

第3章 超高齢化社会に向けた国の政策方向

1 要介護者等の実態と国の方針

平成26年版高齢社会白書では、介護保険事業で要介護者又は要支援者と認定された人（以下「要介護者等という」）のうち高齢者数は、2001年度末の258万人から2012年度末で546万人と10年余でほぼ倍増していること、高齢者の介護保険被保険者に占める要介護者等の比率は、65～74才の前期高齢者では4.4%だが、75歳以上の後期高齢者になると31.4%と急増していること、要介護者等に対する主な介護者は、6割以上が同居している人であり介護者の年齢は男性の65%、女性の61%が60歳以上であり、いわゆる老老介護が相当数存在していることなどを記述している。

また介護を受けたい場所のトップは自宅（男42%、女30%）であること、最後を迎えたい場所のトップも自宅（総数の55%）であることなどを記載している。さらに、はしがきで述べたように、今後の人口推計では都市部での高齢者の爆発的な増加（今後の30年間で約5割の増加）が見込まれている。

こうした要介護者等の急激な増加動向や高齢者の在宅志向を勘案し、平成26年版高齢社会白書では、国の要介護者等への対策の基本的な方向は「国民が可能な限り住み慣れた地域で療養することができるよう、地域包括ケアシステムの実現を目指し、医療・介護が連携して必要な支援を提供する必要がある。そのため2013年度から医療計画に、新たな在宅医療を位置付けることや地域医療再生基金等の活用等を通じて、各都道府県の取組を支援した。」（第2章高齢社会対策の実施の状況 第2節分野別の施策の実施状況 2 健康・介護・医療）として、今後の医療、介護が在宅を中心とする方向が示されている。

今後の高齢者と要介護者等の急増、それにとまなう社会保障支出の急激かつ膨大な増加、その反動としての歳出構造の硬直化等を考慮すれば、今後の国全体の医療・介護の方向が、病院や要介護者等収容施設への入所による医療・介護を中心とするのではなく、在宅を基本として、医療、介護、福祉が切れ目なく支援する仕組み（地域包括ケアシステム）を基本とすることはやむを得ないであろう。このため基礎的自治体である板橋区は地域包括ケアシステムの主体とならなければならないがこれには相当の努力を必要とする。

視察した千葉県柏市の「柏地域医療連携センター」では、国の地域包括ケアシステムを全国に先駆けて運営しており、柏市と同市医師会が連携してインターネットを使って患者情報を共有しつつ在宅医療を希望する高齢者に、訪問診療の医師、薬を配達する薬局、訪

間看護等の必要なサービスを提供する仕組みを開始したので、次項でこのシステムの視察結果を説明する。

2 柏市（豊四季台地域）における先行事例

(1) 柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会の立上げ

2014年5月23日及び30日、本研究会は、UR都市機構の賃貸住宅の一つ、柏市豊四季台団地で取り組まれている高齢者の「在宅医療・介護の普及」及び「生きがい就労の創成」の先行事例について視察を行った。（「生きがい就労の創成」の先行事例については、後述の第5章4で詳細を記す。）

柏市、東京大学高齢社会総合研究機構及びUR都市機構の三者は、2009年6月、「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」を立ち上げ、豊四季台団地をフィールドに「超高齢社会に対応した、高齢者が安心して元気に暮らすことができるまちづくり」に関する共同研究を開始した。

東京のベッドタウンとして発展し、住宅都市としての側面を持ちながら、農村地域や工業地域も抱える柏市の中で、この豊四季台団地がフィールドに選ばれたのには、いくつかの理由があるが、その大きな理由の一つに人口構成が挙げられる。人口約40万人の柏市にあって、豊四季台団地には約6,000人の住民が生活しているが、高齢化率は、柏市全体の19.5%に対して、豊四季台団地40.6%（2010年10月1日現在）と、超高齢化の進行した地域であり、日本全国の住宅団地で顕在化している課題を抱えている。このため、既に高齢化が進んでいる地域への対応のモデルとなるだけでなく、数十年後に日本全体で起ころう超高齢化という課題への対応のモデルともなりうる。

また、豊四季台団地が、老朽化の進んだUR都市機構の100%賃貸住宅であったことも、フィールドに選ばれた大きな理由の一つとして挙げられる。豊四季台団地は、昭和30年代後半に建てられており、一般的に耐用年数が60年と言われている鉄筋コンクリート造の建物は、そろそろ建替えの時期に差し掛かる頃であった。団地の建替えの場合、権利者（土地や建物の所有者）全員の同意が必要であることから、分譲の場合には極めて建替えが難しいが、賃貸の場合には権利者（土地や建物の所有者）が一名であることから、分譲の場合に比べ建替えが容易である。このため、団地の建替えに伴い、住戸を集約することにより、在宅医療・介護の普及等のために必要となる新たな施設建設のスペースを生み出すことが可能であった。

このような背景があった豊四季台団地であるが、柏市、東京大学高齢社会総合研究機構及びUR都市機構の三者が揃い、手を組んでこそ、共同研究が可能になったと考えられる。これには、キーマンの存在によるところが大きかったようである。東京大学高齢社会総合研究機構の辻哲夫特任教授は、東大法学部を卒業後、厚生労働省の事務次官を務めており、研究の財源となる国庫補助金・交付金等を所管する厚生労働省とのパイプがある、この辻教授の存在によって、三者の共同研究がスタートしたと考えられる。この辻教授に加え、同じく東京大学高齢社会総合研究機構の大方機構長、柏市の福祉部長の働きかけにより、UR都市機構は、老朽化の進んだ豊四季台団地の建替えに重い腰を上げ、「施設づくり」によって「仕組みづくり」をサポートする体制が整ったのである。

(2) 在宅医療・介護の普及

豊四季台団地における共同研究では、国の掲げる「地域包括ケアシステム」の具現化によって、高齢者の在宅医療・介護の普及実現を目指しており、次の4つの取組みを行っていた。

- ① 在宅医療を推進するシステムの構築
- ② 訪問看護の充実（24時間訪問看護の体制整備）
- ③ 介護サービスの充実（24時間短時間・巡回型介護の体制整備）
- ④ サービス付き高齢者向け住宅の整備

柏市には、国立がんセンター東病院や大学病院（東京慈恵医科大学附属柏病院）などがあり、医療レベルが全国45位といわれる千葉県の中にあっては恵まれているものの、今後ますます増え続けると考えられる医療を必要とする高齢者を受け入れるだけの十分な「病院のベッド数」がなかった。柏市は、在宅医療多職種連携研修会を実施し、医師、歯科医師、看護師、介護（支援）士、薬剤師などを結び付け、在宅医療・介護の土台を作り、中核拠点である柏地域医療連携センターを立ち上げた。この柏地域医療連携センターは、東京大学高齢社会総合研究機構が構築した情報共有システムにより、上記の研修を受けた各職種がチームとなって高齢者の在宅医療・介護を支えることを可能としており、病院完結型医療から地域完結型（在宅）医療への転換を図った。

24時間対応の在宅の医療・介護の実現のためには、医師、歯科医師、看護師、介護（支援）士、薬剤師などが、それぞれ、高齢者を訪問できる体制を構築することがファーストステップである。そして、かかりつけ医師をグループ化した「主治医（患者を主に訪問診療する医師）・副主治医（主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師）」の仕

組みによるバックアップ体制と、急性増悪時等に病院が入院患者として受け入れるバックアップ体制による在宅医療の負担軽減システムがセカンドステップである。さらに、医療から介護へとバトンタッチする必要があるときに、情報が一元管理され、共有され、ネットワーク化されていることがサードステップとなる。今までの仕組みでは、病院や介護施設の中で、高齢者を24時間体制で支えていた。地域完結型（在宅）医療・介護への転換を図るには、地域全体を大きな病院や介護施設に見立て支えていく仕組みを構築する必要がある。さしずめ、我が家が病室で、道路は廊下といったところである。柏市では、この豊四季台での取組みを、この地域のみならず、北地域と南地域にも展開し、市内全域に広げていこうとしている。

（3）東京大学高齢社会総合研究機構の役割

東京大学高齢社会総合研究機構は、「AGING IN PLACE いつまでも住み慣れた地域・家で安心して暮らせるまちづくり」をキーワードに、GERONTOLOGY（総合老年学）についての研究を行っており、その切り口は「高齢者医療」、「政治・経済」、「社会・文化」、「介護」、「死・倫理」、「衣・食・住」、「家計」、「労働・退職」、「人間関係」、「生活行動」、「心理」、「生理面」など多方面にわたっている。

豊四季台団地において、東京大学高齢社会総合研究機構は、在宅医療を推進するための「在宅医療多職種連携研修会」の研修システムを開発するなどブレインとしての役割を果たす一方、高齢者の就労モデルを研究開発するため「生きがい就労メニュー」を創成し、初期段階でのコーディネート業務も行っている。

また、健康な高齢者の生きがいづくりや、介護が必要な高齢者への地域包括ケアシステムの充実だけでなく、最後まで暮らし続けられる終の棲家の選択肢について考えた仕組みづくりも研究している。在宅介護による地域包括ケアシステムばかりに焦点が当たる昨今にあって、重度の認知症の高齢者や、24時間常時見守りが必要な高齢者にとっては、特別養護老人ホームやグループホームなどの「施設入所」が大切な役割を果たすことを認識している。また、自宅のバリアフリー化が難しかったり、定員がいっぱいで特別養護老人ホームに入れない場合は、サービス付き高齢者向け住宅を選ぶことも選択肢の一つとしており、多様な終の棲家のあり方を許容している。

豊四季台団地の中に、特別養護老人ホームを建設し、サービス付き高齢者住宅の建物にグループホームを組み込んで整備したあたりに、東京大学高齢社会総合研究機構の多岐にわたる研究が背景にあったことが、十分に推測できる。

(4) 柏市の役割

柏市は、在宅医療多職種連携研修会の立上げにあたり、事務局として貴重な役割を果たした。医師会との連携により、医師、歯科医師、看護師、介護（支援）士、薬剤師など多職種を、顔の見える関係にし、結び付けた。

医師らは忙しい仕事の合間に研修に参加するため、効率の良い研修が行われることを求めており、詰め甘い研修は嫌がる傾向にある。柏市は、事前準備・段取りの大変さと大切さを学び、医師会との事前調整などのノウハウを獲得し、職員の力に変えていった。

年に1回程度開催される在宅医療多職種連携研修の下には、「医療ワーキンググループ」、「連携ワーキンググループ」、「試行ワーキンググループ」、「10 病院会議」及び「顔の見える関係会議」の5つのワーキンググループが設置されており、2か月に1回程度の頻度で議論を重ね、地域包括ケアシステムの構築を推進している。

(5) UR 都市機構の役割

UR 都市機構は、権利者（土地及び建物の所有者）としての利点を生かし、老朽化した賃貸住宅の建替えにあたり、低層の集合住宅に入っていた住戸を、高層の住宅に集約することによって、敷地内にスペースを創出し、在宅医療・介護の拠点施設の建設に寄与した。柏市の医師会・歯科医師会・薬剤師会が共同で、この創出されたスペースに柏地域医療連携センターを建設し、柏市が寄附を受けて保健福祉部福祉政策課在宅医療支援担当を総合窓口として配置した。（なお、このセンターの土地については、柏市が UR 都市機構から借り受けている。）また、UR 都市機構の公募により、サービス付き高齢者向け住宅に介護施設、看護施設、診療所、薬局、子育て支援施設及び地域交流施設などを組み合わせた地域包括ケアのモデル拠点となる建物を、生み出したスペースに整備し、産官学民の四者連携を具現化した。他にも、このスペースには、特別養護老人ホームや公園、生きがい就労事業で試行稼働している植物栽培ユニットが建設された。

また、まだ建替えに至っていない既存の商業・生活利便施設内に、新たにコミュニティ食堂を整備し、地域コミュニティ活性化のための「つどいの場」づくりを目指すとともに、商店街の活性化を模索していた。

(6) 高島平団地への同様な事業の適用可能性について

視察を行ったこれらの状況を踏まえ、高島平団地で豊四季台団地と同様の事業展開ができるか、という可能性であるが、かなり低いものと考えられる。

まず、団地の建設年代の違いが大きいです。豊四季台団地が昭和 30 年代後半の建設、高島

平団地が昭和 40 年代後半の建設と 10 年の開きがあり、UR 都市機構にとっては、高島平団地より先に建替えに着手すべき団地が全国に多くある。UR 都市機構の高島平団地マネージャーによると、UR 団地の減価償却期間は 70 年で、一般の鉄筋コンクリート建築物の 60 年より 10 年長く設定されているようである。建設・入居開始から 40 数年しか経っていない高島平団地では、賃貸棟の建替えによる事業用地の創出は難しく、「既存ストック活用」により、豊四季台団地とは違うやり方で、医療・介護に係る事業を展開していくしかない。

また、高島平団地には、二丁目の賃貸棟だけでなく、三丁目の分譲棟があるが、二丁目の建替えは UR 都市機構でコントロールできても、三丁目の分譲棟の建替えは権利関係が複雑で UR 都市機構ではコントロールしきれない。この三丁目の分譲棟を、減価償却期間の 70 年を超える前後に、どのようにリニューアルしていくかは、今後のまちづくりの大きな課題となってくるであろう。人口構成の面から見た超高齢化だけでなく、空き室の増加に伴う人口の空洞化の問題も浮上してくるであろう。

加えて、高島平団地を擁する板橋区の中には、東京大学高齢社会総合研究機構のようなブレインとなる大学や組織が無く、辻哲夫特任教授のような国の機関とのパイプ役となり、財源である国庫補助金や交付金を獲得してこれるキーマンもいない。産官学民連携を先導し、サポートする研究機関が無い中では、区役所や UR 都市機構、あるいは医療や介護の担い手为中心となり、豊四季台団地で行われた先駆的・実験的な取組みとまではいかなくとも、地道な事業の積上げと連携促進などにより、在宅医療・介護の普及を図っていくことが求められるであろう。

なお、2014 年 10 月 23 日付の日経新聞によれば、UR 都市機構では団地の入居者の高齢化に対応して団地内で地域の医療や福祉を担う拠点づくりを進める方針であり、所在する自治体から理解を得られた全国 23 団地の一つに高島平団地が挙げられていることが報じられている。この拠点の機能は視察した柏市の豊四季台団地の柏地域医療連携センターと同様に医療と介護を、在宅を基本にして一体的に提供する体制をつくるものであり、今後の超高齢化を展望すれば施設整備とともに不可欠のものであり、高島平団地が対象に選定されたとすれば歓迎すべきことである。

また、すでに建設後 40 年程度が経過しようとする高島平団地の建替えあるいは全面的なリフォームを行うことで若年世代の入居が促進され、それによって要援護者への支援も期待できることから、これらを UR 都市機構側に働き掛けていくことも板橋区政の課題で

あろう。

3 地域包括ケアシステムを成立させる他の支援施策

一般に、在宅での医療・介護・福祉を基本とする地域包括ケアシステムを成立させるためにはその周辺で次の3つの条件が満たされなければならないのではないかと考える。

第1は、在宅を基本とした場合に、看護・介護の役を担う家族が高齢化して「老老介護」となったり家族がいなくなることも遠くないため、施設入所が必要となる事態にも備えなければならないことである。2013年の国民生活基礎調査では、同居する家族が主に介護を担う世帯のうち、老老介護の割合が半分（51%）を占め、2010年の前回調査から5.3ポイント増加している。団塊の世代の高齢化によりこの割合は急激に高まるであろう。こうした動向に備えをしないままの在宅医療・介護の拡充は、極言すれば社会保障の公的役割の放棄と言ってもよい。とくに、高島平団地のように同居困難な住宅事情の下では、配偶者がいなくなれば在宅医療や介護は、ただちに継続できなくなり施設入所による医療や介護に転換することとなることから、在宅を基本としつつも施設入所の整備も同時並行的に進めることが基礎的自治体の基本姿勢として要請されると考える。

視察した板橋区浮間舟渡地区の特別養護老人ホームは定員100人に対して入所待ちが数百人以上おり、入所に3～4年かかっているとのことであった。板橋区内の特養の平均入所待ち人数は後述のように定員の約10倍（第4章1（3）参照）である（名寄せ等の調査結果でも約1.5倍。第4章1（3）参照）が、在宅を基本とすることが特養等の整備が進まないことの言い訳に使われてはならないであろう。同様に終末期を自宅で過ごしたいという人が6割近くいること（2008年厚労省「終末期医療に関する調査」）は人間の最後の願望として理解できるが、それを施設整備の遅延の言い訳にしてはならないであろう。終末期を過ごしたい自宅は家族がいることが前提だからである。

要介護者等への支援の中核となり終の棲家ともなる特別養護老人ホームの整備は、大都会では容易なことではないが、地区の再開発や学校の統廃合等の跡地利用の検討の際には最優先で立地可能性を検討してほしい。要介護者等へのソフト面、ハード面双方の整備が進んだ基礎的自治体こそが超高齢化社会での「住みたいまち」になるのではないかと考える。

第2は、要援護高齢者への医療・介護を在宅のまま持続できるだけの訪問医療従事者（医師、看護師）、訪問介護従事者、デイサービス・通院リハビリ等のキャパシティの数の確

保である。

報道（2014.9.5朝日新聞）では、在宅介護を支える24時間対応サービスを実施する介護事業所は2014年6月現在全国で約500か所にとどまり、8割の自治体は事業所がない状況である。また現在の利用者数は約8,000人だが、2025年には15万人の利用が見込まれるのに事業所の拡充は、看護師やヘルパーの人手不足で困難なことも伝えられている。さらに在宅介護を支えるもう一方の小規模多機能事業所（通所、訪問、宿泊介護を提供）も全国で3,940か所しか整備されておらず、現在の利用者数は7.2万人だが、2025年には約40万人の利用が見込まれるが拡充の道は遠いことも報じられている。24時間対応サービスも小規模多機能事業所も介護度により定額制を取っていることが採算を難しくしており、新規事業者の参入を困難にしていることが伝えられ、定額制の見直しが課題であることを示している。

また、医療と介護を総合的かつ大規模に提供している社会福祉法人済生会の炭谷理事長は、例えば訪問看護師については、在宅死亡率が50%を超えているスウェーデン（日本の在宅死亡率は13%—2012年内閣府調査）での人口1,000人あたりの訪問看護師、地域看護師の就労者数は4.2人であるのに対して、日本は10分の1の0.4人であることを指摘して、日本が自宅を終の棲家とするには程遠い実態にあることを指摘しつつ、さらに病院勤務の看護師に比べて訪問看護師等の処遇が悪く、早急な増加に期待できない状況を述べている（2014.7「済生」）。

第3は、在宅での医療・介護の周辺の日常生活を支える共助の仕組みの支援である。老老介護や一人暮らしの高齢者を、周囲の健常者や地域社会が支援し助けていかなければならない。主たる医療や介護は医療保険や介護保険でみることができても、その対象範囲を超える部分や日常生活を支える部分は共助による支援活動に依存するしかないであろう。

例えば買い物、通院、支払い、ゴミ出し等の日常生活への支援は、周囲の者がボランティア的に対応しなければ不可能であろう。

地域包括ケアシステムの構築はもとより、それを成立させるための第1の条件である施設整備と第2の医療等従事者の育成の条件は、いうまでもなく基礎的自治体である板橋区だけで解決できる問題ではない。国や都道府県の役割が大きいのが、住民と直接接する板橋区のような基礎的自治体では、とくに入所待ち数の多い特別養護老人ホームや老人保健施設の拡充は、喫緊の課題であり、在宅を基本とする方針の下であっても疎かにしてはならない課題である。また在宅医療・在宅介護を可能とするための医療等従事者の人材確保に

も側面から協力すべきであろう。そして第3の共助の仕組みの育成こそが、基礎的自治体でなければならない任務である。

要援護高齢者に対する板橋区の施策の方向性についてまとめてみると次のようになる。

都市部では今後の30年間で高齢者の増加は約5割増加との推計がでており、また、在宅医療や介護の希望や自宅での終焉を希望している要援護高齢者が多いことから、地域包括ケアシステムが今後の社会保障の中軸になるべきであろう。そのための訪問医療や訪問介護の充実が、第1の課題である。具体的には柏市の事例のようなネットワークづくりが課題である。また訪問医療・介護への従事者の増加のために、看護師等の人件費の定額制、低廉な給与水準などへの対策についても基礎的自治体として協力できる部分があれば協力すべきであろう。

しかし老老介護や単身世帯も激増することから、第2に併行して特別養護老人ホーム等の施設整備にも努め基礎的自治体の責務を果たすことが必要である。とくに、すでに都会の限界集落の様を呈している高島平地域等の超高齢化地域を抱えている板橋区では地域包括ケアシステムと並行しての施設整備に傾注しなければならないと考える。

第3には、医療や介護ではカバーできない生活の支援のための共助の仕組みづくりである。後述の板橋区社会福祉協議会（以下「社協」）が運営する「ぬくもりサービス」や他の自治体の事例を参考にして、高島平地域で続いている助け合い活動を公的に支援し、その拡充を目指すべきであろう。

4 介護保険制度の変更と基礎的自治体の責務

次に介護保険制度の変更からくる基礎的自治体の役割の拡充がある。

税と社会保障の一体改革により2014年度において介護保険制度が改革され、従来は介護保険の対象であった要支援Ⅰ・Ⅱの等級の方々への介護サービスは介護保険から分離されて基礎的自治体の独自事業になった（現時点では、制度の詳細は確定していない）。

財政事情による自治体間格差が懸念されているが、板橋区がこの事業を、できるだけ有効・効率的に運営していくためには該当等級の方々のニーズを的確に把握した上で介護従事者だけでなく多くの地域住民等の共助にも期待しなければならないであろう。とくに在宅での生活を支援するための健常高齢者・学生等のボランティア的活動に期待するところは大きい。これらの支援側の力が要介護者等に円滑・的確に提供される仕組みづくりが板橋区政の当面する喫緊の課題であり、魅力ある板橋区づくりの点からも重要視すべきであ

ろう。

訪問して意見をうかがった高島平二丁目団地自治会や高島平三丁目自治会では、第2章で述べたように自治会主導の「助け合い活動」（家具の移動、電球の付替え等の軽微な家事を助け合う活動）を行ってきているが、高島平三丁目自治会からは、介護保険制度の導入により活動量が減少したとの説明を受けた。

今回の介護保険制度の改正はその逆であり、同保険対象の縮小により、板橋区全体で「助け合い運動」を支援し、拡充していくことが求められている。

健常高齢者のお互い様という互助の精神や学生の社会貢献等へのボランティア精神などは、地域の共助の精神を涵養するものであり、超高齢化社会でも持続できる仕組みとなるよう必要な助成等の支援を行っていくことが都市部での基礎的自治体の取り組むべき課題と考える。まずは、先行して実施してきている高島平団地内の助け合いの会の活動の実情を把握し、問題点や課題を探究し、これらの活動を行政として支援していき、区内一般に広げるべく努力すべきであろう。

高島平二丁目団地自治会の助け合いの会の方の説明では、過去に行われた学生による支援が長続きしなかったことや団地内の健常者による助け合い活動も提供者数が減少しており、高島平団地への若い世代の入居が期待されることを述べていた。こうした困難な課題を乗り越えることは容易ではないが、行政の支援により順調に運営しているとみられる事例（第4章1（6）参照）や社協がすでに運営している「ぬくもりサービス」（第4章1（5）参照）などを参考にして共助の仕組みの拡充に努めてほしい。