

ジャパン・スポットライト 2019年7/8月号掲載 (2019年7月10日発行) (通巻226号)

英文掲載号 <https://www.jef.or.jp/jspotlight/backnumber/detail/226/>

山崎敏氏 (神奈川県立保健福祉大学 非常勤講師、トシ・ヤマサキまちづくり総合研究所
 代表取締役・一級建築士)

コラム名 : : Cover Story 4

(日本語版)

超高齢社会に向けてのケアコンパクトシティ構想

1. 我が国の高齢化の状況

今日、我が国の抱える課題は少子化に伴う超高齢社会と人口減少である。全国的に進む65歳以上の高齢者の増加は特に首都圏にその傾向が強く、地方都市では人口減少に悩まされている。地方都市では人口減少から地方経済が衰退し活気が削がれていくとみられ、山間部では広範囲に高齢者が散在して居住する状況が進む。世帯で見ると一人暮らし世帯が2005年に全世帯に占める割合が28.5%だったものが2030年には36.3%と3世帯に1世帯は単身世帯になると予測されている。これは家庭に介護機能がなくなり、要介護高齢者の介護が家庭内ではできないことを意味している。夫婦のみ世帯も同様に増加し、近い将来一人暮らし世帯となっていく(表参照)。65歳以上の高齢化率は2017年には27.7%、2025年30.3%、2040年36.1%と右肩上がりに進み、2050年以降に安定するまでしばらく続くと予想されている。

表

高齢者の世帯形態の推移と将来推計(65歳以上)

○ 今後、単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加することが予想されている。

(万世帯)						
	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
一般世帯	4,906	5,184	5,290	5,305	5,244	5,123
世帯主が65歳以上の世帯	1,355	1,620	1,889	2,006	2,015	2,011
単身世帯 (比率)	387 28.5%	498 30.7%	601 31.8%	668 33.3%	701 34.8%	730 36.3%
夫婦のみ世帯 (比率)	465 34.3%	540 33.3%	621 32.9%	651 32.5%	645 32.0%	633 31.5%

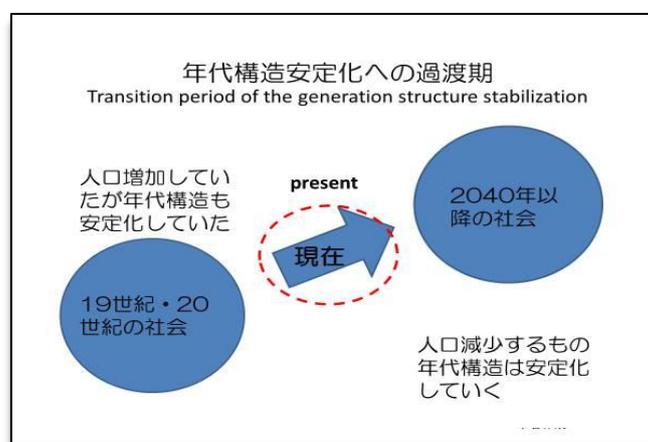
(注) 単身世帯・夫婦のみ世帯に付記してある比率は、「世帯主が65歳以上の世帯」に占める割合

(出典) 日本の世帯数の将来推計(全国推計) 2013年1月推計 [国立社会保障・人口問題研究所]

※2010年国勢調査に調整を加えて行った推計値。

もっとも、ネガティブな状態を嘆いていても先に進めない。人口動態を過去 100 年から未来 100 年までの 200 年間を通じてみると年齢構成別（0～14 歳、15～49 歳、50～64 歳、65 歳以上）の動態では、過去 100 年では人口数は増加してきているものの年齢構成割合はそれなりに安定しており、未来 100 年も人口数は減少するが年齢構成割合は同様に安定していく。すなわち、人口増加に合わせた制度政策やまちづくりから、これからは高齢化や人口減少していくまち全体をつくり直す過渡期にあたっているといえる（図 1 参照）。このような状況の中、病院や介護施設など 1 つ作っても超高齢社会を乗り越えるのは難しく、コミュニティ全体で支えるシステムをつくり、面的整備のまちづくりの視点で解決策を考えないとならない。次の時代に向けて、持続可能な社会につくり直す時期が現在なのである。

図 1



(出典) 筆者作成

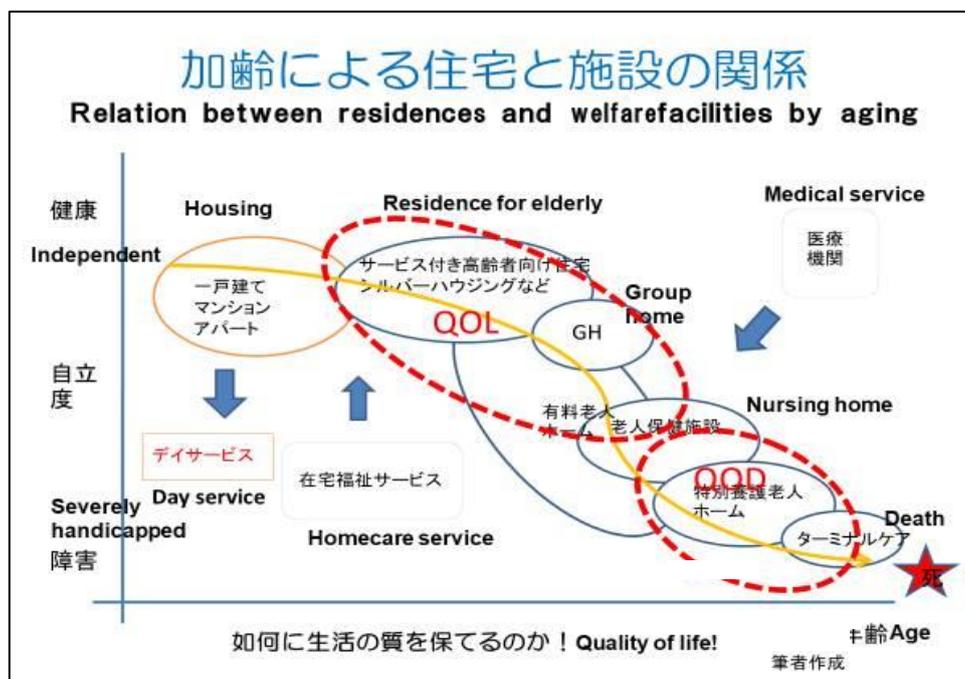
2. 加齢に伴うセーフティネット

人は誰も加齢と共に食事や排せつ、移動など日常生活動作になんらかの支援が必要となってくる。かつては親子 3 世帯など多世代同居世帯が多く存在していたが、核家族化が進み単身世帯が増えると生活支援の社会システムが必要となる。我が国は他の先進諸国と比べ高齢化に至る時間が短く、せかされながら生活を支えるバックアップ体制をつくりあげてきた。図 2 は縦軸に健康から障害へ至る身体状況の変化を、横軸に年齢の時間軸をとり、現在の社会制度として整備されている医療福祉の施設群を整理したものである。図中黄色のラインはひとが加齢とともに弱化していくのを表し、それぞれ身体の変化、経済的要因、家族関係など様々な要因を抱えながらも生活の基本となる住宅や医療福祉施設が対応している。

若年層の頃はマンションやアパートで暮らしていても、加齢とともに医療機関にかかる率が高くなる。心筋梗塞や脳梗塞で入退院を繰り返し障害が残るケースも出てくる。その後寝たきり状態になるかもしれない。このような状況は一般的であり、誰もが経験するデフレ

スパイラルである。そこで、加齢とともに変化していく状況に対して、どのようになっても支えられる体制が必要であるとして、切れ目のないセーフティネットを社会制度としてつくりあげてきた。

図 2



(出典) 筆者作成

3. 介護施設の歴史

1961 年国民全員を医療保険に加入する国民皆保険を創設し、2000 年 4 月に介護保険制度が施行されている。介護保険制度とは、高齢者の介護を社会的に保障する保険制度である。施行当時はドイツが先行実施しており、参考にしながら制度設計をした経緯がある。介護保険を機にそれまで行政が税金で対応してきた福祉施策を、介護保険施行後民間事業者が福祉分野に参入してきた。サービス提供者の幅が広がると共に、介護の社会化が始まったのである。介護保険は保険制度なのでサービス提供事業者との相対契約となり、個人の責任に重きが置かれることになった。40 歳以上の個人は保険料を徴収されることに伴い、実際に要介護になった時にはケアしてくれる体制を同時に作り上げなければ制度として成り立たない。

そのために要介護高齢者に対して介護保険法上に位置づけられる介護施設を全国レベルで整備してきている。介護保険法上に定められている介護施設は特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設（介護療養型医療施設は廃止され、2018 年 4 月「介護医療院」となった）の 3 種類である。

各施設を簡単に説明すると、特養は65歳以上で介護を要し居宅においてこれを受けることが困難な高齢者が入所する施設で、老健は病院から在宅復帰するためのリハビリを主体とする施設、療養型医療施設は要介護者に対し、療養上の管理や看護、医学的介護などが受けられる施設である。

厚生労働省の調査によれば2016年現在それぞれ概ねの定員数は、特養53万人、老健37万人、介護療養型医療施設6万人となっている。全国レベルでみると東京首都圏以外は概ね需要に対して供給され、今後新規に施設を整備することはないといえる。

4. 高齢者の尊厳と介護施設のデザイン

介護施設の建築デザインも時代とともに変化している。1990年代後半に従来の多床室ではプライバシーが確保されていないとの視点から、高齢者の尊厳を重視し個室がつけられるようになった。多床室主体の介護施設のデザインは、清潔性や患者管理の効率を重視した病院モデルで作られてきた経緯がある。しかし、介護施設は短期間入院する病院ではなく、日常生活を過ごす「住宅」として再認識された結果、個室を主体に計画することとなった。さらにケア体制も食事や入浴など集団でケアされていたものが、個人の生活を大切にしたい個別ケアがとられるようになった。全室個室と少人数でケアするユニットケアが介護施設の主体となったのである。平面的にも個室群を小さなユニット化してそれぞれに食堂や居間を設け、疑似家族的意味合いを持たせている。ケアの質も入居者が一斉に行っていた食事や入浴も個人の心身状態に合わせてケアするように、ハードもソフトも質をあげていったのである。一方、個室となったことで利用者本人の負担が増えることとなる。4人室と個室では居住の質が異なり、居住性が向上した結果それなりに個人の支払い負担が増えることとなった。

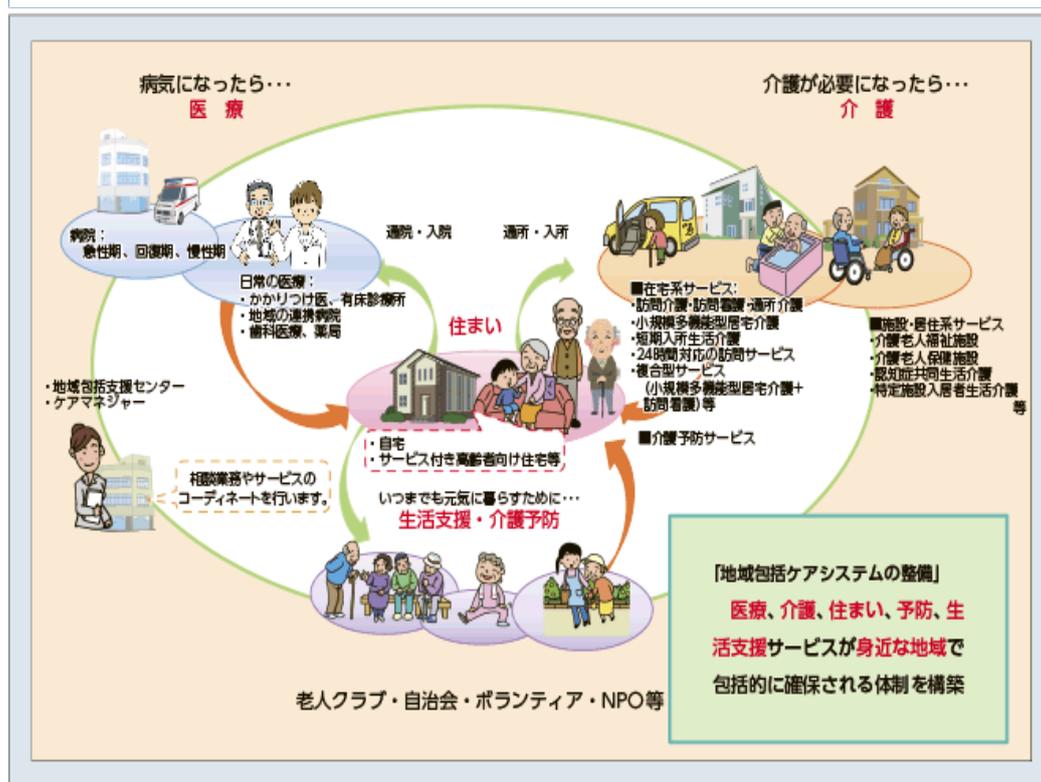
5. 介護施設から在宅へ

介護保険制度発足から20年近く経過し、全国レベルでは要介護高齢者が入所する施設の整備はおおむね達成されたといつてよいだろう。一方、これからは在宅でいかに暮らし続けることができるか、さらには自宅で死期を迎えられるのかに視点は移ってきている。病院から退院して医療・介護を受けながら在宅で生活しつづけられるのか、地域にそのような受け皿となる機能が揃っているのかが問われている。在宅で暮らし続けるにはそれなりの支援システムが必要となるが、その背景にはエイジングインプレイス（Aging in place）の考え方がある。

これは高齢者が住み慣れた地域で、安全かつ快適に暮らし続けることとされる。行政をはじめ民間企業の様々な調査結果でも、住み慣れた地域で暮らし続けたい願望は60%以上あり、要介護になってもそのまま余生を送りたいと願っている人は多い。厚生労働省はそれを実現するために「地域包括ケア」と呼ばれるシステムを提案した。地域包括ケアシステムとは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続

けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるケアシステムであり、人口 2 万人程度の中学校区ごとにつくりあげようとしている（図 3 参照）。訪問ケア、一時宿泊、デイサービスなど多機能な拠点施設を中学校区ごとにつくり、当該地域の在宅支援サービスを提供していく。中学校区とは歩行で移動できる圏域であり、ヒューマンスケールといえる。高齢になるに従い自動車の運転は危険でもあり、歩行圏内に必要機能が整備されることは望ましい。

図 3



(出典)「地域包括ケアシステムの構築について」資料3 厚生労働省老健局振興課

6. ケアコンパクトシティ構想

ケアコンパクト構想とは地域包括ケアシステムとコンパクトシティの2つを重ね合わせた造語である。コンパクトシティとは持続可能な都市 (Sustainable City) を目指して 1970 年代 G. B. Dantzig、T. L. Saaty (米国) たちが唱えた仮想都市の概念であり、都市政策のモデルといわれている。人口減少が進むわが国の地方都市は縮小していく方向にあり、効率よくコンパクト化していかなければ無駄なエネルギーを消費することになる。とくに山間部などでは高齢者が少なくなり子供たちは都市部へと移動していく傾向は止められず衰退していく。人口減少が進む近い将来、まちそのものをスマートシュリンクしていかな

ばならない。コンパクト化の利点はいくつかあるが、エネルギーが効率化されるなどにも並んで様々な機能が集約されることでヒューマンスケールになる。地方ではどこにも自家用車で移動する家庭が多い。隣の家に行くにも車で行くなど都市部に暮らす人間には理解しがたいともいえる。しかし、年齢を重ねた高齢者の自動車の運転は危険であり、道路の逆走、ブレーキの踏み違え、注意散漫による人身事故など毎日のようにニュースとなっている。とくに認知症が進んだ高齢者が歩いて徘徊している分にはまだ許されるかもしれないが、自動車に乗ったとたん制御がきかない凶器となり被害は倍増する。地域によっては狭い地域をぐるぐる回る小型のコミュニティバスなど新たな交通システムも浸透するなど対策も取れつつある。車中心社会から人が中心となる社会づくりに変えていかねばならない。

また、高齢者（特に男性高齢者）を外出させる場所として機能していたデイサービスセンターの位置づけも大切である。自宅で引きこもりがちの高齢者は、朝からお酒を飲んだり人との交流がないことで落ち込んだりしてうつ状態で健康を害していく。身体的にも心理的にも外に出て人と会話をするのは大変有意義な行動である。そのために、公園や緑道などを整備し歩きやすい街路空間の創出など含めて、コンパクトシティ化とつなげて考えていくのが望ましい。街路は幅員を広げ植栽やストリートファニチャーなど長時間歩行困難な高齢者向けの仕掛けも大切であろう。高齢者は先祖からの土地に愛着があり移り住むことを好まない人は多い。しかし、今後はコンパクト化したまちに移り住むのか、不便でも我慢してそのまま住み続けるのか選択しなければならない状況となる。まだモデルとなるような事例は見られないが、その萌芽としていくつかのケースはあるので次に紹介したい。

7. いくつかの先進事例

1つ目は日本版 CCRC (Continuing Care Retirement Community) のモデルと呼ばれる「シェア金沢」(石川県金沢市) では高齢者だけでなく障害者、学生など多世代がごちゃ混ぜで暮らす地域共生社会を目指している。敷地内は平屋建てが広がりゆったり時間が流れている。日本版 CCRC とは米国の CCRC を参考に元気なうちから当該コミュニティに移り住む日本の多世代利用型まちづくりである。

2つ目は「中間ウエルパークヒルズ」(福岡県中間市) では病院、特養、老健、有料老人ホームとともにスーパーマーケットやスポーツクラブなど様々な機能を集積させ地方都市のまち中に作り上げた事例である。機能が複合化しているので誰もがそこにいけば買い物、健康レジャーなどが楽しめる。

3つ目は駅前開発に「岐阜シティタワー43」(岐阜県岐阜市) もあげられる。地方都市の駅前再開発に医療福祉機能を組み込んだケースである。43階建ての集合住宅にファミリータイプと高齢者専用賃貸住宅を併設し、低層部には診療所、デイサービス、有料老人ホーム、訪問サービス事業所、保育所などが組み込まれている。横に広がるまち機能を縦に積層した

例といえる。これらの地方につくられたプロジェクトは、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年以降首都圏では介護施設が足りなくなる状況を受け、他の地域に早めに移住希望に対する選択肢の一つとしても位置づけられよう。

8. 現在と将来の課題

課題はいろいろあげられるがここではヒト、情報、金の 3 点に絞ってみてみる。まず 1 つ目は介護に関わる人手不足である。これは首都圏も地方も同様な状況である。ハードである建築物は建設可能であっても、ソフトである運営の根幹となる介護人材の不足は大きな問題である。人材不足は福祉分野に限らず他の職種も顕著となりつつあるが、介護福祉サービスは、従事者のモラルや技術など専門的ノウハウが必要となるために教育を受けた人はすぐには育成できない。

2 つ目は情報の一元化である。本人の家族構成や経済状況が変化しようとも生活を支える体制ができているのはすでに記述した。しかし容体が変わるごとに病院、デイサービス、介護施設などに移ることは、個人からみれば医療介護情報が運営法人ごとにぶつぶつ切れて不都合なことが起きることになる。本来、状況に対して多職種の専門家による最適な処置が望まれるとき、情報が一元化していなければ服薬管理も含めて適切な対応が可能とならないからである。

3 つ目は公共財源の限界である。要介護高齢者の増加にともない医療介護にかかる費用が増大の一途をたどっている。厚生労働省によれば我が国全体では 2025 年には社会保障費が 140 兆円を超えるとされる。当初介護保険の自己負担もそれほど高くないといわれていたが、需要が増えるに従い保険料が上がる傾向にある。介護保険の財源は被保険者からの保険料負担と共に税金が投入されていて、社会保障費の増加が国庫を圧迫している。個人負担と提供サービスの関係を見直す時期がきそうである。

9. 2040 年へつなぐまちづくり

今まで記述してきた内容は団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者になる 2025 年の社会であったが、実は団塊世代の子供たちが高齢者になる 2040 年に向けての取り組みが始まりつつある。団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年の次のターニングポイントとして 2040 年に向けて準備していこうとしているのである。

その時代はロボット、IOT、AI、ドローン、自動運転などが生活の中に入り込んでくるとともに、産業構造が大きく変化していると予想されている。AI ではロボットによる診療治療だけでなく健康増進から疾病予防の予測まで判断サポートしていく時代であろう。2040 年に向けて目指すのは高齢者、障害者など一緒に暮らすことができる地域共生社会である。そのためにも要支援、要介護となっても地域で暮らし続けることが可能な地域包括ケアと地方都市のコンパクト化が基本戦略となる。どちらにしても、制度や法律を整備し受皿となる施設を整備し、高齢者個人の生活意識やコミュニティの絆などを再構築し、医療福祉施設単

体ではなくまちづくりの考え方で進めなければ超高齢社会は乗り越えられない。まち全体のデザインのし直しである。

我が国が更に人口減少していくのは避けられない事実である。20世紀に人口増加してきた時代を背景に作られた制度や計画の延長線上に解決策はない。21世紀の高齢者に合致した制度やシステムをいま作り上げる時期であり、ケアコンパクトシティが具体的選択肢の一つである。いままで自宅で暮らし続けたい高齢者のニーズはそれなりに高く、在宅福祉システムをつくりあげようとしてきた。しかし、この流れも突然在宅主体のシステムに到達したわけではない。介護施設を全国レベルで作り、民間事業者も参入し、保険制度を実施し、地域で支えるシステムを時間をかけて福祉先進諸国を参考にしながらつくりあげてきた。つまり、一朝一夕に出来上がったわけではない。

これから高齢化が進むアジア諸国もそれぞれの国の実情にあった制度、政策、習慣など自らの環境に合致したシステムを構築していただきたい。その時に超高齢社会の先行ランナーとしての我が国の制度政策や事例が参考になればと切に思う。

(了)