

「保健医療2035」から見る 地域包括ケアシステム実現 に向けた課題と処方箋

法政大学経済学部教授 小黒 一正

部分最適を繰り返してきた日本の社会保障制度は、長期的な視点に基づく構造改革が必要であり、省庁の板垣を超えて、目指すべき社会保障の新たなビジョンが求められている。そうした中、厚労大臣の私的懇談会が提言した「保健医療2035」では、かなり踏み込んだ政策提言を行っている。

保健医療2035は現代の 社会保障版「前川レポート」

「前川レポート」とは何か。中曽根首相の私的懇談会が1986年に公表した報告書で、正式名称は「国際協調のための経済構造調整研究会報告書」という。日銀総裁であった前川春雄氏が座長となり、日本経済の構造改革を提言し、中曽根首相に提出した歴史的な報告書だ。

前川レポートは、高度成長が終焉し閉塞感が漂っていた80年代前半において、日本経済が目指す方向性（ビジョン）を明らかにした重要な役割を担うものであった。具体的には、80年代前半、それまで高度成長

を支えてきた鉄鋼や造船等の重厚長大産業は構造的な不況に直面しており、輸出主導型から内需主導型に、製造業中心からサービス業中心の産業構造へ、大幅な規制緩和と市場の自由化により、10年近くの時間をかけて経済構造を転換していき、持続的な成長を目指すことを提言した。この提言は、国鉄（J.R）の民営化をはじめ、日本版・金融ビッグバン、財投改革・郵政民営化・道路公団民営化等の小泉構造改革のほか、企業統治改革といった現在の規制改革を巡る政策議論に繋がっていく。

厳しい財政状況の下、いまの社会保障も当時と似た閉塞感が漂っている。政府債務（対GDP）が200%以上に達し、社会保障費が毎年1兆円以上のスピードで膨張する中、現状の延長線上で、社会保障が立ち行かなくなるのは、誰の目から見ても明らかであるにもかかわらず、目指すべき羅針盤が存在しない。すなわち、パッチワーク的な制度改正による部分最適を繰り返してきた日本の社会保障制度は、長期的な視点に基づく構造改革が必要であり、給付と負担の均衡に関する議論だけでなく、省庁の板垣を超えて、目指すべき社会保障の新たなビジョンが求められている。

このような状況の中、塩崎恭久厚労大臣の私的懇談会（座長・渋谷健司・東大教授）として、保健医療（地域包括ケアシステムも含む）について、目指すべき方向性（ビジョン）を提言したものが、2015年6月9日に公表された「保健医療2035」の政策提言である。詳細は報告書をご覧いただきたいが、保健医療の価値を高める（例・より良い医療をより安く享受できる）、地域主体の保健医療に再編する（「ライフ・デザイン」主体的選択を社会で支える）（例・自らが受けるサービスを主体的に選択できる）、人々が健康になれる社会環境をつくり、健康なライフスタイルを支える（「グローバル・ヘルス・リーダー」日本が世界の保健医療を牽引



おぐる・かずまさ
1974年生まれ。京都大学理学部卒業、一橋大学大学院経済学研究科博士課程終了（経済学博士）。97年大蔵省（現財務省）入省後、財務省財務総合政策研究所主任研究官、一橋大学経済研究所准教授、法政大学経済学部准教授などを経て、2015年から現職。財務省財務総合政策研究所上席客員研究員、経済産業研究所コンサルティングフェロー。厚生労働省「保健医療2035推進」参与。鹿島平和研究所理事、キヤノングローバル戦略研究所主任研究員。専門は公共経済学。著書に『財政危機の深層―増税・年金・赤字国債を問う』、『人口動態と政策：経済学的アプローチへの招待』（共著）など多数。

する」の三つである。

なお、筆者も構成メンバーの一員だが、タスクフォース型で徹底的な議論を行い、メンバー自らが報告書を作成したもので、審議会等で厚労省の事務方が通常作成するものとは異なっている。このため、かなり踏み込んだ提言も多い。例えば、報告書15頁には以下のような記載がある。

複数年度にわたるマクロ的な社会保障予算の枠組み等により、関連制度や投入資源の両面から、介護を含む保健医療システム全体の最適化を行うべきである。限られた財源の中、選択と集中を図りつつ、戦略的かつ科学的エビデンスに基づき診療報酬等を設定する中央社会保険医療協議会の分析機能の強化のために、各委員を支援する仕組みを確立することが必要である。

急速に進む人口減少の下、地域包括ケアをどう進めるか

また、報告書21頁には以下の記載もあり、まちづくり等との融合が一層重要になることを指摘している。

2050年には、現在の居住地地域の6割の地域で人口が半減、うち2割が無居住化する趨勢を踏まえ、遠隔地でも必要なサービスや見守り等ができる遠隔医療のためのICT基盤や教育システムの整

備を今から開始する。さらに、急速に進む人口減少に対応するため、地域包括ケアシステムと新たなまちづくりの融合や司令塔となるプラットフォームの構築を促進する。

そこで本稿では、「地域包括ケアシステムと新たなまちづくりの融合」に焦点を絞ってこのテーマをより深く考えてみたい。まず、そもそも「地域包括ケアシステム」とは「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、高齢者等が重度の要介護状態となっても、住み慣れた自宅や地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、『住まい』『医療』『介護』『予防』『生活支援』の5つのサービスを一体的にして提供する枠組みを構築しよう」というものだが、現状では東京圏の介護施設等の不足も関係し、現場の対応が間に合わないケースも多い。このような状況の中、15年6月「日本創成会議」（座長＝増田寛也元総務相）は、高齢者の地方移住を促すよう政府や自治体に求める提言を発表したが、いま日本は解決すべき三つの大きな問題に直面している現実を直視する必要がある。

第1は、財政問題である。高齢化の進展で社会保障費は膨張し、日本の政府債務は対GDP比の2倍を超

えている。このため、政府・与党は、20年度における国・地方の基礎的財政収支の黒字化を目指し、社会保障改革を含む新たな財政再建計画を立案・実行中である。

第2は、都市部に住む高齢者が急増する問題である。日本創成会議が今回提示した問題で、00年時には900万人に過ぎなかった後期高齢者が25年には2000万人に達する。それに伴い、医療・介護ニーズが増加する一方、都市部では特別養護老人ホーム等の待機待ちが急増し、介護施設の不足が一層深刻になる。

第3は、消滅の危機に直面する自治体の問題である。国土交通省が14年7月に公表した「国土のグランドデザイン2050」対流促進型国土の形成」では、50年の人口が10年と比較して半分以上となる地点（全国を「1km毎の地点」で見ると、現在の居住地の6割以上を占めることを明らかにした。そして、人口が半分以上となる地点のうち約2割が無居住化する可能性を予測している。

以上のような三つの問題を同時に解決する方法は限られており、考えられる有効な施策は、「地域包括ケアシステム」と人口集約を図る「コンパクトシティ」との融合、すなわち、「地域包括ケア・コンパクトシ

ティ」(Chitiki Comprehensive Care Compact City, 5C's)の推進である。「地域包括ケア・コンパクトシティ」とは、効率的かつ効果的な医療・介護などのサービスを、「コンパクトシティ」という集約的で質の高い住まいや、地域の空間の中で提供するというものである。

財源をどう捻出するか

では、現下の厳しい財政事情の下、「地域包括ケア・コンパクトシティ」をどう構築していくのか。意外に見過ごされている視点は、

社会保障給費の「規模」である。社会保障給付費は、現在約110兆円もある。一方で、一般会計予算は90兆円に過ぎない。介護・医療の財源が不足するのであれば、50兆円ある年金の一部を医療や介護に回し、高齢世代内で再分配する発想が出てきてもよいはずである。

そこで、以下では一つの試案として、年金給付の1%削減で捻出した財源を活用し、地域包括ケアシステムの「受け皿」となる介護施設（特養のほか、在宅介護の場として自宅の延長に位置づけられるサービス付き高齢者住宅や有料老人ホームを含む）を民間主導で整備する方式を提案したい。これは、社会保障予算の

配分を見直すことで、高齢世代内で再分配することを意味する。

具体的な方式は以下の通りである。現在、年金給付総額（年間）は約50兆円である。この1%を削減するだけで年間0・5兆円の財源が調達できる。10年間では約5兆円の財源となる。そこで、年間0・5兆円を財源として、やや極論だが、介護施設を100%公費で施設を建設するケースを考えよう。

いま、有料老人ホームの建設データを参考に、1戸（専有部分20㎡、共有部分20㎡）の建設費が1300万円（土地代込み）とすると、1年間で3・8万戸（＝0・5兆円÷1300万円）が供給可能な試算となる。4年で約15万戸を供給、10年では38万戸を供給できるため、要介護度が中重度の入所希望者のみでなく、軽度の介護しか要しない高齢者にも対応することができるはずである。

ところで、こうした介護を要する高齢者に対し、介護・医療といったサービスを効率的かつ効果的に供給するには、可能な限り、サービスを必要とする高齢者を一定エリアに集約することが望ましい。15万人と言え、東京都多摩市の人口14万人に匹敵する。「建設には多摩市並の広大な土地が必要となり、そのような

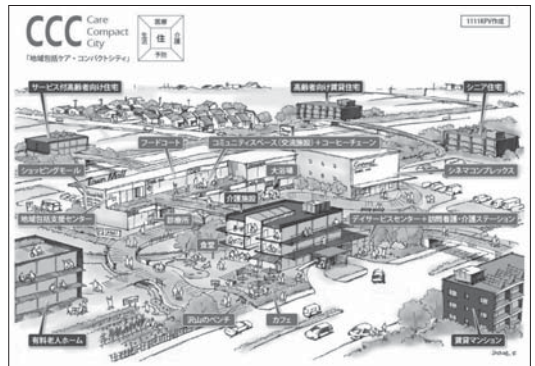
施設の供給は不可能である」と誤解される可能性もある。

しかし、その心配は必要ない。施設を高層ビルでイメージすると違う印象を受けるはずである。例えば、上記の1戸当たり面積40㎡（＝専有部分20㎡＋共有部分20㎡）の住宅3・8万戸の総延べ床面積は152万㎡となる。東京駅前の丸ビル（総延べ床面積16万㎡）で換算すると、9・5棟分に過ぎない。高層建築物を活用してコンパクトなエリアに必要な介護施設を供給し、医療・介護と連携したサービスを提供する「地域包括ケア・コンパクトシティ」を整備するイメージとなる。

最も重要な発想の転換

むしろ、重要なのは、「空間」（＝住まい）の「質とコスト」である。というのは、特養の個室ユニット型の入居率は現在（09年）、全定員の25・4%に留まっている。特養は低所得者を対象とし、4人部屋が主流だったが、03年度に個室ユニット型を原則とすることに改めた。入居者の尊厳を守る観点から、厚生労働省が方針を転換し、「個室ユニット型施設の入所定員の合計数が占める割合を50%以上」とする目標を定めた。だが、入居者負担などが低所得者に

図表 「地域包括ケア・コンパクトシティ」のイメージ



とってハードルとなっている。

入居者の尊厳を守りつつ、地域包括ケアの目的を達成するには、介護を要する高齢者の視点に立った「空間」（＝住まい）を整備することが重要である。質の高い地域包括ケアシステムを構築するには、介護・医療以外の生活関連の商業施設を含め、通常のコンパクトシティのように一定エリアを単位に開発する必要がある。例えば、図表のイメージである。友人や家族は互いに近い部屋となるよう配慮する。施設内にはホテルのような雰囲気、域内病院の待合室にはカフェのような雰囲気を持たせる。回遊できるシネコンや大型書店に加え、フード・コートが入居する時間

消費型ショッピング・モールも設置する。住空間とこれらの施設を渡り廊下で連結、どの施設にも徒歩30分以内で移動できるようにする。隣接地に公園も設けるのである。

いずれにせよ、急速に人口減少・超高齢化が進む今こそ、空間選択の重要性が増しており、縮減時代の国土政策のあり方が問われている。その際、消滅の危機に直面する自治体も多い状況では、地方分権一辺倒でなく、全国の隅々までインフラを整備・維持し、フルセットの行政サービスを提供するという発想は捨て、基礎的自治体のスリム化を図りつつ、地域包括ケア・コンパクトシティを推進するため、政策によっては中核都市・広域自治体や国に権限を集中させるような試みも重要となっていく。

急速な人口減少・超高齢化がもたらす影響が顕在化し本格化するのだから、これが本番であり、その現実を直視し、「保健医療2035」も指摘するように、果敢に集中と選択をしない限り、日本に未来はない。25年に向けて深刻な医療・介護サービス不足が顕在化し始める今こそ、省庁や自治体間の板垣を超えて、それを克服するための日本の叡智が試されている。