

平成27年度

第1回

福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議

日 時：平成27年7月8日(水)午後3時30分～午後5時45分

場 所：都庁第一本庁舎7階大会議室

1 開会

2 知事挨拶

3 委員の紹介・挨拶

4 報告

東京都の高齢者施策について（栢山高齢社会対策部長）

5 講演

(1) 東京都の地域包括ケア（高橋紘士委員長）

(2) 東京の課題と展望（長谷川敏彦様）

6 意見交換

7 閉会

<資 料>

資料1 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方
検討会議設置要綱

資料2 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方
検討会議委員名簿

資料3 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方
検討会議について

資料4 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方
検討会議スケジュール（案）

資料5 第6期東京都高齢者保健福祉計画について

資料6 高橋委員講演資料

資料7 長谷川様講演資料

< 委員提出資料 >

瀧脇委員提出資料

松田委員提出資料

< 参考資料 >

参考資料 1 東京都高齢者保健福祉計画《平成 27 年度～平成 29 年度》（平成 27 年 3 月）

参考資料 2 東京都長期ビジョン（平成 26 年 12 月）【抜粋】

<出席委員>

高橋 紘 士	一般財団法人 高齢者住宅財団 理事長
平川 博 之	公益社団法人 東京都医師会 理事
園田 真理子	明治大学理工学部 教授
内田 千恵子	公益社団法人 東京都介護福祉士会 副会長
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム分野 教授
馬袋 秀 男	一般社団法人「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会 特別理事
和気 康 太	明治学院大学社会学部 教授
秋山 正 子	株式会社ケアーズ 代表取締役 白十字訪問看護ステーション 統括所長
河原 和 夫	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 教授
繁田 雅 弘	首都大学東京健康福祉学部 教授
山田 雅 子	聖路加国際大学看護学部 教授
佐藤 博 樹	中央大学大学院戦略経営研究科 教授
瀧脇 憲	特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会 常務理事
松田 智 生	株式会社 三菱総合研究所プラチナ社会研究センター 主席研究員
川名 佐貴子	株式会社 環境新聞社 シルバー新報・月刊ケアマネジメント 編集長
荒井 康 弘	多摩市健康福祉部長
田中 文 子	世田谷区高齢福祉部長

<ゲストスピーカー>

長谷川 敏 彦	一般社団法人 未来医療研究機構 代表理事
---------	----------------------

<オブザーバー>

高橋 俊 之	厚生労働省老健局総務課長
榎本 健太郎	厚生労働省老健局介護保険計画課長
溝部 和 裕	八王子市福祉部高齢者福祉課長

○宗田理事 それでは定刻となりましたので、ただいまから、第1回福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議を開催いたします。

私は、本会議の進行を務めさせていただきます、福祉保健局理事の宗田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、舛添知事が出席しておりますので、ここで会議の開会に当たりまして、ご挨拶をいただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○舛添知事 どうも皆さんこんにちは。座ったままで失礼します。

きょうは、地域包括ケアシステムの在り方の検討会議、第1回を開きますが、皆さんお忙しい中お集まりいただきまして、大変ありがとうございます。

5年後にオリンピック・パラリンピックが開かれるということで、これは、いろんな意味で一つの転機にしたいというように思っていますので、経済から、社会保障まで含めて考えるべき時に来ている。

後ほど、皆さん方のご議論もあると思いますけども、世界中200カ国から、日本に皆さんがやってくるということは、そういう先進国、発展途上国を含めて、そういう国々との比較において、例えば高齢化社会の進展の度合いであるとか、というようなことについて、非常に日本の特筆性もある意味で浮かび上がらせることができる時期だと思うんで、ただ単なるスポーツの祭典じゃなくて、日本そのものをグローバルな視点から、また、よその国の視点から見たときに、どうだというのが見える、そういういい時期だと思っていますので。

そうじゃないと、私もそうでしたけど、自分の家族の介護に追われていると、そこだけが懸命になって広い視野が持てません。

だから、2020年の大会というのは、そういう意味でも、非常によろしかろうかというふうに思います。

それから先般、私と同じときに閣僚やっていた、総務大臣をやっていた増田さんが、消滅可能性のある都市に続いて、今度は東京の高齢者を地方に行けということで、私は介護、要するに病院の空ベッドの数で全部決められたら困るじゃないかということで反論対談をして、もう出るのかな、そろそろ出る中央公論が、10日発売だっけ、それに反論を含めた対談をしまして、いろんなところでそういうことも申し上げていますし、一応、例えば保育の施設にしても、介護の施設にしても、一生懸命ふやすように努力をしているので、今の数字そのまま前提にされちゃ困るなということとともに、ち

よっと違う発想をしないといけないなというふうに思っています。

そうおっしゃっている方々に、「じゃあ、あなたは地方に行くんですか」と、「配偶者ついてきますか」、「家族ついて行きますか」、「買ったマイホームどうするんですか」、それを売って3倍ぐらいの豪邸に住めるなら私もやるけど、今、空き家が余っていて、家だって売れないしという、全部そういうことを考えないと、やらないとだめでしょということとともに、石破さんが今、地方創生大臣で一生懸命おやりになっているので、東京都と隣接3県、神奈川、埼玉、千葉の知事さんたちに集まってもらって、大臣とともに、少しこの首都圏で連絡協議会をつくろうということで、議論も始めたところであります。

やはり、私は遠距離介護をしていたので非常に痛切に感じたのですが、いざというときに、親戚が遠くに居ても何の役にも立たないので、すぐ駆けつけられる近所がいかに大切かということで、地域の包括ケアをやるということが非常に大切です。

それから、徘徊する人にしても、周りが気をつけてあげればいいので、GPSができたからカーナビみたいなものをつけてやれば大丈夫じゃなくて、やっぱりみんなの目が必要だろうというふうに思っていますので。

今、独居老人で亡くなってから1週間後に見つかるなんていう方もふえているので、そういうことをどうするかという問題もあります。

最近、物に書いたのですけれども、年金が足りないといって、新幹線の中で焼身自殺して他の人に迷惑をかけた70歳の男性がいますけれども、ああいう人というのは例外ではなくて、大体、日本で推定、これは「下流老人」という本が出ていますけれども、600万から700万人ぐらいいる。これをどうするのか。

それから特に、今、地方移住の話をしましたけれども、皆さん方の周りを見ても、空き家がたくさん出てきていると思います。結局、亡くなって相続の問題が片づくまでは、それがガラッとあいて、治安のためにもよくないし、片一方で、じゃあ、2,000万人の観光客が来る、オリンピックを目指して、パラリンピックを目指して、ホテルあるのですか、ありません。

じゃあ、こういう空き家をどう活用するのですか。例えば、グループホームの話にしたって、あいているところいっぱいあっても、これは規制があって使えない。

こういう規制緩和も含めて、官だけではだめなので、私はやっぱり、NPOを含めて民間の力、行政の力、地域の総合力でもってやらないと、こういう問題は片づかないと

いうふうに思っております。

厚労大臣を務めさせていただきましたので、医療、介護、福祉、こういうのをやっていましたけど、今、空き家の話をしましたけれども、住まいという、生活の拠点をどうするのかということを、ぜひ念頭おいていただきたいということを考えています。

それから、昨年末に、皆さん方も目にとまったと思いますが、東京都の長期ビジョン、10年計画のものをつくりましたけれども、今、グランドデザインということで、25年先、つまり、2040年の東京の姿を、そのころまだ生きているだろうと思われる若い有識者の方々に集まっていただいて議論している。

すみません、私も高齢になりつつあるので、嫌みじゃなくて、そういう方々とともにやっているのです。

基本は、例えば道をつくるとか、橋を掛けるとか、そういう都市整備もあるんですけども、ソフトの面を少しじっくり考えたいなというふうに思っています。

時間とらせて恐縮ですけども、やっぱり楽しい日本じゃないといけないと思うので、楽しい東京じゃないといけないと思うのと、ゆとりがある日本じゃないといけない。

例えば、私は若いころヨーロッパで生活して、フランスが一番長い、スイスもいた、ドイツもいた。要するに、考えてみたら、40年前なんですよ。若い時というのは。

そのころの生活と、今のおまえの生活は、どっちが豊かといったら、それはインターネットも入る、物質的には豊かかもしれないけど、どっちが人間として幸せだったかといったら、やっぱりヨーロッパにいたときは時間が豊富であったということがあつたので

す。

だから、例えば、みんなに笑われているんですけど、グランドデザインだから、私は週休3日制をやろうと、東京から、というようなことを、東京都庁からという怒られちゃうので、東京からというようなことを考えているのは、つまり、考えてみれば、週休1日だった生活を続けて、週休2日にするとき、これでやっていけるかといったら、今、みんな週休2日になったじゃないですか。

週休3日になるというのは、まとめて3日とる必要はありません。例えば、その人によってほかのウィークデーでいつとってもいい。そうすると、介護の時間も生まれるわけですよ。いろんな、家族のために使える時間も生まれるので、例えばそういう大きな発想の転換が必要じゃないかなということで、ぜひ、そのグランドデザインの中にも、社会保障とか、こういう地域包括ケアシステムの在り方という中なら、大変なヒントが出

てくるというふうに思っております。

それと、もう一つ、私ごとになりますけれども、4月に手術しまして、左の股関節が、私は今、人工関節にかわっています。

だから、長生きはするのだけど、だんだんこういう体になって、サイボーグ人間みたいになってきているのですけれども、そうしますと、私はスポーツマンでやっていて、物すごいスピードで走れる人だったので、今は走ることを禁止されています。それから、和の生活が非常に好きです。畳でお茶をたてるとかというのが。ところが、今それも禁止されている。正座できません、当面は。

ということは、生活スタイルも、みんなが長生きするということを前提に、変えていかないと。

思ったんです、昔、私と同じような病で倒れた人はどうしていたんだろうと。よく考えたら、そのころ、みんな死んじゃっていたので、死ななくなった、死ねなくなったということを前提に、ですから、私は布団が好きだったのをベッドに変えざるを得なくなっている。

非常に、ですから、高齢化社会で、そういう地域包括ケアシステムというのは他人事じゃなくて、本当に深刻に考えておりますので、きょうは、ちょっとイントロが、私のしゃべりが長くなりましたけれども、そういう思いがありますので、特に厚労大臣のときは全国レベルで物事を見ないといけませんでしたので、どういう縁か、今度は、一つの町のトップになりましたので、非常にこの地域に根差したことをやらないといけなくなっているのです、厚労大臣のときの経験も活かしながら、本当に地に足の着いた、そういうケアシステムができればと思っていますので、本当にご自由な議論を、好きなことを何でも言っても構いませんので、そういう形で、この検討会議を進めたいと思います。

ありがとうございました。長くなりました。

○宗田理事 ありがとうございました。

それでは、本会議の設置目的につきまして、簡単にご説明させていただきます。

恐れ入りますが、お手元の資料3をごらんください。

このクリップでとめてあるものでございます。

本会議は、東京にふさわしい地域包括ケアシステムの在り方を検討することにより、都の新たな施策形成につなげ、福祉先進都市・東京の実現を図ることを目的に設置することといたしました。

会議では検討事項を大きく三つのテーマに分け、議論を進めていくこととしております。

1点目は、医療・介護の提供体制に関すること、2点目は効果的な介護予防及び支え合う地域づくりの手法に関すること、3点目は高齢者の多様なニーズに応じた住まいの確保と住まい方に関することとなります。

ここには、テーマごとに課題として考えられる事項と議論のポイントを例示させていただいておりますので、次回以降にご議論いただければと思います。

次に、本会議の進め方でございますが、お手元の資料4をごらんください。

本日は、委員のご紹介、東京都の高齢者施策についての事務局説明に続きまして、高橋紘士様、長谷川敏彦様からご講演いただきまして、その後、委員の皆様の意見交換を予定しております。

2回目以降でございますが、9月までに三つのテーマごとに委員やゲストの方からのご講演と事業展開に関する議論を行い、9月の下旬に中間の取りまとめを行う予定としております。

その後、12月までに全3回、各テーマに関する講演や、大局的な観点からの議論を行ったのち、来年1月に最終報告に関する意見交換を行い、3月には本会議のまとめとなる報告書を作成し、公表したいと考えております。

それでは次に、本会議の委員長、副委員長、本日のゲストスピーカーをご紹介申し上げます。

委員長の、一般財団法人高齢者住宅財団理事長、高橋紘士様でございます。

副委員長の、公益社団法人東京都医師会理事、平川博之様でございます。

同じく副委員長の、明治大学理工学部教授、園田真理子様でございます。

本日のゲストスピーカー、一般社団法人未来医療研究機構代表理事、長谷川敏彦様でございます。

続きまして、委員の皆様から、自己紹介も含めまして東京都における地域包括ケアシステムの在り方へのご意見、あるいは本会議に対して期待することなどをご発言いただきたいと思っております。

時間の制約もございますので、大変恐縮ですが、時間はお一人2分程度でお願いしたいと存じます。

分野ごとに区切らせていただき、その都度、舛添知事からコメントをいただきます。

なお、水村容子委員及び新開省二委員は、所用により欠席されております。

○舛添知事 皆さん、上着をどうぞ、楽にしてください。

○宗田理事 それでは、高橋委員長、続きまして、医療の関係で平川副委員長から長谷川敏彦様まで時計回りで、まずお願いいたします。

○高橋委員 一応、住まいをやっていることになっておりますが、もともとは、いわゆるコミュニティケアというか、地域ケアということでございまして、どうやら私は、構成メンバーでは最年長ではないけれど、最年長グループでございまして。

先ほどのことを言えば、まさに移住しろと脅かされている、そういう世代でございまして、1971年に就職した社会保障研究所でいわゆる昭和46年度老人福祉基礎調査に関わりました。これは、ある意味では画期的な調査だといわれておりますが、実はそのときの対象年齢は、60歳以上だったのです。その年代は、寝たきり老人の問題が重要と考えられました。

そのときに、ひとり暮らし高齢者の特別集計をやりましたが、まさに孤独化の問題の端緒の議論になる分析をやりました。

それ以来40数年、知事さんでいうと、美濃部都政の最後の時期から今日に至るまで、今は社会福祉審議会の委員長も務めさせていただいたり、障害計画の委員長をやっておりますし、地域医療計画も一時やらせていただきました。

その中で、私の独断と偏見といいたいまいしょうか、それで申し上げますと、ある時期まで、東京都は第一線を走るための努力を一生懸命やってきました。

ある時期に、社会福祉審議会の答申を、私の恩師でございます社会福祉審議会の前委員長の三浦文夫先生の下で、いろいろな仕事をさせていただきましたが、そのときにコミュニティケアという議論を、いわば行政の基本政策として打ち出したのは東京都が、私は初めてだと思っております、これは、国より先駆けておりました。

そして、それは、まさに措置の時代に移行しながら、地域福祉振興基金の構想づくりに関わりました。そのときは鈴木知事の時代で、今でも鮮明に覚えています、事務方が二桁、数十億の予算を出したら、これじゃ足らん、三桁にしろということになりました。

実はそのことが、東京都で、いわゆる在宅福祉サービス、社会福祉事業に収まらない、さまざまな都民の自発的な活動を生み出しました。障害者の当事者組織への支援もそうですし、在宅福祉、今日ではさまざまに、東京都はNPOもございまして、福祉を担う

活動はそこでつくり出されました。

そういう意味では、まさに民の力というものをどうやって引き出すかという、そういう努力を、実は政策的な東京都の取り組みにずっと私は立ち会ってきたという。

またあるいは地域実践でいうと、特別養護老人ホームにショートステイとかデイサービスが現在当たり前になりました。

これは、東京都下の社会福祉法人が4市共同で特別養護老人ホームをつくる時に、措置の入所者だけではなくて、地域にいる入居者の数倍の虚弱な高齢者たちをサポートするサービスをつくろうという、これは市行政と社会福祉法人の創意工夫で、措置費はそういうところに使うなという国の指導に抗して、ブレイクスルーいたしました。

これが、いつの間にか一般化して、当たり前のようになりました。これは東京都から始まっています。

何よりも個室の特別養護老人ホームは、東京老人ホームから始まっています。これも東京都下の法人の独創的な事業でした。

まだ、4人部屋の温存という旧態依然の議論をする人が多いのですが、生活レベルと価値意識に合わせた施設ケアをつくろうとした努力は、まさに東京都発祥でございます。

ただ、残念ながら、障害者の都外施設や、さまざまな施設の地域偏在、実は、介護移住を強制するような仕組みを東京都はやらざるを得ないという現実もございます。これをどう克服するか。

実は、一時は山手線の中に特養がなかった時代があります。「特養は東京都の仕事だ」と言って、「うちにはつくらなくていい」と言った区長がいた時代で、これも皆さん信じがたいことです。そういうことが、最近の介護移住の議論の遠因かもしれません。

そういうことを含めまして、そういうトップを走るということを、ずっと知事さんのリーダーシップと事務方との努力でやってまいりましたが、やや、私に言わせると近年陰りがあったような気が、実はしております。

いろんな形で努力をされておりますけれども、その証拠は、社会福祉審議会の総会で、意見具申をするときは必ず知事さんがお越しになる習慣がございましたが、あるときからしばらくありませんでした。

そして、福祉医療に関心を示さない知事さんの中で、事務方がいろいろ努力をされていましたが、もう一つ迫りに欠けていたというのが正直でございます。

そんなことで、舛添知事が福祉先進都市・東京の実現というテーマで、地域包括ケアをキーワードに議論を始めるというのは、まことにすばらしいことだと思います。私は国の地域包括ケアの議論に、ずっと当初からかかわっておりまして、大都市型ということを常に念頭に置きながら議論してまいりました。

その議論は、全国平均でできるものにしますが、東京都の議論をやっぴりやらなければいけない。

そういう意味では、確かにこれから危機であることは間違いないわけですが、危機は、従来型の発想では克服できません。ただ施設をつくるとか、そういう発想では、あの増田レポートの最大に弱点はそこにあります。

パラダイムシフトをやろうとしないまま、現状維持で、その結果、お年寄りになったら地方へ行けという無体な議論が起こっているわけございまして、実は、そういう意味で、福祉先進都市ということは、現在は正直言いますと、なかなか課題があると思います。

きょうご参集いただいた中では、実は全国トップレベルの実践をされている方、ぜひ知事さんに、秋山正子さんのところの、都営住宅の下にある「暮らしの保健室」や、「ふるさとの会」の大久保や山谷の近くにあるさまざまな場所を見に行っていたきたいです。これは、百聞は一見にしかず。要するに、地域のイニシアティブというものが、いかに東京都では強烈に動いているかということ、ぜひ体感していただきたいのです。

そういうことを含めて、今回、皆様のお力添えをいただきながら、そして先ほど知事さんがおっしゃったとおり、自分のそれぞれの専門領域はございますが、それはひとまずさておいて、東京都民として越境する議論をここで、ぜひ皆様としていただきたいと思っております。

もちろん、先ほど申し上げたとおり、どうも最近のスウェーデン、デンマークは別な世界だとして思考の外に追いやるような新自由主義者たちが多いのでありますが、そうではなくて、真の福祉先進国をつくるということは、まさに日本各地の実践や、国際的な動向や経験に学びながら、危機の問題を克服する独創的な筋道を、これは、学者はいろんなことを、研究者やシンクタンクはいろんなことを言いますが、東京都としての行政が責任を持った政策を出すということが本当のソリューションだというふうに考えています。それを市区町村に頑張れ、あるいは市区町村の努力をサポートする、そういう政策体系を、ぜひつくっていただきたい。

そういう意味で、狭い制度や専門性の枠を超えて、この議論を進めたいというふうに思っておりますので、ぜひ皆様のご協力をお願いして、ご挨拶にかえさせていただきます。

どうもありがとうございました。

○宗田理事 では、平川委員から手短によろしくお願いいたします。

○平川委員 医療関係分野から出席しています、東京都医師会理事の平川です。

地域包括ケアシステムの構築を担当しています。精神科の医者です。

さて、本検討会のテーマであります地域包括ケアシステムには、医療、福祉、住まい、まちづくりといった市民の参加も含めて、さまざまな分野の方々がかかわる仕組みですが、保健医療提供体制の充実が欠くことのできないものの一つと思っています。

その中で特に重要なのは、病気や障害を抱えることになっても、住みなれた町で、親しい人たちに囲まれて、安心して療養生活ができる在宅療養の仕組づくりです。

住みなれた町で、我が家が、必要なときには病室や療養室となり、家の前の道路が病院や施設の廊下となって、医師や歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職や介護職等の多職種が訪問し、必要なサービスを提供する、つまり、町が病院や介護施設に変身するのが、地域包括ケアシステムにおける保健医療サービスのあるべき姿と考えています。

現在、地域医療構想作成に向けた検討が始まっています。

病床機能の議論とあわせて、東京都医師会では、真に首都東京にふさわしい医療提供体制の実現に向けて、例えば二次医療圏といったような既存の概念に縛られず、東京の地域特性をいかしたシステムの確立を目指しています。

これまでも、東京都医師会では、東京都とともに、在宅医療の総合支援事業や、在宅療養推進基盤事業等を通して、地区医師会の協力も得て、かかりつけ医の在宅療養への関心を高め、訪問診療へも取り組みを推進してまいりました。

他職種との連携の意義や必要性についても、理解を深めてきています。ここしばらくの間に、医師も関係する多職種の方々も、在宅療養に関する意識が急速に変わってきています。こういった在宅療養を支える地域包括ケア病棟や老人保健施設等のさらなる整備も望まれております。

もう一つ忘れてならないのは、介護予防です。

メタボからロコモへ、更にはフレイルから要介護状態に移行する流れを防ぐために、医師会として介護予防日常生活支援総合事業にも積極的に関わってまいります。

そして最後に触れたいのは在宅療養に係る人材の育成です。

認知症も含めた幅広い在宅医療ニーズにこたえられる医師や看護師、訪問看護師の育成、特に不足が予想される介護職に対する物心両面にあたる支援など、地域で中心となって活躍する保健医療福祉職の育成は喫緊の課題と考えております。

住みなれた我が町東京で、可能な限り住み続けられる地域包括ケアシステムの構築に向け、保健医療、福祉分野の牽引役として、東京都医師会は全力で対応する所存でおります。ぜひ東京都の力強い支援をお願いいたします。

以上です。

○秋山委員 白十字訪問看護ステーションの統括所長をしております、暮らしの保健室室長も兼務しています秋山と申します。

私は看護の立場で、少しお話をさせていただきますが、追加で机上に配布させていただきました、この「訪問看護のお勧め」の中に記載してありますが、東京都の介護人材の育成の推進を受けまして、私どもの訪問看護ステーションは、東京都訪問看護教育ステーションを事業受託いたしまして、ここ3年、多くの人材の研修の場になっております。

こういうふうに、人材が足りないというだけではなくて、具体的に実際に教育していくという、そういうことの努力を、自分の現場も抱えながらしていくということは、一つ必要ではないのかなというふうに思っております、なおかつ、訪問看護というのは個別のケアですけれども、もう少し視野を広げて、予防から看取りまでを地域包括ケアの中でやるために、私はこちらの暮らしの保健室を2011年から、在宅医療の連携拠点事業として運営し、なおかつ、もう1枚入っております資料ですが、もうすぐでき上がります、9月1日事業開始予定です看護小規模多機能。訪問看護が行います小規模多機能型の居宅介護を運営する予定です。

その位置を見ていただきますと、四谷のど真ん中です。ここに、もう1カ所、新宿区内に、目白で既に先行しております、わいはという、目白落合地区にでき上がったものも、私どもが今建築している四谷坂町も、利用者さんのお宅で、空き家になりかかっているところを、改修とか新築して、そこを利用しながら、本当の都市のど真ん中で、小規模多機能ができないのかということチャレンジする予定です。

医療・介護の中の、間をつなぐ看護の機能を、これからもこの地域包括ケアの中で、より、この都市型の地域包括ケアを目指していくために何をすべきか、私も訪問看護の

実践の中で学んできたことを提案したりしていきたいと思います。

よろしく申し上げます。

○河原委員 東京医科歯科大学の河原でございます。

専門は、医療政策と血液事業政策の研究をしております。

具体的には、医療計画と、あと日本赤十字社の採血基準の見直しの研究。それから血漿分画製剤の産業化に関する研究を行っております。また、都のいろいろな委員会の委員を務めさせていただいております。

それで、都の委員会に限らず、他の自治体の委員会の委員も務めさせていただいておりますが、一つ考えることは、現実を直視して計画というか検討しないといけないかなと思っております。

というのは、この包括ケア、医療も含めて、こういうシステムをつくる場合は、必ず財源の問題、あと人の問題があるのですが、財源の問題は置いておいて、人の問題は、例えば今、日本に生まれてくる子供は103万人ぐらいになっておりますが、18歳人口は123万人ぐらいです。そのうち、医学部、歯学部、薬学部、看護、理学療法、作業療法、診療放射線、いわゆる仕事として流動性が低い、医療現場でしかとどまれない職種でも定員が13万人です。

今の段階で、10人にひとり、この七つの学部に行かないといけない。今後ますます減ってくれば、医療・介護の養成校自体が定員に満たないわけです。

じゃあ、医療と介護は絶対的重要なものだからと人を配分すれば、例えば80万人の子供を配分していけば、恐らく二、三人に一人は、医療・介護に行かないといけないと思いますが、そこで問題になるのは、今の医療・介護は生産性が低い。一人当たりの医療、介護、福祉の売り上げは500万円です、平均で。農業も入れて産業平均で3,000万円です。税金で税投入をして支えているこういう分野に人をどんどん入れれば、外貨はどこから稼いでくるかとか、この国自体も問題になるので、ぜひ、この会議に限らず、議論するときは、人が手配できないということの現実を直視していく必要があるのかなと思っております。ここは工夫がいると思います。

そうすれば、やはり地域のシステムを総動員して、自助、公助、共助といわれていますが、そういうシステムの中で、地域包括ケアを考えないといけないというふうに思っております。

それから2番目として、例えば、健康増進計画とかございますが、国の健康日本21、

都ではプラン21がございいますが、その到達点というか、目標は、健康寿命の延伸です。

本当は、そこから先が必要だと思うのです。

健康寿命を延ばして、元気な高齢者をふやすということは、もちろん重要ですが、その人たちを就労させる、あるいは就労できない場合はボランティアになっていただいて、社会貢献するといった健康増進政策の次の段階の、労働政策とか社会政策との一貫したリンクがないのです。連携じゃなくて、連続性が必要だと思うのです。

ですから、一つの部局じゃなくて、都庁全体、あるいは日本の国全体で、健康増進の意味をもう少し考える。これは健康増進を事例として取りましたが、考える必要があると思います。労働政策、社会政策、あるいは、まちづくりにつながってくるわけです。

それから最後は、きょう机上に保健福祉計画という分厚い本がありますが、今、新しい施策が出れば、我々の仕事量がどんどんふえていっているわけで、仕事のエン트로ピーのみが増大していっているわけです。

人口が減ってきて、担当者も減っている時代においては、仕事を減らす政策を考えるのが本当の役人じゃないかと思っております。この部分は他の計画でも書いている部分がありますので、本当はもっとスリムになると思います。

以上でございます。よろしく願いいたします。

○繁田委員 首都大学の健康福祉学部の繁田と申します。

専門は、老年期の精神障害でございます。認知症も、もちろん専門でございます。

今でも週に1回、医療の現場に出ておりまして、そこも通じて感じていることを1点だけ申し上げておきたいと思っております。

医療の現場でもそうですし、学問としての医学もそうですし、恐らくメディアでもそういう印象があるんですけども、認知症に関しては、予防とか根本治療薬とか、そこら辺がどうしても強調されていて、そちらばかりにいつまいつましているような気がして、それは見ようによっては、認知症の存在自体が否定されるといいますか、否認されるといいますか、向き合えていないといいますか、障害とか病気に向き合えていないと、基本的には社会はそれを許容することもできませんし、その人の気持ちになって支援することも難しいのかなというのを最近さらに強く感じるようになってきました。

私たちが、あるいは地域が、そのことをもし理解すると、自分に当てはめてそのことを考えたときには、恐らく医療機関等の受療行動もかわってきますし、生活のスタイルさえも変わってくるだろうと思います。

そういう、一人ひとりが、認知症とかも含めて、いろんな障害を楽観にすぎず、悲観にすぎず、理解したときに、「俺は別に病院には行かん」と言って覚悟を決める人がいてもいいと思いますし、もちろん早目に病院に行こうという人がいてもいいと思いますし、それぞれ後悔のない生き方をする社会が成熟した社会だと思います。

そういう社会になるためには、歴史であるとか、文化がどうしても必要ですけど、日本は十分にそういう歴史と文化を持っていると思います。ただ、今、日本は迷走しているかなという気はしますが、でも、それだけの蓄えはありますので、私は、ここしばらく、何年間かは、一般の人たちが、認知症であるとか障害であるとか病気とかというのを身近に感じて、それを受け入れてくれるような身近な活動をしていきたいというふうに思っています。ここでもそういう発言をしていきたいというふうに思っています。

よろしく願いいたします。

○山田委員 聖路加国際大学看護学部で在宅看護学を教えております山田と申します。

地域包括ケアを目指しまして、さまざまなことを企てて取り組んでおりますが、ここでは、ご挨拶を兼ねて1点だけお話したいと思います。

訪問看護サービスは、医療と介護の両方の視点をもって、価値をもって活動している唯一のサービスであるというふうに考えています。

それは、医療ニーズ、介護ニーズ、両方を兼ね備えている高齢者のみならず、今、急増中の医療機器をつけて生活をされているお子さんの成長発達のお手伝いにも大きく寄与しているという現状がございます。

こうしたニーズに応えるために、私は教育者としてできることをやっていこうと考えているわけですが、最大の難関は、それをやろうという、やれるという看護職が少ないということにあります。

今の訪問看護ステーションの課題の第一は人材確保だということを考えていまして、実際管理者たちもそういう声を上げております。質的にも量的にも全く不足の状態であると言っていると思います。就労看護職員のわずか3パーセントに足りていないのです。これは、北欧スウェーデンの10分の1の状態であるという資料も出ています。

この2年間で、訪問看護ステーションの件数としては急増しているのです。この東京でも急増しているのですけれども、看護師が募集しても集まらないという声は、多く聞こえる現状が継続しております。

ステーションの管理者は、即戦力としての人材を求めているのですけれども、病院で

の看護と在宅での看護の文化は大きく異なりますので、なかなか転職ということで、スムーズに移行できるナースが多くはないです。

病院では、高い効率性と安全性を担保するための細分化された役割分担がされていて、それになれてしまった看護師は、患者さんを目の前に全体的に捉えて、その場でできることを考えるという力が養われないのであります。であるならば、病院の看護になれてしまった経験のある看護師よりも、病院看護を経験していない新卒の看護師を、訪問看護につきたいという意欲を持つ者があれば、直接ステーションが雇用して、そこから看護のキャリアを磨いていく方法もあってよいというふうに考えています。

私自身、新卒のころから訪問看護をやっていますので、それは先輩たちとか、組織的なサポートがあれば十分可能であることだとわかっていますけれども、これまで訪問看護は一人で訪問しなければならないので、3年とか5年とか病院の中での経験がないと難しいと言われ続けてきました。

訪問看護ステーション管理者も、看護学校の教員も、たとえステーションに就職したいと学生が言ったとしても、それはやめなさい、無理ですというふうに指導してまいりました。

しかし、昨今そのような状況でもないくらいステーションの人手不足が深刻化しています。新卒でも可能なら採用したいというステーションはふえてきています。

この流れに乗りまして、新卒ナースが燃え尽きないような、地域のみんでそれを育てていけるような仕組みづくりをしていきたいと思ひまして、昨年度、きらきら訪問ナース研究会というものを立ち上げまして、いろいろ調査をしたり、セミナーを開いたりしているところでございます。

実際、就職したい学生、採用したい管理者、それをサポートしたい学校教員などが少なからずおりますので、そこをつないでいくために、東京都からもご支援をいただければありがたいと考えております。

以上です。ありがとうございました。

○長谷川委員 未来医療研究機構理事の長谷川でございます。

今回は、このような大変重要な会議にお招きいただきまして、大変名誉に思っております。

といいますのも、先ほど高橋委員長の話にありましたように、かつて日本をリードするような福祉先進都市であった東京は、再び先進都市を目指す。それは、日本全体のみ

ならず、世界にも貢献することになります。そのような大きな展望企画の会の冒頭にお招きいただいて、お話しできるということは、身に余る光栄です。

私は、自分の専門が何だったかなというふうに考え直しますと、実は出発点は外科医だったことを思い出しました。

アメリカでレジデントとして外科臨床研修をいたしまして日本の大学に帰りましたが、ある日、突然、厚生省から電話がかかってきて「来ないか」と言われ、厚生管理官僚をやっておりました。

いろいろと回りましたが、老人保健課の課長補佐が一番印象的で、「寝たきり老人ゼロ作戦」をまとめたことを覚えております。

それ以降、JICAや国立病院経営のローテーションを終えた後は、厚生労働省の研究所に移りまして、病院管理研究所、保健医療科学院で、医療政策研究部長をやっておりました。

その間、健康日本21とか、主な厚生省の政策に係るチャンスがございましたが、その中でも一番有名なのが、医師需給の計算です。長谷川の計算間違いで医者数が足りなくなったといったような批判を受けたりしておりますが、足りなくなったのが計算した年と同じなので大変な誤解でございます。

その後、縁があって日本医大にりましたが、昨年、シンクタンクを立ち上げて、最近では、主に福祉、地域包括ケアのお仕事をしております。

ここにご出席の新田先生をリーダーとします「大都市における地域包括ケアの施策」研究のアドバイザーとか、大島先生をリーダーとする「愛知県の高齢社会のまちづくり」研究会の事務局等を引き受けております。

本日は、最初に何かしゃべれということで、持ち時間が20分と短いものですので、思い切り大きな三つの提案に絞り込みお話しする予定です。私自身は、実際のプランを含めまして、ケアの課題、あるいは地域のシステムの課題につきまして、いろいろとご提言したいのではございますけれども。

○大熊委員 多分、自己紹介をとりあえずというふうに望んでおられるようです。

○長谷川委員 失礼しました。

以上が自己紹介でございます。講演内容総括を少ししゃべれと事前に言われたのですが、レジュメをぜひごらんくださいませ。

○宗田理事 ありがとうございました。

それでは、ここで知事からコメントをいただきたいと思います。

○舛添知事 長谷川先生には、またゆっくり後ほど、20分間たっぷり時間とってありますので、ご講演願えればと思います。

ありがとうございました。

アトランダムに申し上げますけども、秋山さん、山田さんの訪問看護の問題で、それから平川さんを含めて皆さんおっしゃっているのは、やっぱり人材の不足をどうするかという、医療・介護、医療福祉人材、これは非常に深刻であって、すぐ、例えばものづくりの現場と同じように考えて、じゃあ、ベトナムから人を入れればいいじゃないかと。だけど、私も限られた関係で、人間というのは、やっぱりコミュニケーション、言葉でやる、基本的には。そうすると、相当言葉が上手くないとできない。

私は、だから、私が理解できない方言をしゃべる地域での介護はできないと思います。というのがあるので、そんなに人が少ないかということ、いっぱい仕事をしていない人が余っている。だから、先ほど、どなたかおっしゃったように、高齢者で、さっき言ったように死にませんから、65ぐらいでは。

ですから、働いていない人を働かせるということが必要なのと、看護師で、これは男女問わずですけれども、例えば特に女性で、自分の妊娠、出産、子育てのために一旦家庭に入られて、じゃあ、どう復職するのかというときに、いろんな条件整備を行政もやらないといけないのは、職場に、病院でもどこでもいいのですけれども、保育園を設けましょうかと、これも一つなんですけど、一番切実なのは、労働時間自由にしてくれと。夜中の宿直は無理ですよ、だけど10時から3時なら私は子供を幼稚園、保育園に預けているからできます。その力を使えるシステムをやればいいのと、新卒からと山田先生がおっしゃったのですが、例えば、そういう介護士ないし看護師として5年間働いて、家庭に入った。戻ってきたときに、そこで訓練の機会も、これは3カ月でも6カ月でも訓練して、じゃあ訪問看護できるように仕立てあげるとは、十分基礎はあるので、できるのだらうと思うので、そういう制度づくりができないか。

だから私は本当に、今、小児科、産婦人科にいたっては、学生諸君は二人に一人は女性ですから。この方々から、大多数が結婚、出産ということをおやりになったときに、全部その期間、せっかく鍛えたのがなくなっちゃうので、これをどう復職させるかというので、働き方の自由な点をまとめて、そのときに、どこかでも言ったのですけども、要するに、労働大臣もやっていたので、非正規ですか、アルバイトですか、パートさん

ですね、じゃあだめなので、10時から3時までしか働かなくても、正規で今フレックスの時間だと。

だから、週休3日にしろと言ったのは、実を言うと、そういうことにも波及させたいので、それを申し上げたので、秋山さんところは実際に、一緒にいろいろ見させていただいて、大臣のときに視察させていただきましたけれども、ぜひ、その面で、空き家の活用ということを先ほど言われて、なるほどなど。

かつてはグループホームぐらいしかなかったのですが、小規模多機能である。本当にもったいないぐらい大きな家。100坪でみんなが住んでいたら、気がついたら、更地にしたら、30坪の三つに分かれちゃって小さな家が建っているわけですよ。

ですから、ぜひ空き家の活用という問題も、小規模多機能を、ぜひ都心のど真ん中というのは非常にいいという、こういうのが都市型だろうというふうに思っております。

それから、河原先生がおっしゃったのかな、要するに、どんどん人がいなくなるという、人材のあれなので、これも週休3日につながるのですが、働くなという、あまり働かないで、週3日しか働かないで生きていけるようにしないと豊かじゃないので、だから、5人いるから月から金曜日まで働くので、4人しかいないようにしてしまいなさい。そうしたら4人で5日分働きゃいいじゃないのと。あとはローテーションでやればいい。

そうしないと、絶対、人は生まれてこない。そして、少子化というのも止まらない。いろんな理由があると思うのですけれども。そういうことも考えております。

繁田先生が、身近な活動というのは、これはおっしゃったのは、そのとおりなので、ぜひ、そういうことの、またご経験をやっていただきたいし、平川先生のほうで医師会の取り組みというの、ユニークなものを行っているところがあれば、患者の立場に立って、こういうお医者さんたちがいてほしいというのは、いっぱいあると思うのです。それをぜひ、事例発表みたいな形でやっていただければというふうに思いますし、高橋先生は全体をまとめていただいて、おっしゃるように、パラダイムシフトがないといけないので、何度も言いますけれど、週休3日というのは、パラダイムシフトの一つだというふうに考えています。

長谷川先生からは、また後ほどじっくりお伺いするにして、とりあえず、一旦、私のコメントを終わります。

○宗田理事 ありがとうございます。

大変恐縮なんですけど、実は知事は次の日程も詰まっております。

○舛添知事 ギリギリまでいますから。

○宗田理事 ギリギリまでいてくださるということですが、最大45分ぐらいまでと考えております。あと、残り11人の委員の方の思いを、ぜひ知事に聞いていただきたいこともございますので。

○舛添知事 コメントは、まとめてみんなが終わってから。

○宗田理事 コメントは、まとめてからお願いいたします。

また、大変恐縮ですが、手短によろしくお願いいたします。

○舛添知事 済みません。どうぞ、どなたからかな。

○内田委員 東京都介護福祉士会の内田と申します。

介護福祉士会に所属しておりますけれど、本業は、昔は20年ほど特養に勤めて、今現在は、認知症対応型のデイサービスを運営しております。そこで、介護カフェのようなものもやったりしております。

そういう現場にいて感じることをお話させていただきたいと思うのですが、介護保険という制度は、各サービスが、それほどつながらなくても今までやってこられてしまったというようなところがあるのではないかと。

もちろん担当者会議などがあるのですが、それでは不十分で、最近、顔の見える関係といったようなことをよくいわれるのですが、それだけでは不十分で、やっぱり意見が言い合える関係にまでいかないと、なかなか利用者の本来の支援にまでつながらないかなというふうに思っております。

やっぱりどうしても、システム上、ケアマネジャーに大きく頼るようなところもあるわけですが、そういう中で、地域包括ケアというのだったら、各事業所がそれなりの実をつけて、きちんとした発言をしていかなきゃいけないと思うのです。

それで、例えばアセスメントをきちんと充実させて行うとか、プラン作成がしっかりとできるとか、といったようなことが必要で、やっぱり介護職員というのは数が足りないと言われておまして、まさにそうですが、数だけではなくて、やはり知識とか技術とか、あるいは経験といったようなものを十分備えている人間がリーダーとして働いていかないと、大勢いるけどちっとも動かないというような状況が生じてしまうのではないかとこのように思います。

ですから、まさに平川先生、秋山先生がおっしゃいましたけども、介護人材の育成、それもリーダーとして働ける人間を育成していくということが非常に重要ではな

いかというふうに思っております。

介護は肉体労働と言われがちですが、実は頭脳労働で、そういう人材を育てたいということで、日本介護福祉士会という全国組織があるのですが、そこで認定介護福祉士というものを、これから育てていこうというふうなことを考えておりますので、そういう人たちに地域で働いてもらえればというふうに思っております。

ありがとうございます。

○大熊委員 国際医療福祉大学の大学院で医療福祉ジャーナリズムを担当しております大熊由紀子と申します。

朝日新聞論説委員時代の1998年に、髪黒々の国際政治学者の舛添さんをお呼びして「超高齢社会がやってくるーともに輝いて生きるために」という国際シンポジウムをいたしました。スウェーデンとデンマークの福祉を充実させた大臣をお呼びしたのですが、私には到底追いつかないような滑らかにお二人と話をされて、北欧のことをしっかり勉強され、シンポの中でも、「北欧のような方向に政策転換することが、日本経済を良くする道だし、本当の行政改革だと思います」と提唱してくださいました。

知事が今おっしゃった「正規でパート」も北欧では当たり前のことです。ノーマライゼーションという考え方の発祥の地であるデンマークとかお隣のスウェーデンでは、既に1970年に地域包括ケアは存在していました。日本は、3周おくれぐらいでこれをやっていくということなのではないかと思えます。

申し上げたいことは二つです。一つは日本生まれの文化を大切に。もう一つは、海外では否定されている過ちは今さら繰り返さなくていいではないかと。雑居部屋をなくそうと委員長が話されました。雑居も大昔に、先進諸国では否定されていることです。認知症のご専門の先生もいらっしゃいますが、認知症の方に最も悪いのは、不慣れた精神病院というような環境に連れていくということで、日本以外の国では既に否定されております。

私は、「福祉と医療、現場と政策をつなぐえにしネットの志の縁結び係&小間使い」を名乗って、今、6,000人ぐらいの、ここの中にも何人も入っていただいていますをつないでいます。ことしは地域包括ケアを取り上げました。その中で、コーディネーターがプログラムに、こう書いておられます。「認知症を専門としている先進的な精神病院に行った福祉の人が、気持ちが悪くなってその日のお昼ご飯が食べられなくなった。僕が見た限りほとんど地域で暮らせる人ばかりで、そのまちには空き家も多い。『地域

で十分暮らせるのに』と院長先生に言うと、『そうしたら経営が成り立たないのですよ』という。お年寄りのためではなくて、経営のための入院医療だということを、精神病院の院長さんがおっしゃったということです。この東京からはぜひそういうことを何とかなくすような方向でというふうに思っています。

地域包括ケアと最も対極にあるのが、人里離れた精神病院に認知症の人を入れることではないかと思えます。

一方、ホームホスピスという考え方が宮崎を発祥の地として、かあさんの家という名で始まったのですけれども、これがとうとう東京にもできてくるようになりました。ただ、今までのさまざまな制度ですと、これは存在してはいけないというようなことになってしまいます。宮崎発祥で、各地で広がっているものが、この東京でもぜひ広がるように、小規模多機能地域密着ケアも日本生まれです。こういうものをぜひ東京で根づかせてと思えます。

私は多分、この中の最高齢で、6月28日で75歳になりましたので。でも、今、私は、あのころは、——すみません、長くなって。——お呼びした49歳の舛添さんはお母様の介護でくたびれてらしたのですが、私は、今95歳の母の介護でへとへとになっておりまして、やっぱり持ち上げたりとか、あれはできないのですけれども、そうじゃないことはいろいろできます。

そして介護保険ができたおかげで、訪問介護、訪問看護、訪問歯科医療、訪問の医師、ケアマネさん、福祉用具、あらゆる方が、日本の特に東京には存在しています。あと、ここに認知症がまともになればというふうに思っております。

○馬袋委員 私は「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会、略称して民介協としております。特別理事の馬袋（ばたい）と読みます。よろしく願いいたします。

私は、昨年まで株式会社ジャパンケアサービスの社長をしておりました。前職のジャパンケアは、本日いらっしゃいます、世田谷区さんを中心にジョイントしながら、夜間対応、そして定期巡回という東京初の24時間型の介護というものを一緒に開発してまいりました。

定期巡回は、今、東京都内で32カ所事業を展開していると思います。ただ、この事業は人材の確保であるとか、運営体制とか、この事業をやったときには大変な赤字でした。ただ、はじめは赤字だけれども、事業者として何のために介護をやるのかというと、やっぱり自宅で住み続けたいと思う人に介護を提供して住み続けられることをするのが

目的であり、そして事業化してこそ経営であり、厳しいけれども取り組んでいました。

今も人材の面で苦労はしているようではございますけれども、確実に地域で24時間サポートし、生活のリズムを戻しながら生活されている利用者は増えていると思っております。このサービスは地域で住み続けるために非常に大切なサービスであると思っております。

私は、この会議に当たって、地域というものをどのように考えるかということから、主体は本人であるということをお忘れはできないこと。そして地域とは何かということ、本人が住み続けたい自宅という生活する場所、住まい方ができる生活や活動される圏域、生活圏というのでしょうか、そこが地域であり、その地域が豊かであるということであると思っております。

私は、民間事業者としていろいろものを開発しないといけないと思っておりますけれども、大切なことは、住みなれた家、住みか、本人の生活領域が生活圏地域としたら、医療や介護、また生活を支えるサービスとかが、そういったものがついている地域、サービス付高齢者住宅があるように、医療、介護、生活サービス付地域の住宅、それをつくるのが地域包括ケアの一番のポイントではないかなと思っております。

そういった面では、地域には人材面など様々な課題がありますが、その目的が明確であれば、地域の方々の参画も期待できますし、その参画していただく方々と民間事業者がどのような形で組めるか、または医療とも組めるかというマネジメントの体制と規制の調整というところが、これから課題の多い都市だからこそ、違った発想で事業を展開するというのが民間事業者に求められているのではないかと考えています。

ぜひそのような観点から、この場で意見などをお話させていただければと思います。よろしくお願いたします。

○宗田理事 では、和気委員、川名委員、その後こちらに行きまして、4人の委員の方に。

○和気委員 明治学院大学の和気と申します。

私は社会福祉学と老年学（ジェロントロジー）を専門にしまして、高齢社会における福祉政策、あるいは福祉計画のあり方について研究をしています。東京都とのかかわりで言いますと、第3期の高齢者保健福祉計画作成委員会の委員からかかわらせていただいて、この6期も計画の取りまとめの作業に参画させていただいたことがあります。

お手元にもありますけれども、東京都の今般の高齢者保健福祉計画には「世界一の福祉先進都市東京の実現に向けて」という副題が入りました。これは作成委員会の最後に

も申し上げましたが、この副題には東京都、つまりオール東京都庁として非常に強い決意と申しますか、意思を示したと思っております、2020年の東京オリンピック・パラリンピックに社会は非常に興味があるわけですが、やはりこの計画を実現して、ぜひ世界の福祉先進都市にさせていただきたいと、作成委員会の委員の一人としては思っています。

地域包括ケアについては二つのことを申し上げておきたいと思っております。一つは、地域包括ケアシステムですので、システムを形成していく、つまりオーガナイズしていく次元の議論と、一旦できたシステムを持続可能なものとして、いわばマネジメントしていく、運営をしていく次元は、やはり分けて議論したほうがいいのではないかと考えています。

それから、「システム」という言葉で言いますと、やはりシステムを機能させていく要件というものがあるのではないかと考えておまして、これは非常に抽象的で恐縮なのですが、やはり福祉ガバナンスなりケアガバナンス、あるいは福祉コミュニティやケアコミュニティ、そういうものがきちんとあって、はじめて地域包括ケアシステムというものが機能していくのではないかと考えています。

それから、もう一つ申し上げたいのは、こういう地域包括ケアシステムをつくる時に、どこが、だれがイニシアチブをとるのかというのは非常に重要だと思っております。抽象的な議論はいくらでもできるわけですが、現実にはシステムをつくって動かしていくということになると、結局、どこがやるのか、だれがやるのかということが問題になります。私は福祉の研究者ですから、それはやはり基礎自治体、すなわち区市町村の福祉部門と、第一線機関としての「地域包括支援センター」が、その場合に重要な役割を担うのではないかと考えています。つまり、ここにどういう人たちを配置するのかということもまた非常に重要なのではないかと考えているところです。

その意味でいいますと、この2つの機関と、広域自治体である東京都との協働、あるいは東京都による「支援」というものをどう考えるかということも重要ではないかと考えています。この検討会議でも、いま申し上げたような視点を中心にして、なにか発言ができればいいと考えています。私からは以上です。

○川名委員 シルバー新報と月刊ケアマネジメントの編集長をしております川名と申します。よろしくお願いいたします。

今回、メディアからの出席ということなので、過去、平成2年から取材して現在も取

材している立場から、リアリティーのあることをもとにお伝えさせていただければと思っています。

私のほうから二つ申し上げておきたいのは、一つはコミュニティの問題なんですけれども、東京というのは本当に何でも、事業者もいっぱいあるし、知恵のある人もたくさんいる。だけでも肝心のコミュニティが全然ないなと思っております。

この前も、高齢化率45%、空き家率20%のまちを見てきたのですが、コミュニティがすごくしっかりしているので、本当にこんな方が地域で生活できるのだという、認知症の方も生活していらっしゃる。何でできるかといったら、あの人あそこにいたよ、ここにいたよということ周りの人が見ていてくださる。そういう地域というのは、もともとコミュニティがあるからできるのではなくて、非常に勉強になったのですけれども、介護されるヘルパーさんとかが、きちんと周りの方に事情を説明して、これこれこういう方ですからと、そうやってやっぱり自分たちもこれに参加してくれるのだという当事者意識みたいなのを地道にやっぱりつくり上げてきている。

これまでもいろんなサービスとかシステムとかつくりようと思ってなかなかうまくいってない現実があると思うのですけれども、何かやっぱり当事者意識をどう持ってもらうのかということが非常に大事だなというふうに思っています。だから、もうどう考えもお年寄り自身、我々が年をとっていく中では、我々自身もやっていかなきゃいけないと気づいている人は気づいているのですが、なかなかみんなその気になっていただかないという意味から、ぜひその気にさせるような、わかりやすい報告書であってほしいなというのが一つです。

あともう1点ですけれども、この介護保険から15年たっているいろんな状況が変わってきているのに、行政自身はなかなか変わってないところがある。

一つは、やっぱり有料老人ホームの問題とか、サービス付き高齢者向け住宅の問題があると思うのですが、一部、もう既に特養代替的な機能を果たしているのにもかかわらず、特養ホームについては、この前ちょっとびっくりしたのですが、2年に一回は実地指導に行かれて、かつ、第三者評価というのかなり入っていて、目は行き届いているんですけれども、介護有料老人ホームみたいなものについては集団指導もされてこなかった。ほとんど目が行き届いてない。野放し状態にあると言ってもいいんじゃないかと思うのですね。選ぶときの情報も十分ではない。どのように選ばれているかという、素早くビジネスとして動かれる方が多くて、それはそれですばらしいことだと思うので

すけれども、客観的な情報の中から自分やご家族にあった施設を選んでいるというよりも、営業的な情報をもとに選ばれている方が多いのではと思っています。紹介センターというような業態のものの中には、営業代理店に近いものもかなりあるように聞いています。

東京ですので、自分でできない方もたくさんいらっしゃる一方で、自分のことは自分で決められる方もたくさんいらっしゃる。そういう中では、もう少し安心安全を広いフレームで考えて仕組みとして用意していただけると、よりいいまちになるんじゃないかなど。さらなるパラダイムシフトという前に、まず、変わり切れていない問題、行政サイドの発想の、脱措置制度みたいな部分についても、ちょっとご提言いただければなどというふうに思っております。よろしく申し上げます。

○宗田理事 では、佐藤委員から。

○佐藤委員 中央大学大学院の佐藤です。

専門は人事管理で、そういう意味では、皆さんのところからするとテーマに一番遠いところにいるかもわかりませんが、今回のテーマにかかわって二つやっています。

一つは福祉分野の人材確保とか、育成・定着というようなテーマで、もう一つは働く人たちが仕事と子育て、あるいは介護が両立できるようにワークライフバランス支援なんかを最近研究しています。

きょうは一つだけ、後者の点なのですけれども、要介護者が質の高い生活を送れるような、どういう地域でシステムをつくっていくかということと同時に、やはり要介護者の家族ですよね。最近、ワーキングケアラーと言いますけれども、家族は働いているわけです。この人たちが、要介護者が必要なサービスを得られる、かつ自分も働き続けられるような、そういうマネジメントをやはり要介護者の家族がある程度それをやれるということがすごく大事だと思います。あるいはその周りが支援するということで、しかし残念ながら、そのことをやる要介護者の家族が両立のマネジメントをするために必要な基本的な情報を持ってない。

例えば40歳以降で働いている人でも、自分が介護保険の被保険者って知らない人が四、五割います。なぜかというと、働いていると天引きですよね。40になると天引きされるのです。介護保険証は65まで来ないのですよ。

そういう意味では、自分が入ってない、逆に親が入っていることも知らない。親が要介護状態で病院に介護保険証で認定していただきと言われると、介護保険証を探すとこ

ろから始まるわけです。そうすると見たことないものを探すのです。親もどこにしまったか忘れちゃう。例えば、ですから認定を受けないと介護保険のサービスは受けられないことも知らないです。ですから、やはりこういう基礎的な知識を提供するということ。

もう一つは、地域包括支援センター、あるいはケアマネジャーですけれども、要介護者が必要なケアプランをつくるということはノウハウがあるのですけれども、要介護者の家族が働き続けられる視点を含めた介護計画をつくるという、こういうことの知識がないのですよ、残念ながら。

ですから、どうやって両立したらいいのですかというふうに家族に相談を受けるとアドバイスできない。ですから、そういう意味では、要介護者と同時に、要介護者家族もきちっと親の介護の課題に直面しても働き続けられるようなことも視点に入れるということが大事ななというふうに思っています。

○瀧脇委員 ふるさとの会の瀧脇と申します。

私たちは、1990年に、台東区と荒川区にまたがる山谷地域で活動をはじめました。きっかけはホームレスの支援でしたが、単身で低所得の方の住まいや生活支援を中心にを行っています。

高齢化という点では、利用者約1200名の内、過半数は65歳以上です。要介護の方は276名、認知症の方は113名、在宅で看取ることもあります。

労働・雇用という点では、「高齢者支援を地場産業に」と主張してきました。きちっとした研修を受ければ、誰でも生活支援の担い手になれます。「ケア付き就労」と呼んでいます。スタッフが271名のうち、120名は生活保護の受給者を含めた利用者でもあります。

支え合いという点では、私たちは弱い人を地域から排除しない互助を作りたい。地域で暮らしていると、様々なトラブルが生じます。その時、排除するのではなく、家族のように寄りそい、ケンカしながらでもお互いホッとできるような人間関係をつくるのが、生活支援の本質だと考えます。

そのために独自の研修や検定を作ってきました。昨年からは厚労省の研修でも一部活用されていますが、この検討会議には、生活支援の人材育成のシステムをどうしたらオーソライズできるか、皆様のお知恵をいただければと期待しています。

7月からは墨田区で「寄りそい地域事業」というものを始めました。既存の空き家を活用し、長屋のような人情細やかな生活を取り戻そう。井戸端会議のようなサロンも始

めます。ご家族の介護で苦勞されている方には、セカンドハウスにさせていただき、少し肩の荷を軽くしてもらおう。ワークステーションを併設し、自宅に引きこもっている若者には、支える側に回っていただこう。皆様にも現場へ足をお運びいただき、ご視察いただければ幸いです。

○松田委員 三菱総研の松田でございます。

私が申し上げたいことは、きょう資料の中に「松田委員提出資料」というのがありますので、そこに簡単に書きました。

東京生まれの東京育ちの江戸っ子で、父親は東京都の職員でした。27年前に退職しているのですが、こういった委員になったのは何か縁があったというか、親孝行になるんじゃないかと思えます。

私自身は超高齢社会の地域活性化、アクティブシニア論というのを専門としています。今、いろいろ言われていますけども、地方移住ありきではないということです。まずはユーザー視点が大事です。どこに住むかというのは人の意思であるということです。

そう考えると、東京には都市型モデル、いろんなストックがあります。それは団地、あるいは空き家、廃校、最近では多摩ニュータウンの大学、どんどん都心移転しています。ストックがたくさんあるので、これを使って徹底的に都市で手を打ちましょうということです。

それからもう一つは、対処じゃなくて予防の視点ということです。介護の人をどうするかというのは対処政策であり、大事なのは健康寿命をいかに延ばすか。なるべく介護にさせないという予防の視点が大事だということでございます。その中で、CCRCの本質というのは健康を維持させる。そしてアメリカの受け売りでないモデルというのは、「街まるごと」CCRCだと思います。塀に閉ざされた施設でなく、街まるごとでやる。それがまさに地域包括ケアと連動しているものです。さらに多世代の視点ですね。高齢者だけの閉ざされた施設じゃなくて、多世代が共助で進めるまちづくりというのがポイントだと。

最後に、これを単に地域包括ケアの会議という話だけじゃなくて、福祉版ダボス会議を目指せと言いたい。経済のことについては、今、世界中の人がダボスに集まるわけです。将来この会議での成果や知見について、世界中の人が福祉や健康、新しい都市モデルというのは東京にあるのだということで、最先端のモデルを東京に見に来るような、ダボスに匹敵するようなフォーラムを東京でやるぐらいの意気込みが大事ということで

ございます。委員として全力を尽くしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○園田委員 明治大学の園田でございます。

私のバックグラウンドは建築、30年ぐらいずっと高齢化と住宅・住環境ということをやってきました。

今回、地域包括ケアシステムとそのあり方ということで、なぜ私が呼ばれたのかを考えたのですが、後ほど出てくると思うのですが、地域包括ケアシステムをシンボライズした植木鉢の図に理由があると思います。もう本当に四半世紀ぐらいずっと医療と介護と福祉をやってきたのだけど、気がついてみたら全然育ってない。なぜだろうと思ったら、植木鉢がなかった。それが住まいと住まい方、それでオーケーかという、もう一つ養分が必要で、それが生活支援で、植木鉢と養分がないと幾ら種をまいても育ってこなかったということです。もう一つは、底が抜けないようにお皿ということで、本人と家族の選択ということがあると思うのですが、私はその植木鉢と、それから土の部分を今回お手伝いできればと思っています。

そういう意味で、「地域包括ケアシステムとその住まい」ということに関連して、20世紀の常識は通用しないということで2点だけ申し上げたいのです。一つ目は、20世紀は大きいことはいいことだと思っていたのですが、全然違います、小さいことがいいことです。巨象は倒れたら起こせませんけれども、犬ぞりはどんな薄い氷の上もバランスよく走っていけるわけで、犬ぞり型のまちをどうやってつくっていくのか。

二つ目は新しいことはいいことだというのが20世紀でしたけれども、21世紀の成熟した東京は古いものこそ価値がある。それが、先ほど知事がおっしゃった、もう東京都には82万戸空き家があると言っているのですが、空き家じゃないんです、みんなが手塩にかけた既存のストックがあるので、そこにもう一回命を吹き込んで、私たちの本当に暮らしよい、住みよい質の高い東京をもう一回どうつくるのか、これが21世紀の課題だというふうに思っています。

もう一つ、私は、東京が変われば日本が変わると思います。日本が変わるところか、東京発で世界が変えられるのだと思います。こんなに高齢化して、こんなに成熟した都市はほかにないと思います。

ですから、全地球的にもすごくこれは大きなテーマではないかと思っておりますので、非力ですがお手伝いできればと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○宗田理事 ありがとうございます。

それでは、舛添知事からコメントをお願いいたします。

○舛添知事 すみません。だんだん私が退室する時間が近づいてきているので、時間が許す限りコメントしたいと思いますけど、今、園田さんからおっしゃったことを含めて、私も介護していたときに、今は、そういう言葉は言わないかもしれないけれども、我々のときに、お嫁さんに行きたい相手の男をどう選ぶかというのは3高と言われていた。学歴高くて、収入高くて、背が高い、私は2高でいいと、あんな大男、倒れたら介護できないぞと。だから、そういう意味で大きいことはよくないというのをちょっと感じたわけでありまして、それから、さっきから変なことばかり言っているのですけども、ギリシャがああいう状況になった。私は、実はモデルは、フランスとかにいたからなのですけれども、フランスとかイタリアとかスペイン、ポルトガル、ギリシャというのは、南ヨーロッパをまねたほうがいい。つまり、いかに仕事をしないかという、サボるか、遊ぶかという。フランスにいたときに、イタリア人がいるから、俺らも、もっとひどいやつらがいるからよかったと、イタリア行くとギリシャがいたからよかったと言って、そういう状況になっているので、ゆとりというのはそれぐらい発想転換できないと。

でも、皆さん今でも映像でギリシャの映像出ているけど、絶対私たちより時間が豊かで、コーヒーを飲んで楽しくしていて、これでどうなんですかという、43兆円も借金してというような話になって、いろんなEUのシステムはあるのですけども、私どもより仕事していない人のほうが、はるかにゆとりがあって楽しい生活をしているのは何かと考えたほうがいいということと、それと海外だけに例があるのじゃなくて、江戸時代というのは、古いものとおっしゃいましたけど、江戸のいいものをもう一遍、これはゆとりある生活だったと思います。幕末、明治維新はちょっと別として、徳川太平の時代は。そういうところの生き方のようなものも参考にしていいいのかなと。

それから、この後、長谷川先生、高橋先生からお話があると思いますので、私はレジュメだけ先に読ませていただいたのですけれども、未曾有の高齢化社会がやってくるので、アジアのモデルというか、ほかのアジアが全部後をついてくるだろうと。

だから、中国なんか行っても、厚労大臣やったものですから、介護保険つくるのを手伝ってくれとか、それで少子化について言うと、韓国も台湾も中国もみんな同じことになってきているので、もうまさに同じような状況になると思うので、そういう意味でアジアダボス会議は福祉でやるというのは一つだというふうに思っています。

それから、認知症の話 皆さんおっしゃったので、ここも人材育成が必要だし、大熊

さんがおっしゃったように、病院では昔は縛りつけると、拘束というのは当たり前なので、それがおかしいという状況になりましたので、ぜひそういうことをしっかりやっていきたいというふうに思っております。

先ほど南ヨーロッパの例を出したのは、ノーマライゼーションというのは、やっぱり介護が必要な体になったって心身がそうなっても自分が好きなことをやりたいということを通すのがノーマライゼーションなんで、それが社会的なシステムとかバリアとかでできないというのは行政の責任ですから、それはなくしていかないといけないというふうに思っています。

それから、馬袋さんがおっしゃった生活サービスのような話は、私はよくファミレスで飯を食うので、一番気楽でいいので、そうするとどこのファミレスに行ってもテイクアウト、こんなに安くて1食持ってきてくれるのなら、自分で、スーパーで買ってきて自炊するよりは安いなと思って、だからああいうスーパー業界なんかも、こういうサービスやればいいということで、恐らく今からの社会に合ったビジネスモデルというのは違ってくるんじゃないかということで、おっしゃるように、生活全体のサービスをどうするか。先ほど私は、手術した後全然発想が違って来たというようなことを申し上げましたので、そういうこともあるというふうに思っています。

あと、有料老人ホームに少し関しては、北区の例で、要するに、切羽詰まって、老健にも特養も入れない、だからマンションに閉じ込められていいかげんな介護をやられているという話があるので、これは我々も問題意識を持っているので。現場はやっぱり区市町村なんですよ、第一線は。

だから、こういうことは、いかに連携をとってやるかということで、それから佐藤先生が家族の話をなさったので、これは非常に大事な視点だというふうに思っていますから、ぜひ、私は家族の立場に立ったときに、自分の経験から言うと、自分の家族を同じように苦労させたくないから、俺は早く施設に入るよと思いながら、今度、介護される方から見ると、やっぱり自分のうちがいいやと思うので、家族が働きながらやれるというのも非常に大事だというふうに思っております。

それから、瀧脇さんのところは、ぜひ機会があれば見せてもらいたいと思いますけども、本当だから私は新幹線の焼身自殺で思ったのは、あれは、要するに収入が少ない、恐らく貯蓄もないだろう。それから完全な社会的孤立です。岩手にお姉さんがいて、もっと早く相談していれば、だけどさっき私が言ったように、遠くの親戚に、岩手まで相

談しないで、目の周りにいけばいいので。

だから、うちの近くの公園なんかで将棋やったり碁をやったり、たくさん暇がある高齢者が集まっているので、それだけでも何もしないで孤立しているよりいいと思いますから、そういう点についても、これはしっかりやっているの、一度見せていただきたいというふうに思っています。

それから、内田さんがおっしゃったように、やっぱり頭脳労働だという側面を少し強調したほうがいいというふうに思っています。

そろそろ出ないと次におくれるぞというメモが入ったので。

それから和気先生がおっしゃるように、やっぱりどうシステムをつくるか、どうしても私たちはこれを考え過ぎちゃって、運営するほうがマイナスになるので、ぜひそのマネージをどうするか。先ほど申し上げたのは、やっぱり区市町村の第一線が非常に大事なので、そういうこともしっかりとやりたいというふうに思っております。

大体、皆さんに対して一言ずつのコメントは申し上げたと思いますが、誰か抜けている人はいますかね。大丈夫ですかね。

そういうことで、私はそろそろ出て行くので残念ですけれども、また次の機会も出られる限りこういう議論に参加させていただきたいと思ったり、また秋山さんとかじゃないですけども、百聞は一見しかずなんで、現場を見せていただきたいと思ったり。

本当に自由な発想で、忌憚のないご意見をいただいて、官民みんなで共同しないとこれはできないので、絶対アジアで最初の新しいモデルを我々がつくるのだと。それがダボス会議になり得ると思ったり、そういう意気込みを持って私もやりたいと思ったりするので、どうか皆さんよろしくをお願いします。

すみません。先に失礼をさせていただきます。どうもありがとうございました。

(知事退室)

○宗田理事 時間の関係もございましたので、区市町村からも委員に参加していただいているのですが、省略させていただきました、どうもすみませんでした。何か一言ございますでしょうか。

○荒井委員 多摩市の健康福祉部長の荒井と申しますが、この席に参加させていただいて、今、委員の方からお話があったことは、基礎的自治体の職員としたら非常にこれは参考になる。

ただ、やはり我々市区町村の職員というのは数年で、人事異動で部署をかわりますか

ら、体系的に取り組むとなるとかなり難しいですし、地域包括ケアシステムというのは、先ほどもお話があったように、トータルマネジメントになってくる。そうすると一部署だけでできる問題ではなくて、かなりいろんな支援が必要になってくる。

私どもの市としても、4月から「健幸まちづくり」ということで、「こう」のほうは「幸」のほうを書くのですが、そういうものをつくって全庁的に取り組んでいるのですが、先ほどもちょっとありましたように、多摩ニュータウンという特殊なまちですので、本当に一遍に人口がふえて、多分日本で一番早く高齢化率がどんどん伸びていくところなんで、私どもとすると、今後5年間の間にこの地域包括ケアシステムがきちんと機能しなければ、まち全体の機能が低下せざるを得ないだろうと。ですから非常に危機感がある中で、きょういろいろな先生方のお話を聞いて、我々も発想を変えて、やっぱり市役所の中だけではできないので、企業化していくとか、そういうような発想も今後必要ではないかなというふうに感じているところでございます。この辺については、東京都さんを初め、いろんな関係機関の方といろいろ協力、支援をいただきながら、まちづくりを進めさせていただければというふうに考えているところでございます。

以上です。

○田中委員 世田谷区の高齢福祉部長をしております田中と申します。

世田谷区は高齢化が今20%に乗ったところですが、人口規模が非常に大きいので、今現在で高齢者は17万6,000人ほどいらっしゃいます。なので、2025年を皮切りとする介護の時代には非常に危機感を持っているところです。

申し上げたいところは、さっき馬袋委員がいろいろおっしゃってくださいましたけれども、認知症のことがあるので、10年間で特養1,000人という計画は持ってはおりますが、やはり在宅生活を築くということは大切にしたいと思っております。私たちは、屋根のない特養というような言い方をしていますが、配食サービスとか夜間対応のサービスなんかを組み合わせることでできていくサービス、何か人口の規模とか密集を生かしたサービスのあり方というのが必ずあると思っておりますから、この会でいろいろ勉強させていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いをいたします。

○宗田理事 ありがとうございます。

では、ここからの司会進行につきましては高橋委員長にお願いしたいと思います。

○高橋委員長 舩添ゼミというのはこうだったのではないかと思い出しながら、舩添知事のコメントを伺っておりました。ぜひまた機会をみて舩添知事もこの議論に参加してい

ただきたいなと思った次第でございます。

それでは、時間が、今5時でございますので、大分押しております。ぎりぎりまでおいでいただいた舛添知事に感謝したいと思います。

それでは、次の議事を始めさせていただきます。

まずは、栢山高齢社会対策部長から、我々の議論の前提になります東京都の高齢者対策というか、一つコメントをしておきますと、地域包括ケアは高齢者対策だけでは全くありませんので、そこら辺も意識しながら、これはまた別の機会でもあろうかと思いますが、少し念頭に置きながらプレゼンをお願いしたいなと、ちょっと注文をつけてましてごめんなさい。

どうぞよろしく。

○栢山部長 福祉保健局高齢社会対策部長の栢山でございます。

後ろの席から、座ったままでご報告をさせていただきます。

お手元にお配りしております資料5によりまして、東京の介護の現状と今後の姿、それから都の高齢者施策についてでございます。

本年3月に、今後の都における高齢者施策の総合的かつ基本的な計画であります第6期東京都高齢者保健福祉計画を策定いたしました。この計画では、団塊の世代が75歳以上となる平成37年、2025年を見据えて、全ての介護サービスの見込み量、介護保険料、必要となる介護職員の数につきまして、都内の区市町村推計をもとに、初めて中長期の推計値を明らかにいたしました。また、計画の重点分野として介護サービス基盤の整備など6点を定めまして、都の施策の方向性を明らかにしております。

それでは、資料の2枚目をごらんください。東京の介護の現状と今後の姿を幾つかの数字でお示しいたします。都内では、要介護、要支援の高齢者が今後10年間で約20万人増加しまして、高齢者の4人に1人が要介護、要支援となります。

次のページをごらんください。

介護保険給付費は、今後10年間で約3,700億円増加し、都の負担額も約600億円増加します。

次のページをごらんください。

給付費の増大に伴いまして、高齢者が負担する介護保険料は、このまま行きますと10年後には8,436円と、現在より約3,000円上昇いたします。

次のページをごらんください。

特別養護老人ホームなどの施設・居住系サービスの利用者は、今後10年間で約5万人増加いたします。

次のページをごらんください。

介護サービスの利用者がふえますので、介護職員も平成37年度までに約10万人ふやすことが必要です。

次のページをごらんください。

ここでお示ししましたイメージ図は、地域の力、民間の力、行政の力が組み合わせられることにより、高齢者の地域での生活を切れ目なく支えていく姿を示しています。ただいまお示ししました推計結果を踏まえますと、10年後を目途として、大都市東京にふさわしい地域包括ケアシステムの構築を図っていくことが必要です。

次のページをごらんください。

そのために、都は計画の六つ重点分野ごとに中長期の目標や実現のための施策を掲げました。

介護サービス基盤の整備では、平成37年度までに特別養護老人ホームを6万人分、認知症高齢者グループホームを2万人分整備するなどの目標を掲げております。そのほか各分野におきまして、こちらの資料にありますように、都では新規事業の立ち上げや、既存の事業の拡充を図っているところですが、今後は本検討会での議論も参考にし、さらなる施策展開を図っていきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

高橋先生のご要望には応えられてないかもしれませんが、よろしくお願いたします。

○高橋委員長 事務局からは折に触れて発言をいただくことになるかと思ひますし、まさに福祉保健局であると同時に、都市整備局をはじめさまざまな部局からもお出ましただいております。

包括的支援というのは、福祉保健局でもインテグレーションするのが大変かと思ひつつ、なおかつ、きょうもメンバーもそうですが、さまざまな領域の方々の議論をクロスさせながら、後ほど長谷川先生がデータでお示ししていただくような事態にどう対応するかという知恵を絞るといふ、そういうことかと思ひますので、ひとつ、事務局も自由闊達に議論に参加していただきたいと思ひますので、よろしくお願いたします。

それでは、私が長谷川先生の前座でございますが、一応地域包括ケアとは何かという

ことを、釈迦に説法ですが、ちょっとお話を、時間をいただいてさせていただきます。

手早くお話をしたいと思います。

私がかねがね思っておりますのは、なぜ東京でこれができないかというのを幾つかお示ししたいと思います。

東京は金があり過ぎるので、大艦巨砲主義のものをつくりたがる悪い癖がある。これは先ほど園田先生がおっしゃったことなのですが、その基本的なコンセプトを、少しお話を、これは後で資料をお配りしてありますので、基本的に市民社会、先ほど馬袋さんもおっしゃったように、地域の中でしかケアができないぐらいのボリュームでさまざまな課題があらわれているということを肝に銘じていただきたい。

要するに我々は、僕はよく言うのですが、特養に入れて運のいい運の悪い人と呼んでいるのです。もちろん入っている方や頑張っておられる施設の方に大変失礼な物言いだといってよく怒られるけど、そうじゃなくて、施設なり病院は施設や病院の利用の仕方があると思っています。余りにも長くい過ぎるといのが正直でして、今、大体国は平均1,400日ですが、東京は僕の知っている在宅を一生懸命やっている社会福祉の特養は1,200日ぐらいになり始めております。これは、はっきり言えば800日にすれば600日にすれば、特養4人部屋を一人部屋にするとか、もっとネットワーク的な配慮をすれば。それから装置産業ではありません、介護サービスは。それにもかかわらず病院もそうですが、装置産業的な発想をするので、前知事が副知事のときの、あの膨大な、2兆あっても足りないという話になってしまいます。それはどうしたらいいかというソリューションが実はあるのであります。

これは後でごらんいただきたいのですけれども、全体の私の議論のフレームワークです。すのであれですが、これは地域の共有財産としての施設という、これは先ごろ3月に亡くなりました長岡のこぶし園の小山剛さんの仕事です。

東京都の方も相当見学に行っているはずなんです、東京につくろうという大胆な人が残念ながらいないのです。これは口あけて補助金を待っている癖が東京の社会福祉法人に根強くあるし、東京都が非常に面倒を見過ぎて、それから言っちゃ悪いけど、施設を認可する側の頭も相当かたいのですね。見通しがよくなきゃ認可しないとおっしゃる某係の方にてこずったという話は、上野千鶴子さんの「介護のカリスマ」という対談集に出ておりますので、後ほどごらんください。

そうではなくて、これからパラダイムシフトの時代ですから、措置の時代の考え方を

克服しましょう。

それからもう一つは、高齢者施設だから高齢者の施設をつくれればいいという考え方もやめましょうという話。なぜ大都市にふさわしいモデルがつかれないか。これは特区をつくってもいいし、ブレイクスルーをしたいというふうに思っております。

それから、そういう意味で、施設否定論者と元老協会長に言われたことがあるのです。私は、施設を高機能化すべきだという意味であります。病院もそうですね。病院も山よりおりてくださいと私は言いたいです。

病院が持っている専門的なスタッフを、入院している100人、200人ではなくて地域に展開する、そういうシステムをつくらないと間に合わないのです。だから私は、在宅看護とか地域医療というのがマイナーではなくてメジャーになって、それを支える急性期医療の仕組みをどうつくるか、これは国の問題ですけれども、実はそういう医療サービスのあり方の大革新をやらないと間に合わないと思っておりますが、それはまた別の話です。

それからもう一つ、サポートセンターという、これはご紹介いたしますが、これは来るべき大地震対策になります。

要するに、巨大施設をつくっておくと、東北大震災では病院や特養の被害状況は惨たんたるものでありますが、地域に分散した施設だと避難所にもなりますし、地域拠点にもなりますし、地域の人たちに支えられていますので、高齢者は助かっているのです、小規模多機能とかそういうところでは。

そして分散した地域の中にさまざまなものをつくる、これは、今、写真をお見せしますが、特養20人、グループホーム9人、小規模多機能、通い、そしてこれは民間所有でありますから、社会福祉法人はサービスだけ提供し、そこに家賃を払う。家賃はご本人に払ってもらうという、そういう住まいケア分離モデルであります。

何でも抱え込みたがるのです。医療法人もそうですが、要するにバリケードをして封鎖しているんじゃないかって気もしたくなるようなものが多過ぎます。東京都内で公有地を活用した施設計画は、地域との関わりを考えずに、巨大なものを作ろうとします。目いっぱい入所型の施設にしてしまうから地域社会の共同の場としてのコモンズにならないのです。

僕は、特養でこういう光景を見たいのです。子供たちが遊びに来ます。それから、民業圧迫になりますので、居酒屋があると都会では怒られるかもしれないけど、こういう

地域の男性達の拠点になっています。そこに小規模特養とグループホームや小規模多機能があるわけです。

子供やひ孫の声が聞こえるケア施設、子供やひ孫の声が聞こえる認知症の入院している病院ってありますか。お年寄りも子供もそうですが、お年寄りは特に自分のひ孫じゃなくても元気になるのです、子供の声を聞きますと。これが人の生活です。それを支えるような地域と関われるような施設というのがなぜ東京でつukれないのですか。

大規模に15億円、20億円土地代要らないのです、この場合は。さまざまな工夫でできるはず。それから、大規模な敷地は要らないのです。それこそいろんな形で工夫すれば、それを組み合わせればつukれるのに、やろうとしないから。要するに、先ほど言いましたように、東京にイノベーターがいたはずなのですが、社会福祉法人や民間事業者も含めて、そしてそれをマネジメントすべき市区町村の担当者にイノベーターがいないのです。それが深刻、人材が足りないというのですが、私は知恵を出す政策、人材もそうですし、民間は、きょう馬袋さん来てらっしゃいますが、こういう理念のある、赤字になってもやるという気概のある経営者が余りにも少な過ぎる。そういうことを含めて一工夫をする。要するに健全な赤字部門という意味であります。それが社会企業の発想。ケア産業は物づくりのようなものじゃなくて、ローカルビジネス、コミュニティビジネスでありますから、サステナブルであることが絶対条件です。

それからもう一つ、これは東京でもう既に始まっておりますが、民間活用型ケア拠点。恐らく、どこかの機会でお話しいただく機会があるのではないかと考えておりますが、空き家活用、空き家と先ほど言いました、地域資源です。除却すべきものだという発想で我々はずっと考えてきましたが、大事な地域資源です。

ところがさまざまな制度や仕組みや、あえて申しますと、具体的に言うと消防庁や建築規制当局が空き家を活用する思想になかなかないでおりません。もちろん理由はありますが、そういうことを含めて、これはホームホスピス、これは宮崎に始まって今全国に拡がり始めました。質の高いものを大事な形で広げていきたい。

これは古民家を活用したホームホスピス、実はここでのお年寄りは元気になるのです。個別ケアが徹底され、それこそ地域の香り、におい、子供の声、物売り、物売りは今いませんけれども、さまざまなさんざめきの中で生活すると、実はケアのあり方は変わっていくなんて話をしていたら、あっという間に17分50秒になりましたので、さっと飛ばしますが、その中で、私は重要と考えるのは居場所です。

それから、人材問題で言いますと、僕は最近プロアマ混合チームというのが非常に重要だと思っております。要するに専門職一人の力を10倍、20倍にするシステム、これは今までのスクエアな考え方ではなかなか出てきませんが、先端的な実践が次回、次々回にお話をいただく空き家活用や暮らしの保健室のようなボランティアと熟達したプロの協働が、相乗効果を生み出します。

それから担い手、受け手固定論というのが頭の中をずっと我々の中で制約してきましたが、実は受け手が担い手になり、担い手が受け手になるというのは変な言い方ですが、これは既にふるさとの会で実現しております。そういうことを含めたシステムの転換、これは大牟田のモデルです。

地域包括ケアをもう一回きちんと私なりに議論し直す必要がある。その背景はケアモデルの転換であります。何を申し上げたいかということ、生活機能、これは老年医学のテキストブックの有名な図示、意欲なのです、ここにモチベーションなのです。虐待するということはモチベーションをゼロにすることです、幾ら医療的必要度があっても。だから認知症ケアではユマニチュードという人間を回復するというメソッドが注目されております。

そういうことを含めて、それからこれはお隣の和光市の例ですが、先ほど東京都の保健福祉医療計画の要介護認定率の予測を見てあらためて認定率は下げられるということが言えます。これは、きょう新開先生がお休みですが、また機会があろうかと思いますが、きちんとした、一貫した政策をやると下げられるのです。これは75歳、85歳以上でも認定率は下げられるのです。

これは政策的に一貫性のある人事をしてきた行政組織だからできるのです。東京は、とりわけ区部はそういう発想のない人事をやっている大変残念です。私はいろんなところとおつき合いをしています。脈絡のない人事をやっておられるところでは政策専門性が育たず、医療介護制度は潰れます、そういう自治体は。ぜひ知事から、人事政策まで考えるというメッセージを出していただきたいと思っております。

その他の大事なことは資料に書いておきましたので、これからの議論のときの参考にさせていただきたいと思ひまして、長谷川先生にバトンタッチさせていただきます。

長谷川先生、よろしくお願いいたします。

○長谷川氏 それでは、東京都につきまして分析いたしました結果と、それに基づいた提案をお話したいと存じます。

自己紹介はもう終わっておりますので割愛させていただきます。最近、大都市つまり東京都と愛知県の地域包括ケアをどうしたらいいかという会に参加し作業しておりますのと、滋賀県の19の市町村に関する地域包括ケア分析のお仕事をさせていただきました。その過程で浮かび上がってまいりました課題が、日本が大転換するのだということでもあります。

この図は、ちょうど私が1年前に、自分でつくって自分自身があつと驚いたものです。これは日本の240年間、明治維新から2110年までの日本の240年間の人口変化を表しています。人口構成を100%にして並べてみたという図であります。

この図のポイントは、50歳を中心に年齢階級で分けている点です。というのも、かつての日本は、人生50年と言われました。そして一般的な生殖年齢は15歳から50歳でした。労働年齢もほぼ同じでした。そこで、小児15歳までと50歳、そして、高齢者の定義65歳未満と以上の4区分にしています。一目で明らかなことは、日本の人口構成が過去未来240年の間に一つの定常状態からもう一つの定常状態に遷移するということです。

この図が示すところは、1970代まで、人口構成はずっと安定して50歳以上が約15から20%を占めておりました。実は、これから50年後、2050年あるいは2060年に、また安定した21世紀型の社会に移行する。そこでは50歳以上が60%、約3分の2を占めると予測されています。古典的な意味での生殖年齢が15～50歳とであるとすれば、生殖期間を終えた人間が約3分の2近くを占めるという社会に転換する。つまり、これは、全く別の社会に遷移し、日本は別の国になるのではないのでしょうか。

1970年代までの社会では、生産年齢が、人生の第2ステージ、結婚し、あるいは働いて社会を支えるといった人口が3分の2を占める社会でした。事実1980年代までは、55歳が平均の退職年齢でした。

ところが、その退職後、子供が巣立った後の年齢、50歳以上の人が60%を占めてしまうという社会にこれから50年かかって移行していく。これを私は「人口遷移」と呼んでいます。しかし、これまでの社会は、現在も含めて50歳までの人口が大半85%を占める社会という考えで設計されてきました。

これから我々は、未来に向けて3分の2が50歳以上を占める社会という価値観で設計する必要があるんじゃないでしょうか。

そのとき65歳以上は40%、75歳以上が28%、3分の1近くの人口が後期高齢者75歳以上という社会を迎えます。あと10年で、実は50歳以上人口が過半数を超えるわけですが、自然界では、生殖年齢を終えると命を終えることになっています。これから我々は自然界とは異なり、それが何と60%を占める社会を、日本は人類に先駆けてつくらなければならないということになります。

私の研究助手の日渡君、28歳が言うには、彼は若くして高齢問題に興味を持つ非常に変わった人ですけれども、同年代の友人にこんな話をすると、「我々とは何の関係もない。高齢問題は高齢者に任せればいい。団塊世代以上の人を考えればいい」と言うのだそうです。

ところがこの図を見せると突然顔色が変わって、「えっ、2060年の世界というのは我々の世界じゃないか。我々がずっとこの変化を目撃して、我々が作りあげる世界だ。団塊の世代はもうその時にはいない、何の関係もない」と言ったそうです。「我々が2060年に想像を絶する人類初の社会をつくるためには資源を残してくれ、年金を破綻させずに、財産を使い込まずに残してくれ」と言い始めたのだそうでもあります。考えてみれば確かにそうですね。したがって、私は、その人たちのことを「知らされざる当事者」というニックネームをつけました。

日本は、我々は2060年に想像を絶する21世紀の未来の社会に突入するのですが、そのためには、過去からの延長、つまりフォーキャスティングというのは危険で、むしろバックキャスティング、つまり未来がこうであって、そのためには今からどういうふうにしていくかを考えるべきだというふうに思います。

きょうの冒頭から、舛添知事を含めて、このようなアプローチで東京を新しい先進福祉社会にするのだという心強いお話をお聞きしました。厚生省もこのプロセスに向けてのさまざまな施策を展開しています。きょういろいろお話があった地域ビジョンですとか、昨年には第7次の高齢者保健福祉計画が作られたわけですし、社会全体としては地方創生計画が進行しております。

この2060年に向けて、実は2025年、30年ごろ、絶対数としては高齢者がピークを迎える。したがって、二つのランドマーク年、2030年、2060年に向けてプランをつくっていかなくちゃならないわけですので、今回、地域医療のビジョンは2040年をターゲットにすることになっていますが、さらに押して2060年までを考える必要があるのじゃないかというふうに思っております。

もっとも、人口問題研究所の推計が2040年までですので、それから先の数字は出しにくいかもしれません。東京都におかれましても、今から5年前、地域ケア推進の会議をつくられまして、大変すばらしいご提案があったのですが、これをさらにまた新しく展開させていく必要があるのかというふうに思っております。

さて、きょうはお時間の関係もあり、三つの課題に絞りたいと思っております。ちらっと先ほど申し上げましたように、ケアの課題は非常に幅が広く、いろいろと考え方を変えていく必要があると思いますが、きょうはこの会の最初の基調として、ケアの具体論ではなく、考え方のフレームについてのご提案を申し上げたいと思います。

テーマ1、日本並びに東京の「国際的歴史的 position」、テーマ2、すべての高齢者に「居場所」という方向性、目標であります。テーマ3は、分析しまして驚きましたけど、やはり東京は大変多様で、東京の中に郡部、伊豆大島もあれば、また郊外多摩のような地域もある。したがって一様ではない。そのためには市区町村まで下りてかなり「きめ細かな分析が必要」ではないかと、こういったことをお話ししたいと思っております。

まず1番目、国際的位置づけです。実は韓国も全く同じパターン、そして、まだまだ若い国、タイ、ベトナムも日本と同じように人口遷移します。もちろん日本より少しおくれてですけど、余りおくれられないのですね。ベトナムの場合も2070年ごろまでには、日本と同様に变化いたします。実はヨーロッパ、特にアメリカはほとんど人口遷移のパターンを示しません。今世紀末でも50歳以上人口が40%に行かないということで、ヨーロッパではドイツ、イタリア、スペインの、3カ国のみが日本に近いパターンを示しますけれども、基本的に人口遷移はアジアを中心とする現象だと言えるとと思います。

もう一つ、きょうはこれをぜひ強調したかったわけでありまして、これまでの高齢化は都市ではなく田舎で起こってまいりました。都市が高齢化するという現象は人類史上今回が初めてであります。そして、その中でも東京がその最先端を走るということでもあります。

データを探して、世界の主要な都市圏を比べてみました。ロンドンだけが未来予測があったので並べておりますけど、東京はそれを超えて2040年に65歳以上人口が33%まで到達する。世界をリードする「実験都市」なんだということでもあります。ですからぜひその実験成果をオリンピックで発信する、見ていただくということが非常に重要なことではないでしょうか。先ほどから何度も高齢社会のダボス、あるいは世界のモデルというお話が出てまいっておりますけれども、好むと好まざるとにかかわらず無理

矢理に東京はその位置に押し上げられてしまいました。アジアは、今、日本を追って高齢化しています。特に、大都市では高齢化が進んでおりまして、私はアジアに高齢社会の講演で呼ばれていくことが多いのですが、日本に注がれる熱いまなざし、東京に注がれる熱いまなざしを感じます。

課題提起第2番は、高齢者に居場所をという話題です。先ほど申し上げました人口遷移という大きな人口の構造の変化が何をもたらすか挙げてみましょう。人生が長くなり、人生第3期に重点が移行する「長寿革命」。そして「家族革命」。未婚化も含めまして高齢独居がふえてまいる。「地域構造転換」、つまり日本列島全体が末端から縮んでいく。東京の場合には郊外が急速に高齢化していく。そして「経済・働き方転換」。つまり、労働力が減ってまいって、しかしながら疾病や介護はふえるという構造になる。これが同時進行で、これから50年の間に進化します。これらを同時に並行して解決していくことが必要ということになります。

特に労働力にフォーカスしてみましょう。日本全体では性年齢階級別就業率が同じとして、2030年に約15%減、2060年、日本が別の国になるときは労働力は半減いたします。一方で、いわゆる要援助つまり要介護要支援、認知症MCI等を含めた何らかの援助が必要とされる人間、これは約2倍に膨れ上がります。

支援が減って負担がふえるという構造になるのでありますが、しかし年齢別にもう少し詳しく見てまいると興味深いことがわかります。

これは働いている人と要介護、要支援の人が重ならないという前提で10歳階級ごとに三つの様態を見てみました。左側が2010年、右側が30年後2040年です。何と要介護、要支援でもなく、働いてない人が2,000万人以上いるということであります。聞きますと、東京の場合、これまで都心にと郊外を往復をしていたサラリーマンの方がやめて、多摩の駅前でぶらぶらしている。あるいは図書館に行って居眠りしているので、居眠りするなど書いてあるとのこと。

一方で労働力が足りないといっているのに、一方でこのように膨大な働いてない方がおられる。もちろん普通の若い方と同じように働けるわけではありません。でも、この方々に、「居場所」が必要ではないでしょうか。2040年も、推計によればほぼ2,000万人強の方が同じ状態になるのです。社会に参加する、貢献する、繋がっている必要があるのではないのでしょうか。

東京都を見てまいりましょう。東京都は200万人、全人口の2割近くの方が要介護

要支援でないのに働いておられない。先ほど住むところがないのに空き家がふえているという矛盾のお話が何度もございました。それと全く同じことですね。労働力が足りないのに労働可能性のある方が膨大にいるという、空き家みたいな、空き労働者みたいな、そんなそういう状況が発生しております。よろしいですか、東京の特徴は、全国とは異なりこの200万人が2040年には280万人にふえるのです。ほかの都市は、高度経済成長以降は都心に人は流入しませんでした。東京のみがひとり勝ち、たくさんの人がつづけて東北や地方から流入した。したがって、この方々が高齢化してまいるので、30年間で80万人ふえるということであります。この方々の居場所をつくるべきだと考えます。

つまり、先ほど申し上げた21世紀課題群を同時に解決する方法は、最終的にはまちづくりじゃないかなと思います。そして、全ての高齢者、もちろん若い人もです、居場所をつくっていく。そして生き生き楽しく、先ほどからキーワードで何度も出てまいりましたけれども、楽しく生きて、生きていてよかったなと思って亡くなっていく人生が理想です。そういう人生を支援するまちづくりが必要なのではないのでしょうか。それに向けて、新しい社会をつくる、実験都市です。

もう一度くりかえしになりますが、ケアの課題というのはケアの課題にとどまらない。ケアを超えたいろんな課題を同時に解決していく必要があると実感しています。

長寿革命によって、働いていた男性の場合、退職後、病気はあるけれどそこそこ元気にくらす、そして介護を要する障害の状態になるなどの、永いプロセスを経て亡くなるわけです。こういう一人一人の人生の過程をどのように支援していくかという発想で政策を考えていくべきではないかと考えます。事実、5年前の堀田力さんがまとめられた会の報告書の中でも「元気さん」「さりサポート」、「サポートさん」というような概念で、大変おもしろい提案を東京都がなされました。

まとめますと、20世紀は、国民国家があり、それを近代産業経済が支える。それを実は支えていたのは近代の核家族の構成で、第2の人生、15から50歳の人生で、優秀な労働力を確保していくということがポイントでありました。1970年ごろまでがそのピークで日本は大成功しました。ところが経済はグローバル化し、ローカル経済とグローバル経済のバランスをとる必要が生じ、第3の人生である50歳以上が3分の2近くを占める社会になり、そして社会、家族の様態が核家族であるだけでなく高齢独居をふくめ、さまざまな異なった家族になってくる、21世紀型の社会が到来してき

ます。

そこで私の提案は、「完全居場所政策」。つまり、まちづくりの観点から言えば、高齢者がそれぞれ何らかの居場所があり、社会に参加する、社会に貢献する、場合によっては働く。そういうことが出来る社会を実現していくことが必要ではないでしょうか。

個人の立場からみれば、50歳までの社会の側からやるべきこと期待されていた「役割のある人生」から、「役割のない」、つまり自分が役割を選ばなきゃならない人生においても、きちっと生きがいを実現できるような居場所があるということになるのではないのでしょうか。

実は、20世紀はケインズ理論では有効需要によって、「完全雇用」を目指すことが国民国家のそして福祉国家の前提であり、経済社会の目標になっておりました。これからの社会、21世紀には、これに変わるものとして完全居場所というのが必要なのではないでしょうか。つまり、目標として「完全居場所政策」というのを考えていくというのを東京から発信していく、そうすれば大変すばらしい社会になるのではないかと、人類への貢献ではないかと思っております。

3番目の課題は、東京は一つではない多様だということです。

ご存じのように、東京は年代ごとにニュータウンが同心円状に広がってまいりました、その結果、日々都心に流入する人口が数百万人いて、ここ数年でそれがだんだん電車をおり駅前であらゆるしているという状況です。事実、30年の75歳以上人口の増減率を見ますと、国道16号線の内側で一番多い。もうちょっと後の年齢で見ると、さらに少し遠いところなのかなというふうに思いますが。これからこの図のようにショッキングですけども、たった30年間で75歳以上人口割合は左から右側に急増する。結構都心の部分も含めて高齢化するということがわかります。

さらにショッキングなのは、この図でありまして、左側は全人口で、全国の中でも最も人口が減らないと予測されていますが、15から45歳の若年女性に絞りますと真っ赤のように減っていく。だから、総人口はそこそこ保っていても、高齢者が増え若い女性の人口は減っていくということでもあります。しかし郡部と都心部ではばらつきがあります。

要介護・要支援のケアの需要を見てまいりますと、島嶼部はもう日本全体の2060年がきており余りふえない。それから都内でも北区とか台東区のように高齢化が進んでいるところ、つまり2030年に近いところがある。しかし2.5倍以上にふえるとい

うホットスポットが4カ所あるわけですが、大体先ほど申し上げた郊外のいわゆるベッドタウンです。

入院需要は余りふえませんが、郊外はふえますけど。

実は、さらに外来需要はほとんどふえない、入院需要よりも増加率が低い。もちろんばらつきはありますがむしろ減るところが多い。全国の平均で見ますと2015年を境に減少を始めるといふふうに予想されています。ただ、入院や外来患者の数が増えても減っても、年齢構成はどんどん高齢にシフトしていくということではあります。

この図が稲城市、それから北区、伊豆大島町、この三つと全国平均並べてみたわけですが、稲城市は2.5倍に急増する。一方、伊豆大島はほとんどふえない、要介護、要支援では、伊豆大島は2060年が来ているというふうに言えるんじゃないでしょうか。そして退院も同様です。むしろ退院では大島は減少する。稲城は少しふえます。外来では、大島はかなり大量に減るといふ予測になっております。

東京の区市町村別に、今申し上げた2015年から2040年の増加率というのを順に並べてみました。この赤いところがいわゆる郊外のベッドタウンで増加するところで、これは2015年と2040年なんで数字が少し違いますけども、むしろ北区、大島のような余りふえないところもある。

ところが絶対数で見ますと、順位は変わります。練馬区は両方とも増加も絶対数も多いのでありますけれども、増加率はそれほど多くなくても人口がもともと多いと絶対数がふえる。世田谷区、八王子市、大田区、町田市、25年間で40年に数万人単位でふえる。一方、増加率が多いけれども実際の数はそんなに多くはないという都市もあります。

そうすると世田谷区や練馬区のゾウミみたいな大きなところが多くの資源を吸い上げる心配がある、周りの稲城や多摩が大変という状況になる可能性がある。その辺の調整を考えていく必要があるのではないのでしょうか。

そして、東京は基礎自治体の規模が大きいですね。大阪、愛知は、も比較のため順番に並べていますけれども、大分小さいです。東京の自治体には鳥取県より大きいのが四つもありますし、世田谷は7つの県よりも大きいということになっています。

実はご存じでしょうが、東京都は人口だけを考えても国単位で比較して、世界69位の大きさです。首都圏全体を合計すると35位と、世界の国と比べてみてもかなり大きな人口規模です。だから都は国ぐらいのサイズがあり、基礎自治体の中には県ぐらい

のサイズのものがある。こういったばらつきをどう考えていくかということが課題だと思います。

人口ピラミッドでみると、日本全国のパターンに比べて見ると1960年から100年後の2060年の間に、東京の伊豆大島、北区、稲城が並んで、その後に東アジアやヨーロッパがついてくると。そういった構造になっているんじゃないでしょうか。

したがって、提案ナンバー3、市区町村をそれぞれきちんと定量的に分析をし、類型化する必要があるんじゃないか。前の堀田力さんの委員会でも試みられたようですが、以前の人口予測のデータを使っていること、また地域特性を中心に分類されているようなので、供給の現状など基本データをおさえたいうえで、少し深掘りをするといったようなことも必要んじゃないでしょうか。

3つの提案を総括しますと、2040年までの「時間枠」が重要、人類初の体験、「都市の高齢化」を東京がリードしモデルとなる、21世紀課題群の中でも働き手が大きな課題、しかし一方で働いていない方がおられるということで、「居場所」をつくっていく、そのためにまちづくりが重要である。「東京の多様性」、それを詳しく「分析する必要」があると。そして日本は50年で別の国になっていくということでもあります。

改めて申し上げます。結局、今回の転換というのは、何か社会の腐敗とか、外部の脅威とかがきっかけで、今までの体制を全部ぶっ壊して新しいものをつくる。つまり、維新のようなものではないということです。社会の内部と人口構成が自然に速いスピードで変わっていくのに、これまでの体制、現在のシステムがついていっていない、合わない。そこで体制をつくり変えて新しい国を創っていくのが課題です。

残念ながらどこもだれもその経験をしたことがない、日本がその最初です。だとすれば知事がおっしゃったそのとおり、自らの、日本の過去から学んでいくというほかはないんじゃないでしょうか。この50年、東京都並びに「国家50年の計」です。

グッドニュースがございます。日本の歴史ではいつも転換は50年でなしとげました。何と桶狭間のデビューから大阪夏の陣までも物すごく歴史が長いように思いますけど、たった50年でした。日本人ならできると思います。

知事が言われたので、一個スライドをつけ足しました。実は江戸末期に我々は一度リハールをしている。江戸末期こそ、高齢者、第3の人生のご隠居さんが活躍した時代です。皆さんの知恵と、そして日本の豊かな伝統、古いすばらしいものを掘り起こすことにより、新しい人類の社会のモデルとして提案する。そこにこの会の使命があるので

はないでしょうか。皆様方のご活躍と、都の職員並びに舛添知事のリーダーシップに期待して、私の話を終えたいと思います。

どうもありがとうございました。

○高橋委員長 このまま帰るとちょっと消化不良を起こしそうな、皆さん、感じがしますので、恐らく長谷川先生の非常に重要なポイントは、フォアキャスティングではなくてバックキャスティングだということに尽きると私は思っているのです。

要するに、今までは経済学もそうですが、要するに過去のトレンドをずっと延ばして議論するのです。だけども、質的な転換、これはもう既に人口問題で非常に明確に、我々は、そこら辺を非常に曖昧にしてきたのですが、明確にお示しいただきました。トランディションではなくて、ある種の50歳で切ったのは実に見事に安定しているわけです。要するに、そういう意味では次の構造への転換期である。

というときは、フォアキャスティングは通用しないのです。ケインズも計量経済学は否定しておりました。シュンペーターという人がイノベーションとか新結合とかということを書いておられます。まさにそういう時代だから、今まで我々が持っているさまざまなストックを再点検してもう一度組み直す必要があるぞということを非常にビジュアルにお示しいただいたのではないかというふうに思っております。

逆に言うと、このような転換が下手なのは役所。その次は、今もうけている人たち。要するにステークホルダー。今のシステムで利益を得ている人たち、これが一番変わらないのです。そして、我々も今のシステムで飯を食べていますから。

ということは、増田さんの言う危機よりはもっと本質的な危機だという認識をしましょうと。だけれども知恵はありますよ。知恵はありますよというのが方向づけを幾つか示唆をしていただきました。

お話したのはそういうことですが、大体そんなことですが、どうぞ時間ございませんので、お一人、二人ぐらいになってしまいますが、今のプレゼンテーションに、感想、コメント、それから、次回、多分いろいろお話をいただく、委員の皆様は多分、相談しながらですが、ご登場いただくことになろうかと思っておりますので、それも含めまして何か感想、コメントいただけないでしょうか。

住まいというのは、園田先生、物としてやっぱり耐用年数というのがありますよね。その意味ではバックキャスティングとフォアキャスティングの議論のはざままで仕事をされているのだと思います。

特に私は東京の都市構造を見ていると、巨大化が非常にこのところ進行してきて、私
の家からタワーマンションをいくつも見ながら考えるのですが、そういうハードの寿命
と、今、ソフトの人口構造の変化、そこら辺のコメントをいただけますでしょうか。

○園田委員 実は、家や都市の耐用年数はすごく予測できるのです。なぜかという、新
しく家が建てられてから何年経っているかということが明瞭だからです。ちょうどこと
し戦後70年だと思うのですが、もはや戦後ではないと言われたのが1956年ですけ
ど、そこからちょうど60年です。家も街も少しくたびれかけています。

今、日本の家の寿命はどのぐらいかというふうに言われたのですが、20世紀の間
に建てられた家は平均寿命30年です。

それはどうしてかという、大体30代半ばぐらいの人が家を建てたり買ったりして
いたのですが、20世紀は人生65年の設計だったので、30代の半ばで築30年の家
を建てればつじつまが合うはずだったのです。ところが、今ほどの長谷川先生が発表な
さったように、どういうわけか後30年寿命が延びてしまったので、築30年の家では、
その後どう住んでいいかがわからなくなっているのです。それで、住宅政策も今世紀に
入ってから、200年住宅というニックネームで、長期優良住宅ということで、相当見
直しをして、住宅の長寿命化が図られていますが、現高齢者には間に合いません。

ところで、私が今申し上げた住宅寿命30年というのは、実は木造の戸建て住宅の寿
命です。RCで建てられたマンションであれば60年くらいは大丈夫だろうと最近いわ
れています。ですけれども、両者ともに、外側から見るとすごくくたびれているのです
ね。

なぜかという、それはまちづくりの視点が欠けているからです。最初に街や家をつ
くったときは頑張ってつくったのですが、そのまま放ったらかしにしておくと、すごく
くたびれた状態になります。しかも高齢化を予測してなかったのが、子供の児童遊園は
余っているのだけ高齢者の居場所はない。

ですから、そういう意味で言うと、まち（街）という単位では全部をつくり変えるの
ではなくて、少しずつ手を入れる、今もうちょっと頑張ると、見違えるほどよくなる可
能性がある。やっぱり20世紀後半の、特に東京の豊かさというのは半端ではないので、
今ここでプチ再投資すると、後30年ぐらい、2060年ぐらいまでは行けると思うの
です。

それから、住宅は築30年が平均寿命と申し上げたのですが、でも、よくよく見ると、

みんな手塩にかけて結構メンテナンスされたおうちとか、それから、特に庭木が見事に茂っているおうちとか、あるいは、まち並みがあるわけですね。

ですから、そこは、またきちっと手当をすれば、あと、十分20年とか30年使える家も中にはあるわけなので、そういうのは本当に建築屋がだらしがないのですけれども、皆さんと一緒に、目きき力で、これは使えるこれは残せるというものを上手に使ってあげばいい。これからある意味、人口と世帯が減ってくると、多少はそういうゆとりが出てくるので、上手に間引きながら再デザインしていくというのが住まいとまちの今後のあり方かなと思います。

○高橋委員長　そこに、いわばケアなり居場所なり活動の場というのが乗っかるわけですね。そうするとその乗っけ方というのでしょうか。これがハードのほうで用意するのか、縁側を復活させるというのは、まさにそういうことだと思っております。それを日本の近代的建築はそれを拒否する形で鉄の扉にしましたので、そうするとそれに変わるものは何だろうかというソリューションが、先ほど紹介した秋山さんのところの暮らしの保健室だと僕はもう前から思っていて、あれはもう革命的なプロジェクトだというふうに思っているのですが、行政はそう思っていないのです、多分。勝手にやっているプロジェクトだと思っているのです。

ところが、あれはあのおかげで都営住宅を管理する都市整備局は大変な恩恵を蒙っているはずですよ。あそこのひとり暮らしの方たちが安心して住み続けられる条件をつくってきたわけですよ。あそこは、毎日朝行くと、ペットを連れておひとり暮らしが喫茶店に集まって情報交換をやっている、その隣の隣に暮らしの保健室があって、心配事があるとそこへ駆け込むことによって、戸山のあの46%に住み続けようという決心が生まれるわけです。それがなかったら、きっともうここには住めないといって、一人7,000万がある時期かかった特養で、そして今はもっと安いとはいえ、2,500万ぐらいかかるわけですから、そういう需要につながっていくということで、お手が挙がっていますので、よろしくお願いします。

○松田委員　委員の三菱総研の松田です。

今後の委員会への論点ということで、さっき自己紹介を1分半で終えたので発言させていただきます。

まずこの会議では好事例を共有するということが、それはベストプラクティスの共有であり、今日の報告で非常に大きな気づきがありました。これを委員会で共有して次につ

なげるということ。

もう一つは、制度設計の視点です。

これを実現するためには、規制緩和、減税、あるいは逆に、認証や規格というものをしっかりしなければならない。

特に事業者で言えば、介護度や自立度の改善に努めて成果を出す事業者は法人税の減税が必要です。現行では介護度が改善されると事業者はもうからなくなるわけです。

頑張っている事業者に対しては、そういった減税や奨励金みたいな制度設計が必要です。それから、そういった地域包括のコミュニティで頑張っている人は、例えば50時間働いたらその50時間は将来自分の介護に使える。あるいは地域通貨で使えるような政策や制度設計がここでは求められているということです。

あと、最後はタイムマネジメントですね。今日のような大幅な時間延長は、民間企業の会議ではあり得ないです。皆さん時間単価の高い方が集まっているわけなので、発言時間ですとか区切りというのはしっかりやりましょう。タイムマネジメントは委員会運営で大事です。

以上です。

○高橋委員長 ありがとうございます。

いよいよあと2分ですので、ぜひ皆様さまざまなコメント、意見、それからこれからのディスカッションの方向づけも含めてご意見をぜひ、これ事務局のほうから後で、どこにご連絡というのは、既に皆様に事務局から連絡をしてございますので、コメント等をぜひお寄せいただきたいと思います。あるいは提案、これも含めまして、それから補足が必要ならばクエスチョン、舛添ゼミナールがございましたものですから、きょうはそういう形で終わらせていただきますが、最後に梶原さんからご挨拶をいただくかと思うのですが、はい。どうぞ。

○長谷川氏 消化不良はなかったと思うのですが、もしあった人は論文を配っておりますので、少し言い足りなかったケアの部分も書いておりますので、ご参照ください。

一言追加です。

○高橋委員長 そういうわけで、少しいろんな、ここに出されたものを共有化するような努力は、会議だけではなくて、ぜひ事務局を通じて、メーリングリストという手法が、今は都庁のネットワークシステムでできるのかどうかわかりませんが、そういうことも含めまして議論を共有化する、相当インテンシブルな議論をこれからはなきゃいけない

と、その準備で、いろんな意見交換は、もしかしたら、そういうメールのリストのような工夫があるかなとも思っております。

ということでございまして、それでは、もう時間がございませんので、梶原局長のほうから。

○梶原局長 福祉保健局長の梶原でございます。

きょうは委員長、長谷川先生を初め、本当にありがとうございました。

タイムマネジメントをしっかりとやらなきゃいけないというふうに思っています。

行政の部分で、いろいろ行政に対してのご注文も出ました。

私どもも、本当にいろんな施策を打ってきたわけですけれども、やっぱりそこで常に見直していかなきゃいけない。私も常に言っているのですが、大体計画というのは、できた瞬間から陳腐化していったって、それを常に見直していかなければ、あるいはそれを新たなものに変えていかなければそれはだめだということと、まさに過去のトレンドだけを追っていったって、それはだめだということは、まさに今日の議論のとおりだと思います。そのために本当に私どもは、いろんな意見を聞きながら、新たな施策をまた次に打っていかなきゃいけないということで、一番変わらないのは行政という厳しいお言葉をいただきましたので、変わる行政としてやっていきたい。

それともう1点、例えば、特養の待機者が四万一千何ぼいるという、これは、僕らはいつも言っているのですけども、これ委員長もそうなのですが、この中で真にすぐ特養に入れなきゃいけない方というのは、いろんな研究結果で、例えば10%とか14%、1割強なんですよ。

それが全く、プレスに上げられると、この前の地方創生もそうですけれども、4万何千人の待っている人たちがたくさんいる。それから有料で悪いところに、劣悪なところにいる人たちで、たまゆらの事件が起きる。これが非常にセンセーショナルに流れるために、どれだけ我々の次の施策というのが打てなくなるか、逆に足を引っ張っている。

ここは、僕らは、今日はマスコミの方たちもいますけども、常にいろんなデータを出していくのですけれども、それを、ある意味でのセンセーショナルな形じゃなくて、次にパラダイムシフトをまさにするための発信をしていかなきゃいけないし、我々も努力しますので、そういう議論も踏まえて、今後、施策をやっていきたいというふうに思います。

○高橋委員長 ありがとうございました。

大変大事なご指摘をいただきました。生活困窮者なり、さまざまな課題を抱えている層は、東京は大都市だけに、先ほどふるさとのご報告がありましたが、多分いろんな議論をする場があるかと思っていますので、引き続きよろしくをお願いします。

それでは事務局にお戻ししますので、次回以降の予定等をよろしく願いいたします。

○栢山部長 次回の日程をご案内させていただきます。

次回の会議は7月30日木曜日、午後6時から、場所は都庁で開催いたします。

詳細につきましては追って連絡させていただきますので、次回もよろしく願いいたします。なお、机上に用意いたしました計画の冊子、長期ビジョンにつきましては、そのままお残してください。そのほかの、今回配付させていただきました資料につきましてはお持ち帰りいただいて結構でございますが、郵送を希望される方は机上の封筒に入れていただければと思います。

また、お車でいらっしゃる方は駐車券をお渡ししますので、会議室の外に設置しております受付までお声をおかけいただければと思います。どうもありがとうございました。

○高橋委員長 それでは、また次回もよろしくをお願いします。