

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<sup>6)</sup>。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・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GIS<sup>7)</sup>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)<sup>8)</sup>」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<sup>9)</sup>。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。

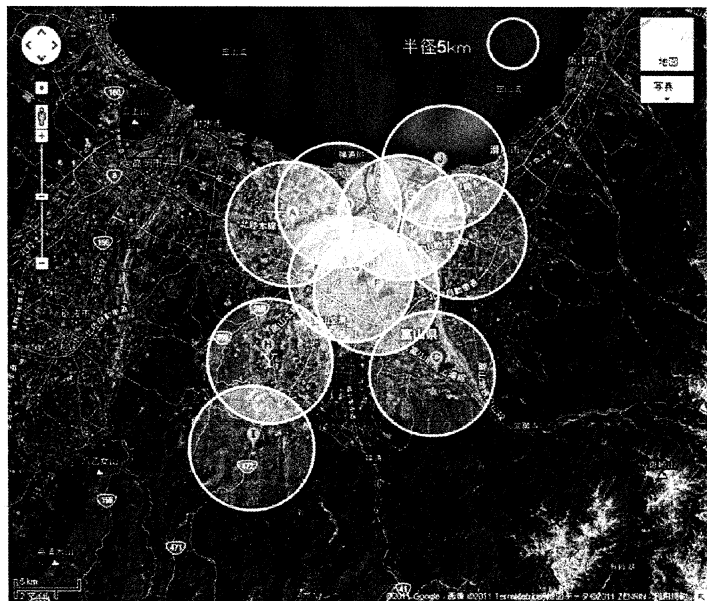


図9・3 T市における特別養護老人ホームの位置と半径5km(中学校区)の圏域

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<sup>10)</sup>」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<sup>11)</sup>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<sup>12)</sup>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、全国一率で適用されてきた。  
 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)年以降実施されてきた。

在する<sup>13)</sup>。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<sup>14)</sup>。

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<sup>15)</sup>。

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

#### 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。

● 2編 地域包括ケアを創る

高齢者を取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。

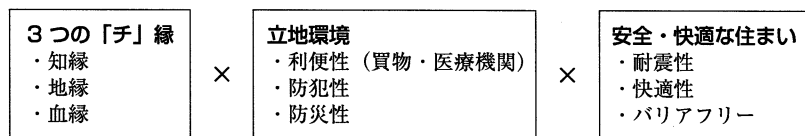


図9・4 住み続けられるための条件

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り、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<sup>16)</sup>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 m<sup>2</sup>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金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（図9・5）。

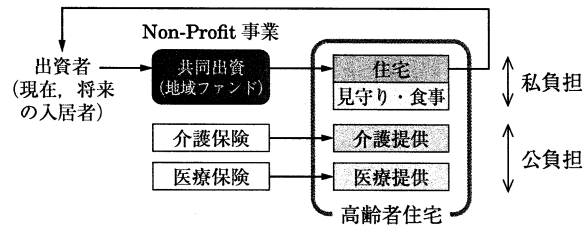


図9・5 地域循環的な非営利事業の組み立て方

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、元の家を残したまま、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）。

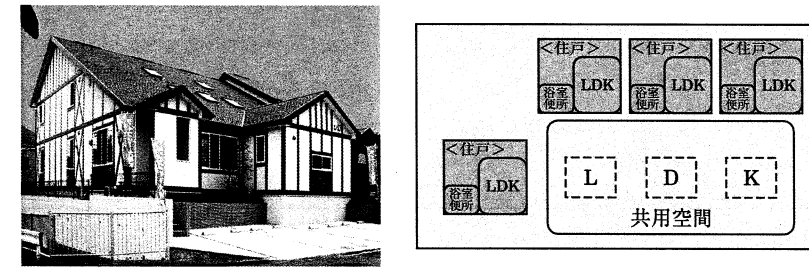


図9・6 高齢者ペンションの空間イメージ（写真提供：NPO シニアスマイル）

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

● 2 編 地域包括ケアを創る

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。

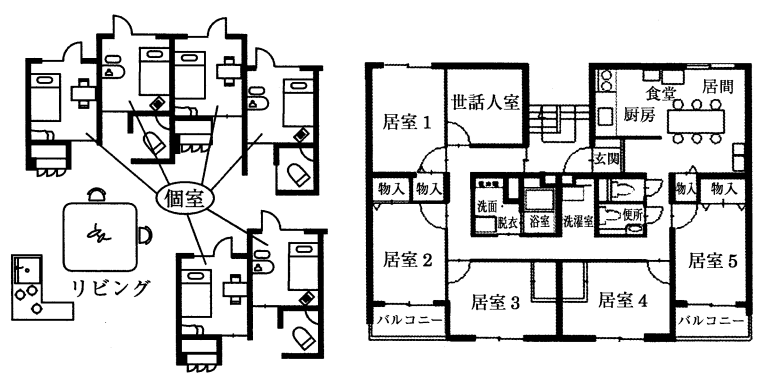
そもそも、日常的な食事の用意や見守りは、ある意味特段の専門性は必要とされない。その代わりに、責任感と温かい思いやりが必要である。だから、NPOのような組織が主要なサービスの担い手として期待される。

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等性

9 章 地域包括ケアの基盤としての住まい

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）。

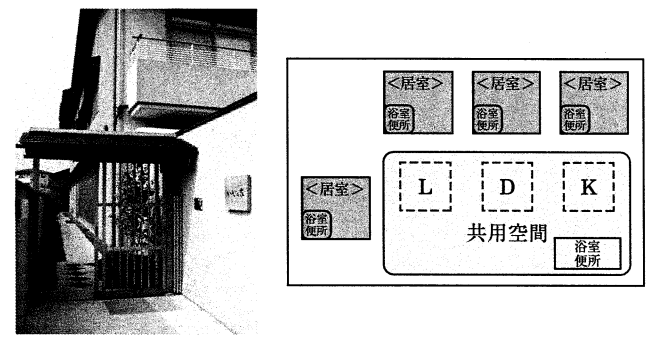


図9・8 高齢者ホームの空間イメージ  
（写真提供：社会福祉法人きらくえん）

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