

○高橋参事官 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第3回「日本版CCRC構想有識者会議」を開催いたします。

御多忙の中、御参集いただき、誠にありがとうございます。本日は、国際医療福祉大学の高橋泰教授と長野県松本市の平尾部長にも御参加いただきます。

それでは、会議の開催に当たりまして、石破地方創生担当大臣から御挨拶を申し上げます。よろしくお願いいたします。

○石破国务大臣 毎回遅い時間をお願いをして恐縮でございます。国会等々の審議の関係上、お許しをいただきたいと存じます。

毎回大変に有意義な御議論をいただき、感謝を申し上げます。少しはCCRCというものが何であるかということをお理解いただきつつあるとは思いますが、そうであるだけにいろいろな思惑がそれぞれにございまして、やはり政府としてこういう方向だということをごきちんと定めなければなりません。

また、高橋先生のお書きになっているもの、私も全てではありませんが相当拝見をさせていただいておりますが、このCCRCというのは、2025年あるいはそこから先、東京はどうなり、地方はどうなりということにも一つの解決を与えるものだと思っております。こうすれば全部一遍に解決だなどという素晴らしいものが世の中にあるわけではなくて、一つ一つ着実に丁寧にやっていかなければなりません。このCCRCはどういう層の方をターゲットとするのかというコンセプトをきちんと固めなければいけませんし、その上で、これを実現するために法律は必要なのかどうか、予算などの支援措置はどうするのか、あるいは事業化をし、どのようなビジネスモデルを描くのかということ。そして、これを提示する上に当たって国民の理解と共感を得るために、繰り返しになりますが、ターゲットを間違えると瓦解いたしますので、そのあたりは正確な数字に基づいてお話をしなければなりません。

もう一つは、空き家問題、今は杉並でも世田谷でも空き家続出みたいなことに相なっております。これは大変な問題になるはず。地方でも中央でも空き家だらけということになって、これにどのような解決を与えるかということも併せて考えていかなければなりません。そういう問題を徹底的に御議論いただいて、ある意味、不都合な真実みたいなことで国民に向かって語ることが少なかったのではないかと思います。悲観論ばかり言うつもりは、私は全くありません。でも、こういうことを乗り越えればこういう日本があるのだということを提示する上において、こういうことを乗り越えねばというものをスキップしてやる話には全くなりませんもので、どうか今日も闊達な、そしてまた有意義な御議論をいただき、取りまとめに向けまして、貴重な御示唆を賜らんことを心からお願い申し上げます。

所用がございまして、私と補佐官は途中で退席をいたしますが、お許しをいただきまして、副大臣は最後までおるそうでございます。また、報告は全部子細に承りまして、今後の議論にまた私どもも加えていただきたいと思っております。本日もお世話になりますが、どう

ぞよろしくお願ひ申し上げます。

○高橋参事官 ありがとうございます。

続きまして、平副大臣からも御挨拶を申し上げます。

○平副大臣 御紹介いただきました副大臣の平でございます。

今までこのCCRCの議論、日程の都合で参加できませんでしたが、今日で一気に追いつきたいと思っておりますし、今日は最後まで議論に参加をさせていただきたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○高橋参事官 それでは、以降の議事進行は増田座長、よろしくお願ひいたします。

○増田座長 それでは、早速ですが、議事に入りたいと思ひます。

前回は、日本版CCRC構想の先進事例のヒアリングを行い、そして、委員の皆様方から御意見をいただきました。今日は、主な論点に関する討議と、地方自治体における取り組みのヒアリングということで議論を行っていきたくと思ひます。

先ほど司会の方から申し上げましたとおり、国際医療福祉大学大学院の高橋教授にお越しいただいております、日本版CCRC構想の具体化に向けた検討で、特に地域での医療・介護の今後の需給見通しということ念頭に置いて行う必要があるもので、まず初めに、この点について高橋教授から15分で御説明をしていただひいて、そこで一旦質疑を行って、それから次の議題に入っていきたいと思ひます。

それでは、高橋先生、よろしくお願ひします。

○高橋教授 国際医療福祉大学の高橋と申します。「全国の医療・介護の今後の需給見通しについて」ということで、15分間、時間をいただひてお話しさせていただきます。

右上に資料のページがありますので、併せて見ていただひければと思ひます。

まず、これからの話は全て人口の構成が大きく変わるということで、今回の話は0～64歳の人口が今世紀末までに大ざっぱに言ひますと毎年100万人ずつ減ると。それから、75歳以上人口が2025年まで50万人以上のスピードで増えて、2030年から2050年が横ばいで、2050年以降に減るという2つの大きな動向によって、我が国の人口がどう変わるか。

ここに出ていますね。0～64歳が100万人ずつ減少、75歳以上が50万人ずつ増加すると。こういう変化によって医療・介護でどのようなことが起きるのかというのが、今日の話の骨子になります。

これは我が国の人口の推移でありますけれども、明治維新のときに3,330万人が140年間で1億2,800万人まで上がったのですが、これが今世紀末に、明治維新に近いレベルまで下がるだろうということが今回の話の一つの大きな原因になっているところですよ。

もう一つは、この人口減に加えて、50年前に三大都市圏に地方から800万人の人が移動しているのですね。2ページでありますけれども、この800万人の移動によって、地方は、これから後期高齢者になる予備軍がほとんどいないというか、非常に少なくなっている。さらに、この人たちが産むべき子供がこの三大都市圏で生まれておりますので、子供が更に少ないということで、地方が消滅するという話と、これから先、介護に必要な人ですよ。

この最初の3分の1の山が、現在75～80歳で、ここが今、介護が必要になってくる。あと5年して、5年後の2020年から2025年が現在の70～75歳で、団塊の世代がここの流入のトップではなくて、その5年前、昭和15年から20年に生まれた人の流入が一番大きい。ここはマスが圧倒的に大きいのですけれども、この3つの人たちが首都圏に入ってきて、首都圏生まれの人たちは順調に75歳を超えるのですけれども、さらに、この人たちの部分の医療・介護をどう提供するかというのが、これからの問題になるわけです。

75歳以上の人口というのが、札幌、仙台、東京圏、名古屋、大阪、福岡あたりで急激に増える。これが2025年問題と言われます。

逆に、先ほど、地方は大量に人が流れ出していて、高齢者も子供もいないということで、昨年、日本創成会議が発表しました地方消滅という話がありますけれども、黒いところが4割以上減るところで、青いところも平均3割以上減りますので、0～64歳が減って行って、支える人もいなくなっていく。特に黒いところは地域が消滅するのではないかということ的前提を考えなければいけないような状況があらわれております。

今日は2025年問題の東京のお話を中心にさせていただきます。

先ほど言った800万人移動したという人たちが若いときに移ってきたわけですが、どこに住んだかというところ、周辺部のこの赤色のところなのです。この赤色のところは、これまでは若かったのですけれども、2010年から2025年の15年間で後期高齢者の数が倍増する地域であります。この地域は、医療はとて今まで若かったので少なかった。

それで、関東を3つに分けようと。東京と横浜地区、周辺部、さらに外という形で人口で3区分をいたしまして、人口10万人当たりの医者数を他の地域と比較いたしましたら、東京、横浜は日本で一番医者が多いのですけれども、周辺部は日本で一番医者が少ないのですね。

今後どうなるかというところ、ここの地域、今まで少なくとももっていたのは、若くて病気にならなかったということもあるのですけれども、もう一つ大きな原因として、ここの地域の人、病気になったら電車に乗って東京に来ていたわけです。ところが、80歳になって病気がちになったときに東京に来られるかというところ、なかなか来られなくなりますので、恐らく地元志向になるだろうと。

それで何が起きるかというところ、外来は減るのですけれども、この地域は更に高齢者中心に混むのではないかと。それから、最大の問題は、入院が必要になった時に入れなくなる可能性が極めて高いだろうということで、東京の周辺部は医療がとて大変な時代を迎えるだろうということが予測されます。

今日のメインは東京の介護の問題なのですが、介護保険施設ベッドと高齢者施設住居数、これを全部集めた数を総高齢者住居数と呼んでおりまして、これが今後、需給がどうなるかという予測を簡単に行いました。

これは高齢者が増えて、施設が作れない場合にどれぐらいの数が供給されるのか。さらに、現在の全国平均に比べてどれぐらい過不足があるかということをお示しします。

これが2010年で、赤、黒というのがとても少ない地域なのですけれども、日本中で介護施設はかなり差がなくできていて、23区が突出して少ないという感じになっています。皆さん、意外と思われると思うのですけれども、実は神奈川とか埼玉はかなり供給能力が高いのです。後でもっと詳しいデータをお示ししますけれども、ここが少なく、周辺が多いということをぜひ覚えておいてください。

今から東京の介護が厳しくなるというお話をいたしますけれども、これは細かいので、お手元の資料を見ていただきたいのですが、6ページを見てください。これは何かといいますと、全国平均値が先ほど言った老健、特養、介護療養、グループホーム、サ高住等を全部あわせて、後期高齢者1,000人に対して収容能力91と書いてありますけれども、1,000人に対して91あるわけでありまして、必要数はこの91と仮定をいたしまして、高齢者の数を掛けて、現在、高齢者が、2015年の75歳以上が1,645万人ぐらいいて、それに0.91を掛けると149万5,813という形になるわけです。現在、平均時ですので過不足ゼロになるのですけれども、2025年の2,100万に増えたときに必要数が198万になる。そうすると、145万との差で48万足りませんよという形でこれを見ていくわけでありまして。

これは実は1,800の自治体全部計算をしたのですけれども、現在足りない順というか、91を確保するのに一番上の杉並区は6,676必要なのですが、現在3,312しかなく、3,864足りないという形に見るわけで、この杉並が一番足りないという形になります。あと、項目を見ていただきたいのですけれども、23区、東京周辺は足りないところが多いのです。今度、下のほうは逆に91に対して余裕のあるところがずらずらと並んでいるのですけれども、これは意外に東京の周辺部が多いわけです。下のほうを見ていただくと、川口、さいたまが出てきますけれども、ここが一番余剰が多いだろうという形になります。

2040年が次のページで書いてあるのですけれども、2040年は相当様相が変わるのです。2015年で東京、首都圏、広域とか、東京の周辺の県レベルでこれを全部足して計算をして、どこがどれくらい余裕があるかを示したのが8ページに書いた図であります。

8ページのこのグラフで、23区が突出して足りない。千葉もちょっと足りないのですけれども、これを埼玉と多摩と神奈川がちょうど補っている形に今なっております。

8ページの真ん中のグラフで「東京圏」と書いてあって、必要数の過不足が3,655になっておりますけれども、これは91にそろえる場合に東京圏全体で3,655余っていると。下の方を見て赤字のところは足りないわけなのですけれども、23区が2万1,000で千葉が4,000、埼玉が1万ありまして、多摩が7,000、神奈川が1万3,000ぐらいありまして、ここがちょうど拮抗している形になっています。東京は、足りない場合に周辺の方にどんどん高齢者を送り出している形になっているわけなのですけれども、これは2025年、周辺は先ほど言いましたように後期高齢者が倍増するわけでありまして。ということは、これだけの施設を作ることができれば何の問題もないのですけれども、周辺で高齢者の進むスピードに応じて施設が作れない場合にどうなるかという、恐らく東京から送り出した人が引き取ってもらえなくなることが予測されるというのが、この図から見えてくると思われます。

広域の首都圏で見ても同じような形であります。

ここをまとめますと、現在は、23区、千葉の不足分は、多摩、神奈川、埼玉でカバーしている。それ以外の地域は、ほぼ自地域の施設で自地域のニーズをカバーしているということが言えます。

しかし、2025年になると、23区、千葉の不足分をカバーしていた地域でも不足になり、不足がさらに加速する23区、千葉の不足分をカバーできなくなる。特に、埼玉、神奈川は、自地域も大幅な不足状態に陥る可能性が高い。東京以外の地域でも不足は大きくなり、東京圏の不足をカバーする余裕はないということになるかと思えます。

2040年になると、東京、神奈川のみ不足が拡大いたしまして、他の地域は不足が拡大しないのです。だから、東京と神奈川を除きますと、2025年までに不足分をカバーできれば、2040年は問題ないという傾向をこの数値から読み取ることができるのではないかと思います。

何をすべきかということなのですが、介護では周辺も全部足りなくなるから、ともかくやはり全域でこういうものを作っていく必要があるだろうと。東京圏では絶対的不足の度合いが大きくなることから、東京圏のニーズを東京圏だけでカバーし切れなくなって、首都圏、さらには広域首都圏全体で介護施設の建設を加速する必要があるということ、東京だけではなく周辺も含めて考える必要があるだろうと。それから、更にもっと広げまして、中国とか九州など余裕のあるところに人を移すということも考える必要があるだろうと。

それから、介護の担い手が圧倒的に足りなくなるので、移る時にできる限りまとまって住んでもらう集住というものを考える必要があるだろうし、先ほど石破大臣も言われましたけれども、世田谷だけで3万戸の空き家があります。世田谷でどれぐらい作らないといけないかというと、10年間で私のこの試算だと3,800人分の施設を用意すればいい。ということは、1年間で380人分。この間、世田谷に尋ねましたところ、280人分まで作っているのではないかとということで、100人分ぐらい足りないという話でありますので、3万戸を上手く活用すれば、空き家を不足する介護施設建設のリソースとして利用すれば、意外に何とかなのではないかという漠然としたレベルでありますけれども、とにかく空き家の活用をうまくやるのが大事だなというのが対策として考えられるのではないかと思います。

続きまして、今後、需要がどう変化するかということのお話をさせていただきます。

医療と介護、どちらが増えるかというお話をいたします。これは年代別で幾ら使っているかということを示しているのですけれども、介護は若い人はほとんど使いません。ということは、介護の需要というのは75歳以上が増えるか減るかだけで決まります。一方、医療というのは若い人がそれなりに使って、ここが毎年100万人ずつ減っていきますので、介護に比べて医療は伸びが低いわけなのです。若い人が減ると、かなり効いてまいります。

人数と費用を掛け合わせたら簡単に出る計算なのですが、介護は2030年がピークで2010年に比べて5割ぐらい増えるだろうと予測されますが、医療は2025年がピークで

11.1%という数字が出てきました。

これは二次医療圏別に落として計算をいたしまして、2010年と2040年で比較をしましたところ、この青い所は医療の需要が2010年より少ないのです。赤い所だけ増える。だから、医療に関しましては、都市圏だけは医療の需要が10%、20%、多い所で30%ぐらい増えますけれども、減る地域もかなり多いので、全国で見ると2040年は少し2010年より減るぐらいの形になります。一方、介護は全国的に増えます。若い人が減るのは関係なくて、高齢者の数は年齢の高い人が増えてきますので、少し増えるか多く増えるかという差になっています。こういう大きな差が出てまいります。

それから、医療費と介護費なのですけれども、足したもので見ましても、青い所は地域で減ることが予測されて、医療と介護を足しますと、さすがに赤い所が多くなってくるのですが、減った所を1人当たりで見るとどうかというと、人口が減るということでありますので、この減ったところは1人当たりの医療費はむしろ増える。医療・介護費はむしろ増える傾向にあります。そのような動向で今後進んでいくことが予測されます。

医療の需要というのは、この青と黒で示した所は現在がピークで、もう減り始める。赤いところは2040年まで増え続けるということで、地域によって需要動向が全く違うということがこれでおわかりいただけると思います。

それから、医療と介護でどれぐらい働いているかということなのですけれども、これは地域差が物すごく大きいのです。この青い所が8~9%ぐらい、100人いて8~9人ぐらいが医療・介護をやっているという形で、赤い所は11~13人やっているという形なのです。西日本と東日本を比較いたしますと、西日本というのは1.5倍、医療・介護に従事している人があって、これはベッド数とパラレルに動きますので、やはり西の方が非常にリソースが多いということになっております。

今後、介護の需要が物すごく増えていくわけでありましてけれども、今、全国平均で言うと、100人に対して5人程度が介護に従事している形になるのですが、今と同じような体制で介護をやっていくと、100人に10人では足りないという形で、多いところは100人に15人ぐらい介護をやらないと高齢者を支えられないという形になってきます。

一方、消費なのですけれども、年をとるとどんどんお金を使わなくなっていったって、年齢階級別に幾ら消費するかというデータを乗せて計算しますと、多くの地域で2割以上消費が減る。ひどいところは3割ぐらい減るという形になっています。

これを全部あわせて、これから先の需給を見ますと、消費が10~20%低下するにもかかわらず、1人当たりの医療介護費が年間で10~20万円増加する。都市部では介護事業者の大幅な増加が必要になって、10%を超える地域がたくさん出てくることが予測されるということになってきます。

最後に、医療は今後どう変わるべきかという人口動態の変化から予測されることについてお話しいたします。

これが最初にお話しした医療の需要予測で10%ぐらい増えるという形なのですけれども、

これを0～74歳と75歳以上に因数分解いたしますと、75歳以上の医療は6割ぐらい増えて、0～74歳の医療は2020年から急激に下がっていきます。若い層、0～64歳が毎年100万人ずつ減り続けますので、この青い線は今世紀末まで基本的に下がっていく傾向になるはずであります。

0～74歳の医療とはどんな医療かという点、従来の急性期医療でありまして、治癒を目指して病気が治ると家に帰ってくれるというものでありますけれども、75歳以上、従来型の医療をかなり使うのですが、年をとればとるほど、治癒を目指すというよりも体を整えるという感じで、入った時からリハビリの計画を立てて、治療と機能回復を組み合わせ、何とか自宅での生活を続けられるような医療のニーズがどうも高まっていくようであります。

これはやはり年をとることによって必要とする医療のニーズが変わって、こちらのほうが増えてくるから、従来型の急性期よりも地域密着型の医療の必要性が高まっていくことになるということだと思われまます。

今後の我が国で行わないといけないことは、急性期型の医療のニーズが2020年まで横ばいですが、恐らく高度医療を中心とするものは過剰の方向に進んでいき、生活支援型の医療のニーズが上がっていく。要は、右下から左上のほうに転換していかないといけないということになっていくと思います。

時間がないのでここで終わらせていただきますけれども、後ろの方に4月20日の日経新聞の記事が出てありまして、とことん型からまあまあ型に変わっていくという話が1面に紹介されて、地域ごとにどういう差があるというデータがその次のページに書いてありまして、私のインタビューが19から20ページに出ております。ここの中で、これから先、医療がどのような形で変わらないといけないかということを書いてありますけれども、基本的に、とことん型中心の医療からまあまあ型というか、生活支援型の医療のほうにシフトをする必要があるということがこのインタビューに書いてありますので、読んでいただければと思います。

○増田座長 どうもありがとうございました。

高橋先生に、とりあえずこの場で何か御質問の方はいらっしゃいますか。もしあれでしたら、7時までおられるということなので、次の方の説明に移って、最後にまた気がついたことなり御意見があれば、いただきたいと思ひます。

それでは、人口減少を見据えた都市戦略を進めていらっしゃる長野県松本市の平尾商工観光部長さんと当委員会のメンバーであります河合委員から、日本版CCRCに関して医療ポイント貯蓄制度の提案をしていらっしゃいますので、平尾部長さんからは15分程度で御説明いただければと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○松本市 松本市役所の平尾でございます。どうかよろしくお願ひいたします。

表題ですが、「三ガク都」という言葉を松本では使っておりまして、山岳の岳と、音楽の楽と、学問の学、この3つをあわせまして「三ガク都」のまちづくりと表現しています。

副題が「松本ヘルスバレーの挑戦」としております。私どもの市長が医療者だということもありまして、生活の質や命の質行政の目標に掲げながら、ここ11年やってきております。

1 ページの「松本市の概要」のところをかいつまんで御説明させていただきます。松本市は、長野県の真ん中にある人口24万人都市で、長野市が38万人都市なので、松本が県内2番目の都市で、特例市の位置づけにあります。

スライドの下にある上高地の写真ですが、日本アルプスの中に位置しています。また、音楽の「楽」都ということで、サイトウ・キネン・フェスティバルを平成4年から続けており、毎年8月の1カ月間はフェスティバルで盛り上がります。ちなみに今年度から名称が、セイジ・オザワ 松本フェスティバルに変わりました。それから、旧開智学校の写真がありますが、明治9年にできた建物が国の重要文化財としてそのまま残っております。また、旧制松本高校があった場所です。旧制松本高校はその後、信州大学の本部になり、医学部もあることから、本市の人口当たりの医師数は全国トップクラスという状況です。

松本市が進めている都市戦略について、次の2ページをご覧ください。超少子高齢型人口減少社会におけるまちづくりとして、健康寿命をとにかく延ばしていこうと、ここずっと取り組んでまいりました。健康を、20年、30年先を見据えた活力ある超高齢社会の源であると捉えております。

健康である地域を考えてみますと、＜具体的な姿＞にありますように、要介護や寝たきりの人が少ない、あるいは孤立した市民が少ない、あるいは活動的な生活を送る人の割合が高いと言えます。これは逆に言えば、今後どう対応していくかということになるのですが、予防医療や生活習慣病の改善、あるいは社会的な絆の充実、アクティブシニアの活躍というようなことを松本で実現させていきたい。その基本的な方向としては、健康な時から終末時期まで継続的なケアが担保され、安心して暮らし続けることができるまちづくりなのだということで、今、進めています。

次の3ページです。これをもう少し具体的に、経済的な場面も含めながら社会的な課題と捉えた場合、社会的な課題は健康増進とか疾病予防、医療費の削減、生活の質の向上、あるいは社会的な絆、ソーシャルキャピタルの形成とか、こういうことをしっかりと解決していかなければならず、それらを解決するところに大きな経済的な市場もあり、経済的な利益も得られるだろうと考えています。それを実現していく一つの具体的な姿として、「松本ヘルスバレー」構想に取り組んでおります。これは、健康な市民が暮らして、その人々に磨かれた産業が定着をして、健康に関する情報や投資や人が集まるような好循環を地域のなかに作っていくものです。

本市のこれまでの取り組みとしては、健康に関する情報、投資、人が集まる健全な地域循環に向けて、生きがいや健康づくり、産業創出等の既存ストックや取組を生かしながら実践してきています。

松本の特徴としては、健康づくりの拠点として、市内の35カ所、1小学校区ごとに「福祉ひろば」という施設がありまして、健康づくりの拠点になっています。これを地域包括



ケアの拠点、あるいはヘルスケア産業を通じた支え合いの拠点として十分活用しながら、今、進めてきているということです。

もう一つ、公的保険外の健康産業の創出を推進するために、松本地域健康産業推進協議会というものを平成23年に設立いたしました。現時点で157の団体・企業に参加いただいて、ヘルスケア分野を中心に産業振興を図っているということでございます。ここまでがざっくりとしたヘルスバレー構想の現状についての御説明です。

次の5ページです。現在の市長が就任してから11年が過ぎたのですが、日本創成会議の今回の推計値を見てみますと、日本創成会議の公表値で20～39歳の女性人口の減少率を長野県内だけで見た場合に、長野市が43.0%、上田市が46.1%、飯田市が43.9%、それに対して松本市が29.9%と、長野県内19市のうちで20%台というのは松本市が唯一です。ほとんどが40%台ということで、こういう意味での女性の定着ということには一定の成果を生んできたのかなと考えております。人口減少率につきましても、15.2%ということで、これも長野県では一番低い数字になっております。

健康を中心にしたまちづくりを進めてきておりますが、さらにその具体的なまちづくりの構想につきまして、御説明をいたします。

7ページです。松本は、やはりお城の町でございます。松本城があり、松本駅があり、地図の右側のところにあがたの森という公園があるのですが、これが旧制松本高校のあった場所です。これらを結ぶトライアングルに松本市の中心市街地があるということで、基本的な都市計画の考え方は、歩いて暮らせるコンパクトシティをつくっていこうと取り組んでおります。

8ページです。お城が松本市のシンボルなのですが、明治以降、外堀を埋めてしまったといったところがあり、それをもう一度復元しようではないかという事業が今、進んでおります。中心市街地の課題としては、この南西外堀復元事業に伴う住民の集団転居というものがあります。さらに、中心市街地の人口減少、少子高齢化による衰退ということも、どこの地方都市にもあるように、松本市でもそういう傾向が出てきています。

実際そこに住んでいる人たち、あるいは中心市街地の人たちの考え方を聞いてみると、やはりお城とともに生きていくのだと、お城の町として失ったものを復元していくのだという意識が非常に強い。やはりお城周辺の中心性をしっかり維持しながらまちづくりをやっていきたい。お城の町としての風格とか風情とか風流、さらに大学連携をそこで行いながら、健やかに自立し、安心して暮らせる町を実現していききたいということです。

9ページです。こういうまちづくりの考え方自体が、私どもとしてはCCRCの考え方とほぼ同じベクトルで動いていると思います。そんな中で、類型化してみますと、近隣転居型として、既存の地域コミュニティを維持していくというもの。それから、コンパクトシティ型として、郊外からまちなか居住へ誘導していくもの。3番目に、地方移住型として、城下町に居住する価値を提供したり、大学生の受け入れなど、多世代交流を実現していききたいと考えております。

松本の中心市街地活性化に関わる計画と交通対策というのは表裏の関係にあります。歩いて暮らせるまちづくりということは、車優先から人優先へ、都市空間の再配分をしていきたいと考えております。

では、具体的な場所としてどこを想定しているかについてです。先ほど来申し上げた松本城の南西外堀、そこに面している昔は武家屋敷があった松本城三の丸エリアについて、こういう考え方でまちづくりの構想をさらに進めていきたいと考えております。松本城の正面、あまり手が加えられていないエリアということで、民間活力も誘導しながらまちの魅力の向上に当たっていききたいと思っております。このエリアは大体7ヘクタールございます。

次の11ページ、この三の丸エリアだけ限定して考えるというよりは、そのエリアから人が行き来しながら歩いて暮らしていけるような、人が主役のまちづくりということで進めています。もちろん、このエリアもヘルスバレーの一つの構成をするということですので、生きがいの仕組みづくりとして、全ての人が健康に関心を持ち、アクティブで自立的な生活を支援していくような場所として考えていきたい。ここをモデルにしながら、先ほど申し上げたトライアングルのエリアがコンパクトシティとしての実を上げるような取組を今後実践していきたいということでございます。

12ページ、モデル地区として、松本城三の丸のまちづくりを考えていますが、そこに住む人たちが孤立して暮らすのではなく、やはりアクティビティのあふれた交流のある町にしていかなければいけないです。居心地のよい空間、多世代の様々な目的による交流、それから、顔の見える暮らしができるようなエリアを考えております。ここにイメージ図がありますが、交流の風景、パブリックスペースの充実、歩いて暮らせる町、歴史文化が感じられる風格のある町として、やはり松本を愛してくれる人たちが、例えばお城をボランティアでガイドをするとか、ここに住むための条件を結構厳しくしながら、コミュニティを維持するようなエリアを作っていきたい。いずれこのエリアについては、民間事業者が入る部分、それから、既に空き家になっているものを活用する部分、あるいは集団で移転する人たちを受け入れるような部分というように、ゾーニングをしながら少しずつ多世代交流のコミュニティ、開かれたコミュニティを作っていきたいと考えております。サ高住だけだったらサ高住だけそこに作る、あるいは高層マンションだけ作るということは、ゾーニングをしながらむしろ排除をしていきたい。コミュニティを重要視するCCRCの考え方にむしろ沿うような形でまちづくりを進めてまいりたいと考えております。

最後のページ、今後の進め方ということなのですが、まちづくりの理解を深めることから着手したいと思っております。このエリアにお住まいの方は実際はかなりいらっしゃいますし、そこに空き家としてありながら別のところに住んでいる方もいらっしゃいますので、まずはまちづくりの方向について御理解をいただく。また、一般市民に向けてのまちづくりの構想についての普及啓発。その中には、こういう考え方自体が、むしろ国でやっているCCRCという考え方もあるのだよというようなことも含めて、一般市民に向けて働きかけていきたい。

次に、地域住民や有識者、民間事業者、行政が連携して、具体的な事業化に向けて考えていきたい。

そして3番目に、基本方針としてのガイドラインの策定を検討するということですが、都市計画の基本的な考え方が既にほぼでき上がっておりますので、それに基づいた具体的な手法を詰めていきたい。都市計画というと、産業振興とか雇用創出とかコミュニティの活性化ということのほうはどうしても手薄になるのですが、そのことについてもまちの機能の中に組み入れるような形で、雇用創出、あるいは仕事の創出ということも、考えていきたいと思います。

いろいろな問題が多分出てくることは想定されておりますが、一つ一つそれを解決しながら、是非いいまちづくりを進めていきたい。CCRCの考え方を導入しながら、そんなまちづくりを進めていきたいと考えております。

以上でございます。

○増田座長 ありがとうございます。ちょうど15分で説明をいただきました。

続きまして、河合委員から御説明をお願いしたいのですが、シナリオ上は5分程度ということになっておりますので、済みませんが、簡潔にお願いいたします。

○河合委員 河合でございます。発言の機会をいただきまして、ありがとうございます。

私は、資料3に沿って御説明したいと思います。今日はCCRCへの移住促進策という観点からの提言でございます。

まず1枚おめくりいただいて、1ページ、移住を考えている人たちの代表的な不安や悩みを私なりにまとめてみました。この一番上の金銭的な問題については、前回、前々回のこの会議で議論してきたわけですが、本日は、2番目、3番目の、医療・介護体制とCCRCとの連携、それから、地方に住む方々との交流をどうするのかという問題を一挙に解決するアイデアを御紹介したいと思います。

次の2ページをご覧ください。医療・介護との連携がしっかりしているということがCCRC構想を実現するために極めて大きな課題であると思っております。そこで、私なりに考えたのが、医療ポイント貯蓄制度という案です。これはどういう考え方かということ、CCRCに移住した方に、自治体が提供する公的な仕事のメニューの中から自分ができそうな仕事を選んでいただき、働いていただく。そうすると、お給料ではなくてポイントがもらえる。そのポイントをどんどん貯めていって、CCRCと連携した医療機関の健康サービスを利用できるようにしようという考え方です。財源は、地方移住の促進事業として国と自治体で負担していただけないかと考えています。

1枚おめくりいただいて、今、私が話した内容のすごく大ざっぱなイメージ図なのですが、左上にあるように、公的な仕事とは何なのかということ、例えば保育支援であったり、小学校でのゲストティーチャーであったり、下に書いてあるような高齢者の方の支援ということ想定しております。

次に、4ページを御覧ください。医療ポイント貯蓄制度はいろいろな効果があらわれま

す。先ほども申しましたように、CCRCの居住者と地元の人たちとの交流がまず始まります。移住者にとってみれば、直接の所得増とはなりませんけれども、いろいろな形で家計の足しになっていきますし、これで健康づくりにつながっていくと医療支出も抑えられるし、働く、社会に参加するということで健康寿命も延びていくのではないかと思います。さらに、病院とかに通うことによってお医者さんをはじめ病院のスタッフと顔なじみになってくれば、いざというときに安心して病院にかかることができるのではないかと思います。一方、自治体にとっても行政サービスの一部を移住された方に担ってもらえるというメリットもあるかと思います。

そして、何よりも大きいメリットは、先ほどの高橋先生のお話にもありましたけれども、東京圏でかなり医療・介護の態勢が不足してくるということもあり、今後、病院をつくったり介護施設をつくったりという整備が急がれる一方で、地方では、人口減少に伴ってむしろ患者不足に陥ることが予想されているということで、このミスマッチを解消できることです。地価の高い東京圏で病院や介護施設を整備していくよりも、地方に既にある病院とか介護施設をうまく活用できないか、そのほうが現実的ではないかという発想です。CCRCに移住すれば医療や介護の心配がないということになれば、移住を希望する人も増えてくるかもしれませんし、結果として東京圏の病院不足とか介護施設不足の解決に向かうことも期待できます。

ということで、この提案に対しては、もっと違った角度から、こんなものではなくてほかのやり方もあるよという意見もあるかと存じますけれども、先ほど申しましたように、CCRC構想を実現していくためにはどうしても医療・介護とCCRCの連携というものが重要になってきますので、更に具体的な検討をしていただく機会になればと思い、提案させていただきました。

その後のページにいろいろと参考データを載せてあるのですがけれども、一番最後の8ページに、先日、私が書いた記事を掲載させていただきました。これを御参照いただければと思います。

以上です。ありがとうございました。

○増田座長 どうもありがとうございました。

それでは、意見交換も行いたいと思うのですが、その前に、事務局で前回までの議論を踏まえつつ、主な論点に関して資料を作成してもらいました。そこで、簡単に資料の説明をしていただいた上で質疑応答、意見交換ということにしたいと思います。

それでは、木下さん、お願いいたします。

○木下次長 それでは、資料4から資料10でございます。

まず、資料4は「検討に当たっての主な論点」ということで、下線部分が前回の議論を踏まえて、あるいは今回の議論との関係で加えたところ です。ソフト面においては、基本的な視点で、東京圏を初め大都市の高齢者の地方移住の支援ということ。それから、特に介護人材等の不足でIT活用などによる効率的なサービスの提供ということ です。

下に主な論点として、下から2つ目のポツで、ソフト面全般のコーディネートを行う、いわば司令塔機能が重要。それを担う地域拠点の役割や人材配置をどう考えるか。

それから、ケア人材不足に対応したITの活用等です。

2ページのところは特に変えておりません。これはハード面、事業運営面、政策支援ということでございます。

次の資料5は、前回のここでの議論をまとめたものでございます。論点ごとの議論でございます。

1ページ目の右側、まず最初の○でございます。1つは、地方の大学において地域の課題解決を図るための体験学習を行うなどということで、高知の事例で御紹介がございました。

2つ目は、特にコミュニティをどうやって作るのかというところが極めて大事で、その中で、受け身的な立場ではなくて、主体的な参加者としての自覚を持って入居することが必要だという点で御指摘がございました。

2ページ目、特にここは前回の議論を加えておりません。

3ページ目、ソフト面の中で、1つは、今、議論がありましたけれども、ヘルスケアポイントのようなもので、高齢者が公的な仕事に積極的に貢献をした場合の、そういった仕組みが必要ではないかということでございます。

4ページ目、ソフト面の中で右側の最初の○でございますが、全体的な居住者の日常生活の健康状態を把握して、全般的なコーディネートを行うことが必要であるということで、3つ目の○にも、全体的な運営に当たって、地域コミュニティのマネジメント手法といったものを実践できる方が重要であるということ。

5ページ目、ハード面の中では、空き家の活用ということ、それから、特に既存の資源、空洞化が目立つ中心市街地の活性化を図る取り組みも重要である。

6ページ目、事業運営面におきましては、下から2つ目の○で、民間事業者、自治体の連携で協議会のような仕組みが必要ではないかということと、PCM (Project Cycle Management)、これは前回、シェア金沢さんの御紹介がございましたけれども、そういったマネジメント手法を活用できるのではないかという御指摘がございました。

次の資料6でございます。前回も、地方に移住をする場合に受け入れの自治体、特に地方の財政影響はどうかということについての御議論がございました。一応イメージとして作りましたけれども、この棒グラフのところが、医療給付費がブルーの棒、介護給付費がグリーンの棒でございますが、左側に1人当たりの給付費ベースが出てございます。これを御覧いただきますと、特に75歳、後期高齢者以降が急激に伸びております。両方合わせて75～79歳は大体80万円を超えております。80歳以上になりますと120万円、85歳を超えますと200万円近くになってくる。こういう給付費が発生いたします。

これに対して、収入面で折れ線グラフの茶色のラインでございますが、これは県あるいは市町村に入ってくる、特に居住することに伴う納税額、みずから負担する保険料、ある

いは前期高齢者の交付金ですとか、そういったものが収入として入ってまいります。これはあくまでもイメージでございますけれども、ここで示したかったのは、前半の前期高齢者、あるいはもっと前の世代については、収入のほうが支出を上回る状態ですけれども、特に80歳を超えてまいりますと、そこが逆転をするということで、いわばバランスのとれた世代構成というのがCCRCでも重要ではないかということでございます。

資料7は、前回、アメリカのCCRCの失敗事例も日本で参考になるのではないかとということで、向こうの文献を調べてまいりました。特に1ページ目にある想定されるリスクとしては、建設コストと実際の需要とのアンバランスのようなもの。それから、リーマン・ショック等の経済的な大きな変動があったときに返済しにくくなる、できなくなる、そういうまさに財政面でのきちんとした管理ができない状況に陥る可能性があるということがございます。

2ページ目が裏側にございますけれども、具体的にはエリクソン・リタイアメント・コミュニティ社の事例がございます。これは3つ目の○で、18のCCRCを運営して、2万2,000人に提供したわけでございます。ただ、倒産の理由として、建設ローンあるいはその他の融資により充てていたわけですけれども、CCRC購入需要の先細り等々によって、実際にうまく資金繰りができなくなったことで倒産をしたという事例がございます。

資料8は、日本版CCRCと思われるような事例について、今回の先行型交付金を活用した例ということで、笠間市、南魚沼市、都留市、長崎県の例でございます。まだこれからの検討の段階でございます。特にこの中で大学との連携だと、都留市が大学連携型のCCRCを考えておられるということでございます。

次に、今回のCCRCの基本コンセプトに関連する主な制度ということで資料9に分厚く出ておりますが、基本的には、左側にあります地方への移住、健康でアクティブな生活の実現、多世代との共働、継続的なケア、あるいは既存ストックの活用、情報公開等の透明性の高い事業運営について。右側で、既存制度でさまざまな今回の総合戦略のもとで移住ナビ、移住・交流情報ガーデン、住みかえの支援、ソフト面におきましては、生活支援コーディネーター、介護支援ボランティアポイント、ハード面におきましては、サ高住、空き家を活用したサ高住の促進等がなされております。これを、そういった移住相談からソフト・ハードの環境整備まで、一応既存の制度の活用もございませうけれども、これからの議論の中で特に制度設計において足りない部分、そういったものについても十分に検討して、具体的に制度設計にどうやって組み込んでいくのかということの議論が必要だろうと思っております。

それ以下は、これに関する具体的な資料でございます。説明は省略をさせていただきます。

もう一つ、参考資料3としてお配りしている中で、最後のページの裏側のところを御覧いただきたいと思っております。棒グラフでブルーのラインがございます。前回の議論でも、どういう所得層が入れるのかという点での議論がございました。これは高齢者の夫婦世帯、

夫が65歳以上、妻が60歳以上の現在の全国消費実態調査に基づいてどのぐらいの所得、収入があるのか、貯蓄があるのかを見たものでございます。

また、その前のページについてですが、高齢世帯の年間収入、夫婦で459万円ということでございます。特にサ高住で年金収入が、妻が専業主婦で夫が厚生年金で21～22万円でございます。そういう層を念頭に置いたときの貯蓄が大体1,700万円という御紹介を前回、サ高住の関連の資料で申し上げましたけれども、その分布を御覧いただきますと、年間収入が300～400万円の層が200万世帯ぐらいございます。それから、400～500万円が130万世帯ということで、貯蓄額はブルーのラインでございますが、1,700万円。比較的この200万～600万円のところが非常に集約して、案外、平均の上のほうの層、1,000万円以上の層が伸ばしているわけではないということで、このぐらいの層が非常に平均的だという資料でございます。

以上でございます。

○増田座長 ありがとうございます。

それでは、以降は委員の皆さん方の質疑応答ということにいたしたいと思います。今日プレゼンしていただいた方への質問でももちろん結構ですし、今、事務局から説明したことに対しての質疑、御意見でも結構でございますので、順次お願いをしたいと思います、いつものとおり名札を立てて合図していただきますとわかりやすいので、そういう形でお願いいたします。

では、初めに、受田委員からお願いいたします。

○受田委員 一連の御説明をありがとうございます。

1つは、プレゼンの中で質問申し上げたいところがございます。資料2で松本市の平尾部長様から御説明いただいた内容でございます。市長が就任されて11年、既に経過をしているということがあり、二、三十年後を見据えた活力ある超高齢社会の源ということで松本ヘルスバレーを展開しているというお話、大変感銘を受けました。その中で、参考資料として日本創成会議が公表している20代、30代の女性人口や総人口に関して、長野県の他の自治体に比べて減少率が明らかに低いというお話がございました。特に総人口の減り方が他市に比べて非常に顕著に抑制されているということと、このヘルスバレー構想との因果関係がわからなかったもので、御説明いただけますと幸いです。

○増田座長 では、部長さん、どうぞ。

○松本市 ヘルスバレー構想とこのデータの因果関係ということについては、まさにその検証過程にあり、こういう政策を打った成果がここに出ているよというところまで実はまだ分析が進んでおりません。ただ、松本市の特性として、非常に医療機関が多く、人口当たりの医師数が全国トップクラスと冒頭申し上げたのですが、そういう意味での医療関係者の女性がかかり従事、市内に住み続けていると考えられます。そういう人たちの子育て環境がかかり整っているということが、減少率が低い一つの理由として挙げられるかなと思います。本市には、こども部というのも部署としてあり、政策的に子育て支援をかなり

充実しているというところはあるかと思えます。

それと、総人口についての減少率が低いよということにつきましても、比較的独立した商圏を抱えていまして、50~60万くらいのところで、これは増田先生がよくおっしゃる、ある意味でのダム機能をしっかりと果たしているということは、長野県内における他の都市に比べれば中心性の高い、あるいは都市の魅力があるということが機能して、流出入口に対する流入人口がしっかりと確保されているというところがあるのだろうと考えております。

我々としては、いかにダム機能をしっかりと維持していくか。そのためにも医療関係のサービスを充実させるかは大きなテーマです。それが雇用の場を提供することにももちろんなりますし、首都圏からの移住の受け皿にもなります。また、先ほど申し上げたコミュニティの充実ということでの福祉ひろばも、これから政策の拠点としての役割を果たしていくのではないかとということがあるかと考えております。

以上でございます。

○増田座長 ありがとうございます。

医療関係者が多いというのは、大学で言うと信州大学の医学部と、あとは松本歯科大でしょうか。

○松本市 松本歯科大というのがあります。それと、相澤病院という大きな病院と信州大学医学部附属病院があり、中規模の病院が5つほどあります。あと、小さいところが非常に多いというようなことがあって、やはり信州大学の医学部の存在は非常に大きいと考えています。

○増田座長 わかりました。ありがとうございます。

それでは、神野委員、お願いいたします。

○神野委員 1つ、事務局確認と、同じく松本の話をお聞きさせていただきたいと思えます。まず資料6です。前回も話があったように、高齢者が増えると自治体はもうかるのか、損するのかという話を結構明確に出していただいたわけでありまして。それから、ここでの支出は医療・介護給付ということになりますので、今のお話も含めて、あるいは先ほどの医療ポイントのお話も含めて、やはりCCRCの話をしていくときに安心安全の医療あるいは介護をきちんと据えておくというのは重要かと思うのです。

確認というのは、ここでの収入は、いわゆる交付金とか固定資産税とか住民税等であって、消費という視点は入っていないわけですね。先ほど高橋先生が高齢者はお金を使わないと言ったけれども、霞を食って生きていらっしゃるわけではないので、生活物資も含めて地元で何らかの消費行動、それに伴う消費税等はここにプラスする。この折れ線グラフにちょっとプラスとしてあるという理解でよろしいのですね、事務局としては。

○増田座長 木下次長。

○木下次長 資料6の黄色の上のほうの文章に書きました3つ目の○で、御説明しなかったのが恐縮でございますけれども、単身高齢者の平均消費支出が月15万円と見て、仮にCCRC



で100人移住された場合には年間1.8億円の消費がある。加えて、経済効果がさらに生産財の効果があつたり、あるいは原材料とかがあつたり、そういうものも加わってくる。その経済的効果も多分これにオンをしていく必要があるだろうと思っています。ここには入っておりませんが、先生のご理解のとおりでございます。

○神野委員 ありがとうございます。

そうすると、この折れ線グラフはもうちょっと上振れする可能性があるということですね。わかりました。

あと、先ほど来の議論と通じるのかもしれないですが、松本の場合にコンパクトシティの話があつて、私も松本に知り合いがいっぱい医者でいますが、この図の中に医療とか介護をあえて書かないのは、たくさんあるからもういいやということで書かないのか。先ほど言われたマップとかがありますでしょう。その中に建物の話があつたのですけれども、ヘルスバレーとおっしゃっていたのですが、地図の中に医療・介護のあり方とかがなかったものですから、それはどうなっているのかなという質問でございます。

○増田座長 これは部長さんのほうから。

○松本市 実はまさにこの議論をしているところでございます。先ほどの資料に地域包括ケアシステムの話も出ておりましたけれども、この三の丸地域の地域包括ケアをどのようにしていくのか。このお城の周辺にも松本医師会の建物があつたり、主要な相澤病院の施設がすぐ近くにあつたりということなのですが、そういうところと調整をしながら今後の医療サービスの提供の仕方を考えていく必要があるだろうと、まさにそのところは検討中ということです。

それから、先ほど福祉ひろばということを申し上げたのですが、この三の丸の中には大手公民館や中央地区福祉ひろばというものがあつて、そういうところを今後の地域のコミュニティの拠点としてどのように活用していくかを同時並行で今考えております。

以上でございます。

○増田座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがですか。ほかの委員の方々。

それでは、辻委員、お願いします。

○辻委員 幾つか申し上げたいと思いますが、1つは、高橋先生のシミュレーションが非常に衝撃的だったのですが、この話をもとに、例えば東京でこれから老人が余ってきて、医療・介護を行うキャパがないから地方に移さなければいけないのだというのは、何か飛躍的な言い方をされる。ここではそういう理解はしないと思いますが、全体に広がっていく中で、そういった暗いイメージも広がってくるおそれがありますので、むしろそれではなくて、もっとポジティブなメッセージを出していくようにCCRCの関係者、我々を含めてキャンペーンについていろいろ考えたほうがいいのかと思いました。

もう1つは、これからの医療のあり方として、高橋先生が、とことん型からまあまあ型と、全くそのとおりであるのです。そして、このCCRCというのは基本的にはまあまあ型で

いくべきだと私も思います。ただ、その際に、日本の社会全体が変わっていかないと、都会ではお年寄りにも、医療も含めてとことん医療をやっている中で、CCRCだけがまあまあ型になってしまうと、どうもそれは老人切り捨てですかというような批判も来るかと思えます。

ですから、CCRCの医療のあり方ということもこの中で考えなければいけないと思うのですが、やはりCCRCの議論だけではなくて、日本全体の老人医療のあり方についても何かメッセージを出していかなければいけないかと思って聞いておりました。

以上です。

○増田座長 ありがとうございます。

今のは御意見としてお伺いしておきたいと思いますが、ほかにございます。

園田委員、お願いします。

○園田委員 CCRCということで大分進んできたのですが、私がよくわからないのは、アメリカで言われているCCRCという定義と、ここで議論しているCCRCの定義がどのように重なるのかがよく見えてこない。具体的に言うと、どういう年齢層をターゲットにしているのかということで、今日の高橋先生の綿密な資料と、実は私は住宅分野なのですが、人口移動を見ていると、50～75歳は大都市圏から地方のほうに人口が動いているのは数の上では見て取れるのです。75歳になると、今日のお話にあったように、東京からその周りのところにぐるぐる動いているというか、近県に動いているということがあって、50～75歳が地方に動いている理由と、75歳以上になって、多分介護のベッドがないとか施設がないということで東京から近県に動くと思うのですが、動く理由が違うので、CCRCとっていても、どういう住みかわる必然性があるのか。住みかわった上でのお話というのはわかるのだけれども、年をとればとるほど移住に係る摩擦係数が高くなって、地方に移りがたいとか、住まいを移りがたいといういろいろなブレーキがかかる要因があるのですが、それを超えて動く理由は何か。

アメリカの場合には、今日のお話には出ていなかったのですが、ソーシャルキャピタルとかソーシャルネットワークということで、安全とか人のつき合い、健康ということで、そういうことをよすがにしてCCRCのサークルの中に入るといった動き方だと思うのですが、そこをどう考えていらっしゃるか聞きたいのが1点。

もう一つはボリュームの問題です。どのぐらいのボリュームでこのCCRCが議論されているのか。全体で1,000とか2,000人という単位なのか、万という単位なのか、何十万人という単位なのか、その辺がわからないので、どなたにお聞きしたいのかわからないのですが、2点をお尋ねします。

○増田座長 わかりました。

今、先生がおっしゃった50～75歳ぐらいで都市から地方というのは、東京から地方という意味ですか。それとも三大圏から地方。

○園田委員 三大圏です。例えば福岡からちょっととか、あるいは大阪から外というのは、

人口の出入りで見ると明らかにそういう傾向は出ています。

○増田座長 それは圏域の外ということですね。

○園田委員 そうです。

○増田座長 それから、75歳になると摩擦係数があるから圏域の中で、特に東京あたりはぐるぐる周辺を回るということですね。

○園田委員 はい。

○増田座長 では、山崎さん。

○山崎地方創生総括官 今、御指摘の点でいけば、今回我々が考えていることは、東京圏がある面で一番典型かもしれませんが、高齢期になったときに、早目でも構いませんし、若干遅くなっても構いませんけれども、居住の選択肢をちゃんと用意したいというものです。介護が必要になって移るしかない、それが唯一の選択肢というのはおかしいのではないかと。そういう意味でいきますと、健康なときから地域で、例えば社会に溶け込みながらという選択肢が日本では少ないのではないかと。日本版ということでアメリカを全部まねするつもりはないのですけれども、その点でアメリカのCCRCでは、健康時からいろいろな地域に行って社会参加をしながら暮らして、最終的にはそこでずっとケアを受けるといふ、このスタイルが普及している。これを一つの参考として考えてみたいというのが基本的な考え方です。

したがって、中には早い段階から移る方もいらっしゃいますでしょうし、少し遅目に移る方もいらっしゃいますので、それはいろいろなパターンがあるだろうと思っています。特に、先ほど高齢者の年齢によっていろいろな収支みたいな話を言いましたけれども、我々の議論からいきますと、ある程度、前期高齢者も後期高齢者も一定割合をずっと形成するというのが実は一番いいのではないかと感じています。つまり、ニュータウンのように同じ年齢がずっと上がっていくというのは、最終的には厳しい状況になってくる。そういう面で行くと、若い方も含めて年齢のバランスがとれた形で入ってくるのいいのではないかと感じます。

ボリュームなのですから、何人というのは、これはまだ事業全体を設計できていませんから、それについては最初から幾らと言うのはどうかと思います。逆に数を言うと、先ほどの辻先生ではないですけども、一方的な計画みたいな話になってしまい、これは誤解を招くのではと思っていますから、そこはメンションしないほうがいいのではないかと。むしろコンセプトを出した上で、これは各自治体が今から検討すると思いますし、各民間も検討すると思いますので、その中でやっていただいたほうが誤解がないのではないかと感じています。

○増田座長 先ほどのものは65歳以上から介護給付費等を見ていたものですが、要は、例えば60歳から各年齢、多様な年齢層がここに入るという感じ。

○山崎地方創生総括官 私の聞いている範囲で言うと、例えば、今やっているいろいろな先行事例も、結果として、いろいろな年齢構成がある程度多極化しているというのでしよ

うか。そのほうがやはり事業として安定しているという知見がありますので、今回やっていく場合には、そこはやはり一つの大きなポイントではないかと。いろいろな方がそこに入っているということではないかと思っています。

○増田座長 わかりました。

もし何かありましたら。

○園田委員 自治体の立場で、あるいは福祉経営、医療経営の立場でそうされたいというのはわかるのだけれども、個人がどういう理由で今住んでいたところからそこに動くのかという理由が要るのではないかというのが1点。

もう一つ、ボリュームというのは、先ほど高橋先生が高度経済成長期に800万人の人が大都市圏に来たとおっしゃったのですが、2012年と2013年と2014年と3年間に団塊世代が全員65歳以上になり、その数が同じ800万人なのです。その人たちが、先ほどもおっしゃったように、国民年金だと6万5,000円、厚生年金だと22万円のキャッシュ・フローと、あと、持ち家だと大都市近郊の土地と建物を持っていて、預貯金の話もあったのですが、そういう経済状況で、どういう理由で動くのか。動くための具体的な資金源とかについてのリアリティーというのは重要ではないか。これは意見です。

以上です。

○増田座長 ありがとうございます。

選択肢を用意するということと、その動く理由。だから、目標値もそちらは特にボリューム感では持たないというお話ですから、多様な選択肢を用意しておいて、それを選ぶかどうかは本人の。

○山崎地方創生総括官 私が余り言うのも変ですけども、例えば、松本市さんのお話がありました。松本市のケースでいけば、松本市のコンセプトに合う方が入っていくのだと思います。中にはほかのところはもっと違う階層を対象にするかもしれませんし、逆に言うと、CCRCもそういう階層別にいろいろなバリエーションがあったほうが我々はいいと思っていますので、ある面、多様性がある形がいいかなと。

全般にわたって、地方に行けば生活費は安いですから、東京よりはるかに安いコストではありますけれども、その中でもいろいろなバリエーションがあるだろうと思っています。

○増田座長 わかりました。

先ほどの園田委員の御意見もありましたので、最後にまとめるときに、その点は議論したいと思います。

袖井委員。

○袖井委員 先ほど高橋先生に質問するのを逃してしまったのですが、首都圏の埼玉とか神奈川あたり、病床とかそういうものがあるということですが、高齢者ベッド数というのは有料老人ホームや何かも入っているのですか。

○高橋教授 入っています。

○袖井委員 異業種からの参入なども多くなっているようで、こういうのはちょっと何

か調子が悪くなるとすぐ撤退してしまうおそれがあるので、この数字で安心できるのかなという気がいたします。その辺は。

○高橋教授 全部入っていますし、特養、老健、全部別々で、どれだけやって、介護保険施設だったらどれだけか、その他だったらどれだけかというのを全市町村で用意しておりますので、必要だったら提供いたします。

○袖井委員 わかりました。

○高橋教授 言われるとおりに、本当は介護保険施設でやればいいいわけですけども、そちらで埋めるのは到底無理だろうというところに、神奈川、埼玉はおっしゃるとおりそういうのが非常に多くて、そこが受け皿になっているけれども、悲惨なケースが非常に多く出ているのも事実だと思います。

○袖井委員 それから、ついでにもう一つよろしいですか。まち・ひと・しごとというので、今、町のお話を中心ですが、やはり仕事というのも非常に重要ではないかという気がして、私は昨年度、総務省の仕事で高齢者のICT利用と社会参画というプロジェクトをやったのですが、情報環境が整っていない地域がものすごく多いのです。本当にこれはみんな行け行けと言うけれども、行ったらつながらないとか、そういう地域では困るので、この問題点、あるいはそういう論議の点で、情報環境の整備というのもぜひ入れておいていただきたいと思うのです。

私どもはそのプロジェクトをやって、地方に行って怒られてしまったのです。どこに行ってもつながると思うのは間違いだなどと言われまして、本当に東京一極集中的発想法ではまずいなと思いました。地方にたくさん元気な高齢者に行っていただくには、何よりもICTが使える環境を整備していただかないといけないかと思っております。

○増田座長 ありがとうございます。

それでは、松田委員。

○松田委員 質問ではなくて意見ということで言うと、河合委員の言われた医療ポイント制度、これは全面的に賛成です。やはりちょっとした就労というのは、高齢者にとって体の安心とお金の安心、役立っているという心の安心を与えるということです。あと、ネーミングは、医療というと、例えばヘルシーポイントだとか、健康マイレージみたいな言い方の方が、訴求力があると思います。

2つ目は、やはりユーザー視点が大事だということです。前回欠席したとき、アメリカに視察に行ってきたのですけれども、決定的に違うのが高齢者の住みかえへの意識です。つまり新しい住まい方、生き方を求めて、「わくわくする住み替え」というのをこれから国民運動としてつくっていくのだと。あそこのCCRCに住むのが夢なのだという流れを創ることです。

3つ目は、行政の視点で言うと、先ほどエリクソン社の破綻の話が上がりましたけれども、今のCCRCの開発状況について先月行って聞いてきました。規制については行政が非常に厳しくチェックしています。やはりリーマンの後にこういうことがあったので、私が行

ったカリフォルニア州で言うと、事業者は、建築しているときの何%建築のときに入居者が何%決まっていなくて次の工事は許可しない。それは大事なお金を預かるものだという事なので、規制緩和ではなくて、やはりこういった規制、あるいは事業者の財務ディスクロージャーも非常に厳しくなっているということです。

最後、CCRCを導入した場合の、効果の立体的な把握ということです。今後もしモデル事業を行ったときに、これが経済的に雇用をどのくらい生んでいるか、消費をどのくらい生んでいるか、あるいは医療・介護で言えば健康寿命がどの程度延びるか、程度を抑制できるかということ。あと、まちづくりで言えば、コンパクト化が進めば多分車に乗らなくなるわけです。それから、集住が進めばエネルギーコストが安くなるわけですね。地域冷暖房を入れればエネルギーコストは絶対低くなる。つまり、経済面、医療面、まちづくり面、環境エネルギー面、あるいは社会参加面といった立体的なデータを今後モデル事業をやったときに把握すべきだということでございます。

以上です。

○増田座長 ありがとうございます。

高橋先生は7時までということで、全体の会議が一応7時までとなっているのですが、特に高橋先生に御質問のある方は率先して先に出していただきたいと思っております。ほかのことも結構ですが、残りの方、何かございますか。

それでは、池本委員、お願いします。

○池本委員 高橋先生に1つ、もしわかれば結構なのですが、この順位、私、たまたまですが、私も両親もさいたま市に住んでおまして、何とすばらしいデータだと思ったわけですが、何かの要因でこうなっているという仮説があるのであれば非常におもしろいなと思ったのです。偶発的なのか、それとも、例えば何か行政の取り組みがある、あるいは子育て層にとって非常に人気の町は割と恵まれたベッド数があるとか、何かございますでしょうか。

○高橋教授 これは単なる思いつきの話ですが、川口とさいたまが高いというのは、特にさいたまは結構土地がありまして、東京に近いからということで売れそうだという感じがある。だから、このようなデータはないけれども、つくる人の感覚的に、ここだったら売れるぐらいでつくれそうだなという場所だということで、それより遠くなると売れないのではないかなという感覚が強いかなというのがこれを見たときの印象でありますけれども、そんなに深掘りしているわけではございません。

○池本委員 ありがとうございます。

今、分譲マンションの中で比較的シニアの方が多く買っているマンションを見ていくと、3つぐらいの特徴があります。1つは駅直結です。非常にわかりやすいですね。雨にぬれずに行けるといって、立川のプラウド立川とか、ドレッセたまプラーザというたまプラーザ駅直結、このあたりは非常にシニアの比率が高い。新船橋駅前のものもそうです。非常にシニアの比率が高い。

2つ目が、いわゆる地域資源が豊かである。これがこの前、多分、私が欠席したときに御発表された金沢とかはその例だと思いますが、あの町に住んでみたいとか、沖縄もそうだと思うのですけれども、人が呼びやすいですね。つまり、誰か友達とか御家族とかを非常に呼びやすいという立地特性がある。つまり、町の資源の豊かさみたいなどころがあるかなというのが2つ目。

3つ目が、スマートコミュニティ稲毛に代表されるようなコミュニティ。ここにおもしろいコミュニティがある、非常におもしろいサークル活動ができそうだというソフトサービスがメディアに載って非常に露出しているもの。こういったものが比較的地域を超えて、今のところ、シニアの方の共感を得ているのかなと思っております。

統計的なデータではなく、私の取材に基づく知見でございますので、参考程度というところでありますが、ちょっと発表させていただきます。

○増田座長 ありがとうございます。

それでは、受田委員。

○受田委員 先ほど質問だったので、ちょっとコメントをさせていただきたい点がございます。

これまで余り議論されていないのですけれども、今の議論の方向で受け入れ側のコミュニティの話が出てきています。スタンドアロン型のこれからつくるコミュニティをというのもありだと思います。これは施設型ということになると思います。一方で、既存のコミュニティがあって、移住者を受け入れる。先ほど河合委員のプレゼンの中では、移住先の人々とすぐに親しくなれるのが非常に重要だというポイントでした。では、そのときに移住する側に対して魅力を、あるいはインセンティブをという話と同時に、もともといる方にとって、そのコミュニティ、Retirement Communityというのはどれぐらい魅力的なのかということ、一方でしっかり考えておかないと、サービス・マーケティング的に成り立たないですね。ですから、移住を受け入れる側に対する配慮というのもしっかり考えるべきかと思っています。

○増田座長 ありがとうございます。

そうしましたら、あとは森田委員と南委員が残っておりますが、何か御意見ありますか。

では、森田委員。

○森田委員 私が疑問に思っていたことは、かなりの方が発言されたので、特につけ加えることはないのですけれども、簡単に2つ、3つ、コメントか質問させていただきます。

1つは、私自身のことを考えたときに、そういうところに住みたくなる。先ほど松田委員はわくわくするとおっしゃいましたけれども、もう一つわくわくする何かがないという感じがして仕方がないのです。これは私の個人的なものもありますけれども、この話を同じぐらいの年齢の人としたときに、やはりそういう感じがありまして、それをもう一つつくらないと、なかなかこれは大きく動かないのかなという気がいたします。これはコメントです。

2番目は、先ほど山崎さんのほうからボリューム感はあるとは言わないというお話だったのですけれども、先ほどありましたように、団塊の世代が固まったときに800万の規模になるわけです。その中でどれくらいの人たちがこれで移っていくのか。この800万は全国ですけれども、それが0.何%ということになってしまいますと、やはりこれだけ皆さんいろいろ知恵を出してやっていて、今取り組んでいる地方創生の問題にどれくらいコントリビュートするのかなというのが、コストの点からもそうですし、いろいろと疑問に思われる方も多いのではないかと思います。

それと関連しますけれども、3点目は、地方創生のこの事業といいましょうか、政策全体にかかわることですが、そもそもは増田さんが問題提起されたのもそうですけれども、人口がどんどん減ってくる、生まれてくる子供の数が減ってくるということです。確かにそのことと関連して、都市の高齢者をどのような形でこれからケアしていくかという問題も重要ですが、まさに少子化の問題とこれをどう結びつけるのかということも考えておく必要があるのかなど。コミュニティは結構で、そのとおりだと思うのですが、今日のお話もそうですが、やはり50代ぐらいから集まってコミュニティをつくるということだったと思うので、これからもっとお子さんをつくれるような世代の人たちも一緒に住むようなコミュニティというのも考える必要があるのではないかと思います。

コメントということで、以上でございます。

○増田座長 ありがとうございます。

南委員、お願いします。

○南委員 すみません、遅れて参りましたので、全体が見えておりません。高橋先生の御報告を残念ながら伺えなかったのですが、以前から二次医療圏の大変興味深いデータをたくさん出しておられて、いよいよ介護・医療資源と地域の人口の高齢化などをクロスさせたようで、あとでぜひ議事録で読ませていただきたいと思います。

あと、河合委員のこの記事も私は先日目にとまりまして、昔、さわやか福祉財団の堀田さんが言われた介護切符とか、そういうものと発想が似ていると思った次第です。非常にいいアイデアで、特に若い方たちが、社会奉仕をすることで自分の老後の安心につなげることができるわけで、このCCRC構想と結びつけての意義、ということだけではなくて、日本はただでもそういう意識が薄いので、このようにして人を助けたら助けてもらえるという意識を涵養するのに、こういう制度はぜひ真剣に考えるべきではないかと思いました。

以上は所感で、あとは皆さんがおっしゃったことと重なります。ひとつ申し上げたいのは、移住の時期として、「50代」とここではよく言っているのですが、子供の学齢期とか親のことなどいろいろ考えると、どのぐらいの時期に移住の決断をするのか。50代でも本当は遅いぐらいで、やはり自分の一生をどのように設計しようかなと思ったときに考える方がよくないのか、などと考えました。どこで高等教育を受けるか、そういうことにも影響されると思うのです。自分の人生を設計する動機となるのはどういうことなのか、どういう時期なのか、民間の調査か何か、ないものでしょうか。もしそういうものが



あったら教えていただきたいと思ったのです。

やはり50代となると、仕事はかなりベテランになり、さらに新しい仕事に、とはなかなかいきにくい人もいるのではないかと。日本はものすごく晩婚になっているので、やはり50代なのか、とか、その辺の実態がわからないのですけれども、私は50代で移住という気持ちにはとても自分自身はならなかったかなという感じもするので、どのくらいの年代の人に考えてもらうのが一番ふさわしいのかということ再度検討してもいいかなと思いました。

○増田座長 ありがとうございます。

一わたり各委員から発言をしていただきました。時間がもう来ておりますので、もし何かあれば最後に御意見をと思うのですが、よろしいですか。

よろしければ、平副大臣に御参加いただきましたので、一言御感想をおっしゃっていただいて、後は事務局に戻します。

○平副大臣 ありがとうございます。CCRC、大変勉強になりました。

ポイント制度はいろいろな問題を解決するのだろうなと思いました。地方創生の成功モデルを見ると、やはり新たな需要を生み出すところと、その舞台回しを地産地消するところがあって、新たな需要を生み出すところで高齢者の移住という考え方が多分あって、そういうところでいろいろな多様性をつくっていくことになると思います。また、大きな人の流れをつくっていくところとCCRCという政策がどう整合性をとれるかという話で、今さすがにボリュームは出せないですけれども、いろいろな仕事をつくるとか、需要をつくるとか、CCRCとか、成功事例をつくっていく中で、横展開も含めてボリュームは出せるかなと思います。

ありがとうございます。

○増田座長 どうもありがとうございます。

そうしたら、事務局のほうで今後の予定、参考資料1の名簿の2枚目にスケジュールが書いてあるので、ここを最後に説明していただいて、それで閉じたいと思いますが、事務局からお願いします。

○高橋参事官 参考資料1を1枚おめくりいただきまして、当面のスケジュール（案）というものがございます。今日で第3回まで終わりました、次回、第4回でございしますが、次回はこの会議としての素案の取りまとめ。それから、現在、自治体にCCRCのような構想についてどう思うかという意向調査もしておりますので、その結果も取りまとめて、次回、御報告をさせていただきたいと思っております。

日程調整については、追ってまた御連絡を差し上げたいと思います。よろしく申し上げます。

○増田座長 ということでありますので、また5月の次回、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、少し時間が延びましたが、今日の会議は以上で閉じさせていただきます。

す。

どうもありがとうございました。