

特集：第20回厚生政策セミナー「地域人口と社会保障をめぐる諸課題」

過疎地と大都市における 高齢者の居住問題とその解き方

園 田 眞理子*

日本の高齢化は、1990年代に地方の特に中山間地で著しく進み、2010年代以降は大都市郊外で激しく進んでいる。中山間地は既に高齢化のピークを過ぎ、人口・世帯減による過疎化が進み、限られた資源と人材でどう高齢者に対処するかが課題である。一方、大都市郊外では、これから後期高齢者が急増し、専ら子育て世帯向けに造られた街や住まいを、高齢期も居住継続が可能なように改変する必要に迫られている。

そこで、本論では、過疎地の例として、奈良県十津川村を対象に、村の高齢者の居住と医療・介護・福祉に関する基本戦略を提示した。①健康づくり・介護予防、②生活支援総合事業、③安心の居住の場の確保を柱にした施策を進め、福祉事務所や社会福祉協議会の組織改革も同時に行う。大都市郊外部においては、開発された住宅地単位毎の高齢化の実情や経済的なポテンシャルに応じて、医療・介護・福祉を施設ケアから地域ケアへと転換し、自治的な地域事業会社によるエリアマネジメントの一環として、激しい高齢化に対処することを提案する。

I. 過疎地の場合—奈良県十津川村を題材にして

1. 十津川村の概要

奈良県十津川村は、紀伊半島中央部に位置し、2013年5月現在の総人口は3,773人であり、近年著しく過疎化が進行している。村の約96%は森林であり、林業が主な産業である。村の中央部には南北に十津川が流れており、その川沿いに国道168号線が走り、東西には国道425号線が走っている。この2つが村の交通の大動脈である。村の歴史は古く、古来免租の村として知られている。周囲とは隔絶した地域であったため独特の文化・気風がある。世界遺産の熊野参詣道小辺路、大峯奥駈道も村の中を通っている。

また、村には水害の歴史があり、1889年の大水害では、生活の基盤を失った約3,000人が北海道に移住し、新十津川村を形成した。それに次ぐ大水害が2011年9月に発生し、死者・行方不明者15人、建物被害50棟余りに上った。これを契機として、災害復興のプロセスの中で、村は集落構造の根本的な転換と新たな村経営を図ろうとしている。

* 明治大学理工学部建築学科

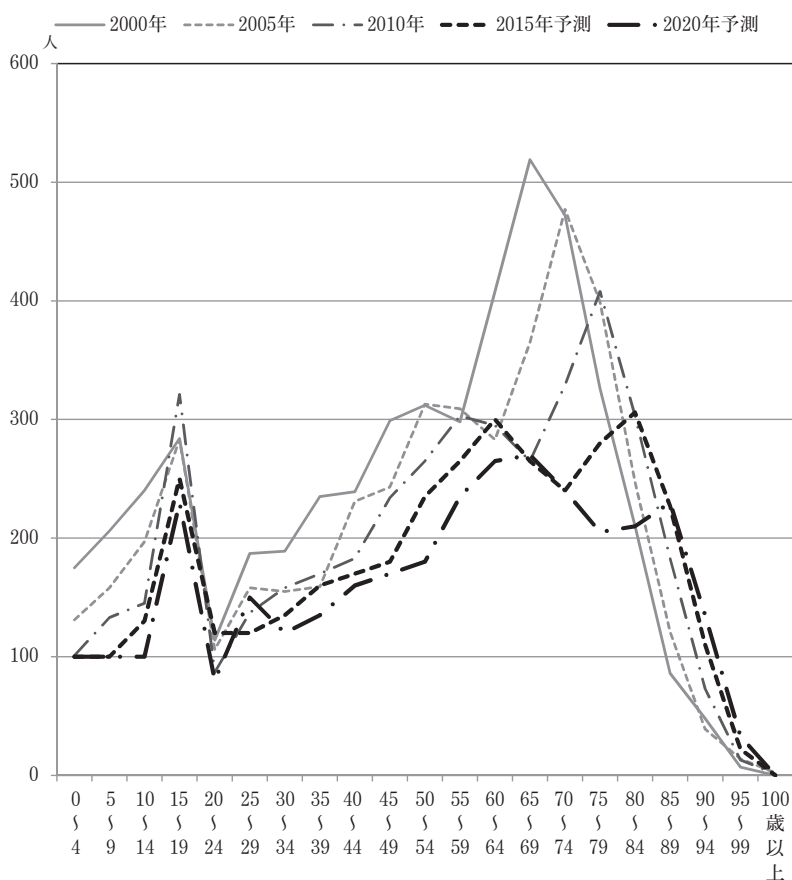
2. 村の人口・高齢化・介護保険等の概況

(1) 人口減少と年齢別人口

村の人口は、2010年以降、急激な減少局面にある。15歳未満の年少人口は年に約15名ずつ減少しており、若年人口と出生数の回復は喫緊の課題である。65歳以上人口は、2010年をピークに減少に転じている。特に、65-74歳の前期高齢者の減少が著しい。75歳以上人口も2010年をピークに減少に転じているが、2015年現在、約1,000人である。ただし、5年後の2020年には、この後期高齢者人口も4分の3に減少すると予想される。

つまり、十津川村の高齢化の進展は2010-2015年の間にピークを迎え、2015年以降は総人口の減少とともに、人口構成の分布が著しく変化する可能性が高い。2015年時点では、人口構成は、75-79歳人口のピークが大きく崩れて、80-84歳人口と60-64歳人口の2つをピークとする2コブになる。予測では2020年時点には、後期高齢者人口は減少し、後期高齢者の重みは相対的には解消されていく。これは、40年後の日本社会を先取りした状況である（図1）。

図1 村の人口構成の推移



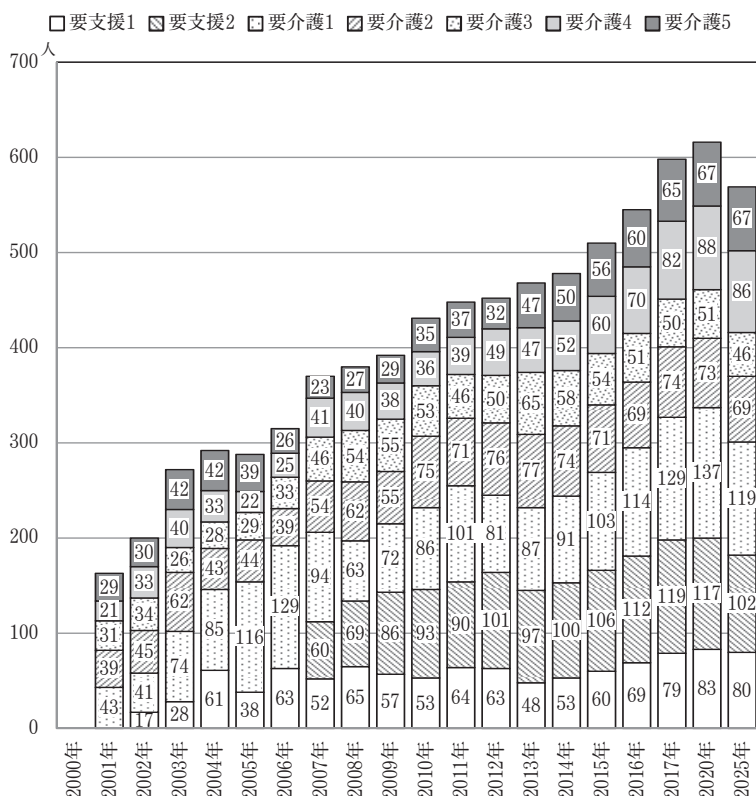
資料：2000年～2010年は国勢調査，2015年以降の人口は，国勢調査を元に5歳階級別人口の簡易的コーホート分析（園田）により推計
 （注：15～19才人口が多いのは，村内に寄宿舎制の学校があるため）

(2) 要介護認定者数の実績と推移

要介護認定者数は、介護保険開始当初は160名程度であったが、2014年には478名に達している。十津川村の65歳以上人口に対する要介護認定率は30.5%であるが、奈良県野迫村に次いで全国第2位の高さである。

2015年からの値は推計であるが、後期高齢者人口および高齢者人口のピークをこえた十津川村で、依然として要介護認定者が増える推計結果になっている（図2）。

図2 要介護度別認定者の時系列推移



資料：「第6期介護保険事業計画及び老人福祉計画」十津川村 2015.3

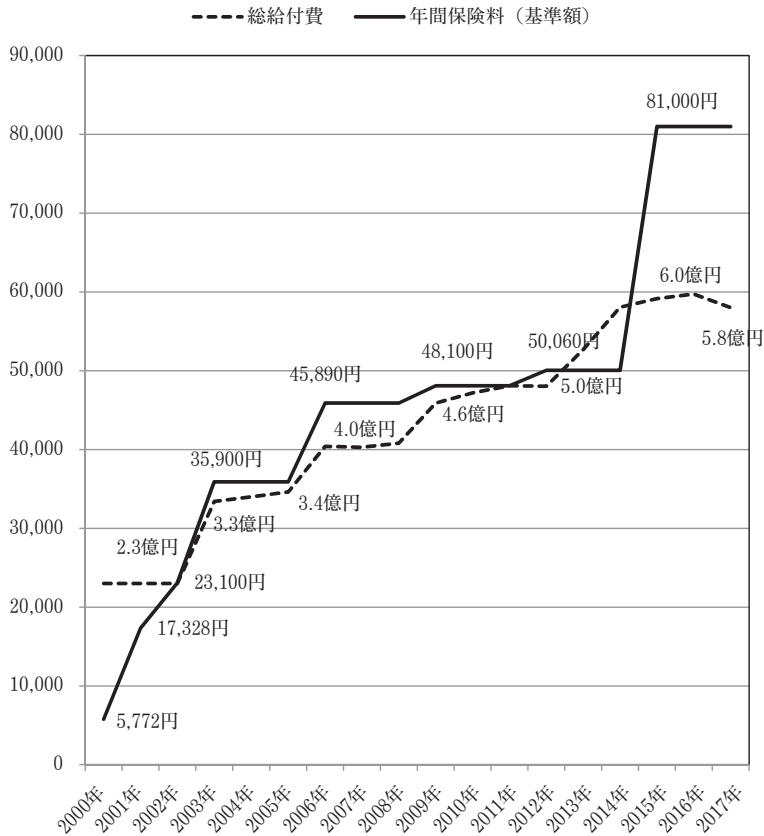
(3) 介護保険総費用と保険料

介護保険開始時の2000年度は総費用2.3億円でスタートしたが、3年に1度の介護保険事業計画の見直し毎に総費用は上昇し、第二期は3.3億円、第三期は4億円、第4期で4.5億円に達し、第5期では5億円を突破し、5.3億円に達した。第6期の策定においては、厚労省のモデル算定にしたがった結果、2016年度には6億円に達し、2017年度には5.6億円にやや減少するという結果になっている。

一方、65歳以上の第一号保険者の保険料も、総給付費の上昇に伴い、当初の年額5,772

円（標準額）が、第5期の2012-14年には年額5万円と10倍にまで上昇している。さらに、第6期では、第一号保険者の負担割合が大きくなったため、年額8.1万円、月額6,750円（参考：全国平均5,514円、奈良県平均5,231円）と極めて高額になっている。十津川村の介護保険は、給付費においても、保険料においても全国的にみて極めて高水準にある（全国第32位）（図3）。

図3 介護保険総費用と保険料の推移



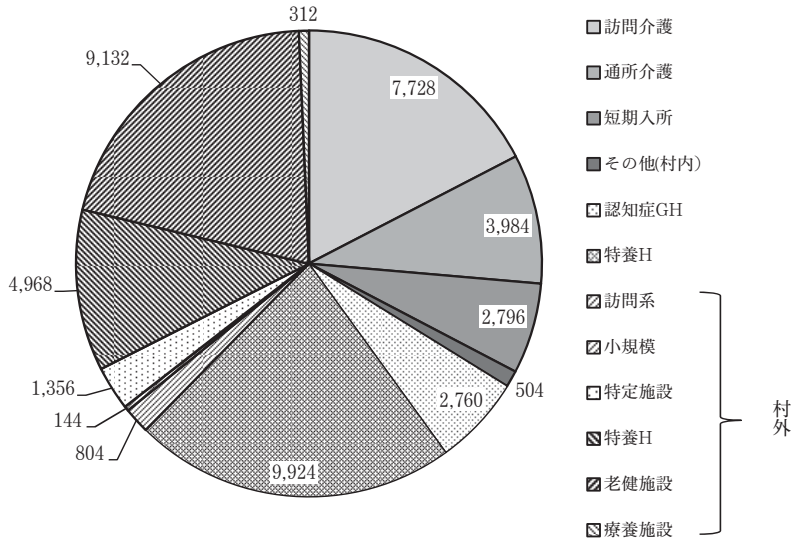
資料：十津川村介護保険事業計画報告書（第1期～6期）

(4) 介護保険総給付費の支出費目と金額

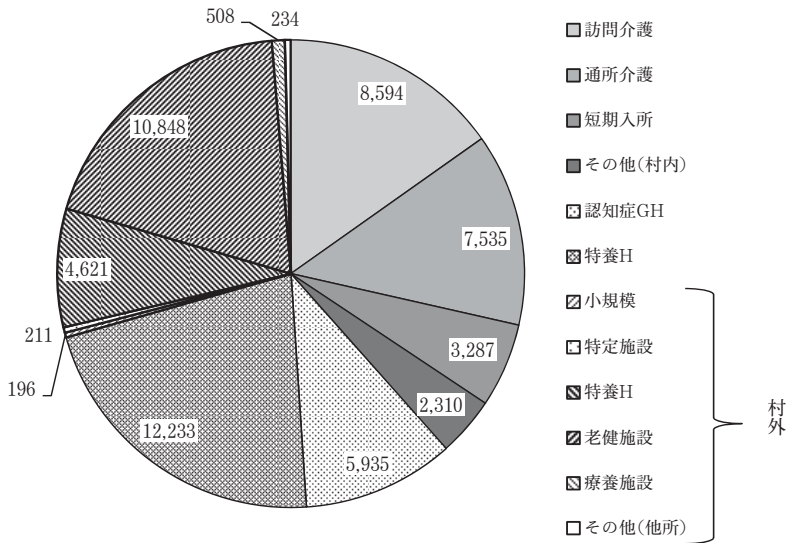
村の介護保険総給付費について、介護給付と予防給付の総合計金額からみていく。なお、居宅介護支援費およびその他分の費用は除いている（図4）。

2011年8月時点においては、総給付費4.8億円に対して、約3分の1の1.7億円は村外の介護サービスの利用に支出されていた。2015年度からの介護保険事業計画においては、総給付費約5.6億円に対して、2011年時点と同額の1.7億円を村外のサービス利用に支出する試算になっている。村外費の比率は低下しているものの、支出の絶対額は依然として大き

図4 介護保険の支出費目別金額と総費用に対する構成割合
(2011年実績値と2015年計画値)



2011年の介護保険給付総額 4.8億円 (図中の数値は費用額 (単位: 万円))



2015年の介護保険給付総額 (計画値) 5.6億円 (図中の数値は費用額 (単位: 万円))

資料：第5期・第6期十津川村介護保険事業計画報告書に記載された値を元に算定

く、この費用を村内に留まる仕組みを考える必要がある。また、村内にあっては、2011年度と2014年年度の比較で、特養費用が2千万円増、GH費用が3.2千万円増になっており、施設偏重の計画になっている。

3. 過疎の村の医療・介護・福祉・居住等に関する基本戦略

十津川村は周辺地域と地理的に隔絶した立地環境にあり、しかも総面積672.35km²と村の行政区域としては日本最大である。いわば、同村は周囲とは切り離された一つの独立区域ともいべき条件を備えており、地域包括ケアを過疎化が進む自治体単位でどのように展開していけばよいかの一つのモデルケースになり得る。

そこで、奈良県十津川村をモデル地域に設定し、同村の実態や介護保険計画及び老人福祉計画を踏まえつつ、同村における今後の「医療・介護・福祉・居住等に関する戦略」を構想した。なお、これは十津川村で実際に履行されていることではなく、あくまで筆者によるモデル的な提案であることに留意されたい。

(1) ミッション

「介護保険」は地方分権、地方主権の試金石といわれている。一方、急速、急激に進む超高齢化への対処と、財政的負担の合理化、軽減のために、「社会保障と税の一体改革」にもとづき、2014年6月に「医療・介護総合確保推進法」が施行された。これは、19もの関連法案を一挙に改正するもので、今後の医療と介護等のあり方を大改革するものである。その実行にあたっては、地域が地域で地域のあり方を自ら考え実行する“地域包括ケアシステム”の構築が鍵である。この“地域包括ケアシステム”が求められる背景は、次の通りである

- ・「施設入所」ではなく、身近な地域での継続的な暮らしを保障
- ・「集団・施設処遇」による従来の方法は、高額、高コストであると同時に、対象者の自立心と尊厳を大きく毀損する“過剰介護”の状況を生み出していた
- ・適正な地域単位で、問題解決を図る

上記の点を踏まえて、十津川村における高齢者等の医療・介護・福祉・居住等に関するミッションを「村民の合力により、誰もが、誕生から最後まで生き生きと安心して暮らせる村の実現」とする。

(2) 地域包括ケアシステムの実現方法

村の地域包括ケアシステムを実現するためには、「健康づくり・介護予防」「介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）」「安心の居住の場の確保」の3つが柱になる。また、本来的には、高齢者だけでなく、子ども・子育て、障がい者、生活困窮者を含んで、村民が地域で安心して生活できる環境をめざすことが重要である。

以下、3本柱について、それぞれ具体的にどのように展開すべきかについて述べる。

①健康づくり・介護予防

地域包括ケアシステムの構成要素である「健康づくり・介護予防」のためには、健康診査の受診の徹底と、村民に対する健康への意識啓発が鍵になる。現時点での健康診査の受診率は40歳以上検診で38.2%、75歳以上検診で33.4%にとどまっている、受診率の数値目標を設定するなどして、健康悪化を未然に予防する。それとともに、村民の健康への関心

を高めるために、例えば、「元気手帳」「長生き手帳」等の健康手帳を40歳以上村民に配布し、村民の健康に対する自己マネジメント力を強化する。

②介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

総合事業を行うにあたって、以下の手続きを進め、集落・拠点単位での総合事業を確立する（表1）。

表1 集落・拠点単位での「総合事業」のイメージ

| 項目 | メニュー | 検討事項等 |
|-------|--|--|
| 生活支援 | ①見守り ・見る ・守る | ・現行は、民生・児童委員が担当 ・「見る」はITでも可能だが、「守る」は人的な対応が必要 |
| | ②外出 ・買物 ・通院 | ・東区エリアでデマンドタクシー事業を開始。他に、福祉有償運送を実施。これらの取組みの有効性を高めるにはどうしたらよいか |
| 通所・予防 | ③レクリエーション おしゃべり、会食、体操 ④手しごと（なりわい） 男性手しごと、女性手仕事 ⑤介護者支援 ⑥健康診断 | ・現行の「いきいきサロン」の再編成と再構築を行う。 ・生きがい、やりがいのある楽しみづくりを主目的とする。 ・介護者への支援も重要（特に、老々介護の場合） ・④の手しごとは生きがいづくり。集落の特性を活かして个性的に実施できるとよい。十津川村福祉の目玉にできないか。 ・開催頻度は、③～⑤は月2回ペース、⑥は月1回程度。 |
| 訪問 | ⑦家事援助（炊事、洗濯、掃除等） | ・従来の訪問介護サービスの量・質を向上させる。 ・ヘルパーの人材確保と配置の工夫。 ・集落内人材の活用を図る（互助的な取り組み） |
| 防災 | 非常時の避難・支援の体制づくりと訓練 | ・十津川独自の取組みとして、集落単位で構築することが重要 |

- ・生活支援コーディネーターの配置と活用
- ・集落単位の実情の把握（区別・集落台帳を作成し、活用）
- ・集落単位、あるいは複数集落単位（拠点）の設定
- ・「総合事業」の立ち上げ } PDCA サイクルを回して、継続的に修正・改善を図る
- ・「総合事業」の実施 } ことが肝要（常に工夫し、変えてよい）

また、村域が広く、54集落が離散的に存在しているので、7つの区の単位を目途に分散的な通所拠点の形成を図る。

③安心の居住の場の確保

高齢者の「ソーシャルキャピタル（親族・近隣）」と「虚弱化の度合い」により、自宅居住継続の困難性が異なる。困難になった場合は、“住替え先”が必要になる。高齢者の態様と自宅居住継続困難の関係を整理すると図5のようになる。

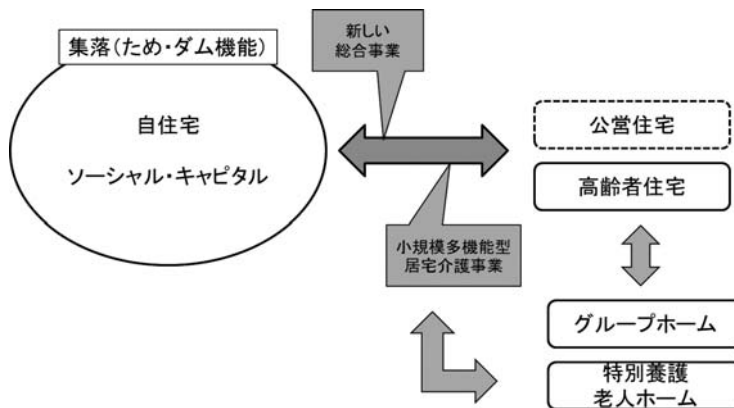
これに対する村の「高齢者の居住を支える仕組み」は、第一に、高齢者等の健康弱화가集落離脱に直結しないように、集落単位になるべく長くとどまれるための集落毎の「ダム（溜め）機能」を高める。そのためには、自宅の住環境の改善や集落内での互助力を高める。健康弱化が進み、集落内での支え合いだけでは困難になる第二段階については、小規模多機能型拠点やサービスの活用により、7つの区単位でバックアップする体制を整える。それでも自宅での居住継続が困難になった場合の第3段階に対しては、公営住宅や高齢者

住宅を活用して、村内居住を継続しつつより安心感のある住まいに移る選択肢を設ける。村には、1か所の特別養護老人ホームと2か所の認知症グループホームがあるが、これらについては現状維持とし、施設偏重にならないように留意する（図6）。

図5 高齢者の態様と自宅居住継続困難の関係（濃い色ほど、困難）

| 高齢者の態様 | 虚弱 | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | |
|--------------------------|---------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
| ソーシャル キャピタル 【関係資本】 | 孤立 | [Dark Gray Bar] | | | | | | | |
| | 村外親族のみ | [Dark Gray Bar] | | | | | | | |
| | 近隣のみ | [Dark Gray Bar] | | | | | | | |
| | 村内親族のみ | [Dark Gray Bar] | | | | | | | |
| | 村外親族+近隣 | [Dark Gray Bar] | | | | | | | |
| | 村内親族+近隣 | [Dark Gray Bar] | | | | | | | |
| | 同居 | 認知症の場合は、同居親族がいても自宅での居住継続が困難な場合もあり得る [Dark Gray Bar] | | | | | | | |

図6 村の「高齢者等の居住」を支える仕組み



(3) 組織体制の改革

地域包括ケアシステムを推進するためには、村の福祉事務所や社会福祉協議会の組織体制の改革も必要である。

地域包括ケアシステム以前の福祉等の制度設計は、対象者の属性により、「高齢者」「子ども」「障がい者」等と切り分け、かつ専門領域を機能的に分割して、「福祉」「介護」「看護」「医療」, 「住居」等と分化している。その仕組みが人口わずか3,500人の村にも持ち込

まれ、十津川村の場合も、役場内の福祉事務所で上記の分野別に部署や人員を配置し対応してきた。しかしながら、そうした機能分化型の組織体制では国・県からの指示等をこなすのが精いっぱい、現場への機敏な対応力が脆弱である。これは社会福祉協議会においても同様であり、村の社会福祉協議会が村唯一の特別養護老人ホームを運営しているが、入所者への対応と、併設する村一か所のデイサービスの運営に忙殺され、広大な村全体の福祉を支える余力がない。

そこで、地域に密着して、制度上の壁を取り払い、地域の問題を解決するという「地域包括ケアシステム」本来の理念に基づけば、組織体制に、機能による分担だけでなく、地域毎の分担体制も組み込んでいく必要がある。社会福祉協議会についても、地域包括ケアシステムに内在される要素について、バランスよく人員を配置して推進する体制に変革する必要がある。

4. まとめ

過疎化が進む村では、既に高齢化のピークが過ぎ、総人口が減少していく中で、高齢者人口もこれから減少していく局面に直面する。しかも、ケーススタディの対象とした奈良県十津川村は村域が極めて広く、54もの集落が離散的に存在している。村では、これまで「高森の郷」という社会福祉協議会が開設する特別養護老人ホームが高齢者介護の中心的な役割を担ってきたが、もはやこれだけでは限界がある。

こうした特徴を持つ村で、現実に機能する「地域包括ケアシステム」を構築するには、人口が少ないからこそ可能になる精緻な実態把握に基づいて、地域のあらゆる物的資源、人的資源を活用した有機的なネットワークと体制を形成する必要がある。本研究ではその具体化に向けた基本戦略を構想し立案した。これを実行に移し、その過程で逐次の成果チェックを行い、改善し再実行するサイクルを通じて、より高度化を図ることが望まれる。

II. 大都市の場合—東京圏の郊外を題材にして

1. 大都市が直面する3つの不都合な真実

2030年の東京圏等の大都市における高齢化を考える前提として、我が国が直面している不都合な真実ともいえる3つの点をまず指摘しておきたい。

その第一は、いうまでもない激しい高齢化の進展である。日本の65歳以上人口が増え始めたのは1990年頃であるが、人数の変化では約40年間をかけて安定的な状況に達する。そういう意味では、今後の15年間で超高齢化の最終コーナーともいえ、特にこれから75歳以上人口が一気に増えるため、まさに正念場にさしかかっている。

第二の点は、急速な人口減少が始まっていることである。江戸時代の終わりの3,300万人の人口が2008年頃に約1億2,800万余人で頂点に達し、その後は減少に転じている。2014年～15年の1年間では、総人口が約30万人も減少している。このままの出生率で推移すると、2100年には江戸時代終わりと同じ人口になってしまう。これほど短期間かつ大幅

な人口減少は人類史上にないほどの大変化である。

第三の点は、財政難である。日本の国民負担率は2014年のデータで43.4%とされているが、それに財政赤字の分を加えると負担率は既に50%を超えている。この値はドイツやスウェーデンと比べても大きな違いはなく、現状の制度維持を前提にすれば、20年後の国民負担率は6割を超えるとの予測もある。人口減少社会の中で生産性の著しい向上が見られない限り、自ずとGDPも減ってしまう。

以上が、これからの大都市の超高齢社会を展望するにあたって、十分に認識しておくべき前提条件である。

2. 地域包括ケアシステムの基本コンセプト

植木鉢を用いた地域包括ケアシステムの概念図は、私たちが直面している問題の構造を非常によく捉えている（図7）。1989年に開始されたゴールドプラン以降、「医療・看護・介護」分野の取組みが講じられてきたが、十分な結果に結びついていない面がある。その最大要因として、植木鉢に相当する「すまいとすまい方」と、土に相当する「生活支援」についての取組みが手薄かったからである。別の見方をすれば、20世紀の間は植木鉢と土の部分、親族扶助、地域互助等が機能しカバーできていたが、21世紀に入り、特に大都市では世帯の小規模化と地域力の低下により、この部分の問題に取り組まざるを得なくなったといえよう。

そうした中、2014年6月に「医療・介護総合確保推進法」が制定された。その過程では、「住まい」を中心に位置づけ、そこでの生活を中心に、医療や介護は訪問・通所を通じて届けられ、どうしても必要な場合のみ入院したり、介護専門の施設に入所する図式になっている。また、健康維持や介護予防、生活支援については、専門人材や機関よりも地域の

図7 地域包括ケアシステムの概念図



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

自治会、NPO、ボランティア組織等が前面に出て、互助的に日常的な見守りや支え合いをする仕組みを自治体が主体となって、日常生活圏毎に整えることが明示されている。

つまり、地域包括ケアシステムとは、活力ある地域社会を維持するための地域の、地域による、地域のための総力戦に他ならない。

3. 施設ケアから地域ケアへ

これまでの高齢者のケアシステムは「施設ケア」中心だったといえる。施設ケアとは、同じような属性の要介護高齢者を1か所に集めて、そこに介護、医療のケアも集積し、建物内、敷地内で完結するいわば砦を設ける手法である。大量に集めるという規模の経済に期待し、画一的、均一な処遇で合理化を図る側面がある。しかしながら、人口の4人または3人に1人が65歳以上、要介護認定者率が20%を超える状況では、このモデルの限界は明らかである。個々人の自立と尊厳を損ね、大規模施設の建設費や人件費等の負荷が過大である。

これに対して、21世紀型ともいうべき地域包括ケアシステムとは、この1か所に集中していた要素を適度な地域の広がりの中に分散配置し、それをネットワーク化することによって、高質な居住環境と24時間切れ目のない支援とサービスの提供体制を構築しようとするものである。その基本単位は「日常生活圏域」であり、ほぼ中学校区域というのがコンセンサスになりつつある。

なぜ、中学校区域かという、以下の理由が考えられる。まず、中学生の生活・行動圏域と虚弱高齢者のそれとがほぼ一致するからである。中学生は車もバイクも使えないが、自転車では自由に移動できる。徒歩圏よりも広く、しかし車を使って移動するほどではない圏域が人生の最初と最後の幼老のライフステージにおいての基本的な生活圏である。また、公立中学校の1区域当たりの人口規模は約2万人であるが、仮に高齢化率25%とすると65歳高齢者数は5,000人、認知症及び重度要介護高齢者の認定率が10%とすると500人の要介護高齢者である。この人数は20世紀後半の公立中学校の生徒数とほぼ同等である。高齢社会以前に、地域で中学生の面倒を見てきたのと同じに、今度は要介護高齢者の特に最後3年間を無事に過ごせるような環境が整えることができれば、然しもの超高齢化も何とか凌げるかもしれない。

日常生活圏域には、自分の家もあれば、サービス付高齢者向け住宅や認知症のグループホームもある、というように様々な居住型がある。そこに医療と介護のレイヤーを掛ければ、地域包括ケアシステムの構築は可能である。ただ、大問題は、住まいと専門的な医療と介護の間に絶対に必要な生活支援のレイヤーをどうかけてよいのかが不明瞭なことである。生活支援は20世紀の間は家族や親族、近隣が担ってきたが、現在の大都市圏では、この家族の部分が極めて手薄くなっている。東京都の場合、2010年時点で全世帯の47%は単身世帯である。家族でない生活支援の仕組みをどう構築するか。しかも、介護の要否にかかわらず見守りから始める必要があり、24時間365日、これほど多くの単身世帯をカバーする方法を考えなければならない。

これを解くには、地域ケアとは、都市経営、地域経営の問題に他ならないという認識を持つことである。北欧が市町村単位で高福祉・高負担をなぜ実現できているのかといえば、税や保険の負担に対して公共を介するがきちんとリターンする仕組みが機能しており、それを市民が納得して行っているからである。アメリカでは、部分、部分ではあるが、“ゲイディッド・コミュニティ”を形成し、民間ベースで相互的な自助・自治によってコミュニティ経営を行うという手法が確立されている。日本はながらく中福祉・中負担と云ってきたが、いったい誰が都市経営・地域経営の主体なのか、誰がマネジメントを担うのをはっきりさせることが、地域ケアの出発点になる。

4. 大都市郊外部の超高齢化への対応に関する基本戦略

(1) 大都市の郊外住宅地の状況

大都市における超高齢化問題の舞台は、「郊外」である。高度経済成長期に大量に流入した若年人口は世帯形成に伴い、大都市郊外部にスプロール状に開発された住宅地に居住し、以来、40～50年を経た今、そうした住宅地は一斉に超高齢化が進展している。

例えば、大手ディベロッパーが開発したある郊外住宅地は、約850世帯、2,500人が居住している。開発から40年が経過し、高齢化率は40%を超えており、過疎地の限界集落と同じ状況にある。

一区画あたり、土地は60坪程度、建物は30坪以上あるような立派な家々が立ち並んでおり、購入価格とその後のローン返済、メンテナンスの総費用を考えると、一軒あたり1億円程度を使っている場合も少なくない。例えば、総住戸数850戸の計画的に開発された郊外住宅地を例にとると、居住用不動産として投下された金額は約1,000億円に上る。そうした中流以上の住宅地に住む人の年金は1世帯あたり300万円と考えると、住宅地全体のキャッシュフローは年間25～30億円である。年金なので、この金額は景気の影響をあまり受けない。金融資産は、日本の高齢者世帯の平均預金額2,500万円を当てはめると、総額で200億円になる。こういう経済条件の人たちが、塊状に後期高齢期にさしかかると、この区域での介護保険に係る総費用は年額約5億円、後期高齢者医療の総費用は年額約8億円と試算される。

こうした人たちのほとんどは経済的に困窮しているわけではない。最後までこの場所で、この地域で暮らし続けられるかどうか不鮮明なだけである。つまり、ここで暮らす住民が最後まで安心して生活できるための仕組み、支える仕組みを、この住宅地が内包している経済的ポテンシャルにみあって構築できれば、この住宅地を次世代に円満に受け渡すことができる。現下の、介護が必要な状況に追い込まれて、個々人が介護施設や入院先を探し回るといった状況を打破し、それぞれの地域の実情に即した問題解決を図れば、大都市郊外の高齢化への対処方法も見えてくる。

(2) エリアマネジメントの実施

超高齢化に直面する地域では、エリアマネジメント（地域経営）が極めて重要である。

地域の持続と再生，及び互助の醸成のために，特に既成の市街地や住宅地のエリアマネジメントを誰が担うのかが喫緊の課題である。

従来は，その役割は行政が担ってきたともいえるが，行政の手法は「立地規制と計画経済」である。条例一つを制定するにも手続きに時間がかかり，現下で起きている問題にすぐに対処することは難しい。それどころか，行政的な手続きを進めている間に，対処すべき問題が様変わりしてしまい，後手，後手に回ることも少なくない。

では，民間がその役割を担えるかということ，四半期ベースでの損益計算に追われ，部門ごとでの独立採算制を求められる状況下では無理である。しかも，20世紀の間に新しい街をつくったディベロッパーや，新築建物を販売したハウスメーカーは，いわば「売り逃げ，建て逃げ」状態にあり，今更，元の所には戻りにくい。公的なディベロッパーともいえる，都市再生機構（UR）や住宅供給公社も，エリアマネジメントを担う機能は有していない。

これからのエリアマネジメントの担い手とは，そこに住む住民自身に他ならない。日本では，その地域の65歳以上人口が半数を超えると「限界集落」としてネガティブに考えるが，アメリカでは，そのエリアの50歳以上人口が半数を超えると「自然発生的リタイアメントコミュニティ（Naturally Occurring Retirement Community : NORC）」といい，高齢者が安心して居住継続が図れるよう，不足する機能を付加していく取り組みが行われている。日本においても，郊外において，そうしたNORCが続々と誕生している。ならば，子育て期終了後の人生後半の成熟期，引退期，老後期，そして最後の時までを安心して生き生きと過ごせるような街に作り替えていけばよい。そのための担い手は，そこに住む住民自身であり，それをサポートする多種多様な地域の人材や資源である。特に，人口減少の局面にあって，民間企業は従来のような新築需要や若年需要対応型のビジネスでは無理がある。地域を支える一つの主体として住民との協業で新たなビジネス・チャンスを見出さなければならない。

(3) 地域事業会社の設立と活動

欧米の事例では，そうした地域のエリアマネジメントを担う主体や仕組みとして，Business Improvement District : BID, Home-Owners Association : HOA, Non-Profit Organization : NPO 等があるが，大都市郊外にはまさにこれに匹敵する新しい事業体がある。

こうした主体の組織化を進めるには，住民同士が可視的に運命共同体になるための仕掛けがある。そもそも，コミュニティとは，そこに住むことによって自動的に運命共同体になる広がりの意味するが，例えば，地域拠点となるクラブハウスを住民有志の出資で建設し，その運営を行うといったことを通じて，地域経営とその母体を明確にする。さらに，その拠点を核にして，住環境保全，介護，子育てのように地域に密着したコミュニティビジネスを展開することによって，地域での経済循環や雇用を創出する。住民は，出資者であり，かつ顧客でもあるので，フリーライドや法外なクレーム，モラルハザードが抑止できる。いわば，分譲マンションの管理組合を拡張したようなもので，“地域事業会社”と

もいうべき組織体を設立する。

人口減が急速に進む状況下においては、生き残れる街と消えていかざるを得ない街がこれから峻別されることになる。その時に、地域の住民が「自分たちの街の資産価値を維持し、高質な生活環境を実現しよう」と積極的に考え、行動したところのみが生き残れる。住みやすい街としてのブランディングに成功し、オンリーワンの良さを備えた街しか残ることができない。

大都市には、富が集中し、インフラや建物も整備されている。しかしながら、開発後、新築後、20～30年も経過すれば、見かけ上の経年劣化は確かに進んでいく。多少くたびれた街や住まいを維持し、再生するためには、再投資がいる。住民の中で出資できる人が少しずつお金を出し合って地域事業会社をつくり、そこが団地の再生、中古住宅の流通促進、空き家対策、少子高齢化対策といった、地域の価値向上につながる事業を展開する。そこからのリターンがあれば、地域に良循環が生まれる。それに失敗し、住民が減り始めれば、一層の資産デフレが起き、固定資産税の低下等、自治体経営自体が危うくなってしまふ。

(4) 地域包括ケアシステムのための拠点の形成

日本の65歳以上高齢者の83%は持家に住んでおり、土地や建物の不動産を所有している。ところが、家族や親族規模の縮小により、虚弱化が進むと「生活支援」を求めて住み替わらざるを得ない状況が増えている。そうした状況に対応するため、2011年10月に国土交通省と厚生労働省の共管で「サービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）」が制度化され、わずか5年間の間に20万戸以上も供給された。しかし、その内実をみると、都市の遠方の地価の安いところに偏在し、最低面積の18㎡以上25㎡未満のものが全体の7割を占めている。30坪以上の戸建住宅に暮らしていた高齢者が18㎡程度のサ高住に移り住んでいる。

こうした問題の根本には、「サ高住」と「地域包括ケアシステム」との関連付けが行われていないことがある。これからのサ高住は、虚弱高齢者にとっての、従前からの居住地にある“もう一つの家”にならなければならない。

そこで、日常生活圏単位に、最も地域の高齢者がアクセスしやすいところに、サ高住等を含めた地域拠点を形成する必要がある。20世紀の地域拠点は小学校や中学校であったが、21世紀の地域拠点は、高齢者向けのものに代わる。例えば、1階に訪問看護ステーションやクリニック、デイサービス等の医療・看護・介護の事業所、2階以上に賃貸住宅を複合したような形式が一つのモデルといえる。自宅で暮らしながら在宅サービスを受け、そこでの生活が困難になった時に、拠点の賃貸住宅に移り住む。こうして地域で安心して暮らし続けることができる。

ただし、問題は、このような拠点をつくるには建物等に関して相当な初期資本が必要なものに対して、その出し手がないことである。国は、相続税対策としてサ高住を建てるのに対して補助金を出したり、外資によるヘルスケア・リートの組成を奨励しているが、それができるのは公的な医療保険や介護保険制度が下支えしているからである。原理的に考えて、このような政策誘導はおかしい。国民、市民の負担と受益の仕組みを根本から考え

直して、どの地域においても良質な居住と最後まで暮らし続けられる環境を整える必要がある。

5. おわりに

都市部における超高齢化への対応のゴールは、最後の時まで地域にその人らしく暮らし続けられる環境を実現することである。若い人が、身近で高齢者の看取りを体験し、「自分もこういうふうに見取られるんだ」という安心感が、次の未来への希望と安心につながる。単に、高齢者のために、ということではなく、0歳から100歳以上の全ての人の安心のために、看取り、看取られる環境を的確に整えていくことが、今後の最重要課題である。

参考文献

- 園田眞理子（2010）「高齢者の転居，死亡・相続と持家の管理・利用—郊外住宅地での応急策と出口戦略」『日本不動産学会誌』，第23巻第4号，pp.46-53.
- 園田眞理子（2012）「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，pp.130-149.
- 園田眞理子（2014）「過疎の村をモデルにした人口等の高齢化動向と高齢者の居住拠点整備について」西村周三（研究代表者）『都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究：平成27年度総括・分担報告書・平成25～27年度総合研究報告書』厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業），pp.491～506.
- 園田眞理子（2015）「過疎の村をモデルにした人口等の高齢化動向と高齢者の居住拠点整備について」西村周三（研究代表者）『都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究：平成27年度総括・分担報告書・平成25～27年度総合研究報告書』厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業），pp.507～534.
- 園田眞理子（2016）「過疎の村の医療・介護・福祉・居住等に関する戦略構想—奈良県十津川村のケーススタディー」西村周三（研究代表者）『都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究：平成27年度総括・分担報告書・平成25～27年度総合研究報告書』厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業），pp.167～182.

Problems and Solutions of Elderly Habitation in Depopulated Areas and Metropolitan Cities

Mariko SONODA

The Japanese population has rapidly aging in 1990's in local areas, especially mesomountainous regions. After 2010's, aging has become more conspicuous in the suburbs of metropolitan areas.

In mesomountainous regions, the aging has already peaked out and now they are facing the total number of population and households decline, which has caused a concern about how to take care of the elderly in the region by utilizing the limited economic and human resources available.

In the metropolitan areas, on the other hand, the number of the seniors over 75-year old are now expected to grow very fast. Therefore it is urgently required to renovate existing towns and housings which were initially developed targeting young families with children, so that the increasing elderly will be able to continue living the areas they are familiar with.

This article proposes a basic strategy for habitation and medical, nursing and welfare services for the elderly, taking up the Totsugawa Village, Nara Prefecture, as an example of severely depopulated and aging area in Japan. It focuses on measures to promote 1) health and preventive care 2) total living assistance service 3) provision of safe and comfortable residence for the elderly. It also proposes a comprehensive reformation of existing organizations responsible for welfare services, such as local government welfare offices and Council of Social Welfare.

In metropolitan suburbs, it is proposed to change the institutional care system of medical, nursing and welfare services to the community care system which is to meet the requirements of the elderly and the economic availability of each region. This shall be operated as a part of the total area management by a newly established community development corporation which is managed by residents while maintaining their autonomy.

Keywords: elderly habitation, depopulated area, metropolitan city, community care, area management