

地域福祉と移動・交通との連携課題を探る～認知症と限界集落の増加を意識しつつ

Discussion about issues on relations between social welfare and mobility and transport in local districts, considering the increase of dementia and very low population density and high aged area

オーガナイザー：新田保次

大阪大学大学院工学研究科地球総合工学専攻 教授

吹田市山田丘 2-1 TEL:06-6879-7608, FAX:06-6879-7612

E-mail: nitta@civil.eng.osaka-u.ac.jp

セッションの企画概要:

現在、地域における深刻な福祉的課題として、増加する認知症の人たちや限界集落など人口低密度・超高齢地域に住む人々への対応が取り上げられているが、これらの人が生活していく上での移動の困難性とその対応については十分な調査研究が行われていない。そこで本スペシャルセッションにおいては、以上の問題意識のもと、人々の尊厳を確保し、人々の福祉の向上を目指して、移動と福祉の関連性、そして、その対応における交通や地域計画における課題の抽出について以下の発表をもとに自由に議論する。

1. 認知症の脳の理解から空間整備に向けた課題抽出へ (玉井顕)

2. 認知症高齢者の特性に配慮した空間整備に関する考察 (沼尻恵子、林隆史)
3. 認知症高齢者ドライバーの増加とこれからの課題 (北川博巳、溝端光雄)
4. 人口低密度・超高齢地域の暮らしを支える取り組み (寺島薫、沼尻恵子)
5. 地域福祉における移動・交通要素の位置づけと役割 (新田保次)^{注)}

注) 本計画学発表会企画論文セッション「高齢者・障害者の自立生活および健康長寿社会づくりに向けた地域副交通システム」において発表した、「生活機能面からみた交通サービスの効果把握の方法について」(新田保次)を参照。

認知症の脳の理解から空間整備に向けた課題抽出へ*

玉井 顕**

By Akira TAMAI**

視覚に関する高次脳機能をまず整理し、次に認知症の概要を説明、最後に症例を紹介し認知症対応の空間整備について述べる。

1. 脳からみる物の見方

脳からみる物の見方を大きく分けると、一つは「言語化できるか、できないか」、もう一つは「それが何であるのか (what)、どこにあるのか (where)」である。

- (1) 左半球(言語的側面に関与)と右半球(非言語的、空間的側面に関与)

脳は左右の半球に分けられ、左脳は優位半球(言語にとって)、言語半球と呼ばれ、右脳は劣位半球(言語にとって)、非言語半球と呼ばれている。左脳は言語をつ

*キーワード: 認知症、脳機能、空間整備

** 医療法人敦賀温泉病院 理事長(福井県敦賀市吉川4
1-1-5 TEL:0770-23-8210, FAX:0770-23-3068, E-mail:
turugaoh@poem.ocn.ne.jp)

かさどりと、論理的・部分的に働く。右脳は空間的、感情的で言語を使用せずに処理し、直感的・全体的に物事をみる脳である。物事は論理的・部分的にみる極(左脳)と、直感的・全体的にみる極(右脳)に分かれている。そして、異なった処理をする左右の脳は脳梁という神経線維で連絡を取り合い情報交換している。

- (2) 腹側視覚経路(何か?形、色など)と背側視覚経路(どこ?視空間、動きなど)

脳のもう一つの見方は「形や色を見るか」、「視空間や動きを見るか」である。つまり、後頭葉から側頭葉に向かう腹側視覚経路は形や色などの処理をつかさどり、後頭葉から頭頂葉に向かう背側視覚経路は物の動きや視空間の認知と関係する。側頭葉に行く経路ではこれまで見た物との比較や、照合・同定(熟知か未知か)を行っている。

- (3) その他の機能

以上のことは視覚における入力システムの説明である

が、視覚系における出力システムにおいては前頭前野外側部がつかさどっている。何を選択してイメージするか、何を思い出すかである。例えば、「東京タワーはどこにあるのか？」（頭頂葉）とか、「東京タワーはどんな色形？」（側頭葉）であるのかという選択的な注意機能である。

このほか、脳は「好きか、嫌い」を後頭葉にたどり着く前に、視床から直接、扁桃体（好き嫌いセンサー）を介して感知することもある。例えば、「蛇！」と違ってびっくりしたが、よく見るとロープだったなどである。また、後頭葉から前方に行くに従い多感覚的になり、側頭葉の腹側経路では視野から物品さらには意味が分ようになる。頭頂葉の背側経路ではそこにあるという意識がなされる。

2. 認知症とは？

認知症は脳の病気である。認知症は一度獲得された高次脳機能（記憶・判断力・注意力など）が何らかの障害により、生活に支障をきたす程度にまで低下した状態である。その障害は先天的ではなく、後天的であること。そして、一時的ではなく、慢性的・持続的に経過をたどるものである。

つまり、認知症は一つの病気を示すものではなく、種々の疾患が認知症状態を生じさせるのである。認知症を引き起こす疾患で一番多いのが、アルツハイマー病であり約半数を占める。次いで血管性認知症（約 18%）、レビー小体型認知症（約 18%）、前頭側頭型認知症（約 0.5%）などがある。この他にも、脳内の病変（脳腫瘍、血腫など）や全身性疾患（甲状腺機能低下症、低血糖症など）でも認知症を生じる。

アルツハイマー病は病理学的には、大脳に老人斑、神経原線維変化および神経細胞の脱落がみられる。神経原線維変化の分布は海馬領域周辺に最も多く、次いで後頭頂連合野および前頭連合野に多い。一方、障害されにくい部位もある。それは運動野および一次視覚野・一次聴覚野であり、認知症が進行した段階でも歩くことはできるし、視覚的にはほとんど障害されない。

アルツハイマー病の症状は、大きく二つに分けられる。一つは中核症状となる知的機能の障害、もう一つは周辺症状と呼ばれるものである。アルツハイマー病の中核症状は記憶障害、見当識障害、失語、失行、失認および実行機能（計画をたてる、組織化する、抽象化するなど）であり、これらの障害により生活に支障をきたす。周辺症状は大きく行動症状と心理症状の二つに分けられる。行動障害としては徘徊、暴力暴言、異食、不潔行為、火の不始末などである。心理的異常すなわち精神症状は不安やイライラ、抑うつ、幻覚・妄想、誤認などである。

前頭側頭型認知症は、以前はピック病とも呼ばれ、初

老期に発症する認知症疾患の一つである。早期から性格変化と反社会的行動がみられるが、アルツハイマー病とは異なり視空間障害や記憶障害面はあまり見られない。

レビー小体型認知症はパーキンソン病の病因であるシヌクレインが、大脳にまでおよび発症した認知症である。その中心症状はパーキンソン症状と幻覚、特に幻視である。色に関しては大細胞、小細胞、微小細胞のうち微小細胞（青に関係する細胞）の減少を認め、その結果青色の認知が不良となる。要するに、レビー小体型認知症では黄色や赤色の方が認知しやすいということである。

3. 高次脳機能から見た認知症対応の空間整備

認知症といっても種々の疾患があることをまず知るべきである。そして、その疾患の重症度によっても空間整備の対応は異なってくる。

脳機能から考える空間整備に関しては、認知症の方と供に歩き、また供に車に乗り認知症の方の視点にできるだけ立ち検討した。認知症における空間整備のポイントの把握につなげるために、アルツハイマー病の症例を呈示する。

- ・ 無印の道路では道路の真ん中を歩く。
- ・ 歩いていてもどこを歩いているのか確信が持てない。
- ・ 近道ができない。
- ・ 視覚的注意は常に下にある。
- ・ 文字（地名の標識など）がランドマークになることもある。
- ・ 昔からよく知っている所はランドマークになっている。
- ・ 行き慣れた道以外の場所では迷子になる。
- ・ 通り慣れた道は迷わない。墓、神社などに行く道順はわかる。
- ・ 地域の山はランドマークになっているが、異なる地域であっても近くの山と誤認する。
- ・ 新たな場所の学習は困難である。
- ・ 知らない場所では方向性を失い、東西南北が分らなくなる。
- ・ 今はなき近道を歩こうとして、道に迷うことがある。
- ・ 家の中であっても、電気を消してしまうと方向を誤ってしまう。
- ・ 悪天候、明るさ、時間帯（朝、夕、夜）、緊張などが地誌的見当識を悪化させる。
- ・ 言語的な地誌的記憶は保たれている。

認知症高齢者の特性に配慮した空間整備に関する考察*

沼尻恵子**・林隆史***

By Keiko NUMAJIRI**・Takashi HAYASHI***

1. 取り組みの背景

現在190万人程度と推計されている認知症高齢者は、2025年には300万を超えと言われており、高齢者の10人に1人が認知症高齢者になるとの推計がある。また、認知症でもない正常でもない軽度の認知障害者は、その倍以上と推測されている(図1参照)。また、施設から在宅重視に介護保険制度が改正されており、在宅において少しのサポートによって自立した生活が可能な、軽度の認知症高齢者が増加することが見込まれている。これら軽度の在宅認知症高齢者にとって、生活に必要な不可欠な外出を安全にし、迷いにくくするための空間整備や、見守りやサポートを含めた地域づくりが重要である。

厚生労働省の補助を受けて実施した『在宅・長寿の我がまちづくり』調査(平成18-19年度)では、人的見守りネットワーク等に代表されるソフトな認知症対策だけでなく、これまで認知症高齢者が多く存在する高齢者施設に僅かな知見があるのみであった、ハードとしての外部空間の環境整備において、どのような視点や原則などが求められるのか等について検討を行ってきた。この検討成果をもとに、以降について報告する。

2. 具体的な市街地における認知症高齢者の観点からの課題整理

『在宅・長寿の我がまちづくり』のモデル都市となっている、堺市泉北ニュータウン榎塚台の緑道空間と、高浜市吉浜地区の人形小路において、実際のまちあるきを通じて現地の状況の把握と空間整備に向けたアイデア出し等に関するワークショップにより検討を行った。

堺市泉北ニュータウン榎塚台地区

計画的に整備されたニュータウンにおいては、歩行者専用(榎塚台の緑道は公園の園路)の空間やネットワークが充実している。榎塚台においては、今後の高齢者の急増が予想されているものの、高齢化率22.6%、平均年齢46.7歳と、現時点では認知症の問題は顕在化していな

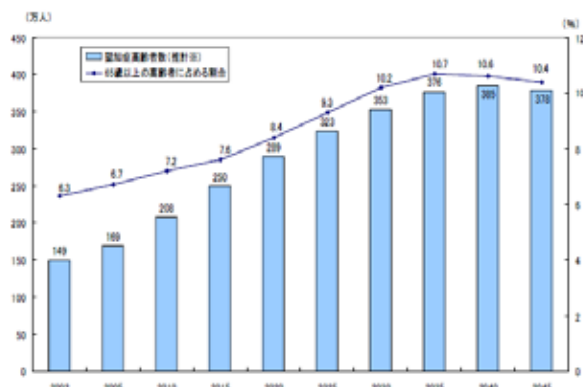


図1 認知症高齢者の推計(「高齢者介護研究会報告書『2015年の高齢者介護』」2003.6.6)

い。このことから、現在の緑道の使い方を踏まえ、「既存空間を安全かつ快適にする工夫」を始めとし、「現在の住民が高齢化した際にも使いやすい空間」、「認知症になっても迷わない空間」、「介護者にとっても見守りやすく快適な空間」の将来を見通した段階的な視点が求められる。

緑道空間の課題としては、緑が多すぎ暗い、人の気配を感じられない、長い緑道に対してランドマークが少ないなどの指摘がなされた。これに対し、緑道空間の分節やメリハリ、分岐点における交流ポイントとしての整備や、わかりやすい案内、周囲の施設との連続性の確保などを提案した。(図2)

高浜市吉浜地区

吉浜地区の人形小路(にんぎょうこみち)とは、愛知県無形文化財指定の貝をふんだんに使った吉浜細工人形やお寺をめぐる約800mの散策路である。人形小路を対象として、まちづくり交付金による路面修景、案内板の設置、休憩スペースやまちづくり拠点の整備などが予定されている。

この整備に対する提案として、地区全体をわかりやすくするためのゾーニング(ゾーン毎の特徴を出すことで、自分の位置を把握しやすくする)、歩道がない場所での小路の一般整備イメージ、サイン整備、辻のデザイン、路地のデザイン、拠点整備イメージの提案を行った。(図3)

*キーワード: 認知症、空間整備

** (財) 国土技術研究センター研究第一部(東京都港区虎ノ門3-12-1 TEL:03-4519-5004,FAX:03-4519-5014, E-mail:k.numajiri@jice.or.jp)

***正員,(財) 国土技術研究センターITS 企画推進室(同上, TEL:03-4519-5007,FAX:03-4519-5017, E-mail:t.hayashi@jice.or.jp)

認知症高齢者ドライバーの増加とこれからの課題*

北川博巳**・溝端光雄***

By Hiroshi KITAGAWA**・Mitsuo MIZOHATA***

1. 高齢社会とクルマと認知症

(1) 高齢社会とクルマ社会

70歳以上の運転距離あたりの事故数が激増することは様々な研究で指摘されており¹⁾、一般的に加齢に伴い体力や判断力、および認知力の低下が考えられる。事故形態も交差点での一時不停止や追突などの形態から、高速道路での逆走のような特異な形態²⁾も増加中である。現在は高齢者自らがハンドル型電動車いすに乗り換えたり、雨の日や夜間の運転を自主的に控えたりしている傾向にあるが³⁾、警察庁の発表では免許の返納率が0.21%と非常に低く、上手く機能しているとは限らない。高齢者の移動目的は、加齢につれて外出活性が低くなるものの、通院と買物のニーズは引き続き高い。しかしながら、クルマ依存の高い地域においては、公共交通の衰退に歯止めが見られない状況にある。その結果、二週間に一度の通院・リハビリや買い物に行くためののみ、自動車を利用する形態が考えられ、そのため免許が手放せない場合があり、このような後期高齢者が事故予備軍となりうる。一方、認知症高齢者の運転問題は、後期高齢期を象徴する問題となる。後期高齢期になると要介護認定高齢者が増え、認知症の発症も85歳以降から増加することがこれまでの研究でも知られている(図1)⁴⁾。

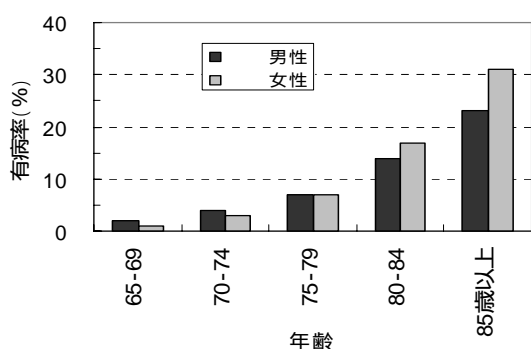


図1 認知症の有病率 (%)⁴⁾

(2) 認知症研究の動向とドライバー問題

認知症は精神科学や神経科学分野で研究が進み、その発症プロセスが徐々に解明され、その予防や治療の方法も明らかにされつつある。痴呆状態になる前に、軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment: MCI)や国際老年精神学会が提唱した加齢関連認知低下(Aging Associated Cognitive Decline: AACD)と呼ばれる状態があること、および地域居住高齢者にAACDの人が相当数いることが疫学的な調査から判明している⁵⁾。他方、認知症ドライバー関連の動きとして、SNRA(スウェーデン道路局)のシンポでは認知症と運転に関するガイドラインの作成が試みられた⁶⁾。そこでは中～重度の認知障害のあるドライバーは運転を許可すべきでないと判断し、軽度認知障害は確定診断が出来ていないため運転能力評価が必要であるという判断にとどまった。アメリカの神経医学会はCDR(Clinical Dementia Rating Scale) 1.0(軽度)以上は運転を中断すべきで、0.5(疑いあり)は6ヶ月毎に運転能力を再評価し、州によっては診断結果を交通局に報告する義務づけをしたが、同学会では中断勧告の実効性が懸念され、医療的な枠組みの限界も指摘されている⁷⁾。

2. 認知症高齢ドライバーの診断と課題

認知症の症状は軽度から重度まで幅広く、運転すると考えられるのは軽度～中度の認知症高齢ドライバーとなる。中等度以上の認知症高齢者が自動車を運転することは安全でないが、初期段階は安全なドライバーのカテゴリーにいる。むしろ問題の本質は、逆走事故や常軌を逸した事故を起こす高齢運転者は初めての人が多く、今まで安全だと思われていたドライバーが突如危険なドライバーへと変容することにある。認知症は進行性であるため、短スパンでのテスト手法の確立が急がれている。現在、高齢者講習時に認知検査の導入を予定しているが、机上でのスクリーニングのみとなっており、軽度認知症については発見しにくい可能性がある。軽度認知症ドライバーのテスト手法は、医学的な見地から運転能力までを網羅した方法が望まれるが、現在考えられるアプローチとしてはスクリーニングテスト、路上テスト、および運転シミュレーターを用いたテストがある。

たとえば、認知に関する診断方法は様々ある¹⁾。CDRやMMSEが代表的であるが、運転には記憶・注意選択・判断・空間視覚能力・作業能力・認知処理能力など様々な能力が求められ、認知症高齢者の安全運転に関する客観

*キーワード: 認知症、高齢ドライバー、高齢者交通

**正員, 兵庫県立福祉のまちづくり工学研究所 (神戸市西区曙町1070 TEL:078-925-9283,FAX:078-925-9284, E-mail:kitagawa@assistech.hwc.or.jp)

***正員, 東京都老人総合研究所 (東京都板橋区栄町35-2 TEL:03-3964-3241,FAX:03-3579-4776, E-mail:mizohata@tmig.or.jp)

的な測定法として何が有効なのか、明確な手法は確立されていない。仮にCDRによる診断値を得ても、初期的な症状ではどの辺りの数値を運転中止のカットオフ値として考えるのかは経験に基づくものが多く、明らかになっていない。日本では認知症とプライバシーの問題が大きく、軽度の認知症は家族も隠したがる傾向にあるため、臨床データを増やすことも困難である。

つぎに、運転パフォーマンスの診断についてであるが、軽度の場合は安全なドライバーと位置づけられているので、運転能力テストが重要となる。運転適性を算定する明確な基準のない状況であるが、運転のパフォーマンスを計測する手法として、実際の道路空間を本人自らが運転するアプローチ(路上テスト)、仮想的な条件を変えながら検査するアプローチ(シミュレーター・テスト)に大きく分けられる。後者を用いた教習はわが国の高齢者講習でも導入されているが、それぞれ一長一短があり、これらの信頼性と正当性を確立することが課題である。

3. 認知症高齢ドライバーとまちづくりの課題

軽度認知症の高齢ドライバーは比較的安全なドライバーに分類されていることを述べてきた。実際、CDRが2でも22%のドライバーは運転しているという報告⁸⁾もあり、診断手法の確立だけでは問題の解決にはならない。そのためには、本人や家族がどうやって危険な兆候を感じ取り、説得・納得して運転を控えて頂くか?、早期段階から認知症高齢者の方に代わりの交通手段を提供し、手段転換に誘導するかが重要となる。この問題は、医学・社会福祉学・交通心理学・工学など様々な領域を包含せねばならない。

について、認知症を測る尺度はいくつかあるが、運転に関して何が有効な尺度が分かっていない。初期的兆候は家族が一番を感じやすいと思われる。しかし、家族の説得では頑なに拒む場合があり、一人暮らしの高齢者では家族に頼れない。大事故を起こす前に地域の中でその方を見守り、相談に乗ることが重要だが、運転相談を誰が行うかは大きな課題となる。特に初期症状の方の場合は、無理に止めさせるのではなく、かなり前から運転について考える機会を設け、適切な説得材料を提供しながら、できる限り本人自らの選択で運転を断念させる必要があるが、どのような仕組みで解決してゆくのかは今後考えねばならない。

つぎに、の誘導策は地域と連携して自動車に乗らなくてよい仕組みづくりが重要となる。公共交通は必要条件となるが、提供すべき交通手段のあり方や供給量が明確でない。さらに、都市部は多様な交通手段がある程度確保されているが、山間部や過疎部では充実していない。軽度認知症の人は地域の中で生活している場合が多く、これらの交通手段さえ確保されれば事故の予防と健康長

寿に繋がるが、公共交通空白地帯は数多くある。

こうした問題の担い手として、高齢者講習(3年毎)を実施する自動車教習所が考えられるが、認知症は日々進行してゆくため、最初の講習では異常のない人が三年後には重度の認知症になる可能性がある。そのため、地域で交通をサポートするような組織や移動手段についてマネジメントする組織が必要となる。実際、アメリカのいくつかの州でモビリティ・マネジメント組織が立ち上がっている⁸⁾。わが国でも実験例があり、一定の効果が確認され⁹⁾、その地域展開を如何に図るかが現下の課題である。地域の老人クラブや教習所、交通安全団体、ソーシャルワーカー、ケアマネ、更には福祉移送サービス関係者の連携協働が必要と言えよう。

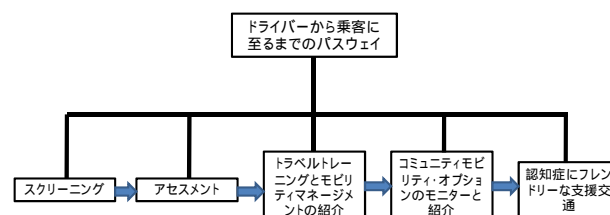


図2 認知症高齢ドライバーのパスウェイ⁸⁾

(参考文献)

- 1) Mark Elliot, Graham Grayson: Dementia and Driving, 9th International Conference on Mobility and Transport for Elderly and Disabled People Conference Proceedings. Vol.1, pp.278-287, 2001
- 2) 交通事故総合分析センター: 危険な高速道路の逆走事故, イタルデザインフォーメーション No.36, 2000
- 3) H. Kitagawa, M. Mizohata: Visual Capability of Older Drivers and their Driving Skills - Situations in Japan, 10th International Conf. on Mobility and Transport for Elderly and Disabled People, Conference Proceedings. CD-Rom, 2004
- 4) 新開省二: 4年間の追跡調査, 東京都老人総合研究所公開講座資料, 2000
- 5) 矢富直美: 認知症予防活動の効果評価と課題, 老年社会科学, 第27巻第1号, pp.74-80, 2005
- 6) K. Johansson, C. Lundberg: The 1994 International Consensus Conference on Dementia and Driving: A Brief Report, Alzheimer Disease and Associated Disorders, Vol.11, Suppl.1, pp.62-69, 1997
- 7) 三村将, 三品誠, 風間秀夫: 高齢者の運転能力と事故, 老年精神医学雑誌, 第14巻第4号, pp.413-423, 2003
- 8) http://driving.phhp.ufl.edu/publications/ICADI06_transportation_preconference.pdf, 最終訪問日 2006.5.22
- 9) 自動車工業会: 高齢ドライバー - のための交通安全教育プログラムの開発～運転能力アップ講座といきいき運転クラブの実験事業～, JAMAGAZINE, 2006.04.

人口低密度・超高齢地域の暮らしを支える取組み

寺島 薫**・沼尻恵子***

By Kaoru TERASHIMA**・Keiko NUMAJIRI***

1. 検討の背景と目的

人口が都市に集中する中で、地方の人口減少が進み、中でも限界集落では過疎化と高齢化、単身/夫婦のみ世帯の増加が急速に進行していることから自立した暮らしが脆弱となり、特に豪雪地域における限界集落の冬季の生活を支える仕組みを構築することが急務となっている。

厚生労働省の補助を受けて実施した『在宅・長寿の我がまちづくり』調査(平成18~19年度)の中で、新潟県妙高市の山間部に位置する集落をモデルに、冬季に安心して暮らせる冬季居住の仕組みとして、各自の自宅に近接して集落ごとに設置する(仮称)「高齢者支援ハウス」(以下「高齢者支援ハウス」)の提案を行い、住民の評価を伺った。本報告では調査における住民の評価を基礎に「高齢者支援ハウス」の整備に向けての課題を整理した。

2. モデル集落(原通地区大字上小沢地区)の現況

(1) 人口・世帯

- ・妙高市は平成17年4月に旧新井市に妙高高原町、妙高村が編入合併して誕生した。
- ・人口は約37,500人(平成20年3月)、高齢化率約27%(平成17年国勢調査)である。
- ・上小沢地区は妙高市中心部から車で約20~30分の山間部に位置し、世帯数42(内単身14世帯)の集落である。なお最盛期には約200世帯居住していた。
- ・人口は86人。内65歳以上59人、高齢化率約70%と超高齢化している。また要支援・要介護認定者は16人(高齢者の27%)、単身+高齢者のみが41人(約48%)で、雪下ろし等冬季の暮らしの負担は大きい。

(2) 妙高市の取組み

- ・高齢者生活支援施設「妙高の里」

妙高市中心部には、高齢で独立して生活することに不安のある人を対象とした居住施設「妙高の里」が、平成7年に整備され、現在10室の内5室が冬季の一時居住に使われている(住居費は収入に拠る。年収

*キーワード: 限界集落、豪雪地域、高齢者支援ハウス

**正員、(株)アークポイント(東京都豊島区高田3-18-9 MALIビル TEL:03-5950-5471, FAX:03-5950-5530, E-mail: terashima@arkpoint.com)

*** (財) 国土技術研究センター研究第一部(東京都港区虎ノ門3-12-1 TEL:03-4519-5004, FAX:03-4519-5014, E-mail: k.numajiri@jice.or.jp)

120万円以下は無料。生活費は実費)。入居者の多くは80歳代。入居理由としては、老朽化による冬季の住宅の危険性、「雪踏み」による敷地内通路の確保が困難、などが多い。

- ・上小沢地区「冬の元気茶屋」の開催

妙高市では山間部の集落に対して出前型通所サービス「元気茶屋」を実施しており、この冬は上小沢地区で1月、2月の2回「冬の元気茶屋」を実施した。午前2時間と昼食を提供し、体力測定(最大1歩、片足立ちなど)、医師による健康相談、健康体操(冬季の運動不足解消等の対策)、レクリエーションを行っている。参加者は65歳以上で毎回21人内外が参加した。会場に徒歩や自家用車で来られない方には、市の車で送迎している。

(3) 冬季の住宅周りの環境

- ・現地調査を行った1月に積雪約80cm、2月には約2.5mあり住宅の1階の半分以上が雪に埋もれ、玄関から道路までの敷地内の移動のための通路を確保する「雪踏み」も重労働である。また、住宅に接する道路も急勾配のため、雪や凍結により滑る危険性も高く、外出が出来ない高齢者も多い。



傾斜地に建つ住宅



冬季は敷地内通路の確保も重労働

(4) 冬季の生活

「冬の元気茶屋」に参加した住民からの聞き取り調査から、冬季の暮らしの平均像は以下のようなものである。

外出しない日の1日の行動

- 【午前】起床7時頃、朝食8時頃。その後コタツに入ってテレビを見ている。午前中「雪降し」「雪かき」「雪踏み」など除雪作業の他掃除、洗濯など。10時頃家族或いは近所の友人と「お茶」をする人が多い。
- 【午後】昼食12時頃、その後コタツに入ってテレビを見ながら14時頃まで昼寝をする人も多い。午後「雪降し」「雪かき」「雪踏み」など除雪作業のほか近所の知人宅を訪問したり、移動店舗で買物などする。
- 【夜】夕食18時頃。その後コタツに入ってテレビを見る。お風呂はほぼ毎日入る。就寝21~22時頃。

【1日の行動の概要】

- ・日常生活を規則正しく暮らしている方が多いが、テレビを見ている時間とコタツに入っている時間は長い。
- ・食事の間に「お茶」、昼寝といった行為が時間をつないでいる。
- ・冬は除雪作業のために、住宅周辺に出ることも多く、籠ってばかりではない。また、週数回は互いに訪問し合うなど、活発な外出・交流のある人もいる。
- ・しかし、そうした外出も天候次第のところがあり、やはり、雪がこの地域の生活をかなり規定しているように思われる。

外出する日の行動

【中心部（新井）への外出】

- ・主に新井の総合病院や歯科医院などへの通院が外出理由の大部分。ついでに買物や食事をすることがある。
- ・自家用車での通院が多いが、バス利用の人もいる。その場合自宅からバス停までの坂道が雪に覆われていたり凍結して歩き難く危険と訴えている。
- ・買物や気晴らしに新井の町に出る方は極わずか、何か用事がなければ出かけない方が大部分である。
- ・必要な日用品の買物を子どもに頼んだり、近所の方に依頼するなどしている方も多い。

【近所への外出】

- ・回覧板や配り物などの用事がある時のみ出かける方と、一方では、よく知人の家に「お茶」をしに訪問したり寄合いで出かける方がいる等行動に個人差が有る。
- ・近所の外出にしても、敷地内の通路や集落内の道路は坂道であり、雪があつたり凍結すると危険で怖い。

3. 「高齢者支援ハウス」の提案概要

(1) 趣旨

- ・冬季に自立して生活することに困難のある、単身/夫婦のみ世帯の住民が共同生活する、期間限定（概ね12～3月）の居住施設である。
- ・自宅に近く集落内の利便性のよい立地に整備する。

(2) 施設の内容、機能等のイメージ（提案）

- ・複数の居室を有し、台所、浴室・トイレを共有する。“寄宿舍”に近い居住施設である。
- ・冬季の住居だけでなく、地域の高齢者の暮らしを支える地域活動、出前型のデイサービス等を提供する。
- ・既存の施設や空家等の地域資源を活用する。
- ・施設運営は地域住民を中心とし、市や団体、NPO等が支援する。

(3) 提案に対する住民の意向

- ・一人暮らしになって体が弱った場合に、特に冬季には必要と認めつつも、現在はどうか暮らせているために、将来的な話という漠然としたイメージとなっている。

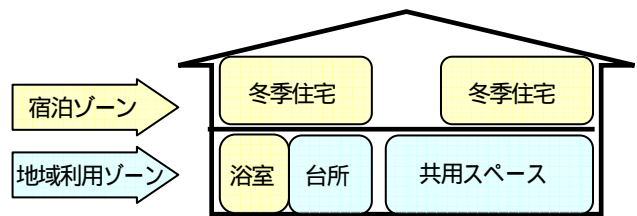


図1 「高齢者支援ハウス」の構成イメージ



図2 左上小沢集会所の2階現況図、右冬季住宅改造イメージ

- ・できるだけ自宅で生活し、時々集まれる場所や滞在できる施設を希望する方もいる。
- ・冬季の雪下ろしなどの家の管理の不安、入居費の負担などが入居を躊躇させる原因になっている。
- ・入居する場合は、自立生活が困難になった時であり、介護サービスの提供が受けられることも必要。
- ・施設の造りも1階に居住室と浴室・トイレ・炊事場が整備され、居住室のプライバシーも確保してほしいなどの要望があり、一定程度の居住性能が必要。
- ・共同生活自体に抵抗のある方もいる。また「元気茶屋」に参加しなかった理由として“体調がすぐれない”“長時間の活動に自信がない”“出かけるのが好きではない”など心身面で負担感のある方もいる。

4. 今後の課題

- ・思い描いている生活像や対応可能な条件は個々に異なるため、小規模多機能型の介護サービス拠点の整備や、訪問介護サービスや自宅で暮らしたい人のための在宅支援などの選択肢も併せて用意する必要がある。
- ・「高齢者支援ハウス」は同じ生活像や志向を持つ人が集まれば、有効かつ実現可能な手法であることから、更に意向を汲み上げ、地域の資源の活用による整備負担の軽減も踏まえて、利用意向のある方々と検討を進めることが望まれる。

謝辞：モデル検討を実施された妙高市健康福祉課主査松木博文氏、元企画政策課参事山内孝一郎氏に貴重な機会を頂き、また調査研究にご協力頂きました首都大学東京助教松本真澄氏に御礼申し上げます。