

高齢者の地方移住構想に抱く違和感

特任研究員 行友 弥

岩手県遠野市の郊外に「でんでら野」と呼ばれる場所がある。柳田國男の「遠野物語」にも「蓮台野」という名で登場する。本来、固有名詞ではなかったらしい。柳田によると「六十を超えたる老人はすべてこの蓮台野に追いやられるの習ありき」。つまり、口減らしのため高齢者を追放した場所だった。「いたずらに死んで了うこともならぬ故に、日中は里へ下り農作して口を糊したり」。お年寄りたちは身を寄せ合い、わずかな耕地で自給自足しながら死期を待ったのだ。

そんな話を思い出したのは、日本創成会議（増田寛也座長）が6月4日に発表した「東京圏高齢化危機回避戦略」にショックを受けたからだ。それによると、東京圏では今後10年間で後期高齢者が175万人増え、医療・介護施設の不足が急速に深刻化する。それを補うため地方から若い人材が流入すれば、同会議が警鐘を鳴らす「地方消滅」に拍車がかかるのだという。

衝撃的なのは、対策として「高齢者の地方移住」を提案している点だ。移住先の候補地として、北海道から沖縄県までの41市を具体的に列挙している。医療機関や介護施設の充実度を基準に選んだようだ。地方への移住促進は安倍政権の看板政策「地方創生」とも連動している。

もちろん、強制移住を唱えているわけではない。ただ、この政策を前提に東京圏の介護インフラ不足が放置されれば、結果的に移住を選択せざるを得ない人が増えるかも知れない。半強制的な「移民政策」とは言えないか。「もっと便利で安心な場所で暮らせばいい」

という発想は、限界集落からの撤退論と共通だ。だが、便利や安心は幸福の必要条件であっても十分条件ではない。どんな辺境でも、殺伐とした都会でも、住み慣れた土地や隣人たちから引き離すことは、その人のアイデンティティーを奪うのと同じである。

結局、こうした構想は高齢者自身の幸せが目的ではないのだろう。人口減少や「地方消滅」を回避し、国力を維持することが狙いだと思えない。

ここには血の通った「人間」がいない。第1次安倍政権の時に女性のことを「産む機械」と表現した閣僚がいた。女性差別と批判されたが「産む」を「働く」に置き換えれば「経済成長のため『働く機械』（生産年齢人口）を増やせ」となる。政官財界の指導者たちが少子高齢化や人口減少に危機感を抱く本当の理由は、その辺にあるのではないか。

表裏一体で「働けなくなった機械」をどうするかという問題が出てくる。過疎の農山漁村も、過密化した大都市も、受け皿としては不向きなので、そこそこ住みやすい地方都市に移せばいい。乱暴に言えば、そんな身勝手な話だ。

政府の「まち・ひと・しごと創生総合戦略」と日本創成会議の「危機回避戦略」には、いずれも「日本版CCRC」という耳慣れない言葉が出てくる。

政府版の「戦略」によると、CCRCは「Continuing Care Retirement Community」の略で「健康時から介護・医療が必要となる時期まで継続的なケアや生活支援サービス等を受けながら生涯学習や社会活動等に参加す

るような共同体」。米国には約2,000か所あるそうだ。このCCRCを日本にも導入することが、高齢者移住の決め手と位置付けられているらしい。

これは現代の「でんでら野」にならないだろうか。もちろん高齢者を原野に放り出すわけではなく「継続的ケア」を施す。比較的若いうちに移住してもらい、新しい環境に適応してもらおうという説明もなされている。しかし、住み慣れた土地から「追放」することには変わりはない。

「地方の医療介護体制が充実している」という前提も怪しい。地方でも医師や看護師、ヘルパーは不足している。しかも、厚生労働省は今年4月に特別養護老人ホームなどの介護報酬を引き下げた。サービス内容によっては増えた項目もあるが、総額では2.27%の減額で、介護施設の経営環境は一段と厳しくなった。業界では「淘汰の時代に入った」との声が出ているそうだ。

医療のリストラも進められている。政府は6月15日、全国の入院ベッド数を全体(13年で134万7,000床)の1割強にあたる16万~20万床削減する方針を公表した。在宅医療や介護施設に移すことが前提だが、本当に受け皿があるのか。そもそも自宅などで受け入れられない事情があるから入院が長期化するのではないか。

5月に成立した医療保険制度改革法では、国民健康保険の運営主体が市町村から都道府県に移され、保険診療と自由診療を組み合わせる混合診療(患者申し出療養)が拡大される。

(注1)長野県健康長寿プロジェクト・研究事業研究チーム(2015)「長野県健康長寿プロジェクト・研究事業報告書」

(注2)若月俊一(1971)『村で病気とたたかう』岩波新書

詳しく説明するだけの紙幅がないが、いずれも公的医療の縮減と患者の負担増、医療格差の拡大につながることを懸念されている。

「大都市には受け皿がないから地方に移住を」と促しつつ、一方でその基盤を崩していく。これでは高齢者が「難民」になりかねない。むしろ、それぞれの地域ニーズに合わせて医療や介護のインフラを整備すべきだろう。人間の方をモノのように右から左へ動かす発想は本末転倒の極みである。

ところで、創成会議が挙げた41市に長野県が含まれていなかったのは意外だった。厚生労働省によると、同県の平均寿命は10年で女性87.18歳、男性80.88歳と全国一。自立した日常生活を営める「健康寿命」でもトップクラスである。

長野を健康長寿県にしたのがJA長野厚生連(長野県厚生農業協同組合連合会)や国保病院による地域密着の医療活動であることは広く知られている。^(注1)その基礎を築いたのは、第二次大戦末期に佐久病院(現在のJA長野厚生連佐久総合病院)の医師に就任した故・若月俊一氏(後に同院長)だ。若月氏は「予防は治療にまさる」という信念から農村に入り、住民の生活改善に取り組んだ。彼とその後継者たちの献身的な努力は乳幼児死亡率や成人病罹患率を下げ、1人当たり老人医療費を全国最低水準に減らした。このような取組みこそ見習うべきだろう。

若月氏は「従来の医者はいずれにも『生物学的』にすぎた。もっと『人間的』『社会的』であってほしいと、国民は願っている」と述べた。^(注2)現代医療には「病気を診て人を見ず」という批判もあるが、現代の政策プロモーターたちも「生物学的」に過ぎ、生身の人間が見えていないように思える。

(ゆきとも わたる)