

# 季刊 社会保障研究

Vol. 49

Summer 2013

No.1

## 研究の窓

### 第17回厚生政策セミナー

「地域の多様性と社会保障の持続可能性」……………伊 藤 善 典 2

### 第17回厚生政策セミナー

テーマ 地域の多様性と社会保障の持続可能性

基調講演1 地域経済視点からの社会保障支出とその将来見通し

……………西 村 周 三 5

基調講演2 先進国に相応しい安定感ある社会の構築

—多様な主体の参加による地域づくり—……………奥 野 信 宏 30

問題提起1 人口構造変化からみた地域の社会保障 ……………佐々井 司 39

問題提起2 都会と地方それぞれにおける収入、資産、消費 ……暮 石 渉 48

問題提起3 都市部と郡部における在宅医療・介護サービス提供体制

構築上の課題 —福岡県を事例として—……………川 越 雅 弘 56

問題提起4 震災を契機としたコンパクトシティ化

—陸前高田市の挑戦—……………山 本 克 也 66

パネル討論1

「地域再生におけるソーシャル・キャピタルの役割」……………山 内 直 人 71

超高齢社会の居住環境論

—居住のセーフティネットの視点から—……………園 田 眞理子 81

医療・介護資源の空間的偏在と地域住民のインセンティブ…野 口 晴 子 93

パネル討論2

ディスカッション……………奥野信宏、山内直人、園田眞理子、野口晴子、  
西村周三、伊藤善典（司会） 104

## 投稿（研究ノート）

老人福祉センターにおける自主サークル化講座の効果と基盤

—健康関連QOLに着目して— ……………小笠原浩太、米澤 旦、伊瀬 卓 122

公的年金制度の一元化の政治過程

—農林年金と厚生年金の統合を中心に—……………宮 田 研 志 135

## 判例研究

社会保障法判例……………島 崎 謙 治 144

## 書評

山村りつ著

『精神障害者のための効果的的就労支援モデルと制度

—モデルに基づく制度のあり方—……………相 澤 欽 一 155

樋口美雄・宮内環・C.R.McKenzie 慶応義塾大学パネルデータ

設計・解析センター（編）

『親子関係と家計行動のダイナミズム

—財政危機下の教育・健康・就業—……………安 井 健 悟 159



季刊  
**社会保障研究**

**Vol.49 Summer 2013 No.1**

国立社会保障・人口問題研究所

## 研究の窓

### 第17回厚生政策セミナー「地域の多様性と社会保障の持続可能性」

国立社会保障・人口問題研究所では、2012年10月、「地域の多様性と社会保障の持続可能性」と題して厚生政策セミナーを開催した。

平成25年3月に公表された「日本の地域別将来人口推計」（国立社会保障・人口問題研究所）によれば、今後、全ての都道府県で人口減少に向かうことが見込まれているが、地域によってその様相は異なる。都市部では高齢者数が増加し、それに伴い、医療・介護サービスに対する需要も大幅に増加する。他方、農村部では生産年齢人口が大きく減少し、特に高齢者が広範囲に分散して居住する過疎地では、コストや労働力の面で医療・介護などのサービスを維持することが難しくなる。それどころか、ライフラインの維持が困難となり、高齢者の居住のあり方そのものから見直さなければならなくなる可能性すらある。

このように、高齢化や過疎化の状況、人々の暮らしぶりは地域によってさまざまであるため、医療・介護サービスなどの多様なあり方を認め、地域住民も参加した形で、サービスを維持・拡大することができれば、地域の雇用創出や経済成長も期待できるのではないかというのが、今回のセミナーの問題意識であった。

しかし、これについては、整理しなければならない論点がいくつかある。第一に、医療・介護サービスは、本当に経済成長の柱となりうるのだろうか。

第二に、今後、全国的に無居住地域が多数現れることが予想される中、中山間地域では、どんなにがんばっても人口を維持することは困難であるとして、財源投入の効率性の観点から、地域振興策を講じることに疑問を呈する意見があるが、どのように考えるべきか。

第三に、地域住民の活動を活性化させると言っても、都市部では、人と人のつながりが弱く、何らかのきっかけがなければ、地域の課題に協力して取り組むということもない。他方、農村部では、伝統的に住民間の信頼や相互扶助の関係が強固である。このため、医療・介護サービスなどのあり方は、地域によって相当異なるのではないか。

第四に、サービスの提供について、地域で責任をもって取り組むことができるような条件が整っているかということである。

今回のセミナーでは、人口、ソーシャル・キャピタル、NPO、医療、介護、居住環境など多様な分野の専門家に集まっていただき、上記のような点も含め、さまざまな観点から、地域の活性化やサービスの維持について議論を行った。セミナーでの議論のポイントを整理すると、次のとおりである。

- ① 医療・介護サービスを維持するためには、都市・農村にかかわらず、一定のコストをかける必要がある。医療・介護サービスの拡充は雇用の創出につながるかもしれないが、経済成長への寄与については、冷静に議論した方がよい。
- ② 地域によってタイプは異なるものの、創意工夫により、ソーシャル・キャピタルを育成できる

余地がある。ソーシャル・キャピタルが育成されれば、人と人との信頼やネットワークが構築され、NPOやボランティアの活動が活発化し、それによって生活支援サービスや医療・介護サービスの持続可能性が高まる。

- ③ 限界集落に住んでいる高齢者については、その気持ちを尊重する必要がある。コンパクトシティを検討することには意義がある一方、居住の集約化は簡単ではないし、ソーシャル・キャピタルを消失させるおそれがある。経済的な側面を検討する必要があるものの、効率性のみで割り切れるものではない。
- ④ 地域の特性を踏まえながらサービスを維持するためには、地域関係者のリーダーシップ、創意工夫が生かせるよう、規制緩和などを進めることが必要である。

また、地域の「多様性」という言葉については、会場から、「格差」を言い換えているだけなのではないかという指摘をいただいた。一般的には、地域の事情を踏まえつつ、それぞれの創意工夫によってサービスの提供を行う際に生じる違いは「多様性」であるが、財政力の違いなどによってやむを得ずサービスの質や水準に違いが生じる場合は「格差」であろう。実際には、これらを明確に区別することは難しいが、財源配分や規制のあり方を考える上で、概念の違いを念頭に置くことは重要である。ただし、人口減少、財政難、地方分権といった流れの中で、地域間の格差が拡大しないようにすることは至難の業であろう。

今後、厳しい制約条件の下、地域の多様性を踏まえつつ、高齢者の生活を維持していくためにどうすればよいかという課題は、地方関係者だけでなく、国でも府省横断的に検討すべき喫緊の課題である。特に当事者である自治体の間では、さまざまな意見があると思うが、今後、そのような検討をしていく上で、このセミナーでの議論が役立つようであれば幸いである。

伊 藤 善 典

(いとう・よしのり 一橋大学経済研究所教授、前国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官)



## テーマ 地域の多様性と社会保障の持続可能性

開会挨拶 ..... (国立社会保障・人口問題研究所副所長) 金子 隆 一

基調講演 ..... (国立社会保障・人口問題研究所長) 西 村 周 三  
(中京大学総合政策学部教授) 奥 野 信 宏

問題提起 ..... (国立社会保障・人口問題研究所企画部第4室長) 佐々井 司  
(国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部第3室長) 暮 石 渉  
(国立社会保障・人口問題研究所企画部第1室長) 川 越 雅 弘  
(国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部第4室長) 山 本 克 也

## パネル討論1

パネリストのコメント ..... (大阪大学国際公共政策研究科教授) 山 内 直 人  
(明治大学理工学部教授) 園 田 眞 理 子  
(早稲田大学政治経済学術院教授) 野 口 晴 子

パネル討論2 ..... 奥野信宏, 山内直人, 園田眞理子, 野口晴子, 西村周三, 伊藤善典 (司会)

閉会挨拶 ..... (国立社会保障・人口問題研究所長) 西 村 周 三

---

## 【基調講演1】

## 地域経済視点からの社会保障支出とその将来見通し

西村 周 三



西村でございます。僭越ですが、初めの基調講演をさせていただきます。

今、副所長がごあいさつを申し上げましたが、わたしどもの社人研の厚生政策セミナーは従来、少し前は

海外から一線の研究者を招いて、あるいは最近も主に外部の研究者の皆さんにいろいろお話を伺って、わたしども研究所の研究者と先生方とで議論を交わすという形態でやってまいりました。今年は、新しい試みとして、前半は、奥野先生に外部からということで基調講演をお願いするのですが、その後にわたしども研究所の中の室長4人がお話をさせていただいて、最後にパネル討論をして議論を深めていきたいと思っております。

この厚生政策セミナーのタイトル「地域の多様性と社会保障の持続可能性」は、主に社会保障理論研究部の金子能宏部長とわたしとで最初に話を始め、今年は地域というものを取り上げようということになり、所内の部長の皆さんとも相談して決定したわけでございます。このテーマの意図には、もちろん、地域が多様で、その多様である地域を見据えた社会保障はどのようにあるべきかという課題があり、それに取り組むということがあります。同時に、社会保障というと、どちらかというと厚生労働省のテーマという、ある種、先入観がございますが、今は、恐らく、いろいろホームページ等をご覧になると、国土交通省、総務省、

そしてもちろん財務省、内閣府、そういったさまざまな省庁が社会保障に関係する話題を取り上げて、しかも政策に生かしております。そのそれぞれのつなぎをしたいというのが、わたしがこれからお話しする内容の1つの意図でございます。

これからわたしは、そんなにオリジナルな話をするつもりではありません。各省庁がどのように考えておられるかということは、やはり皆さんはそれぞれ部分的にご存じだと思うのですが、俯瞰して見るということも必要ではないかと思った次第でございました。その各省庁がやっている内容を俯瞰して見るときのテーマとして、地域というのは非常に有意義ではないかと思ったわけでございます。今日は、そのような流れでお話をさせていただきます。40分という時間でございますが、資料が結構たくさんございますので、あとでご覧になってご理解をいただける部分については、早々と進めさせていただきます。

わたしの話の内容につきましては、まず、社会保障と税の一体改革について簡単な話をします。正直に申し上げますと、この企画をした時点では、もう少しこの法案がすんなり通るかと期待していました。しかし、この間の経過を見ると、今回のわたしどものプログラムの中に、社会保障が医療や介護といった分野の成長率回復の起爆剤となるというように書いてありますが、今から思うと、起爆剤とはならないなという話を、最初に申し上げたいと思います。

(資料1)

どうしてかと言うと、社会保障一体改革は、まず、スライド（資料2）の左端にございますが、高齢者のみではなく、非正規雇用の増加といった雇用基盤の変化、あるいは家族形態や地域の変化を取り上げます。そしてスライドの下にございますが、例えば子育て支援の強化というような内容についても、これらを一緒にやろうという案でございました。次の資料には、内容は同じですが、それぞれの項目に資金がどれだけ使われるのかということが載っています。これが、どちらかという

と、財務省から見た説明になっております。（資料2-4）

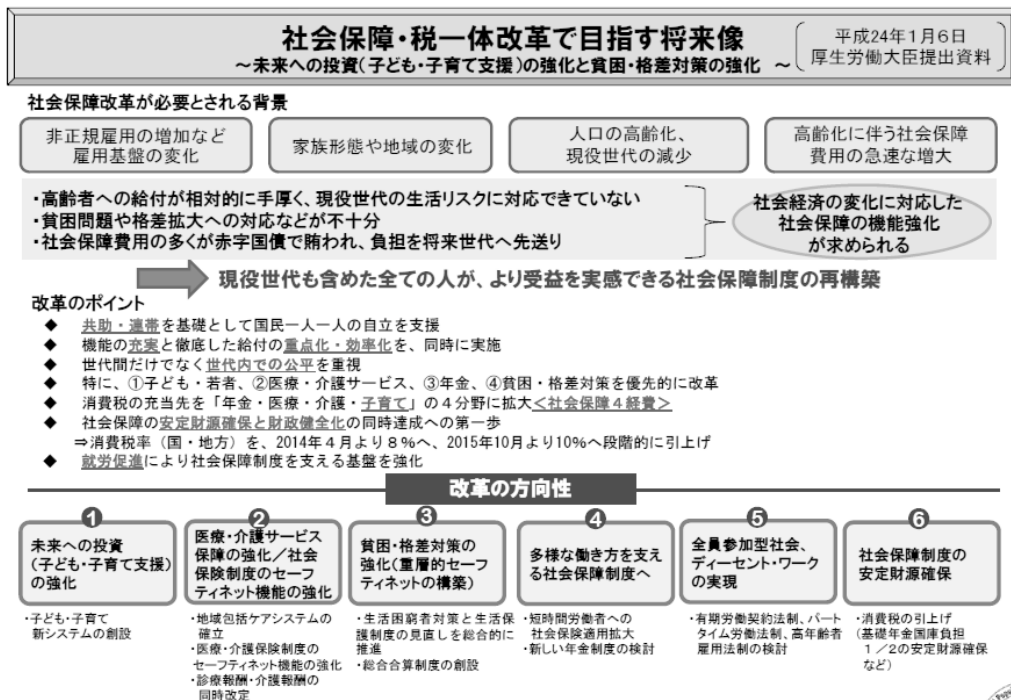
先に結論的な話を申し上げます。消費税を5%上げるということになっておりますが、実際は社会保障の充実に用いるのはそのうちの1%で、大半である残りの4%は社会保障の安定化、あるいは将来世代の負担の軽減、つまり既にかかなり大きな負担となった借金を返済するということに用いるということでございます。13.5兆円が本当に税収として入ってくるかどうかという話は、あとでもう1度触れますが、見通しとしては、5%の構成はこのような内容になっております。この引き上げの時期が遅れば遅れるほど、間違いなく1%と4%の1のほうを充実していくことが、難しくなるといふ現状を踏まえる必要があると思います。

ここで経済の議論、不況から脱出するためのさまざまな方策についての議論はしません。もしあ

### 講演の構成：問題提起

1. 社会保障・税一体改革
2. 地域を見る眼
3. 都道府県別、年齢別将来推計人口
4. 都道府県別の所得・資産などの動向
5. 超高齢化＋経済低迷 → 持続可能な社会保障へ

資料1



資料2

## 改革の方向性

## 社会保障の充実と重点化と効率化

## ■ 社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討

## 主な改革検討項目

2015年度の所要額（公費）合計 = 2.7兆円程度（～3.8兆円程度～1.2兆円程度）

A 充実	～3.8兆円程度	B 重点化・効率化	～1.2兆円程度
<b>【子ども・子育て】</b> ○ 子ども・子育て新システムの制度実施 ・ 0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等（待機児童の解消） ・ 質の高い学校教育・保育の実現（幼保一体化の実現）	0.7兆円程度		
<b>【医療・介護】</b> ○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基礎整備のための一括的な法整備～ ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等（8,700億円程度） ・ 在宅介護の充実等（2,500億円程度） ・ 上記の重点化に伴うマンパワー増強（2,400億円程度）	～1.4兆円程度	・ 平均在院日数の減少等（△4,300億円程度） ・ 外来受診の適正化（△1,200億円程度） ・ 介護予防・重度化予防・介護施設の重点化（在宅への移行）（△1,800億円程度）	▲～0.7兆円程度
○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化・逆選別対策 a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 ・ 市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化（低所得者保険料軽減の拡充等（～2,200億円程度））	～1兆円程度	（公費への影響は完全実施の場合は△1,800億円） ・ 介護納付金の総額削減導入（完全実施すれば△1,800億円） ・ 軽度者に対する機能別給付等重度化予防に効果のある給付への重点化	▲～0.5兆円程度
b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮 保険給付の重点化 ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化（～1,300億円程度） c その他（総合合算制度～0.4兆円程度） ・ 制度の持続可能性の観点から高額療養費を保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討。 ・ 高齢者医療制度の見直し（高齢者医療制度改革金庫のとりまとめ等を踏まえる） ・ 高齢世代・若年世代によって公平で納税のいく負担の仕組み、支援費の税制導入、自己負担割合の見直し			
<b>【年金】</b> <新しい年金制度の創設> 「所得比例年金」と「最低保障年金」の組み合わせからなる一つの公的年金制度にすべての人が加入する ○ 所得比例年金（社会保険方式） ○ 最低保障年金（税財源） <現行制度の改善> ○ 最低保障機能の強化（高所得者の年金給付の見直しと併せて検討） ・ 低所得者への加算、障害基礎年金への加算、支給資格期間の短縮 ● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 ● 第3号被保険者制度の見直し ● 被用者年金の一元化 （●は公費への影響なし）	0.6兆円程度	○ 高所得者の年金給付の見直し 低所得者への加算と併せて検討。 例：年収1,000万円以上から減額開始（1,000万円以上は公費負担分を全額減額）とすると△400億円程度公費縮小 ○ 物価スライド特例分の解消 ・ 特例水準を3年間で解消。年金額が△2.5%削減され、毎年最大0.1兆円程度公費縮小 ○ マクロ経済スライドの検討 ・ 単に毎年△0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小 ● 標準報酬上限の引上げの検討 ※ 支給開始年齢引上げの検討（中長期的な課題） ・ 基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる前に、引上げ率において0.6兆円程度公費縮小	10

資料3

## 社会保障の安定財源確保の基本的枠組み

別紙3



(※) 成案においては、「2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」とされている。

(注1) 消費税率は、現在は、国分は予算総則により高齢者3経費に充てられ、地方分は一般財源である。

(注2) 消費税率(国分)を充当する社会保障給付の具体的分野(2015年度時点)は、高齢者3経費を基本としつつ、今後検討。

(注3) 社会保障4経費とは、社会保障給付公費負担のうち「制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用」(平成21年度税制改正法附則104条)をいう。所要額は厚生労働省による推計(2011年5月時点)。また、基本的に地方単独事業を含んでおらず、今後、その全体状況の把握を進め、地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計を総合的に整理する。

社会保障・税一体改革成案について(政府・与党社会保障改革検討本部決定)平成23年6月30日閣議決定

資料4

とでご質問がございましたら、そのような議論もさせていただきたいと思いますが、ここではやりません。とにかく当面、社会保障の新たな充実のためにそんなに多くの支出を行うことは期待できないわけです。

北欧の事例を考えれば、すぐ分かります。あえて、わたしが起爆剤という用語を用いた理由は、要するに国民がたくさん税金を払うことによって、そのお金が社会保障に回り、それが相当大きな額になるとすれば、成長の起爆剤になるということです。ただ、今回の状況を見ていると、やはり日本の国民にとって、増税というのは大変厳しいということを、わたし自身も身にしみて知られましたので、起爆剤というのはなかなか難しい。(資料5)

ではどうするのかというのが、これからの話題になると思います。これが、わたしが1つ申し上げたいポイントでございます。この資料は、経済産業省の提出資料です。既に、この3年間で50兆円近くのGDPが減少しています。私は、成長戦略、あるいは日本再生戦略にそれなりに期待しておりますが、少し時間がかかる、この状態がまだもう少し続くということを予想しています。原子力発電の事故も含めた東日本大震災、そして中国との関係の悪化というような事態を踏まえると、当分、少なくとも2～3年、あるいは5年ぐらいは、経済の回復は大変難しいのではないかと推測しております。もう少し先に関しては、成長戦略が成果を上げるという可能性は結構高いと思いますが、当分は大変厳しい。

でも、そういうことは申し上げたくはないのです。そういうことを申し上げると、ますます国民が不安になって、高齢者の貯蓄率が上がっていきます。もちろん、全体として高齢者の消費率は若年者よりも高いわけですが、消費率が下がり、貯蓄率が上がるということで、ますます需要が落ち込んでいる。縮小信仰、ジリ貧シナリオが継続しているというのが現状でございます。(資

## 当面の消費税引き上げ分の使途

- ・ 1%分(約2.7兆円) 社会保障の充実
- ・ 4%分(約10.8兆円)
 

社会保障の安定化(年金財源国庫負担へ)	約2.9兆円)
消費増税に伴う社会保障支出増	約08兆円)
将来世代への負担の軽減	約7兆円)
- ・ 計5% 13.5兆円
- ・ しかし景気が低迷し、消費が落ち込めば税収がこれより低下する可能性

資料5

料6)

そのような中で元気がないことを言うと、ますます元気がなくなってしまう。心理面は大変大事なものですから、わたしも申し上げたくはないのです。しかし、やはり2～3年あるいは長い場合は5年ぐらい、現在のような閉塞感のある状態が続くということは覚悟したほうがいいのではないかと。これが、まず初めの論点であります。

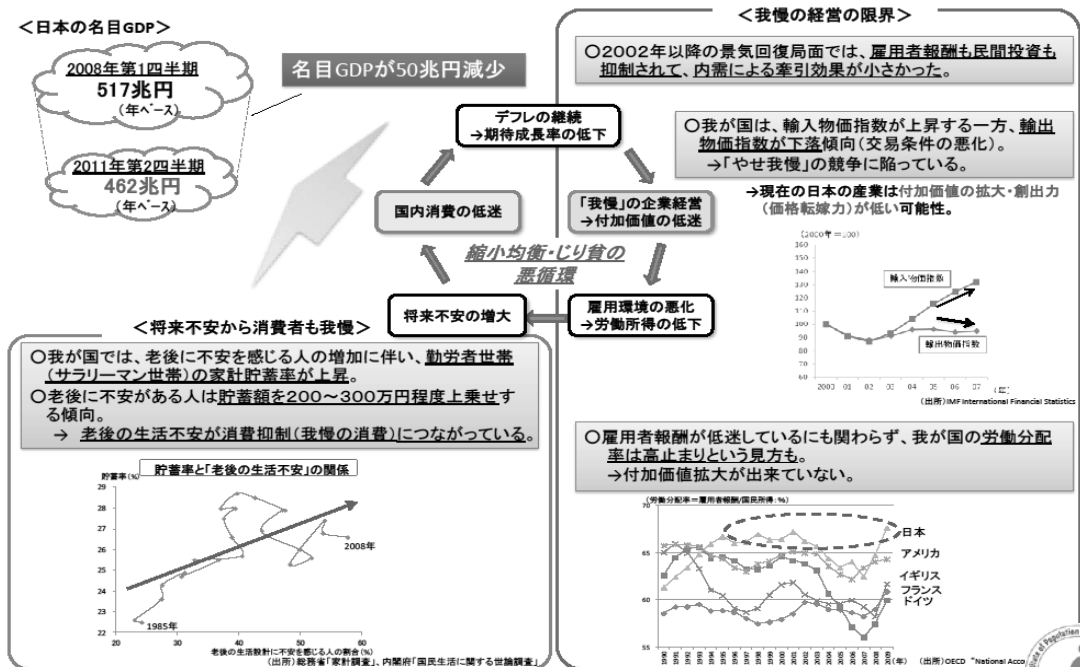
ただし、あとで紹介しますが、法人税、所得税、消費税、そういった各種財源の景気との関係を見ていると、やはり間違いなく、消費税が一番景気の影響を受けにくい。もちろん消費税を上げると、それがまた消費の減退に繋がるという議論がございまして、その可能性は高いと思います。しかし、消費税が最も景気に左右されにくいという論点も、やはり一応踏まえておいたほうがいい。別にこれは財務省の宣伝ではございませんが、とにかく税収に比べてどんどん歳出が増えているというのが現状であります。そして、社会保険料収入も、社会保障給付費の伸びと比べて、完全に横ばい、あるいは若干低下ぎみというような状況であります。(資料7～9)

今申したように、消費税は比較的安定的な税収源なのですが、所得税、法人税はかなり増減が激しい。追加的に申し上げますと、所得税率がかなり低くなったことの影響が、平成元年からの時期

図2

## 1. 現状:「やせ我慢」の経済(縮小均衡・じり貧シナリオの進行)

- 現状は縮小均衡・じり貧が継続する「やせ我慢」の経済。名目値で所得や売上が伸びず、閉塞感  
 ■付加価値の創出・拡大に転換しない限り、「縮小均衡・じり貧」シナリオからは抜け出せない



枝野経済産業大臣発表資料

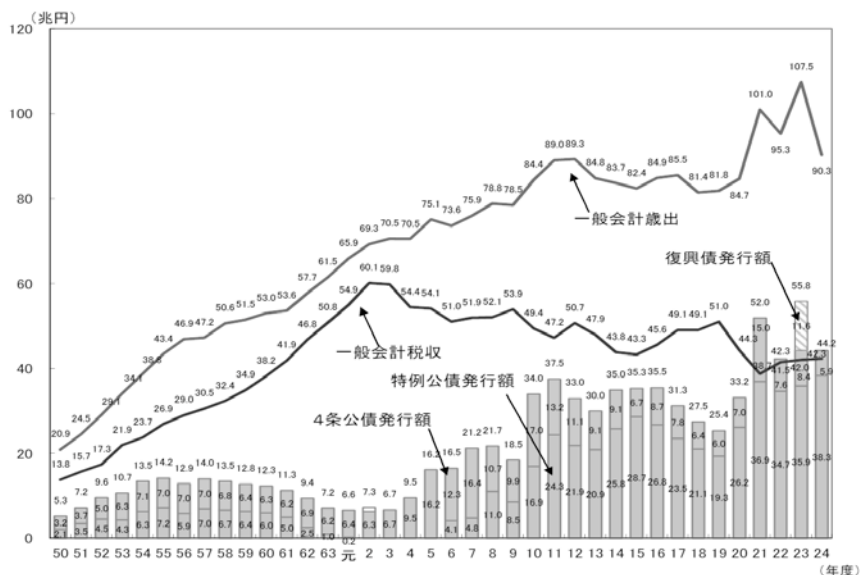
資料6

## 経済と財政の現況

- 近年のGDPの水準の著しい低下
- 消費税率が引き上げられても、GDPが伸びないと税収が増えない。
- 法人所得も個人所得も低下
- 電力料金の引き上げも、GDP低下に厳しく働く。
- ただし消費税は相対的には、景気の影響を受けにくい。  
 →地域ごとの影響の特徴、差異は？ 後述

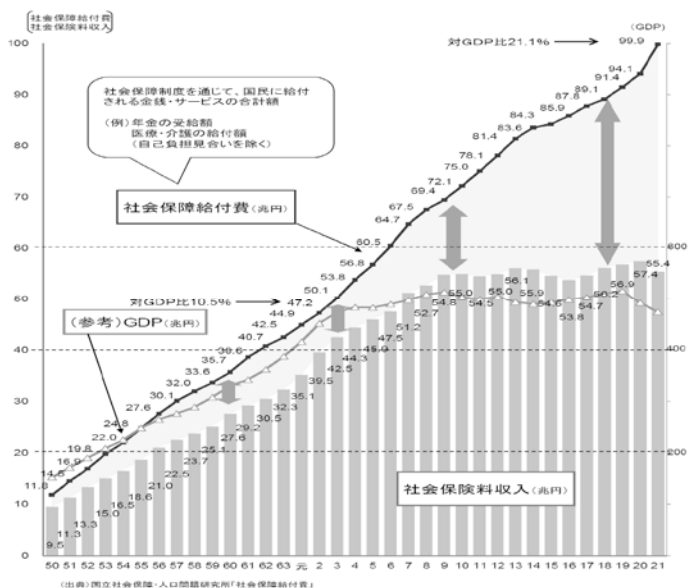
資料7

## 一般会計における歳入・歳出の状況 (ワニの口)



資料8

## 社会保障給付費と社会保険料収入の推移



資料9

にございました。しかし、平成19年から税率自体は変わっておりませんが、それでも下がっている。これはやはり高所得者もかなり減っているという現状を反映したものであるというように理解すべきではないかと思います。(資料10)

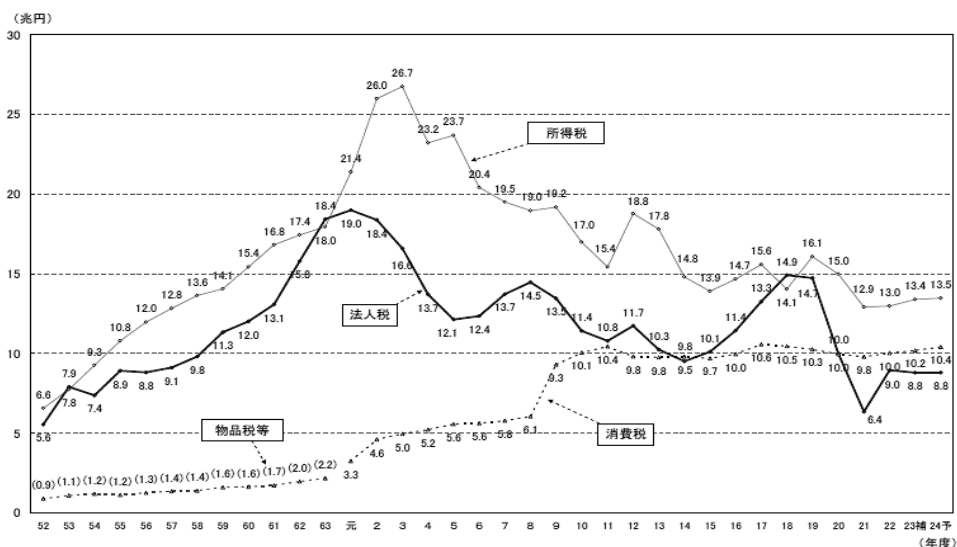
以上が、今の社会保障の国全体の動向でございます。次に、少し地域の視点からこのような問題を考えてみたい。そうすると、大変申し訳ないのですが、地域とは何かという議論から始めないと気が済まない方が必ずおられます。それは当然でございますが、そればかりをやっている、ほとんど意味はないのです。

ここで、わたしの今のイメージは、自然的な区分、あるいは行政区画、都道府県、市町村、そしてあとで取り上げるように集落、一番小さい単位は、地域という場合は集落ではないかと思えます。将来的には、やはりこの集落を単位とした分析がかなり必要になってくるというように考えております。しかし、残念ながらわたしどもの研究所も

今準備はしておりますが、集落ごとの社会保障の実態という議論は難しいです。特に社会保障のあり方を考えるうえで、やはり交通機関の変化、道路の整備といったようなことと、社会保障の有効性がどのように関係しているかという議論は、これからとはとても大事になると思っております。そのような中で、例えば医療の例でいうと、一部、2次医療圏の見直しの提案もされております。

ご紹介はあとにして、結論を先に申し上げますと、これからは超高齢化が進むのは、どちらかというと都市部であります。しかし、その都市部の超高齢化が進むときに、中山間区域、過疎地域、限界集落、この3つは行政上の都合により重複しているのですが、この3つの現状を見るというのは、これからの都市部の社会保障のあり方を考えるときの参考になるのではないかと考えています。ちなみに、中山間部という言葉は少し分かりにくいかもしれないので、資料に定義を書いております。

## 項目別主な税収の年次推移



資料10



こういった集落の現状を把握しようとする試みとして、国交省の国土形成計画算定のための集落の状況に関する現況把握調査というのをやっております。最近厚生労働省も、社会・援護局の地域福祉課が「見直しませんか支援のあり方・あなたの町。安心生活を創造するための孤立防止と基盤支援」というタイトルで、いろいろな異なる地域の現状を踏まえて、どのように各々の場所で安心生活を創造していくかというパイロットスタディを報告しております。(資料11)

地域の特徴を先に大ざっぱに申しておきます。先ほど申したように、首都圏の高齢者が激増いたします。この首都圏の高齢者の激増についてはあとでもう1回お示しますが、三浦展さんの「東京は郊外から消えていく！：首都圏高齢化・未婚化・空き家地図」という本で、この本は大変面白いのですが、少し議論が荒っぽいかなというようにわたしは思っております。しかし、それにしても、大変衝撃的なことを書いておられる出版物であります。くどいようですが、著者の三浦さんは大変センスがいい方で、問題提起に関しては、わたしは大変感心いたします。ただ、議論が少し荒いと感じます。例えば、2025年の話と2050年の話を一緒にしないように注意して読ませていただく必要があると思います。

もう1つは、実は先ほど申したように、基本的にはどうしても行政的発想でどうしても地域の問

題を考えてしまいます。これに対する興味深い批判として、社会学者である山下祐介さんの「限界集落の真実一過疎の村は消えるか？」という本があります。実は、先ほどご紹介した「国土形成計画策定のための集落の状況に関する現況把握調査」、これは少し古くて5年前ぐらいに行われたもので、はっきりと文章として書いてあるわけではないのですが、この調査ではもっと昔に限界集落というのは消えてしまうという予測をしておられました。しかし、結論を言うと、表現は良くないかもしれませんが、このような報告に反して、あるいは意外にもという、現場の方からすると当たり前というように思われるかもしれないので、この辺りの表現は注意したいと思うのですが、荒っぽく言うと、意外に集落は消滅していません。消滅した集落は大変少ないのです。

次のスライドの関係で先にお話をしておきますと、このような限界集落では65～74歳ぐらいの方が、75歳以上の方をかなり支えておられます。山下さんのご指摘で興味深いのは、これはどこまで実証できるか分かりませんが、家族との行き来が結構盛んであれば、その集落は消滅しない傾向があるということです。このことを統計的に実証はしておられませんが、大変大事な着眼点ではないか。そのような観点から、やはり行政的発想だけではなくて地域を見ていくということが重要ではないかと思います。きょうはあとでそのような問題提起をしていただくことができると、有り難

### 地域を見る眼(1) 地域で異なる人口と高齢化の推移

- ・ 地域：自然的な区分、行政区画(都道府県、市町村、集落?)
- ・ 行政区分として「集落」を取り上げる理由は、近年行政もこれに関心を示すようになってきているから。(後述)
- ・ いまだ分析が不十分な点：近隣区域との関連性(交通機関、道路の整備、将来はメッシュごとの分析が必要 二次医療圏の見直し)
- ・ 来たるべき都市部の超高齢化への対応に、中山間地域、過疎地域、限界集落が現状、その対応が参考となる。
- ・ 食料・農業・農村基本法や特定農山村地域活性化法に定められている「都市的地域」「平地農業地域」以外の、中間農業地域と山間農業地域の総称
- ・ 平成18年度「国土形成計画策定のための集落の状況に関する現況把握調査」
- ・ ～最終報告～(国土交通省)
- ・ 「見直しませんか 支援のあり方・あなたのまち ～安心生活を創造するための孤立防止と基盤支援～」(安心生活創造事業成果報告書)厚生労働省社会・援護局地域福祉課

資料11

### 地域を見る眼(2) 地域で異なる人口と高齢化の推移

- ・ 高齢化との関連の少なくとも見るべき特徴
  - (1)首都圏の高齢者激増(参考文献1参照)
  - (2)東京は郊外から23区へ
  - (3)都道府県内では県庁所在地に集中
  - (4)愛知県も人口増の傾向
  - (5)大阪の高齢化の進展
  - (6)中四国の高齢化
  - (7)沖縄は出生率が高く、高齢化のスピードが遅い
- ・ 下記の文献2は、「行政的発想」への興味深い批判

- 参考文献
1. 三浦展「東京は郊外から消えていく！：首都圏高齢化・未婚化・空き家地図」(光文社新書、2012)
  2. 山下祐介「限界集落の真実一過疎の村は消えるか？」(ちくま新書、2012)

資料12

いというように思っております。(資料11-12)

山下さんがご指摘されるようなことがある中で、地域を支えていく仕組みとして、新しい故郷というのが話題になっております。このことに関しましては、奥野先生があとで話をされます。(資料13)

あとで示しますが、人口からいうと、当然、首都圏に圧倒的な人数が集中しております。しかし、中山間地域に人がほとんどいないのかというと、意外にこれもおられます。例えば中国地方では、過疎地域に数百万人の方が住んでおられるという実態がございます。高知県では、地域福祉部が、中山間地域における介護サービスを確保するためにどうしたらよいかということを、厚生労働省に対して提言をしておられます。具体的に言うと、こういった助成制度が欲しいということをおっしゃっております。現場を踏まえた、このような助成制度が実現すると、地域の活性化にもつなが

るという可能性がかなりあると思います。(資料14-15)

結論を先に申します。都市部でも、過疎地域の事例が相当、参考になるのではないかと、わたしは思っております。しかし、実際にはそんなに簡単ではないということも分かっております。例えば、関連法規の整備が不可欠であります。あとにも話題になるとと思いますが、コンパクトシティ構想というものがございまして、かなりの地方都市でそのような方向を目指しておられます。要するに、少し紛らわしい表現ではありますが、わたしが考えた発想は、こういうことです。住宅が所与のものであるという発想を転換する。つまり、高齢者が1戸建てに住んでおられる。あるいはマンションに住んでおられる。そのようなところにおられることを前提とした、医療、介護のあり方を想定するのか。きょう副所長の話もありましたが、例えば大阪市立大学の三浦先生が調査された事例のように、介護サービスを有効に提供するために

## 2. 新しい公共のモデル化

○新たな公共サービスの担い手である「新しい公共」の先進事例は三通りに整理できる。

①吉田ふるさと村やグリーンワークのように地域おこし企業が公共サービスを受託するもの。

②仁保や川根のように、住民組織が役割を拡大し、公共サービスや民間サービスを補完するもの。

③飯田市のように、地域自治区を活用して住民組織を設置し、公共サービスを手がけるように誘導するもの。

○これらは①企業、②住民、③政府を起点として、そこから一定の距離をおいたものと整理できるが、図示すると図14であり、中央円の領域が「新しい公共」に該当する。起点別に三つのモデルに分かれる。

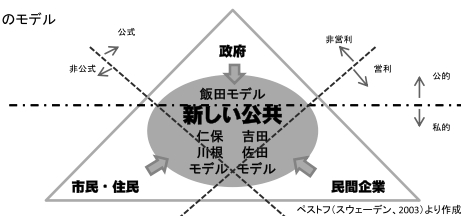
➤ ①企業を起点とする、吉田、佐田（グリーンワーク）モデル

➤ ②住民組織を起点とする、仁保、川根モデル

➤ ③地域自治区制度を起点とする、飯田モデル

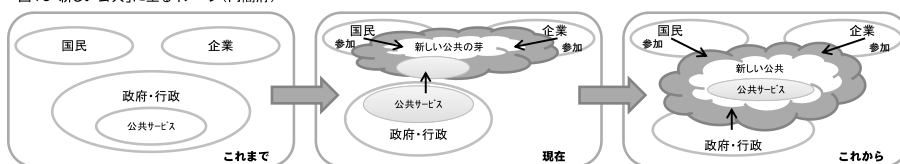
○内閣府ではこれからこのような新しい公共が創出されるとイメージしている（図15）。

図14「新しい公共」のモデル



ベストフ(スウェーデン、2003)より作成

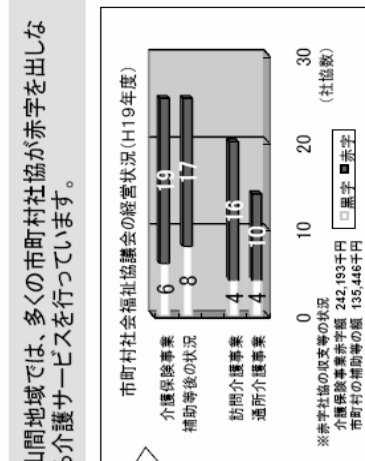
図15「新しい公共」に至るイメージ(内閣府)



# 中山間地域における介護サービスの確保

## 現状と課題

中山間地域では、多くの市町村社協が赤字を出しながら介護サービスを行っています。



### 施設サービスの利用状況

中山間地域の多くの市町村は、入所施設の利用率が低い(H21.3)

市町村名	利用率
大川村	30.30%
大町	35.35%
梅原町	44.74%
土佐町	39.37%
本山村	37.24%
全国平均	24.18%

※入所施設と入所施設の利用者の比較

市町村名	利用者一人あたりのサービス		訪問介護		通所介護	
	利用者密度	利用日数・回数/月	訪問介護	訪問介護	通所介護	通所介護
大川村	0.15	9日	3日	7回	7回	7回
大町	0.41	11日	3日	7回	7回	7回
梅原町	0.47	11日	2日	6回	6回	6回
土佐町	0.68	10日	—	10回	10回	10回
本山村	0.73	12日	2日	8回	8回	8回
県平均	2.59	15日	6日	11回	11回	11回

※利用者密度全国平均 7.05人

利用者密度が低い地域では、サービスの提供が十分にできていない。

### 介護サービス提供の現状

- ・遠くへなかなか行ってもらえないため、社協に無理をお願いしている。(訪問介護)
- ・遠隔地のため利用回数に制限があり、利用者の希望に添えない地域がある。(通所介護、通所リハ、訪問入浴)
- ・事業所がないため、代わりのサービスで対応。(訪問入浴を訪問介護へ。訪問看護を訪問診療へ。)
- ・事業所がないためあきらめる。(通所リハ。)
- ・利用者の希望の曜日でなく、事業者の都合のよい日に合わせて利用日を変更してもらう。(訪問介護、通所介護。)

結果、施設利用者は大幅に減少

## 政策提言

介護サービス事業の効率的な運営が困難な中山間地域においても、必要な介護サービスの提供がされるよう助成制度の創設を提言します。

## 高知県地域福祉部高齢者福祉課の提言

## 政策提言の概要

## 中山間地域介護サービスへの助成制度

## 特別地域加算の問題点

条件不利地域へのサービス提供に対する評価として介護報酬に設けられている特別地域加算がありますが、遠距離や過疎が進んだ地域へのインセンティブが働きません。



は、1戸建てよりもマンションのような形態のほうがはるかに有効なサービスの提供ができるという研究成果も出ております。

くどいようですが、住宅が所与のものであるという発想を転換するということに関しては、そんなに簡単ではない。つまり人間はあちらからこちらへ簡単に移動できるというわけではないということは、十分知っております。しかし、逆にわたしどもは、都市部の十数年後の2025年問題というように申しますが、そのころの超高齢化を考えた場合、住まいのあり方から、やはり発想を転換していく必要があるのではないか。今、厚労省は、都市部に関しましては、この資料にありますような日常生活圏サービス基盤というものを整備するという事を考えております。場合によって、このような施設のあり方というのも含めて、いろいろな問題の立て方をしていく必要がある。ただしそうすると、住宅関係の法律、あるいは福祉関係の法律、そういったものの整合性というものが非常に難しくなってくるわけであります。これはや

はり、即座にはできないというのは当然分かっておりますが、例えば10年計画ぐらいで考えていく必要があるのではないかと考えております。(資料16-17)

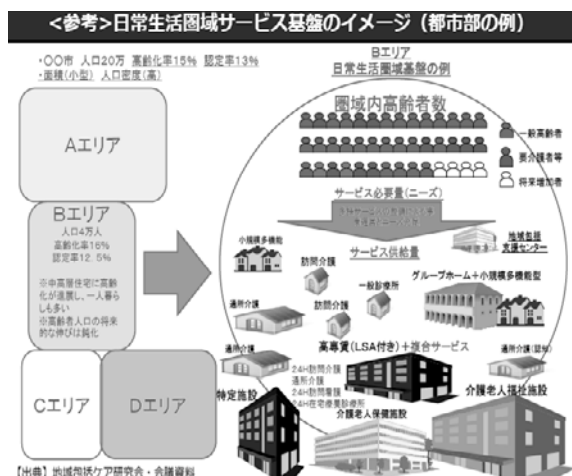
先ほど医療、介護が経済成長の起爆剤となるかということに関して、疑わしいという話をしました。その話はとても簡単なのです。わたしどもが税金をたくさん払うことを受け入れ、そしてその払った税金が医療、介護に支出されるということになれば、これは決して経済成長率が下がるということではない。むしろ上がっていく。ただ、その大事な条件として、国民が税金をたくさん払うということを受け入れるという前提がございますので、そこがやはり、これから最も困難なところであります。

冒頭申したように、消費税が上がっても、そのかなりの部分は、過去の債務の返済に使われるということにならざるを得ません。ここをどうやって打開するかということが、大事なポイントでは

## 都市部でも過疎地域の事例が参考になる。将来の課題ではなく、いまから考慮すべき観点

1. 医療機関への交通の便
  2. 介護施設からヘルパー派遣の効率性
- ←住宅の造りの変更

住宅が所与のものであるという発想の転換  
コンパクトシティ構想  
しかし関連法規の整備が不可欠

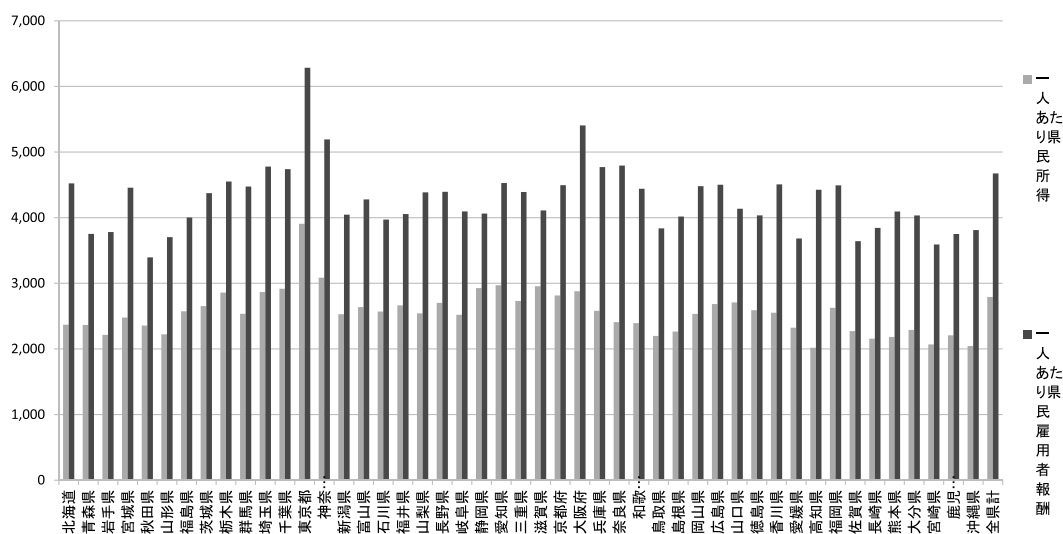


ないかと思っています。この点については、きょうは地域別の話以外は省略させていただきます。地域別以外で、わたしどもの研究所の前所長の京極先生がいろいろな機会でご提言されまして、わたしもその内容について協力をし、出版物の中で、産業連関表を用いながら、社会保障を充実することが、決して経済のマイナスに影響するということはないという指摘をしております。

ただ、はっきりしていることは、ここが案外言われていなかったことをごさいますて、医療、介護の部分が増えつつも、企業が成長するのとは比べて、法人税の増え方ははるかに少ないということがあります。だから、経済は良くなるが、税収に結びつくことが大変難しい。先ほど少し申しましたように、これからいわゆる勤労所得、つまり働いて所得を得るという方の割合が減ってまいります。逆にリタイアした、勤労所得ではなくて、年金等で所得を得るという方が増えるわけですから、どうしても、ある程度消費税に期待せざるを得ないという側面がございます。

高齢者による消費に関連する点を都道府県別で見えますと、1つはまず明白なことでありますが、高齢化比率が高くなると、医療・介護の支出が高まります。実は、医療・介護に使っているお金というのは、専門的な話で恐縮ですが、供給側から見たGDPの伸びとして理解されます。にもかかわらず、多くの人がGDPとして認識する一般の消費支出と、この医療・介護の支出の合計を見るとという発想はあまりございません。この合計で考えれば、高齢化比率が高まっても、必ずしも需要減には結びつきません。経済の仕組みは大変難しいわけですが、三面等価の法則といいまして、払う側と受け取る側は同じなのです。お金を払う人がいれば、それを受け取る人がいるわけです。今、受け取る額が増えるということを申ししているわけで、その前提としては払う人がいないといけないわけです。にもかかわらず、わたしたちが特にこちらを払うということが嫌だということ、なかなか拡大していかないというのが現状でございます。くどいようですが、これは1番難しい論点で

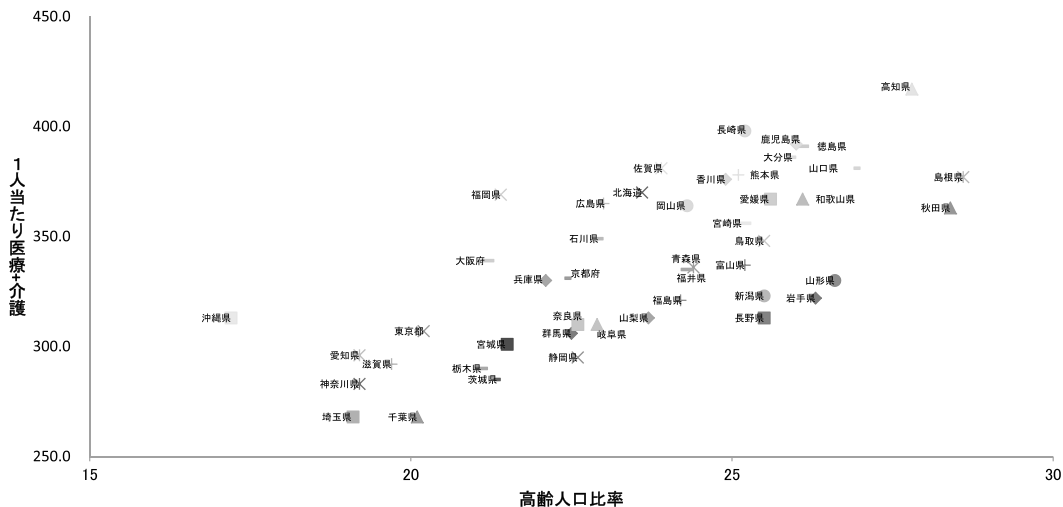
## 都道府県別の 県民一人あたり所得・雇用者一人あたり雇用者報酬



説明：県民一人あたり県民所得と比べて、雇用者一人あたり雇用者報酬は、企業所得などを含まず、また各都道府県の人口の年齢構造の影響も除かれるため、一人あたり県民所得の格差に比べると平準化されている。

資料17

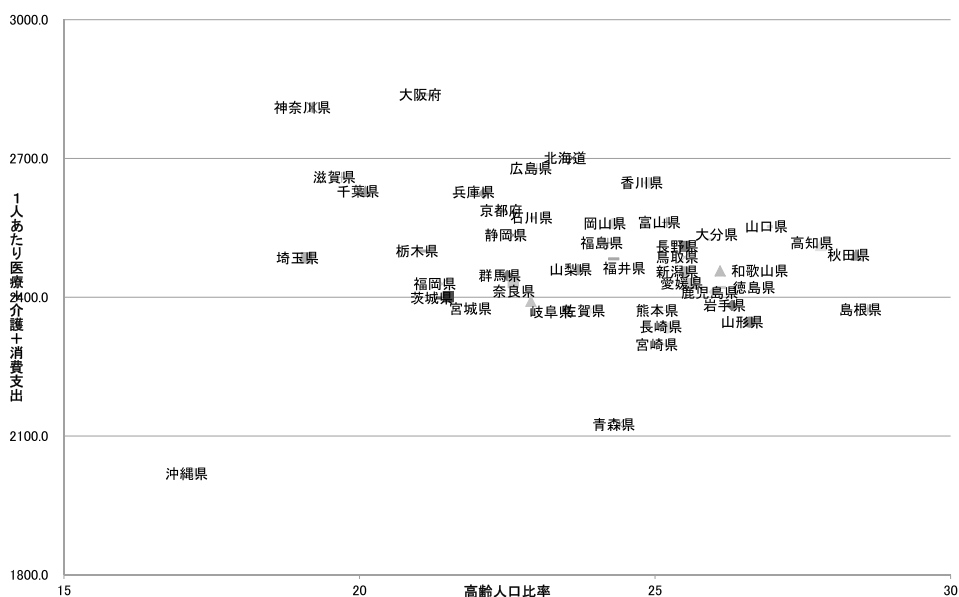
当然だが、高齢化比率(65歳以上人口比)が高くなると  
医療費・介護費の支出が高まる  
ここで縦軸の一人あたりは「都道府県人口」全体あたり



県民計算年報、介護保険事業年報、医療費は厚労省推計

資料18

地域経済を見るのは、いくつかの視点が必要  
高齢化は今のところ生産減に結びつくが、需要減には結びついていない！



資料19

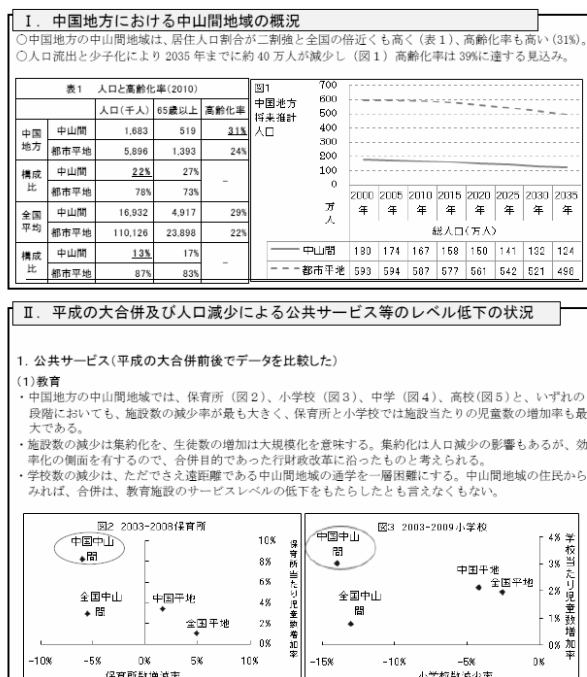


あります。(資料18-19)

ここで、先ほど申した、中国地方における中山間地域の概況を見ますと、やはり人口としては、意外におられるといっても少ないわけでございます。中国地方の中山間地域に住んでおられる方は168万人、都市、平地には589万人の方が住んでおられるというのが、現状であります。さらに、参考のために、離島の状況もお示しました。(資料20-21)

結論です。やはりわたしたちはこれから地域の

問題を考えるときに、発想の転換をする必要があります。わたしの元同僚で大変親しい先生の本を批判するようで恐縮ですが、橋本先生たちは『日本の地域間格差』というご著書を書いておられまして、都道府県のあらゆる違いを格差という言葉で表しておられます。例えば、所得が高い地域と低い地域には格差がある。或いは雇用機会がある地域とない地域には格差がある。これは、間違いありません。しかし、実際は所得がそんなに高くなくても、そこでかなり幸せな暮らしをしておられる方もたくさんいらっしゃいます。生活のしやすさ、あるいは幸福度、このようなキーワードで



資料20

### 離島対策実施地域の概要(平成22年4月)

区分	合計	内地	北海道
地域数	76	71	5
指定有人島数	258	252	6
面積	5,225km <sup>2</sup>	4,808km <sup>2</sup>	417km <sup>2</sup>
対全国比	1.38%	1.27%	0.11%
人口	429千人	415千人	14千人
対全国比	0.34%	0.33%	0.01%

資料21



比較してまいりますと、必ずしも所得が高いということが、幸せにはつながらないということです。地域の格差と多様性について、もう少し詳細に、どういうものを評価し、どういうものが問題だというように考えるかということが大事ではないかと、わたしは考えます。きょうもこのあと、そのような議論が進むと、大変ありがたいというように思っております。

1例として申し上げます。病院は、やはり病床数というのは明らかに日本では多すぎる。くどいようですが、病床数は多すぎるのです。しかし、お医者さんの数は多すぎるとは決して思いません。そこで、簡単に言うと、2つの病院が一緒になって、より充実した病院を1つ作るということができます。このような統合により、量から質への転換ということができて、かなりいい方向に行きます。もちろんその背後には、住民の不便という犠牲がございます。住民の不便をちゃんと保障する。例えば交通機関をうまく利用するといったことを考えた上で、近隣の2つの病院が一緒になれば、むしろ病院の質は上昇するということが十分考え

られます。これももちろん地域によって違いますので、一概にはすべてに当てはまるとは申しません。

このようなことを一例として挙げると、先ほども申しましたが、コンパクトという概念がやはり1つのキーワードであって、いかにコンパクトシティを作っていくかということは、特に大都市の将来に大変大事だということです。実は、これとは逆の意味の指摘をしておられる事例がございま

論点:「地域格差」なのか「地域の多様性」なのか?

- ・新しい視点の必要性:生活のしやすさ、幸福度
- ・「コンパクト」がキーワード  
病院:量から質への転換  
社会医療法人制度、市町村病院間の調整

- ・参考:橋本俊詔・浦川邦夫『日本の地域間格差』(日本評論社、2012年)

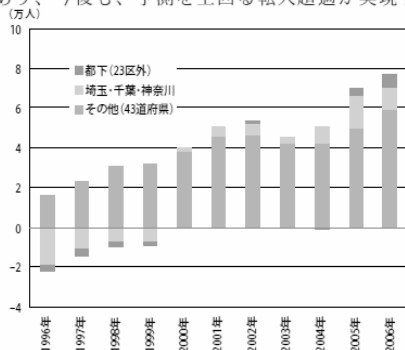
資料22

## この東京の経験は、今後どこまで妥当するか?

### ●地方との経済格差による人口集中

賃金などの地域間格差が解消されなければ、東京区部への転入超過は更に増える

賃金や有効求人倍率の地域間格差と人口集中には、高い関連性がある。東京区部では、これらの格差拡大も背景に、2005年以降平均して7.3万人/年の転入超過が起きている。これは、趨勢予測による転入超過数を1.7万人/年上回る水準であり、今後も、予測を上回る転入超過が実現する可能性は十分にある。



	転入超過数合計 (人)			
	都下 (23区外)	埼玉・千葉・ 神奈川	その他 (43道府県)	
1996年	-6,742	-3,106	-19,463	15,827
1997年	8,466	-3,363	-11,011	22,840
1998年	20,744	-2,536	-7,300	30,580
1999年	22,490	-2,454	-7,031	31,975
2000年	40,234	254	1,785	38,195
2001年	50,386	-105	4,210	46,281
2002年	53,183	1,236	5,386	46,561
2003年	44,319	-747	2,777	42,289
2004年	49,713	-1,074	8,505	42,282
2005年	69,958	3,831	16,551	49,576
2006年	76,786	6,403	11,025	59,358

東京区部の相手地域別転入超過数 (1996年～2006年)

資料出所◎財)森記念財団 都市整備研究所『2030年の東京 Part 2』平成24年7月

資料23

すが、時間の関係で省略をして、人口の話に進みたいと思います。(資料22-27)

このスライド(資料28)は、時間をかけてご説明したいと思います。ここでは高齢者というのは、65歳以上ではなくて、75歳以上とさせていただくことにしました。そして、2010～2024年に向かって、この辺りの詳細はあとの佐々井さんのご報告にも出てくると思いますが、都道府県別に見て、人口がこれからどのように推移していくか。横軸は都道府県ごとの総人口を、たて軸は75歳以上の人口を表しています。比率ではなく、絶対数です。絶対数で見て、まず驚くことは、だからといって道州制にしろというつもりはありませんが、東京の人口と鳥取・島根の人口は相当違う。しかも縦軸の値もやはり相当違うということが分かります。東京と鳥取・島根の議論を一緒にするという事はやはり非常に難しく、東京都を1つとると、現在、125万人ぐらいの75歳以上の方がおられるところが、2025年、わずか15年先に200万人を超えます。

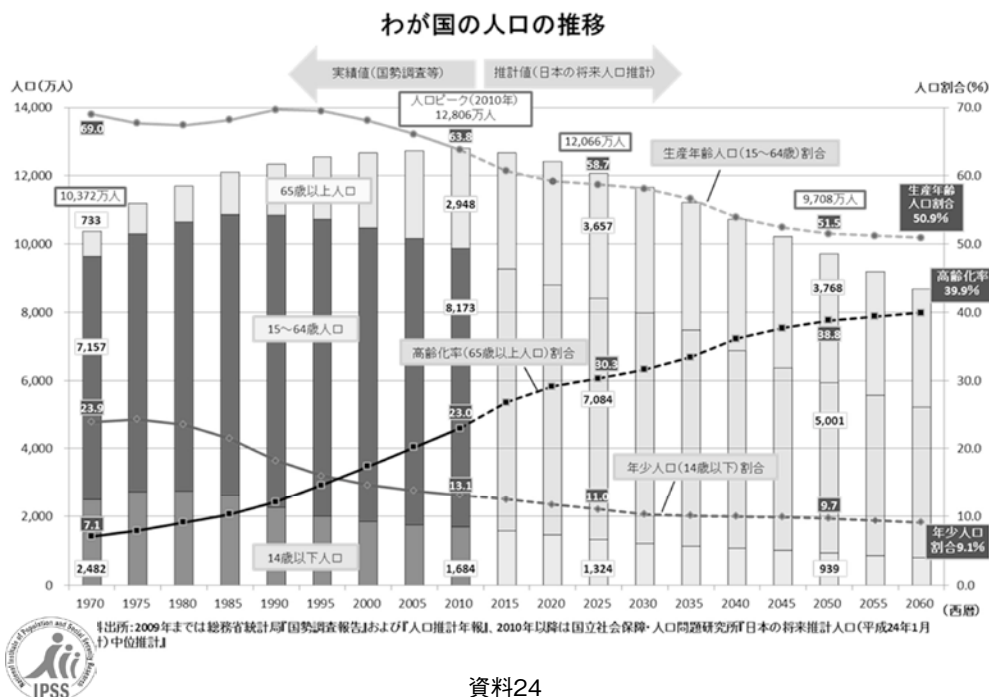
先ほどから申しているように、実はこれからの超高齢化問題というのは、首都圏問題だと言っても言い過ぎではない。しかも左のほうへ矢印が向かっているのは、若い人も含めた全体の人口が減る都道府県です。この人口の減少は北海道が顕著です。そして大阪でも顕著です。愛知県は東京と並び、それほど人口は減りません。東京は増える。矢印が右に向かっていますこのように異なる地域一緒に行うということは無理です。各都道府県の事例がたくさんございますが、時間の関係で省略

### 人口推計から読み取ること

- (1) とりあえず2025年頃は予測可能なので、それに備える。  
高齢化の予測はかなり正確。
- (2) 50年先の経済の姿を予測することは、きわめて難しい!→  
「年金制度の設計」  
経済の変動に伴う「柔軟な対応」が必要
- (3) 「支える・支えられる」論の単純さ  
団塊の世代対応が政策論として重要  
たとえば「限界集落」と言われる地域では、この年齢層は、ほとんど支える側  
都市部で、これが可能か?→「地域包括ケア」
- (4) 単独世帯の増加にどう対応するか?
- (5) 少子化対策は20年後を見越した場合、きわめて重要……。いまの20～30歳代の若年者にも「投資」をしないと将来は危うい。  
熟練・技能の継承、学校教育だけでは若年者への投資は不十分



資料25

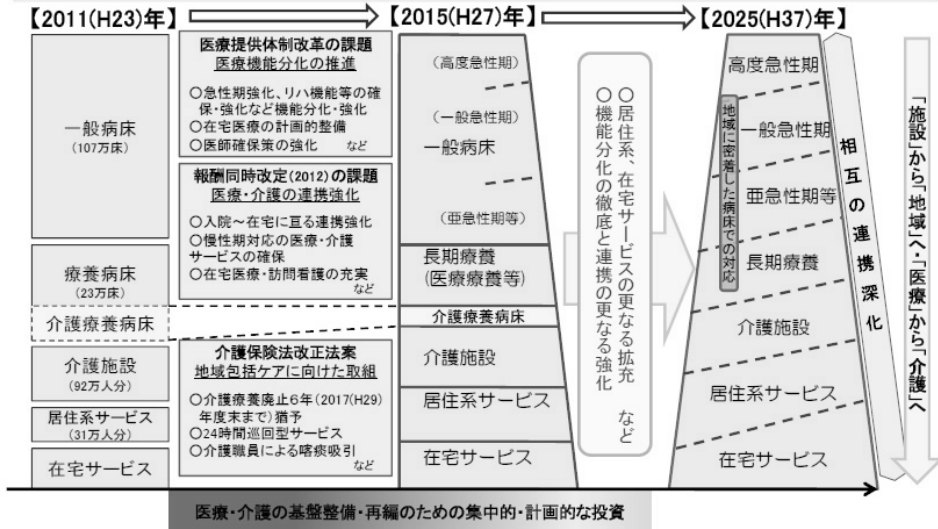


資料24

## 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。

○ 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするともに、居住系、在宅サービスを充実する。



資料26

75歳以上人口の都道府県別増加率

	人口(2010)	人口(2025)	伸び率
全体	1,422万人	2,167万人	1.52倍
1.埼玉県	59.0万人	120.3万人	2.04倍
2.千葉県	56.0万人	107.4万人	1.92倍
3.神奈川県	79.3万人	146.6万人	1.85倍
4.大阪府	83.3万人	150.5万人	1.76倍
5.愛知県	66.2万人	115.3万人	1.74倍
6.奈良県	15.4万人	25.1万人	1.63倍
7.東京都	126.5万人	205.5万人	1.62倍
8.兵庫県	61.4万人	97.3万人	1.58倍
...	...	...	...
46.島根県	11.9万人	13.6万人	1.14倍
47.山形県	17.9万人	20.4万人	1.14倍

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口 (H19.5推計)」

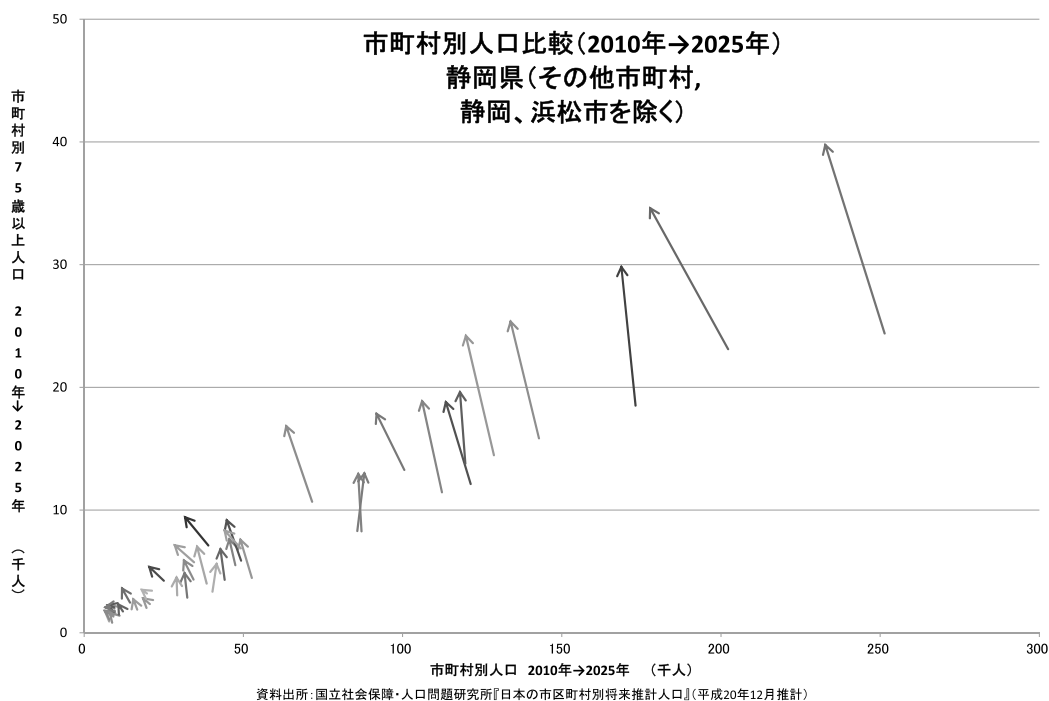
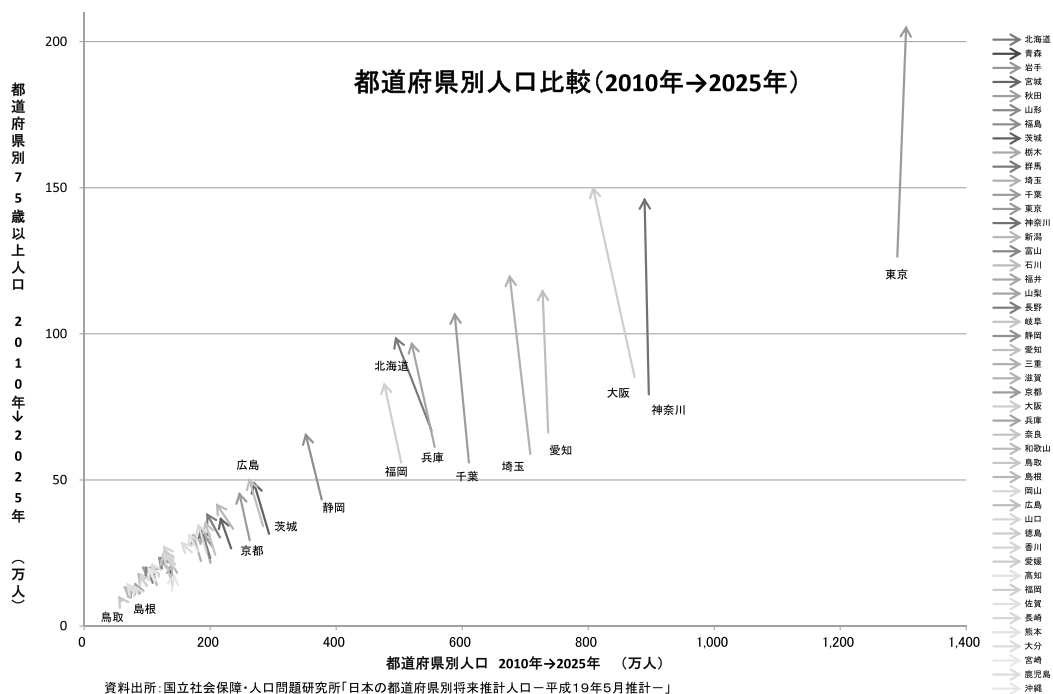
資料27

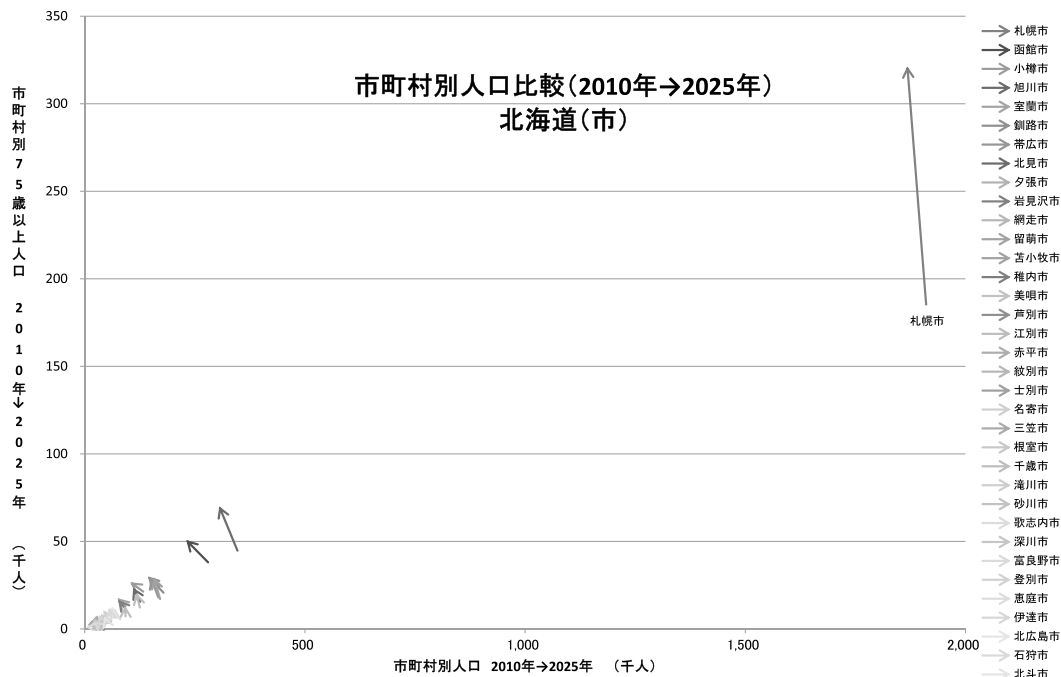
させていただいて、まとめのような話をさせていただきたいと思います。

簡単に言うと、1つは、東京です。東京で超高齢者が激増します。しかも、東京だけではなく、ここに載っているほとんどのところで、都心部では高齢者はそれほど増えず、郊外都市で増える。

このこともあとで、多分、川越さんから1つの例をお話いただけたと思います。このような将来的な人口について、地域ごとに相当違った問題を抱えていくのだということを、まず申し上げておきたい。それから、もちろん言うまでもなく、単身者が増えるということです。しかも単身者は高齢者だけではなく、若年の未婚率が上がっているということがあって、若年の単身者も増えるということです。(資料28～33)

このような状況の下で、2050年の人口増減状況に関しまして、国交省は少し衝撃的な議論をしています。私は、2050年のことをあまり心配する必要はないと思っておりまして、どうぞ誤解のないように願いたいのですが、国交省によると、例えば、徒歩圏内に生鮮食料品店が存在しない高齢者単独の世帯が急増します。2005年比で、2050年は2.5倍ということになります。また、都市の多くの圏域で、人口が大きく減少することがあります。(資料34～36)





資料30

世帯数の推移 (2010-2025年間)

	2010年		2025年	
	世帯数 (万)	構成割合 (%)	世帯数 (万)	構成割合 (%)
総世帯数	5,029	100.0%	4,984	100.0%
①世帯主が65歳以上	1,568	31.2%	1,901	38.1%
— うち単独	466	9.3%	673	13.5%
— うち夫婦のみ	534	10.6%	594	11.9%
②世帯主が75歳以上	704	14.0%	1,084	21.8%
— うち単独	250	5.0%	402	8.1%
— うち夫婦のみ	224	4.5%	341	6.8%

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計 (H20.3推計)」

資料31



	実数 (1000人) 又は割合 (%)			10年間の増加率 (%) 又は割合の変化 (ポイント)		
	平成2年	H12年	H22年	H2年~H12年	H12年~H22年	H2年~H22年
総人口	123,611	126,926	128,057	2.7	0.9	1.04
15歳未満人口	22,486	18,472	16,803	-17.9	-9.0	0.75
15~64歳人口	85,904	86,220	81,032	0.4	-6.0	0.94
65歳以上人口	14,895	22,005	29,246	47.7	32.9	1.96
75歳以上人口	5,973	8,999	14,072	50.7	56.4	2.36
25~29歳未婚率(男)	64.4	69.3	71.8	4.9	2.5	7.4
同(女)	40.2	54.0	60.3	13.8	6.3	20.1
30~34歳未婚率(男)	32.6	42.9	47.3	10.3	4.4	14.7
同(女)	13.9	26.6	34.5	12.7	7.9	20.6
一般世帯数	40,670	46,782	51,842	15.0	10.8	27.5
1人世帯数	9,390	12,911	16,785	37.5	30.0	1.79
うち65歳以上	1,623	3,032	4,791	86.8	58.0	2.95
うち65歳未満	7,767	9,879	11,994	27.2	21.4	1.54
夫婦のみの世帯数	6,294	8,835	10,244	40.4	15.9	1.63
うち65歳以上親族あり	2,218	3,977	5,525	79.3	38.9	2.49
施設等世帯人員	1,742	1,973	2,512	13.3	27.3	2.49
うち65歳以上	640	1,024	1,211	60.0	18.3	1.89

資料:総務省統計局「国勢調査」各年分

資料32

### 「国土の長期展望」中間とりまとめ 国土審議会政策部会長期展望委員会

- ・国土交通省が2011年2月21日に発表
- ・この展望には、震災前の報告であるが、防災の視点も含まれている。
- ・そこでこの「とりまとめ」を参考に郊外都市の将来の姿の予測を見ていきたい。

資料33

もう1つ、やや衝撃的なお話をしたい。高齢者は結構資産を持っているのだから、社会保障をあまり充実させずに、自分である程度お金を払って、社会保障を受けるというような仕組みを導入したほうがいいという方が一部おられます。具体的に言うと、例えば介護報酬をある程度自由に設定できて、豊かな方は少しせいたく介護サービスを受けるというような方向を目指すのがいいというようにおっしゃる方がございます。

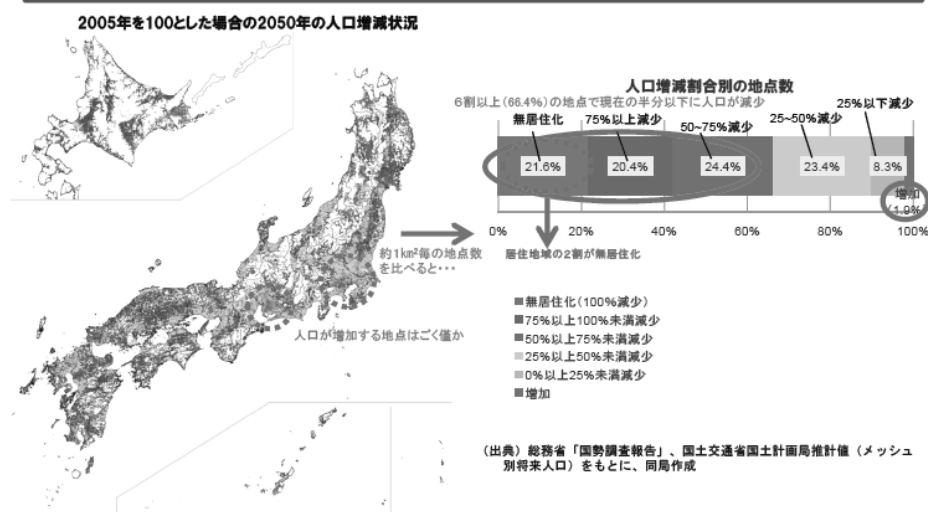
ところが、そのような意見に関して、わたしはここでお見せしているデータを作成して、衝撃を受けました。それは、高齢者だけではなくすべての世代を含めた1世帯当たりの家計資産、これは高齢者もほとんど同じで、あとでこのような数字ではない形で紹介しますが、東京都では、この1世帯当たりの家計資産が5,909万円平均、一番低い北海道は1,112万というような状況です。少し余談ですが、沖縄は特殊です。沖縄では、1世帯当たりの家計資産はかなり低いわけですが、高齢者比率はかなり低くて、出生率は相当高いという現状がございますので、1世帯当たりの

家計資産が他の都道府県に比べて低いという問題を単純に考えるということは難しいと思います。変な言い方ですが、とにかくお金持ちは、ほとんど東京周辺の地域に集中している。このことは、家計資産は土地、住宅の資産を含んでおりますので、ある意味、当然ではあるのです。しかし、当然だと言いながら、当然のことを理解すると、東京周辺の高齢者の方々以外に関しては、今言ったような自由化をした場合に、医療や介護の需要をされるという可能性は大変低いと考えるべきではないかと思います。(資料37,38)

最終的に、今の暫定的な計算結果をお見せいたします。資産額というのは、消費額にあまり大きな影響を与えません。所得額が重要であります。もちろん年齢要因が重要で、先ほど申したように、今、日本の金融資産に限定すると、高齢者が6割程度持っているという現状がございます。日本の今の課題の1つは、間違いなく、高齢者の消費をどのようにして誘発するかということであろうかと思います。しかし、そのためには、今わたしが申したように、自由にお金を支出されるような状

### 【図Ⅱ-1】国土の大部分で人口が疎になる一方、東京圏等に集中が起こる

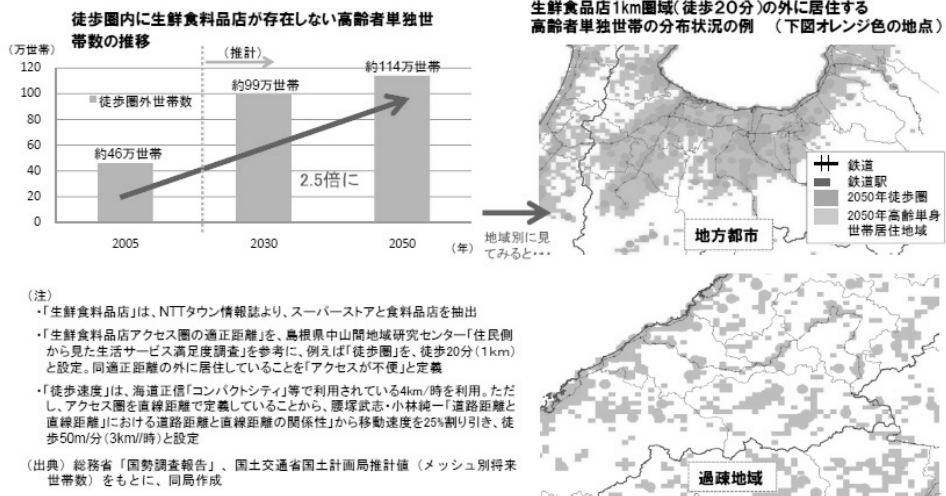
○全国を「約1km<sup>2</sup>毎の地点」でみると、全国的な人口減少率(約25.5%)を上回って人口が減少する(人口が疎になる)地点が多数となっている。特に人口が半分以下になる地点が現在の居住地域の6割以上を占める。  
○人口が増加する地点の割合は2%以下であり、東京圏と名古屋圏に多い。





### 【図Ⅲ-7】生活利便施設へのアクセスが困難な高齢者単独世帯が急増

○地域人口が減少し、人口密度が低下していく過程では、生鮮食品店などの身近な生活利便施設が、徐々に撤退していく。その影響が大きい高齢者単独世帯でみると、《徒歩圏内に生鮮食品店が存在しない世帯数》は、現在の46万世帯から約2.5倍の114万世帯に増加する。  
○徒歩圏内に生鮮食品店が存在しない世帯の分布状況は、例えば地方都市と過疎地域で異なる。

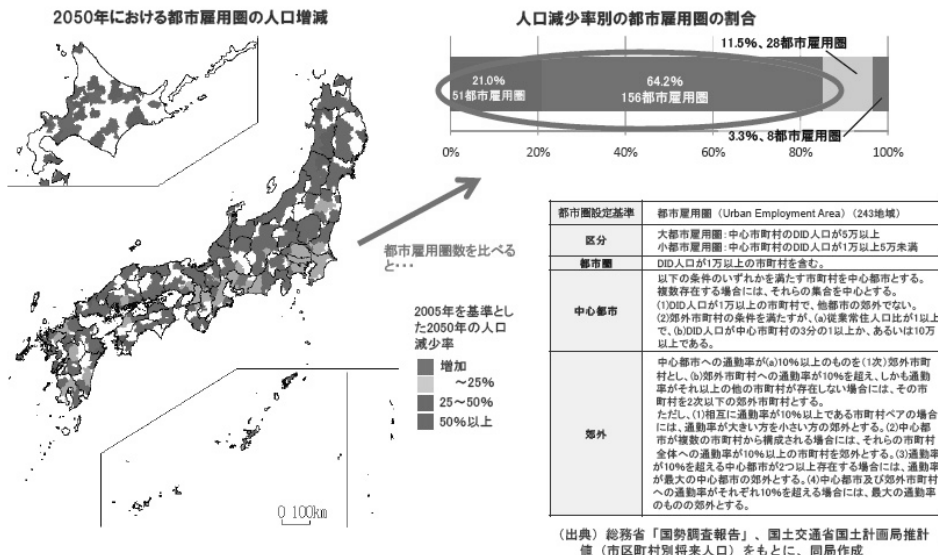


資料35

### 【図Ⅱ-4】都市圏レベルでも、多くの圏域で人口が大きく減少

○都市圏レベルの動向を《都市雇用圏》単位でみると、全国的な人口減少率(約25.5%)を上回って人口が減少する圏域が約8割を占め、このうち約2割は半分以下の人口になる。

(注)「都市雇用圏」は中心市とその通勤圏からなる圏域



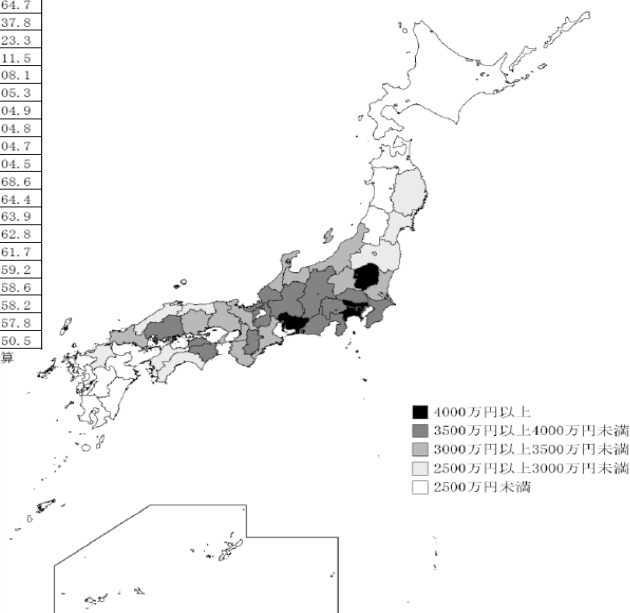
資料36



図Ⅲ－１ 都道府県別１世帯当たり家計資産（二人以上の世帯）－平成21年－

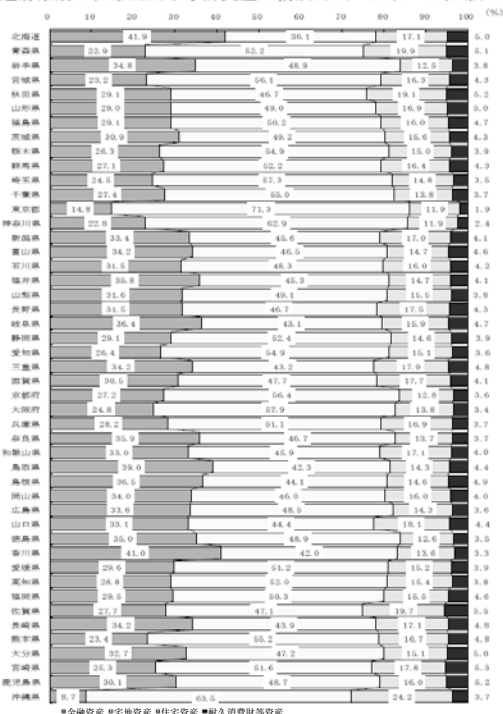
順位	都道府県	家計資産 (万円)	地域差*
上位 10県	1 東京都	5909	164.7
	2 神奈川県	4943	137.8
	3 愛知県	4423	123.3
	4 栃木県	4001	111.5
	5 香川県	3880	108.1
	6 奈良県	3779	105.3
	7 千葉県	3764	104.9
	8 滋賀県	3759	104.8
	9 静岡県	3757	104.7
	10 埼玉県	3749	104.5
下位 10県	38 大分県	2460	68.6
	39 熊本県	2309	64.4
	40 宮崎県	2292	63.9
	41 佐賀県	2253	62.8
	42 秋田県	2215	61.7
	43 長崎県	2125	59.2
	44 沖縄県	2102	58.6
	45 鹿児島県	2087	58.2
	46 青森県	2074	57.8
	47 北海道	1812	50.5

\*全国平均（3588万円）=100として換算



資料37

図Ⅲ－２ 都道府県別１世帯当たり家計資産の構成比（二人以上の世帯）－平成21年－



資料38

況を作るというよりも、やはり社会保障、医療をしっかり安心できるものにして、国民、特に高齢者が安心して過ごせるような状況をどのように作るかということに尽きるのではないかと考えております。(資料39)

最後に1つ、問題提起をしたいと思います。先ほど省略したのですが、先ほどのグラフでお分りのように、場合によっては、これからはますます東京に人が集中するという可能性はないことはありません。しかし、わたしは、恐らくそうはならないのではないかとこのように思っておりまして、これはあくまで問題提起でございます。東京集中という予想が正しいのかどうかという辺りのことも、これからわたしも社人研としても、課題として検討してまいりたいと思っております。(資料40)

話の内容が広がって大変恐縮ですが、この後、わたしの話を当研究所の研究者の皆さんに資料に基づいてきちんと補っていただくという前提で、お話をさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。

(にしむら・しゅうぞう 国立社会保障・人口問題研究所長)

### 都道府県別に見た 1世帯あたり家計消費の動向

- $C = 180 + 0.6Y + 0.2W + 0.07 \text{年齢ダミー}$  C:消費支出、Y:年間所得、W:家計資産額
- 資産額は消費額にあまり大きな影響を与えず、所得額が重要、
- しかし年齢要因は重要

資料39

### 東京集中の予想は正しいだろうか？

- 予想は難しい、しかしいずれにせよ、高齢者の移動は少ない。
- したがって都道府県別の資産格差は、当面あまり縮小しない。
- 格差縮小より、非経済的要因で、住みよい地域を作ること、
- 消費税によって、地域間の再分配を図ること、などが重要。

資料40

## 先進国に相応しい安定感ある社会の構築 ——多様な主体の参加による地域づくり——

奥 野 信 宏



ご紹介いただきました奥野です。社会保障も人口問題もわたしもの大きな関心事ですが、国立社会保障・人口問題研究所につきましては、これからの活動にも大きな期待を寄せています。

お手元のレジュメ（P38に掲載）を参照しながら聞いていただければと思います。先ほどの西村所長の話にもありましたように、日本経済はやせ我慢の20年とか、失われた20年とか言われていますが、経済は段階を追って発展します。ごく簡単化してお話ししますと、最初の第1段階は、国全体のパイを大きくする時期です。日本でいうと高度成長期で、昭和30年代から40年半ばぐらいまでの時期に相当します。その次の2段階目は、大きくなったパイを分配することに関心が集まる時期で、日本ではおおよそ昭和40年ごろから昭和50年代半ばが該当します。第3段階は、所得レベルが上がり、分配も適当なバランスが取れて、それが維持される段階で、昭和50年から60年頃の時期です。これで発展のひとつのサイクルが収束しまして、新しい発展のサイクルが、高くなったレベルを前提に始まるわけです。

日本でも昭和60年頃、1980年代半ばから確かにパイは大きくなりました。大きくはなりましたが、見せかけのパイが大きくなっただけで、間もなく破裂してしまいました。バブルです。その後は、パイを大きくすることも、分配することもままならず、うつうつとした20年が過ぎているというこ

とだと思います。

政府は経済成長戦略を掲げておられます。成長のためのマクロ・ミクロの経済政策は大事ですが、今日は視点を変えて、国土政策の観点からしなやかに強い国をどうつくるかという話をさせていただきます。効果が出るのに時間はかかると思いますが、3つのことが大事ではないかと思っています。

1つは、きょうの直接のテーマですが、多様な主体の参加ということです。1人ひとりの力を生かすことのできる仕組みを社会に作っていくということです。

2番目は、都市圏の魅力の向上についてです。日本の経済を引っ張るのは都市圏です。地方も大事ですし、中山間地も大事ですが、引っ張る役割を担うのは都市圏、特に大都市圏です。大都市圏の国際競争力をどう高めるか、これが2番目のテーマです。

3番目は、広域都市圏の自立です。今では、先進国の一つの国に相当するほどの経済力を持つまでに成長した各ブロック圏の自立をどう図るかです。

大都市圏の魅力を高めることについても、広域都市圏の自立についても、多様な主体の参加が鍵を握っていると思います。今日は、そういうことを中心に、時間の許す範囲で話を進めさせていただきます。

### 市場経済における新しい公共

ここ数年、特にリーマンショックの後ですが、行き過ぎた市場主義とか市場原理主義などの言葉

が頻繁に聞かれるようになりました。市場原理主義という言葉が経済学にあるわけではありませんが、市場経済に対する不満の表れだと思います。

市場経済というのは、人類の知恵の結晶のような素晴らしい制度だと思いますが、完全に機能してもできないことはあります。例えば格差の問題は、その典型です。格差は市場自身が作りだしたことで、それを是正する機能は、保険市場のように市場にも備わってはいますが、作り出す機能の強さに比べれば力は微々たるものです。これを、われわれは市場の失敗と言っています。それを補完するのは行政の役割ですが、行政も予算や人手の不足、あるいは公平性の縛りなどがあって、やはりできないことがある。これを政府の失敗と呼んでいます。

市場と行政が機能するには、それをベースとして支える社会が必要です。わたしは社会学については素人ですが、今日の会合には専門家もおられて恐縮ですが、社会というのは、つまるところ、人と人とのつながりだと思います。

日本の地域には、かつては人のつながりがしっかりとありました。しかし、高度成長の過程で弱体化し、地域のよっては崩壊してしまいました。私ごとになりますが、私は、先ほど西村所長からお話のあった中国地方の中山間地の出身で、昭和40年過ぎには過疎化がどんどん進んでいました。間もなく日本の農村は社会として機能を失くなると言われていましたが、それが意外と早くやって来まして、昭和50年ごろには、全国のいたるところで集落として機能しない農村が出てきたわけです。

他方、大都市は大都市で、地方から人が集まってきましたが、マンションに住んで、隣の人のこともよく知らないまま日々の生活を送ることが常態化しています。多様な主体の参加、あるいは新しい公共ということには、人と人のつながりを再構築していこうという問題意識があると理解しています。

### 交流・連携が生み出すダイナミズム

最初に、第1番目の多様な主体の参加について

話をさせていただきます。先ほど西村所長から、国土形成計画の話が出てまいりました。これは第6次の国土計画です。歴代の国土計画の基本理念を、私は「交流・連携が生み出すダイナミズム」と表現しています。経済で価値を生み出す源泉は労働、資本、技術開発等々でどれが本質的かはイデオロギーにもよりますが、交流・連携は価値を生み出す重要な要素です。これが基本理念ですが、その中味は時代とともにハードの整備から多様な主体の参加へと大きく変わってきています。

最初の国土計画は、名前をお聞きになった方もあるかと思いますが、昭和37年の全国総合開発計画（全総）です。次いで昭和44年に新全総が作られます。このときの日本は高度成長期で、テーマは大都市圏を成長の核にするということの他に、発展の成果をいかに地方圏に波及させるかということがありました。そのため、地方圏に開発拠点を設け、大都市圏との交通網を整備して、それを実現するということでした。全総は拠点開発構想、新全総は大規模プロジェクト構想と呼ばれています。

3全総は昭和52年です。この時には日本は高度成長が終わって、安定成長期に入っていますが、日本の問題は、先ほど申し上げた過疎・過密の解消でした。それを実現するために、地方圏に働く場を設け生活環境を整備して定住を促すことが主なテーマでした。この計画は定住圏構想と呼ばれています。ここまではハードの整備が中心です。

4全総が昭和62年に作られますが、このときには、それまでの計画と異なって、計画の中に多様な主体が参加して地域と国土を作る、という内容の文言が入ってきます。

平成10年の5全総ではさらにそれが具体的に なりまして、地域住民、ボランティア団体、NPO、民間企業等の多様な主体の参加により、地域をつくるという考え方が入ってくるわけです。

第6次の国土計画が国土形成計画です。全総が第5次を最後に廃止され、新しい法律のもとで作られました。最終的に完成したのは平成20年です。国土形成計画では多様な主体は、新たな公と呼ばれていまして、ハードの整備と新たな公の育成が、

国土政策の2本柱の位置づけになっています。今日の国土政策も、この二つが柱として実行されていると理解しています。

国土形成計画では、5つの基本戦略が設定されています。その1つが新たな公の育成で、他の4つをベースで支えるという位置付けがされています。他の4つと言いますのは、レジュメにありますように「東アジアとの円滑な交流・連携」、「持続可能な地域の形成」、「災害に強いしなやかな国土の形成」、「美しい国土の管理と継承」、それを基盤として支える、「新たな公の育成」ということです。最初の4つにはそれぞれハードとソフトが対応します。

まず東アジアとの円滑な交流・連携ですが、そのためには、国際空港や国際港湾、それへのアクセス道路の整備などが当然必要です。ソフト面については、私は大学教師をしていますので、留学生問題を取り上げてみますと、1980年代半ば、中曽根内閣の留学生10万人計画以来、日本に来る留学生が急速に増えてまいりました。その過程で、政府はいろいろな施策を実行しました。国立大学を中心に、各大学に留学生のための寄宿舎を整備する、留学生センターを作る、留学生担当教官を各学部に配置する、東西に語学の研修センターを作る等々で、いろいろなことが実施されました。しかしそれだけで就学環境が整うわけではありません。市民の皆さんの力が大きかったと思います。

企業が留学生のために社員寮の一部を提供したり、奨学金を出したり、企業見学に連れて行って日本の企業を見せる活動などが行われています。市民の皆さんが留学生を自宅に招いて夕食を提供するなどして、日本の家庭の雰囲気や文化を味わってもらう活動などもありますし、市民団体が留学生のためにバザーを開催されるなど、いろいろな活動があって、留学生の勉学環境が整い、日本への理解が深まるということです。

次の地域の持続的な発展ですが、これは先ほど所長からも話があった通りですが、地方圏でも大都市圏でも、全国で多様な取り組みが展開されていて、それらがなく、日本の各地域は動いていけないという状況になっています。

次の災害に強いしなやかな国土ですが、東日本大震災が起きました、現地に行きますと絆や人のつながり強調されていて、復旧・復興のためにそれらが大事だと言う認識が共通になっているように思います。私は名古屋に住んでいます、特に印象に残っているのですが、3・11のちょうど半年前、NHKが伊勢湾台風50年という1時間15分の特別番組をNHKスペシャルとして放送しました。昭和34年に伊勢湾台風が中部地方を襲いまして、名古屋を中心に5000人以上の方が亡くなっています。特別番組のなかで、専門家の方が名古屋港には8メートル程度の防潮堤が必要だと言っておられましたが、もう1つ放送の中で印象に残ったのは、自治会等々が機能していたところでは復興が早かったということです。新しい公共の活動は昔から大事だったということだと思います。

4番目は美しい国土の管理と継承です。山が放置され荒れていますし、棚田もどんどん崩れて行っています。そういうところに市民の皆さんが入って行って維持管理に努力しておられます。現在の状況では、維持管理できるのは全体の限られた一部でなかなか手が回らないというのが正直なところだと思いますが、市民による国土の維持管理は今後、ますます重要性を増すと思います。

交流、連携が大事だということを申しあげてきました。私も随分いろいろなところにお邪魔して、取り組みを拝見していますが、大都市圏でも中山間地でも同じですが、高齢の女性が一人で生活し孤食に耐えておられるように見受けられる事例は多くあります。その方々が、外で活動しておられる他の方々と繋がりができて話ができるようになると、それだけでも表情が途端に明るくなります。死ぬまで付き合える人ができたというような感想を述べられますが、そのような地域の取り組みがありますと、また別の地域の取り組みとの交流・連携が生まれ、取り組みによっては世界との交流・連携が生まれる。そのように拡大をしていくことが期待されます。

先ほど国土形成計画で多様な主体を新たな公と呼んだと申し上げました。先の自民党政権の最後

の骨太の方針では、新たな公の育成を国の基本戦略に位置付けるということが最初に述べられています。民主党政権になって新しい公共と呼ばれましたが、私は名前には特にこだわりはなく、新たな公でも、新しい公共でも、新しい民間でもよいのではないかと考えています。

新しい公共の内容として、レジュメに書きましたが、「公共心を持って、社会で必要とされるサービスを提供する活動や活動の主体、それらの意義を評価する価値観」と、いたって大ざっぱな書き方をしました。先ほどの西村所長の話ではありませんが、これくらい大ざっぱなところで話を進めたほうが、いろいろなことを取り込んで議論ができるし、視野も広がって良いのではないかと考えています。

#### 新しい公共の4つの役割

新しい公共の役割を、私は4に整理しています。1つは、行政機能の代替です。行政が提供しているサービスを、自らの意思で住民に提供する活動です。該当する取組は多様ですが、レジュメには河川の維持・管理、災害対応、旧役場機能の代替等々を挙げています。例えば道路ですが、現在では少し広い道路ですと道路沿いの道路用地に花が植えられているのに良く出会います。これらは、多くは市民や企業のボランティアの取り組みです。また道路の横に民地があるときには、それも一緒に道路予算で整備して公園にし、地域住民や企業がボランティアでいろいろな面白い内容を盛り込んで維持管理されていますが、そのような取り組みもあります。

旧役場機能の代替についてですが、大型合併で、旧町村が吸収合併されたような地区では、役場の機能は大幅に低下しています。支所になって、年金相談や死亡届の受付ぐらいはできるのですが、地域のことについて企画・立案し、それを実行するような機能は大幅に弱くなっている。しかし、そのようなところでも、役場や農協のOBの皆さんが、行政に代わって、随分活躍しておられるのを見かけることがあります。

2番目が行政の補完です。行政が提供すべきだ

とまでは言えないが、公共的価値の高いサービスを提供する活動です、レジュメでは、古民家の再生、地域文化の保存、地域での子どもの教育、介護等々を挙げていますが、この範疇には行政の代替にも増してたくさんの取り組みが含まれます。実際、これらの活動がないと地域は動いていかないう状況です。

古民家の再生の例を挙げたいと思います。全国でたくさん行われていますが、例えば、福井市から永平寺の方へ行く電車の終点に勝山市があります。ここは恐竜の化石が出てきたところで、素晴らしい化石博物館があります。わたしは、専門知識は何もないのですが、恐竜が好きで、ニューヨークに行った時には自然史博物館の最上階の恐竜コーナーによく行っていました。勝山に出来たときにも早速行ってみましたが、こちらのほうがニューヨークのよりもずっと素晴らしいと素人として感じました。この勝山からさらに15キロほど奥に入ったところに、小原地区があります。旧小原村ですが、日本有数の豪雪地帯です。昭和40年頃には150人ぐらい住んでおりましたが、人口が次第に減少しました。数年前に大豪雪がありまして、多くの民家が壊れ3年ほど前には、2世帯、高齢者がお二人しか住んでいない地域になりました。

そこの民家は、豪雪地帯ですから面白い造りになっています。「うでき」といって2階のベランダが広く造られていて、そこでいろいろな作業や干し物ができるようになっていますし、家の中にもいろいろな工夫がこらしてあります。それらの文化がなくなってしまうということで、福井工大の建築学教室の先生が、学生と一緒に古民家の復元に乗りだされました。他の崩れた民家から持ち主の許可を得て部材をもらい受け、夏休みを使って再建しておられる。大学の建築学の先生も大工仕事はできませんから、名古屋から宮大工の人が土日に行っては、学生を指導しておられました。

学生が夏にその地域に住み着いて、いろいろなことをやっているうちに、そこに残っておられる2人の高齢の女性と親しくなり、学生ですからイ

ンスタントラーメンばかりを食べていたらしいのですが、その2人が食事の世話をしてくださるということもあったと聞きました。

また、学生が公民館の倉庫を覗いてみたら、いろいろな面白い物が出てきた。例えば山岳茶、高いところでできるお茶ですが、それを見つけた。それから祭りのいろいろな道具や祭りの音楽のテープが出てきました。テープといってもカセットではなく、昭和30年代初めのソニーの大きなテープのことで、それから外ではシシ垣、イノシシ除けの石垣も現れました。草に覆われていますが、草をどけてみると、立派な石垣がずっと続いている。最近のイノシシ除けは、錆びたブリキ板が田畑の横に設置されていますが、大変立派なシシ垣です。学生がそれらに関心を持って整理しているうちに、出ていった人も関心を持って土日帰ってこられるようになり、その家ができたら一緒にエコツーリズムをやろうというようなことも言っておられました。

地域での子どもの教育については、地域の女性による子供達への昔話の読み聞かせや、昔の遊びなどを教える取り組みなどです。介護についても例えば命見守り隊というような名称で大都市圏でも中山間地でも行われています。高齢者が一人でお住まいの家庭で、普通の生活が営まれているか、例えば洗濯物が干してあるか、外に出ていらっしゃるかを、それとなく見て、それがない場合には都市圏のご家族に連絡をするような活動です。

3つ目が、民間領域での公共性の発揮です。これは、ビジネス的な色彩が強い事業に公共的な価値を付与して住民に提供する活動です。2番目の行政の補完の中で、例えば特産品の開発・販売が成功しますと、3番目のソーシャルビジネスになるというようなこともあります。観光資源の発掘や2地域居住もあります。2地域居住は、リーマンショックや3・11があり、若干下火になっていますが、その前までは特に首都圏では千葉県沿海沿いや山梨県などではかなり盛んで、ビジネス化するところも出てきていました。後でもう1度触れますが、大都市圏でのエリアマネジメント、街づくり等々でも増えてきており、急速に日本でウ

エートを増してきています。

4番目が、中間支援機能です。これは、民間の取り組みの支援や、官と民、民と民の触媒機能です。地域の女性が集まってソーシャルビジネスを始めるといってもノウハウがなく、気持ちはあっても何をどうすればよいかわからないことは普通にありますが、それを支援する。

触媒機能も大事です。エコツーリズムを始めるといって古民家を再生しても、お金を取って人を泊めるとなると、旅館関係の法律が関係しますし、食事を提供するには保健所の許可が、マイクロバスで送り迎えをすると運送関係の許可が必要で、どぶろくなどを出すとも怒られますし、いろいろな規制があって、ひとつ間違えると幾重にも法律を犯していることになる。その辺りのお世話もします。

行政の補助金の取得も活動では大事ですが、田舎でパソコンにさわったこともない高齢者が活動を始めて行政の補助金を得ようと思っても、書類を書くのは大変です。セミナーには行政の方もたくさんお見えで恐縮ですが、行政は、書類に少しでも不備があると受け付けてくれない。それをお手伝いすることもあります。

民間と民間との触媒の役割も大事です。NPOが相互に交流連携すれば、活動が広がり成果もあるということが分かっている、そのような取り組みをどこでやっているかの情報がないとか、関係をつけることが出来ないというようなこともあります。このような中間支援機能の活動も、ここ数年ですが、急速に存在感を増している分野です。

### 育成が課題

新しい公共については、育成が課題です。アメリカでは、ボランティア活動が盛んですが、これには地域の教会や宗教が背景にある場合が多くて、そういう意味ではかなり強い基盤を持っているわけですが、日本ではそういうものは強くありません。NPOの中心になっておられる方は立派でも、この人が活動できなくなるとどうなるのかについて見通しがたたない。そのため、行政も10

～15年と一緒に協働で連携しながら事業を実施することに躊躇する。それらをどう育成するかが大事になっているわけです。

第1は、人材の育成です。中山間地域でも大都市圏の大学を出た人が入って活動しておられるのに出会うことがあります。そのような人たちに話を聞きますと、楽しいし、給料は安いがそれはいい。しかし、将来のキャリアパスが見えなくて、夜になると胃が痛むといったこともおっしゃる。取り組みの仲間同士で結婚されて、子どもさんがいらっしゃるような方は、自分たちは楽しくていいのだが、子どもが大学に行くとき、あるいは家を建てなくてはいけないときにどうしていいか、それが困るというようなことを言われる方もおられます。

人材教育については、やはり大学が大事だと思います。全国の大学で、公共政策学部や地域政策学部などの学部や大学院がここ数年、急速に増えています。私は今、総合政策学部という学部にいますが、そのようなところで、そういう人たちに来ていただいて教育し、博士号を授与するようなことが大事だと思います。それにより大学でポストを得たり、経済団体や役所等の専門スタッフとして職を得て、地域の活動に関わっていただけるようなキャリアパスができてくることが求められていると思っています。

第2は資金です。日本でもNPOバンクが1990年代半ばから出始めています。最近はまだ少し動きが出てきていますが、あまり活発とは言えない。むしろ、これも最近ですが、信用金庫の動きに注目しています。東京では、西部信用金庫や多摩信用金庫の活動です。信用金庫は、営業地域が決まっています。ソーシャルビジネス的な取り組みを住民グループがおやりになるとき、気持ちだけはあるのだけれども、品質管理やマーケティングの仕方、帳面のつけ方が分からないとか、資金をどう調達すればいいかが分からないというようなことがあります。そのようなノウハウの支援をしておられます。また信用金庫の中のコーナーを事務所として提供したり、ものになりそうな取り組みについては資金を提供することも始められ

ました。

それから労働金庫です。労金は事業の立ち上げ資金の提供はできませんが、それ以外の事業の実施、運営支援については熱心にやっておられます。特に近畿労金や東海労金などは熱心です。本当はメガバンクがこのような分野に入っていただくと良いのですが、理解がなかなか行き渡らない状況にあります。

### 経済効果

先ほど経済への効果ということが、西村所長の話の中でも出てきました。新しい公共に雇用での経済効果がどのくらいあるのかということです。が、もともと新しい公共についてはデータが不足していて、その中で政策が行われている。NPOの数のデータくらいですと、最近はどのくらい増えているのか、分野はどうかはすぐに掴めますが、それから先の話になってきますとデータが不十分です。きょうは山内先生がいらっしゃっておられますが、個々の研究者が個別に事例を積み重ねて推測しているのが実状だと思います。

そうした中での話ですが、経済産業省がソーシャルビジネスについての効果という、日英の比較のデータを出しておられます。新しい公共の中でのソーシャルビジネスの部分だけですが、2008年の雇用者数は日本が3.2万人、イギリスは2005年について77.5万人、大体24倍になります。市場規模ですが、そのときのレートで日本が2400億、イギリスが5.7兆円、やはり約24倍です。イギリスと日本の経済規模を比較しますと、楽観的な話になるかもしれませんが、日本でもソーシャルビジネスだけで100万人ぐらゐの雇用があっても不思議ではないと思っています。

### 大都市圏と地方圏の意識の断絶

私が前に書いた本の中で、大都市圏と地方圏の意識の断絶というような表現を使ったことがあります。私も東京で、役所やその他の会議に出る機会が良くありますが、東京での議論を聞いていると、一極集中は良いことだという理論武装をしているようにしか思えないこともあります。日本の



文化は、華のお江戸のど真ん中でポツと生まれて、海外に輸出されるものだと思っていらっしゃる。私はそれは違うと思います。日本の各地の町筋・谷筋ごとに文化があって、参勤交代などで江戸に集まって融合してきたのが、日本の文化だと思うのです。その辺りが忘れられているのではないか。日本の文化の中で、地方の文化がどのような意味を持っているかということは、多分、東京の若い人には、ほとんど理解されないのではないのでしょうか。

その理由は何なのだろうと思って、統計を見ました。東京都の統計ですが、東京近辺で生まれ育って、現在首都圏に住んでいる人の割合は、1990年について、30代前半の世代で約58%でしたが、10年後には約72%と増えています。政府の人もそうだと思うのですが、首都圏で生まれ東大を出られて、役所に入られる。大変に優秀で地方のこともよく勉強されますが、お腹にストンと落ちた理解ができていないと感ずることがあります。大都市圏と地方圏のつながりなどについても、新しい公共の活動に大いに期待しているところです。

### 都市圏の街づくりにおける新しい公共

次のテーマである都市圏の魅力づくりと広域圏の自立、それらと新しい公共の関係について、急いで申し上げたいと思います。これから日本が発展のサイクルを再始動するためには、都市圏、特に大都市圏が国際競争力を持たなくてはなりません。東京はロンドンやニューヨークと並ぶ魅力ある都市だと思っていますが、最近のビジネス拠点としての魅力度の調査などを見ますと、上海やシンガポールなどに遅れをとっていて、10年後にはさらに差が開くというようなことが言われています。それはなんとかしなくてははいけません。

まちづくりの4つの視点と書いています。読むだけにしますが、ビジネス活動が効率的に行える街、高齢者にも住みよい街、国際的に活用される街、歴史や文化が感じられ、環境に優しい街の4つです。これらのことについて、新しい公共の活動が期待されます。

東京の例をいくつか挙げます。1つは、東京丸

の内です。丸の内は東京駅から皇居に向かう道も地下の空間も道路ですが、三菱地所が中心となり東京都と協働で、整備し運営しておられます。この地区の最近のブティック街はニューヨークの5番街よりも素晴らしくなっていると感じていますが、幅の広い歩道もかなりの部分は民間の土地です。あの辺りを歩くと、入って休めてパソコンが使える場所がいくつか無料で提供されています。循環バスも走っている。中心となっておられる三菱地所にとってはビジネスにもなるのですが、それだけではなかなかできることではない。公共の心を持って取り組んでおられるのだろうと思います。

柏の葉キャンパスは、つくばエクスプレスの途中駅で秋葉原から20分ぐらいでしょうか。三井不動産がホテル、モール、ショッピングセンター、マンションなどを開発しておられますが、東大の柏キャンパスや千葉大学の園芸学部の施設もあります。そこでは三井不動産や市民、行政、大学等が協働で一緒にまちづくりの活動をしておられる。この地域には、首都圏で働き引退されて、ふるさとお帰りにならずそのままお住まいの方がたくさんいらっしゃいます。お金も別に困らないし、体力もある。社会的な知識も経験も豊富で、何か社会に役立ちたいと思っている方が多くおられます。しかし、ソーシャルビジネスを立ち上げようにも、70歳近くになりますと、自分で投資リスクを負うことはできにくいわけで、共通のプラットフォームをつくって支援するということが行われていますし、その他にも住民や子供も参加した多様な取り組みが実施されています。

次に廃校の利用とありますが、東京でもここ10年間、三百数十校の公立学校が廃校になっています。一つの例ですが、世田谷区池尻の池尻中学校が廃校になり、そのあと、株式会社世田谷ものづくり学校が入っていて、起業の支援をしておられます。ものづくりといってもデザインで、ファッションのデザイン、産業デザイン、家具のデザイン、オートバイ、アニメ等々、いろいろなことが、学校の雰囲気を残したまま各教室で行われています。ここでは、2つのことが大きな目的に掲げら

れています。

1つは、学校の中のコミュニティを作るということです。自分の部屋に閉じこもらないで、いろいろな分野の人がいらっしゃるわけですから接触を保って新しい価値を作っていくということです。もう1つは、地域のコミュニティの核になることです。学校だったわけですから、もともと地域コミュニティの核でしたが、それがなくなってしまった。ですから、地域の方々や子さん方がどんどん遊びに来られるような工夫をしておられます。

次のちよだプラットフォームですが、これは竹橋のところです。元は千代田区の建物で、外郭団体が入っていたのですが、ちよだプラットフォームスクエア株式会社が10年間で借り受けて、ここも主に起業支援をしておられます。前の例と同じように、1つは、中のコミュニティを作ること、もう1つは、地域コミュニティの核になることが掲げられています。ウッドデッキが外にありまして、そこで各地域の物産展も催されていますし、神田祭のときには、御神輿がお休みになられる、御神酒どころというのでしょうか、そのような場所としても使われています。

ちよだプラットフォームは、利潤は分配せず同様の事業に再投資するとか、会社を解散するときに資産が残っていれば、出資者で配分しないで同じような取り組みをしているところに全部寄付するというようなことも、定款にうたってあります。

### 都市を支える広域都市圏

事例を挙げていると、きりがありませんので、最後に一言、広域都市圏の話をしたと思います。都市の魅力を高めるには、都市を含む広域圏が大事だと思います。例えば名古屋を考えますと、名古屋という中心都市があり、豊田というものづくりに特化した都市があり、高山という観光に強い都市がある。それが連携して機能しているのですが、連携して機能しているという意識は強くはありません。行政が互いに連携するのも簡単ではありません。その担い手は新しい公共です。

その動きとして、典型的な事例は歴史街道計画

です。歴史街道計画は関西の取り組みです。ご案内の人も多いと思いますが、1980年代の終わりから、もう二十数年活動をしておられますが、当時は、関西の府県の観光計画では、各府県の境界を越えた外側については白紙だったそうです。それでは関西の観光にならないということで、広域観光を始められた。取り組みは多様ですが、中間支援機能としては各地域で新しい公共の皆さんが取り組んでおられる活動をネットワーク化しておられます。

観光計画で隣県が白紙という意味では、中部でも2005年に万国博覧会である愛・地球博が開催されましたが、それまでは愛知県の観光計画も、隣県については白紙でした。関西の歴史街道計画は広域観光の嚆矢です。

次のGNIというのは、グレーター・ナゴヤ・イニシアチブといいまして、海外企業の誘致を中心に活動していきまして、企業、行政、大学、市民が取り組んでいるテーマ別の連携事業です。三遠南信というのは、豊橋・浜松・飯田の一带を指しています。幅広い分野について民間、行政、大学、市民の連携した取り組みが行われています。昔からつながりの強いところで、実施主体の協議会では、今は県と同じだというような感じも読みとれます。北九州一帯でも同じような取り組みがおこなわれています。こうした取り組みもすべて、中間支援的な機能を担う組織が新しい公共をネットワーク化することによって行われています。

今日は「先進国にふさわしい、安定感ある社会の構築」というテーマを掲げました。ほどよい成長に支えられた安定感ある社会の構築で鍵を握るのが、新しい公共、あるいは多様な主体の参加だと思っています。繰り返しになりますが、こういう仕組みを、新しく作ろうというのではなくて、日本には昔からあったのです。その日本のいいところにもう1回光を当ててみようということです。行政が新しい公共をつくるということではありません。多様な主体の参加は、高度経済成長の過程で弱体化しましたが、一方で新しい動きが各地でいくつも出ていました。それを支援しようという

のが、行政の新たな公であり、新しい公共です。今日、社会保障・人口問題研究所が多様な主体の参加をセミナーのテーマに取り上げられるたわけですが、大変重要なことで、5年かかるか、10年かかるか分かりませんが、育成していくことが必

要だと思っています。

ちょうど終了の合図が出ましたので、これで終わらせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました。

(おくの・のぶひろ 中京大学教授)

先進国に相応しい安定感ある社会の構築  
—多様な主体の参加による地域づくり—  
中京大学総合政策学部教授 奥野信宏  
平成24年10月22日

#### I 市場経済における行政と新しい公共

- 市場経済に対する批判的意見の噴出
  - ・市場機構は人類の知恵の結晶
- 市場も政府も失敗する
  - ・格差・孤独死問題等は市場の失敗の典型
  - ・行政の役割は市場の補完。しかし行政も失敗する。
- 市場機構と行政が機能するには基盤として支える社会が必要
  - ・高度成長期以降の地域社会の弱体化
  - ・新しい公共の育成には、人の繋がりを再構築する問題意識

#### II 交流・連携が生み出すダイナミズム

- 国土政策の基本理念
  - ・交流・連携は、経済で価値を生み出す源泉
  - (1) 国土政策における交流・連携の重点の変遷
- 全国総合計画（全総、昭和37年）、新全総（44）、3全総（52）
  - ・ハードの整備が中心
  - ・地方の拠点整備、地方圏と大都市圏を結ぶ交通基盤の整備
- 4全総（62）、5全総（平成10年度）

- 1 -

・「地域住民、ボランティア団体、NPO、民間企業等の多様な主体の参加による地域づくり」の考え方が加わった。

・「交流・連携」に「ハードの整備」に加えて、「人の繋がり」の意味が入ってきた。

○国土形成計画（第6次国土計画、平成20年）

・ハードの社会資本整備とソフトの新たな公が国土政策の両軸  
・新たな公が支える5つの基本戦略。「東アジアとの円滑な交流・連携」「持続可能な地域の形成」「災害に強いしなやかな国土の形成」「美しい国土の管理と継承」「これらを基盤として支える「新たな公」を基軸とする地域づくり」

○交流・連携の担い手としての新たな公

・地域内の交流・連携、国内の広域連携、海外との連携  
・参加は地域づくりへの貢献、人の生き甲斐にもなる。

○民主党政権で「新しい公共」の呼称を採用

・公共心を持って社会で必要とされるサービスを提供する活動や活動主体、それらの意義を評価する価値観を指す。

#### III 新しい公共（新たな公）の4つの役割

##### ①行政機能の代替

・行政が提供しているサービスを自らの意思で住民に提供  
・道路・公園・河川の維持管理、災害対応、旧役場機能の代替等

##### ②行政の補完

・行政が提供すべきとまでは言えないが、公共的価値の高いサービス

- 2 -

の提供

- ・古民家の再生、地域文化の保存、地域での子供の教育・介護等
- ③民間領域での公共性の発揮
  - ・ビジネス的な色彩が強い事業について、それに公共的な価値を賦与して住民に提供
  - ・ソーシャルビジネス（特産品の開発・販売、観光資源の発掘・事業化、2地域居住）、民間企業による街づくり・エリアマネジメント等
- ④中間支援機能
  - ・官と民、あるいは民と民の触媒・支援機能
  - ・重要性を増す中間支援機能
- 新しい公共の育成が課題
  - ・組織が脆弱（資金、人材）
  - ・大学の役割
- 雇用での経済効果
  - ・ソーシャルビジネスの関するデータ（経産省）
- 大都市圏と地方圏の意識の断絶と新しい公共への期待
  - ・街筋と谷筋の文化がつくる日本の文化

#### IV 都市圏の街づくりにおける新しい公共

- (1) 大都市圏の国際競争力の強化が課題
- (2) 街づくりの4つの視点
  - ①ビジネス活動が効率的に行える街、②高齢者にとっても住みよい街、③国際的に活用される街、④歴史や文化が感じられ、環境に優しい街

- 3 -

#### ○街づくりにおける新しい公共の活動

丸の内、柏の葉キャンパス、廃校の活用、千代田プラットフォームスクエア等

##### (3) 大都市を支える広域都市圏

- ・圏域内の諸都市の連携強化
- ・歴史街道計画、GNI、三遠南信地域、九州戦略会議等
- ・圏域内の各地域の新しい公共をネットワーク化

- 4 -

## 【問題提起1】

## 人口構造変化からみた地域の社会保障

佐々井 司



私からは、地域が主体となって社会保障を考察するうえで重要となる地域の人口動向についてお話しします。人口動態および静態は現在非常に多様な様相を呈しています。そのことを踏まえ社会保障のあり方を考

えないといけません。一方で人口学は長いスパンでものごとを考察する点において強みがあるのですが、そうした観点で地域の人口構造の変化をみた場合、全国的にその課題が今後一致する、つまり一つの形に収斂していく可能性があります。ただし、現状では多様な地域ごとの人口の形が将来に向けて収斂するとしても、全国一律に同じようなテンポで変化するわけではなさそうです。では、どのような接近の仕方をするのか。その過程で生じる課題についても触れておきたいと思います。このような人口変動のなかで地域の社会保障のありべき姿をどう考えていったらいいのかについて問題を提起できればと考えています。

私からの問題提起を要約しますと3点です。

まず第1に、短期的、狭域的な視点から地域別の人口構造を分析し、現状の多様性に応じた社会保障とは何なのかを考えること。

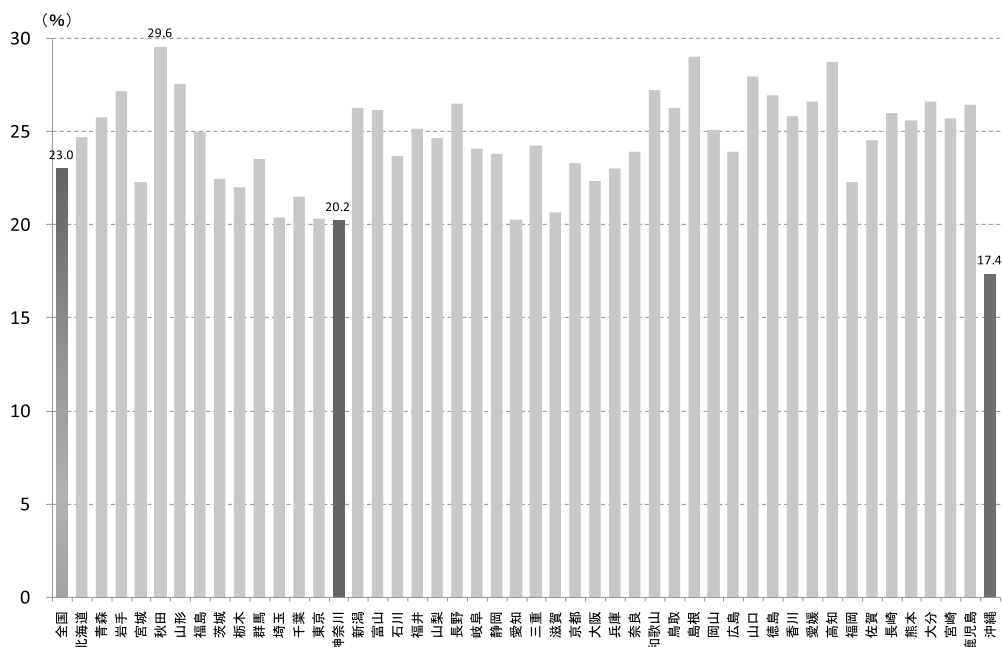
第2に、今後長期的には地域の人口構造が全国的に同じ形に収斂していく可能性があるなかで、広域において有効に機能する社会保障制度である必要があるということです。人口分布からみますと、今後、経済、その他の資源も同様ですが、パイ全体が縮小するなかで人口自体を地域間で分け

合う、少し適切ではないかもしれませんが敢えてこのように表現すると、人口再分配の余地が今後どんどんなくなってくる可能性があります。私たちの研究所の将来人口推計の結果からみても、その一端が捉えられます。今後日本全体の人口が地理的分布を変えていくなかで、個々の地域の人口内部構造がどのように推移していくのかについてもみていきたいと思います。

第3点は人口移動についてです。人口は通常一地点に留まっているわけではありません。つまり、ライフコースを通して人が移動するという不可避な要素を、地域の社会保障のなかにどう取り入れていくのか。そういった点についても議論ができればと思います。

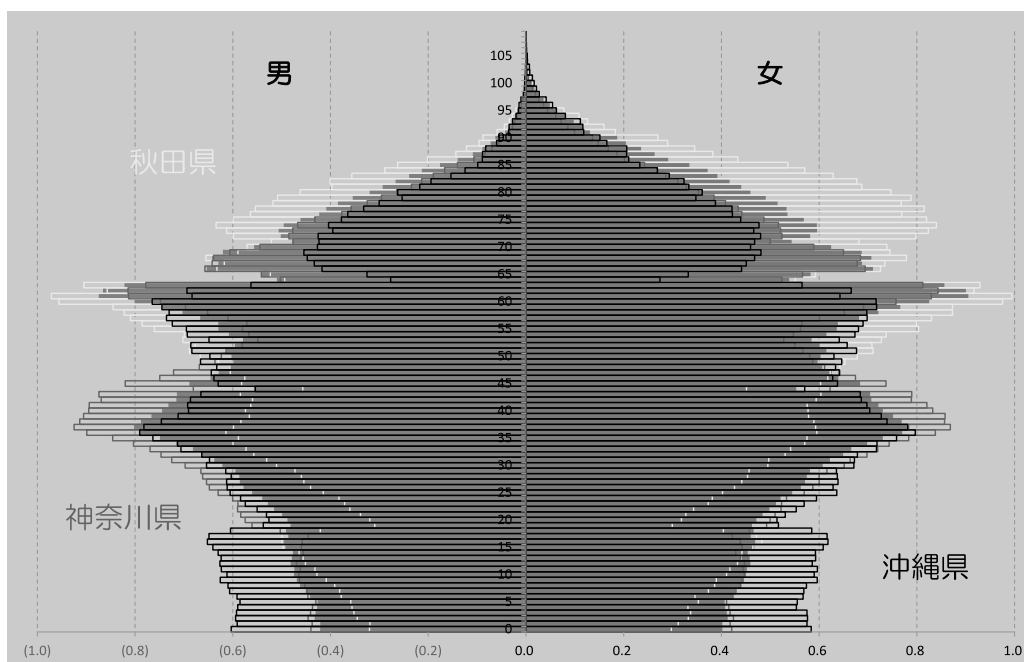
具体的にみていきます。まずは65歳以上人口の割合です（図1）。全国では現在、約23%です。都道府県別にみますと、30%に近い水準の秋田県で最も高齢化が進んでおり、神奈川県で20%程度と本州のなかでは最も低くなっています。沖縄県は神奈川県よりもさらに低く17.4%にとどまっています。これらの現状を比較すると、地域別の人口の形は多様だという見方ができます。

さらにこのように多様な人口の姿を、人口ピラミッドでみていきます（図2）。全国の人口ピラミッドに秋田県、神奈川県、沖縄県のそれを重ねてみると、高齢者割合の最も大きい秋田県でははっきりと高齢者の部分が大きく、若者や子どもの部分が小さいことが分かります。これに対して神奈川県は人口規模が大きいため全国に占めるシェアも大きく、ピラミッドの形も全国のそれと当然のこ



出典：総務省統計局『平成22年国勢調査』より作成

図1 65歳以上人口割合（2010年）



出典：総務省統計局『平成22年国勢調査』より作成

図2 男女年齢別人口構成（2010年）

とながら似てきます。それでもなお、若い働き盛りの人口割合が全国よりも大きくなっているということが分かります。一方、沖縄県の人口ピラミッドは、ちょうど人口の置換水準を保っているフランスやアメリカと非常に似た形、つまり釣り鐘型をしています。

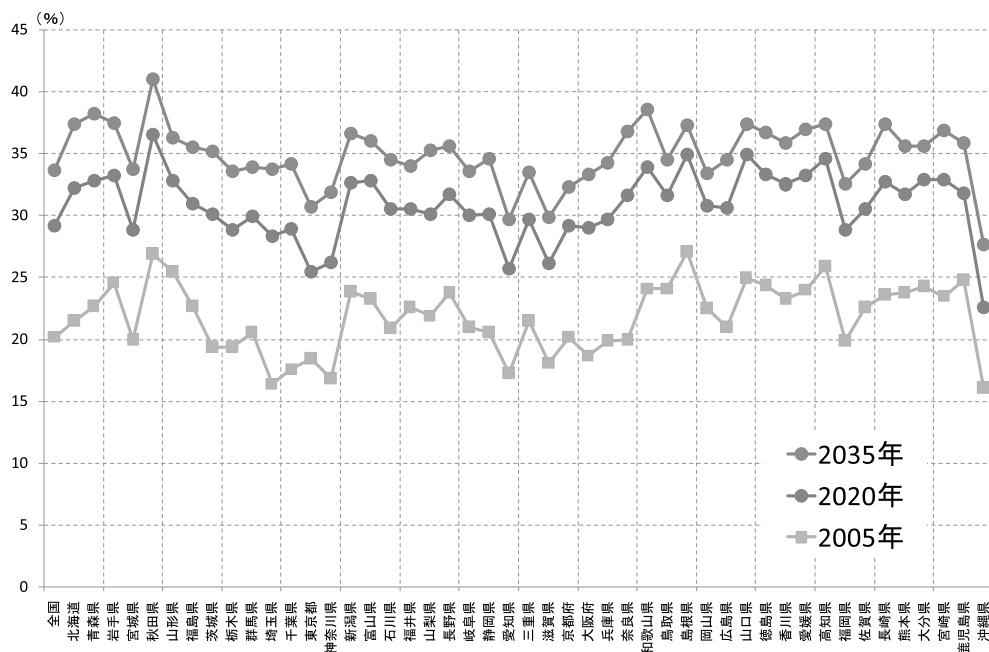
このように全国を含めて4つの例を取り上げるだけでも、人口構造の形はかなり違うことが分かります。

では、今後地域の形はどうなっていくのでしょうか。先ほどみた65歳以上人口割合の将来推移を展望してみましょう(図3)。研究所の地域推計は推計時点から30年後までを見通しています。2005年人口を基準とした平成19年5月推計では、最も遠い将来の推計値が2035年です。現状の地域間の違い、地域格差のようなものが、2035年の時点でもはっきりと現われています。

ここで注意していただきたいのは、推計の起点である2005年から、15年後の2020年における人口

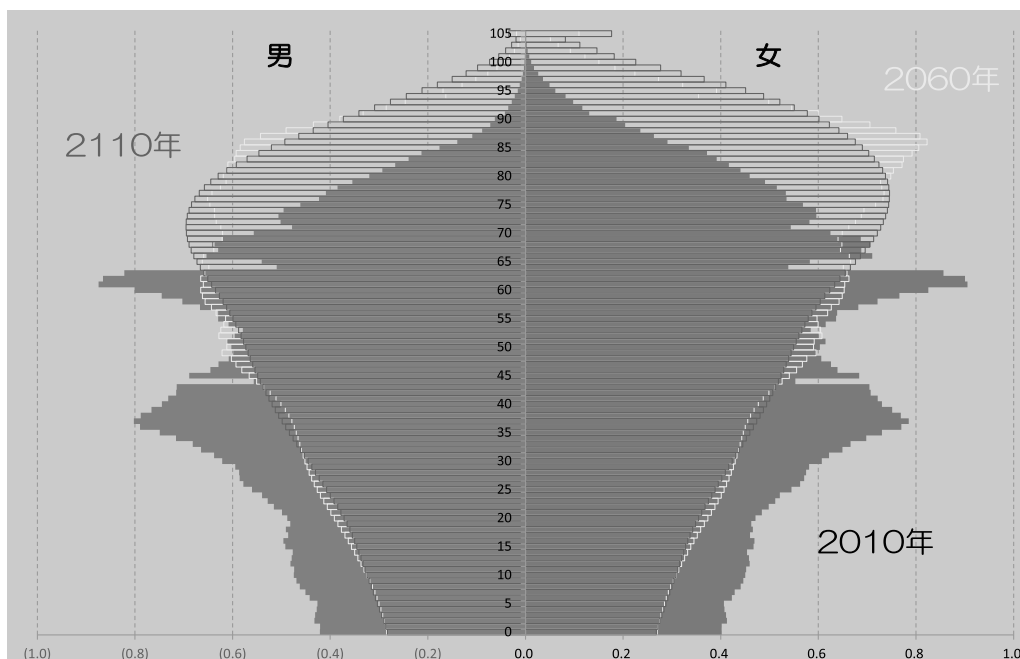
の姿と、2020年からさらに15年を経た2035年の姿を比較すると、この3時点の間隔が均等ではありません。換言すると、2005年から2020年の間隔に比べ、2020年から2035年の間隔が狭くなっています。これはつまるところ、遠い将来に向かうにつれて全国的に変化が起きにくくなり、地域間の状態の差が小さくなっていくことを表わしています。推計の仮定値にタイミング等は左右されますが、長期的にみまると、現在みられる地域間の格差、人口の違いが、どんどん全国値に収斂していきます。これがわたしたちが生きている、日本の姿です。われわれは、現在の人口の形をした社会のなかで、人口構造の条件の下でより良く生きるために社会保障の在り方を考えているわけです。しかし同時に、将来の人口の形を見据えた議論も必要になってきます。

それでは、全国の人口ピラミッドの形は今後どう変化するのでしょうか。50年後の日本の姿です。2060年、日本の人口は図4で示すような形になります。この時点で、日本の65歳以上人口割合は



出典：国立社会保障・人口問題研究所『日本の都道府県別将来推計人口』（平成19年5月推計）

図3 65歳以上人口割合（将来推計）



出典：国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』（平成24年1月推計）より作成

図4 男女年齢別人口構成（将来推計人口）

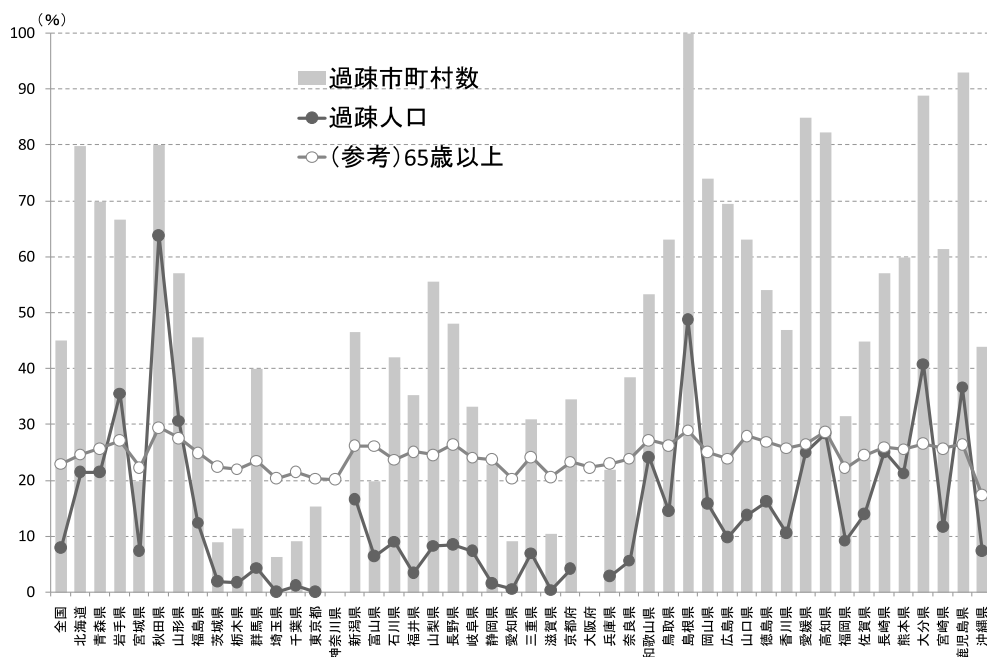
40%近くになります。55年後の皆さん、この中にどれだけの人がこのピラミッド内に生き残っているは分かりませんが、私の世代あたりはギリギリピラミッドの上部のほうに入っている可能性がありますので、今から非常に心配になります。こんな形をした日本のなかで、どうやって生きていくのか。あるいは社会保障制度はどうなっていくのか。これは、50年後にこの人口ピラミッドに入っていないかもしれない皆さんも一緒に考えていく必要があると思います。

さらに、出生、死亡、移動等の条件を2061年からほぼ一定にした場合の100年後の姿を描いた2110年の人口ピラミッドは、非常に美しい棺型をしています。この時点でこの会場にいる私たちのほとんどは、ほぼ間違いなくこのピラミッド中に残っていないと考えられますが、これだけ未来の社会においても、人口の形は高齢者の方に比べて若い人たちのほうがどんどん小さくなっていく。今後すべての地域の人口がこのような形に近づいていくわけです。われわれはそういった将来人口

の姿のなかで、自分の子や孫の世代が生きていかなければならないことを想像しながら、長期的に持続可能な社会保障を考えていかないといけないのではないかと思います。

上述した通り、現在みられる地域間の格差は少しずつ、全国的に収斂します。ただし、どのような速度で、どのような形で収斂していくのか、これはまだ明確には分かりません。出生、死亡、移動など、人口動態の今後をしっかりとモニタリングし続けることが大切です。

さて、地域の人口状態の現在の多様性を象徴するものに過疎があります。そこで、都道府県別にみた過疎地域に住む人口をみていきます（図5）。過疎市町村割合というのは、各都道府県に属する市町村のうち何%の市町村が過疎に指定をされているかを表すものです。一部過疎やみなし過疎を含む広義の定義にもとづくと、島根県などは100%に極めて近いほぼすべての市町村が過疎指定されています。先ほどみた、高齢者割合の高い



出典：総務省「過疎対策」web資料より作成

図5 都道府県にみた過疎の状況

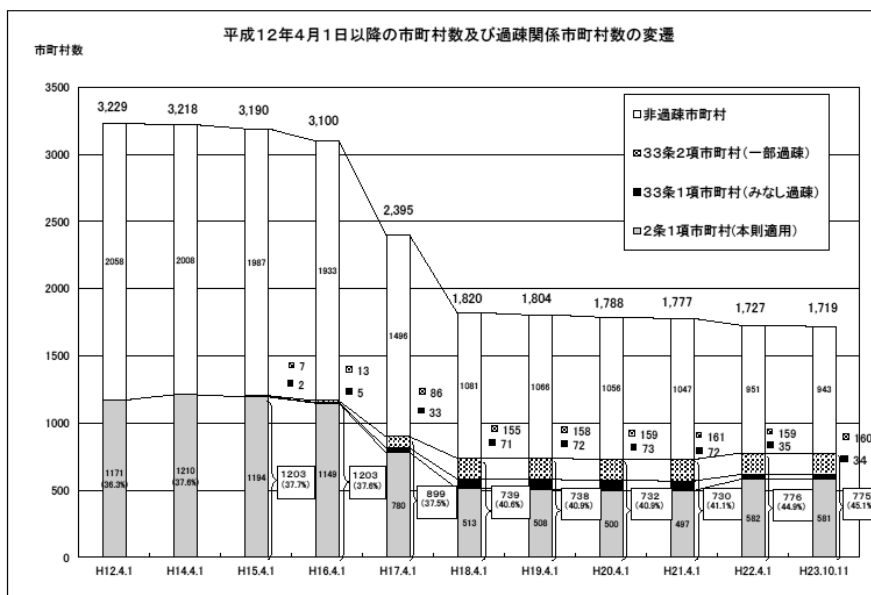
過疎地域自立促進特別措置法（延長後）と過去の過疎3法の概要				
法律名	過疎地域対策緊急措置法 (昭和45年4月24日法律第31号)	過疎地域振興特別措置法 (昭和55年3月31日法律第19号)	過疎地域活性化特別措置法 (平成2年3月31日法律第15号)	過疎地域自立促進特別措置法 (平成12年3月31日法律第15号)
制定経緯	議員立法(全会一致)	議員立法(全会一致)	議員立法(全会一致)	議員立法(全会一致)
期間	昭和45年度～昭和54年度	昭和55年度～平成元年度	平成2年度～平成11年度	平成12年度～平成32年度(※11年間延長)
目的	○人口の過剰の減少防止 ○地域社会の基盤を強化 ○住民福祉の向上 ○地域格差の是正	○過疎地域の振興 ○住民福祉の向上 ○雇用の増大 ○地域格差の是正	○過疎地域の活性化 ○住民福祉の向上 ○雇用の増大 ○地域格差の是正	○過疎地域の自立促進 ○住民福祉の向上 ○雇用の増大 ○地域格差の是正 ○美しく風格ある国土の形成
過疎地域の要件	人口要件 昭和35年～昭和40年(5年間) 人口減少率 10%以上	人口要件 昭和35年～昭和50年(15年間) 人口減少率 20%以上	人口要件(以下のいずれか) ①昭和35年～昭和80年(25年間) 人口減少率 25%以上 ②昭和35年～昭和80年(25年間) 人口減少率 20%以上 かつ 昭和60年の高齢率(65歳以上) 18%以上 ③昭和35年～昭和80年(25年間) 人口減少率 20%以上 かつ 昭和60年若年者(15歳以上30歳未満)比率 16%以下	人口要件(以下のいずれか) ①昭和35年～平成7年(35年間) 人口減少率 30%以上 ②昭和35年～平成7年(35年間) 人口減少率 25%以上 かつ 平成7年高齢率比率 24%以上 ③昭和35年～平成7年(35年間) 人口減少率 25%以上 かつ 平成7年若年者比率 15%以下 ④昭和45年～平成7年(25年間) 人口減少率 19%以上 (①～③は昭和45年から25年間で人口が10%以上増加している団体は除く。)
人口要件 かつ 財政力要件	財政力要件 ●S41～S43 財政力指数 0.4未満	財政力要件 ●S51～S53 財政力指数 0.37以下 ●公営競技収益 10億円以下	財政力要件 ●S61～S63 財政力指数 0.44以下 ●公営競技収益 10億円以下	財政力要件 ●H18～H20 財政力指数 0.56以下 ●公営競技収益 20億円以下
公示 市町村数 (過疎市町村 /全市町村)	当初(S45.5.1) 776/3, 280 最終 1,093/3, 255	当初(S55.4.1) 1,119/3, 255 最終 1,157/3, 245	当初(H24.1) 1,143/3, 245 最終 1,230/3, 229	当初(H12.4.1) 1,171/3, 229 追加(H14.4.1) 1,210/3, 218 法延長前(H22.3.31) 718/1, 727

出典：総務省「過疎対策」web資料

図6 過疎地域について (1)

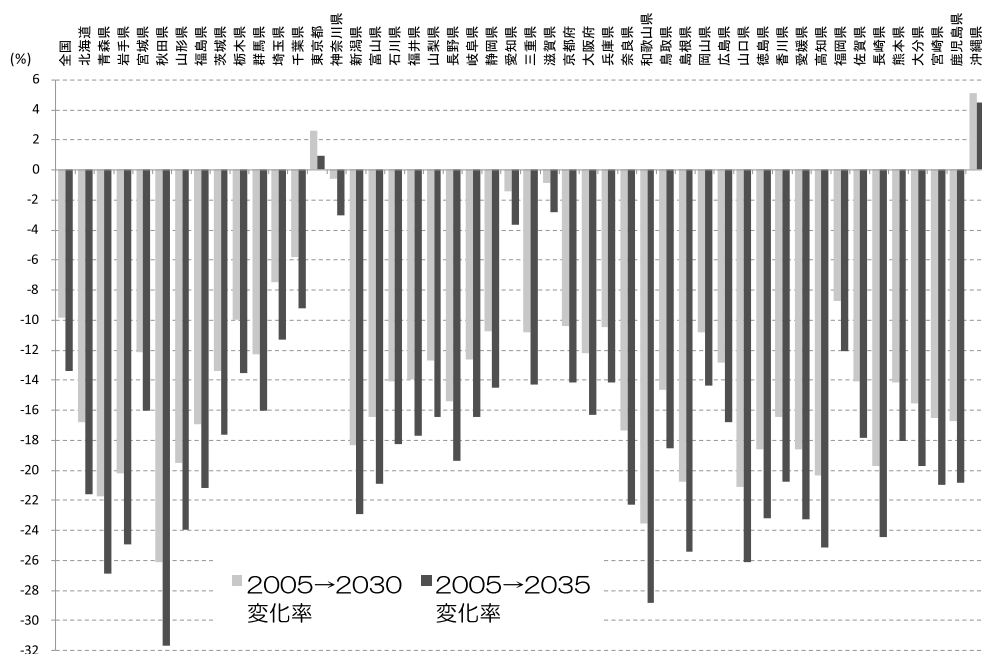


### 平成12年4月1日以降の市町村数及び過疎関係市町村数の変遷



出典：総務省「過疎対策」web資料

図6 過疎地域について (2)



出典：国立社会保障・人口問題研究所『日本の都道府県別将来推計人口』（平成19年5月推計）をもとに作成

図7 都道府県にみた人口増加率

秋田県なども非常に高い割合になっています。次に、その過疎指定地域のなかに住む人口です。秋田県においては、秋田県の総人口のうち約65%が過疎指定地域に住んでいます。西日本では、島根県などで高齢者割合がやはり高く、半数ぐらいの方が過疎指定された地域に住んでいる。これは、先ほど来みてきた、65歳以上人口の地域間の違いよりははっきりと地域間の差を表しています。

図6に示すとおり、過疎指定の基準は戦後10年ごとに法改正を伴って変更されてきています。高齢者人口割合の高さは重要な指定要件で、かつては10%でしたが、今では33%程度ないと新たに過疎指定は受けられません。そのことを踏まえて、将来の都道府県別の人口がどうなっていくのか、それぞれの将来の推移をみました。そうすると、かつて過疎指定の要件となっていた人口減少率が10%、15%という都道府県は珍しくなくなっていくきます。このままいきますと、県全体が丸ごと過疎指定要件を満たすところが出てきます。それを少し分かりやすくグラフ化しましょう（図7）。このグラフから、25%や30%を超える大幅な人口減少が始まる都道府県も決して少なくないことがわかります。現行の過疎対策は、病気で例えれば予防ではなく治療です。しかも完治した例はほとんどありません。指定地域の数はいずれ市町村合併等で減ることはあっても、国土面積上は今後増えていくでしょう。過疎対策に係る“財政、金融、税制等の総合的な支援措置”はどこまで増やすことが出来るのでしょうか。

ですから、今後、過疎指定の要件については、制度の見直しも含めて、地域のあり方が問われます。それと同時に、地域ごとに社会保障と過疎指定との間の整合性のある連携がとれるのか、そう

いうことも問われると思います。現行の過疎対策が形を変えた社会保障となっているのであれば二重行政とみなされる可能性がありますし、過疎地域において両制度が共倒れしては元も子もありません。次にみる表は、全国レベルでみた場合、現在の人口規模と比較して将来の人口が何%ぐらい減少しているのかをみたものです（表1）。例えば2110年の人口を30年前、すなわち2080年の人口と比較すると、35%の減少になります。このあたりになると、日本全体が過疎指定要件を満たすことになります。

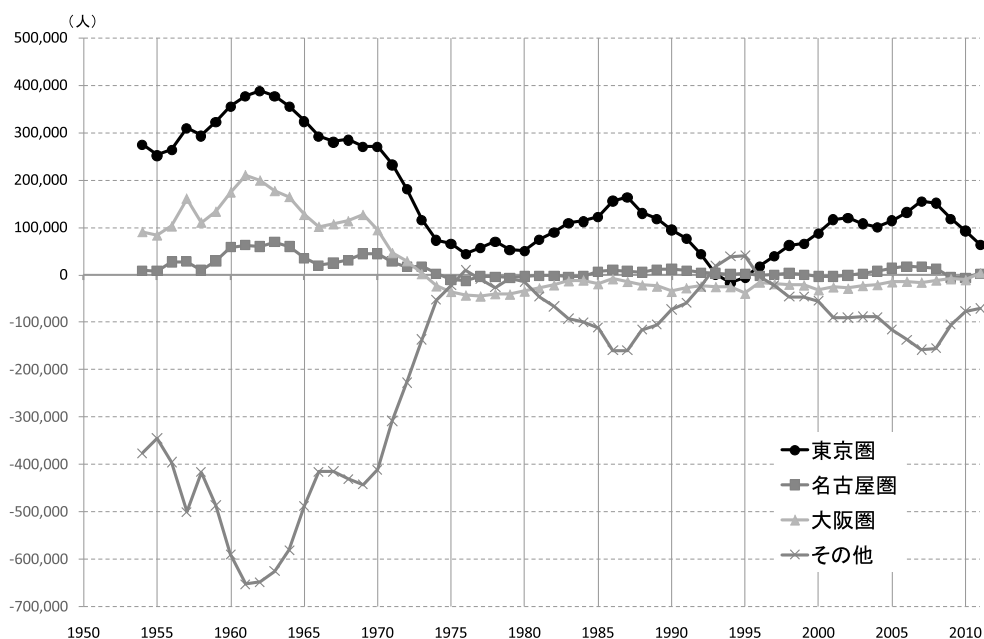
人口の形を決めているのは、自然増加と言われる出生と死亡だけではなく、特に地域においては、むしろ人口移動が非常に重要な変動要因になります。今までの日本における行政区域間、地域間の人口移動がどうなっているかということ、これも皆さんご存じの通り、戦後ほとんどの時期において大都市圏に集中するような方向に進んでいます。特に首都圏、東京圏の人口が、他の地域の人口を吸収するような形になっています（図8）。

人口が地方から大都市に移動することで、世帯構成や親と子の居住関係も変わってきます。これは65歳以上の子との同居の割合です（図9）。これは皆さんもよくみる数値で、国勢調査や国民生活基本調査の結果などから求めることができます。ところが実際の住まい、高齢者の方々の生活というのは、それだけではなくて、近居等を含めた、世帯の枠にとらわれない広範囲での居住関係というのが比較的多く見受けられます。それがむしろ地域の高年齢の方々の居住形態を規定している可能性があります。そういう意味で言うと、地域によって、世帯という枠組みにとらわれない、同居

表1 日本の将来推計人口

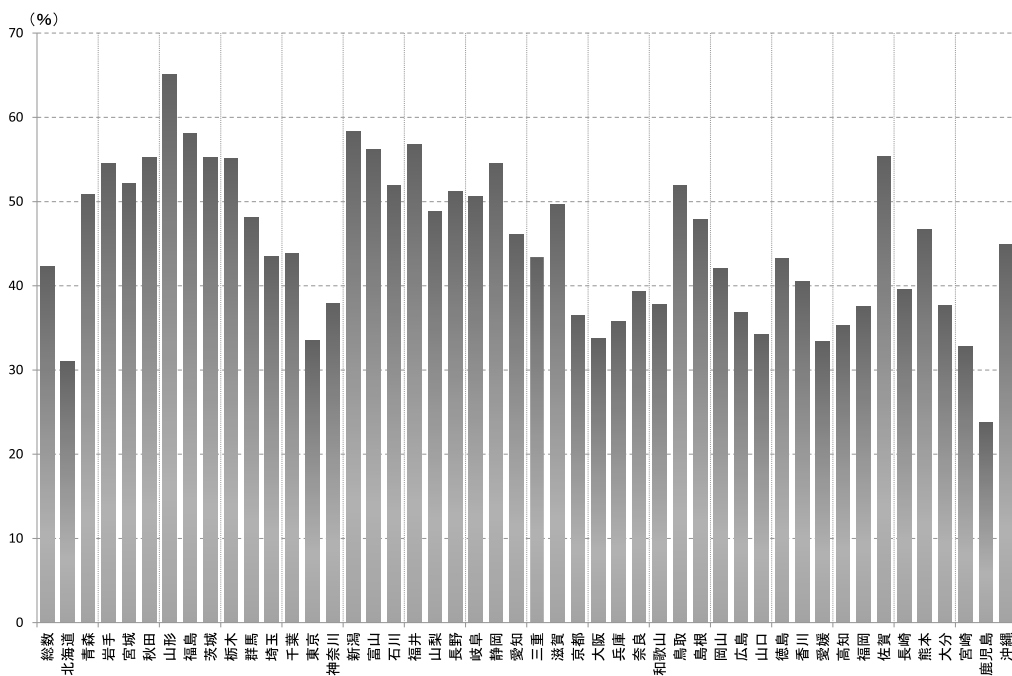
年次	総人口 (1,000人)	65歳以上人口 (%)	増 加 率 (%)						
			対 前年	5 年前	10年前	15年前	20年前	25年前	30年前
2010	128,057.4	23.0	0.0	0.2	0.9	2.0	3.6	5.8	9.4
2015	126,597.3	26.8	-0.3	-1.1	-0.9	-0.3	0.8	2.4	4.6
2035	112,123.6	33.4	-0.8	-3.9	-7.1	-9.7	-11.4	-12.4	-12.2
2060	86,736.8	39.9	-1.2	-5.7	-10.7	-15.1	-19.1	-22.6	-25.6
2110	42,860.1	41.3	-1.4	-7.0	-13.6	-19.6	-25.2	-30.2	-34.9

出典：国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』（平成24年1月推計）より作成



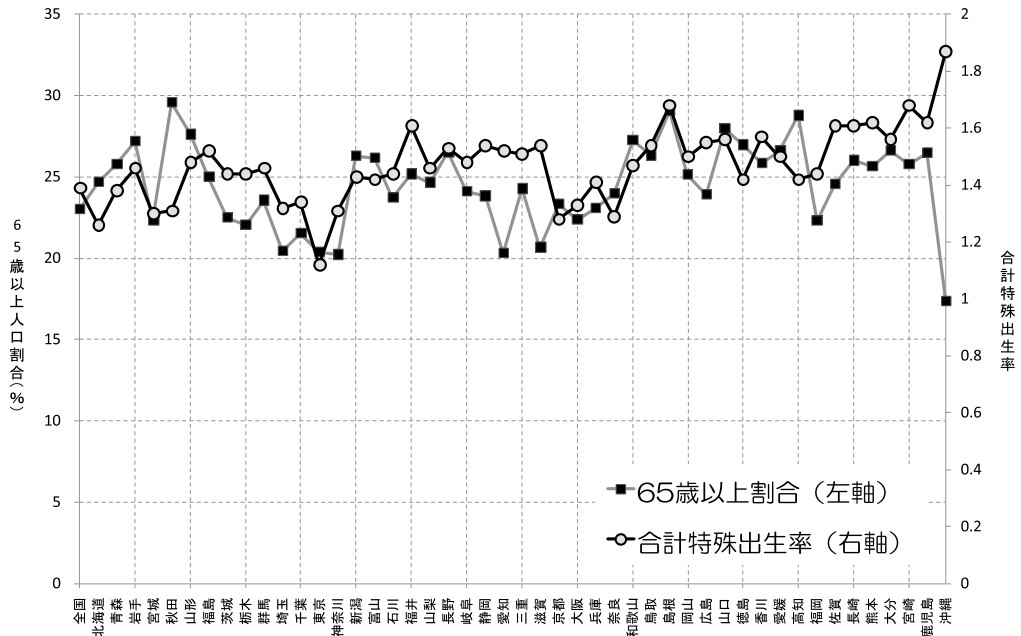
出典：総務省統計局『住民基本台帳人口移動報告』より作成

図8 転入超過数の推移



厚生労働省 統計情報部『平成22年国民生活基礎調査』より作成

図9 65歳以上の者の子との同居割合（2010年）



出典：総務省統計局『国勢調査』，厚生労働省『人口動態統計』より作成

図10 都道府県にみた出生率と65歳人口割合(2010年)

ではないけれども比較的近い居住関係を保っている都道府県は依然として多く残っています。ただし、人口移動が今後どのような方向に進むのか、さらに首都圏に集中するような広がり方になるのか、それとも直近の傾向を踏襲して人口移動が収まっていくのかによって、居住形態はずいぶんと変わってくると思います。少子化の下で若年人口が大都市圏に集中する傾向が続けば、親と子の居住関係は地方ほど疎遠になります。社会保障のあり方にも当然影響が及ぶと思われます。

最後に、高齢者対策だけが社会保障ではありません。ゆりかごから墓場まで、人々はそれぞれのライフコースを通じてさまざまな場面で社会保障を必要とする時に直面します。そういう意味では、出生、労働力人口、あるいは人口の年齢構造、そういったものを総合的に考察し社会保障のあり方を考えていく必要があると思います。当然、その中には子ども・子育て支援や就労支援なども含ま

れるでしょう。この図は、出生率の高い地域ほど高齢者割合が高いという、一見矛盾した2つの人口現象を示しています（図10）。沖縄県だけが出生率が高く高齢者割合が低いという、直感と整合的な状態になっています。これは、生まれてから高年齢に達するまでの期間に、人々が一定の方向に動いていることの証左です。出生率の高い都道府県では、生まれた子どもが若年期に出生率の低い大都市圏に転出してしまう結果、若年人口が相対的に少ない年齢構成になっており、大都市圏では逆の結果になっています。わが国における現行の社会保障制度が、このような人々のライフコースを通じた動きに対応できているのか、社会保障の多くを地域主体で進めるにあたって、このような人口動態を前提としているのか。そういったことも、新たな制度の設計と運用を考えていくうえで問われるべきだと思います。

（ささい・つかさ 国立社会保障・人口問題研究所 企画部第4室長）

## 【問題提起2】

## 都会と地方それぞれにおける収入，資産，消費

暮 石 渉



国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部第3室長の暮石渉です。よろしくお願いします。私の報告ですが、人々の将来への備えと社会保障との関係を念頭に、都会と地方それぞれにおける貯蓄行動と

社会保障への意識ということになります。時間の関係から、貯蓄や資産に集中してお話をしたいと思います。

私の問題意識ですが、本日の厚生政策セミナーのテーマでもある、地域の多様性に関連して、地域や都市規模別に見て、金融資産や貯蓄の状況がどのようになっているのかを見ていこうというものです。そのあと、社会保障の関連として、保有する金融資産や貯蓄がその後の生活にとって満足

のいくものなのか、また、十分と言えるのかということを見ていきたいと思います。最後に、保有する金融資産や貯蓄がその後の生活、その人の生活にとって満足のいくものなのか、十分と言えるのかということが、本人の生活や貯蓄行動における自助への意識、また家族や親族との助け合いへの意識、また社会保障などへの意識と、どのように関係しているのかを見ていこうと思います。(資料1)

使用するデータですが、大阪大学が実施した「くらしの好みと満足度についてのアンケート調査」です。このアンケート調査から、2009年と2010年のデータを使用します。2009年のデータでは、8,683人の日本全国の20歳から69歳の男女を対象にしており、6,181の有効回収（回収率は71.2%）がありました。また、2010年のデータでは、6,134人の対象者から5,386人の有効回収（回収率は87.8%）がありました。また、層化2段無作為抽出法が使用されており、訪問留置記入依頼法で調査が行われています。

この調査では、調査対象の各個人が住んでいる地域を、北海道、東北、関東、甲信越、北陸、東海、近畿、中国、四国、九州の10のブロックに分けています。さらに、住んでいる各地域を、都市規模別で、政令指定都市、10万人以上の市、10万人未満の市、町村というように4つに分けています。したがって、本日の厚生政策セミナーのテーマである地域の多様性を分析する際に都合がよいといえます。(資料2)

では、地域ブロック別に見た金融資産の額を見てみましょう。縦軸に金融資産の額を取ってあり

## 問題意識

- 地域や都市規模別にみて資産や貯蓄の状況はどうなっているのか？
- さらに、将来の生活に必要なだけの資産蓄積や貯蓄ができているのか？
- 自助や共助、社会保障への意識との関係はどうなっている？

2

資料1

ます。単位は万円です。横軸が地域ブロックになっています。ここで分かるのは、金融資産の額は関東地方で非常に高いということです。また北陸地方も高く、両者で大体、それぞれ2,200万円弱になっています。逆に、東北地方や四国地方で低く、1,500万円程度になっています。関東地方や北陸地方と比べて、7割程度ということです。とはいえ、この数値ですが、地域のさまざまな要因がコントロールされていないので注意が必要です。例えば、所得水準や物価水準は地域によって異なりますし、ここで示したデータは1世帯当たりの金融資産の額ですので、世帯の人数を考慮に入れる必要があります。世帯の人数が多ければ多いほど、金融資産の額は多くなると考えられるからです。(資料3)

世帯の人数を考慮に入れた上で金融資産の額を示したのが、資料4です。金融資産の額を家計の人数の平方根で割ることで、1人当たりの金融資産の額を求めました。すると、1世帯当たりの金融資産の額では高かった北陸地方が、平均を若干上回る程度まで低くなります。約1,090万円です。北陸地方では、世帯に平均して4.04人ほどいますので、低くなるわけです。また、1世帯あたりの

金融資産が低いほうでも、北海道地方は家族人数が他の地域とくらべると多くなく、2.93人ですので、一人あたりの金融資産に直すと1世帯当たりの金融資産の額ほどは低くないということになります。それでは、1人当たりの金融資産の額が低いのはどこかというところ、東北地方（約770万円）と四国地方（約810万円）になります。(資料4)

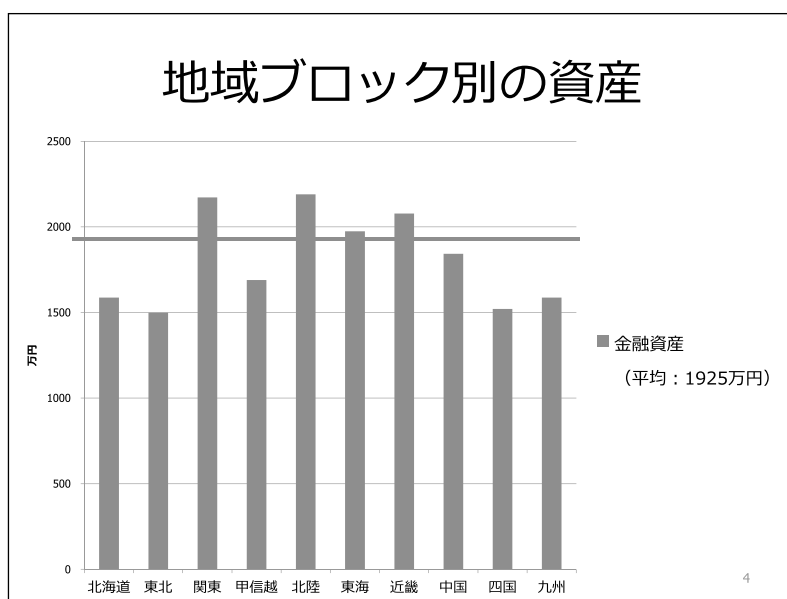
つぎに、高いほうの地域がどのようになっているのかを、都市規模別に分けて詳しく見てみましょう。資料5では、関東地方と近畿地方を見て

## 使用するデータ

- 暮らしの好みと満足度についてのアンケート調査
  - 大阪大学の21世紀COEとGCOEプロジェクト
  - 日本全国の男女20歳～69歳
  - 2009年、2010年を使用
    - 6,134から5,386の有効回収（87.8%）
  - 層化2段無作為抽出法、訪問留置記入依頼法
- 地域ブロック：
  - 北海道、東北、関東、甲信越、北陸、東海、近畿、中国、四国、九州
- 都市規模別：
  - 政令指定都市、10万人以上の市、未満の市、町村

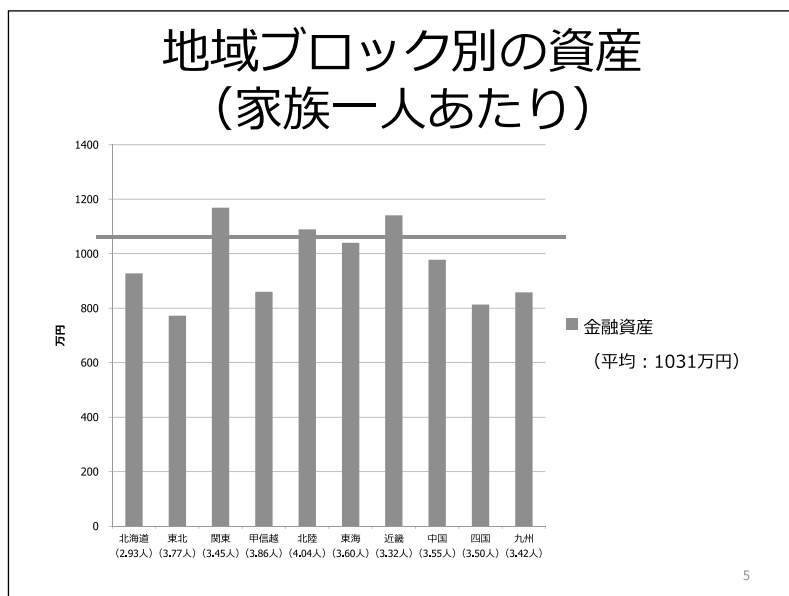
3

資料2

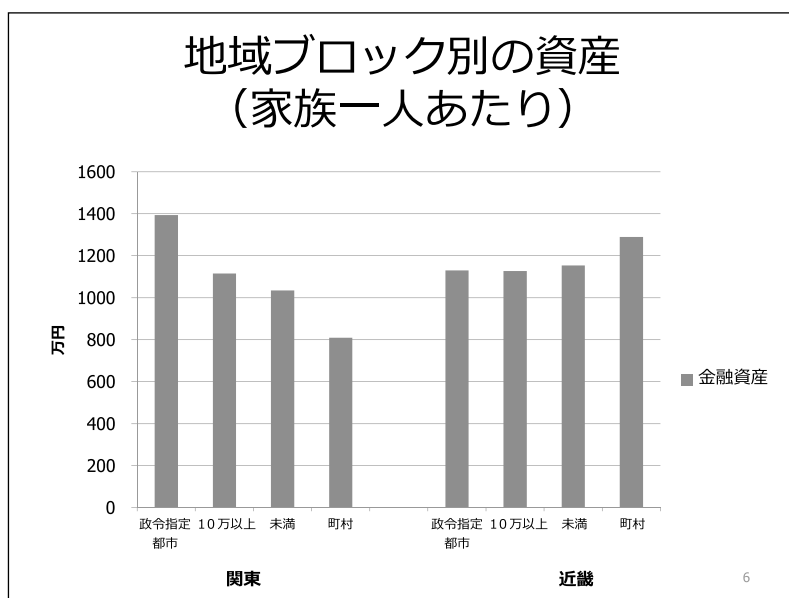


4

資料3



資料4



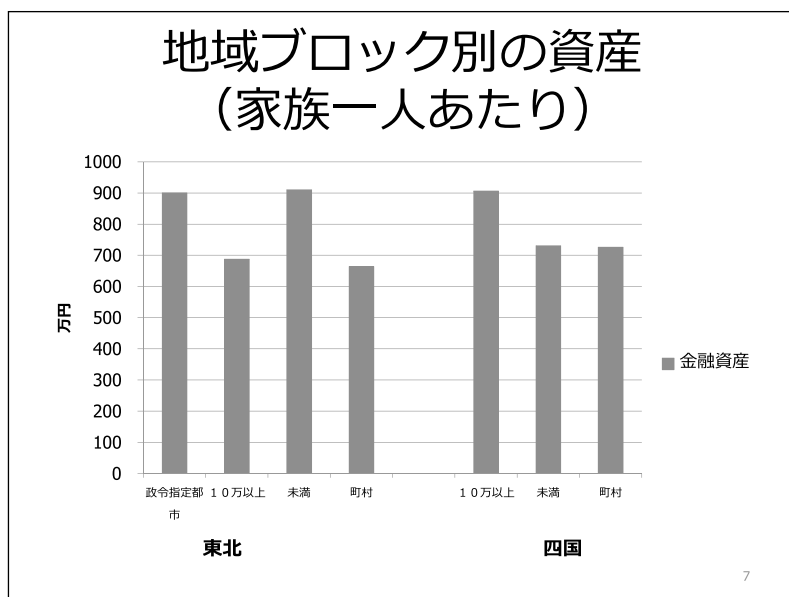
資料5

みました。すると、関東地方の金融資産では、政令指定都市（約1,390万円）と10万人以上の市（約1,120万円）の間、また10万人未満の市（約1,340万円）と町村（約810万円）の間で、統計的に有意な差がありました。それに対して近畿地方では、政令指定都市で約1,130万円、10万人以上の市で約1,130万円、10万人未満の市で約1,150万円、そして町村で最も多く約1,290万円でした。しかし、都市規模間で統計的に有意な差はないという結果になっています。つまり、関東地方では、東京のような大都市を筆頭に都市規模間で差があるわけですが、近畿地方では差はないようです。つまり、大阪や神戸、京都などの都市に集中しているというわけではなく、むしろ田舎の町や村のほうで金融資産の額が高くなっているという状況が見て取れます。関東地方と近畿地方では状況が異なっているようです。（資料5）

では、低いほうの地域はどうでしょうか。それを示したのが資料6で、東北地方と四国地方を都市規模別に見てみました。東北地方では、政令指定都市と10万人未満の市とで金融資産が900万円程度と高く、10万人未満の市と町村で700万弱というように低くなっています。統計的にも有意な

差がありました。四国地方では都市規模を3つに分けていますが、10万人以上の市では金融資産が約910万円と高く、それ以外では約730万円と低くなっています。統計的には、限界的に有意な差がありました。（資料6）

それでは、このように見てきた金融資産や貯蓄の額ですが、今後の生活に対して十分と言えるのでしょうか。とはいえ、一体いくら金融資産の額があれば、今後の生活に十分だと言えるのかというのは、一概にいうことはできません。そこで、ここでは少し視点を変えて、これまで貯めてきた金融資産や貯蓄を本人がどのように思っているのかということに焦点を当ててみたいと思います。というのも、ここで使用しています「くらしの好みと満足度についてのアンケート調査」の2010年調査では、過去を振り返ってみて、世帯全体の金融資産残高として、一体いままでにいくらぐらい貯めていたかったですかということを聞いています。そこで、それを利用します。通常、実際に貯蓄している額というのは、今までに貯めていたかった額よりも低いと思われます。ですので、実際に貯蓄している額が今までに貯めていたかった額に近づけば近づくほど、貯蓄が満足いくもので



資料6



あると見なせ、後悔がなかったと考えることができるでしょう。実際に貯蓄している額と今までに貯めていたかった額の乖離を利用して、いったいどの地域・都市規模に住む人が満足いく貯蓄や金融資産の蓄積を行えているのか、または行えていないのかということのみてみます。(資料7)

それが、つぎの資料8のグラフになります。今までにいくらぐらい貯めていたかったですかという貯蓄や金融資産の目標額は、緑色の棒グラフで示しています。すると、貯蓄の目標額は、関東地方と北陸地方が高く、2,900万円ほどとなっています。しかし、両地域は、実際に保有している金融資産額も高いので、両者の比率を取ってみました。すると、約75%と平均を少し上回る程度になっています。つまり、これら地域は平均的な貯蓄の達成度を示しているということが言えます。

それに対して、近畿地方は、実際に保有している金融資産の額が3番目に高いのですが、貯めていたかった金融資産の額では、約2,600万円と平均を30万円ほど上回るほどで、際立って多いというわけではありません。そのため、両者の比率を取った達成度では、80%弱という、他の地域に比べて突出した値を示しています。近畿地方の人は身の丈を分かっている堅実に貯蓄をしているのかもしれません。もしくは、自己を正当化して、これだけしか貯められなかったのだからこのくらいでいい、というように思っているのかもしれません。いずれにせよ、貯蓄や金融資産の蓄積に対する満足度は非常に高いと言えそうです。

では、満足いく貯蓄や金融資産の蓄積ができていないのはどこかということ、北海道地方と中国地方になります。中国地方は、近畿地方や東海地方と同じくらい多くの額を貯めていたかったと答えているのですが、実際に保有している金融資産の額は近畿地方や東海地方ほどは高くないので、達成率は低くなって、70%弱になっています。北海道地方は、近畿地方や東海地方ほどには貯めていたかったと答えてはいないわけですが、金融資産の額が低いので、達成率は低くなっています。

それに対して、実際に保有する金融資産の額は低かった東北地方や四国地方では、貯めていた

・ それでは、この資産は老後の生活に対して十分といえるのだろうか？

・ 2009年度に、「世帯全体の金融資産残高として、いままでにいくらぐらい貯めていたかったですか？」を聞いている。

8

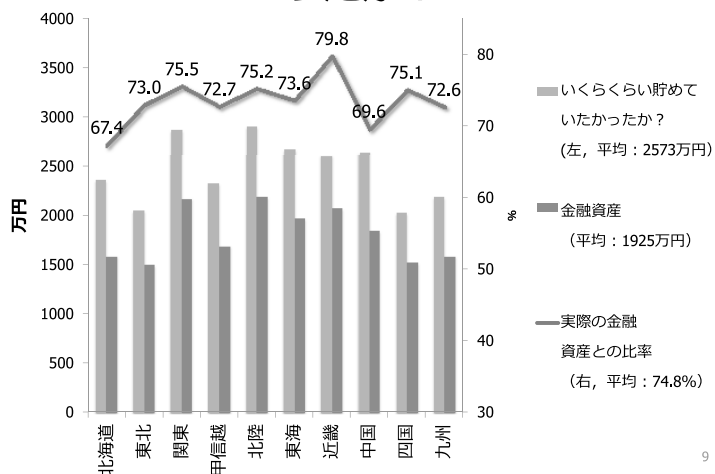
#### 資料7

かった額自体も同様に低いので、達成率は平均を若干下回る程度になっています。これらの地域の人々は、実際には保有する金融資産や貯蓄の額は低いけれども、大きく後悔しているわけではないのかもしれません。(資料8)

では、なぜこのように地域によって満足行く貯蓄が行えているのか、もしくは、貯蓄に対する達成度が異なるのか、原因を少し探ってみましょう。「くらしの好みと満足度についてのアンケート調査」では、人々の生活や助け合い、社会保障に関する意識を5段階で尋ねています。1が「まったく当てはまらない」で、2が「どちらかという当てはまらない」、3が「どちらともいえない」、4が「どちらかという当てはまる」、5が「ぴったり当てはまる」という、5段階で聞いています。人々の生活や助け合い、社会保障に関する意識と貯蓄の達成度との間の相関を見てみましょう。(資料9)

貯蓄の達成度との相関を項目別に見てみます。まず1つ目は、本人の生活と関連した質問項目になります。「忙しくて先のことを考える時間がない」という項目に対して当てはまると答えていることと貯蓄の達成度には、10万人以上の市において相関係数が-0.62という負の相関がありました。つまり、10万人以上の市に、忙しくて先のことを考える余裕がないという人が多ければ多いほど、その地域の人々は満足に貯蓄ができていない、ということの意味しています。また、「現在の生

## いままでにいくらくらい貯めていたか？



9

資料8

## 意識に関する質問項目

- 人々の生活や助け合い，社会保障に関する意識との関係

1が「全く当てはまらない，完全に反対」

5が「ぴったり当てはまる，完全に賛成」

	平均	標準誤差
忙しくて先のことを考える余裕がない	2.59	0.98
現在の生活に精一杯で，ほとんど貯蓄ができない	3.24	1.22
将来のことは家族や親族が考えてくれている	2.15	1.06
自立できない貧しい人の面倒を見るのは政府の責任だ	3.13	1.03
本当は資格がなくても社会保障を受け取っても良い	2.20	1.04

10

資料9

活に精一杯で、ほとんど貯蓄ができない」という項目に対して当てはまると答えていることと貯蓄の達成度には、町村で-0.17の負の相関が有りました。つまり、町村において、現在の生活に精一杯で、ほとんど貯蓄ができないという人が多いほど、満足に貯蓄ができていないことを意味しています。

2つ目は、家族や親戚との助け合い、つまり、互助や共助に関連した質問項目です。「将来のことは家族や親族が考えてくれている」という項目に対して当てはまると答えていることと貯蓄の達成度には、10万人以上の市と10万人未満の市において相関係数が0.6から0.7程度の高い正の相関を示しています。つまり、家族や親族が将来の面倒を見てくれる、また、逆に自分が面倒を見なければいけないというように家族や親族の間で助け合いがあるのであれば、貯蓄や金融資産の蓄積に達成感が出るということを示しています。自分自身で貯蓄をしなくても家族が助けてくれるので、十分に貯蓄ができていると思うのかもしれません。(資料10)

最後は、社会保障に関連した質問項目で、次の2つです<sup>1)</sup> まず、「自立できない貧しい人の面倒を見るのは、政府の責任だ」という質問項目ですが、この項目と貯蓄の達成度には高い相関は見られませんでした。つぎは、生活保護に関連した質問項目で、「本当は資格がなくても社会保障を受け取ってもよい」というものです。この質問項目に対して当てはまると答えていることと貯蓄の達成度の間には、10万人未満の市で-0.5程度の負の相関が見られました。つまり、社会保障に頼ることができるのだから、貯蓄をしなくてもよい、と思っているのかもしれませんが。また逆に、貯蓄することができなかったのも、社会保障に頼るしかないと思っているののかもしれません。(資料11)

まとめると以下のとおりです。まず、余裕がないほど忙しかったり、生活に精一杯だと、満足の行く貯蓄が行えなくなるようです。また、親族や家族による助け合いや相互扶助があると、貯蓄や金融資産の蓄積に対して満足がいくようです。最後に、本当は資格がなくても社会保障を受け取っ

## 貯蓄達成との相関

	相関係数			
	貯蓄の達成度合い (実際の金融資産額 ÷ 貯めていたかった額)			
	政令指定都市	10万人以上	未満	町村
忙しくて先のことを考える余裕がない	0.27	-0.62	0.21	0.13
現在の生活に精一杯で、ほとんど貯蓄ができない	0.38	0.01	0.31	-0.17
将来のことは家族や親族が考えてくれている	0.31	0.68	0.60	-0.26

11

資料10

## 貯蓄達成との相関

	相関係数			
	貯蓄の達成度合い (実際の金融資産額 ÷ 貯めていたかった額)			
	政令指定都市	10万人以上	未満	町村
自立できない貧しい人の面倒を見るのは政府の責任だ	0.16	0.32	-0.02	-0.13
本当は資格がなくても社会保障を受け取っても良い	-0.07	-0.27	-0.52	0.07

12

資料11

## まとめ

- 余裕がないほど忙しかったり、生活に精一杯だと、満足に貯蓄が行えなくなり、さらには、貯蓄の目標が低くなる。
- 親族や家族による共助があると、満足な貯蓄ができる。

13

資料12

でもよいと思うほど、満足の行く貯蓄や金融資産の蓄積が行えなくなるようです。これはもしかするとモラルの問題があるのかもしれませんが、今後に注意が必要ではないでしょうか。以上です。ありがとうございました。(資料12, 13)

### 謝辞

本研究は、大阪大学21世紀COEプロジェクト「アンケートと実験によるマクロ動学」及びグローバルCOEプロジェクト「人間行動と社会経済のダイナミクス」によって実施された「くらしの好みと満足度についてのアンケート」の結果を利用しています。本アンケート調査の作成に寄与された、筒井義郎、大竹文雄、池田新介の各氏に感謝いたします。

### 注

- 1) 社会保障への意識に関連して、所得再分配政策への支持を分析した研究にOhtake and Tomioka (2004) があります。この研究によると、所得階層でみると低所得者において所得再分配政策への支持が強く、また、リスク回避的であったり、失業の経験・不安があったりする個人ほど所得再分配政策への支持が強いようです。また、大高・唐沢 (2010) は、低所得者のほうが人々の生活を保障する政府の責任を重く判断するという結果を得ています。

### 謝辞

- ・ 本研究は、大阪大学21世紀COEプロジェクト「アンケートと実験によるマクロ動学」及びグローバルCOEプロジェクト「人間行動と社会経済のダイナミクス」によって実施された「くらしの好みと満足度についてのアンケート」の結果を利用している。
- ・ 本アンケート調査の作成に寄与された、筒井義郎、大竹文雄、池田新介の各氏に感謝する。

14

### 資料13

### 参考文献

- 大高瑞郁、唐沢かおり (2010)、“所得による生活保障の責任帰属バイアスと社会保障政策に対する態度の違い” 実験社会心理学研究、vol.50, No.1、pp.49-59。
- Ohtake, F. and J. Tomioka (2004) , “Who Supports Redistribution?,” Japanese Economic Review, Vol.55, No.4, pp.333-354.
- (くれいし・わたる 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部第3室長)

## 【問題提起3】

## 都市部と郡部における在宅医療・介護サービス提供体制構築上の課題 ——福岡県を事例として——

川 越 雅 弘



国立社会保障・人口問題研究所の川越と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

私のほうからは、医療と介護のサービス提供体制に関する話をさせていただきます。西村所長の講演の中

で、都道府県ごとのサービス提供体制の違いに関する話がありましたが、ここでは、福岡県を1つの事例として、県内である程度高齢化が先に進んでいる郡部と、これから高齢化が急速に進む都市部における、在宅医療や介護サービスの提供体制構築上の課題にどのような違いがあるのか、この点に絞って、話を進めていきたいと思います。

話の内容は4つです。1つ目は、まず福岡県の2次医療圏の概要について、簡単に紹介します。そのあと、都市部と郡部の二次医療圏を1か所ずつ

抽出したうえで、2007～2011年の4年間で、この2つの二次医療圏の中の中心となる市の人口構造の変化にどのような違いが生じたのか、そして、この4年間で、要介護認定率や介護サービス提供体制の整備状況にどのような違いが生じたのかを整理します。最後に、2010年から2025年間の人口の変化によって、在宅医療や介護サービス提供体制上の、都市部と郡部における今後の課題とは何かについて言及していきたいと思います。(資料1)

資料2は、福岡県の2次医療圏別の人口と後期高齢化率をみたものです。ここに挙げておりますように、13の2次医療圏があります。その中で、後期高齢化率が最も低い地域の1つが、福岡市を中心とした福岡・糸島医療圏です。現在の、総人口に占める75歳以上人口の割合、いわゆる後期高齢者化率は8.5%です。一方、後期高齢化率が最も高いのが有明医療圏で、現在の後期高齢化率は

(第17回厚生政策セミナー 資料)

### 都市部と郡部における 在宅医療・介護サービス提供体制構築上の課題 ——福岡県を事例として——

(内容)

1. 福岡県の概要—二次医療圏別にみた高齢化の状況—
2. 人口構造の変化の違い
3. 要介護認定率／介護サービス整備状況の違い
4. 在宅医療・介護サービス提供体制構築上の課題

国立社会保障・人口問題研究所  
川越雅弘

資料1

16.1%です。この2地域で後期高齢化率は約2倍違っています。

きょうは、福岡・糸島医療圏の中の中核である福岡市を都市部の代表都市として選定し、また、2次医療圏の中で最も後期高齢化率が高い有明医療圏の中の中核である大牟田市を郡部の代表都市として選定した上で、この2つの市の状況について比較をしながら、両地域が抱える課題について比較検討していきたいと思います。(資料2)

まず、はじめに、2007～2011年の4年間における、この2つの市の人口構造の変化の違いを整理したいと思います。資料4の左側は福岡市の年齢階級別人口の推移です。福岡市の場合、総人口は136.4万人から140.9万人に増加しています。これを年齢階級別にみると、すべての年齢階級において人口が増加しています。特に75歳以上人口が20.3%の増加という形で、非常に高い伸びを示しているというのが、福岡市の1つの特徴になっています。

一方、大牟田市では総人口は13.1万人から12.5

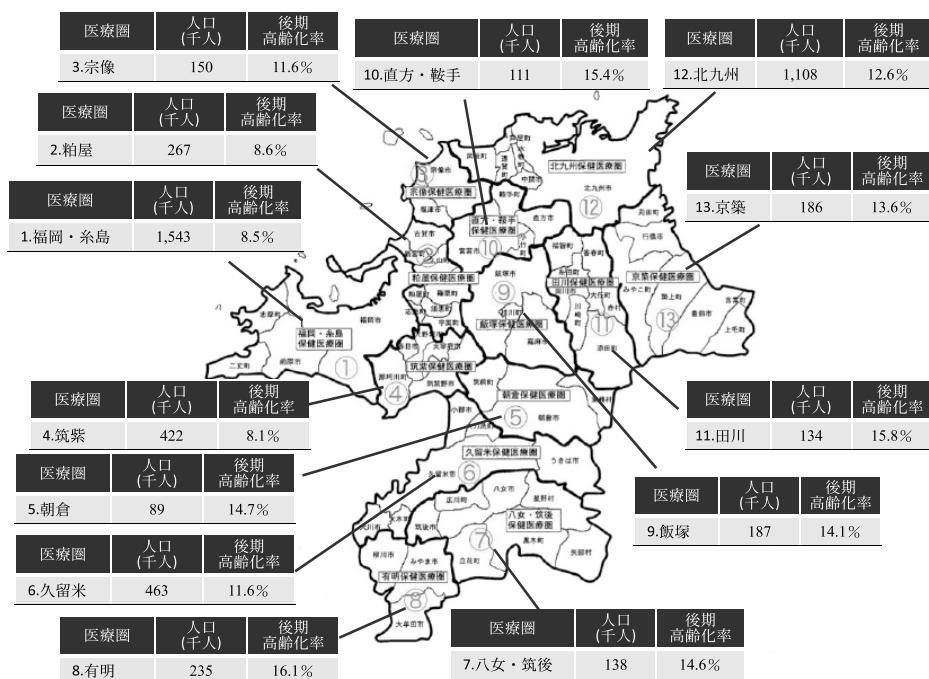
万人に減少しています。0～14歳人口、働く世代の15～64歳人口も減っています。また、65～74歳以上人口も既に減ってきています。唯一増加しているのが後期高齢者という形になっています。

1つの県の中でも、県庁所在地である福岡市と、ある程度後期高齢者の増加が先に進んでいる大牟田市では、人口構造上の変化に大きな違いがあるのです。(資料3,4)

次に、この2つの市において、要介護認定率の変化や介護サービスの整備状況にどのような違いがあるのかをみていきたいと思います。

まずは、要介護認定率です。なお、ここでの要介護認定率とは、65歳以上人口に占める認定者の割合のことです。

さて、資料6の左側のグラフが福岡市のものです。棒グラフは要介護認定者数、折れ線グラフは要介護認定率の推移を表しています。要介護認定者数は2007年の42,475人から2011年には49,510人と、この4年間で16.6%の増加となっています。また、要介護認定率も、2007年の18.8%から2011年には19.7%と、0.9ポイントの増加となっていま



資料2

## 2.人口構造の変化の違い

—2007～2011年間—

3

## 資料3

## 2-1.都市部と郡部の人口構造の変化の違い

—2007-2011年間—

	福岡市			大牟田市		
	2007	2011	増加率	2007	2011	増加率
総人口	1,364 (100%)	1,409 (100%)	3.3%	131 (100%)	125 (100%)	▲4.7%
0-14	191 (14.0%)	197 (14.0%)	3.3%	16 (12.1%)	15 (11.7%)	▲8.0%
15-64	952 (69.8%)	965 (68.5%)	1.4%	78 (59.7%)	73 (58.6%)	▲6.4%
65-74	123 (9.0%)	129 (9.2%)	4.7%	18 (13.3%)	16 (13.1%)	▲6.7%
75以上	98 (7.2%)	118 (8.4%)	20.3%	20 (14.9%)	21 (16.7%)	7.1%

・総人口は「福岡市」3.3%増、「大牟田市」4.7%減。  
 ・福岡市は全年齢階級で人口が増加、一方、大牟田市は75歳以上人口のみ増加。  
 ・後期高齢化率は「福岡市」7.2→8.4%（+1.2point）に対し、「大牟田市」14.9→16.7%へ（+1.8point）  
 →大牟田市の場合、分母（総人口）が減少する一方で、分子（後期高齢者数）は増加したため、  
 分母、分子ともに増加した福岡市に比べ、相対的に後期高齢化率が増加している。

出所）総務省「住民基本台帳年齢別人口（市区町村別）」より作成。

## 資料4

す。福岡市では、現在、65歳以上の約2割の方が要介護認定を受けているという形になっています。

一方、大牟田市はどうか。要介護認定者数は2007年の6,439人から2011年には7,487人と、この4年間で16.3%の増加となっています。また、要介護認定率も、2007年の17.3%から2011年には19.6%と、2.3ポイントの増加となっています。特に、2009～2011年間の要介護認定率の増加傾向は、2市ともに非常に類似したものとなっています。

ただし、2市の要介護認定率の増加の理由に関しては、大きな違いがあります。まず、要介護認定率の分母となる65歳以上人口の変化をみると、

福岡市の場合、2007～2011年の4年間で11.6%の増加となっているのに対し、大牟田市の増加率はわずか0.6%です。一方、要介護認定率の分子となる要介護認定者数は、福岡市では16.6%の増加、大牟田市でも16.3%の増加となっています。大牟田市では、要介護認定者数の伸び率が、高齢者人口の伸び率を大きく上回っているため、要介護認定率が増加している訳です。

これはなぜかという点、大牟田市では、前期高齢者が減っている一方で、他の年齢に比べて要介護認定率が相対的に高い80歳以上人口が増えているため、結果として認定率が大きく伸びていると

いう形になっているのです。

福岡市の場合、要介護認定率の分母となる65歳以上人口も、分子となる認定者数も増加し、結果として認定率が0.9ポイント増加しているのに対し、大牟田市の場合、65歳以上人口の伸び率は低いものの、他の年齢に比べて認定率が相対的に高い80歳以上人口が増加したため、認定者数が増え、結果として認定率が2.3ポイント増加しているのです。

いずれ福岡市でも前期高齢者の人口が伸びなくなる一方で、85歳以上人口が増加していきます。そうすると、福岡市の要介護認定率は、今後ますます増加していく可能性が高いと予想されます。（資料5,6）

次に、65歳以上人口に対する介護保険施設や居住系サービスの整備状況を、事業計画のデータを

### 3.要介護認定率／介護サービス整備状況の違い

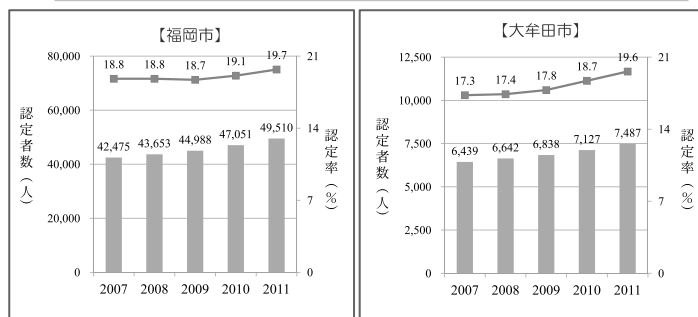
—2007～2011年間—

5

#### 資料5

#### 3-1.都市部と郡部の要介護認定率の変化の違い

—2007-2011年間—



・2007-2011年間の高齢者の増加率は「福岡市」11.6%、「大牟田市」0.6%に対し、認定者の伸び率は「福岡市」16.6%、「大牟田市」16.3%と、大牟田市では認定者伸び率が高齢者伸び率を大きく超過している。  
→大牟田市の場合、認定率が低い前期高齢者数が減少している一方で、認定率が高い80歳以上人口が増加しているため、認定率が大きく伸びたと考えられる。

出所) 福岡市高齢者保健福祉計画(平成24-26年度)、大牟田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画平成24-26年度)より作成。

#### 資料6



もとに比較したいと思います。

平成23年度の介護保険施設の月間の利用者数は、福岡市では7,440人の見込みです。これは65歳以上の月平均人口の2.96%に相当します。一方、大牟田市の場合は3.36%です。大牟田市の方が、介護保険施設の整備率が高くなっています。

一方、認知症高齢者向けのグループホームや、有料老人ホームやケアハウスといった特定施設の整備状況はどうでしょうか。65歳以上人口に対するグループホームの整備率は、福岡市では0.62%に対し、大牟田市では0.57%、特定施設の整備率は、福岡市では1.15%に対し、大牟田市では0.65%となっています。グループホームや特定施設の整備率は、福岡市の方が高くなっています。

福岡市のような都市部の場合、人件費の問題、土地の確保の問題などがありますので、介護保険施設を数多く整備することがなかなか難しい。今後、福岡市では介護保険サービスを必要とする後期高齢者が急増しますが、それに見合う形で介護保険施設を増やすことは困難となる可能性が高い。したがって、福岡市のような都市部では、グループホームや特定施設などの居住系サービスや地域密着型サービスなどの量的確保が、より一層重要になってくると考えられます。(資料7)

最後に、2010年から2025年までの人口構造の変化をもとに、福岡市と大牟田市における在宅医療

や介護サービス提供体制構築上の今後の政策上の課題の違いについて言及したいと思います。

まず、この2市における、これからの人口構造の変化の違いをみます。

福岡市の総人口をみると、2010年の140.9万人が2025年には148.2万人にまで増加します。ただし、年齢階級によって人口の増減の状況が異なります。まず、0～14歳人口をみると、2010～2025年間で22.2%減少します。15～64歳人口も0.4%減少します。一方、65～74歳人口は25.0%の増加、75歳以上人口は74.7%の大幅な増加となります。福岡市では2007～2011年間はすべての年齢階級で人口が増加していましたが、今後15年間は、年少人口は大幅減少、生産年齢人口は若干の減少、高齢者のみが増加する形になります。

一方、大牟田市の場合はどうか。まず、総人口をみると、2010年の12.5万人が2025年には9.9万人に減少します。この間の人口減少率は21.1%です。これを年齢階級別にみると、0～14歳人口は42.1%の大幅な減少、15～64歳も30.6%の大幅な減少となります。また、65～74歳人口も6.2%減少します。一方、75歳以上人口のみが15.5%増加する形になります。

ここで、2つの問題点が生じます。

1点目は、医療や介護サービスに従事するマンパワーの確保問題です。医療や介護サービス提供

### 3-2.介護施設／居住系サービスの整備状況の違い

	福岡市 (2011)		大牟田市 (2011)	
	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
高齢者数	251,391	100%	37,201	100%
介護保険施設	7,440	2.96%	1,249	3.36%
グループホーム	1,550	0.62%	211	0.57%
特定施設	2,890	1.15%	241	0.65%

・大牟田市は、福岡市に比べ、介護保険施設の整備率が高い(対65歳以上人口比)。  
 ・福岡市は、大牟田市に比べ、居住系サービス(グループホーム、特定施設)の整備率が高い。  
 →福岡市では今後85歳以上人口の急増が予想されている。  
 介護保険施設の整備は、都市部ではなかなか困難なため、居住系サービスや地域密着型サービスなどの整備の強化(地域包括ケアシステムの構築)がより求められる。

出所) 福岡市高齢者保健福祉計画(平成24-26年度)、大牟田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画平成24-26年度)より作成。

### 資料7

者として従事する年齢層が15～64歳です。福岡市の場合、この年齢層の人口は0.4%しか減少しませんので、医療や介護サービス従事者の確保という点では、まだ問題は少ないと思われますが、大牟田市の場合は、15～64歳人口が3割減少します。このような状況下で、医療や介護の従事者を確保していくことが、今後困難化していくことが十分予想されます。

2点目は、医療や介護サービスを受ける側である高齢者人口と、サービス提供者や保険料負担者として制度を支える側の生産年齢人口のバランス

の問題です。2025年の福岡市の65歳以上人口は36.7万人、15～64歳人口は96.1万人なので、1人の65歳以上高齢者を2.6人の若い世代で支える図式になります。一方、大牟田市の場合、2025年の65歳以上人口は3.9万人、15～64歳人口は5.1万人なので、1人の65歳以上高齢者を1.3人の若い世代で支える図式になります。したがって、大牟田市では、元気な高齢者には制度の一部を支えてもらう側にまわってもらうとともに、要支援や要介護者をできるだけ増やさない、要介護者の重度化をできるだけ防ぐような施策、いわゆる介護予防施

#### 4.在宅医療／介護サービス提供体制構築上の課題

—都市部と郡部で異なる課題—

8

#### 資料8

##### 4-1.都市部と郡部の人口構造の変化の違い

—2010-2025年間—

	福岡市			大牟田市		
	2010	2025	増加率	2010	2025	増加率
総人口	1,409 (100%)	1,482 (100%)	5.2%	125 (100%)	99 (100%)	▲21.1%
0-14	197 (14.0%)	153 (10.3%)	▲22.2%	15 (11.7%)	8 (8.6%)	▲42.1%
15-64	965 (68.5%)	961 (64.9%)	▲0.4%	73 (58.6%)	51 (51.5%)	▲30.6%
65-74	129 (9.2%)	161 (10.9%)	25.0%	16 (13.1%)	15 (15.5%)	▲6.2%
75以上	118 (8.4%)	206 (13.9%)	74.7%	21 (16.7%)	24 (24.4%)	15.5%

- ・総人口は「福岡市」5.2%増、「大牟田市」21.1%減。
- ・福岡市は65歳以上で人口が増加（75歳以上は1.75倍に）、一方、大牟田市は75歳以上人口のみ増加。
- ・大牟田市では生産年齢人口が30.6%減少する見込み。
- ・後期高齢化率は「福岡市」8.4→13.9%（+5.5point）に対し、「大牟田市」16.7→24.4%へ（+7.7point）

出所）総務省「住民基本台帳年齢別人口（市区町村別）」、社人研「日本の市区町村別将来推計人口（平成20年12月推計）」より作成。

#### 資料9

策が重要になると考えられます。

大牟田市の場合、75歳以上の人口は2010～2025年間で15.5%増加していきますが、他の地域に比べれば伸び率はそれほど高くはありません。一方、福岡市の場合、団塊の世代の方が85歳以上になる2035年まで、85歳以上人口がずっと伸び続けるという状況になります。したがって、85歳以上に対して、どのような医療や介護サービスの提供体制を構築するかが、今後の重要な政策テーマになっていくと考えられます。(資料8,9)

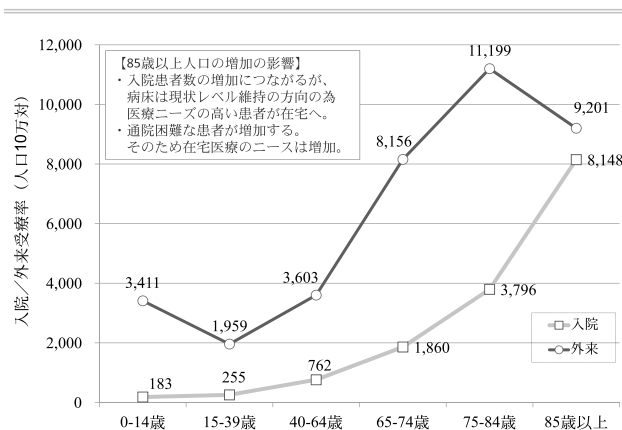
ここで、医療や介護サービスのニーズと年齢の関係についてみてみましょう。資料10は、厚生労働省が3年ごとに公表している患者調査のデータです。横軸が年齢階級、縦軸が入院および外来の受療率です。なお、入院受療率とは、人口10万人当たりの入院患者数のことです。2本の折れ線グラフがありますが、このうち、下の折れ線が入院の受療率、上の折れ線が外来の受療率を表しています。

まず、入院受療率をみると、年齢が上がれば上がるほど入院受療率が高くなり、85歳以上では8,148人、すなわち85歳以上人口の8.1%が調査日において入院している状況にある訳です。ここで、75～84歳の入院受療率をみると3,796人となって

います。ですから、85歳以上は、75～84歳に比べ、2.1倍入院リスクが高いことになります。今後、85歳人口が2035年まで急増しますので、入院医療が必要な方は今後増えていく可能性が高いわけです。しかしながら、社会保障と税の一体改革では、病院のベッドはこれから増やさないという方向になっていますし、実際問題、年々病院のベッド数は減少しています。入院ニーズが増大する一方で、病院のベッド数は増えない、ないし減少していく可能性が高いので、ベッドの回転をあげる、いわゆる平均在院日数の短縮化政策が推進されることになります。そうすると、医療依存度の高い入院患者が、早期に地域に退院されてくるということになってきます。ですから、在宅医療の提供量を増やし、医療依存度が高い高齢者の円滑な退院を支援する仕組み作りが今以上に必要になってくると思います。

一方、外来はどうか。外来受療率をみると、75～84歳が11,199人と最も高くなっています。すなわち75～84歳人口の11.2%が調査日において外来通院している状況にある訳です。ここで、85歳以上の外来受療率をみると9,201人と、75～84歳に比べて低くなっています。なぜかという点、85歳以上では、75～84歳に比べ、入院のリスクや介護保険施設などへの入所のリスクが高まる、な

#### 4-2. 外来／在宅医療に対する需要の現状①



出所) 厚生労働省「平成20年患者調査(1日調査)」

10

資料10

いしは通院が困難になってくることがその理由として考えられます。そのため、85歳以上人口が増加すると、通院困難者に対する医療、すなわち在宅医療のニーズは高まっていくことになります。(資料10)

次に、要介護度と在宅医療受給率の関係をみてみます。資料11のグラフは、横軸が要介護度、縦軸が外来通院や訪問診療を受けている者の割合を表しています。ここで、訪問診療ありの割合をみると、要支援1で1.3%、要支援2で2.6%、要介護1で6.1%、要介護2で9.0%、要介護3で17.6%、要介護4で26.8%、要介護5で51.2%と、要介護3から急増しています。要介護度と認定調査データの関連性について、我々が行った調査によると、要支援から要介護1レベルでは歩行機能がほぼ維持できているため、恐らく外来通院という形で診療所や病院にいられていると思われます。ところが、要介護3レベルからは歩行機能や移動能力も低下してきますので、通院が困難になってくる。そのため、要介護3レベルから通院率が低下し、逆に訪問診療などを受ける方の割合が急増するものと考えられます。(資料11)

資料12が最後のスライドです。1つの県の事例

ではありますが、都市部と郡部における、在宅医療や介護サービス提供体制構築上の課題について整理していきたいと思います。

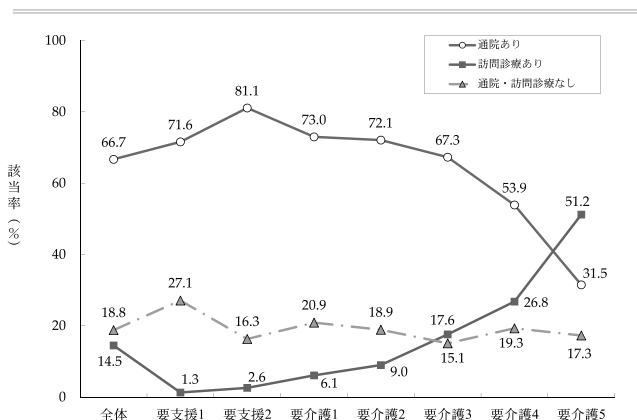
まず、人口構造の変化の特徴を整理します。

都市部の代表である福岡市は、大牟田市に比べ、75歳以上人口の増加率が現時点でも高いのですが、今後ますますその割合が高くなります。特にこれから問題になるのは、在宅医療や介護サービスのニーズが高い85歳以上人口の増加問題ということになるかと思います。85歳以上は他の年齢階級に比べて介護サービスの受給率も高く、85歳以上人口の約半数が介護サービスを受給しています。したがって、85歳以上人口が増えるということは、要介護認定者数が増え、その結果として要介護認定率も今以上に高くなる可能性があるということです。福岡市の場合、85歳以上人口の増加に対する在宅医療や介護サービス提供体制の量的な確保が重要テーマとなると思います。

一方、15～64歳人口をみると、福岡市では2025年まではほぼ現状維持レベルで推移するのに対し、大牟田市では約3割減少すると見込まれています。大牟田市では、医療や介護サービスに従事するマンパワーの確保が重要テーマとなると思います。

次に、介護サービスの整備状況の特徴を整理し

4-3. 外来／在宅医療に対する需要の現状②



出所) ニッセイ基礎研究所：平成19年老人保健健康増進等事業「在宅要介護者へのサービス提供のあり方に関する研究」より引用

資料11

ます。

65歳以上人口に対する介護サービスの整備状況をみると、福岡市は介護保険施設の整備率が大牟田市に比べて低い状況にありました。人件費の問題、土地の確保の問題などがありますので、なかなか整備しにくいのが現状かと思われます。他方、居住系のグループホームや特定施設の整備率は、大牟田市に比べて高い状況にありました。このような事実関係とこれからの85歳以上人口の増加という問題をあわせて考えていくと、85歳以上人口が急増する福岡市では、在宅医療の提供体制の整備、小規模多機能や地域密着型の介護サービス提供体制の確保、ターミナルケアや認知症の人へのケア提供体制の確保といった対応策の強化が必要となってくると考えられます。特に、量的な増加が顕著になるため、量的整備の強化がまずは当面の課題になってくるかと思えます。介護保険施設の整備量を大幅に増やすことは現実的には困難ですので、在宅での生活を如何に支援するかという意味での地域包括ケアのシステム構築が重要となります。特に、24時間の在宅医療や介護のサービス提供体制をどのように構築するかが、重要な政策テーマになろうかと思えます。

一方、大牟田市の場合、生産年齢人口の減少というのが大きなポイントになります。したがって、

医療や介護サービス従事者の確保の問題というのが、喫緊の課題になろうかと思えます。また、都市部から郡部のほうに働き手がくるかということ、そこにも難しさがあるわけです。したがって、自助や互助の機能強化、要介護者を増やさない、ないし重度化をできるだけ防ぐための、いわゆる介護予防対策の強化というところが、政策上のポイントになってくると考えられます。(資料12)

以上、1つの都道府県の中でも、県庁所在地があるような都市部と、比較的高齢化が先に進んでいる郡部あるいはそこにある地方都市では、在宅医療や介護サービスの提供体制を構築する上での今後の政策上の課題に違いがあります。

現在は都市部対策を中心とした施策が展開されていますが、都市部と郡部では課題が異なる訳ですから、それぞれの地域の実情や課題に応じた施策の検討が今後必要ではないかというのが、私の問題提起であります。以上です。ご清聴ありがとうございました。

#### 参考文献

国立社会保障・人口問題研究所：日本の市区町村別将来推計人口（平成20年12月推計）、2008。

福岡市：福岡市高齢者保健福祉計画（平成24～26年度）、2012。

#### 4-4.在宅医療／介護サービス提供体制構築上の課題 —都市部と郡部で異なる課題—

##### 【人口構造の変化の特徴】

- ・福岡市では、大牟田市に比べ、75歳以上人口の増加率が現時点でも高くなっているが、今後、その傾向はより顕著となる（特に、85歳以上）  
→要介護認定率が高くなる可能性あり。
- ・福岡市の生産年齢人口は今後も現状維持レベルだが、大牟田市は約3割減少する。

##### 【介護サービス整備状況の特徴】

- ・福岡市では、大牟田市に比べ、介護保険施設の整備率が低い。
- 一方、居住系サービス（グループホーム、特定施設）の整備率は高い。



##### 【福岡市における医療・介護サービス提供体制構築上の課題】

- ・85歳以上人口増に伴う、「在宅医療」「介護」「看取り」必要者への対応策の強化（量的整備の強化）
- ・施設依存の困難さに伴う、「地域包括ケアシステムの構築」の強化

##### 【大牟田市における医療・介護サービス提供体制構築上の課題】

- ・生産年齢人口の減少に伴う、医療や介護従事者の確保策の強化
- ・従事者確保の困難化に伴う、「自助」「互助」の機能強化及び予防の重視

大牟田市：大牟田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（平成24年度～平成26年度），2012.

ニッセイ基礎研究所：平成19年度老人保健健康増進等事業「在宅要介護者へのサービス提供のあり方に関する研究，2007.

川越雅弘，鍋島史一：医療計画の見直しに向けてー福岡県の二次医療圏別にみた人口動態の特徴，

2010年と2025年の比較ー，福岡県医報，第1435号，pp.77-84，2012.

川越雅弘：地域包括ケアにおける介護予防とリハビリテーションのあり方，地域リハビリテーション，Vol.6，No.8，pp.584-587，2011.

（かわごえ・まさひろ 国立社会保障・人口問題研究所 企画部第1室長）

## 【問題提起4】

## 震災を契機としたコンパクトシティ化 ——陸前高田市の挑戦——

山 本 克 也



### 地震発生後流れ

社会保障基礎理論研究部の山本です。今日は、先ほどの問題提起と少し違いますが、実はまだ研究成果とまではなっていないのですが、東日本大震災を契機として都市と地方を考

える上での不可欠な問題・動きを、ルポルタージュのような形でお話したいと思います。特に、震災を契機としたコンパクトシティ化という観点から、陸前高田市を例にお話しさせていただこうと思います。

陸前高田市を2011年、2012年と何度も訪れていますが、まず震災前後を比較してみたいと思います。ネット上の衛星写真で見ると、奇跡の一本松で有名になった松林、高田松原がなくなり、浸水

域が市の平坦な部分のほとんどすべてに渡っていることが分かります。市役所の辺りでも20mぐらいまで津波が来ています。ご承知の通り、三陸は津波の多いところですので、各地に避難所が指定されていました。一時避難所の市民体育館にも20メートル以上まで水が来ました。ここには100人以上の方が避難したのですが、生存者は3人だけでした。屋上に100人余りの方が避難していた岩手県立高田病院などは、テレビ報道をご覧になり、ご記憶がある方も多いと思います。

地震の発生後、粗々の復興までの手順を描くと図1のようになります。まず、避難期があって、仮設期が続くのですが、その後の見通しが立っているとは言えない状況です。福島と岩手に関しては、仮設住宅に入った方の約95%は依然として仮設住宅に残ったままなのです。この点は後述します。

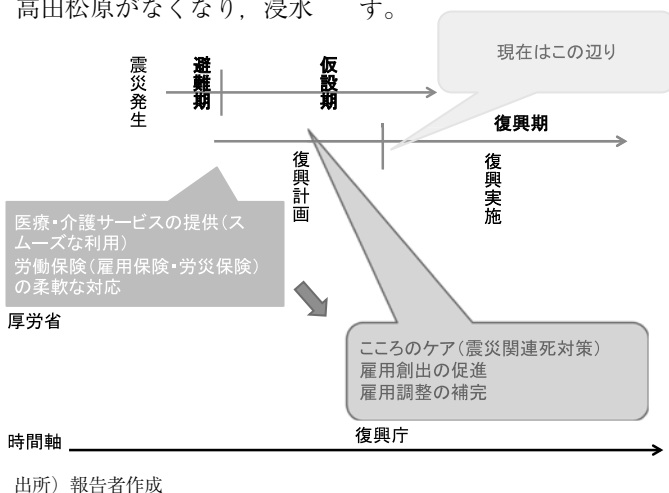


図1 地震発生後の流れ


### 陸前高田の復興計画とコンパクトシティ

陸前高田市は、震災後の新しい街づくりをする上で、コンパクトな市街地の形成を図るということを目的としております。要するにコンパクトシティを作ろうということです。このコンパクトシティ化の動きは、東北では以前からありまして、まちづくり三法<sup>1)</sup>ができる前の平成9年から未来都市検討委員会というのができ、議論が始まりました。岩手県に関しては、平成16～17年に岩手都市政策研究会が、各市や村・町を巻き込んでコンパクト化していこうという議論をしていました。その後、再び東北地方全体での研究会が立ち上がり、その矢先に震災があったというようにお考えいただければ良いと思います。

陸前高田市のまちづくりのイメージは、浸水域には居住は許さず、山側の地に新たに市街地を作って居住圏を確保するという計画を立てています。先ほど述べましたように、陸前高田市の平坦な部分はほとんど浸水域です。その意味で、復興計画では居住지가山側に集約され、コンパクト化していくということになります。コンパクト化する時には、問題がいろいろございます。先行する地域として、青森市と富山市を見ていきたいと思います。中心街地区活性化法というのが、平成18年8月にできました。青森市と富山市というのは、その認定第1号のところですよ。ご存じの方もいらっしゃると思います。

青森市の場合、インナーと呼ばれる駅周辺にアウガというショッピングモールのような施設を建てて、活性化していこうということになりました。その一方で、インナーから少し離れたミッドと呼ばれる地域に住宅地を作り、さらにその外側、アウターと呼ばれるところですが、これは要するに産業を誘致したい場所です。いろいろな工場などを建てるという計画で、いくなれば工業団地になります。青森市の問題点は、まず、インナーのアウガですが、この建物のイメージは、東京でいうところの渋谷や新宿のファッションビル、デパート・モールというようなイメージなのです。しかし、この戦略は明らかに失敗です。若者は都会に買い物に行ってしまいますし（最も近くの都会は仙台市、もちろん東京にも新幹線で簡単に行けます）、中高年者は販売されている商品に購買欲が沸きません。こうした若者向けの商業施設を建てても、集客は望めないのです。そこに対して、ある程度の予算を青森市がつぎ込んでしまったことが、まず第1の失敗の原因です。

次の失敗は縦割り行政に基づくものです。先ほどの産業誘致をしたいという、アウターについてです。青森市の都市づくり・街づくりのセクションと、産業の誘致をするセクションがまったく別々に動いていました。結果として、どういうことが起こったかということ、交通網の寸断です。インナー・ミッド間は良いとして、点在するアウター

東北全体	岩手県
平成9年3月未来都市検討委員会	
平成12年3月街なか居住研究会	
平成21年3月東北地方コンパクトシティ検討委員会	
平成23年2月東北地方コンパクトシティプロジェクトチーム	
	平成16～17年いわて都市政策研究会

出所) <http://www.thr.mlit.go.jp/compact-city/>より報告者作成

図2 東北地方のコンパクトシティ計画



の工業設備とミッド、またはインナーをバスで結ぶと赤字になってしまうことが分かりました。そういう意味において、青森市の設備投資等々の計画に問題点があったのではないかと思います。

次は富山市です。富山市は、富山町を中心として、いろいろな町があります。この町を路面電車で串団子のようにつないで、町を発展させていこうという計画だったのです。ただし、この中心となる富山市はどうしても地価が相対的に高いものですから、比較的裕福な高齢者層の方が入居してしまいました。それによって、どういうことが起きたかという、自然減、要するにお年寄り、は年を取って亡くなっていきますから、富山市の中心部の人口がかえって減ってしまったということが、今、大きな問題点として指摘されています。今、富山市中心部は、夜、閑散としています。要するに、街づくりをするときに、年齢構成ということの視点を入れなくてはいけないと思われます。それは、例えば1960年代後半から70年代初頭にかけて開発された多摩ニュータウンや千里ニュータウンという大きなニュータウンがありますが、あそこも大体、同じような年齢階層の方が入居していました。それが、入居後40年も経つと、一気に高齢化してしまいました。それと同じようなことが結局、今、2012年になっても起きているのです。歴史に学ぶしか、われわれは術がないわけですから、歴史をきちんと学ぶ必要があると思われます。

### コンパクトシティ化に必要なこと

身の丈に合った投資と人口構造に注意することの他にも、コンパクトシティ化ということに対して、必要なことというのは、利便性をどう確保するかということです。役場や病院など、そのような生活基盤をどのように確保していくのかということが重要です。それから仕事をどのように確保していくのかという部分も必要です。さらに、人によっては移住を強制されるのですから、その方の土地問題、そして郷愁の問題をどのように解決するかということが、考えられるもう1つの問題点と思っています。もちろんほかにもあるとは思いますが、今日はこの3つの点に絞って、

お話しさせていただきます。

まず、医療から見た利便性の確保ということですが。先ほど、県立高田病院が太平洋から見て陸前高田市の左の方にあったと申し上げました。これは震災後、浸水域の外の右側に米崎にコミュニティセンターという市の建物があったものですから、そこを臨時の診療所にしました。現在は、もう少し山側の地にプレハブよりも上等な建物を建てて、県立高田病院が再構築されています（市役所は病院の反対側の山の地で、もとの場所よりもやや左側になります）。この地は、復興計画では居住地の真ん中になりますから、住民の利便性は以前と変わりません。余談ですが、今、高田病院が抱えている問題は、お医者さんの継続的な確保です。この三陸地域はもともと、お医者さんが足りないところです。震災前は陸前高田市に6つの診療所があったのですが、整形外科の先生と内科の先生が1人ずつ亡くなっています。そして、皮膚科の先生はこの震災を機会に辞めてしまいました。というわけで、陸前高田市のトータルの医療資源からいうと、3減というのが3月11日の時点で起きたことです。しかし、震災があつてからは、全国各地から応援のお医者さんが来ております。今、整形外科は大体1週間から、最大2月の単位で、順番にお医者さんの応援が来ておりますので、なんとかなっています。

ただ、その病院機能分化論的に考えた場合に、実は県立高田病院と隣の県立大船渡市の大船渡病院の関係を見ていく必要があると思います。大船渡病院は、脳外科、心臓の胸部を開くなどという手術もできるような大きな規模の病院ですので、こちらに3次を任せて、2次医療ぐらいまでが、県立高田病院でできればいいと思います。これは院長の石木先生もおっしゃっていることです。三陸道が一部開通していて、それを使えば、高田病院と大船渡病院の間は救急車で10分なので、そういう役割分担はできるのかなと思っています。

先ほども述べましたように、高田病院は震災後、平均的にいうと、10人ぐらいのお医者さんがいらっしゃいます。2005年に石木先生が赴任されたときは4人でした。それが今、医療資源がある意

味で潤沢になっています。医師不足については、もともと少ないと先ほど申し上げましたが、全国平均10万人に対して224.5なのですが、盛岡を除いて、他の医療圏は134とか、この地域、陸前高田、気仙医療圏においては、132.5と、非常に少ないわけです。今後、復興がなったとしても、医師不足の問題は残されると思われます。

次に仕事の確保という点についてです。高田商店街は、大きなものが2つございます。陸前高田未来商店街というものと、高田大隈つどの丘商店街というものです。未来商店街は、コンテナです。要するに鉄道で、昔、荷物を運んでいたようなコンテナを使って、店舗展開をするという形をやっています。一方の、つどの丘は、プレハブの仮設店舗です。他に興味深いのは、円形の半透明なドームが立ってまして、このドームの中でレタスや野菜の水耕栽培をしているのです。この水耕栽培の作物を、サンドイッチ屋さんに卸すということもしていると聞いております。また、全国的に有名な醤油・味噌の商店も工場を再開し、本社・店舗は陸前高田市にあります。このように、雇用の場は少しずつ戻ってきましたが、問題があります。これは、最後にまとめてお話しします。

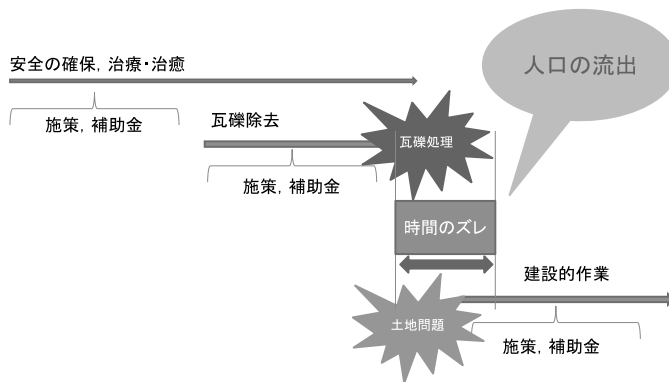
最後に、土地の問題・郷愁の問題です。あれほどの被害を受けたのですが、住民の意識は、やはり、受けた被害の程度で異なるようです。復興計画策定の際の住民アンケートによれば、全体の平均だと、被災前と同じ場所に住みたいと言う

方は、14.3%しかいらっしゃいません。しかし、下矢作では43.5%、竹駒でも34.8%の方が以前の場所に住みたいと回答されています。被害が他と比べて少なかったところは、そのように考えるのかもしれませんが。居住地の問題は、地域コミュニティと関連し、阪神・淡路大震災の教訓として、仮設住宅の入居に関しては活かされました。しかし、先祖伝来の土地を簡単に捨てられるのかという問題は大きな課題だと思われます。

### 陸前高田市で起こっていること

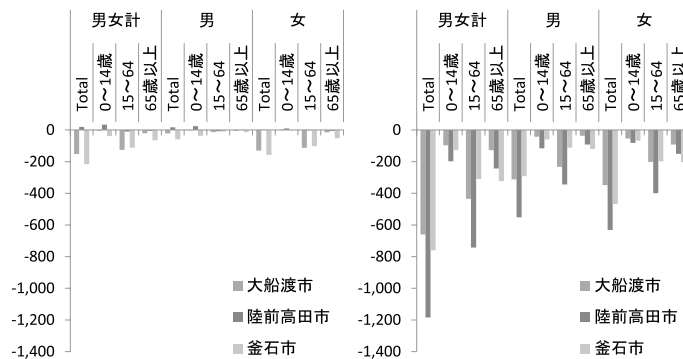
震災後、理想の循環は、以下に述べる通りだと思います。まず、震災が起きた後の最初の段階は、安全の確保、治療・治癒が重要ですが、その次の段階では瓦礫撤去が重要になります。たとえ、震災で失業をしても、がれきの除去等で臨時の仕事があります。その後、その瓦礫を片付け終わったらば(途中でもかまわないですが)、新しい住居、工場等の建設的な仕事をする・新しい仕事をするということが理想的な流れだと思われます。

これから述べることは、多くの被災地に共通することです。まず、仕事のミスマッチが起きています。三陸地域全体で共通するのは、漁業とそれに関連する加工場、商店が主要産業だということです。それが、瓦礫撤去や公共事業に人手を取られ、漁業関連の求人が埋まりません。実際は、いろいろな施策や補助金などは流れてきてはいるのですが、瓦礫処理の問題は今、ご承知のとおり、



出所）報告者作成

図3 陸前高田市の現状



注) 年齢3区分での公開は平成22年から

出所) 総務省統計局「住民基本台帳人口移動報告 平成22,23年版」

図4 住民基本台帳から見た人口流出(転入マイナス転出)

進んでいません。大体8割ぐらいの瓦礫が残ったままです。それから、先ほど住宅地の新たな確保というようなことを申し上げましたが、土地問題が絡んできます。お亡くなりになった方もたくさんいらっしゃいますので、土地の権利関係が確定できないということが大きな問題です。

瓦礫処理や土地問題で新しい住宅や工場・商店の建設が遅れると、結果として、人口が流出します。陸前高田市では大体1,200人の方が、住民台帳(平成24年)ベースだといなくなっています。しかし、保健所が把握している数と比べると約800人の差があります。この方たちがどうなっているのか。陸前高田市では、住民票をまだ800人ぐらいの方が余所へ移してはいないのです。要するに、まだ陸前高田市に残ってくれる可能性があります。そのためには、施策をどんどん打っていく必要があります。土地問題を早く解決して、早急にいろいろなシステムを再構築しなおすということが必要と思っています。以上です。ありがとうございました。

#### 注

- 1) かつては「大規模小売店舗における小売業の事業活動の調整に関する法律」(昭和48年法律第109号。以下「大店法」という)により、大規模な集客が予想される大型店の出店に際して、既存の中小店を保護するため、店舗の規模や閉店時間等の調整が行われていた。しかし、近年の中心市街地

の衰退状況から、出店するのが中心市街地か郊外かという立地場所も焦点となってきた上、これまでの大型店の需給調整的な出店調整にとどまらない総合的な観点が求められるようになったことから、平成9年、大店法の廃止が決定された。そして、平成10年、関連法を一体的に推進し、地域の実情に合ったまちづくりを行うことを目的として制定(都市計画法は改正)されたのが、まちづくり三法である。

#### 参考文献

- 鈴木浩(2007)『日本版コンパクトシティ—地域循環型都市の構築』学陽書房
- 永松伸吾(2008)『減災政策論入門—巨大災害リスクのガバナンスと市場経済』, 弘文堂
- 森口将之(2011)『富山から広がる交通革命—ライトレールから北陸新幹線開業にむけて』, 交通新聞社
- 山本恭逸(2006)『コンパクトシティ—青森市の挑戦』, ぎょうせい
- 吉井忠寛, 大矢根淳, 浦野正樹(編著)(2008)『復興コミュニティ論入門』, 弘文堂
- 財団法人日本都市センター(編著)(2012)『過去の大規模災害と海外事例からみる東日本大震災と都市行政』, 財団法人日本都市センター
- Shibata Akenori(2010) DYNAMIC ANALYSIS OF EARTHQUAKE RESISTANT STRUCTURES, 北大学出版会
- (やまもと・かつや 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部第4室長)

## 【パネル討論1】

## 「地域再生におけるソーシャル・キャピタルの役割」

山 内 直 人



皆さま、こんにちは。ご紹介いただきました大阪大学の山内です。午後の部で、みんなお昼に行ってしまう戻ってこないのではないかと心配していたのですが、たくさんの方に戻ってきていただきましてありがとうございます。

ございます。

わたしは、地域の問題、地域の発展や再生を考えるときに、非常に重要な要素だと言われているソーシャル・キャピタルというものについてお話をしたいと思います。

ソーシャル・キャピタルとは何か。日本語ではよく社会関係資本とかというように言われますが、人と人とのつながりの有り様を資産に見立てた概念のことです。このスライドにありますように、3つくらいの要素から成り立っているとよく言われます。

1つは信頼、人と人が信頼しあっているかどうかです。もう1つはネットワーク、人脈、どのような人とかかわり合っているかです。3番目が、助け合いの慣行、互酬規範が成立しているかどうかです。そのような3つの要素を備えたような社会というのは、人々の協力関係を促進して社会を円滑に機能させるような潤滑油というか、触媒のような役割を果たすのではないかと考えられています。これは目に見えないものなので、例えば同

じくらしいの人口規模の地域でも、あるところは発展して、あるところは発展しないということがある。例えば円高のような危機が訪れたときにあるところは乗り切れるけれども、別のところは乗り切れない。表面上は労働者の数や産業構造というのは変わらないように見えるのだけれども、なぜか違いがでる。それを突き詰めていくと、このようなソーシャル・キャピタルのようなものが背後にあるのではないかと考えられています。これは地域に限らず企業についても言えるし、あるいは国と国との関係についても言えるかもしれないのですが、きょうは地域やコミュニティの例を使ってお話をしたいと思います。(資料1)

簡単にご説明したいと思います。1つは信頼です。信頼というのは、自分と特定の関係にない、まったくの第三者との間にどのような信頼関係が成立するか、あるいは他人にだまされないという

## 人と人のつながりは地域の資産

## つながりの「質」を表わすソーシャル・キャピタル

「ネットワーク(人脈)」「互酬規範(助け合い)」「信頼」といった社会組織の特徴で、人々の協力関係を促進し、社会を円滑に機能させるもの。



資料1

確信があるかどうかというようなことです。信頼というのにも目に見えない概念なので、信頼を数値で表すために、あなたは一般的に他人を信頼することができますか、それとも用心するに越したことはないと思いますかというような質問に対する、YESと答える人の割合のようなもので見ることが多いと思います。いろいろな社会調査で、英語でも日本語でも、このような同じような質問を發して、どのくらいの人がYESと答えるかというので、国別の比較をしたり、地域別の比較をします。

わたしはきのうまで1週間インドで過ごしていました。インドに行くと、近寄って来る人は自分を騙そうとしているというふうに思ったほうがいいというように行く前に言われていました。タージマハールなどの観光地に行くと、写真を撮ってあげましょーと言って近寄って来る人がいるのですが、多くはお金目当てなのです。日本ではまったくありえないような事がインドではありえるので、信頼のある社会かどうかというのは、かなり地域別に違うのだということを実感して帰ってまいりました。(資料2)

信頼がないと、どういうことが起こるか。安心して経済取引を始めようというときも始められないのです。例えば自分は、アイデアはあるけれども資金がないとします。その資金を持っている人との間で交渉して、お金を出してくれるのであれば、自分のノウハウを提供する、そのような取引をしたいと思ったとします。例えばベンチャーをやる場合にでも、ビジネスモデルを持っている人と資金を提供してくれる人の間の信頼がなく、自分がアイデアをしゃべった途端にとられてしまうかもしれないような社会では、取引が成立しない。あるいは、例え紛争になったとしても、信頼関係があると早期に解決できるというようなメリットがあるというように思います。ですから信頼というのは非常に大事で、コミュニティにしても企業にしても、それがあると経済学でいうところの取引コストを安くあげることができるということだ

## SCの要素としての「信頼」

- 一般的信頼: 自分と特定の関係にない他者一般に対する信頼、他人に騙されないという確信
- 測定法: 「あなたは一般的に他人を信頼することができますか? それとも用心するに越したことはないと思いますか」という質問に対する回答傾向をみる

資料2

## 信頼の重要性

- 信頼がないと・・・中古車市場の問題
  - 買い手は、売り手しか知らない事故車を売りつけられるかもしれない
- 信頼があると・・・経済取引を進めやすい
  - 取引相手に騙されないという安心があれば、厳密な契約なしでも取引を始められる
- 紛争を解決しやすい
  - 紛争になっても信頼があると早期解決できる

資料3

と思います。(資料3)

2番目は、互酬性の規範です。互酬というのは非常に難しい学術用語ですけども、相互扶助の関係というのか、おたがいがさま、あるいはギヴアンドテイクの関係が成立しているということです。ですから、これも信頼の話とまったく別次元の話ではなくて、信頼があるからこそ、そのような相互扶助が成り立つわけです。伝統的な農村社会などでは、冠婚葬祭の時に手伝いに行くとか、田植えや収穫のときの助け合い、あるいはゆいや講、無尽などというような相互扶助の仕組みが昔は普通にあったわけですけども、今はだんだん伝統的な習慣というのは無くなっています。しかし、互酬関係が成立しているかどうかというのは、

ソーシャル・キャピタルの1つの要素としては重要だと考えられています。(資料4)

それからネットワークです。人と人とのつながり、絆、人脈ということです。これも単に友達の数が多いとかではなくて、異なるグループの間の橋渡しの役割を果たしているかというようなことが割と重要なのではないかとされています。例えば、行政と産業をつなぐ人、それから文系と理系の間をつなぐ人、あるいは住民と自治体の間を取り持つ人。そのような橋渡しをできるキーパーソンが重要な役割を果たすと考えられています。以上、3つのようなことがソーシャル・キャピタルを考える時に重要な要素だというのは頭に入れ

## 互酬性の規範

- 要するに、「相互扶助」、「お互い様」、「ギヴアンドテイク」ということ
- 伝統的農村社会では普通であった、冠婚葬祭や田植え・収穫の時の助け合い
- ゆい、講、無尽・・・などの相互扶助の仕組み
- 互酬が成立するためには、コミュニティのなかの信頼関係が前提

資料4

## ネットワーク

- 人と人とのつながり、きずな、人脈
- スモールワールド理論
- 全くの他人であっても、両者は、数人を媒介すればつながっている？
- 行政と産業、文系と理系など異なるグループにネットワークを持ち、橋渡しできるキーパーソンが重要な役割

資料5

ておいていただければと思います。(資料5)

ソーシャル・キャピタルが豊かなコミュニティというのは、したがって住民同士の交流や付き合いが非常に濃密である。あるいは相互扶助、助け合いの習慣が定着している。住民間の信頼関係が構築されている。交流あるいは互酬、信頼という3つの要素というのが独立しているのではなくて、お互いに高めあうような形になっているということです。多くの住民が地域の問題を自分たち自身で解決して、より良い地域にしようというように自発的に考えて日々努力しているようなコミュニティであると考えていただければと思います。

もしそういうのがなければ、その地域が住みにくいと思えば、みんな逃げ出してしまうわけです。そうではなくて何か問題が起こったときにも、自分たちで解決策を見出して、あるいは場合によっては行政や産業、あるいは別の地域から助っ人を呼んできて解決しようというように努力をする。そのような地域が、ソーシャル・キャピタルの豊かな地域といえると考えられます。(資料6)

ソーシャル・キャピタルの効果にはいろいろなものがあります。一番分かりやすい例として、犯罪の例がよく使われます。近所付き合いが非常に濃密だと、よそ者が入ってきても気付きやすい。あるいはよく犯罪社会学で「割窓理論」というよ

## SCが豊かなコミュニティとは

- 住民同士の交流・つきあいが濃密
- 相互扶助、助け合いの習慣(互酬)が定着
- 住民間の信頼関係の構築
- 交流・互酬・信頼の好循環で相互に高め合う
- 多くの住民が、地域の問題を自分たちで解決してよりよい地域にしようと自発的に考えて、日々努力している

資料6

うに言われますが、落書きや割れた窓を放置しているような地域は犯罪の温床になりやすい。ソーシャル・キャピタルが豊かだとそのようなものを未然に防ぐようなことを住民自らやろうとするし、普段からの付き合いがあれば、誰がよそ者かというのもすぐに分かる。それがひいては行政コストを引き下げることにもつながるということです。(資料7)

それから、経済や産業に関しては先ほど申し上げました。実際のデータでもソーシャル・キャピタルの高い地域は新規開業率が高かったり、失業率が低かったりするということが示されています。ソーシャル・キャピタルが豊かな社会では健康度が高い、長寿である、あるいはその地域の幸福度が高いというようなことが言われていまして、この辺りはいわゆる公衆衛生の分野では最近非常に実証的な研究が進んでいる分野であります。(資料8, 9)

ここで、事例をご紹介したいと思います。今回の東日本の震災の被災地の南端のほう、福島県のいわき市というのがあります。ここは『フラガール』という映画で非常に有名になった所です。昔は炭鉱町で、炭鉱がいずれ行き詰まるということで、炭鉱をやっておられた中村さんという方が、エネルギー革命が進み炭鉱が斜陽化したあと、どのようにして地域再生をするかということを中心にかなり早い時期から考えていた。それで、彼は、炭鉱からわき出す非常に豊かなお湯を使って温泉リゾートを作れないかということを考え出したのだそうです。

わたしはこの間も行ってきたのですが、震災のあとでも非常ににぎわっているのです。地元でフラダンサーを養成する、それから地元の元からあった旅館など、そのようなところとも共存していくというようなスタンスでもう何十年もやっているわけです。企業としても経営陣と従業員との間の信頼関係が非常に良い。もともと鉱山会社というのはそういうところだったと思うのです。本

## SCの効果:安全・安心

- SCが豊かなところは、犯罪率が低い
- 近所づきあいが濃密なら、よそ者が入ってきても気付きやすい
- 「割窓理論」:落書き、割れ窓など放置する地域は、犯罪の温床になりやすい
- 豊かなSCは、防災・災害復興にも効果を発揮
- 防災訓練、近隣による救助、災害の伝承など

資料7

## SCの効果:経済・起業・雇用

- SCが豊かな社会では、信頼関係を築きやすく、取引コストを抑えられる
- 起業がしやすく、成功すれば経済成長を促し、失業率も低く抑えられる。
- データでも、SCの高い地域は、新規開業率が高く、失業率が低い

資料8

## SCの効果:健康・医療・福祉

- SCが豊かな社会では健康度が高い
- 健康であることは幸福度を高める
- 人付き合いが活発、濃密であれば、健康にプラス
- 健康増進活動を住民同士で誘いあって継続する
- データでも、SCが豊かだと平均余命が長く、出生率が高い

資料9

社も東京ではなくていわき市に置いて、今で言うところの地域CSRのさががけだというように思います。(資料10～14)

東日本大震災の時にメインのプールの底に穴が空いて、営業を何カ月間か停止しなければいけませんでしたが。半年後の10月に部分開業して、今年の2月には前面再開にこぎつけています。わたしは9月に1度行ったのですが、大変多くのお客さんが入っていて、そのホテルに泊まろうと思ってサイトを見たら、もうかなり先まで予約で埋まっているというような状況でした。風評被害もたくさんあったと思うのですが、それを乗り越えて頑張っている事例です。ですから探鉱が閉山になったこと、それから今回の震災という

## SCとITネットワーク

- 情報通信技術、インターネットの発達は、SCを豊かにする
- 地域を超えて、オンライン上のコミュニティが形成される
- ただし、人間的付き合いなしのオンライン・ネットワークだけではSCを築けない
- ネットに夢中になると、オフラインの付き合いがおろそかになる面も
- ネット上での中傷など、ダークサイドも

資料10

## 事例1:いわきの地域再生

- 南東北・福島県いわき市
- 1966年市町村合併で誕生
- 現在人口33万人
- 炭鉱町から温泉リゾートへ
- 映画「フラガール」の世界

資料11

## 成功のカギ:キーパーソン

- 常磐炭礦(後に常磐興産)株式会社社長・中村豊(1902-1987)のリーダーシップ
- 1万5千の社員と7万人の地域コミュニティ
- エネルギー転換と炭鉱の斜陽
- 炭鉱閉山後の地域再生のアイデア
- 今風に言うと「社会起業家」
- 1966年、常磐ハワイアンセンターを創業

資料12

## 成功のカギ:ユニークなアイデア

- 温泉の有効利用(石炭1トンに40トンの温泉)
- 地元でフラダンサーを養成
- 大衆リゾートに徹する  
ダサイ、アカ抜けないが、安心して遊べる
- 一貫性がないのがよい?  
cf. TDL、USJ、ハウステンボス

資料13

## 成功のカギ:信頼と共生

- 経営陣と従業員の信頼関係
- 炭鉱労働者と家族のために雇用を創出
- フラダンサーも地元で養成
- 地元旅館との共存共栄
- 食材や土産品の地元調達
- 本社を東京からいわき市に移転
- 地元密着「CSR」のさががけ

資料14



2回の危機を乗り越えることができた。それは先ほど言ったようなソーシャル・キャピタルの要素が整っていたからではないかと考えています。(資料15)

もう1つ、富良野の例をご紹介したいと思います。ここは倉本聰氏が長い期間住んでいて、彼の力で地元の若い人を役者に育てるような、あるいは東京から若い役者を呼んできて公演をするというようなことをずっとやってきています。「ふらの演劇工房」という日本で最初のNPO法人を設立し、芝居小屋を建てました。座席数は300ということなので、この会場と多分同じくらいの感じの小規模な芝居小屋を建てたのです。大変雪深い所で、札幌からも非常に遠いのですが、ある程度採算ラインに乗るような稼働率を維持しているということで、これは人的な幸運に恵まれたということもあるのですけれども、やはりソーシャル・キャピタルが豊かな地域だからこそできたのではないかと考えています。(資料16～18)

それからもう1つは震災の事例で、これはよくNHKなんかでも取り上げられるのでご存知かと思うのですが、「釜石の奇跡」です。これは釜石の湾岸にある中学校の生徒が津波のあと、機転を利かせて隣接する小学校の児童を引率して高台まで避難し、被害を最小限に食い止めたという事例です。数年前から群馬大学の先生に指導を仰いで

## 東日本大震災で危機の再来

- 3.11で営業中止
- 地震、津波、原発事故、風評被害の4重苦
- 福島第二原発から直線20キロ
- フラダンサーは、全国キャラバンへ
- 2011年10月部分開業、2012年2月全面再開
- あわせて新ホテルも開業
- 常磐興産社長・斎藤一彦のリーダーシップ

資料15

## 事例2: 富良野市の地域振興とSC

- 富良野市: 人口2万余の小都市
- 札幌から2時間以上、雪国のハンディ
- 高い観光集客力
- ウインタースポーツのメッカ
- オーストラリア等からの長期滞在観光客

資料16

## 成功のカギ: やはりキーパーソン

- 脚本家・演出家・倉本聰の求心力、人脈
- 1981年、TVドラマ「北の国から」放映開始
- 東京から移り住む
- 若手俳優・脚本家養成のため「富良野塾」創設
- 富良野自然塾創設: プリンスゴルフ場跡に植林

資料17

## 富良野演劇工場について

- 2000年11月こけら落とし
- 運営団体ふらの演劇工房はNPO法人認証第1号
- 座席数300、出演者と観客の一体感
- 非常に凝った舞台演出が可能
- 富良野の誇り: 多くの地元ボランティアが参加
- 東京の役者にとってもあこがれ(倉本の影響力)
- 採算ライン以上の稼働率を維持

資料18

防災教育に取り組んでいて、日ごろから大津波を想定したような避難訓練をしていたことの成果です。釜石の奇跡とは言われているが、それは実際は奇跡ではなくて、ソーシャル・キャピタルの豊かな土地柄で、日頃のしっかりした訓練の成果が表れたということです。(資料19)

ソーシャル・キャピタルはそういう意味で、防災や震災復興にも非常に重要な役割を果たしています。阪神淡路大震災のときにも、あのときは建物が倒壊して被害を受けたケースが多かったのですけれども、助かった人の多くは隣人に助け出されたというように言われています。そういう時は、消防などが来るのを待っている間にも人が亡くなるわけですから、コミュニティの中の共助というのが非常に重要だということが言えると思います。(資料20)

それから、仮設住宅の建て方についても、住宅のレイアウトの仕方、たとえばコミュニティスペースを作るかどうかというのが、そのあとのクオリティオブライフに非常に大きな影響を与えているということが、阪神のときの経験で分かってきました。例えば何十軒かに1軒、住民が集まれるスペースを作るとか、あるいは玄関を向き合わせに建てるとか、そういうソーシャル・キャピタルを育むような工夫が重要だということが分かってきて、東日本大震災でもその経験を生かして仮設住宅を建設したところがあります。仮設住宅に移るときもその地域のソーシャル・キャピタルをできるだけ維持するような形で移るということが非常に大事なのだと言われています。(資料21,22)

まとめると、まちづくりあるいは地域再生に必要なものというのは、都市の規模や人口集積などではなくて、やはり人が重要なのではないかと考えています。キーパーソンがリーダーシップをとって、住民の間をまとめて、あるいは行政との間の橋渡しをしてということがまちづくりに大事である。お金はあるに越したことはないのですけ

### 事例3:釜石の奇跡

- 釜石東中学校の生徒が、隣接する小学校児童を引率して高台避難、津波の犠牲者なし、市内の他の小中学校でも被害は最小限
- 釜石市教委、2005年から群馬大・片田教授らとともに防災教育に取り組み、市内の小中学校は、日頃から大津波を想定した避難訓練や防災授業を実施
- 「釜石の奇跡」は奇跡にあらず、日頃の訓練の成果

資料19

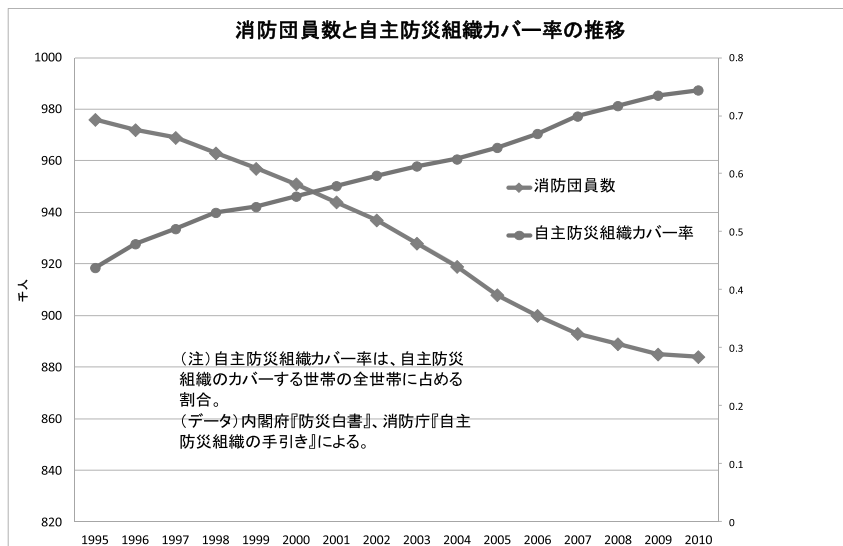
### SCは防災・復興にも重要な役割

- 隣近所との日常的な付き合いの重要性
- 阪神大震災、9割は隣人に助け出される
- 信頼関係とネットワークの醸成
- 地縁組織(自治会・町内会など)の役割
- 災害時の消防団、自主防災組織の役割
- 災害復興におけるNPO・ボランティアの役割
- 復興過程でSCを破壊しない配慮が必要

資料20

れども、やはり今までわたしが見てきた例から言うと、お金よりも人が大事で、それは必ずしも地元の人である必要はなくて、外から呼んできた人でもいい。いわきの中村さんにしても富良野の倉本さんにしても、もともとその土地の人ではないわけですから、いなければ外から呼んでくることができるといことだだと思います。(資料23)

地域の問題解決力というのは、地域で何か問題が起こったときにそれを解決する力です。スライドにありますように、危機・問題の発生に気づき、コミュニティでそれを共有して、リーダーシップを発揮する人のもとで住民、企業、行政など異なる主体が協力し、解決のためのアイデアを出して実行した後、さらにその施策を評価し見直すとい



資料21



資料22

う、このPlan, Do, Seeの流れをうまく回していくことができるかどうかということが、コミュニティの問題解決にとって非常に重要だと言えます。（資料24,25）

言いたかったことを要約すると、まず地域特性を知ることが大事で、そのためには地域の「カルテ」のようなものを作成することです。人間ドックのカルテのようなものを作成して地域の再生戦略を考える。それから、キーパーソンの存在が大事です。社会企業家を育てて、個性的なアイデアを持ち寄って実行に移すことができるということが大事なのではないでしょうか。したがって、ソーシャル・キャピタルを育成できるように住民間、あ

るいは行政や企業との信頼関係を育て、あるいはネットワークや人脈を広げるような努力を日ごろからするということが重要なのではないかと思います。非常に時間管理が厳しいのであまり脱線もできませんでしたが、とりあえずわたしの話はこれで終わらせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました。（資料26～30）

（やまうち・なおと 大阪大学教授）

## まちづくりには何が必要か

- 都市規模、人口集積 ⇒ 不可欠ではない
- 「コンパクトシティ」、「中山間地」でも工夫次第
- キーパーソン、仕掛け人、社会起業家 ⇒ 絶対必要
- ユニークなアイデア、着想 ⇒ とても大事
- 住民間の信頼 ⇒ とても重要
- 資金 ⇒ あるに越したことはない

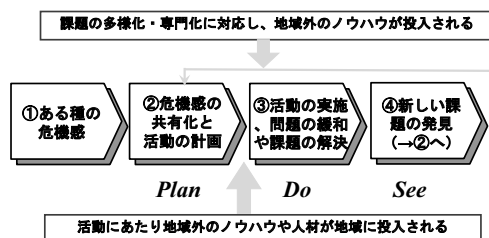
資料23

## 地域の問題解決力とは

- 危機、問題の発生に気づき、正しく認識する
- コミュニティで問題を共有する
- 解決のリーダーシップを発揮する
- 住民、企業、行政など異なる主体が協力する
- 解決に向けたアイデアを出す
- アイデアを具体化し、実行に移す
- 施策を評価し、見直す

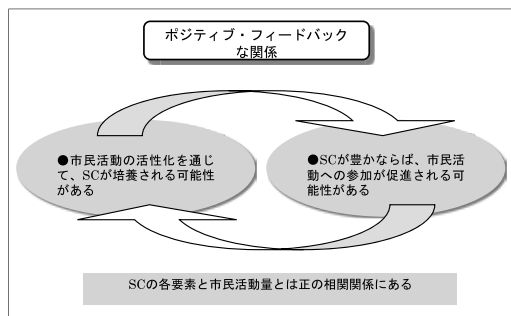
資料24

## コミュニティの課題解決のプロセス



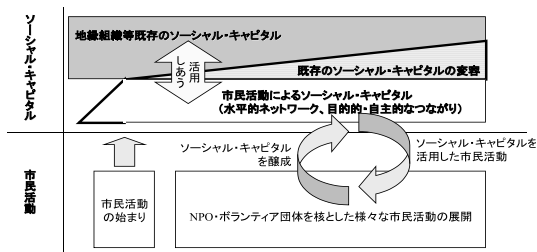
資料25

## SCとNPO・市民活動の相互関係



資料26

## SCとNPO・市民活動の相互メカニズム



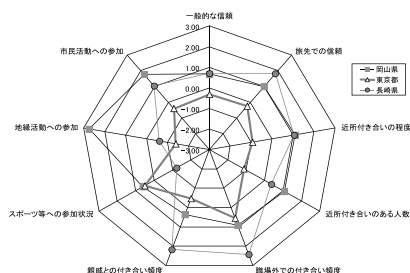
資料27

## SC指標で地域特性を知る

- 信頼指数: ①一般的な信頼 ②旅先での信頼
- つきあい指数: ③近所づきあいの程度 ④近所づきあいのある人の数 ⑤友人知人との学校・職場外でのつきあいの頻度 ⑥親戚とのつきあいの頻度 ⑦スポーツ・趣味・娯楽活動への参加
- 社会参加指数: ⑧地縁的な活動への参加状況 ⑨ボランティア・NPO・市民活動への参加状況

資料28

## 地域特性の比較



資料29

## 地域再生の効果的実践のために

- 地域特性(強み、弱み)を知り、地域の「カルテ」を作成して、地域再生戦略を考える
- キーパーソン、社会起業家を育て、個性的なアイデアを持ち寄り、実行に移す
- 住民間、行政や企業との信頼を育み、ネットワーク、人脈を広げる

資料30

## 【パネル討論1】

## 超高齢社会の居住環境論 ——居住のセーフティネットの視点から——

園 田 眞理子

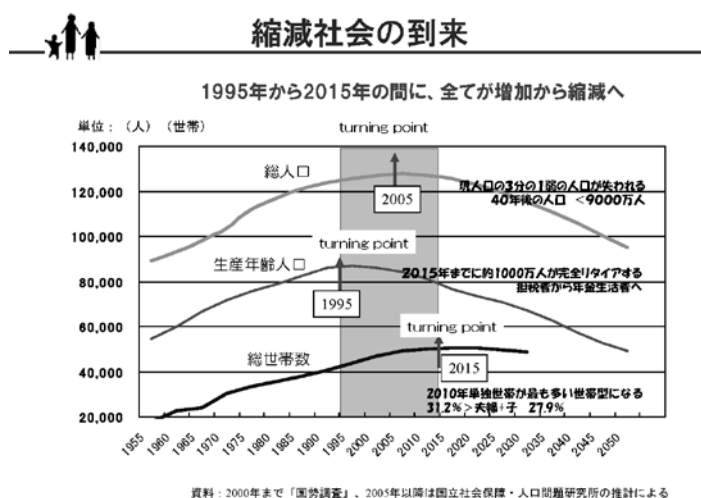


ただいまご紹介にあずかりました園田です。私は住宅・住環境について建築分野から取り組んでおります。本日は、超高齢社会の居住環境論としまして、論までいかないかもしれませんが、“居住のセーフティネットの視点”からお話したいと思います。

既に本日諸先生方がお話しになっているように、私たちの社会はいまだかつてない縮減社会に突入しています。既に15年程前に生産年齢人口が減り始め、今から数年前には総人口が減り始めています。さらに、私のように住宅・住環境に取り

組んでいる人間にとって、幾つかの非常に重要な変化が今起きている、あるいは今後起きることが予測されています。まず、2015年に世帯数が減り始めます。世帯とは、英語で考えていただくと分かりやすく、householdです。私はhouseのことをずっと人との関係で見っていますが、そのhouseholdの数が減り始めることは、住宅業界や住宅産業などを通じた、住宅の持つ大きな経済的な波及効果を考えますと、ちょうど消費税が上がる時期と重なって、日本の経済に大きな影響を与えていると思っています。(資料1)

そうした中での、2つ目の大きな変化は、私たちのライフサイクルの変化です。私のように住宅・住環境に取り組んでいる人間は、常に私たちの生活の様子と住まい、あるいは住む場所について考



資料1

えていて、それを端的に見る場合に、ライフサイクルやライフステージという視点をを用いています。この図で表しているのは、今から約50年前の典型的な夫婦の、結婚後のライフステージの移り変わりの様子です。実は、この図の前半はその当時の若い人、後半はその当時の高齢の人なので、若干正確ではないと人口問題の専門家からは言われそうです。少々デフォルメしてありますが、50年前は55歳定年で、当時の男性の平均寿命が63.6歳、女性は67.8歳でした。そう考えますと、老後期というのがまさに余生というか、ご隠居さんの時期は10年にも満たないような短い期間でした。

ところが、現在の典型的な夫婦の結婚後のライフサイクルはどうなっているか。晩婚化によって結婚年齢は上がっているのですが、実は子育て期間というのは50年前よりは短くなっています。理由は簡単です。産む子供の数が少なくなっているのです。長子から末子を育て上げるまでの期間が短くなっています。しかしながら、一番大きく変化しているのは、ライフサイクルの後半部分です。20世紀の間は、この後半部分を大きく老後や高齢期と捉えてきました。しかし、そのような見方をしている限り事の本質が見えないだろうと考え、最近、私は、人生の後半部分を、約10年を1区切りとして3つに分けて考えてみることを提案しています。

最初の10年間というのは、男性年齢で言うと55歳程度で、ちょうど末子の学費がかからなくなつたくらいから年金受給をする前までの期間です。これを「成熟期」と名付けました。この期間は、現状では、まだ20世紀の年功序列賃金が維持されている人が多いので、おそらく可処分所得が一番多いときだと思います。夫はまだ現役で忙しいかもしれませんが、一番可処分所得の多いこの約10年間で成熟期です。次の約10年間は、年金を受給して、本格的なリタイアに入って、いわゆる後期高齢者と呼ばれるようになるまでです。男性年齢で75歳くらいまでが1つの目安になると思います。この期間を「引退期」と名付けました。この期間の特徴は、人生で一番時間にゆとりがあることです。所得のほうは年金中心になるかもしれませんが

が、時間という拘束から一番解放される期間です。最後の約10年間は、いわゆる介護、あるいは看取りなどという問題に直面する時期です。大概の場合、当初は夫の看取りから始まって、最後に妻が亡くなるまでのこの期間を「老後期」としました。

この、現在の典型的な人生の後半部分を考えると、何が問題か。それは、生きてすぐ死ぬるのではなくて、この長い老後のプロセスの中に老いて病むという過程が入ったことです。それにもかかわらず、(私たちは経験値が無いものですから、) どの場所でどのようにこの新たな過程の時期を過ごしたら良いのか、よく分かっていないことです。特に、住宅や施設の問題と言ってもいいかもしれませんが、この老いて病んで死ぬという場所についてのお手本が無いのです。

50年前の人生は、「世帯形成→世帯成長→老後」というように3拍子で回っていたとすると、現在の私たちは、5拍子で人生を回さなければいけない。世帯形成、世帯成長、その後に成熟期があって、引退期があって、老後期が来る。このライフサイクルの循環をどのように作っていくのが課題だと思っています。(資料2)

さらに、3つ目の大きな変化は何か。それは、核家族から単独世帯に変わったということです。ここにおいでの方には、もはや当たり前かもしれませんが、しかし、社会の常識はそこまで変わっていません。統計上、2010年時点の日本の家族類型を見ると、比率として一番高いのが単独世帯です。ところが、住宅や住宅政策というのは、実は暗黙の内に2人以上の世帯を前提として考えられてきたのです。単独世帯の住まいは、寄宿舎や寮、あるいは施設など、どちらかというと、厚生労働省の所管でした。旧建設省、現国土交通省の住宅政策の上では、住宅というのは暗黙の内に2人以上の人が住むことを前提としてきたので、最近まで、単独世帯の居住問題については、政策的にはあまり考えられてこなかったわけです。多分ほとんどのマンションディベロッパーやハウスメーカーは、ワンルームマンション以外に1人世帯の住まいというのは本気で考えたことがないと思います。ところがもはや、単独世帯が一番多いわけで





す。わたしたちが今直面している課題はまさにその点で、1人世帯の住まいをどうするのかという問題です。(資料3)

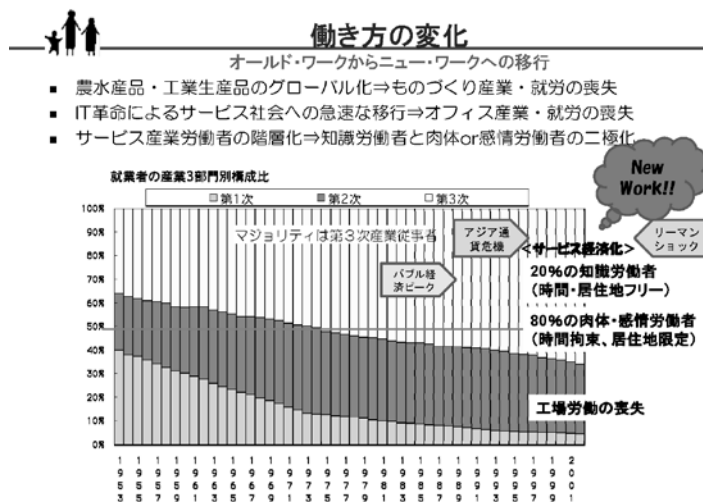
もう1つ大きな変化が訪れています。働き方の変化です。私はオールド・ワークからニュー・ワークへというように名付けました。ご存知のように、80年代、特にプラザ合意以降ずっと、農水産品・工業生産品はどんどん日本の中から海外に移り、90年以降のグローバル経済の中で、日本の中での物づくり産業や就労の喪失というものが進んできたわけです。そして、ここに来て、さらにITというものがわたしたちの社会に直接的な影響を与えて、サービス社会に急速に移行しているわけです。現在は、実はホワイトカラーとしてオフィスで働く、オフィスで就労するというようなこともどんどん無くなっている状況だと思っています。

既に日本では多くの人がサービス産業で働いているわけですが、その中で階層化が進んでいると思います。おおまかな見方ですけれど、2割は知識労働者で、ネットを使えば、24時間どの場所でも働けるという人たちです。残り8割は肉体労働、感情労働といわれるサービスの提供者で、時間に拘束され、居住地が限定される人たちです。例えば、介護サービスは東京から北海道に届けることができない等、特にハイタッチのサービスを提供

する労働者は後者に含まれます。後でお話ししますが、この問題は、若い人たちの生活あるいは住まいに大きな影響を与えています。(資料4)

以上のような変化のなかで、日本の住宅市場がどうなっているのかを把握するために、私はこういう図を使ってみてはどうかと考えています。これは人口ピラミッドを男性女性足し合わせて横に倒しただけです。工夫をしたのは、この横軸には普通は年齢を入れるのですが私は2005年の国調を使って、その年齢の人の生まれた年、生年を入れました。そして、団塊ジュニアや昭和ひと桁というように、その人たちが生まれた絶対的な世代を表す名称を入れてみました。何故年齢ではなくて生年にしたかということ、絶対的な社会経済状況は生まれた年によって異なるので、30年前の30歳と現在の30歳は、同じ30歳として扱わずに区別することが重要と考えるからです。この薄い紫色は、持ち家に住んでいる人数の予測値を表していて、濃い紫色は、借家に住んでいる人数の予測値を表しています。

さて、このような図を描きますと、偶然の一致だと思うのですが、2008年のリーマンショックが起きた年というのは、実は日本の住宅市場にとっても一大転換点であることがわかります。何故か。現在の日本の人口ピラミッドが“ふたこぼラクダ”



であることは、みなさんご存知だと思いますが、2008年ちょうどに、二つのこぶのうちの一つを構成する世代の真ん中に当たる昭和23年生まれ、1948年生まれの人が60歳でした。そして、もう一方のこぶを構成する世代の真ん中に当たる、1973年生まれの人が35歳でした。この35歳というのは、住宅ローンの返済年数と、その人たちの子供の年齢を考えると、家の買い時、持ち時です。ですから、35歳の人口がずっと右肩上がりなら、放っておいても新規の住宅需要が増えるわけです。ところが2008年リーマンショックの年に、日本の新規持ち家需要はフィナーレを告げて、向こう35年間減り続けます。毎年35歳の人が減っていくので、新規の住宅需要はどんどん細っていくということです。

そして、2008年には、もう一つのこぶの真ん中に当たる1948年生まれの人がちょうど60歳だったわけですが、60歳というのは家のリフォーム、建て替え時です。なぜかという、最初買った(建てた)住宅は築25年を迎えており、お金のかかるリフォームや建て替えをリタイアする前に行ってしまおうと考えるからです。しかし、60歳の人口は、1948年生まれから1956～1957年生まれの人のところまで毎年減りますので、あと5年くらいはシニアのほうのマーケットも減り続けるという

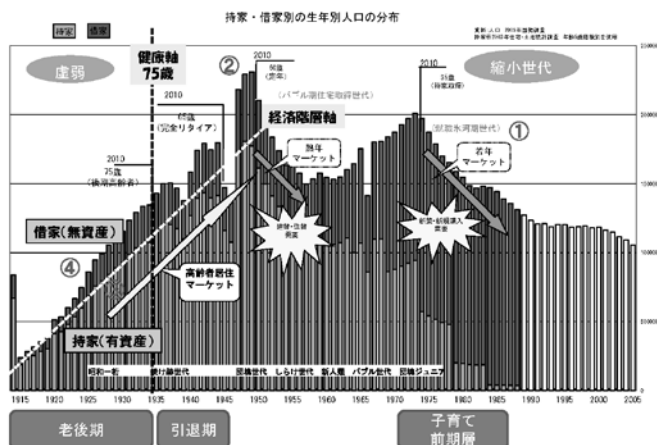
ことです。唯一右肩上がりに増えていくのは、あと20年ですけれども、高齢者の居住のマーケットになります。

ただ、高齢者といっても、持ち家の人と借家の人では経済的な大きな違いがあります。少し過激に書きましたが、持ち家層は有資産層で、借家層は無資産層です。65歳を過ぎて家を持っているか持っていないかということは、その人の経済状況をかなり端的に表しているのではないのでしょうか。

では、このような状況を踏まえたうえで、今後の住宅・住環境のあり方をどう考えていくのか。その考察のために、焦点となる対象層を、1番、2番、3番、4番というようにグループ分けしました。1番は縮小世代(子育て予備層)、2番はこれから高齢期に入る高齢期前夜の人たち、3番は既にかなり老化現象が進んだ持ち家層、4番は同じ老化現象が進んだ借家層です。この各々のグループについて見ていきたいと思います。(資料5)

最初に縮小世代についてですが、彼らを取り巻く経済状況は非常に厳しく、このことが家族、そして住宅の問題とも深く関わっています。先ほど働き方、経済の話をしましたが、これからの世代にとって、終身雇用や年功序列賃金というのは、もはや前提としては置けない。いつ何時でも、自

## 日本の住宅市場の近未来



資料5

分の責任でなく起こる失業や失職のリスクに直面している。つまり、信用クランチが起きているわけです。ここしばらくは、住宅ローンに関連して、親族間での資産移転を誘導するような政策がとられていたので、なんとか住宅需要は維持されてきました。しかし、実は若い人たちにとって、自分の信用が小さくなっているときに住宅ローンを組むというのは、非常に大きなリスクテイクになるわけです。そのような状況下では、リスクが取れる人と取れない人の間で大きな格差が開いていくことになります。

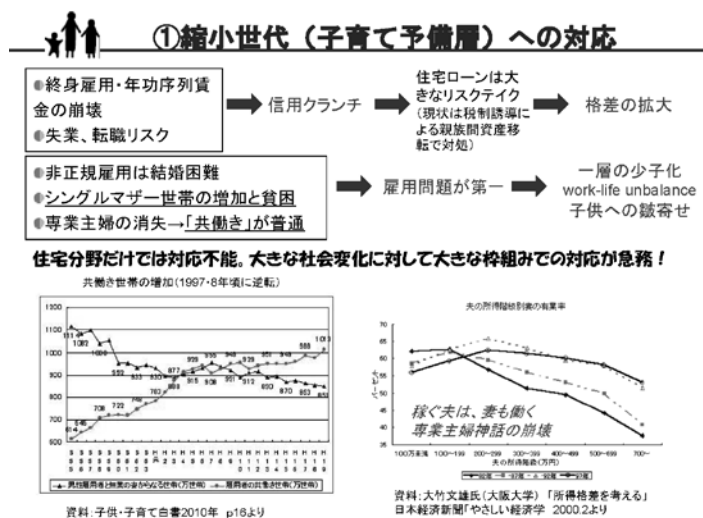
また、若い世代の間で非正規雇用者が増加しています。いろいろな統計データで、非正規雇用者は結婚が困難であることが示されています。シングルマザーも増えていますが、日本のシングルマザーは相対的には世界一貧困率が高く、非常に厳しい経済状況にあると言われています。さらに、専業主婦が減少していく一方、共働き世帯が増えています。これは大阪大学の太竹先生のデータですが、若い人たちの間で、所得のあまり高くない夫だけが働いている世帯と、共働き、つまり2馬力で働く、非常に経済的に余裕がある世帯に分化していく現象が見られます。

このような状況下では、縮小世代に対して、住宅分野だけでできることは、実はほとんどありま

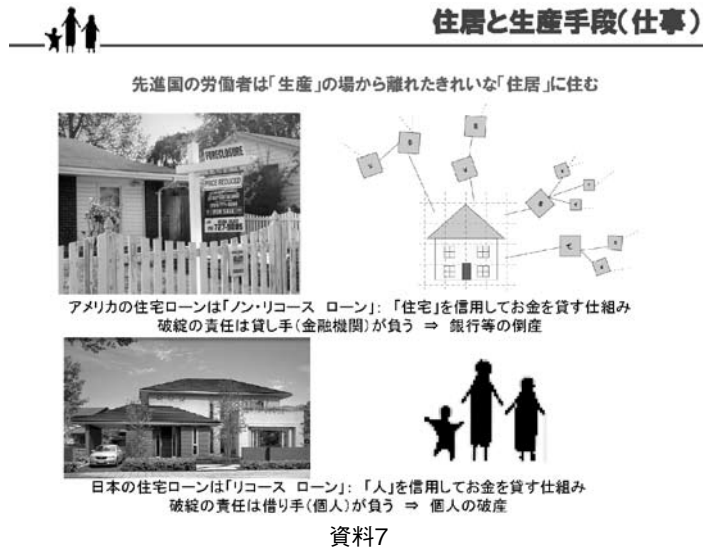
せん。雇用の問題が非常に大きいと思います。このまま何もされないと、一層の少子化や、ワークライフアンバランスが進みます。結局、その1番のしわ寄せは子供に來ているのではないのでしょうか。駅前保育所に預けられた子供たちは今現在は何も言いませんけれども、5年後、10年後にどうなるのかなと思います。(資料6)

さて、先ほど、若い世代の住宅ローンの問題について触れましたが、日本の住宅ローンには特有の問題があります。アメリカのローンというのは、厳密にはノン・リコース・ローンというわけではないのですが、基本的に貸手責任です。リターン・ザ・キーということで、鍵を返すと、借りた住宅ローンの一部はお目こぼしをしていただけるわけです。ところが、日本のローンというのは基本的に借り手責任、つまり右肩上がり時代のままで、借りたときには良かったけれども、そのあと何か起きたときに家を返しても、借金がずっと追い駆けてくるという、かなりシビアな状況にあります。(資料7)

次に、2番目のグループである高齢者予備軍への対応です。実は、私は、団塊の世代の人たちが今年から順々に約5年間で1000万人近くリタイアする前に、なんとか後30年の老後のための住宅への自己投資、未来投資をしていただきたいと思っ



資料6



ていたのです。しかし、間に合わなかったように思います。

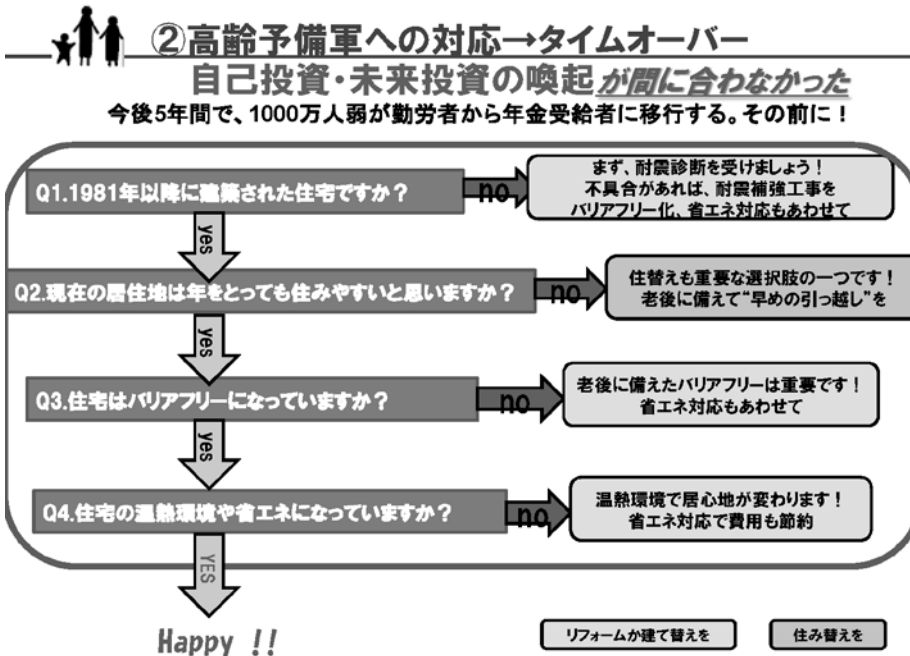
それはどういうことか。この図は、高齢予備軍に自分の家についてチェックしてもらおうという簡単なフローチャートです。まず、1981年以降の新しい耐震診断に合致していない住宅だと、資産価値という点で非常に大きな問題があります。そこで、81年以前に建築された家ならば、耐震診断を受けなければいけない。次に、住み替えるかどうかです。これからは、そういう選択肢も重要だと思います。そして、今の家に住み続けるならば、そこがバリアフリーかどうかです。最後に、温熱環境ですが、これは省エネ、地球環境のためではなく、年金暮らしにとってランニングコストで出ていく光熱費の負担は非常に大きいので、そういうことに対しての将来設計がいるという問題です。(資料8)

3番目のグループである老化現象が進んだ持ち家層に対しては、「高齢者ペンション」というのを提案しています。私たちが今直面しているのは戦後核家族、専業主婦の老後問題なのです。もし専業主婦が最後までつつがなくお亡くなりになれば、私たちは、高齢社会は乗り切れるということだと思ふのです。こういう人たちは家族力に困窮しています。介護の前に見守り、食事、家事に

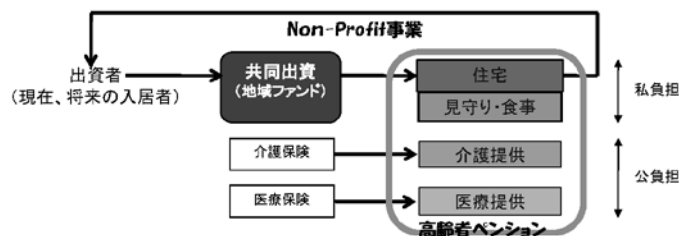
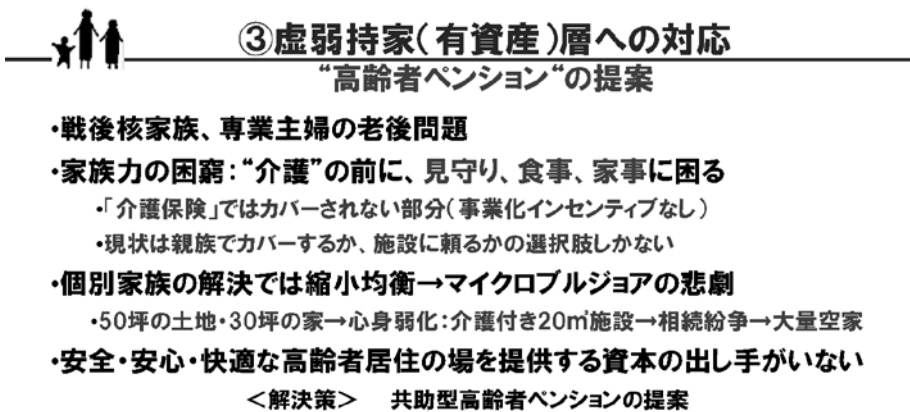
困ってしまう。これらは介護保険ではカバーされない部分なので、なかなか事業者も動かない。現状は親族でカバーするか施設に頼るかの選択肢しかない。このままでは、50坪の土地と30坪の家を持っていたも、心身弱化すると、介護つきの20㎡にも満たないような施設に移って人生を終えてしまう。そして、結局家が残って相続紛争を起こし、最後は大量の空き家になる。これは、あえてシニカルに云えば、持ち家のあるマイクロ・ブルジョアの悲劇と呼べるのではないかと思います。

ここでの問題は何かと言うと、安全・安心で快適な高齢者居住の場を提供する初期資本の出し手がないのです。みんなが小金持ちなのだけれども、それをプールして本当に居心地の良い居場所を提供してくれる人がいないということです。この解決策として、共助型高齢者ペンションを考えます。この二つの図が高齢者ペンションのイメージです。(資料9,10)

最後は、4番目のグループである虚弱借家層への対応です。この方たちは経済力、関係力、家族力がないわけです。その意味で、潜在的たまゆら（都内の高齢な生活保護者が送りこまれ火災事故を起こした施設）層ともいえます。こうした階層には、現状では特養ホームか貧困ビジネスかという選択肢しかありません。そこで私が考えるのは、

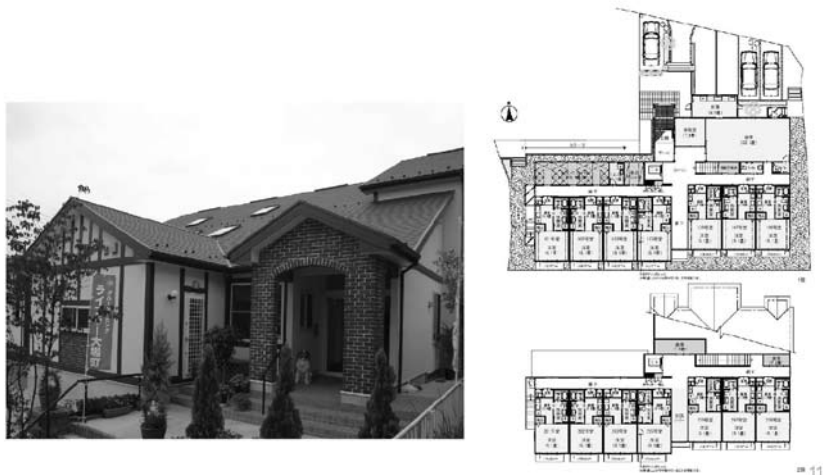


資料8



資料9

## 住民参加による グループリビングの事例



資料10



### ④虚弱借家(無資産)層への対応

- ・経済力、関係力、家族力なし→潜在的“たまゆら”層
- ・現状は、特養ホームの解決策か、貧困ビジネス

特別養護老人ホーム：4床室特養 建設コスト：1000万円/床

cf.都(土地込)2000万円/床→高コスト低ベネフィット

建物への囲込みによる貧困ビジネス(制度が生み出したもの)

生活保護＋医療扶助＋介護保険＝数十万円/人

＜解決策＞ グループ居住型の高齢者ホームの提案

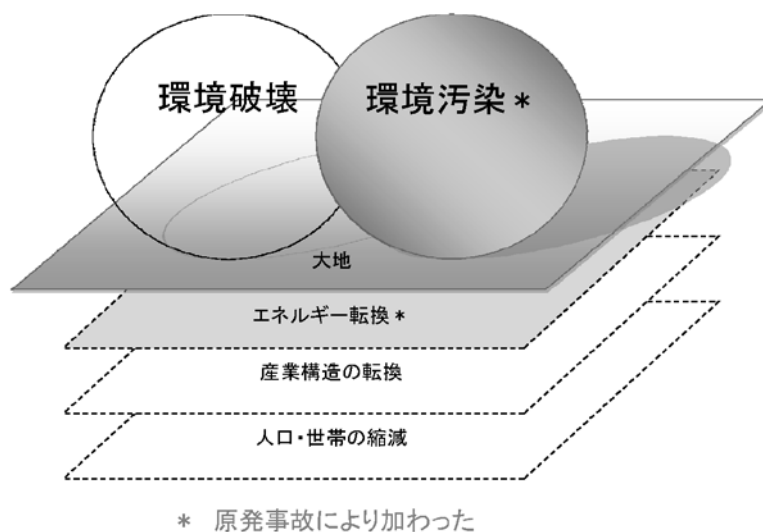
資料11

## 低額高齢者ホームの可能性：普通の住宅でのグループ居住



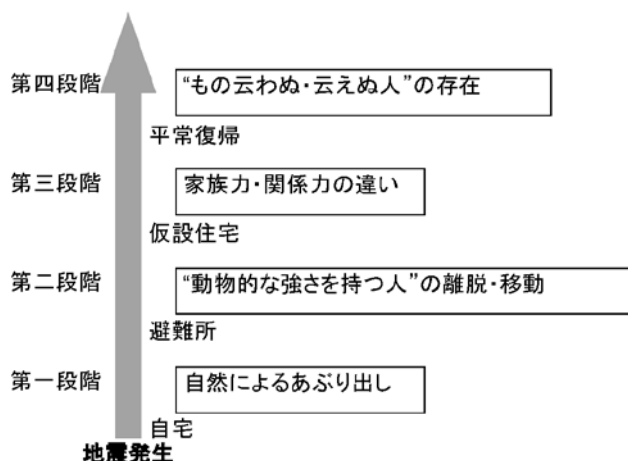
資料12

## 東日本大震災の構図



資料13

## 「弱者」とはどういう存在か



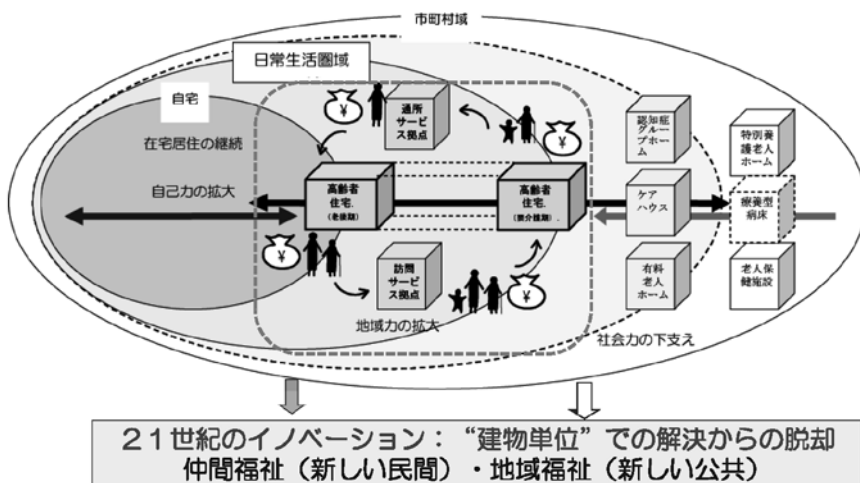
15

資料14

## 地域の「福祉(助け合い)と経済」の循環による解決

例えば、“地域福祉居住・介護・医療コンソーシアム”

例えば、“地域福祉居住組合”+介護保険+医療保険+・・・



資料15



グループ居住型の高齢者ホームです。この左上の図は特養のユニットケアです。これに対して、右上のジュネーブの例は、既存の住宅の3LDKと1LDKを繋げたものですが、両者は同じ空間型になります。日本の2つの住居の3DKと3DKも、二住戸を一つにすると実は同じ空間型なのです。ですから、本当に居場所を作ることであれば、もっと既存の住宅をきちんと活用していくという方策があってもよいと考えます。(資料11,12)

今日のセミナーでは、「地域」ということが大事なキーワードです。「住まい」はその地域を支える基盤です。ということは、福祉の基盤でもあるということです。これからは、地域で福祉、それも難しい福祉ということではなくて、単純な助け合い、先ほどのソーシャル・キャピタルのよう

な、本当にご近所同士の助け合いから経済も一緒に循環するような仕組みを考えなくてはならないと思います。住宅も自分で頑張る部分は大いに自己力を拡大して頑張ります。同時に、特別養護老人ホームなどは社会力、社会保障としてきちんと下支えする。その真ん中で、人もお金もぐるぐる回る仕組みを住宅、福祉、医療をつないで新たに創る。これがこれからの地域社会ではないかと思っています。そのような意味で言うと、新しい公共としての地域福祉と、もう一つは、新しい民間による仲間福祉が私たちの突破口ではないかと考えております。私の問題提起は以上です。どうもありがとうございました。(資料13～15)

(そのだ・まりこ 明治大学教授)

## 【パネル討論1】

## 医療・介護資源の空間的偏在と地域住民のインセンティブ

野口 晴子



皆さま、こんにちは。早稲田大学の野口晴子といたします。本日は、「医療介護資源の空間的偏在と地域住民のインセンティブ」というテーマで発表させていただきます。この研究は、社人研の泉田信行先生の研究プロジェクトの一環として行った研究の成果です。

ジャン・ジャック・ルソー作『告白』の「つぶやき」から始めさせていただきます。「齢が齢だし救急の必要もあらうに、そんな手段からほど遠い田舎に老婦人を閉じ込めておくのは罪だ、といってわたしを責めたのだ。老母にしろ、ほかの老人たちにしろ、田舎のよい空気のおかげで寿命をのばしており、救急手段は目と鼻の先のモンモランシーで得られるとはご存知ないのだ。そして老人といえはまるでパリにしかおらぬかのように、ほかのどこでも老人は生きてゆけぬかのように思っている。…（中略）…田舎には医師も薬剤師もいないのだから、いくらいま元気にしているにせよ、そんなところに老人をほおっていくのは死ねというようなものだ。いっそデイドロは、何歳以上の老人をパリの外に住まわせると殺人罪になると決めておけばよかったのだ」。ルソーは、1756年に田舎に隠とんするのですが、それを引きとめようとした百科全書派のデイドロが、ルソーをこのように攻め立てるわけです。それに対してルソーが皮肉たっぷりに切り替えしたのがこの言

葉です。この告白の引用文から、18世紀の半ばのフランスでもこういった医療資源の偏在が起きていたのだということを知りまして、非常に興味深いと思ったわけです。（資料1）

ここで、18世紀のフランスではなくて、現代の日本で何が起きているかということ、北海道を事例として、お話をさせて頂きたいと思います。1つは、現代の日本に、医療資源や介護資源の偏在という現象が存在するのかということです。2つめは、先ほど川越先生のお話にも出てきた2次医療圏、これは医療供給の計画を立てる単位ですけれども、その設定と、地域住民の受診行動、個人が何かしらのインセンティブに基づきヘルスケアあるいはロングタームケアを求めてとる受診行動が果たして合致しているのか。最後に、もし地域の医療資源が失われた場合、地域住民の受診行動がどう変化するのか、という3つの点に着目してお話をしていきたいと思います。（資料2）

まず、この図は北海道の医療資源の空間的偏在

## 古今東西…

齢が齢だし救急の必要もあらうに、そんな手段からほど遠い田舎に老婦人を閉じこめておくのは罪だ、といってわたしを責めたのだ。老母にしろ、ほかの老人たちにしろ、田舎のよい空気のおかげで寿命をのばしており、救急手段は目と鼻の先のモンモランシーで得られるとはご存知ないのだ。そして老人といえはまるでパリにしかおらぬかのように、ほかのどこでも老人は生きてゆけぬかのように思っている。…（中略）…田舎には医師も薬剤師もいないのだから、いくらいま元気にしているにせよ、そんなところに老人をほおっておくのは死ねというようなものだ。いっそデイドロは、何歳以上の老人をパリの外に住まわせると殺人罪になると決めておけばよかったのだ。

ジャン・ジャック・ルソー（桑原武夫訳）『告白（中）』、岩波書店、p275-276。

資料1

を表したものです。この研究では、北海道の北部に位置する中頓別町のレセプトデータを用います。まず最初に、この研究を行った際、中頓別町や医療施設の方々に大変お世話になったことを申し述べておきます。中頓別町は風光明媚な、しかし冬の寒さが非常に厳しいところです。この町は、札幌から北に310km程のところにありまして、日本の最北の医療圏である宗谷医療圏の中に位置しています。この図は、WAM NET<sup>1)</sup>に登録された診療所と病院をプロットし、市区町村別人口の10分位の分布をそれに重ね合わせたものです。これを見ていただくと、一目瞭然なのですが、人口の密集した札幌や旭川、室蘭、帯広、北見、釧路といったところに医療施設が集中しているということがお分かりになると思います。(資料3)

次の図は、市区町村別の65歳以上の人口比率を重ね合わせたものです。65歳以上の人口の分布を見てみると、今度は先ほどの図と対称的に、人口の少ないところの高齢化率が非常に高くなってい

ます。ということは、高齢化率が高いところほど、医療施設の過疎化、医療資源が無いという現象が起こっています。特に樺円で囲ってある2つの領域は、高齢化率が高く、医療資源が非常に希少な地域と言えます。(資料4)

更に、この図は、同じくWAM NETに登録された居宅介護サービス事業所の分布を示していま

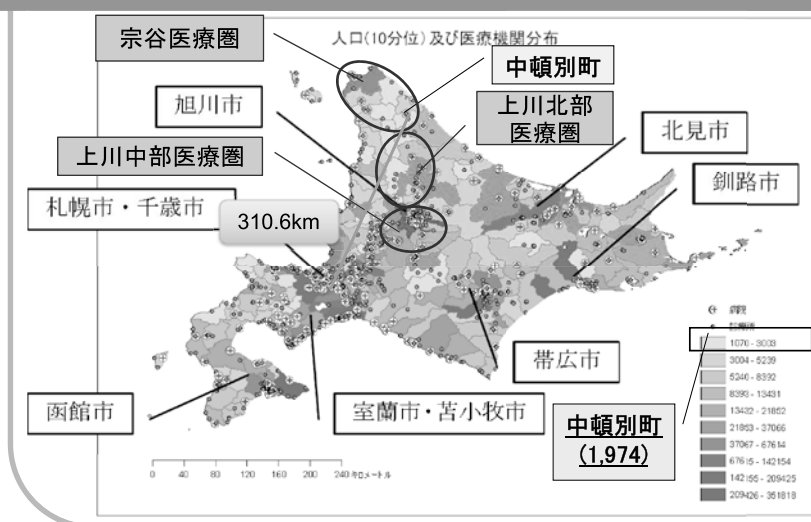
### Key questions

#### ■ 北海道を事例として…

- 医療・介護サービスを提供するにあたって、地域による空間的な資源の偏在は存在するか？
- 二次医療圏の設定と、地域住民の受診行動は合致しているか？
- 地域の医療施設の不在は、地域住民の受診行動範囲にどのような影響をもたらすのか？

資料2

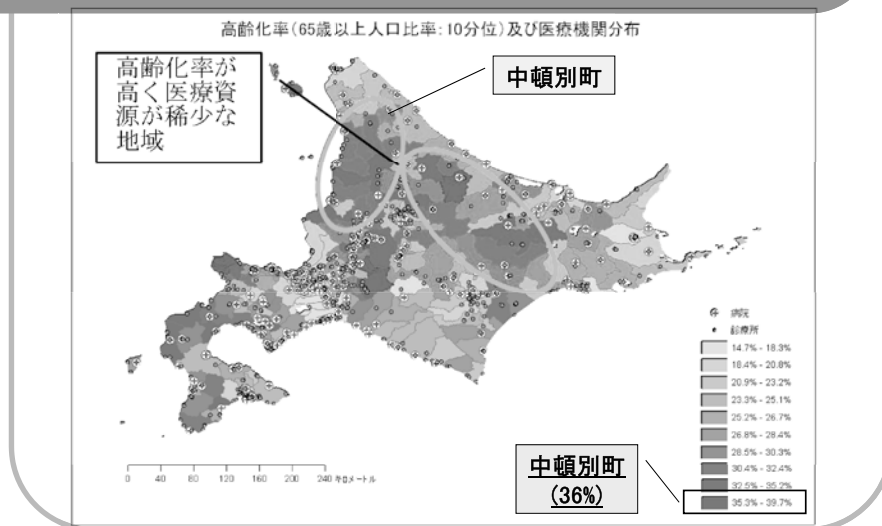
## 医療資源の空間的偏在(1) -人口と医療機関の地域分布-



出所:『統計で見る市区町村2009』(総務省・統計局)、  
WAM NET『病院・診療所情報』(独立行政法人・福祉医療機構)

資料3

## 医療資源の空間的偏在(2) -高齢化率と医療機関の地域分布-



資料4

す。ご覧頂くと、札幌あるいは旭川に居宅介護サービス事業所が集中しており、指定介護老人福祉施設の分布についてもやはり都市部に集中しているということがお分かりになると思います。(資料5, 6)

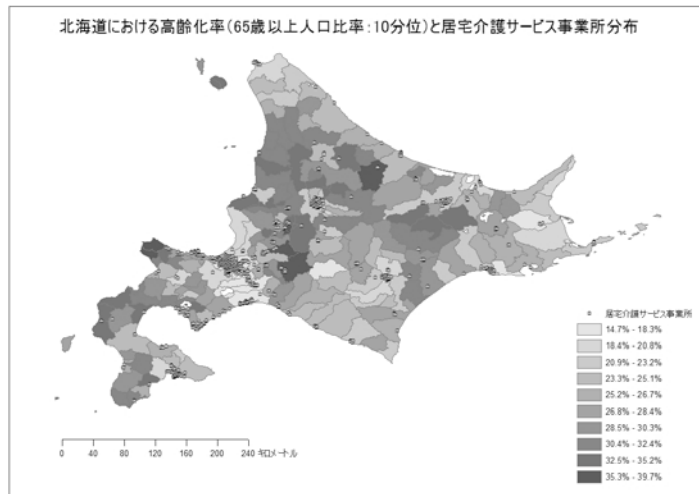
さて、中頓別町は、典型的な過疎地域でして、2010年の国勢調査で人口が1,974人、平均年齢が53.5歳、65歳以上人口比率が36%の町です。この中頓別町の地図を頭に入れておいて欲しいのですが、真ん中に山があり、その周りを取り囲むように道路があります。そして、その周りに人家が散在しているというそういった形になっております。そして、先ほどのコンパクトシティのお話ではないですが、中頓別地区と呼ばれるところに、行政機関や医療施設が集中しています。(資料7)

北海道では、医療施設が、したがって、医療資源が偏在しているということは今お示しした通りです。では次に、医療計画を立てる単位となっている2次医療圏の設定と地域住民の受診行動が一

致しているかどうかということ、中頓別町を事例として検証していきましょう。この表は、レセプトの2003～2007年のデータを合算した診療報酬点数から見て、どのくらいの比率が中頓別町内あるいは2次医療圏内の医療施設を利用しているかを示したものです。これを見ていただくと、中頓別町内の病院を利用している比率は、入院のみの場合、つまり、1カ月間に入院だけのレセプトが生じたものに関しては、33.4%、1ヶ月間に入院外(通院)のみのレセプトが発生した場合が、76.4%。入院と入院外両方のレセプトが1カ月間で発生した人が、32.8%となっています。以上の結果から、通院に関しては、非常に多くの人が町内の病院を利用しているということが言えると思います。ただ、入院という要素が入ってきますと、やはり町外に出て行くケースが多い。

では、町外ではどの医療施設を利用しているかと言うと、1つは同一2次医療圏内、宗谷2次医療圏内が考えられます。しかし、実は宗谷2次医

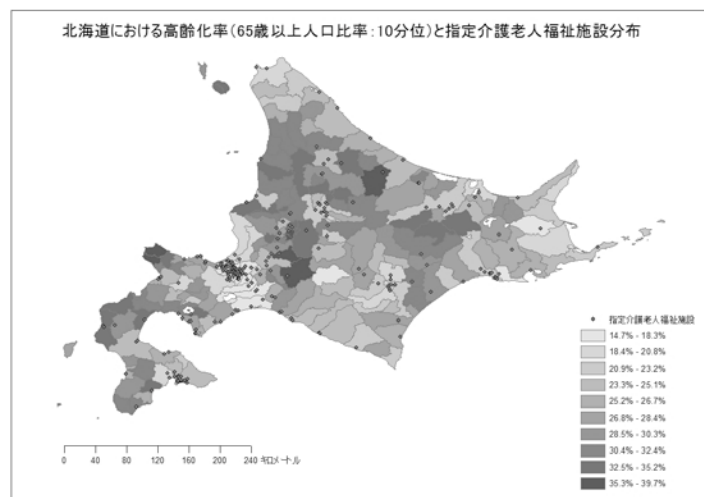
## 介護資源の空間的偏在(1) -高齢化率と居宅介護サービス事業所の地域分布-



出所:『統計で見る市区町村2009』(総務省・統計局)、  
WAM NET『病院・診療所情報』(独立行政法人・福祉医療機構)

資料5

## 介護資源の空間的偏在(2) -高齢化率と指定介護老人福祉施設の地域分布-



出所:『統計で見る市区町村2009』(総務省・統計局)、  
WAM NET『病院・診療所情報』(独立行政法人・福祉医療機構)

資料6

療圏と中頓別町内では、診療報酬点数から見た受診率は、ほとんど変わらないのです。つまり、宗谷医療圏を利用している方のほとんどは町内の病院を利用しているということが言えます。したがって、町外に医療サービスを求める方のほとんどは、中頓別が存在している宗谷医療圏ではなく、それ以外に行かれているということになります。

そしてもう1つ、この表では、中頓別地区、つまり町内の医療施設の近くに住んでいる方と、それ以外の地区に住んでいる方の受診行動を比較しています。この受診行動を見ていただくと、やはり中頓別地区に住んでいる方のほうが、町内の病院を利用している比率が、入院、入院外の両方とも非常に高い。ところが中頓別地区外、つまり中頓別の病院があるところから離れて暮らしている方に関しては、町外を利用している比率が高くなっています。

ここから導き出せる結論の1つは、患者の居住地区で、つまり自分がどこに住んでいるかで受診行動が異なるということです。2つ目は、皆さん見ていただくと分かるように、受診パターンです。つまり自分が需要する医療サービスの種類によって、入院が必要なのか、あるいは通院が必要なのか、両方必要なのかによってやはり受診行動が異なってくる。3つ目ですが、中頓別町外での受診行動というのは、同じ宗谷医療圏ではなくて、むしろそれよりも南側に位置する上川中央、あるいは上川北という医療圏に向かって広がっていることが言えます。この結果から、あくまでもこの地域に限ったことではありますが、中頓別町の住民の方々の受診行動と、2次医療圏とが合致しているとは必ずしもいえないということがいえると思います。(資料8)

これを可視化して、シミュレーションの結果を表したのがこの図になります。入院のみについて見ていただくと、入院に関してはやはり求める医療サービスの質が高くなりますから、どうしても患者の行動が拡大する傾向にあります。そして、中頓別から南に向かって広がっている。入院外、つまり通院については、普段の生活において必要な医療サービスですので、比較的近いところに

行っている。しかし、平均値を取ると、どちらかというと南側に行っている。こうした傾向は、入院と入院外の両方に共通した結果でした。(資料9)

ここで注意を要するのが、2次医療圏の設定が日本全国でどこでもこういうズレが起きているわけではなく、このようにずれているところもある可能性があるということです。したがって、データによるこうした検証を行わないと、医療計画に基づく医療資源の配分が、住民のニーズと必ずしも合わず、過少需要や過剰需要になってしまい、医療サービスの質が落ちるようなこともあるのではないかとということです。

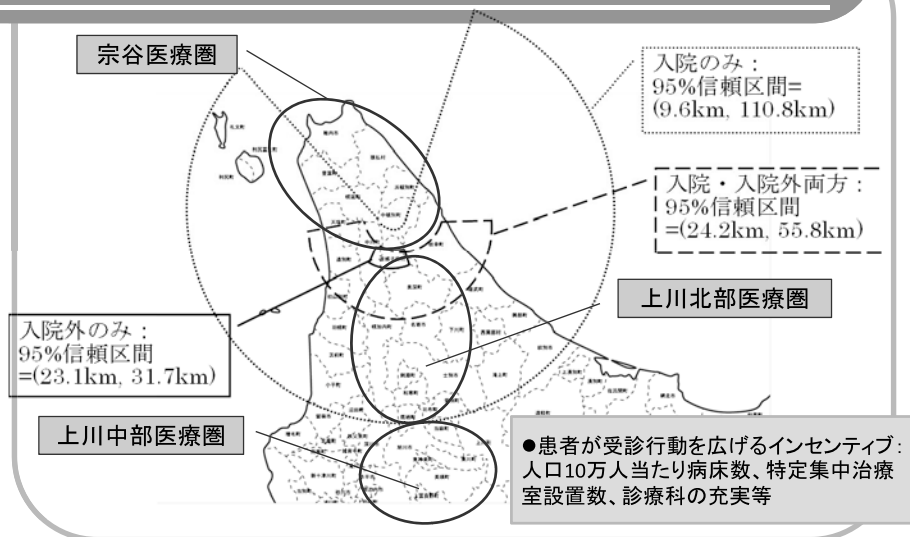
次に、もう1つ検証しなければならないのは、もしこういった地域の医療施設が失われてしまうと、町の病院が消えてしまうといったような場合に、住民の受診行動範囲はどうなるか。たとえば東京など医療資源が密集した地域では、医療施設が1つ失われたとしても、医療サービスのアクセスにはさほど影響はでないかもしれません。しかし、北海道のこういった地域は、もし町の病院が失われた場合、患者さんの移動距離は必然的に長くなってしまいます。これはシミュレーションをするまでもなく、容易に想像できることではありますが、一応シミュレーションをした結果が、次の3つの図です。

この図が入院のみのシミュレーション結果です。入院のみの場合の移動距離は、現状では平均60kmぐらいなのですけれども、それが116kmぐらいまで広がっていく。町の病院が無くなることによって、患者の移動距離が非常に長くなり、結果、機会費用、つまり、患者さんにとってのコストが高くなってしまうということです。(資料10)

次の図は入院以外、つまり通院のみに関する結果です。通院に関しては、日常的な医療サービスですから、普段はそんなに遠いところまで行かないのですけれども、やはり町の病院が失われることによって、町の南側およそ70～90km位のところまで移動しなければならなくなります。さらに、この図が入院と入院外の両方のレセプトを含む場合の結果です。やはり、同じような結果が出ています。(資料11、12)

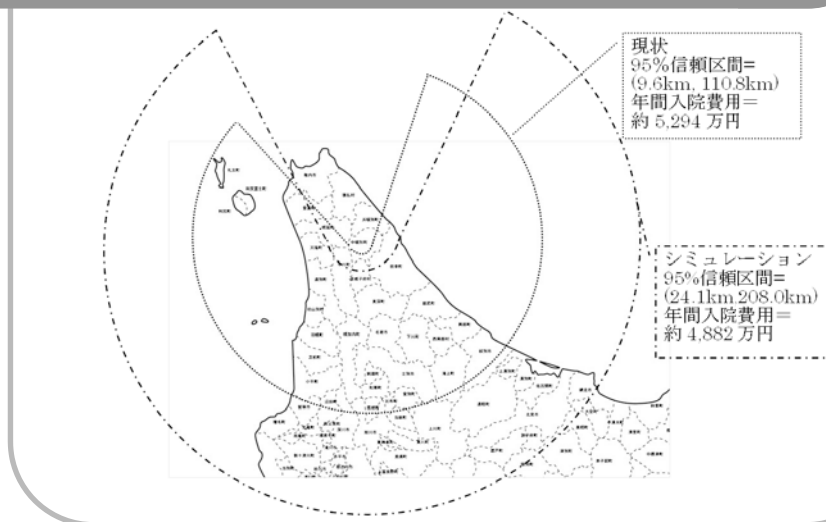


## 二次医療圏の設定と、地域住民の受診行動は合致しているか？(2)



資料9

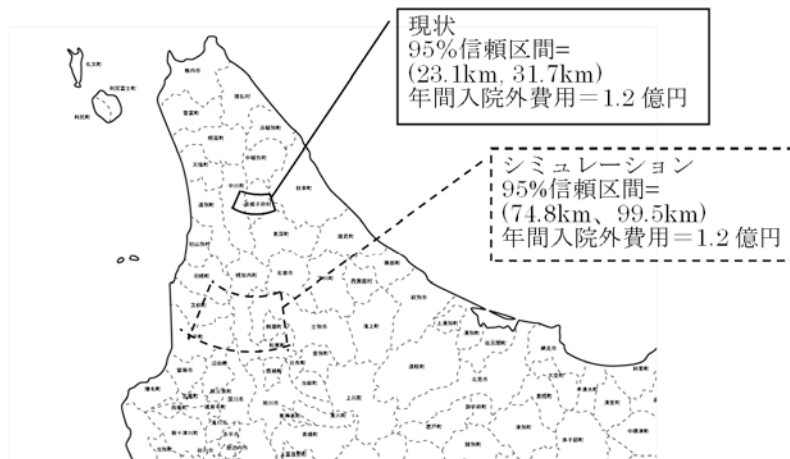
## 地域の医療施設の不在は、地域住民の受診行動範囲にどのような影響をもたらすのか？(1):入院のみ



資料10

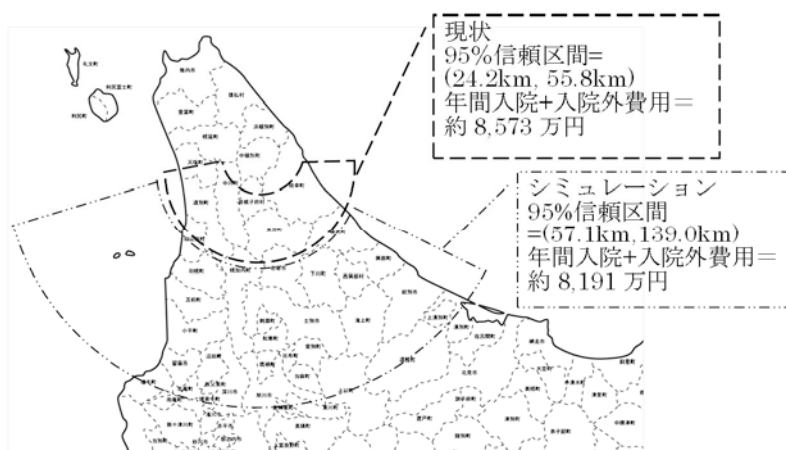


地域の医療施設の不在は、地域住民の受診行動範囲にどのような影響をもたらすのか？(2):入院外のみ



資料11

地域の医療施設の不在は、地域住民の受診行動範囲にどのような影響をもたらすのか？(3):入院+入院外



資料12

この表は、地域の医療施設が失われた場合に医療費が減少するメカニズムについて簡単な分析をしたものです。まず、1カ月当たりの診療実日数がどうなるか、つまり使う回数がどうなるかということです。もう1つは診療報酬点数、つまり1日当たりの診療の密度がどうなるかということです。最後に、総診療報酬点数がどうなるかを分析しています。先ほど地図でお見せしたシミュレーションは、この表から推定した結果です。受診行動範囲については、患者さんが移動する距離が1km長くなるごとに、通院、および、入院と入院外の両方のレセプトに関しては、利用回数が少なくなる。医療施設までの距離が長くなるとなかなか行きにくくなりますから、この部分に関しては、マイナスの効果がある。遠くなればなるほど医療サービスを利用しなくなる傾向にあるということです。他方、入院に関しては、重篤な場合が多いですから、結果は弾力的ではなく、医療施設までの距離が長くなると、統計的に有意に利用回数が少なくなるという結果は出ませんでした。次に、1日当たりの診療報酬点数で測った医療サービス

の密度については、通院、および、入院と入院外の両方のレセプトが入ったものに関して、移動距離が長くなると高くなる、つまり1日当たりの点数は高くなる。遠くまで行くので、せっかくここまで来たから見てもらおう、あるいは、都市部では病院間の競争が激しいために、経済学では一般的に誘発需要と呼ばれる現象ですが、患者さんの需要を供給者が誘発してしまう。誘発需要があるのかないのかという識別はこの分析からはできませんが、いずれにしても、医療施設までの移動距離が長くなることによって、1回当たりの診療密度が高くなる。しかしながら、その効果よりも利用回数が減る影響の方が大きく、総点数としては、少なくとも通院に関する医療費は低くなる傾向にあるということが分かりました。(資料13)

これは、先程お話になった園田先生の図と同じなのですが、実際に物理的な医療資源あるいは介護資源の偏在というものが、患者の行動あるいは患者のインセンティブに大きな影響を与える、あるいは患者の機会費用に影響を与える。その中で、今後われわれがどうやっていくべきなの

## 医療費が減少するメカニズム

従属変数	受診行動範囲の効果(操作変数法2SLS)								
	回帰分析Ⅰ 1ヶ月当たり 診療実日数合計(日)			回帰分析Ⅱ 1日当たり 診療報酬点数(点)			回帰分析Ⅲ 1ヶ月当たり 総診療報酬点数(点)		
	入院のみ	入院外	入院・入院外	入院のみ	入院外	入院・入院外	入院のみ	入院外	入院・入院外
受診行動範囲 地区住所から受診医療機関までの距離(km)	0.06 (0.14)	-0.12 *** (0.01)	-0.66 *** (0.17)	-9 (20)	16 *** (3)	48 * (25)	735 (536)	-64 *** (8)	-510 (494)
過剰識別制約の検定 Sargan statistic	6.83	0.63	2.76	4.72	77.57	1.07	0.33	48.79	1.77
p値	0.01	0.43	0.10	0.03	0.00	0.30	0.56	0.00	0.18
モデルのtest statistic Adj./Uncentered R-square	0.90	0.62	0.54	0.64	0.61	0.59	0.60	0.49	0.45

- 患者の受診行動が広がることで、入院外／入院+入院外について、1カ月当たりの受診日数(回数)は減るが、1日当たりの医療費は増える傾向にあることがわかる。
- 但し、回数に対する効果>1日当たりの医療費に対する効果であるため、結果的に、医療費は減少する確率が高い。



1つの歌をご紹介します。「ねがはくは 花のしたにて 春死なむ そのきさらぎの 望月の頃」。この桜の写真は、私が震災直後に石巻にボランティアに行ったときの鮎川町の写真です。震災に向き合って、人々が本当にたくましく生きておられる姿を目の当たりにして、その中で本当に人々の命、生命というものを考えて、一体どこまで自分たちがコストをかける、地域として、あるいは個人としてコストをかけるべきなのか、あるいはコストをかけたいのか。そして、そのためにギブアップしなければいけないことも、われわれは考えていかなければいけない。自分たち自身で住民がコンセンサスを得られるような努力をしていかなければいけない。この西行の歌のように人生を全うすることができたらいいねという話なのです。世界一のスピードで人口の高齢化を迎えた日本において、このような心境で日本人みんなが穏やかに最期を迎え、また、看取ることができるように、われわれは考えていかなければいけないと思います。どうもご清聴ありがとうございました。（資料17）

#### 注

- 1) <http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/>

#### 参考文献

- 野口晴子（2009）「高齢者が暮らしやすい生活空間とは」, 経済セミナー 649号。  
 ———（2010）「医療資源の偏在が受診行動範囲、診療日数、医療費に与える影響について～国民健康保険レセプトデータに基づく実証分析」季刊社会保障研究46（3）：217-234

（のぐち・はるこ 早稲田大学教授）

### まとめと今後の課題 (1)

- 地域、特に、限界集落等の過疎地域における医療施設の不在により、患者の受診行動が影響を受ける場合がある
- 地域医療の難しさは、それぞれの地域によって医療資源や住民の属性それぞれに大きな特色があり、一概に普遍的な結論を下すことは適切ではない。
- 患者の機会費用と国民健康保険の保険者としての市区町村の財政を、トレードオフの観点から、客観的に検証する必要がある

資料15

### まとめと今後の課題 (2)

- 地域や住民の属性にかかわらず地域医療の実態と今後の課題を客観的・実証的に検討できるような普遍的な分析のフレームワークを構築する作業は今後とも行わなければならない。
- 普遍的な実証の方法論を確立する上で重要なのは、当該地域における医療提供者及び患者に関する情報の収集である。
- 統計学上の諸問題に対処する可能性を広げる意味でも、レセプトやDPCデータに代表されるような医療資源の収集・整備・活用のあり方をさらに検討していく必要がある。

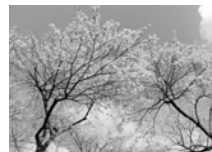
資料16

### 結びにかえて ー西行の境地ー

ねがはくは 花のしたにて 春しなん その  
きさらぎの もちつきのころ

西行（伊藤嘉夫校註）『山家集』

2011年5月初頭  
宮城県石巻市鮎川浜にて



資料17

## 【パネル討論2】

## ディスカッション

奥野信宏，山内直人，園田眞理子，野口晴子，  
西村周三，伊藤善典（司会）



伊藤 パネル討論2の司会進行をさせていただきます伊藤でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

ここからはただいまご講演いただきました3人の先生方に、午前の部で基調講演していただきました西村所長と奥野先生にも加わっていただきまして討論を行いたいと考えております。本日のセミナーでは、パンフレットに書かれてありますように、地域政策、産業政策、成長政策といった視点も踏まえながら地域の多様性と社会保障の持続可能性という大変幅広くて、一概に答えを出すの

が難しいような問題をテーマとして設定しております。また、パネル討論の参加者におかれましても専門分野も多様ですし、ご報告いただいた内容も多岐に渡りますので、時間の制約上、大きく4つのテーマに絞って議論をしていただいたらどうかと考えております。

まず初めに、医療・介護等のサービスについては、地域経済の活性化にどのように役立つのか。それから2つ目が、それらのサービスの担い手、あるいは新しい公共の担い手としてNPOや社会的企業などが考えられておりますけれども、それ

らを発展させるためにはどうすればよいかといった点についてであります。これらの点につきましても、都市部と過疎地などについては状況が違うものと考えられます。3つ目は、地域における人口減少、過疎化、高齢化が進む中で、どのように高齢者の生活を維持して、医療・介護等のサービスを提供していくのかという点についてであります。これについても地域によってかなり事情が異なるのではないかと考えております。最後に、現在、権限や財源の面で徐々に地方分権が進んでおりますが、地域の多様性を確保するためには、サービス提供体制の整備のあり方について地域の実情に詳しい自治体に判断を任せるべきではないかといった意見もあろうかと思えます。また、そのためにはどういった条件が必要かということなどについて議論していただきたいと考えております。

ただいま会場の皆さま方からは、パネリストの先生方に対してたくさんのご意見、ご質問をお寄せいただいております。今スタッフが一生懸命整理しているところでございますので、議論の中で活用させていただくなり、最後に時間を取ってお答えいただくことを考えております。このパネル討論の時間は1時間半ですので、ご質問にすべてお答えするというわけにはいかないかもしれませんが、できるだけ効率的に進めていきたいと考えておりますので、あらかじめご了承くださいければと思います。

それではまず、第1のテーマであります。医療・介護等のサービスについては、地域経済の活性化にどのように役立つのかということです。セミナーの趣旨としまして、パンフレットに医療や介護といった分野の成長が、成長率回復の起爆剤となり、地域の雇用創出にもつながるというように書いてあるわけではありますが、本当にそこまでの力があるのだろうかという疑問を持たれる方もおられるかもしれません。確かに、現時点でも地方に行きますと、年金が高齢者の消費を支えているとか、特別養護老人ホームが地域の主要な産業になっているといったこともあります。しかし、

これらのサービスの財源については、保険料や税金で賄われているということもあるので、財源確保の困難さから、常に成長を抑制する方向で力が働いてくるということがあります。これは地域レベルの工夫を超えた問題でもあろうかと思えます。

また、本日のセミナーの趣旨は、人口減少や高齢化が進む中で、なんとか地域経済を活性化して社会保障制度の維持可能性を高めようということでもあります。しかし一方において、特に過疎地域などでは、どんなに頑張っても人口を維持することが難しいのではないかと、経済全体の効率性の観点から、地域振興策を講じることは無駄ではないかといった意見もあろうかと思えます。パネル討論の導入としまして、この辺りから議論を始めさせていただけたらというように思っております。

まずは、午前中基調講演をしていただきました、西村所長と奥野先生の方から口火を切っていただければと思います。まず、西村所長、いかがでしょうか。

**西村** わたしは今日の朝、今の問題に関して2点強調いたしました。1つは今、伊藤さんがおっしゃいましたが、医療・介護を充実するというのが雇用創出につながる、これはおそらく自明ではないか。ただかなりの自治体に、そうはいかないのではないかと先入観というか、それはちょっと言い過ぎかもしれませんが誤解のようなものがある。これは何故かというと、税収に結びついてこない。つまり経済が活性化し、その中には別に企業が儲かることだけではなくて、医療・介護が充実するということも経済の活性化であると思っておりますが、しかしそれが税収に必ずしも結びつかない。この辺りはあまり今まで強調されてこなかった。NPOなどそういう組織が発展、発達するということは、この分野には不可欠ですが、そういう場合に必ずしも大企業が法人としての利益を上げるような形ではないわけです。その結果、法人税の増収に結びつかない。

これは実はある意味自明であります、今の税制の構造にも問題があって、特に国については今朝申し上げましたが、地方自治体も、法人としての利益を上げるような企業を誘致し、そこから上がる法人税を得るということに関しては熱心ではあります。しかし、医療・介護で雇用が拡大しても、それは結果的に個人の所得の上昇につながり、所得税の増収につながるというルートしかないわけですから、そこはもう少し冷静に色々議論をしていく必要があるというのが、この経済と地域経済の活性化という問題と医療・介護の拡大ということの関係についてです。

もう1つは、今日、地域包括ケアという話を話題にしましたが、地域包括ケアというのは医療、介護、予防、住まい、そして生活支援、この5つが柱になって展開しております。当然のこととして、これらが有効に、有機的に結びついて、必要な財源が利用されないことには、無駄が、無駄という表現は色々誤解を招きますが、要するに有効な結果をもたらさないという意味の無駄が生じます。これは、伊藤さんがさっきおっしゃったように、広い視野をもって今の5つを有機的に結びつかせることができるようなリーダーシップがやはり大事です。特に今日、園田さんがおっしゃいましたように、おそらく住宅というのは、従来伝統的に豊かな層の住宅と貧しい層の住宅の話があり、まず、貧しい層の住宅についてはかなり思い切った公的支援が必要です。そのためには、やはりわたしは税金の投入が必要だと思います。他方で豊かな層の方にはやはり今の状況を理解していただいて、先ほどのお話にあったように、お持ちの資産を例えば住居あるいはまちづくりの転換に使うというルートがうまく機能すると、地域経済の活性化にもつながる。しかし、2番目の問題の方がおそらく、より難しい問題であって、今の地域包括ケアという例の1つを取っても、先ほど申し上げた5つの分野それぞれの専門家はおられるのですが、全体を俯瞰することができる専門家が少ないのではないかという観点から、現状では難

しいという理解をしています。以上です。

伊藤 有り難うございました。奥野先生いかがでしょうか。

奥野 今、伊藤さんがおっしゃった後段の部分ですが、過疎地域は大変で将来もあまり期待できないのだから、経済全体の効率の観点から考えて、地域振興策を講じることはどうなのだという疑問が出ていることは、私もよく承知しております。

国土政策を議論しますと、よく線を引けという話が出てまいります。これは程度の問題なのですが、反対意見も言っておいた方がいいと思いますので、そのような意味で発言しておきます。1つは線を引いて住民に移住してもらうと社会資本の整備は不要になり、財政的に無駄が排除できるという議論です。これは、わたしどもが、今、議論している最中ですが、そこに住んでいる人がいらっしやらなくなったから社会資本整備は不要だというわけにはいきません。河川や山林が荒廃しますと、土砂災害や土砂崩れなどの原因になり、下流にも大きな影響を及ぼします。それらの維持管理を続けるための道路や情報通信等の整備はしなくてはならない。もちろん高速道路などはいりませんが、一定のものは必要です。

また人が住まなくなっても、その中山間地域に働く場所が残っていることは普通にあります。例えば、この前の新潟大震災で大変な被害が出た新潟県山間部の古志野、小千谷地区ですが、古志野は錦鯉の有名な産地で、小千谷はコシヒカリの産地です。両地区とも大震災で甚大な被害が出て、集団で最寄りの町に移転した集落もありまして、住民は少なくなっていますが、毎日そこに通って錦鯉の世話や稲作をしておられます。社会資本は人がなくなったからいらないというわけにはいきません。先祖代々の墓もありますし、お宮さんも残っている。これらの世話も人間の社会では大事なことで、社会資本の整備がいらなくなるから線を引けということにはならないと思います。



2番目に、線を引けということをおっしゃる場合に、限界集落の人たちが可哀想だから集団で移転してもらえという話が出てきます。集約化は政策としては考えやすいと思いますが、わたしは居住の集約化政策についてはかなり疑問を持っています。近くの町で公営住宅が空けてあり、そこに移れば住宅費は何年か補助するとか、住宅用地を確保してあるから、そこに家を建てて移れば補助するといった政策です。集落で最後の1人になられた方がお移りになって、幸福に暮らしていらっしゃる事例がいくつもあることは承知していますが、こういうことを行政が積極的に推進したら、残る集落まで壊してしまい、そこに古くからある文化までたたき壊してしまう恐れがあるのではないかと考えています。限界集落の人たちが可哀想だというのは、これは華のお江戸のど真ん中に住んでいるから思うことで、例えばおばあさんたちは、若い時に嫁いだ頃に比べればずっと生活環境はよくなっています。道路はきれいに整備されているし、大きなテレビは映ります。買い物だって、昔は山を越えて1時間くらい歩いて行ったのが、今は車さえ運転できれば10分、20分で行けますし、買い物トラックなども来てくれます。昔に比べればずっと楽です。町に出ている子供さんたちから月2～3万の仕送りさえあれば、金銭的にも困らないし、幸福に過ごしていらっしゃる。田舎の人たちは、都会の人たちがライフサイクルに合わせてマンションを移りかえるような住まい方はできないのです。

わたしは経済学が専門ですが、経済学という効率性の改善というのは人の満足を高めるという意味です。線を引けという議論に対しては、そのことを完全に否定するわけではありませんが、一言反対意見を言っておきたいと思います。

それから関連して質問をいただいていた点ですが、「ボランティアや市民団体等による公共的サービスの提供などで社会を維持することを考えていくように、人々に啓蒙すべきではないか」という

ことについては、その通りだと思います。私は、地域の自立と言うとき、二つの異なった使い方をしています。一つは広域圏の自立です。東北、関東、中部、近畿、中国、九州等のブロック圏については、「自分で立つという意味で使っていて、東京経由ではない国際的なネットワークを持って経済的に自立すること」という意味で使っています。一方、市町村のような単位の自立というときには、自分で律するという意味で使っていて、「地域の人たちが、より良く生きていくことができるように自ら参加して取り組むことが大事だ」ということを言っています。そのような環境を整えて、促していくということではないでしょうか。

伊藤 有り難うございました。

次のテーマとして、新しい公共の育成やNPO、社会企業などの発展の可能性などについてご議論いただきたいと思います。奥野先生から午前中の講演で新しい公共の話について、山内先生からもソーシャル・キャピタルの役割についてお話しいただきました。政府のほうでも新しい公共円卓会議が開催されておりまして、新しい公共についてはソーシャル・キャピタルの高いコミュニティが形成されるとともに新しい発想による社会のイノベーションが起これ、新しい成長が可能になるといったことも提言されております。しかしながら、特に都市部にお住まいの皆さま方には身の回りの状況を見て、本当にソーシャル・キャピタルというのが育成されるのだろうかというように疑問を持たれる方もおられるかもしれません。

そこで山内先生と奥野先生にご意見をいただきたいのですが、ソーシャル・キャピタルを育成できるかどうか、やはり大都市圏と地方都市、農村部ではかなり違うのではないのでしょうか。先ほど山内先生も伝統的な農村社会では普通というふうにおっしゃいましたけれども、あるいは都市の規模や人口集積は不可欠でないということもおっしゃいましたけれども、その辺りについていかがでございましょうか。まず、山内先生、お願いし



ます。

**山内** ちょっとわたしの話が誤解を与えたかもしれないのですが、必ずしも地縁関係が非常に濃厚に残っているような社会のほうがソーシャル・キャピタルが豊かだということではないと思います。それも1つのソーシャル・キャピタルのタイプだとは思いますが、都市化が進んできて、都市の中で色々な社会問題が出てきて、それを解決しようとするようなテーマ型のつながりというものもあると思うのです。ですから、農村や小規模な都市だとソーシャル・キャピタルが豊かで、大都市化してくると衰退するというような単純なものではないと思います。

説明を省略しましたが、地縁や内部の同士の結束を固めるようなタイプのいわゆる結束型のソーシャル・キャピタルと、非常に横断的な橋渡し型のソーシャル・キャピタルという2種類があると言われていて、ソーシャル・キャピタルの中身はそれぞれの地域によって違うと思います。

それから、ご質問の中にもあったのですが、同じ都市、あるいは農村の中でももう少し細かく見てみると、ソーシャル・キャピタルの豊かな地域、そうではない地域というものが出てくると思うのです。研究者の中には市町村の何丁目くらいまでのレベルのソーシャル・キャピタルの研究をしているような例もありますので、そういう意味ではあまり単純に割り切って考えない方がいいのではないかというようにも考えています。

**伊藤** 有り難うございました。また、奥野先生、いかがでございましょうか。

**奥野** 私も、山内先生のおっしゃったとおりだと思います。私の最初の話の中で、「市場も行政も失敗する。それが機能するには、それらを基盤として支える社会が必要だ。社会というのはつまるところ、人のつながりである」という大掴みの話

をしました。先ほど山内先生から、つながりの質がソーシャル・キャピタルだというお話がありまして、そのように考えていけばいいのかと感じておりました。

以前、それらについてのデータがないかと思って調べていましたら、少し古いのですが、内閣府が2002年に調査をしておられました。そこではソーシャル・キャピタルに含まれるべき要因として、近所との付き合いや友人との相互扶助、地域活動への参加など、随分たくさんありますが、それらを取り上げ総合して指数化されています。そうすると、鳥取や島根、宮崎などが高く、東京や神奈川、愛知、大阪などの大都市圏が低い結果がでていますが、それは当然だと思います。ソーシャル・キャピタル指数が高いところでは、先ほど山内先生が触れておられたように、失業率が低い、出生率が高い、犯罪が少ない等々のことがあります。これも日常経験としても首肯できるわけですね。田舎はソーシャル・キャピタルが高いとか、近所付き合いが多くて、それが嫌で都会に出てきたという方々も随分いらっしゃいます。他方、都市部ではどうかと言いますと、人の匿名性が高いわけですね。都市人口が50万を超えると匿名性が高くなっていき、夜、繁華街で飲んでいても、その情報が逐一仲間の間に伝わるのがなくなるそうですが、匿名性が高い分だけ社会関係資本は弱いわけですね。地縁的な関係は低くなる。しかし他方で、今、山内先生のお話にありましたように、橋渡し型とおっしゃいましたか、機能的な関係は都市部でも出てくると思います。例えば都市部の河川や、都市中心部に残っている緑などの環境への取り組みなどでは、多様な市民グループがそれぞれ勝手に参加して、活動しておられます。そのような中には、農村にはない人材もたくさんいらっしゃいます。知力も経験も体力もある引退した団塊の世代とか、学生たちが大都市圏にいるというのも大きい戦力です。そのような、なんと言いますか、都市部の多様な人々の集積、そうしたことがまた農村部とは違ったソーシャル・キャピタルになっているという感じを

持っています。

伊藤 有り難うございました。

山内 1つ補足で、講演資料の80ページのところに、説明を省略したのですが、ソーシャル・キャピタルをいくつかの要素で数値化して、地域比較をしたようなレーダーチャートを載せていますのでご関心があれば見ていただければと思います。

伊藤 有り難うございました。このソーシャル・キャピタルとの関係で、少しNPOや社会企業の発展性について、掘り下げたお話をさせていただければと思っております。現在、厚生労働省などで地域包括ケアシステムといった議論がなされておりますけれども、従来の公助、共助、自助に加えて互助という言葉が使われております。これはNPOやボランティアなど、住民組織主体で見守りや食事提供、家事支援など、そういったサービスを提供していくといったことが組み込まれた提案になっているわけであります。これはまさに新しい公共のすすめといったことではないかというように思われます。

しかしながら、NPOやボランティアなど、そういった方々にそんなに大きな期待をしてもいいのだろうかという疑問もあろうかと思えます。一方で、医療とか介護につきましては、伝統的な医療法人や社会福祉法人などがその主流を提供している。その一方で、NPOとか社会的企業などはその周辺部分をやっているということで、この新しい公共の現れでありますNPOや社会的企業などが地域経済の活性化にどれぐらい役立つことができるのだろうかということでもあります。都市と農村の違いがあろうかとも思いますが、そういったことについてお考えがあれば伺いたいと思います。今度は西村所長と山内先生、いかがでしょうか。

西村 都市と農村の違いの話の前に、山内先生が

かなり色々なスライドでキーパーソンのお話をされました。NPOや社会的企業が活発になるためには、わたしはキーパーソンが大事だと思います。それは実は医療・介護の分野でも同じように言えるわけで、医療法人の院長さん、あるいは理事長さん、あるいは地域のドクター、あるいは社会福祉法人で特に昔から社会福祉に熱心に従事しておられた方で、リーダーシップを取ってこられた方がとても多いと思います。ですから、形としては医療法人、社会福祉法人は伝統的なものであり、社会的企業あるいはNPOというのは比較的新しい組織と思われそうですが、実は両方に共通しているのはキーパーソンの役割ではないかと思えます。それが都市と農村で少し違っていて、農村部では、過去にも様々な地域でリーダーシップを取られるキーパーソンが比較的おられて、それらの地域は色々な意味で良い成果を上げてきたと思いますが、都市部でこれはなかなか難しいわけです。例えば、都市部の医療法人あるいは介護福祉施設は、先ほどの野口さんのお話にありましたように農村部でもそうかもしれないのですが、患者さんを巡って皆さん競争をしておられるわけです。競争している中で、誰か1人がリーダーシップをとって自分の病院にいらっしゃいということは言えないし、そこは非常に難しい問題ではないか。恐らくそれはこれから乗り越えていくべき課題ではないか。わたしはやはりこの点に関しては、独裁者が決して良いとは思いませんが、この点に関してはリーダーシップを取るという人が大変重要な役割を果たすと思います。

しかし、実はわたしは園田さんに質問させて頂きたいことがあるのです。地域の活性化という話をするときに、先ほどから話題になっております住まいのあり方を変えていくというのは、本当にこれから必要不可欠なことだと思うのです。一方で住まいのあり方に関しては、医療・福祉のことをやっている方々には、住宅産業は営利法人だから悪いことをするかもしれないという発想があります。逆に、住宅産業の方々は医療・介護と関わるときに、やはり現状、現場のことをご存知ない

ということがあるのですが、それに加えて、わたしは、特に住宅やまちづくりの分野で法律の規制がかなりがんじがらめになっているのではないかという想像をしています。園田さん、その辺りは実感で結構なので、お教え願えないでしょうか。

**園田** 先生の今のご質問は、住宅や街をつくるときの色々なことが法律でがんじがらめになっているということでしょうか。

**西村** 例えば、福祉施設と普通の住宅と一緒に混在するようなものを造るとすると、かなり規制がたくさんあって難しいかなという印象を持っているのです。

**園田** 実際そうなのです。みなさんご存知かどうか分かりませんが、日本中住宅が余りきっているのです。日本全体で13%の空き家があります。山梨や長野ですと空き家率20%です。東京で言うと、実は東京の都心ほど、例えば千代田区などはとても空き家が多いのです。そういう空いているものをほかの用途にコンバージョン、あるいはリノベーションするということをどんどんやっていくと良いと思っているのです。ところがご質問にあったように、日本で建築を造るとか街をつくる仕組みはまだ全部20世紀型の、新しいものを造ることを前提とした法律なのです。しかもそれがこの20年の間に複雑怪奇に組み合わさっています。もし、古いものを新しくコンバートしよう、リノベーションしようとする、日本の法体系では、全てこれから新しいものを造るのと同じにしなければならぬという法律が原則かかってきます。そうすると、みんな面倒だから止めてしまおうと言って、先ほど出てきたハウスメーカーが「こうすれば儲かりますよ。」というお商売にしまいます。

あるいは医療・福祉の方に関して、わたしが1番ショックだったのは、少なくともわたしみたいな住宅分野の人間だと、家を数えるときに1戸、2戸と「戸」という字を使うのです。しかし、お医

者さまは絶対ベッド数でしか数えないのです。建物の規模を4床とか5床とか、10ベッドと。つまり、前提としている空間の概念もまったく違うのです。ですから、同床異夢と言うのですか、その壁をなんとか少しずつでも壊していくと、わたしたちが既に持っているもので、色々と使えるものを活用できるようになります。私たちは、持っていないのではないのです。わたしは最近思うのですが、お金がないのではなくて知恵が足りない。法律もそういう意味では同じではないかなと思います。

**伊藤** 有り難うございました。山内先生、お願いします。

**山内** わたしも医療や介護、福祉の分野でも規制緩和や競争が大事だと思っています。良い例が訪問介護サービスで、介護保険が導入されたときに規制緩和が行われて、NPO法人や営利企業が参入できるようになったのです。それで競争のマイナス面もあるかもしれないのですけれども、アイデア競争や、あるいは地域別のもの、このような地域はこのようなタイプの法人が進出していくというようなすみ分けなどもできるようになったので、規制緩和あるいは競争というのは非常に大事だということが1つです。

また、アイデアの競争というのも非常に大事です。わたしは大阪が地元なのですが、例えば西成区などに行くと、ホームレスや放置自転車、ひったくりなど、社会問題の典型例が集まっています。そこで、放置自転車をうまくリサイクルして、カーシェアならぬサイクルシェアのような形にして、それを運営するためにホームレスの就労支援も兼ねているような事業をしている例があります。社会問題をどうやって解決しようか、それを持続させるためにどのような社会企業のタイプが使えるかというアイデアを出して、アイデアで競うというようなことも非常に大事なのではないかというように思いました。

伊藤 有り難うございました。NPOや社会的企業が活躍するためには、規制緩和やアイデア競争などが重要だということでありました。

それでは、次のテーマです。地域の人口減少や高齢化が進む中で、どうやって高齢者の生活を支えて医療や介護のサービスを維持していくのかといった点です。先ほど野口先生からも、北海道の医療施設がない地域での患者の受診行動についてご報告がありました。例えば公立病院改革が進められる中で、統廃合によって施設数は年々減少しているような状況にあります。こうした赤字の公立病院を維持できるかどうかというのは首長さんの決断次第なわけですが、病院が地域住民の健康増進のために非常に努力しているところでは存続しやすいような環境があるのではないかと、いう指摘もあります。こういった医療・介護サービスを維持できるかどうかという問題とソーシャル・キャピタルが豊かかどうかといった点についてはかなり関係があるように思われますけれども、野口先生、あるいは山内先生、いかがでしょうか。

野口 さきほど、似たようなご質問をオーディエンスの方からもいただいていました。要は、北海道のような過疎化のすすんだ広大な地域では、コンパクトにやっていかなければいけないのではないかと、というようなご質問です。そこで重要なのが、高齢者のモビリティとその機会費用です。

山内先生がおっしゃるように、ソーシャル・キャピタルが高ければ高いほど、地域に対する住民の意識も高く、そういった地域における医療施設や介護施設の維持可能性が大きいのではないかと、いうお話でした。確かにソーシャル・キャピタルが高いほど、住民の方々の病院等でのボランティア活動を通じて、地域の人的資本を生かしながら、たとえば病院経営を健全化していく、あるいはそのような活動が逆に住民の健康増進につながるというような事例もあるかとは思いますが、ただ、ソーシャル・キャピタル、あるいはNPO、NGOといっ

たものを地域の医療資源へ振り向けて、その存続に生かしていくために必要な条件が色々あると思います。そのうちの1つが、先ほど西村所長がおっしゃったようなリーダーシップの育成です。

もう1つが、NPOやNGO等を通じて活動される方々が食べていけることだと思います。地域の人的資本を活用しつつ、医療資源を持続可能にしていくためには、そういった方々の生活が本当に成り立っていくことが重要だと思います。そのためには財源も必要になりますが、その財源の確保がなかなか難しいという問題があるかと思います。

3点目です。地域でそういった医療施設を支えながら高齢者の生活を支えていく、高齢の方を中心に、たとえば、ソーシャルワーカーの方、ヘルパーさん、医師、看護師等がチームを組み、チームコミュニティケアのようなものを行う仕組みが必要になってくると思うわけです。

日本では、だんだん平均在院日数が短くなっています。この背景として、医療サービスの効率的な提供を目指し、病院の機能分化を促進しているということがあって、それ自体は正しい方向だと思うのですが、問題は、急性期でインテンスな治療をして、10日くらいで病院を出なければいけない場合、コミュニティに復帰するには、やはり10日の入院だときついわけです。コミュニティに帰って自分で生活ができる、あるいは、地域の方のネットワークと支えがあれば、なんとか自立して生活することが可能になる程度にまで、そこで回復することができる、そういった中間的な橋渡しとなるような施設というものが必要になってくる。したがって、高齢者の方を中心に、医療従事者、リハビリ等介護を中心として中間的な施設で自立を支援する方、最終的にその高齢の方が地域に戻って生活をする際に生活支援をするヘルパーさんやご家族等がチームを組み、医療・介護、生活支援の連携を行うことが必要だと思います。

これは言うのはとても簡単なことなのですから

ども、さまざまな特色を有する地域において、こういったシステムを確立しようとする、実は非常にコストがかかる。先ほど奥野先生の方から集団的な移住であるとか集団居住というものに関して反対意見が出されましたけれども、集団的に生活、居住させた方が実はコストはずっと安いかもしれない。ただ、これはどちらが良い、悪いという話ではないのですが、社会がどこまでコストをかけて、そういった医療施設、介護施設、コミュニティの中で高齢者を中心としたケアのシステムを確立するか、どこまで社会がコストを払うか、かけるかという、そのコンセンサスを取ることが、わたしとしては非常に重要かと思えます。

伊藤 有り難うございました。

山内 わたしは医療・介護の専門家ではないのですが、あえて素人の観点から2つ申し上げたい。1つは、かかり付け医というのが非常に大事なのではないかと思えます。日本はそのようなものがありシステム化されていないというように昔から言われています。何かあったときにとにかく最初に飛び込むところとしてかかり付け医が、あなたはこういう専門医のところに行ったらいいというようなことをアドバイスしてくれるようなシステムができ上がっていれば、それ自体がソーシャル・キャピタルになるのではないかと。例えば、お寺と檀家の関係のようなものですね。そういう意味でも、かかり付け医の制度を整備するというのは1つ大事なのではないかというように思えます。これは医療資源の豊かなところでも、あるいはアクセスの難しいところでも、どちらにも言えることではないかと思えます。

もう1つは、病院や医療資源が偏在していて、なかなかすぐに病院に行けないようなケースに関しては、やはり遠隔医療が、今のIT技術や伝送の容量などを考えるとかなり現実的になってきています。家にパソコンがあってネットにつながっていれば、遠隔でかなり詳細な診断ができるような時代になっていると思います。仮に病院が統合さ

れてしまったり、閉鎖されてしまったという場合でも、ある程度遠隔医療がその代替になって、しかもお年寄りなどで機械をうまく使えないような人に対してはボランティアでサポートするような体制を整備すれば、それはかなりうまくいくのではないかなということを素人ながら考えています。

伊藤 有り難うございました。園田先生と野口先生にもう少しお聞きします。野口先生のほうから、医療・介護サービスを地域で持続可能にするためにいくつかの条件があるとご説明をいただきました。これは都市部とあるいは過疎地域などによって、かなり条件が違うのではないかなと思われそうです。

それから、園田先生の方から高齢者住宅の整備のお話がありました。これにつきましても地域によってかなりやるべきことが異なってくるのではないかなと思われそうですけれども、その辺り、何かお考えあればいかがでございましょうか。

まず、野口先生、よろしくお願いします。

野口 確かに、私が強調したのは今日の発表に関連する北海道などの過疎地域に関するお話でした。都市部の問題といっても、都市部と農村部という二項対立的な視点だけで捉えることはやはり違うと思うのです。午前中の話に集落という話がありましたけれども、それぞれの地域の集落単位で、非常にきめ細かく丁寧に見ていく必要がある。たとえば、都市部というと、東京や大阪、福岡等、そういった大きな地域をひとくくりでとらえがちです。しかし、東京、大阪、福岡とは条件がそれぞれ違うと思います。午前中の暮石さんの発表にもありましたが、その地域ごとに、さらには、一人一人の有する社会的・経済的な資源が違うということを認識する必要があるかと思えます。極端なことを申し上げれば、リッチで教育水準が高く家族や地域のネットワークにも恵まれているような方々は、それだけ自分でケアをする力もあれ

ばコストをかける力もあるため、放っておいてもいいと思うのです。

問題は、都市部における貧困層で、経済的資源のみならず、ソーシャルネットワークや情報に対するアクセサビリティにも恵まれていない確率が高い。先ほど西村所長の方から、いわゆる貧しい方々の住宅に関しては、相当程度公的支援をしなければいけないというお話が出ましたが、情報へのアクセサビリティやあるいは経済資源を持たない方々の場合、自分の力ではなかなかケアができない、あるいはケアをしてくれる人が周りにいないことが多いのが現実です。そういった方々については、徹底したサポートをしていくべきだと考えます。ただ、都市部におけるいわゆる経済的資源が豊かな方々については、このような言い方をすると非常に語弊がありますが、医療資源も介護資源もふんだんにあるので、放っておいてもなんとかなるのかなという気がします。非常に偏った見方かもしれませんが。

伊藤 有り難うございました。園田先生、いかがでしょうか。

園田 高齢者住宅の整備といっても色々あるのではないのかという質問から答えたいと思います。まず1989年のゴールドプランをスタートさせたとき、建築分野を代表して言うと、ある意味とんでもない間違いをしてしまったのです。何を間違えたかと言うと、特別養護老人ホームや老健施設の建築を、病院モデルを下敷きにしてしまったのです。わたしも50歳を過ぎてやっと分かったのですが、年をとることは誰も治せません。それがまず大失敗だったのではないかと。では、みんな本当に住宅に困っているかというと、足腰がピンピンしていて頭がすっきりしている限りは、ほとんどの人は困ってはいないのです。今現在、日本の65歳以上の人が1人でもいる世帯の84%は持ち家にゴールしているわけです。ですから、別段困っていないのです。

家はあるので困ってはいない。では、なぜ高齢者住宅が必要になるのか。家族のサイズが小さくなり、足腰がきかなくなって外出できなくなると、買い物難民などと言われてしまいますが、そういう場合に困らない住まいとしてのセカンドハウスが欲しいのです。つまり、歩けなくなるなど困ったときに、生活支援、見守りに始まって、食事、介護、看護、医療が必要になるので、それらのサービスにすぐにアクセスできるもう1つの住まい、セカンドハウスが必要だと思うのです。

わたしが提案している高齢者ペンションというのはそういう意味で、ペンションというのは本当に戸建て住宅地の中で、軽井沢や清里にあるようなペンションのイメージなのです。ペンションというのはベアレントさんがいて、あまりおせっかいせずにおいしい夕食を出してくれる、困ったときに色々教えてくれる。また、ペンションというのは年金という意味があります。だから、後期高齢者になってお出かけもできなくなったら、年金を使いければいい。別にペンションではなくても、分譲マンションでも結構年数の経ったマンションだと空き住戸が、売りに出されていたり、賃貸になっていたりするわけですから、管理組合がそこをお借り上げになって、介護保険で足りない部分は共同体でヘッジすれば、いながらシニアホステルができるのではないですかというアイディアなのです。自己負担可能な人であればそういう選択肢があるのです。あるいは、低所得の人ならば、今若者の間でひそかに流行になりつつあるシェアハウスのような形で、1戸の住宅でグループ居住する。シェアハウスと言うと難しいですが、要するに昔の下宿屋です。気のいいおばさんがいて、ちょっとおせっかいをやってくれるという、そのようなシェアハウスがあれば、ほとんど乗り切れるのではないかと。

そういう意味では、実はサービス付きなんとかというよりも、わたしたちを今すぐく不安にさせている1番の問題は、最後どこに住んで、どのように看取られて亡くなるのかというところが見え

ないことではないでしょうか。病院ではないぞ、では施設かというところで、みんな首をひねってしまうと思うのです。ですから、先ほど来、経済的に元気にならないかという議論があるのですが、終の住まい、看取りの場というのを最初に明らかにしたら、最後のところが見えれば、最後はあそこだと思えば、もっとお金を使おうとか、若い人たちも自分たちの80年後はあそこだなというように思えば、もっと憂いなく色々なことをやろうという、そういう雰囲気になってくるのだと思うのです。ですから、かぎっこ付きの施設やかぎっこ付きの高齢者住宅というのを1回消していただいて、本当にわたしたちがどうしたらいいのかということ、人生60年型から新しく90年で回す、その設計図のところの最後の住み方というのが今必要なのではないかと考えています。

**伊藤** 有り難うございました。住まいの話になりましたので、もう少し住み方の話をしてみたいと思います。午前中、問題提起がありましたように、地方都市ではコンパクトシティの検討などが進められております。過疎地ではなかなかライフラインの維持も難しくなって、住みにくくなるのではないかと。だから集落の移転などを行うべきではないかといった意見もあるわけです。一方で、限界集落におられる方々はそこに住み続けたいという気持ちを持っておられるという話もありました。

この点につきまして、先ほど奥野先生からも集約化については反対だというようなご意見もございましたけれども、野口先生や園田先生はどのようにお考えでいらっしゃるのでしょうか。では、園田先生、いかがでしょうか。

**園田** 先ほどのもう一つの質問で、今後都市部で高齢化が進むときに都市部はオッケーかどうかは、アクセシビリティがオッケーかということに絡むと思うのです。大問題になるのは大都市の郊外部です。要するに、一世とわたしは呼んでいるのですが、それ以前に誰も住んでいなかったところ、歴史のないところに住み始めた人たちは実は

とても大変です。高齢期に対応するインフラが整備されていないので、誰かが作ってくれるだろうと思っていたら、誰も作ってくれなくて、もう財源がありませんなどと言われているわけです。その問題が大きい。

また、富裕層は放っておいてもいいと言うお話ですが、それはわたしもそう思います。しかし、中間層以下に対する色々な質の保障は重要です。量の整備ではなくて、介護も医療も保険を使って、そのクオリティを一体誰が責任を持ってちゃんと管理してくれるのかが問題です。それがまったく分からないのに、保険料を払ったり、消費税が上がりますと言われても、誰がクオリティを保障してくれるのか。そこが見えないままどんどんこうしましょう、ああしましょうと言われても、ひどく不安が募るのではないかと思います。

最後に、今のコンパクトシティということですが、コンパクトシティと一極集中というのは、まったく違うと思うのです。一極集中と思ったら大間違いで、コンパクトシティというのは適正な生活が成り立つ、小規模なコンパクトなものが、適所にきちんと分散配置されている。だから、過疎地も字、本郷というところがちゃんとしていけばオッケーだと思うのです。何も全部を真ん中に集めるという、そのような一極集中ではないということ、やはりコンパクトシティということの意味を考えるとときにきちんと認識しておく必要があると私は思います。

**野口** おっしゃる通りです。中間層の問題は確かにあるかと思います。

そして、このようなご質問をいただいています。ソーシャル・キャピタルが高くなれば高くなるほど、高齢者の方々の機会費用を高めてしまうので、逆にソーシャル・キャピタルを高めると、高齢者のモビリティが無くなって移動しにくくなるのではないかと、そのようなトレードオフがあるのではないかとご質問です。今、高齢者の移住の間

題について聞かれたので、このご質問を取り上げたいと思います。確かにソーシャル・キャピタルが高いほど、あるいはソーシャルネットワークが強ければ強いほど、高齢者はなかなか動きたがらない。個人的なことですが、うちの母が85歳で、福岡で独居です。うちは母も兄弟姉妹がいないし、私も一人っ子という、今から先こういう家族がたくさん出てくるだろうなというような典型的な日本の家族なのですが、彼女が85を過ぎて、やはり免疫力が非常に落ちてきた。そういった高齢者に、たとえば、都会に、私のところに移住するかと聞くと、彼女は自分が持っているソーシャルネットワークというものを非常に重くみていて、動きたがらない。あるいは、たとえば、そういった高齢者を都会に連れてくると、そこで認知症が発生してしまう。さまざまなストレス、あるいは付き合いがない、周りに知っている人がいないことが原因で、そうになってしまうという話もあります。実際、いわゆる高齢者を自分の持っているソーシャルネットワークから引き離した場合に、非常に弱ってしまうということを統計的に示した社会疫学の論文は数多くあります。

ですので、先ほどから奥野先生もおっしゃっているように、ソーシャル・キャピタルが高い、あるいはソーシャルネットワークが非常に充実しているところからわざわざ移動しなくても、そういった方々はそこで幸福なのです。これは、先ほど園田先生からもクオリティという話が出ましたが、住み慣れた地域で受けるという部分での、その方々が感じる医療・介護のクオリティだと思うのです。その方々が感じるクオリティ、あるいは幸福度というものが高ければ、たとえわれわれが都会に住んでいて、やはり不便だろうなと思っても、またまったく違う感覚なのだと思います。それはそれで、都会で得られる便利さなどは、ある程度あきらめ、いい意味です、悪い意味ではなくて、ある種のあきらめと同時に、都会で得られない幸福があると、納得がいったら、限界集落で最後の1人になったとしても、そこでわざわざ集約する必要はない。

ただ、それを社会全体で見た場合、どこまでコストをかけるかという問題があります。それはご本人にしてもそうですし、社会全体としてのコストのかけかたです。そこは別に良し悪しの話ではなくて、客観的なデータに基づいて、本人あるいは社会全体としても論じていく必要があるのではないか。集約することが必ずしも良いわけではないし、かといってすべての地域が満足するような、すべての地域に病院を置くような、そういったシステムも、正直もう困難なわけですから。その辺りはやはり考えていく必要があるのではないかなと思います。

伊藤 有り難うございます。では、山内先生、お願いします。

山内 わたしは、先ほど山本さんのコンパクトシティの話をうかがっていて、色々問題があるということだったのですが、コンパクトシティというコンセプトそのものは間違っていないと思うのです。ニーズのないような設備と一緒にやってしまうなど、そのようなやり方には問題があるかもしれないのですが、概念としては十分成立しうる。ただ、通常、コンパクトシティは、人口規模でいうと10～20万ぐらいのものを想定していると思いますが、わたしはもっと小規模な、人口5～6万とか、1～2万というようなコンパクトシティもありうるのかなというように思いました。

それから、過疎地や限界集落などで高齢者が住み続けるということ、同じところで死ぬということは、私も昔はとても贅沢なことだというように思っていたのですが、福島で強制的に避難をせざるを得なかったような人たちのことを見ていると、やはり住み慣れた場所から移動することは最後の手段ではないかと思います。できるだけ避けるべきだし、やはりソーシャル・キャピタルを破壊してしまいます。そういう点からも、社会的なコストとのトレードオフだと言われたのも確かにその通りです。少なくとも世代が変わって



いけば、当然、住みやすいところへ移動することも起こると思うのですが、福島第一原発の事故以降、過疎地や限界集落で暮らし続けることは決して贅沢なことではないような気がしてきました。

**伊藤** 有り難うございました。それでは、奥野先生、お願いします。

**奥野** 集約化というのは、政策が立てやすいのだらうと思います。この言葉は色々な意味に使われていますが、私は大きく4つあると思っています。1つは、生活支援機能の集約化です。商店やお医者さん、郵便局、銀行、学校、それからちょっとした集会所などの一次的な生活支援機能を、ある程度まとめた地域に集約化しようとするのが1つです。2つ目は、行政機能の集約化で、これは合併で行われています。3つ目は、働く場の集約化ですが、これは経産省なども努力しておられます。例えば島根県ですと、松江・出雲市の辺りとか西部の益田・浜田市の辺りに県としての働く場を集約したらどうかというのがそうです。4つ目が、居住地域の集約化です。この部分について、あまりイケイケドンドンでやると、生きる可能性の高い地区まで壊してしまう恐れがあるのではないかとことを申し上げたわけです。

先ほど、園田先生がコンパクトシティのイメージを言っておられましたが、私もまったく賛成です。わたしは感覚的な表現で「あじさい型の都市」という言い方をしています。規模は色々ですが、人口2,000～5,000人くらいを1つの単位にして、中心地に先ほど申し上げた第1次の生活支援機能、商店や郵便局やお医者さんがある程度集約した形で整備する。そこに人が集まって休めるような集会所などの施設も整備する。周辺の集落は極力残して、そこでの交通手段は、生活支援機能も同じですが、新しい公共が主体となって担う。そのようなことをイメージしたのが、あじさい型の都市です。

例えば、岩手県の北見市とか、三重県の日市とかがそうです。それから、花卉は多くないので

すが、岡山県の新見市の哲西町は、かなり早い段階で今のような概念を提起しておられました。このような街をつくっていくことは、地方圏でも大事なことはないかと思います。しかしコンパクトシティという中身がだんだんと拡大解釈されてきていて、なんでも集約化するというような話になってきていまして、そのことに少し疑問を感じるようになっていきます。

**伊藤** 有り難うございました。それではだんだん時間も迫ってまいりましたけれども、最後のテーマに移りたいと思います。本日のテーマであります地域の多様性を発揮させて社会保障の持続可能性を高めるということのためには、自治体あるいは地域の関係者の役割が非常に重要だということに思いますけれども、自治体などはどのような活動に取り組めばいいのでしょうか。そのような活動を支援するために、どのような条件を整えればいいのでしょうか。先ほども住宅の関係で規制緩和などが必要だという話がありましたけれども、医療・介護サービスの提供の有り方についても、地域の実情に応じて提供できるように、権限や財源などある程度自治体に任せるべきでないかということも考えられるわけがあります。こういった点について、西村所長、野口先生、園田先生、いかがでございましょうか。

**西村** いつも問題発言をするのですけれども、国か地方自治体かという議論をずっと延々長いことやっております。最近も道州制の議論もあります。しかし、もちろんある程度財源が委譲されることが望ましいと思っておりますし、先ほどの規制の関係でもう少し地方に権限を移るほうが良いと思います。

実はわたしは、その前にもう1つ、とても大事なことがあると思っております。あとで問題発言をしますが、最初のはかっこいいことを言います。フィンランドに行ったときに、次のような話を聞いてきました。若年者の雇用のお話なのですが、ご承知のようにヨーロッパはかなり若年者の失業率

が高いです。これに対して、人口500万人のフィンランドでどのように対応しているかについて、首都ヘルシンキにある教育省に話を聞きに行きました。そうすると、シンクタンクの方と一緒にインタビューに応じて下さったのです。若年者対策の部長の方が、自分たちが管轄している地域のほとんどの若年失業者の顔と、誰がどこで働いているかということを知っていました。日本に帰ってきて、ある都道府県の担当者に、フィンランドで聞いたお話をしました。そうしたらその方が、「うわー、すごい管理社会ですね」という話をされました。

わたしは自分でも、これから言うことが100%正しいとは思っていません。困っている人がいて、その人にある一定期間ずっと寄り添い、知っていくということをする、下手するとプライバシーに関与するということになるので、大変難しいすれすれの議論だと思っています。しかし、わたしはやはり自治体の担当者に、もう少し住民と深く接して欲しい。これが大前提としてあるのが、北欧の社会ではないかと思いました。今の若年者の雇用の話も、生活保護の話もそうなのです。そして、先ほどからずっと話題になっている、一人暮らしのお年寄りについても、いつどこで何が必要になるか、病院に行く必要があるときにはどうするかということ、横にいて心配してくれている人がいるという仕組みを作ることはやはりとても大事で、その試みが、今地方自治体に少し欠けているような気がします。概して言うと、小さい市町村の方がそういうことがやむなく割と得意で、大きいところが不得手のことが多い。市町村合併の影響も色々あったと思います。また、おそらく財源のためということもあったと思います。今申し上げた仕組みを作ることは、財源の効率的な活用という観点には反するかと思います。

ここから問題発言なのですが、日本の社会において公務員を減らせと言い過ぎたのではないかと、公務員をもう少し上手に使う、上手に活用する方法を考えてもいいのではないかと、直

接の答えになっていないのですが、自治体の役割という観点から申し上げたいと思います。

伊藤 有り難うございました。野口先生、何かございますでしょうか。

野口 西村所長がおっしゃったように、日本というのは、韓国と同様、OECDの中では、公務員が非常に少ないほうです。公務員公務員と言って、昨今、公務員が批判的にされておりますけれども、実は公務員の使っている財源というのは意外に少ないということは少し補足しておきたいと思っています。

それともう1つ指摘したいことがあります。先ほど奥野先生の午前中のご講演を伺っていて、たとえば、小さな地方自治体や集落のリーダーとして活動するような人材を育てるために、公共政策大学院等で勉強して地方の大学に勤める、あるいは自治体に勤めながら、地域の活動家としてきちんと生計を立てつつ活動することができるキャリアパスを作るというお話があって、私も非常にその通りだなと思っていました。

人材という点では、今非常に強く感じていることがあります。先ほどから私はデータデータと言っているさようですが、日本ではようやく、客観的なエビデンスを出すためのデータの整備が進みつつあるわけです。色々反対の方もいらっしゃると思いますけれども、データの整備は、社会的なインフラとしては絶対に必要なことだと思います。問題は、今、そのデータの分析の担い手が足りないことです。実証をしてくれる人的資源が絶対的に不足しています。私は、そういった人的資源を地方自治体を持つことが非常に重要だと思っています。あまりアメリカではと云いたくないのですが、アメリカの州やカウンティでは、博士号を持っていないまでも、必ず統計の専門家や分析者が確保されています。そして、その地域の政策や施策を立案する、あるいは、それを検証する役割を担っています。日本の地方自治体

でも、そういった人材の育成、あるいはそういった人たちが地域活動を行いながらデータを収集して分析し、施策を検証する、そういう役割を持つ人たちがいたほうがいいと思います。

もう1つは、少し大きな話になります。今、地方分権が進み、地方自治体の担う役割がますます大きくなっています。もし、地方の権限を大きくすると何が起るかという、格差という言い方は良くないですが、地域のリーダーシップのあり方、もっと正直に言えば、地域のリーダーの優秀さ、あるいは地域の行政官のやる気、そういったものによって、いわゆる、地域の格差がより広がる。これは覚悟しなければいけないことだと思います。地域主権、あるいは、現実問題として、地域の権限や財源の強化を図っていくことは、もちろん重要であるし、そういったことを考えていかなければいけないのですが、格差ではなく、多様性という方向に、われわれは努力して向かっていかなければいけない。地方のリーダーの能力によって格差がつくような、格差が広がるような状況に、そのような方向に行かないようにわれわれ市民が努力し、地域が主体となる活動に積極的にかかわるようにしなければいけないと思っています。

伊藤 有り難うございました。園田先生、なにかございますか。

園田 私は最近、今のわたしたちは明治政府ほど賢くないと思うのです。どうしてかという、日本は江戸時代まで究極的に地方分権で、藩が責任を持っていたところを、明治政府が成立して中央集権化を図ったのですが、少なくとも明治政府はきちんと子どもたちが歩いて通っていける場所に学校令で小学校を作って、そこで教育の質を保障したのです。今度は高齢期で人生が終わりのように近づいた人たちが、まさに歩いていけるところや、あるいは自転車か自動車で行けるところで、最後どのように安心して亡くなれるかということをきちんと国が作ってくれば、先ほどから申し

上げているように不安は何も無い。明治政府にはそれができたのに、今のわたしたちにはできていないのです。90年以降、みなさん勝手にやったださいという感じで、できるところからとやったから、今になって、大変だ、地域包括ケアシステムを実現しようと思っても、どこから手をつけていいのかわからないという状況になっているのではないかと思います。そういう意味で、先ほど奥野先生がおっしゃられた、わたしの言いたかったことを一言で「あじさいの街ですね」というのは、まさにその通りで、それがポイントです。

それから、フィンランドやアメリカが出てきたので、デンマークではと言いたいのですが、建物で言うと、日本の首長さんや議員の先生は、テープカットをやるといなくなってしまうのです。予算を使って良かったですねと。しかし、デンマークでは違うのです。デンマークの小さな町でかなり前にオープンした施設に見学に行ったら、副議長だとか議員だとかが来ていました。要するに、高負担高福祉の国ではテープカットで終わりではなくて、テープカットしたあとに何人の人がそこを利用して、どのくらいコストパフォーマンスが良いのかということまできちんと証明できないと、次の選挙のときには当選できないのです。だから、見ている局面がまったく違うのではないかと思います。わたしたちも、それがどのくらい使われているのか、どのくらい効果を持っているのかということを見なくてはいけないのであって、地方といっても、テープカットのものばかりが増えるのでは駄目なのではないか。これが、お伝えしたかったもう1つの点です。

最後に、私は1回も公務員になったことがないので、申し上げたいことがあります。何かで読んだのですが、いわゆる北欧の公務員というのは、一種のワークシェアリングで、主婦や、あるいは障害を持っている人たちが、ほかの公務員の人たちと仕事を分担するという部分がすごくあるそうです。アングロサクソンの国々では、むしろマイノリティの弱者救済的な仕事の間だということ

す。なんとなく日本の公務員はやはり地位が高いのかなと思うのですが、公務員のバッシングに繋がっているのは、恐らく人数の問題ではなくて、終身雇用や給与などの身分保障と、仕事の内容と責務のバランスがどうもおかしいのではないかという疑念があるからなのではないでしょうか。一度も公務員になったことのない立場から言うと、公務員と言ってもみんな仲間なのですから、そのバランスをとって、一生懸命働けるような環境ができるといいのではないかというように思います。

**伊藤** 有り難うございました。それでは、これで最初に設定しました4つのテーマについては一通りコメントをいただきましたので、ここで会場からいただいております質問に対して、先生方にお答えいただければと思います。ただ、最初に申し上げましたように、時間が限られておりますので、ご質問にすべてお答えすることはできませんが、そこは何卒ご了承くださいければと思います。

それでは、最初に西村所長に対する質問でございます。格差を多様性というように言い換えているのではないか、それは中央からのものの見方ではないかというご質問です。西村所長、いかがでございましょう。

**西村** 私の話をご指摘のように捉えられたとすれば、私の表現力の至らなさでございます。お詫びしたいと思います。今うかがって考えていたのですが、わたしは、例えば非常に大きな家に一人で住んでいることと、先ほど園田さんがおっしゃったようなシェアハウスで、スペースが狭くても人的資源に囲まれて住んでいることの間には、格差はないというように思います。多様性と言う言葉は、大きな家に住んでいれば幸せであるというような発想でないという意味で使ったつもりです。

しかし、当たり前ですが、家がある方と家がないホームレスの方がいることも、多様性の一つだというふうに考えているわけでは断じてござい

せん。そういう意味で、今、園田さんが公務員についておっしゃったことは、鋭いご指摘だと思います。公務員の仕事というのは、やはり一番困っている人間に、どのように寄り添っていくかということではないかと思います。先ほど申しましたように、現在全国でかなりのケースワーカーさんが、有期雇用のような形で働いておられます。そのような形で、公務員の本来あるべき姿として、地域が一番困っている問題を一緒に心を痛めて解決していける存在でありたいというように思います。そのような観点から、もしもわたしが格差と多様性を同じように捉えていると受け止められたならば、もう少し正確に伝えるように努力したいと思っています。

**伊藤** 有り難うございました。次は山内先生に対する質問です。先生はソーシャル・キャピタルのポジティブな面を強調されておられましたけれども、ネガティブな面も考えてなくてもよいのでしょうかと。例えば、近所付き合いが濃密で、相互に良く知っている関係は、ともすれば排他的で、プライバシーの無いコミュニティになってしまうのではないのでしょうかといったご質問がありました。

**山内** ご指摘の通りだと思います。例えば、隣近所の家族構成はどのようになっているか、寝たきりのお年寄りがいるかどうかなどを知っていることは、災害救助などの場合には役立ちます。しかし、特に地縁で結びついているようなソーシャル・キャピタルの場合には、濃密過ぎる関係になって、知らなくてもいいことを知ることにもなるかもしれません。その辺りは、知っていても人に言わないとか、モラルが非常に大事になってくるのではないかなというように思います。ですから、ソーシャル・キャピタルには、ある種のダークサイドもあるということは指摘しておくべきだと思います。

それから、ある特定の大学の同窓会なども、結束が固くなり過ぎると非常に内向きになって、外

に対して冷たくなることがあります。色々なタイプのソーシャル・キャピタルのなかには、ポジティブとネガティブの両サイドがあるというのは、おっしゃる通りだと思います。

**伊藤** 有り難うございました。それでは次に、奥野先生に対する質問です。補助金によって担い手の活動を支援するのだとしたら、持続可能性の面でどれだけ育成策が続けられるのか疑問ですということです。ソーシャルビジネスに対して補助金を出し続けると、どこまで持続可能なのかというご質問です。

**奥野** ソーシャルビジネスが日本社会でどこまで成長するか、正直わかりませんが、重点的に取り組むべき分野だと思います。先ほどイギリスの状況と比較しました。イギリスと日本では、公共に対する制度も考え方も違いますので、イギリスの状況をそのまま日本にあてはめることはできませんが、今、日本ではソーシャルビジネスの中身が多様化してきている最中なのではないかと思います。NPOがソーシャルビジネスに取り組んでいるケースが多いことは確かですが、ビジネスは株式会社の方がやりやすいわけで、株式会社組織にして取り組んでおられるところもあります。その株式会社の中でもまた色々な形が出てきています。先ほど少し申し上げましたが、利益が出ても株主配当はせずに事業に再投資するとか、解散するときに残余の財産が残っていても出資者で山分けせず、同じような取り組みをやっている他の団体に寄付するというようなことを定款に謳っているケースなどもあります。また、これもソーシャルビジネスの中にいれていいと思いますが、企業のCSRの取り組みも活発化してきています。それからわたしどもの大学では、去年、韓国の方を呼び、国交省の方に来ていただいて、ソーシャルビジネスのセミナーをやりました。韓国では、特に若年層の失業率が高いものですから、ソーシャルビジネスという格好で起業して、自分の職業を確保していくことも盛んにやっていらっしゃるそうです。日本と韓国は違いますから、そうなるべき

だとも思いませんが、いずれにしましても、今、色々な形態のソーシャルビジネスが出現してきている最中だと感じております。政府にはそうした動きをバックアップする政策を期待しています。

**伊藤** 有り難うございました。それでは次に、野口先生に対する質問です。地域医療計画を検討する際に、今後も既存の2次医療圏を前提とした計画で良いのか。本日色々データを示していただいて、ご説明いただきましたけれども、医療圏を見直すようなことは必要なことかどうかお考えをお教え下さいということです。

**野口** どうも有り難うございます。実は今日お見せした分析について、中頓別よりも少し南の医療圏に、名寄総合市立病院という病院があって、その佐古和廣院長とお話しする機会がありました。今回の東日本大震災でも、透析がなかなかできないということが非常に問題になりましたが、もしある医療圏のある病院が失われたときに、そういった透析患者が、その医療圏からあふれてしまうようなことがあった場合、非常に問題である。その隣の医療圏にもネガティブな効果があるというお話をされていました。

それと同じことが2次医療圏についても言える場合があります。おそらくほとんどの医療圏は患者の受診行動と合っていると思うのですが、仮に極端にずれている2次医療圏があったとします。そうすると、医療圏をベースに計画が立てられていますので、透析等のニーズが見合っていない、あるいは、医療施設・医療資源が統廃合された場合に、患者さんがあふれてしまって、周辺の医療圏にネガティブな影響が出てしまうというようなことがあります。ですから、1つ1つの医療圏についてデータで検証し、もし患者の行動と合っていなければ、なんらかの形で見直すべきだと思っています。

**伊藤** 有り難うございました。それでは、最後に園田先生に対する質問がございます。米国の住宅

ローンと日本の住宅ローンはそれぞれ、住宅と人を信用して貸しているとのことだが、その違いは一体何に基づくものだろうかというご質問です。

**園田** 要するに住宅を何と考えるかです。日本では、少なくとも戦後は徹底的に私財だと考えたのです。ですけれども、日本の住宅の平均寿命が今や30年くらいなのですが、アメリカではその倍、イギリスではその3倍くらいあるのです。そのような社会での住宅は何かと言うと、先ほど奥野先生がおっしゃった社会資本だという考え方なのです。社会関係ではなく社会資本です。物として人と人との間に受け渡していくとか、世代を通してその地域の中に存在し続けて、きちんとした良い環境を提供する器だという前提を住宅に置か置かないかの違いです。20世紀後半、日本では住宅を造っては壊しを繰り返していました。これまでは給料も右肩上がりだったのでそれで上手くいっていたのですけれども、今ここに来て大変な問題になっているということだと思います。

**伊藤** 有り難うございました。まだ質問があったのですけれども、そろそろ時間がまいりましたので、これで終わりにさせていただきたいと思います。

本日は色々な意見が出たわけですが、最後に簡単に私なりにまとめをさせていただきます。コストのかけ方は色々考える必要がある。あるいはコンパクトシティなども考える必要があるかもしれないが、高齢者の集約とかそういうことではなくて、そこに住んでいる人がどう考えるか、幸福だと思うかどうかといったことが大切ではないか。

地域は非常に多様なわけですが、それぞれのところで、住宅のあり方を含めて、地域の創意工夫によってソーシャル・キャピタルを育成して、人々が生活を維持していくということはある程度は可能ではないか。ソーシャル・キャピタルが育成されれば、高齢者もそこに住み続けることができるし、医療・介護サービスや生活支援サービスも提供することは可能ではないか。いずれにしても、地域の多様性を踏まえながら、それらのサービスを提供していく、それを可能にするためには、自治体や地域の関係者の工夫が生かされるように規制緩和や財源の確保が必要である。一方で、そういったことは格差の拡大につながる可能性もあるので留意する必要があるというようなことではなかったかと思います。

この問題につきましては、急速な高齢化が進む中で真剣に検討すべき課題であると考えられます。特に当事者であります地域の関係者、自治体の関係者の間では様々な意見があるのではないかと思いますけれども、今後そのような検討の中で、今回のセミナーが役に立つということであれば、私どもとしては幸いでございます。以上で、パネル討論を終わらせていただきます。どうも有り難うございました。

(おくの・のぶひろ 中京大学教授)

(やまうち・なおと 大阪大学教授)

(そのだ・まりこ 明治大学教授)

(のぐち・はるこ 早稲田大学教授)

(にしむら・しゅうぞう 国立社会保障・人口問題研究所長)

(いとう・よしのり 一橋大学経済研究所教授、  
前国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官)

## 老人福祉センターにおける自主サークル化講座の効果と基盤 ——健康関連QOLに着目して——

小笠原 浩太  
米 澤 旦  
伊 瀬 卓

### 要旨

介護予防事業に関する近年の研究では、特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）が抱える事業規模や費用上の問題をふまえて、より多くの高齢者が能動的に参加できる一般高齢者施策（ポピュレーション・アプローチ）の補完的機能が指摘されてきた。そこで本論文は、老人福祉センターにおける一般高齢者向け介護予防事業の効果を、自主サークル化という現象に着目して分析した。分析には、SF-8から得られる健康関連QOLを用いた定量分析に加えて、施設職員へのヒアリングを組み合わせる混合的な手法を用いた。

傾向スコア・マッチングを用いた差の差推定の結果によると、自主サークル化講座への参加は身体的健康のサマリースコアを改善しないが、高齢者の社会的生活機能や精神的健康に関するQOLを有意に改善することがわかった。これらは、自主サークル化講座が情報交換や仲間作りの場として有効に機能することを印象付けるとともに、介護予防事業を実施する際に、高齢者の身体的側面に加えて人的ネットワークなどの社会的側面に着目することが重要となる可能性を示唆するものである。

### I はじめに

本研究の目的は、老人福祉センターにおける一般高齢者向け介護予防講座を対象として、それが

高齢者の生活の質(QOL)に与える影響を分析し、効果的な一般高齢者施策の特性についての含意を得ることである。

2006年の改正介護保険法では、介護費用の抑制を目的として、高齢者の介護予防を重視する新予防給付と地域支援事業が導入された。地域支援事業に含まれる介護予防事業は、一般高齢者施策（ポピュレーション・アプローチ）と特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）に分けられている。一般に、前者は比較的风险の低い一般高齢者を対象とする事業であり、後者は要介護・要支援状態に至るリスクの高い特定高齢者を対象とする事業である<sup>1)</sup>。これら施策は、地域支援事業において重要な役割を担うため、その効果を正確に測定し、エビデンスに基づく事業を展開することが要諦となる〔天本2009；濃沼2009；二木2011〕。

特定高齢者施策のプログラム評価は盛んであり<sup>2)</sup>、なかでも運動器の機能向上に着目した研究は蓄積が厚い〔安村・松崎2009；大淵ほか2010；伊藤ほか2011〕。また、介護保険制度の導入について、その包括的な効果を測定する試みも行われ始めている〔Tamiya et al.2011〕。これに加えて最近では、介護予防事業における一般高齢者施策の補完的機能が指摘されており〔近藤ほか2010〕、それに関するプログラム評価の重要性が指摘されてきた〔平井・近藤2010；島貫ほか2010〕。つまり、特定高齢者施策が抱える事業規模や費用上の問題を補うために、より多くの高齢者が能動的に参加できるポピュレーション・アプローチを評価し、効

果的な介護予防システムを明らかにすることが求められているのである。

このような研究をふまえて本稿は、老人福祉センターにおける一般高齢者向けの介護予防講座に焦点を当てる。これら講座では、実施後に複数の高齢者が集まり、自主的に活動を継続することがある。そこでは、講座を通じて学んだ知識や技術を活かして、高齢者自身が主体的に活動し、場合によっては地域社会と積極的な交わりを持つ。こうした現象は広く見られるが〔小野寺・斎藤2008；李ほか2008〕、それがどのような講座で生成し、どのような効果を持つのかは明らかにされてこなかった。

そこで本論文は、高齢者が講座から得た知識、技術、ネットワークを活かして自主的に活動を継続する現象を「自主サークル化」と定義し、それに結びつく講座が高齢者のQOLに与えた影響を定量的に分析する。エビデンスが不足していた施設内の事業を対象として、介護予防事業の目的であるQOLの向上〔厚生労働省2009；島貫ほか2010〕を分析することで、効果的な一般高齢者施策の特性についての含意を得ることが本研究の課題である。

本論文の構成は以下の通りである。次節では、分析の対象と方法を述べた上で、介護予防講座と自主サークル化の含意を説明する。第3節では、自主サークル化した講座が高齢者の健康関連QOLに与える影響を定量的に分析する。第4節では、分析結果の要約と含意を述べる。

## Ⅱ 対象のプロファイルと方法

### 1 研究の対象と方法

本研究では、一般高齢者向けの介護予防事業に関するプログラム評価を行うために、東京都内のある区が所管する老人福祉センターの事業を調査した<sup>3)</sup>。この施設は、健康増進やレクリエーションを目的としており、区内在住の60歳以上の高齢者を対象とした介護予防事業、地域住民や施設内で結成されたサークル活動向けの施設開放事業、デイケア事業などが実施される。

研究の対象は、上記施設における2010年度の介護予防講座のうち、1か月以上に亘る講座16種である<sup>4)</sup>。これら講座の初回と最終回にSF-8<sup>5)</sup>を実施し、参加者について健康関連QOLの包括的尺度を得た。さらに、初回には質問紙調査を合わせて実施し、家族や個人に関する属性と施設の利用状況に関する情報を把握した。ただし、データの収集と利用に際しては、倫理的配慮として以下の点に注意した。まず、質問紙の項目と分量は施設管理者と協議の上で決定し、SF-8と質問紙の収集は施設職員が担当した。また、アンケート調査は匿名化したうえで実施し、その本文では第3者に個人が特定されることがない旨を明記した。また、データを調査研究に利用することについて選択式で同意を尋ねる項目を用意し、同意を得られなかった対象者の情報はサンプルから除外した。さらに、データの使用と分析に関して調査対象施設から審査を受けるとともに、書面でデータ利用誓約書を提出して許可を得た。SF-8および質問調査紙による調査項目は表1の通りである。

これに加えて、講座の属性と企画者の意図を明らかにするために、講座企画書の分析と聞き取り調査を行った。ヒアリングは、2011年10月～2012年3月まで、それぞれ30分～1時間30分程度、調査当時および現在の施設管理者2名と講座企画担当者4名を対象とした<sup>6)</sup>（表2）。質問項目は、講座の企画内容、実施過程、想定した対象者、講座実施後の自主継続の有無、企画経験などである。

これらデータを用いて本研究は、質的分析と量的分析を組み合わせる混合的な分析手法を用いた。まず、講座企画書に基づくヒアリングによって、効果的な介護予防講座の類型を推測し、高齢者の自発性を促すと推察される自主サークル化講座の特性に着目した。そして、SF-8から得られる健康関連QOL尺度をアウトカムに用いた定量分析を行い、質的分析に基づいて構築された仮説を検証した。

### 2 対象とする介護予防事業の概要

本研究の対象となる講座は、老人福祉センターにおいて1か月以上の期間で実施された16種の講



表1 データの概要

データ	調査項目	対象者
SF-8 健康関連QOL [包括的尺度]	[GH: General Health]全体的健康感 [PF: Physical Functioning]身体機能 [RP: Role Physical]日常役割機能(身体) [BP: Bodily Pain]体の痛み [VT: Vitality]活力 [SF: Social Functioning]社会生活機能 [MH: Mental Health]心の健康 [RE: Role Emotional]日常役割機能(精神) [PCS: Physical Component Summary]身体的健康(サマリースコア) [MCS: Mental Component Summary]精神的健康(サマリースコア)	介護予防講座受講者
質問調査紙	A) 個人変数 1.年齢[歳] 2.性別[男/女] 3.就業有無[有/無(有償ボランティアやアルバイトも含む)] 4.介護保険適応有無[無/要支援1/要支援2/要介護1/要介護2以上] 5.既往歴有無[過去10年間の入院経験:有/無] 6.通院有無[現在の通院:有/無] B) 家族属性 7.家族構成[独居/同居(配偶者/子ども/子どもの配偶者/孫/兄弟姉妹/その他)] 8.区内在住年数[年] C) 施設利用状況 9.施設までの交通時間[15分未満/15-30分未満/30-45分未満/45分以上] 10.施設の利用頻度[ほとんどない(月0-2回)/週1-2回/週3-4回/週5日以上] 11.施設利用期間 [はじめて/1年未満/1-2年未満/2-3年未満/3-4年未満/5-6年未満/6-7年未満/7年以上] 12.区内他施設の利用有無[有/無] D) 社会的交流 13.1週間の外出頻度[0日/1-2日/3-4日/5-6日/毎日] 14.1日の外出時間[30分未満/30分-1時間未満/1-2時間未満/2時間以上] 15.1日の友人との会話時間[話さない/15分未満/15-30分未満/30分以上] E) その他 16.講座を知ったきっかけ[施設内広報/友人/家族/区報/職員/その他] 17.研究利用の可否[承諾/拒否]	介護予防講座受講者
ヒアリング調査	1.企画内容 2.実施過程 3.想定した対象者 4.講座実施後の自主継続の有無 5.企画経験等	調査当時および現在の施設管理者2名と講座企画担当者4名

注) SF-8は初回の講座直前と最終回の講座直後、質問調査紙による調査は初回の講座直前に実施した。

表2 ヒアリング対象の施設職員

対象者	役職	勤続年	性別	ヒアリング日時
A	職員(講座企画者)	8	女性	2011年12月14日
B	職員(講座企画者)	3	女性	2011年12月14日
C	職員(講座企画者)	3	女性	2012年1月12日
D	職員(講座企画者)	3	女性	2012年1月12日
E	施設管理者	-	男性	2011年7月22日
F	施設管理者	-	男性	2011年7月22日 2012年1月12日 2012年3月1日

表3 対象とした講座の概要と特徴

番号	講座分類		基本的情報			サークル化	
	講座名	概要	担当者	定員	総回数	有無	地域貢献
1	PC塾（1期）	初心者パソコン教室修了者など、一定程度パソコンについて知っている高齢者向けの講座。	A	8	12	×	×
1	PC塾（2期）		A	8	12	×	×
2	英語講座（1期）	英語講座を通じた認知症予防の取り組み。講師の意識が高く、認知症予防を明確な目的にしている。	A	16	14	×	×
2	英語講座（2期）		A	16	14	×	×
2	英語講座（3期）		A	16	14	×	×
3	俳句（1期）	俳句を学ぶことで、俳句を意識して生活することを目指す。発表会での発表を念頭に置く。	C	10	6	○	×
3	俳句（2期）		C	20	6	○	×
4	日舞（1期）	歌謡曲などの馴染み深い曲で日本舞踊を行う。転倒防止を目的とする。	B	20	12	×	×
4	日舞（2期）		B	15	12	○	○
5	謡曲講座（1期）	日本の伝統文化を学びながら、腹式呼吸で健康づくりの維持向上と生活の活性化を図る。	B	15	11	○	×
6	麻雀教室（1期）	利用者から講師を募り、麻雀の初心者向け講習を実施。	B	34	24	×	×
6	麻雀教室（2期）		B	34	23	×	×
7	元気体操（1期）	体操を通じて心身機能の低下防止と向上、健康増進を図る。	A	20	12	×	×
7	元気体操（2期）		A	20	12	×	×
8	ボイトレ（1期）	基本的な発声方法を身につけることにより、日常生活の活性を狙う。	D	10	10	×	×
8	ボイトレ（2期）		D	10	10	×	×
8	ボイトレ（3期）		D	10	10	×	×
9	初心者PC（1期）	パソコンの基本操作を学ぶことで、家族や知人とのつながりを持つことや趣味教養の向上につなげる。PC塾よりも初心者向け。	A	10	4	×	×
9	初心者PC（2期）		A	10	4	×	×
9	初心者PC（3期）		A	10	4	×	×
10	料理教室（1期）	月に一回、レシピをもとに料理を作る。閉じこもりを予防することも目的とする。	D	5	5	×	×
10	料理教室（2期）		D	5	5	×	×
11	混声コーラス（1期）	外部講師を招いて講習会を行う。日常生活の活性化を図る。	D	30	n.d.	○	×
12	けんこう音楽（1期）	日常生活に疲れを感じている人や引きこもりがちな人を対象に、活性化をはかる。	D	13	6	×	×
12	けんこう音楽（2期）		D	13	6	×	×
12	けんこう音楽（3期）		D	13	6	×	×
13	ボディコンディショニング（1期）	使っていない部分を動かすことを目的とした体操。心身の健康づくりの方法を学ぶ。	B	13	6	×	×
14	紙芝居（1期）	人前で朗読する術を学び、児童館や小学校で披露する。	C	20	n.d.	○	○
15	和菓子教室（1期）	和菓子作りを学ぶことで、認知症予防を図りながら社会交流を行う。	C	20	6	×	×
15	和菓子教室（2期）		C	20	6	×	×
16	骨盤体操（1期）	整体師を招いて骨盤を中心とした体操を行い、運動機能の向上を図る。	C	10	12	○	○
16	骨盤体操（2期）		C	10	12	○	○

出典）ヒアリングと講座企画書より著者作成

座であり、期間が異なる同じ内容の講座を区別すると32講座が数えられる。講座は、1か月から半年程度の期間に、月数回の頻度で開催される。講座の総回数は5回から22回、講座定員は5人から30人と講座によってばらつきがある。これら講座の概要を整理したものが表3である。

老人福祉センターでの介護予防事業は、以下の手順に沿って実施される<sup>7)</sup>。あらかじめ区との指定管理者契約を結ぶ際に提出する年次計画において、最低限実施しなければならない講座内容は決定されている。ただし、計画で定められた最低限

の講座を実施すれば、契約の範囲内で独自の講座を追加することも可能である<sup>8)</sup>。講座の内容は、麻雀など娯楽的なものから謡曲や英語講座といった教養的なものと多様であるが、ほぼすべての講座に介護予防の意図がある。

これら講座は、老人福祉センターの職員によって企画・運営される。講座内容の決定や講師の人选、定員の設定といった企画には経験が必要であり、キャリアを積んだ職員に任される傾向がある。経験の浅い職員が企画する場合には、ベテラン職員と相談しながら実施される。講師には外部から

専門家を有償（ときにボランティア）で招くことが多いが、得意分野を持った施設利用者がボランティアとして、その役を務めることもある。

講座の概要が定まると、広報が行われる。講座の広報は、館内のチラシやポスターによるものが主であるが、より一般向けに区報が利用されることもある。その場合には、新規利用者の獲得を主な目的として、掲載する企画が選択されている。定員よりも希望者が多い場合には、抽選によって参加者が決定される。

### 3 講座の自主サークル化とその含意

これまでの介護予防研究では、講座の実施過程についてはあまり考慮されてこなかった。しかし、多様な講座が実施される軽度の介護予防事業では、実施に関する運営者側の工夫が、有効性の高い講座を行うための要諦となる。本研究では、このような点について含意を得るために、講座終了後の自主サークル化に着目する。

老人福祉センターにおける介護予防講座では、職員の働きかけをきっかけとして<sup>9)</sup>、単発で終了するはずの講座が、終了後に自主サークルとして<sup>10)</sup>存続することがあった（表3：サークル化有無）。このような自主サークル化は広く見られる現象であるが〔小野寺・斎藤 2008；李ほか 2008〕、調査対象施設でも高齢者自らがサークル規約を作成して運営を行っていた。サークル化によって、それまで職員が担っていた講師の招聘や施設貸出の手続きが参加者によって自主的になされ、講座終了後も活動が継続される。

一般に施設職員は、これら自主サークル化した講座を、高齢者の主体性が引き出された成功した講座と捉えていた<sup>11)</sup>。すなわち自主サークル化は、高齢者が主体的に講座に関わる中で、自発的因子を獲得した場合に生じる現象と考えられる。そのため、自主サークル化した講座は、相対的に高い介護予防効果を持ち得ると推察されるのである。

それ以外にも、自主サークル化には肯定的な効果があり得る。第一に、運営者への負担の軽減である。これら講座の運営は自主的な活動に委ねられるため、職員による企画・運営の負担は軽減さ

れる<sup>12)</sup>。このように、高齢者が能動的に参加する講座への参加を促すことは、平井と近藤らが主張する効果的なポピュレーション・アプローチの方向性に一致する〔平井・近藤2010〕。第二に、施設や地域における社会関係資本の向上である。自主サークル化した講座の参加者間で社会関係の醸成がなされる傾向があることは、職員からのヒアリングからも聞かれた<sup>13)</sup>。さらに、自主サークルが組織されることで、高齢者は講座修了後も社会関係を維持することができる。

自主的に継続した講座は趣味を目的としたものが多いが、なかには地域貢献を目的とするものもある（表3：サークル化地域貢献有無）。例えば、講座番号14の紙芝居は、地域の保育施設に出向いて読み聞かせなどを行っている。この紙芝居講座を企画した職員であるC氏は「それ〔＝自主継続する活動〕と地域おこしと世代間交流を結びつける。保育園のお母さんと交流者が会えば…『あそこで会ったおじいちゃんじゃない』という感じで〔のやりとりがあるような〕優しい地域づくりになる」というように、地域づくりを意図しながら講座をコーディネートしたと述べる。このような地域貢献を目指す自主サークルでは、集団内の関係性を醸成するだけでなく、周辺地域の社会関係資本を向上させる可能性がある。

以上の考察は、自主サークル化が多様な影響を持ち得ることを印象付ける。本論文は、その中でも高齢者自身への介護予防効果に焦点を当てる。自主サークル化する講座には、高齢者の主体性を引き出すことに関連した介護予防効果があると想定される。そこで次節では、自主サークル化講座への参加による介護予防効果について定量的な分析を行う。

## Ⅲ 自主サークル化と介護予防事業

### 1 分析の枠組

前節から明らかなように、自主サークル化講座へ参加することは、高齢者の自発性を促す効果がある。したがって、自主サークル化講座は通常の講座に比して、参加者の健康関連QOLを改善す

る効果が高いと予測される。このような仮説を検証するために、以下では自主サークル化講座参加者を実験群とする差の差 (difference in difference : DID) 推定法を用いる。この手法は、介護保険制度および介護予防事業に関する最近のプログラム評価にも用いられており<sup>14)</sup>、比較研究の観点からも有意義であると考えられる。

分析の目的は、自主サークル化講座への参加が高齢者の健康関連 QOL に与える効果を推定することである。いま、高齢者 ( $i$ ) が自主サークル化講座へ参加した場合の健康関連 QOL を  $y_{i1}$ 、参加しない場合のそれを  $y_{i0}$  とし、 $d$  を自主サークル化講座へ参加したか否かを表すダミー変数とする。このとき、自主サークル化講座の平均的な効果 (average treatment effect : ATE) は  $ATE = E[y_{i1} - y_{i0}]$  であり、これら講座に参加した高齢者についての平均的な効果 (average treatment effect on the treated : ATT) は、 $ATT = E[y_{i1} - y_{i0} | d = 1]$  である。ただし、これら効果は観測不可能であるから、観測可能な高齢者の属性 ( $\mathbf{x}$ ) を用いた条件付きの独立性 (conditional independence :  $y_{i0}, y_{i1} \perp d_i | \mathbf{x}_i$ ) を仮定して、 $ATE = ATT = E[y | d = 1, \mathbf{x} = \mathbf{x}] - E[y | d = 0, \mathbf{x} = \mathbf{x}]$  と近似する。

実際に、高齢者による講座参加は内生的に決定されており、参加の意思決定は高齢者の属性に依存すると推察される。そこで、傾向スコア調整法 (propensity score matching : PSM) を用いて、このような異質性から生じるセレクション・バイアスを緩和する。

PSM は、ある属性の高齢者が実験群に含まれる条件付き確率  $\pi(\mathbf{x}_i) = \Pr[d_i = 1 | \mathbf{x}_i]$  を利用して、非参加者の集合を構成する方法である<sup>15)</sup>。つまり、サークル化講座の参加者と同様の属性を持ち、参加する確率がきわめて近い非参加者を実際の参加者とマッチさせる。それにより得られた非参加者の平均的な健康関連 QOL の値、すなわち現実の参加者が仮に参加しなかった場合の健康関連 QOL の期待値の推定値を用いれば、Heckman et al. [1997 ; 1998] の手法によって、サークル化講座へ参加することの平均的な効果を、参加者

( $i$ ) と不参加者 ( $j$ ) の講座実施前後 ( $t = a, b$ ) における差の差として検証することができる。

$$\hat{\gamma} = n_a^{-1} \sum_{i \in G_{a1}} \left( y_{ai} - \sum_{j \in G_{a0}} w(\pi(\mathbf{x}_i), \pi(\mathbf{x}_j)) y_{aj} \right) - n_b^{-1} \sum_{i \in G_{b1}} \left( y_{bi} - \sum_{j \in G_{b0}} w(\pi(\mathbf{x}_i), \pi(\mathbf{x}_j)) y_{bj} \right)$$

ただし、両群は同様な属性を持ち (overlap :  $0 < \pi(\mathbf{x}_i) < 1$ )、(1,0) は実験群と対照群、 $n$  は自主サークル化講座への参加者数、 $G$  は両群、 $w$  は傾向スコアによって決定されるウェイトを意味する。

実証上は、まずプロビット推定から得られた傾向スコアを用いて、参加者と非参加者を接合させる。ただし、接合によるバイアスと分散を同時に減じることは難しく [Caliendo 2008]、ここでは最近隣マッチング (nearest-neighbor matching) に関する複数の手法を試行した。ひとつは、特定スコア内における最近隣者を接合するカリパー・マッチング (caliper matching) であり、これには非参加者の重複接合の有無によって2種類のマッチング (with / without replacement) を行った。ふたつは、2人以上の非参加者を接合する方法 (oversampling) であり、これは2-10人までを行った<sup>16)</sup>。次に Lee [2011] にない、平均値のバイアス<sup>17)</sup> (mean of standardized bias) の変化、プロビット推定の擬似決定係数と尤度比検定、母平均列に関する Hotelling の  $T^2$  検定によって接合の精度を確認した。以上の検定から、最も適切であると判断された手法を用いて、自主サークル化講座の平均的な効果を推定する。

## 2 利用するデータ

分析の対象は、質問調査紙と SF-8 を両方とも得ることができた高齢者である。ただし、このなかで調査結果の研究利用を拒否した10名分のデータは除外している。そのため、最終的な標本は609人であり、このうち自主サークル化講座の参加者は165人、自主サークル化していない講座の参加者は444人である。表4は、これら標本の属性と健

表4 変数の説明（接合前）

変数	全体	サークル化講座 (TG)	その他の講座 (CG)	平均値の差 (TG-CG)
SF-8：健康関連QOL				
[GH]全体的健康感	51.98	52.37	51.83	0.54
[PF]身体機能	49.78	49.93	49.73	0.20
[RPF]日常役割機能（身体）	50.49	50.83	50.37	0.46
[BPF]体の痛み	50.97	51.12	50.91	0.21
[VT]活力	52.24	52.32	52.21	0.11
[SF]社会生活機能	50.16	51.56	49.64	1.92***
[MH]心の健康	52.73	53.43	52.47	0.96*
[RE]日常役割機能（精神）	51.10	51.88	50.82	1.06**
[PCS]身体的健康（サマリースコア）	48.87	48.86	48.88	-0.01
[MCS]精神的健康（サマリースコア）	51.55	52.56	51.18	1.39***
A：個人属性				
年齢	70.35	70.63	70.25	0.38
（年齢-60） <sup>2</sup>	144.95	158.78	139.81	18.97
性別（女性=1・男性=0）	0.75	0.74	0.76	-0.02
有職（該当=1）	0.23	0.31	0.20	0.10***
介護保険適応無し（該当=1）	0.95	0.91	0.96	-0.05***
既往歴有り（該当=1）	0.36	0.35	0.36	-0.01
通院有り（該当=1）	0.48	0.43	0.50	-0.07
B：家族属性				
独居（該当=1）	0.25	0.21	0.27	-0.06
区内在住年数（10年以上=1）	0.89	0.93	0.88	0.06**
C：施設利用状況				
施設までの交通時間（該当=1）				
15分未満	0.24	0.27	0.23	0.04
15-30分未満	0.33	0.25	0.35	-0.10**
30-45分未満	0.26	0.26	0.26	0.00
45分以上	0.17	0.21	0.15	0.06*
施設の利用頻度（該当=1）				
月0-2回	0.45	0.55	0.42	0.13***
週1-2回	0.26	0.19	0.28	-0.09**
週3回以上	0.27	0.22	0.28	-0.06
施設利用期間（該当=1）				
初回利用者	0.29	0.39	0.25	0.14***
1年未満	0.26	0.18	0.29	-0.10***
1-3年	0.26	0.24	0.27	-0.03
3年以上	0.17	0.15	0.17	-0.02
区内の他施設も利用（該当=1）	0.43	0.37	0.45	-0.08*
D：社会的交流				
1週間の外出頻度（該当=1）				
外出無・1-2日	0.11	0.13	0.10	0.03
3-4日	0.37	0.40	0.36	0.04
5-6日	0.29	0.26	0.30	-0.03
毎日	0.24	0.22	0.24	-0.03
1日の外出時間（該当=1）				
30分未満	0.03	0.05	0.03	0.02
30分-1時間未満	0.15	0.12	0.17	-0.05
1-2時間未満	0.29	0.29	0.29	0.00
2時間以上	0.52	0.55	0.51	0.04
1日の友人との会話時間（該当=1）				
話さない	0.10	0.11	0.09	0.01
15分未満	0.21	0.18	0.21	-0.03
15-30分未満	0.29	0.23	0.31	-0.08*
30分以上	0.40	0.50	0.37	0.13***
標本数	609	165	444	-279

注) \*\*\* 1%水準, \*\* 5%水準, \* 10%水準で統計的に有意。

健康関連QOLの平均値を示している。

個人変数から明らかなように、自主サークル化講座の参加者は有職者が多く、介護保険適応者が少ない傾向にある。また、区内の居住年数が長い高齢者も多く含まれている。身体が健康で、何らかの労働に従事している高齢者が参加する傾向は、彼等が相対的に高い自己効力感(self efficacy)を持つ可能性を示唆している。

施設利用に関する変数は、自主サークル化講座の参加者が遠方の利用者や初回利用者を多く含み、相対的に施設の利用頻度が低いことを示している。これは、施設を頻繁には利用しないが、興味のある講座や催し物を目当てに参加する利用者や、新規利用者が実験群に多く含まれることを印象付ける。

社会的な交流に関する変数については、友人との会話時間が長い高齢者が多く含まれていることがわかる。これら講座には、他人との交流を好む高齢者が相対的に多く含まれていると言えよう。

以上をふまえて健康関連QOLの値を見ると、自主サークル化講座の参加者は、社会的生活機能、心の健康、日常役割機能(精神)および精神的健康のサマリースコアが有意に高くなっている。これは、彼等が相対的に高い自己効力感を持つとす

る先の考察と整合的であるだけでなく、自主サークル化講座への参加が健康関連QOLを向上させる可能性を示唆するものである。なお、標本全体のサマリースコアは48.87点(身体的健康)と51.55点(精神的健康)であるが、これは日本国民標準値(60-69歳)の48.47点(身体的健康)と51.97点(精神的健康)にきわめて近い値である(福原・鈴嶋2004, p.64)。したがって、分析に用いる標本は、健康関連QOL尺度から判断して特異な集団ではない。

### 3 推定結果の分析

PSMによって講座参加の内生性に対処した推定結果を分析する。傾向スコアの推定では、共変量によってどの程度の割り当てを説明できるかが重要になるが、その指標となるc統計量は、表4に示された個人属性、家族属性、施設利用状況、社会的交流についての全変数を用いた場合に0.7に達した。これは十分に大きい値ではないが、分析上の許容範囲に収まっている<sup>18)</sup>。

マッチングの結果を示した表5によると、カリパー・マッチングでは変数の平均的なバイアスが大きく、擬似決定係数の値もそれほど減じていない。非参加者の重複を許容した場合(with

表5 仮定の検証

検証法	観測数	MSB	Pseudo-R <sup>2</sup>	LR test	T <sup>2</sup> test
[1]Without Replacement					
caliper 0.08	244	13.8809	0.2011	0.0001	0.0004
caliper 0.06	243	14.5436	0.1898	0.0002	0.0008
caliper 0.04	249	10.1971	0.1377	0.0136	0.0310
caliper 0.02	233	10.0484	0.1330	0.0457	0.0895
caliper 0.01	218	9.3344	0.1039	0.3189	0.4409
[2]With Replacement					
caliper 0.08	149	8.1085	0.0757	0.9594	0.9837
caliper 0.06	149	8.1085	0.0757	0.9594	0.9837
caliper 0.04	149	8.1085	0.0757	0.9594	0.9837
caliper 0.02	149	8.1085	0.0757	0.9594	0.9837
caliper 0.01	147	8.1104	0.0787	0.9521	0.9806
[3]Oversampling					
2 Nearest Neighbor	269	7.1191	0.0513	0.8666	0.9082
4 Nearest Neighbor	388	5.5661	0.0346	0.9006	0.9209
6 Nearest Neighbor	450	4.9934	0.0305	0.9106	0.9286
8 Nearest Neighbor	489	5.1819	0.0320	0.8425	0.8621
10 Nearest Neighbor	515	4.7179	0.0397	0.5637	0.6004
Before Matching	609	13.8925	0.0831	0.0003	0.0004

注) MSBはMean of Standardized Bias, Pseudo-R<sup>2</sup>は擬似決定係数, LR testは尤度比検定, T<sup>2</sup> testはHottellingのT<sup>2</sup>検定を意味する。

表6 変数の説明（接合後）

変数	全体	サークル化講座 (TG)	その他の講座 (CG)	平均値の差 (TG-CG)
SF-8：健康関連QOL				
[GH]全体的健康感	51.96	52.59	51.63	0.96
[PF]身体機能	49.89	50.16	49.74	0.42
[RPF]日常役割機能（身体）	50.70	51.04	50.52	0.52
[BPF]体の痛み	51.16	51.39	51.04	0.35
[VT]活力	52.21	52.49	52.06	0.43
[SF]社会生活機能	50.04	51.64	49.17	2.47***
[MH]心の健康	52.83	53.69	52.37	1.32**
[RE]日常役割機能（精神）	51.19	52.10	50.69	1.41***
[PCS]身体的健康（サマリースコア）	49.01	49.08	48.98	0.10
[MCS]精神的健康（サマリースコア）	51.52	52.73	50.87	1.86***
A：個人属性				
年齢	70.29	70.26	70.31	-0.05
（年齢-60） <sup>2</sup>	143.04	144.72	142.14	2.58
性別（女性=1・男性=0）	0.74	0.73	0.74	-0.01
有職（該当=1）	0.26	0.31	0.24	0.07
介護保険適応無し（該当=1）	0.94	0.94	0.95	-0.01
既往歴有り（該当=1）	0.34	0.35	0.33	0.02
通院有り（該当=1）	0.44	0.42	0.45	-0.03
B：家族属性				
独居（該当=1）	0.23	0.22	0.24	-0.02
区内在住年数（10年以上=1）	0.92	0.93	0.91	0.02
C：施設利用状況				
施設までの交通時間（該当=1）				
15分未満	0.25	0.25	0.24	0.01*
15-30分未満	0.32	0.27	0.34	-0.07
30-45分未満	0.25	0.27	0.24	0.03
45分以上	0.19	0.21	0.17	0.04
施設の利用頻度（該当=1）				
月0-2回	0.50	0.54	0.47	0.07
週1-2回	0.22	0.18	0.25	-0.07
週3回以上	0.26	0.23	0.27	-0.04
施設利用期間（該当=1）				
初回利用者	0.33	0.38	0.30	0.08*
1年未満	0.21	0.19	0.22	-0.03
1-3年	0.26	0.25	0.27	-0.02
3年以上	0.17	0.14	0.19	-0.05
区内の他施設も利用（該当=1）	0.40	0.38	0.42	-0.04
D：社会的交流				
1週間の外出頻度（該当=1）				
外出無・1-2日	0.12	0.12	0.12	0.00
3-4日	0.37	0.41	0.36	0.05
5-6日	0.27	0.27	0.28	-0.01
毎日	0.23	0.22	0.24	-0.02
1日の外出時間（該当=1）				
30分未満	0.04	0.05	0.04	0.01
30分-1時間未満	0.16	0.13	0.17	-0.04
1-2時間未満	0.26	0.28	0.25	0.03
2時間以上	0.54	0.55	0.53	0.02
1日の友人との会話時間（該当=1）				
話さない	0.11	0.11	0.10	0.01
15分未満	0.18	0.18	0.18	0.00
15-30分未満	0.28	0.24	0.30	-0.06
30分以上	0.44	0.49	0.41	0.08
標本数	450	158	292	-134

注) 1) Oversampling（6 Nearest Neighbor）による接合後の平均値。

2) \*\*\* 1%水準, \*\* 5%水準, \* 10%水準で統計的に有意。

表7 PSM-DID推定の結果

Oversampling		GH	PF	RP	BP	VT	SF	MH	RE	PCS	MCS
2 Nearest Neighbor	効果	1.24	-0.11	-0.24	0.24	1.42	1.85*	1.06	0.95	-0.15	1.76**
	標準誤差	1.01	0.83	0.84	1.20	0.88	1.00	0.87	0.76	0.92	0.84
4 Nearest Neighbor	効果	0.81	0.00	0.10	-0.21	0.57	2.10**	1.35*	1.30*	-0.43	2.00***
	標準誤差	0.90	0.75	0.74	1.07	0.77	0.89	0.78	0.69	0.81	0.74
6 Nearest Neighbor	効果	0.72	0.26	0.39	-0.08	0.34	2.15***	1.21	1.33**	-0.17	1.79***
	標準誤差	0.84	0.70	0.67	1.01	0.70	0.82	0.74	0.64	0.75	0.68
8 Nearest Neighbor	効果	0.63	0.28	0.39	-0.20	0.20	2.09***	1.21*	1.35**	-0.24	1.78***
	標準誤差	0.80	0.68	0.65	0.96	0.68	0.79	0.70	0.61	0.72	0.65
10 Nearest Neighbor	効果	0.54	0.20	0.29	-0.25	0.09	1.99***	1.17*	1.35**	-0.34	1.75***
	標準誤差	0.77	0.67	0.63	0.94	0.66	0.75	0.68	0.57	0.69	0.62

注) 1) \*\*\* 1%水準, \*\* 5%水準, \* 10%水準で統計的に有意。

2) 10<sup>5</sup>回のリサンプリングから算出したブートストラップ標準誤差を用いている。

replacement) では、尤度比検定が棄却されず、説明変数の母平均列も等しいとは言えないが、かなりのサンプルが除外されている。したがって、最も良好な結果を得られたoversamplingから平均処理効果を推定する<sup>19)</sup>。

同接合の中で比較的良好な、近傍6人の接合から得られた標本の平均値が表6である。ほとんどの共変量について平均値の差は非有意となっており、健康関連QOLの値は、上記の日本国民標準値(60-69歳)と近似している。したがって、接合後の標本もきわめて標準的であると言える。

以上の準備に基づいて、平均処理効果を推定した結果が表7である。

明らかなように、自主サークル化講座への参加は、高齢者の社会生活機能を約2点、精神的健康のサマリースコアを約1.8点向上させている。さらに有意性は低い、日常役割機能(精神)も1.3点程度改善している。社会的生活機能は「家族や友人とのふだんのつきあい」が身体的あるいは心理的な理由で妨げられた程度、日常役割機能(精神)は「日常行う活動(仕事、学校、家事などのふだんの行動)」が心理的な理由で妨げられた程度についての尺度である〔福原・鈴鴨2004, p.32〕。すなわち高齢者は、自主サークル化講座への参加を通じて自発性を獲得し、日常生活における精神的健康の水準を改善したと言える。

しかし一方で、高齢者の身体的健康のサマリー

スコアは有意に改善されていない。これは、自主サークル化講座に含まれる運動の負荷が比較的軽いものであること、そして講座への参加が運動機能の改善以上に情報交換や仲間作りの場として機能したことを意味する。つまり、これら講座への参加が身体的健康以上に社会生活機能や精神的健康を向上させる傾向があることは、高齢者の生活の質が、その友人関係や社交性といった社会的要因にも左右されることを印象付けている。これは介護予防事業を企画する際に、年齢や介護保険の適用状況だけでなく、参加者の家族関係や友人関係といった人的ネットワークにも配慮することが重要となる可能性を示唆するものである。

#### IV 結論

介護予防事業に関する近年の研究では、特定高齢者施策(ハイリスク・アプローチ)が抱える事業規模や費用上の問題をふまえて、より多くの高齢者が能動的に参加できる一般高齢者施策(ポピュレーション・アプローチ)の補完的機能が指摘されてきた。そこで本論文は、老人福祉センターにおける一般高齢者向け介護予防事業の効果を、自主サークル化という現象に着目して分析した。分析には、SF-8から得られる健康関連QOLを用いた定量分析に加えて、施設職員へのヒアリングを組み合わせる混合的な手法を用いた。



傾向スコア・マッチングを用いた差の差推定の結果によると、自主サークル化講座への参加は身体的健康のサマリースコアを改善しないが、高齢者の社会的生活機能や精神的健康に関するQOLを有意に改善することがわかった。これらは、自主サークル化講座が情報交換や仲間作りの場として機能することを印象付けるとともに、介護予防事業を実施する際に、高齢者の身体的側面に加えて友人関係などの社会的側面に着目することが重要であることを示唆するものである。

残された課題の一つは、自主サークル化のような有効性を持つ講座が形成される条件を明らかにすることである。施設職員へのヒアリングからは、自主サークル化が成功するためには、事業にかかわる職員の専門性や人事管理などの組織的要因<sup>20)</sup>や、日常的な交友関係の良好さなどの社会的要因が重要であることが示唆された<sup>21)</sup>。しかし本調査からは、それら要因に関する十分な実証的知見が得られたとは言い難い。有効性を持つ講座が成立する条件を、組織的要因と社会的要因に焦点を当てて明らかにすることは、今後の重要な課題となるだろう。

(平成24年4月投稿受理)

(平成25年1月採用決定)

#### 注

- 1) 介護予防の定義については、厚生労働省〔2009〕を参照。
- 2) 特定高齢者施策と新予防給付の効果を包括的に取り扱った研究として日本公衆衛生協会〔2009〕が挙げられる。また、新予防給付については徐・近藤〔2010〕も参照。
- 3) 本調査で用いた各種のデータは、社会福祉法人奉優会の協力を得て収集されたものである。
- 4) 短期の講座を除外したのは、SF-8（スタンダード版）の振り返り期間が1ヶ月であることによる。
- 5) これは、SF-36を含む多数の項目プールの中から、8つの下位尺度を最も代表する8項目が選択された尺度である。SF-8の各項目は、SF-36の項目に比して識別力が高く、広い範囲をカバーすることができる（福原・鈴鴨〔2004〕を参照）。
- 6) ヒアリングは原則的に小笠原と米澤が聞き手となって個別に行ったが、2011年7月12日のヒアリングのみ、E氏とF氏が同席する形でのヒアリング形式をとった。
- 7) 本節での記述は、2011年11月14日のA氏と2012年3月1日のF氏からのヒアリングによる。
- 8) 前任者からの引き継ぎや外部のボランティア講師から持ち込みをきっかけにすることも多く、外部から企画が持ち込まれた講座は半数以上を占める。
- 9) 今回の分析対象のうちサークル化した7講座では、すべて職員からのサークル結成を促す働きかけが確認できた。例えば、D氏は「やっぱり先生だけ〔＝講座の講師だけ〕に任せるとなかなかサークル化はしがたいということですね。やっぱり事務的な説明だったり。…みんなを引っ張って…〔参加者が〕ついていく。そういったことも〔必要で〕、講座によって私もやっていました」と述べ、適切な職員による働きかけが自主サークルの成立のために必要な条件であると指摘する。ただし、働きかけはサークル形成のための十分条件ではなく、働きかけを行ってもサークルが形成されていないケースも確認された。
- 10) 老人福祉センターでは、団体が規約を作成してサークル登録することにより、施設の無料利用が認められる。本稿では、サークル登録まで行った場合をサークル化と呼ぶ。
- 11) 2012年1月12日のC氏、2012年1月12日のD氏へのヒアリングによる。
- 12) ただし、自主サークル化した場合でもその活動は体力などの問題で活動は途切れてしまう。そのため終了を見越した企画運営が必要となる。C氏は「一番の問題点はどんどん高齢者だから、家族が病気になったり自分が病気になったり、どんどん人数が減っていきますよね。そのときに解散しちゃうんですよ。残った人がどんどん負担が多くなっちゃって、そういう問題がもう目に見えて分かる」と述べる。
- 13) 自主継続する講座の場合、講座内での参加者の関係が良好であることが職員によって観察されている。C氏は「グループ〔＝講座〕によって、〔自主サークルが〕できるグループとできないグループあり」「まとめ役がいれば〔サークルができる〕」と述べる。D氏も「これはなるぞという講座だったら、参加者がいつの間にか取りまとめて」いたことがあったと述べる。
- 14) 筋力向上プログラムの効果を測定した論考として、伊藤ほか〔2011〕。公的介護保険制度の導入効果を測定した研究として、Tamiya et al.〔2011〕。
- 15) 傾向スコア・マッチングは、Rosenbaum and Rubin〔1983；1985〕によって提唱された手法である。
- 16) カリパー・マッチングでは、非参加者の集合を  $S_i(\pi(x)) = \{\pi_j | \min \|\pi_i - \pi_j\| < \epsilon\}$  として構成し、 $w$  を  $j \in S_i(\pi(x))$  のとき1、それ以外を0とする。ただし、oversamplingにおける人数が $\alpha$ であるとき、 $w$ は

- $j \in S_i(\pi(x))$ で $1/\alpha$ 、それ以外で0となる。なお、overlap assumptionをふまえてminima-maxima conditionを課し、参加確率が他群の最大値（最小値）よりも高い（低い）高齢者は除外した。
- 17) これは、実験群と対照群の属性の平均値を用いて、 $100 \cdot (\bar{x}_1 - \bar{x}_0) / \sqrt{0.5 \cdot ((V_1(\bar{x}) + V_0(\bar{x})))}$ と表される (Rosenbaum and Rubin 1985)。
- 18) 近年の医学系研究では、傾向スコア調整法を用いた場合のc統計量が0.8以上であることを目安にする傾向がある。しかし、従属変数と関連の強い共変量を選択すれば、c統計量が0.67程度であってもバイアスの修正は十分に可能であるとされており、実際に本論文の推定では複数の個人変数が統計的に有意であった。以上については、星野・岡田 [2006] を参照。
- 19) 推定量の分散が増すことに対してブートストラップ法を用いる。
- 20) 自主サークル化への働きかけは職員にとっては直接の業務評価には結びつかない追加的業務である。しかし、対象とした老人福祉センターでは働きかけに成功した職員は、事業改善の一環として管理職や、難易度の高い仕事を達成したとして他の職員から非公式的に評価されている。
- 21) 例えば、今回対象とした老人福祉センターの場合は自主サークルの連携や自治活動である「世話人会」といった自主的な互助的活動が見られる。

## 参考文献

- 天本健司 (2009) 「厚生労働省における介護予防事業の効果等の評価と今後の展望」『公衆衛生』 Vol.73, No.4。
- 李恩兒・秋山由里・中村好男 (2008) 「高齢者の介護予防推進ボランティア活動の自主グループ設立に関する過程分析」『スポーツ科学研究』 Vol.5。
- 伊藤和彦・大淵修一・辻一郎 (2011) 「介護予防の効果に関する実証分析-「介護予防事業等」の効果に関する総合的評価・分析に関する研究」における傾向スコア調整法を導入した運動器の機能向上プログラムの効果に関する分析-」『医療と社会』 Vol.21, No.3。
- 大淵修一・小島基永・三木明子・伊藤和彦・新井武志・辻一郎・大久保一郎・大原里子・杉山みち子・鈴木隆雄・曽根稔雅・安村誠司 (2010) 「介護予防対象者の運動器関連指標評価基準-介護予防ケアマネジメントのために-」『日本公衛誌』 Vol.57, No.11。
- 小野寺紘平・齋藤美華 (2008) 「高齢男性の介護予防事業への参加のきっかけと自主的な地域活動への継続参加の要因に関する研究」『東北大学保健学紀要』 Vol.17, No.2。
- Caliendo Marco and Kopeinig Sabine (2008) “Some Practical Guidance for the Implementation of

Propensity Score Matching”, *Journal of Economic Surveys*, Vol.22, No.1.

- 濃沼信夫 (2009) 「介護予防の評価－医療経済学・政策学の視点から」『公衆衛生』 Vol.73, No.4。
- 厚生労働省 (介護予防マニュアルの改訂に関する研究班) (2009) 『介護予防マニュアル概要版』。
- 近藤克則・平井寛・竹田徳則・市田行信・相田潤 (2010) 「ソーシャル・キャピタルと健康」『行動計量学』 Vol.37, No.1。
- 島貫秀樹・梅津梢恵・本田春彦・伊藤常久・河西敏幸・高戸仁郎・荒山直子・坂本譲・植木章三・芳賀博 (2010) 「集会所を利用したミニ・デイサービスが地域在宅高齢者の健康およびQOLに与える影響」『老年社会科学』 Vol.31, No.4。
- James J. Heckman, Hidehiko Ichimura and Petra E. Todd (1997) “Matching as an Econometric Evaluation Estimator: Evidence from Evaluating a Job Training Programme”, *Review of Economic Studies*, Vol.64, No.4。
- James J. Heckman, Hidehiko Ichimura and Petra E. Todd (1998) “Matching as an Econometric Evaluation Estimator”, *Review of Economic Studies*, Vol.65, No.2。
- 徐東敏・近藤克則 (2009) 「新予防給付導入による介護サービス利用回数変化とアウトカム——検討会報告書と異なる分析手法による異なる所見」『季刊社会保障研究』 Vol.46, No.3。
- Nanako Tamiya, Haruko Noguchi, Akihiro Nishi, Michael R Reich, Naoki Ikegami, Hideki Hashimoto, Kenji Shibuya, Ichiro Kawachi and John Creighton Campbell (2011) “Population Ageing and Wellbeing: Lessons from Japan’s Long-term Care Insurance Policy”, *The Lancet*, Vol.378, Issue.9797。
- 二木立 (2011) 「介護予防の問題点——医療経済・政策学の視点から」『地域リハビリテーション』 Vol.6, No.7。
- 平井寛・近藤克則 (2010) 「住民ボランティア運営型地域サロンによる介護予防事業のプロジェクト評価」『季刊社会保障研究』 Vol.46, No.3。
- 福原俊一・鈴鴨よしみ (2004) 『SF-8TM日本語版マニュアル』NPO健康医療評価研究機構年。
- 星野崇宏・岡田謙介 (2006) 「傾向スコアを用いた共変量調整による因果効果の推定と臨床医学・疫学・薬学・公衆衛生分野での応用について」『保健医療科学』 Vol.55, No.3。
- Paul R. Rosenbaum and Donald B. Rubin (1983) “The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects”, *Biometrika*, Vol.70, No.1。
- Paul R. Rosenbaum and Donald B. Rubin (1985) “Constructing a Control Group Using Multivariate Matched Sampling Methods That Incorporate the

Propensity Score”, *The American Statistician*, Vol.39, No.1.

安村誠司・本間昭・大野裕・鈴木孝雄・大久保一郎・丹後俊郎（2009）『『介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究報告書』——介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業』財団法人日本公衆衛生協会。

安村誠司・松崎裕美（2009）『「太極拳のまち」を宣言した喜多方市の介護予防事業』『公衆衛生』Vol.73, No.4。

Wang-Sheng Lee (2011) “Propensity Score Matching and Variations on the Balancing Test”, *Empirical Economics*, forthcoming.

（おがさわら・こうた 日本学術振興会  
特別研究員PD）

（よねざわ・あきら 明治学院大学社会学部  
社会福祉学科専任講師）

（いせ・たかし 社会福祉法人奉優会高齢者福祉  
ソリューション事業部高福統括二課統括課長）

## 公的年金制度の一元化の政治過程 ——農林年金と厚生年金の統合を中心に——

宮 田 研 志

### I はじめに

1950年代に私立学校教職員共済組合（私学共済）を皮切りに、市町村職員共済組合、公共企業体職員等共済組合、農林漁業団体職員共済組合（農林年金）<sup>1)</sup> がそれぞれ設立された。また、1960年代に入ると、国民年金制度の本格的運営が開始されている。このような日本の公的年金制度は田多英範が指摘するように、「全体からみればきわめて不統一で、給付内容や支給条件に大きな格差がみられた」〔田多（1991），p.161〕。さらに、1970年代以降には、財政危機に加えて、一部の公的年金制度の被保険者数の減少など、年金制度の運営に不安を抱えるようになった〔清水（1991），pp.308-309参照〕。そこで上記のような問題に対処することも含めて、さまざまな公的年金制度改革が検討されてきた。その1つが公的年金制度の一元化である<sup>2)</sup>。

公的年金制度の一元化に関しては石田重森が、「従来の分立していた制度の影響がそのまま引きずられてきており、調整は難航しそうで、論議を積み重ね、種々の条件整備を行い、合意作りをした上で具体化するしかないであろう」〔石田（1995），p.25〕と指摘している。また、公的年金制度の一元化には、「財政的に厳しくなった共済年金がさみだれ式に厚生年金と統合するという図式」〔『朝日新聞』（縮刷版），2001年3月13日付朝刊〕と捉えられている側面がある。そして、このように捉えられている以上は、「救済機関ではない厚生年金からすれば、とうてい容認すること

はできない」〔『朝日新聞』（縮刷版），2001年3月13日付朝刊〕というような意見がでてくることは否めない。要するに、公的年金制度の一元化は、厚生年金の被保険者に対して負担が課される一方で、利益が得られると感じさせにくいものであろう<sup>3)</sup>。

本稿では、このような公的年金制度の一元化の政治過程、とりわけ、近時に実施された農林年金と厚生年金の統合に注目して検討する<sup>4)</sup>。検討に際しては、「経路依存性」<sup>5)</sup> という概念が有益と考える。すなわち、公的年金制度の一元化の政治過程全体においては、農協などの民間職員を対象とする農林年金などの設立という決定が影響を与え続け、制度変化を難しくしてきたと考えられるのである〔佐々田（2011），p.134参照〕。このように経路依存的な公的年金制度の一元化の政治過程のなかで、どのようにして、農林年金と厚生年金の統合が実施されたのかを追求することが本稿における主要な関心である。公的年金制度の一元化の最近の実施事例である農林年金と厚生年金の統合過程を分析することは、公的年金制度の一元化の政治過程全体を解明する一助となるだろう。また、経路依存的な公的年金制度の一元化の政治過程における農林年金と厚生年金の統合過程を明らかにすることは、変化分析のきっかけにもなると考える〔ピアソン（2010），p.67参照〕。

なお、本稿では公的年金制度の一元化に関する懇談会（一元化懇）の動向にも着目している。一元化懇は公的年金制度に関する関係関係会議の下に設置され、おおむね「公的年金制度の一元化について公的年金各制度を通じて論議し、関係者の

合意形成を図る」〔『週刊社会保障』(1995年7月31日), p.48〕という役割が期待されていた。このような役割が期待されていた以上、一元化懇は農林年金と厚生年金の統合過程にとって重要な意味をもつ分析対象であろう。

以上のような点を踏まえつつ、次章から公的年金制度の一元化の政治過程を検討していく。

## Ⅱ 公的年金制度の一元化に向けた動き

日本の公的年金制度は、1980年の時点で、国民年金、厚生年金、船員保険、国家公務員共済組合(国共済)、地方公務員共済組合(地共済)、公共企業体職員等共済組合、私学共済、農林年金が分立している状況であった。公的年金制度が分立している状況に対しては、1980年以前から否定的な意見があったが、分立した制度は存続していた〔田多(1991), p.153参照〕。

しかし、1983年4月には、公的年金制度に関する関係閣僚会議において「公的年金制度の一元化の今後の進め方」が決定された。ここでは、1995年を目途に公的年金制度の一元化を完了させるということが明示されており、同様の方針は1984年の閣議決定「公的年金制度の改革について」でも明示されていた〔厚生省五十年史編集委員会編(1988), pp.1854-1857; 吉原(2004), pp.106-107, pp.154-155参照〕。また、翌年には1985年の年金改革によって基礎年金制度が導入されることになり、これまでの各共済間の調整などとあわせて、「公的年金制度全体の統合、一元化の大きな流れが形成されていった」〔吉原(2004), p.148〕のである。

その後、1989年に「被用者年金制度間の費用負担の調整に関する特別措置法」が成立するなど、公的年金制度の一元化は漸進的に進められていた〔吉原(2004), pp.161-163参照〕。そして、公的年金制度の一元化完了の目標年を翌年に控えた1994年2月には、公的年金制度に関する関係閣僚会議が開催された。そのなかで、一元化懇が設置されることになった。一元化懇は発足以降、数度の会合を重ね、1994年12月にはその時点までの議

論の内容をとりまとめている。このとりまとめにおいて、1995年を目標としていた公的年金制度の一元化に関して、継続して検討したうえで早い時期に結論を得たい旨が明示された〔『週刊社会保障』(1994年12月26日), p.17参照〕。

1995年7月になると一元化懇は報告書(「公的年金制度の一元化について」)をとりまとめた。この報告書では、被用者年金制度の再編成として、日本鉄道(JR)、日本たばこ産業(JT)、日本電信電話(NTT)の各共済組合と厚生年金の統合が妥当とされた。その一方で、私学共済、農林年金、国共済、地共済といった他の被用者年金制度の処置に関しては、今後も検討していくことが示された。また、この報告書では、一元化に向けた措置が時局に応じて漸進的な対応となる必要性にも言及されていた〔『週刊社会保障』(1995年7月31日), p.48参照〕。

一元化懇の報告書を受けた政府は調整を重ね、1996年3月に、「公的年金制度の再編成の推進について」を閣議決定した。この閣議決定においても、三共済と厚生年金との統合を実施するとし、その他の被用者年金制度については今後それぞれ検討していくとされた〔『週刊社会保障』(1996年3月18日), p.44参照〕。このような方針のもとで、政府が第136回国会に提出した三共済と厚生年金の統合を目的の1つとする「厚生年金保険法等の一部を改正する法律案」は1996年6月に可決され、成立することになった。そして、1997年に三共済と厚生年金の統合が実施されたのである。

## Ⅲ 農林年金と厚生年金の統合<sup>6)</sup>

### 1 農林年金の変化と一元化懇の再開

前章で述べたように、公的年金制度の一元化、とりわけ、被用者年金制度の一元化が実施されたが、農林年金や私学共済などは存続していた。このような状況のなかで、農林年金と厚生年金の統合が議題として取りあげられることになる。

そもそも、1997年の三共済の統合を検討する際、農林年金も含めた被用者年金制度全体の一元化が検討されていたが、見送られた経緯があった。当

時の農林年金の対応としても、農林年金の青木計夫理事長は「農林漁業の先行きは甘くないが、財政的にそんなに困るとは思っていない」〔『朝日新聞』（縮刷版）、1995年7月1日付朝刊〕と述べている。また、「厚生年金への統合によって独自に上乘せ給付をしてきた職域相当部分が消滅することを恐れた」〔金野（2001）、p.10〕という指摘もあった。

しかし、農林年金を取り巻く状況は変化することになった。1997年10月のJA大会において、これまで議論されていた2000年までに農協職員（当時約35万人）を5万人削減するという方針が正式決定された。すなわち、農林年金はさらなる組合員の減少にも対応しなければならなくなったのである<sup>7)</sup>。青木理事長はこのような職員削減計画に対し、「年間二、三千人減る程度ならいいが、万単位で減るようだと、数年で共済の独立運営が危うくなる」〔『朝日新聞』（縮刷版）、1996年7月13日付朝刊〕と危惧している。こうした状況の変化を受けて、1998年12月には、農林年金の関係団体が厚生年金との早期統合という方針を正式決定した。そして、2000年3月には、玉澤徳一郎農水相が丹羽雄哉厚相に対して、厚生年金との早期統合を申し入れるに至ったのである〔『森林組合』No. 363（2000）、p.8、p.11参照〕。

その後、2000年5月には、政府は厚生年金と農林年金、さらには私学共済との統合を具体的に検討する方向性を示した。そして同月には、公的年金制度に関する関係閣僚会議において、一元化懇の再開が決定された<sup>8)</sup>。翌月になると一元化懇が再開され、公的年金制度の一部である被用者年金制度の一元化を中心に議論されることになった。一元化懇第1回会合で農水省は、計算パターンによっては農林年金の最終保険料率が34.39%になることを提示した。この最終保険料率の高さによって農水省は、農林年金と厚生年金の早期統合が必要とされていることを説明したのである。もっとも津島雄二厚相が当時、「農林共済の厚生年金への統合は、過去には、厚生年金から出ていった経緯もあり、今、単純に『よろしいでしょう』というところまで議論は熟していない」〔『週刊社

会保障』（2000年7月17日）、p.7〕との見解を示したように、農林年金と厚生年金の統合が実施されるかどうかは不透明であった。

2000年7月になると、社会保障制度審議会年金数理部会が財政検証を行い、他制度の財政状況に比べても農林年金の財政状況が厳しいという評価を下した。この財政検証の翌月に開催された一元化懇第2回会合において農水省は、1959年の農林年金の成立に対して、「現時点で振り返ってみれば、見通しが甘かったといわざるをえない」とし、三共済の統合の際の農林年金の対応についても、「ウルグアイ・ラウンド農業交渉決着後の騒然とした状態にあったこともあり、組織内の十分な検討が行われていなかった」〔『週刊社会保障』（2000年8月21日）、p.13〕という認識を示した。こうした認識を示したうえで農水省は、改めて農林年金と厚生年金の早期統合の実施を要請している。

2000年9月には一元化懇第3回会合が開催され、農水省は保険料率の段階的引き上げによって農林年金の破綻はないという見解を示しつつも、保険料率の引き上げに関しては農林年金の組合員の合意が得られなくなるのではないかという不安を述べている。こうした点も踏まえたうえで、農水省はこれまでと同様に農林年金と厚生年金の早期統合を要請している。

しかし、一元化懇を開催するきっかけの1つでもあった、農林年金と厚生年金の統合に関する議論の進め方については、一元化懇第4回会合も含めてこれまでの一元化懇では委員間の意見が統一されてはいなかった。これは2000年11月に開催された一元化懇第5回会合においてもおおむね同様であった<sup>9)</sup>。ただし、次の会合から農林年金と厚生年金の統合に関する議論を具体的に進めようという意見も複数あり、統合議論の扱いについては「座長預かり」〔『週刊年金実務』（2000年11月20日）、p.3〕となったのである。

## 2 農林年金と厚生年金の統合議論

2000年11月中に開催された一元化懇第6回会合において、農林年金と厚生年金の統合に関する議論に入るようになった。この背景には、第5回会

合の際に求められていた労使間調整が実施されたことにより、農林年金と厚生年金の統合に関して「一応話し合いがついた」〔公的年金制度の一元化に関する懇談会第6回議事録〕ことがあった。第6回会合においては農水省が、農林年金と厚生年金の統合に関する問題点として統合に伴う移管金をあげ、移管金の金額算出については三共済の統合の際の計算方式を軸にするという考えを示している。

翌月の一元化懇第7回会合でも、第6回会合同様、農林年金と厚生年金の統合問題が協議され、以後も主要な争点となった統合に伴う移管金の算定<sup>10)</sup>に関する議論が行われた。移管金に関する議論のなかで農水省は、移管金の算定に際しては一定期間の運用利回りの変更が妥当とし、この考えに基づいた試算を明らかにした。ここでは、運用利回りを5.5%から4%に変更する期間に応じて3通りの試算が示されている<sup>11)</sup>。このような農水省の試算に対して労働者側は、移管金の「計算の前提条件がおかしい」〔『日本経済新聞』(縮刷版), 2000年12月7日付朝刊]とし、委員からは全期間について運用利回りを4%に変更すべきであるという意見も提起された。一方で、この意見に対して農林年金側からは、全期間4%で計算した場合には移管金が約2兆円の積立金の大半を占める金額となることから、「統合計画が根本から変わってしまう」〔『週刊社会保障』(2000年12月18日), p.14]といった意見が出された。このように運用利回りに関して意見が異なったことは、端的に言えば「給付確定部分の給付現価」が「将来収入されるであろう利息収入によって左右される」〔中山(2000), p.25]ことに一因があった。異なる意見は第7回会合において一致することはなく、継続して議論が行われることになった。

もっとも、2001年度に農林年金と厚生年金の統合を実施するためには、「政府が厚生年金側の必要経費などを来年度予算に計上する必要がある」ものの、「日程的に厳しくなった」〔『日本経済新聞』(縮刷版), 2000年12月7日付朝刊]。結局、政府は2000年12月18日までには、2001年度中の農林年金と厚生年金の統合実施を見送ることにしてい

る。

統合実施を見送る方針が明らかになるなかで、同月22日には一元化懇第8回会合が開催された。同会合においても引き続き移管金をめぐる議論が行われた。移管金額に関してはこの時点で、農林年金側と厚生年金側とでは「3000億円以上の開きがあった」〔『毎日新聞』(縮刷版), 2000年12月23日付朝刊]ともいわれている。こうした状況のなかで事務方は、1999年4月以後に運用利回りを5.5%から4%に変更する案(第1案)と、全期間の運用利回りを4%に変更する案(第2案)を提示した。端的に言えば、「後の変化は後の人が手当てすべきだとなれば1案。しかし、それは統合前の保険料収入で一括処理すべきであるということであれば第2案」〔公的年金制度の一元化に関する懇談会第8回議事録]ということになる。この両案に対して、さまざまな意見が示されたが、第8回会合ではこうしたさまざまな意見の調整はできなかった。このため神代和俊座長からは、事務方で論点整理を行い、それに基づいて議論を進めてはどうかという提案がなされ、引き続き年明けに議論が行われることになった<sup>12)</sup>。

次の一元化懇第9回会合は2001年2月に開催された。同会合においても第7回、第8回会合同様に、移管金に関する議論が行われた。これまでのところ、統合による負担増を減らしたい、もしくは避けたい厚生年金側と、農林年金側の主張は食い違っていた。第9回会合では両者の異なる主張を受けて「水面下の調整の結果」〔『週刊社会保障』(2001年3月12日), p.52], 事務方から移管金1兆7,600億円という「両者の主張を折衷した金額」〔『日本経済新聞』(縮刷版), 2001年2月2日付朝刊]が示された。この金額案は「第一案の考え方を採用した」〔『週刊社会保障』(2001年3月12日), p.52]のものであった。結局、一元化懇においてはこの折衷案で了承されることになった<sup>13)</sup>。この了承に至った理由としては、「『農林年金側にはもう後がないという危機感があり、逆に規模の大きな厚生年金にとって負担はそれほどでもない』(厚生労働省幹部)という事情があった」〔『読売新聞』(縮刷版), 2001年2月5日付朝刊]といわれる。この

ように、主要な争点であった移管金の算定問題が決着をみたことにより、第9回会合において、農林年金と厚生年金の統合実施に目途がつくことになったのである<sup>14)</sup>。

### 3 報告書のとりまとめと閣議決定

一元化懇の残された作業の1つである報告書のとりまとめに向けて、2001年2月20日に一元化懇第10回会合が開催された。第10回会合では、事務方がとりまとめた報告書案が示された。報告書案のなかでは、農林年金と厚生年金の統合が妥当とされていた。一方、報告書案のなかの用語表現の解釈に関してはさまざまな議論があった<sup>15)</sup>。第10回会合ではこの論点に調整がつかず、次の会合においてさらに検討を重ねることになった。同月28日に開催された第11回会合では事務方から用語などの修正が行われた報告書案が示され、一元化懇ではこの修正案が了承された。このようにしてとりまとめられた報告書（「公的年金制度の一元化の更なる推進について」）では、農林年金と厚生年金の統合が妥当とされたのである<sup>16)</sup>。

以上のように、一元化懇の全11回の会合を経て報告書がとりまとめられた。その後、2001年3月7日には自民党の年金制度調査会と厚生労働部会の合同会議において、農林年金と厚生年金の統合が了承された。また2001年3月13日、公的年金制度に関する関係閣僚会議では、報告書を受けて農林年金と厚生年金の統合が了承された。さらに2001年3月16日、政府は「公的年金制度の一元化の推進について」を閣議決定した。この閣議決定は、「懇談会報告の主要部分を政府の方針としてまとめたもの」〔『週刊社会保障』（2001年3月26日）、p.12〕といわれ、2002年度に農林年金と厚生年金を統合するという方針が明示されていた。そして、同閣議において政府は、閣議決定に沿うかたちで「厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律案」（統合法案）を決定したのである。

### 4 統合法案をめぐる国会審議

統合法案は第151回国会に提出された。統合法案が提出された後、政治状況が変化している。2001年4月には自民党総裁選が実施され、小泉純一郎が自民党総裁に選出された。そして、同月26日に小泉は首相に指名され、小泉内閣（第1次）が発足することになった。小泉内閣は、前内閣と同様に、自民党、公明党、保守党の3党連立を維持している。

森喜朗内閣から小泉内閣（坂口力厚労相は再任）にかわるなかで、自民党総裁選による国会空白を経て、国会審議が再開されることになった。再開時点では先行していた確定拠出年金法案などの審議が継続中であり、統合法案の成立の可否は不透明であった。こうした状況のなかで、衆議院厚生労働委員会において統合法案に関する趣旨説明が行われ、実質的な審議が開始された。審議のなかでは、統合のメリットや農林年金職員の雇用問題などをめぐる質疑応答が交わされた。

しかし、衆議院における統合法案の審議は「与野党を問わず、労いの言葉が多数聞かれたほど審議はスムーズに」〔『週刊社会保障』（2001年6月25日）、p.32〕推移していた。例えば、農林年金職員の雇用問題を指摘している民主党の金田誠一も、「今回の農林年金の統合に当たりましては、一元化に当たって、私に言わせると法律の枠組みも決まっておらない大変な困難の中で、関係者の御努力によってようやく合意が得られた、こう伺っております。このこと自体、敬意を表したいと思いますし、努力を多としたいというのが基本的な立場でございます」と述べ、「そういう中で関係者が大変な御努力をして一定の決着をつけた、その決着自体を今この場でどうこう申し上げようとは思っているわけではございません」〔第151回国会衆議院厚生労働委員会議録第21号〕という見解を示している。要するに、統合法案自体に対する明確な反対意見がなかったのである。結局、2001年6月13日に衆議院厚生労働委員会において統合法案の採決が行われ、全会一致で可決された。そして翌日、衆議院本会議においても統合法案は可決され、参議院に送付された。



参議院における統合法案の審議においても、統合法案自体への明確な反対はなかったといえよう。結果的に統合法案は2001年6月26日、参議院厚生労働委員会において全会一致で可決された。翌日には、統合法案は参議院本会議において全会一致で可決され、成立した。これによって、2002年度に農林年金と厚生年金が統合されることになり、公的年金制度の一元化が進展することになった。また、一元化懇で調整された移管金額に則して、農林年金の被保険者に対し、一定期間上乗せ保険料率が適用されることになった。さらに、農林年金の職域部分に関しては、今後新たに受給する者の統合前期間分も含めて、経過的に存続する組合が支給することとされたのである〔『週刊年金実務』(2001年9月10日)、pp.26-31参照〕。

#### Ⅳ おわりに

本稿では、公的年金制度の一元化の政治過程に関して、農林年金と厚生年金の統合を中心に検討してきた。結論として、以下のような主張が行えると考える。

まず、公的年金制度の一元化の動き全体からみると、農林年金と厚生年金の統合はその一端に過ぎない<sup>17)</sup>。そもそも前述のように、1985年の年金改革の実施、もしくはその改革へ向けた動きによって、一元化へ向けた流れがつくられていた。とりわけ、1984年の閣議決定「公的年金制度の改革について」のなかで、公的年金制度の一元化のスケジュールが明示されており、当初はそのスケジュールに沿う動向がみられた。しかし、1994年12月の一元化懇のとりまとめにおいて、公的年金制度の一元化は先送りされることになった。その後、三共済と厚生年金の統合と同様に、2002年に農林年金と厚生年金の統合が、公的年金制度の一元化完了に向けた1つの段階として実施されることになったのである〔『週刊社会保障』(2002年1月7日)、p.65参照〕。このことに、現在(2011年12月時点)に至るまで公的年金制度の一元化が完了していない点を加味すると、公的年金制度の一元化の政治過程は、漸進的すなわち経路依存的で

あるといえよう〔袖井(2004)、p.25参照〕。

では、なぜ公的年金制度の一元化の政治過程は経路依存的であったのだろうか。その理由としては、公的年金制度の一元化の当事者間の利益調整が困難であること、または困難と想定されること、要するに制度変化のコストが高いことがあると思われる〔新川(2005)、p.254;庭田(1996)、p.16;橋本(1995)、p.4参照〕。この点に関しては盛山和夫が指摘するように、一元化の「中身によっては一元化の途上で大変な利害対立が生じる」〔盛山(2007)、p.192〕可能性があった。また、一元化懇の座長として三共済と厚生年金の統合に携わった貝塚啓明は「多くの団体が関係しており、意見の調整は簡単ではなかった」〔『週刊社会保障』(1995年9月11日)、p.10〕という感想を述べている。さらに、一元化懇が前述した「公的年金制度の一元化について」において、「一元化の目指すべき方向に向けて具体的な措置を実施していくに当たっては、被用者年金制度が今後二十一世紀にかけて成熟化する段階において漸進的に対応する必要がある」〔『週刊社会保障』(1995年7月31日)、p.48〕と明示していること自体、この政治過程の経路依存性を示唆している。ただし、経路依存性を生み出す要因は多様であり、上記とは別の要因もある可能性に留意する必要がある〔佐々田(2011)、p.131;新川(2005)、pp.254-255参照〕。

それでは、全体的には経路依存的な側面をもつ公的年金制度の一元化の政治過程において、農林年金と厚生年金の統合はなぜ実施することができたのだろうか。第1に、外生的要因によって農林年金側に変化が生じたことが考えられる<sup>18)</sup>。外生的要因によって制度運営に危機感を覚えた農林年金側が、自ら厚生年金との統合を申し出るに至ったのである。これは、1995年の一元化懇において厚生年金との統合に反対し、農林年金独自の制度を維持しようとしていた対応とは明らかに異なる<sup>19)</sup>。また、農林年金側は一元化懇において、自らの誤りを認め、何らかのペナルティを受けることも辞さないという覚悟すら示すようになっていた〔公的年金制度の一元化に関する懇談会第7回議事録参照〕。このような変化によって、まず農林年金

側に、厚生年金と統合するように説得する必要がなくなったのである。

第2に、一元化懇が前述した一元化懇設置時に期待された役割を果たしていたと考えられる。言い換えれば、一元化懇は「当該政策課題に対して利害を異にする当事者間の調整によって政策決定までの過程の円滑化促進」〔細野（2003）、p.56〕という役割を果たしていたのである。実際に、主要な争点となった移管金の算定問題は一元化懇を通して議論を重ねたうえで、調整され、一定の具体的な結論、合意に達していた。しかもそれは、各年金制度の当事者が委員として参加する他、各担当省庁まで参加しているなかにおいてである。このことに関しては、公的年金制度に関する関係閣僚会議や国会審議の場においても、今回の関係者の努力を評価する声があったほどである〔『週刊社会保障』（2001年3月26日）、p.12参照〕。また、国会議員の発言からもうかがえるように、一元化懇を通して当事者間の調整が行われ、一定の結論、合意を得たうえでの国会審議であったので、各党が統合法案に反対する理由が乏しくなっていたのである〔第151回国会衆議院厚生労働委員会議録第21号参照〕。

もっとも、国会審議が円滑であったことには、小泉内閣の発足当時の高い支持率も関係していたことに留意しなければならない〔『朝日新聞』（縮刷版）、2001年5月16日付朝刊、2001年5月17日付朝刊参照〕。すなわち、『週刊社会保障』が述べるように、「大型連休前までの与野党対決ムードも様変わりした印象は拭えない」とし、「小泉内閣の誕生が、法案審議にとっては予期せぬ“追い風”に」〔『週刊社会保障』（2001年6月4日）、p.36〕なっている可能性があったのである。

以上のように、主に2つの要因によって、経路依存的な側面をもつ公的年金制度の一元化の政治過程において、農林年金と厚生年金の統合は実施されることになった。ただし、農林年金と厚生年金の統合に際して、同じく民間職員を対象とする私学共済などとの統合は先送りされているし、2011年現在も公的年金制度の一元化は完了していない。とりわけ、2007年の「被用者年金制度の一

元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律案」は審議入りすらしなかった〔西沢（2011）、p.166参照〕。公的年金制度の一元化の政治過程の分析には、こうした過程に加えて、過去の三共済の統合過程なども比較、検討していく必要があるが、これは今後の検討課題としたい。

（平成24年6月投稿受理）

（平成25年1月採用決定）

#### 注

- 1) 農林年金という名称については漁業に関して異論があったが、「『いや水産庁があっても農林省(当時)というのではないか』とのうがった解釈」〔農林年金三十年史編纂委員会編(1989)、p.21〕によって、略称として使用されることになった。本稿においても、引用の場合を除き、この略称を用いている。
- 2) 日本におけるこうした動向に関して、新川敏光は「福祉縮減の文脈のなかで生まれてきたもの」とし、とりわけ、「九〇年代の一元化の動きは、政治的イニシアティヴによるものというよりも、高齢化の進行、バブル経済崩壊後の長期不況のなかで財政が逼迫した結果」〔新川（2005）、p.292〕生じたものと捉えている。
- 3) 例えば、公文昭夫は、厚生年金と三共済の統合に際して参議院厚生委員会で行われた参考人意見聴取において、「厚生年金は従来の二倍の負担となり、全被用者の保険料引き上げ、給付引き下げにつながる」〔『週刊社会保障』（1996年6月10日）、p.13〕との見解を示している。
- 4) 例えば、駒村康平が指摘するように、「一元化という言葉は非常に曖昧な行政用語である」〔駒村（2005）、p.52〕。このため、一元化の意味をめぐる議論の検討は重要だと考えるが、紙幅の都合上、本稿ではふれていない。
- 5) 経路依存性の定義は1つではなく、その定義の幅は広いという指摘がある〔ピアソン（2010）、p.25参照〕。そこで本稿において経路依存性とは、「何らかの理由で $t=0$ 時点において生まれた政策は、その後の $t-1$ 時点において継承される傾向がある」〔新川・井戸・宮本・眞柄（2004）、p.18〕ことを意味するものと捉えている。
- 6) 以下の本章の事実構成については、特に注記のない限り、『週刊社会保障』、『朝日新聞』縮刷版、『日本経済新聞』縮刷版、『毎日新聞』縮刷版、『読売新聞』縮刷版、公的年金制度の一元化に関する懇談会議事録、国会会議録を参照している。なお、公的年金制度の一元化に関する懇談会の議事録については、事務方を除いて発言者の名前がふせられている。

- 7) 農林年金の組合員数は、1995年をピークに減少していた。これに対して、農林年金受給者は、1995年に約26万人であったのが、2000年には約34万人になっている〔吉原（2004）、p.167参照〕。
- 8) 2000年に再開された一元化懇は、岩男壽美子（武蔵工業大学教授、座長代理）、岩村正彦（東京大学教授）、大原義行（全日本自治団体労働組合書記長）、國岡昭夫（日本私立学校振興・共済事業団理事長）、神代和俊（放送大学教授、座長）、笹森清（日本労働組合総連合会事務局長）、西尾勝（国際基督教大学教授）、古橋源一郎（国家公務員共済組合連合会理事長）、丸山建藏（日本国家公務員労働組合総連合会委員長）、宗岡広太郎（日立製作所専務取締役）、村上忠行（日本労働組合総連合会政策グループ長）、森繁一（地方公務員共済組合連合会理事長）、山崎泰彦（上智大学教授）、山田俊男（全国農業協同組合中央会専務理事）、吉原健二（厚生年金事業振興団理事長）、若杉史夫（日本経営者団体連盟社会保障特別委員会副委員長）、渡辺俊介（日本経済新聞論説委員）、の17名の委員で構成されている（委員構成などについては第1回会合時のもの）。上記の委員のうち、前回の一元化懇においても委員を務めていたなど、何らかのかたちで両方の一元化懇に関係していた場合もある。なお、事務方として、厚生省、大蔵省、自治省、文部省、農水省など関係省庁からもそれぞれ担当者が出席している〔『週刊社会保障』（1994年3月7日）、p.60、（2000年6月26日）、p.17；公的年金制度の一元化に関する懇談会第1回議事録参照〕。
- 9) 第5回会合において、国共済と地共済が両年金制度の財政単位の一元化を図ることを表明しており、被用者年金制度の一元化に関する議論自体には進展がみられた点には留意する必要がある〔公的年金制度の一元化に関する懇談会第5回議事録参照〕。
- 10) 統合に伴う移管金とはおおむね「統合前の加入期間に対応する給付のための費用」〔『週刊年金実務』（2001年9月10日）、p.30〕と解されている。このため、移管金の算定問題は運用利回りや保険料率などにも関わる複合的な問題であった〔『週刊年金実務』（2001年9月10日）、pp.30-31参照〕。
- 11) ここでの運用利回りとは「将来の給付を現時点での一時金として算定する際に用いる割り戻しのための利率」〔『週刊年金実務』（2001年9月10日）、p.30〕を意味する。なお、変更期間が、1997年4月（三共済と厚生年金の統合）以後の場合は1兆5,600億円、1999年4月（当時の最新の財政再計算の基準日）以後の場合は1兆5,300億円、1999年10月（新しい保険料率の適用日）以後の場合は1兆5,200億円という試算がそれぞれ示されている〔公的年金制度の一元化に関する懇談会第7回議事録参照〕。
- 12) 背景には2001年7月の参議院議員選挙に関連して、「自民党農林族が昨年四月実施の年金制度の見直しにからんで、同制度改革関連法の早期成立と引き換えに統合を急ぐよう、厚生省（現厚生労働省）に迫った」〔金野（2001）、p.11〕という動きがあったとの指摘がある。
- 13) 同時に、農林年金と厚生年金の統合に際しての農林年金職員の雇用確保などの問題点も指摘されていた点には留意する必要がある〔公的年金制度の一元化に関する懇談会第9回議事録参照〕。
- 14) 一元化懇での合意を受けて、農林年金制度対策本部は「厚生年金との統合に向けて（最終整理案）」を提示し、2月13日から3月2日にかけて組織協議を実施、3月7日には最終整理案を組織決定した〔『月刊NOSAI』第53巻第4号（2001）、p.42；『森林組合』No.369（2001）、p.6参照〕。なお組織協議では、今回の統合は「団体、組合員にとって重い負担となる面もあるが、やむを得ない」〔『月刊NOSAI』第53巻第4号（2001）、p.42〕とされている。
- 15) 例えば、報告書案には「21世紀初頭」という表現があった。この表現をめぐっては、2025年をめどにするという見解もあれば、2010年までという見解もあった〔公的年金制度の一元化に関する懇談会第10回議事録参照〕。なお、坂口厚労相は国会審議において、「十年前後ぐらいまで」〔第151回国会参議院厚生労働委員会会議録第19号〕との見解を述べている。
- 16) 報告書では被用者年金制度に関して、「厚生年金保険等との財政単位の一元化も含め、更なる財政単位の拡大と費用負担の平準化を図るための方策について、被用者年金制度が成熟化していく二十一世紀初頭の間に結論が得られるよう検討を急ぐべきである」〔『週刊社会保障』（2001年3月12日）、p.53〕と記述されている。
- 17) 例えば、厚労省年金局長の辻哲夫は、農林年金と厚生年金の統合に関して、「いわばこれからの一元化に向けての道筋の第一段」〔第151回国会衆議院厚生労働委員会会議録第21号〕という見解を示している。
- 18) 農林年金に変化をもたらした外生的要因としては、住專問題やグローバリゼーションや規制緩和などがあげられる〔佐伯（1997）、pp.232-256；Sakamoto（2009）、p.177参照〕。
- 19) 例えば、農林年金側は、以前の統合議論の際にはこれまで維持してきた独自の制度運営を揺るがしかねない厚生年金との統合という意味を持った「公的年金制度の一元化」を、将来の制度運営の不安を解消するための「公的年金制度の一元化」という意味で捉えていた〔公的年金制度の一元化に関する懇談会第2回議事録参照〕。

## 参考文献

- 石田重森 (1995)「年金改正後の課題と展望」『週刊社会保障』(1995年1月16日)。
- 厚生省五十年史編集委員会編 (1988)『厚生省五十年史 (記述篇)』厚生問題研究会。
- 駒村康平 (2005)「年金一元化問題の本質」『エコノミスト』(2005年11月29日)。
- 金野充博 (2001)「公的年金制度の一元化の行方」『共済新報』第42巻第4号。
- 佐伯尚美 (1997)『住専と農協』農林統計協会。
- 佐々田博教 (2011)「統制会・業界団体制度の発展過程—経路依存とアイディア—」『レヴィアサン』48号。
- 清水英彦 (1991)「年金保険の制度改革」横山和彦・田多英範編『日本社会保障の歴史』学文社。
- 新川敏光 (2005)『日本型福祉レジームの発展と変容』ミネルヴァ書房。
- 新川敏光・井戸正伸・宮本太郎・眞柄秀子 (2004)『比較政治経済学』有斐閣。
- 盛山和夫 (2007)『年金問題の正しい考え方—福祉国家は持続可能か—』中央公論新社。
- 袖井孝子 (2004)「年金の空洞化」『週刊社会保障』(2004年5月17日)。
- 田多英範 (1991)「分立型国民皆年金体制の確立」横山和彦・田多英範編『日本社会保障の歴史』学文社。
- 中山秀豊 (2000)「公的年金の常識・非常識 (その十二)」『週刊社会保障』(2000年10月16日)。
- 西沢和彦 (2011)『税と社会保障の抜本改革』日本経済新聞出版社。
- 庭田範秋 (1996)「年金問題の今年を占う」『共済新報』第37巻第1号。
- 農林年金三十年史編集委員会編 (1989)『農林年金三十年史』農林漁業団体職員共済組合。
- 橋本司郎 (1995)「先送りされた年金一元化」『共済新報』第36巻第3号。
- ピアソン, ポール, 粕谷祐子監訳 (2010)『ポリティクス・イン・タイム—歴史・制度・社会分析—』勁草書房。
- 細野助博 (2003)「審議会型政策形成と情報公開の意義—『決定の質』の政策分析—」『公共政策研究』第3号。
- 吉原健二 (2004)『わが国の公的年金制度—その生い立ちと歩み—』中央法規出版。
- Sakamoto, Junichi (2009) “Unifying Pension Schemes in Japan: Toward a Single Scheme for Both Civil Servants and Private Employees”, Olivia S. Mitchell and Gary Anderson (ed.), *The Future of Public Employee Retirement Systems*, Oxford: Oxford University Press.
- 『月刊NOSAI』。
- 『週刊社会保障』。
- 『週刊年金実務』。
- 『森林組合』。
- 『朝日新聞』縮刷版。
- 『日本経済新聞』縮刷版。
- 『毎日新聞』縮刷版。
- 『読売新聞』縮刷版。
- 公的年金制度の一元化に関する懇談会議事録, <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/koutekinenkin/index.html> (2011年6月1日最終確認)。
- 国会会議録検索システム, <http://kokkai.ndl.go.jp/> (2011年8月1日最終確認)。

(みやた・けんじ 関西大学大学院博士後期課程)

## 社会保険法判例

島崎 謙 治

単独であれば健康保険法63条1項所定の療養の給付に当たる保険診療となる療法と先進医療であり療養の給付に当たらない自由診療である療法とを併用する混合診療において、その先進医療が同条2項3号所定の評価療養の要件に該当しないためにその混合診療が同法86条所定の保険外併用療養費の支給要件を満たさない場合には、上記の保険診療に相当する診療部分についても保険給付を行うことはできないとされた事例

最高裁平成23年10月25日第三小法廷判決（平成22年（行ツ）第19号，健康保険受給権確認請求事件），最高裁判所民事判例集65巻7号2923頁，裁判所時報1542号3頁，賃金と社会保障1557号19頁

### I 事案の概要

1 健康保険の被保険者であるX(原告・被控訴人・上告人)は、腎臓がんの治療のため、平成13年9月から、健康保険法（以下「法」といい、平成18年改正前のものを「旧法」という）上の「療養の給付」に当たる保険診療であるインターフェロン療法（以下「I療法」という）と、療養の給付に当たらない自由診療である活性化自己リンパ球移入療法（以下「LAK療法」という）を併用する診療を保険医療機関Aにおいて受けていた。

2 厚生労働省は、保険診療と自由診療を併用する混合診療については、保険外併用療養費制度に該当する場合を除き、自由診療部分のみならず、保険診療に相当する診療部分についても保険給付を行うことはできないという解釈（以下「混合診

療保険給付外の原則」という）を採っている。この解釈によれば、Xは、I療法に加えてLAK療法を受けると、LAK療法はもとよりI療法についても療養の給付を受けることができないこととなる。

3 なお、LAK療法は、この当時（平成8年11月以降）、特定療養費の支給対象となる旧法86条1項1号の高度先進医療に係る療養の範囲に含まれていた（ただし、Aは特定療養費制度の適用を受ける特定承認保険医療機関の承認を受けていなかった）。しかし、平成18年4月、LAK療法は、有効性が明らかでないとして高度先進医療に係る療養の範囲から除外され、現行の保険外併用療養費制度に移行後も、その支給対象となる先進医療に係る療養（評価療養）の範囲に含まれていない。

4 Xは、平成17年10月、Aから、前述の行政解釈に従い、I療法とLAK療法を併用する混合診療を

継続することはできないと告げられ、これを断念せざるを得なくなったため、平成18年3月、Y（国一被告・控訴人・被上告人）に対し、前述の行政解釈に基づく取扱いが法ないし憲法に違反するとして、上記の混合診療を受けた場合においても、保険診療相当部分であるI療法については、法に基づく「療養の給付」を受けることができる地位を有することの確認を求める訴訟（公法上の法律関係に関する確認の訴え）を提起した。

5 本件訴訟の争点は、第1に、複数の医療行為が行われる場合、それらを不可分一体の1つの行為とみて、法63条1項の療養の給付に当たるか否かを判断すべきか（争点1）、第2に、保険外併用療養費制度を定めた法86条の解釈によって、同制度に該当するもの以外の混合診療については、本来保険診療に該当するものも含めて、すべて療養の給付に当たらないと解釈することができるか（争点2）、第3に、同じく保険料を支払っているにもかかわらず、混合診療になると保険診療相当部分についても保険給付を受けられなくなることは憲法14条等に反するといえるか（争点3）、の3点である。

6 第1審（東京地判平成19年11月7日判例時報1996号3頁）は、争点1および争点2につき、そのいずれをも否定するXの主張を認め、請求を認容した（争点3については判断しなかった）。これに対し、控訴審（東京高判平成21年9月29日判例タイムズ1310号66頁）は、争点2につきこれを肯定するYの主張を認め、また、争点3につき憲法14条等には違反しないとして、原判決を取消し、Xの請求を棄却した（争点1については判断しなかった）。このため、Xは上告及び上告受理申立てをした。

## II 判旨

### 上告棄却

1 「旧法における特定療養費に係る制度及びこれを引き継いだ現行法における保険外併用療養費に係る制度のいずれも、国民皆保険の前提の下で、医療の公平性や財源等を含めた健康保険制度全体

の運用の在り方を考慮して、混合診療保険給付外の原則を引き続き採ることを前提とした上で、被保険者が所定の要件を満たす評価療養（旧法では特定承認保険医療機関から受ける高度先進医療に係る療養その他の療養）又は選定療養を受けた場合に、これと併せて受けた保険診療相当部分をも含めた被保険者の療養全体を対象とし、基本的にそのうちの保険診療相当部分について実質的に療養の給付と同内容の保険給付が金銭で支給されることを想定して創設されたものと解される。」

2 「法86条等の規定の解釈について検討するに、同条1項において、被保険者が『評価療養又は選定療養を受けたとき』に『その療養に要した費用』について保険外併用療養費を支給するものとされ、同条2項1号において、『当該療養』についての保険外併用療養費算定費用額を『第76条第2項の定め』すなわち療養の給付に要する費用の額に係る厚生労働大臣の定め（診療報酬の算定方法）を『勘案して厚生労働大臣が定めるところにより』算定すべきものとされており、前示の制度の趣旨及び目的に照らせば、法86条にいう『その療養』及び『当該療養』は、評価療養又は選定療養に相当する診療部分だけでなく、これと併せて被保険者に提供された保険診療相当部分をも含めた療養全体を指し、基本的にそのうちの保険診療相当部分について保険外併用療養費算定費用額、ひいては保険外併用療養費の額を算定することを想定して規定されているものと解するのが相当である。このことは、上記療養全体の中で評価療養……の中に含まれない保険診療相当部分と評価療養……の中に固有に含まれる基礎的な診療部分とを切り分けることが実際には困難であることや、旧法86条1項柱書きにいう『その療養』が……被保険者の受けた療養全体を指すものとして規定されていたこと（……）からも首肯することができる（法86条2項では『当該療養に食事療養が含まれるとき』……と規定され、『当該療養』の中に評価療養の内容を成す先進医療とは別に『食事療養』……が含まれ得ることが当然の前提とされている。……）。」

3 混合診療保険給付外の原則が、「法86条の規

定の文理のみから直ちに導かれるものとはいいい難いものの、同条において評価療養について保険外併用療養費に係る制度が定められたことについては、一つの疾病に対する療養のうち、保険給付の対象とならない自費の支出を要する診療部分（先進医療に相当する診療部分等）のあることを前提として（……），基本的に保険給付の対象となる診療部分（保険診療相当部分）について金銭支給をすることを想定して設計されたものと解してこそ、被保険者が一部負担金以外には支払を要しない現物給付としての療養の給付に係る制度とは別に、これに含まれない金銭支給としての保険給付である保険外併用療養費に係る制度を設けたことが意味のあるものとなることに加え、前記の制度の趣旨及び目的や健康保険法の法体系全体の整合性等の観点からすれば、上記の解釈が導かれるものと解するのが相当である。」

4 「すなわち、保険医が特殊な療法又は新しい療法等を行うこと及び所定の医薬品以外の薬物を患者に施用し又は処方すること並びに保険医療機関が被保険者から療養の給付に係る一部負担金の額を超える金額の支払を受けることが原則として禁止される中で、先進医療に係る混合診療については、保険医療における安全性及び有効性を脅かし、患者側に不当な負担を生じさせる医療行為が行われること自体を抑止する趣旨を徹底するとともに、医療の公平性及び財源等を含めた健康保険制度全体の運用の在り方を考慮して、保険医療機関等の届出や提供される医療の内容などの評価療養の要件に該当するものとして行われた場合にのみ、上記の各禁止を例外的に解除し、基本的に被保険者の受ける療養全体のうちの保険診療相当部分について実質的に療養の給付と同内容の保険給付を金銭で支給することを想定して、法86条所定の保険外併用療養費に係る制度が創設されたものと解されるのであって、このような制度の趣旨及び目的や法体系全体の整合性等の観点からすれば、法は、先進医療に係る混合診療のうち先進医療が評価療養の要件に該当しないため保険外併用療養費の支給要件を満たさないものに関しては、被保険者の受けた療養全体のうちの保険診療相当

部分についても保険給付を一切行わないものとする混合診療保険給付外の原則を採ることを前提として、保険外併用療養費の支給要件や算定方法等に関する法86条等の規定を定めたものというべきであり、規定の文言上その趣旨が必ずしも明瞭に示されているとはいいい難い面はあるものの、同条等について上記の原則の趣旨に沿った解釈を導くことができるものということができる。」

5 「以上のとおりであるから、法86条等の規定の解釈として、単独であれば療養の給付に当たる診療（保険診療）となる療法と先進医療であり療養の給付に当たらない診療（自由診療）である療法とを併用する混合診療において、その先進医療が評価療養の要件に該当しないためにその混合診療が保険外併用療養費の支給要件を満たさない場合には、後者の診療部分（自由診療部分）のみならず、前者の診療部分（保険診療相当部分）についても保険給付を行うことはできないものと解するのが相当である。」

6 「健康保険により提供する医療の内容については、提供する医療の質（安全性及び有効性等）の確保や財源面からの制約等の観点から、その範囲を合理的に制限することはやむを得ないものと解され、保険給付の可否について、……単独であれば保険診療となる療法に先進医療に係る自由診療の療法を加えて併用する混合診療については、法の定める特別の要件を満たす場合に限り療養の給付に代えて保険外併用療養費の支給による保険給付を行い、その要件を満たさない場合には保険給付を一切行わないものとしたことには一定の合理性が認められるものというべきであって、混合診療保険給付外の原則を内容とする法の解釈は、不合理な差別を来すものとも、患者の治療選択の自由を不当に侵害するものともいえず、また、社会保障制度の一環として立法された健康保険制度の保険給付の在り方として著しく合理性を欠くものということもできない。したがって、混合診療保険給付外の原則を内容とする法の解釈が憲法14条1項、13条及び25条に違反するものであるということとはできない。」

（なお、田原睦夫裁判官、岡部喜代子裁判官、大

谷剛彦裁判官の各補足意見および寺田逸郎裁判官の意見があるが、これらについては解説の中で触れる)

### Ⅲ 解説

判旨に賛成。

#### 1 はじめに ―本判決の意義および本稿の検討の趣旨―

(1) 単独であれば保険診療となる療養と自由診療である療養とを併用する混合診療が行われた場合、保険外併用療養費制度(旧法では特定療養費制度)に該当する場合を除き、自由診療部分のみならず、保険診療に相当する診療部分についても保険給付を行うことはできないという解釈(以下、本稿においても、本最高裁判決にならい「混合診療保険給付外の原則」という)が採られてきた。この解釈の適法性が争われた裁判例は少ないが、選定療養の事案(保険給付外の金属床を用いた義歯による欠損補綴治療に関する事案)につき、旧法において特定療養費制度が設けられた趣旨・目的等を根拠に混合診療保険給付外の原則を適法とした判決(東京地判平成元年2月23日訟務月報36巻12号2179号)があり、学説もおおむね混合診療保険給付外の原則を支持していた(たとえば、岩村2004, 8-9頁)。しかし、本件の第1審判決は、混合診療保険給付外の原則は法の解釈から導くことはできないとして、Xの請求を認容した。この判決は長年にわたり採られてきた行政解釈および実務運用を全面的に覆すものであり、社会的に大きな反響を呼んだ。これに対し控訴審判決は、混合診療保険給付外の原則は適法であるとし、第1審判決を取消し、Xの請求を棄却した。このように第1審と控訴審の結論は正反対であり、最高裁がいかなる判断を下すのか注目されていた<sup>1)</sup>。本最高裁判決の意義は、混合診療保険給付外の原則の適法性について最高裁が初めて判断を下し、この問題に司法上の決着をつけたことにある。

なお、本事案では、LAK療養は有効性が明らかでないとして、高度先進医療に係る療養の範囲か

ら除外されたという事情があり(事案の概要の3を参照)、これが裁判官の心証形成に影響を及ぼした可能性がある(たとえば、寺田逸郎裁判官の意見を参照)。しかし、判旨自体は混合診療保険給付外の原則の適法性等について何ら限定を付しておらず、本最高裁判決の射程は混合診療一般に及ぶと考えられる。

(2) 本最高裁判決で注目されるのは、裁判官全員一致の意見として、混合診療保険給付外の原則は適法であるとの判断が下されたものの、5人の裁判官のうち3人が補足意見、1人が意見を付していることである。しかも、その内容を見ると、混合診療保険給付外の原則に関する法の規定が不明確・不安定であることが指摘されているなど、解釈論のみならず立法政策論に関する重要な問題提起が含まれている。筆者は、これまで第1審判決の評釈のほか混合診療に関する論稿を発表しており(島崎2008, 252-260頁、島崎2011, 238-252頁)、本稿はそれらと重複する部分があるが、本最高裁判決の重要性にかんがみ、補足意見および意見を含め主要な論点について検討することとしたい<sup>2)</sup>。なお、保険外併用療養費制度には評価療養と選定療養の2つの類型があるが、本稿では本事案と関係の深い評価療養のみを取り上げる。また、以下、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」(昭和32年4月30日厚生省令15号)を数次の改正の前後を通じて「療担規則」という。

#### 2 混合診療保険給付外の原則の適法性(争点2)について

(1) 保険診療となる療養と自由診療である療養とを併用する混合診療を行うことは、保険外併用療養費制度(旧法では特定療養費制度)に該当する場合を除き禁止されているが、これには、A: 保険医および保険医療機関に対する行為規範としての意味、B: 自由診療部分のみならず保険診療に相当する部分も保険給付外となるという意味(本最高裁判決にいう「混合診療保険給付外の原則」)、の2つがある。法および法の委任に基づく療担規則は、保険医が特殊な療養を行うことや所定の医薬品以外の薬物を施用・処方することを禁



止するとともに（療担規則18条、19条）、保険医療機関が被保険者から療養の給付に係る一部負担金の額を超える金額の支払を受けることを禁止している（法74条、85条、86条、療担規則5条等）<sup>3)</sup>。したがって、保険医および保険医療機関が混合診療を行うことは禁止されており、また、その条文上の根拠は存在すると解される。しかし、仮に混合診療が行われた場合、被保険者との関係において、保険診療に相当する部分も保険給付の対象外となるかどうかは別の問題である。そして、このBの意味での混合診療禁止（混合診療保険給付外の原則）については、これを定めた明文の規定は存在しない。このため、混合診療保険給付外の原則が法の解釈として導けるかどうかが問題となる。本件事案の最も中心的な争点は、まさにこの点である。

（2）最高裁は、保険外併用療養費制度（およびその前身である特定療養費制度）を定めた法の規定を主たる拠り所として、混合診療保険給付外の原則は法の解釈として導くことができるとした。すなわち、最高裁はまず、法86条が定める保険外併用療養費制度は、混合診療保険給付外の原則を前提とした上で、被保険者が評価療養を受けた場合には、被保険者がこれと併せて受けた療養全体を対象として、保険診療相当部分（いわゆる基礎的診療部分）に対し療養費を支給する制度であることを指摘する（判旨1）。ただし、「法86条の反対解釈のみからは、混合診療がなされた場合に基礎的診療部分がそもそも『療養の給付』の対象とならないことまでは、直ちに導けない」（中野2010、172頁）。そこで、最高裁は、保険外併用療養費制度は、現物給付である「療養の給付」ではなく、金銭給付である「療養費」として構成されていることを強調する。つまり、法86条等は、被保険者が評価療養を受けた場合、いったん「療養の給付」の対象から外し、その上で、評価療養と併せて受けた保険診療相当部分をも含めた療養全体のうちの保険診療相当部分について、実質的に療養の給付と同内容の保険給付が金銭で支給されることを想定して設計されたと解するのが相当だと判示する（判旨3）。そして、このことから、「保

険外併用療養費の支給要件を満たさないものに関しては、被保険者の受けた療養全体のうちの保険診療相当部分についても保険給付を一切行わないものとする混合診療保険給付外の原則を採用することを前提として、……法86条等の規定を定めたものという」ことができるから、法86条等について混合診療保険給付外の原則の趣旨に沿った解釈を導くことができると結論する（判旨4）。

（3）以上のうち法解釈上の最大の争点は、法86条1項にいう「その療養」の解釈である。すなわち、同項は「被保険者が……評価療養又は選定療養を受けたときは、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給する」と規定しているが、「その療養」とは何を指すのかということである。文理解釈としては、「その療養」とは直前の文言である「評価療養又は選定療養」を指すと解するのが素直であり、第1審はそのように解した。しかし、最高裁は、このような解釈を採らず、「その療養」とは、「評価療養又は選定療養に相当する診療部分だけでなく、これと併せて被保険者に提供された保険診療相当部分をも含めた療養全体」を指すと解し、保険外併用療養費の支給の対象となるのは、そのうちの保険診療相当部分であると判示した（判旨2）<sup>4)</sup>。最高裁がこのように解釈を採った実質的な理由は、そのように解さなければ、保険外併用療養費制度が設けられた趣旨・目的および法の構造・仕組みと整合しないからであるが、解釈論の根拠としては次の3点が挙げられている。すなわち、①療養全体の中で評価療養の中に含まれない保険診療相当部分と、評価療養の中に固有に含まれる基礎的な診療部分とを切り分けることが実際には困難であること、②旧法86条1項柱書にいう「その療養」は、被保険者が特定承認保険医療機関から受けた療養全体を指すものとして規定されていたこと、③法86条2項では、「当該療養」の中に評価療養の内容を成す先進医療とは別に食事療養等が含まれることが当然の前提とされていること、の3つである（判旨2）。

上記の②および③については、各条文の規定の解釈として妥当である。上記①はややわかりにくい、たとえば、ある疾病の治療のため保険診療

であるA療法と評価療養であるB療法の併用療法を考えれば、患者の状態の診断や処置（例：検査や副作用の治療等）等は渾然一体のものとして実施される場面が少なくない。このため、A療法の部分とB療法の中に固有に含まれる基礎的診療部分は重なり合い、両者を切り分けることは実際には困難であることをいうものと考えられる<sup>5)</sup>。現実の診療の場面を想定すれば、妥当な指摘であると思われる。

最高裁が採った法86条の規定の解釈は文理解釈としてはやや不自然な感は否めず、また、混合診療保険給付外の原則が「法86条の文理のみから直ちに導かれるものとはいいい難い」（判旨3を参照）。しかし、保険外併用療養費を規定した法86条の条文構成（保険外併用療養費が「療養の給付」ではなく「療養費」として構成されていること）に加え、特定療養費制度および保険外併用療養費制度の立法の経緯・趣旨、関係法令や法体系の整合性（特殊な療法等を行うことは療担規則により禁止されていること等）をも踏まえれば、法86条等の規定は最高裁が採ったように解釈せざるを得ない。結論として、混合診療保険給付外の原則の適法性に関する本最高裁判決の判旨に筆者は賛成である。

（4）ただし、法の解釈として以上のように解することが許されずとしても、立法政策論を含め制度のあり方については多くの課題が残されている。とりわけ検討を要するのは、①混合診療保険給付外の原則について明文の規定を設けること、②混合診療の該当性の判断基準を明確にすること、③保険外併用療養費制度に関する規律密度を高めること、の3つである。このうち②は療養の給付の不可分一体性（争点1）、③は混合診療保険給付外の原則の合憲性（争点3）と関係するので後述することとし、ここでは①についてだけ述べる。

田原睦夫裁判官は、補足意見の中で、「法86条は、……混合診療保険給付外の原則を定めたものと解するのが相当であるが、その解釈を導くに当たり相当の法的論理操作を要する」と指摘した上で、「混合診療保険給付外の原則は、法の直接の規制

対象たる保険医、保険医療機関のみならず、保険給付を受ける患者にとっても大きな利害関係が存する制度だけに、それらの利害関係者が容易にその内容を理解できるような規定が整備されることが望まれる」と述べている。このことは、これまでも多くの論者が指摘してきたことであるが（たとえば、稲森2009, 45頁、中野2010, 172頁）、本最高裁判決において、補足意見とはいえ裁判官から明文化の必要性が強調されているとともに、判旨の中でも法の規定の曖昧性が指摘されていること（判旨の4の中の「規定の文言上その趣旨が必ずしも明瞭に示されているとはいいい難い面はあるものの」など）は、重く受け止める必要がある。

ちなみに、混合診療保険給付外の原則が明文で規定されなかった理由は、保険医および保険医療機関に対し混合診療を行うことを禁止している以上、給付法である健康保険法等において、あつてはならないはずの混合診療が生じた場合を想定して、混合診療保険給付外の原則を規定することは適当でないとの判断が働いたものと推察される。しかし、いわゆる入念規定として、法において混合診療保険給付外の原則を規定することは十分可能だと思われる<sup>6)</sup>。むしろ、混合診療保険給付外の原則を明文化する際に問題となるのは、混合診療の定義ないしは混合診療の該当性の判断基準である。規律しようとする対象が曖昧なまま混合診療保険給付外の原則を明文化することはできないが、何が混合診療に当たるのかは自明のことではない。たとえば、本最高裁判決では、「単独であれば療養の給付に当たる診療（保険診療）となる療法と……療養の給付に当たらない診療（自由診療）である療法とを併用する混合診療」（判旨の5を参照）という文言が用いられている。けれども、この文言（定義）では、審査支払機関でいわゆる減点査定が行われた場合（結果的に保険診療と自由診療が併存することになる）も混合診療に該当するののかという疑義が生じよう<sup>7)</sup>。また、保険診療と自由診療を行う医師・医療機関が異なる場合や保険診療と自由診療が時間において行われた場合、「併用」に当たるのかといった問題がある。これは、次に述べる「療養の給付」の不可分一体

性の議論と関係する。

### 3 「療養の給付」の不可分一体性（争点1）について

（1）混合診療保険給付外の原則の根拠について、国（厚生労働省）は、従来から、「『療養の給付』とは、傷病の治療を目的とした一連の医療サービスを給付するということであり」（法研2005, 453頁）、一連の医療サービスは一体不可分であるため、保険診療と保険外診療（自由診療）とに分けることはできないという主張を行ってきた（たとえば、第1審におけるYの主張を参照）。しかし、この「療養の給付」の不可分一体性については、Xが上告理由として挙げておらず、本最高裁判決では争点として明示的に取り上げられていない。ただし、岡部喜代子裁判官は、補足意見の中で、「健康保険法が何故にそのような構造を採用したかということを考えるならば、そこには、ある一つの疾病に対する治療は一体としてなされるのであるという不可分一体論が潜在していることは否定できない」と指摘している。また、筆者は、「療養の給付」の不可分一体性は、混合診療保険給付外の原則の実質的根拠や混合診療の該当性を論じる上で重要な論点であると考えている<sup>8)</sup>。

（2）混合診療保険給付外の原則は、「自由診療を用いたことについて一種の制裁の効果を伴うとも評価しうるもの」（第1審判決に関する解説。判例時報1996号6頁）とみえなくもない。それでは、一見不自然ともいえる解釈を国が採っているのはなぜか。それは、医療サービスの不可分一体性とそれを前提とした保険給付の実効性を確保するためだと考えられる。すなわち、法は、被保険者に対し「療養上妥当適切」（療担規則2条）な医療サービスを「療養の給付」として現物給付の方式により行うこととしており、一連の医療サービスを個々の医療行為に分割し、それぞれの行為ごとに給付の可否を決めているわけではない。違ういい方をすれば、医学的にみて保険診療として必要かつ十分（妥当適切）な一連の医療サービスの内容・範囲は、（少なくとも観念的には）客観的に決まり、法は、それを不可分一体のものとして給付するこ

とを原則としていると解される。そして、仮にこの一連の医療サービスに特殊な療法等が混入した場合、当該サービス全体の評価が変わりうることに留意すべきである。たとえば、保険診療で認められている療法（Aとする）と保険外診療である療法（Bとする）とを併用する（これをCとする）場合、CはA単独療法に比べ有効性が増さないどころか、効果の減殺あるいは有害事象の発生を招くことさえあり得る。つまり、Bが加わることでよりAのいわば「好ましい属性」は維持されるとは限らない。したがって、CからAを切り離し保険給付の対象とすることは適当ではない。

（3）もっとも、典型的な混合診療である本件事案のようなケース（同一の医療機関において、単一の疾病の治療を目的として、同一機会に行われた併用療法のケース）はともかく、何をメルクマール（例：時間、場所、行為主体）として一連の医療サービスであるとするのか（つまり、混合診療に該当するのか）は、判断が難しい場合が少なくない<sup>9)</sup>。たとえば、移植手術（自由診療の療法だとする）が行われ、退院後も免疫抑制剤（薬価収載されているとする）の継続投与および定期観察を要する場合、一連の医療サービスが続いているとみるべきか、それとも退院時点でいったん完結し、別個の医療サービスが開始されているとみるべきか、といった問題がある。このケースであれば後者と解すべきであろうが、より複雑な事例も想定できる。

田原睦夫裁判官は、補足意見の中で、具体的に想定される事例を複数示した上で、萎縮医療や診療現場でのトラブルを防止するため、一定の準則を示すべきである旨の指摘を行っている。筆者もこの意見に賛成である。混合診療の該当性については、医療の質や安全性の確保及び患者の不当な負担増の防止という法の趣旨・目的に照らし、医学的にみて医療行為が一体のものとして「交わっているか」という観点から、最終的には個々の事案に即し合目的的に解するよりない。しかし、混合診療禁止は一義的には保険医および保険医療機関に対し行政処分を伴う行為規範であるが、その規範の裏返しとして被保険者の受給権に影響が及

ぶことになる。したがって、リーガルリスクを減らし萎縮診療が生じないようにするとともに、脱法行為を未然に防止するため（これらは結果的に被保険者の不利益の回避にも繋がる）、混合診療の該当性について一定の解釈準則を示す必要がある。

#### 4 混合診療保険給付外の原則の合憲性(争点3)について

(1) 最高裁は、健康保険により医療の内容については、提供する医療の質(安全性及び有効性等)の確保や財源面からの制約等の観点から、その範囲を合理的に制限することはやむを得ないものと解され、混合診療保険給付外の原則を内容とする法の解釈は、不合理な差別を来すものとも、患者の治療選択の自由を不当に侵害するものともいえず、また、健康保険制度の保険給付の在り方として著しく合理性を欠くものということもできないとして、憲法14条等に違反するものとはいえないと判示した(判旨6)。この判旨は解釈論として妥当だと考えられる。ただし、寺田逸郎裁判官は、法の解釈が憲法14条1項に違反するとのXの主張に関し、「制度がどのような基準に従い……運用されるのか、その運用において合理性のある仕組みとして機能し続ける保障があるのかについて疑問があり、……その点で多数意見に与することができない」との意見を述べる。これは重要な内容を含む指摘だと思われる。

すなわち、混合診療の禁止あるいはその例外としての保険外併用療養費制度に関する法の規定は、これまで述べてきたように、混合診療保険給付外の原則に関する明文の規定を欠くとともに、法86条の「その療養」につき異なる解釈が生じる余地があるなど、不明確・不明瞭な点が少なくないが、これに加え、法の規律が不安定であるという問題がある。混合診療禁止の例外をなす保険外併用療養費制度に対する法による規律密度が低く、具体的な内容等は厚生労働大臣の広範な裁量に委ねられているからである。たとえば、保険外併用療養費制度は、既述したように、評価療養を含む療養はいったんすべて「療養の給付」から外

し、保険診療に相当する部分（いわゆる基礎的診療部分）につき保険外併用療養費を支給するという仕組みとなっているが、具体的な評価療養の項目およびその決定手続き、保険外併用療養費として支給される内容・算定方法等は、省令・告示および通達等まで読み込まなければわからない。

(2) 具体的な例を1つだけ挙げれば、保険外併用療養費の額の算定については、法では、診療報酬の算定方法を勘案して厚生労働大臣が定める旨が規定されており(法86条2項1号を参照)、厚生労働大臣の裁量の幅は広い。そして、保険外併用療養費の算定方法が通常の診療報酬の算定方法と同じであることは、「保険外併用療養費に係る療養についての算定方法」(平成18年9月12日厚生労働省告示496号)において、「診療報酬の算定方法(平成20年[3月5日]厚生労働省告示59号)の例による」(傍点および鍵括弧は筆者)と規定されていることによりはじめて明らかになる<sup>10)</sup>。さらにいえば、これまで「保険診療に相当する部分(いわゆる基礎的診療部分)」という言葉を使ってきたが、たとえば、ある療養が評価療養の対象となった場合、それを含む療養のうちどの部分が「保険診療に相当する部分(いわゆる基礎的診療部分)」に該当し保険外併用療養費の支給対象となるのかは、法令上は不明である<sup>11)</sup>。以上述べたことは、単に保険外併用療養費制度に関する法の体系がわかりにくいということにとどまらず、保険外併用療養費の算定ルールが厚生労働大臣の裁量に委ねられているとともに、保険外併用療養費の支給対象も必ずしも明確に規定されているわけではないことを意味する。混合診療の禁止およびその例外としての保険外併用療養費制度は、保険医および保険医療機関のみならず被保険者の受給権に関わるものである以上、保険外併用療養費制度の運用に当たって技術的要素が大きいことを割り引いても、これは法の規律のあり方として適当とはいえない<sup>12)</sup>。

このことを強調するのは、保険外併用療養費制度はいわば「混合診療の合法的な部分的解禁」であり、その運用次第でその「部分」は伸び縮みし、混合診療の全面禁止あるいは全面解禁のいずれに

も近づくからである。つまり、仮に評価療養の範囲を絞り込めば混合診療を一切禁止するのと差異はなくなり、他方、評価療養の要件を緩め過ぎれば混合診療を全面解禁するのと同じ結果となる<sup>13)</sup>。評価療養の取込み等を透明かつ適正に行うとともに運用の恣意性を排除することは、保険外併用療養費制度の正当性を確保する大前提であり、法の規律密度を高める努力が求められる。また、それは、国会における明確な意思決定なしに保険外併用療養費制度が変質することを防ぐためにも必要なことだと思われる。

## 5 おわりに 一結びに代えて—

混合診療保険給付外の原則の適法性については、本最高裁判決により司法上の決着がつけられたが、混合診療をめぐる議論は終焉しない。その理由は、超高齢化の進展や医療技術の進歩等により医療費が増加する一方、経済の潜在成長率が低く財政制約が厳しさを増すと見込まれる中で、公的医療保険の医療費の伸びを圧縮すべきであるという議論は、強まりこそすれ弱まることはないからである<sup>14)</sup>。加えていえば、医療を成長産業と位置づけ、医療の技術革新・開発の障壁となる規制を緩和・撤廃すべきだという論調もみられる。もとより、筆者は成長戦略の意義や重要性を否定するものではない。けれども、混合診療は産業振興のための規制緩和といったレベルで論じられるべき問題ではない。公的医療保険の給付範囲や現物給付原則といった国民皆保険の根本に関わる問題であり、いかに医療技術の革新と有効性・安全性の調和を図るかという医療政策の本質に関わる問題である。

本事案は社会的に大きな反響を呼んだが、訴訟の審理という面では「実質的には解釈論議に終始したといってもよく」（寺田逸郎裁判官の意見）、混合診療をめぐる議論がそれほど深まったとはいえないように思われる。しかし、本稿で論じたとおり、法的問題に限っても多くの検討問題が残されている。その意味では、本最高裁判決をもって、混合診療保険給付外の原則の適法性について最高裁の「お墨付き」が得られたと考えるべきではな

い。混合診療の禁止ないしはその例外としての保険外併用療養費制度に関する法の規律のあり方について、立法政策論を含め議論をさらに深めることが必要だと思われる<sup>15)</sup>。そして、その際に重要なことは、日本の公的医療保険制度の全体的な体系・機能との関連に配意するとともに、医療現場の実態や制度の実務まで掘り下げて検討することである。判例研究でありながら、本稿において保険外併用療養費制度の運用等に関しやや細かな点まで言及したゆえんである。

## 注

- 1) 学説の多くは、第1審判決は法の構造を表面的に理解し文理解釈にこだわった判決であるなどとして批判的であった（笠木2008、衣笠2008、田中2008など。ただし、阿部泰隆は賛成の立場をとる。阿部2008、130-132頁を参照）。また、控訴審判決の評釈としては、稲森（2009）、中野（2010）等があるが、いずれも同判決に賛成の立場を採っている。なお、本最高裁判決の評釈等としては、笠木（2012）、大沢（2012）、白川（2012）などがある。
- 2) なお、本件訴訟は、法に基づく「療養の給付」を受けることができる地位を有することの確認を求める訴訟（公法上の法律関係に関する確認の訴え）である。本最高裁判決ではこの点は争点になっていないが、第1審判決においてXのどのような権利（地位）が確認されたのかは曖昧である。このことは、島崎（2008、258-259頁）で指摘したが、本稿の注5も参照されたい。
- 3) ちなみに、これらの違反行為は保険医療機関の指定取消または保険医の登録取消の処分事由となり得る（法80条、81条）。実際、保険医療機関の指定の取消が行われた事例もある。島崎（2011、239頁）の注46を参照されたい。
- 4) 本最高裁判決が採った解釈は、文理解釈としてはやや不自然であることは否めない。このこともあって、中野妙子は、「評価療養には先進医療部分のみでなく、先進医療と併せて行われる基礎的診療部分が含まれると解するほうが、より素直な解釈ではないだろうか」（中野2010、172頁）と指摘する。文理解釈の不自然さを解消する解釈として傾聴に値する指摘である（ただし、この説を採った場合でも、その結論は最高裁判決と同じになる）。
- 5) なお、この指摘は、国が控訴理由書において、実際に想定される治療経緯例を挙げて、第1審判決（保険診療相当部分だけ取り出して療養の給付を行うことが可能だと判示した部分）を批判したことを踏まえたものと推察される。なお、上述

の治療経緯例等を含め、この点につきわかりやすく解説したものとして、出河（2013, 36-38頁）を参照されたい。

- 6) 阿部泰隆は、明文の規定を「入れようとするれば内閣法制局の審査で、ストップがかかる可能性が大きい」ためだと述べている（阿部2008, 132頁）。趣旨がややわかりにくい、混合診療の概念が不明確であれば混合診療保険給付外の原則を法定することはできないという趣旨であれば、そのとおりである。
- 7) 保険診療の審査において、①医療の個別性によって医師の裁量を認めるべきだという要請、②保険診療であることに由来する画一性（どこかで白黒をつけなければならぬ）の要請、の2つの折り合いをどうつけるかということは難問であるが、日本の公的医療保険制度は医師（保険医）の診療の裁量をかなり幅広く認めている。筆者は、いわゆる減点査定は、一般的には療養上の妥当適切性に関する医療機関と審査支払機関の認識（判断）の相違によるものであり、混合診療に当たると解すべきではないと考えている。理由づけはともかく、国（厚生労働省）も、混合診療には当たらないと解している。以上に関し、島崎（2011, 250頁）の注57、同249-250頁（特に注55）、同363頁の注7を参照されたい。
- 8) 特定療養費制度の創設に当たって、立案者は、「療養の給付」は現物給付であり不可分一体なので、立法技術として、療養費構成を採ることによって費用の問題に置き換え差額徴収等を行えるようにすることにあった旨の説明を行っている。詳しくは、島崎（2011, 241-242頁）を参照されたい。
- 9) なお、混合診療が争われた事案は少ないが、本件事案の医療機関で行われた同一の併用療法に関する費用返還請求訴訟がある。島崎（2011, 251頁）の注59および出河（2013, 61-86頁）を参照されたい。
- 10) なお、この点につき、田原陸夫裁判官の補足意見（保険外併用療養費の負担についての部分）も参照されたい。
- 11) たとえば、ある疾病の治療のため保険診療であるA療法と評価療養であるB療法（外来で行う注射を想定する）の併用のケースで、ある診療日にA療法とB療法を行った場合、保険給付外となるのは注射のみである（診察料や各種基本料は保険外併用療養費の対象となる）。しかし、次の診療日にA療法は行わずB療法のみを行った場合、注射を行う前に診察等は行わずであるが、この診察等については、①保険外併用療養費の支給対象になる（再診料等を算定できる）のか、②B療法だけのために行われたものであるため保険外併用療養費の対象とならないのか、という問題がある（実務上は①が採られているようである）。
- 12) なお、関連していえば、未承認医薬品の個人輸

入をめぐる問題などもある。島崎（2011, 249頁）の注53を参照されたい。

- 13) 本最高裁判決の補足意見をみると、がんの患者の事案であることも意識してか、複数の裁判官が制度の柔軟な運用を図るべきである旨の指摘を行っている。たとえば、大谷剛彦裁判官は、「混合診療保険給付外の原則の合理性が問われる場面を減少させる意味からも、更なる迅速で柔軟な制度運営が期待される」と述べる。しかし、いうまでもないことであるが、評価療養といえどもエビデンスに基づく有効性・安全性等の適正な審査は必要である。「迅速で柔軟な制度運営」の名の下にこれを疎かにすることは適当ではない。
- 14) ちなみに、規制改革会議の初期の段階では、混合診療解禁は保険収載の促進という文脈で論じられていたのではなく、「公民ミックスによる医療サービスの提供と公的医療保険のカバー範囲の見直し」という項目の中で主張されていたことに留意すべきである（2001年7月24日の総合規制改革会議「重点6分野に関する取りまとめ」を参照）。
- 15) 笠木（2013）は、こうした観点から混合診療禁止原則の機能について考察した論文である。細部の賛否はともかく、筆者の問題意識はこの論稿と共通する。

#### 参考文献

- 阿部泰隆（2008）『行政法解釈学Ⅰ』有斐閣。
- 出河雅彦（2013）『混合診療—「市場原理」が医療を破壊する』医薬経済社。
- 稲森公嘉（2009）「混合診療禁止原則の適法性・合憲性」週刊社会保障 2557号, 42-47頁。
- 岩村正彦（2004）「医療保険法—医療保険法の給付（社会保障法入門第59講）」自治実務セミナー 43巻6号, 8-13頁。
- 大沢光（2012）「『混合診療』における保険診療相当部分を対象とする保険給付の可否」ジュリスト 1440号, 36-37頁。
- 笠木映里（2008）『混合診療』西村健一郎・岩村正彦編『社会保障判例百選[第4版]』有斐閣, 64-65頁。
- （2012）「混合診療問題—平成23年最高裁判決を契機として」法学セミナー 687号, 44-48頁。
- （2013）「日本の医療保険制度における『混合診療禁止原則』の機能」新世代法政策学研究19号, 221-238頁。
- 衣笠葉子（2008）「混合診療における保険診療相当部分の保険給付受給権」民商法雑誌139巻3号, 420-430頁。
- 島崎謙治（2008）「社会保障法判例」季刊社会保障研究181号, 252-260頁。
- （2010）『日本の医療—制度と政策』東京大学出版会。
- 白川泰之（2012）「混合診療に係る規定の明確性、

立法者意思と法解釈に関する考察」法政理論44巻4号, 188-220頁。

田中伸至 (2008) 「療養の給付, 点数表, 診療行為の関係と保険外併用療養費」法政理論41巻1号, 60-90頁。

中野妙子 (2010) 「保険外併用療養費制度と混合診療

—いわゆる混合診療事件」ジュリスト1407号, 169-172頁。

法研 (2005) 『健康保険法の解釈と運用 (平成15年改訂版)』法研

(しまざき・けんじ 政策研究大学院大学教授)

# 書 評

山村りつ著

## 『精神障害者のための効果的労務支援モデルと制度 ——モデルに基づく制度のあり方——』

(ミネルヴァ書房, 2011年)

相 澤 欽 一

### I はじめに

1960年に成立した身体障害者雇用促進法は、1987年に「障害者の雇用の促進等に関する法律」(以下、雇用促進法)に改正され、知的障害者の雇用率算定適用(1988年)、雇用義務化(1998年)などが図られた。

一方、精神障害者<sup>1)</sup>に対する障害者雇用施策の適用は大幅に遅れ、1986年に職場適応訓練の対象となるまで、支援施策は無いに等しい状態だった。その後、徐々に支援制度が適用されるようになり、2006年ようやく雇用率の算定対象となった。

支援制度の充実と相まって、ハローワーク障害者窓口における精神障害者の就職件数は年々増加し、2002年度に1,890件だった就職件数は、2011年度に18,845件と10倍になり、知的障害者の14,327件を超え、身体障害者の24,864件に迫る勢いである。

長年、精神障害者の就職は難しいと言われてきたが、短期間にこれだけ就職件数が増加したことを考えると、精神障害者の就職困難性の大きな要因として施策や支援の不備という環境要因があったと言わざるを得ない。

### II 本書の概要

本書は、著者の博士論文をもとに、精神障害者の雇用施策や雇用状況が大きく変化している2011年に上梓されたものである。以下のような章立てにより、精神障害者の雇用状況や就労支援に関する内外の文献を丁寧に整理し、精神障害者の就労支援について多面的に論じている。

序章 本書の概要と基本的概念の整理

第I部 精神障害者が働くということ

1章 障害者と就労—概念の整理—

2章 精神障害者の就労の現状

3章 精神障害者への就労支援政策

第II部 二つの当事者調査と求められる支援

4章 調査の背景

5章 精神障害者にとっての「就労」という現実

6章 雇用主にとっての「雇用」と「障害者雇用」

7章 必要かつ効果的な支援とは

第III部 求められる支援の実現のために

8章 支援モデルと制度の整合性

9章 精神障害者の就労における合理的配慮

終章 精神障害者の就労に必要な支援と制度

本書のカバーに、「二つの当事者調査から精神障害者の就労を実現するための就労支援の条件を明らかにし、それに基づいて既存のモデルに必要な修正点を明らかにすることで効果的な就労支援モデルを示している。さらに、その効果的支援モデルと制度との整合性という観点から現行の就労支援施策における実施可能性を検討することで、効果的支援モデルを実施することのできる具体的な実施体制のあり方を提示する」とあるように、本書の目的は精神障害者に対する効果的な就労支援モデルを提示することである。このため、本書評では本書が提示する支援モデルに焦点を当てて紹介する。

### III 本書が提唱する効果的な支援モデル

#### 1 IPSモデルの修正

本書が提示する、精神障害者に対する効果的な支援モデルとは、米国のIPSモデル<sup>2)</sup>を基礎としながら、「職場内での段階的移行」や「ESユニットと生活支援チームとの関係性」などについて修正を加えた修正版IPSモデルである。



### (1) 職場内での段階的移行

IPSモデルは、最初から賃金の発生する雇用を前提としているが、働くことに不安や躊躇を感じている者にまでこのような前提を適用するのは無理があることや、著者が実施したヒアリング調査で、精神障害者が就労の特に初期段階において賃金が発生することに対してプレッシャーを感じる場合があったことなどから、きちんと仕事ができるまでは職場内での訓練や実習という位置づけが本人にとって負担が少ない場合もあるとし、本書は、賃金の発生しない実習を認める修正が必要なことを指摘する。

### (2) ESユニットと生活支援チームとの関係性

本書は、IPSモデルでは、生活支援チームとしてACT<sup>3)</sup> チームが想定されており、医療や福祉サービスも一体的に提供されるが、医療と福祉が分離されている我が国においては、IPSモデルで想定されるような体制の実現は困難であるとし、複数の支援機関の中で就労支援サービスを行うESが機能するような協働が現実的だとしている。

## 2 必要な制度上の改善点

修正版IPSモデルを実現するため、本書では以下のような制度上の改善が必要としている。

### (1) ジョブコーチ支援を基礎とした制度の統合

本書は、雇用促進法に規定されたジョブコーチ制度をベースに職場内支援を行う制度を統合することを提唱する。その際、雇用促進法で定めるジョブコーチ支援事業の給付が、サービス提供量に応じた支給方式のため、安定した事業費の確保が難しい上、フォローアップの期限があることなどから、ジョブコーチ支援を実施する支援機関には、実働するジョブコーチの人数などにより、その費用を定額で支給する方式に変更し、フォローアップ期間も限定しないことが必要であるとしている。

### (2) ジョブコーチ支援を提供する機関

生活支援と就労支援を同一のチームで行うために、就業面と生活面の支援を一体的に行う機関として保健福祉圏域毎に設置される障害者就業・生活支援センター（以下、支援センター）を活用し、支援センターには必ずジョブコーチを配置する、支援センター以外の機関（例えば就労移行支援事業所など）でジョブコーチ支援を実施する場合、支援センターに配置される生活支援担当者と同様の業務を行う職員を配置し、障害

者総合支援法での給付を受けられるようにする、同一地域内のジョブコーチ同士が連絡を取り合い、定期的なカンファレンスを業務の中に位置づける、などとしている。

### (3) 職場開拓機能の分化

米国のIPSモデルでは、ESが、職場内支援だけでなく、アセスメントからフォローアップまで一連の就労支援を行う。一方、本書では、特定の個人の就職を目的とした職場開拓ではなく、精神障害者の雇用に対する理解を広め、機会があればその雇用を考える事業主を増やすことも重要であることを指摘する。そして、それを個々のジョブコーチが別々に行うのは限界があり、ときには複数のジョブコーチが同時に企業への働きかけを行う状況が生じ企業にとって迷惑になることもあるので、「職場開拓とその結果得られた情報の管理を行う機関を別途設け、サービス利用者が支援者とそこに行くことで、具体的な情報を提供できることになる。ただし、あえてそのような機関をハローワークとしないのは、現在のハローワークは少なくとも精神障害者の就労に関して、そのような機能、特に職場開拓の部分の機能を果たしているとは考えにくいのである。仮にハローワークがそのような機能を担うのであれば、現在のような異動でたまたま配属されただけの障害者担当者ではなく、障害者の支援についての十分な知識を持った職場開拓に専従する職員の配置は不可欠であろう。」としている。

## Ⅳ 本書が提唱する支援モデルをどう考えるか

本書が提唱する効果的な支援モデルとその実現に向けた改善点に対する評者の考えなどを述べる。

### 1 IPSモデルの修正点について

#### (1) 職場での段階的移行について

米国のIPSモデルが訓練なしで一般的な職場で賃金を得て働くことを強調しているため、職場での段階的移行についてふれざるを得なかったかもしれないが、段階的移行の制度として本書でも取り上げている社会適応訓練の前身（職親制度）が1970年に東京都で制度化されていることから分かるように、実習から始め、様子を見ながら次のステップに移行するという発想は、目新しいものではない。

一方、職場での段階的移行を重視するのであれば、

たとえ実習でも訓練手当などの報酬があった方が働く意欲は湧くので、制度面での改善ではその点の言及も必要ではなかったろうか。本書では「賃金が発生することによるプレッシャー」の側面に焦点を当てすぎているように感じた。

## (2) 精神障害者に対する就労支援とは

本書は、医療と福祉が分離されている我が国では、IPSモデルで想定されるような体制の実現は困難であるとし、医療と就労支援の関係についてはほとんど言及していない。本書の就労支援モデルは、ジョブコーチ支援を中心とした、生活と就労の一体的な支援というものになっており、知的障害者を含め、就労支援と生活支援の両方が必要な者に当てはまるものである。もちろん、このような支援を必要とする精神障害者は多数いるが、疾患と障害が併存している精神障害者の支援を検討する場合、医療と就労支援との関係についても踏み込んだ検討が必要と考える〔相澤欽一(2012)、池淵恵美(2012)〕。

また、本書では、精神保健福祉法に定義される精神障害者（統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者）を研究の対象としているが、例えば、既に企業に在籍していてうつ病など何らかの精神疾患を有しているすべての人たちにとっても本書の提唱する支援モデルの適用が有効なのかといった検討も必要になる。

## 2 必要な制度上の改善点について

制度上の改善点についても、上述したように、医療との関係を含めて検討すべきと評者は考えるが、ここでは本書が提案する制度上の改善点に焦点を当て若干の考察を加える。

### (1) ジョブコーチ支援事業を中心とした制度設計

職場での段階的移行については、現行のジョブコーチ支援を基礎として就労支援制度の統合を図ること、生活支援と就労支援の連携については、現行の障害者就業・生活センターにジョブコーチ支援の実施を必須とし、他のジョブコーチ支援を実施する機関にも生活支援の機能を付与するという提案は、修正版IPSモデルというより、精神障害者の就労支援の中心に現在のジョブコーチ支援事業を据えたものという印象を受ける。とは言うものの、評者も、支援機関の財政が安定し、優秀な人材が就労支援の領域で確保でき、支援制

度が整備されて適切な支援が展開されるようになればよいと思うし、ジョブコーチ支援や就労移行支援のフォローアップに期限があり、フォローアップ期間を過ぎれば、後は、障害保健福祉圏域に1センター（職員は就業支援と生活支援の担当者併せて3～4人のところが多い）しか設置されていない障害者就業・生活支援センターを利用しようという現在のスキームでは対応に限界があるため、何らかの改善が求められると考える。本書で提示された案は、選択肢の一つとして検討されてよい。

ところで、第1号と第2号のジョブコーチ支援事業は、障害者納付金制度を財源としている。この納付金制度は、企業の障害者雇用が進めば、徴収される納付金は減少し、支出される調整金や報奨金は増加するため、障害者雇用率の目標達成が近づくと、制度の現状維持が難しくなる関係にあるが、企業の雇用状況が改善しても、ジョブコーチ支援を必要とする人たちがいなくなるわけではない。ジョブコーチ支援を中心に支援モデルを構築している本書では、財源問題を踏まえた考察も必要だったと考える。

### (2) 職場開拓について

職場開拓は、具体的な意見で興味深く読んだ。ただ、特定の個人を想定しないのに、身体障害者や知的障害者を除いて、精神障害者に特化した職場開拓を行うのは現実的でないように思われるし、ハローワークの現状は本書の指摘するようなところもあるが、障害者雇用に関しては、求人受理・開拓、職業紹介、職場適応訓練や職業訓練の受講指示、障害者雇用に関する企業指導など、ハローワークが中心になって機能するよう制度設計されており、職場開拓機関を新設することの可否も慎重に検討する必要がある。評者は、スーパーマン的な働きをする何人かのハローワーク職員と一緒に仕事をする幸運に恵まれたが、その一方、ハローワーク機能が十分活かされていない場面に遭遇し、あの職員だったら何とかしてくれるのと思うこともあり、いずれの場面でもハローワークの重要性を認識させられた。ハローワークと別組織を作ると、例えば、企業からハローワークに出される求人がどうなっているか知らずに、職場開拓するといった非効率なことが発生する可能性も考えられる。

いずれにしても、ハローワークが中心になって機能するよう制度設計されているにもかかわらず、一般行政職として採用された職員が、障害者窓口での比較的

短期間の在任期間中（2年程度が多い）に、すべての障害者を対象として業務を行うところに無理があり、早急な改善が求められる。ただ、このようなことはさまざまなところで指摘されているが、なかなか改善されず、障害者の就労支援現場における最大の懸案の一つといってよいかもしれない。

## V おわりに

2013年3月、労働政策審議会障害者雇用分科会は、企業に精神障害者の雇用を義務付ける意見書を取りまとめた。基本的な雇用施策がようやく身体障害者や知的障害者と同等になることが見込まれる現在、支援の中身がこれまで以上に問われることになる。

冒頭でも述べたが、本書は、精神障害者の雇用状況や就労支援に関する内外の文献を（制度面の記述については一部誤解があるものの）丁寧に整理したうえで、精神障害者の就労支援について多面的に論じており、労作といえるものである。本書が提示する修正版IPSモデルに関しては議論の余地はあるが、本書が試みた「精神障害者に対する効果的な支援モデルの構築」というテーマは、障害者雇用の領域のみならず、精神医療や福祉、政策や経済などさまざまな領域、さまざまな視点から引き続き検討すべき重要なものであり、今後、本テーマに関する研究の深化を期待したい。

## 注

- 1) 雇用促進法の精神障害者は、症状が安定し就労可能な状態にある者であって、①精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者、②統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む）又はてんかんにかかっている者（①に該当する者を除く）、としており、雇用率は①のみ該当する。

2) IPSはIndividual Placement and Supportの略。就職するために施設内で訓練するのではなく、まず就職したうえで職場内での支援を提供する、支援の期限を決めずに継続的なフォローアップを行う、障害者の能力などによって利用を制限しないといった援助付き雇用の考え方をベースに、精神保健とリハビリテーションの統合などの要素を加え、リカバリーやストレングスの視点を重視した重度の精神障害者に対する就労支援モデル。医療面や生活面のサービスを提供する支援チーム（著者が言う生活支援チーム）の中にES (Employment Specialist) と呼ばれる就労支援の専門家が入り、医療・生活・就労の多領域に渡りチーム支援によるサービスを提供したり、別々の支援チームに入っている複数のESがグループ（著者が言うESユニット）を形成し、ES同士で助け合うと共に、IPSコーディネーターと呼ばれる専門家のスーパービジョンを受けるといった特徴がある。ESは、ジョブコーチと同義と考えても良いが、職場内支援だけでなく、アセスメント、プランニング、ジョブマッチング、フォローアップなど一連の支援を行う。

3) ACTはAssertive Community Treatmentの略。重い精神害のある人が住み慣れた場所で安心して暮らしていけるよう医療を含めた多職種の専門家で構成されるチームが支援を提供する。

## 参考文献

- 相澤欽一(2012)「わが国におけるIPSの実践を考える」『職業リハビリテーション』Vol26,No1.  
池淵恵美(2012)「就労支援モデルの構築」『精神科臨床サービス』Vol12,No4.

(あいざわ・きんいち 福島障害者職業センター所長)

書 評

樋口美雄・宮内環・C.R.McKenzie 慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センター（編）

## 『親子関係と家計行動のダイナミズム―財政危機下の教育・健康・就業』

（慶應義塾大学出版会，2012年）

安 井 健 悟

### I はじめに

日本においても、「客観的証拠に基づく政策形成（Evidence-Based Policy Making）」の重要性が認識されるようになって久しい。客観的証拠を提供するための実証研究を行うためには質の高いデータが必要である。しかしながら、かつて日本においては欧米と比較して研究者がアクセスしやすく質が高い家計のマイクロデータが十分にはなかった。特に同一家計を追跡するパネルデータは存在しなかったといえよう。

そのような中で、1993年から家計経済研究所が「消費生活に関するパネル調査」によりパネルデータを整備し始め、その後、慶應義塾大学による「慶應義塾家計パネル調査（KHPS）」や大阪大学による「くらしの好みと満足度についてのアンケート」などのパネルデータが蓄積されつつある。パネルデータを用いることにより、観察されない個人の異質性を考慮した上での厳密な分析が可能になるので、これらのパネルデータは非常に貴重である。

本書は、慶應義塾大学パネル調査共同研究拠点が2009年から新たに調査を開始し、2011年までに3回の調査が実施された「日本家計パネル調査（JHPS）」のデータの特徴を報告するとともに、そのデータを用いた教育、医療経済、社会保障、労働経済の分野の研究の成果をまとめたものである。まず、公共財としてのJHPSを設計・実施し、公開するというパネル調査共同研究拠点の活動は社会的な価値が非常に高いものと思われるし、客観的証拠に基づく政策形成の実施への貢献も大きいだろう。そして、調査を実施してから早い段階で研究の成果を本書にまとめて社会に還元している点も、評価されるべきである。

### II 本書の構成と紹介

本書は、第1部『JHPSの標本特性』（1章）、第2部『教育』（2-4章）、第3部『健康』（5、6章）、第4部『税社会保障と就業』（7-9章）の4部により構成される。第2章から第4章では、JHPSに付随して実施された「日本子どもパネル調査」も用いて分析を行っている。以下、それぞれの章を紹介し、批評したい。

第1章「JHPS2011の概況」は、2011年に実施された第3回目のJHPSの調査結果の特徴と本調査により把握された家計行動を概観している。就業形態、労働時間、所得、消費といった経済変数については、公表統計と比較して特徴を述べており、今後、本調査を用いることになる研究者にとっても意味がある。他にも本調査を用いて分析する際に注意すべきことなどが記載されていると、本章が更に有益なものになったと思われる。

第2章「子どもの学力と家計―「日本子どもパネル調査2011」を用いて」は、子どもの属性や家庭背景が子ども（小学生と中学生）の学力に与える影響を分析している。学力低下や学力格差に対処するための政策を考える上で重要な研究である。得られた結果は、父親が大卒以上だと、数学、国語のスコアに正の影響を与え、母親が大卒以上だと数学、国語、推論のスコアに正の影響を与える。また、子どもが早生まれだと数学のスコアが低く、世帯年収は数学、国語、推論に正の影響を与える。これらの結果が、諸外国の既存研究と比較して、どのような特徴をもっているのかについての説明がほしいところである。

本章とともに第3章、第4章は、日本の教育政策を考える上で貴重な研究である。しかしながら、残念なことに、分析に使用している標本数が、小学生低学年、小学生高学年、中学生のそれぞれが200強という程度

である。貴重なデータセットであることは間違いなく、これから分かることでも価値があるが、更に複雑な分析を行う場合には耐えられないのではないかとも思われる。是非とも、日本子どもパネル調査の規模を拡大させて、教育に関する研究を更に蓄積していただきたいと思う。

第3章「子どもの社会性・適応感と家庭背景—「日本子どもパネル調査2011」から」は、子ども（小中学生）の社会性と適応感に対して、親の社会経済的地位の諸変数が影響を与えているのかについて分析している。ここで言う社会性は問題行動に関する4つの変数（情緒的不安定さ、行為問題、多動・不注意、仲間関係のもてなさ）と向社会性に関する変数で計測したもので、適応感とは子どもが自身のQOL（生活の質）を主観的に評価した感情を意味する。

分析の結果、母親のメンタルヘルスの状態が悪いと子どもの問題行為に関する変数すべてのスコアを引き上げた。つまり、情緒を不安定にし、行為問題（癇癪、嘘、盗み等）や多動・不注意を引き起こし、仲間関係を持ちにくくするということである。一方、適応感と最も関連が強い変数は世帯年収ときょうだい数であった。世帯年収が高いと身体的健康感、情動的ウェルビーイング、自尊感情、友達への適応感、学校への適応感についてのQOL指標を高めるが、家族への適応感を低める。また、きょうだい数が多いと、身体的健康感以外の5つのQOL指標を低める。

近年、人的資本形成における非認知能力の重要性が認識されており、非認知能力を反映した概念である社会性や適応感の決定要因を明らかにすることは非常に重要である。Heckmanらの一連の研究により、非認知能力は認知能力と同程度、教育達成度や賃金に影響を与えることや、非認知能力は認知能力の成長に大きな影響を与えることなどが明らかにされつつある。本章の研究を発展させて、日本においても同様のメカニズムが働いているのか、また、それはどの程度かなどを検証し、人的資本形成に関する政策的議論に寄与することが期待される。

第4章「家庭背景が子どもの学力に与える影響とそのプロセス—階層的重回帰分析と構造方程式モデリングを用いた検討」は、親の学歴や家計収入などの家庭背景が子どもの学力に与える影響プロセスについて検証している。その結果、親の学歴や家計収入は、家庭内の文化的環境の整備や、課外活動への投資、子ども

の学習時間を媒介として、子どもの学力に影響を与えているとのことである。また、いくつかの変数間の関係については小学生高学年と中学生では異なり、父親の学歴と子どもの学習時間の関係、家計収入と家庭内投資の関係、家計収入と子どもの学力の直接的な関係については、小学生は有意でなく、中学生では正の関係があることも明らかにしている。

近年、家庭背景の違いが学力格差に与える影響については社会的にも関心が高く、政策的にも重要なテーマである。本研究と本研究の今後の発展がこのテーマの議論のベースになっていくべきであろう。また、「変数間の因果関係を断定できないことについては留意が必要」であると述べており、恣意的な結論付けをしていない点も好感が持てる。

第5章「2010年たばこ税引き上げの効果—JHPSによるパネルデータ分析」は、2010年10月のたばこ税の引き上げによるたばこの価格の変動を利用して、喫煙するかどうかと喫煙本数のそれぞれについての価格弾力性を推定している。禁煙政策を考える上で非常に重要な研究である。日本において、仮想的な質問や回顧データではない実績値としての個票データを用いた研究はほとんど行われていないという意味でも価値がある。分析の結果、喫煙するかどうかと喫煙本数の価格弾力性は統計的に有意だが弾力値自体は大きくないとのことである。また、価格が上昇すると禁煙するかどうかという仮想的な質問を用いたコンジョイント分析の推定値は過大推定されることも確認している。

Kamimura (2012) もKHPSを用いて同様の分析をしているが本章との分析の違いが分からず、推定値がかなり異なることの説明もなかったもので、それらの説明があると読者には優しいだろう。また、調査票を見ると、喫煙者が購入しているたばこの価格を質問しているが、ほとんどが同じ価格であろう。基本統計量が記載されていないので、この点については確認できなかったが、もし価格の変動がたばこ税引き上げ前と引き上げ後の2つの値しかないのであれば、推定されている弾力性には長期的なトレンドや2010年と2011年のマクロ的な影響がすべて含まれていることになるので、解釈には注意が必要だろう。仮に、個人間でたばこの価格が異なっても、それは個人の嗜好の違いを反映させたものであり、外生的な変動とは言えない。分析上、難しい問題であることは承知しているが、このあたりの議論も丁寧にしてほしかった。

第6章「母親の就業と子どもの肥満」は、KHPSと日本子どもパネル調査を用いて、母親の就業状態によって子ども（7歳から15歳）が肥満になるかについて分析しており、母親の週労働時間が1時間長くなると、男の子が肥満になる確率が約2.4%高くなることである。諸外国では、成人が肥満になるかどうかは子どもの頃の家庭環境にも影響を受けるという研究もあり、肥満という健康問題を考える上でも重要な研究テーマである。

しかしながら、分析の手続きについて、いくつかの疑問があるのでそれらを挙げておく。子どもが肥満であるか否かを被説明変数とし母親の週労働時間などを説明変数としてプロビット分析をしており、母親の週労働時間が内生である可能性に対応するために操作変数を用いた推定も行っている。ここで、どのような操作変数を用いているのかということとともに1段階目の推定結果も示されていない点が問題である。

さらに、そのような手続きの上で疑問が残る推定結果と単純なプロビット推定とを比較する検定から、母親の週労働時間は外生変数だと結論付けているが、評者には受け入れがたい。母親の週労働時間が1時間長くなると、男の子が肥満になる確率が約2.4%高くなるということだが、就業していない場合と週40時間労働の場合を単純に比較すると約96.0%（ $=2.4\% \times 40$ ）も肥満になる確率が異なるということであり、過大推定になっていないだろうか。操作変数を用いた推定結果が信頼できるかについてはさておき、その結果によると、母親の週労働時間は統計的に有意ではなく、係数の大きさも単純なプロビット分析の半分以下になっている。文中では、肥満であると生活習慣病をもつ可能性があり、その結果、母親の労働時間が少なくなることによる過小推定を想定して操作変数を用いた分析を行っているが、この想定は実際の分析結果と異なり、内生性の問題が発生するストーリーについての整理も必要であると思われる。今後の分析として、子どもの年齢によって、母親の労働時間の効果が異なるのかについての分析を行うことを期待したい。

第7章「介護の負担と就業行動」は、40歳から59歳の有配偶女性を対象とし、要介護の親との同居の有無と要介護の程度が就業確率および労働時間に与える影響を分析している。今後、介護を必要とする高齢者はいっそう増加していくと考えられ、現行制度において家族介護が、どの程度、労働供給を抑制しているのか

を明らかにしておくことは、仕事と介護の両立支援策や介護保険制度を考えていく上で非常に重要である。

本章の分析結果によると、要介護の親と同居していると就業確率は低くなり、要介護度が高くなるほど就業確率が低くなり、どちらも労働時間には影響を与えないとのことである。しかしながら、これらの分析は偏相関の意味でしか解釈できず、因果関係としては解釈できない点に留意する必要がある。なぜならば、有配偶女性がそもそも就業していないから要介護の親と同居するという意思決定をしているという逆の因果関係の問題もあるだろうし、学歴が低いなどの理由で機会費用が低い有配偶女性が介護しているというセレクトションの問題が発生していれば、母集団において介護が就業に与える影響を過大評価することになるだろう。

パネルデータとはいえ、データの収集期間に親の状態が要介護に変化する標本数は少ないことが予想されるので、親の状態の変化が本人の労働供給の変化に与える状況を分析することは困難であろうが、上述したように、今後の介護保険制度や両立支援策を考えていく上で非常に重要な課題であるので、更に精緻な研究がなされることが期待される。

第8章「世帯主の就業形態と有子現役世帯の貧困の動態分析—二人親世帯と一人親世帯の比較」は、子どもがいる現役世帯を対象として、第1に、ある時点において相対的貧困の状態にあるかどうか（一時的貧困確率）に対して、一人親と二人親の違いや世帯主の就業形態が影響を与えるかを分析している。第2に、相対的貧困の状態ではない世帯が貧困になる確率、また、貧困状態にある世帯が貧困状態から脱出する確率に対して、一人親か二人親かという状態の変化や、世帯主の就業状態の変化が影響を与えるのかについて分析している。

本章がまとめている結果によると、その他の変数の影響を制御した上で、一人親世帯は二人親世帯とくらべて一時的貧困確率が27.32%高く、世帯主が非正規だと正規とくらべて一時的貧困確率が12.42%高い。また、2年連続で一人親だと二人親とくらべて2年目に貧困状態に陥る確率が高いことと、2年連続で世帯主が非正規だと正規とくらべて2年目に貧困状態に陥る確率が高く、1年目に貧困状態であった場合には貧困状態から脱出する確率が低いことなどを明らかにしている。

推定モデルなどから判断すると、一人親か二人親かの状態の変化が与える影響についても分析されているはずだが、その結果については本章の分析結果と記述からは理解できなかった。また、分析結果の符号を反対に解釈していたり、記述ミスが多く、読者を混乱させるように思えた。近年、日本においても貧困問題に対する社会的な関心は高く、有効な貧困削減政策を考えることは重要であるが、本章が一人親世帯か二人親世帯かということと世帯主の就業形態が貧困状態に与える影響を分析していることの意義を、もう少し分かりやすく論じてほしかった。最後に、一人親世帯に注目するのであれば、さらに掘り下げて、母子家庭に注目した分析も今後の重要な課題となるだろう。

第9章「近年の景気後退と有配偶女性の労働力化・非労働緑化一前期労働状態と子ども人数による影響の違い」は景気後退と有配偶女性の労働供給の関係を分析している。景気後退が有配偶女性の就業行動に与える短期的な影響については、就業意欲喪失効果と付加的労働力効果という2つの相反する可能性が既存研究により指摘されてきた。前者は景気後退により労働供給が抑制され、後者は促進されるということである。本章は、リーマンショック後の景気後退期において、それらのどちらの効果が生じているのか、また、その効果が子どもの数によって影響を受けるのかなどについて検証している。分析に用いているデータはKHPSである。

本章の結論では、付加的労働力効果が存在することは明瞭だと述べているが、評者には疑問である。「子どもの数が少ない…家計は、…夫の所得が短期的に減少すると、妻が労働力状態を続ける傾向がいつそう強まる」とあるが、これは子どもが2人以下の家計では夫の所得が前年から減ると、前年に就業している妻は今年も就業する確率を高めるということであり、この点には同意するが、前年に就業していない妻は今年も就業しない確率を高めるということと、こちらの効果の方が大きいことを著者は見逃している。この分析結果から、今後の少子化の結果、付加的労働力効果が強まり、雇用対策の必要性が高まるという結論には問題

があろう。また、就業意欲喪失効果の存在は確認できないとあるが、著者も触れているように説明変数に含まれている市場提示賃金率を通じてその効果が発生している可能性があるのでは解釈は慎重にするべきだろう。また、かなり多くの交差項を用いているので、その結果について分かりやすく記述してほしかった。

### Ⅲ おわりに

ここまで、いくつかの章については厳しい批評をしたが、それは本書の性質上避けられないことだろう。調査を実施してから早い段階で研究の成果を社会に還元するためには、研究結果を様々な学会、セミナーなどで報告し、様々なコメントを得た上で研究を改善してから出版することは困難だからである。また、研究者の立場から現実的なことを述べると、品質が高い研究論文は査読付学術雑誌に投稿するものであり、本書のような性質の媒体に最高の品質の論文を掲載するインセンティブがないからである。しかしながら、そのことが本書の価値を減じることはない。本書の研究の成果は、各分野の最終的な研究成果として読むべきものというよりは、調査を実施してから早い段階で社会に提示する最初の分析結果であり、基本的な分析結果と今後の研究の課題を提示する役割を果たしている点で価値がある。ただし、いくつかの章において、分析結果とその解釈に乖離があるところがある。もう少し抑制的な書き方をすべきだと感じた所がある点と、分析や解釈に単純な問題がある点については、若手研究員に執筆させているからには編者がチェックすべきであつただろう。最後に、JHPSという貴重なデータを多くの研究者が利用し、本書の研究の成果をもとに更なる研究の発展がなされることを期待したい。

### 参考文献

Kamimura, K. (2012). Effectiveness of cigarette tax in Japan (No. 2011-035). Keio/Kyoto Joint Global COE Program.

(やすい・けんご 立命館大学准教授)

## 『季刊社会保障研究』執筆要項

## 1. 原稿の分量

原稿の分量は原則としてそれぞれ下記を上限とします。図表については各1つにつき200字に換算するものとします。

- (1) 論文：16,000字 (4) 判例研究：12,000字  
(2) 研究ノート：16,000字 (5) 書評：6,000字  
(3) 動向：12,000字

## 2. 原稿の構成

## (1) 見出し等

本文は、必要に応じて節、小見出しなどに分けてください。その場合、「Ⅰ Ⅱ Ⅲ」…→1 2 3…→(1)(2)(3)…→  
①②③…の順に区分し、見出しを付けてください。

## (2) 注釈

注釈を付す箇所に上付きで1) 2) …の注釈番号を挿入し、注釈文などは本文末尾に一括して記載してください。  
注釈番号は論文未までの通し番号としてください。

## (3) 参考文献

論文の末尾に参考文献を列挙してください。表記の方法は下記を参考にしてください。

天川 晃 (1986)『変革の構想—道州制の文脈』大森 彌・佐藤誠三郎『日本の地方政府』東京大学出版会。

毛利健三 (1990)『イギリス福祉国家の研究』東京大学出版会。

本澤巳代子 (1991)「ドイツの家族機能と家族政策」『季刊社会保障研究』Vol.27 No.2。

Ashford, Douglas E. (1986) *The Emergence of the Welfare State*, Basil Blackwell.

Heidenheimer, A. (1981) "Education and Social Entitlements in Europe and America", in P.Flora and  
H.Heidenheimer eds., *The Development of Welfare State*, Transaction Books.

Majone, G. (1991) "Cross-National Sources of Regulatory Policy Making in Europe and the United States",  
*Journal of Public Policy*, Vol.11 Part 1.

インターネットのサイトを引用する場合は、そのページのタイトル、URL、および最終確認日を明記してください。

(例) United Nations Development Programme (2010) Human Development Report 2010,  
<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/> (2010年10月5日最終確認)

## 3. 引用方法

本文または注釈において、ほかの文献の記述を引用する、または、参照する場合は、その出典を以下のように引用文  
の末尾に亀甲括弧で明記してください。この場合、当該引用文献を論文末尾に参考文献として必ず挙げてください。

(例) …〔西尾 (1990), p.45〕

…〔Derthick (1991), p.91〕

…〔平岡 (1990), pp.57-59〕

…〔McCurdy (1991), pp.310-311〕

ただし、本文中における、ほかの文献の引用または参照について、その出典を注釈で示す場合は、亀甲括弧は必要あ  
りません。

(例) 1) 西尾 (1990), p.45

また、注釈などで、参考文献として列挙しない文献を挙げる場合は、上記の参考文献の表記に準じてその著者名、著書・  
論文名、頁などを記載してください。

(例) 1) 西尾勝 (1990)『行政学の基礎概念』東京大学出版会、p.45。

## 4. 表記

## (1) 年号

原則として西暦を用いてください。元号が必要な場合は西暦の後に括弧書きで挿入してください。ただし、元号  
を用いることが慣例となっている場合はその限りではありません。

## (2) 敬称

敬称は略してください。

(例) 宮澤健一教授は→宮澤は 貝塚氏は→貝塚は

## 5. 図表

図表にはそれぞれ通し番号および表題を付け (例参照)、出所がある場合は必ず明記してください。図表を別ファイ  
ルで作成した場合などは、論文中に各図表の挿入箇所を指定してください。

(例) <表1>受給者数の変化 <図1>社会保障支出の変化

## 6. 原稿の提出方法など

## (1) 原稿の提出方法

投稿論文を除き、本誌掲載用の原稿は原則としてデータファイルを電子メールに添付する方法で提出してくださ  
い。ファイル容量などの理由により、電子メールに添付する方法での提出が困難な場合は、CD-Rなどの媒体に記録  
の上、郵送で提出してください。また、当方で受信したファイルの読み込みができない、あるいは、特殊文字の認  
識ができないなどの場合には、紙媒体による原稿の提出をお願いすることがありますので、その際にはご協力くだ  
さい。

原稿のデータファイルが存在しない場合は、紙媒体の原稿を郵送にて提出してください。

## (2) 図表について

図表を別ファイルで作成している場合は、当該図表ファイルも提出してください。提出方法は、原稿の提出方法  
と同様です。データファイルが無い場合は、図表を記載した紙媒体の資料を郵送してください。

## (3) 投稿論文の提出方法

投稿論文については、『季刊社会保障研究投稿規程』に従い、紙媒体に印字したものを郵送により提出してくだ  
さい。審査を経て採用が決定した場合には、前2項に従って当該論文のデータファイルを提出していただくことに  
なります。



## 季刊社会保障研究

第49巻 第2号 (2013年9月刊行) 特集：年金制度の公私のあり方—企業年金のガバナンス問題—

## バックナンバー

第49巻 第1号	(2013年6月刊行)	特集：地域の多様性と社会保障の持続可能性 (第17回厚生政策セミナー)
第48巻 第4号	(2013年3月刊行)	特集：少子高齢化の進展と社会保障財政 —モデル分析の応用—
第48巻 第3号	(2012年12月刊行)	特集：社会的サポート・ネットワークと社会保障
第48巻 第2号	(2012年9月刊行)	特集：ケアの質評価の動向と課題
第48巻 第1号	(2012年6月刊行)	特集：日英における貧困・社会的包摂政策：成功、失敗と希望
第47巻 第4号	(2012年3月刊行)	特集：地域包括ケア提供体制の現状と諸課題
第47巻 第3号	(2011年12月刊行)	特集：社会保障の50年—皆保険・皆年金の意義と課題—
第47巻 第2号	(2011年9月刊行)	特集：雇用と産業を生み出す社会保障
第47巻 第1号	(2011年6月刊行)	特集：第15回厚生政策セミナー 暮らしを支える社会保障の構築—様々な格差に対応した新しい社会政策の方向—
第46巻 第4号	(2011年3月刊行)	特集：人々の暮らしと共助・自助・公助の実態 —「社会保障実態調査」を使った分析—
第46巻 第3号	(2010年12月刊行)	特集：医療・介護政策に関する実証的検証
第46巻 第2号	(2010年9月刊行)	特集：最低生活保障のあり方：データから見えてくるもの
第46巻 第1号	(2010年6月刊行)	特集：年金制度の経済分析 —不確実性やリスクを考慮した分析の展開—
第45巻 第4号	(2010年3月刊行)	特集：児童虐待の背景と新たな取り組み
第45巻 第3号	(2009年12月刊行)	特集：看護・介護サービスとケア従事者の確保
第45巻 第2号	(2009年9月刊行)	特集：ホームレスの実態と政策課題
第45巻 第1号	(2009年6月刊行)	特集：社会保障と契約

## 季刊社会保障研究 投稿規程

1. 本誌は社会保障に関する基礎的かつ総合的な研究成果の発表を目的とします。
2. 本誌は定期刊行物であり、1年に4回（3月、6月、9月、12月）発行します。
3. 原稿の形式は社会保障に関する論文、研究ノート、判例研究・評釈、書評などとし、投稿者の学問分野は問いません。なお、ここでの論文は「独創的かつ科学的な研究論文」とし、それを満たさないものは研究ノートといたします。投稿はどなたでもできます。ただし、本誌に投稿する論文等は、いずれも未投稿・未発表のものに限ります。
4. 投稿者は、審査用原稿1部とコピー1部、要旨2部、計4部を送付して下さい。
5. 採否については、編集委員会のレフェリー制により、指名されたレフェリーの意見に基づいて決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 原稿執筆の様式は所定の執筆要領に従って下さい。
7. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
8. 原稿の送り先、連絡先 — 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3  
日比谷国際ビル6階  
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係  
電話 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816

---

 海外社会保障研究 No.183 目 次
 

---

**特 集：グローバル景気後退と各国の失業者支援政策**

特集の趣旨	小 原 美 紀
イギリスの失業者支援政策	樋 口 英 夫
ドイツにおける失業者支援制度	中 内 哲
スウェーデンにおける失業保険の役割	山 本 麻由美
韓国における雇用保険制度と失業者支援政策の現状	金 明 中

**投稿（論文）**

デンマークにおける犯罪者の社会復帰の取り組みの動向

—我が国への示唆として— 岡 部 眞貴子

**投稿（動向）**

メキシコにおける認知症高齢者とその介護者に対する社会的支援

～家族介護者に対する姿勢のわが国との比較を中心に～ 松 岡 広 子  
山 口 英 彦

**書 評**

Sri Wening Handayani and Babken Babajanian 編

Social Protection for Older Persons : Social Pensions in Asia. …… 梶 原 弘 和  
水島治郎著

『反転する福祉国家—オランダモデルの光と影』 …… 大 森 正 博

---

**編集後記**

我が国では、従来の社会保障制度が前提としていた人口構造、雇用基盤、家族形態が変化し、必要とされる社会保障のあり方の見直しが求められています。しかし、この変化は全ての地域で一様ではありません。厳しい財政状況の中で、多様な地域のニーズを満たし、人々が安心して生活できるような仕組みを設計するためには、創意工夫と地域住民による選択・決断が重要になってくると考えられます。

本号では、2012年10月に弊所が開催した厚生政策セミナー「地域の多様性と社会保障の持続性」を特集しました。このセミナーの成果をお伝えすることで、今後の社会保障のあり方について考える一助となれば幸いです。

(M.F)

**【お詫びと訂正】**

季刊社会保障研究第48巻第4号のP.474に掲載したバックナンバー表記等に誤りがありましたので、お詫びし訂正いたします。

2行目 【誤】 第50巻第1号（2013年6月刊行）【正】 第49巻第1号（2013年6月刊行）

4行目 【誤】 第49巻第4号（2013年3月刊行）【正】 第48巻第4号（2013年3月刊行）

**編集委員長**

西村 周三（国立社会保障・人口問題研究所長）

**編集委員**

岩井 紀子（大阪商業大学教授）

大石亜希子（千葉大学教授）

小塩 隆士（一橋大学経済研究所教授）

笠木 映里（九州大学准教授）

菅沼 隆（立教大学教授）

田辺 国昭（東京大学教授）

橋本 英樹（東京大学教授）

金子 隆一（国立社会保障・人口問題研究所・副所長）

藤原 朋子（同研究所・企画部長）

勝又 幸子（同研究所・情報調査分析部長）

金子 能宏（同研究所・社会保障基礎理論研究部長）

阿部 彩（同研究所・社会保障応用分析研究部長）

**編集幹事**

川越 雅弘（同研究所・企画部第1室長）

西村 幸満（同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長）

菊池 潤（同研究所・社会保障応用分析研究部第4室長）

佐藤 格（同研究所・社会保障基礎理論研究部第1室長）

山本 克也（同研究所・社会保障基礎理論研究部第4室長）

黒田有志弥（同研究所・社会保障応用分析研究部研究員）

藤井 麻由（同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員）

季刊

社会保障研究 Vol. 49, No. 1, Summer 2013（通巻200号）

平成 25 年 6 月 25 日 発 行

**編 集**

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町 2 丁目 2 番 3 号

日比谷国際ビル 6 階

電話 (03) 3595-2984

<http://www.ipss.go.jp>

**印 刷**

株式会社 弘 文 社

千葉県市川市市川南 2 丁目 7 番 2 号

電話 (047) 324-5977

<http://www.kobunsya.com>

# THE QUARTERLY OF SOCIAL SECURITY RESEARCH (KIKAN SHAKAI HOSHO KENKYU)

Vol. 49

Summer 2013

No. 1

## Foreword

17th IPSS Annual Seminar:

Various Regional Differences and the Sustainability of Social Security .....	YOSHINORI ITO	2
---	---------------	---

## 17th IPSS Annual Seminar

<b>Subject:</b> Various Regional Differences and the Sustainability of Social Security		
<b>Keynote Speech 1:</b> Prospects of Social Security in Terms of Regional Economy .....	SHUZO NISHIMURA	5
<b>Keynote Speech 2:</b> Toward a Stable Society in Japan: Widespread Resident Participation .....	NOBUHIRO OKUNO	30
<b>Issue Overview 1:</b> Social Security System Consideration from a Demographic Dynamics Viewpoint .....	TSUKASA SASAI	39
<b>Issue Overview 2:</b> Income, Assets and Consumption in Urban and Rural Areas .....	WATARU KUREISHI	48
<b>Issue Overview 3:</b> Issues in the Development of Home Care and Long-term Care Delivery Systems in Urban and Rural Areas: Focus on Fukuoka Prefecture .....	MASAHIRO KAWAGOE	56
<b>Issue Overview 4:</b> Compact Urban Planning for the City of Rikuzentakata[A1] after the Great East Japan Earthquake .....	KATSUYA YAMAMOTO	66

## Panel Discussion 1

Comments by Panelists

The Roles of Social Capital in Community Revitalization .....	NAOTO YAMAUCHI	71
Housing Policy in Aged Society: From a Housing Safety Net Viewpoint .....	MARIKO SONODA	81
Uneven Spatial Distribution of Health and Long-Term Care Resources and People's Incentives in the Community .....	HARUKO NOGUCHI	93

## Panel Discussion 2

Discussion .....	NOBUHIRO OKUNO, NAOTO YAMAUCHI, MARIKO SONODA, HARUKO NOGUCHI, SHUZO NISHIMURA and YOSHINORI ITO (Moderator)	104
------------------	---	-----

## Research Notes

The Effect and Base of a Self-organized Program at a Welfare Center for the Elderly: Focus on Health-related Quality of Life .....	KOTA OGASAWARA, AKIRA YONEZAWA and TAKASHI ISE	122
The Political Process of Public Pension System Unification .....	KENJI MIYATA	135

## Report and Statistics

Social Security Law Case .....	KENJI SHIMAZAKI	144
--------------------------------	-----------------	-----

## Book Review

Ritsu Yamamura, <i>Support Model and Public Policy for Working People with Psychiatric Disabilities: the Policy Maintaining the Effectiveness of the Model</i> .....	KINICHI AIZAWA	155
Yoshio Higuchi, Tamaki Miyauchi, C.R. McKenzie and the Joint Research Center for Panel Studies, Keio University (eds). <i>The Dynamism of Parent-Children Relationships and Household Behavior: Education, Health and Employment in a Fiscal Crisis. Policy Evaluation Analysis Using Panel Data Volume 3</i> .....	KENGO YASUI	159

Edited by

National Institute of Population and Social Security Research  
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO • JINKO MONDAI KENKYUSHO)