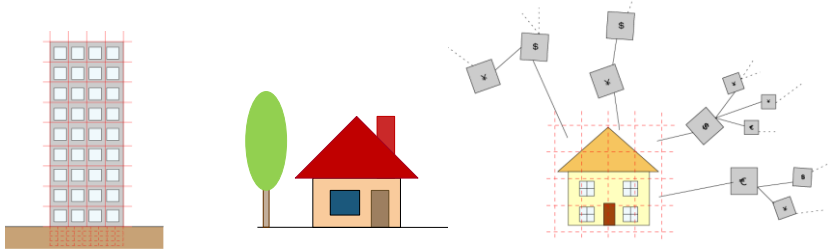


「少子高齢社会における街の持続と再生」

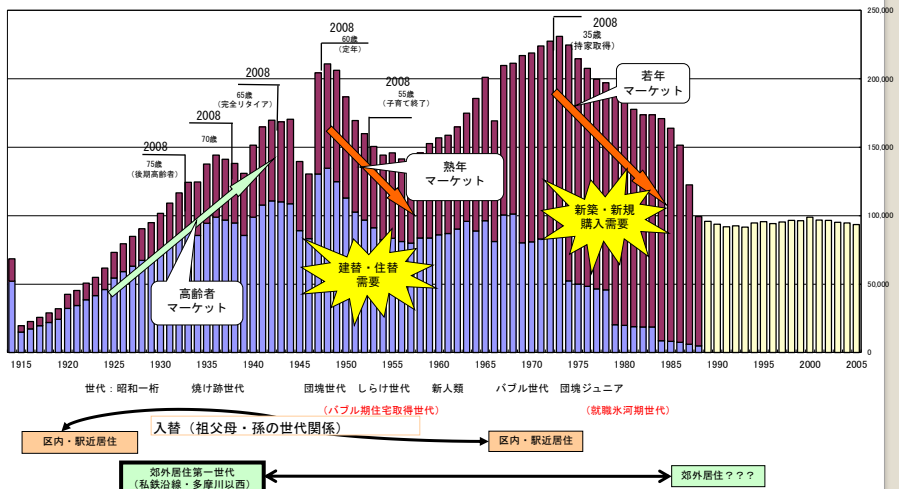
- ・ 郊外住宅地の持続と再生 ・
- ・ 地域包括ケアシステムとまちづくり ・

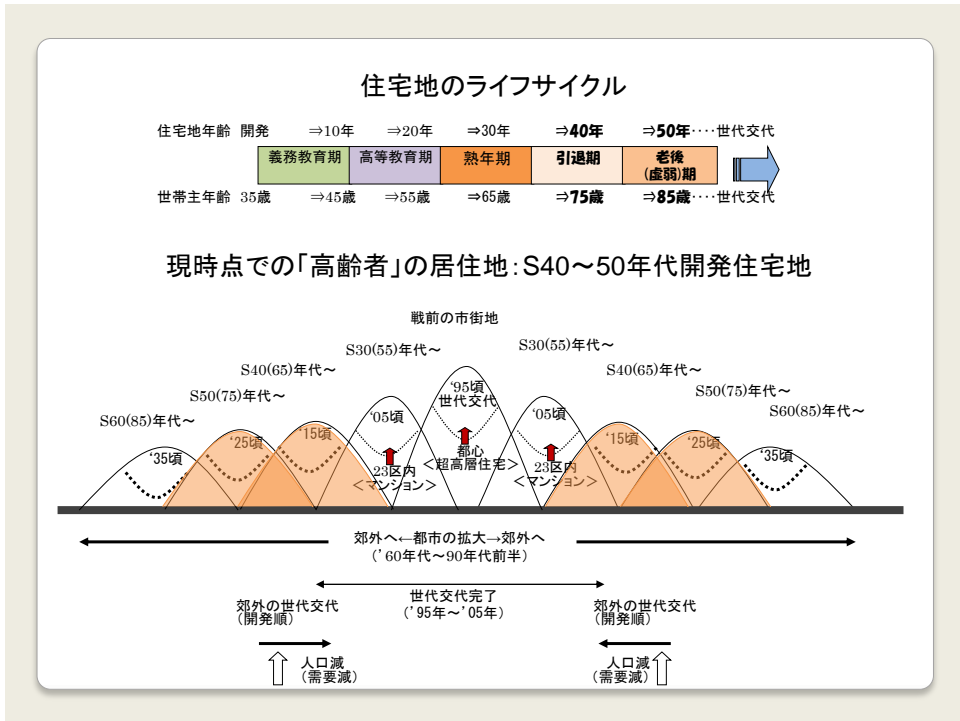
園田真理子（明治大学）



東京の住宅マーケットの近未来

資料：人口 2005年国勢調査 東京都を使用
持家率：2005年 国勢調査 世帯主年齢5歳階級別持家率 東京都を使用





郊外住宅地の今

第5回 お父さんお帰りなさいパーティー

～あなたの経験、地域の財産～

国産の世代やシニア世代の方に地域活動などを勧め、お父さんお帰りなさいパーティーを開催します。地域で思いきと選ぶ準備として参加してみませんか？

内容

- 報告「地域での市民活動」
- 地域デビュー体験談
- 市民活動団体の紹介と懇話

環境、子ども育成、国際、高齢者福祉、障害者福祉、健康、文化などの各分野で現在活動中の団体を紹介します。自転車の運転指導やパソコン、会計の知識など、あなたのちからを發揮する場所があります。

■ 出張相談会 (八王子市民活動支援センター)

日にち 平成18年8月12日(土)

時間 午後1時30分～4時30分(午後1時から受付開始します)

場所 八王子有教会館(ホール) 明神町3-1

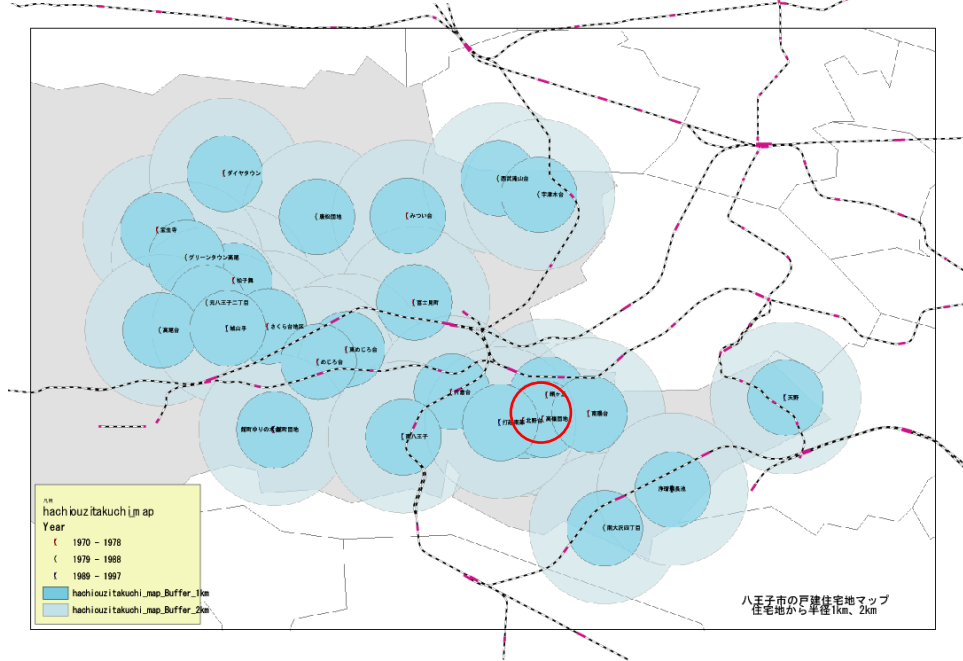
参加費 500円(資料代等)

申し込み・問い合わせ先
電話またはFAXで
NPO法人八王子市民活動協議会へ
電話・FAX 046-1626

主催 NPO法人八王子市民活動協議会
共催 八王子市・市民活動推進部



八王子市域の開発年別住宅地マップ 1km、2kmを示したもの



一世代が直面する課題

- 居住の継続意向 (60才以上世帯の約60%→虚弱後50%)

子世帯と同居 ➤ 同居家族による相続可能性は高い
 ➤ 今後の住み続け意向も高い

このような世帯はわずか (5%)

子世帯と別居 ➤ 直系血族による相続可能性が低い
 ➤ 高齢期を迎える不安

地域サービスを利用して住み続けたい5割
 安心できる住宅や施設に住み替えたい2割
 わからない 2割

地域に住み続けるための
地域サービスが必要

- 住み替え意向 (60才以上世帯の約10%→虚弱後20%)

ニーズ

50~60歳前後 ➤ 沿線の便利な所を希望

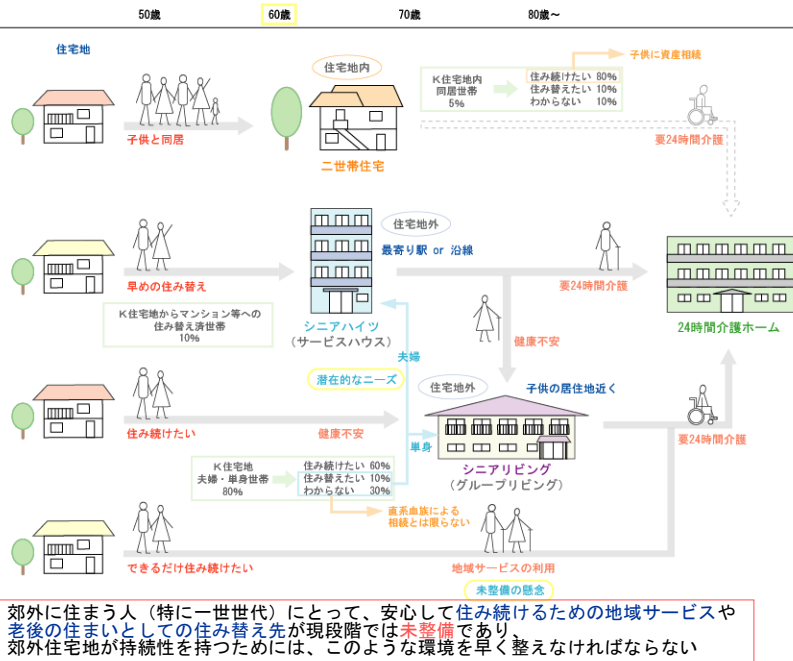
70歳前後 ➤ 子供の居住地近くを希望

住み替え先が必要

沿線駅周辺マンション
 +近くにシニア関連施設

子供居住地の近くの
 シニア関連施設

K住宅地の「第一世代」の現在ニーズからみた未来図



タイプ分けの方法

- I 現時点の意向—住み続け、住み替え、分らない
- II 加齢不安時の意向—住み続け、住み替え、分らない
- III 住宅・土地の継承方法—相続、売却、
- IV 相続者の対応—居住、賃貸、売却

居住、住宅・土地の将来展開の8タイプ n=287

	I 現時点での 居住継続 0～10年	II 加齢不安時点 での居住継続 10～20年	III・IV 住宅・土地の 継承方法と 相続者の対応 20～30年	
A: n=32 現在住み替え 他系譲渡タイプ				平均年齢 67.5歳 平均居住年数 26.5年
B: n=23 現在不明 不安時住み替え 他系譲渡タイプ				平均年齢 67.2歳 平均居住年数 23.4年
C: n=20 現在不安時不明 他系譲渡タイプ				平均年齢 68.0歳 平均居住年数 26.3年
D: n=26 現在居住 不安時住み替え 他系譲渡タイプ				平均年齢 67.2歳 平均居住年数 27.9年
E: n=10 現在居住 不安時不明 他系譲渡タイプ				平均年齢 70.0歳 平均居住年数 29.0年
F: n=97 居住継続 他系譲渡タイプ				平均年齢 69.1歳 平均居住年数 26.7年
G: n=21 継承後 直系居住タイプ				平均年齢 66.8歳 平均居住年数 25.8年
H: n=60 居住継続 直系居住タイプ				平均年齢 68.9歳 平均居住年数 28.1年

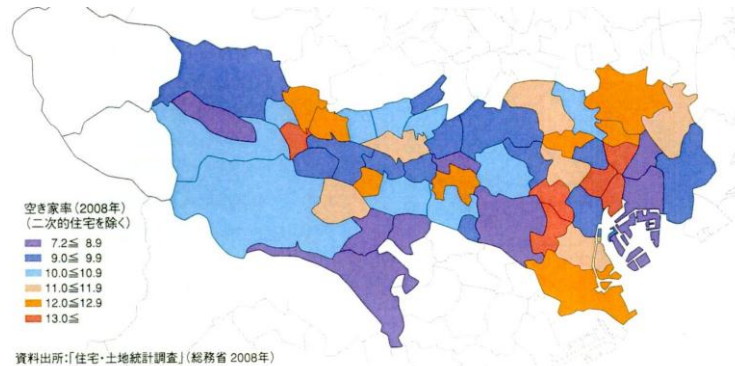
10年後
空家化率：最大26%

20年後 +125ポイント
空家化率：最大38.5%

30年後 +336ポイント
空家化率：最大72%

□ 東京の空家率

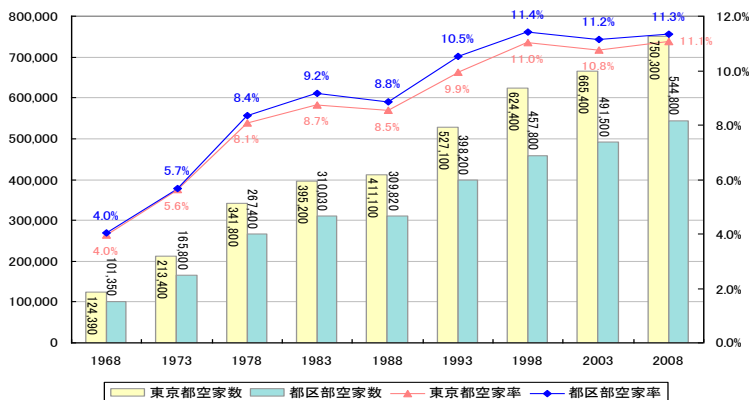
- ・都内23区の空家率が高い。
- ・千代田区(23.9%)、中央区(23.8%)



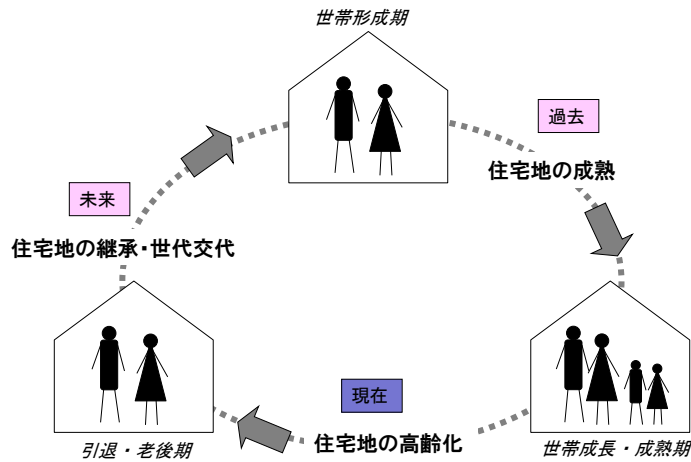
出典: CRI No.406.2012/6 長谷工研究所

□ 東京の空家数・空家率の推移

- ・2008年に全国の空家率は13.1%、東京は11.1%、都区部は11.3%。
- ・都区部では、5年ごとに5万戸ずつ、空き家が増加している。



(出所) 総務省統計局「平成20年住宅・土地統計調査報告」を基にニッセイ基礎研究所が作成



近年郊外住宅地の居住者は急速に高齢化し、今後居住者の転居、退去や住宅の継承などの世代交代の時期を迎える。

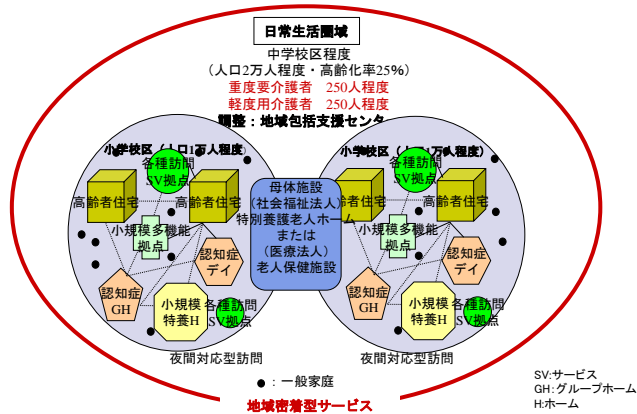
今後良質な住宅地を維持・継続することが重要であり、郊外住宅地の持続と再生を目指す。

循環型郊外住宅地をめざして

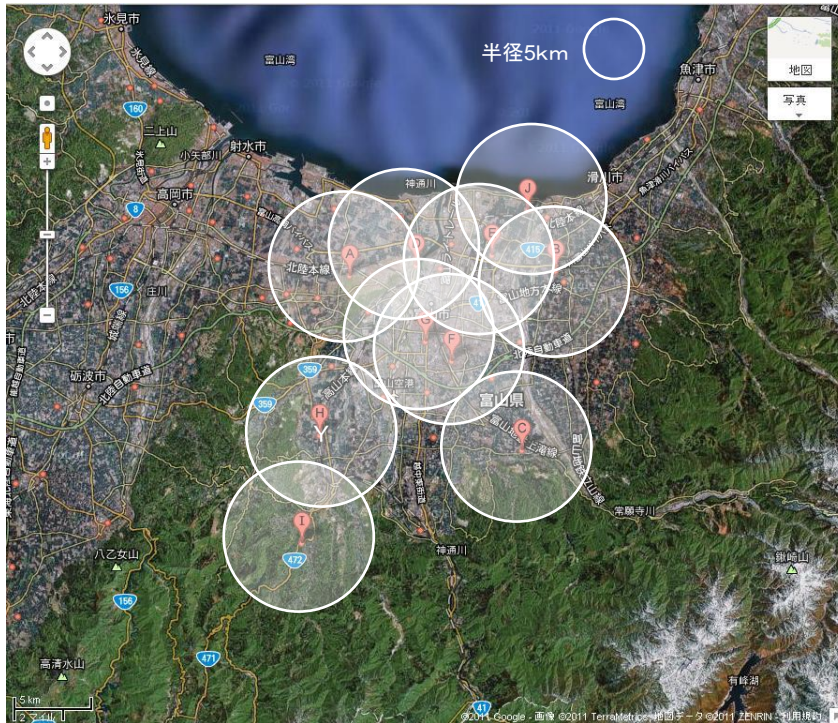
「地域包括ケアシステム」と「住まい」との関係

前提条件：適切な住まいの確保（所与の条件）
+
地域包括ケアシステム

高齢化率 25%： 1中学校区2万人で 500人の要介護高齢者を支える仕組み
 高齢化率 30%： 同上 600人の要介護高齢者を支える仕組み

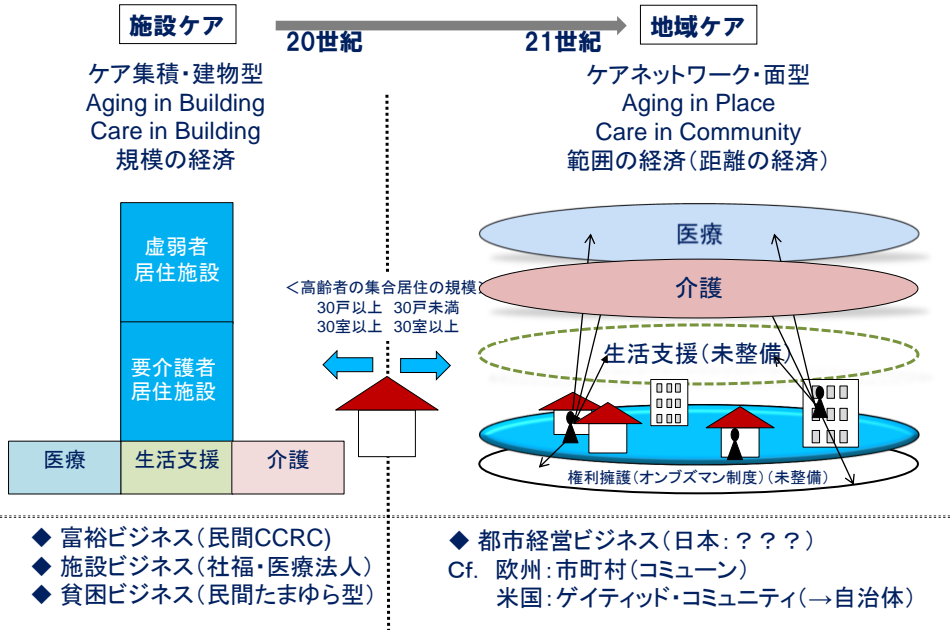


半径5kmの日常生活圏でのリスクマッピング



特別養護老人ホームⅡ核

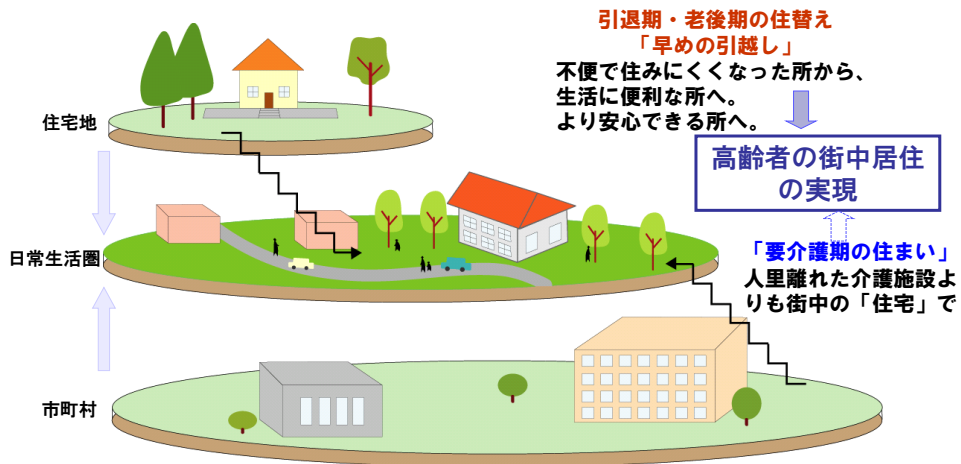
「施設ケア」から「地域ケア」へ





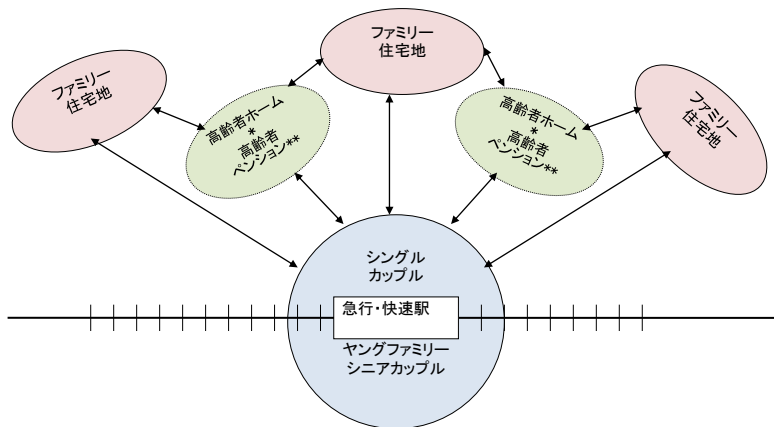
地域資源の再編による高齢者の街中居住の実現

Aging in Place & Community in Care



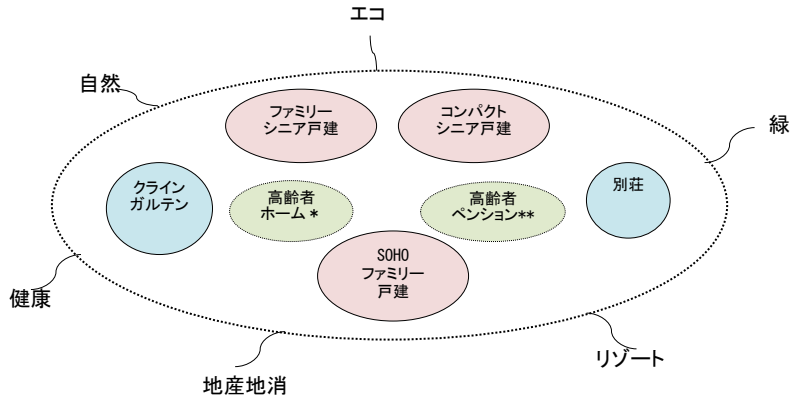
15

出口戦略：地域内住替え循環



16

出口戦略:退職者コミュニティまたは週末コミュニティ



17



要介護者:虚弱高齢者への対応 高齢者ホーム(グループ居住)の提案

・現状は、特養ホームの福祉ビジネスか、貧困ビジネス

建物への困り込みによる福祉ビジネス

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

建物への困り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

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)

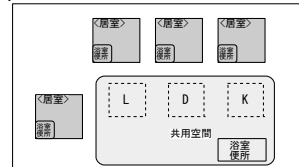
<付帯するサービス>

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



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



個人居室



平面プラン

共同浴室



玄関ホール



共同リビング



中庭

看取りの家

「かあさんの家」 NPOホームホスピス宮崎



ケア付きの
自宅ではない
もうひとつの家

かあさんの家「曾師」
かあさんの家「霧島」
かあさんの家「樟」

かあさんの家
ケアサロン「恒久」

「かあさんの家」には、穏やかな毎日がある。

どんな人が利用しているの？

介護者がいなくても体力がない、また昼間は家族が仕事などで在宅介護が困難な方、一人では病状の変化などが不安な方

介護する家族の休息のために、また不祝儀などの急な用事で留守をする場合など、一時的に短期間の入居(ショートステイ)などの利用

重度の認知症のために施設になかなか適応できない方や、医療の適切な支援が常時必要とされ、家族だけでは不安で在宅介護が困難と考えていらっしゃる方

一人暮らしで食事の準備ができない、また、一人だけの食事が寂しいという方の、食事だけのご利用もできます

夜が心細い、不安という方が、夕食や風呂を一緒に、泊まって帰るナイトケアとしての利用

ここでは、ナースコールはあません。気配で分かる空間です。そして、食事をつくる台所のコトコトという音や匂いが漂う、日常の生活があります。

最期は家で看取りたい、最の上で死にたいと願っているが、家族が遠方だったり、仕事の都合だったりなどで、在宅で過ごすことの望みはかなわないと思っている方



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

＜解決策＞ 共助型高齢者ペンションの提案

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)

- 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
 - 住宅地の一画に少し大きめの家＝ペンション
 - ペアレントさん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

<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

<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)

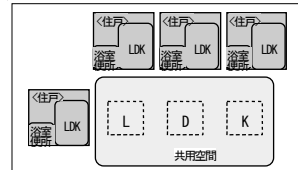
<付帯するサービス>

見守り・食事

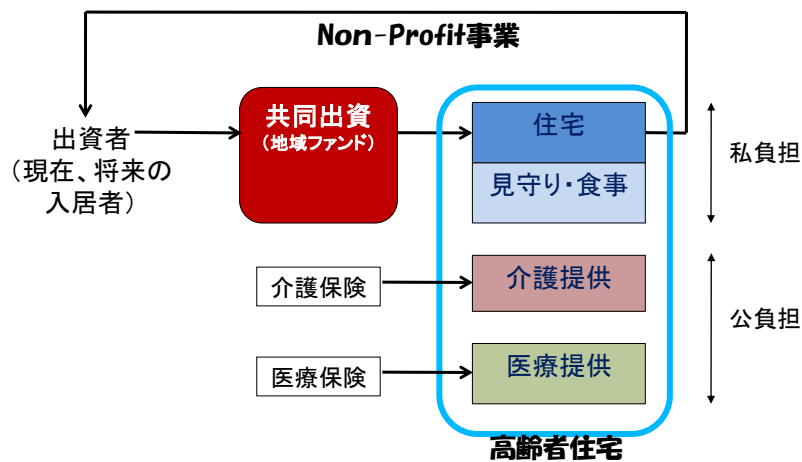
<空間イメージ>



専用住戸: 18㎡～ 共用空間: 共同リビング・食堂・台所



地域循環的な非営利事業の組立て



9章 地域包括ケアの基盤としての住まい

9.1 地域包括ケアと住まいとの関係

地域包括ケアとは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている。そこでは、「住宅」は地域包括ケア以前の与条件との位置づけである。では、その「住宅」とはどのように確保され整備されるのだろうか。

残念ながら、地域包括ケアシステムではそれについての方針はほとんど示されていない。省庁間の役割分担では、地域包括ケアは厚生労働省、住宅は国土交通省と分かれているためであろうか。あるいは「住宅」は個人に帰属する問題とし、公的には扱いにくいからか。いずれにしろ、それでは困る。なぜなら、「住宅」とは、そこでの生活の質も加味して「住まい」と換言すれば、それは、高齢者にとっての生活環境の「基盤」そのものだからだ。

本章では、この生活の基盤たる住まいを中心に、地域の居住とケア環境をどのように整備し（地域における居住とケア環境の整備）、それを何らかの支援を必要とする人どのように結びつけるのか（居住環境に関するアセスメントとアドバイス）、また、ケアサービスが付帯した高齢者住宅の事業や運営とはどのようなものか（高齢者住宅の事業と運営）の3点について述べる。

9.2 地域における居住とケア環境の整備

1 日常生活圏域の環境整備

地域包括ケアシステムとは、おおむね一中学校区を日常生活圏域として、その地域で居住する高齢者の生活・介護・医療から最後の看取りに至るまで、安心して快適に暮らせる環境を整えようというものである。それを図化すると、図9.1のようになる。

一中学校区とは、居住人口約2万人、徒歩、自転車などで自由に行き来できる範囲を意味する。日常生活圏域を中学校区程度とする理由は、虚弱になった高齢者の行動能力や環境適応力が中学生と同程度だからである。徒歩圏域の小学校区では狭すぎ、自動車

- 1章
- 2章
- 3章
- 4章
- 5章
- 6章
- 7章
- 8章
- 9章**
- 10章
- 11章
- 12章
- 13章
- 14章

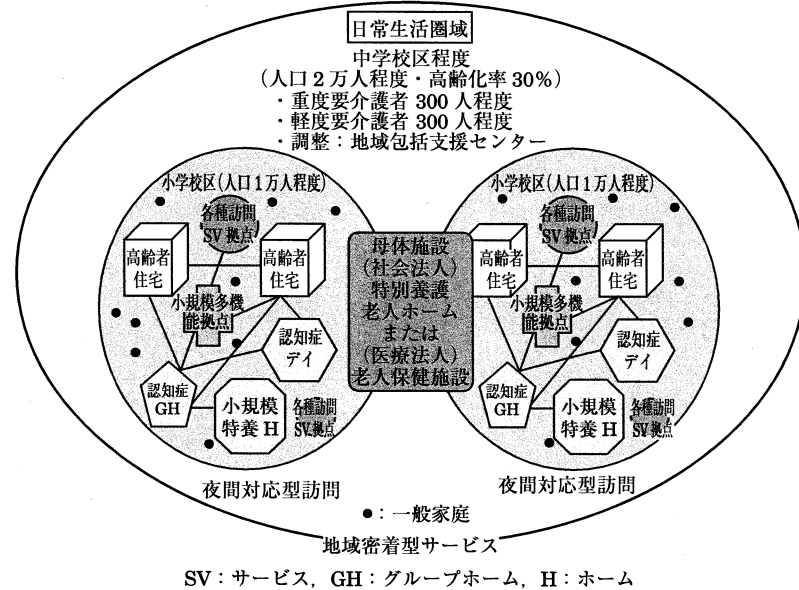


図9-1 地域包括ケアシステムにおける日常生活圏域でのネットワークの構築イメージ

や自転車などを使って少々移動する程度に、高齢者の生活は広がっている。

その圏域の高齢化率を仮に25%とすると、そこに居住する65歳以上人口は5000人である。また、これまでの要介護認定率の状況から、要支援から要介護1~2程度の軽中度の介護が必要な者が65歳以上人口の約5%で250人、要介護3~5程度の中重度の介護が必要な者が同じく約5%で250人程度である。要は、これらの約500人の高齢者を一中学校区2万人の人で支える仕組みが、「地域包括ケアシステム」なのである。

それを実現するには、次のような環境が整う必要がある。地域における介護の核となるのは50~100人程度の入所型の特別養護老人ホームや老人保健施設である。こうした施設は90年代に整備が進んだ。自宅での居住が困難になったとき、あるいは病院から自宅にすぐに戻るのが困難なとき、高齢者の居住を受け止めるバックアップ施設として、これらは機能する。一方、地域の高齢者の圧倒的多数は、ごく普通の住宅に居住している。元気であれば何も問題がない。しかし、その高齢者が心身虚弱等により何らかの支援を他から必要とするときには、それに対応し得るサービス拠点もしくは機能が地域内の適所に配置されていなければならない。介護、看護、医療等の訪問サービスの拠点、デイサービスセンター、医院・診療所等の通所利用するサービス拠点、訪問機能と通所機能をミックスした小規模多機能サービス拠点等である。また、自宅での居住継続が困難になった者の移り住み先として、地域密着型¹⁾のケアハウスや特別養護老人ホーム、グループホームおよび各種のサービス付き高齢者住宅²⁾が適所に配置され、その受け皿

1) 2006(平成18)年の介護保険法の改正により誕生したサービスメニューで、高齢者が住み慣れた地域で住み続けられるように、小規模な利用定員のサービスおよび施設介護を提供する。地域密着型のケアハウスや特別養護老人ホームの場合、定員はいずれも30人未満である。グループホームは1ユニット9人とし、2ユニットまでである。
2) 「高齢者住宅」の明確な定義はないが、主に国土交通省が所管する高齢者向けに特定して制度化された住宅を意味する。シルバーハウジング、サービス付き高齢者向け住宅が該当する。

となる必要がある。また、在宅高齢者には、24時間365日の切れ目のないサービスを保障する夜間対応型のサービス供給体制も必要である。こうした諸施設、諸機能と支援が必要な高齢者一人ずつが適切にネットワーク化され、その網の目からこぼれ落ちる人がいなければ、まさに地域包括ケアシステムだといえる。

では、こうした環境をいかに構築するか。そのための方法を以下に述べる(図9-2)。

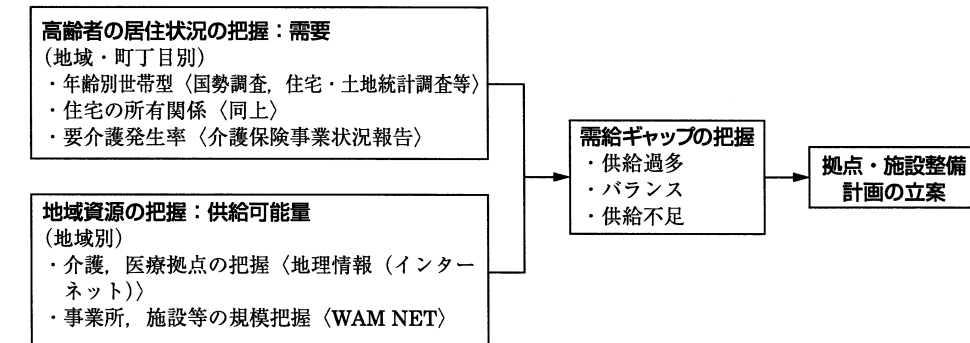


図9-2 地域における居住とケア環境の整備に係る実態把握と計画の立案方法

2 高齢者の居住状況の把握

地域包括的なケア環境を整えるための大前提として、まず、地域における高齢者の居住実態を精緻に把握する必要がある。居住状況によって、高齢者が必要とする支援やサービスがまったく異なるからである。反対にいえば、高齢者の居住実態の把握ができれば、現在および将来において、どのような介護需要が発生するのか、その内容や量を容易に予測できる。

高齢者の居住実態を把握する上で、重要な条件は次の三つである。第一に年齢と世帯型、第二に住宅の所有関係³⁾、第三に要介護発生率である。これらは、国勢調査、住宅・土地統計調査およびこれまでの介護保険事業に係る実績値を用れば、容易に把握することができる。特に、住宅分野においては、1980年代後半から地域高齢者住宅計画⁴⁾、住宅マスタープラン⁵⁾等の行政計画の策定において、地域別、町丁目別に世帯型と住宅型を量的に把握し、その特徴を解析する手法が既に開発されている。それを援用すればよい。

第一の指標の年齢と世帯型から、高齢者の加齢の進行程度と同居家族の有無をみることができる。高齢者とは統計上は65歳以上をいうが、これは現行の年金受給開始年齢と連動している。この年齢以上の者は、一般的には退職し年金などで生活しているが、

3) 総務省統計局が行う「住宅・土地統計調査」では、主世帯については住宅の所有関係は持家、公営借家、公団・公社の借家、民営借家、給与住宅に分類されている。
4) 1986(昭和61)年から開始された当時の建設省による施策。市町村単位で、居住水準に困窮する高齢者世帯の量を統計資料に基づき算定し、さらに地域毎にそれを分析したカルテを作成し、対応策としての供給計画を立案する。その後、住宅マスタープラン策定事業に吸収された。
5) 国土交通省による施策で、住生活基本法に基づき、都道府県および市町村が住宅政策の基本理念や方向性を明らかにし、住宅・住環境整備の指針とするための計画。

75歳前であれば大数的には心身はあまり衰えていない。しかし、75歳を超えると確率的には心身が衰える者が顕著になる。その年齢に対して、世帯型か単身か、夫婦か、配偶者以外の同居者がいるかをみる。すなわち、65～75歳未満の単身、夫婦世帯は5～10年後の介護需要層、75歳以上の単身世帯は既に潜在的な介護需要者、75歳以上の夫婦世帯もほぼそれに等しい。同居者がいても、世帯人員が少なければ直近に介護需要が発生し得るとして、捉えることができる。

第二の指標の住宅の所有関係から、その世帯の経済状況を把握することができる。20世紀後半の日本社会は高度経済成長と連動して持家政策を推進したが、その結果、1960年代生まれくらいの者までは、持家居住が圧倒的多数である。2008（平成20）年の住宅・土地統計調査では、65歳以上の者を含む世帯の84%は持家居住である。高齢者で持家居住であるということは、少なくとも土地と建物を所有する有資産層であることを意味する。反対に、借家居住であるということは、大概是経済的にきわめて脆弱だとみてよい。この両者の違いは、心身の虚弱化が進行し、自宅での居住継続が困難になった場合に、移り住む先を選択する上で大きく効いてくる。有資産層は、それを原資に選択の幅が広いが、後者の無資産層は公的な施設や住宅以外に転居することが難しい。さらに、その世帯の年金種を把握すれば、フローの所得がどの程度であるかを推測することができる。国民年金受給世帯とそれ以外の厚生年金受給世帯では月々の収入が大きく違う⁶⁾。また、男女による年金受給額の違いもある。年金額の違いは、サービス利用に係る日常的な支出の耐性を左右する。

第三の指標の要介護発生率は、第一、第二の指標を用いて量的に把握した数に乗じることによって、より具体的な要介護者数の発生数を予測することに使える。たとえば、65歳以上単身世帯数に対して、65歳以上の要介護発生率を乗ずれば、見守り以上の支援が必要な者の数が推定できる。75歳以上単身世帯の借家居住数を把握し、75歳以上の要介護発生率を乗ずれば、今すぐにも必要な公的な支援体制や施設の数が求められる。

表9・1 高齢者の年齢・世帯型の要介護発生率からみた居住ニーズ

健康状態	要介護状態（発生率）		自立	要支援 1～2	要介護 1～2	要介護 3	要介護 4～5
				84%	3%	7%	2%
	心身状況		自己判断力あり				自己判断力なし
世帯型と住宅種類 比率	持家 84%	同居世帯	45%	家族の介護力による			専門的な介護が必要
		夫婦のみ	24%				専門的な介護が必要
	単身	15%	見守りが必要			見守り・食事が必要→→→介護	
	借家 16%	単身	8%	見守りが必要			見守り・食事が必要→→→介護
	その他	8%				専門的な介護が必要	

注：世帯型と住宅種類の「比率」は65歳以上のいる世帯全体に対する割合（2008年住宅・土地統計調査の全国の結果）。要介護状態の「発生率」は65歳以上人口比（2006年度要介護認定割合）。

6) 平均的な年金受給額は、2007（平成19）年度末の実績値で、国民年金5.3万円/月（男性5.9万円・女性5.0万円）、厚生年金15.7万円/月（男性18.1万円・女性10.6万円）である。

以上のように、第一から第三の指標に基づく日常生活圏域内における数を把握すれば、現在および近未来において、高齢者の居住状況を基盤にして、どのような介護需要が量的、質的に発生するかを表9・1に示すように把握することができる。より精緻に、たとえば町丁目毎にこうした量を把握できれば、近年ではGIS⁷⁾を用いて、その結果を可視化することもできる。

3 地域資源の把握

わが国の高齢者介護元年は、ゴールドプランと呼ばれる「高齢者保健福祉推進十ヵ年計画」が開始された1989（平成元）年である。それ以来、これまでの約20年間の間に介護保険制度を基本にして各種の介護サービスの拠点や機能が整備されてきた。地域で発生する高齢者の介護需要に対してどの程度対応し得るのかの充足率や、介護サービスの供給可能性を把握する意味で、その整備状態を正確に把握する必要がある。

介護保険制度には多様なサービスメニューがあるが、地域におけるサービスの供給力を把握する上では、表9・2に示すサービス提供を担う拠点となる事業所や施設が地域内のどの場所に何ヶ所あるのかを把握する方が合理的である。なぜなら、地域包括ケアシステムとは、「地域」という地理的なある一定の範囲でケア供給をマネジメントしようという仕組みに他ならないからである。したがって、単に拠点の数や対象定員等を把握するだけでなく、それぞれの拠点の位置や集積の度合い、高齢者の居住密度と拠点整

表9・2 地域で把握すべき介護・医療等の拠点

	利用方法	拠点の種類	介護保険等によるサービスメニュー
1	-	居宅介護支援事業所	ケアマネジャー
2	訪問・通所	ヘルパーステーション	居宅サービス (地域密着型・介護予防を含む)
3		訪問看護ステーション	
4		デイケアセンター	
5	居住	サービス付き高齢者向け住宅	特定施設入居者生活介護 の適用の場合あり
6		ケアハウス	
7		有料老人ホーム	
8		グループホーム	認知症対応型共同生活介護
9	訪問・通所	小規模多機能拠点	地域密着型サービス
10	施設入所	老人保健施設	施設サービス
11		特別養護老人ホーム	
12		療養型医療施設	
13	訪問・通院	医院・診療所等	医療保険

注：GIS等を用いて、上記の13種類の施設について、レイヤーを分けて、地域の地図上のどこに立地しているかをプロットしてみることで、地域内での立地の集積やバラツキを把握できる

7) Geographical Information Systemの略語で、地理情報システムという。デジタル化された地図（地形）データと、その位置に関連づけられる統計データや各種の情報について統合的に扱う情報システム。企業などでは、地図データに人口分布や商店の配置などを組み合わせて、商圏分析や新規顧客開拓などのエリアマーケティング

備の濃淡との関係、直線距離は近くても山や川などで分断され時間距離は遠いなどの地理的な条件もあわせて把握する必要がある。

それらを行うことは近年きわめて簡単にできる。グーグル・アースなどを用いて、地域と施設種をキーワードにして検索をかければ、地理情報として瞬時に提示してくれるからである(図9・3)。そこで特定された事業所や施設について、次に「福祉・保健・医療情報-WAM NET (ワムネット)⁸⁾」を用いて提供可能なサービスや利用定員等を求める。上記の作業で得られた結果をまとめれば、その地域内のどこに、どのようなサービスを、どの程度提供可能な事業所、地域が存在しているかを地理的にも量的にも正確に把握することができる⁹⁾。この方法によって、少なくとも介護保険に関連する地域のサービス供給能力はほぼ正確に把握が可能である。

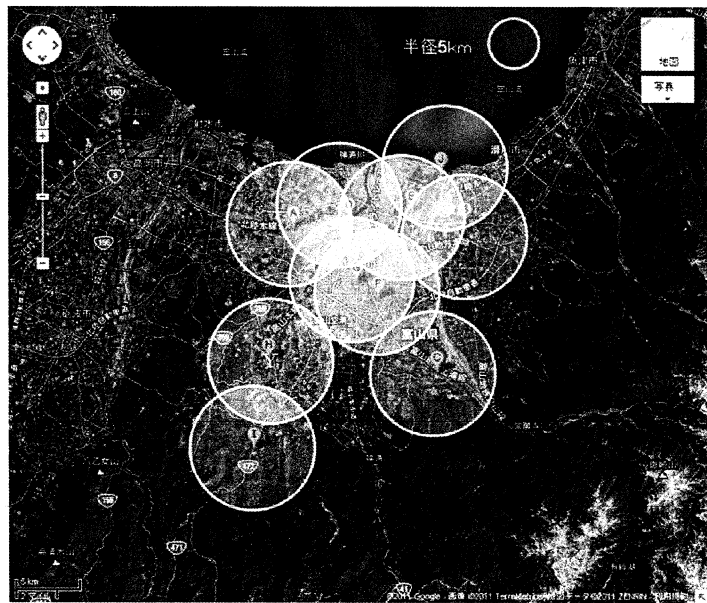


図9・3 T市における特別養護老人ホームの位置と半径5km(中学校区)の圏域

その上で、介護保険管轄外の地域資源についても把握することが望ましい。なぜなら、介護保険制度だけでは補いきれない話し相手や見守りなどの生活支援ニーズがあり、それらへの対応は、住民同士の互助的な活動や、ボランティア活動、NPO活動に期待されるからである。こうした非定型的な互助的、共助的役割を担える人材や団体等の存在も、これからは有用な地域資源である。そうしたリソースがどこにどの程度あるのかを明らかにしておくことは、日常生活圏域のケア環境整備を進める上できわめて重要である。

8) 独立行政法人福祉医療機構が運営している福祉保健医療関連の情報を総合的に提供するサイト (<http://www.wam.go.jp/>)。
 9) データベース機能と地理情報をあわせ持つGISを用いてこれらのデータを整理すれば、地域資源の現状を常にデータ更新しながら可視化もできる。

4 需給ギャップの埋め方

日常生活圏域、すなわち地域における高齢者の居住実態に基づく介護等のサービス需要量と、それに対応し得る地域資源を精緻に把握できれば、後は、その需給状況を突き合わせることによって、高齢者の居住とケア環境整備に係る対応の筋道が明らかになる。

実はこれにやや近いことは、2000(平成12)年以降3年毎に策定されてきた各市町村単位の介護保険事業計画でも行われてきた。特に、施設サービスや居住系サービスといわれる入所・入居型の施設の需要算定において、「参酌標準¹⁰⁾」という指標で、高齢者の要介護状態の発生率に基づき、高齢者人口に対して何%が必要量と算定されてきた。ただ、それは、「介護」の必要量を要介護高齢者の発生率という指標で押さえただけであり、世帯型による高齢者の関係資本¹¹⁾の濃淡や、住宅の所有関係からわかる高齢者の経済条件は捨象していた。一方、介護保険によるサービスは、制度当初は圧倒的な供給不足で、その後は施設整備に係る補助金や介護保険金の給付等の制度的な歪み¹²⁾によって、乱降下する事態に陥っている。その結果、サービス種ごとに供給過多と過少が混在し、地域全体のサービス水準を精査し、マネジメントできる状況に至っていない。

地域包括ケアシステムとは、そうした事態を鎮静化して、地域における需要を的確に把握し、それに対して過不足のないサービス供給体制を今一度構築しようという取り組みでもある。したがって、供給過多の地域においては、行政は、サービスの質の向上のために、事業者の参入規制ではなく退場規制を強化する方策をとるべきである。2006(平成18)年の介護保険法の改正以降、介護保険利用の余りの伸びに対して「総量規制」といわれる介護保険事業者の参入規制が行われてきた。しかし、それでは先入者の既得権を強化するだけである。質のよくない者を淘汰していく方が合理的である。

一方、母体施設となる特別養護老人ホームや老人保健施設が未整備の大都市およびその周辺では、日常生活圏域単位で、介護資源をこれから適切に配置していく必要がある。介護施設のインフラ未整備地区では、これまでに述べてきた「高齢者の居住状況の把握」と「地域資源の把握」をまず行い、そのギャップを埋めるサービス資源を地域の適切な場所に埋め込んでいくことが急務である。その際の課題は拠点を置く場所の確保であるが、これを土地から手当てして新しい建物で対応しようとした途端、現実的ではなくなる。公共でも、民間資本であっても要する費用は同じであり高くつく。打開策は、既存の建物や既存の機能の転用、地元住民同士の協調・協力である。市街地であっても、特に高齢化が進んだ地域ほど、空家や空地、あるいは利用率の低下した公共施設や公共用地が案外多い。たとえば、住宅団地があれば、その用地内に必ず転用可能な土地や建物が存

10) 各市町村が介護保険事業計画を策定する際に、各種サービス見込み量を定めるに当たり斟酌すべきものとして厚生労働大臣が示すもの。第3,4期の介護保険事業計画では、介護施設の利用者人数を要介護2以上の人の37%以下とする目標値を定めて、全国一律で適用されてきた。
 11) ソーシャル・キャピタルの日本語訳。人や組織と繋がることによって得られる信頼関係や関係力(社会的ネットワーク)のこと。
 12) 2000~2005(平成12~平成17)年までの間に、居住系サービスといわれる認知症対応型共同生活介護や特定施設入所者生活介護の適用を受けると当該施設に対して定額給付が行われ事業的な安定性が高いことから、認知症対応グループホームや介護付き有料老人ホームが多数建設・供給され、介護保険財政を圧迫した。それを受けて新規供給を抑制する「総量規制」が2006(平成18)年に降実施されてきた。

在する¹³⁾。そうした所を、サービス拠点、介護拠点として活用する。24時間介護が必要になり、常時の見守りを受けながら生活する場所についても、何も病院型のベッドが並んだ多床室の介護施設が絶対なわけではない。人手さえあれば、ごく普通の住宅に少し手を加えるだけで「終の住まい」とすることも可能である¹⁴⁾。

ただし、こうした手法の場合、誰が出資者や事業者になるのか、あるいは安定的かつ健全な経営を行えるかが必ず問題になる。それには、地元住民同士が共同することで道が拓ける。建物の改造や新築に係る大きな資金は、地元住民の共同出資等によって調達する。運営に必要なケア事業者はクライアントである住民が選定し、マネジメントを委託する。マンション管理を管理専門の会社に委託するのと同じ仕組みである。介護に係る従来の施設整備は、税金を通じた大掛かりな補助制度か、あるいは大きな資本を動かせる民間企業によるもののいずれかであった。しかし、これからは地域単位で小資本を集め施設整備等を進め、その経営・運営に関しても地域で主体的に行うような取り組みに切り替えていくべきである。ロング・レンジにお金を廻すことによる無駄や非効率性を省き、地域への投資とリターンが実際に目に見える関係の中で良質なケア環境を構築するのだ。

9・3 居住環境に関するアセスメントとアドバイス

1 居住環境のアセスメント

要介護認定とは、その人の心身状況に基づいて、介護の必要度をグレーディングするためのものであり、その人をとりまく環境条件がどうであるかは評価の対象にはなっていない。要介護認定が下りると、次は、ケアマネジャーがケアプランを作成するために「アセスメント」を行う。ここで初めて、住宅および居住環境に関する事項が調査項目に入る。ところが、その調査内容はごく一般的な事項の把握にとどまっている。家屋の形態や、浴室や手すり、冷房の有無の把握等である。欧米の場合、まず、在宅のままでよいかどうかを判断するために、階段、便所、浴室等の建築条件が適しているかどうかの居住環境を詳細に捕捉するのは相当の違いがある。

また、介護保険制度では住宅改修として、1割負担で上限20万円までの改修費を給付する仕組みがある。工事前に住宅改修に必要な理由書を提出し、工事後には施工確認が行われることになっている。しかし、改修前の居住環境に関する的確なアセスメントや、改修後の対象者の生活改善の効果の検証等は十分とはいえない。その理由は、改修に関するアセスメントや設計、効果検証等のソフトのノウハウに対して、人材面でも費用面でも担保する仕組みがないからである。理学療法士、作業療法士やケアマネジャーは「人」に関する知識は豊富であるが、「建築」の知識が十分ではない。一方、工事業者は、

13) 国土交通省は、高齢者・障害者・子育て世帯居住安定化推進事業を実施しているが、その中に「公的賃貸住宅団地地域福祉拠点化事業」として、公的住宅団地を活用した福祉拠点形成を特に支援するメニューを位置づけている。
14) NPO法人ホームホスピス宮崎は、「宮崎をホスピスに」を合言葉に、「かあさんの家」というごく普通の家屋を利用してターミナルケアを含む包括的なケアの提供を実践している(10章参照)。

工事ではできるが、建築環境を人の条件に適合させる計画や設計の知識に欠ける場合が少なくない。そうした専門職種を繋ぎ合わせてコーディネートできるような人材がいて設計図の作成や改修効果の確認ができればよいが、現状では手薄い¹⁵⁾。

地域包括ケアを遂行する前提は、適切な住宅や住環境が確保されていることである。それを行うには、上述した取り組みでは不十分である。高齢者の居住環境に関する的確なアセスメントを行う仕組みを早急に導入する必要がある。具体的には、表9・3に示す事項を基本的には把握すべきである。住宅の立地環境や居住地の利便性、道路から玄関までのアクセスのしやすさ、住宅の広さや間取りと設備、住宅の築年数と所有関係である。買物や通院に不便なところでは居住継続は困難である。また、自動車がアクセスできる道路と玄関までの間が離れていたり、大きなレベル差があれば外出困難で、またケアサービスの提供も困難である。住宅内は、介護度が高まるほど、居室と便所の位置関係が重要である。住宅の築年数と所有関係からは対象者の経済条件のおおよそが推測でき対処に要する費用負担力が推量できる。住宅や居住環境の実態の捕捉からこうした点を読み取り、包括的かつ効果的な対処方法の提案につなげることで、これが即ち、「居住環境に関するアセスメント」である。これを誰がどのように行い、それをケアプランの作成等いかに反映させるか、それを明らかにしないことには地域包括ケアの前提となる居住環境の整備が進まない。

表9・3 居住環境のアセスメントのために把握すべき事項

	基本事項	立地条件	住宅の状況
チェック事項	<ul style="list-style-type: none"> 住宅の所有関係 住宅の築年数 住宅の老朽度 住宅の階数・広さ 住宅の配置図 住宅の間取り図 	<ul style="list-style-type: none"> 火事・地震等に関する危険性 日照・通風等の条件 騒音等の有無 買物に関する利便性 医療機関に関する利便性 交通機関への至近性 	<ul style="list-style-type: none"> 道路から玄関に至る状況 居室の状況 便所の状況 浴室の状況 台所の状況 玄関の状況

2 居住環境の改善に関するアドバイス

地域包括ケアシステムにおいては、地域包括支援センターがその管轄する地域における高齢者介護や保健、医療、福祉および住まいの総合的な相談窓口となる。そこで、高齢者本人や家族・親族が自由に相談でき、的確な助言が得られるとよい。その意味で、地域包括支援センターの役割はきわめて重要である。

その場合に、居住環境の改善についての相談受付とアドバイスを行うことがきわめて重要である。なぜなら、冒頭に述べたように、居住環境は生活の基盤そのものであり、それによって生活が大きく左右され、介護の必要性も大きく異なるからである。

虚弱化に直面した高齢者の場合、対象者が、現在の住宅で居住継続を図った方がよいのか、別の所に住み替わった方がよいのかの選択がまず重要になる。現在の住宅に住み続けられるかどうかは、図9・4に示す項目でチェックすることができる。一つめは、

15) 東京商工会議所が「福祉住環境コーディネーター」の1～3級の検定を実施し、住宅と福祉をつなげる人材の養成を目指しているが、住宅改修の現場でこの資格や人材を活用する仕組みは明確ではない。

高齢者をとりまく関係資本の手厚さである。その人をサポートできる友人・知人、近隣コミュニティがあるかどうか。より虚弱化が進んでいる場合には、同居者の有無や家族・親族の近接性が最大の決め手となる。二つめは立地条件を吟味する必要がある。居住地が買物や通院等に不便な場合、防犯性や防災性に不安がある場合は居住継続が困難である。最後に、住宅条件をチェックする。まず、耐震性を満たしていること、騒音がなく日照・通風や温熱環境が快適であること、バリアフリーであることが必須条件である。助言者はこうした事項についてチェックし、住み続けか、住み替えかの適切なアドバイスをを行う。

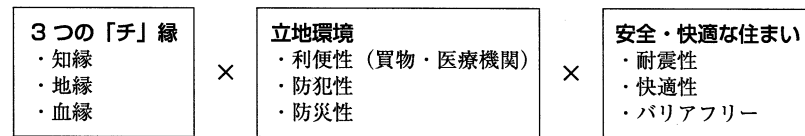


図9・4 住み続けられるための条件

もし、住み替えの選択の方が適切なら、「早めの引っ越し」を勧めるべきである。早めの引っ越しとは、虚弱化が進み切った状態で住み替えるのではなく、新しい環境に馴染む余力のあるうちに、住まいを替えることである。人間は衰えてくると植物の生態によく似てくる。早めに住み替えれば、新しい住まいや土地に根付くことができるが、枯れ切ってしまったては移植しても衰えが増すだけである。その意味で、「早めの引っ越し」が推奨される。

また、住み替えの場合には、その人の条件に対して、適切な住み替え先を提示することも重要である。現行では、虚弱になった高齢者の住み替え先は、制度的に各種の者が乱立し、どれがどのような人に適しているのかを専門家でも見極めることが難しい。本来的にはこうした制度がわかりやすいものに整理される必要があるが、当面は表9・4に示すような制度毎の特質をよく理解し、その人の条件に見合った住み替え先の助言ができることよい。

3 居住の連続性と自己決定、残存能力の活用

高齢者の住まい方として「居住の連続性」が第一に重要である。高齢者ならずとも、見ず知らずの土地や人に囲まれてすぐに生活できるかといえば、そうはいかない。ましてや、虚弱化が進んだ状態ではなおさらである。人は自由なようである、新しいことを始めたり、新しい場所に移るときは、何らかの紐帯に頼る。居住の連続性とは、それを尊重し、住まいの箱や場所は替えたとしても、以前のそれと同じ繋がりが維持されることが重要である。

第二に、高齢者自身が主体的でなければならない。老いは肉体的に顕著であっても、思考や知能の働きまでがそうだとはいえない。住まいを改修したり、転居したり、あるいはどのようなサービスを利用するかを、高齢者が主体的に決定するなら「依存」や「混乱」は生まれない。

第三に、高齢者自身の持てる力を最後まで引き出すことが重要である。その人の持つ

表9・4 高齢者住宅・施設等の種類

分類	種類	概要	入居年齢	入居時の身体状況(目安)	提供主体	月額費用(自己負担)
高齢者住宅	① シルバーハウジング	高齢者向けのバリアフリー化された公共賃貸住宅。生活援助員が派遣され、安否確認や生活相談に応ずる。	60歳以上	自立または虚弱程度	公営, UR, 公社	約1~13万円(家賃のみ)
	② サービス付き高齢者向け住宅	民間またはUR, 公社が提供するバリアフリーの賃貸住宅で、所定の事項について登録されたもの。	60歳以上	自立から要介護まで(事業者の設定によって異なる)	民間家主, UR, 公社等	約5~18万円(家賃のみ)別途, サービス料が必要
居住系ホーム	③ 有料老人ホーム	民間が提供する食事等のサービスが付帯した居住施設。要介護時には退居する契約の「健康型」、外部サービスを利用して居住継続する「住宅型」、介護を受けることを前提とした「介護付」があり、これが最も多い。	概ね60もしくは65歳以上	契約の種類によって異なる	営利, 非営利の民間	任意介護付きの場合, 約15~30万円(食費込)。別途, 入居金が必要
	④ ケアハウス	所得制限なしに入居できる居住施設。原則個室で、食事や入浴サービスを利用できる。介護専用型のものもある。	60歳以上 介護専用型は原則65歳以上	自立または虚弱(介護専用型は要介護認定者)	社会福祉法人, 認可された民間団体	約7~18万円(食費込)
	⑤ 認知症高齢者グループホーム	認知症の高齢者が9人以下で一つの生活単位として居住する。家庭的な雰囲気の共同生活を営み、食事や介護が提供される。	原則65歳以上	要介護認定者で認知症対応型共同生活介護対象者	民間	約12~18万円(食費込)
介護保険施設	⑥ 特別養護老人ホーム	常時介護が必要で、自宅での介護が困難な人を対象にした介護居住施設。居室には相部屋, 個室, ユニット型の3種類がある。	原則65歳以上	要介護認定者(より重度者を優先)	社会福祉法人, 公共団体	約5~15万円(食費込)
	⑦ 老人保健施設	本来は入居施設ではなく、自宅と病院または施設の中間にあつて、在宅復帰のためのリハビリや生活訓練を行うことを目指した中間施設。現状では施設入所の待機的な利用が多い。	原則65歳以上	要介護認定者	社会福祉法人, 医療法人	約6~16万円(食費込)
	⑧ 介護療養型医療施設	長期の療養が必要な場合に入院する施設。医療と介護の両方を受けることができる。将来的には廃止の方向。	原則65歳以上	要介護認定者	医療法人	約7~17万円(食費込)

能力や意志を最大限に尊重し、引き出すことが老化や依存の進行を遅らせる。

以上の、居住の連続性、自己決定、残存能力の活用は、デンマークで「高齢者福祉の三原則」とされている。このセオリーを尊重して、一人ずつの高齢者に即した適切な居住環境が確保できるよう、そのためのアセスメントやアドバイスがたいへん重要である。

9・4 高齢者住宅の事業と運営

2011（平成 23）年 4 月に国土交通省が所管する改正高齢者住まい法¹⁶⁾ が成立し、「サービス付き高齢者向け住宅」が誕生した。これは、従来からあった高齢者向け優良賃貸住宅や高齢者円滑入居賃貸住宅や高齢者専用賃貸住宅を一本化して、安否確認や生活相談等が必ず付帯したサービス付きの住宅を登録していくという制度である。登録可能な条件は、60 歳以上の高齢者を対象に、原則、25 m² 以上の広さで台所、便所、浴室等の専用設備があり、バリアフリー仕様になっている住戸を提供し、少なくとも安否確認と生活相談サービスが提供されることである。これにより、わが国における「高齢者住宅」の制度的な骨格はほぼ固まったといえるが、現実にそれがどのようなものか、まだよく理解されていない。そこで、ここでは、この制度には拘泥せず、ケアの付帯した高齢者向けの住まいを「高齢者住宅」とし、その事業と運営に関する基本的な考え方について述べる。

1 安心の提供

高齢者住宅の本来の目的は、高齢者に対する「安心の提供」である。ここでいう安心とは、誰かが見守ってくれ、支援してくれるという安堵感のことである。元気でさえあれば、人は一人でも生きていくことができるが、老いに直面し、活力が衰えてきたときには、何らかの支えが必要になる。

老いのプロセスではいくつかの喪失を経験する。一つめは退職した時で、勤労所得を失う。それに代わる経済基盤のために「年金」がある。この経済基盤が貧弱だと、とりあえずの住処を確保することも簡単ではない。その場合には、生活保護をはじめとする社会保障制度が下支えするしかない。

二つめの喪失は、家族力の衰えである。食事の用意等の家事や、ちょっとした困り事や相談事などは、元気な同居家族がいれば何も問題にはならない。ところが、老夫婦で一方が健康を損ねた場合や、ましてや単身になった場合には、いくら経済力があっても、その家族だけで閉じて生活を続けることは困難になる。

三つめの喪失は、最晩年に直面する心身の衰えである。同居家族がいても、常時の見守りや世話が必要になると家族だけでは限界になることも少なくない。現代家族の特徴は、家族人員が少なく、相互扶助の力が極めて脆弱なことである。それを補う仕組みが、介護保険制度に他ならない。しかし、「介護」を受け取る代わりに、プライバシーのない施設に入所し、「生活」を失うのでは困る。生活の場に介護も必要なのだ。

高齢者住宅は、上記の三つの喪失に対して、特に 2 番目の家族力の衰えを補う「安心」と、3 番目の心身の衰えを補う「安心」が提供される場として期待されている。高齢者は、ただ単に住むだけの「箱」を求めているわけではない。

16) 正式名称は「高齢者の居住の安定確保に関する法律」。(http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H13/H13H0026.html)

2 生活支援サービスの提供

高齢者住宅を事業として行うには、まず、土地と建物が必要である。しかし、これらだけでは不十分である。もう一つ、「生活支援サービス」がそれに加わって初めて高齢者住宅が成立する。なぜなら、高齢者が住み替えを決意する最大の理由は、今の住宅では得られない何かがあるからである。その何かとは、生活支援サービスに他ならない。

ここでいう生活支援サービスとは、元気な同居家族がいれば、ごく普通に日常的に行われることである。健康への気遣い、食事の用意や世話、身の回りへの気配り程度のことである。日本人のほとんどは、20 世紀の内までは、これらのことを家族内・親族内のこととして済ませてきた。ところが、そうはいかなくなり、高齢者の心身の衰えに対する家族・親族の介護機能を外部化するために、介護保険制度を創設した。しかし、問題は、現行の介護保険制度では、見守り、食事の世話や温かい気配り等の部分はカバーされないことである。この部分を補う手立てがはっきりしていないことが、多くの高齢者の不安を煽っている。高齢者住宅は、その不安を払拭する生活支援サービスが提供される場として、初めて明確な存在意義を見出すことができる。いくら土地と建物があっても、高齢者住宅は成立し難い。家族力や心身の衰えた高齢者が安心だと思える生活支援サービスの提供が行えてこそ、初めて事業として成立する。

しかし、その一方で、この中核をなす日常的な生活支援サービスの提供は通常のやり方だときわめて高額になってしまう。見守りや食事の世話等を単純に経済化すると、24 時間 365 日の拘束力の強さや責任の重さから高コストにならざるを得ない。それを解消するには、利用者を一ヶ所になるべくたくさん集めるという方法があるが、それでは、「大規模施設」を作ることと同じになってしまう。高齢者住宅が目指すべきもう一つの目標は、「脱・施設」である。

高齢者を大規模に集積することなく、アフォーダブルで質の高い生活支援サービスを提供するには、第一に、サービス提供者と入居者、および入居者同士が「互助性」を有することである。第二に、介護保険によるサービスも含めて、地域にさまざまに存在するサービス資源をネットワーク化することである。ある適度な地域の広がりの中で過不足なく効率的にサービスを提供する仕組みを構築しマネジメントすることができれば、見守り等に要する高コストのかなりの部分は解消できる。その全体像こそが、地域包括ケアシステムである。そこで高齢者住宅は、地域ケアを支える一つの要素として機能する。

3 非営利事業

高齢者住宅の事業は、そもそも非営利でしか成立し難い。ただ、非営利だからといって、損が出るとか、ボランティアでやるべきだということではない。経済学者のシュンペーターは、「通常の経済循環においてはそもそも「利潤」は存在し得ず、事業の収入と支出は常にトントンである。通常、利益とされ、会計上そう扱われるものでも、第一には資金コスト、第二には万一の備えに対するコスト、第三には明日の事業継続に備えるためのコストである」と云っている。それと同じ意味で、高齢者住宅事業はほとんど

の事業と同じく循環持続型ビジネスであって、開放発展型のビジネスではない。

では、どうすれば循環持続型の高齢者住宅事業を適切に行えるかだが、当初の資本の出し手のところから難問にぶつかる。必要条件である土地と建物を誰が提供するかである。土地は誰かが低利で提供すると、特に建物建設に要する資金が必要である。家賃収入で投下資金を賄えればよいが、回収には時間がかかる。経済が右肩上がりだった時代のように相続税対策や資産運用といったロジックで、こうした建物の建設を進めるシナリオも立てにくい。そもそも高齢者の支払い可能な家賃は年額によって大よそ決まってくる。高額な家賃や利用料を負担できる高齢者は一部の者に限られる。この難問を解く一つの鍵は、現在および将来の受益者が資本の出し手になることである。つまり、現在および将来、高齢者住宅に入居したい人が出資し、自らがその事業の受益者となる。負担と受益の循環を実体的、可視的に構築するである（図9・5）。

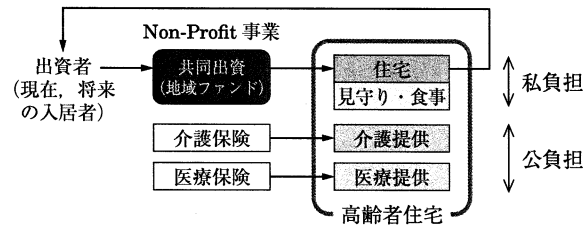


図9・5 地域循環的な非営利事業の組み立て方

つぎにサービス提供の仕組みである。日常的な生活支援サービスの提供はハイタッチ型のサービス事業で通常の方法では人材の確保が難しい。しかも、高コストになることは前述した通りである。それに対する一つの突破口は、サービスを提供することに対する「利得の定義」を変えることである。利得を単に給与の額だけでとらえず、人が誰かに何かしらの支援をし、感謝されることによって得る生きがい感とか、責任を達成することで得る自己充足感も重要な利得と考える。地域には、活躍の場を求める人が大勢いる。しかも、同じ地域に住むということによって運命共同体ともいえる。そうした人たちも巻き込んだ事業にすることが突破口になる。欧米社会における非営利事業とは、実は静態的な経済循環と、事業参画による生きがいや満足感で成立している。宗教による共通の基盤等がない日本人にはハードルが高そうだが、超高齢社会においては事業利得の考え方そのものを考え直してみる必要がある。

4 「高齢者ペンション」の提案

高齢者が単独または夫婦のみで居住し、加齢が進んだことによって自分たちだけでは生活を続けることに不安を感じ始めた人に対する、もう一つの住まいとして「高齢者ペンション」を提案したい。主たる対象は持家世帯であるが、その家を処分して入居するのではなく、元の家は残したまま、あるいは賃貸するなどして、とりあえず一時的に住み始める住宅だからペンション、年金は英語でペンションだが、主に年金を使って生活する住宅だからペンションと命名する。

建物は、清里や軽井沢などにある少し大きめの家といった趣のあのペンションのイ

メージである。各自の専用空間は、便所・浴室と小さな台所が付属しておりプライバシーが守られる一方、食事などは共同でとるスペースがある。そこにベアレント的な管理人が常駐し、見守りや相談に対応する。居住者同士も相互に支えあう。立地は、郊外住宅地であれば、利便性のよい一角に、市街地であればマンションの一部分に埋め込む。もし、介護や医療が必要になれば、各種の地域サービスのネットワークに連結されることで必要かつ十分なサービスが利用できる。

こうした居住形式は、「サービス付き高齢者向け住宅」のスキームを応用することで実現可能である。ただ、従来のケア付き高齢者住宅と決定的に異なるのは、一つの建物単位で事業採算を組立てる方式ではなく、地域ネットワークの中で事業を組立てる点である。一つの建物で完結する方式では、その結果として50人以上の高齢者を収容するいわゆる「施設型」になってしまう。高齢者ペンションとはそれではなく、10数人から多くても30人未満の人が町の中に小規模に集まって居住する形式である（図9・6）。

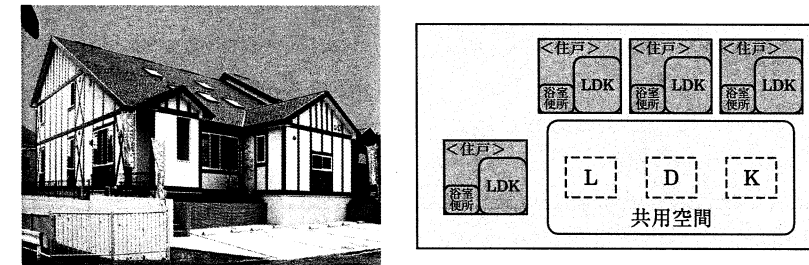


図9・6 高齢者ペンションの空間イメージ（写真提供：NPO シニアスマイル）

また、50人以上が集積する高齢者住宅を新たに建築しようという場合、建物の建設費だけでも数億円以上の資本投下が必要である。そうした事業を行えるものはごく限られてしまう。ところが、十数戸程度の高齢者ペンションであれば、建設費の初期資本は1億数千円程度で済む。この部分を公的補助金や大きな民間資本に頼るのではなく、現在および将来の入居者同士が共同出資して実現する。たとえばLLP（有限責任事業組合）を設立し、そこに組合員から出資してもらい、高齢者住宅の建設と賃貸事業を行う。1.5億円の初期費用が必要として、その半額を組合員25人で出資する（300万円/人）。残りの分は金融機関から借り入れる。建設後、当該住宅を賃貸住宅として運営し、家賃から借入金返済と出資金利回り、借地料、建物修繕費を支払う。借入金返済後は、当該建物は100%組合に帰属することになり、組合員がそれを抜きたいときには、その時の建物権利を時価評価し、その持分で売買すればよい。組合員＝賃借人である必要はないが、入居者を持続的に確保できるなら、誰も損をしない事業方式である。実はこうした方式を欧米では住宅組合方式（コーポラティブ・ハウジング）と呼んでいる。高齢者世帯の最後に残る一人とは女性が圧倒的に多い。これは、妻の老後のために、母の老後のために必要な仕組みである。

サービスの提供体制については、地域住民を主体にしたNPO組織が考えられる。本来のNPOとは、適正で持続的な経済循環と、その事業に参画する人の生きがい感、役割意識によって成立する事業を行う組織体のことである。こうした組織が必要とされる

のは、人手に頼るサービス事業は、純粋に民間が営利事業として行っても、その反対に、公共が税や保険により行ったとしても、どちらもクライアントが「お客様（客体）」である限り、クレームに備えて高い安全率を設定せねばならず、結果として非常に高額なものになるからである。しかも、組織体が大きいほど経費が膨らみ、それも費用の増大につながる。

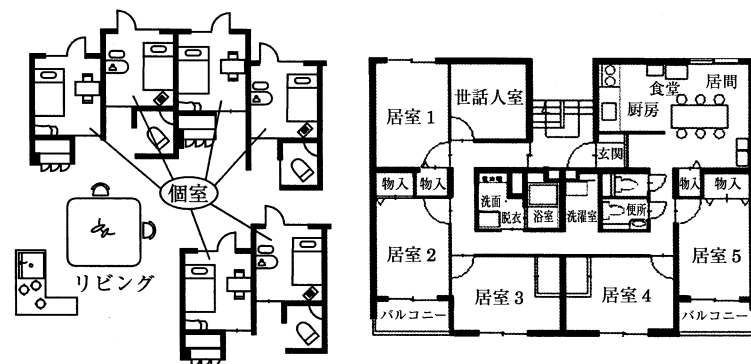
そもそも、日常的な食事の用意や見守りは、ある意味特段の専門性は必要とされない。その代わりに、責任感と温かい思いやりが必要である。だから、NPOのような組織が主要なサービスの担い手として期待される。

5 「高齢者ホーム」の提案

重度の要介護状態にある高齢者を主対象とする居住の場として、「高齢者ホーム」を新たに提案する。心身弱体化の進んだ重度要介護の高齢者の居場所としては、20世紀の間は病院と措置による入所施設しかなかった、2000（平成12）年に介護保険が施行されて以降、その選択肢から病院は消えたが、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型病床の介護3施設が主な居場所であった。また、2000年代初頭には、居住系サービスといわれる認知症グループホームや介護付有料老人ホームが急増した。

しかし、これからは、特に大都市部およびその周辺で高齢者人口、わけても75歳以上人口が急増する。これらの多くは、単身または夫婦のみの世帯である。あるいは、子ども等の同居親族がいても、共働きが当たり前の時代にあつては、家族介護はあまり期待できない。つまり、今までの施設とは別の選択肢が必要である。その一つの打開策が「サービス付き高齢者向け住宅」であるが、この仕組みをどのように実体化するかが問題である。それには、まず、要介護高齢者といっても、経済的にまったく困窮している者とそうでない者の二層が存在していることを前提に置くべきである。前者は、介護保険成立以前には措置の対象になっていた人たちである。

経済的にかつ心身も困窮している人に対しては、既存のファミリー向け集合住宅や一戸建て住宅を活用したシェア居住型のグループ居住を増やし、その費用や運営に関しては、公共が全面的に責任をもつというのが本来の筋道である（図9・7）。一方、経済力



〔左図出典：外山義氏によるユニットケアの空間モデル図より〕
図9・7 特別養護老人ホームのユニットケアの空間モデルとファミリー向け3DKを2住戸繋げたグループ居住の空間モデルとの同定性

のある心身困窮層に対しては、居住の場は「住宅」として確保し、必要なサービスは「介護保険+医療保険+α（自己負担）」の形で提供する。

ここでいう「高齢者ホーム」とは病院や施設ではない。空間は、完全な住まいとしての質を備えたものでなければならない。ホームとは“家庭”という意味であり、ごく普通の住宅に近いものがよい。高齢者ペンションとの違いは、ペンションでは入居者が専用する空間を「住戸」として提供するのに対し、高齢者ホームでは、それが「居室」単位になる。これにもっとも近い既往事例は、認知症グループホームである。小規模で家庭的な空間の中で、あたかも家族のようなスタッフから、常時の見守りと食事に加えて、手厚い介護と最後の看取りまでが提供される（図9・8）。

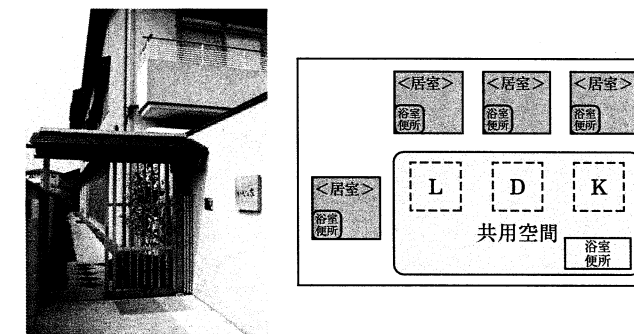


図9・8 高齢者ホームの空間イメージ
（写真提供：社会福祉法人きらくえん）

問題は、そのスタッフ配置のあり方である。2011（平成23）年現在、介護保険が保障する居住施設でのスタッフ配置は常勤換算1:3である。この常勤換算1:3とは、夜間は一人のスタッフで9人の入居者に対応することを意味し、多床室の病院空間を前提に制度設計されたものである。そのままでは、個室型の空間で少人数の入居者に対応することは不可能である。空間の質にあわせて、スタッフの配置条件も変える必要がある。また、事業的にみた場合、小規模な高齢者ホーム単位で経営的な採算をとれない。こうした小規模なホームは、地域包括ケアシステムという地域全体が経営的、運営的にも包括的にマネジメントされる中で初めて成立できる。高齢者ホームは、地域の面的に広がるネットワークシステムの中の一つのノードとして機能することによって、その役割を果たし、経済的にも成立可能になる。そのためには介護保険の制度設計を根本的に見直す必要がある。

ここで目指す高齢者ホームとは、介護スタッフにすべてを任せる施設ではない。地域の人や家族が自由に行き来し、手を差し伸べ、そこに居住する高齢者自身も自らの持つ力を最大限出し切って生き切る場である。

6 介護保険との関係整理

高齢者住宅は事業として捉えた場合、五つの要素から成立している。その五つとは、住宅の提供、見守りサービス、食事サービス、介護サービスであり、それに看取りの時の看護・医療サービスである。合理的な事業を行うには、これらの各要素に関する費用

負担のあり方を明確にしておく必要がある。

五つのうち、住宅と食事は誰であろうと生きているかぎり必要である。したがって、高齢者住宅での家賃と食費は自己負担が原則である。当初の介護保険制度では、施設介護の場合、給付対象に家賃と食費分も含められていたが、2006（平成18）年の改正によってホテルコスト¹⁷⁾が明示され、自己負担が原則となった。

ところが、高齢者住宅や施設の見守りと介護に係る費用負担は、介護保険との関係が複雑で混乱を極めている。入居者を見守るサービスは定員の充足や介護の程度に関係なく固定的、定常的に要するにもかかわらず、その費用は、介護保険上は明示されていない。現実には、介護保険の施設介護または居住系介護（認知症対応型および特定施設-包括型）が適用されれば定額給付なので、それを施設ごとに丸めた金額の中で見守りを含めた介護提供が行われている。反対に、居宅介護サービス利用の高齢者住宅では、見守り費用は、介護保険の範囲外であり自己負担である。その費用は、30～50人の入居者に対して1人の見守り担当者が必要で、8時間勤務とすれば月額50万円、24時間見守り体制をとるなら150万円である。それを30人で負担すれば5万円/人・月、50人で負担すれば3万円/人・月である。この両者間の違いは、保険という普遍的な制度を使っている以上、矛盾だといえる。

そこで、高齢者住宅や施設の「見守り費」相当分を介護保険の給付対象として計上し、他の家事援助や身体介護の費用とは別立てとすることを提案する。たとえば、高齢者マンションの場合は、日中見守りを原則として、「1万円/月×定員」を介護保険から定額給付する。高齢者ホームの場合は、定員30人未満の場合は「5万円/月×定員」を、30

表9・5 「高齢者住宅」と介護保険制度との関係整理

新・高齢者住宅の種類	「新・介護保険制度」の提案		＜参考＞現行の仕組み		
	見守り	介護	現行の制度名称	サービス支援の仕組み	所管
高齢者マンション	定額給付 ex. 1万円/月 ×定員	居宅介護	サービス付き高齢者向け住宅	介護：居宅介護	交通省
			住宅型有料老人ホーム		
高齢者ホーム	定額給付 ex. 定員30人未満 5万円/月×定員 定員30人以上 3万円/月×定員	施設介護	ハケウ ケア ハウス	一般	厚生労働省
			ハケウ ケア ハウス	特定	
			介護付き有料老人ホーム（特定）	見守り・介護：特定施設入居者生活介護（包括）	
			認知症対応グループホーム	見守り・介護：認知症対応型共同生活介護	
			特別養護老人ホーム	見守り・介護：介護老人福祉施設入所者生活介護	

17) 介護施設に入所する際の食費と居住費用（室料+水光熱費）のこと。2005（平成17）年10月の介護保険法の改正において、原則自己負担となった。食費は月額4.8万円程度、居住費は相部屋で1万円、ユニットケア型の個室で6万円程度である。

人以上の場合は「3万円/月×定員」を見守り費として定額給付する。これであれば、9人規模の高齢者ホームでも最低1人のスタッフが増員でき、介護保険の地域密着型施設の29人定員であれば24時間の見守り費用が賄える。

この考え方を整理したのが表9・5である。サービス付きの高齢者住宅を「高齢者マンション」と「高齢者ホーム」の二つに整理し直し、介護保険制度との関係は、見守り給付分を切り分け、出来高給付の居宅介護と、定額給付の施設介護の2区分にすれば、すっきりとした形になる。ムリ、ムダを省くには、その仕組みがわかりやすくなければならない。

9・5 「仲間福祉」と「地域福祉」の可能性

わが国の高齢化が急速に進み始めたのは、バブル経済真っ盛りの1990（平成2）年前後であった。20世紀の最後の10年間は、2000（平成12）年の介護保険制度の創設に結実した社会制度としての高齢者福祉を推進してきた。その成果として、特別養護老人ホームをはじめとする介護保険三施設や、ケアハウス、認知症グループホーム等の新しい居住形態が誕生した。しかし、これらはきわめて高コストであり¹⁸⁾、現実の生活とは遊離した空間を形づくってしまった。

一方、21世紀初頭のがわが国は、バブル経済時代の蓄えをほとんど使いつくし、これからは「自己責任」の時代だといわれた。自己ができて得ることを大いに伸ばすのは悪いことではない。むしろ、自己力の拡大こそがもっとも大きな成果に結びつくともいえる。ただ、その場合の問題は、自己力が乏しいもの、衰えたものに対して手を差し伸べる温かさを社会が持ち合わせているかどうかである。その温かさの不足故に格差が拡大した。

そして今を迎えているわけであるが、社会福祉の拡大による社会の下支えは、曲がりなりにも一応の形は整っている。自己力の拡大も試したし、今後も進めるべきである。最後になすべきことといえば、その中間で「仲間力」や「地域力」を高めることである。虚弱化した高齢者の生活圏とは、小学生や中学生とほぼ同じである。小学校や中学校にはさまざまな人がいたが、何とか仲良くやってきた。高齢期の暮らしとは再びそれに近いものになる。日ごろから慣れ親しんできた場所に地域に根付いた高齢者住宅や自分の家があり、高齢者自身の判断でそれらの間を自由に住み替えられるなら老後を憂える必要はない。その圏域では、人が動き、それに連動してお金も動く。そこに新たな経済循環も生まれる（図9・9）。近隣、地域で助け支えあう「地域福祉」と、友人、知人同士で助けあう「仲間福祉」の拡大こそが、21世紀前半の超高齢化のケアと居住の問題を解く鍵である。

18) 特別養護老人ホームの建設コストは、1ベッド当たり1000万円、土地代まで含めると地価の高い東京では2000万円/ベッドといわれている。

● 2編 地域包括ケアを創る

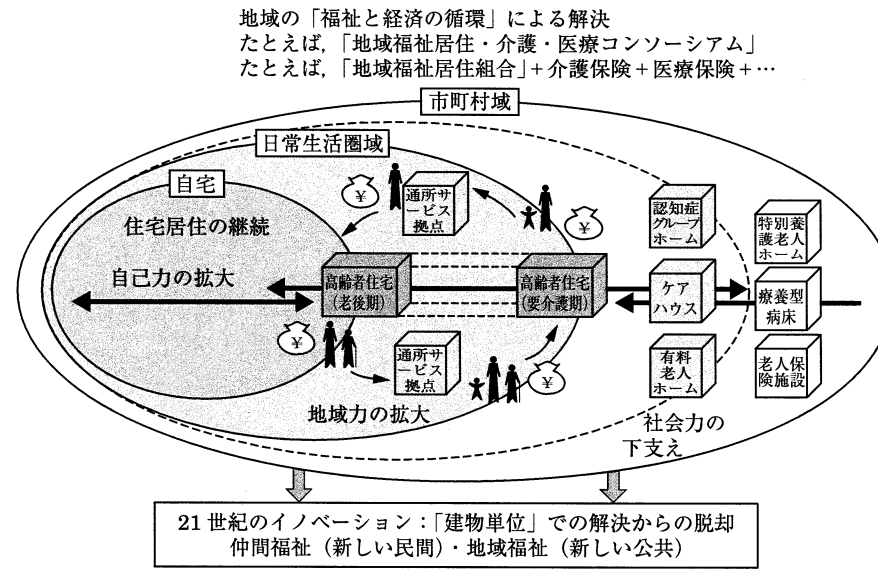


図9・9 「地域福祉」と「仲間福祉」による地域循環の創出

特集【論説】 少子高齢化社会の不動産利用

高齢者の転居、死亡・相続と持家の管理・利用 郊外住宅地での応急策と出口戦略

Solutions and Strategies to manage and re-invest real estate owned by elderly people at suburb

Mariko SONODA : Professor, Department of Architecture,

School of Science and Technology, Meiji University

園田 真理子*

1. 人口動態と都市の生成

我が国の人口構成は、高度経済成長期の「ピラミッド型」から少子高齢化の進展により「釣鐘型」になったといわれている。しかし、その表現で正確なわけではない。より正しくは、リーマンショッ

クの起きた2008年に60歳だった1948年生まれの者と、35歳だった1973年生まれの者をピークとする双こぶラクダの形状をしている。図1をみていただきたい。このデータは、東京都における生年別の人口構成を住宅が持家か借家かで按分して示したものである。これから2つのことがいえる。

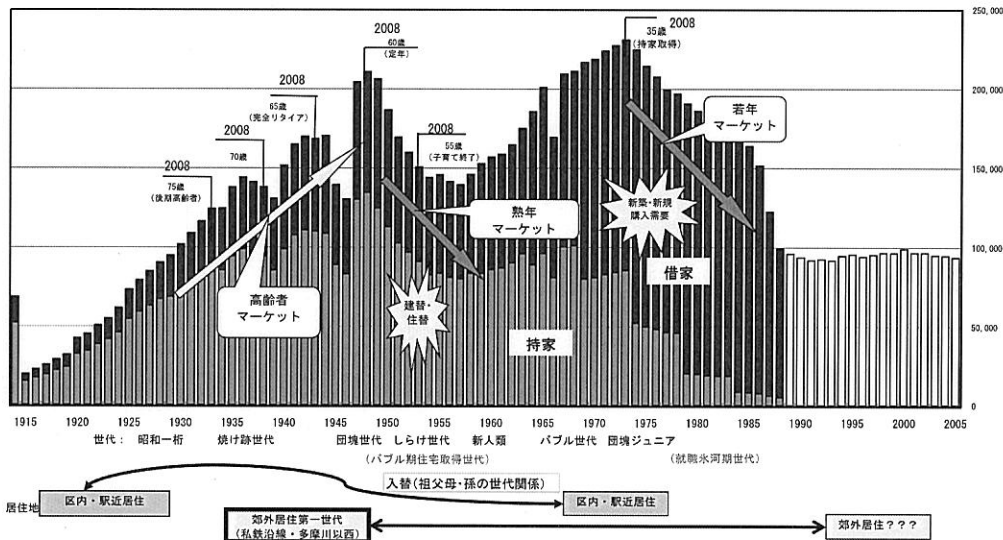
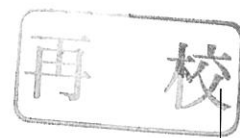


図1：東京都の持家・借家別、生年別人口

資料：人口2005年国勢調査東京都を使用

持家率：2005年国勢調査世帯主年齢5歳階級別持家率東京都を使用

園田 真理子* (そのだ まりこ) 明治大学理工学部教授



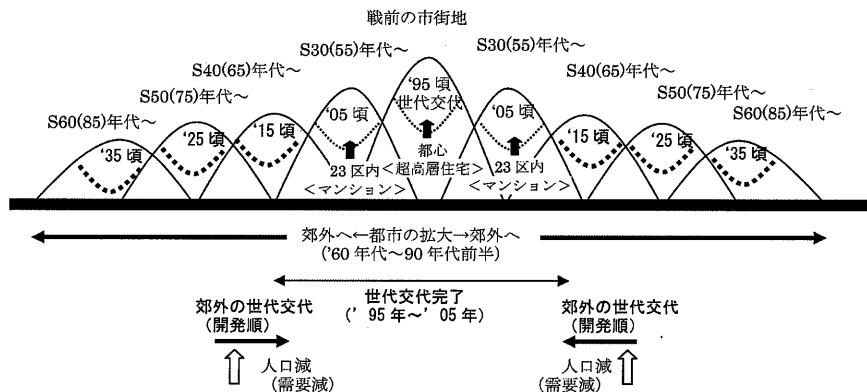


図2：「都市の拡大」に対する「世代交代」の図式

第一は、2008年をピークに、ファミリー向け住宅を必要とする年齢人口が今後減少し続けることである。加えて、これからの10年は可処分所得の最も高い退職前の熟年人口も2008年をピークに減り続ける。両者があいまって、住宅市場はかつて経験したことのない需要減少フェーズに突入した。第二には、それとは対照的に65歳以上人口、わけでも75歳以上の後期高齢者人口が今後20年間は増え続けることである。これらの点は大量移民でもない限り、もはや確定した事実である。

さらに、この図から別のこともいえる。この15年間、明治、大正生まれの人が次々に人生の終わりを迎え、その人たちの居住地が空き、そこに、同じこの15年増える一方であった35歳人口が入居したのではないか。つまり、ちょうど祖父母と孫の関係にあたる世代間で入れ替えが起きたといえる。この現象を私たちは「都心回帰」と呼んだのではないか。

このことを模式的に整理してみたのが図2である。都市が成長し始める時、最初にその都市にきた人は当然に中心に近いところから住み始める。次に来た人はその外側に、その次の人はさらにそ

の外側にという図式になる。東京圏ではこの現象が戦後すぐから1990年代半ば頃まで続いた¹。ところが、最初の居住が起きてから50年経つと、初代の人のはほとんどは死去する。すなわち、世代交代が起きる。「1945年+50年=1995年」なので、都心回帰が90年代後半以降顕著になったことは論理的に説明できる。2010年現在、東京23区内での世代交代は終盤に近づきつつあると思われる。

では、これから何が起きるのか。再び図1をみると、戦前生まれから団塊世代の人たちが住みついた所で激しい高齢化が起きることがわかる。その期間は今後15年程続き、その後、世代交代が起きる。しかし、その空いたところを埋める若年人口は激しく減少するばかりで、単純には空きを埋められない。それが起きる場所とは、外に向かって拡大した「郊外住宅地」に他ならない。東京なら多摩川以西である。

2. これから起きること

筆者らが、2006年以来研究対象²にしている戸建住宅ばかり2000戸超規模の住宅地がある。東京都H市に位置し、宅地規模60~70坪、住宅面積100

¹ 1995年に日本の生産年齢人口（15~64歳）がピークに達し、その後減少し続けている。

² 文献1）、文献2）

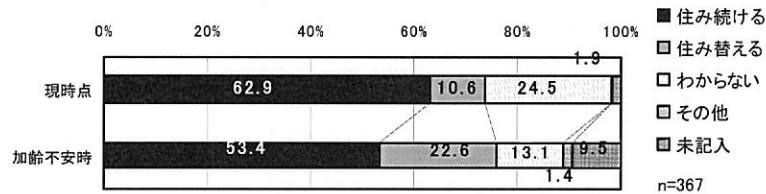


図3：現時点と加齢不安時の居住継続意向

～120㎡程度の極めて良質な住宅地である。1970年に市のニュータウン開発計画を受け、1976年から民間会社が建売分譲を開始し約2000戸を供給した。他に約500戸が都住宅供給公社により90年代前半に分譲された。多摩丘陵の一部にあり、新宿から私鉄急行で約40分、最寄駅からバスで約10分、徒歩のアクセスは困難である。

その住宅地で、当初開発された約2000戸の居住世帯を対象としたアンケート調査を、当該住宅地の自治会の協力により、2007年9月に実施した。全戸に配布し、回収率25.9%、522サンプルを得ることができた。全体の4分の1の回収率であったが、回答世帯の年齢構成はほぼ母数に一致しており、対象住宅地を反映する標本が得られた。当該住宅地の65歳以上割合は2005年の国調ベースで25.4%、しかも60歳前後の年齢が集中して多いという特徴がある。つまり、開発後ちょうど30年を経た典型的な大規模戸建て郊外住宅地である。

そこに居住する年齢60歳以上のシニア世帯の居住継続意向と住宅・土地の継承に関する意向についての結果を述べるⁱⁱⁱ。60歳以上シニア世帯は全体の約7割を占めている（サンプル数367）。

現時点での居住継続意向を尋ねたところ、「住み続ける」は62.9%、「住み替える」は10.6%で、「わからない」が24.5%と多いことが特徴的である。次に、将来の加齢に伴い不安が生じた時の居住継続意向については、「住み続ける」は53.4%に減り、

反対に「住み替える」は22.6%と2倍以上に増える。シニアで当該住宅地を終の居住地と定めているものは半分程度といえる。（図3）

さらに、当該住宅地の将来をみるために、シニアが現に居住する住宅・土地をどうしようと考えているかを問うた。その結果、「子供が相続する」が75.5%と圧倒的に多かった。「他人に売却」は6.3%にすぎなかった。当該住宅地はほぼ全て、持地・持家であるが、資産として子供に相続させるとの意向が極めて高い。しかし、相続した子供、親族がそれをどうするかまで解明しないと、当該住宅地の未来は分からない。そこで、相続した者がそれをどうすると思うかを問うたところ、「相続者が居住する」との回答は33.7%にすぎなかった。「売却」は11.7%である。一方、「わからない」が35.1%とかなりの割合を占める。当該住宅地の居住用資産はシニアの子供に相続されるが、その先はよくわからないといえる。（図4）

そこで、現時点でのI居住継続意向—住み続け、住み替え、分からない、II加齢不安時の居住継続意向—住み続け、住み替え、分からない、III住宅・土地の継承方法—相続、売却、IV相続者の対応—居住、賃貸、売却を組み合わせ、回答結果をパターン化してみた。（図5）

この結果から、以下のことがわかった。現在すぐに住み替え意向を持つか、そうなる可能性が高く、子供が住宅資産を相続しても居住しない者の

ⁱⁱⁱ 文献3)

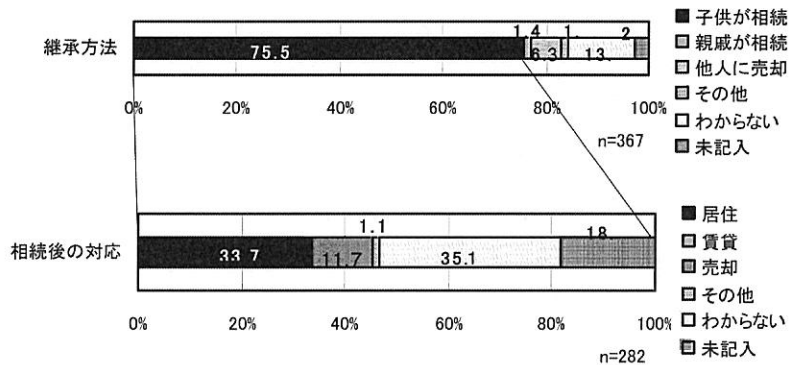


図4：住宅・土地の継承方法と相続者の対応

割合は26.0%に達する (A, B, Cタイプ)。つまり、これらは空家・空地になる可能性があるということだ。当該住宅地は開発後30年を経っており、回答者の年齢から考えて、この事態は今後10年以内に起きる。次に、虚弱時に住み替え意向を持っており、その後相続者が居住しない割合は12.5%である (D, Eタイプ)。この事態が起きるのは今後20年以内である。さらに、シニア自身は最後まで居住継続を図るが、その後、子供が相続しても住まない割合が33.6%に達する (Fタイプ)。このシナリオを描くものが最も多数を占めている。初代居住者死亡・相続の事態は今後30年以内に起きると考えられる。結局のところ、子供が、初代居住者の住宅資産を継承し、着実にそこに居住するといえる者は28.0%にすぎなかった (G, Hタイプ)。

当該住宅地の60歳以上シニア世帯は約7割であり、そのうち30年後に居住者のいる割合が仮に3割とすると、転売・転賃がうまくいかない場合、住宅地全体の半分以上が空家・空地になる事態が予想される。このまま何もしなければ、これが、高齢化現象—居住者の高齢化のち死亡・相続と、少子化現象—すなわち新規住宅需要の減少が掛け合わさった“近未来”である。

図6のように、住宅地には人間の一生と同じように「ライフサイクル」がある。特に、郊外の一

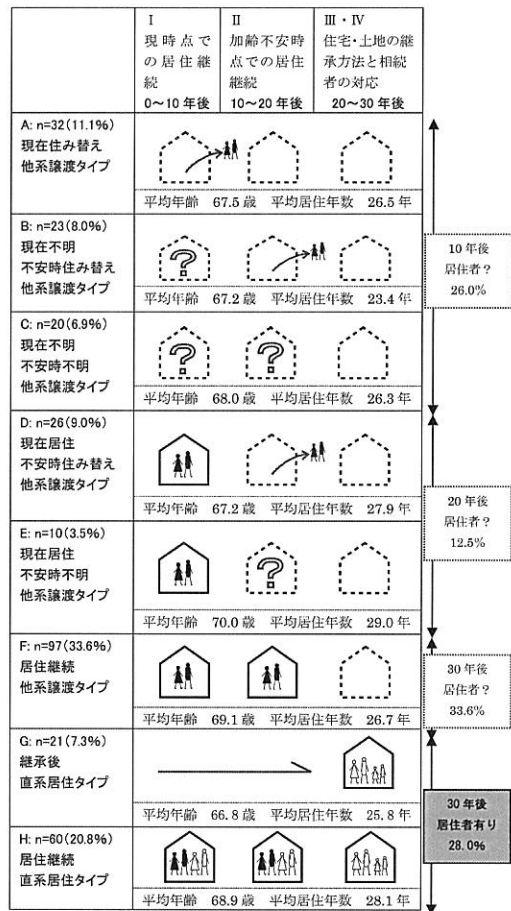


図5：居住、住宅・土地の将来展開に関する8タイプ
n = 289

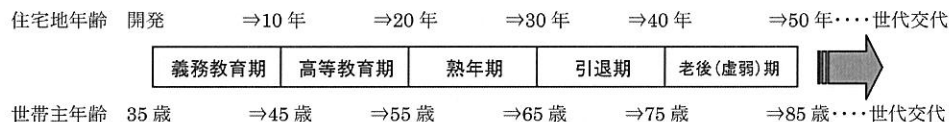


図6：住宅地のライフサイクル

時期に一挙に開発された住宅地では居住者が一様で、その居住者のライフサイクルに連動する。住宅および住宅地は約50年で一サイクルを終了し、60年後には「次のフェーズ」がやってくる。この「次」がないと、住宅地はただ荒廃を極める。

3. 応急策

この十年、少子高齢化現象が顕在化してくる中、いわゆる郊外問題について、「選択と集中」「コンパクトシティ」が合言葉であった。マクロに見れば、人口縮減という大きな潮流の中で、その考えをとらざるを得ないのかもしれない。ただ、そこに至る過程が乱暴すぎると、様々な痛みや綻びが生じ、結果として目指すところに行きつけない可能性もある。そこで、いくつかの応急策を提案する。

1) マネジメント主体の確立

計画的に開発された住宅地の土地・建物の所有権は、宅地に細分化された「個人所有」と、公園、学校等の「公共所有」のどちらかである。当初に開発者が所有していた土地・建物であっても、宅地開発要綱や関連公共公益事業等によるものであれば、開発後それらは公共に移管されてきた。したがって、特に戸建住宅地の場合、利害関係者は「私」と「公」の2者しかなく、居住者が共同して住宅地管理を行う形式は成り立たない。

しかし、同じ住宅地内で空家・空地が増えた場合、一番の害を被るのは周辺の居住者である。極言すれば、空家・空地による荒廃によって、「自己資産の価値」が棄損される可能性がある。そこに、

空家・空地を当該住宅地の居住者同士で自主管理する契機がある。一方、公共は公共用地・建物を管理する責務を負っているが、空地・空家の私有地に手を出すことはできない。しかし、それにより、地域の防犯性が損なわれたり、荒廃が顕在化すれば、公共サービスの負担増や税収減に結びつく。つまり、公共も無関係を決め込むわけにはいかないのである。

以上の、「私側」の事情と「公側」の事情の中間に「共同的な主体」を新たに設けて、当該住宅地のマネジメントに当たる可能性が生まれる。差し詰め分譲マンションの「管理組合」に相当する主体である。近年、エリアマネジメントに関する研究や提案が多数行われており^{iv}、HOA（ホーム・オーナーズ・アソシエーション）の必要性もいわれているが、どちらかというとな新規開発に目が行っている。そうではなく、日本の今に必要なHOAとは、既開発の住宅地への「後付」である。

後付HOAを形成するには、まず、共有財産を持つことによって、運命共同体を形成する必要がある。実は、先に述べた研究対象の住宅地は自治会館とその土地を自治会名義で所有しており、自治会を地縁法人化している。そのため、住民同士の結束力も強く、協働した活動も活発である。共同財産を持ち共通する利害関係を持たないところには、真の共同体は生まれ得ない。そこで、公共が用地・建物を当該地縁法人に移管するなどして、マネジメント主体を確たる存在にする必要がある。

それが実現すれば、マネジメント主体が空家・空地の管理を請け負い、所有者は応分の負担をす

^{iv} 文献4)、文献5)等がある。

るという図式がすぐに描ける。また、その管理とは、住民が直接行うという意味ではなく、マンション管理のように専門家に委託して行うことも十分考えられる。ここに不動産管理の新たなビジネスチャンスも生まれる。

2) 持家の借上げ・転賃

一般社団法人移住・住みかえ支援機構 (JTI)^v が先鞭をつけた方法である。シニアの持家を借上げ、それを子育て世代等に定期で賃貸することが、当面の空家対策になる。

なぜなら、土地と建物は経年するほど値段があがるという右肩上がり神話は、1970年頃から90年までの20年間でそうであったとしたら、失われた二つの10年の間にすっかり消滅してしまった。以前の値上り分は完全に無くなり、今なお下降局面にある。特に、建物の価値は、築年数で評価することが改まらない限り、築30年を越える建物は除却の経費が加算されマイナスになる。つまり、郊外住宅地の不動産の多くは、売却すると損益が確定してしまう場合が少なくない。それに対して、家賃はその時の物価に連動しており、20年前の家賃に比べてそれほど下がってはいない。借りてくれる人さえいれば、賃貸は、所有者にとって魅力的な活用方策である。

その借り手であるが、近年の雇用情勢の悪化の中で、若年世代も従来のように長期のローンを組んで住宅を購入することがベストの選択ではなくなっている。選択の余地が大きいために不確実な時代には必須である。その意味で、多少家が古くとも、先住者がりっぱに子育てを果たした家をアフォードブルな家賃で借りられることは魅力である。提供者と需要者のマッチングがうまくいけば、当面の空家対策にはなる。

3) 地域住宅バンクの創設

当面、所有者が利用する当てのない空家・空家を預かり、新たな活用・運用先にそれを委ね、そこから上がる収益を元の所有者に還元する仲介的な機能が必要になってくる。それは「住宅バンク」である。銀行がお金を媒介して行っていることを、「住宅」を媒介して行うというものである。JTIの機能は、まさにそれである。類似のものに、旭化成ホームズによる「REMOVE」^{vi}、日本賃貸住宅管理協会による「住み替え支援センター」^{vii}がある。

それに「地域」がつくとどう違うかという点、個人利益のみでなく地域の共同・協調利得も加味して、空地・空家の活用や運用をする点が異なる。例えば、空家を高齢者介護の小規模多機能拠点とする、空地を連担させて、共同出資により高齢者ためのグループリビングを建てる等、共同・協調によって初めて可能となる運用までを考える。

東急電鉄が始めた「ア・ラ・イエ」^{viii}が、これに比較的近い。これは東急沿線というエリアで、住み替え、建て替え、リフォーム等の様々な形で東急が媒介することによって、エリア全体の住宅市場の活性化と高付加価値化を図ろうとしている。

ある程度の規模やエリアとしてのまとまりのある住宅地であれば、単なる「住宅バンク」のみならず、「地域住宅バンク」が成立する余地はある。

4. 出口戦略

郊外住宅地の空家・空地の激増に対して応急策を講じる一方、出口戦略も持たなければならない。都市規模自体を縮減していかなければならないとしても、それは「優雅な縮小」といえるものでなければならない。そこで、2つの案を提示したい。

^v <http://www.jt-i.jp/>

^{vi} <http://www.asahi-kasei.com/hebel/technology/technology15.html>

^{vii} <http://www.sumikae.jp/objct/index.html>

^{viii} http://www.a-la-ie.com/aboutalaie_top.html

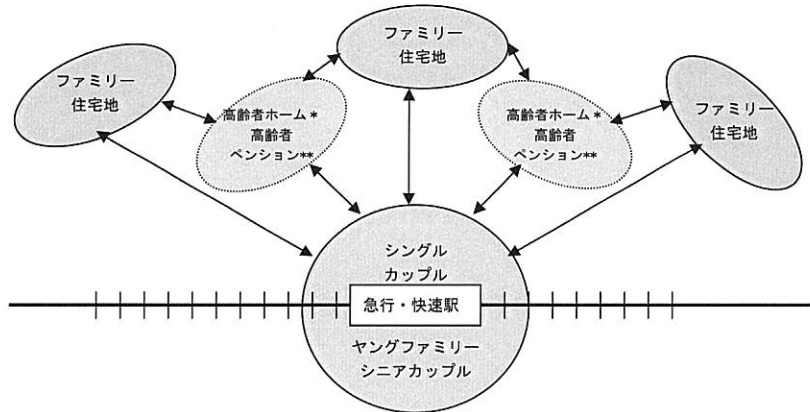


図7：地域内の住替え循環

1) 地域内住み替え循環

大都市の郊外住宅地の多くは、郊外電車の沿線の丘陵地に立地している。それらはほぼ例外なく子育て、すなわちファミリー向けの住宅地である。そこが今高齢化し、買物や通院の利便性や広すぎる住宅に困る高齢者が数多く居住している。そこで、そうした住宅を、子育てのために広い住宅を必要としている世代に受け渡す仕組みを作る。シニアは、丘の上から利便性の高い駅近辺に降りてくる。

また、一人暮らしに不安のある高齢者が集まって居住するグループリビングとしての「高齢者ペンション^{ix}」や、要介護高齢者のための「高齢者ホーム^x」を地域内に適切に設ける。そうすれば、この地域内住み替え循環により、多世代が持続的に居住できるようになる。

東京の場合なら、都心のターミナル駅から電車で30分程度の急行・快速停車駅を中心とするエリアであれば、この出口戦略が使えるはずである。

「都心↔郊外」という大きな住み替えではなく、「駅近の平地↔駅後背部の丘陵地」という小さな住み替え循環によって、その地域を活性化し維持していく。(図7)

2) 「退職者コミュニティ」もしくは「週末コミュニティ」

都心から遠く、しかも、最寄駅からも徒歩でアクセスし難い郊外住宅地の生き残り戦略とは、「退職者コミュニティ」もしくは「週末コミュニティ」になることである。

アメリカでは何万人、何千人規模のリタイアメント・コミュニティがアリゾナやフロリダにあるが、それらはわざわざ新たに町をつくり、高齢者を迎え入れるものである。ところが、日本の場合、多くの郊外住宅地は「自然発生的リタイアメント・コミュニティ^{xi}」ともいべき町になりつつある。そうであれば、「限界集落」として嘆くのではなく、徹底的に楽しく安全に快適に老後を過ごせる空間に改変すればよい。また、そうした町は都心に住

^{ix} 一人暮らしには不安のある高齢者が集まって共同的に居住するグループリビングの形式。筆者らは「高齢者ペンション」として提案している。ペンションには、いわゆるリゾート地にある「ペンション」と年金(ペンション)で生活できる程度との意を込めている。文献6)

^x 介護を必要とする高齢者が集まって居住し、必要な生活援助や介護を提供するグループホームの形式。民間が主体となつて、「適成型高齢者専用賃貸住宅」のような形で提供するものをここでは「高齢者ホーム」としている。

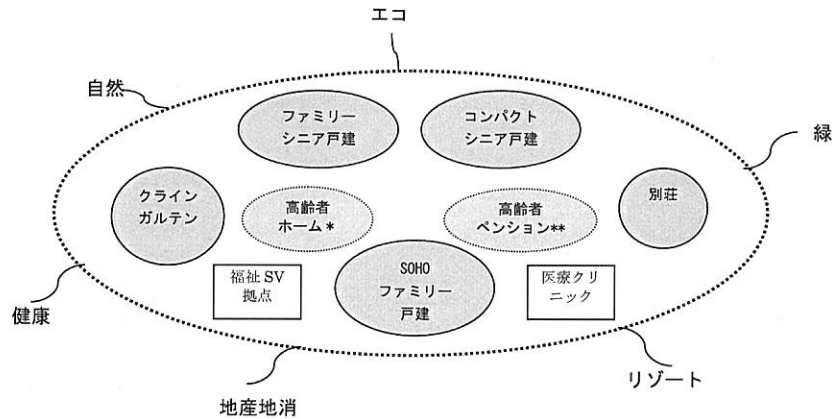


図8：退職者コミュニティまたは週末コミュニティ

む人にとっての憩いの空間ともなるはずである。すなわち、「別荘」である。日本の郊外とは、「海」「山」に近く、豊かな自然と緑に恵まれている。

現在の住宅地で老後もそのまま過ごしたいと希望する者が多いにもかかわらず、必要な機能が整っていないために不安を煽っている。そうであれば、最後まで安心して居住できるよう、高齢者ペンションや高齢者ホーム、福祉サービス拠点、医療クリニックを同じ住宅地に設ければよい。子育て用の住宅はコンパクトな戸建に建て替え、広くなった土地でガーデニング等を楽しむ。空き地はクラインガルテン等に転用する。職場に拘束されない働き方ができるファミリー世帯がSOHO住宅に居住することがあってもよい。(図8)

遠郊の魅力は、「エコ」「自然」「地産地消」「健康」「リゾート」「緑」等である。21世紀とは、お金は少ないかもしれないが時間は豊かにある時代になる。そうした新しい時代要請にこたえることで、郊外住宅地の生き残り戦略が見つかる。

それができない住宅地は、残念ながら消えゆくざるを得ないだろう。

<参考文献>

1. 池本あゆみ, 郊外住宅地におけるライフスタイルと持続可能性に関する研究—K住宅地における居住者および街の変遷と今後の持続可能性, 明治大学大学院修士研究論文, 2008.3
2. 横井宏規, 住環境評価による郊外住宅地の居住価値に関する研究, 明治大学大学院修士研究論文, 2008.3
3. 葉真寺亜矢子他, 郊外住宅地の持続と再生に関する研究 典型的な郊外戸建住宅地におけるシニア居住者の居住継続と住宅・土地の継承に関する意向, 日本建築学会2009年度大会学術講演, pp.195-196
4. 国土交通省土地・水資源局「エリアマネジメント推進マニュアル」, H20.3
5. 住まいのルネッサンス塾・(株)日本建築センター「実践タウンマネジメント「まち」づくりから「まち」育てへ」, H20.8
6. 明治大学大学院園田眞理子研究室「高齢者の新しい暮らしの提案—郊外高齢化に建築はどう応えるか」, 東京建築コレクション2009, pp.304~307, 建築資料研究社, 2009.7

^{xi} アメリカでは、「時の経過とともに自然に高齢者居住者の割合が高くなった一定の地域」としてNORC=Naturally Occurring Retirement Communityという考え方をウィスコンシン大学のマイケル・ハントが提起し、「居住者の50%以上が50歳以上である地域」をそれとしている。