

一般財団法人高齢者住宅財団創立20周年シンポジウム 基調講演

「これからの社会のかたちと高齢者の住まい～エイジング・イン・プレイスを求めて～」

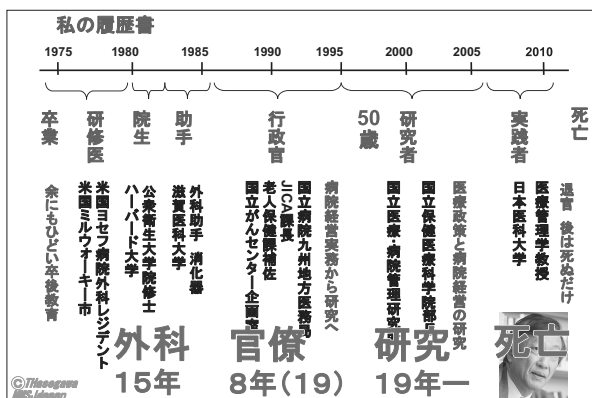
「新たな21世紀型社会の建設 人生第2トラックを支えるケアサイクルのまちづくり」

文部科学省科学技術・学術政策研究所 客員研究員 長谷川 敏彦

ケアサイクルが医療の目的を変える

ご紹介にあずかりました長谷川でございます。まずは、財団の20歳の誕生日、おめでとうございます。このような日に大変重要な未来の課題を皆さまと一緒に考えることができ、大変名誉なことと感謝しております。

先ほど、私の履歴をご紹介いただきましたが、唯一不満なのは一番右側の履歴が紹介されてないということでありました(資料1)。私はほぼ確実に起こることは必ず書くようにしておりますので、一番右側に「死亡」と書いております。考えてみたら、生まれて以降の最も重大な履歴は死亡ではないでしょうか。いつ死ぬかわかりませんので年は書いていません。



私自身はもともと外科医でございまして、アメリカに留学してレジデントをいたしました。奴隷のような生活を終え、専門医の資格を取ったのですけれども、日本に帰ってきてから外科医をしておりましたら、厚生省から来ないかというお誘いの電話が突然かかってまいりました。当時、私自身はまだアメリカ人だったので、国の命令を拒否すると銃殺刑になると勘違いいたしました。厚生省に入省いたしました。その後は、幾つかをローテーションいたしました。最後は九州で

病院を経営しておりました。しかし、行政官として能力がないということがわかったのでしょうか、国立医療・病院管理研究所、国立保健医療科学院での研究者生活を経て、縁あって日本医科大学に参りました。7年間を経た後、昨年退官いたしました。現在は文部科学省附属の研究所に勤めております。

そういう経歴です。研究はほとんどが行政政策関係でございます。私が一番誇りに思っておりますのはスリランカの国家医療計画ですが、近年は多摩地域のケアサイクルプロジェクト、まちづくりのプロジェクトに携わりました。この2つが、テーマが多岐にわたる統合的な研究でございました(資料2)。

支援した主要政策	
1998	治療ガイドライン EBM推進 (治療)
1998	健康日本21基本概念 (予防)
2002	医療安全事故防止政策 (経営)
2003	スリランカ国家医療計画 (全体)
2003	患者満足度の測定 (経営)
2004	精神病社会復帰計画 (制度)
2004	地域医療計画新概念 (制度)
2006	医師必要数推計 (資源)
2007	診療情報提供制度 (資源)
2008	アフリカ病院経営改善 (制度)
2012	多摩ケアサイクルプロジェクト(全体)

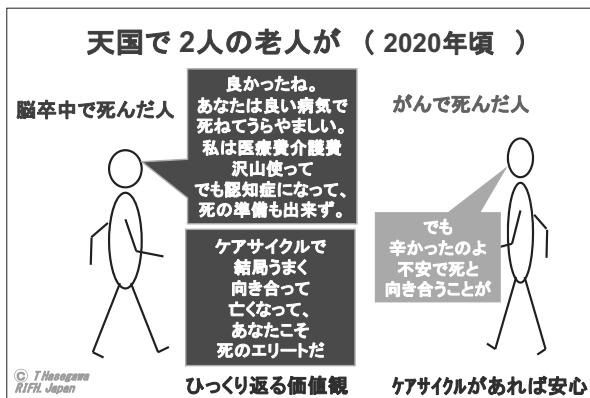
病院経営改善(東京都、兵庫県、長崎県、栃木県、川崎市、飯能市、横浜市)
医師確保対策(沖縄県、茨城県)

蓮舫の仕分けで話題

資料2

さて、今日はそのような研究成果をふまえ、若干ショッキングなスライドからお話を始めたいと思います。これはちょうど1年半前に、サッポロ冬季がんセミナーで並みいるがんの専門家の前で使ったスライドです。実は、このスライドを出すのは心配だったのですけれども、問題点をクリアにするために、あえて出させていただきました。

こんなスライドです(資料3)。2020年ごろに、脳卒中で死んだ人とがんで死んだ人が天国で話し合っています。脳卒中で死んだ人が「よかったね、あなたはよい



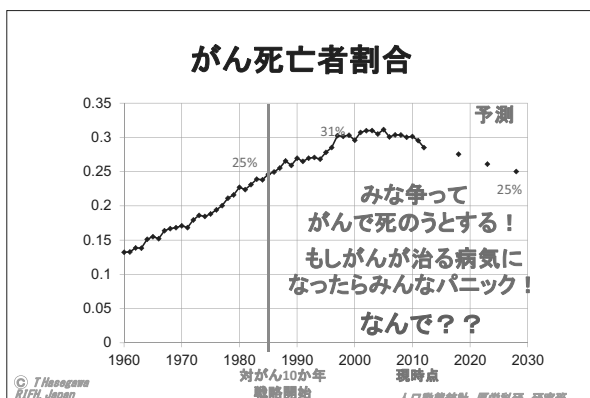
資料3

病気で死ねてうらやましい。私は医療費や介護費をいっぱい使って家族に迷惑をかけて、認知症になって死の準備もできず」と言うと、がんで死んだ人は「でも、つらかったのよ。死と向き合うことが不安で」と言う。「でも、ケアサイクルが結局うまく回って、死と向き合って亡くなって、あなたこそ死のエリートだ」と、脳卒中で死んだ人が言っている。こんなスライドでございませう。ここでは価値観がひっくり返っているわけです。ケアサイクルというものがあれば、医療の目的が変わっていくのではないかと思います。

実は、講演が終わってから出口でブスッと刺さるのではないかと心配していたのですが、意外と好評だったので、私自身がびっくりいたしました。

その半年後、サラリーマンの聖地である新橋の駅でアナウンサーが、「あなたはどのような病気で死にたいですか」とサラリーマンにインタビューしているテレビ番組を見たら、7割8割の方は、がんで死にたいと言っていました。ああ、そういう時代になったんだなと思った次第でございます。

実は、がんで3分1が死ぬということで過去10年間は横ばいですが、がんセンターと人口研の推計を使いますと、今後死ぬ確率は下がって、4人に1人しか死ねないということになる。だから、みんな争ってがんで死のうとする、がんで死ぬことを夢見る時代が来るのではないかと。もし、がんが治る病気になったら、み

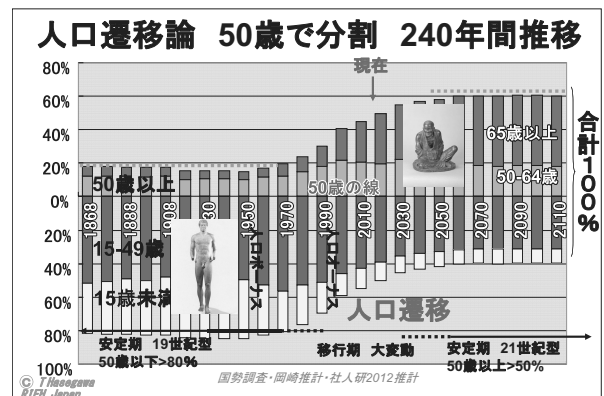


資料4

んながパニックになるのではないかと考えております(資料4)。なぜこのようなことになっているのか。それは次のスライドで説明いたします。

大きく変わる「社会」21世紀型に人口遷移

資料5は、ちょうど1年ぐらい前に私がつくったのですが、つくってみて、私自身がエッと思い、のけりました。最初が1868年明治維新のときで、最後が2110年です。この240年間の人口遷移を、65歳ではなくて50歳で線を引きました。そうしますと、何と19世紀から1970年代まで、日本の人口はずっと50歳以下が約85%で、19世紀型の安定した人口構成でありました。



資料5

これから50年後、2060年ごろには、安定した21世紀型の社会に移行します。我々は、この移行のど真ん中にいて、19世紀型の考えのままで混乱しているのではないのでしょうか。私はこれを「人口遷移」と名前をつけました。19世紀型から21世紀型への人口遷移であり、日本は50年後に21世紀型の社会に移り変わるわけです。

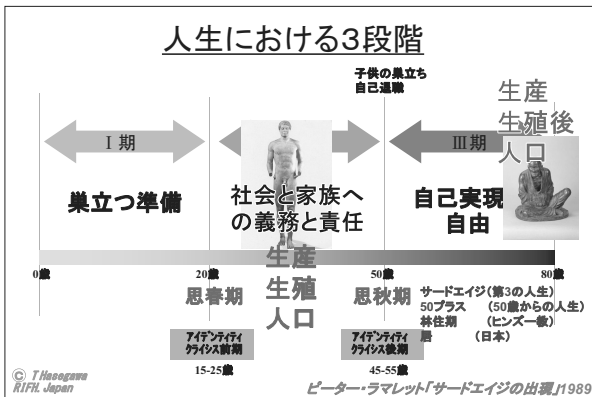
どんな社会なのか。実は2060年には、50歳以上が60%、3分の2弱を占めます。人類の生殖年齢は15歳から50歳なので、生殖年齢を過ぎている。しかも50歳というのは、つい最近まで生産年齢、つまり労働年齢でした。1985年ごろまで定年は大体55歳で、定年後4～5年生きて、60歳前後で死ぬ。これが19世紀型のライフコースでした。

生産も生殖も終えたグループがマジョリティーになる。そのとき、65歳以上人口は40%、75歳以上人口は28%という壮絶な社会になります。

ふだん使われる65歳以上人口を使わないで、50歳で切ったのがミソです。つまり、こういう社会は人類史上かつてなかった。生産を終え、生殖を終えた人口が3分の2を占める社会。カマキリなどは生殖が終わったらお嫁さんに食われるという社会であり、それが極めて理論的に合理的にできた社会です。ところが人類は、いいか悪いか結果論的に、生殖、生産を終えた人間を3分の2抱える社会に突入する。その移行のど真

の中に我々はいるわけです。

人生を3期に区切るということが考えられるようになり、ケンブリッジ大学のピーター・ラマレット教授は、サードエイジ、つまり「第3の人生」の出現を唱えました(資料6)。巣立つ準備の第1期。社会にデビューして、家族を持ち、働いて社会を支える第2期。それを終えてリタイアした第3期。第3期は、社会や家族からはなれて自己実現を求めることのできるすばらしい人生ですが、この第3の人生の人間が大多数を占める社会になるということです。かつて日本でも「ご隠居」というのがありましたし、ヒンズー教では「林住期」と言われた時期であります。



資料6

何が問題なのか。実は私は個人的には、高齢独居の女性が増える、医療費が足りなくなる、労働力が減るということは余り大きな問題ではなくて、日本が直面している挑戦は、もっと深刻な、もっと凄いことだと思っております。

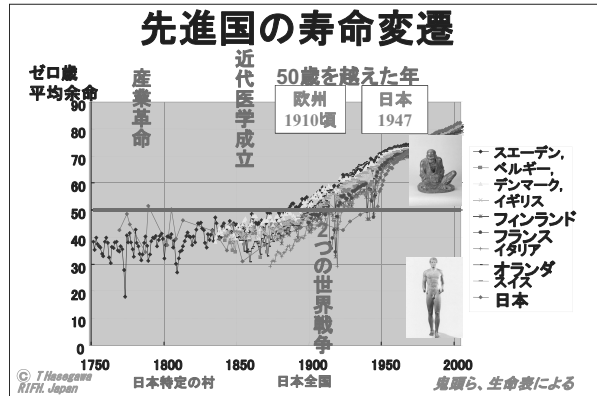
と申しますのは、50歳までの人口は、個人と家族と社会のベクトルが一緒です。一生懸命働いて子どもを育て、社会を支え、国を支える。ところが50歳を過ぎると、はっきり申し上げて社会はどうでもいい。自分がどのように自己実現していくかということなので、ベクトルは全部バラバラです。つまり、50歳までは社会や人類から役割を与えられていて、何を言おうとその役割を果たすことがボトムラインです。ところが、50歳からは社会の側からは役割なき役割で、自分が自分で役割を求めなければならない、自分で実現していくということになります。

しかも、公平性という問題があります。若いときは出発点が比較的平等ですし、近代の約束として、第2の人生に登場するときになるべく平等にしていこうということがフランス革命等によって保障された。実際にできたかどうかは別として、近代の約束として語られました。

ところが、第3の人生、50歳以降は、人脈、能力、健康状態、意欲等がバラバラです。このような社会はすごく危険な社会ではないでしょうか。方向性がバラバラ、出発点が不平等という社会で、個人個人をどの

ように結び付けて新しい社会にしていくか。21世紀型の社会をどのように作りあげていくかということが、日本の真の挑戦ではないでしょうか。

実は人類史上、平均寿命が50歳を超したのはついこの間で、欧州で100年前、日本では60年前です(資料7)。それ以前にも50歳以上まで生きられた方はもちろんいましたけれども、世界全体の価値観として50歳以上の人生が誕生したのは、つい最近なのです。

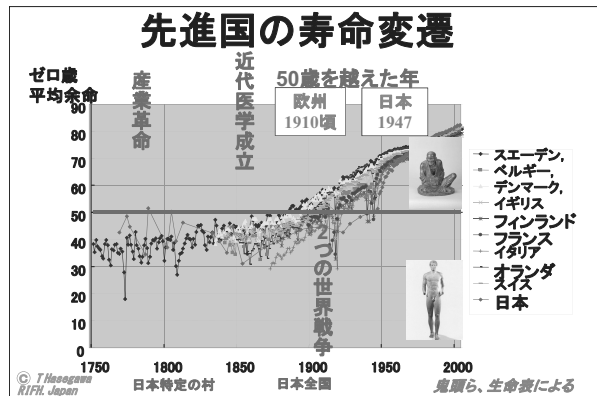


資料7

ある女優さんの一生を追ってみると、2年前に姥捨てをテーマにした映画に出演されて、生まれて初めての汚れ役をされました。女優としてのデビューは1954年14歳のときで、このときの平均寿命は40代でした。今は90代です。たった1人の人生の間に、日本の寿命は倍増したことになります。

ビッグバンから始まって、38億年前に生命が誕生し、そして2,100万年前に人類が誕生しますが、この38億年の歴史の中で、いかなる動物も生殖を終えて存在しているというのはありません。

申し上げたいポイントは、この想像を絶する21世紀型未来社会を従来の「フォーカスティング」で捉えると危険だということです(資料8)。環境問題でよく採用する手法ですが、未来はこういう社会になるのだから、そのあるべき姿に向かつて何をすべきかを考えていくという「バックキャスト」の方法でやる必要があるのではないのでしょうか。



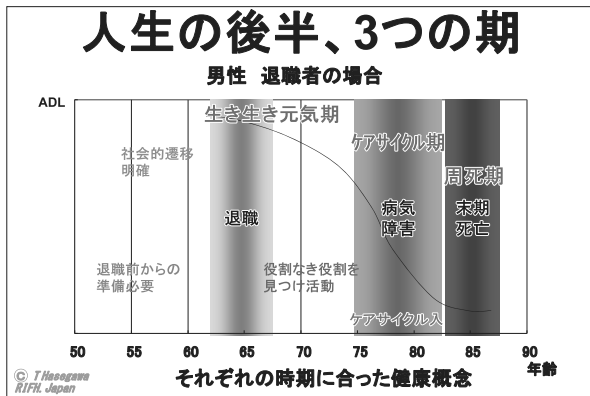
資料8

大きく変わる「人生」 長寿革命で人生第二トラック

まず基調の基調として、人口構成が変わり、社会が大きく変わっていくのだということを申し上げました。

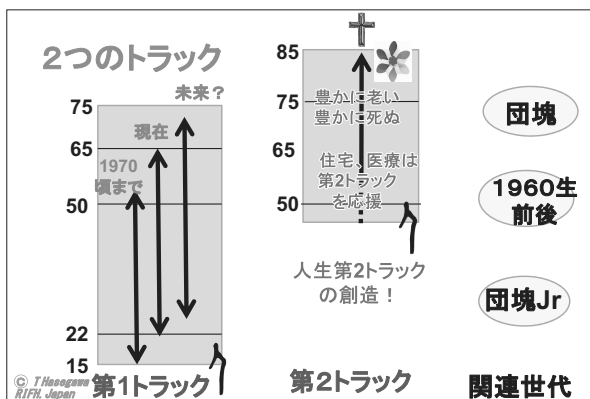
個人の人生も変わります。65歳を定年として、1日9時間働くとする、定年前の労働時間は約10万時間になります。そして、85歳まで生きるとして、定年後の非睡眠時間を15時間として計算すると、何と10万時間なのです。つまり、働いている前後で、個人の人生の時間がほとんど変わらないという時代に突入しました。今日のお話これをくっつけますと、人生の前半部分において昼間は家にいなかった人も、定年後は家に24時間いる時代に入ることです。

そして人生の後半の50歳以降は、生き生き元気な高齢者の時代を経て、後で詳しく申し上げるケアサイクルの時代を経て、介護・支援を得ながら、最後は周死期、死んでいく時期に入っていくというプロセスになっております(資料9)。このそれぞれのプロセスを、我々はもう一度考え直す必要があるのではないのでしょうか。



資料9

私はここで皆さんに、「人生第2トラックの創造」ということをご提案したいと思います(資料10)。



資料10

今までは第1トラック、つまり働いて退職すると、少したってバタッと死ぬ。退職で終わり、あとは余生、余った命というコンセプトでした。この考えの中には、退職すると余生だ、人生は1回で終わりだという思想が入っていると思います。

ところが、定年が60歳、65歳とだんだん延びてきて、近年では75歳まで働けと言われてますが、これは無理です。問題が2つあります。1つは、余り働き過ぎると若い人の職場を奪ってしまう。それから、体力の問題や意欲の問題があるので、同じようなモードでは働けない。

そこで、第2トラックに入る前の、少し早目から別の生き方を考える。いわば、体力も意欲も働きモードも変わってくるようなトラックを想定する時代に入ったのではないかと。何も50歳になったらすぐに準備しろということではありませんが、65歳ではちょっと遅過ぎる。その手前から第2トラックを考えて、最後は介護が必要になって死ぬ、この過程を自分で考えていくということを日本国民全体が行い、それを支える新しい社会制度や住宅を発想していく必要があるのではないのでしょうか。つまり、豊かに老い、豊かに死んでいく。そして、住宅や医療は第2トラックをどのように応援していくかというツールなのだと、発想を転換する必要があるのではないのでしょうか。

実は、医療、恐らく住宅も、15歳から50歳までのリスクをどうマネジメントするかということのために、ドイツを中心に19世紀に開発されました。15歳から50歳までの間の病気を介入して治していく、単一の疾患を治していくリスクマネジメント、それが医療行為でした。しかし、50歳を過ぎますと、疾病は単一ではすみません。そして、最後は死ぬ。とすれば、医療も住宅も変わらなければならないのではないのでしょうか。

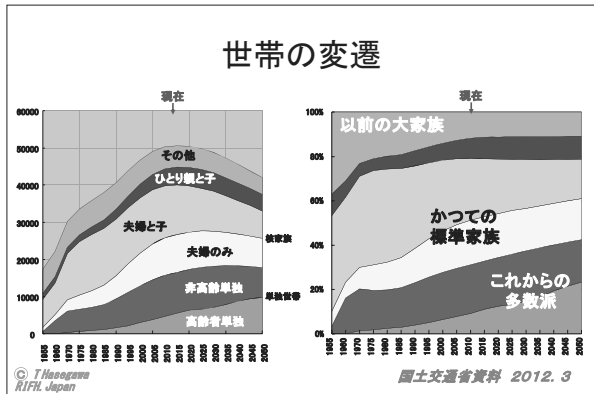
第2トラックを想像すること。近年、これが「人生二毛作」などという表現で多くの人が語り始めておられるようですけれども、これまで終身雇用的な日本の生活風土の中で、第1トラックだけが余りにも成功し、余りにも押し進められてきたのではないのでしょうか。また、第2トラックの中で、これからの高齢者住宅を考えていくヒントがあるのではないかと思います。それには、団塊、団塊ジュニアといった関連世代がそれぞれの役割を果たしていく必要があるのではないのでしょうか。

「家族」と「列島」も大きく変わる。 新しいまちづくりが必要

家庭も大きく変わります。家庭機能は、生殖、生活、生産、結縁によって成り立っていますが、これが近代になって、第2の人生を中心に営まれてきまし

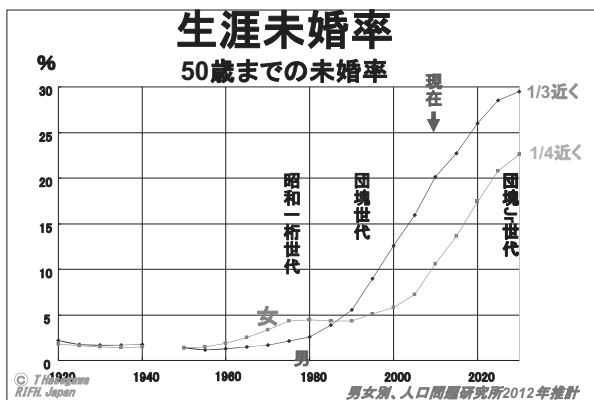
た。そして、家庭こそが、社会とつながる最初の結節点でした。ところが生殖技術の変化、生活機能の変化によって、それが変わってきています。

国土交通省が2011年3月に出した大変すばらしい報告書があります。それによると、世帯の変遷、家族自身が大きく変わって、かつての大家族や標準家族が独居に移行していくということです(資料11)。



資料11

さらに、生涯未婚率が高まっています(資料12)。団塊ジュニア世代での未婚率は、男が30%、女が24%で、日本国民の4分の1が結婚しない。このグループは、基本的には高齢独居の候補者です。そのような大変化が予測されるわけです。



資料12

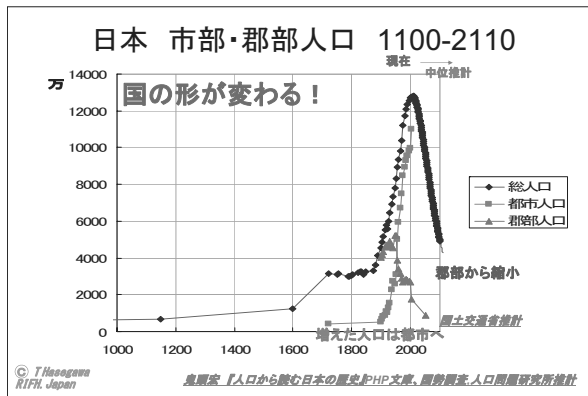
これまでの標準家族は、親子で4~5人でした。ちょっと言い過ぎかもしれませんが、ある経済学者は、日本の経済がバブルがはじけてから生産性が上がらないのは、例えば、車の大きさや家の構造などが、いまだにこの標準家族をベースにしたビジネスモデルだからだと述べています。

今、社会像はもっと多様になっています。ペットが家族の一員、パラサイトシングル、家庭内離婚、ホモセクシャル、シェアハウス、地域居住、先ほどからご義論があるサービス付き高齢者向け住宅。そして何と云っても、高齢独居。独居の高齢者をいかにまちで支えていくか。

また、日本の国全体の構造も変わってきます。日本

は末端から縮小していくという大変動期に入るので、国土全体をもう一度作り直す必要が出てきます。

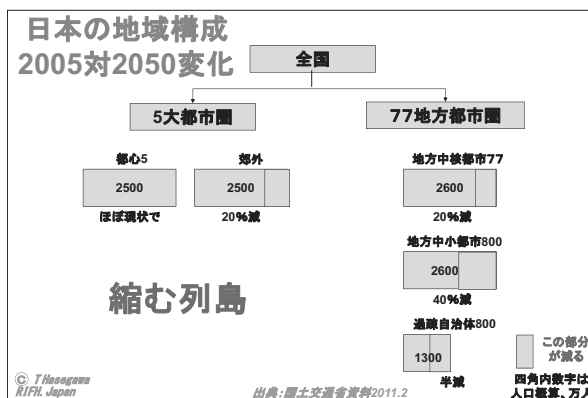
日本の人口は江戸時代と比べると4倍に膨れ上がりました(資料13)。増えた大半は都市人口です。江戸時代の都市人口は10~20%で非常に少なかったのですが、明治以降は都市に人口が集中しました。ただ、人口が減っていくときは末端から減るということになります。



資料13

国土交通省の2005年の報告書によると、日本国は全部で82の都市圏から成っています。都市の定義は、昼間人口が50%以上で、車で1時間以内で行ける場所ということですが、そのうち5つは5大都市で、残りが地方都市です。

5大都市圏は都心と郊外、地方都市圏は77の中核都市と800の地方中小都市、その周りにある800の過疎自治体、日本は全部でこの5カ所の地域から成っていると私は分類しています(資料14)。今日現在、4つの地域の人口は約2,500万人でほぼ同じですが、過疎地だけは、その半分の1,300万人です。



資料14

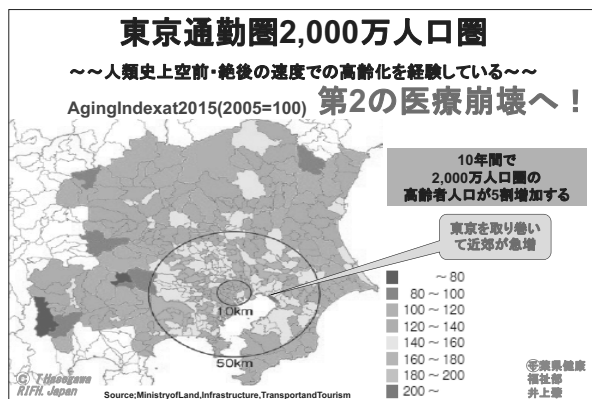
2050年には、過疎地域並びに地方中小都市の人口は半減し、中核都市と都心郊外はほぼ20%減って、都心はプラマイゼロぐらいという予測でした。

すでに社会問題化しつつありますけれども、5~6年前に厚生労働省の井上君に「長谷川さん、大変ですよ。大都会の郊外の高齢化のスピードはむちゃくちゃ

速い。2030年には独居の人たちがあふれますよ」と言われました。

日本は、人類がこれから直面していく課題を、世界より先取りします。現在、発展途上国は、みな大都市化しております。都会でアパートに住んで孤独に死んでいくということが、日本を皮切りにアジアに広がっていく。井上君はWHOにもおりましたので、「日本が世界の先駆けとなる。医療は医療保険があるからいいけれども、介護のほうは自費の部分がある。孤独死ならまだいいけれども、あそこに重症の要介護者がいるのに子を差し伸べられない、そういう状況になっていくのではないかと心配しておりました。

さらに、東京近郊は日本でも有数の医療資源が少ない地域なので、ここで第2の医療崩壊が起きるのではないかと(資料15)。ただ、ここで必要な医療は従来の医療ではなくて、これから申し上げるケアサイクルの医療ということになると思います。



資料15

治す医療から与える医療へ ケアサイクルの確立

そして、医療です。この数年間、高橋先生のご指導も受けて、ケアサイクルという概念を世に問うてきました。何とアベノミクスの報告書にも、ケアサイクルがきちっと確立された世界を目指せと書いてありました(資料16)。

成長戦略 産業競争力会議
平成25年6月

二、戦略市場創造プラン.....57
テーマ1:国民の「健康寿命」の延伸.....59

(1) 2030年のあるべき姿
2030年には、予防サービスの充実等により、国民の医療・介護需要の増大をできる限り抑えつつ、より質の高い医療・介護を提供することにより、「国民の健康寿命」が延伸する社会を目指すべきである。
このため、「健康・医療戦略」(本年6月0日)も踏まえ、次の3つの社会像の実現を目指す。
① 効果的な予防サービスや健康増進の充実により、健やかに生活し、老いることができる社会
② 医療関連産業の活性化により、必要な世界最先端の医療等が受けられる社会
③ 病気やけがをしても、良質な医療・介護へのアクセスにより、早く社会に復帰できる社会
これにより、国民自身が疾病予防や健康維持に努めるとともに、必要な予防サービスを多様な選択肢の中で購入でき、必要な場合には、世界最先端の医療やリハビリが受けられる、適正なケアサイクルが確立された社会を目指す。

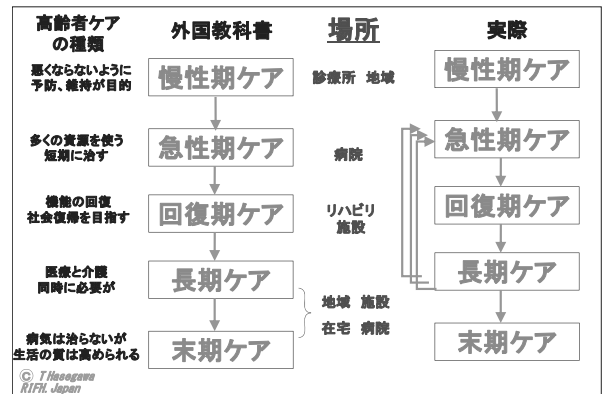
© T. Hoogawa
RIFFL Japan

資料16

実は古典的な医療は、医療者と患者が会って、問題を抽出して解決するという医療でした。

しかし、高齢者のための医療は、住宅に行って診る在宅ケアをベースにします。一部の在宅ケアの原理主義者は病院に入院させないということを誇りにしているわけですが、そうはいきません。やはり急性期になると病院に入院して、家に帰ってくる。そして地域全体でケアしていこう。これがまさしく地域包括ケアの概念であります。

私はそれを支える概念として、ケアサイクルを提案しました(資料17)。



資料17

外国の教科書には、高齢者のケアは、慢性期ケア、急性期ケア、回復期ケア、長期ケア、末期ケアというプロセスを経ていくと書いてありました。例えば、高血圧や糖尿病などを外来で治療するのが慢性期ケア。その間に突然具合が悪くなって、脳卒中、心筋梗塞を起こす。これが急性期ケア。高齢者の場合は、回復してもリハビリが必要です。これが回復期ケア。リハビリが終わると家に帰って長期ケアに入る。長期ケアの定義は障害と病気を抱えて医療と介護が必要だということで、通常、それは死ぬまで続く。そして最後に末期ケア。

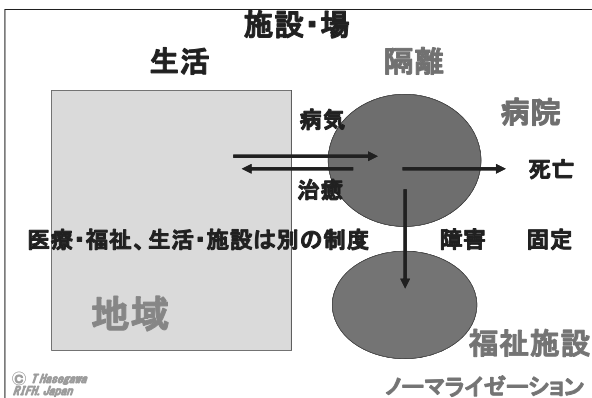
僕も、これを信じておりました。きょうは厚生労働省の方もおられるので、はっきり申し上げますが、厚生労働省の施策は全部一方通行で、切れ切れにつくっておられて、これはちょっと誤解を招くのではないかと懸念しています。

なぜならば、実際のところ高齢者は、急性期ケアと長期ケアの間を行ったり来たりします。例えば、家において長期ケアをしている間に、次の脳卒中や肺炎を起こして、また病院に入り、回復期を経て家に帰ってくる、こういうサイクルを示すのが現実です。これは教科書には書いてありません。このサイクルがスムーズにいかないで患者が溜まるという構造なのではないでしょうか。したがって、これがスムーズにいくシステムをつくらないといけない。

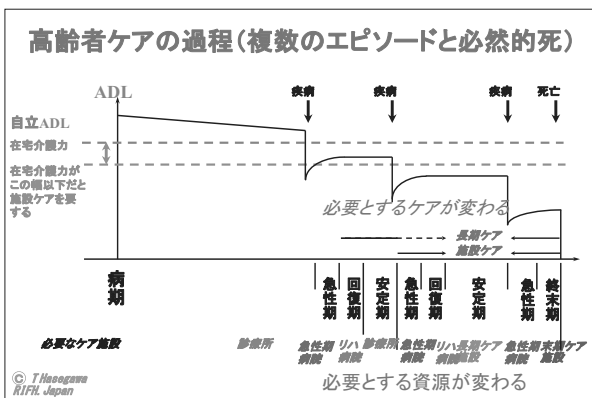
それは、かつての医療は50歳までの、主として外傷や感染症等、外国によって起こる病気「単発外因疾患」を中心に、その部分を治せばよかった。つまり、病気も障害も、もとに戻ることができるわけです。ところが、高齢者は違います。高齢化して成人病、老人病が起こってくると、病状が変わり、何度もエピソードを繰り返す「複数継続疾患」となる。

したがって、医療行為も急性期医療に関しては、インフォームドコンセントとなります。リスクはあるし、人権は侵害されるけれども病気を治すためにはしょうがない。ダメだったら死ぬか、あるいは障害が固定します。

しかし、さすがに福祉の方では異合が悪いというので、ノーマライゼーションの運動が起こったのだと思います(資料18・19)。

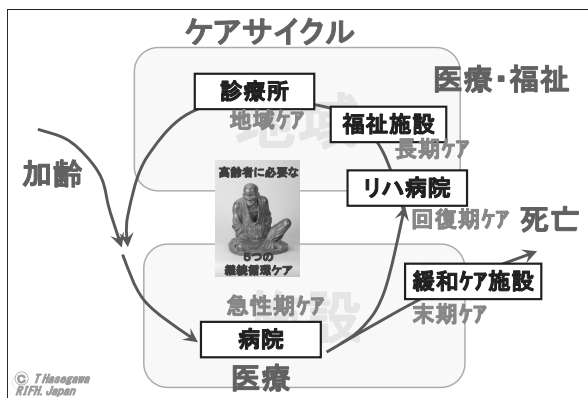


資料18



資料19

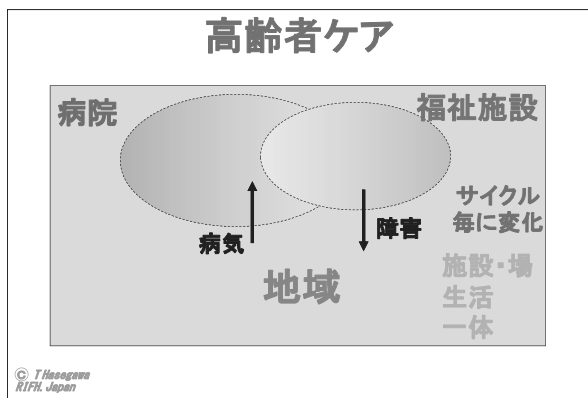
必要なケアは、先ほど申し上げたように、急性期ケア、回復期ケア、安定期のケアであり、このケアサイクルの繰り返しです(資料20)。地域にいる人が、急性期で病院に運ばれる、リハビリをして、在宅が福祉施設にかえる。このサイクルをぐるぐる回り、最後は亡くなる。このようなケアサイクルに対応した医療システムや医療の判断を考えなければならないのに、残念ながら、今はそうなっていません。



資料20

例えば、脳卒中を起こしたときに、病院の医師は、自の前の患者さんの利益を最適化しようと思ってしまうので、人工呼吸をしてチューブを入れて命を救うということをしします。しかし、ケアサイクルをぐるぐる回って最後は死ぬんだというふうに考えたときに、本当に病院に送るのがいいのか、できる限りお家でケアをするのがいいのかという、長期の展望をもつ必要があると思います。近年では、肺炎でもかなり地域でケアができるようになってきています。そういうことを考える必要があるのではないかとこの提案です。

つまり、地域の中で病気になって、治ったら地域に帰ってくる。地域ケアと施設ケアが一体化する時代に入ったのではないかとこのこと(資料21)。

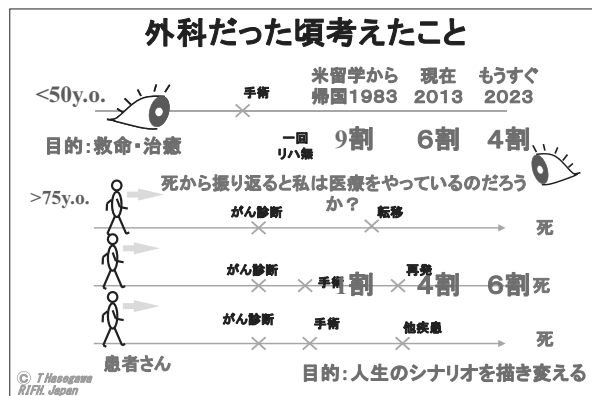


資料21

医療自身が、資源がたくさんあって技術がすぐれた病院施設に隔離して治療するという時代では、もうないのではないかと。病気は治らないし、命は救えないのでは意味がない。その人が生き生きと豊かに生きて死ぬということ、どう支えるかという時代が変わっていかねばならないのではないのでしょうか。

私はアメリカから帰ってきた1983年ごろに、それを感じました(資料22)。滋賀医科大学で外科医をしていたのですが、50歳以下の人を手術すると、「治ってよかったね」となる。高齢者を手術すると、がんが再発する、あるいは隣の診療科で脳卒中で死んでいる。そのときに死から振り返って、私は何をしたのだろう、医

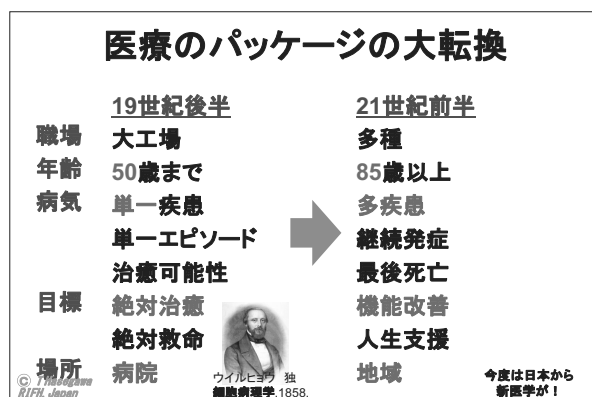
療をしたのだろうか、私は医者なのかと自問しました。



資料22

1983年当時は、若年の単一疾患を治療するのが9割、高齢者の場合は1割で、まれな状態だったかもしれません。今は、それが6割と4割になっています。例えば、私がいた日本医科大学のある病棟では、最低年齢が80歳だと言っていました。10年後、団塊の世代が高齢に達すると、恐らく若年が4割、高齢者が6割になって、それがデファクトスタンダードになるのに、準備されていません。発想を大きく変える必要があります。

まず第1番に、医療の目的は、「治す医療から支える医療」に変わってまいります。福祉と医療は一体化します。ご本人が希望する機能を医療者が助けていく。ご本人がどうしたいかを言わなければ助けられないということになります。第2トラックの自分の生き方を自分が考えて、医療者と語り合うというような形にならない限り、医療者は助けようがない。そして、我々は新しい医学「19世紀の医療から21世紀の医療」をつくらなければなりません(資料23)。



資料23

19世紀医療は、主にドイツで、1858年にベルリン大学のウイルヒョー教授が、体の細胞の病変があるのだと定義して始めました。15歳から50歳までの世界では、それでよかった。でも、高齢者はそうはいきません。病気がたくさんあって、環境とどう適応していく

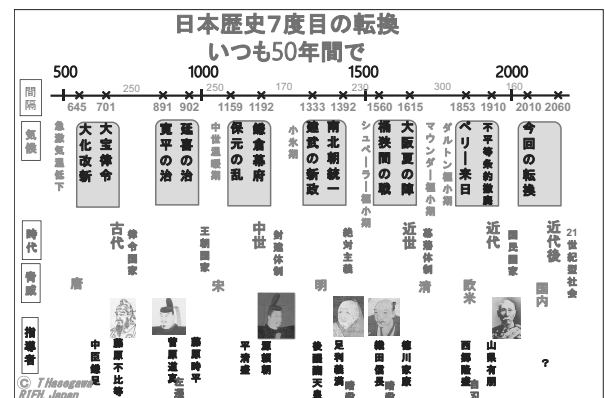
のか。それがこれからの医療であり、新しい医学は日本から起こるのだと確信しております。

大きく変わる「時代」共に老いるアジア、日本の過去から学ぶ

実は19世紀に、森鷗外等々、多くの日本の医者はドイツに留学し、19世紀医療の成立を支えました。私は今度はドイツ人に来てもらおう、助けてもらおうと言っているのですが、新しい医学は、皆さま方も主役の1人です。環境、つまり家が治療の重要な要素になってまいります。

高齢化の大波・津波と闘って、我々は新しい社会を創造する必要があるということです。この話をすると、皆さま暗い顔をします。しかし、皆さんにグッドニュースを伝えたいと思います。

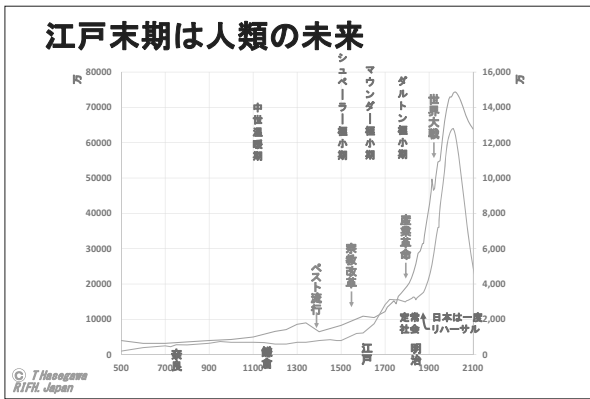
日本は過去、大転換期が6回ありました(資料24)。大化の改新、寛平の治、保元の乱、建武の中興、桶狭間の戦い、ペリー来日、この転換期を全部約50年でやり遂げているのです。学校で習うと、教科書のページ数が多いので50年間の出来事とは思えないけれども、例えば、ペリー来日が1853年で、不平等条約撤廃は1910年です。大化の改新が645年で大宝律令制定が701年、桶狭間の戦いが1560年で大坂夏の陣は1615年です。



資料24

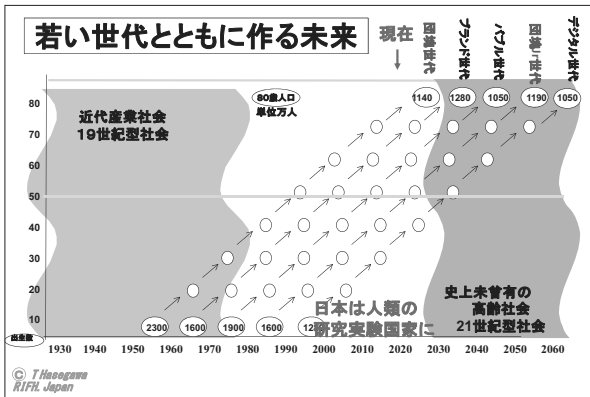
日本人は、列島全体をカバーするような大転換を、全部50年でやり遂げてきたのです。だから、これからの社会に呼応した新しい転換を、日本人はできるのではないのでしょうか。

もう一つ、日本人は江戸末期に一度リハーサルをしています(資料25)。ヨーロッパは、重商主義と産業革命によって、一気に人口が増え続けました。日本では、義満と信長は重商主義でしたが、家康は重農主義だったので、人口は横ばいになって、江戸末期に定常状態に入りました。この時代に活躍した人たちこそ老人、ご隠居さんです。そして、さまざまな世代がお互いに協力し合いながら暮らしていました。



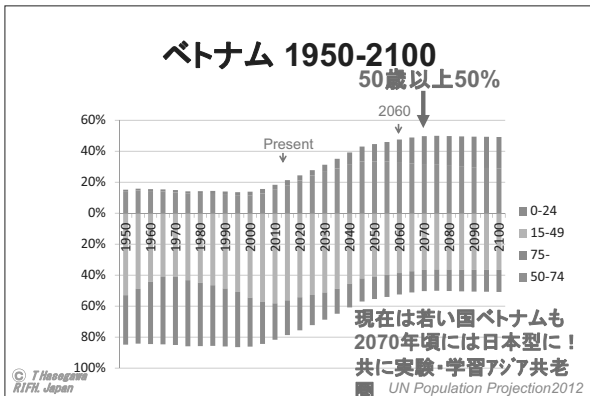
資料25

団塊ジュニアは、僕は知らされざる当事者と言っているのですけれども、彼らにあの図を見せると、「団塊の人間は早く死んで、年金や医療費を残せ」と言います。したがって、我々団塊の世代は全力をつくし、思い切りいろんな工夫をしながら死んでいく、「街角の特攻隊」と言っています(資料26)。



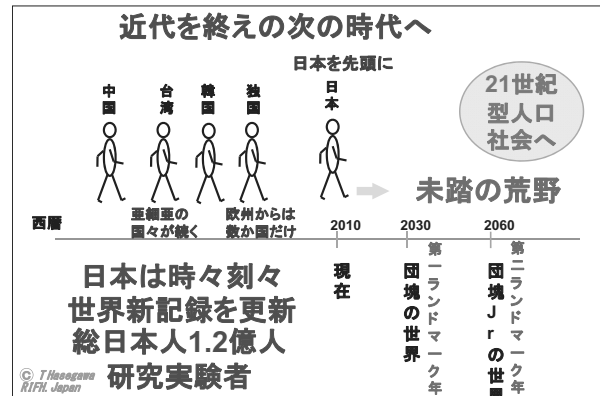
資料26

実はアジアは、全く同じパターンをたどっています。一番ショックなのはベトナムです(資料27)。ベトナムは日本に遅れること15年から20年で、同じパターンで高齢社会に移行しますが、多分ベトナムの人はこうなるとは思っていないのではないのでしょうか。欧米では、ドイツなどの例外を除いて、こうはなりません。アジアがどんどん続き、追い抜いていきます。



資料27

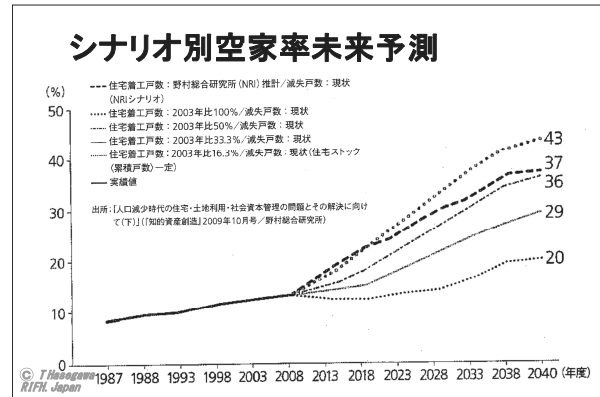
日本は、刻一刻、世界記録を更新しています(資料28)。したがって、僕は、日本人全員が研究者だ、1億2,000万人が新しい社会をつくる研究活動を実践しているのだと申し上げています。



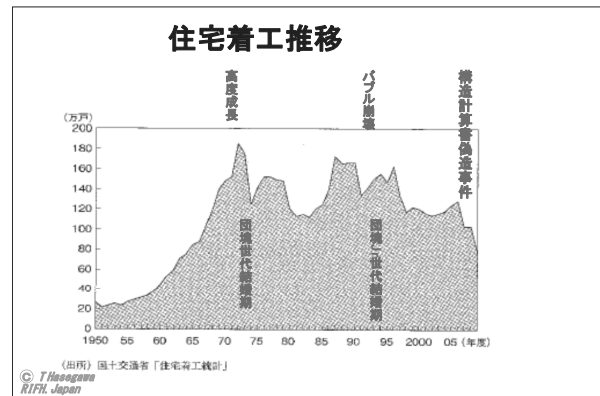
資料28

大きく変わる「業界」社会の建設に期待する!

シナリオによっては、2050年には空き家が20%から40%生じるという予測があります(資料29)。また、高度成長期を経てバブルの後、住宅着工戸数が減っているというのも、よく取り上げられる数字です(資料30)。

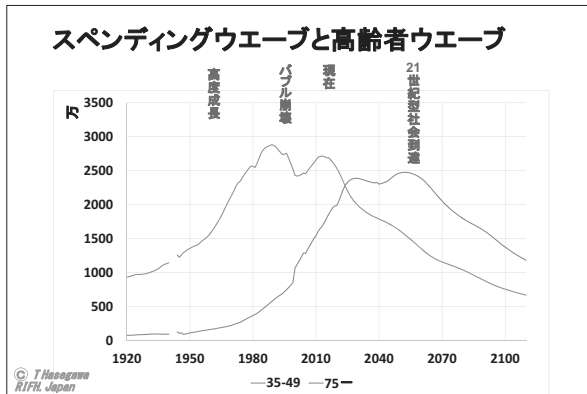


資料29



資料30

この1つの説明は、スペンディングウェーブという考えです(資料31)。スペンディングウェーブの定義はいろいろあります。50歳前後ぐらいだけというものもあるし、20歳から50歳までというものもありますが、ここではたまたま35歳から49歳をとりました。増えてきて、横ばいになって現在はちょっと上がっていますが、これは団塊ジュニアです。これから急速に落ちます。この5年、10年のウェーブを日本がうまく利用しないと、これから以降はチャンスはないということです。スペンディングウェーブは来ない。そのかわり、75歳以上人口が増える。



スペンディングウェーブの下降に伴ってビジネスモデルを転換する必要があるのではないのでしょうか。もともと社会全体が転換するのですから。

そして、人生の第2トラックを支える家づくり、まちづくりを、ぜひやっていただきたい。その際には、ケアサイクル、医療が重要です。この実験を、日本からアジアに発信していく。ビジネスチャンスがあるかもしれませんが。人生の第2トラックを支える家やまちづくりはこうしたいいんだということを、アジアに売っていくこともあり得るのではないのでしょうか(資料32)。

建設業界に期待する！

スペンディングウェーブの下降でビジネスモデル要転換

人生第2トラックを支えるいえづくり、まちづくりを

ケアサイクルが必須 生活の場所、地域が受け皿に

研究実験国家日本からアジアそして世界に発信

家、建物のみならず 社会の建設の業界に

© T. Hasegawa
RIFH Japan

資料32

私は期待します。建設業界は、単に家や町を建設するのではなくて、人類史上、生命史上かつてなかった新しい社会を建設する大変重要な業界ではないかと思えます。その期待を込めて、私の話を終えたいと思います。どうもありがとうございました。

