
高齢社会における在宅医療介護サービス需要の時間的空間的分布の推定

要旨

現在の医療・介護サービス、特に医療については、施設におけるサービス提供が主流であるが、今後の高齢者医療については、看取りを含めた在宅医療の推進が必須である。本研究では二分の一地域メッシュ（概ね 500 メートル四方）の高齢者医療、介護サービスの時間的空間的推定を行った。わが国では 75 歳以上人口が著しく増加するが、既存の施設型サービスによる対応は十分とは言えず、早急な在宅サービスの構築が必須である。高齢者増加の程度は地域・地区によって様々であり、各都市・地域において 75 歳以上人口の時間的空間的分布を明らかにし、それぞれのエリアに合った体制の整備が急がれる。

I はじめに

高齢社会及び人口減少社会への対応は、我が国に与えられた命題である。特に医療・介護への対応は重要課題の一つと言える。医療・介護サービス、特に医療については、施設におけるサービス提供が主流であるが、今後の高齢者医療について看取りを含めた在宅医療の推進が叫ばれている。現時点では在宅医療が充分機能しているとは言えないが、今後急速に進む高齢化の需要を満たすには、その時間的空間的分布を知り、しっかりした準備が必須である。本研究では高齢人口とそれに伴う事象（死亡、介護）の時間的空間的分布について可視化を試みた。

II 研究方法

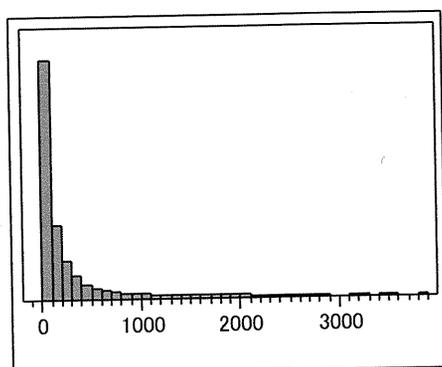
平成 17 年（2005 年）国勢調査地域メッシュ統計を用いて、四国地区（徳島県、香川県、愛媛県、高知県）の 2010 年、2015 年、2020 年、2025 年、2030 年、2035 年、2040 年の 75 歳以上人口、年間死亡者数、要介護者数、要支援者数の推定と空間分布の可視化を行った。地域メッシュ統計は国勢調査の結果を地域メッシュ単位に再集計（人口が少ない地区では合算）したもので、概ね 500 メートル四方の二分の一地域メッシュ単位で提供されている。

使用したデータと算出過程

人口の起点として平成 17 年（2005 年）国勢調査地域メッシュ統計（四国地区：徳島県、香川県、愛媛県、高知県）性・5 歳階級別人口を用いた。これに第 20 回生命表（2010 年）より求めた性・5 歳階級別死亡率（ ${}_5q_x$ ）を乗じて、2010 年の $x+5$ 歳の人口（年齢階級の上限カテゴリーは 85 歳以上）とした。同様の操作を繰り返すことにより 2015～2040 年までの性・5 歳階級別人口の推定を行った。各年の推定人口のうち 75 歳以上人口を合計することにより 75 歳以上推定人口とした。また平成 22 年度（2010 年）介護給付費実態調査報告（11 月審査分）より求めた、性・5 歳階級別人口に占める要介護者、要支援者割合を乗じて、各年の要介護者数、要支援者数の推定値とした。なお推定に当たり、用いたパラメータ（死亡率、要介護者割合、要支援割合）は不変であること、社会移動は発生しないと仮定している。各種統計指標の算出は JMP8（SAS）、空間分布の解析は ArcGIS9（ESRI）を用いた。

Ⅲ 結果

平成 17 年 (2005 年) 国勢調査において、四国地区で性・5 歳階級別人口の数値がある二分の一地域メッシュは 17,809 区画であった。総人口は 4,063,392 人、各メッシュの人口は平均 228 人、中央値 85 人、最大 3,822 人、最少 7 人で、分布は大きく歪んでいた。



分位点

100.0%	最大値	3822
99.5%		2195.8
97.5%		1438.75
90.0%		589
75.0%	4分位点	239
50.0%	中央値	85
25.0%	4分位点	37
10.0%		24
2.5%		16
0.5%		12
0.0%	最小値	7

モーメント

平均	228.16509
標準偏差	369.66328
平均の標準誤差	2.7700432
平均の上側95%信頼限界	233.59464
平均の下側95%信頼限界	222.73553
N	17809
重みの合計	17809
合計	4063392
分散	136650.94
歪度	3.3457266
尖度	13.610291
変動係数	162.01571
欠測値 N	0

75 歳以上推定人口、推定死亡数、推定要介護者数、推定要支援者数の総数、平均値、中央値を示す。75 歳人口は軒増し 2030 年でピークとなり、2010 年の 28% 増となる。死亡者数は漸増し、2040 年には 2010 年の 46% 増となる。要支援者、要介護者は漸増し 2035 年でピークとなり、それぞれ 2010 年の 36%、40% 増になると推定された。

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
75歳以上人口	495,136	589,863	634,002	667,103	741,365	754,388	720,728	666,265
死亡数		39,728	46,632	51,631	54,727	56,047	57,214	58,075
要支援者数	29,000	34,633	39,720	42,784	44,906	46,898	46,929	44,190
要介護者数	107,311	130,899	149,297	163,604	170,648	177,772	183,387	174,139

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
75歳以上人口	27.8	33.1	35.6	37.5	41.6	42.4	40.5	37.4
死亡数		2.2	2.6	2.9	3.1	3.1	3.2	3.3
要支援者数	1.6	1.9	2.2	2.4	2.5	2.6	2.6	2.5
要介護者数	6.0	7.4	8.4	9.2	9.6	10.0	10.3	9.8

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
75歳以上人口	13.0	15.8	16.5	16.2	17.1	17.1	15.9	13.9
死亡数		1.0	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3
要支援者数	0.7	0.9	1.0	1.1	1.1	1.1	1.0	0.9
要介護者数	2.7	3.4	3.9	4.1	4.1	4.0	4.0	3.7

次に人口が比較的密集し平野部の多い香川県について各推定値の分布を示す。人口の多い都市部で 75 歳以上人口が増加し、それに伴って死亡者数、要介護者数が増加する。注目すべきは、都市中心部より少し離れた郊外 (市内) で、死亡、要介護の状態が多数発生する。これまでの施設内サービスでは対応しきれないことが予測され、看取りを含めた在宅サービスを計画的に構築する必要があるであろう。

IV 結論

わが国では75歳以上人口が著しく増加するが、既存の施設型サービスによる対応は十分とは言えず、早急な在宅サービスの構築が必須である。高齢者増加の程度は地域・地区によって様々であり、各都市・地域において75歳以上人口の時間的空間的分布を明らかにし、それぞれのエリアに合った体制の整備が急がれる。

新しい医療システムにおける 家族機能、政府のあり方

0. はじめに

本稿は「家族」を中心として扱っている。本研究の題目には、「病院内」「病院管理」「マネジメント」という語が含まれ、拙稿のようなタイトルの報告は、その中でもある意味では異色の項になることをまずはお断りしておきたい。本稿では、ミクロ的な経営学の視点から「システム」に注目したのではなく、地域における医療という新しい発想をふまえ、いわばメタレベル的視点から、地域、家族といった身近な公共圏の在り方を考えたいと思う。後段述べるように、家族、あるいは地域は、広い意味での医療、介護などの福祉の提供主体としての役割を担ってきた、あるいは、担うことが期待されている。これらの現状を確認することは、今後の行政、政府の役割としての医療政策、より具体的には、医療提供体制のあり方を考え、保健、福祉領域との連携を考える上で非常に重要な、政策的枠組みのアイディアを得られる可能性があると考えられる。

ここでは、上記の公共圏における主体のうち、本年度は特に家族機能の現状について報告を行いたい。民主党政権下で掲げられた「新しい公共」が含意するNPO、地域団体などのみならず、特に家族は、個人の社会保障機能として第一の拠点となる。その現在の動向と将来像を予測し示すことで、家族機能の将来を予測する。そして、社会保障政策が当初想定していた「家族」像を、我が国が「高齢化」を乗り越えようとしていた1980年代に提唱された「日本型福祉社会論」から見出し、現在・将来の時代状況との乖離を指摘する。また、新しい医療システムのあり方についての言説を検討し、脆弱した家族機能を代替する方策についても検討を行う。

1. なぜ家族(世帯)か

さて、論を進めるにあたり、医療をテーマにしなが、地域社会、家族について焦点をあてる理由を今一度、整理しておこう。医療システム、特に供給体制については、疾病構造の変化、人口動態などをふまえて医療システムのあり方を再考すべきことについては、数多くの論者が主張しているところである。その典型を医療システムの中でも「病院」に焦点を当て、そのシステムの変更の必要性を訴えている猪飼の議論から抜粋してみたい。猪飼は20世紀を「病院の世紀」と表現する。だが、病院での治療を目的とする医療とする、病院の世紀は終焉しようとしている。それは、要約すれば①「健康概念」の意味転換、②保健サービスの相対的役割の高まり、③新たなシステム、歩かつケアシステムが求められるようになるためである。①は、QOL概念に代表されるように、かつての健康の定義が「病気と認められないこと」であったのに対して、「心身の状態に応じて生活の質が最大限に保障された状態」と変わっている。これは、生活習慣病に代表される、慢性疾患がわが国の主な疾患となったことによる変化である。そして、これを受け②の重要性が増す。なぜならば、慢性疾患は一旦罹患すると完治が難しい疾患であるため、罹患をしないことが最大の対策となる。実際、メタボリックシンドロームという言葉が流行したように、特定健診を通じた早期介入が現在の予防戦略の柱となっている。そして、この①、②に伴い、

③の包括的ケアシステムが求められるようになるということである。

この③は①と②の要求に応えるものであり、猪飼によれば、まずこのシステムは優れて目標が個別的なものとなるため、医療が従来よりも生活の場に引き寄せられざるをえない。また第二に生活の質を高めるためには社会資源、特に生活の場としての地域資源を活用する必要があるため、病院中心のケアではなく地域的性格が求められるようになる。第三に、担い手が医師らの専門家ではなく、多様な職種、地域住民のネットワークへ移行することを指摘している。つまり、より患者にとって身近な場が資源として要請される医療システムを指摘している。つまり、より患者にとって身近な場が資源として要請される医療システムの構築が今後、展望されているといい。具体的には家族、あるいは地域社会といった個人の生活レベルで最も身近な主体、場の可能性を検討することが今後の医療の展望にとっても非常に重要であると考え。特に地域社会が医療システムのキータームとなっていることは多くの論者が認めるであろう。

さて、本稿ではこのような問題意識に基づき、まず家族について特に世帯構造の変遷に関して統計資料より展望し、今後の医療システムにおける可能性を概観する。ただ、「家族」は後述するように、実はサービスの供給体でもあるが、同時に需要体でもあることに留意しつつ論を進めていく。その中でまずは、今日供給体としての家族を理念的に想定していた「日本型福祉社会論」について概観しよう。

1. 日本型福祉社会論と家族機能

さて、その家族に期待される機能というものが、どういうものであるかについて整理する前に家族社会学の見地より、まずは家族機能とは何かについて整理しておきたい。なお、家族機能という言葉は、Olsonによる「健康な家族機能」という言葉があるが、これは「凝集性」「適応性」「コミュニケーション」を機能としているように、家族個人を取りまとめる家族たらしめるためのいわば「内向きの機能」である。ここで対象とする家族機能とは、介護など行政や、他の主体でも代替できるような行為（あるいはサービス）を生み出す機能という意味で、Olsonのものとは若干異なっている点に留意されたい。

古典的な定義としては、山崎によれば、マードックによる性的機能、生殖機能、教育機能、経済機能を挙げ、パーソンズは、子供の社会化と成人のパーソナリティの安定化を例示している。また、オグバーンは経済、地位付与、教育、保護、宗教、娯楽、愛情の7機能を挙げている。さて、古屋野は、これら古典的な家族機能分類について、並列に扱うことについて疑義を呈し、より上位の概念として3つの機能としてまとめている。①生殖活動、子育てなど生物的機能、②生産などの経済的機能、③教育・宗教などの文化的機能である。これらの機能について、併せて古屋野はその変遷を述べている。まず前近代においては、家族内で生産のための労働が行われるため、「この段階に見合う家族の機能は、対内的には生殖と養育、及び子による親の扶養であり、対外的には次代後継者の供給と、老年者の扶助である(p. 11)」としている。要するに、家庭内での経済的機能による生産、そして生計の維持こそが家族の生存のために重要であり、その要因の確保・育成が何よりも求められることとなる。だが、近代以降になるとこれらの傾向は変化してくる。まず、産業革命以降、生産が生活と分離され、生産は工場などで行われるようになる。そのため、家族は生産・労働と分離されたものとして成立する。逆に生産活動から解放された家族成員の休息の場、そして生産と切り離された消費の場としての機能を有することとなる。この消費は家族外の生産主体に対して財・サービスの生産を喚起することとなる。また、生産活動の主体は社会へと移ることとなるため、社会に対する人材の供給、社会参加が家族に問われることとなる。ついで、現在に至ると家族は解体の危険性ははらむようになる。特に古屋野は消費の個人化を問題として取り上げ、家族結合が弱体化し、離婚の増加、老人・子供などの要保護者が家族から放出される危険を指摘している。少なくとも、現象面では第1章で述べたように、これら家族の弱体化が進んでいることは事実である。生産と消費

が家族の内部で留まらず、外部、すなわち社会、市場の成立によって、家族という枠組みは解体の危機に瀕し、個人が前面に強調されるようになる。

では、これら家族機能の変化、そして前章で指摘した世帯構造の変化は、どのような行政需要への影響を与えるのであろうか。まず、これらの家族機能のうち、生物的機能に含められるであろう機能、すなわち本章の冒頭でも述べた、社会保障に関するサービスを提供する機能が本稿の関心であるが、これらの機能は、古屋野が述べているように、家族内は「要保護者」を保護する機能が弱体化している。現象面でも人口構造、世帯構造の変化、高齢者単身世帯の増加が示すように、要保護者自身が世帯主となっており、家族による支援、保護機能が果たしにくい。オグバーンによる「保護」機能の弱体化ともいえようが、また、この他にも生計を維持するための収入の獲得という意味では「経済」機能、核家族化の進展による「教育」機能の弱体化も同様に指摘されるところだろう。ここで焦点を当てている高齢者世帯において、前者については、年金制度の危機、あるいは生活保護といった政府による個人への経済援助のあり方の問題となり、また後者については学校教育、塾などを含めた民間によりこれらの機能をサービスとして代替することが一般的となっている。

だが、このような機能の弱体化は、現在において急速に顕在化したものでもないことは周知の通りである。人口構造などの変化はもっと早い段階から既に現れており、上記のような家族機能の喪失は徐々に現れていた。では、今までこの家族機能の喪失について、政府はどのような認識を示し、どのような対策、方針に基づき政策として実施してきたのかについて明らかにしたい。この点を以下では80年代の日本の福祉政策の大方針となっていた「日本型福祉社会」を考察して明らかにしていきたい。

「日本型福祉社会」は、いわゆる新自由主義による各国の財政改革、特にイギリスのサッチャリズム、アメリカのレーガノミクスに代表されるような「小さな政府」の動向も受け、福祉国家の見直しのための言説として、使用されることとなった。「自助－互助－共助－公助」という、いわゆる補完性の原理との共通性のある考え方であるが、自助で補えないものを互助で補い、互助で補えないものを共助で・・・という図式である。ここで着目すべきは自助が前提とされているということであろう。ともかく、保守主義、あるいは自由主義の本質として個人主義に基づく自己責任の重要性が最も強調される結果であろう。さて、この自助と互助の間に「家族」が横たわることとなる。当然、家族によって担われる需要というものも存在する。我が国でかつて喧伝された日本型福祉社会という言葉が想起されるように、家族が行政でも担いようなサービス提供を代替するものであった。これはとりもなおさず、家族の福祉的機能を前提とした日本独自の、広い意味での「福祉政策」であり、その方針であった。しかし、後にも指摘するようにやはり、この家族観も保守主義のものであり、特にフェミニズム陣営からは攻撃を受けることとなるのである。左記の補完性の原理がいわば残余部分について、行政がサービス提供を負う図式であったが、結局、どこまでを行政が担うべきものとするかについては、「匙加減」で決められるのである。ここでは、まず政策的な観点ではどのような家族機能が、期待されていたのだろうか。

1975年の三木内閣時に有識者による提言として出された「生涯設計社会－日本型福祉社会のビジョン」によって初めて登場し、大平政権下の1979年に発表された自由民主党による「日本型福祉社会」は、当時少子高齢化の進展が始まった際に、その後数十年の福祉政策の方針を改めて、基礎付けようとしたものである。ここでは、日本人の典型的なライフサイクルを描き、そしてまた家族像を描き出し、福祉における家族、個人の役割について述べられている。本章の前段で述べたようにこの「日本型福祉社会」は、自助、互助、共助が機能しない場合に公助が、はじめて登場するという図式のもとに提唱された考えである。例えば、里見が「今日の「日本型福祉社会」論が、経済恐慌下での財政危機という直接的な危機感に発する単純な「福祉見直し」論にとどまらず、20世紀末資本主義社会の

現状と展望という文明史的認識に立脚し、世紀転換期をも視野に収めるものとして、一定の体系性をもって構成されている点である。(pp. 95)」と評価をしているように、ある意味ではそれ以前の70年代の革新自治体により、進められた「バラマキ」的福祉政策の転換を図るという意味で、この80年代を画期としようとする、意思表示でもあった。

一方では、この日本型福祉社会論については批判も多い。なぜならば、この日本型福祉社会の成立には、一方でネガティブな動機として財政危機による福祉関係支出の抑制という目論見も少なからずあったためである。事実、新川は「日本型福祉という新保守主義の日本版では、自助の精神を訴えながら、具体的には家族・企業の福祉機能の活用によって、民間の活力を阻害するような公共財政の拡大を防ごうとした。(p. 172)」と指摘している。また、ここで想定されている家族像が、果たしてその機能を喪失しつつあった、あるいは転換しつつあった当時の家族の現状をふまえてのものだったかは、様々な論者から疑問を呈されていた。特に、安立は「日本の家族構造や地域社会構造が急激に変化していることを踏まえ、伝統的な家族イメージにもとづいて、「日本的」が論じられたとして、研究者から多くの批判と反論が寄せられた。(中略)肯定的に評価する研究者はほとんどいない。」とまで述べている。

さて、その日本型福祉社会で想定されていた家族像とはどのようなものであったのだろうか。「日本型福祉社会」では、ある男性のライフサイクルを3期にわたって描いている。まず、第1期は生まれてから25歳とされる。A氏は、両親により生計を維持され養育される。このシステムに依存せざるをえない。家族が唯一のよりどころであるゆえ、この家族が離婚、家族の死などにより、機能しない状態に解体されることは、A氏にとっては生存を危うくする危機であるといえる。ここでは、このような解体を防ぐために、特に離婚について、それを防ぐために手厚い家族に対する手当、支援(扶養控除など)を行い、家族が離散しないインセンティブを付与している。

第2期は25歳～60歳ぐらいまでであり、ここでの生計維持のために必要な主体は、家族から企業へと変わる。当然、企業は所得をもたらし、また福利厚生などでA氏の生計の維持をサポートする。特にこれは日本にみられるものであり、企業が個人の生活を手厚く支援する。そしてA氏の家庭には、主婦でありセックス・パートナーであり友人である妻、それに自分の子供がいる。ここでかつて自分が第1期でされていたような庇護を受けることとなる。

そして残りの期間である、第3期だが、高齢に伴い健康に対する不安、あるいは疾患を罹患する可能性が高まる。また、運動機能が障害され、要介護状態に陥ることも十分にありうる。この場合には、社会福祉が本来、医療、福祉施設などのサービスを利用することとなる。ただ、これらのサービスを利用する前に子供の家庭により最大限の努力によって、生活を支援すべきである。社会福祉は、身寄りがいないなどの場合の、最後の助け船であるべきとされる。

この「日本型福祉社会」が前提としていた家族観、ライフスタイルは、当時としては典型的な(とはいえ、既に旧式のものとなりつつあったが、)日本人の世帯、個人を想定したものであり、興味深い。だが、この当時からも指摘されていたが、現在に至ってはさらに現状から乖離している。まず、第一期については離婚の増加が挙げられる。人口動態統計によれば、1980年の離婚件数は、141,689件だったが、2008年には25,136件となっており、1.8倍の増加を示している。また、離婚件数のうち、親権を行わなければならない子どもの有無については、全離婚件数のうち「子どもがいる」割合は、1980年時点で67.6%、2008年で57.3%となっており、10%減少しているものの、離婚件数自体は上述のように1.8倍となっているため、絶対数では依然として離婚により多くの子供たちが生活の上で大きな影響を受けていると言えるだろう。上記のライフコースの中では、保護者の有無の重要性が謳われている。絶対数としての子ども数は、少子化のため減少しているが、親による扶助機能は蓋然的には逡減していると言えよう。また第二

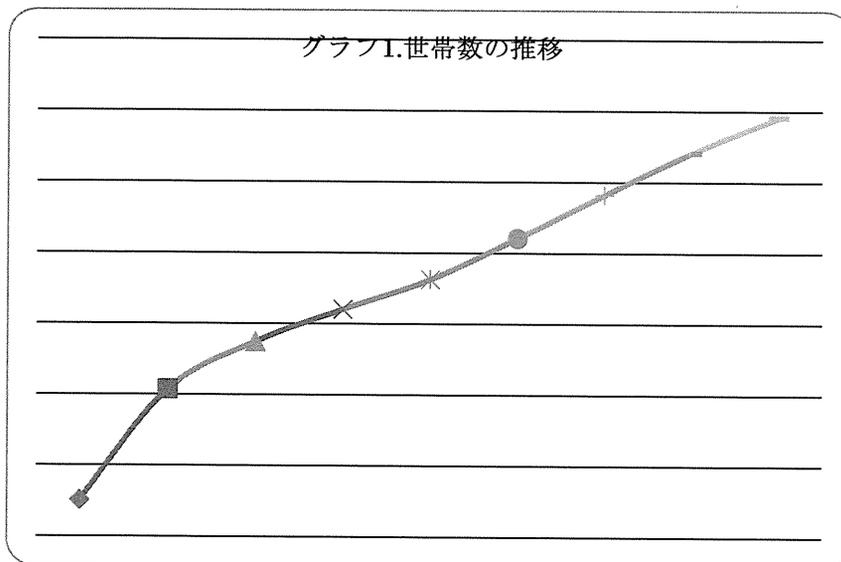
期についても、経済的状況が大きく変化し、失業率、失業者数が増加しており、また日本型の典型的な雇用慣行であった、「年功序列」、「終身雇用」は既に過去の遺産となってしまう。企業が従業員を家族のように扱う、「日本型経営」は既に崩壊してしまっている。

さらには、この世帯観の基底に影響するが、少子化の進展は深刻である。世帯構成の変化というよりも、絶対数の上で、よく年金制度の議論において比喻として提示されるように、現役世代が高齢者を支えるという図式を考えれば、当然、これは支える層の人口が減少していくことを意味している。この「日本型社会福祉」が発表された当時、例えば昭和53年の厚生白書で述べられているように65歳以上高齢者のうち74%が子どもと同居していることから、介護機能が家族に期待されるとされていたが、後に見るように現在では高齢者の単独世帯が増加しており、家族内での扶助機能は失われつつある。

以上のように既に家族の姿は大きく量的・質的に変化を遂げている。つまり、80年代で前提とした政策は成り立たなくなっている。とはいえ、この事態について行政も手をこまねいていたわけではない。家族機能を社会化すべく、介護保険の導入などを推し進めている。それらはこうだか述べるように様々な問題をはらんではいるが、一定の効果は挙げている。しかし、今日の状況を考え、政策を推進していく際には、それだけで政府の役割は十分だろうか。次では、政策課題の発見を目的として、ひとまず家族機能の現状を統計より明らかにしたい。

3. 家族の現在地

保障機能、福祉機能としての家族機能の重要性は、特に指摘されるところではあるが、簡潔に我が国の過去の世帯構成の変化と、人口減少の将来における世帯構成の変化について、統計資料をもとにして、明らかにしたいと考える。国勢調査(現在利用できる最新の2005年の調査までのデータ)を基に世帯構成の変化を概観する。世帯数は1960年以降人口増加と共に増加を続け、1960年には約2,250万世帯、そして1970年には3,000万世帯に達すると、以降は増加を続け、2005年には5,000万世帯となっている。一方で、世帯の構成員の数であるが、1960年には一世帯あたりの人数が4.14人だったものが、2005年には2.55人と大幅に減員している。つまり、人口の伸びは鈍化しているにもかかわらず、世帯が分割され小規模化したために、このような数字として表れたと推察される(ちなみに人口学者の速水によれば、明治期には東北日本では7人以上、中央日本では5人以下であったと指摘している)。



さて、高齢化が急速に進展し続けている現在、及び将来において、注目すべきは65歳以上高齢者の単身世帯（以下、単に「単身高齢者世帯」とする）である。これらの世帯には家族要員がないという点で、家族機能が果たされない蓋然性が高い。むしろ、別居家族・親類により家族機能が補完される可能性は十分にあるが。しかし、今後の福祉、行政サービスの大きな需要者となると考えられるのは、この高齢単身世帯であろう。

単身高齢者世帯各県別に示すと、2005年では386万世帯であるが、10年前の1995年時点では、220万世帯であった。実に10年間で約1.75倍もの増加を示している。さらに10年前の1985年では118万世帯であり、10年ごとにほぼ倍々のペースで急増している。

また、表〇で示しているように県別では東京、神奈川、大阪が上位を占め、大都市圏を抱える都府県に多いことがわかる。一方で、これらの都市は当然、人口数、世帯数も多く、絶対数の上でも多くの高齢単身世帯が居住している。一方で都市圏から地理的にも離れている過疎地の印象の強い、山形、富山、福井といった県が40位台に軒並み名を連ねており、「都市-郊外」の分類がまた高齢者単身世帯数とある種の連関を有していることを示唆している。ただ、佐賀(42位)、奈良(43位)、岐阜(46位)といった、隣接県にそれぞれ福岡、大阪、愛知と大都市圏を抱えている県であるがゆえ、単純に都市-郊外という分類からの説明は困難である。この点に関しては、文化の違いといった観点から、説明が可能かもしれないが、本稿の射程とするところではないので、あくまで指摘にとどめる。

表1 高齢者(65歳以上)単身世帯の全世帯数に対する割合

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	05年順位
全国	6.15%	6.62%	7.73%	9.09%	10.35%	11.57%	—
北海道	6.91%	7.52%	8.96%	10.91%	12.35%	14.04%	2
青森県	4.58%	5.03%	5.85%	7.25%	8.41%	9.23%	27
岩手県	4.69%	5.18%	6.04%	7.29%	8.37%	9.01%	29
宮城県	5.55%	6.05%	7.17%	9.07%	10.20%	10.74%	15
秋田県	3.63%	3.95%	4.72%	5.84%	7.08%	7.97%	40
山形県	3.05%	3.38%	4.01%	5.09%	6.14%	7.06%	47
福島県	4.02%	4.36%	5.13%	6.42%	7.40%	8.37%	38
茨城県	3.69%	4.14%	5.03%	6.24%	7.16%	8.15%	39
栃木県	3.93%	4.26%	5.46%	6.59%	7.55%	8.69%	35
群馬県	3.66%	4.43%	5.48%	6.55%	7.55%	8.59%	36
埼玉県	4.64%	4.94%	6.29%	7.31%	8.34%	9.53%	26
千葉県	5.25%	5.53%	7.04%	8.43%	9.41%	10.42%	18
東京都	12.37%	13.04%	14.53%	16.29%	18.50%	19.96%	1
神奈川県	7.35%	8.08%	9.63%	10.69%	11.69%	12.72%	8
新潟県	3.51%	3.95%	4.70%	6.04%	7.05%	7.95%	41
富山県	2.90%	3.28%	4.05%	5.37%	6.46%	7.44%	44
石川県	5.43%	5.84%	7.01%	8.59%	9.17%	10.22%	20
福井県	3.53%	4.13%	4.90%	5.86%	6.66%	7.43%	45
山梨県	4.13%	4.98%	5.93%	7.55%	8.52%	9.56%	25

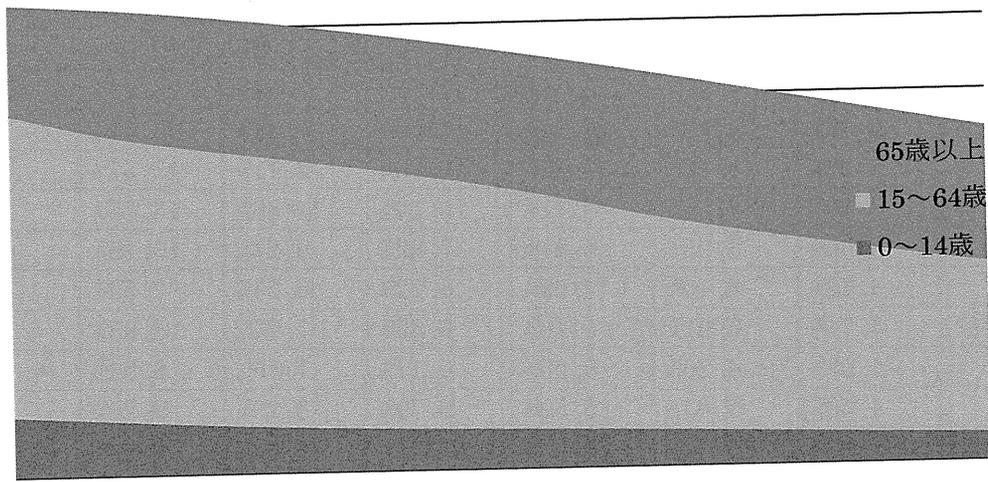
1 西日本においては、子が世帯を出て新たな世帯を形成すると、その世帯から援助を受けることを嫌う文化が指摘されている。後述する E.トッドによる「絶対核家族」と言える世帯類型が指摘されるかもしれない

長野県	4.10%	4.68%	5.62%	7.00%	8.01%	8.71%	34
岐阜県	3.93%	4.14%	4.88%	5.73%	6.43%	7.34%	46
静岡県	4.32%	4.80%	5.89%	6.93%	7.87%	8.90%	32
愛知県	6.17%	6.43%	7.63%	8.68%	9.53%	10.99%	14
三重県	3.98%	4.45%	5.35%	6.60%	7.54%	8.81%	33
滋賀県	3.79%	4.17%	4.80%	6.06%	7.35%	8.53%	37
京都府	8.28%	8.40%	9.24%	10.76%	12.11%	13.57%	3
大阪府	7.19%	7.57%	8.71%	10.34%	11.86%	13.35%	5
兵庫県	5.60%	5.95%	6.87%	7.82%	9.27%	10.39%	19
奈良県	3.72%	4.10%	4.65%	5.72%	6.54%	7.50%	43
和歌山県	4.71%	5.01%	5.76%	6.89%	7.94%	8.95%	30
鳥取県	4.07%	4.26%	5.06%	6.17%	7.56%	8.94%	31
島根県	4.68%	5.03%	5.59%	6.79%	8.29%	9.20%	28
岡山県	5.28%	5.54%	6.35%	7.95%	9.01%	10.53%	16
広島県	6.48%	6.97%	8.14%	9.74%	10.88%	12.00%	9
山口県	5.61%	6.37%	7.49%	9.08%	10.46%	11.49%	11
徳島県	4.73%	5.13%	6.08%	7.37%	8.76%	10.20%	21
香川県	4.52%	4.97%	5.94%	7.51%	8.65%	9.76%	24
愛媛県	5.72%	6.32%	7.26%	8.81%	10.14%	11.63%	10
高知県	7.12%	7.67%	8.68%	10.25%	12.06%	13.32%	6
福岡県	6.43%	7.02%	8.38%	10.16%	11.77%	12.85%	7
佐賀県	3.73%	4.09%	4.74%	6.01%	6.80%	7.74%	42
長崎県	5.18%	5.79%	6.72%	8.23%	9.33%	10.46%	17
熊本県	5.20%	5.70%	6.50%	7.89%	8.92%	9.85%	23
大分県	5.80%	6.31%	7.29%	8.79%	10.01%	11.30%	12
宮崎県	5.63%	6.01%	7.00%	8.71%	9.86%	11.10%	13
鹿児島県	7.62%	8.43%	9.42%	10.90%	12.41%	13.46%	4
沖縄県	4.52%	5.11%	5.89%	7.09%	8.33%	10.03%	22

「国勢調査」より筆者作成

では、次に将来における世帯構成の変化はどのように予測されているのだろうか。社会保障・人口問題研究所のデータを基に示してみたい。まず、基本データとして人口の推移を中位推計(出生・死亡ともに中位)で示すと下記のグラフのようになる。この予測によれば、我が国の人口は減少を続け、2020年には人口は1億2273万人となり、さらには2030年には1億1522万人、2040年には1億5695万人、2046年には1億人の大台を割り込み、予測されている最終年である2055年には8993万人となる。

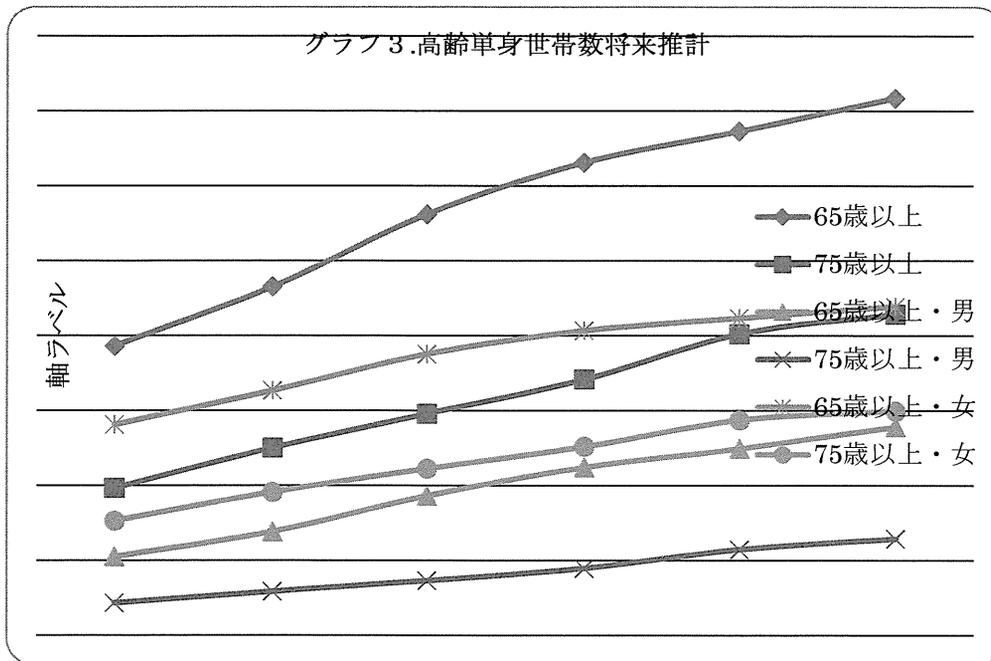
グラフ2.将来人口の推移



国立社会保障人口問題研究所・日本の将来推計人口（平成18年12月推計）より作成

人口減少の傾向はすでに知られるところであるが、同時に年齢構成をこのグラフは示している。いわゆる生産年齢人口である「15歳以上64歳以下」と、これに当てはまらない「15歳以下」、「65歳以上高齢者」の3区分で示されている。特に指摘したいのは、生産年齢人口と、高齢者の比率についてである。この推計の初年度である2005年度では前者が後者の3倍もの数を占めていたが、2023年には2倍を割りこみ、最終的には2055年にはわずか1.26倍とほぼ変わらない数で拮抗することとなる。当然、この一方で少子化は続くという前提であるため、この傾向はさらに助長され、推計期間外の55年以降はさらにこの格差は収縮すると思われる。

次には、こういった人口動態の中での世帯数の変化について概観する。グラフ3に高齢単身世帯数について示した。2030年までの推計をグラフ化しており、65歳以上の合計・男性のみ世帯・女性のみ世帯、そして75歳以上についても同様の世帯について示している。僅か四半世紀の間に、人口は減少するにもかかわらず、65歳以上単身世帯は2倍近く増加することがわかる。さらには、75歳以上のいわゆる後期高齢者世帯は2倍以上の増加を示している。平均余命の性差により、女性の単身世帯数が多いのは予想通りではあるが、2030年までの期間では男性の単身世帯も、数そのものは少なくとも、65歳以上、75歳以上共に倍近くの増加を示している点は留意すべきところだろう。



以上を要約すれば、将来数十年を対象として世帯構造の変化の特徴として特に強調すべき点を挙げるならば、下記の点が挙げられる。

- ① 65歳以上の単身世帯が増加する。
- ② 75歳以上の単身世帯は急増する(2005年からの25年間で2倍)。
- ③ 男女別では、女性の世帯が多いが、男性世帯の伸び率はそれを上回る。

もちろん、これらのことと併せて、現在の少子化の結果として、いわゆる現役の絶対数、相対的割合の減少も指摘しておかねばならないだろう。これらの人口構造の変化は、行政需要の変化を及ぼすと同時に、行政サービスの供給(財政面、人材面)で影響及ぼす。よく見られる表現であるが、「支えられる人間」と「支える人間」の比率が示され、多くの高齢者を現役世代が支えていかねばならないという状況である。今後、この神輿はどんどん重くなっていくのに、支える人間は少なくなってしまう。もちろん、この問題の解決にとっては、増税など供給面の工夫も必要であり、本稿の射程圏外である。ただ、冒頭で述べたように世帯、家族は「需要体としての家族」と同時に、「供給体としての家族」がある。政府の役割とは、このバランスに大きく関連してくるだろう。

ところで、政策を具体的に打ち立てる場合、地域における家族の違いにも配慮する必要があるだろう。信金中央金庫によるレポートにおいてもこの地域差について指摘されている。例えば、都道府県別では、沖縄・滋賀・愛知・東京・神奈川での世帯増加が大きく、千葉・埼玉・栃木の関東3県は横ばい。それ以外の道府県は全て世帯数が減少していくと述べられている。だが、これと同時に世帯構成を観察すると興味深いことが見えてくる。例えば、西日本では親は子と別居する風潮があるため、特に高齢者だけの世帯が多い。高齢者単身世帯と、世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯の合計数の割合が都道府県世帯数の2割を超えるのは、北海道、和歌山、島根、山口、四国全県、福岡と佐賀を除いた九州各県であり、北海道以外は悉く、西日本の県となっている。一方で、三世代が同居する世帯は、山形、秋田、福井、新潟、富山など日本海側の県に多くみられる。このように、世帯構成の地域差についても大きな違いが散見される。より詳細に「家族」というものの可能性を考

える場合には、これら、地域にまで降りての観察が必要となるだろう。

さて、余談のようになるが、世帯構成の地域差についてはエマニュエル・トッドが詳細な研究を行い、現在文化人類学のみならず、政治学、社会学の領域においても脚光を浴びている。トッドの主張は、世界各地において、それぞれ家族型(世帯の構成)が地域ごとに異なっているという指摘であった。トッドは「平等原理」と「権威原理」の2つの原理の有無に従って、家族型を4つの類型に分類している。

表2. トッドによる家族型の分類

家族型	平等原理	権威原理
絶対核家族	×	×
平等主義核家族	○	×
直系家族	×	○
共同体家族	○	○

トッド(2001)より筆者作成

「平等原理」とは、子同士、すなわち兄弟(姉妹)の関係性に着目した分類である。いわば「ヨコ」関係についての親の資源の分配原理である。一方、「権威原理」とは、これに対して「タテ」の関係に注目した原理である。例えば、イギリスは絶対核家族の国であり、結婚すると子は親と離れ、別の世帯をもつこととなる。日本の場合は、子の間では長子の男性(つまり長男)が他の子に優先して親の財産を受け継ぎ、結婚しても親と同居を続けるというパターンが歴史的には一般的であった。そのため、「直系家族」に分類されている。ただし、この家族の類型は人口構成と密接なつながりをもっているだろう。そもそも直系家族の分類は、親と子が同居するか否かが大きな分水嶺となっているため、これが可能となるには、子が家族に存在していることが当然のことながら、前提となる。だが、既に指摘したように少子化の進展等の要因によって、我が国は、少なくとも数の上では、子供のいない核家族世帯が2005年時点で約20%を占めるに至っている。だが、マクロ的な観察と同時に、地域差について詳しく見ておくことは決して無駄ではないだろう。我が国においても同様の分析を試みた成果として、遠藤による報告がある。

遠藤は文化人類学の先行研究をレビューし、地域ごとの家族型の多様性を指摘している。例えば、北海道では「絶対核家族」、東北地方は「完全直系家族」、北陸地方は「不完全直系家族」、関東地方は「平等主義的核家族」、中部地方は「完全直系家族と平等主義的核家族の混合」、近畿地方は「平等主義的核家族」、中国地方と九州地方は「不完全直系家族」、四国地方は「不完全直系家族と絶対核家族の混合」として分類している。トッドの分析でも一国ではなく、地域レベルにおいて家族型の分析がなされており、日本においても地域ごとの多様性を確認することは重要なことであると思われる。

ちなみに、前述のトッドはこの家族型とイデオロギー、政治体制との関連性を指摘している。例えば、旧共産主義圏(ソヴィエト、東欧)においては共同体家族の類型が多く見られる。あるいは、核家族が多く見られるイギリスなどでは、日本のような直系家族が多い国では、子同士の不平等なものとして扱うため、その思考様式は他者と自分を区別し自分を重視する傾向があり、これがイデオロギー的にはナショナリズムにつながりやすいと示唆している。家族類型が政治システム、統治体系に関連するという発想は興味深い。この考えが正しいのであれば、おそらくは医療、福祉領域における政府の役割もある程度、家族が規定すると言えるだろう。例えば、イギリスの社会保障システムを構築したベヴァレッジもまた、イギリスには核家族が多いことを前提にシステムを設計したとされる。このように、政策立案の際には、その対象地域の地域性を意識する必要があるだろう。昨今の地方分権の流れにより、ますますこのような視座が求められるようになってきているのではないかと。

さて、次にこのような状況下での現在の政策について、福祉国家論の立場から整理を試み、政府の役割について考察したい。

4. 家族機能と政府の役割－「地域による脱家族化」の可能性

既に述べたように、既に現在の福祉政策は、日本型社会福祉から大きく進路を変えている。2000年に導入された、介護保険制度は、介護機能の面で家族のもつ機能を補完、あるいは代替するものであった。一方で、介護保険制度は「家庭機能」の代替として、当初設定されていた家事援助などは削減される方向となり、むしろ施設による介護サービスに対して手厚く報酬などが設定されるようになっていく。家庭での介護ではなく、施設での介護という動向も見られる。

さて、これらの政策転換の動向について、家族機能について、福祉国家論で知られるアンデルセンは、「脱家族化」という観点から整理しておこう。アンデルセンは、福祉国家を公共支出額などの指標により、類型した「3つのレジーム」の業績で世界的に著名であるが、福祉国家において家族の果たす役割を重視し、著作で1章を設けて論じるなど、主要な分析対象としている。この観点は彼自身の3つのレジームが、フェミニズム陣営から主に女性について指標としていないことについての批判を受けたことへのある種の応答であると考えていい。彼自身、従来の福祉国家研究が政府と市場にばかり目を向けていたこと、家族が注目されなかったことを指摘している。

さて、アンデルセンが家族を分析し、国際比較を行う際、重要となる概念は、「脱家族化」と「家族主義」であろう。前者は、「脱家族化は、社会政策(または市場)が女性に「商品化」のための自律性、あるいは、まずなによりも独立世帯を築き上げるための自律性を与えられるかどうかの度合いを示すものなのである。(p.87)」と述べている。つまり女性が労働市場へと入り、所得を得て経済的自律を獲得すること(つまり「商品化」)である。後者については、家族の機能を重要視しようというものであり、ある意味では保守主義と気脈を通じている。なお、家族主義的なシステムについて、アンデルセンは「家庭こそが家族の福祉の責任を第一に負わなければならないと公共政策が想定(むしろ主張)するようなシステムのことである。(p.86)」と述べている。アンデルセンの分析では、この両者を統計的に評価することが、各国の家族を理解することに必須としている。

さて、まず脱家族化の指標についてであるが、アンデルセン自身は家族サービスへの公的支出、デイケアの普及率、ホームヘルパーの普及率を指標として提示し、実際に社会民主主義レジームのグループ、大陸ヨーロッパ、南部ヨーロッパと日本について数値の比較を行っている。また、脱家族化の指標として、家庭内の脱家族化(家族の構成員同士が介護などのケアの負担がないか)、市場を通じての脱家族化(市場からサービスを購入することにより家族の負担が軽減できるか否か)という指標もあわせて評価している。これらを総合して、アンデルセンは、日本の家族主義を指摘している。一方で、北欧の福祉レジームが福祉政策の充実により、脱家族化をしていると述べている。日本については、特に高齢者が子供と同居している割合の高さを取り上げ、脱家族化されずに家族主義の傾向が強いことを指摘している。

ただ、ここで用いられているデータは、1999年に出版された著作にも関わらず、1980年代中頃の日本のデータが用いられている。つまり、この結果は留保が求められると言えるだろう。いずれにしても、この時代から大きく社会経済環境は変化している。既に指摘している家族構成の変化、そして介護保険制度の導入によって、脱家族化に向けた政策が打ち出されているといえよう。だが、澤田は、この点に関し「福祉国家が家族の代わりに、ケアの責任を肩代わりすればするほど、家族主義は出番を失う。しかし、同じ図式は家族と市場との関係では通用しない。なぜなら、市場がそれらを容易かつ自動的に補完する関係にはないからである。市場には決を委ねれば、どんな場合でも不平等が生み出される、高

所得の家族だけが市場で好みの手段を購入できるが、圧倒的多数は市場から排除される (pp. 156).」と述べている。つまり、過度な市場を通じての脱家族化は危険であるとしているのである。いわゆるナショナルミニマムさえ明確に設定されていれば、格差はある程度予防できるのだろうが、現在では社会福祉全般の傾向として、措置からサービスの質の多様性を前提とした上での個人の選択と契約へ大きく舵が切られた。現実における家族主義の衰退をフォローする上では、この市場原理の導入は一定の効果があったとも評価できるだろうが、特に介護サービスにおいては、澤田の述べるようなことは実際に起こっている。

ところで上記は「市場による脱家族化」の問題点といえるが、もう一つの「家庭内の脱家族化」についても、家族要員の減少、すなわち単身、夫婦のみの世帯の増加によって消極的な意味で取り組まざるを得なくなっている。

さて、そこで、新たな戦略を切り開くことができる可能性がある視座として、今後は「地域による脱家族化」こそが、重要な戦略となるのではないかと提案したい。これは、冒頭に述べた猪飼の言う「包括ケアシステム」と符合するものである。「地域による脱家族化」とは、家族に期待されていた機能を市場でも政府でもなく、地域が行おうとするものである。特に本稿では医療、あるいは福祉に関する領域について述べているが、まさに冒頭で猪飼による医療の変質に述べられているように、現在求められているのは個人に身近なレベルでのサービス需要者への支援であり、家族機能が弱体化している今日、地域の役割は際立って重要となる。

しかし、この「地域による脱家族化」は、その具体像においてバリエーションの多いものとなるだろう。単に家族のケア機能を家族から地域へと移行するという側面と、情緒的側面をも含めた地域への移行という側面もある。望ましいのは、両者の移行であろうがそれは、「市場による脱家族化」にも通じる可能性がある。一方で、後者の移行は一朝一夕には非常に困難であろう。当面は、前者を優先せざるを得ない。例えば、機能のみの地域による脱家族化の事例としては、実際、東京都中野区では地域による高齢者の見守りについて、地域住民による見守りが挙げられる。これは、「地域支えあいポイント」と呼ばれ、事前に提出された単身、夫婦のみの高齢者について見回りを、自治会、町会が行い、その活動に応じたポイントを付与するというものである。このポイントは、商品券に変えることができるようになる予定である。善意に頼った地域によるケアシステムではなく、経済的インセンティブを全面に出したケアシステムとして、注目される事例であろう。これは経済的インセンティブを用いた脱家族化の試みであり、情緒面で家族機能に代替することは、少なくとも前提としていないが、包括的ケアシステムの迅速な構築のためには、このようなアプローチが有用かもしれない。

5. 結びにかえて—地域づくりと政府の役割

では、政府の役割とは何かを再考する必要がある。このような新しい時代において、医療あるいは福祉の領域において、政府が果たすべき役割とは何か。

表3. 政府の役割のトレンド

18C末～	19C末～	1980年代	1990年代～	00年代～
夜警国家	行政国家 福祉国家	小さい政府	第三の道	櫓こぎ国家 スチュワード・ シップ国家?
自由主義 重農主義	ケインズ経済学	新自由主義	中道左派 ニュー・レイバー	規制緩和
産業革命	世界大戦	石油危機	格差の発生	リーマン・ショック 金融危機

表3は筆者が政府の役割の変遷について、まとめたものである。上段は国家のありようについて表現した言葉、二段目はその時期を支えた経済理論、下段は主な出来事となっている。さて、80年代、90年代と以上でも述べてきたが、医療福祉分野でも小さな政府(日本型社会福祉)→市場原理の活用という道筋を通っている。00年代はこの市場原理が、家族機能の外部化として推し進められていくだろうが、少なくとも2010年代はこの外部化の受け皿としての地域社会の重要を認識しなければならない。

日本における政策では、日本型福祉社会が失敗すると、今度は市場原理を活用する方向で医療、福祉政策が策定されていった。確かにサービスの提供の効率性、経済性を考えれば有用な方策ではあるが、それだけではなく、地域に対する支援を行っていくべきであろう。それもかつてのような、牧歌的に地域組織に頼るのではなく、経済的なインセンティブも含めて積極的に家族機能の代替先、受け皿として地域を再構成していくことが、政府の役割となっているのではないだろうか。一方で、その場合には介護保険で導入された市場原理による弊害のように、家族が有していた情緒的機能が損なわれる危険性もある。現在政府が実施している地域づくりとは、この牧歌的、旧来の地域社会の復興を目指すものであろう。だが、中野区の事例はこの点今後の地域づくりの在り方、活用を考える上で重要な事例となるだろう。

ともかく、家族機能そのものが物理的な意味でも、質的な意味でも弱体化していく中で、今、政府にできること、すべきこととは、家族のすぐ外にある地域の活性化であろう。確かに、既に、医療ではなく福祉の側面からは、常套句として地縁の重要性、地域社会の役割が語られている。だが、これらの施策は地方自治体レベルでは、逆に町内会、自治会への過度な依存を招いている。また、これらの典型的な地域組織はメンバーシップが硬直しており、また新規参入が少なくなっている。これら既存の地域組織を超えた、地縁をいわば政策的に作り上げていくこと、新たな弱者を救済するネットとして、この地域に着目した新しいアプローチが必要となっているのではないだろうか。

【参考文献】

- エマニュエル・トッド(石崎晴己・編)『世界像革命』藤原出版, 2001.
Esping-Andersen, G. *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford Press, 1999. (渡辺雅男・渡辺景子・訳『ポスト工業経済の社会的基礎』桜井書店, 2000.)
安立清史「福祉社会の行方-福祉の社会学的考察」満田久義他・編『社会学への誘い』朝日新聞社, 1999.
猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣, 2010.
古屋野正伍「現代家族の構造と機能-社会変動の視点から-」, 教育社会学研究, 21, pp. 5-13, 1966.
里見賢治「「日本型福祉社会」論の福祉政策：経済製作との関連を中心として」社会問題研究, 31, pp. 93-122. 1982.
澤田 光「少子化と「脱家族化」 — 「脱家族化」及び合計特殊出生率における地域差の統計的分析—」奈良女子大学社会学論集, 17, pp. 153-72. 2010.
新川敏光「日本：日本型福祉の終焉？」岡沢憲夫・宮本太郎編『比較福祉国家論』法律文化社, 1997.
山崎信子「近代日本における家庭教育」

国土交通省都市圏分類に基づいた医療資源の把握

1. はじめに

医療提供体制をどのような単位で計画すべきか、これまで様々な議論がなされてきた。地域連携を考える際の「地域」とは一体どういった単位なのか。もちろん現実の連携には、連携可能な範囲があり、その範囲内で連携が進展しているが、地域に十分な医療資源があり、それが効果的に活用されているかを判断するために、一定の地域圏単位での分析は不可欠である。これまで県単位、2次医療圏単位での資源分析はなされてきたが、地域連携の単位としては、県単位は大きすぎ、また3次医療まで含めた分析を行うには2次医療圏は小さすぎるくらいがあった。県もその内側では一様ではなく、やはり都心型、郊外型、中小都市型、僻地のようなよりきめの細かい分析が必須である。都市計画の文脈においては、こういった分類に基づいた地域計画の研究は見られるが、医療の分野においてはこういった研究はほとんど行われていない。

2. 目的

そこで本稿では、地域分類に応じて医療資源を把握するための研究を行った。地域分類特性に毎に医療資源を把握するために、まず国土交通省による国土計画のための地域分類に基づいて全国を分類し、その分類ごとに現在の医療資源・福祉資源の状態、高齢化率等の医療需要関連指標を把握することを試みる。

3. 方法

地域分類には国土交通省「新しい国の形「2層の広域圏」を支える総合的な交通体系最終報告書」の分類を採用した。この分類では、まず人口10万人以上で、昼夜間人口比率が1以上の都市を核都市と定め、そこから公共交通機関で1時間以内に移動できる範囲を、一つの都市圏として設定している。その結果、日本全国に5つの大都市圏（札幌、東京、名古屋、京阪神、博多）と77の都市圏に分類される。大都市圏に関しては、国土交通省の分類では都心と郊外の区別が明確ではない。そこで、ここでは東洋経済 地域経済データ 2011を用いて、市外への通勤者が50%以上の市区町村を郊外都市とした。この分類に基づくと日本を以下の5地域に分類が可能である。

- ・大都市
- ・大都市郊外
- ・地方中核都市
- ・地方中小都市
- ・自然共生地域

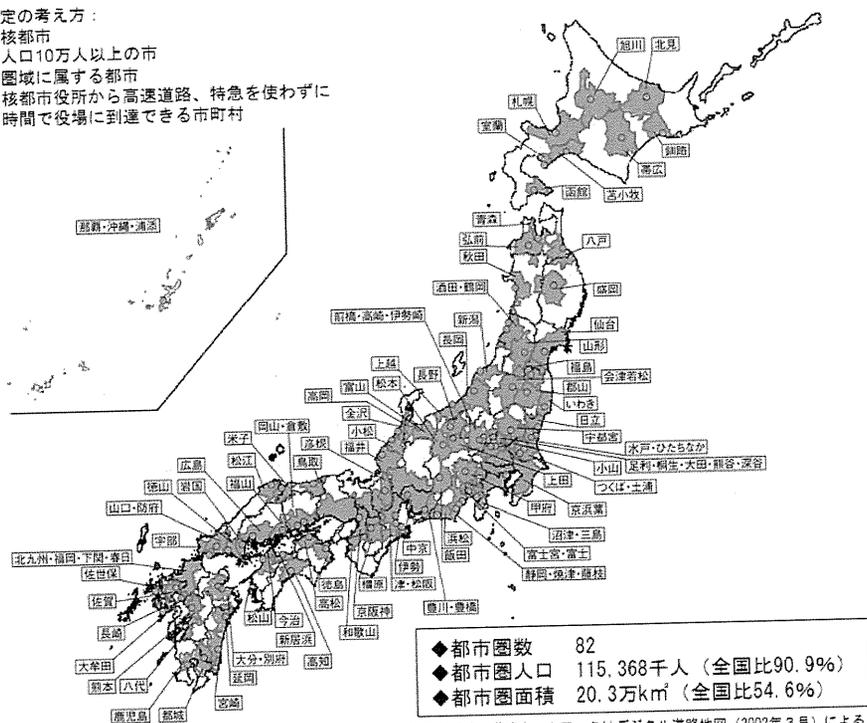
5地域の比較

大都市 <ul style="list-style-type: none"> 5大都市圏(札幌・東京・千葉・横浜・名古屋、大阪・京都・神戸・博多) 新潟区
大都市近郊 <ul style="list-style-type: none"> 5大都市圏への通勤者が50%以上の地域を大都市衛星地域として定義 市川市
地方中核都市 <ul style="list-style-type: none"> 国土交通省が定義した都市圏の中核都市(人口10万以上で、昼夜人口比率が1以上)、全国に77都市圏、都市圏内に二つ以上中核都市がある場合もある。 金沢市
地方中小都市 <ul style="list-style-type: none"> 地方中核都市の周辺に存在する人口5~10万の地方都市 人吉市
自然共生地域 <ul style="list-style-type: none"> 上記4地域に該当しない地域 夕張市

全国 82 圏域地図

設定の考え方:

- ◆核都市
人口10万人以上の市
- ◆圏域に属する都市
核都市役所から高速道路、特急を使わずに1時間で役場に到達できる市町村



(出典) 新しい国のかたち「二層の広域圏」を支える総合的な交通体系最終報告(2005.5、国土交通省) 1

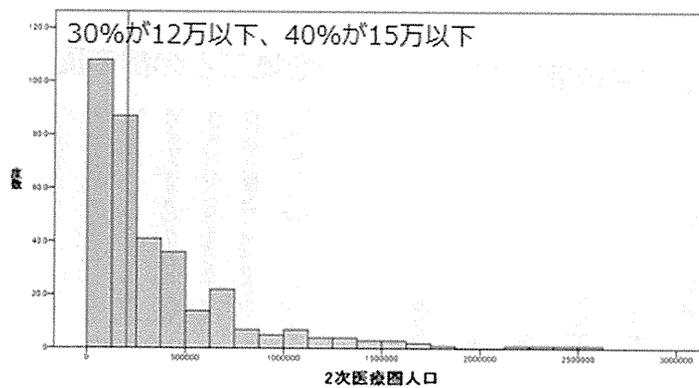
これまでの医療計画の単位としては、県もしくは2次医療圏が単位として用いられてきた。最適人口規模論などの知見によると公共サービスの提供する際に費用を最小化する人口規模は、12~20万人以上となっており、現在の2次医療圏の単位では、12万人以下の圏域が30%以上存在している。

最適人口規模論

- 公共サービスの提供に最適な人口規模の計算
- 費用の最小化のための最適化で、機能の最適化ではない←規模の経済

吉村1999	20.9万人
西川2002	17.0万人
中井1999	12.8万人

2次医療圏の人口規模

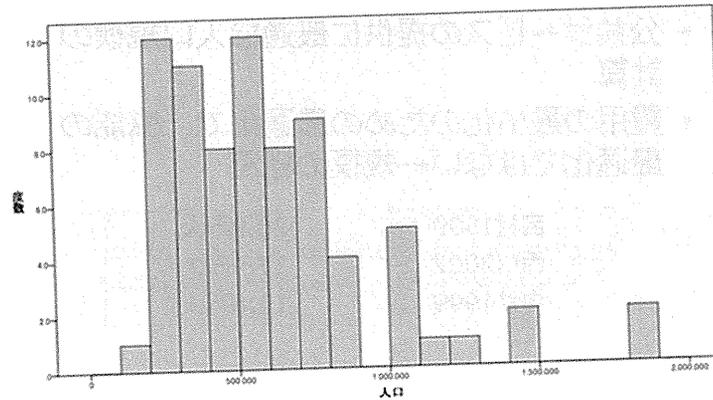


4. 結果

- 82 都市圏の性質

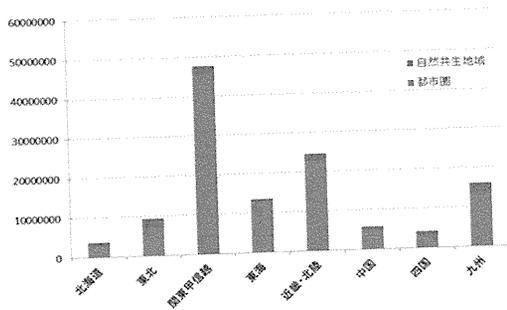
82 都市圏の人口規模は下表の通りである。81 都市圏が 20 万以上の人口を持つ都市圏であり、半数以上が 50 万以上の人口である。

人口の分布

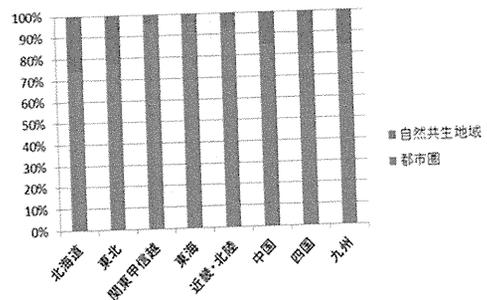


地域ごとの自然共生地域の割合は以下のようになっている。人口に関して、自然共生地域の割合が多いのは、北海道、東北、四国である。面積に関しては、北海道、中国、四国東北の割合が多い。自然共生地域が多いということは僻地医療の需要が多いということであり、計画においては配慮が必要である。

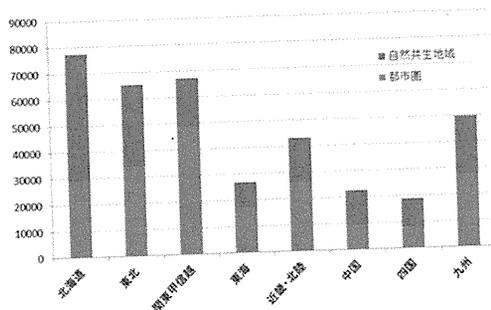
地域ごとの都市圏人口



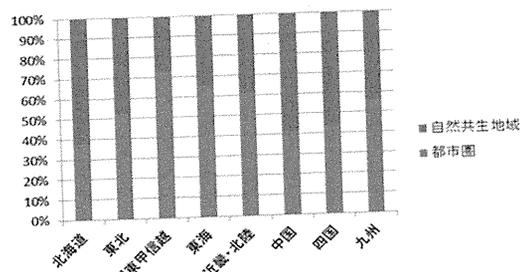
地域ごとの都市圏人口 (割合)



地域ごとの都市圏面積



地域ごとの都市圏面積 (割合)



大都市郊外は、他市区町村への通勤者が50%以上の市区町村とした結果、東京圏に関しては以下の結果が得られた。都心は、東京23区・横浜市・千葉市となり、周辺地域が郊外として同定された（下表の濃い青色部分）。その他大都市圏は、それぞれ札幌、名古屋、京