想定されているが，これは地域包括ケアにおいても同様である。もし両者に違いがないとすれば，屋上屋を重ねることになりかねない。このような疑問に対して，「最終報告」は，いずれの施策も（ⅰ）高齢者の希望に応えるものであり，（ⅱ）地域社会を重視するものであり，（ⅲ）医療介護が必要な時に地域で継続的なケアが受けられることを目指す点で共通していると述べる（「最終報告」4 頁）。したがって，両者の考え方は対立矛盾するものではなく，地域包括ケアと日本版 CCRC は連携して展開することが望ましいのだとされる。そうであるとすると，日本版 CCRC は，実質的には「（地方版）地域包括ケア＋（交付金を伴う）地方移住促進策」と位置付けられるのかもしれない。

ミュニティ内の多様なアクティビティから医療介護ケアまでを，CCRC 事業者が一つのパッケージとして提供する点にある。しかしその裏返しとして，入居一時金や月額費用はしばしば極めて高額であり，入居者は富裕層から中上位層に偏る傾向が見られる[24]。米国には, メディケア（高齢者向け公的医療保険）等の例外を除くと，日本のような普遍的な公的介護保険制度が存在しないなど，公的な社会保障の仕組みが弱い。これが，米国において高齢者に対する強力な自助努力圧力を生み出し，特に富裕層を対象とした CCRC が巨大な市場を形成するひとつの要因となっていると考えられる。また, 米国 CCRC の「成功」が，移民・マイノリティ等の多数の低賃金労働者の供給によって支えられている側面があることも否定しがたい。

どちらのあり方がより望ましいのかは，それぞれの社会の価値判断の問題である。言うまでもなく，自助努力を重視する米国的な高齢者ケアのモデルが必ずしも優れているとは限らない。米国 CCRC が置かれたそのような制度的ないしは経済社会的な文脈を軽視して, その成功体験だけを模倣しようとすれば, 思わぬ失望を生み出すことにも繋がりかねない。とりわけ，日本版 CCRC が，民間主体が独自に行う事業ではなく，国が主導する政策として実施される以上，自治体と移住検討者の双方が，長期的なタイムスパンで実際に実現・維持可能なコミュニティ像が示されているのかを慎重に見極める必要があるのではないだろうか。

25　松井・前掲注２ 26-28 頁