

特集：「2025年問題」に対する公衆衛生の役割—国立保健医療科学院のミッション—

<総説>

居住環境分野から：安心安全な高齢者の「住まい」の整備

阪東美智子

国立保健医療科学院生活環境研究部

Perspectives on ensuring safe and secure housing for the elderly

Michiko BANDO

Department of Environmental Health, National Institute of Public Health

抄録

地域包括ケアシステム概念図では「住まい」は植木鉢に例えられており、植物である「医療」「介護」「予防」を育てる要として位置づけられている。地域包括ケアシステムの推進のためには、「生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていること」が前提となる。

ところが、高齢者の住まいをどのように整備するかの議論は不十分である。現在のところ、サービス付き高齢者向け住宅の整備が唯一の具体的な高齢者住宅施策であるが、高齢者の持家率が8割を超える中、自宅でどう暮らすかという議論はほとんどない。

高齢者の住まいには、自宅から施設まで多様な形態があり、在宅介護・医療の推進と共にその機能や役割も変化してきている。これまでの住宅は極めて個人的な空間であったが、現在では介護サービスなどの外部サービスの助けを借りながら生活している高齢者が増えており、サービスを提供する他者の立ち入りやサービスの提供時間の拘束を受けることをある程度許容しなければならない。自宅での介護や看取りを推進するためには、従来の住まいとは異なる住まいの機能の検討・検証が必要である。

「住まい」の整備が重要となる一方で、高齢者の「住まい方」にも問題がある。筆者らが実施した単身後期高齢世帯の生活実態の観察からは、日常生活空間の狭まり（使用しない居室の存在）、万年床、夜間のポータブルトイレの使用、暖房器具の不使用と重ね着による暖の確保、などの課題がみられた。これらに対する支援・ケアの視点の一つは、高齢者の自助を活かした「住む力」のエンパワメントを行うことであり、適切な「住まい方」の啓発・支援が望まれる。

キーワード：地域包括ケアシステム、高齢者、住宅、居住環境

Abstract

“Residence,” in the context of the community-based integrated care system, has been likened to a flowerpot that is needed to grow a plant, which, in this case, “medical care”, “long-term care” and “living support and preventive care”. For the promotion of a community-based integrated care system, “suitable residence that has been established as the foundation of life, where the elderly people can live within one’s hope and means” is a prerequisite.

However, there is no sufficient discussion on how to establish residences for the elderly. Although the

連絡先：阪東美智子
〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6
2-3-6, Minami, Wako, Saitama, 351-0197, Japan.
Tel: 048-458-6249
E-mail: bando@niph.go.jp
[平成28年1月25日受理]

home ownership rate of the elderly is more than 80%, the construction of housing for the elderly with life support services is the only specific senior housing policy. Therefore, it is necessary to discuss how the elderly live at home.

There are different types of residences for the elderly, from homes to senior facilities. With the promotion of home care and medical services, the functions and roles of residences for the elderly have changed. Until now, housing has been viewed in terms of a personal space. However, there has been an increase in the population of elderly people living with the help of external services, such as long-term care services. Therefore, it is necessary to allow outsiders to enter the residence to provide services, or to restrict the time to receive such services. In order to promote home care and end-of-life care, it is necessary to study and verify the functions of housing, as it would differ from those of conventional housing.

While the maintenance of housing is important, there are some problems in the “life style” of the elderly. The authors' observation on sole households of the late elderly revealed, issues concerning the living environment, such as narrowing of the daily living space, leaving a bed unmade, the use of portable toilets at night, and ensuring warmth by layering clothing due to the non-use of heating appliance. One aspect of support and care for them is to provide them the “power to develop their own living environment,” which would help the elderly be self-reliant. Consequently, awareness and support regarding “how to live” is necessary for the elderly.

keywords: community-based integrated care system, elderly, housing, residential environment

(accepted for publication, 25th January 2016)

I. 公衆衛生と住まい

「住居衛生」という言葉が示すとおり、「住まい」は公衆衛生の重要な環境要因の一つである。1986年にWHOによって作成された健康づくりのためのオタワ憲章では、ヘルスプロモーションの推進が推奨され、健康の前提条件の一つとして「住まい (Shelter)」が掲げられている [1]。健康日本21では一次予防が重視されてきたが、近年はゼロ次予防の概念も広まりつつあり、村上ら (2012) は、「一次予防に関してはコミュニティのようなソフト面の環境が、ゼロ次予防については住宅のようなハード面の環境が、中心的な役割を果たすことになる」と、ゼロ次予防における住宅の役割を評価している [2]。

住宅は、これまで疫学的調査では軽視されがちであったが、「社会疫学」の発達に伴い、健康の社会的決定要因の一つとして注目されるようになってきた [3]。現在では、住環境のいくつかの要素については、疾病負荷という指標によってその健康影響が明らかにされている [4, 5]。たとえば、住宅内のカビは子どもの喘息死と障害調整生存年に影響があり、カビの曝露を受けている群は曝露を受けていない群に比べて罹患率が2.4倍高く、また対象集団全体の罹患のうちカビの曝露に由来する割合は12.3%であり、欧州45か国のデータでは、死者が83人、障害調整生存年数が55842単位にのぼることが報告されている。(表1) [6]。

住まいが健康に影響を及ぼすことは、WHOのICF (国際生活機能分類) のモデルからも明らかである。2001年にICIDH (国際障害分類) が見直され、障がいの捉え方が医療モデルから社会モデルへと転換すると同時に、生

活機能の背景因子として環境因子と個人因子が加わった。この環境因子の一つに「住まい」がある (図1)。ICFモデルが示すのは、健康状態には、生命レベルである心身機能・構造の状態の良し悪しだけではなく、個人レベルとしての日常生活の自立 (自律) の状態や、社会レベルとしての社会参加の状態が関係しており、これらの生活機能は、その背景因子である環境や個人の条件によって促進されたり阻害されたりするというものである。このモデルに従えば、住まいの環境を整えることによって日常生活の自立 (自律) を促進したり、社会参加の頻度や質を向上することが可能になる。この考え方は、WHOの「高齢化と健康に関するワールド・レポート」にも取り入れられている [8]。レポートは、人口の高齢化における公衆衛生分野での取るべき対応について書かれたもので、加齢に伴い高齢者個人の内在的能力は低下するものの、環境との組み合わせによって機能的能力を強化することができ、「高齢であっても満足できる生活状態が可能であるような機能的能力を発達させ維持するプロセス」、すなわち、「健康な高齢化」を目指すことが重要であると述べている。そのための公衆衛生の活動領域の一つが「加齢に対して適合性のある環境の創出」であり、ここに「住まい」の整備などが関係する。レポートには、具体的な活動分野の例として、「高齢者がエイジ・イン・プレイスに即して年を重ねられるよう、高齢者のための住宅供給の選択肢を増やし、家屋の改修を支援するための、政策とプログラムを構築する」ことがあげられている。

表1 不適切な住環境による曝露, 人口寄与割合, 環境疾病負荷 (文献 [5] の表を筆者が翻訳, 文献 [6] から引用)

曝露	健康影響	曝露とリスクの関係	人口寄与割合	住宅が原因の環境疾病負荷 (年間)
カビ	子ども (0-14歳) の喘息死と障害調整生存年	相対危険度 = 2.4	12.3%	欧州地域の45ヵ国: 死者83 (0.06対10万), DALYs 55842 (40対10万)
湿気	子ども (0-14歳) の喘息死と障害調整生存年	相対危険度 = 2.2	15.3%	欧州地域の45ヵ国: 死者103 (0.07対10万), DALYs 69462 (50対10万)
窓の安全柵の欠如	子ども (0-14歳) の傷害死と障害調整生存年	相対危険度 = 2.0	33-47%	欧州地域: 死者10未満 (0.007対10万), DALYs 3310未満 (2.0対10万)
煙探知機の欠如	傷害死と障害調整生存年 (全年齢)	相対危険度 = 2.0	2-50%	欧州地域: 死者7523 (0.9対10万), DALYs 197565 (22.4対10万)
過密	結核	相対危険度 = 1.5	4.8%	欧州B・欧州C地域: 15351 (3.3対10万), 死者3518 (0.8対10万), DALYs 81210 (17.6対10万)
屋内の寒さ	過剰な冬季死亡率	1℃につき死亡率は0.15%上昇	30%	欧州地域の11ヵ国: 過剰な冬季の死者38203 (12.8対10万)
騒音	心筋梗塞を含む虚血性心臓病	10dB(A)あたりの相対危険度 = 1.17	2.9%	ドイツ: 心筋梗塞症3900 (4.8対10万), 虚血性心臓病24700 (30.1対10万), DALYs 25300 (30.8対10万)
ラドン	肺がん	100Bq/mあたり相対危険度 = 1.08	2-12%	西欧3ヵ国: フランス: 死者1234 (2.1対10万), ドイツ: 死者1896 (2.3対10万), スイス: 死者231 (3.2対10万)
住宅内の受動喫煙	下気道感染症, 喘息, 心臓病, 肺がん	リスク推定幅1.2-2.0, オッズ比 = 4.4	推定幅0.6%-23%	欧州地域: 死者64700 (7.3対10万), DALYs 713000 (80.7対10万)
鉛	精神遅滞, 心血管疾患, 行動障害	致死率3%	66%	欧州地域: 死者694980 (79.2対10万)
屋内の一酸化炭素	頭痛, 吐き気, 心血管虚血/不全, 発作, 昏睡, 意識消失, 死	遅効性・持続性の神経性後遺症	50-64%	欧州A地域: 遅効性・持続性の神経性後遺症114-1545 (0.03-0.4対10万), 死者114±97 (0.03±0.02対10万)
ホルムアルデヒド	子どもの下気道症状	オッズ比 = 1.4	3.7%	欧州A地域: 子どもの0.3-0.6%がぜいぜい息をする
屋内の固形燃料の使用	慢性閉塞性肺疾患, 急性下気道炎, 肺がん	相対危険度 = 1.5-3.2	6-15%	欧州地域: 5歳未満の子どもの急性下気道炎8490 (16.7対10万), 同DALYs 293600 (577対10万), 30歳以上の慢性閉塞性肺疾患5800 (1.1対10万), 同DALYs 100700 (19.3対10万)

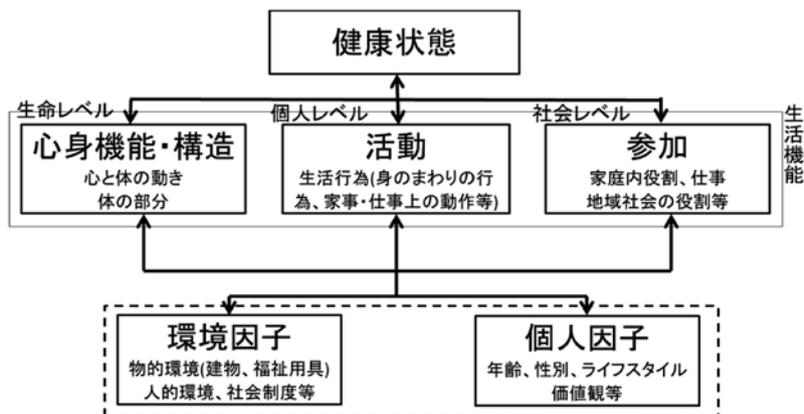


図1 ICFの生活機能モデル (文献 [7] から引用)

II. 地域包括ケアと住まい

現在, 日本では, 地域包括ケアシステムの構築が進められており, 「住まい」はその要として位置づけられている。地域包括ケアシステムの概念図では「住まい」は植木鉢に例えられており, 植物である「医療」「介護」「予

防」を育てる器として描かれている (図2)。地域包括ケアシステムの推進のためには, 「生活の基盤として必要な住まいが整備され, 本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていること」が前提となる。植木鉢が存在しない状態, すなわちホームレスのような居所の定まらない人々には, 地域包括ケアシステムの構築は望

めない。また、植木鉢が欠けていたり割れていたり、あるいは小さすぎたり通気性が悪かったりする状態、すなわち、住宅が老朽化していたり設備が不十分であったり、狭すぎたり日当たりや通風などの居住環境が悪い場合は、土となる生活支援や福祉サービスの導入に支障が生じる可能性があり、医療や介護や予防という植物を育てることが難しくなる。また、たとえ植木鉢そのものが適切であっても、使い方を誤ったりその後の管理が不十分であると植物はうまく育たない。「住まい」の使い方や管理にも配慮が必要である。

このように、「住まい」や「住まい方」は地域包括ケアシステムの構築において非常に重要な要素である。国は、欧州先進国並みに高齢者向け住宅の供給を行うため、2020年までに高齢者人口に対する高齢者向け住宅の割合を3～5%まで高めることを住生活基本計画（全国計画）の目標に掲げている。2011年の「高齢者の居住の安定確保に関する法律（以下、高齢者住まい法）」の改正によりサービス付き高齢者向け住宅が制度化され、2015年11月現在、その登録戸数は18.8万戸を超えている [10]。さらには、安倍政権の第3の矢である社会保障として、介護離職の防止や特別養護老人ホームの待機者解消を目指し、特別養護老人ホームを含む高齢者施設等の整備が推進され、2020年代初頭までに50万人以上の介護サービ

ス基盤の整備が計画されている [11]。

しかし、高齢者の持家率が8割を超え、借家（サービス付き高齢者向け住宅等を含む）層も合わせると9割以上が在宅で生活している状況や（図3）、総住宅数の8分の1以上が空き家である現状を鑑みると [13]、特別養護老人ホームなどの介護施設やサービス付き高齢者向け住宅を新たに建設することだけでは不十分である。順調に施策が進んでも、高齢者向け住宅は高齢者人口の5%程度をカバーするにすぎず、大半は現在居住している住宅で老後を送らなければならない。また、新規に施設や住宅を建設することは、持家の処分や相続、施設への入居や住み替えによる新たな空き家の発生など、さらに問題を増幅させる可能性もある。地域包括ケアシステムの構築のためには、自宅での居住をどう継続するかという議論こそが必要である。

III. 在宅介護と住まい

高齢者に対する意識調査によると、介護を受けたい場所も最期を迎えたい場所も、特別養護老人ホームなどの施設や医療施設ではなく「自宅」を選択する割合が高い（図4）。自宅を選択する理由や事情は個々それぞれに異なるだろうが、自宅には施設や住み替えと比べて次のようなメリットがあると考えられる。

一つは、長年にわたってその住宅や住宅が立地する地域に住み続けていることによる慣れがあるということである。家族や知人・友人など馴染みの人が増え互いに交流することによって本人を取り巻くソーシャル・キャピタルが形成される。住み続けることによって地域や建物に対する愛着が生まれ、本人の暮らし方に合わせた空間のカスタマイズや、空間に合わせた暮らし方の知恵や工夫が蓄積されることにより、使い勝手も良くなる。何よりも、施設と自宅の大きな違いは、自宅では他人に対する気遣いもなく主体的な生活ができるということである。時間的にも空間的にも、本人の好みや都合に合わせた自由な使い方ができる。さらには、施設入居や住み替えの場合と比べて住居費を含め経済的負担が少ない。これら



図2 地域包括ケアシステム（文献 [9] から引用）

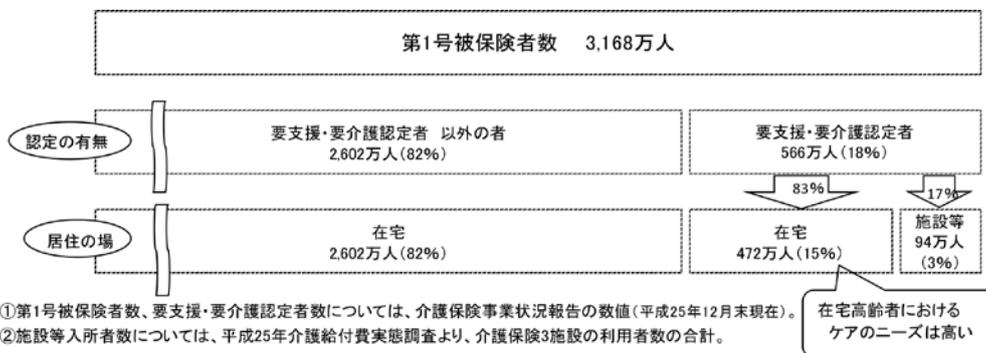
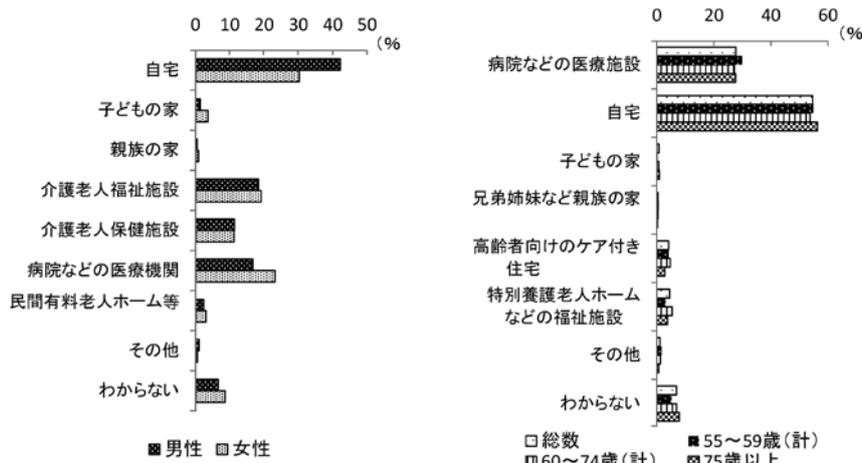


図3 第1号被保険者の認定の有無と居住の場（文献 [12] から引用）



※資料：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(平成24年)
 (注) 対象は、全国60歳以上の男女 (左のグラフ)、全国55歳以上の男女 (右のグラフ)

図4 介護を受けたい場所 (左) と最期を迎えたい場所 (右) (文献 [14] から引用)

表2 バリアフリー化の実施率 (対ストック割合) (文献 [16] から引用)

		全体	持家	借家	高齢居住
住戸内 (専用部分)	A 手すり (2ヶ所以上)	19.9%	27.9%	8.0%	29.3%
	B 段差のない屋内	20.0%	25.1%	12.9%	19.1%
	C 廊下幅が車いす通行可	16.1%	21.4%	8.4%	20.3%
	ABCいずれかに対応	33.8%	44.3%	18.6%	42.0%
	AまたはBに対応 (一定対応)	30.0%	39.6%	16.2%	36.9%
	ABCすべて対応 (3点セット)	7.8%	10.6%	3.9%	9.5%
共用部分	D 道路から玄関 まで車いす通行可	全体 12.4%	15.5%	8.2%	15.6%
	共同住宅	15.7%	41.2%	8.9%	24.1%*

※資料：平成20年住宅・土地統計調査 (一部特別集計)
 ※「高齢居住」欄は、65歳以上のものが居住する住宅における比率、*専用住宅における値

の点は、いずれも本人にとって大きな「安心感」につながる。逆に、施設入居や転居に伴う環境の変化は、とくに認知症の患者にとってはロケーション・ダメージをもたらす恐れがある。

では、なぜ自宅に住み続けることができなくなるのだろうか。その大きな理由は、加齢による体力や機能の低下 (WHOの言葉を借りれば、内在的能力の低下) がもたらす「不安感」である。具体には、孤独死・孤立死への不安や、家族・近隣に対して迷惑をかけるのではないかと懸念などがあげられる。これらの「不安感」が上記の「安心感」を凌駕する時が在宅の限界点であると思われる。また、これらの不安感は、本人だけでなく家族や近隣にもある。奥山ら (2010) の特別養護老人ホームの入居申請の意思決定に関する調査では、「高齢者のみが決めた」が7.0%、「高齢者と家族で決めた」が24.6%であるのに対して、「家族のみで決めた」が68.4%と約7割を占めている [15]。本人の「不安感」よりも家族の「不安感」によって、自宅から施設への移行が決定されている傾向がうかがえる。

このほかにも、自宅が在宅医療や在宅介護に未対応であることが自宅に住み続けられない理由になっている可能性がある。医療制度や疾病構造の変化に伴い、入院期間が短縮化するとともに、生活習慣病など慢性的な疾患を抱えたまま在宅で暮らす高齢者が増加しており、要支援・要介護認定者でもその8割は在宅が居住の場となっている (図3)。一方で、高齢者のいる世帯の世帯構成をみると、三世帯世帯は減少傾向にあり、親と未婚の子のみの世帯や夫婦のみの世帯は増加傾向にある。1980年は三世帯世帯の割合が一番多く、全体の半分程度を占めていたが、2012年では夫婦のみの世帯が約3割と一番多く、単独世帯と合わせると半数を超えている [14]。高齢者の夫婦のみ世帯や単独世帯は家族に介護力を求めることが難しいため、自宅で住み続けるためには、介護保険など外部からのサービスの受入れや、医療や介護機器などの導入が必要となってくる。しかし、住宅の状況をみると、バリアフリー化された住宅ストックの割合は非常に低く、高齢者が居住する住宅に限っても一定の対応がなされている住宅の割合は半数にも満たない (表2)。

外部からのサービスを円滑に受け入れるためには、動線の区分や鍵の管理などの配慮が必要であり、医療や介護機器の導入のためには、コンセントの配置や収納空間などの工夫が必要であるが、これらについてはほとんど対応されていないのが現状である。

IV. 単身高齢世帯の生活実態

高齢者の「住まい」を考える上で、そもそも高齢期の自宅での暮らし方について、そのモニタリングが十分でない点に問題がある。

筆者らが実施した実態調査からは、いくつかの課題が示唆されている(図5, 図6) [17-19]. この調査は、東京圏と北陸都市において、特定高齢者から要支援・要介護1程度までの虚弱単身後期高齢世帯をそれぞれ11例ずつ取り上げ、訪問による生活実態を調査したものである。調査から明らかになった単身高齢世帯の住まい方の特徴の一つは、生活空間の狭まりである。ほとんどの事例で使用しない居室が存在し、日常的に利用している空間は限定されていた。とくに2階建ての住宅の場合は、上階の部屋はほとんど使用されず物置部屋や空き部屋となっていた。また、北陸都市では続き間の座敷のある住宅が複数あったが、これらの座敷も来客用でほとんど使用さ

れている形跡がなかった。東京圏に比べ北陸都市は住宅の延べ床面積が広く、対象事例の平均面積は東京圏が80㎡弱であったのに対し北陸都市では110㎡を超えていたが、座敷や物置部屋・空き部屋などを除く日常生活で使用されている空間の平均面積は、奇しくも東京圏も北陸都市も50㎡台後半であった(表3)。

全般的に、高齢者本人の日中の居場所は玄関や台所に近い部屋に固定化しており、寝室はそれとは別に1階の奥の部屋かまたは2階にトイレがある場合は2階の1室を使用していた。就寝形態は両地域で大差がなく「ベッド」「布団」が半々であったが、「布団」の11例中8例は「万年床」の状態であった。また22例中3例は、一居室で食事、就寝、日中のくつろぎといった生活行為が完結しており、生活の規律性に課題が見られた。

高齢者の夜間の排泄回数が多いことは先行研究でも明らかであり、70歳台では「1回以上」約9割、「3回以上」は男性で約3割(女性で約2割)であることが報告されているが [20], 筆者らの調査でも夜間の排泄回数が1回以上のものが9割、3回以上が4割あった [19]. このためトイレと寝室の距離や経路は重要となる。東京圏では、住宅が狭小でトイレのある1階に寝室を取れないために、2階の寝室内にポータブルトイレを設置し、夜間はそれを使用していた例もあった(図7)。

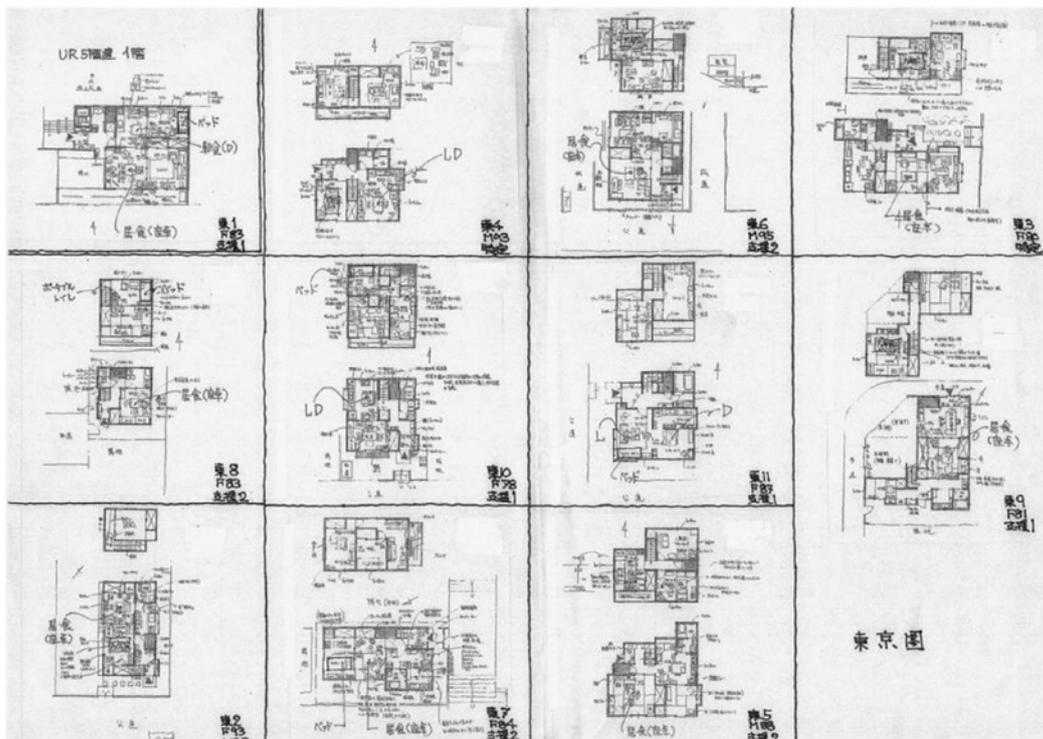


図5 虚弱単身後期高齢世帯の自宅の見取り図(東京圏)

また、北陸都市では、ほとんどの事例で冬期の温熱環境に問題があった [21]。3月の1ヶ月間の室温と湿度を測定したところ、日中いる部屋でも室温が20℃に満たず、トイレや寝室は10℃以下であった(図8)。どの世帯もエアコンや電気カーペットなどの暖房器具を所有していたが、経済性を優先して使用しておらず、日中いる部屋でも石油ストーブ1台かコタツだけで暖をとっていた。こたつの上下に何枚も布団や毛布を重ねたり、屋内

の服装とは思えないほどに厚手の衣料を重ね着したりしているケースもみられた。高齢者の住宅の適温とされる基準は、居間23±2℃、寝室20±2℃、トイレ24±2℃であるが [22]、測定結果はこの数値とは大きくかけ離れており、居住性や快適性を損ねているだけでなく、生活不活発病や浴室・トイレでのヒートショックの発生も懸念される。

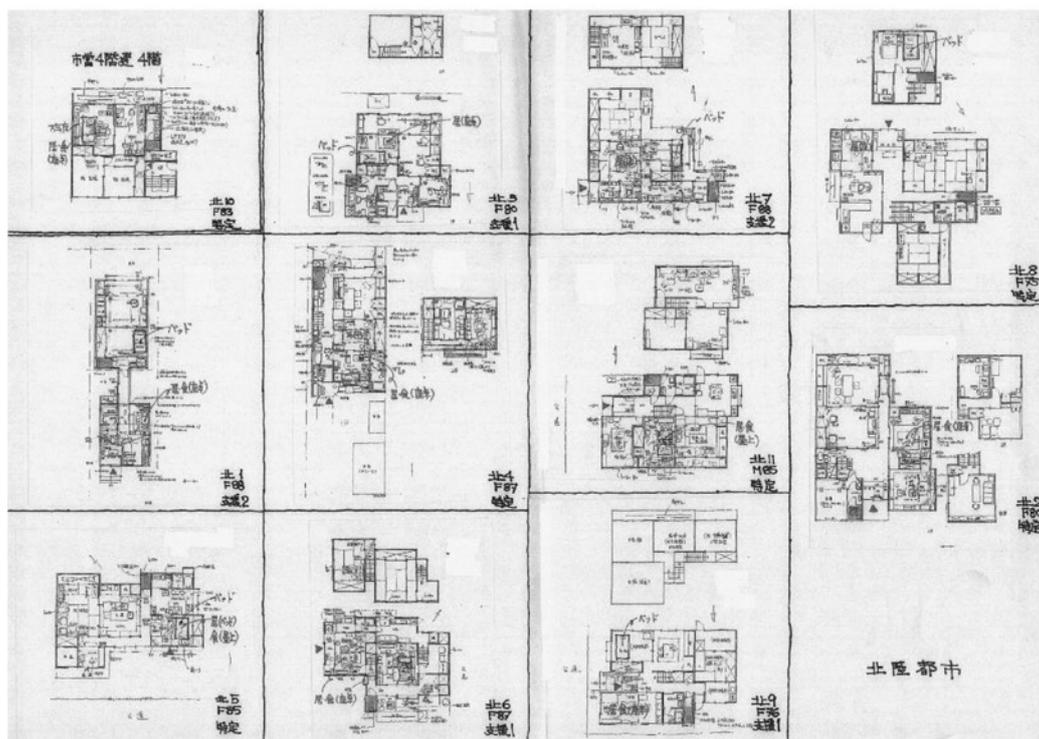


図6 虚弱単身後期高齢世帯の自宅の見取り図(北陸都市)

表3 虚弱単身後期高齢世帯の日常生活空間の面積

	建て方・構造				延べ床面積				
	戸建木造平屋	戸建木造2階建て		RC共同(階段室)	80㎡未満	80-100㎡	100-140㎡	140㎡以上	平均面積
東京圏 n=11	-	10	(4)	1 (1階)	6	4	1	-	79.3㎡
北陸都市 n=11	2	8	(1)	1 (4階)	2	3	3	3	111.7㎡
合計 n=22	2	18	(5)	2	8	7	4	3	95.5㎡

	日常生活空間の面積*				座敷を除く日常生活空間の面積			
	60㎡未満	60-70㎡	70㎡以上	平均面積	60㎡未満	60-70㎡	70㎡以上	平均面積
東京圏 n=11	6	3	2	59.9㎡	7	2	2	58.7㎡
北陸都市 n=11	3	4	4	72.8㎡	8	1	2	56.8㎡
合計 n=22	9	7	6	66.4㎡	15	3	4	57.8㎡

*「日常生活空間」の面積は、延べ床面積から「物置部屋」や「空き部屋」を除外した面積

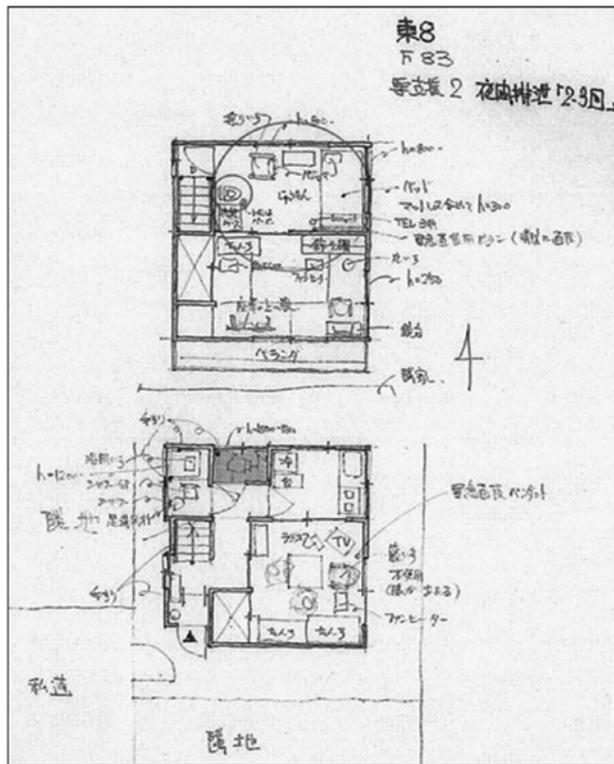


図7 虚弱単身後期高齢世帯の自宅の見取り図（拡大）

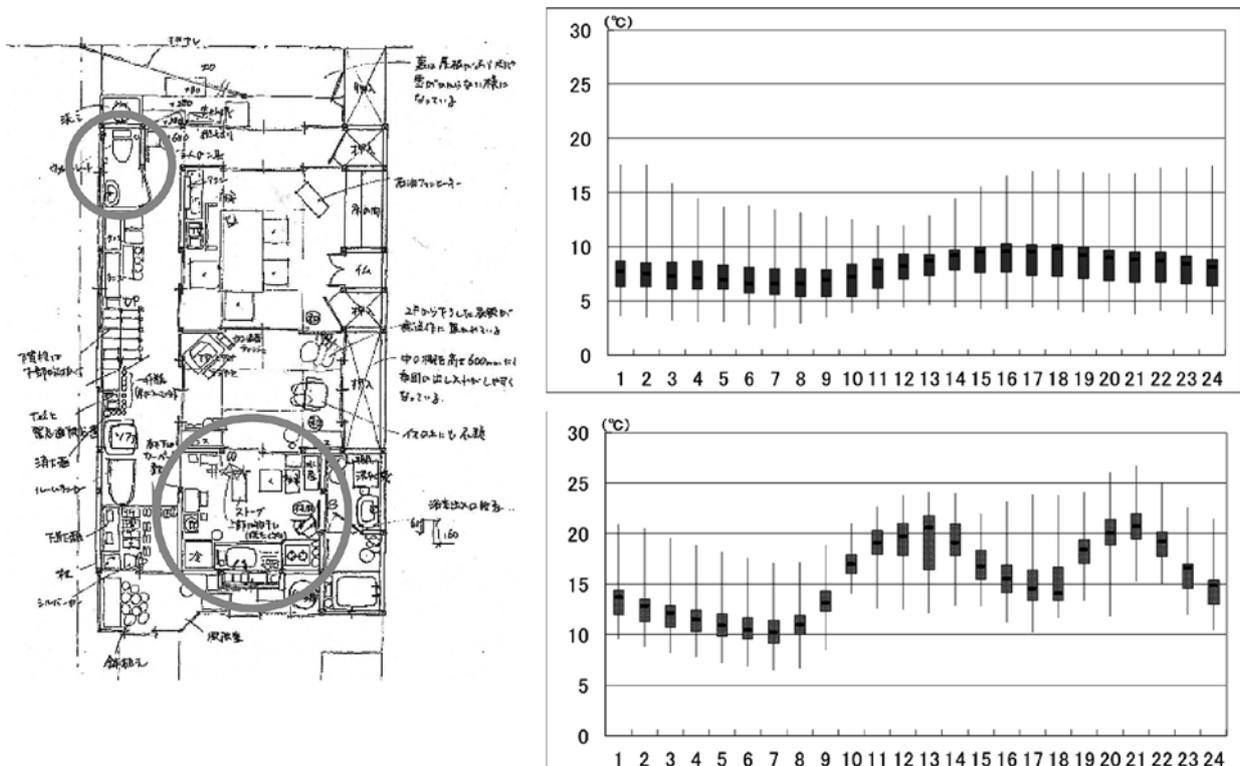


図8 虚弱単身後期高齢世帯の自宅の冬期の1日の室温の変化（上：トイレ，下：台所）

V. 住み続けられる条件とは

自宅に住み続けられるようにするためには、本人や家族・近隣の「不安感」を解消することである。そのためには、加齢に伴い衰えていく高齢者の内在的能力を補完し、機能的能力を維持するような環境の整備が必要である。

まずは住まい自体を高齢者にとって使いやすく安全なものにしなければならない。段差解消や手すりの設置などの旧来の「バリアフリー」化を進めるだけではなく、トイレと寝室の近接など高齢者の暮らしや能力に合わせたプランニングの工夫、安全で使いやすく手入れや管理がしやすい設備への改善、住宅全体の断熱性を高め温熱環境を整えることも大事である。在宅サービスへの対応では、高齢者や家族だけでなくサービス提供者にとっての工夫も求められる [23]。また、高齢者の生活は住宅内だけにはとどまらないことから、都市レベルの整備も必要である。コンパクトシティやスマートウェルネスシティなど、まちづくりにも保健や福祉の視点が求められている。

上記のようなハード面の整備と併せて、適切な「住まい方」を啓発したり支援したりすることで、高齢者の自助を活かした「住む力」を向上させることも重要である。高齢者本人の「住まい方」が向上すれば、近隣の「不安感」は軽減されよう。また、その前提として、近隣や地域と高齢者本人との交流があり関係性が築けていれば、「不安感」のハードルは下がると思われる。さらに互助や共助が期待できるようなソーシャル・キャピタルが形成されていれば、それ自体が高齢者の内在的能力の補完につながる。

「健康な高齢化」のためには、食事や運動などの生活習慣の見直しだけではなく、「住まい」や「住まい方」の見直しと改善が必要であり、その部分にもっと公衆衛生活動は介入していくべきである。

VI. 高齢者の「住まい」に関する施策の動向

2015年度は、住生活基本法に基づく「住生活基本計画(全国計画)」の見直しの時期であり、見直しにあたっての論点(案)には超高齢社会を見据えたものが数多く含まれている [24]。たとえば、「①人の住まい方」については、「高齢者が安心して健康に暮らせる住まいの実現」のために、「高齢者が生き生きと暮らせる長寿社会の形成(アクティブエイジング)」「高齢者のステージ(前期・後期)に応じたきめ細やかな対応」「医療・福祉・介護との連携」「住宅のバリアフリー化やヒートショック対策の促進」などがあげられている。また、「②住宅供給のあり方」では、「住生活関連サービスの充実」に「住生活の安心を支えるサービスの提供に向けた新たな産業展開」があり、具体策の一つに「医療・介護・福祉サービス、子育て支援サービス等が提供される環境の整備」があげられている。「③都市・地域のあり方」では、「豊

かで持続可能なコミュニティを形成する」ために、「豊かな住生活を支えるコミュニティのあり方」として、「歩いて暮らせる街づくり、街の『居場所』づくり、人と住宅・公共空間をつなぐ『中間領域』の形成」「多様な関係者の役割分担と連携」「地域における居住者のコミュニティ形成に対する主体性の確立」があげられている。また、「④住宅の意義の再検証」として、「人と住まいの関係の変化を踏まえた住宅の位置づけの見直し」が必要であるとし、「住宅双六の終焉、人々が住宅に求める機能の変化」をあげている。これらの論点は、公衆衛生政策上の課題としてもそのまま置き換えることができる。

高齢者の「住まい」については、「高齢者住まい法」にもとづき「高齢者居住安定確保計画」を定めることができる。法律に基づき国が策定した「高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針」には、「都道府県は、高齢者住まい法及び基本方針に従い、また、住生活基本計画(都道府県計画)、都道府県老人福祉計画及び都道府県介護保険事業支援計画と調和を図りつつ、高齢者居住安定確保計画を策定することが望ましい」とあり、また、「高齢者の居住の安定確保を図るため、市町村においても、当該市町村の区域内における高齢者の居住の安定の確保に関する計画(市町村の定める高齢者居住安定確保計画)を定めることが望ましい」と記載されている。任意計画であることから、2013年度末時点で計画を策定した自治体は、35都道府県・10市町村にとどまっているが [25]、高齢者の安心な住まいの整備に向けて、まずはどの自治体もこの計画の策定に取り組む必要があるだろう。

VII. 今後5年間に取り組むべき課題

前節に掲げたように、まずは基礎自治体において、高齢者居住安定確保計画を策定することが求められる。なぜなら、安心安全な「住まい」の整備のためには、介護・保健・福祉・医療計画等との連携や調和が必須であり、そのための情報収集やデータ分析・予測やこれに基づく計画の策定・評価は、実際にサービスを供給する基礎自治体レベルでなければできないからである。

計画策定と同時に、現に居住している高齢者の「住まい」や「住まい方」に対しても早急な取り組みが必要である。ハード面の「住まい」の整備については、介護保険制度の住宅改修や自治体独自の住宅改造助成などがあるが、その効果に関するエビデンスが少ないことから、これらの制度は縮減傾向がみられる。これは、そもそものような改修が必要であるのかという目的が不明確であることや、効果の検証・評価が十分でないことなど、大本の部分に問題があると考えられる。これまではほとんど取り組みが見られなかった住宅の健康影響に関する疫学的調査を推進するとともに、今後は在宅医療・在宅介護に必要な住まいの要件の整理とそれに基づく住まいの整備の手法の検討に向けた研究に着手していくことが

望まれる。

ソフト面の「住まい方」については、社会保障費の増加や人材不足から、公的サービスによる支援には限界がある。公助だけではなく共助・互助に頼らざるを得ない中、すでにそのような取り組みが実践されているところもある [26]。「住まい」を基軸に「住まい方」を支援する実践的取り組み事例を収集し、モニタリングや評価を行うことにより、他地域での応用へとつなげていくことが必要であろう。また、高齢者の自助を活かし「健康な高齢化」が進められるよう、公衆衛生活動として積極的に介入を行うことが肝要である。

保健医療科学院は、その先陣を切ってこれらの問題に取り組みねばならない。

付記

本稿は、平成27年第74回日本公衆衛生学会総会における国立保健医療科学院主催のシンポジウムにおける発表内容に加筆したものである。

参考文献

- [1] World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. (accessed 2016-01-04)
- [2] 村上周三, 伊香賀俊治. ヘルスプロモーションとしての住宅とコミュニティ. 日本健康教育学会誌. 2012;20(4):313-322.
- [3] 本庄かおり. 社会疫学の発展. 保健医療科学. 2007;56(2):99-105.
- [4] World Health Organization, Regional Office for Europe. Environmental burden of disease associated with inadequate housing. 2011. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/142077/e95004.pdf. (accessed 2016-01-04)
- [5] World Health Organization, Regional Office for Europe. Summary report, Environmental burden of disease associated with inadequate housing. 2011. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/145511/e95004sum.pdf. (accessed 2016-01-04)
- [6] 阪東美智子. 住宅環境の社会疫学的影響. 貧困研究. 2015;14:64-72.
- [7] 大川弥生. 生活不活発病(廃用症候群)—ICF(国際生活機能分類)の「生活機能モデル」で理解する, ノーマライゼーション 障害者の福祉, 2009;8. <http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n337/n337002.html>. (accessed 2016-01-04)
- [8] World Health Organization, Regional Office for Europe. 高齢化と健康に関するワールド・レポート エグゼクティブサマリー (日本語版). 2015. http://www.who.int/kobe_centre/mediacentre/world-report-ageing-exs-japanese-rev.pdf. (accessed 2016-01-04)
- [9] 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構築における今後の検討のための論点. 平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業. 2013. <http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/index.html>. (accessed 2016-01-04)
- [10] サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム. https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system_registration_01.pdf. (accessed 2016-01-04)
- [11] 厚生労働省. 第3の矢, 「安心につながる社会保障」(介護離職ゼロ)に関する見直し案について. 第3回一億総活躍国民会議(平成27年11月26日)塩崎大臣提出資料. <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ichiokusoukatsuyaku/dai3/siryou6.pdf> (accessed 2016-01-04)
- [12] 厚生労働省. 高齢者向け住まいについて. 第102回社会保障審議会介護給付費分科会(2014年6月11日)資料. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000048000.pdf>. (accessed 2016-01-04)
- [13] 総務省統計局. 平成25年住宅・土地統計調査 確報集計 結果の概要 平成27年2月26日. <http://www.stat.go.jp/data/jyutaku/2013/pdf/kgiy00.pdf>. (accessed 2016-01-04)
- [14] 内閣府. 平成27年版高齢社会白書. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html. (accessed 2016-01-04)
- [15] 奥山真由美, 西田真寿美. 特別養護老人ホームの入居申請をめぐる家族の意思決定. 山陽論叢. 2010;17
- [16] 国土交通省住宅局住宅政策課. 平成26年度版住宅経済データ集. 2014
- [17] 鈴木晃, 阪東美智子, 大越扶貴, 中村美安子. 後期高齢単身世帯の住居と自立生活に関する事例調査—その1 住要求について. 日本公衆衛生雑誌. 2010;57(10):334.
- [18] 中村美安子, 大越扶貴, 鈴木晃, 阪東美智子. 後期高齢単身世帯の住居と自立生活に関する事例調査—その2 自立生活の課題. 日本公衆衛生雑誌. 2010;57(10):334.
- [19] 鈴木晃, 阪東美智子, 中村美安子, 大越扶貴. 加齢対応住宅の基本要件に関する検討 その2 後期高齢単身世帯の自立生活の事例調査(東京圏と北陸都市). 2010年度日本建築学会大会学術講演梗概集 E-2 分冊. 2010:265-266.
- [20] 本間之夫, 柿崎秀宏, 後藤百万, 武井実根雄, 山西

- 友典, 林邦彦. 排尿に関する疫学的研究. 日本排尿機能学会誌. 2003;14(2):266-277.
- [21] 阪東美智子. 「住む力」から考える居住の貧困. 建築とまちづくり. 2010;6(389):8-12.
- [22] 日本建築学会. 高齢者のための建築環境. 彰国社. 1994
- [23] 国土交通省住宅局安心居住推進課. 在宅サービスに対応した住宅を考えるヒント (案) —自宅に住み続けられる『終の住処』のアイデア・工夫. <http://www.mlit.go.jp/common/000209752.pdf>. (accessed 2016-01-04)
- [24] 国土交通省. 社会資本整備審議会住宅宅地分科会 (第36回) (2015年4月21日) 資料8 住生活基本計画 (全国計画) の見直しにあたっての論点 (案). <http://www.mlit.go.jp/common/001087619.pdf>. (accessed 2016-01-04)
- [25] 国土交通省. サービス付き高齢者向け住宅の整備等のあり方に関する検討会 第1回 (平成26年9月) 資料6-2 これまでの主な取組に関する現状について. <http://www.mlit.go.jp/common/001055434.pdf>. (accessed 2016-01-04)
- [26] 佐藤由美, 阪東美智子. 横浜市大規模団地における高齢者集住の実態～自助・互助に着目して. 日本建築学会大会学術講演梗概集. DVD収録. 2015.