

大都市郊外の高齢化に対応した 介護環境の構築

— 「新しい住まい」の可能性 —



080917 明治大学 園田真理子



21世紀前半は大都市で激的な高齢化が進行中

喫緊の課題：大都市郊外部での介護環境の構築

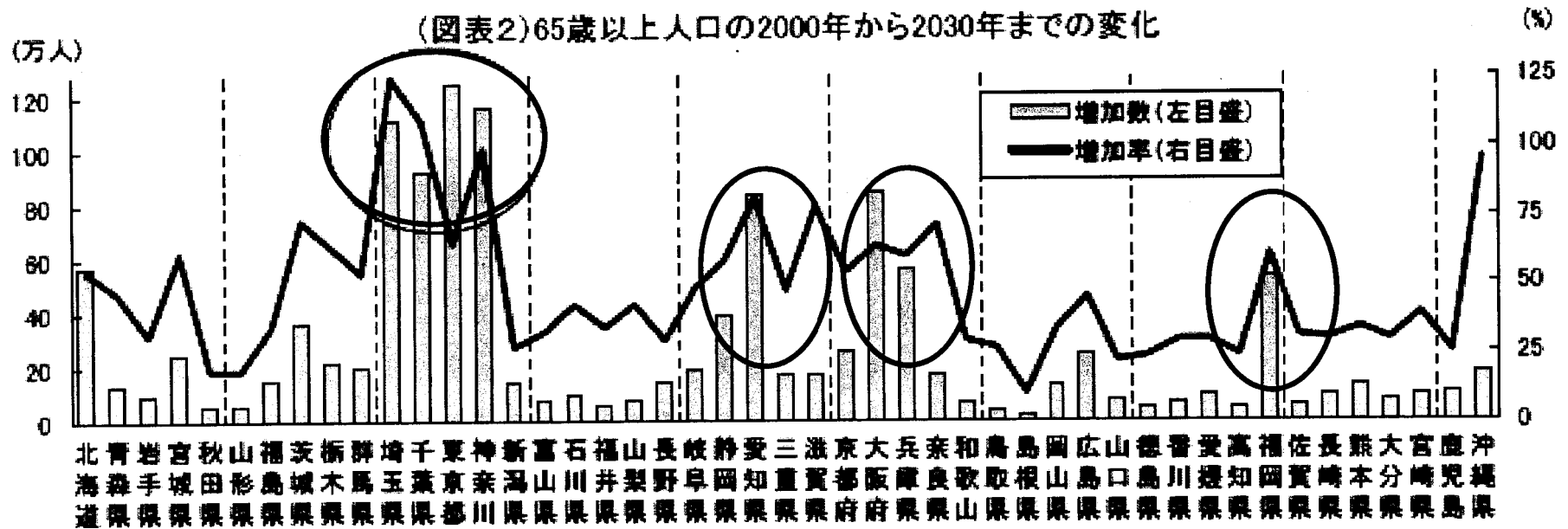
＜高齢化率(%)の変化 2000年→2010年＞

東京15.8→21.1 神奈川13.8→20.0 埼玉12.8→20.2 千葉14.1→21.3

地方での高齢化問題はもう終わってしまった!!

cf: 島根22.0→25.0 高知23.6→27.4 秋田23.5→28.0 山形23.0→26.2

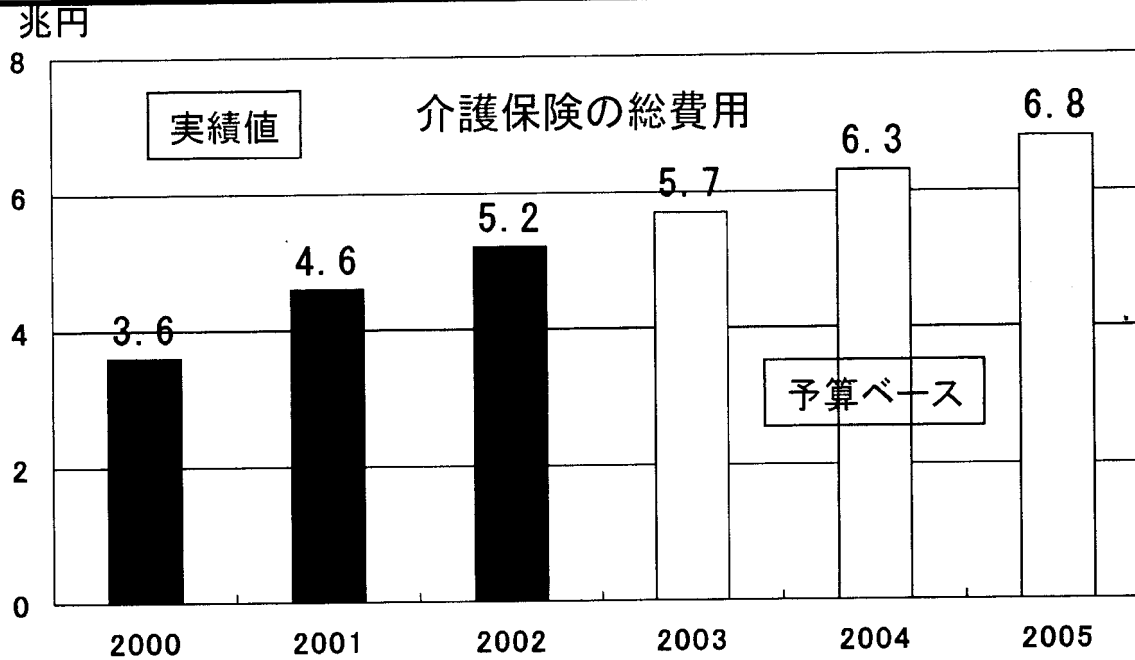
(図表2)65歳以上人口の2000年から2030年までの変化



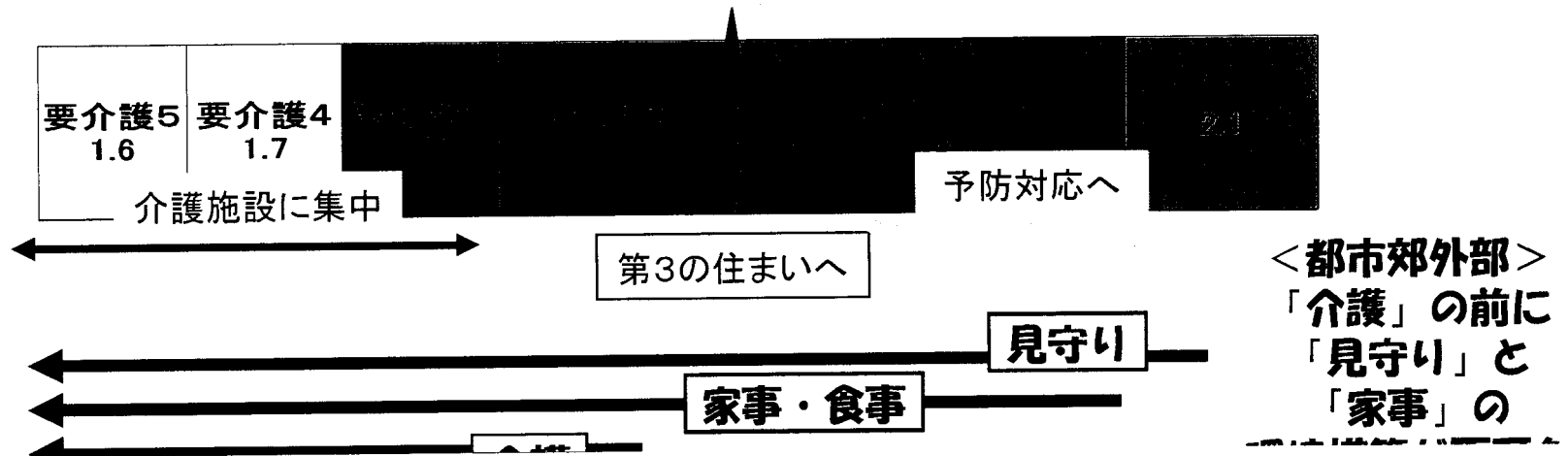
(資料)国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口、2003年12月推計」



(参考) 2006年見直し前の介護保険制度



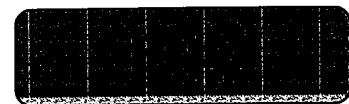
要介護認定者の割合 (65歳以上人口比 13.9%)
当初予想を上回る認定数→財政圧迫→対象見直しへ





(参考) 2006年見直しの基本方針

2015年の高齢者介護 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて



高齢者の尊厳を支えるケアの確立

ケアモデルの転換

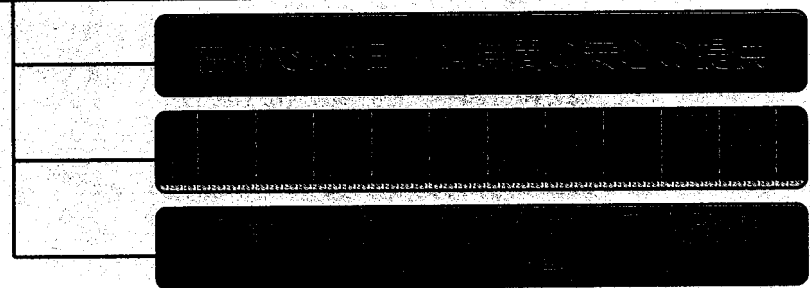
新しいサービス
体系の確立

その実現に向けて

活力ある高齢社会
づくりの基盤

新しいケアモデルの確立

生活の継続を維持するための新しい
介護サービス体系



地域包括ケア
システムの確立

サービスの質の確保と向上

介護予防・リハビリテーションの充実



高齢者のライフサイクルの再吟味

●引退期 ●老後期 + 要介護

子育て後は、30年ある

その30年は、3つの期間に分割できる

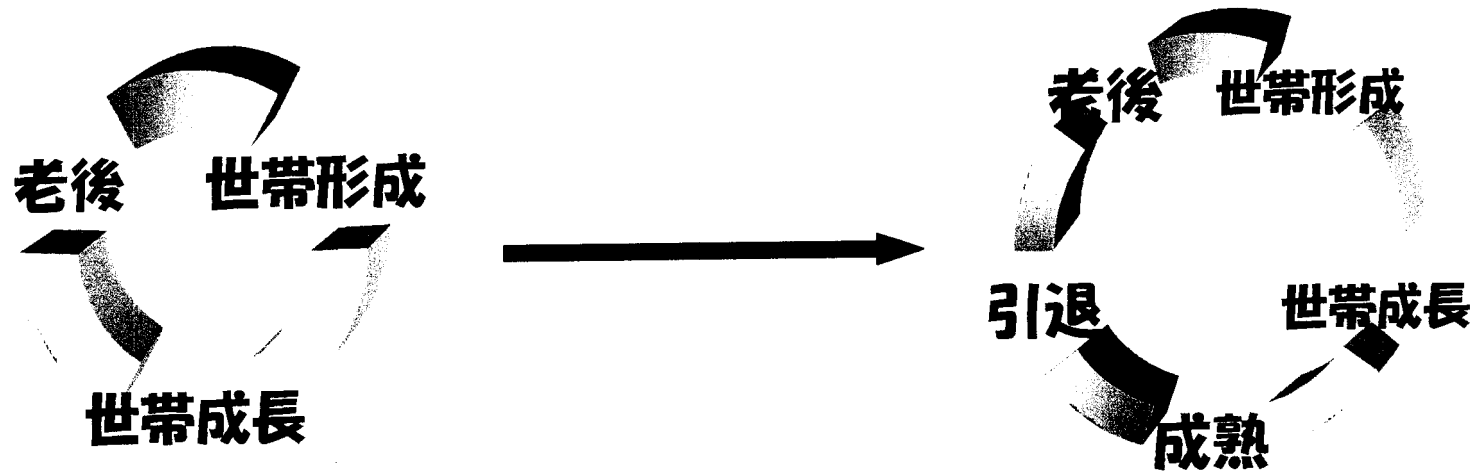
成熟期 約10年間：男性55～65歳程度

引退期 約10年間：男性65～75歳程度

老後期 約10年間：女性75～85歳程度→小さな老後

} 大きな老後

+ 要介護 老後期に含まれるごく僅か（2年程度）の期間



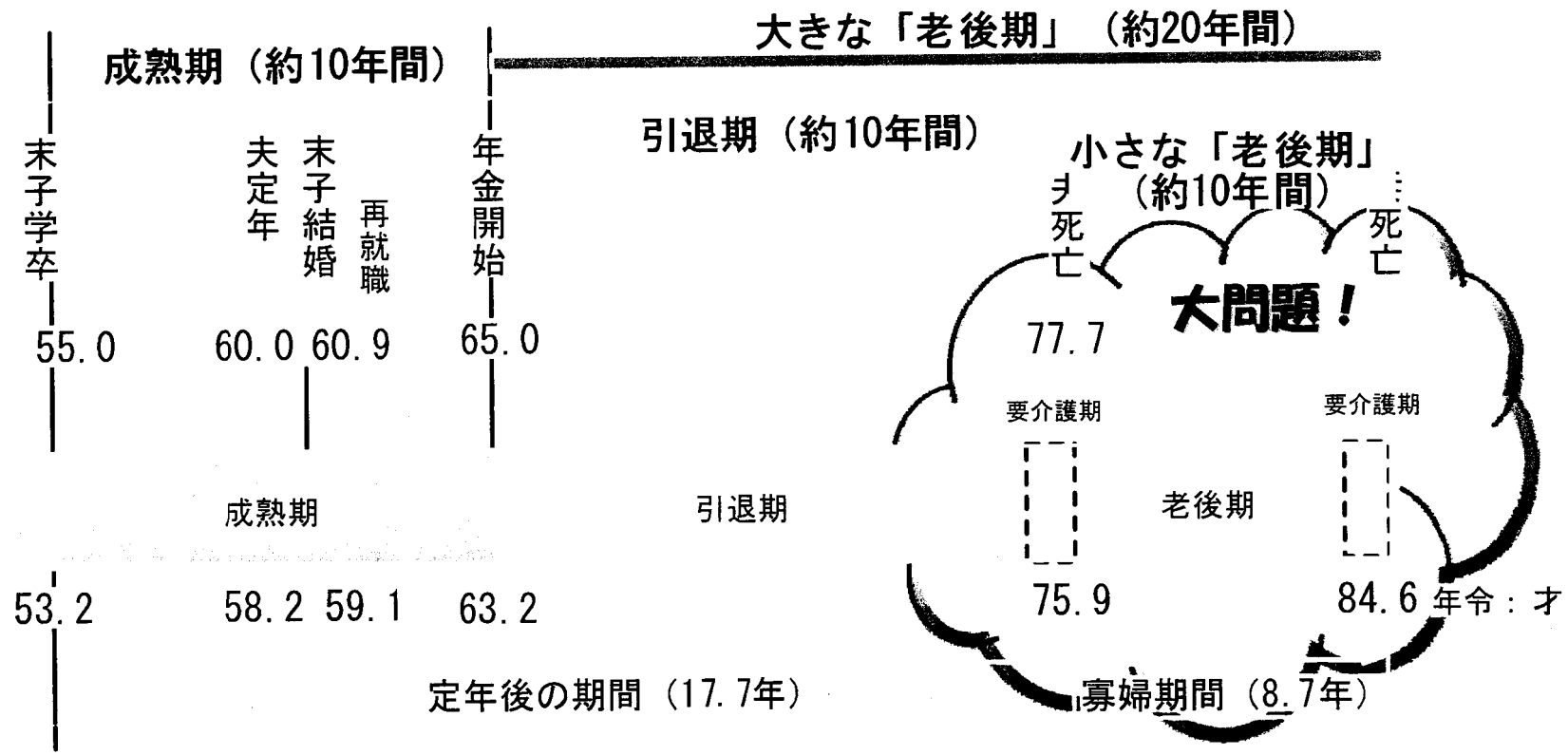
人生は3拍子から5拍子へ



大都市高齢者の老後の「大問題」とは 見守り困窮・家事困窮・介護困窮

女性 70歳以上(妻の虚弱化:家事困窮、夫の介護:介護困窮)

男性 75歳以上(単身化:見守り困窮、孤立困窮、経済困窮 虚弱化:家事困窮、介護困窮)





高齢者住宅の必要性

- 引退後期対応
- 老後期対応
- 要介護期対応

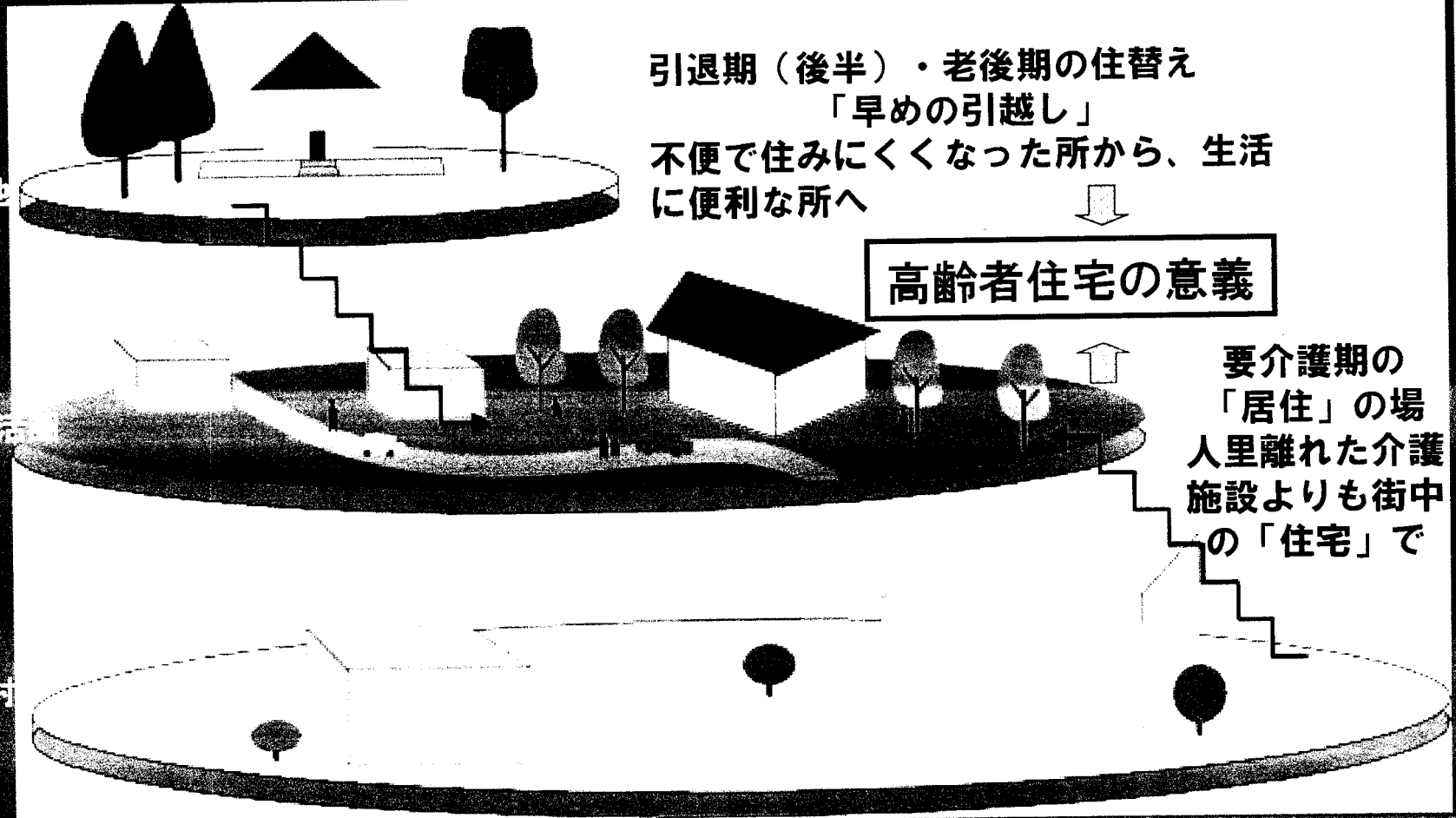
住宅地



日常生活



市町村



引退期（後半）・老後期の住替え

「早めの引越し」

不便で住みにくくなった所から、生活に便利な所へ

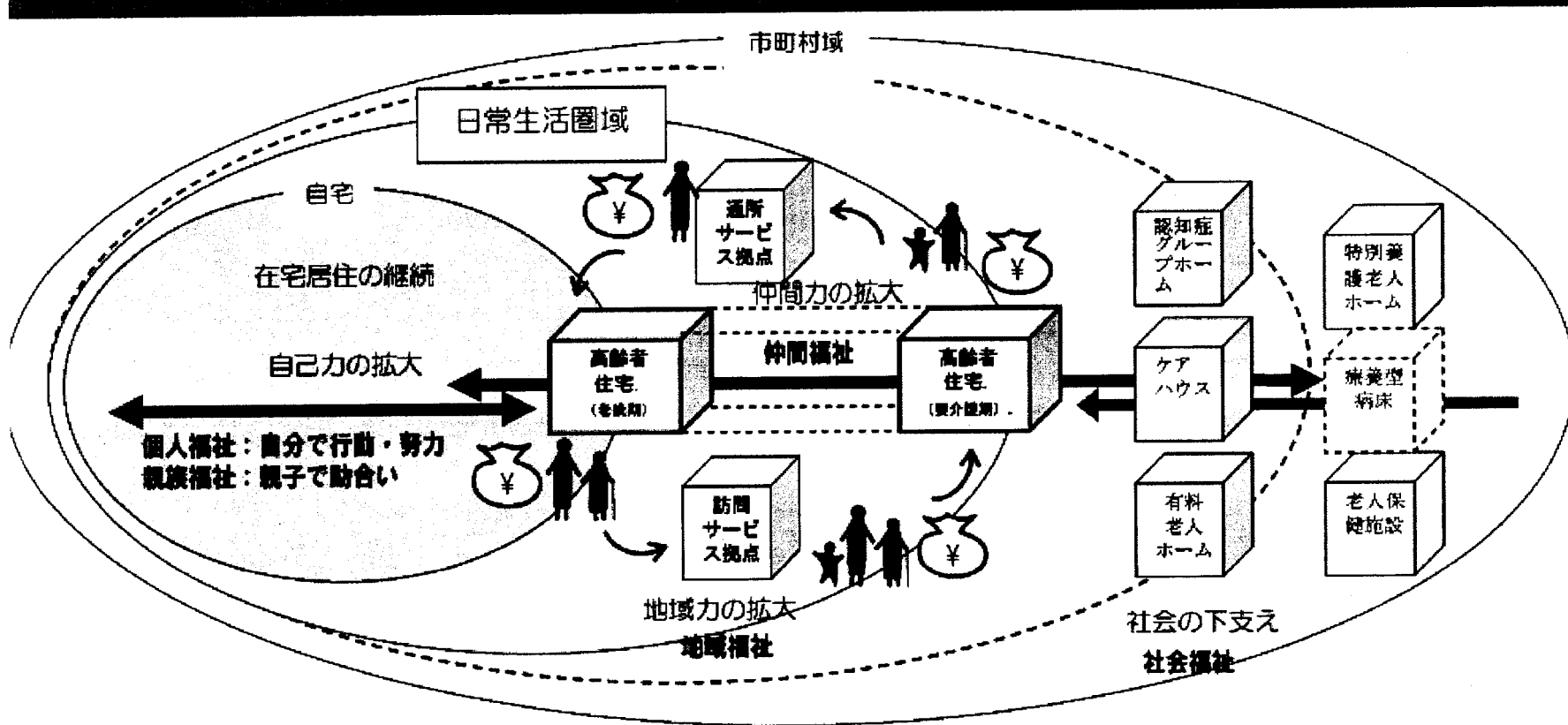


高齢者住宅の意義

要介護期の「居住」の場合
人里離れた介護施設よりも街中の「住宅」で

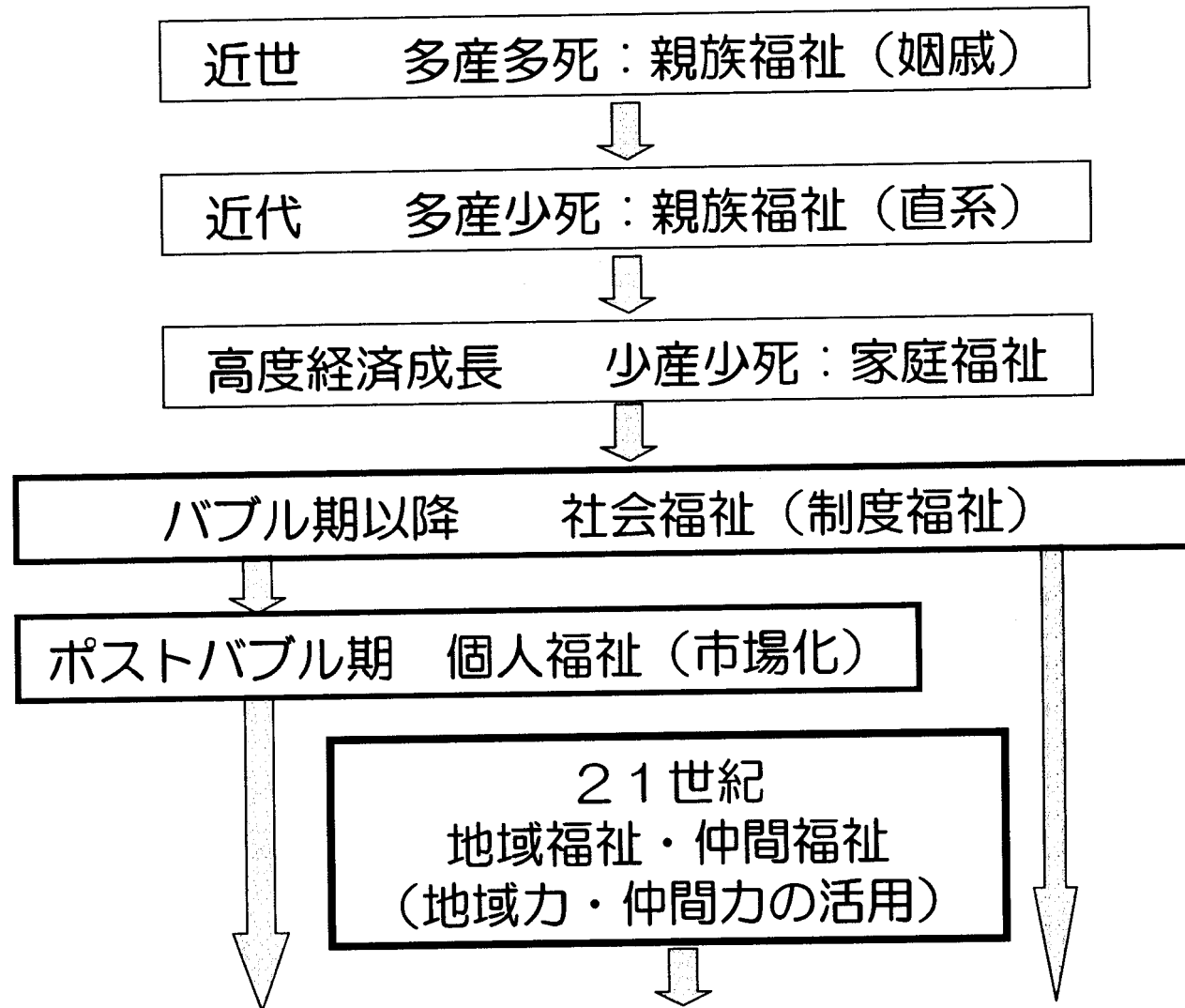
「福祉」の地域循環システム構築

自己力の拡大 / 社会力の下支え / 地域力・仲間力の拡大





(参考) 福祉の変遷

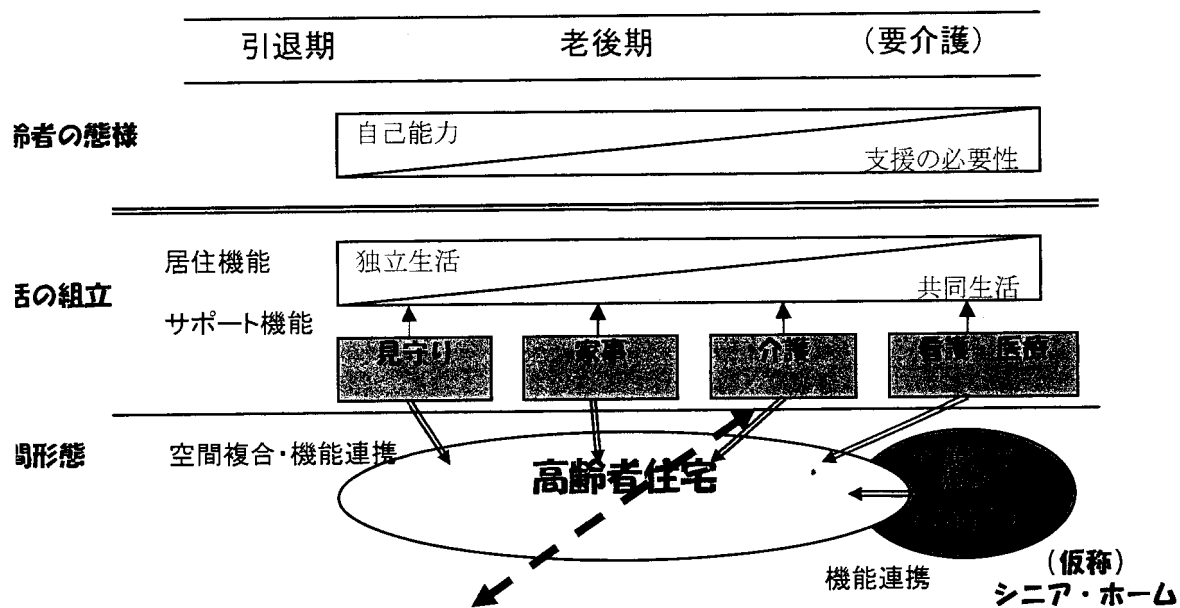




喫緊の課題：高齢者住宅の定型化

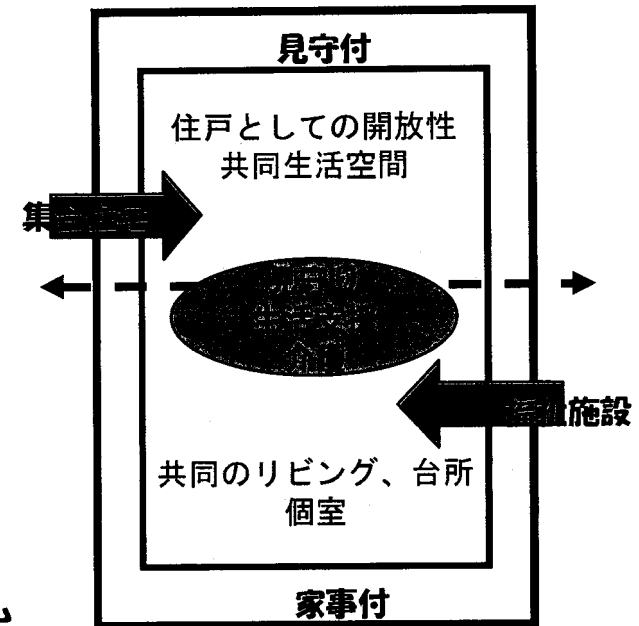
引退期後半：カップル（老々介護）→シニア・ハイツ
 老後期：シングル（主に女性）→シニア・リビング

要介護：コミュニケーション困難、自己決定困難→シニア・ホーム



居住の連続性の保障

(仮称) シニア・ハイツ

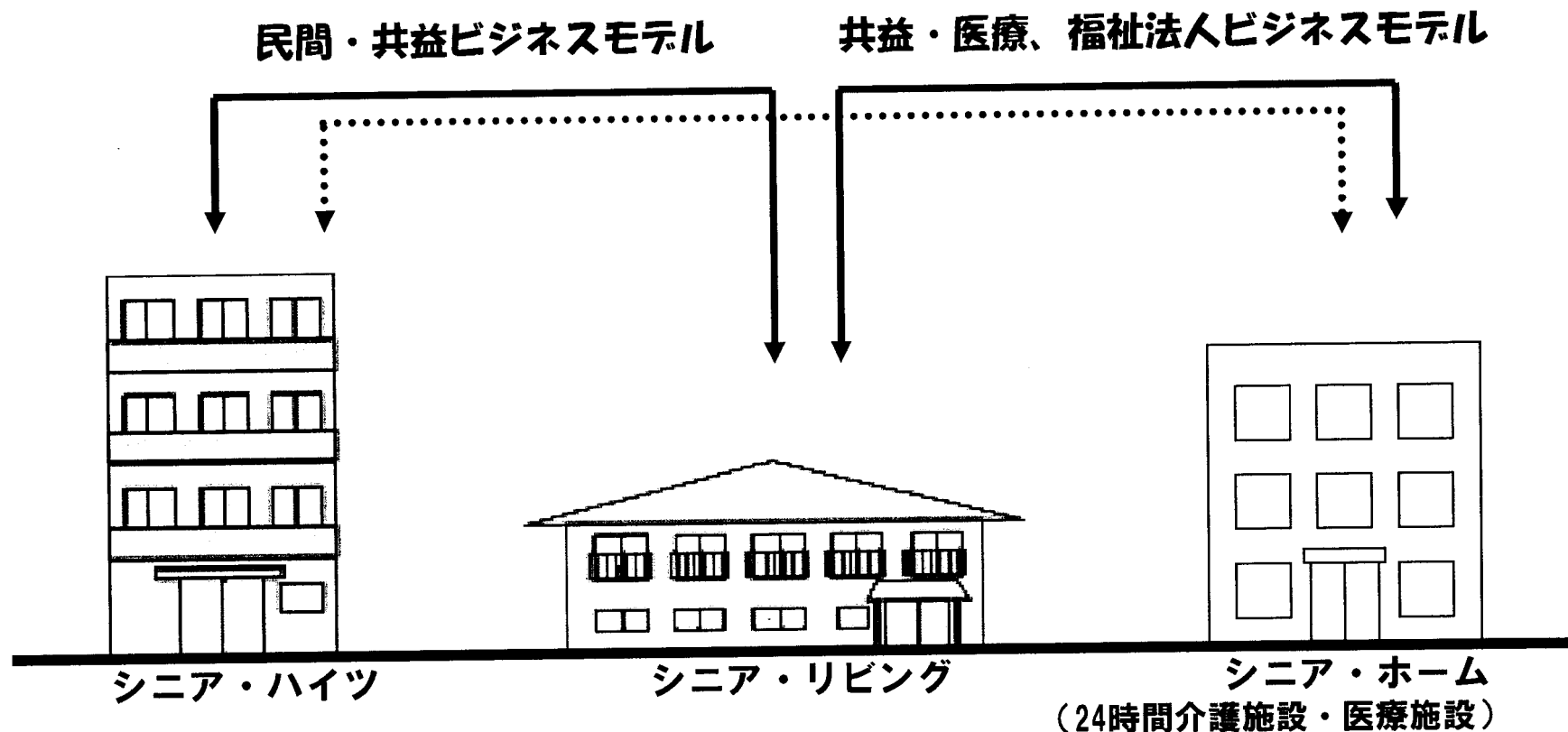


(仮称) シニア・リビング

2種類 + 1の「高齢者住宅」が必要



喫緊の課題：居住の連続性の保障とビジネスモデルの構築



共益型ビジネスの構築の必要性

理由:

- ・高齢者住宅の建設を担う主体の創造(都市市民の主体性の確立)
- ・介護施設の建設補助金の縮小



高齢者福祉の三原則

自分で決めること

自律性の最大限の尊重

高齢者は「大人」

持てる力を最大限引き出すこと

女性：家事力、コミュニティ力

男性：誇り、社会貢献

居住を不連続にしないこと

「箱」はかえても「環境」はかえない

「以前の居住」と「今の居住」に重なりがあること

高齢者住宅とは

高齢者が自ら居住の場を決定し、自らの持てる力を最大限生かして生活する場。そして、それは以前の生活居住に繋がっていること。



(参考) 2000年代介護保険の状況 善き制度すぎた「介護保険」

善過ぎたこと

介護の社会化⇒需要の掘起し ⇒過剰需要 ⇒総量規制
民活・市場化⇒事業意欲の喚起 ⇒過剰供給 ⇒ブロック化
(日常生活圏域)

根本的に間違えていたこと

市場化とは「民営化」 ⇒市場化とは「選択の自由」を保障すること
病院モデルの入所施設⇒住居モデルに(ユニットケア)⇒介護体制(1:3)はその
まま
介護中心⇒予防重視に⇒「予防」と「介護」は正反対のミッション

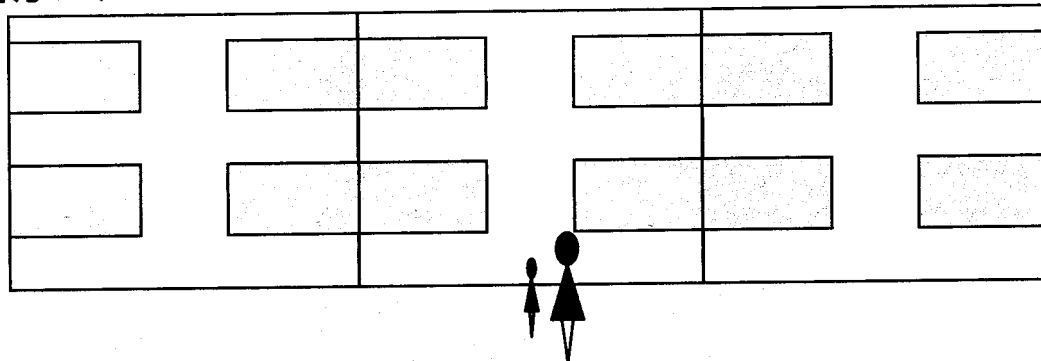
テクニカルな間違い

ケアマネージャーの独立性 ⇒微修正
全国一律料金 ⇒未着手
個人単位の保険と、建物単位の施設の組み合わせ ⇒複雑、混乱
(特に、特定施設入居者介護について)



(参考) 空間と介護体制による「生活の質」の保障

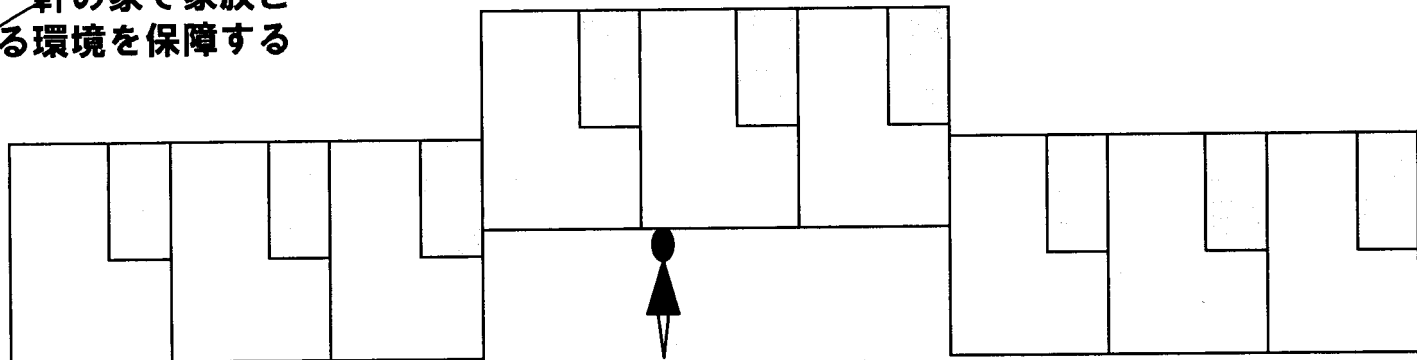
病院モデル



だから病院モデル(4床室)の方がよい
本末転倒!

ニットケアとは
house & life care
間と生活が一体となって
たかも一軒の家で家族と
に老いる環境を保障する

**喫緊の課題：空間の質にあわせた介護体制の構築
「生活の質」の保障**



**介護体制が病院モデルの1:3 (常勤換算) のママ
⇒労働が過重に⇒高離職
介護体制を住居モデルの1:2以下に
⇒人件費が過重に⇒低賃金化⇒高離職**

住居モデル