

“高齢者住宅”とはいったい何か!?

園田 眞理子

明治大学理工学部建築学科 教授



園田 眞理子

(そのだ まりこ)

工学博士、一級建築士

講師経歴

■ 略歴

- 1979年 千葉大学工学部建築学科 卒業
- 1981年 千葉大学大学院工学研究科修士課程 修了
- 1981年 株式会社 市浦都市開発建築コンサルタンツ勤務
- 1985年 財団法人 日本建築センター勤務
- 1993年 千葉大学大学院自然科学研究科博士課程修了
- 1997年 明治大学理工学部建築学科専任講師
千葉大学大学院・お茶の水女子大学講師を兼任
- 2000年 明治大学理工学部建築学科助教授
- 2009年 明治大学理工学部建築学科教授

■ 所属学協会

日本建築学会、都市住宅学会、日本医療福祉建築協会

■ 委員

総務庁長官 「高齢社会対策の推進の基本的在り方に関する懇談会」委員
国土交通省 「社会資本整備審議会」委員、「中央建築士審査会」委員

■ 専門

建築計画、住環境計画、住宅政策論

特に高齢社会に対応した住宅・住環境計画について、多数の研究、政策提言などを行っている。また、高齢者住宅・施設、集合住宅などに関する企画提案、基本計画などのコンサルティングを行う。

■ 著書

- 「世界の高齢者住宅－日本・アメリカ・ヨーロッパ」(単著) 日本建築センター 1993
- 「高齢時代を住まう－2025年の住まいへの提言」(共著) 建築資料研究社 1994
- 「変貌する住宅市場と住宅政策」(共著) 東洋経済新報社 1999
- 「ユニバーサルデザイン入門」(共著) しずおかユニバーサルデザイン専門委員著 2002
- 「データで読みとく都市居住の未来」(共著) 地域住宅産業の未来、都市住宅学会編 2005

はじめに

「高齢者住宅」とは何かと尋ねても、一般の人は、単に高齢者が住む住宅という程度にしか考えません。一方で、介護保険が始まって10年になり、老人ホームや有料老人ホームは市民権を得てきています。昨今、マスコミで「高齢者住宅」という言葉を耳にすることはあるとは思いますが、この聞き慣れない「高齢者住宅」とは何かをお話させていただきます。

ここでいう「高齢者住宅」とは、単身、夫婦等の高齢者世帯が集まって居住し、見守りに始まり、食事、家事、介護、医療に至るまでの種々のサポートを受けながら生活する住まいのことです。

長寿化に伴う「老後期」の出現

日本人の何が一番変わったのか

資料1の一番上は、1955年に結婚した夫婦の生涯の移り変わりの様子を示したものです。その下にあるのが2000年の様子です。この約50年の間に、日本人の何が一番変わったかという、実は、人生が1.5倍になりました。これは生物として捉えた場合、非常にドラスチックな変化ではないかと思えます。60年の生涯が90年の生涯にと、わずか50年で1.5倍になったわけです。それによって、何が変わったかという、実は人生の前半部分はあまり大きく違っていません。多少、結婚年齢が上がったという変化はありますが、子どもを生み、育てる子育て期については、今から50年前の夫婦と現代の夫婦を比べると、むしろ現代のほうが子育ての期間は短くなっています。その理由は何かといいますと、産む子どもの数が少なくなったからです。長子を生んでから、末子を育てるまでの子育て期間は、現在の夫婦のほうが短くなっています。

では、1.5倍に延びた寿命に対してどこが影響を受けているのでしょうか。それは人生の後半部分です。その部分が、余りよくない比喻かもしれませんが、パンツのゴムが伸びたみたいに3倍に伸びています。50年前の典型的な夫婦では、夫の定年が55歳。当時の平均寿命では、夫

が亡くなるのが63.6歳です。また、1955年の女性の平均寿命も67.8歳でした。つまり、50年前は老後期がわずか10年くらいだったのが、現在は3倍に伸びています。この3倍に延びた部分を、今まで一口に老後期と言っていたわけです。

私は、ここをもう少し詳細に見る必要があるだろうと考えています。その老後期を拡大したのが、一番下の図です。この3倍になった部分をどう見ていくかですが、私は3つの部分で分けて考えてみてはどうかと思います。1つは、男性年齢で55歳を過ぎたあたりで「成熟期」と命名します。教育費のかかった子どももさすがに育ち上がり、晴れて夫婦二人の充実した生活を送ることができるという期間。この時は男性はまだ就労しているため、崩れたとはいえ、日本の年功序列賃金下では、人生で一番可処分所得が高く、お金も時間も余裕があるという時期です。この成熟期が約10年間くらいあります。2つめは、「引退期」と名付けましたが、夫が65歳になり、社会の第一線からリタイアし、年金暮らしになる時期です。お金は少ないかもしれないけれども、時間はたっぷりあるという期間です。引退期は毎日会社に行かなくてもよく、自分の時間を自分のために使えます。奥さんとしては、夫がそのようにずっと家にいるのがいいかという、微妙なところがありますが、この10年間の引退期が、人生で一番時間のゆとりがある時期です。そして最後に、3つめのステージとして「老後期」が位置すると考えています。老後期がいつかと言うのは個人によって様々ですが、男性だと75歳前後以降でしょう。後期高齢者という言葉が自民党政権下で相当バッシングを受けましたが、やはり、75歳を過ぎると、老化現象が顕著になってきます。今までの典型的な夫婦の場合だと、結婚の時の年齢差と、男女の寿命の差があるため、順当に行けば、男性のほうの介護の問題が先に出てきて、奥様に看取られ、最後に奥様が亡くなります。最近、世界の中で日本が一番というものが少なくなってきましたが、寿命の長さは間違いなく世界一で、その最後の部分に真の老後期ともいべきいわゆる介護に直面する時期があらわれてきます。つまり、高齢者の居住を考える場合に、このようにきち

んとステージ分けをして考えることが必要だと思えます。

では、それが今日お話しする「高齢者住宅」とどう関係があるのでしょうか。私たちが「高齢者」と言う時に、いろんな制度のものが65歳以上なので、その年齢以上を一括りにして物事を考えがちです。それではだめなのです。私がここで申し上げたいのは、今日お話しをする「高齢者住宅」と言う時の「高齢者」は、実はこの後半の老後期がターゲットだということです。

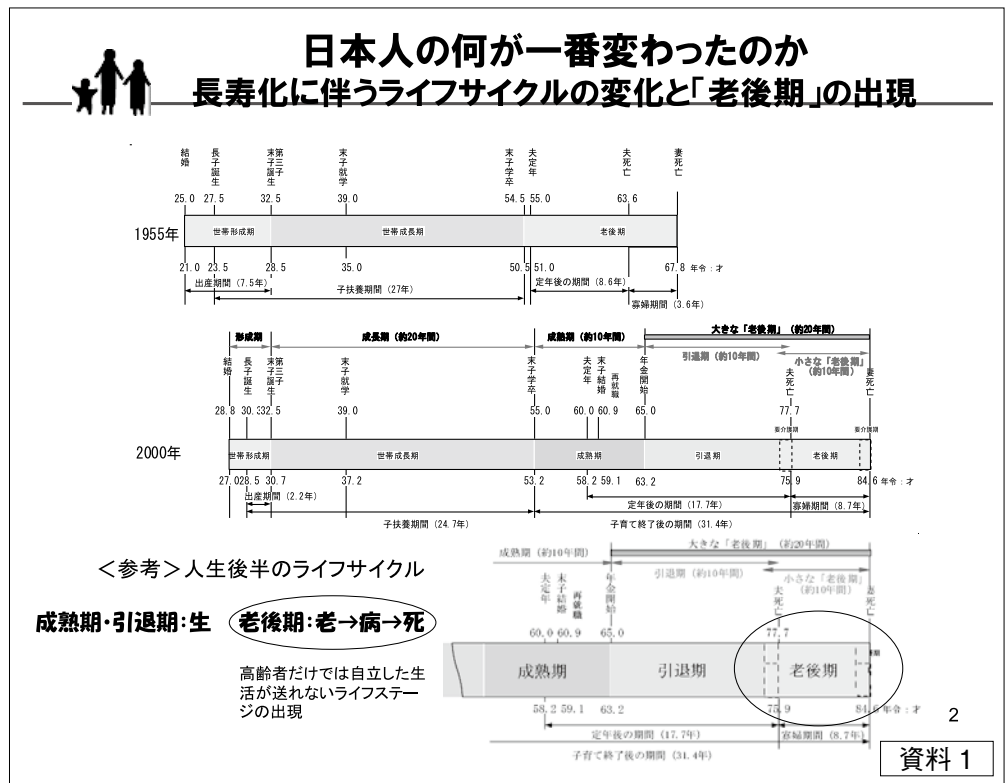
人生が60年だった時の人生は、生きて死ぬという人生でした。それが1.5倍になると、老後期は、老・病・死の3つのステップを含んだ時期だということです。引退期の元気な人に、「ご老人」などと言ったら、怒られてしまいます。そういった意味で、実は「高齢者住宅」と言う時の「高齢者」は、老後期であって、単身だけでなく、夫婦を対象に含めたとしても、誰しも不安を持ってしまうライフステージを意味します。人生が1.5倍、長寿化に伴って誕生したそのステージが、「高齢者住宅」が出現した背景にあるわけです。(資料1)

日本の人口動態と高齢者居住のマーケット

資料2はあまり見たことのないような図だと思えますが、日本の人口ピラミッドを横にしただけのものです。普通の図と少し違うのは、この図は2005年の国勢調査を元にしてありますが、通常、2005年のところが0歳と書いてあります。私はこれを生まれた年にしました。また、ピラミッドという形でグラフ化する場合には、普通、男女を分けてありますが、男性と女性を合わせま

した。日本の人口の構成は、完全な2こぶラクダです。その2こぶのこぶがどこにあったかという、偶然の一致だとは思いますが、1つめのこぶは、今から2年前のリーマンショックの時に、60歳だった人たち。2つめのこぶは、今から2年前のその時に、35歳だった人です。2年経っているので、1番目のピークの人は現在62歳、下のこぶの人は37歳ということです。もう一つ、この図で工夫したことは、色の濃淡分けです。どう塗り分けたかという、借家に住んでいる人が濃い色、持ち家に住んでいる人が薄い色です。実は、日本の2こぶラクダの人口動態から、近未来のことがかなりわかるのではないかと私は思っています。

例えば、この右下がりの矢印は、毎年60歳になる方が、これから10年間は、減り続けるということです。先ほど60歳前後の人たちは、一番可処分所得が高く、いろいろなことができる、と申し上げましたが、そのマーケットに合致する方が毎年減っていくということです。グラフの中に「熟年マーケット」という言葉があります。この熟年マーケットは、向こう10年間は減っていくということです。さらに憂慮しなければいけないのは、日本の人口が縮減することがあ



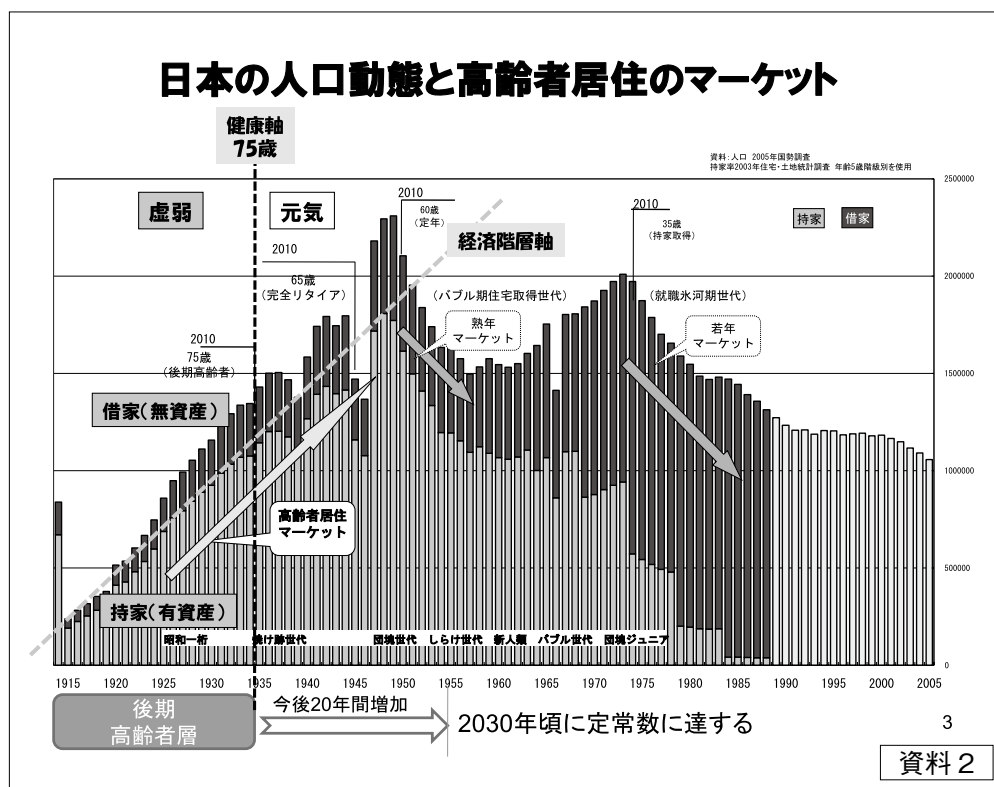
きらかなことです。今日は医療福祉関係の人が多いたと思いますが、35歳人口というのは、住宅関係者にとってはとても重要です。なぜかという、35歳というのは、住宅の買い時なのです。住宅ローンを組む場合、25年や35年ローンが普通であるため、あまり先延ばしすると、ローンをうまく利用できず、それより若いと、まだ頭金が積み上がっていません。そのため、一番住宅ローンを組みやすい年齢の目安が35歳なのです。しかし、毎年35歳になる人は向こう35年間、全然回復傾向がなく、減りっぱなしです。そのため、今年と同じことを来年もやっていたら、毎年マーケットの量が減っていくので、どんどんジリ貧になるということです。どんどんパイが小さくなっていくことは明らかですからよほどの何か工夫がないと前年度維持はあり得ません。

一方、このグラフの一番左側に、向こう20年間増えっぱなしという右肩上がりの矢印があります。これが何かと言うと、高齢者居住のマーケットです。高齢化と言われますが、今日この会を主催された振興会が組織されたのも、日本の今の介護保険につながるゴールドプランという新しい施策が育まれるようになったのも、ちょうど今から20年前でした。つまり、このグラフで一番左端にいる人たちが75歳を迎えた時だったのです。

日本の高齢化は大変だと言われてはいますが、大変なのは、1990年スタートで、40年間増えっぱなしの高齢者人口に対して、私たちがどういう備えができるのかということです。いわばこの40年間に特化した問題です。今年2010年というのは、ちょうどその中

間地点です。実は、75歳人口が今後増えていくのは、あと20年間です。2030年まで増えて、そのあとは、量的にはほぼ定常状態に達するというのが、今の人口動態の予測です。そういう意味で、今の2010年の折り返し点から2030年の定常状態に達するまでの今後20年間の、75歳以上の最後の生活の場、看取りの場を、どういうふうに私たちが整えていくかが今直面している問題だと言えます。

それともう一つ、見て頂きたいのが、濃淡に塗り分けたところ。 “格差、格差”と言われてきましたが、最近は何も言われなくなりました。それは格差が解消されたからではなくて、固定状態になったので、あえて皆それを言わずに、口をつぐんでしまった向きもあるのではないかと思うのです。格差については、若年者のことがよく取り上げられますが、実は、格差が一番大きいのは、はっきり申し上げて高齢層です。日本人の高齢者の格差はどこで見られるかという、これは私の自説でもあるのですが、75歳を過ぎて借家居住者なのか、持ち家居住者なのかという点です。少し過激かもしれませんが、グラフの中に借家=無資産、持ち家=有資産と書きました。数としては、持ち家にゴー



ルした方が多いのですが、この二層性があるということをきちんと考えて、いろんな問題を解いていく必要があると思います。1950～1960年代生まれの私くらいの年代までの方は、“一億総中流”という思いがあるでしょうが、実はそれは幻想です。経済的には、二層に分かれているということが、いろんなことを考えていく上で前提になると思います。(資料2)

高齢者の居住に係るヴォリューム

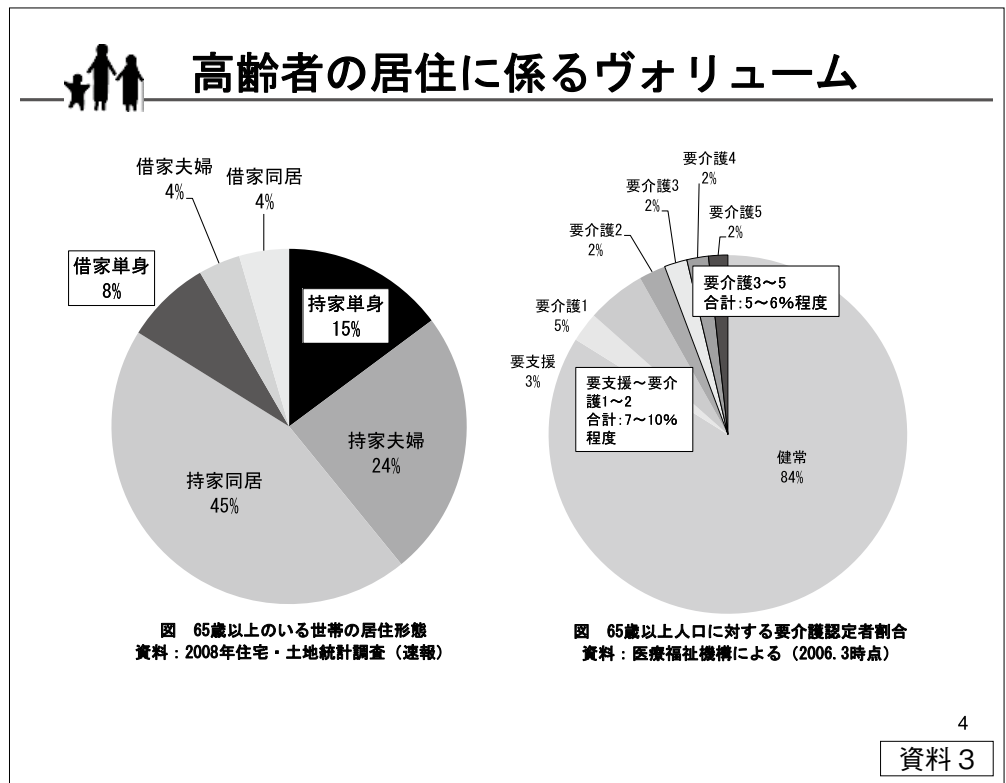
資料3左の円グラフでは、現在65歳以上の方を一人でも含む世帯が、どんな世帯型で、どんな住宅に(持ち家か、借家か)住んでいるかを示したものです。私は今までかなり悲観的な話をしてきましたが、20世紀後半の日本の高度成長は、非常に成功を取めたことがこのグラフから見て取れます。何が成功を取めたかということ、65歳以上を含む世帯の84%が持ち家にゴールインしているのです。持ち家にゴールインしていないのは、65歳以上のいる世帯で16%です。そして、その半分が借家で単身という方です。この方たちは、一番厳しい状況にある方です。残りの84%は、高度経済成長のおかげで、持ち家に住んでいます。ただし、この中の、持ち家世帯の約5分の1弱(全体の15%)は、持ち家ですが単身です。また、右側の円グラフは、母数が65歳以上という人口です。その中で、介護保険の要介護認定上、健常という方が、ぴったり84%です。で、要介護の方が、どういうわけか借家居住の割合とほぼ同じ16%です。さらにそのうち、重度の介護が必要だという要介護3～5の方が、だいたい5～6%です。また、軽度の介護が必要な方

が約10%です。これが高齢者の居住に係るヴォリュームということ。何が言いたいのかというと、持ち家であっても単身だと、要介護認定されると、一人で生活続けることは困難だということです。あるいは、持ち家で夫婦の方で、どちらか片方の体が弱ると、夫婦だけで支え合いを続けていけるのかどうか。夫婦であっても片方が要介護の認定を受ける状態になった時、今まで通りの生活が維持できなくなる。その量的な割合がこのグラフから読み取れるわけです。(資料3)

高齢者住宅に求められるもの

「老後期」の居住の安定のための3要素

いよいよ「高齢者住宅」のことについて、まず三角形の図(資料4)で考えてみましょう。三角形の上が健康です。誰しも最後まで健康であることを願ってやまないと思いますが、老化現象というのは、誰にとっても不可避なものです。高齢者住宅のメインターゲットは、75歳以上だと申し上げていますが、75歳以上になると、どんな方でも老化が不可避の現象として見えてきます。そうすると、この三角形の上の方から



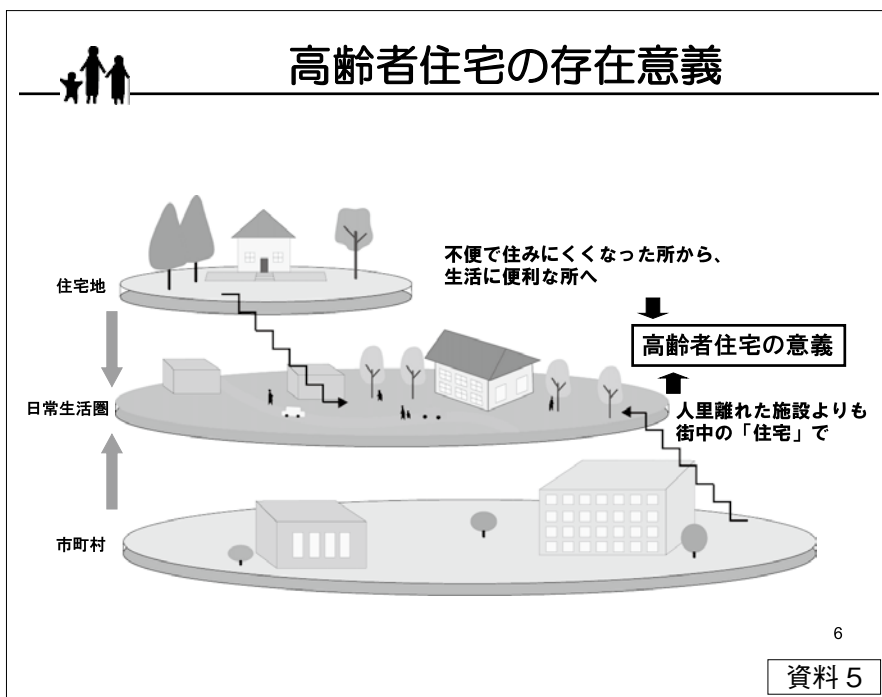
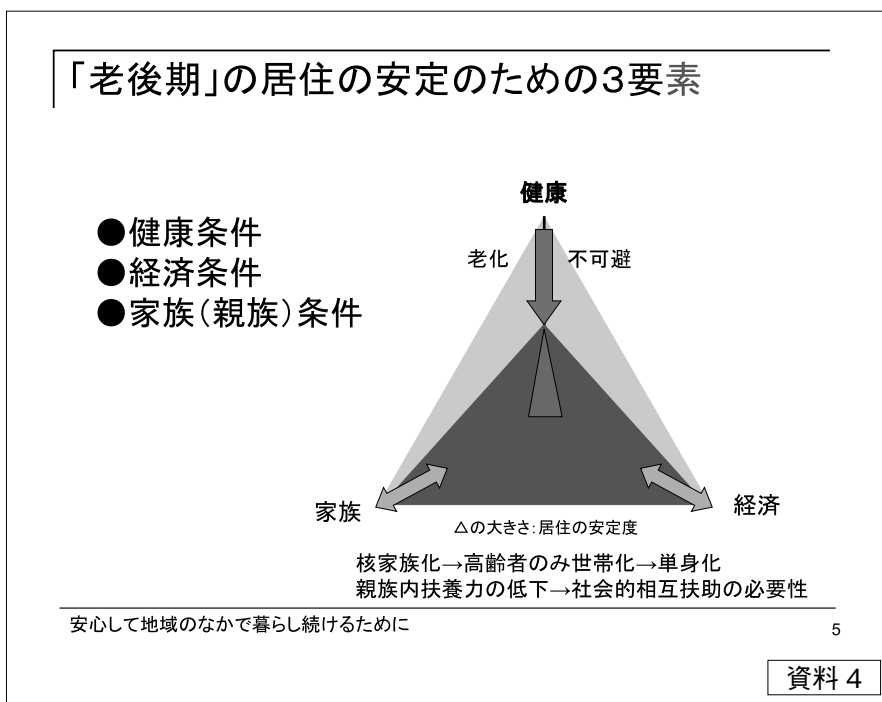
4
資料3

潰れてくるわけです。それを支えるものがあれば、生活が維持できます。三角形の底辺で支えるものは何かというと、家族と経済です。この二つがあると、上が潰れてきても何とか安定をとることが可能です。日本では、長らく家族が同居することによって、下支えしてきたわけです。ところが、今私たちが直面している家族というのは、高齢者で核家族です。つまり、単身か、夫婦のみの世帯が非常に多くなっているということです。家族が同居していても、例えば、片親で独身子という世帯構成だと、親御さんの具合が悪くなると子どもは介護を取るか、職を取るかという非常に厳しい選択を問われることになり、家族内で扶養するという力が非常に低下しています。もう一方の経済は、20世紀後半、真っ当に人生を過ごされた方は、少なくとも持ち家には住んでいます。家はすぐにお金にならないので、年金や預貯金が必要になります。特に、借家の方は、上が下がってくると、すぐに安定性が損なわれ、横倒しになってしまう、そういう構図になっていると思います。

つまり、老後期においては、この3つの要素のバランスが取れているというのが理想なわけです。ところが、そうは行かない状況に対して、私たちがどうして行くのが今課題なのです。(資料4)

高齢者住宅の存在意義

資料5は、高齢者住宅というものがどのへんに位置するのかというのをイメージ的に整理したものです。左端に住宅地、日常生活圏、市町村と書いてあります。1990年から2000年4月の介護保険が始まるまでの間、ゴールドプラン、新ゴールドプランが推進されました。東京圏はその当時まだ非常に若かったもので、東京、神奈川、千葉、埼玉では出遅れてしまったのですが、



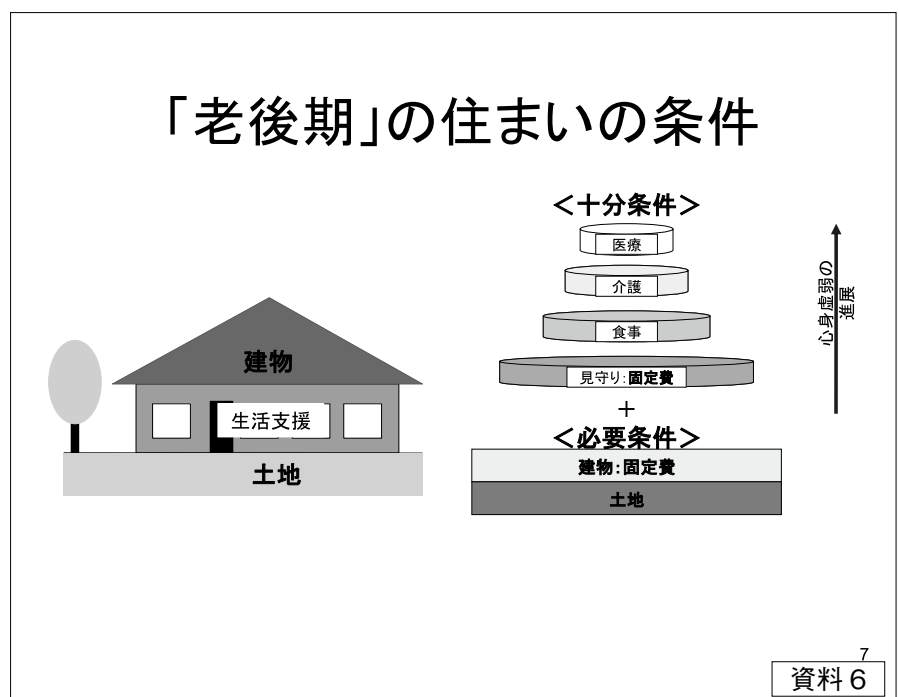
特に地方では、少しへんぴな所に大規模な施設を作るということがたくさん行われました。しかし、そこは人里離れた施設ということで入居する方には片道切符のような思いを抱かせてしまうのと、施設としてのいろいろな弊害もわかってきました。それを踏まえ、高齢者施設は人里離れたところよりも、街中で何とかならないのかというのが現状の一つの方向性です。もう一つは、多くの人が、自分が住み慣れたところで最期を迎えたいと思っていることが重要です。実際、それができればいいのですが、例えば先ほど言ったように、家族の支えが非常に弱くなっている問題や、家の中をバリアフリーにするということは、自分でやろうと思えば可能ですが、道路と宅地の間の段差は、いかんともしがたいものです。そうすると、足腰が弱ってきただけで、外出するのがおっくうになります。あるいは、デイサービスの送迎車に来てもらっても、車の停まっている所までお父さんを家の中から送り出すのが大変という事態に直面するわけです。不便で住みにくくなったマイホームから、できれば自分の日常生活の範囲の中で、かかりつけの医者も、顔見知りの友達も同じだけれど、箱を少し換えるだけで最晩年の老後を安心して過ごせる場所を作れないかというのが、今般、こんなにも「高齢者住宅」が考えられるようになった背景にあると思います。(資料5)

「老後期」の住まいの条件

今日はシルバーサービスや医療サービスなどに関係されている方が多くいらっしゃると思うので、少し事業的なことも含めて考察したいと思います。ここで「老後期」と言っているのは、男性で75歳以上、奥様だと70歳代くらい、あるいは、男性が亡くなって、奥様が75歳以上になったくらいのことです。その時の住まいというのは、何かという条件を考えてみた

と思います。

住宅というのは、土地と建物があれば、成り立つわけですが、老後期は、土地と建物だけでは十分ではありません。もう一つ必要なのが、「生活支援」という部分です。自分だけでは若い時のように生活が成り立たないので、生活支援が必要なわけです。これをもう少し機能的に分解すると、土地と建物は必要条件ですが、必要かつ十分にするために一番最初に必要なのは、見守りです。見守りというのは非常に微妙です。家族がいれば見守りはあえていらないと思うのですが、見守りというのは「見る」と「守る」という2つが必要です。ただ「見る」では駄目なのです。何かあったときに、きちんと「守る」ということがなければ駄目です。また、見守りはないと困りますが、ずっと見張っていないと駄目だということではありません。そういう厄介な段階が、まずあります。次に食事です。足腰が弱って買物に行けなくなると、すぐ、食事に困ります。介護保険で介護してもらえる「介護」というのは、その次の段階です。そして、そのあとに医療です。つまり、日本は介護保険、医療保険に非常に優れている国だと思いますが、その前に、食事、見守りという要素が下支えとしてまず必要だということを理解していただきたいと思います。(資料6)

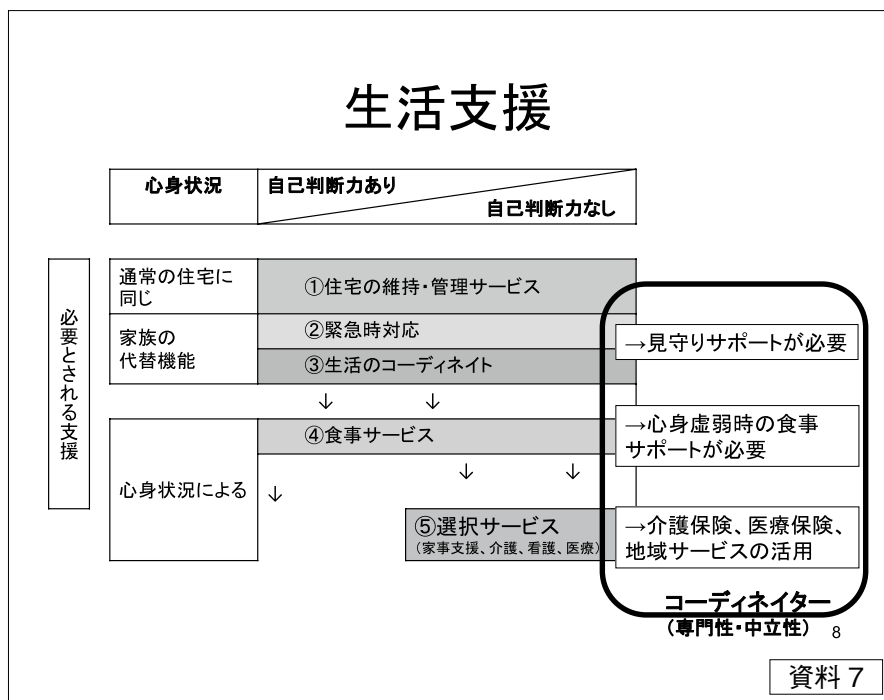


生活支援

さて、その生活支援ですが、いつどういう時に必要かについて、もう少し細かく見ていきましょう。資料7に「心身状況」とあります。要介護認定では、要支援1～2、要介護1～5という7段階がありますが、私は最近つくづく、それ以外のもっと大きな指標は、「自己判断力があるか、ないか」だと思います。これは認知症のことを考えていただくと、すぐに分かると思います。体が動いても、自分で判断力がなくなってしまうと、やはり一人だけでは生活できません。反対に、ベッドで寝たきりになってしまっても、自己判断力があって、スイッチが押せたり、携帯電話に番号を入れられれば、その方は、ひとりでも大丈夫な時間があるはずです。そういうことで、心身状況を「自己判断力ある、なし」の二つに分けています。その時にどのようなサービスが必要かという、①②③はどんな時にも必要ということになるでしょう。①の住宅の維持・管理サービスというのは、マンションに住んでいるとわかりますが、普通に住宅を維持していくためのサービスということです。②③の生活支援は、本来、自分の世代以外の家族が住んでいけば何でもないことです。②の緊急時対応は、若い家族がいれば、様子が変わるという時には、救急車を呼んだり、誰か隣の人に声を掛けて、助けを求めることができるわけです。また、③の生活のコーディネートといってもそれほど大げさなものではなく、年金の手続きは済んだか、保険の更新をしたか、今日はかかりつけの医者に行く日だから忘れないように、この時間に薬を飲まなければいけない……といった類のことです。それにもかかわらず、高齢者だけで、しかも自己判断力がなくなった場合には、すべてサポートが

必要ということになってしまうわけです。これが「見守り」の中味です。また、心身の状況によっては、食事のサービスが必要になってきます。最後に、⑤の選択サービスというのがあります。これは今、医療保険、介護保険でカバーされている部分や、いろんな地域サービスとしての、家事支援、介護、看護、医療を意味します。自己判断力があって、なんとなく不安だという状況では、介護保険や医療保険ではカバーされないことが読み取れると同時に、この選択サービスには、膨大な潜在的需要があるというふうにも見ることもできます。

それからもう一つ、食事サービスや介護サービスなどといったいろんなサービスが個々ばらばらではなく、一人に対してきちっと届けられるように、専門性・中立性を持った人や機能が必要です。それがないと、生活支援というのは成立しません。家族がいれば、こんなに分解して説明することは不要ですが、家族機能が弱り、しかも自己判断力に不安が生じるような状況になると、一旦どういう要素になるか分けてみて、必要なものが確実にその人の居住の場に届けられるようにしていかなければいけない。しかも、一端分解した機能を統合化する機能も付加されないと老後期の生活が成立しない。まことにやっかいだと思います。(資料7)



高齢者住宅の現状

施設では解けなかった：

1989年ゴールドプランモデル

ゴールドプランを皮切りに、1989年から20年間、私たちはいろんな取り組みをしてきました。その結果がどうであったかを、私の偏見と独断が入っているかもしれませんが、振り返ってみたいと思います。

まず、資料8で「施設では解けなかった」と書きましたが、この施設とは、いわゆる特別養護老人ホームなどをイメージしています。1989年のゴールドプラン以降、措置施設として急増させた特別養護老人ホームが、結果として2000年4月の介護保険開始と同時に、措置ではなく、保険を使って誰でも利用できるサービスという形になりました。そういう施設介護では、日本の高齢者介護の問題は実は全く解けなかったと思っています。その理由は、90年代に全国各地で作られた特別養護老人ホームの現状からです。特養ホームは、当時まだ若い人たちが多かった大都市圏ではあまり作られず、地方で数多く作られました。どのくらい費用をかけたのかというと、大体1ベッド当たりの建設コストは、1,000万円です。ですから、多床室は大体4人部屋ですから、その部屋は4,000万円くらいの建設コストが掛かっています。そうした施設の居室は相部屋ですが、廊下は広く、それ以外の機能回復訓練室や事務部分といったものが病院を下敷きとして作られていったため、1ベッドに直すと、1,000万円くらいの費用を掛けていたということです。これが建物に掛かるコストです。非常に高いと思いますが、90年当時は、バブル経済のピークでした。当時の竹下首相が「ふるさと創生」事業に、3,300あった市町村に1億円ずつ配るような時代が、つい20年ほど前にあったわけです。国家予算の半分を国債で賄うというような現状とは全然違い、1ベッド当たり1,000万円の3/4が公的な建設費補助として税金から支払われていました。社会福祉法人がこういった事業を担ったわけですが、社会福祉法人の成立要件として、土地を寄付することが前提としてあります。あるいは、公共団体が社会福

祉法人に無償で貸与する。つまり、土地代は別として、建設費は高コストでしたが、建物についてはかなり手厚い公的な助成、補助金が入って実現していったのです。それが現在どうなっているかということ、小泉政権下で2005年、2006年に、こうした建設費は交付金化され、現在では、昔のような50人、100人規模の特別養護老人ホームを作る時は、国からの補助金はありません。入所定員が29人以下という地域密着型のみ、交付金補助が出るという形に変わってきています。一方、土地の手当てはどうなっているかということ、さすがに大都市圏も高齢化しているため、最近では借地をしてもいいというふうに制度が変わってきています。しかし、国が費用を出して、社会福祉法人はそれほど費用を投下しなくてもよいという事業モデルはもはや成立しなくなっているのです。

それと同時に、多床室型の病院モデルの老人ホームが本当によかったのかということ、私は間違っていたと思います。何が間違っていたかということ、病院モデルというのは、「齢を取ることを治す」というふうを考えていた側面があると思います。しかし、残念ながら、老いは治すことができません。そのかわり、癒したり、慰めたりすることはできるのではないかと思うのです。そういう見直しから、2003年以降、特別養護老人ホームの建設補助の基準上、小規模なグループを作って、あたかも擬似家族のような形で介護が受けられるユニット・ケアという形の生活空間に変えていきたいと思います、大変化がありました。それに際して、室料や食費は払える人は自己負担してくださいというふうに変わったわけです。とは言いながら、特別養護老人ホームでは、介護に係る費用はすべてフルパッケージで保険給付する仕組みになっています。施設介護のサービスは全部定額で、介護保険でみます。結果、どういうことになっているかということ、建物を整備していく上では、非常に高コストです。しかし、入居希望は殺到し非常に人気があります。なぜかということ、見かけの自己負担が低額だからです。つまり、高コスト、低負担の仕組みです。また、資料の中に「低ベネフィット」と書きました。これは、

本当に相部屋が人生最後を過ごす場として、癒し、慰められる空間かという点、そうではないのではないか。守られているという安心感はあると思いますが、それから先がないということで、敢えて、低ベネフィットと書かせていただきました。

ところで、最近少し沈静化してきたようですが、今年8月に、福祉部局と社会福祉法人の間で、多床室かユニット・ケアかということで、激論が交わされていたことがありました。これは何かということ、多床室型を全部ユニット型にしたいのだが、そうすると非常に建設費もかかるし、自己負担できる人でないと、生活を基本にしたユニット型に入ってもらうことは難しくなる。先ほどの話で言うと、借家に住んでいた人が、介護状態になって、施設で受け入れねばならないという時に、ユニット型では贅沢だから多床室型のほうがいいのではないかと、ことがずいぶん議論されていたのです。私は、こういう議論は不毛だと思います。また、なぜそういうことが言われるかということ、2003年にユニット型にチェンジしたものの、介護職員の人材配置の基準は変えなかったからです。以前はドアを開けると、4人の入居者を一度に見ることができたのですが、ユニット型の個室だと非常に人手不足になり、かといって人手を増やすと費用が掛かってしまう。しかし、介護保険ではその費用は見てもらえないという状況に陥ってしまいました。これは日本の高齢化があまりに急激に進んで

しまったために生じた問題です。空間の形が変わると、実は人の配置も変えなくては行けないのですが、2002年や2003年の小泉首相の時代は、お金がないということになり、介護保険の見直しでは人手の増強は行われませんでした。そういうことがちぐはぐになったままです。これから老人ホームを作りたいという人もいないわけではありませんが、90年代からこれに参入して、経営基盤の安定した社会福祉法人でもない

施設では解けなかった：1989年ゴールドプランモデル

高コスト・低負担・低ベネフィットの解答

90年代から参入し経営基盤の安定した「社会福祉法人」でない新規参入は無理

フルパッケージ 特別養護老人ホーム

<十分条件>

- 医療
- 介護
- 食事
- 見守り・固定費

+

<必要条件>

- 建物：固定費
- 土地

多床室型

空間面積は違うのに
人員配置の基準は同じ。
行政・福祉は、どちらが
良いかを問う不毛な議論
に終始。

ユニット・ケア型

介護保険定額給付

ホテルコスト(室料・食費)の負担はあるが
所得により減免

建設費3/4補助→交付金化→地域密着型のみ交付金補助

寄付・無償貸与→→→借地OK(借地料補助あり)

建設コスト1000万円/床 (原因：病院モデル)

安心して地域のなかで暮らし続けるために

9

資料 8

特別養護老人ホームの事例：風の村（千葉県八街市）





食堂↑



共同浴室↓



共同リビング



ユニット・ケアの考え方



個人居室

10

資料 9

限り、補助金も手薄で、様々な問題がある中で、こういう特別養護老人ホームはうまくいかないと思います。(資料8)

特別養護老人ホームの事例： 風の村(千葉県八街市)

今から見ていただくのは、そうした特別養護老人ホームの中でも、一つの理想形といわれている、風の村という千葉県八街市にある特別養護老人ホームです。ここはユニット・ケアの考え方を初めて本格的に取り入れた施設です。一つずつ自分の部屋があり、リビングや台所があり、生活できるような環境があり、別のところにはちょっとおしゃれをしていく食堂や中庭があるという一つの理想形です。先ほど相部屋型で、1ベッド1,000万円と申し上げましたが、これを作るのにはもう少しお金がかかります。

皆さん、覚えておられるでしょうか。墨田区のホームレスを墨田区が生活保護をして、群馬県にある「たまゆら」という介護施設に入所してもらっていたところ、火事が起きて、何人かが亡くなったという事件がありました。その際、東京都が非難されたことを受けて、東京都で特別養護老人ホームを新たに造るといくら掛かるかというのを副知事が指示して、その試算結果が出されました。それによると、土地代を含めて、相部屋型でも、1ベッド2,000万円かかるそうです。建物を作っていく方法としては、現行の特別養護老人ホームの空間形は極めてハイコストということでした。(資料9)

建物だけでは解けない!? : 2010年高専賃モデル

今年の春から国土交通省と厚生労働省が、これからの高齢者向け住宅のモデルとして「高齢者専用賃貸住宅」を打ち出しています。2010年の高齢者専用賃貸住宅モデル、略して「高専賃モデル」は、事業の仕組みからいうと、土地と建物は基本的には民間で用意してくださいということです。とは言いながら、高齢者のための事業を行うに当たり、新たに土地を購入するのは事業的に成立しないと思います。借地が原則ではないかと思います。なぜ土地購入だと成立しないかというと、土地購入は資産の入

れ替えになり、土地自体を償却していくわけではありません。例えば民間のデベロッパーがマンションを建てて売るという時には、借入金で土地を購入して、次の購入者に転売するわけです。そうすると、その土地購入に関わった金利など、その分を乗せるわけですから、新規に土地を購入するというのには相当コストが掛かります。そのコストまでを高齢居住者が負担するかというと現実的ではないと思います。建物も、原則は、新築でも改築でも民間で考えてくださいというのが、高専賃の考え方です。実は、高専賃は、建設補助を付けるとか、何か支援をするという仕組みではありません。国土交通省は、一定の基準を満たす住宅であることを登録すると言っているだけなのです。要は、単なる情報・登録サービスなのです。

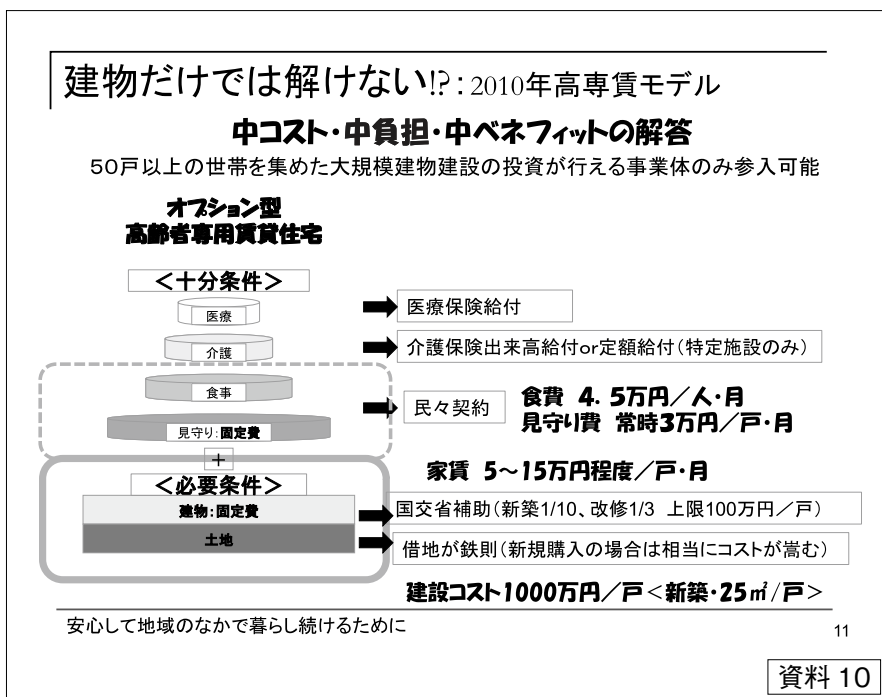
ただ、今年の4月から始まったことで言うと、整備に際して若干公的なお金が出るようになったというのが、登録より踏み込んだところです。国交省では、そういう住宅を新築する場合には、1戸当たりの上限は100万円ですが、新築の場合には1/10、改築の場合には1/3の補助を出すことを始めました。これで土地と建物の必要条件を確保してくださいというわけです。先ほどの特別養護老人ホームから、この高専賃モデルに変わったところで、建設費はどうかというと、1住戸あたりでは、特養の1ベッド当たりとほぼ変わらない1,000万円だと私は思います。高専賃として登録できる基準は、1戸当たり、25平米以上です。これは、建築のプロだと、今の建築費の相場から計算するとすぐわかること



ですが、大体1戸当たり1,000万円です。そうすると、この1,000万円を何年で償却するかということですが仮に25年として、建物(建設費)だけだと5万円/月くらい。土地の利回り分を入れると5~15万円くらいの家賃で収まるということになります。それは普通の賃貸住宅を経営するのと同じことです。家主さんが、25平米くらいの部屋で賃貸アパートを建てると、何も変わりません。しかし、高齢者住宅という時には、介護保険、医療保険はありますが、その前に、見守りと食事が必要になります。その部分がどうなるかということです。資料10には「高専賃モデル50戸以上」と書きましたが、なぜ数まで言えるのかということ、見守りの費用について、この建物だけで採算を取ろうと思うと、自ずと出てくる数字だからです。なぜなら、一人の人間が目配りできるのが50人くらいです。それ以上だとわからなくなり、それ以下だと今度はコストがかかってしまいます。小学校のクラスを考えるとわかると思いますが、一人の人が見回りをするのが50人とした場合、日中だけ見回りをするのか、それとも24時間見回りをするのかで全然違ってきます。仮に24時間だと、3人を張り付ける必要があります。1人で50万円/月と考えれば、150万円/月のコストが固定費としてかかります。それを50戸で割ると、1戸当たり月額3万円という数字が出てきます。私はそれを事業モデルからはじめてみましたが、高専賃の家賃の実態調査をされた先生がいて、近傍の同じ広さの若者向けのワンルームマンションと高専賃の家賃を比較すると、ちょ

うど3万円くらい違うという報告が出ています。なぜかと言うと、この見守り費用が必ずかかってくるからです。食事は、大体月額4.5万円くらいです。ですから、高専賃モデルの家賃と利用料は、月額12~13万円から20万円くらいで収まるという形です。それ以外の部分は、保険を利用します。医者に行った場合は、医療保険を、要介護認定されれば介護保険を利用するのが、2010年の高専賃の仕組みだと思います。

では、これでいけるのかということ、2つの問題があります。1つめの問題は、月にかかる費用が今申し上げたような、12~13万円から20万円くらいということ。この金額を払える方はどこにいるかということです。これは厚生年金を受給している人でないと、なかなか難しいと思います。しかも、女性一人の場合は、遺族年金という形になりますから、どういう方がメインターゲットになるかというのわかります。もう一つ、50戸という問題です。これは、事業者の立場になれば、1戸当たり1,000万円の建設コストがかかって50戸ということですから、1プロジェクトに数億円の資本投下を建物についてしなければならないということです。今の経済状況で、初期の投資費用として5億円以上出せる事業者はどこにいるかということです。非常に活発に動いている学習産業系の方や、ある



いは介護保険から参入された方、あるいは民間のデベロッパーで、こういうことを考えている方はいらっしゃると思いますが、どちらかというと言富層向けにシフトしてしまいます。そういう意味では、高専賃は、特別養護老人ホームに比べればリーズナブルで、なかなかよいモデルではあるのですが、非常に限定された人を対象とせざるを得ないこととなります。また、こういう事業に着手できるのは、相応の資本力のある方でないと難しいという特徴があると思います。(資料10)

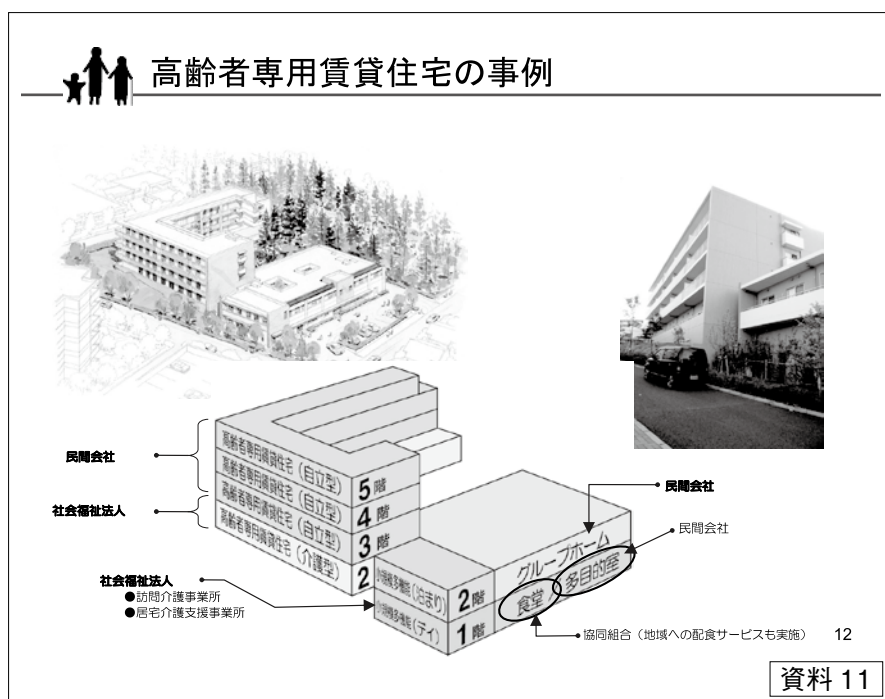
高齢者専用賃貸住宅の事例

高専賃の一つのモデルとして、千葉のURの賃貸団地での事例があります。URというのは、高度成長期に良質な住宅を勤労者に提供するために設立された日本住宅公団が本元です。その後、いろいろ名前が変わって迷走状況にあり、いつも事業仕分けの一番に出てきて、時代に翻弄されてきた組織です。この千葉の団地の場合、1955年から1960年に中層の団地として整備されたのですが、エレベーターなしです。また、賃貸住宅ばかりで、昨今の耐震性の問題などを考えて、建て直しを始めたところで、事業仕分け等でもう公団住宅はいらないということになり、事業が途中でストップしています。そのエ

レベーターなしのUR賃貸住宅に住んでいる方は、かなり高齢化しています。そこで、地域に自分たちが安心して住むための拠点が欲しいということで、URは建て替えの途中で生まれた土地を生かして高齢者向けに、どのようなサービスや住宅事業を手がけることができるかを事業コンペで募集することになりました。その中から選ばれて実現したのが、この高専賃プロジェクトです。

非常にいろいろな要素が入っています。建物は囲み型ですが、前方は2階建てで、後ろのほうは4階建てに見えますが、地下もあるので、2、3、4、5階になっています。どんなものが入っているかという、低い方には、デイサービスと食堂、多目的室、認知症の人たちを対象としたグループホーム、小規模多機能施設という介護保険での施設が入っています。高い方は、高齢者専用賃貸住宅の介護型と自立型です。どの部分をどこが運営しているかは、かなり複雑になっています。それと、介護型、自立型ですが、これは、いわば虚弱介護型と、虚弱自立型です。自立型に入っている方も、平均年齢80歳以上で虚弱で自立、自己判断能力のある方です。介護型は、虚弱で自己判断能力のあまりない方というふうに考えていただいていると思います。

(資料11)

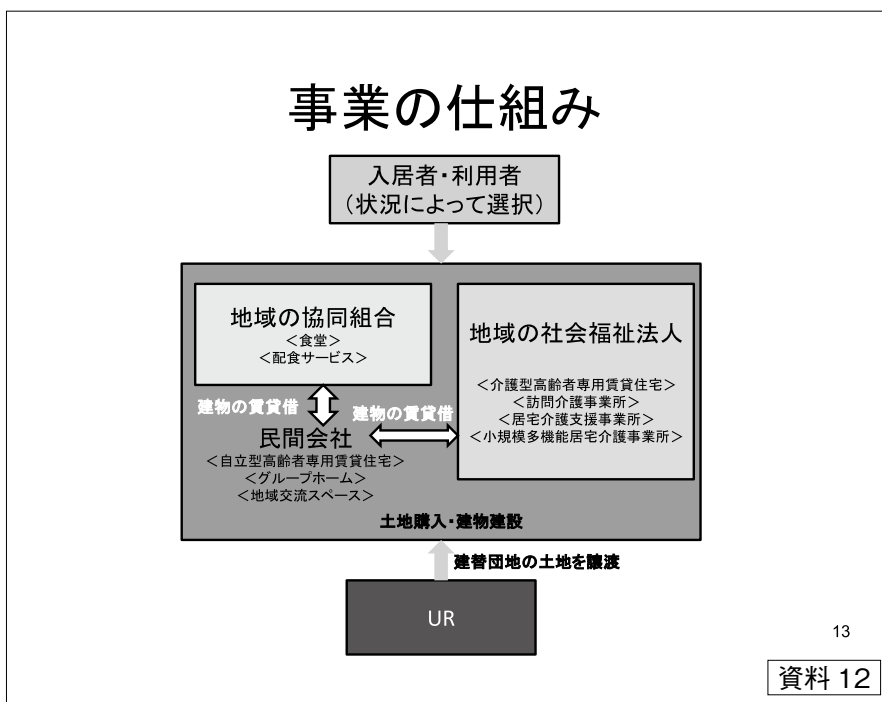


事業の仕組みとしては、まずURがこういう事業を行う者を募りました。そして、手を挙げたのが民間の会社です。この会社が何を経営することにしたかという、自立型高齢者専用賃貸住宅と、グループホーム、地域交流スペースです。そもそも応募する時に、この民間会社はもう二つの主体と共同で連携を取るということを前提に応募してきたのです。一つは地域の協同組合、労働系の協同組合ですが、ここは食堂経営を担っています。その食堂から地域の人に対する配食サービスも行っています。それから、もう一つは地域の社会福祉法人です。ここは介護型高齢者専用賃貸住宅と、訪問・居宅・小規模多機能居宅介護事業所、いわゆる介護保険を使った訪問型、通所型のサービスを提供しています。

このリーダーになった民間会社は、URから土地を購入して建物を建てて、共同で行うことを前提としていた他の主体に建物を賃貸借し、協同組合と社会福祉法人が店子として入った形になっています。入居者は今満室になっています。ところが、土地を購入したので、その部分に関わる費用が、コストとして顕在化してきました。それがどうなったかという、その分、入居者に払ってもらう家賃が1～2万円高くなっています。その結果、この周りは公団の賃貸住宅ばかりなのですが、そこから高専賃に入られた方はほとんどいませんでした。理由は、それほどの料金負担ができなかったためです。高齢者住宅への入居者は、団地外側の持家居

住者で、資産や年金が十分あった方です。

ストーリーとしては、URの土地を活用して、そこに高齢者のための住宅の拠点を作り、地域の人(団地内賃貸住宅居住者)がいざ困ったら、入居できるはずだったのですが、住宅部分については入居ができていません。ただ、それ以外の介護の部分には、訪問介護や通所型で利用できることにはなっています。日本の高齢者住宅事業というのは、国交省も厚労省も肝いりでやる



13

資料 12



14

資料 13

うと考えているようですが、現実に着地させていくところでうまく整理のつかない問題があって、簡単には片付きません。それと、先ほどの50戸という問題もあります。

部屋の中はいろいろデザインが工夫されています。地域の交流スペースもありますが、居室に入ってしまうと必要最低限のものとなっており、居心地のいい空間かどうかは、これからの課題のように思います。(資料12, 13)

私たちが何の問題を解かなければならないかと言うと、「居住の連続性の保障と、介護コストの軽減」の二つです。実は、これまでに紹介したモデルでは、食事と介護までは入っていますが、医療までは完全に連結していません。また、いろいろな事業費用を積み上げていくと、物凄くハイコストになってしまいます。私たちが直面している問題は、元気な時から最期の時までの居住の連続性を保障することです。そうでなければ、高齢者住宅は成立しがたいということです。また、介護コストは、日本全体として考えてみれば、なるべく少ない費用で良質なサービスを受けられるほうがいいわけですから、そういう仕組みがないかを探さなければいけません。この図に書いた「高齢者ペンション」、「高齢者ホーム」というのは新しい言葉ですが、どんなことを考えているか、のちほど聞いてください。(資料14)

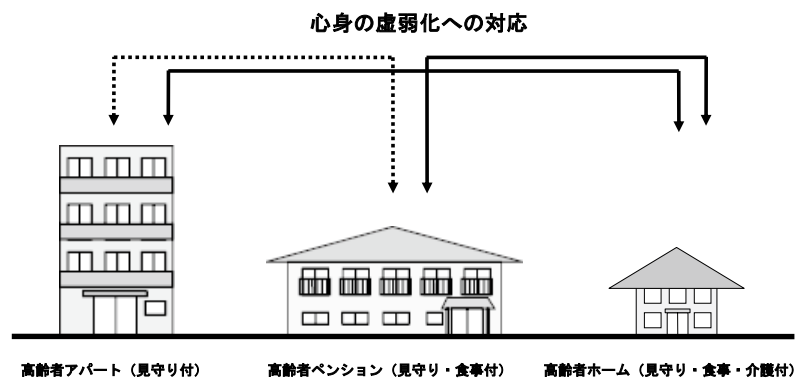
地域なら解けるかもしれない： 長岡の地域介護モデル

居住の連続性の保障と介護コストの軽減の問題を解いている事例が日本でないのかというと、ごく少ないのですが、それにチャレンジして、ある程度の結果を出しているところがあります。ご存知かもしれませんが、新潟県の長岡市で展開している例です。こぶし園という大きな社会福祉法人がありますが、ここが中心となって、長岡の地域介護モデルを展開して

います。「地域なら解けるかもしれない」と資料に書きましたが、地域なら何が解けるかという、居住の連続性の保障と介護コストの軽減です。先ほど、一つの建物の中に施設を集めた高専賃の場合、どういう費用になるのかをご説明しましたが、長岡の場合は、地域社会が一つの施設となるネットワーク型です。

サービス産業というのは、このネットワークをどう組むかが最大の鍵ではないかと思えます。長岡の場合、どういうふうの一つの地域を施設にしているかという、大体小・中学校単位で考えています。その小・中学校単位に、サポートセンターがあります。介護保険では2006年の4月から地域密型サービスが打ち出されていますが、サポートセンターとは、その中で小規模多機能施設に登録した人であれば、パッケージサービスとして、どんなサービスでも何回利用してもよいという取り組みを行う拠点のことです。そのすぐ隣に、高齢者住宅、先ほど言えば、バリアフリーの高齢者賃貸住宅を建てます。そうすると、自宅、マンション、アパート、様々なところに住んでいる方が、自分でぎりぎり自立できる間は、ここから出前型のサービスを受け取ったり、あるいは通所型のサービスを利用します。そして、いよいよ自己判断能力に不安が出てきたり、奥様一人で夫の世話を

難問：居住の連続性の保障と 介護コストの軽減



15

資料 14

するのが辛くなる、あるいは男性が元気で奥様の具合が先に悪くなってしまったような時に、自宅からサポートセンターのすぐ近くに移り住んで、24時間365日、切れ目のないサービス提供を受けるといわけです。こぶし園の場合は、少し離れた山の中に、もともと大規模な老人ホームや医療施設を持っているので、ある一つの法人と長岡市がタイアップすることで、実現したプロジェクトだとも言えます。その時々
の需要に応じて、地域の中にあるいろんなサービスの中から、一番合うものを選ぶ、届けるというやり方をしています。普通の介護保険の保険料の中で、こういう事業が成立するということまで来ています。本人の自己負担も、先ほど家賃5万円と言いましたが、この例ではもっと安くて3万円くらいです。地元の高齢者の負担能力からしてそれしか取れないということもあるようですが、非常にアフォードブル、リーズナブルなやり方をされています。

ただ、これは一つの理想形のようなのですが、高齢者がある意味、地域の中で囲い込んでいるわけです。事業独占しているとも言えます。私はずばずば言う方なので、この法人の事務長さんに、「これではまるで地域独占、囲い込みをやっていることになりませんか」と尋ねたことがあります。その際、事務長さんは「すべて情報公開している、透明性を高めることを第一にやっている、もし、何かあったら、いくらでも異議申し立てができるし、どうしても嫌だということであれば、ほかの法人に変えてもらえばいいだけのことなので、自分たちは自信がある」というお答えでした。長岡の地域介護モデルという

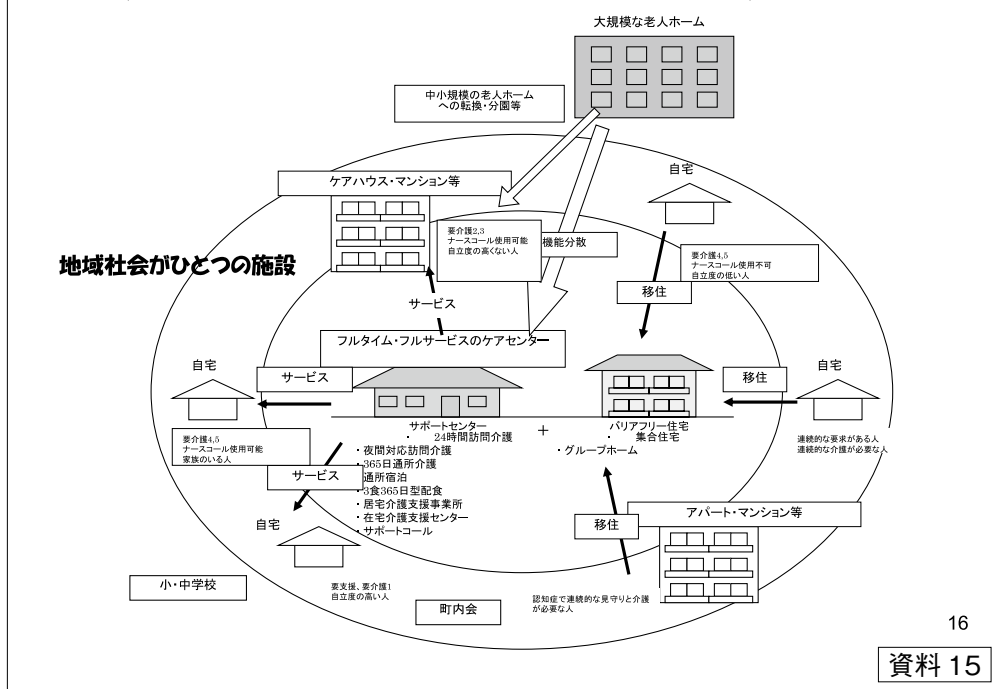
のは、こういう、面的に一つの法人と市がいろいろな形でコラボして、しかもネットワークを使って解いているということです。私はこれは形としては世界標準だと思います。どこが世界標準なのかをこれからお話いたします。(資料15)

高齢者住宅の可能性

超高齢社会に向けた介護サービスのマスタープラン

資料16は、2006年に介護保険の見直しがあった時に、当時の厚生労働省が日常生活圏域でネットワークを構築していくということを出されたマスタープランを、私なりに図化したものです。日常生活圏域をどう取るかということは、地域ごとに考え方を変えてもいいと当時の厚生労働省は言っていました。私は中学校区が目安になると思います。だいたい一中学校区は2万人で、高齢化率は20%、今は25%にしたほうがいいのかもかもしれませんが、仮に20%とすると、4,000人の高齢者がいます。4,000人の中で介護保険の要介護の方は、重度・軽度合わせて約10%ですから、小学校区で考えると200人・200人と考えてほぼ間違

地域なら解けるかもしれない : 長岡の地域介護モデル



資料 15

いがないと思います。資料16は、それを地域包括支援センターという所がコーディネートするという設計図です。90年代にできた50人や100人を超えるような大規模な施設介護型の特別養護老人ホームや老人保健施設があれば、それが中央にあります。そして、その左右に人口1万人程度の小学校区があります。この中に、様々な介護の訪問型、出前型、あるいは高齢者住宅、グループホームといった入居する形で利用できるものが点在しています。その中の黒丸(●)は何かというと、普通の個人の住宅です。これが高齢者住宅と同じように漏れのない形でつながっていると、長岡のモデルのようになるということです。

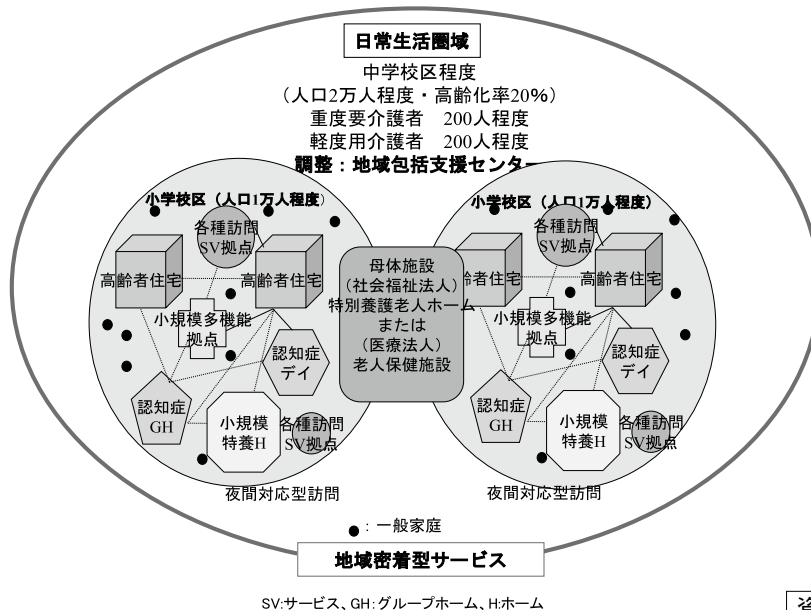
北欧はすごいとよく言われますが、イギリスもデンマークもスウェーデンもそうですが、地域全体の居住と福祉のマネジメントを市町村が責任を持って行っているというのが、ヨーロッパスタイルです。地域の高齢者はいろんな人たちがいますが、そういう人たちに、地域の資源、リソースを過不足なく、ちゃんとつながるようにするというコーディネートを基礎自治体が責任を持ってやっています。アメリカはどうしているかという、この囲い込みを民間がやります。特に1990年からのこの20年間は、ゲイテッド・コミュニティという形で3,000人、4,000人、何万人もの高齢者を囲い込んでいるところもあります。いわゆる、門を閉じる＝ゲイテッドをするわけです。最近では、若い人や熟年シニアを入れたゲイテッドもありますが、凄いのは、民間がこの広さの中をコーディネートしているのですが、それが自治体になっているというコミュニティもあることです。アメリカの場合は、それを民間がやって

いるということと、ここに囲い込まれない人たちが、たくさん外に溢れているという、社会的な問題があります。

日本の設計図は悪くはありませんが、日本の公共、自治体は、これを自分がマネージするという自信はありません。また、アメリカ型を気にして民活ということをやっていますが、2006年には小規模多機能は定員25名、グループホームは18名、地域密着型特別養護老人ホームは29名と小規模化して、それぞれの運営・経営を民間にお願いすることをもって、「民活化」というふうにしたのです。そのため、大都市では25名の小



超高齢社会に向けた介護サービスのマスタープラン 日常生活圏域でのネットワークの構築



17

資料 16

規模多機能拠点の運営・経営者を募っても、誰も手を挙げないという事態になっています。公共は地域を包括的にマネージする気概がありません。また、民間も25名や29名と言われても、それだけでは事業として成立しないので、50名程度以上の規模を自分の施設に抱え込もうとするので、非常に不毛な状態にあります。私はその部分を何とか打破しなければならないと思っています。(資料16)

高齢者住宅を作っていける可能性があるのではと思っています。(資料17)


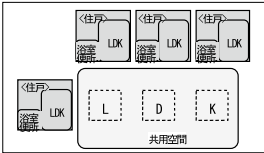
例えば、東急沿線にある例ですが、住民参加によるグループリビングがあります。全部で14戸、2階建てです。本当に普通の戸建て住宅に馴染むような形で、1階部分に食堂があって、部屋は1Kですが、30平米くらいあります。そこでは夕食だけ出るという形で、本当にペンションのような趣です。(資料18)

高齢者ペンションの提案

その一つの提案として、「高齢者ペンション」があります。これは持家単身世帯向けの食事付き共同住宅・宿泊施設のイメージです。ペンションには実はいろんな思いを込めているのですが、あたかも軽井沢や清里にあるペンションのイメージです。そのため、1戸建ての住宅に混ざっていても、全然違和感がありません。また、ペンションというのは、年金という意味もあります。ですから、年金を全部そこに注ぎ込んでもいいだろうという思いもあります。さらに、ペンションにはペアレントさんという親代わりのような方がいて、気配りをしてくれます。そのため、特に大都市のような家族力の非常に弱いところや“戦後核家族”が行き着くところとしての、厚生年金世帯や遺族年金を持っている元専業主婦をメインターゲットにして、虚弱自立期に、見守り・食事・介護の不安をなくすような、新しい

高齢者ペンションの提案

(持家単身世帯向けの食事付共同住宅・宿泊施設)


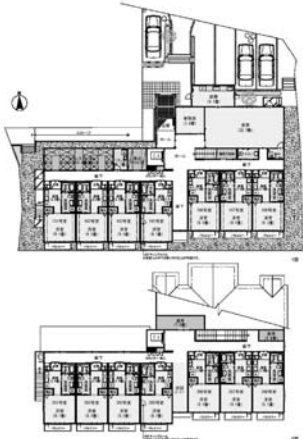
<ul style="list-style-type: none"> ・家族力の困窮：“戦後核家族”の老後問題 ・“介護”の前に、見守り、食事、家事に困る <ul style="list-style-type: none"> ・「介護保険」ではカバーされない部分(事業化インセンティブなし) ・現状は親族でカバーするか、施設に頼るかの選択肢しかない ・厚生年金世帯と国民年金世帯：経済力の二層性 ・“専業主婦”の老後問題：男女間の経済格差 	<p><現行類似制度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループリビング(旧厚生省) ・生活支援ハウス ・適合高齢者専用賃貸住宅(共同居住型) <p><付帯するサービス></p> <p>見守り・食事</p> <p><空間イメージ></p>  <p style="font-size: small;">専用住戸：18㎡～ 共用空間：共同リビング・食堂・台所</p> 
--	--

<需要層>

- ・虚弱自立期(特に女性75歳前後)
- ・見守り・食事・介護不安

資料 17

住民参加による グループリビングの事例

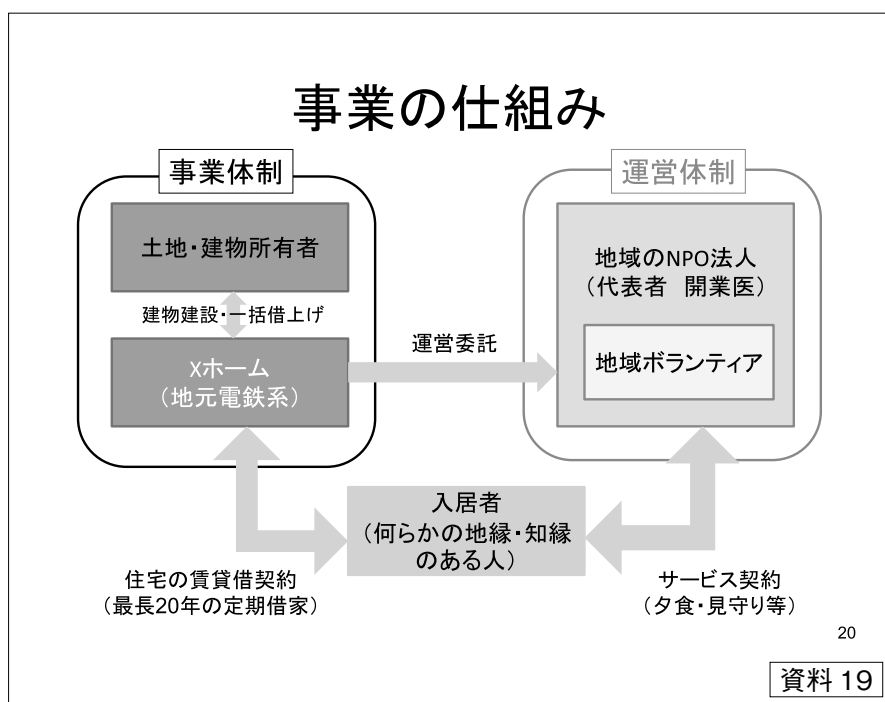



資料 18

この事業の仕組みを言いだしたのは、地域に根付いたNPO法人でした。この団体の魅力的な部分は、代表者が開業医だということです。そこに地域のボランティアの方が関わり、そういう人たちが自分たちが安心できる生活環境が欲しいということで、地元の電鉄系のXホームが了解して、地家主さんに働きかけ、先ほど見て頂いたような建物を土地に建ててもらって、それをごく普通の賃貸住宅として、入居者にXホームが賃貸借しているわけです。最長20年の定期借家です。そこで夕食と見守りのサービスがつくわけですが、このXホームは、言いだしっぺの地域のNPO法人に運営委託をし、地域の主婦もこのNPOのスタッフになったりして、素人っぽいのですが、それが逆に魅力となっています。建物は、この写真のような雰囲気ですし、中に入ると本当にペンションのようです。朝と昼は自分で作って食べるという形式です。(資料19, 20)

地域のホスピス・ケアと賃貸住宅の複合 一ケアタウンK

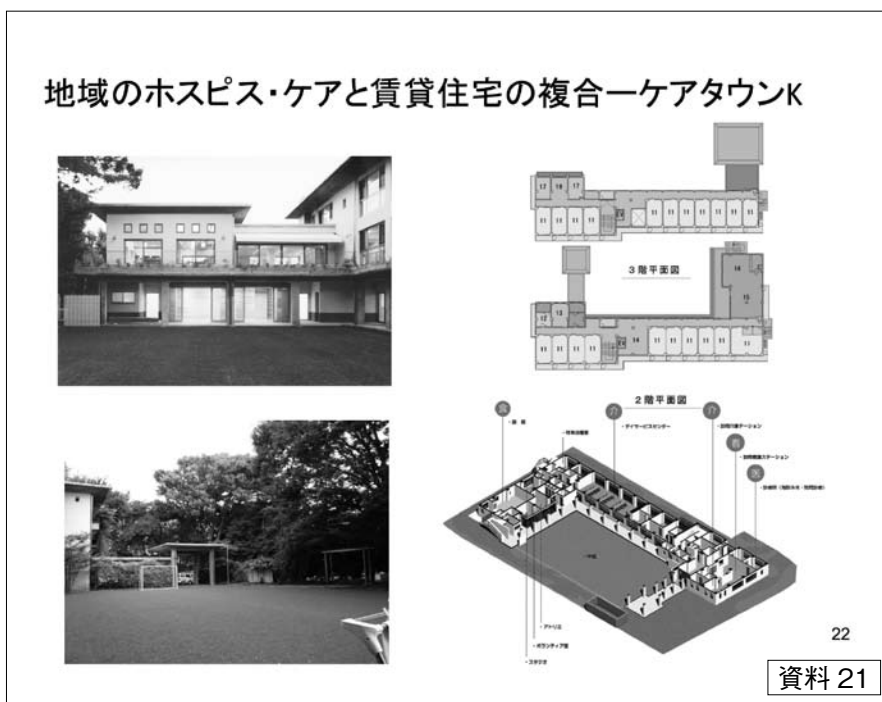
もう一つは、医療のバックアップと仕掛けがより大きくなった中央線沿線の事例です。地域のホスピス・ケアと賃貸住宅を複合した例です。どういう形かということ、1階に、ホスピスのメディカル・ケアを提供している医療クリニックと、訪問看護ステーション、デイサービスがあり、広い中庭にはキッズルームのようなもの



があり、地域に対する子育て支援も提供されています。2階と3階が住宅部分になっていて、2階はごく普通の賃貸住宅です。このオーナーに、「高齢者住宅」と言ったら怒られました。なぜかという、別に年齢を限定しているわけではなくて、1階のクリニックでは、がんのホスピス・ケアも提供されているので、年齢に関係なく、安心して最期の時を過ごしたいということであれば、誰でも入居OKだということです。2階は食堂があります。部屋の中も木を使っていて、建築としては、非常に魅力的な空間です。(資料21, 22)

事業の仕組みとしては、土地と建物を提供する組織は有限会社という形です。地域のために役立つことをしたいということで、一種のスポンサーシップで、ケア付き賃貸住宅と、地域交流スペースを、一応経営が成り立つように考えて、オーナーが土地を購入し、建物を建設しています。その中に、店子のように、ホスピスケアとNPOが行っている訪問介護事業所とデイサービス、それからヘルパーステーションがあります。食事は株式会社のフードサービスがやっているということです。これは非常に都市型といえる事例だと思います。軒を同じくして、それぞれがそれぞれの事業をやっているけれども、1カ所

でやっているということでのメリットがあります。例えば、お昼にご飯を食べに行くと、それぞれの事業者の方が集まって、そういえばあの患者さんはそろそろこういうバックアップが必要なのではないか、といった情報交換ができたりします。これも、一つの空間を束ねてあるからこそできることです。この施設から半径3キロ、4キロの地域の中で、最期の看取りまでできるということです。(資料23)

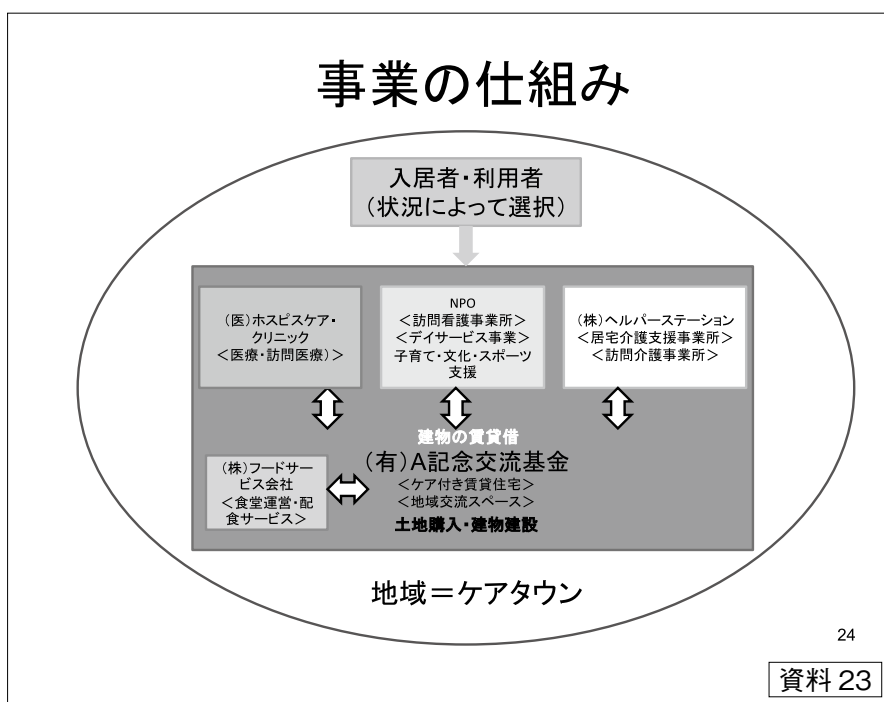


今見ていただいたペンション型は、数億のお金を必要としない小規模なものです。しかし、拠点となる建物を誰かが提供してくれないと成立しません。そのため、将来こういう建物が必要になる戦後の核家族、特に郊外の人たちは、地域で共同出資するような形で、安心できる宿泊所、居場所、住宅と見守りと食事を用意すればよいのではと思います。そうすることで、日本の介護保険と医療保険という仕組みが国庫負担で整っているの、地域共助型で、少ない投資で、高ベネフィット、質の高い生活が保障される仕組みが出来るのではないかと思います。ただ残念なことに、現状ではなかなか拡がりません。(資料24)

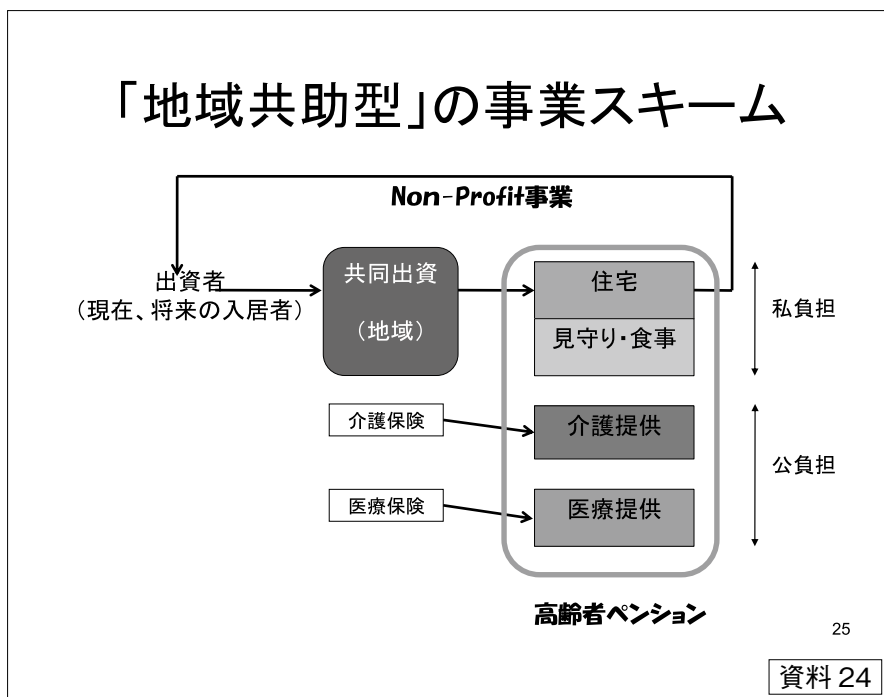
高齢者ホーム

高齢期の最後のバックアップとして、重度介護者向けの終いの住まい・温かい家庭というものが、所得階層に関係なく必要だと思います。また、本当に自己判断能力の衰えた場合には、同居家族がいても、現代の家族は、家族内だけで対応するのは困難です。ですから、介護だけではなくて、看護・医療まで含めて、最期の看取りまでが含まれた居住空間が必要ではないかと思っています。これもネットワーク型ですが、住宅、介護、看護、医療、ヒュー

マンサポートまでの横断的な連携が必要です。それを建築的に見るとどうなるかという、先ほどまでの事例では、居住者が専用する空間は1戸のユニット(英語のユニットは「住戸」の意味)と申し上げていましたが、高齢者ホームの場合は専用空間は一つの部屋(居室)になります。そういう意味で、高齢者ホームと命名します。自分の部屋は、マイユニット(住戸)ではなくて、マイルームになるわけです。そして、か



「地域共助型」の事業スキーム



なりの部分の生活を共同化して、普段はこういうリビング・ダイニング・キッチンで過ごしながら、別に自分専用の部屋もあるという空間形になると思います。(資料25)

こうしたモデルはないのかというと、実はあります。日本では、認知症対応のグループホームということになっていますが、何も認知症対応に限定する必要はないと思います。本当にあたたかも1軒の家で、そこで家族の一員として過ごします。資料26は日本の認知症グループホームの中でも一番質が高いと思われる尼崎にある喜楽苑です。和風旅館のようなイメージですが、ここまですごいものではなくても、最近、宮崎の方で、ホームホスピス「母さんの家」という活動が行われています。これは民間の住宅を使って、そこに最期の看取りを家族にも泊り込んでもらって行く。開業医と訪問看護の看護師さんのグループで、全国に少しずつ広がっています。普通の住宅を活用していけば、ずいぶん可能性があると思います。ただ、これを正面から法制度で捉えようと、消防や避難など、いろいろなことが建築法上ややこしかったりするのは、そこをどうクリアするかを別途の問題としていけば大いに可能性があります。日本中今空き家だらけで、大きい家ほど空いている傾向がありますから、そういう人間の生活の名残があるようなところで、最期の看取りをするということ、もう少し本気で考えてもいいのではないかと思います。(資料26)

また、都市型としての可能性があります。資料27は、先ほど見ていただいた「風の村」という特別養護老人ホームでのユニットケアです。右側はスイスのジュネーブの例ですが、これが高齢者住宅として使われています。3LDKと1LDKの真ん中の壁を取って、ここにスタッフが24時間泊り込んで、元気な時は一緒に買物に付き合ったりという生活の場に行っているわけです。右下は、階段もあって、高齢者ではなく知的障

高齢者ホーム

(重度介護者向けの終いの住まい・温かい家庭)

- ・認知症等により自己判断力が衰えた場合、同居家族がいても、家族内だけで対応するのは困難
- ・介護だけではなく、看護、医療等を含め、最後の見守りまでが含まれた居住空間が必要
- ・住宅、介護、看護、医療、ヒューマンサポートまでの横断的な連携が必要

<需要層>

- ・重度の介護期
- ・見守り・食事・介護
- ・看護、医療、看取りまで


<現行類似制度>

- ・認知症グループホーム
- ・介護付有料老人ホーム、特定ケアハウス
- ・特別養護老人ホーム(ユニットケア型)

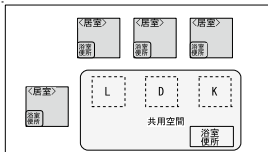
<付帯するサービス>

見守り・食事・24時間介護

<空間イメージ>



専用居室: 13.2㎡~(GH 7.43㎡)
共用空間: 共同リビング・食堂・台所・浴室



26

資料25

高齢者ホームの実例

認知症対応グループホーム：喜楽苑いなの家（尼崎市）



入口



グループホーム
特別養護老人ホーム
配置図



平面プラン



共同浴室



個人居室



共同リビング



中庭



玄関ホール

資料26

害者のグループホームの例ですが、スイスの例と同じように2住戸をつなげて、世話人も一緒に住む擬似家族的なグループ居住の実例です。資料には「低額高齢者ホームの可能性：普通の住宅でのグループ居住」と書きましたが、もっと住宅を使いこなせば、例えばこういう団地の一角に、5~6人の単位だけで生活させるのはいくらなんでも大変だと思いますが、例えば、グループホーム的な居住の仕方と、別の住居を日中の居場所というか、コモンルームみたいにすれば、居心地のよい環境を作れる可能性があります。既存の住宅をうまく使いこなすことによって、もっといろいろな可能性が生まれるのではないかと思います。(資料27)

おわりに

90年代以降、社会保障の中で高齢者のいろんな介護施設や介護保険による仕組みが整ってきました。それらは社会的な最後の下支えだと思えます。それから、なるべく自分の家で最後まで住み続けたいということが、みんなの思いである以上、自分の家や自分の住む場所を自分や家族の力を精一杯使って、住み易くするというのも非常に重要だと思います。そして、前二者の中間を埋めるものとして、これからは、高齢者住宅といろんな介護サービスや医療サービス、それ以外の生活支援サービスをうまくネットワークを組むことが必要です。これにより地域の中で福祉とお金が循環するような仕組みが必要ではないかと思っ

ています。

そういう意味で、高齢者の介護や居住問題を、今までは建物単位で解くことを、施設介護や高専賃ですとやってきたわけです。私たちのこれからの新しい未来は、地域の拡がり中で、サービスのいろんなネットワークを組むことで拓けます。新しい民間や新しい公共、そして仲間福祉や地域福祉などに私たちの未来の鍵があるのではないかと思います。(資料28)

低額高齢者ホームの可能性：普通の住宅でのグループ居住

隣接する1LDK住戸の一部と3LDK住戸を連続させたケア付きアパートメント(スイス)

参考：特別養護老人ホームのユニット・ケアの考え方

例：世帯向け集合住宅(公営、公社、公団、その他)

グループ	コモン	グループ
グループ	ルーム	グループ

お金をかけずに居住の場を確保することは可能

隣接する3DKの2住戸を知的障害者のグループホームとして利用している例(日本)

28

資料 27

「地域の経済循環」による解決

例えば、「地域福祉居住・介護・医療コンソーシアム」
 例えば、「地域福祉居住組合」+介護保険+医療保険+・・・

21世紀のイノベーション：“建物単位”での解決からの脱却
 仲間福祉(新しい民間)・地域福祉(新しい公共)

29

資料 28