

博 士 論 文

高齢者が地域で安心・安定した生活を
営むための居住支援の方策

Housing assistance strategies to enable elderly
people in leading secure, stable lives in regional
areas

2015年度

日 本 福 祉 大 学 大 学 院
福 祉 社 会 開 発 研 究 科
社 会 福 祉 学 専 攻 博 士 課 程

氏 名：岡部 真智子

要旨

序章

本研究は、高齢者が自宅や高齢者向け住宅等において住み続けることを妨げている居住問題の実態について調査をもとに明らかにする。その上で、高齢者が地域で安心・安定して生活を営むことを可能にするための居住支援の方策（ミクロレベル、メゾレベル、マクロレベル）について明らかにする。本研究では、以下の3つの視点（①自宅で住み続ける、②高齢者向け住宅に入居し住み続ける、③地域で住み続ける）に基づいて論述する。

本論は、序章と終章を含めた全6章で構成する。第1章では高齢者の居住にかかわる戦後の住宅・福祉政策を概観し検討するとともに、先行研究や既存調査等の検討から3つの視点を抽出し、それを第2～4章の柱とする。第2～4章では、それぞれの柱に基づく居住問題と居住支援の方策の検討を行う。終章では、総括として高齢者が安心・安定して居住生活を営むための居住支援方策を論じ、研究の限界と課題を述べる。

本論では居住問題を「自宅、施設、高齢者向け住宅などさまざまな居住の場において生じる、住まいやそこで営まれる生活に影響を及ぼす問題」、居住支援を「住まいの確保や環境整備のための支援とその中で営む生活のための支援を合わせたもの」という意味で用いる。

第1章 高齢者の居住に関する文献学的検討

第1節では、高齢者の居住に関わる戦後の住宅・福祉政策を検討し、住宅・福祉政策の特徴から戦後から2014年までを5つに区分した。それを踏まえて、本研究の3つの視座（①市場重視の住宅政策の中、住宅セーフティネットは十分に機能しておらず、自力で住宅を確保することが困難な低所得高齢者等に居住問題が生じていると考えられる。②福祉施策と住宅施策の連携は進められているものの、それが居住継続を支えるものとなっていないため、居住問題を抱えたまま援助を受けられない高齢者がいると考えられる。③高齢者向け住宅において、最期まで安心・安定して住み続けることを促す施策、地域の医療福祉サービスの拠点となることを促す施策はなく、運営事業者任せになっている。疾病や障害を持つ高齢者はもちろん、自立高齢者にとっても安心して高齢者向け住宅に住み続けられるかどうかはわからない）を設定した。

第2節では先行研究や実態調査等のレビューを通して、それぞれの居住場所（自宅、高齢者向け住宅、施設、地域）に生じる14の居住問題を抽出した。14の居住問題は、居住場所の特性を踏まえると、3つの居住問題（①自宅で住み続ける上での居住問題、②高齢者向け住宅に入居し住み続ける上での居住問題、③地域で住み続ける上での居住問題）に集約できる。また居住支援の方策は、ミクロレベルのみならず、メゾレベル、マクロレベルといったさまざまな層からなると考える。

第2章 自宅で住み続ける上での高齢者の居住問題と居住支援の方策

自宅で住み続ける上での居住問題には、自宅に住み続けるために行う住環境整備で生じる問題と自宅に住み続けられなくなった高齢者が居住場所を確保する上で生じる問題の2つがある。住環境整備の支援では、専門職がそれぞれの専門性を生かす、本人や家族が

持つ要望が専門職にきちんと伝わる、専門職が本人や家族の生活や身体状況を理解している、等の場合には望ましい住宅改善につながっていた。高齢者が居住場所を確保するための居住支援では、援助者が本人心身状態や経済状況等を把握する、住宅確保のみならずその後の生活を維持継続するための支援を行うことが居住確保につながっていた。

これらを踏まえると、高齢者が自宅で住み続ける上での居住支援の方策は、①居住場所の選択の際や、居住継続のための支援（住環境整備や医療保健福祉サービスの提供等）の際に、支援者が高齢者本人や家族の情報を把握し、それを踏まえて柔軟にかつ専門性を活かして対応する（ミクロレベルの居住支援）、②低所得高齢者向けの居住の場を整備する（ミクロレベルの居住支援）、③居住の安心・安定を確保するための支援を、地域で居住支援のシステムとして構築する（メゾレベルの居住支援）、④低所得高齢者向けの居住支援を行う仕組みや人材配置を可能にするような制度・政策を整備する（マクロレベルの居住支援）、の4つに整理できる。

第3章 高齢者向け住宅に入居し住み続ける上での居住問題と居住支援の方策

実態調査から、高齢者向け住宅に居住する高齢者には、近隣住民とのトラブルにより住み続けられなくなることを心配し近所付き合いに慎重な人や、ほかに行くところがないという消極的な理由で居住継続を選ぶ人がいることが明らかになった。また認知症高齢者の住み続けについて、運営事業者の8割がほかの入居者への迷惑行為がある場合には住み続けができないと考えていた。ほかにも医療・介護サービスが使いづらいと住み続けが困難だと考えていることも明らかになった。高齢者向け住宅に住み続けられない高齢者が出現する背景には、「安心して住み続けられる住宅は高額なため、一部の人しか入居できない」、「ニーズに対応可能な住宅が地域になれば移り住むことが困難」、「医療ニーズが高い人や認知症のある人は、対応困難という理由で退去が求められる場合がある」という実態があった。

このため、高齢者向け住宅に安心・安定して住み続けるためには、①高齢者向け住宅にバリアフリー等の物理的環境を整備するとともに、食事の提供や最小限の生活支援といったサービスを付帯する。そして、医療や介護サービスを必要とする居住者には、住宅外部の医療・介護サービス、生活支援サービスを利用できるようにする（ミクロレベルの居住支援）。②地域に低所得高齢者が入居可能な高齢者向け住宅を整備し、地域包括ケア体制を進める（メゾレベルの居住支援）。③低所得でも入居可能な高齢者向け住宅が増えるような制度・政策を整備する（マクロレベルの居住支援）、といった3つの居住支援の方策が有効だと考える。

第4章 高齢化する地域の中で住み続ける上での高齢者の居住問題と居住支援の方策

高齢化する地域の中で孤立する高齢者には、移動や買い物など生活上不自由が生じ、自治会等の活動の担い手不足、空き家増加による地域の荒廃、社会的孤立から生きがいの喪失等の居住問題が生じている。

こうした居住問題がある中で、地域で住民が取組む高齢者の見守りや支え合い等の居住支援の取組みからは、①住民が主体となった地域支え合い活動を進めるに、多くの地域住民が参加するような機会やきっかけをつくる（ミクロレベルの居住支援）、②住民主体の活

動を支えるために、資金的に支える仕組みや、専門職との連携を支援するような体制をつくる（メゾレベルの居住支援）、③地域で住民主体の活動を支援するための制度・政策を整備する（マクロレベルの居住支援）、といった3つの居住支援の方策が考えられる。

終章 結論—高齢者が地域で安心・安定した居住生活を営むための居住支援の方策

本研究で得られた高齢者が地域で安心・安定した居住生活を営むための居住支援の方策の知見を、3つの視点と研究の視座に照らして整理する。

自宅で住み続ける上での高齢者の居住支援には、一体的・連続した居住支援を行い、低所得高齢者が選択できる居住の場を用意するマイクロレベルの居住支援がある。さらに、個々のケースへの居住支援を支える仕組みの構築や、それを担う人材の配置など、地域の支援機関が連携しながら支援を行う体制をつくるメゾレベルの居住支援も重要となる。そしてマイクロレベルやメゾレベルの居住支援を可能にするような、公的な制度・政策を整備するマクロレベルの居住支援が必要である。

高齢者向け住宅に入居し住み続けるための居住支援には、居住する高齢者が必要に応じて住宅外の医療・福祉サービスを利用できるよう調整するマイクロレベルの居住支援がある。そして、自治体や関係事業者が協力して低所得高齢者向けの住宅を整備したり、居住者の住み続けを支えるような地域包括ケア体制を地域で整備するといったメゾレベルの居住支援も欠かせない。さらに、低所得高齢者向けの住宅づくりを促進する制度・政策を整備するマクロレベルの居住支援も重要となる。

高齢化する地域の中で住み続ける上での高齢者の居住支援には、住民同士の支え合いの機運が高まるように、活動主体が地域住民に働きかけ、支え合いの意識を醸成するマイクロレベルの居住支援がある。また、地域住民による支え合い活動を推進するために、活動を支える資金面の支援や、専門職との連携を推進するための仕組みを構築するメゾレベルの居住支援も重要である。さらに地域で住民支え合いの活動を推進するための人材育成や資金的支援体制を整備する制度・政策の整備といったマクロレベルの居住支援も欠かせない。

本研究の限界と今後の課題は次の2点である。①本研究では高齢者の居住問題を把握する対象として、自宅で住み続けることを支援する組織や機関、高齢者向け住宅の運営事業者、地域での住み続けを支援する支援者のみを調査対象としたため、高齢者本人や家族に対する調査が本研究では十分に行えていない。今後は、支援者側が有効だと考える支援方策が、支援される側にとって十分なのか、さらに別の方法があるのか等を検証する調査研究に取り組んでいきたい。②マイクロ、メゾレベル、マクロレベルの居住支援の方策を検討したが、特にメゾレベルやマクロレベルの支援方策を実現するための具体的な方策を検討するまでには至らなかった。今後は、メゾレベルやマクロレベルの居住支援の方策を可能なものにするための社会資源の活用や方法論について検討を進めていきたい。

(3,915 文字)

目次

序章 研究の目的と枠組み, 論文の構成	3
1. 研究の目的	3
2. 研究の枠組みと視点	3
3. 論文の構成	5
4. 本研究で用いる用語の定義	6
第1章 高齢者の居住に関する文献学的検討	8
第1節 高齢者の居住に関わる戦後の住宅・福祉政策の概観	8
1. 最低生活保障のための整備 (1945年～1962年)	8
2. 高齢者の居住生活支援のはじまり (1963年～1984年)	9
3. 高齢者向け住宅の誕生と住宅・福祉施策の居住への関心 (1985年～1994年)	11
4. 市場機能重視の住宅政策と福祉政策 (1995年～2005年頃)	13
5. 住み慣れた地域で暮らし続けることをねらいとした住宅・福祉政策 (2006年～2014年)	17
6. まとめ	20
第2節 高齢者の居住問題の全体像と先行研究の検討	29
1. 高齢者を取り巻く居住の全体像	29
2. 自宅に住む高齢者の居住問題	30
3. 高齢者向け住宅に住む高齢者の居住問題	35
4. 高齢者施設で暮らす高齢者の居住問題	43
5. 地域で安心・安定した生活を営む上での居住問題	47
6. 先行研究に対する本研究の位置づけと高齢者の居住問題の集約化	51
第2章 自宅で住み続ける上での高齢者の居住問題と居住支援の方策	56
第1節 自宅で可能な限り住み続ける上での居住環境の問題	56
1. 自宅で可能な限り住み続ける上での住環境整備の必要性	56
2. 住宅改修箇所の利用上の問題点	58
第2節 自宅に住み続けられなくなった高齢者が居住場所を確保する上での問題	67
1. 施設等が見つからず行き場に困る高齢者の問題	67
2. 行き場に困る高齢者の不安定居住の問題	73
3. 低所得高齢者が居住の場を喪失する過程とその要因	79
第3節 高齢者が自宅で住み続ける上での居住支援の方策	83
1. 自宅で住み続ける上での住環境整備の支援方策	83
2. 高齢者の不安定居住に対する居住支援の方策	90
第4節 考察—高齢者が自宅で住み続ける上での居住支援の方策	100
第3章 高齢者向け住宅に入居し住み続ける上での居住問題と居住支援の方策	104
第1節 高齢者向け住宅における高齢者の居住生活の実態と居住継続意向	104

1. 調査の概要	104
2. 高齢者向け住宅における高齢者の居住生活の実態	105
3. 高齢者向け住宅における高齢者の居住継続意向	115
4. まとめ	118
第2節 高齢者向け住宅の運営事業者からみた高齢者の居住継続の阻害要因	120
1. 調査の概要	120
2. 認知症高齢者の居住継続の可能性と阻害要因	123
3. 医療が必要な高齢者の居住継続の可能性と阻害要因	130
第3節 高齢者向け住宅に安心して住み続ける上での居住支援の方策	135
1. 高齢者向け住宅への住み替え支援—Iの取組み—	135
2. 終末期まで住み続けるための居住支援の方策	138
3. 居住支援協議会の取組み	142
第4節 考察—高齢者向け住宅に入居し住み続けるための居住支援の方策	145
第4章 高齢化する地域の中で住み続ける上での高齢者の居住問題と居住支援の方策	148
第1節 高齢化する地域の中で孤立する高齢者の居住問題	148
1. 高齢者の割合が高い地域の存在	148
2. 一人暮らし高齢者の増加と社会的に孤立する高齢者	152
3. コミュニティにおける人と人のつながりの希薄化	159
4. 買い物弱者と移動困難の問題	163
第2節 高齢化する地域の中で孤立する高齢者に対する居住支援の方策	166
1. 住民が取組む地域における高齢者の見守りや支え合い	166
2. 住民の取組みを支援する地域の機関との連携・協働	172
3. 住民が取組む高齢者支援事業	177
第3節 考察—高齢化する地域の中で住み続ける上での高齢者への居住支援の方策	184
終章 結論—高齢者が地域で安心・安定した居住生活を営むための居住支援の方策	188
1. 総括—高齢者が地域で安心・安定した居住生活を営むための居住支援の方策	188
2. 本研究の限界と今後の課題	192
引用・参考文献	193
謝辞	203

序章 研究の目的と枠組み、論文の構成

1. 研究の目的

本研究は、高齢者が生活を営むためには居住支援が重要という認識に立ち、高齢者が自宅や高齢者向け住宅等において住み続けることを妨げる居住問題に焦点をあて、居住構造の実態について調査をもとに明らかにする。その上で、高齢者が地域で安心・安定して生活を営むことを可能にするための居住支援の方策について、ミクロレベル、メゾレベル、マクロレベルごとに明らかにする。その際に「居住支援」を、従来のように「住まいの確保」と「生活支援」に切り離すのではなく、「安心・安定した生活を営むための住まいの確保」と「その中で営む生活の支援」という両者の視点を包含するものとする。

2. 研究の枠組みと視点

(1) 研究の枠組みと視点

高齢者は、自宅や高齢者向け住宅、施設と多様な居住場所で生活し、その生活は地域の中で展開されている。図0-1は、経済状態を縦軸に、要介護状態を横軸に置き、現在の高齢者の居住場所を整理したものである。要介護状態別に「自立高齢者の居住場所」と「要介護・見守り・支援が必要な高齢者の居住場所」に配置する。「自立高齢者の居住場所」は、自宅（Ⅰ-1）を指すが、持家のみならず公団・公社住宅、民営借家、公営借家を含んでいる。「要介護・見守り・支援が必要な高齢者の居住場所」には、自宅（Ⅰ-2）、高齢者向け住宅（Ⅱ）、施設（Ⅲ）が含まれる。自宅は自立高齢者の居住場所と同様に持家、公団・公社住宅、民営借家、公営借家からなり、高齢者向け住宅は、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、高齢者向け優良賃貸住宅、シルバーハウジングはもちろん、低所得者を対象とする無料低額宿泊所や簡易宿泊所、未届施設も含めるものとする。施設には、老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護療養型医療施設の介護保険3施設にグループホームを加えた。そしてこうした居住場所すべてを取り巻く環境として、地域（Ⅳ）を位置付けた。

本研究では、研究の3つの視点として、「自宅で住み続ける」、「高齢者向け住宅に入居し住み続ける」、「地域で住み続ける」を設定する。これら3つの視点は、後述する第1章の文献学的検討から導き出したものである。

なお、本研究では、自宅、高齢者向け住宅、地域で生じる居住問題を解消するための居住支援の方策は、ミクロレベル、メゾレベル、マクロレベルの居住支援の方策からなると考える。これは、高齢者への居住支援が、個別支援だけではなく、支援組織のネットワーク化や法制度の整備まで含めることが望ましいと考えるためである。

が単に個人の所有物であるだけでなく、地域や社会に影響を及ぼすという考え方は、本論においても中心をなす考えである。また、人の生活は住まいの中だけで完結できるものではない。早川（1997）は、「住み慣れたまちとコミュニティの中で人生を継続することが心身の状態を安定させる意欲をもたせ暮らしを支える」と述べる。住み慣れたまちやコミュニティが人の暮らしを支えるものであるからこそ、住まいはもちろん地域に目を向けることも重要といえる。

日本では、どのような住宅に住むかは個人の責任として語られることが少なくない¹⁾が、本論では「安心・安定した居住生活を続けられない」のは、本人や家族に責任を求めるという立場をとらない。「安心・安定した居住生活を続けられない」理由に、住環境が関係することはもちろんであるが、日本の医療保健福祉サービスや、地域の状況、住宅・福祉施策とも関連する。したがって、高齢者の居住問題を理解し、問題解決をしようとする際には、物理的環境のみならず高齢者の心身状況や社会的な状況にも目を向ける必要がある。高齢者の居住問題を多角的な視点からとらえることにより、問題構造の全体像を解明でき、対応可能な居住支援の方策が検討できると考える。

3. 論文の構成

本論文の構成は図0-2の通り、序章と終章を含めた全6章で構成する。3つの視点はそれぞれ、第2章、第3章、第4章にかかっている。

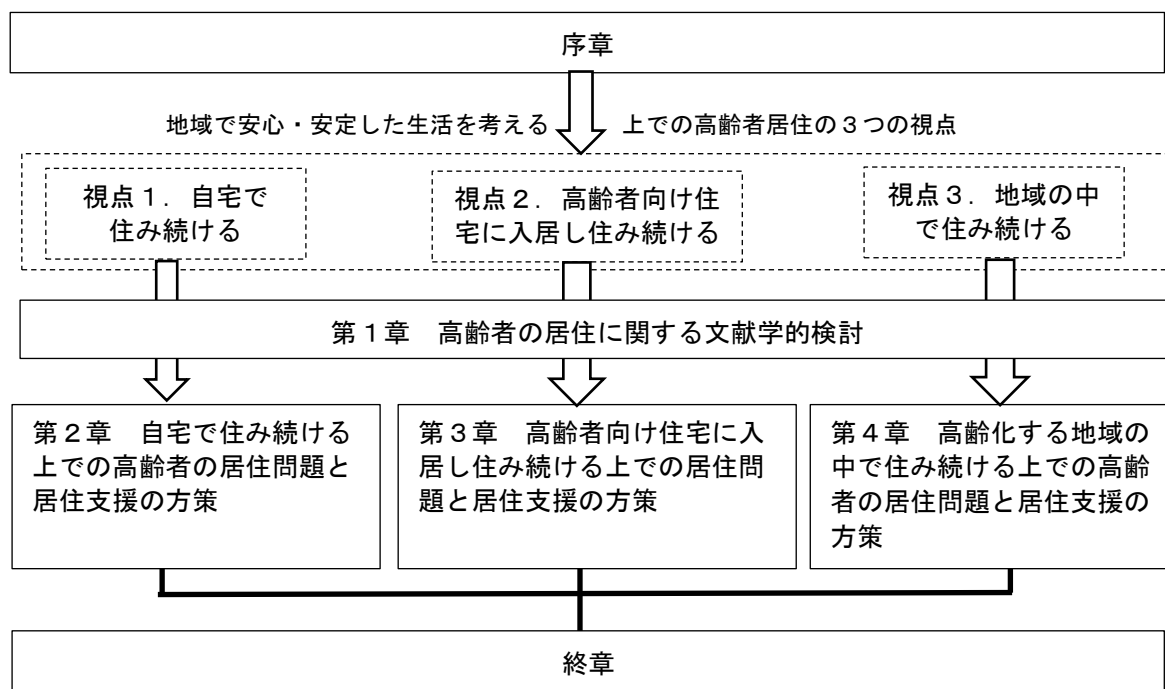


図0-2 論文構成

4. 本研究で用いる用語の定義

本研究において、「居住」、「居住問題」、「居住支援」、「高齢者向け住宅」、「孤立する高齢者」、「地域で安心・安定した生活」は、次の意味を持つ用語として扱う。

①居住

武川（2011）は、居住を「人間の生活が営まれる空間を意味する『住居』や『住宅』といった建築としての側面に比べ、人間生活にとっての機能の側面を強調したもの」とし、「居住」を「『住む』という人間の行為に焦点を当てた概念」と述べる。本論でも、武川の説にならない「居住」を「住むという人間の行為に焦点を当てた概念」という意味で用いる。

②居住問題

「居住問題」について先行研究では明確な定義づけはなされていないが、本研究では、「居住」を「住むという人間の行為に焦点を当てた概念」と定義することから、「居住問題」を「自宅、施設、高齢者向け住宅などさまざまな居住の場において生じる、住まいやそこで営まれる生活に影響を及ぼす問題」と位置付ける。具体的には、居住の場が確保できない、居住の場があっても安心・安定した生活を営めない、居住生活に不都合なことが生じている等を居住問題ととらえる。

③居住支援

居住支援について米野（2010a）は、「適切な居住の場を得るのが難しいものに対して、望ましい住宅が確保できるように、またその住宅で安心して生活できるように、支援する取組み」と定義する。本研究においても「居住支援」を「住まいの確保や環境整備のための支援とその中で営む生活のための支援を合わせたもの」という意味で用いる。単に住まいを確保するための支援を居住支援というのではなく、住まいの確保や環境整備のための支援とその中で営む生活のための支援を合わせたものを居住支援と意味づける。本研究では、居住支援を福祉的視点に立って検討したい。

④高齢者向け住宅

「高齢者向け住宅」に関する呼称はさまざまあり、統一した用語は用いられていない²⁾。既存の研究では「高齢者住宅」と表記するものもある。山本（2009）は「高齢者住宅」を「高齢期に配慮した住宅構造として、段差解消、手すり設置、緊急時の通報装置等の建築的配慮とともに、生活支援、安否確認、必要に応じた介護サービス等のソフトウェアを付加した住宅」と定めている。本論文では、生活支援サービス等の有無、バリアフリー化の有無にかかわらず高齢者向けに貸借する住宅という意味で「高齢者向け住宅」と表記する。

⑤孤立する高齢者

社会的孤立（social isolation）と孤独（loneliness）については、Townsend（1963）が、社会的孤立を「家族やコミュニティとほとんど接触がないという社会的関係の客観的な状態」、孤独を「仲間づきあいの欠如あるいは喪失による好ましくない感情という主観的な意識」と定義し、この考えはわが国でも定着している。河合（2009）は孤立状態を厳密には

「孤立」ではなく「社会的孤立」と表現したいと述べている。その理由は、孤立状態が生まれる社会的背景を問題にしなければならないと考えているためである。

本論文では、Townsend にならい、本人が孤立を自覚しているか否かではなく、福祉医療保健の専門職や地域住民等が、客観的に見て孤立していると認識した高齢者を「孤立する高齢者」と表記する。また、河合が述べるように社会的背景も含めて高齢者の孤立を検討する。

⑥地域で安心・安定した生活

高齢者にとって地域で安心・安定した生活とは、高齢者自身が日々の生活で安心を感じられることや安定して暮らせることを指す。安定した生活とは、経済的に安定して居住費を負担できる、安定した社会関係の中で生活を営める、希望すれば住み続けができることを指す。

注

- 1) 2000（平成 12）年に発表された住宅・宅地審議会答申「21 世紀の豊かな生活を支える住宅・宅地政策について」でも、「住宅宅地の取得、利用は国民の自助努力で行われるべきという原則」と記述されている。
- 2) これまでに厚生労働省が提出した資料でも、「ケア付き住宅」、「高齢者向け住宅」等があり、呼称は年代により異なっている。

第1章 高齢者の居住に関する文献学的検討

第1節 高齢者の居住に関わる戦後の住宅・福祉政策の概観

本節では、戦後から現在（2014年）までのわが国の高齢者居住にかかわる住宅政策と福祉政策を取組みの特徴ごとに年代を区切り、それぞれの時期における高齢者の住宅・福祉政策の特徴を明らかにする。その上で、現在の高齢者居住における問題検討の視座を得る。

1. 最低生活保障のための整備（1945年～1962年）

（1）住宅不足の解消と所得階層別の住宅展開

1945（昭和20）年11月に戦災復興院が設置されるまで、住宅行政は内務省や厚生省が担っていた¹⁾。戦前の内務省社会局が担当した公共住宅政策では、低所得階層を対象とした住宅の直接供給が行われていた。これは同時にスラム改善を狙ったものであり、不良住宅地区の環境を改良する目的で行われていた（本間 1988）。1948（昭和23）年には内務省管轄の土木関係と戦災復興院が一緒になり、建設省が設置された。この後、住宅政策は建設省（現、国土交通省）の管轄となり、現在まで続いている。

戦後、戦争で家を失った国民の住宅確保は最重要かつ最優先課題であった。1945（昭和20）年に「罹災都市応急簡易住宅建設要綱」が制定されると、国庫補助を受けた自治体が主要戦災都市のバラック居住者向けに応急簡易住宅の建設を進めた。

1950年代に入っても住宅不足は解消されることはなかった。そうした中、「住宅金融公庫法」（1950年）、「公営住宅法」（1951年）、「日本住宅公団法」（1955年）の三法があいついで成立した。この三法は、戦後の住宅政策の柱となった法律であり、いずれも第一条に、日本国憲法第25条の精神を含んでいる²⁾。この頃の住宅政策は、住宅不足解消のための多数主義と、所得階層別の住宅展開であった。日本ではその後も、高所得者には持家取得を促進させ、低所得者には借家を提供するという、所得に応じた政策が展開された（黒田 2003）。

建設省から「公営住宅法案」が提案された当時、厚生省からも「厚生住宅法案」が提出されていた。「厚生住宅法案」は、生活保護受給者を含む低所得者層を対象とした住宅建設・供給の推進だけでなく、民生委員やケースワーカーが入居後の生活指導を担うことも含んでいた（大本 1991）。厚生省社会局に住宅課が設置された当時（1939（昭和14）年）、公営住宅や貸家の建設は厚生省の管轄にあり、住宅行政は一部の困窮者に対する援助という考えが強く、社会事業の立場に立っていた（大本 1991）。こうした過去があったことを考えれば、厚生省から「厚生住宅法案」が提出されたいきさつも理解できる。結果的には、建設省が提案した公営住宅法が施行されることになった³⁾が、厚生住宅法が制定されていれば、住宅政策と福祉政策の関係は現在とは異なるものになったと思われる。

（2）社会保障制度に含まれなかった住宅保障

戦後、応急的に最低生活を保障するために、1945（昭和20）年12月にGHQは「救済ならびに福祉計画に関する覚書」（SCAPIN404号）を発表した。そして日本政府もそれに基つき「生活困窮者緊急生活援護要綱」を作成した。翌年施行した「旧生活保護法」では、要保護者に対する保護は国家責任を原則とすることがうたわれ、1950（昭和25）年に施

行した「生活保護法」では、それまでの5つの扶助（生活扶助、医療、助産、生業扶助、葬祭扶助）に教育扶助と住宅扶助が加わった。こうして最低生活を保障するための法制度が整備されていった。

1950（昭和25）年に発表された「社会保障制度審議会勧告」では、社会保障制度として社会保険や公的扶助、公衆衛生、社会福祉が位置付けられた。だが、諸外国のように住宅保障が含まれることはなかった。この後、社会保障制度の理念や内容は時代の変化にあわせて変更され、社会保障制度審議会の勧告（1995（平成7）年）でも、「住宅、まちづくりは従来社会保障制度に密接に関連するとの視点が欠けていた」と記されたが、住宅保障は現在に至るまで、わが国の社会保障制度に含まれていない。

2. 高齢者の居住生活支援のはじまり（1963年～1984年）

（1）高齢者向けの住宅政策のはじまりー公営住宅ー

高度経済成長期には都市への人口流入が進み、住宅政策では引き続き住宅不足に焦点が当てられた。1966（昭和41）年には「住宅建設計画法」が制定され、その後40年間続く住宅政策の柱となった。「住宅建設計画法」に基づく「住宅建設五箇年計画」では、公的資金による住宅建設だけではなく民間の住宅建設も含んだため、「公庫、公営、公団、公社の法制度とともに民間住宅が一体化して展開」（本間 2006）することとなった。1973（昭和48）年に全都道府県で住戸数が世帯数を上回るまで、計画は住宅の量の確保が中心に進められた。

わが国で高齢者を対象とした初めての住宅政策は、1964（昭和39）年の「老人世帯向け特定目的公営住宅」供給である。これは前年の「老人福祉法」の制定を受けて制度化されたものである。老人世帯向けと名付けられているものの、バリアフリーに整備された住宅が供給されたのではなく、老人世帯を入居拒否しない公営住宅の供給にとどまる。当初、対象となる高齢者は65歳以上であったが、1971（昭和46）年に60歳以上に引き下げられ、対象が広がった。公営住宅法はその後何度か改正が進められ、1980（昭和55）年の改正では、新たに「単身高齢者世帯の公営住宅入居特例」が創設され、単身高齢者も入居可能となった。

また、公団・公社住宅では、高齢者と子ども世帯が隣接した住戸に居住できる「ペア住宅」（1972（昭和47）年）や高齢者と同居する世帯を意識した「大型住戸」（1975（昭和50）年）が建設された。同居家族のいる高齢者を対象とした住宅整備が進められた。わが国では1970（昭和45）年に高齢化率が7%に達し、高齢化社会を迎えたが、65歳以上高齢者のいる世帯の半数は3世代世帯であった⁴⁾。高齢者を対象とした公団・公社の取り組みは、そうした世帯構成を意識したものであったといえよう。

（2）施設中心の福祉政策ー収容の場から生活の場へー

1963（昭和38）年に老人福祉法ができ、老人福祉施設（特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム）が創設された。1970年代後半にショートステイやデイサービスが制度化されるまで、一部を除き、福祉サービスは施設中心に提供された。

増え続ける高齢者人口を背景に、1968（昭和43）年4月に発表された中央社会福祉審

議会「老人ホーム・老人向住宅の整備拡充に関する意見」では、老人ホームの整備拡充、軽費老人ホームの改善について示された。また、1970（昭和 45）年 9 月に中央社会福祉審議会答申が発表した「老人問題に関する総合的諸施策について」では、「従来老人福祉施設のウエイトは、施設収容におかれ、居住対策はかなりのおくれを生じている。」と、高齢者福祉施策が施設偏重であることを指摘している。他にも、「（老人福祉施設が）経済状態に着目して構成されている。しかし、老人福祉対策が老人個人の需要に基づき実施される傾向にかんがみ、施設体系も老人の心身の状態に応じた体系に転換する必要がある」とも述べている。これに対し小笠原（1999）は、「これは明らかに老人ホームを経済的要件を残した体系から、心身機能、健康度による単一の体系への方向を示したものであった。しかし、この答申の後、その方向への具体的転換が表れていない。」と指摘している。

1971（昭和 46）年度から始まる「社会福祉施設緊急整備 5 カ年計画」によって、特別養護老人ホームなどの社会福祉施設の整備は急速に進んだが、その質は十分とはいえなかった。同年、川崎市立の養護老人ホームに入所している高齢者が、神奈川県に対し「養護老人ホーム 1 人 1 室入居請求事件」訴訟を起こしている。当時 4 人部屋である施設ではプライバシーが保たれないとして、個室への入所を求めた裁判であった。この事件は、施設が収容の場に止まり、低質な環境であることを表したものと見える。

翌年（1972（昭和 47）年）発表の中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会『「老人ホームのあり方」に関する中間意見』では、老人ホームを「収容の場」から「生活の場」に転換することがうたわれた。これについて小笠原（1999）は、『「収容の場」から『生活の場』へという、劣等处遇的救済施設サービスから、豊かな人生への保証を意図するような生活施設への脱皮の提言もしているが、これは生活維持システムのみならずサービス内容、水準の面でも生存権保障を目指すべきことを提起したものと受け止めることができよう』と評価している。

（3）在宅福祉施策のはじまり

老人福祉法が成立する前、高齢者の居住を法に盛り込むさまざまな取組みが各地で行われていた。1950 年代に熊本県の杉村氏と潮谷氏が起草した老人福祉法案の中には、高齢者住宅組合に関する規定が含まれていた。また、1961（昭和 36）年に自民党が提案した老人福祉法案にも、高齢者向け住居の確保を努力規定とする内容が盛り込まれていた（小笠原 1999）。こうした動きはあったものの、実際に成立した法案には住宅に関する事項は含まれていない。その理由は、「高齢者のための福祉の措置として必要な施策のすべてを老人福祉法に盛り込むことは、国家責任が大きくなること、他法との関係調整の煩雑さが増す」ためと考えられる（高松 2006）。結果、老人福祉法において在宅高齢者の居住生活を支えるサービスとしては、前年にできた「家庭奉仕員派遣事業」が「老人家庭奉仕員」として制度化されるにとどまった。

また前述した 1968（昭和 43）年 4 月に発表された中央社会福祉審議会の「老人ホーム・老人向住宅の整備拡充に関する意見」では、第二種公営住宅（老人世帯向け住宅）の設置が促進されていないことを指摘し、第一種公営住宅にも老人世帯向けのものを建設する必要があること、公営住宅や公団住宅では高齢者のための居室を考慮した住宅を建設することが盛り込まれた。公営・公団住宅の環境に着目した重要な指摘であるが、すぐに政策

に反映されることはなかった。

1960年代後半になると、寝たきり老人問題を契機に、老人問題に対する国民の関心が高まり、在宅福祉サービスの拡充が強調されるようになった。その結果、1969（昭和44）年には寝たきり老人のための老人家庭奉仕員派遣事業や日常生活用具の支給事業、さらに1971（昭和46）年にはひとり暮らしの高齢者に対する老人電話相談センターの設置事業、介護人派遣事業といった在宅福祉を支える事業が創設された。

また、1978（昭和53）年にはショートステイ、1979（昭和54）年にはデイサービスが制度化され、在宅福祉施策が進んだ。そして1982（昭和57）年の「老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱」改正により、家庭奉仕員の多くが有料化され、公費負担による福祉サービスは、一部の貧困・低所得者層に限定されるようになった。

1981（昭和56）年12月10日、中央社会福祉審議会は意見具申「当面の在宅老人福祉対策のあり方について」を提出した。その中に、①福祉サービスは居宅処遇を原則として、従来施設福祉対策の補完物であった在宅福祉対策を積極的に確立する、②所得のいかんにかかわらず、援助を必要とするすべての高齢者を対象とする、③地域住民やボランティア等を組み込んだ福祉供給システムを形成し、必要な福祉サービスをいつでも供給できる体制を整備する、とある。そしてこれらを具体的に進める施策として、家庭奉仕員派遣事業の所得課税世帯への拡大、施設福祉サービスの活用、痴呆性老人（原文ママ）のための福祉施策の早急な実施等が提言された。

（4）国際的に議論される居住の権利

1976年に国際連合総会で「国際人権規約」が発効された（日本は1979年に批准）。国際人権規約の第11条では⁵⁾、住居を含め生活条件の改善についてすべての人に権利を認めている。また、同年カナダのバンクーバーで開かれた「第1回国連人間居住会議」（通称、ハビタット）では、「人間居住に関する国際協力計画」が採択された。これらはのちに国連社会権規約委員会における「居住の権利」につながるものである。国際的にみれば居住の権利に対する関心は、この頃すでに高まっていたといえる。

こうした展開の礎にあるのが、1948年に第3回国際連合総会で採択された「世界人権宣言」である。第13条には「すべて人は、各国の境界内において自由に移転及び居住する権利を有する」とあり、居住の権利が明文化されている。

3. 高齢者向け住宅の誕生と住宅・福祉施策の居住への関心（1985年～1994年）

（1）住宅施策と福祉施策の新たな連携のはじまりー高齢者向け住宅を中心にー

1985（昭和60）年に公表された社会保障制度審議会「老人福祉のあり方について（建議）」では、一般の要援護高齢者向けの対策として、住宅対策の推進と環境の整備が盛り込まれた。これまでの住宅に住み続けることが困難になった場合には「小規模な老人向け集合住宅」への入居もありうることを、この住宅には住宅内的高齢者だけでなく、近隣の高齢者にも各種サービスを提供するための施設を付置すること等がうたわれた。また、翌年から始まる「第五期住宅建設五箇年計画」では、高齢者や障害者等に配慮した住宅の開発・普及、医療・福祉施策との連携についても触れられた。

1980年代後半には高齢者向けの住宅が誕生した。その先駆けが、1987（昭和62）年に厚生省と建設省の共同所管で創設した「シルバーハウジング・プロジェクト制度」である。これは福祉施策と住宅施策が戦後初めて連携した取り組みといえる。シルバーハウジングとは高齢者が地域社会の中で自立して安全で快適な生活を営むことができるよう、住宅に緊急通報システムや手すりを設置し、24時間常駐の生活相談員（LSA）を配置する公営住宅である。入居対象者は60歳以上の単身もしくは、いずれかが60歳以上の夫婦⁶⁾である。厚生省と建設省の共同所管のため、物理的環境のみではなく、相談員の配置というソフト面のサービスが加えられたところが注目する点である。シルバーハウジング・プロジェクト制度は福祉施策と住宅施策の連携といえるが、戦前のような不良住宅地区の改良のための連携ではなく、高齢者が安心・安定して生活するための施策間の連携となっている点が、これまでとは大きく異なる。シルバーハウジングは、福祉的視点を含んだ住宅ではあるが、都市部では「バブル経済を背景とする都市再開発の激化の中で立ち退き要請を受けた高齢者の受け皿」（鈴木 1996）という側面があった。

その後、1990（平成2）年に建設省が「シニア住宅制度」を創設した。シニア住宅とは、高齢者に配慮した仕様・設備、日常の安心を確保するサービスの提供、高齢者に配慮した家賃等の支払い方式等、特別な措置を講じた住宅である⁷⁾。提供主体は、都市基盤整備公団、地方住宅供給公社、認定を受けた民間法人である。シルバーハウジングと異なり提供主体に民間法人が含まれる点が特筆すべき点である。これ以降、高齢者向け住宅市場に民間事業者が参入するようになった。

（2）福祉施策における高齢者居住への関心

1989（平成元）年には、「ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）」が策定され、施設の緊急整備と在宅福祉の推進を目的に具体的な数値目標が立てられた。しかし、各市町村の作成した老人福祉計画が、ゴールドプランのサービス量を大幅に上回る整備を必要とすることが判明したため、わずか5年で見直すこととなった。

1990（平成2）年に福祉八法が改正され、1994（平成6）年には「21世紀福祉ビジョン」や「新ゴールドプラン」の発表が相次いだ。新ゴールドプランでは、ヘルパーの確保や訪問看護ステーションの設置等の数値目標が掲げられ、①高齢者・障害者に配慮した住宅の整備、②生活支援機能を付加した高齢者向け住宅の整備、③高齢者・障害者に配慮されたまちづくりの推進、といった住宅整備やまちづくりの内容も盛り込まれた。

1990年代に入ると高齢者施設の居住の質に目が向けられるようになった。研究の面でも、多床室の環境がもたらすストレスに関心が集まり、個室がもたらす効果が検証された。そして実際に施設での個室化も進められた。

（3）高齢社会を意識した住宅に関するその他の取り組み

この時期、複数の省庁で高齢者に配慮した住環境整備がはじまった。一つは、通商産業省による「新住宅開発プロジェクト」である。1979（昭和54）年から5年間、戸建て住宅の質向上を目的に、高齢者や身体障害者ケアシステムの技術開発が行われた。また、建設省でも長寿社会における居住環境向上技術の開発が進められた（1987年～1991年）。これは、のちの「長寿社会対応住宅設計指針」（1995年策定）の基礎資料となるものである。

こうした取組みが、持家のバリアフリー化を促進した。

4. 市場機能重視の住宅政策と福祉政策（1995 年～2005 年頃）

（1）市場機能重視の住宅政策

1995（平成 7）年に発表された住宅・宅地審議会の答申「21 世紀に向けた住宅・宅地政策の基本的体系」では、今後の公共住宅政策は真に住宅に困窮する者を対象に補強・補完的に行えばよいとし、「21 世紀の公共住宅政策は、市場補完機能に限定すべき」と住宅政策の方向性を明確に示した。これが翌年の「第七期住宅建設五箇年計画」に反映された。この答申以降、住宅政策は明確に「市場主義」となった。

市場主義を進め、住宅困窮者のみを公共住宅政策の対象とする方針は、公営住宅にも影響を及ぼした。それまで公営住宅は、所得階層が比較的高い一種住宅と比較的低い二種住宅に分かれていたが、1996（平成 8）年の公営住宅法改正により種別区分が廃止となった。また、入居対象も収入分位 33%以下から 25%以下の階層へと引き下げられ（高齢者・障害者については 40%階層まで自治体の裁量で引き上げ可）、家賃算定も原価方式から応能方式に変わった。この改正には、「公営住宅を低所得者や高齢者などに限定する『残余化』の方向が一段と明確となった」（塩崎 2006）、「広義の社会福祉的役割の放棄」（鈴木 1996）、「公営住宅もセーフティネットの役割を果たしているとはいえない」（増永 2007）という批判が寄せられている。

また 1999（平成 11）年には、住宅・都市整備公団が「都市基盤整備公団」に、さらに 2004（平成 16）年には「都市再生機構」に変わった。この再編を機に都市再生機構は、賃貸住宅の新規建設・供給事業から撤退し、都市基盤整備および既存公団住宅ストックの管理、建替え業務のみを行うこととなった。このことは賃貸住宅の新規建設を民間に任せることを意味する。そして 2007（平成 19）年には、住宅金融公庫が「独立行政法人住宅金融支援機構」に移行し、これまでの直接融資業務から、民間金融機関が行う住宅ローン融資を支援する業務に転換した。いずれも市場主義重視の立場から行われた改編といえる。

2003（平成 15）年に、社会資本整備審議会住宅宅地部会から提出された「新たな住宅政策のあり方について（建議）」でも、市場機能の重視とストックの有効活用を中心とした新たな住宅政策の必要性和政策の具体的方向性についての提言が行われている。

公営住宅法の改正、住宅・都市整備公団の廃止、住宅金融公庫の解体が行われたことで、住宅関連三法の改編が終わった。そして住宅関連三法を前提に策定された「住宅建設五箇年計画」も 2005（平成 17）年に終了を迎えた。本間（2009）は、住宅関連三法の改編について「共通するのは国、自治体の公的住宅政策からの撤退であり、それに変わる国民の居住改善はそれぞれの自助努力と市場に委ねられた」と批判している。

（2）住宅政策から排除された住宅困窮者への対応

90 年代半ばから市場機能重視の住宅政策が進められたが、市場から排除された住宅困窮者への支援は 2000 年以降によりやく始まったといえる。2000（平成 12）年に発表された住宅・宅地審議会答申「21 世紀の豊かな生活を支える住宅・宅地政策について」では、「住宅宅地の取得、利用は国民の自助努力で行われるべき（中略）その一方で、努力しても自

力では望ましい居住を確保できない者には的確な支援を行う」と記されている。

2003（平成 15）年 9 月に発表の「新たな住宅政策のあり方について（建議）」では、新たな住宅政策の基本理念として「市場重視の政策に不可欠な消費者政策の確立と住宅セーフティネットの再構築」が掲げられた。この中で、「市場重視の中で、弱者切捨てとならないよう、消費者利益の保護とあわせ市場機能のみでは住宅を確保できない国民に柔軟かつ公平に賃貸住宅や住宅資金を提供できる住宅セーフティネットを整える必要がある。」と住宅セーフティネットの必要性をうたっている。

また、2005（平成 17）年に発表された社会資本整備審議会答申「新たな住宅政策に対応した制度的枠組みについて」でも、住宅政策の基本理念の 1 つとして「住宅困窮者の安定した居住の確保」を挙げている。具体的には、「経済的又は社会的理由によって市場において自力では適正な水準の住宅を確保することが困難な者の安定した居住を確保すること」とされている。

いずれも住宅を自力で確保できない者への支援が取り上げられているが、実際には民間賃貸住宅への家賃補助などは行われず、公共住宅の供給にとどまるのみであった。だが、頼みの綱であるはずの公営住宅でも、2005（平成 17）年の公営住宅法施行令の改正により、入居可能な高齢者の年齢が引き上げられ、収入超過者に対する家賃の引き上げも行われた。大都市では数十倍にのぼる公募倍率が続くにもかかわらず、結果的には、公営住宅の入居対象者がますます限定されることとなった。住宅セーフティネットの必要性が説かれているにもかかわらず、その実際は公営住宅の入居対象者を限定しようとするもので、住宅セーフティネットの対象者をかなり狭めてとらえようとしていることが明らかになった。塩崎（2006）も「結果的には膨大な貧困者が抽選に漏れることとなり、より劣悪な民間賃貸住宅に向かわざるを得ない」、「戦後の住宅政策において弱者に対する住宅保証が不十分であった上に、さらにそれを後退させようとしているところに根本的な要因がある」と批判している。

市場機能を重視し、それに合わない人に対して住宅セーフティネットを準備しようとする住宅政策に対し、塩崎（2006）は「最初から落ちないための居住政策を構築したほうがよい。居住の危機に陥った人びとへの居住支援策とともに、居住の危機に至らないための防止策―落ちないための居住の権利に根ざした居住政策が必要」と指摘している。

（3）さまざまな高齢者向け住宅の登場

住宅政策が市場主義に移行する 1990 年代中頃から、さまざまな高齢者向け住宅が登場するようになった。まず 1996（平成 8）年には、厚生省が北欧で広がるグループリビングを導入し、「高齢者グループリビング支援モデル事業」⁸⁾ を始めた。この事業は、高齢者が共同生活を送ることで孤独感や不安をなくし、自立した生活を継続することを目指したものであった。

また、民間賃貸住宅で数多くの高齢者が入居拒否されたことが問題視されたことを受けて、建設省は 1998（平成 10）年に「高齢者向け優良賃貸住宅制度」を創設した。高齢者向け優良賃貸住宅（以下、高優賃）とは、低廉な家賃（家賃補助もあり）設定がされた、バリアフリー仕様と緊急時対応サービスを備えた高齢者向け賃貸住宅である。家賃負担があることで低所得の高齢者も入居でき、民間事業者側も家賃を確保できるため、この制度

は一定の広がりを見せた。

高齢者が円滑に賃貸住宅に入居するための施策としてできたのが、2001（平成13）年制定の「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（通称、高齢者居住法）である。これにより、「高齢者専用賃貸住宅制度」が創設され、登録制度がはじまった。高齢者専用賃貸住宅（以下、高専賃）とは、高齢者の入居を拒まない高齢者円滑入居賃貸住宅（以下、高円賃）のうち、専ら高齢者を賃借人とする賃貸住宅で、入居者の居住の権利を法的に守ることをうたった住まいである。このように、この時期、短期間にさまざまな高齢者向け住宅が誕生している。

2003（平成15）年に発表された高齢者介護研究会の報告書「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—」では、団塊世代が65歳を迎える2015年に向けて、介護予防や地域包括ケアシステムの確立と並んで、「新しい住まい」が提案された。報告書では、要介護状態になっても安心して生活を継続するための「住まい」が必要であること、高齢者には住み替えの選択肢を用意することが示された。また、早めの住み替え先となる住まいには、高優賃やシルバーハウジング、有料老人ホームが、要介護状態になってからの住み替え先には、痴呆性高齢者グループホーム（原文ママ）や介護付き有料老人ホームやケアハウスのような特定施設があるとされた。いずれに住み替える場合でも「これらの『住まい』にきちんとした介護サービスが提供されることが重要」であり、「様々な形の『住まい』に対しても、特定施設のような形で介護サービスを提供していく仕組みを考えていくべき」と記されている。また、「これまでわが国では、福祉サービスの視点から住宅を考えるという視点は必ずしも意識されてこなかったが、これからの高齢社会では、このような新しい『住まい』を含め、『住まい』を必要な社会資本として整備していくことが望まれる」とある。この報告書によって、住まいが高齢者介護における基盤となることが明確に打ち出された。

（4）持家に対する住環境整備の推進

持家に対する住環境整備として進められたのが「リフォームヘルパー制度」である。リフォームヘルパー制度とは、厚生省が1993（平成5）年から始めたもので、福祉、保健・医療、建築分野の専門家がチームを組んで、要介護高齢者世帯等に出向き、手すりやスロープ設置等の住宅改善について、身体の状態、保健福祉サービスの利用状況等を踏まえて相談に応じ、助言を行うサービスである。2000（平成12）年の介護保険制度導入以降、「住宅改修指導事業」、「住宅改修支援事業」、「福祉用具・住宅改修支援事業」と名称が変化しながら続いたが、相談件数が縮小、廃止した地域もあり、地域間の格差が広がった（養輪2006）。

持家に対する住環境整備として大きな役割を果たしたのが、介護保険サービスの一つである「居宅介護住宅改修費の支給」である。これは厚生労働省の定める改修項目に対し、要介護度にかかわらず20万円の住宅改修費が支給されるものである。対象となる改修項目が6項目と限定されている、20万円では必要な改修が行えない、という批判もあるものの、それまで市区町村単位で、対象や助成費用にばらつきのあった住宅改修支援制度がはじめて全国一律の内容となった。それまで先進的な住環境整備を行っていた自治体の中には、介護保険法施行によりサービスが後退したところもあるが、それまで取組みがなかつ

た自治体でも住環境整備が行われることになったため、全体から見れば住環境整備の底上げにつながったといえる。

また、高齢者向けに住宅性能を高める取組みには、「住宅の品質確保の促進等に関する法律」（2000（平成12）年）によって創設された「住宅性能表示制度」がある。住宅性能表示制度では、高齢者や障害者の生活にどの程度配慮しているかを示す「高齢者等配慮対策等級」が定められた。この等級は長寿社会対応住宅設計指針が根拠になっている。

（５）住宅政策と福祉政策の連携欠如に対する反省

1995（平成7）年の社会保障制度審議会勧告では、「住宅、まちづくりは従来社会保障制度に密接に関連するとの視点が欠けていた」、「実質的には住宅問題であるものが福祉の問題として対策を迫られている事例もあり、生存と生活の基盤である住宅について、（中略）福祉との連携を重視した住宅政策の展開が不可欠である」と、社会保障制度において住宅やまちづくりを視野に入れてこなかったことを認めた。そして、最低居住水準を引き上げたうえで、それを上回る住宅の確保や、改造費補助や家賃負担などの公的助成、バリアフリー住宅の建設、バリアフリー基準の設定、生活支援員のいる小規模な集合住宅の整備などを進めるべきと明言した。

戦前には内務省社会局が公共住宅整備を担当し、低所得による住宅困窮世帯の生活確保と、不良住宅地区の改良を行ってきた。つまり、公共住宅の整備が福祉政策の一環として行われてきたといえる。だが、戦後以降は住宅政策と福祉政策がそれぞれに進められてきた。1995年の勧告は、これまでの住宅政策と福祉政策の連携欠如を指摘しているといえる。

1998（平成10）年に発表された「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」でも、地域福祉計画策定の際には住宅分野との連携を視野に入れるよう示された。だが、こうした勧告や中間まとめは目指す考えを示した過ぎず、法的拘束力や具体的な数値目標がないため、理念としてとどまるにすぎなかった。

2004（平成16）年に国土交通省住宅局から出された「住宅政策改革要綱－住宅政策の集中改革の道筋－」では、「公営住宅と民間住宅、商業施設、福祉施設等との一体的整備やソフト施策との連携を含めた福祉施設等との連携等を一層推進」という、住宅政策と福祉政策の連携の中身が示され、これまでより一歩進んだものとなった。だが、公営住宅等を建設する際には福祉施設を併設するといったハコモノとハコモノの組合せを示すにとどまり、高齢者の居住生活を支援するための政策間の連携というものではなかった。

前述した「新たな住宅政策に対応した制度的枠組みについて」（2005年）では、公的賃貸住宅ストックを有効活用した住宅セーフティネットの機能向上が盛り込まれた。住宅困窮者には、福祉政策との緊密な連携を図りながら自立支援を行い、居住の安定確保に取り組むことが必要、とあり、住宅政策と福祉政策の連携について記されている。

（６）居住に関する国際的な動向

世界人権宣言（1948年）や国際人権規約（1976年）で「居住の権利」が取り上げられたが、1991年の社会権規約委員会「適切な住居に対する権利」で、その内容がようやく具体化された。「適切な住居に対する権利」には、居住に関する法的な保護があること、負担可能なコストで居住できること、健康に影響のない居住条件であること、文化的なアイデ

ンティティーを考慮した家であること、など7項目がある。締約国には適切な住居に対する権利の実現を達成するための措置を講じることが求められた。

また、1996年にイスタンブールで行われた「第2回国連人間居住会議」（通称、ハビタットⅡ）では、「すべての人に居住を」と「都市化する世界における持続可能な人間居住」の2つのテーマが掲げられ、171の参加国が集った。そして「イスタンブール宣言（居住の権利宣言）」と「ハビタットⅡ・アジェンダ＝行動指針」が採択された。会議後、日本は批准国に義務付けられた報告書を提出したが、人権規約委員会では居住の人権が保障されていないと指摘⁹⁾し、政府に人権の回復・改善を求めた。のちに日本は、この勧告に従って「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法（通称、ホームレス自立支援法）」や「住生活基本法」を制定している。

5. 住み慣れた地域で暮らし続けることをねらいとした住宅・福祉政策（2006年～2014年）

（1）住み慣れた地域で暮らすことをねらいとした介護保険法改正

2000（平成12）年に施行された介護保険法は、2014（平成26）年までに3回の改正が行われている。2005（平成17）年の改正では、地域において包括的・継続的な介護を受けることができるよう、地域で支える介護を目指した。具体的には、地域包括支援センターが創設され、小規模多機能型居宅介護が導入された。小規模多機能型居宅介護は「通い」を中心とし、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせサービスを提供することができる。なじみの職員との関係の中で、中重度となっても高齢者が在宅生活を継続できるよう支援するサービスである。

また、2011（平成23）年の改正では、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組みを進めることが目標とされた。そして、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が創設された。これは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自身のもつ能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、定期巡回と通報による随時対応を合わせたサービスである。ただこのサービスはまだ始まったばかりのため、在宅生活期間の延長につながったか否かを検証するには、もう少し時間が必要といえる。他にも、高齢者の住まいの整備ということで、サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）の供給促進が含まれることになった。

2014（平成26）年の改正では、団塊世代が後期高齢者を迎える2025年に向けて本格的に地域包括ケアシステムの構築を目指す内容が盛り込まれた。住まいに特化した内容は見当たらないが、在宅医療・介護連携の推進、住民がサービス提供主体となる生活支援サービスの充実や強化などが含まれた。2025年には後期高齢者が急激に増加することで、医療・介護サービスが不足して、高齢者が安心して生活が続けられなくなる危険性を孕んでいる。2014年改正は、こうした2025年を見据え、それに間に合うように地域包括ケアシステムを整備することを主眼としたものであった。

（２）２００９年頃を境に変化する住宅政策・福祉政策の連携

地域包括ケアシステムの実現が進められる中、その前後で住宅政策と福祉政策の連携にも変化がみられる。

地域包括ケアシステムが登場する前は、集合住宅団地に介護・福祉サービスの拠点を整備することで住宅政策と福祉政策の連携を図ったとみなされていた。２００６（平成１８）年発表の住生活基本計画には、「高齢者、障害者等に配慮した賃貸住宅の供給と公的賃貸住宅等と福祉施設の一体的整備を推進する」とあり、２００８（平成２０）年発表の「社会保障の機能強化のための緊急対策～５つの安心プラン～」では、「公営住宅やUR都市機構賃貸住宅団地のストックを活用して介護・福祉サービスの拠点を整備するなど、ケア体制の整った住宅を整備」する、がそれにあてはまる。

だが、２００９（平成２１）年の「高齢者が安心して暮らし続けることができる住宅政策のあり方について（答申案の骨子）」では、これまでの内容に加え、「在宅介護が行われる場として住宅の整備を進めるとともに、生活支援・介護サービスの提供される住宅を含め、高齢者の生活する住宅と特別養護老人ホーム等の入所施設等を総合的かつ一体的にとらえ、高齢者の『住まい』を確保していくことが求められている。」と記されている。そして、「できるだけ在宅で暮らし続けたいという高齢者の意思が尊重され、実現できるよう、高齢者のニーズに叶った『住まい』やサービスを選べるようにするとともに、住宅施策と福祉施策が一体となって、高齢者の状況に応じた適切な『住まい』を提供するセーフティネットを確保することを目指すべきである。」と、高齢者の状態に応じた住まいの整備についても述べられるようになった。

また、同年、社会資本整備審議会から提出された答申「高齢者が安心して暮らし続けることができる住宅政策のあり方について」の中では、高齢者住宅施策の取組みの方向として５つの目標が示された¹⁰⁾。高齢者向け住宅については、「高齢者の生活を支援するサービスを提供する施設と一体となった高齢者向け賃貸住宅の供給を促進」することがうたわれている。なお、この答申は、２００９（平成２１）年の高齢者居住法の一部改正につながるものである。その後、２０１１（平成２３）年３月に発表された住生活基本計画でも、住宅政策と福祉政策の連携は「集合住宅に医療・介護サービス拠点を設ける」とことと「高齢者向け住宅の促進」という２つが含まれている¹¹⁾。

２０１１（平成２３）年の高齢者居住法改正では、従来の高円賃、高専賃、高優賃が一本化され、新たに、安否確認と生活相談を行うサ高住が創設された。サ高住は、地域包括ケアシステムの「住まい」として期待され、２４時間対応の「定期巡回・随時対応訪問介護看護」等の介護サービスと組み合わせることで、可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けると期待されている。だが、サ高住に備えられているのは生活相談と安否確認のみで、居住者に対する援助は各運営事業者に任されている。高優賃のように家賃負担があるわけではなく、介護サービスを併設するか否かは運営事業者の考えに任されている。また、地域の医療・福祉サービスの状況もそれぞれであるため、サ高住が必ずしも最期まで住み続けられる住まいであるかはわからない。

（３）実態が見えない住宅困窮者への居住支援

住宅建設計画法の廃止後、２００６（平成１８）年に誕生したのが「住生活基本法」である。

この法律では、住生活の安定確保や向上促進に関する施策の基本理念や、国や地方公共団体、住宅関連事業者の責務についてうたっている。とくに居住の安定確保については、「低額所得者、被災者、高齢者、子どもを育成する家庭等の居住の安定が確保されるよう、公的賃貸住宅のみならず民間賃貸住宅を含めた住宅セーフティネットの機能向上を目指す」と住宅政策改革要綱を踏まえた内容になっている。

実際に住宅セーフティネットを進めるために始まったのが「あんしん賃貸支援事業」である（2006（平成 18）年）。高齢者世帯をはじめとする入居契約を結びづらい世帯への支援と、契約手続きの立ち会いやトラブル対応といった賃貸人の不安解消のための仕組み構築が目指された。当初、自治体と協定を結んだ居住支援団体へのサポートが行われていたが、支援を求める人と物件のミスマッチが生じたこともあり、取組みは進まず、2010（平成 22）年には居住支援団体への財政支援が終了している。

2007（平成 19）年には、住生活基本法の基本理念にのっとり「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律」（通称、住宅セーフティネット法）が制定された。住宅セーフティネット法は、①公営住宅の整備、②地域優良賃貸住宅等（高優賃・特別優良賃貸住宅の再編）、③入居の円滑化のための枠組みの整備、の 3 つを基本方針に置く。そして、賃貸住宅供給促進に関する施策の基本方針を定めることにより、賃貸住宅の供給促進を図ることを目的とした。これに対し、本間（2009）は「住生活基本法を上位法として、今日、居住不安にさらされている人たちを対象とした住宅セーフティネット法やホームレス自立支援法とどう関係するのかなども明確に触れられていない」と批判している。住生活基本法の制定によって、わが国の住宅政策では、次のステージに移ったと考えられている。しかし公営住宅の建設・供給に関する建設目標が示されていないこともあり、「居住権を保証するものではなく、住宅政策を民間に委ね、公共住宅政策をいっそう後退させるもの」（船越 2008）という批判も寄せられている。

（４）地域のつながりの中で暮らすことへの言及

2009（平成 21）年に発表された「高齢者が安心して暮らし続けることができる住宅政策のあり方について（答申案の骨子）」では、これまでには見られなかった地域とのつながりについて言及している。具体的には「高齢者が暮らし続けていく上では地域とのつながりが重要である。地域の人々と交流し、地域の施設を利用することによって、高齢者が孤立することなく、豊かな気持ちで暮らすことができる。」、「近年増加する高齢者の孤独死の問題に対応するため、公営住宅や UR 賃貸住宅等においては、シルバーハウジング・プロジェクトによる LSA の配置などによる福祉サービスの提供を進めるほか、住宅管理と併せて見守りを行うなど管理体制の強化を図るべきである。」というものである。

これまでに高齢者が地域で住み続けることに触れた記述はあったものの、他者とのかわりの中で住み続ける、つまり居住生活の質について述べたものは見当たらない。高齢者の置かれている状況を鑑みて、こうした視点が住宅政策の中でも登場するようになったと思われる。

6. まとめ

本節では、「高齢者の居住に関わる戦後住宅・福祉政策の概観」として、戦後から 2014 年までのわが国における高齢者を取り巻く住宅施策、福祉施策のながれをみてきた。これにより明らかになった特徴は、次の 3 点である。

①わが国の住宅政策は、いまだ住宅セーフティネットの機能が十分ではない。1990 年代から住宅政策は「市場重視」となり、市場が機能するための施策が進められた。その一方で、自力で住宅を確保できない者には住宅セーフティネットを構築して対処しようとした。だが実際のところは、対象者は限定され、受け皿となる公営住宅の新規建設が進まず、低所得の民間賃貸住宅居住者へ家賃手当等も行われていない。住まいの獲得や維持が自己責任となり、住宅セーフティネットが十分に機能していないため、自力で住宅を確保できない者はもちろん、多くの人にとって安心・安定して住み続けられる環境とはなっていない。

②福祉施策と住宅施策の連携は進められているものの、その実態はいまだ高齢者の生活を支えるような連携にはなっていない。シルバーハウジングのように建設省と厚生省の共同所管となった例もあるが、集合住宅に福祉サービスの拠点となる施設を併設するというだけでは、高齢者の生活を支えるための連携としては十分とはいえない。市場機能を重視し、住宅セーフティネットも十分に機能しない住宅政策では、低所得高齢者や住宅困窮者は排除されてしまう。そうした人の中には福祉施策の点から援助できる人もいるが、対象とならない、あるいは発見されない場合には福祉施策からも漏れることになる。近年、福祉政策では予防を重視し、医療や介護の場面で予防の手立てがとられているが、住まいにおいては予防という視点はない。福祉施策と住宅施策で高齢者の居住生活を支えるための連携になっていないため、住宅施策の対象から外れ、福祉施策からも漏れた人は、居住問題を抱えたままの状態にある。

③高齢者向け住宅において、居住者が最期まで安心・安定して住み続けられるか、住宅が地域の医療福祉サービスの拠点となるかは運営事業者任せになっている。現在、高齢者の居住環境整備は高齢者向け住宅の供給を中心に進められ、住宅数は年々増加している。こうした住宅が高齢者の住まいとして重要な役割を担うことが期待されているものの、高齢者が最期まで安心・安定して住み続けるための方針は立てられていない。このため居住継続が可能か否かは運営事業者の考えによるところが大きく、高齢者の希望が叶わないこともある。また、高齢者向け住宅の中には医療・福祉サービスを併設するところもあるが、これを地域の医療・福祉サービスの拠点とするように促す施策も、現在のところみあたらない。

以上を踏まえ、次の 3 つを本研究の視座と考える。

1. 市場重視の住宅政策の中、住宅セーフティネットは十分に機能しておらず、自力で住宅を確保することが困難な低所得高齢者等に居住問題が生じていると考えられる。
2. 福祉施策と住宅施策の連携は進められているものの、それが居住継続を支えるものとなっていないため、居住問題を抱えたまま援助を受けられない高齢者がいると考えられる。
3. 高齢者向け住宅において、最期まで安心・安定して住み続けることを促す施策、地域の医療福祉サービスの拠点となることを促す施策はなく、運営事業者任せになっている。

疾病や障害を持つ高齢者はもちろん、自立高齢者にとっても安心して高齢者向け住宅に住み続けられるかどうかはわからない。

表 1－1 高齢者に関する戦後の住宅・福祉政策のながれ

西暦	和暦	住宅政策	福祉政策	社会背景
1945 年	S20 年	・ 罹災都市応急簡易住宅建設要綱 ・ 戦災復興院	・ 救済ならびに福祉計画に関する覚書（SCAPIN404 号） ・ 生活困窮者緊急生活援護要綱	・ 終戦
1946 年	S21 年		・ 旧生活保護法施行	
1947 年	S22 年			
1948 年	S23 年	・ 建設院（戦災復興院＋内務省土木局と統合） ・ 建設省（建設院から改称）（住宅政策・住宅行政が一元化）		・ 世界人権宣言
1949 年	S24 年			
1950 年	S25 年	・ 住宅金融公庫法制定	・ 厚生住宅法案提出 ・ 生活保護法制定 ・ 社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」	
1951 年	S26 年	・ 公営住宅法制定	・ 社会福祉事業法制定	・ わが国初の有料老人ホーム開所
1952 年	S27 年			
1953 年	S28 年			
1954 年	S29 年			・ 高度経済成長期（～73 年）
1955 年	S30 年	・ 日本住宅公団法制定 ・ 住宅建設 10 カ年計画策定		・ 65 歳以上世帯のうち、三世代世帯が占める割合は 50.1%
1956 年	S31 年			

1957 年	S32 年			
1958 年	S33 年			
1959 年	S34 年			
1960 年	S35 年			・ニュータウン開発開始
1961 年	S36 年		・国民健康保険法改正（国民皆保険体制発足）	
1962 年	S37 年		・家庭奉仕員派遣事業開始	
1963 年	S38 年		・老人福祉法制定	
1964 年	S39 年	・老人世帯向け公営住宅建設等実施要領（老人世帯向け特定目的公営住宅の供給）		・東京オリンピック
1965 年	S40 年	・地方住宅供給公社法制定		
1966 年	S41 年	・住宅建設計画法制定 ・第一期住宅建設五箇年計画	・養護老人ホーム・特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準制定	
1967 年	S42 年			
1968 年	S43 年		・国民健康保険法改正 ・中央社会福祉審議会「老人ホーム・老人向住宅の整備拡充に関する意見」	
1969 年	S44 年	・公営住宅（ペア住宅）開始	・寝たきり老人のための老人家庭奉仕員派遣事業創設 ・日常生活用具の支給事業創設	
1970 年	S45 年		・社会福祉施設緊急整備 5 カ年計画策定 ・中央社会福祉審議会答申「老人問題に関する総合的諸施策について」	・高齢化率が 7%を超える ・大阪万博
1971 年	S46 年	・第二期住宅建設五箇年計画 ・老人世帯向け特定目的公営住宅（対象を 60 歳以上に	・軽費老人ホーム見直し ・社会福祉施設緊急整備 5 カ年計画	・養護老人ホーム 1 人 1 室 入居請求事件訴訟

		引き下げ)	・ひとり暮らし高齢者への老人電話相談センター設置事業	
1972 年	S47 年	・高齢者同居世帯等に対する割増融資 ・日本住宅公団（ペア住宅）開始	・中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会「老人ホームのあり方」に関する中間意見提言 ・老人福祉法改正	
1973 年	S48 年		・老人医療費無料化	・福祉元年 ・住戸数が世帯数を上回る
1974 年	S49 年		・中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会「有料老人ホームのあり方に関する意見」	
1975 年	S50 年	・日本住宅公団（大型住戸）開始		
1976 年	S51 年	・第三期住宅建設五箇年計画		・第 1 回国連人間居住会議（通称、ハビタット） ・国際人権規約締結（日本は 79 年に批准）
1977 年	S52 年			
1978 年	S53 年		・ショートステイの制度化	
1979 年	S54 年		・デイサービスの制度化	・通産省新住宅開発プロジェクト（1979～85 年）
1980 年	S55 年	・公営住宅法改正（単身老人世帯の公営住宅への入居特例）		
1981 年	S56 年	・日本住宅公団が住宅・都市整備公団に改組 ・第四期住宅建設五箇年計画	・中央社会福祉審議会意見具申「当面の在宅老人福祉対策のあり方について」	
1982 年	S57 年		・老人保健法制定 ・老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱改正	

1983 年	S58 年			
1984 年	S59 年		・退職者医療制度	・日本世界一の長寿国へ
1985 年	S60 年		・社会保障制度審議会「老人福祉のあり方について（建議）」	
1986 年	S61 年	・第五期住宅建設五箇年計画	・老人福祉法改正 ・老人保健法改正（老人保健施設創設）	・バブル好景気（～90 年代初頭）
1987 年	S62 年	・高齢者向け世話付き住宅（シルバーハウジング）プロジェクト創設（建設省，厚生省）		
			・老人福祉法改正	
1988 年	S63 年		・社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）	
1989 年	H1 年		・高齢者保健福祉推進 10 か年戦略（ゴールドプラン） ・ケアハウス創設	・消費税 3 %
1990 年	H2 年	・シニア住宅供給推進事業制度化	・福祉八法改正 ・老人福祉法改正（在宅介護支援センター創設） ・寝たきり老人ゼロ作戦の推進	
1991 年	H3 年	・高齢者向け借り上げ公共賃貸住宅制度創設 ・第六期住宅建設五箇年計画 ・公営住宅等の公共賃貸住宅において手すりの設置，屋内の段差解消等の高齢化対応仕様を標準化		・社会権規約委員会「適切な住居に対する権利」
1992 年	H4 年		・第二次医療法改正（療養型病床群導入）	
1993 年	H5 年		・リフォームヘルパー制度創設	
1994 年	H6 年	・高齢者，身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律（ハートビル法）制定 ・高齢者向け公共賃貸住宅整備計画策定 ・生活福祉空間づくり大綱	・新ゴールドプラン策定 ・21 世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて	・高齢化率が 14%を超える

1995 年	H7 年	・住宅宅地審議会答申「21 世紀に向けた住宅・宅地政策の基本的体系」 ・長寿社会対応住宅設計指針策定 ・シニア住宅認定制度（民間住宅も対象に、後の高齢者向け優良賃貸住宅制度の創設）	・社会保障制度審議会「社会保障体制の再構築に関する勧告—安心して暮らせる 21 世紀の社会を目指して」	・阪神・淡路大震災
1996 年	H8 年	・公営住宅法改正（公営住宅入居資格の見直し） ・第七期住宅建設五箇年計画	・高齢者グループリビング支援モデル事業開始 ・介護保険制度案大綱作成	・第 2 回国連人間居住会議（ハビタット II）
1997 年	H9 年		・介護保険法制定 ・痴呆対応型老人共同生活援助事業が制度化	・消費税 5 %
1998 年	H10 年	・高齢者向け優良賃貸住宅制度創設	・社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）	
1999 年	H11 年	・住宅・都市整備公団が都市基盤整備公団に移行 ・住宅の品質確保の促進等に関する法律制定		
2000 年	H12 年	・住宅宅地審議会答申「21 世紀の豊かな生活を支える住宅・宅地政策について」 ・高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律（交通バリアフリー法）制定 ・住宅の品質確保の促進等に関する法律施行	・ゴールドプラン 21 策定 ・介護保険法施行 ・高齢者共同生活（グループリビング）支援事業	
2001 年	H13 年	・高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者居住法）制定（高齢者用賃貸住宅制度創設） ・安心ハウス構想発表 ・住宅性能表示制度の高齢者等配慮性能 ・第八期住宅建設五箇年計画		

2002 年	H14 年	・ 100 戸以上の大規模公営住宅団地の建て替えでは福祉施設の併設を原則化	・ 有料老人ホーム設置運営標準指導指針の改訂 ・ リバース・モゲージ（長期生活支援資金）新設 ・ ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法制定 ・ ユニットケア制度化	
2003 年	H15 年	・ 社会資本整備審議会「新たな住宅政策のあり方について（建議）」	・ 「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－」	
2004 年	H16 年	・ 都市基盤整備公団が廃止，都市再生機構設立 ・ 社会資本整備審議会住宅宅地分科会「新たな住宅政策に対応した制度的枠組みのあり方に関する中間とりまとめ」 ・ 住宅政策改革要綱－住宅政策の集中改革の道筋－		・ 高齢者の単独世帯が 65 歳以上世帯のうち 20%を超える
2005 年	H17 年	・ 住宅宅地審議会答申「新たな住宅政策に対応した制度的枠組みについて」 ・ 公営住宅法施行令改正 ・ 住宅建設五箇年計画終了 ・ 高齢者専用賃貸住宅の登録開始 ・ ユニバーサルデザイン大綱	・ 介護保険法改正（特定施設入居者生活介護・外部サービス利用型の設置，ホテルコスト導入）	
2006 年	H18 年	・ 住生活基本法制定 ・ 住生活基本計画策定 ・ 高齢者，障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律（バリアフリー新法）制定 ・ あんしん賃貸支援事業	・ 厚生労働省，療養病床削減方針発表	
2007 年	H19 年	・ 住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関	・ 終末期医療のガイドライン	・ 75 歳以上高齢者が占め

		する法律（住宅セーフティネット法）制定 ・高優賃：地域優良賃貸住宅（高齢者型）に再編 ・住宅金融公庫：独立行政法人住宅金融支援機構に移行		る割合が総人口の 10%を 超える ・高齢化率が 21%を超え る
2008 年	H20 年	・安心住空間創出プロジェクト開始	・社会保障国民会議中間報告 ・社会保障国民会議最終報告 ・社会保障国民介護第二分科会 中間とりまとめ ・社会保障の機能強化のための緊急対策～5つの安心プラン ・高齢者の医療の確保に関する法律施行	
2009 年	H21 年	・社会資本整備審議会答申「高齢者が安心して暮らし続けることができる住宅政策のあり方について」 ・高齢者の居住の安定確保に関する法律改正		
2010 年	H22 年			
2011 年	H23 年	・住生活基本法改正 ・住生活基本計画（全国計画）	・介護保険法改正（地域包括ケアシステム） ・社会保障・税一体改革成案 閣議報告	・東日本大震災
		・高齢者の居住の安定確保に関する法律改正（高円賃，高優賃，高専賃の廃止，サ高住の登録制度）		
2012 年	H24 年		・社会保障制度改革推進法 ・社会保障・税一体改革大綱 閣議決定	
2013 年	H25 年		・社会保障制度改革国民会議報告書 ・生活保護法改正 ・生活困窮者自立支援法成立（住宅確保給付金の支給）	・2月，サ高住 10 万戸 ・空き家数 820 万戸
2014 年	H26 年	・空家等対策の推進に関する特別措置法成立	・介護保険法改正（介護予防・日常生活支援総合事業創設）	・特養待機者 52.4 万人

第2節 高齢者の居住問題の全体像と先行研究の検討

この節では、自宅、高齢者向け住宅、高齢者施設、それぞれに生じる高齢者の居住問題と、どの住まいにも影響する地域における居住問題を加え、居住問題の全体像として表す。その上で、各住まいに生じる居住問題とそれらに対する先行研究で明らかになっている点を整理し、本研究の位置づけを明らかにする。

1. 高齢者を取り巻く居住の全体像

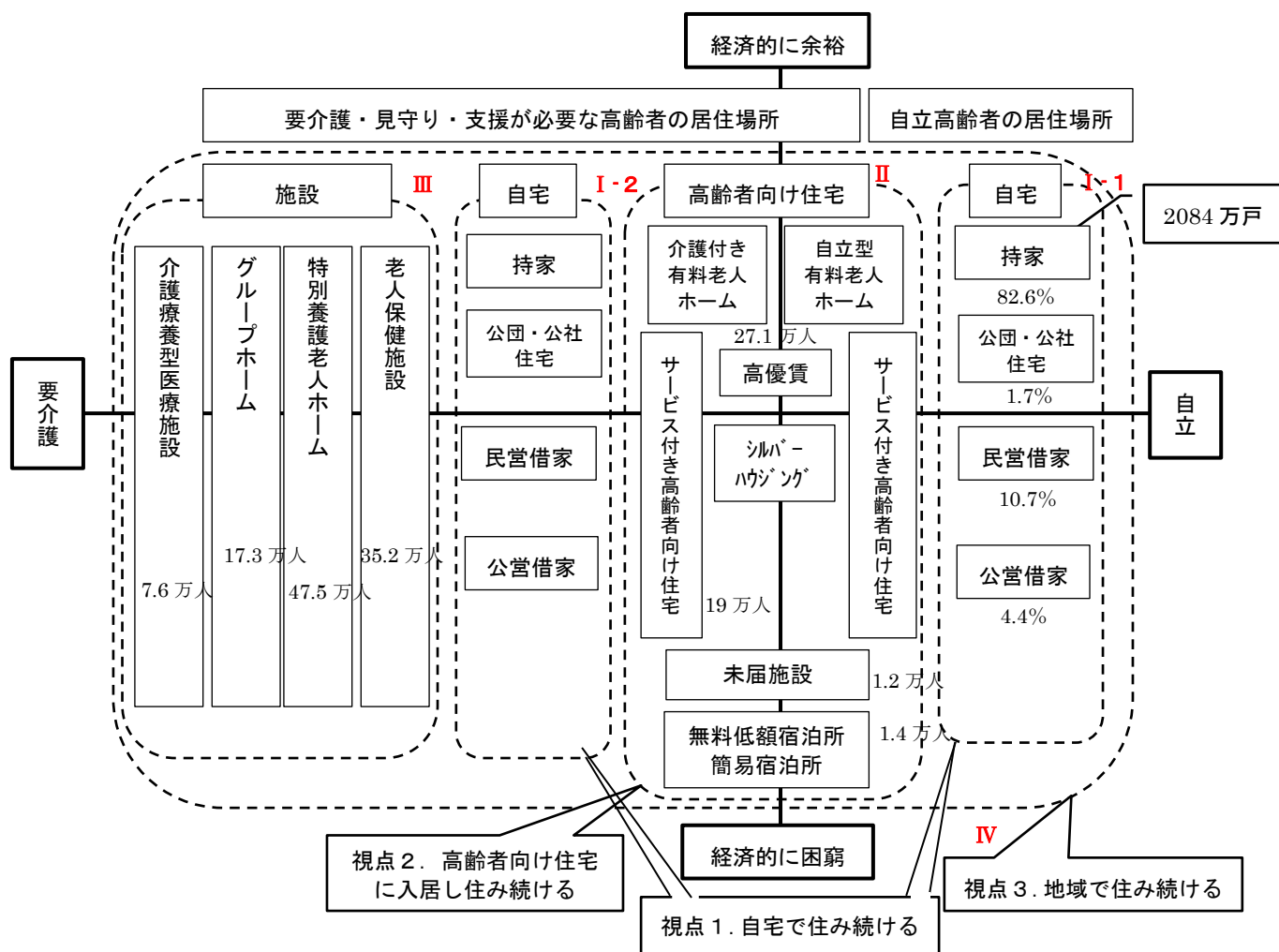
2014（平成26）年10月1日時点で、わが国の65歳以上の高齢者は3,300万人を占め、高齢化率は26.0%に達する。高齢者の居住の場には、主に自宅、高齢者向け住宅、施設の3つがあり、高齢者の「健康状態」と「経済状態」の2軸で整理すると、居住の全体像は図1-1（図0-1再掲）のように表わすことができる。

高齢者の健康状態から見れば、居住場所は「自立高齢者の居住場所」と「要介護・見守り・支援が必要な高齢者の居住場所」の2つに分けることができる。「自立高齢者の居住場所」はほとんどが自宅（Ⅰ-1）であるが、「要介護・見守り・支援が必要な高齢者の居住場所」は、自宅（Ⅰ-2）、高齢者向け住宅（Ⅱ）、施設（Ⅲ）に分けることができる。

「平成25年住宅・土地統計調査」によれば、65歳以上の人がある世帯で自宅（Ⅰ-1、Ⅰ-2を合わせたもの）に住むのは2,084万戸にのぼる。このうち持家に住む人が82.6%と最も多く、民営借家（10.7%）、公営借家（4.4%）、公団・公社住宅（1.7%）が続く。

高齢者向け住宅では、自立型や介護付きを含め有料老人ホームに居住する人が27.1万人いる。また、今後その数を増やすことが検討されているサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）は約19万人である。また65歳未満の人も居住しているが、未届施設には1.2万人、無料低額宿泊所には1.4万人が暮らしている。

介護保険施設である老人保健施設の定員は35.2万人、特別養護老人ホームは47.5万人、介護療養型医療施設は7.6万人あり、これにグループホームの17.3万人を加えると、107.6万人分用意されていることとなる。



※未届施設、無料低額宿泊所の入所者数は65歳未満の者も含む

図1-1 高齢者の居住の全体像と本研究で取り上げる3つの視点（図0-1再掲）

2. 自宅に住む高齢者の居住問題

自宅には、持家、公団・公社住宅、民営借家、公営借家などが含まれる。まずはそれぞれの住まいに生じる居住問題を取り上げ、その後自宅に暮らす要介護・見守り・支援が必要な高齢者の居住問題について論述する。

（1）非バリアフリー構造の持家

現在、高齢者全体の8割を越える人が持家に住んでいる。持家におけるバリアフリーの整備状況（高齢者のための設備がある住宅の割合）は、5年前の調査時に比べ2.2ポイント上昇しているものの、50.9%と半数にとどまっている¹²⁾。このうち、手すりがある割合は40.8%で、高齢者等のための設備がある住宅といっても、すべてに手すりが設置されているわけではない。また、段差のない屋内は21.4%と、さらにその値は低くなる。屋内での転倒が骨折や寝たきりの原因になることは少なくない。借家に比べ、広く、自身で住

宅改善を行いやすい持家であるが、高齢者等のための設備はいまだ十分に整備されているとはいえない。

（２）家庭内事故

高齢者の家庭内事故で亡くなる人の数は、交通事故の死者数よりも多い。平成 26 年の人口動態統計によれば、家庭内における不慮の事故死は 39,029 件にのぼり、そのうち 65 歳以上は 31,139 人と約 8 割を占める。最も多い事故は「不慮の窒息」(8,612 人)だが、「転倒・転落」(6,853 人)や「不慮の溺死及び溺水」(6,377 人)が上位に位置する（表 1－2）。こうした事故が起こる背景には、室内と廊下等の温度差によるヒートショックや、室内に段差があるなど、家屋環境が影響している。

表 1－2 家庭内における不慮の事故死

	総数	うち 65 歳以上
不慮の事故死	39,029	31,139 (79.8%)
転倒・転落	7,946	6,853 (86.2%)
不慮の溺死及び溺水	7,508	6,377 (84.9%)
不慮の窒息	9,806	8,612 (87.8%)
煙・火及び火災への曝露	1,086	795 (73.2%)
有害物質による不慮の中毒及び有害物質の暴露	677	195 (28.8%)

（出典：人口動態統計 2014（平成 26）年より筆者作成）

（３）老朽化する公団・公社住宅

公団・公社住宅は、住宅不足の解消をねらいとして、昭和 30 年代から三大都市圏（関東大都市圏、中京大都市圏、近畿大都市圏）を中心に建設が始まった。現在入居から 50～60 年が経過する住宅もあり、建物の老朽化が進んでいる。中には建て替えの検討が行われる住宅もあるが、建て替えに伴う家賃上昇への不安から最小限の修繕にとどめてほしいという居住者の声もある（碓田ら 2004）。古くなった公団・公社住宅では、居住者の高齢化が進むとともに低収入世帯や単身・夫婦のみ世帯が多いこともあり、団地内コミュニティが低下している。

（４）入居制限のある民間借家

2007（平成 19）年に住宅セーフティネット法が成立したが、今なお民間賃貸住宅では入居希望者に対し入居制限が行われている。ハウジングアンドコミュニティ財団（2006）が行った全国調査によると、政令指定都市や特別区で家主による入居制限が「少し顕在化している」、「非常に顕在化している」を合わせると 79.4%を占める。都市部を中心に入居制限が行われている。この入居制限の対象となる人で最も多いのが「高齢者」である。

また、三菱総合研究所（2013）の調査によれば、家主が個人よりも管理会社や仲介従業者のほうが高齢者の入居制限を行う割合が高く、4 割を超える。管理会社やサブリース会

社は多くの物件を扱うこともあり、6割の会社で実際に死亡事故等の経験・対応があるという(表1-3)。管理会社やサブリース会社が高齢者に物件を貸さない理由としては、「死亡事故(自殺・孤独死・事件等)に伴う原状復帰や残地物処分等の費用への不安」が8割にのぼり、次に「自己所有物件の居室内での死亡事故そのものへの漠然とした不安」が7割を超える(図1-2)。多数の物件を扱う管理会社やサブリース会社では、高齢者の死後の対応やそれにかかる費用負担への不安から、居住制限をしていることがわかる。

高齢者が転居先に民間賃貸住宅を選択しても、そもそも入居がかなわないという問題が生じている。

表1-3 運営主体による入居制限と死亡事故経験の有無

	高齢者に対する入居制限の有無			死亡事故等の経験・対応の有無		
	ある	ない	無回答	ある	ない	無回答
管理会社	47.0%	53.0%	0%	69.2%	28.7%	2.2%
サブリース会社	34.9%	64.0%	1.2%	61.6%	37.2%	1.2%
仲介業者	41.7%	58.3%	0%	-	-	-
個人賃貸人(相続)	13.6%	86.4%	0%	6.4%	93.6%	0%
個人賃貸人(自己資金)	11.4%	88.6%	0%	4.4%	95.6%	0%

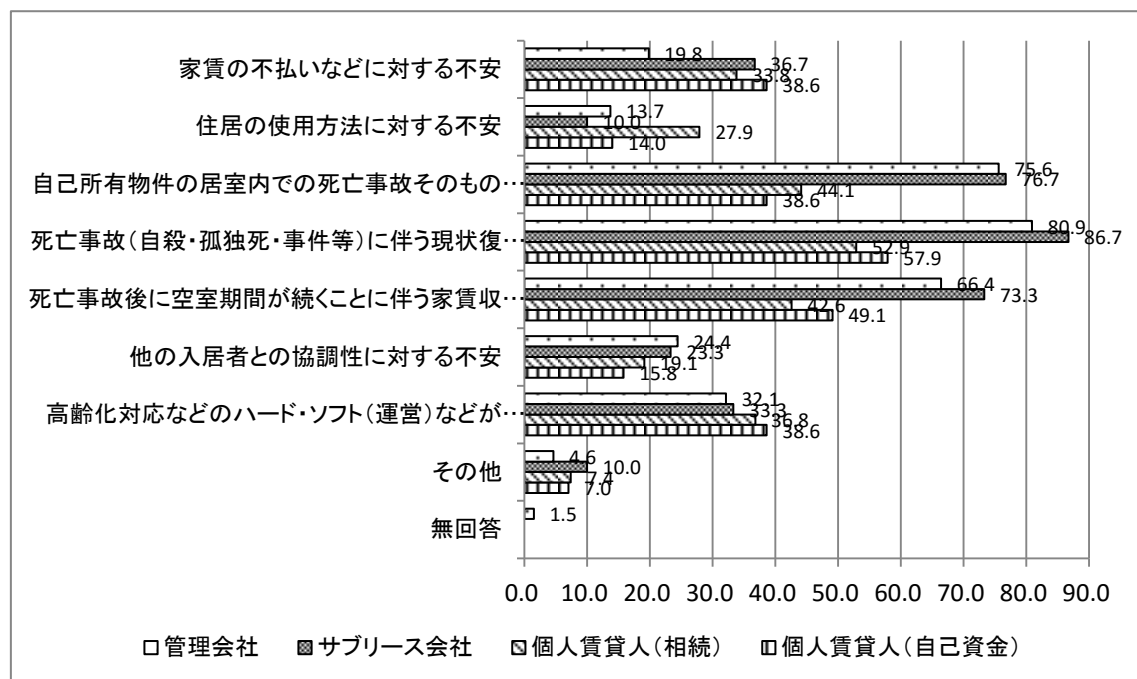


図1-2 高齢者に物件を貸さない理由

(表1-3, 図1-2 出典:三菱総合研究所(2013)「高齢者等の居室内での死亡事故等に対する賃貸人の不安解消に関する調査報告書」)

（５）狭小で物理的条件が悪い低家賃民営借家

高齢者全体の８割を越える人が持家に住むものの、世帯別にみれば高齢単身世帯で持家に住む人は６割にとどまり、民営借家が２割、公営借家が約１割と、高齢単身世帯では借家に住む割合が高い（表１－４）。

住宅には最低居住面積水準と誘導居住面積水準が定められているが、必ずしもすべての人がこの水準を超えた住宅に暮らしているのではない。最低居住面積水準を満たしていない割合は、高齢者世帯全体で３.３％であるのに対し、高齢者単身世帯で民営借家（木造）に住むものは２２.８％、民間借家（非木造）に住むものは３０.４％にも達する。誘導居住面積水準未満の者は、高齢者単身世帯で民営借家（木造）に住む人の６６.３％、民間借家（非木造）に住む人の６１.３％、高齢夫婦世帯で民営借家（木造）に住む人の６５.１％、民間借家（非木造）に住む人の５８.７％に達する（表１－５）。つまり民営借家に住む高齢単身者や夫婦世帯の６割が誘導居住面積水準以下の住宅に暮らしていることになる。ここから高齢者の住む民営借家が狭小であることがわかる。

さらに民営借家には、物理的条件が悪いという問題もある。岸岡（２０１３）は、民間賃貸住宅のなかでも低家賃住宅は、築後年数が古く、旧耐震のものや腐朽・破損のある物件が多いなど、物理的条件が悪い傾向にあると指摘している。また、黒田（２００３）は、民営借家は公営借家に比べ、居住水準や高齢者対応設備という面で悪条件の住宅が多いと述べている。低所得高齢者には一部で家賃補助が行われるが、低質な借家に家賃補助をしても、家賃補助の費用が家主に吸収され、環境改善につながるかは不明である。

表１－４ 高齢者のいる世帯の型別住宅の所有の関係別割合

	持家	公営の 借家	都市再生機構 （UR） 公社の借家	民営借家 （木造）	民営借家 （非木造）	給与住宅
65歳以上の いる世帯	82.8%	4.4%	1.7%	5.4%	5.3%	0.2%
高齢単身世帯	65.7%	8.6%	3.0%	10.3%	11.7%	0.2%
高齢夫婦世帯	87.2%	3.8%	1.6%	3.8%	3.2%	0.2%

表１－５ 高齢世帯・住宅の所有区分と最低居住面積水準、誘導居住面積水準の割合

		最低居住面積 水準以上	最低居住面積 水準未満	誘導居住面積 水準以上	誘導居住面積 水準未満
高齢世帯員のいる主世帯		96.6%	3.3%	72.5%	27.3%
高齢 単身 世帯	持家	99.4%	0.6%	91.9%	8.1%
	民営借家（木造）	77.2%	22.8%	33.7%	66.3%
	民営借家（非木造）	69.6%	30.4%	38.7%	61.3%
	公営借家	96.4%	3.7%	64.7%	35.3%
高齢 夫婦 世帯	持家	99.7%	0.3%	88.5%	11.5%
	民営借家（木造）	89.9%	10.1%	36.9%	65.1%
	民営借家（非木造）	89.5%	10.5%	41.3%	58.7%
	公営借家	95.2%	4.8%	39.6%	60.4%

（表１－４、１－５ 出典：総務省統計局「平成２５年住宅・土地統計調査」）

(6) 空き室がなく高齢化が進む公営住宅

低所得者向けの住まいとして供給される公営住宅は、2008（平成 20）年時点で、全国に 209 万戸あり、賃貸住宅全体（約 1,717 万戸）の 11.8%を占めている。家賃は地方公共団体の裁量により決まり、家賃の減免も可能である。2007（平成 19）年度の全国平均家賃は 20,271 円であった。また、入居収入基準があり、原則として月収 15.9 万円以下（収入分位 25%以下、3 人世帯年収約 400 万円以下に相当）でなければ入居することはできない。ただし、地方公共団体の裁量により高齢者等では月収 21.4 万円以下まで引き上げることができる。

低所得者向けの公営住宅であるが、高齢者の収入が基準を下回っても入居するのは簡単ではない。その理由は、応募倍率が高いためである。大都市圏では公営住宅の入居倍率が 10 倍を超え、空き家率が 3 %未満である。このため、希望があっても入居できない。応募倍率が高くなる理由は、公営住宅の管理戸数が増えず、募集戸数も減少傾向にあるためである（図 1－3）。

近年、公営住宅では居住者の高齢化が指摘されている。朝日新聞の調査（2014 年 12 月 13 日朝刊）によれば、全国の公営住宅において一人暮らし高齢者は、全世帯の 4 分の 1 を占める。なかでも岡山市（37%）、神戸市（35%）、横浜市（32%）の公営住宅ではいずれも 3 割を超える。阪神・淡路大震災後にできた復興公営住宅では、2013（平成 25）年までに孤独死が 800 人を超えた。孤独死の定義が定まっていないため、各公営住宅における孤独死の実態は明らかになっていないが、高齢化する住宅の中でつながりを持たず、死後見つかるまでに時間がかかることが問題となっている。

低所得高齢者の住まいとして、選択肢の一つとなる公営住宅だが、実際には空き室がないため転居が難しく、特に大都市圏では住み替え先になりにくい。また居住者も高齢化・単身化が進み、住民同士のつながりが希薄しているという問題も生じている。

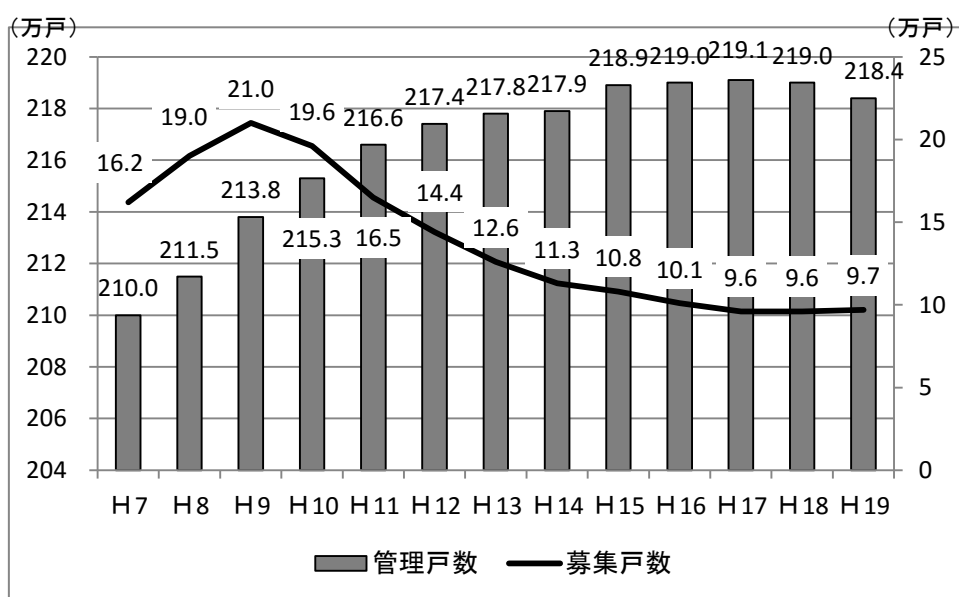


図 1－3 公営住宅の管理戸数と募集戸数 （出典：国土交通省資料）

（７）要介護・見守り・支援が必要な高齢者の自宅における居住問題

要介護・見守り・支援が必要な高齢者の自宅で生じる居住問題には、先述したような非バリアフリー構造や老朽化という問題がある。自立度が低下した高齢者の場合、非バリアフリー構造の住まいは動作が制限されるため、ADLの低下につながる。また、手すり等がついていれば、本人が手すりを持って体を支えることもできるが、手すり等がなく自分の体を自らでは支えられない場合には、介護者に大きな負担がかかる。また段差があれば室内の移動介助も行いにくく、介護負担も大きなものとなる。

公団・公社住宅や公営住宅のように、建物の老朽化や居住者の低所得化が進むと、非バリアフリー構造により動作が制限されることに加え、住民のつながりの希薄化や支え合いの難しさといった居住問題も生じる。特に外出が困難な高齢者の場合、近隣住民が最も交流しやすい相手となるが、互いに支援が必要な状態では、近くにいっても顔をあわせる機会も少なく、近所付き合いをすることも難しくなる。

さらに民営借家のように狭小で入居制限があったり、家賃負担が大きいという居住問題は、支援が必要な高齢者にとってより大きな問題となる。家が狭小だと、十分な介護スペースが確保できず、必要な介護用品を置くことができない。また、新たに民営借家に入居しようとしても健康状態が悪ければ、入居することがより困難となる。そして民営借家や公営住宅などの借家では、大家の許可がなければ自由に住宅改善を行うことはできない。このため、身体状況に合った住環境整備が行えないという問題も生じる。

3. 高齢者向け住宅に住む高齢者の居住問題

ここでは、高齢者向け住宅の居住問題を取り上げる。はじめに、これまで各種作られてきた高齢者向け住宅に関する先行研究を読み解き、高齢者向け住宅の居住問題が先行研究においてどこまで明らかにされてきたのかを論じる。その上で、各種高齢者向け住宅に共通する居住問題、現在高齢者向け住宅の中心となって供給されるサ高住における居住問題、有料老人ホームにおける居住問題、低所得者の受け皿となっている無料低額宿泊所や簡易宿泊所における居住問題を既存の調査等から整理して論じる。

3-1. 高齢者向け住宅に関する先行研究

高齢者向け住宅を対象とした研究は1980年代後半から始まる(園田 2009)。初期には、シルバーハウジングやシルバーピアに関する研究が登場し、LSAの役割(宮崎 2003; 西田 2010)や近隣交流の効果(巖 2002)を扱った研究が多かった。

1998(平成10)年に創設された高優賃でも、居住者同士の交流に焦点を当てた研究が多い(村田 2004; 齋藤 2004; 稲垣 2006)。その一方、運用に着目した研究(谷 2006)からは、自治体が長期の家賃補助をするため、それが負担となって高優賃の供給を控えていることを明らかにしている。これは高優賃の制度に起因する居住問題を取りあげた研究といえる。

高優賃の次に登場したのが、2005(平成17)年から登録制度が始まった高専賃である。高専賃には、早めの住み替え先として自立高齢者を入居対象とするものと、要介護度が重い高齢者を入所対象者とするという異なるタイプのものがある(佐藤 2010; みずほ情報

総研 2012). 石井 (2008) はそうした実態を踏まえて、高専賃を「自立型」と「施設代替型」に区分けしている。また、高専賃によってサービスの付帯状況が異なり、事業者によって内容や質にばらつきがあるため、必ずしも高齢者が住み続けられるかは明らかになっていない (伊藤 2009)。ほかにも、一部の高専賃は「有料老人ホームの代替であり、支払い能力がある層で特養入所を待てない人々のための早めの施設」 (大塚 2009) となっていることを指摘する研究もある。松岡 (2011) は、こうした状況を「高齢者専用賃貸住宅は制度上『住宅』であるが、実質的に『介護保険施設に近い』ものが半数以上を占めているとすれば、利用者は名前だけでは実質面の正しい理解ができないであろうし、これをベースに地域福祉計画、高齢者居住安定確保計画を策定すると、建てられたものの多くが『介護保険施設に近い』ものになってしまう」と高専賃の位置づけが不明瞭なゆえに生じる居住問題があることを指摘している。

2011 (平成 23) 年の高齢者居住法改正により、高齢者向け住宅はサ高住に一本化された。2014 (平成 26) 年 5 月末時点で、サ高住の登録数は 4,626 件、148,632 戸にのぼる。サ高住に関する研究はまだ十分な蓄積はないが、地域包括ケアシステムの中でどのような役割を果たすかが注目されている。太田 (2012) は、サ高住が在宅生活の「限界点」を引き上げられるのか、たとえできたとしても新たな「ハコモノ」の乱造に終わらないか、今後検証すべきと論じている。

有料老人ホームに関する先行研究では、契約に着目した研究が少なくない (黒田 2010 ; 吉村 2011)。有料老人ホームの契約は市場のサービス購入と性質が異なるにもかかわらず、その点が明確にされていない。このため、契約の質の違いを販売者と購入者の認識が一致していない点が居住問題の根底にある。また、他には介護費用を取り上げた野口 (2014) の研究もある。野口は、住宅型ホームに入居する長期療養高齢者には、社会保険料の徴収、一部自己負担に加え、保険外サービスや住宅に対する自己負担があるため、家計が圧迫され、生活がますます息詰まる構造になっていると述べる。

高齢者向け住宅の先行研究を概観すると、当初は住民間の交流や LSA 等の働きに着眼した研究が多かったが、次第に運用面、問題点に着目する研究が行われるようになった。近年は、高齢者向け住宅が施設の代替や、施設への待機場所という機能を併せ持っていることが明らかになってきた。だがその背景にどのような住宅・福祉政策が影響しているのか、また高齢者向け住宅で安心・安定して住み続けられる住まいであるのか等は、十分に明らかになっていないとはいえない。

3-2. 高齢者向け住宅における居住問題

(1) 多種多様な高齢者向け住宅

自宅以外の住まいには施設や高齢者向け住宅があるが、その種類は多く、設備やサービスはそれぞれに異なる (表 1-6)。施設といえども介護保険法に規定される施設と老人福祉法に基づく施設があり、認知症高齢者向けのグループホームなど、法律上は施設サービスに含まれないものもある。また、高齢者向け住宅も、高齢者居住法施行以前からある高齢者円滑入居賃貸住宅 (以下、高円賃) やシルバーハウジングをはじめ、高優賃、サ高住と複数の種類がある。シルバーハウジングにはバリアフリー設備があり、ライフサポートアドバイザー (LSA) の配置が定められているが、高円賃は高齢者の入居を拒まないとい

うだけで、生活を見守る職員は配置されておらず、必ずしもバリアフリー化されているわけではない。また、老人福祉法の特例措置として、有料老人ホームであっても、サ高住として登録できるといった制度もあり、高齢者や家族が住まいの違いを理解して選択するのは困難である。

高齢者が転居先を検討する際、それぞれの住まいについて十分な情報を入手できるか否かは本人や家族の努力にかかるところが大きく、運営事業者との間には情報の非対称性が存在する。また、転居後に要介護状態となったり、想定以上の長生きにより家賃負担ができなくなると、再び住み替え先を探すことになる。高齢者の場合、将来の予測が立てにくいことも選択の難しさにつながる。

表 1－6 高齢者向け施設・住宅等の一部

	根拠法	名称	サービス状況	内容
介護 保険 施設	介護 保険法	特別養護老人ホーム	介護老人福祉施設	日常の世話や介護
		老人保健施設	介護老人保健施設	リハビリテーションを中心とした医療ケアと介護
		介護療養型医療施設	介護療養型医療施設	日常的な医療ケアや慢性的なリハビリテーションと介護
		認知症高齢者グループホーム	認知症高齢者対応型共同生活介護	認知症高齢者を対象とした日常の世話や介護
居住系 施設	厚生省 通知	生活支援ハウス	地域の居宅サービスを利用	生活に不安のある高齢者の一時的な住まい
	老人 福祉法	養護老人ホーム	特定施設入居者生活介護	生活困窮者の入所施設
		有料老人ホーム 介護付き有料老人ホーム		主に中高所得高齢者の住まい
		住宅型有料老人ホーム	地域の居宅サービスを利用	
		健康型有料老人ホーム	要介護状態になったら退去	
		軽費老人ホーム ケアハウス	特定施設入居者生活介護	低所得者向けの高齢者の住まい
		A型・B型・都市型		
賃貸 住宅	高齢者 居住法	高齢者円滑入居賃貸住宅	地域の居宅サービスを利用	高齢者の入居を拒まない賃貸住宅
		高齢者専用賃貸住宅		高齢者専用の賃貸住宅
		高齢者向け優良賃貸住宅		都道府県知事の認定を受けた整備費・一部家賃補助のある高齢者専用賃貸住宅
		サービス付き高齢者向け住宅		高齢者専用の賃貸住宅
		シルバーハウジング		高齢者世帯向け公営住宅
分譲 住宅	制度外	シニア向け分譲マンション		高齢者世帯向け分譲住宅

（出典：健康・生きがい開発財団（2012）「低所得高齢者を対象とした住宅事業の実態調査研究および居住支援ニーズ調査事業報告書」）

（２）医療・介護サービスが運営事業者によって異なる

高齢者住宅財団（2013）によると、サ高住入居者は、「自立」が12.8%いるものの、「要介護1」が20.1%と最も多く、「要介護3以上」の人は28.3%を占める。そして入居前の住まいは、「自宅や親族の家」（57.2%）が最も多く、次に「医療機関」（18.1%）、「介護保険三施設」（4.8%）が続く。介護度別にみると、自立高齢者では「自宅・親族の家」から入居する割合が高く、要介護度が高い高齢者は「医療機関」から入居する割合が高い。

サ高住への入居理由は、「独り暮らしが不安になったため」（78.5%）、「介護が必要になったため」（73.4%）がそれぞれ7割を超える。自立高齢者にとっては、独り暮らしの不安を解消するための入居であり、要介護高齢者の場合は介護を受けるための転居といえる。

サ高住の退去理由は「死亡による退去」（23.9%）が最も多く、次に「医療機関への入院」（17.2%）が続く。特別養護老人ホームやグループホーム、老人保健施設・療養型への入所はあわせて16.0%になる。

このことから、サ高住は一人暮らしが不安になった自立高齢者が自宅から住み替える場であるのと同時に、介護を必要とする要介護高齢者には施設入所待ちの場となることがわかる。また、退去者の4分の1がサ高住で最期を迎えることから、終の棲家としての機能もある。しかしながらサ高住には、介護・看護職員の配置義務はない。サ高住によってはこうした職員を住宅内に配置して対応するところもあれば、併設する施設や医療機関からサービスが提供される場合や、地域の医療福祉サービスを利用する場合があり、住宅によって異なる。

サ高住における居住問題は、それぞれのサ高住が持つ機能と居住する高齢者のニーズや心身状況が合致しない場合に起こると考えられる。居住者の心身状況の変化にあわせて、運営事業者がサービスを提供するか否かは、運営事業者にまかされており、居住者はそれに従うほかない。

（３）運営事業者による抱え込み

サ高住で問題視されているのが、居住者の「抱え込み」である。抱え込みとは、運営事業者が医療や介護サービス事業者を指定し、居住者が自由に選択できないことを指す。

高橋（2014a）によると、1つ以上の併設施設を持つサ高住は82.0%もあり、なかでも「訪問介護」（50.3%）や「通所介護・通所リハ」（52.1%）は併設率が高い（図1-4）。もちろん併設施設を持つサ高住のすべてが抱え込みをしているわけではないが、サ高住と同一の法人が運営する介護事業所の利用を、居住者に強要するケースもある。またサ高住のなかには、「併設施設を利用すると、サービス付き高齢者向け住宅の家賃を値引きする」ケースもある¹³⁾。運営者事業者側は収入確保のために、自法人の多くの医療・介護サービスを利用させたいのだろうが、抱え込みは居住者からサービス選択の機会を奪うだけでなく、適正な家賃やサービス料金をわかりにくくする問題も孕んでいる。

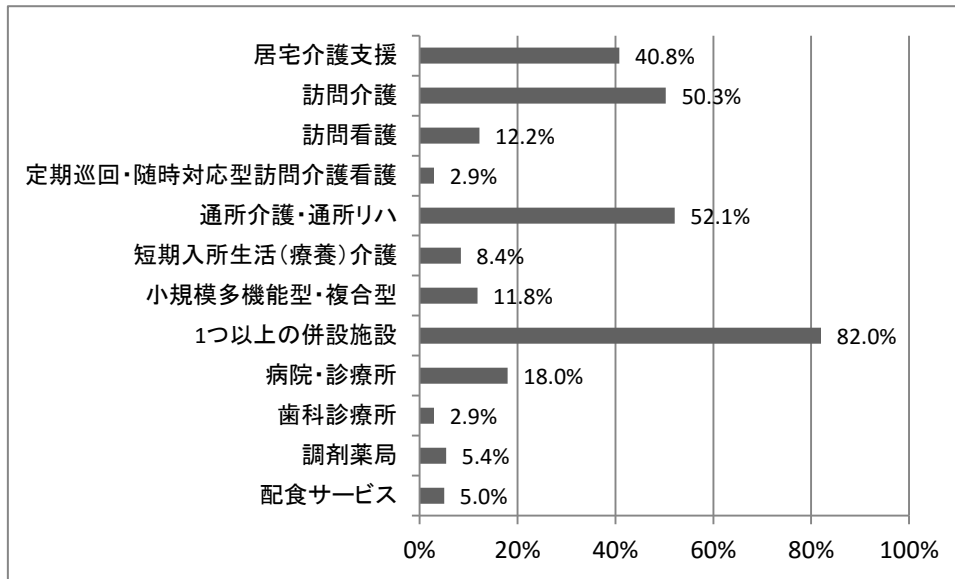


図 1－4 サ高住の併設施設

(出典：高橋紘士 (2014a)「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査研究事業報告書」)

(4) 過剰な介護保険サービスの提供

利用者の抱え込みと合わせて問題となるのが、過剰な介護保険サービスの提供である。なかには、区分支給限度基準額いっぱいの介護保険サービスを利用することを契約時の条件としているケースもあるという。

現在、集合住宅における過剰な介護保険サービスを防ぐために、居宅療養管理指導を除く訪問系サービスでは、事業所と同一建物に居住する利用者にサービスを提供する場合、減算措置がとられている。高橋 (2014a) によれば、訪問介護事業所と同一建物減算の適用を受けた同一建物は、有料老人ホーム (56.5%) が最も多く、次いでサ高住 (18.1%) となっている。なお、同一建物減算が適用された事業所は、2014 (平成 26) 年 5 月審査分において 551 事業所 (全体の 1.7%) ある¹⁴⁾。2015 (平成 27) 年 4 月からは、介護報酬見直しにより、集合住宅に居住する利用者に訪問系サービスを提供した場合にも報酬が減額される。移動時間が短いことを理由にした減算措置であるが、過剰な介護保険サービス提供の抑止にもつながることが期待される。

(5) 入居一時金問題

これまで有料老人ホームでは、短期間の退去でも入居一時金が返還されない、説明通りに返還されないといった返金トラブルや、退去条件等の事前説明の不足といった問題があった。国民生活センターに寄せられた相談件数をみても、「契約・解約」に関する相談が他に比べて多い (図 1－5)。また、入居一時金の返還状況は、有料老人ホームの種類により異なるため、トラブルのもとになりやすい (図 1－6)。

こうした問題を踏まえ、2012 (平成 24) 年の老人福祉法改正では、有料老人ホームにおける「権利金その他の金品の受領禁止」、「前払い算定の基礎の書面化」、「前払金返還保

全措置」，「返還に係る契約の締結」が盛り込まれた．ただし，前払金の保全措置を講じる必要があるのは，2006（平成 18）年 4 月 1 日以降に事業を開始した有料老人ホームであり，それより前に事業を開始した有料老人ホームは対象にはならない．

厚生労働省（2013）が行った「有料老人ホームを対象とした指導状況等のフォローアップ調査（第 4 回）」によれば，前払金の保全措置を講じる必要があるにもかかわらず，保全措置を講じていない有料老人ホームは 213 件（17.2％）あった．前払金の保全措置を設けることが求められない施設（2006（平成 18）年 4 月 1 日より前に事業を開始した施設）では，33.5％で保全措置が講じられていなかった．

有料老人ホームの入居にあたり，間取りや家賃の負担能力は検討するものの，退去時の前払金の制度を理解して入居する人は多くない．法改正が進められても，いまだ保全措置がとられていない有料老人ホームがあり，またすべての有料老人ホームが保全措置を講ずる対象になっていないため，今後もこの問題は続くと思われる．

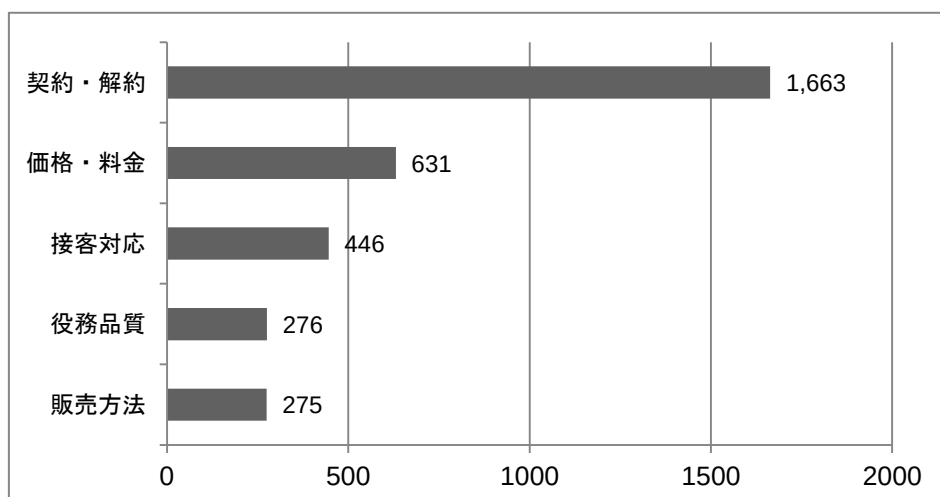


図 1－5 有料老人ホームにおける相談内容別分類ごとの相談件数

（出典：国民生活センター（2011）「有料老人ホームをめぐる消費者トラブルが増加」報道発表資料）

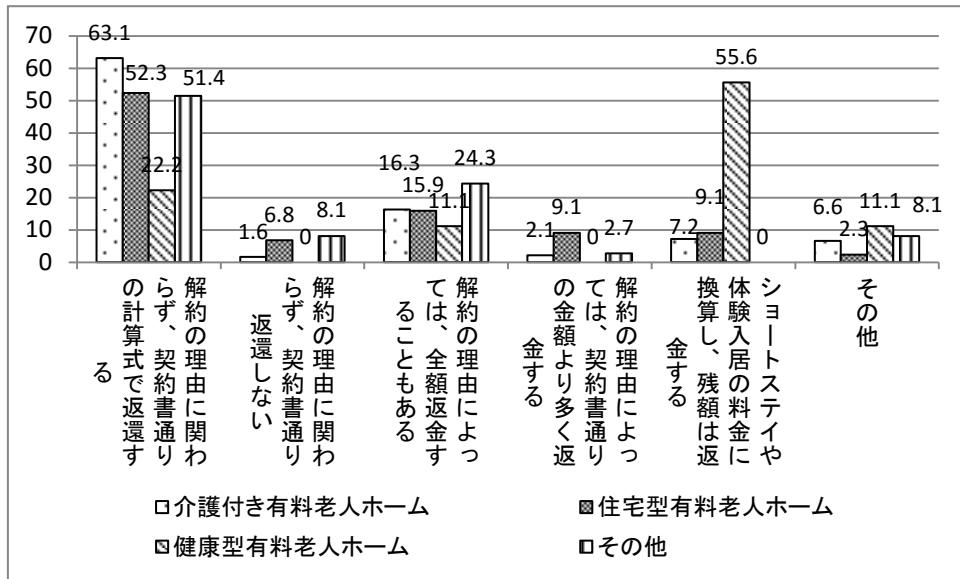


図 1－6 入居一時金の返還状況

（出典：国民生活センター（2006）「有料老人ホームをめぐる消費者問題に関する調査研究」）

（6）無料低額宿泊所における低質な居住生活

公営住宅や民営借家に入居できない低所得高齢者の住まいの一つに無料低額宿泊所がある。無料低額宿泊所は居住者が低所得であることから、社会福祉研究においても多くの先行研究がある。

無料低額宿泊所は、「野宿生活に至る前のホームレス予備軍や、病院や介護施設を退所した『戻る住居のない』生活保護受給者の受け皿としても重要な機能を負っている」（鈴木 2011）というように、一定の役割を果たしていると考えられる。識者の間でも無料低額宿泊所の必要性は否定されていない（岩永 2013）。

だが一方で問題点もある。日本弁護士連合会（2010）は『「無料低額宿泊所」問題に関する意見書』の中で、施設（サービス）利用料が高い、居住環境やサービス内容が対価に見合わないほど劣悪、当事者に選択・離脱の自由がない、と問題点を指摘している。また、岩永（2013）は、「居住環境の劣悪さ、食費やサービス料と称して保護費の大半が徴収され最低生活以下の生活を強いられる、入所期間の長期化、入所者の自由が保障されていない」点が最近の宿泊所をめぐる議論の焦点だと述べている。どちらも、費用に見合う居住環境・サービスではない、生活保護費の多くが利用料として徴収され自由に使える費用に限られる、利用者に自由がない、という点が共通している。

そして山田（2012）は、無料低額宿泊所の実態として、アパート生活が可能で無料低額宿泊所を必要としない人も数多く入所していることを明らかにし、小川（2010）は、長期入所者が増える背景に、介護が必要なためアパート生活が困難な人が無料低額宿泊所に入所していることを論じている。また、いったん無料低額宿泊所に入れば、「アパートに転居する割合が低く、また保護受給期間が長くなるほど、アパート等に転居するまでの日数がかかっていた」（岩永 2013）という問題もあり、無料低額宿泊所から退所する難し

さが指摘されている。

行き場のない低所得高齢者にとって、無料低額宿泊所は住まいの一つである。だが本来、無料低額宿泊所は一時的な滞在の場所にすぎない。にもかかわらず低所得高齢者の住まいとなるのは、居所のない生活困窮者の数に比して公的な施設供給が圧倒的に不足し、無料低額宿泊所がその代替として利用されている（阪東 2011）ためである。

藤田（2015）は、今後、無料低額宿泊所に代わる新たな社会資源の創造（①不動産業界と連携してアパートでの「居宅保護」を推進し転居支援をすること、②一時通過型のシェルターの設置、③対象を選別しない小規模グループホームの設置、④公営住宅の活用）を提案する。そして、劣悪な宿泊所に対しては、行政の介入を期待している。

所得の多寡にかかわらず、人が生活を営む住まいとは本来どのような場であるべきか、そうした議論が十分に行われ、それが政策に反映されるべきである。しかし現実には経済状況が、住まいの選択に大きく影響している。劣悪な居住環境が、心身の健康に影響を与えることはかねてより指摘されている（早川 1997）。現状では、住まいの質が経済状況によって左右され、それが健康状態にも影響している。このことが広く周知され、皆で居住権について考えていかなければならない。

（7）簡易宿泊所における低質な居住生活

2015年5月17日に川崎市の簡易宿泊所2棟が全焼し、9人が亡くなった。この火災によって簡易宿泊所が建築基準法違反だったことが明らかになったが、居住問題の観点からいえば、簡易宿泊所が生活保護受給者の住まいとなっていたことが改めて浮き彫りとなった。簡易宿泊所とは、3畳一間程度の狭小な空間に、1泊2000円前後の宿泊料がかかる一時的な宿泊の場所である。にもかかわらず、行政から生活保護受給者の住まいとしてみなされ、住所を置くことが許されていた。

厚生労働省の調べによると、2014年8月時点、全国的生活保護受給者の2%が無料低額宿泊所や簡易宿泊所に住んでいる（朝日新聞2015年5月26日朝刊）。川崎市では、住所を簡易宿泊所に置いて生活保護を受給することが認められている。また、124ヶ所もの簡易宿泊所がある横浜市寿地区では、簡易宿泊所滞在者の84%が生活保護受給者である（朝日新聞2015年5月26日朝刊）。一時的な宿泊の場である簡易宿泊所に住所をおくことが認められる理由は、他に代替となる住まいがない、つまり公営住宅の不足が挙げられる。

また、今回焼失した簡易宿泊所には、90歳前後の高齢者や介護が必要な人も宿泊していた。本来、住まいがない高齢者には養護老人ホームが、介護が必要な高齢者には介護保険施設等が受け皿となるはずである。にもかかわらず簡易宿泊所がこうした高齢者の住まいとなっていた。このことから、簡易宿泊所は福祉施設の機能を持つ、代替の居住の場であったといえる。

単身世帯、夫婦のみ世帯が増加し、地域包括ケアシステムが整備される中、地域での居住生活を継続させるための高齢者向け住宅のあり方が問われている。現在のように運営事業者の判断によるところが大きいと、運営事業者から見て収益につながらないとみなされた低所得高齢者や要介護高齢者などは、退去を求められる可能性もある。自宅、施設に代わる住まいとして位置付けられているのであれば、そこが終の棲家となるような施策が検討されてしかるべきである。高齢者向け住宅にどのような機能を持たせることが望ましい

のか、在宅生活の限界点を引き上げるために必要な要素や機能は何かなど、今後の研究で明らかにしていくことが求められている。

4. 高齢者施設で暮らす高齢者の居住問題

要介護状態にあり、施設利用の高齢者にかかわる居住問題には、特別養護老人ホームの施設待機者問題、老人保健施設の退所者問題、退所後の行き先が見つからない問題がある。以下、それぞれの居住問題をみていく。

(1) 施設待機者問題

2014（平成 26）年 3 月に厚生労働省が発表した特別養護老人ホームの入所申込み者（以下、待機者）は、52.4 万人にのぼる。5 年前の待機者数は 42.1 万人であり、わずか 5 年の間に 10 万人増加した。今回の調査によれば、入所申込者のうち在宅で暮らす要介護 4～5 の人は約 8.7 万人（16.5%）、在宅以外で暮らす要介護 4～5 の人が約 13.2 万人（25.3%）いる（表 1－7）。在宅以外で暮らす要介護者のなかには、老人保健施設やサ高住で暮らしながら施設入所を待つ人が含まれると推測できる。

入所申込み希望者を対象とした調査（栃本 2011）によれば、入所申込みの理由は、「同居家族等による介護が困難となったため」（55.6%）が最も多く、「介護する家族がいないため」（19.9%）が続く。ここから、介護者が不在なために、介護や見守りが必要となった時に施設入所を選択する人が多いことが考えられる。ただ、将来の不安からとりあえず申し込む人や入所の順番が来ても入所しないケースもあり、入所希望者のうち「現在の生活は困難であり、すぐにでも入所が必要な人」が 11.3%にとどまることも明らかになっている（栃本 2011）。

また、2015（平成 27）年 4 月の介護保険法改正により、新規に特別養護老人ホームに入所できるのは原則要介護度 3 以上の人となった。厚生労働省は、この理由を重度の要介護高齢者がこれまで以上に優先的に入所できるようにするため、日常生活に支障を来たすような認知症症状等が頻繁に見られる場合には、要介護度が 3 を満たしていなくても特例的に入所できるとしている。だが、要介護度の高低は介護負担の大きさに比例しておらず、一律に判断できるものではない。まだこの法改正から間もないため、改正によりどのような居住問題が生じたかは明らかになっていないが、少なからず施設待機者への影響があると推察できる。

これまで施設待機者数が多いことが問題視されてきたが、その人たちは不安定な居住環境に置かれている人だと認識することも重要である。いつ入所できるのかわからずに待ち続ける、十分な介護を受けられない中で生活することは、本人や家族にとって精神的な負担が大きい。介護が必要な状態になってもなお不安定な居住生活を送ることは問題である。

表 1－7 特別養護老人ホームの入所申込者概況

単位：万人（％）

	要介護 1～2	要介護 3	要介護 4～5	計
全体	17.8（34.1％）	12.6（24.1％）	21.9（41.8％）	52.4（100.0％）
うち在宅の方	10.7（20.4％）	6.6（12.7％）	8.7（16.5％）	26.0（49.6％）
うち在宅でない方	7.1（13.6％）	6.0（11.4％）	13.2（25.3％）	26.4（50.4％）

（出典：厚生労働省（2014b）「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」）

（2）施設退所後の行き場が安定しない

高齢者の中には、施設から退所を迫られても行き場のない人がある。朝日新聞（2015年1月19日朝刊）は、特別養護老人ホームに入れなかったために仕方なく介護老人保健施設を渡り歩く人たちを「老健わたり」と呼んでいる。

介護老人保健施設は、終の棲家にはならない。近年、介護老人保健施設の在宅復帰支援機能を高めるための介護報酬改定が行われているものの、実際に在宅復帰が進んでいるとはいえない。松田（2014）が行った介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究によれば、介護老人保健施設の入所者に占める「退所見込なし」の平均は 53.5％にものぼる。一方で、「退所見込あり」は 26.2％にとどまっている。退所者の退所先をみると、最も多いのが「医療機関への退所」（45.2％）であり、「自宅への退所」は 20.7％と全体の 2 割にとどまる（図 1－7）。また、医療機関に退所した人のうち 34.5％が 1～3 か月以内に元の老人保健施設に戻ってきている（図 1－8）。その理由は、「病状の軽快・治癒」（58.3％）、「退所当初からの予定」（55.2％）などである。また、自宅に退所した人でも 11.8％が 1～3 か月以内に元の老人保健施設に戻ってきている（図 1－9）。この理由として最も多いのが「退所当初からの予定」（71.8％）であり、老人保健施設から医療機関や自宅に退所しても、退所時には再度老人保健施設に戻ってくることを決めている割合が高いことがわかる。

また、厚生労働省（2014a）の「平成 25 年介護サービス施設・事業所調査の概況」でも、同様の状況におかれた高齢者がいることがわかる。老人保健施設を退所した後の行く先は「医療機関」が 40.6％、「家庭」が 31.7％であり、「特養（介護老人福祉施設）」に入る人も 9.3％いる（表 1－8）。このうち「医療機関」から来て、退所後に「医療機関」に移る人は 20.7％いる。つまり、2 割の人が、「医療機関」－「老人保健施設」－「医療機関」と、自宅に戻らず施設や医療機関を転々としている状態にある。

こうした調査結果から、要介護状態であるにもかかわらず、施設退所後の行き場が安定しない高齢者が一定数いることがわかる。

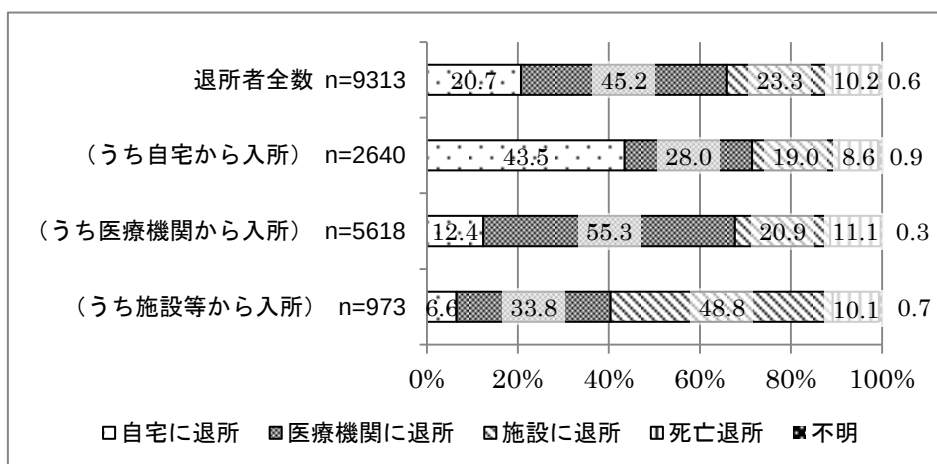


図 1－7 退所者の退所先

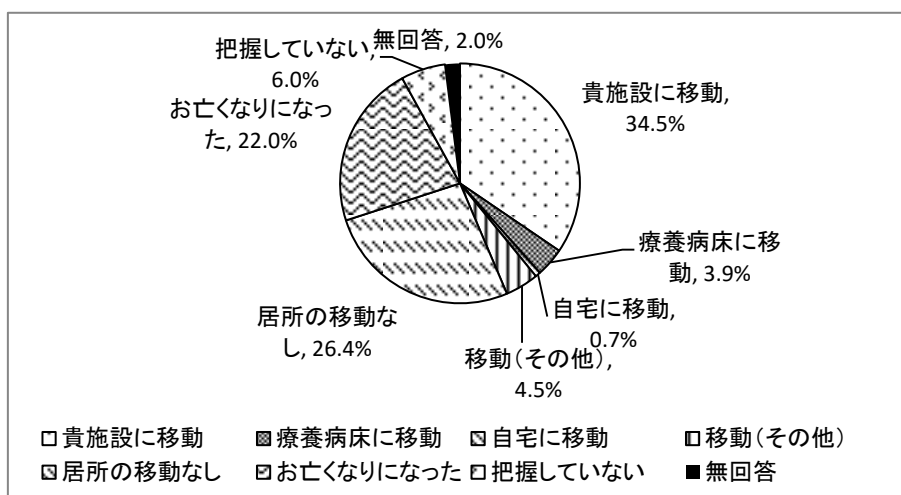


図 1－8 医療機関退所者の退所後の状況

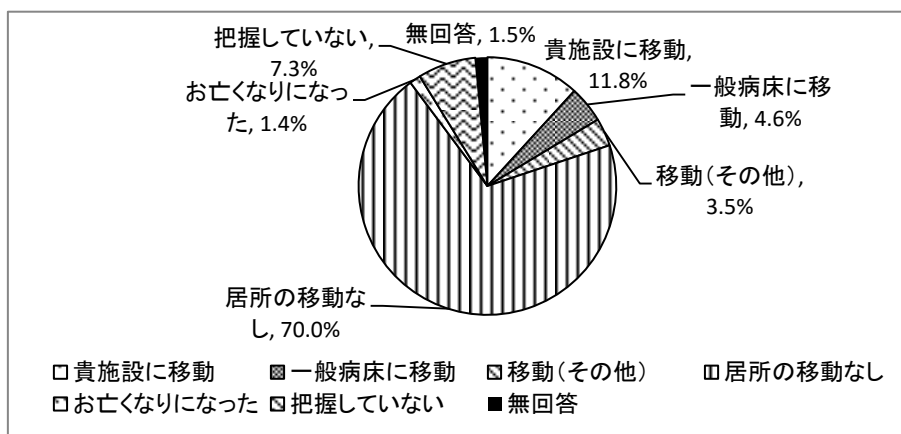


図 1－9 自宅退所者の退所後の状況

(図 1－7～9 出典：松田晋哉 (2014)「介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業報告書」)

表 1－8 老人保健施設 入所前の場所と退所後の行き先

入所前の場所		退所後の行き先	
家庭	22.9%	家庭	31.7%
介護老人福祉施設	0.5%	介護老人福祉施設	9.3%
その他の社会福祉施設	0.5%	その他の社会福祉施設	2.4%
介護老人保健施設	2.7%	介護老人保健施設	3.6%
医療機関	39.0%	医療機関	40.6%
その他	0.8%	死亡	8.7%
不詳	33.6%	その他	2.2%
		不詳	1.5%

(出典：厚生労働省 (2014a)「平成 25 年介護サービス施設・事業所調査の概況」)

(3) 経済状態によって決まる施設居住の質

厚生労働省は、2001 (平成 13) 年に「施設整備の考え方」を公表し、今後整備する特別養護老人ホームは、全室個室・ユニットケアを原則とするとした。そして 2003 (平成 15) 年に「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」、2010 (平成 22) 年に「一部ユニット型特別養護老人ホーム等の基準の解釈について」を発表し、特別養護老人ホームにおける全室個室・ユニットケア化を目指してきた。また、2006 (平成 18) 年に発表した「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」においても、「2014 年度までに特養の個室ユニット比率を 70%以上にする」と目標を掲げている。

個室化を進める国の取組みがあるにもかかわらず、近年、自治体では多床室を推奨する動きがみられる。本来、個室が原則ではあるものの、基準が「参酌すべき基準」であるため、地方自治体が地域の実情に応じて、条例において異なる内容を定めることが認められているためだ。

このため、各自治体では条例で居室定員を定める場合が少なくない。2013 (平成 25) 年の厚生労働省老健局高齢者支援課調べによれば、「一の居室定員は四人以下とする」と条例で定める自治体は 14 団体 (13.1%) あり、「一の居室の定員は一人とする。ただし、一定の条件の元、二人以上四人以下とすることができる。」は 65 団体 (60.2%) あることが明らかになっている。自治体がこうした独自の基準を設ける背景には、ユニット型個室の利用者負担が多床室と比べ高く (図 1－10)、生活保護受給者や低所得者の負担を軽減したい、待機者の解消を図りたいという意識があるためであろう。

こうした自治体の動きに対し、日本弁護士連合会は、2012 (平成 24) 年 3 月 15 日に「特別養護老人ホームにおける個室・ユニットケアに関する意見書」を提出した。この中には、今後整備される特別養護老人ホームでは居室定員を一人として全室個室・ユニットケアとする条例を定めること、国及び各自治体は低所得者・生活保護受給者も個室・ユニットケアのサービスが受けられるような支援制度の整備を推進すること、と要望が挙げられている。

個室ユニット化が進められたのは、プライバシーが保たれた居住環境で、日常生活に近い生活を確保するためである。個室があることで自らのペースで生活ができ、そうした気持ちの安定が他の入所者との交流を希望する気持ちも生む。多床室の施設でもプライバシーの確保を図るための工夫がなされているところもあるが、個室がもたらす効果について十分に理解できていない施設もある。現在の高齢者施設では、利用者の経済状態によって居住の質が決められている。

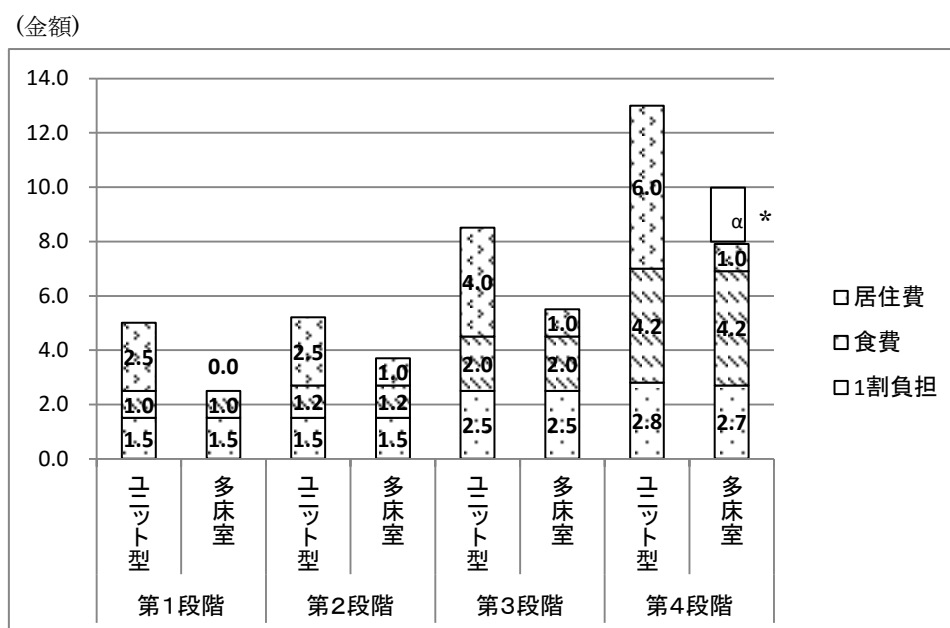


図1-10 ユニット型個室、多床室の利用者負担の比較

*αは、2015年8月から追加される多床室の自己負担分

(出典：厚生労働省(2014d)「社会保障審議会介護給付費分科会第112回(平成26年10月29日)資料1」をもとに筆者作成)

5. 地域で安心・安定した生活を営む上での居住問題

最後は、自宅・高齢者向け住宅・施設、いずれに住んでもその基盤となる地域に着目する。地域では、住民の高齢化や人口減少から生じる居住問題がある。

(1) 呼び寄せ介護と高齢者の転居

見守りや介護が必要になった際、支援を受けるために高齢者が転居することがある。安藤(2005)は、高齢期の転居には「快適さを求めている転居」、「子どもや親族の近くへの転居」、「援助を求めている転居」の3つのタイプがあると整理する。子どもや親族がいるところへの転居は「呼び寄せ介護」と呼ばれ、呼び寄せられた高齢者が転居によってどのような影響を受けているかは、複数の研究から明らかになっている。奥山(2009)は、呼び寄せられた高齢者が主観的に「よくなった」と感じる内容は、「住まい」と「日常生活の不安」のみで、「友人・知人」との関係は4割が「悪くなった」と明らかにしている。一方、水野(2000)は、「転居前に虚弱になり外出しなくなった高齢者の場合には、転居前にすでに

人との交流も少なくなっているため、転居によりむしろ家族との交流が豊かになった」と呼び寄せ介護の効果を述べている。

呼び寄せ以外の転居については、国内外を問わず多数の研究がある。高齢者にとって自発的ではない転居はストレスとなり、その後の生活に影響が及ぶ（Brand 1974；Rosswurm 1983；安藤 1995；安藤 2005）、健康でない人は転居のストレスを受けやすい（Brand 1974；Schulz 1977）、転居に伴って社会的なネットワークが縮小するため、高齢者の精神的健康が低下する（斎藤 2000）等がこれまでに明らかになっている。こうした影響を軽減するには、転居にかかる意思決定を高齢者自身が持てるようにすること、転居に関する予測を立てられるようにしておくことが重要だとされている（Schulz 1977；川添 2006）。

斎藤（2000）は、転居は必ずしもストレスの多い出来事ではなく、プラスの影響とマイナスの影響を同時に持つために、影響が相殺した結果であると解釈できると述べている。転居という行為は共通しても、前後の生活の変化や本人の心身状況、転居に対する意識等は一人ひとり異なる。転居による影響がマイナスとならないためにも、本人が納得し、転居後の生活をイメージできるよう、周囲が支援することは重要である。

（２）孤立死・孤独死，社会的孤立

高齢になって外出が困難になったり閉じこもりがちになると、他者との交流が減少する、うつになる、要介護状態になる、等が指摘されている（竹内 2001）。地域全体が高齢化すると、住民同士の交流も難しくなり、社会的孤立の状態に置かれたり、孤立死・孤独死が発生する。近年、孤立死や社会的孤立に対する関心は高く、様々な観点から研究が行われている。

まず、孤立と孤独について、Townsend（1963）は、孤立（isolation）を『「家族やコミュニティとほとんど接触がない』という社会的関係の客観的な状態」、孤独（loneliness）を『「仲間づきあいの欠如あるいは喪失による好ましくない感情』という主観的な意識』と定義した。この考えはわが国の研究者の間でも定着している。

2000（平成 12）年以降、わが国でも孤立死や孤独死に注目が集まっている。都市再生機構は、2007（平成 19）年に、孤独死を「病死又は変死事故の一態様で、死亡時に単身居住している賃借人が、誰にも看取られることなく、賃貸住宅内で死亡した事故をいい、自殺や他殺を除く」と定義した。その後 2011（平成 23）年に「1 週間を超えて発見されなかった」という条件を追加し、孤独死の実態を明らかにしている。

厚生労働省では、孤立死を「社会から『孤立』した結果、死後、長期間に放置されるような死」と定義している。しかし全国的で統一した定義はないため、全国の孤立死や孤独死の実態は明らかになっていない。

人が孤立死・孤独死に至る前、社会的孤立の状態にあることは少なくない。社会的孤立に関する先行研究は複数あり、男性、未婚、離別経験があること、心身機能に障害があることが孤立と有意に関連することが明らかになっている（斎藤 2013b）。また冷水（2009）も、男性、未婚者、子どもなしが、高齢者の社会的孤立と大きく関連していることを明らかにしている。Hortulanus（2006）は、社会的孤立の要因には、年齢・性別・収入・教育・民族性・生活環境といった「背景要因」と、配偶者の喪失・失業・転居・病気といっ

た「ライフイベント」、日本人の文化、ソーシャルスキルの欠如といった「個人／文化の特性」の3つがあると整理している。高齢者の孤立は、生涯を通じての不利が累積した結果として孤立する場合と高齢期に不利が生じた結果として孤立する場合があることから、高齢期や高齢期以前のライフコースを通じて社会的・経済的な不利に対する支援が重要である(斉藤 2013b)。また、高齢期だけではなく壮年期から対策をとることも大切である(稲葉 2013)。しかし、社会的孤立に至る要因は単一の要因を決定的な要因として帰着できない(後藤 2011)ことから、あらゆる要因に目を向けることや、要因同士の関連を視野に入れることが重要である。

(3) 移動手段がなく買い物が不便な地域

昭和40年から50年代にかけて、大都市圏を中心に各地でニュータウンが作られた。丘陵地を開発したニュータウンは人口規模も大きく、1971(昭和46)年に入居が始まった多摩ニュータウンでは、1975(昭和50)年時点で3万人余の人が住み始めたといわれる。同世代の人が一気に入居したことで、学校が不足するなどの問題が生まれた。

現在、開発から40年が経ち、ニュータウンで問題となっているのは人口減少と急激な高齢化である。さらに住宅等の老朽化やバリアフリー化の遅れ、小売サービスの衰退や公共交通サービスの存続危機という問題もある。

西村(2013)が泉北ニュータウン住民に行った調査によれば、買い物に「不便や苦勞を強く感じる」、「不便や苦勞がある」と答えた人は、あわせて19.8%にのぼる。食料品の買い物での不便や苦勞の中身は、「近くにいい店がない」、「足腰を痛めている」が3割、「商店まで遠い」、「バスやタクシーに乗らなければならない」が2割を超える。近隣に買い物をするための店が十分になく、気に入った店までは距離があるため買い物手段に困っている様子がうかがえる。

泉北ニュータウンに限らず、丘陵地に造られたニュータウンでは、店に着くまでに坂道があり歩行者には負担が大きい、他にも店まで距離があり買い物に行きづらい、交通手段が限られる、といった問題がある。また住民減少が進めば閉店するところも出てくるため、住民はさらに遠方まで買い物に行かなければならず、場合によっては自分では買い物に行けなくなる。調査時、買い物に不便に感じた人は2割だったが、今後高齢化が進めば、この割合は高くなると予想できる。

こうした買い物に困難を感じる人は、「買い物弱者」や「買い物難民」と呼ばれる。市場の流通機能や交通網が弱体化することで出現する。先述したニュータウン以外にも、高齢者が多く暮らす過疎地でも同様の問題がある。過疎化が進む地域では、高齢化率が高く、需要が縮小しているため、店側では採算が取れない状況にある。また小売店側でも後継者不足により閉店するところもでてくる。住民の高齢化や人口減少が、生活の利便性の減退につながっている。

(4) 地域における空き家の増加

近年、空き家の増加が問題になっている。地域に空き家があることは、地域の防犯・防災上の課題であり、安心して地域で住み続けることにも影響する。

総務省統計局（2014）の「平成 25 年住宅・土地統計調査」によれば、総住宅数は 6,063 万戸と 5 年前に比べ 5.3% 上昇し、空き家率も 13.5% に達している（図 1－11）。こうした状況を受けて、2014（平成 26）年 11 月に「空き家等対策の推進に関する特別措置法」が成立した。その第 1 条では、「適切な管理が行われていない空き家等が防災、衛生、景観等の地域住民の生活環境に深刻な影響を及ぼしており、地域住民の生命・身体・財産の保護、生活環境の保全、空き家の活用のため対応が必要」と記され、空き家が地域住民の生活に影響を及ぼすことが明記されている。

国土交通省（2005a）が行った「土地の保有・管理に対する意識」調査によれば、住まいの周辺に空き家や空き地が増えた場合、61.1% の人が「犯罪が増加するなど防犯面で不安」と答えている。他にも「ゴミの不法投棄が不安になる」、「周辺環境や町並みが悪化する」など、地域の防犯や景観を危惧する声が多い（図 1－12）。地域に空き家が増加することは、景観の悪化だけではなく、従前より居住している人の生活を脅かすものとなる。

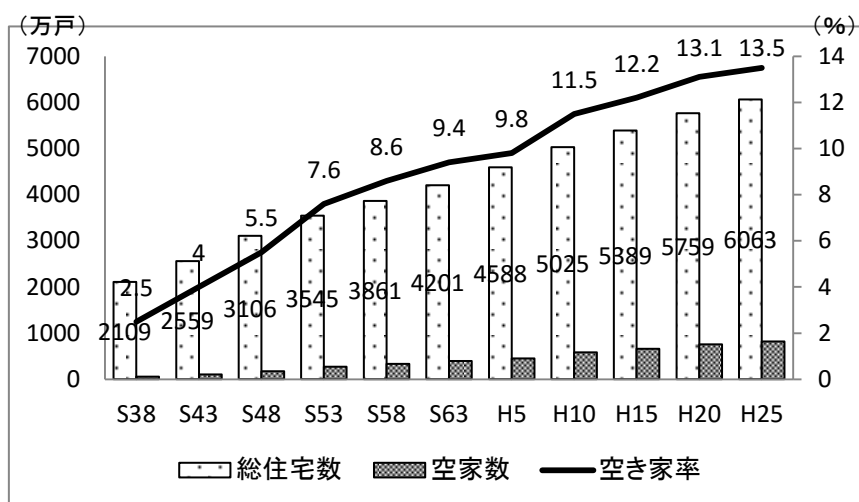


図 1－11 総住宅数、空き家数及び空き家率の推移 ー全国（昭和 38 年～平成 25 年）

（出典：総務省統計局（2014）「平成 25 年住宅・土地統計調査」）

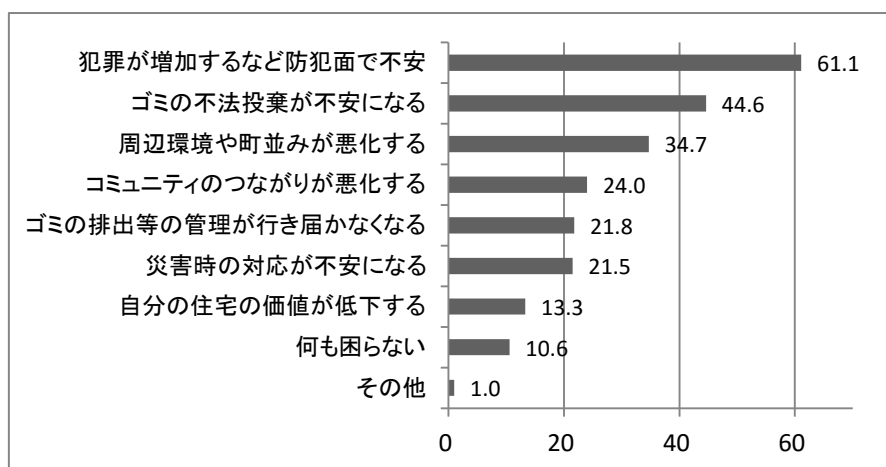


図 1－12 住まいの周辺に空き家又は空き地が増えた場合に何が困るか（複数回答）

（出典：国土交通省（2005a）「土地の保有・管理に対する意識に関するアンケート」）

6. 先行研究に対する本研究の位置づけと高齢者の居住問題の集約化

(1) 先行研究に対する本研究の位置づけ

1970年代後半から高齢者居住に関する研究は蓄積され、すでに低所得高齢者の居住問題、高齢者向け住宅の居住問題、転居や社会的孤立に関する研究では一定の知見が得られている。

ただし、これらの研究で取り上げるのは高齢者にとってある一時点における居住問題であり、時間の経過に沿って出現する居住問題（例えば一人の人が自立から要介護状態になった際に生じる居住問題、等）を検討するには欠ける。また一部の居住の場における居住問題は先行研究から知見が得られているものの、まだ十分に明らかになっているとはいえない居住問題もあり、高齢者の居住問題の総体を概括したものも見当たらない。高齢者の生活には連続性がある。どのような要因で居住問題が生じるのか、居住継続に影響を及ぼす居住問題とは何か、住み替えにおいて生じる居住問題とは何か等、さまざまな機会が生じる居住問題に着目することは重要だと考える。

そこで本研究では、時間の経過や心身状況の変化という折々で生じる居住問題とそれぞれの居住の場で生じる居住問題に着目しながら、まだ十分明らかになっているとはいえない高齢者の居住問題について実態調査等から、居住問題全体の問題構造を明らかにする。そして高齢者が地域で安心・安定した生活を営むための居住支援の方策について考察する。

わが国の居住問題に関する研究は、社会福祉学研究と建築学研究の谷間にあり、先行研究の蓄積も特定の居住問題に偏っている。今後、地域包括ケアシステムが推し進められる中、生活の基盤となる住まいに着目することは、これまでの研究の空白地帯を埋めることとなり、高齢者が地域で安心・安定した生活を営むための居住支援の方策を明らかにする試みは、今後、高齢者の地域生活の支援を検討する上で意義があると考えられる。

(2) 高齢者の居住問題の集約化

ここまで先行研究も踏まえながら、自宅、高齢者向け住宅、施設、地域の4つの場における居住問題と地域における居住問題を概観した。高齢者が地域で安心・安定した生活を営めていない問題は、居住場所ごとに複数挙げることができる。自宅や高齢者向け住宅、地域に住み続ける上で生じる居住問題や、施設に入退所する際に生じる居住問題を整理したのが表1-9である。

これら14の居住問題は、居住場所の特性を踏まえると、3つの居住問題（「自宅で住み続ける上での高齢者の居住問題」、「高齢者向け住宅に入居し住み続ける上での居住問題」、「高齢化する地域の中で住み続ける上での高齢者の居住問題」）に集約できる。本研究ではこの3つの問題を研究の視点とする。

また、居住問題に対する支援方策は、ミクロレベルのみならず、メゾレベル、マクロレベルのものもあると考える。表1-10は、それぞれの居住問題に対する居住支援の方策を分析する視点を表したものである。

自宅で住み続ける上での居住支援の方策には、①非バリアフリー構造のために住み続けることができない自宅の住環境整備や、②施設への入所待機、あるいは施設から退所を迫られたものの行き場が見つからない問題への居住支援の2つがあると考えた。したがって①の住環境整備に対するミクロレベルの支援には、「自宅の住環境整備に対する個別支援」、

メゾレベルでは「自宅の住環境整備を支援する専門職をバックアップする組織・機関及びその連携」、マクロレベルでは「自宅の住環境整備に対する法・制度・政策」があると予測する。また、②行き場が見つからない問題への居住支援は、ミクロレベルとして「不安定居住者に対する住宅確保の個別支援」、メゾレベルでは「不安定居住者の住宅確保支援をバックアップする組織・機関及びその連携」、マクロレベルでは「不安定居住者の住宅確保に対する法・制度・政策」が必要だと考える。

高齢者向け住宅に入居し住み続ける上での居住支援の方策では、ミクロレベルとして、「高齢者向け住宅入居時の個別支援」、メゾレベルは「高齢者向け住宅居住者に対する個別支援をバックアップする組織・機関及びその連携」、マクロレベルでは「高齢者向け住宅供給に対する法・制度・政策」が必要と考える。

高齢化する地域の中で住み続ける上での居住支援の方策としては、ミクロレベルに「地域住民・コミュニティによる個別支援」、メゾレベルでは「地域住民・コミュニティによる支援をバックアップする組織・機関及びその連携」、マクロレベルでは「地域住民による支援に対する法・制度・政策」があると考えた。

以上から、第2章以降では、居住場所の特性と抽出した居住問題の類型をもとに集約した3つの居住問題（「自宅で住み続ける上での高齢者の居住問題」、「高齢者向け住宅に入居し住み続ける上での居住問題」、「高齢化する地域の中で住み続ける上での高齢者の居住問題」）をそれぞれ章として取り上げる。各章では、それぞれの居住問題の実際やそれに対する支援方策を実態調査等から明らかにし、それぞれの居住問題に対する居住支援の方策について考察する。

表 1－9 高齢者の居住場所において生じる居住問題と第 2～4 章との関係

		住み続ける上での居住問題			
Ⅰ 自宅	自立高齢者	①家庭内事故の危険性のある住宅		第 2 章 自宅で住み続ける上での 高齢者の居住問題と居住支援の方策 第 1 節 自宅で可能な限り住み続け る上での居住環境の問題 第 2 節 自宅に住み続けられなくな った高齢者が居住場所を確保する上 での問題 第 3 節 高齢者が自宅で住み続ける 上での居住支援の方策	
		②老朽化し、物理的条件の悪い公団・公社・ 公営住宅			
		③立ち退き不安のある民営借家			
	要介護・見守 り・支援が必 要な高齢者	④非バリアフリー構造の持家、公団・公社・ 公営住宅			第 3 章 高齢者向け住宅に入居し住 み続ける上での居住問題と居住支援 の方策 第 1 節 高齢者向け住宅における高 齢者の居住生活の実態と居住継続意 向 第 2 節 高齢者向け住宅の運営事業 者から見た高齢者の居住継続の阻害 要因 第 3 節 高齢者向け住宅に安心して 住み続ける上での居住支援の方策
		⑤狭小で物理的条件が悪い低家賃民営借家			
Ⅱ 高齢者向け住宅		⑥多種多様な高齢者向け住宅があり、住み 続けられる住宅の選択が困難		第 4 章 高齢化する地域の中で住み 続ける上での高齢者の居住問題と居 住支援の方策 第 1 節 高齢化する地域の中で孤立 する高齢者の居住問題 第 2 節 高齢化する地域の中で孤立 する高齢者に対する居住支援の方策	
		⑦認知症、医療的ケアが必要になると退去 を迫られる			
		⑧低所得高齢者が選択できるのは、低質な 居住場所（無料低額宿泊所、簡易宿泊所、 未届施設）に限られる			
Ⅲ 施設		⑨施設の入所待機者が多く、安定した居住 場所が見つけれられない			
		⑩状態の変化により、施設退所を迫られた 際に行き場が見つからない			
		⑪要介護度や経済状態によって入所できる 施設が限られる			
Ⅳ 地域		⑫地域の中で孤独死・孤立死が発生してい る			
		⑬地域コミュニティが希薄化し、近隣住民 による高齢者の見守り・支援が機能しない			
		⑭身近な地域に商業施設がなくなり、移動 手段もなく生活の継続が困難になっている			

表 1-10 居住支援の方策を分析する視点

	ミクロレベル	メゾレベル	マクロレベル
自宅で住み続ける上での居住支援の方策	・ 自宅の住環境整備に対する個別支援	・ 自宅の住環境整備を支援する専門職をバックアップする組織・機関及びその連携	・ 自宅の住環境整備に対する法・制度・政策
	・ 不安定居住者に対する住宅確保の個別支援	・ 不安定居住者の住宅確保支援をバックアップする組織・機関及びその連携	・ 不安定居住者の住宅確保に対する法・制度・政策
高齢者向け住宅に入居し住み続ける上での居住支援の方策	・ 高齢者向け住宅入居時の個別支援	・ 高齢者向け住宅居住者に対する個別支援をバックアップする組織・機関及びその連携	・ 高齢者向け住宅供給に対する法・制度・政策
地域で住み続ける上での居住支援の方策	・ 地域住民・コミュニティによる個別支援	・ 地域住民・コミュニティによる支援をバックアップする組織・機関及びその連携	・ 地域住民による支援に対する法・制度・政策

注

- 1) 戦時中の住宅政策は内務省社会局が担い、社会政策の一環として位置付けられていた（本間 2009）。その後住宅行政は、厚生省社会局住宅課、厚生省施設課へと移行した。
- 2) 住宅金融公庫法の第1条では、「住宅金融公庫は、国民大衆が健康で文化的な生活を営むに足る住宅の建設及び購入に必要な資金について、（以下略）」、公営住宅法の第1条では、「国及び地方公共団体が協力して、健康で文化的な生活を営むに足りる住宅を整備し、（以下略）」、日本住宅公団法の第1条では、「住宅に困窮する勤労者のために、耐火性能を有する構造の集団住宅及び宅地の大規模な供給を行うとともに、健全な新市街地を造成するために土地区画整理事業を施工することにより、国民生活の安定と社会福祉の増進に寄与する（以下略）」とうたっている。
- 3) 厚生住宅法が施行に至らなかった理由については、大本（1991）「第12章 厚生住宅法の挫折」『証言日本の住宅政策』に詳しく記されている。
- 4) 65歳以上の高齢者がいる世帯の中で3世代世帯が占める割合は、1975（昭和50）年は54.4%、1980（昭和60）年には50.1%だった。
- 5) 「国際人権規約」第11条の1には「この規約の締約国は、自己及びその家族のための相当な食糧、衣類及び住居を内容とする相当な生活水準についての並びに生活条件の不断の改善についてのすべての者の権利を認める」とある。
- 6) 他にも、事業主体が認める場合は、障害者の単身世帯、障害者のみからなる世帯、障害者とその配偶者のみからなる世帯、障害者と高齢者（60歳以上）のみからなる世帯も入居することができる。

- 7) シニア住宅制度は、その後 1998（平成 10）年から始まる高齢者向け優良賃貸住宅制度に統合され、シニア住宅という独立した制度は廃止された。
- 8) 高齢者グループリビング支援モデル事業では、利用者が概ね 60 歳以上、同一の家屋の利用・食事と生活空間の共有など一定の条件を満たし、5 年以上の継続を見込み、入居者が 9 人以下のグループが当該事業の対象とされ、国や自治体から助成を受けられる。1996（平成 8）年にはじまり、2000（平成 12）年に「高齢者共同生活（グループリビング）支援事業」に移行した。
- 9) 社会権規約委員会・総括所見については、下記の URL を参照した。
<http://www.jca.apc.org/jhrf21/Doukou/UN20010910.html>, 2008.8.18.
- 10) 5 つの目標とは、①在宅で暮らし続けたいという高齢者の意思を尊重する社会の実現、②高齢者が安心して暮らし続けることができる住まいの実現、③高齢者が安心して住まいを選べる市場の整備、④住宅思索と福祉施策の一体的かつ計画的な推進、⑤地域の状況に応じたきめ細かな施策展開、である。
- 11) 住生活基本法で定める全国計画には公営住宅の建設・供給についてまったく建設目標が示されず、都道府県計画ではほとんどが空き家募集による供給で、新規建設はわずかである（船越 2008）。
- 12) 「平成 25 年住宅・土地統計調査」による。
- 13) いずれも、地方ブロックごとに実施された「高齢者向け住まいに関する意見交換会」で挙げた意見である。
- 14) データは、厚生労働省（2014e）「社会保障審議会介護給付費分科会第 114 回（平成 26 年 11 月 13 日）資料 5 「集合住宅におけるサービス提供について（案）」から引用した。

第2章 自宅で住み続ける上での高齢者の居住問題と居住支援の方策

第2章から第4章では、自宅、高齢者向け住宅、高齢化する地域の中で生じる高齢者の居住問題と居住支援の方策について取り上げる。まず本章では自宅で住み続ける上での高齢者の居住問題に着目し、第1節では自宅で可能な限り住み続けるために住宅改修を行ったものの問題が残った事例を取り上げる。そして第2節では自宅に住み続けられなくなった高齢者が居住場所を確保する上で生じる問題に焦点をあて、不安定な居住によって生じる問題の実態を明らかにする。その上で第3節では、そうした居住場所が不安定な状況にある高齢者への居住支援を分析し、第4節で高齢者が自宅で住み続ける上での居住支援の方策について考察する。

第1節 自宅で可能な限り住み続ける上での居住環境の問題

1. 自宅で可能な限り住み続ける上での住環境整備の必要性

疾病や障害により、高齢者の身体上に変化が起こり、これまで暮らしてきた住宅が物理的な障害となった場合、身体状況に合わせた住宅改善¹⁾を行うことは有効である。住宅改善を行うことで身の回りの支度や排泄・入浴が自立でき、外出も可能になる。生活動作が広がることで、地域とのかかわりも取り戻すことができ、本人のADLはもちろんQOLを高めることにつながる。

先行研究でも、住宅改善の効果は明らかになっている（櫻井 1997；黒田 1994；蓑輪 1997）。中西（1996）は住宅改善の効果について「けがの防止、寝たきりの防止、二次障害を防ぎ体力維持の向上、介護者の負担の軽減、自分のことが自分でできるようになり家族の負い目を感じるものが少なくなり意欲がわいてくる。（中略）身体機能が向上し心の自立（自己決定権）も進む。（中略）閉じこもりを防げる、（中略）介護者の健康と生活を保持できる。（中略）家族間のコミュニケーションが回復する」と述べている。

可能な限り自宅で住み続けることを希望する高齢者は多い。内閣府が行った「平成 22 年 高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」によれば、いずれの年代でも最も多いのが「現在の住宅に、とくに改造などはせずそのまま住みたい」であり、次に多いのが「現在の住宅を改造して住みやすくする」となっている（85 歳以上を除く）。ここから高齢者が現在の住宅で住み続けることを希望しているのがわかる（表 2－1）。

現在、住宅改善を支える制度に介護保険制度がある。2000（平成 12）年に施行された介護保険制度では、介護給付サービスの 1 つに「居宅介護住宅改修」や「介護予防住宅改修」がある。これにより対象項目 6 項目²⁾、限度額 20 万円という制限はあるものの、全国一律に利用できる住宅改修制度がはじめて整備されることとなった。介護保険制度がはじまった 2000（平成 12）年度は、約 159 億円だった住宅改修の給付額は、2013（平成 25）年度には約 432 億円となり、2011（平成 23）年以降は 400 億円を超える水準を維持している（図 2－1）。

ただ、これだけの費用をかけて行う住宅改修だが、東京都下 2 市で行った筒井ら（2003）の調査から、自立支援という観点に立つと妥当でない改善が、半数程度含まれていることが明らかになっている。高齢者の自立を支えるために行うのであれば、改修前に立てた目標を達成できるような住宅改修とならなければならない。

表 2－1 虚弱化したときの居住形態

	現在の住居に、とくに改造などはせずそのまま住み続けたい	現在の住宅を改造し住みやすくする	介護を受けられる特別養護老人ホームなどの施設に入居する	介護を受けられる有料老人ホームなどの施設に入居する	ケア付き住宅に入居する	子どもや親せきなどの家に移って世話をしてもらう	その他	わからない
総数	37.1	26.7	19	9.7	9.7	5.7	2.5	9.2
60・64 歳 (n=574)	31.7	30.8	21.8	11.1	14.3	5.2	3.0	8.2
65・69 歳 (n=500)	39.0	31.0	18.4	9.6	7.4	4.6	2.0	8.0
70・74 歳 (n=457)	38.9	25.6	17.9	9.0	9.8	5.5	2.6	7.9
75・79 歳 (n=322)	35.4	22.0	19.3	9.3	6.8	7.1	1.9	12.7
80・84 歳 (n=147)	39.5	18.4	14.3	9.5	5.4	8.8	3.4	14.3
85 歳以上 (n=62)	62.9	6.5	16.1	6.5	8.1	4.8	1.6	8.1

(出典：「平成 22 年 高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」をもとに筆者作成)

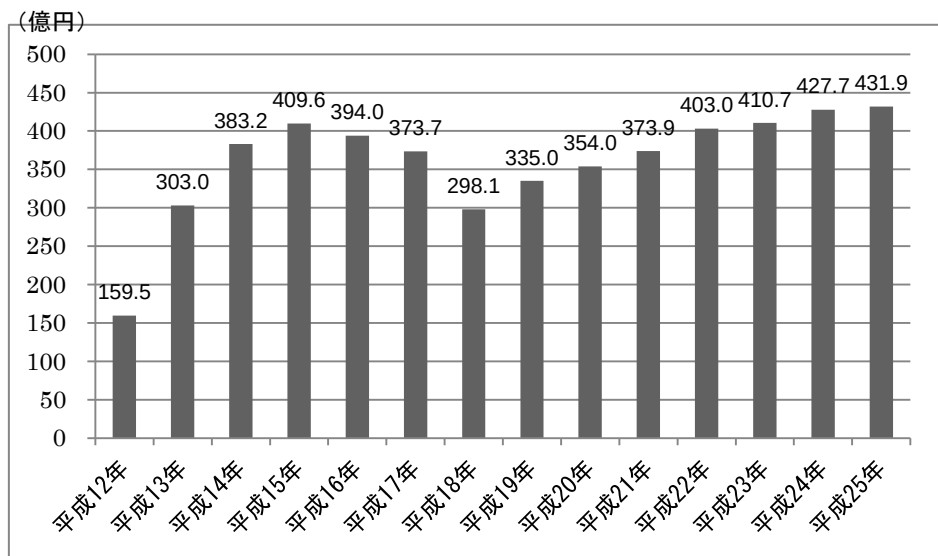


図 2－1 住宅改修費保険給付 (出典：「介護保険事業状況報告 (年報)」より筆者作成)

2. 住宅改修箇所の利用上の問題点

自宅に住み続けるためには、心身状況にあった住環境整備が重要である。しかし住環境整備を行っても、高齢者の生活により変化をもたらさない場合やかえって不自由をもたらす場合もある。そこで住宅改修支援に着目し、A市で住宅改修を行った高齢者に質問紙調査と訪問聞き取り調査を行い、住宅改修支援プロセスにおける課題を明らかにする。

(1) 研究の対象と方法

住宅改修事業の評価を通して住宅改修支援プロセスの課題を明らかにするために、2000（平成12）年以降にA市で介護保険による住宅改修を行った高齢者と、A市独自の自立高齢者向けの住宅改修制度の利用者に質問紙調査と訪問聞き取り調査を行った。

質問紙調査は、2003年11月～12月に行った。質問紙を281件（介護保険利用者193件、自立高齢者向け制度利用者88件）に郵送配布し、そのうち184件を郵送により回収した。有効回答回収数は182票（有効回収率64.8%、介護保険利用者122票、自立高齢者向け制度利用者60票）であった。調査項目は、住宅改修を実施した理由や住宅改修後の手直しや相談対応、住宅改修への満足度など11領域29項目（ア.調査対象者の属性、イ.住宅状況、ウ.住宅改修の実施箇所・実施内容、エ.住宅改修の提案者、オ.住宅改修を実施した理由、カ.住宅改修についての相談、キ.住宅改修実施後の手直しや相談対応、ク.住宅改修に満足しているか、ケ.住宅改修をして生活が変わった点、コ.工事費用に納得しているか、サ.工事担当業者の対応について）である。分析に際しては、度数分布表とクロス集計を用いて分析した。回答者の属性は表2-2の通りである。

訪問聞き取り調査は、質問紙調査の回答者のうち、訪問聞き取り調査に協力が得られた37世帯に対して2004年4月～6月にかけて各住戸を訪問して行った。なお、訪問聞き取り調査の対象者選定にあたっては、介護保険利用者と自立高齢者向け住宅制度利用者の両方から選ぶとともに、要介護度や住宅改修の内容に偏りがないように配慮した（表2-3）。調査方法は、各住戸に筆者ら研究者と市の高齢者住宅改修の担当職員、相談支援を担当した作業療法士がともに訪問し、住戸内で1時間ほどかけて実施した。それぞれの改修箇所を本人に動いてもらい動作確認をし、利用状況について聞き取りを行った。分析は、事例ごとに、住宅改修のねらいや改修内容と工事箇所の利用状況、本人や家族が訴えた問題点や調査者らが認めた問題点に着目して行った。

表2-2 質問紙調査回答者の属性

年齢	要介護 n=122	60歳未満6人(4.9%)、60～64歳5人(4.1%)、65～69歳13人(10.7%)、70～74歳22人(18.0%)、75～79歳16人(13.1%)、80～84歳17人(13.9%)、85歳以上40人(32.8%)、未回答・不明3人(2.5%)
	自立 n=60	60歳未満0人(0%)、60～64歳1人(1.7%)、65～69歳10人(17.0%)、70～74歳12人(20.0%)、75～79歳16人(26.7%)、80～84歳11人(18.3%)、85歳以上3人(5.0%)、未回答・不明7人(11.7%)
性別	要介護	男性60人(49.2%)、女性59人(48.4%)、未回答・不明3人(2.4%)
	自立	男性31人(51.7%)、女性23人(38.3%)、未回答・不明6人(10.0%)
家族構成	要介護	一人暮らし10人(8.2%)、夫婦のみ25人(20.5%)、家族と同居84人(68.9%)、その他1人(0.8%)、未回答・不明2人(1.6%)

		自立	一人暮らし 1 人 (1.7%), 夫婦のみ 22 人 (36.7%), 家族と同居 30 人 (50.0%), その他 0 人 (0%), 未回答・不明 7 人 (11.7%)
介護度	申請時 介護度	要介護	自立 2 人 (1.6%), 要支援 15 人 (12.3%), 要介護 1-45 人 (36.9%), 要介護 2-19 人 (15.6%), 要介護 3-19 人 (15.6%), 要介護 4-8 人 (6.6%) 要介護 5-8 人 (6.6%), 未回答・不明 6 人 (4.9%)
		自立	自立 40 人 (66.7%), 要支援 3 人 (5.0%), 要介護 1-3 人 (5.0%), 要介護 2-1 人 (1.7%), 要介護 3-1 人 (1.7%), 要介護 4-1 人 (1.7%) 要介護 5-0 人 (0%), 未回答・不明 11 人 (18.3%)
	現在の 介護度	要介護	自立 3 人 (2.5%), 要支援 16 人 (13.1%), 要介護 1-45 人 (36.9%), 要介護 2-17 人 (13.9%), 要介護 3-17 人 (13.9%), 要介護 4-12 人 (9.8%) 要介護 5-5 人 (4.1%), 未回答・不明 7 人 (5.7%)
		自立	自立 41 人 (68.3%), 要支援 3 人 (5.0%), 要介護 1-4 人 (6.7%), 要介護 2-2 人 (3.3%), 要介護 3-0 人 (0%), 要介護 4-1 人 (1.7%) 要介護 5-0 人 (0%), 未回答・不明 9 人 (15.0%)
調査票 記入者		要介護	本人 26 人 (21.3%), 家族 90 人 (73.8%), その他 2 人 (1.6%), 未回答・不明 4 人 (3.3%)
		自立	本人 38 人 (63.3%), 家族 17 人 (28.3%), その他 1 人 (1.7%), 未回答・不明 4 人 (6.7%)

表 2-3 訪問聞き取り調査の対象

自立高齢者の予防改修	14 件
介護保険による住宅改修	
要支援 3 件	
要介護 1 8 件	
要介護 2 3 件	
要介護 3 5 件	
要介護 4 2 件	
要介護 5 2 件	23 件
合計	37 件

(2) 調査自治体における住宅改修事業の概要

調査対象の A 市では、介護保険による 20 万円に市独自で上乗せする制度を実施している。具体的には、要支援から要介護 3 の利用者には介護保険の 20 万円に 10 万円（1 割負担）の上乗せ、要介護 4，5 では 30 万円（1 割負担）の上乗せを行っている。また、自立高齢者のための予防を目的とした住宅改修には、10 万円を限度（1 割負担）とする市独自の助成制度がある。

A 市には、「相談窓口 B」とよばれる、福祉課・長寿課・市民課、社会福祉協議会などの市民サービス総合窓口が入った施設がある。要介護、自立にかかわらず制度を利用した住宅改修をするかぎりにおいて、相談窓口 B に事前に相談することになっている。

(3) 質問紙調査の結果

1) 住宅改修を実施した理由

住宅改修をどういうねらい、理由で実施したかについてみると、要介護高齢者では、「本

人が楽に動けるようにするため」が 89 件（73.0%）と最も多いのに対して、自立高齢者は「本人が転ぶのを防ぐため」が 38 件（63.3%）と最も多くなっている。自立高齢者にとっては介護予防の意識があることがわかる（図 2－2）。

2) 住宅改修についての相談の有無

住宅改修の実施に際して、どこかに相談したかについては、全体で 144 件（79.1%）が相談をしたと答えている。これは、介護保険制度、自立高齢者向けの制度のいずれを利用する場合にも、相談窓口 B に事前相談が必要であることが、この結果につながっている（図 2－3）。

3) 住宅改修の相談相手

相談相手をみると、要介護者ではケアマネジャーを挙げる人が最も多く（58 件、56.9%）、次いで相談窓口 B となっている（44 件、43.1%）。自立高齢者では業者が相談にのってくれたと答えているものが 20 件（47.6%）と最も多く、なじみの業者を通じて、相談窓口 B に話しをつなげている状況にあると思われる（図 2－4）。

4) 住宅改修の満足度、不満・あまり満足していない理由

住宅改修に満足しているかをたずねたところ、「満足している」と答えた者は全体で 91 件（50.0%）と半数にとどまっているが、「まあまあ満足している」を合わせると 168 件（92.3%）に達し、ほとんどの人が、住宅改修を実施したことに一定の満足を得ていた。これは、要介護高齢者、自立高齢者ともにほぼ同様の傾向であった。

一方、「不満」、「あまり満足をしていない」と答えたものは、あわせて 5 件だった。この理由は、「段差の解消をお願いしたが、段差が残っていた」、「工事内容の説明不足」という工事に問題があったことや、本人の身体の状態と住宅改修内容があっていないという計画時点の問題が挙げられた（図 2－5）。

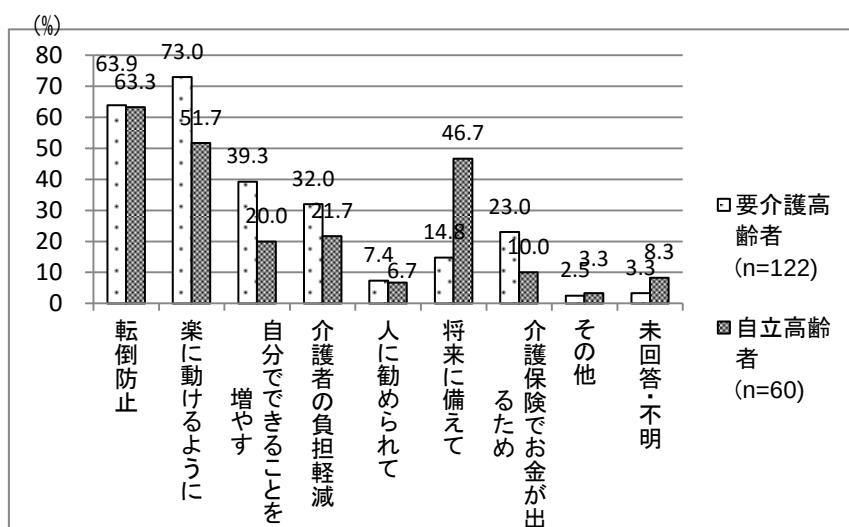


図 2－2 住宅改修を実施した理由（複数回答）

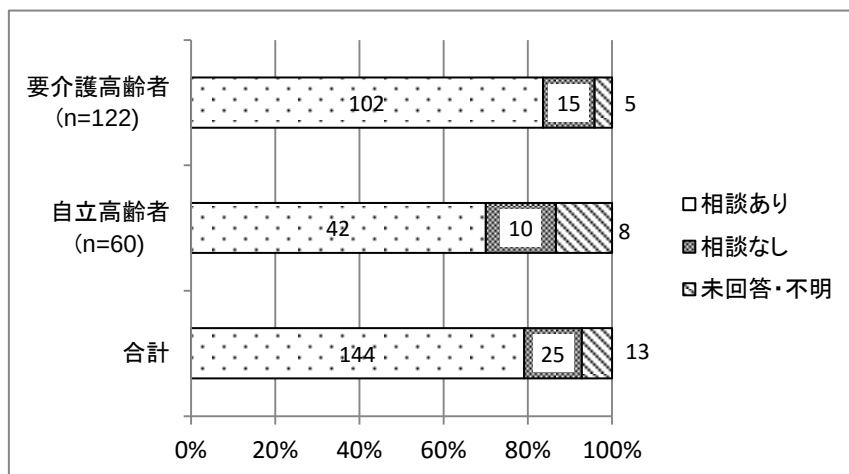


図 2 - 3 住宅改修の相談の有無

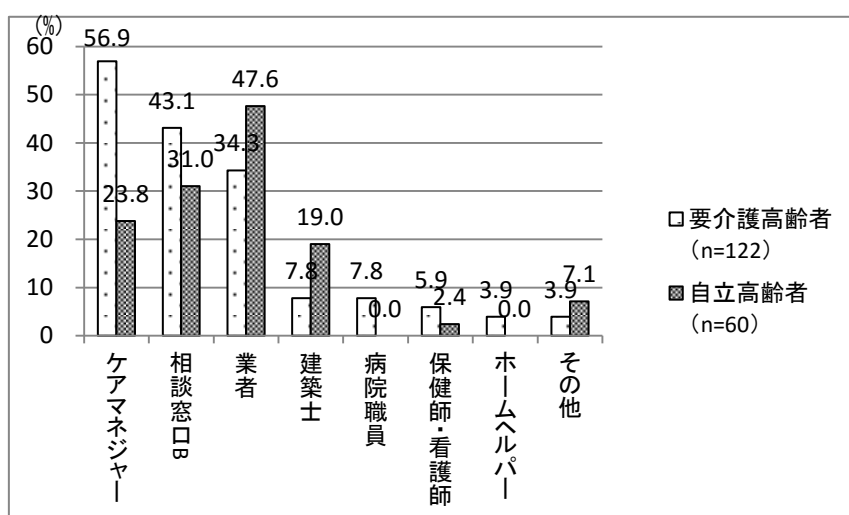


図 2 - 4 住宅改修の相談相手（複数回答）

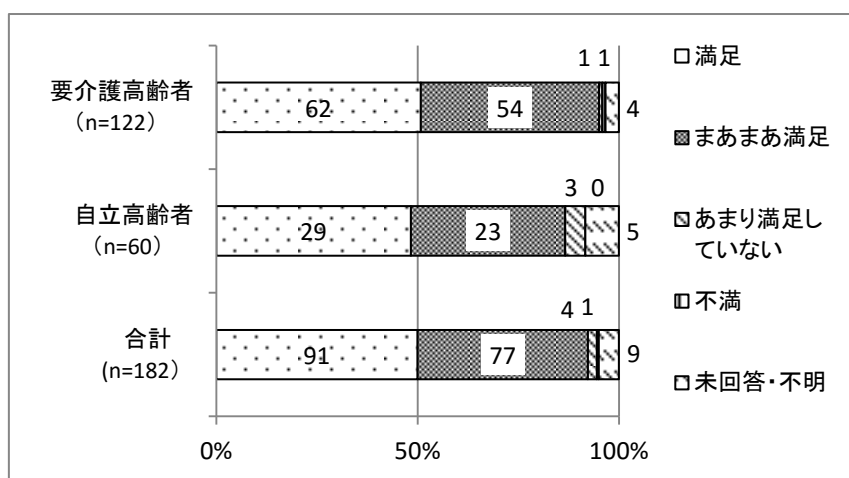


図 2 - 5 住宅改修の満足度

（４）訪問聞き取り調査の結果

１）訪問聞き取り調査における住宅改修箇所の利用実態

質問紙調査結果の満足度では、全体で「満足」、「まあまあ満足」を合わせて 92.3%（163 件）という結果であった。それに対し、同じ対象者の中から 37 件を抽出し、訪問聞き取り調査を実施した結果、調査員が客観的に判断して住宅改修に何らかの問題があると確認されたものが 32.4%（12 件）あることがわかった（表 2－4）。

質問紙調査結果の利用者満足度と訪問聞き取り調査による客観的評価に、差異が生じる結果となった。この差異が生じた要因として以下の 2 点を挙げることができる。

一つには、利用者は介護保険制度や市独自の助成制度により、少ない自己負担で住宅改修を実施できたことに満足し、多少の利用上の問題については気にしていないためと思われる。訪問聞き取り調査を実施した際に、対象者が住宅改修箇所について不満を述べるというケースは極めて少なかった。

二つ目は、調査対象者のほとんどの人は住宅改修を複数箇所実施し、そのうち有効に利用している箇所と、問題があって利用できていない箇所が混在しているため、全体を通して問題があるとは認識していないという理由である。たとえば、手すりは有効に利用しているが、段差解消には問題があったというケースである。このように、有効に利用している箇所と問題のある箇所の両方があるため、質問紙調査では「まあまあ満足」という回答が多くなっていると考えられる。

２）訪問聞き取り調査における住宅改修実施箇所の問題

訪問聞き取り調査の結果、住宅改修に問題があると判断された 12 件について、問題の性質、内容をもとに 3 つに分類することができた。以下に、それぞれの問題の具体的な内容を記す。

①当初想定した対象者の生活に適應せず、住宅改修箇所がまったく利用されていない

- ・ 自宅の浴室やトイレを利用することを想定して、手すりをつけたが、実際に生活を始めてみると、自宅の浴室、トイレはほとんど利用していない。（事例 2，14）
- ・ 対象者の生活の主要な場、動線として、部屋や出入り口の段差解消、手すり設置を行ったが、実際に生活をはじめてみると、別のスペースを利用することとなり、まったく使われていない。耐震診断をして危険だとわかったために、別の安全なスペースを利用することにしたため改修場所を使用しない事例があった。（事例 4，17，34）
- ・ 本人の身体の状態にあった住宅改修でなかったために、使うことができない。具体的には、要支援で歩行可能、つま先もあがるのに、トイレの入り口段差にミニスロープをつけたために、滑りやすくなり、かえって危険になった。（事例 22）

②対象者の身体状況に対して実施内容や施工に問題があり、利用上の支障が生じている

- ・ 手すりの取り付け位置が適切でなく利用しにくい。（事例 6，9，11，15，23，31）
- ・ 洗面台の下に車いすが入るようにしたが、車いすのひじが当たって十分に近づけない。（事例 4）
- ・ 今後の身体状態が不明瞭な時に、業者に任せて先を見越した車いすでの生活を想定し

住宅改修を実施したが、実際の生活では車いすを利用していないために、広げた廊下やトイレのスペースがかえって使いにくくなった。(事例9)

- ・ 敷居を撤去し、室間の段差をなくすつもりが1 cm 程度の段差が残し、車いすの自走では通れない。(事例15)

③本来必要な住宅改修が実施されなかったため、不便が生じている

- ・ 退院時に自宅のトイレは危険なので使用しないように病院から言われたため、改修対象にしなかったが、本人はポータブルトイレを嫌がり、不自由しながらトイレを使用している。(事例2)

表2-4 問題点のある事例の住宅改修の状況(訪問聞き取り調査)

事例	年齢 要介護度	身体状況・住宅 改修のねらい	住宅改修内容	利用状況・問題点	生活の変化
2	85歳 要介護5	脳梗塞による右片麻痺。リウマチにより左上肢・手指に力がないため、歩行困難。車いすでの移動、外出が容易にできるようにする。	寝室の板縁から玄関に向けてスロープを設置。和室と廊下の敷居段差に三角スロープを設置。浴室に手すり設置。脱衣室の開き戸をアコーディオンカーテンに変更。	スロープは、車いすでの外出や室内移動に有効。浴室に手すりを設置したが、現在は利用していない。 <u>退院時に自宅のトイレは危険なので使用しないように病院から言われたため、改修対象にしなかった</u>	移動が楽になった。外出時の介助が楽になり、負担が軽減した。
4	86歳 要介護4	脳梗塞、麻痺は軽度であったが下肢筋力や平衡機能の低下及び左手握力の若干低下が認められる。歩行器が車いすによる移動ができるようにする。	トイレ、浴室、更衣室に手すりを設置。トイレ、更衣室の床材を変更し、床段差の解消。トイレの出入り口を4枚引き戸に変更。浴室・脱衣室の扉を引き戸に変更。	<u>住宅改修を行ったが、耐震診断を受けたところ危険性が高かったため、横屋を建替えバリアフリーにし、さらに本人が住むようにする予定。</u> <u>洗面台の下に車いすが入るようにしたが、車いすのひじがあたって十分身体を近づけることができない。</u>	特に変化なし。トイレの利用の仕方が若干改善。
6	83歳 要介護3	円背、下肢の筋力低下により、膝をほとんど曲げずにすり足で歩くため、段差のあるところ不安がある。室内を安全に歩けるようにする。	居室隣のトイレへの出入りを補助する手すりの設置。脱衣室から浴室への移動を補助する手すりの設置。居室から母屋の浴室までの動線上の段差にミニスロープを付け解消。	<u>トイレにつけた手すりが出っ張り、ぶつかる危険性がある。</u> <u>段差解消、手すりの利用について本人の利用状況を確認できなかったが、「とても快適になりました」と言っている。しかし嫁は「昔から段差があったところは身体で段を覚えているので解消する必要はなかった」と否定的な意見。</u>	介護の負担が少し減った。

9	62 歳 要介護 3	脊椎小脳変性症による体験機能障害により立ち上がることが困難。屋内は這って移動するか、掴まって伝い歩きをするので、それに合わせた段差解消、手すり設置が必要。	車いすを使うことを考えトイレのスペースを広げ改修。トイレに手すりを設置。浴室の改修。8 畳をなくし車いすでもと終えるように広い廊下に改修。手すりを設置。	トイレは車いすですること考え改修したが、現状では広すぎて、手すりもつけにくく掴まる場所がない。トイレから便器までの手すりの位置がもう少し手前にあった方がよかった。廊下も車いすを前提に、広くしすぎたために、トイレの入り口までに距離がありすぎて、手すりまで遠く掴まりにくい。	自分でできることが多くなった。少し前までは、トイレの前の廊下の手すりはなんとか使えていたが、ADL が下がってきたので、その手すりまでが遠く感じるようになった。
11	83 歳 要介護 2	脳梗塞を発症するが後遺症はほとんどなし。下肢筋力の低下、膝の痛みもあるため、転倒予防のための住宅改修を行う。	玄関ホールの床を嵩上げし、居室、トイレ入り口、浴室入口の段差を解消。従来の脱衣室をトイレに、従来のトイレと浴室を広めの浴室にし、手すり設置。	以前のトイレは使いにくく、庭で用を足すこともあったが、洋式になり喜んで使っている。トイレの手すりは位置が左手元にあったほうがよかった。浴室の手すりは横手すりだけでは用は足りていて、縦手すりは使っていない。もう少し高い位置で長いと使いやすいと思われる。	床段差を解消したために、以前は身体を傾けてドタドタ歩いていたが、今は足の運びが軽やかになった。自分でできることが多くなった。
14	72 歳 要介護 1	体幹機能障害がある上に、大腿部骨折したために、室内を車いすと歩行器で移動できるようにする。	浴室、トイレ、寝室それぞれの入り口に踏み台を設置し、段差を緩和。玄関土間からホールへのスロープ設置と開き戸の引き戸への交換。トイレ、浴室に手すり設置。	事務所だった建物を居住用にしているため、玄関土間、ホールが広く、荷物等が置かれていて移動の妨げになっている。玄関土間のスロープは長い。両側に手すりが無く、移動の安全性が確保されていない。トイレに手すりを設置したが、本人は使っておらずポータブルトイレを使用している。	特に変化はない。夫による介護とホームヘルパーの利用で生活が成り立っている。
15	77 歳 要介護 1	脳梗塞後遺症による右片麻痺。見守りながらの一本杖歩行で安全に移動できるようにする。	玄関土間から居室までの 500 mm の段差に階段・手すりを設置、引き戸に変更。浴室をユニットバスに改修し、引き戸に変更。浴室内に手すりを設置。和室トイレを洋式トイレに変更。段差解消、引き戸に変更。居室と DK の間の段差解消、引き戸に変更。	浴室に入りにくい。シャワーチェアから浴槽への移乗がうまくいかない。ケアマネジャーの言われる入浴方法ができないので、入りにくい。居室と台所の間は、敷居を撤去してフラットにしたはずが、1 cm 程度の段差があるため、車いすの自走では通れない。トイレの室内が広く、壁に横手すりがついているが、そこまでの距離が遠いので掴まりにくい。	風呂に入れるようになった。ただし、浴槽に入る時は夫の介助を受けている。段差が少なくなったのでトイレや浴室まで移動しやすくなった。
17	57 歳 要介護 1	脳出血の後遺症による右片麻痺。リハビリにより一本杖使用にて歩行できるが、段差やトイ	各部屋間の敷居段差の解消のための床の嵩上げ。玄関上がり框・勝手口に踏み台及び手すり	玄関上がり框につけた踏み台と手すりはほとんど使っていない。玄関は主要な出入り口ではなく常時鍵をかけたまま。勝手口につけた踏み台はよく利用してい	少しずつ動くようになってきている。

		し、浴室の利用がしにくい。	を設置。勝手口の引き戸の戸車を交換。和式便器に洋風便座をかぶせて使用するためにトイレの床を嵩上げ。浴室に手すり設置。	る。出入りしやすくなった。手すりを設置したトイレは昼間は使っていない。夜だけ改修したトイレを使っている。浴室に設置した手すりはシャワーチェアから立ち上がる時に利用する。浴槽が深く入るのがこわい。	
22	92 歳 要支援	腰痛、左膝痛があり、悪化させずに維持していきたい。住宅内を移動しやすくする。また、庭いじりやデイサービスなど外に出かける機会が多いので、玄関を出入りしやすくする。	玄関ポーチ階段部分に手すりの設置。玄関上がり框に踏み台、手すりの設置。浴室、トイレ内に手すりの設置。トイレの出入り口段差にミニスロープの設置。	玄関の踏み台、手すりはよく利用している。浴室は、手すりがあるので出入りしやすい。 <u>トイレの中が滑るので、ミニスロープに滑り止めをつけた。</u> 部屋の出入り口の段差が数 cm あるが今の所つまづくことはない。	特に変化なし。
23	83 歳 要支援	体幹機能障害のため、畳からの立ち上がりに時間がかかる。立つと柱や壁を伝いながら歩行することは可能。しかし何かに掴まっていなければ不安定。	トイレ、浴室、廊下に手すりを設置。屋外の物干し場への出入りのための手すりつき階段の設置。	手すりがないと住宅内を動けない状態。勝手口からの手すりとは階段がないと外に出られない。子どもを起こしに行くので、子ども部屋までの廊下にも手すりをつけた。手すりの高さは 90cm にしてもらった。 <u>はじめにつけた風呂の前の手すりは低いので使いにくい。トイレの手すりは便器の奥の方にありいらなかった。</u>	手すりをつけたことで、自力で室内を移動したり、外に出られるようになった。
31	74 歳 自立	膝痛があるため、汽車式の和式トイレの使用が困難であるため、楽に利用できるトイレにする。	トイレの段差撤去。和式便器から洋式便器への変更。便座からの立ち上がりを補助する手すりの設置。	<u>トイレの手すりの高さが低く、座るときは L 字の縦の部分を握って「どっこいしょ」と座る。手すりを使おうと思うと、ペーパーホルダーが邪魔になる。</u>	洋式便器は利用しやすくなった。
34	70 歳 自立	段差でのつまづきを予防し、掴まる場所があったほうがよいと考えた。	玄関上り框、洗面台横ホール、トイレ入り口、渡り廊下に手すりを設置。	段差のあるところには、手すりがあったほうがつまづいた時に安心。奥の古い建物部分で自分たち夫婦が生活することを想定して、手すりを設置したが、 <u>建築年数が古く筋違が入っていないので、耐震性に不安があり、現在は奥の部屋は使っていない。</u>	特に変化なし。

※下線部は問題だと思われる内容

(5) まとめ

相談窓口 B は、A 市の長寿課や福祉課、社会福祉協議会などと同じ場所にあるため、ケアマネジャーや作業療法士、市の職員間の連携がとりやすく、情報の伝達がスムーズである。また、住宅改修制度を利用するには、相談窓口 B を通して行うため、ある一定程度の満足できる改修が行われていることがわかった。

一方で、住宅改修箇所の利用上の問題点も残る。質問紙調査と訪問聞き取り調査から明らかになった住宅改修支援プロセスの課題は、以下の 2 つである。

一つは、退院時の住宅改修が退院後の生活を十分に想定しないままに実施されると、問題が生じる点である。とくに、心身状況が変化した場合、実際に自宅での生活を始めないと身体面がうまく機能するかわからないため、事前に実施する改修と生活が落ち着いた段階で行う改修を的確に判断し、時期に合わせた住宅改修を行うことが重要となる。

二つ目は、住宅改修支援にかかわる複数の専門職が、対象者の身体状況、本人の生活意向、介護者の状況等を理解・共有せずに住宅改修を行うと、問題が生じる点である。住宅改修支援では、行政の相談窓口や病院の理学療法士、作業療法士、工事業者、ケアマネジャーといった専門職の連携が欠かせないが、連携の際には、専門職間で改修目的や改善内容を共有しておくことが大切である。

第2節 自宅に住み続けられなくなった高齢者が居住場所を確保する上での問題

ここでは、施設等が見つからず行き場に困る高齢者の問題、行き場に困る高齢者の不安定居住の問題、低所得高齢者が居住の場を喪失する過程とその要因について、先行研究や既存調査を踏まえて論じる。

1. 施設等が見つからず行き場に困る高齢者の問題

(1) 特別養護老人ホーム入居待機者の問題

第1章でも述べたように、2014（平成 26）年3月の厚生労働省の発表によれば、特別養護老人ホーム（以下、特養）の入所申込者は約 52.4 万人にのぼる。このうち、要介護3～5の人は 34.5 万人にのぼり、そのうち在宅高齢者は 15.3 万人、在宅以外の高齢者は 19.2 万人である。

特養待機者を対象とした調査（栃本 2011）によると、入所申込みの理由で最も多いのが「同居家族等による介護が困難となったため」（55.6%）、二番目が「介護する家族等がないため」（19.9%）である。高齢者単身世帯と夫婦のみ世帯の合計が高齢者世帯全体の半数を占める中、家族による介護が見込めないことが入所申込みにつながっている。これは公的介護サービスだけでは在宅で住み続けられないことを意味している。また、三番目の理由に「施設・医療機関から退所・退院する必要があるため」がある。この背景には、入院期間の短縮化や病院・施設の機能分化が推進されていることが考えられる。公的介護サービスだけでは在宅生活を続けられず、また病院や施設の機能分化によって、早期に退院・退所せざるを得ないにもかかわらず、受け皿となる場所が限られることが、特養待機者の増加につながっている（表2-5）。

次に、入所待ち高齢者の居住場所に着目する。先述の調査（栃本 2011）によれば、55.9%の人が自宅以外の場所（介護老人保健施設、介護療養型医療施設、医療機関等）で入所待ちをしている（図2-6）。つまり入所待ちの半数が、施設や医療機関に入所・入院しながら特養への入所を待機しているといえる。

以上から、特養待機者の中には、介護者不在の人や施設や病院から退所・退院が求められるために入所を希望している人、医療機関や施設等で特養入所待ちをしている人がおり、こうした人は入所に至るまでに、不安定な居住生活が続くことが予想される。

表 2－5 入所申し込み理由（複数回答）

	人数	割合
同居家族等による介護が困難となったため* ¹	4,446 人	55.6%
介護する家族等がないため	1,588 人	19.9%
施設・医療機関から退所・退院する必要があるため	1,321 人	16.5%
最期まで見てくれるため	810 人	10.1%
現在の居所での認知症への対応が困難なため	584 人	7.3%
入所費用が安い	506 人	6.3%
不明	441 人	5.5%
その他* ²	395 人	4.9%
無回答	329 人	4.1%
総数	7,998 人	100.0%

*¹ これらの中には、現在施設入所中の申込者分も含まれている

*² その他：「今後の不安、将来に備えて」1.9%等

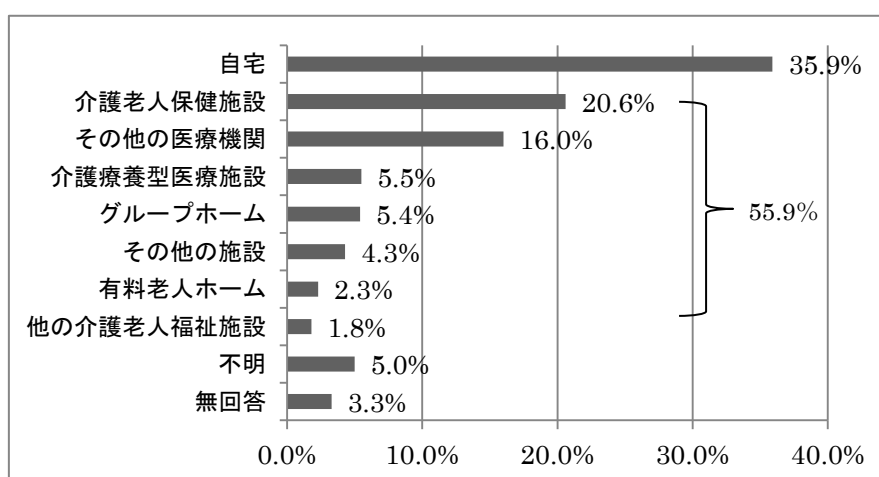


図 2－6 入所申込者の現在の居場所

（表 2－5，図 2－6 出典：栃本一三郎（2011）「特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究報告書」）

（2）病院からの退院先が見つからない問題

1）取りあえずの退院先として選ばれる施設

退院後の行き場を見つけづらい高齢者について、東京都社会福祉協議会（2013）が興味深い調査を行っている。この調査によれば、介護老人保健施設の 32.3%，小規模多機能型居宅介護の 22.0%，医療療養病床の 20.9%が「退院先が決まらず、とりあえずの退院先として」選ばれ、小規模多機能型居宅介護の 29.3%，介護老人保健施設と介護療養型医療施設の 26.8%は「特養待ち」を理由に選ばれていた。

「退院先が決まらず、とりあえずの退院先として」と「特養待ち」を合わせると、介護老人保健施設では 60.1%，宿泊デイでは 57.6%，小規模多機能型居宅介護では 51.3%を

占める。つまりこうした施設を利用する人の半数は、次の行き先がないために現在の施設を利用しているといえる（図２－７）。

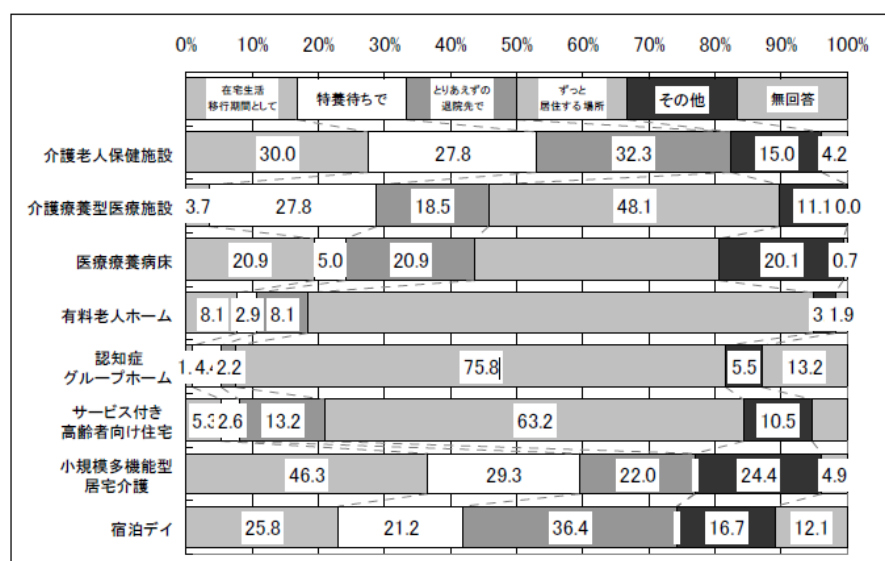


図２－７ 利用中の施設・事業所が退院先となった理由

2) 入所希望者を断る施設

行き場がないためにとりあえず施設を利用する人もいるが、必ずしも誰もが施設に入れるわけではない。前述した調査によれば、退院後の受け皿となる介護老人保健施設や介護療養型医療施設、小規模多機能型居宅介護、サービス付き高齢者向け住宅の7割が、「医療対応が困難なため」を理由に患者の入所を断った経験を持つ（図２－８）。また、介護老人保健施設や介護療養型医療施設、医療療養病床の4割を超える施設で、「BPSD が激しいため」（図２－９）という理由で認知症高齢者の入所を断り、有料老人ホーム、医療療養病床、サービス付き高齢者向け住宅の半数の施設では「経済的に困難なため」という理由で入所を断った経験がある（図２－10）。

施設退所後の行き場が見つからないために、一時的に老人保健施設や小規模多機能型居宅介護等を利用しようとしても、心身状況や経済状態によっては、入所を断られることがある。行き場が見つからず、不安定な居住生活を送らざるを得ない高齢者が存在している。

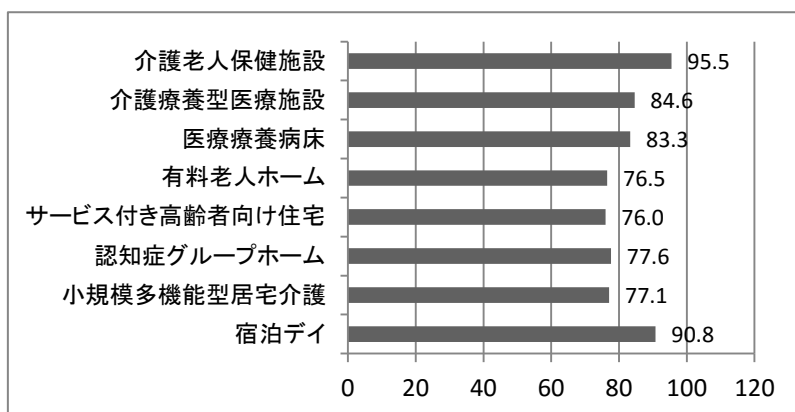


図 2－8 「医療対応が困難なため」入所を断った施設の割合

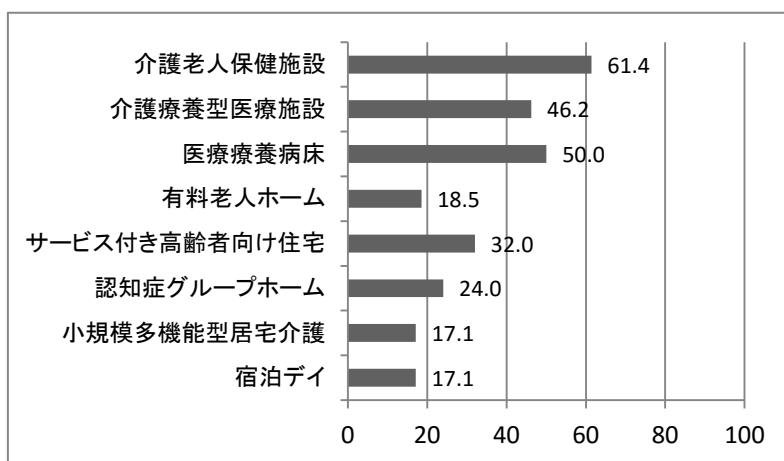


図 2－9 「BPSD が激しいため」入所を断った施設の割合

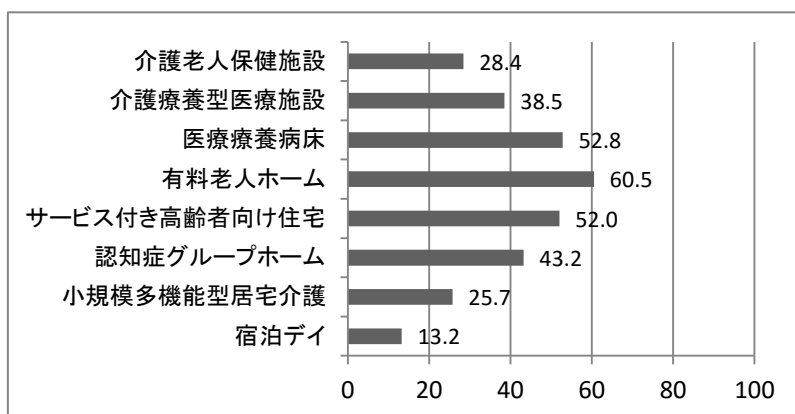


図 2－10 「経済的に困難なため」入所を断った施設の割合

(図 2－7～10 出典：東京都社会福祉協議会 (2013)『退院後、行き場を見つけづらい高齢者 社会資源実態白書 (平成 23 年 3 月)』)

（３）施設を転々とする高齢者の問題

つづいて、介護保険３施設の入所者に行った調査（厚生労働省 2012a）から、入所前にいた場所をみる（表２－６）．介護老人福祉施設（以下、特養）に入所する前は、３割が「家庭」に、２割が「医療機関」や「介護老人保健施設」にいた．また特養に入所する前に特養にいた人も 2.5%存在する．特養から特養に移動した理由はわからないが、終の棲家と考えられる特養でも、必ずしもそうっていないことがわかる．また、介護老人保健施設では５割、介護療養型医療施設では７割が医療機関から入所している．これはいずれも家庭から入所した割合より高い．

次に退所後の行き先だが、特養では「死亡」が６割を占める．ここから、特養が最期の住まいとなっていることがわかる．また、介護老人保健施設の５割、特養や介護療養型施設の３割が「医療機関」に退所している．つまり医療が必要な状態になれば施設には残れず医療機関に移っている（表２－７）．この調査からは、一人の人が繰り返し入退所しているかわからないが、実際には次のように居所を転々とするケースもある．

両親ともに要介護状態で（夫・要介護３，妻・要介護５），至急入所したいとのことであった．しかも、今、二人ともユニット型個室の別の施設に入所中だという．ただし、利用料金が高くて支払い切れず、今の施設を退所し、低料金で利用できる特養に移りたいとのことであった．両親ともに年金収入はあるが、二人分の施設利用料金の支払いが、年金収入を越えているため、今までは貯蓄等を切り崩しながら捻出していたが、その貯蓄が底をつき困って相談に訪れた．（中略）結果的には、利用料金の支払いが難しくなったため、両親は、一旦施設を退所し在宅で暮らし、他の４人部屋特養への入所申し込みを行い、１年後、入所できたのである．

（出典：笹川泰宏（2010）「第５章 無届け有料老人ホームは問題か」結城康博，嘉山隆司編『高齢者は暮らしていけない』p75－90）

退所後の行き場には、自宅や施設等様々なところがあるが、本人の希望通りに居所を選択できるのではなく、とりあえずの場として施設が選択されることも少なくない．先述したように本人の心身状態や経済状況によっては、一時的な施設入所がかなわない場合もある．また、さまざまな理由で施設や医療機関を渡り歩き、居住場所が安定しない高齢者も存在すると推測できる．

表２－６ 介護保険３施設に入所する前の場所

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
家庭	31.8%	28.8%	12.0%
介護老人福祉施設	2.5%	0.7%	1.5%
その他の社会福祉施設	3.2%	0.9%	0.5%
介護老人保健施設	22.0%	5.2%	3.7%
医療機関	24.5%	52.6%	75.2%
その他	16.1%	11.8%	7.1%

表 2－7 介護保険 3 施設における退所後の行き先

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
家庭	2.9%	23.8%	12.1%
介護老人福祉施設	1.1%	9.3%	6.5%
その他の社会福祉施設	0.3%	2.5%	1.4%
介護老人保健施設	0.4%	6.6%	9.9%
医療機関	28.9%	48.9%	34.7%
死亡	63.7%	6.0%	33.0%
その他	2.6%	2.9%	2.4%

（表 2－6， 7 出典：厚生労働省（2012a）「平成 22 年介護サービス施設・事業所調査の結果の概況」）

（４）療養型病床削減による行き場のない高齢者の問題

2006（平成 18）年に厚生労働省は， 2011（平成 23）年度末までに 13 万床ある介護療養型医療施設の廃止と， 25 万床ある医療型療養病床を 15 万床にまで削減する方針を決めた．具体的には，医療型療養病床の 14 万床分と介護療養型医療施設の 9 万床を合わせ，まずは経過措置として介護保険移行準備病棟（医療保険）と経過型介護療養型医療施設（介護保険）に移行し，その後老人保健施設（15～17 万床），ケアハウスや有料老人ホーム，高齢者専用賃貸住宅，自宅（6 万～8 万床）に再度移行する．そして医療型療養病床の 11 万床と残りの介護療養型医療施設の 4 万床を合わせて 15 万床の医療療養病床にするという計画である（図 2－11）．

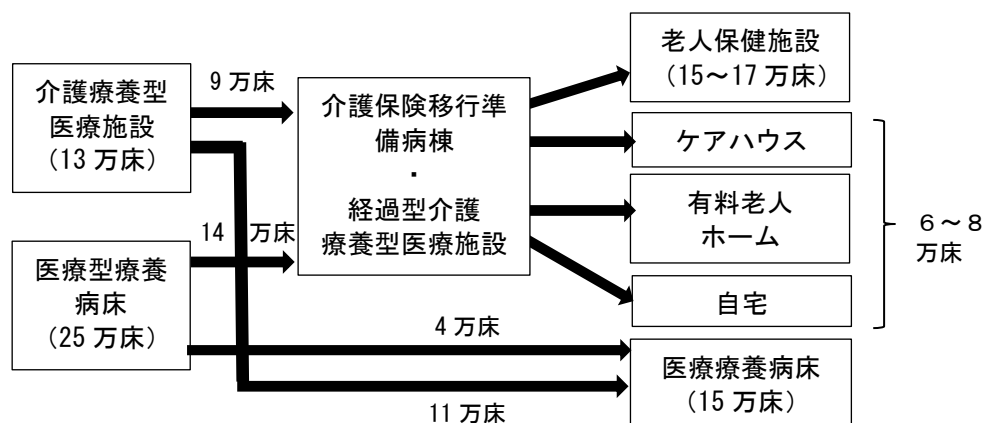


図 2－11 療養型病床の再編案（筆者作成）

だが日本医師会（2006）が行った調査によれば，社会的入院患者とみなされる医療区分 1 の患者のうち，約 2 割は医学的管理が必要で，約 4 割は在宅・施設の受け入れ態勢が整っていないため受け入れ先がない状況にあるという．日本医師会では，医学的管理が必要な 2 割の人を「医療難民」，在宅・施設で受け入れられない人を「介護難民」と呼び，医療

難民は最大 2 万人、介護難民は最大 4 万人にのぼると試算している（図 2-12）。なお 2007（平成 19）年 2 月の厚生労働省の発表によれば、療養病床を老人保健施設や有料老人ホームに転換を予定する病床数は全体の 1 割にも満たなかった。

療養型病床削減の方針は非常に大きな混乱を招いた。その後、政権交代が続いたこともあり、療養型病床はこれまで不透明な動きが続いている。2014（平成 26）年時点で決まっているのは、2017（平成 29）年度末まで廃止が猶予されたことである。

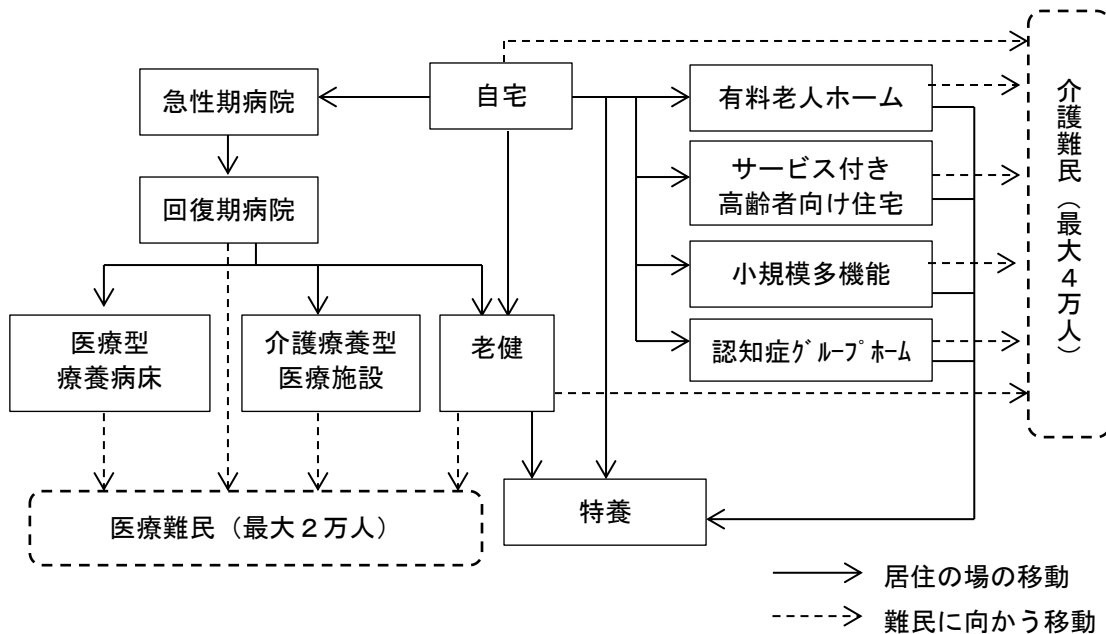


図 2-12 医療難民・介護難民発生のがれ（筆者作成）

2. 行き場に困る高齢者の不安定居住の問題

（1）寝たきり専用賃貸住宅の実態と問題点

「寝たきり専用賃貸住宅」とは、法令上の名称ではない。要介護度 4 や 5 で、経管栄養等を必要とする高齢者が入居できる賃貸住宅を指す言葉である。賃貸住宅運営事業者と特定の介護や医療サービス提供事業者が一体的に、あるいは強い提携関係の中で医療や介護サービスを提供するため、居住者は自由にサービス提供事業者を選択できない問題が生じている。

厚生労働省は、2011（平成 23）年に寝たきり高齢者だけを入居対象とする施設の実態調査を行った。その結果、岐阜県（7 施設）、秋田県、神奈川県、福岡県（各 1 施設）の 4 県に 10 施設が見つかった（厚生労働省 2011a）。岐阜県の「寝たきり専用賃貸住宅」では、入居者に重要事項説明書の内容が説明されておらず、苦情処理の体制が未整備だったため県の指導が行われた。また、医療保険による訪問看護が不正請求された疑いも持たれている。

2010（平成 22）年 5 月 2 日の中日新聞（朝刊）によると、ある「寝たきり専用賃貸住宅」では入居者一人あたりの費用が月に 100 万円かかり、その 8 割が介護保険と医療保険

で賄われ、訪問看護の医療保険が不正請求されていたという。入居者には1日3回の訪問看護が毎日行われ、本来なら自己負担となる分が医師の特別指示書の発行という「想定外の手法」で、超過分を医療保険で請求していた。他にもケース1や2のような事例もある。

こうした実態を受けて、厚生労働省は2011（平成23）年2月に「在宅医療における患者紹介等について」という表題で、在宅医療を必要とする人が多く入居する集合住宅における囲い込みの医療サービスや過剰な医療の提供に対し注意を促している³⁾。

ケース1. 寝たきり専用賃貸住宅①

病室のような、白を基調とした一室。空間の大半を占めるベッドの上で母は身を横たえていた。鼻には体内に栄養を送るチューブがつながれている。洗濯物を取り換え、布団を整えてあげた帰り際、女性は物言えぬ母の手を握り締めた。「母さん、生きているだけでうれしいもんね」

愛知県内の「寝たきり専用賃貸住宅」と称する無届け施設に母を入れたのは2008年の冬。07年秋、脳内出血で倒れた母は全身まひの障害が残り、転院先の病院からも早期の退院を迫られた。子育てにパートを抱え、母を引き受けるのは困難だった。「病院のケースワーカーに泣きついたが、特別養護老人ホームも老人保健施設も難しいと言われた」。ようやく紹介してもらえたのが、ここだった。「病院では入浴もろくにさせてもらえなかった。ここでは母の体も清潔に保ってもらえている。私は100パーセント満足している」

（出典：2010年5月4日 中日新聞 朝刊）

ケース2. 寝たきり専用賃貸住宅②

裁判所から入居者の成年後見人に選任されたことで施設とかかわりを持つようになった。契約関係の書類に目を通し、疑念を抱いた。「たとえ（病院に）搬送しても改善は非常に困難」と、事実上病院への搬送を拒否する同意書を取られていた。ベッドのレンタル料は当時月5万円。実際は一割負担なので見落としがちだが「通常より倍以上の設定」だった。後見人になった女性を訪れ、つばを飲み込める様子に「食事を取ることができる」と確信した。施設を退居させリハビリを試みた結果、女性は再び食事を取れるようになったという。その後移った特養で、医療・介護保険を含めた全体の経費は月額43万円だった。調べてみると、食事も取らせず、救急車も呼ばない“賃貸住宅”での経費は、その倍以上の99万円だった。

（出典：2010年5月4日 中日新聞 朝刊）

寝たきり専用賃貸住宅は賃貸住宅という性質から、必要以上に医療や介護サービスが提供されたり、不正請求が行われても外部からは発見しにくい。内部通報がなければ問題が露呈しにくい住まいといえる。だが要介護度が高く、医療を必要とする高齢者にとっては、他に行き場がないため、支払いが可能な限り最期まで住み続けることができる。住み続けるために、必要のないサービスや過剰なサービスの提供を受入れ、自らサービス内容を選択できないことを我慢せざるを得ない。

こうした住宅が存在する理由は、寝たきり高齢者が介護や医療サービスを受けながら生活できる住まいが、寝たきり高齢者の数に合わせて確保されていないことが背景にある。

隠れた存在となっているこうした高齢者の居住実態を明らかにすることは、今後の居住支援の方策を検討する上では必要なことである。

（２）無料低額宿泊所における居住問題

無料低額宿泊所とは、社会福祉法第２条第３項に定める第二種社会福祉事業第８号に規定する「生計困難者のために、無料又は低額な料金で、簡易住宅を貸し付け、又は宿泊所その他の施設を利用させる事業」である。第１章では先行研究から無料低額宿泊所に関する居住問題を述べたが、ここでは既存調査等から無料低額宿泊所における居住問題の実態を整理する。

2009（平成 21）年に厚生労働省が行った調査⁴⁾によれば、無料低額宿泊事業を行う施設は全国に 439 施設あり、総入所者数は 14,089 人、うち生活保護受給者は 12,894 人である。（図 2-13）。そして 2006（平成 18 年）から施設数や入所者数は、一貫して増加している（図 2-14）。

入所者のうち 40 歳以上 65 歳未満が 62.2%を占めるが、65 歳以上は 30.0%を占めている（図 2-15）。高齢になっても養護老人ホーム等ではなく、無料低額宿泊所を利用している実態があることがわかる。

無料低額宿泊所の個室面積で最も多いのが 4.9 m²以上 7.4 m²未満（3 畳～4 畳半, 37.6%）で、それより狭い 3.3 m²以上 4.9 m²未満（3 畳未満）は 14.2%であることから、7.4 m²（約 4 畳半）未満が全体の半数を占めている（図 2-16）。千葉市は無料低額宿泊所にかかるガイドラインで居室面積を 3.3 m²（約 2 畳）以上としているが、この基準は他の自治体に比べて狭い。この理由を千葉市が策定したガイドラインから読み取ると、無料低額宿泊所はあくまでも一時的な居住の場であり、長期に居住する場所とはみなしていないためである。

また近年、居室やサービスの質に比べて高額な利用料を徴収する運営事業者が問題視されている。この調査から生活保護費より月額利用料を控除した額が、「3 万円以上」が最も多いが、「2 万円以上 3 万円未満」、「1 万円以上 2 万円未満」、「1 万円未満」を合わせると 36.9%を占める（図 2-17）。約 4 割の利用者が運営事業者から 3 万円未満しか渡されていない。この金額では生活費に終わってしまい、就労準備や転居の支度等にあてるのは難しい。

厚生労働省は上記の調査結果を踏まえ、自治体に対して通知（平成 21 年 10 月 20 日社援保発 1020 第 1 号保護課長通知）を送り、5 つの事柄（①訪問調査の徹底及び劣悪な居住環境にある場合などの転居支援、②防火安全体制の確認の協力、③未届施設に対する届出等の要請及び関係部局との連携、④生活保護費の適正な交付、⑤無料低額宿泊施設の収支状況の公開）に取り組むよう指導を行っている。また、規制だけではなく、2010（平成 22）年度には予算措置を通じて、優良な施設を充実させるための財政支援を行った。

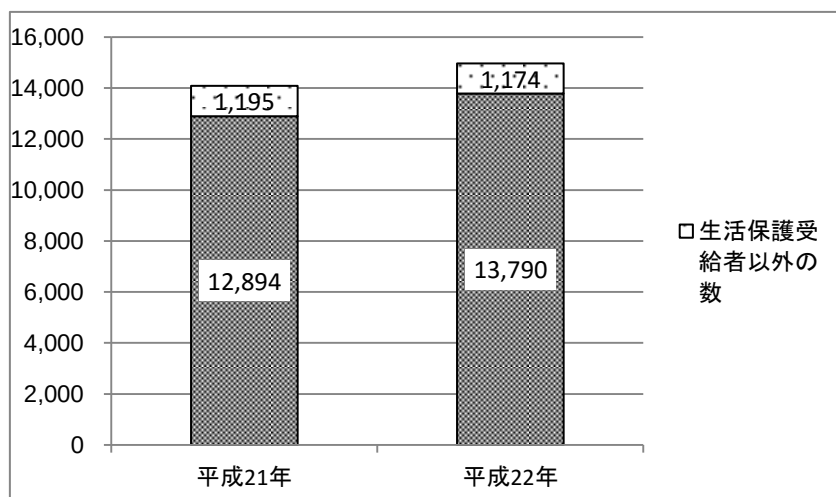


図 2-13 総入所者に占める生活保護受給者の数

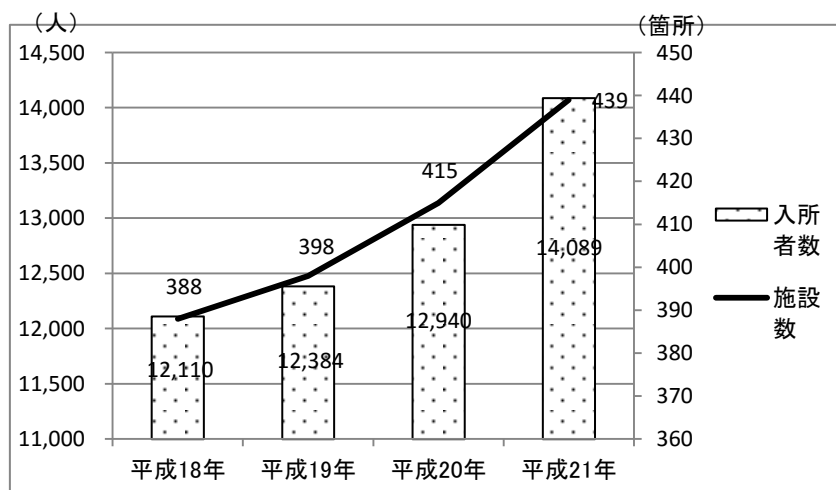


図 2-14 無料低額宿泊所施設数と入所者数の推移

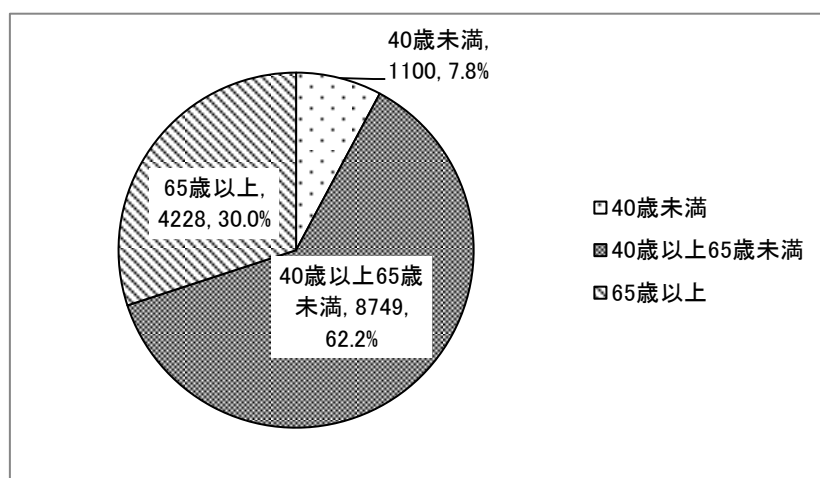


図 2-15 無料低額宿泊所の利用者の年齢

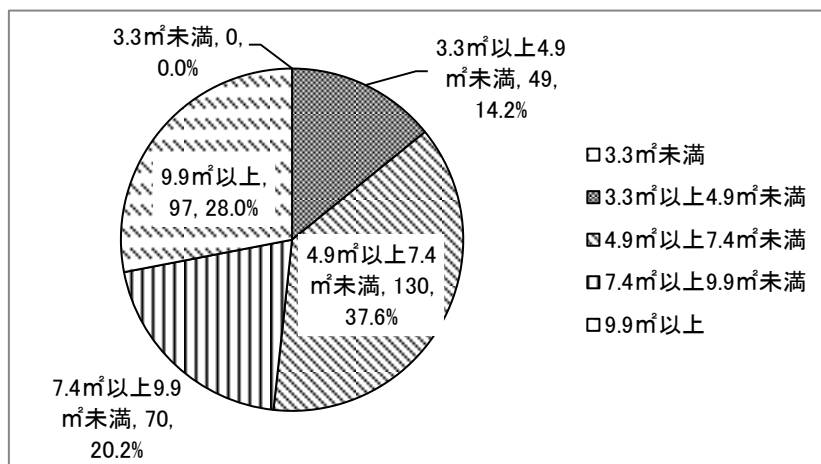


図 2 - 16 個室面積

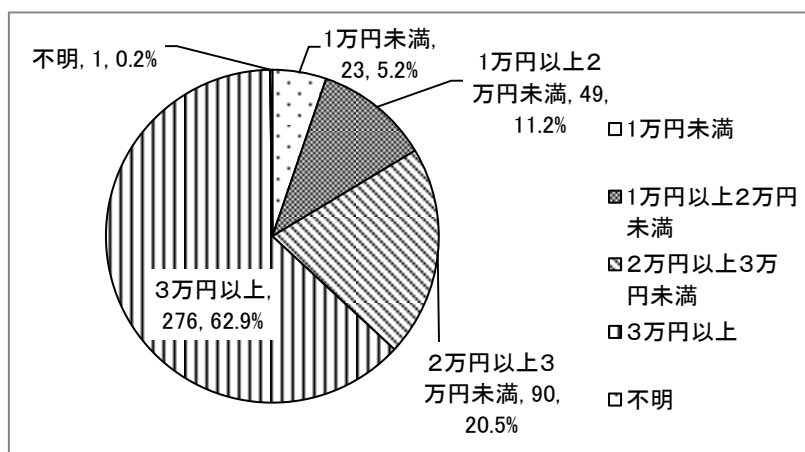


図 2 - 17 生活費から月額利用料を控除した額

(図 2 - 13～17 出典：厚生労働省 (2009)「社会福祉法第 2 条第 3 項に規定する無料低額宿泊事業を行う施設の状況に関する調査の結果について」に基づき筆者作成)

(3) 低所得高齢者を対象とした未届施設の実態と問題

2009 (平成 21) 年 3 月 19 日に群馬県渋川市の「静養ホームたまゆら」で発生した火災事件は、さまざまな問題を明るみにした。一つは「たまゆら」が群馬県にある施設にもかかわらず、入所者の半数以上が東京都内で暮らしていた生活保護者であったこと、二つ目は違法な建て増しを重ね、集団で暮らす住まいであったにもかかわらず防火設備が不十分だったこと、三つ目は認知症高齢者の部屋を外からカギをかけ、自力では外に出られないように閉じ込めていたことである。

2006 (平成 18) 年の老人福祉法の改正により、食事や介護、家事援助、相談など行う事業者はすべて有料老人ホームとしての届出が必要となったが、「たまゆら」事件を契機に、未届施設⁵⁾が問題視されるようになった。厚生労働省は 2009 (平成 21) 年に未届施設の調査を行い、法的位置づけにない施設で暮らす生活保護受給者が 14,268 人にのぼること、

うち617人は生活保護受給費を支給する自治体のある都道府県とは別の都道府県の施設で暮らしていることを明らかにした。

厚生労働省は、2009（平成 21）年以降、毎年未届けの有料老人ホームの実態調査⁶⁾を行っている。その結果、2009（平成 21）年に 389 施設だった未届施設は、2010（平成 22）年に 248 施設、2011（平成 23）年に 259 施設、2012（平成 24 年）に 403 施設とその数は減ることはない。2012（平成 24）年の調査では、全体のうち 4.9%が未届施設であった（表 2－8）。しかし、こうして見つかった未届施設は氷山の一角であり、実態が把握できていないケースも複数あると考えられる。

未届施設における居住問題とは何か。自治体が入居者の処遇に関して行った主な指導（厚生労働省 2013）には、「一部屋に複数人が生活しているため、個室化などによりプライバシーを確保するよう指導」（20 自治体）、「居室の面積が狭いため、生活に必要なスペースを確保するよう指導」（17 自治体）、「廊下が狭く、車いすでの移動に支障をきたすため、改善を指導」（10 自治体）がある。また別の時期ではあるが国土交通省が未届の有料老人ホーム 406 施設を緊急点検した結果、6 割にあたる 258 施設で建築基準法令違反が見られた（国土交通省 2009）。これらから、未届施設の中にはプライバシーが確保されていない、物理的環境が十分でない、建築基準法違反といった環境上の問題があることがわかる。

この他、自治体が行った指導には、「行動制限は、緊急やむを得ない場合に限定し、その記録を保存するように指導」（26 自治体）、「夜間に人員が配置されていないなどの不備があるため、緊急時に対応可能な体制を確保するよう指導」（15 自治体）などがある。環境上の問題だけではなく、ケアの質の面でも不十分な実態がある。

未届施設の実態は、元職員や勤務している職員の内部告発によって明らかになることが多い。未届施設では、老人福祉法に則った監査や立ち入り調査が行われていない。そのため、法令違反や、入居者の安全を損なう問題が生じていても発覚することは少ない。しかし、受け入れ先となる施設が見つからない高齢者や家族にとっては、そうした不適切な場であっても、住まいとして選択せざるを得ない。他に選択肢がないという理由で、問題が表面化しにくい未届施設が高齢者の居住の場となっている。

表 2－8 各調査時点における届出状況

	第 1 回調査 H21.10.31 時点	第 2 回調査 H22.10.31 時点	第 3 回調査 H23.10.31 時点	第 4 回調査 H24.10.31 時点
①有料老人ホーム数	5,253 件	5,966 件	6,985 件	8,266 件
②届出施設数	4,864 件	5,718 件	6,726 件	7,863 件
③未届施設数	389 件	248 件	259 件	403 件
④届出率 ②／①	92.6%	85.8%	96.3%	95.1%
⑤未届率 ③／①	7.4%	4.2%	3.7%	4.9%

（出典：厚生労働省「未届の有料老人ホームに該当しうる施設に対する指導状況等におけるフォローアップ調査」（第 1 回～第 4 回）に基づき筆者作成）

3. 低所得高齢者が居住の場を喪失する過程とその要因

低所得高齢者が居住の場を喪失する過程とその要因を明らかにするために、C 県住宅ソーシャルワーカー事業の利用者記録を通して、事例検討を行った。なお、事例の使用については、この事業を担当する C 県社会福祉士会より承諾を得ている。

(1) 調査の概要

1) 調査の対象と方法

事例調査の調査対象は、住宅ソーシャルワーカー事業を利用して住宅を獲得した 50 代以上の 6 事例である。調査では、住宅を喪失した要因と思われる事柄を抽出し、転居の理由・場所、喪失前の居所、住宅喪失の理由、関係者の有無に着目した。

2) C 県住宅ソーシャルワーカー事業について

C 県住宅ソーシャルワーカー事業とは、C 県が 2010（平成 22）年度から独自の生活保護法関連事業として始めた 3 事業のうちの 1 つで、C 県社会福祉士会が受託している。

住宅ソーシャルワーカー事業では、住宅に困窮する生活保護受給者及び保護申請者、その他福祉事務所が必要と認めるものを対象とし、社会福祉士である住宅ソーシャルワーカーが転居支援を行っている。

C 県には 2013（平成 25）年 4 月時点で無料低額宿泊所が 45 施設（定員 2,455 人）あるが、この事業では、無料低額宿泊所から一般アパートへの転居、地域生活を送るための支援も行っている。住宅ソーシャルワーカー事業の拠点は県内に 3 ヶ所あり、2012（平成 24）年度には 773 件の転居支援を行った。

(2) 低所得高齢者が居住の場の喪失に至る過程

以下は、住宅ソーシャルワーカー事業を利用した 50 代以上の 6 人の住宅喪失に至る過程である。

事例 1 借金によりホームレスになった男性

50 代後半男性。単身。中学卒業後遠洋漁業の漁師となり、船会社倒産後も各地で漁師をしていたが、その後日雇いの塗装工となる。同棲していた女性宅から追い出された後は、友人宅に住んだが、借金が原因で（借金取りに追われないようにするために）ホームレスとなる。5 年間ホームレス生活をしていたが、体調不良により限界を感じ、巡回に来た職員の支援で生活保護を申請し、シェルターに入所する。

事例 2 大声を出すために住み続けられない知的障害のある男性

50 代前半男性。単身。生後間もなく路上で保護され、乳児院、児童養護施設で過ごし、中学卒業後は会社に就職したが 3 年で退職し、その後は飯場を転々とした。交通事故に遭い病院に搬送されるも、所持金が無く、住所も特定できないため生活保護を申請する。その後本人の言動から知的障害が疑われ、療育手帳 B を取得する。退院後、無料低額宿泊所や養護老人ホームに入所したが、いずれも大声を出し退所となる。その後ケースワーカーの支援でアパートに入居したものの、大声を出すために近隣住民より苦情が出て退去が求

められる。

事例3 長年、無料低額宿泊所で暮らした男性①

70代後半男性。単身。建築関係の仕事をしてアパートで単身生活していたが、仕事が無くなると家賃の支払いに困りホームレスとなる。その後土建会社に住み込みで働くが70歳を超え、仕事を続けることが困難となり、再びホームレスとなる。福祉事務所に生活保護を申請し、無料低額宿泊所に入所する。無料低額宿泊所には9年近く入所していた。

事例4 長年、無料低額宿泊所で暮らした男性②

50代後半男性。単身。定時制高校中退後、実家で暮らす。両親が亡くなり半分住み込みのような形でアルバイトをしていた間に姉に自宅を処分される。その後、アパートに入居するものの、家賃を滞納し退去する。平日は出版会社、土日は露天商を行い生活していたが、結核にかかり会社から解雇される。退院後露天商を続けながら友人宅を転々とし、その後無料低額宿泊所に入所する。入所後も仕事を理由に外泊を重ねたため、退所処分となる。ホームレス生活を送っていたところ、職員に声を掛けられ無料低額宿泊所に再度入所する。無料低額宿泊所での生活は7年になる。

事例5 退院後の居所がなく無料低額宿泊所に入所した男性①

50代半ば男性。単身。大学卒業後営業を行い、結婚したが、4年後に離婚し単身生活を送る。8年前に脳梗塞を発症し、退院後復職するものの、翌年解雇となる。失職後、弟宅に同居するが、一方的に扶養される関係となったため弟が転居する。同じ頃脳梗塞を再発・入院し、生活保護を開始する。病院退院後、居所がないため無料低額宿泊所に入所する。

事例6 退院後の居所がなく無料低額宿泊所に入所した男性②

60代前半男性。単身。中学卒業後、社員寮での生活を送る。糖尿病を発病し、足の怪我が原因で入院していたところ、会社が倒産する。退院後、建設業に就くも、糖尿病と足の怪我の悪化により解雇される。病状悪化により入院が必要となるも費用が無く、生活保護を申請する。退院時に居所が無く無料低額宿泊所に入所する。

(3) 居住の場を喪失する要因

6事例から低所得高齢者が居住場所を喪失する要因を検討したところ、住宅喪失の要因として「職住一致」、「病気・事故による失職」、「加齢による失職」、「不安定な就労」（以上を「就労が関与する要因」）、「同居の解消」、「住民の苦情」、「永住不可住まい」、「その他」（以上を「就労以外の要因」）の8つが抽出できた（表2-9）。一事例につき、少なくとも3つの住宅喪失要因が含まれ、どの事例も「就労が関与する要因」と、「就労以外の要因」が含まれていた。

「不安定な就労」、「病気・事故による失職」、「加齢による失職」は、「経済的困窮」につながる。経済的困窮に陥ると、アパートなどに居住している場合には家賃が払えず住宅喪失につながっていた。また、「同居の解消」、「住民の苦情」は、本人が他者と円滑な関係を継続・構築できない「社会関係の構築不全」につながっている。この関係を図式化したの

が図 2-18 である。実際には時間をかけて複数の要因が発生し、絡みあって住宅喪失につながっていた。

また、いずれの事例も 3～5 回と居住地の移動を複数回繰り返しており、住宅ソーシャルワーカー事業を利用するまで、安定した居住生活を営めていないことも明らかになった（表 2-10）。

表 2-9 住宅喪失の要因

理由／事例		1	2	3	4	5	6
就労が関与する要因	職住一致	○			△		○
	病気・事故による失職		○		○	○	○
	加齢による失職			○			
	不安定な就労	○	○	○	○		
就労以外の要因	同居の解消	○			○	○	
	住民の苦情		○				
	永住不可住まい	○		○	○	○	○
	その他	○	○		○		

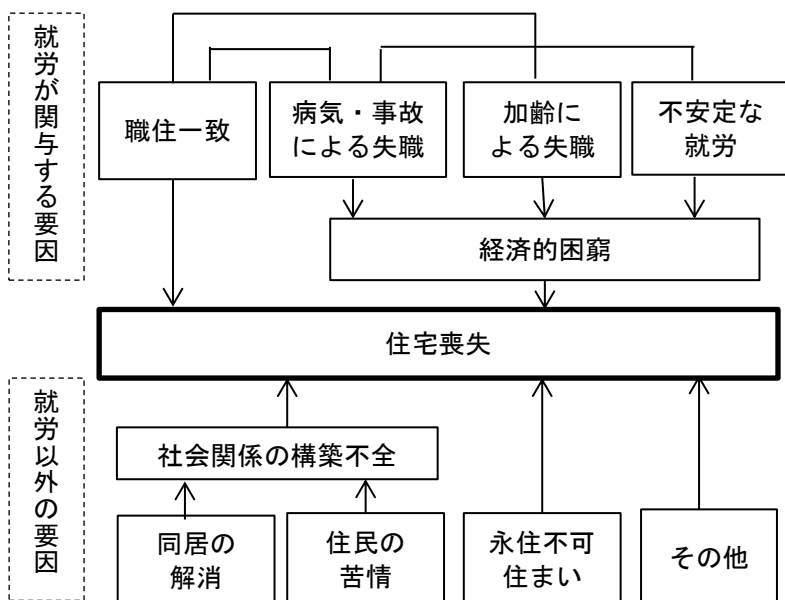


図 2-18 住宅喪失要因の関係図

表 2－10 居住地移動回数と移動要因

事例	移動の要因
1	①職住一致, ②同居の解消, ③同居の解消, ④借金, ⑤永住不可住まい
2	①養育放棄, ②不安定な就労, ③住民の苦情, ④住民の苦情, ⑤住民の苦情
3	①不安定な就労, ②職住一致, ③加齢・失職, ④永住不可住まい
4	①半職住一致, ②病気・失職, ③同居の解消, ④無料低額宿泊所規則無視, ⑤永住不可住まい
5	①病気・失職, ②同居の解消, ③永住不可住まい
6	①職住一致, ②病気・失職, ③無料低額宿泊所

(4) まとめ

住宅を喪失した高齢者は、住宅ソーシャルワーカー事業を利用するまで居住地の移動を複数回繰り返し、安定した居住生活を営めていなかった。その理由は、「就労が関与する要因」と「就労以外の要因」の二つに大別できる。「就労が関与する要因」には、職住一致であったため失職による住宅喪失、病気・事故による失職、加齢による失職、経済的困窮につながる不安定な就労による住宅喪失、等がある。「就労以外の要因」では、同居の解消や住民の苦情といった「社会関係の構築不全」がもたらす住宅喪失と、元々永住ができない住まいに暮らしていたために起こる住宅喪失がある。

これまで、職住一致や経済的困窮が住宅喪失に影響していることは明らかになっていたが、頼りになる人がいなかったり、社会からの排除といった「社会関係の構築不全」も住宅喪失につながる事が明らかになった。支えとなる人がいなくても、本人に経済的な余裕があれば住宅を獲得できるが、住宅喪失者は安定した居住の場を持っていないという問題を抱えるだけではなく、経済的困窮、社会関係不全といった問題も併せ持っている。つまり住宅喪失の背景には、複合的な要因がある。したがって住宅喪失者への支援では、住居扶助や手当の支給といった経済的支援のみならず、その人を取り巻く社会関係にも目を向け、その人が頼ることができる人や環境の創出（社会関係の（再）構築）の支援も視野に入れた居住支援が必要といえる。

第3節 高齢者が自宅で住み続ける上での居住支援の方策

1. 自宅で住み続ける上での住環境整備の支援方策

高齢者が慣れ親しんだ住まいで暮らし続けるためには、心身状況にあった住環境が必要であり、そのために住環境整備を行うことがある。しかし、介護保険を用いた住宅改修件数が大幅に増加する中、効果的でない住宅改修が行われている実態があり、その背景には、高齢者向け住宅改善支援にかかわる専門職のあり方に問題があると指摘されている。

そこで本研究では、多職種専門職が関与した住宅改善と少数専門職（ケアマネジャーと施工業者のみ）が関与した住宅改善の支援プロセスを比較し、住宅改善にかかわる専門職の支援が改善結果にどのような影響を及ぼすのか、適切な住宅改善とそうではない住宅改善にどのような支援プロセスの違いがあるのかなどを事例検討により明らかにする。

（1）調査の概要

1) 研究の対象

多職種専門職が関与する事例は、2005年7月から10月にかけてD市内でリフォームヘルパー⁷⁾が派遣されたうち、筆者が参加した7事例である。

少数専門職が関与する事例は、2005年7月から11月にかけて、相談から工事完了にまで至った、筆者が参加したE市2例、F市2例の計4事例である。

2) 研究の方法

各事例、少なくとも工事前と工事完了後の2回、調査を行った。事例によっては複数回行ったものもある。工事前には、対象者宅に住宅改善にかかわる専門職等と一緒に訪問し、生活状況・家屋状況を把握し、プランニングに至るプロセスでの発言や行動を詳細に観察し、聞き取りをした。また工事完了後には、専門職とともに対象者宅を訪問し、本人・家族から改善箇所の使用状況について聞きとり、改善箇所が効果的に利用されているかどうかについて検証を行った。

分析では、事例ごとに関与した専門職、家族・本人の参加、施工業者、施工内容、住宅改善の目的、評価、本人の変化の項目にわけて整理し、施工内容や評価を鑑みて適切ではない住宅改善を抽出した。

（2）多職種専門職関与の事例調査の結果

多職種専門職が関与した事例Ⅰ～Ⅶをみると、関与した専門職はリフォームヘルパーのメンバーである社会福祉士、建築士、PT以外にも、病院のPT・OT、老人保健施設の相談員、福祉用具業者と多岐にわたっている（事例Ⅱ、Ⅲ）。また、施工業者の中にはリフォームヘルパーの建築士として登録し、活動している人もいる（事例Ⅶ）。

ケースによっては、リフォームヘルパーメンバーである社会福祉士や介護福祉士が活動日以外に訪問し、本人や家屋の情報収集を行っている事例もみられた（事例Ⅰ、Ⅲ、Ⅶ）。リフォームヘルパーの活動日には、対象者の住居を訪問する前にメンバー全員とケアマネジャーが、基本情報の把握、改善目的の確認、意見交換といった打合せを行うことにより、情報共有を図っている。

対象者の相談では、多職種が関与することにより、それぞれの専門性を発揮した支援が

可能となっている。たとえば、事例Ⅵでは、透析導入後の一人暮らしの生活をケアマネジャーが予想して、他の専門職に注意点を説明している。また事例Ⅶでは、本人の生活範囲が広がるような提案を施工業者が行っている。また、介護福祉士は、家族の「家」に対する思いを受け止め、住宅改善の内容や提案に活かされるように、他の専門職に説明している（表2-11）。

表2-11 多職種専門職が関与した事例の概要

	事例Ⅰ	事例Ⅱ	事例Ⅲ	事例Ⅳ	事例Ⅴ	事例Ⅵ	事例Ⅶ
対象者	91歳女性 要介護3	80歳男性 要介護3	79歳女性 要介護5	73歳男性 要介護5	66歳女性 要介護1	79歳女性 要介護1	79歳男性 要介護3
介護者	50代 娘	なし	80代 夫	70代 妻	娘の見守り	なし	70代 妻
関与した専門職	リフォームヘルパー（社会福祉士、PT、建築士、市の職員）、ケアマネジャー、施工業者	リフォームヘルパー（社会福祉士、PT、建築士、市の職員）施工業者ケアマネジャー、老健相談員、病院のOT、PT	リフォームヘルパー（社会福祉士、PT、建築士、市の職員、介護福祉士）施工業者、福祉用具貸与業者、ケアマネジャー	リフォームヘルパー（社会福祉士、PT、建築士、市の職員）施工業者、ケアマネジャー	リフォームヘルパー（介護福祉士、PT、建築士、介護福祉士、市の職員）施工業者、ケアマネジャー	リフォームヘルパー（介護福祉士、PT、建築士、介護福祉士、市の職員）施工業者、ケアマネジャー	リフォームヘルパー（介護福祉士、支援センター職員、PT、建築士、市の職員）施工業者、ケアマネジャー
家族・本人による情報	本人・家族が意見を出し、専門職が聞いた	元看護師の嫁が本人の生活状況を説明した	介護者の意思が尊重された	介護者の精神的安定が増した		本人が相談時に不在	介護者の意思が尊重された
専門職の関与	新たなニーズの発見につながった	PTによる予後予測により改善内容が決定	改修内容が複数出されなかった	建築関係職同士がともに検討した	本人・家族の精神面に配慮した	身体症状をよく理解した住宅改善	介護を楽にするための話し合いが行われた
施工業者のかわり方		手すりの取り付け位置を工夫した	介護者が使いやすいよう何度も作り直された	建築士と共に施工内容を検討した	施工業者による工夫		暮らし方の幅が広がるような提案がされた
施工内容	床段差の解消 手すり、踏み台の設置	手すりの設置 扉の交換	台の設置	壁の撤去 浴室、トイレの新設	床段差の解消 小スロープの設置	手すり、踏み台の設置 床段差の解消 アプローチの整備	段差の解消 扉の交換 手すりの設置 アプローチの整備
目的	動線の段差をなくしフラットにする	在宅生活を円滑に行うため	外出できるようにするため	介護環境を整えるため	つまずきや転倒を防止し安全に歩けるようになるため	歩行が不安定な本人が安全に移動しやすいため	居室の窓から出入りするため、居室から車椅子で食堂まで行くため
住宅改善の評価	改善目的を達成することができた上に、生活範囲の拡大にまでつながる住宅改	PTによる予後予測を活かして、これまでの生活方法を維持できるような改善	改善した箇所は、介護者が利用可能だが、本人・介護者にとって更に負担が楽	本人の居住環境を整え、また介護者の負担（特に精神的）を減らすような住	計画どおりではない施工内容だったが、本人の自立を高める改善になった	透析導入という本人の身体、生活面の変化に配慮した改善が行われた。自立生	移動や外出の問題点を解決し、介護者の住まいに対する思いを尊重した住宅改善

	善になった	が行われた	になる方法 もあったと 考えられる	宅改善にな った		活の支援に つながった	が行われた
本人の 変化	移動範囲が 広がった	入浴の自立 につながっ た	外出の機会 を持てる	介護者の精 神的安心感 が増した	本人の自立 度が増した	一人暮らし を継続して 行える	活動範囲が 広がる

※下線部分は、適切でない住宅改善

(3) 少数専門職のみが関与した事例調査の結果

4 事例について調査した結果、2 事例は効果的な住宅改善にはつながらず（事例 1，事例 4），2 事例は効果的な住宅改善につながっている（事例 2，事例 3）ことが把握できた。

効果的な住宅改善につながらなかった要因は、施工業者の理解不足とケアマネジャーと施工業者の連携が不足していたためである。一方、効果的な住宅改善につながった理由は、ケアマネジャーが住宅改善プロセスにおいて十分な役割を果たしたことと、本人自身が、住宅改善の希望を明確にもち、施工業者に的確に伝えていたためである（事例 2）。

1) 効果的な住宅改善につながらなかった事例（事例 1）

住宅改善の対象者は、妻と二人暮らしで、84 歳、要介護 1 の男性である。身体状況として、自立歩行は可能であるが、全身に震えがあり、呂律が回りにくい。生活のすべてにおいて自立しているが、動作はゆっくりとしている。妻は全身に痛みがあり、一日中寝ている状態である。2～3 年前に市の助成制度を利用して、室内外に手すりをつけ、玄関段差の解消を行っている。今回の住宅改善では、台所や居間から外に出るのが不便な為、出入口段差部分の昇降動作を楽にすることや、浴室内の動作を安全にすることが希望であった。

ケアマネジャーは対象者と相談を行い、身体状況と住宅改善の希望について把握を行った。対象者が以前工事を行った施工業者で工事を行いたいと希望していた為、ケアマネジャーが施工業者と連絡をとり、ケアマネジャー、施工業者と一緒に対象者宅に訪問し、住宅改善のプランニングを行った。まず対象者本人から、浴室内で立ち上がって右手でシャワーを持つときに、左手で身体を支えるための手すりが欲しいと希望が出された。ケアマネジャーと施工業者は本人から話を聞きながら、鏡の左横へ設置することを決めた。また、台所から庭に出る所に、台の代わりに木片をおいていたが、新たに踏み台を設置する事を希望した。また以前つけた手すりと同じ箇所に別方向からつかむための手すりを付け、居間からサンバルコニーに出るところにも手すりと踏み台を設置することとなった。

住宅改善実施後にケアマネジャーが訪問した際、本人から浴室につけた手すりの位置が悪く、手すりを持ったままではシャワーが遠く掴みにくいという訴えがあった。あわせて台所の外に設置した踏み台が雨に濡れると滑りやすいのではないかと不安が伝えられた。ケアマネジャー、施工業者が同行して改修内容を検討したが、その際に対象者の動作の確認を行ったものの手すりの具体的な位置まで決めていなかった。また、事前に、踏み台の材質を対象者と確認しなかったため、結果として適切でない住宅改修につながったと考えられる（表 2-12）。

2) 効果的な住宅改善につながった事例（事例2）

住宅改善の対象者は、妻と二人暮らしの、66歳、自立の男性である。平成6年に交通事故に遭い、左足が1cm短くなっている。左足首から足の指にかけて冷えやしびれがあるが、杖を使わずに歩行している。時折、敷居につまずくことがあり転倒の危険がある。住居内を移動しやすく、転倒を防止することを目的に、生活の場である1階の居間、台所、廊下、洗面所の敷居をなくすと共に、トイレの床をかさ上げし、隣の洗面所と同一平面にして欲しいという改善希望であった。希望する工事が市の助成制度の対象になるか、妻が在宅介護支援センターにたずねたことから支援センターとの関係が始まった。妻は敷居につまずきやすい夫を見て、敷居の撤去と床のかさ上げ、手すり取り付けを希望していた。施工については、知人の施工業者に依頼していた。支援センター職員は、工事内容に対するアドバイスは行わず、工事内容の確認や書類の書き方についてのみ施工業者と電話で確認を行った。工事をする際には、妻が詳細な注意点を施工業者に話し、施工業者もその意図を汲んで施工を工夫した。特に、居間と台所の敷居を撤去し、床をはる時には、レール部分に5mmほどの段差ができる予定であったが、施工業者の工夫により、平らにすることができた。

この事例では、支援センター職員が改善内容について対象者と施工業者の間に入ることはなかったが、対象者本人及び妻が、明確に改善希望、改善内容を持ち、それを施工業者に的確に伝え、施工業者がその意図を十分汲んで工事を行ったことで、効果的な住宅改善につながった（表2-12）。

表2-12 ケアマネジャーと施工業者のみが関与した事例の概要

	事例1	事例2	事例3	事例4
対象者	84歳男性 要介護1	66歳男性 自立	93歳女性 要介護1	66歳男性 自立
介護者	なし	なし	息子の見守り	なし
関与した専門職	施工業者、ケアマネジャー	施工業者、支援センター職員	施工業者、ケアマネジャー、市の職員	施工業者、保健師、市の職員
家族・本人の参加	本人は明確な改善案を持っていた	妻が住宅改善の目的や改善内容の希望を明確に持っている	本人や家族の今後を考えて大幅な住宅改善を行うことを検討した	本人と家族がショールームに行き、便器や備品を選んだ
専門職の関与	本人と改善希望箇所を一緒に確認する	施工業者と家族で改善内容を話し合う	本人の動きを理解した手すりが取り付けられている	施工業者と本人家族で改善内容を話し合う
施工業者	<u>詳細な部材の相談、取り付け位置の相談が行われていない</u>	工事をして段差が残る可能性があることを事前に話す	本人にあった高さの手すりが取り付けられている	<u>手すりの位置を細部まで確認しなかった</u>
施工内容	<u>手すりの位置が悪い</u> <u>踏み台の材質が不安</u>	床段差の解消	段差の解消 手すりの設置	洋式便器への交換 手すりの設置
目的	段差昇降を楽にする 身体を支持するため	つまずきの防止	段差解消し、安心して暮らせるようにするため	汽車式便器を洋式便器にして、腰の負担を減らすため
住宅改善の評価	<u>手すりをつける位置、屋外に置く踏み台の素材に本人が不便を感じている</u>	改善により床段差がなくなり、安心して動けるようになった	大幅な住宅改善に加え、適切な位置について手すりにより自立支援が行われた住	<u>自立した本人であるため、手すりを使うことはなく、不便を感じていないが、手</u>

			宅改善	<u>すりが必要になった ときには不便になる と思われる</u>
本人の変化	昇降が便利になった (問題以外の箇所の 手すり)	想像以上に動作が楽 になった	段差がなくなったこ とで安心して移動で きる	本人の負担軽減につ ながった

※ 下線部分は、適切でない住宅改善

(4) 住宅改善事例の分析・考察

1) 多職種専門職が関与した事例

本調査から明らかになった、住宅改善プロセスにおける多職種専門職が関与した支援の特徴に共通するのは、以下の3点である。

① 専門職は本人の生活や身体状況といった基本情報を把握し、専門職間の意見交換で活用していた。

② 各事例の住宅改善の目的が明確にされ、本人や建物の状況に合わせて目的が設定されていると、よりよい住宅改善に結びついていた。

③ 複数の専門職がかかわる際に、毎回すべての専門職が同じように役割を発揮するのではなく、事例に合わせてキーパーソンとなる専門職が変化していると、よりよい住宅改善につながっていた。事例の内容によって、医療職(PT)の意見を中心に改善案が検討されることもあれば、福祉職を中心に意見を述べることもあった。

多職種連携で行われる住宅改善では、専門職間で本人や家族の基本情報を把握し、意見交換が行われている。また身体状態に合わせた目的が設定されていることが明らかになった。そして、複数の専門職が関与して支援する住宅改善では、ケースによってキーパーソンとなる専門職が変わることから、本人や家族、家屋状況に合わせた柔軟な対応が行われていた。

2) 少数専門職が関与した事例

本調査から明らかになった、住宅改善プロセスにおける少数専門職が関与した支援の特徴は、以下の3点である。

① 施工内容に対し、本人や家族が明確な希望を持ち、それを施工業者に伝えられると本人や家族にとってよりよい住宅改善に結びついていた。

② ケアマネジャーや施工業者が、本人や家族の生活や身体状況など基本情報を理解し、それに適した改善内容を提案し、施工している場合には、よりよい住宅改善に結びついていた。

③ ①、②のいずれも行われていない場合には、適切とはいえない住宅改善となっていた。

少数専門職が関与する住宅改善の場合、本人や家族が明確な改善希望を持ち、それを施工業者に伝えている場合、また施工業者が本人・家族から話を聞き適切な改善を実施した場合には、効果的な住宅改善につながっていた。しかし、本人や家族に、明確な改善希望がなかったり、またあっても適切にケアマネジャーや施工業者に伝えられない場合、ケア

マネジャーや施工業者が本人・家族に適した改善内容を提案できない場合には、適切でない住宅改善につながっていた。

（５）多職種専門職が関与する住宅改善支援と少数専門職のみが関与する住宅改善支援の比較・分析

多職種専門職がかかわる住宅改善支援と少数専門職がかかわる住宅改善支援と比較すると、以下の３点の違いが明らかになった。それぞれの住宅改善支援の展開を図式化したのが図２－１９である。

①基本情報の把握の仕方の違い

多職種専門職と少数専門職による住宅改善支援では、基本情報の把握の仕方が異なる。多職種専門職による支援では、住宅改善希望が出されると、リフォームヘルパー活動日に、本人や家族に会う前に打ち合わせが行われ、ケアマネジャーから出された基本情報（生活状況、身体状況、改善目的）をメンバーが情報共有する。メンバーが本人の状況把握を事前に行うことで、目的の明確化が図られ、改善内容の検討が行われた。

一方、少数専門職による支援では、本人や家族がはじめに誰に相談するかによって２つに分けられる。はじめにケアマネジャーに相談される場合、ケアマネジャーが住宅改善に必要な情報を整理し、不明な点があれば改めてアセスメントを行っていた。しかし、先に施工業者に相談した場合には、身体状態や生活状態、障害の程度などは把握されず、ただちに改善内容の検討が行われる。少数専門職がかかわる場合、はじめにどの専門職に伝えられるかによって、その後の住宅改善の進み方が異なる。

②改善内容の検討方法の違い

改善内容の検討の仕方も多職種専門職と少数専門職では異なる。多職種専門職がかかわる場合、リフォームヘルパーメンバーとケアマネジャー、施工業者が本人宅に集まり、本人や家族とともに検討が行われる。ケースに合わせて異なる専門職がキーパーソンになって、柔軟に対応している。

一方、少数専門職がかかわる場合は２つに分かれる。先にケアマネジャーに相談した場合は、施工業者が家屋構造にかかわる内容を検討し、ケアマネジャーが本人の生活や身体状態について把握し、本人や家族を含め、施工業者やケアマネジャーが連携して住宅改善案の検討が行われる。一方、先に施工業者に相談された場合には、施工業者が家族と改善内容を検討し、その後ケアマネジャーに知らされることとなり、改善内容にケアマネジャーの意見が反映されることは少ない。

③専門職支援が改善結果に及ぼす影響

多職種専門職がかかわる場合、改善内容を検討する際に、中心になって進める専門職が事例ごとに異なるとよい改善につながっていた。ケースにあった柔軟な対応が行われると、適切な改善、そして生活改善につながっていた。

一方、少数専門職がかかわる場合、施工内容に対し、本人や家族が明確な希望を持ち、それを施工業者に伝えられるとよい住宅改善につながっていた。またケアマネジャーや施

工業者が本人・家族の生活や身体状況などを理解し、それに適した改善内容を提案し、施工されるとよい改善に結びついていた。しかし、いずれも行われない場合には、適切な住宅改善に結びつきにくいことがわかった。

多職種による住宅改善支援と少数専門職による住宅改善支援は、それぞれ支援の過程に違いがあることが明らかになった。

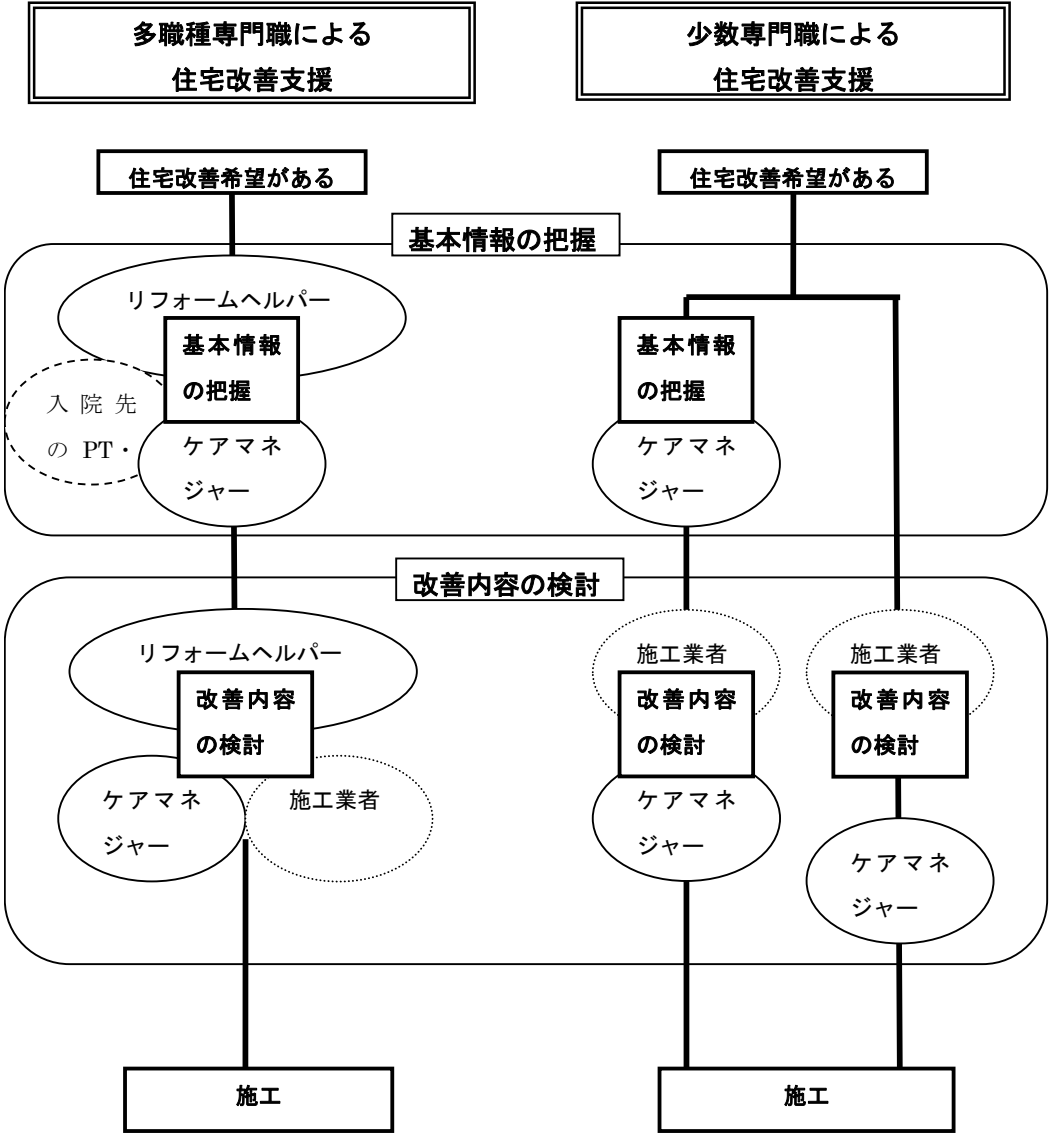


図 2—19 多職種専門職と少数専門職による住宅改善支援プロセス（筆者作成）

2. 高齢者の不安定居住に対する居住支援の方策

居住の場が定まらず不安定な居住生活を送る高齢者がいる。その一つが、病院や介護保険施設から退所を求められるものの行く先が見つからない高齢者である。こうした高齢者の不安定居住に対する支援方策を明らかにするために2つの調査を行った。

さらに不安定居住に対する支援として近年行われている、地域善隣事業や低所得高齢者等住まい・生活支援事業に着目し、その取組み内容を文献や資料等による把握した。

(1) 老人保健施設退所に向けた居住支援

1) 調査の方法

老人保健施設退所に向けてどのような支援が行われているのかを把握するために、2015年8月に老人保健施設の支援相談員2名に2時間ほど聞き取り調査を行った。

調査項目は、①退所にあたって行き先が見つからない高齢者の実態、②入所までに病院や施設等複数の居所を移動してきた高齢者の実態、③退所に向けた支援の内容、④地域で居住が不安定な高齢者の居住問題を解決するための方策に関する意見、の4点である。①～③については、支援相談員が該当すると考える事例をケース記録から抽出してもらい、聞き取りをした。④では支援相談員それぞれの意見を語ってもらった。なお、聞き取った事例は6事例である。

分析では、事例検討により退所の可否に影響を及ぼす4点を抽出し、その点を解消するための支援相談員が行う支援方策を明らかにした。

2) 事例の概要

以下、聞き取り調査で得た事例を記述する。

事例1 一人暮らしでも在宅復帰できた事例

それまで借家で一人暮らしをしていた80代の男性（Gさん）が体調を崩して病院に入院し、その後老人保健施設に入所することとなった。病院退院時には、認知症もあることから、自宅に戻る見込みが立たないと判断され、老人保健施設入所となった。病院を退院して次に施設に入所することが決まったときは、本人はよくわかっていないようだった。しかし、施設に入所すると、状態も落ち着き、自宅での生活を強く希望するようになった。入所後、老人保健施設職員がGさんの心身状態を観察したところ、認知症の程度は医師の所見より軽いこと、環境を整備すれば在宅復帰が可能なことがわかり、地域包括支援センター職員等と地域ケア会議を開き、Gさんの在宅復帰を検討した。結果、民生委員による見守りと、毎日朝夕と買い物に行くコンビニ店での見守り、配食サービスを利用することで退所できることとなった。入所から退所までの期間は2か月半である。退所後、本人の希望で配食サービスは中止したが、コンビニ店による見守りは続いている。Gさんが朝夕の買い物に来なくなれば、コンビニ店から地域包括支援センターに連絡することが約束されている。

事例2 要介護5でも在宅復帰できた事例

要介護度5で寝たきりの状態にあり、胃ろうがある70代の女性（Hさん）は、介護に

熱心な 80 代の夫の支えと、離れて暮らす娘のサポート、自宅近くにある訪問介護事業所のヘルパーの支援によって、老人保健施設退所後に自宅復帰ができた。

事例 3 入所中に心身状態が悪化して退所の見込みが立たない事例

元々特別養護老人ホームへの入所手続きをしていた生活保護受給者の 70 代の女性（I さん）は、貧血や病気によって入院し、退院後に老人保健施設に入所することとなった。入所時、I さんには内縁の夫が待つ自宅に戻りたい気持ちがあったため、施設では自宅に帰れるようリハビリテーションを行っていた。しかし入所中に、内縁の夫の身体状態や経済状態が悪化し、また本人の ADL も低下し、認知症が悪化したことから、自宅に戻ることが困難になった。入所から 2 年半が経過し、I さんは老人保健施設で、特別養護老人ホームの入所待ちをしている。

事例 4 自宅と老人保健施設を行き来する事例

70 代の男性（J さん）は、自宅と老人保健施設を行き来する生活を送っている。自宅では 70 代の妻と二人暮らしであるが、妻から小言を言われることが多く、心が休まる時がない。リハビリテーションを行って体力をつけることを理由に老人保健施設に短期間入所し、退所後は自宅に戻っている。自宅に戻ると体力が低下することから、しばらく経つとまた施設に入所するといった生活を繰り返している。J さんや妻もこうした生活を希望し、職員も一時的でも施設に入所したほうが、J さんの ADL を維持するためには望ましいと感じている。

事例 5 制度の狭間にあり行き先のない 50 代の知的障害者

50 代後半の男性（K さん）は、療育手帳を所持している。もともと両親と 3 人暮らしだったが、両親がともに特別養護老人ホームに入所したことから、障害分野のヘルパーを利用しながら自宅で一人暮らしすることとなった。E さんが自宅で一人暮らしをして 4 か月経った頃、脳梗塞を発症し、病院に入院することとなった。その後リハビリ病院に転院し、老人保健施設に入所した。E さんは要介護 2 で車椅子を使用している。ブレーキのかけ忘れから転倒したり、障害の特性から場にふさわしくない発言や行動をすることもあるが、職員が E さんの特性を理解し上手にかかわっている。現在、障害者の入所施設と特別養護老人ホームへの入所手続きを行っているが、いずれの施設へも入所困難だと予想されている。この理由は、特別養護老人ホームに入所するには K さんの要介護度が低いこと、K さんは障害者の入所施設をこれまで利用したことがなく、施設側にも空きがないためである。

事例 6 精神疾患のある姉と暮らしていた 50 代の精神障害者

50 代の男性（L さん）は、近所とのかかわりが無く、もともと母親と精神疾患のある姉と三人で暮らしていた。L さんも精神疾患があり、療育手帳はないものの知的障害があることが疑われている。L さんは中学校卒業後工場勤めをしたが、15 年前には退職している。それまで一家の中心であった母が要介護状態になったため、姉と二人で介護をしていたが、部屋は乱雑で母親も汚物にまみれるなど、十分な介護環境ではなかったという。その後、母が死亡し、L さんは姉と二人になった。L さんには精神疾患に加えて脳梗塞の後

遺症や脊柱管狭窄症があった。Lさんは足の痛みを訴えて、10日間で8回救急車を呼び、その都度別の病院にかかり、その日のうちに帰ることが続いた。その後ある病院に入院することができ、退院後に老人保健施設に入所することとなった。Lさんは在宅復帰を希望していたが、歩行器がないと生活できない状態であり、また自宅に戻ってもLさんを支える人がいないため、退所の見込みが立たなかった。Lさんは入所中に急に体調の不良を訴え、亡くなった。

3) 老人保健施設退所の可否に影響を及ぼす要件

6事例の聞き取り調査の結果から、老人保健施設の退所の可否には「退所後の居住の場の有無」、「新たな居住の場に住み替える経済力」、「サービスの利用要件を満たす心身状態」、「周囲からのサポートの有無」の4点が影響していることが明らかになった。

まず、一つ目の「退所後の居住の場の有無」だが、調査対象施設がある市には、介護保険事業所やサービス付き高齢者向け住宅、介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム等、複数の高齢者向けの住まいがあった。このため、要介護状態で特別養護老人ホームに入所できなくても、24時間介護サービスを提供できる介護型有料老人ホーム等に入所できるだけの経済力があれば、退所後の行き先は見つかる。ただ、こうした居住の場があっても、支援相談員が把握していなければ本人と結びつけることはできない。インタビューをした支援相談員は、市内や近隣市町にどのような施設・住宅があるか情報収集をし、担当者と関係づくりをしていた。

二つ目の「新たな居住の場に住み替える経済力」だが、介護型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅では、生活をするのに月に15万円を超す費用がかかる。費用負担ができない場合には、退所先の選択肢が狭まり、なかなか退所先が見つからない(事例3)。

三つめの「サービスの利用要件を満たす心身状態」だが、退所先が見つからない人に共通していたのが、制度の狭間に置かれていることである。65歳未満で障害があったり(事例5, 6)、ADLが低下し経済的に困窮している(事例3)など、制度の狭間にあるため、利用できる制度・サービスが限られ、退所に結びつきにくい。事例5, 6は介護保険の2号被保険者として入所しているが、もともとは障害者サービスでも対応可能な人である。しかし家族と同居し、それまで障害者サービスを利用していなかったため、困窮してから障害者施設を利用しようとしても空きがなく入所は困難である。また、介護保険制度を利用したくても介護度が低いため、特別養護老人ホームの入所対象にならない。

聞き取り調査の中で、入院を続けるほどの医療行為は必要ないものの、吸引回数が多いなど常時医療を必要とする場合には、退所先が見つかりにくいという話があった。こうしたケースは、医療度の高い人を受け入れる老人保健施設に空きがあれば入所できる可能性はあるが、施設の数に限られている。

四つ目の「周囲からのサポートの有無」だが、事例1はコンビニや民生委員、地域包括支援センターからのサポートがあり、支援のネットワークを作れたことで自宅に戻ることができた。事例2では本人が要介護5で寝たきり状態にあるにもかかわらず、介護に熱心な夫や娘がいて、近隣のヘルパーを利用することで在宅復帰が可能となった。一方で家族がいても、本人を支えられなかったり(事例3, 6)、本人に負担をかける存在(事例4)であれば、周囲からのサポートがあるとはいえず、自宅に戻ることが困難になっていた。

4) 老人保健施設退所に向けた居住支援

退所の可否に影響を及ぼす4つの要件を踏まえて、支援相談員が行う退所に向けた居住支援を検討する。

退所に向けた居住支援では、まず支援相談員が本人の心身状態や経済状態、本人を取り巻く環境等についてアセスメントを行う。アセスメントでは、退所後の生活に関する意向を把握したり、退所を見据えてADLの向上が必要ということであれば、本人や専門職にその旨を伝えリハビリテーションを行うことになる。

続いて、利用可能な制度・サービスの調整を図りながら、退所後に居住できる場所の条件を明らかにし、本人の状態にあった退所後に居住できる場所を探す支援が行われる。既存のサービスで対応できない場合には、インフォーマルな資源を用いてニーズを満たすサービスが提供できるように工夫することも行われる。

さらに、家族や知人、近隣住民や民生委員等を含めて、本人を支える支援者を確保したり、ネットワーク化することも、本人が地域で生活するための重要な支援となっている(図2-20)。

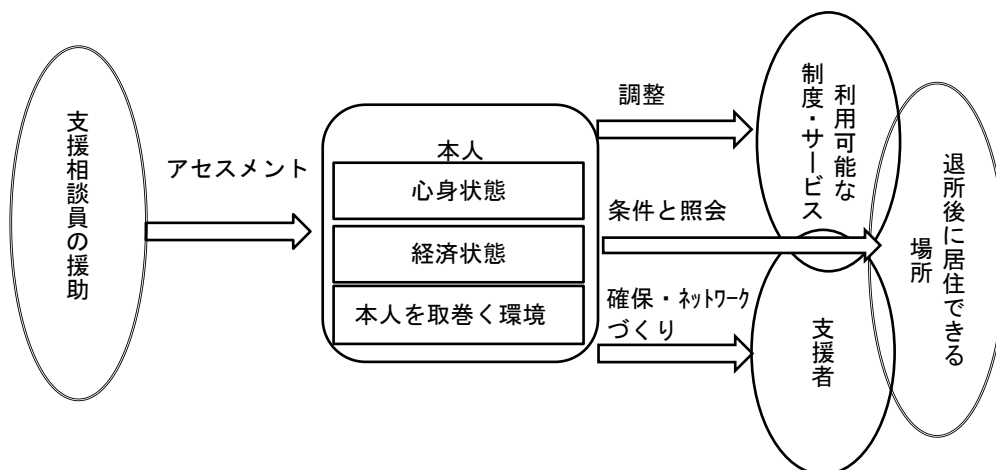


図2-20 老人保健施設退所にかかる支援相談員の居住支援の方策

(2) C 県住宅ソーシャルワーカー事業における高齢者に対する住宅確保支援

1) 調査の方法

第2節でも述べたC 県住宅ソーシャルワーカー事業が支援した6事例に対し、住宅確保までに住宅ソーシャルワーカーが行った直接的支援・間接的支援に着目し、支援による本人の生活の変化、ソーシャルワーカーが連携した関係者とその動きを分析した。

2) 転居の妨げとなる事由

住宅確保に至るまでの間で本人が困難に感じ、支援を必要とした場面は、「物件探し・契約」、「入居時手続き」、「緊急連絡先の確保」、「保証人・保証協会との調整」、「医療・ADL・IADL」、「福祉サービス」、「知的レベル」に整理することができた(表2-13)。

「物件探し・契約」において転居の妨げとなるのは、本人に持病があり、医療機関に通

院可能な地域でなければ居住できない（事例 4，5，6）や，高齢や障害であることを理由に大家が転入を認めない（事例 3，5）等が当てはまる．他にも，契約手続きの際に文字を書くことが求められ，苦手意識や恥ずかしさから怒ったり，手続きの多さに煩わしさを感じる本人の気持ち（いずれも事例 1）も含まれる．

「入居時手続き」において転居の妨げとなるのは，物件契約以外の手続きで感じるとまどいや困惑である．ガスや電気などの開栓や携帯電話の購入などの場面で，書類の記入に困ったり，担当者が説明をしてもその内容が理解できない等が当てはまる（事例 3，4）．なかにはそれまでの不安や疲労から飲酒してしまい，ソーシャルワーカーと約束した場所に現れなかったり（事例 1）や，知人から聞いた誤った情報を信じ，転居手続を他人任せにしてしまう（事例 6）ケースもみられた．

「緊急連絡先の確保」において転居の妨げとなるのは，緊急連絡先となる人がいない（事例 1，2，6）場合である．長女が緊急連絡先になってくれると思って本人が頼んだものの，断られてしまい，本人に代わって住宅ソーシャルワーカーが説明をして，ようやく緊急連絡先になってもらえた事例（事例 3）もある．

「保証人・保証協会との調整」では，連帯保証人となる人がいない（事例 1，6），保証協会を利用しようと思っても審査が通らない（事例 3，4），保証協会の審査が通っても保証料を負担できる見込みがたたない（事例 1，6）場合には転居が難しくなる．

「医療・ADL・IADL」では，病気により通院を必要とするため，転居先が通院可能な地域に限られる（事例 1，3，4，5，6，）場合や，病気等により生活に配慮が必要（事例 1，2，3，4，5，6）な場合には転居が難しくなる．また，事例 1 のように長いホームレス生活のために銀行の ATM を使えないといった生活スキルを獲得できていないことも転居の妨げとなる．

「福祉サービス」にかかる困難な事由とは，身体障害者手帳や療育手帳を保有しているにもかかわらず，手帳の使い方を知らないために，サービスに結びついていない（事例 2，5，6）場合や，サービスを知っていても利用方法がわからない（事例 6）などが当てはまる．また，それまでのかかわりから福祉事務所に對するあきらめの気持ちを持っている場合もある（事例 5）．

「知的レベル」にかかる困難な事由とは，転居にかかる契約や手続きを理解することが難しい場合を指す．療育手帳を持つ人（事例 2）はもちろん，住宅ソーシャルワーカーがコミュニケーションをとる中で理解力が乏しいと気づいた場合（事例 1）や，誤った内容の話をも本人が信じてしまっているケース（事例 6）なども当てはまる．

表 2-13 転居の妨げとなる事由

	事例 1	事例 2	事例 3	事例 4	事例 5	事例 6
属性	50 代後半 男性	50 代前半 男性	70 代後半 男性	50 代後半 男性	50 代半ば 男性	60 代前半男 性
物件探し・契約	・手続きに対し 苦手意識 や恥ずかし さがあり，手 続きの煩雑 さに怒り出 す	・CW が物件 を探したが 緊急連絡先 がないため 断られた	・高齢を理由 に大家から 入居を断ら れる	・転居先の確 保に不安を 感じる ・通院可能な 地域	・通院可能な 地域 ・単身・身体 障害に対し 大家が難色 を示す	・通院可能な 地域

入居時 手続き	・不安・疲労等から手続きを約束した日に酩酊状態である		・書類の書き方に戸惑う	・転居手続きに不安がある ・ガス、携帯電話の契約で理解できないところがある ・書類不備で携帯電話の契約ができない		・保護費の前借り、CWによるアパートの手配・引っ越し等、誤った情報を信じている
緊急 連絡先	・緊急連絡先がない	・緊急連絡先がない	・長女に緊急連絡先を依頼したが断られる			・緊急連絡先がない
保証人 ・保証 協会	・連帯保証人がいない ・保証協会の審査は通ったが、保証料が自己負担となる		・連帯保証人がいない ・緊急連絡先があっても保証協会の審査が通らない	・連帯保証人がいない ・緊急連絡先があっても保証協会の審査が通らない		・連帯保証人がいない ・福祉事務所が保証料を負担してくれるか不明 ・保証協会の審査が通らない
医療・ ADL・ IADL	・体調不良 ・長いホームレス生活のため、生活スキルを獲得していない	・栄養が偏っている	・C型肝炎治療のために通院・服薬	・心気症 ・腎不全、肝不全による通院 ・病気による体力不足	・脳梗塞後遺症（身障手帳4級） ・要支援1	・人工透析 ・転居後の食生活と体調管理への不安
福祉 サービス		・手帳を使って利用できるサービスを知らない			・福祉事務所にあきらめを感じる ・障害、介護サービスを知らない	・手帳利用によるサービスを知らない ・福祉タクシー券の利用方法がわからない
知的 レベル	・理解力に乏しい	・発達遅滞 ・療育手帳B				・誤った認識

以上の結果、低所得高齢者の転居を妨げるのは、「理解力が乏しい」、「社会生活スキルの欠如」、「身元保証人・緊急連絡先がない」、「大家の理解を得にくい」、「契約に係る事務手続きが複雑」、「適切な医療・福祉サービスが利用できない」の6点が影響していることがわかった。この6点は、「本人にかかる問題」と「本人を取巻く環境の問題」の2つに整理できる。

3) 住宅確保の支援

住宅ソーシャルワーカー事業では、住宅ソーシャルワーカーが転居を妨げる6点に対し、福祉事務所の職員や医療機関や他の福祉サービスの職員と連携を取りながら、問題を一つ

一つ解決したことで転居につながり、その後の安心・安定した生活に至ることができた。だが、こうした援助がなければ、転居に至ることは困難であった。転居を妨げる事由とソーシャルワーカーの援助の有無による転居の可否を図式化したのが、図2-21である。

住宅ソーシャルワーカーが行う住宅確保支援では、住宅を確保し転居させるだけではなく、本人が持つ能力を評価し、エンパワメントしながら、本人に転居の意欲を維持させることにも力点が置かれていた。そして本人に代わって要望を伝えたり（代弁）、本人には難しい不動産業者や大家、福祉事務所等との交渉も行っていた。さらに転居後の生活を安心・安定したものにするために、地域包括支援センターや障害者生活支援センターと連携することはもちろん、本人がそれらの機関の役割を理解し、利用できるようにするための調整も行われていた。居住支援では、住宅確保だけではなく、その後の生活を維持継続するためのソーシャルワークが展開され、これが転居後の安定した生活につながっていた。

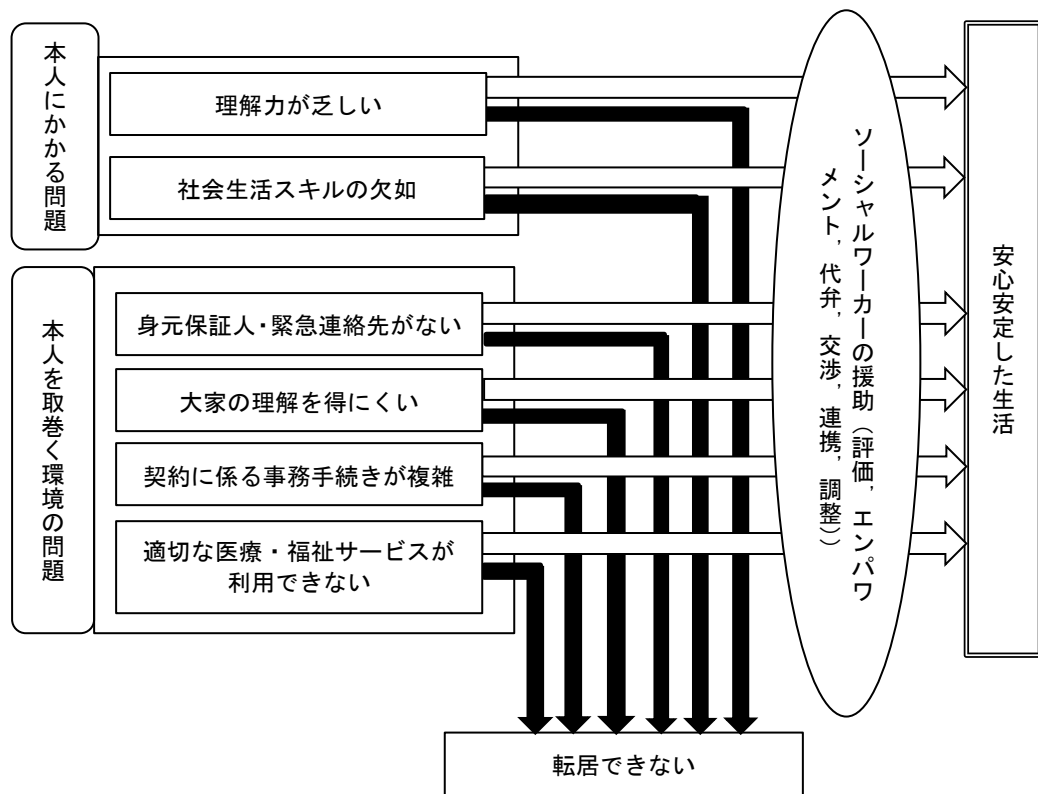


図2-21 転居の可否を決定する事柄

（3）地域善隣事業

「地域善隣事業」⁸⁾とは、2011年度から3か年にわたって高齢者住宅財団が行った低所得高齢者向けの住宅確保と生活支援に関する調査研究事業⁹⁾で提案された低所得者向けの居住支援の方策である。

「地域善隣事業」は、低所得・低資産、社会関係資本による支援が乏しい等の理由から地域での居住継続が困難な人、またそのおそれがある人を対象とし、彼らが地域で安心・継続して生活できるようにするための取組みである。そして、「住まいの確保」と「住まい

方の支援」の2つの柱から構成される。

「住まいの確保」とは、空き家等、低廉な家賃で居住できる物件を確保することを指し、「住まい方の支援」とは、個人への支援とともに、入所者同士、地域との互助を作り出そうとする働きかけを指す。具体的な取組みのイメージは図2-22の通りである。

「地域善隣事業」の特徴は、住まいの確保のみならず、支援対象者の住まい方にも目を向けている点である。この中には、支援対象者のニーズに応じた継続的な相談・生活支援はもちろん、入居者同士や地域との互助の醸成が含まれている。ここから、地域で安心・安定して生活するには、他者とのかかわり、地域とのかかわりを視野に入れた支援が必要であることがわかる。

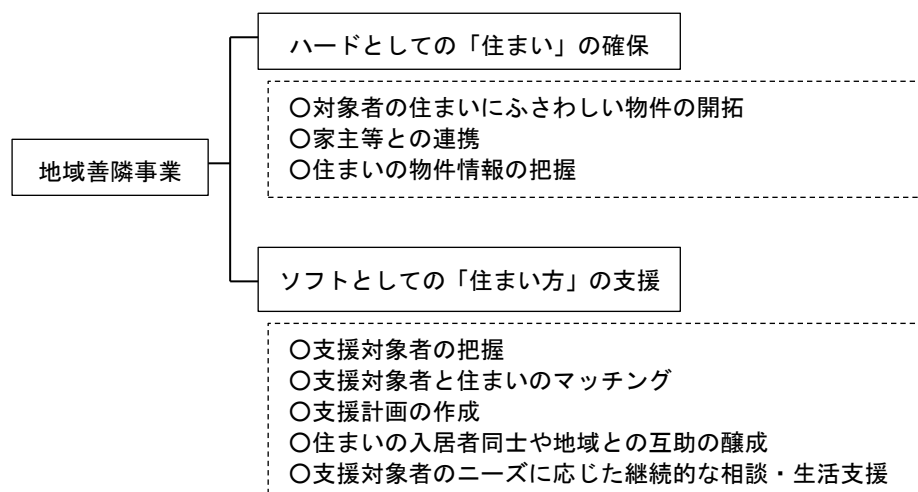


図2-22 地域善隣事業の2つの柱

（出典：高橋紘士（2014b）「低所得・低資産高齢者の住まいと生活支援のあり方に関する調査研究報告書」p11）

（4）低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業

近年、低所得高齢者の生活が問題視され、閣議決定された「日本再興戦略」でも、低所得高齢者向けの居住支援が含まれている。「日本再興戦略」では、「生活支援サービス・住まいの提供体制の強化」として、「中低所得層の高齢者が地域において安心して暮らせるようにするため、空家や学校跡地などの有効活用による新たな住まいの確保を図る」とうたい、その担い手に社会福祉法人を挙げている。

「日本再興戦略」での提言とともに、高齢者住宅財団が取組んできた「地域善隣事業」研究の検討結果を踏まえて、国は2014（平成26）年度から、「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」を始めた。この事業は、自立した生活を送ることが困難な低所得者や低資産の高齢者を対象に、社会福祉法人やNPO法人等が地域の支援の拠点となり、①空き家等を活用した低廉な家賃の住まい確保の支援、②高齢者が住み慣れた地域で継続的に安心して暮らせるための日常的な相談や見守り体制の整備、さらに、①や②の事業を継続的に実施していくための地域連携・協働の持続的なネットワークとなる広域的なプラット

フォームの構築に向けた支援（③）を行うというものである（図2-23）。実施にあたり、①や②を市区町村（社会福祉法人やNPO法人等への委託が可能）が担い、③は都道府県（社会福祉法人やNPO法人等へ委託が可能）が行うこととなっている。

2014（平成26）年7月からこの事業が始まり、これまで8つの自治体が取組んでいる¹⁰⁾。取組みの概要は表2-14の通りである。この事業に取組む以前から、こうした活動していた自治体もあれば、この事業をきっかけに居住支援協議会の設置を始めたところもある。各自自治体が置かれている状況や、住民のニーズによってその形態や取組み内容はそれぞれ異なる。始まってから日が浅いため事業を評価する段階にないが、低所得高齢者への住宅のあっせんや生活支援のみに終わらず、この事業のねらいである「生活での役割・生活の互助」、「地域への開放性」、「継続的な相談・生活支援」の実現が期待されている。

この取組みは、住宅関係事業者と福祉関係事業者の協力なしには進めることができない。社会福祉法人等が、今後地域のさまざまな団体・組織とどのように連携し、住宅確保を含めて活動を展開していくかは注目すべき点である。

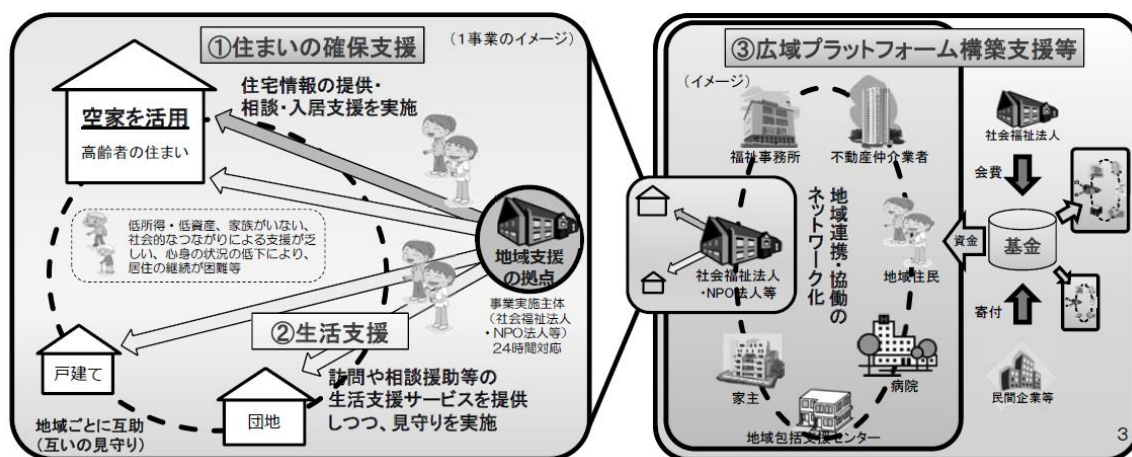


図2-23 低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業イメージ図

（出典：厚生労働省・老健局高齢者支援課（2014）「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業について」）

表2-14 低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業に取組んだ8つの自治体の概要

	運営主体 (委託先)	住まいの確保	住まい方の支援	プラットフォーム
本別町	町	・空き家の実態把握 (全数調査、空き家台帳の作成、所有者意向調査、有効活用調査)	・町社協があんしんサポートセンター(生活支援にかかわる相談、住み替えに関する相談)を通して支援する ・町には、従来より支え合い助け合いを支援する在宅福祉ネットワーク等がある	・本別町高齢者等住まい・生活支援モデル事業町内推進会議(役場内全部局・消防局・教育委員会等) ・本別町高齢者等住まい・生活支援検討委員会(民間事業者、司法書士、商工会、医療機関、社協、行政関係)

栗石町	社会福祉法人 江刺寿生会養 護老人ホーム 松寿荘	・空き家確保（地域の 不動産業者より情報 を入手し、改修）	・2名の住まい方支援 （生活支援員等）の確 保 ・養護老人ホームが24 時間バックアップ	・町福祉課、健康推進 課、地域包括支援セン ター、社協、民生委員 協議会、地域の高齢者 介護・福祉施設連絡協 議会、不動産業者
横浜市	上飯田地域ケ アプラザ（地域 包括支援セン ター）	・老朽化した大規模な 公営住宅の中で特に 高齢化率が高い団地 （市営上飯田団地）	・地域ケアプラザに非 常勤職員を配置し、支 援対象から漏れてい る人にアプローチし、 必要に応じてサービ スにつなげ、見守り体 制の構築を検討する	・健康福祉局、泉区福 祉保健センター、地域 ケアプラザ、建築局、 泉区社協、地域の見守 りネットワーク（民生 委員、自治会等）
川崎市	・NPO 法人楽 ・中高年事業団 やまて企業組 合	・地域に密着している 不動産業者と連携、幸 区の対象エリアで不 動業者が空き家調 査を行う。 ・データを踏まえなが ら委託事業者と不動 産事業者の間で物件 確保の検討を進める	・NPO 法人楽（認知 症の人とその家族の 支援、小規模多機能型 居宅介護の運営）とや まて企業組合（困窮者 支援に携わる）の事業 内容の延長線上で対 応	・健康福祉局地域包括 ケア推進室、不動産業 者、区役所（高齢者福 祉所管、民生委員所 管、町内会等所管）、 市まちづくり局住宅 整備課、町内会、民生 委員、地域包括支援セ ンター
京都市	一般社団法人 京都市老人福 祉施設協議会 （市老協）	・居住支援協議会に参 加する不動産関係団 体が物件紹介や入居 に至る支援を行う ・対象家屋と対象者の マッチングは市老協 に参加する社会福祉 法人が行う	・市老協に参加する社 会福祉法人が、見守り や生活相談を行う	京都市居住支援協議 会（不動産関係団体、 福祉関係団体、市老 協）
天理市	市介護福祉課	・市住宅課（公営住 宅）、県住宅課（民間 賃貸住宅）、不動産業 界の情報交換	・社会福祉法人やすら ぎ会の職員1名が検 認で担当、空き家情報 の発信と窓口対応を 行う。	・市介護福祉課、社会 福祉法人やすらぎ会、 市住宅課、県住宅課、 居住支援協議会、不動 産業者、地域包括支援 センター
福岡市	市社会福祉協 議会	・9社の不動産協力店 の物件情報を市社協 が共有し、相談者の希 望とマッチングさせ る	・複数の団体がサービ スを提供する。サービ スには、見守り、委任 契約による死後事務、 家財処分、寺院・霊園、 葬儀社、家賃債務保証 センター、専門相談 （弁護士等）、緊急時 対応、権利擁護、があ る	・市社協、福岡市（保 健福祉局高齢社会政 策課、住宅都市局住宅 計画課）、市居住支援 協議会、協力店（不動 産業者）
豊後大野市	社会福祉法人 偕生会養護老 人ホーム常楽 荘	・常楽荘が独自にサー ビス相談委員会や民 生委員から情報を得 て探す＝くすのきハ ウス3ヶ所	・常楽荘職員が生活支 援を行う	・市高齢者福祉課、地 域包括支援センター、 自治委員、民生委員、 豊後大野市民病院

（出典：高橋紘士（2015）「低所得の高齢者等への住まい・生活支援を行う事業の全国展開に関する調査研究事業報告書」をもとに筆者作成）

第4節 考察—高齢者が自宅で住み続ける上での居住支援の方策

住宅改善をしても利用上問題が残ったり、施設退所が必要な高齢者、新たな住まいに移る高齢者等、居住場所が不安定な高齢者に対する居住支援として、第3節でみたように、さまざまな支援が行われている。これらの実践は、居住支援の方策として5つの取組みに整理できる（図2-24）。

取組みの一つ目は「本人に適した住まいの整備・確保」である。居住場所が不安定な高齢者には、まず本人が安心して暮らせる住まいを確保することが欠かせない。すでに自宅に住んでいる場合には、本人の身体状況に合わせた住宅改善が必要であり、これから新たな住まいを見つける時には、転居先が安心して生活できる場所でなければならない。

二つ目は、「本人の持つ力（ADL, IADL, 経済力）に合わせた支援」である。現時点でのADLと今後予測されるADL、社会生活を送るうえでどのような点に支援となるのか、長期的に住むことになって家賃負担が可能かどうか、といったことは事前にアセスメントする必要がある。また、本人の持つ力が変化可能であるならば、エンパワメントすることも必要である。

三つめは、「本人の意向を踏まえた支援」である。支援を受ける高齢者は、健康状態の変化に戸惑っている、今後どうなるのか予測がつかない、自分のことを他人に知られたくないと思うなど、様々な感情を持つ。援助者は高齢者のそうした気持ちを察し、本人の意欲や力を高めるための支援を行うことが重要である。

四つ目は、「本人を取巻く環境に働きかける支援」である。本人を取巻く環境とは、家族や親戚、知人・友人、民生委員、大家、利用している介護サービスや医療サービス、行政、等さまざまある。援助者は、本人が安心して安定して暮らすために何が必要なのか、どのような環境を整えれば安心・安定した生活につながるのかを考え、高齢者の生活を支える人達に働きかけ、場合によってはネットワーク化を図ることが必要である。

五つ目は「介護・医療サービス事業者との連携」である。何らかの病気や障害を持つ高齢者が、安心・安定した生活を営むためには、介護・医療サービスを利用することが欠かせない。援助者は介護・医療サービス事業者から聞いて本人の心身状態を把握するとともに、本人の気持ちを代弁することも大切である。またサービスが適切に提供されるように複数の専門職や関係者を集めて、協議することも必要となる。ただ、居住支援を行う援助者は必ずしも特定の専門職ではなく、高齢者の状態や置かれている状況によって柔軟に考えることが大切である。その際には、誰が居住支援を中心となって行うのかを明確にし、それを本人や関係者等に周知することが必要である。

阪東（2011）は、居所のない生活困窮者を支える支援には「住宅確保のための支援」と「居住継続のための支援」の2つがあり、現行では「住宅確保のための支援」に偏り、「居住継続のための支援」が欠落していると指摘する。これに先述した5つの取組みを当てはめれば、「住宅確保のための支援」に「本人に適した住まいの整備・確保」が当てはまり、「居住継続のための支援」（＝安心・安定した居住生活のための支援）には「本人の持つ力（ADL, IADL, 経済力）に合わせた支援」、「本人の意向を踏まえた支援」、「本人を取り巻く環境に働きかける支援」、「介護・医療サービス事業者との連携」が該当する。

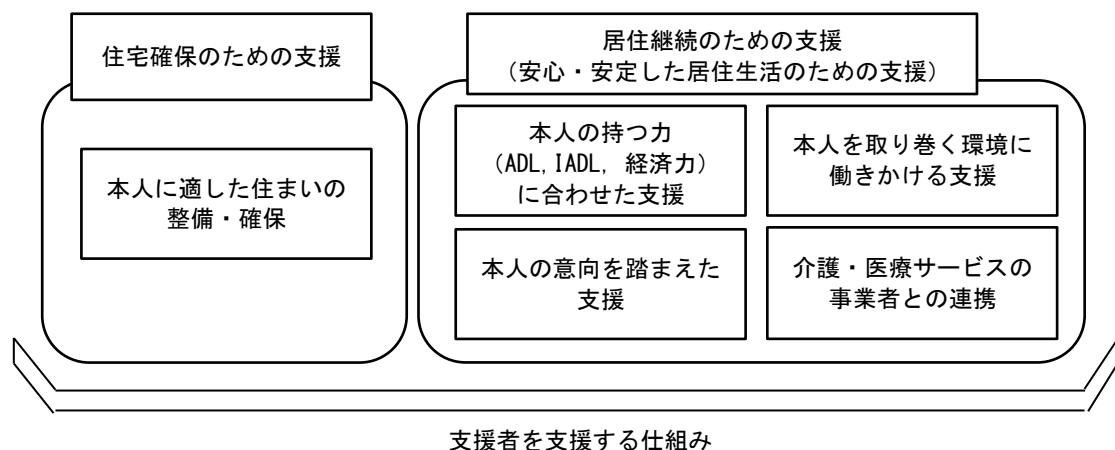


図2-24 居住場所が不安定な高齢者に対する居住支援の方策

以上を踏まえると、高齢者が自宅で住み続けるための居住支援の方策は4つあると考える。一つ目は、居住場所の選択の際や、居住継続のための支援（住環境整備や医療保健福祉サービスの提供等）の際に、支援者が高齢者本人や家族の情報を把握し、それを踏まえて柔軟にかつ専門性を活かして対応することである。高齢者が安心・安定した居住生活を営むためには、本人や家族のニーズを把握し、時にエンパワメントをしながら、可能な限り自宅で住み続けられるような支援、居住場所が安定するような支援を行うことが重要である（ミクロレベル）。

二つ目は、低所得高齢者向けの居住の場を整備することである。低所得高齢者が居住の場を得られない状態が続いているにも関わらず、低所得高齢者向けの住まいは不足している。地域善隣事業や低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業では、社会福祉法人等が地域の空き家を低所得高齢者に提供し、生活支援も併せて行っていた。現在、全国に空き家が820万戸あり、その活用が検討されている。今後、空き家を低所得者向けの住宅として利用できるよう仕組みを整備することも必要だろう（ミクロレベル）。

三つ目は、居住の安心・安定を確保するための支援を、地域で居住支援のシステムとして構築することである。住宅整備や確保のための支援と居住継続のための支援を一体的に行うことは有効である。だが現在、居住支援はケースを担当するそれぞれの専門職に任されている。居住に関わる支援を一体的に行う仕組みを構築したり、それを担う人材を配置するなど、地域の支援機関が連携して行っていくことが望ましい（メゾレベル）。

四つ目は、低所得高齢者向けの居住支援を行う仕組みや人材配置を可能にするような制度・政策を整備することである。市場主義が進み、住宅確保要配慮者への公的責任における支援が十分ではない中、低所得高齢者等の居住問題は見えにくく、かつ深刻になっている。公的制度として、こうした人への居住支援が取組めるよう、居住場所の整備や居住支援の仕組みを整えることが求められる（マクロレベル）。

以上のように、高齢者が自宅で住み続けるための居住支援を進めるには、ミクロレベルの視点で居住支援を行うと同時に、メゾレベルやマクロレベルの視点から居住支援の方策を検討することが必要といえる。

注

- 1) 先行研究において住環境整備にかかわる用語は「住宅改善」、「住宅改修」、「住宅改造」、「住居改善」と統一されていない（玉田 1991；長倉 1994；鈴木 1997；奥藺 2002）。本論では、高齢者の住環境整備に関する用語を「住宅改善」とし、鈴木による「低下した身体機能と住環境との不適合が生じたとき、それを解消あるいは緩和させる目的で行う居住環境サイドの変更」という定義をベースに、「それが高齢者の生活改善につながる」という視点を含めて定義する。鈴木は「住宅改善」を、介護保険制度適用の「住宅改修」や介護保険制度適用範囲外の工事を含む「住宅改造」、さらに単なる改造工事だけでなく、手すりのかわりに家具を置き、手すりの代用にするなどの「住み方の工夫」や、移動用リフトなどの器具を合わせて使う「補助器具の利用」を含んで用いている。
- 2) 介護保険の住宅改修で対象となる工事は、①手すりの取り付け、②床段差の解消、③滑りの防止および移動の円滑化等のための床材の変更、④引き戸等への扉の取替え、⑤洋式便器等への便器の取替え、⑥その他（①～⑤）の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修の6項目に該当するものである。
- 3) 事務連絡「在宅医療における患者紹介等について」のなかで、「集合住宅等を所有又は管理している民間事業者及び当該事業者と特定の関係のある事業者との間で、（中略）当該事業所から集中的に患者の紹介を受けているとの情報が寄せられている（中略）こうした行為については、当該事業者により一定の制限が行われるおそれがあり、また、不必要な往診を行う等の過剰な診療を惹起する原因となる可能性があること等から、望ましくない場合がある」と述べている。
- 4) 厚生労働省（2009）「社会福祉法第2条第3項に規定する無料低額宿泊事業を行う施設の状況に関する調査の結果について」（平成21年10月20日）の引用。翌年にも無料低額宿泊所を対象とした同様の調査が行われているが、詳細な結果が把握できる平成21年調査を引用した。
- 5) 先行研究等では「無届施設」という表記の仕方もあるが、厚生労働省の文書では「未届施設」と記されているため、本論でも「未届施設」と表記する。
- 6) 厚生労働省「未届の有料老人ホームに該当しうる施設に対する指導状況等におけるフォローアップ調査」は2009（平成21）年から2012（平成24）年まで毎年行われている。
- 7) リフォームヘルパーとは、福祉、保健・医療、建築分野の専門家がチームを組んで、要介護老人世帯等に出向き、手すり、スロープ等の住宅改善について、身体の状態、保健福祉サービスの活用状況等を踏まえて相談に応じ、助言を行うサービスで、1993（平成5）年より厚生労働省が始めた制度である。
- 8) 地域善隣事業の名前は、大正期から昭和初期にかけて、地域の相互扶助の拠点として、民間が設置した「善隣館」に依拠している（白川 2014）。善隣館では、社会福祉事業や社会教育事業が展開された。
- 9) 2011（平成23）年度から3カ年にわたって高齢者住宅財団が取組んできた地域善隣事業に関する研究の名称は、平成23年度「低所得高齢者の住宅確保と介護施設の将来像に関する調査・検討」、平成24年度「低所得高齢者の住宅確保に関する調査検討～「住

まい」の確保と「住まい方」の支援を一体的に行う「地域善隣事業の提案」。平成 25 年度は「低所得・低資産高齢者の住まいと生活支援のあり方に関する調査研究」である。

10) それぞれの自治体での取組みは、高橋紘士（2015）『低所得の高齢者等への住まい・生活支援を行う事業の全国展開に関する調査研究事業報告書』にまとめられている。

第3章 高齢者向け住宅に入居し住み続ける上での居住問題と居住支援の方策

現在、高齢者の住み替え先には高齢者向け住宅がある。こうした住宅への転居は、バリアフリーや緊急通報設備といった物理的な環境が居住の安心につながり（谷 2004）、ひとり暮らしの淋しさの解消や緊急時の安心感等の心理的な安寧、生きがいに寄与する（巖 2001）といわれている。だがこうした住宅に入居してもすべての人が安心して最期まで住み続けられるとは限らない。

そこで本章では、第1節で高齢者向け住宅に住む高齢者に着目し、居住生活の実態と居住継続意向を明らかにする。そして第2節では、居住者の住み続けに影響を及ぼすと考えられる高齢者向け住宅の運営事業者に向け、運営事業者からみた高齢者の居住継続の阻害要因を明らかにする。その上で、第3節では各地の居住支援の取組みから、高齢者向け住宅に安心して住み続ける上での居住支援の方策について検討を行う。最後に、第4節で高齢者向け住宅に入居し住み続ける上での高齢者への居住支援の方策を考察する。

第1節 高齢者向け住宅における高齢者の居住生活の実態と居住継続意向

高齢者向け住宅の一つである高齢者向け優良賃貸住宅（以下、高優賃）居住者の近所付き合いや外出の実態、今後の居住継続意向を把握するために、質問紙調査と訪問聞き取り調査を行った。その結果をもとに、高齢者が安心して住み続けられる高齢者向け住宅に求められる要件について検討する。

1. 調査の概要

（1）研究の対象

調査対象の高優賃は、1950年代に建設されたA県B市の公社賃貸住宅団地の建替えより供給されたC住宅団地内にある。C住宅団地は4棟357戸からなるが、どの棟も高優賃住戸（以下、D高優賃とよぶ）と公社一般賃貸住戸がミックスした構成になっている。高優賃住戸は3棟合わせて130戸あり、2008（平成20）年11月時点で128世帯が入居していた。高優賃住戸の規模は1LDK～2LDKで、住戸専有面積は50.00㎡～64.76㎡である。家賃補助は行われておらず、LSAの配置もない。C住宅団地内には、ビオトープや家庭菜園ができる畑、散歩用通路が用意され、住民同士の交流が図れるよう工夫されている。また、敷地内には介護サービス事業所（訪問介護事業所、居宅介護支援事業所）や子育て支援施設（保育ルーム）を併設し、地下鉄駅や購買施設が近接したきわめて利便性の高い立地条件にある。

D高優賃を調査対象とした理由は、①建て替えられたD高優賃には従前住宅からの戻り入居者と、転居してきた一般入居者の二つの層が住み、入居経緯による住生活の違いや意向についての比較分析ができるため、②D高優賃が128世帯と比較的規模が大きく、多くのデータを収集することが可能なためである。

（2）研究の方法

高齢者向け住宅に暮らす高齢者の居住生活の実態（近所付き合いや外出行動）と居住継続意向を把握するために、質問紙調査と訪問聞き取り調査を行った。

質問紙調査は、2008年10月～12月にかけて、D高優賃居住者128世帯に直接配票、郵送回収による方法で実施した。得られた回答は有効回答数93票、有効回答回収率は72.7%である。調査項目は、現在の近所付き合い、外出状況、今後の居住継続意向など8領域37項目（ア．調査対象者の属性、イ．入居前の住宅の状況・入居に至る経緯、ウ．現在の住宅・設備に対する評価、エ．現在の日常生活、オ．現在の近所付き合い、カ．現在の外出状況、キ．今後の居住継続意向、ク．現在の心身の状態）を設定した。分析に際しては、度数分布表とクロス集計を用いた。

訪問聞き取り調査は、質問紙調査協力者のうち、訪問聞き取り調査に協力を得られた11世帯を対象に、2008年12月に各住戸を訪問して1時間半～2時間ほどかけて行った。調査項目は、近所付き合いの内容や外出の様子、居住継続意向など4項目（ア．高優賃入居前の住宅（居住年数、広さ、家賃負担）、イ．高優賃の住戸の評価（広さ、トイレ・浴室・洗面所の使い勝手、バリアフリーの使い勝手、緊急通報設備の使い勝手、住居費負担、入居前に期待していたこと、期待してきたことに対する入居後の評価）、ウ．現在の生活状況（一日の生活状況、前住宅での生活状況との変化、近所付き合い、前住宅での近所付き合いの変化、外出状況、前住宅での外出状況との変化、現在の生活で不安に感じていることや困っていること）、エ．居住継続の意向（高優賃に住み続けたいか、介護が必要になった時にどこで生活したいか、施設や高齢者向け住宅に入居したい場合どのような条件のところに住みたいか））である。聞き取った内容は記録を起し、近所付き合いの実際や外出行動、居住継続意向の傾向ごとに調査対象者の類型化を試みながら分析を行った。

2. 高齢者向け住宅における高齢者の居住生活の実態

（1）質問紙調査の調査回答者の属性

調査回答者は、男性（43.0%）に比べ女性（57.0%）がやや多く、単身世帯と夫婦世帯がほぼ同数であった。年齢は前期高齢者、後期高齢者がほぼ半数ずつで、平均年齢は74.9歳である。健康状態は5段階で把握し、「よい・まあよい」と回答するものが37.6%、「ふつう」が36.6%、「あまりよくない・よくない」が23.7%となっており、健康状態が「ふつう」より上の人が全体の4分の3を占めている。また、要介護認定を受けているものは全体で15%にとどまっている。居住年数は5年未満が35人（37.6%）、5年以上が56人（60.2%）、不明が2人（2.2%）だった。

建替えに伴う戻り入居者（以下、「戻り入居」と）、一般公募による入居者（以下、「一般入居」）は、ほぼ半数ずつを占めている。「一般入居」の8割は同一市内からの住みかえ層であり、前住宅の種類は民間賃貸が43.8%と最も多い（表3-1）。

表 3－1 質問紙調査回答者の属性

性別	男性 40 人 (43.0%), 女性 53 人 (57.0%)
世帯構成	単身世帯 45 人 (48.4%), 夫婦世帯 44 人 (47.3%), その他 4 人 (4.3%)
年齢	65 歳未満 3 人 (3.2%), 65～74 歳 47 人 (50.5%), 75 歳以上 43 人 (46.2%)
健康状態	よい・まあよい 35 人 (37.6%), ふつう 34 人 (36.6%) あまりよくない・よくない 22 人 (23.7%), 不明 2 人 (2.1%)
居住年数	5 年未満 35 人 (37.6%), 5 年以上 56 人 (60.2%), 不明 2 人 (2.1%)
入居経緯	戻り入居 45 人 (48.4%), 一般入居 48 人 (51.6%)
前住宅の種類 (内, 一般入居)	一戸建て 5 人 (10.4%), 分譲マンション 3 人 (6.3%), 公営住宅 5 人 (10.4%), 公団・公社住宅 12 人 (25.0%), 民間賃貸住宅 21 人 (43.8%), その他 2 人 (4.2%)

(2) 訪問聞き取り調査回答者の属性

11 世帯中, 夫婦世帯が 6 世帯, 単身世帯が 5 世帯とほぼ半数ずつである。年齢は(夫婦世帯は年齢が高い方), 60 代が 3 世帯, 70 代が 5 世帯, 80 代が 3 世帯である。単身世帯の中には, 夫婦で高優賃に入居後, 配偶者が亡くなったものが 1 世帯含まれていた。健康状態では, 夫婦世帯のうち夫婦ともによいのは 1 世帯のみで, 残りの 5 世帯はどちらかが健康上の問題を抱えている。このうち, どちらかが介護を必要とし, 配偶者が支えている世帯が 4 世帯ある。単身世帯は, 「よい」, 「まあよい」, 「ふつう」が 5 人中 4 人で, もう一人も杖は使用するものの生活は自立している。単身世帯の中でも健康上の問題がない方が訪問聞き取り調査に応じてくれたものと考えられる。入居経緯は, 11 世帯のうち, 4 世帯が「戻り入居」で, 7 世帯が「一般入居」である(表 3－2)。

表 3－2 訪問聞き取り調査回答者の属性

事例	1		2		3		4	
世帯構成	夫婦		夫婦		夫婦		夫婦	
性別	男	女	男	女	男	女	男	女
年齢	65	67	65	71	76	68	73	76
健康状態	よい	よい	よい	あまりよくない	よくない (要介護 3)	まあよい	よくない	あまりよくない (要支援 2)
入居経緯	戻り入居		一般入居		一般入居		戻り入居	

5		6		7	8	9	10	11
夫婦		夫婦		単身	単身	単身	単身	単身
男	女	男	女	女	男	男	男	女
72	73	81	83	62	67	79	82	87
あまりよくない (申請中)	よい	あまりよくない	あまりよくない (要介護 2)	よい	ふつう (持病有)	まあよい (持病有)	まあよい	あまりよくない
一般入居		戻り入居		一般入居	一般入居	一般入居	一般入居	戻り入居

(3) 現在の住宅（高優賃）の評価について

質問紙調査の結果から、住戸の広さ・部屋数の満足度では、「満足」、「やや満足」を合わせると 85.0%にのぼる。しかし、回答者本人や同居家族の健康状態が「あまりよくない・よくない」場合には「満足・やや満足」が 30%台に減少している。また、バリアフリーへの満足度も、全体の 71.0%が「満足」と答えているものの、夫婦世帯や健康状態がよくない場合には、満足度が低くなっている。

これらの満足度が低くなる要因を訪問聞き取り調査の結果から探ると、介護を必要とする夫婦世帯では、部屋数が少ないために介護が必要な人の居室とリビングを一体的に使わざるを得ないことからくつろぎ感が損なわれることや、寝室の独立性が低く一人でゆっくりと過ごす時間が持てないといったことが、満足度を低くする要因であることが把握できた。また、実際に車いすを利用するなど介護が必要になると、車いすではトイレに入ろうとする際に壁が邪魔になるなど、標準的なバリアフリーでは利用しづらい箇所があることがわかり、バリアフリーへの満足度を低くする要因となっていた。

(4) 近所付き合いについて

1) 近所付き合いの実際

質問紙調査の結果から、「あいさつ」は 97.8%と、ほとんどの人が行っているが、「一緒に出かける」(39.8%)、「家事を助け合う」(24.7%) など深い付き合いになるにつれて減少している。特に、入居経緯による差は顕著にみられ、「一般入居」では、深い付き合いをすると答えたものは少なく、「戻り入居」の半分程度であった(図3-1, 3-2)。

訪問聞き取り調査の結果からも、「一般入居」の6世帯のうち5世帯が、あいさつ程度の付き合いにとどまっており(事例2, 5, 8, 9, 10)、深い付き合いはしていない。「戻り入居」では、以前の住居から親しく付き合っていた人との関係が続いて、自然と家にあがる付き合いをしていたが、「一般入居」で唯一「家にあがる付き合いをしている」と答えたケース(事例3)では、居住者が意識的に「近所付き合いをしよう」と行動したことにより、ようやく家に遊びにくる付き合いができるようになった。これは極めて稀なケースといえる。

2) 近所付き合いの頻度

質問紙調査の結果から近所付き合いの頻度をみると、入居経緯により顕著な差がみられた。「一般入居」は「ほとんど(近所付き合いが)ない」が 43.8%と最も多いのに対し、「戻り入居」では「月1～2回」が 31.1%で最も多い。また、「週1～2回以上」では「戻り入居」が 51.1%と半数以上を占めるのに対し、「一般入居」は 31.3%にとどまっている。「一般入居」のほうが「戻り入居」に比べ近所付き合いの頻度が少ない(図3-3)。

訪問聞き取り調査の結果から、一般入居で近所付き合いが少ない理由を探ると、「永住の場として来たので、トラブルは起こしたくない」(事例2)ので、近所付き合いに慎重になっていることが把握できた。他にも、トラブルを起こさないために近所付き合いに気を使っていると答えている人もいる(事例5, 7)。これらの結果は、村田(2004)の「高齢者の定住意識が高いため、入居者間の関係に摩擦が生じないようできるだけ深い交流は避けている」と同様の傾向といえる。高優賃を終の棲家と考えて転居してきた高齢者にと

って、近所との関係が悪くなることで住み続けられなくなることを恐れる様子がうかがえた。

3) 近所付き合いの満足度

質問紙調査の結果から、近所付き合いの満足度は、入居経緯や居住年数、性別による差がみられた。「戻り入居」では62.2%が「満足・やや満足」と感じているのに対し、「一般入居」では39.6%にとどまっている。また居住年数が5年以上(60.7%)の方が5年未満(37.1%)より満足度が高い。また男性(40.0%)より女性(58.5%)の満足度が高かった(図3-4)。

訪問聞き取り調査の結果から、「家に上がる付き合い」をしている3ケースでは、近所付き合いに対する不満は聞かれなかった。またいずれのケースでも回答者は女性だった。一方「挨拶程度の付き合い」の場合には、近所付き合いに対し慎重な様子がうかがえた。なかには入居した当時、家に上がって話をしていた人が、その後関係が悪くなったために、挨拶程度の付き合いに変わったケースもあった(事例5, 7)。こうしたケースでは近所付き合いに対する満足度はあまり高くない。近所付き合いをしたい、深めたいと考えてもそれができなかったり、トラブルがあった場合に満足度が低くなる傾向がうかがえた。

4) 近所付き合いの変化

質問紙調査の結果から、「一般入居」の35.4%で近所付き合いが減少し、「戻り入居」の24.4%よりも高かった。また、健康状態がよいもので近所付き合いが減ったのが21.7%であるのに対し、健康状態のよくないものでは59.1%にものぼった(図3-5)。

「一般入居」で近所付き合いが減った理由は、訪問聞き取り調査の結果から探ることができた。前述した内容と重なるが「永住の場として来たのでトラブルを起こしたくない」(事例2)や「他の入居者との関係が悪くなって深入りしないことにした」(事例5, 7)が近所付き合いが減った理由といえる。「戻り入居」の場合では、「棟が変わってしまったので会う機会がない」(事例1)や、「以前の階段室タイプのほうが多かった」(事例4)など、自らの意志よりは周囲の環境が変わったことに影響を受けていた。また、健康状態の悪化による近所付き合いの変化は、事例6や9のケースでみられた。いずれも体調が悪くなったことで外出の機会が減り、近所の人と会う機会も減っていた。以上から、転居や健康状態の悪化が近所付き合いの内容や回数に関係していることが把握できた。

なお、転居前と近所付き合いが変わらないケースには、「もともと近所付き合いがほとんどなかった」(事例8, 10)が含まれていた。質問紙調査の結果で把握した「近所付き合いが変わらない」の中には、転居前から近所付き合いをしていなかった人が、転居しても近所付き合いをしてないことがあることが、訪問聞き取り調査から明らかになった。

5) 近所以外の人との付き合い

生活する上で人とのかかわりは近所以外の人との間でもある。近所以外の人との付き合いについては、訪問聞き取り調査から明らかにできた。調査の結果、「戻り入居」、「一般入居」とともに、現在や元の職場の人との付き合いが多かった(事例1, 3, 4, 7, 8)。また、転居前の近所付き合いが転居後も続いていたり、趣味の活動を通じて付き合いがある

人も少なくなかった（事例 2，3，4，7，10）．だが，付き合いのない人もみられる（事例 5，6，9，11）．これらの人には近所付き合いも挨拶程度にとどまっていることが共通している．こうした人は，閉じこもりにつながるものが懸念される．

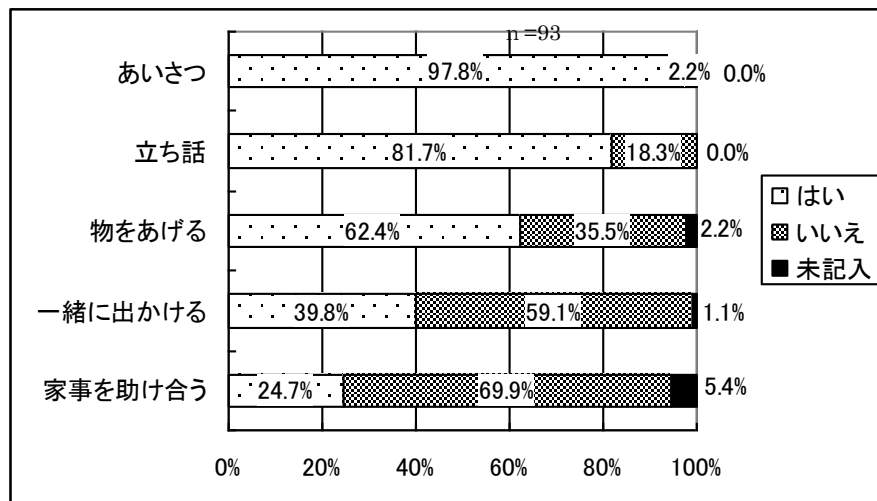


図 3－1 近所付き合いの実際（質問紙調査）

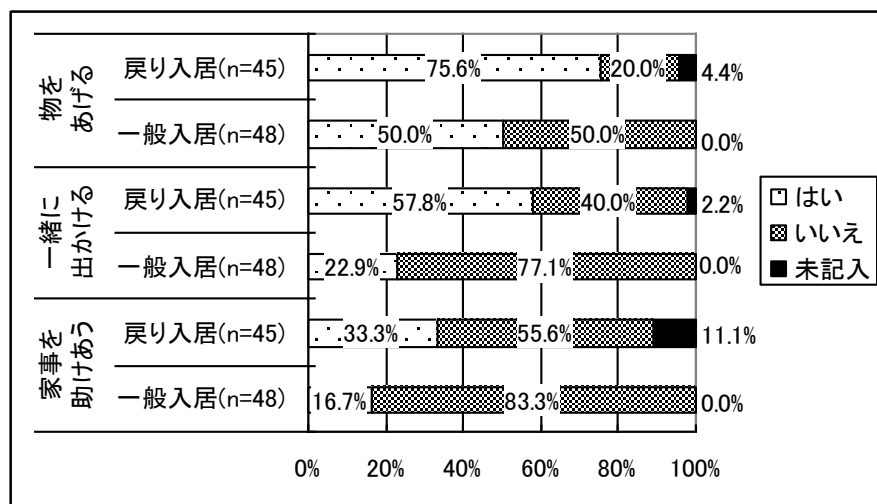


図 3－2 入居経緯，居住年数別近所付き合いの実際（質問紙調査）

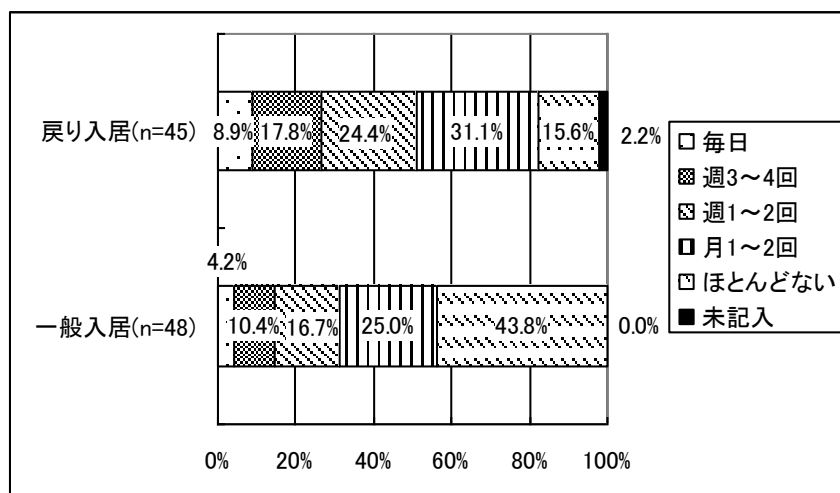


図3-3 近所付き合いの頻度（質問紙調査）

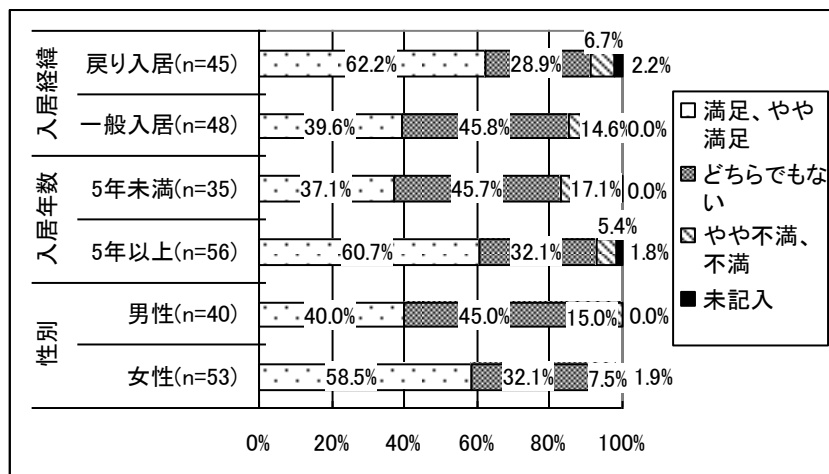


図3-4 近所付き合いの満足度（質問紙調査）

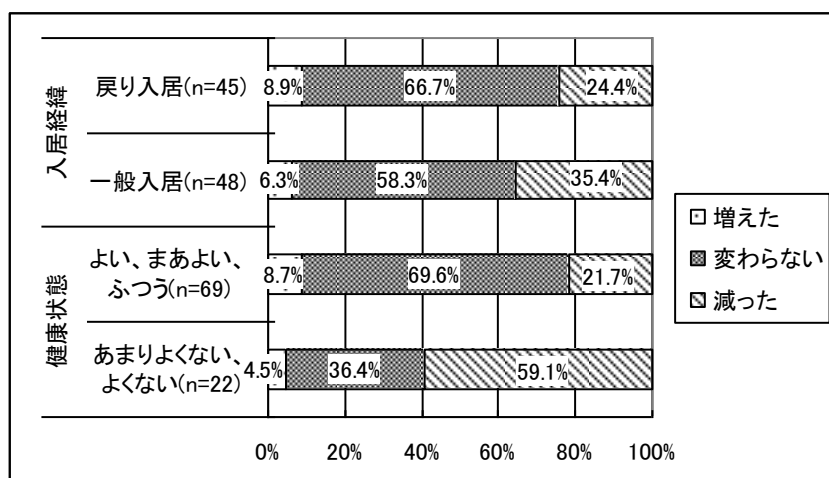


図3-5 近所付き合いの変化（質問紙調査）

表 3-3 近所付き合いの実際（訪問聞き取り調査）

	事例	近所付き合いの状況	近所付き合いの 変化	近所付き合いに 対する意識	近所以外の人との 付き合い
家 に 上 が る 付 き 合 い	1 戻り 入居	・親しい付き合いは4名、そのうち3名は同じ棟に住む。 ・食事会をしている。 ・前住宅のころから付き合いのあった人。	・親しい付き合いをしている人との付き合い方は変わっていないが近所付き合いが減った。		・以前の職場の人と食事に行く。 ・今の職場では年に一回旅行に行く。
	3 一般 入居	・4~5人と付き合いがあり、そのうちの一人とはお惣菜をくれる仲。 ・家にも遊びに来る。	・転居時に老人会に入り、新たな友人関係ができた。	・なるべく自分から胸襟をひらいて付き合うよう心がけている。	・以前住んでいたところの人や職場時代の人と会っている。
	4 戻り 入居	・1~2人お茶をのみにくる。	・前住宅のときの階段室タイプのほうが人付き合いが多かった。		・仕事や、リハビリ教室の友人など 15~16人はいる。
挨拶 程度 の 付 き 合 い	2 一般 入居	・近所付き合いは本当に少ない。 ・同じ階の5軒と知り合い。 ・おすそわけ程度。 ・家の中には入らない。	・前住宅では、昔からの街で、わずらわしいほど何でもわかっている近所付き合いがあり、多くの人と仲がよかった。	・自宅に人が訪問すると迷惑になるので、たまり場のような場所を作ってほしい。 ・永住の場所としてきたのでトラブルは起こしたくない。	・以前仕事をしていたときの付き合い。 ・タンゴやコーラスでの付き合い。
	5 一般 入居	・会えば挨拶程度の付き合い。	・入居した頃は、近所におすそわけをしたが、負担になるのでやめた。 ・前住宅では、近所付き合いはそれなりにあった。	・入居した頃、家に呼ばれて話をした人もいたが、関係が悪くなり深入りしないことにした。	・共働きでほとんど休みがなかったので、あまりつきあいはない。
	6 戻り 入居	・まったくない。 ・外で会えば少し話す程度。	・前住宅では、階段を通るときに会う機会があるのでよくしゃべっていた。 ・草取りは自然に話す機会になっていた。	・新たにきた人は挨拶もしないので、何をしゃべっていいのかわからない。 ・誘いはあるが体が不自由なのでいけない。	・今も、以前もない。 ・デイサービスに2日いったが、なじめないで断った。
	7 一般 入居	・特定のお付き合いをしている人はいない。	・前住宅では、5人くらい親しくお付き合いしている人がいた。	・入居してすぐの頃、家に招いたら愚痴話を聞かされた。それ以来、あまり親しく話さないようにしている。	・知り合いに1年に1~2回会って話をする。 ・職場や友人との付き合いがある。
	8 一般 入居	・隣家の人とは立ち話、挨拶をする程度。 ・同じ団地の人には会釈をする。	・同じマンションに住む人とは会うこともなかった。 ・大家と集金時に話す程度。		・会社勤めの頃の知人が近くにきたら会う（年に数回）。
	9 一般 入居	・挨拶をする程度。 ・1~2か月に1度社協が行う給食会に参加する。 ・月に1度保健所が行う	・家の近くの農家の人に野菜をもらうことがあった。 ・同居していた父の知り合いがい	・こういう住宅は区切られていて近所付き合いは難しい。 ・女性に声をかけると近所の人から誤解	・縁日や外出先で会った人（初対面）と話をした（最近では体調不良で出かけていない）。

		健康相談に参加する。	た。	され、女性が困ると 思い声をかけない。	
	10 一般 入居	・隣家や同じ階の人と挨拶をする程度。	・同じアパートに住む2世帯と挨拶をする程度。		・宗教関係の仲間 (30～40人)と週に 数回会う。週に一度 は一緒に昼食をとる。
	11 戻り 入居	・息子が送ってくれた野菜をおすそわけする。 ・隣家の人、同じ階の人と立ち話をする。	・以前は集会室にあまり人がいなかったので行っていたが、今は大勢いるのでいかない。		・とくにない（以前からもない）。

(5) 外出行動について

1) 外出頻度

質問紙調査の結果、全体の7割近くが「毎日」、「週3～4回」外出しているが、一方で「月1～2回」、「ほとんど外出しない」も1割でみられた。入居経緯別にみると「一般入居」では週3～4回以上外出しているものが72.9%にのぼったが、「戻り入居」は60.0%で、一般入居の方が外出頻度が高いことがわかる。また健康状態がよい場合には78.3%が週3回以上外出しているが、よくないものでは36.4%にとどまっていた。健康状態の悪化が外出頻度の減少にも影響を及ぼしていることがわかる(図3-6)。

訪問聞き取り調査の結果から、回答者を週に3日以上外出する「外出頻度が多く、外出内容が豊富」なAグループと「外出頻度が少なく外出内容が乏しい」Bグループにわけた。外出頻度の少ないBグループには、本人や家族の健康状態がよくなかったり、持病を抱えているものが含まれていた。このことから、健康状態が外出頻度と関係していることがわかった。

2) 外出回数の変化

質問紙調査の結果から、住み替え前後で外出回数が変わらないとするのは全体の5割で、3割は外出回数が減っていることがわかった。また、入居経緯別にみると「一般入居」は外出頻度が相対的に高かったが、住み替え前に比べれば、減ったとする人が31.3%いた(図3-7)。

訪問聞き取り調査の結果、「病気をしてから外に出かけなくなった」(事例6)、「体調が悪くなってから外出する頻度が減った」(事例4, 9)と健康状態が外出頻度と関連していることがうかがえた。D高優賃はエレベーターがあり、地下鉄駅や購買施設が近接し、外出しやすい環境にある。訪問聞き取り調査では、バスや地下鉄、自家用車に乗って買い物や趣味の活動に出かけていることを聞くことができた。外出したいと思う場所やその手段が整っているD高優賃の入居者の場合、外出回数の変化には本人や家族の健康状態が影響していることがわかった。

3) 外出内容

訪問聞き取り調査の結果から、「外出頻度が多く外出内容が豊富」のAグループでは、

週に3日以上、仕事や買い物、通院等で外出し、比較的健康状態がよいものも多く、「外出頻度が少なく外出内容が乏しい」Bグループでは、外出先が病院やスーパーに限られ、先述したように健康状態がよくないものが多かった。

外出の内容は、①通院、②買い物、③趣味の活動、④子どもとの交流、⑤仕事・手伝いの5項目に分類できた。①通院、②買い物は、多くの回答者に共通するものの、③趣味の活動、④子どもとの交流、⑤仕事・手伝い、はAグループに多くみられる。「病気をしたこと外出回数が減った」(事例6妻、9)、「病気の妻をおいて長時間家を空けられない」(事例6夫)、「夫のデイサービスの送迎の時間に家にいなければならないため、ゆっくり外出ができない」(事例3)など、家族の健康状態が高齢者の外出回数や内容に影響を及ぼしていることがわかる。また④子どもとの交流については、健康状態が思わしくないと、高齢者の生活を支える(事例11)ためのかかわりとなるが、本人の健康状態に不安がない場合、「入院している息子の嫁を見舞いに行く」(事例10)、「県外に住む娘に会いに行く」(事例3)というように、親としての役割を果たそうとしたり、楽しみのためといった理由で子どもとかかわっており、これが外出行動につながっていることが把握できた(表3-4)。

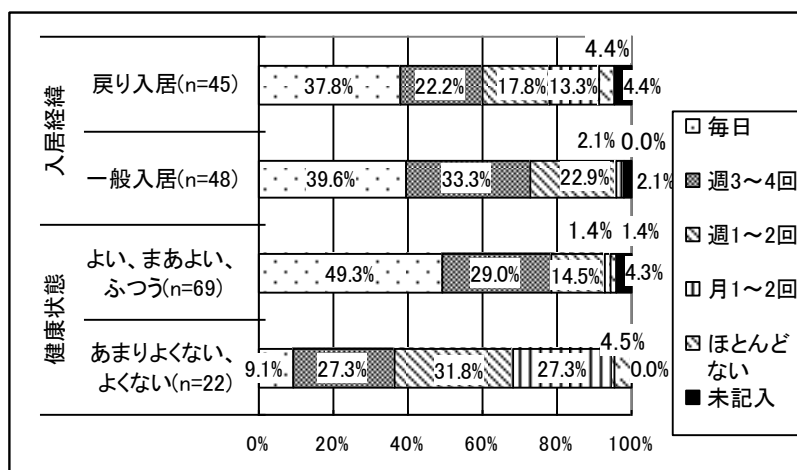


図3-6 外出の頻度(質問紙調査)

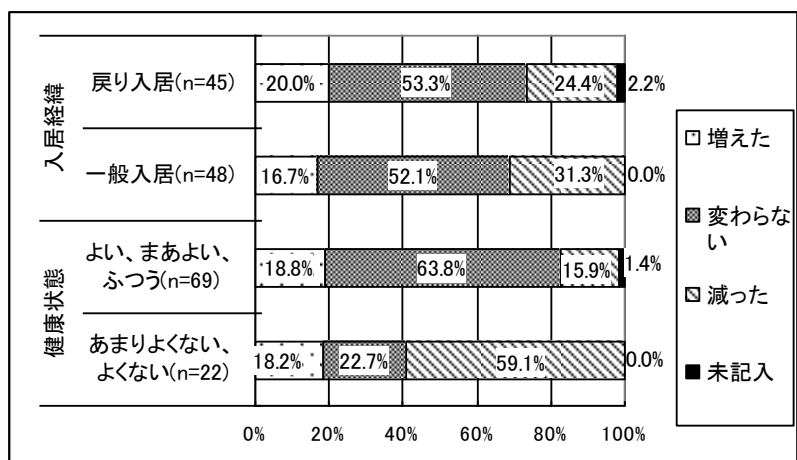


図3-7 外出回数の変化(質問紙調査)

表 3-4 外出行動（訪問聞き取り調査）

	事例	外出行動の状況	外出内容	外出行動の変化とその要因
外出頻度が多く外出内容が豊富（A）	1 戻り 入居	夫：運動のために毎日外出する。 妻：週に4日仕事に行く、講習会に参加する。 買い物に夫婦で週に1度出かける。	②買い物 ③趣味の活動 ⑥仕事	夫：2か月前に退職して、生活スタイルが変化する。 妻：転職してから、生活スタイルが変わった。
	2 一般 入居	夫：週に1日、タンゴを習う。 妻：通院、週に2日コーラスを習う。 買い物は夫婦で一緒に出かける。 月に2回、グループホームに入所している母に面会に行く。	①通院 ②買い物 ③趣味の活動	以前は夫婦ともに仕事に出かけていた。 夫：以前は週に5日タンゴを習っていた。
	3 一般 入居	夫：週に3回デイサービス、週に1回通院、月に1回通院。 妻：買い物、ボランティア、町内会、クラブ活動等に参加。県外に住む娘に会いに行く。夫のデイサービス送迎時間は家にいる。	①通院 ②買い物 ③趣味の活動 ④子どもとの交流	
	5 一般 入居	天気が良い時には夫婦で近くを散歩する。 買い物は夫婦で出かける。 家が狭いので出かけるようにしている。 妻：週2～3回お手伝いに行く。	②買い物 ⑤仕事・手 伝い	転居してから車に乗らなくなったのでよく歩くようになった。 夫：倒れてから仕事をやめた。
	7 一般 入居	週5日仕事に出ている。	⑤仕事・手 伝い	
	10 一般 入居	週に3日教会に行く。 月に3～6回、娘に会いに行く。 週に2回、入院している息子の嫁を見舞いに行く。 デパートの催し物に出かける。	③趣味の活動 ④子どもとの交流 ⑤仕事・手 伝い	妻がいる頃は二人で散歩した。
外出頻度が少なく外出内容が乏しい（B）	4 戻り 入居	妻：月に一度通院。 月に1～2度買い物や食事のために外出する。	①通院 ②買い物	体調が悪くなってからは、外出する頻度が減った。
	6 戻り 入居	車で外出する。 妻が1時間ごとにトイレに行くので、夫は外出しても1時間以内に帰ってくる。 週に1回通院。 夫：二日に一度買い物に行く。	①通院 ②買い物	以前は週に2回通院。 妻：病気をしてから外に出かけなくなった。 昨年までは二人で買い物。
	8 一般 入居	食材がなくなったときに買い物に行く。	②買い物	
	9 一般 入居	スーパーに自転車で買い物に行く。 1～2か月に一度社協主宰の給食会に参加。 月に1度保健所の健康相談に参加。	②買い物	体調が良かったときは、縁日に出かけた（月の半分くらい）。 病気になってから外出が減った。
	11 戻り 入居	週に1回息子がスーパーに連れて行ってくれる。 散歩にたまに行く。	②買い物 ④子どもとの交流	

3. 高齢者向け住宅における高齢者の居住継続意向

(1) 今後の居住継続意向

質問紙調査の結果から、全体では、「住み続けたい」が 63.4%であるが、9.7%は「いずれは他の住宅に移りたい」、「今すぐにも他の住宅に移りたい」と答えていることが把握できた。「わからない」も 21.5%おり、今の段階では住み続けるかどうかを判断できない人が、一定数いることがわかる。

入居経緯別にみると、「戻り入居」で「住み続けたい」は 68.9%だが、「一般入居」では 58.3%である。一方、「わからない」は「一般入居」で 27.1%にのぼる。高齢者向けの住宅ということで転居してきたにもかかわらず、今後住み続けたいとするのは6割にとどまり、どこに住むのかがわからないという人が4分の1にものぼる。

また年齢別にみると、75 歳以上では 65～74 歳に比べ「住み続けたい」「いずれは他の住宅に移りたい」が多く、「わからない」が少なくなっている。年齢が高い方が今後の居住場所について具体的に考えていることがうかがえる。

また、「健康状態がよい・まあよい・ふつう」では 66.7%が「住み続けたい」と答えたのに対し、「あまりよくない・よくない」では、54.5%にとどまっている。健康状態に何らかの問題があるものは、住み続けることに不安を抱えていることがうかがえる(表3-5)。

訪問聞き取り調査の結果、「住み続けたい」は、11 世帯中 8 世帯いるが、「他にいくところがない」、「今さら変わりたくない」、「引越しが大変」といった消極的な理由で住み続けることを選択しているのが 4 世帯あった(事例1, 4, 5, 7)。また、「住み続けたい」と答えてはいるものの「一人暮らしになると(年金が減り)家賃負担が心配である」と答えた夫婦世帯が 2 世帯あった(事例2, 3)。質問紙で6割を超える人が「住み続けたい」と答えているものの、必ずしも積極的な理由ばかりではなく、不安を感じながらも住み続けることを選ぶ人がいることが把握できた(表3-6)。

(2) 自立生活が困難になった場合の居住意向

質問紙調査の結果から、自立した日常生活を営むことができなくなった場合、全体では「在宅介護サービスを利用しながら現在の住宅に住み続けたい」が 37.6%と最も多かった。次が「わからない」で 32.3%である。自立できなくなってもこの住宅に住み続けたいという意向を示しているものが3分の1いる一方で、ほぼ同数は介護が必要になったときにここで生活が続けられるかどうか「わからない」と答えている。

年齢別では、居住継続意向と同様に 75 歳以上ではほかの年代に比べ「わからない」が減る。年齢が高くなると、自立した日常生活を営むことができなくなった生活をイメージできるのか、住む場所が明確になっている傾向がうかがえた。

寂しさ感別にいえば、「サービスを利用しながら住み続ける」とするのは「寂しくない」が 43.3%であるのに対し、「寂しい」は 30.0%にとどまっている。また「老人ホームなどへの入居を希望する」では「寂しい」は 16.7%で、「寂しくない」(5.0%)より高くなっていた。寂しさを感じている人のほうが、他者とのかわりのある生活を希望しているようにも読み取れる。

また、健康状態が「よくない・あまりよくない」人の 40.9%が「住み続けたい」と答えている。現在、健康状態がよくない人でも、サービスを利用しながら高賃貸で住み続けた

いとする人が4割にとどまることがわかった（表3－7）。

訪問聞き取り調査の結果、「サービスを利用しながら住み続ける」は3ケース（事例1，2，6），「わからない」が4ケース（事例4，5，8，10），「施設・病院に移る」が2ケース（事例3，7），「子どもと同居」が1ケース（事例9）だった。今後の居住継続意向で「住み続けたい」人は8ケースだったが，自立が困難になった場合にサービスを利用して住み続ける人は3ケース（事例1，2，6）にとどまった。高優賃であることを理由に転居してきた「一般入居」でも，「施設や病院に移る」ことを希望したり（事例3，7），「わからない」とするケース（事例4，5，8）もあった（表3－6）。

表3－5 居住継続の意向（質問紙調査）

		住み続けたい	いずれは他の住宅に移りたい	今すぐにも他の住宅に移りたい	わからない	その他	未回答	計
入居経緯	戻り入居	31 68.9%	3 6.7%	2 4.4%	7 15.6%	0 0.0%	2 4.4%	45 100.0%
	一般入居	28 58.3%	3 6.3%	1 2.1%	13 27.1%	2 4.2%	1 2.1%	48 100.0%
年齢	65歳未満	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
	65～74歳	29 61.7%	1 2.1%	2 4.3%	13 27.7%	1 2.1%	1 2.1%	47 100.0%
	75歳以上	29 67.4%	4 9.3%	1 2.3%	6 14.0%	1 2.3%	2 4.7%	43 100.0%
寂しさ感	よく寂しい・ときどき寂しい	18 60.0%	2 6.7%	2 6.7%	7 23.3%	1 3.3%	0 0.0%	30 100.0%
	あまり寂しくない・まったく寂しくない	41 68.3%	4 6.7%	1 1.7%	12 20.0%	1 1.7%	1 1.7%	60 100.0%
	未回答	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	2 66.7%	3 100.0%
健康状態	よい・まあよい・ふつう	46 66.7%	4 5.8%	1 1.4%	15 21.7%	1 1.4%	2 2.9%	69 100.0%
	あまりよくない・よくない	12 54.5%	2 9.1%	2 9.1%	5 22.7%	1 4.5%	0 0.0%	22 100.0%
	未回答	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	2 100.0%
計		59 63.4%	6 6.5%	3 3.2%	20 21.5%	2 2.2%	3 3.2%	93 100.0%

表 3-6 居住継続意向（訪問聞き取り調査）

	事例	今後の居住継続意向	自立が困難になった場合の居住継続意向
サービスを利用 住み続けたい＋	1 戻り 入居	住み続けたい。他にいくところがない。 生活する上で便利	サービスを利用してここに住む。介護サー ビスが併設されているから。
	2 一般 入居	住み続けたい。終の棲家だと思って入 居したから。一人になると年金が減り、 家賃負担が心配。	サービスを利用してここに住む。家族が施設 に入所しているのを見て、自分はいりたくな いと思う。
	6 戻り 入居	住み続けたい。ここが終の棲家になる だろうと思っている。	サービスを利用してここに住む。
施設・病院 住み続けたい＋	3 一般 入居	住み続けたい。立ち上がりができなく なったら、住み続けられない。一人暮 らしになると年金が減り、家賃負担が 心配。	介護が必要になれば、病院や施設に入るこ とになると思う。妻が元気だと一緒に住めな い。
	7 一般 入居	建物はよいが、人間関係に不満を持っ ている。しかし、もう一度引越しとな ると物理的に大変で、経済的負担が心 配。	老人ホームに入所したい。県外に兄弟が住ん でいるが頼れない。
住み続けたい わからない＋	4 戻り 入居	住み続けたい。永住するつもりで引っ 越してきた。もう一度引越しするのは 大変。	わからない。困ったことがあれば、娘に連絡 をする。
	5 一般 入居	住み続けたい。今さら変わりたくない。	わからない。
	8 一般 入居	住み続けたい。これ以上のところはない。	想像がつかない。介護サービスは使いたくない。
他に 移る	9 一般 入居	他の住宅に移る。80 歳になったら具 体的にどこに越すのか考える。何かあ ったときに安全ではない。	県外の子どものところに行く。
	10 一般 入居	他の住宅（息子の家）に移る。息子の 嫁が体調を崩しているためその手伝い をしたい。息子家族と同居すれば、10 万円が浮く。	想像がつかない。（自立が困難になって）息 子の家に行くのは迷惑がかかる。
	11 戻り 入居	他の住宅に移る。よいと思うが、空 気が悪い。静かな普通の住宅に移りた い。	

表3-7 自立生活が困難になった場合の居留意向（質問紙調査）

		サービスを利用し住み続けたい	老人ホームなどの施設入所	老人マンションなどの高齢者住宅	子供と同居	わからない	その他	未回答	計
入居経緯	戻り入居	16 35.6%	4 8.9%	2 4.4%	7 15.6%	14 31.1%	0 0.0%	2 4.4%	45 100.0%
	一般入居	19 39.6%	4 8.3%	1 2.1%	4 8.3%	16 33.3%	3 6.3%	1 2.1%	48 100.0%
年齢	65歳未満	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
	65～74歳	19 40.4%	0 0.0%	2 4.3%	4 8.5%	20 42.6%	2 4.3%	0 0.0%	47 100.0%
	75歳以上	15 34.9%	7 16.3%	1 2.3%	7 16.3%	9 20.9%	1 2.3%	3 7.0%	43 100.0%
寂しさ感	よく寂しい・ときどき寂しい	9 30.0%	5 16.7%	0 0.0%	4 13.3%	9 30.0%	2 6.7%	1 3.3%	30 100.0%
	あまり寂しくない・まったく寂しくない	26 43.3%	3 5.0%	3 5.0%	7 11.7%	18 30.0%	1 1.7%	2 3.3%	60 100.0%
	未回答	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
健康状態	よい・まあよい・ふつう	25 36.8%	5 7.4%	3 4.4%	8 11.8%	24 35.3%	1 1.5%	2 2.9%	68 100.0%
	あまりよくない・よくない	9 40.9%	3 13.6%	0 0.0%	3 13.6%	5 22.7%	2 9.1%	0 0.0%	22 100.0%
	未回答	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%
計		35 37.6%	8 8.6%	3 3.2%	11 11.8%	30 32.3%	3 3.2%	3 3.2%	93 100.0%

4. まとめ

高齢者が高優賃に住み替えたことにより、近所付き合いや外出行動に変化がみられた。とくに、入居前のコミュニティから離れて入居した「一般入居」の高齢者は、従前の付き合いが継続している「戻り入居」に比べて、深い近所付き合いをしているものが少なく、付き合いの頻度や回数が少なくなっていることが確認できた。また、今後も住み続けたいためにトラブルを起こしたくなくて深く付き合わないよう意識していることも把握できた。

外出行動では「一般入居」の方が頻度は多いが、住み替え前に比べればその回数が減少していた。また外出の頻度やその内容については健康状態の影響を受けていた。

また居住継続の点からいえば、全体として、高優賃に入居した高齢者のうち6割は、住み続けたいという意向を示しているが、3割を超えるものが、「他の住宅に移りたい」か「わからない」と答えており、高優賃を終の棲家と考えていないものが少なからずいることがわかった。そのことは、自立生活が困難になった場合の居住継続意向の結果にも表れており、「住み続けたい」という意向をもつものは4割弱と少なくなる。自立困難になった場合の具体的な居住場所の意向として、老人ホーム、高齢者向け住宅、子どもと同居などを挙げているものは、合わせても2割あまりで、わからないとするものが3割以上となっている。これらの結果は、自立困難になって介護が必要になると高優賃に住み続けることが困難であると感じている結果を示している。

以上の結果から、高齢になってから高齢者向け住宅に転居してきた高齢者にとっては自然発生的な近所付き合いが生まれにくく、また高齢者向け住宅内で近隣トラブルを起こすと住み続けられなくなるのではという不安を抱くことから近所付き合いに消極的になり、

結果として閉じこもりがちとなる可能性があることが指摘できる。健康度の高い高齢者が終の棲家として住み続けることをめざして高齢者向け住宅に転居しても、不活発な生活行動を続けていると介護を要する生活につながりやすく、結果として住み続けることが困難になる。これらのことを踏まえると、高齢者向け住宅には、居住する高齢者同士の近所付き合いを活発にし、トラブルが発生しないように適切にコーディネートする人材の配置と、近所付き合いや生活を豊かにする活動を可能とする空間やプログラムをあらかじめ用意することが必要と考えられる。

また、現状の高賃貸では、居住する高齢者は、介護が必要になった際にも安心して住み続けられる住まいとは考えていないことが把握できた。高齢者が住み慣れた住宅で、可能な限り安心して住み続けるためには、必要に応じて適切な介護サービスを利用できるようにすることが求められる。このようなニーズに対応して、有料老人ホームや高専賃等の高齢者向け住宅の中には、住宅に介護サービスをあらかじめ併設し、提供する仕組みとしていところもある。しかし、高齢者向け住宅において介護サービスを内部化すると、結果として施設的な雰囲気となり、専ら要介護高齢者が利用する住宅となりかねない。自立度の高い時期から介護を要する時期まで、安心して住み続けられる高齢者向け住宅とする上では、居住する高齢者が、必要に応じて適切なサービスを自ら選択して利用できるように、高齢者向け住宅の外部からサービスが仕組みを整備することが望ましい。

第2節 高齢者向け住宅の運営事業者からみた高齢者の居住継続の阻害要因

高齢者向け住宅の一つである高齢者専用賃貸住宅（以下、高専賃）における認知症高齢者や医療を必要とする高齢者の居住状況を把握し、高専賃運営事業者からみた居住継続を可能とする要件や、居住が困難と判断する要因を明らかにするために、質問紙調査と聞き取り調査を行った。

高専賃を調査対象とした理由は、サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）の登録が始まる直前の高専賃の総登録件数が 2,306 件、総登録戸数 62,733 戸に上り¹⁾、法改正前の中心的メニューとして供給されていたためである。

1. 調査の概要

（1）研究の対象と方法

1) 質問紙調査の対象と方法

質問紙調査は、2011 年 1 月 4 日時点で高齢者住宅財団に登録されていた高専賃 1,679 件のすべてを対象に、同年 1 月中旬から 2 月中旬にかけて、郵送配布・回収により実施した。有効回答は 479 件（有効回答回収率 28.5%）である。

調査項目は、高専賃居住者の実態を把握するために、認知症居住者、医療的ケアが必要な居住者の実態等、5 領域（ア．認知症居住者に関する内容、イ．医療的ケアが必要な居住者に関する内容、ウ．ターミナルケアを行う居住者に関する内容、エ．運営事業者種別と提供サービス事業内容とその所在地、オ．高専賃の概要）23 項目を設けた。

調査票には、調査の趣旨とともに、調査の結果は統計的処理を行い、回答により事業者名や住宅名が明らかになることはないことを記述し、質問紙調査への回答を依頼した。調査票の返送により、調査への同意を得たと判断した。

統計処理には SPSS16.0J for Windows を用い、設問ごとに「不明」「記入なし」を除いたものを有効回答とみなした。それぞれのクロス表に対して χ^2 検定を行い、有意な結果が得られたものについてはさらに残差分析を行った。

2) 聞き取り調査の対象と方法

高専賃運営事業者が認知症高齢者や医療を必要とする高齢者の居住継続が困難であると判断する状況を詳細に把握するために、上記の質問紙調査後の 2012 年 3 月に聞き取り調査を実施した。

調査対象は、A 県内にある適合高専賃のうち、医療法人、社会福祉法人、株式会社が運営する入居開始から 1 年以上経過した 5 住宅のうち、調査協力を得られた 4 つの高専賃の運営事業者である。適合高専賃を選択した理由は、設備等の物理的環境が高齢者向けに配慮されており、今後サ高住に移行する可能性が高いと判断したためである。

聞き取り調査では、運営事業者を訪問し 1～2 時間ほどかけて、居住者の生活状況や住宅内で提供されるサービス、認知症や医療的ケアが必要になった居住者が高専賃に住み続けることに対する運営事業者の考えなど 6 項目（ア．住宅の運営・管理の状況、イ．居住者の生活状況、ウ．住宅内で提供されるサービス内容、エ．居住者のサービス利用状況、オ．住宅内サービスと介護保険サービスの役割の違い、カ．認知症や医療的ケアが必要になった居住者が高専賃に住み続けることに対する運営事業者の考え）について半構造化面

接により尋ねた。

聞き取り調査を始める前に、聞き取った内容を録音し、研究者以外には聞かせないこと、すべて匿名で行うことを口頭で説明し、同意を得た。そして、聞き取った情報はすべて調査者が逐語記録に起こし、カードワーク²⁾により質的分析を行った。

（２）調査対象高専賃の基本属性

１）質問紙調査対象高専賃の基本属性

回答のあった高専賃は、「営利法人」が 53.2%を占め、「医療法人」や「社会福祉法人」は 13.6%, 7.4%にとどまる。調査票を送付した母集団が「営利法人」70.5%,「医療法人」9.0%,「社会福祉法人」4.5%であることから、回答者は社会福祉法人、医療法人の割合が若干高い。また、母集団の「特定施設」は 5.1%であるが、回答した高専賃は「特定施設」は 13.5%であることから、認知症高齢者と接する機会の多い高専賃運営事業者が回答してくれたものと思われる。

居室面積は、「25 m²未満」が 46.6%と最も多く、次いで「25 m²以上 35 m²未満」(28.7%),「35 m²以上」(24.8%)が続く。

回答のあった高専賃のうち、高優賃の認定を受けているものが 23.1%あった。調査票を送付した母集団では高優賃の認定を受けた者が 30.7%であることから、回答した高専賃に占める高優賃の割合は若干少なかった。

介護保険サービス等の「訪問介護」や「通所介護」を建物敷地内に併設する高専賃は 48.0%, 48.8%であるのに対し、「小規模多機能」や「訪問看護」は 16.0%, 16.5%にとどまる。介護保険外サービスは、「家事援助」を除けばいずれのサービスも 60%以上が建物敷地内に併設され、とくに、「安否確認（昼）」(75.0%),「食事の提供」(73.2%),「安否確認（夜）」(73.0%)は7割を超える（表 3－8）。

また、運営法人種別との関連で見れば、特定施設の中で最も多くを占めるのが「営利法人（不動産・建設業以外）」(50.0%)である（表 3－9）。

表 3-8 質問紙調査対象高専賃の基本属性

			回答群		母集団		介護保険事業所・医療機関			回答群		母集団							
運営法人種別																			
運営法人種別	営利法人 (不動産・建設業)	67	(14.2%)	1181	(70.5%)	※1	介護保険事業所・医療機関	訪問看護	建物敷地内	52	(16.5%)	60	(49.1%)	※2					
											近接地域				209	(66.3%)			
	営利法人 (不動産・建設業以外)	184	(39.0%)								地域にない				54	(17.1%)			
											建物敷地内				63	(19.6%)			
	社会福祉法人	35	(7.4%)	76	(4.5%)	病院診療所		近接地域	217	(67.4%)	79	(54.8%)	※2						
	医療法人	64	(13.6%)	151	(9.0%)			地域にない	52	(16.1%)									
	NPO法人	19	(4.0%)	63	(3.8%)			食事の提供	建物敷地内	303				(73.2%)	1008	(87.8%)	※2		
	住宅供給公社	71	(15.0%)	139	(8.3%)				近接地域	69				(16.7%)					
その他	32	(6.8%)	64	(3.8%)	地域にない	42	(10.1%)												
特定施設	特定施設	61	(13.5%)	84	(5.1%)	介護サービス	建物敷地内		239	(60.2%)	122	(84.8%)	※2						
	特定施設ではない	390	(86.5%)	1557	(94.9%)		近接地域	115	(29.0%)										
居室面積	25㎡未満	216	(46.6%)	809	(49.3%)		介護保険外サービス	地域にない	43	(10.8%)				1519	(15.2%)				
	25㎡以上35㎡未満	133	(28.7%)	447	(27.2%)				家事援助	建物敷地内						231	(59.7%)	230	(82.5%)
	35㎡以上	115	(24.8%)	385	(23.5%)	近接地域				107	(27.6%)								
高優賃	高専賃のみ	370	(76.9%)	1163	(29.3%)	健康管理		地域にない		49	(12.7%)	1411	(17.5%)						
	高専賃・高優賃認定	111	(23.1%)	370	(30.7%)			建物敷地内	266	(68.2%)	403			(86.1%)	※2				
介護保険事業所・医療機関	訪問介護	建物敷地内	182	(48.0%)	248			(82.0%)	※2	近接地域						81	(20.8%)		
		地域にない	40	(10.6%)		1393				(18.0%)		地域にない	43			(11.0%)	1238	(13.9%)	
		建物敷地内	177	(48.8%)		175				(78.7%)	※2	安否確認昼	建物敷地内	303	(75.0%)	536			(86.8%)
	通所介護	近接地域	138	(38.0%)	1466			(21.3%)	近接地域				55	(13.6%)	1105				
		地域にない	48	(13.2%)					地域にない				46	(11.4%)					
		短期入所	建物敷地内	48		(17.0%)			6	(43.6%)	※2	安否確認夜	建物敷地内	290		(73.0%)	541	(85.3%)	※2
	近接地域		172	(61.0%)	近接地域	57		(14.4%)											
	地域にない		62	(22.0%)	1635	(56.4%)	地域にない	50					(12.6%)	1100	(14.7%)				
	小規模多機能	建物敷地内	45	(16.0%)	36	(36.3%)	※2												
		近接地域	157	(55.9%)															
		地域にない	79	(28.1%)				1605	(63.7%)										

※1：母集団の営利法人は細分化されていない

※2：母集団では、建物敷地内、近接地域との区分がなされていない

表 3-9 運営法人種別ごとにみた特定施設・居室面積の実績

		営利法人 (不動産・建設業)	営利法人 (不動産・建設業以外)	社会福祉法人	医療法人	NPO法人	住宅供給公社	その他
特定施設 n=448	特定施設	7 (11.7%)	30 (50.0%)	7 (11.7%)	9 (15.0%)	3 (5.0%)	0 (0.0%)	4 (6.7%)
	特定施設ではない	54 (13.9%)	142 (36.6%)	27 (7.0%)	55 (14.2%)	13 (3.4%)	71 (18.3%)	26 (6.7%)
居室面積 n=458	25㎡未満	21 (9.8%)	108 (50.5%)	16 (7.5%)	44 (20.6%)	13 (6.1%)	0 (0.0%)	12 (5.6%)
	25㎡以上35㎡未満	26 (19.8%)	42 (32.1%)	11 (8.4%)	15 (11.5%)	2 (1.5%)	23 (17.6%)	12 (9.2%)
	35㎡以上	16 (14.2%)	28 (24.8%)	7 (6.2%)	4 (3.5%)	1 (0.9%)	49 (43.4%)	8 (7.1%)

2) 聞き取り調査対象高専賃の基本属性

調査対象である高専賃の運営法人種別は、医療法人と社会福祉法人が各1か所、株式会社は2か所である。居室数は6戸から42戸で、すべての高専賃に通所系や訪問系のサービス提供事業所が併設している。またE住宅には系列の病院が、G住宅には併設の診療所があり、E、F、G住宅には、系列施設として入所施設がある。すべての高専賃が居室内にトイレと洗面を設置している。浴室や台所が居室内にある住宅もあれば、居室外に共有設備として設けた住宅もある(表3-10)。

表 3-10 聞き取り調査対象高専賃の基本属性

	E 住宅	F 住宅	G 住宅	H 住宅
運営法人種別	医療法人	社会福祉法人	株式会社（不動産・建設業以外）	株式会社（不動産・建設業以外）
住戸数	6 戸	42 戸	39 戸	21 戸
夜間対応	宿直	宿直	夜勤	宿直
併設施設機関 併設事業所	小規模多機能型居 宅介護	通所介護 訪問介護	通所リハ，通所介護 訪問介護 診療所	小規模多機能型居 宅介護
系列施設機関 系列事業所	病院 老人保健施設 グループホーム 軽費老人ホーム 通所リハ，通所介護 訪問介護	特別養護老人ホーム 救護施設 通所介護 養護老人ホーム	老人保健施設 グループホーム 有料老人ホーム	特になし
居室内設備	トイレ，洗面 台所 浴室	トイレ，洗面	トイレ，洗面 台所 浴室	トイレ，洗面 台所
共有設備	特になし	食堂 浴室	食堂 浴室 談話室	食堂 浴室 談話室

2. 認知症高齢者の居住継続の可能性と阻害要因

日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者は 2015 年までに 345 万人，2025 年には 470 万人にのぼると試算されている。だが 2013 年 2 月時点で認知症対応型共同生活介護は 17.2 万人，介護保険施設も 89 万人の利用にとどまる³⁾。自宅に住み続けられない認知症高齢者が，施設入所待ちの間に高齢者向け住宅に入居したり，高齢者向け住宅に早めに住替えた人が，入居後に認知症になることは容易に想定ができる。

高齢者向け住宅に認知症高齢者が入居できるのか，また入居後に認知症になった高齢者が，そのまま住み続けられるのかは，増え続ける認知症高齢者の住まいを考える上で重要な問題といえる。

（1）質問紙調査の結果

1) 高専賃の居住者に占める認知症高齢者の割合

認知症高齢者⁴⁾ 66.7%の高専賃で現在「居住している」，「過去は居住，現在は居住していない」も合わせると 71.8%に達する。

運営法人種別ごとにみると，「NPO 法人」（94.7%），「営利法人（不動産・建設業以外）」（86.9%），「医療法人」（83.9%），「社会福祉法人」（80.0%）の 8 割以上に認知症高齢者が「居住している」が，「住宅供給公社」では「わからない」が 90.3%を占める。また，「特定施設」や居室面積が「25 m²未満」の高専賃では，認知症高齢者が「居住している」が有意に多い（表 3-11）。

表 3-11 高専賃の居住者に占める認知症高齢者の割合

		居住している	過去は居住、 現在はなし	現在も過去 も居住なし	わからない	p 値
全体 n=438		312 (66.7%)	24 (5.1%)	59 (12.6%)	73 (15.6%)	
運営法人 種別 n=472	営利法人 (不動産・建設業)	38 (57.6%)	9 (13.6%)	15 (22.7%)	4 (6.1%)	***
	営利法人 (不動産・建設業以外)	153 (86.9%)	4 (2.3%)	18 (10.2%)	1 (0.6%)	
	社会福祉法人	28 (80.0%)	5 (14.6%)	2 (5.7%)	0 (0.0%)	
	医療法人	52 (83.9%)	1 (1.6%)	9 (14.5%)	0 (0.0%)	
	NPO法人	18 (94.7%)	0 (0.0%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	
	住宅供給公社	1 (1.4%)	1 (1.4%)	5 (6.9%)	65 (90.3%)	
	その他	16 (51.6%)	4 (12.9%)	8 (25.8%)	3 (9.7%)	
居室面積 n=452	25㎡未満	188 (91.3%)	3 (1.5%)	14 (6.8%)	1 (0.5%)	***
	25㎡以上35㎡未満	73 (55.3%)	13 (9.8%)	24 (18.2%)	22 (16.7%)	
	35㎡以上	38 (33.3%)	8 (7.0%)	20 (17.5%)	48 (42.1%)	
特定施設 n=442	特定施設	58 (95.1%)	1 (1.6%)	2 (3.3%)	0 (0.0%)	***
	特定施設ではない	237 (62.2%)	22 (5.8%)	51 (13.4%)	71 (18.6%)	

***p<.001, **p<.01, *p<.05

2) 運営事業者は認知症高齢者が住み続けられると考えているか

認知症高齢者が「原則として住み続けることができる」と考える高専賃は全体の 34.9% を占め、「住み続けることができる場合とできない場合がある」は 55.7% にのぼる。また「住み続けることができない」は 9.4% である⁵⁾。

運営法人種別ごとにみると、「原則として住み続けることができる」は、「営利法人（不動産・建設業以外）」(45.1%) が最も多く、次に「NPO 法人」(42.1%)、「住宅供給公社」(35.2%) が続く。一方「営利法人（不動産・建設業）」では「住み続けることができない」(26.9%) が有意に多い。「住み続けることができる場合とできない場合がある」は、社会福祉法人 (77.1%) と医療法人 (62.5%)、その他 (68.8%) が 6 割を超えた。

自由記述欄に、特定施設であれば認知症高齢者の住み続けが可能と考える意見があったが、特定施設であることと認知症高齢者が住み続けられるか否かの間に有意差はみられない。

現在認知症高齢者が「居住している」場合、「住み続けることができない」と考える運営事業者は有意に少なく、「現在も過去も居住していない」や「過去は居住、現在は居住していない」高専賃では、「住み続けることができない」と考える者が有意に多い。

介護保険事業所や医療機関の併設状況との関連をみると、「訪問介護」、「通所介護」、「短期入所」が建物敷地内に併設している場合に「原則として住み続けることができる」が有意に多い。介護保険外サービスの併設状況との関連では、高専賃が独自に提供する随時の排泄介助や食堂までの移動介助等の「介護サービス」や「家事援助」を建物敷地内に併設する場合には「原則として住み続けることができる」が有意に多い (表 3-12)。

表 3-12 運営事業者は認知症高齢者が住み続けられると考えているか

		原則住み続け られる	できる場合 できない場合	住み続け られない	p値			原則住み続け られる	できる場合 できない場合	住み続け られない	p値														
全体	n=479	167 (34.9%)	267 (55.7%)	45 (9.4%)	-	介護保険事業 所・医療機関	訪問看護	建物敷地内 近接地域 地域にない	22 (42.3%)	25 (48.1%)	5 (9.6%)														
運営法人種別	営利法人 (不動産・建設業)	18 (26.9%)	31 (46.3%)	18 (26.9%)					n=314	病院診療所	建物敷地内 近接地域	57 (27.3%)	134 (64.1%)	18 (8.6%)	*										
		83 (45.1%)	92 (50.0%)	9 (4.9%)								n=330	建物敷地内 近接地域 地域にない	8 (15.1%)	43 (81.1%)	2 (3.8%)									
	社会福祉法人 医療法人 NPO法人 住宅供給公社 その他	7 (20.0%)	27 (77.1%)	1 (2.9%)	***		n=412	食事の提供	建物敷地内 近接地域 地域にない	22 (35.5%)	36 (58.1%)			4 (6.5%)											
		19 (29.7%)	40 (62.5%)	5 (7.8%)						n=395	介護サービス	建物敷地内 近接地域 地域にない	67 (30.9%)	130 (59.9%)	20 (9.2%)	*									
		8 (42.1%)	10 (52.6%)	1 (5.3%)									n=385	家事援助	建物敷地内 近接地域 地域にない	6 (11.8%)	41 (80.4%)	4 (7.8%)							
		25 (35.2%)	41 (57.7%)	5 (7.0%)												n=388	健康管理	建物敷地内 近接地域 地域にない	117 (38.7%)	169 (56.0%)	16 (5.3%)				
		6 (18.8%)	22 (68.8%)	4 (12.5%)															n=402	安否確認昼	建物敷地内 近接地域 地域にない	15 (21.7%)	42 (60.9%)	12 (17.4%)	***
		23 (37.7%)	36 (59.0%)	2 (3.3%)																		n=395	安否確認夜	建物敷地内 近接地域 地域にない	3 (7.1%)
133 (34.1%)	218 (55.9%)	39 (10.0%)		n=377	フロントサービス		建物敷地内 近接地域 地域にない	101 (43.9%)	123 (53.5%)																6 (2.6%)
居室面積	n=462	25㎡未満	90 (41.9%)					115 (53.5%)	10 (4.7%)	***	n=385	家事援助													建物敷地内 近接地域 地域にない
		25㎡未満 25㎡以上35㎡未満 35㎡以上	31 (23.5%) 87 (65.9%) 14 (10.6%)			40 (34.8%) 55 (47.8%) 20 (17.4%)			n=388	健康管理			建物敷地内 近接地域 地域にない	20 (18.7%) 68 (63.6%) 19 (17.8%)											
認知症高齢者 入居実態	n=466	居住している	133 (42.8%)			171 (55.0%)		7 (2.3%)			***	n=388		健康管理	建物敷地内 近接地域 地域にない	105 (39.6%) 144 (54.3%) 16 (6.0%)		***							
		現在も過去も居住なし	4 (6.8%)			30 (50.8%)		25 (42.4%)	n=402	安否確認昼			建物敷地内 近接地域 地域にない			18 (22.5%) 51 (63.8%) 11 (13.8%)									
		過去は居住、現在はなし	2 (8.3%)			13 (54.2%)		9 (37.5%)								n=395	安否確認夜		建物敷地内 近接地域 地域にない	3 (7.0%) 37 (86.0%) 3 (7.0%)					
		わからない	24 (33.3%)	44 (61.1%)	4 (5.6%)	n=391	見守りサービス	建物敷地内 見守りあり 見守りなし												117 (38.7%) 168 (55.6%) 17 (5.6%)					
介護保険事業所・医療機関	訪問介護	n=377	建物敷地内	81 (45.0%)	92 (51.1%)						7 (3.9%)	***		n=402	安否確認昼			建物敷地内 近接地域 地域にない		117 (38.7%) 10 (18.2%) 3 (6.7%)	168 (55.6%) 39 (70.9%) 37 (82.2%)	17 (5.6%) 6 (10.9%) 5 (11.1%)			
			近接地域	34 (21.7%)	105 (66.9%)				18 (11.5%)	n=395	安否確認夜		建物敷地内 近接地域 地域にない							114 (39.4%) 11 (19.3%) 3 (6.1%)	162 (56.1%) 36 (63.2%) 39 (79.6%)	13 (4.5%) 10 (17.5%) 7 (14.3%)			
			地域にない	2 (5.0%)	36 (90.0%)				2 (5.0%)							n=377	フロントサービス		建物敷地内 近接地域 地域にない	114 (39.4%) 11 (19.3%) 3 (6.1%)	162 (56.1%) 36 (63.2%) 39 (79.6%)	13 (4.5%) 10 (17.5%) 7 (14.3%)			
	通所介護	n=361	建物敷地内	67 (38.1%)	104 (59.1%)	5 (2.8%)	***	n=395	安否確認夜			建物敷地内 近接地域 地域にない		114 (39.4%) 11 (19.3%) 3 (6.1%)	162 (56.1%) 36 (63.2%) 39 (79.6%)			13 (4.5%) 10 (17.5%) 7 (14.3%)							
			近接地域	40 (29.0%)	80 (58.0%)	18 (13.0%)				n=377	フロントサービス		建物敷地内 近接地域 地域にない	114 (39.4%) 11 (19.3%) 3 (6.1%)	162 (56.1%) 36 (63.2%) 39 (79.6%)			13 (4.5%) 10 (17.5%) 7 (14.3%)							
	地域にない	3 (6.4%)	42 (89.4%)	2 (4.3%)	***	n=391	見守りサービス	建物敷地内 近接地域 地域にない	114 (39.4%) 11 (19.3%) 3 (6.1%)			162 (56.1%) 36 (63.2%) 39 (79.6%)		13 (4.5%) 10 (17.5%) 7 (14.3%)											
	短期入所	n=281	建物敷地内	23 (47.9%)					23 (47.9%)	2 (4.2%)	***	n=377	フロントサービス	建物敷地内 近接地域 地域にない	108 (35.6%) 8 (26.7%) 4 (9.1%)	176 (58.1%) 18 (60.0%) 34 (77.3%)	19 (6.3%) 4 (13.3%) 6 (13.6%)								
			近接地域	45 (26.2%)	108 (62.8%)	19 (11.0%)	***	n=391	見守りサービス	建物敷地内 近接地域 地域にない					108 (35.6%) 8 (26.7%) 4 (9.1%)	176 (58.1%) 18 (60.0%) 34 (77.3%)	19 (6.3%) 4 (13.3%) 6 (13.6%)								
	地域にない	6 (9.8%)	52 (85.2%)	3 (4.9%)	***	n=391					見守りサービス	建物敷地内 近接地域 地域にない	108 (35.6%) 8 (26.7%) 4 (9.1%)	176 (58.1%) 18 (60.0%) 34 (77.3%)	19 (6.3%) 4 (13.3%) 6 (13.6%)										
	小規模多機能	n=280	建物敷地内	21 (46.7%)			21 (46.7%)	3 (6.7%)	***	n=391			見守りサービス	建物敷地内 近接地域 地域にない	108 (35.6%) 8 (26.7%) 4 (9.1%)	176 (58.1%) 18 (60.0%) 34 (77.3%)	19 (6.3%) 4 (13.3%) 6 (13.6%)								
近接地域			41 (26.1%)	98 (62.4%)	18 (11.5%)	***	n=391	見守りサービス			建物敷地内 近接地域 地域にない	108 (35.6%) 8 (26.7%) 4 (9.1%)			176 (58.1%) 18 (60.0%) 34 (77.3%)	19 (6.3%) 4 (13.3%) 6 (13.6%)									
地域にない	16 (20.5%)	60 (76.9%)	2 (2.6%)	***	n=391				見守りサービス	建物敷地内 近接地域 地域にない		108 (35.6%) 8 (26.7%) 4 (9.1%)	176 (58.1%) 18 (60.0%) 34 (77.3%)	19 (6.3%) 4 (13.3%) 6 (13.6%)											

***p<.001, **p<.01, *p<.05

3) 運営事業者が認知症高齢者の居住継続を困難と判断する状況

認知症高齢者の居住継続が困難と判断する状況で最も多いのは「他の居住者への迷惑行為⁶⁾がある」(76.8%)で、「常時、見守りが必要な状態」(48.0%)、「徘徊がある」(47.4%)、「家族からの支援を受けられない」(34.0%)、「誤飲、誤食が多くなる」(32.8%)、「介護保険サービスを利用するだけでは対応できない場合」(28.2%)、「自分の身の回りのことが自分でできない」(21.3%)が続く。

「原則として住み続けることができる」高専賃でも、「他の居住者への迷惑行為がある」場合には64.1%で居住継続は困難になると考えている。また「見守りサービス⁷⁾がある」高専賃でも、「常時、見守りが必要な状態」であれば、53.4%で居住継続は困難と判断している(表3-13)。

表 3-13 運営事業者が認知症高齢者の居住継続が困難と判断する状況

		他の入居者への迷惑行為	常時見守りが必要	徘徊がある	家族からの支援を受けられない	誤飲誤食が多くなる	介護保険サービスでは対応できない	身の回りが自分でできない	可能
全体 n=479		368 (76.8%)	230 (48.0%)	227 (47.4%)	163 (34.0%)	157 (32.8%)	135 (28.2%)	102 (21.3%)	20 (4.2%)
居住継続 n=479	原則住み続けられる	107 (64.1%)	41 (24.6%)	46 (27.5%)	31 (18.6%)	32 (19.2%)	27 (16.2%)	10 (6.0%)	18 (10.8%)
	できる場合とできない場合	219 (82.0%)	151 (56.6%)	139 (52.1%)	105 (39.3%)	99 (37.1%)	83 (31.1%)	55 (20.6%)	0 (0.0%)
	住み続けられない	41 (9.1%)	38 (8.4%)	42 (9.3%)	26 (5.7%)	26 (5.7%)	25 (5.6%)	37 (8.2%)	2 (4.4%)
見守り n=414	見守りあり	318 (85.3%)	199 (53.4%)	191 (51.2%)	121 (32.4%)	136 (36.5%)	112 (30.0%)	75 (20.1%)	18 (5.2%)
	見守りなし	18 (4.3%)	6 (1.4%)	10 (2.4%)	28 (6.8%)	5 (1.2%)	5 (1.2%)	14 (3.4%)	1 (2.2%)
運営法人 種別 n=474	営利法人 (不動産・建設業)	55 (82.1%)	38 (56.7%)	38 (56.7%)	21 (31.3%)	17 (25.4%)	19 (28.4%)	24 (35.8%)	5 (7.5%)
	営利法人 (不動産・建設業以外)	155 (84.2%)	93 (50.5%)	90 (48.9%)	54 (29.3%)	70 (38.0%)	49 (26.6%)	27 (14.7%)	9 (4.9%)
	社会福祉法人	33 (91.7%)	25 (69.4%)	22 (61.1%)	16 (44.4%)	19 (52.8%)	19 (52.8%)	13 (36.1%)	1 (2.8%)
	医療法人	60 (93.8%)	35 (54.7%)	38 (59.4%)	16 (25.0%)	27 (42.2%)	20 (31.2%)	11 (17.2%)	2 (3.1%)
	NPO法人	15 (78.9%)	8 (42.1%)	7 (36.8%)	4 (21.1%)	6 (31.6%)	5 (26.3%)	2 (10.5%)	2 (10.5%)
	住宅供給公社	15 (20.8%)	6 (8.3%)	8 (11.1%)	40 (55.6%)	3 (4.2%)	6 (8.3%)	11 (15.3%)	0 (0.0%)
	その他	30 (93.8%)	22 (68.8%)	20 (62.5%)	11 (34.4%)	12 (37.5%)	13 (40.6%)	12 (37.5%)	1 (3.1%)

4) 運営事業者が考える認知症高齢者が住み続けるために必要な条件

運営事業者が考える認知症高齢者が住み続けるために必要な条件は、「24 時間体制の見守りサービスがある」(76.8%) が最も多く、次に「家事援助、生活介護等の訪問サービスが利用できる」(59.1%)、「協力(提携)医療機関による支援がある」(52.2%)、「デイサービスなどの通所サービスが利用できる」(46.1%)、等が続く。だが、12 住宅(2.5%)は、「どのような要件があったとしても、認知症のある方が住み続けることは困難」と考えている(表 3-14)。

表 3-14 運営事業者が考える認知症高齢者が住み続けるために必要な条件

		24時間見守り	訪問サービスの利用	協力医療機関	通所サービスの利用	家族による日常的支援	要件はない	困難
全体 n=479		368 (76.8%)	283 (59.1%)	250 (52.2%)	221 (46.1%)	217 (45.3%)	8 (1.7%)	12 (2.5%)
居住継続 n=478	原則住み続けられる	128 (76.6%)	102 (61.1%)	99 (59.3%)	77 (46.1%)	53 (31.7%)	4 (2.4%)	0 (0.0%)
	できる場合とできない場合	200 (75.2%)	154 (57.9%)	125 (47.0%)	128 (48.1%)	137 (51.5%)	4 (1.5%)	6 (2.3%)
	住み続けられない	40 (8.9%)	27 (60.0%)	26 (57.8%)	16 (35.6%)	26 (57.8%)	0 (0.0%)	6 (13.3%)
見守り n=414	見守りあり	318 (85.3%)	248 (66.5%)	219 (58.7%)	198 (53.1%)	167 (44.8%)	7 (1.9%)	9 (2.4%)
	見守りなし	17 (4.1%)	9 (22.0%)	6 (14.6%)	8 (19.5%)	30 (73.2%)	1 (2.4%)	0 (0.0%)
運営法人 種別 n=474	営利法人 (不動産・建設業)	51 (76.1%)	42 (62.7%)	38 (56.7%)	29 (43.3%)	27 (40.3%)	1 (1.5%)	3 (4.5%)
	営利法人 (不動産・建設業以外)	169 (91.8%)	136 (73.9%)	124 (67.4%)	106 (57.6%)	80 (43.5%)	5 (2.7%)	3 (1.6%)
	社会福祉法人	33 (91.7%)	22 (61.1%)	23 (63.9%)	20 (55.6%)	21 (58.3%)	0 (0.0%)	1 (2.8%)
	医療法人	57 (89.1%)	41 (64.1%)	31 (48.4%)	32 (50.0%)	26 (40.6%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)
	NPO法人	15 (78.9%)	13 (68.4%)	10 (52.6%)	12 (63.2%)	8 (42.1%)	1 (5.3%)	1 (5.3%)
	住宅供給公社	14 (19.4%)	5 (6.9%)	4 (5.6%)	4 (5.6%)	38 (52.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	その他	25 (78.1%)	21 (65.6%)	16 (50.0%)	16 (50.0%)	16 (50.0%)	0 (0.0%)	2 (6.2%)

（２）聞き取り調査の結果

１）高専賃に認知症高齢者が居住することに対する運営事業者の考えと対応の構造

調査結果の逐語録をもとに、高専賃に認知症高齢者が居住することに対する運営事業者の考えや対応を分析したところ、４つの概念（「認知症高齢者の居住継続が困難と判断する理由」、「施設とは異なる高専賃が持つ特性」、「認知症高齢者の居住を支える併設サービス」、「認知症高齢者が住み続けられるようにする職員の対応」）が抽出できた。それぞれの概念ごとのカテゴリー（【】）とそれを生成した下位項目（“”）を含めて、運営事業者の考えと対応についての構造を提示した（図３－８）。

①認知症高齢者の居住継続を困難と判断する理由

認知症高齢者が高専賃に居住継続できないと判断する理由には、【医療・介護サービスが使いづらい】と【他の居住者に迷惑を及ぼす】の２つが抽出された。居住者が必要とする医療や介護サービスが“近隣にない”状態や、曜日の都合を聞いてもらえないなど“サービスの使い勝手が悪い”，心身状況の悪化から“介護保険や高専賃の独自サービスだけでは対応できない”場合に【医療・介護サービスが使いづらい】状態になる。また、認知症のある居住者が他の居住者から物を借りた後返し忘れるなど“物忘れにより他の居住者との間にトラブルが起こる”場合や，“他の居住者に対し大声をあげる”，“夜間に部屋のドアを叩く”，共用の食堂に行ってお茶を飲むために“深夜部屋から出て外を歩き音をたてる”，“煙草を吸うことを周囲の人が心配する”等、他の居住者に不快な思いや不安を与える【他の居住者に迷惑を及ぼす】行為が認知症高齢者の住み続けに影響している。

ある事業者からは「認知症のある人を擁護したいが、他の居住者も夜中に物音を立てられ眠れなくなれば、イライラしたり、認知症のある人に強くあたることもある。認知症でない人の生活も守らなければならない」という意見もあがった。

②施設と異なる高専賃が持つ特性

高専賃では居住者は自由に外出ができ、本人のリズムで生活ができるため、“居住者の自由度が高い”点で施設とは異なる。また、高専賃の居室は他者の侵入を容易にしない“閉鎖可能な空間”であるため、居住者のプライバシーが守られる。高専賃は本人の自主性や個性が尊重されるため【サービスの利用は居住者に任される】ことが多くなる。

だが、居住者の心身状況が変化した後も、従前同様【サービスの利用は居住者に任される】状況であれば、閉鎖性の高い空間では居住者の状況把握が進まず、必要なサービスの導入が遅れる。

③認知症高齢者の居住を支える併設サービス

高専賃運営事業者は、併設施設機関や事業所が提供するサービス（以下、併設サービス）を【職員に安心感をもたらす】、【居住者の生活に利点をもたらす】ものと感じている。居住者の心身状況に変化がみられた時に併設する医療機関の職員に受診の必要性を確認したり、併設サービスの職員にその日の様子を聞くといった“併設サービスの職員と情報交換や相談ができる”ことが【職員に安心感をもたらす】。また併設サービスの利用により居住者の生活が維持できるため“居住者の受け皿が広がる”ことも【職員に安心感をもたらす】

ことになっていた。ほかにも同じ法人がサービスを運営することで“併設サービスを利用する際に融通が利く”，“併設サービスが対応できることで居住者の受け皿が広がる”，“併設サービスの職員と情報交換や相談ができる”ため【居住者の生活に利点をもたらす】と考えられていた。

④認知症高齢者を住み続けられるようにする職員の対応

職員は、隣人への愚痴を聞くなどの“居住者同士の人間関係を円滑にするための働きかけ”や、地域にある福祉サービスの利用を勧めるといった“居住者の世界を広げる働きかけ”，日中活動を意識的に導入する“生活のリズムを整えるための働きかけ”，不安感の強い人に寄り添う“情緒安定のための働きかけ”，住宅内で絵や書の作品展を行う等の“生きがいをもてるような働きかけ”を行い、性格や生活歴を踏まえた“居住者に合わせたサービスの提供・紹介”をしている。これらは【居住者に対する職員の働きかけ】といえる。また居住者一人ひとりに対する働きかけと合わせて、夜間の異変に早く気付けるよう宿直職員を資格を持つ夜勤職員に変更したり、必要と思われる人に夜間の巡視を入れる等の、【夜間の対応をすることで住み続けられるよう】にしている。

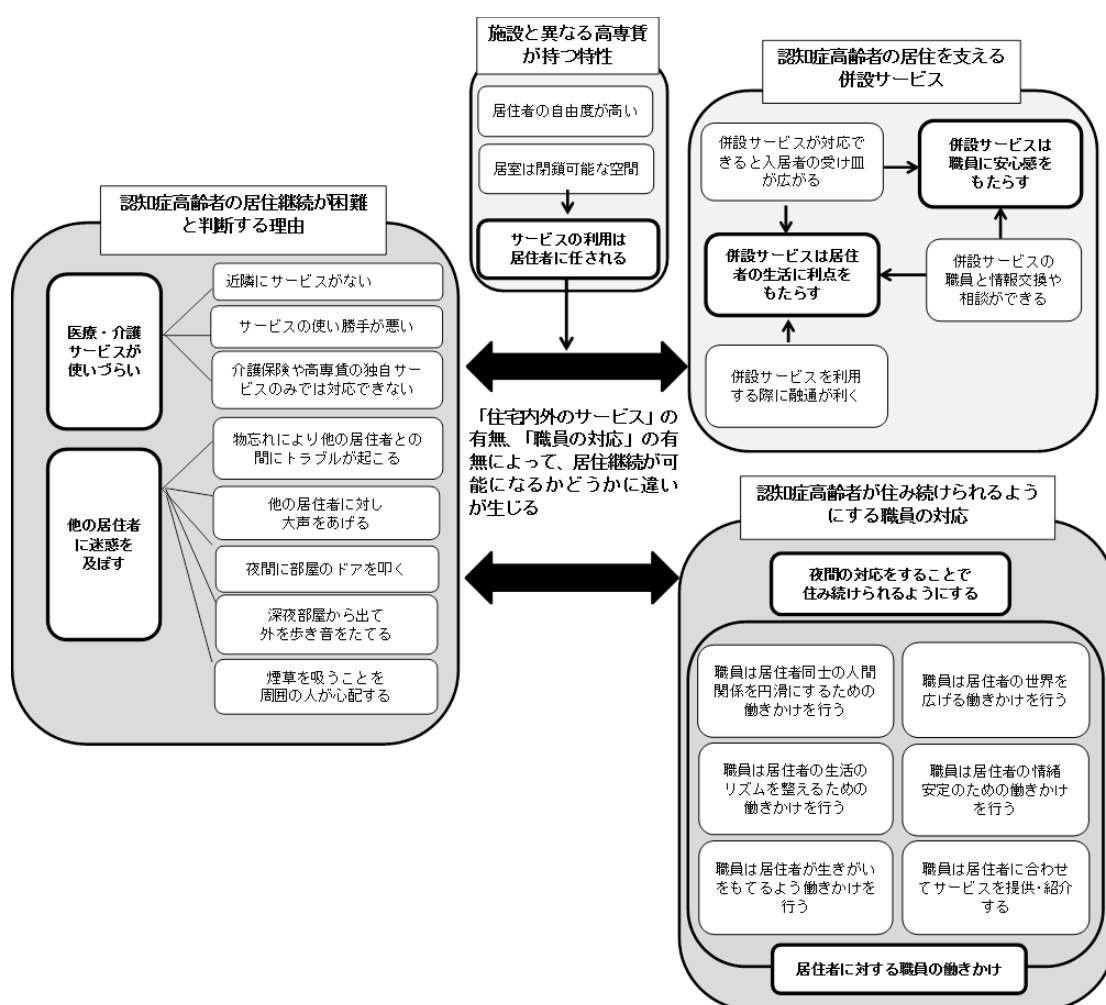


図3-8 高専賃に認知症高齢者が居住することに対する運営事業者の考えと対応の構造

(3) まとめ

質問紙調査と聞き取り調査から次のことがわかった。一つは、66.7%の高専賃に認知症高齢者が居住し、過去に居住していた者を含めると71.8%に達する。二つ目は、高齢者向け住宅において認知症高齢者の居住継続を阻害する要因には、他の居住者への迷惑を及ぼす行為や既存の医療・介護サービスが使いづらい点がある。三つめは、高専賃運営事業者が認知症高齢者の居住継続の要件に「24 時間体制の見守りサービス」を挙げている点である。これらを踏まえて、3つの視点から考察を行う。

①認知症高齢者の居住継続が困難と判断される限界点の明確化

質問紙調査から、高専賃の66.7%に認知症高齢者が居住することが確認できた。現行の介護保険制度下では心身状況を一定の範囲に限定したほうが経営面や運営面で利点があるため、既存の高専賃は居住者の心身状況別に展開されている場合が多い(佐藤 2010)。

現在、認知症高齢者が居住する高専賃の55.0%が、また日頃から認知症高齢者との接点が多いと思われる社会福祉法人や医療法人が運営する高専賃の6～7割が、認知症高齢者は住み続けられる場合とそうでない場合があると答えている。半数を超える運営事業者が、原則住み続けられると答えていない理由には、他の居住者に迷惑を及ぼすほどの認知症の状態とそれに対応できる「住宅内外のサービス」や「職員の対応」の有無が影響している。地域居住が進むデンマークでも認知症が重度になれば介護型住宅に転居するという(松岡 2011)。在宅の『限界点』⁸⁾は「要介護者、家族介護者、地域の社会資源の3者の要素が絡み合っており、さらにそこに住環境や地域社会の要素が加わるので、(中略)容易に決められない」(太田 2012)が、高齢者向け住宅の場合、家族介護者や住環境の影響を考慮する必要はなく、「住宅内外のサービス」や「職員の対応」の有無が居住継続の限界点に影響を与えられと考える。

高齢者向け住宅にいつまで住み続けられるかは運営事業者の判断によるところが少なくない。各運営事業者には、居住者が活用できる「住宅内外のサービス」の有無や「職員の対応」がどこまで可能なかを踏まえたうえで、どのような認知症症状が出現した場合とか、どのような生活行動を生じるようになった場合には居住継続が困難と判断するという、その住宅における居住継続の限界点をあらかじめ明確にしておくことが求められる。

②認知症高齢者の居住継続が困難と判断される要因としての迷惑行為

認知症高齢者の居住継続を困難とする主な原因に、他の居住者に迷惑を及ぼす行為がある。高専賃からの退去理由を明らかにした先行研究はあるが(みずほ情報総研 2012)、認知症高齢者に限定したものは見当たらない。本研究の結果は、入所施設の認知症高齢者が入院する要因を明らかにした矢山(2011)の研究と同様であることから、他者に迷惑を及ぼす認知症高齢者の行為は、入所施設のみならず高齢者向け住宅でも居住継続が困難と判断される要因となることがわかった。

本研究では聞き取り調査から、他の居住者に迷惑を及ぼす行為として「物忘れによる他の居住者とのトラブル」、「煙草を吸うことを周囲の人が心配する」、「夜間にドアを叩く」、「深夜部屋から出て外を歩き音を立てる」、「他の居住者に対し大声をあげる」を抽出した。Burgio(2000)は、認知症の行動・心理状態(BPSD)を引き起こす要因として、職員を

含む他者による身体的な接触や言葉かけを指摘する。共用空間がある高齢者向け住宅では、自然と居住者同士の接触や交流が生まれるが、時として認知症を悪化させることにもつながる。高齢者向け住宅のサービスや職員のかかわり方は、各住宅で異なり、なかには質問紙調査で明らかになったように居住者の状況を把握していないところもみられる。高齢者向け住宅が認知症高齢者の居住の受け皿となるためには、職員が居住者の心身状況を理解し、認知症の状態にあったかかわりをするとともに、他の居住者とのかかわりから生じる摩擦を軽減するような意識的な働きかけが必要となる。

③居住継続の可能性を高める「24 時間体制の見守りサービス」

認知症高齢者の居住継続を可能にするための要件として 76.8%の高専賃が「24 時間体制の見守りサービスがあること」を挙げた。だが見守りサービスを行う高専賃でも半数が住み続けられる場合と住み続けられない場合があると答えている。高専賃運営事業者が考える「24 時間体制の見守りサービス」と現行の「見守りサービス」は異なっている。

居住継続を可能にする「24 時間体制の見守りサービス」とは、入所施設のように常時職員の目が届くサービスを指すと思われる。だがすべての高齢者向け住宅にこのサービスを導入することは現実的でなく、またこのサービスがあればすべての認知症高齢者の居住継続が可能となるかは検証されていない。

井上（2012）が指摘するように、2011 年に導入された定期巡回・随時対応型訪問介護看護が、今後認知症高齢者の居住継続の限界点の引き上げに貢献するかは注目すべき点である。認知症のレベルにより見守りの方法は異なるが、可能な限り高齢者向け住宅に住み続けるための見守りの方法や既存の介護保険サービスで対応可能な範囲を、地域のサービスと合わせて考えることが必要だろう。

現状のように居住者の心身状況別に高齢者向け住宅が展開されていることは、運営事業者にとって効率はよいが、居住者にとっては心身状態の変化があるたびに転居することとなる。高齢者ができる限り高齢者向け住宅で住み続けるためには、住宅外のサービスを利用しながら居住継続できるような環境整備が必要である。

3. 医療が必要な高齢者の居住継続の可能性と阻害要因

要介護高齢者の増加にともない、たん吸引、経管栄養など医療的ケアを要する高齢者が増加している。療養病床の削減や病院の機能分化により、病院での長期入院が困難になっている。一方で、特別養護老人ホームなどの入所施設は空きがなく、医療的ケアを必要とする状態では入所が敬遠される傾向にある。本論では、高齢者向け賃貸住宅において医療的ケア⁹⁾を要する高齢者の入居実態を明らかにし、医療が必要な高齢者の入居継続に必要な要件について、質問紙調査から明らかにする。

（1）質問紙調査の結果

1) 医療的ケアが必要な高齢者が居住しているか

全体では 57.0%の高専賃で医療的ケアが必要な高齢者が「居住している」と答えている。高専賃・高優賃認定（以下、高優賃）では 18.9%と少ないのに対し、高専賃のみ（以下、

高専賃)では、68.4%と多くなっている。高優賃では61.3%が「わからない」と答えており、居住する高齢者の状況や医療・介護ニーズを把握していないことが伺える(図3-9)。

2) 対応可能な医療的ケア

対応可能な医療ケアをみると「服薬管理」が最も多く(85.1%)、「在宅酸素」(53.2%)、「創傷処置」(45.9%)、「浣腸・排便」(44.1%)、「褥瘡の処置」(42.2%)、「インシュリン注射」(41.1%)と続いている。しかし、「たん吸引」(20.2%)、「胃ろう・経管栄養」(22.7%)は相対的に低くなっている。

高専賃と高優賃を比較すると、高優賃は医療的ケアに対応できるところが限られ、高専賃では85.1%を占める「服薬管理」も、高優賃では18.0%と2割に満たない(表3-15)。高齢者向け住宅といっても、高専賃と高優賃では対応できる医療的ケアは大きく異なる。

3) 居住者に医療的ケアが必要になった場合に住み続けることはできるか

医療的ケアが必要になった場合に「原則として住み続けることができる」と答えるのは全体で31.6%であるが、医療的ケアの必要な高齢者が居住している(57.0%)に比べ、かなり低い。全体では、「住み続けることができる場合とできない場合がある」が最も多く61.1%を占めている。現状では「服薬管理」など軽微な医療的ケアを必要とする高齢者が居住しているが、「たん吸引」、「胃ろう・経管栄養」のように看護師等でなければ対応できない場合に住み続けられないと判断していると考えられる。

また、高優賃では「原則として住み続けることができる」と答えるのは35.1%で、高専賃の30.5%よりも5ポイントほど高い。表3-15にあるように運営事業者が対応可能な医療的ケアは、限られていることから、居住者自らが外部の医療・介護サービスを利用できるのであれば、住み続けられると考えていると思われる(図3-10)。

4) 協力(提携)医療機関は積極的支援してくれるか

全体では58.4%が「積極的に支援してくれる」と回答しているが、高優賃では13.5%と大幅に少なく、高専賃のみでは71.9%と高い割合になっている。高優賃は、「わからない」(36.0%)や「協力(提携)医療機関がない」(43.2%)が多く、合わせると8割近くになる。高専賃では医療機関と協力・提携関係を築こうとするところが多いものの、高優賃ではそうした意識が働いていないことが読み取れる(図3-11)。

5) 医療的ケアのニーズの高い高齢者が住み続けることを可能にする要件

全体では、「協力(提携)医療機関による支援がある」が75.1%と最も多く、次いで「24時間見守りサービスがある」(72.6%)、「訪問看護が利用できる」(61.0%)、「看護師資格をもった職員が常駐している」(58.4%)が続く。

高優賃の場合には、「家族の支援」が53.2%と最も多い。医療的ケアを必要とする心身状況になったとしても、運営事業者はあくまで住まいを賃貸する立場であり、本人に必要な医療的ケアは居住者自身、もしくは家族が動いて利用すべきであると考えていることが読み取れる(表3-16)。

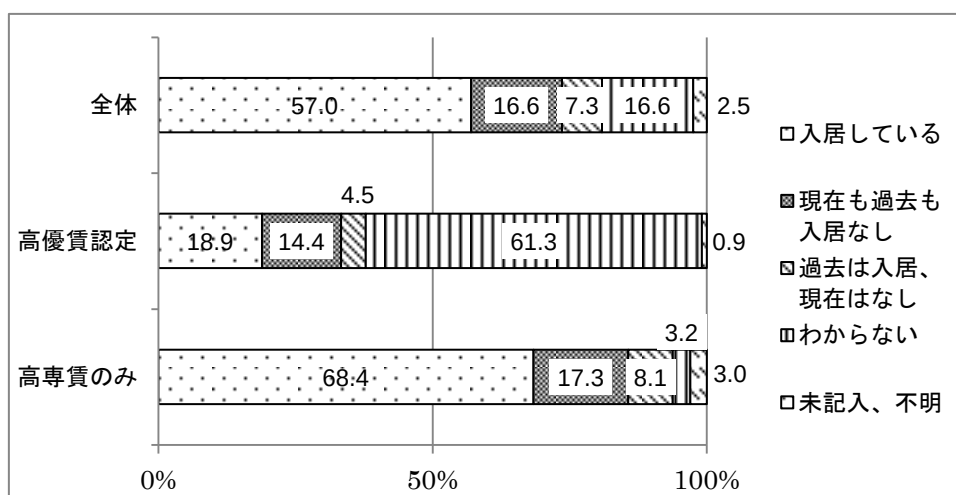


図 3－9 医療的ケアが必要な高齢者が居住しているか

表 3－15 対応可能な医療的ケア

	服薬管理	在宅酸素	創傷処置	胃ろう・経管栄養	浣腸・排便	褥瘡の処置
全体	333 (69.2%)	211 (43.9%)	181 (37.6%)	109 (22.7%)	170 (35.3%)	162 (33.7%)
高優質認定	20 (18.0%)	15 (13.5%)	12 (10.8%)	7 (6.3%)	8 (7.2%)	7 (6.3%)
高専門のみ	315 (85.1%)	197 (53.2%)	170 (45.9%)	103 (27.8%)	163 (44.1%)	156 (42.2%)

	膀胱カテ管理	インスリン注射	たん吸引	疼痛管理	その他
	133 (27.7%)	160 (33.3%)	97 (20.2%)	99 (20.6%)	41 (8.5%)
	8 (7.2%)	9 (8.1%)	7 (6.3%)	3 (2.7%)	34 (30.6%)
	126 (34.1%)	152 (41.1%)	91 (24.6%)	96 (25.9%)	31 (8.4%)

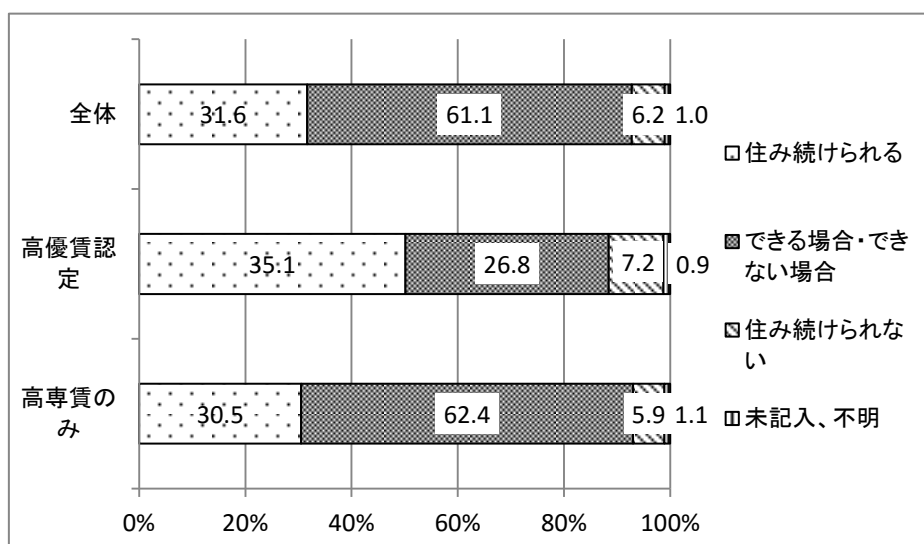


図 3－10 医療的ケアが必要になった場合に住み続けられるか

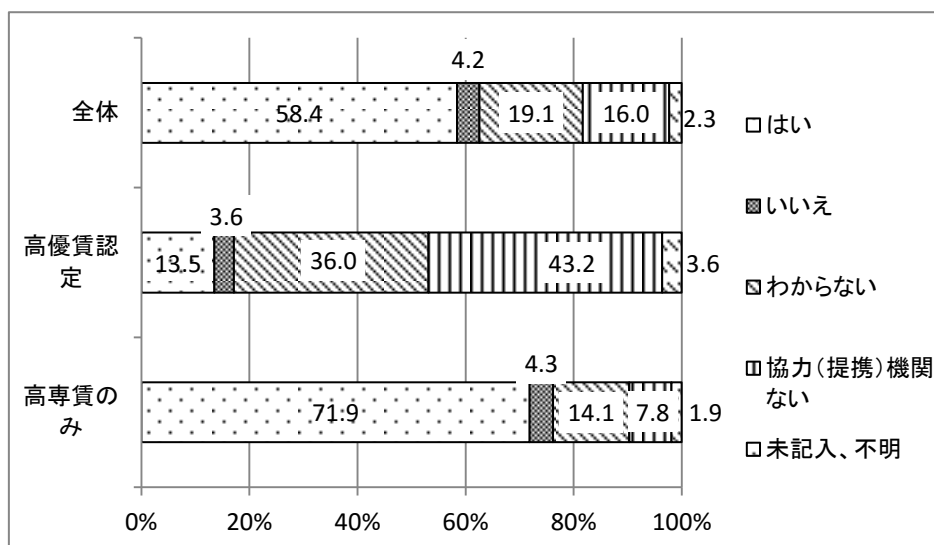


図 3-11 協力（提携）医療機関は積極的に支援してくれるか

表 3-16 医療的ケアのニーズが高い高齢者が住み続ける要件

	24時間見守り	看護師常駐	訪問看護	訪問サービス	通所サービス
全体	349 (72.6%)	281 (58.4%)	293 (60.9%)	228 (47.4%)	158 (32.8%)
高優賃認定	46 (41.4%)	30 (27.0%)	27 (24.3%)	23 (20.7%)	15 (13.5%)
高専賃のみ	303 (81.9%)	251 (67.8%)	266 (71.9%)	305 (55.4%)	143 (38.6%)
	医療機関支援	家族の支援	要件は特にな	困難	その他
	361 (75.1%)	221 (45.9%)	3 (0.6%)	13 (2.7%)	39 (8.1%)
	34 (30.6%)	59 (53.2%)	1 (0.9%)	2 (1.8%)	26 (23.4%)
	327 (88.4%)	162 (43.8%)	2 (0.5%)	11 (3.0%)	13 (3.5%)

(2) まとめ

質問紙調査から、高専賃における医療的ケアの必要な高齢者の居住状況と住み続ける要件について、4つのことがわかった。一つは、57.0%の高齢者向け住宅に医療的ケアが必要な高齢者が居住し、過去に入居していた者を含めると73.6%に達するという点である。二つ目は、対応可能な医療的ケアは「服薬管理」(69.2%)が最も多く、「たんの吸引」(20.2%)や「胃ろう・経管栄養」(22.7%)を必要とする高齢者に対応できる住宅は2割にとどまるという点である。三つ目は、医療機関と協力・連携ができているところは58.4%という点である。四つ目は、医療的ニーズの高い高齢者が住み続ける要件として「医療機関支援」(75.1%)が最も多く挙げられた点である。以上を踏まえて、2つの視点から考察を行う。

①居住者の居住継続につながる医療機関との連携

医療的ケアのニーズが高い高齢者が住み続けることを可能にする要件は、医療機関による支援であることが確認できた。2014（平成 26）年 6 月に医療介護総合確保推進法が成立し、今後、医療・介護の連携強化がねらいの一つとなっている。高齢者向け住宅の場合、

医療・介護の連携はもちろん、高齢者向け住宅の運営事業者も加わった連携が必要といえる。社会福祉法人や医療法人が運営事業者であれば、これまで連携をした経験からスムーズな連携ができると思われるが、これまでそうした連携の経験がない法人（例えば、不動産・建設業関係の営利法人や住宅供給公社等）では、円滑な連携となるまでに時間がかかると考えられる。

既存研究をレビューした國松（2015）は「介護職が看護職に期待する役割は、生活支援におけるアセスメントであり、看護職が介護職に期待する役割は、アセスメントに基づいたケアの実施であった」と述べている。これは介護職と看護職のみではなく、他の専門職同士が連携する場合にも当てはめることができよう。つまり、連携をはかるには互いに期待される役割を、互いが理解することが重要なのである。くわえて、連携に加わるメンバーが、何のために連携をするのかという目的を共有することも重要である。

高齢者向け住宅では、提供するサービスがそれぞれ異なり、なかには介護サービスを一切行わず、住宅の賃貸業務のみにとどまるところもある。医療機関の紹介や、医療機関と連携をしたサービスの提供を行うか否かは、運営事業者によって異なる。高齢者本人や家族は、そうしたことは把握できないため、入居前に運営事業者側が入居希望者に丁寧に説明することが必要である。

②地域全体で把握する医療ニーズ

医療的ケアの内容は幅広い。服薬管理であれば、見守りするスタッフが行うこともできるが、たんの吸引や経管栄養になると、看護師や研修を積んだ介護福祉士でなければ行うことができない。また、たんの吸引を頻回に行う必要があれば、吸引できるスタッフが常駐するところでなければ住むことができない。

高齢者向け住宅では、医療的ケアを必要とする高齢者に対する考えや対応可能な医療的ケアに大きな開きがある。また、地域にどのような医療機関があるかによって、医療的ケアが必要になった場合の住み続けの可否も変わる。認知症同様、運営事業者は医療的ケアが必要になった場合の居住継続の限界点を入居希望者に伝えておくことが求められる。

また、個々の高齢者向け住宅が入居希望者に詳細な説明を行うことと合わせて、都道府県や市町村が医療的ケアを必要とする人数や必要な医療サービスを把握し、地域の医療機関の数やサービス内容と適合しているかを検証することも必要である。医療介護総合確保推進法でも、二次医療圏単位で地域医療ビジョン（構想）を策定し、医療計画に盛り込むことを定めた。高齢者向け住宅の整備計画を立てていくことと合わせて、高齢者向け住宅を含めた地域の医療ニーズの量や種類を把握しながら、医療サービスを整備していくことが、今後必要だと思われる。

第3節 高齢者向け住宅に安心して住み続ける上での居住支援の方策

本節では、①高齢者向け住宅への住み替え支援、②終末期まで住み続けるための居住支援、③居住支援協議会の取組み、に焦点を当てる。それぞれの取組みから、高齢者向け住宅に安心して住み続けられるための居住支援の方策を明らかにする。

1. 高齢者向け住宅への住み替え支援—Iの取組み—

J市には、高齢者を対象に高齢者向け住宅等への住み替え支援を行う団体Iがある。Iを運営するNPO法人Kは、2001年に高齢者のためのサークル運営や役割づくりを目的に設立された団体である。

現在のIは、もともと住み替えなどの相談にのっていたNPO法人Kの運営するIと、住宅改修や住宅のハード面のトラブルなどの相談にのっていたNPO法人Lが連携しながら相談できるように2011年12月に設立された団体である。

2013（平成25）年8月に、Iのセンター長に聞き取り調査を行った。以下、聞き取り調査の結果とIが作成した資料をもとに、Iが行う高齢者の住み替え支援を明らかにする。

（1）相談事業

Iでは、2006（平成18）年から高齢者が入居できる住宅や施設を掲載した情報誌の作成・発行を始めた。その後、情報誌を見るだけでは選ぶことが困難な人もいると考え、2009（平成21）年から相談事業も行うようになった。相談員は、NPO法人Kの会員である。2013（平成25）年現在、相談員は17名で、月曜日から金曜日の10時から16時まで相談事業を行っている。2013（平成25）年4月から2014（平成26）年3月までの1年間の相談件数は、電話相談・来所相談を合わせて1,628件である。

Iの相談事業の特徴は3つある。一つ目は、要支援や要介護状態にある高齢者からの相談に対しては、身体状況や疾病の内容、介護度を聞き、その人に合わせた住まいを提案するという点である。具体的には、相談者が透析患者の場合、週に数回病院に通院する必要があるため、交通費を抑えるために透析病院近くの住まいを提案する、といったことである。

二つ目は、つなぐ役割を果たすという点だ。相談者の中には、介護が必要な状態であるにもかかわらず介護認定を受けていない人もいる。そうした人には、Iで要介護認定の申請の方法を説明し、最寄りの地域包括支援センターを紹介する。また、相談を聞く中で、福祉的課題が含まれる相談者であれば、J市の高齢福祉課に相談するよう助言をしている。

三つ目は、高齢者の経済状況を踏まえて住まいをあっせんするという点である。Iでは、住み替えるなら家賃、管理費、食費等を合わせて収入の7割までの範囲に収まるようなところにと助言している。3割を残すことで、入院費、通院費、生活費、介護保険の1割負担分などを払うことができる。預貯金を取り崩して家賃にあてる方法もあるが、いつまで家賃を払い続けるかわからないため、毎月の住まいに係る費用は月々の収入で賄うよう助言している。また、住まいを探す際には、家賃はもちろん、医療費や通院費用など生活にかかる費用も見積もり、経済的に支払い可能であるかを一緒に検討している。これまでの相談者の中には、住居費が高額なところに入居したために、預貯金が減り、不安になって相談に来た人もいう。こうしたケースを減らせるよう、相談に来る高齢者には、家

賃以外の生活に係る費用も含めて今後の見通しを立てることをすすめている。以下の事例は、聞き取り調査の中で得た事例である。

事例 1

NPO 法人 K が企画するサークルに参加していたが、行くことが面倒になり、辞めたいという申し出が 88 歳の男性からあった。話を聴くと、本人は介護認定を受けておらず、周りの友人が高齢者住宅に入居したり、有料老人ホームに転居した人は入院したり、亡くなるなどしたため、心細くなってきたという。

相談員は、まずこの男性に介護認定の申請を勧め、地域包括支援センターを紹介した。そして、地域包括支援センター職員とどのように話をするのか、認定調査の時にはありのままを見せるようにと助言した。そして、介護認定が受けられれば、利用できるサービスがあるかもしれないと説明した。そしてこれまでに I で支援したケースの例を話し、安心してもらうように努めた。

事例 2

歩行が十分にできない女性が子どもに勧められ、ある高齢者向け住宅に入居した。だが、収入（年金）がすべて高齢者向け住宅の費用に充てられ、小遣いも残らず、おやつも買えない状態だと相談が寄せられた。話を聞く中で、その住宅では居住者同士で話することも禁止されていたことがわかった。

相談の中で女性から「お金もないので、今晚からでも安いところに移りたい」という申し出があった。相談員はこれまでに入居していた高齢者向け住宅よりも低価格の住まいを探し、直接運営事業者に連絡した。ちょうど空き室があったため、先方に、今からこういう人が行くから相談に応じてもらえないか、金銭的な事情もよく聞いて、話をしてもらえないかと依頼し、女性を送り出した。

I での相談事業では、公平な立場から高齢者向け住宅を紹介するだけでなく、経済的に負担できる費用を検討したり、介護・医療サービスとの調整、転居後の生活を見据えた支援を行っている。本人の状況にあった住まいを見つけることはもとより、そこで長く住み続けられるための支援も行っているといえる。

（2）住み替え希望者への情報提供

I では、相談窓口を開設する前から、J 市内や近郊の高齢者向け住宅を一覧にした情報誌（『シニア住まい情報 J』）を作成・販売している。この情報誌は、I のスタッフが各住宅に情報提供を求め、写真等は自らで撮影するなどして独自に作成したものである。

『2013 年版シニア住まい情報 J』には、サービス付き高齢者向け住宅、シニア向け賃貸住宅、有料老人ホームが 391 件掲載されている。月額費用や入居時費用、間取り等が共通の書式でまとめられているため、複数の住宅を比較することも可能である。

2013 年夏までに情報誌は、2006 年、2009 年、2011 年、2012 年、2013 年に発行している。2006 年に作成した際には掲載件数が 75 件だったが、現在はその数も増え、協力の得られない数件を除き、J 市内や近隣の地区のすべての高齢者向け住宅を掲載している。

掲載にあたって、事業者から掲載料を貰うことはないため、相談者には公平中立の立場で情報が提供できる。現在は、こうした情報誌の発行以外にもインターネット上で空き物件の紹介を行っている。遠方に住む家族が情報誌を入手し、親の住み替え先を検討することもあるという。

情報誌やインターネット上での情報提供や相談事業のほかにも、Iでは、一般向けに講演会を開いたり、J市住宅管理公社が主催する「住まいの情報セミナー」で講演するなど、高齢者が安心して住み続けられるための支援をさまざまな方法から行っている。

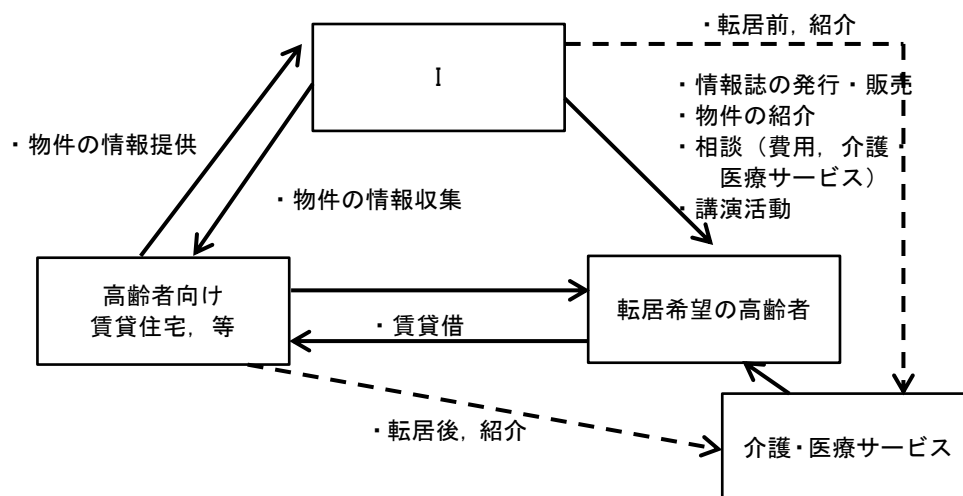


図3-12 Iの取組み（筆者作成）

2. 終末期まで住み続けるための居住支援の方策

(1) 看取りを行うホームホスピス

医療サービスや介護サービスを必要とする高齢者の中には、積極的な治療を必要としないという理由で退院を求められ、医療的ケアを必要とするという理由で施設入所を断られる人がいる。末期がんのようなターミナル期にある人がその一例であるが、在宅に戻るよう言われても家族は介護できず、地域の在宅医療体制が整備されていなければ在宅生活を送ることができない。

現在、そうした心身状況にある人へのサービスとして徐々に増えつつあるのが「ホームホスピス」¹⁰⁾である。「ホームホスピス」とは、「看護師が病状や症状をマネジメントし、家族や在宅医、介護スタッフと共に、ケア方針を決定し、穏やかな看取りを支援」（松本 2014）するものだ。

ホームホスピスとして著名なものは、2006（平成 18）年に宮崎市ではじまった「かあさんの家」である。「かあさんの家」では、母体組織が借りた一軒家に余命宣告をされた高齢者が概ね 5 人程度で共同生活をし、24 時間 2 交代制で常駐する介護職から介護サービスを受け、近隣の 24 時間対応の在宅療養支援診療所の医師から往診や訪問看護を受けながら生活している（図 3-13）。最期の日が近づくと、本人の希望を考慮したうえで、スタッフは家族とどこでどのようにして看取るかを相談する。「かあさんの家」で看取る場合には、家族もそこで一緒に最期の時間を過ごすことができ、自宅で看取る場合には医療機関の協力が得られるようスタッフが調整を行う。

ホームホスピスの概念を表わしたのが図 3-14 である。この図は、「地域全体の介護力の低下」の中でも、「入居者・家族・友人・地域住民・医療や介護者がつくる家族のような共同体」のメンバーで、「その人らしい暮らし」、「安心して暮らせる居場所」を作ることを目指すことを表わしている。生きている時にその人が落ち着ける居場所を作ることが、最期の「家族のきずなを重視した納得のできる看取り」、「暮らしの中で、生活者として人生を閉じる」ことにつながる。残された時間を、本人にとって「安心して暮らせる居場所」で過ごしてもらうことで、最期、家族にとっても納得する看取りにつなげることができる。

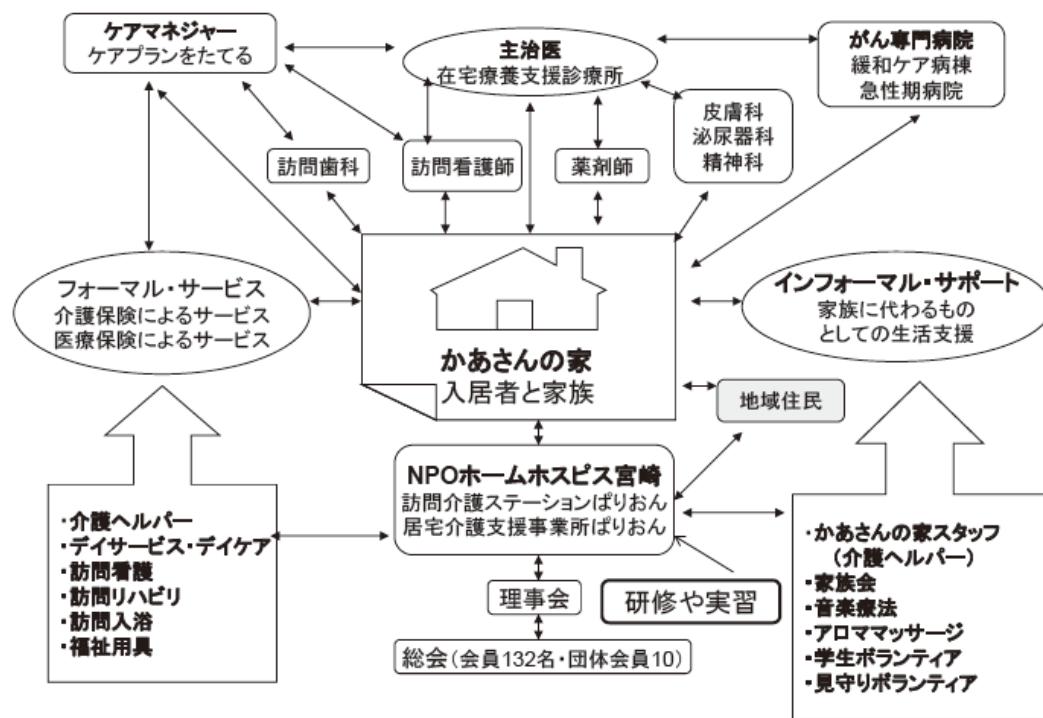


図3-13 かあさんの家の仕組み

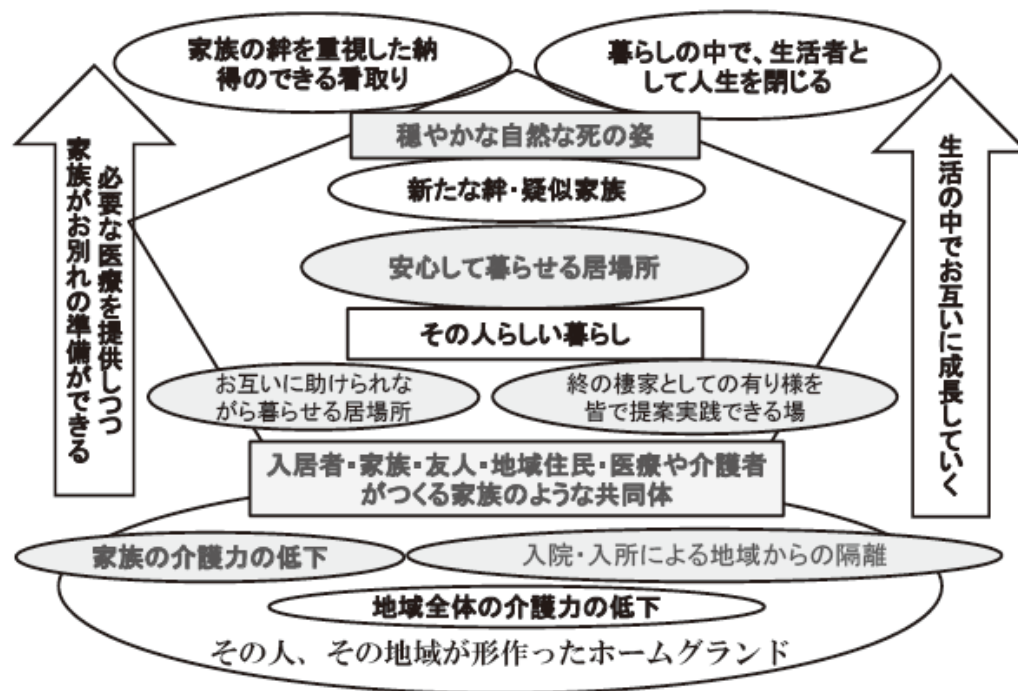


図3-14 ホームホスピスの概念図

（図3-13, 14 出典：市原美穂（2015）『『暮らしの中で逝く』ことーホームホスピスの実践から』『医療と社会』 25（1），97-109.）

(2) 地域とともに行う居住支援の方策－在宅療養支援診療所を併設するケアタウン小平
1) ケアタウン小平の概要

東京都小平市にある「ケアタウン小平」は、一般賃貸住宅「いっぷく荘」に在宅療養支援診療所「ケアタウン小平クリニック」、24 時間対応の訪問看護ステーション、デイサービスセンター、配食サービス、居宅介護支援事業所を併設する建物である。いっぷく荘は有限会社が運営するが、訪問介護ステーション、デイサービスセンター、居宅介護支援事業所は別法人の NPO 法人が運営している。

いっぷく荘は 21 戸からなる一般賃貸住宅で、居住者の 8 割が要支援・要介護状態にある。21 戸のうち、1 戸は二人用住戸のため、要支援者とその介護者が入居することもできる。また、入居者を高齢者に限定していないため、障害を持つ人がここに居住しながら通勤することも可能である。ケアタウン小平内に居宅介護支援事業所や在宅療養支援診療所があるため、いっぷく荘では生活相談サービスは行っていない。居住者には、希望に応じて食事サービスが提供され、1 階に併設する在宅療養支援診療所や訪問看護の医療サービス、介護保険のデイサービスを利用することができる。以前には、訪問介護事業所も入っていたが、現在はケアタウン小平の外に移転している。

ケアタウン小平クリニックは、ホスピス緩和ケアを提供する 24 時間・365 日対応の在宅療養支援診療所で、いっぷく荘の居住者だけではなく、半径 3～4 km のエリアにある在宅患者への往診も行っている。併設する訪問看護ステーションも 24 時間対応で、医師との連携の元、終末期看護を行っている。また、デイサービスでは、医療ニーズの高い高齢者や寝たきりの高齢者も受け入れている。

2) 地域で活動を展開するケアタウン小平

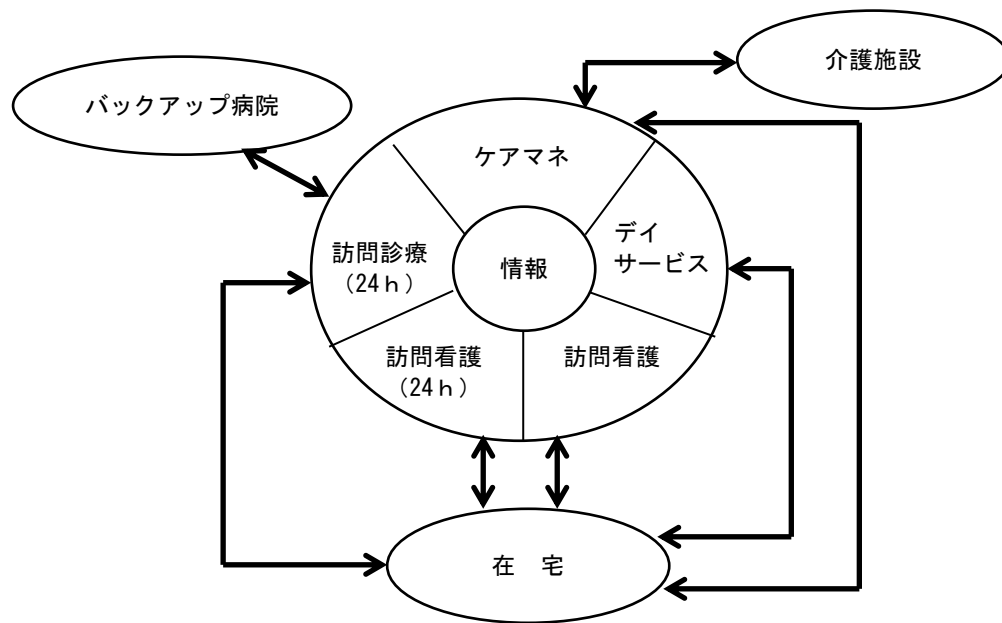
ケアタウン小平は、地域の中で 3 つの役割を果たしている。

一つ目は、医療・介護サービスの拠点である（図 3－15）。先述したように、ケアタウン小平クリニックは在宅療養支援診療所であり、併設する訪問看護ステーションも 24 時間対応をしている。このため、在宅で暮らす終末期にある患者の看取りも行っている。在宅療養支援診療所に訪問看護やデイサービスが併設されることで、スタッフ同士の情報共有もしやすく、活動エリアを 3～4 km と限定していることから、急変があってもスタッフによる対応が可能である。

ケアタウン小平クリニックでは、2005 年 10 月の開設から 2014 年 9 月までの 9 年間の間に、いっぷく荘の居住者 16 人と、在宅の患者 590 余名の終末期ケアを行った（山崎 2015）。いっぷく荘だけでなく、地域住民にとっても医療・介護サービスの拠点となっている。

ケアタウン小平が果たす役割の二つ目は、ボランティアの育成である。ケアタウン小平では、亡くなった患者の遺族とスタッフの交流会を開いている。在宅で看取った場合、患者家族同士が顔を合わせることはなく、家族も孤立しがちとなる。ケアタウン小平では、遺族同士が交流できるようにと、患者が亡くなって半年の家族とスタッフが話をする茶話会と、患者が亡くなって 1 年以上経過した遺族とスタッフが参加する交流会を開いている。在宅遺族会「ケアの木」は、交流会に参加した遺族が集まってできたものである。ケアの木では、遺族がケアタウン小平の中庭を利用して語り合ったり、月に 1 度「ケアの木サロ

ケアタウン小平は、子どもから最期の時を迎える高齢者まで利用できる地域の活動の場となっている。



(出典：山崎章郎ほか（2012）『病院で死ぬのはもったいない』春秋社，p14)

①医療保険による 24 時間対応の専門的医療・看護は、在宅療養支援診療所や 24 時間訪問看護等であり、現在ケアタウン小平がその拠点となっている。②亡くなるまで何らかの介護があることは、フォーマルなサービスの定時巡回随時対応型訪問介護看護だけでなく、家族・親戚、知人・友人、ボランティア、自費ヘルパーなど、インフォーマルなサービスが想定されている。③費用負担については、民間のがん保険による在宅緩和ケア給付金の利用などが該当する。

独居でも最期まで自宅で過ごせる条件には、フォーマルなサービスのみならず、その人が持つ社会資源（インフォーマルな社会資源も含む）の活用が含まれている。個人が持つ社会資源の有無や内容は個々に異なる。最期まで自宅に住みつづけるためには、医療・介護サービスの提供はもちろん、既存のサービスでは不足する部分を補うインフォーマルサービスの調整や開発などが必要となる。

3. 居住支援協議会の取組み

居住支援協議会とは、低所得者や高齢者等、住宅確保要配慮者の賃貸住宅等への円滑な入居促進を図るため、地方公共団体や関係業者、居住支援団体等が連携して賃貸住宅の情報提供等の支援を行う住宅セーフティネット法に基づく組織である。2015（平成 27）年 3 月時点で、全国に 48 か所（37 都道府県、11 区市）ある。

2015（平成 27）年 4 月に生活困窮者自立支援法が施行されたことで、生活困窮者自立支援制度と居住支援協議会の連携に関する通知が、厚生労働省社会・援護局地域福祉課長と国道交通省住宅局安心居住推進課長の連名で都道府県や指定都市、中核市の生活困窮者自立支援制度担当者、住宅担当部担当者あてに送られた。生活困窮者対策が課題である昨今、生活困窮者と住宅確保要配慮者への支援は重なる点が少なくない。

居住支援協議会は全国に 48 か所あるが、各種団体の協議の場の設置は共通しているものの、他は独自の取組みが行われ、住宅確保要配慮者への相談会を開催したり、インターネット上での物件検索、事業主への情報提供を行う団体もある。

ここでは、48 の居住支援協議会の中で、唯一市町村社会福祉協議会に事務局を置く¹¹⁾ M 市居住支援協議会の取組みに着目し、活動内容を明らかにする。

（1）M 市居住支援協議会の取組み

1) M 市居住支援協議会の概要

M 市居住支援協議会は、低所得者、被災者、高齢者、障害者、子育て世帯など住宅確保要配慮者が、民間賃貸住宅等に円滑に入居できることの推進と、地域包括ケアシステムの構築を目指し、2013（平成 25）年 6 月に設立された。

M 市では協議会設立の前年（2012（平成 24）年）6 月から 8 月にかけて、「高齢者・障害者の住まいのあり方ワークショップ」が開催された。このワークショップでは、不動産関係者、医療・介護関係者、地域包括支援センター、障害者相談支援事業所、行政機関がメンバーとなって、住まいの問題を話しあった。そこで、不動産関係者からは、入居率の改善や孤独死や近隣トラブルといったリスク軽減が課題であること、福祉・医療関係者からは施設から在宅、地域への移行が進められるなか、退院・退所後の受入れ先の確保が検討事項になっていることや、保証人の不在により住まいを確保できないこと、行政からは空き家に関する課題、人口定住対策などの話が出された。話し合いから、住宅に関する問題を各団体がそれぞれに対応している現状があることが明らかになったため、参加メンバーが、住まいに関する課題を共有し、協働して住宅確保要配慮者への居住支援を取組むことの必要性を認識し、居住支援協議会を設立することとなった。

他の居住支援協議会の目的が、関係者の協議であるのに比べ、M 市居住支援協議会では、

「入居支援」と「空き家の有効活用」と、直接的に住宅確保要配慮者の支援につながる取り組みを行っている。

M 市居住支援協議会は、表 3－17 に示すように、多岐にわたるメンバーから構成される。不動産関係団体と居住支援関係団体、行政関係の協働・連携のもとに、県や大学等から専門的知識の提供を得て活動を展開している。

表 3－17 M 市居住支援協議会の構成団体

不 動 産 関 係	・公益社団法人 N 県宅地建物取引業協会 県南支部 ・O 不動産ネット協同組合
居 住 支 援 関 係 団 体	・M 市介護サービス事業者協議会 ・M 市地域認知症サポートチーム（医療関係） ・M 市介護支援専門員連絡協議会 ・M 市障害者自立支援協議会 ・N 県社会福祉士会 ・M 市社会福祉協会 ・N 県司法書士会 P 支部
関 行 係 政	・M 市（長寿社会推進課，福祉課，児童家庭課，建築住宅課） ・M 市地域包括支援センター
局 事 務	・社会福祉法人 M 市社会福祉協議会 ・市建築住宅課
専 門 知 識 の 提 供	・N 県（建築都市部住宅計画課，保健医療介護部高齢者支援課） ・N 県建築住宅センター ・Q 大学 大学院統合新領域学府 ・R 大学 社会福祉学部 ・S 高等専門学校 建築学科 ・T 大学 環境共生学部 居住環境学科

（出典：国土交通省資料より筆者作成）

2）M 市居住支援協議会の活動 1－空き家調査

M 市では、「平成 25 年住宅・土地統計調査」から、市内に約 9,510 戸の空き家があることが把握していた。空き家率は全国平均に比べて高い。採炭地だった M 市は、最も多い時（1960 年）には 20 万人を超える人口がいたものの、2015 年 4 月には 120,211 人と 6 割以下に減っている（高齢化率は 33.4%）。人口減少に伴い、空き家が増加したものと考えられる。

2013（平成 25）年度、居住支援協議会では、マンションなどの集合住宅を除くすべての戸建て住宅を対象に、概観観察による空き家悉皆調査を行った（民生委員による第一次調査）。その後第二次調査として、S 高専の学生が各住戸をまわり、老朽度を 4 段階に評価する老朽度等調査を実施した。これらの調査から、M 市内に空き家は 2,853 戸あり、使用可能な空き家が約 1,000 戸あることがわかった。2014（平成 26）年度には、この結果をもとに、空き家のモデル事業を実施している。

3) M市居住支援協議会の活動2－空き家活用の検討

居住支援協議会では、空き家を住宅確保要配慮者向けの住宅や、地域のサロンとして活用したいと考え、これまでにインターネットで検索できる住情報システムを作ったり、空き家所有者向けの無料相談会を開いている。無料相談会は、2015（平成 27）年9月までに4回行われ、第3回相談会では11件の相談のうち、2件の登録につながった。また2015（平成 27）年には、空き家の所有者を対象とした空き家活用の意向を把握するアンケート調査を行っており、所有者が空き家活用を検討するような働きかけが行われている。

今後は、活用可能な空き家の情報を集め、空き家の所有者と住宅確保要配慮者をマッチングする取組みを行っていく予定である。

4) M市居住支援協議会の活動3－空き家活用のモデル事業

2014（平成 26）年2月に居住支援協議会に、空き家の所有者から「地域のために活用したい」という申し出があり、この申し出を受けて居住支援協議会では、第1号の「空き家活用モデル事業」を始めた。学識経験者や関係団体と連携しワークショップを開き、地域のニーズにこたえる方法を検討した。その結果、空き家は地域のサロンとして活用することになった。S高専で建築学を学ぶ学生の協力を得て、床板を張り替える住宅改修をし、2015（平成 27）年1月に「サロンU」としてオープンした。「サロンU」は、官・学・地域住民との連携による空き家活用モデルプロジェクトによる取組みである。住宅の管理は地域住民がつくるNPO法人Uが行っている。

サロンUでは、現在毎週木曜日の午前中にサロンが、月に1度認知症カフェが開かれている。また、子どもから大人まで世代間交流ができるように音楽会やお菓子作りが行われている。

表3－18 M市居住支援協議会の平成25、26年度活動実績、27年度活動予定

平成25年度活動	①空き家の実態調査 ②市民向け啓発セミナー ③空き家活用のモデル事業提案 ④空き家住情報のシステムの構築
平成26年度活動	①空き家のデータベース活用 ②周知・啓発活動 ③モデル事業の実施、新たな空き家活用方法の探究
平成27年度活動予定	①相談対応マニュアルの作成及び相談支援実施体制の構築 ②協議会活動等の周知 ③介護・医療・福祉・教育等の他機関で連携したモデル事業の実施 ④所有者を対象とした意向調査の実施及び研究

第4節 考察—高齢者向け住宅に入居し住み続けるための居住支援の方策

(1) 高齢者向け住宅に住み続けられない高齢者が生まれる背景

第1節から第3節をみると、高齢者向け住宅に住み続けられない高齢者が出現する背景には、「安心して住み続けられる住宅は高額で、一部の人しか入居できない」、「入居支援、入居後の支援は個別に行われる」、「かかる費用を負担できなかつたり、地域にニーズに対応可能な住宅が無ければ移り住むことは困難」、「低額で入居できる住宅は数が少なく、医療ニーズや認知症には対応が困難で、退去が求められる場合もある」という4点があると考える(図3-16)。

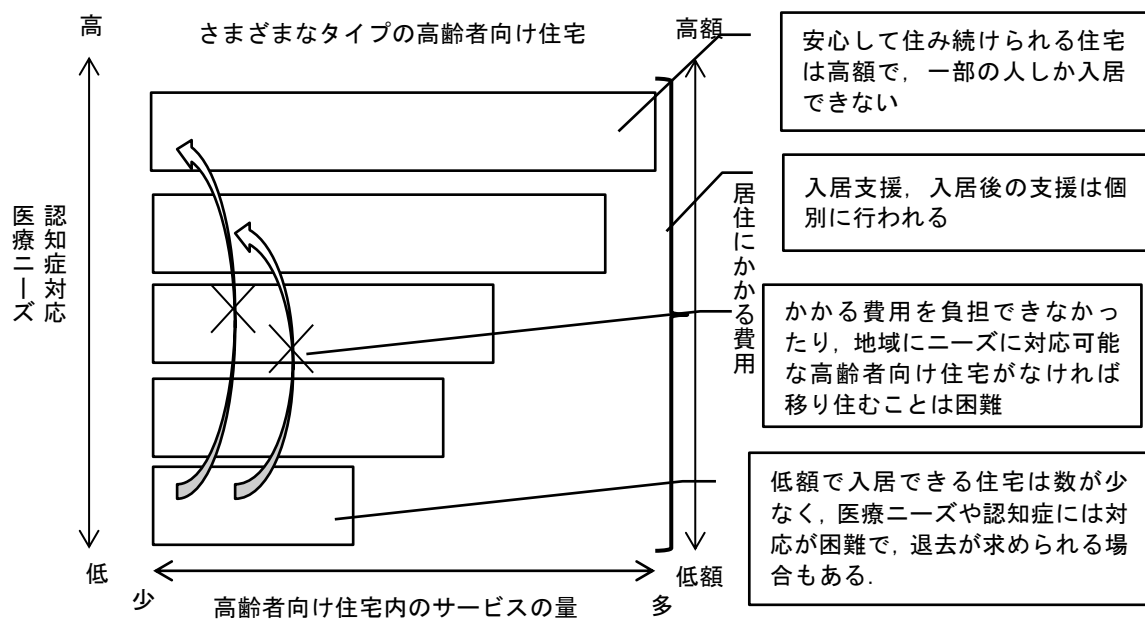


図3-16 高齢者向け住宅に住み続けられない高齢者が出現する背景

(2) 高齢者向け住宅に安心・安定して住み続ける上での居住支援の方策

高齢者向け住宅に安心・安定して住み続けるための居住支援の方策では、以下の3つが重要と考える。

まず一つ目は、高齢者向け住宅にバリアフリー等の物理的環境を整備するとともに、食事の提供や最小限の生活支援といったサービスを付帯することである。そして、医療や介護サービスを必要とする居住者には、住宅外部の医療・介護サービス、生活支援サービスを利用できるようにすることである。高齢者向け住宅内に複数の医療・介護サービスを設けると、その分費用がかさみ利用者の居住費に影響することになる。また居住している高齢者が住宅内サービスを利用しても生活できなくなれば、退去せざるを得ない。それに比べ、外部サービスの利用を前提としたほうが、必要に応じてサービスを選択でき、同じ場所で可能な限り住み続けることが可能になる。あわせて高齢者向け住宅に入居する際には、入居支援と入居後の支援を一体的に行うことが重要である(ミクロレベル)。

二つ目は、地域に低所得高齢者が入居可能な高齢者向け住宅を整備することである。現

在，低所得高齢者の受け皿が限られ，住まいを選択することが難しくなっている．低所得高齢者が入居可能な高齢者向け住宅を増やすには，自治体や関係者が連携して住宅をつくるとともに，入居者の居住継続を支えるような医療・福祉サービスを整備し，地域包括ケア体制を進めていく必要がある（メゾレベル）．

三つ目は，低所得でも入居可能な高齢者向け住宅が増えるような制度・政策を整備することである．現行では，どの所得階層の高齢者を入居対象とするかは高齢者向け住宅の運営事業者にゆだねられている．市場主義の中では，運営事業者の経営判断に基づき高齢者向け住宅が整備されていく．しかし，それでは低所得高齢者の住まいの整備は一向に進まない．今後は，低所得者でも入居可能な高齢者向け住宅を増やすよう，国が制度や政策を整備していく必要がある（マクロレベル）（図3－17）．

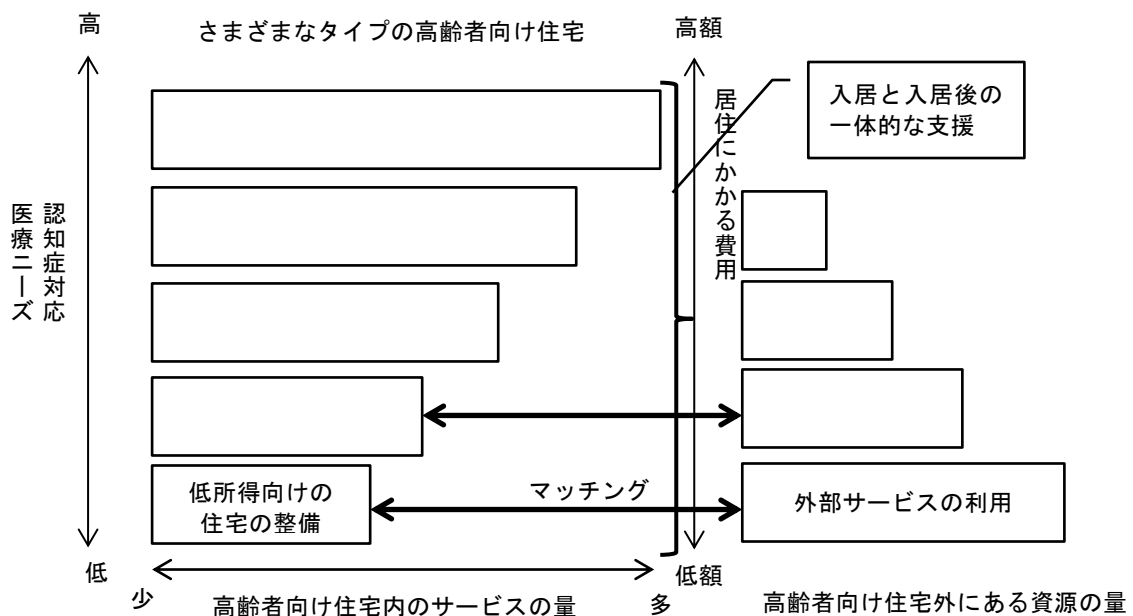


図3－17 高齢者向け住宅に高齢者が住み続けるための居住支援の方策

注

- 1) 高齢者の居住の安定確保に関する法律改正により、「高齢者円滑入居賃貸住宅・高齢者専用賃貸住宅」の登録制度は廃止された。本論で示した数値は高齢者住宅財団のホームページに記載された平成 23 年 10 月 19 日時点のものである。
- 2) 本研究で行ったカードワークとは、運営事業者が語った中から認知症高齢者の居住継続に関する箇所すべてを一行見出しとして抽出し、それをカードに記入した。次にそれらのカードの中から類似するものを集め、グループ化し、そのグループを代表する一行見出しをつけた。類似するカードをさらに探しグループ化するという作業を、認知症高齢者の住み続けに対する運営事業者の意向の全体像が現れるまで繰り返した。
- 3) 2013 年 2 月分介護給付費実態調査より算出した。
- 4) 本調査では、認知症の定義を特に定めておらず、回答者の判断に委ねた。
- 5) 認知症高齢者の住み続けに対する運営事業者の意向は、事実よりも事業目標に基づく点が過分にあると推察できるため留意が必要である。
- 6) 迷惑行為という用語は、調査票では「他の居住者への迷惑行為がある」と表現し、他の居住者が迷惑であると感じる行為を指している。
- 7) 見守りサービスの定義は、「安否確認（昼）」、「安否確認（夜）」、「フロントサービス」のいずれかが建物敷地内に併設することを指す。
- 8) 「限界点」とは平成 22 年 11 月 30 日の社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」の中で用いられている。
- 9) 本調査では、医療的ケアという用語の定義を特に定めていない。ただ、対応可能な医療的ケアの回答を得るために「服薬管理」「在宅酸素」「創傷処置」「胃ろう・経管栄養」「浣腸・排便」「褥瘡の処置」「膀胱カテーテル管理」「インスリン注射」「たんの吸引」「疼痛管理」の項目を設定した。
- 10) ホームホスピスは全国的に広がっており、市原（2015）によれば、2014 年 10 月時点で 19 か所（27 軒）ある。2011 年 12 月から毎年、合同研修会が開かれている。
- 11) M 市の居住支援協議会では、社会福祉協議会と市の建築住宅課が共同して事務局を担っている。他の居住支援協議会は、住宅供給公社や建築士会など、建築関連の機関に事務局が置かれていることが多い。

第4章 高齢化する地域の中で住み続ける上での高齢者の居住問題と居住支援の方策

わが国の高齢化率は、2014（平成26）年10月時点で過去最高の26.0%に達し、今後も増加が見込まれている。高齢者の増加とともに、地域の中で孤立している高齢者に目が向けられるようになった。高齢者の孤立は、高齢者が地域で安心した生活を営むことを妨げるが、特定の人に起こるものではなく、誰もがそうなる可能性を持っている。

そこで本章では、第1節で高齢化する地域の中で孤立する高齢者に起こる居住問題を取上げ、その実態を明らかにする。第2節ではそうした居住問題に対して行われている各地の居住支援の方策を分析し、傾向や共通点を明らかにする。そして第3節では、高齢化する地域の中で住み続ける上での高齢者への居住支援の方策について考察する。

第1節 高齢化する地域の中で孤立する高齢者の居住問題

1. 高齢者の割合が高い地域の存在

（1）過疎地域における居住問題

2014（平成26）年5月に日本創成会議（増田寛也座長）が896もの消滅可能性都市リストを公表した。その中には過疎地域だけではなく、東京都豊島区や大阪市大正区、浪速区という大都市部の地域が含まれていたため、大きな驚きが広がった。このリストは今後消滅する可能性のある都市を挙げたものだが、現在でも限界集落と呼ばれる高齢化率50%を超える地域が存在する。限界集落は、単に高齢化率が高い地域を指すのではなく、冠婚葬祭など社会的共同生活の維持が困難になっていることも意味している。

過疎地域では、人口減少によりさまざまな問題が生まれている。図4-1は、総務省過疎対策室が調査から明らかにした集落の問題発生状況である。生活基盤、産業基盤、自然環境、災害、地域文化、景観、住民生活と7分野における個々の問題が挙げられている。これらを居住問題に着目して再整理すると、「生活上の不便・不自由」、「福祉・医療への影響」、「産業への影響」、「子どもや若い人の負担増加」の4つに分けることができる。

「生活上の不自由」とは、「冠婚葬祭等の機能低下」、「公共交通機関の利便性の低下」、「自治会や消防団などの担い手の減少」、「地域の相互扶助機能の低下」などの問題が当てはまる。「福祉・医療への影響」には、「医療提供体制の弱体化」や「専門医にみてもらうことができずに亡くなる人がいる」、「在宅福祉サービスの種類が限定されるため、施設に入らざるを得ない」という問題が該当する。「産業への影響」には、「耕作放棄地の増大」、「不在村者有林の増大」、「働き口の減少」、「後継者不足」といった問題が該当する。農業や商業が衰退することで、住民生活に影響が及ぶ。「子どもや若い人の負担増加」には、「小学校等の維持困難」、「伝統的祭事の衰退」、「地域の伝統的文化の衰退」が当てはまる。「小学校等の維持困難」に関連して、「通園、通学の距離が長くなる」、「子ども同士で遊ぶ機会が限られる」といった問題も派生する。

こうした居住問題は、高齢者のみならず地域住民が地域で安心・安定した生活を送る上で脅かすものとなっている。

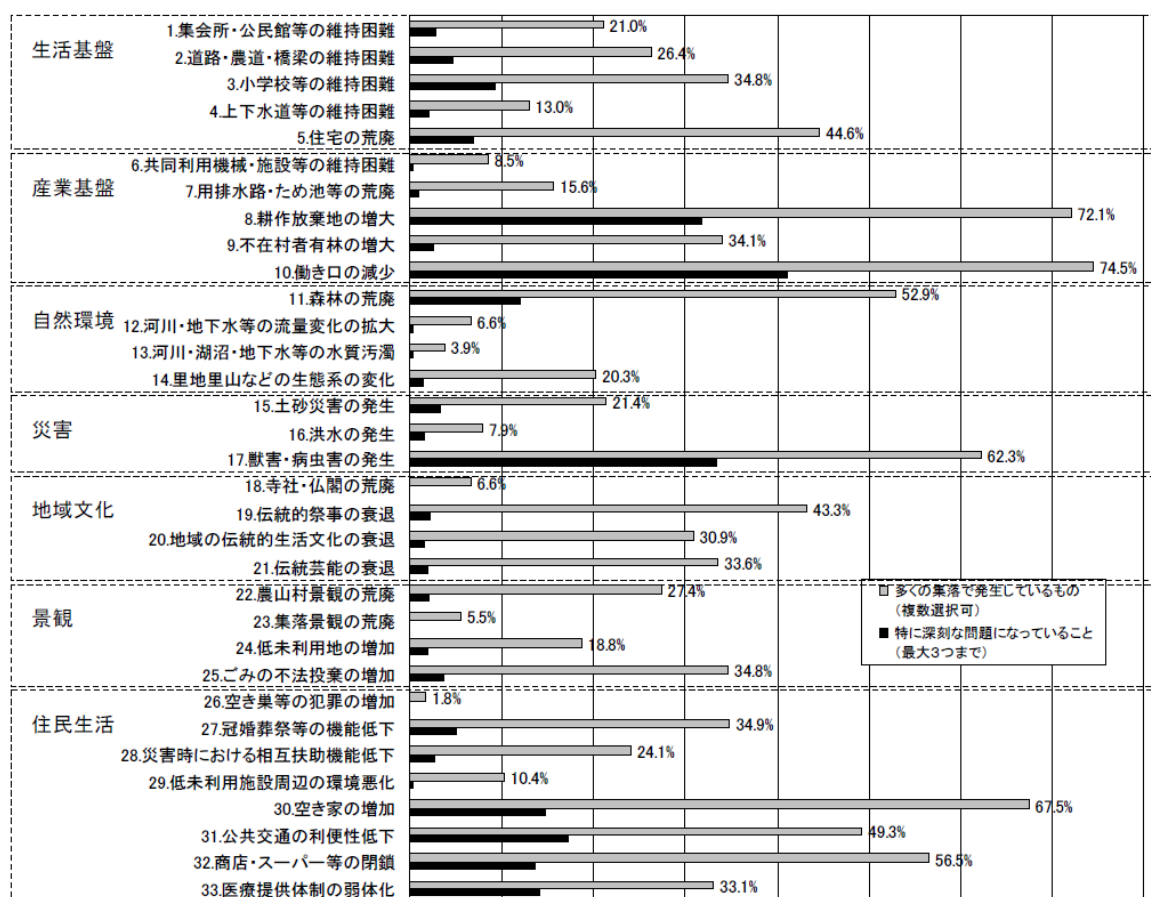


図 4－1 集落の問題発生状況

（出典：総務省 地域力創造グループ 過疎対策室（2011）「過疎地域等における集落の状況に関する現況把握調査報告書 平成 23 年 3 月」）

（2）急激に高齢化するニュータウン

ニュータウンは、昭和 30 年代から三大都市圏（関東大都市圏、中京大都市圏、近畿大都市圏）を中心に、住宅不足の解消を目的として誕生した。丘陵地を切り崩すなどして一時期に開発が行われたため、同年代で、同程度の経済状況にある人が一斉に入居することとなった。現在、入居開始から 50～60 年が経過し、住民の急速な高齢化と人口減少が進んでいる。

公団・公社住宅団地の場合、2DK 等の狭小な間取りが多いため、子どもが大学進学や結婚する年代になると、親世代と同居せずに地域を離れることとなる。また建替えの進まない老朽化した団地では、エレベーターがなく、設備も古いため、新たな住民は転入しない。このため、地域の高齢化、人口減少がいつそう進むこととなる。開発から時間が経てば戸建て住宅団地も住宅が老朽化するため、売りに出しても買い手はつかず、より人口減少が進む。また、住民減少に伴い購買力が低下するため、団地内商業施設の廃業が進む。ほかにも、住民の高齢化・人口減少に伴って自治会活動等の担い手不足も生じる。

ニュータウンを取り巻く環境に目を向ければ、丘陵地に作られるニュータウンは坂道が

多いため、足腰が悪くなると移動に困難が生じる。ほかにも、公共交通機関へのアクセスが悪いため移動手段が確保できない、生活利便施設が遠方にあるため買い物しづらいという問題もある。

（３）空き家の増加

第１章でも述べたが、近年空き家の増加が問題視されている。「平成 25 年住宅・土地統計調査」によれば、全国の空き家率は 13.5%に達し、約 820 万戸の空き家がある。現在、空き家を活用する取組みが行われているが、再利用は空き家の状態や所有者の意向に左右されるため、空き家活用はまだ緒についたばかりである。

2010（平成 22）年 3 月に国土交通省住宅局が発表した「空家実態調査報告書」¹⁾によれば、空き家となった建物の建築時期は、昭和 45 年以前に建てられたもの（建築年数 40 年以上）が 18.4%を占める（図 4－2）。構造にもよるが、建築年数が 40 年以上経過した建物の場合、そのまま利用することは困難で、何らかの修繕が必要となり、耐震基準を満たさなければ利用することはできない。空き家となってからの期間（空家継続期間）をみると、空き家になってから 1 年未満の建物は 53.2%と半数を占める一方、3 年以上空き家状態の建物は 15.6%である（図 4－3）。人が使わない建物は傷みが早い。空き家である期間が長くなるほど、再利用することは困難になる。そして空き家全体の 34.1%に腐朽・破損がみられる。とくに持家の場合には 46.9%とその割合が高い（図 4－4）。こういう状態では、そのまま次に貸し出すこともできず、修繕を行わなければ活用することは難しい。

空き家が増える理由で最も多いのは、「賃借人などの入居者が退去した」（56.5%）で、次に「別の住居へ転居した」（31.8%）が続く。利用類型別にみると、持家では「別の住居へ転居した」（28.6%）が最も多く、次いで「相続により取得したが入居していない」（20.4%）が続く。借家では、「賃借人などの入居者が退所した」（63.9%）が最も多く、次に「別の住居へ転居した」（32.1%）が続いている（表 4－1）。ここから、持家は住民が別の住居を構えたり、持ち主不在になれば空き家になり、借家では新たな入居希望者が出現しないと空き家となっていることがわかる。借家は、空室になってもいつか借り手が見つかることが考えられるが、持家の場合、元々他人に貸すことを考えていなかったり、立地が悪い・老朽化しているなど賃貸できるほどの価値がなければ、空き家のままとなる。

老朽化した空き家があると地域の景観は悪くなり、防犯上の問題も生じる。空き家が放置され、時間が経過すると倒壊する恐れもある。2015（平成 27）年 5 月に空き家対策特別措置法が施行され、自治体による空き家撤去が強化できるようになった。しかし、解体を代執行した場合、自治体が解体費を負担することになるため、それほど多くの空き家が解体されるとは考えにくい。

空き家問題は個人の資産にかかわる問題であるため、解決することは簡単でないが、今後は、利用できる空き家は地域の資源として活用し、そうでない空き家は自治体が所有者に解体するよう働きかけるなど、所有者の意識に働きかける取組みが必要となる。

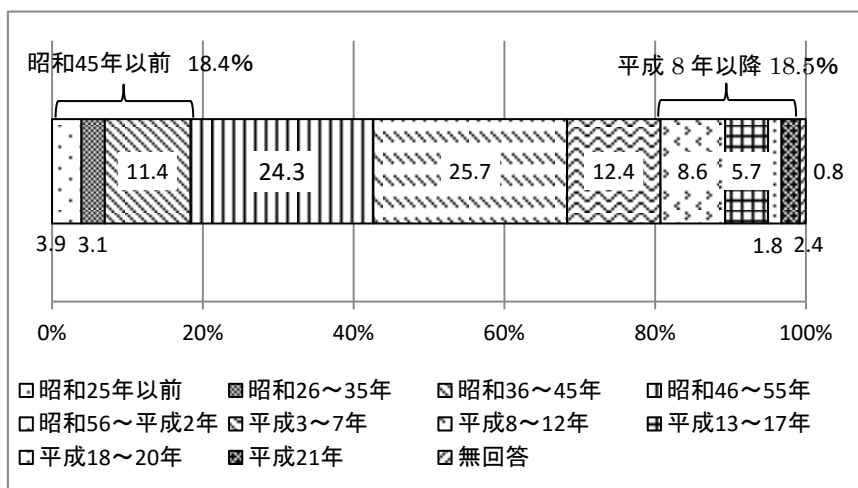


図4-2 建築時期（竣工時期）

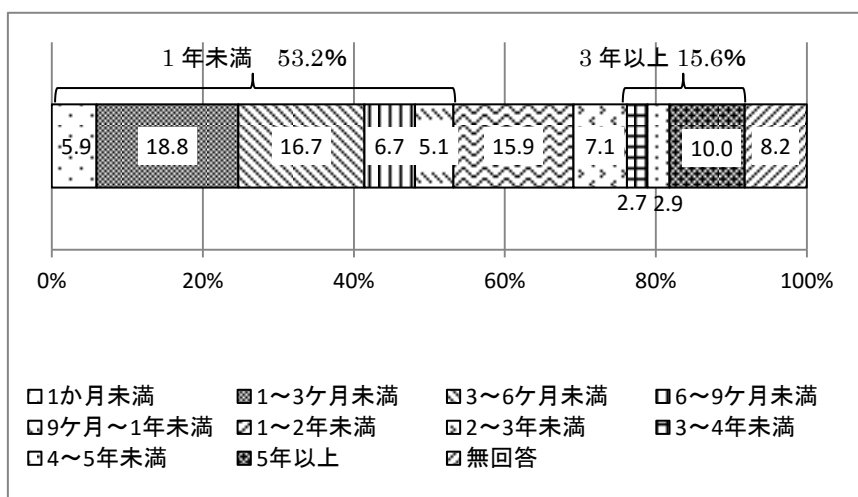


図4-3 空家継続期間

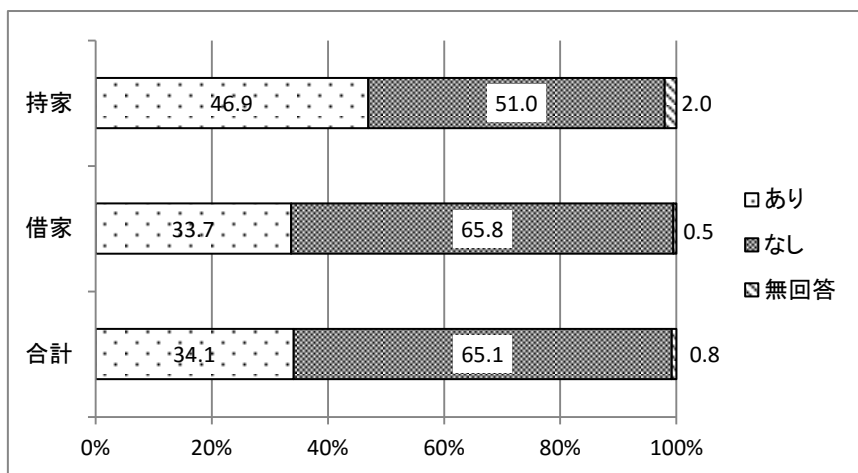


図4-4 利用類型別腐朽・破損の有無

表 4－1 利用類型別空家の原因（複数回答）

	別の住居へ転居した	建替えのため一時的に退去	増改築・修繕のため一時的に退去	転勤等の長期不在	賃借人などの入居者が退去した	相続により取得したが入居していない	居住用に取得したが入居していない	二次利用のため取得、普段は未利用	賃貸経営用に取得、賃借人が見つからない	売却用に取得、購買者が見つからない	その他	無回答
持家	14 (28.6)	2 (4.1)	1 (2.0)	4 (8.2)	7 (14.3)	10 (20.4)	2 (4.1)	4 (8.2)	2 (4.1)	0 (0.0)	4 (8.2)	0 (0.0)
借家	137 (32.1)	1 (0.2)	0 (0.0)	5 (1.2)	273 (63.9)	2 (0.5)	3 (0.7)	1 (0.2)	9 (2.1)	0 (0.0)	26 (6.1)	3 (0.7)
その他	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.3)	2 (12.5)	3 (18.8)	2 (12.5)	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (43.8)	0 (0.0)
合計	162 (31.8)	4 (0.8)	1 (0.2)	11 (2.2)	288 (56.5)	15 (2.9)	7 (1.4)	6 (1.2)	11 (2.2)	1 (0.2)	37 (7.3)	3 (0.6)

（図 4－2～4，表 4－1 出典：国土交通省住宅局（2010）「平成 22 年 3 月 空家調査報告書」）

2. 一人暮らし高齢者の増加と社会的に孤立する高齢者

（1）一人暮らし高齢者の居住問題

65 歳以上の高齢者のいる世帯は、2013（平成 25）年現在、2,242 万世帯と、全世帯の 44.7%を占めている。なかでも一人暮らし高齢者の増加は顕著で、1980（昭和 55）年に男性約 19 万人、女性約 69 万人だったのが、2010（平成 22）年には男性約 139 万人、女性約 341 万人と、30 年の間に人数が 5 倍以上増えている。

一人暮らし高齢者は地域で生活する上で、さまざまな居住問題に直面する。以下、「一人暮らし高齢者の意識に関する調査」と「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」から一人暮らし高齢者の居住実態を把握する。

一人暮らし高齢者が抱える日常生活の不安の中で、上位にあるのが「健康や病気」（58.9%）と「介護が必要な状態」（42.6%）である（図 4－5）。半数の人が、病気になったり介護が必要な状態になることを不安に感じている。病気で寝込んだ時に、看病や世話を頼みたい相手を見ると、「子（息子、娘）」が 39.9%と最も多く、次いで「兄弟姉妹、親戚」（13.0%）である。「ヘルパーなどの介護サービスの人」（9.1%）は 1 割ほどにとどまる（図 4－6）。数日寝込む程度ではヘルパーではなく、子どもや親族に頼りたいと考えていることがわかる。一方、将来介護を頼みたい人については、「ヘルパーなどの介護サービスの人」（51.7%）が半数を占め、「子」（31.4%）よりも多くなっている（図 4－7）。このことから、高齢者は短期間の困り事ならば子どもや親族を頼りにしたいと思うものの、介護などの長期間にわたって負担がかかるものは、専門職に世話をしてもらいたいと考えていることがわかる。

心配事や悩み事を相談したい相手については、最も多いのが「子（息子、娘）」（38.8%）で、看病や世話を頼みたい相手とほぼ同様の結果である。だが次には「友人」（17.1%）が挙げられている。友人は、子どもと違って面倒をみてくれる人にはならないが、心配事や悩み事を相談したい相手として考えられている（図4－8）。

世帯別に困ったときに頼れる人がいない割合をみると、男性の一人暮らし世帯の19.8%、女性の一人暮らし世帯の7.3%が頼れる人がいないと答えている（図4－9）。一人暮らしの男性は5人に1人が頼れる人がいないという状況である。そして、世帯別に会話の頻度を比較すると、男性の一人暮らしでは「1週間に1回程度」、「1週間に1回未満・ほとんど話をしない」を合わせると14.0%である。さらに「2日～3日に1回」を合わせると、41.9%になることから、一人暮らしの男性の4割が毎日会話をしていないことになる（図4－10）。地域でサロン活動を開いても、男性の参加者が少ないことが指摘されていることから、一人暮らしの男性を対象とする取組みの必要性は高い。

一人暮らし高齢者に、孤独死を身近に感じるか尋ねたところ、「とても感じる」、「まあ感じる」を合わせると44.6%に達した（図4－11）。頼れる人がいない、毎日会話をする人がいない高齢者は、孤立するリスクが高い。

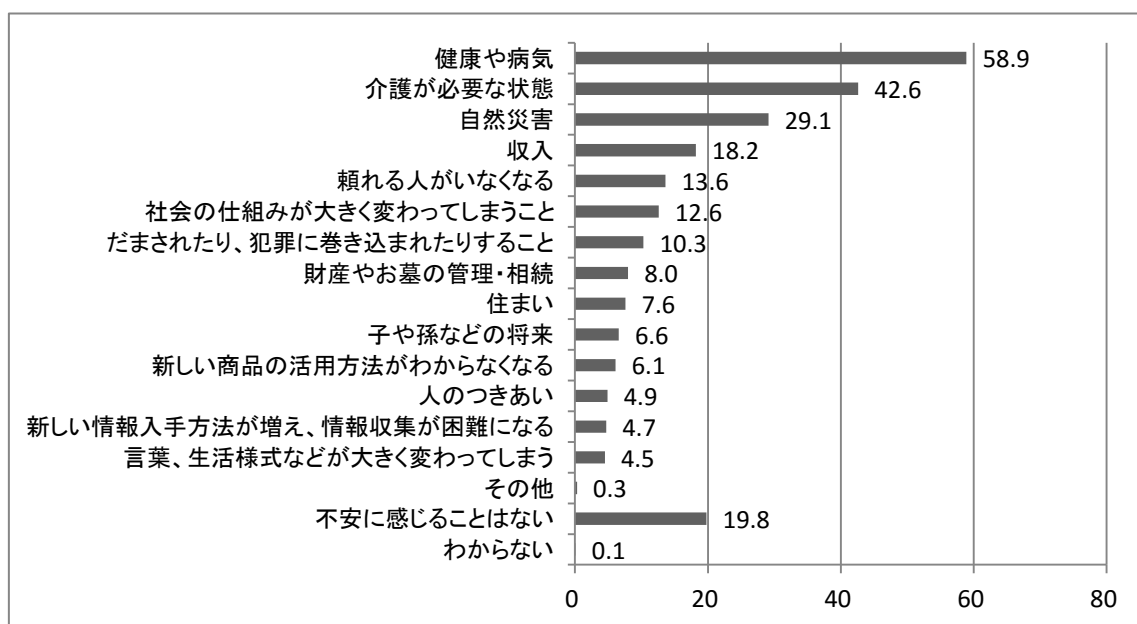


図4－5 日常生活の不安

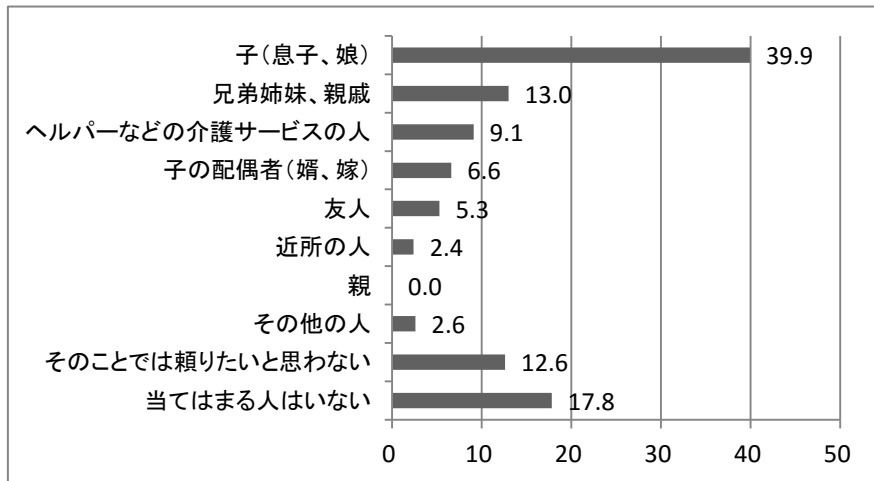


図４－６ 病気で何日か寝込んだ時に看病や世話を頼みたい相手

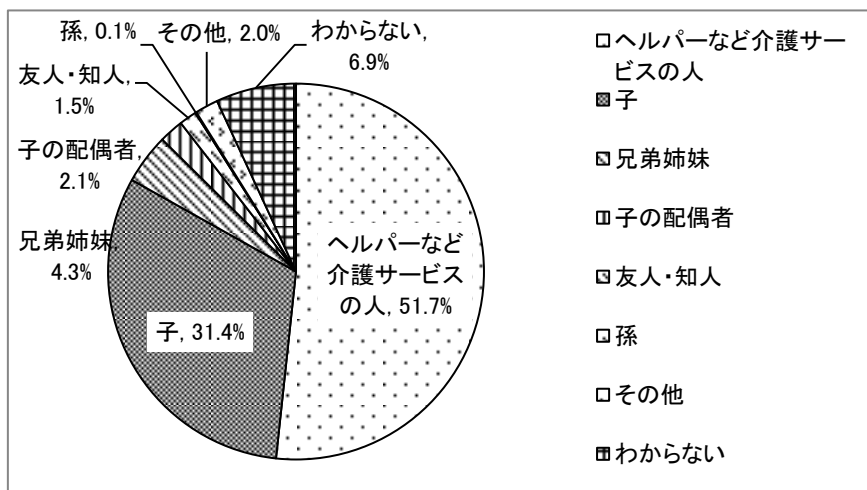


図４－７ 将来、介護を頼みたい人

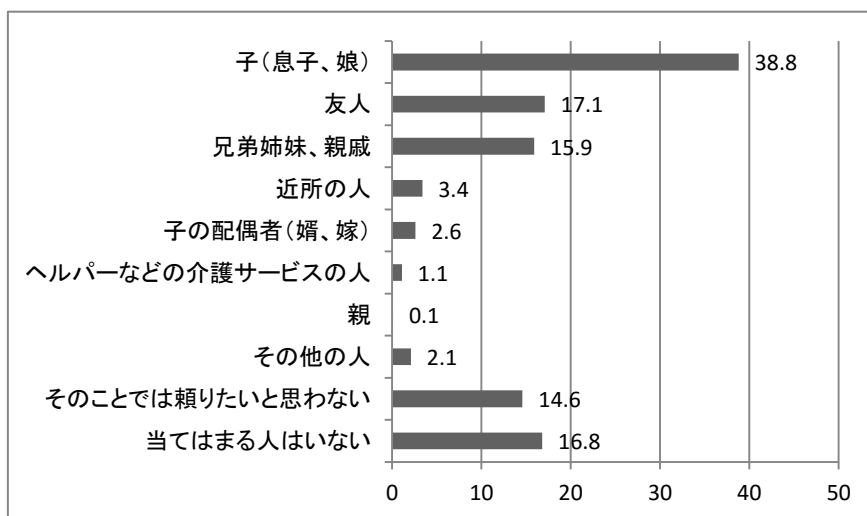


図４－８ 心配事や悩み事を相談したい相手

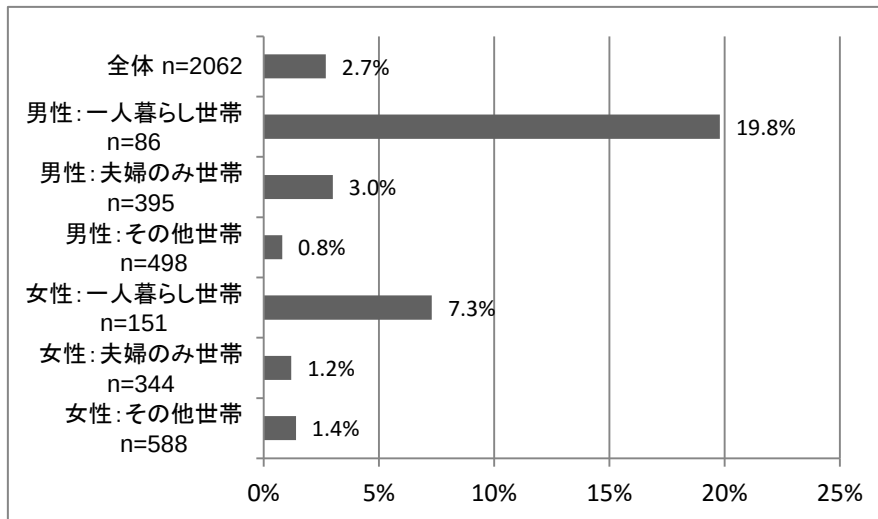


図 4－9 困ったときに頼れる人がいない人の割合

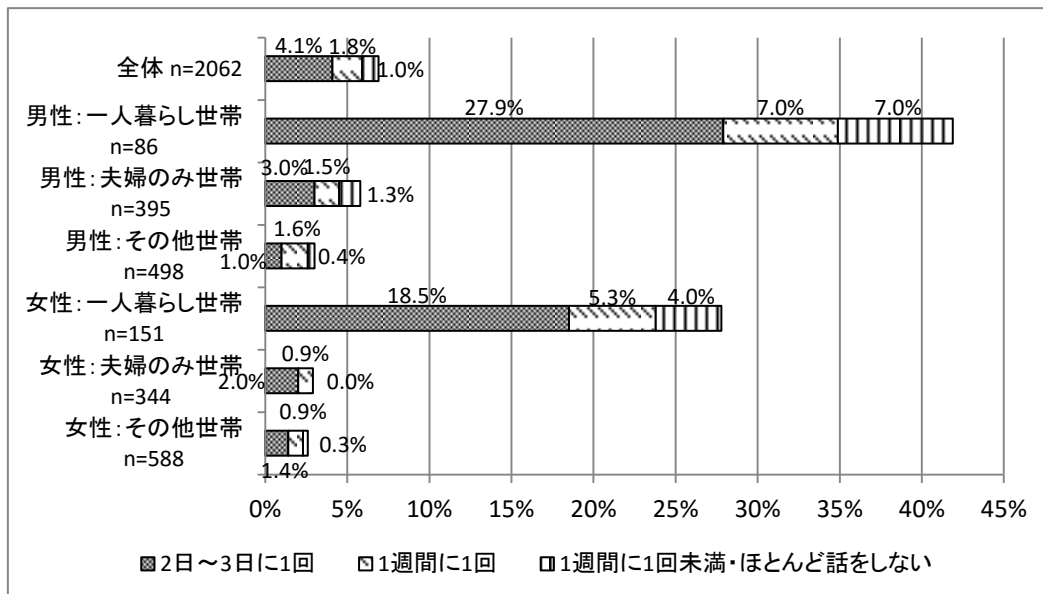


図 4－10 会話の頻度

(図 4－9, 10 出典: 内閣府 (2010)「平成 22 年度 高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」)

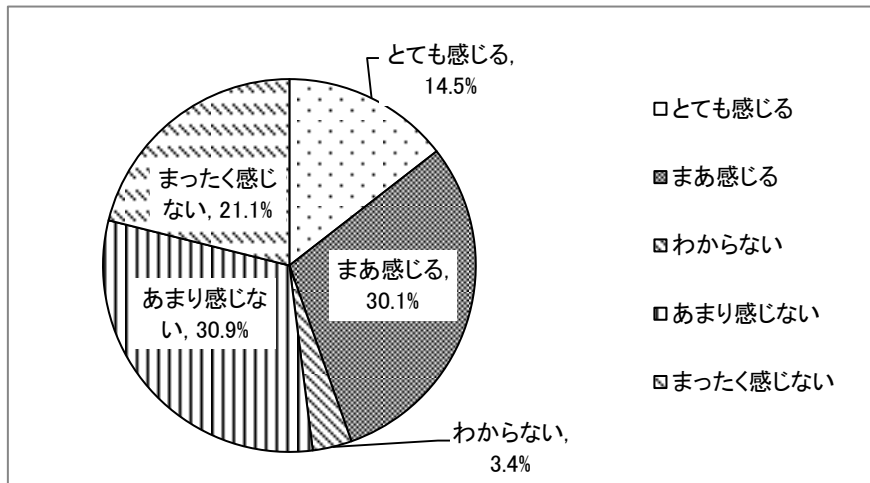


図 4-11 孤独死を身近に感じるか

(図 4-5～8, 11 出典：内閣府 (2014b)「平成 26 年度 一人暮らし高齢者に関する意識調査」)

(2) 社会的に孤立する高齢者

高齢者の孤立は、心身に影響を及ぼす。外出機会が減り、他者との交流が減ると、高齢者は孤立しやすくなる。孤立が閉じこもりやうつを生み、それがさらなる孤立をもたらす。近所づきあいをしない、困ったときに頼る人がいないという、社会から孤立した状況が長く続くと、生きがいの喪失や生活に不安を感じることにともつながり²⁾、安心して居住生活を送ることが困難になる。

孤立から、自殺につながる場合もある。「平成 27 年版自殺対策白書」によれば、2014 (平成 26) 年に 60 歳以上で自殺した人は 10,290 人にのぼる。1998 (平成 10) 年以降の統計をみると、60 歳以上では毎年 1 万人以上の人自殺をしている (図 4-12)。

自殺の原因・動機をみると、60～69 歳、70～79 歳、80 歳以上のいずれの年代でも最も多いのが「健康問題」である。とくに 70 歳以上では自殺した人の 7 割は「健康問題」が原因となっている (図 4-13)。健康問題を理由とした自殺であるが、その内訳を推測すると、病気を苦にした自殺、病気のため将来に不安を感じた自殺、病気によって家族に迷惑がかかることをおそれた自殺、等が考えられる。

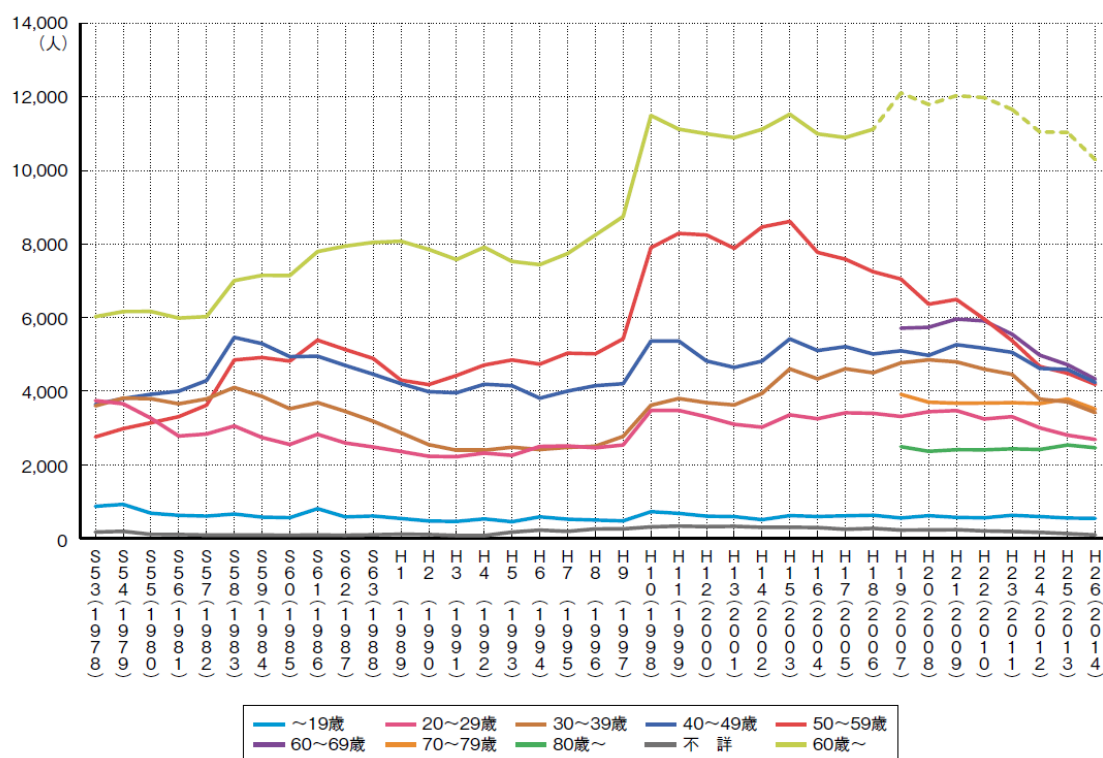


図 4－12 年齢階級別（10 歳階級）の自殺者数の推移

（出典：内閣府（2015a）「平成 27 年版自殺対策白書」）

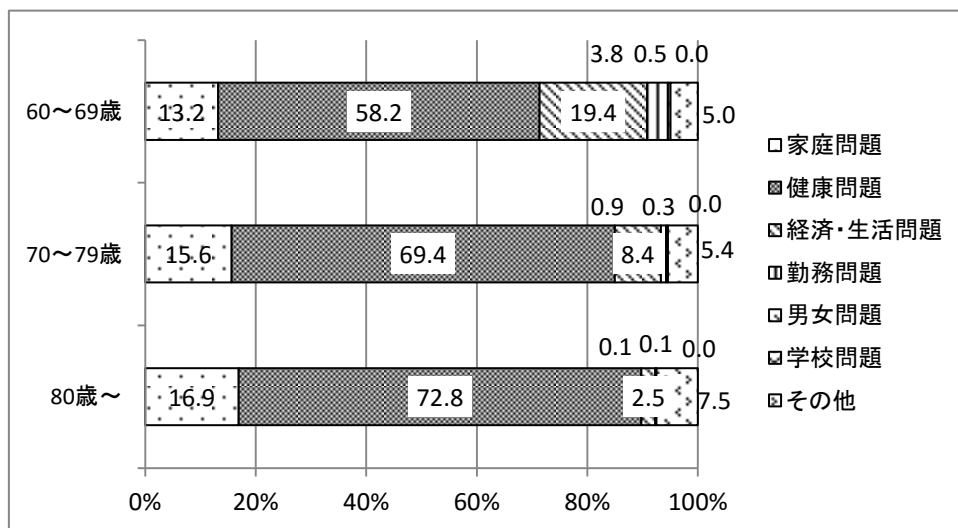


図 4－13 60 歳以上の年齢別，原因・動機別自殺者数

（出典：内閣府（2015a）「平成 27 年版自殺対策白書」をもとに筆者作成）

地域で対策が検討されているものの一つに、孤立死や孤独死（以下、孤立死）がある。現在各地で、孤立死を未然に防ぐ見守りや取組みが行われているが、対策を必要とする孤立死がどのような死を指すのか明らかにしておくことは重要である。高齢者の一人暮らし世帯が増加する中、一人で自宅にいるときに亡くなることは起こりうる。問題視すべきは、生前、社会的孤立の状態であった人が亡くなり、死後発見されるまでに時間がかかる場合である。社会から孤立した状態が、生前から死後に至るまで続くことが問題といえる。

既存研究では、孤立死と孤独死の定義は明確にされていないため³⁾、全国的なデータはない。ただ、一部では独自に定めた定義に沿って孤立死のデータが収集され、公表されている。東京都監察医務院（2015）によれば、東京 23 区内における一人暮らしの者の死亡者数は、平成 15 年には 1,451 件だったものが、10 年後の平成 25 年には 2,869 件とほぼ 2 倍に増加している（図 4－14）。また都市再生機構が管理する賃貸住宅において、単身居住者が死亡から相当期間経過後に発見された件数⁴⁾は、平成 20 年に 154 件だったものが、平成 25 年には 194 件と 1.2 倍に増えている。亡くなった人のうち、全体の 6～7 割を 65 歳以上の人が占めているものの、3～4 割は 65 歳未満である（図 4－15）。

死後、長時間放置された孤立死は、人間の尊厳を損なうものであり、死者の親族や近隣住民、家主等には心理的な衝撃や経済的な負担を与えるものとなる。

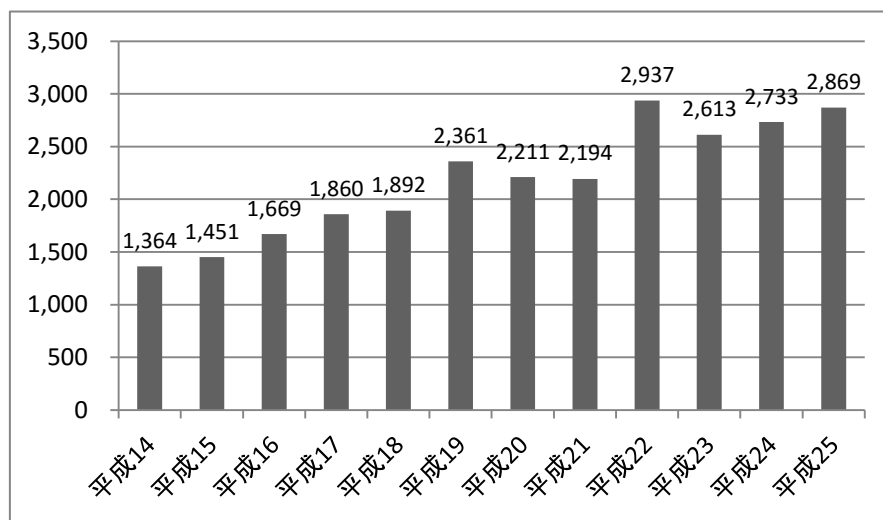


図 4－14 東京 23 区内で自宅で死亡した 65 歳以上の一人暮らしの者
（出典：東京都監察医務院（2015）「平成 26 年版統計表」をもとに筆者作成）

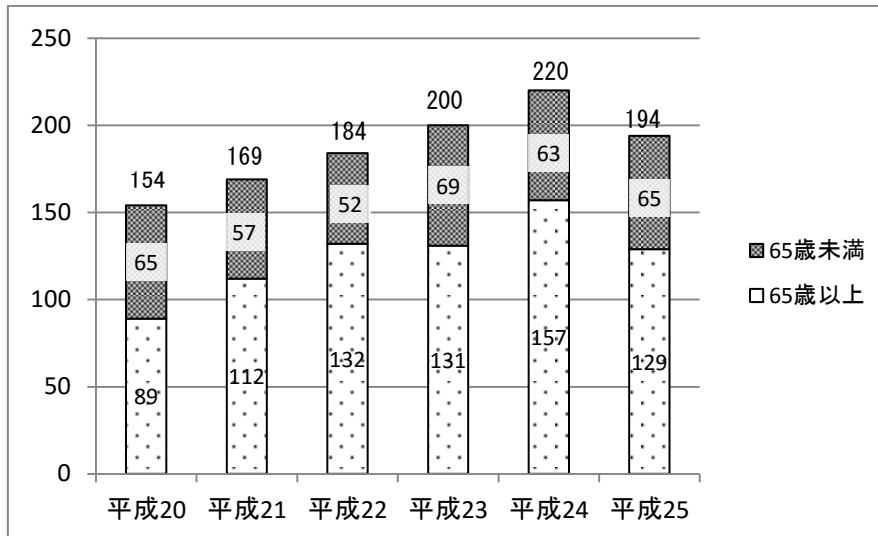


図4-15 単身居住者で死亡から相当期間経過後に発見された件数
(出典：内閣府(2015b)「平成27年版 高齢社会白書」)

3. コミュニティにおける人と人とのつながりの希薄化

地域で人と人とのつながりが希薄になっていることが指摘されている。1969年に国民生活審議会調査部会が発表した「コミュニティー生活の場における人間性の回復」では、地域の希薄化の要因に、「交通通信機関の発達等による生活圏の拡大」、「人口の都市集中」、「生活様式および生活意識の都市化」、「機能集団の増大」、「行政機能の拡大」、「家族制度の変革」、「農村における生産構造の変化」の7つを挙げている。

この発表から45年近くが経過したが、情報通信技術の発展により生活様式はいつそう変化し、共通の関心や興味を持つ個と個はつながりやすくなった。だが、地域のつながりも同様に強くなったとはいえない。内閣府の調査から、地域のつながりについて「あまり感じない」、「感じない」人は、全国で21.6%を占め、大都市になると29.5%にも達することが明らかになっている(図4-16)。

別の内閣府の調査から、近所付き合いの程度をみると、近所の人と「よく付き合っている」は17.9%、「ある程度付き合っている」は50.3%で、よく付き合っている人よりも、ある程度付き合っている人の方が3倍ほど多い。また、「全く付き合っていない」人も6.1%いる(図4-17)。

また、近所づきあいに対する認識は、「親しく付き合いたいと感じる」、「あいさつをする程度の付き合いをしたいと感じる」を合わせた割合は全体の9割を超える。その内訳をみると「あいさつをする程度の付き合いをしたいと感じる」(59.7%)のほうが多い。親しく深い付き合いをするよりも、あいさつができる程度の付き合いで構わないと感じる人が多いことがわかる(図4-18)。実際の付き合いも同様の傾向にあり、「あいさつをする程度」が61.8%と、「親しく付き合っている」(31.9%)より多い(図4-19)。

次に、地域の人々との付き合いが疎遠な理由を都市の規模別にみる。都市の大きさにかかわらず、最も多いのが「昼間地域にいないことによるかかかわりの希薄化」であった。二番目に多い理由は都市別に異なり、15大都市では、「住民の頻繁な入れ替わりによる地

域への愛着・帰属意識の低下」，それ以外の市や町村では，「コミュニティ活動のきっかけとなる子どもの減少」となっている．また，町村では他の都市に比べて「人口減少によるコミュニティの担い手の減少」が多いことが特徴である．大都市では人の入れ替わりが多いため，地域に対する帰属意識を持ちにくく，市町村では，子どもが少ないことで，付き合いのきっかけがなくなり近所づきあいの機会が減っている（図４－20）．

また，望ましい地域での付き合いの程度に対する意向では，「住民全ての間で困ったときに互いに助け合う」と「気の合う住民の間で困ったときに助け合う」を合わせると 70.5% に達する（図４－21）．

近所での付き合いは互助にあたり，「地域包括ケア研究会報告書」でも，今後，互助や自助を高めることが期待されている．ただし，地域によってその比重は異なり，都市部では強い「互助」への期待が難しく，民間サービスを利用する「自助」の可能性が高く，都市部以外の地域では，民間市場が限定的な反面，「互助」の役割が大きいことが指摘されている．地域によっては，近所付き合いの延長で互いに支え合う関係を作るよりも，地域住民が支え合い組織を立ち上げ，それに関心を持つ人が参加するやり方のほうが，協力を得やすい場合もある．また，既存のグループ活動を生かすことで，互助が進みやすい場合もある．地域での支え合いを展開するには，地域の特性を踏まえた方法の検討が必要である．

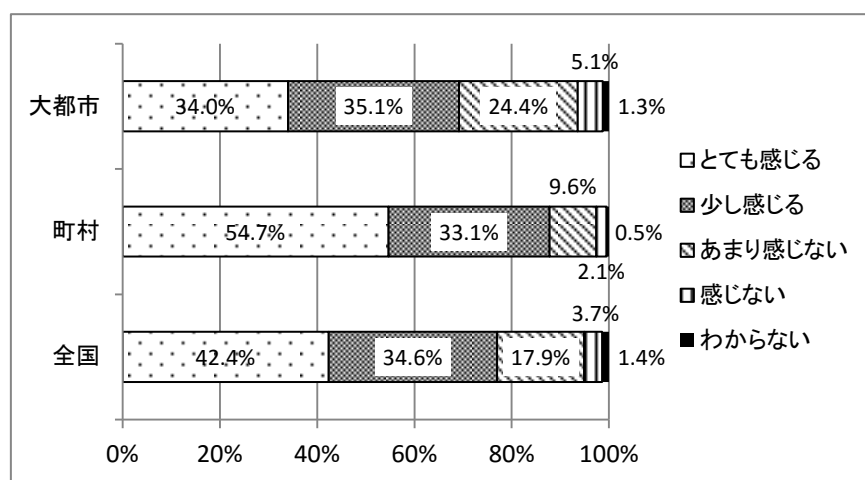


図４－16 地域のつながり（全国）

（出典：内閣府（2009）「平成 21 年度 高齢者のライフスタイルに関する調査」）

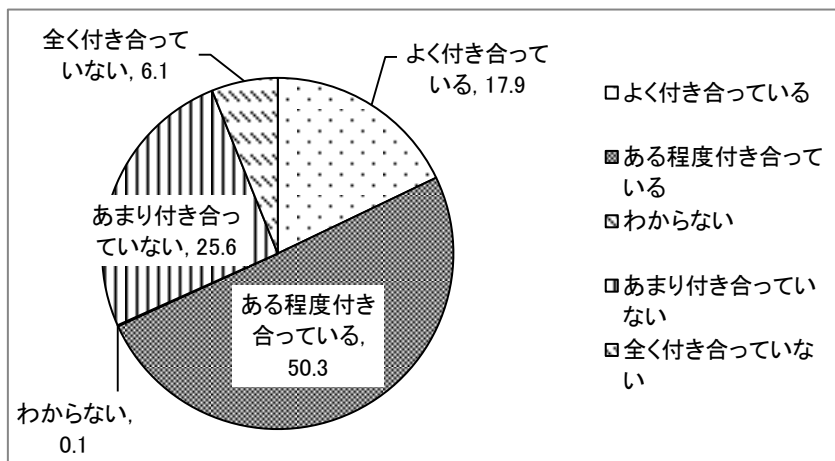


図 4－17 現在の地域での付き合いの程度

(出典：内閣府 (2014a)「平成 26 年度 社会意識に関する世論調査」)

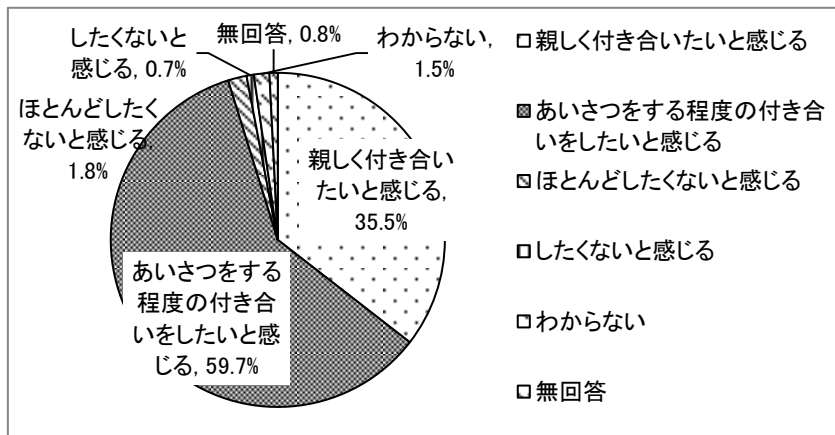


図 4－18 近所づきあいの認識

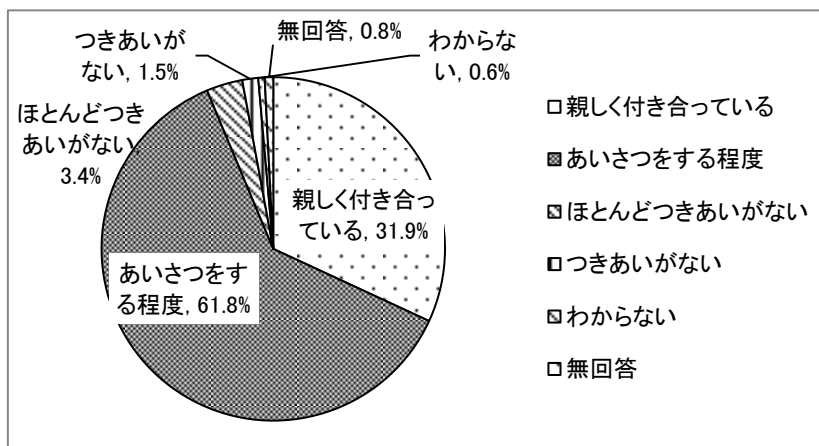


図 4－19 近所付き合いの程度

(図 4－18, 19 出典：内閣府 (2014c)「平成 26 年度 高齢者の日常生活に関する意識調査」)

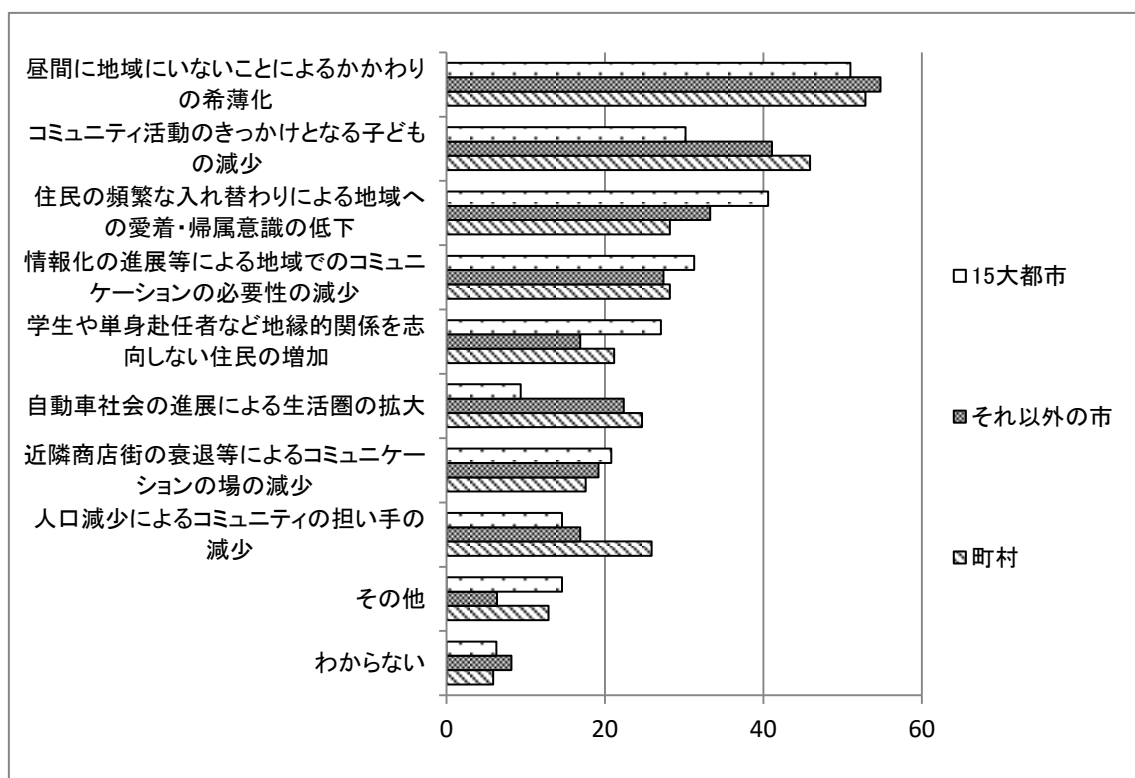


図 4-20 地域の人々との付き合いが疎遠な理由(複数回答)
(出典：国土交通省 (2005b)「平成 17 年度 国土交通白書」)

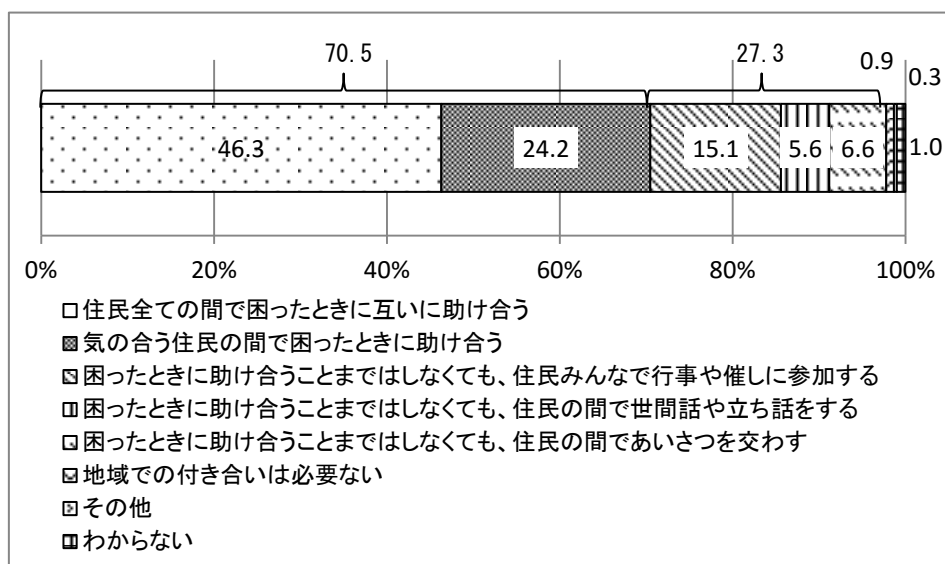


図 4-21 望ましい地域での付き合いの程度
(出典：内閣府 (2014a)「平成 26 年度 社会意識に関する世論調査」)

4. 買い物弱者と移動困難の問題

(1) 買い物弱者

近年、過疎地域だけではなく都市部にも買い物弱者と呼ばれる人が出現している。過疎地域では、商店の撤退により買い物ができる場所がなくなったことで買い物弱者が生まれるが、地方都市では郊外に大型ショッピングセンターができたことで、まちなかの商店が廃業し、交通手段を持たない人が買い物弱者となる。また、人口減少や高齢化が進むニュータウンでは、購買力の低下により商店が閉店し、公共交通機関の利便性の悪化により、交通手段を持たない人が買い物弱者になっている。経済産業省の試算によれば、日本全国の買い物弱者は約 700 万人程度⁵⁾ あり、その数は増加傾向にあるという。

(2) 移動困難

「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査結果」でも、地域の不便な点として最も多く挙げられるのが「日常の買い物に不便」(17.1%)である。それに「医療や病院への通院に不便」、「交通機関が高齢者には使いにくい、または整備されていない」が続き、移動の問題が地域の不便な点として挙げられる(図4-22)。

高齢者の主な外出手段は、「徒歩」(「家の近くの歩行」と「おおよそ 15 分以上の歩行」を合わせたもの)(52.6%)、「自動車、バイク、スクーター」(57.4%)、「バス・電車」(53.7%)がそれぞれ過半数を占めている(図4-23)。自ら運転ができる人は、自動車での移動が可能だが、高齢になり運転をやめると、徒歩や公共交通機関を利用せざるを得ない。だが、公共交通機関へのアクセスが不自由であれば外出手段は限られ、外出の機会も減少する。

高齢者の運転による交通事故が問題になっているが、「運転を続ける理由」をみると、「買い物や通院など、自分や家族の日常生活上、不可欠だから」(65.8%)が最も多い。また「バスや鉄道など他の交通機関が不十分だから」も 35.5%を占めている。この2つの理由は、地域に利用しやすい交通機関が不足しているという点で共通している(図4-24)。

(3) 移動困難な買い物弱者が買い物をする方法

自ら交通手段を持たず買い物ができない場合でも、買い物をするにはいくつか方法がある。一つは、別居する子どもに買い物を依頼する方法である。離れたところに住む子どもが買い物をして、親元に運ぶことで、必要なものを手に入れると同時に、子どもにとっては親の安否確認にもなる。二つ目は、移動販売車の利用である。中山間地域では店までの距離が遠く、高齢者が出かけられないため、移動式店舗として車に商品を積んで回るところもある。買い物弱者にとっては、毎日ではないものの自宅近くまで来てくれることや、自ら商品を選んで購入できる点が魅力である。三つ目は、店や地域のボランティア団体が高齢者を移送する方法である。交通手段を持たない人のところに出向き、店と自宅の間を移送することで、交通手段を持たない高齢者が店で買い物することができる。四つ目は、インターネット等を利用した宅配サービスである。直接品物を見ながら買うことはできないが、あらかじめ注文しておけば自宅にしながら受け取ることができるため、外出できない人でも買い物ができる。高齢者にかかわらず、みそやしょうゆ、トイレットペーパーといった重量や嵩のあるものを買うときは、自分で持ち運びしなくてもよいため便利である。

700 万人にものぼる買い物弱者の生活を支えるためには、こうしたサービスが有効だが、

サービスの整備状況やその内容は、地域によって異なる。

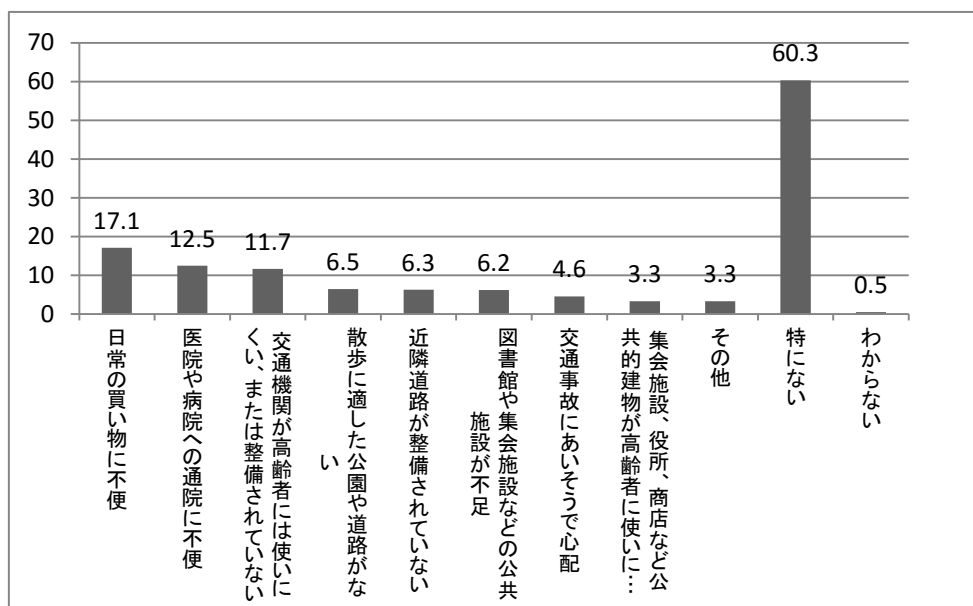


図 4-22 地域の不便な点

(出典：内閣府 (2010)「平成 22 年度 高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」)

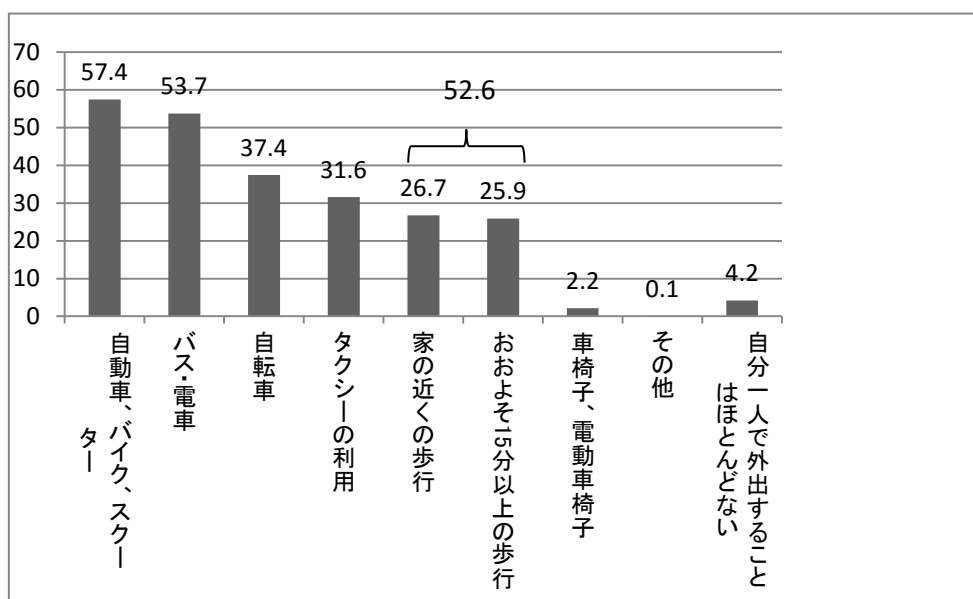


図 4-23 主な外出手段

(出典：内閣府 (2014c)「平成 26 年度 高齢者の日常生活に関する意識調査」)

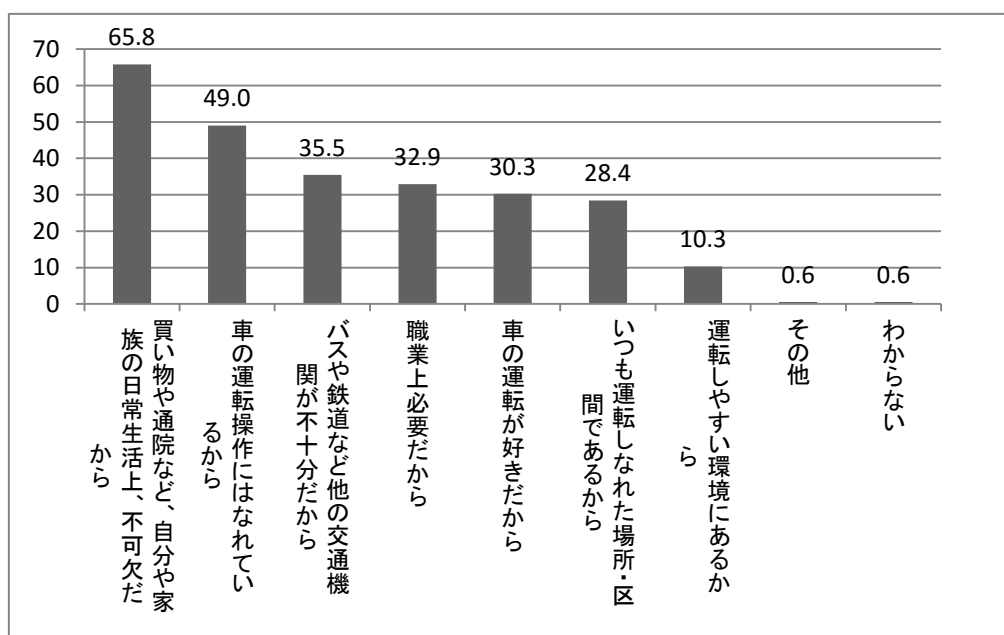


図 4－24 運転を続ける理由

（図 4－22, 24 出典：内閣府（2010）「平成 22 年度 高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」）

第2節 高齢化する地域の中で孤立する高齢者に対する居住支援の方策

この節では、住民主体による支え合いが行われている地域の中から、都市部、地方都市、過疎地域で行われている住民主体の支え合いに着目する。それぞれの地域で行われる主に高齢者を対象とする居住支援から、「住民が取組む地域における高齢者の見守りや支え合い」、「住民の取組みを支援する地域の機関との連携・協働」、「住民が取組む高齢者支援事業」を検討するために、事例調査を行った。

対象は、支え合い活動を行う大規模集合住宅団地の自治会、大規模集合住宅団地で活動する NPO 法人、集合住宅団地の高齢者見守り支援協議会、中学校区を範囲とする市民組織、村を活動範囲とする NPO 法人 2 か所の計 8 団体である。代表者やスタッフへのインタビュー調査や活動が記載された文献資料などから活動の詳細を把握した。

1. 住民が取組む地域における高齢者の見守りや支え合い

大規模集合住宅団地（2 か所）、集合住宅団地、中学校区を範囲とする地域、集落の計 5 地域における見守り支え合い活動を調査・分析した。

（1）A 団地自治会における支え合いの取組み

A 団地は、1963（昭和 38）年に入居が始まった 29 棟、1600 世帯からなる東京都 B 市にある都営住宅団地である。1996（平成 8）年から建て替えが始まり、居住者の若返りが進んでいるが、高齢化率は 30%ほどである。A 団地では、自治会加入率が 100%で、支え合い活動は 24 時間体制を敷く団地自治会が中心となって行っている。

①向こう三軒両隣の見守り活動

A 団地では「向こう三軒両隣の精神」をスローガンに、自治会が住民に両隣の住民を見守るよう呼びかけている。具体的には玄関の出入りの際や、集合ポストで自宅の郵便物をとる時に隣家の様子やポストを確認するといった見守りである。この取組みにより、2004 年から調査時（2012 年 10 月）まで、孤立死（死亡後 24 時間以降の発見）は発生していない。

②直接集金による安否確認

自治体加入率が 100%の A 団地では、月に一度、各棟の班長が自治会費を住民から直接集金している。直接集金することで、気になる人と必ず顔を合わせることができ、安否確認となり、様子を把握することができる。

③自治会活動サポーター制度

A 団地では、高齢者や障害者であっても（原則として）自治会の役を免除することはない。一人の高齢者や障害者に二人のサポーター（団地内の近隣住民）をつけて、自治会活動を遂行できるようサポートしている。これは地域の一員として感じてもらうための取組みでもある。

災害時には、このサポーターが高齢者や障害者の避難を支援することが決められている。このため、防災訓練でもサポーターと一緒に避難をしている。常日頃から、誰が誰をどのようにサポートするのか各棟で決まっていて、自治会名簿にもサポーターの名前が記載さ

れている。

④24 時間体制の相談窓口

団地住民が気になる人や異変を見つけたときに、日中連絡する場所は、自治会事務所である。事務所には自治会の事務を行う専従の職員が置かれ、住民から寄せられる連絡にも対応している。夜間は、自治会長が携帯電話で連絡・相談を受けている。このため、A 団地では相談窓口が 24 時間体制といえる。

自治会では全住民の名簿登録を行い、緊急時の連絡先を把握している。このため、住民に異変があったときには、本人が定めた緊急連絡先に自治会から連絡することができる。

⑤C サポートセンター

A 団地では、元保育士や元看護師等の住民 24 人がメンバーになり、24 時間体制・無償で、子どもの一時保育や子育て支援、高齢者の見守り、若い母親の相談、講座・研修会の開催等を行っている。活動資金は夏祭りの出店の収益等を充て、利用料は無料である。あえて無料にすることで、このサービスを利用する人に感謝の気持ちを持ってもらい、何らかの機会には担い手になってもらうことをねらいとしている。

⑥サロン活動

住民の高齢者がサロン活動を始める時に、人数や開催回数など一定の基準を満たせば、自治会から補助を行っている。補助を行うことで、住民同士の交流が進むよう支援している。

⑦民間事業者による見守り

見守りは団地住民だけでなく、団地の近隣の商店街や団地住民の元に訪れる民間事業者も行っている。団地近くにある商店街の店主は、買い物客に普段と違う様子を感じると自治会事務所に連絡をしている。電気やガス、水道の事業所にも検針時に、前月と比較して大きな変化が見られれば、連絡してもらうよう依頼している。また、調査をしたところ住民の 8 割が朝夕刊をとっていることがわかったため、新聞配達時に新聞が残ったままになっていれば、自治会に連絡をしてもらうよう新聞配達店とも約束をしている。

(2) D 団地高齢者見守り支援協議会における支え合いの取組み

D 団地は、1970（昭和 45）年に入居が始まった、東京都 E 区にある 2 棟、290 戸からなる都市再生機構の分譲住宅である。団地内で孤立死が発生し、E 区で高齢者地域見守り支援事業が始まったことをきっかけに、2008（平成 20）年に住民有志が「D 団地管理組合高齢者見守り支援協議会」（以下、協議会）を立ち上げた。

①みまもりニュース

協議会は団地住民向けに、月に一度みまもりニュースを発行している。みまもりニュースには今後の予定やサロンの紹介などを載せている。みまもりニュースは発行するだけでなく、見守りを希望する人や協議会で見守りが必要だと思う人に、メンバーが 2 人 1 組に

なって可能な限り直接手渡ししている。一軒、一軒手渡しすることで、安否確認にもつながっている。

②ふれあいサロン、特別企画（食事会）、懇談会

D 団地では、月に一度、団地1階の集会所でふれあいサロンを開いている。運営は管理組合理事会、団地を考える会、自治会、災害協力会、親睦会の5つの団体と有識者グループが持ち回りで行っている。ふれあいサロンは参加費無料で、お茶が用意され、毎回20～30人ほど集まる。特別企画の食事会（有料）には、普段はサロンに参加しない人も集まってくる。また年に2回、ふれあいサロンの企画として、地域包括支援センターの職員や警察、消防等から講師を招いて、防犯や介護、詐欺の予防等に関する懇談会を開いている。

③居住者登録カード

協議会は、2008（平成20）年に「65歳以上の夫婦世帯」、「50歳以上の単身世帯」、「障害のある人の同居世帯」、「その他希望者」を対象とする「安心登録カード」を居住者に配布し、任意で提出を求めた。カード提出者を見守り対象と考え、みまもりニュースを配布するようにした。2年後にはカードの情報更新のため「安心登録カード」を再配布した。

2012（平成24）年には、東日本大震災を受けて要援護者の情報を入手したいという災害協力隊と、居住者のデータを新しいものにしたいという管理組合の要望から、3団体で「居住者登録カード」を作成し、全世帯に提出を求めた。

そして「居住者登録カード」と以前に作成した「安心登録カード」を併用し、緊急時に即座に居住者の情報を確認するための「居住者名簿集約表」を作成した。「居住者名簿集約表」は、プライバシーを保護のために情報を記号化している。協議会の役員が異常を発見したり、近隣住民から連絡があった時に、この集約表を見て、その家の人がどのような人かを確認している。そして、関係者に連絡が必要な場合には、「居住者登録カード」や「安心登録カード」に書かれている連絡先情報を使って対応している。

（3）F会による団地住民の支え合いの取組み

F会は、川崎市G区H地区で活動するボランティアグループである。H地区は、40年前に電鉄会社が開発した住宅街で、現在は高齢化率60%に達する2つの公営住宅団地と、3つの小学校、1つの中学校を含む、人口約28,000人、11,000世帯の地域である（2012年時点）。

F会は、1995（平成7）年に小学校のPTA仲間5人で立ち上げた、H地区で在宅介護支援を中心に行っている団体である。メンバーは60人、賛助会員も60人ほどいる。

①支え合いマップの作成とそこから生まれる支え合い活動

F会では、住民を色つきシール（例：赤・独居、青・ボランティア、緑・料理好き、黄・自宅開放）で表したマップを作成し、支え合い活動に活用している。マップの作成には住民のことをよく知る人と、F会会員や地区担当の専門職が参加する。マップ作成をすることで、それぞれが持っている情報を共有でき、あまり人付き合いがないと思われた住民でもつながりのある人がいることを確認できる。

また、マップに情報を記すことで、情報分析がしやすくなる。例えば、集合住宅団地の4階に住む外出困難な90代の女性は、一見すると支援が必要な人である。だが、料理が得意という点に目を向ければ、人に料理をふるまうことができる人といえる。外出が難しいため、買い物を団地に住む男性に頼むものの、買ってきてもらった食材で料理を作り、買い物をしてくれた男性にふるまっている。情報の分析をすることで、一見見守られる側だと思われる人も、支える側になることができると気づけるので、できることをしてもらえよう働きかけを行っている。

②Jクラブ

Jクラブは、気になる人を仲間に入れて有志が自宅を開放して行うサークル活動である。2012（平成24）年時点で、地区内の32か所で行われている。要介護者を抱える人や、外出が困難な単身高齢者の家も活動場所にできるため、外出しづらい人でも、近所の人と交流することが可能である。過去に介護を経験した人が、今介護をしている人の自宅で開かれるJクラブに行っておしゃべりをすることもあるという。参加する人の利用料は1回100円で、5人以上が参加していること、気になる人が含まれること、の二つの要件を満たせば、F会からJクラブに1回3,000円の補助が行われる。

③屋外ベンチ

H地区にはいくつか住民が作ったベンチが置かれている。そのうちの一つは集合住宅団地の住棟出入り口付近の屋外にある。このベンチがあることで、閉じこもりがちで、近所付き合いの少ない男性の外出する機会が生まれている。夕方ベンチに集まってビールを飲む男性を見つけた団地に住む女性が、手料理を持っていくこともあるという。

他にもH地区内の坂道の途中にある家の前にベンチが置かれている。H地区は丘陵地にあるため坂道が多く、坂の途中で休めるよう、協力者の自宅にベンチ（名称、ちょこっとベンチ）を置かせてもらっている。ちょこっとベンチは、地区社協のボランティア育成部会と地域住民が協働して始めたもので、2012（平成24）年時点で4か所に置かれている。ベンチは、坂を通る人の休憩場所になるだけでなく、協力者とベンチに座る人の交流の場にもなっている。

④ミニデイサービス

F会では、ミニデイサービスを月に2回開催している。毎回スタッフと利用者合わせて70名程が参加している。利用者は、要介護高齢者や自立高齢者、障害者や子育て中の母子など、幅広い。また、近隣のケアハウスやグループホームからの逆デイサービスの場としても利用されている。

ミニデイサービスは10時から始まり、午前中のプログラムは自由なため、利用者は好きなことをすることができる。昼食は、ボランティアが手作りし、午後は、レクリエーションが行われる。

デイサービスのスタッフは、利用者を見送った後、反省会を行う。その際には、利用者の気になった点や、はじめて参加したボランティアの様子、見送りの段取りなどが話し合われる。

（４）NPO 法人 K における支え合いの取組み

NPO 法人 K は、横浜市 L 区の M 団地で活動をしていた住民が、活動の拠点を借りるために 2009（平成 21）年立ちあげた団体である。M 団地は、1964 年から入居が始まった都市再生機構の分譲住宅で、33 棟 1,160 戸からなる。団地全体が丘陵地にあり、駅からの公共交通機関はバスである。

①あおぞら市

団地内にあったスーパーが売り上げ不振から撤退し、その後、跡地に出店したコンビニエンスストアも 10 年営業したのちに閉店した。住民から買い物が不便という声があがり、住民有志（のちの NPO 法人メンバー）が毎週火曜日に食料品や日用品を買い出しに行き、空き店舗の軒下で販売するあおぞら市をはじめた。その後、あおぞら市を開催する隣の広場に、買い物にきた人たちが交流できる場所も作った。

②交流サロン（食堂、日用品販売、介護予防講座、ビアガーデン）

あおぞら市を始めた後、活動の拠点場所として、都市再生機構に空き店舗を貸してもらいたいと相談したところ、NPO 法人であれば貸せるとのことで、住民有志が NPO 法人 K を立ち上げた。翌年、国土交通省から助成を得て空き店舗を改装し、活動拠点「N」を開所した。

活動拠点ができたことで、それまでのあおぞら市に加えて、食事を提供する食堂（1 日に 60～70 人利用、週 5 日営業）、米や洗剤、トイレトペーパー等日用品の販売・配達、月に 1 度のビアガーデン（6 月～9 月）、週に一度の健康麻雀、ヨガ体操等を行うことができた。団地住民 2,000 人のうち、正会員・賛助会員は 200 人ほどである。

③見守り支援員と安心センサー

民生委員を含め、12 人の団地住民が「見守り支援員」となり、気になる人を見かけたら挨拶や声掛けをし、様子の変化に気づいたら活動拠点 N にいるスタッフに連絡している。また、夜になっても灯りがつかない、洗濯物が干したままになっている、新聞や郵便がたまっている等、住戸外から見て異変がないかも確認している。

M 団地では、見守り支援員の活動を補完するものとして、一人暮らし高齢者宅に「安心センサー」を設置している。センサーで感知した人の動きのデータが、活動拠点 N 内のパソコンに送られ、スタッフが確認している。人の動きがみられないとスタッフが電話をしたり、直接訪問するなどして安否確認を行っている。

（５）NPO 法人 O による支え合いの取組み

NPO 法人 O が活動する P 地区は、長野県 Q 市にある人口 116 人、36 世帯からなる集落である（2014 年時点）。高齢化率は 37%に達し、市の中心部から車で 30 分ほどかかる山麓にある。JA の生活部会・P 班のメンバーだった主婦たちが 1999（平成 11）年に活動を始め、2006（平成 18）年に介護保険事業をはじめるとあたり NPO 法人格を取得した。活動拠点は古民家を改修した「宅幼老所 R」である。O では、住み慣れた地域で暮らし続けられるためにと、S 事業、市の委託事業（介護予防・高齢者支援援助）、介護保険事業（通

所介護)の3つを展開している。

①「R」における介護予防事業と生活支援・生活援助事業

拠点のRでは、市の委託で行う介護予防事業を月に2回開催している。介護予防事業であるが、介護予防が必要な人から、介護保険適用となった人まで、利用が可能である。音楽療法士が来て音楽療法を行うなど、参加者の健康維持・改善に取り組んでいる。また、生活支援・生活援助事業として、虚弱高齢者に対するホームヘルプサービスや配食事業を行っている。

介護保険事業としては、小規模の通所介護事業を行っている。利用者の様子からショートステイのニーズもあると思われるが、現状では行っていない。

地域でこうした活動を行ったことで、介護や生活支援といったこれまで隠れていた問題が顕在化するようになった。また、元看護師や元介護職員といった女性の力を発揮する場になっている。

②介護保険の対象とならない人向けの場の提供 (S事業)

NPO 法人 O では、介護保険事業、介護予防事業の他に、S事業も行っている。S事業とは、介護予防や介護保険サービスを利用できない人を対象にした居場所の提供である。利用料は300円で、500円払えば入浴も可能である。ここで介護や生活相談に応じるほかに、休耕田を使った景観対策や、余剰野菜を使った福神漬け作りなど農産物加工も行っている。

(6) まとめ

5つの活動主体による取組みを整理すると、「活動主体が行う支援」と「地域住民が行う支え合い」、「地域・民間事業者が行う見守り」にわけることができる(表4-2)。

「活動主体が行う支援」は、活動主体が直接高齢者に働きかける取組み(相談窓口、Cサポートセンター、居住者登録カード、見守りニュースの発行・配布、支え合いマップ作り、見守り支援員・安心センサー、ミニデイサービス、介護予防事業、S事業)と、地域住民に働きかけ、そこから支え合いにつなげる取組み(直接集金による安否確認、自治会活動サポーター制度、サロン活動、Jクラブ)にわけることができる。

「地域住民が行う支え合い」は、活動主体の働きかけによって、活動主体のメンバーではない地域住民が、支え合いに参加する取組みである(直接集金による安否確認、自治会活動サポーター制度、サロン活動、Jクラブ)。

「地域住民・民間事業者が行う見守り」は、住民が外出時に隣戸の様子を確認したり、民間事業者が検針時や新聞配達時に見守るといったものである。

また「活動主体が行う支援」は、高齢者に対する直接的支援以外にも、「地域住民が行う支え合い」、「地域住民・民間事業者が行う見守り」を間接的に支援している。

多くの場合、見守りが必要な高齢者には行政や医療・福祉サービス事業者が支援を行っていることから、こうした活動を進めるためには、「行政や医療・福祉サービス事業者による支援、協力」も不可欠である(図4-25)。

表 4－2 支え合い活動の類型別にみた各活動の主体の取組み

活動範囲	大規模集合住宅団地		集合住宅団地	中学校区を範囲	集落
活動主体	A 団地自治会	NPO 法人 K	D 団地高齢者見守り支援協議会	F 会	NPO 法人 O
活動主体が行う支援	・ 24 時間体制の相談窓口 ・ C サポートセンター 向こう三軒両隣の見守り活動	・ 見守り支援員 ・ 安心センサー	・ 居住者登録カード ・ 見守りニュースの発行・配布	・ 支え合いマップづくり ・ ミニデイサービス	・ 介護予防事業 ・ 介護保険非対象者向けの S 事業
地域住民が行う支え合い	・ 直接集金による安否確認 ・ 自治会活動サポーター制度 ・ サロン活動		・ ふれあいサロン、特別企画、懇談会	・ J クラブ	
地域・民間事業者が行う見守り	・ 向こう三軒両隣による見守り ・ 民間事業者による見守り			・ 屋外ベンチ	

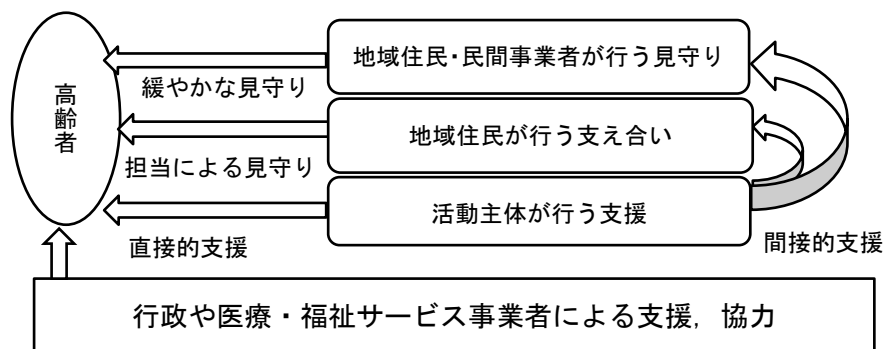


図 4－25 地域における高齢者支援の取組み（筆者作成）

2. 住民の取組みを支援する地域の機関との連携・協働

大規模集合住宅団地（2 か所）、中学校区を範囲とする地域、集落の計 4 地域において住民の支え合いに取り組む活動主体が、地域の機関や施設・団体とどのように連携・協働をしているかを調査・分析した。

（1）A 団地自治会：行政機関、地域包括支援センター等の専門職や民間事業者との連携・協働

自治会の中心メンバーは、団地内で児童虐待が見つければ学校や児童相談所と相談し、認知症の住民に支援の必要性が生じれば、市の高齢福祉課や地域包括支援センター民生委員との会議を開いてケース検討を行うなど、さまざまな専門機関と協働しながら住民を支援している。そして 1 年に 3 回、自治会と民生委員、地域包括支援センター、高齢福祉課

で会議を開き協議している。

また A 団地自治会では、前述したように、住民と日常的にかかわる商店街や電気・ガス・水道事業所、新聞店に見守ってもらふなど、複数の関係者の協力を得て見守りを行っている（図 4－26）。

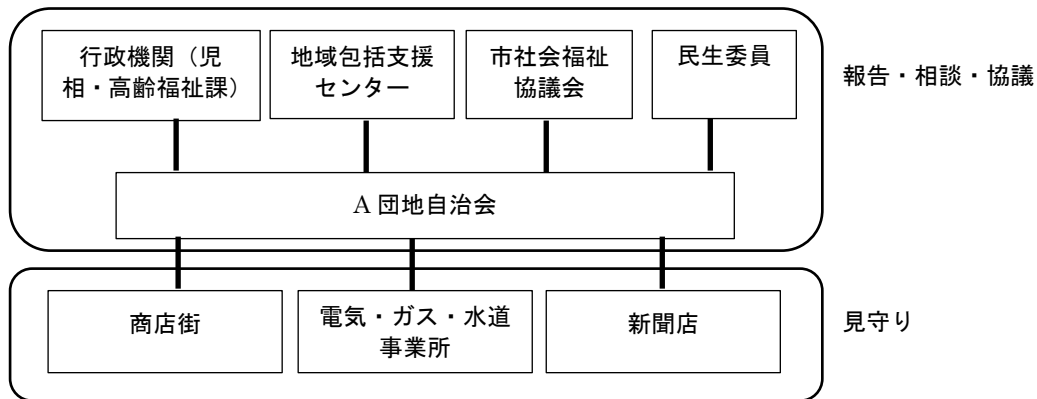


図 4－26 A 団地における住民支援のネットワーク（筆者作成）

（2）NPO 法人 K：地域ケアプラザ，ケアマネジャー等との連携・協働，都市再生機構による支援

横浜市では各区の高齢者支援課にケースワーカーを配置し，各地区に設置する地域ケアプラザと協力する体制をとっている。地域ケアプラザは，横浜市が独自に設置する施設で，おおむね中学校区に 1 か所あり，デイサービスセンターや地域包括支援センター，居宅介護支援事業所が置かれ，地域活動・交流の場になっている。M 団地を管轄する地域ケアプラザは，あおぞら市場の開催や NPO 法人立ち上げの時からかかわっている。

NPO 法人 K では，活動の中で気になる住民がいれば，この地区を担当する地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等に報告している。反対に，団地住民を複数担当するケアマネジャーは，団地に来た時に活動拠点に立ち寄り，スタッフと情報交換を行っている。

また，前述したように M 団地では見守り支援員による見守りと，安心センサーによる見守りが行われている。安心センサーとは，都市再生機構が，安心センサーを設置するモデル事業（国土交通省「高齢者居住安定化モデル事業」）を利用して M 団地に導入したものである（図 4－27）。

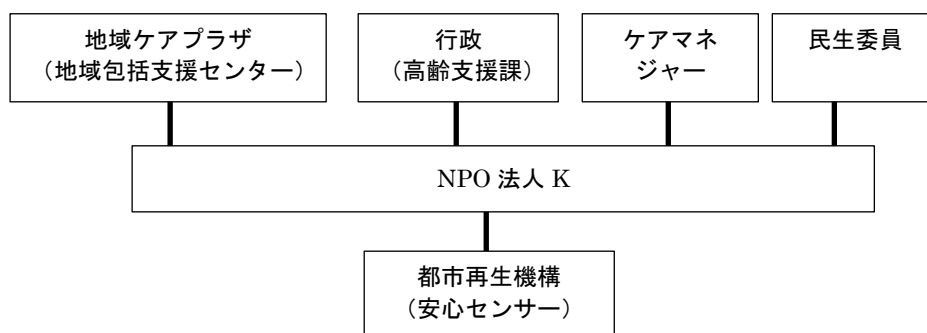


図 4-27 NPO 法人 K における高齢者支援のネットワーク（筆者作成）

（３）F 会：地域ネットワーク会議「I」

H 地区では、月に 1 度、医療福祉の専門職や行政、ボランティア団体など、様々な人が集まり会議を開いている。この地域ネットワーク会議の名称が「I」である。I は、2001（平成 13）年に F 会の呼び掛けにより、H 地区でボランティア活動をしていた 7 団体で結成された。

現在は、民生委員、地区社会福祉協議会、町内会・自治会、老人会、介護保険事業所、行政、地域包括支援センター等、26 団体がメンバーとなっている。活動は、月に 1 度の個別ケースの検討である。この場があることで、地域全体の状況を、メンバーがともに把握することができる（図 4-28）。

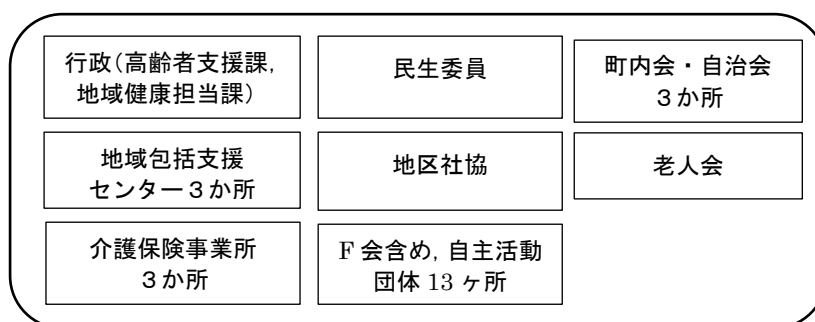


図 4-28 I の構成図（資料を基に筆者作成）

（４）NPO 法人 T の連携

NPO 法人 T は、長野県の南部に位置する U 村に 2006（平成 18）年に設立された団体で、後述するように、生活支援有償サービス「V」や「宅幼老所 W」、過疎地有償運送「X」などの事業を行っている。

NPO 法人 T は、地域の機関と連携しながら活動を展開している。T では活動内容を紹介する「Y 便り」を発行しているが、この印刷・配布は U 村役場の協力を得ている。具体的には、Y 便りを村の広報誌に折込み、全戸に配布するというものである。また、過疎地

有償運送 X を利用する高齢者や障害者のために、村では補助金制度を設けている。

「宅幼老所 W」は、介護保険事業の通所介護を行っているが、W には、一般家庭と同じ浴槽しかないため、介護浴槽が必要な人は入浴することができない。このため、村内のデイサービスとも連携し、介護浴槽が必要な人はデイサービスの浴槽を借りて入浴している。

また、唯一の診療所の医師や社会福祉協議会、社会福祉法人などと連携し、ケア会議で意見交換を行うなど折に触れて連携をはかっている（図 4－29）。

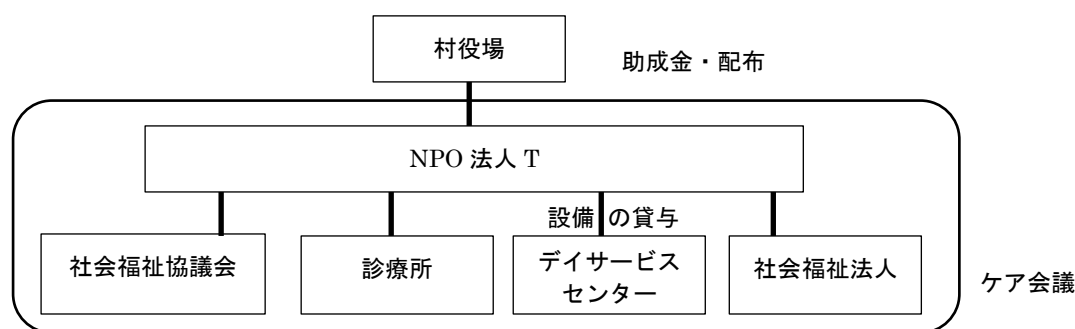


図 4－29 NPO 法人 T の連携（筆者作成）

（5）まとめ

大規模集合住宅団地（2 か所）、中学校区を範囲とする地域、集落の計 4 地域で住民の支え合いに取組む活動主体が、地域の機関や施設・団体とどのように連携・協働しているかを調査した結果、行政や医療機関、福祉サービス事業者等との連携・協働の内容が「気になる高齢者の情報提供」、「専門職からの情報収集」、「事例検討による情報の共有」、「活動への協力」という方法に整理できる（表 4－3）。

これらは、「住民を援助するための活動主体と専門職等による連携・協働」と「活動主体を支えるための協力・支援」の 2 つにまとめることができる。

一つ目の「住民を援助するための活動主体と専門職等による連携・協働」とは、活動主体がその特性を生かし、専門職と情報交換や共有といった連携・協働しながら、見守りを必要とする人を援助することを指す。住民が主体となった見守りや支え合いの強みは、同じ地域に住む住民（活動主体）が見守りや支え合いの担い手となるため、日常的に見守りを必要とする住民と接点があり、様子が把握できることである。一方、専門職は、見守りが必要な人と日常的にかかわることは難しいものの、医療や福祉等の専門的知識・技術があることから、一定の水準で安定してサービスを提供できる。両者は見守りを必要とする住民へのかかわり方やその頻度が異なり、役割も異なるため、互いが互いに期待する部分は明確である⁶⁾。また、活動主体の側に元看護師や元介護福祉士というように専門的な知識を持つ住民も含まれることも少なくない。このような場合には、専門職は何ができる人たちで、どのような知識を身につけているかも知っているため、専門職との連携・協働が進みやすくなる。

二つ目の「活動主体を支えるための協力・支援」とは、活動主体の活動を支える行政等による支援・協力を指す。M 団地では、都市再生機構の補助金によって安心センサーが設

置できたことで、見守り支援員による見守りとセンサーによる見守りという二重の見守りができるようになった。また、NPO 法人 T では、村役場が「Y 便り」の折り込み・配布を行ったり、移送サービスを利用する場合の補助を行っている。このように住民主体の活動をバックアップする支援があることで活動が進みやすくなり、活動の幅も広がっている。

活動主体が地域の機関と連携・協働する方法は、見守りや支え合いに直接かかわる情報提供・収集・共有することに加え、行政等から活動主体の取組みを支えるための協力・支援を受ける方法がある（図 4－30）。今後、活動主体が地域の機関との連携・協働を進めるためには、互いの役割を互いが認識し、それぞれが持つ強みを両者が理解することが重要である。個人情報情報の漏えい防止の観点から連携が進まないことが指摘されているが、互いの役割を認識するとともに、活動主体の取組みを支える資源があればそれを活用できるよう、行政機関等が協力・支援していくことが重要である。

表 4－3 活動主体と地域の機関との連携・協働

活動範囲	大規模集合住宅団地		中学校区の範囲	集落
活動主体	A 団地自治会	NPO 法人 K	F 会	NPO 法人 T
「気になる高齢者の情報提供」 「専門職からの情報収集」	・行政（高齢福祉課） ・地域包括支援センター ・民生委員 ・商店街 ・電気・ガス・水道事業所 ・新聞店	・地域包括支援センター ・行政（高齢支援課） ・ケアマネジャー ・民生委員 ・守り支援員	・行政（高齢支援課、地域健康担当課） ・地域包括支援センター 3 か所 ・介護保険事業所 3 か所 ・民生委員 ・地区社協 ・自主活動団体 13 か所 ・町内会・自治会 3 か所 ・老人会	・社会福祉協議会 ・診療所 ・デイサービスセンター ・社会福祉法人
「事例検討による情報の共有」	会議（年に 3 回）		地域ネットワーク会議 I（月に 1 度）	ケア会議
「活動への協力」		・都市再生機構（安心センサー）		・村役場

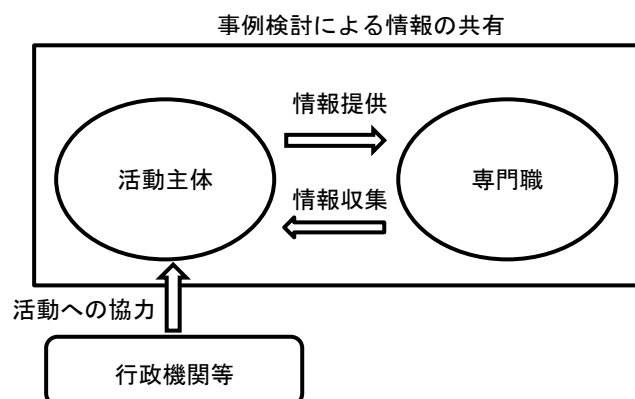


図 4－30 活動主体と地域の機関との連携・協働（筆者作成）

3. 住民が取組む高齢者支援事業

小学校区を活動範囲とする NPO 法人と市民運動組織、村を活動範囲とする NPO 法人の3団体に着目し、複数の事業のうち、主に高齢者を対象とした事業を調査・分析した。

(1) Z の家による高齢者支援事業

Z の家は、川崎市 a 区 b 小学校区を範囲とする NPO 法人である。b 小学校区は、2012（平成 24）年時点で人口 1 万人、約 5,000 世帯からなる丘陵地にある地域である。

1989（平成元）年に、20 人ほどではじめた勉強会をきっかけに、メンバーは団地集会所の和室を借りて、週に 1 度「ミニデイサービス」を始めた。1990 年 6 月には、古い家を借りて「Z の家」を始め、その後 NPO 法人格を取得した。

2012（平成 24）年時点で、Z の家では、介護保険制度の事業と制度外の事業を合わせた計 9 つの事業に取り組んでいる（図 4—31）。

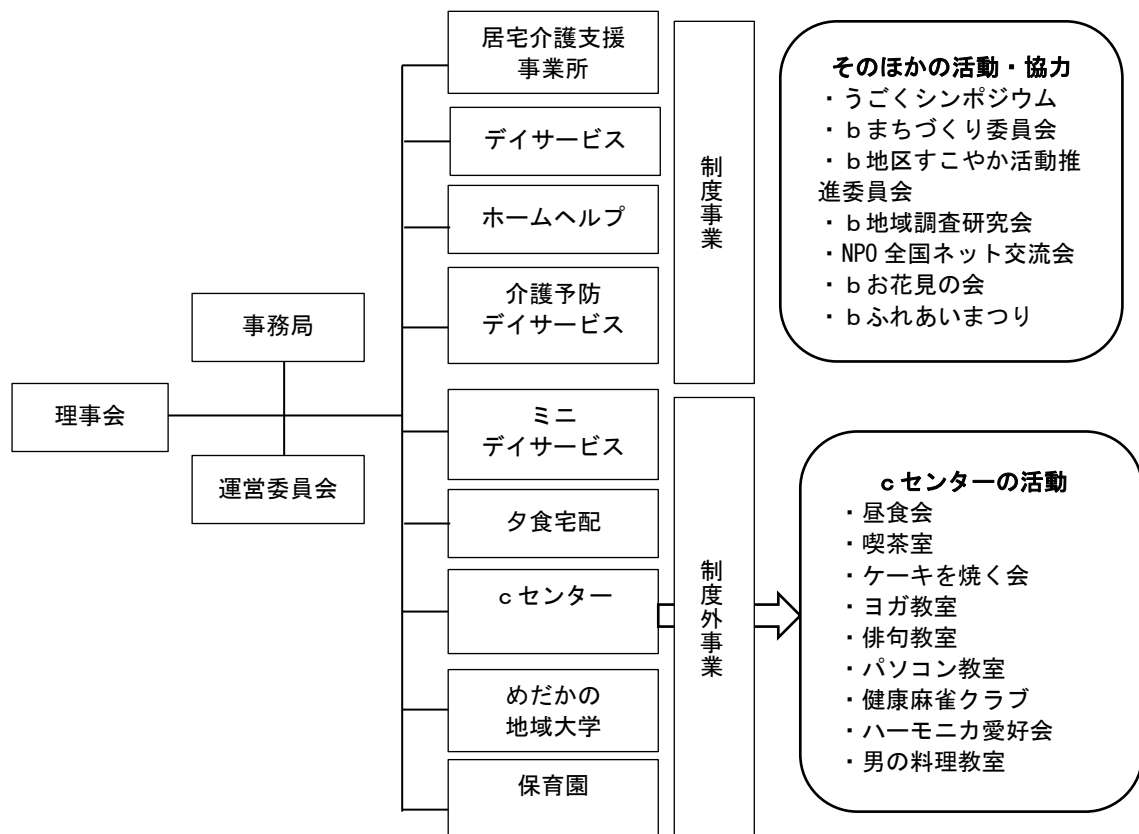


図 4—31 Z の家の事業組織図（出典：児玉善郎編（2013）『集合住宅団地の支え合いのすすめ—地域を育む 13 の実践—』 p 70）

①介護保険 3 事業と制度外の独自事業

Z の家は、住民が孤立しないで気軽に集まれる場をつくることをねらいとしたミニデイサービスからはじまり、現在はデイサービスに加え、居宅介護支援事業所、ホームヘルプ（訪問介護）の 3 事業を介護保険事業として取組んでいる。これらの介護保険事業も、地域で困っている人を地域住民自身が支えるという、Z の家の設立当初からの活動方針に基づいている。

また、介護保険事業で得られた収益を地域に還元するために、地域調査の結果から把握した意見をもとに夕食宅配やミニデイサービス、介護予防デイサービス、めだかの地域大学、c センターなど、様々な事業を独自事業として行っている。

②制度外事業のふれあいセンター

地域福祉計画の作成が求められるようになった 2002（平成 14）年に、Z の家は第一回目の地域調査を行った。当時、小学校区には約 4,500 世帯あったが、団地の高齢化が進み、高齢化率は 23.5%だった。調査の結果、回答者の 3 割が「定年退職した人の働く場所」を、また 3 割が「高齢者の集う場所」を希望することがわかった。

この結果を踏まえ、2003（平成 15）年に川崎市の空き店舗活用事業を活用し「c センター」を立ち上げた。Z の家は場の提供をするのみで、運営は定年退職して経験のあるボランティアが担っている。

c センターの活動は多岐にわたる。昼食会や喫茶室、ケーキを焼く会といった食に関するものや、学習意欲の高い人も楽しめるような俳句教室やパソコン教室、そして男性を対象とした健康麻雀クラブや男の料理教室なども定期的に開催している。毎年利用者は増え続け、2011（平成 23）年度に c センターを利用した人は 3,090 人にのぼる。

③制度外事業のめだかの地域大学

「めだかの地域大学」は、健康づくりをすすめたいと考える保健師の声からはじまった取組みで、2003（平成 15）年から行われている。事務局を Z の家が担い、民生委員やさまざまな人が運営委員を担っている。

はじめの 3 年間は市の助成を受けていたが、そのあとは助成を受けずに取組んでいる。めだかの地域大学という名前は、住民が生徒になるだけでなく先生にもなる、という意味で、童謡「めだかの学校」の歌詞「だれが生徒か先生か」から名づけたものだ。

近年、活動内容は健康づくりにとどまらず、クリスマスには中学校吹奏楽団の演奏会が行われたり、親子クッキングを行うなど、活動の内容は広がっている。

（2）d 会

d 会は、1974（昭和 49）年の国体をきっかけにはじまった小学校区ごとにつくる市民運動組織の一つである。1979（昭和 54）年に e 小学校が開校し、翌年 6 月に f 市内で 22 番目（市内最後）の市民運動組織として「d 会」が発足した。

e 小学校区は 2013（平成 25）年 1 月 1 日時点で、2,356 世帯、人口 7,228 人からなり、高齢化率は 25.6%である。学区には戸建て住宅を中心に、民間集合住宅や市営住宅もある。f 市内では比較的規模の大きな学区である。学区内の高低差は大きく、JR に近い学区東部

地域は標高 44mほどであるが、学区西部の団地は標高約 125mにもなる。

2013（平成 25）年現在、d 会には災害に強いまちづくり委員会、福祉局、安全・安心局、楽集局、地球局、創夢局、情報局、事務局、さんさん祭り実行委員会の 9 つの部署がある。1989（平成元）年 3 月から、「e コミュニティプラン」を策定し、1993 年にはより具体的な行動計画をまとめた「e コミュニティアクションプラン（g プラン）」を策定し、5 年ごとに見直しを行っている。現在は、2010（平成 22）年に策定された「第 4 次 g 計画」に従って活動している（表 4-4）。

住民同士の支え合い活動は、「福祉局」の生活支援担当、生きがい担当、見守り担当が担っている。取組みは多岐にわたるが、ここでは生活支援担当が行う、ジャンボタクシー事業と暮らしサポートあんしん事業、ふくしかわら版の 3 つを取り上げる。

①ジャンボタクシー事業

高齢者の移動の手段を確保するために始まったのが、ジャンボタクシー事業である。この事業は、2005（平成 17）年からタクシー会社と d 会が委託契約を結んで始めた。ジャンボタクシーは、移送サービスである「木曜サロンカー」として利用されたり、月に 1 回の「買い物ツアー」の際にも活用される。木曜サロンカーとは、木曜日に行われる各種サロンに参加する人向けの移送サービスで、利用料は片道 200 円である。買い物ツアーとは、地域のスーパーが撤退し、買い物に不便を感じている人を対象とした乗り合い自動車である。ボランティアが同行し、荷物を自宅まで運んでもらうことができる。利用料は 1 回 700 円である。

循環バスの実証運行のあと、2013（平成 25）年 8 月からは、相乗りタクシーが始まった。利用者登録をして、利用協力金を払うと 10 枚の利用券を受け取れる。相乗りタクシーを利用する場合、前日までに予約をする必要がある。予約で伝えた場所から、自分が希望する行き先まで運んでもらうことができる。利用料は、利用券にて支払う。有償移送サービスは、福祉局と創夢局が担当している。このほか、公共交通機関である路線バスが利用減少により本数が減るなど利便性が悪化しないように、路線バスに乗ることを勧めるアナウンスも行われている。

②h 事業

「h 事業」は、一人暮らし高齢者や障害者などを支援するための事業である。具体的には、日曜大工や家事、買い物、おしゃべり相手など、有償（1 時間 700～1000 円）で利用できる。近年は高齢化が進んだせいも、大掛かりな片づけなどの依頼が増えている。

市営住宅に住む二人暮らしの高齢者から、団地階段の清掃の順番が回ってきたが自分たちではできないため、お金を払うから「h 事業」に頼みたいという連絡が入った。相談を受けた担当者は、名前、住所、連絡先を聞いた後、事情を話して清掃をやらないようにできないか棟長に相談するようにと助言した。そして、何かあればセンターに連絡するように伝えた。その後、この夫婦には見守りのかねて複数回連絡をとっている。

③ふくしかわら版と福祉マップ

「ふくしかわら版」は、d 会が、月に 1 度発行する高齢者向けの情報誌である。1981（昭

和 56) 年から住民向けの情報誌「かわら版」を発行してきたが、1998 (平成 10) 年 6 月から高齢者向けの「ふくしかわら版」も発行するようになった。はじめた頃は地区福祉員や民生委員が 75 歳以上の 200 人に届けていたが、現在は大人 120 人、子ども 30 人の配達人が、約 430 人の高齢者に配達している。

150 人もの配達人は、d 会のメンバーが顔見知りの人に声をかけ、つながりをつくりながら集めている。「ふくしかわら版」の配達は、大人同士のつながりを作るのはもちろん、子どもと高齢者とのつながりを生み、住民の変化に気が付く機会と安否確認の機会にもなっている。見守り活動から得た個別の生活課題は、本人の同意を得て、「安心カード」に記入し、「福祉マップ」に書き込んでいく。マップは随時更新され、見守りや必要があれば近隣住民で見守りチームを作るのに活用される。

表 4-4 第 4 次 g 計画における活動の 5 つの柱

5 つの柱	担当	具体的取組み (一部抜粋)
安心の環 (高齢者、障害者の生活支援) 【福祉局】	生活支援担当	ジャンボタクシー事業、h 事業、ふれあい配食サービス、ふくしかわら版発行、等
	生きがい担当	e サロン、60 歳からの仲間づくり講座、等
	見守り担当	要援護者登録名簿、孤独死 (孤立死) ゼロ作戦、一人暮らし高齢者宅への訪問活動、高齢者支援台帳「e 安心カード」、ふくしかわら版配布、福祉マップ、等
	全体事業	募金活動への協力、敬老会、等
安全の環 (防犯防災環境の整備) 【安全安心局】	防犯担当	不審者情報をかわら版で情報提供、青色パトロールカーによるパトロール、高齢者を対象とした交通マナー講習会、子ども・高齢者に対する犯罪被害防止講座、等
交流の環 (出会いづくり・生涯学習) 【楽集局】	健康・スポーツ担当	健康サロン、健康教室「さわやか月曜サロン」、ニュースポーツ「グランドゴルフ」、等
	生涯楽集担当	シニア世代のための地域参加講座、おとこ塾、等
未来の環 (子どもの地域教育) 【未来局】	創夢担当	地域の高齢化に対する事業の調査研究、コミュニティ交通委員会、バスに乗ろう！運動、新高齢者グループの立ち上げ、等
地球の環 (環境美化・勢子な生活活動) 【地球局】	花と緑担当	花いっぱい運動
	環境エコ担当	グリーンカーテン運動の推進

(出典：第 4 次 g 計画 (高齢者に関連のある取組みのみ筆者抜粋))

(3) NPO 法人 T による高齢者支援事業

U 村は、長野県の南東部に位置する村である。村面積の 97% は山林原野で、農耕地や集落は標高 670m から 1,170m の間の急傾斜地に点在している。人口は、2013 年時点で約 1,100 人、高齢化率は 50% を超え、高齢化と過疎化、森林環境の荒廃が進んでいる。

2006 (平成 18) 年 1 月に設立された NPO 法人 T は、7 つの事業に取り組んでいる (表 4-5)。いずれも生活支援有償サービス「V」等の活動によって集めた住民の声から生まれた事業である。ここでは、高齢者に関係する生活支援有償サービス「V」と過疎地有償

運送「X」を取上げる。

①生活支援有償サービス「V」

生活支援有償サービス「V」は、NPO 法人 T が最初に行った、住民が住民の困りごとを有償で手伝う、助け合いの取組みである。助け合いの内容には、家事サービスや庭木の剪定、障子貼り、家具の移動等、家内外のさまざまな軽作業がある。利用する側（高齢者に限らず誰でも利用可能）が気兼ねなく利用できるように、また手伝う側のスタッフが少しでも収入を得られるよう、有償となっている。料金は依頼内容やスタッフの経験の多少によって目安を決めているものの、作業するスタッフと依頼人との話し合いによって最終的な料金が決まる。20 代から 60 代の 27 人のスタッフ（活動会員）は登録制となっている。

U 村には I ターンで移り住む人も少なくない。そうした人が V のスタッフに登録し、仕事をするすることで、住民同士の信頼関係づくりにもつながっている。

②過疎地有償運送「X」

過疎地有償運送「X」とは、高齢者や交通事情のよくない山間部に住む住民がタクシー代わりに利用することができる移送サービスである。生活支援有償サービス V の活動を通して、移動に不便を感じている住民の声を受けて始まった取組みである。

X の利用時間は毎日 6 時から 19 時までで、17 歳以上の村民ならだれでも利用できる。玄関先まで迎えに来てもらうことができるため、歩行に不安のある人にとっても安心である。費用は、走行距離 1 kmにつき 200 円で、高齢者や障害者の場合、役場から補助がある。買い物や通院、通勤に利用され、山間部の自宅から国道のバス停までの送迎を頼む人もいる。移送サービスであるが、車中のおしゃべりを通して住民の見守り活動にもつながっている。

表 4－5 NPO 法人 T が行う事業（筆者作成）

生活支援有償サービス「V」	有償による生活支援サービス
放課後児童クラブ	共働きや母子家庭世帯の声を受けて誕生
宅幼老所「W」	介護保険事業の通所介護を中心に、夜間利用や乳幼児の一時預かりなども行う
過疎地有償運送「X」	有償による移送サービス
若者定住対策事業	プチ移住ツアーなどの開催
まめ本舗事業	U かるたの製作・販売
村内リサイクル	
高齢者安心サポート事業：配食サービス、サロン活動	村役場からの委託事業

(4) まとめ

小学校区を活動範囲とする NPO 法人と市民運動組織、村を活動範囲とする NPO 法人の 3 団体に着目し、主に高齢者を対象とした事業を分析した結果、それぞれの団体が地域で展開する事業は、制度事業と制度外事業にわけられた (表 4-6)。

制度事業には、Z の家が行っている介護保険の 3 事業や、T の配食サービスやサロン活動といった市町村からの委託事業がある。

制度外事業は、大別すると、「生活支援事業」、「余暇事業」、「地域のつながりを生む事業」の 3 つに整理できる。「生活支援事業」とは、高齢者が生活を送るうえで欠かせない事業で、Z の家の夕食宅配や d 会のジャンボタクシー事業、h 事業、NPO 法人 T の生活支援有償サービス V、過疎地有償運送の X が該当する。これらは、それぞれ地域のニーズからはじまった取組みである。「余暇事業」は、Z の家の c センターやめだかの地域大学が該当する。高齢者が趣味活動に取り組めるよう場の設定をすることで、高齢者の生きがいがいづくりにもつながる。「地域のつながりを生む事業」は、Z の家の c センター、d 会のふくしかわら版、NPO 法人 T の生活支援有償サービス V が該当する。c センターは、趣味活動を通じて仲間づくりをすることにつながり、ふくしかわら版や生活支援有償サービス V は、活動自体は情報提供や生活支援であるものの、住民が担い手であるため、直接高齢者と接する機会を生み出す機会にもなっている。「地域のつながりを生む事業」は、高齢者を支える活動ではあるものの、そこに地域住民を参加させることによって、地域のつながりも生んでいる。

制度外事業は、直接的に高齢者を支援することはもちろん、担い手に住民を巻き込むことで、住民同士のつながりを生む機会にもなっている (図 4-32) ことが明らかになった。

表 4-6 住民が取組む高齢者支援事業

活動範囲		小学校区を範囲	小学校区を範囲	村を範囲
活動主体		NPO 法人 Z の家	市民運動組織 d 会	NPO 法人 T
制度事業	介護保険事業	・ 居宅介護支援事業所 ・ デイサービス ・ ホームヘルプ		・ 宅幼老所 W
	市町村委託事業	・ 介護予防デイサービス		・ 高齢者安心サポート事業 (配食サービス, サロン活動)
制度外事業	生活支援事業	・ 夕食宅配	・ ジャンボタクシー事業 ・ H 事業	・ 生活支援有償サービス V ・ 過疎地有償運送 X
	余暇事業	・ c センター ・ めだかの地域大学		
	地域のつながりを生む事業	・ c センター	・ ふくしかわら版	・ 生活支援有償サービス V

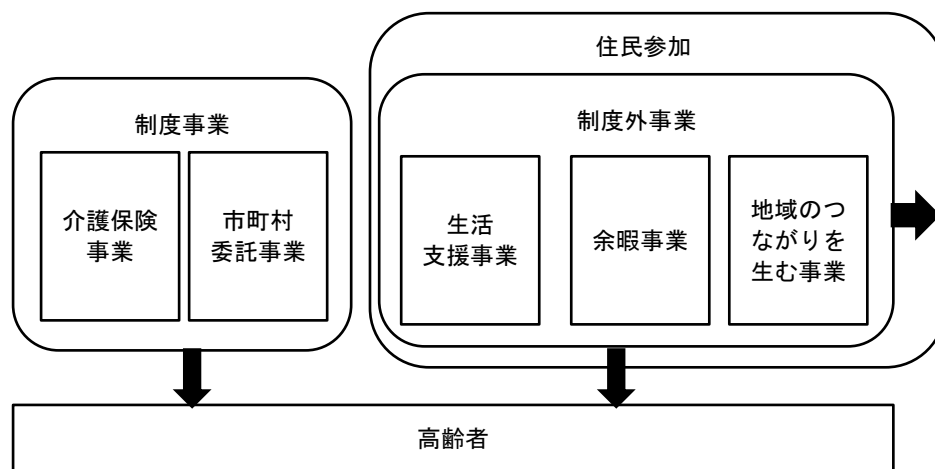


図 4－32 高齢者支援事業の特性

第3節 考察—高齢化する地域の中で住み続ける上での高齢者への居住支援の方策

第1節では、高齢化する地域の中で孤立する高齢者の居住問題を取上げ、第2節では、大都市、地方都市、過疎地において住民が主体となっていく高齢者への居住支援の取り組みをみてきた。この第3節では、高齢化する地域において孤立する高齢者に対する居住支援の方策を考察し、あわせて住民主体の支え合い活動の課題に対する方策を検討する。

(1) 高齢化する地域の中で孤立する高齢者に対する居住支援の方策

第2節から、地域の中で孤立する高齢者に対する居住支援は「住民の意識醸成」、「住民の交流」、「住民による見守り」、「活動協力住民による日常生活支援」、「活動主体による日常生活支援」、「緊急時の連絡先把握・対応」、「他組織・機関・団体との連携・協力」の7つにまとめることができ、それぞれの支援を、支援の対象と担い手を踏まえて整理すると図4-33のように表わすことができる。

活動主体が「住民の意識醸成」を進めることで、「住民の交流」や「住民による見守り」、「活動協力住民による日常生活支援」が生まれる。また、「住民の交流」ができることで「住民による見守り」や「活動協力住民による日常生活支援」が取り組みやすくなる。

「活動協力住民による日常生活支援」は、役割を担う住民が直接高齢者に対して行う個別支援であり、「活動主体による日常生活支援」は、介護保険事業や福祉マップの作成など、活動主体のメンバーが日常的に行う直接的支援を指す。

「緊急時の連絡先把握・対応」は、個人情報を取り扱うため活動主体でも一部のメンバーのみが担っている。他にも「他組織・機関・団体との連携・協力」、「住民の意識醸成」は、住民の見守りや支え合い活動を取り組みやすくするために活動主体が行う間接的な支援といえる。さらに、これらの住民による支え合い活動は、行政機関や社会福祉協議会から「バックアップ」されることで、活動が展開しやすくなる。

7つの居住支援の方策に沿って、それぞれの活動主体の取り組みを分類すると表4-7のように整理できる。7つの居住支援の方策は、一部重なるところもあるが、さらに「個を支える地域をつくる援助」と「個を地域で支える援助」、「活動主体を支える援助」にまとめることができる。

以上を踏まえると、高齢化する地域の中で住み続ける上での高齢者への居住支援の方策では、以下の3つが重要と考える。

一つ目は、住民が主体となった地域支え合い活動を進めるには、多くの地域住民が参加するような機会やきっかけをつくることである。直接的に支援を必要とする人に活動主体が支援を行うことは重要だが、それと同時に活動主体が地域住民に働きかけ、活動の意義を理解してもらうことで、地域での見守り活動や住民の交流の場づくり、日常生活支援は進みやすくなる。また、活動主体だけが支援の担い手になることは、活動の継続や発展につながらないことから、多くの地域住民を巻き込みながら、見守りや生活支援が必要な人の支援を行っていくことが大切である（ミクロレベル）。

二つ目は、こうした住民主体の活動を支えるために、資金的に支える仕組みや、専門職との連携を支援するような体制をつくることである。住民主体の活動は、助成金や会員の会費等に頼って運営していることも少なくない。介護保険事業に取り組む団体は、売り上げを制度外事業の活動資金に回すところもあるが、必ずしもそのようなことができるところ

ばかりではない。資金面や専門職との連携という面において、住民主体の支え合い活動が継続できるような仕組みづくりが必要である（メゾレベル）。

三つ目は、地域で住民主体の活動を支援するための制度・政策の整備である。現在、住民主体の支え合いを行っている団体では、問題関心の高い住民有志によりその活動が始められた。今後各地でこうした活動を展開していくためには、活動を支え、発展させる人材や資金を整備していくことが欠かせない。したがって、人材の配置や資金的支援を可能にするような公的な制度・政策の整備が必要である（マクロレベル）。

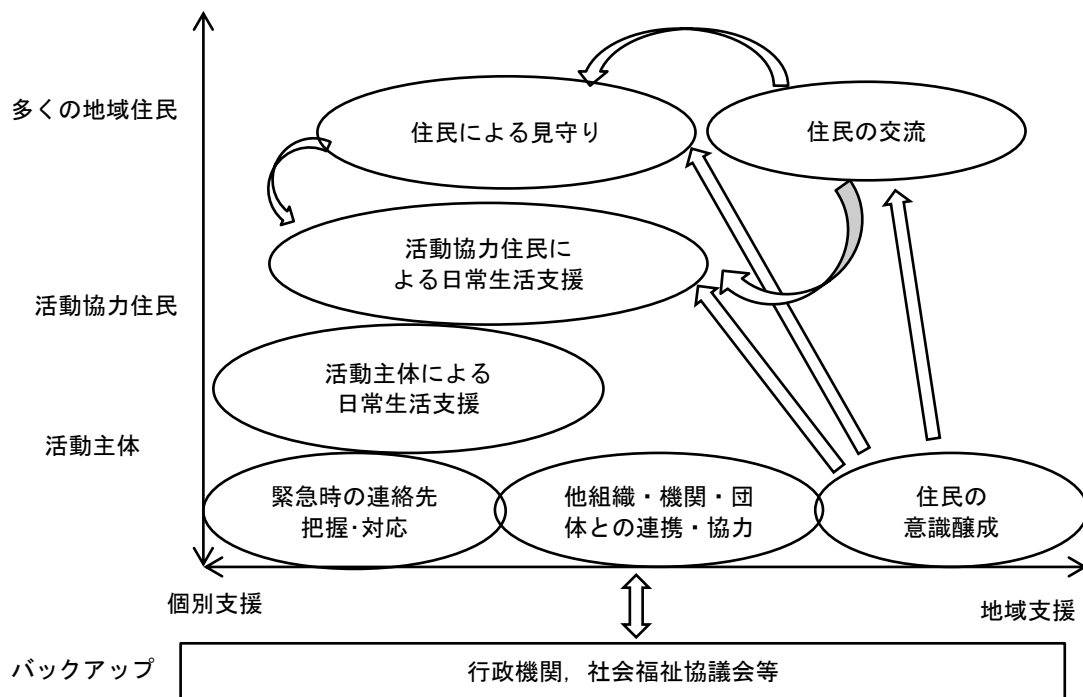


図 4－33 高齢化する地域における高齢者の居住支援の方策

表 4－7 住民主体の活動主体による直接的・間接的居住支援の方策

地域を 個を 援助 支える	住民の意識醸成	Y 便り
	住民の交流	サロン活動、屋外ベンチ、あおぞら市、c センター、めだかの地域大学
	住民による見守り	向こう三軒両隣の見守り活動
個を 地域で 支える 援助	活動協力住民による日常生活支援	直接集金による安否確認、自治会活動サポーター制度、J クラブ、見守り支援員、生活支援有償サービス V、h 事業、ふくしかわら版配達
	活動主体による日常生活支援	C サポートセンター、見守りニュースの発行・配布、支え合いマップ・福祉マップ作成、ミニデイサービス、見守りセンサー、介護予防事業、生活支援・生活援助事業、S 事業、宅幼老所 W、介護保険事業、ジャンボタクシー事業、X
	緊急時の連絡先・対応	24 時間体制の相談窓口、居住者登録カード
	他組織・機関・団体との連携・協力	I、ケア会議
活動 主体 を 支える 援助		

（２）高齢化する地域における住民主体の支え合い活動の課題とその解決法

高齢化する地域で住民主体の支え合い活動を行う場合、「中心メンバーの高齢化や後継者不足」と「ニーズを感じていない高齢者やかかわりに拒否的な高齢者への支援」の２つの課題がある。

課題の一つ目の「中心メンバーの高齢化や後継者不足」については、聞き取り調査を行う中でいくつかの活動主体のリーダーから聞くことができた。現在 60 代後半～70 代が活動の中心を担っている団体では、メンバーの若返りを希望する声が多かった。今後、地域が高齢化するにつれてこうした問題は多くなる。この課題に対して、A 団地では、これまでリーダーシップを発揮してきた自治会長が後継者養成を目的に、すでに後任を決めて一緒に仕事をしていた。また、もともと高齢者のみを対象としない d 会では、子どもにかかわる活動もあるため、そうした活動に参加する 30～40 代の親世代を活動に巻き込むことを意識していた。ただ、中山間地域の集落のように、そもそも住民に限られ、若い住民が少ない場合には、活動エリアを拡張したり、他の団体と一緒にすれば、担い手不足は解消すると思われる。しかし地域住民が立ち上げた取組みは、それぞれ活動の方針が決まっていたり、理念があることから、安易な合併はしないと思われる。

ただ、見守りが必要な高齢者は、すべてを支えられなければ生活できないのではない。F 会の事例のように、一見、支援が必要な人でもできること、得意とすることを生かせば、担い手になることができる。山口（2011）は「自分自身が支え手となり、住民同士の支え合いが身近となった場合、自分が受け手となる場合にも抵抗感なく選好される傾向を示し

た」と述べる。地域の中で役割を担うことは、現在の生きがい創出につながることはもちろん、将来、支えられる側になった時にサービスを抵抗なく受けることにもつながる。高齢者を、支える側、支えられる側といった二分法ではとらえるのではなく、どのようなことができる人なのか、という見方をするほうが、スティグマも生じにくく、今後高齢化する地域で、担い手を増やす際には効果的だと考える。

課題の二つ目は、「ニーズを感じていない高齢者やかかわりに拒否的な高齢者への支援」であるが、専門職でもこうした高齢者にかかわることは難しく、事例検討会議でも支援困難事例として挙がることもある。地域住民に尋ねても、少し変わった人、よくわからない人として認識されていることが少なくない。こうした住民を誰がどのように支援するかが課題になるが、専門職がアウトリーチをして働きかけるだけではなく、近隣の住民による緩やかな見守りと併用するほうが効果があると思われる。また、どのような人でも接点を持つ人や場所はある。専門職や活動の主体が、そうした人や場所を把握し、活用しながら支援を行うことも、こうした高齢者への支援の一つといえる。

注

- 1) 国土交通省住宅局（2010）が発表した「平成 22 年 3 月 空家実態調査報告書」は、全国の空家のすべてを網羅しているのではなく、東京都、大阪府、茨城県、埼玉県、千葉県、神奈川県、の 4 県内の東京都心から 40km 以遠の地域の 3 つを対象地域として、実施した調査である。全国の実態を網羅したものではないが、空家の詳細な実態を表す調査であるので、参考にした。
- 2) 2010（平成 22）年に内閣府が行った「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」によれば、「つきあいはほとんどない」人の 39.0%、「困ったときに頼れる人」がいない人の 55.4%が「生きがいを感じていない」と答えている。
- 3) 孤立死や孤独死、独居死の定義は複数ある。新井（2012）は、東京新聞、額田勲、新宿区、都市再生機構、厚生労働省で使われた孤独死・独居死・孤立死の定義を整理し、「統一された定義はない」と述べている。
- 4) 都市再生機構では、「単身居住者で死亡から相当期間経過後に発見された件数」を、「団地内で発生した死亡事故のうち、病死又は変死の一態様で、死亡時に単身居住している賃借人が誰にも看取られることなく賃貸住宅内で死亡し、かつ相当期間（1 週間を越えて）発見されなかった事故（ただし、家族や知人等による見守るが日常多岐になされていたことが明らかな場合、自殺の場合及び他殺の場合は除く）」の数で表している。
- 5) 経済産業省が試算した約 700 万人の買い物弱者は、「買い物弱者数（推計）＝買い物に困難を感じている人の割合×60 歳以上高齢者数」の方法で算出されている。
- 6) 住民と専門職側の役割は異なり、互いに期待する部分は明確であるものの、住民側にどこまで負担を強いるのかという点も課題となっている。

終章 結論—高齢者が地域で安心・安定した居住生活を営むための居住支援の方策

終章では研究の視座に照らして、本研究で得られた知見を踏まえ、高齢者が地域で安心・安定した居住生活を営むための居住支援の方策の総括を行い、研究の限界と今後の課題を述べる。

1. 総括—高齢者が地域で安心・安定した居住生活を営むための居住支援の方策

本論では、次の3つの居住の場における居住問題と居住支援の方策の検討を重ねてきた。

1. 自宅で住み続ける上での高齢者の居住問題と居住支援の方策
2. 高齢者向け住宅に入居し住み続ける上での居住問題と居住支援の方策
3. 高齢化する地域の中で住み続ける上での高齢者の居住問題と居住支援の方策

また第1章では文献学的検討を踏まえて、次の3つを本研究の視座に設定した。

1. 市場重視の住宅政策の中、住宅セーフティネットは十分に機能しておらず、自力で住宅を確保することが困難な低所得高齢者等に居住問題が生じていると考えられる。
2. 福祉施策と住宅施策の連携は進められているものの、それが居住継続を支えるものとなっていないため、居住問題を抱えたまま援助を受けられない高齢者がいると考えられる。
3. 高齢者向け住宅において、最期まで安心・安定して住み続けることを促す施策、地域の医療福祉サービスの拠点となることを促す施策はなく、運営事業者任せになっている。疾病や障害を持つ高齢者はもちろん、自立高齢者にとっても安心して高齢者向け住宅に住み続けられるかどうかはわからない。

研究の視座に照らして、それぞれの居住の場で高齢者が地域で安心・安定した居住生活を営むための居住支援の方策について考察する。

(1) 自宅で住み続ける上での高齢者の居住支援の方策

自宅で住み続ける上で生じる居住問題には、住宅改善を行っても改善箇所が使いづらい、入所希望をしても施設に入れない、施設や病院を退所・退院しても行き場が見つからない、低所得のために居住場所が定まらない、等の問題がある。高齢者が自宅で住み続けられなくなったり、居住場所が見つからず不安定居住になるのは、居住場所選択の際の支援や居住継続のための支援、退所時の支援がそれぞれのケースを担当する支援者によって個別に行われ、一体的・連続した支援が行われていないためである。また、低所得高齢者にとって住まいの選択肢が限られていることも要因となる。

これらに対する居住支援の方策は、ミクロレベル、メゾレベル、マクロレベルに整理して考えることができる。まず、ミクロレベルの支援には、一体的・連続した居住支援を行うことが当てはまる。居住支援では、住宅確保のための支援と居住継続のために行う支援を一体的に行うことが大切である。また、施設の入退所時には、居所移動のための支援と

移動後の生活支援を連続して行うことが重要である。一連のつながりのある居住支援を行うことができれば、高齢者の負担が軽減でき、転居後の生活安定や安心した生活につながる。

また、低所得高齢者が選択できる居住の場を用意することも必要である。現在、低所得者向けの住宅整備は進んでいるとはいえ、住まいの確保は自己責任となっている。加えてそうした低所得高齢者を支援できる人材も限られるため、不安定居住の解決は難しい。現在、地域善隣事業や低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業が行われているが、一部の地域でのモデル事業にとどまっている。近年、空き家の増加が問題視されていることから、今後は、公益団体である社会福祉法人や NPO 法人等が地域の空き家等を活用して、低所得高齢者向けの住宅を整備し、あわせて必要な居住支援を行うことが望ましいと考える。以上がミクロレベルの居住支援である。

現在、居住の場の選択にかかる支援や居住継続を支えるための支援、退所後の行き場を探す支援では、担当する支援者の裁量や努力に任されることが多く、それを支える居住支援のシステムが地域で構築されていない。複数の専門職が連携しながら住環境整備を行ったり、医療・介護サービスの提供、住宅確保のための支援を行うほうが、高齢者の安心・安定した居住生活につながる。だが、現在のところ個別に支援が展開されるのみで、関係者同士の連携を促す仕組みは不足している。したがって、メゾレベルの居住支援では、地域で取組まれている個々のケースへの居住支援を支える仕組みを構築し、あわせてそれを担う人材を配置するなど、地域の支援機関が連携しながら支援を行う体制をつくることが望まれる。

低所得高齢者の居住の場は少なく、選択肢は限られている。低所得高齢者向けの居住場所を整備したり（ミクロレベルの支援）、住宅確保と生活支援を一体的に行う居住支援の仕組みの構築、それを担う人材の配置（メゾレベルの支援）が必要となる。そのためには、仕組みの構築や人材配置を可能にするような、公的な制度・政策の整備といったマクロレベルの居住支援が欠かせない。

（２）高齢者向け住宅に入居し住み続ける上での居住支援の方策

高齢者向け住宅に入居し住み続ける上で生じる居住問題には、居住者間の人間関係が悪化することで退去を余儀なくされたり、居住者本人が認知症になったり、医療的ケアが必要になるなどして、高齢者向け住宅では対応できなくなると、退去が求められるという問題がある。また、さまざまな高齢者向け住宅があるものの、低所得高齢者が選択できる高齢者向け住宅は限られるため、低所得高齢者の住む場所が見つからないという問題もある。

こうした居住問題を解決するための居住支援の方策も、ミクロレベル、メゾレベル、マクロレベルに整理することができる。これまで、居住者の住み続けを支える取組みを積極的に行ってきた高齢者向け住宅では、職員が介入して居住者間の人間関係を円滑にしたり、住宅内のサービスや系列施設のサービスを利用してできる限り居住継続できるような支援が行われていた。しかし、高齢者向け住宅における居住継続に対する考えや、サービスの付帯状況が異なるため、居住者の居住継続は運営事業者の判断にかかるところが大きくなる。とくに、認知症高齢者や医療的ケアが必要な高齢者は、希望するサービスを用意できない、他の居住者に影響を及ぼすといった理由で、居住継続が困難になりやすい。

したがって、今後は住宅内の医療・介護サービスを充実させるというよりも、高齢者向け住宅ではバリアフリー化を図り、提供するサービスは見守りや食事など最小限にとどめ、必要に応じて住宅外の医療・福祉サービスを利用できるよう調整することが望ましい。入居者の状態に応じて外部サービスを組合せることで、最期まで住み続けることができるようになる。こうした取組みは、ミクロレベルの居住支援といえる。

他にも、高齢者向け住宅に入居できない低所得高齢者へ居住支援の方策を検討することも重要である。低所得高齢者は、住宅確保が困難で選択肢も限られる。しかし、実際には生活に困窮する年金受給者や無年金高齢者が数多く存在することから、こうした高齢者への居住支援の方策を検討することは重要である。居住支援を住宅の運営事業者のみに任せるとはならず、自治体や関係事業者が協力して低所得高齢者向けの住宅を整備することも必要である。あわせて居住者の住み続けを支えるような地域包括ケア体制を地域で整備することも欠かせない。高齢者向け住宅の整備と地域の医療・介護サービスの整備を調整しながら進めることは、メゾレベルの居住支援といえる。

マクロレベルの居住支援に該当するのが、低所得高齢者向けの住宅づくりを促進する制度・政策の整備である。現状では、低所得者の受け皿となる高齢者向け住宅が限られている。市場主義のままではこうした住宅を増やすことは難しいことから、制度・政策上の課題として、低所得でも入居可能な高齢者向け住宅の整備を進める必要がある。

（３）高齢化する地域の中で住み続ける上での高齢者の居住支援の方策

高齢化する地域の中で住み続ける上で高齢者に生じる居住問題には、地域の高齢化による生活の利便性の低下や社会的孤立、地域住民の関係の希薄化といった問題がある。買い物や外出が困難となったり、他者との交流が少なくなると、閉じこもりがちとなり安心した生活を営むことが難しくなる。

これらの居住問題に対して、地域住民が主体となって行う居住支援の方策には、「住民の意識醸成」、「住民の交流」、「住民による見守り」、「活動協力住民による日常生活支援」、「活動主体による日常生活支援」、「緊急時の連絡先把握・対応」とそれを支える「他組織・機関・団体との連携・協力」の７つがある。

住民主体の支え合いでは、活動主体が見守りや支援を行うだけでは十分ではなく、同じ地域に住む住民の協力も欠かせない。住民同士の支え合いの機運が高まるように、活動主体が地域住民に働きかけ、支え合いの意識を醸成することも大切である。活動主体が地域住民に働きかけながら、見守り活動や住民の交流の場づくり、日常生活支援に取り組むことは、地域で高齢者が住み続けることを支える。これはミクロレベルの居住支援といえる。

2015（平成 27）年の介護保険法改正により、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合支援事業）がはじまり、地域住民が事業の担い手になり、地域で互助を進めることが期待されている。公助や共助を機能させ、公的責任において介護保険制度を進めていくことは重要だが、あわせて地域住民の力を活用し、住民相互に支え合うことは介護保険サービスでは支えられていないニーズを満たすことにつながる。しかし現時点では、総合支援事業の担い手となる地域住民の養成はまだ緒に就いたばかりで、資金面の支援も十分とはいえない。地域住民による支え合い活動を推進するには、活動を支える資金面の支援や、専門職との連携を推進するための体制づくりが必要である。こうした仕組みを構築するメ

ゾレベルでの居住支援が必要である。

マクロレベルの居住支援としては、地域で住民支え合いの活動を推進するための支援、つまり活動の立ち上げや定着、発展を継続的に支援するための人材育成や資金的支援が考えられる。人材育成や資金的支援を行うには、財政基盤を整備した上で継続的に行うことが重要なことから、これらを可能にするような公的な制度・政策の整備が必要といえる。

以上の高齢者が地域で安心・安定した居住生活を営むための居住支援の方策を整理すると、表5－1のように示すことができる。

表5－1 高齢者の居住問題に応じた地域で安心・安定した住み続けを支える居住支援の方策

章	居住問題	居住支援の方策		
		ミクロレベル	メゾレベル	マクロレベル
2章 自宅に住み続ける	・高齢者が住み続けられなくなったり、居住場所が見つからず、不安定居住になる要因は、低所得高齢者が選択できる居住場所が不足し、居住場所選択の支援、居住継続の支援、退所先の支援が個別に行われ、連携して行われていないためである	・低所得高齢者が選択できる居住の場を社会福祉法人、NPO 法人等の公益団体が地域の空き家等を活用して整備する	・居住場所の選択、居住の継続（住環境整備、医療・福祉サービスの提供）、退所先の選択を一体的に支援する仕組みの構築や、人材配置を地域の支援機関が連携して実施する	・低所得高齢者向けの居住場所の整備や一体的な居住支援の仕組みの構築と人材配置を可能にする公的な制度・政策を整備する
3章 高齢者向け住宅に入居し住み続ける	・高齢者向け住宅の居住者同士の関係悪化や本人のニーズに合った介護・医療サービスが提供できないと住み続けることができない ・低所得高齢者が選択できる住宅に限られているため、住む場所が見つからない	・安心して居住できる見守り機能のある高齢者向け住宅に、入居者の状態に応じた外部サービスを組合せることで、最期まで住み続けられる居住の場とする	・地域の中に、低所得高齢者が入居可能な高齢者向け住宅の選択肢を増やすために、自治体や関係事業者が連携して住宅づくりに取組むとともに、居住者を支える地域包括ケア体制を整備する	・地域において低所得高齢者向けの住宅づくりを可能とする制度・政策を整備する
4章 地域の中で住み続ける	・地域の中で住み続けられなくなる要因には、地域が高齢化し、人口が減ることで、店舗や公共交通機関が廃業・撤退するなどして、生活の利便性が悪化することがある。また、地域住民との関係が希薄化し、閉じこもりがちとなることで社会的孤立にも陥る	・住民が主体となった地域支え合い活動を住民意識の醸成により、見守り活動、住民交流の場づくり、日常生活支援などに取組む	・自治体の総合支援事業などにより、住民主体の地域支え合い活動を資金的に支援する仕組みを整備する ・地域における住民主体の活動組織間や活動を支援する機関との連携を支援する仕組みを構築する	・地域において住民主体の地域支え合い活動の立ち上げから、活動の定着・発展を継続的に支援する人材の配置や資金的支援を可能にする公的な制度・政策を整備する

2. 本研究の限界と今後の課題

ここまで、高齢者が地域で安心・安定した居住生活を営むための居住支援の方策について論じてきたが、本研究に残された課題として以下の2点が挙げられる。

一つ目は、本研究では高齢者の居住問題を把握する対象として、自宅で住み続けることを支える組織や機関、高齢者向け住宅の運営事業者、地域での住み続けを支援する支援者のみ調査対象としたため、高齢者本人や家族に対する調査が本研究では十分に行えていない点である。支援者側が行う支援方策が、高齢者本人や家族にとって有効に機能しているのか、別の有効な支援方策があるのか等について検証することは必要だと考える。今後は、支援者側から見て有効だと考える支援方策が、支援される側からみて十分なのか、さらに別の方法があるのか等を検証する調査研究に取組んでいきたい。

二つ目は、本研究では、ミクロ、メゾレベル、マクロレベルの居住支援の方策を検討したが、特にメゾレベルやマクロレベルの居住支援を実現するための具体的な方策を検討するには至らなかった点である。今後は、メゾレベルやマクロレベルの居住支援を可能なものにするための社会資源の活用や方法論について検討を進めていきたい。

引用・参考文献

- Brand, FN., Smith, RT (1974) Life adjustment and relocation of the elderly, Journal of Gerontology, 29, 336-340.
- Burgio, LD., Butler, FR. and Roth, DL, et al (2000) Agitation in nursing home residents : The role of gender and social context, Int Psychogeriatr, 12 (4), 495-511.
- Cohen, U. and Weisman, G.D. (1991) Holding On to Home., The Johns Hopkins University Press. (=1995, 岡田威海監訳浜崎裕子訳『老人性痴呆症のための環境デザイン』彰国社.).
- Hortulanus, R. P, Machielse, Anja, Meeuwesen, Ludwien (2006) Social Isolation in Modern Society. Routledge advances in sociology, 19, 13-36.
- Rosswurm, M. A (1983) Relocation and the elderly, Gerontol Nurs, 9, 632-637.
- Schulz, R., Brenner, G (1977) Relocation of the aged ; A review and theoretical analysis, Journal of Gerontology, 32, 323-333.
- Townsend, P (1963) Isolation, loneliness and the hold on life In Townsend eds, The Family life of old people an inquiry in East London, Penguin Books, 188-205.
- 安藤孝敏・古谷野亘・矢富直美・ほか (1995) 「地域老人における転居と転居後の適応」『老年社会科学』16 (2), 172-178.
- 安藤孝敏 (2005) 「高齢期の転居とその影響」『Finansurance』45, 12 (1), 1-9.
- 新井康友 (2012) 「2 孤独死の実態と社会的孤立」河合克義・板倉香子・菅野道生編著『社会的孤立問題への挑戦—分析の視座と福祉実践』法律文化社, 23-35.
- 阪東美智子 (2011) 「居所のない生活困窮者の自立を支える住まいの現状—路上から居住への支援策」『月刊福祉』94 (3), 22-25.
- 藤井博志監修 (2011) 『地域共同ケアのすすめ—多様な主体による協働・連携のヒント—』特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター.
- 藤井博志監修 (2014) 『集落における地域支え合い—地域づくりとしての地域共同ケアへ—』特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター.
- 藤田孝典 (2015) 『下流老人 一億層老後崩壊の衝撃』朝日新聞出版.
- 福留強 (2011) 『立川市大山自治会の発明—助け助けられるコミュニティ』悠光堂.
- 船越康亘 (2008) 「借地借家人組合の相談窓口から—格差社会から見える民間借家の住まいと貧困」『福祉のひろば』4, 8-18.
- 巖平・横山俊祐 (2001) 「シルバーハウジングにおける支援の仕組みと特性」『日本建築学会計画系論文集』542, 121-128.
- 巖平・横山俊祐 (2002) 「シルバーハウジングにおける近隣交流の特性と空間的課題—高齢者の豊かな居住環境創造に関する研究 その2」『日本建築学会計画系論文集』554, 109-116.
- 後藤広史 (2011) 「第1章 社会的孤立の様相」東洋大学福祉社会開発研究センター編『地域におけるつながり 見守りのかたち』中央法規, 32-51.
- 花岡智恵・鈴木亘 (2007) 「介護保険導入による介護サービス利用可能性の拡大が高齢者の長期入院に与えた影響」『医療経済研究』19 (2), 111-127.

- ハウジングアンドコミュニティ財団（2006）「民間賃貸居住支援に関する全国調査報告書」平成18年度国土交通省補助事業, (<http://www.hc-zaidan.or.jp/publish/shien/gaiyou.pdf>, 2015.01.31.).
- 早川和男（1997）『居住福祉』岩波書店.
- 平山洋介（2009）『住宅政策のどこが問題かー持家社会の次を展望する』光文社.
- 本間義人（1988）『内務省住宅政策の教訓ー公共住宅論序説ー』御茶の水書房.
- 本間義人（2006）『どこへ行く住宅政策 進む市場化, なくなる居住のセーフティネット』日本居住福祉学会, 東信堂.
- 本間義人（2009）『居住の貧困』岩波新書.
- 堀井真美子・岩下清子（2012）「軽費老人ホーム居住者が直面する人間関係の困難さとその対処ー人間関係再構築の支援について考えるー」『国際医療福祉大学学会誌』17(1), 43-54.
- 市原美穂（2014）『暮らしの中で逝くーその理念についてー』木星舎.
- 市原美穂（2015）『『暮らしの中で逝く』ことーホームホスピスの実践から』『医療と社会』25(1), 97-109.
- 生田英輔・森一彦（2013）「泉北ニュータウンにおける高齢者等居住安定化に関する研究 その13 救急カプセル導入地区での高齢者見守り活動」『日本建築学会近畿支部研究報告集』53, 229-232.
- 今屋香澄・平山愛美・前田優美・ほか（2013）「T団地在住の高齢者と地域住民によるインフォーマル・サービスに関する調査『助っ人隊』の事例を中心に」『保健学研究』25(1), 29-40.
- 稲葉陽二（2013）「序章 社会的孤立と社会参加」稲葉陽二・藤原佳典『ソーシャルキャピタルを解く』ミネルヴァ書房, 1-16.
- 稲垣亜希子・園田真理子（2006）「高齢者向け優良賃貸住宅の時系列で見た居住の変化に関する研究ービバーズNにおけるよろずやの活動と共用空間の活用状況」『日本建築学会大会学術講演梗概集』（神奈川大学）, 325-326.
- 井上由起子（2012）「良質なサービス付き高齢者向け住宅の適正な整備に向けた課題」『季刊社会保障』47(4), 346-356.
- 石井敏（2008）「入居者の居住実態から見た高齢者専用賃貸住宅のあり方に関する事例考察」『日本建築学会計画系論文集』73(627), 963-969.
- 伊藤誠・谷武（2009）「高齢者向け優良賃貸住宅と高齢者専用賃貸住宅の比較 その2 介護事業所等の併設状況の分析」『日本建築学会大会学術講演梗概集』（東北学院大学）, 1233-1234.
- 岩間伸之・原田正樹（2012）『地域福祉援助をつかむ』有斐閣.
- 岩永理恵・四方理人（2013）「住宅支援を利用する生活保護受給者からみる無料低額宿泊所問題の検討」『社会政策』5(2), 101-113.
- 金川めぐみ・東根ちよ（2011）「住民参加型在宅福祉サービス研究の現状と課題 先行研究の整理と検討による考察」『経済理論』364, 1-21.
- 金沢良雄・西山卯三・福武直・ほか編（1971）『住宅問題講座1 現代住居論』有斐閣.
- 菅野道生（2013）「7 社会的孤立と自治会・町内会」河合克義・板倉香子・菅野道生編著『社会的孤立問題への挑戦ー分析の視座と福祉実践』法律文化社, 107-130.

- 河合克義 (2009)『大都市のひとり暮らし高齢者と社会的孤立』法律文化社.
- 河野あゆみ (2014)「地域とともに考える高齢者の見守り」『大阪市立大学看護学雑誌』10, 66-69.
- 川添恵理子・工藤禎子・竹生礼子 (2006)「子どもとの近居・同居のために転居した要支援・要介護高齢者の転居したことの自己評価と転居前の準備」『日本在宅ケア学会誌』10(1), 39-47.
- 健康・生きがい開発財団 (2012)「低所得高齢者を対象とした住宅事業の実態調査研究および居住支援ニーズ調査事業報告書」平成 23 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, (<http://ikigai-zaidan.or.jp/report-list>, 2014.10.01.).
- 金明鎬・西出和彦 (2012)「集合住宅団地内のコミュニティ喫茶を中心とした事例調査」『日本建築学会大会学術講演梗概集』(名古屋大学), 233-234.
- 岸本幸臣 (2008)「住宅事情の新局面 セイフティ・ネット法の幻想」『住宅会議』72, 44-47.
- 岸岡のり子 (2013)「東京区部の低家賃住宅の実態と課題」『建築とまちづくり』420, 17-21.
- 児玉桂子・下垣光・潮谷有二・ほか (2009)『認知症高齢者が安心できるケア環境づくりー実践に役立つ環境評価と整備手法』彰国社.
- 児玉善郎監修 (2012)『集合住宅団地の支え合いのすすめー地域を育む 13 の実践』特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター.
- 児玉善郎監修 (2014)『地域とつながる集合住宅団地の支え合いーコミュニティ力ですすめる 12 の実践ー』特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター.
- 国土交通省 (2005a)「土地の保有・管理に対する意識に関するアンケート」, (<http://www.mlit.go.jp/hakusyo/tochi/h17/01-1-3.pdf>, 2015.09.11.).
- 国土交通省 (2005b)「平成 17 年度 国土交通白書」.
- 国土交通省 (2009)「未届の有料老人ホームに係る緊急点検結果について」, (<http://www.mlit.go.jp/common/000041120.pdf>, 2014.04.03.).
- 国土交通省住宅局 (2010)「平成 22 年 3 月 空家調査報告書」.
- 国民生活センター (2006)「有料老人ホームをめぐる消費者問題に関する調査研究ー有料老人ホームの暮らしが快適であるために」, (http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20060303_2.pdf, 2015.09.11.).
- 国民生活センター (2011)「有料老人ホームをめぐる消費者トラブルが増加ー相談の傾向と消費者へのアドバイスー平成 23 年 3 月 30 日 報道発表資料」, (http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20110330_1.pdf, 2015.09.11.).
- 高齢者住宅財団 (2009)『高齢者専用賃貸住宅における介護サービス利用の実態調査報告書』平成 20 年度老人保健健康増進等事業, 高齢者住宅財団.
- 高齢者住宅財団 (2013)「サービス付き高齢者向け住宅等の実態に関する調査研究」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, 高齢者住宅財団, (http://www.koujuuzai.or.jp/pdf/project_20130415_03.pdf, 2015.09.11.).
- 厚生労働省 (2009)「社会福祉法第 2 条第 3 項に規定する無料低額宿泊事業を行う施設の状況に関する調査の結果について」, (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/10/h1020-4.html>, 2015.08.19.).
- 厚生労働省 (2010)「未届の有料老人ホームに該当しうる施設に対する指導状況等における

フォローアップ調査の結果について」,
http://www.yurokyo.or.jp/system/welfare/pdf/20130604_06.pdf, 2014.04.03.).
 厚生労働省 (2011a) 「常時介護が必要な高齢者のみ入居の有料老人ホームに関する調査結果」,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001mwq2-att/2r9852000001mwrj.pdf>,
 2014.04.10.).
 厚生労働省 (2011b) 「未届の有料老人ホームに該当しうる施設に対する指導状況等におけるフォローアップ調査 (第2回) 結果」,
http://www.yurokyo.or.jp/system/welfare/pdf/20130604_05.pdf, 2014.04.03.).
 厚生労働省 (2012a) 「平成22年介護サービス施設・事業所調査の結果の概況」,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/index.html>, 2014.04.11.).
 厚生労働省 (2012b) 「未届の有料老人ホームに対する指導状況等におけるフォローアップ調査 (第3回) 結果」,
http://www.yurokyo.or.jp/system/welfare/pdf/20130604_03.pdf, 2014.04.03.).
 厚生労働省 (2013) 「有料老人ホームを対象とした指導状況等のフォローアップ調査 (第4回) 結果」,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000033abi-att/2r98520000033af6.pdf>,
 2014.04.03.).
 厚生労働省 (2014a) 「平成25年介護サービス施設・事業所調査の概況」,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/>, 2015.09.11.).
 厚生労働省 (2014b) 「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」,
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureishashienka/0000041929.pdf>, 2015.09.11.).
 厚生労働省 (2014c) 「社会保障審議会介護給付費分科会第102回 (平成26年6月11日) 資料2 「高齢者向け住まいについて」」,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000048003.html>, 2015.09.11.).
 厚生労働省 (2014d) 「社会保障審議会介護給付費分科会第112回 (平成26年10月29日) 資料1 「介護福祉施設サービスの報酬・基準について (案)」」,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000063271.html>, 2015.09.15.).
 厚生労働省 (2014e) 「社会保障審議会介護給付費分科会第114回 (平成26年11月13日) 資料5 「集合住宅におけるサービス提供について (案)」」,
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000065063.html>, 2015.09.11.).
 厚生労働省・援護局地域福祉課 (2014) 「孤立死防止対策取り組み事例の概要」,
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/000034190.pdf>, 2014.08.17.).
 厚生労働省・老健局高齢者支援課 (2014) 「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業について」, <http://www.koujuuzai.or.jp/pdf/2014030503.pdf>, 2015.09.09.).
 厚生労働省社会・援護局保護課 (2009) 「社会福祉各法に法的位置付けのない施設に関する調査の結果について」,
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/10/dl/h1020-5a.pdf>, 2015.09.015.).

- 古山周太郎・木村直紀（2010）「民間賃貸住宅に入居する住宅困窮者への居住支援システムのあり方に関する研究－川崎市の居住支援制度利用者の実態と意識から」『日本建築学会大会学術講演梗概集』（富山大学），61-64.
- 國松秀美（2015）「医療・介護現場における看護職と介護職の協働に関する研究の動向」『聖泉看護学研究』4， 77-82.
- 黒田美亜紀（2010）「高齢者の施設入居契約（有料老人ホーム契約）に関する法的問題について」『明治学院大学法律科学研究所年報』26， 197-211.
- 黒田研二・馬場昌子・水野弘之・ほか（1994）「江戸川区『すこやか住い助成事業』の実績と効果に関する研究」『日本公衆衛生誌』41（5）， 404-414.
- 黒田研二（2003）「日本の高齢者住宅政策」『老年社会科学』25（1）， 7-13.
- 黒岩良子（2014）「高齢者福祉における支え合い活動の展開と課題－住民参加型在宅サービスを事例として」『社会福祉研究』119， 57-64.
- 増永理彦（2007）「第四節 高齢者をめぐる住宅政策の動きと問題点」『ゆたかなくらし』2・3月号， 50-54.
- 松田晋哉（2014）『介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業報告書』平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査），医療経済研究機構．（<http://www.ihep.jp/publications/report/search.php?y=2013>，2015.09.11.）.
- 松本京子（2014）「訪問看護とホームホスピス・デイサービスで支える暮らし」『老年看護』18（2）， 29-33.
- 松本暢子（2010）「大規模都営住宅団地における居住者の世帯構成の変化に関する考察」『大妻女子大学紀要 社会情報系 社会情報学研究』19， 65-75.
- 松岡洋子（2005）『デンマークの高齢者福祉と地域居住』新評論.
- 松岡洋子（2011）『エイジング・イン・プレイスー地域居住と高齢者住宅』新評論.
- 妻鹿ふみ子（2010）「住民参加型在宅福祉サービス再考－『労働』と『活動』の再編を手掛かりに－」『京都光華女子大学研究紀要』48， 117-145.
- 嶺学（2008）「第1章 高齢者の住まいとケアー社会的福祉のなかの介護福祉と居住福祉」嶺学編『高齢者の住まいとケアー自立した生活，その支援と住環境』御茶ノ水書房，3-82.
- 蓑輪裕子・林玉子・中祐一郎・ほか（1997）「高齢者のための住宅改善助成制度に関する研究－東京都江戸川区の住宅改善助成制度利用者の実態－」『日本建築学会計画系論文集』493， 109-115.
- 蓑輪裕子・阪東美智子（2006）「第5章 住宅改修アドバイザー制度の動向と「評価」による支援の可能性」鈴木晃『「理由書」標準様式を活用した住宅改修評価システムの構築に関する研究』厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）平成18年度総括・分担研究報告書，53-65.
- 三菱総合研究所（2013）「高齢者等の居室内での死亡事故等に対する賃貸人の不安解消に関する調査報告書」，（<http://www.mri.co.jp/gov/uploadfiles/kourei-tintai02.pdf>，20150131.2015.09.11.）.
- 宮崎幸恵・鈴木博志（2003）「シルバーハウジング居住者の住要求とLSAの役割－高齢者の住生活を支援する社会的仕組みづくりに関する基礎的研究 その8」『東海支部研究報告集』41， 645-648.

- みずほ情報総研株式会社（2012）「低所得高齢者の住宅問題に関する調査研究事業報告書」平成 23 年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業，
 (http://www.mizuho-ir.co.jp/publication/report/2012/pdf/mhlw_01.pdf, 2014.10.01.).
- 水本聖子（2011）「高齢者，障害のある人等のための居住支援の現状」『月刊福祉』3, 22-25.
- 水野敏子（2000）「呼び寄せ高齢者の実態調査から」『月刊総合ケア』10（10），20-25.
- 村田俊介・横山俊祐・井出賢一・ほか（2004）「高齢者向け優良賃貸住宅入居者の相互交流における特性と評価－コレクティブリビングに向けた「高賃貸」に関する研究 その2」『日本建築学会大会学術講演梗概集』（北海道大学），265-266.
- 内閣府（2009）「平成 21 年度 高齢者のライフスタイルに関する調査」.
- 内閣府（2010）「平成 22 年度 高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」.
- 内閣府（2014a）「平成 26 年度 社会意識に関する世論調査」.
- 内閣府（2014b）「平成 26 年度 一人暮らし高齢者に関する意識調査」.
- 内閣府（2014c）「平成 26 年度 高齢者の日常生活に関する意識調査」.
- 内閣府（2015a）「平成 27 年版 自殺対策白書」.
- 内閣府（2015b）「平成 27 年版 高齢社会白書」.
- 中村義哉（2009）「介護保険制度下の住民参加型在宅福祉サービスー地域の「支え合い」の現状と課題」『社会福祉学』49（4），117-130.
- 中西勝彦（1996）「ハンディキャップを持つ人の住宅改善と住民の支援活動」『地域福祉研究』24, 61-69.
- 成富正信（2012）「大都市の高齢化と集合住宅コミュニティ」『早稲田社会科学総合研究』12（3），13-33.
- NHK スペシャル取材班（2013）『老人漂流社会』主婦と生活社.
- 日本弁護士連合会（2010）『「無料低額宿泊所」問題に関する意見書」，
 （ http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/100618_2.pdf ，
 2015.06.27.）.
- 日本医師会（2006）「療養病床の再編に関する緊急調査報告」，
 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/dl/s1025-6g1.pdf>, 2014.04.11.).
- 日本住宅会議編（2009）『格差社会の居住貧困』，ドメス出版.
- 西田久美子・三浦研（2010）「兵庫県内のシルバーハウジングにおける生活援助員（LSA）の活動実態に関する考察－規模や派遣形態の違いに着目して」『日本建築学会近畿支部研究報告集. 計画系』50, 65-68.
- 西村勝（2013）「人口減少社会に対応する都市経営課題に関する調査研究（その3）－高齢者世帯の生活（泉北ニュータウンにおける食料品アクセスなど）に関する研究－報告書」公益財団法人堺都市政策研究所，
 (http://www.sakaiupi.or.jp/30.products/31.resarch/H24/H24_korei.pdf, 2015.09.11.).
- 野口文緒（2014）「高齢者の長期療養の実態と介護問題の構造－住宅型有料老人ホームの事例から」『社会福祉学』55（2），79-94.
- 野崎瑞樹（2014）「地域住民による高齢者の見守りへの支援－都内 S 町事例から見た資源と課題」『福祉社会開発研究』6, 89-98.
- 小田川華子（2014）「低所得層の住まい保証の課題－賃貸住宅へアクセス阻害要因の観点か

- ら」『社会政策』6 (1), 83-93.
- 小笠原祐次 (1999)『“生活の場”としての老人ホーム—その過去, 現在, 明日』中央法規.
- 小川卓也 (2010)「無料低額宿泊所の現実—行き場のない人を支える最後のセーフティネット」『都市問題』101 (7), 72-77.
- 岡部真智子 (2006)「高齢者向け住宅改善における専門職支援のあり方に関する研究—住宅改善支援プロセスにおける専門職の関わり方が改善結果に及ぼす影響—」日本福祉大学大学院社会福祉学研究科 2015 年度修士論文.
- 岡部真智子 (2011)「高齢者向け住宅入居者の近所付き合いや外出行動, 居住継続意向に関する調査研究」『総合社会福祉研究』38, 102-115.
- 岡部真智子 (2014)「高齢者専用賃貸住宅の運営事業者からみた認知症高齢者の居住継続の可能性と阻害要因」『福祉社会開発研究』9, 1-11.
- 岡部真智子・児玉善郎 (2015)「高齢化の進む4つの公的集合住宅団地における住民主体の支え合いの取り組み実態と課題」『中部社会福祉学研究』6, 15-24.
- 奥山正司 (2009)『大都市における高齢者の生活』法政大学出版局.
- 奥薗加奈子・北岡敏郎 (2002)「大牟田市における住宅改修とサポートのシステム形成について—高齢者の住宅改修とそのシステム化に関する研究 (1)」『日本建築学会大会学術講演梗概集』(金沢工業大学), 297-98.
- 長倉康彦 (1994)「建築・医療・保健・福祉の連携による住宅改造のシステム化に関する研究」『住宅総合研究財団 研究年報』21, 287-99.
- 大本圭野 (1991)『証言 日本の住宅政策』日本評論社.
- 太田貞司 (2012)『大都市の地域包括ケアシステム』光生館.
- 大塚武則・藤井賢一郎・白石旬子 (2009)「サービス付帯からみた高齢者住宅の特性に関する研究」『介護経営』4, 35-44.
- 齋藤秀行・横山俊祐・黒木宏一・ほか (2004)「高齢者向け優良賃貸住宅入居者の相互交流発生に関する考察—コレクティブリビングに向けた「高賃貸」に関する研究 その3」『日本建築学会大会学術講演梗概集』(北海道大学), 267-268.
- 斉藤雅茂 (2013a)「第3章 地域別にみる孤立高齢者の特性」稲葉陽二・藤原佳典編『ソーシャルキャピタルで解く社会的孤立』ミネルヴァ書房, 56-72.
- 斉藤雅茂 (2013b)「高齢期の社会的孤立に関連する諸問題と今後の課題」『老年社会科学』35 (1), 60-66.
- 斎藤民・杉澤秀博・杉原陽子・ほか (2000)「高齢者の転居の精神的健康への影響に関する研究」『日本公衆衛生誌』47 (10), 856-865.
- 櫻井のり子・藤城栄一・野崎勉他 (1997)「住宅改善による ADL 向上効果—愛知県におけるリフォームヘルパー制度に関する研究 その2—」『日本建築学会大会学術講演梗概集』(日本大学), 349-50.
- 笹川泰宏 (2010)「第5章 無届け有料老人ホームは問題か」結城康博, 嘉山隆司編『高齢者は暮らしていけない』岩波書店, 75-90.
- 佐藤栄治・井上由起子・藤井賢一郎 (2010)「高齢者専用賃貸住宅におけるサービス付帯と居住モデルに関する研究」『日本建築学会計画論文集』75 (651), 1035-1041.
- 佐藤良子 (2012)『命を守る東京都立川市の自治会』廣済堂.

- 澤登久雄 (2014) 「大都市のメリットを最大限活かした『都市型見守りネットワーク』構築」『日本在宅ケア学会誌』17 (2), 17-22.
- 社会福祉調査研究会編 (1993) 『戦前日本社会事業調査資料集成 第八巻 経済保護事業・農村社会事業』勁草書房.
- 社会福祉調査研究会編 (1995) 『戦前日本社会事業調査資料集成 第四巻 浮浪者・不良住宅地区』勁草書房.
- 社会保障研究所編 (1990) 『住宅政策と社会保障』東京大学出版会.
- 清水馨八郎 (1969) 「コミュニティ生活の場における人間性の回復」国民生活審議会調査部会コミュニティ問題小委員会.
- 冷水豊 (2009) 「高齢者の社会的孤立と社会福祉の役割を問う」『社会福祉研究』106, 51-59.
- 塩崎賢明編 (2006) 『住宅政策の再生－豊かな居住をめざして』日本経済評論社.
- 白川泰之 (2014) 『空き家と生活支援でつくる「地域善隣事業」－「住まい」と連動した地域包括ケア』中央法規.
- 園田眞理子 (2009) 「4 章 高齢者居住」住宅総合研究財団編『現代住宅研究の変遷と展望』丸善株式会社, 73-97.
- 園田眞理子 (2012) 「第9章 地域包括ケアの基盤としての住まい」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社, 130-149.
- 園田眞理子・池田武俊・猿渡進平・ほか (2015) 「特集みらい都市・大牟田から 2025 年モデルを発信する－住宅と福祉の連携による地域包括ケアの推進を目指して (後編)」『いい住まい いいシニアライフ』127, 1-35.
- 総務省統計局 (2014) 「平成 25 年度 住宅・土地統計調査」
- 総務省 地域力創造グループ 過疎対策室 (2011) 「過疎地域等における集落の状況に関する現況把握調査報告書 平成 23 年 3 月」
- 鈴木晃 (1996) 「高齢者住宅政策と保健・福祉－保健・福祉職による居住空間再生の方法論」『都市問題』87 (5), 31-42.
- 鈴木晃編 (1997) 『保健婦・訪問看護婦のための住宅改善の視点と技術』日本看護協会出版会.
- 鈴木亘 (2011) 「迷走する無料低額宿泊所問題と経済学から見たその対策」『社会福祉研究』110, 47-54.
- 高橋紘士 (2013) 『低所得高齢者の住宅確保に関する調査・検討報告書－「住まい」の確保と「住まい方」の支援を一体的に行う「地域善隣事業」の提案』平成 24 年度老人保健健康増進等事業, 財団法人高齢者住宅財団.
- 高橋紘士 (2014a) 「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査研究事業報告書」平成 25 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, 公益社団法人全国有料老人ホーム協会,
(http://www.yurokyo.or.jp/investigate/pdf/report_h25_01_02.pdf, 2015.09.11.).
- 高橋紘士 (2014b) 『低所得・低資産高齢者の住まいと生活支援のあり方に関する調査研究報告書』平成 25 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, 一般財団法人高齢者住宅財団.
- 高橋紘士 (2015) 『低所得の高齢者等への住まい・生活支援を行う事業の全国展開に関する

- 調査研究事業報告書』平成 26 年度老人保健事業推進等補助金老人保健健康増進等事業、一般財団法人高齢者住宅財団。
- 高松智画(2006)「軽費老人ホームの役割とはなにか」『国際社会文化研究所紀要』8, 206-219.
- 武川正吾(2011)「第 1 章 居住福祉学の理論的基礎 1 居住福祉学とは何か」野口定久・外山義・武川正吾編『居住福祉学』有斐閣。
- 竹内孝仁(2001)『介護予防研修テキスト』社会保険研究所。
- 玉田智子・藤山友子・水野弘之(1991)「在宅福祉のための住居改善の推進に必要な条件整備に関する研究－各分野の専門家に対するヒアリングに基づく考察(その 1)」『日本建築学会近畿支部研究報告集』769-772.
- 谷武(2004)「公団の高齢者向け優良賃貸住宅に住む世帯の付き合いに関する研究－東海地方における高齢者向け優良賃貸住宅居住者調査の分析」『都市住宅学』47, 65-70.
- 谷武(2006)「高齢者向け優良賃貸住宅の運用状況と課題－自治体担当者などに対するヒアリング調査の結果から」『日本都市計画学会都市計画論文集』41(3), 665-670.
- 立松麻衣子(2008)「高齢者の役割づくりとインタージェネレーションケアを行うための施設側の方策－高齢者と地域の相互関係の構築に関する研究」『日本家政学会誌』59(7), 503-515.
- 栃本一三郎(2011)『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究報告書』平成 22 年度老人保健健康増進等事業、医療経済研究機構。
- 東京都福祉保健局東京都監察医務院(2015)「平成 26 年版統計表」,
(<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kansatsu/database/index.html>, 2015.09.15)
- 東京都社会福祉協議会(2013)『退院後、行き場を見つけづらい高齢者 社会資源実態白書(平成 23 年 3 月)』
- 外山義(2003)『自宅でない在宅－高齢者の生活空間論』医学書院。
- 筒井智恵美・鈴木晃・阪東美智子(2003)「介護保険制度における住宅改修の事業評価に関する研究 自立支援からみた改修内容の妥当性と主観的満足感」『日本在宅ケア学会誌』7(1), 31-39.
- 碓田智子・岸本幸臣・宮崎洋子・ほか(2004)「初期公団団地の再生に関する居住者意識の研究－その 2 居住環境評価と建て替え意向について－」『日本建築学会大会学術講演梗概集』(北海道大学), 211-212.
- 渡辺ひろみ編(2005)『デイ・サービスからまちづくりへ－主婦たちがつくった NPO コスモスの家』自治体研究社。
- 渡辺ひろみ・本田和隆・山本敏貢編(2011)『主婦たちがつくった暮らしの砦－NPO コスモスの家の 20 年』自治体研究社。
- 山田壮志郎(2012)「無料低額宿泊所の現状と生活保護行政の課題」『社会福祉学』53(1), 67-78.
- 山口麻衣・冷水豊・斉藤雅茂・ほか(2011)「大都市独居高齢者の近隣住民・知人による声掛け・安否確認に対する選好」『日本の地域福祉』24, 21-31.
- 山本美香(2009)『高齢者の住環境』ぎょうせい。
- 山崎章郎・二ノ坂保喜(2012)『病院で死ぬのはもったいない』春秋社。
- 山崎章郎(2015)「人生の最期をどう生きるか、どう支えるか、どう迎えるか 地域の中で

ホスピスケア(緩和ケア)ケアタウン小平チームの取り組み』『医療と社会』25(1), 87-95.

矢山壮・繁信和恵・山川みやえ・ほか(2011)「入所施設の認知症の行動心理学的兆候(BPSD)で入院を依頼する要因の実態調査」『老年精神医学雑誌』22(12), 1413-1421.

米野史健(2010a)「住宅弱者に対するさまざまな居住支援の取り組み」『ホームレスと社会』2, 38-47.

米野史健・新井信幸・五十嵐敦子(2010b)「民間賃貸住宅における高齢者等を対象とした居住支援の実施状況－高齢者等の住宅弱者に対する居住支援の実態と課題 その1」『日本建築学会大会学術講演梗概集』(富山大学), 1509-1510.

吉村朋代(2011)「有料老人ホーム契約について－高齢者の居住とケアにかかる法律問題覚書(1)」『広島国際大学医療経営学論叢』4, 7-26.

湯浅誠(2008)『反貧困－「すべり台社会」からの脱出』岩波書店.

謝辞

本研究を遂行し学位論文をまとめるにあたり、多くの方にご指導とご支援を賜りました。

私は福祉用具や住宅改修にかかわっていた会社員の時に、福祉の視点から住環境整備にアプローチすることの重要性、またそのことを多くの人が認識することの必要性を感じ、会社を辞め、児玉善郎先生がいらっしゃる日本福祉大学に編入学しました。児玉先生には、学部生の時から博士課程に至るまで、14年にわたり熱心にご指導をいただいてまいりました。今回、居住支援というテーマで博士論文をまとめることができたのも、児玉先生から丁寧なご指導や励ましの言葉をいただいたおかげです。また先生には、進路や仕事についても何度も相談にのっていただきました。直接、助言をいただくことからはもちろん、先生のお姿からも多くのことを学ばせていただきました。本当にありがとうございました。

また、野口定久先生には修士論文執筆時から副査をご担当いただき、居住福祉の視点に立った助言を数多くいただきました。折に触れて気にかけていただき、丁寧なご指導をいただきました。もう一人の副査である永岡正巳先生からは、歴史研究の方法論や私が把握できていなかった重要な文献について教えていただきました。お二人の先生は、博士論文を丁寧にお読みくださり、論文の精度を高めるための指摘や助言を数多くくださいました。ご指導いただきましたこと、大変感謝しております。

大学院（博士課程）入学から論文完成までに（休学を含めて）8年かかりました。その間、高齢者向け優良賃貸住宅の研究を一緒にさせていただいた渥美正子先生が鬼籍に入られました。渥美先生とは、修士課程の頃に住宅改修の研究会で一緒してから、共同研究もさせていただき、女性研究者としての姿勢を学ばせていただきました。先生に論文の完成をご報告できないことが残念でなりません。

また、大学院を卒業後に就職した日本福祉大学通信教育部や現在の職場である静岡英和学院大学の先生方には、論文が執筆できるよう仕事の面で多くのご協力・ご配慮をいただきました。社会福祉士養成の法改正に伴い新カリキュラムを進める中、多忙な時期もありましたが、いずれの職場でも多くのご協力をいただくことで、論文完成に至ることができました。心よりお礼申し上げます。

この研究は複数の調査から成り立っています。調査では、住宅改善を行った高齢者やご家族の方、高齢者向け住宅にお住まいの高齢者の方、地域で支え合いに取組む自治会や団体の方、居住支援に携わる専門職の方々などたくさんの方にお会いしました。お話を伺う中で、居住環境を整えることの意義を強く認識することができ、論文にまとめようという気持ちを持ち続けることができました。論文執筆が進まないとき、調査にご協力いただいた方のお顔を思い出すことで、奮起することができました。記して感謝申し上げます。

最後に、両親に感謝の気持ちを伝えたいと思います。研究活動に取組む私を、心配しながらも温かく見守ってくれました。周りの人に感謝し、健康に気を付けて取組むようにというのが口癖でした。いつも応援をしてくれたおかげで、最後まで博士論文執筆をやりとげることができました。ありがとうございました。