

市町村議会議員研修 [3日間コース] 社会保障・社会福祉 報告書

日時：令和元年7月3日（水）～5日（金）

場所：全国市町村国際文化研修所（JIAM）

参加者：全国市町村議会議員

報告者：成川 正幸

1.2025年問題と社会保障政策

駒澤大学法学部 原田啓一郎氏

1. 少子高齢化・人口減少社会の姿

2015年段階の日本の高齢化率26.6%。1億人を超えている中での数字であり、高齢化のフロントランナーである。このような事は、いまだかつて経験した国はない。

世界のトレンドはスピード。高齢化の早いのは韓国、7%⇒14%になるのに18年かかった。日本は24年、フランスは126年、シンガポール20年で、アジア圏は早く進んでいる。

高齢化の背景

長寿化の進展 2016年「ライフシフト」ベストセラーになった。そこには、「アメリカ 104」「イギリス 103」「日本 107」「イタリア 104」と載っている。これは2007年生まれの人の半数が生きるであろうと推定されている年数である。この子ども達は100年生きることが前提である。2065年推計値では、男性85歳、女性90歳を超えている。

※主な年齢の平均余命と平均寿命（2015年完全生命表）

年齢	平均余命（年）		平均寿命（年）	
	男	女	男	女
60歳	23.51	28.77	83.51	88.77
65歳	19.41	24.24	84.41	89.24
70歳	15.59	19.85	85.59	89.85
75歳	12.03	15.64	87.03	90.64
80歳	8.83	11.71	88.83	91.71
85歳	6.22	8.30	91.22	93.30
90歳	4.27	5.56	94.27	95.56

出生時における平均余命は平均寿命。ある年齢からの平均生存年数は平均世命。

2026年に「ひのえうま」がある。1966年のようになるのか。

人口置換水準 2.07 とは、人口が増えもしない減りもしない均衡状態をいう。世界各国の合計特殊出生率に 2 という数字は出てこない。世界でも人口バランスが崩れてきている。下がっている原因として、晩婚化、晩産化、非婚化がある縮小社会になった。

2. 「2025年問題」の意味するところ

ポイントは 2015 年（団塊の世代 65 歳）、2025 年（団塊の世代 75 歳）

団塊の世代が給付を受ける世代になる。

2025 年問題は、医療介護、福祉サービスの需要が高まって社会保障財政のバランスがくずれること。

2025 年 団塊の世代の方々が後期高齢者になる。支えるのが団塊ジュニア。

2040 年 団塊ジュニアの方が前期高齢者に突入する。

2025 年 高齢者が増加する。高齢者が高齢化する。

2015 年から 2015 年まで 34%増加し、高齢者が高齢化する。高齢者数 3,677 万人とは、現在のカナダ人口とほぼ同じ規模である。一つの国が出来上がるほどの規模。

高齢者関係給付費の増加が見込まれる。

年齢を重ねるごとに医療費・介護費が増加してくる。

2025 年以降の姿は認知症の方が増加し、認知症対応のコストが右肩上がり。一人暮らし高齢者は、今までは男性より女性が高かったが、推計値からは男性が増加してくる。それは、生涯未婚率の上昇によって今後、起こるであろうと言われて、男性 1 人世帯が増加してくる。

どの地域でも、居場所作り、介護予防、健康づくりなど、様々な取り組みが行われている。地域に来てもらおうと取り組んでも、出てくる人は女性が多く、男性が来ていただけない。女性は横のつながり、積極的に外出することが期待できるが、男性はどうするのが課題である。

1965 年の死亡者数 70 万人が今後、死亡者数が増加し、2040 年にピークを迎える。多死社会。高年齢で亡くなる方が増加すると予想されるが、どこで亡くなっているのか。1951 年は自宅で亡くなる方が多かった。しかし、だんだんと病院で亡くなる方が増えて、今後、亡くなる場所の受け皿、キャパの問題が深刻化、看取りの先は病院であるというが、このまま続くと困難になる。そこで、在宅医療・在宅看取りの推進、終末期医療のあり方を考えないといけないが、政策的議論がまだまだ深まっていない。それは、生き方の問題、倫理的な問題、その背景などがあり、議論がしづらいからである。

都市部の高齢者の増加が見込まれる。集合団地の老朽化、都市部における高

齢化対応が課題となる。高齢者のピークは、地域によって違うので地域がそれぞれの特性を活かし、デザインし直していくことが継続的に必要になってくる。介護保険施設が不足する。

高齢者が増加するが、

「人は問題を起こすために生きているわけではない」のでその年代の人が悪いわけではなく、人口構造の課題として、支え手が脆弱になっていることがあげられる。

2019年現在、就職氷河期世代がある。これは団塊ジュニア世代とポスト団塊ジュニア世代は、就職を迎えるときの経済が悪く、非正規で就職した方が多かった。その世代が35歳から44歳になり、2015年にささえ手にまわった。しかし、年収200万円以下のワーキングプアが多く、親と子の一部には親と同居している。そして未婚者80・50問題につながっていく。

社会的には自分の生活が成り立たず、老後親子破産につながっていくことから支えられる側だけではなく、支える側の対策も必要である。

3. 2025年に向けた社会保障制度改革

社会保障費9割が年金・医療・介護であり、社会保険方式によって運営されている。

2012年に税一体化改革、推進法、プログラム法と進められてきた。子育て・医療・介護・年金など、社会保障制度の横断的・包括的議論は不十分ではないのか。医療介護だけではなく、所得保障をどうするのか、生活保障をどうするのか。

年金・医療・介護といった高齢者3経費の財源確保と持続可能性の確保+子ども・子育て支援を含めた4経費の財源確保である。

4つの柱

① 社会保障、②社会資本整備、③地方行財政改革④文教科学技術

予防健康づくりの推進、多彩な就労・社会参加、医療・福祉サービス、給付と負担の見直し

予防・健康づくりは「健康寿命」の考え方がベースになって「医療福祉サービス改革」、「予防健康づくりの推進」を行う。

3年ごとに行われる国民生活基礎調査から主観的な部分があるが、(2016年)

寿命年齢(歳)	男性	女性
平均寿命	80.98	87.14
健康寿命	72.14	74.79
年齢差(※)	8.84	12.35

(※) 健康で自立した生活を送れない期間

平均と健康寿命を縮めていく。

町の中で運動教室、体操が展開されている。

2025年に向けて対応を進めている。

4. さらにその先へー2040年を見据えた改革

2040年は、団塊ジュニア世代が高齢者になる年で高齢者の急増→生産年齢人口が急減する。東京圏とそれ以外の地域の人口不均衡が極限状態になる。2040年は、金より人の制約が問題になってくる。社会保険料の収入にも影響を及ぼす。社会の活力維持、医療介護サービスの確保が課題となる。健康・予防 重要だけれども行き過ぎは危険。健康じゃない人は「医療費使いすぎ」「介護予防をサボった」と言われるのではないか。

年金医療介護の伸び率。年金 1.1、1.2 医療介護は伸びが大きい。

年金は直線的な変化で対応可能。

医療介護はその時々の人員的な要因があり、非直線的な変化がみられる。

年金と医療介護は給付などトータルで見るとあり得るが、別々な視点で見る必要がある。

年金制度は保険者と被保険者のやり取りのみと医療介護サービスはいろんな人が関係するという点で両方の改革は違う。

2025年までは高齢者が急増が課題。2025年から2040年は生産年齢人口も急減するというのが課題となり問題の性質が変わってきている。

カネより人の制約が現実の問題となってくる社会。現役世代が減少で社会保険料の収入も影響を及ぼしてくる。それが2040年ごろの社会保障改革のあらたな局面と課題である。

2040年に向けて、現役世代人口が急減する中での社会の活力維持向上がポイント。

労働力の制約が強まる中での医療介護サービスの確保が、重要となる課題。

こういう流れの中で、働き方改革で労働力の制約をいかに生産性の向上を目指すことにつなげられるのか。

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現

地域包括ケアシステムの構築も2040年に代わってきている。2025年と違う側面があり、担い手の減少が最大の課題である。

健康寿命延伸プランが公表される。健康寿命の延伸は、今までの社会保障の改革と性格が違う。負担を増やす。サービス給付を制限、どうコントロールするのかが出てきている。

健康寿命、予防・健康づくり、サービスを利用する人に働きかけて変えていく。姿とは違う改革。私たち一人一人に問いかけられている。

出来るだけ介護が無いほうがいいが、年を重ねていくうえで起こりうる話。

「健康状態に無い人は医療費が使いすぎ」「介護予防さぼったから」といわれない世の中にならないようにしなければいけない。行き過ぎると生きづらい社会になる。

60歳以降の就労希望年齢と就労希望形態は、高齢の方が働きたいと思った時に社会参加できるようにすること。収入いかににかかわらず、働かないと生きていけない。

高齢者像の変化

	1960年	2017年
男性の平均寿命	65.32歳	81.09歳
女性の平均寿命	70.19歳	87.26歳
高齢者の割合	5.7%	65歳以上 26.7% 80歳以上 7.9% 85歳以上 4.0%
高齢者像	65歳以上	

1959年に国連が65歳以上を高齢者と区分した。

5.7%は83歳以上。1960年の65歳以上と同じ規模。いかに数字の規模感、イメージ的にすそ野が広がっているといえる。

2017年、日本老年学会は高齢者区分を75歳以上にする提言をしている。生産年齢人口を後期高齢者までもってくると違った社会が見えてくる。支え手が増え、2020年2人で1人の肩車社会から4.6人で一人になる。

緩やかにできる範囲、やれる範囲で第二の社会活動をいかに支えていくのか、支援していくのがこれから求められる。

介護保険と地域包括ケアシステム

淑徳大学 コミュニティ政策学部長 教授 鏡論氏

自治事務としての介護保険制度。法定受託事務（パスポート、生活保護など）自治事務は、市町村が政策的な決定をしていくが、介護保険制度は自治事務なので国が何て言おうと市町村が決めればいい。

政策主体は市町村で保険者が保険料を決定しているから隣接自治体と違い、給付と負担は、市町村が作っていく。給付とはサービスである。サービスは事業者が行う。サービスは全国同じだが、負担はそれぞれ違う。加味して考えれば負担が違ってくる。介護保険制度は、安心して暮らしていただける制度であり、責任主体は市町村となる。十分把握し、議論したうえで、どんなサービスが必要か決定していく。市町村が決められるものは施設を作るのかどうかであり、特養、老人保健施設等である。在宅サービスは民間事業者が行う。施設づ

くりについては、保険料が上がるのを嫌がっているため、国は後ろ向き。財政負担をいかに小さくするかである。前回の制度改定で給付から事業に変わった。導き出す責任がありながら、介護保険の理念から違うのではないか。サービスをやらない、施設を作らないで、在宅サービスを中心にすれば安くなる。生活が維持できる制度 お金がないから我慢してくれとは納得してもらえない。お金が掛かるけどやるんだというのを市民に納得してもらわなければいけない。在宅推奨していれば、紙おむつ給付を市単で特別給付を在宅で生活している方で一日パット 1 枚、カバーなどを保険制度に入れるのかどうか。施設利用者はおむつ代が出ているので在宅推奨なら出してもいいのではないか。おむつ代は保険料として 65 歳以上の方に直接跳ね返り、保険料 80 円上がるけど、在宅サービス利用者に届く。

特養はどれだけ必要なのか。在宅に限界があり、受け皿として特養が必要で、あると安心できる。サ高住もさまざまなので、安心できるのは特養。しかし、保険料が上がることと働く人がいない状況である。特養などに福祉事業所に居住費を補助金がわりに出している自治体がある。また市内で働く場合は居住費を提供して福祉人材を確保している自治体がある。国の政策だけに任せては厳しくなるので、独自の政策は市町村の責任で行う。「高くなるけどサービスが増える」それでも良いのかなど、どうするのかを、きちんと話ししていくことが大事。

従来は措置制度で行政が判断。福祉制度は、限定的な制度である。それに対して介護保険制度は、素行が悪かろうが、誰でも受けられる普遍的制度である。保険料を払ったうえ、要介護認定を受けて、サービスが受けられるという制度。

福祉制度は限定的な制度なので、家族、金銭、生活保護受給もお金を持っている人はなくなったら受けられる。家族も調査され、困窮、家族状況に恵まれない方が受けられる制度である。

モラルハザード。これまでの自堕落な生活を改めてほしいと指導するが、介護制度は指導をしない。

保険制度は、お金を持っている人が多く払っているが、保険というのは、誰でも受けられる制度ではないのか。リスクは同じなのに支払う金額が違うのはおかしくないのか。

サービスは二の次 2006 年から負担を抑え、できるだけサービスを使わないようにする制度作りをし、介護予防をして出来るだけ、サービスを先延ばし。保険料が安くなる。介護保険からの卒業。介護保険が必要ないというのを行政が判断する。

大分県は和光方式。

保険制度の安心はお金、給付？ 社会保障は限界が来る。国民負担率は北欧の

ように70%するという。今は40%だが、自民党は最大50%と言っている。

平成26年度、どれだけ介護保険を申請したのか。介護認定を受ける率は、65歳から69歳の要介護認定2.9パーセントで、100人いれば3人しか受けていないことになる。85歳から89歳で50パーセントを超えるのは85歳。そういうことから介護保険制度は85歳以上の方が半分使っている制度であり、85歳までほとんどの方が使わない制度であるともいえる。

納めていただく人は40歳から65歳まで2号で65歳以上1号。納めていただいている方と利用している方が違うので、サービスの中身が分からない制度で介護保険を漠然とイメージしていると思う。保険料をいかに安くするのかの議論しかない。考えてほしいのは、高齢者の方々はどのような生活が可能なのかということ。在宅？施設？認知症、家族介護を公的に支援するのか？制度が受け皿になる必要があるのではないのか。介護保険は家族、親戚を支えるための制度で来年は介護保険20年目になる。

保険給付範囲のあり方の見直し

大きなリスクは共助・・・社会保険制度、医療・介護。

小さなリスクは自助・・・自分たちで何とかする。

公助はない。

国（経済財政諮問会議）が示している。市民の中には、自分が元気で生きることが自分の為・国の為という人がいる。地域政策で自治体の基本政策「出来るだけ元気に生きましょう」はあり。自治体の政策として訴えるのは良いが、国が病気にならないようにと積極的に言うのはどうかと思う。押し付けることは虐待につながるかもしれない。利用者はどのような生活を送っていきたいのか。自治体はどのような形で支援するのか。どのような財政負担をするのか。介護保険三年に一回考える機会。議論してほしい。7回制度作っていくと、おぎなりになっている。保険料いくら？の話で落ち着くのが現状。あらためて市町村の中で議論していく必要がある。自治体職員の代が変わっているので勉強していかないといけない。

施設から在宅 在宅ケアを充実させるために多職種連携が重要である。厚労省資料から被保険者数3千人以上で地域包括支援センター1か所ということになる。ただし、各市町村ごとに地域包括ケアを行わなければいけない。基準はそれぞれの自治体。

事前指示書とは、健康な人があらかじめ、どういった生活ができるのか、70才以上に義務付けしてはという考え方。

地域包括ケアシステムは、将来、人材確保ができるのか。介護報酬が9%下がっている。処遇改善という制度が出来たが改善されていない。高齢化が進んでいく中で公共施設の維持が大きな課題。生産年齢人口減少しているので財源が

厳しくなる。従来のように地方交付税に頼った自治体運営は厳しい。三位一体改革。財政をいかに維持していくのか。これから公的な仕事が外部化していくのではないか。

地域福祉の実現をしてほしいというメッセージが地域包括ケアの中身。施設維持、道路、下水道維持は、大変大きな課題である。給付と負担の関係をどう作っていくのか。選択と集中が重要である。公民館建て替え、学校を廃校など、選択しなければいけない時期が来る。その為には、どういう合意を取っていくのか、地域で議論していくこと。それを越える新たな財源、収入を見込めない。

介護保険制度の給付サービスは民間事業者が運営しているが今後、サービス提供するのが難しくなる。人件費さえ出ない状況がでてくる。サービスが無くなっていく。

そこで、厚労省では報酬仕組みを考えている。サービスは、社協、社福のような準公的機関が措置制度を行ってきた。介護報酬が少なくなると、社協のみになる時期が来るかもしれない。

小さな施設より大きな施設の方が良く、介護ロボットやICTを活用すること。小さな事業所のほうが収支率が低く、事業部門が複数あった方が収益率が多い。本部機能、給食、物品購入など、統合連携で事業所のあり方を根本的に変える可能性がある。今のうちに他の事業所と連携したり合併したりいいのではないか。

福祉の世界は信頼から成り立っている

総合事業の光りと影

2015年改正で要支援1, 2が介護保険から外れて自治体で行うことになり、2019年からスタートした。8割~9割と、ほとんどが従来の介護給付事業者がやっている。B型、ボランティアを使った事業が整備されていない。思いのある方は、すでに事業所を立ち上げてやっているからである。今、事業化のメリットがない。A事業7割、B事業 ホームヘルプ2割、デイサービス1割

2017年地域包括ケアシステムの構築について

一番のポイントは医療を取り込めるのか。病気になったら必要なのは医療、介護が必要になったら介護。医療、介護、住まい、ポイントは医療である。

介護は介護保険制度があるように、介護予防、老人保健事業などがあるが、医療に対して市町村が支持する実施する強制力がない。

地域の中で先進的な医師がいたらうまく取り込んで医療を動かしていく。

上手くいっているところは、地域の中でネットワークを作っていた医師や保健師がいた。

かかりつけ医は、大病院ではなく、往診をしていただける医師がいるのか。情報の共有が出来ているのか。医師のかかわり方の差がある

介護報酬も在宅医療が実施しやすい制度になってきている。病院から地域へ、地域から在宅へ。

医療の受け皿があるのかどうかポイントで無いところは、医師に協力していただくためには政治力を持った市長などが推進していかなければいけない。

ネットワークしていく

ケアマネは、医師と話すのはハードルが高く思っているの、行政が受け皿になって作っていかないと上手くいかない。制度として対応して行くことが必要。地域包括ケアは地域福祉をいかに充実させるのか。給付を受けたときの受け皿を無いのであれば作ってほしい。重要な課題である。

連携を具体的に進めるために地域ケア会議を作る。

在宅医療をしなくても患者が来るので、都市部の医師の方は出ていく人が少ない。診療を終わった後では時間かかるし、体力的にきつい。ネットワークを作らなければいけない。

人がいるのかどうか。医療・介護にしてもキーマンがあると回りやすい。

それぞれの地域ですでにやっているはずで、今までの資源資産を活用して行く。地域づくりは多様性が重要である。

社会保障 7割は高齢者が使っている。社会保障給付費を下げていく。世代間で公平ではなく、今の高齢者は逃げ延び世代と言われて、社会保障の構造が厳しくなっている。介護で見ると掛け捨て間の強い保険であり、どうしても保険料が安いほうが良いと思う。介護保険だけで安心できるのか。介護殺人 6年間で 53人。これで普通なのか。

アルツハイマー病は女性のほうが発症率は高い。

介護保険は、85歳から使う制度。在宅で暮らすのは大変。暮らせなかつたら受け皿を作らないといけない。地域差をなくすことが必要ではないか。等しくする必要はないのでは。

改革で給付を小さく、すべての人たちが 2割にすればいい。

地域医療の現状と課題

九州大学名誉教授 尾形裕也氏

医療・介護提供体制の長期ビジョン（2025年ビジョン）

2018年は、惑星直列と言われて、医療・介護などの改革が集中して開始された。長期ビジョン 社会保障と税の一体改革。消費税増税は社会保障に充てるため。社会保障の将来像は？ 2011年医療・介護に係る長期推計（2025年長期ビジョン） 2025年における姿は改革シナリオと現状投影シナリオの2通りで、在宅ケア居住系 31万が改革シナリオだと 61万人分必要。急性期医療より居住系サ

ービスを充実させる。本来であれば国民の選択。世代間の対立を十分留意すること、若い世代が納得すること。

財源の確保は、消費税増税と保険料を引き上げる。保険料・・・現役世代に大きな負担。消費税・・・世代間の問題はないが低所得の方の負担が重くなる。一般病床は、高知県と埼玉 2.2 倍。療養病床は、高知県と神奈川県 6.3 倍。長期療養患者が多いとは思えない。精神病床は、鹿児島と神奈川県 3.9 倍。都道府県内でも差があり、大きな地域差があるということを押さえておく必要がある。多い都道府県は九州・中国・四国。関東・東北が少ない病床数の地域差は西高東低である。

未来は過去の延長線状にない。過去の常識にとらわれていると山を転げ落ちる。人口の山を降りていくためには、医療と介護は基本的条件である。2025 年の設定で、団塊の世代が 75 歳以上になる年以降の人たちが医療介護のニーズは質量が大きく変わるのではないか。現在の高齢者を見て、未来の高齢者を見るといういろいろな間違えるのではないか。

日本人は、今まで 8 割の方が病院で 1 割の方が自宅で亡くなっている。しかし、1951 年は自宅 82.5% 医療機関 11.5%と真逆だった。現在、医療機関でなくなる人が減って、介護施設で亡くなっている人が急激に増加していることから、質的な変化を考えないといけない。

都道府県が医療計画策定をしている。医療計画はもともと病床を規制するために導入されたものなので、病床過剰地域では増やせない。第 5 次計画では、4 疾病 5 事業を重視。4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）死因の 6 割。5 事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療）。二次医療圏単位でどういう体制を組むのか。PDCA サイクルをまわし、計画と実行を繰り返してきたのではないのか。

第 6 次計画では、5 疾病 5 事業で精神を加えた。

医療計画 5 年、介護は 3 年で合わない。合わせようということになり、医療計画 6 年になった。そこで第 7 次計画では、5 年から 6 年に計画期間を変更した。

地域医療構想の達成に向けた取り組み。二次医療圏構想でどういう絵、将来像が描かれているのかを見てほしい。地域医療構想は二次医療圏が策定原則である。

地域医療構想は不足しているのが、東京、千葉、神奈川、埼玉、沖縄。日本は世界で最も病床が多い国。しかし、全ての地域で維持することが出来ない

在宅医療等で対応しなければいけない地域があるなど、病床アンバランス。あらたな在宅のニーズにどう対応するのか。地域医療構想では、構想区域ごとに見る必要がある。

福岡・糸島は、病床過剰。高度急性期が過剰。慢性期不足北九州は、高度急性期が不足。慢性期が不足と正反対であり、大都市圏でも違う。報告と必要病床数とずれがある。

工夫している自治体がある。奈良県は、奈良方式と言われ、急性期を二つに分けて、重症急性期と軽症急性期に分け、機能の明確化。お願いベースで各病院に依頼しており、従わなくてもペナルティがない。

サービス付き高齢者住宅の名称はダメ。サービスがついていない。法律では、見守りを付けなければいけないが、それ以外は要件では入っていない。療養病床は、医療保険 20:1 と 25:1 経過的に認められている。介護療養病床と 25:1 を廃止して適切な介護施設に転換する。

人口減少社会では、コンパクトシティは不可避。出来るだけコンパクトに住んでくださいというのが国交省。人口がどれくらい維持しないと施設が存続できないかという、一般病院 5,500 人。どうやってインフラを維持していくのか問題である。

病院の集約化、医療資源の集約化+システム化。どう対応するのか。医師は、自分の人生を尽くして技術を生かす、キャリアアップしていく。亀田総合病院 医師に人気が高い。理由は最先端医療が出来る「マグネット・ホスピタル」だから。魅力ある病院を作らないと医師は来ない。

公立病院「新公立病院改革プラン」を見て、本当に地域の機能を果たしているのか確認すること。

現在、経営主体は地域独立行政法人 60～70%。国立病院は独法だが、公立病院だけは出来ないというのはおかしい。

2018 年診療報酬改定でオンライン診療が入ったが、普及していない。昨年 4 月から国保の都道府県単位化が行われたが、医療の提供が少ない離島と中心市街地と同じになった。医療提供体制を直さないと納得出来ないのではないか。ICT 活用。誰が最後に責任を取るのか。

地域医療構想は、日本医師会や病院団体がやろうと言いだしたもの。医師には、データに基づいた議論でないと通用しない。定性的でなく定量的でキチンとしたデータにもとづいたものだと話を聴いてくれる。

認知症の基礎知識と社会参加による進行予防の可能性
医療法人 藤本クリニック 理事長 藤本直規氏

かかりつけ医紹介、逆紹介が 地域医療のキモになる。問診は、家族と本人の二つ作っている。家族が書いている○より本人の方が多し 本人が困っているということも見えてくる。見えてきたものは本人主体。

30年前に日本で初めて物忘れ外来を作った。5年間の初診の患者さんの6割が軽度、50組が夫婦で来た。若年患者、本人から見て欲しいという方が増えている。20～30代が増加している。そのほとんど発達障がいである。症状が被る。診断後にしてくれることが敷居を下げている。それまでは、病気の話をつ夫婦で出来なかったが出来るようになった。

何も出来ないのを、さぼっているといわれるのが嫌なので病名を伝える。

4種類のアルツハイマーの薬がある。薬は無いよりあったほうが良い。

大学病院では往診ができないということで認知症ケア デイサービスを作った。物忘れ相談センターは、県が委託してくれたわけではなく、開業したときに相談電話をオープンにした。相談時間制限なし。かかってもない人からも年間100から200件きた。相談電話を考えましょうということで県から委託。医療のことは、診断もして治療、看護師も知っているので医療的なことが出来る。地元の医療機関と連携が出来ている。

認知症ケアで具体的に地元に戻すことが出来るのが良いこと。電話相談、面談相談で気を付けているのは、匿名性。名前名乗って相談しづらい。名前は、言えるようになるまで待つ。

介護保険では、軽度対応は外されている。最初期にどう対応するのかが大事。進行抑制はできない。早期診断早期対応。行政的なサービス受け皿がない。早期診断、早期対応と言いながら、早期発見、早期絶望はありえない。診断した人の責任ではないか。制度になったからやるのではなく、やって制度にする。

物忘れカフェ、デイサービス、就労の場、若年認知症で困るのは就労の継続。経済的社会的にも大事。就労中、仕事しながら受診した人。以前は退職しないといけない雰囲気だった。半年で退職になったら、子どもたちは学校を退学しないといけない。就労継続支援は、診断して2年間続けられるのが良い。どんなことをするのかといえば、会社・家族などと話し合いとして、問題点を洗い出す。

2年前に循環器内科に受診し、2年後に障害者手帳をもらおうと仕事給与8掛けになり傷病手当もらえる。合算すると生活は何とかなる。

制度の隙間にいる人たちは、若者サポートステーションへ。働き場所応援などプロに任せる。

「ワンピースの船だ！仲間がいる」のように、先輩たちが後輩たちを支える。

外来だけでは、難しく2004年から始めた物忘れカフェを作った。

仕事の間があればいいのではなく、必ず悪くなるので軽度期の人を為に支援している。10人前後の人が集まって、話し合う。

まだ、介護保険適用されていない人たちも本人家族一体的に支えないといけない。病状について逃げないで、指摘されたら嫌だと言わないで指摘。平気で

10人しゃべれる。年間3～4回実施している。

本人家族交流会、2004年ころに仕事を終えてきた人から「居場所が欲しい」「ボランティアで社会に貢献したい」など社会とつながってほしいと言われた。まだまだあきらめていない。何も無いところから10人で始めた。何がいるかみんなです話し合い、道具をそろえていった。活動はすべて自分たちが決めた。

「仕事辞めている」「妻働いている」「子供学校行かない」「遊びの場に来られない」「社会に貢献したい」

物忘れがあつて家に帰ると、トロフィーが置いてある。なんでもらったのか分からない。そんなつらいことない。医者もスタッフも支援者。

10年駅前から掃除を行っており、プルトップ集めも行っている。

自主活動は続けられるのか？続けられる。

「散歩」何したいか聴くと「散歩」というので散歩へ行く。プロならおかしい。散歩しか頭に浮かばなくなった人の「散歩」という言葉を鵜呑みにして散歩する。それで寄り添っていると欲しくない。

若年者も年を取る。若年者と高齢者、一緒にできない理由は高齢者がアクティブではないから。

若年認知症施策が新オレンジプランに入った。若年認知症患者の支援が出来れば高齢者はたやすく支援できる。

多職種連携と人材育成を地元医師会と行政と組んで行っている。

2004年物忘れカフェのカフェ参加者から言われた言葉「それでも何とかなんと
言えよ」

病気と折り合つて、人として何とか生きて終末期を迎えることが出来ると信じている。

最軽度期の認知症ケア。ボランティアではなく対価、居場所が欲しい。卒業を見極めて卒業させること。行政と民間が一体となった支援策の充実が重要。本人・家族の外来、本人家族交流会など、いろんなことを話し合う。物忘れカフェを始めた理由は、「社会と繋がりたい」「自分の存在を伝えて欲しい」「同じ病気で苦しんでいる人に伝えたい」と本人家族からの願いから。何もできない訳じゃなく、誰でもなる可能性はあり、悪いことでもない。まだまだあきらめていない。伝えたいことがある。病気になって仲間に出会ったことが良かった。

活動は全て自分たちで決める。スタッフの関わり方は、自主的な活動を邪魔しないことである。

街全体で人々を見守るまちづくり

京都大学経営管理大学院特命教授 岩尾聡士氏

一番死ぬ年齢は何歳か？「女性 93 歳」「男性 87 歳」。ガンか事故にあわなかったらこの年齢にならないと死ねない。

健康度を軸にしてカテゴリー分析をすると、男性は 2 分類、女性は 3 分類となり、女性は 3 分類とも 90 歳になると寝たきりになる。

男性の 10%は 90 歳でも筋肉があるから立っていられる。女性は血管がしなやかなので死にくい。しかし、女性ホルモンがあって筋肉つきにくく、長く生きて寝たきりになりやすい。運動習慣が人生の糧になる。

国が行っている健康予防の施策の結果出てない健康寿命と平均寿命の伸びはほぼ一緒。寝たきりの期間が短くなってない。もっと自分自身で機会を求め、身病予防の機会、知識を求めること。社会的仕組みだけではできていない。

人生 100 年時代、女性の 93 歳も 15 年後には間違いなく 100 歳超えている。

現代の典型的な人 80 代後半は、「寝たきりではないけど 1 日に一度も玄関に出ない」「認知症ではないけど本を読まない」人ばかり。この状態は社会科学的にはフレイル（脆弱性）。

寿命が延びるということは、フレイルの状態が 15 年続くということ。これではいろんな意味でもたない。本人苦しい、家族めっちゃくちゃ、国ももたない。

直面している課題は、終末期をどうするのか。平均在院日数が短くなっているのが病院で診れない。どうやって見るのか。断崖絶壁なところダムがあふれ出す。

来年、医療報酬改正、22 年、3 年ごと介護保険、24 年に同時改正が予定され、あらかた未来の日本の姿が決まる。

厚労省は、2025 年までに平均在院日数 16 日から 9 日にすると言っているが、欧米が 50 年掛けたことを 7 年ぐらいでやる。普通に考えると社会がめちゃくちゃになる。しかし、AI、IOT、ロボットなど生産性をあげる技術が、これからの 10 年間で開発され、実現できる。自動運転、ドローンだらけに必ずなり、10 年後は、現在の姿が幕末を見るような感じになる。

15 年で生産性が 10 倍になる。第 3 次産業革命で人間が作った付加価値を人口で割って配ったら、180 万円を切り、共産主義にすると全員貧乏人になる。だから社会主義、共産主義が資本主義に負けた。

しかし、第 4 次産業革命で同じことをやったら、1 千万円を超えと言われてる。共産・社会主義が可能になる。ただ、資本主義が根付いている社会では、そうはいかず、3 から 5 %の人が富を取り、所得の低い人は、もっと貧乏になる。それが資本主義である。

ボランティアだと 1 週間に一回しかできない。ポイント制（地域通貨）を導入し、普及してくれば Tポイントのようにすればいい。所得が低いお金がない人は、経済活動に参加できないが、ポイント制だとカラダで参加できる。

インダストリ 4.0 で、デジタル化で簡単に管理できる。データベースを AI で管理。

第 4 次産業革命。仕組みの中に。まちづくりの中にどう落とし込んでいくか。社会保障関係はスーパーデフレ。普通は料金が上がっていくのに下がっている。自費を入れるしかないが、無い人はポイントしかない。

信じられないような真価が起きるときに誰が主体になってどう作っていくかが求められる

何もしないと、100 億円持っている人が 1 兆円持って亡くなり、100 万円稼ぐ人が 50 万円しか稼げなくなる。資本主義とはそういう世界になる。このままだと人類は滅亡する。

今 75 歳以上が増えているのは日本だけ。前期高齢者が増える国と後期高齢者が増える国では違う。後期高齢者は、介護と医療がもれなくついてくる。前期高齢者は、介護が必要なら施設、医療が必要なら病院。このままだと若い人は病院に行けなくなり潰れる。ピンチであるけど、チャンスである。

海外でも富裕層は 90 歳まで生きている。しかし、どんなにお金を持っていても 80 代後半になったらフレイルになっている。努力しないでは生きられない。

昔は早く死ねた。65 歳から 70 歳の 1,000 人中 25 人が介護が必要。70 歳で死にたかったら何もしなくてもいい。

どういう風にすれば良いのか。今までの資本主義だったら自分のことだけ考えていればそれなりに幸せだったが、今後はそんな時代じゃない。若者中心だったら、隣の人は何する人で良かったけど、これからはそれが出来なくなる。これからの時代は、社会の互助をしっかりと作っていかないといけない。高齢者は誰かのサポートは必ずいるし、若者も子どもを持って親がそばにいない人ばかりになる。お互いに助け合う世の中にしないと、もたない。若い人も誰かが助ける社会にしなとまちがもたない。

健康をテーマに「障がいデザイン手帳」を作ってやれるようにしようと、人生 100 年時代をやるために財団を作った。欧米が 120 年かけて法令化を日本は 25 年でやっている。

前期高齢者は昨年から減りだしている。どんどん 90 歳 100 歳に行っているので、2060 年まで後期高齢者が増え続ける社会的には、医療介護の必要な人をどうするのか考えないと日本は、姥捨て山になる病気に治ってもタンが詰まって死んだという馬鹿な事になる。

人口動態研究所は、2030 年 1 年間で 37 万人どこで死ぬか分からない見取り難民になると言っている。特に大変なのは都市部で民生委員が少なすぎる。もっと仕組みを作らないといけない。

在宅医療のインフラは無い。病院在院日数だけ短くすると全部家族に押し付

けられる。介護を家族に押し付けていいのか？

日本は超高齢者社会に対応するために平均在院日数の短縮を欧米が40年かかったものを6,7年でやろうとしている。その為には街全体で医療介護に対応する体制をもの凄いスピードで作らないといけない。

いびつな働き方で働いているのは150万人で72万人働いていない看護師がいる。先進国で国家資格をもった看護師はほぼ100%働いている。病院は10時から12時の働き方がない。

8時から6時まで毎日、月に4~8回当直をする働き方しかない。結婚、出産などのイベント毎に辞めていって、一回辞めたら二度と戻れない。看護師は、時給1,800円なのに920円ぐらいのレジ打ちで、きわめてばかげている。そういうことも、訪問看護だと10時から12時でいい。法律をもっと自由に、古い制度は変えないといけない。働く人が減ってサービスを受ける人が増えているが、インダストリ4.0を入れれば何とかなる。常勤換算で7万2千人居れば、診ることが出来る。

直行直帰でいい。

良い事例として、アメリカでIHNという制度がある。日本版IHNが出来ないかと思うが、日本は営利の医療法人8割で経営の統合が進まない原因である。各病院が機能化しないとイケない。

ソウル市民病院で行う手術は、ソウル大学病院で手術しない。患者の取り合いが起こらない。日本は、手術しなくても患者が他に取られるので機械を入れる。在宅医療を強化することによって経営統合は難しいがIHNを作れるのではないか。

介護施設は、健康な人がいて病気になったら病院に行ったが、病院側が受け入れなくなってきている。長期入院だと赤字になるので受けなくなっている。

家に帰さないといけないが、必要なのにサ高住ガラガラ。

アメリカは、平均在院日数5日を切っているが、日本は16日。OECD アメリカ5日、フランス7日で、日本は2025年に9日間にしろと言っている。

そのために海外では退院できるように整備しているが、日本は行くところがないので、死ぬ。無責任。インフラを作らないといけない。インフラを日本郵政と組んでやって一気に広めたい。欧米40年でやってきたことを2025年までの7年間でどこまでできるのか。

在宅医療の受け皿を整備して医療のある介護 緩やかな統合をし、最終的には病院で見ていた患者を自宅で見たり、介護施設、病院、看護師、介護士、患者、医者などを障がいデザイン手帳で結びつけることをしたい。それが、AIで出来るようになる。

糖尿病専門ナースは、糖尿病だけ見ていると倒産する。糖尿病は600万人い

る。病名が付いていない人を含めると 1 千万人を超えている。しかし、専門ナースがどこにいるか分からないから見てもらってないミスマッチが起こっている。病院はそれどころじゃない。嚙下りハビリが出来るナースがいるかどうか。これをマッチングするだけで済みやすい町になる。例えば、勉強したい子どもと寂しいおじいさんとマッチングを町の中で行えればすごくいい町になる。これからは情報発信にしないと地域で生き残れない。

今まで人類史上、人口減少社会に入って残っている国はない。ローマ、マケドニア、ギリシャ等、全部滅んだ。社会科学的に世界中が興味本位で見ている。

ヨーロッパは、人口減らないように移民を入れている。世界で増加しているのはアメリカだけである。人口減ったら絶対に経済が駄目になる。どうやったら生き残っていくのかはシビアな問題である。人口減少社会で地方が生き残れるのか。インフラは維持できなくなり、捨てるしかなくなる。今のままだと東京に集中するしかない。

中国は、一対一路の美しい村構想を行っている。コンクリートジャングルは、うつ病になる。緑豊かなところで住もうよと言っている。魅力のある町＝ハッピーな街。

「可能な限りマッチング出来るまち」にする。

病院から在宅へ。病院は検査・手術をしないといけなくなる。このままだと、そうじゃない人でも診る病院に代わるものが必要で社会を変えなくてはいけない時期。

1900 年アメリカ平均寿命は 46 歳だったが、寿命が延びた最大の要因は、牛肉を貧乏人も食べられるようになったこと。

また感染症が一番怖いけど、街がきれいになった事。豊かになった事が要因である。

筋肉と骨は同体。下肢を鍛えたほうがいい。スクワットでもいいので、できるだけ太くするのが長寿の近道。

生活総合商社を作り、72 万人の復職支援をしたい。日本の大学は病院でやる医療しか教えない。病院から出されていくところがないので、受け入れるようなインフラを作りたい。

訪問看護ステーションは全国で 9,500 か所あり、65%が 5 人以下のもの凄く中小零細である。このままだとほとんどのステーションがバーンアウトしてしまう。

30 ステーションが、繋がっていたら、さらには 100 ステーションが繋がると年に 2 回有給取れるようになる。

働き方改革は、インダストリ 4.0 でマネジメントが起こる

30 人までだったら、トップがやる気があったら部長課長いらんないが、50 人にな

ると中間管理職が必要になる。ダメなところは組織、仕組みが出来ていない。

サイゼリアという外食企業がある。満席の時のキッチン的人数は1人でフライパン包丁がない。ラインで出す。

キラークンテンツがモッツアレラチーズで出るだけ赤字ピクルスやワインも良いものを出しており美味しい。

戦略的、マネジメントがないとやりたい放題になり、大きくなるのは決して幸せではない。

第3のイタリーという言葉がある。ヨーロッパ型経済のほうが幸せになる
ティール組織、組織論、昔はトップダウン、今は横並び。ルートとシフトをAIで行い、インダストリ4.0が可能になる。

不動産とヘルスケアが遅れている。医療75%いまだにファクスが主流でカルテも共有化されていない。ルートをシフト化 3ルートを2ルートにすれば休みが取れるようになる。

糖尿病専門ナースが糖尿病患者と会えるようにする。公認会計士がいなくてもわかるようにする。現場に集中できるようにする。今までロボットでは無理だと思ったが、出来るようになる。ドイツのマイスター制度があるが、ロボットのほうがおいしいビールを入れれる。手術、ロボットは一滴でわかる。巧みな技、AIロボットは完ぺきにする。

50歳以上の人の8割以上がお金を持っている社会なので、ヘルスケアしないと経済成長しないとされている。

10代後半20代前半で勉強したことは40代50代で花開くのが人間の人生だが、今の若者は花開かない。勉強したことが役に立たない時代になる。勉強し続けないと生き残れない時代になり、常識が変わる。今後、モラル、社会的価値のほうが仕事になるのではないのか。医食同源をコンセプトにしたアンチエイジングを考えた施設がはやるのではないか。フランスは最初から閉じ込めない社会でグループホームがない。そういう社会でも認知症・平常人と事故発生率が同じである。

日本はセンサー技術が凄い。介護はロボットがやると企業は真剣に思っている。先行投資していかないと厳しい時代になる25年食べられたのが5年で食べられなくなる。勉強し続けないと生き残れない。85パーセントの仕事がなくなる。

医食同源のものができてくる。お互いの気配を感じる街を作るとコストが安くなる。

「暮らすほど健康になる街」「みんなが見守る街」「多世代が助け合う町」
平均在院人数減らすためには中間施設が必要になる。現在、いくら豪邸に住んでいても毎日同じものを食べている人がいかに多いか。

ケアミックスモデル

看護師、看護手帳、カルテ、バイタル情報等をプラットフォームでまとめているが現在は情報がないので困っている。心配を感じる街を作らないと難しい。

ハウジングファースト（ハウジングニュージーランド）

路上生活者に新築家を建てて住まわせている。働いていない人にそういうことをするのかと思うが、先進国でやってないのは日本ぐらい。

計算すると、精神科に行くことが一番お金が掛かる。精神病院コスト 8%

健康になって家があったら、働く気になる。牢屋に入ること 25%、簡易宿泊所 75%で簡易宿泊所に入るより安い。ちゃんと計算すると安くなることに気づく。

他にも部長クラスの人が脳梗塞で倒れるより、ジョギングさせたほうがもうかる。誰でも社会に貢献しようと思うプラットフォームを作って地域内経済循環を促進させる。

写真



所感

これからの社会を過去のデータから先読みする事が大事。技術進歩が著しいために、過去の経験は通用しない。常に世の中の流れを見ながら学び続けなければいけない。人間の寿命がまだまだ伸びてくるが、このままでと寝たきりの方が増えてくる。衝撃的な言葉がどんどん出てきて、あらためてやらなければいけない事が山積している現状があることを学んだ。