

国土交通政策研究所 第186回政策課題勉強会 概要

日 時：平成28年5月25日(水)12時30分～14時00分

講 師：明治大学 理工学部 建築学科 専任教授 園田 真理子 氏

テーマ：過疎地と都市における高齢者の居住の課題

(1) 過疎地の例：奈良県十津川村(里山資本・主義 十津川Version)

十津川村は、日本最大の広さを誇る村であり(東京23区とほぼ同じ大きさ、総人口は2015年6月時点で3650人)、世界遺産を二つ保有している(熊野参詣道小辺路、大峯奥駈道)。

○ 2010年以降、十津川村は急激な人口減少の局面にあり、40年後の日本全体を示唆している。年少人口だけでなく、高齢者の人口も減り始めている。(現在65歳以上は約4割、そして4人に一人が75歳以上であり、75歳以上人口も減少に転じ、2015年以降は、比率も減少に転じると予測される。

○ 村の54ある集落のうち、交通不便地、末端部から人口が減少しつつあるのが現状で、すでに20人以下の集落があり、集落全体の中で75歳以上が6割を占めている集落もある。

○ 1889年(明治22年)8月に熊野川流域における大規模な水害が発生し、壊滅的な被害を受けた。その2ヶ月後に村民の一部が北海道に新天地を求めて開拓した町が新十津川町である。

○ 2011年9月、台風12号による紀伊半島大水害が発生し、十津川村も一時は村全体が孤立するという大きな被害を受けた。

○ 十津川村の再生

・里山資本・主義の実践

十津川村は96%が山林である、木材資源に加えて、水資源を含め、天然資源が豊富であることから現状から脱却できる可能性がある。雇用の創出による産業構造の転換、木材資源・水資源活用によるエネルギー転換、Uターン促進による人口縮減の歯止め、という3つの深層問題を串を通して解決する方法。

・村長主体による“村の芯づくりプロジェクト”:

水害に対して、心身再生の郷づくりをめざして、安全で心が休まる集落づくり、さらに森林活用を呼びかけ、地元の木材を使用した仮説住宅を建設した。

(2) 過疎地における超高齢社会の生き残り戦略 (地域包括ケアシステム)

明治大学 園田研究室提案の十津川村助け合い・いたわりあいプロジェクトについて紹介する。

○ 現在、日本の一人当たりGDPは27位、さらに総人口に占める65歳以上人口は25%を超える。このような高齢化は、これは人類史上はじめての経験である。

○ 1989年、政府はゴールドプランを策定(高齢化社会への基本戦略)、1994年、新ゴールドプランを策定、2000年4月から介護保険制度が導入された。

つまり25年前から、医療、介護、保健の問題に取り組んできたがうまく進んでいない、その原因は、生活支援・福祉サービスが浸透していない(介護保険ではカバーされていない)事と、住まいと住まい方(21世紀は近隣とのつきあいや家族関係が脆弱になった事)が大きな要因といえる。

- 地域包括ケアシステムには5つの構成要素(住まい、医療、介護、予防、生活支援)が含まれる。住まい、生活支援をそれぞれ、植木鉢、土と捉え、医療、介護、予防を植物と捉える。植木鉢、土のないところに植物を植えても育たないように、地域包括ケアシステムでは高齢者のプライバシーと尊厳が守られた植木鉢:「住まい」が提供され、そこで安定した日常生活を過ごすための土:「生活支援」があることが、植物:「医療、介護、予防」が育つための基本的要素になる。さらにその植木鉢の土台となるお皿:「本人・家族の選択と心構え」は、最低の文化的生活と基本的人権を国が守る事を意味し、地域包括ケアシステム構成要素の全ての基盤である。
- 2015年現在、十津川村の4人に一人は75歳以上であり、十津川村の介護保険料は65歳以上の国民年金受給者の年金額の約1割の水準にまで達している。
2013年、十津川村では介護保険総給付費用(約4.8億円)の約3分の1(約1.7億円)が村外の介護サービス利用に支出されていた。本来、村民は村に残りたいと思っているのだからこの費用を村内に留める仕組みを考える必要があるが、これを実現するプロセスが確立されていない(高齢化のスピードに追いつけない)のが現状である。
- 現在、十津川村の要介護認定率は、30.5%(全国平均は18%)で非常に高い(全国2位)、これは交通の不便が一因(見守りが行き届かない)といえる。
ただし要介護認定率は、自治体の活動(経営)により大きく差が出る。例えば同じ奈良県でも川上村では16.5%であり、今後、自治体(市町村)は予防に始まり、介護、看護、医療のあり方とそれに必要な費用(支出)の関係を考える必要がある。
- 今後の十津川村のミッションは、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である。集落を溜(ダム)にして関係資本を高め、地域が地域で地域の在り方を自ら考え実行する”地域包括ケアシステム”の構築が必要である。そのためには、身近な地域での継続的な暮らしの保障、適正な地域単位での問題解決、ミッションの共有化、サービス提供のためのデータベースの作成及び新しい組織体制の構築、さらに、医療と看護の連携、子育て・保育との連携、居住、介護、防災にも取り組む必要がある。
- 新たに、高齢者の居住の場として作られた家は、将来的に若い世代が住み続けたくなくなるような家づくりを想定し、村のシンボリックになるような建物や空間を作ったり、村の地域拠点(いたわり合いの場所)の配置も配慮して、次の時代も十津川村が生き残れるような施策を考える必要がある。それが地域包括ケアシステムとしての一つのゴールでもある。

(3) 都市の変容

- 現在、日本の住宅マーケットは量的な面から考えると、右肩下がりといえる(人口構成

上、団塊世代と団塊ジュニア世代の2つのピークがあり、近年は、団塊ジュニアが35～40歳に差し掛かった2008～13年頃が住宅マーケットのピークだった)。

1995年頃から2005年頃までは駅近のマンションが多く建設され、団塊ジュニアの少し前の世代が購入することができた(祖父母世代が死亡したことによる相続の発生等により土地利用の転換が起きたことが要因)。

- 今後、大都市郊外で大規模な高齢化現象が発生する。最後には世代交代が必要になるが、少子化で埋める人がいない、その結果として、空き家、空き地の問題が起こる。

ビッグデータ、人口動態、過去の都市開発計画の履歴等の解析から、今後、どの地域で高齢化が進むか、どこで空き家が増えるか、かなり特定可能といえる。

- 住宅地は、開発されてから約50年から60年で世代交代する(戦後1945年に開発された町が1995年くらいから2005年に世代交代している)つまり50～60年くらいを目安にその町の2周目が始まるかどうか判断できる。
- 典型的な郊外住宅地の例でいうと、分譲価格は開発当時の1984年、約4620万円であったものが(プラザ合意前の当時としては、かなり高額物件)、30年後、同じ土地の新築物件は約5000万円、リフォームした住宅価格は3000万円である。中古の建物価格は100万円にすぎない。現在の若い世代はおそらく購入しない(共働きも多いため、利便性の高い駅の近くのマンションを購入する傾向にある)。売った人(高齢者世帯)は概ねマンションに移る。これを誰が買うのかというと、住宅地としての評判を知っている地元住民が購入する。

良い住宅地ほど成長した子供が早めに出ていく傾向にある、(親が教育熱心なため、子供も優秀、その結果、外に出ていく)そうした住宅地が今後増加する。

- 居住の継続については、同じ場所に住み続けたいと考えている人が6割、住み替えたいと考えている人は約1割であるが、郊外に住む人にとって、(住み続けたい人には)安心してそこに住み続けるための地域サービスや、(住み替えたい人には)老後の住まいとしての住み替え先が必要になってくる。つまり郊外住宅地が持続性を保つにはこのような環境を整えなければならない。

- 今後は既設の住宅及びその近隣、近傍でのエリアマネジメントが必要になってくる。

その地域の資源を使い、繋げて、新たな価値を創造する事が重要である。あわせて、流通ビジネスが重要になってくる。日本の住宅は土地しか価値がないという見方が根強い、住み替えを考える場合、追加投資が必要になってくるが、再度投下できる資本がない、だから町を活性化することができない。また、その結果、高齢者が主体的に行動を起こせない、という流れになる。前例の建物価格は100万のように、このまま放置しておく日本は郊外には将来がない。これは、日本の住宅流通ビジネスの脆弱性に原因がある。

(4) 出口戦略

- 地域内住み替え循環 : 独身・単身・子供の小さい家庭は利便性の高い駅近に住み、子供がある程度大きくなったら、駅から少し離れた後背部の住宅地に移り、高齢となり生活

が不便になったシニアは、再び駅近に住むようにするという血縁関係を越えた地域循環として、世代によって住む場所を循環させる地域内住み替え循環の社会的な仕組みづくりを行う。

○ 退職者コミュニティまたは週末コミュニティ：近所にゴルフ場がありながら、都心へも通勤可能等、日本の郊外の利便性は非常に高いといえる。さらに今後、在宅ワークの活用等により必ずしも毎日通勤する必要がなくなる可能性も高い。このため都心の利便性の高い住居と、郊外の週末ハウスや退職後を想定したセカンドハウスの2つの住居を持つ動きが加速すると良いと考える。また地方部にとっては、これらの2つ目の住居をうまく取り込めるかが、コミュニティの生存のカギとなる。

○ 地域包括ケアシステム～施設ケアから地域ケアへ～：これまで一カ所に集積させていた垂直型統合の施設機能や生活支援を地域単位に拡散する。今後、高齢者の介護から看取りまで半径3～5kmの日常生活圏でのリスクマネジメントを実施し、地理的な空間のひろがりを考える事が必要になる。都市・住宅分野の施策が得意な国土交通省と、厚生労働省との連携が重要になる。

(5) 質疑応答

[問1] 都会(東京23区)の地域包括ケアシステムの課題と解決策について教えてほしい。

[答1] 都会も場所により大きく状況は異なる、必ずしも縮小しているわけではない、特に港区は90年代の人口(15万人)を遙かに超えて人口が増加している(現在約30万人)。都会は人口は多いが、地域とのかかわりが希薄なため高齢者が住み続けるコンセンサスが得られない。どの単位で都市経営・地域経営をしていくのが難しい。区によっても大きく異なる。連坦して市街地が形成されているところをどう調整していくのか課題になっている。

[問2] 家を購入するとしたらどこが良いか(どのような自治体が将来的に力があると思うか)

[答2] 選択肢は沢山あるが、0歳から100歳までの人々が安心して暮らせる場所をつくった自治体が評価されると思う。若いうちは利便性を重視するがライフスタイルは変化する。子供の成長に焦点をあわせないほうが良いかもしれない(子育ての大変な時期は10数年しかないが、老後はもっと長い。)、過去の家の購入事例を参考にしない方が良いかもしれない。

[問3] ご提案のような地域包括ケアシステムは誰が主体(原動力)になって動くべきか

[答3] 市町村が主体になるかどうかははっきりしていない。日本は欧米に比べて、税の負担と受益の仕組みが明確ではない(アメリカでは、民間が開発した住宅地がそのまま自治体になり得る事がある)。十津川村のような例はまだ少なく、株式会社〇〇村のようになって積極的に活動している地域もあるが、同じような活動を全国の市町村に求めるのは難しい。