

「東京圏高齢化危機回避戦略」の読み方

高橋 紘士

本稿はもともメディアカ出版刊の医療介護NEXT誌のために書かれたものである。このレポートの影響力に鑑み、7月15日の雑誌発刊にさきだつてホームページ上に公開することにした。同誌編集部的好意に感謝したい、なお、この内容は掲載予定の記事では誌面の都合で割愛した部分もふくめて、加筆してある。

はじめに

この6月4日に、元岩手県知事、総務大臣、現東京大学公共政策大学院教授である増田寛也氏を代表とする日本創成会議首都圏問題検討分科会が標題のような提言を取りまとめて公表した。全国紙はこの報告書を一面トップにとりあげるとともに、その他の紙面をさいて、その内容や現場の自治体の首長や実務家、そして識者のコメントを掲載した。これからも様々な角度から、検討され、話題となり続けることであろう。

筆者は、毎日新聞と読売新聞のコメントを掲載した。その内容は文末に掲載した。

提言は周知のように、昨年5月に同じ日本創成会議人口減少問題検討分科会が公表した、「2010年から2040年の30年にかけて20歳〜30歳の女性人口が5割以上減少する消滅可能都市」を具体的に挙げて多大な反響を得た報告と対応する。

この検討分科会のメンバーも座長の増田氏をはじめ相当数が重複している。そのすくなくからぬメンバーは産業界と総務省、経産省、財務省の幹部経験者と研究者、女性は二人、一人は、企業家、ひとりは社会学専攻の大学教授である。また、日本創成会議そのものは、日本生産性本部（茂木キッコーマン会長が会長を務める）が事務局を務めている。

「東京圏高齢化危機回避戦略」の内容

今回の提言の内容を念のため、要約し、紹介しておこう。全文と資料は日本創成会議のホームページに掲載されている。<http://www.policycouncil.jp>

第一に現状分析と将来予測について。これまで若い地域であった東京圏は今後急速な高齢化が進行する。さらに、

後期高齢層は埼玉、千葉、神奈川などの周辺県で急増する。高齢単身層が周辺県で顕著で、一方高年齢層が介護施設等を求めて周辺県に流出している。

これらも含め、都区部の周辺県への依存が、これらの県の高齢化の亢進で困難になる。また、急性期医療を中心とした医療不足が周辺県で深刻化する。東京圏全体で介護施設の不足の深刻化により、介護ベッドを奪い合う事態になる。このような東京圏での医療介護に対応する人材を地方から吸収すると、若年人口の地方からの流出が高まると、「地方消滅」が加速化する。

第二に、これらの予測をふまえると、事態の深刻化は東京圏問題というローカルな問題ではなく、日本全体の将来像を左右する。従って、対応は2020年のオリンピック後では間に合わない。

その対応策として、四点が上げられる。第一に、医療介護サービスの人材依存度の引き下げ、①ICTやロボットなどの技術革新、②マルチタスク型人材育成、③外国人介護人材受け入れ。第二に、地域医療介護体制の整備と高齢者の集住化の一体的促進。①地域集住により医療介護サービス等へのアクセスの効率化。②大規模団地再生、③宅地価格下落を想定し早期住み替えの

ための制度整備、④「空き家」の医療介護拠点への転用など有効活用。第三に、東京圏の広域対応としての「東京圏高齢者ケア・すまい総合プラン」の策定。第四に、東京圏の高齢者の地方移住環境の整備として、①移住関心者の選択を容易にする環境整備。②定年前からの勤務地選択制度や地方居住を視野においた老後生活設計支援。③日本版CCRC構想の推進。さらに、地方移住の選択に資するため、医療介護体制が整っている41圏域の提示が行われている。

反響

このように内容を紹介してみると新聞報道等で紹介された報告書の内容と読者の印象がかなり異なるのではないか。ジャーナリズムの関心は第四の高齢者移住環境のことに焦点が当てられ、医療介護体制の整っている圏域との比較で『「介護難民」10年後43万人、東京圏で13万人』（読売新聞6月5日の一面トップのリード文）のように、介護のための地域移住の提案であるかのような印象を与えた。

このような報道の伏線は、二年前に産業力競争力会議が特養待機者問題の緩和のために、東京都杉並区が保養地特養と称して、介護のための地方移住

の試みを横展開するという提案に端を発している。その後、厚労省老健局での「都市部における高齢化対策に関する検討会」で議論され限定的にこれらの策を容認するという報告書が出されたことと、この41箇所医療介護体制が整っている圏域の提示がむすびついて、選択による地方移住の提案がいつのまにか介護難民対策の提案であるという印象が強化されてしまったのではないか。

また、敢えてこの報告書の公表において、前回の消滅都市の例示のような、ショッキングなデータを提示することによって関心を高めるという広報戦略があつたということも否定できない。私にいわせれば、外国人介護労働力の受け入れ促進など一部は問題があるとしても、まっとうな前半の提案が掻き消され、地方移住問題について、医療介護難民問題として取り上げられる状況そのものが問題であるといわざるを得ない。逆に言えば、ショッキングな医療介護の将来予測がなければ、前半のまっとうな提案だけでは耳目を引くことができず、ジャーナリズムで大きく取り扱いを受けることはなかつたともいえる。

それでは、このようなことになってしまふのは、なぜだろうか、日本の支

配層のエリート達が人口変動を過小評価しつづけてきて、少子高齢化への問題の指摘がなされてきたにもかかわらず、一部での課題共有にとどまり、実効的な対策を後回しにしつづけてきたことを問うことが大変重要なことだが、このことは別の機会に述べることにして、まずはこの予測について吟味してみたい。

杜撰な医療介護体制予測

今回の提言の最大のウィークポイントは、高橋泰氏ががけて、大いに注目を集めた今後の医療介護体制の予測である。

この予測の基礎単位が二次医療圏である。これは医療の提供体制について、プライマリケアを中心とする一次医療圏、高度専門医療を中心とする三次医療圏の中間で病床の整備状況を圏域別に整理し、病床機能別にデータベース化したものが基礎になっている。現状の病床整備状況を理解するには、有効なものであるが、これを医療介護全体の地域別整備状況の指標として用い、超長期の予測データをはじいたところに無理がある。

いうまでもなく、医療介護体制とは、病床だけではなく、在宅医療、在宅看護、在宅介護など、また、市町村圏域

で利用される地域密着型サービスなど、医療介護体制などの欠かすことのできないサービスを無視して、結論めいたデータを予測における制約条件として注記なしに、公表することは、データの作成者の見識を疑う。事実、作成者は技術的な理由で在宅サービスを入れることができなかったと記者会見で述べたと仄聞しているので、そうだとすると知的誠実性も疑いたくなる。

もうひとつ数量予測は、現状のシステムを固定したものと仮定せざるを得ないから。当然予測年次にいたる制度の質的転換は考慮にいれることができない。数量的な未来予測といわれるものは、現状を将来に投影したということとは、現状をルーペで拡大しただけのものである。このような予測が学習効果があるとしたら、現状を維持した場合の諸問題を発見するということとして有益である。しかし、これを移住の参考資料として提供するということが自体誤った情報を発信していることにならない。

また、高橋氏の推計以外は図表集にこの点に係る注釈がはいっているけれども、氏の推計には注釈がないとすれば、これも統計データの扱いとして初步的な手続きを欠いたものであると断じざるをえない。

そもそも未来予測において、質的な構造変化をどうするか、未来研究の方法論について様々な議論があった。例えば有名な手法としてはオラフ・ヘルマーが開発した、デルファイ法がある。これは有識者、その領域に専門知識にある人々にアンケートして、技術などの実現時期を尋ね、その意見の分布をフィードバックしながら、将来の実現時期を収束させいく、収斂アンケートという方式である。（「社会工学の方法」香山健一訳）

過去にベストセラーになったドラッカーの「断絶の時代」を持ち出すまでもなく、漫然と現状を固定して、将来予測として提示するのはどのように数量予測が精緻なものだとしても、現状のステイクホルダーを満足させる保守的なものにならざるを得ない。

急性期医療提供能力指標の問題点

次ぎにこの予測で使われた、指標の問題がある。医療介護体制が整っている地方はどこか、ということを数量的に提示するために、二次医療圏ごとに「一人当たり医療密度」という指標が開発され、介護については、特養、介護療養、特定施設等のベッド数を足し上げ、「介護ベッド準備率」という指標を作成した。

まず前者についていうと、急性期病院で行う全身麻酔の件数をDPCデータから算出し、各病院の「急性期医療提供能力」として、これをGIS（地理情報システム）により、1キロメッシュごとこのデータを操作して、一人当たりの急性期医療密度を地域ごとの指標として計算し、これを全国平均のデータとの乖離によってランキングした。これが医療圏ごとの医療提供体制の余裕あるいは、逼迫度の指標である。この作業自体は膨大なもので、指標化のアイディアとしては大きな貢献であると評価できるだろうが、問題は将来人口にそのままこれを適用して、急性期医療の提供能力として、地域分類したことになる。

複雑なデータ操作をしたからといって、それが妥当な結果をもたらすのだろうか。急性期医療へのアクセスの指標として、適当であるかどうかについて今後、専門家のセカンドオピニオンによって検証するべき未完成な指標を政策提言に直結させるのはいかがなものか。

また、いうまでもなく、医療提供体制は急性期医療提供の代表指標としての全身麻酔件数だけでは表現できない。また、慢性期医療密度指数も同様に計算されているが、なぜか、この指標が

選択のための地域のランキングに反映されていない。おそらく三変数のパターンをくみあわせると複雑になるという判断があつたのであろう。

周知のように、現在医療介護一体促進法のなかで、病床機能のあり方も大きく変わる。また、高齢化したがい高齢者の急性期医療への受療行動が現状のままとは考えにくい。このような医療の重要な側面を捨象した指標の限界をきちんとわきまえる必要があつた。

もつとも氏は、4月20日付けの日経新聞で医療供給体制について、完治を目指す「とことん型医療」と生活支援型の急性期医療を「まあまあ型医療」として、これからの医療のあり方について述べているが、この考え方はこの推計には反映されていない。

「介護ベッド準備率」の問題点

介護提供体制の指標として採用されたのは、特養、老健、特定施設である有料老人ホームおよびサービス付き高齢者向け住宅の「ベッド数」を足し上げたものである。これを75歳以上人口1000人当たりベッド数の全国平均81床との差の比率を二次医療圏ごとに求めたものである。さらに2015年のデータ（些細なことだが、データソースは介護サービス情報公表制度

のデータであるから、数値は2015年以前のものである。）この数値をつかつて、2040年の後期高齢者の介護ベッドへの「収容能力」を計算し、各地域での全国平均との乖離をもとに各地域のデータをランキングして、二次医療圏ごとの「介護ベッド準備レベル」を提示している。

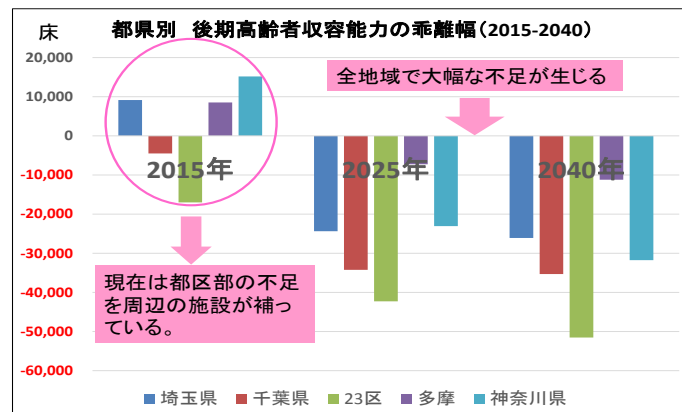
ここに掲げたグラフは、首都圏の各県の現在と2025年、2040年の後期高齢者収容能力がどう変化するかを示されている。現在は都区部の不足が周辺の埼玉、多摩地区、神奈川県で賄われていたのが、これらの地域の後期高齢者の増加につれて、大幅な不足が生じるというデータがしめされている。これに対して、2040年度に収容能力があるとされた41の二次医療圏でその代表都市が図表に示されている。

だれでも気がつくことだが、特養と有料老人ホーム等をベッド単位で足し上げたことへの違和感がある。特養や老健は周知のとおり多床室が残存しているもので、これらを足し上げ過不足を云々するのが現実的でない。まして、団塊の世代の価値観を考えるならば、多床室は耐えがたい場である。とすれ

ば、多床室の減少を想定した推計が必要である。また、近年特養は4年以上

東京圏の後期高齢者収容能力

○後期高齢者(75歳以上)当たりの介護保険施設・居住系サービス・サービス付き高齢者住宅等の定員数が、最近の全国平均並みに比べて、どの程度乖離しているかをみた研究がある。
○現状では、東京23区のマイナスを近隣県のプラスが補っているが、2025年、2040年の人口をベースにしてみると、全ての地域でマイナス方向へ乖離することがわかる。



高橋泰・国際医療福祉大学大学院教授の推計による 資料集図表11

の平均入所期間であり、有料老人ホームは自立期からの入所が通常であるから、平均入所期間が長い。一方、特養は今年度から要介護区分3以上に限定されることになったの「収容可能」レベルに大幅な変化が予想される。また、これらの地方の施設は、今後、相当数が建て替えの時期に入る。その場合、

人口減少が予想される地方では、ベッド数を維持するような建て替えによる減床がおこると考える方が現実的である。このような大きな誤差が予想されるのは制度変更や条件の変化を加味しない推計の宿命である。

また、いうまでもなく、居宅系のサービスを評価していないことにより、施設サービスへの影響が考慮されない。たとえば、居宅サービスの普及により、施設入所が不必要になるあるいは、短

医療・介護ともに受け入れ能力のある地方	
地域区分	2次医療圏の主な都市(道府県) 全国41圏域
大都市型	北九州市(福岡県)
地方都市型	室蘭市(北海道) 函館市(北海道) 旭川市(北海道) 帯広市(北海道) 釧路市(北海道) 青森市(青森県) 弘前市(青森県) 秋田市(秋田県) 山形市(山形県) 上越市(新潟県) 富山市(富山県) 高岡市(富山県) 福井市(福井県) 福知山市(京都府) 和歌山市(和歌山県) 岡山市(岡山県) 鳥取市(鳥取県) 米子市(鳥取県) 松江市(島根県) 宇部市(山口県) 高松市(香川県) 坂出市(香川県) 三豊市(香川県) 徳島市(徳島県) 新居浜市(愛媛県) 松山市(愛媛県) 高知市(高知県) 大牟田市(福岡県) 鳥栖市(佐賀県) 別府市(大分県) 八代市(熊本県) 宮古島市(沖縄県)
地方都市型 準地域*	*北見市(北海道) *盛岡市(岩手県) *金沢市(石川県) *山口市(山口県) *下関市(山口県) *熊本市(熊本県) *長崎市(長崎県) *鹿児島市(鹿児島県)

注1:表示は2次医療圏の主な都市名(道府県)
注2:一人あたりの急性期医療密度レベル6(全国平均を1として1.2以上1.5未満)以上かつ介護ベッド準備レベル4(2040年の需要に対しマイナス30%以上マイナス10%未満)以上の2次医療圏を抽出した。
注3:「準地域」:地方都市型については、介護施設が比較的整備しにくい環境にあることを踏まえ、レベル3(2040年の需要に対しマイナス60%以上マイナス30%未満)まで含めた(*をつけた医療圏「準地域」)。
注3:生活の利便性等を踏まえ、過疎地域については検討の対象外とした。
※国際医療福祉大学大学院高橋泰教授の試算による

資料集図表16より

縮することが可能であるとは良く知られている。また、介護予防の継続的な展開によって、要介護程度別認定率が

後期高齢者でも低下できることは、和光市などのデータでも明らかである。したがって、全国平均の1000人当たり平均81床を過不足計算の基礎につかうのは現実的でない。

今後、このような施設依存を減らす政策が、大都市部の自治体で普及することが予想される。このような効果を指標に反映させることは困難であるが、少なくとも、このような変化について言及しないのはなぜだろうか。むしろ、このようなデータが様々な政策努力に水をさすことを恐れる。

なによりも、この「ベッド収容」という表現は旧態依然とした施設中心主義の価値観を体現しているともいえる。重要な点を付け加えておけば、施設入所の可能性がある後期高齢者の圧倒的多数は、夫を亡くし単身となった女性である。また、疫学調査のデータによれば認知症リスクの大きいのも女性である。老健や特養の多床室は認知症の人には療養病床もふくめて、不適切であるのは常識だが、このような問題への配慮がまったくなくなっていないのはなぜだろうか。

追記

本稿は、今回の増田提言における数値予測である高橋泰推計について問題点を検討した。

別稿で、この提案の本筋である、地方移住と日本版CCRCの問題点、空き家対策の意義、この提言が社会に及ぼす影響の絵解きを政治学的、知識社会的な視点から検討することを考えている。われわれの経済社会は「成長」を価値として、その基盤が失われたにもかかわらず、しゃにむに追求してきた。その結果が、1000兆円を超えた。先送りできない事態が目前にせまったという意識が増田レポートに基調にあると考えられる。なぜ、少子高齢化を過小評価しつづけてきたのか、このことを検討することも必要と考えている。

ご意見があれば、筆者のホームページからコンタクトください。

http://takahato.com/?page_id=113