

比較すれば低いけれども、絶対的評価としては低いとは言い切れないだろう。なお、現在の都道府県制でも仙台市では宮城県の人口の約半分が集中している。

下のグラフは、現在の市の要件である人口3万人の自治体割合をグラフで示したものである。時系列で出していないが人口が減少していく中で当然現在から段々とその割合は増えていく傾向にある。ここでも顕著なのが北海道であり、札幌市に人口が集中している一方でやはり小規模の自治体も相当あり90%を超えている。だが、北海道だけではなく全国的に見ても中国・四国州も90%を超えており、また東北州でも86%と高い割合になっている。大都市圏の中部州、関西州でも70%前後と高い割合を示している。南関東州だけが40%となっており、それ以外のところでは高い割合であるといえる。これはこの後の節でも述べるが、基礎自治体の権限強化によって都道府県の権限の受け皿にすることが道州制導入の前段として必要であり、市町村合併を推進している中央の動きは、このことによって説明される。仮に現在の基礎自治体である市町村が合併をしないという前提での展望ではあるのだが、市の規模に至らない基礎自治体がこれだけ多いと県からの権限移譲の受け皿として機能しない。つまり、分権が進まないことも考えられる。こうなると、権限が今後移譲される、あるいはされている政令指定都市、中核市、特例市等と、それ以外の小規模自治体との権限の格差が広がってしまう恐れも指摘できるだろう。この格差がどの程度になるかについては、やはり具体的な道州制の内容と、調整措置のあり方についての議論の推移を見ていく必要がある。ただ、現在でも以下に述べるように小規模の自治体の権限を都道府県に逆に移譲しようとする提案もあり、また道州制の議論の中でも圏域が広すぎるということを勘案して大都市圏においては、広域自治体を設定してそこに道州から権限を移譲して自主性高めようという提案もある。ますます小規模の自治体の権限がなくなり、相対的に大都市圏の権限が集中してしまう可能性もある。

## (2) 基礎自治体の強化—合併、指定都市、中核市

1998年12月に公布された改正合併特例法により、市町村合併が進んだことによって、1999年3月には3,232あった市町村は、2006年4月には1,820にまで減少し再編された。市町村合併の意義としては、市町村財政の基盤強化、少子高齢化に伴い増大するサービスの人材確保や体制整備、行政の効率化が挙げられている。実際の合併における効果としては、市町村の合併に関する研究会によれば、市町村三役、議員の縮減によって全体で年間1,200億円もの節減が可能になったとも言われ、また合併団体の定員は合併しなかった団体と比して多く減少されることが予測され、長期的には行政組織の効率化に資することが指摘されている。また、給食の配食サービス等、合併により広域的なサービスを効率的に実施することができるようになった事例もある。また、これ以外にも合併により農産物の生産高が日本一になったり、近隣の観光スポットを統合することでブランド化できる等地域の活性化の事例もみられ、合併による行財政、地域経済への効果は今後も多くなっていくだろう。

一方で合併によるデメリットとしては、広大な面積の市のうち地理的に周縁に位置するようになってしまうと行政サービスが疎かにされてしまう恐れがある、地域住民の地域への求心力や地域への愛着が乏しくなる、市役所の窓口が遠くなる等の影響が指摘される。これらの対応策としては、引き続き旧市町村単位で設けられる地域審議会、合併特例区等の制度が設けられることとなった（これについては後述する）。これらのデメリットも指摘されつつ、また福島県矢祭町の例にみるように合併をしないことを宣言する自治体もあるが大勢として見れば合併は急激に進展していった。

合併の大きな目的のひとつとして、規模を大きくすることによって中核市、政令指定都市といった権限が都道府県から移譲される制度を利用する意図を有する市もかなり多く、これが合併理由で最も多い。実際、99年以降合併により、さいたま市、静岡市、新潟市、浜松市（ちなみに同様に政令指定都市となった堺市は合併せずに指定された）が政令指定都市となり、神奈川県相模原市のように現在、政令指定都市を目指している合併市もある。政令指定都市では人口要件が50万人以上、中核市では人口30万人以上となっており、近隣自治体との合併によりこの要件を満たそうとする動きは現在でも見られる。ちなみに2006年度末における政令指定都市は17、中核市は35である。

政令指定都市、中核市になれば様々な権限が配分される。例えば、中核市では一般市から移行する場合、約3,000もの事務権限が一気に移譲されることとなる。例としては、養護老人ホームの設置認可・監督、母子相談員の設置、健康増進のための事業、産廃処理施設の許可等の権限が移譲される。政令指定都市ではこれらに加えて県道、一部国道の管理、都市計画決定、児童相談所の設置等が加わる。重要な権限の分配により地域に即した政策策定が可能となるとされる。また、交付税の算定においてもこれらの都市は優遇されることとなる。権限と財源が増大して主体的なまちづくりが可能になる。

一方では前章で指摘した格差がここでも生じる可能性がある。例えば、中核市の権限には保健所の設置がある。保健所は、複数の市町村がグループ化された圏域ごとに1つ作られているが、当該保健所を設置していた市が急に中核市となった場合、その保健所は圏域の保健所ではなく、その中核市の保健所になってしまう。つまり、圏域に保健所が不在になってしまうのである。いわば「持てる」市と「持たざる」市が一瞬であれ生じてしまう。逆にこのことが合併を進める上でのインセンティブになりうることはできるだろうが公平性という観点からは望ましいとはいえない。

### 3. 制度改革の方向性と影響

以上で道州制と市町村合併を採り上げ今後の地方制度についての展望について検討を行ってきた。さて、これらの動向を総合的に俯瞰してみると、分権にはどのような方向性が見出せるだろうか。まず、自治体の自律を促そうとする改革であるといえよう。現在でも小泉政権下での「三位一体の改革」は踏襲され引き続き財源の再分配は課題となっている

が、道州制は財源だけではなく、権限をも含めた統治体系の見直しとなっている。これは、道州を1つの政府とみなし、交付税などの調整のための財源を廃して、行政運営を自前で行ってもらうことを予定している。これは道州だけではなく市町村についても同様である。そして、自治体の自律度を高めるということを前提として、もう1つの方向性としては、基礎自治体である市の権限強化と、道州の創設による県の「換骨奪胎」が指摘できよう。現在進んでいる市の合併による再編と政令指定都市、中核市の増大は基礎的自体の基盤を強化し、権限を県から「奪い取る」。さらに将来道州制が導入されるならば県は廃止されてしまうだろう。こうなってしまうと、もはや広域自治体としての都道府県は名実ともに消滅してしまう。ただ、このような改革をしていくためには、下準備としてまず現在県で行われている事務を処理できるような基礎的自治体づくりが必要であろう。受け皿がなければ、権限を移譲しようがない。合併が急がれているのはこのような理由にも拠る。道州制に道筋をつけるための行程であるのだ。特例町村が一時提唱され、合併を望まない小規模町村については、その権限を逆に県に移譲してしまうことで、合併へのインセンティブとする動きもあるが、これもあくまで合併を押し進めるための過渡的な手法であり、道州制導入後には基礎的自体の単位にこれらの権限は降ろされることだろう。

表一 制度と要件、権限

	人口要件	数	移譲される主な権限
政令指定都市	50万人	17	都市計画、社会福祉、生活保護、土地区画整理等
中核市	30万人	35	都市計画の一部、道路法に関する事務等
特例市	20万人	44	保健所設置、民生行政、建築許可等

2007年4月現在

このような制度下ではどのような影響が起きうるだろうか。1つは、自治体間競争の発生と行政サービスの格差だろう。自治体間で格差が起きることについては、既に前段で指摘したが、それと同時に財政力の格差があるということは提供するサービスの質にも格差が発生する可能性がある。これはかつていわれていた行政サービスの公準「ナショナル・ミニマム」からの転換である。全国一律に同一水準の行政サービスを目指していた時代は終わり各地域間での多様なサービスを認めていくことになるだろう。既に介護保険の保険料の違い、独自課税等があり各自治体で差異が見られるが、道州制はさらにこの格差を容認することとなるだろう。この場合、格差を積極的な意味で捉えるならば、自治体間での競争が起き、住民が自分の住む自治体をサービス等で比較して、自分で選ぶ時代になるかもしれない。ただ、住民の流動性はそれほど高くない可能性がある上、職場との近接性等の地理的条件、地域への愛着といったその他の要因も居住地の変更の際の決定要因としては大きな要素を占めるだろう。特に、高齢者の定住志向は高いとされる。また、バブル後の地価下落の後、都市の建築規制が緩和され、開発が進み都市部に利便性の高いマンション

等が建設されている。これらの売り上げが好調であることから、住民の移動流動性は高まったとしても、それは結局都市部に向かうものとなるかもしれない。こうなってしまうと、さらに年の人口集中、人口、経済条件の格差の拡大を招くこととなる。また、住民にとってサービスの質を知るには、評判も情報となるだろうが、その質については実際に受けてみないとわからないところがある。ゆえに、より重要となるのは税、料金等の徴収されるお金の額であろう。税源移譲がされ自主的な課税の余地が高まるとすると、州によって税率、サービス提供の際の一部負担金が異なってくるだろう。これは、直接的、かつ、客観的に理解しやすい判断指標である。この点でも財政基盤が豊かな州と、そうではない州とでは住民を流入させる力に差が出るだろう。

#### 4. コミュニティと分権

さて、昨今の分権の議論ではコミュニティの役割云々までに言及するものは少なくなってしまったようであり、主に中央と地方の駆け引きにばかり焦点があてられている。だが、あまり目立つ動きではないものの、コミュニティレベルでの住民が主体となった自治組織についてもいくつかのアイデアが提出されている。現在の協働とは政策事業レベルでの、しかも実施レベルでの行政と住民の協働が主であり、それはいわば「刹那的」なパートナーシップである。しかし、自治組織は一定の恒常性を持った組織という点で非常に興味深い動きである。地方と分権の根拠のひとつとして10年程前にはよく「補完性(subsidiarity)の原則」が言われていた。これは、ローマ・カトリックの教義に由来するものであるが、要するにボトム・アップ式に個人でできないことは互助で、互助でも賄えないものはより大きいコミュニティで、さらにそれが無理であれば基礎自治体、さらにそれが無理であれば広域自治体、国と徐々に上がっていく。この原則が意味するところは、できることはできるだけ身近なレベルで対応するべきであるということだ。ここにはいわゆる自治の本質、精神が表れているが、コミュニティレベルでの重要な互助的主体となるのが地縁組織だろう。フォーマルな法人格を有するとは限らないが、町内会、自治会は行政的役割を果たすことができる。しかし、これらの多くは現在では単なる政策「実施」の際の受け皿にしか過ぎない。合併による広域化が勧められる一方で、もっと狭い生活範囲としての実質性を持った、また歴史的な同一性を持った「地域」単位での政策策定には単に実施するだけでなく、立案もコミュニティレベルで行政と協働する必要があるのではないだろうか。

この点に関連すると考えられる動向として、02年に第27次地方制度調査会において、まず東京大学の西尾勝名誉教授が私案として住民自治のために基礎自治体の内部団体として住民による自治組織を提唱したことが挙げられる。その後、合併後の旧市町村単位での住民自治のために地域自治組織の創設が議論されたが、これは基礎自治体の事務処理の一部を担い、また住民の意向を反映させるための組織として想定された。このような流れの中で、地域自治区、合併特例区といった広域化する基礎自治体内での新たな区域が制度化さ

れた。地域自治区については、法人格のない旧市町村単位で設けられる区画であり、また合併特例区は法人格を有する区画である。これらではそれぞれ地域協議会、合併特例区協議会が設けられ構成員は市町村長から選任される。地域の意見の取りまとめを行い、合併特例区では予算に関する重要事項を定める場合には協議会の同意が必要となる。地域自治区では、区域に関わる重要な事項を決定するには協議会の意見を聞かなければならないとされている。現在、地域自治区は38団体、合併特例区は6団体が設置されており、急激に広域化した市の区域の中で従来の圏域に配慮する仕組みとして機能している。

## 5. まとめに代えて

最後に、高齢社会における影響を事務権限の点から考えてみたい。冒頭で挙げた道州、県、市町村の役割分担の表を掲げた。このうち、高齢者関連では年金は公平性が望ましく国で一元的に扱うことが望ましいだろう。理論的に考えるならば全国で均一な水準で提供されるべきであると考えられるサービスは、国で提供されるべきと考えられる。医療は道州レベルとされ、保健衛生は現在、健康増進など一部は市町村で担われているがこの表では道州に含まれている。また、福祉サービスは基礎自治体で提供されるべきとされているが、对人的サービスでは身近なレベルの自治体が提供を担うことが望ましいとされる。福祉サービスは民間企業、NPO等が担っている部分が多いが、いずれにしても都市によって質に格差が生じる可能性はある。特に、介護保険サービスが既に民間に開放されている以上、需要の多い(あるいは今後多くなると考えられる)ところに集中してしまう恐れはあるだろう。

高齢者医療については、2008年度から創設される後期高齢者を対象とした新たな医療保険制度が県単位で運営される予定である。道州制により県が廃止された場合には、道州に移管されると考えられ、リスクプールの単位として適切であるかは別として、医療保険は現在の市町村を単位とする国民健康保険よりも広域的な単位で運用されることとなるだろう。この場合、国民健康保険では市町村単位でのリスク調整が課題であるの同様に、道州単位でのリスク調整が課題となるだろう。現在の健康保険では被用者、政府管掌健保間で高齢者医療費のための調整がなされているが、このような各保険者間、道州間での調整装置を制度化する必要があるのではないだろうか。少子化に関する権限については、一般的な医療体制では道州単位、あるいは設けられるとすれば医療圏単位で小児医療、産婦人科医療も構築されていくだろう。一方、母子保健に関しては政令指定都市、中核市に移譲されており、今後の中心主体は市町村単位となるだろう。また、少子化対策に関してはおそらく道州レベルに移されると思われ、各州での独自の取り組みが現れるようになるだろう。

さて、全体的な動向として、基礎的自治体の広域化と権限強化、県と国の役割を道州へという2つのベクトルが今後の地方制度改革では見出せることを指摘してきた。だが、まだ結局のところ具体的な権限、財源の配分の議論は今後の課題であり、高齢社会、将来社

会にどのような影響を与えるかを明確に推察することは制度の概要が決定されない限り難しい。だが、一連の改革により、もたらされる一番の影響とは、行政サービスの質もメニューも、多様となることだろう。これは戦後の行政のあり方を大きく変えることとなる。ここでは、一種の競争原理が働くこととなる。既に義務教育では、学区を越えて自由に学校を選べるようになっているが、このような住民が自らサービス、そして自治体を選択するようになる。ただ、何度も言うように各州では持てる資源に大分差がある。さらに言えば、民間サービスと行政サービスの顧客の奪い合いとなることも考えられる。ただ、この場合でも民間は採算性によって参入を判断すると考えられる。住民にとってはサービスの選択肢が広がりがある都市部に流れていく

この点に関する配慮が分権を進める上では必要であろう。

#### 参考文献

地方自治制度研究会編(2006)『道州制ハンドブック』ぎょうせい。

片山淳(2005)『地方制度キーワード』ぎょうせい。

大野松茂(2005)『道州制』マネジメント社。

田村秀(2004)『道州制・連邦制：これまでの議論・これからの展望』ぎょうせい。

## IV. 未来社会の疾病と医療

### 1. 労働者の高齢化による疾病構造と QOL の変化に関する研究

佐藤敏彦（北里大学医学部公衆衛生学・衛生学）

和田耕治（北里大学医学部公衆衛生学・衛生学）

### 2. 将来の医療需要の時間的空間的推定について

平尾智広（香川大学医学部病院管理学）

### 3. 公的医療保険の必要性とその条件：高齢化と医療保険制度

松本邦愛（東邦大学医学部医療政策学・経営学講座）

### 4. 未来社会の医療システム

長谷川敏彦（日本医科大学医療管理学教室）

# 労働者の高齢化による疾病構造とQOLの変化に関する研究

佐藤敏彦、和田耕治

研究要旨：2007年問題と言われるように、労働者の大量退職は個人の健康や生活にも大きな変化を与えるが、同時に社会にも大きな影響を与える可能性がある。また、一方で年金の支給開始年齢のことも考慮され、今後は早くても65歳まで、また可能であれば70歳まで働くことが求められると考えられる。本研究では労働者の退職年齢の延長が、疾病構造ならびにQOLにどのような影響を与えるかを予測し、今後の高齢化社会に必要な対策を検討するものである。

## 1. 研究目的

2007年問題は、1947年前後に生まれた団塊の世代が一斉に定年退職を始める年が2007年として取り上げられるようになった。これにより、労働人口が変化し、オフィスビル事業の変化、ノウハウの伝承問題、退職金問題など様々な課題が持ち上がっている。

こうしたことに対応して、現在、改正高年齢者雇用安定法のもと、定年の年齢の引き上げが行われている。平成18年4月1日から65歳未満の定年の定めをしている事業主は、高年齢者の65歳までの安定した雇用を確保するため、以下のいずれかの措置を段階的に講じなければならない。1. 定年の引き上げ、2. 継続雇用制度の導入、3. 定年の定め廃止。平成23年までに65歳定年という引き上げが義務とされている。

一方、平成19年度の高齢社会白書では次のように述べられている。”「65歳」＝「高齢者」＝「支えられる人」という固定観念を捨てること。高齢者は総じてみれば元気で就労や社会参加に意欲をもった人たちである。今後は、高齢者を高齢社会を支えることが可能な貴重なマンパワーと位置付け、国民の中にそういった意識を醸成していくことが求められる“。

また、年金の支払い開始を67か68歳にするということもすでに検討されており、近い将来70歳となることも指摘されている。今度は少なくとも70歳まで働くことが求められようとしている。

一方で働くということは健康の決定要因の一つである。先行研究で働いていないことと死亡率は明らかな関連が示されている。また、働いていないまたは、



仕事の不安定性は高血圧と関連しているといわれている。さらに働いていない人は自覚的健康度が低いともしめされている。つまり働く続けることが健康に有益であるとも考えられている。

55歳から69歳の不就業者の割合を資料の6枚目のスライドに示した。不就業者は、年代が上がるにつれて上昇している。

55から69歳で、働く意欲があるにもかかわらず、働いていない人にその理由を聞いた調査によると、最も多い理由は、「適当な仕事が見つからなかった」で、半数近い。次に多いのは「健康上の理由」で、約20%から30%である。その他には、「家族の健康上の理由（介護など）」が男性で3から4%、女性で10%前後。女性の方が介護などの負担が多いようである。「家庭の事情」が男性で1から2%で、女性では7から11%であった。これらの項目では、「健康」に関連した理由は大きな割合をしめていると言える。

では、「働きたいと思っているが、自分の健康が理由で仕事に就けない」という人はどのくらいいるのだろうか。具体的に示すために、55-59歳、60-64歳、65-69歳の年齢階層別に日本全国からそれぞれ100人を無作為に選んだとする。そうすると、男性では、55-59歳で3.9人、60-64歳で8.3人、65-69歳で18.4人が「働きたいと思っているが、自分の健康が理由で仕事に就けない」と答えた人である。同様に、女性では55-59歳で12.4人、60-64歳で10.6人、65-69歳で9.8人であった。男性の65-69歳の「働きたいと思っているが、自分の健康が理由で仕事に就けない」と答えた人の割合はそれなりに多い。もちろん、働いていないことの原因を問われた時に“健康”を理由にしやすいという可能性もある。しかし、健康に関して何らかの取り組みをすることで就業が可能になる可能性もある。

また、「働きたいと思っているが、自分の健康が理由で仕事に就けない」という人は、男性では年齢が上がるにつれその割合は増加しているが、女性ではやや減少傾向にあることは興味深い。女性は「適当な仕事がない」という選択肢を選ぶようになったからかもしれない。

退職は人生の様々なイベントの中でも環境の変化という面では大きな影響を及ぼすと考えられている。中には社会活動や自営などを始める人もいるであろう。趣味などがあっても多くの人が生活リズムが代わり、身体的にも精神的にも機能が低下する可能性がある。

こうした背景をもとに、本研究の目的を以下に示す。1. 退職後の健康管理、健康状態の変化を明らかにする。2. 健康状態の変化、不就業に関連する要因を明らかにする。また上記の結果をもとにわが国における60歳から70歳の疾病構造の変化とQOLの変化を推測する、

## 2. 研究方法

研究方法としてまず、第 1 段階として就業の有無が健康状態に与える影響を明らかにする。第 2 段階として年齢と健康状態の時代的変遷を明らかにする。第 3 段階として人口の高年齢化と就業の有無の二つの因子と健康状態の関係を明らかにする。

第一段階では、某企業または市町村において、2008 年 3 月末に初めての退職をする労働者約 250 名を対象とする。2008 年度に第 1 回のベースライン調査を退職前に行う。その後、毎年郵送法にて自記式の質問票に回答を求める。質問票は基本情報、職業に関する経験や能力、就業に関する認識、仕事の満足度、必要とする健康管理の現状、SF-8 のような QOL に関する指標やメンタル面ではうつに関連した項目を含むことを検討している。

第 2 段階としてはこれまでの人口の年齢構成からその変化を推測し、年齢と健康状態の今後の変遷を予測する。

## 3. 研究結果

期待される成果としては、目的に示すように、1. 退職後の健康管理、健康状態の変化を明らかにする。2. 健康状態の変化、不就業に関連する要因を明らかにする。また上記の結果をもとにわが国における 60 歳から 70 歳の疾病構造の変化と QOL の変化を推測する。これらにより高齢化を迎えるわが国における今後に必要な対策について提言ができると考えられる。

## 4. 結論

本報告書においては、現在予測される労働者における高齢化についてレビューをおこなった。さらに今年度以降に行う研究計画を示した。

## 5. 参考文献

1. 高齢者白書. 内閣府. 2007
2. 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 16 年高年齢者就業実態調査結果の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/keitai/04/>
3. 厚生労働大臣官房統計情報部. 患者調査. [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-1999/99f0\\_132.htm](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-1999/99f0_132.htm)
4. NHS. Worklessness and health-what do we know about the causal relationship. <http://www.renewal.net/Documents/RNET/Research/worklessnesshealthwhat.pdf>
5. Franco OH et al. Ten recommendations for the future of ageing research

- in the UK: a vision for action. BMC Geriatrics 2007;7:10.
6. Quadagno et al. Recent trends in U.S. social welfare policy: minor retrenchment or major transformation? Research on ageing 2006;28:303
  7. Friedman J et al. Work and retirement among elderly in Vietnam. Research on aging 2001;23:209
  8. Collins SK. Valuable human capital the aging health care worker. The Health Care Manager 2006;25:213-220.

長寿科学の推進に係る  
グランドデザインの研究  
班会議 2007/05/24

**労働者の高齢化による疾病構造の変化  
に関する研究**

北里大学医学部 衛生学・公衆衛生学  
和田耕治・佐藤敏彦

**改正高年齢者雇用安定法**

- 平成**18年4月1日**から、**65歳未満**の定年の定めをしている事業主は、高年齢者の**65歳までの安定した雇用を確保**するため、以下のいずれかの措置を講じなければなりません。
  1. 定年の引上げ
  2. 継続雇用制度の導入
  3. 定年の定め廃止

**2007年問題**

- **1947**年前後に生まれた団塊の世代が一斉に定年退職を始める年。労働人口の変化によるオフィスビル事業の変化、ノウハウの伝承問題、退職金問題など様々な問題を生む。

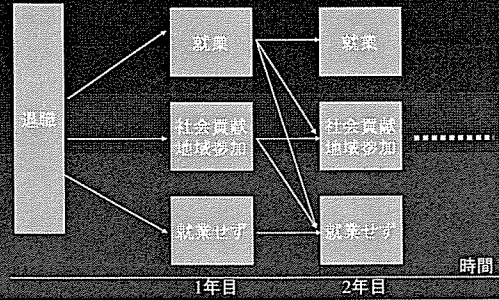
**“24時間働けますか？”から  
“70歳まで働けますか？”の時代へ**

- 急速な高齢化
- 年金支給の段階的引き上げ
- 労働者人口の変化

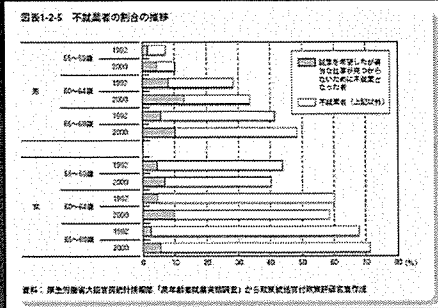
## 仕事は健康の決定要因の一つ

- 先行研究で“働いていないこと”と死亡率は明らかな関連がある。
- “働いていない”、仕事の不安定性は高血圧と関連。
- 働いていない人は自覚的健康度が低い。

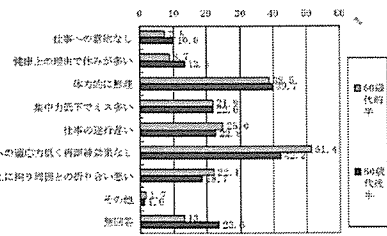
## 退職後の就業に関する流れ



## 不就業者の割合



図表6 企業が高齢者にはできないと判断した理由

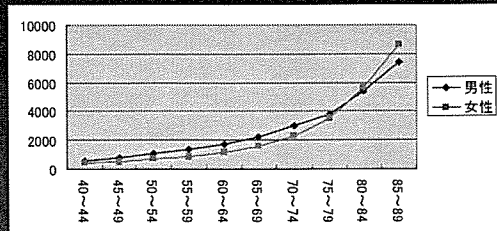


【資料】(財)高齢者雇用開発協会「高齢社会対応型セブホリと高齢者雇用の可能性に関するアンケート調査」

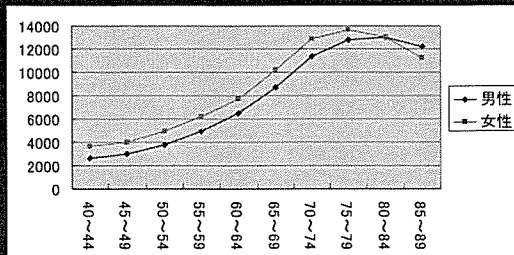
## 仕事をしたいと思っているが 自分の健康が理由で仕事に就けない人

性別	年齢	割合 (%)
男性	55-59	3.9
	60-64	8.3
	65-69	18.4
女性	55-59	12.4
	60-64	10.6
	65-69	9.8

## 平成14年受療率 入院(人口10万対)



### 平成14年受療率 外来(人口10万対)



### STEP1: 就業の有無が健康状態に与える影響

- 某企業または市町村において、**2008年3月末**に“初めての退職”をする労働者約**300**人。
- **2008**年度に第1回のベースライン調査を退職前に行う。その後毎年郵送法にて自記式の質問票に回答を求める。

### 研究の目的

- 退職後の健康管理、健康状態の変化を明らかにする。
- 健康状態の低下、不就業に関連する要因を明らかにする。
- 上記の結果をもとに、数年後のわが国における**60**歳から**70**歳の疾病構造の変化を推測する。

### 測定項目

- **Demographic**
- 職業に関する経験や能力、就業に関する認識、仕事の満足度
- 健康管理の現状、必要とするサービス
- **QOL, Work ability index**
- 身体的側面
- 精神的側面

### 研究方法

- **STEP1** 就業の有無が健康状態に与える影響を明らかにする
- **STEP2** 年齢と健康状態の時代的変遷を明らかにする
- **STEP3** 人口の高年齢化と就業の有無の二つの因子と健康状態の関係を明らかにする

### STEP2 年齢と健康状態の時代的変遷を明らかにする

- **STEP1**と年代別の疾患毎の受療率などを考慮し、時代的変遷を検討する。
- その後、**STEP3**人口の高年齢化と就業の有無の二つの因子と健康状態の関係を検討する。

# 将来の医療需要の時間的空間的推定について

平尾智広

## 1. はじめに

将来の医療供給体制を考える際に重要なことは将来需要の把握である。わが国全体では、今後数10年の間に総人口の減少と高齢人口の増加が予測されているが、主に対面からなる医療サービスの場合には、空間的要素を考慮した需要予測が不可欠である。本研究の目的は、①将来の医療需要を時間的空間的視点から予測し、②その問題点を明らかにし、③理想的提供体制のあり方について提案を行なうことである。初年時は将来の医療需要の予測とその問題点の一部について明らかにした。

## 2. 方法

### 1) 対象地域

対象地区は四国（徳島県、香川県、愛媛県、高知県）である。四国地区は人口が密集する県庁所在地周辺、人口がまばらな山間部・島嶼部など、様々な特徴をもつエリアからなる。人口あたりの医師数・医療施設数は多いが、域内の偏在や医師の高齢化など提供体制の構造的問題を抱えており、地方における将来の問題点が多く含まれている。

### 2) 推定方法

用いたデータは、平成12年国勢調査地域メッシュ統計（徳島県、香川県、愛媛県、高知県）性・5歳階級別人口、第19回完全生命表、平成12年国勢調査性年齢階級別人口である。地域メッシュは約500メートル四方の長方形からなり、メッシュ内の統計情報が整備されている。

まず完全生命表より5歳階級 $qx$ を算出し、次に各メッシュの5歳階級人口に $qx$ を乗じることにより、5年後の $n+5$ 歳の人口推定を行なった。

$$(\text{メッシュ A の 2005 年の } x+5 \sim x+10 \text{ 歳人口}) = (\text{メッシュ A の 2000 年の } x \text{ 歳} \sim x+5 \text{ 歳人口}) \times 5qx$$

出生数は2000年の15-44歳女性人口と0歳児の比を求め（いずれも全国）、毎年同数の出生があると仮定して推定した。

$$(\text{メッシュ A の 2005 年の 0-5 歳人口}) = (\text{2000 年の全国 0 歳児人口} \div \text{2000 年の全国 15-44 歳女性人口}) \times (\text{メッシュ A の 2000 年の 15-44 歳の女性人口}) \times 5 \text{ 年}$$

以後 $qx$ 及び、0歳児・15-44歳女性比は不変と仮定し、2010年、2015年、2020年、2025年、2030年のメッシュ内人口推定を行なった。

なお、本予測では人口の自然増減のみを考慮し、社会移動は考慮していない。本研究の対象である高齢者については比較的社会移動が少ないと考えられることから、大きな乖離は無いと考えている。但し分母に全人口を用いたため、高齢化率については少なく見積もった可能性はある。

### 3. 結果

#### 1) 高齢者の割合（高齢化）の時系列変化

高齢者の割合は年々増加するが、65歳以上の割合は2025年、70歳以上の割合、75歳以上の割合は2030年以降にピークとなると予測された。また人口が密集していない山間部や島嶼部の高齢化が先行し、その後平野部や都市部の高齢化が進行していた（表、図1）。

#### 2) 高齢者の人口の時系列変化

高齢者の人口も年々増加するが、2010年を過ぎると人口密集地区と非密集地区で異なる傾向が見られた。人口が少ない地区では、70歳以上人口は2010年、75歳以上人口は2015年を境に減少に転じていた（図2、3）。地図上に投影するとその傾向はさらに明らかになり、山間部や島嶼部では高齢化は進展するものの、高齢者人口そのものは減少に転じていた（図4、5）

### 4. 考察

本研究では医療需要の高い高齢者数（70歳以上、75歳以上）の将来予測を行なうことにより、将来の医療需要の予測を行なった。全体として高齢者数の増加による医療需要の増加が予測され、高齢者向け医療提供体制の構築が急がれる。本研究の新知見として、人口の希薄な山間部・島嶼部では今後高齢化は固定するが高齢者の数は減少することが明らかになったが、わが国の国土の多くを占める山間部・島嶼部における将来の医療提供体制について、根本的に見直す必要があるのかもしれない。

本年度の分析は高齢者に焦点を絞ったものになったが、若年層の需要予測にも対応するため、平成17年国勢調査等の新データの採用、社会移動も考慮した予測モデルの精緻化を行なう予定である。

### 5. 結論

- ・ 医療需要の高い高齢者（70歳以上、75歳以上）の割合・数ともに都市部では増加する。
- ・ 人口密度の低い山間部・島嶼部でも高齢化が進むが、高齢者人口は減少に転じる。
- ・ 将来の人口非密集地区の医療提供体制については、従来の概念を捨てた見直しが必要となる可能性がある。

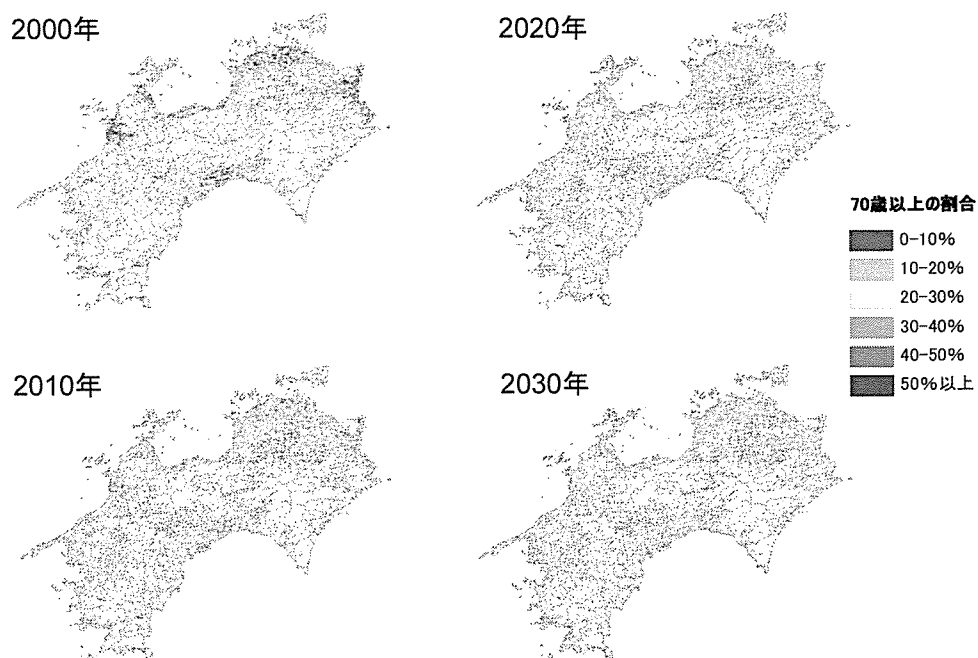
表

高齢者の割合の推移(メッシュの平均)

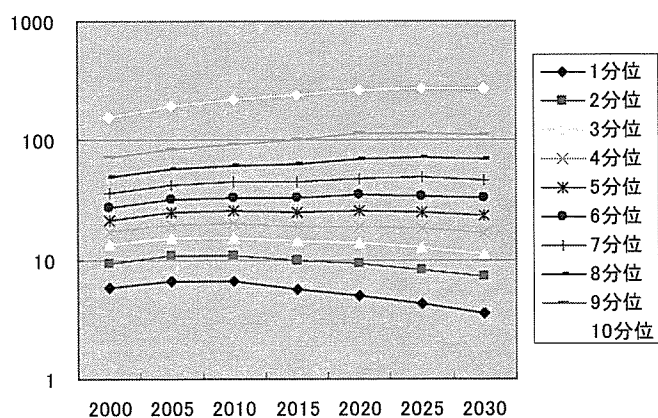
year	65歳以上の割合	70歳以上の割合	75歳以上の割合
2000	30.0%	21.7%	13.4%
2005	33.5%	26.4%	18.2%
2010	35.5%	29.0%	21.9%
2015	38.7%	30.2%	23.7%
2020	40.4%	32.7%	24.2%
2025	40.6%	34.1%	26.3%
2030	39.7%	34.1%	27.4%

図 1

## 70歳以上の割合の予測(地域メッシュ単位)



70歳以上の人口(総人口10分位別平均)



75歳以上人口(総人口10分位別平均)

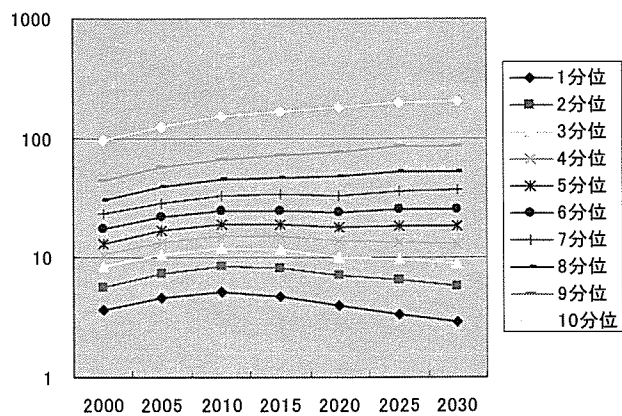


図 2

総人口の 10 分位

1 分位	24 人以下	6 分位	118-167 人
2 分位	25-41 人	7 分位	168-241 人
3 分位	42-60 人	8 分位	242-368 人
4 分位	61-85 人	9 分位	369-666 人
5 分位	86-117 人	10 分位	667 人以上

図 3



図 4

### 2000年を起点とした70歳以上人口の増減 (地域メッシュ単位)

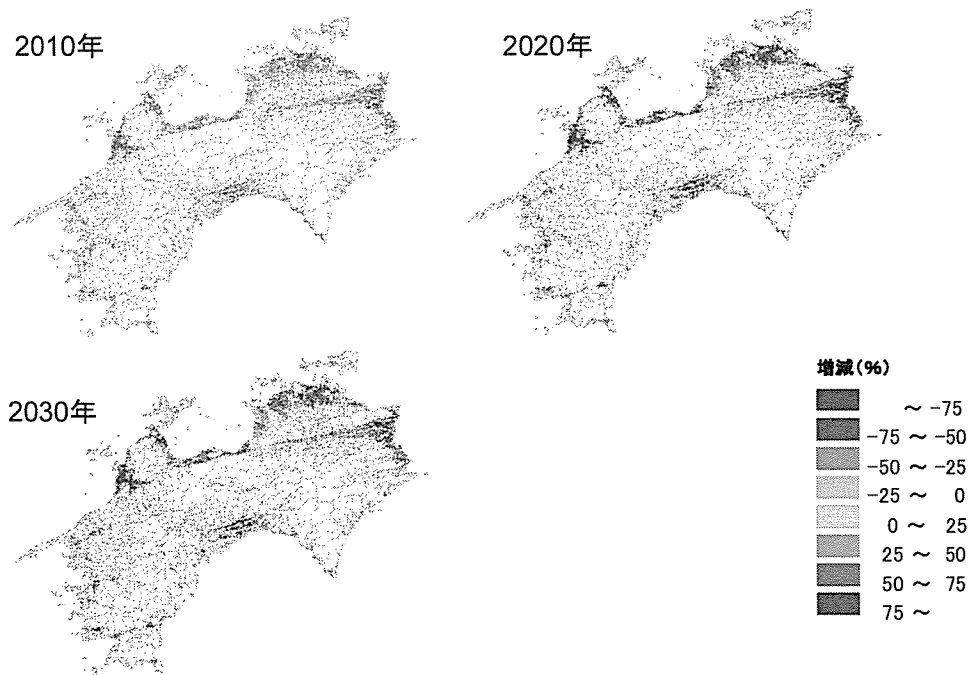
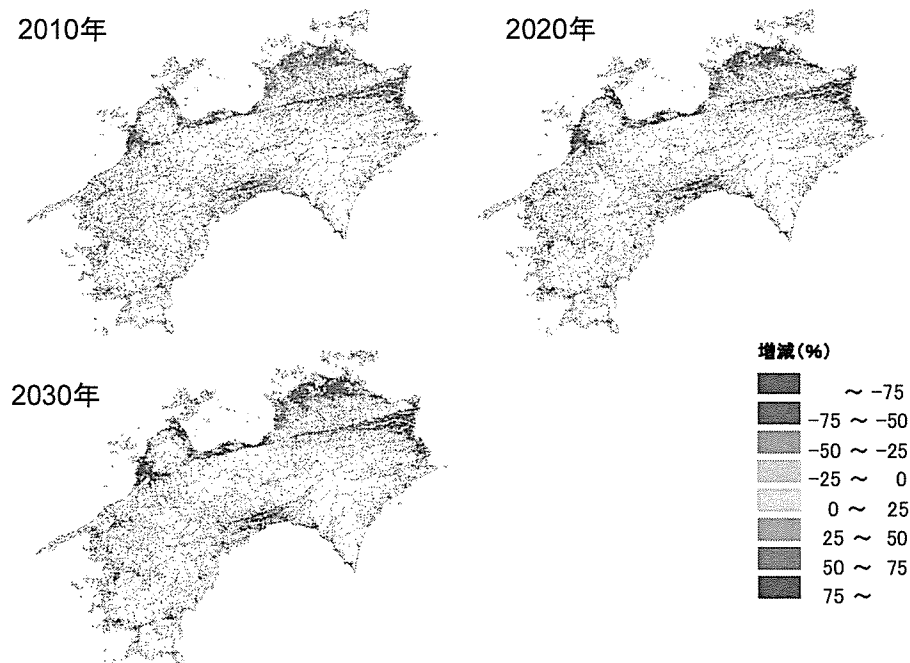


図 5

### 2000年を起点とした75歳以上人口の増減 (地域メッシュ単位)



# 公的医療保険の必要性とその条件：

## 高齢化と医療保険制度

松本 邦愛

### 1. はじめに

国連の統計によると、1960年の日本の男女を合わせた平均余命は67.7歳で、OECD諸国の中ではほとんど最低の水準であった。しかし、1980年の日本の平均寿命は同統計では76.1歳であり、これは世界第一位の水準である。すなわち、日本はこのわずか20年間の間に全ての先進国の平均寿命を追い抜いてしまったのである。

このような急激な平均寿命の伸長はおそらく世界でもほとんど類を見ないものであり、その要因に関しても様々なものが考えられている。高度経済成長による生活水準、栄養状態の改善や、医療資源の充実、教育の普及などは、平均寿命の伸長に影響を与えてきたことが推測されるだろう<sup>1</sup>。そしてまたこの様な多くの要因の一つに国民皆保険の影響があることも容易に想像できるであろう。

日本では、1961年に公的医療保険が全ての国民を対象とするようになり、国民皆保険が達成された。この国民皆保険のおかげで、医療機関へのアクセスは所得の水準に大きく左右されることはなく、大部分の人が医療機関へのアクセスが保証されたのである<sup>2</sup>。国民皆保険が直ちに平均寿命を世界一にしたと論じるのは暴論であろうが、少なくともそのための下地を整えたことは確かであろう。しかし、国民皆保険の達成から50年近くが経過して、現在、保険制度は財源の問題から大きく揺らぎ始めている。ここでは、こうした医療保険の必要性と、社会の高齢化がもたらした制度の揺らぎについて論じてみよう。以下、第2節では医療保険成立の条件を、第3節では私的医療保険と公的医療保険の比較を、第4節では公的医療保障の二つの方式の比較を行い、第5節以降で日本の公的医療保険の整理と社会の高齢化によって起きてきた問題点について述べる。

### 2. 医療と保険

経済学的に見た場合、保健医療サービスは他の財やサービスと比較して明らかに異なった特徴を持っている。それは、①いつ需要が発生するか予測しづらいこと、②サービスの受け手と供給側で情報の非対称性が大きいこと、③感染症対策などの保健医療サービスは公共財としての性格を持つこと、などである。保健医療サービスの取引は、市場メカニズムに任せて自由に取引していたのでは、必ずしも効率的な結果をもたらせない「市場の失敗」の例としてあげることが出来るだろう。特に、上記にあげたうちで①の「いつ需要されるか予測しづらい」という特徴は重要である。自分がいつ病気になるか、あるいは何が

をして医療サービスを受けるかは、ほとんど予測不可能であるし、一度病気やけがをすると直接かかる医療費だけでなく、健康であれば得られたであろう収入も失ってしまうのである。このような状況においては保険が非常に有効であることが知られている。ある一定の金額を前もって支払っておけば、保険料は事前に予測可能であり、もしもの時に被る損失が少ない額で済むのである。

保険はリスクを避けるための一つの方法であり、リスクを多人数で分散させてその一人当たりの負担を小さくしようとするものである。例えば、ある 100 人からなるコミュニティがあり、確率 1% で確実におきることがわかっている疾病があるとす。すなわち、このコミュニティの誰かがこの疾病を患うのである。この疾病にかかった時かかる費用を 100 万円としよう。疾病にかからなければ、この疾病のためには 1 円も払う必要はないのだが、誰がこの疾病にかかるかわからなければ不安が残る。そこで、予めみんなで 1 万円ずつ拠出して 100 万円の資金プールを作り、不幸にしてこの疾病を患ったものへの費用にするというのが保険の原理である<sup>3</sup>。

しかし、このような保険が成立するためにはいくつかの条件が必要である。いつでもリスクがあるものには保険が適用できるとは限らないのである。以下、その条件をあげてみよう。

まず、リスクが極端に高くない集団であることという条件がある。保険は「大数の法則」に基づいて成立する。「大数の法則」とは、ある事象が一見偶然や不規則的に見えても、同じ属性を持った事象データを大量に集めれば、その事象が一定割合で発生しているという法則であり、これにより、保険者はどのくらいの割合で加入者のリスクが発生するかを予想できるのである。しかし、いくら加入者のリスク発生確率がわかっても、それが極端に高くては、保険者は非常に高い保険料を徴収することなしには経営が成り立たない。非常に高い保険料では加入者はほとんど集まらないのである。加入者が少ない場合はそもそも「大数の法則」が成立しない。

第二に、被保険者の事故が他の被保険者の事故の発生に影響を及ぼしたり、加入者全員に同時にリスクが発生したりことがないことが挙げられる（「保険事故の相互独立性」）。戦争や地震などの大災害は一度起きれば多数のものが被害にあうので、保険者は巨額の損害を抱える可能性がある。このような場合には保険は成立しない。

第三に、加入者は同種の危険にさらされている集団でなければならない。同一の危険にさらされているものが大勢集まって初めてその危険に対する費用を見積もることが出来る。一つの保険でさまざまなリスクに対応できるようなものはないのである。また、個人のリスクが均等であるか、もしくは不均等である場合はリスクに応じた保険料の設定が出来なければならない（「給付・反給付均等の原則」）。それでなければ、高リスクのものと低リスクのものに不公平が生じることになる。

第四に、保険が適用される集団全体で、被保険者が支払う保険料の総額と、保険者が支払う保険金の総額は等しくならなければならない（「収支相当の原則」）。保険金の支払いが

保険料の収入を上回るのであれば、保険者は保険を続けられなくなってしまう。

しかし、医療保険の場合には必ずしもこういった条件を満たしているわけではない。医療サービスの特徴で、サービスの受け手と供給側で情報の非対称性が大きいことをあげたが、保険の場合も保険者と被保険者の間にも大きな情報の非対称性が存在し、それは保険の成立を阻む要因ともなる。保険者は被保険者の健康状況に関して、被保険者以上には情報を得ることが出来ないので、保険にはリスクの高い人が加入しようとしがちになる。先に挙げた保険の条件のうち、個人のリスクが均等であるか、もしくは不均等である場合はリスクに応じた保険料の設定が出来なければならないという項目を満たしていないのである。ある特定の保険金支払いの確率が高い層に被保険者が偏るこの減少を「逆選択」と呼ぶ。もちろん、保険者は被保険者の健康状況に関して健康診断などを義務付けることで、ある程度までは情報を得ることが出来る。しかし、そうした検査が不完全なものであるばかりではなく、リスクによって保険料を変えれば、リスクが高いと判断される者の保険料はきわめて高い額になるか、もしくは高リスク者に対しては保険市場そのものが存在しないことにもなりかねない。保健医療分野はこのような理由で、市場に任せた民間の保険が極めて成立しづらい領域なのである。このような状況の中で、日本では公的医療保険が運営されている。以下では、公的保険と民間保険の相違を明らかにしつつ、なぜ公的保険が必要なのか述べてみたい。

### 3. 公的医療保険の必要性

民間保険と公的保険（社会保険）の違いは、以下の点があげられるだろう。①民間保険は任意加入であるが、公的保険は強制加入である。②民間保険では「給付・反給付均等の原則」で運営されるが、公的保険では一律の平均保険料もしくは負担能力に応じた保険料が決まっている（「応能負担」）。また、保険料の一部は雇用主によって支払われる。③民間保険は「収支相当の原則」があるが、公的保険では租税財源による公費負担が入ることで収支の均衡が図られる場合が多い。④民間保険は加入者のリスク軽減が目的であるが、公的保険にはさらに所得再分配機能も期待される。

民間保険は契約者の利益を目的としているが、公的保険は社会保障である。全ての人間が遍く医療サービスを受けることを国家が保障するのであり、そのためには国民全ての加入が必要である。また、「給付・反給付均等の原則」が厳格に適用されると一部の高リスク者を排除してしまう可能性がある。負担も所得に応じてある程度の幅を持たせなければ、低所得者を排除することにつながりかねない。よって、公的医療保険はある程度の応能負担が課され、その結果として所得再分配機能を果たしているのである。

このような公的医療保険制度の下では、リスクが低いものにとっては、受ける便益以上に負担が重くなり不公平感がある。しかし、国民全体の社会保障という点においては、きわめて優れたシステムである。国際的にも国民皆保険の達成されている国はそうでない国に比べて、平均寿命などの健康のパフォーマンスがよいことが知られている。