

# 「地域包括ケアの基盤としての 住まいの整備について」

平成25年10月24日(木) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



## 講師

### 園田 真理子

(そのだ まりこ)

明治大学 理工学部 建築学科  
教授

#### 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  
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修士課程 修了
- 1997年 明治大学理工学部建築学科 専任講師
- 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

##### ■ 著書

『世界の高齢者住宅 - 日本・アメリカ・ヨーロッパ』  
…(共著) 日本建築センター出版部 1993年

『地域包括ケアシステム

第9章 地域包括ケアの基盤としての住まい』

… 高橋紘士編(オーム社) 2012年

その他、著書・論文など多数。

## はじめに

皆さんこんにちは。ただ今ご紹介にあずかりました、明治大学の園田と申します。私のバックグラウンドは建築で、特に住まいを専門にしています。今日は「地域包括ケアの基盤としての住まいの整備について」をテーマにお話しさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

### 日本の高齢化の進展はあと20年間 20年後を見据えた視点が必要

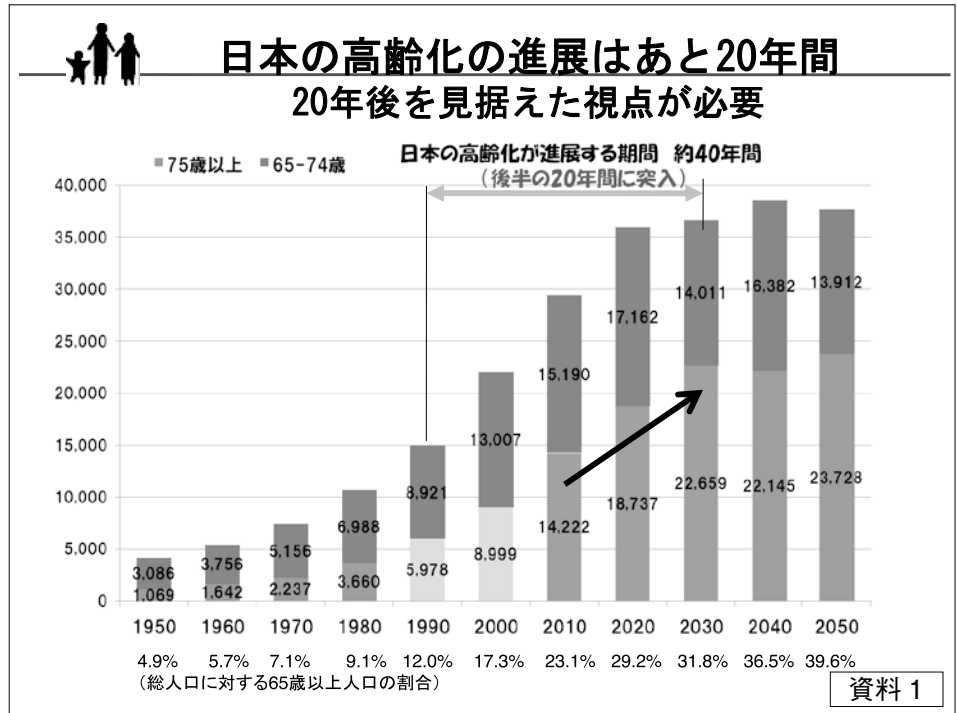
もう耳にタコが出来るぐらい、「高齢化」の問題が言われています。ただ、さしもの日本の高齢化も、マラソンで言うと、今ちょうど真ん中の折り返し点を回ったところです。日本の高齢化が本格化したのは今から約20年前です。嘘のようですが、1990年当時は、アメリカよりも日本の方が高齢化率は低く、OECD諸国の中でも日本は最も若い国の一つでした。

ところで、私は、高齢化というのは、比率で見

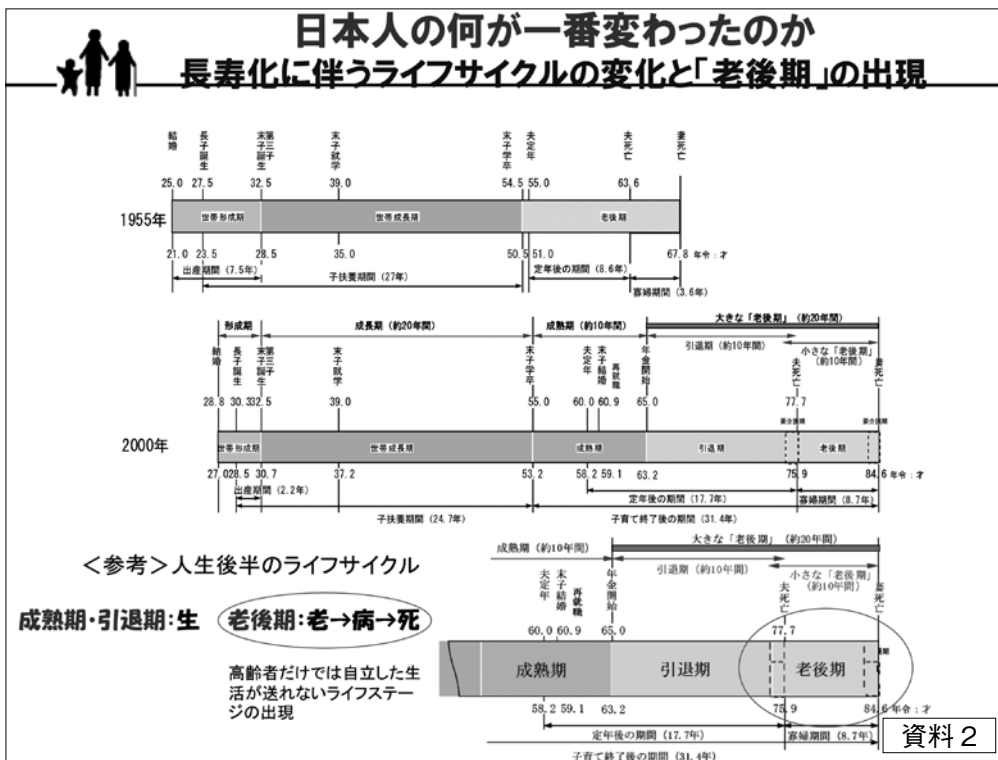
るより実数で見るべきだと思います。資料1のグラフをご覧ください。下の部分は、75歳以上人口です。もう「後期高齢者」という言い方に誰もクレームを付けなくなりましたが、1990年あたりが一つの分岐点になり、65歳以上人口、特に75歳以上人口が急激に増え始めました。それで「マラソンで言うと今が折り返し点」と申し上げたのです。今から3年前の2010年の高齢化率は23.1%、現在は既に25%です。65歳以上人口は3000万人を超え4人に1人が65歳以上という状況です。

それがいつまで続くのかということです。量的変化で見ると、2030年に高め安定に達し、変化が一応終わります。これは団塊の世代の方がつつがなく天国に召されるという状況に達した段階で、65歳以上人口が頭打ち、それから75歳以上人口が頭打ちになるということです。現在の2013年は、ちょうどその中間点といえます。

もう一つ重要な点は、住まいは5年や10年で使い捨てるものではないということです。ひと頃、日本の住宅の平均寿命は26年と言われていましたが、最近は30年を超えたと言われています。どんな建物でも、よほどおかしなものでなければ20年30年使うのは当たり前という時代です。そうすると、仮に今新築をするなら、その建物は高齢化が踊り場上に達した20年後30年後にも通用するものを考えなくてはいけないということです。そういう意味で、スライドのタイトルのように「20年後を見据えた視点が必要」です。(資料1)



日本人の何が一番変わったのか  
 長寿化に伴うライフサイクルの変化と「老後期」の出現



人の生涯、一生の在り方を見ると、ほんのわずか50年ぐらいの間に、生物として考えると異常なほどの、ものすごい変化が起きました。日本人の何が一番変わったのか。今から約50年前の人の平均寿命に比べて、長寿化ということで多少大げさに言うと、現在の平均寿命は約1.5倍に延びています。いったいこの部分が延びたのか。資料2の上のグラフは、50

年前の典型的な夫婦の生涯の移り変わりの様子です。真ん中のグラフは現在の人生です。女性が90歳近くまで生きるといった典型的な夫婦の移り変わりの様子です。人生の前半部分はあまり変わっていません。確かに晩婚化が進んでいますが、産む子供の数は少なくなっているため、長子を生んでから末子を育て上げるまでの子育て期間はむしろ短くなっています。

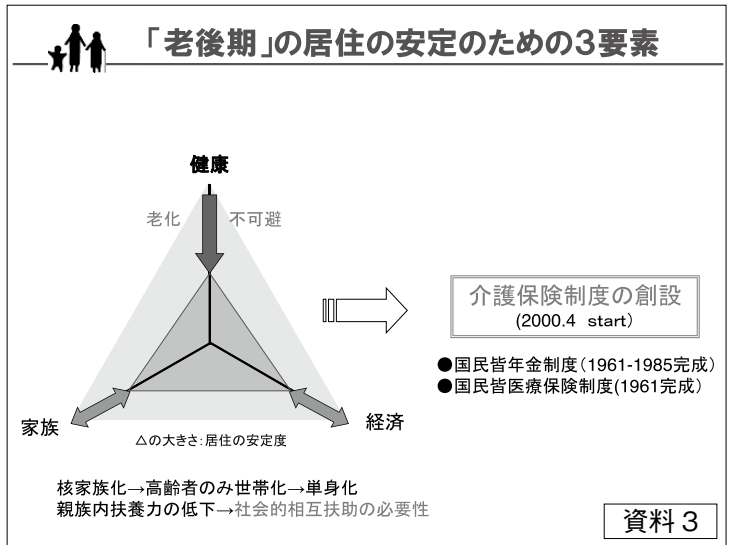
どこが延びたのかというと、人生の後半部分です。50年前、男性は55歳定年で、平均寿命で見ると、老後期の部分は約10年でした。現在は、その約3倍にも延びています。このことが大問題です。なぜ大問題かと言うと、その3倍に延びた部分には、お手本がありません。人間はお手本があると、色々なことを考えられますが、それが無いのです。人生後半のライフサイクルを拡大したのが一番下のグラフです。ここをざっくりと「老後」あるいは「高齢期」と捉えてしまうと、物事の本質が見えないのではないかと、三つの区分に分けてとらえています。

男性年齢を目安に言うと、55歳からリタイアするまでの65歳は、20世紀の年功序列賃金の恩恵をまだ受けている世代では、社会の第一線で、忙しいけれども生涯で一番所得の高い時期です。ここを「成熟期」と名付けました。65歳になって本格的な年金生活に入って過ごす10年間を「引退期」と名付けました。日本人は悲観的なので、すぐに介護とか老後を悲観的に考えますが、実は男性年齢の65歳から75歳ぐらいまでの約10年間は、日々の収入は年金になりますが、もう会社に行く必要はありません。奥さんも子供や夫のために忙しくすることもない。多分人生で一番時間にゆとりのある時期です。それが「引退期」です。最後の局面が、真の老後期、あるいは小さな「老後期」です。たいがい男性の介護の問題が先に来て、最後は女性が亡くなるまでです。ですから21世紀の高齢化問題は、ある意味、女性の老後問題と言い換えてもいいと思うのです。そこが約10年間あります。

問題は何かと言いますと、お釈迦様は人間の四苦は「生・老・病・死」とおっしゃいました。人生六十年ちょっとの時には、生と死の距離が非常に短かったのですが、人生90年の現代においては「生」と「死」の間に「老」と「病」というフェーズが加わりました。これが私達に大変な難問を突き付けているのです。(資料2)

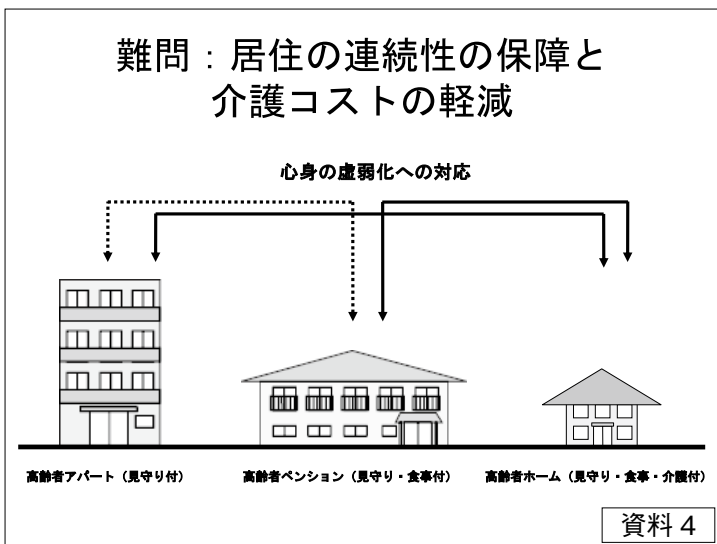
### 「老後期」の居住の安定のための3要素

「老後期」の居住は、資料3の図のように考えることができます。三角形の上に「健康」を、底辺に「家族」と「経済」を置いてみました。残念ながら年をとることは誰も避けることができません。そうすると、てっぺんの「健康」はつぶれてきます。ですが、衰えてきた健康をどっしりと支える底辺の「家族」や「経済的な基盤」があれば、多少三角形の形はつぶれてきますが安定的です。ところが現代の私達が直面しているのは、家族は非常に小さなサイズになり、高齢者夫婦など高齢者のみ世帯になって、最終的には一人暮らし、単身化していく。子供達が親不孝なわけではなく、家族のサイズ、家族の機能が脆弱になっています。一方、経済の問題は、年金問題などにも代表されるように人によって様々です。



そうした背景の中で、三角形を何とか安定的にしようということ。特に、家族の扶養力の低下ということで、社会的な相互扶助の必要性から、2000年4月に介護保険制度が誕生しました。経済の方は1961年、昭和36年に国民皆年金制度が整えられ、制度的には85年に完成しています。医療の方も、アメリカではオバマケアで大変ですが、日本は1961年の段階で国民皆医療保険制度が出来ています。ですから、色々問題だと言われていますが、少なくとも現断面を見れば日本の高齢者の年金・医療・介護は保険制度が整えられている。他の国々に比べてもかなりうまく機能しているのではないかと思います。(資料3)

### 難問：居住の連続性の保障と介護コストの軽減



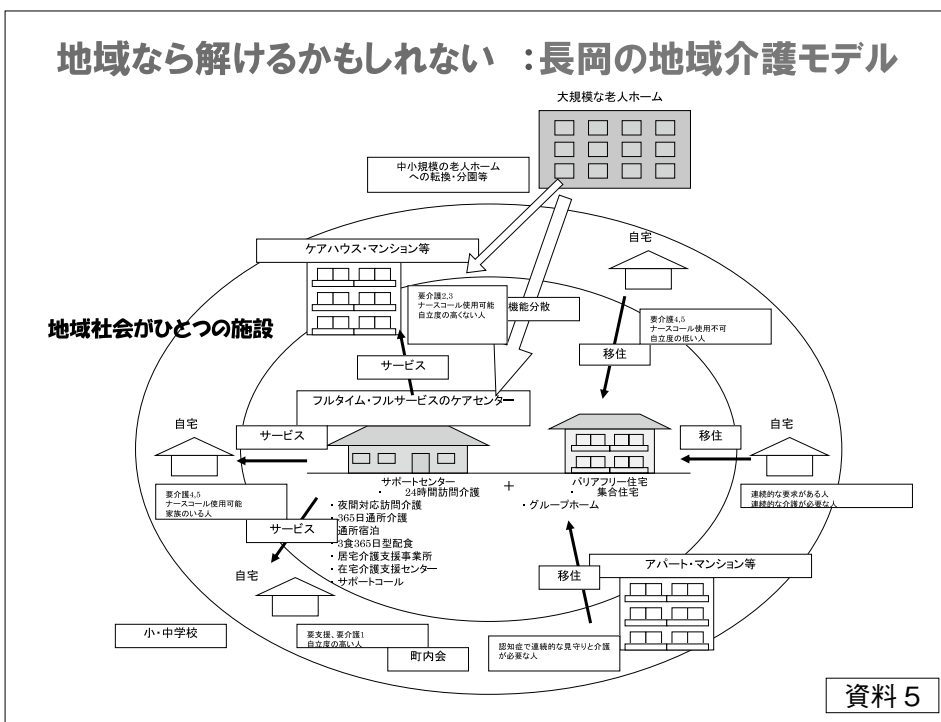
では何が問題か。ちょうど今折り返し点で、ここから特に大都市で爆発的に高齢者の数が増えます。同時に、その変化の割合がものすごく急激で、短時間で劇的に変わります。特に大都市部では、色々なことがこの変化のスピードに追いつくのが大変なのです。その中で突き付けられている難問は何か。それは一人ずつでも、社会全体にとってもそうですが、居住の連続性の確保という問題です。アンケート調査で高齢者の方々に「現在のお住まいにずっと住み続けたいですか」あるいは「老後をどのように暮らしたいですか」と

聞くと、最低で6割、高いところでは8割を超える人達が「現在の所にできるだけ長く住み続けたい」と答えます。それが現実に来るかどうかということと、もう一つは、介護のコスト問題です。個人にとっても社会全体にとっても、家族が脆弱になっている分、どこでどのように対応するのか。今の言葉で言えば、どうリスクヘッジするのか。それが大問題です。その負担、介護コストの軽減を図る方策が、私達に突き付けられている難問、アポリアだと思っています。(資料4)

## 地域なら解けるかもしれない：長岡の地域介護モデル

今日、私が皆さんにお話しするテーマは、「地域包括ケア」です。色々なことを試してみて、2006年の介護保険改正あたりから、特に、昨年始まった第5期の介護保険事業計画から、日本の超高齢化の問題は“地域”で解くのなら何とかできるかもしれないということです。その先鞭をつけたモデルが幾つかあります。

その中の代表例が新潟県長岡市の地域介護モデルです。ここで活発な活動をしている「こぶし園」



という社会福祉法人があります。そこの小山さんという方が、こう説明されています。最初は市内から少し離れた山の中に大規模な医療施設、障害者施設、高齢者施設がありました。長岡市で試みられたことは、これらの施設の中にあつた廊下を道路に換えたということです。施設の中で各居室からナースコールが入ると、ナースステーションや寮母さんにすぐ知らせが入り、そこから寮母さんや看護師さんが駆け付けます。長岡市の場合、NTTとタイアップするテレビ電話のようなシステムで、各家でナースコールの代わりにボタンを押すということが試みられています。それが押されて、ここではサポートセンターと呼ばれている、いわばヘルプステーションからヘルパーさんが駆け付けてきます。廊下を走ってくるのを、軽自動車あるいは自転車かバイクに乗ってやってくるのです。

食事はどうしているかという、施設では、食堂にみんなで集まって食べます。この場合は、サポートセンターに食堂があります。あるいはサポートセンターから各家に配食のサービスがあります。

居室や病室がどうなっているかという、それぞれ自分の家やマンション、またもう少し見守りがいる人はケアハウスのようなところに住んでいます。長岡市の場合には、サポートセンターの隣にバリアフリー化された集合住宅、アパートがあります。雪国なので、いつの間にかその間に渡り廊下ができ、冬の間、老夫婦だけで暮らすのは不安だという方が、家賃としてはかなり安いそのバリアフリー住宅に移ってきます。つまり、居室や病室に相当するものが、普通の住宅の住戸に置き換わるわけです。

そういうことをやっていく中で、地域全体があたかも一つの施設のようになります。その範囲が小中学校ぐらいです。町内会もあれば、駐在さんがいたり、様々な自治会があつたりします。地域の中で、そういう色々な人的資源、あるいは地域的な資源を繋ぎ合わせて回すことによって、あたかも地域全体で一つの施設と同じような居住環境が提供出来るのではないかと。これが長岡市で試みられている地域介護モデルです。実は、これからお話しする地域包括ケアシステムは、そういう考え方がベースになっているものです。(資料5)

---

## 地域包括ケアシステム

### 日常生活圏域でのネットワークの構築

地域包括ケアシステムとはいったい何か。今日は、ご専門の方々が多いので、私が説明せずともと思いますが、敢えて説明すると、基本は日常生活圏域です。厚生労働省は、この日常生活圏域がどういうサイズなのかを明瞭に言っていません。それはそれぞれの地域で考えてくださいということです。小中学校を一つの目安に、市町村によっては小学校、あるいは中学校、もう少し広域と様々あります。私は中学校区が一つの目安になると思います。その理由は、75歳を過ぎた後期高齢者の方々の生活圏域・行動能力を考えると、ちょうど中学生と同じくらいではないかと思うからです。小学校では少し狭い。中学生が、バイクには乗れないけれど自転車で行ける範囲が、ちょうど75歳以上の方々の生活圏域の広がりと同じくらいなので、中学校区程度ではないかと思います。

公立の中学校は、人口2万人に1カ所です。現在、高齢化率25%は日本の平均値です。人口2万人の規模で高齢化率25%ということは、65歳以上の方が5000人いるということです。最近の報道では、要介護認定率に市町村による違いがありますが、堅く見積もると、介護保険認定者は、軽度の方が65歳以上の約5%、重度の方が同じく5%です。人口2万人に対して65歳以上が25%で5000人ですから、軽度要介護の方が、その5%の250人、重度要介護の方が250人です。合計500人という数字になると思います。

その方達は、地域の中に、様々な状況に置かれて住んでいます。地域包括ケアシステムは、この方達に対して、24時間365日どこにいても安心して生活できる環境を整えるという構想だと思っています。その中心になるのは地域包括ケアセンターです。一般的には特別養護老人ホーム等に併設されている場合が多いです。それが核となり、2006年には地域密着型ということで介護関連の入所施設が小規模化されました。小さなサイズのものが町の中にあるのです。また自宅に住み続ける人もいます。自宅に介護サービスを提供してもらったり、自宅から出掛けていたり、短期で入所するということもあります。本当に大変になると入所型の施設に移ります。最近では高齢者住宅というものもあります。地域の中で住む箱は換えるけれども、切れ目のないサービスあるいはサポートに支えられ、安心して生活できる環境を整えようというのが、地域包括ケアシステムの目指すところだと思います。

特に重要なことは、「脱・施設」です。ただ最近、私は、日本人は施設が好きなのではないかと思うのです。差別しているわけではないのですが、特に男性は「施設がいい」というすり込みがあるのではないかと思います。ヨーロッパやアメリカに行くと全然違います。どうして「脱・施設」なのかというと、一人ずつのレベルで考えると、施設では自分らしさを失ってしまうかもしれません。自分らしい生活をしようと考えたら、何でもおんぶにだっこの施設はどうなのかということもあります。もう少し現実的な面で見ると、施設は一見、安全な空間を提供しているようですが、逆に依存心を呼び起こすことになってしまいます。善かれと思った施設が、コストの面でも人的なサポートの面でも、ものすごく過度な負担を強いることになる。これが他の国の考え方です。日本では、どうしても「施設だ、施設だ」と、新聞などを見てもまだそう書いてあります。地域包括ケアシステムの一つの背骨は、私は「脱・施設」だと思います。

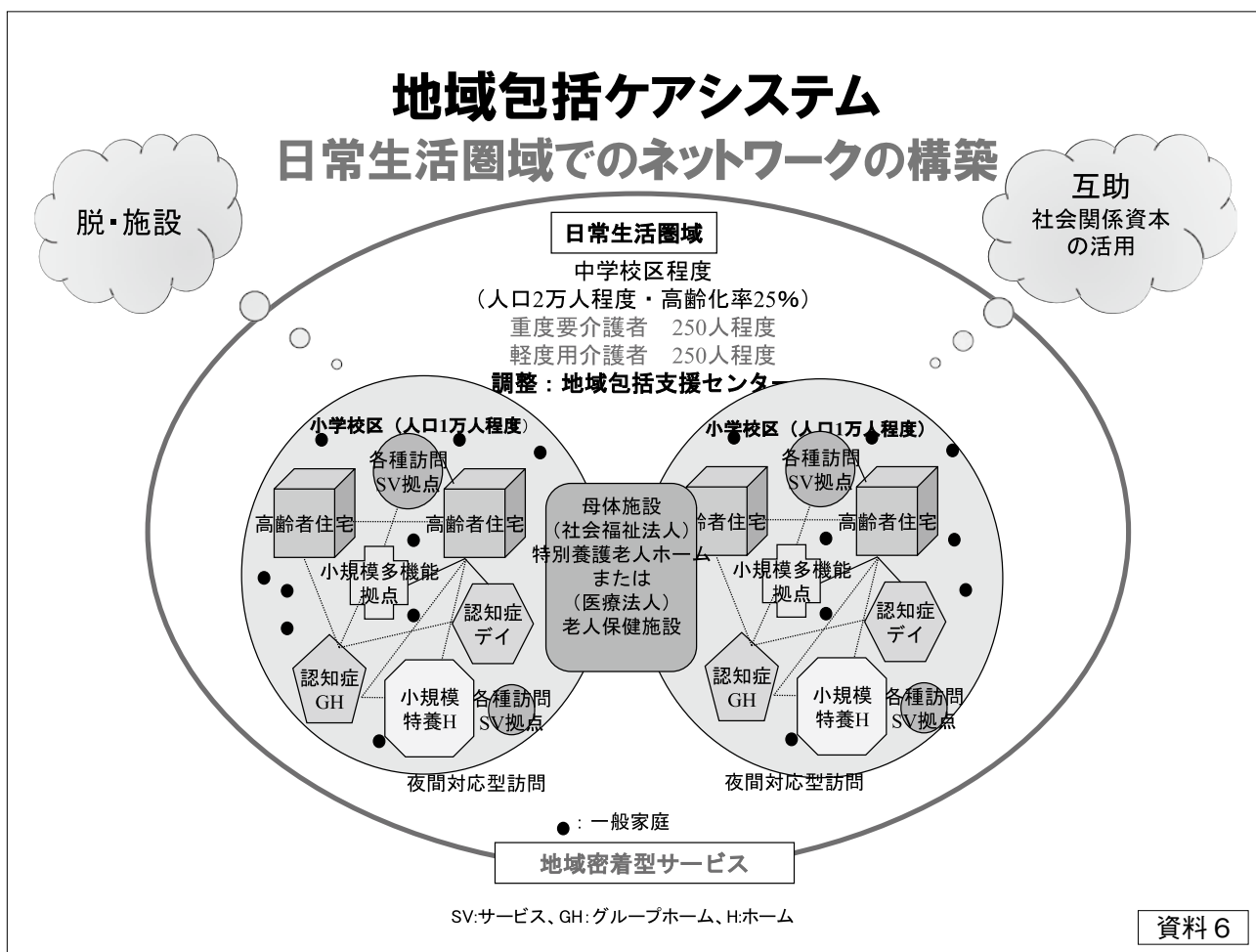
もう一つは「互助」です。互助とは何か。これは社会学の分野や、最近では経済学や、特に医療でも注目されています。外国生まれの概念で、ソーシャルキャピタルあるいはソーシャルサポートとも言われます。ソーシャルキャピタルとは、目に見えないお互いの関係によって生まれる何かの資本ですから、メリットをもたらします。分かりやすく言うと、例えば、出身高校の同窓会をイメージしてください。どこかで仕事で会った時に、同窓だと分かると盛り上がりませんか。あるいは「同窓だからこいつと一緒に仕事をやってもいいか」と思ったりします。それが関係資本の一つの典型例です。「互助」という意味での社会関係資本は何か。倒れている人がいたら、全て救急

車を呼ぶのか。例えば夜、お隣の電気がつかない時に、多少のおせっかいでも誰かがノックすれば、倒れる前の状態で回避できます。「お互いさま」というのが互助を表す一番いい日本語でしょうか。そういう関係をむしろ積極的に位置付ける。何もかも全部お金を媒介する民間のサービスのやりとりや、税金や保険料を介すような大きなやりとりではなく、お互いさまの互助の関係を上手に使う。これが、地域包括ケアシステムに入っている、もう一つの背骨の部分ではないかと思います。

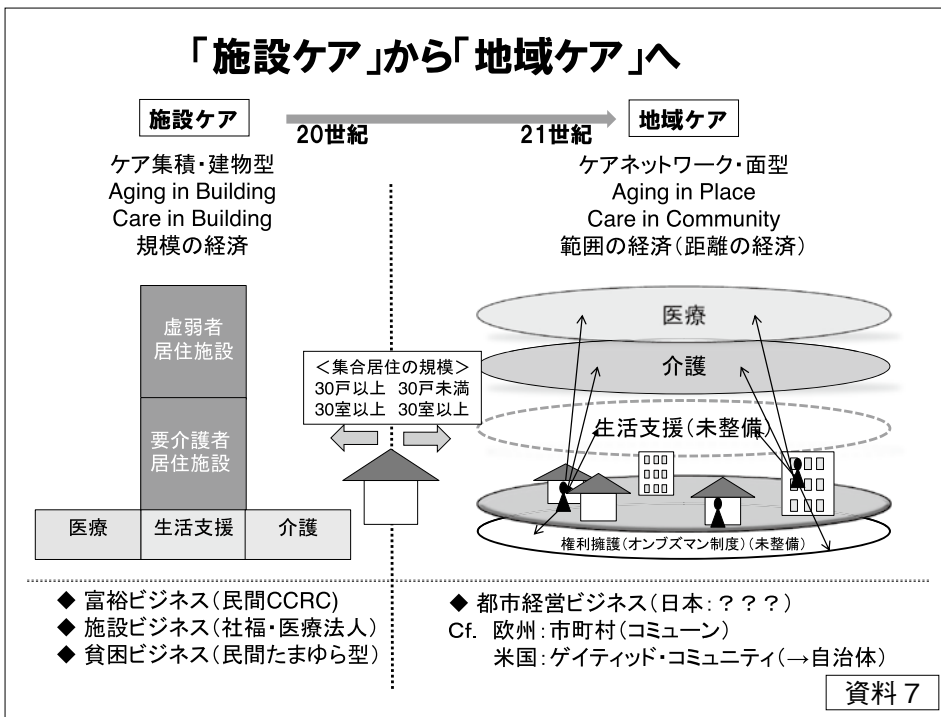
そうすると、どうなっていくのか。私は最近、「明治政府よりも平成の政府の方が下手くそだ」と言います。明治政府はきちんと子供が通って行ける所に小学校を造りました。戦後ですが、自転車で行ける範囲に中学校を、場所を考えて造っていました。1990年からスタートしたゴールドプランでは、立地場所を考えず、特別養護老人ホームをやる人にやってもらったので、場所が偏在しています。地域の状況に応じて配置できなかつたという点で、私は平成の政府は明治政府より下手くそだと言っているのです。

もう出来てしまったものは仕方ありません。地域包括支援センターも特養に重なるかたちで配置されています。中学校圏は半径約5kmです。その圏域の中に住んでいる人達が、この円の中で24時間365日、不安なく最後の看取りまでちゃんとしてもらえる状況が整えられれば、20年後に日本の高齢化のゴールがあるかもしれません。

日本の高齢化は今世紀の半ばぐらいまで世界断トツです。日本が高齢化をどう乗り切っていくのか。韓国、中国、ヨーロッパやアメリカなど世界的にも注目されています。(資料6)



「施設ケア」から「地域ケア」へ



このように地域を見ていこうという時に、では、住まいの在り方はどうなってくるのでしょうか。資料7に「施設ケア」から「地域ケア」へと書きましたが、今、20世紀バージョンを、21世紀バージョンに換えようとしています。20世紀バージョンはどうだったのでしょうか。これは今でも主流で、とにかく一つの建物の中に集める、あるいは一つの敷地の中に集めるやり方です。一つの建物の中にケアを集積し

て、虚弱な人から要介護の人まで全部集め、画一的に医療・生活支援・介護を提供するものです。量を集めれば規模の経済が働きます。これが効率的だということで、「Aging in Building」「Care in Building」でやってきたわけです。このビジネスモデルの構造は、根強く日本の中で残っていて現在も行われています。例えば、大きな社会福祉法人や医療法人が一つの建物の中で、自分達のテリトリーの中でうまく回していこうという施設ビジネスです。

また、「民間たまゆら型」と書きましたが、いわゆる貧困ビジネスがあります。日本の社会保障は、実はお金を使っていて、かなり手厚いです。生活保護を受けられている方が、介護の必要な状態になると、自分で保険料を払ってなくても、介護については公費で出てくるわけです。医療は公的な扶助があります。変な話ですが、70歳を過ぎた低所得のおじいさんが、具合が悪くなると、いきなりそういうお金が出てくるわけです。貧困ビジネスをやっている方は、そういう人達を集めてきて、その中で何とかしようとしています。

それとは対極に、民間CCRCがあります。CCRCとは、「Continue Care Retirement Community」(継続的なケア)ということです。アメリカなどでは、このCCRCが一般的なビジネスモデルです。元気型と要介護型をカップリングして建物とサービスを提供する人たちです。日本でも民間の富裕層を対象とした有料老人ホームなどでは、同じようなことが行われています。別の言い方をすると、スタンド・アローン型と私は言っていますが、一つの建物の中で事業採算をとっていかうというビジネスモデルが20世紀型です。

では、地域包括ケアはどのようにしていくか。一つの建物の中に押し込められていたものを地域にばらまいた状態をイメージしてください。すると、資料7の右側の図になります。この輪が約半径5kmです。自分の家もあり、デイサービスもあり、介護ステーションもあり、ケアハウスもあり、高齢者住宅もある。そういう状況の中に住んでいる人に対して、上に3段重ねになっている、生活支援と介護保険でカバーする部分と医療保険でカバーする部分のレイヤーがかかります。そうすれば「地域ケア型」として、ケアのネットワークを面的に形成することで、「Aging in Place、Care in Community」という対応が出来ないかということです。ここでの経済的な考え方は、範囲の経済です。その範囲の中で経済を回すことによって、うまくいくのではないかという考え方です。



「地域ケア」の設計図は出来たと思うのですが、まだ完全に機能していません。その理由は、「生活支援(未整備)」ということです。介護保険も医療保険もかなり立派に出来ていますが、色々な所に住んでいる状態と必要なサービスを結び付ける生活支援がまだ出来ていません。これは何でもないことなのです。顔色が悪ければ「ちょっとお医者さんに行ったら?」とか。あるいは、色々な手続きをするとか、ちょっとした書類を書くとか。買い物が不便だと食事に困るので、ちょっとした買い物支援とか。そのような、世代の異なる同居の家族がいれば、何でもなく日常的にやっていることを、いったい誰がやるのかということが全く分からないのです。これを他人にお願いすると高額な費用がかかります。特に、見守りは、何か今起きているわけではなく、見守っているわけです。24時間365日見守っていなければいけないのは大変なことです。

それともう一つ。私達が住まいと呼べる、あるいは「まあまあいい建築だね」というのは、いったいどのぐらいのレベルを最低保障にするのか。逆にもう少しソフトのところでは、人間の権利としてどこを保障するのか。これも私達の政治文化なのか、そういうことを明文化するのが得意ではない特徴もあると思います。そこの部分も定かではありません。実は、生活支援と、そのボトムのところははっきりしないが故に、右側の図は、まだ機能する一歩手前なのかなと思います。

ただ、私はこの考え方は世界標準モデルだと思います。どこが世界標準か。よく「デンマークでは」とか「スウェーデンでは」と言いますが、北ヨーロッパの諸国は、今言ったようなことを市町村が責任を持って行います。ですから、そこに住んでいる人は、気前がよくて高い税金を払っているのではなく、市町村がちゃんとした生活を保障してくれるということで高負担・高福祉が成り立っているわけです。

アメリカはどうでしょうか。オバマケアも、国債がデフォルトにいく寸前ぐらいまでもめているような国ですから国全体の保障はないのですが、中の上以上の富裕層に限ってゲイティッド・コミュニティというものがあります。ゲイティッドの「Gate」は「門」です。日本は土地が狭いので一つの建物に集める垂直型ですが、それを横に転がして面的に広げたものだと思ってください。アメリカには人口1万人、2万人の高齢者タウンのような街があります。ロサンゼルスやサンフランシスコの近郊には、もう少し規模の小さなゲイティッド・コミュニティがあります。門で区切られたその中の交通ルールなどは、自分達でガードマンを雇って決めています。さらにアメリカが大胆なのは、「Continue Care Retirement Community」が自治体に成り上がれるのです。そうすると、全く小学校を持たない自治体で、自分達で税の取り決めをして町の経営が出来る。そういうやり方があるわけです。アメリカはそういうタイプです。

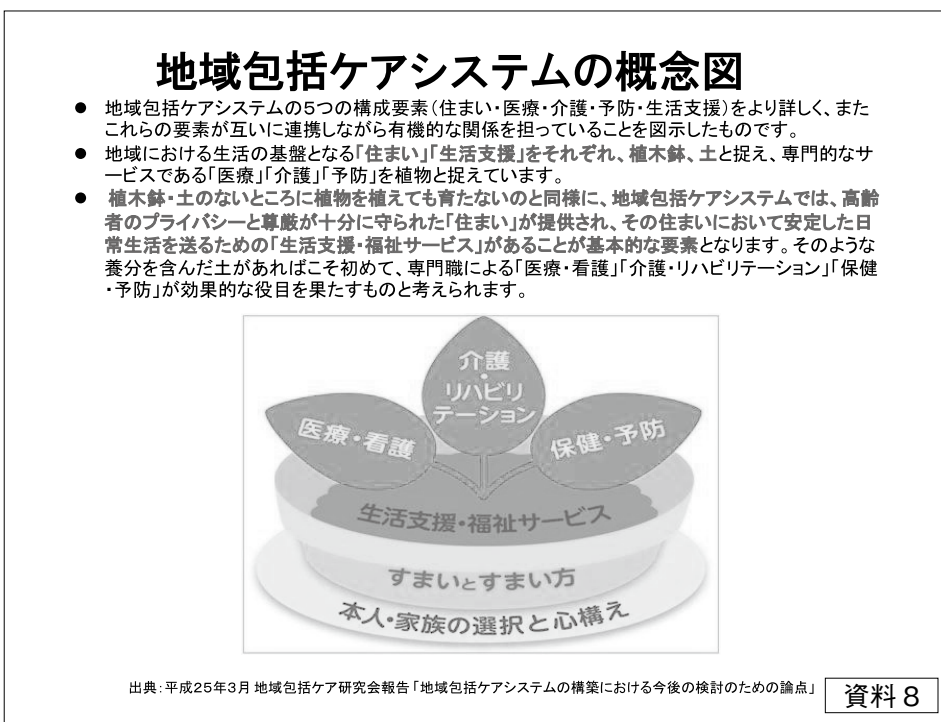
日本は複雑です。保険料も結構払っています。では市町村が全部責任を持ってやってくれるかという、税金を払っている方もそこまでは信頼していないし、中途半端です。では、全部民間でいくのかという、そんなにドライではないです。特にこの前の社会保障制度改革国民会議で「要介護認定の要支援1と2の部分については市町村でお考えください」ということになったので、いったい誰がマネジメントの主体になるのかますます混迷が深まっています。

私は、これからは都市経営ビジネスの力量が問われると思います。既に介護保険の保険料などは地域単位・市町村単位で決まっています。自分達が払うものに対して、どれぐらいのリターンを求めめるか。保険だけではなく、保険も住まいも医療も、もっと他のことも含めて負担に対しての受益をどうするのか。それについて公的に負担する分、民間で出す分、その中間形態の部分があると思います。主婦的な感覚でいえば、出したもの全部に対して一番効果の高い成果が出せるような都市経営ビジネスが求められると思います。(資料7)

## 地域包括ケアシステムの概念図

今年3月の地域ケア包括研究会で、“地域包括ケアシステム”は資料8の図になりました。「住まいと住まい方」は植木鉢です。その植木鉢の中で、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」という立派な草木を茂らせたいのです。そのためには植木鉢の中に、その養分となる土の部分、肥やしの部分に相当する「生活支援・福祉」を作らなくては、いくら立派に「医療・看護」「介護・リハビリ」

「保健・予防」を育てようと思っても育ちません。逆に言うと、ちゃんと植木鉢があって、土を入れ、その下に「本人・家族の選択と心構え」として底を抜けないようにする。そういう姿形になると、三つの葉っぱが立派に育ちます。これが地域包括ケアシステムの概念図です。非常に分かりやすいと思います。(資料8)

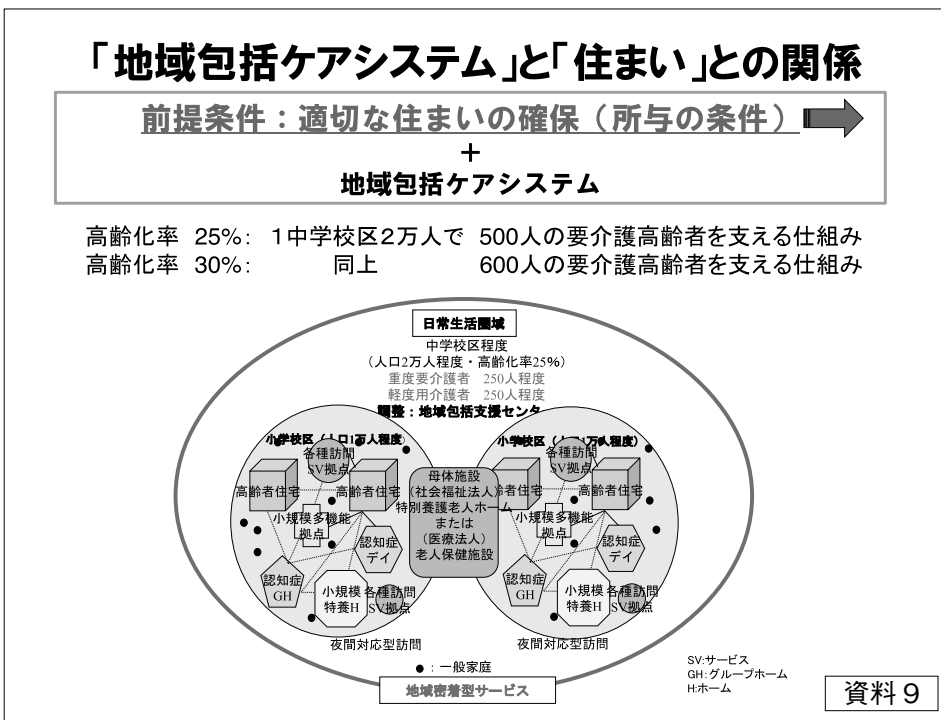


資料8

## 「地域包括ケアシステム」と「住まい」との関係

さて、いよいよ住まいに移っていきます。厚生労働省は地域包括ケアシステムについて「適切な住まいの確保が行われることを前提にして、これから地域包括ケアシステムをやっていきます」と書いていて、私はびっくりしました。誰がその前提となる適正な住まいの確保をしてくれるのか。厚生労働省は「所与の条件」として、これは建物側にボールがきて大変だと思いました。ここから先は、適切な住まいの確保を、どう考えていくのかについてお話ししたいと思います。

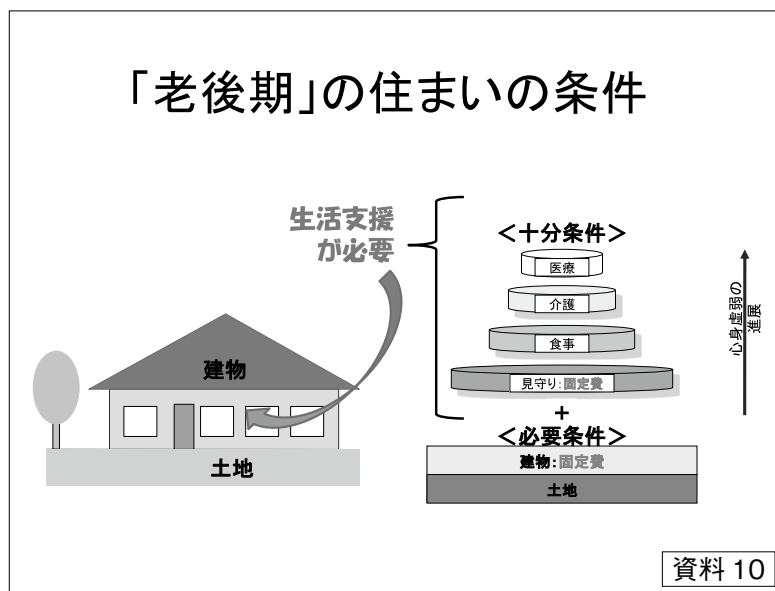
一中学校区2万人で高齢化率25%で、500人の要介護高齢者になります。仮に30%までいくと、



600人の要介護高齢者がいるということです。地域包括ケアシステムというのと、とても大変なように思いますが、私はこう考えています。500人の要介護高齢者、600人の要介護高齢者は、人口2万人に対する中学生の数と同じです。ですから、これまで人口2万人の中学校規模で中学生の面倒を見てきたように、要介護高齢者を看取ることができれば、それが私達の高齢社会のゴールということです。(資料9)

### 「老後期」の住まいの条件

現在の65歳以上の日本人は、何だかんだ言っても昭和の時代の恩恵、20世紀後半の高度経済成長に支えられています。高齢者のいる世帯の84%は持家にゴールしています。ですから、家がないわけではないのです。かなり立派な持家に住んでいる人が多いのです。一人暮らしのおばあちゃんが30坪40坪を超える大きな家で、庭はもっと広いようなところに住んでいる例がざらにあります。ところが、なぜ住まいが問題かという、元気な時には土地と建物があればそれでオーケーでした。ところが年をとると、土地と建物があるだけでは普通に生活出来なくなるのです。

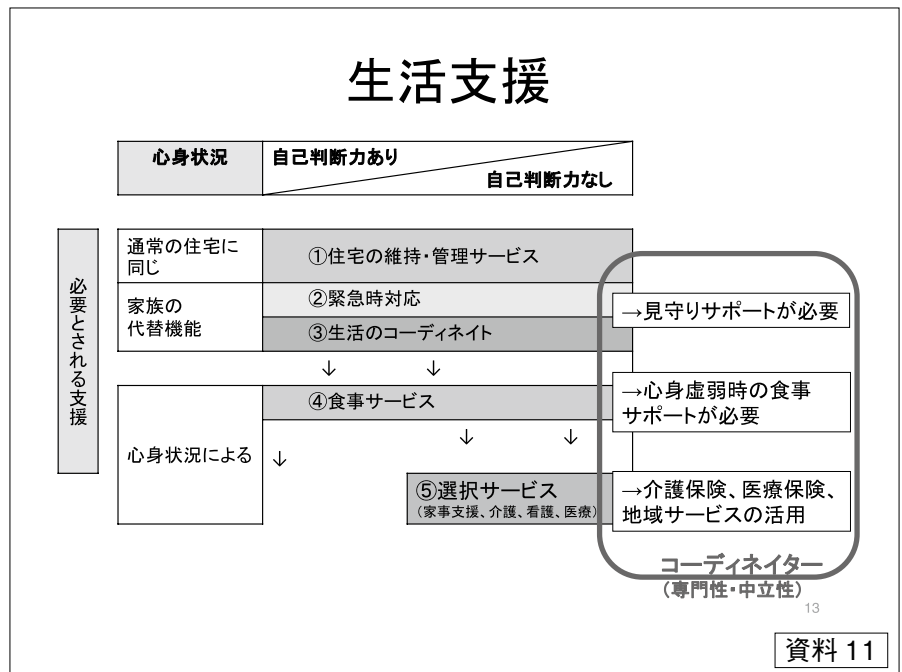


資料10の右側の図で4段重ねのおもちのような図があります。1段目は「見守り」です。見守りは大変です。「見る」と「守る」を分ける必要があります。「見る」のは、最近のITでポットの中にCCカメラを仕込んでおくなど色々なものがありますが、それに「守る」ことが付いてこないと駄目なのです。ブザーが鳴った時に、誰も駆け付ける人がいないと見守りにはならないわけですから、「見ること」と「守ること」を分けて考えなければいけません。見守りは何も起きなくても必要ですから、ものすごくお金がかかります。そのため「固定費」と書きました。

さらに、2段目のおもちは「食事」、そしてやっと「介護」「医療」です。老後期は、土地と建物はもちろん必要条件ですが、それだけでは十分ではないのです。老後の住まいを完璧にするには、4段重ねのおもちの部分、ここでは「生活支援」と一括りにしました。それがないと、自分の家を出て建物を住み替わらざるを得ません。住宅を住み替わる、あるいは施設に入るという状況になるわけです。(資料10)

## 生活支援

そこで「生活支援」とはいったい何だろうと考えてみました。最初の「①住宅の維持・管理サービス」は、誰でも普通の住宅と同じように必要です。制度化された介護・医療の前に「②緊急時対応」という言い方になります。何かあった時に対応出来るかどうか。そして、「③生活のコーディネイト」です。顔色が悪いとか、年金の手続きとか、家族がいれば何でもないことを誰かにお願いしなければいけません。それから「④食事サービス」です。心身



が衰えてくると、食事の前に、買い物に行けるかどうか。お父さんが車の運転が出来なくなってしまうたら、奥さんだけではどうにもならない。あるいは、郊外の高台の家は、若い頃の子育てにはすごく良かったけれども、道路から宅盤まで1階分とか1.5階分離れていると、タクシーから降りたあとの階段の上り下りが大変という問題です。その上、本当に虚弱になってくると「⑤選択サービス」(介護・医療)ということになります。ここで言っている「生活支援」とは、今言ったことをひっくるめて、専門性がある中立的なコーディネーターとして行うという、ものすごく大変なことになってしまいました。これは民間にお金を払ってやってもらう仕組みでも、税金を払って公的にやってもらう仕組みでも、かかる費用は同じで、お金の回し方が違うだけです。ものすごくハイコストです。(資料11)

## 高コスト・低負担・低ベネフィットの解答

こうした問題をどう解くか。この20年間、色々と試行錯誤をしてきました。最初は施設でいこうとしました。1989年のゴールドプランモデルです。特別養護老人ホームに入って、先程の「見守り」「食事」「介護」「医療」を全部ひっくるめて介護保険で面倒を見てもらう仕組みです。さすがにそれではいけないということで、2006年の介護保険の大幅な改正で、当時、ホテルコストと言われましたが、どこにいても部屋代はかかるのでホテルコストを払ってもらう。食費もどこにいてもかかるので、食費を払ってもらいましょうと制度を変えたわけです。

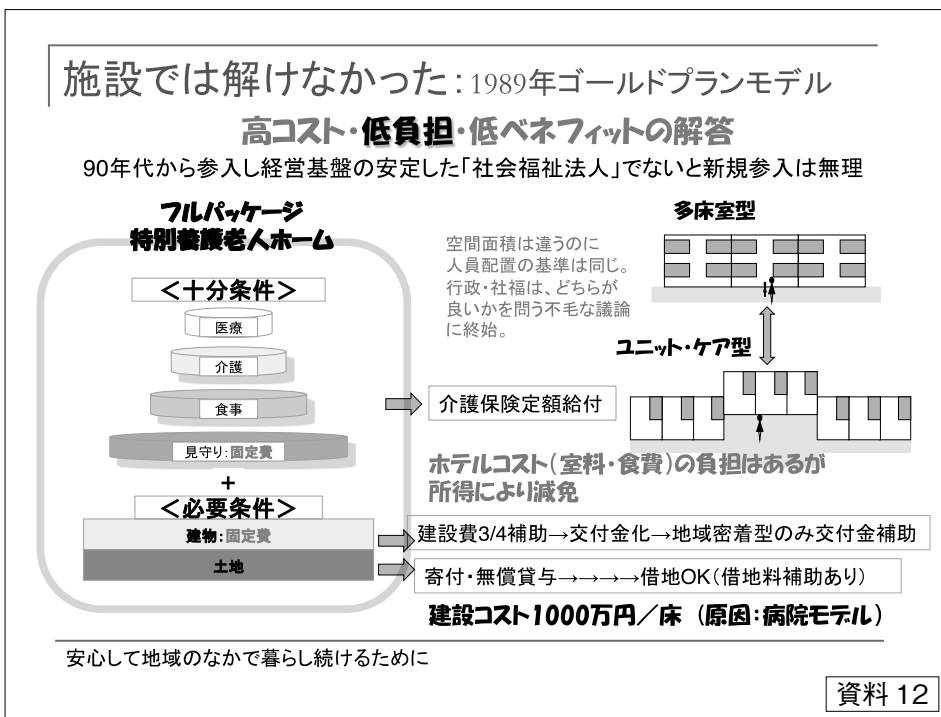
しかし、建物の整備については、社会福祉法人などが開設する特別養護老人ホームの場合、原則として社会的な福祉事業を起こす人は篤志家であり、そのために土地を寄付することが大前提です。そういうことであれば、社会福祉活動のための建物の部分は税金からの補助金で建ててもらって、そこで社会福祉事業をやってくださいというのが社会福祉法人の考え方です。ですので、小泉さんが登場するまでは、土地の部分は寄付あるいは無償貸与で、建物建設費の4分の3が税金から補助されていました。それを小泉・竹中コンビでバサバサ切っていったという経緯があります。建物部分でいうと、猪瀬都知事が副知事時代に、東京都は本気になって計算しました。私も自分で計算しましたが、1ベッド当たり建築費は1000万円です。すごく高いと思うかもしれませんが、今の特別養護老人ホームの下敷きは病院モデルです。1.8m幅の廊下部分、リハビリ室、機械浴のスペース

など、そういうものを全部ひっくるめると、4人一緒の相部屋型でも1ベッド当たり1000万円の建築費がかかっています。ところが建築費のほとんどが税で賄われているので、入所時の見た目の自己負担分が少なくなっています。その結果、皆さん施設の入所待ちをしてウェイトングリストが長くなっています。また、今でも施設を造ってほしいという要望が強い。それはいつまで財政がもつのかという問題です。

私は敢えて、ここに「不毛な議論」と書きました。4人一室の多床室型か、原則個室のユニットケア型かという争点です。2003年から、ユニットケアという、家族的な単位で鉄筋コンクリートの建物の中で住まいに近い雰囲気与生活できるような空間構成に切り替えようとしてきました。しかし、最近揺り戻しで「やはり多床室型がいい」という話が出てきています。これがなぜ不毛かという、人的配置に本質的な問題があるからです。建物の空間の形を変えたのに、人的な配置は介護保険がスタートした時のままなのです。皆さんご存じだと思いますが、施設では常勤換算は1:3です。介護が必要な人3人に対して、常勤換算で1人のスタッフが付きます。8時間労働で1:3なので、一日24時間では1人が9人を見ることになります。2000年4月に多床室型を基本にスタートした時に、介護保険で手当てされる人員配置は1:9でした。ユニットケア型に空間形を換えた時に、厚労省はそれを黙ってそのままにしておいたわけです。そうすると、働いているスタッフが1人で9人を見なければいけない時に、ドアを開ければ4人が見渡せる状況と、一つずつ部屋の扉を開けなければいけない状態では全然違います。ですから、給料が変わらないままでは過剰な労働負担になります。反対に人員配置を増やすとどうなるか。介護保険から出る分は前と同じです。こういう言い方がいいかどうか分かりませんが、ユニットケアでは施設経営をされている方が儲からない。そういうところで動いているわけです。

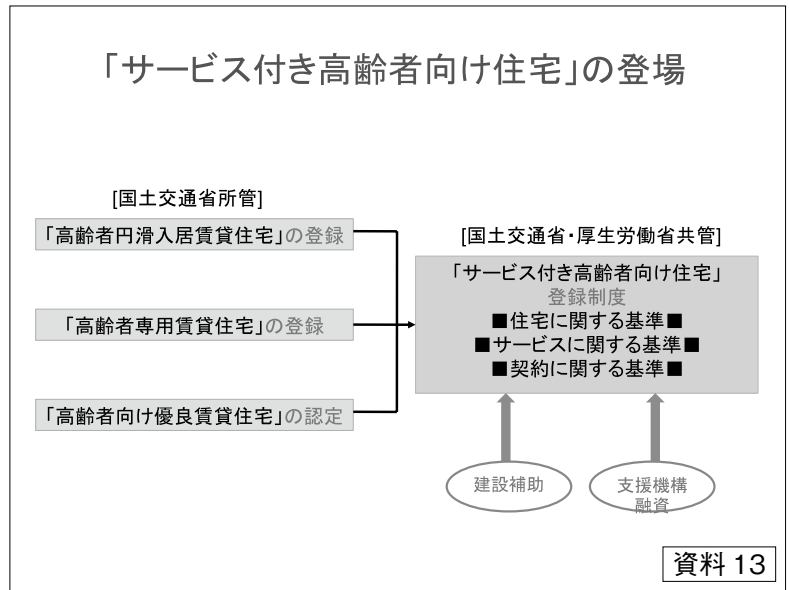
ですから、建築の立場で言えば、空間の形に合わせた人員配置がなければいけません。これが根本問題なのですが、「4人一緒にいる方が楽しい」とか「個室は贅沢だ」というところで議論されていることが、不毛ではないかと思うのです。

いずれにしても施設では解けなかった。高コストで、目に見える部分は低負担だけれども、自分のスペースはベッドおよびその周りぐらいです。施設全体を入居者の数で割ればかなりの床面積があるのに、非常に低ベネフィットです。生活の質を保障するようなものが出来なかったという意味で、施設では“適正な住まいの確保の問題”は解けなかったということです。(資料12)



## 「サービス付き高齢者向け住宅」の登場

では、それに代わるのは何かということ、現在、注目を集めているのが、2011年10月にスタートしたサービス付高齢者向け住宅です。国土交通省が、2000年に通称・高齢者住まい法という高齢者の居住の安定・確保に関する法律をつくりました。その法律の中で、高齢者住宅の種類を細かく分けました。高齢者円滑入居賃貸住宅・高齢者専用賃貸住宅・高齢者向け優良賃貸住宅など細々あったのですが、さすがにそれではわかりにくいし、効果も薄いとして、国交省と厚労省が共管で2011年10月にサービス付高齢者向け住宅を立ち上げました。



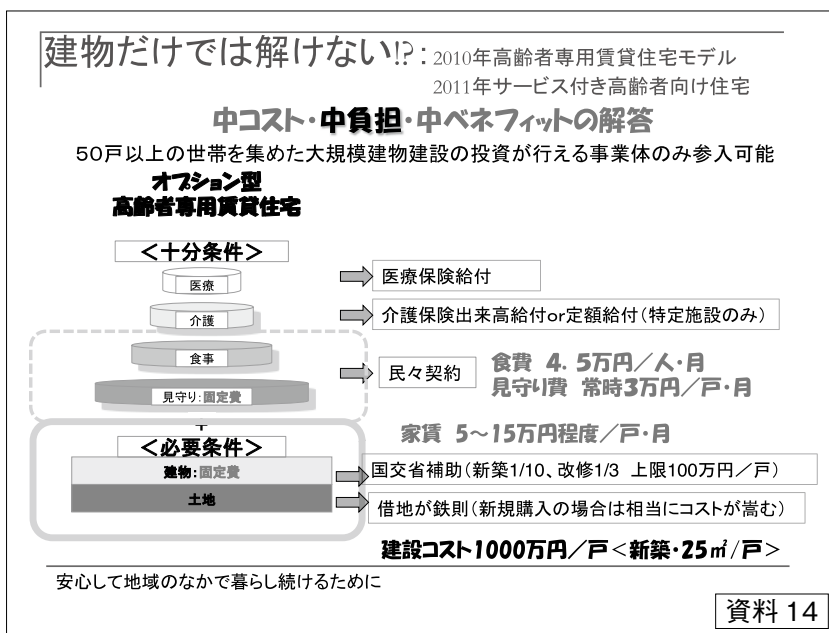
ただ、法律をよく読んでいただくと分かりますが、これは何も言っていないのです。「住宅とサービスと契約に関する基準を満たした賃貸住宅の場合に都道府県知事が“サービス付高齢者向け住宅(以下、サ高住)”として登録してあげます」というものです。それが、なぜこんなに注目されているのでしょうか。確かに、現状では新築の場合は一住戸について100万円の建設補助が行われています。しかし、これはあくまでも予算上の措置なので、万が一財政状況がおかしくなると、すぐに無くなる可能性があります。

資料13の右側の下に「支援機構 融資」と書きました。これは住宅金融支援機構、元の住宅金融公庫です。今はほとんど直接貸しをしていませんが、住宅金融公庫から支援機構になっても、「サービス付き高齢者向け住宅」に対しては直接融資をするということです。高専賃から衣替えしたのもごくわずかありますが、サ高住は、雨後のたけのこのように、わずか2年ちょっとの間に12万戸まで増えています。(資料13)



## 中コスト、中負担、中ベネフィットの解答

ただ、私はこの建物だけでは、適正な住まいの確保問題は解けないと思っています。先程説明したように、建物単位でビジネスを構築するなら、50戸以上を集めないと事業的には難しいです。まず土地を買うのは論外だと思います。土地自体は資産の入れ替えですが、土地を新たに買うとなると、当然そこに金利がかかります。それを載せてしまうと、非常に割高になります。一般的には「借地が原則」です。そこに建物を建てる場合、現行では新築が10分の1、改修が3分の1で、1戸当たり



上限100万円の補助金が出ます。最低の住戸面積が独立型で25平米以上、台所や浴室を共同型にする場合で18平米以上と、下限値が決まっています。まっとうな質のものを建てるとうると、1戸当たり1000万円かかります。先程の1ベッド当たり1000万円が、1戸当たり1000万円となる。嘘をついているようですが、施設仕様ではなく住宅仕様にした分、廊下幅や共同の施設部分の面積が違います。特別養護老人ホーム総体を高齢者住宅に置き換えると、建築費のコストとしては、それほど違いありません。1戸当たり1000万円ぐらいです。そうすると、1戸当たり1000万円の建設コストを仮に25年で償却しようとする、月額家賃はボトム5万円です。今、多くのサ高住は、約5万円から15万円の間で家賃のレンジが決まっていますが、最低5万円は建設費を回収するための家賃です。金額が増えている分は土地の利回り分です。土地の高い所はその利回り分が家賃に乗ってくるということです。こうした建物部分は民間でやってくださいというのが、サ高住の考え方です。

サービスの部分はどうなっているのかというと、「介護」と「医療」は、それぞれ保険から出てきますが、その前の「見守り」と「食事」の部分です。「見守り」にいったいいくらかかるのか。これも簡単に計算ができることに気が付きました。1人の管理人が見られる限界は、小学校の先生と同じだと考えると50人です。1人が50人の高齢者を見る。それを24時間にすると見守りに3人が必要です。少し安いですが、経費は入れずに8時間労働で給料が仮に50万円だとします。3人分ですから、月額150万円必要です。150万円で50人を見るわけですから、150÷50で、単純に固定費で見守りにかかる部分が月額3万円と出てきます。食費は一日1500円と考えれば、4万5000円です。そうすると、最低が家賃5万、見守り費3万、食費4.5万で、11~12万円です。高いものだと20万円弱ぐらいというのが、今のサ高住の相場ではないかと思えます。

問題は、こういう値段設定にするためには、50戸以上集めるということです。建設費は1戸当たり1000万円ですから、まともに建てるとうると50戸×1000万円で、初期投資5億円が必要です。これを出せる方がどのぐらいいるのか。ごくごく限られてしまうと思えます。

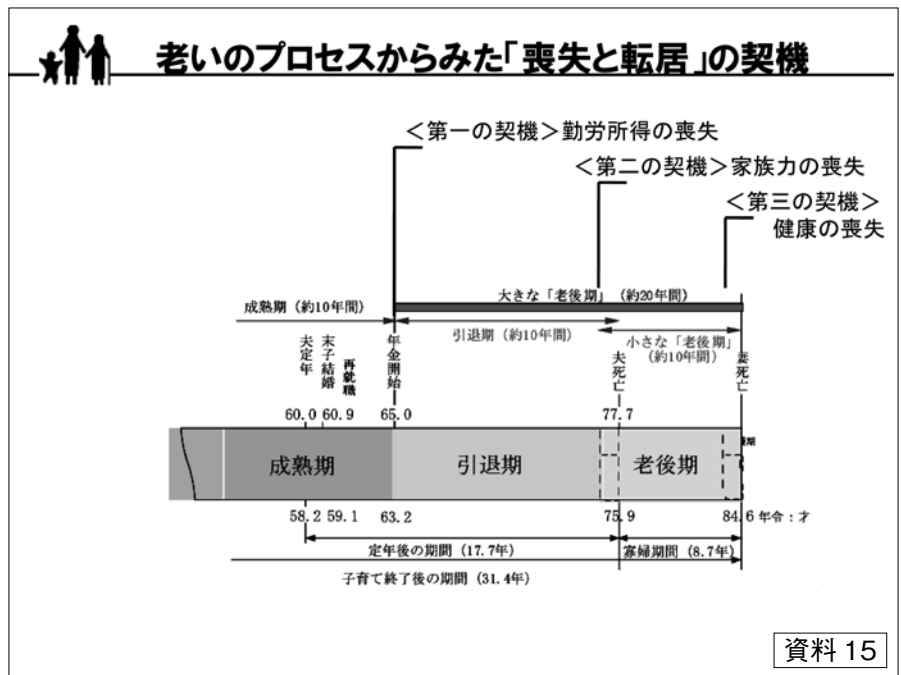
入居する人の立場で考えてみると、先程申し上げた金額だと、よほど貯金や仕送りがあれば別ですが、国民年金だけではちょっと厳しいです。厚生年金世帯で奥さんがもらう遺族年金でギリギリぐらいです。そういう意味では、中コスト・中負担・中ベネフィットで、ある層にはマッチングできる部分があるけれども、それ以外の人達にとっては、これも盤石な答えではないと思えます。

(資料14)

## 老いのプロセスからみた「喪失と転居」の契機

「あれは良くない、これは良くない」的に、色々お話ししたかもしれませんが、そんなことも言っていない。地域包括ケアシステムという考え方の中で、「問題有り」と言った施設や住宅の在り方について、どうしたら突破口が見いだせそうかというお話をこれからしたいと思います。

どう考えていくか。先程の人生の後半部分をズームアップします。成熟期・引退期・老後期と説明しましたが、ちょうどそのライフ



ステージが切り替わる時に「転居の契機」があります。住み替わらざるを得ないイベントに直面するという意味です。

全員がそうだというわけではありませんが、例えば、第一の契機は仕事からリタイアした時、勤労所得を失った時です。この時に住み替わるのは、多くの人にとってはそんなに必然ではありません。そのために皆さん、年金にちゃんと保険料を払って備えているわけです。ですが、それ以前に勤労状態が非常に不安定だったとか、途中で離婚してしまったなどを経て仕事を失った場合は即収入減につながります。職が不安定だったということは、当然年金も不安定です。そうすると、勤労所得の喪失イコール、今までの生活が続けられなくなります。そんなに大げさでなくても、小さな商店などに住み込みに近いようなかたちで働いていたような方にとっては、非常に大きな第一の契機になります。この方々は少数ですけれどももいらっしゃいます。

第二の契機は、ほとんどの人が直面する事態—家族力の喪失です。悠々自適の引退期から老後期に移行する狭間で、最初は順当にいけば夫の介護問題です。悲劇的なのは、奥さんが先に具合が悪くなった場合です。昭和の時代の男性は、奥さんの具合が悪くなると「わしの飯はどうするんだ」とか「家の掃除は誰がするんだ」ということになります。現代の家族の悩みは、家族力が非常に弱いことです。これが住み替わらざるを得ない第二の契機になります。

3番目は、健康の喪失です。一人暮らしの場合は頼る同居者がいないわけですから、住み替えを考えざるを得ません。第三の契機というのは健康を失った時です。(資料15)



## 住宅資源の確保方法

それぞれの契機における「対象者のセグメント」を考えてみましょう。第一の契機は、見守りが必要になった時です。第二の契機は、介護の前に、生活支援が必要になった時です。3番目は、健康を失って、常時介護が必要になった時です。いつ住み替わらざるを得ないのかという入り口の部分で、こういう三つに分けた対象者のセグメントが想定できます。

その次に、そのセグメントの「単位」の問題です。「世帯」というのは、「ハウスホール

ド」という英語の明治期の日本語訳だと思いますが、ハウスをホールドしているのを、一つの単位とみなした場合は“世帯”と言います。ですから一人暮らしでも単身世帯と言います。それに対して「個人」というのがあります。例えば夫婦で暮らしていても、どちらかが具合が悪くなると、おひとかたがどこかに住み替わることもないわけではありません。その場合はハウスホールドではなくて、個人(パーソン)という単位です。ハウスホールドで考えるのかパーソンで考えるのかというあたりも、はっきりしているようであまりはっきりしていません。サ高住は「住宅」と言っているのですが、基本的には「住戸」というのは、ハウスホールドを前提にしているのですが、何となく曖昧です。

それに対して「住宅資源」と書きました。太字でないものは、今まで様々試みられてきたものです。見守りが必要になった時にはケア付きマンション・公営住宅・シルバーハウジング・高齢者向け優良賃貸住宅というものがありません。これらはいずれも新築として数を増やしてきたのですが、これからも新築ありきでいけるのかというもう一つ別の問題があります。

今、日本中で空き家が増えています。5年前の段階で、日本全体の空き家率は13.1%です。そんなものかと思われるかもしれませんが、日本中の空き家を全部、一つところに集めてくると、九州全体と沖縄全体を足した756万戸が空っぽな状態です。九州と沖縄が全部空っぽという状態です。

空家率には地域的にかなり偏在があります。例えば長野とか山梨は別荘が多いからではないかという説もあるのですが、5年前の段階で空き家率20%です。東京ではどこの空き家率が高いかというと、意外に思われるかもしれませんが、千代田区・中央区の空き家率が23%とか25%です。そのぐらい空き家があります。これが日本のこれからのもう一つの大きな問題です。高齢者住宅がもっといる、新築がもっといると言いながら、一方でものすごく空き家が増えているわけです。最近、少し話題になりましたが、杉並区の高齢者を区の中で特別養護老人ホームが手当てできないので、南伊豆に特別養護老人ホームを造って移ってもらおうということですが、杉並区の中にも沢山空き家があります。それなのに伊豆で新築の老人ホームを建てる必要があるのでしょうか。

太字で書いたのは、「既存ストック活用・コンバージョン型」です。これらは地域の活力を生む源になる可能性があります。高齢者が要介護になったから活力がないと考えるのは、考えものかもしれません。高齢者にいてもらった方が、例えば地域で介護や医療の雇用を生むかもしれないのです。

対象者のセグメント	単位	住宅資源 (既存ストック活用・コンバージョン型)	ケアシステム
見守り必要層	世帯	ケア付きマンション 公営住宅 シルバーハウジング 高齢者向け優良賃貸住宅 <b>民間賃貸住宅再生型</b>	地域ケア型
	世帯	サービス付高齢者向け住宅	
生活支援必要層	個人	<b>グループリビング</b> <b>支援付シェアハウス(≒GL)</b>	施設ケア型
		ケアハウス(一般型) 軽費老人ホーム(A型・B型) 養護老人ホーム	
常時介護必要層	個人	<b>グループホーム</b> <b>介護型シェアハウス(≒GH)</b> (老人保健施設) 特別養護老人ホーム 介護療養病床	施設ケア型

資料 16


どこかに行ってしまったら、地域に落ちるお金を失うかもしれない。そんな時代がすぐそこまで来ています。低所得の人に対しても、特に今、賃貸住宅はものすごい空き家率なので、そういうものを再生して住んでもらうことも、もっと考えられてもいいかもしれません。

「生活支援必要層」の部分には、サ高住が鳴り物入りで登場しました。個人の部分では、厚労省の管轄でケアハウス・軽費老人ホーム・養護老人ホームもありますが、もう少しおしゃれなグループリビングや支援付シェアハウスも考えられます。シェアハウスというのは一戸建てを活用します。大きな一戸建てほど空き家になっています。大きな家は売るにしても貸すにしても値段が高いからです。5LDKや6LDKが必要な家族はすごく少なくなっています。ですから、大きな家ほど空いているわけです。例えば、そういうところを、高齢者のシェアハウスにしてみてもはどうだろうという考え方です。

常時介護が必要になってからの住まいは、特別養護老人ホーム・介護療養病床などが既定の路線です。本来は中間施設だった老人保健施設は、限りなく第二特養的な状況にもなっていますが、それらしか現状はありません。そこで、ここではグループホームや介護型シェアハウスのような新しい考え方が要るのではないかという、私の提案的な部分が入っています。

ケアのシステムは、地域包括ケアシステムでいくなら、面的に「Aging in Place, Care in Community」というかたちが地域ケア型で、従来あるような一つの建物の中で完結した施設ケア型は、かなり限られてくるのではないか。こうした前提で、幾つかの事例を見てください。(資料16)

#### 要見守り層：見守りつき低家賃住宅



**要見守り層：見守りつき低家賃住宅**

- **経済力の困窮→生活保護(高齢者世帯\*約50万世帯)**  
\*夫婦世帯、18歳未満同居世帯を含む
- **関係力の困窮→孤独死**

<解決策>

- **高コスト解：特別な住宅とサポート、家賃補助**
- **低コスト解(地域解)：**  
**既存住宅の活用、コミュニティ力強化**

資料17

見守り付きの住宅が必要な人は、社会関係力が弱くて孤立している人です。関係力が弱いと、孤立死・孤独死に陥りやすく、さらにその根底には経済力が非常に乏しいということです。現在、生活保護を受けている高齢者世帯は約50万世帯あります。こういう方達をどうしていくのか。一つには「高コスト解」があります。特別な住宅を造って、特別なサポートと家賃補助を入れていくという方法です。しかし、残念ながら今の日本の状況では、こうしたものを公的に造っていくのはかなり

難しい状態です。これに対して、「低コスト解」というのは、地域解、地域で解く方法です。既存住宅を活用して、コミュニティ力を強化していく。そういう方策があるのではないかということです。(資料17)

## 高コスト解：特別な住宅とサポート、家賃補助

海外から来られた方に「日本の公的な高齢者住宅を見せてほしい」と言われると、私はここをご案内します。川崎駅から歩ける所です。1階から4階が民間の病院で、一部重複して4階から10階までが高齢者向け住宅です。1戸当たり50～67平米で、家賃は8～12万円ぐらいです。建物が素晴らしいので、ここを案内するのですが、実はお連れ出来るのは日本ではここ一カ所ぐらいしかないので、家賃補助を入れて、1DKとか2DKタイプで家賃4～5万円で住めます。残念ながらこういうものは、そんなに数を増やしていけないということです。(資料18)

**高コスト解：特別な住宅とサポート、家賃補助**  
高齢者向け優良賃貸住宅+見守り人常駐：ピバース日進町(川崎市)

住戸: 50-67㎡ 2K主体  
家賃: 8.85-11.85万円  
(家賃減額補助あり)

資料 18

## <参考>民間賃貸住宅の再生

**<参考>**  
**民間賃貸住宅の再生**

学生によるリノベーションの事例  
(写真提供: 明治大学院生・田邊氏)

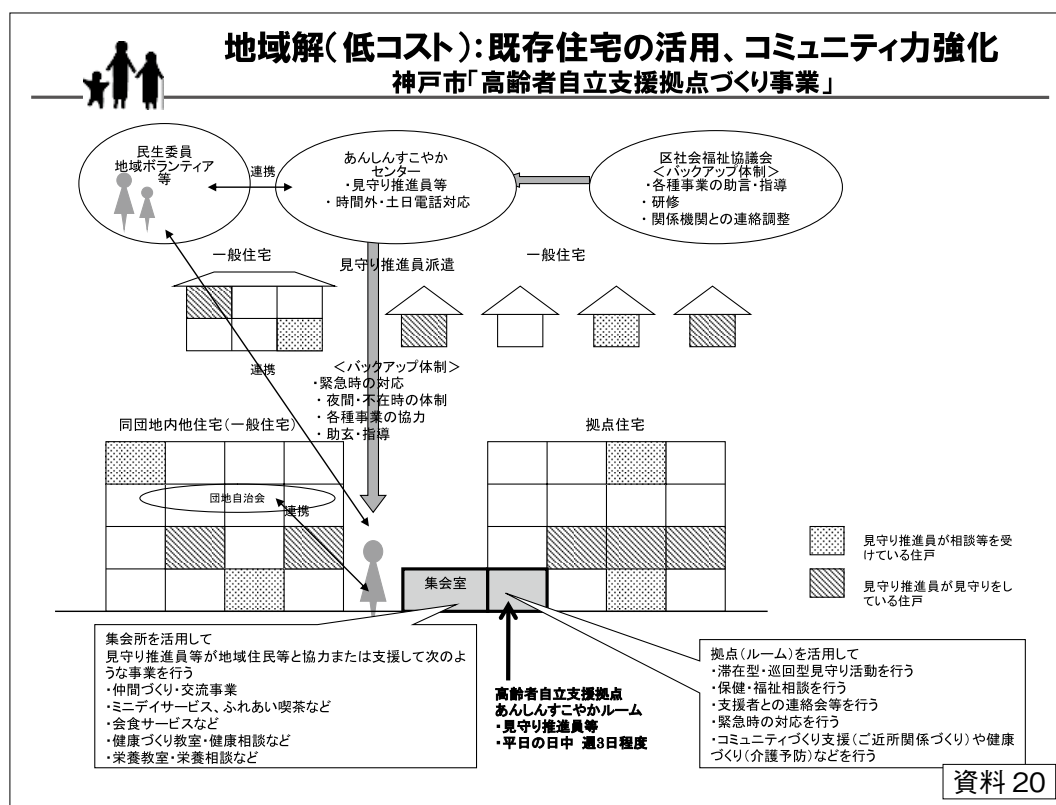
築31年の木賃住宅を約80万円で全面改修

資料 19

最近、特に若い人達の間で民間賃貸住宅の再生が始まっています。おじさん、おばさんから見れば、昭和風の木賃住宅は嫌だなと思うのですが、今の20代の人、すごくおしゃれだと言います。資料19の写真は、うちの大学の学生達が若者向けに築31年の木賃住宅をリノベーションしたものです。高齢者向けに、こういうノウハウの活用が出来ないかと現在かなり真剣に考えています。理由は幾つかあります。誰も

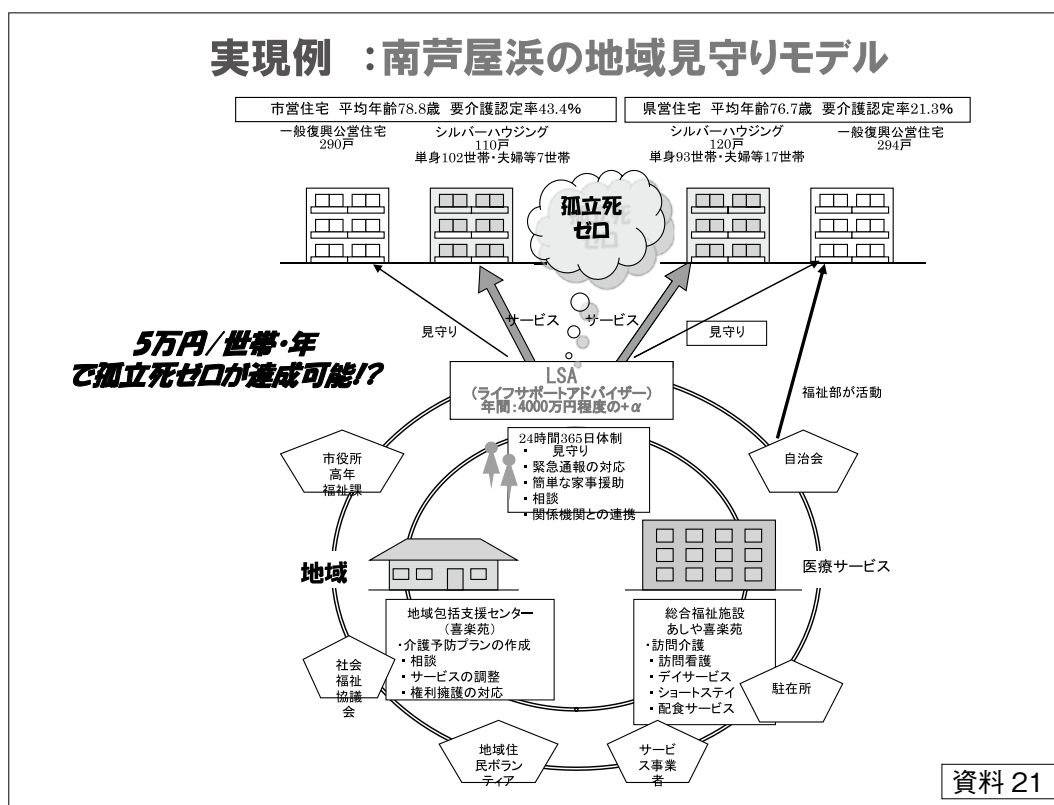
見向きもしない遊休化している住宅を活用することによって、低家賃で住まいの場が確保出来るのではないかとあります。また実は、家主さんも困っているわけです。だとすると、逆に生活保護で住宅扶助が保障されるような店子さんが入って、その人達の生活サポートを誰かがしてくれる保障があれば、家主さんの考え方も変わるかもしれない。そういうことを考えています。(資料19)

## 地域解(低コスト)：既存住宅の活用、コミュニティ力強化



低所得の高齢者向けの安心確保のトライアルは、大きな地震を経験したところで、沢山試されています。先程の長岡も中越地震の大きな被害を受けました。神戸では、既存住宅を活用して、高齢者自立支援拠点ということで、普通の公営住宅の一室3DKを地域支援拠点にしました。普通の3DKの鉄の扉を開けると、そこに見守り推進員という名前のソーシャルワークの技量のある方が駐在して「いらっしゃい」とやっているわけです。3DKの住宅には台所もあります、トイレもあります、お風呂もあります。「いつでも来てください」ということで、別々に孤立している方が、そこに顔を出します。見守り推進員の方が、団地の中を見回って、AさんとBさんだったら仲良く出来るかもしれないとか、自治会の活動に巻き込んでいくようなかたちで見守りのネットワークを広げていきます。そういう拠点から、周辺の戸建ての住宅や木賃アパートにも同じような方がいらっしゃるので、そういうところにコミュニティ力強化のかたちでネットワークを広げていこうということです。(資料20)

実現例：南芦屋浜の地域見守りモデル



どうしてこういうことが出来るのか。神戸ではできるのに、他の自治体では出来ません。普通は地域包括ケアシステムという三職は、保健師・主任ケアマネ・社会福祉士です。ところが、神戸市は95年の阪神淡路大震災の復興基金の財源を独自に持っているのです、もう一人の専門職を追加配置してソーシャルワークをされているそうです。他の自治体は、その財源がないから出来ないのかもしれない。

もう一つ、これも95年の震災のあとです。95年は、今から考えると3.11に比べればまだ経済力がありました。いいか悪いかは別にして、神戸の震災のあと南芦屋浜では、仮設住宅のあとの復興公営住宅のかたちで海岸沿いに14階建ての高層の県営住宅や市営住宅が沢山建てられました。南芦屋浜では、市営住宅400戸、県営住宅約400戸で、市営住宅入居者の平均年齢は78.8歳だそうです。これは3年ぐらい前のデータです。県営住宅は76.7歳です。市営住宅は要介護認定率が4割を超え、県営も2割を超えています。そのうち100戸ずつはシルバーハウジングといって、1987年に当時の厚生省と建設省が始めたライフサポートアドバイザー (LSA：生活援助員) の配置が出来る公営住宅です。ライフサポートアドバイザーを配置する費用は、現在は介護保険の中の地域支援事業で出されていて、そこで人員の手当が来ています。

芦屋市では、ライフサポートアドバイザーの拠点があり、同じ地域の中で地域包括支援センターと特別養護老人ホーム「あしや喜楽苑」という社会福祉法人を中心にして、市役所、サービス事業者、駐在、ボランティア、自治会をつないで、一月に1回ぐらいの割合で地域連絡会をやっています。ライフサポートアドバイザーは、本来シルバーハウジングの人だけを見るのですが、芦屋の場合は、独自財源で、それに年間4000万円を上乗せして、全体で800戸の10年間孤立死ゼロを続けています。要介護4とか5でも、頭がしっかりしている方は、普通の公営住宅の中で生活ができます。ということは、プラス4000万円で合計800戸の方を孤立死ゼロに出来るわけです。年額一世帯5万円です。月割りにすると4000円強です。これは都市的な条件だからこそ可能だと思います。高層型の住宅なので密度も高いわけです。そこに、こうした費用があれば、地域見守りが出来るという仕組みです。(資料21)

要支援者：虚弱高齢のみ・持家世帯への対応  
 “高齢者ペンション”の提案

**要支援者：虚弱高齢のみ・持家世帯への対応**

**“高齢者ペンション”の提案**

- ・戦後核家族、専業主婦の老後問題
- ・家族力の困窮：“介護”の前に、見守り、食事、家事に困る
  - ・「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
- ・個別家族の解決では縮小均衡
  - ・50坪の土地・30坪の家→心身弱体化：介護付き20㎡施設→最後は空家
- ・安心、快適な高齢者居住の場を提供する資本の出し手がない

**<地域解> 共助型高齢者ペンションの提案**

資料 22

部分は介護保険ではカバーされません。介護事業者や医療事業者は、保険の収入が期待できないところは、事業化しようと思いません。結局、おばあちゃんがぎりぎり頑張って、どうにもなくなくなって家族が走り回って施設を探すということになりがちです。曲がりなりにも50坪の土地に30坪を超える家に住んでいた方が、最後施設を探し回って、サ高住や介護付き有料老人ホームの20平米に満たないような所でお亡くなりになる。それだけならまだしも、最後は家が空き家になって残って兄弟が相続で争う。こんなばかな話があるだろうかというのが、私の申し上げたいところです。

結局、本当に虚弱になる、本当に要介護になる一つ手前のところで安心・快適な高齢者居住の場を提供する資本の出し手がないのです。それが大問題です。皆さんケイマン諸島には投資するのですが、自分の地域の身近な所に、目に見える安心のところで協働で何とかやろうということが手薄いのです。ですからなかなか実現しないのですが、共助型高齢者ペンションを、私は提案しています。(資料22)

なぜここで、敢えてペンションと言うのか。本当に清里とか軽井沢にあるようなペンションのイメージです。单身持家世帯向けの食事付共同住宅。宿泊施設でもいいと思います。おばあちゃんが冬の間だけ、寒い所から暖かい東京にいるというようなかたちです。ペンションは郊外住宅地には似合います。ペンションにお泊まりになったことのある方は分かると思いますが、住宅地の一角に少し大きめの家があって、ペアレントさんが家族的なサポートで、美味しい食事を提供してくれます。

**高齢者ペンションの提案**

(持家单身世帯向けの食事付共同住宅・宿泊施設)

- ・家族力の困窮への対応  
 “戦後核家族”“専業主婦”の老後問題への対処
- ・“介護”の前に、見守り、食事、家事支援から、最後の看護、医療から看取りまで
- ・“ペンション”の意味
  - ・住宅地の一面に少し大きめの家＝ペンション
  - ・ペアレントさんによる家族的なサポート
  - ・年金(ペンション)をフルに活用する
- ・マンション居住なら、“共同室(コモンルーム)”を設けるだけで、シニア・ホステルに変身


**<現行類似制度>**

- ・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)

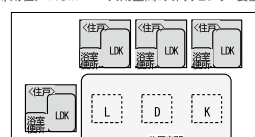
**<付帯するサービス>**

見守り・食事

**<空間イメージ>**



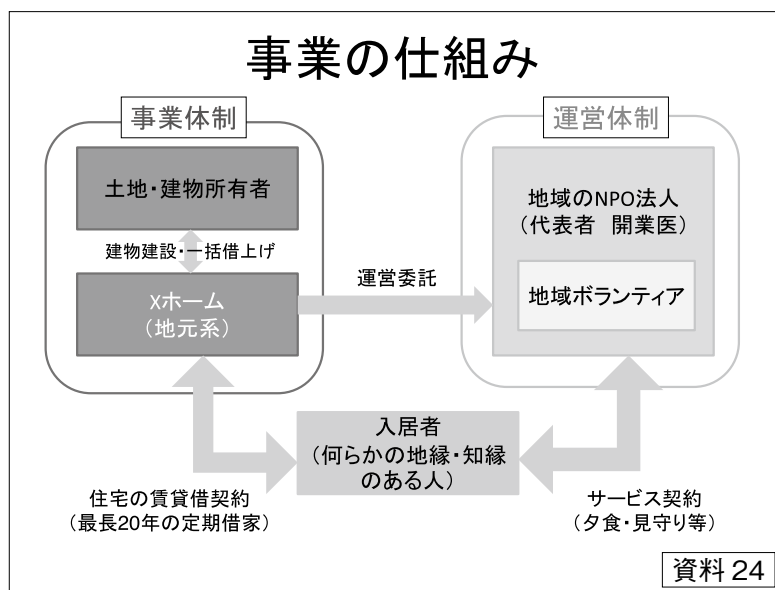
専用住戸：18㎡～ 共用空間：共同リビング・食堂・台所



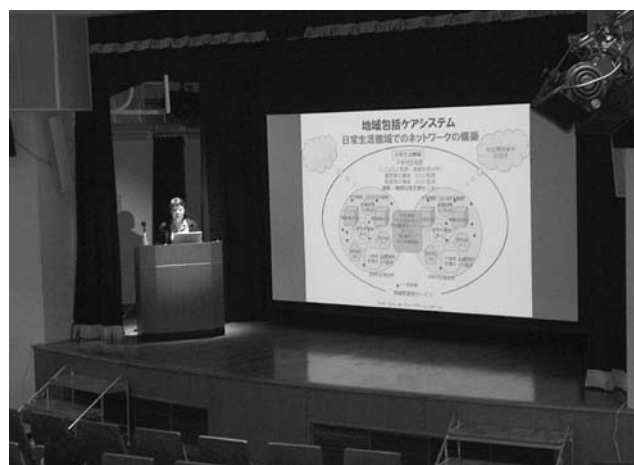
資料 23

ペンションにはもう一つ、「年金」という意味があります。虚弱になったおばあちゃんは、残念ながらもう海外旅行は無理ですし、おしゃれをして出掛けるのも近所ぐらいです。だったら、自分の持っているペンションをフルに活用して、年金ぐらいの費用で住める高齢者住宅はいかがでしょうかという提案です。新築戸建てだけではなくて、例えば戸数の多い年数のたったマンションは、賃貸化や売りに出されている空き住戸があります。介護保険のサービスは利用して、そこでカバー出来ないところを、先見の明のある管理組合なら、管理組合で買うもよし、借りるもよしです。その中の一室、狭かったら二室をおち抜きにしてコモンルームにすれば、居ながらにしてシニア・ホステルです。有料老人ホームに一人ずつが住み替わるわけではなくて、そういう発想で高齢者ペンションはいかがでしょうかということです。(資料23)

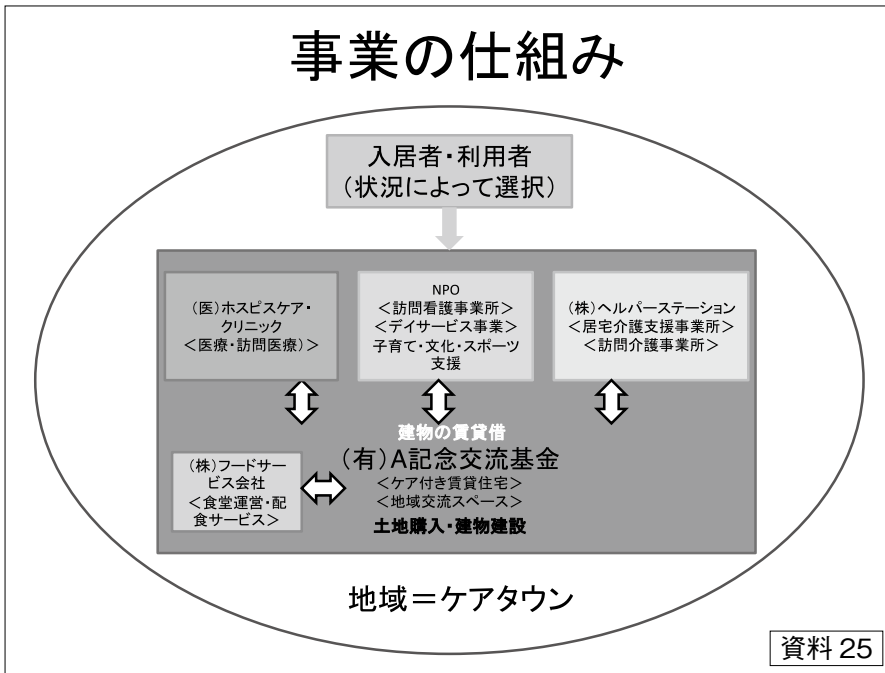
この事業の仕組みは、地元で活躍しているXホームが地主さんに呼びかけて実現したものです。特に最近では相続税の問題もあり、土地活用の一貫として、地主に建物を建設してもらい、それをXホームが一括借上げをするというカタチです。運営面は、地域のNPO法人が担っています。私が非常に魅力的だと思うのは、そのNPO法人の代表者が開業医なのです。やはりこれからは医療との連携が必須ではないかと思えます。そこに地域の主婦の方や色々な方が関わっています。先程の建物の場合、Xホームが住宅の賃貸者契約をしますが、ソフトのサービスはNPOに運営委託をして、そこが夕食と見守りを届けます。



面白いのは入居者です。奥さんに先立たれた方で、自宅はすぐ近くにあるけれども夜はここに来て、朝になると自宅に行って好きな趣味のことをして戻ってくる。あるいは、ご主人は元の家にいるけれども、奥さんの体が弱ってきたので奥さんだけここに入っている例など、面白い使われ方がされています。(資料24)



地域のホスピス・ケアと賃貸住宅の複合—ケアタウンK

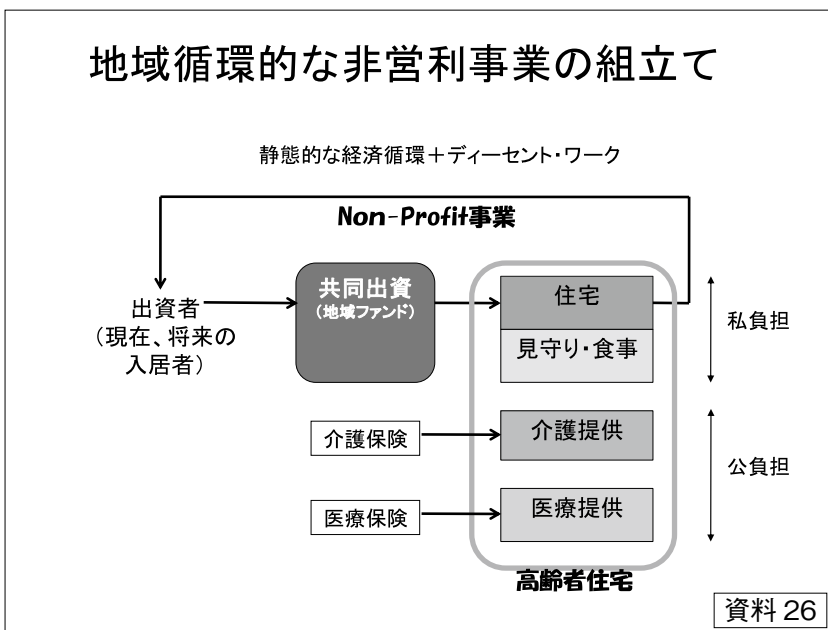


また、こういう例があります。地域のホスピスケアと賃貸住宅の複合です。賃貸住宅というところがみそです。1階の部分が、訪問医療を提供するホスピスケアができる医療クリニックです。それから訪問介護ステーション、訪問看護事業所、デイサービス、子供のキッズクラブがあります。フットサルが出来る中庭もあります。これらの事業所は全部経営が別々です。ですから事業的には医療モールのようなかたちです。同じ建物の1階に軒を並べて

います。2階3階が賃貸住宅です。高齢者に限定はしていません。食堂も2階にあって別経営です。どこが面白いかというと、ここが地域の結節点として機能します。「ここの中に来てください」ではなく、ここからデリバリーをするように、ホスピスケア、看護ケア、ホームヘルプサービスを届けます。通所もできます。2階3階に賃貸住宅があるので、「最後の看護ケアを受けたい、だけど自宅では心細い」という方は、上に移り住めば最後を安心して過ごすことが出来る。こういう考え方で開設・運営されているものです。

ここは「ケアタウン」という名前を使っています。ここを中心にして地域に出掛けていく、あるいは地域の人が心配になったらここに来てくれればいい。その地域の中での総合性を持つという意味で「ケアタウン」という名前を使っています。(資料25)

地域循環的な非営利事業の組立て

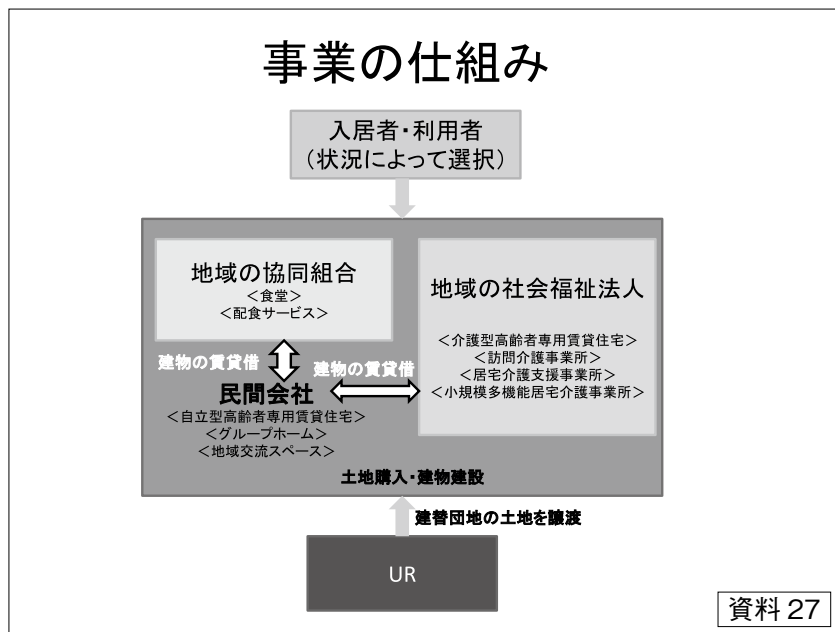


今見ていただいた二つの事例について、建物というのはどうしても初期費用が必要です。アパート的な集合住宅では、千万の単位では無理で億の単位、1億にギリギリ乗るぐらいだと思います。その部分の資金、出資があれば、住まいと見守りと食事の部分が用意される。そこに介護と医療が乗れば、私負担の部分と公負担の部分の組み合わせで高齢者住宅が実現できる。しかも住宅部分の質がきちんとしていて、出資をした人にプロフィットはもたらさなくても、ノンプロフィットの、静



態的な経済循環というリターンがある。そこで事業をすることによってディーセント・ワークという、誇りを持つ、尊厳のある仕事が生み出されたいのではないかと。ところが、この出資の部分の実現が難しいのです。男性には「お母さんのために」とか「将来の奥さんのために」と言うのですが、なかなか実現はしません。(資料26)

<参考>地域の介護拠点と高齢者住宅の複合-Tつどいの家



現実的には、大きな資本が動く、地域の介護拠点と高齢者住宅の複合という形のもの、最近少しずつ建っています。千葉でUR(旧日本住宅公団)が賃貸住宅団地の建て替えに際し、事業コンペをやって実現したものがあります。かなり複合型になっていて、介護保険のメニューのある施設が全て揃っています。地域の誰が来てもいい食堂や地域の交流センターがあります。

ここはURが建て替え団地の土地を譲渡し、民間の会社が土地を購入して建物を建設しました。その

の時に、共同提案のかたちで地域の協同組合と社会福祉法人が参加しています。器自体は民間会社が土地を購入して建物を建設しています。共同提案者として、協同組合には食堂や配食サービス、地域の社会福祉法人には、介護保険の事業メニューの中から訪問介護、居宅介護、小規模多機能居宅など、また、サービス付高齢者住宅の制度ができる前だったので、ここでは介護型の高専賃の住宅を運営してもらっています。民間会社自らは、グループホームと自立型高齢者専用賃貸住宅を運営しています。(資料27)



## 事業の特性比較

事業の特性比較				
		地域型ペンション	地域型ケアタウン	建物集積型
所在地		青葉区	小平市	船橋市
建物規模	住戸数 住戸面積	14戸 31.62㎡	21戸 28㎡	自立型32戸・33㎡ 介護型25戸・19㎡
	併設施設	なし	ホスピス・クリニック デイケアセンター 訪問介護事業所 訪問看護事業所・食堂	グループホーム 18室 小規模多機能事業所 食堂・多目的室
事業の 組立て	地主	個人(+NPO)	個人(+NPO)	民間会社(+社福)
	事業動機	相続税対策・地域貢献	理念・資産運用	ベンチャー・収益事業
	土地	持地	持地(相続)	URより購入
	建物初期費用 (推測)	1億数千万円程度	3～4億円程度	7～8億円程度
	医療との関係	NPO理事長が開業医	ホスピス・クリニック併設	(未確認)
入居者負担額	家賃	79,000円	75,000円	65,000円
	管理費 共益費	44,000円	52,750円	自立62,250円・介護57,000円
	その他費用	食費(夕食のみ)30,000円	食費(3食)69,300円	任意
	月額 総支払額	153,000円(夕食含) 別途、入居時協力金280万円	197,000円(三食含)	自立 127,250円 介護 122,000円

資料 28

資料28が今までに説明した事例の、建物規模と事業の組み立てと入居者負担額です。場所は青葉区・小平市・船橋市でばらばらです。内訳は微妙に違いますが、家賃はそんなに差がありません。管理費の部分が少し差があります。建物集積型とした事例は、土地を買った金利の部分がかなりかかっているのではないかと思います。管理費・共益費が少し高いです。月額の総支払い額で見ると、だいたい10万円台の真ん中から後半ぐらいの金額です。建物集積型は食費が入っていないので少し安く見えますが、食費を足すと同じぐらいの値段になります。建物集積型の周辺にはURの賃貸住宅団地がありますが、URの賃貸住宅に入居者だと、この金額ではなかなか払える人は少ないです。戸数が自立型32戸、介護型25戸ということで、高齢者住宅の部分が50戸を超えています。先程申し上げたように、民間事業者が事業コンペでとってやるので、何かあった時に、この中で独立採算が取れるようにと考えると、やはり50戸ぐらいの規模集積がないと踏み切れなかったのかなと思います。

地域型ペンションと地域型ケアタウンは、戸数が14戸、21戸です。この戸数ではスタンド・アローン型の独立採算方式では、うまくいかないと思います。しかし、地域包括ケアシステムという、地域の面的な広がりの中の一つの結節点だとすると、このように戸数が少ないものでも成立します。

何が違うかという、初期費用の投資額が全然違います。事業の組み立てのところで見ると、地域型ペンションでは、恐らく初期費用としては1億円台前半です。地域型ケアタウンでは3～4億円です。これは住宅以外に下のクリニックの部分が乗っているの、そのぐらいなのではないかと思います。集積すると、建物の初期費用がその分大きくなります。

どちらもそれほど広くはないですが、18平米とか25平米ギリギリのものに比べると、住戸の規模としては、一人で暮らすのであれば、それなりの生活水準は得られる広さを確保されている例です。もう一つは、医療との関係がこれから重要になってくると思いますが、両事例ともその点もクリアしています。(資料28)

## 都市型ケアハウス「ルミエールふるさと」

### 都市型ケアハウス 「ルミエールふるさと」

2012年4月開所

開設：民間事業者  
運営：NPO自立支援センターふるさとの会



廊下 トイレ エレベーター



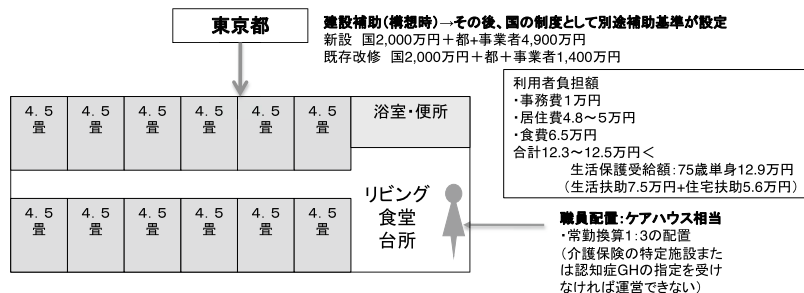
食堂 風呂 居室

大久保の火災事故現場



資料 29

### (参考) 都市型ケアハウスの再定義



「たまゆら対策」として打ち出されたスキーム

- 利用者:75歳単身者の生活補助受給額程度 定員10人
- 居室の広さ:7.43㎡(4.5畳)
- 職員配置:ケアハウス相当(常勤換算 1:3の配置→9人に対して1人の職員配置)
- 利用料:12.3~12.5万円<生活保護受給額
- 初期投資 1400~4900万円が必要!
- 4.5畳の部屋ばかりが5~20室で構成される建物が、“終の住まい”なのか?
- “建物の中”だけで解決を図ろうとするのは、「困込みビジネス」と変わらないのでは...

都市型ケアハウスを「サービス付シェアハウス」として再定義する

資料 30

もう一つ、低所得の人についても、色々あります。これは都市型ケアハウスで、新宿の大久保にある例です。学生達とインテリアを作るお手伝いをしました。この都市型ケアハウスは、猪瀬都知事が副知事の時に「これからはたまゆらみたいなことを起こさない」と言って打ち出されたものです。最初は「都型ケアハウス」と言っていたものが、都市型ケアハウスとして厚生労働省が所管する国全体の制度になりました。最低面積4畳半の広さのある居室10室以上で、そういうものを箱物的に建てる時に、お金を助成します。スタッフの配置はケアハウスと同じぐらいにするといいのですが、あまり数は増えていません。(資料29, 30)

## 公営住宅のファミリー向け住戸を活用したシェアハウス

そういう新築型に対して、名古屋市で面白い例が始まっています。「ナゴヤ家」(なごやか)と言います。公営住宅のファミリー向け住戸を活用したシェアハウスです。公営住宅の入居者の中で、3人家族4人家族は今や少数派です。シングルマザーとか、歳をとった親御さんと一人息子とか、そういう方が多く、ファミリー向けの公営住宅の空きがある一方で、高齢単身者の住まいが不足しています。また、せっかく公営住宅に入れても、今度は一人で孤立して困ってしまいます。(資料31)

### 公営住宅のファミリー向け住戸を活用したシェアハウス

名古屋市営住宅: 高齢者共同居住事業「ナゴヤ家」の例

安心  
高齢者  
共同居住  
つながり  
助け合い

● 高齢者共同居住事業の展開 ●

事業スキーム

NPO等

高齢者  
生活支援  
生活支援の  
ルール作り  
など

市営住宅を  
使用許可

名古屋市

資料 31

このナゴヤ家の公営住宅では、ファミリー向けの3LDKを、Bタイプはオリジナルの住戸に近い

Aタイプ

Bタイプ

凡例 ○ 共用スペース ● 水回りスペース ● 居室スペース

家賃は28,500円～30,200円/室=90,200円/戸  
9万円～約4万円(目的外使用料)=5万円/月  
↓  
NPOによる支援費に充当

資料 32

かたち、Aタイプは3室を南面にとり、それぞれシェア出来るように改造して3人に住んでもらおうという例です。高齢者が公営住宅に住むと、所得が低いので、名古屋市の場合は家賃を4万円ぐらいしか取れないのですが、ここは一部屋3万円ずつにして、9万円の家賃になるわけです。名古屋市は4万円もらえればいいので、差額分の5万円を使って生活支援をNPOにお願いしています。そういう画期的な事例も出てきています。(資料32)

要介護者：虚弱高齢・単独世帯への対応  
高齢者ホーム(グループ居住)の提案

**要介護者：虚弱高齢・単独世帯への対応  
高齢者ホーム(グループ居住)の提案**

**・現状は、特養ホームの解決策か、都会では貧困ビジネス**  
 特別養護老人ホーム：4床室特養 建設コスト：1000万円/床  
 cf.都(土地込)2000万円/床→高コスト低ベネフィット  
 建物への困込みによる貧困ビジネス(制度が生み出したもの)  
 生活保護+医療扶助+介護保険=数十万円/人

**<解決策> グループ居住型の高齢者ホームの提案**

資料 33

本当に虚弱になって介護が必要になった人達をどうするのか。現状では特別養護老人ホームか、都会では貧困ビジネスしかありません。そこに対して、私はもう少しグループ居住型の高齢者ホームの可能性がないかと思っています。特別養護老人ホームのユニットケアで本当に素晴らしいものもあるのですが、建設費が1ベッド1000万円かかってしまいます。(資料33)

高齢者ホームの提案

それに対して、重度介護者の本当の終いの住まい、温かい家庭とは何だろうと考え、やはり普通の家に近い環境が一番良いのです。そこに住みながら、看護・医療・ヒューマンサポートまで受けられる。死ぬことを治してはもらえないし、老いることを治してはもらえませんが、癒やしたり慰めてもらえたりする空間が必要ではないかと思っています。

その理想型に一番近いものとして、これは認知症グループホームですが、和風旅館か料亭のようです。こういう普通の家に近いかたちの中で、認知症かどうかということは関係なく、終いの住まいとして使えるのであれば、最後の過ごし方としては捨てたものではないと思います。(資料34)

### 高齢者ホームの提案

(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

居室  
洗面

居室  
洗面

居室  
洗面

居室  
洗面

L

D

K

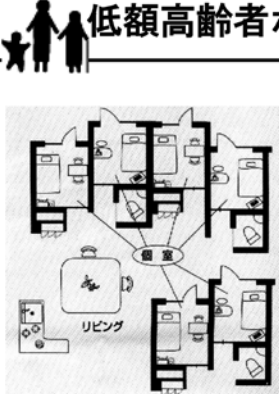
共用空間

浴室  
便所

資料 34

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

**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**




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)



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)

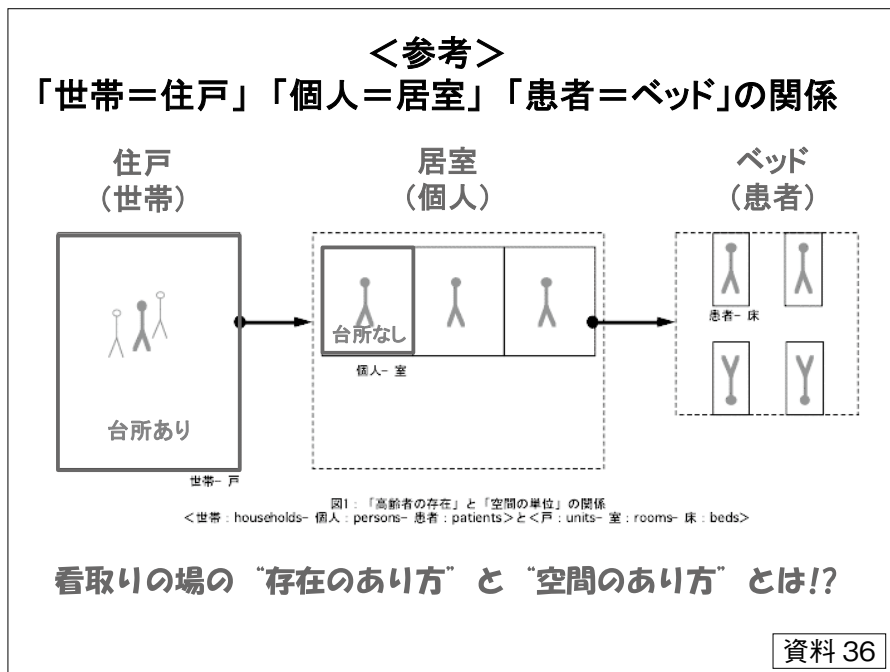
47  
資料 35

ユニットケアのモデルケースが、資料35の左上の図です。右上の図はスイスのジュネーブの例です。下は知的障害者のグループホームの例で、別々の住戸の真ん中の壁を取った例です。皆さん、これを小学生か中学生の気持ちになって見てください。空間形としては同じ図式です。特別養護老人ホームをユニットケアと思って見るから何か特別なようですが、実は、二つの住戸をくっつけたものとユニットケアは全く同じ形です。バリアフリーなどの問題はあるかもしれませんが、普通の住宅を終いの住まいとして使うことに、可能性があるのではないかと考えています。(資料35)

最近、ホームホスピスとして商標登録された事例です。「『かあさんの家』には、穏やかな毎日がある」ということで、「NPOホームホスピス宮崎」の例もあります。普通の家を使って、自宅ではない、最後の穏やかな看取りの試みも始まっています。

## まとめ

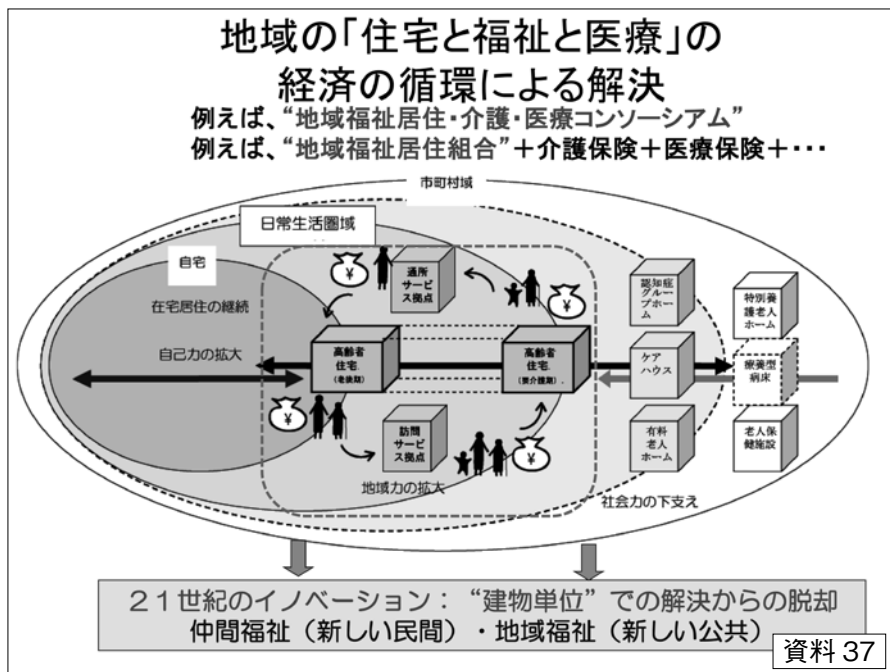
<参考>「世帯=住戸」「個人=居室」「患者=ベッド」の関係



建築の立場で、敢えて最後に言わせていただくと、これから最後の問題は、「死に方・死に場所」に移っていきと思います。看取りの場として、いったいどういう空間で、どういう存在の在り方で私達は最後を迎えるのがいいのか。建築の空間として、あるいはサービスや支援を届ける場、受け取る場として、看取りの場における“存在のあり方”と“空間のあり方”を、もう一度考え直していただければと思います。ハウスホールド(世帯として住まい

で迎えるのか。パーソン(個人)として自分のお部屋、プライベートなスペースで、大きな家の一室で亡くなるのか。あるいは患者としてベッドの上で亡くなるのか。そういう選択だと思ひます。(資料36)

## 地域の「住宅と福祉と医療」の経済の循環による解決



最後に、私が今日申し上げたかったことは、地域包括ケアシステムをベースにしながら、地域の中で「住宅と福祉と医療」を、つなげることによって、そこに新しい経済循環が生まれるのではないかと。21世紀の新しいイノベーションは、“建物単位”で考えるのではなく“地域単位”で考える。あるいは仲間同士で考えること。そこに新しいイノベーションが生まれるのではないかと。思っています。(資料37)

以上で、今日の私のお話を終わります。どうもありがとうございました。