

都市部の高齢化対策検討会高橋発言記録

全文は厚生労働省ホームページに掲載されている

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000am0d.html#shingi129152>

第一回 5月20日

発言1

高橋委員 ちょうど藻谷さんが高齢化をマクロな視点から発言してくださいましたので、私はむしろ多様性というか、階層化あるいは格差の問題を中心に、都市高齢化の問題を皮切りにお話を申し上げたい。

私はこの委員会で大変不満なのは、秋山さんしか女性がないのです。事務局には勝又室長もいらっしゃいますが、実は高齢化の問題は男が考えてと男の論理で考えてきたために間違えてきたのです。一例をあげれば、バリアフリーも「二日酔いのおじさんの論理」といえるような考え方で、まず、昇りのエスカレーターばかりつくるのですけれども、実は女性にとっては赤ちゃんを抱え、バギーをたたんで持ちで歩くと降りの方が危ないのです。女性に多いリウマチの膝の悪いお年寄りにとっては降りの方も辛いのです。最近は少しは改善されましたが、男の論理で政策決定を行うとしばしば大きな歪みがおこってきました。政策決定を預かる首長も議員も多少は女性も増えましたが、全部男社会の論理が相変わらず優勢なのはご承知の通りです。これからの高齢問題は、実はジェンダー問題としての様相をもってあらわれます。

というのは、勤労者世帯出自といえども、遺族年金プラス基礎年金層の女性層というのは、シルバービジネスが想定しているような、簡単に市場原理で動かない人たちが膨大にふえるわけです。この問題は意外と気がつかれていない。これも男たちの論理で、高齢化社会の問題を論じると現実に合わないことが多々予想されます。

しばしば論じられる現在の問題は、過去に起因する問題が解決できなくて問題となっていることが多いのです。それに従って解決策を導入すると、そのことが将来発生する問題の解決を難しくしてしまうという逆説があります。ですから、本当の問題解決策を論議しようとするときれから起こるであろう課題を明確に予測する努力が必要です。

そのためには2025年どころか、私は2060年まで視野に入れるべきだと思っています。とい

うのは、団塊の世代の高齢化はまだ厚生年金を持ち、企業年金もある人たちで持ち家取得に成功した分厚い層が 2025 年に後期高齢層を迎えます、しかし、その次の団塊ジュニアは非婚率が高くなり、持ち家率が低下している。このような事態を予測しながら、2025 年を考える必要があります。

私は福祉政策を一言で定義すれば、依存人口のマネジメントと思っているのです。これを過去には家族のシステムでやってきました。また、地域がやりました。20 世紀以降、福祉国家で政府が非常に大きな役割を果たしてきましたけれども、これから考えると、超高齢化がもたらす増大する依存人口のマネジメントはいままでのやり方ではどうも持ち切れないというのが私も問題意識です。しかし、過去のやり方を踏襲しようとする向きが大きな力を持っているという現実をどう考えたら良いか。

もう一つは、私は藻谷さんほどいろんなところを歩いているわけではございませんけれども、鹿児島県の徳之島とか肝付町の集落 40 人で高齢化率 8 割の集落とかそういうところに行っていました。そこではお年寄りも元気なのです。80 歳ぐらいまで軽自動車でもぶつぶつ飛ばして歩いていますから、あそこでは車の運転ができなくなると、朝晩の野良仕事ができなくなると、そして御先祖様のお墓参りができなくなると要介護になる。要支援なんていう制度は要らない。地域おこしで有名な鹿児島県鹿屋市の柳谷集落は人口が減少して 200 人に落ち込みますが、地域おこしの結果の集落の人口は現在 300 人にふえましたけれども、高齢化率 4 割にもかかわらず、高齢者 1 人当たり医療費と 1 人当たり介護給付費は鹿屋市平均の 3 分の 2 以下、特養入所者ゼロ、75 歳以上の人が元気に働いています。

このような小集落の実験は例外であるという思考停止せずに、都市部の特性をふまえた、大きな可能性を活かした、様々の挑戦が必要なのではないか。都市部では施設不足を理由に特別養護老人ホーム増設の際に、4 人部屋をつくるということは言わずに、これから団塊の世代が 4 人部屋に好んで住むとは考えられませんから、これは過去の 20 世紀型の古いモデルで問題に対処するのではなく、これからの 21 世紀型のモデルを創造する視点で高齢化対策を考える必要があります。

何を 21 世紀モデルと考えるか。まさに先ほど局長が言われた地域包括ケアがそれなのです。地域包括ケアというのは介護保険法の第 5 条第 3 項で法定化されました。これは興味深い条文なのでありまして、どうしてかということ、介護保険のことだけ書いていないのです。介護保険

以外のことがたくさん書いてあるわけです。保険給付と同時に予防の話があり、地域の生活支援があり、医療があり、居住がある。これを国及び自治体がやりましょうということは、従来型の縦割り行政をやめましょうという宣言であります。

ところが、残念ながら都道府県、大規模自治体はむしろ縦割りが非常に強力でございますので、この壁をどう乗り越えるかというのが非常に重要だなと思っております。

それから、大都市問題の1つの特徴は生活困窮者イコール施策の対象というパラダイムが崩れ始めている。実は50階建てマンションの単身世帯の認知症のごみ屋敷というのがこれから急激に発生する。その人たちは要するに福祉施策なんか使おうと思っていないわけです。ところが、事態が悪化したときに支援の方法がない。支援拒否の人たちです。

実はそういうことを含めてさまざまなリーチアウトという言葉は横文字で使いますが、問題を待っているのではなくて発見して、さまざまな支援につなげる機能を大都市でどうつくるか。これは北九州市が、あえて無任所の係長を配置して、地域との協働関係を促進する役割を果たす、「いのちのネットワーク担当係長」という名称で、ジェネリック・ソーシャルワークという概念があるのですけれども、さまざまなサポートを地域と協働する係長を配置しました。そういう意味で給付行政型ではないタイプの行政のアプローチの仕方を導入しないと、実は問題が解けないだろう。

もう一つは、やはり私は20世紀型から21世紀型に変えるというのは、私の資料でソリューションを幾つか書きましたが、私が大変注目し、ずっと長くコミットしております「ふるさとの会」というNPOがあります。山谷のホームレス支援から始まって、今、墨田区、荒川区、豊島区等に事業拠点をつくり、現在新宿の大久保地区で全面展開をしています。総計で1,200人を超える方々をサポートしています。

皆さんのところで養護老人ホーム10個できますか。確実に住民の反対運動に遭います。ふるさとの会は同じこと社会福祉法人と違って、税金を納めながらやっています。支援している生活困窮者は地域と協働し町会や商店会の会長さんやいろんな地域の方々たちのサポートを受けながら1,200人の人たちの支援を展開しています。そして最近新宿でコミュニティカフェで始まりました。居場所をつくり、この間、認知症のサポーターの講習もやったそうですが、そこには町会の会長さんが出てきてくださいました。もちろん元ホームレスの人も参加しています。さまざまな形で、さまざまな立場の人をそこで参加させるという、そういうソリューション

ンが事業として確立しました。

今日の状況を考えると私はむしろ社会事業という言葉復活させる必要があると考え初めています。狭い社会福祉事業の概念に閉じこもるのではなく、戦前の社会事業でてがけられた不良住宅改良事業の事例をみると、住宅と職業と地域活動と医療と子供のサポートが一体的に行われていました。まさに包括的支援だったのです。これに学びながら、21世紀型の私は新しいタイプの都市型の事業を創出する。これが都市型高齢化対策の思想なのではないかと考えます。

そして、その芽は既にさまざまな形でございます。今、多摩地方では日本医大の長谷川敏彦先生を中心として大変おもしろいプロジェクトが進行しております。ケアサイクルといって、さまざまな人たちを適切なケアの場所をマネジメントする手法の開発に取り組まれています。要するに病院に長期入院する。特養は御承知のように1,500日近く入所しています。それを放置しておいて特養を増設しても意味がない。精神病院もそうですが、そうではなくて、そういう施設を活用するのだった入所期間を500日、300日、200日に短縮して、地域サポート機能を持ちながら展開するというシステムの再構築が本当の施設再編です。

要するに今の大都市のシステムは少数の受益層が施設入所ができ、しかし、4人部屋に入居を余儀なくされる人は不運な方々だと思っています、なぜならば、故外山義先生が明らかにされたように、むしろ多床室では孤立化が進むのですから。一方で、支援から排除され、放置される大部分の人たちという構図があって、その間隙をぬってたまゆらに象徴される貧困ビジネスの問題が起こったわけです。

以上です。

発言2

○高橋委員 これは未来志向の研究会だと思うのです。2020年なのか、2030年、2040年を踏まえてどういうことを考えているか。そうなりますと、特別養護老人ホーム待機者問題がいつも出てくるのですが、実は特養の機能も将来5～10年かけて変わるはずなのです。とりわけ認知症の問題が焦点になったときに施設機能の再編が必要になると考えます。それから、きょう、馬場園先生もお話になったCCRCと言っているのは、私は地域包括的支援拠点などと、日本語化してほしいと思っています。横文字だと何が何だかわからなくなりますので、ぜひ先生から御提案いただきたいと思います。

せっかく小学校の跡地を活用するとしたら、既存施設を単にハコのようにぼんぼんとつくるのではなくて、相互に協働しながら、施設を利用する100人の高齢者と同時に地域への出前サービスによって施設入所者の何倍もの在宅の高齢者を支えられるような仕掛けをセットでつくとかという発想がこれから絶対必要です。

そういう意味では、今の時点は制度を前提として計画を立てざるを得ないのだけれども、その枠を脱いでいただいて、本当はこういうのがあるといいのだという御提案を現場の行政の責任のお立場から、そうすると、それを実は都道府県が邪魔しているという節もありますし、政令指定都市は、逆に見ると権限を移譲できているから相当動けるとか、そういうことを含めた、議論をしていただくとすごくプロダクティブな話になると思われましたので、ぜひご検討ください。

第二回 6月13日

発言1

○高橋委員 それぞれ大変興味深い御報告をいただいて、勉強させていただきまして、ありがとうございます。

1つは、大杉先生の施設マネジメントという概念が、実は高橋泰さんが今報告されたことと実に深くかかわるのだらうなと思っていました。私は東京都の社会福祉審議会で、美濃部都政時代からずっとウォッチしていて、要するに、特養がなぜ東京23区でできなかったか。東京都に全部任せて、某区長は「俺の区には特養をつくらせない」と言っていた時代があったのです。要するに、あれははっきり言えば迷惑施設だったから、措置の時代。だから、青梅市などの西多摩地域に集中せざるを得なかったという歴史的事情が背景にあります。現在の都心の区市の施設不足の遠因はこの点にもあることは意外と認識されていない。介護保険になって利用者の増大がこれに輪をかけているということかと思えます。

それから、もう一つ、大杉先生との議論に絡ませていくと、施設のあり方を少し考え直して、要するに、自己完結的に100人なら100人入れる施設を考えるから不足するので、言ってみれば、もっと分散化して、小規模化して、つくりやすくする。それは第1回にも申し上げましたが、施設の平均入所期間が、最近のデータでは1,470日といわれています。大都市部ではどんな傾向かあらためて確認する必要があると思います。そうなりますと、それをどう短くするか。そう

いう意味で単純計算すれば、700日にすれば、2倍つくったのと同じになる。これがまさに先生のおっしゃった施設マネジメントに関わります。むしろ、ケアサービスマネジメントという、施設と在宅のサービスを統合的にマネジメントしながら、施設の意味を再定義していく必要があると思います。例えば老健はまさにそういうものとしてつくられたと知っているのです。中間施設でももとの概念が。特養も実は終生施設にするという考え方で1,500日近くというデータが出ているけれども、そうなると、東京都が今の知事が副知事時代に検討したプロジェクトのときに、重度の方々を全部入所させるとすると、たしか3兆円必要となるという推計をしています。これは何を意味するかというと、従来型の施設利用のパターンを変えていく、そういう政策手法が求められるということの意味します。これが単に量として施設を整備するかどうかではなく、いわゆる施設と居宅を横断してどう介護サービスのマネジメントを確立するなかで、特養などの施設のあり方をどう考えるか。そういう議論必要だということを、高橋泰先生の御議論の中に含まれていたと思います。ということは、特養や病床に地域的偏在をどうするかというのは実は大きな課題です。これから既存特養の建て替えの時期にはいるだけに、このことはきちんと議論しなればならない。施設依存でない、ケアシステムも確立のなかで施設機能を再定義する必要があるということです。

また、CCRCなどのアメリカのモデルは日本には馴染まないし、従来型のリタイアメント・コミュニティは失敗だったという評価もあるようで、思想は非常に重要であると思いましたが、単純にモデルとして考えるのは問題だと思っています。

発言2

○高橋委員 1つは、南伊豆の件は、津波の問題がとても気になるのです。というのは、東日本でも、特養・老健・病院で津波の被害で入所者の方々が8～9割被災している。要するに、施設という仕組みは、どんなに物理的なことをやっても対応できない。要するに、避難ができない、それでたくさんの方が亡くなっている。それをどういうふうにお考えなのか。これは個別の問題ですけれども、非常に重要だと思います。

それから、もう一つは、この話は今に始まったことではなくて、東京都は大失敗しているのですね。知的障害者の都外施設問題で、これは非常に批判を浴びて、いまだにこれは克服できていません。これの特養版を繰り返してはいけないと私は思っております。

それと併せて、現在、住所地特例でいろいろなところへ、既に杉並区さんもいろいろなところでお世話になっているわけで、そこら辺のことをきちんと踏まえて考えていただきたい。

それから、もう一つは、入所意向について本人の意向と家族の意向が混同されている心配がございます。先ほど馬場園先生がおっしゃったように、何よりもリロケーション・ダメージの問題は、施設入所の場合は絶対無視できませんから、そのことをどういうふうに考えるのかというのは非常に重要で、そういう意味では、80になって人を動かすのはむしろ問題で、そうではなくて、舟形町さんのお気持ちもよくわかるし、努力されているのもわかるのですが、高齢者の移住はお元気なうちのアーリーリタイアメントも含めた、早めの住み替えしかないと思います。高齢者を80になって動かすということは、これは人道問題です。それは構えて、区が介入するので、ある種の措置に近い形に逆行するということを物すごく私は憂えております。そういう意味で、遠くに行かれた方のさまざまな、これは既に住所地特例で経験があるわけで、きちんとしたりサーチをやるべきで、やはりエージング・イン・プレースという先ほど馬場園先生がおっしゃったことを、ある意味で言えば、逆行することをやってしまうというのではないかと、私は非常に恐れております。これは経済の問題ではなく、人権の問題に近いと思っております。ただ、自分で選択することについては何の問題もない。だから、早目の住み替えだと思っております。

第三回 7月23日

発言1

○高橋委員 空き家活用の問題で園田先生の御意見をお伺いしたいのですが、老人ペンションもある意味では空き家活用ですし、最近のシェアハウスの話もそうですし、いろいろな形で空き家をケアと結びつけて使うという発想がありますが、実は民間事業者の方がはるかに悪質な形で先行しているのは最近、新聞報道等で御存じのとおりで、要するにやろうやろうと言っているうちに民間市場のほうに先に悪質な形で、いわゆる脱法とか違法なものが出てきて、そのことは実はリーズナブルな空き家活用をむしろ阻害する要因になって非常に規制がかかる。共同利用というのは多分建築法規の世界にはなかった世界で、要するに、家族で住むか、事業として他者を入居させるということで、その間の中間類型がないために、きょうは東京都の中山さんがいらっしやらないのですが、民間活用型の小規模型多機能とかそういうものが非常に

つくりにくくなっている。これはバリアフリー条例の問題もあるのですが、国は 2,000 平米ですが、東京はそれ以下まで全部バリアフリー条例を厳格化していますので、そのこともむしろ空き家利用の思わぬ阻害要因になって、これから本格的に都市居住の中でケアつき居住を進める場合は、この問題は避けて通れないので、老人ペensonはまさにそうしないと実現しないと思いますので、ぜひ先生から方向性や御意見をお願いしたいと思います。

発言 2

○高橋委員 今の大森座長の質問は大変本質的で重要な問題だと認識しておりますのは、住宅計画というのは住生活基本計画に戻したのが都道府県止まりですね。ところが、サ付きは明らかに市町村の介護保険もそうですし、地区計画も含めて相当いろいろな影響を与えますので、居住安定化計画を市町村レベルでどうするか。要するに、建築確認の話で住宅部局の話を相談したって、結局先ほどの介護保険の話は知らんよということに今の構造ではなるわけです。介護保険事業計画には住まいの計画と調和するようにとたしか入ったと思いますが、それが実は市町村では市町村の住宅政策的なアプローチが確立していないので、どうしても先ほどの話が迷惑施設化してしまうという問題があって、やはりその辺の調整の仕組みを本格的に考えないといけないのかなと思っています。

それとの関係でいえば、例えば、サンサタウンというのは 50 階建ての高層マンションの中の 3 階にいわば医療福祉・文化のショッピングモールではなくて、ソーシャルサービスモールとか医療福祉モールとでもいったようなものがあって、私がここで大変興味深かったのは、みつけのおうちとデイサービスセンターがスルーできるようになっています。例えば東京でこういうものをつくっても、東京は頭がかたいから多分絶対に認めないと思います。要するに、動線を分けろということを含めて、自由に拠点をつくることについて結構厳しい監査指導がかかる。

そういう意味では、これから高層マンションにこういう機能を持たせないと多分もたないだろうと思っているのですが、サ付きも多分そうで、単なるサービスではなくて、要するに賃貸住宅をサ付きでああいう様式のを建てるというだけではない、ちょっとモデルが貧し過ぎると。私は蚕棚サ付きと呼んでいるのですが、施設代替型になってしまうんですね。そうではなくて住戸指定ですから、先ほど 50 まで下ろしたらいいという話もありましたけれども、住戸

指定でそこに共生型の、コレクティブハウス型の発想もあっていい。そうすると、それをどうしても市町村との共同関係とか、あるいは住宅の賃貸だけではなくて、プラットホームのように合同会社的にいろいろなものを組み合わせられるような地域拠点にして、単なる民間賃貸の高齢者版をつくるのではなくて、地域サービス拠点にするような、これは先回出た柏もある意味ではそういうことを狙って、あれはURが絡んでいるので可能ですが、民間でもそういうことを可能にするようなクリエイティブな議論ができる場を何とかつくりたいと、サ付きは単なる既設代替の蚕棚住宅になってしまうんですね。だから、地域居住の原則を生かした議論ができるような体制づくりがどうもないなということだけ、意見として申し上げておきます。

第四回 8月27日

発言1

○高橋委員 やはり本報告会のミッションのところを書いていただいたほうが良い事項があります、私もメンバーだった、高齢者介護研究会のことを取り上げていただいて、その時の議論を思い出しておりましたが、それに加えて今回公表された社会保障制度改革国民会議の報告書の中で重要な指摘があります。それは1970年代モデル、これは社会保障、医療介護、福祉の中だけで考えられたモデルだと言っているわけです。ところが2025年モデルはそうではないとはっきり言い切っていて、地域、要するに保健医療福祉だけではなくて、住まい、をはじめとして地域づくりが必要になっていると断言しているわけです。

これはどういうことかと言うと、社会保障を核にしながら地域活性化。要するに今までは経済の成長の果実を投入して、それで終わりだったのだけれども、そうではなくて、社会保障の需要がどんどん拡大する中で、それを地域づくりまで還流しながら、言わば相互にWin-Winの関係を創り出すことが、社会保障、介護医療福祉など社会保障のこれからの姿である、それが2025年モデルだと書いてあって、都市部の高齢化に対応するうえで重要な論点で、先ほど横浜市さんがおっしゃった論点が既にそこに書かれているわけです。それをぜひ冒頭の部分できちんと入れておくべきだと思います。

この検討会での議論の私の感想は、2025年モデル的なものと1970年型のモデルがすごく混在して論議されてきたと思います。これは後で御指摘をしますが、そういう意味では、やはり制度改革国民会議の指摘がちょうどこのタイミングで出たわけですから、きちんとこれを考慮

に入れるべきだと思います。

発言 2

○高橋委員 どうも今までの議論の中で、高齢者の姿は今までの高齢者のままだと思っている節があります。ところが、これから 25 年に高齢者になるのは団塊の世代であります。このことをきちんと理解をしていないのではないか。というのは、要するに権利意識が強くて、これは昔、ある特養の施設長が、昭和生まれの高齢者が入所するようになって、わがままで困るということを言われて大変納得したんですが、実は団塊の世代はわがままを超えて、権利意識が強く、学生運動の時代を経験した世代ですから、地方の従来型の施設にやむなく入所を強制されたら不適応起こし、抗議を絶対にする世代だということをお忘れかと。

私は団塊よりちょっと上の世代ですが、要するにこれからの高齢者の意識の変化や生活経験の違い。彼らは個室で育っていますから、4 人部屋に入るわけがないとか、要介護とは言え、今のようなプアーな生活空間で暮らすわけがない。1 つの施設をこれからつくと 40 年それは拘束しますから、多分 20 年後、30 年後はがらがらになる可能性が絶対にあります。要介護のいわゆる状態像が 1970 年代、80 年代、90 年代にずっと変化してきているんです。これを寝たきり老人と一括して重度者というのは、これは実は馬場園先生がおっしゃったとおり、病院がつくっているのです。

ヨーロッパで寝たきり老人がいないという本が出て、これがロングセラーになっていますが、なぜいないかという、基本的に病院利用期間が短く、社会的入院というようなことがないからです。川下、川上の議論をしないで、ただ、対症療法的な対策のことが後のほうで出てきますが、それでは将来を展望した議論にならない。

要するに、これから高齢者になる人に実に失礼な議論だと私は思っておりまして、そういうことを含めて、要するに高齢者像の変化。そういうものをきちんと可能性としてお書きにならないと、一番大事なニーズを間違えて把握して、間違えた施策を打つ可能性が多いにあります。

需要構造は相当、我々が想像する以上に高齢者の意識が変化しているということが実感ですから、例えば今、物すごい勢いで高齢者が自発的に要介護予防をやっているわけですね。そういうことを含めて、高齢者像をどう見るかというのをぜひこれからの世代。今の高齢者にとらわれずに、少なくともどうなるかは言えないとしても、大きく変わるであろうということを引き

ちんと意識されないと、施策の前提を間違える可能性が非常に大きいと思っています。

発言3

○高橋委員 今回の発言と関係させて、私は介護人材確保問題というのは、世の中で言われているほどに悲観はしておりません。なぜならば、良質と言われる事業所の離職率は5%程度です。だめなところは25%程度かと思いますが、世間でブラック企業といわれている業種だと40%近いところもあります。ということは何を意味しているかということ、量的に足りないのではなくて、人材のマネジメントができていないんです。中途採用をした人をきちんとキャリアアップする仕組みがないんです。私は介護段位、キャリア段位に関係しているのですが、やはり中途採用の人たちを介護にきちんと生きがいを持ってやれるようなキャリアパスができていない。

ただ、私は少ない経験ではありますが、介護の世界で生き生きと仕事をしている人たちに出会うんです。なぜこれができないかということ、従来型の管理型の屋根だけ出せばいいというケアをやっているからそうなるので、きちんとした能力を引き出すようなケア論というのが実は現実にあって、そういうことを含めて、介護人材はただ足りないという話ではなくて、システムと質の議論を入れておかないといけない。現に施設よりは在宅のほうが離職率は低いというのが常識です。なぜ施設で離職率が高いのか。これは別のところで申し上げる話ですが、そういうことを含めて、単純化した議論はおやめになったほうがいいのではないかという意見です。

発言4

○高橋委員 これは8ページの上から3つ目の住所地特例という概念ですが、私はこの議論に異論があります。というのは、住所地特例はそもそも広域施設の入所を措置制度でやっていたわけで、これは行政処分としてやっていたものですから、当然これについての負担は行政処分との絡みで費用負担をするという仕組みがもともと住所地特例の根っこです。だから、そういう意味で私は田中参事の発言にやや異論があるのは、もともとはそういう制度だったと。それを有料老人ホームに対して住所地特例を適用したときに、悪い意味でこの制度が変質したと思っています。

そういう意味で「サ高住」をここにいろいろな書き方をしております。これは後で高齢者居住安定課のほうの見解も聞いてみたいのですが、このあれは住所地特例の実態を必ずしも反映

してなくて、例外的にこれは利用権で特定施設の指定を受けているのか大体5%くらいあります。サービス付き高齢者向け住宅を限りなく施設と見なして、議論するのはこの制度の趣旨を考えると違和感があります。

施設における住所地特例は丸めでいきますので、事務処理が相当複雑だとはいえ、それにしてもまだ一対一の対応ができますが、サービスつきで居宅サービスということになると要介護も変化も激しい。サービスのパッケージは個々に非常に個別的対応である。これを住所地特例という方法で対応するのは、かなり無理があるのではないかと私は思っております。

そういう意味では横浜市さんがおっしゃったこれは、財政調整の仕組みとして考える。なぜこういうことを申し上げるかという、

社会的流入層の話はどう考えるかという議論を住所地特例という個別的なミクロ的なアプローチで対応するというよりは、むしろ財政調整の仕組みで、これはこれからそういう追跡はマイナンバーもできますし、住基カードもできるわけですから、そういう形できちんと押さえる別の方式を考えたほうがいいのではないかと。

これは本当に暫定的な対応で入ってきたものが一般化するということになると、介護保険制度の本心で、契約制度ですから居所の自由の話も含められるんですね。居所の自由で自由に住んだのにお金だけは前に住んでいたところから出るというのは、措置の場合はそれがそういう制度でしたからいいわけですが、そういうことを含めて、やや異論があるのと、サービスつきの現況の分析をもう少し、これについての調査を私どもの財団でやっておりますので、そういうのを参照して、正確な認識で書いていただかないと困るのではないかと。ややミスリードを世の中に与えると思います。

発言5

○高橋委員 私は医療制度改革のときに予防給付をやるときに検討会の委員をやって、予防のエビデンスのデータの話があつて、それにずっと参加をしておりました、相当あるんです。

現実にそういう細かいデザインだけではなくて、グロスのプラクティスとか実践の中ではっきりわかっているのは、私も第1回に紹介した、徹底して高齢者が社会参加をすると現実に1人当たり医療費や1人当たり介護費が縮減できる事例というのは、幾つかの例えば有名な「やねだん」という鹿児島もそうですし、川勝町でしたか、徳島県のかっぱで有名な、それこそ高

高齢者のコミュニティベースを徹底的に活性化したお陰で、状態像がずっと変わっていくとか、そういうのは実際にあるし、現実に対応予防に関するエビデンスがあって、我々が知らないだけという意味では、専門家に流布して、ちゃんと普通の人に理解ができるような形で広報をする。そして、とりわけ市町村の担当の皆さんにきちんと伝える努力をしないとイケない。

それから、これから自発的にそういうことをやる高齢者が本当に想像以上にふえているわけで、そこをサポートする仕掛け、場を提供する。予防サービスではなくて、場をつくっていくということが物すごく重要だということ。これを補足的に指摘しておきます。

発言6

高橋委員 私は、医療は混合給付反対論者ですが、介護保険は混合給付を認めているんですね。保険者がそれを物すごく嫌がるというのを仄聞しております。あえて、どことは言いません。そういうことを含めて、やはり混合給付を介護保険については大いに活用するのは、とりわけ大都市はこれからそれなりに資力があり、そういう高齢者が登場するわけですから、そのことはぜひ。そうすると、そこに民間ビジネスのサービスが必ず開花するはずなので、ぜひそこは御配慮いただきたいと思います。

発言7

○高橋委員 私は、ここ問題があると思いました。1つは、施設とは何ぞやということが定義されないまま、何となく100人以上の特別養護老人ホームを対象としているらしいと、そこら辺は何とかしていただきたい。やはり施設と言っても老健施設もございますし、これから問題は療養型病床群をどうするかということは、都市部を比較的少ないので、それと同時に、川上、川下論はここで書いておかないとイケないのではないですか。

というのは、特別養護老人ホームのニーズがなぜこんなに顕在化せざるを得ないかというところ、さつき馬場園先生もおっしゃったように、要するに入所申込者の半分以上は病院と老健、とりわけ病院の人たちです。病院はなぜかという寝たきりをつくっているからです。これはもう常識です。エビデンスもあります。だから、それを家族に戻せないから膨大な施設過剰超過需要が起こっていると私は見ております。ここを何もいじらないで置いて、特養を幾ら整備しても絶対に追いつきません。これは大問題なので、言えないけれども、認識はしていますよとい

うことは言うておいていただきたい。

その上で先ほど言いましたように、小規模多機能とか地域密着型のものもありますし、施設は全てサテライトを認めているわけですから、小規模特養の話がなぜ出てこないのかが私は不思議ではようがないです。すぐに 100 人以上の大きなものを言って、つくれないと言っているのですが、小規模施設をなぜつukらないかという採算が合わないからというけれども、それこそ東京都はお金があるのだから、助成策を導入するなど、多様な対策が必要です。

もう一つ、原則論ですが、介護保険では居宅サービス優先原則をちゃんと条文に 1997 年にされたことがずっと書いているわけです。それと照らして施設をどう考えるのかというのは、補完性の原理の話だと思います。まず在宅で、そして、できるだけ身近な地域で、それも施設は先ほど言いましたように非常に多様であるからどうするか。その上で、これはある意味で 1970 年代の遺産をどうするかという話です。つくられた寝たきりの人たちをどう対処するかという問題。それをこれから一般化するという話ではない。

もう一つ申し上げると、100 人の特養をつくるということは、東京都も既に現知事が副知事時代のチームで言っているように巨額な費用がかかる。そのことによって 400 人、500 人、1,000 人、2,000 人に可能なサービスを施設に集中することによって奪うことになる。極めて非効率的にならざるを得ないです。

それで杉並区のようにああいうことができるのは、私はここで一つ申し上げておきたいのは、大船渡、陸前高田で被災をしなかった病院、老健、特養を持っている医療法人の理事長さんの話を伺ったんです。彼は自分の病院や施設をつくる時に、徹底的にハザードマップを研究して、津波の来なかったところだけに立地させているのです。これが津波の中で生きていた三陸の人の知恵だと、実名を挙げれば大変有名な方なのですが、そういうのをおっしゃっていたのです。

そういう配慮を杉並区はしていらっしゃいますか。彼は今まで津波が襲ったところには絶対に建ててはいけないと思った。ところがハザードマップを見ますと、3メートル以上の津波が来るところに今、建てようとしているのです。どういうことが起こったか。こちらには宮古市で震災にあわれた熊坂先生がいらっしゃいますが、それはハードで対応はできないということだけははっきりしているんです。

そういうことを含めて、その配慮なしにすると本当に責任を問われますよ。5年、10年、20

年したら皆さんは辞めているかもしれないけれども、このときに計画をした人たちに非常に厳しい責任があるということを感じておやりになるなら、それで結構ですが、それだけ責任をとる覚悟でやっていただきたい。少なくとも地震が来ないという予報がない以上は、それだけの覚悟があるんですか。

発言 8

○高橋委員　そろそろ老人福祉圏はおやめになったらどうですか。介護保険の時代。要するにこれは何かイメージが合わないです。それは先ほどの話で言えば、川上、川下論と物すごく関係するので、やはり一般病院の中で社会的入院なり療養医療所などがあって、そこで施設を待っているという現実があるわけで、それを一体的にとらえるような、流入・流出を単に特養の話だけではなくて相対的に使わないと、どうも現実性がないと思います。そういうことを含めて御検討をいただいたほうがいいと思います。

やはり施設はそういう意味では、レジデュアル（残余的）になります。メインディッシュは居宅サービスだと介護保険法に書いてあるんです。そのことを十分にわきまえた議論をしていただかないと、介護保険法の居宅サービス原則は何だったのかという話になりますので、そういう距離感を持った記述にしないでいただかないと、本当に施設依存をずっと我々は再生産してきたわけで、それはやらないというのが 2025 年モデルの国民会議の提唱で、だから、「施設から地域へ、医療から介護へ」という表現があって、それとの整合性はとって議論をしないと、国民会議の報告書は何だったのかという話になるので、そこら辺のことはぜひ慎重にお考えいただきたい。

第五回 9月20日

発言 1

○高橋委員　この報告書のポジティブな面は、それぞれの自治体の委員からおっしゃっていただきました。私は、大変危惧しておることの幾つかについて述べさせていただきます。

地域包括ケアが政治家の皆さんや行政の皆さんの中で神棚に祭り上げられまして、国民会議のいう 1970 年代モデル、要するに介護、医療、福祉を完結型でやるという方向に実は先祖返り

しつつあると思って大変危惧をしております。

プライバシーを守る多床室という、日本語としてあり得ない概念がどうやらこの世の中に、この制度の中にあられようとしております。プライバシーという概念をまじめに考えたことのない人がそういうことを言っているのでありまして、そういうことを含めて言霊の国でありますので、そこら辺はまず警告をしておきたいと思います。

どういうことかという、私は個人的に杉並区長や南伊豆町長をそしるつもりは全くございません。ただし、そこで出てくる政策の発想そのものを問いたいのであります。何を申し上げたいかという、介護保険法1条には要介護、要支援であっても尊厳を守らなければいけないと書いてあります。それは御存じでしょう。それから、居宅処遇原則ということが1997年の制定時から介護保険法に書いてあります。

そういうことを考えますと、高齢者を単独、一人にして縁もゆかりもないですよ。杉並区と南伊豆町は行政同士の関係はあるかもしれませんが、ぜんそくの子どもたちは南伊豆で楽しい夏を過ごしていたかもしれませんが、高齢者にとってはさまざまな縁（えにし）を全部抜かれて70、80の、要介護がこれから3以上になるという提案がありますから、要介護中重度の方々が移住することになります。

何回も申し上げておりますが、これは定説でございまして、リロケーションショックという認知症の方や要介護の方が重度化することが環境の変化の中で起こるんだということは明らかでございまして、そういうことを政策としてお出しになるということの問題点を私は感じざるを得ません。

そういう意味で、私は介護保険法1条違反だと思っております。要するに、尊厳というのはその人らしい生活を地域で実現する。これは、要介護であろうが、なかろうが課題です。

どうしてそういう発想が出ているか、つらつら考えました。こういう政策をおつくりになる方は、多床室やそういう場所にはお入りにならないであろうということを前提として、お気の毒で現在問題を抱えている要介護のお年寄りたちというよりは、要介護のお年寄りの家族をお救いするんだという善意の発想がこういう政策を生み出したのですが、善意は地獄への道ということを行った有名な思想家があります。そういう意味でいえば、やはりこの問題は地域包括ケアの推進という大きな流れに穴を空けるものだ。そして、この穴が大きくなることを私は大変恐れております。

なぜならば、私は1号被保険者でございますから、やがてケアが必要になればさまざまなケアを選ばざるを得ない。そのときに、あなたは地震の危険のあるところへ行くかといわれて、ほかに手段はないぞと言われたときにどうするか。そういう手段を選択肢として与えてほしくない。

もう一つ、そういうことでいえばわざわざきょう静岡からお見えでございますが、私はきょうの朝、南伊豆町のハザードマップを眺め直してまいりました。3メートル程度の津波で、そのほかは5～10メートルと、弓ヶ浜地域では、予想されております。これは国の予想でございます。逆にいうと、我々は介護保険施設についてさまざまな指定基準やそういうものを持っております。これは入所者の安全を守る。それから、適切なケアを受ける場として考えてさまざまな規制が置かれているわけですが、津波で被災するリスクというのは施設のクオリティーを守る上で最小限守るべきことですが、要するに危険のない場所に心身虚弱な人がいるべきであるという通念に背馳する。

というのは、東日本大震災でも我々は経験しておりますし、もうこれは予見できなかったことだと言ひ逃れはできないことです。これは、予見できなかったからしょうがないという言葉が何度も聞かれましたが、この場合ハザードマップをつらつら拝見しますと、やはり3メートルの津波が予想される場所に幾ら5メートルのものをおつくりになり、4階、5階をおつくりになったとしても東日本大震災で特養や老健、それから療養型病床群で起こったことを考えると、それこそ大変な犠牲を入所されている人たちに強いる。そういう意味では、私は非常に心が痛んでおりまして、将来の犠牲者の方たちに責任を感じます。

ちょっと不規則発言をさせていただきますが、区長さんがこの特養に介護が必要になってお入りになると宣言をなさるならば、それだけの決心をなさっているんだと皮肉を言いたくなるほど、あるいはそれを推進しておられる政治家の皆さんも議員の皆さんもお入りになりますと言っただけ、これは介護保険の精神になります。

介護保険というのは、国民の連帯で我々が出して自分たちの当事者性というものを想定した、要するに介護が必要になるリスクは全ての被保険者が持っているということを前提にしてつくった制度で、これは措置の仕組みとは全く違うわけです。我々が当事者として将来介護が必要になったときに国民の共同連帯でこういう制度をつくるという想定ですから、この場合、犠牲を強いるような介護施設をつくることはいかがか。

これは、むしろ当事者よりは国のお立場としてきちんと見解を示し、「慎重に検討を要する」と書いてあるのは政治の言葉でありまして、善処するとか、いろいろな表現もございますが、それについてはこの検討会のメンバーとして私も一端の責任を負わざるを得ませんから、これは追求するとかそういうことではなくて、私自身もこういう方向にさおを差すことができなかつたという痛みを持ちながら質問をさせていただきたいのであります。

そういうことを含めまして、やや長く発言をさせていただいて大変恐縮でございりますが、介護保険を1997年に法律をつくって国民の合意でつくったのは、全ての人が介護というサービスを必要とする状態があるということを前提に保険料を納め、そしてさまざまな費用負担をしながら介護を支えていこうという決意をしたにもかかわらず、そういう発想が出てくる。措置の発想だと思っておりますが、気の毒な方をお世話すればいいという発想の思考がちらちらとこういう考えの方の中に出てくることを大変残念に思っております。

そういうことを含めまして、大都市はこれから非常に困難を抱えておりますが、施設を最後のよりどころにするという思想はそろそろおやめになったほうがいい。この最後のよりどころというのは、1960年代にイギリスのピーター・タウンゼントという研究者が施設の状況を明らかにした詳細な調査の中で、実は最後のよりどころではないという結論を出したんです。

それ以降、イギリス、ヨーロッパはコミュニティケア、まさに地域包括ケアに道を転換いたしました。そして、そのために国民の負担を求めて、それを可能にする仕組みをつくってまいりましたから、そういうことを含めて人の自立性を奪い、これは介護保険の自立支援という概念に反するものでありますし、管理されていく。そういうような場としての施設のあり方をどう克服するか。だから、私は4人部屋は沙汰の限りだと言っているのですが、そういうことを含めた議論をぜひこれから真剣に続けていただきたいと思っております。

やや長くしゃべってしまいましたが、私の意見とさせていただきますと思います。

発言2

○高橋委員

一言だけ、ちょっと申し上げたいと思います。住所地特例の問題で先ほど原局長がおっしゃったとおりのことなのですが、改めて申し上げておいたほうがよろしいかと思っております。私は、住所地特例という特例を導入したときの責任者の方に確認をさせていただきましたが、あれは

措置制度に基づく広域施設利用についてさまざまな、これは既に指摘されたと問題があるので導入して、これは例外的な措置と考えていた。これは確認をいたしました。

平成18年に有料老人ホームに拡大したとき、きちんとした議論がなかったというふうに記憶しております。きちんとした議論のなかったものを、そのまま特例を本則にしてしまうようなやり方はよくない。なぜかという、要するに我が市民であって市民でない人たち、介護についてはそういう人を抱え込むということになるわけです。これは、憲法上の居所の自由までいきます。我々は居所の自由を認められているにもかかわらず、移った自治体でそのほかの市民と同じ扱いを受けないということを経容するということになるんです。

そういう意味でいえば、むしろ給付と負担とおっしゃっていますが、私は介護保険の精神に実は反するものだ。介護保険は短期保険ですから、そういうふうに思っておりまして、そういうことを含めて将来、それこそ人々が自由に流動するということがあるとしたら、高齢者の社会減と社会増を調整するような仕組みを導入せざるを得ない。

それから、サービス付きは要介護1、2、3の経度の人が多いため、先ほど原さんもおっしゃっていましたが、大変不利な扱いにされる可能性が今の財政至上主義の自治体の行動様式を考えるとありますので、そこら辺のことを含めて御検討いただきたい。これは、介護保険が私たちのケアを平等に支えるような仕組みをつくるための基本的な条件を、特例という名前によって奪う。シチズンシップ、市民権という概念がございますが、そういう概念に極めて抵触するものだ。私は、単なる財政論とかということではなくて、原則論として心配をしております。