

第4分科会 講演「医療・福祉のまちづくり提案」

大島 伸一氏（国立長寿医療研究センター名誉総長）

日 時：2017年1月28日（土）13：30～16：30

場 所：愛知大学豊橋校舎 研究館 1F

○司会（長谷川）：五つある分科会のなかで、この会にご参加いただきましてありがとうございます。

この会は、日本の高齢化社会を考える。特に、地域で医療や福祉を考えるための分科会となっております。戸田先生のお考えでは、今回が初めての試みということですが、これからの地域社会を考えていくにあたり、ケアの問題、福祉・医療の課題は避けて通ることができません。逆に、大変重要な課題だと認識されて、われわれをここに呼んでいただいたと思っております。

午前中にセッションがございました。大島先生と私とで地域の高齢社会の課題をお話し申し上げました。午後は、それを踏まえるような、踏まえられないような、つまり、午後だけご参加いただいてもわかる仕組みになってはおりますが、午前中から参加された方は、それを念頭にお聞きいただければ、さらに興味深いものになるのではないかと思っております。

パネルディスカッションで、総勢7名の方になるかと思いますが、あとで来られる新城市の穂積亮次市長さんを含め、この地域の非常に重要なメンバーが勢揃いしております。その皮切りとして、基調講演として大島先生からお話をいただきたいと思っております。大島先生のご紹介をする必要がなかろうかというぐらい、ご高名な方ですが、社会保険中京病院の副院長、名古屋大学医学部附属病院院長等を歴任され、初代の国立長寿医療研究センターの総長をお務めになりました。2年前にリタイアされて、現在は名誉総長でございます。

一言だけ、大島先生の特徴を申し上げます。人間は偉くなると、見識が反比例して狭くなります。しかし、大島先生は偉くなればなるほど、見識が広がってきた方です。このような方がいらっしやらないと日本の医療界は変わりませんので、日本の医療界にとっては宝のような方です。しっかりと活躍いただいて、日本の医療をよい方向へ持って行っていただきたいと、

常々思っている次第です。

それでは、「医療・福祉のまちづくり提案」ということでお話をいただきます。この大学にも、まちづくり関連の学部があるそうですので、その学部の学生さんにも、今日はご参加いただいているのではないかと思います。私はニックネームで「大島プロジェクト」と言っているのですが、1年半前から英知を集めまして高齢問題に携わってこられたことの結果・結論をお話しいただくことになっております。では、よろしくお願いたします。

○大島：ご紹介いただきました大島でございます。長谷川敏彦先生、ご丁寧な、ご過分な紹介をいただきましてありがとうございます。

ということで、本題に入らせていただきます。シナリオとしては、いまさら言うことでもありませんが、高齢社会が来ています。この問題をいろいろなかたちで、私自身が考え始めたのが十数年前です。そのころ、よくわかっている人は「大変な社会が来る、大変な社会になる」と言っていました。しかし、社会全般としては、それが実感として見えるような状況ではまだありませんでした。それが最近では毎年のようにあだとかこうだとか言っているように、いちいち説明しなくても、高齢化による問題がいろいろなかたちで目に見える状況になってきています。あと10年もしますと、目に見えるどころか、それこそ、そのへんにごろごろと転がっているような状況に変わっていくのではないかと思います。その意味では、医療や介護は、最もわかりやすいものではないかと思います。

今日のお話は、社会が超高齢化で劇的に変わってくる。世界的にも歴史的にも、かつてない人口の変化が起こってくる。それくらい社会が大きく変われば、当然、社会に依存しているといえますか、社会と不可分

のかたちで社会を構成している医療、介護や福祉も変わらざるを得ないということになってきます。

人口構造が変われば、医療や介護も変わります。医療そのものが変わるわけでは、医療そのものが変われば、医療の提供の在り方も変わります。医療の提供の在り方が変わることになりますと、コミュニティそのものが、これをどう受け止めて、どのように変化していくのかという方向に動かないかぎり、今のような社会制度、そして、この何十年間でつくり上げてきた医療を提供する仕組みが、これからの超高齢社会のなかで可能なかどうかということが現実に関われてきます。今のままでは、とてもではありませんがたないということが答えとして出ております。そうであれば、医療介護のあり方はどのようなコミュニティをどのようにつくっていくのかということと不可分な話になります。

高齢化によって社会が変わります。社会が変われば医療の提供の仕組みが変わらなければいけないということになれば、それに対してコミュニティはどのように対応していくのかという話になるわけです。

最初のスライドは、「世界一の高齢国」ということです。これも、あえて言うまでもないことかもしれませんが、高齢化率、これは65歳以上の全人口に対する比率です。高齢化率が27.3%、要するに4分の1以上が高齢者ということで世界一です。今、東アジアを中心に、ものすごい勢いで高齢化が進んでいます。あと10年、20年もすれば、香港やシンガポール、韓国も含め、中国、東アジアを中心としたアジア諸国で一気に高齢化が進みますので、東アジアは大きく変わってくる状況にあります。

女性の平均寿命が87.05歳です。2位となっておりますが、第1位は香港です。ずっと日本が1位でしたが、この1~2年で香港と入れ替わりました。ただし、人口の規模で見た場合に、1億人を超えるような国が単独で、この平均寿命を維持しているという意味では、日本が突出していると言えます。男性の平均寿命もめでたく80歳を超えました。平均すると83歳ぐらいです。これも香港に次いで2位です。

問題は、高齢化のスピードです。65歳以上の人口が7%から14%へ、要するに7~14の倍になる期間を高齢化のスピードで見ますと、今のところ24年がダントツです。ものすごい勢いで、社会が変わっていくということです。この勢いを考えますと、社会保障制度のようなものを、高齢化のスピードに合わせてながら設計してゆくと、制度を設計するのはいいのですが、制度が定着したころには社会が変化してしまっているということになりかねません。介護保険、医療保険も全て含めて、既に変化に追いつけるような状況ではなくなってきています。

今後、高齢化率が、このスピードで27.3%から30%、40%へと進んでいきますと、根本的に大きく変更をしても、10年経過してやっと制度の仕組みが落ち着いたかなと思つたら、全く違った社会が出てくることになるわけです。今、このような状況に来ているということです。

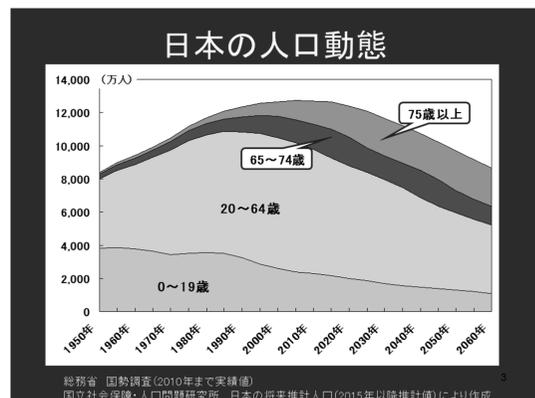
人口動態ですが、一番上のカーブを見てみますと、2008年がピークです。ピークから既に減り始めています。75歳以上の部分だけが増え続けています。今でも増え続けています。そして、65歳から74歳は既に平衡状態になってきています。

世界一の高齢国

1. 高齢化率 2016年 27.3%
2. 平均寿命 2015年
女性 87.05歳 (2位)
男性 80.79歳 (4位)
3. 高齢化のスピード 24年

2

スライド 1. 世界一の高齢化



スライド 2. 日本の人口動態

全体として見ますと、一番下の0歳から19歳のところがどんどん減っています。これは出生率が非常に低下していることを表しているわけです。それを合わせて見ますと、65歳以上の人口は、2060年あたりで30%を軽く超えて35%を超えてくるという状況になることが推論できます。

ここから見えるのは、我々は1億2,800万人に合わせて、一生懸命に社会をつくってきたということです。人口が延びていくことと、成長という国策が一致していて矛盾がなかったということです。一生懸命にお尻を叩いて、頑張れ頑張れとやってきたわけです。

その結果、日本中のあらゆるところまで鉄道が網羅され、下水が網羅され、水道も電気も道路も行き渡りました。これは1億2,800万人用に整備したものです。見ておわかりのように、この約100年の間に50年で8,000万人から1億2,800万人まで増えて、また次の50年で8,000万人台にまで人口が減るわけです。この増えた部分の一番ピークを目指して、あらゆるインフラ整備してきました。医療もそうです。しかし、今度は人口が減ってしまうわけです。整備されたインフラ、開発されたものや快適さの全てを、8,000万人の人口でどのように維持していくのかという問題が、次に、極めて単純な問題として浮かび上がってきます。

道路でも鉄道でもそうです。今、北海道では、鉄道に乗る人がどんどん少なくなっていますので、廃線にしようことをやっています。廃線で済むのか、バスに換えて対応できるのかということも大変なことです。整備が行き届かずに列車事故が頻発しているとか、いろいろなかたちでの問題が避けられないことを覚悟しておかなければなりません。

問題は、この構造変化のなかに全てあります。人口構造が変わりました。高齢者が増えて、若者が減りました。そして、人口が全体として減ります。しかも、その変化があまりにも速すぎるということです。例えば、フランスなどでは、65歳以上人口が7%から14%に増えるのに、100年以上かかっています。100年以上かけて、じわりじわりと高齢者が増えてくるということであれば、いろいろな社会制度やシステムも、それに合わせて準備していく時間が十分かどうかはわかりませんが、豊富にあるということだけは言えます。

日本は今、あまりにも急速に変化しています。いったいどうしたらいいのかと考えると、「進歩・発展・前進・成長」という政府の合言葉は変わらないままです。進歩、発展、前進、成長がいけないなどとは言いませんが、それだけでいいのかという不安がどうしてもついて回ってきます。

その意味では、この変化に合わせた総合的な計画が見えてきません。見えないのか、あるいは必要ないと言っているのか、もちろん、「必要ない」とはつきり言う人はいないと思いますが、おそらく総合計画はあるのでしょうか、適正な人口に合わせた適正なシステムというもののか考え方が見えてこないのです。

これまでの内閣総理大臣の言葉を挙げてみると、小泉純一郎元首相が、「長生きを喜べる社会の構築」という言葉を、第2期目の政権のときに出しました。素晴らしいです。さすが小泉首相だと思いました。しかし何を言っているのか全くわからなく、3回くらい読みました。どうしたら長生きを喜べる社会になるのかという点が全くわかりません。産業を振興して科学技術を進歩させれば、長生きを喜べる社会になるように読めますが、そこに結びつくかが見えてきませんでした。なぜ、どうしてそれが長生きを喜べる社会にいなるのか、読めませんでした。

そして、今、安倍首相が「一億総活躍社会の実現」と言っています。基本的には異論ありません。「一億総活躍」、要するに、年寄りも何もかも一生懸命に働けるうちは働こう、あるいは社会に参加貢献しようという意味ですから、異論はありませんが、もう少し違った言葉を使ってくれないだろうかと思えます。「一億総玉碎」とか、何かぎりぎりの切羽詰まったときの、「一億総ざんげ」とかという言葉が出てきます。若い人にとっては何を言っているのかよくわからないかもしれません。私は昭和20年の終戦の年に生まれましたが、それでもそれらの言葉は嫌な雰囲気とともに残っています。ぎ

超高齢社会

問題は

1. 人口構造の変化
2. 人口の減少
3. 急速な変化



総合計画の欠落

スライド3. 超高齢社会

日本の今後

長生きを喜べる社会の構築

小泉首相(平成16年)

一億総活躍社会の実現

安倍首相(平成27年)

スライド4. 日本の今後

りぎりしに追い詰められたとき、「一億総何とか」という言葉が出てくるのではないかという嫌な感じがします。もう少しいい言い方をしてくれないだろうかというのが、個人的な思いです。

これからの社会を考え、あらためて人間・人生、生活とはいったい何だろうかと考えるときに、高齢者を60歳や65歳で隠居させて、あとは好きなことをやってくださいと。労っているようには見えませんが、年寄りには働かずにあとは楽をしてくださいという雰囲気社会がつくってきたのは、社会の都合で勝手につくったわけです。

たとえば、「非生産人口」「従属人口」というような言葉を公的な文章のなかで使っています。公的な物事を言うときには未だに残っています。少なくとも、このような考え方をやめるところからスタートする必要があります。そして、高齢者は、貴重な資産・資源・財産だという考え方からスタートしましょうと。安倍首相にしても、小泉元首相にしても、このような考え方にのっているとすれば大賛成です。「非生産人口」「従属人口」などという言葉は、少なくとも公的なところからは抹殺することから始める必要があるのではないかと考えています。

高齢者というのは、むしろ最大の資源・財産と考えるべきです。多様な経験・能力を持ち、多彩な経歴・人脈、そして社会的責任から解放され、時間もあります。若い頃に比べて、子育てなどの生活必要経費も小さくなります。そして、時間が多くなります。もう少し考えますと、高齢者は大票田にもなります。しかも高齢者は、投票率が高いという現実があります。このような状況をきちんと押さえたうえで、全く新しい社会での産業・文化・新しい社会の仕組みの創生を同時

高齢者

~~非生産人口~~

~~従属人口~~

↓
貴重な資産・資源

スライド5. 高齢者

超高齢社会

高齢者は最大の資源・財産

1. 多様な経験・能力
2. 多彩な経歴・人脈
3. 社会的責任から解放
4. 生活必要経費の縮小
5. 自由な発想・時間
6. 大票田・高投票率

↓
新しい産業・文化・社会の創生

スライド6. 超高齢社会

に考えていく必要があるのではないかと思います。その意味で、医療介護は非常にわかりやすい分野だと思います。

医療・介護については、スライドの二つがこれからの方向性をはっきりと示したものだと思います。これはすぐインターネットなどで簡単に見ることができるものです。内容は、難しい言葉で書いてありませんので、非常にわかりやすく読むことができます。一つは、地域包括ケア研究会の報告書で、2009年に出たものです。これは地域全体をどうするかというものです。もう一つは、社会保障制度改革国民会議の報告書で、2013年に出たものです。

最初に、地域包括ケアシステムが出たときと比べますと、どんどん進化しています。あまり詳しい説明はいたしません、地域のなかで、地域全体で、地域の特性に合った包括的なケアの仕組みを、地域ごとにどのようにつくっていくのかということが基本的なコンセプトです。

これからの医療・介護

1 地域包括ケア研究会報告書

平成21(2009)年3月

2 社会保障制度改革国民会議報告書

平成25(2013)年8月

8

スライド7. これからの医療・介護

地域包括ケアシステムとは

- ・「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「概ね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には中学校区を基本とする。

(地域包括ケア研究会報告書より)

厚生労働省 11

スライド10. 地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステム



三葉、リサーチ＆コンサルティング「地域包括ケア研究会」地域包括ケアシステムと地域マネジメント」
〔地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業〕
平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

9

スライド8. 地域包括ケアシステム①

地域包括ケアシステム

- ・ 介護・リハビリテーション
- ・ 医療・看護
- ・ 保健・福祉
- ・ 介護予防・生活支援
- ・ すまいとすまい方
- + 本人の選択と本人・家族の心構え

10

スライド9. 地域包括ケアシステム②

キーワードは、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・福祉」「介護予防・生活支援」「すまいとすまい方」「本人の選択と本人・家族の心構え」です。要するに、これまでの20世紀の医療は、簡単に言いますと、病院で徹底的に治す、治療をするという医療で

す。需要の中心は60歳以下の人たちでした。平均寿命を見ましても、先ほども示したように、急速に平均寿命が延びてきているわけです。1950年代あたりでは、平均寿命は50歳台であったことを考えますと、これまでの医療は60歳以下の人に対して、徹底的に治療をして治すということでした。

それは家庭だとか、生活ということ、その間、少し諦めてもらうといいますが、お休みしてもらって治すことを専門にやる工場と言いますと、言葉が悪いのですが、病院に移動をしてもらって、きちんと治ったら、また生活の場にお返しするという医療をおこなってきたわけです。しかし、この地域包括ケアシステムでは、そのような医療では、これからはとても相応しくないということを言っているわけです。

「地域包括ケアシステム」が最初に出たとき、「住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制と定義とする。その際、地域包括ケア圏域については、概ね30分以内に駆けつけられる圏域を理想的な圏域として定義し、具体的には中学校区を基本とする」と。それぞれの地域に合った医療・介護を、きちんとそのコミュニティ全体で提供できるような仕組みをつくり上げていくべきだということです。したがって、100の地域があれば、100の地域に合った地域包括ケアを考えていくのが基本的なコンセプトです。

社会保障制度改革国民会議の報告書ですが、医療・介護分野の改革というところがあります。ここには、つぎのようなことが書いてあります。『病院で治す』から、『地域全体で治し・支える』医療へ』『病院完結

社会保障制度改革国民会議 報告書

2013年8月

1. 「病院で治す」から「地域全体で治し・支える」医療へ
2. 「病院完結型」から「地域完結型」の医療へ
3. 「治す」から「QOL、QOD」の医療へ
4. 総合医(かかりつけ医)中心の医療へ
5. 生活を基本にした連携の医療へ
6. 医師業務と看護業務の見直し
7. データによる評価システムの構築へ
8. 適切な場で適切な医療を提供できる
医師の養成の責任が職能団体にある

13

スライド 11. 社会保障制度改革国民会議 報告書

型』から『地域完結型』の医療へ』『治す』から『QOL、QOD』の医療へ」、この「D」というのは「Death(死)」です。死に対しても、医療は大きな責任と役割があるということ、はっきりと公式文章のなかに明示したのです。「生活を基本にした連携の医療へ」「データによる評価システムの構築へ」ということが書かれています。これも簡単に出せて、簡単に読むことができます。難しい言葉はほとんどありません。

まとめてみますと、「20世紀まで」「21世紀から」と便宜上書いてありますが、これまでの医療、これからの医療ということです。

これまでの医療は急性期対応です。臓器が中心です。腎臓は腎臓、肝臓は肝臓、心臓は心臓というように、腎臓の悪い人が心臓も肝臓も悪いということは、全くないわけではありませんが、まずありません。したがって、若いうちは、ほかに問題がありませんから、腎臓が悪ければ腎臓を徹底的に治す、肝臓が悪ければ肝臓を徹底的に治すという医療を行ってきたわけです。そして、とにかく治療、徹底的に治すということです。これは病院で全てをおこなうという医療です。その間は、社会から少しお預かりして、病院という修理工場できちんと治し、また社会の生活のなかに戻っていただくということです。

これからの高齢者は、誰もが避けられない老化(弱っていく)というプロセスのなかに、慢性的な生活習慣病のようなものが入ってきます。これは完全に治そうと思っても治しきれません。病気と共存していくよりしようがありません。そして、臓器も一つの臓器だけでは済みません。全体が老化というプロセスのなかで、40歳代には100点満点をつけた肝臓が、80歳になれば見かけ上は問題なくても、実際の機能からすると

医療・介護の変化

20世紀まで	21世紀から
急性期対応	老化+慢性疾患
臓器中心	全身対象
治療主体	家庭・地域完結
病院完結	ケア主体

14

スライド 12. 医療・介護の変化

これからの医療

パラダイムの転換

1. 「治す」から「治し・支える」医療へ
2. 「生命予後の改善」から「QOL・QOD」の医療へ
3. 「病院完結型医療」から「地域完結型医療」へ

15

スライド 13. これからの医療

80点ぐらいというように、全体の臓器がいろいろと変化してきます。ですから、全体を見ながら、臓器とどのようにうまく調和していくのかを考えて診ていく必要があります。それは、ときにはケアが主体になり、病院完結から、地域・家庭、全体でどのようにカバーしていくのかということが中心になる医療に変わらなければならないのです。

簡単にまとめてみますと、「治す」から、「治し・支える」医療へ。「生命予後の改善」から「QOL・QOD」の医療への展開です。そして、病院で全て完結する医療から、地域全体で地域の全ての資源を、いかにうまく効率的に有効に使い、その地域に合った医療へ、名古屋や東京のような都会ならその状況に合った仕組みと、そして過疎地と言われるような田舎には田舎に合ったような仕組みを、どのようにつくっていくのかということです。これまでは、そういうことを言いますと、名古屋とか東京には医者も大きな病院もたくさんあるけれども、田舎には総合病院がない。ならば、「まず総

合病院をつくって、医者ももっとたくさんもってこい」という要求の話がすぐに出てきました。そのようなことを言っているのはとてももちません。無いものねだりはしない。これも原則です。

既にある資源をいかに有効に、効率的に使ってのかということを中心に考えるということを、徹底させていくことが必要です。これからの高齢社会を考えたときにどうするのかと考えるときに、過疎地で資源がないところは200人しか住民がいなければ、その200人で集めてまちのほうへ移動させようという考え方が一時議論されました。そんなことが本当に可能なのだろうかとは私は思いました。山形の北上市の市長さんと「高齢化が進んでどんどん空き家も増えてくるから、部落のみんなを集めて、どこかへ集団移住をするという考え方が出ているみたいだけれど、どうですか」と話しました。「冗談じゃない、とんでもない話だ」ということでした。「たった一人になっても残りますよ」と。「そんなことができるものならやってみろ」と市長さんは言っていました。私もそのほうが、むしろ当たり前ではないかと思えます。

しかし、それを貫くために、田舎だからといって、いい加減な医療を受けるわけにはいきません。だからといって「総合病院をつくれ」というような話を始めると、話がぐちゃぐちゃになってしまいます。そこに既にあるものをいかに有効に使っていくのかということを中心に、無いものねだりをしないことを基本にしなければ、まちづくりなど成り立たないと思えます。

私たちは、まちづくりをベースにしなければ、どれほど立派な絵図面を描いても医療も福祉も実現しないということを通認識として、まちづくりの委員会を

共通認識

超高齢化が急速に進み 2060年頃まで続く

高齢社会に合った健康の概念を考え直す

高齢者こそ、これからの社会の資源と考える

世代間の協力、暮らしの視点、専門家との連携を重視する

スライド 14. 共通認識

立ち上げました。その基本認識は、超高齢化が2060年頃まではさらに急速に進んでいくということ。そして、高齢社会に合った健康の概念を持つこと、これまでの健康概念を当てはめると、全て不健康になってしまいます。これからの超高齢社会に合った健康概念とは何かということを変更して考える必要があります。そして、高齢者こそが、これからの社会の資源と考えることです。同時に、世代間の協力、暮らしの視点、専門家とどのように連携し、それぞれの地域に合ったまちづくりができるかということを中心にどうまちづくりを考えてゆかということを進めています。

愛知県の人口減少率は、47県中4番目で非常に少ない。そして、65歳以上人口の割合は、47県中2番目で、これも非常に少ないということです。人口増加地域が70の自治体のうちに10もあります。これもすごいことです。そこから見えてくるのは、高齢化の進展が他県に比べてゆっくりであるということです。

愛知の将来(1)

1. 人口減少率(2015-2040) 4/47県
2. 65歳以上人口割合(2040) 2/47県
3. 人口増加地域(2040) 10/70自治体

↓

高齢化の進展が遅い

17

スライド 15. 愛知の将来①

愛知の将来(2)

1. 高齢化の進展が遅い
2. 製造業が日本一
3. 3次産業が遅れている

18

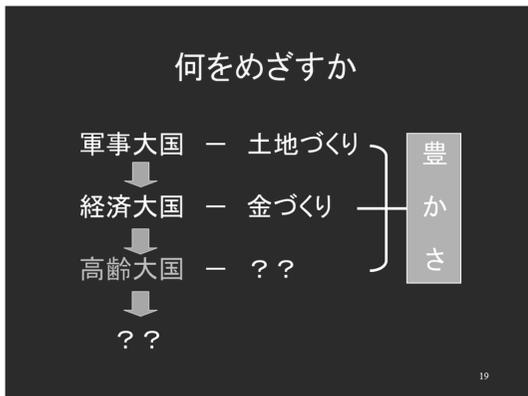
スライド 16. 愛知の将来②

そして、トヨタ自動車など製造業が日本一の県です。ただし、第三次産業が非常に遅れているという特徴を持っています。

ここから見えることは、高齢化が他県に比べてゆっくりであるということ、行き着くところは同じです。したがって、愛知県の有利なところは、ゆっくりな分だけ、考える時間があるということです。あるわけではありません。多少あるということです。さらに言いますと、細かい地区を調べてみますと、愛知県のなかには、あらゆる要素を持った地区があります。過疎地もあれば、豊田市のような非常に恵まれている場所もあります。

結局、これから日本はいったい何をめざすかということです。少なくとも敗戦までは軍事大国を目指しました。世界の列強と競い合いながら、豊かさを求めて土地づくりで争いました。どん底まで行き、たかだか数十年の間に、世界第2位の経済大国にまで上り詰めました。これは言ってみればお金づくりです。これは座長の長谷川敏彦先生のスライドを拝借しております。今、高齢大国として、いったい何をめざすのでしょうか。土地づくり、金づくり、これからはいったい何づくりを目指すのでしょうか。これが、今、私たちが考えることです。私はまちづくりに集約されると思っています。

愛知県のなかでも、状況は地域によって大きく異なります。地域ごとに、地域の実情に合ったまちづくりを、地域が決めて進めるべきです。これまでのように、最終的には県や国の行政に頼るやり方は通用しません。無いものねだりをするのではなく、行政と専門家と住民が協力して、地域にあるものを工夫して使っていくのです。



スライド 17. 何をめざすか

前提と目標 (1)

1、愛知県の中でも状況は地域によって大きく異なる。地域ごとに、地域の実情に合ったまちづくりを、地域が決めて進めるべきである。

2、これまでのように、最終的には県や国の行政に頼るやり方は通用しない。無いものねだりをするのではなく、行政と専門家と住民が力を合わせて地域にあるものを工夫して使っていく。

スライド 18. 前提と目標①

前提と目標 (2)

3、これまでのように、最終的には県や国の行政に頼るやり方は通用しない。無いものねだりをするのではなく、行政と専門家と住民が力を合わせて地域にあるものを工夫して使っていく。

4、高齢者にとってだけ住みやすいまちなどはない。必要なのは全世代にとって住みやすいまち、将来につながるまちである。高齢者は多彩な経験と能力を持ち、若年者は社会を変える力である。40代～50代の人たちには、世代をつなぐリーダーシップが期待されている。

スライド 19. 前提と目標②

高齢者にとってだけ住みやすいまちなどないということ。必要なのは全世代にとって住みやすいまち、将来につながるまちです。高齢者は多彩な経験と能力を持ち、若年者は社会を変える力になります。40歳代から50歳代の人たちには、世代をつなぐリーダーシップが期待されています。

ここで考えなければいけないのは、今、ここに「40代～50代」と書いてある人たちは、10年経つと50歳代、60歳代です。ですから、時間はもう動いているということです。年齢がストップすることはあり得ませんから、常に今30歳代、40歳代の人があつと20年、30年経てばどうなるのかという時間の流れにあることを、きちんとおさえてまちづくりを考えていく必要があります。

愛知県地域再生・まちづくり研究会

・準備委員会から第5回までが参加メンバーの講演・ディスカッション
 ・第6回以降は、講師も含めたディスカッション（行政、専門家の講演）

講演	名前	所属
第4回	鈴木 聡	近畿大学建築学部 教授
	松石 拓司	株式会社エンバブックス
第7回	上嶋 雅英	経済産業省 ヘルメット産業 課長
	渡邊 智	農林水産省 食料産業局 食文化・市場開発課 課長補佐
第8回	坂本 喜一郎	移動ビジネスパートナーズ 登録人
	加藤田 啓介	株式会社資料対策所 顧問
第9回	森 一希	大阪府立大学大学院 多摩科学研究所 福祉環境デザイン学 教授
	成瀬 幸雄	独立系 専断理事
第10回	津島 智宏	香川大学助産師学院 副院長 教授
	小嶋 篤史	千葉理科大学大学院 事業環境研究所 研究科長補佐 教授
第14回	鶴見 智子	愛知県農林部地域政策課主幹(地域振興)主幹
	香山 幸一	豊橋市役所地域振興課長
第15回	吉岡 知彦	長浜市市長
	伊藤 敏行	愛知大学地域研究センター 教授
第16回	大森 謙	愛知大学名誉教授
第17回	吉田 一幸	長久手市長
第18回	五田 隆彦	豊田市長
第19回	山崎実都	元学生労働者社会 課長局長 元学生労働者社会 課長局長 元学生労働者社会 課長局長



スライド 20. 愛知県地域再生・まちづくり研究会

超高齢社会

日本が
迎えているのは危機ではない
変化である

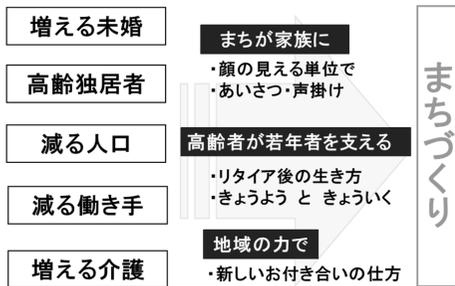
「ドラッカーの遺言」 P.F.ドラッカー

24

スライド 22. 超高齢社会

もう、これしかない

(一社)未来医療研究機構 代表理事 長谷川剛彦氏の資料を基に作成



スライド 21. もう、これしかない

私たちがやった勉強会です。15 回目のときに、戸田先生にも講師として来ていただき、お話を伺いました。

これも長谷川先生のスライドを拝借したのですが、結局、これしかないということです。「増える未婚」「高齢独居者」「減る人口」「減る働き手」「増える介護」です。ここから行き着くところは、それぞれの地域に合った、それぞれの地域がそれぞれ独自の判断で、それぞれのまちを、自分たちでどのようにつくっていくかという答えしかありません。

最後に、ドラッカー（Peter Ferdinand Drucker）の言葉を紹介して、本日の話を終わりたいと思います。

「日本が迎えているのは危機ではない、変化である」。この言葉だけを残したわけではありませんが、このすぐあとに亡くなっています。高齢社会の出現は「危機ではない変化である」と、要するに必然的に起こってきている変化だということです。しかし、この変化を危機的な状況にしてしまうのかどうか、おそらく今、私たちが直面している状況だと思います。危機的な状

況にするかどうかは、何なのかということを考えますと、当然、日本人自らであり、あるいは地域それぞれです。10年か、20年、あるいは30年経つと、地域によってものすごく大きな差が出てくるだろうと思っています。以上です。ありがとうございました。

(以上)