



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	コロナ時代のファクト・ファインディングと地域経営
Author(s)	藻谷, 浩介
Citation	年報 公共政策学, 15, 5-17
Issue Date	2021-03-31
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/81795
Type	departmental bulletin paper
File Information	15-03.pdf



【I. 地域経営ユニット】

コロナ時代のファクト・ファインディングと 地域経営

藻谷 浩介*

北海道大学公共政策大学院では、2021年2月13日、創立15周年記念オンラインイベントを開催し、日本総合研究所主席研究員・本学客員教授の藻谷浩介氏に基調講演をいただきました（講演時タイトル：「コロナ時代の地域経営」）。以下にその抄録を掲載します。

1. 「ファクト・ファインディング」とは何か

シンクタンクに籍を置いて地域振興に携わる私の活動を、一言で表現するなら、リサーチではなく「ファクト・ファインディング」（事実確認・発見）です。今日も、コロナ禍や地域が抱える問題について、ファクトからお話しさせていただきます。

私はファクト・ファインダーとして、多様な現実を多様なまま受け止め、そこから仮説を立てます。リサーチャーのような数理モデルは使わず、基本的な実数をいちいち確認します。つまり演繹ではなく帰納をしているのです。またリサーチャーの大事な役割は、事実を学問的に証明することですが、私は学者ではなくコンサルタントなので、反証のある話を発見し、それを排除していくことに重きを置きます。「命題の証明」よりも「反証のある命題の排除」の方が、実務の世界ではずっと有用なことが多いのです。

2020年以来のコロナ禍については、新規陽性者判明数と死者数という単純な数字を日々チェックしています。海外に関しては、ジョンズ・ホプキンズ大学が毎日公表している世界270カ国・地域の数字、さらには米国のカウンティごとの数字も見えています。

まず、国内の感染状況について都道府県別の動向を確認しましょう。第三波がピークを越えた後の、最近の陽性判明者数の増加率（2021年1月9日～2月4日）と、死亡者数（2021年2月4日までの人口100万人当たり累計人数）から、その自治体の対応の成績と言うべきものがわかります。北海道は死者数が1位で120人近く、大阪も100人を超えて多い。兵庫、東京がそれに続いています。一方、最近の陽性判明者数

* 株式会社日本総合研究所主席研究員、株式会社日本政策投資銀行地域企画部特任顧問、2020年11月より北海道大学公共政策大学院客員教授

の増加率については、北海道は20%程度で低い。逆に、私の出身地の山口は、死者は20人以下と少ないが、陽性判明者の増加率は全国で唯一80%以上と極めて高い。

北海道は過去の対応で死者を抑えることに明らかに失敗したのですが、新規感染は落ち着いてきている。したがって多数の死者が出たことを重々反省しつつ、対策を緩めて、次の波に備えて経済力を回復しておくべきです。逆に、山口はこれまで感染していなかったが、油断すると一気に感染拡大する要注意の時期にあると言えます。

このように各都道府県の感染状況や対応の違いはたいへんに大きいものです。それを全国平均の数値だけで議論しようとするから、話が拡散して宇宙の彼方に行ってしまう。数字は一通り広く、他方で「分析」手法は小学校の算数程度のシンプルなものにすることで、狭く取った数字を高度な手法で解析する以上に、ファクトの骨格がつかめるのです。

では、世界の中の日本はどうなっているのでしょうか。ジョンズ・ホプキンス大学のデータから、2020年10月1日から21年2月3日までの新規陽性判明者数（人口100万人当たり換算）の推移について、日本、英国、ブラジル、南アフリカ、米国、イスラエルの6カ国を比較してみました。英国、ブラジル、南アフリカは変異株の発生が報告されている国で、米国やイスラエルではワクチン接種が進み始めています。

共通するのはピークが1月8日ごろであること。つまり、実際の感染のピークは2週間前の12月24日のクリスマス・イブあたりだったわけです。これは他の国を含めた世界全体にも共通している点で、各国さまざまであるはずのコロナ対策がどれほど感染予防に影響しているのだろうか、考えさせられます。

また日本の日々の新規陽性判明者数の水準は、6カ国の中では格段に低いこともわかります。特にこの時点で国民の3割がワクチン接種しているイスラエルの感染者の多さは、驚きです。2月4～10日の1週間平均で、1日当たりの感染者数が最も多いのは同国の670人。以下、米国315人、英国240人、ブラジル214人、南アフリカ47人、日本15人。イスラエルではまだ新規感染が全く落ち着いていないわけですが、多くのジャーナリストや専門家は十分認識していないのではないのでしょうか。昨年12月のニューヨーク・タイムズに関連の記事が出て、それによるとワクチン接種した人が「自分は安心だ」と飲み歩くことで感染が広がったのではないかと、というような指摘がありました。

同様にワクチン接種が、この時点で国民の10%程度と少なめの英国では、新規感染は減少傾向ながら副反応が100万人当たり3000人程度発生しています。うちアナフィラシー（劇症アレルギー）は15人程度です。同国では死者が1800人／100万人ですから、15人／100万人程度の数字に構ってはいられないということになるでしょうが、日本では最も死者の多い北海道でも120人／100万人、全国では50人程度です。ということは、副反応の補償制度を確立してからワクチン接種を進めないと、今後、大きな問題になるのではないのでしょうか。このあたり、政府はどういう対応をしているのか、

あまり情報が出回っていませんが、このようなアナフィキラーシーに対する国家補償は予算的にもそれほど大きな負担にならないはずで、公共政策的には苦しむ人のためにどんどん補償すべきだと思います。

2. 新型コロナは“偏った”ウイルス

国内のコロナ禍の現況について、さらにみていきましょう。厚生労働省のホームページに掲載されているデータをもとに年齢・性別で陽性判明者数累計（2021年2月3日時点）を比較してみると、まず、80代を除いて女性より男性が多いことが一目瞭然です【図1】。

同様に死亡者数累計（2021年2月3日時点）をみると、0～19歳はゼロ、20～30代は15人とわずかで、70代以上に集中しています【図2】。死亡率を試算すると、39歳以下は0.0%。後遺症の心配はあっても、がんなどの死亡率に比べればコロナが若年層に与える影響は小さいのです。このことから、死亡者を抑えるためには高齢者の介護施設や福祉施設における予防対策がポイントであることがみえてきます。そして、際立つのはやはり男女差です。70代で男性の死亡率は6.2%に対して女性2.5%、80歳以上になると、男性16.3%に対して女性は9.0%で、死亡者全体の8割が男性です。この性による感染の偏りはもっと注目されるべき事実でしょう。

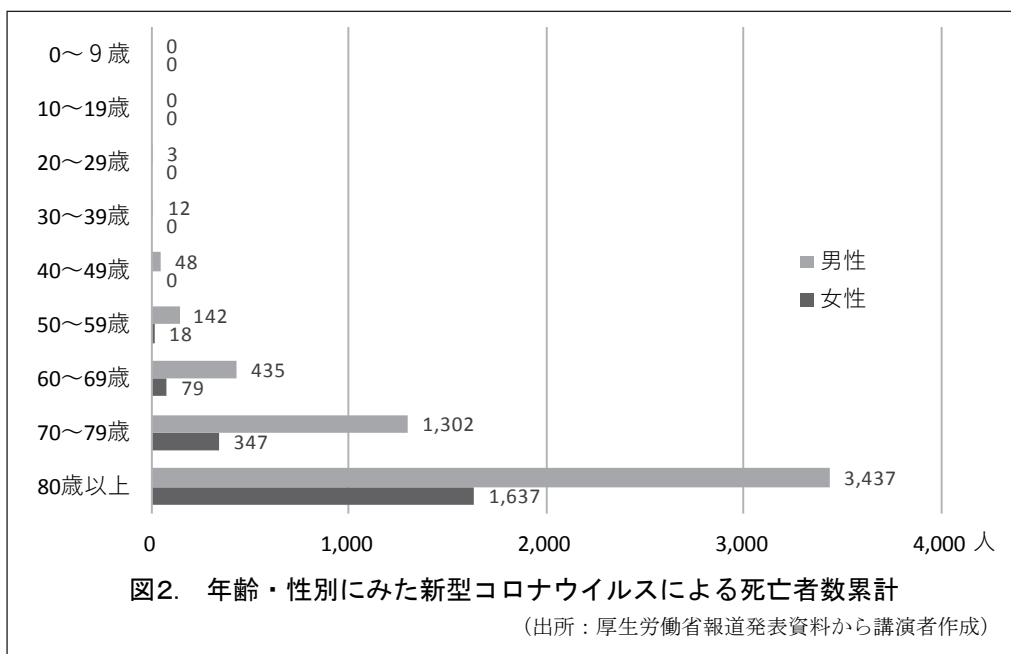
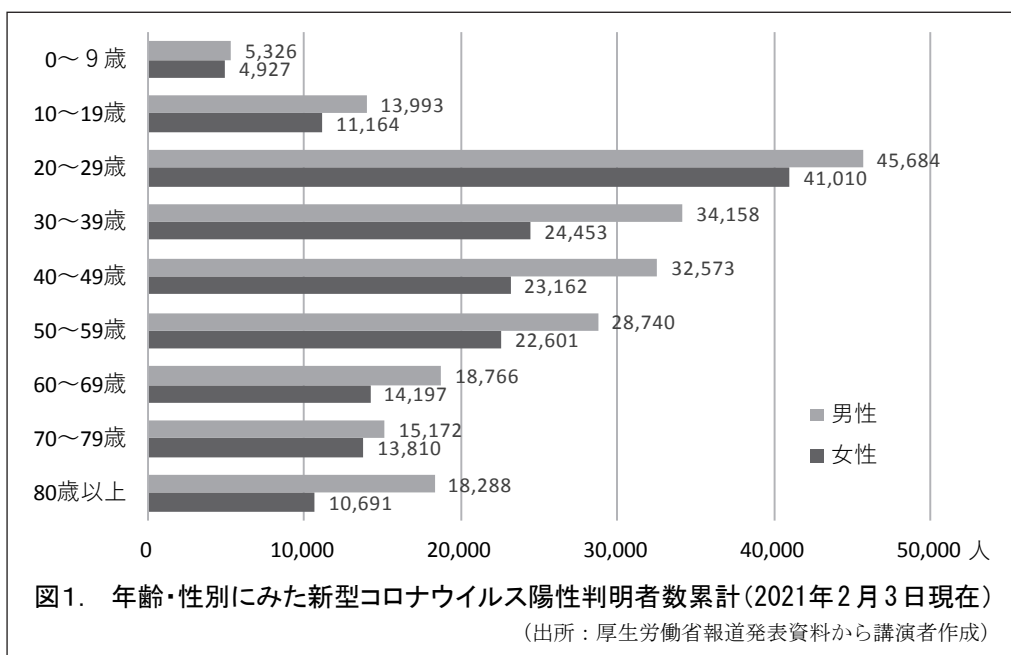
次に地域差ではどうでしょうか。全国の陽性判明者数の累計（2021年2月6日時点）を見ると、東京都の特別区部、つまり都心が7万8千人と圧倒的な集中ぶりで、特別区を除く東京都（多摩地区）は1万8千人とずっと少ない。以下、神奈川県（4万2千人）、埼玉県（2万7千人）、大阪市（2万5千人）、愛知県（2万5千人）と続き、北海道は札幌市が1万1千人、札幌市を除く道内が7千人です。これを人口100万人当たりに換算すると、東京特別区をトップに大阪市、福岡市、札幌市、沖縄県の順。各地域の可住地人口密度との相関をみると、相関係数0.67で一定の相関がありますが、北海道や沖縄はアウトライヤーになっています。

では、東京都心にどうしてこれほど感染が集中しているのか。通勤電車で感染するというのであれば、特別区部よりも多摩地区や埼玉県などの方が深刻な状況になっていなくてはおかしいですね。実際にも駅員や乗務員にクラスターは発生しておらず、マスクをして静かに乗っている限り、公共交通機関内で感染は起きていないことが推論されます。これが冒頭に申し上げた、証明よりも反証の確認の方が現実には有用、ということの例です。

そんな中で私が注目しているのは、今春の人の動きです。地方から東京に進学・就職する若者が従前よりも減るか。道内各地から札幌への移動は以前より減るのか。可処分所得や可処分時間では地方が優位であることは明らかで、三重県の中堅サラリーマンは東京より月額10万円ぐらい余裕がある、という調査結果もあります。そこにコロナ禍で大都市の過密の問題が明らかになったわけですが、それが旧態依然の進路指

導の誘導を、どの程度阻むでしょうか。

地方への転職、UI ターンの増加も気になるところです。ですが大都市に住む人々のうち、何の痛みも感じずに元の通勤に戻る人が全体の 2 割、嫌だと思いつつ戻る人



が6割、大都会を離れるという別の道を検討する人は2割程度ではないでしょうか。いわゆる「ロジ曲線に基づく2・6・2原則」ですが、実際に動く人は2%程度いけば大したもの。マーケティング用語ではこの2%を「パイオニア」と呼ぶのですが、首都圏民の2%は70万人、札幌市民の2%は4万人ですから、実数としても小さくはありません。しかも少数精鋭ですから、周囲に及ぼす影響は大きいのです。小さい町なら、そういう人が5人移住するだけで雰囲気は変わります。

コロナ感染予防については、これまでの経験の蓄積から反証の有無を確認することで、何に気をつければよいか、かなり明確になってきました。すでに述べたように、通勤電車などの公共交通機関の車中では感染しません。マスクをして黙っているということもありますし、システマティックに換気されていることが大きいでしょう。要は、換気不全のところで密接して飲酒しながら大声で騒ぐ人の存在が問題なのです。北海道で秋から冬に感染者が増えた理由の一つはこの点だと思います。ですから、店舗などに換気システムを改善するための補助金を出せば、効果は大きいはず。す。

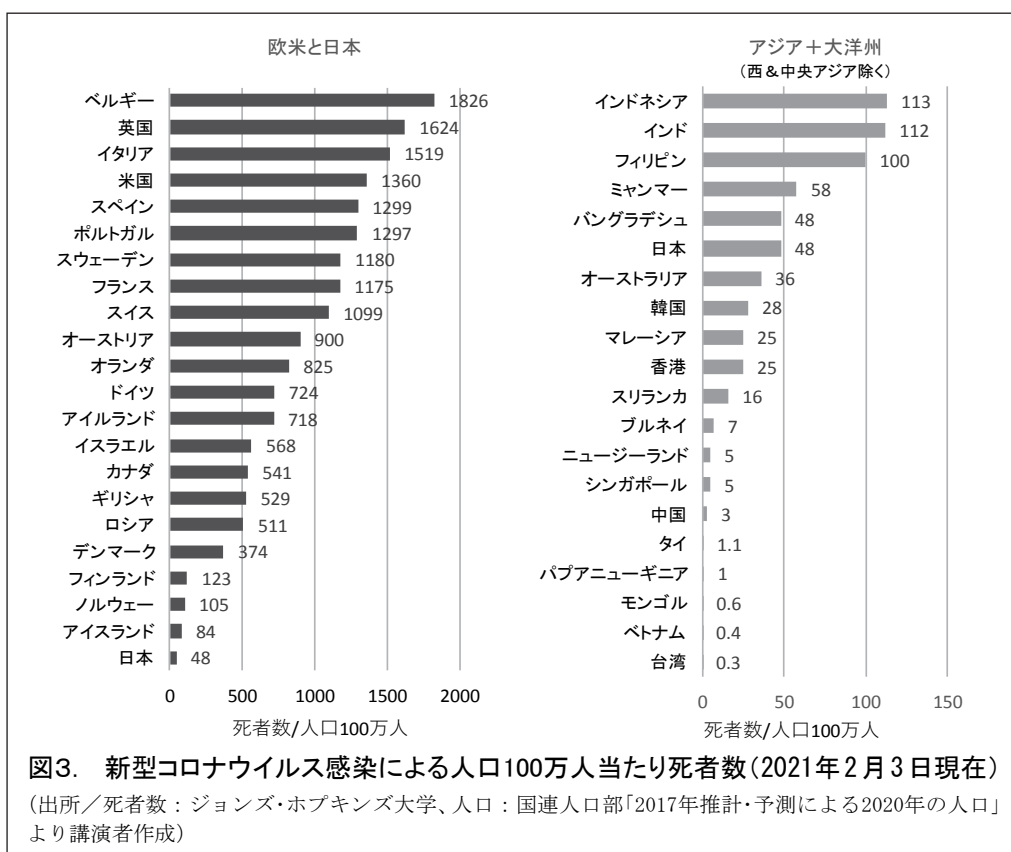
3. 「ウィズコロナ」か、「ゼロコロナ」か

世界主要国のなかで、日本の新型コロナ感染状況を100万人当たり死者数（2021年2月3日時点）で比較すると、前述のように欧米諸国との比較では非常に少ない水準ですが、アジアや大洋州諸国との比較では出来が良くありません。悪い方から挙げると、インドネシアが1位で（113人）、以下、インド（112人）、フィリピン（100人）、ミャンマー（58人）、バングラディシュ（48人）と続き、日本はバングラディシュと同位です。韓国（28人）や台湾（0.3人）、ベトナムやタイ、ニュージーランド、中国などに比べて、日本の感染防止はうまくいっていないのです【図3】。

日本での2020年3月以来の感染拡大動向を振り返ってみましょう。時期的な流れとしては、①中国からの前哨波、②米国東海岸と欧州からの帰国日本人由来の第一波、③東京で変異した東京型の第二波、④全国に拡散した第三波、となり、第三波は、10月に国の観光業支援策「Go to トラベル・キャンペーン」に東京を入れた半月後から一気に拡大しました。さらに激増したのは12月後半からの忘年会やランチなど会食による感染。これによって多くの死者が出ました。これさえなければ、日本の死者数はかなり抑えられたはず。す。

新型コロナの変異株はすでに4千種類以上存在します。その観点で言えば、①で武漢からの観光客で持ち込まれたウイルスは、1人で最大20人程度を感染させましたが、2月中に制圧されました。②は欧米から帰国した日本人が持ち込んだ変異株で、③の7月以降に感染拡大したのは、さらに東京で変異した日本独自型です。国立感染研究所のホームページでは、このようなウイルス型の違いが明らかにされているので、議論はそれを踏まえて行うべきでしょう。

日本の場合、「Go to トラベル・キャンペーン」の影響が議論されますが、陽性判明



者数の推移を見る限り、東京都を外した7月段階の開始後、感染拡大はなかった。拡大傾向を示したのは、10月に東京を追加し、飲食店応援策の「Go to イート・キャンペーン」が開始されてからのことです。濃厚接触の場の有無を考えれば、都民が地方にウイルスを拡散させたというよりも、東京の盛り場で感染した地方在住者がウイルスを持ち帰った方が多かったのではないのでしょうか。道内では札幌が同じような問題を生んだと推測されます。

では、日本はどうすればよかったのか。中国や台湾、NZのようなゼロコロナ戦略をとるべきだった、という指摘がありますが、各国の新規陽性判明者数を注意深くみれば、話はそれほど単純でないことがわかります。まず、韓国に差をつけられたのは、同国が年末の会食の多い時期に感染拡大をしっかり抑えたから。NZや台湾の国境でのウイルス侵入防止は確かに優秀ですが、たまに市中感染もあり、根絶できたわけではありません。EU諸国はロックダウンを重ねて、一時より収まっているものの日本の比ではない感染者数が出続けています。ドイツは検査を徹底してきましたが、感染は日本の十数倍です。そもそもPCR検査では疑似陰性が3割程度出ると言われていますから、検査をするほど、陰性で安心した人が感染を広げるという問題が出てしま

うのでしょうか。要は、これさえやれば収まるという方法はなく、合わせ技で対応するしかないのです。

このような世界及び国内の現実を踏まえれば、ゼロコロナ戦略は絵空事です。仮に自国だけで感染を食い止められても免疫ができないので、いずれ感染は爆発します。中国でも台湾でも NZ でも、ワクチンを定期的に接種する以外に出口はありません。とはいえ、低い確率ですが、アナフィキラーシーなどのリスクもあります。うまく感染を抑制できた国ほど、ワクチンの副作用で亡くなる人の方が多くなるでしょう。しかもワクチンの普及はまだ先の話です。大事なことは、一定の感染発生を当たり前として対応できる社会の体制づくりです。日本は死者数の水準が欧米の数十分の一なのに医療崩壊が懸念されています。そのシステムに問題があると言わざるを得ません。

ここで、他の先進諸国にはない日本の重要な事実を知っていただきたいと思います。それは国民の死亡者総数の年次推移で、コロナ以前の2019年は138万人、コロナ後の2020年は136万人と2万人減少していることです。19年の日本人全体の年齢別の死亡率と、20年のコロナ陽性者の年齢別の死亡率を比べますと、両者にほぼ差がありません。40代、50代に至っては、20年のコロナ陽性者の死亡率の方が、19年の全体の死亡率より低い。新型コロナはスペイン風邪のように若い人がどんどん亡くなる病気ではないのです。

ただし、医療体制の方に目を転じますと、都道府県別に対応能力に大きな差があります。完治前のコロナ患者数（人口100万人当たり・2021年2月3日時点）とコロナ対策病床数（同）を比較すると、コロナ患者数は千葉、東京、埼玉、京都が多いのですが、京都は病床数が多いため、問題が顕在化しませんでした。

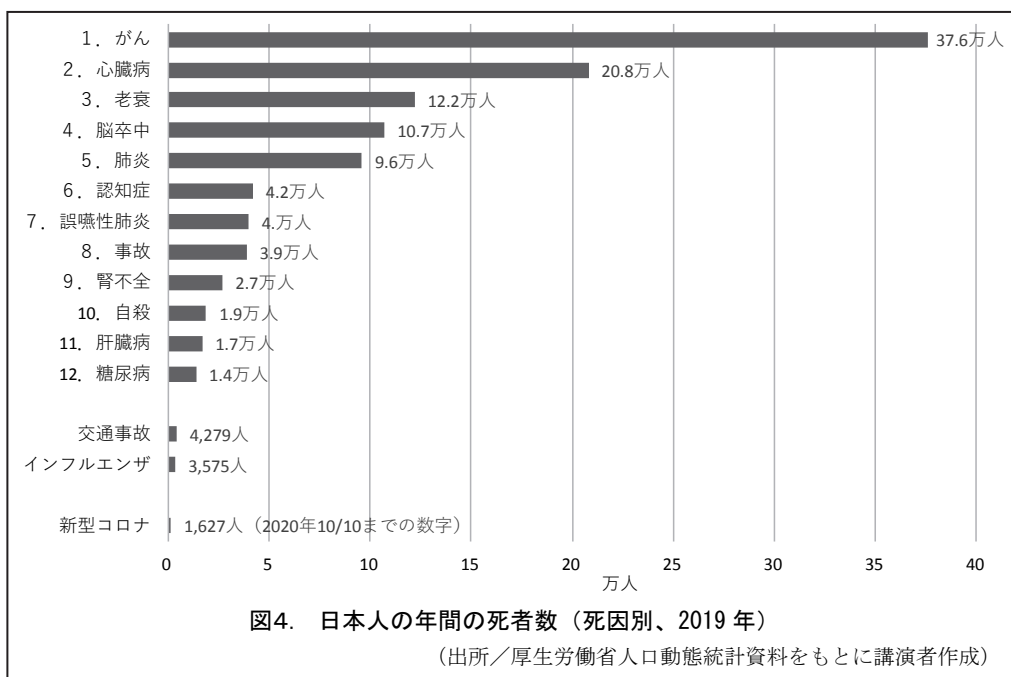
鳥取、山口、富山、群馬などでは、そもそも患者が少ない上に対応可能な病床が十分準備されていました。そもそも病院の病床総数におけるコロナ対策病床数の割合は、全国平均で3%程度です。鳥取が最も高く7.6%ですが、そこまで行かずとも5%を達成すれば、多くの県で逼迫状況が解消します。

病床不足を国全体の制度の問題のせいにする論調もありますが、同じ制度の下で病床を増やすことに成功した県に、知恵を借りることが重要です。コロナ対策病床の比率が2%を切るような自治体は、まず他県のベストプラクティスを調べてはどうでしょうか。

北海道に関して言えば、全道で見れば患者数に対して病床数が十分あったのですが、旭川や札幌などで医療崩壊が問題になりました。道庁の調整機能が十分働かず、管区を超えた患者の移送ができなかったのではないのでしょうか。この点、佐賀などでは地域内での調整を県がうまく行ったと聞いています。また北海道では、介護施設のクラスターの多さが、死者数を増やしました。これは病床数とは別の問題で、独自の検証と反省が必要でしょう。

4. コロナ禍でも何一つ変わっていない人口問題

日本人の死因別の死者数（厚生労働省・人口動態統計）を見ると、2019年の1位はがん（37.6万人）、2位心臓病（20.8万人）、3位老衰（12.2万人）、4位脳卒中（10.7万人）、5位肺炎（9.6万人）、6位認知症（4.2万人）、7位誤嚥性肺炎（4.0万人）でした。ちなみに、インフルエンザは3578人でしたが、関連死を含むと1万人程度と見られています。また交通事故死は4279人でした。【図4】



一方、昨年来の新型コロナの累積死者数は6604人（2021年2月9日時点）です。その9割が感染を入口に、他の病気で亡くなる関連死だったそうです。阪神淡路大震災の死者に匹敵する数ですが、主要な死因での死者数に比べれば、大きな数ではありません。

例年日本では、風邪をこじらせて肺炎で亡くなる人が多いのですが、マスク着用などコロナの感染予防の影響もあり、今年はこの肺炎が2～3万人減少し、インフルエンザをこじらせた肺炎による死者もほぼゼロだったと考えられます。そのため日本では、先ほどお話ししたように死者の総数が、2019年から20年にかけてむしろ減少したのです。

むしろ今後心配なのは、1年余りの外出自粛による運動不足が影響して、コロナが収まるころに日本人の定常的な死因である、がん、心臓病、脳卒中が激増することです。そうした事態を防ぐためにも、コロナ対策は、交通事故対策と同程度の重みで考

えられるべきだったのではないのでしょうか。

交通事故死は悲劇的なことで1人もあってはならないことですが、かつては2万人ちかくを数えた時代もあり、今はずいぶんと減少してきました。歩道や信号などのインフラ整備、車両の改良などが懸命になされてきた結果です。しかしながら、交通事故を減らすために経済を止めようとは誰も考えていません。交通事故を避けるために外出しないでこよう、ということにはなっていません。死者数の水準を考えれば、コロナも同じではないのでしょうか。深く用心はするが、怖がらないということです。用心することと怖がることを混同する結果、過度に怖がって成人病になる人と、怖くないからとすべき用心をしない人が出てしまうのです。

ところで日本では、老衰が死因の3位にまで上がってきています。あなたが老衰するところに、世話をしてくれる人はいるのでしょうか。厚生労働省の人口動態統計をみると、日本の0～4歳児は、45年前には1001万人でしたが、2020年は478万人と半分以下になっています。こうした状況について、経済成長さえすれば大丈夫と考える人たちは、認識し議論しているのでしょうか。外部不経済で著しく出生率が下がることを放置したまま、株が上がり、GDPが伸びれば日本はOKだという単純な議論は、いつから始まったのか。本当に困ったことです。

長寿はおめでたいことですが、日本の70歳以上の人口は、45年前の542万人が、今年は2697万人と5倍になっています。新生児の減少と真逆の現象ですね。出生数の減少も、高齢者の増加も、コロナ禍とは関係なく粛々と続いています。コロナを心配するよりも、産みたい人が産める社会になり、高齢者が死ぬまで楽しく暮らせる社会を目指すのであれば、日本はそっちの方で崩壊してしまいます。

5. 人口リテラシーの重要性

このような人口構造の変化は、総人口だけを見ていてもわかりませんし、いわゆる「高齢化率」を見ているだけではなおさらわかりません。年齢別の人口の絶対数を確認しないと、その恐るべき実態は理解できないのです。札幌市、東京都、そして中華人民共和国について見ていきましょう。

<札幌市>

まずは札幌市です。2015年元旦から2020年元旦の間の変化を、住民票で見てみましょう。ここには市内在住の外国籍の人も含まれます。総人口は2万3千人の増加でした。うち2万2千人は、15歳～44歳の若い層の転入超過によるものです。これだけ見ると札幌市は好調で、人口の問題は起きていないようにも見えますよね。

ですが年齢別の増減をみると、深刻な状況が一目瞭然になります。まず0～14歳は6千人、△3%減少しました。15～44歳となると、5万6千人、△8%の減少です。

2万2千人の転入超過である15～44歳が、なぜ仕上がりでは5万6千人減ったのか。

その理由がわからない人は、人口に関するリテラシーがない人です。ですが安心してください。人口リテラシーは、ほぼ世界の誰にもありません。ぜひここで覚えましょう。

15～44歳の増減要因は、①15歳を超えた人の数（プラス）、②転入超過した人の数（プラス）、③45歳を超えた人の数（マイナス）の3つです。そして少子化が進むほど、③が①より大きくなり、②をも打ち消してしまうのです。ですが人口リテラシーがないと、人口増減は②の若い人の移動だけで決まると勘違いします。これはコロナの死者で日本人の死者が増えると思ひ込むのと同じです。

数字でいえば、①は7万8千人プラス、②は2万2千人プラスで、合わせて10万人のプラスになります。しかし③が15万6千人のマイナスなので、結局5万6千人のマイナスになってしまいました。もし少子化が起きていなければ、③の45歳を超える数と、①の15歳を超える数が同程度で相殺するはずですが、しかし札幌では、45年前から15年前までの30年間に出生が半減してしまったので、①が③の半分になってしまったのです。

15歳入学で45歳卒業の「札幌若者学校」とでもいうようなものがあると考えてください。新入生7.8万人に外からの転入生2.2万人が加わって10万人になったけれど、45歳で卒業する生徒が15.6万人もいたので、在校生は5.6万人減少した、という計算です。

少子化は15年前からさらに進展しています。しかも札幌では、最近5年間に0～4歳人口が7.3万人から6.8万人と6%も減少しています。

他方で、団塊ジュニアが45歳を超えたことで、45～69歳は1万4千人、2%増えました。同じく団塊世代が70歳を超えたことで、70以上の人口は32万人から39万2千人へと、7万2千人、22%の急増となっています。歯止めなき子どもの減少の一方、高齢者が激増を続けているというのが、札幌の厳しい現実なのです。

「札幌だけが道内で栄えていいのか」という人がいますが、札幌はこのとおりのまたく栄えていません。少子化で自滅しているうえに、高齢者の増加は団塊ジュニアが高齢者になるまで続きます。そのため人手不足と消費の減少が同時に進行します。

＜東京都＞

では、同様に東京都を見ましょう。2015～20年の間に総人口は54万人増えました。要因は、15～44歳が差し引き59万人転入超過したことです。札幌と違って、0～14歳の子どもも4.2万人、3%増加しました。それまであまりにも厳しかった東京の子育て環境が、この5年間で少々改善に向かっている影響が大きいでしょう。

ですが15～44歳の絶対数は、8万人、2%減っています。若者の流入する東京都で、その若者の総数が減っているというのは、人口リテラシーの欠如した日本では、ほぼ誰も確認できていない事実ではないのでしょうか。他方で団塊ジュニアの加齢により、

45～69歳は28万人、7%増。団塊世代の加齢により、70歳以上は30万人、14%増です。

札幌と同じく15～44歳が減った要因を分解すれば、①の15歳を超えた数が51万人、②の15～44歳の転入超過が59万人に対して、③の45歳を超えた数が118万人でした。東京都は札幌市以上に少子化が激しく、45年前から15年前までの30年間に半減以上の少子化を起こしてしまったため、幾ら若者を集めても補えない状況なのです。そんな東京にさらに若者を集めても、日本全体で生まれる子どもをさらに減らしてしまうだけです。

他方で高度成長期に上京した若者が続々高齢者になっている東京では、そもそも医療や介護のキャパシティが足りません。そこにコロナが蔓延するということになっているために、他地域よりも感染拡大が深刻です。コロナ禍の背景にも人口構造の問題があるわけです。事態を高齢化率だけで把握しようとするから、こういう実態が見えなくなるのです。

<中国>

中華人民共和国についても、2019年に国際連合人口部が発表した推計&予測をもとに、2015年から20年の変化を見ましょう。2016年から一人っ子政策をやめたこともあり、総人口は3248万人増と、20年間で日本が一つできる勢いで人口増加が続いた計算です。

ですが15～44歳人口は、なんと4178万人、7%も減りました。5年間に15歳を超えた人が8264万人いる一方、1億2097万人が45歳を超えたためです。つまり少子化が原因である点は、札幌市や東京都と同じです。7%減というのは札幌市と同じペースですね。

一方、45～69歳は5477万人、12%増。70歳以上は1855万人、23%増という急増です。これも札幌市の22%増とほぼ同じです。歯止めのかかない少子化と加齢による高齢者の急増という点では、札幌市と中国で同じことが起きているのです。

中国はコロナ感染拡大を抑えたものの、高齢者が急増中であることを考えると前途多難です。国民全員にワクチンを打つと、副反応に苦しむ人が大量に出るでしょう。しかし、打たなければ感染拡大の草刈場ようになってしまいます。

ちなみに国連の予測は2100年分まで出ています。これまでと違う切り口になりますが、15～64歳の生産年齢人口について50年後の2070年までの変化を見ますと、中国は2015年に10億人を超えていたのが、70年には7億人を切るという、世界史上最大の現役世代減少を経験します。インド、東南アジア、中南米などでも減少が始まり、増え続けるのは米国と中近東、アフリカだけです。一方、65歳以上の人口は、中国は2015年の1億3千万人から60年には4億人近くにまで増え、インドも7500万人が3倍以上に、米国も5000万人から1億人に倍増します。このような高齢者の増加に各国は耐えられるのでしょうか。

他方で、世界に先駆けて少子化の進んだ日本では、数十年後から、世界に先駆けて高齢者も減少することになります。

6. 音威子府村が教えていること

最後に、道北の音威子府村（人口699人／2020年）で起きていることをご紹介しますと思います。北海道内の最近5年間では、最も興味深い動きをしています。

2015～20年の総人口は70人減。等差級数的にこのまま続けば、60年で人口がゼロになるペースの急速な減少です。しかし、0～14歳は2015年41人が44人と3人増で+7%、15～44歳が286人から10人増で+3%。45～69歳は297人から223人で74人減と△25%。では、70歳以上はどうでしょうか。

東京14%増、札幌22%増だから、音威子府はもっと増え続けていると思う人がいると思いますが、そうではなくて、173人から165人と△5%です。全国の数十年後を先取りして、すでに高齢者も減少に転じました。高度成長期に若者を都市に送り出した結果、もう「年寄りのなり手」が足りないのです。音威子府にも70歳を超えた人と、70歳を超えて帰郷した人がいるわけですが、それらを亡くなる人の数の多さが打ち消してしまったわけです。

高齢化＝高齢化率の上昇だと思い込んでいると、率ではなく絶対数の変化という、もっと重要な情報を見逃してしまいがちです。ですが、医療福祉負担は、高齢化「率」ではなく、高齢者の絶対数に連動するのです。つまり音威子府ではすでに医療福祉負担の絶対額が減り始めているので、これをUIターン促進や子育て支援に生かすチャンスが来ています。

実際に音威子府では、札幌や東京や中国でも減っている15～44歳が増えているのです。この5年間に14人が15歳を超え、28人が転入してきました。32人が45歳を超えましたが、差引き10人増です。林業を中心にUIターンを促進したことが奏功しました。

そもそも、高齢者が減るほど若者の仕事は増えます。高齢者5人でなんとかやっていた仕事を現役世代1人で担うことで生産性は上がり、1人当たり所得も上がります。そうした人が子どもを産み、家族を持つことになります。ということで音威子府では、この5年で0～4歳が15人から18人へと3人増えています。これまた札幌とは正反対です。

若い転入者やその子どもたちは、いずれ都会に移るかもしれません。でも子育ての間だけでもいてくれれば、それは日本の子どもの総数を増やします。若い人たちはアユのように、子育てしやすいところに移って子育てすればいいのです。

この音威子府村の例でわかるように、個々の地域をきちんと分けて事実を確認していくと、「田舎は高齢化率がどんどん高まって、最後は消滅する」というようなモデルは現実に通ずるわけではないことがわかります。モデルを使って省力化せずに、幾つか主要な絶対数を個別に把握する労を惜しまないことで、世の中に出回っている

妄説に惑わされずに、ファクトを把握することができます。政策も、基本的なファクトを押さえた上で打ってほしいものですね。

札幌と音威子府ではあまりに規模が違うと感じた方。札幌市内には、音威子府村と同じ700人くらいの人が、高齢者中心に住んでいるマンションや自治会が無数にあるかもしれませんよ。そうしたマンションや自治会のなかで、音威子府のように子育て世代が増えるように、個別に知恵を働かせればいいのです。子育て世代に賃貸で入居してもらえば、定期的に修繕費が入るようになるし、高齢者の孤独死で空室が増えていくというようなことを避けることができます。ミクロな解決法を先んじて高齢化した過疎地から学ぶ。コロナ対応病床を増やすノウハウを先進県に学ぶのと同じで、過疎地には高齢化対応のベストプラクティスがあるのです。

コロナに関して総括すれば、日本は、ある程度の自由を謳歌しつつ感染をうまく抑えていると言えるでしょう。ですが、事実を客観的に把握せず、ことさらに悲観、もしくは楽観に傾いてしまう、つまり、マルかバツかしか判別できないような見方が多すぎて、対応がねじ曲がっています。ベストプラクティスははるか彼方ではなく、間近にあります。ぜひ、そういうことを互いに勉強し合って、リサーチに携わる人もそうでない人も、ファクトと対処法を広めていっていただきたいと思います。