

平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

地域包括ケアの構築に向けた高齢者の住まいの整備を支援する
環境整備のあり方に関する調査研究 報告書



財団法人 **高齢者住宅財団**
Foundation for Senior Citizens' Housing

平成 25 年 3 月

目 次

序章 調査研究の概要	3
1. 調査の目的と概要	4
2. 調査スケジュール	5
3. 調査体制	6
第1章 地域包括ケアの構築に向けた高齢者の住まいに関する研究	7
1. 総論 地域包括ケアシステムと高齢者の住まい	8
2. 事例紹介	12
事例 1 : C-CORE 東広島	14
事例 2 : 遠矢団地+遠矢コレクティブセンター	20
事例 3 : 新地東ひまわり住宅+地域交流プラザふらねコパン	26
事例 4 : シニア向け長屋住宅 あさがお邸	32
事例 5 : いなげビレッジ虹と風	38
事例 6 : 生協のんびり村	44
事例 7 : メゾン・ド・アムール	50
事例 8 : ケアタウン小平	56
事例 9 : コレクティブハウス アクラスタウン	62
事例 10 : コミュニティーハウス法隆寺	68
3. 事例を読み解く視点	74
4. 建築ヒント集	85
第2章 在宅高齢者がインフォーマルサポート及びフォーマルサービスを連続的・継続的に受けるための生活設計のあり方に関する検討	101
1. 研究目的	102
2. 研究結果	105
3. 結論	138



序章

調査研究の概要

1 調査の目的と概要

国土交通省と厚生労働省の共管による「サービス付き高齢者向け住宅」が制度化され、平成23年10月より登録が開始された。建設費助成や税制優遇等により供給促進が図られているところである。しかしながら、サービス付き高齢者向け住宅では「状況把握・生活相談サービス」が義務付けられているのみであるため、入居者が医療や手厚い介護サービスを必要とするようになった場合、状態変化に応じた適切なサービスが受けられるような体制が必要である。

今後は、サービス付き高齢者向け住宅等の高齢者住宅において、地域の医療・介護サービス等の「共助」、及び地域コミュニティに内在するインフォーマルな交流活動やサポート等の「互助」との連携を図りつつ、かつ入居者自身の自律的な活動である「自助」を促すことで、入居者が地域での安定的な居住継続を行えるような体制づくり、支援のあり方にかかる検討が必要である。

また、高齢者住宅においては、さまざまな高齢者向けサービス（食事・生活支援サービスや医療・介護サービス）や共用空間が整備されているが、これらはもっぱら住宅の入居者専用として用いられることが多い。しかし、高齢者住宅を地域の福祉資源として位置づけ、サービスや空間や社会関係を地域に開放・共有することにより、自宅・高齢者住宅・施設をカバーした効率的な地域包括ケアの実現が可能となる。

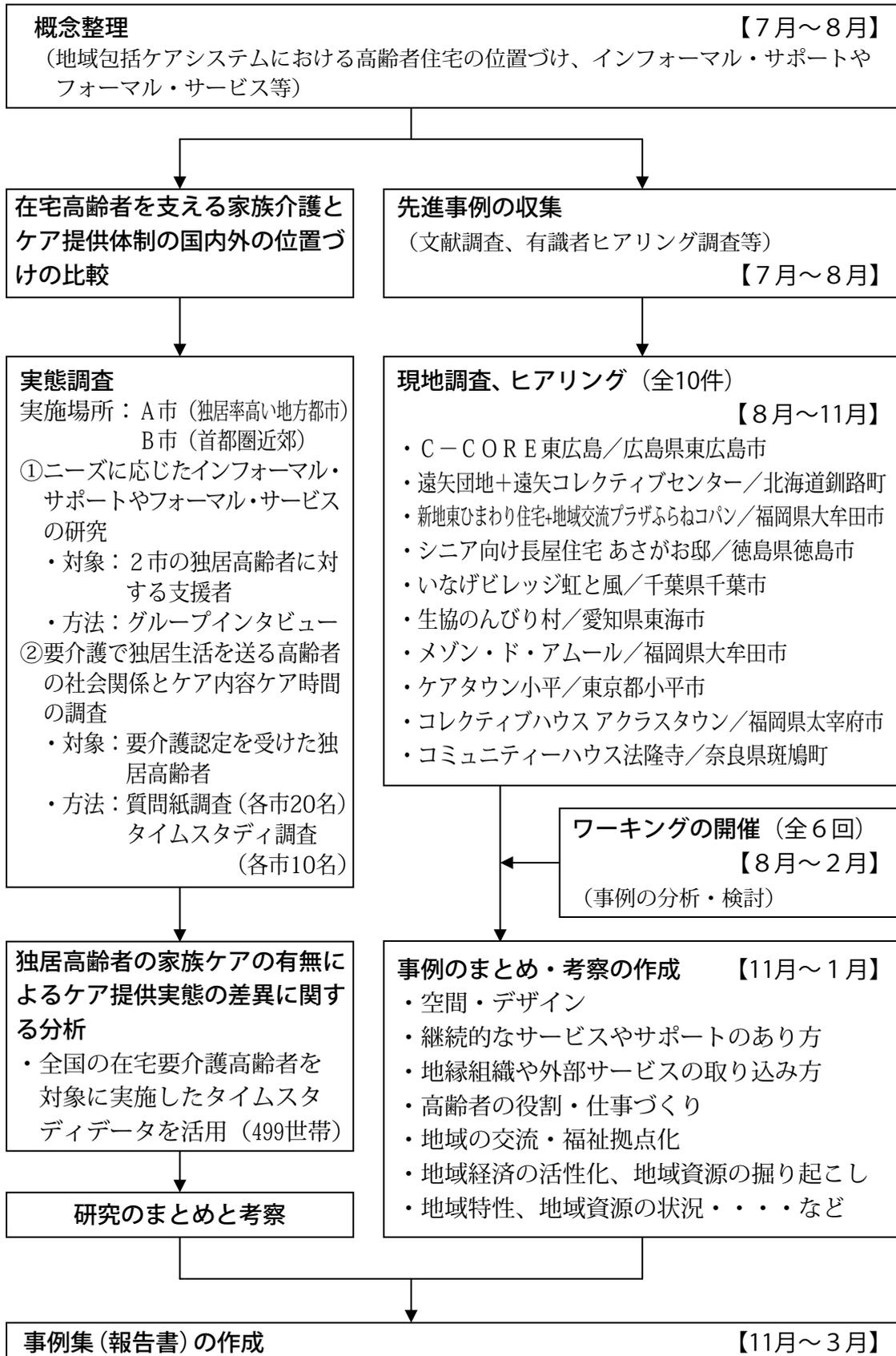
したがって本調査では、高齢者向け住宅の入居者等を対象とした継続的なサービスやサポート等の支援のあり方、及び、高齢者向け住宅の地域における支援・交流拠点化について、先進的な事例の収集・分析を通して検討を行った。

地域包括ケアにおける重要な要素としては「住まい」「医療」「介護」「生活サービス」「健康」があげられる。これらを建築的・空間的にどのように配置するかはもちろん重要であるが、本調査においては単に住宅とサービス拠点が組み合わさったものではなく、様々なタイプの住宅と各種サービスとが連携した事例であることを重視した。

また、事例の中で、「自助」と「互助」がどのように組み合わせられているか、「互助」づくりのための担い手がどういう主体によってなされているか、また、その「互助」が外部経済や市場性とどのように関係付けられているかについても検討を行った。以上を踏まえて、事例集の作成を行った。本事例集を通して、地域に開かれ、福祉資源となる高齢者向け住宅等の普及・促進が行われ、入居者および地域住民の安定的な居住継続が可能となることが望まれる。

なお、高齢者住宅の入居者には、上記のように、生活支援サービス等のインフォーマル・サポートや、医療・介護等のフォーマル・サービスが、主として住宅事業者の支援により適時・適切に組みあわせて提供されることとなるが、これを在宅の高齢者にも保障することは有効である。そこで、ニーズに応じて、連続的・継続的にインフォーマル・サポートやフォーマル・サービスを受けるための在宅高齢者の生活設計のあり方について、保険者の協力を得て試行的に検討を行い、その効果と課題について整理を行った。

2 調査の流れとスケジュール



3 調査体制

第1章 地域包括ケアの構築に向けた高齢者の住まいに関する研究

<委員>

氏名	所属
井上 由起子	日本社会事業大学 専門職大学院 准教授
三浦 研	大阪市立大学大学院 生活科学研究科 准教授
山口 健太郎	近畿大学 建築学部 准教授
加藤 悠介	豊田工業高等専門学校 建築学科 講師

<調査協力>

氏名	所属
篠原 祐介	近畿大学大学院総合理工学研究科 修士2回生
林 亮佑	近畿大学理工学部建築学科 学部4回生

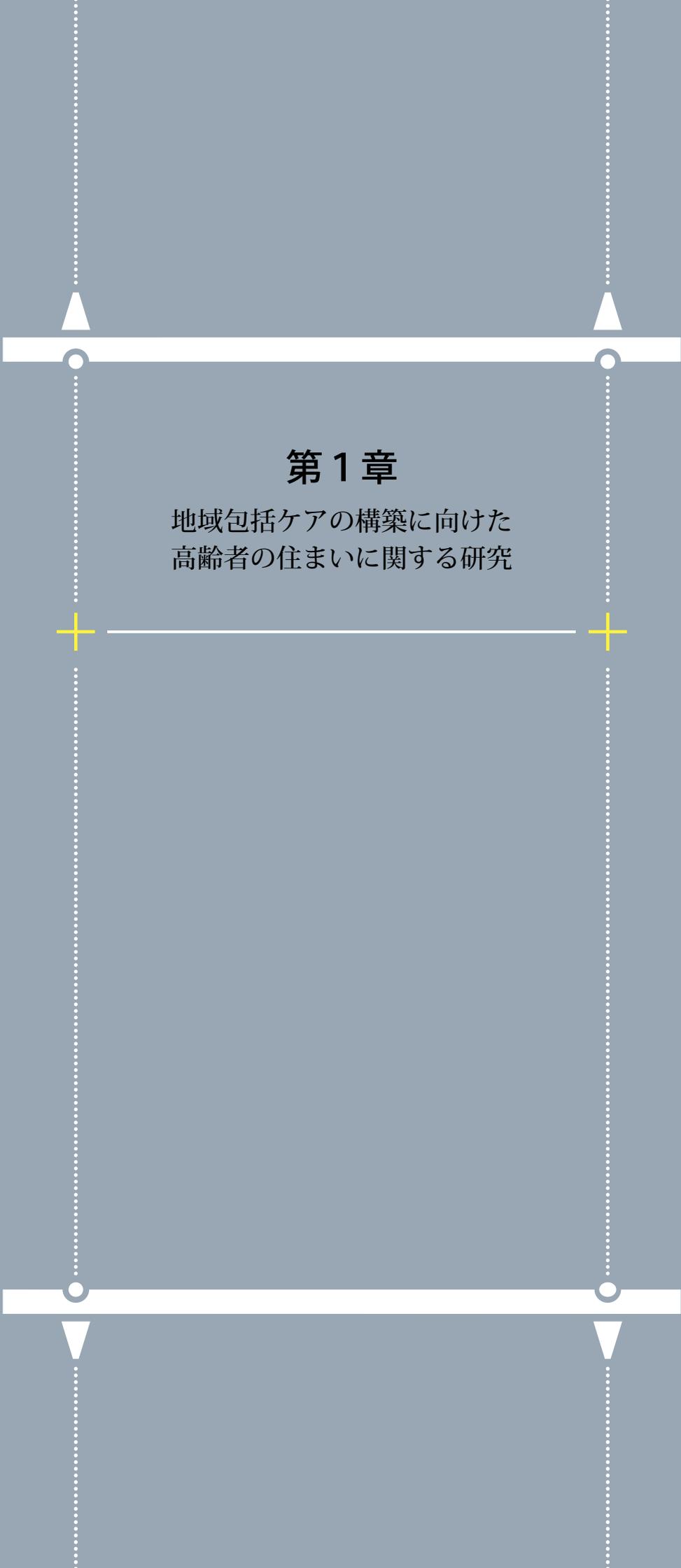
第2章 在宅高齢者がインフォーマル・サポート及びフォーマル・サービスを連続的・継続的に受けるための生活設計のあり方に関する検討

<委員>

氏名	所属
筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
大夙賀 政昭	国立障害者リハビリテーションセンター研究所 流動研究員

<事務局>

氏名	所属
八木 寿明	(財) 高齢者住宅財団 専務理事
落合 明美	(財) 高齢者住宅財団 調査研究部 次長
市村 一高	(財) 高齢者住宅財団 調査研究部 研究課 主任
柳瀬 有志	(株) アルテップ プロジェクト・マネージャー
田村 夏美	(株) アルテップ
吉野 望	(株) 地域・高齢社会開発研究所 代表取締役

A decorative graphic consisting of two horizontal white bars, one at the top and one at the bottom. Each bar has a white triangle pointing up at its left end and a white triangle pointing down at its right end. Vertical dotted lines extend from the top and bottom bars towards the center of the page. A horizontal white line is positioned between two yellow plus signs, centered between the vertical dotted lines.

第1章

地域包括ケアの構築に向けた
高齢者の住まいに関する研究

1 総論 地域包括ケアシステムと高齢者の住まい

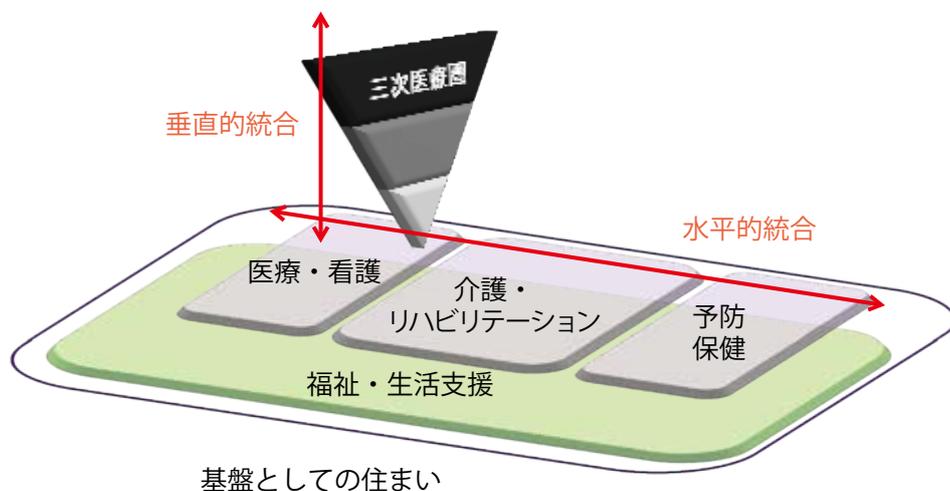
1-1 地域包括ケアシステムにおける「住まい」の位置づけ

地域包括ケアシステムとは、「住居の種別にかかわらず、おおむね30分以内（日常生活圏）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続できる体制」を指す。

その実現において必要となる要素は、①住まい、②福祉・生活支援（以下、生活支援）、③保健・予防、④介護・リハビリテーション（以下、介護）、⑤医療・看護（以下、医療）である。このうち①の住まいは②～⑤に先立って必要とされている。すなわち、ニーズに応じた住まいが保障されていることが地域包括ケアシステムの基盤であり、前提条件である。「福祉は住宅にはじまり住宅に終わる」という考え方がようやく日本でも浸透しつつある。

また、②の生活支援は、その人の健康状態や医療介護ニーズにかかわらず、暮らしに必要とされる機能（食事、生活必需品調達、モビリティ、掃除などの家事一般、生活保護や権利擁護などの公的支援）であるため、③～⑤に先立って必要とされる。生活支援にはプロフェッショナルは要求されないが、③～⑤はプロフェッショナルな仕事である（ただし、生活困窮の人に、生活支援を提供する体制を整えることはプロフェッショナルな仕事である）。

地域包括ケアシステムのコンセプト



図表1 地域包括ケアシステムにおける各要素の位置づけ

1-2 地域包括ケアシステムの二つのコンセプト

地域包括ケアシステムには、二つの独立したコンセプトがある。integrated care と community based care である。

《 integrated care 》

医療と介護の統合を指す。①急性期から回復期さらには慢性期へと至る垂直的統合と、②慢性期ケアにおける水平的統合という二つのステージがある。垂直的統合は医療の機能分担の枠組みで議論され、水平的統合は医療と介護にわたる枠組みで議論されている。地域包括ケアシステムが扱う integrated care は、②の水平的統合である。多くの先進諸国が integrated care に向けた取り組みと格闘している。

《 community based care 》

二つの到達点がある。第一の到達点は community based care であり、第二の到達点は community based care with citizens である。

第一の到達点は、「おおむね 30 分以内にかかけつけられる範囲（中学校区等）」で、統合化された医療と介護の供給を目指すというものであり、community は「地理的範囲」という意味合いで使用されている。

第二の到達点は、第一の到達点の実現を前提としつつ、地域包括ケアシステムで示されている 4 つのプレイヤー（自助、互助、共助、公助）がそれぞれの役割を発揮することに重きをおくものである。この場合、医療と介護は統合化されていることを前提条件としているから、議論の中心は、生活支援と保健・予防であり、担い手としては自助と互助となる。そして、自助や互助の強調は、ケアを客体と主体の両面から捉えることを意味する。すなわち、community は「ケアに能動的に関与する人々の営み」という意味合いでも使用されている。

以上から、地域包括ケアシステムには、論理的には以下の二つの段階があることがわかる。

第一段階：integrated community care system

医療と介護の統合を重視し、それを中学校区等という一定の地理的範囲のなかで地域包括ケアとして構築する段階を指す。医療保険制度と介護保険制度という共助内の統合が主課題となる。

第二段階：integrated community care system with citizens

第一段階の実現を前提にしつつ、自助や互助に働きかけることで、生活支援の新たなマーケットを興すとともに、保健・予防や生活支援の担い手を広げ、ケアに能動的に関与する人々の営みとして地域包括ケアを構築する段階を指す。

第一段階は国全体で遍く構築するもので、共助と公助というフォーマルケアに中核をおく。第二段階は地域によって形態が異ならざるをえないもので、フォーマルケアをベースとしつつも、インフォーマルケアに議論や関心は移る。どこまで自助や互助に委ねられるかは、地域によって異なる。自助や互助は所与のものではなく、期待されるものにすぎないからである。そして、自助には心身の自助のみならず経済の自助もあり、新たなマーケット（市場）を興すことも含まれる。もちろん、医療と介護の統合は緒についたばかりであるし、自助→互助→共助→公助という順序（補完性の原理）で生活困難を解決できることが本来であるから、現実には二つの段階は混然一体となって進められている。

なお、自助、互助、共助、公助は本質的にはサービス対価の支払い方法を指しているが、医療と介護の殆どは共助であり、生活保護や権利擁護などのセーフティネットは公助であるため、主たる機能といったニュアンスで理解されていることも事実である。生活支援の担い手は多様であり、この点は今後、新たなマーケット開発が待たれるところである。

地域包括ケアシステム

	自助 self care	互助 mutual care	共助 social solidarity care	公助 governmental care
順序性				
担い手	本人	家族・友人・よき隣人	医療福祉関係者	行政
主な機能	健康・経済 自己決定	安寧 帰属	医療 介護	生活保護 権利擁護
生活支援 入手手段	無償労働 マーケット	労働と感情 による対価	一部介護保険 (施設/在宅単身)	セーフティネット
特徴	インフォーマルケア		フォーマルケア	
	顔がみえやすい システム化できず代替性に欠ける		顔がみえにくい システム化されており代替性を担保	

図表2 自助・互助・共助・公助の考え方

1-3 本研究が目指す「高齢者の住まい」の定義

本研究では、地域包括ケアの構築に寄与しうる高齢者の住まいとサービスのあり方を、実践事例を題材に提示する。

求められる住環境の到達点は、第一段階と第二段階では異なると研究班では考えた。本研究が目指すのは第二段階の地域包括ケア、すなわち、integrated community care system with citizens としての地域包括ケアである。

citizens には、自助・互助・共助・公助のうち、自助を鍛え、互助を醸成することが期待されている。自助や互助は所与のものではなく、期待されるものにすぎない。よって、あらゆる高齢者の住まいとサービスが、ここで提示されている姿を目指すべきだと主張するつもりはない。ただ、人々が漠然と感じている「理想としての高齢者の住まい」というものを、実践事例を読み解く軸として構造化し、言語化したいと考えた。また、citizens を高齢者住宅の居住者に限定するのではなく、居住者を含む地域住民全体として広くとらえた。他の一般住宅と同様に、地域のなかの一つの住まいとして捉える視点が有効と考えたからである。

community の姿は地域（紐帯、所得、世帯、生活構造、住民意識、保険者政策など）によって異なり、市民社会的な様相を呈する場合もあれば、村落共同体的な様相を呈する場合もある。多様な姿があっている。ただし、村落共同体的なものは徐々に姿を消していることは紛れもない事実であるし、地域包括ケアシステムの構築は地縁血縁の弱い三大都市圏で強く求められていることから、市民社会的なものを意識的に抽出した。

2 事例

2-1 事例の概要

以下に示す 10 の実践事例を紹介する。

- 事例 1：C-CORE 東広島（広島県東広島市）
- 事例 2：遠矢団地 + 遠矢コレクティブセンター（北海道釧路町）
- 事例 3：新地東ひまわり住宅 + 地域交流プラザふらねコパン（福岡県大牟田市）
- 事例 4：シニア向け長屋住宅あさがお邸（徳島県徳島市）
- 事例 5：いなげビレッジ虹と風（千葉県千葉市）
- 事例 6：生協のんびり村（愛知県知多市）
- 事例 7：メゾン・ド・アムール（福岡県大牟田市）
- 事例 8：ケアタウン小平（東京都小平市）
- 事例 9：コレクティブハウスアクラタウン（福岡県太宰府市）
- 事例 10：コミュニティーハウス法隆寺（奈良県斑鳩町）

事例の順序は住宅の視点から整理した。事例 1 は、地域貢献を目指す住宅企業による多世代型賃貸住宅で、日本では珍しいタイプである。事例 2 と事例 3 は公営住宅とケア事業体の協働であり、行政による企画である。事例 4 は旧高優賃制度を用いたものである。事例 5 はUR 団地の再生事例であり、生協を母体とした社会福祉法人が全体を企画している。事例 6 は医療生協組合によるもので、組合員の出資金で自己資金を調達している。事例 7 は地域交流拠点を設けたサービス付き高齢者向け住宅であり、事例 3 と同様に、地域交流拠点部分は行政による企画である。事例 8 と事例 9 は生活モデルとしての医療を追求した住宅である。この点は事例 7 についてもあてはまる。事例 10 は、自分たちでお金を出し合って、企画から建設までを手掛けた住宅である。

サービス付き高齢者向け住宅が 3 事例（4 / 5 / 7）、公営住宅が 2 事例（2 / 3）、一般集合住宅が 4 事例（1 / 6 / 8 / 10）、住宅型有料老人ホームが 1 事例（9）である。一般集合住宅 4 事例のうち、居住者の殆どが高齢者であるのは、事例 6 / 8 の 2 つである。

当初、研究班ではサービス付き高齢者向け住宅を中心に事例をピックアップしたいと考えた。しかしながら、我が国の住宅供給の仕組みの特徴に加えて、サービス付き高齢者向け住宅の整備が緒についたばかりであることから、「理想としての高齢者の住まい」は、現時点では、公営住宅や一般集合住宅にまで視野を広げないと、ピック

アップできなかった。

実践事例を読み進める際には以下の点に留意してほしい。それは、紹介した実践事例は、医療と介護の統合、integrated care が達成されている事例とは限らないということである。現時点で十分に統合ができているのは、実質的に医療と介護の双方を保有した事業体である事例7/8/9に限られるのかもしれない。同様に、状況把握・生活相談と介護の連携についても、本調査では詳しく検討していない。よって、この仕組みに医療と介護の統合をどう組み合わせるべきか、状況把握・生活相談と介護をどのように連携させるべきか、という視点で実践事例をみるのが有効と考える。

2-2 事例のまとめ方

事例は各6ページで構成されている。まとめ方の基本方針は以下のとおりである。

① 1/2ページ目

運営概要、所在地、地域環境、立地、配置図

② 3ページ目

事業プロセス

- ・事業の着想から実現に至るまでのプロセスを4コマで表現

③ 4ページ目

事業計画

- ・事業全体をサービスと住宅にわけて表現
- ・サービスを機能から**ケア・サポート、参加・コミュニティ、食・その他**に整理
- ・その住宅で提供しているサービスをマトリックス上に表現
- ・それぞれの**サービス対価の支払い方法を自助・互助・共助・公助**に整理

食の仕組み

- ・食事の調達方法を記載し、その住宅で可能な仕組みを○×で表現

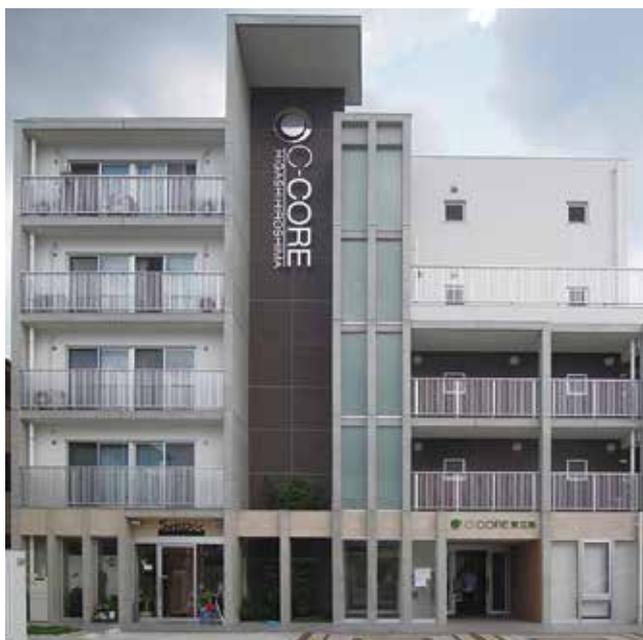
④ 5/6ページ目

住宅の全体像

- ・建物の基本構成を整理
- ・住戸プランを整理
- ・空間を**住宅の個人空間、住宅の共用空間、地域と住宅の双方に開かれた空間、利用者が限定されている空間（ケア部門等）**に整理し、平面図上に表現

C-CORE 東広島

広島県東広島市



外観

所在地 広域



全体概要

- 開設年：2011年3月
事業主体：コミュニティシステム合同会社
住戸数：23戸（うち車いす対応4戸）
住戸種別：一般賃貸住宅
階数：5階建て
高齢者デイサービス（定員20名）
障がい福祉サービス生活介護（定員10名）
カフェ（障がい者就労移行支援事業）
福祉対応美容室
こどもの居場所スペース



障がい者就労移行支援事業（カフェ）

運営概要

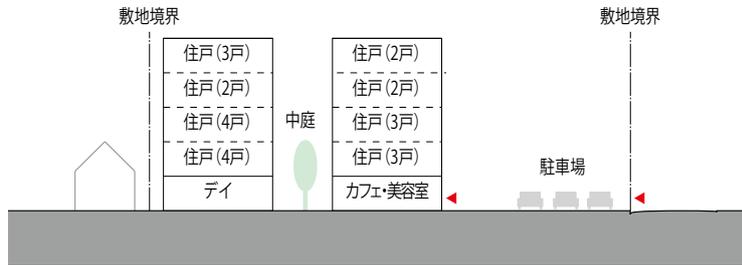
- ◇建設会社を母体とする「コミュニティシステム合同会社」により運営されている多世代型の一般賃貸住宅。
- ◇全23戸のうち高齢者世帯と障がい者がそれぞれ5戸ずつ入居。残りの13戸は一般世帯となり、ファミリー世帯と単身世帯が半々。
- ◇1階には高齢者デイサービス、障がい福祉サービス生活介護、障がい者就労移行支援事業を利用したカフェ、福祉対応型の美容室、こどもの居場所スペースが併設されている。
- ◇高齢者と障がい者の福祉事業は「株式会社 Bee-Hive」、福祉対応美容室は「スイッチ」、こどもの居場所スペース（こども・ほっと・ひろば）は「NPOひろしまチャイルドライン」が運営。いずれも主たる顧客は上階の居住者ではなく周辺地域の住民。

東広島市の概要

人口：190,135人
 高齢者人口：35,473人
 65歳以上割合：18.85%
 75歳以上割合：9.15%
 要介護認定者数：6,732人
 世帯数：79,425世帯
 持家：45,397世帯
 民間賃貸：28,321世帯
 公営賃貸：1,535世帯

(H22年度 国勢調査)

広島県中央地域の中核都市。広島大学に通う学生向けの住居が一定割合を占める。



立地・敷地の概要



■ 店舗（物販・飲食系）



高齢者デイサービス



障がい者就労移行支援事業（カフェ）



コミュニティ広場（中庭）



障がい福祉サービス



福祉対応美容室

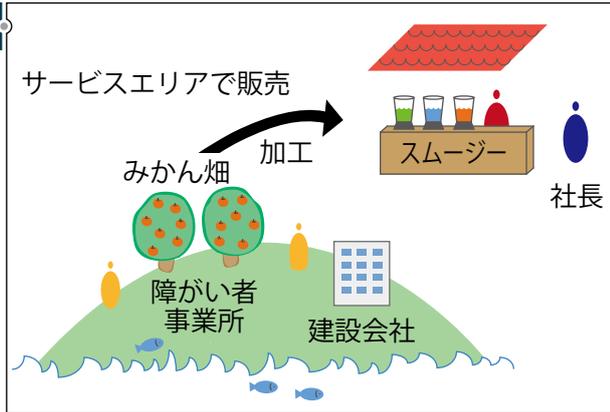


駐車場

事業プロセス

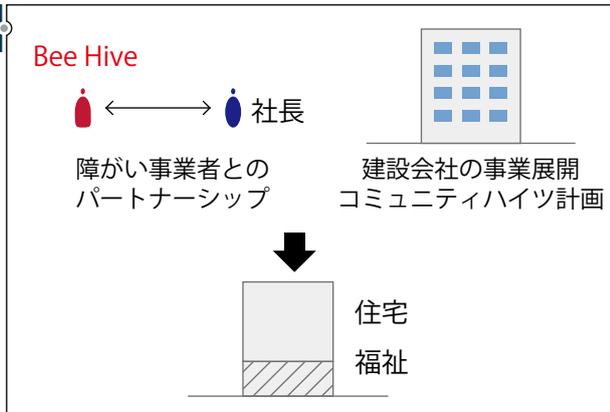
はじめの一步

- ◇瀬戸内海の島にある建設会社。
- ◇島への愛着、社会貢献への意識から特産品を使った事業をスタート。
- ◇地元の障がい者事業所が農作物を農家から買い取り、加工。コミュニティシステム合同会社が障がい者と一緒にパーキングエリアで販売。



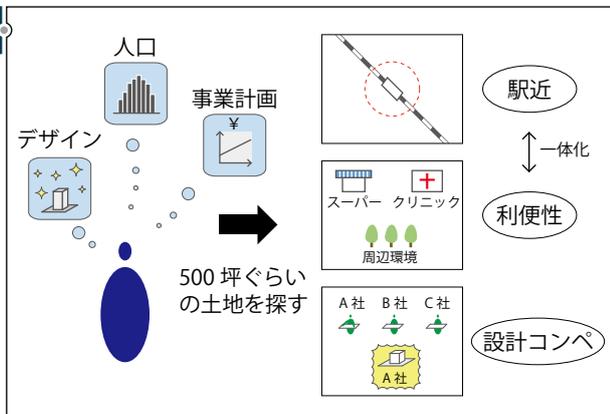
障がい者の就労支援事業者とのパートナーシップ

- ◇障がい者雇用と地域活性化事業を結びつける過程で就労支援を担う社会福祉法人と知り合う。
- ◇社会福祉法人のキーパーソンが退職し、Bee-Hive を起業。
- ◇福祉分野を担うパートナーを確保。住宅と福祉、そして地域との融合を目指した地域貢献型多世代賃貸住宅を考案。コミュニティハイツと名付ける。



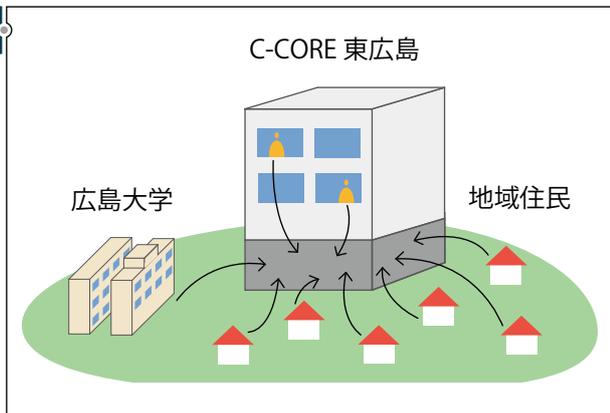
地域貢献型多世代賃貸住宅の事業化

- ◇賃貸住宅ニーズのある地域を探す。
- ◇人口動態、駅からの距離、周辺環境を考慮して東広島市での計画を決定。
- ◇設計コンペを行い設計者を募集。
- ◇地域貢献を考え、利回りを10%から5%に軽減。

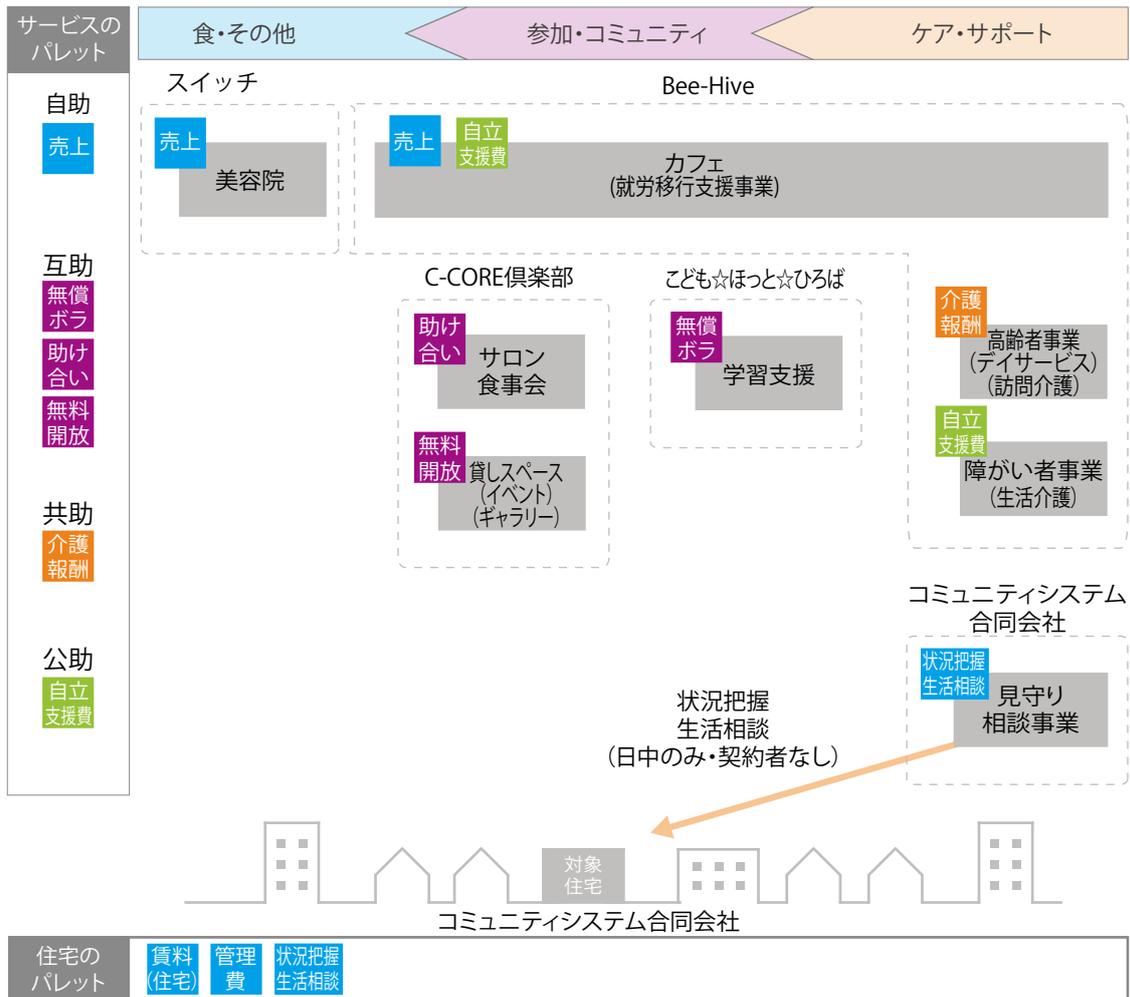


地域とのつながりを構築

- ◇住宅と併設機能の関係者がネットワークを組み、「C-CORE 倶楽部」を組織化。上階を含めた地域住民のコミュニティづくりを推進。
- ◇1Fのカフェ（障がい者就労移行支援事業）でお茶会、食事会、自治会を開催。
- ◇広島大学教育学部生による塾（小学校から一般まで）の実施。



事業の計画



◇全体の事業企画および住宅事業はコミュニティシステム合同会社が担い、介護事業は Bee-Hive が担当。

◇各事業体に資本提携関係はなく、独立した企業体であるが、地域コミュニティの推進を目的とした「C-CORE 倶楽部」を組織化。上階住戸を含めた地域住民向けのイベント等を1階のカフェ（障がい者の就労移行支援事業として運営）で定期的に開催。

◇C-CORE 倶楽部は、専任スタッフは置かず各事業所からスタッフを派遣（現在はコミュニティシステム合同会社のスタッフを中心に活動）。

食事の自由度

食事のコントロール		調理方法	実態
自分で調達する	自炊		○
	中食		○
	配食		○
	外食		○
ホームヘルパーがつくる			○
食堂で食べる	利用者が限定されていない		○
	メニューが選択できる		○
	献立や調理に参加できる		×
	重度者対応の食事を提供できる		×

住まいの計画

居住者像
多世代型、23戸

住宅の個人空間
住戸

住宅の共用空間
共用食堂なし

併設機能
カフェ、ケアサービス、
コミュニティ広場、こどもの場

立地
住宅地



住戸内部



住戸内部

◇1階は高齢者や障がい者の介護事業所とカフェ、美容室。住宅は2階以上。

◇各事業所ごとに外部とつながる玄関をもつ。

◇中庭を介して1階の各事業所と上階の住戸がつながる。

◇住戸プランは1LDK～3LDK（45.97㎡～72.43㎡）。合計23戸。全住戸にキッチン、浴室がある。

◇1LDKの4戸は、高齢者や障がい者の入居を想定して車いす対応の仕様。

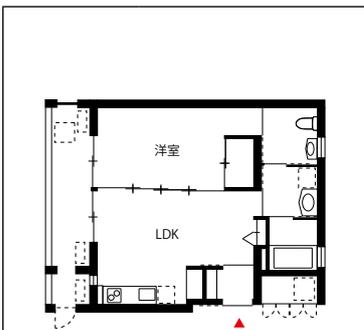
◇3階の一室をコミュニティシステム合同会社が事務室として使用。通常の管理人業務に加えて、生活全般の相談に対応。福祉系の相談は「Bee-Hive」に橋渡し。

◇高齢世帯の受け入れは、福祉事業を担う「Bee-Hive」と協議しながら判断。「Bee-Hive」が保証人となるケースもあり、居住の安定化を含めて支援。

◇ケアマネジャーからの勧めで居住している高齢者あり。

◇ライフサポート契約（安否確認や緊急通報）を用意しているが（月1万5千円）、契約者は現段階ではない。

住戸計画



1/250

1LDK	
住戸数	4戸（車いす対応）
面積	48㎡
設備	キッチン 浴室・トイレ 洗面
家賃	7.2万円/月
共益費	3.0千円/月
ライフサポート費	1.5万円/月



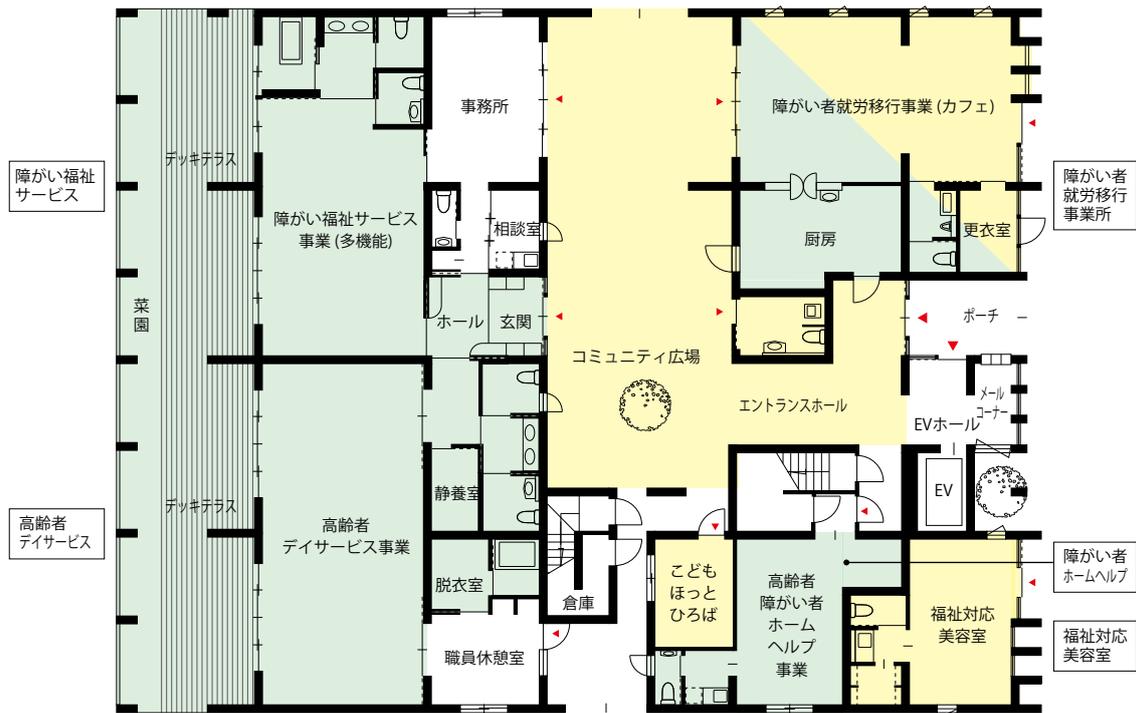
1/250

2LDK	
住戸数	17戸
面積	46㎡
設備	キッチン 浴室・トイレ 洗面
家賃	6.9～7.0万円/月
共益費	3.0千円/月
ライフサポート費	1.5万円/月



1/250

3LDK	
住戸数	2戸
面積	70㎡
設備	キッチン 浴室・トイレ 洗面
家賃	8.0万円/月
共益費	3.0千円/月
ライフサポート費	1.5万円/月



1階平面図

0 2.5 5 M
Scale 1 : 250



- 住宅の個人空間
 - 住宅の共用空間
- 地域と住宅の双方に開かれた空間
 - 利用者が限定されている空間 (ケア部門等)

建物概要

設計：(株)アトリエドーム
 用途地域：第一種住居地域
 総建築費：約 2.9 億円

敷地面積： 965 ㎡
 延床面積：1,753 ㎡
 土地：所有 (岡本建設(株))
 建物：所有 (㈲岡本コンクリート工業)

遠矢団地 + 遠矢コレクティブセンター

北海道釧路郡釧路町



外観

所在地 広域



全体概要

開設年：2006年10月（1期）

2008年12月（2期）

事業主体：釧路町（公営住宅）、
NPO法人ゆめのき
（併設機能）

住戸数：40戸

（うちシルバーハウジング12戸）

住戸種別：町営住宅

階数：3階建て

併設機能：

小規模多機能型居宅介護
集会室、菜園など



収穫祭の様子

運営概要

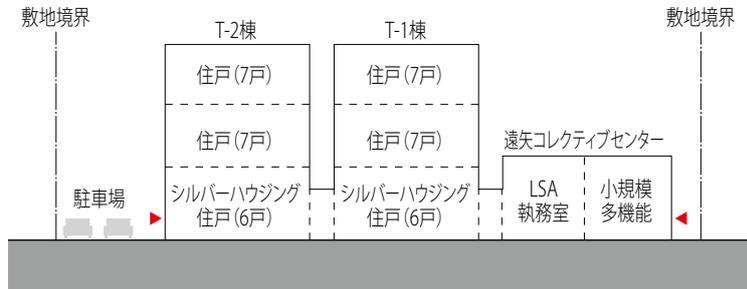
- ◇住宅部局と福祉部局が連携し、多世代交流と支え合いの理念を公営住宅で実現した行政主導型の「釧路町型コレクティブハウジング」
- ◇ハード事業として、多世代居住の実現（一般世帯28戸、シルバーハウジング12戸）と、福祉部門の拠点となる遠矢コレクティブセンターの併設。
- ◇ソフト事業として、行政によるコレクティブハウジング模擬事業と、併設の遠矢コレクティブセンターの運営を担う人材育成事業。
- ◇ソフト事業の結果、地域住民が「NPO法人ゆめのき」の設立に至り、遠矢コレクティブセンターにて、小規模多機能型居宅介護事業、地域交流事業、シルバーハウジングLSA事業（町委託事業）、地域包括支援センターランチ業務（町委託事業）等を実施。

釧路町の概要

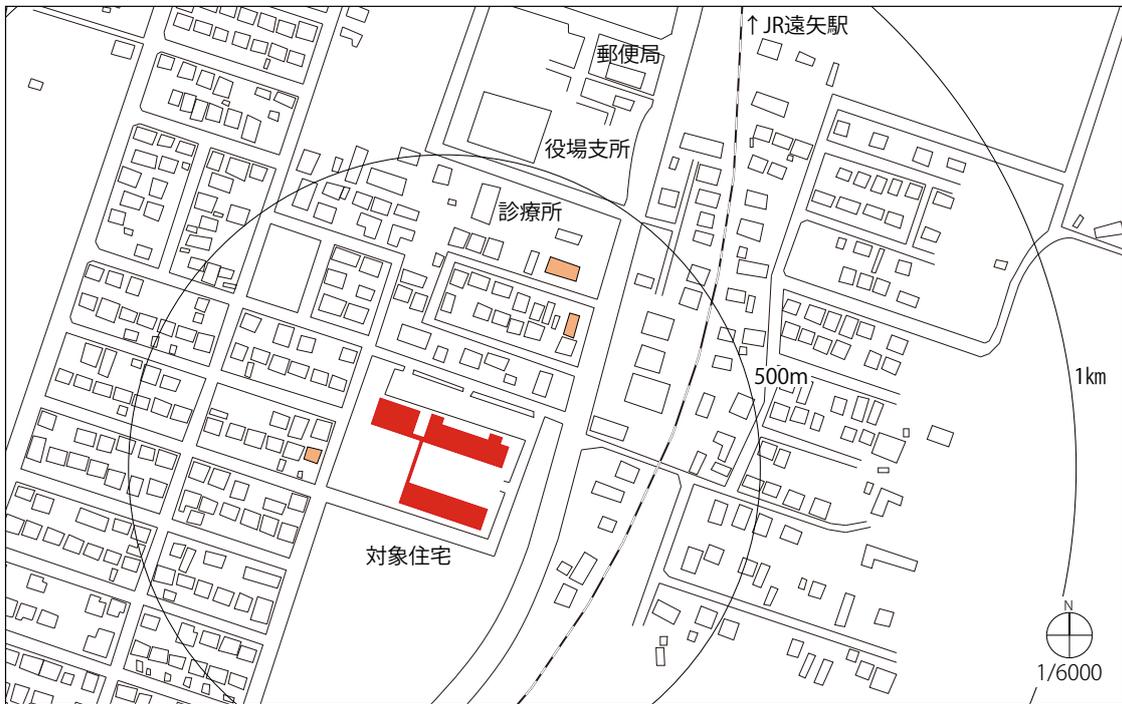
人口：20,526人
 高齢者人口：4,001人
 65歳以上割合：19.50%
 75歳以上割合：8.79%
 要介護認定者数：729人
 世帯数：8,042世帯
 持家：5,359世帯
 民間賃貸：2,003世帯
 公営賃貸：303世帯

(H22年度 国勢調査)

北海道の南東部に位置する。町内は5つの地区に分かれる。遠矢団地は遠矢地区の中心部に位置する。



立地・敷地の概要



■ 店舗 (物販・飲食系)



LSA 拠点



小規模多機能型居宅介護



交流サロン



協働菜園事業



集会室 (クリスマス会)

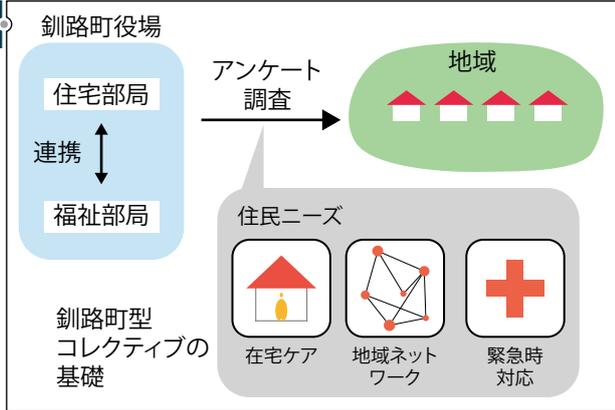


南側外観と駐車場

事業プロセス

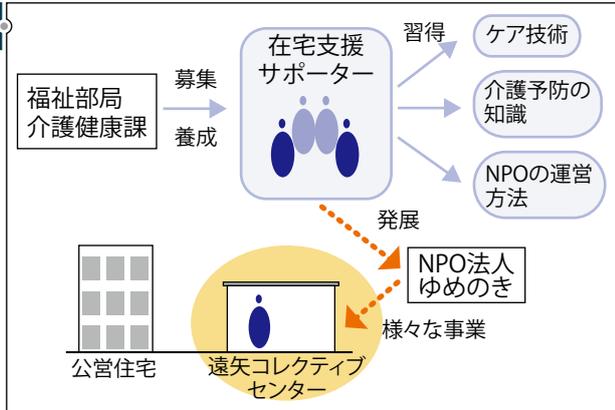
行政による企画立案

- ◇ 釧路町住宅マスタープランにシルバーハウジングプロジェクトを位置づけ。
- ◇ 住宅部局から福祉部局にアプローチ、両者の連携を模索。
- ◇ 町民へのアンケート調査を踏まえ、釧路町型コレクティブハウジングを事業決定。



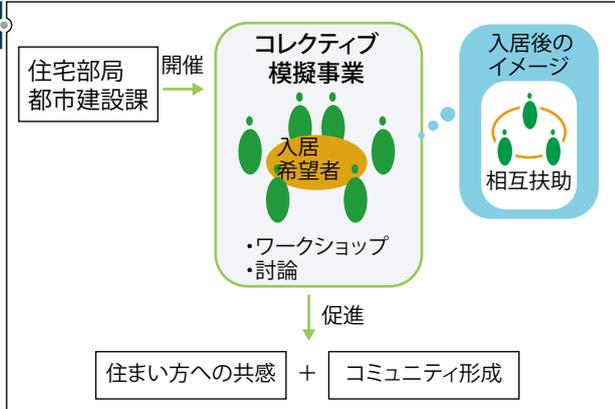
行政による福祉分野人材育成事業

- ◇ 福祉部局が2004年度～2005年度に実施。
- ◇ 目的は遠矢コレクティブセンターの担い手の育成。
- ◇ NPO法人ゆめのきの設立に至る。
- ◇ 遠矢コレクティブセンターにて各種事業を実施。



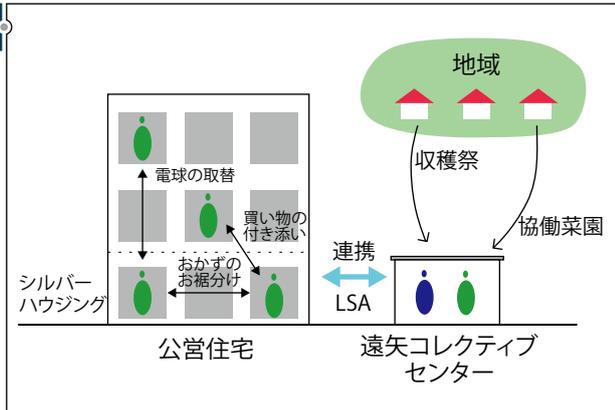
コレクティブ模擬事業の実施

- ◇ 住宅部局が2005～2008年度に実施。
- ◇ 入居希望者が模擬事業に参加。
- ◇ 釧路町型コレクティブという住まい方についてワークショップ形式を取り入れて理解。
- ◇ コミュニティ形成の基盤を確立。

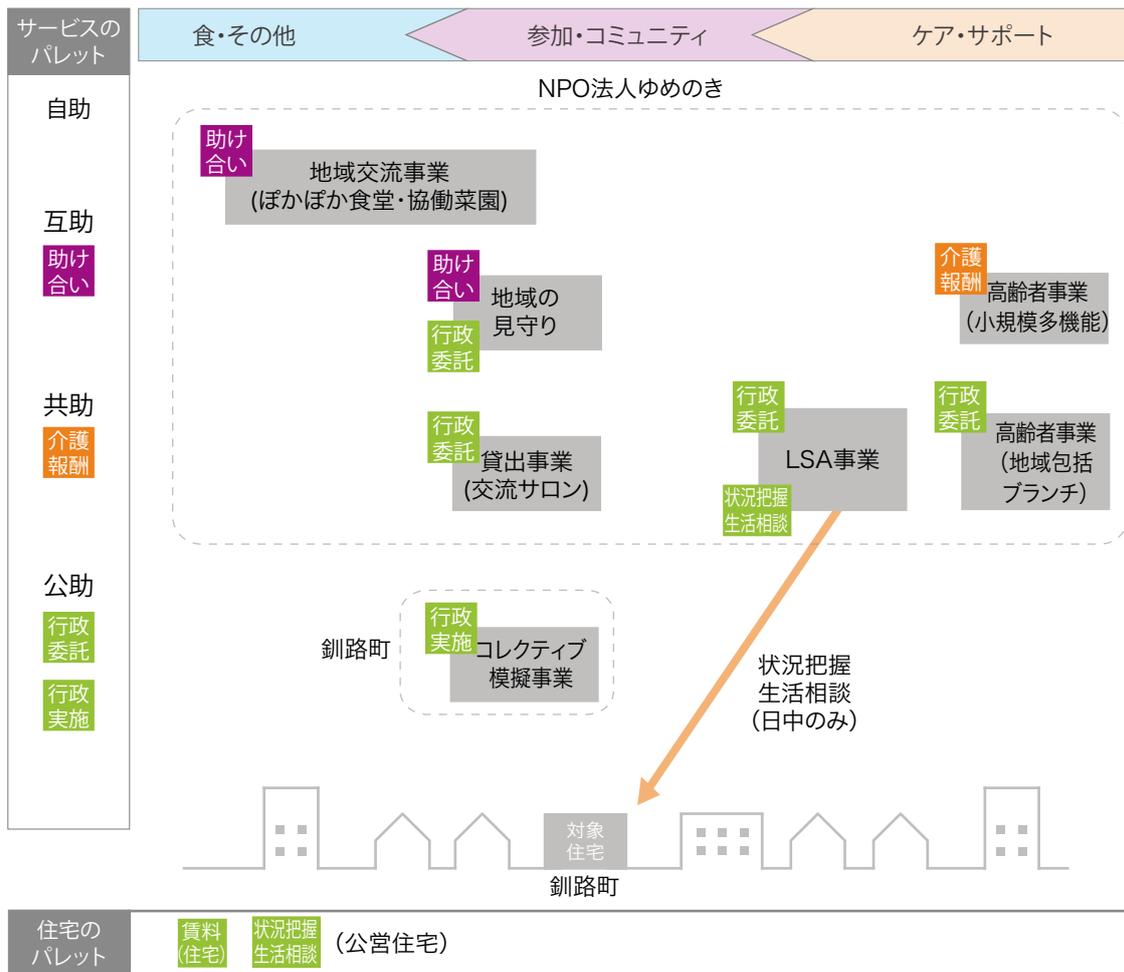


NPO法人の自立と住民の自主運営へ

- ◇ 入居者同士の助け合い（電球の取替や子どもの一時的な預かりなど）が自発的に形成。
- ◇ 団地自治会とNPO法人ゆめのきの協働による交流事業。
- ◇ 行政支援の必要性が薄れ自主運営へ。



事業の計画



◇行政が、NPO 法人ゆめのきにコレクティブセンターの運営管理を委託。

◇NPO 法人ゆめのきの事業は、小規模多機能型居宅介護事業、地域交流事業、シルバーハウジング LSA 事業（町委託事業）、地域包括支援センタープランチ業務（町委託事業）である。

◇地域交流事業の一環である「ぼかぼか食堂」のイベントや、「協働菜園」の活動には、居住者と地域住民の双方が参加している。

◇NPO 法人ゆめのきは各種事業に加えて、住民・ボランティア・PTA 等が利用する交流サロンの維持管理（貸出予約）を行う。

食事の自由度

食事のコントロール		調理方法	実態
自分で調達する		自炊	○
		中食	○
		配食	○
		外食	○
ホームヘルパーがつくる			○
食堂で食べる	利用者が限定されていない		—
	メニューが選択できる		—
	献立や調理に参加できる		—
	重度者対応の食事を提供できる		—

住まいの計画

- 居住者像
公営住宅 40 戸 (うちシルバー 12 戸)
- 住宅の個人空間
住戸
- 住宅の共用空間
共用食堂なし
- 併設機能
小規模多機能・集会室・
団らん室・相談室・菜園
- 立地
遠矢地区の中心部

◇全 40 戸、1LDK から 3LDK で構成され、シルバーハウジングは単身用の 1LDK が 10 戸と夫婦用の 2LDK が 2 戸の 12 戸ある。浴室とキッチンを備えた住戸タイプである。

◇北海道のユニバーサル設計指針に従い、車いす対応でトイレなどが広く設計されている。

◇シルバーハウジングの住戸には緊急通報システムを設置。



住戸内部

◇1 階のシルバーハウジング部分はガラス張りの南側廊下となっており、住戸前には縁側をイメージしたベンチが設置されていて、住民のコミュニティの場となっている。



住戸内トイレ

◇上階を含めた入居者の間で買物に車で連れて行ってもらうことやおかずのやり取りが行われており、互助の関係が築かれている。

◇LSA 業務 (状況把握や生活相談に相当) を行う職員が 1 名常駐しており、勤務時間は 8 時から 18 時までである。

住戸計画

1/250

1LDK-S (T-2)	
住戸数	5 戸
面積	57 m ²
設備	収納・台所 水洗便所・浴室 洗面・洗濯
家賃	1.9～5.0 万円/月*
管理費・共益費	- 万円・- 万円
LSA 費	0～0.5 万円/月

1/250

2LDK-S (T-2)	
住戸数	1 戸
面積	72 m ²
設備	収納・台所 水洗便所・浴室 洗面・洗濯
家賃	2.3～5.9 万円/月*
管理費・共益費	- 万円・- 万円
LSA 費	0～0.5 万円/月

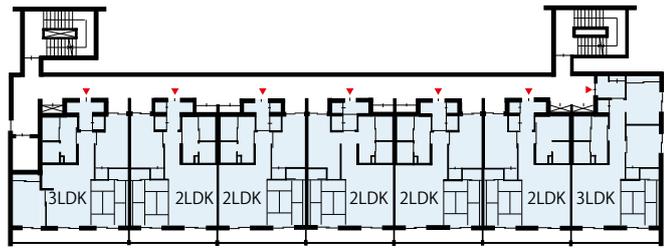
1/250

2LDK (T-2)	
住戸数	10 戸
面積	65 m ²
設備	収納・台所 水洗便所・浴室 洗面・洗濯
家賃	2.2～5.8 万円/月*
管理費・共益費	- 万円・- 万円
LSA 費	- 万円/月

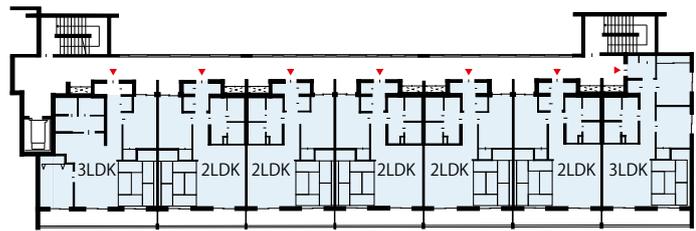
* 家賃は公営住宅法に基づく応能負担

建物概要

設計：(株)アトリエブク
 用途地域：第一種住居地域
 総建築費：約9.1億円
 敷地面積：8,729㎡
 延床面積：4,425㎡
 土地：町所有
 建物：町所有

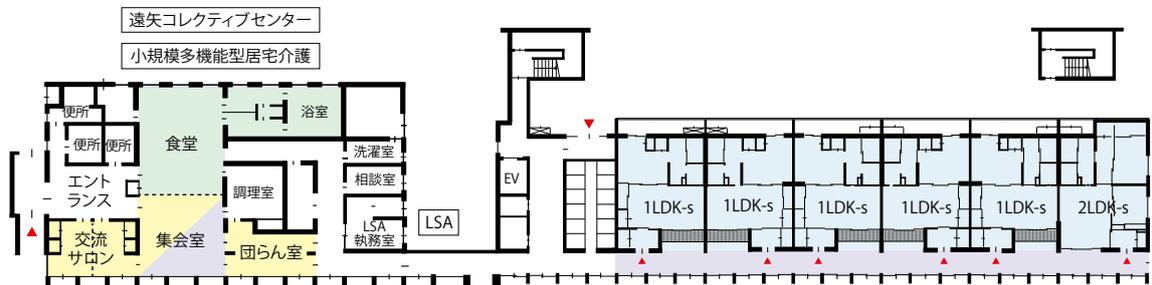


公営住宅 T-1棟



公営住宅 T-2棟

2階平面図



公営住宅 T-1棟

1階平面図

Scale 1 : 600



- 住宅の個人空間
- 地域と住宅の双方に開かれた空間
- 住宅の共用空間
- 利用者が限定されている空間（ケア部門等）

新地東ひまわり住宅 + 地域交流プラザふらねコパン

福岡県大牟田市



エントランスアプローチ

所在地 広域



全体概要

開設年：2007年9月

事業主体：大牟田市（公営住宅）
社会福祉法人それいゆ
（併設機能）

住戸数：120戸

住戸種別：市営住宅

階数：8階建て

併設機能：

認知症対応型デイサービス（定員12名）

訪問介護事業所

地域交流スペース

カフェ



カフェ

運営概要

◇市営住宅と介護サービスの連携による取り組み。市営住宅の住戸数は120戸。市営住宅への入居は公募により行われ抽選にて決定。

◇老朽化による市営住宅の建て替えに伴い社会福祉法人を1階に誘致。

◇併設機能は、カフェ、高齢者デイサービス、自主事業による宿泊サービス、訪問介護事業所、地域交流スペースからなる。

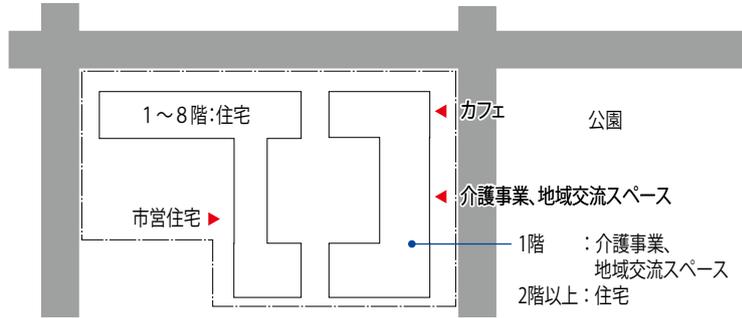
◇公募により事業者（社会福祉法人それいゆ）を選定。社会福祉法人は市に賃料を支払う。

◇地域交流スペースでは、「よかば〜い体操」「はにかみ教室」などの介護予防事業に加えて、子育て支援や地域住民のサークル活動などが実施されている。

大牟田市の概要

人口：123,638人
 高齢者人口：37,816人
 65歳以上割合：30.72%
 75歳以上割合：17.01%
 要介護認定者数：7,646人
 世帯数：49,326世帯
 持家：32,106世帯
 民間賃貸：10,843世帯
 公営賃貸：4,634世帯
 (H22年度 国勢調査)

熊本県との県境に位置する福岡県南部に立地。基幹産業の衰退に伴い少子高齢化が急速に進む。



立地・敷地の概要



■ 店舗（物販・飲食系）



高齢者デイサービス



地域交流スペース



談話スペース



カフェ入口



中庭

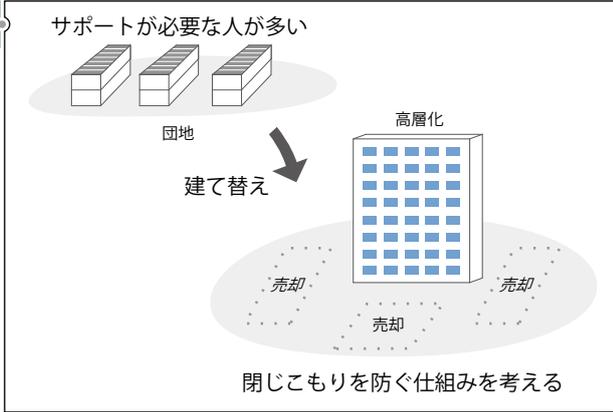


周辺（公園）

事業プロセス

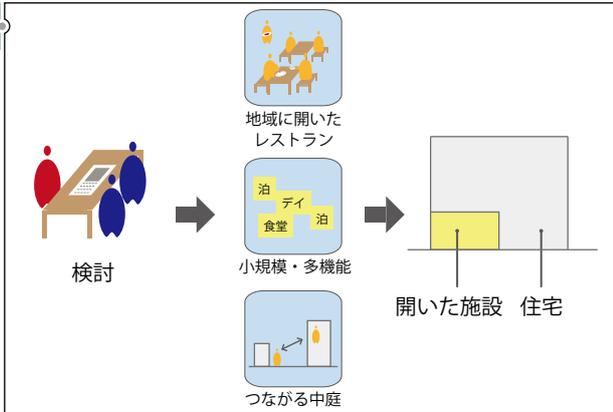
市営住宅の建て替え事業

- ◇老朽化した市営住宅の建て替え事業。市営住宅には高齢者、低所得者が多数入居。
- ◇駅から近く、活用できる用地を確保するために住宅を高層化し、余剰地を売却。
- ◇支援を必要とする人々が閉じこもらない仕組みを検討。



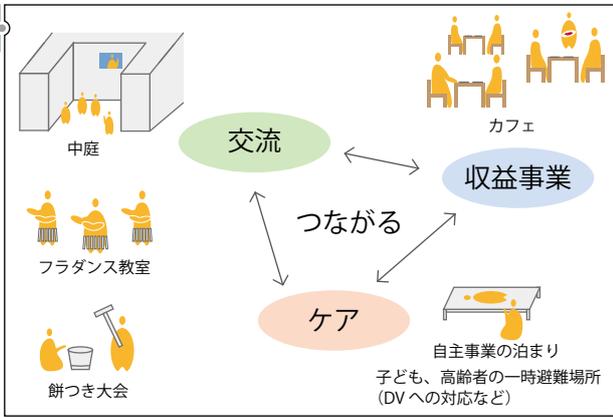
事業計画に運営者が参加

- ◇周辺に対する支援体制の構築を目指し、福祉サービスの併設。
- ◇運営事業者を計画段階で公募。設計段階から運営事業者である社会福祉法人それいゆが関わる。
- ◇小規模多機能型居宅介護の制度化に先駆け、小規模で多機能なサービスを検討。



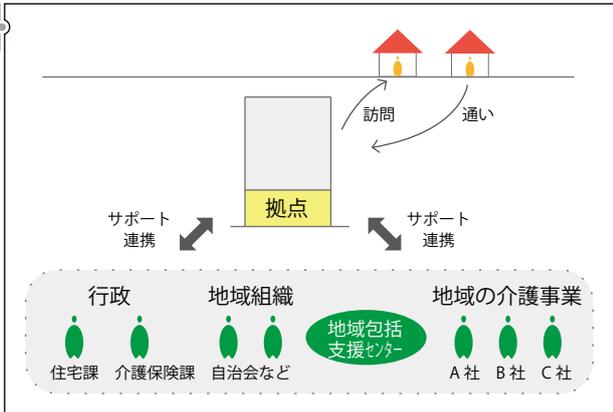
地域に開かれた多様な事業の展開

- ◇本格的なカフェ。地域住民に好評なランチの提供。
- ◇イベント、交流活動に利用できる地域交流スペース。
- ◇中庭を介しての上階住民との交流。
- ◇制度外のニーズにも対応できる柔軟なケア。
例) 自立高齢者向けサービス
昼食、入浴、送迎で 1,500 円/回

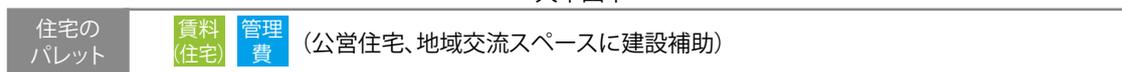
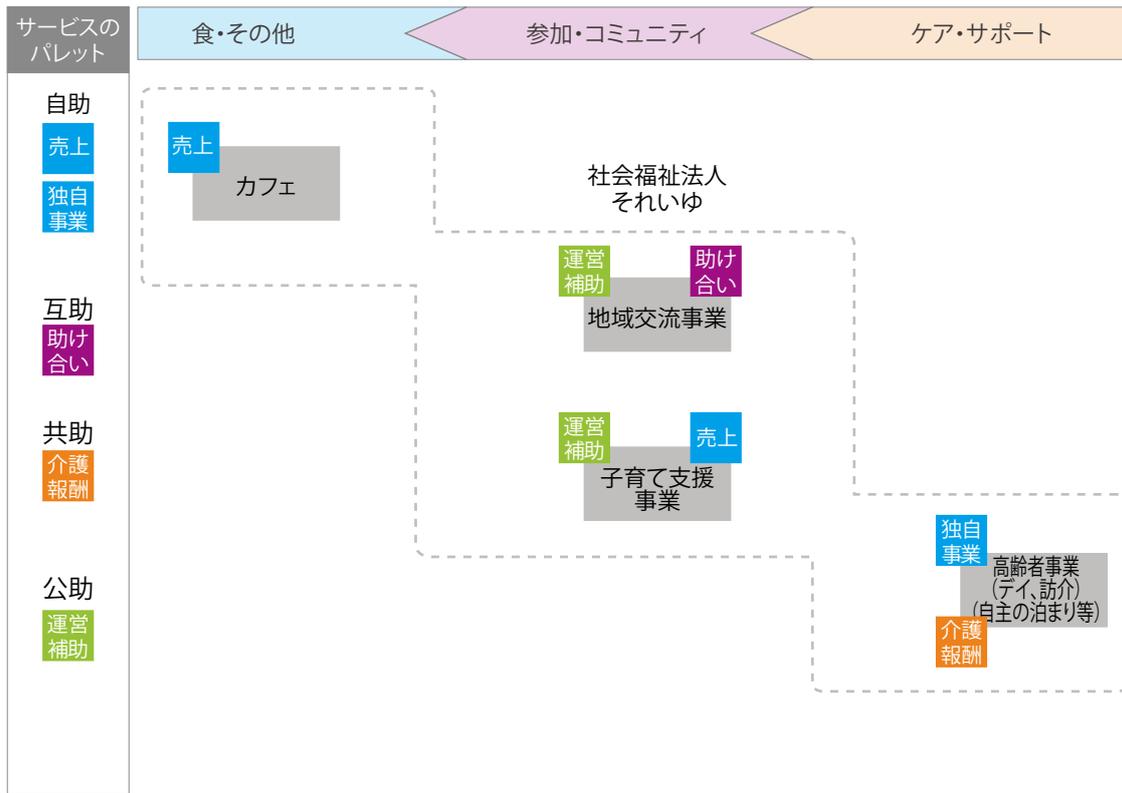


ケアを核とした地域交流拠点の整備

- ◇高齢化していく市営住宅や地域を積極的にサポートしていく仕組み。
 - ・地域交流スペースが行政や住民をつなぐ橋渡し役になる。
 - ・地域包括支援センターと連携を図り、地域を支える拠点になる。



事業の計画



◇大牟田市が全体の事業企画および住宅事業を担い、「社会福祉法人それいゆ」が介護事業を担当。

◇住民の選定、日常的な住民とのやりとりは市の住宅関係部署が担当。福祉ニーズが高い入居者については社会福祉法人や地域包括支援センターと連携を取り対応。

◇大牟田市から建設補助金を受け、地域交流スペースを設置。一部運営補助金を受け、社会福祉法人がコミュニティ活動を実施。

食事の自由度

食事のコントロール		調理方法	実態
自分で調達する		自炊	○
		中食	○
		配食	○
		外食	○
ホームヘルパーがつくる			○
食堂で食べる	利用者が限定されていない		○
	メニューが選択できる		○
	献立や調理に参加できる		×
	重度者対応の食事を提供できる		○

住まいの計画

居住者像
公営住宅、120戸

◇地域交流スペース、カフェ、介護事業所の入口は北側。住宅の入口は南側となり別々に設けられている。

住宅の個人空間
住戸

住宅の共用空間
共用食堂なし

◇介護事業所側と市営住宅の間には中庭が設けられており、相互の交流をはかりやすい。

併設機能
カフェ、介護サービス、地域交流スペース

◇市営住宅のプランは1DK (34㎡) が76戸、2DK (44.7㎡) が30戸、3DK (61.1㎡) が14戸の合計120戸。

立地
住宅地・工業地



住戸 和室

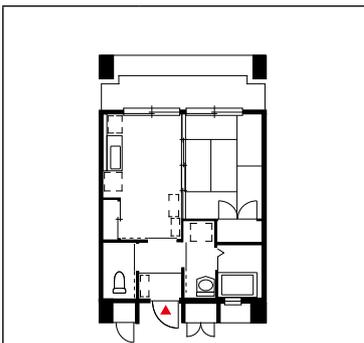
◇片廊下の口の字型のプラン。屋外廊下で結ばれる。

◇福祉施設の整備にかかる費用（仕上げ等）は、厚生労働省の地域介護・福祉空間整備交付金を活用。



住戸 キッチン

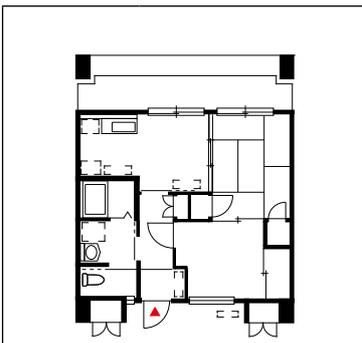
住戸計画



1/250

1DK

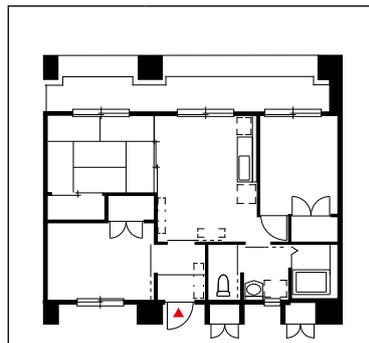
住戸数	76戸
面積	34㎡
設備	キッチン 浴室・トイレ 洗面
家賃*	1.21~1.80万円/月
共益費	1.3千円/月



1/250

2DK

住戸数	30戸
面積	44.7㎡
設備	キッチン 浴室・トイレ 洗面
家賃*	1.59~2.36万円/月
共益費	1.3千円/月



1/250

3DK

住戸数	14戸
面積	61.1㎡
設備	キッチン 浴室・トイレ 洗面
家賃*	2.17~3.23万円/月
共益費	1.3千円/月

※ 家賃は公営住宅法に基づく応能負担

シニア向け長屋住宅 あさがお邸

徳島県徳島市



外観

全体概要

開設年：2012年4月
事業主体：社会福祉法人 あさがお福祉会
住戸数：18戸
住宅種別：旧高優賃
階数：2階建て
併設機能：

小規模多機能型居宅介護
コミュニティレストラン

ケアハウス（定員50名）
認知症高齢者グループホーム（定員18名）
高齢者デイサービス
訪問介護事業所
居宅介護支援事業所
介護予防パソコン教室

所在地 広域



小料理屋

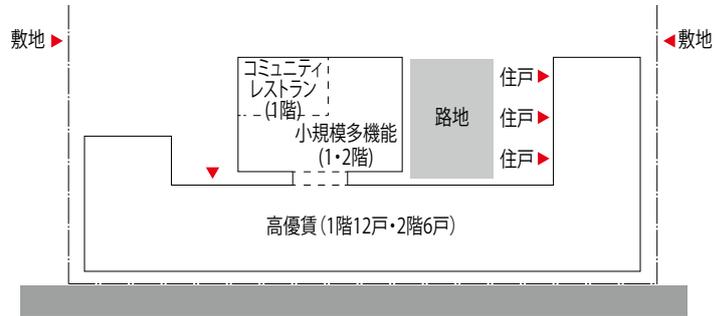
運営概要

- ◇旧高齢者向け優良賃貸住宅制度を活用し、木造でつくられた住宅。
- ◇全18戸で、建設時の補助金活用と、高優賃の家賃補助を組み合わせることで、居住者の負担を軽減している。
- ◇「小規模多機能型居宅介護あさがお」とコミュニティレストラン「小料理屋うてび」が併設されている。
- ◇小料理屋では腕利きの料理人を雇い、本格的な食事を入居者や地域住民に向けて提供している。
- ◇住宅と小規模多機能の間にある「路地」を利用して、夕涼み会やバザーを開催するなど地域に貢献する取り組みを実施している。

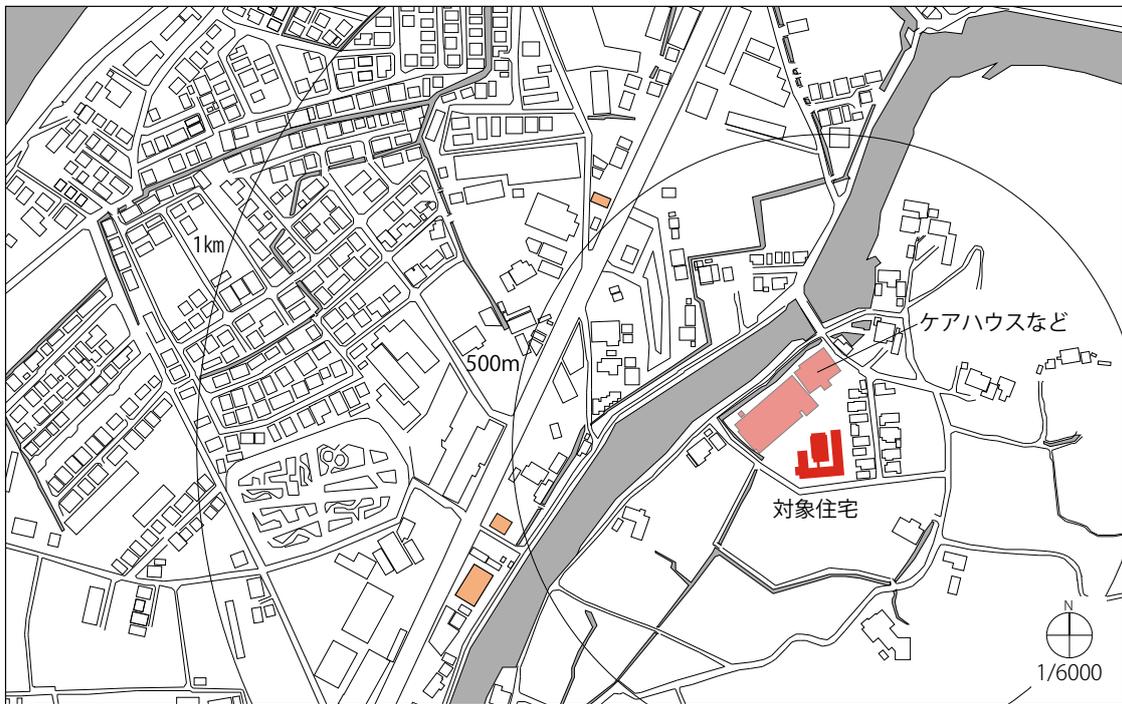
徳島市の概要

人口：264,548人
 高齢者人口：61,457人
 65歳以上割合：23.71%
 75歳以上割合：12.05%
 要介護認定者数：14,376人
 世帯数：110,350世帯
 持家：63,043世帯
 民間賃貸：37,161世帯
 公営賃貸：5,964世帯
 (H22年度 国勢調査)

徳島県の東部沿岸部に位置し、敷地周辺は海拔が低く、川や海に囲まれている。また、県道沿いを中心に宅地化が進んでいる。



立地・敷地の概要



■ 店舗(物販・飲食系)



コミュニティレストラン



コミュニティレストラン厨房



小規模多機能型居宅介護



路地



認知症高齢者グループホーム・デイサービス

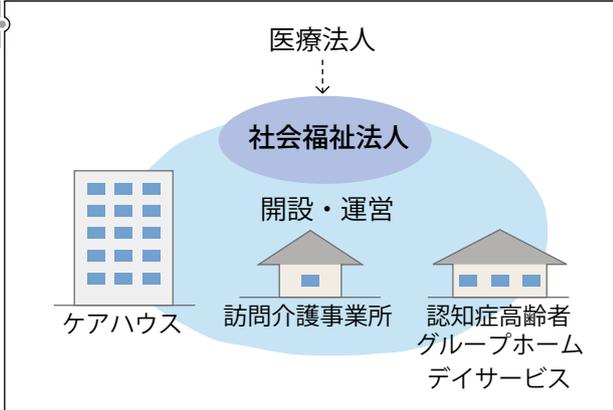


ケアハウス

事業プロセス

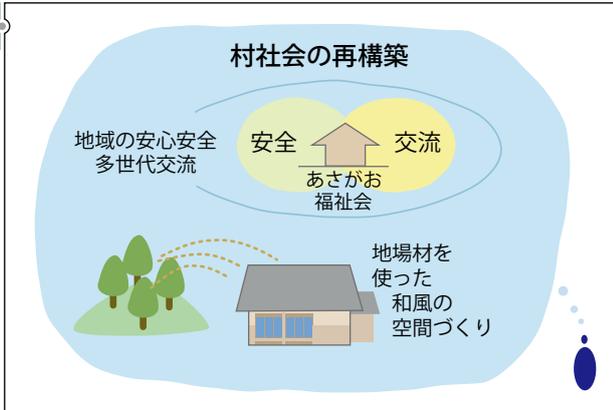
様々な介護事業を立ち上げ

- ◇医療法人が母体となり社会福祉法人を設立。
- ◇1997年にケアハウス、2000年に訪問介護事業所、2004年にデイサービスと認知症高齢者グループホームを開設。



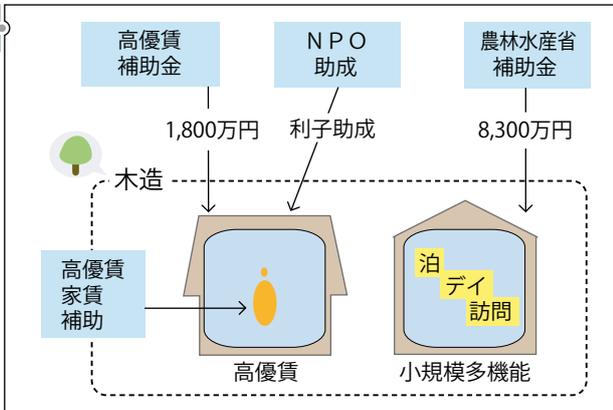
村社会の再構築をめざして

- ◇ケアハウスに介護予防パソコン教室やコミュニティカフェ、駄菓子屋スペースを設け、地域交流の試みを始める。
- ◇ケアハウスに代わる低所得高齢者のための住まいを提供したい。
- ◇施設ではなく住宅らしい建物をつくりたい。
- ◇県産材を活用した木造での整備を計画。
- ◇多世代交流が可能な建物を目指す。



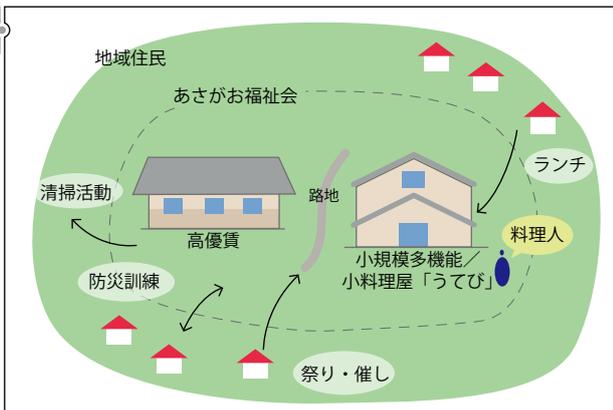
交付金や家賃補助制度を活用した事業計画

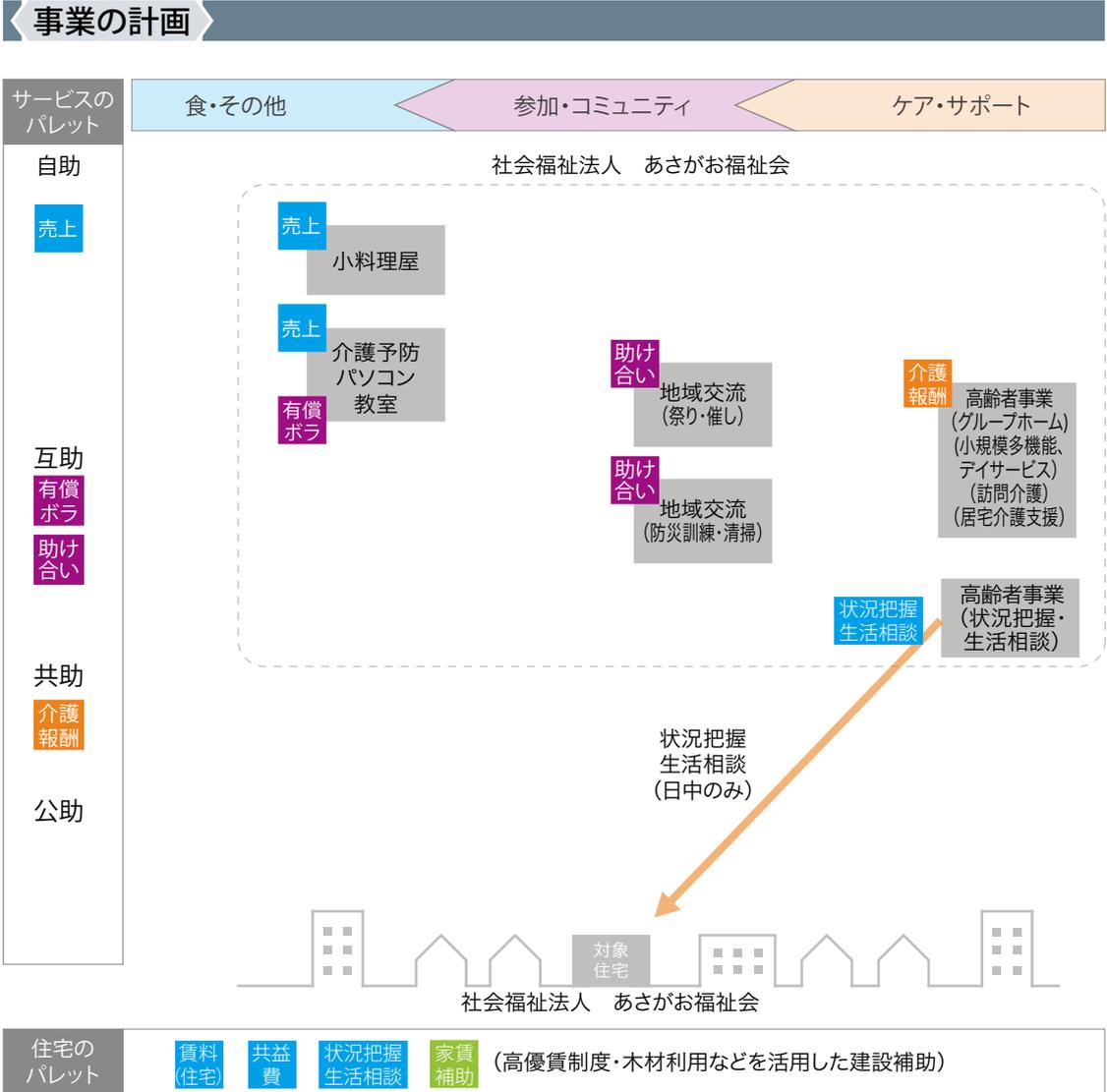
- ◇「徳島市高齢者向け優良賃貸住宅補助金」(1,800万円)。
- ◇「木造公共建築物・木質バイオマス活用施設の整備資金等への利子助成事業」(借入金の利子が15年間補填)。
- ◇農林水産省「森林整備加速化・林業飛躍事業補助金」(8,300万円)。
- ◇高優賃の家賃補助制度を活用(上限1.73万円/月)。



建物の多世代利用を目指す

- ◇小料理屋では、本格的な料理を提供することで地域住民の利用を促進。
- ◇路地を活用して、祭りやバザーを定期的に開催。
- ◇制度外で児童の一時預かりサービスを検討中。





- ◇「あさがお福祉会」が全ての事業を手がけている。
- ◇建設時に複数の補助金を活用することにより自己資金を抑え、事業の安定を図る。
- ◇入居者には高優賃の家賃補助制度を活用して、負担を軽減している。
- ◇地域住民が利用できるサービスとして小料理屋や介護予防パソコン教室の運営をしている。
- ◇介護予防パソコン教室では、講師として地域住民が参加している。

食事の自由度

食事のコントロール		調理方法	実態
自分で調達する		自炊	○
		中食	○
		配食	○
		外食	○
ホームヘルパーがつくる			○
食堂で食べる*	利用者が限定されていない		○
	メニューが選択できる		×
	献立や調理に参加できる		×
	重度者対応の食事を提供できる		○

※ 小料理屋で食事を行う

住まいの計画

居住者像
高優賃、18戸

住宅の個人空間
居室（キッチン、洗面、トイレ付）

住宅の共用空間
共用食堂あり

併設機能
小規模多機能、コミュニティサロン、ケアハウス、グループホーム、デイサービス、訪問介護

立地
住宅地・農地

◇1R（トイレ・ミニキッチン付）、3タイプ（21.66㎡、23.46㎡、28.88㎡）あり、居室タイプの18戸で構成。

◇一部の住戸には、建物内への出入口に加え、直接屋外（路地）に通じる玄関が設置されており、家族やヘルパーが訪問する時に利用する。

◇見守りについては、日中は職員1名（看護師または清掃員）を配置し、夜間の緊急時には小規模多機能の宿直が対応している。

◇職員は1階の事務室に常駐しており、入居者とは隣接する食堂で交流している。

◇2階の食堂は小料理屋などを利用するため、ほとんど使われていない。

◇高優賃の家賃補助制度を活用すると、上限17,300円の補助を受けられ、1ヶ月の食費を含む生活費を9～10万円ほどにできる。



居室内部



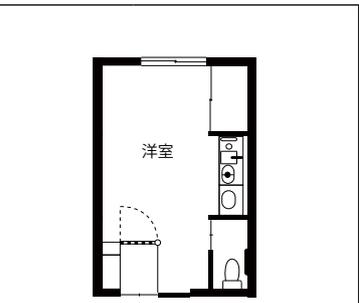
食堂（高優賃1階）

住戸計画



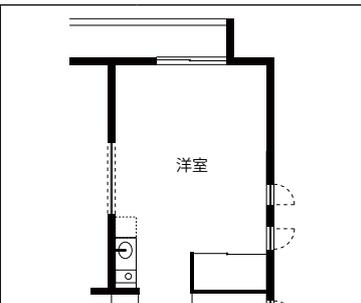
1/250

1R	
住戸数	6戸
面積	23.46㎡
設備	収納・台所 水洗便所 洗面・洗濯所
家賃	4.0万円/月
共益費	0.8万円/月
管理費	2.0万円/月



1/250

1R	
住戸数	11戸
面積	21.66㎡
設備	収納・台所 水洗便所 洗面
家賃	4.0万円/月
共益費	0.8万円/月
管理費	2.0万円/月

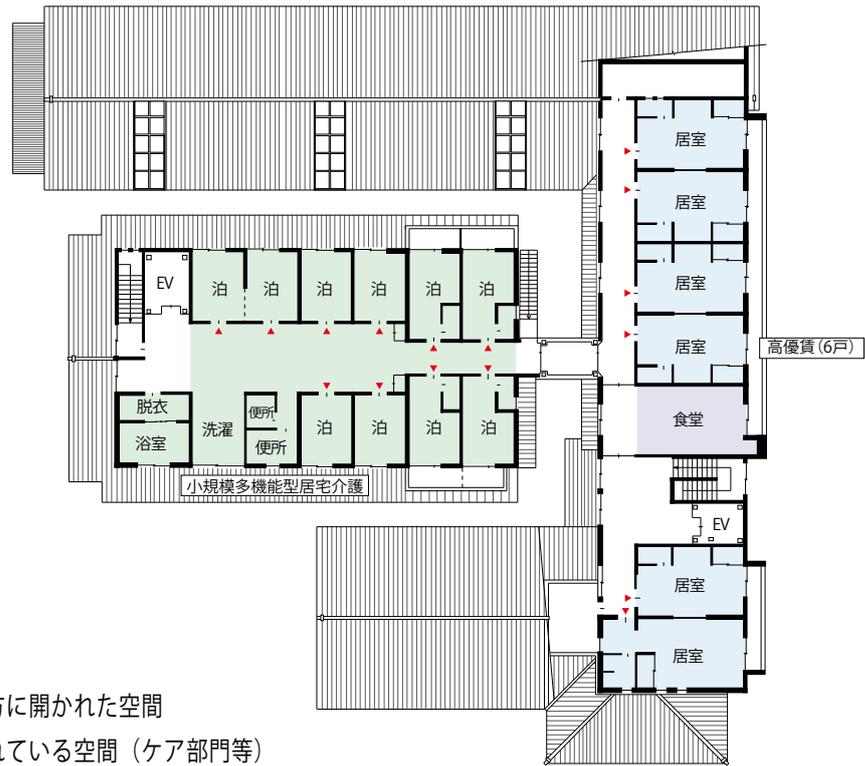


1/250

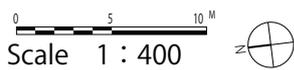
1R	
住戸数	1戸
面積	28.88㎡
設備	収納・台所 水洗便所 洗面
家賃	4.4万円/月
共益費	0.8万円/月
管理費	2.0万円/月

2階平面図

- 住宅の個人空間
- 住宅の共用空間
- 地域と住宅の双方に開かれた空間
- 利用者が限定されている空間（ケア部門等）



1階平面図



建物概要

設計：(有)YM 設計室
 用途地域：市街化調整区域
 総建築費：約 3.2 億円

敷地面積：5,611 m²
 延床面積：1,421 m²
 土地：借地
 建物：所有 (社会福祉法人あさがお福祉会)

いなげビレッジ虹と風

千葉県千葉市



外観

所在地 広域



全体概要

開設年：2011年8月
事業主体：社会福祉法人生活クラブ
住戸数：20戸
住戸種別：サービス付き高齢者向け住宅
階数：3階建て
併設機能：

ショートステイ（定員20名）
高齢者デイサービス（定員30名）
訪問介護事業所
診療所
訪問看護事業所
児童デイサービス
生協店舗・惣菜店・カフェ
福祉用具・住宅改修店
鍼灸施術所
VAICコミュニティケア研究所



カフェ

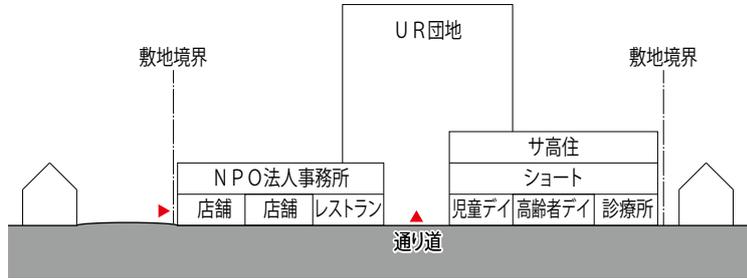
運営概要

- ◇食料品や生活必需品の販売などを手掛ける生活協同組合により設立された社会福祉法人が母体。個室ユニットケアを先駆的に導入。
- ◇在宅サービスを展開する一環としてUR団地の建て替え事業に応募。公募条件として延床面積の50%以上を在宅サービスとすることが明記されており、在宅中心の構成となる。
- ◇事業の構成は制度サービスと店舗サービスからなる。制度サービスとして高齢者向けのショートステイ、デイサービス、児童デイサービス、診療所を整備。店舗サービスは、1階にカフェ、生協の店舗、福祉用具の販売・住宅改修の店舗があり、2階に地域活動を行うNPO法人がある。
- ◇サービス付き高齢者向け住宅の住戸数は20戸。主な居住者は要介護高齢者。

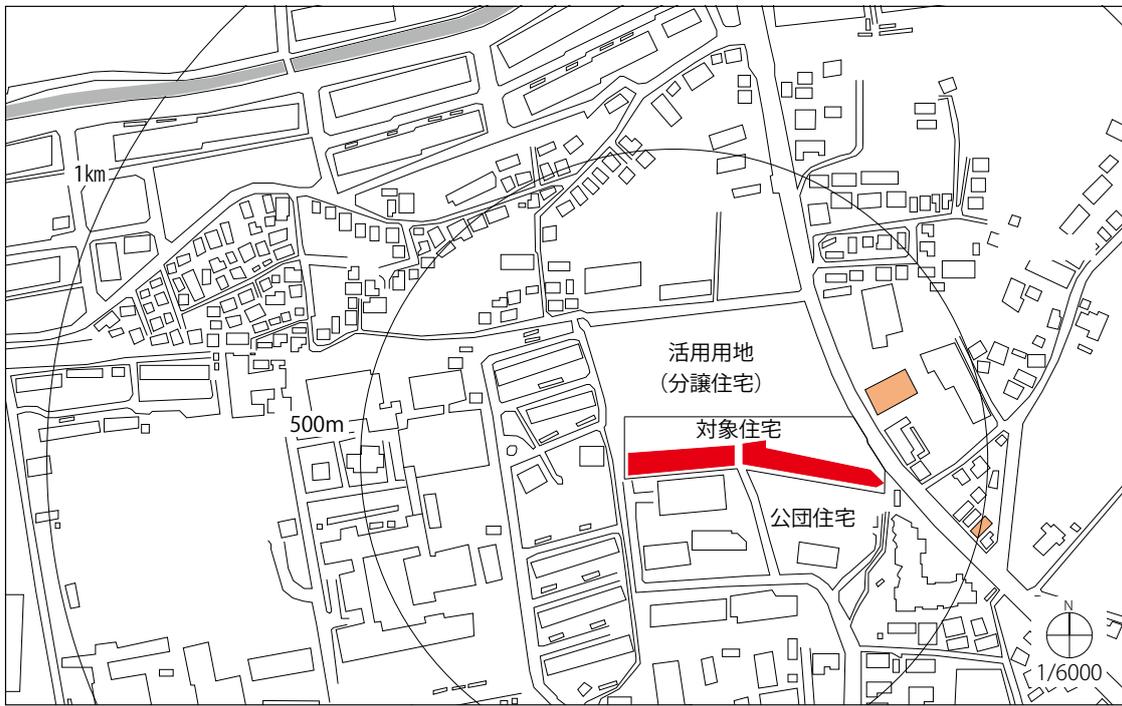
千葉市の概要

人口：839,828人
 高齢者人口：177,855人
 65歳以上割合：22.01%
 75歳以上割合：8.57%
 要介護認定者数：29,037人
 世帯数：354,299世帯
 持家：206,768世帯
 民間賃貸：89,268世帯
 公営賃貸：42,248世帯
 (H22年度 国勢調査)

最寄り駅から近く利便性はよい。URの団地内にあり団地内の高齢化率は高い。周辺地域は都心から郊外に広がる住宅地。



立地・敷地の概要



■ 店舗 (物販・飲食系)



高齢者デイサービス



児童デイサービス



診療所



店舗



周辺

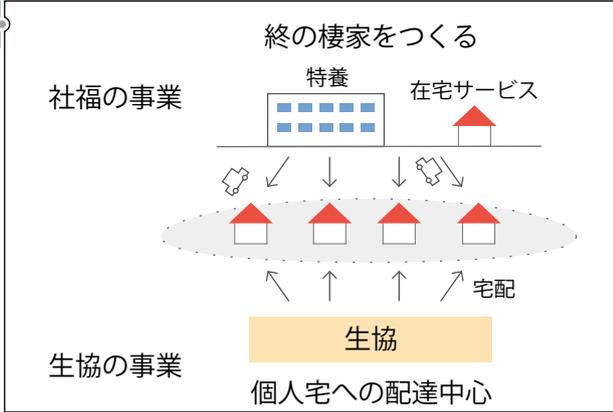


周辺 (UR 団地)

事業プロセス

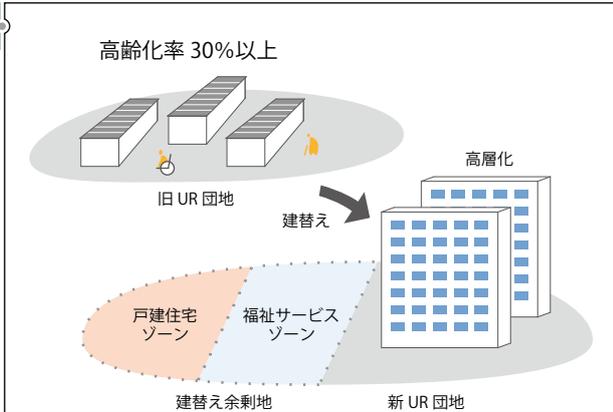
施設から在宅へ

- ◇生協を母体とする社会福祉法人生活クラブが事業主体。
- ◇これまで特養などの施設サービスやホームヘルプなどの在宅サービスを展開してきた。
- ◇地域の中での居住継続を実現するためには、在宅サービスの充実が必要と感じる。



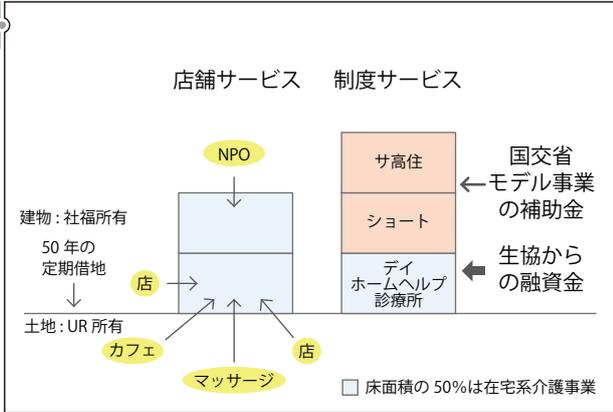
団地建替えとのコラボレーション

- ◇UR 団地では高齢化率が高く、独居の高齢者も多い。
- ◇団地内に介護事業を設けると、高齢者が集まっているため、効率的なサービスが行える。
- ◇URが建替えに伴う余剰地に福祉サービスを公募し、生活クラブが応募。



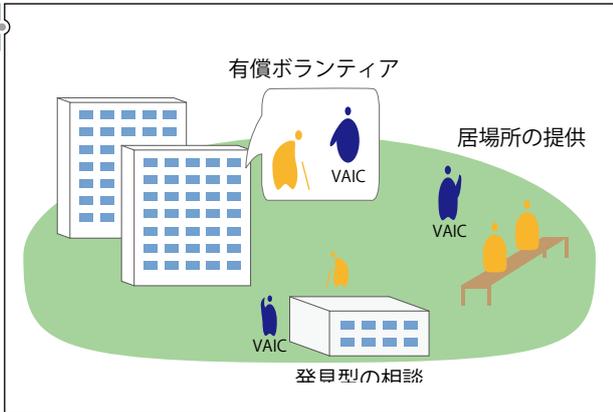
いなげビレッジ風と虹の設立

- ◇制度サービス（風の村）と店舗サービス（虹の街）の2事業を立ち上げる。
- ◇土地はURからの賃借。
- ◇建設に際しては、生協からの融資や国交省によるモデル事業補助金を受ける。

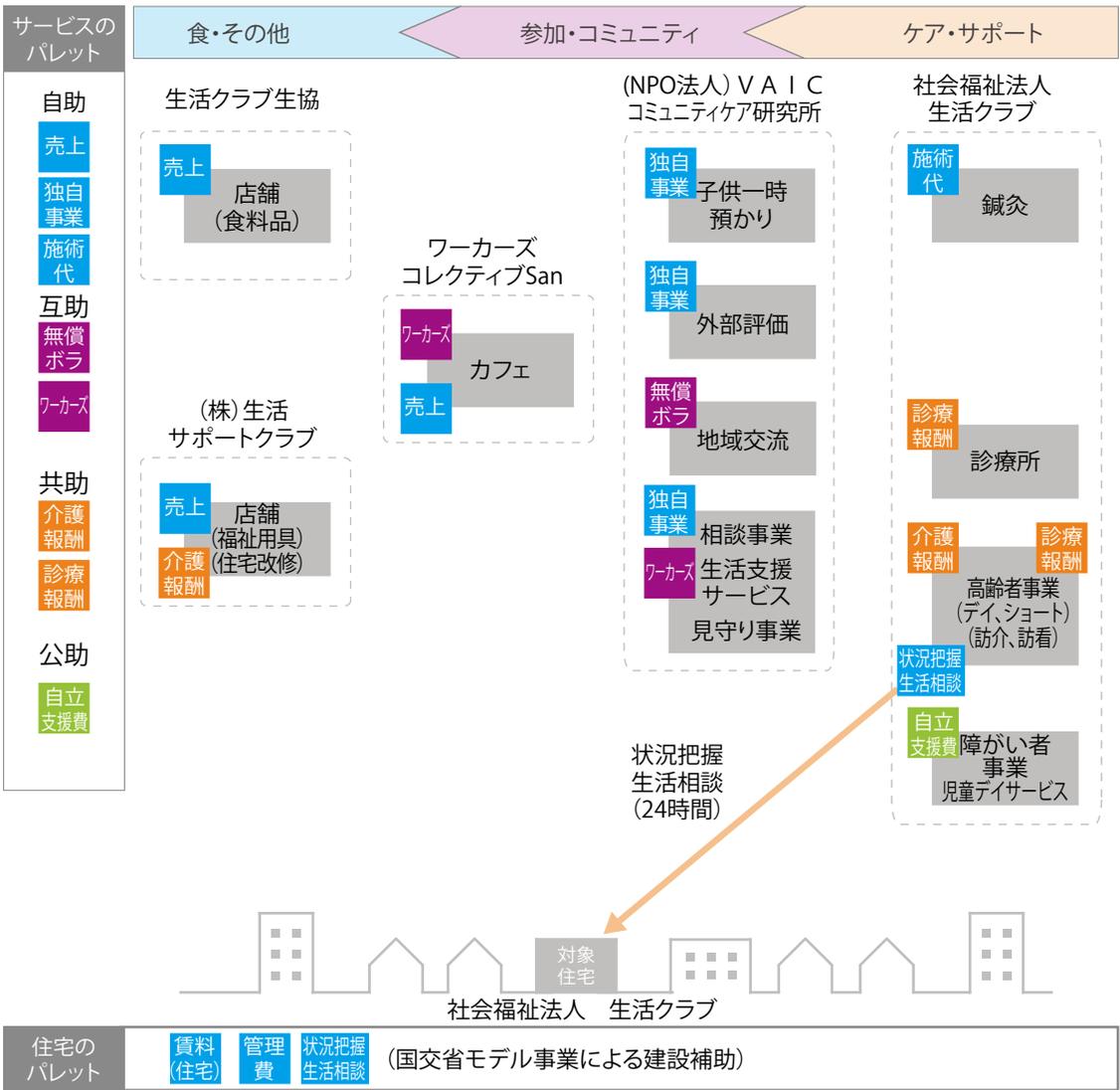


NPO 法人を中心とした地域貢献事業

- ◇生協のOB・OGが中心となりNPO法人（VAIC コミュニティケア研究所）を設立。
- ◇相談事業、子どもの一時預かり、地域交流など団地全体を支える事業を展開。
- ◇待つ相談ではなく出向いていく発見型の相談事業(無償)で団地を見守る。



事業の計画



- ◇建物の建設、事業全体のとりまとめは社会福祉法人生活クラブが行う。
- ◇各事業所の経営は独立採算性。賃料(テナント料)を社会福祉法人に支払う。
- ◇保険外事業や各事業の隙間を埋める仕組みとして生協OB等で構成されるNPO法人VAICを結成。
- ◇カフェや厨房は生協関連スタッフによるワーカーズコレクティブにより運営。

食事の自由度

食事のコントロール		調理方法	実態
自分で調達する	自炊		×
	中食		○*
	配食		×
	外食		○*
ホームヘルパーがつくる			×
食堂で食べる	利用者が限定されていない		×
	メニューが選択できる		×
	献立や調理に参加できる		×
	重度者対応の食事を提供できる		○

* 要介護者の場合、家族もしくは自費サービスによる支援が必要

住まいの計画

居住者像
要介護高齢者、20戸

住宅の個人空間
居室

住宅の共用空間
共用食堂あり

併設機能
カフェ、ケアサービス

立地
UR団地の一面



居室内部



ユニット内

◇老朽化したUR団地の建て替え事業により生まれた余剰地に立地。

◇敷地入口側が店舗サービス、奥側が制度サービスとなる。2つの棟をつなぐ間には団地とつながる通路があり、通路に面してカフェが設けられている。

◇制度サービスの構成は1階が診療所、高齢者デイサービス、障がい者日中一時預かりなどの在宅部門。2階が高齢者ショートステイ、3階がサービス付き高齢者向け住宅となる。

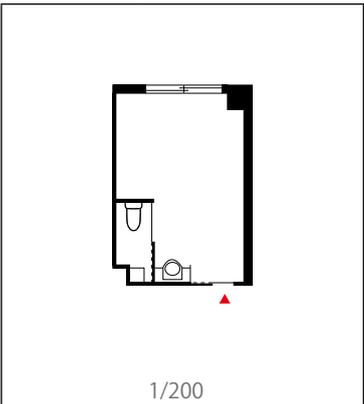
◇サービス付き高齢者向け住宅の各居室の面積は18.2㎡。居室内にはトイレ、洗面が設置されている。

◇居室の配置はユニット型となっており、1フロアに2ユニット（各ユニット10室）が配置されている。

◇各ユニットには食堂があり、ユニットとユニットの中央部に浴室、スタッフルームが設置されている。

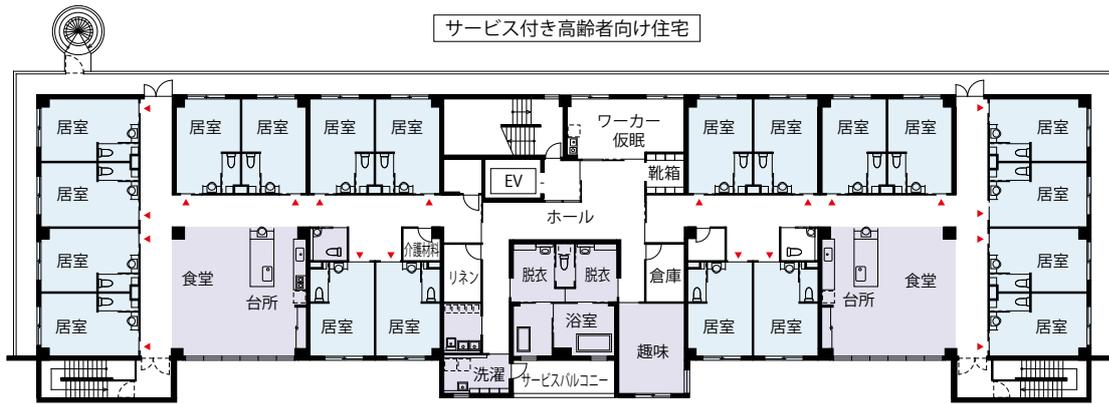
◇「高齢者等居住安定化推進事業（国土交通省）」による交付金を受ける。

住戸計画

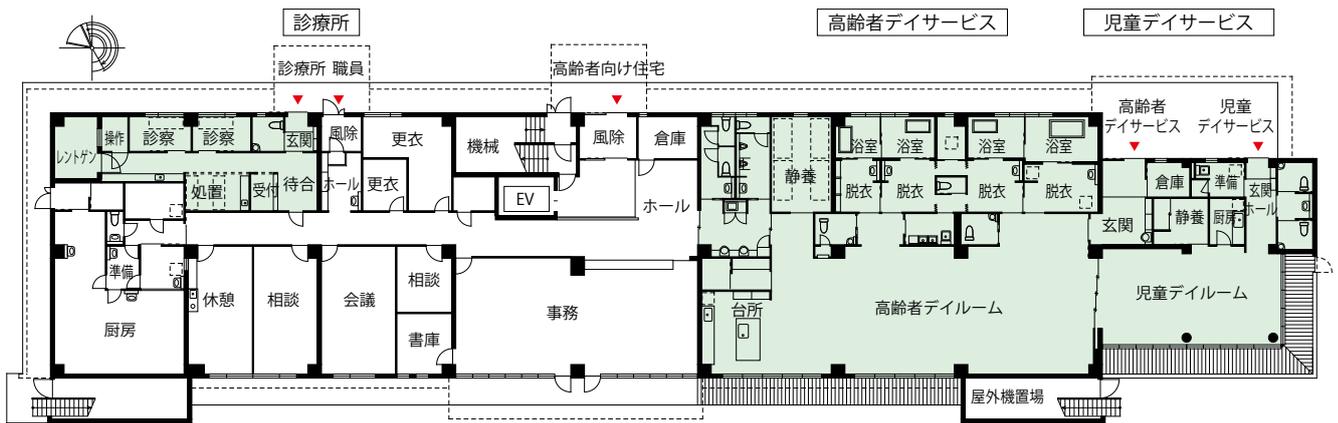


1/200	
1R	
住戸数	20戸
面積	18.2㎡
設備	トイレ 洗面
家賃	6.8万円/月
管理費+共益費	7.26万円/月
ライフサポート費*	-万円/月

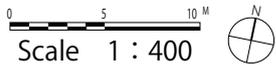
* ライフサポート費は共益費・管理費を含む



3階平面図



1階平面図



- 住宅の個人空間
- 地域と住宅の双方に開かれた空間
- 住宅の共用空間
- 利用者が限定されている空間（ケア部門等）

建物概要

設計：(株)双立デザイン設計事務所	敷地面積：4,631 m ²
用途地域：第一種中高層住居地域	延床面積：40,159 m ²
総建築費：約 9.0 億円	土地：借地（定期借地契約）
	建物：所有（社会福祉法人 生活クラブ）

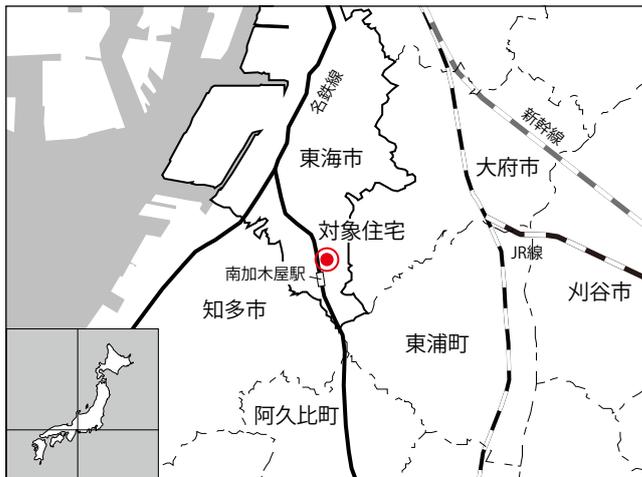
生協のんびり村

愛知県東海市



外観

所在地 広域



全体概要

開設年：2009年4月

事業主体：南医療生協

住戸数：18戸

住戸種別：一般共同住宅・多世代共生住宅

階数：2階建て

併設機能：

認知症高齢者グループホーム(定員9名)

小規模多機能型居宅介護

食堂、地域交流館、喫茶店、農園



喫茶ちゃら

運営概要

◇南医療生協を運営母体とし、「多世代共生住宅あいあい長屋」をはじめ、「認知症高齢者グループホームほんわか」「小規模多機能ホームおさぼり」の介護事業、「地域交流館おひまち」「喫茶ちゃら」から構成された複合型の建物。

◇南医療生協は、組合員の出資金（原則として退会したら全額返金）によって医療を中心とした事業を行っているが、近年は介護事業も展開している。

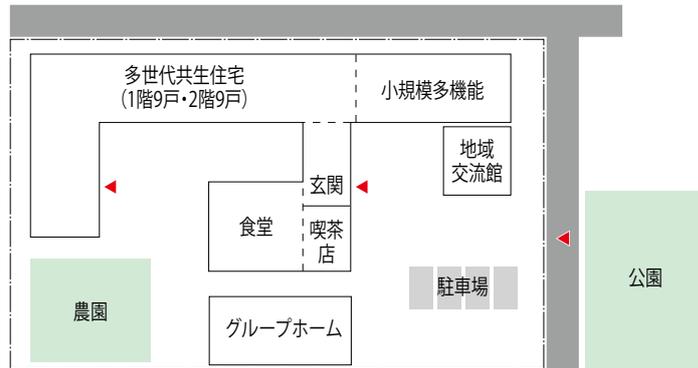
◇周辺地域に居住している生協組合員がボランティアとして運営に積極的に関わっており、運営推進会議への参加や地域交流館でのお茶会やのんびり村全体の祭りの企画をしている。

◇地域住民もイベントの機会や喫茶などで建物を利用している。

東海市の概要

人口：107,690人
 高齢者人口：20,121人
 65歳以上割合：18.73%
 75歳以上割合：7.70%
 要介護認定者数：—人
 世帯数：39,334世帯
 持家：23,821世帯
 民間賃貸：11,497世帯
 公営賃貸：1,382世帯
 (H22年度 国勢調査)

愛知県南部の知多半島にある工業都市。敷地周辺には森林や畑が広がっているが、近年、宅地化も進んでいる。



立地・敷地の概要



小規模多機能型居宅介護



認知症高齢者グループホーム



多世代共生住宅の玄関と渡り廊下



食堂



地域交流館

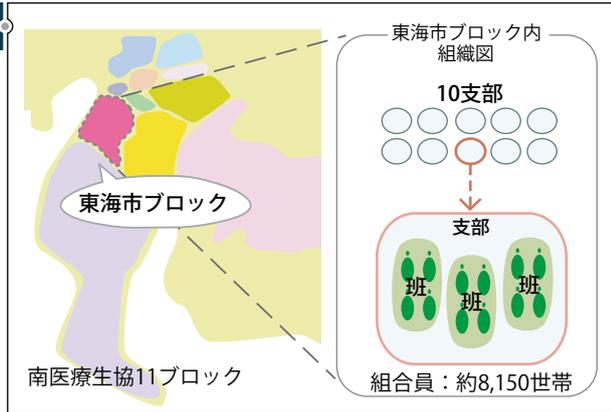


農園

事業プロセス

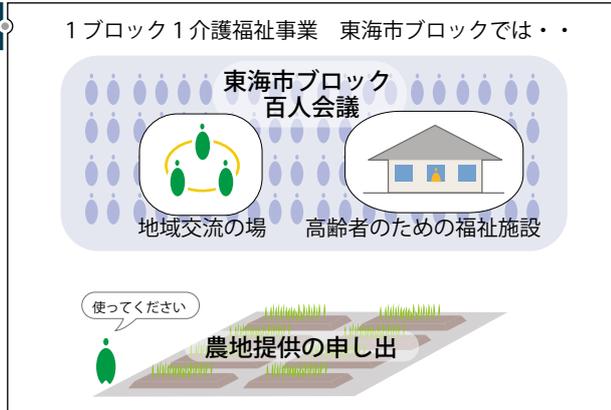
運営母体は南医療生協

- ◇伊勢湾台風の被害者への支援活動をきっかけに、1961年に生協を設立、組合員からの出資金で事業を展開。
- ◇理念「みんなちがってみんないい」。
- ◇名古屋市南部、知多地方を中心に11ブロック、79の支部、725の班によって構成、組合員数は6万人以上。
- ◇のんびり村のある東海市ブロックは、10支部、組合員8,150世帯。



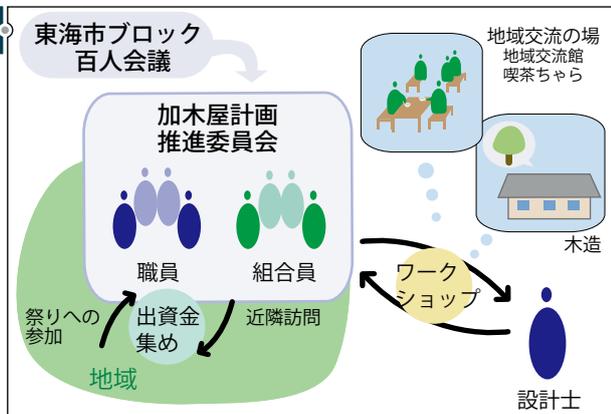
介護事業への展開

- ◇2005年から1ブロック、1介護福祉事業を展開。
- ◇東海市ブロックでは、グループ討議（百人会議）を行い、高齢者のための福祉施設の整備について議論。
- ◇時期を同じくして、南医療生協の病院や診療所で家族を診てもらった地主から農地提供の申し出を受ける（賃料は固定資産税ほどの低額）。



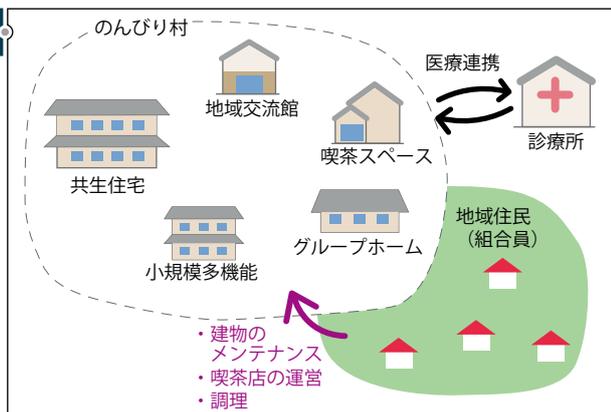
事業実施に向けた資金集めとワークショップ

- ◇生協組合員と職員が計画推進委員会を組織し、ソフト面の事業計画をつめる。
- ◇設計士が企画したワークショップなどにも推進委員会が参加し、ハード面の計画に関わる。
- ◇建築費の約2割の6,000万円を増資や出資で賄うことを目標にする。
- ◇資金調達の一環として、近隣への訪問や祭りなどのイベント開催を行う。

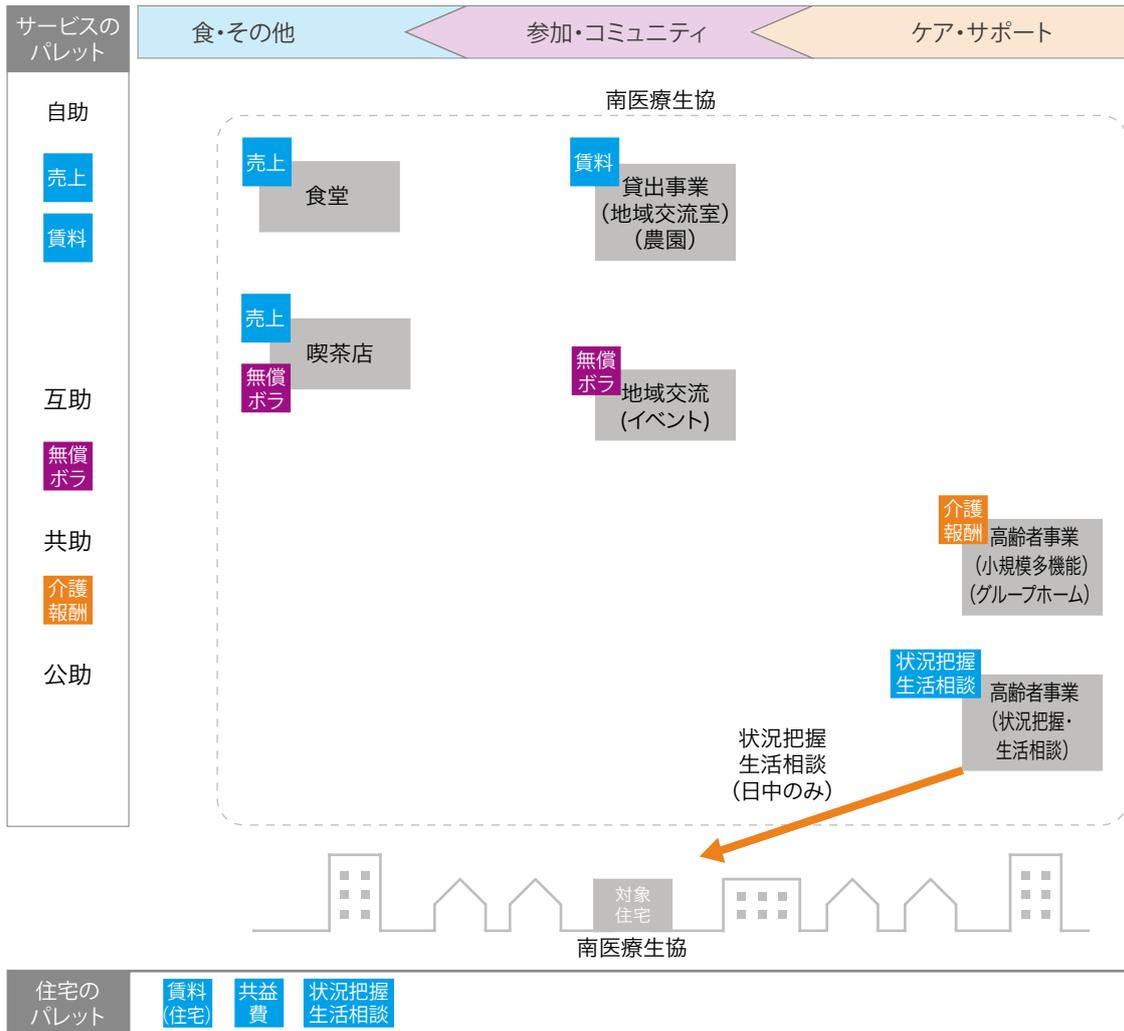


竣工後の組合員の参加と活動

- ◇周辺地域の組合員数名は、事業を推進するための運営会議に継続的に参加している。
- ◇施設のメンテナンスや喫茶店での調理などのボランティア活動を行う組合員も多い。
- ◇今後の課題は団塊の世代の力をのんびり村の運営に活用することである。



事業の計画



- ◇建物の建設費のうち、約2割を生協組合員からの増資・出資で賄う。
- ◇事業全体を南医療生協が実施。
- ◇職員が介護事業を担い、組合員が地域交流や地域支援を担う。
- ◇組合員は地域交流館での事業や、建物のメンテナンス、喫茶店での調理・配膳などを無償ボランティアで担う。

食事の自由度

食事のコントロール		調理方法	実態
自分で調達する		自炊	○
		中食	○
		配食	○
		外食	○
ホームヘルパーがつくる			○
食堂で食べる	利用者が限定されていない		○
	メニューが選択できる		×
	献立や調理に参加できる		×
	重度者対応の食事を提供できる		×*

* 重度者は小規模多機能で対応

住まいの計画

居住者像
多世代共生住宅、20戸

住宅の個人空間
住戸・居室 (キッチン、トイレ付)

住宅の共用空間
共用食堂・居間コーナー・浴室

併設機能
小規模多機能・喫茶店・グループホーム・地域交流室

立地
徒歩圏内は新興住宅地、周囲は田畑

◇ 1Kと2LDK (17.2㎡～63.6㎡) の18戸で構成。住戸タイプが5戸、居室タイプが13戸。

◇ 1階には共用の居間コーナーと浴室がある。

◇ 40,000円/月のサービス費 (状況把握・生活相談を含む) により、ゴミ出しや食事調理などの生活支援、1日2回の見守りを受けられる。



住戸内部

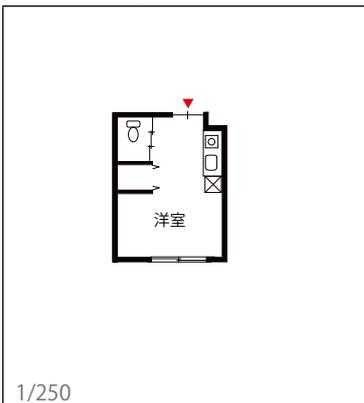
◇ 住宅の職員は日中1～2名を配置しており、10時から14時と15時から19時の間勤務し、調理も担っている。夜間の緊急時の見守りサービスは認知症高齢者グループホームの職員が担う。



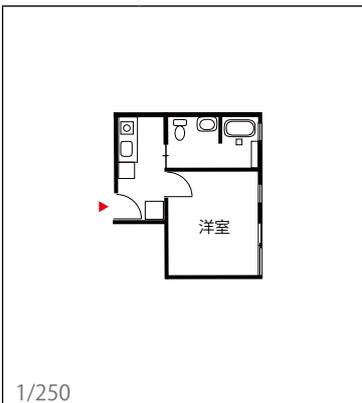
居間コーナー

◇ 多世代共生を目指しているが、入居者がすべて65歳以上になっていることが課題である。

住戸計画



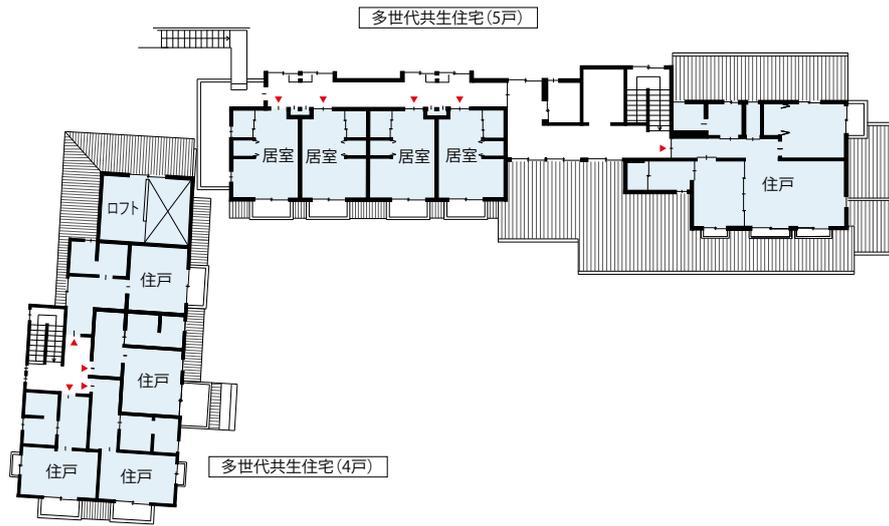
1/250	
1K	
住戸数	13戸
面積	17.2㎡
設備	収納・台所 水洗便所
家賃	6.0万円/月
管理費・共益費	-万円・1.5万円
サービス費	4.0万円/月



1/250	
1K	
住戸数	4戸
面積	23.0㎡
設備	台所 水洗便所・浴室 洗面
家賃	6.5万円/月
管理費・共益費	-万円・1.0万円
サービス費	4.0万円/月



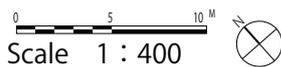
1/250	
2LDK	
住戸数	1戸
面積	63.6㎡
設備	収納・台所 水洗便所・浴室 洗面
家賃	10.0万円/月
管理費・共益費	-万円・1.5万円
サービス費	4.0万円/月



2階平面図



1階平面図



- 住宅の個人空間
- 住宅の共用空間
- 地域と住宅の双方に開かれた空間
- 利用者が限定されている空間（ケア部門等）

建物概要

設計：(株)三橋設計
 用途地域：第一種中高層住居専用地域
 総建築費：約 3.0 億円

敷地面積：2,974 ㎡
 延床面積：1,350 ㎡
 土地：借地（定期借地契約）
 建物：所有（南医療生協）

メゾン・ド・アムール

福岡県大牟田市



外観

所在地 広域



全体概要

開設年：2010年1月
事業主体：医療法人 静光園
住戸数：30戸
住戸種別：サービス付き高齢者向け住宅
階数：2階建て
併設機能：

訪問介護事業所
小規模多機能型居宅介護
認知症高齢者グループホーム（定員9名）
認知症対応型通所介護（定員12名）
地域交流スペース



食堂

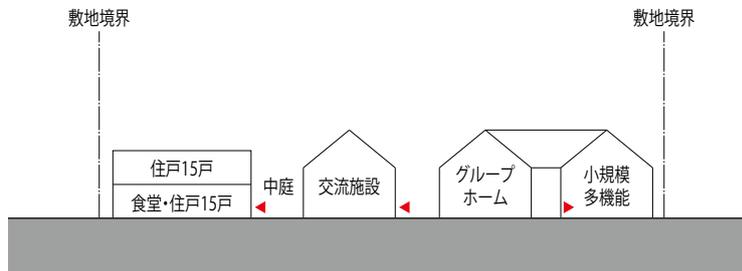
運営概要

- ◇病院を母体とするサービス付き高齢者向け住宅。
- ◇建物内には訪問介護事業所が併設され、同一敷地内には認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、地域交流スペースがある。全て医療法人による運営。
- ◇サービス付き高齢者向け住宅の住戸数は30戸。主に要支援から要介護の人を対象。
- ◇地域交流スペースでは「よかば〜い体操（リハビリ）」「はにかみ教室（口腔ケア）」などの介護予防事業に加え、地域住民によるサークル活動が実施されている。なお、地域交流スペースには市から750万円の建設補助費が出ている。

大牟田市の概要

人口：123,638人
 高齢者人口：37,816人
 65歳以上割合：30.72%
 75歳以上割合：17.01%
 要介護認定者数：7,646人
 世帯数：49,326世帯
 持家：32,106世帯
 民間賃貸：10,843世帯
 公営賃貸：4,634世帯
 (H22年度 国勢調査)

熊本県との県境に位置する福岡県南部に立地。基幹産業の衰退に伴い少子高齢化が急速に進む。



立地・敷地の概要



■ 店舗（物販・飲食系）



受付スペース



談話コーナー (1F)



談話コーナー (2F)



地域交流スペース



小規模多機能型居宅介護

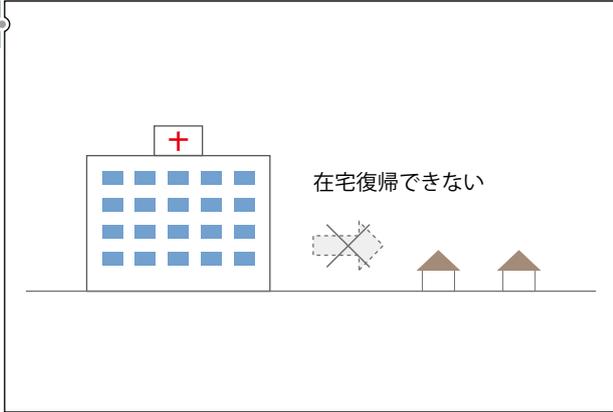


地域交流スペース

事業プロセス

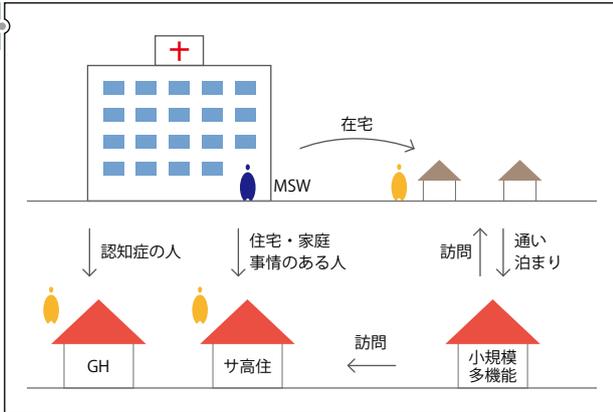
老人病院からの脱却

- ◇母体の病院には入院の必要性は低い
が在宅に復帰できない高齢者が多
数入院。
- ◇生活の場としての病院に限界を感じ
る。



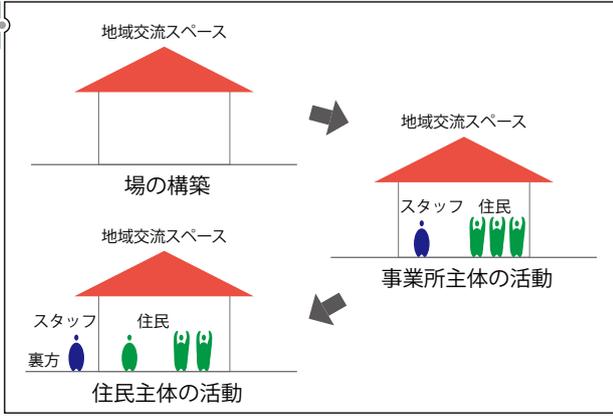
在宅復帰を推進するシステムの構築

- ◇MSW（医療ソーシャルワーカー）
による在宅復帰のマネジメント。
- ◇病院隣接地で多様な住まいを整備。
・認知症高齢者グループホーム
・サービス付き高齢者向け住宅
- ◇柔軟に在宅を支える介護サービスの
整備。
・小規模多機能型居宅介護
・訪問介護事業所



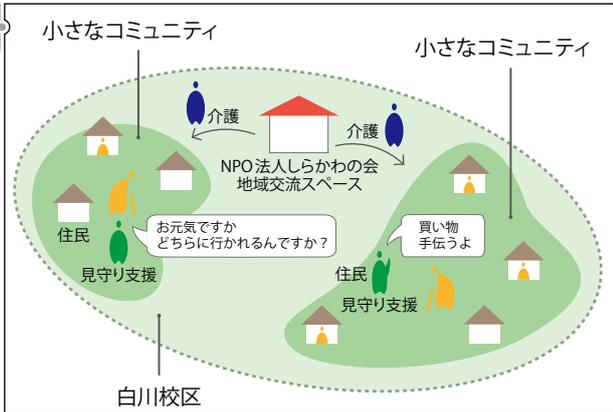
地域力の向上を図る活動

- ◇在宅生活を維持していくためには
地域力の向上が必要。
- ◇地域の人々が集まる場として地域交
流スペースをつくる。
- ◇法人主体のイベントを開催し、地域
の人々に参加してもらう（よかば〜
体操など）。
- ◇住民のキーパーソンを発見し地域交
流スペースの活動を住民に任せる。

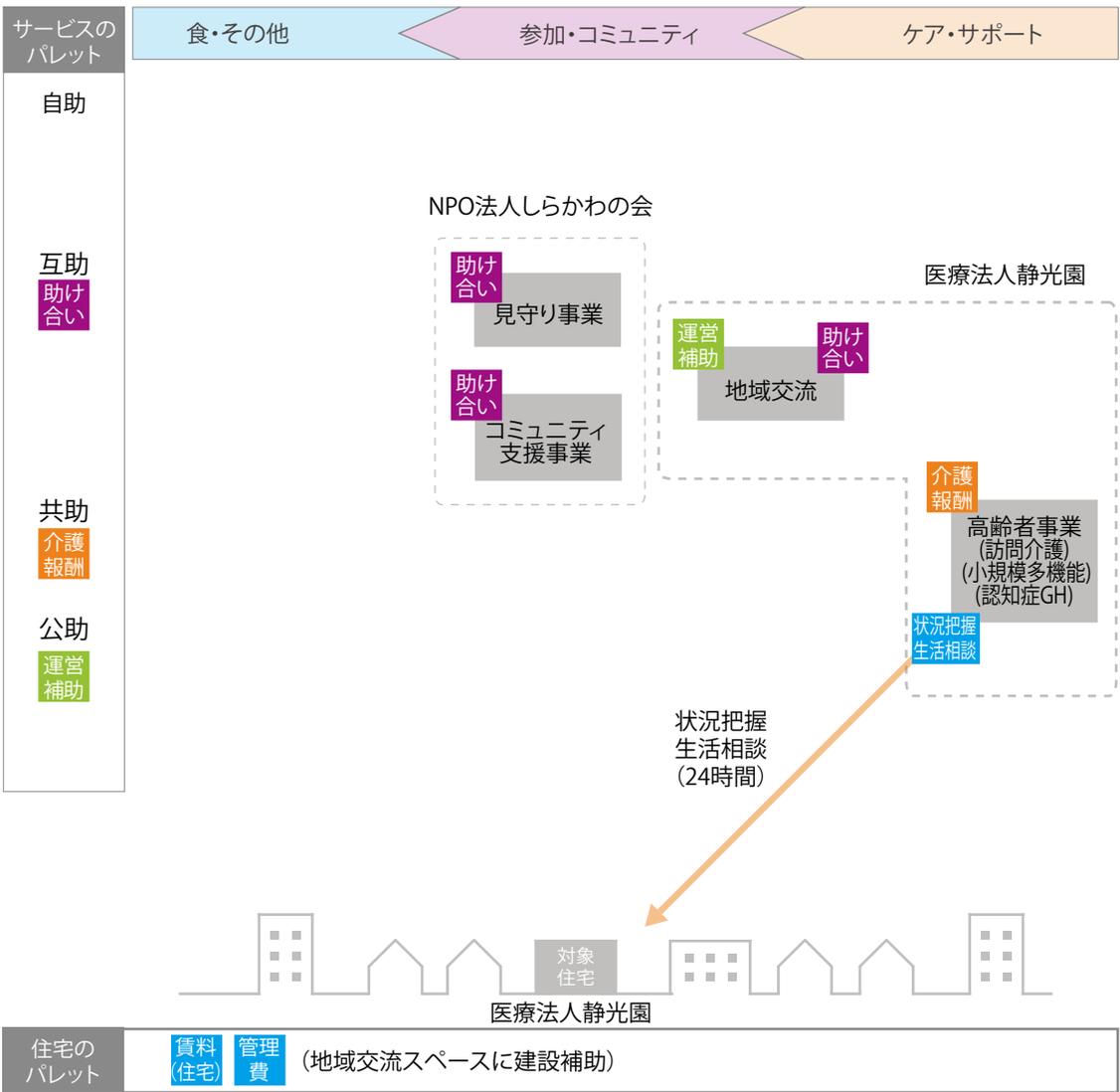


共助と互助の連携で在宅を支える

- ◇医療法人の支援を受け、「NPO 法人
しらかわの会」を形成。
- ◇住民主体の活動と連携して在宅高齢
者を支える。
- ◇みんなで支える地域づくりを目指す。



事業の計画



- ◇収益事業はサービス付き高齢者向け住宅を含めすべて医療法人が運営。医療法人の支援のもとでコミュニティ活動を担う NPO 法人を設立。
- ◇大牟田市の独自事業として地域交流スペースを設置。市から建設補助金や運営補助金を受け、医療法人がコミュニティ活動を実施。地域交流スペースは法人主体の運営から住民主体の運営に移行。
- ◇ NPO 法人しらかわの会では、地域住民と一緒に地域の見守り活動を行う。

食事の自由度

食事のコントロール		調理方法	実態
自分で調達する	自炊		×
	中食		○*
	配食		○*
	外食		○*
ホームヘルパーがつくる			○*
食堂で食べる	利用者が限定されていない		×
	メニューが選択できる		×
	献立や調理に参加できる		×
	重度者対応の食事を提供できる		○

* 要介護者の場合、家族もしくは自費サービスによる支援が必要

住まいの計画

居住者像
要支援・要介護高齢者、30戸

住宅の個人空間
居室

住宅の共用空間
共用食堂あり

併設機能
介護サービス、地域交流スペース

立地
住宅地



住戸内部



住戸内部

◇敷地内には3つの棟があり、サービス付き高齢者向け住宅、地域交流スペース、そして小規模多機能型居宅介護と認知症高齢者グループホームからなる棟で構成される。

◇各棟に入口があり、それぞれ外部からアクセスしやすい。

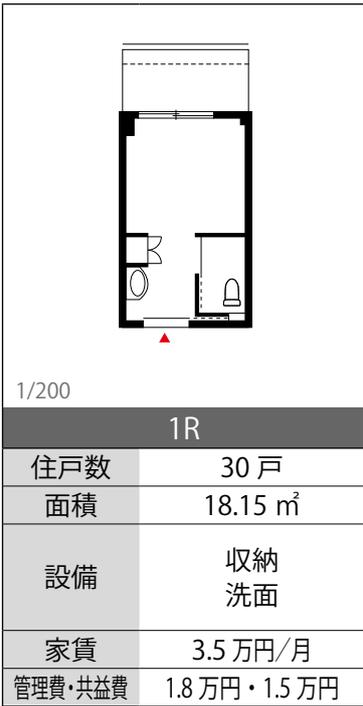
◇サービス付き高齢者向け住宅のプランは全て1K（18.15㎡）。合計30戸。

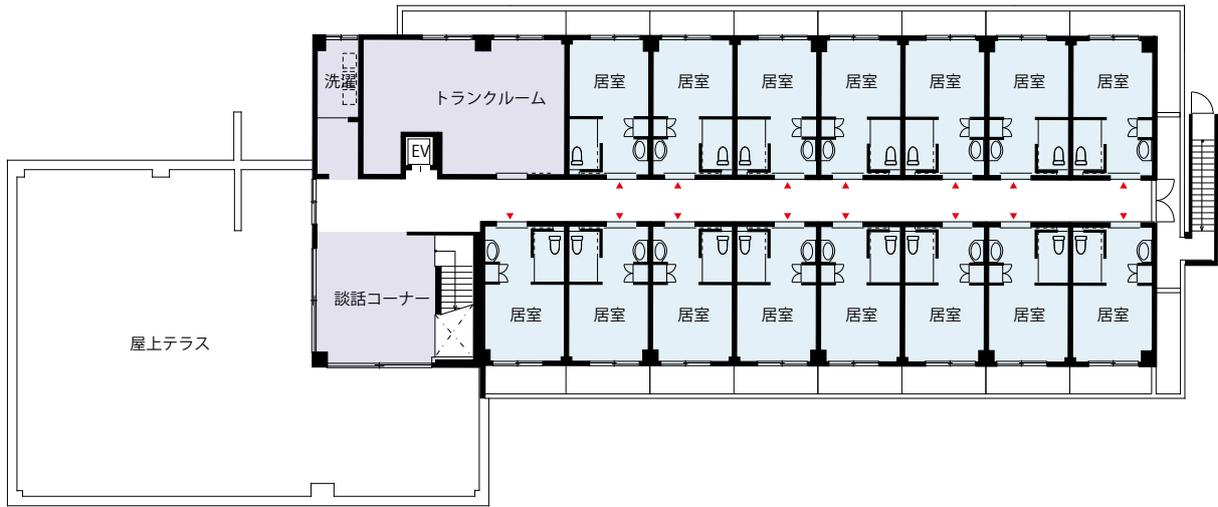
◇居室内設備はトイレと洗面。

◇1階の出入り口近くに事務室、食堂、浴室が設置され、各階に談話コーナーがある。

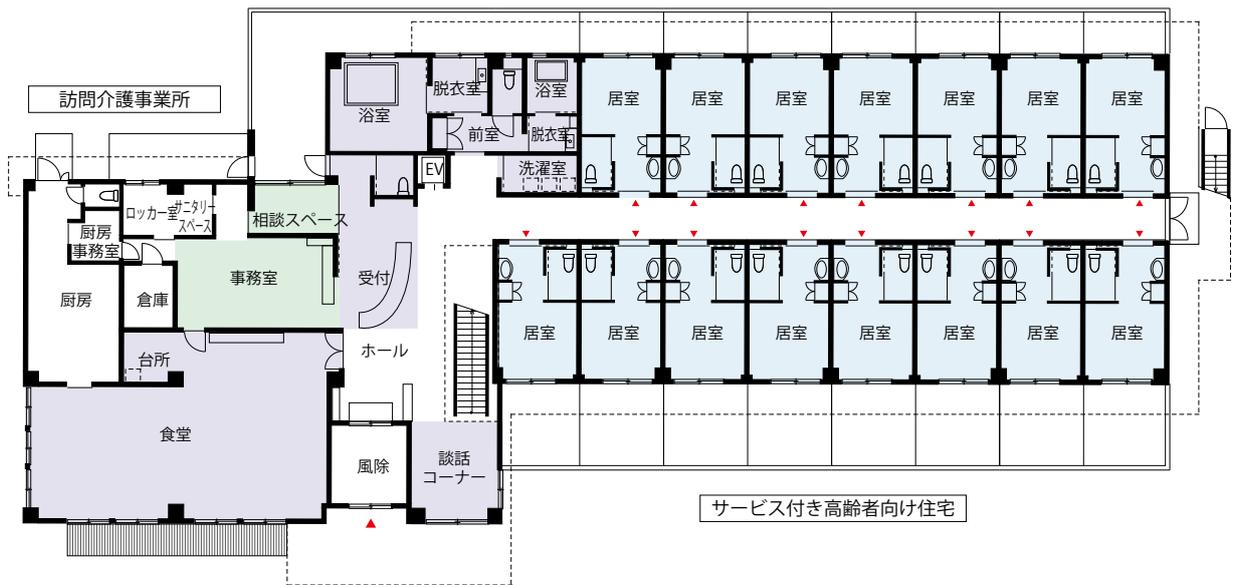
◇食堂は地域に開かれており、地域の人が利用することもできる。

住戸計画

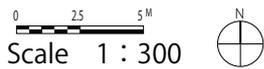




2階平面図



1階平面図



- 住宅の個人空間
- 地域と住宅の双方に開かれた空間
- 住宅の共用空間
- 利用者が限定されている空間（ケア部門等）

建物概要

設計：洧水建設(株)
 用途地域：第一種住居地域
 総建築費：約 2.2 億円

敷地面積：2,216 ㎡
 延床面積：1,074 ㎡
 土地：所有（医療法人 静光園）
 建物：所有（医療法人 静光園）

ケアタウン小平

東京都小平市



外観

所在地 広域



全体概要

開設年：2005年8月
事業主体：(有)暁記念交流基金
住戸数：21戸
住戸種別：一般賃貸住宅
階数：3階建て
併設機能：
高齢者デイサービス(定員20名)
在宅療養支援診療所
訪問看護事業所



食堂

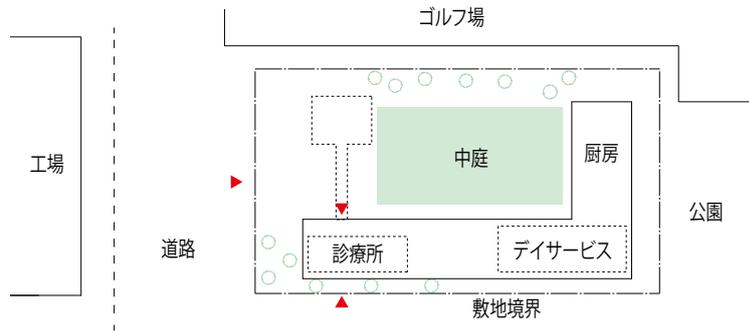
運営概要

- ◇個人により設立された暁記念交流基金が母体。医療・介護連携型の一般賃貸住宅。
- ◇1階には医療・看護・介護系の事業所が併設され、2階と3階が住宅。
- ◇住戸数は21戸。うち要支援、要介護の人が17名。
- ◇併設機能は、在宅療養支援診療所を運営する「ケアタウン小平クリニック」、高齢者デイサービス、訪問看護事業所と、地域のコミュニティづくりを目指す「NPO法人コミュニティケアリンク東京」、配食サービス事業を展開する「みゆき亭」からなる。いずれも主たる顧客は上階の住戸住民だけでなく周辺地域住民。
- ◇各事業体に資本提携関係はなく、それぞれは独立して運営。暁記念交流基金が土地・建物を所有し各事業体がテナントとして入居。

小平市の概要

人口：187,035人
 高齢者人口：37,384人
 65歳以上割合：20.15%
 75歳以上割合：9.43%
 要介護認定者数：6,190人
 世帯数：80,422世帯
 持家：39,092世帯
 民間賃貸：28,584世帯
 公営賃貸：7,978世帯
 (H22年度 国勢調査)

東京都の多摩地域。都心から26kmの距離にあり利便性はよい。住宅地と小規模な工場からなる



立地・敷地の概要



■ 店舗（物販・飲食系）



玄関



玄関（診療所側）



高齢者デイサービス



食堂



図書コーナー

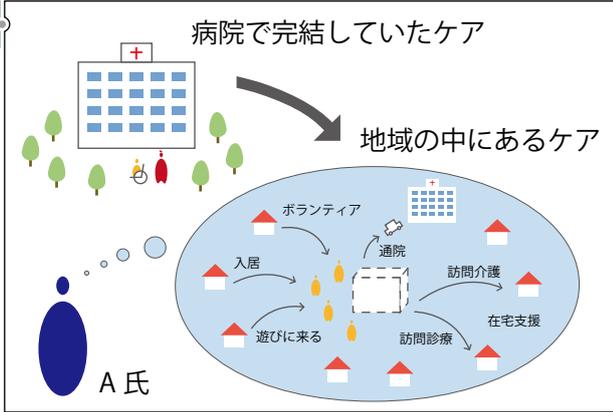


浴室

事業プロセス

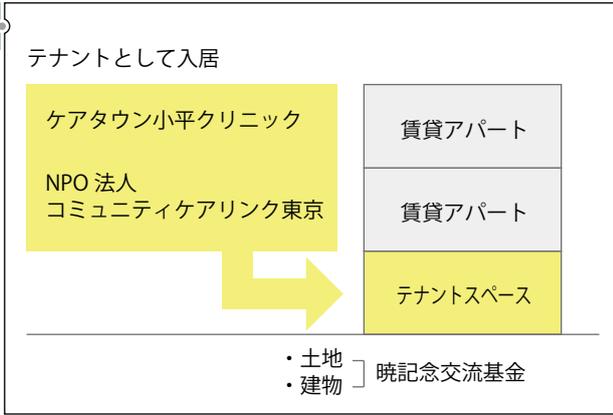
病院から地域へ

- ◇緩和ケア病棟のホスピスコーディネーターとして働いてきたA氏が基金を設立。
- ◇先進的な取り組みを行うホスピスの医師と、病院で完結していたホスピスケアから地域に開かれたホスピスケアを目指す。



地域を支えるケアシステムづくり

- ◇敷地の選定は緩和ケア病棟から1km圏内を想定。
- ◇基金が土地を購入。建物を建設。
- ◇ホスピスで働いてきた経験をいかして併設機能を誘致。
 - ・在宅療養支援診療所
 - ・訪問看護事業所
 - ・高齢者デイサービス
 - ・配食サービスなど



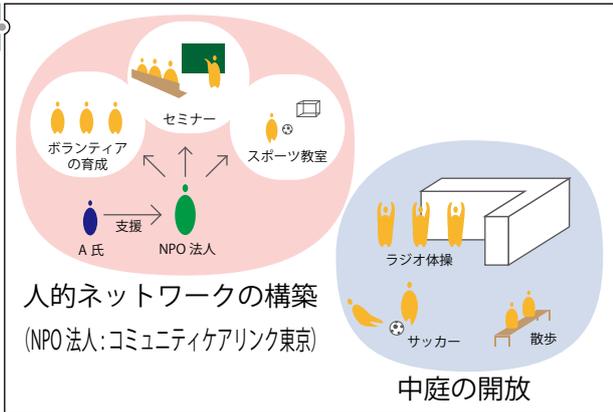
コミュニティケアを推進するNPO法人の設立

- ◇建物のオーナーである基金がコーディネーター役となり、コミュニティケアを推進するNPO法人コミュニティケアリンク東京を設立。
- ◇クリニック、暁基金がNPO法人の運営をサポート。

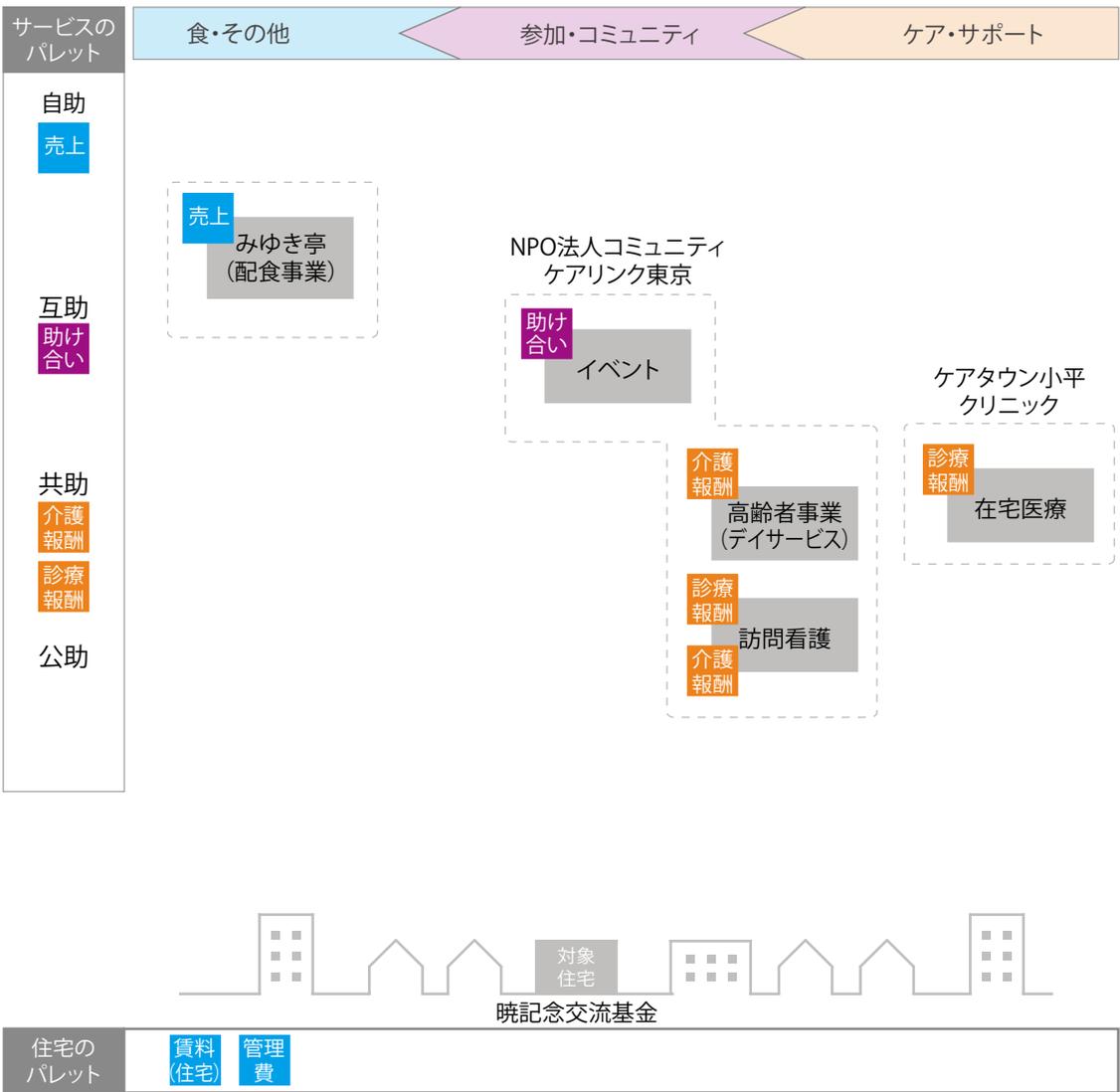


地域との関係づくり

- ◇NPO法人コミュニティケアリンク東京が基幹となり、地域との関係を構築。
 - ①ボランティアの育成
 - ②医療や福祉に関する各種セミナーの開催
 - ③文化・スポーツクラブ事業
 - ④子育て相談事業
- ◇ボランティアの人々が住宅の入居者をサポート。
- ◇中庭・食堂の開放。



事業の計画



- ◇暁記念交流基金が事業企画と住宅事業を担い、その他の事業所が医療・介護を提供する。
- ◇コミュニティ活動を行う主体として NPO 法人コミュニティケアリンク東京を設立。各事業所が各種の活動を展開。
- ◇ NPO 法人ではボランティアの育成。
- ◇配食サービスでは治療食にも対応。
- ◇ NPO 法人により育成された人々が各事業所でボランティア活動を実施。

食事の自由度

食事のコントロール		調理方法	実態
自分で調達する		自炊	○*
		中食	○*
		配食	○*
		外食	○*
ホームヘルパーがつくる			○
食堂で食べる	利用者が限定されていない		×
	メニューが選択できる		×
	献立や調理に参加できる		×
	重度者対応の食事を提供できる		○

* 要介護者の場合、家族もしくは自費サービスによる支援が必要

住まいの計画

居住者像
要介護者中心、21戸

住宅の個人空間
住戸（ミニキッチン）

住宅の共用空間
共用食堂あり

併設機能
医療、看護、介護サービス、
図書スペース、コミュニティ支援

立地
住宅地・工業地

◇1階は医療・看護・介護関係の事業所、2階・3階が住戸。玄関は2カ所に設けられており、地域住民が各事業所にアクセスしやすい。

◇建物の配置はL字型。中庭を囲むように建物が配置される。中庭には人工芝が敷かれ、子供たちも遊べるようになっている。建物の外周には塀がなく、緑が豊かな植栽が配置されている。

◇敷地内から隣のゴルフ場を眺めることができる。

◇住戸数は21戸。1K（28㎡）が20戸と1K（46㎡）が1戸。

◇片廊下型の居室配置。住戸の大半が南向き。屋内廊下で結ばれる。



住戸

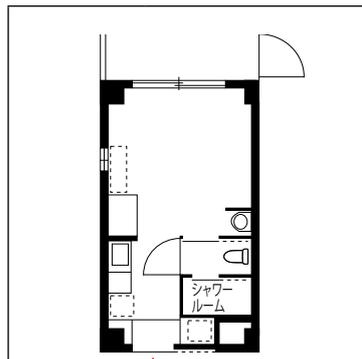


キッチンまわり

◇住戸内の設備はミニキッチン、シャワー、トイレ。住戸内で日常生活を完結することができる。床暖房あり。

◇住戸部分の共用空間として食堂、共同浴室（2カ所）、図書コーナーがあり、豊富な共用部を有する。

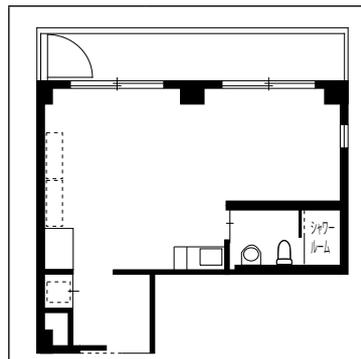
住戸計画



1/200

1R

住戸数	20戸
面積	28㎡
設備	トイレ・シャワー室 ミニキッチン (シンクのみ)
家賃	7.5万円/月
共益費*	5.27万円/月



1/200

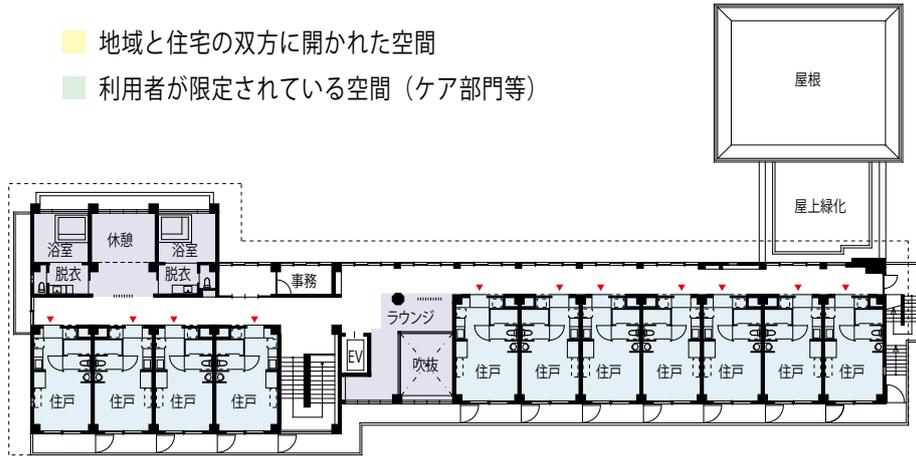
1R

住戸数	1戸
面積	46㎡
設備	トイレ・シャワー室 ミニキッチン (シンクのみ)
家賃	12.9万円/月
共益費*	5.27万円/月

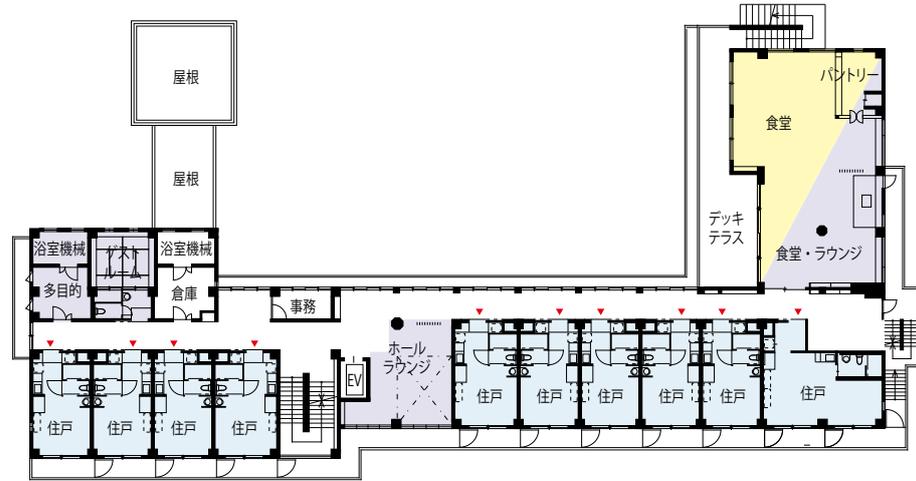
* 水光熱費を含む

- 住宅の個人空間
- 地域と住宅の双方に開かれた空間
- 住宅の共用空間
- 利用者が限定されている空間（ケア部門等）

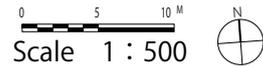
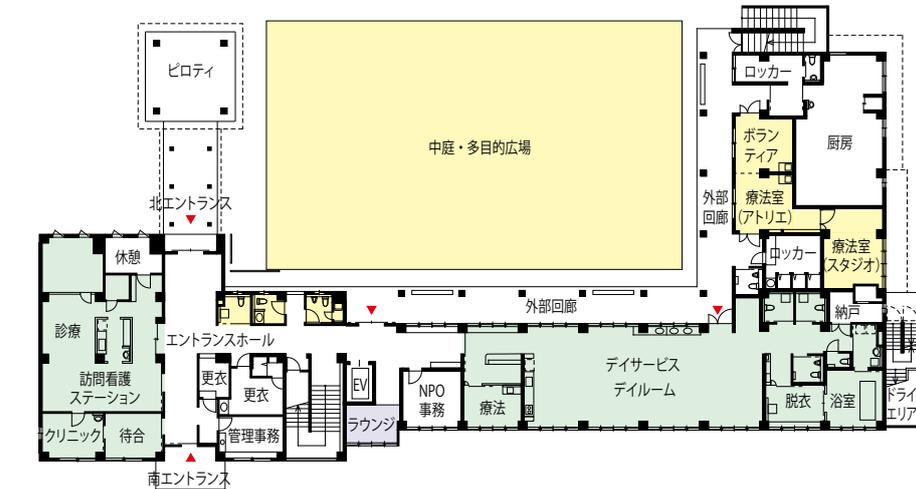
3階平面図



2階平面図



1階平面図



建物概要

設計：太田ケア住宅設計
 用途地域：第1種低層住居専用地域
 総建築費：約5.0億円

敷地面積：2,645㎡
 延床面積：2,117㎡
 土地：所有（㈱暁記念交流基金）
 建物：所有（㈱暁記念交流基金）

コレクティブハウス アクラスタウン

福岡県太宰府市



外観

所在地 広域



全体概要

- 開設年：2011年11月
事業主体：(株)誠心
住戸数：35戸
住戸種別：住宅型有料老人ホーム
階数：3階建て
併設機能：
訪問看護事業所
訪問介護事業所
カフェテリア
レストラン
ギャラリー
マッサージ



カフェテリア

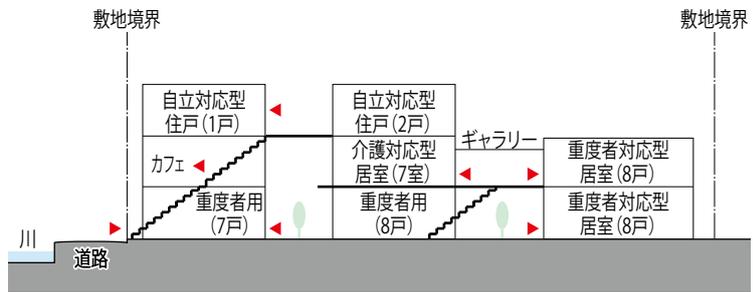
運営概要

- ◇訪問看護や在宅ホスピスを実践してきた株式会社を母体とする住宅型有料老人ホーム。土地・建物ともに株式会社が所有。
- ◇住宅型有料老人ホームの住戸数は35戸。訪問介護を利用し、24時間365日のサービスを提供。重度の人が多いエリアと、自立の人も含めたエリアに分かれる。
- ◇併設機能は地域住民を対象としたカフェ、図書コーナー、ギャラリー、マッサージからなる。
- ◇マッサージのみ外部事業者が運営。その他はすべて住宅を運営する株式会社が担う。
- ◇地域住民も通れる立体的な街路の中に地域住民を招き入れる仕掛けが多数用意されている。

太宰府市の概要

人口：70,482人
 高齢者人口：15,129人
 65歳以上割合：21.53%
 75歳以上割合：9.87%
 要介護認定者数：2,412人
 世帯数：27,609世帯
 持家：16,294世帯
 民間賃貸：10,518世帯
 公営賃貸：1,535世帯
 (H22年度 国勢調査)

福岡県南西部にある太宰府市に立地。福岡市のベッドタウンとして住宅を中心に開発が進む。



立地・敷地の概要



食堂



図書コーナー



立体街路・ギャラリー



玄関土間



談話スペース

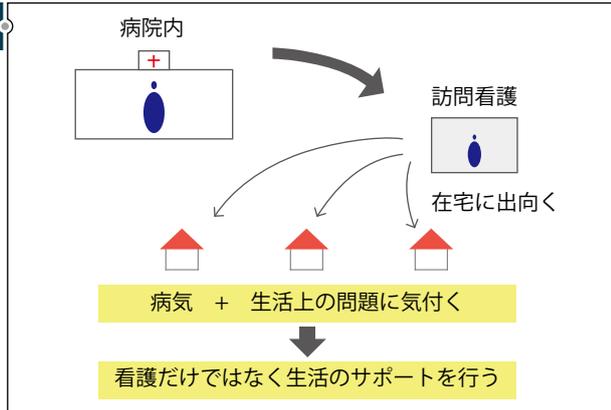


コミュニティ広場 (中庭)

事業プロセス

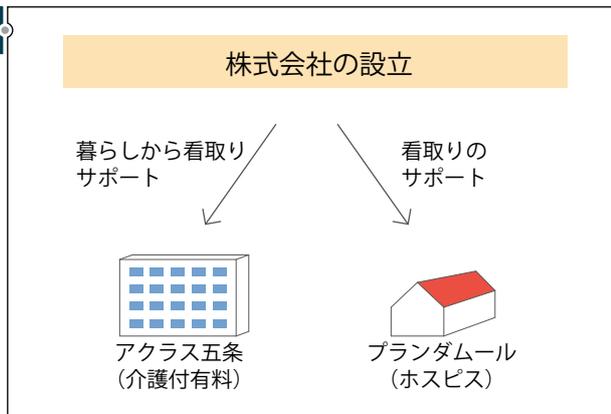
病院の看護師から在宅の看護師へ

- ◇総合病院の病棟看護師から訪問看護師に異動し、生活全般をささえる重要性を理解。退職を決意。



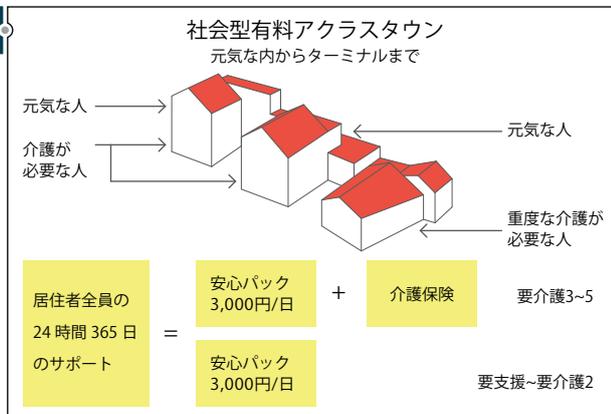
暮らしから看取りまでを支える株式会社の設立

- ◇母体となる株式会社を立ち上げる。
- ◇暮らしから看取りまで支える住まいとして、介護付き有料老人ホームを設立。
- ◇ターミナル期にある人々を在宅に近い環境の中で看取る場所として、住宅を転用したホスピスを設立。



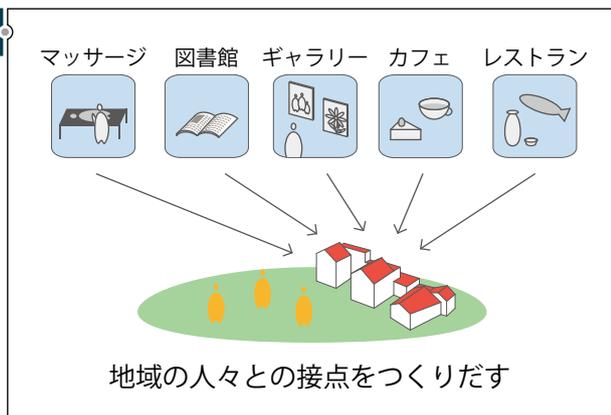
新しいタイプの“社会型有料老人ホーム”を考案

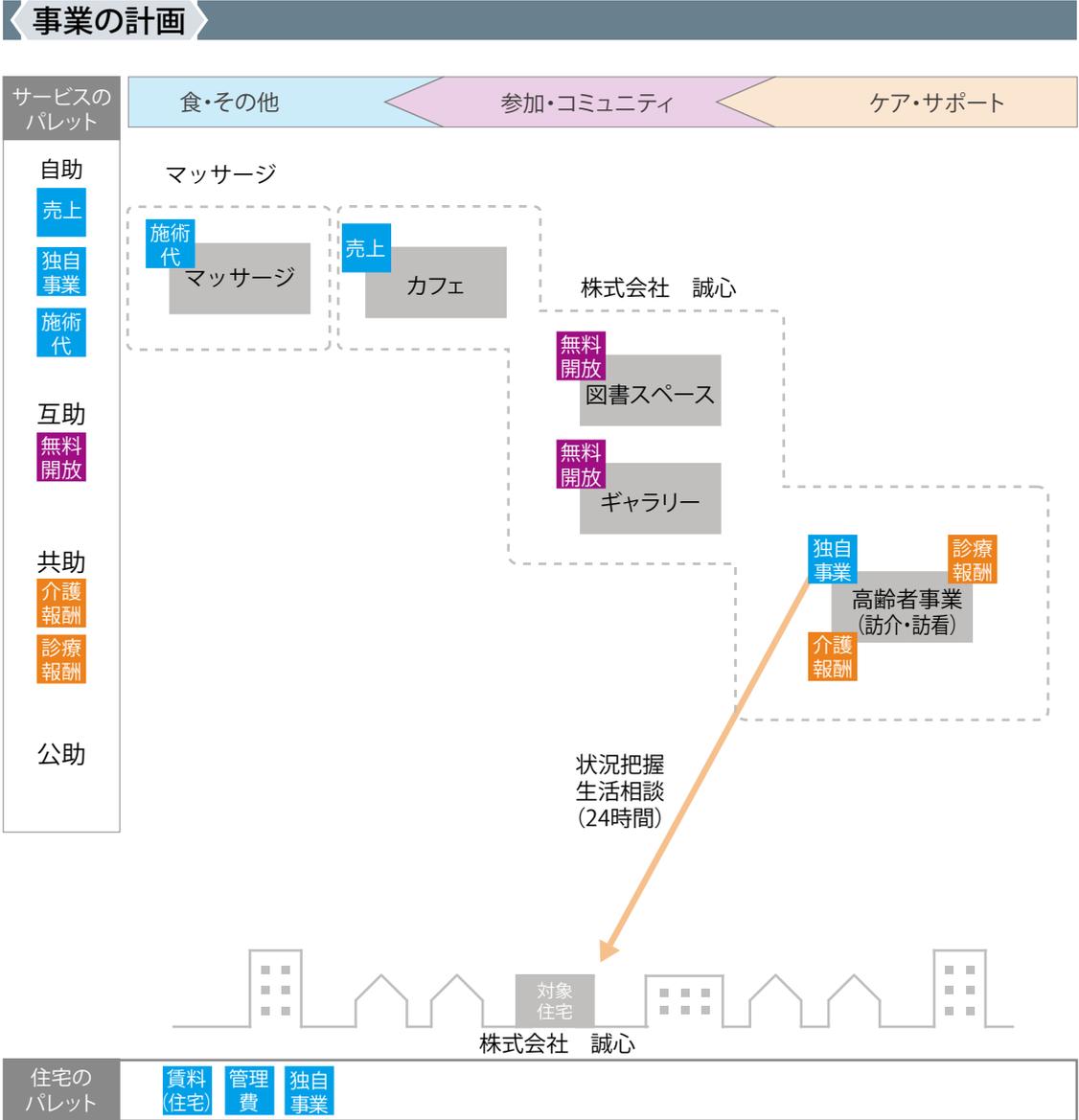
- ◇“社会型有料老人ホーム”アクラスタウン
 - ・多世代、元気な高齢者、要介護高齢者、ターミナル期の人々が一緒に暮らす住宅
 - ・高齢者が最後まで社会の一員として自立して生活できる
 - ・要介護になっても介護サービスが選べる
- ◇選べる介護を実現する仕組み。
 - ・安心パックと介護保険の併用
 - ・安心パック＝定額による24時間365日の基本的な介護



地域との接点をつくる様々な仕掛け

- ◇地域の人々が気軽に立ち寄れるカフェ、レストラン、マッサージを併設。
- ◇ギャラリーや図書スペースを無料で開放。
- ◇開かれた環境をつくり、地域の人々にアクラスタウンの事を知ってもらう。





◇土地・建物は株式会社が所有。マッサージ以外はすべて株式会社が運営。

◇マッサージについては住宅型有料老人ホームの1室を貸し出す。

◇カフェについては自主運営。ギャラリー、図書コーナーについては無料開放。ギャラリーの展示については、経営者の人的ネットワークにより開催。

食事の自由度

食事のコントロール	調理方法	実態(住居/居室)
自分で調達する	自炊	○ / ×
	中食	○ / ○*
	配食	○ / ○*
	外食	○ / ○*
ホームヘルパーがつくる		○ / ○*
食堂で食べる	利用者が限定されていない	× / ×
	メニューが選択できる	× / ×
	献立や調理に参加できる	× / ×
	重度者対応の食事を提供できる	× / ○

* 要介護者の場合、家族もしくは自費サービスによる支援が必要

住まいの計画

居住者像
自立、要介護高齢者、35戸

◇大きく2つの棟に分かれる。

住宅の個人空間
住戸または居室

◇道路手前側の棟は1階が重度者向けの居室15室、2階が要介護者向けの居室7室、3階が元気な人向けの住戸3戸となる。2階にはカフェテラスと図書スペースがあり、外部からアクセスすることができる。

住宅の共用空間
共用食堂あり

併設機能
カフェ、介護サービス
図書スペース、ギャラリー

立地
住宅地

◇道路奥側の棟は、1階2階ともに8室の重度者向け居室からなる。



居室

◇その他にもレストランやギャラリーが別棟で設けられている。

◇居室の構成は重度者向けが6.3㎡～9㎡。要介護者向けが15㎡。元気な人向けが38㎡となる。



食堂

◇重度者、要介護者向けの居室は洗面のみ(一部トイレあり)。元気な人向けの住戸には、ミニキッチン、トイレ、浴室がある。

◇1・2階はユニット型の平面構成。

住戸計画

1/200	
1R	
住戸数	12戸
面積	9.0㎡
設備	なし
家賃	5.5万円/月
共益費	6.5万円/月

1/200	
1R	
住戸数	5戸
面積	15.0㎡
設備	トイレ 洗面
家賃	7万円/月
共益費	6.5万円/月

1/200	
1LDK	
住戸数	2戸
面積	38.0㎡
設備	キッチン 浴室・トイレ 洗面
家賃	10万円/月
共益費	6.5万円/月



- 住宅の個人空間
- 住宅の共用空間
- 地域と住宅の双方に開かれた空間
- 利用者が限定されている空間（ケア部門等）

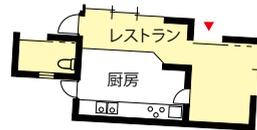
3階平面図



2階平面図



1階平面図



0 2.5 5M
Scale 1 : 300

建物概要

設計：大久手計画工房
用途地域：第一種住居地域
総建築費：約 4.0 億円

敷地面積：1,015 ㎡
延床面積：1,342 ㎡
土地：所有（株誠心）
建物：所有（株誠心）

コミュニティーハウス法隆寺

奈良県生駒郡斑鳩町



外観

全体概要

開設年：2004年10月
事業主体：(株)安寿ネット
住戸数：8戸
住戸種別：一般賃貸住宅
階数：2階建て
併設機能：ホール（食堂）、菜園

所在地 広域



食堂

運営概要

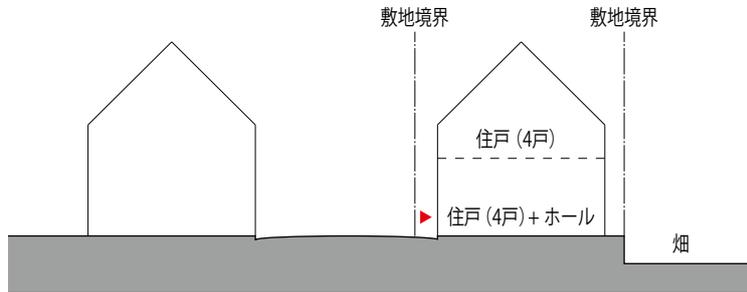
- ◇居住者の出資により設立された株式会社が運営母体。居住者自身が株主となり運営に参加。
- ◇土地は定期借地、建物は株式会社が所有。住戸プランについては開設時の住民の意向を反映したコーポラティブ方式を採用。
- ◇住戸数は8戸。60歳以下の居住者もおり、自立した居住者が多い。
- ◇コミュニティ形成の一つの手法として園芸・農作業を積極的に取り入れる。建物前面の花壇には四季折々の希少な植物が植えられ、地域住民との交流が図られている。
- ◇居住者同士の助け合いの一貫として食事会を開催。要介護高齢者の食事などを自主的に支える。

斑鳩町の概要

人口： 27,734 人
 高齢者人口： 6,697 人
 65歳以上割合： 24.21 %
 75歳以上割合： 10.15 %
 要介護認定者数： 1,257 人
 世帯数： 10,133 世帯
 持家： 8,098 世帯
 民間賃貸： 1,797 世帯
 公営賃貸： 85 世帯

(H22 年度 国勢調査)

奈良県の北西部にある斑鳩町に立地。町の大部分は農村地帯であり農地の中に集落が点在する。



立地・敷地の概要



■ 店舗 (物販・飲食系)



正面玄関



談話コーナー



ゲストルーム (ラウンジ)



管理している畑



住戸内の庭

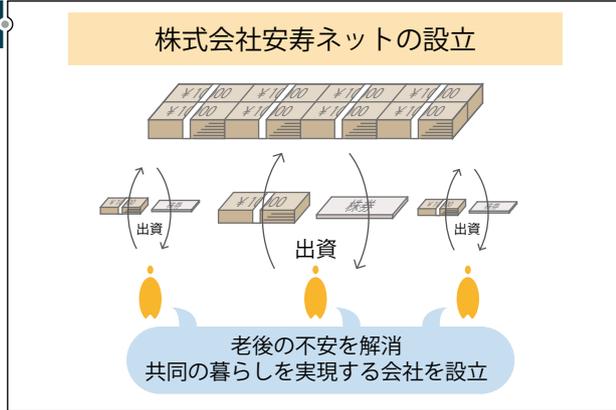


住宅周辺

事業プロセス

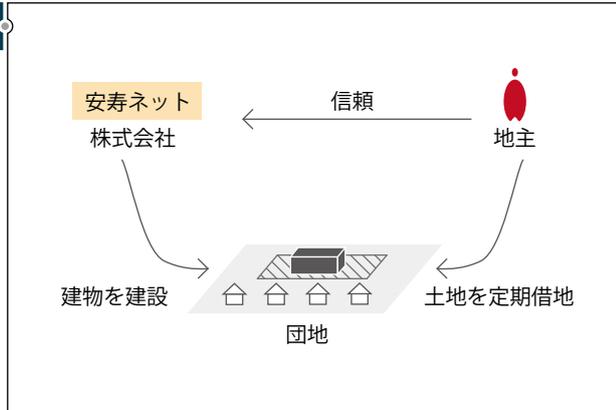
共同での生活を目指し株式会社を設立

- ◇居住者たちはシニアボランティア組織ナルクで知り合う。共に老後の不安を抱えていることを知る。
- ◇元気うちからの共同生活を目指す。
- ◇共同住宅の建設を前提に株式会社を賛同者の出資により設立。
- ◇賛同者（全居住者）は出資への対価として株式を受け取り、共同経営者として共同住宅の運営に参加。



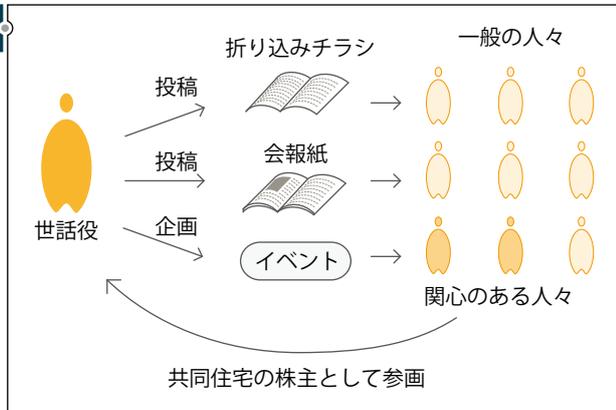
コミュニティーハウスの建設

- ◇ナルクで知り合った設計士に基本計画を依頼。
- ◇農協が土地を斡旋。
- ◇株式会社としての信用力から50年の定期借地権で土地を借りることができる。



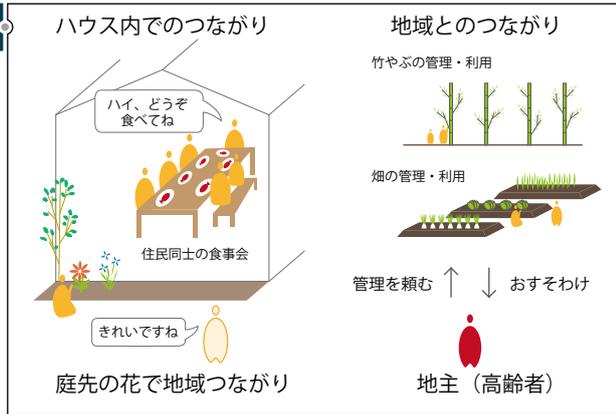
共同居住者の募集

- ◇ナルク発行のシニア情報誌に連載記事を投稿し、居住者を募集。または勉強会を定期的に開催。
- ◇関心はあるものの希望者は少なく、募集に苦労する。

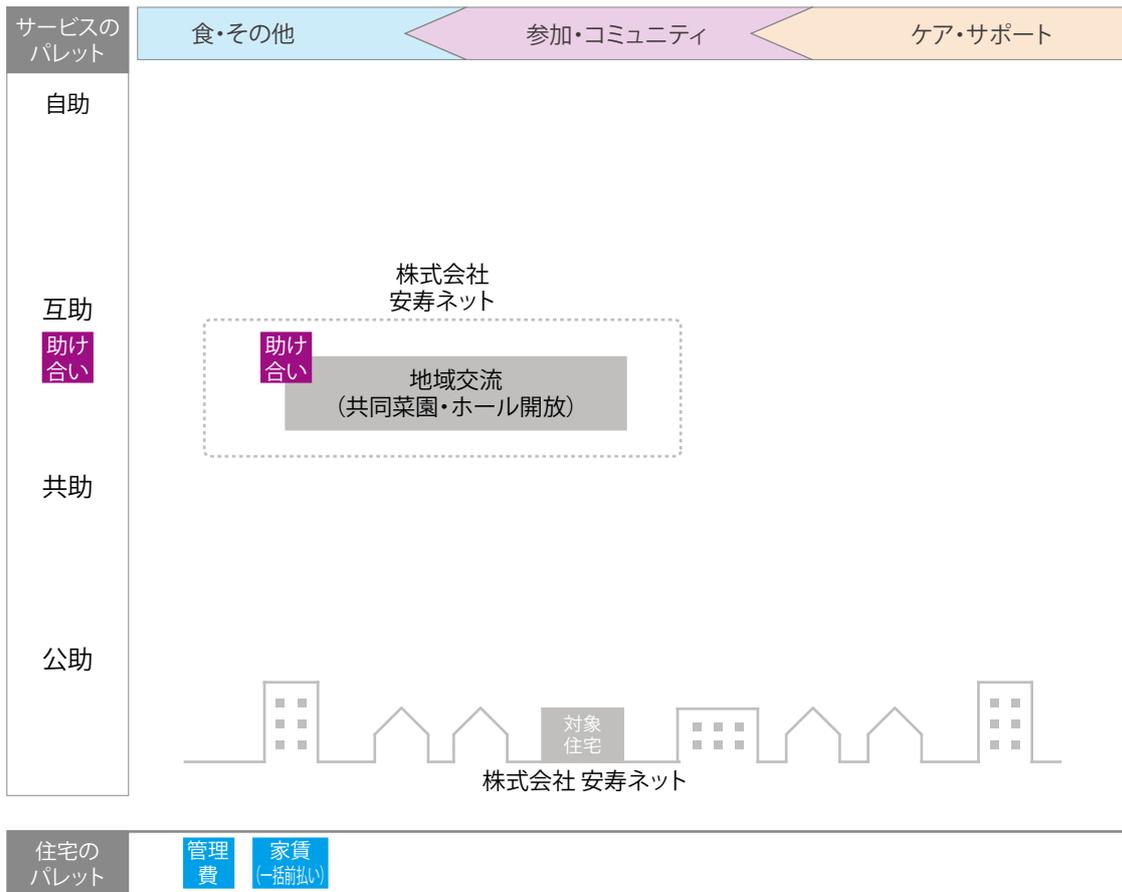


共同居住で生まれるつながる暮らし

- ◇ハウス内でのつながり。
 - ・週1回の食事会
 - ・農作業の収穫物を活用したつながり
- ◇地域とのつながり。
 - ・農作物を通じたつながり
 - 花の栽培
 - 畑、竹やぶの管理
 - ・ホール（食堂）を子どもの活動や地域の自治活動に開放



事業の計画



◇居住者の出資により設立された株式会社安寿ネットが建物の建設、管理を担う。

◇分譲住宅の区分所有に相当する額を株式会社安寿ネットの株式として保有。

◇それぞれの居住者が株式会社の経営に参画し、交替制で運営業務を担う。

◇転居時には株式を売却することで区分所有に相当する額を受け取ることができる。現実的には売却先(共同居住者)を見つけることが大変。

◇居住者同士の交流や、地域住民との連携に共用空間であるホール(食堂)を積極的に開放。コミュニティ活動は居住者の有志により実施。

食事の自由度

食事のコントロール		調理方法	実態
自分で調達する		自炊	○
		中食	○
		配食	○
		外食	○
ホームヘルパーがつくる			○
食堂で食べる	利用者が限定されていない		×
	メニューが選択できる		×
	献立や調理に参加できる		×
	重度者対応の食事を提供できる		×

住まいの計画

居住者像
自立高齢者、8戸

◇新しく開発された住宅団地に立地。

住宅の個人空間
住戸

◇1株あたりの基本面積があり、住戸面積の割り増し分は、それぞれ個人が負担する。

住宅の共用空間
共用食堂あり

併設機能
なし

◇住戸プランについては、確保した面積の中で自由にレイアウトされる。設計段階から住み手が関わるコーポラティブ方式を採用。

立地
住宅地・農地



住居内部

◇住戸面積は 37.53 m²が3戸、71.01 m²が5戸となる。各部屋にはトイレ、洗面、キッチンが設置されている。

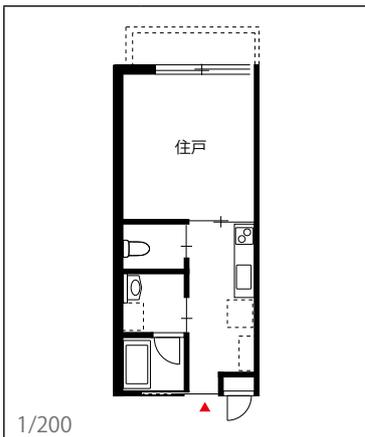
◇廊下は片側廊下タイプの屋内廊下。



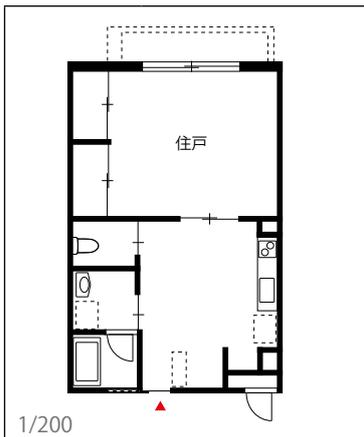
住居内部

◇共用空間にはキッチンを備えた食堂、玄関室脇のゲストルーム（ラウンジ）がある。屋外には花壇や菜園があり、畑仕事が好きな人同士で共有している。

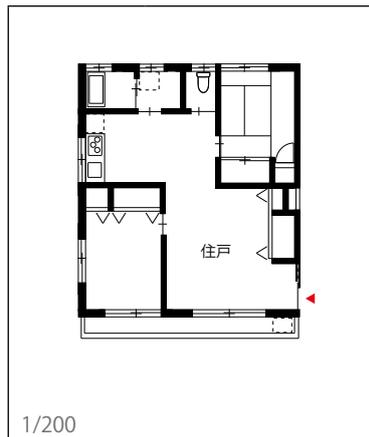
住戸計画



1DK	
住戸数	1戸
面積	28.88 m ²
設備	台所 浴室・トイレ 洗面
家賃*	2.8万円/月



2DK	
住戸数	2戸
面積	42.01 m ²
設備	キッチン 浴室・トイレ 洗面
家賃*	3.4万円/月

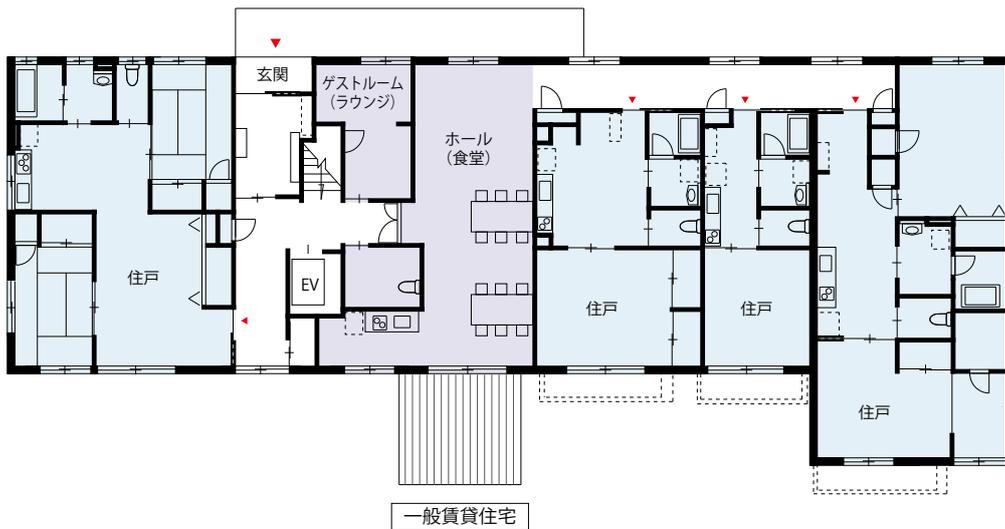


2LDK	
住戸数	7戸
面積	71.68 m ²
設備	キッチン 浴室・トイレ 洗面
家賃*	4.5万円/月

* 家賃には管理費・共益費、修繕積立金を含む



2階平面図



1階平面図

0 2.5 5 M
Scale 1 : 250



- 住宅の個人空間
- 地域と住宅の双方に開かれた空間
- 住宅の共用空間
- 利用者が限定されている空間（ケア部門等）

建物概要

設計：E & A設計
 用途地域：第一種中高層住居専用地域
 総建築費：約 1.4 億円

敷地面積： 705 ㎡
 延床面積： 646 ㎡
 土地：借地（定期借地契約）
 建物：所有（株安寿ネット）

3 事例を読み解く視点

3-1 住宅の位置づけ

私たちは、高齢者住宅のお手本としてオランダを含めた北欧諸国の事例を参考にすることが多い。アトリウムで覆われた1階にレストラン、保育所、アクティビティやケアサービスを含めたサービス機能があり、2階以上に住宅が整備されているといったものが典型であろう。そして、比較的、早い段階でこれらの住宅に移り住み、アクティビティに主体的に参加している様子を見て、integrated community based care with citizens として暮らしていると判断し、転居する場合の好ましい選択肢だと感じている。

これらの国は住宅を社会資本とみなしているため、利益追求をミッションとしない**社会的住宅企業**とでも呼ぶべき事業主体が存在しており、これら事業体が公的資金(税制の優遇措置含む)を活用しながら高齢者向け住宅を整備している。また、普遍的家賃補助制度があるため、早めの引っ越しを阻害しないメカニズムが社会に埋め込まれている。持家政策を軸に住宅を市場の商品として供給してきた日本に、①社会的住宅企業は育つのか。そして、②早めの引っ越しがなされるメカニズムを社会に埋め込むことは可能なのか。

この視点で事例を読み解いてみよう。まず、**事例1：C-CORE**のような社会的住宅企業は日本では稀有な存在であり、公営住宅/住宅供給公社/UR都市機構などに、その役割が期待されていることが理解できる。**事例2：遠矢団地**はその典型であろう。**事例4：あさがお邸**が早めの住み替えとして機能しているのは、旧高優賃の家賃補助制度の対象となっているからであり、それ以外の民間事業者による**事例5～事例9**が、早めの住み替えとは言い難いことも、日本の住宅政策からいえば、極めて妥当な現実といえる。事例5～9は住宅とサービスの双方を整えているが、住宅事業とサービス事業が資本関係として完全に独立しているのは**事例8：ケアタウン小平**のみである。その意味では、事例8：ケアタウン小平は事例1：C-COREに近い。医療と介護の統合が達成されているため、利用者像(顧客)が異なるということであろう。**事例10：コミュニティーハウス法隆寺**は社会的住宅企業がない状況下で、当事者が株式会社という手法でコーポラティブハウジングを立ち上げたということになるのか。

3-2 誰と住むのか

特定の心身機能にある高齢者だけの住宅を整備するのではなく、子育て世帯、障がい者世帯、学生世帯などを組み合わせるのが、**社会的包摂**の視点からは正しい。そのことによって、役割と立場が増え、一方的に支えられる存在であった者が支える存在にもなり、そこに**与え合う関係（贈与の関係）**が生まれるからである。多くの人は、支えられる機会より支える機会を多く持ちたいと願う。それ自体は健全な思考であるが、支える相手がいない限り、支える側にはなれない。両者は、本質的には相互依存の関係にある。

事業企画の視点にたてば、保有する人的資源と調達可能な資金の範囲内で、組織を最大限に活かす仕組みを検討せざるを得ないわけで、コアとなる顧客（＝サービスやサポートを必要とする高齢者）以外の住宅をどこまで自らが整備すべきかは悩ましい。また、住み手である高齢者は住宅のセールスポイントを理解したうえで転居を決めており、現時点では、将来に備えての住み替えニーズよりも、介護が必要になって住み替えるニーズのほうが圧倒的に多い事実をふまえると、社会的包摂に対する強いミッションが組織にない限り、対象者像を広げた住宅を整備することは組織目標にはなりえない現状がある。「目の前に広がる短期的なビジネスチャンスそのまま取りに行くことが、よりよい社会の構築に貢献することなのか、私たちが暮らしたい社会の姿なのか」と自らに問いかけ、思慮深い行動に移すためには、短期的なビジネスチャンスに代わる新たなマーケットを興せる見通しが必要である。

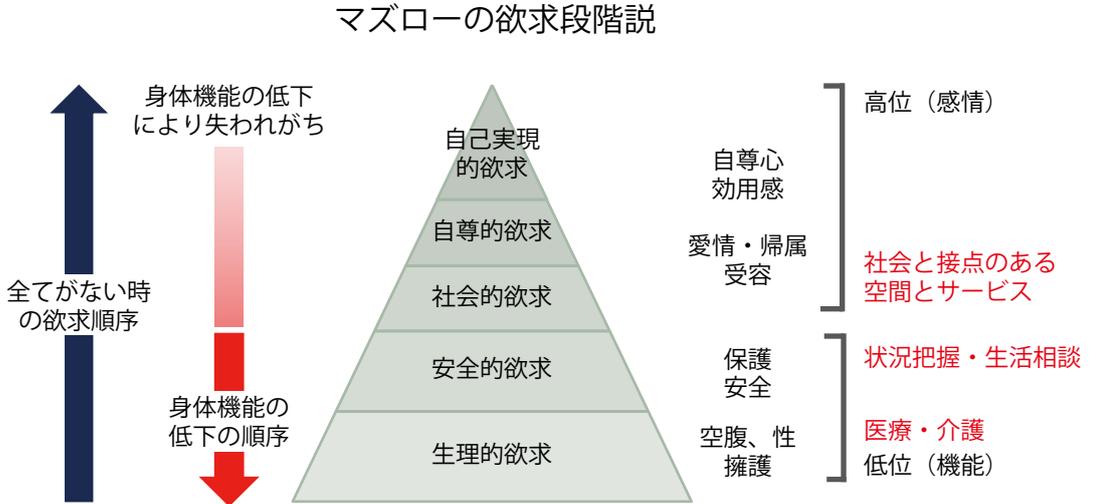
これらの困難を和らげる手法としては、①住宅供給をケア/サポート事業体から切り離す（＝ケア/サポート事業体はケア/サポートに特化する）、②住宅供給の代わりに食事機能や交流機能を充実させ多様な人が訪れる仕組みを構築する、の2点が考えられる。この視点から事例を整理してみよう。**事例2：遠矢団地**、**事例3：新地東ひまわり住宅**は、住宅供給を公営住宅として切り離しつつ、交流機能や食事機能を設けた事例である。子育て世帯から勤労世帯、高齢者世帯までが居住している。**事例1：C-CORE 東広島**と**事例8：ケアタウン小平**も、住宅供給をケア/サポート事業体から切り離したものであるが、医療介護サービスの充実度から、前者は多様な世帯が居住し、後者は高齢者世帯が多く住んでいる。**事例4：あさがお邸**、**事例5：いなげビレッジ**、**事例7：メゾン・ド・アムール**はサービス付き高齢者向け住宅であるため、居住者は高齢者に限定されているが、食事業や店舗の充実、地域交流拠点の整備などによって、地域からの訪問者を増やす仕組みを採用している。同様の仕掛けは**事例6：生協のんびり村**でも確認できる。**事例9：アクラストウン**は、3階に広めの住戸を4室用意し、学生の利用を想定している。

3-3 マズローの欲求段階説からみたサービス付帯の仕組み

ここでは、心理学者のマズローが唱えた自己実現理論（欲求段階説）を参考に、高齢者住宅におけるサービス付帯の仕組みを考えてみたい（図表3）。マズローは、「人間の欲求は階層化されており、欲求の間には序列がある」と考えた。生理的欲求→安全の欲求→所属と愛の欲求→承認の欲求→自己実現の欲求である。生理的欲求とは食欲・性欲・渇き・擁護などを指し、高齢者住宅/施設でいえば身体介護にあたる。安全の欲求とは安定・保護・安全などであり、やや正確ではないが、高齢者住宅/施設でいえば見守りや状況把握・生活相談にあたる。社会的欲求とは愛情・帰属・受容を、承認の欲求とは自尊心・効用感を、自己実現的欲求とは自己充足感を指す。生理的欲求と安全の欲求は**低位の欲求**とも呼ばれ、機能的な側面が強い。これに対し、社会的欲求、承認の欲求、自己実現的欲求は**高位の欲求**とも呼ばれ、情緒的な側面が強い。

特別養護老人ホームをはじめとする介護保険施設や特定施設は生理的欲求が満たされていない人が利用するものであるから、事業者は介護と医療の充実を謳う。高齢者住宅は、安全や保護の欲求に対応する状況把握・生活相談の体制を謳う。身体機能の低下した人に対して、低位の欲求が充実していることをアピールする戦略は基本的には正しい。

低位の欲求は機能であるから社会市場（介護保険等）や市場（マーケット）で調達することができる。一方、社会的欲求や自尊的欲求は情緒にかかわるものであるから、顔の見えないこれらの市場では調達できない。例えば、愛情・帰属・受容は他者を必要とするし、自らの主体的な関わりなしに獲得することはできない。貨幣だけでは調達できないのである。従来で市場で調達できないからこそ、その契機となる仕組みを事業に埋め込むことに価値がある。社会的欲求や自尊的欲求を満たすためには、他者



図表3 マズローの欲求段階説とサービス付帯

との関わりを構築するための場・仕組み・商品・サービスを用意することが必要である。そのキー概念は、マーケットとの競争に耐えられる商品・サービスの開発、事業プロセスへの参画、従来の市場とは異なる新たな市場の創出、ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）の醸成であろう。すなわち、他の事業体と差別化を図るポイントは、①医療や介護以外の低位の欲求を満たす商品やサービスを開発すること、②高位の欲求のベースとなる顔の見える新たな市場を事業者と利用者が協同で創造すること、である。

このことを包摂多様な場という視点で捉えなおしてみよう。包摂多様な場は、支える人と支えられる人の双方で成立している。支える人になる可能性が高いのは、現時点で健康で、経済的に余力があり、社会的欲求や自尊的欲求を実現できる場を求めている人である。彼らはいつかは魅力ある高齢者住宅に転居するかもしれないが、現時点では周辺の自宅から訪れることが圧倒的に多いだろう。彼らに訪れてもらうには、①だけでなく、②を充実させる必要がある。ただし、社会的欲求や自尊的欲求を求め人で溢れかえった場というのは、ある意味、不健全である。社会的欲求や自尊的欲求にとりたてて関心がない人が、実は、重要である。そのような人々が欲しいのは①である。医療福祉分野が得意とするサービスで、彼らの要求にこたえうる①の機能は、食事とヘルスケア（保健・予防）であろう。よって、食事を例にとれば、街場のそれと同等のおいしさと居心地の良さを追求すべきであり、マーケットに耐えられる商品であることが必要である。栄養管理などの専門性を加味できればなおよい。ヘルスケアに関するサービスも同様である。カルチャーをはじめ学習意欲に応えるサービスも可能性にあふれている。得意分野でないならば、マーケットベースのサービスを誘致すればよい。

当初の目的が何であれ、ここを訪れ、サービスや商品を交換するうちに、仲間ができ、傍らにいる人にささやかな支援をする状況が生まれるかもしれない。自分が求めていることを自覚すらしていなかった社会的欲求や自尊的欲求が結果的に満たされていた、というのが望ましいという考え方もあるだろう。

以上の理解のうえに、各事例をみてみよう。街場と同等の食を提供しているのは、**事例1：C-CORE**、**事例3：新地東ひまわり住宅**、**事例4：あさがお邸**、**事例5：いなげビレッジ**、**事例6：生協のんびり村**、**事例9：アクラスタウン**である。障がい者の就労支援B型、有償ボランティアの活用、レストランススペースの無償貸与などを組み合わせて、手頃な価格を実現している。高位の欲求のベースとなる顔の見える世界を開発していると判断できるのは、**事例1：C-CORE**のC-CORE 倶楽部での活動（サロン、食事会、貸しスペース）、**事例2：遠矢団地**のコレクティブ模擬事業や交流サロンの貸し出し、**事例3：新地東ひまわり住宅**や**事例7：メゾン・ド・アムール**での

地域交流事業（行政企画）、**事例5：いなげビレッジ**や**事例6：生協のんびり村**の出資という仕組みやレンタルスペースの設置、**事例8：ケアタウン小平**の芝生開放、**事例10：コミュニティーハウス法隆寺**の地域交流事業などがある。いずれも、現時点では事業者がイニシアティブをとって実施しているが、成熟する過程で管理は事業者が、運営は地域住民がという時代がくるかもしれない。

3-4 生活支援の要 ～「食」のあり方～

高齢者住宅における食事サービスの提供は本来、望ましいことといえるが、給食形式の食事しか選択できなければ、常に全員が同じ食事をいっせいに食べる集団的な生活となり、施設のような雰囲気をつくってしまう場合がある。また、365日、3度の食事が自動的に出ると、居住者は買い物に出掛けなくなり、生活が建物内に完結し、外出や買い物の機会の減少が、金銭管理や調理などの家事能力を衰えさせてしまう。高齢者住宅が施設と大きく異なるのは、常に管理されるのではなく、支援を受けながらも、最後まで自分の暮らしを自ら決められる点にあるのだから、生活支援の要となる食事においても、何を、いつ、どこで食べたいのか、本人の気持ちや体調によって選べるのが大切である。自室で一人で食事をしたい時や、買って来た簡単な食事ですませたい時にも対応できるように、居住者が買い物や外食に出掛けやすい立地、ヘルパーに買い物を依頼しやすい立地の選定は、在宅らしい暮らしを保つうえで重要だといえる。

また、高齢者住宅では、しばしば食事サービスの利用が想定ほど伸びず、厨房の経営が赤字になることがある。しかし、経営のために、自炊できる元気な居住者に食堂の利用を促すことは本末転倒である。こうした厨房運営の難しさを解決する方法として、**事例4：あさがお邸**、**事例9：アクラストウン**、**事例6：生協のんびり村**の事例のように、高齢者住宅の食堂を、地域で評判のレストランや腕利きのシェフを誘致するなど、地域の人にも利用してもらおう発想が参考になるだろう。

特に、**事例1：C-CORE**のように、障がい者の就労支援拠点として運営するカフェやレストランと連携できれば、高齢者住宅にとってみれば、自前で食堂を用意せずすみ、一方、障がい者の就労支援拠点にとっても、ニーズのある場所にレストランを構えることができるため、相互にメリットのある効果的な方法といえる。さらに、**事例5：いなげビレッジ**のように、近隣のスーパー、総菜屋、レストランへ居住者が出掛けやすくすることによって、高齢者住宅の居住者に**多様な食事の選択肢**を提供する取り組みも参考になるだろう。

3-5 状況把握と生活相談

サービス付き高齢者向け住宅は、状況把握と生活相談を必須サービスとして位置づけている。具体的なサービス内容は、①適切なサービスを利用しながら健やかに暮らしていることを日々確認すること、②医療・介護・行政サービスなどの相談窓口となり適切な機関につなげることを指す。日中のみの状況把握の場合もあれば、24時間の状況把握の場合もある。掲載事例は必ずしもサービス付き高齢者向け住宅ではないが、事例2：遠矢団地、事例4：あさがお邸、事例6：生協のんびり村は日中のみであり、事例5：いなげビレッジ、事例7：メゾン・ド・アムール、事例9：アクラスタウンは24時間である。事例1：C-COREは契約者はおらず、事例3：新地東ひまわり住宅、事例10：コミュニティーハウス法隆寺はサービスそのものがない。事例8：ケアタウン小平は、管理人がよき隣人として同様の主旨のものを提供しているが、契約に基づいたものではない。

高齢者向け住宅の状況把握・生活相談は、人的な見守りを全額自費（自助）で購入する契約に同意した人が集まって暮らすことで成立している。この意味において、状況把握・生活相談とは、**集合住宅の私有財**である。マンションのコンシェルジュ機能と同様であるが、利便性でなく、不安解消を目的としているところに違いがある。

不安が解消された状態を安心と呼ぶことがあるが、安全と違って安心にはきりがない。不安は心のあり様であるから、本来、安心は市場では調達できないはずであり、似たようなものとして、すなわち派生需要として、状況把握・生活相談という商品を購入することになる。掲載事例をみると、状況把握・生活相談サービスが日中のみであるから、あるいは、状況把握・生活相談サービスがないからといって、居住者が不安にかられているわけではない（もちろん、事例9：アクラスタウンや事例5：いなげビレッジのように重度者向けであれば、介護保険の支給限度額を超えた部分のサービス対価を含むという意味で24時間の状況把握・生活相談を担う職員配置が必要となる）。不安の解消とは何を意味するのか、不安の解消は状況把握・生活相談サービスでしかできないのか、ほとんどの事例が有している交流機能や食機能が不安の解消にどのように貢献しているのか、これらを考えたほうがよいかもしれない。

話は変わる。状況把握と生活相談を**見守り**と呼ぶ場合もあるが、地域での見守りとは意味が異なることに留意が必要である。地域での見守りには、①支援を必要とする人を発見するための見守り、②支援を必要とする人がつつがなく暮らしていることを確認するための見守りがある。地域での見守りとは、見守らなければいけない人という福祉的ニュアンスで使用されていることが理解できる。これに対し、サービス付き

高齢者向け住宅の見守りは、やや誤解を招く表現ではあるが、見守ってほしいと自ら手を挙げた人を対象としている。すなわち、マーケット的ニュアンスで使用されている。ここに本質的な違いがある。

住戸が独立して点在している地域社会において、人による見守りはコストがかかる。また、契約を結んだ人だけを見守りの対象とすることは、道義的に難しい面がある。集合住宅でそれが可能となったのは、集住することでコスト増を回避し、かつ、地域社会のなかにあるものの、ある種の独立した世界であると人々が了解しているからである。地域社会一般を広く対象とするような人的な見守りは、市場の商品としては開発しにくいのである（特定の社会階層が集住しているようなニュータウンや、海外にあるようなゲートドコミュニティなら可能かもしれない）。我が国で、機械による安否確認をメインに緊急時のみ人が出動する商品が流通し始めているのは、そういう理由がある。このように考えてくると、**事例5：いなげビレッジ**が実施している、UR賃貸住宅居住者に限定した見守り事業は、今後の展開が興味深い。

3-6 医療と介護を地域の共有財として「見える化」する

サービス付き高齢者向け住宅では、状況把握と生活相談に加えて、医療サービスや介護サービスを付帯させることが多い。訪問介護、通所介護、定期巡回随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、訪問看護、診療所などである。居住者の殆どが併設サービスを利用する仕組みはよくないと言われるが、掲載事例の多くで、併設の介護サービスが積極的に利用されている。転居先に慣れ、状況把握や生活相談を担う職員に信頼を寄せるようになったにもかかわらず、併設の介護サービスを積極的に利用しないという状況は、居住者心理とは相いれない。徐々に併設サービスを利用するのが普通である。議論すべきは、併設以外のサービスを利用する選択肢が担保されているか、地域の人が高齢者住宅に併設されたサービスを利用できるか否かである。**事例9：アクラスタウン**では併設の訪問介護や訪問看護の利用は居住者にほぼ限定されているが、**事例8：ケアタウン小平**では併設の在宅療養支援診療所、訪問看護、訪問介護、いずれも地域の住宅へのサービス量のほうが多い。医療サービスか介護サービスかによる違いもあるが、両者の違いはつまるところ、**事例9：アクラスタウン**が医療ニーズのある重度者を利用者として多く抱えていることによると推察される。居住者の介護サービスを、訪問を中心に組み立てるのか、通所を中心に組み立てるのかについては、通所の機能が社会参加と家族のレスパイトであることを考えると、訪問を中心に組み立てるのが理想的には正しいと思われる。この点は、**事例7：メゾン・ド・アムール**、**事例8：ケアタウン小平**、**事例9：アクラスタウン**で確認できる。

医療サービスや介護サービスは、あくまで**地域の共有財**である。そのことが理解できるようにデザインし、「見える化」することが求められる。**事例1：C-CORE**、**事例3：新地東ひまわり住宅**、**事例6：生協のんびり村**は、住宅部分とサービス部分の入り口を明確に分け、この点に配慮している。この考えを発展させると、サービス拠点を住宅から独立した建物として計画する、サービス拠点と地域交流機能や食事機能などの活動拠点を組み合わせて日常的な便利施設として計画するなどの提案がなされるであろう。

3-7 居場所と仕事をつくる

ここまでの検討の流れを振り返ると、①地域包括ケアシステムの基盤である住宅に関する課題整理、②マズローの欲求段階説から高齢者向け住宅のサービスを整理、③生理的欲求や安全的欲求といった低位（機能）の欲求に該当する医療／介護／状況把握・生活相談について整理、ということになる。以下では、④社会的欲求や自尊的欲求といった高位（感情）に該当する部分を整理する。

社会的欲求に該当する愛情・帰属・受容は他者を必要とする。サービス付き高齢者向け住宅に転居してきた人は、友に囲まれて暮らしてきた人かもしれないし、そうではないかもしれない。いずれにせよ新たな転居先で、その人にとって心地よく暮らせる人間関係を築きたいと思うであろう。人々が集い、心地よい人間関係が育まれるような空間と仕掛けが必要である。

おいしい食事をいただけること、健康を保つ教室や趣味活動の教室があること、気軽に立ち寄っておしゃべりができること、介護や福祉に関する専門職に相談できること。**事例1：C-CORE**や**事例2：遠矢団地**でのサロンや食事会、**事例3：新地東ひまわり住宅**や**事例7：メゾン・ド・アムール**の交流拠点、**事例6：生協のんびり村**の地域交流室や喫茶、いずれも、居住者と地域住民の双方が利用できる仕組みとなっている。このうち、**事例3：新地東ひまわり住宅**や**事例7：メゾン・ド・アムール**では、運営の一部を地域住民が行っている。

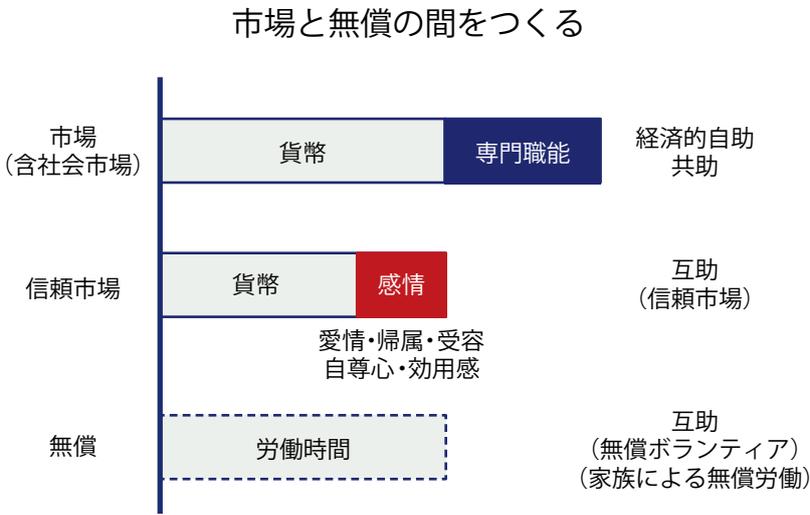
こういった場でのプログラムの実施や食の提供をコミュニティビジネス化し、団塊世代や障がい者をはじめとする地域住民の働く場として用意することは有効かもしれない。これらのサービスの大半は生活支援に係るものであるから、プロフェッショナルであることを要求されないという点で、相性も悪くない。障がい者の就労支援プログラムと重ねることもよいだろう。

3-8 市場と無償の間をつくる

前項で、プログラムの実施や食の提供をコミュニティビジネス化し、団塊世代や障がい者など地域住民の働く場とすることで、社会的欲求や自尊的欲求に応えたらどうかと提案した。高齢者住宅、地域の在宅、障がい者のためのグループホーム。地域に暮らす人々の居場所の一つとなることを目指すような集いの場は、貨幣を上手に介在させることで、与え合う関係に近づけたり、持続可能なサービスにできるはずだ。

従来、社会的欲求や自尊的欲求は無償のボランティアベースというイメージが強かったが、商品やサービスやプログラムの持続的運営、提供するサービスや商品の向上などを考えると、貨幣と感情を介在させ、一般市場と無償労働の間の市場を開発することが有効だろう。貨幣と感情の双方が介在した市場とは、**顔のみえる市場**である。互助には、プライベートな互助（AとBの間には成立するが、AをCに代替すると成立しない。属人的）とコモンな互助（AをCに代替しても成立する。社会的仕組みが埋め込まれている。無償ボランティアはこれに該当する）があるが、地域包括ケアシステムでより重要なのはコモンな互助である。このコモンな互助を市場化すると、常設性が担保しやすくなり、互助の弱点（持続性が担保されない）を克服しやすくなる。

地域包括ケアシステムでは、三つの市場が適切に機能することが好ましい。三つの市場とは、**市場**（一般のマーケット）、**信頼市場**、**社会市場**（準市場と呼ぶこともある）である。それぞれ、自助、互助、共助に対応する。信頼市場の考え方を整理しておこう。家族の無償労働で賄われてきた介護は、介護保険の創設により経済資本となった。専門性を備えた介護には、それに見合った対価が支払われる。これに対し、生活支援サービスはそもそもプロフェッショナルであることを求められないうえに、ここでは、



図表4 信頼市場の概念整理

愛情・帰属・受容といった社会的欲求、あるいは自尊心・効用感といった自尊的欲求を満たすことが目的の一つであるから、働くことで他者に認められたり、喜ばれたりすることで得られたプラスの感情分だけ労働対価を抑えることができる。この考えはソーシャルファイナンスの考え方とよく似ている。

介在させる商品やサービスには以下の二つがあるだろう。①市場（含む社会市場）で調達できるものを、信頼市場でやりとりすることで、人々の社会的欲求や自尊的欲求を満たすと同時に、市場よりも低い価格でやりとりする。②市場では調達しにくいもの、たとえば地域を対象とした人的見守りや、プロフェッショナルに達していない趣味講座の講師など、顔がみえる関係という信頼市場の特性を生かして、新たな商品やサービスを手頃な価格で開発する。この二点である。新たな信頼市場を興すことで自助や互助を鍛えることが、integrated community care system with citizens の重要な課題となるであろう。

3-9 安心から安寧へ

以上を振り返ると、理想の高齢者住宅というものは、医療や介護あるいは状況把握・生活相談といった低位の欲求に応えるだけでは不十分で、愛情・帰属・受容といった社会的欲求あるいは自尊心や効用感といった自尊的欲求など高位の欲求に応えるべきものであることが理解できる。転居する経緯は人それぞれであるが、集まって住む以上、一人ひとりの不安を解消して安心を保障するだけでなく、適度な距離感を保ちつつも、共に暮らす人々と**安寧**な社会に向けて取り組むことが望まれる。

地域包括ケアシステムが推進され、定期巡回随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護や在宅医療が充実し、より多くの人々が自宅で医療や介護を受けられるようになったとき、それでもなお、サービス付き高齢者向け住宅に人々が転居するとしたら、それは、自宅には十分に届いていない**安寧**が、高齢者住宅には潤沢にあるからにほかならない。2025年、自分の住む市町村がこういった状況に到達できているかは誰にもわからないけれど、目指すべき高齢者の住まい、とはこういうものであろう。

4 建築ヒント集

高齢者向け住宅の計画ポイント

《住宅を企画する》

1. 利用者参加型のデザイン 86

《住宅を計画する》

2. 住まいとしての広さ・しつらえ 87
3. 住まいを開く 88
4. 自然発生的な集まり 89
5. 空間に変化を与える仕掛け 90
6. 洗練されたしつらえ 91
7. 住民同士が集まる場 92

《地域を開く計画》

8. 地域住民がアクセスしやすい配置計画 93
9. 外を引き込む分棟形式 94
10. つながりをつくり出す中庭 95
11. 周辺と調和したデザイン 96
12. 少しずつ変わる場面 97
13. まちの雰囲気を取り込む 98
14. 植物を育てる 99

本文中で取り上げた事例一覧（括弧内は本文中での略称）

福岡県太宰府市	.....	コレクティブハウス アクラスタウン（アクラスタウン）
広島県東広島市	.....	C-CORE 東広島（C-CORE）
愛知県東海市	.....	生協のんびり村（のんびり村）
東京都小平市	.....	ケアタウン小平（ケアタウン小平）
千葉県千葉市	.....	いなげビレッジ虹と風（いなげビレッジ）
福岡県大牟田市	.....	新地東ひまわり住宅+地域交流プラザふらねコパン（ふらねコパン） メゾン・ド・アムール（メゾン・ド・アムール）
奈良県斑鳩町	.....	コミュニティーハウス法隆寺（法隆寺）

1. 利用者参加型のデザイン

利用者の視点 (user's point of view) を取り入れたデザイン。賃貸住宅や高齢者施設の設計は、運営事業者と設計者が進められることが多く、実際の利用者である高齢者の意見が反映されることは少ない。

一般的な賃貸住宅も同様であるが市場における選択性と競争原理が正常に働いている場合には、利用の頻度という結果により利用者の意見が反映される。しかしながら、高齢者関連事業のように需要と供給のバランスが悪く、正当な市場性が確保されていない場合は、利用者の意見が反映されにくい。

利用者の視点を取り入れた計画には、利用者が直接参加する方法と、調査研究等により利用者の意見をくみ取り、間接的にその意思を反映させる方法がある。ここでは、直接的な利用者参加型の手法としてコーポラティブハウス形式と事業者参加型の大規模開発について取り上げる。

■ コーポラティブハウス形式

実際の建物が設計、建設される前に、建物の主旨に賛同する居住者が集まり、協同で設計、建設作業を進めていく方式。主に分譲タイプの集合住宅の企画、設計で用いられる。

コミュニティーハウス法隆寺では、高齢者向け住宅への入居に関心がある人々が集ま

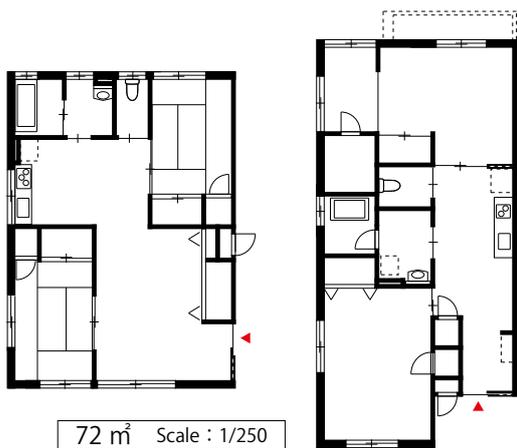


図1-1 同じ面積の異なるプラン (法隆寺)
自らの好みに合わせて間取りを選択。コーポラティブハウス形式を採用した集合住宅は区分所有による分譲住宅が一般的であるが、ここでは居住者で構成された株式会社が土地・建物を所有。詳細は事例集参照。

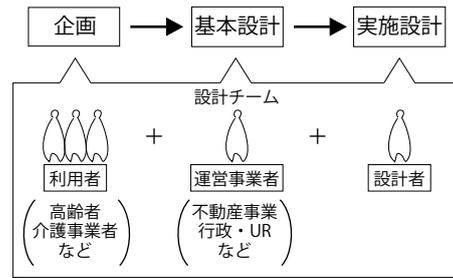


図1-2 利用者が企画・設計に関わる方式
企画・設計に利用者の視点を取り入れるためには利用者の意思を反映できる仕組みが必要。

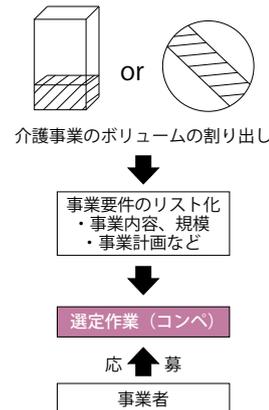


図1-3 事業者募集のプロセス
行政・不動産事業者が事業要件をリスト化。競争的手法により公平に優良な事業者を募集。

り、建設前から協同による株式会社を立ち上げ、企画、設計に居住者自らが関わっている。個人の意見を反映できる形式であり、各居室は同じ面積でありながらも異なる平面構成となる (図1-1)。

■ 企画・設計時における事業者選定

公営住宅や大規模な集合住宅団地に介護施設を併設する場合には、建設後に介護事業者を募集する場合と、企画・設計時に介護事業者を募集する場合がある。前者の場合は、建設事業者が介護関連施設の設計を担うために利用者である高齢者や職員のニーズを把握する事が困難となる。その結果、地域の介護ニーズにあっていない施設種別が選定される場合や、使い勝手の悪い建物になってしまう場合がある。

大牟田市市営新地東ひまわり住宅では、行政が企画を練り設計時に事業者募集を行っている (図1-3)。設計時に介護事業者が参画することで、使い勝手の良い空間をつくり出している。さらに、当時は制度化されていなかった小規模多機能型居宅介護の考え方をいち早く取り入れるなど、利用者の視点からの柔軟な提案がなされている。

2. 住まいとしての広さ・しつらえ

高齢者向け住宅には、これまでの生活の継続と、新しい環境での新しい生活という、継続性と新規性が求められている。継続性という点では、従前住戸で使用してきた思い入れのある家具や調度品を持ち込める部屋の広さや収納スペース、これまでの生活習慣を継続できるしつらえが必要となる。新規性という点では集まって住むことのメリットを活かした共用空間のしつらえに留意する。

また、個人空間には、食事や入浴などの基本的な生活行為だけでなく、客を迎える、家族が寝泊まりできるなど、本来住戸が有している機能を満たすことが求められている。

■ 居室と住戸

「家」や「部屋」という概念に明確な定義はないが、ここでは寝室のほかにキッチン、トイレ、浴室が設置されており、食事・排泄・入浴・就寝といった基本的な生活行為が完結する個人空間を「住戸」とし、上記のいずれかが個人空間内では行えない場合を「居室」とする。

高齢者施設では、空間と行為を共有化することにより効率的なケアを提供している。キッチンや浴室は共有化され、食事や入浴は施設側が用意する（ケアされる）ものとされている。

高齢者向け住宅は、要介護高齢者のみが居住する高齢者施設とは異なり、高齢者の生活の自立を基本とする。自立した生活を維持するためには、個人空間内において基本的な生活行為を完結できることが望ましく、高齢者向け住宅には「住戸」としての機能が求められる。

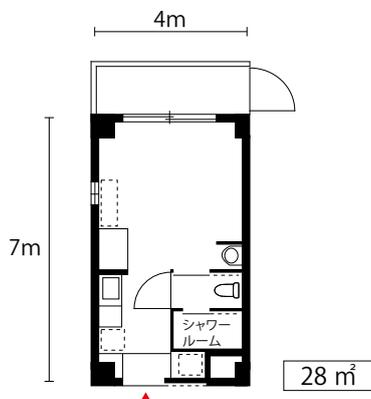


図 2-1 日常生活が完結する住戸（ケアタウン小平）
キッチン・トイレ・シャワールーム・洗濯機スペース付。

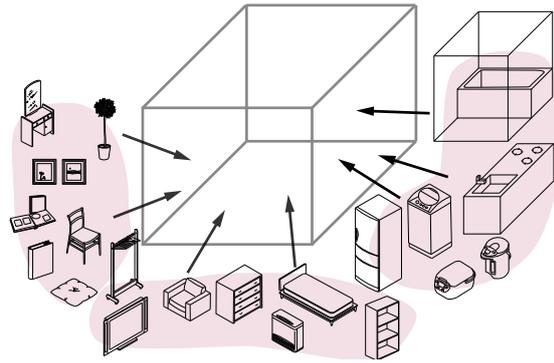


図 2-2 高齢者向け住宅に要求される設備・家具
高齢者向け住宅には多くの家具が持ち込まれる。

ケアタウン小平は28㎡の住戸である（図2-1）。ミニキッチンとシャワー室が設置されており、住戸内で基本的な生活が完結する。また、食堂も設けられており自炊が大変な時は共用空間で食事をとることができる。

■ 生活の継続と家具

歳を重ねるにつれモノは多くなり捨てきれないモノが多くなる。花嫁道具や長年使ってきた茶箆筒といった大きい家具だけではなく、子供が使っていた玩具、アルバム、旅行のお土産など小さなモノが多数ある。子供世代から見ると捨ててしまってもよいと思えるモノでも、高齢者にとっては大切な記憶が詰まったモノとなる。

高齢者向け住宅への転居には、過去との継続が重要であり、これらのモノを収納できる広さや収納スペースが必要となる。収納スペースは幅だけではなく、来客用の布団が収納できるか否かなど、奥行きにも留意する。また、共用スペースにトランクルームを設けると、段ボールなど滅多にあけることのない思い出の品をしまっておくことができる。



写真 2-1 住戸に配置されたなじみの家具（法隆寺）

3. 住まいを開く

住宅はプライバシーを守る器であると共に、他者を受け入れ交流する場所でもある。住戸内に外の雰囲気が伝わる、住戸外に人の気配が伝わるなど、内と外をつなぐ計画は、近隣同士のコミュニケーションを活発にする。

一般的な集合住宅の場合、共用廊下と住戸は鉄の扉で区切られる。防火上の措置としてとられるこの仕様が住戸を閉鎖的にしている。また、プライバシーに配慮した南面住戸の場合、共用廊下は北側となる。採光条件が悪い空間では共用部といえども他者との関わりが生じにくい。高齢者向け住宅においては、住戸と共用廊下の境界を工夫し、住民同士の交流を生み出す仕掛けが重要である。

■ ゆるやかな境界

高齢者向け住宅には、1人暮らしや健康上の不安など幾つもの不安を抱えた人が入居してくる。居住者の中には、誰かがそばにいてくれる、何あったときには助けてくれるなど、心理的なつながりを求めている人が多い。その一方、大半の人は元気であり日常的な安否確認は必要としていない。定時の安否確認が心理的なストレスになる場合やプライバシーが侵害されていると感じる場合もある。つまり、入居者の多くは規則的、管理的ではなく、緩やかに自らの事を把握しておいてもらいたいという欲求を抱えている。

このような何気ない日常の中で自分の事を理解してくれる。という状況をつくり出すためには、個人空間内に閉じこもるのではなく、居住者が積極的に外との関わりを持つことが重要となる。そのためにも、内と外の境界線である住戸と共用部の間仕切りには、双方を緩やかにつなぐデザイン上の工夫が必要となる。



写真3-1 外に開いた住戸（アクラスタウン）
住戸と外部廊下の境界はガラス。
外部廊下に住戸の雰囲気があふれ出る。

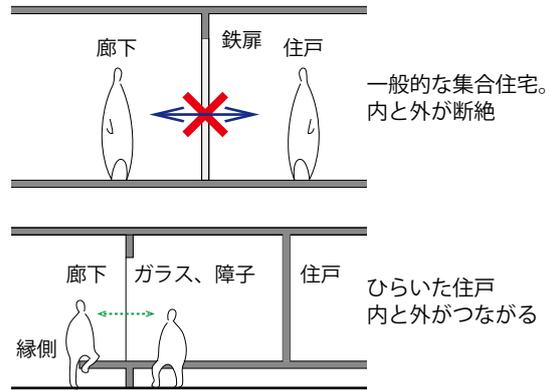


図3-1 開いた住戸と閉じた住戸
うちとソトの境界線を緩やかにつなげる



写真3-2 外に開く仕掛け（アクラスタウン）
ふすまを開けると住戸。住戸の前にはベンチが設けられている。内と外で会話につながる。

アクラスタウンでは、住戸と共用廊下の境界をガラスや障子により区切っている。ガラスの内側にはカーテンが敷かれ、プライバシーをコントロールすることができる。カーテンや障子越しに内部の明かりやシルエットが外に表出し、職員は自然と利用者の状況を把握する事ができる。内側の雰囲気が外にもれる、もしくは、外の雰囲気を感じることで、緩やかに見守ることができる。

また、障子や窓の側にはベンチが設けられている（写真3-2）。窓越しに声をかけ、そのままベンチに座っておしゃべりを楽しむことができる。単に雰囲気をつなげるだけではなく、会話というその後の行為にもつながる工夫がなされている。

4. 自然発生的な集まり

人々の自然発生的な関係性をつくるための仕掛け。同じ建物内に住んでいるというだけでは居住者同士の交流は生じにくい。居住者と居住者、居住者と職員、居住者と地域住民をつなぎ合わせるためには、意図的な工夫が必要となる。

交流を促すためには、偶然出会える場や、意図的に出会える場の双方が必要であり、それぞれの場にはきっかけとなる行為、関係性を深めるための滞在場所や家具が必要となる。何気ない挨拶が複数人での井戸端会議に広がるなど、自然と関係性が生まれ、関係性の輪が広がる工夫があるとよい。

■ 居住者同士の交流をうながす場

玄関脇に設けられたソファや、ポストの前にある休憩スペースなど、居住者の主要な動線上に設けられたいすやソファは自然発生的な交流を誘発する。例えば、夏の暑い日、買い物帰りに玄関でホッと一息をついていると、他の居住者も帰ってくる。挨拶から世間話へとつながり、自然とソファへ腰を下ろす。すると別の人も帰ってきて会話の輪が大きくなる。このような何気ない日常の一コマは玄関脇という場所にソファが設えられてはじめて生まれてくる。

また、一人暮らしの寂しさを感じる時などは、玄関やポスト脇に設けられたソファに腰を下ろし、何気なく新聞を読みながら誰かとの出会いを待つという場合もある(図4-1)。住戸を訪問するほど親しくはないが、誰かと少し話をしたい。という気持ちに伝えてくれる居場所となる。

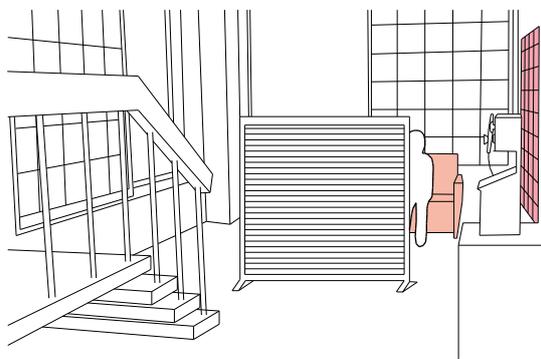


図4-1 ポスト前に設置されたソファ(メゾン・ド・アムール)郵便物を取りに行くという必然的な行為の場に関係性をつくる場を設ける。

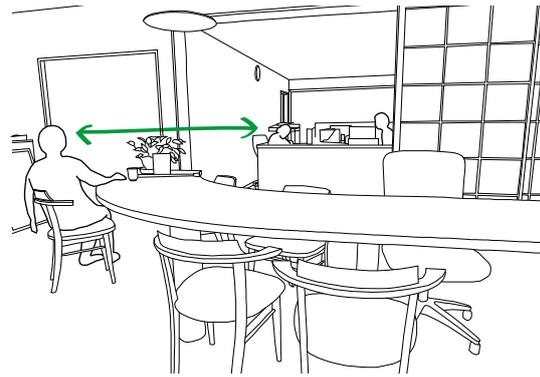


図4-2 職員との交流を促す場(メゾン・ド・アムール)フロント前に設けられたカウンターといす。スタッフルームで働く職員を眺めてくつろぐ。



写真4-1 地域の人との関係性をつくる場(ケアタウン小平)廊下に設けられたいす。中庭を眺めることができる。

■ 職員との交流をうながす場

居住者の中には日常的な出来事や心配事などを職員に聞いてもらいたいという人も多い。フロント前には、少し腰掛けることができるいすや、荷物を置ける台があると気軽に話しかけやすくなる。また、職員に話しかけなくとも職員の働く姿を眺めることで、安心できるという場合もある。フロントまわりには腰かけることができるベンチや、少し離れた場所から職員の事をうかがえる休憩スペースがあるとよい(図4-2)。

■ 地域の人との関係性をつくる場

ここで取り上げる場は、住民が地域の人を眺めるといふ一方向的な関わりの場である。遊んでいる子供、スポーツをしている人々、または、通り過ぎる人々など、動きがある風景は見ていると楽しい。

ケアタウン小平の中庭は、地域の子供たちに開放され、気軽に利用できる。高齢者向け住宅は中庭を囲むように配置され、中庭を望む廊下には座り心地のよいいすが設置されている(写真4-1)。廊下を歩いているときに、何気なく子供たちを見かけ、自然と腰を下ろして遊ぶ姿を眺める。という穏やかな場面をつくり出す仕掛けが用意されている。

5. 空間に変化を与える仕掛け

室内に設けられた段差には、それぞれ機能的・デザイン的な意味がある。デザイン面では、段差を設けることで空間に変化をつける。または、空間のヒエラルキーを演出する事ができる。

バリアフリー仕様の空間に段差解消は必須であるが、意図的な段差の操作が行えないという面もある。高齢者向け住宅の内部は、同じような住戸の扉が連続する場合が多く、平面的にも立面的にも単調になりやすい。このような単調さを解消し、空間に変化をつける方法として上下の変化を生む吹き抜けや、左右の変化を出すアルコーブがある。

■ 上下に変化をつける吹き抜け

上下の異なる階をつなぐ仕掛け。吹き抜けを人々のたまり場となる共用部に設けると住民同士のつながりが生まれる。空間のつながりが心理的なつながりを生みだし、上下階での一体感を生み出す。ケアタウン小平ではエレベータホールの横にある共用スペースに吹き抜けが設けられている(図5-1、写真5-1)。下階の共用スペースには書籍やソファが設置され、気軽に書籍を読みくつろぐことができる。下階の空間は目の前に吹き抜け空間が広がることで、光を多く入れこむことができ、開放感に満たされる。また、エレベータホールに隣接して設置されているため、居住者同士の自然発生的な交流も生まれやすい。



写真5-1 空間に変化を与える吹き抜け
(ケアタウン小平)

階段室横の共用スペースが上下階でつながる。光が差し込み明るい空間をつくる。

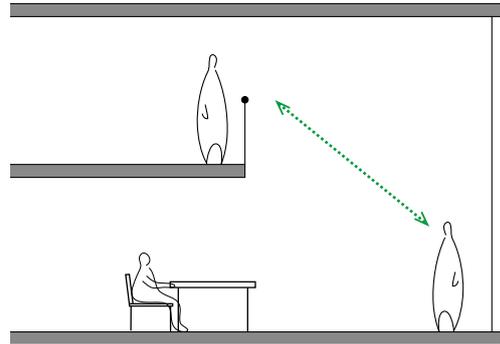


図5-1 吹き抜けによる上下階のつながり
吹き抜けが上下階の人間関係を結びつけ、空間に変化を与える。

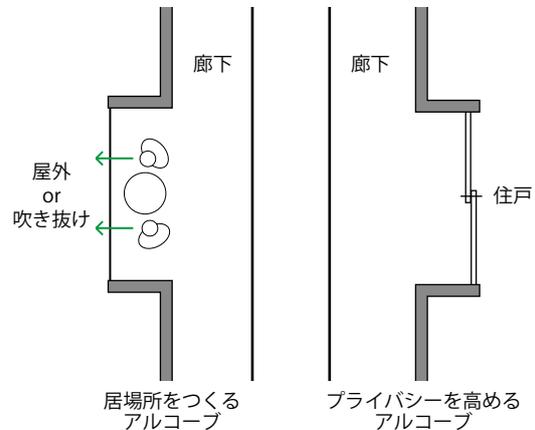


図5-2 左右に変化をつけるアルコーブ
屋外側に設けると休憩スペースとなり、住戸側に設けると住戸のプライバシーを高める。

■ 左右に変化をつけるアルコーブ

アルコーブとは部屋の壁を後退させて設けた付随的な入り込み空間を意味する。廊下のアルコーブは、外壁側に設ける場合と住戸側に設ける場合がある(図5-2)。

外壁側にアルコーブをもうけると2人程度でくつろぐことができる談話コーナーになる。アルコーブに小さくテーブルを置き、座りたくなるような場所を演出する。窓の向こう側に中庭や吹き抜けがあると、より心地のよい居場所となり人々が集まるきっかけをつくり出す。

住戸側にアルコーブを設けると、プライバシーを守る緩衝スペースとなる。通路と扉に距離が生じるため、通行人からの視線が気になりにくくなる。住戸のプライバシーが高まると、逆に扉を開けやすくなり、のれんを掛けて住戸の扉を開放するなど、外との関わりを促すきっかけをつくり出す。

6. 洗練されたしつらえ

日本の住様式は、古来よりユカ座が中心であり家具もユカ座に即したものが多い。和箆笥などの収納家具はあったものの、それほど家具の種類が多いわけではない。近年ではリビング・ダイニングなどの普及によりイス座の住様式が浸透してきているが、家具文化という点では十分に洗練されているとは言い難い。

高齢者向け住宅の家具には、利用者の身体機能に即した家具という人間工学的側面と、その地域の生活習慣に配慮し、生活の豊かさを演出するという側面が求められている。懐かしくもあり、洗練されたユカ座・イス座に即したデザイン、という難易度の高いインテリアデザインが求められている。

■ 一体的なコーディネート (写真6-1)

インテリアデザインのポイントは、ソファなどのパーツにこだわるのではなく、部屋全体をトータルコーディネートする事にある。部屋の内装をキャンバスに見立て、家具を配置していく。図と地のバランスや家具同士のバランスに注意して配置するとよい。この時、アクセントとなるような強い柄や色は、少し小さく、さりげなく設ける方がよい。強いデザインは、全体を支配してしまうことがある。ソファの上のクッションなどにアクセント色を配置するとより映える空間となるだろう。

■ 空間を豊かにするしつらえ

家具には機能的な側面だけではなく、調度品としての役割もある。おしゃれな照明や楽しそうな郵便ポストなど、見ているだけで楽しくなる家具がある (写真6-3)。手すりや郵



写真6-1 洗練されたインテリア (ケアタウン小平)



写真6-2 楽しさを演出するしつらえ (アクラスタウン)
玄関に設けられた広い土間空間。ベンチや暖炉があり地域の人々と集まる場所となる。



照明 ニッチ 郵便ポスト
写真6-3 楽しさと豊かさを演出するしつらえ。

便ポストなどは建築工事の中に含まれることが多いため、設計時に少し遊び心を持つことも大事である。

また特殊なしかけとして暖炉がある。暖炉には暖をとるという機能的な側面だけではなく、火を見て楽しむ、調理をして楽しむなど複数の楽しみ方がある。これらのアクティビティは人の輪をつくり出すきっかけにもなる (写真6-1、写真6-2)。

■ おもてなしのしつらえ

生活の豊かさは、立派な調度品の有無だけではなく、ささやかな居住者の心遣いに現れる。例えば、庭先に咲いている花が玄関脇の一輪挿しにそっと生けられている。そこに器の良し悪しは関係なく、住民のおもてなしの気持ちが優しさと温かさを感じさせてくれる。このような行為を引き出していくためには、モノを飾りたくなるような棚や、何かを掛けたくなる壁が必要である。日本家屋で見られる柱や鴨居は、構造躯体としてだけではなく飾るための下地としての役割もある。柱の横幅にぴったりと収まる細長いカレンダーなどは柱に掛けられることを想定されて作られている。高齢者向け住宅では、防火やコスト面から柱が見えない大壁工法となる場合が多いが、柱を意匠的に見せるなどの工夫があるとよい。

7. 住民同士が集まる場

高齢者向け住宅の食堂には、食生活の支援と居住者同士または地域住民との交流の場としての役割がある。同じメンバーで食卓を囲むと、自然と会話が生まれ、親しくなりやすい。食事が終わった後も談笑を楽しむなど、食事をきっかけとして会話が続いていく。また、職員側からすると食事利用の有無でゆるやかな安否確認が行えるというメリットもある。

その他にも食堂を地域の人に開放する事により、地域の人々が高齢者向け住宅を知る機会をつくり出すこともできる。ほぼ全ての人々に毎日3回訪れる食事という機会を通じて、さまざまな広がりをつくり出していく仕掛けが求められている。

■ 居住者のみが集まる食堂

高齢者向け住宅の居住者専用の食堂。利用者が固定化されているため居住者に特化したサービスや空間をつくり出しやすい。居住者の嚙下機能や好みに合わせた食事や、食後のサークル活動など独自サービスを提供する事ができる。また、食堂に隣接して交流スペースを設置すると、食事だけではなく団らんや趣味活動の場としても利用できる。

いなげビレッジの食堂は高齢者施設で取り入られているユニット型を用いている。10人程度の小グループごとに食堂を設け、家庭的な雰囲気をつくりだしている(写真7-1)。要介護の居住者も住戸から食堂への動線が短くアクセスしやすい。



写真7-1 居住者のみが集まる食堂(いなげビレッジ)
10人で共有している食堂。キッチンで職員が盛り付ける。きざみ食など要介護者への対応も可能。



写真7-2 入居者と地域住民に開かれた食堂
(ケアタウン小平)
食事時間以外は地域の人にも開放される。



写真7-3 地域に向けられた食堂(いなげビレッジ)
団地内通路に面して建つ。昼食時は地域の人でにぎわう。

■ 地域に開いた食堂

居住者が主な利用者となるが地域住民にも開放された食堂。飲み物や軽食であれば事前連絡なしに利用できる。入居者の友人や親族の訪問があった時のリビングやダイニングとして、または、地域住民のサロンとして使うことができる。外から食堂の雰囲気が見えるなど周辺地域に開いていく外観に留意するとよい(写真7-2)。

■ 地域に向けられた食堂

地域住民向けの食堂・レストランを併設する場合。一般の飲食店としての機能と地域交流の場としての機能の双方を有する必要がある。この場合、食堂としての事業採算性を維持するためにも、料理や空間の質を確保する必要がある。また、高齢者向け住宅の居住者にとっては顔なじみの関係になりやすく、気軽に訪れやすい場所となる。

いなげビレッジでは団地という立地を活かして高齢者向け住宅とは別棟にカフェを設けている。カフェは団地の通り道沿いにあり、気軽に周辺住民が訪れる。室内のインテリアはカフェの専門店のように仕上げられており居心地がよい。スタッフはワーカーズコレクティブという協同出資型の雇用形態により運営されている(写真7-3)。

8. 地域住民がアクセスしやすい配置計画

足腰に不自由を感じやすい高齢者にとって店舗や飲食店、または、介護サービス事業所は近くにある方がよい。高齢者向け住宅に併設された各種の店舗は利用者にとってとても便利な存在となる。この店舗を持続的に経営していくためには、高齢者向け住宅内だけではなく、地域住民の利用を促進することが必要となる。そのためには敷地外からわかりやすい、入りやすいなど地域住民がアクセスしやすい配置にすることが重要である。

■ 地域に開いた施設が敷地の前面にくる

住戸というプライバシーが高い機能よりも店舗という公共性が高い機能を敷地前面に持ってくる。店舗であればガラス張りにすることもでき、敷地外から中の様子をうかがう事ができる。

また、一般的に店舗を併設した集合住宅の場合、出入口は完全に分けられることが多いが、高齢者向け住宅では完全に分離するよりも一部をつなげる方法も考えられる。誰でも入れるゾーン、住民と地域の人が変わる

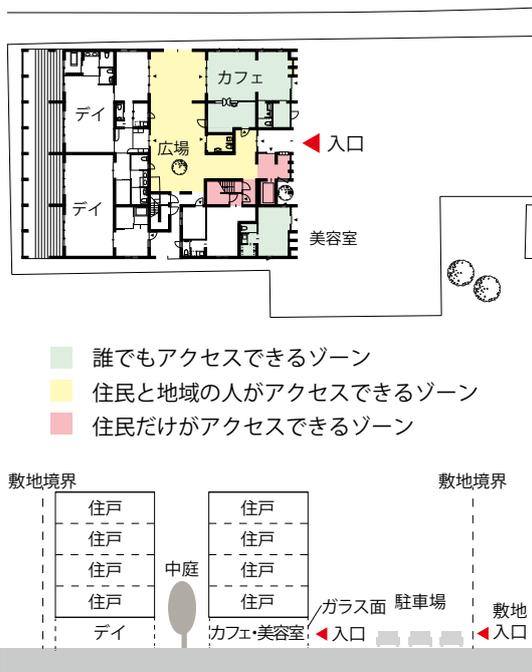


図 8-1 敷地前面に店舗を配置 (C-CORE)

道路側にカフェ・美容室があり、中庭を挟んでデイサービスがある。1階はガラスになっており、周辺地域から中をうかがう事ができる。



写真 8-1 地域の人がアクセスしやすい配置 (C-CORE)
1階の前面は美容室とカフェ、奥が介護事業所。

ゾーン、住民のみしか入れないゾーンに分け、地域住民と居住者が自然発生的に関わることができる場をつくりだす。

C-CORE は、カフェ、美容院、障がい者・高齢者デイサービス、住戸により構成されているが、公共性の高い店舗が道路から見て前面にあり、ガラスを多用しているため中の様子をうかがう事ができる。地域住民と関わる事ができる空間も段階的に設けられており、はじめての人から親しい人まで様々な使い方が可能となる (写真 8-1、図 8-1)。

■ 入口を複数もうける

福祉施設に併設されたカフェや交流施設は、主として福祉施設の利用者を想定しており、地域の人々にとって必ずしも入りやすい建物ではなかった。施設利用者に対する娯楽を考慮した構成となっていたが、「普通に生活する」という視点に立てば福祉施設の利用者も地域の中にある店舗を利用することが望ましい。また、介護保険などの共助の仕組みだけではなく、地域住民による互助の力を積極的に取り入れていこうとする時、併設機能はその接点になることができる (写真 8-2)。



写真 8-2 別々に設けられた玄関 (ふらねコバン)
正面：介護系のサービス事業所 右：カフェ

9. 外を引き込む分棟形式

図書館、役所などの公共施設や店舗などの商業施設以外に、敷地内への自由な出入りが許可されている建物は少ない。高齢者施設に併設された地域交流スペースも同様に、その敷地に入ること自体に対する抵抗感がある。この抵抗感を軽減する一つとして、分棟配置という手法がある。

分棟化することで店舗や交流拠点へのアクセスが高まり、敷地の中に外部からの道路を通すことができれば敷地境界線に対する意識が低下する。

■ 分棟配置

建物の配置計画には、全体を一体として捉える場合と、個の集合として全体を捉える場合がある。前者は1つの建物として構成されることが多いのに対して、後者は小さな棟の集合として構成されることが多い。

分棟配置の場合、建物は敷地全体に対して面的に広がり、一つひとつの建物の規模が小さくなる。勾配屋根など屋根形状を工夫すると複合施設も小さな住宅の集合体のように見える(図9-1、写真9-1)。

そして、この集合体の間を通る道路を、外部の一般的な道路と同じように計画すると、建物全体の敷地境界線があいまいになり、一つの団地のような印象を与える。

小さな住宅団地では、同じようなデザインが整然と並んでいるが、各住戸へと至る道路は公共のスペースとなる。高齢者施設の分棟配置も同様に、各棟への道路を公共のスペースへと近づけることができれば、地域住民が気軽にアクセスしやすくなる(写真9-2、図9-2)。

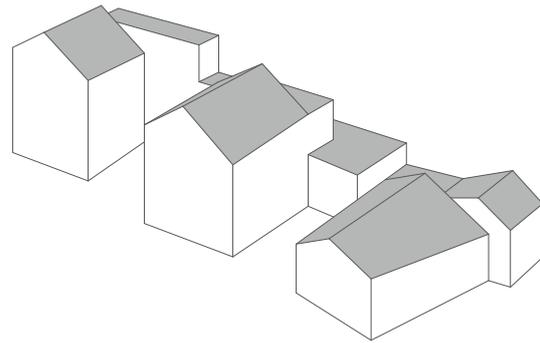


図9-1 棟を分けることでスケール感を抑える(アクラスタウン)



写真9-1 各事業所ごと分棟化(のんびり村)



写真9-2 制度サービスと店舗サービスで分ける(いなげビレッジ)

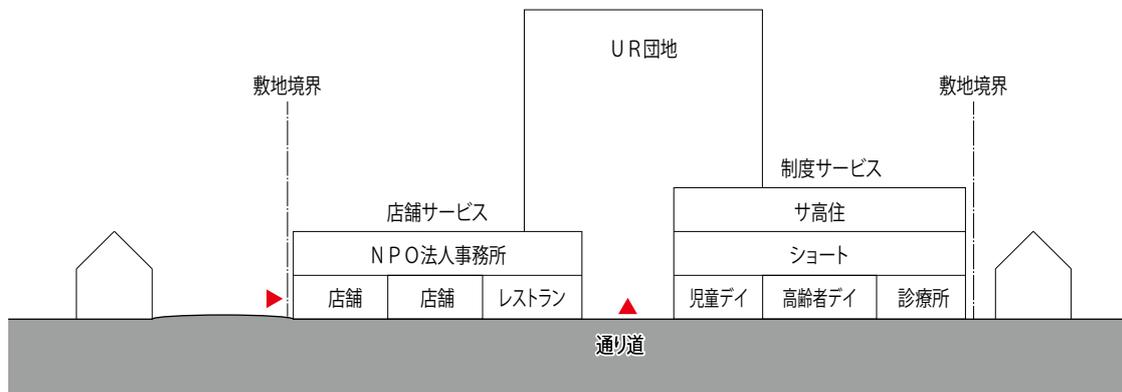


図9-2 制度サービスと店舗サービスで分ける(いなげビレッジ)

10. つながりをつくり出す中庭

中庭は奥行きが深い建物内に光と風を取り入れる仕組みとして様々な建物の中に取り入れられている。京町屋では、細長い敷地の中央部に中庭を設けることで、寝室側への光を確保するとともに、中庭の煙突効果により室内に風を引き込む。

中庭にはこのような環境をコントロールするという役割があり、他にも視線の交差により人のつながりをつけるという効果や、プライベートな屋外活動の場をつくるという効果がある。

■ 光と風を取り込む

中庭には、採光、通風、換気の目的がある。換気の場合、機械換気になると中庭の広さとは関係なく機能する。通風を目的とする場合は、風の入口と出口をつくる必要がある。中庭は煙突効果により風を吸い上げる出口としての働きがあるため、風を通したい部屋に風の通り道が来るように入口を設ける。採光については、中庭の広さと周囲を取り囲む建物の高さにより日射量が異なる。周囲の建物が高く、中庭が小さい場合には採光としての効果が期待できない。

■ 中庭を介した人のつながり

中庭を通して向こう側の部屋や上下階の部屋と視線がつながる。外部空間を挟んでいるため見られている意識が低くなり、違和感なくお互いの雰囲気を感じとることができる。職員にとっては利用者の様子を何気なく把握することができ、ゆるやかな見守りを行うことができる(写真10-1、10-2)。



写真10-1 豊かな中庭 (アクラスタウン)

中庭越しに玄関をのぞむ。中庭により上下階、同一階でのゆるやかなつながりが生まれる。

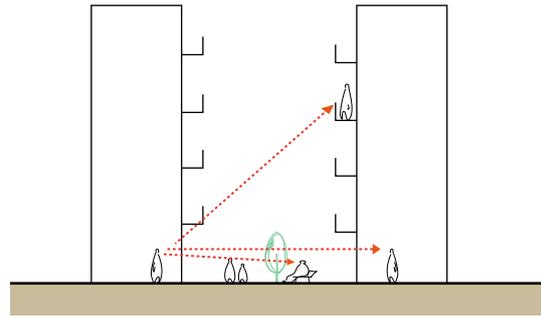


図10-1 中庭で生まれるつながり
内と外、内と内という水平のつながり。
上と下という垂直のつながり。



写真10-2 水平と上下をつなぐ中庭 (C-CORE)
建物同士の距離は短いですが中庭があることで見られている意識が低下する。奥に見える木はシンボルツリー。

■ 利用する庭と鑑賞する庭

中庭は借景など外部からの情報を取り込むことができないため、意図的に計画しないと殺風景な空間になりやすい。庭の大きさと採光の状態を考え、適切な植栽を配置するとともに、その広さに合わせたアクティビティを計画する。

広い中庭ではシンボルとなるような植栽に加えて、植物を育てることができる水場や、屋外での食事や余暇を楽しむことができるウッドデッキやテーブル・イスなどを設置するとよい。

11. 周辺と調和したデザイン

周辺住民の愛着を生む建物には、周辺との調和と地域の人にもすぐわかるシンボル性の双方を満たすことが求められる。

周辺地域の伝統や地域性を踏まえた形態・素材の選定。周辺の建物とのバランスを考えた建物の高さ・ボリュームに配慮し、地域と一体となった建物を目指す。その上で、行ってみたいくなる建物、だれもが知っている建物など、目立つだけではなく記憶に残る建物としてのシンボル性を持たせる。

■ 周辺建物とのバランス

地域の中での居住継続を実現するためにはまちなかでの立地が望ましい。住宅地の中に高齢者向け住宅を建設する場合、周辺は2階から3階建ての戸建て住宅が多くなると想定される。この時、高齢者向け住宅の延床面積や高さが大きくなりすぎると、周辺住民に圧迫感を与え、採光や通風などの面でも負の影響を与える。

一般的な集合住宅も同様の問題を抱えるが建物の高さを抑える、分棟化によりスケール感を抑える、風の通り道をつくるなど、事業性を考慮した中にもデザイン上の工夫を取り入れるとよい(写真11-1、写真11-2)。

■ 地域との調和

建築材料には地域性を反映したものが多い。瓦はその地域の土を反映しており、地域ごとに色や風合いが異なる。また、屋根の上の置物(シーサーやシャチホコなど)には地域信仰が表出されやすい。今日では規格化された建築材料が大多数を占めるが、周辺との



写真11-1 地域性を考慮したデザイン (のんびり村) 分棟化により建物のスケール感を抑える。屋根の形状・色により地域の風土との調和を図る。



写真11-2 分棟化によりスケールを抑える。(アラスタウン) 三角屋根により住宅らしさを演出。

調和という側面だけではなく、伝統の継承という視点からも積極的に地域に根差した材料を取り入れていく事が望ましい。

■ 三角屋根

三角屋根は雨風を防ぎやすく構造的にも安定している。三角屋根は日本だけに限らず世界各地で用いられてきた原始的な屋根の形式である。それゆえにフラットな陸屋根よりも三角屋根の方が住宅らしく感じる人も多い。すべての建物に三角屋根がつけばよいかといえばそうではないが、全体とのバランスを考慮しながら屋根の形状にも配慮する。また、庇や小庇を設けることで立面の分節化が可能となり、ボリューム感やのっぺり感を抑えることができる。(図11-1、写真11-3)。

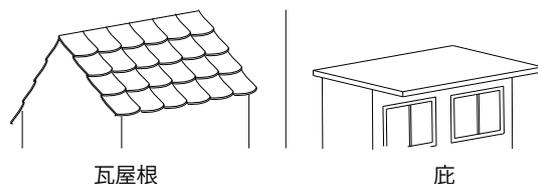


図11-1 調和を図るディテール



写真11-3 庇を設け立面を分節化

12. 少しずつ変わる場面

連続して変わる場面をシーケンスという。建物内での動線、建物へ到る動線には、次々と変化する場面（シーケンス）がある。

移動動線を目的地へ到る過程として捉えるのではなく、連続する過程に少しずつ意味を持たせていく。まったく印象に残らない通過動線よりも、変化がある場面の方がゴールとなる建物や部屋の印象が変わってくる。

■ 少しずつ変わる

遠くにある建物が少しずつ姿を変えながら近づいてくる。道が少しずつ曲がることで、周りにある木々や遠くに見える建物などの見える風景が少しずつ変化し、さまざまな場面が展開される（図12-1）。

■ 透けて見える

門や塀の向こうに見える風景（写真12-1）。塀や門はウチとソトを分ける働きを持ち、ウチ側は守られた特定のコミュニティのための空間となる。閉じられた空間が透けて見えることで、内側に入りたいという欲求があらわれてくる。

■ 90度まがる

① 急激に場面を変える

そこに至るまでは見えていなかった風景が急に現れる操作方法。90度曲がった先の空間が劇的な空間であるほど、大きな驚きを生む。C-COREでは、90度曲がった先に、中庭とシンボルツリーを目にする。それまで見

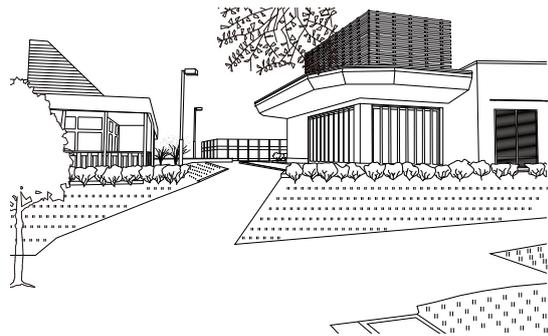


図12-1 少しずつ変わる場面（いなげビレッジ）
少しカーブを描き目的地に到る。

えていなかった風景が一度に現れ、中庭に入りたいという気持ちにさせる。

② アイスストップをつくり場面を変える

廊下の突き当りに行ってみたいくなる場面をつくり、そこに辿りつくとき次の道が見え、奥へといざなわれる（写真12-3）。

一つひとつのシーンを区切る場面の展開方法。



写真12-2 90度まがる（C-CORE）
通路の奥に緑と光が見え、中庭に引き込まれる。



写真12-1 透けて見える。（ケアタウン小平）
左：門の向こうに芝生の広場がみえる。
右：植栽の隙間から入口が少し見える。



写真12-3 90度まがる（ケアタウン小平）
通路の突き当りには居場所を設け場面を変える。

13. まちの雰囲気を取り組む

敷地境界線の垣根を取り外し、敷地の中にまちの雰囲気を取り込む。地域の人々が敷地の中に入ってきやすいように、敷地外部から内にいざなう道を設ける。

例えば、古い集落で見られるような細い路地は、公と私の区別がつかないあいまいな領域となる。路地では、子供たちが遊び、親たちが立ち話をする。また、路地には植木や洗濯物などの私有物が多く置かれている。高齢者向け住宅においても公と私、または、共と私の境界があいまいになるような空間を設けることができれば、居住者や地域住民の積極的な利用を促すことができる。

■ 路地 (写真 13-1)

奥へといざなう通り道。通路幅は狭く人がすれ違えるぐらいしかない。通路脇には建物が迫っているが、建物の前面には洗濯物や鉢植えの植栽など各家庭の生活感があふれ出る。同じような建物であっても生活感によりそれぞれ表情が異なってくる。

アクラスタウンには細長い形状の敷地に沿うように路地が設けられている。玄関は小さくさりげなく設けられているが、緑豊かな通路や向こうに見えるトンネルが奥へといざなう。

路地にはベンチが配置され、その前には中庭がある。ホッとひと休みしたくなる雰囲気がつくられており、また、狭い路地上にあるためすれ違う人々との自然な交流が生まれる。

■ 立体街路 (写真 13-2)

地面階と上階を分けるのではなく、地面階がもつ接地性を上階につなげていく仕掛け。



写真 13-1 路地 (アクラスタウン)
敷地内にのびる路地。



写真 13-2 立体街路 (アクラスタウン)
2階3階でも建物間の移動が可能。

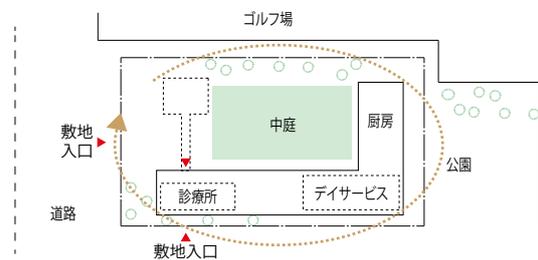


図 13-1 回遊性のある庭 (小平)

敷地内に散歩道が設けられおり、場所ごとにさまざまな仕掛けがある。写真は鳥の巣箱や鳥の水飲み場。

アクラスタウンでは2階にカフェやギャラリーなど地域に開いたスペースがあり、地域の人が気軽に上階まであがることができる。屋外廊下は路地ようになっており人々が行きかう。また、立体化することで日常とは異なる雰囲気を味わう事ができる。

■ 回遊性をつける (図 13-1)

敷地の中に表と裏を設けず、四周を自由に散歩できる仕掛け。それぞれの面の外壁や外構に特徴を持たせ、限られた敷地の中にも多くの楽しみをつくる。きれいに管理された庭や、生活が垣間見える庭、細い路地のような庭など、スペースと方角に合わせた外構計画を練る。敷地をぐるっと一周回ることができれば、ちょっとした散歩コースにもなり、身体機能の維持にもつながる。

14. 植物を育てる

農作業は育てる、収穫する、食べるという複数の行為で構成され、どれもが人々をつなぎ合わせる効果を持つ。収穫後のおすそ分けや、食堂でみんなで食べるなど、積極的に他者に関わる行為を生みだす。また、漬け物をつけるなどの行為は、高齢者がこれまで培ってきた生活力を存分に生かすことができる。

高齢期になるに従い世話をされることが多くなるが、植物を育てる、または、他者にふるまうなど「世話をする」という行為を通じて自らの役割を見つけ出ししていく事ができる。

■ 庭先で育てる

農作業はベランダや玄関先でも十分に行える。ネギやトマト、キュウリなどは鉢植えでも十分に育つ。日当たりのよい場所であれば小さなスペースでも様々なモノを栽培する事ができる(写真14-1)。高齢者向け住宅のベランダは災害時における避難経路となることが多く、ベランダに物を置くことが難しい場合が多いが、室内での生活が長くなりがちの高齢者にとってベランダは貴重な屋外空間となる。ベランダには避難経路を確保したうえで植物を育てるなどのしつらえがあるとよい。

また、植物を育てることは、自分だけではなく周りの人にもうるおいを与える(図14-1)。きれいな花や珍しい花が咲いていると、ふと立ち止まり眺めてしまう。道路との敷地境界にこのような花壇を設けると地域の人々にとってうるおいのある場所となるだろう。



写真14-1 庭先で育てられる植物 (法隆寺)
庭先に植物の苗や植木があふれる。
干し柿や玉ねぎも吊るされている。

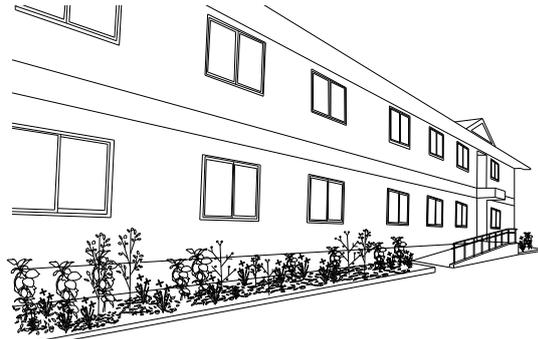


図14-1 庭先に植えられた木々 (法隆寺)
珍しい木々が人々を誘う。

■ 共同の畑

集合住宅の敷地内に畑を設ける場合、畑を小さく分けし個人で管理するケースが多い。分けられた場所ごとに賃金を払うため、管理は個人に任せられる。だが、畑仕事は大変であり十分に維持できない場合も多い。一方、全体を共同管理すると責任の所在が不明確になり、不公平感が生まれやすくなる。そこで、分け自体は個人ごとに行うが、維持管理はお互いに助け合うという方法もある。畑仕事が好きな人と、畑仕事は好きでも体力がない人がそれぞれ助け合い、労働と畑の面積に応じて収穫物を分け合うという仕組みであれば双方にメリットがあり不満が生じにくいのではないだろうか(図14-2、写真14-2)。

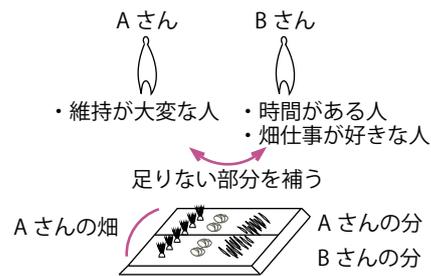


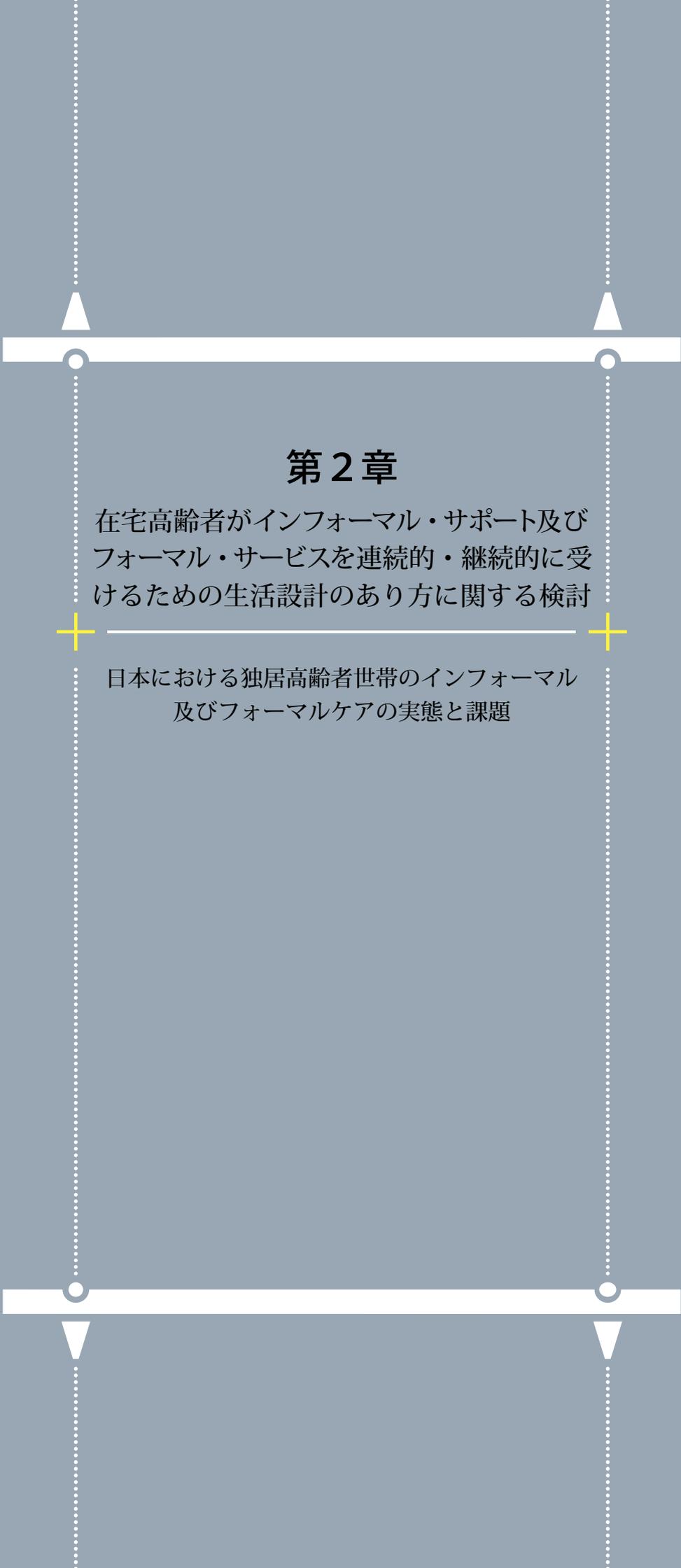
図14-2 シェアする畑 (法隆寺)



写真14-2 シェアする畑 (法隆寺)

参考文献

- ・池田省三 介護保険論、2011、中央法規
- ・田中滋 地域包括ケアシステムと地域マネジメント（日本介護経営学会 第8期 総会記念シンポジウム資料集）、2013、日本介護経営学会



第2章

在宅高齢者がインフォーマル・サポート及び
フォーマル・サービスを連続的・継続的に受
けるための生活設計のあり方に関する検討

日本における独居高齢者世帯のインフォーマル
及びフォーマルケアの実態と課題

1 研究目的

1-1 背景

昨今、わが国の高齢者のみ世帯や、一人暮らし高齢者の数の増加は著しく、2005年では全世帯の29.5%を占めており、これは、1970年の20.3%から、すでに10%近く上昇し、さらに2010年以降は30%以上になることが推計されている¹⁾。しかも、現在、約300万人と推計されている認知症高齢者の増加も見込まれていることから、高齢者のみ世帯、高齢単身世帯で認知症という世帯の増加は必須と考えられる。このような変化は、これまでの地域の高齢者の住宅や家族を所与のものとしてきた、いわゆる社会的な前提を覆すことになりつつある。

すなわち、今後は、単身で、低所得で、要介護状態にあるという「重層的な生活課題」を抱える高齢者が増加し、さらに、これらの高齢者においては、ケアや医療などの社会サービスを受ける基盤となる住宅と家族機能がないことが想定され、これを代替する支援が必須となることを意味しているからである。

このように重層的な生活課題を抱え、生活支援を必要とする人々とは、従来は自助や家族によって提供されていた血縁や地縁といった関係性によって提供されてきた支援を失った、あるいは、そもそも、こういった関係性を持つことができなかつた人々といえる。こういった関係性を喪失してきた過程は、当該高齢者によって多様な理由がありうる。

しかし、いったん失った関係性を取り戻すことは、高齢であるがゆえに相当の困難が予想される。しかも、こういった単身高齢者に対して、国が提供できる支援は、生活保護という現金給付を主とした制度だけであり、今後、さらに大きな課題となると予想される。

現在のポスト工業化社会は、こういった社会での関係性を貨幣化することを進めてきた社会であり、これらの人々は、こういった貨幣化された関係性の恩恵を享受してきた人々ともいえる。

ただし、日本全体を見渡せば、こういった関係性の貨幣化の進展が遅れているところもあり、貨幣によって、これを購入できない地域は少なくない。また低所得で、要介護の高齢者に対する対応は、貨幣化された関係性の援助だけでは不十分と考えられており、今日的な課題とされる社会関係の喪失者に対する関係性の回復を含む「生活支援」をどのようにすべきかといった方法論は確立されていないだけでなく、その道

1) 1970年、2005年の値については総務省の国勢調査より。今後の推計については、国立社会保障人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」2008年3月推計による。

筋についての議論も脆弱といえる。

ただ、近年、高齢で、こういった社会との関係性が浅薄となってしまった人々に対する支援は、東京では、「ふるさとの会」という NPO 法人等が独自の метод論によって推進をしている。このふるさとの会が発表している報告書には、「単身者の回復期在宅療養を支えるためには、ハードではなくソフトの問題として、日常生活の支援がますます必要になっている。(中略)『四重苦』を抱える人の居住を含めた『居場所』を確保するためには、生活支援の制度化が必須の条件となる²⁾」と示されている。このように、ふるさとの会は、これら支援をしている人々に対して、いわゆる身体的な自立への援助だけではなく、社会との関係性を取り戻すための居場所づくりを主としており、こういった関係性を創るための支援で優先されるのが住所の確定であるとしていることは、興味深い見解といえる。

いずれにしても、この試みは、今後の地域包括ケアシステムにおいての重要な視点となる「地域で介護が必要となった」場合に、多くの要介護高齢者は、その時点で、単身であった場合には、社会との関係性を継続するために、一次的に必要な施策が定住施策となることを示している。しかも、これを施設や病院でなく、より複雑なマネジメントを必要とする地域で実施していこうとの試みがユニークである。

この取り組みには、都市においても、定住こそが社会との関係性を取り戻す一歩としているだけでなく、関係性を貨幣化してすすんできた都市で、その貨幣を得ることによって逆に、関係性を取り戻すという試みを内包しているからである。

一方で、関係性を良好に保持してきた工業化社会でいわゆるサラリーマンとして働いてきた人々にとっても、自宅で介護を受けたいという希望を持つ人は 74% であり³⁾、多くの国民は、地域での生活の継続と、その終わりを望んでいる。しかし、わが国の死亡場所は、その 8 割以上が病院となっており⁴⁾、現実としては、定住をしていても終わりは、病院という、生活から切り離された場所となっている。

このことは、わが国では、医療や介護サービスの提供を受けるために、それまで培ってきた社会関係を断ち、新たな関係性の中に入らざるを得ない状況となっていることを示している。

つまり、多くの高齢者は、定住場所があっても、死や介護を受けるために移住を余儀なくされている。今は、尊厳を保持しつつ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続することができないのである。これをできるようにすることが、いわば地域包括ケ

2) NPO 法人ふるさとの会 (2010). 平成 21 年度厚生労働省「社会福祉推進事業」高齢被保護者等の地域における居住確保とケアのニーズ調査及びシステム構築の方法に関する研究報告書, 2010 年 3 月

3) 厚生労働省 (2010). 介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集 (結果概要について) <http://www.mhlw.go.jp/public/kekka/2010/dl/p0517-1a.pdf>

4) 厚生労働省 (2010). 人口動態統計年報 主要統計表 (最新データ、年次推移) 第 5 表 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/index.html>

アシステムを日常生活圏域で実現していくことであると考えられ、このことこそが今日の重要な政策課題であるといえる。

しかし、高齢者施設や住宅の入居者には、生活支援サービスとしてのインフォーマル・サポートや医療・介護等のフォーマル・サービスが標準的なパッケージに沿って提供されるわけだが、在宅で医療や介護を受ける要介護高齢者には、これらのサービスは、断続的になり、その継続性についての担保は保障されないという事態となっている。

1-2 目的及び方法

そこで、本章では、地域で高齢者がニーズに応じて、連続的・継続的にインフォーマル・サポートやフォーマル・サービスを受けて生活するためには、どのような条件が必要であるかを明らかにすることを目的とした。

この目的を明らかにするために、要介護の状態でありながら、独居を継続している要介護高齢者の生活時間及びインフォーマル・サポートやフォーマル・サービスの提供実態に関する調査等を実施し、その生活支援に係る内容を検討し、その提供に関する課題の整理を行った。この結果は、在宅高齢者がインフォーマル・サポート及びフォーマル・サービスを連続的・継続的に受けるための生活設計について検討を行うことになると考えている。

2 研究結果

2-1 在宅高齢者を支える家族介護とケア提供体制の国内外の位置づけの比較

本章では、在宅高齢者がインフォーマル・サポート及びフォーマル・サービスを連続的・継続的に受けるための生活設計について検討を行うことを最終的な目的としている。

この検討をする前提として、生活支援を必要としている高齢者に同居者がいる場合といない場合では、その支援の在り方が大きく異なることが予想される。このため、まず家族介護者の政策上の位置付けについて整理し、加えて、昨今の家族関係の変化に係る課題についても整理することとした。

1) これまでの家族介護者の位置付けについて

介護保険制度成立以前の平均的な高齢者は、経済的扶養をはじめ、生活身の世話を含めて、高齢者の生活は同居家族に頼っており、親の扶養と介護の責任は長男家族の嫁に引き継がれていた。これは、政府がすすめる 1980 年代から 1990 年代の介護政策では、「老親の扶養と子の保育は、基本的に家庭の責任」とされてきたからである。

これを象徴的に示していたのが 1987 年の厚生白書である。これには、入口の高齢化に拍車がかかる状況の中で、日本の親子同居率が先進諸国と比べて格段に高い事実を指して、「親子同居率の高さは、福祉予算の含み資産である」と言い切っていた⁵⁾。

このように長男の嫁による老親への介護は、日本の家族制度を特徴づける形態であった。このため、当時は、多くの自治体には、介護をする嫁を表彰する制度を設置したのであった。しかしながら 1990 年代に入ると、在宅で、継続されてきた老親に対する介護は、嫁にとって、負担が重いことが明らかにされた。このことは、マスコミでも話題にのぼり、介護は大きな社会問題として認識されるようになった。

こうした状況から、日本政府は、ドイツをモデルとした公的な介護保険制度の導入を目指したが、この理由は、家族介護者としての嫁が介護を拒否し、夫の親との同居を望まなくなったこと、換言すれば、子による老親に対する扶養の考え方が大きく変容したためである。

日本では、今も子（とくに長男）は、親の財産を相続することを前提に、その嫁が老親の扶養の責任を負うという互酬に基づいた「家」制度は存在している。しかし、1970 年代の経済の高度成長時代に地方（農村）から都市へ移った労働者層が形成し

5) 厚生省（1987）. 厚生労働白書（昭和 62 年）<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz198701/body.html>

た核家族化の進展は、村落共同体では前提となっていた子の老親に対する扶養義務感を薄れさせた。

さらに保守的な政治家は、介護保険制度によって介護を補償することで、これまでの家族介護の基盤であった子による老親扶養の美德は、完全に崩壊するのではないか、このことが家族制度崩壊につながるのではないかという危惧を表明した。

しかし、日本政府は、「介護保険制度が実施されれば、介護サービスを自由に利用できるようになるため、在宅での介護を継続することが現状より、より容易になるのであるから家族関係は良好になる、したがって、老親扶養の美德がなくなることはない」との見解を示し、介護保険制度の実現に奔走したのであった。

介護の「社会化」が明確な政策課題になったのは、日本では1989年のゴールドプランからである。これは、日本のポスト工業化社会への移行とほぼ時を同じくしており、結果として、本格的に、いわゆる「関係性の貨幣化」をすすめることとなった。

施設介護とともに、在宅介護支援のホームヘルパー数、ショートステイのベッド数、デイセンター数など数値目標が出された。そして、2000年の介護保険制度の施行によって、それは、さらに拍車がかげられた。欧米と比較すると次の点が指摘される。タイムラグがあったこと、公的なセクターの責任の縮小と利用者負担の増加を伴う日本型「社会化」の進展であった。

2) 家族介護者を含むインフォーマル・ケアの国際的な状況

一方、諸外国での家族介護の動向をみると、例えば、EUROFARMCAREやPROCARE、並びに文献レビューのような研究は、インフォーマル・ケアについて、以下のようにそれぞれの部門に共通の特徴の概要を与えながら、以下のような様々な定義を示した。

インフォーマル・ケアの定義

- ・主に家族や親類縁者、近しい友人・隣人によって行われるケア
- ・介護者はプロではなくケア提供の訓練をうけていない。しかし、場合によっては、特別な訓練を受けていることもある。
- ・介護者はケアの責任についてなんの契約もしていない

国際的には、上記のようなインフォーマル・ケアには、各国間で異なる介護政策の違いがあるため、例えば、①現金給付と現物支給のバランス、②私的なサービスと公的なサービスの結びつき方、③アクセスと利用可能性の程度などによって、大きくそ

の形態を変えることになる。これらすべての要素は明らかに、ケアが組織され行われる方法と、インフォーマル・ケアラーと彼らがケアする高齢者の両者のそれぞれのニーズと選択にどのように合わせるか、という方法に大きな影響を与える。

また、高齢者に、多くの選択肢を与えることは社会的な権利を得ることになるだろうが、一方で高齢者の選択がケア提供者のニーズと望みに合致していなくても、常にケア提供者に大きな影響を与えることになる。例えば、もし、現金給付として介護手当が介護者に支払われるならば、とりわけ経済的な基盤が弱い場合には、介護者はケアの受け手を尊敬しつつも、従属の関係に置かれることもあるかもしれない。もし、ケアを必要とする人の健康状態次第となるならば、介護者は完全に給付とケアを管理する者となる。

それゆえ、現金給付は、アンビバレントなメカニズムを持つ。したがって、両者の視点を調整することを目的とする適切なニーズのアセスメント手法が必要となる。もちろん、これは、現物支給サービスにおいても同様の考え方に基づくことになる。

3) インフォーマル・ケアラーによる各国のケア提供の状況

ヨーロッパのデータ等から見ると、自宅でのケアは高い割合でインフォーマルな家族介護者によって行われていることを示している⁶⁾。

例えば、ドイツでは約 420 万人がインフォーマル・ケアラーなのに対して、わずかに 21 万 4000 人がフォーマル・ケア・サービスを提供するために働いている。

ギリシャでは、必要なケアの 2-14% しかフォーマル・サービスによって提供されておらず、残りは、他のインフォーマル・ケアラーによって行われているとみられる。

スペインでは、ケアを必要とする高齢者の 70% 以上がインフォーマルなケアを受け、フォーマルなサービスを使っているインフォーマル・ケアラーの 80.9% がフォーマル・サービスは十分ではないと感じているといったデータがある。

フランスでは、約 400 万人がインフォーマル・ケアラーとされており、それに対してフォーマル・ケアラーは 65 万人と見積もられているだけである。

イタリアでは、ケアを必要とする高齢者の支援の 3分の2 を家族が行い、特に独立困難な状況にいる場合でも、高齢者の 3% しかレジデンシャル・ケアを受けておらず、自宅で統合されたケアを受けているのは 4.9% で、9.5% だけが扶養家族手当を受けていると示されている。

スウェーデンでは、この分野では明確な地方自治体の責任があるにもかかわらず、自宅で暮らす 75 歳以上の高齢者への全てのケアのうち、70% は家族によって行われ

6) EUROFAMCARE. (2006) . Services for Supporting Family Carers of Dependent Older People in Europe: the Trans. European Survey Report (TEUSURE) <http://www.ukc.de/extern/eurofamcare/deli.php>.

ていると報告されている。

スロバキアでは、インフォーマル・ケアラーの数に関するデータはなく、特別支援はこの人たちのうち、1日につき少なくとも8時間、個人でケアを行う人にだけ提供される（約5万2000人）と報告されている。

このようにヨーロッパでは、実際の介護において、インフォーマル・ケアラーの依存度は、かなり高いのである。Survey of Healthのデータによれば、高齢者へのサービスと、家族からの支援を受ける受益者のパーセントと家族によって提供される支援の頻度の高い（主に北の）国々ではヨーロッパ（SHARE）での高齢化と年金暮らしの割合は、南欧諸国に比べて高いが、提供されるケアの量とタイプは、逆になっている⁷⁾。

それぞれインフォーマルに、もしくはフォーマルに実施されるケアのタイプは、一般にそれぞれ障害の低い、高いに応じて、お互いに補完し合い、代替しあっており、家族内での作業の形態は国によって異なるだけでなく⁸⁾、障害のタイプ（認知・身体）によっても異なるとされている⁹⁾。

以上のEUの動向からは、日本でも家族介護が在宅生活の前提となっているということは、EUと同様の実態であることがわかる。しかし、2000年以降、在宅において、生活支援と呼ばれるインフォーマルなケアの一部をフォーマルなケアとして、公的に提供してきた介護保険制度の在り方については、再考すべき状況となっているのではないかということを示唆しているといえよう。

4) 介護保険制度の利用状況と在宅での介護の状況

介護保険制度が導入された2001年9月から2012年3月までの約11年間で、275.8万人から530.3万人と要介護高齢者は1.92倍に、介護保険の総費用は、3.6兆円（2000年）から、8.9兆円（2012年）となり、2.34倍となった¹⁰⁾。

在宅と施設に分けて、介護サービスの利用者を分析すると、在宅で要介護高齢者を介護する主な介護者においては、その73.9%が家族等の介護者であると回答され、これを事業者であると回答した世帯は、13.3%にしか過ぎない。また、要介護4・5の要介護者を介護する同居家族の介護時間は、要介護4では、48.4%、要介護5では、51.6%が「ほとんど終日」と回答しており、これは、依然として、在宅での介護は、家族による介護が基盤となっていることを示している¹¹⁾。

7) Attias-Donfut, C. Ogg, J. (2009) 'Evolution des transferts intergénérationnels: vers un modèle européen?' in: *Retraite et société* 2: 11 - 29.

8) Fontaine, R./Gramin, A. and J. Wittwer (2009) 'Providing care for an elderly parent: interactions among siblings.' in: *Health economics*, Vol. 18: 1011 - 1029.

9) Gramain, A./Malavolti, L. (2004) 'Evaluating the effect of care programs for elderly persons with dementia on caregiver's well-being' in: *The European Journal of Health Economics*, Vol. 5, No. 1: 6 - 14.

10) 要介護認定者数については、介護保険事業状況報告より算出。介護保険総費用については、厚生労働省HP「介護費用と保険料の推移」より引用。

11) 平成22年国民生活基礎調査介護表より算出。

このように 2000 年に介護の社会化を目的に介護保険制度は導入されたものの、家族介護が依然として中心を果たす状況は続いている。これは日本で、介護の社会化は、家族介護を不要とする状態を意味していないということであるし、EU と同様に、家族の介護なしには、在宅での生活は、難しいという実態を示しているともいえる（表1参照）。

表1 国民生活基礎調査における要介護高齢者を抱える世帯の主な主介護者の続柄の経年変化¹²⁾

	2010	2007	2004	2001	1998	1995
同居	64.1%	60.0%	66.1%	71.0%	86.7%	86.5%
配偶者	25.7%	25.0%	24.7%	25.9%	29.9%	28.3%
実子	20.9%	17.9%	18.8%	19.9%	20.4%	17.8%
子の配偶者	15.2%	14.3%	20.3%	22.5%	28.9%	29.5%
両親	0.3%	0.3%	0.6%	0.4%	4.6%	6.5%
その他の親類	2.0%	2.5%	1.7%	2.3%	2.9%	4.4%
別居	23.8%	23.3%	28.3%	19.3%	13.4%	13.5%
介護サービス事業者	13.3%	12.0%	13.6%	9.3%		
別居の家族	9.8%	10.7%	8.7%	7.5%	13.4%	13.5%
その他	0.7%	0.6%	6.0%	2.5%		
不詳	12.1%	16.8%	5.6%	9.6%		

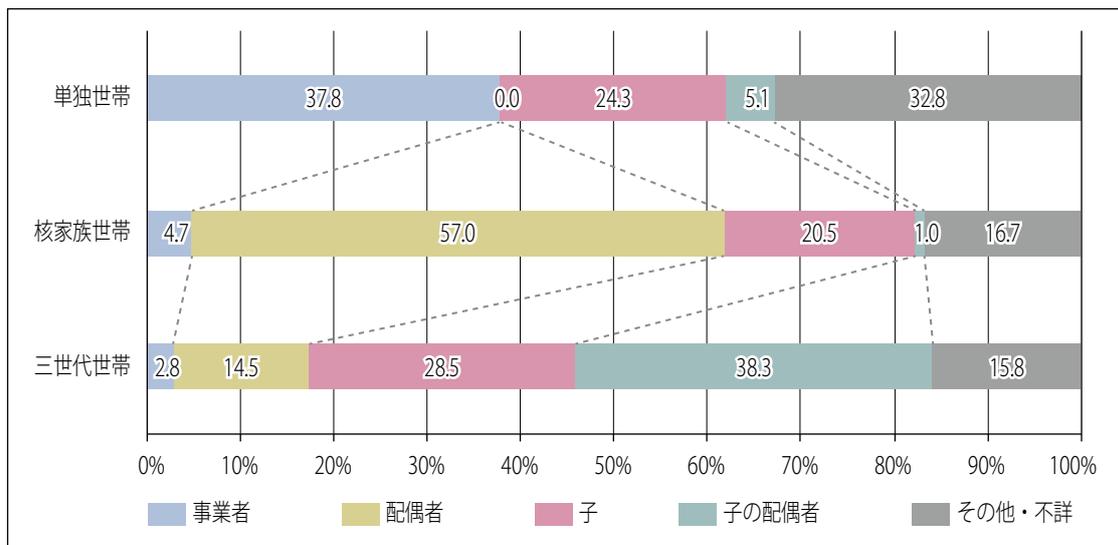


図1 世帯別主な介護者の属性 (2010年)

5) 単身世帯における介護

さて、それでは家族介護を前提としない単身世帯の状況をデータからみると、まず、単身世帯においては、要介護度の低い世帯が多く、要支援1・2と要介護1で6割強を占めている。すなわち、三世帯世帯や夫婦のみ世帯の同割合は4割強となっており、同居家族が何らかの介護を担っていることが推察される。単身世帯の主な介護者は、事業者が不詳を除くと、事業者が5割強と最も高く、子ども、子どもの配偶者、その他

12) 平成8年、11年、13年、16年、19年、22年国民生活基礎調査のデータをまとめた。

親族といった別居家族による介護を上回っている¹³⁾。

総務省の調査¹⁴⁾によれば、65歳の単身世帯の52.9%は、子どもが片道1時間以上の場所に住んでいるか、そもそも子どもがいない。したがって単身者の5割強は、要介護状態になった場合に日常的に家族介護を受けることが難しいと考えられる。

このように現在、増加中の単身世帯では、同居家族による介護を期待できない。特に配偶者と死別した高齢単身者だけでなく、未婚の高齢単身者が増加していくことが予想され、この未婚の高齢単身者には配偶者だけではなく、子供もいないので家族介護への期待は小さく、今よりもさらなる「介護の社会化」が求められるとの考えもある。

だが、500万近い要介護高齢者に対して、公的サービスだけで対応する財源もマンパワーも、わが国にはないことは明らかであろう。

こういった単身世帯が利用している居宅サービスの内容は、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリ、夜間対応型訪問介護など、「訪問系サービス」の利用率が69.1%となっていて、三世代世帯は40.4%、夫婦のみ世帯の53.5%である。また単身世帯では、「配食サービス」を利用する世帯が13.4%いて、夫婦のみ世帯8.3%、三世代世帯4.4%となっている¹⁵⁾。上記の三つの世帯類型で「事業者のみに行ってもらう主な介護内容」の上位5位を比べてみると、単身世帯は、「掃除」「食事の準備」「買い物」といった生活援助が上位にあり、その割合も高い。三世代世帯や夫婦のみ世帯では『入浴介助』『洗髪』といった身体介護が上位になっており対照的である。これら三つの世帯類型には、上位には「話し相手」という回答もみられる¹⁶⁾。

このことから同居家族のいない単身の要介護高齢者にとっては、「生活援助」は、単身世帯を支えるサービスであることが示唆されている。しかし、これは、前述したように、本来、生活援助に係る内容は、フォーマルなケアとして実施するためには、社会関係の貨幣化が現実化し、常識的な価格となっている必要がある。すでに2006年の介護報酬改定で、生活援助は1日90分までと決められ、2012年の介護報酬改定では、生活援助の単価が下げられている、これは、国が実態としての生活援助の価格設定について見直しをすべきと検討していることを示しているものと推察される。

6) まとめ

本節では、日本及び国際的な家族介護者を含むインフォーマル・ケアの状況について概括した。また、今後の単身世帯の増加とこれに伴うケア提供の実態についてまとめた。これは、今後の生活設計の基本となるフォーマル・サービスやインフォーマル・サポー

13) 平成22年国民生活基礎調査第22表より作成。

14) 総務省(2010).平成20年住宅・土地統計調査(確報集計)。

15) 平成22年国民生活基礎調査第27表より作成。

16) 平成22年国民生活基礎調査図44データより作成。

トの在り方を検討する上で前提となる情報といえる。

さて、「介護サービスの見直しに関する意見¹⁷⁾」(2004年7月30日)では、求められるサービスモデルの転換の一つとして、<「家族同居」モデルから「家族同居+独居」モデル>への転換がうたわれている。これまで述べてきたように、日本の伝統的介護モデルは、「私的・同居・嫁介護」であり、伝統的な家族規範とジェンダー規範に強く囚われたものであった¹⁸⁾。介護保険制度発足時の「介護の社会化」が謳われた背景はポスト工業化社会に踏み込んだ日本におけるひとつの象徴といえる。

介護保険施行後の2003年に示された「2015年の高齢者介護」¹⁹⁾においても、そのターゲットは、高齢者・被介護者であり、家族介護者ではなかった。大きな争点と言われた現金給付の問題も、2004年¹⁷⁾、2010年²⁰⁾の介護保険部会の報告書では、共に両論併記で終わっている。

一方、現金給付については、フェミニストの観点からの「現金給付」への反対意見²¹⁾も初期フェミニズムの伝統的な議論に留まっているとの指摘がある²²⁾。現代福祉国家において外部サービスが拡大し続けたとしても、家族介護や家族介護者は、存在し続けていく。ただ、その役割認識は大きく変化する可能性がある。

さて、団塊の世代の老年期突入を見据えて提案された根本的な介護システムの展開として「地域包括ケアシステム」が「2015年の高齢者介護」で初めて政府によって提案され、その後、社会保障政策のキーワードとなっているが、「家族同居」や「独居」モデルといった世帯類型別のフォーマル・サービスやインフォーマル・サポートの内容とコーディネーションについては、検討すべきと考えられたが、その明確な姿は明らかになっていない。

そこで、次節では、現在、要介護高齢者で独居を継続している方々のヒアリング調査を実施し、彼らに提供されていたフォーマル・サービスやインフォーマル・サポートの内容とそのコーディネーションに必要とされる条件について明らかにした。

17) 社会保障審議会介護保険部会(2004).介護保険制度の見直しに関する意見,2004年7月

18) 笹谷春美.(2000).「伝統的女性職」の新編成 ホームヘルプ労働の専門性.木本喜美子、深澤和子編『現代日本の女性労働とジェンダー』ミネルヴァ書房,2000

19) 厚生労働省高齢者介護研究会.(2003).2015年の高齢者介護,2003年6月

20) 社会保障審議会介護保険部会.(2010).介護保険制度の見直しに対する意見,2010年7月

21) 樋口恵子.(1998).同居家族に対する訪問介護(いわゆる家族ヘルパーへの報酬支払い)に関する意見書,1998年9月

22) 笹谷春美.(2005).高齢者介護をめぐる家族の位置.家族社会学研究 16(2)、36-46

2-2 ヒアリング調査によるニーズに応じたインフォーマル・サポートやフォーマル・サービスの検討

1) 目的

本節は、要介護の独居在宅高齢者が、自宅で生活を維持していくために必要な生活支援サービスを明らかにするために、地域での高齢者と取り巻く支援者に対して、グループインタビューを実施し、基礎資料を収集することを目的とした。

2) 方法

今回の調査では、市役所高齢者福祉所管課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会、民生委員、自治会連合会等を対象に、グループインタビューを実施した。調査期間は、平成25年2月であり、調査地域は、地方の独居率が高いA市、首都圏近郊B市の2地域を対象とした。

A市は、X県の北西部に位置する地域で総人口：100,674人、高齢化率27.1%（住民基本台帳登録者数、平成22年4月1日時点）である。地域包括支援センターが主導し、独居高齢者の生活状況および支援ニーズを把握するとともに、地域福祉資源（民間のつながり、自治会組織等）を活かしながら支援の仕組みを構築している。

B市は、都市部近郊の住宅街を中心とする地域で人口77,401人、高齢化率13.9%（住民基本台帳登録者数、平成22年4月1日時点）の比較的若い都市である。この市は、独自に医療、介護に関わる給付情報等に関するデータベースを構築し、高齢者の介護予防に重点を置いたシステムを活用した支援の仕組みを構築している。

本節で紹介するヒアリング調査は、このように異なる地域特性を持つ2市の支援者を対象に実施した。調査でヒアリングした項目は、以下の通りである。

- Q1 在宅独居要介護高齢者が、在宅生活を継続する上で影響することが想定される要因としてどのようなことが考えられるか。
- Q2-1 日常生活の中で困っていること（起こる問題点／起こっている問題点）としてはどのようなことが挙げられるか。
- Q2-2 貴市では、「困っていること」に対する支援方法としてどのような施策、事業、地域福祉活動、民間サービス等があるか。
- Q3-1 独居要介護高齢者が、手助けを求めたり、困ったことを相談することができる相手として、どのような方が挙げられるか。
- Q3-2 定期的な見守り、安否の確認の機能を担っているところとしてどのようなものが挙げられるか。

3) 結果

①独居生活を継続している高齢者の属性の特徴

A市では、まず、近隣に家族等が居住しているか、定期的に家族等が関与（特に買い物や、困りごとの対応）する高齢者ということが示された。また、ADLの状況としては、トイレ、食事の準備が、ある程度自分でできる高齢者であった。

社会関係の状況としては、昔から居住している地域に住み続けている高齢者（声かけ、地域支援を受けやすい、公民館活動）、近所の訪問が多いなど、毎日の安否確認ができる体制があった。

一方で、B市では、A市同様、家族支援はあるものの、近隣居住か、遠方居住かによって、その支援の頻度は異なることが指摘された。

この家族支援の内容は、特に病気に対する関わりや精神的サポートとされていた。また、持ち家率が高いため、住宅の物理的環境（出入りに階段を利用するアパート、坂道に隣接した住居、車椅子が自宅に入れられる間取りか）に課題があるとの報告がなされていた。

②独居在宅要介護高齢者が日常生活の中で困っている事項

A市では、トイレの移動（これができなくなったときに施設入所を考えると報告されていた）、夜間の見守り（転倒、火の管理、病状の悪化、空調管理等）、緊急事態の対応などが困りごととして指摘されていた。この他には、重いものを含む買い物、ごみの分別とごみ出し、金融機関にいけない場合の支援、服薬・金銭管理といった生活の支援が必要なが報告されていた。

B市では、食事準備（栄養等を考慮した食事が作れない）、買い物（病気、下肢筋力の低下が原因であることが多い）、洗濯、掃除、鍵かけや安全管理、服薬管理、火の管理といった生活に係る支援が必要であると報告されていた。この他には、定期的な通院に介助が必要との報告がなされた。

また、2つの市で共通していたこの他の内容としては、消費者被害にどのように対応すべきかといった指摘がなされていた。

4) 考察 —独居高齢者が必要とする生活支援サービスの分類と対応策の案—

今回のグループインタビュー調査の結果からは、独居生活を継続する上での生活支援サービスとしては、以下の表に示したように、「買い物・移動支援」、「食への支援」、「財産管理」、「日ごろの手助け」、「見守り・安全管理」、「相談相手」といった内容がすでに提供されており、これを必要としているものと考えられた。

表2 独居高齢者が必要とする生活支援サービスの分類と対応策の案

分類	分類ごとの対応策（案）
買い物・移動支援	移動販売車の利用
	送迎付スーパーの普及・活用
	通所サービス利用時に買い物等をしたというニーズへの注目
	タクシーの活用
	低料金、短時間の支援サービスの普及
食への支援	配食サービスの拡充
財産管理	社会福祉協議会の機能拡充
	金融機関のサービス拡大
日ごろの手助け	携帯電話、メールでの意思伝達
	民生委員が小額の金銭を預かり必要に応じて日用品等を購入
	セルフヘルプグループの拡充（同じニーズのある高齢者を調整し、支援を行う）
見守り・安全管理	自治会機能の強化
	モニターカメラ等の利用
相談相手	民生委員の拡充
	日ごろから相談相手を確保し、行政等に連絡しておく
その他	孤立傾向にある高齢者を発見するシステムづくり
	家族等の教育
	日中過ごす場所と寝に帰る自宅の場をつなぐサービスの創設

これらの生活支援は、フォーマル・サービスでも、インフォーマル・サポートのいずれでもよく、その担い手については、「相談相手」以外は、専門性の特記を必要としない、多様な提供主体であってよいと考えられた。

しかし、当該市で、これを地域包括ケアシステムとして構築する際に検討しなければならない点は、個々の提供主体として考えられる自治体・社会福祉協議会、民生委員、介護保険事業者、医師会との様々な主体間のマネジメントをどうすべきかという点である。

両市共に、これらのマネジメントについては、市の担当職員が積極的に行っており、これらのそれぞれの提供主体に対して、介入していた。その対応方法は、具体的には、資金援助であったり、コーディネート機能の発揮ということになるが、これらをフォーマル・サービスとして提供するか、あるいはインフォーマル・サポートとするかについては、当該市の判断によっており、法則性は見いだせなかった。

これは、A市は、地方都市型で、未だ社会関係の貨幣化がすすんでいない地域が混在しており、これを貨幣化してしまうことは、困難であり、一方、B市は、大都市近郊型で、社会関係の貨幣化が相当、程度すすんでいる地域であり、こういった地域の事情の違いがインフォーマル・サポートの提供方法の違いを反映することになっていた。

この結果は、地域包括ケアシステムによって、独居高齢者が継続して地域で生活するためには、その地域やその特性によって、その関係性の貨幣化の様態が異なっているということであり、一律に、システムを構築する方法がないことを示しているとも解釈できる。

また、これら的高齢者が、在宅生活を継続したいと考える積極的な理由として、お墓の管理、ペットの世話、菜園の世話・収穫、地域での集まりに参加したいからといった理由が示された。

一方、在宅生活を継続できない理由としては、自己負担に関する経済力の問題や、支援を受けることを拒否している状態が示されていた。

したがって、今後、独居要介護高齢者の、在宅生活条件を検討していく上では、これら的高齢者本人に対する社会関係の回復のために、どのような支援が必要かを、検討するという仕組みを創ることが必要であると考えられた。これは、介護保険サービスの自己負担が大きいといった問題や、支援を拒否する高齢者の解決にもつながる可能性がある。

ただし、社会関係の貨幣化がすすんでいない地域においては、社会関係そのものが、独居高齢者の生活を支えている。こういったことを前提に、地域包括ケアシステムの構築がなされることが重要と考えられる。

5) まとめ

今後、独居要介護高齢者の、在宅生活条件を検討していく上では、これら的高齢者本人に対する社会関係の回復のために、どのような支援が必要かを、検討するという仕組みを創ることが必要であると考えられた。これは、介護保険サービスの自己負担が大きいと言った問題や、支援を拒否する高齢者の解決にもつながる可能性がある。

ただし、社会関係の貨幣化がすすんでいない地域においては、社会関係そのものが、独居高齢者の生活を支えている。こういったことを前提に、地域包括ケアシステムの構築がなされることが重要と考えられる。

2-3 要介護で独居生活を送る高齢者の社会関係とケア内容ケア時間の調査

1) 目的

前節では、支援者からみた独居高齢者が必要な生活支援サービスの内容についてグループインタビューを実施することによって明らかにした。

そこで、本節においては、質問紙を用いた調査によって、グループインタビューを実施したA市・B市において、実際の独居高齢者の社会生活の状況を把握するとともに

に、より具体的に、いつどのように、他者と関わりを持っているかについて、タイムスタディ調査を実施した結果の分析から、明らかにすることを目的とした。

2) 方法

調査対象としては、A市・B市から、介護サービスを利用し、独居生活を送っているものを20名ずつ選定し、生活状況に関する質問紙調査を実施した。

その後、調査対象のうち、各市より10名ずつを抽出し、対象者宅の玄関先に調査票を留め置き、来訪者が記載する調査を実施した。この内容については、回収後、担当ケアマネジャーが高齢者本人等に確認し、外出状況、電話、その他記載もれを補記した。

なお、タイムスタディデータは、本調査で用いられた調査の目的というコードを用いて、TCCへのリコード処理を行っている²³⁾。なお、調査データの加工にあたっては、個人情報匿名化されたデータのみを取り扱い、データの解析は、SPSS ver.19.0を使用した。

3) 結果

a. 生活状況調査 (表3～表7)

①基本属性 (年齢・性別・要介護度・障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度)

本調査の独居高齢者においては、年齢は、平均82.6歳(標準偏差8.3)であり、性別は、女性の割合が高く29名(72.5%)であった。

要介護状態としては、要介護1が最も多く、23名(57.5%)、次いで要介護2が9名(22.5%)であり、比較的、要介護度が低い調査対象であった。

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)²⁴⁾は、A1が11名(27.5%)と最も多く、J2とA2が10名(25.0%)と続いていた。最も寝たきり度が高かったのは、B2で3名であった。認知症高齢者の日常生活自立度(認知症度)²⁵⁾は、自立およびIが12名(30.0%)と最も多く、IIbが11名(27.5%)と続いていた。最も、認知症度が高かったのは、IIIaであり、1名のみであった。

23) リコードの方法は、以下のようにしている。訪問介護、ホームヘルプは、「療養上の世話」、通院は、「専門的看護」、リハビリは、「リハビリテーション」、外出(デイケア、リハビリ、通院以外)は、「在宅ケア関連」、新聞配達、宅急便等は、「在宅ケア関連」とした。

24) 障害高齢者の日常生活自立度のランクについては、Bが「屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ」とされ、寝たきりと判断される自立度となっている。

25) 認知症高齢者の日常生活自立度のランクについては、IIが「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。」とされ、各種統計等において認知症ありと判断される基準となっている。

表3 年齢

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
年齢	82.6	8.3	58	98

表4 性別

	N	%
男	11	27.5
女	29	72.5
合計	40	100.0

表5 要介護度

	N	%
要介護1	23	57.5
要介護2	9	22.5
要介護3	3	7.5
要介護4	2	5
要介護5	1	2.5
欠損値	2	5
合計	40	100

表6 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

	N	%
自立	1	2.5
J1	1	2.5
J2	10	25.0
A1	11	27.5
A2	10	25.0
B1	4	10.0
B2	3	7.5
合計	40	100.0

表7 認知症高齢者の日常生活自立度（認知症度）

	N	%
自立	12	30.0
I	12	30.0
II a	4	10.0
II b	11	27.5
III a	1	2.5
合計	40	100.0

②住居の状況・緊急連絡先・緊急通報システムの利用状況（表8～表11）

持ち家の一戸建てが最も多く、18名で45.0%、次いで民間賃貸住宅の共同住宅7名で17.5%、公営賃貸住宅の集合住宅4名で10.0%と続いていた。緊急連絡先としては、配偶者が26名（65.0%）であった。続いて、配偶者の父母が6名（15.0%）であった。

そのうち、住所が明らかになっていた8ケースについて、属性と居住地域について詳細を調べたところ、同一市区町村内の配偶者が最も多いことが明らかになった。また、緊急通報システムの利用状況は、すでに16名（40.0%）が利用していた。

表8 住居の状況（降順）

	N	%
持ち家の一戸建て	18	45.0
民間賃貸住宅の共同住宅	7	17.5
公営賃貸住宅の集合住宅	4	10.0
持ち家の共同住宅	3	7.5
民間賃貸住宅の一戸建て	1	2.5
借間・その他の共同住宅	1	2.5
欠損値	6	15.0
合計	40	100.0

表9 緊急連絡先（降順）

	N	%
配偶者	26	65.0
配偶者の父母	6	15.0
配偶者と子どもの配偶者	2	5.0
配偶者とその他親族	2	5.0
配偶者の父母とその他親族	2	5.0
その他親族	1	2.5
該当者無し	1	2.5
合計	40	100.0

表 10 緊急連絡先の属性と居住地域の詳細
(8 ケース)

緊急連絡先の属性	居住地域
配偶者、子どもの配偶者	同一市区町村
配偶者	同一市区町村
配偶者	同一市区町村
配偶者の父母、甥・姪	近隣地域
配偶者、子どもの配偶者	同一市区町村
甥・姪	近隣地域
配偶者	同一市区町村
配偶者、その他親族	同一敷地

表 11 緊急連絡システムの利用状況

	N	%
利用している	16	40
利用していない	24	60
合計	40	100

③友人の付き合い・生活意識の状況・今後の希望 (表12～表14)

友人の付き合いについては、「していない」と15名(37.5%)が回答しており、「ときどきある」10名(25.0%)よりも高い割合であった。

さらに、主観的な生活意識についてであるが、「普通」が最も多く19名(47.5%)、次いで、「やや苦しい」が13名(32.5%)であった。

また、今後の希望は、「できる限り自宅で生活したい」が36名(90.0%)で高い割合を示していた。

表 12 友人の付き合い

	N	%
していない	15	37.5
あまりしない	8	20
ときどきする	10	25
している	7	17.5
合計	40	100

表 13 生活意識の状況

	N	%
大変苦しい	1	2.5
やや苦しい	13	32.5
普通	19	47.5
ややゆとりがある	4	10
大変ゆとりがある	2	5
欠損値	1	2.5
合計	40	100

表 14 今後の希望

	N	%
できる限り自宅で生活したい	36	90
介護保険施設等に入所したい	2	5
わからない	1	2.5
欠損値	1	2.5
合計	40	100

b. ケア時間調査

① ケア時間調査対象者の属性 (表 15)

本調査の対象となった独居高齢者の年齢は、平均 83 歳、性別は、女性が多く、その割合は 76.2%となっていた。

要介護状態としては、要介護 1 が 12 名と最も多く、57.1%、次いで要介護 2 が 3 名 (14.3%) であり、比較的、要介護度が低い調査対象となっていた。

障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) は、A2 が 6 名 (28.6%) と最も多く、その後 J2 が 5 名 (23.8%) と続いた。最も寝たきり度が高かったのは、B2 で 3 名であった。

認知症高齢者の日常生活自立度 (認知症度) は、II b が 8 名 (38.1%) であり、自立が 6 名 (28.6%) であった。A 市と B 市では属性に大きな差異は見られなかった。

表 15 ケア時間調査対象者の属性

	全体 (N=21)		A 市 (N=11)		B 市 (N=10)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
年齢	83.0	9.6	83.7	6.2	82.3	12.4
	N	%	N	%	N	%
性別						
男性	5	23.8	3	30.0	2	18.2
女性	16	76.2	7	70.0	9	81.8
合計	21	100.0	10	100.0	11	100.0
要介護度						
要介護 1	12	57.1	5	50.0	7	63.6
要介護 2	3	14.3	2	20.0	1	9.1
要介護 3	1	4.8	1	10.0		
要介護 4	2	9.5	1	10.0	1	9.1
要介護 5	1	4.8			1	9.1
欠損値	2	9.5	1	10.0	1	9.1
合計	21	100.0	10	100.0	11	100.0
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)						
自立	-	-				
J1	-	-				
J2	5	23.8	3	30.0	2	18.2
A1	4	19.0	1	10.0	3	27.3
A2	6	28.6	3	30.0	3	27.3
B1	3	14.3	2	20.0	1	9.1
B2	3	14.3	1	10.0	2	18.2
合計	21	100.0	10	100.0	11	100.0
認知症高齢者の日常生活自立度 (認知症度)						
自立	6	28.6	4	40.0	2	18.2
I	7	33.3	3	30.0	4	36.4
II a	-	-				
II b	8	38.1	3	30.0	5	45.5
III a	-	-				
III b	-	-				
IV	-	-				
合計	21	100.0	10	100.0	11	100.0

②調査対象者におけるケア提供時間 (表16・17図2)

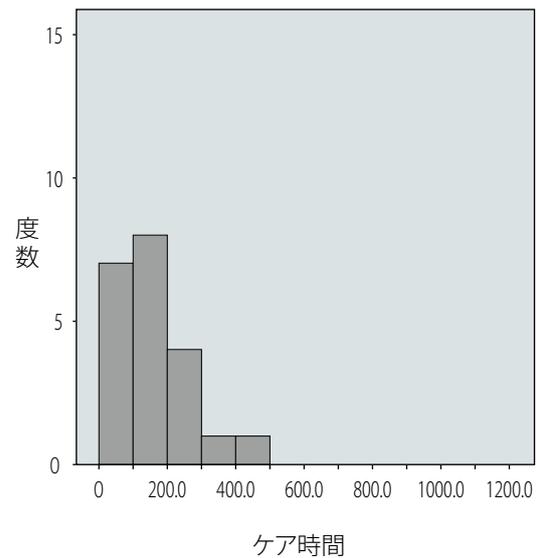
調査対象者が受けていたケアは、1日平均150.7分であった。ただし、最小は、7分、最大は、475.7分で、その範囲は大きく、100分以下が、7名(33.3%)であった。

表16 調査対象者におけるケア提供時間の記述統計

	N=21			
	平均値	標準偏差	最小値	最大値
ケア時間	150.7	115.8	7.0	475.7
大分類別ケア提供時間				
療養上の世話	88.0	94.5	0.0	350.0
専門的看護	0.8	3.8	0.0	17.3
リハビリテーション	32.4	57.9	0.0	160.0
ケアシステム関連	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅ケア関連	29.5	40.1	0.0	175.0

表17・図2 ケア時間の度数分布

平均ケア提供時間	N	%	累積%
7.0	1	4.8	4.8
25.3	1	4.8	9.5
29.0	1	4.8	14.3
41.7	2	9.5	23.8
46.8	1	4.8	28.6
72.7	1	4.8	33.3
100.0	1	4.8	38.1
115.7	1	4.8	42.9
129.7	1	4.8	47.6
130.0	1	4.8	52.4
163.3	1	4.8	57.1
170.8	1	4.8	61.9
175.7	1	4.8	66.7
189.7	1	4.8	71.4
200.0	1	4.8	76.2
214.0	1	4.8	81.0
236.7	1	4.8	85.7
250.0	1	4.8	90.5
350.0	1	4.8	95.2
475.7	1	4.8	100.0
合計	21	100.0	



③ケア内容別ケア提供時間 (表 18 図 3・4)

提供されていたケアとして、もっとも長かったのは、ケアコードの大分類によると「療養上の世話」88.0分(58.4%)、続いて、「リハビリテーション」32.4分(21.5%)、「在宅ケア関連」29.5分(19.6%)で、「専門的看護」が0.8分(0.5%)であった。

調査対象を要介護3以上とそれ未満での分析をしたところ、要介護3以上は、ケア時間が108.8分と、調査対象者全体より短くなっており、とりわけ、リハビリテーションが4.2分(3.8%)と、30分程度も、平均ケア提供時間が短くなっていた。

認知症度Ⅱbでは、療養上の世話が56.4分と要介護3以上61.3分より短くなっており、その代わりに、在宅ケア関連が47.0分と要介護3以上の43.3分よりわずかに長くなっていた。

表 18 ケア内容別ケアが提供されていた時間

	調査対象者全体 (N=21)		要介護3以上 (N=4)		認知症度Ⅱb (N=8)	
	N (分)	% (構成割合)	N (分)	% (構成割合)	N (分)	% (構成割合)
療養上の世話	88.0	58.4	61.3	56.3	56.4	45.9
専門的看護	0.8	0.5	0.0	0.0	2.2	1.8
リハビリテーション	32.4	21.5	4.2	3.8	17.4	14.2
ケアシステム関連	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅ケア関連	29.5	19.6	43.3	39.8	47.0	38.2
合計	150.7	100.0	108.8	100.0	123.0	100.0

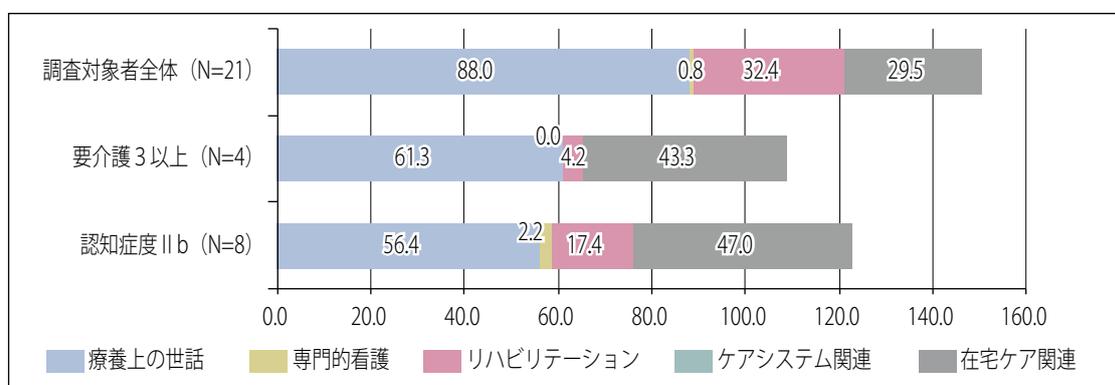


図 3 ケア内容別ケアが提供されていた時間 (ケア時間)

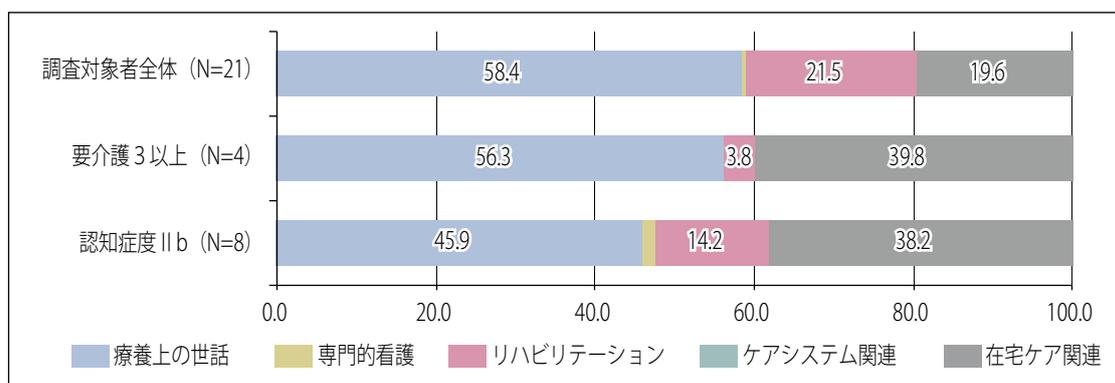


図 4 ケア内容別ケアが提供されていた時間 (構成割合)

④調査地域別ケア内容別ケア提供時間 (表18 図5・6)

調査地域別にケア内容別ケアが提供されていた時間を算出した結果、B市において「リハビリテーション」が35.0%を占めているのに対し、A市では、5.7%とそれほど提供されていなかった。その一方で、A市では、「療養上の世話」が、115.1分(78.9%)とB市の63.4分(40.8%)より、多く提供されていた。

このように、地域によって、高齢者の状態像が同等であっても、サービス提供内容の違いは明確であることが示された。

表19 調査地域別ケア内容別ケアが提供されていた時間

	A市		B市	
	N (分)	% (構成割合)	N (分)	% (構成割合)
療養上の世話	115.1	78.9	63.4	40.8
専門的看護	1.7	1.2	0.0	0.0
リハビリテーション	8.3	5.7	54.3	35.0
ケアシステム関連	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅ケア関連	20.8	14.2	37.5	24.1
合計	145.9	100.0	155.1	100.0

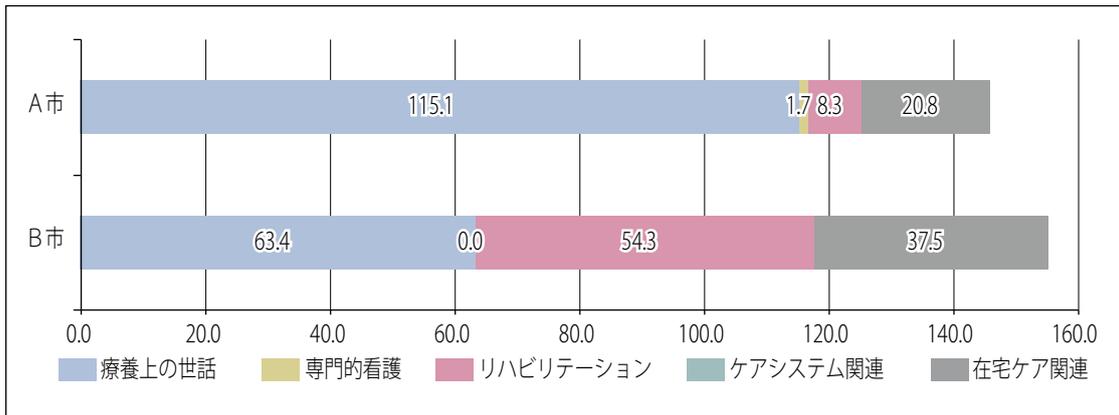


図5 調査地域別ケア内容別ケアが提供されていた時間 (ケア時間)

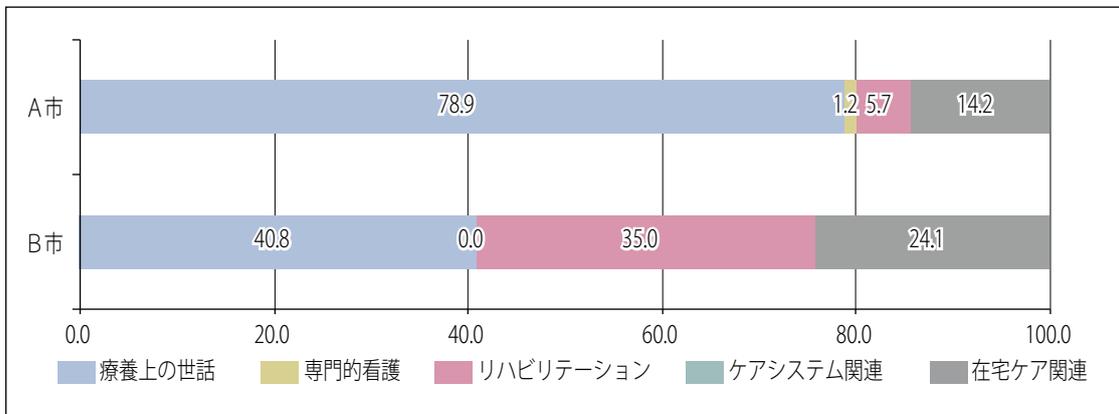


図6 調査地域別ケア内容別ケアが提供されていた時間 (構成割合)

⑤時間帯別ケア内容別ケア提供時間 (表 20 図 7)

時間帯別ケア内容別のケア提供時間については、調査対象者全体では、10分以上ケアが提供されていたのは、9時台から17時台であった。23時から7時についてはすべて、0.5分となっているが、これは1ケースで家族が泊まり込んでいたためであり、これを除くとこの時間帯においては、ケアが発生してなかった。

要介護3以上のみでは、10分以上ケアが発生していたのは、10時台から11時台、16時台から17時台と偏っていた。

認知症度Ⅱbでは、9時台から18時台までケアが10分発生していたが、特にケアの発生時間に偏りは見られなかった。

表 20 時間帯別ケア内容別ケア提供時間

	調査対象者 全体 (N=21)	要介護3 以上 (N=4)	認知症度 Ⅱ b (N=8)		調査対象者 全体 (N=21)	要介護3 以上 (N=4)	認知症度 Ⅱ b (N=8)
6時台	0.5	0.0	0.0	18時台	7.5	9.2	11.9
7時台	0.5	0.0	0.0	19時台	1.9	7.5	3.8
8時台	4.4	7.5	8.3	20時台	1.7	6.7	3.3
9時台	17.5	6.3	16.8	21時台	1.1	1.7	0.8
10時台	18.9	25.0	13.8	22時台	0.6	0.0	0.0
11時台	19.8	31.7	15.8	23時台	0.5	0.0	0.0
12時台	16.0	7.5	13.8	0時台	0.5	0.0	0.0
13時台	17.2	7.5	14.7	1時台	0.5	0.0	0.0
14時台	17.6	5.0	14.1	2時台	0.5	0.0	0.0
15時台	15.4	7.5	14.5	3時台	0.5	0.0	0.0
16時台	13.7	12.9	11.8	4時台	0.5	0.0	0.0
17時台	14.5	16.2	14.9	5時台	0.5	0.0	0.0

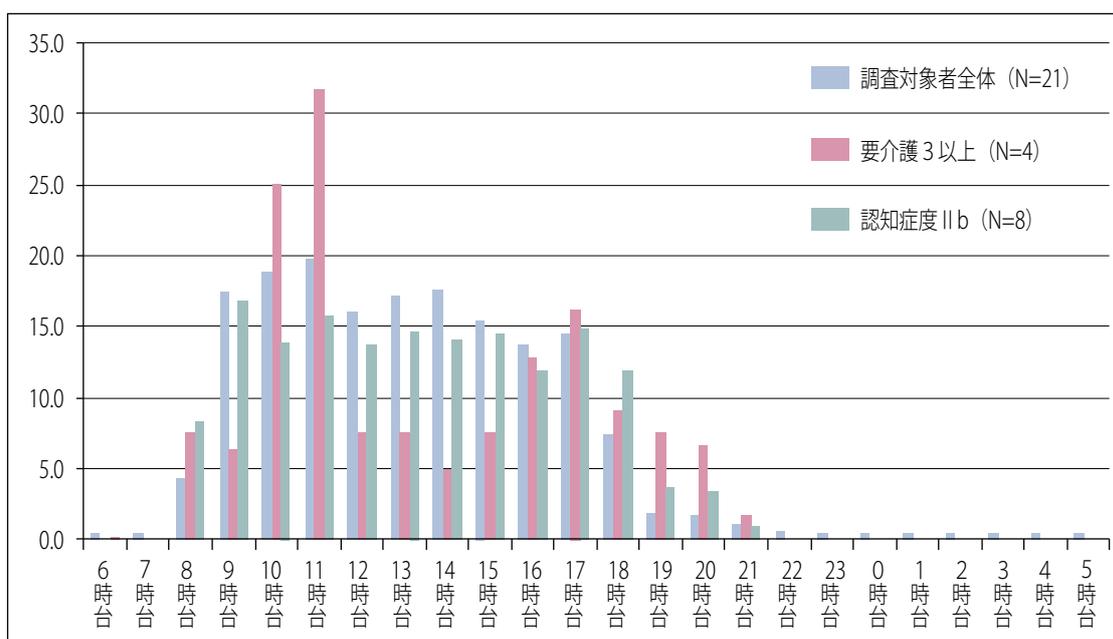


図 7 時間帯別ケア内容別ケア提供時間

⑥家族や友人・知人が提供していたケアと職員が提供していたケアの具体的内容 (表 21～23)

家族や友人・知人が提供していたケアの具体的内容としては、「コミュニケーション」、「買い物等」、「食事」、「掃除・日用品の整理」、「外出支援」、「その他の日常生活の支援」といった内容が示された。この内容は、職員も提供していたが、「コミュニケーション」や「その他の日常生活の支援」の内容がより、家族や友人・知人のほうが多様であった。

一方で、家族や友人・知人は提供していなかったが、介護事業所の職員が提供していた内容として、「排泄介助」、「入浴・清潔・整容」といった身体介助、「寝具整え」、「洗濯」といった生活支援の内容や、「服薬管理・指導」、「観察・処置・検査」といった医療・看護に係る内容や、「リハビリ・レクリエーション」といったリハビリテーション関連の内容が示されていた。

表 21 家族や友人・知人が提供していたケアの具体的内容

分類	ケアの具体的内容
コミュニケーション	電話、安否確認、お茶を飲む、お菓子を食べる、おしゃべり、お絵かき、ゲーム、テレビ、あそび
買い物等	買い物、食材の整理
食事	食事の準備・後片付け、食事のおすそ分け、お裾分け、差し入れ
掃除・日用品の整理	掃除、衣服の手入れ
外出支援 (送迎)	公園散歩の介助
その他の日常生活の支援	布団かけ、畑作り (手伝い)、庭掃除の手伝い、ごみ捨て、広報の配布、入院の打ち合わせ、集合住宅の修繕に関する書類及び連絡、火災保険の更新手続きの手伝い、雨戸を閉める

表 22 職員が提供していたケアの具体的内容 (家族や友人・知人と共通していたカテゴリ)

分類	ケアの具体的内容
コミュニケーション	電話、安否確認、お茶を飲む、お菓子を食べる、おしゃべり、お絵かき、ゲーム、テレビ、あそび
買い物等	買い物、食材の整理
食事	食事の準備・後片付け、食事のおすそ分け、お裾分け、差し入れ
掃除・日用品の整理	掃除、衣服の手入れ
外出支援 (送迎)	公園散歩の介助
その他の日常生活の支援	布団かけ、畑作り (手伝い)、庭掃除の手伝い、ごみ捨て、広報の配布、入院の打ち合わせ、集合住宅の修繕に関する書類及び連絡、火災保険の更新手続きの手伝い、雨戸を閉める

表 23 職員が提供していたケアの具体的内容 (家族や友人・知人と共通していないカテゴリ)

分類	ケアの具体的内容
排泄介助	トイレ介助、ポータブルトイレ片付け、オムツ交換、尿取りパット交換
入浴・清潔・整容	入浴、清拭、更衣介助、洗面、口腔ケア
寝具整え	布団干し、ベッドメイキング
洗濯	洗濯、洗濯干し・たたみ・取り込み
服薬管理・指導	服薬準備確認、薬のカレンダー付け、口腔衛生の指導
観察・処置・検査	日常の観察、体重測定、バイタルチェック、心疾患のテープ貼り替え、二トロダームシップ貼り替え
リハビリテーション・レクリエーション	リハビリテーション、物理療法、体操、音楽、レクリエーション

4) 考察

①独居高齢者の属性、生活状況、等

今回の調査対象者においては、要介護1以上を調査対象としたが、要介護状態としては、要介護1が57.1%を占めており、これは要支援1・2と要介護1といった軽度要介護高齢者6割強を占めている状況と同様であった。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）としては、屋外での移動が可能なJレベルから寝たきりのBまで分布していたのに対し、認知症高齢者の日常生活自立度（認知症度）では、1名を除き、もっとも重い程度として、IIbまでであり、IIIやIV、Mレベルの認知症のBPSDを発現している高齢者は独居生活を行っていないことが明らかになった。

今後は、こうした認知症のレベルがたとえIII以上で独居であっても、その在宅生活を支えることができる方法について検討していく必要があると考えられた。

住宅は、持ち家の一戸建てが45.0%と最も多く、次いで民間賃貸住宅の共同住宅が17.5%であった。これまでに行われた「集合住宅」を含めた住宅形態別の生活の質に関する研究としては、内閣府の調査²⁶⁾では、「集合住宅」の居住者は、「一戸建て」に居住する人に比べ、日常生活の不安や将来の自分の生活に不安を感じるが多かったことが示されている。

また原田らの研究²⁷⁾では、「戸建持家」層は、他の住宅階層に比べ、近距離親族・友人数が多く緊密な近隣関係があったことが述べられている。さらに、安田の研究²⁸⁾では、「持ち家」の住人のほうが、「賃貸アパート」の住人より近隣の友人数が多かったことが報告されている。

これらの持ち家層とそれ以外の層との比較においては、各層の所得との関連性についての言及がほとんどなされていないが、持ち家層における所得の多さと社会との関係性の円滑さは、相互に影響をしている可能性がある。

おそらく低所得階層においては、関係性を貨幣化しているポスト工業化社会に突入した現在の日本においては、こういった友人関係をはじめとする関係性の希薄さが顕在化し、これによって地域での生活が困難となっているという現象に続くのではないかと推察される。

住宅形態は、高齢者の所得だけでなく、社会との関係性の希薄さについても大きく影響を及ぼしていると推察され、今回の調査対象者が持ち家の一戸建ての対象者が最も多かったのは、独居を成立させる要因として、住宅形態が大きく影響していること

26) 内閣府。(2001)。一人暮らし高齢者に関する意識調査結果の概要。

27) 原田謙、浅川達人、斎藤民、他。(2003)。インナーシティにおける後期高齢者のパーソナルネットワークと社会階層。老年社会科学25(3):291-301

28) 安田節之。(2007)。大都市近郊の団地における高齢者の人間関係量と地域参加。老年社会科学28(4):450-63。

を示唆していた。

また、緊急連絡先としては、配偶者が26名（65.0%）であり、配偶者が同一市区町村内に住んでいない場合もあり、緊急通報システム等の導入を推進していく必要性があるといえよう。

なお、今回の調査では、緊急通報システムの利用状況は40.0%であり、伊藤・生田らによる大阪府を対象とした調査²⁹⁾では、65歳高齢者に対する利用率は、0.6~4.7%と示されていたことからみると、今回の調査対象地域では、市等による積極的な地域包括ケアシステムの構築が目指されており、このシステムの構築においては、こういった緊急通報システムの設置は、システムの前提となっていると考えられた。

いざというときの対処法として緊急通報システムを設けることは、高齢者のみならず、離れて暮らす家族や地域にとっても望ましいとされ、緊急通報システムの必要性は指摘されている³⁰⁾が、主に高齢者を対象に、病気やけが等で緊急事態に陥ったとき、胸にかけたペンダントや電話に設置した機器によって、しかるべき機関や人物に事態を通報できるシステムである。こうしたシステムは、特に地域の結びつきが乏しい都市部で重要性を高めている³¹⁾。しかし、高齢者にとって、民間事業者による緊急通報のサービスは決して安価ではない。今後、自治体に求められることは、緊急通報システムの重要性を認識し、自治体の費用負担や協力員の確保、そして、24時間定期巡回や夜間対応型訪問介護におけるコールとの連動を含め、市民に対してどこまでのサービスをどのように提供するのかを検討する必要があるだろう。

②ケア時間の内容の分析（ケア内容別・調査地域別・時間帯別のケア時間）

ケア内容別ケア提供時間としては、調査対象者全体では、療養上の世話は88.0分（58.4%）、続いて、リハビリテーション32.4分（21.5%）、在宅ケア関連29.5分（19.6%）で、専門的看護は0.8分（0.5%）であり、在宅要介護高齢者のタイムスタディデータの結果³²⁾が、「療養上の世話」で146.6分（60.9%）、次いで「在宅ケア関連」38.6分（16.0%）、「専門的看護」28.8分（11.9%）と続いていた。リハビリテーション関連のケアは、12.7分（5.2%）と発生時間が短く、ケアが発生していた人数も488人中139人（28.4%）と3割程度であった。このように、今回の調査対象地域、とくにB市でのリハビリテーションに係るケア提供が多いことは、大きな特徴といえる。

29) 伊藤孝輔, 生田英輔. (2010). 大阪府における高齢者向け緊急通報システムに関する研究. 日本建築学会学術講演梗概集 F-1 都市計画 建築社会システム 1525-1526

30) 下関千春 (2002). 選択される緊急通報システム. 『福祉ミックスの設計—「第三の道」を求めて』有斐閣. 167-183

31) 的場康子 (2001). これからの緊急通報システム. 財形福祉. 35-37

32) 大野賀政昭, 筒井孝子, 東野定律, 他. (2011). 在宅要介護高齢者に家族介護者が提供したケアの実態およびその時間帯別ケア提供の特徴—認知症有無別の検討—. 経営と情報 24 (1), 65-78.

B市で「リハビリテーション」の提供が35.0%を占めているのに対し、A市は、5.7%とその割合は低かった。しかし、A市では、「療養上の世話」が、115.1分（78.9%）とB市の63.4分（40.8%）より、有意に長く、B市が軽度者に対する集中的なリハビリテーションをしている介護予防を重点にして施策を実施しているのに対し、A市では、要介護度が高くなっても、在宅生活を継続できるように、とくに「療養上の世話」や「在宅ケア関連」をインフォーマル・サポートとして、提供できるシステムを近隣住民によって構築し、社会関係の貨幣化が進んでいない状況を代替しているシステムを構築していることが明らかにされた。

また、今回の調査対象で特徴的な要介護高齢者の状態として、要介護3以上の4名と認知症度Ⅱbであった8名の分析を行ったが、要介護3以上では、ケア時間が108.8分と、調査対象者全体より短くなっていた。

これは、在宅では、要介護状態が高くなるにしたがって、ケア時間が長くなるという、比例的な関係はほとんど示されないことは、これまで示されてきたエビデンス³³⁾と同様の結果であった。

調査結果からは、身体介護ニーズのみである中重度の要介護高齢者のほうが、生活全般に係る生活支援ニーズを必要とする軽・中度高齢者より提供時間が短かった。これは、要介護度が高い高齢者は、定期的な介護行為のみで、ケアが終わるためである。

とりわけ、リハビリテーションが4.2分（3.8%）と短く、約30分も平均ケア提供時間が短くなっており、このリハビリテーション提供の有無が、今回の調査対象者集団におけるケア提供時間に大きな影響を与えていた。

また、認知症度Ⅱbでは、療養上の世話が56.4分と要介護3以上61.3分より短くなっており、その代わりに、在宅ケア関連が47.0分と要介護3以上の43.3分よりわずかに長くなっていた。これは、現行の認知症ケアでは、利用者の個性にあったケアということや、利用者に寄り添うケアと認知症の方への尊厳を最も重要視するというケアが標榜されている。このこと自体は、その通りの実行がなされていると推察されるものの、これは、提供時間の長さとの関連性は示されなかったということである。

すなわち、こういった尊厳を保つケアが必要な認知症の方のほうが、その提供時間が短くなっている実態がいかなる理由によるのか、現行の認知症ケアの在り方は、本来的に必要とされる適切なケアを提供しているのか等、大きな課題を残している。

33) 筒井孝子. (2009). 平成20年度厚生労働科学研究費長寿総合科学研究事業「在宅および施設における要介護・要支援高齢者に必要な介護サービス量を推定するモデルの開発に関する研究（研究代表者：筒井孝子）」総括研究報告書

③ケアの具体的内容

家族や友人・知人が提供していたケアの具体的内容と職員も提供していた内容を比較すると、家族や友人・知人のほうが「コミュニケーション」や「その他の日常生活の支援」の内容がより、多様であった。

一方で、今回の独居高齢者を対象としていた家族や友人・知人が提供していなかったが、職員が提供していた内容として、身体介助・生活支援以外では、「服薬管理・指導」、「観察・処置・検査」といった医療・看護に係る内容や、「リハビリ・レクリレーション」といったリハビリテーション関連の内容が示された。

本章でも扱ったインフォーマル・サポートについて、これをとりまとめた Interlink の報告書³⁴⁾では、家族介護者が提供するケアの作業・活動は、大きく三つのグループに分けられ、その内容は、①日常生活支援（入浴、排泄、食事、更衣等）、②家事援助（掃除、調理、買い物、洗濯等）、③情緒的支援（話し相手になる等）や金銭管理や役所での手続き代行、といった業務とされる。

今回のデータでは、①や②については、訪問介護の職員がフォーマル・サービスとして提供していたため、家族や知人は、これを補完する内容として③の内容が主に提供されていたと考えられる。

また、袖井³⁵⁾の整理を参考にすると、家族介護の特徴は、多く四つに分類されており、①医療的看護（清拭、褥瘡の手入れ、導尿、経管栄養、たんの吸引等）、②家事援助（買い物、食事、着替え、排泄、入浴、移動の介助、買い物、調理、掃除、洗濯等）、③金銭管理から各種申請書類の作成、④精神的な援助（話し相手や相談）と示されている。

今回のデータでは、①や②については、訪問介護の職員がフォーマル・サービスとして提供し、家族や知人は、これを補完する内容として③と④の内容を提供していたようである。

しかし、③、④については、インフォーマル・サポートの担い手の力量が問われる内容であり、専門性も必要とすることから、これらのサポートについては、現行、すでに貨幣化されたサービスの導入を安易にするということではなく、関係性の修復を含めたサービスとしての提供が検討されてもよい内容ではないかと考えられた。

34) Triantafyllou J, Naiditch M, Repokova K, et al. (2010) Informal care in Long-term care system. the European Commission under the seventh Framework Program.

35) 袖井孝子. (1996). ジェンダーと高齢者ケア. 女性学研究 (4) ;89-111

5) まとめ

①認知症高齢者の在宅への支援の在り方

認知症高齢者の日常生活自立度（認知症度）では、もっとも重い程度として、Ⅱbまでであり、ⅢやⅣ、Mレベルの認知症のBPSDを発現している高齢者は独居生活を行っていない状況が明らかになった。

今後は、こうした認知症のレベルがたとえⅢ以上で独居であっても、その在宅生活を支えることができる方法についても検討していく必要があると考えられた。

また、住宅形態は、高齢者の所得だけでなく、社会との関係性の密度に大きく影響を及ぼしており、今回の調査研究において、持ち家の一戸建てが最も多かったのは、独居を成立させる要因として、住宅形態が大きく影響していることを示唆していた。

②ケア時間の内容

ケア提供時間について、在宅では、要介護状態が高くなるにしたがって、ケア時間が長くなるという、比例的な関係がほとんど示されないことは、これまで示されてきたエビデンスと同様の結果であった

また、身体介護ニーズのみである中重度の要介護高齢者のほうが、生活全般に係る生活支援ニーズを必要とする軽・中度高齢者より提供時間が短かった。これは、要介護度が高い高齢者は、定期的な介護行為のみで、ケアが終わるためであると考えられる。

一方、現行の認知症ケアでは、利用者の個性にあったケアということや、利用者に寄り添うケアと認知症の方への尊厳を最も重要視するというケアが標榜されている。

しかし、こういった尊厳を保つケアが必要な認知症の方のほうが、その提供時間が短くなっている実態がいかなる理由によるのか、現行の認知症ケアの在り方は、本来的に必要とされる適切なケアを提供しているのか等、大きな課題を残している。

③サービスの提供

家族や友人・知人が提供していたケアの具体的内容と職員が提供していた内容を比較すると、訪問介護の職員がフォーマル・サービスとして提供していたため、家族や知人は、これを補完する内容として主に提供されていたと考えられる。

しかし、インフォーマル・サポートについては、その担い手の力量が問われる内容であり、専門性も必要とすることから、これらのサポートについては、現行、すでに貨幣化されたサービスの導入を安易にするということではなく、関係性の修復を含めたサービスとしての提供が検討されてもよい内容ではないかと考えられた。

2-4 独居高齢者の家族ケアの有無によるケア提供実態の差異に関する分析³⁶⁾**1) 目的**

前節までに、支援者からみた独居高齢者が必要な生活支援サービスの内容、そして独居高齢者の社会生活の状況・自立して生活している時間についての分析を行った。

本節では、これらの内容を踏まえながら、より具体的に独居の要介護高齢者のケア内容を明らかにすることを目的として、これまでに収集した全国の在宅要介護高齢者を対象として実施されたタイムスタディデータを用いて、独居高齢者が受けていたケアの特徴について明らかにした。

2) 方法**①分析データ**

在宅のケア内容の分析に際しては、過去に実施された499世帯分の1週間にわたる家族の介護に関する自記入式タイムスタディ調査データを用いた。この調査では、在宅におけるケア内容および時間を把握するため、家族によるケアのほか、在宅サービス事業者及び通所サービス事業者、親類や知人、ボランティア等のケアを行うすべてのケア提供者を調査対象としている。このため、ケア提供主体別（家族、職員、知人等）にデータを分割し、分析用のファイルを作成した。

在宅でのタイムスタディデータは、在宅調査用のケアコードを用いて、ケア時間の数量化がなされていたため、TCCへのリコード処理を行っている。なお、調査データの二次利用・加工にあたっては、個人情報that匿名化されたデータのみを取り扱い、データの解析は、SPSS ver.19.0を使用した。

②本研究における独居の定義

「単身生活を行っているか」との質問に「あり」と回答されたのは499世帯中24世帯であった。これらを「独居世帯」とした。

だが、これら独居世帯には、家族からのケアを受けていた高齢者と全くケアを受けていない高齢者が存在していた。このため、ケア内容の把握に際しては、これら独居世帯をさらに家族のケアが全くなかった群（15世帯）と家族からのケアがあった群（9世帯）の2群に分類した。

分類に際しては、1週間の調査期間中に家族のケアが全く発生していなかった世帯

36) 本節は、「大賀賀政昭，筒井孝子，東野定律．独居生活を送る在宅要介護高齢者の属性および提供されるケア実態の特徴－近居家族からのケア提供の有無に着目して－経営と情報 2012;25(1):85-98.」に発表した内容を基礎とし、さらに一部分分析を追加した上で、原稿の再構成を行った。

を「独居・家族ケアなし群」とし、支援があった世帯を「独居・家族ケアあり群」と設定した。

③分析内容

調査対象となった世帯における別の要介護高齢者の属性として基本属性（性別、年齢、要介護度、寝たきりの程度、認知症の程度）、の記述統計を示し、ケア提供時間を集計した。

このケア時間の比較に当たっては、一元配置分散分析を実施した。このため、これら独居世帯を、さらに家族のケアが全くなかった群と家族からのケアがあった群の2群に分類し、この2群別にケア提供内容がどのように異なっているか集計した。

最後に、3つのケア提供主体別（家族・知人・職員）に、時間帯別にどのようにケア時間が推移しているかを集計した。いずれもA市、B市のタイムスタディの結果との比較を行った。

3) 結果

①属性の比較 (表 24)

本調査の独居高齢者においては、年齢は、平均 83 歳、性別については、全体の傾向と同様、女性の割合が高く 16 名 (76.2%) であった。

要介護状態としては、要介護 1 が 12 名と最も多く、50.0%、次いで要介護 2 が 4 名 (16.7%) であり、A 市・B 市での調査とほとんど同様の傾向を示していた。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）については、A2 が 6 名 (25.0%) と最も多かった。最も寝たきり度が高かったのは、B2 で 1 名であった。認知症高齢者の日常生活自立度（認知症度）は、自立が 9 名 (37.5%) であった。

これらの結果は、A 市と B 市では、II b が最も重かったのに対し、全国の調査データでは、自立からIVまで分布していたことが特徴といえ、多くの独居の生活バリエーションが示されていた。

表 24 全国と A 市・B 市のタイムスタディの 2 群別基本属性

	全国の在宅タイムスタディ (独居) N=24		A 市と B 市の在宅タイムスタディ (独居) N=21	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
年齢	83.7	6.49	83.0	9.58

	N	%	N	%
性別				
男性	5	20.8	5	23.8
女性	9	79.2	16	76.2
合計	24	100.0	21	100.0
要介護度				
要支援 1	2	8.3	-	-
要支援 2	1	4.2	-	-
要介護 1	12	50.0	12	57.1
要介護 2	4	16.7	3	14.3
要介護 3	1	4.2	1	4.8
要介護 4	2	8.3	2	9.5
要介護 5			1	4.8
欠損値	2	8.3	2	9.5
合計	24	100.0	21	100.0
障害高齢者の日常生活自立度				
自立	3	12.5	-	-
J1	4	16.7	-	-
J2	2	8.3	5	23.8
A1	2	8.3	4	19.0
A2	6	25.0	6	28.6
B1	1	4.2	3	14.3
B2	1	4.2	3	14.3
欠損値	5	20.8	-	-
合計	24	100.0	21	100.0
認知症高齢者の日常生活自立度				
自立	9	37.5	6	28.6
I	3	12.5	7	33.3
II a	4	16.7	-	-
II b	1	4.2	8	38.1
III a	1	4.2	-	-
III b	1	4.2	-	-
IV	1	4.2	-	-
欠損値	4	16.7	-	-
合計	24	100.0	21	100.0

②ケア提供時間 (表 25・図 8)

全国データにおける独居高齢者に提供されたケア時間としては、平均 242.7 分であり、最小 8.6 分、最大 1079 分であった。100 分以下であったのは、13 名 (54.2%) であった。

ケア内容でもっとも多かったのは、療養上の世話で平均 204.3 分、在宅ケア関連 24.4 分と続いた。

表 25 全国と A 市・B 市のタイムスタディの 2 群別ケア時間の記述統計の比較

	全国の在宅タイムスタディ (独居) N=24				A 市と B 市の在宅タイムスタディ (独居) N=21			
	平均値	標準偏差	最小値	最大値	平均値	標準偏差	最小値	最大値
ケア時間	242.7	283.5	8.6	1079.1	150.7	115.8	7.0	475.7
大分類別ケア提供時間								
療養上の世話	204.3	260.8	0.0	996.0	88.0	94.5	0.0	350.0
専門的看護	2.6	4.7	0.0	16.3	0.8	3.8	0.0	17.3
リハビリテーション	2.3	9.0	0.0	44.3	32.4	57.9	0.0	160.0
ケアシステム関連	11.0	8.4	0.0	30.9	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅ケア関連	24.4	41.0	0.0	175.0	29.5	40.1	0.0	175.0

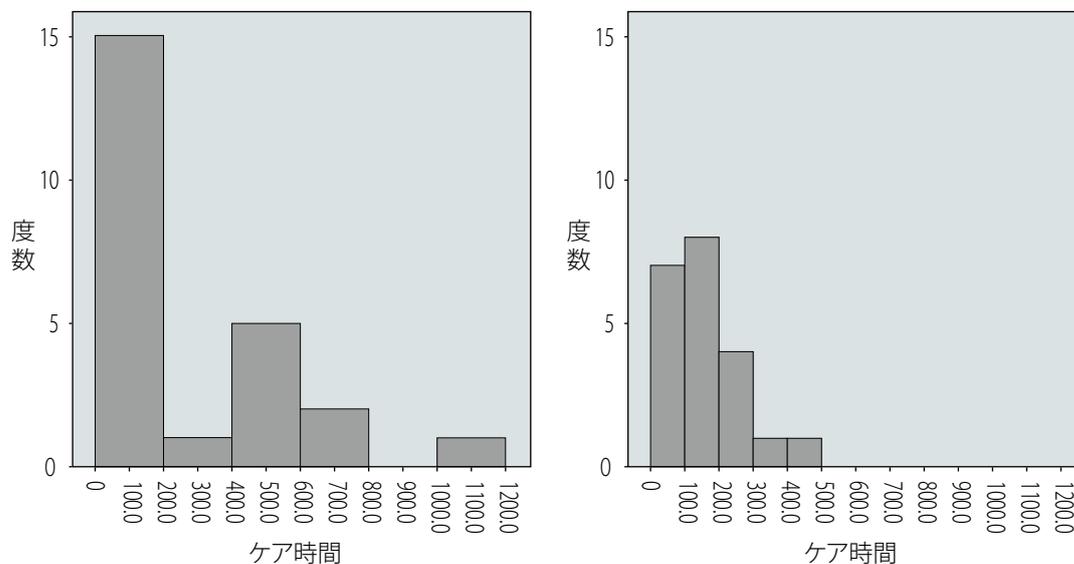


図 8 全国と A 市・B 市のタイムスタディの 2 群別ケア時間のヒストグラムの比較

③全国のタイムスタディ近居家族のケアの有無別のケア時間内容別ケア時間 (表 26)

全国のタイムスタディ調査データについて、近居家族のケアの有無別にケア時間内容別ケア時間を算出したところ、独居世帯に対するケアの特徴は、「独居・家族ケアあり」群、「独居・家族ケアなし」群は、共に「コミュニケーション」、「屋内の整理・掃除」の提供割合が上位1・2を占めていた。

表 26 全国のタイムスタディ近居家族のケアの有無別のケア時間内容別ケア時間 (上位 20)

独居・近居家族のケアあり (家族+職員+知人)		独居・近居家族のケアあり (家族のみ)		独居・近居家族のケアなし (職員+知人)	
N=15	発生割合	N=15	発生割合	N=9	発生割合
コミュニケーション	81.3	コミュニケーション	62.5	屋内の整理・清掃	88.9
屋内の整理・清掃	81.3	食事・栄養・補液	56.3	コミュニケーション	66.7
食事・栄養・補液	75.0	屋内の整理・清掃	43.8	巡視・観察・測定	55.6
調理	75.0	調理	43.8	食事・栄養・補液	44.4
巡視・観察・測定	68.8	清潔・整容	37.5	洗濯	44.4
清潔・整容	56.3	排泄	37.5	連絡・報告、情報収集	44.4
薬物療法	56.3	薬物療法	37.5	調理	44.4
連絡・報告、情報収集	56.3	更衣	31.3	入院・入所者の物品管理	33.3
排泄	43.8	巡視・観察・測定	31.3	更衣	22.2
洗濯	43.8	寝具・リネン	31.3	移動(施設内)	22.2
送迎、外出支援	43.8	環境	31.3	教育	22.2
更衣	37.5	洗濯	31.3	環境	22.2
寝具・リネン	37.5	連絡・報告、情報収集	31.3	その他の見守り	22.2
移乗	31.3	移乗	25.0	薬物療法	22.2
移動(施設内)	31.3	移動(施設内)	18.8	送迎、外出支援	22.2
環境	31.3	問題行動	18.8	清潔・整容	11.1
入院・入所者の物品管理	31.3	送迎、外出支援	18.8	排泄	11.1
問題行動	18.8	入院・入所者の物品管理	12.5	問題行動	11.1
感覚器系の処置	18.8	教育	6.3	寝具・リネン	11.1
設備・備品の保守・管理	18.8	入退院・外出	6.3	感覚器系の処置	11.1

④全国のタイムスタディのケア提供主体別時間帯別ケア時間 (表27・図9)

全国のタイムスタディのケア提供主体別時間帯別ケア時間については、家族では、10分以上ケアが提供されていたのは、6時台から7時台、10時台、15時台から19時台であった。

知人のケア提供は、9時台から10時台、12時台から14時台、16時台、18時から20時台、22時台とこの調査対象者群においては、多くの時間帯で家族より多く、知人からのケアが提供されていた。職員は、7時台、13・14時台、16・17時台とケア提供時間が長い時間帯が限られていた。

表27 全国のタイムスタディのケア提供主体別時間帯別ケア時間

	A市とB市の在宅タイムスタディ(独居) N=21	全国の在宅タイムスタディ(独居) N=24				A市とB市の在宅タイムスタディ(独居) N=21	全国の在宅タイムスタディ(独居) N=24		
		家族	知人	職員			家族	知人	職員
6時台	0.5	13.4	6.4		18時台	7.5	18.6	48.0	5.5
7時台	0.5	14.5	8.0	24.7	19時台	1.9	11.5	11.5	5.1
8時台	4.4	9.2	5.1	7.4	20時台	1.7	4.7	40.3	0.4
9時台	17.5	8.8	48.3	3.5	21時台	1.1	3.1	8.4	-
10時台	18.9	13.1	10.1	4.1	22時台	0.6	5.1	10.4	-
11時台	19.8	7.5	4.6	8.2	23時台	0.5	1.1	0.3	-
12時台	16.0	9.2	28.0	8.6	0時台	0.5	0.7	2.4	-
13時台	17.2	9.9	28.7	12.4	1時台	0.5	2.6	0.4	-
14時台	17.6	7.7	19.3	10.3	2時台	0.5	3.4	1.1	-
15時台	15.4	12.5	9.0	9.8	3時台	0.5	-	0.7	-
16時台	13.7	14.0	14.9	13.3	4時台	0.5	0.8	0.3	-
17時台	14.5	17.9	7.7	19.8	5時台	0.5	1.7	-	-

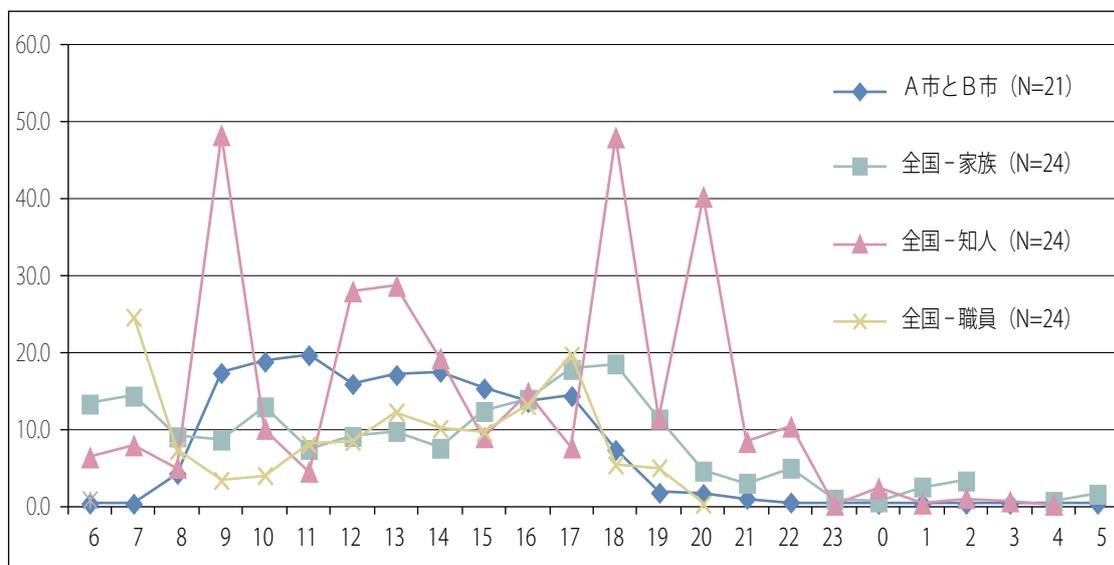


図9 全国(ケア提供主体別)とA市・B市のタイムスタディの時間帯別ケア時間

4) 考察

全国調査の対象者において、独居世帯を抽出した結果、要介護高齢者の要介護状態としては、要介護1が最も多く（50.0%）、次いで、要介護2（16.7%）となっていた。独居高齢者として生活しているのは、要介護1・2程度が多いことが推察された。

これらの独居高齢者に提供されていたケア時間は、平均242.7分であり、A市・B市の調査結果が、平均150.7分に比較すると、平均ケア提供時間は100分ほど長かった。これは、近隣にすむ家族・親族・友人によるケア提供、介護サービスの利用状況共に、A、B市の独居高齢者よりも長かった。

さらに、「独居・家族ケアあり」・「独居・家族ケアなし」に共通するケア内容としては、「コミュニケーション」、「屋内の整理・掃除」が示されていた。これらの内容は、独居生活を継続するためには、必須の内容となっている。

さらに、「独居・家族ケアあり」群で、家族のみで算出したケア内容別ケア時間と、家族・職員・知人の合計で算出した内容を比較した。この結果からは、提供されている内容にはほとんど差はなく、家族が提供する内容は、職員や知人で代替されていた。

また、同居していない家族によるケア提供時間は、時間帯によって偏差があった。これは、同居していないために、ケア提供時間は、その家族による都合によって変化せざるを得ないからと考えられた。

独居生活を継続しているこれらの要介護高齢者の特徴は、知人のケア提供が多いことであった。多くの時間帯で家族よりも、長く、頻繁に知人からのケアが提供されていた。

一方、介護事業所等の職員によるケア提供は、7時台、13・14時台、16・17時台とケア提供時間は長いが、その時間帯は、一部の時間帯に限定されていた。

5) まとめ

同居していない家族によるケア提供時間は、時間帯によって偏差があった。これは、同居していないために、ケア提供時間は、その家族の都合によって変化せざるを得ないからと考えられた。

独居生活を継続しているこれらの要介護高齢者の特徴は、知人のケア提供が多いことであった。多くの時間帯で家族よりも、長く、頻繁に知人からのケアが提供されていた。

一方、介護事業所等の職員によるケア提供は、7時台、13・14時台、16・17時台とケア提供時間は長いが、その時間帯は、一部の時間帯に限定されていた。

この結果は、知人が家族のケアを代替するケア提供主体として有効であることを示しており、すでに友人、知人のケアをセミフォーマルケアとして、現金給付のひとつ

として認めているEUの施策におけるフレームワーク³⁷⁾について、早急に検討すべきことを示唆するものといえる。

37) Geissler, B., Pfau-Effinger, B.(2005)"Changes in European care arrangements" in B. Pfau-Effinger and B. Geissler eds.Care and Social Integration in European Society. p9.

3 結論

これまでの在宅生活を支えるケア提供システムについては、独居高齢者を対象とした直接的な日常生活援助を家族に代わって行う24時間の視点での居宅サービスを整備するという視点はほとんどなく、いずれも何らかの家族の介護を期待した上でその整備が検討されてきた。

実際、今回の調査研究からも深夜帯（22時から5時）におけるケア提供は、フォーマル・サービスによって提供されておらず、近くに住む家族や親族によって提供されている状況が明らかになった。

本章では、在宅独居高齢者が受けていたインフォーマル・サポート及びフォーマル・サービスを明らかにしたが、連続的・継続的なケア提供を受けるための生活設計を検討するためには、単身独居世帯が今後増加することが想定されている昨今、家族の住まいの状況、住居の種類、友人との関わり、自らの要介護状態に応じて、必要な生活に係る支援をケア提供システムとして、提供する環境を整えていく必要があると考えられた。

3-1 今後の住まいを基盤とした生活設計におけるフォーマル・サービスの提供にあたっての前提

今回の調査で独居生活を送っているのは、要介護1・2の軽度要介護高齢者であり、認知症度は、Ⅲ未満がほとんどであった。現在、全国における要介護度別の居宅サービス利用率をみると重度化によって利用率が上昇しているのは「訪問介護」「訪問看護」「短期入所生活介護」であり³⁸⁾、家族が介護を提供している可能性が高い重度の要介護高齢者において、これらのサービスが利用されていることがわかっている。

独居高齢者は、こういった「訪問介護」「訪問看護」「短期入所生活介護」を利用する前に施設入所が選択されている可能性が高いことが、今回の調査からは推察される。しかし、これらのサービスは、その前提に家族同居をおいてきたが、今後、独居高齢者を想定したサービス提供とするにあたっては、今回の調査結果から明かにされたように、定時の訪問が、当該高齢者の状態像に合致していることを見極める必要がある。これには、より詳細な独居世帯の生活時間の把握が必要になるだろう。

例えば、小規模多機能型居宅介護を拠点サービスとした24時間在宅ケアを展開し

38) 平成23年度介護給付費実態調査によると、「訪問介護」は、要介護3で32.6%、要介護4で35.4%、要介護5で42.5%、「訪問看護」要介護3で10.7%、要介護4で16.5%、要介護5で29.9%、「短期入所生活介護」要介護3で17.9%、要介護4で20.4%、要介護5で19.4%と示されている。

ている、こぶし園における「通い」「泊まり」「訪問」の3サービスの利用パターンを利用者の世帯構成別にみた報告³⁹⁾からは、「同居家族なし」では「通いのみ」の利用者はおらず、約6割が「通い」と「訪問」の2サービスを組み合わせて利用している。また、同報告では、「同居家族なし」かつ「重度（要介護4）」の利用者3名の報告もされている。

今回の調査結果からは、独居者の在宅生活を支えるフォーマル・サービスとして有効と考えられたのは、緊急対応装置の設置であった。さらに、訪問は、定時のサービスとすることで最低限のシステムでの対応が可能となっていた。

しかし、より重要なことは、当該要介護高齢者に対して、社会との関係性を回復するための、随時のインフォーマル・サポートが重要であることが示唆されており、これをどのような頻度で、誰が提供するかといった、サービス提供の基本が示されていないことから、これについては、かなり密度の高い議論が必要とされることになるだろう。

さらに、時間帯別のケア提供時間のデータをみると、フォーマルサービスとして提供されている介護は、6-7時のモーニングケアや13-14時の昼食時、17-18時の夕食時とケア提供時間が偏っており、6時から22時までの深夜帯を除く生活時間帯において、ニーズに応じた生活支援が必要であることが、ケア提供のデータから示されていることから、フォーマル・サービスとして提供していくためには、サービスのコーディネート手法が求められることになるだろう。

3-2 今後の住まいを基盤とした生活設計におけるインフォーマル・サポート提供に必要な視点

独居の場合に必要な生活支援としては、「買い物・移動支援」、「食への支援」、「財産管理」のほかに、「日ごろの手助け」、「相談相手」、「見守り・安全管理」があげられた。このような生活支援を必要とする人々とは、従来は自助や家族によって提供されていた血縁や地縁といった関係性によって提供されてきた支援を失った、あるいは、それが欠如している人々といえる。

こういった関係性を喪失してきた過程は、当該高齢者によって多様な理由がありうる。しかし、いったん失った関係性を取り戻すことは、高齢であるがゆえに相当の困難が予想される。今回の調査対象者は、住宅についての課題はなく、ほぼ持ち家であったが、これがなく、さらに低所得であった場合は、保険者との調整が必要となる。

また、今回の結果から明らかにされたように、要介護の高齢者に対する対応は、貨幣化された関係性の援助だけでは不十分とも考えられ、今日的な課題とされる社会関係の喪失者に対する関係性の回復を含む「生活支援」をどのようにすべきかといった

方法論は確立されていないだけでなく、その道筋についての議論も脆弱といえる。

これらについては、現行の介護保険制度下においては保険給付の対象外であるが、これらの中には、すでに東京都武蔵野市や北海道本別町などにおいて、要介護者やその家族のニーズを充足するための介護相談員や有償ボランティアが自治体独自の横出しサービスとして整備されているところもあった。

これらの内容は、民間事業者が介護保険サービスとして提供していくのも一つの方法であるし、諸外国の取り組みのように、介護者支援の方策として、家族や親類との契約下におけるケア提供に対する現金給付を認めていく方向性も今後考えられるであろう⁴⁰⁾。

しかし、いずれの場合の選択においても、当該地域圏域内での市民の決定が重要となることから、国が一律に判断すべき内容ではないことに留意すべきである。

3-3 今後の課題

本稿でとりまとめを行った支援者を対象としたグループインタビュー調査やタイムスタディ調査法によるケア内容ケア時間調査は、介護保険サービスを利用する要介護高齢者を対象に行ったものであるが、今後は、介護保険制度の非該当となる自立高齢者についても同様の調査を行い、自宅等で生活継続を実現するための課題、支援方法について検討するための資料収集が、今後はとくに必要と考えられた。

また、本調査研究によって、家族の住まいの状況、住居の種類、友人との関わりに地域ごとの特性が認められた。当該自治体職員が、その地域の特性を把握したうえで、本研究で明らかになったような在宅要介護高齢者のニーズに応じたフォーマル・サービスをコーディネーションし、同時にインフォーマル・サポートを提供する施策を整えろといった、自治体施策の在り方について、検討すべきと考えられた。

40) 諸外国におけるフォーマルケアの状況については、筒井孝子.(2012).日本の地域包括システムにおけるサービス提供体制の考え方.季刊社会保障研究 47(4):2-15 を参照。

主な執筆担当者

第1章

- | | |
|--------------|---|
| 1. 総論 | 井上 由起子 |
| 2. 事例紹介 | 井上 由起子
三浦 研
山口 健太郎
加藤 悠介
(財)高齢者住宅財団 |
| 3. 事例を読み解く視点 | 井上 由起子
三浦 研 |
| 4. 建築ヒント集 | 山口 健太郎 |

第2章

筒井 孝子
大冢賀 政昭

平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

地域包括ケアの構築に向けた高齢者の住まいの整備を支援する
環境整備のあり方に関する調査研究 報告書

平成 25 (2013) 年 3 月 31 日発行

発行 財団法人高齢者住宅財団
〒 104-0032
東京都中央区八丁堀 2-20-9
京橋第八長岡ビル 4F
TEL : 03-3206-6437 FAX : 03-3206-5256
HP : <http://www.koujuuzai.or.jp/>

レイアウト 三浦雅博アトリエ
