

日本医療福祉生活協同組合連合会
創立記念シンポジウム

「高齢者にやさしい都市(まち)づくり」

報 告 書



日本医療福祉生活協同組合連合会創立記念シンポジウム
「高齢者にやさしい都市（まち）づくり」
＜概 要＞

◎日時 2010年10月13日

◎場所 グランドプリンスホテル赤坂（千代田区紀尾井町）

◎参加 170人（うち生協：83生協、137人）

◎プログラム

- ・総合司会 松本弘道氏（医療福祉生協連常任理事）
- ・開会あいさつ 日野秀逸氏（医療福祉生協連副会長理事）
- ・コーディネーター 高橋泰行氏（医療福祉生協連会長理事）
- ・基調報告「高齢者にやさしいまちづくりとWHOのグローバルネットワーク」
ジョン・ベアード氏（WHO高齢化と人生部部長）
- ・報告「変化する高齢化地域社会とセーフティネット～市民のコミュニティ
への役割とは」
千田 透氏（厚生労働省老健局総務課課長補佐）
- ・報告「WHO『高齢者にやさしいまちチェック』先行実施報告」
大野孝明氏（医療福祉生協連理事）
- ・質疑・討論
- ・まとめ

◇日本医療福祉生活協同組合連合会◇

医療・福祉事業を行う生協の全国連合会。2010年7月6日に創立総会を行い、同年10月1日に事業を開始。主な事業として生協・協同組合間連携、情報発信、社会連帯、医療・福祉職員の確保・育成、出版・供給事業などを行っている。

医療福祉生協連の概況

	2007年	2008年	2009年
会員生協数	117	117	115
組合員数(千人)	2,625	2,680	2,710
出資金額(百万円)	67,423	69,400	71,576
総事業高(百万円)	280,606	282,500	295,781
うち医療事業(百万円)	235,798	236,000	244,160
うち福祉事業(百万円)	43,827	46,500	50,457
病院数	81	79	78
病床数(床)	12,875	12,874	12,460
診療所数	351	349	344
歯科施設(診療所数に含む)	55	43	45
訪問看護ステーション	222	213	201
介護老人保健施設	18	19	23
ヘルパーステーション	185	175	184
通所リハビリ事業所	172	160	166
通所介護事業所	143	155	161

目 次

○開会あいさつ・開催趣旨	7
○基調講演「高齢者にやさしいまちづくりとWHOのグローバル ネットワーク」(ジョン・ベアード)	11
1、とりくみの背景：高齢化 11	
・本当の高齢化はじまったばかり	
・高齢者は社会のお荷物なのか	
・加齢へのアプローチと環境要因	
2、高齢者にやさしい都市の大切な要素 17	
3、高齢者にやさしい都市グローバルネットワーク 19	
・ネットワークへの参加	
・WHOのグローバルネットワーク	
4、ネットワーク活動の今後 24	
○報告「変化する高齢化地域社会とセーフティネット～市民の コミュニティへの役割とは」(千田 透)	27
1、人口の高齢化 27	
2、介護保険制度の改正に向けて 29	
3、いま地域社会でおきていること 30	
・地域における具体的な事象と課題例	
・とくに支援が必要な高齢者等	
・地域に必要なサービス	
4、現状認識と課題設定 33	
5、今後のコミュニティと福祉 35	
○報告「WHO『高齢者にやさしいまちチェック』先行実施報告」 (大野孝明)	37
1、「高齢者にやさしいまちチェック」先行調査の概要 37	
2、「高齢者にやさしいまちチェック」先行調査の結果 39	
・分野別の平均点比較	
・グループ別の平均点比較	
・平均点「3.0以上」「1.9以下」の項目比較	
・事項別集計のまとめ	
・生協別の比較	
3、先行実施調査のまとめ 45	
4、今後のとりくみ課題 46	
○2つの報告へのコメント (ジョン・ベアード)	48
○質疑・討論	51
・医療生協のシステムを地域にどう広げるか	

- ・高齢者自身の意識改革も問われている
- ・協同組合間協同による高齢者にやさしいまちづくり
- ・小規模多機能施設をめぐって
- ・医療生協の役割と国への期待
- ・医療生協活動の積極的な発信を
- ・医療生協の強みを生かしたとりくみをすすめる

○シンポジウムのまとめ 63

日本医療福祉生活協同組合連合会
創立記念シンポジウム
「高齢者にやさしい都市(まち)づくり」

◆総合司会

松本弘道（常任理事、庄内医療生協専務理事）

これより、医療福祉生協連創立記念シンポジウム「高齢者にやさしいまちづくり」を開催します。新しい連合会のスタートを飾るこのシンポを皆さんの協力と情熱で、記憶にも記録にも残るシンポジウムにしたいと思います。

それでは、主催者を代表して、医療福祉生協連副会長理事・日野秀逸から開会のあいさつを申し上げます。



◆開会あいさつ

日野秀逸（医療福祉生協連副会長理事）

ご参集のみなさん。いまから53年前の1957年に、日本生活協同組合連合会の一部問として医療部会が形成されました。その後50年余り、多くの先輩や各方面の支援を得ながら、今日では280万に近い組合員と115の単位生協によって構成される組織、そして運動に発展してきました。

このたび、私たちは積み上げてきた土台の上に立って、また医療や福祉を生活協同組合の本務となす事業と位置づけられた新たな生協法に立脚して、今年（2010年）8月に日本医療福祉生活協同組合連合会としての認可を受け、この10月1日から業務を開始しました。まず、このことをみなさまに報告したいと思います。ありがとうございました。（拍手）

本日から3日間、2010年トップセミナーを開催します。今年のトップセミナーは3つの内容からなっています。1つは、これから行われる創立記念シンポジウム、2つは今夜開催する創立記念レセプション、そして3つめは上期活動のまとめと下期方針



の確認の会議です。

まず、高齢者にやさしいまちづくりについてです。医療福祉生協連は、国際的に重要な社会的課題になっている高齢化について、高齢者にやさしいまちづくりという視点からとりくみをはじめました。高齢者にやさしいまちづくりというのは、実際には誰にとっても住みよい地域づくり、まちづくりにほかなりません。

このシンポジウムを皮切りに、トップセミナーの3つの行事をみなさんの協力を得ながら成功させたいと思います。これをもって開会のあいさつとします。

◆松本弘道（総合司会）

ありがとうございました。続きまして、シンポジウムのパネリストの紹介とシンポの進め方について、コーディネーターの高橋泰行会長理事をお願いします。

◆開催趣旨

高橋泰行（医療福祉生協連 会長理事）

新しい医療福祉生協連の会長理事の高橋泰行です。記念すべき創立記念シンポジウム「高齢者にやさしいまちづくり」の司会進行をつとめさせていただきます。

このシンポジウムに至る経過について、少し報告させていただきます。2007年9月に第3回国際保健協同組合協議会フォーラムを東京で開催しました。このとき、当時WHO高齢化と人生部の部長であられたルイス・ブルーフ氏が、高齢者にやさしい都市プロジェクトの報告をされました。日本ではじめての報告です。そして、そのとりくみを日本では私たち日本生協連医療部会が担当するという覚え書きをWHOと交わしたわけです。これが日本における高齢者にやさしいまちづくりのとりくみの出発点でした。

医療部会は、同年（2007年）11月にWHOが出した「アクティブ・エイジングの提唱」を翻訳・出版しました。そして、アクティブ・エイジングに基づく2つのとりくみを開始しました。「高齢者にやさしいまちづくり」と「高齢者にやさしい診療所づくり」のとりくみです。

2009年2月には、WHOの「高齢者にやさしい診療所ツールキット」を翻訳・出版しました。そして2009年4月から全国12の診療所で世界に先がけてWHO高齢者にやさしい診療所の導入プログラムの実践を行ってきました。

そして、2009年8月にはWHO高齢者にやさしい都市（まち）チェックリストに沿ったチェック活動を全国10生協で先行実施しました。後ほどその成果を発表させていただきます。

高齢者にやさしい診療所づくりのとりくみは1年目を終了して、2年目を迎えた2010年4月からは、新たに20の診療所がエントリーしてバージョンアップされた高齢者にやさしい診療所をめざしたとりくみに入っています。



こういうとりくみ経過を踏まえて本日のシンポジウムを開催するに至りました。

このシンポジウムの目的は3つあります。

1つは、基調講演をお願いしているWHOの方から高齢者にやさしい都市プロジェクトの内容と現状を学ぶこと、2つは、日本における超高齢社会を目前にして、どういうまちづくりが可能なのか、超高齢社会を目前にしたまちづくりの課題は何なのかということを、しっかり学びたいと思っています。そして3つめは、私たちがとりくんできた「WHO高齢者にやさしいまちチェック」先行実施から、何が見えてきたのか、具体的にどのような活動が可能なのか、そして、シンポに参加されているWHOの方や厚生労働省の方のお話から、私たち医療福祉生協連に何が求められているのかをしっかりと聞いて、新しい医療福祉生協連の出発点にしたいと考えております。

次にシンポジウムの進め方です。まずWHOの方から高齢者にやさしい都市プロジェクトに関する基調講演を受けます。そして2人のシンポジストを加えて、みなさんといっしょに高齢者にやさしいまちづくりの課題、医療福祉生協連への期待、役割について討議をすすめたいと思っています。最後まで、みなさんのご協力をお願いします。

それでは、最初に基調講演をされるジョン・ベアード氏を紹介します。ジョン・ベアード博士は、ジュネーブにあるWHOの高齢化と人生部の部長をされています。全世界193カ国の政府レベルにおいて、論拠を基にした高齢化問題のために働いて、高齢者の利益を最大化し、高齢者の挑戦を助けるような政策、基準、参加づくりをすすめる役割をすすめておられます。

ジョン・ベアード氏は、以前からオーストラリアおよびアメリカ合衆国で、公衆衛生分野において高度で幅広い役割をはたし、高齢者の健康に関する身体影響、社会的影響についての多くの研究を行うなど、広範な活躍をされています。

あと2人のシンポジストの紹介は報告を受ける前にあらためて行います。

それでは、高齢者にやさしい都市プロジェクトの責任者であるジョン・ベアード氏の基調講演を受けたいと思います。ベアードさん、お願いします。

【基調講演】

高齢者にやさしいまちづくり ～WHOのグローバルネットワーク～

ジョン・ベアード

（世界保健機関（WHO）高齢化と人生部 部長）

みなさんこんにちは。私の家族はいつも日本に関心をもっています。父は日本語を少し話しますが、「こんにちは」と「はい」の2つだけです。

医療福祉生協連の創立を心よりお祝いします。今回は、創立記念でお話する機会を与えていただき、またすばらしい都市・東京を訪れる機会を下さって感謝します。

本日は、テーマをグローバルな脈絡に当てはめて話します。日本で起きていることと世界で起きていることを比較していただきます。次に、WHOの高齢者にやさしい都市（まち）ネットワークについて話します。他の都市ではどのようなとりくみがなされているか、そして願わくば日本の都市にもネットワークに参加していただきたいので、そのことについて話します。そして最後に、今後の動向について話したいと思います。



1、とりくみの背景：高齢化

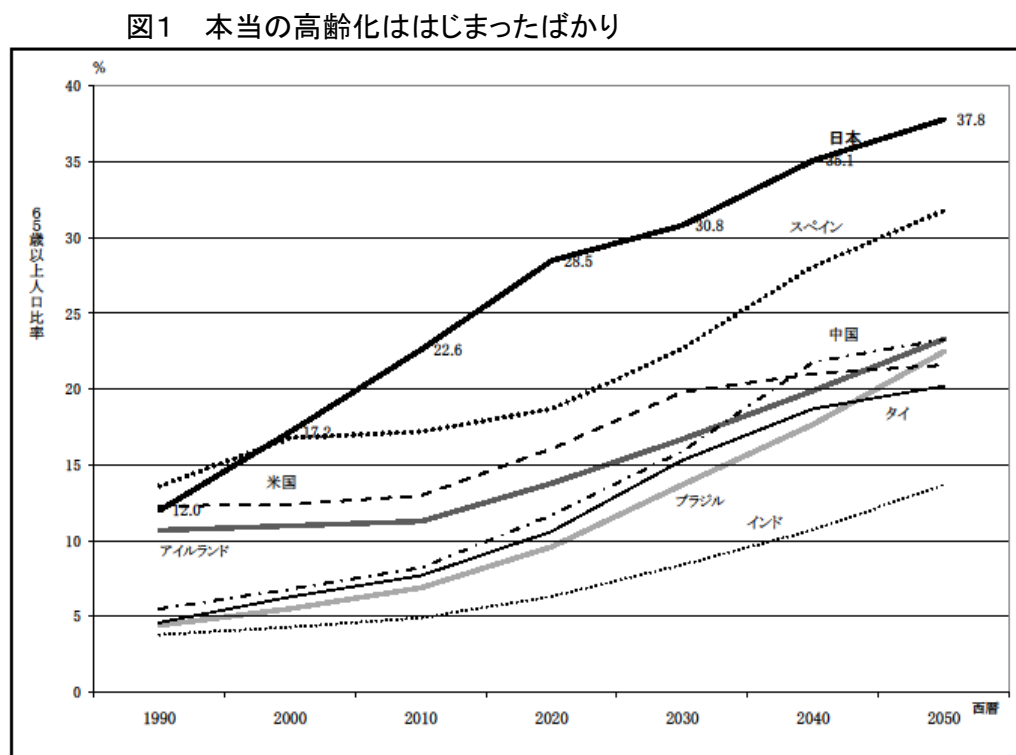
（1）本当の高齢化ははじまったばかり

私は生まれたころ、それはそんなに昔ではありません。1990年代ですが、世界、地球上で80歳以上の人口はたった1400万人でした。それが2050年には、中国1国だけで80歳以上が1億人になる。全世界では4億人になります。これは世界にとって非常に大きな変化です。ですからいまから将来の計画をたてておかねばなりません。

高齢化の趨勢についてはいくつかの誤解があります。

一つ目の誤解は、もうすでに起きていることで、なんとかその嵐を切り抜けたところ です。つまり、本当の高齢化ははじまったばかりだということです。

図1は、65歳以上人口比率の推移の各国比較です。一番上の線が日本であることは、 みなさん驚きではないと思います。



出典) 世界の人口統計(2008)

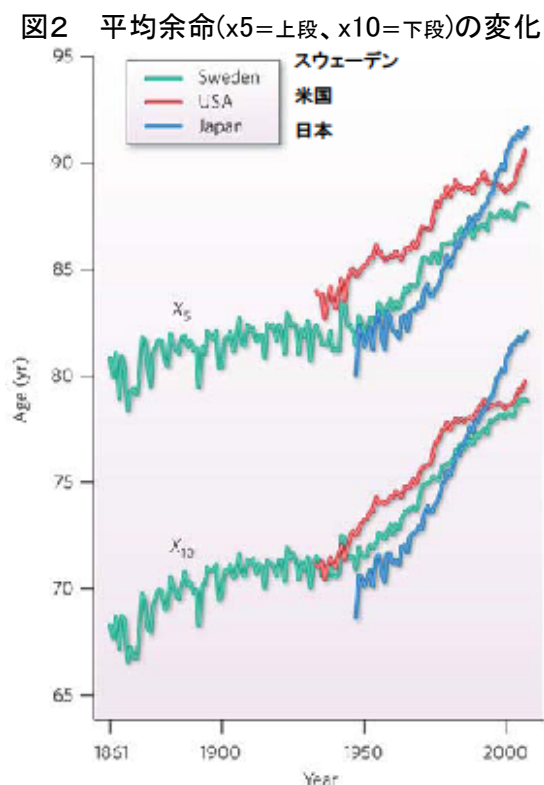
まず、2010年までの推移をみて下さい。しかしこれは第1章にすぎないわけです。その先の40年間、2050年までにどのような変化が起こるかをグラフ化しました。2010年時の上位4つの線は先進国、下の4つの線は中所得国や低所得国です。たとえば中国は、2040年までに高齢者人口比率はアメリカよりも高くなっています。

ですから、高齢化は先進国だけの問題だと思っているかもしれませんが、途上国においては、より急速な変化がこれから経験されることになるわけです。日本は早くから高齢化の経験を培っていますので、これから高齢化する国々に対してリーダーシップを発揮することができるでしょう。いままでの経験に基づいて、どうやって変化する社会に適応できるかについて助言ができるでしょう。

ところで、よく聞かれる質問ですが、なぜ高齢化がすすんでいるかということです。児童の死亡率が下がったことによるのか、それとも長寿になっているからなのか、ということですが、それは簡単に立証できます。当初の発展段階においては、乳幼児死亡率と出生率が下がることによって高齢化がすすみます。そして次に社会が発展すると長寿になるのです。

図2は、平均余命が5年（x5）と10年（x10）の人たちの年齢を示しています。20世紀前半までは、概ね80歳でした。つまり20世紀の大半においては、80歳になった人は余命が5年間期待できたということです。ところがいまは、2000年の一番上が日本ですが、日本では92歳の人の余命が5年です。

これは大きな変化です。つまり、平均余命が12年引き上げられたということです。余命が5年間の平均年齢が、80歳から92歳に引き上げられたわけです。



出典) Vaupel2010

ここでは深入りしませんが、興味深い点があります。人の人生が長くなっただけなのか、それとも人生が長くなって健康になったのかということです。つまり人生の最後の部分が長くなっているのか、前半が長くなっているのかということです。その答えはそれほど明らかになっていません。しかし非常に重要なテーマです。

(2) 高齢者は社会のお荷物なのか

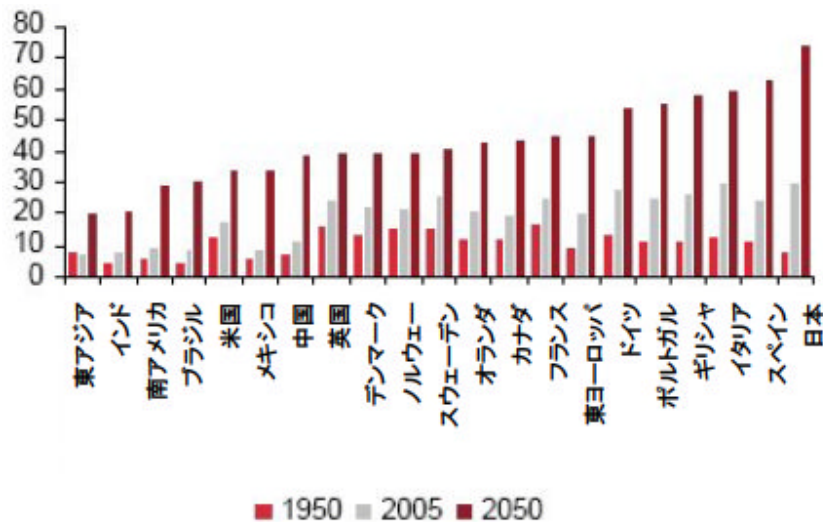
多くの人たちは高齢化の進行をネガティブにみえています。高齢者は社会のお荷物だとみられているわけです。

その一例が、依存率として示されています。

図3は、生産年齢人口（15歳～64歳）を100としたときの65歳以上人口の割合が高齢者依存率を示したものです。日本が一番右側にあります。日本の棒線は3本ありま

す。左の棒は1950年で一番低い。依存率は7、つまり100人のうち7人でした。棒線の真ん中は2005年で依存率は100分の35、そして左側は2050年の予測です。100分の70を超えています。つまり、2050年の高齢者依存率は現在の2倍になるのです。

図3 高齢者依存率の国別比較



私は、高齢者を社会のお荷物として見る考え方、ネガティブに見る考え方に反対です。高齢者は社会のお荷物ではないと思うのです。突然に、社会の生産的な参加者から依存者になる年齢なんて決まっていないと思うのです。高齢者はいろいろな形で社会に寄与します。日本においても、家族の中で80歳を越えるまでは若い人の収入が高齢者をサポートすることになっていないわけです。80歳になるまでは、年をとった人たちの収入が若い人たちをサポートしているわけです。

高齢者は社会のお荷物であるという概念はうち捨てなくてははいけません。

私は、高齢者はすばらしい人的資源だと思っています。そのことを社会が見逃しているんです。もし健康を維持することができて、地域社会においてずっと寄与し続けることができる社会環境を整備することができれば、高齢者はすばらしい資源になって社会の成長を助けることができるでしょうし、成長の安定性をもたらすことができるでしょう。つまり、過去との関係性を高齢者がもたらして、遺産を承継させるということです。

でも、何もせずにそのような社会ができるわけではありません。では、何をしなければならぬのか。

①生涯を通じた健康増進——健康の重要性

まず、やらなければならないのは保健医療です。世界の各地において、高齢社会の対応として年金さえ給付すればいいと思われていました。それで問題は忘れられてもいいと思われています。たしかに経済的な安定性は重要です。しかしもっと重要なのは健康です。高齢者が健康であれば、なんでもやりたいことができます。不健康だと

できることが限られてくるわけです。

そこで考えなくてはならないことは、高齢になって、人生の変わり目にきた人たちに対して、その人たちが自らを活用できるような場をつくるということです。つまり、生涯にわたっての健康増進を行っていかなくてはなりません。

人はみんな高齢化するんです。年齢帯の直線上で、自分の現在の位置がどこかという点が人によって違うだけで、人間はみな高齢化するのです。

②環境の整備

2つめにやらなければならないこと、高齢者をお荷物から宝物にするためにやらなくてはならないことは環境整備です。高齢者が健康に生活することができるような環境整備です。環境が整備されれば、高齢者が社会に寄与し続けることができるでしょう。この点はあとでもう少し詳しく述べます。

③高齢者にやさしいプライマリヘルスケア

3つめにやらなければならないことは、プライマリヘルスケアと介護を長期的に提供することです。

まず、統合された本格的な形で提供されなくてはなりません。国によっては、これらのケアを提供する主体がバラバラになって、包括的ではないところがあります。包括的でないと実効性がなくなります。

そして、初期にスクリーニングを行うことによって慢性疾患を早期発見して、その悪影響を極小化する、改善できるようなシステムが必要です。

また、高齢者が廉価な医薬品にアクセスできるようにしなければなりません。医薬品が高価な国、あるいは全くアクセスできない国があります。高額な医薬品しか提供されていないから、医薬品があっても買えない国もあります。

さらに、確かな技術をもつ協力的なサービス従事者も必要です。多くの国では、労働者人口が減るなかで高齢者が増えています。逆行する2つの変化の中でサービス従事者をどうやって確保するかという課題があります。

そして、長期的なケア（在宅、専門施設）の提供です。このことに関しては本日の午後、厚生労働省の方々とお話する機会に恵まれました。日本においては、非常にすばらしい介護保険制度があるということを学びました。これは他の国々にとっても参考になります。介護保険は非常に重要です。私の母国のオーストラリアでは、2030年までの予想を立てて、高齢化によって医療費用がどの程度嵩むかというインパクトを試算してみました。医療費用が2倍になるという結果がでました。その増額分の半分は長期ケアの需要によって引き起こされるということです。

したがって、制度として長期ケア、介護のシステムがあるということを担保しなければなりません。病弱とか認知症に対応できるような制度です。ほとんどの高齢者が望んでいること、それは在宅で高齢期を迎えたいということです。在宅を支援してくれる制度が欲しいわけです。それが肝心です。

長期ケアにとって大きな課題の一つは、必要なサポートを在宅で提供されたとしてもその支援内容では生活できないということです。訪問客がまったくない、家族との

交流がない、ということになると家が刑務所のようになってしまいます。在宅のほうが施設よりも良いかという、必ずしもそうではないわけです。だからこそ、環境については、単に、家、在宅そして長期ケアという観点からだけではなく、大きな枠組みで考えなくてはなりません。

そして最後に考えなくてはならないのは社会の変化です。高齢化への変化は、それ自体として単独で起きているわけではありません。それ以外の変化も起きているわけです。たとえばグローバル化です。世界は、個別の国の集合体ではなくてみんな連環しています。経済システムが変わってきているし、人の移動も増えています。これらのことが高齢者に影響を及ぼすわけです。日本も例外ではありません。多くの地域社会において高齢者が周辺に追いやられて、限界状態に置かれてしまう現象があるわけです。

日本においても急速な社会変化が起きているということを聞きました。つまり、かつては家父長家族の中で住んでいたけれど、核家族化したために若い世代が高齢者といっしょに生活しなくなってしまったということです。日本の高齢者は、自分の親戚や家族とコンタクトしない割合がアメリカの高齢者よりも少ないというのです。これは劇的な社会変化です。いまから考えておかなければなりません。

どうやって高齢者が周辺化、限界化すること、世帯分離状態になることを防止することができるか。この週末は中国の北部に行っていました。中国政府と高齢者にやさしい都市（まち）づくりについて話し合いました。

中国の中央政府のとりくみの一つとして、世代間の団結、つまり親孝行の精神をどうやって維持するかということを図りたいと話していました。日本でも親孝行は伝統になっているのでしょうか。中国でも、親孝行の伝統を維持して世代間の団結をはかることがカギだと、中国政府の関係者がおっしゃっていました。

（３）加齢へのアプローチと環境要因

では、環境についてどのように考えるかということです。

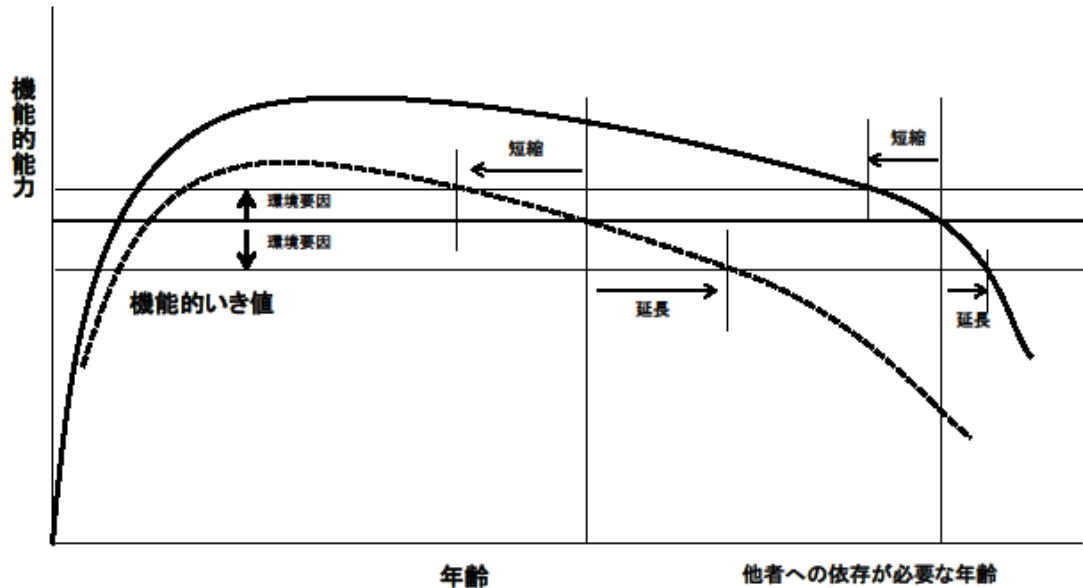
図４は、加齢へのアプローチと環境要因について示したものです。

図の曲線の実線が理想曲線です。私たちの身体的機能は、子どもから大人になるにつれて上昇していった、20歳くらいにピークになります。20歳以降は少しずつ下がっていきます。理想的な状態では健康限界は少しずつしか進みません。末期において急速に減少するのはです。でもいろんな人がいて、さまざまな個人選択を行います。暴飲暴食をしたり、喫煙をしたり、運動をしなくなったりします。みんながみんなそういう選択をするわけではありませんが、そうした個人的な選択が健康限界に影響を及ぼします。ですから、一般には理想的な身体曲線にはなりません。通常は、悪化のペースが理想的な曲線よりももっと低くなります。曲線の下段の点線部分がそれです。

次に横軸をみてください。その時点まで下がるともはや自立的な生活ができなくなる、他者に依存しなくてはならなくなる年齢を示しました。理想的な状態では依存し

なくてはならなくなる年齢が高くなります。要するに、正しいライフスタイルを続けていけば理想曲線に近くなる。他者に依存する時期を遅くすることができるわけです。私はこの図を、もっと上の曲線になる生活をしようと説得する材料に使っています。

図4 加齢へのアプローチと環境要因



もう一つ大事なことは、機能的いき値は決して固定しているわけではないということです。機能的いき値のハードルが下がれば、つまり周りの支援が充実している環境で暮らしていれば、他者に依存しなけねばならなくなる年齢はずっと高くなるわけです。

例をあげましょう。私は日本で障がいをもって生活をしているとします。でも電車や地下鉄があるのでなんとか動き回れるし、十分なサポートサービスがあるから自立して動くことができます。ところが住んでいるところがアフリカのウガンダだとしたらどうでしょう。同じ障がいであれば、おそらく自立した生活はできません。

ですから、環境が、いつ依存しなければならなくなるかということに大きな影響を及ぼすわけです。高齢者にやさしい環境をつくることができれば、ほとんどの人が未来永劫、他者に依存してなくてもすむわけです。

以上のようなことが、WHOの高齢者にやさしい都市（まち）プログラムの基礎になっています。

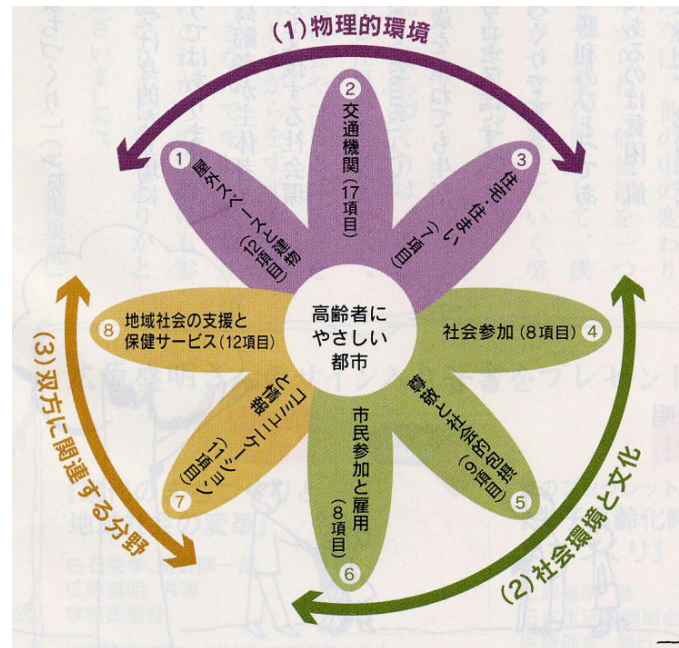
2、高齢者にやさしい都市の大切な要素

高齢者にやさしい都市とは、アクティブエイジングを推進する都市環境のことです。医療福祉生協連も日本においてアクティブエイジングを推進されていますが、単に病

気をしないというだけではなくて、社会に参加し続けることができるということがアクティブエイジングの考え方です。

高齢者にやさしい都市のガイドラインの第1段階は、世界30都市を対象としてつくりました。ガイドラインは8つの異なる特性、テーマから定義されています（図5）。

図5 高齢者にやさしい都市のガイドライン



第1は、屋外施設と建物です。建物は車いすでも入ることができるか、あるいは杖をついている人が階段を登らずにすむか、ということが課題になります。

第2は、公共交通機関です。障がいがある人にとってバスや地下鉄のアクセスがよいかとか、都市のいろいろなところに公共交通機関を使って行くことができるか、ということです。ニューヨークのとりくみを後で紹介します。

第3は、住宅です。高齢者が住んでいる家の設計は適正か、十分な身体能力がない人にも住みやすくなっているか、階段があるか。あるいはワンフロアか、バリアフリーか、十分な照明があるかということです。これら全部が高齢者にやさしい住宅かどうかに影響するわけです。

第4は、社会参加です。高齢者がどのようにして積極的に地域社会に参加しているか、活動に参加しているか、単にそこに住んでいて息をしているだけではなくて、実際に積極参加しているか、どのような形で参加しているか、高齢者が都市（まち）の意思決定にどういう役割をはたしているかということです。

第5は、尊敬と社会的包摂です。高齢者を社会がどう扱うか、その社会で高齢者はどういう気持ちでいるかということです。スロベニアのルビアナという都市の話をしてしましょう。その市の担当者に公共交通機関について聞いたんです。「はい、わが市のバスは障がい者でもアクセスできます。」「それはすばらしい。」「いいえ、そうでもあ

りません。高齢者は苦情を言います。バスには乗れるけれども運転手の扱いがひどい。自分たちが座る前にバスを発進させてしまう。」礼儀正しい運転手を育てるのにコストはかからないわけです。高齢者に敬意をはらえばいいだけのことです。それができていない。

第6は、市民参加と雇用です。多くの人が、何らかの理由によって62歳とか65歳で引退しています。これは奇妙だと思いませんか。なぜ年齢で線引きをするんですか。仕事をしている人が、ある年齢になったら誕生日に引退することは合理性がないと思うのです。多くの国々では、もっと高齢になっても働き続けています。働かなくては暮らしていけないからではなくて、働きたいから働くのです。高齢者は、年をとっても働きたい。そのためには柔軟性が必要です。われわれ現役世代と同じ時間数は働きたくはない、私のような忙しい生活はいやだ。もっと自宅でやりたい。やりたいことがやれる時間が欲しい。それでも仕事はしたい。いまの都市は、そのようなことができる設計になっているかどうかということです。

第7は、コミュニケーションと情報です。高齢者は他の人たちとどうやって意思疎通をしているか、提供されている施設やサービスの情報をどうやって入手しているかということです。高齢者のニーズをどうやって他人に伝えているか、そして決定に対して影響力を行使することができるかということが課題になります。

そして最後、第8は地域社会の支援と保健サービスです。コミュニティサポートとヘルスケアは高齢化において忘れてはならないこと、非常に重要なことです。しかし、私たちが高齢者にやさしい都市モデルにおいて主張しているのは、保健サービスが唯一最大の要素ではなくて、そのほかの7つの要素が合わさってはじめて高齢者にやさしい都市(まち)づくりができるのだということです。

3、高齢者にやさしい都市グローバルネットワーク

(1) ネットワークへの参加

WHOは2010年の初頭、高齢者にやさしい都市グローバルネットワークを立ち上げました。昨年、毎週のように都市からネットワークに参加したいという電話がかかってきて、年初に立ち上げたのです。

ネットワークは、世界の都市、日本もケニアの都市も参加できるような柔軟性があるものにしました。厳格に要件を定義することによって基準を満たさなければならないというのではなくて、柔軟性を重視したのです。ですから、高齢者にやさしい都市の認定ということではなくて、現在よりも高齢者にやさしい都市になりますというネットワークにしていこうと思っています。

高齢者にやさしい都市ネットワークへの参加についてですが、第1段階は、ある都市が参加したいと思ったときには、都市の最高レベル、たとえば市長の意思表示が必

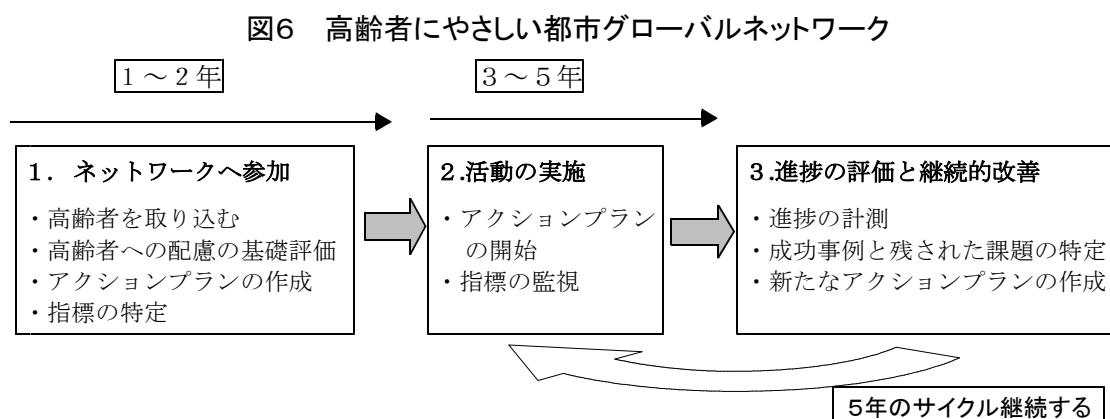
要です。都市の規模は東京都のような大都市でなくてもよい。小さい単位の自治体、市町村でもいいのです。現在のところは大都市しか参加していないのですが、小規模の自治体でもかまいません。

参加登録にあたっては、自治体に4つのことを約束してもらいます。

1つめは高齢者を関与させるということです。2つめは高齢者にやさしい度合いを評価するということです。ガイドラインとかチェックリストが活躍する段階です。日本でも医療生協がチェックリストにもとづく活動をされていますね。評価の段階で違いがでることを期待したい。3つめに重要なのは計画立案です。都市の改善計画をつくるということです。そして4つめは指標をつくることです。その指標を使って、それ以前に比べてどう変わったのかを評価することを行います。

この4つのことを実施すると約束してくれれば、自動的にネットワークの一員になります。参加をする前に何かをしなければならないということではないのです。意思表示さえあればメンバーになっていただけます。

ネットワークに参加すると、まず1～2年目に計画を提出していただきます。計画がよいということになれば、次の実行段階に入ります。3～5年で計画を実行してもらいます。3年間経って改善があったということが実証できれば、大きな改善でなくてもいい、改善に対するコミットでもいいのですが、改善があればサイクルに入るわけです。そこでまた評価を行って、計画を修正・改正して、その後また5年間で実行する。そうやって継続的にネットワークに参加し続けて、継続的に約束の実行をしていくという仕組みです。



(2) WHOのグローバルネットワーク

次に、ネットワークの現状について説明します。今年、2010年初頭にアイデアが生まれて、6月に立ち上げたばかりです。でも、かなりの関心が寄せられています。

まず国レベルの参加です。公式な形でWHOのネットワークに参加して、国レベルで高齢者にやさしい都市づくりをすすめようとしている国としては、まずフランスがあります。フランスでは34都市が国レベルの計画に参加してくれています。2つめは

スロベニアで、7都市が参加しています。もう一つ、公式参加を決めてくれたのはアイルランドです。都市というよりは、郡レベルの参加です。

それから、現在交渉中のところが4カ国あります。まずカナダですが、150のコミュニティが高齢者にやさしいコミュニティづくりをすすめることを決めています。これらのコミュニティに対してネットワークへ参加してもらうことを交渉しています。また、来週にはスペインを訪問して、国レベルのプログラムについて政府当局と話をする予定です。スペインの隣の国、ポルトガルもナショナルプログラムを導入すると言っています。

この週末には中国に行っていました。中国政府も、国のプログラムとして高齢者にやさしい都市づくりをすすめると言っています。想像してみてください。少しずつでも各都市がよくなれば、とくに中国で都市の改善ができれば、それを受益できる高齢者はたくさん生まれるわけです。中国では、上海、北京、それにチチハルなど6都市がすでにパイロットをはじめています。

次に、都市自治体レベルでネットワークに参加している都市についてです。国のプログラムによる参加でなくても、都市レベルで参加したいということであればプロセスに参加してパイロットをはじめていただけます。

都市レベルの最初の参加はニューヨーク（米国）でした。その他、マンチェスター（英国）、ブリュッセル（ベルギー）、ジュネーブ（スイス）、キャンベラ（オーストラリア）、モンテビデオ（ウルグアイ）といった都市が参加しています。また、これらよりも小さな都市も参加しています。

現在は先進国が中心ですが、先進国以外の途上国からもより大きな関与を期待しています。

写真は、2010年6月のニューヨークの発足のものです。参加の証明書を贈っているところです。私（中央）とニューヨーク市長のマイケル・ブルームバーグ氏（右）が写っています。私自身がいつも手渡しに参加できるとは限らないのですが、こういう証明書を贈ると各都市には喜んでいただけます。



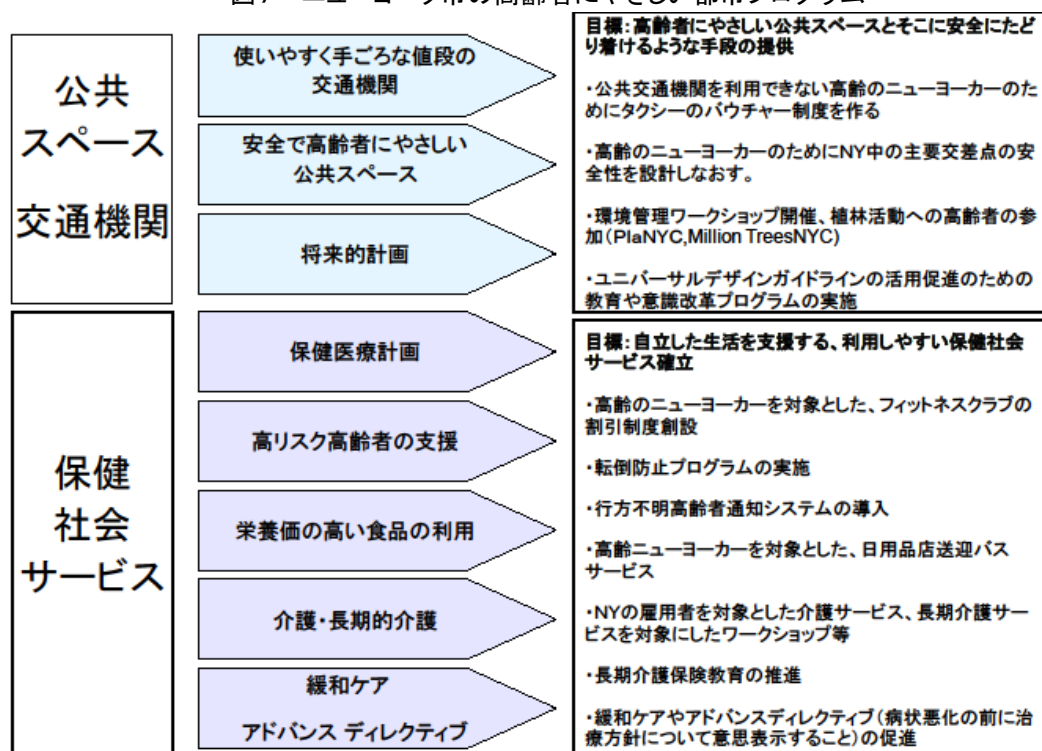
ニューヨーク市のグローバルネットワーク発足式（2010.6.28）

ニューヨーク市のとりくみを紹介しましょう。ネットワークに参加している都市のなかで、ニューヨーク市はかなりすすんでいます。私は、WHOに赴任する前はニューヨークに住んで、生活をしていたことがあるので、ニューヨークの進捗状況が体験的に分かります。

ニューヨーク市のプログラムは、「すべての年齢層の人びとのための都市」(City for All Ages) プログラムです。高齢者にやさしいということは、すべての年齢層にとってもやさしいということだ、とブルームバーグ市長は言っています。対策をうてば、高齢者だけではなくて、いろいろな人たち全員がよりよいアクセスを享受できるし、世代間のつながりも強まるということです。

ニューヨーク市は、コンサルテーション、市民と諮問を行って高齢者にやさしい都市づくりをすすめています(図7)。

図7 ニューヨーク市の高齢者にやさしい都市プログラム



ニューヨーク市がどのような問題点を洗い出したかを簡単に紹介しましょう。

まず、高齢者のための安全なまちづくり、街路づくりです。ニューヨークを訪れたことのある方はご存じでしょう。高齢者が通りを歩くだけでかなり危険です。それに対する対策を打っているわけです。

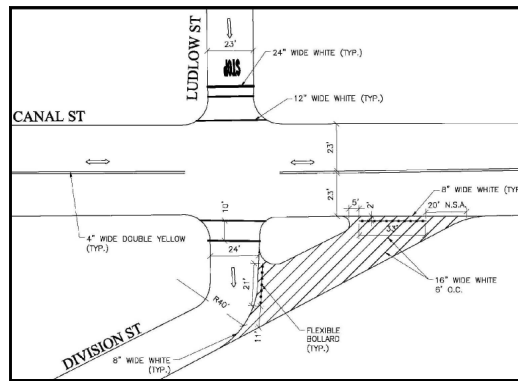
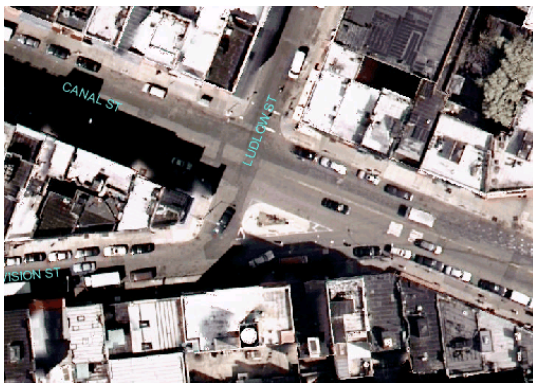
ニューヨーク市内のコミュニティのうち高齢者の割合がもっとも高い地域で、かつ交通事故が件数が多いところを特定しました。マンハッタンは人口密度が非常に高く、たくさんの人が住んでいます。かつ相当な広さがあります。マンハッタンにあるそれぞれのコミュニティにコンサルタントを入れて、実際に住民と話し合いをして、

住民がどういう問題点を感じているか、どういう対策が必要かを話し合いました。

そこで特定された問題の一つとして、横断歩道を青信号のうちに渡りきれないということがあります。とても簡単なことです。青信号の時間を少し延長すればよいわけです。横断にかかる時間にあわせて青信号の時間を延長しました。すべてがコンピュータにつながっているわけではないのですが、何らかの方法で信号の時間を調整しました。2008年6月に行われた積極的な改善行動の結果、43の交差点のうち23の交差点で青信号の時間を高齢者のために長く設定しました。

それから街路の物理的な改善もしました。

写真は、ニューヨーク市内のチャイナタウンの航空写真です。コンサルタントがみたところ、機能不全を起こしている交差点で、かつ危険だということです。斜めに走っている通りがあつて、島ができています。車の方向がバラバラになってしまって混乱が起きている。交通事故が多かった地域です。そこで、横断歩道をつくって、一方通行にした。斜めに走っている部分にコーンを立てて車が入れないようにしました。塗料も塗りました。そうはいっても、シンプルなデザインの変更です。それほど大きな土木工事ではなく、費用も安上がりでした。



ニューヨーク・チャイナタウンの航空写真と斜め街路の改善

また、街路にベンチや植木鉢を置いて、座って休憩できるようにしました。ほとんどすべての都市で高齢者の不満の一つとして聞かれるのは、散歩をしようとしても座って休憩できるところがない、疲れるから大変だということです。

それから、トイレに関する不満も多い。高齢者はトイレの回数が多い。しかしまちにトイレがない。ニューヨーク市は地元の企業とタイアップしてトイレの解決策を実施しようとしています。企業のオフィスにあるトイレが利用できるようにすることで高齢者にやさしい都市づくりをすすめています。企業のオフィスのトイレを使ってください、無料でいいですよ、というやり方です。企業もこのことによって繁盛します。企業にもメリットがあります。誰にも問題が起きないウィンウィンの解決策です。

ジュネーブ市(スイス)も同じような対策を行っています。

ジュネーブ市は、道路や公園にベンチを増やすこと、人びとが道路を安全に渡れるように青信号の時間を長くすること、歩道や街灯の改善を行うなどの目標を定めまし

た。そして2年間で、新しいベンチを165整備する計画のところ232のベンチをつくり、歩道の拡張を27ヵ所で行い、新たな街灯を26つくるなどの改善を行っています。

このように、指標を使って、時間とともに進捗をしているかどうかを計測します。

高齢者にやさしい都市というと、いまは不況期だからお金がかかって無理だという話になります。しかし結局は、優先課題は何かという問題です。他のコミュニティのメンバーと同じように、高齢者をコミュニティの一員としてきちんと尊敬する、そして高齢者にあった環境づくりをするということです。

必ずしもお金をかけるだけではありません。私がおかしいなと思ったのは、ニューヨークのスクールバスの例です。スクールバスは経済的に恵まれない子どもたちのためのシステムです。朝の8時から夕方4時までドライバーを雇って、朝は児童を登校させ、夕方に下校させています。では、登下校時以外の日中は何をしているのかというと、何もやっていない。でもその間の賃金は払っているわけです。市から補助金が出ているわけです。それならばということで、バス会社と提携して、遊ばせているスクールバスを高齢者のために活用するようにした。ショッピングセンターとかコミュニティセンターに高齢者が通えるように、スクールバスを日中、活用したわけです。

このように、お金をかけるだけが能ではありません。頭を使うことで活用できる資源があるということです。

4、ネットワーク活動の今後

では、高齢者にやさしい都市グローバルネットワークに参加する意義は何かということですが。

意義の第1は情報の共有です。都市にとって大事なことは他の都市から学ぶということです。それぞれの都市には、貢献できること、学ぶべきことがいろいろあると思います。このことについて、WHOはウェブのポータルサイトづくりをしています。各都市の計画や評価、どのようなプロセスを経て、どのような施策を実施してきたのかということに掲載してもらうサイトをつくっています。そうすれば、他の都市がここにアクセスして、他の都市でどのようなとりくみが行われているかを学ぶことができます。

たとえばニューヨーク市ではベンチに関して興味深いとりくみを行っています。マンハッタンは人が多すぎてどこにでもベンチが置けるわけではありません。そこでビルの側面にたためるようにしたベンチづくりをした。必要なときにはベンチを倒して使えるようにして邪魔にならないようにしたというようなことです。そうした事例は他の都市でも学べると思います。

このように簡単なデザインで解決できて、他の都市も学べる興味深い施策があるわけです。そうした情報を掲載するチャットルーム、ディスカッションルームをつくり、ニュースなどのセクションを用意します。

次は、engAGE WHO、つまりWHOのポータルサイトの拡張です。ポータルをさらに拡張して、個人、NGO、その他のグループが参加できるように広げていこうと思っています。医療福祉生協連のみなさんもここに参加していただけるのではないのでしょうか。engAGE WHOのポータルを使って、お互いにコミュニケーションをしたり、近況を知らせ合ったりする。あるいは世界にむけて、日本で何がおきているかを発信していただくこともできます。非常にエキサイティングだと思います。

高齢者にやさしい都市の国際会議も計画しています。まず、今年(2010年)11月に香港で開催します。2011年9月にはダブリン開催を予定しています。ここには途上国の20都市の代表を招きます。高齢者にやさしい都市づくりにとってどのような問題があるのか、とくにアクセスの問題やアーバンデザイン(都市設計)の問題が取り上げられるでしょう。そして、2012年にはシンガポールで開催する予定です。近い将来、日本も会議開催の関心を持ってもらえればと思っています。

それから、都市提携をすすめたい。姉妹都市の提携、あるいは国レベルの提携をすすめたい。たとえば、東京はニューヨークと姉妹都市提携をすることはもちろん賛成ですが、他にもタンザニアのダルエスサラームとも提携してはどうでしょうか。そのような姉妹都市提携をすれば、お互いに得られるメリットは大きいと思います。

また、ベストプラクティス(良い事例)のガイドラインづくりもすすめます。高齢者をどうやってコミュニティ活動に参加してもらうか、理想的な屋外環境は何か、というようなことについてガイドラインを策定して、良い事例・ベストプラクティスを共有したいと思います。

賞も授与したいと思います。たとえば、屋外環境について基準にあった都市にWHOから金賞を差し上げるというようなことです。

言語の問題もあります。WHOには193の加盟国がありますので多言語で対応することは大変です。でも日本は、大きな人口を抱えたいろいろな組織がある国ですから、日本語に翻訳していただければと思います。

最後に、日本の状況をあらためてみておきましょう。

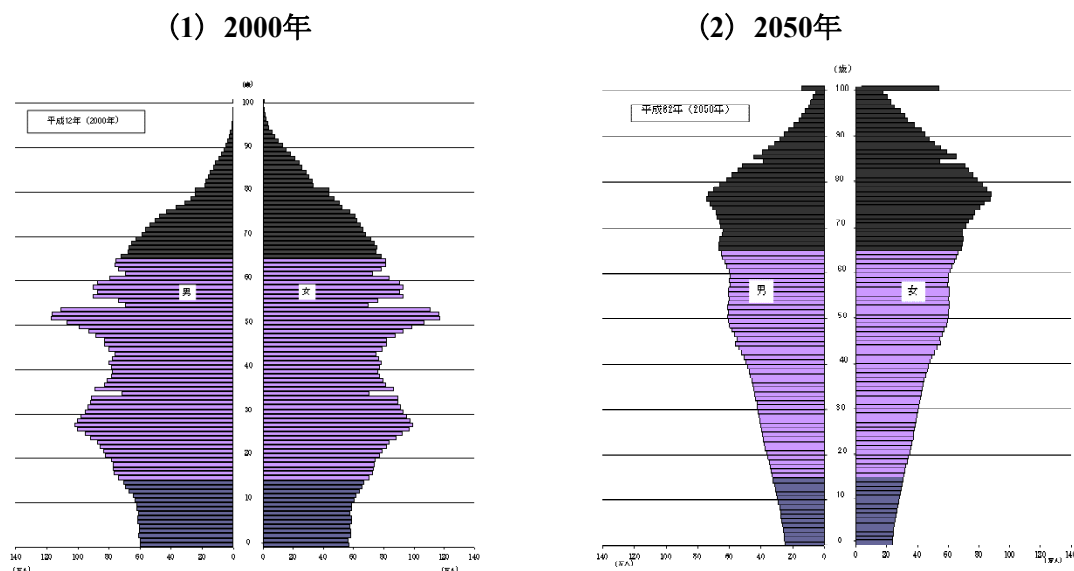
図8は、日本の人口ピラミッドの2000年と2050年を比較したものです。それぞれの図の左側が男性、右側が女性です。

ごらんの通り、2000年当時、日本の人口の大半は60歳ないしは65歳未満です。それが2050年には一変します。日本は社会が非常に大きく変わる国だということです。日本は、社会としてこのような劇的な変化を無視することはできないはずです。このような劇的な高齢化に対応することは、放っておけばなんとかなるという問題ではありません。対応を遅らせれば遅らすほど、それだけ対応が難しくなります。

私は、日本の介護保険制度を聞いて意を強くしましたし、医療福祉生協連の方々が高齢者にやさしい都市、高齢者にやさしい診療所づくりをすすめていることを聞いて意を強くしたところです。これらのことは全部結びついているのです。高齢化に対する対応は、年金を給付するとか介護保険を提供するとかプライマリケアの医療機関を

個々に提供することではなくて、これらすべてを合わせて、足並みをそろえた社会的な対応をしなければならないわけです。これから何百万人も高齢者が増えていくわけですから、社会全体で対応することが重要であるということを、2つの人口ピラミッド図は物語っていると思います。

図8 日本の人口ピラミッド



以上で報告を終わります。ありがとうございました。(拍手)

高橋泰行（コーディネーター）

ジョン・ベアード氏の基調講演を受けまして、ベアード氏を含めて3人の方でシンポジウムをすすめていきたいと思います。

最初に厚生労働省老健局総務課課長補佐の千田透さんから報告を受けたいと思います。千田さんは、1982年に厚生省（当時）に入省され、国立身体障害者リハビリテーションセンター生活指導専門職（ケースワーカー）を経まして、内閣官房内政審議室障害者施策推進本部参事官補佐、厚生労働省老健局介護報酬専門官、福岡県保健福祉部監査保護課長、そして厚生労働省社会・援護局地域福祉課課長補佐をされ、現在の職についておられます。

これまで、障害者、高齢者の医療・福祉や地域福祉、介護保険制度を中心に制度の企画立案にかかわって来られ、省内では「生協おたく」と言われていると本人はおっしゃっています。最近は業務を越えて、低所得者、多重債務者、ホームレス支援、住まい対策など地域社会に直結した生活課題に対して幅広く関わり、市民の目線で地域福祉の活性化や協同組合機能を活用した日常生活の支援方策、格差社会の是正改善をライフワークとしてとりくんでおられます。まさにこのシンポにふさわしい方だと思います。それでは千田さん、よろしくお願いします。

【報告】

変化する高齢化地域社会とセーフティネット
～市民のコミュニティへの役割とは～

千田 透

（厚生労働省老健局総務課課長補佐）

ベアード先生から、日本の高齢化が今後2050年にかけてかなりの勢いで進展していくというお話がありました。その点について数字の上で検証した上で、日本でいまだどんなことが起こっているのか、また地域社会ではどんなことが起こっているのかについてお話させていただいた上で、厚生労働省はどんなことを考えているのか、そして介護保険制度ができてから10年経って、2012年に制度改正を予定していますが、その制度改正のテーマは何なのかを紹介させていただきたい。そして、市民一人ひとりがどんなことを考えていかなければならないかということ、協同組合としてどういう方向に向かっていけばいいのかということについて、行政の立場を越えて、個人的意見も入りますが、お話をさせていただきます。



1、人口の高齢化

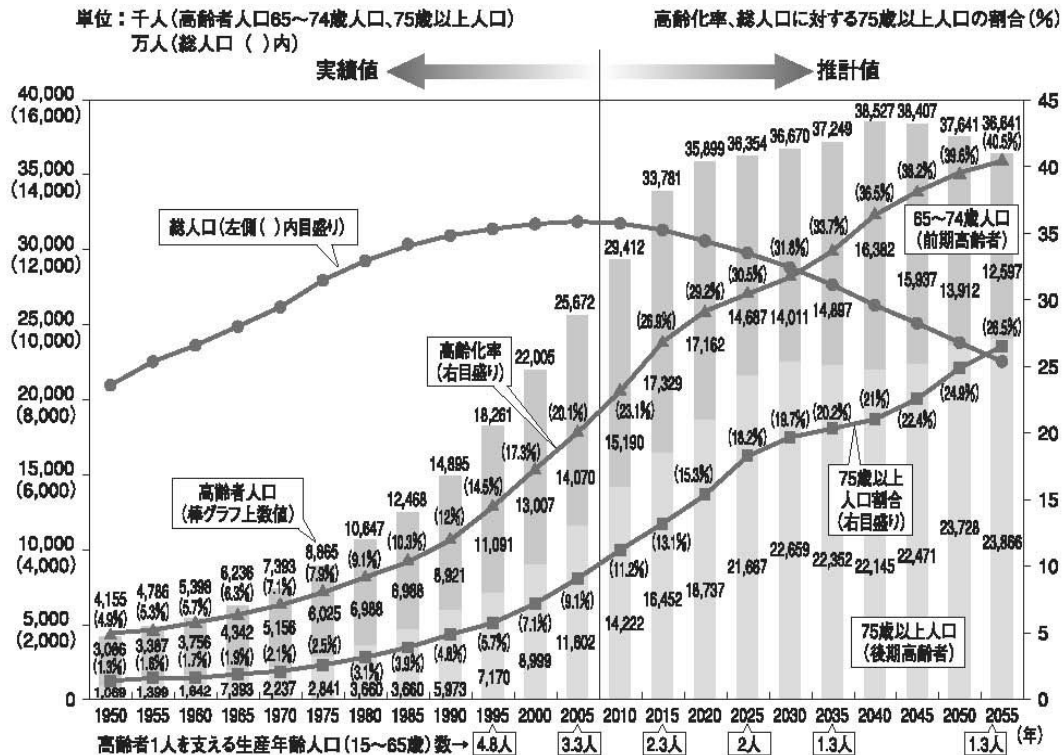
まず、人口の高齢化です。2007年の段階で65歳以上人口は2700万人、それが2030年には3600万人、高齢化率は40%になると推計されています。とくに75歳以上の後期高齢者（この言葉は評判がよくありませんが）、介護保険では要介護認定を受ける割合が高くなるのが75歳以上です。この75歳以上に着目すると、2007年の1200万人強から2050年には2200万人と、1000万人も増加します。（図表1）

高齢者が増えることは別に悪いことではありません。ただ、人口構造からいうと、高齢者を支える生産年齢人口である15歳から64歳の割合が減少していくことは、社会的にみても課題を有するといわざるを得ないと思います。

高齢化がすすんでいく中でも、とくに着目しなければならないのは、今後は都市部

図表1 人口の将来推計

我が国の75歳以上人口の割合は現在10人に1人の割合であるが、2030年には5人に1人、2055年には4人に1人になると推計されている。



資料：2005年までは総務省「国勢調査」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果
出典）「平成22年版高齢社会白書」

図表2 都道府県別の高齢者(65歳以上)人口の推移

今後急速に高齢化が進むのは、首都圏をはじめとする「都市部」

	2005年時点の高 齢者人口(万人)	2015年時点の高 齢者人口(万人)	増加数 (万人)	増加率	順位
埼玉県	116	179	63	55%	1
千葉県	106	160	53	50%	2
神奈川県	149	218	70	47%	3
愛知県	125	177	52	42%	4
大阪府	165	232	68	41%	5
(東京都)	233	316	83	36%	(7)
岩手県	34	39	5	15%	43
島根県	20	22	2	11%	44
秋田県	31	34	4	11%	45
山形県	31	34	3	10%	46
鹿児島県	44	48	4	10%	47
全国	2,576	3,378	802	31%	

出典）「日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）について」（国立社会保障・人口問題研究所）

で高齢化が急速に進展するということです。

図表 2 をみてください。2005年と2015年の都道府県別高齢者（65歳以上）人口の推移です。増加率第1位の埼玉県は、10年間で55%の増加率です。今後の高齢化問題は、まさしく都市部の問題であるといっても過言ではありません。

2、介護保険制度の改正に向けて

2年後の2012年には介護保険制度の改正施行が予定されています。現在の介護保険サービスには、施設と在宅をあわせて38のサービスがありますが、基本は地域社会における在宅介護を指向しています。いま、特養の入所希望者が40万いるといわれていますが、それは地域の中でのサービスが足りないからではないでしょうか。地域の中で支えあう仕組みが少ないのもそのひとつの要因であると考えられています。

介護保険制度の改正に向けて議論をすすめています。論点としてあげられているのは次のような点です。

①地域包括ケアの実現

第1は、サービス体型のあり方として、地域包括ケアを実現する課題です。

地域の中での介護サービスを提供していくために、いろいろな介護サービスにつなげていく、そして地域で安心した生活ができるようにするという観点から、地域包括24時間相談支援を強化すること、ケアマネジメントの質を強化すること、小規模事業所の連携ビジネスモデルをつくるのが課題になります。

また、医療サービス提供体制の強化も課題です。在宅療養支援診療所や訪問看護の体制確保、介護職員の医療的ケア、福祉系事業との連携などです。訪問看護は、介護の中に制度ができてから10年経つわけですが、なかなか数が増えません。これはどこに起因するのかを考えながら基盤強化を図らなければなりません。

それから、介護保険制度を継続させていく上で重要である住まいの確保、居住環境の向上、そして施設の多機能化についても考えていかなければなりません。高齢者はお金持ちばかりではありません。低廉で環境の整った住まいの確保とコミュニティ・まちづくりをどうするかは大事な観点だと思います。

そして、要介護者の方々を支える介護職員の資質の向上も図らなければなりません。小規模事業所で働く職員のキャリアパスをどうするかについても検討しているところ です。

また認知症の方々に対するサービス確保の課題や介護療養病床の取扱いをどうするかも大きな課題です。

②持続可能な制度の構築

論点の第2は、持続可能な制度基盤の構築です。この点では、介護職員処遇改善交付金として3975億円の基金を設け、介護職員に毎月1万5000円を現金で給付する制度を昨年（2009年）つくりました。また、介護拠点の緊急整備のために3294億円の基金をつくったところです。

3、いま地域社会でおきていること

(1)地域における具体的な事象と課題例

地域においては、高齢者制度に関わらず公的な制度の中ではなかなか助けられない人、支援ができない方が出てきています。地域において対応が求められている具体事象としては、次のような課題があります。

第1は、孤立死の問題です。とくに都市部において顕著になっています。死亡後長期間発見されない孤立死者は東京23区内で2718人、その多くが男性単身者です。あまり家族を顧みず、仕事ばかりしていて、退職金をもらったとたんに妻から離婚をせまられる男性が増えています。しっかり家族を支援し、家事をしておかないと自分もそうなるわけですが、中年世代の孤立死では男性が9割近くにのぼります。孤立死・孤独死をしてから3ヵ月とか半年も経ってから発見されるという事象が日本全国で見受けられるようになりました。

第2は、徘徊死・不明者の問題です。屋外を徘徊中、死亡、行方不明となった高齢者は1年間に約1000人とも1500人ともいわれます。多くが認知症の高齢者で、発見・保護に時間がかかることが原因とみられます。地域の人々による見守り・発見が必要です。

第3は、高齢者虐待が増えていることです。高齢者は虐待を受けていても、自分で訴えることができないケースが見受けられます。虐待を受けている高齢者のうち、虐待されている自覚があると思われるものは5割弱といわれます。多くが虐待されているという自覚さえありません。虐待を受けている高齢者が自ら訴えることができないので、周囲による発見が必要です。

第4は、児童虐待の問題です。幼い子どもを放り出して、子どもが亡くなって3ヵ月も経ってから発見された事件がマスコミを賑わしました。児童相談所における相談者は増加の一途です。1998年に6932件であったものが2008年には4万2662件に激増しています。虐待が行われた家族の特徴として、賃貸の集合住宅居住が多く、「経済的困難」と「親族・近隣・友人からの孤立」があることが指摘されています。孤立している子育て家庭への支援が必要です。

第5は、障害者の地域移行の課題です。条件が整えば、入院入所から地域への移行が見込まれる障害者数は6万人います。地域の受け皿づくりが必要です。

第6は、ホームレスや外国人への支援の問題です。この人たちが、地域の中でさらに疎外され転落していくことが課題になっています。支援団体活動の支援や人権理解の促進が必要です。

第7は、消費者被害対策です。近年、高齢者・障害者の消費者被害が増加しています。とくに一人暮らしの高齢者が格好の標的になっています。被害にあった自覚のない人も多くいます。とくに高齢者、低所得者が多重債務被害にも遭いやすいといわれています。身近な相談者、生活変化を察知できる関係づくりが必要です。

第8は、災害時の要援護者対策の問題です。近年の風水害や地震では犠牲者の多くを高齢者が占めています。高齢者、障害者、さらには日本語がわからない外国人などの災害時要援護者の避難支援等が課題となっています。災害時に力を発揮する日常的なつながりや支えあう活動が必要です。

第9は、軽度者や一時的な要支援者の方への対策です。要支援・要介護にならない軽度障害、病気や怪我による一時的な要支援状態等は制度の対象にならないため、買い物や外出支援などのニーズ充足が困難になります。制度の谷間にある者への対応が必要になっています。

そして10番目として、時々、ちょっとしたことの手助けに困る人々への支援をどうするかという問題があります。一人暮らし高齢者や障害者には、ゴミ出しや電球の交換のような「時々」「ちょっとしたこと」の手伝いを頼める相手がなくて困っている人々がいます。制度の外にあるこのようなニーズへの対応が必要です。

以上のことを総括すれば、地域における弱者が最初に被害者になるということです。そして「孤立と経済的要因（貧困）」が重なると、社会病理現象として顕在化してくるということがいえると思います。

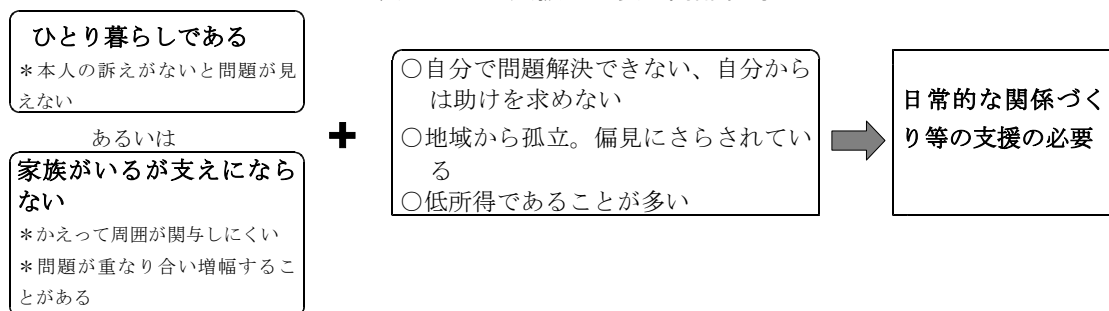
（2）とくに支援が必要な高齢者等

こうした地域における事象の中でも、とくに支援が必要なのは、地域から孤立している高齢者、ひとり暮らしあるいは家族がいても、家族・親戚が支えにならない高齢者世帯です。その人たちが低所得である場合はさらに深刻です。また、判断能力が不十分等により自ら問題解決に向かうことができない状態にある人々への支援もとくに必要です。問題解決能力が不十分で、かつ家族や友人、地域などの身近なセーフティネットがうまく働かない状態にある高齢者等への支援がとくに求められています。

これらの人たちは、問題が潜在化、深刻化しやすいのです。したがって、とくに意識して周囲から働きかけを行い、必要な支援に結びつけることが必要です。

今後、社会保障にかかる費用が上がっていくことが予想されます。そんなに税金や保険料を払わなくてもすむような低負担・低保障のしくみを国民が望んでいるという調査結果が新聞で報道されていますが、果たしてそうでしょうか。私は、国民のみなさんは適度な負担で高福祉を望んでいるのではないかと考えています。

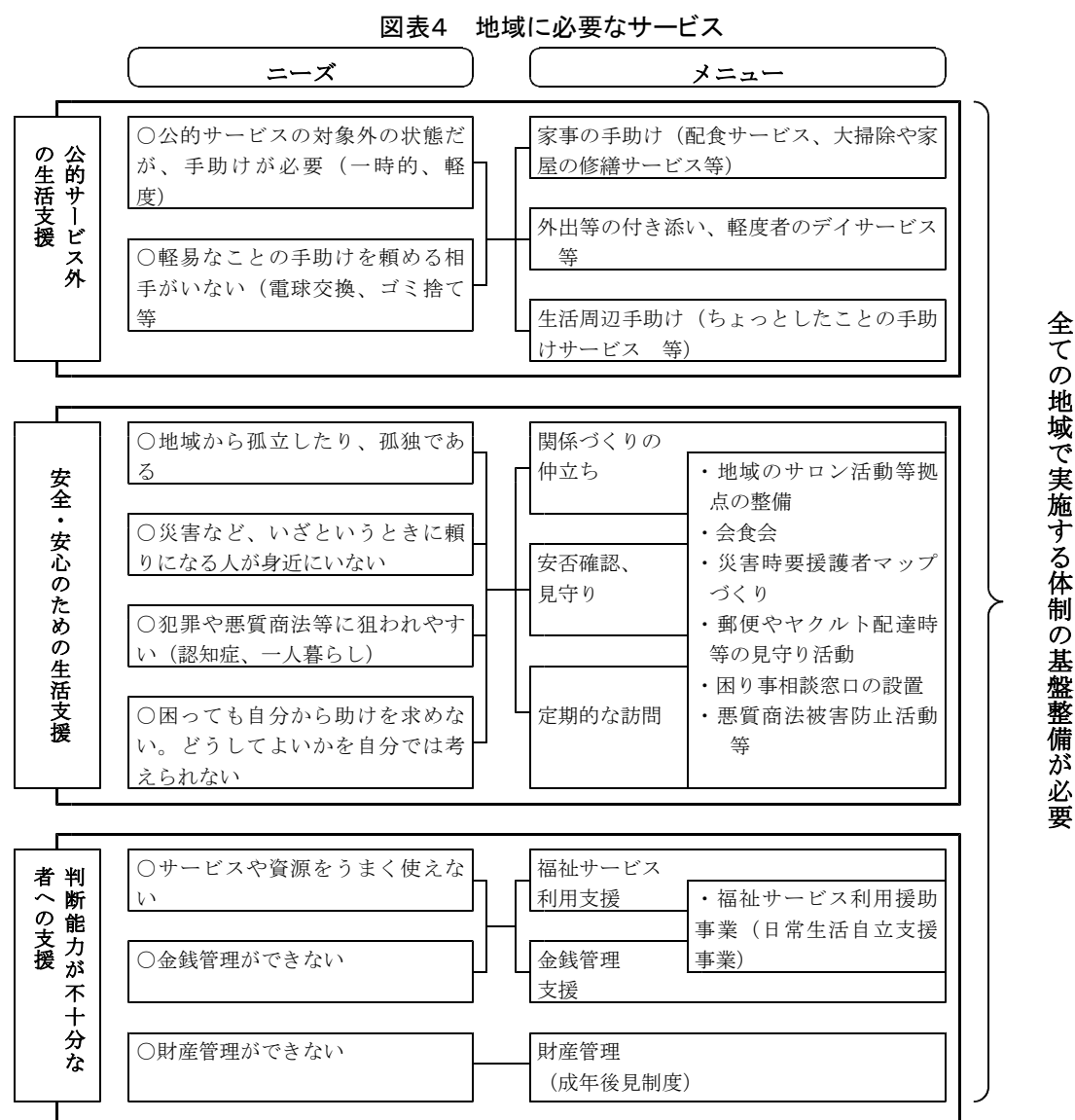
図表3 とくに支援が必要な高齢者等



例えば、「ひとり暮らしで、消費者被害や多重債務被害にあっても自覚がない」「ひとり暮らしで、困ったときに手助けを頼める関係を持っていない」「長期失業で引きこもってしまい親族や地域の付き合いが断絶し、身近に手助けを求められる人がいない」「認知症の母と精神障害の息子の世帯で、問題が生じてもどちらも問題解決能力がなく解決に向かえない」「家族による虐待や権利侵害があるが、サービス利用を拒絶し外との接触をもたない」というような方々を、どのようにして支援をしていくのかということを、これから社会保障の前提として地域社会でも考えていかなければなりません（図表3）。

(3) 地域に必要なサービス

以上のようなことを踏まえて、地域において必要なサービスを図式化してみました（図表4）。



いろいろな制度の外にある支援のしくみ、家事の手助けとか人間関係づくりの仲立ちとか、安否確認や見守りといった分野がいま地域の中で求められていると思います。これらは協同組合の得意な分野だと私は勝手に思っているのですが、いかがでしょうか。

4、現状認識と課題設定

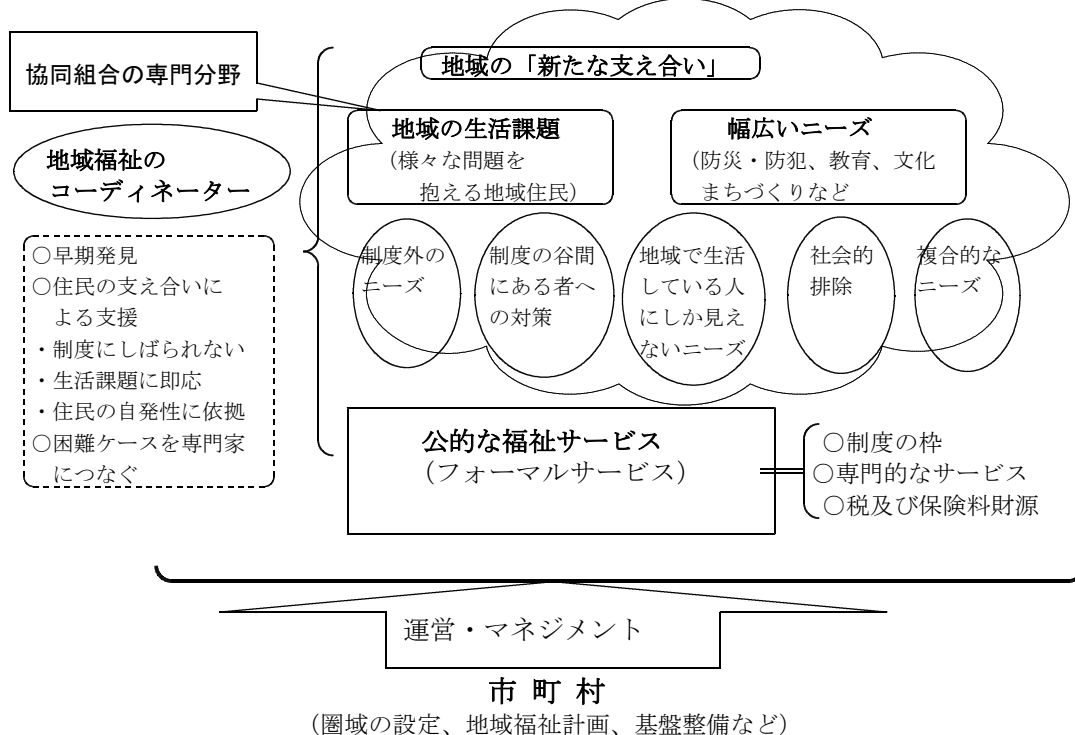
現状認識と課題設定をしていかなければなりません。

まず、大きな背景として少子高齢化の進行と従来の安心システムの変容があります。その上で、地域社会が変化しているということです。地域の連帯感が希薄化しています。都市部の中でも、65歳以上が5割を超える地域・限界集落が生まれています。

そうした変化を踏まえた近年の福祉施策の方向性は、「利用者本位」「市町村中心」「在宅福祉充実」「自立支援強化」「サービス供給主体の多様化」でなければなりません。それと、在宅医療を推進しなければなりません。これらのことが、これからの課題になると考えます。

いま地域で求められていること、それは「安心・安全の確立」と「次世代を育む場としての地域社会の再生」であります。自分の住むところは良くしていきたいという住民の自己実現意欲が高まっています。福祉というよりも、安心・安全に生活をしていきたいということが、私たちの望んでいることだと思います。

図表5 地域における「新たな支え合い」と市町村の役割



ですから、現行の仕組みでは対応しきれない多様な生活課題に対応するために、地域福祉をこれからの地域の施策の中心に位置づける必要があります。

地域の中には様々な問題を抱える住民がいます。地域の生活課題は多様です。公的な福祉サービスだけでは滞ってしまいます。ですから、幅広いニーズに対応する必要があります。

公的な福祉サービスとともに、地域における「新たな支え合い」をつくっていかねばなりません。見守りなどの支え合い、あるいは社会的な排除に対するニーズなど、昔の「向こう三軒両隣」的な仕組みを考えていく必要があると考えます（図表5）。

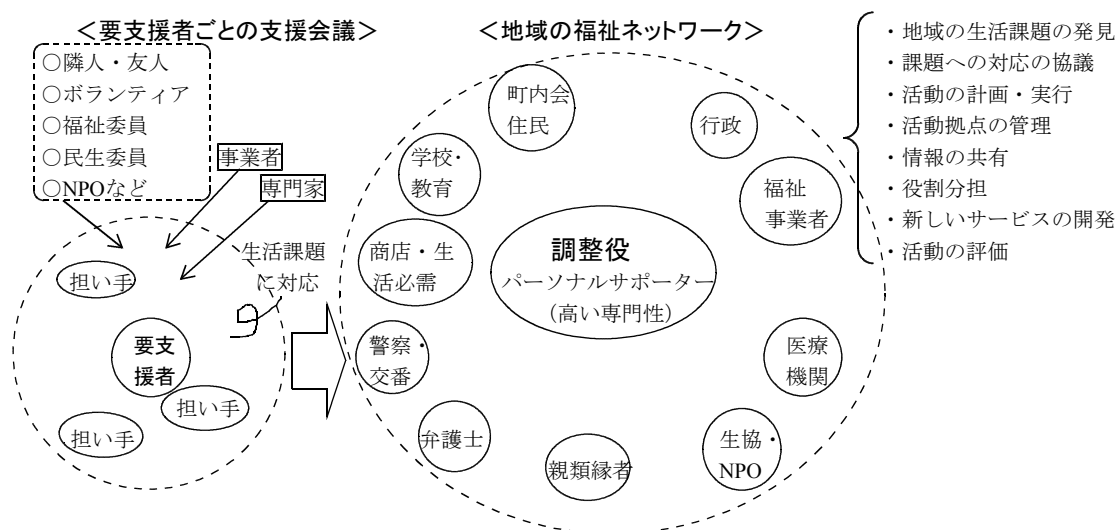
こうした仕組みづくりでは協同組合が役割を果たせるのではないのでしょうか。協同組合が地域福祉のコーディネーター役を担ってほしいと期待しているんです。

そうしたことによって、人々のつながりができて、地域のまとまりが高まると、自殺や非行などいわゆる社会的逸脱行動、社会病理現象は減少するといわれています。

そうすることによって、活発な住民の地域福祉活動が地域のつながりを強化することが必要です。日常的な絆を結び直すことは地域社会再生の軸になりうると、私は信じています。

地域社会の中で要支援者を支えるためにいろいろなセクターが携わる必要があります。ネットワーク図をつくってみました（図表6）。ここにも協同組合と医療機関を入れてあります。ネットワークでは中心になる調整役としてのパーソナルサポーターになり得るコーディネーターが必要です。ぐるぐる回すだけの無責任な調整役になってはいけません。

図表6 地域における個別の支援と地域の福祉活動の運営のためのネットワーク



5、今後のコミュニティと福祉

コミュニティ、地域社会における福祉においては、市民や協同組合などの役割をしっかりと認識していくことが必要です。協同組合には、福祉を通じた社会的リーダー役を担ってほしいですし、地域を再生するうえで信頼されるトップランナーになっていただきたい。地域でサービスを創っていけば、地域が変わり、社会が変わると思います。

住み慣れた地域で自立生活を送ることができるようにするためには、介護以外の分野も含め包括的にサービスを提供する「地域包括ケア」の仕組みを実現することが必要です。2年後の介護保険制度改正において、こうしたことをどうやって制度化していくかが課題になっています。

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を日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制づくりをしていかなければいけないと考えているところです。

今後はコミュニティの力、いわゆる「地域の底力」が大事です。まちづくりはハードの整備だけではなかなか魂が入っていきません。物理的な環境整備だけではなく、本当のまちづくり、本当のバリアフリー、相互扶助のまちづくりでないと高齢者にやさしいまちづくりになっていかないと、私は考えています。

これから求められる地域社会システムにおいては、相談支援と低所得者対策が不可欠になってきます。地域を意識した独自のサービス、システムの構築が必要になります。そのためには利用者像の分析、とくに孤立者や低所得・貧困者を意識した利用者像の分析が大事になります。

その点で、市町村は意図的に低所得者支援を行うことを標榜すべきです。

NPOなど住民活動にも地域福祉流ビジネスモデルを構築していただきたい。これから普通の方の人が低所得者になるわけですから、行政サービスとして支援するのはあたりまえなのです。今後は、ケアマネ事業所や訪問介護のみでは採算困難ではないか。やはり、住まい（施設を住まいと定義できないか）とデイサービスや医療系のサービスと組み合わせてビジネスモデルを構築する必要があるのではないのでしょうか。

やはり、住民一人ひとりが担い手になっていかなければなりません。自分の問題として、あるいは市民一人ひとりの問題としてとらえるようにしていく必要があります。とくに団塊の世代の活用が重要です。要介護者は、高齢者のうち2割ほどしかいないのです。残り8割は元気な方々です。これらの方々が支え手、担い手になっていく必要があります。

日常的相談支援機能は相互扶助を活用していくことが必要です。保険者つまり市町村には、専門分野と連携状況を確認することをきちんとやってもらわなければなりません。

そして、多様なサービスの担い手を地域で創造・育成し、連携していくことが必要になっています。この点では、地域凝集力のある協同組織が中心になって、異業種や他事業者（行政、医療、株式会社、NPO等）を結集した複合的な事業・活動・サービスの展開を地域でプロデュースしていただきたいと念じているところです。

ありがとうございました。（拍手）

高橋泰行（コーディネーター）

千田さん、ありがとうございました。

つづきまして、大野孝明さんに報告をいただきます。簡単に紹介します。大野さんは、2004年5月より富山医療生協理事長をされています。また、現在は医療福祉生協連の理事として、主に医療・介護の政策立案などに関わっていただいています。本日は、WHOの高齢者にやさしいまちチェックリストの先行実施調査のまとめと医療福祉生協連のとりくみの一端を紹介していただきます。

【報告】

「高齢者にやさしいまちづくり」をすすめるために
～WHO「高齢者にやさしいまちチェック」先行実施報告～

大野 孝明

（富山医療生協理事長・医療福祉生協連理事）

私たちは、2009年8月から11月にかけてWHOの「高齢者にやさしいまちチェックリスト」にもとづいて、全国10医療生協の参加でチェック調査を先行実施しました。その結果からみえてきたもの、そして結果を医療福祉生協連の今後の活動にどのように生かしていくかについて報告します。

私たちは日本生協連医療部会の時代に、2001年からの第3次5ヵ年計画である「21プラン」と2007年からの第4次5ヵ年計画としての「かたちプラン」という2つの5ヵ年計画において、地域まろごと健康づくりを提唱してきました。そして、その行動プランとして「まちなみチェック」と「夢マップづくり」を行い、その中で出された要求を実現し、問題点を解決するための医療生協の支部の長期プランつまり「夢プラン」をつくる運動をすすめてきました。しかし、夢マップをつくったけれども、つくったままで止まっている現状がかなりあって、なかなか具体的な行動に結びつかないということが課題として残っていました。

さきほどジョン・ベアードさんが、高齢者がやっかい者として扱われないためのいくつかの条件が示されました。その中でいちばん強調されたのは保健であったと思います。また長期ケア・介護の重要性も指摘されました。私たち医療生協は、その保健・医療・介護のネットワークを高齢者の夢プラン、つまり「高齢者にやさしいまちづくり」としてこの10年間、積極的にとりくんできました。



1、「高齢者にやさしいまちチェック」先行調査の概要

それでは、WHO「高齢者にやさしいまちチェック」先行調査の内容について報告

します。

【先行調査の目的】

まず、先行調査の目的についてです。列記します。

- ①WHOの「高齢者にやさしい都市チェックリスト」が日本で活用できるか、どのような修正が必要なのかについて、その評価を行い、「日本版チェックリスト」の作成を検討する。
- ②「まちづくり」運動のツールとして活用し、支部の「夢マップ」「夢プラン」のとりくみを進化させるための基礎をつくる。
- ③地域の特徴的な課題を明らかにし、自治体に「高齢者にやさしい都市」宣言を呼びかける運動のきっかけにする。
- ④元気高齢者、要支援高齢者、支援者の3者間でどのような評価の相違があるのか、今後のまちづくりの視点を検討する。

【調査項目】

調査項目は、WHOのチェックリストの8分野84項目（図表1）を、日本人になるべく分かりやすい表現とした以外は、ほぼそのまま踏襲しました。日本になじまない表現もありましたが、先行調査ということなので踏襲したわけです。

図表1 WHO高齢者にやさしい都市チェックリストの分野

分野名	項目数
A 屋外スペースと建物	12
B 交通機関	17
C 住宅（住居）	7
D 社会参加	8
E 尊敬と社会的包摂	9
F 市民参加と雇用	8
G コミュニケーションと情報	11
H 地域社会の支援と保健サービス	12

【調査方法】

実施期間は、2009年8月から11月にかけてです。

調査対象は、健康・生活状態によるグループ分けを行って、どのような違いがあるかをみることができるよう、「元気高齢者」「要支援高齢者」「支援者」の3グループに分けました。各グループごとに10人を目安にしました。

対象地域は、大都市部と地方都市という全国的バランスを考慮して、青森から宮崎まで全国10医療生協にお願いしました。また、それぞれの地域（医療生協）では、生活の利便性の比較ができるように、市街地と郊外地の2つの地区で実施するように依頼しました。

評価方法は、面談を中心に調査を行いました。WHOチェックリストでは評価点は

なく聞き取りが中心ですが、私たちは、評価にあたって、「特によい＝4点」「良い＝3点」「悪い＝2点」「特に悪い＝1点」の4段階の評価点数により評価を行いました。

参加者は全体で353人です。先行実施としては十分な数が確保されたと考えています。生協別の参加者内訳は図表2の通りです。

図表2 生協別の参加者(回答者)数

(生協名は略記)

	青森	新潟	ほくと (東京)	富山	みなと (愛知)	かわち野 (大阪)	尼崎 (兵庫)	姫路 (兵庫)	鳥取	宮崎	計
元気高齢者	9	17	18	12	1	17	2	9	14	16	131
要支援高齢者	0	13	18	12	1	8	3	8	14	6	97
支援者	8	17	19	10	1	14	3	9	14	16	125
合 計	17	47	55	34	4	39	8	26	42	38	353

中心市街地	10	17	31	22	22	21	8	26	21	17	195
郊外地	7	30	24	12	25	18	0	0	21	21	158
合 計	17	47	55	34	47	39	8	26	42	38	353

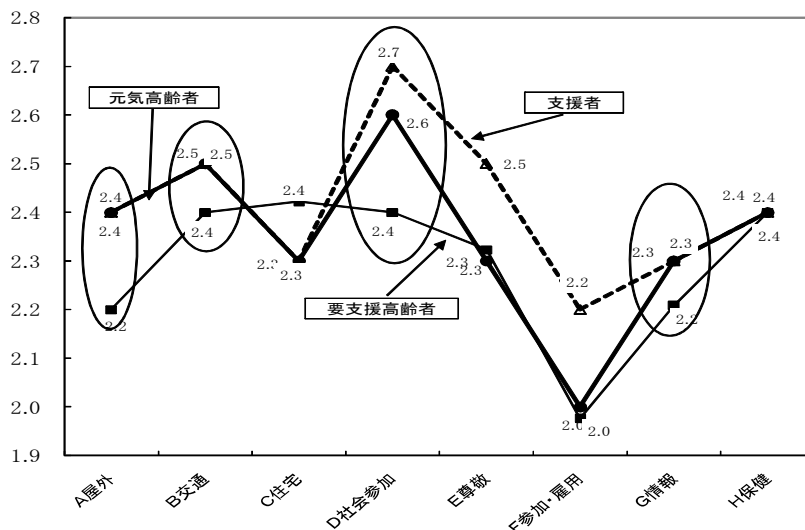
*回答者数は項目で異なるがもっとも多い数を記入した。

2、「高齢者にやさしいまちチェック」先行調査の結果

(1)分野別の平均点比較

先行調査の結果についてです。まず8分野の平均点を比較をしてみたい（図表3）。

図表3 分野別・状態別の平均点比較



- ①全てのグループで「D.社会参加」がもっとも高い評価になっています。この分野は回答率が他の分野に比べて高く、「孤立防止のボランティア活動」以外の項目は高い評価になっています。従って、一定の社会的配慮がみられる分野だといえます。
- ②逆に全てのグループで低かった分野は「F.参加と雇用」です。この分野は回答率も84%と最も低い結果になりました。日本の実情では、参加者が回答しにくい質問があったことや、中高年を含む雇用情勢がたいへん悪化していることが反映していると思われます。
- ③回答率では、「A.屋外・建物」「D.社会参加」「B.交通機関」が高く、「F.市民参加と雇用」「G.コミュニケーション・情報」「C.住宅」で低い傾向がありました。ハード分野は判断しやすく、ソフト分野は判断が難しかったと思われます。

(2)グループ別の平均点比較

次に、元気高齢者、要支援高齢者、支援者のグループ別の平均点比較です。ここで「元気高齢者」とは介護保険を利用していない人、「要支援高齢者」とは介護保険の利用者のことです。「支援者」はケアマネジャーなどの介護職や民生委員など地域の支援者を想定しています。

- ①まず、どの分野でも「要支援高齢者」の評価が他のグループより低くなっています。一方、「支援者」は評価が他のグループより概ね高い傾向を示しています。
- ②回答率ですが、「要支援高齢者」が他グループより3～5%近く低くなっています。質問項目が多かったことや、質問の理解度が評価に影響したことも考えられます。
- ③「要支援高齢者」の回答率は、「A.屋外・建物」「B.交通機関」「D.社会参加」「G.コミュニケーション・情報」で低くなっています。「元気高齢者」に比べて外出の機会が少ないことが反映して、どんな建物があるか、どんな催しが行われているのかなどについて知らないということがあって、評価ができなかったと思われます。
- ④また平均評価点でも、「要支援者」は図表3の○で囲んだ分野、「A.屋外」「B.交通」「D.社会参加」「G.情報」の分野で、「元気高齢者」に比べてかなり低くなっています。
- ⑤「A.屋外」については、かわち野、鳥取での乖離が大きく平均値に影響したと思われるので評価から外さざるを得ないのですが、交通、社会参加、情報の分野が低いのは注目すべきだと思います。公共交通を利用できないと社会参加ができないし、情報から疎外されるということが影響していると考えられます。
- ⑥交通、社会参加、情報の分野で「元気高齢者」の評価点が高いということは、社会的な配慮というものが元気な高齢者を対象としたものであり、支援を必要としている人にとっては、必ずしも十分な配慮がされていないことを示しているのではないのでしょうか。

(3) 平均点「3.0以上」「1.9以下」の項目比較

次に、分野別の平均点では見えてこないことがたくさんあります。全体の平均点では多くが4点満点の2.3程度になってしまうので、84の項目ごとに評価点が高い「3.0以上」と「1.9」以下の項目をピックアップしてみました。

なお、平均点は参加した10生協の調査地点ごとに求めました。生協によって実施できなかったグループがあります。元気高齢者、要支援高齢者、支援者それぞれの地点数（個数）は以下の通りです。

図表4 調査地点数(状態別)

状 態	地点数	備 考
元気高齢者	17	例) 個数11は、 $11/17=64.7\%$ の地点が該当
要支援高齢者	16	例) 個数12は、 $12/16=75.0\%$ の地点が該当
支援者	18	例) 個数10は、 $10/18=55.6\%$ の地点が該当

*調査地点の生協別内訳（生協名は略称）

- ・「元気高齢者」：青森2、ほくと2、新潟2、富山1、みなと2、かわち野2、尼崎1、姫路1、鳥取2、宮崎2
- ・「要支援高齢者」：青森0、ほくと2、新潟2、富山2、みなと2、かわち野2、尼崎1、姫路1、鳥取2、宮崎2
- ・「支援者」：青森2、ほくと2、新潟2、富山2、みなと2、かわち野2、尼崎1、姫路1、鳥取2、宮崎2

高い評価「3.0以上」の項目ベスト5を、「元気高齢者」と「要支援高齢者」についてピックアップしてみました（図表5）。

「元気高齢者」では、交通や屋外の分野が目立ちます。一方「要支援高齢者」では保健・医療分野が多くあります。

図表5ー① 元気高齢者の「3.0以上」ベスト5

(%)

順位	設 問 項 目	個数	割合
1	B-6 運転手は乗車しやすいように縁石のそばに停まり、乗客が席についてから発車させる	11	64.7
2	H-8 医療・福祉サービス従事者は礼儀正しく、親切で、高齢者への対応が訓練されている	10	58.8
3	B-14 信号機と交差点は見やすく、適切な場所にある	8	47.1
4	A-1 公園や広場など屋外の場所は清潔で心地良い	6	35.3
5	D-3 行事や集会には、1人でも、同伴者と一緒でも出席できる	6	35.3

*「割合」は、全評価地点数に対する割合

図表5ー② 要支援高齢者の「3.0以上」ベスト5

(%)

順位	設 問 項 目	個数	割合
1	H-8 医療・福祉サービス従事者は礼儀正しく、親切で、高齢者への対応が訓練されている	11	68.9
2	B-14 信号機と交差点は見やすく、適切な場所にある	8	50.0
3	E-3 サービス従事者は親切である	8	50.0
4	H-2 健康の増進、維持、回復のために幅広い保健サービスと支援サービスが十分に提供されている	7	43.8
5	H-5 医療機関や福祉施設は、安全で利用しやすい	7	43.8

*「割合」は、全評価地点数に対する割合

つづいて、評価点が低い「1.9以下」の項目ワースト5です（図表6）。

個数（地点）が上の「3.0以上」よりもやや多くなっています。ここでの特徴は、「元気高齢者」と「要支援高齢者」の双方とも同じ項目をあげていることです。いずれの項目も、日本では実施されていないか、実験的にしかなされていない事項です。

図表6ー① 元気高齢者の「1.9以下」ワースト5

(%)

順位	設 問 項 目	個数	割合
1	A-10 高齢者専用の受付や買い物レジなど、特別な体制がある	13	76.5
2	F-3 柔軟で適切な賃金労働の機会が高齢者に提供されている	11	64.7
3	B-9 公共交通機関が少ない地域ではボランティアの輸送サービスが利用できる	10	58.8
4	A-7 歩道と自転車専用道が分離されている	9	52.9
5	F-6 高齢者に自営業が奨励され支援されている	9	52.9

* 「割合」は、全評価地点数に対する割合（出現率）

図表6ー② 要支援高齢者の「1.9以下」ワースト5

(%)

順位	設 問 項 目	個数	割合
1	A-10 高齢者専用の受付や買い物レジなど、特別な体制がある	12	75.0
2	B-9 公共交通機関が少ない地域ではボランティアの輸送サービスが利用できる	10	62.5
3	A-7 歩道と自転車専用道が分離されている	9	56.3
4	F-6 高齢者に自営業が奨励され支援されている	9	56.3
5	F-2 高齢の従業員の能力向上が推進されている	8	50.0

* 「割合」は、全評価地点数に対する割合（出現率）

図表7 平均点「3.0以上」及び「1.9以下」項目数比較

分 野	3.0以上の項目数			1.9以下の項目数		
	元気	要支援	支援者	元気	要支援	支援者
A 屋外・建物(12)	17	26	10	33	45	44
割合%	8.3	13.5	4.6	16.2	23.4	20.4
B 交通機関(17)	36	46	19	22	37	36
割合%	12.5	16.9	6.2	7.6	13.6	11.8
C 住宅事情(7)	1	20	2	10	13	15
割合%	0.8	17.9	1.6	8.4	11.6	11.9
D 社会参加(8)	23	19	14	2	11	4
割合%	16.9	14.8	9.7	1.5	8.6	2.8
E 尊敬・包摂(9)	8	12	1	21	19	9
割合%	5.2	8.3	0.6	13.7	13.2	5.6
F 参加・雇用(8)	2	5	1	50	47	38
割合%	1.5	3.9	0.6	36.8	36.7	23.5
G コミュニケーション(11)	8	14	0	18	32	29
割合%	4.3	8.0	0.0	9.6	18.2	14.7
H 保健サービス(12)	22	47	4	13	17	21
割合%	10.8	24.5	1.9	6.4	8.9	9.7
計 (84項目)	117	189	51	169	221	196
割合%	8.2	14.1	3.4	11.8	16.4	13.0

そして、「3.0以上」と「1.9以下」の項目（地点）数を分野別・グループ別にまとめてみました（図表7）。表の見方をちょっと解説しておきます。さきほど、調査地点数を17とか16、18といいましたが、この表はこれを分野ごとにまとめたものです。ですから「A.屋外・建物」分野は12項目ありましたから、元気高齢者では、 $17(\text{地点}) \times 12(\text{項目}) = 204$ になります。従って、元気高齢者・屋外・建物欄の17の割合は、 $17 / 204 = 8.3\%$ になります。他の欄も同様にして比較してください。

（4）事項別集計のまとめ

以上、3.0以上の「良い」項目と1.9以下の「悪い」項目を集計すると次のようなことがいえます。

- ①平均点が3.0以上の「良い」項目と1.9以下の「悪い」項目数の比較では、すべてのグループで「悪い」が多くなっています。「悪い」の割合がもっとも高いのは「F.市民参加と雇用」分野です。ベアードさんは、雇用にたいへん注目をされていましたが、日本では低い評価になっています。
- ②「要支援高齢者」は「良い」が189と多いが、「悪い」も221と多く、項目によって大きく評価が分かれています。他方「支援者」は「良い」が少なく、「悪い」が多いという厳しい感じの評価が目立ちます。とくに「H.保健サービス」「G.コミュニケーション」「E.尊厳・包摂」での評価が低くなっています。
- ③平均点が3.0以上のベスト5をみると、「元気高齢者」では外出関係の項目が多いのに対し、「要支援高齢者」では保健・福祉関係の項目が多くみられました。元気高齢者は外出の機会が多いし、要支援高齢者は医療・福祉サービスを利用する機会が多いので、それぞれに対する満足度が高い人が多かったということだと思います。
- ④平均点が1.9以下のワースト5をみると、「元気高齢者」と「要支援高齢者」の双方で「A.屋外スペース」「F.市民参加と雇用」分野で多くみられました。両者に大きな差異はみられませんでした。

（5）生協別の比較

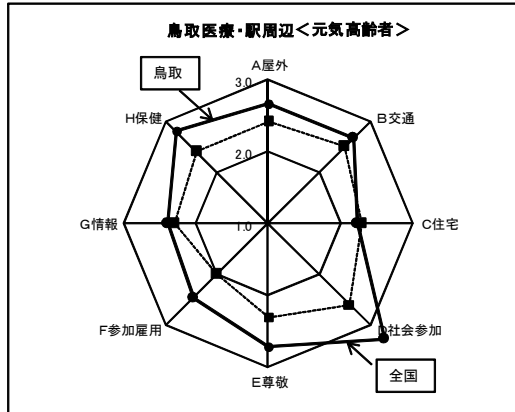
ここで生協別で興味深い事例がみられたので鳥取医療生協と医療生協かわち野の事例を紹介しておきます（図表8）。

鳥取医療生協は、元気高齢者が全国平均に比べてどの分野でも高い評価になっているのですが、支援者と要支援高齢者グループでは全国平均よりもかなり低くなっています。これは、いろいろな施策や都市の機能があるわけですが、鳥取では、その機能のほとんどが元気高齢者を対象としたものになっている。同じ地域に住んでいても、要支援高齢者と支援者はたいへん厳しい目でまちを評価しているといえます。

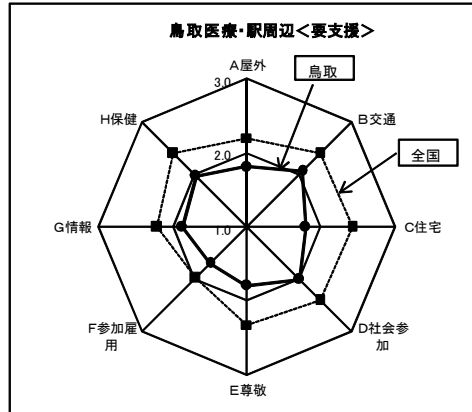
これに対して医療生協かわち野では、元気高齢者は全国平均とほぼ一致しています。しかし要支援高齢者は、保健サービスについては非常に高い満足度を示しているのに、それ以外の分野については全国平均と低いか同じ程度の評価しかしていません。

図表8 鳥取医療生協と医療生協かわち野の状態別比較

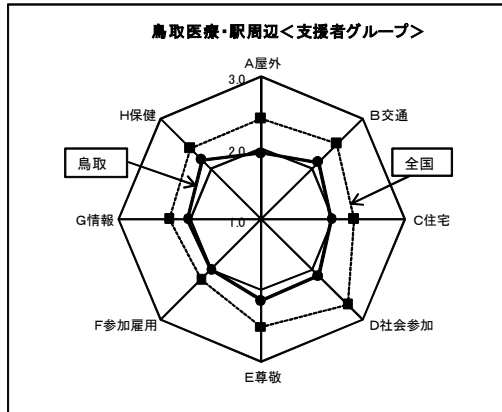
8-① 鳥取(元気)



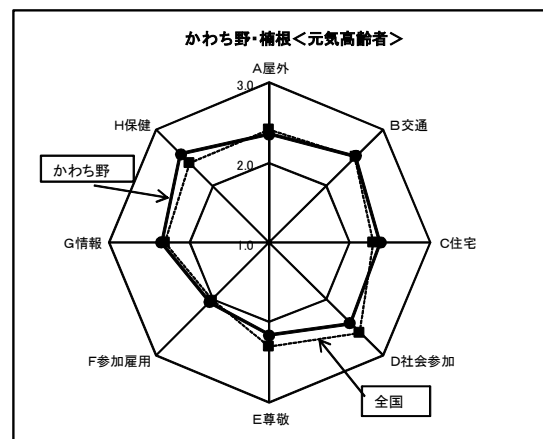
8-② 鳥取(要支援)



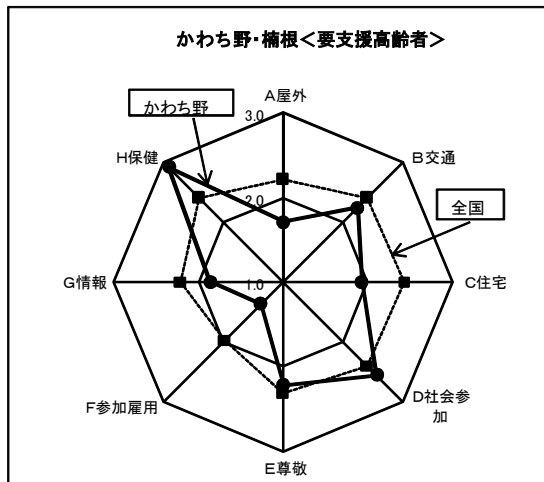
8-③ 鳥取(支援者)



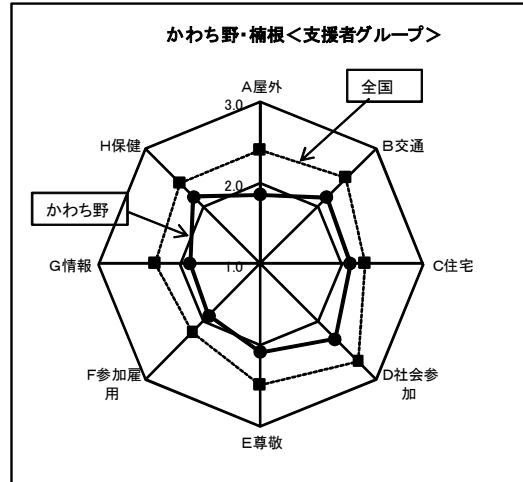
8-④ かわち野(元気)



8-⑤ かわち野(要支援)



8-⑥ かわち野(支援者)



同じ地域に住んでいても立場や生活状態によって評価が大きく変わってくるということを示しています。

グラフを用意していませんが、郊外地と中心地の違いについて、鳥取では要支援高齢者グループで中心地の評価が低くて、郊外地のほうが満足度が高いという結果が示されています。つまり、郊外地のほうがまだ隣近所のつきあいがあつたり、近所どうしで助け合うという関係が残っているので、都市機能は低いけれども満足度が高いという結果になっているのではないかと思います。

これから私たちがまちづくりを考えていく上でも、以上の3つの特徴はたいへん興味深い結果を示していると思います。

3、先行実施調査のまとめ

高齢者にやさしいまちチェック先行実施調査のまとめです。

【調査方法について】

- ①参加者353人は総数としては評価可能な数だと考えます。ただ、要支援高齢者の参加に偏りがあり、必ずしも地域全体の状況を反映しているとは言えない面があります。生活状態別グループ分けについては、鳥取やかわち野のように3つのグループで評価が異なるケースもあるので、病弱な高齢者の目線で分析できるグループ分けや圏域設定（高齢者比率、独居率）が必要だと考えます。
- ②対象地域の比較については、全国9県で調査しましたが、大都市と地方都市で大きな違いはみられませんでした。しかし、中心市街地と郊外地で評価に違いがみられる生協もみられました。複数の地域を選択することは都市機能を分析する上で有用ですが、区域分けの線引きが難しい面があります。あまり地域割りにこだわらずに、自分たちが選んだ生活圏域がどうなっているかをみることに力点をおいたほうがよいのではないかと思います。
- ③4点法の点数評価については、「普通」や「分らない」を設けなかったため、回答しにくい面があったと思われます。3つのグループとも2.3とか2.4という中間点になったので、もう少し評価方法を考えなければいけないのかも知れません。ただし、先ほど項目別評価をピックアップしたように、平均点方式による統計的な評価だけでなく、各項目ごとに個別的に評価すれば、地域のまちづくりの課題がより明らかになると考えられます。

【評価項目について】

- ①「WHOチェックリスト」は、私たちがすすめている高齢者が地域で安心して住み続けられる運動にとってたいへん有用であると考えます。しかし、日本での活用にあたっては、3つの点について修正が必要だと思います。
 - a. 雇用や住宅事情をはじめ、日本の実状に合わない項目がみられること。

- b. 聞き取り調査を前提にしているので、「抽象的で答えにくい質問」「1項目に複数の質問」があり、評価点方式では答えにくかったこと。
 - c. 項目数が多く、回答に時間がかかり、回答者の負担が大きすぎること。
- ②先行調査の実施を踏まえて、私たちは「日本版チェックリスト」の作成にとりくんでいます。日本版チェックリストを作成するにあたっては、次の点を留意しました。
- a. 日本の生活実態にあう設問とし、国の施策・制度について質問しないようにする。
 - b. 1項目1質問とし、質問には例示を入れるなど回答しやすく工夫する。
 - c. 質問数は少なくするが、WHOの8分野を維持する。質問項目は当面53項目とし、実施する生協が項目を加えるなどの修正を可とする。
 - ・評価点数は、「分からない」を加えた5段階評価とする。
 - d. 認知症や寝たきり防止など、医療福祉生協連がとりくんでいる運動との関連や日本独自の課題項目も設定する。

4、今後のとりくみ課題

第1は、「日本版チェックリスト」を、昨年からとりくんでいる「生協をいのちの分野に活かす大運動」に活用するとりくみをすすめるということです。

具体的には、チェック活動を高齢者訪問活動のツールと活用し、支部単位でとりくむようにしたい。そして、支部単位などの身近な生活圏で「高齢者にやさしいまちづくり」の課題をまとめ、改善活動計画をみんなで話し合いながらまとめていくことが大事だと思っています。必ずしも他の地域と比較するというのではなくて、自分たちのまち、支部の課題を把握して、解決の糸口をつかむようなとりくみにすることが大事です。

また、チェック結果を、医療福祉生協連がとりくんでいる「いのちの大運動」の中心課題になっている「認知症になっても安心なまち」「一人ぼっちをつくらない」「寝たきりにならない健康づくり」などの支部の活動に活用していくことも大切です。

第2は、チェック活動を社会福祉協議会や老人会、町内会とも協同してとりくむようにしたいということです。

第3は、昨年からとりくんでいる「WHO高齢者にやさしい診療所づくり」と連動したとりくみにすることです。事業と運動の両面から、高齢者にやさしいまちづくりをすすめていく端緒にしたいと思います。

第4として、市町村にチェック結果にもとづく改善要請を行うとともに、WHOの高齢者にやさしい都市ネットワークに参加登録をよびかけるとりくみに広げたいと考えています。

高橋泰行（コーディネーター）

大野さん、どうもありがとうございました。

それでは、お二人の発言を受けまして、ジョン・ベアードさんからコメントをいただきたいと思います。

2つの報告へのコメント

ジョン・ベアード (WHO)

お二人の発言は非常に興味深いものでした。また、私のプレゼンテーションを補完して下さいました。連携性があるということ、そして医療福祉生協連の活動とつながると思いました。

千田さんのプレゼンテーションですが、コーディネーション・調整の必要と協同組合の役割の重要性を指摘されていました。この包括・統合ということが重要だと思います。いろいろなアイデアが同時並行ですすんでいます。高齢者にやさしい都市、高齢者にやさしい診療所、介護保険などが全部同時並行で進行しているわけです。これらすべてを同時に実行していくことは難しいですが、協同組合はそれぞれの組合員と絆をもっているのです。役割を果たしやすいと思います。

千田さんがおっしゃったことでもう一つ興味深かった点は、いま不足している分野と貧困層、貧困地域に関することです。貧困層が住んでいる地域は、その人たちこそ医療のサービスが必要で需要が高いのに、施設が最悪なんです。とくに高齢の貧困層に対するとりくみが必要です。そういう格差を克服する最善の策は何かということを考えなくてはなりません。ここでも、地域社会と協同組合の絆が、一つの対処方法ではないかと思うところです。

次に大野さんのプレゼンテーションについてです。

まずバスの運転手について話したい。日本人のバス運転手のほうがスロベニアのバス運転手よりも礼儀正しいですね。ほっとしました。それと、夢プランづくりの話は興味深かったです。評価を実行することは、私どもが直面している課題と多くが共通しています。評価をするのは、多くが大学とか研究所だったのです。それを実際の地元での変化につなげるのが難しかったわけです。たしかに、評価をすることは重要な作業なんです。ボトムアップで評価をするは重要ですが、トップダウンの指示がない限り実行されないわけです。

ですから、この点における日本での課題は、トップダウンの指示を最高決定者から

どうやって得るかということだと思います。日本は明らかに世界の高齢化のいちばん先頭を走っているのですが、高齢化にたいするとりくみの強さは、高齢化の進行ペースに追いついていないのではないかと。この点は私の驚きです。もちろん、千田さんがつくられらた介護保険制度は高齢化を先取りしていると思うのですが……。

次に、高齢者にやさしいまちチェックリストですが、大野さんのチェックリストの使い方は素晴らしいと思います。ああいう形で使われているのは日本以外にはありません。WHOのチェックリストは非常に柔軟性があるように設計されました。日本で改訂版をつくっていただければ、日本の状況にもっと適合した形で使えるようになると思うので、われわれとしてもそういった作業に感謝します。面接を受ける人たちのニーズにあっているし、スコアリング（評価点数）の方法とか質問項目を修正することは歓迎するところです。

チェック結果の数値も示して下さいました。2つの生協の相関、レーダーチャート図は、特定の地域においてどういうニーズがあるかということを示していて、他の地域や全国平均と比較して、当該地域において何が必要かということがよく分かりました。

日本で深刻だと思うのは、高齢者の雇用問題です。社会が高齢化の変化よりも先に行っているのか、遅れているのかということは、雇用で分かります。

WHOの私の前任者、人生部長は62歳で強制引退させられてしまいました。ばかばかしいと思います。WHO以外でも、高齢者を窓際に追いやってしまうことが行われている。その他、それほど明確ではない形でも行われています。

そういった障壁、つまり高齢者が寄与できなくなるバリアーをはずさなくてはなりません。また、社会が変化しているということを認識しなくてはなりません。

アメリカの事例を紹介します。アメリカ合衆国のある企業は、年間1000労働時間オプションを提供しています。つまり、通常の法定引退年齢に達したら、法定通りのパッケージをとって退職してもよい。しかし年間1000労働時間という選択肢もありますよというわけです。年間1000労働時間オプションでは、1000時間の労働をどんな形でやってもいい。週2日間勤務を毎週続けてもいいし、2ヵ月とか3ヵ月を連続勤務して、あとの数ヵ月は休暇にしてもいい。好きなように1000時間、働けばよいフレキシブルな仕組みです。シニアの人たちがどういう役割を果たせるか。ある年齢に達したけれどもたくさんの技能があるので、若い人たちに教えることができるというような、いろいろな活用の中をつくることができると思います。

このことをマケドニアの医学部の学生たちに話したところ、学生が手を上げて言いました。「それは公平ではない、不公平だ。私たちは高齢者への偏見を克服しようとしているのに、なぜ若者にチャンスを与えないのか」と言うのです。学生が立ち上がり「それは公平ではない」と言うのです。私は「どうして『公平ではない』と言うのか。これは未来だ。これは私たちがやり遂げたいと努力していることだ。これは私たちが高齢者に対するあらゆる偏見を克服する方法だ」と言いました。するとその学生は

「私たちにはその権利がないから、公平ではないのだ」と言いました。私は考えさせられました。この学生が言っていることは正しいと思ったのです。なぜなら、昔の偏見にとらわれているからです。若者と高齢者を分離してしまっているからです。

もっと柔軟な労働慣習を生涯にわたって提供すればよいわけです。私が生まれたころは25歳までは学生で、65歳までは仕事、そして75歳で死ぬと思い込んでいました。でもいまは多くの人たちが100歳まで生きるんです。つまり人間の生涯が変わっているわけです。人生設計も以前とは変わっています。若者、中年、高齢者というふうに分けて考えないで、一つの連続として考える。生涯を連続として考えれば、ある選択肢がある人生の段階で選んで、次の段階で別の選択肢を選ぶ。一定期間は子どもの育児に貢献して、あるときは本を書くために仕事をしないようにする。55歳になって、あと20年は仕事をするために再訓練を受けるかも知れません。

こうしたことはすべて現に起きているんです。世界各地を旅するとそうした趨勢がみられます。アメリカで100歳の誕生日を職場で祝ってもらったという話を聞きました。世の中が変わっているんです。将来は、そういうことになるのだということを認識しなければなりません。

高齢者の雇用に関して提案したいことがあります。いつも高齢者を支える労働人口が足りないという問題が持ち出されます。でも、高齢者がいるではないですか。なぜ高齢者を労働者の中に入れないのでしょうか。高齢者をサポートする高齢者がいてもいいではないですか。私の父が今年亡くなりました。彼は、2年前までオーストラリアで、ボランティアとして車で貧困者に食事を提供することをしていたんです。「あなたは食事の配給を受ける側ではないの」と言ったら、父は「こうやって社会に貢献しているんだ」と言っていました。

私たちは考え方を変えなければならないと思うのです。協同組合の役割については、後の機会に話します。

高橋泰行（コーディネーター）

ベアードさん、ありがとうございました。

この後、高齢者にやさしいまちづくり、そして高齢者の役割は何かということについて、会場みなさんといっしょに深めていきたいと思います。15分の休憩をとります。

日本医療福祉生活協同組合連合会創立記念シンポジウム
高齢者にやさしい都市（まち）づくり

質疑・討論



日本医療福祉生活協同組合連合会創立記念シンポジウム

高齢者にやさしい都市(まち)づくり

質疑・討論

高橋泰行（コーディネーター）

それでは、高齢者にやさしいまちづくりについて、みなさんから質問や意見をいただいて、シンポジストの方々とともに深めていきたいと思います。

◎医療生協のシステムを地域にどう広げるか

参加者（大学准教授）

非常に参考になるお話をありがとうございました。私は、所属する大学がある東大阪市の瓢箪山という地域でまちづくりにとりくんでいます。地元の住民のみなさん、地域のNPOのみなさん、そして商店街のみなさんの協力をいただいて、瓢箪山地域まちづくり協議会を立ち上げて、地域住民が自分たちで何ができるかを考えているところです。

今日の話の中で私が感じたのは、まちづくりにおいて医療生協のシステムが非常に有効だということです。そこで思ったのは、医療生協の側が地域とどうやってつながるかということが大きな課題になるのではないかとということです。一方、地域住民の側からみると、医療生協のシステムがどういうふうに地域に役立つのかを理解すること、広く多くの住民が理解することがキーポイントになると感じています。

いずれにしても、医療生協のシステムが広がっていくこと、もっと広がりをもたせていくことが大事だと思います。

私は、地元の東大阪市内で医療生協かわち野さんとある機会を知り合って、医療生協のシステムを知りました。地域の中で、医療生協のシステムをどういうふうに生かせるかをタッグを組んで実践するなかで、まちづくりにおいて医療生協のシステムをどう生かせるか、手探りで考えているところです。たとえば、地域まるごとの認知症サポーターをつくる活動や地域全体を健診する活動などで協同する可能性があると感じています。そうしたことを地元の医療生協がとりくむことで、新しい可能性が広がっていくのではないかとということを強く感じた次第です。

参加者（四日市医療生協）

厚生労働省の千田さんとジョン・ベアードさんへの質問です。

1つめは高齢者の雇用の問題です。現実には50歳でも再就職は困難です。60歳をすぎたら、特別な資格をもっていれば別ですが、普通の人は生活を保障する所得を得る職を得ることは困難です。貧困者が増えている中で、医療では無保険者が生まれ、社会

のセーフティネットを享受できていません。

2つめは、一昨年、厚労省から600万円の補助金を受けて四日市市のある社会福祉団体が、高齢者の孤立化防止のための調査アンケートを行いました。調査は2000人規模で、9割が回答するという効率のよいアンケートでした。調査の中で、高齢者の所得保障と健康の問題、住宅の問題はなかなか解消されない大きな課題であるということが明らかになりました。しかし、調査の結果報告はされたのですが、それがまちづくりやいろいろな社会政策に生かされるところまでに至っていません。

私たちは、この調査報告を放っておく手はない。ぜひ医療生協の支部活動で生かそうと思って、高齢化がすすんだ団地で高齢者訪問にとりくみました。そこは40年ほど経った市営住宅群です。いわゆる限界住宅になっていて、地域で支え合うといっても、支え合いができない事態になっています。こういった地域は全国にたくさんあると思います。この団地では、今年（2010年）の7月から9月の間に3人の孤立死がでました。生活保護を受けていながら水道は止められている人もいました。市役所には障害福祉課とか保護課、高齢者介護福祉課があって、連携して調整することになっているんですが、どこも責任をとりませんでした。孤立死をされた方は医療生協の組合員ではありませんでしたが、医療生協の仲間からそのような孤立死を出してはいけないと、支部の組合員さんが高齢者訪問にとりくんでいます。また国保の相談会もやっています。

せっかく予算をつけて高齢者の孤立化防止の調査研究をやっても、コミュニティの中では生かされないことはたいへん残念です。私たち医療生協は、この調査報告を学んで生かそうということで高齢者訪問にとりくんでいるのですが、近所のつながりがない人がいます。弟が来てくれるとか息子が来てくれるというつながりがあっても、近所のつながりは絶縁状態になっている。これは珍しい事例ではないと思います。

新しいまちづくり政策を考えるにあたっては、ぜひとも現場の声を生かした計画をつくっていただきたい。質問と意見です。

高橋泰行（コーディネーター）

お二人の発言について、千田さんからコメントがありましたらお願いします。

千田透（厚生労働省・シンポジスト）

まず、四日市の方から、600万円の補助金をもらった調査なのに地元を生かされていないという趣旨のご意見をいただいや件についてです。基本的には、調査結果は地元を生かしていただきたい。モデル事業や調査結果を地元で根付かせるのは、国がやるべき事務とは違って、自治体の本来業務なので国の財源を自治体に一般財源化しているわけです。ですから、地元で声を出して自治体の尻を叩いていただきたい。

関連で若干紹介しますと、今年（2010年）10月8日に閣議決定した緊急経済対策の中に、「地域支え合い体制づくり」事業を2010年度の補正予算の中に入れていました。国が200億円の基金を、都道府県の基盤整備基金に上乗せで積むことにしました。市

町村が計画を実際の活動につなげていくための協議会をつくるなど、活動を支援するために使っていただくものです。ぜひとも活用していただきたい。まちで生かされないということであれば、医療生協が率先していろいろなところに働きかけて、自分たちの地域を変えるように自らのまちづくりでもその持っている能力を十分発揮してリードしていただければと思います。自分本位の運動ばかりに目を向けず、地域社会に積極的にコミットしていただきたいと願っています。

◎高齢者自身の意識改革も問われている

ジョン・ベアード（WHO・シンポジスト）

雇用に関する質問についてだけ回答します。というのは、雇用の問題は単純ではないからです。高齢者に職を提供するということは非常に複雑な課題です。つまり、これまでの経済の仕組みのなかで高齢者が手に入れてきた技能が、将来は使えなくなるかも知れないという構造転換があるからです。

高齢者を労働市場に入れるべきだというと、若者の職場がなくなってしまうという反対意見がよく出されます。しかしそんなことはないのです。労働市場は固定されていないんです。固定された人数しか入れないわけではないのです。アメリカには移民がたくさんいます。移民をめぐっても同じような意見が出ました。移民が入ると自分たちの職がなくなるという意見です。しかし、移民が入ると新たに職が作りだされるわけです。同じように、高齢者に対して職を創出すれば、みんなのための職が創り出されるわけです。

どうすれば高齢者の職をつくれるか。やはり生涯学習、生涯教育です。再訓練を受けるということは、新しい経済の仕組みに入ることです。これは2つの側面からとりくまなければなりません。

一つは、受け入れる側の変革です。55歳になって再教育を受けたいと思ったとします。でも雇用主は、あと5年で引退する人に人材投資をすることを嫌がる。そして、再教育の場になる大学も、入って来られると教室の座席数が不足するとか、引退間近の人の再教育をなぜしなければならないのかと文句を言う。こういった考え方を変えなければなりません。

もう一つ、高齢者自身も考え方を変えなければならない。高齢者自身が古いモデルにしがみついているわけです。60歳代前半に引退できていると思っている。フランスで、定年を62歳から63歳に引き上げるといったら何百万人ものデモが起きました。でも、残りの人生40年を居間のテレビをみて過ごしたいのでしょうか。

高齢者も、再教育と生涯教育について考え方を変えなくてはなりません。高齢になってもチャンスを自ら獲得しようとしなければなりません。私の母は79歳ですが、昨年（2009年）、オックスフォード大学の遠隔教育で学位をとりました。10年前、20年前に想像できたのでしょうか。でも、このようなことが普通になりますよ。

そのためには仕組みを変えなければなりません。高齢者が再教育を受けて、その技

能が使えるようにするためにはどうしたらよいかということを考えて、仕組みを変えなければなりません。

高橋泰行（コーディネーター）

ありがとうございました。引き続き、ご意見をうかがいます。

◎協同組合間協同による高齢者にやさしいまちづくり

参加者（東京西部保健生協）

東京で、購買生協と医療生協が協同して福祉のまちづくりをすすめています。将来、東京の高齢化は、現在の2倍になるといわれています。高齢化の進展に対して、協同組合としてどう対応していくかが問われていると思います。東京では、購買生協の組合員が190万人、医療生協の組合員が18万人です。個配のスポットは90万ヵ所あります。毎日3000台の配送トラックが動いています。この個配システムを使って見守りをやろうということで、具体化がすすんでいます。購買生協と医療生協が協力しようということになって検討委員会が持たれ、現在、杉並区、練馬区、北区の3区が、東京都生協連のモデル事業地区になりました。

まずは、私たち東京西部保健生協がある杉並区からはじめようということで、コープ東京、パルシステム、東都生協、生活クラブ生協と東京西部保健生協が、安心のネットワークづくりとたまり場づくりにとりくもうということで、この間、4回の話し合いをもってきました。杉並区と連携するために申し入れをしたり、社会福祉協議会との懇談も行っています。

杉並区でも孤独死が出ていますが、残念ながら孤独死の実態はつかめていない。区役所に聞いても分からないのが実状です。今後、孤独死が2倍、3倍になっていくことが懸念されます。そういうことに少しでも対応しようということで、区内の140台の配送トラックを使って、来年、2011年から安否確認の見守りを実施したいと思っています。杉並では、医療生協と購買生協の組合員が、50万区民の3分の1程度になります。3分の1について始めるだけでも、事態を大いに改善する可能性があると思っています。

医療生協と購買生協が協力すればかなりのことができるのではないのでしょうか。東京を出発点にして、高齢者にやさしいまちづくりの協同組合間協同が、他の県生協連にも広がってほしいと思っています。

高橋泰行（コーディネーター）

貴重な実践事例の報告をいただきました。つづいてお願いします。

参加者（庄内医療生協）

山形県鶴岡市で、庄内医療生協が福祉の事業者や生産者といっしょにとりくんでい

る地域ネットワークについて報告します。鶴岡市の人口は、2005年に1市5町村が合併して14万人弱です。庄内地域は、毎年人口の1%程度が減少しており、高齢化率は26.4%になっています。旧町村地区では、過疎化がすすんで高齢化率が30%近くになっているところもあります。

この庄内地域で、私たちは非営利セクターという生協の特徴を生かしながら、2004年に「庄内まちづくり生協・虹」を立ち上げました。庄内医療生協をはじめ、購買生協である共立社生協、そして高齢者協同組合、社会福祉法人、農民センターなど6つの法人が協同して設立したのです。設立の目的は、施設や仕事をおこして、住民の要求を直接解決しようというものです。地域で雇用を拡大し、地域の経済を活性化しようという大きな目標を掲げました。1つの法人ではやりきれない事業を、6つの法人が連携してやろうではないかということです。

目標を具体化するために、2004年には「虹の家・こころ」という高齢者住宅を開設しました。利用料は介護保険の費用を含めて月8万5000円にしました。さらに、年金生活者も入れるような施設が欲しいという住民の要望を受けて、5万円で暮らせる「虹の家・おうら」をつくりました。また、配食事業や給食委託事業、清掃・警備の事業にもとりくんでいます。

さらに在宅の支援をどうするかを論議をしていますが、協同の事業としてはなかなか手がついていません。この分野は、医療生協が有料老人ホームとか小規模多機能施設と連携して、施設と在宅のネットワークづくりにとりくんでいます。

私たちは、こういった事業を協同組合原則にのっとって、参加する組織がいっしょに運営していくことを重視してとりくんでいます。今後は、私たちの地域で採れる産物を使う地産地消にとりくんで、生産者にも還元できるようにしていきたい。夢・展望と協同組合の経営がともに成り立つような「ロマンとソロバン」のバランスをとりつつ、複眼的なとりくみをしようという理想を掲げて、とりくみを成功させていきたいと思っています。

高橋泰行（コーディネーター）

医療生協から2つの報告がありました。関連して、シンポジストの大野孝明さんから補足発言をお願いします。

大野孝明（富山医療生協・シンポジスト）

東大阪市の参加者から、医療生協が他の団体と連携する課題についてお話をいただきました。医療福祉生協連はいま「いのちの大運動」というとりくみを、「ひとりぼっちをつくらない」「認知症になっても暮らし続けられるまちづくり」「寝たきりにならない健康づくり」の3つの活動を中心にすすめています。

富山医療生協では、地域福祉のとりくみの一つとして、水橋という高齢化がすすんだ地域で、医療生協だけでなく地域の16の介護事業者が協同して、「水橋福祉ネットワーク」というネットワークをつくって、2年間いっしょに活動してきました。この

たび、16事業所のネットワークと富山県生協連が協同して、見守りなど高齢者への援助活動をできないか協議しようということになりました。まずは、ふれあいの場づくりからですが、このようなふれあいサロンづくりは、地域みなさんに見えますので、地域で連携をすすめるうえでも有効だと思っています。

また、認知症サポーター養成講座は、富山県生協連が中心になって、購買生協の職員がまず認知症サポーターになろうという運動をすすめています。あるいは、脳いきいき教室も地域の町内会や老人会と協同で行っています。寝たきりにならない健康づくりということで、ころばん体操もやっています。このほか、小学校のバザーで健康チェックを行うなど、医療生協の「見える化」を行いながら、ひとりぼっちをつくらない、認知症にならないという活動をすすめているところです。

さらに、WHOウォークイベントは、1999年から12年間連続して行っていますが、今年（2010年）は、農協さんから、2012年は協同組合年だからいっしょに大きなイベントにできないだろうかという提案があって、近々合同で開く地域協同シンポジウムで方向性を打ち出そうという話になっています。

医療生協は、地域の健康づくりのさまざまな活動を通じて、連携をすすめているところです。

高橋泰行（コーディネーター）

もう1つほどご意見をいただいて、まとめに入りたいと思います。いかがでしょうか。

◎小規模多機能施設をめぐる

参加者（長野医療生協）

WHOの世界的な立場でのジョン・ベアードさんのお話はたいへんすばらしいものでした。ありがとうございました。せっかく厚労省から千田さんが見えになっているので、少しお聞きしたい。

介護保険の小規模多機能施設をつくることは、まちづくりの重要なよりどころだと思います。しかし、その経営はどこをとっても厳しい。小規模多機能施設が維持されている一番のよりどころは職員の低い賃金によって維持されているのが率直な実状です。千田さんがおっしゃった介護職員の処遇改善の交付金が措置されたことは、私も積極的に受け止めているわけですが、介護報酬のなかでどのように評価をされるかが、第一線でとりくんでいる者のもっとも大きな関心事です。2012年の改定にむけて、いまどのような状況にあるのか。置かれているお立場からお答えしにくいことがあると思いますが、介護職員の状況について、個人的立場からでもご意見を承りたい。

高橋泰行（コーディネーター）

千田さん、可能な範囲でお答えください。

千田透（厚生労働省・シンポジスト）

2012年の介護報酬は、介護給付費分科会の審議を経てこれから決まっていくわけです。とくに小規模多機能事業所あるいは訪問介護事業所の報酬についてですが、過去の経験で報酬評価の方法について、お話しさせていただきます。2003年次に介護報酬の1回目の改定があったわけですが、全体で2.3%の引き下げでした。しかし引き上げられたサービスもあります。たとえば医療系と介護系の通所事業は2つとも基本単価で4%の引き下げでしたが、デイケアについては、個別のリハビリテーション加算に100単位をつけることができました。デイサービスは、風船バレーとか粘土細工のようなメニューがどういった効果が上がっているのかというエビデンスが上がってきませんでした。しかし、デイケアについては、個別リハの結果、関節の可動領域がこれだけ上がったというような症例が上がってきたので、加算評価がついたわけです。

介護保険も保険でやっている以上、負担と給付を明確にしないといけない。したがってエビデンスが求められます。インシュランス（保険）原則ですから、どれだけ効果が上がったのかを、しっかりと実際の資料で出していきたい。

小規模多機能施設については、基本的に25人をしっかりと入れたうえで、毎日の利用者15人で事業をやっていくモデルをつくったのではないかと思います。新しい小規模多機能施設は25人をしっかりと集める、登録してもらうことが大事だと思います。しかしこれが厳しい。以前から宅老所や施設をやっているところや歴史があるところは利用登録者を集めるのは容易だといわれています。

小規模多機能施設や訪問介護で働く職員の賃金が安い問題ですが、これは介護保険制度の宿命でもあります。介護保険制度をつくるときに営利法人も参入できるようにしたわけです。営利法人は株主に配当しなければならないわけです。そこでいちばん経費がかかる人件費部分を下げて、剰余をつくりだして株主に配当するという構図はやむを得ないわけです。しかしこういう土俵で事業を行うことは、介護保険においては限界があるということをご承知いただきたい。われわれは、しっかり経営実態調査をして、実際に職員の経費にあてているかということを次期の改定で検証することになります。

介護職員の給与引き上げの観点で、国が処遇改善交付金として4000億円を措置しましたが、今後はそれを介護報酬のなかに組み込まなければならないということになると、保険料がどのくらいアップするかという問題ともからんできます。また作業的には、本来事業所が費用として出す給与を処遇改善交付金として直接措置しているものを報酬の中に組み込むということは、給与を費用としてカウントしないで報酬設定していく等々、今後、議論していかなければならない点が多々あります。ですから、キャリアパスの実態など現場の声を届けていただいて、数量的なエビデンスをぜひとも示していきたいと思います。

高橋泰行（コーディネーター）

ありがとうございました。時間が限られていますので会場からのご発言はこれで終わりにさせていただきます。残された時間で、3人のシンポジストに、医療生協の高齢者にやさしいまちづくりへの期待について発言をお願いします。大野さんには、今後の課題・決意も含めてお話いただきたい。

ジョン・ベアードさんから願います。

◎医療生協の役割と国への期待

ジョン・ベアード（WHO・シンポジスト）

医療福祉生協連への要求はありません。医療福祉生協連は、いろいろな場面でその役割を発揮できると思います。

2012年は高齢者問題がエポックになる年です。まず、マドリード国際行動計画2002の10周年の年です。世界が高齢化にどうやってとりくむかという計画ができて10年目になりますから、2012年は国際社会が高齢化に非常に大きな関心を払うことになるでしょう。また、2012年にWHOは世界保健デーにおいて高齢化をテーマにとりあげます。2012年は、高齢化が焦点になる年になります。多くの人にとってビッグイヤーになるでしょう。

そういう中で医療福祉生協連がどういう役割を果たせるかを考えてみたい。いろいろな潜在的分野があると思います。ちょっと前に、医療福祉生協連がとりくんでいるプライマリヘルスケアのプロジェクトのことを聞きました。非常にエキサイティングだと思います。プライマリヘルスケアの分野でどういう役割を果たせるか。日本でとりくんでいることを世界各国のとりくみと関連づけて、世界が日本のとりくみを参考にできるようにできないか。あるいは逆に、世界の事例を参考にして日本でも改善の方策を探ることができないか。

高齢者にやさしい都市（まち）づくりでは、世界の国々がお互いの計画を参考にしています。日本も、ぜひ国レベルで計画をつくっていただきたい。高齢者にやさしい都市づくりを標榜するとしたならば、世界各国の中で、まずは日本でしょう。千田さん、厚生労働省が調整役をつとめて、国レベルの計画をつくれませんか。もちろん千田さんはお忙しくて、いろいろなことを手がけなければいけないことは分かっているのですが……。

高齢者にやさしいまちづくりでは、いろいろな地方でとりくみがやられているわけですから、医療福祉生協連も調整役を果たせると思います。山形県の方が発言されていましたが、ぜひWHOのネットワークに参加していただきたい。その際に医療福祉生協連が仲介役になっていただきたい。

そういったことを地域でいろいろとやっていかなければなりません。ぜひとも厚生労働省の支持がほしい。厚生労働省がサポートをしない限り、医療福祉生協連が単独ではやりにくいと思いますので、厚生労働省がサポートしていただきたい。日本は、

国レベルでプライマリケアと長期ケアを充実させようとしているわけです。日本は高齢者に対する包括ケアにおいて、他の国では提供できないものを持っているわけです。ですから、日本でそれをどうやって発展させていくかを計画してほしい。医療福祉生協連は、その中でどういう役割を果たせるかを考えていってほしいと思います。

高橋泰行（コーディネーター）

ベアードさんの話のなかで高齢者にやさしい診療所づくりの話がありました。実は本日の午前に、私たちの高齢者にやさしい診療所づくりのメンバーと懇談しました。昨年からのとりくみに対して評価をしていただいて、高齢者にやさしい診療所とはどういう診療所なのかを、日本から世界に発信できる。そういう展望があるという思いをしたところです。発言されたように医療福祉生協連に対する期待は大きいと感じました。ベアードさん、本当にありがとうございました。

つづいて千田さんに、医療福祉生協連への期待といまベアードさんから要請がありました厚生労働省がサポート役になってほしいということに関してもコメントがありましたらお願いします。

◎医療生協活動の積極的な発信を

千田透（厚生労働省・シンポジスト）

まず生協への期待について話します。私は、厚生労働省の中でも“生協おたく”といわれているくらいなんです。日本の協同組合、とりわけ医療生協について話したい。介護保険の中で訪問看護という事業があります。高齢者への訪問看護もあるし、医療の訪問看護という在宅の事業があります。これは、もともとは医療生協が発祥だったんです。昭和50年代から、医療生協のみなさんが事業としてはじめた。このことはほとんどの国民が知らない。厚生労働省の中でもほとんど知られていない。みなさんが全部持ち出しではじめた訪問看護が、モデル事業になって、2000年に介護保険の中に取り入れられて、医療でも評価されて保険点数がついているわけです。

何が言いたいかというと、アンテナをはっていなかったお前が悪いということかも知れませんが、そうではなくて、みなさんのほうから、良いことをやっているときは、これだけ効果が上がる良いことをやっているということを発信してほしい。内向きの活動や運動を否定するわけではありませんが、外に向かって、生活協同組合はこれだけ地域社会の市民に良いことをやっているということをPRしていただきたい。その数が集まって人びとの意識に表出されれば、市民の意識も変わっていくし、制度としてとりくんでいけるようになるわけです。

3年前に生活協同組合の法律を改正することができました。ご承知の通り、1995年のICA協同組合原則の中に「コミュニティへの関与」があります。3年前の法改正のときに、私はこのことを具現化したかったのです。もちろん私だけが作業をしたわけではなくて、みなさんの力と国会の審議によってなされたわけですが……。法改正の

中では、幅広くコミュニティに関与できるように、地域福祉など公益・公助という形で地域社会に貢献するということで、具体的には剰余金を地域福祉活動に助成する規定が入ったのです。

こういうふうには法的にも地域福祉など公益に資する主体として認知されている主体であるということを、肝に銘じていただいて、ぜひとも貢献をしていただいて、やっていることは表に向かってプレゼンテーションをしていただきたいと思います。

それから、ベアードさんから出された、厚生労働省が音頭をとって、国レベルのとりくみ、都市部のとりくみをすすめてほしいということについては、まさしくその通りだと思います。ただ日本の場合、国内の高齢者に係る諸問題を如何にとりくんでいくかということに精一杯になっている。国内の問題に責任をとるということに集中しているものですから、実際のところ、高齢化で国際的にどうやって貢献するかということまで余裕がないのが実状です。ベアードさんの言うとおりの、日本は高齢化のトップランナーなのだから、介護保険制度など高齢化対策のすすんだところ、すすんでいないところを各国に表出して、特に国レベルでプライマリケアや長期ケアを念頭に置いた地域包括ケアを核とするまちづくり計画を創っていかなければいけないと思っています。

高橋泰行（コーディネーター）

ありがとうございました。お二人の医療福祉生協連への期待を受けまして、大野さんには、これからの役割と決意を含めてお願いします。

◎医療生協の強みを生かしたとりくみをすすめる

大野孝明（富山医療生協・シンポジスト）

ベアードさんが日本のチェック活動を評価していただくことを大変うれしく思います。日本のとりくみは、生活圏でチェックを行う、必ずしも全国や他の都市と比較をするということではなくて、自分たちが住んでいるまちをどうしていくのかということにおいて、高齢者にやさしいまちチェックを生かそうとしているところに特徴があると思っています。

それからベアードさんから、トップダウンで決められないのかという話がありましたが、残念ながら日本の地方都市はそう簡単にトップダウンで物事を決めるようになっていません。この点では、医療部会が連合会になったことを一つの契機にして、地域からボトムアップして、活動を「見える化」して、まちを変えていくことが一つの方策だと思いました。

千田さんは、「新たな支え合い」と共助を強調されていました。私は、公的なものが整備されて、その上に私たちの自主的な活動が互助としてあるような形がいいと思います。公助（共助）・互助・自助のバランスがうまくとれていることが大事だと考えています。

今後の医療福祉生協連の活動において展望を感じるのは、私たちには2000を超える医療生協の支部と2万8000の班があつて、300万近くの組合員がいる。そうした財産があつてはじめて、地域のなかで、地域のみなさんといっしょにまちづくりにとりくんでいくことができる。ボトムアップのとりくみをしていくことができるのだと思います。ベアードさんが出されたトップダウンだけではないところが医療生協の特徴だと思っています。

最後に、本日の朝に起きたことを紹介してまとめにしたい。先ほど、富山県でいろいろな協同をすすめている話をしました。これらは、主に富山県生協連の福祉委員会の活動が中心です。本日の朝、協同のさらなる広がりが私のもとに届けられました。

富山県でも川沿いの谷筋に限界集落が生まれています。そうした交通難民や買い物難民が生まれている地域の一つに上市町白萩地区というところがあります。そこに地域の社会福祉協議会が2年間の補助金をもらって買い物支援活動に入っているんですが、補助金が切れると社協だけではもちこたえられないという相談が持ち込まれました。私たちは、農協の売店がなくなったので復活できないかとか、購買生協の個配ができないか、ふれあいサロンづくりや健康づくりができないかということを話し合ってきました。

富山県には、県生協連・農協中央会・県社協・厚生連の4者で12回連続して開催している地域協同シンポがあるのですが、来年（2011年）の開催までにこの問題について何らかの具体化をして発表しようではないかという話し合いをしていたところ、本日午前、4団体が集まって、白萩地区において具体化をしようということになったという第一報が先ほどありました。

このように、私たちの活動の積み上げがいろいろな団体との連携を広げて、地域を変えていく可能性があります。私たち医療生協の支部や班の活動を生かして、地域の中にあるいろいろな財産・資源を結合していけば、高齢者が安心して住み続けられるまちづくりが必ずできるものと確信しています。

シンポジウムのまとめ

高橋泰行（コーディネーター）

最後に、このシンポジウムをどういう思いで開催し、今後、医療福祉生協連がどう
いう理念をもってまちづくりに挑戦するかについて、シンポジストの発言を踏まえま
してまとめさせていただきます。

医療福祉生協連の創立記念をどのような形で迎えるかということについて、1年以
上も前から論議してきました。私は、医療福祉生協連の今後の理念の柱の一つは、超
高齢社会における健康づくり、まちづくりだと思っています。今後、高齢者を抜きに
してまちは存在できないし、また医療・福祉・介護の将来の方向を決めるのは高齢者
であるということを、診療所における実践を通じて思っているところです。

そのまちづくりの突破口になるのがWHOが2002年に提起したアクティブ・エイジ
ングの考え方です。高齢者はけっしてお荷物ではない、高齢者が主役になるまちづく
りです。ここに、私たち医療福祉生協連の理念と役割、社会的使命があると思いまし
た。

本日は、ジョン・ベアードさんから、高齢者は働き手である、80歳、90歳まで働く
社会的な市民であるという強いメッセージを送っていただきました。日本では雇用の
問題などが残されていますが、今後は、高齢者をどう見るかということが大きなカギ
になると思いました。

それともう1点、時間がなかったので論議ができませんでしたが、私はこういう話
のときにいつも言っていることがあります。それは少子高齢化という言葉についてで
す。日本では少子高齢化という言葉がよく使われます。しかし少子高齢化は、望まし
い社会なんでしょうか、それとも問題のある社会なんでしょうか。少子化は改善が必
要な社会です。改善しなければいけません。しかし高齢化社会は、誇るべき社会であ
り、人類が達成した成果なんです。これを少子高齢化という一つの言葉にすることに
よって、高齢社会が少子化をつくりだしているとか、若者に負担をかけるとか、年を
とることが迷惑になる、早くあの世に行けばよいというようなことを、知らず知らず
のうちに若い世代にマインドコントロールしてきたのではないのでしょうか。そういう

中で、若者が高齢者を虐待する社会、いのちの大切さが子どもたちに伝わらない社会をつくってきたということにもつながるのではないかと考えています。

私は、高齢社会は少子化を改善することにつながると考えています。千田さんの発言にもありましたように、高齢者が元気で生き生きと暮らせる社会は、若者や子育ての世代に夢と希望を与える社会です。年寄りがこれだけ元気ならば、赤ちゃんを1人、2人産もうということにつながると思います。

私は、高齢者の社会的役割の最大のものの子育てだと思います。人生60年、70年の高齢者の経験や知恵を、若いお父さん・お母さんに伝えていくことが子育てにつながると思います。

地域の中にはいろいろな力をもった高齢者がたくさんいます。これは地域の財産です。お年寄りの役割を地域の中で生かしてこそ、私たちがめざす高齢者にやさしいまちにつながると強く思いました。

高齢者にやさしいまちづくりのキーワードは2つあります。

1つは、高齢者自身が変わらなければならないということです。高齢者自身が自らの考え方、立場を変えていく必要があります。高齢者は弱者であるという立場を変えていくことが第1のキーワードです。

もう1つは、とはいえ高齢者は精神的、肉体的に弱っていきます。これをしっかりサポートすることが大事です。いま地域の中で高齢者がもっている3つの不安があります。ひとりぼっち、寝たきり、認知症です。この3つの不安に対して、私たち医療福祉生協連がもっているネットワークの力でどう支え合うのか。したがって、キーワードの2つめは、いま全国ですすめている「いのちの大運動」ということになります。「いのちの大運動」を国民的な運動につなげていくことが求められています。

高齢者が変わる、そして「いのちの大運動」を国民的な課題にしていく。このことに、私たち医療福祉生協連の大きな使命があると考えています。

医療福祉生協連は新しく船出をしたところです。本日は、船出にふさわしく、ジョン・ベアードさんと厚生労働省の千田さん、そして地域の中でがんばって来られた大野さんという3人のシンポジストを迎えて、創立記念にふさわしいシンポジウムになったと思います。(拍手)みなさんの拍手をもって、これで終わりたいと思います。ベアードさん、千田さん、大野さん、ありがとうございました。そして会場のみなさん、ご協力ありがとうございました。

松本弘道（総合司会）

医療生協のこれまでのとりくみが、この機会に棚卸しができたように感じます。今後に向けてたくさんの示唆をいただきました。スタートをきったばかりの医療福祉生協連ですが、高齢者にやさしいまちづくりをみなさんといっしょに、思う存分すすめていきたいと思っています。これで創立記念シンポジウムを終わります。ありがとうございました。

(了)



日本医療福祉生活協同組合連合会創立記念シンポジウム

「高齢者にやさしい都市（まち）づくり」 報 告 書

2011年2月15日

発行人／藤谷恵三

発行所／日本医療福祉生活協同組合連合会

〒169-0073 東京都新宿区百人町3-25-1 サンケンビルディング4F

Tel 03-4334-1580 Fax 03-4334-1585

URL : <http://www.hew.coop>

E-mail : healthcoop@hew.coop

（非売品）