

老いる都市と医療を再生する

—まちなか集積医療の実現策の提示—

Contents

第1章	医療福祉の視点からまちづくりを考える —今なぜ「医療・福祉」と「まちづくり」なのか— 長谷川 敏彦	1
第2章	これからの都市と医療福祉 —人口減少・超高齢社会を見据えた都市縮小とインフラ再編— 中川 雅之、豊田 奈穂	15
第3章	これからの医療介護システム —今後の医療・まちづくりの総合展開と関連法人見直しの必要性— 武田 俊彦	31
第4章	新たなまちづくりへの挑戦 —人もまちも元気になる都市構想とタウンマネジメント—	41
	1. 健康福祉医療都市構想 酒向 正春	41
	2. まちづくり会社と地域の医療、介護・福祉の連携 斉藤 徹史	47
	3. 参考事例 —柏の葉キャンパスシティと高松丸亀町商店街— 豊田 奈穂	54

研究体制一覧

本プロジェクトは、以下の2つの研究成果を踏まえたものです。
ご関心のある方は併せてご覧ください。
総合研究開発機構 [2010] 『「まちなか集積医療」の提言—地域は医療が解決する—』
総合研究開発機構 [2011] 『まちなか集積医療—事例調査から学ぶ—』 (モノグラフ
シリーズ)

第1章 医療福祉の視点からまちづくりを考える

—今なぜ「医療・福祉」と「まちづくり」なのか—

長谷川 敏彦

要旨：

これからのまちづくりには「医療、福祉」のシステムづくりを埋め込むことが不可避である。19世紀から21世紀への「人生」、「医療」、「都市」の大転換、日本「列島」の変貌を通して理由を論じた。

- 21世紀には「第3の人生」が生涯の焦点となり、医療の目的は「治す」から「支える」へと転換し、都市は「職住分離から一体」となり、日本列島が「縮む」。
- 医療、福祉がともに「地域の生活資源」となり、都市が「一人一人の人生を支える」ように設計される必要がある。それには新しい民家のモデルづくりが必要で、逆にそれらが新しい医療、福祉の未来の姿を決める。
- 21世紀の医療や都市のあり方は日本がモデルとなり、世界に発信される。

1. 人生が変わる

(1) 「10万時間」仮説

10万時間仮説をご存知だろうか。

働いている人の場合、1日の平均労働時間を9時間、睡眠生理的の必要時間を9時間と仮定すると、退職年齢の65歳前後迄で、就職中の労働時間が10万時間、定年後に自分が使える時間が10万時間、とほぼ拮抗する。

就職中 45年×250日×9時間≒10万時間（20～65歳働く労働時間9時間と仮定）

定年後 20年×365日×15時間≒10万時間（85歳まで生きる非睡眠等時間15時間と仮定）

もちろんこのバランスは個々人の事情によりいずれにも傾きうるが、平均寿命が男性85歳、女性90歳に近づきつつある今日、全体としては定年後にシフトしつつある。定年後の自由時間が労働時間を超えつつあるという驚くべき事態は、急速な寿命延長により、つい最近になって発生したものである。生涯の流れの中で、定年後の生活の持つ意味が、大きく変わりつつあるのだ。

(2) 「人生 50 年」を突き抜けて

「人生50年、下天のうちをくらぶれば夢幻の如くなり」と好んでこの幸若舞を舞った信長も、その台詞のように49歳で死んだ。事実、人類の平均寿命が50歳を越したのはヨーロッパ諸国で1900年頃、日本では1947年でたった60年前にすぎない。700万年（猿人）か20万年（原人）の永い人類の歴史から見ればほんの一瞬である。確かに50歳を越えると徹夜が出来なくなり、慢性疾患や障害が始まることから考えると、進化の歴史で形成された人体耐用年数は50年であったようだ。

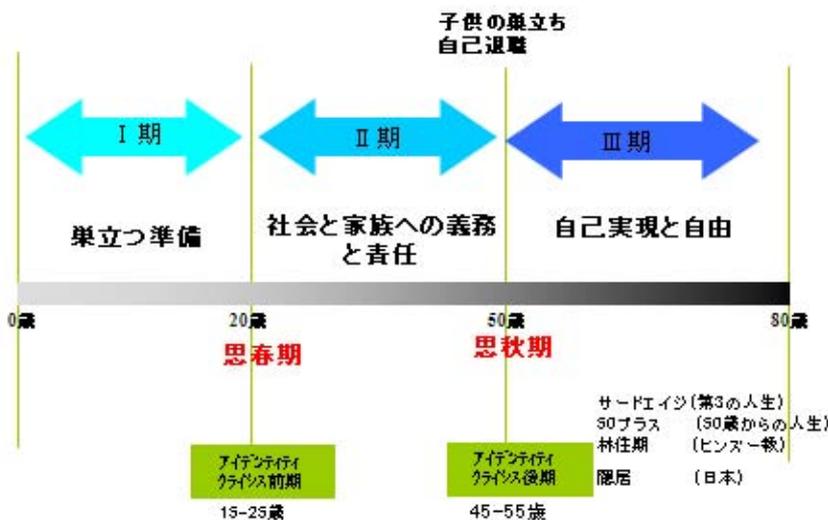
生殖年齢はその後半3分の2の15～50歳であり、人類はその与えられた期間ぎりぎりにまで上手に寿命伸ばし、効果的に使って人口を増やしてきたといえよう。しかし近代社会に入り、進化の歴史によって形成された比較的健康な生殖年齢を突き抜けて人生を伸ばしてしまった。身体機能、そして生きる意味の観点からは想定外の人生を生きることとなった。

(3) 「第3の人生」で夢の世界を

その50歳からの人生は欧米では50プラスと呼ばれ、第1の人生「社会へのデビュー準備期」、第2の人生「社会を支え次世代を生み育てる期」に続く第3の人生とされる（図表1-1参照）。日本でもご隠居と呼ばれ、人類の「種」としての、そして「社会」からの責任から開放され、自分が本来やりたかったこと、つまり「自己実現」を目指すことができる。そしてその長さが約35年、もはや第2の人生とほぼ同じ長さが与えられたのである。人類が長年望んできた夢の世界が実現した。

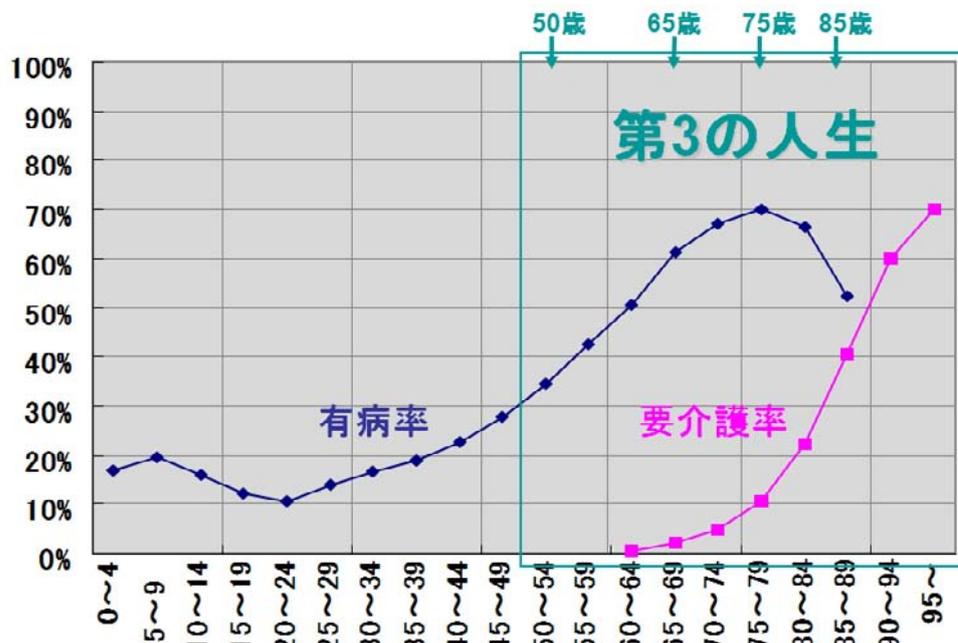
しかし、その後半は望まない病気や障害を抱え、最後には死が訪れる。統計によると、病気を持つ人は50代で30%であるが、75歳頃にピークとなり70%に上る（図表1-2参照）。その頃から障害が始まり85歳で40%に、認知症も85歳以上で20%に上る。夢の第3の人生

図表 1-1 人生における3段階



出所：長谷川[2011a]

図表 1-2 医療と介護の需要



出所：厚生労働省「国民生活基礎調査」、厚生労働省「介護給付費実態調査」

も、同時に訪れる「病い」と「不自由さ」と、そして「最後に全ての人に平等に贈られる死」にどう対処するかが避けられない課題となる。

加えて晩年は結婚していてもどちらかに先立たれる。しかも未婚者が急増しつつあり、2030年には生涯未婚率は、男性30%、女性20%と予測されている（NHK[2010]）。高齢独居者が急増し、このままでは無縁化していくことが危惧される。高度成長期には4~5人の核家族が標準世帯であったものが、これからは単独世帯が標準となる。

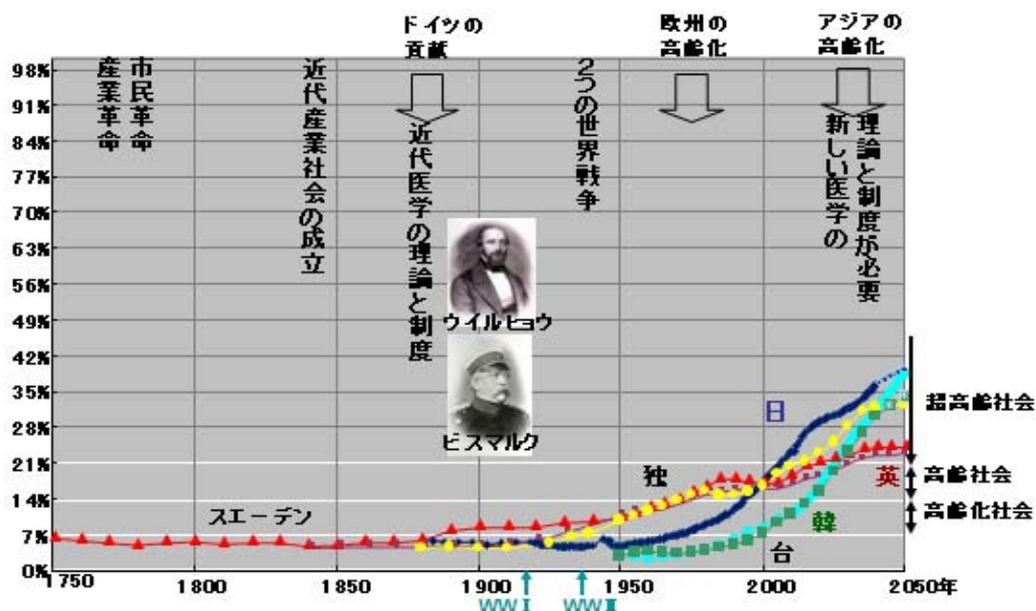
2. 医療が変わる

(1) 19世紀から21世紀の医療へ「パッケージの転換」

今日の西洋近代医学は、19世紀後半、平均寿命は50歳以下、65歳以上人口5%以下、当時、産業革命を終えつつあったドイツで「単一疾患、単一エピソード」の治療をモデルとして確立された。

身体内の特定の部分、例えば「細胞の病変」を病気の原因とする病理学がウィルヒョウによって、労働者の互助により「稀で重篤な疾病リスクをプールする」社会保険がビスマルクによって確立された。しかし、平均寿命は85歳、疾病は複数で、エピソードは悪化と改善の連続、産業は大工場による少品種多量生産からサービス産業を含め多品種小量生産へと転換し、前提がすべて変わった。1980年頃まではこのパッケージを何とか騙し、騙し使ってこられたかもしれない。しかし、21世紀にはもはや対象とすべきモデルが変わり、まったく新たなパッケージが求められている（長谷川[2011a]参照）。

図表 1-3 65 歳以上人口割合 (1750 年-2050 年)



出所：筆者作成

まず、「社会保険」は、リスクが質的に均一であり、社会的連帯（Solidarity）が存在して始めて成立しうる。しかし、高齢者の多くは既に複数の疾病を継続して持ち、疾病発生リスクをプールすることは難しい。そして生き方モードも異にしている。第2、第3の人生のそれぞれの異なる連帯感を基に制度の再設計が必要なのではないだろうか。

次いで、「細胞病理学、特定病因論」は近代医学の実践を支える論理的根拠であった。しかし、高齢化により従来は死亡という形で隠されてきた 50 歳以上の慢性疾病があらわとなった。高齢者のケアでは生活を取り巻く環境との関係を重視すべきである。身体の一部の病変ではなく、老化そして環境との関係で疾病を捉える必要があるのではないかと。住環境、社会環境との対応を通して疾病を捉える新たな視点の学問体系が必要とされている。

(2) 治す医療から支える医療へ「目的の転換」

医療の目的は、これまでの理想状態への回復、即ち「絶対治癒・絶対救命」から、本人の求める機能に向け「現状とのギャップを改善」に転換する。

確かに若人は、身体の一部の病変を治せば正常、つまり理想状態に復帰しうる。しかし、多くの高齢者は複数の疾病を抱え、急性増悪を繰り返し、最後は死に至る（図表 1-4）。その死から振り返れば、医療の結果は従来求められてきた疾病の治療や救命の目的を果さず、単に患者の人生のストーリーを書き変えたにすぎないように見える。考えてみると、実は高齢者医療の目的はこのストーリーを患者や家族の希望に従って協力して書き換えることにほかならない。医療は「治す医療」から「支える医療」に転換するのである。そのためには、密なコミュニケーションによって生きる目標を理解すること、患者と医療者がチームとなることが必須である。

医療の目的が高齢者の生活を支えることに転換すると、福祉ケアと目標が同一となる。もはや医療・福祉は連携ではなく、統合されるべきではなかろうか。これまで医療界と福祉界は文化や言語が異なり、残念ながらうまく統合されてきたとは言えない。両者の統合には、まずケアの基となる「疾病のみならず障害をも統合した状態群分類」を考案し、「急性期医療によく見られる軍隊的組織ではなく、患者・家族も含めたネットワーク的な組織」によるチーム、つまり前述の患者と医療者のチームに福祉を含め、地域全体の資源に拡大する必要がある。

(3) 単体施設からケアネットワークへ「供給の転換」

かつての単一疾患、単一エピソードでは、医療施設で受診する患者を待ち、治療が終わると社会復帰する、いわゆる「急性期ケア」が中心であった。しかし高齢者の医療は「急性期」に続き「回復期」、「長期」、「末期」、あるいはその前に地域に復帰できれば「慢性期」と、目的が異なり資源や組織モードの異なる「5つのケア」必要となる（長谷川[2011a]）。これらは疾病の自然史のサイクルに対応し、継続されて提供されねばならない（図表1-5参照）。供給するケアネットワークはつながっていなければならない（図1-4参照）。

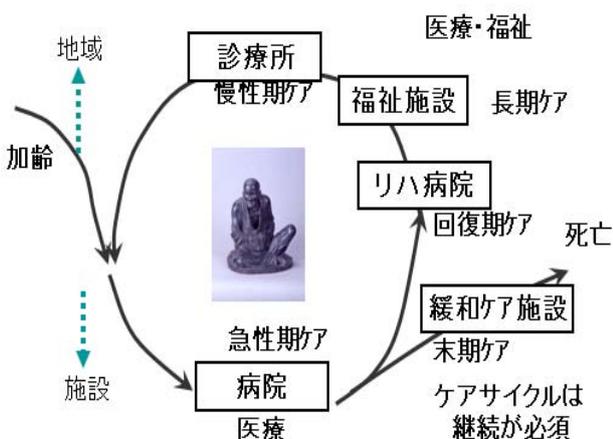
必要なケアは供給の側では調整出来ない。患者を中心に個々人を継続的に追跡することにより、初めて有効かつ効率的ケアを提供しうる。医療の焦点も「治すために一時入る病院」から「地域で続けて生活する高齢者」に移行する。疾病を治す専門医より、患者を追跡し、ケアサイクルを回す「総合診療医／老人医」の役割が重くなる。急性期ケアの病院は重要であるが、ケアサイクルの一部で「地域の生活資源」として使われることとなる。

院内でのケアもその前後の継目なき継続が必要で、連携部間の充実、インターフェイスとしての病院内での「総合診療医／救急医/老人医」も不可欠である。このような総合医は

図表 1-4 生涯アプローチ



図表 1-5 高齢者に必要な5つのケアとケアサイクル



出所：図表 1-4、図表 1-5 筆者作成

高度で広範な臨床知識や技術を必要とし、いわば複雑系の専門医としての研修が求められる。これらの総合医と専門医、医療施設と福祉施設、各種職種の連携にどうしても必要とされるのは、情報の共有で、そのために医療と福祉の情報を蓄積する「一患者一生涯一カルテシステム」が必須となる（長谷川[2011b]）。

従来長期ケアを提供する医療施設は経営拡大の過程で、老人保健施設など、地域の福祉的機能をも担ってきた。医療と福祉の統合の視点からは効率の良い側面もあろう。しかしこれからは個々の高齢者への適切なケアがなされているか、判断の透明性と組織全体のガバナンスが問われる（長谷川[2011c]）。

3. 都市が変わる

(1) 近代都市の成立

都市はチャイルドによると、人類史上「農業革命」に続く「都市革命」の結果、紀元前3000年頃、メソポタミア、エジプト等に出現したものとされ、構成要員の市民（ラテン語で *civilis*）に象徴されるように、文明（*civilization*）を育んだ場とされる（チャイルド[1958]）。マンフォード[1969]によると、都市は元来狩猟採集民の宗教的聖地に農耕民の定住的要素が取り込まれたもので、宗教的象徴的意味がその原点にあるとしている。それから5000年、機能は政治軍事、交易経済、文化娯楽と拡張、複合し、もはや世界の約半数の人々が住む場となっている。

都市は近代の2つの革命（市民革命と産業革命）を経て、近代産業社会の成立と共に急速に発展した。世界に先駆け産業革命を完了したイギリスでは、1800年から50年の間にロンドンの人口が100万から240万と急速に膨れ上がり、その結果、環境は悪化し、過密化、貧困化が進み、感染症が蔓延した。折しもインドからもたらされたコレラがロンドンのみならず、パリやベルリンをも襲い何十万人もの命を奪った。近代都市のまちづくりはコレラとの戦いの中から生まれたと考えられている（見市[1990]）。そこでもイギリスは先駆的で、チャドウィックらの運動によって1834年救貧法、1848年公衆衛生法が成立し、都市経営の中に近代福祉、近代公衆衛生の活動が創始された。都市を対象とした社会リスクマネジメントの近代システムが立ち上がったのである（柴田[1985]）。

しかし、今日につながる本格的な近代都市への改造は、19世紀の後半を待たねばならない。この頃、第2の産業革命とも呼ばれる産業の重工業化、細菌学説の確立による公衆衛生手段の改良、鉄道、地下鉄、自動車など交通網の発展が相次いだことが、その背景と考えられる。ロンドン、パリ、ベルリン、ウィーンの人口増は、この時期著しい。そして何よりも、近代国民国家の形成が大きな影響を及ぼしていると考えられる（柴田[1985]）。

1855年に始まるセーヌ県知事オスマンによるパリ大改造、1862年からの市技官オルブレヒトによるベルリン拡張計画、1859年の国王によるウィーン拡張計画、そしてロンドンでは全体計画はないが、1855年首都管理法、1875年新公衆衛生法、1890年労働者住宅法などに基づく市内の改造や富裕層による郊外の開発が、平均寿命50歳の時代、欧州各地で第2の人生の確立のために進められた（文化科学高等研究院[1992]）。

(2) 田園都市の変貌

近代に入って急速な都市化の弊害から逃れるため、農業と工業が共存できる理想郷を建設する運動が繰り返し展開された。マルクスによって空想的と揶揄されたオーエンは1800年からスコットランドのニューラナークで実験を試み失敗したが、その思想はその後フランスのフーリエやロシアのクロポトキンらに受け継がれた(土井[1997])。中でもイギリスのハワードは1898年に田園都市(Garden City)構想を発表した。大都市近郊の人口3万程度の新しい職住近接型都市群を提案し、1903年にロンドン北郊のレッチワースで、1920年にウエリンで建設を始めた。

一方、併行して大都市においても近代建築様式が当初はアールヌーボー等のデザイン様式として、次いでル・コルビュジェの「輝く都市」など、効率を目指す国際様式として、田園都市の対極をなして提案された。その後の歴史は皮肉な結末をたどる(土井[1997])。実はその2つの対極が融合したのである。イギリスでは第一次大戦後、帰還兵のため大量の住宅が必要となり、1920～35年に鉄道でつながった大都市郊外に効率とより良き環境を目指してベッドタウン群が形成されたのだ(三浦[1999])。

アメリカでも経緯が共通している。まず1939年のニューヨーク万国博覧会で平均的で豊かな日常生活を送るため計画された郊外都市「デモクラシティ」が未来の田園都市として、独裁政治、共産主義に対抗して提案された。第二次大戦後、アメリカでも大量の帰還兵を迎え、1945～60年の短期間に効率よく大量の住宅建設を要した(三浦[1999])。それを可能にしたのは、レヴィット社らによる均質的な住宅の現地での大量生産ライン方式である。レヴィットタウンと呼ばれるこの住宅地は、自動車社会を前提とし、ハイウェイで大都市のダウンタウンビジネス街へつながっていた。この郊外のまちはハワードの田園都市と同じ歴史的系譜にあるようにみえる。しかし実態は近代産業社会を支えるため、職住を分離し交通でつなぎ、効率を追求したまったく別の構想にほかならない。

日本でも1960～75年、高度経済成長のため地方から都市に流入した企業戦士が結婚し、家庭を持つための住宅が大量に必要となった。都心に空間は少なく、郊外で大規模団地を造成し、鉄道でつないだ。その過程ではレヴィットタウンのノウハウが使われていたといわれる。かくして国道16号線沿いにニュータウンが次々と造成された(辻中[2005])。

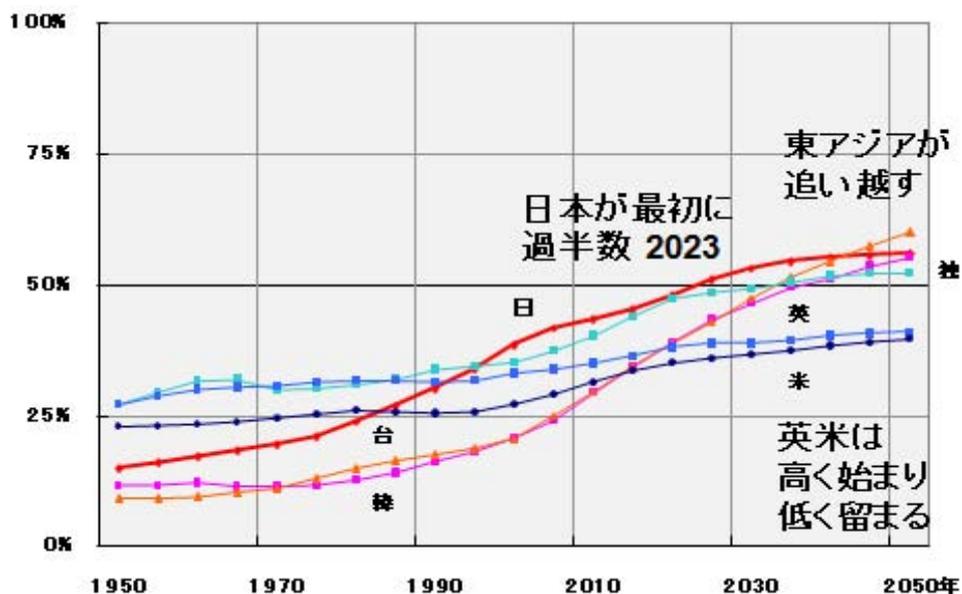
田園都市の概念は比較的早期に日本に受け入れられた。1908年には内務省地方局有志によって紹介され、1910年阪急を創設した小林一三氏によって大阪郊外の池田と宝塚を市内に鉄道で結ぶ形で実現された。東京では1918年渋沢栄一氏らが田園都市株式会社を設立して、田園調布を建設し、次いで五島慶太氏らが戦後、東急沿線にニュータウンを建設していった(中村[1999])。しかし、これらは元来の田園都市構想とはかけ離れたもので、都市勤労者が寝に帰るための場所となったのである。

(3) 第3空間の融解

これら近代の都市はいみじくも産業社会が成立した19世紀末、平均寿命50歳の時代に構想され、元義を失って効率的に近代産業を支える大都市圏システムとして再構築され、20世紀の経済成長を支えてきた。しかし、21世紀の今、歴史は大きく転換したのである。

実はたった今後10年後に、日本は50歳以上が人口の50%を超し、韓国、台湾と東アジア

図表 1-6 50 歳以上の人口割合の推移



出所：UN 推計[2008]

の国々が続くのである（図表1-6）。恐らく永い生命の歴史で生殖期後人口が半分以上を占める昆虫や動物の種はこれまで存続し得なかったと考えられる。日本、次いで東アジアが人類に先駆けて、有り得ない実験社会を研究開発することとなる。そこでは働き育てる第2の人生の住宅と職場を「効率よくできるだけ安価に整備し、生殖期間の窓に出現するリスクを管理する社会システム」として都市圏の中に構築するかつての都市ではない、新たなまち、人生の完成／死に向けてそれぞれの夢の実現を支援し可能にする「第3の人生を支援する環境づくり」（Enabling Environment）が求められているのである。

ソジャ[2005]らは生活の場である「第1空間」、仕事の場である「第2空間」に加えて、いずれにも属さない「第3空間」が存在し、近代化の過程で第1と第2の空間が分離され、それらをつなぐ第3の空間の重要性が増してきていると主張している。服部らは第3空間には盛り場などの娯楽の場や、行政、医療などの公共の場が存在し、都市の活性化、魅力づくりには第3空間、特に盛り場が鍵であると主張した（服部[1992]）。

実は超高齢社会では、第2空間にも、また近代における第1空間にも属さない、第3の人生を生きる高齢者が多数を占め、その意味で第3空間が融解して第1、第2空間を統合することとなる。中でも服部らのいう公共の場、とりわけ家族代替機能や医療福祉の場が必須となる。人生コースに沿って述べると、75歳頃まではまず生活の場と働く場、第1空間と第2空間が融合している。また同時に慢性疾患の医療ケアが必要で互いに支え合う場、第3空間が近接していなければならない。75歳頃をすぎると統合された医療と福祉のケアが、そして85歳頃をすぎると所謂終末期のケアが必須の要素となる。公共的な第3空間の重要性が浮かび上がる。毎日が自由時間で楽しみ集う空間も必要である。これらの年齢を通して高齢者を念頭に置いたユニバーサルデザイン、モビリティ、セキュリティも必須の要件である。21世紀、医療はもはや福祉と共に地域の生活資源となる。従って、逆に高齢者を支える一連の生活資源の1つとして融合した第3の空間の中に埋め込まれるべきである。

まちが生活を支えるよう設計されれば、その設計によって医療、福祉そのものも変わることになる。

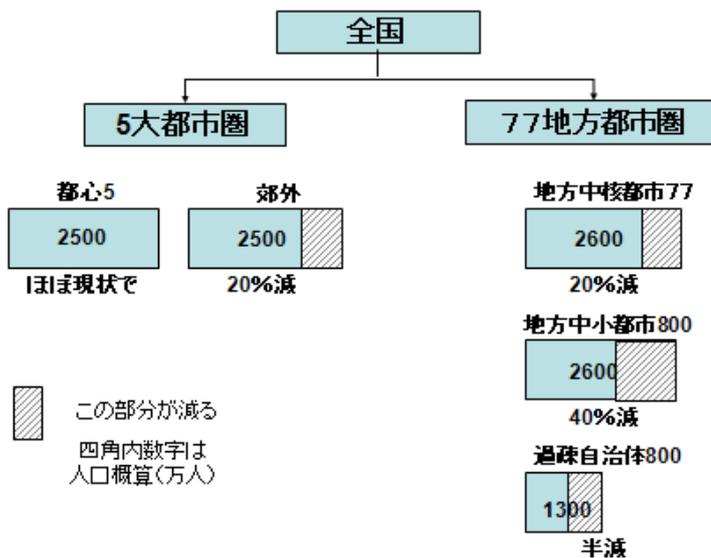
かつて、第2空間と融合した第1空間のモデルが各時代や地域の文化型ごとに民家として提案されてきた（長谷川[1989]）。縄文時代の横穴式住居、弥生時代の竪穴式住居、そして歴史時代に入り、室町時代から続く民家、江戸の長屋、大正の文化住宅、昭和の公団と続いた。21世紀には新しい民家として、もはや生活資源となった医療福祉を融合し変容した第3空間に、まちのシステムとして埋め込んだ集合住宅のモデルを創造する必要があるといえよう（長谷川[2011d]）。

4. 列島が変わる

(1) 「2つの都市群」問題

2005年の国土交通省の報告によると、日本には昼夜間人口比1以上、1時間以内生活距離圏を持つ都市圏が82あり、残りが過疎地である（国土交通省[2005]）。82都市圏は太平洋沿岸3都市と北海道、九州の2都市からなる5大都市圏軸と、残りに散在する77の地方都市圏に二分できる。人口で見ると、前者は約5000万人、後者は約5600万人、残りが約1300万人と大半が都市圏であり、約40%が5大都市圏、約50%が地方都市圏に住んでいる（図表1-7参照）。5大都市圏はさらに都心と郊外、地方都市圏は77地方中核都市とそれを取り巻く中小都市、そしてそれらを取り巻く過疎地域に分けられる。5大都市圏に5プラス8の県庁所在地が含まれ、地方都市圏77のうち県庁所在地は34カ所、うち15カ所が各県でみると県庁所在地の1カ所のみ、残り19が2カ所以上となる。

図表 1-7 日本の地域構成（2005 年対 2050 年変化）



出所：国土交通省[2005]をもとに筆者概算

大ざっぱに日本列島は大都市圏の都市と郊外で人口がそれぞれ 2500 万人、地方都市圏は中核、中小都市がそれぞれ 2800 万人で、その周りを 1300 万人の過疎地が取り巻く構造となっている。将来予測では郡部ほど減少が激しく、2005 年から 2050 年までの変化予測では過疎地域で 50%減、地方中小都市で 40%減、地方中核都市、大都市郊外でも 20%減、大都市都心でやっと持ちこたえるであろうとされている。列島全体が末端から縮んでいく。

このように都市は位置や規模によって抱える課題や未来の展望が異なる。細かすぎると全体像がぼやけ、大きすぎると中身が把握できない。大都市圏では郊外の人口構造が、地方都市圏では中小都市の資源が喫緊の課題であり、日本列島は過疎地を含めた圏域として形作られていることから、まず「大都市圏」と「地方都市プラス過疎地」に二分することが妥当と考えられる。さらに前者を都市と郊外、後者を中核、中小、過疎の 3 層に分類することが簡にして要な分類法と考えられる。これをもとにまちづくりの類型を想定すると有用である。

(2) 「大都市」問題

実は日本の高齢化は大都市が問題なのである。正確には大都市圏の郊外部である。地方都市はもう既に高齢化期は終了し、そこからどう出発するのかの課題である。大都市の問題は団塊の世代の「企業戦士の帰還兵問題」として捉えることができる。

団塊の世代（広義で 1945～54 年生）は約 2000 万人で、その 3 分の 2 が地方で生まれた。しかし、地方生まれの 900 万人は集団就職や学業のために 3 大都市に移動し、故郷には帰らず、大都会で結婚した。都心に土地は少なく、多くは大都市周辺に住み、昼間に郊外から大都市へ毎日、いわば民族大移動を繰り返してきたのである。それが突然、大挙して退職しつつある（三浦[2007]）。つまり、企業戦士が帰還兵となったのである。確かに一部は生まれた故郷に戻り、一部は外国を含めた新たな場所へ移住するかもしれないが、大半はそこに住み続け、退職後新たな生活を始め、そこで死んでゆくと想定される。この地域ではこれから 10 年間に急速に高齢化が進み、65 歳以上人口は 1.5 倍にはね上ると推計されている。この地域こそ全国有数の医師看護師病床などの医療資源が少ないことで知られる。これまで都心に資源を頼ってきた結果である。今後は高齢者の生活圏の変化から考えて、医療需要が郊外に移行し、団塊世代の高齢化と共に 5～10 年で需要が急増し、需給のバランスが大きく崩れて、第 2 の医療崩壊を起こすのではないか。しかし新たに必要とされる医療需要は、従来の急性期ケアではなく前述の高齢者を対象とした総合的ケアであり、万単位の総合医／老人医が必要となると推測される。あまり時間が残されていない。

加えてその頃、多くの住宅が耐用年数を迎える。集合住宅の場合多くの地権者が存在し建て替えや集約の合意を得ることが困難なことが多い。その結果まちが空洞化、加えて建物、施設の老朽化がさらに進む。幾つかの団地を付加価値の高い地域に集約し、建物、道路、店舗、医療福祉施設を建て替える濃縮化が必要、いや社会を新しく創り直す必要がある（古田[2008]）。

(3) 「地方都市」問題

地方の課題は「医療」に加えて「文化」「経済」「環境」のなど複合的な問題が同時に深

化していることから、過疎地では治山治水の環境問題と、地方中核都市では地域の独自文化の喪失とが併せて進んでいる。室町時代から江戸初期にかけて形作られた棚田、里山の原風景、食や住などの日本の基本文化が、今大きく音を立てて崩れつつある。医療福祉、教育文化、生活環境を一体的に捉えた総合的対策が求められる(林他[2010]、矢作[2009])。

医療の課題に関しては、今、社会問題化しているのは地方中小都市の医療崩壊である(長谷川[2011e])。2004年の医師の卒後研修導入時に医師の労働市場の激変で医師の需給のアンバランスが生じたことが直接の契機である。その背後には規模の経済が働きにくい中小病院が多い日本独特の医療システムに問題があり、地方全体の長期的課題として捉える必要がある。「地方中核都市」では研修医の県外への流出などが挙げられる。「地方中小都市」では中核機能と規模の経済を持ち得ない100床あまりの公的病院を中心とする医師不足が地域医療システムの機能不全を招いている。「郡部」では古くて新しい問題、限界集落化と共に進む無医村化の課題がある。解決の方法は「3種類の地域の医療資源を、地域中核都市を中心に、規模と範囲の経済を勘案して一体として効率よくシステム運営する」ということに尽きる。

ここでも問題は地域の総合診療機能にある。高齢患者は歩いて行ける範囲以上の受診が難しく、地域の開業医の高齢化と退職が危惧される。地方でも需給のアンバランス特に求められる需要とミスマッチが急速に進むと危惧される。高齢者の場合は食料等の日常生活物資、介護ケアが同時に満たされることが必要で、スーパーマーケットや集会場、包括介護ケアセンター、診療所を一体的に設立し、歩行距離内即ち小学校区、全国5万カ所に配置・活用する必要があるといえよう。大都市と地方都市は背景が大きく異なるとはいえ、地方都市の高齢化は既に深刻で、その意味で大都市のパイロット的な役割を果たすといえる。様々な新たな試みに期待される。

5. まとめ

21世紀は世界中で「人生」「医療」「都市」の形が、そして日本「列島」の形が変わる。まだ理想として模倣ができる「まちづくり」はどこにも実現していない。日本が世界に先駆けて実験することになるからである。新たな試みではまず大切なのは概念である。歴史空間医療福祉の課題については既にまとめた。そしてまちづくりについては近年様々な角度からの提案がある。これまでえてして短期使い捨て型であった日本の建築を、ライフサイクルを考慮して長期持続型にいわゆるストック型社会の提案とか、インフラの見直しとかである¹。また具体的な移動手段や認知症の人への配慮も重要である²。

ここにWHOがGlobal age-friendly cities(老人に優しいまちづくり)プロジェクトとして必要だと提案した8項目を参考までにリストアップする(WHO[2007])。

建築物と屋外空間(高齢者が容易に安全に)

交通(行きたいところに簡単に)

¹ 野城[2003]、岡本[2006]、細内[2010]、山本他[2012]参照。

² 児玉他[2009]、まちづくりと交通プランニング研究会[2004]参照。

住宅（ニーズが変わっても安全に自立して）
尊厳と社会統合（公共サービス、情報等）
社会参加（近隣での社会ネットワークの機会）
コミュニケーションと情報（様々なサービスやプログラム）
住民参加と就労（参加し決定する機会）
社会支援とヘルスサービス（自立した生活にアクセス）

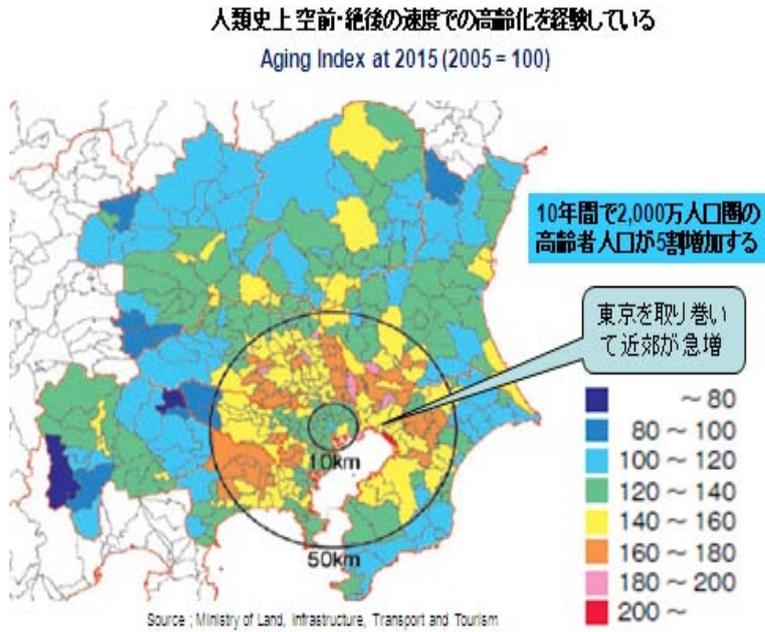
まちづくりが「インフラや施設の建築である」と捉えられてきたこれまでの考えはもはや通用しない。それは近代の共通した人生や社会の前提を暗黙の了解として重要な課題を無視することが可能だったからである。もはや大きく変わる「支えるべき人生」を考え、「人間のネットワーク」を形成し、低成長時代にふさわしい「まちのインフラ」を構築し、それらを開発から維持までを「マネジメント」していくという4つの要素が同時に必要なのだ。タウンマネジメントとそのガバナンスは今日の日本にとっての大きな挑戦である(図表1-9参照)。

一方で、具体的事例も無意味というわけではない。今まちづくりは全国で様々な経営主体によって、様々な課題に重点を置いて試みられている。背景を捉えた上で部分の例として有意義である。概念、戦略、事例の応用の組み合わせのステップがまちづくりの有用な作戦である。

近代都市は19世紀の平均寿命50歳の世界で設計され、構築されてきた。それは20世紀の近代の成功、そして勝利であった。今、成功ゆえの失敗を迎えつつある。もはや21世紀のまちづくり、民家のモデルが求められている。高齢者の人生を支える新たなまちこそが新しい医療や人生の形を決める。

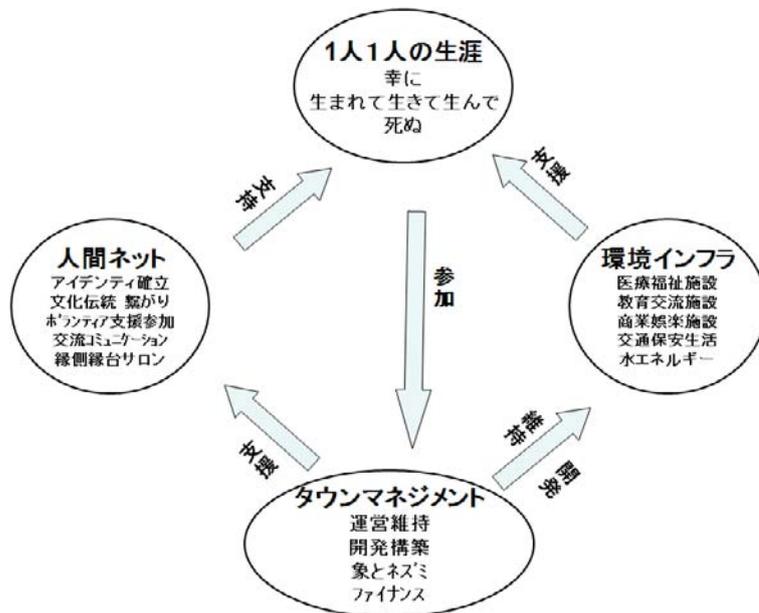
あと10～20年で日本全体を見えない大きな津波、超高齢化の大波が高速で覆うことになる。必要な人にしか真の現実と課題は見えない。日本は今、世界で最初に未踏高齢化が展望できる戦略的な場に立った。近代を終えた21世紀の「新しい人生、新しい医療、新しい都市と社会」は日本で日本人の伝統力と創造力によって開発され、日本から同じように急速な経済成長を遂げた東アジアへ、そしてそれに続く世界に発信されると確信する。

図表 1-8 東京通勤圏（2000 万人 人口圏）



出所：千葉県福祉部井上肇氏作成

図表 1-9 まちづくりの4変数



出所：筆者作成

【参考文献】

エドワード・ソジャ[2005]『第三空間—ポストモダンの空間論的転回』青土社。
NHK「無縁社会プロジェクト」取材班[2010]『無縁社会—“無縁死”三万二千人の衝撃—』文藝春秋。

- 岡本久人[2006]『ストック型社会への転換』鹿島出版会。
- 厚生労働省[2007]『国民生活基礎調査』。
- 厚生労働省[2007]『介護給付費実態調査』。
- 国土交通省[2005]「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」。
- 児玉桂子他編[2009]『認知症高齢者が安心できるケア環境づくり』彰国社。
- ゴードン・チャイルド[1958]『歴史のあけぼの』岩波書店。
- 柴田徳衛[1985]『都市と人間』東京大学出版会。
- WHO[2007]『高齢者にやさしい世界の都市ガイド (Global age-friendly cities : a guide)』萌文社。
- 辻中俊樹編著[2005]『団塊が電車を降りる日』東急エージェンシー。
- 土井淑平[1997]『都市論』三一書房。
- 中村洋監修萩島哲編[1999]『都市計画』朝倉書店。
- 野城智也[2003]『サービス・プロバイダー』彰国社。
- 長谷川敏彦[1989]「近代の黄昏に日本は西洋近代を通過するーポストモダン日本新民家論序説」『建築雑誌』、104(1283)、pp.34-37。
- 長谷川敏彦[2011a]「医療マネジメント 21世紀への挑戦 日本社会と医療の未来 「生存転換」概念による予測」『病院』、70 (5)、pp.382-385。
- 長谷川敏彦[2011b]「医療マネジメント 21世紀への挑戦 構造転換する連携 施設間の連携からケアの連携へ」『病院』、70 (7)、pp.542-546。
- 長谷川敏彦[2011c]「医療マネジメント 21世紀への挑戦 ガバナンスとオーナーシップ 「医療マネジメント」の「仕組みと仕掛け」を「老人仕様」に」『病院』、70 (8)、pp.620-623。
- 長谷川敏彦[2011d]「超高齢社会の新たな社会と医療ー日本から発信する医療福祉を軸とするまちづくり」『病院設備』、50 (5)、pp.14-19。
- 長谷川敏彦[2011e]「病院崩壊からの再生ー「匠と女将の世界」から「チームとシステム」ー」『病院』70(4)、pp.296-299。
- 服部銚二郎[1992]『都市 人類最高の傑作』古今書院。
- 林直樹他編著[2010]『撤退の農村計画』学芸出版社。
- 古田隆彦[2008]『「増子・中年化」社会のマーケティング』生産性出版。
- 文化科学高等研究院[1992]『都市化する力ー都市はどのように都市になるのか』三交社。
- 細内信孝[2010]『コミュニティ・ビジネス』学芸出版社。
- まちづくりと交通プランニング研究会[2004]『高齢社会と都市のモビリティ』学芸出版社。
- 見市雅俊[1990]『コレラ流行と近代ヨーロッパ 青い恐怖 白い街』平凡社。
- 三浦展[1999]『「家族」と「幸福」の戦後史』講談社現代新書。
- 三浦展[2007]『団塊世代の戦後史』文春文庫。
- 矢作弘[2009]『「都市縮小」の時代』角川書店。
- 山本理顕他著[2012]『地域社会圏主義』INAX 出版。
- ルイス・マンフォード[1969]『歴史の都市 明日の都市』新潮社。
- Laslett,P. [1984] “The University of the Third Age : Objects and Principles,” BBC Open University Production Center.

第2章 これからの都市と医療福祉

—人口減少・超高齢社会を見据えた都市縮小とインフラ再編—

中川 雅之、豊田 奈穂

要旨：

人口減少と高齢化に加え、施設の老朽化が進む時代はこれまでとは 180 度異なる仕組みが必要となる。これからの持続可能な都市の実現には、

- 都市の縮小を可能にする都市計画制度と「まちなか集積医療地区」の高密度化を促す仕組みの導入
- 広域的ガバナンスの下で都市機能の配置を決定する「機能再配置型地区計画」の創設
- 医療、介護・福祉、高齢者住宅等の機能を統合した一体的なサービス供給主体の設立

が求められる。

一般に 1947 年から 49 年の第 1 次ベビーブーム期に生まれた約 270 万人は団塊世代と呼ばれ、その世代の動向が社会に与える影響は決して小さくない。団塊世代が 2012 年には 65 歳の高齢期に突入することから、今後、医療・福祉に対する需要増が見込まれ、医師不足や偏在も顕在化する中で現行制度のままで医療福祉サービスの供給制度を維持することが困難であると指摘されている¹。本章ではそうした課題に鑑み、まちづくりの視点から人口減少や高齢化といった社会構造変化を考慮した都市の実現について検討する。

1. 都市インフラ再編の必要性

(1) 人と都市インフラの高齢化

経済の高度成長期、団塊世代が就職、世帯形成期を迎えた 1960 年代から 70 年代を中心に、大都市圏周辺では大量の人口流入が発生している。東京圏においては 1957 年に転入超過数が 30 万人を超え、1970 年までの間に累計で 450 万人の転入超過が観察されている。三大都市圏（東京圏・名古屋圏・大阪圏）に拡大すると 700 万人を超える²。それを象徴するように、1960 年代には大阪でわが国最初の大規模住宅団地として千里ニュータウンが、70 年代には東京で多摩ニュータウンが第 1 次の入居を開始している。当時、大規模な人口

¹ 総合研究開発機構[2010]参照。

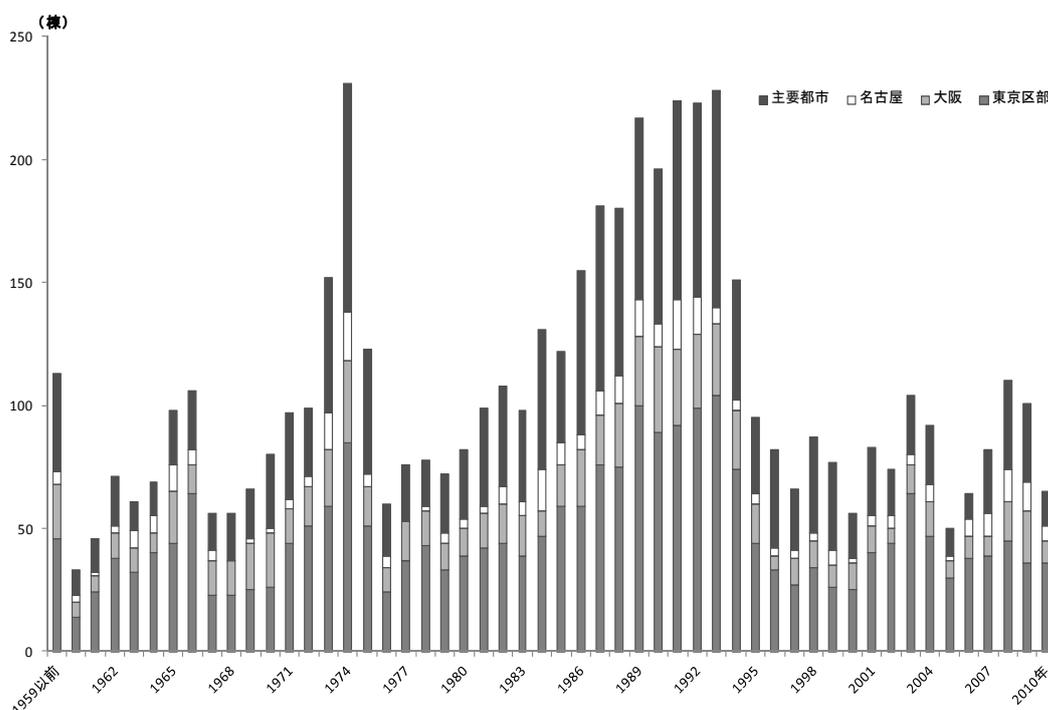
² 総務省「住民基本台帳人口移動報告」参照。「東京圏」は東京都・神奈川県・埼玉県・千葉県、「名古屋圏」は愛知県・岐阜県・三重県、「大阪圏」は大阪府・兵庫県・京都府・奈良県を含む。

移動とともに、関連する社会インフラの整備も進み、とりわけ大都市とその周辺では住宅、交通網、病院や学校など公共施設の建設、都市開発が盛んに行われてきた。

現在、開発当初から 40～50 年が経過し、こうしたニュータウンでは居住者の高齢化や施設の老朽化、利便性の悪化にともない居住者の流出などが社会問題となっている。例えば、千里ニュータウン（吹田市域）では 2010 年 9 月末時点で高齢化率が 30% を超え、吹田市全域の 19.8% を大きく上回る³。加えて、初期の頃に建築された最も古いタイプの 5 階建ての団地ではエレベーターが設置されていないなど高齢者に適さない状態にあった。そのため、千里ニュータウンでは老朽化した団地の建替えを進めている。

ここでは千里ニュータウンを 1 つの例として取り上げているが、総務省[2011]によれば、2010 年度末に全国の地方自治体が所有または管理する公共施設等 42 万 413 棟（都道府県：99,854 棟／市町村：320,559 棟）のうち 51.6% が 1981 年 5 月 31 日以前（旧耐震基準）の建築物とされ、公共施設の老朽化も進んでいる⁴。そうした公共インフラの整備と同時に民間ストックも拡大しており、全国主要都市のオフィスビルでは 70 年代半ばとバブ

図表 2-1 竣工年次別オフィスビル棟数



出所：一般財団法人日本不動産研究所「全国オフィスビル調査（2010年12月末時点）」

³ 吹田市住民基本台帳登録人口の町丁別年齢階級人口をもとに、青山台・佐竹台・高野台・竹見台・津雲台・藤代台・古江台・桃山台を千里ニュータウン域としている。

⁴ 公共用および公用の建物で、非木造2階建以上または床面積200㎡超の建築物を調査対象とする。1978年の宮城県沖地震（M7.4）後に耐震設計法の大幅な見直しが図られ、1981年建築基準法施行令大改正で建築基準法に定められた新たな耐震設計基準のことを「新耐震基準」とし、それ以前のものを「旧耐震基準」とよんでいる。

ル経済期に多く建設された（図表 2-1 参照）⁵。首都圏では人の高齢化が危惧されているが、大手町・丸の内・有楽町エリアのオフィスビルの 46.6%、日本橋、八重洲、京橋エリアにおいては 59.8%がすでに築 30 年を超え、インフラの高齢化も急速に進んでいる。仮にこれらの耐震性に問題がなかったとしても、築後 30 年以上を経過していることに鑑みれば、先の千里ニュータウンでもみられたように高齢化する現状には適さない可能性も十分に考えられ、改修・更新時期が迫っている。

わが国では中・長期的に人口規模の縮小や超高齢社会への移行は避け難いことが知られている。すでに地方都市では過疎化や高齢化が課題として指摘されてきたが、今後は、大都市周辺で居住者の著しい高齢化だけでなく、同時期に整備された社会インフラの限界も近づくことから、(i) 大規模な都市インフラの再編、(ii) 高齢化を考慮した構造・機能への転換、などの抜本的な見直しが急務である。

(2) 都市インフラの再編とネットワーク化

①人口規模と高齢化を考慮した再編への取り組み

一部の地方自治体では高齢化・人口減少を見越して所管施設に関する現状、維持・更新に必要な費用等を把握し、戦略的に域内の公共施設の再編に乗り出しているところもある。なかでも、秦野市（神奈川県）では市が保有する公共施設の長期的な維持の困難性に鑑み、2011 年 3 月「秦野市公共施設再配置計画（以下、「秦野市再配置計画」とする。）」において都市インフラの長期再編戦略に着手している⁶。同市ではハコモノ系（学校・庁舎・公民館・図書館・体育館など）、インフラ系（道路・上下水道）、プラント系（ゴミ処理場・汚水施設）を合わせ 457 の施設を所管しており、2008 年時点ではこの大半を学校教育施設が占めている。今回の計画ではハコモノ系（学校教育施設を除く）のうち老朽化が著しく、耐震性に問題が残るなど、使用や維持に何らかの対策を必要とし、近隣に機能が重複する施設があるところから段階的に再編統合、売却や譲渡を進める。

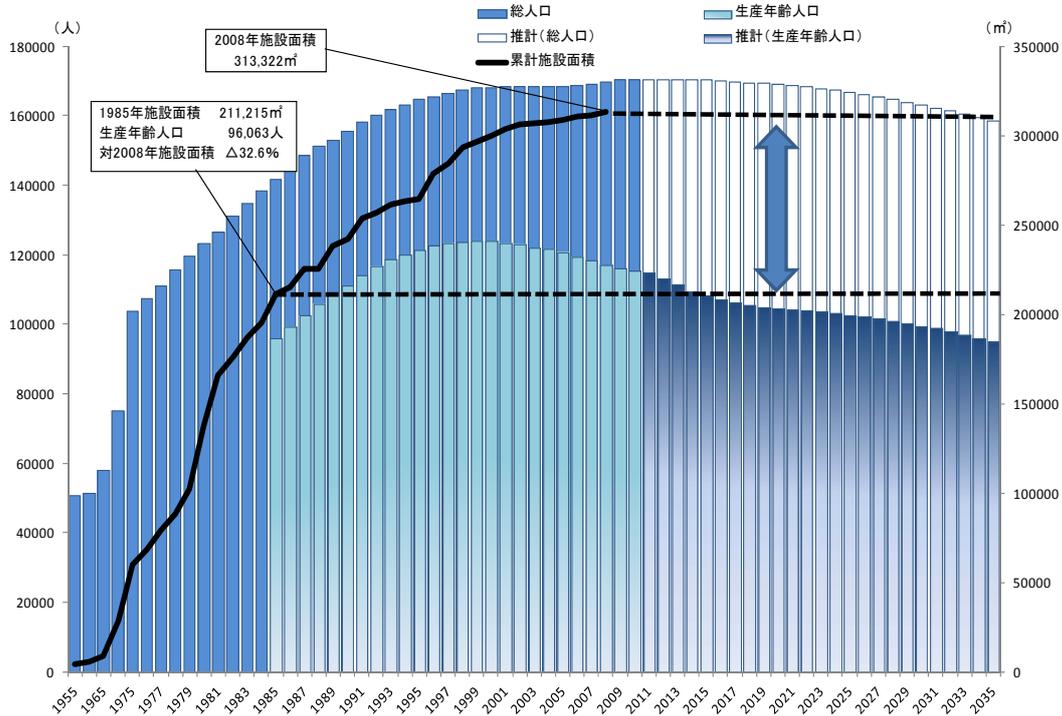
利用者数の限られる施設であっても、公共部門が既存施設を廃止、再編することは容易ではなく、手つかずのままになっている自治体が多い。秦野市がそこに踏み込んだ背景には、人口と税収の減少でサービス供給量と質の見直しなしに社会構造の変化に対応することは困難という認識があった。図表 2-2 からわかるように、秦野市では人口成長とともにハコモノの床面積も拡大し、1975 年度から 1985 年度の 10 年間に人口は 1.4 倍、床面積は 4 倍も広がった⁷。将来推計では 2034 年に生産年齢人口が 1985 年規模まで縮小するとされる。この点に鑑みれば、床面積も当時と同規模、現在の 3 分の 2 まで縮小しなければ維持が難しくなる。さらに、施設の機能と住民ニーズとの間にも齟齬が生じていたことも背景の 1 つにある。過去 20 年間で市立保育園では 62%も園児数が増加したが、市立幼稚園は 42%減少している。また、子ども向け施設である児童館の成人利用が全体の 4 割を占めるなど、建設当時に想定した施設の機能と現状のニーズに乖離があり、効率的な

⁵ 調査対象は延床面積 5,000 m²以上。一般財団法人日本不動産研究所「全国オフィスビル調査（2010 年 12 月末時点）」参照。

⁶ 本章の執筆にあたり、秦野市政策部公共施設再配置推進課 志村高史氏にご協力頂いた。深く感謝申し上げます。

⁷ 詳細は秦野市[2011]参照。

図表 2-2 秦野市の人口と公共施設累計面積の推移（2009年4月1日現在）



出所:神奈川県秦野市「秦野市公共施設再配置計画」

資源利用を図る上で再設計が必要とされた。

ここでは1つの参考事例として秦野市を取り上げたが、社会構造の大きな転換期を迎え、都市インフラが量・質ともに再編の時期に来ていることは間違いない。既存ストックの維持更新は首都圏が抱える喫緊の課題であるが、同時に人口減少・高齢化の波も押し寄せている。そのことを考慮すれば、社会資本ストックの量と再配置による適正化を図りながら需要増が見込まれる医療・福祉を中心に超高齢社会に適する機能へと転換を進め、効率的に都市の再編成を実施することが不可欠である。

②公共サービスの広域ネットワーク化

根本[2010]は現在のストックを50年間で更新するための投資額は総額337兆円にのぼると指摘し、新規、維持補修を継続しながら、更新投資を行うには毎年26兆円もの予算が必要になると試算している。わが国では公的資本形成の予算は減少傾向にあり、この必要額の確保は容易なことではない。先に示した秦野市では規模の縮小を見越し、身の丈にあった施設マネジメントに向けて先進的な取り組みを進めているが、行政区域を越えるまでには至っていない。しかし、公立病院の事例では、老朽化した病院の建替えに際しては費用負担の軽減を図ることも目的の1つとして近隣の自治体病院との間で統合を進めるケースもみられる。

人口減少・高齢化、厳しい財政制約に直面する地方自治体においては医療資源に限らず、1つの自治体内での完結に固執した都市サービスの供給体制が立ち行かなくなる可能性が

高い。例えば、A市には最寄り駅徒歩10分強の場所に音楽や芸術鑑賞が可能な文化ホールがあり、隣接のH市にも最寄り駅徒歩20分の所に同規模のホールを完備した施設がある。両施設は同じ沿線上でわずか20分しか離れていない。財政規模の違いや時期の差はあっても絶対数の減少が避けられない中、重複により規模の経済性が活かすことができない環境は決して望ましいものではない。最適人口規模に関する既存研究では、概ね1人あたりの歳出が最小になる規模を10~30万人程度の範囲と指摘している⁸。しかし、1市町村あたりの平均人口は10万人にも満たない自治体が全体の8割以上を占める⁹。医療資源においても指摘されたように、既存ストックの再編においては1自治体内ですべての公共サービスを供給するという完結主義的な考え方を放棄し、例えば、都市雇用圏のように、経済圏を同一にする複数市町村、広域的単位でサービス供給の最適化を図ることが求められる¹⁰。市町村合併にまで踏み込むことはハードルが高いとしても、相互にネットワーク化、機能分化による効率的な資源利用を進めることは必要である。

③持続可能な都市構造：高密度化への誘導

さらに、これから本格化する少子・高齢社会においては、都市構造の選択が社会保障サービス給付のサステナビリティを補完する手段として重要な要素ともなり得る。

人口も経済的機会も拡張期に形成されたわが国の都市は、少子・高齢化とともに経済成長もほどほどのものしか期待できない環境下において、早晩、今のままの姿での維持することが困難な時期が訪れる。特に、高齢者の大きな需要が予想される医療、介護・福祉サービスの効率的な提供を実現するためには、ある程度の人口密度を確保することが求められる。これらのことを考えれば、現在の広がった都市空間を縮小し、コンパクトなものにする選択肢は少子・高齢化時代の都市の有力な選択肢であろう。

「日本の都道府県将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所[2007])により、2005年~2035年にかけての三大都市圏とそれ以外の地域(非三大都市圏)の人口構成をみると、非三大都市圏の高齢化率は2005年において22.2%であったものが、2035年には35.2%までに、三大都市圏では18.3%から32.4%までに急激に上昇する。これは大都市圏における今後の高齢化の深刻さを物語る指標として受け止められるが、同時に考慮しなければならない点として、総人口の動きがある。三大都市圏では2035年の総人口が2005年の91.5%と、この間10%程度の減少を経験することが見込まれる。他方、非三大都市圏ではその比率は81.3%であり、急激な人口減少と著しい高齢化が進展することは重視すべき要素であろう。例えば、秋田都市雇用圏は2005年に比べて2035年には秋田市が79.6%、郊外都市は67.8%までに収縮する。秋田都市雇用圏全体が、その中心都市である秋田市の人口規模まで縮小するため、空間的範囲が変わらなければ、人口密度も1/3程度低下することになる。その一方で2005年に21.1%、27.6%であった秋田市、郊外都市の高齢化率は、2035年にはそれぞれ36.7%、42.9%にまで上昇する(図表2-3・2-4参照)。

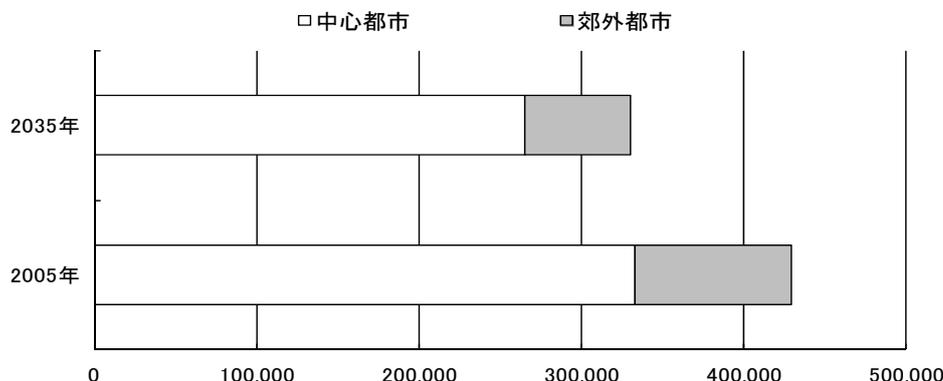
21世紀前半のこのような人口減少と高齢化の同時進行は、地方財政の歳入の減少をもた

⁸ 大西[2010]参照。

⁹ 総務省「国勢調査(2005年)」の市町村人口による。

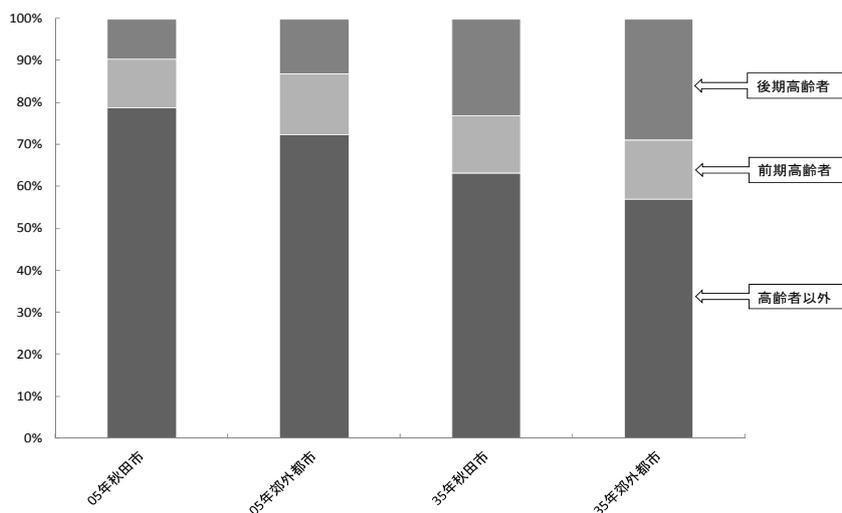
¹⁰ 都市雇用圏とは「中心都市」、それと密接に社会的・経済的関係を有する地域「郊外都市」によって構成され、複数の市町村から成る。詳細は<http://www.csis.u-tokyo.ac.jp/UEA/>参照。

図表 2-3 秋田都市雇用圏の将来像



出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村将来人口推計」

図表 2-4 秋田都市雇用圏人口構成の予測



出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村将来人口推計」

らし、社会保障関係の歳出の増加を予想させ、とりわけ郊外都市で特に顕著にそれが現れる。一方で高度成長期に形成されたわが国の都市でインフラの維持更新費用の増加が予想されるのもこの時期である。都市規模の収縮に伴う効率的なインフラ管理、高齢者への集中的なサービス提供などの効率化が図られなければ、高齢者の QOL の確保は厳しいものと考えられよう。

しかし、高齢者への介護・福祉サービスを効率的に提供するためには、空間的に一定の密度が確保されている必要がある。高齢者の生活をサポートする公共交通機関などのサービスも、一定の人口密度があってはじめて供給可能である。図表 2-3 および 2-4 で示した郊外部を中心に高齢者が広く薄く分布する都市の姿は、公共サービスの提供という観点から好ましいものではない。ティブーの足による投票のメカニズムから、いずれ効率的な公共サービスの享受が可能な地域への移転が起こる可能性もあるだろう。しかし、高齢者

の人口移動率は生産年齢人口に比べて非常に低いことが知られている。「いずれ」では間に合わない可能性の方が高い。2000年代前半の都市と人口の本格的高齢化を乗り切るためには、高齢者の人口移動を前提とする都市政策を考察することが社会保障の持続可能性を補完するものとして重要であろう。

2. 人口減少と高齢化に適する都市計画制度

インフラおよび人口の高齢化に対応して、効率的に都市サービスを提供しうる都市を実現するためには、高度成長期のような都市の拡張期に制度化された都市計画制度を大きく見直す必要がある。以下においては（i）都市の縮小を実現する、（ii）高齢化時代に必要な機能配置を実現する、という2つの視点に立ち、求められる都市計画制度の新しい姿を概観する。

（1）都市の縮小を可能にする都市計画制度

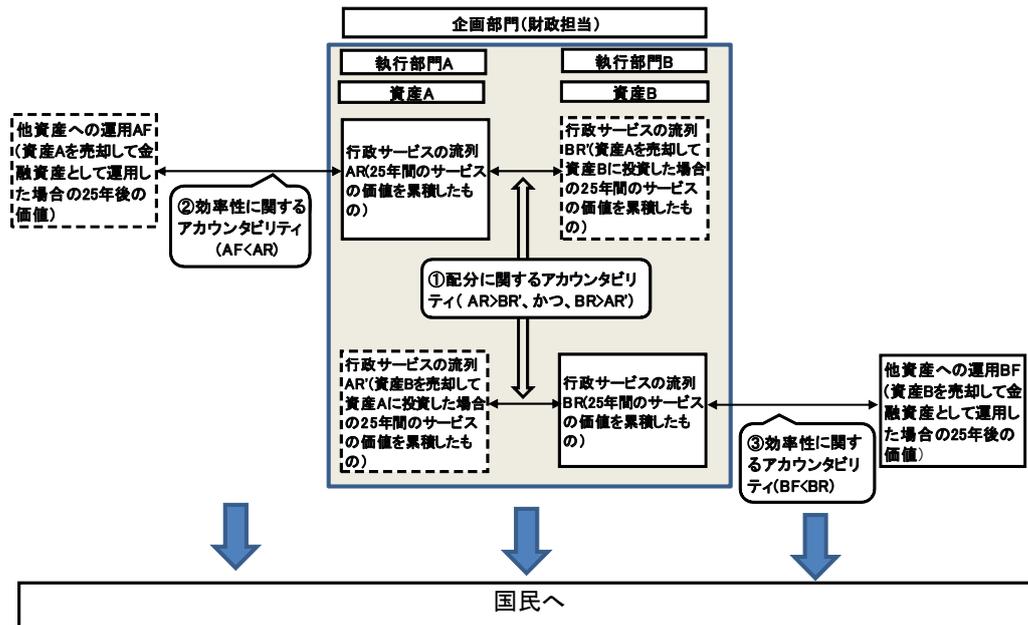
現在の都市規模は、市街化区域と市街化調整区域を分離する線引き制度によって決定されている。市街化区域の大きさはマクロな人口予想に基づき、増加が予想される人口を開発の蓋然性が高い地域に割り振る「人口フレーム方式」により行われている。この方式は、都市が拡張する際にはある程度有効に作用していた。開発可能性の付与という利益配分の利害調整コストがそれほど大きなものではないためである。しかし、開発可能性を取り上げる損失の配分に際しては、利害関係者間の調整が困難となることが予想される。このため従来方式での都市境界の定め方では、具体的に縮小させる地域を決められない可能性が高い。縮小する地域の決定の客観性を確保するためには、都市境界の決定を、都市インフラの再配置、Public Real Estate Management（PRE：公的不動産管理）などのような、地方自治体による公的不動産の一貫した管理を実現しようとする動きと呼応して行うことが有効である¹¹。

①これまでの都市インフラ再配置の考え方

では、そもそもこれまで都市インフラの再配置はどのような考え方に基づいて進められてきたのだろうか。わが国では、1990年代以降、新規のインフラ整備にあたっては費用便益分析を行うことでその是非を判断してきた。ある地方公共団体での耐用年数50年のインフラA、インフラBの整備は、50年間収益を生む不動産資産A、不動産資産Bを購入するということと同値である。この購入に際しては、それと同額の税金を他に投じた場合（金融資産の購入や他の公的不動産購入など）に得られる便益との比較を経て、購入の可否が決定されている。

¹¹ PREとは、民間企業において保有する不動産を戦略的にマネジメントするCRE（Corporate Real Estate：公的不動産）の手法を応用するもので、公的不動産についてその目的を考慮しながら経済活性化や財政健全化を念頭に適切な管理・運営を図るという考え方のこと（詳細は、国土交通省土地総合情報ライブラリー（<http://tochi.mlit.go.jp/jitumu-jirei/pre-tebikisho>）参照）。

図表 2-5 政策資源の配分のストック管理



出所：筆者作成

理論的にはそうした作業がインフラストックの維持管理に関する決定に際しても、同様に行われる必要があるだろう。もちろん当初に実施したインフラの便益予想の判断材料に不確実性がなければ、50年後の耐用年数が来た際に新設時と同じ作業を行えば良く、費用便益を再計算する必要はない。しかし、執行部門A、Bが専ら対象としていた行政領域で、当初予想していなかった人口や経済活動の変動が生じると、資産A、Bの購入を正当化していた根拠が成立しなくなる場合が考えられる。ここでは資産の購入後25年経ってそのような事態が生じたケースを仮定してみよう（図表2-5参照）。

この場合、今後25年間に資産Aによって提供される行政サービスの累積した価値ARが、資産Aの売却によって生じる資金を(i)金融資産として運用した場合に得られる価値AF(図中②)、(ii)執行部門Bに回して資産Bの購入に充て、そこから得られる行政サービスの累積価値BR'(図中①)、の2つの機会費用を上回ることを証明しなければ、資産Aの保有(つまりインフラAを維持管理し続けること)は正当化されない¹²。これは新規のインフラ整備のみならず、維持管理においても費用便益分析による検証を必要とすることを意味している。

これまでわが国ではストック面から公共部門を管理することにあまり熱心に取り組んでこなかった。インフラの管理にあたっては新設時の費用便益分析のみが求められるため、既に購入した資産の機会費用を考慮する必要はなかった。図では明示的に扱っていないが、資産Aの保有コストとしてその維持管理費のみが見積もられ、これをまかなえないほど行政サービスが低下しない限り、その保有が続けられる仕組みになっている。当然のことであるが、このような状態は最適なものではない。

¹² 新設時の作業でも同様だが、部門間の便益比較を費用便益計算で行うことは困難である場合が多いためマニフェストとの整合性などの判断に基づくことが多い。

②これからの都市インフラ再配置に求められる考え方

今般地方自治体が取り組んでいるPREや秦野市等で進められている公共施設再配置は、必ずしもそうした厳密な費用便益計算に基づくものではないが、理論的には図表2-5で示した判断を行うものとして位置づけられよう。それらは双方とも地域とインフラの現状と将来を見据え、それが十分な効果を生まない、あるいは維持困難なものについて施設更新をしないという考え方に立っている。

インフラ公共施設について、このような作業をこれまでの新設時に加え、維持管理においても行うことで、税金でファイナンスしたインフラサービス提供の合理性がある地域を特定することが可能になる(都市サービス境界)。急激な人口減少、高齢化が進む状況下においては、地方公共団体で進められている公共施設再配置、PREの動きをベースにした線引き、つまり都市区域の縮小を実施してはどうかという考え方である。ただし、秦野市などの先進自治体においても、公共施設を更新しないことや再配置を行うことは、再配置計画などに定められた時間軸の中でコミットされている。スケジュールを明示し、サービス水準あるいはサービスの提供方法の変更にコミットすることは、人々の期待形成に影響を与え、移転などの行動を促す効果があるものと考えられる。都市計画についても同様であり、縮小を前提とした都市計画は一定の時間軸の中でのコミットとして位置づけることが適当であろう。

(2) 医療、介護・福祉、高齢者居住などの機能配置

さらに、都市における機能配置ではインフラのみならず、医療、介護・福祉などの機能についても行いうるものとすべきであろう。都市計画は、医療、介護・福祉施設の立地も記述しうる制度として成立していたが、それが実施されたことはほとんどない。医療、介護・福祉施設の配置は、高齢者をはじめとする都市居住者のQOLに大きな影響を与える。このため、医療、介護・福祉機能とインフラや居住関連の機能が有機的な連携したまちの姿を、実質的にコントロールできる制度として都市計画制度を再構成すべきである。そのためには、以下のような視点が必要であろう。

①広域的視点からの機能配置を行いうる決定メカニズム

既に都市が行政域を超えて実質的な経済圏として成立していることを勘案すれば、例えば複数の市町村で構成される都市雇用圏のような単位で各種機能の配置やそれを支えるインフラの整備方針が決定されるべきであろう。

今後の都市計画は広域的な視点で、医療、介護・福祉、高齢者居住に関する機能集積をどこで行うのか、それを支える交通インフラの整備などをどのようにして図るのかを、記述しうるものとすべきである。これを実質的に可能とするためには、都市計画の決定が複数市町村の都市計画担当部局のみならず、医療・福祉関係者が参加するボードによって行われる仕組みとすべきである。NIRA[2010]においては、現行の行政区域を越えて広域的に「まちなか集積医療」を展開していくために、従来型の個別病院単位、個々の市町村単位ではなく、複数の関係機関、関係者が共通の枠組みの中で自らの地域の医療資源のあり方をマネジメントするための機関、「ヘルスケア・ボード(仮)」による医療資源配置のガバナンスを構築することを提言している。このような機関が参加する形で広域的な都市計

画が決定される仕組みを構築すべきであろう。

②医療・福祉機能の配置を調整（管理）可能な詳細都市計画

加えて、医療、介護・福祉、高齢者居住などの機能集積を図る場合には、それぞれの機能を都市のどの空間に配置するかを具体的に決定し、それを実現することが必要である。さらに、医療については急性期、慢性期、リハビリなどの質の違う医療施設が容易に連携可能なことにも配慮が必要であろう。

現在でも、まちの形態を詳細にコントロールする仕組みとして地区計画制度があるが、基本的には高さ、空地の確保、色、形態、インフラ等の物理的属性に関する詳細をコントロールするための制度となっている。しかし、医療、介護・福祉、高齢者居住機能の集積を効率的に実現するためには、むしろ各種機能の配置とそれを支援するインフラの形態を詳細に調整（管理）可能な仕組み（機能再配置型地区計画）を新たに創出すべきではないだろうか。

このような詳細都市計画は、地域に密着した判断が必要であるため、地域住民あるいは後述の医療、介護・福祉、高齢者居住の一体開発主体からの提案を持って決定することができるという仕組みを採用することが適当であろう。

③高齢者の人口移動を可能にする仕組み

これまで述べてきた計画制度の改善は、年齢階層にかかわらず全人口が中心都市に集積するコンパクトシティを進めるものとなっている。しかし、このような都市が形成されるためには、長い時間がかかる。当面は医療、介護・福祉などの都市サービスのコストが大きく増高すると考えられる高齢者に焦点をあてて、政策を検討することが現実的であろう。高齢者の分布が、図表 2-3 および 2-4 で予想されている郊外に薄く分散している状況から、中心都市に集積した状態に転換する、あるいは大都市圏の郊外部で予想されている高齢化率の非常に高い団地が分散して出現する状態を集約する、といった状態を作り出すことの意味について簡単な数値例を用いて説明を加えておく。図表 2-6 の下のグラフにあるように、都市サービスから受ける住民 1 人当たりの便益 (AR) を 3 とする。一方、都市開発あるいは都市サービスを供給する場合の費用 (AC) は都市の人口に応じて低減していくものとする (図表 2-6 参照)¹³。地方都市の多くの現状を踏まえれば、都市サービスの供給に関して規模の経済が働く局面にあるとするのが現実的である。

図表 2-6 上段のように 2 つの近接した地域 (地域 1・地域 2) があるものとしよう。当初、地域の人口規模は 0 期の 4 ままで継続すると予想していたが、実際には次の期には 2、さらにその次の期には 0 というように縮退過程にある。

このような仮定の下、人口規模 4 の状態では 1 人当たりの住民便益 (AR) 3 が、1 人当たりの住民負担 (AC) 2 を上回っている。これが継続することが 0 期に予想されていたと

¹³ 8 の費用で 2 期間存続可能な都市開発を行うことができるものとする。インフラあるいは住宅建設事業などを 0 期の期首に実施することを意味し、これは固定費用に相当する。この固定費用は 1/2 を 0 期の住民への課税により、残りを公債発行を通じて 1 期の住民への課税により調達する。単純化のため利子率は 0 とする。介護、福祉等を含む都市サービスの供給費用 (可変費用 VC) は人口 P に対して $VC = -P^2 + 5P$ とする。この場合平均可変費用は $AVC = -P + 5$ となり、人口が増えれば減少する。この 2 つの仮定により、1 期間あたりの住民 1 人あたりの負担 $AC = -P + 5 + 4/P$ となる。

すれば、都市開発を両地域で行うことが費用便益計算からも支持されるはずである。しかし、人口減少が両地域で生じることが明らかになった0期末の時点では、次の期の人口規模が2という状態になり、ARの3がACの5を下回ることが確実となっている（図表2-6参照）。これにどのように対処することが必要であろうか。

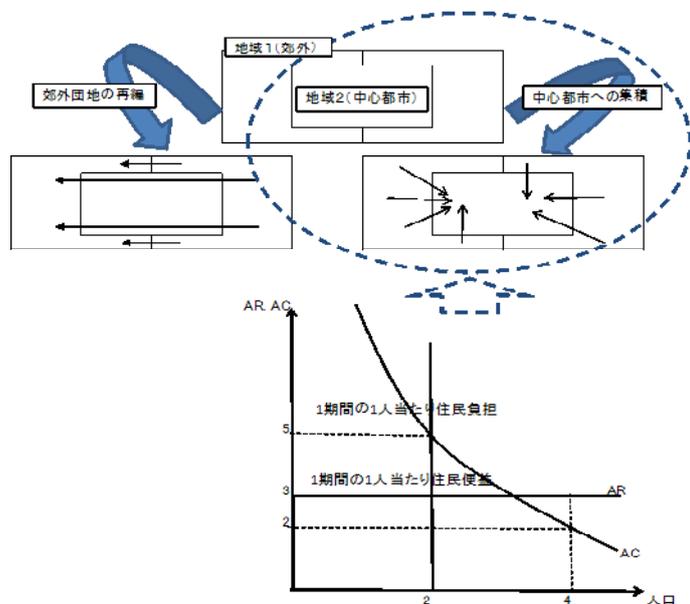
この場合、地域1（郊外）から地域2（中心都市）への人口移動を行い、都市サービスに関する規模の経済を活用することが思い浮かぶ。しかし、地域1の住民は移動を行うインセンティブを十分に持つことができるのだろうか。以下、3つのケースで考えてみる。

ここでは、地域1から地域2への移動には直接の移転費用のみならず慣れ親しんだコミュニティを離れる心理的な負担も含めて4のコストがかかるものとしよう。

Case1：移転なし

移転を行わない場合は、人口減少のショックを両地域で受け止めることになる。そのため、都市サービスの供給費用が5に上昇し、両地域の住民の便益（AR）と費用（AC）差

図表 2-6 高齢者の人口集積の概念図と都市サービスのコスト



出所：筆者作成

図表 2-7 人口移動に関わるペイオフ表

		移転なし	移転あり	
			移転補助なし	移転補助あり
地域住民1	住民便益 (AR)	3	3	3
	住民負担 (AC)	5	6	4
	住民便益-住民負担 (AR-AC)	-2	-3	-1
地域住民2	住民便益 (AR)	3	3	3
	住民負担 (AC)	5	2	4
	住民便益-住民負担 (AR-AC)	-2	1	-1

出所：筆者作成

が-2 (=3-5) となる (図表 2-7 左端「移転なし」)。

Case2 : 移転あり／補助なし

一方、地域 1 の住民が地域 2 に移転する場合、都市サービスの供給が効率化するため平均的な負担は 2 に低下するものとする。この場合、地域 1 の住民は移転に係るコスト 4 を自ら負担しなければならないため、平均的な負担分との合計は 6 となり、便益と費用の差は-3 となる (図表 2-7 真ん中「移転補助なし」)。したがって、先の移転を行わない Case1 に比べ、損失が拡大することになり (5 (移転なし AC) < 6 (補助なし移転 AC))、地域 1 の住民は移転する動機を持たない。

Case3 : 移転あり／補助あり

他方、移転費用 4 の半額をバウチャーの形で補助する場合、地域 1、地域 2 ともに都市サービスの平均的な負担分 2+移転費用 2 を負担することになるが、便益と費用の差が-1 となり、移転なしの場合よりも状態を改善することができる (図表 2-7 右端「移転補助あり」)。これは、集積による都市サービスの供給費用の節約分 12 (=3×4) を、追加的に生じる移転費用の発生 8 (=4×2) が下回っているため、後者を社会で負担することで人口減少のショックを軽減することに成功したものといえる。

移転に伴うコストがより小さい場合は、このような移転費用を分担する仕組みがなくても、住民の移転は進む可能性がある。しかし、高齢者の人口移動は現役世代に比べて低く、現状のコミュニティを離れることに大きな心理的な抵抗があることが知られている。このため、高齢者の人口移動を促す何らかの仕組みが必要であろう。

米国ではクリントン政権下で **Moving to Opportunity** という名のバウチャー実験が行われた。これは低所得者の近隣効果を回避するために、低所得者比率の低い地域に移転した場合にのみ支払われるバウチャーであった。バウチャーを利用して移転した低所得者家庭では、健康状態や子供の人的資本の形成などに有意な正の影響が生じていることが、Katz et. al.[2001]で確認されている。

クリントン政権下で実施されたバウチャーは集積に伴う負の外部効果をコントロールするために住民の移動を促すものであったが、逆に高齢者の集積を促すための高齢者比率の高い地域に移転する場合に支払われるバウチャー (「高齢者向け MTO (Moving to Opportunity) バウチャー」) を構想することは十分な理由があろう。また、移動住民への直接のバウチャー交付という手段をとらなくとも、後述の集積地域の開発を行う主体に対する補助あるいは出資などを通じた支援を行うことも十分に可能である。

3. 超高齢時代の都市を支える開発主体

医療、介護・福祉、住宅が効率的に結び合わされたまちづくりが、今、求められている。例えば、4 章にあるように「柏の葉」などでは地方自治体、大学、デベロッパーの共同作業としてそれが先駆的に取り組まれているが、機能、施設配置などについては基本的には様々な関係者の協議を通じた計画ベースの決定が行われている。このようなアプローチも非常に重要だが、マーケットベースのアプローチを大胆に進めることも必要であろう。

(1) 都市機能の集積とサービスの一体供給

少子高齢時代に求められる「まち」の像とは何だろうか。高齢者に長距離の移動を日常的に求めることが酷であることを考えれば、生活に必要な都市機能や、高齢者の特徴（身体的な変化が起きやすかったり、何らかの生活上の支援が必要であること）に対応できる都市機能が、居住地域内である程度充足できる必要がある。具体的には、通常の市街地が備えている機能に加えて、医療、介護・福祉などがある程度集積している状態を思い浮かべることができる。

NIRA[2010]にあるように、医療に関しては規模の経済と集積の経済が存在していることが、Cohen and Paul[2008]などの先行研究でも明らかになっている。しかし、今後の医療の大きな部分が高齢者向けのものになっていくことを考えれば、医療のみならず介護・福祉などの密接関連分野においても集積の経済が働くことが予想される。また、介護・福祉など的高齢者サービスが、労働集約的な技術を用いていることを考えれば、また、高齢者に長い距離の移動を求めることが困難であることを考えれば、これらの介護・福祉サービスの供給拠点から高齢者の居住地までの距離、需要者である高齢者同士の距離はできるだけ短い方がよい。つまり高齢者がある程度集積しているエリアに医療、介護・福祉サービスの供給拠点が立地することが望ましい(以下、「まちなか集積医療整備地区」とする。)

上記に述べたことは集積の経済として知られるものである。集積の経済を利用することで、財のサービスの供給者は効率的な供給が可能となり、お互いに近接して立地するインセンティブを持つ。しかし、十分な集積が何の政策的な介入もなしに実現できるかという点については疑問である。例えば、高齢者住宅と介護ステーションがお互いに近接して立地すれば、情報交換、インフラの共同利用、移動コストの削減が可能となり合理的である。ただし、この両者には近接する便益が双方に生じているが、互いに認識できる便益は自分が享受する分のみで、それが近接のために移動するコストを下回るならば移動は起こらないことになり、政策的誘導なしに十分な集積が実現できる保証はない。つまり、高齢者住宅あるいは介護ステーションが近接立地することで生じる便益が過少評価され、集積が十分に進まないということになる。これを解決する手段としては、高齢者住宅の提供主体と介護の提供主体が互いに合併することが考えられる。それにより、両者に生じる便益を自己の便益として認識することが可能となり（外部性の内部化）、十分な集積が発生することにつながる。

これらのことを勘案すれば、効率的な高齢者向けサービスを提供するためには、どのような主体が適当であろうか。端的には関連する高齢者向け医療、介護・福祉サービス、住宅などのサービスを一体的に提供する主体が最も好ましいことになる。現在、このような複合サービス提供主体が制度的に認められているか否かについては必ずしも明らかではないが、効率的な高齢者サービスを供給するためには、総合サービス提供主体の設立を積極的に推進することが必要である。さらに、高齢者が住みやすいまちのインフラは、バリアフリー化のみならず高齢者同士あるいは多世代間の交流を促すようなしなやかさが必要である。外部の高齢者の当該地域へのアクセシビリティを改善するために、バスなどの交通機能を備える必要があるかもしれない。このようなインフラの整備も一体的に行うことが求められるとすれば、高齢者向けサービスの提供主体は地域開発の機能を有することが必要であろう（このような機能を備えた総合サービス提供主体を、以下「医療福祉まちづくり会社」

とする。)。医療、介護・福祉サービス、高齢者居住の集積の利益、インフラがもたらす効果は全て、地代あるいは地価に反映されるため、医療福祉まちづくり会社の収益最大化行動は、消費者のニーズに応えたサービスを効率的に実現できる「次世代型のまち」を自然にもたらすことになる。また民間主体の開発に計画性を持たせる意味でも、これらの主体には急性期医療、リハビリなどの医療、介護・福祉、高齢者居住機能の機能配置を定めうる機能再配置型地区計画の提案権能を付与することとすべきである。

(2) 一体的なサービス供給主体の設立

都市経済学にはデベロッパー定理という考え方がある。それは、地代収入あるいは固定資産税のような土地課税に収入の全てを求めている地方政府が、「収入－地方公共財の供給コスト」を最大化するべく行動した場合に最適な公共財供給と最適なコミュニティ人口が同時に達成されるというものである。高齢者に対する地方公共財の提供も含めた最適なサービス水準の提供、最適な高齢者コミュニティ人口ということを考えれば、まさに地域開発機能を備えた総合高齢者サービス主体を設立することで、それらの主体間の競争を通じて、その目的を達成することが可能になるのではないだろうか。

この場合、住民の混雑によって地方公共財からの消費に関して非効率性が発生する場合には、地方政府が混雑税を課税することにより、最適な状態がもたらされる(金本[1997])。しかし、今回の高齢者まちづくりに関しては高齢者の集積の経済を狙ったものであるため、これは集積の経済に対するピグー補助金として読み替えられる。第一次的な近似として、前節で説明した高齢者移動のための「高齢者向け MTO バウチャー」をこれとみなすことも可能であろう。

新たなまちづくり主体は、まさに自らの開発地域の分譲収入あるいは地代、家賃収入により、同時に整備したインフラのコストを回収するものであるが、インフラには他地域へも便益を及ぼすより広域的なものが含まれる可能性がある。また、インフラの整備には大きな資金が必要であるため、開発主体は流動性制約に直面する可能性もある。この場合には公共部門からの何らかの支援を行うことも支持されよう。1980年代後半に NTT-A タイプ事業という通称で呼ばれる事業がかつて存在した。これは、リゾート開発などの民間開発事業と、それへのアクセス道路などの密接関連する社会資本整備事業との一体開発事業に適用される事業制度であった。当時政府が得た NTT 株の売却益を原資とした無利子貸付を行うことで、この一体開発事業の主体にインフラ整備を行わせ、リゾートなどの開発収入からその資金を回収するというものであった。同様の仕組み(以下、NTT-A タイプ型事業支援という)により、医療、介護・福祉、高齢者住宅の開発主体の高齢者まちづくりを支援することは1つの可能性としてあり得る。

つまり、今後、(i) 高齢者への複合サービスの提供と地域開発を行いうる主体の設立を許容すること、(ii) 高齢者仕様のまちづくりを可能とする制度的環境を整えるための当該主体への都市計画の提案制度の付与、(iii) より広域的なインフラ整備を含むものである場合の支援、を検討することが必要だろう。

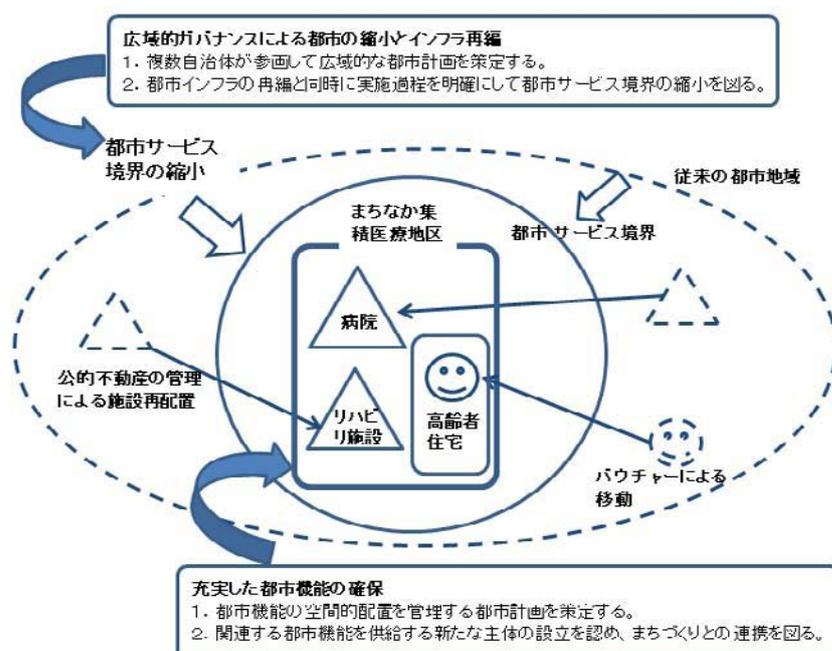
4. まとめ

わが国はこれから急速な都市と人口の高齢化に見舞われる。2つの高齢化が進む環境下でも効率的に都市サービスを供給する体制を整えなければ、高齢者をはじめとした住民のQOLは大きく低下することになる。このため、都市構造を少子・高齢化時代にマッチしたものに作りかえることが喫緊の課題になっている。大きな方向性としては、複数市町村にまたがる都市雇用圏を単位としてコンパクトなものに作り替えること、超高齢時代に見合った機能の再配置を行うということである。この2つの目的に沿った多くの提案をこれまでに行ってきたが、以下ではまとめて述べる。

昨今、自治体では、都市インフラの老朽化、人口減少、少子・高齢化、地方財政の財政難を背景に利用率や満足度を指標とするPREに基づいた施設再配置が行われている。都市の大きさと税金で都市サービスを提供する空間的範囲であるという基本に立ち返り、今後は社会経済環境の変化を踏まえながら費用便益計算に基づいて合理性が証明可能な施設でカバーされる範囲、都市サービス境界を再構成することが必要であろう。その決定に際しては、都市雇用圏とした複数市町村、「ヘルスケア・ボード(仮)」が参加する広域的な主体がガバナンスを担うこととし、住民に対して時間軸を意識してコミットすることが適当であろう。

また、都市サービス境界外の住民については、集積の経済を勘案して、「高齢者向けMTOバウチャー」などによるまちなか集積医療地区への集積を促す仕組みを同時に備える必要がある。集積地は地価が安く、空閑地化している中心市街地などが有力な候補となり得

図表 2-8 まちなか集積医療の実現のための政策パッケージ



出所：筆者作成

るが、その選択はマーケットベースで最有効使用の判断を行わせることが適当であると考
えられる。このため、医療、介護・福祉、高齢者居住などの諸機能を統合した主体の設立
を認め、それに地域開発権能を付与することが適当である。そうすることで、それぞれの
施設の集積に伴う外部性を開発利益として回収することが可能になる。さらに、民間主体
の開発に計画性を持たせる意味でも、これらの主体には急性期医療、リハビリなどの医療、
介護・福祉、高齢者居住機能の機能配置を定めうる機能再配置型地区計画の提案権能を付
与することが望ましい。このような提案はこれまでの都市計画の発想と大きく異なるもの
であるが、2つの高齢化を乗り越えるためには従来の枠組みを大きく変えることが必要で
ある。

【参考文献】

- 一般財団法人日本不動産研究所[2010]「全国オフィスビル調査（2010年12月末時点）」。
大西隆[2010]「広域計画の新たな展開」『広域計画と地域の持続可能性』、5章、学芸出版社。
金本良嗣[1997]『都市経済学』東洋経済新報社。
国土交通省国土計画局広域地方整備政策課大都市圏制度企画室[2010]「平成21年度首都圏整備に
関する年次報告について－厳しい財政状況下におけるインフラストックの急激な老朽化－」『人と
国土21』、36号、財団法人国土計画協会。
国立社会保障・人口問題研究所[2007]『日本の都道府県将来推計人口』。
総務省[2011]「防災拠点となる公共施設等の耐震化推進状況調査結果」。
総合研究開発機構(NIRA)[2010]『「まちなか集積医療」の提言－医療は地域が解決する－』。
根本祐二[2010]「大都市圏の社会資本老朽化問題の所在と対応」『人と国土21』、36号、財団法人国
土計画協会。
秦野市[2011]「秦野市公共施設再配置計画」。
Cohen, J.P., C.E.Paul[2008] “Agglomeration and Cost Economies for Washington State
Hospital Services,” *Regional Science and Urban Economics*, Vol38, pp553-564.
Katz,L.R.,J.R.Kling and J.B.Liebman[2001]“Moving to Opportunity in Boston: Evidence from a
Randomized Housing-Mobility Experiment”, *The Quarterly Journal of Economics*,vol.116,
pp655 -679

第3章 これからの医療介護システム

—今後の医療・まちづくりの総合展開と関連法人見直しの必要性—

武田 俊彦

要旨：

今後の医療は、閉ざされた病院完結型の医療から地域で支える包括ケア型医療への転換が求められる。それは医療と福祉、医療・福祉と都市が連携することなしに実現することはできない。その実現には、

- これまでの医療の非営利性の原則は堅持しつつ、新たな医療法人の枠組みを創設する
- 異なる医療サービス提供主体、医療サービス提供主体と介護サービス提供主体など、連続性の求められる機能をもつ主体が統合可能な法人形態を創設する
- 地域インフラの活用も可能にするためまちづくり会社など多様な供給主体との連携体制を構築する

ことを議論する必要がある。

1. 病院中心の時代の終わり

猪飼[2010]『病院の世紀の理論』では、「病院の世紀の終焉の時代」が提唱されている。これは、病院というシステムの興隆が極めて20世紀的な出来事であり、20世紀を「病院の世紀」と呼ぶことができること、21世紀に入った今日、病院の世紀は終焉に向かうという、大きな歴史的転換点を迎えていること、などを指摘している。「病院の世紀」の後にくるべきものとして、猪飼[2010]が指摘しているのは、「保健・医療・福祉が統合された「包括ケアシステム」である」とされている¹。

日本の医療提供体制を支える法制度も、基本的にはこの病院というシステムを前提にし、これを支える仕組みとして機能してきた。医療法人という法制度、医療金融公庫という公的金融制度、全国一律の診療報酬を保障する医療保険制度によって、民間主体が中心という世界でも独自の発展を遂げたのがわが国の病院の現状である。

その結果、個々の病院がそれぞれ法人格を持ち、外来から入院まで機能として完結し、併存・並立する例が多かった。しかし、指摘されているように病院のモデルが大きく変わるのであれば、新たなモデル、すなわち、面としてのサービス形態にふさわしい仕組みを目指していく必要があるのではないだろうか。

特に、地域包括ケアシステムが、病院という拠点整備から多様なサービス主体からなる

¹ そして、戦後の日本の医療政策には、このような歴史意識が欠如し、対症療法の累積であったと批判している。

面的整備への変化を必要としているという点、多様なサービス主体が参入を認められているものの、全体として営利主義よりは非営利の思想を尊重してサービス体系が考慮されるべきである点、他方でそれと同時に拠点型の整備より多主体型・面的整備型の基盤整備は多様な主体の投資・活力を生かした形によってなされるべきである点、等の諸点を考慮すれば、既存の制度を根本から見直した上で、改めて医療法人制度のメリットを再検討し、医療法人に今後の地域医療・介護を含めた包括的ケアの構築に一定の主導的役割を期待してもいいのではないかと考えられるのである²。

本章では、以上のような問題意識に立って、医療法人制度の新たな展開の可能性について問題提起を行うものである。ただし、これは筆者の個人的見解であって、筆者の所属する組織の見解を述べるものではないことに留意いただきたい。

2. 社会保障・税一体改革に見られる医療の将来ビジョン

2011年6月30日、政府・与党において、社会保障・税一体改革成案がまとめられた。この中において、医療・介護サービス提供体制の改革は優先的に取り組むべき事項にあげられているが、その中で今後の医療・介護サービス提供体制の目指すべき姿が示され、それに沿って改革を進めていくことが決定されている³。

病院病床についての基本的考え方は、全体としては現在の病床規模を維持しつつも、大胆な機能分化・選択と集中により病院機能の再編を目指すこととし、現在のまま推移した場合に比べれば、40万床程度の実質的削減（現在病床数と比較すれば7万床減）を図ることとしている⁴。これにより、急性期医療はより手厚いスタッフ数のもとで、集中的な治療により短期での退院を目指していくことになる。

一方、急性期医療の機能強化を図っていけば、亜急性期・回復期・慢性期といったステージごとの受け皿整備は欠かせないことになる。これらは、一部は医療保険、一部は介護保険が受け持つこととなるが、特に介護の関係で言えば、介護施設は92万人分から131万人分へ、居住系施設・在宅介護利用者は335万人から510万人へ、と飛躍的に増加させていくこととしている。在宅医療利用者も17万人から29万人へと増加すると見込んでいる⁵。入院治療主体、外来は通院患者主体という現在多くの人が思い描いているモデルは、

² 2011年6月30日にまとめられた社会保障・税一体改革においても、「基盤整備一括法」や「診療報酬の体系的見直し」といった文言が盛り込まれているのは、既存の施策体系だけでは今後の医療介護サービス提供体制の整備は進められない、という問題意識を反映している、とも見ることができるとは思えない。

³ 社会保障・税一体改革成案の本文では、医療介護提供体制についておおまかな方向性のみが記載されているが、この成案の基礎となった厚生労働省社会保障制度改革案ではより詳しい将来像が示され、この将来像を元に将来必要な医療費が推計され、それを税制改革により確保することとされている。詳細は、社会保障改革に関する集中検討会議（第10回・2011年6月2日）の提出資料、（参考資料2）の医療介護部分、及び（参考資料1-1）社会保障に係る費用の将来推計について、（参考資料1-2）医療・介護に係る長期推計を参照。

⁴ 改革シナリオでは、2011年現在166万床ある病床について現状のまま高齢化に対応すれば202万床必要になるが、機能分化・機能連携を徹底することにより159万床に再編していくこととなる。

⁵ 上記（参考資料1-2）医療・介護に係る長期推計のP20などを参照。

大きく様変わりすることになる。

さらに、これを地域ごとの医療機能としてみると、市町村単位、人口20～30万人単位、都道府県単位での医療機能の整備を図ることとし、住民に身近な地域における医療・介護サービスの体制としては、おおむね中学校区レベル（人口1万人規模レベル）での地域包括ケア体制の構築を指向している。こうした人口1万人規模レベルのサービスの整備は、市町村の大きな任務になってくる。医療政策は都道府県という近年目指してきた改革は、少なくとも地域ケアに関しては市町村に移行することになる。

3. 医療・介護サービス提供性の将来改革に向けた課題

このように、医療・介護サービス供給体制の将来の改革方向が政府から示され、これを診療報酬・介護報酬の体系的見直しや、基盤整備のための一括的法整備を通じて実現することとされているが、現実的にはハードルは非常に高い。

(1) 病院の課題

まず、病院病床の機能分化であるが、病床全体の規模が増加する局面においては比較的行いやすいものの、病床規模を現状のまま維持し、あるいは現状よりも縮減する中で機能分化を進めるためには、病院の枠を越えた診療機能の集中といった再編が不可欠となる。

しかし、現実には日本の医療提供体制は、民間病院中心に整備されてきたこともあり、中小規模の民間病院が病院単位の経営主体で運営されている。そのため、機能再編は経営主体の再編につながる可能性が高く、本格的再編となると協議は難航するのが通例である⁶。

加えて、ほとんどの民間病院が採用する医療法人制度の下においては、統合・買収が行われにくい仕組み上の制約があり、全国的に見ても統合は進んでいない。

他方、株式会社形態の病院であれば比較的再編は行われやすいといえるが、医療の株式会社形態による経営自体に非常に大きな問題が存在し、今後の医療提供体制の構築の主要な担い手としては、選択肢となりにくい。

(2) 在宅系サービスの課題

一方、在宅医療・介護のサービスを見ると、在宅医療の普及に必須の訪問看護ステーションは、最近伸びが止まっており、採算面でも苦しい状況となっている⁷。しかし、サービス単価を引き上げれば介護ヘルパーにニーズが流れるなど、普及促進が困難となっている。

また、病院機能の充実が図られ、病院看護師の需要が急速に伸びており、24時間対応や

⁶ これまでの再編は、同一経営主体内（代表例として国立病院の再編成）では行われてきたものの、公立病院相互の再編成（高知市立病院と高知県立病院の統合、山形県立日本海病院と酒田市立酒田病院の統合、岩手県立釜石病院と釜石市立病院の機能再編など）でも少数であり、ほとんど例がない。民間病院は私有財産であり、さらに困難が伴う。

⁷ なお、大規模なステーションほど採算性の向上が見られる（2011年11月11日中医協資料（中医協総-1）P16参照）。

小規模で経営が不安定などの課題を抱える訪問看護分野において人的資源の確保が難しくなってきた。なお、訪問看護の分野には株式会社による経営形態が解禁されているが、現段階ではその効果は見られない⁸。

他方、訪問診療（往診専門のクリニックなど）は、2006年の診療報酬改定において在宅療養支援診療所という診療報酬上の基準が導入され、訪問診療を行う診療所も全国で次第に数が増え、採算としても十分成り立つ単価が設定されてきている。しかし、医師の専門医指向や、医師数の少ないクリニック中心であること、24時間対応が求められていることなど、現状では医師個人の献身的努力に負うところが大きい形態であることなどから、まだ十分進んでいるとは言い難い状況にある。

訪問看護ステーション、在宅医療を行う診療所が主な在宅系の医療サービスの担い手であるが、一方、歯科診療所（歯科医師）、調剤薬局（薬剤師）は、訪問系のサービスへの取り組みが少なく、仮に個々の歯科診療所や薬局に意欲があったとしても、患者のこの領域でのニーズが的確に把握されず、かつ歯科医師等にそのニーズがうまく連絡されないため、サービス提供水準は非常に低調である。

なお、歯科診療所は医療法人が中心であり、薬局については株式会社経営が認められている。近年急速に伸びている全国的チェーンの調剤薬局は、いずれも株式会社立であり、大手スーパー、あるいはコンビニエンスストアとの共同店舗という形が現れ始めていることにも留意が必要である。

(3) まちづくりとの関連性

在宅医療・介護を考えると、医療介護のインフラのみならず、住宅、道路、交通手段等、多様な社会インフラが同時に達成されることが望ましい。しかし、これに必要な連携の仕組みがなく、また、行政の責任で公共投資が行われる場合、必ずしも医療、福祉のニーズに配慮がされることは保証されていない（NIRA[2010]参照）。

まちづくりにおいて、バリアフリー化は進展し、医療福祉の面から見ても非常に役立っていることは間違いがない。しかし、前章においても提案されているが、今後医療介護サービスが面的な展開・面的な整備が必要になっていることを考えれば、どのように連携を図っていくかが大きな課題となっていると言えよう。

4. 法人形態の検討

(1) 現行の医療法人制度の意義

現行医療法人制度は、戦後の医療提供体制の整備・復興が大きな課題となる中で、医療の非営利性の確保を前提にしつつ、民間資金を活用して民間医療機関の整備・普及を図る

⁸ 介護保険導入前後の動向をみると、急速な展開とその後の撤退など、迅速な経営判断という民間経営の特色とサービスの継続性というニーズが必ずしもうまくかみ合わなかった例も見られる。

ため、戦後の医療関係法整備の中で制度化されたものである⁹。

具体的には、医療法人制度は、資金調達を容易にすることと非営利事業を行うことの両者の要請に答えるため、個人の出資によることを想定して出資者の持ち分を認めつつ、非営利性の担保として、配当禁止の原則を課し、法人の許可や決算関係書類の都道府県への提出など公的関与に関する規定を置くこととした。現在、医療法人の数は、1985年の医療法改正によりいわゆる一人医師医療法人（常勤医師が1名のみ）が認められたことで増加してきており、2010年には46,946法人となっている。なお、持ち分については、2006年の医療法改正により、持ち分なしの法人形態が原則と変更された。この点については、後ほど論じたい。

この医療法人制度は、近代日本の医療提供体制の整備に大きな役割を果たしてきたと言える。わが国は、諸外国と異なり、民間が経営する病院の割合が大きい、この背景に民間医療機関を育成してきた医療法人制度と、公的貸付制度（旧医療金融公庫・現（独）福祉医療機構）の存在が大きかったものと考えられる。要介護老人の施設ニーズに対応してきた特別養護老人ホームが、非営利・持ち分なし・補助金による設置費用助成という考え方で整備が進んだことと対比すれば、一層その性格は明らかである。

（2）医療における株式会社形態と医療法人形態の比較

①株式会社形態の持つ課題

ここで医療法人制度について論じる前に、その前提として、医療に非営利性が求められること、株式会社による医療経営には課題があることについて、簡単にまとめておきたい。

株式会社形態は、民間資金調達という観点で有効な形態であることは間違いないが、利益の最大化、配当の最大化が第一義的な存在目的であり、経営者はその使命を負って医療経営に当たることとなる。しかし、特に短期的に見た場合、利益の追求・最大化は、地域に総合的な医療を提供する見地とは一致しない可能性がある¹⁰。また、業務が不採算になった場合、損失最小化の観点からは業務撤退が要請されることもあるが、地域医療の確保という観点からは撤退が大きな問題となることが多い。さらに、医療には様々な分野があり、患者が適切に選択、意思決定できる分野でのみ行われる場合には弊害は少ないと想定されるものの、生命に直結するような医療においては医療者と患者の間の情報の非対称性は大きくなり、医療から利益動機を排除することが各国においても求められることが多い。一方、規制の存在や、もともと有する医療の特殊性は、一般投資家の側が全面的に進出することを困難にしている面もある。経営が苦しくなっても部門縮小がしにくい、非採算になっても撤退しにくい、病院の土地建物は一般的に売却しにくく担保価値の算定が難しい、事故が発生した際に営利法人全体のイメージにダメージが発生する可能性がある、などで

⁹ 医療法人制度については厚生労働省のホームページに各種資料が掲載されている。医療法人・医療経営 HP (<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyuu/midashi.html>) 参照。

¹⁰ 近年医療崩壊の危機として充実の必要性が指摘された、救急、産科、小児科は、いずれも病院経営に当たっては非採算部門と見られることが多かった分野である。また、いずれも24時間の対応を求められることが多く、勤務医を中心としてスタッフの疲弊が問題になった分野でもある。これらの分野の再生は、利用者の側の意識の変化が必要でもあり、まちづくりという観点が必要な分野と見られることもできる。

ある。このような特色があるので、欧米主要各国においても、株式会社の病院経営は、富裕層を対象にした分野にとどまるなど、部分的なシェアでしか行われていないのが実態である。

②医療法人制度の妥当性

一方、医療法人は、民間資金調達を図る一方で、配当を行うことがないため、短期的な利益の追求を行う必要がなく利益が出ても内部留保が積み上がることになる。また、業務が医療及びその付帯業務に限定されているので、内部留保は基本的に医療にしか再投資されないこととなる。

医業経営は、継続性が求められ、かつ疾病の動向、患者の予期せぬ増減など経営以外の要件によって収益性は左右されうるので、中長期的な経営が求められる。また、医業経営以外の事業で損失を抱えるようなことも医業経営の継続性の観点からは避ける必要がある。医業経営自体で経営の健全性が損なわれていないかどうか、行政のチェックも必要となる。医療法人制度・法人への規制は、このような医療の特殊性から言えば、妥当性があるものと考えられるのである。

③2006年医療法改正と医療法人の持ち分の否定

このように、わが国の「病院の世紀」を支えてきた医療法人制度であるが、2006年の法改正により、大きな変更が加えられている。これは、近年の医療への株式会社参入論に対抗する形で、むしろ医療法人の規制を強化して医療の非営利性を徹底させるべきだ、という議論が大きくなり、社会医療法人の法制化と、医療法人について持ち分のない法人形態を原則とする（持ち分のある医療法人は経過的存在としてのみ認める）、とする医療法の改正が行われた。

すなわち、この2006年改正の医療法（2007年4月施行）においては、医療法人の出資持ち分を否定するとともに、その附則において、当分の間、所定の定款変更を行わない限り、施行日前に申請・設立された医療法人（経過措置型医療法人）の出資持ち分については、従前どおりとすることを認めることとされたのである¹¹。

(3) 今後の医療サービスの展開と法人制度への期待

個々の医療内容に影響する部分は非営利性を徹底することは必要だとしても、冒頭に記したような医療・介護サービス提供体制の改革の方向性に鑑みれば、今後の連携・再編、機能統合、円滑なサービスの連続、という観点から、医療法人の持ち分の意義を再度確認した上で、経営が全体として統一化されうるようなツールを検討することが不可避になっていると考えられる。

このため、各種事業を総合的に行いうる形態として、ホールディングカンパニー型の法人を新規に医療法人として設立できるよう法的措置を検討すべきではないだろうか。

¹¹ しかし、持ち分ありの法人形態は、経過措置として認められているため、新設は認められず、経過的存在ということを利用して、民間中小企業には認められている事業承継税制等から除外されるといふ営利企業以下の扱いとなっている。

この場合、具体的に必要となるケースを考えると、(i) 医療法人相互が連携してホールディングを作る場合、(ii) 医療介護のサービス提供主体と連携してホールディングを作る場合、(iii) まちづくりなど地域の面的整備に関係する関係者と連携してホールディングを作る場合、といったレベルの違うケースを検討する必要がある。

また医療法人が主体的にホールディングカンパニーになる場合のほか、他のホールディングカンパニーに参加する（傘下に入る）形態の是非についてもあわせて検討が必要となると考えられる。

なお、いずれのケースを議論するにしても、先般の医療法改正により原則廃止された「持ち分あり医療法人」を制度的に再度法律に位置づけることが前提となること、実際には持ち分の処分や交換等が必要になるため税制上の措置があわせて検討されなければならないこと、等に十分な留意が必要である。

(i) 医療法人相互が連携するケース

新たな医療法人類型としてホールディングカンパニー型の新型医療法人（以下、単に「新型医療法人」という。）を認め、個々の医療法人（新型医療法人と区別するため、ここでは仮に「事業医療法人」と呼ぶ。）の持ち分を有することを認めるとともに、新型医療法人・個々の事業医療法人の間に関するものに限り配当を許容してはどうだろうか。

新型医療法人は自ら医療を提供する主体ではないが、事業医療法人の過半数の持ち分を有すること等を通じて実質的には医療に関与するため、医療を行う法人と整理できる。また、異なる医療法人が同一グループに属するため、経営の一体性を保ち、全体最適を追求する経営環境を整えることが可能になる。さらに、これまで表に出ない形で病院経営への介入やチェーン化が進んでいる実態もあるが、これにより関連病院を含めた全体の決算が公表され、全体として都道府県知事等の監督に服することも可能になる。このようにいくつかのメリットが考えられるのである。

この場合、個々の事業医療法人が他法人（他の病院）と経営統合を目指したとしても、法人の解散は不要であり、これまでの法人経営の継続が可能である。また、新型医療法人から外部投資家への配当、事業医療法人の配当は引き続き禁止されるため、非営利性は担保され、投資家からの短期的収益最大化要求等の圧力にさらされることはない。一方、事業の連合体全体で収益が上がれば、利益が還元されることになり、先に指摘したメリットが生じることが考えられる。

なお、現在の法人からこのような形態に移行する際に、従来の医療法人の持ち分を持つ経営者（オーナー）は、ホールディング医療法人の持ち分を持つことになるので、移行の際の持ち分に関する課税関係について整理することが必要となる。

一方、参加する医療法人の経営者の判断によっては、ホールディングが個々の事業医療法人を所有する形態ではなく、個々の医療法人が出資して共同事業会社型のホールディングを作り、又は最大の医療法人が系列医療法人から出資を受ける形で、その法人が共同事業を行う形態も考えられる。この場合、共同利益が個々の事業医療法人に配当されることになり、医療機関の連携・再編が進む効果が期待される。

なお、以上のような連携は地域に密着した面的なサービス展開のニーズに着目したものであり、地域ニーズをあまり考慮しない全国チェーン化に安易に用いられないような措置があわせて検討されるべきである。

(ii) 医療介護のサービス提供主体と連携するケース

先のケースと同様に、新たな医療法人類型として持ち株会社的な新型医療法人を認め、個々の事業医療法人の持ち分を持つこととする。これと同時に、新型医療法人が特定の医療介護サービス提供主体（例えば、株式会社立の訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所など）の持ち分（株式）を保有することを認め、事業医療法人や他の関連法人からの配当も許容することで経営の一体性を実現する、というケースも考えられる。

この場合、新型医療法人のできる業務を医療介護サービス全般に拡大するとともに、その新型医療法人が持ち分も持つ個々の事業医療法人について、経営の独立性、非営利性が保障されるような措置の検討が必要となる。この場合、基本的には新型医療法人の配当を禁止することで担保されると考えられるが、これに加えて追加的措置が必要かについての議論も必要である。

この観点からは、新型医療法人の持ち分や議決権にある程度の規制が必要となるかもしれない。現在の医療法人制度においては、法人の出資者について、持ち分は認めるが議決権は認めない、という形で調和を図っている。しかし、新型医療法人は、多様な連携形態を可能にするため、もっぱら法人出資者という形態も考えられ、配当禁止のみならず、持ち分の短期売買の制限や議決権の在り方を見直すなど、さらなる検討が必要になってくると思われる。

この場合も、ホールディングが個々の事業医療法人等を所有する形態のみならず、個々の医療法人等が出資して共同事業型のホールディングを作り、又は最大の医療法人が系列医療法人等から出資を受ける形で、その法人が共同事業を行う形態も考えられる。

いずれの場合であっても、従来の医療法人（事業医療法人）にとっては、非営利性の確保（内部留保の医療事業以外への配当の禁止）、他事業の損失リスクの本業（医療）への波及の阻止、といったことが確保されるため、医療の非営利性という制度の理念は引き続き確保されるものと考えられる。

5. 地域全体の法人への展開

先に見たように、今や、サービスの場が病院内という閉鎖空間から地域全体に解放されるため、必要なインフラは道路、交通、商業施設等まちづくり全体に波及する。

この場合、先に見た持ち株会社タイプの医療法人で、すべてのインフラ整備をカバーすることは、適当ではない。医療福祉以外のサービスや基盤整備は民間の活力の活用が基本となるべきである。こうした観点に立てば、先の新型医療法人のケース（iii）は、医療法人として法的に構成するのは無理がある。しかし、現在のような持ち分なしを原則とする医療法人だけであれば、幅広い連携も難しくなり、医療を核としたまちづくりは進まない恐れもある。

まちづくりという視点に立ってみると、地域によっては、1つの民間事業主体が主導し、全体的な市街地開発を行うことも考えられる。また、自治体としてプランを作成して各事業主体との連携を図ることも考えられる。こうした場合に、事業に参加する、あるいは連携会議に参加する主体として新型医療法人を活用できないか、検討が必要である。

今後の検討にもよるが、医療法人の付帯業務は厳しく限定されている。これは、医療を

継続的に提供することを主目的とする法人形態であるため、医療以外の事業で損失を生じた場合本業の継続に支障を生じ、あるいは本業に過度のストレスをかけることを未然に防止するためであると考えられる。

このような、配当禁止という利益分散の防止と、附帯業務の制限という本業以外の損失の予防という、これまでの医療法人制度の原則を維持しつつ、多様な連携の在り方を検討することが必要になってきている。まちづくりは、各地で株式会社を設立して、迅速な意思決定と共通利益の追求（出資者への配当）により行う例が増えている。持ち分を否定したままでは、新たな時代に対応できない恐れもある。

このため、例えば、新型医療法人がまちづくりの株式会社（共同事業体）に出資することを認めることが考えられる。医療法人の附帯業務としてまちづくり事業への出資は考えにくいかもしれないが、新型医療法人の附帯業務を広く解していくことも可能ではないか。この場合、医業以外の事業への参加は、上記の観点にたてば、本業への悪影響という懸念は生じないのか、という問題が生じる。ただし、個々の事業規模が小さな医療法人ではなく、持ち株会社タイプの医療法人であれば、そもそも危険が分散され、さらに出資の範囲でしか損失が生じないのであるから、一定の限定を附すことにより解決は可能ではないだろうか。また、そもそもこのようなまちづくりには公的関与があることが考えられ、市町村などの公的関与を前提とした許可制度に置くことも考えられる。もしこうした許可制度などの限定が可能であれば、新型医療法人でなくても、既存の医療法人でも出資は可能かもしれない。

一方、まちづくり会社が医療法人の持ち分を持つ（資本参加する）ということはどうか。これには異論も強いと思うが、今後医療法人がまちづくりに関与していくことを考えれば、一概に否定されるべきではないように思われる。単に持ち分はいいが議決権は認めない、という整理ではなく、一定割合を超えない範囲で、街の声を経営に反映させていくことは、医療法人そのものの在り方としてあっていいのではないか。例えば、まちづくりのための共同事業体が医療法人に出資する形態が考えられるが、個別の許可制にする、又は議決権の割合に制限を設ける等の手法もありうるだろう。ただ、当該事業体への配当は制限されなければならない。いずれにしても、開かれた医療法人制度、持ち分を認めて多様な連携を模索していく、という見地で様々なケースを議論していくことこそが求められているのではないだろうか。

6. まとめ

医療介護のサービス提供体制の充実は急務であり、あらゆる政策ツールの可能性を考えていかなければならない。本章は、こうした立場にたって、あえて議論がこれまで少なかった分野について一石を投じたものであり、検討が不十分という叱正はもとよりあろうと思うが、これを機に多様な議論が行われることを期待するものである。

【参考文献】

猪飼周平[2010]『病院の世紀の理論』有斐閣。

厚生労働省[2011]「社会保障・税一体改革成案（2011年6月30日政府・与党社会保障改革検討本

部決定)」。

社会保障国民会議[2008]『社会保障国民会議最終報告書(2008年11月4日)』。

総合研究開発機構 (NIRA) [2010]『「まちなか集積医療」の提言－地域は医療が解決する－』。

第4章 新たなまちづくりへの挑戦

一人もまちも元気になる都市構想とタウンマネジメント

要旨：

さまざまな分野が大きな転換期を迎える中、新しい社会構造に適用可能な仕組みへの挑戦も始まっている。それらの取り組みは次世代のシステム構築への示唆に富む。

- 中心市街地の「ヘルシーロード」で人と地域が元気になる「健康福祉医療都市構想」
- 誰もが暮らしやすいまちづくりをマネジメントする「まちづくり会社」の仕組みとその発展
- 公・学・民の知識と技術を結集して超高齢時代のモデル都市を開発する「柏の葉キャンパスシティプロジェクト」
- まちづくり会社のもとコンパクトで質の高い中心市街地の構築を目指す「高松丸亀町商店街」

本章では新しいまちづくりを展開していく上での1つのヒントとして、都市構造の視点から本研究会メンバーである酒向が2003年より提唱する「健康福祉医療都市構想¹⁾」、タウンマネジメントの手法として「まちづくり会社と地域の医療、介護・福祉の連携」を説明し、最後に「柏の葉キャンパスシティプロジェクト」と「香川県高松丸亀町商店街」を参考事例として紹介する。

1. 健康福祉医療都市構想

酒向 正春

(1) 健康医療福祉都市構想はなぜ必要か

世界に先駆けて、未曾有の超高齢化社会となった日本では、「病気は治るもの」という神話が壊れた。高齢者の病気は治らず、慢性化していく。脳卒中後の後遺症である片麻痺、言語障害、嚥下障害、精神・高次脳機能障害も治らない。すなわち、超高齢化社会では、病気や障害と付き合う生活が基本となる。しかし、これまでの日本社会では高齢者や障害者が外出しない「閉じこもり生活」を選択することが暗黙の了解であった。2030年には3人に1人が65歳以上の高齢者となる超高齢化社会が到来する。従来の閉じこもり生活の選択では、マンパワーの面からも国家運営に支障が生じる。すなわち、高齢者や障害者も活かすことができる体制に変換することが必要である。

¹⁾ 酒向[2007]参照。

以上の背景から、高齢者をはじめ全ての人に優しく、安全に安心して外出できるユニバーサル都市環境の整備が必須となる。それが健康医療福祉都市構想のルーツである²。日本の都市整備や道路環境の政策は効率性と生産性を重視するあまり、高齢者や障害者の生活の視点に欠いた環境整備を行なってきたおり、根本的に改める時期が到来したことは言うまでもない。

要介護となる主な原因は、第1位が脳卒中後遺症で26%、第2位が高齢による衰弱で17%を占める。脳卒中や高齢衰弱を発症した後は閉じこもり、廃用症候群を来たして、寝たきりとなる現状がある。脳卒中治療学的見地からすると、脳障害を負っても、適切なりハビリテーション（以下、「リハビリ」とする。）を行えば、70歳までは約80%の患者に良好な回復が望める。70歳以降は回復率が低下し、良好な回復は70歳台で60%、80歳台で40%、90歳台で20%となる³。この回復力を生かし、寝たきりへの悪循環を断ち切るリハビリが重要である⁴。すなわち、病院でのリハビリ医療を、自宅生活でも毎日継続できる日常生活動作訓練として地域社会に導入する必要がある。

2000年に高齢者医療や脳卒中医療に画期的な制度、「回復期リハビリテーション医療制度」が誕生した⁵。これにより、急性期、回復期、維持期の医療連携と役割分担が確立した。急性期は可及的短期間（2週間以内）で疾病を治療する期間、回復期は機能障害による能力低下を改善する期間で、約2～6カ月間のリハビリ治療により、歩行や日常生活動作や精神・高次脳機能を向上し、人間回復と在宅復帰を目指す。維持期はその後の一生の期間にあたり、自宅や施設に閉じこもることなく、社会参加や社会貢献を行うことで自立した人間らしい生活を目指す。超高齢化社会に必要な医療体制は、フットワークが軽い医療連携を地域ベースで整備すること、そして、医療連携を必要とする患者の支援体制を整備することが鍵である。

現在の地域医療連携の中で最も遅れているのが維持期である。例えば、50歳代で脳卒中による後遺症を起こすと、約30年という膨大な時間を障害者として過ごすことになる。この場合の維持期はその大半の29.5年間を占めることになる。29.5年間を自宅に閉じこもらず、社会参加できるユニバーサル都市環境の整備は今の日本には存在しない。具体例を挙げれば、国会議事堂内の階段に手すりをつけられたのも、2008年のことである。この現状が莫大な医療費が発生させていると考えられる。高齢者や障害者の力を活かすことが可能となるノーマライゼーションを実現させる都市整備計画が必要である⁶。

(2) 健康福祉医療都市での基本コンセプト

健康医療福祉都市構想の骨格は、(i) 回復期リハビリを中継とした質の高い急性期・回復期・維持期の高齢者・脳卒中医療連携の確立（安心）、(ii) 市街地中心部でのバリアフリーの公園的歩道空間（ヘルシーロード）の整備（コミュニティ形成）、(iii) ヘルシー

² 「健康福祉医療都市構想」は2008年東京大学医療人材育成講座において「医療崩壊の解決策としての健康医療福祉都市構想」で優秀賞を受賞。

³ 酒向[2009a]、酒向・柴田・小林[2009]参照。

⁴ 酒向[2008]参照。

⁵ 酒向[2010a]参照。

⁶ 酒向[2009b]参照

ロードから健康・医療・福祉の情報やサービスの発信、そして、医療関連産業街の新設による従来型ショッピング街との相乗的経済活性化（活力）からなる。この全長 1km 程度のヘルシーロードを中心とした街（都市環境）で、地域住民主体の交流と支え合い体制や定期的イベント体制を構築する。ヘルシーロードから発信される情報は住民視点の地域情報と全国情報であり、情報アクセスとサービス利用ではバリアフリー化が重要である。医療関連産業街では介護・福祉部門に加え、子育て支援、患者支援、シルバー支援の緩いビジネスを創出する。

地方都市型の健康医療福祉都市構想では、市街地中心部の2つのデパートをヘルシーロードで結ぶコンパクトな街づくりが基本である。ヘルシーロード沿いにある回復期リハビリ病院に、寝たきり状態で転院した患者を回復させ、ヘルシーロードを移動（歩行、杖歩行、車椅子など）して買い物できれば、社会参加が達成できる。すなわち、人間回復が市街地中心部で実現することになる。一方、ヘルシーロードは青空の見える道であり、悪天候時は歩くことができない。そこで、悪天候時は隣接した商店街のアーケードを利用する。それが、ヘルシーロードがヘルシーサークルになる瞬間である（図表4-1参照）。障害者、障害児、80歳以上の高齢者は地方人口の1割である。家族同伴でヘルシーロードを利用すると、ヘルシーサークルに地方人口の2割が誘導されることになる。この人口集約力は拡散し疲弊した中心市街地を活性化し、再生する原動力として期待できる。

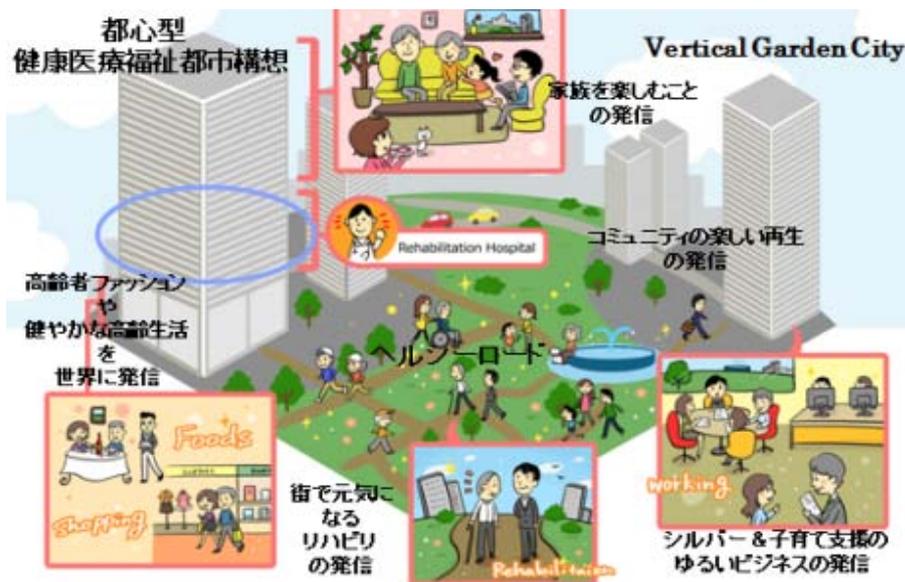
大都会では悪天候時はヘルシーロードに隣接する大規模ビルを利用することができる（図表4-2参照）。大規模ビルは、既に、ユニバーサルデザインでバリアフリーであり、冷暖房・空調管理が整い、エスカレーターや階段など昇降訓練できる場所やレストランやトイレが多く、障害者用トイレも整備されている。展望台、モニュメントや景観にアートを感じ、定期的イベントも実施されるなど、大規模ビルは理想的なリハビリ環境施設といえる。一方、大都市では中心市街地が連なるため、デパート間でなく、駅と駅を結ぶ道をヘルシーロードとして整備する。隣の駅には異なる風土や文化の街が存在し、鉄道（メト

図表 4-1 健康福祉医療都市構想



出所：筆者作成

図表 4-2 都市構造のイメージ



出所：筆者作成

ロ等) が結ぶユニバーサル空間が創出されることになる。すなわち、都会型はヘルシーロードでの人間回復が主であり、ヘルシーロードに隣接した商業街が存在しないケースもある。ヘルシーロードに沿ったコンパクトなユニバーサル都市環境は、子育て・障害者・高齢者支援を柱とした新しいビジネスを生む医療関連産業街として就業機会を増やし、高齢者や障害者が働く機会を「緩いビジネス」として提供する舞台ともなる。そのため、社会参加や社会貢献を「緩いビジネス」として街に取り込む工夫が重要となる。高齢者起業支援や子育て支援、患者家族支援、介護やレスパイトケア、障害者就労教育等の健康医療福祉に関連する新しいビジネスが医療関連産業として注目されている。

地域の超高齢化社会に適したユニバーサル都市空間は集約化とコンパクト化が重要であり、決して拡散してはならない。欧州における市庁舎を中心とした中心市街地の都市計画や街路整備は、その威厳性、整然さ、快適さで、訪れる人々を圧倒、魅了するものである。地域住民が地元を愛し、そこにステイタスをも感じさせる都市環境整備が豊かな精神を育み、貧困や病気や争いを解決し、雇用創出に寄与してきたようにも思われる。人間重視の都市整備、ヘルシーロード整備が喫緊の課題である⁷。

日本に福祉都市が定着しない原因は、都市環境を使いこなす専門家が存在しないこと、社会的弱者への使用指導や支援体制が欠如していること、官民協働の不徹底などが影響していると考えられる。地域住民が環境整備やヘルシーロード整備の必要性を理解し、地域住民を主体としたまちづくりにより支え合い、地元商店や企業と地域経済活性化を進めることが地域再建の基本である。さらに、訪問者も含めた社会的弱者を歓迎、支援する体制を官民協働で構築できれば、福祉都市が実現し、地域再生にもつながるはずである。地域生活の中で地元住民が楽しみ、夢をみるコミュニティを再生するために、多くの地方自治体で同様の政策が検討されている。東京都渋谷区や埼玉県志木市はその先駆例として知ら

⁷ 酒向[2009b・2010b]参照。

れている。特に、志木市の政策マニフェストは「健康医療福祉都市構想」であり、疾病予防や介護予防を主眼としている⁸。こうした健康医療福祉都市構想を広めることで、近く到来するアジア諸国の超高齢化社会にも国際貢献が期待できる。

(3) 具体的事例－初台と二子玉川の挑戦－

以下では、健康医療福祉都市構想の具現化に取り組む2つの事例を紹介する。

①初台健康医療福祉都市構想

はじめに初台（東京都渋谷区）の事例を取上げる（図表 4-3 参照）。「初台ヘルシーロード」は初台駅から西新宿 5 丁目駅までの山手通りを通るルートで、2012 年に完成予定である。大都市のヘルシーロードは地方都市のヘルシーロードとは異なり、百貨店とヘルシーロードの組合せではなく、駅と駅を結ぶ歩道空間である。

初台健康医療福祉都市構想では、東京都山手通り整備事業を基盤とした「初台ヘルシーロード」が基本となり、24 時間歩くことが可能な歩道空間を特徴としている。そのため、歩道が 4m から 9m に拡張され、電線地中化、自動車道間は緑化が進む。自転車道が歩道に整備される点が懸念材料ではあるが、起伏に富んだ地形は健康、リハビリ効果に最適である。300～500m 間隔のベンチ、ユニバーサルデザインのサインも配置される。ヘルシーロードオアシスでは、ハナミズキの緑陰の下でリハビリ可能なベンチが 6 基整備される計画である。ヘルシーロードの中央部には初台リハビリテーション病院が立地しており、障害者の機能回復リハビリが日々実践されている。この病院を基点に 100m から 2500m

図表 4-3 初台ヘルシーロード周辺散策ルートの提案



出所：筆者作成

⁸ 詳細は志木市 HP (<http://www.city.shiki.lg.jp/53,0,243,706.html>) 参照。

の歩行コースが能力に応じて、10 コースの選択が可能である。悪天候時は初台駅東口徒歩1分の東京オペラシティが利用できる。大規模ビルである東京オペラシティは良質なリハビリ空間ともなり得る。

ヘルシーロードの裏道は裏ヘルシーロードと位置付けている。渋谷区では児童施設、老人施設が増加、密集するため、児童や認知症にも快適な意欲向上の道を企画中である。不動通り商店街や東京オペラシティの周囲を楽しむことができる裏ヘルシーロードも計画が進行中である。また、新宿区方面では新宿中央公園へとつながる裏ヘルシーロードを検討しているところである。こうしたヘルシーロードを核に変化する街の姿が新しい都市計画のモデルとなるものと考えている。

②二子玉川健康医療福祉都市構想

次の事例は二子玉川（東京都世田谷区）で進められる「二子玉川ヘルシーロード」である。これは二子玉川地区の大規模地域開発である二子玉川駅から多摩川橋までを結ぶ。二子玉川健康医療福祉都市構想は、前述の初台健康医療福祉都市構想のようにヘルシーロードを取り囲みながら自然発生的に街づくりが進行していくケースとは異なり、二子玉川駅の周辺大規模ビル、分譲マンション群、二子玉川公園、回復期リハビリ病院を核とし、短期間のうちに進められる大規模都市開発である。二子玉川駅から多摩川橋までの「二子玉川ヘルシーロード」は2015年に完成予定であり、世田谷区88万人の新しい健康維持、健康回復の拠点となるであろう。

ここでは大規模ビルの2フロアを回復期リハビリ病院とする企画も検討されている。大規模ビル内に回復期リハビリ病院を整備することで、商圏となり得る地域全体の医療連携を図っていくことが可能である。約200床の回復期リハビリ病院は人口20～40万人都市の健康医療福祉医療連携の中核となる。すなわち、大規模ビルというハードが健康医療福祉体制というソフトの強化にも一役買うことになる。そうした機能を兼ね備えた大規模ビルが世界に進出することで健康医療福祉都市構想も同時に世界発信することになり、近く超高齢者国家となるアジア諸国にとっての先進モデルとして役立ち、日本の世界貢献の一翼を担うことになると期待している。

【参考文献】

- 酒向正春[2007]「t-PA時代の新しいリハビリテーション」『Mebio』、vol.24(9)、pp.101-107。
- 酒向正春[2008]「正しいリハビリさえおこなえば、脳卒中による寝たきりは防げる」『日本の論点(2009)』文藝春秋。
- 酒向正春[2009a]「脳神経外科治療のスタンダード 12. 脳卒中後遺症」『脳神経外科』、37(11)、pp.1129-1141。
- 酒向正春[2009b]「老人医療費の削減につながる環境—それはリハビリと社会参加の充実だ」『日本の論点(2010)』文藝春秋。
- 酒向正春[2010a]「脳卒中医療と健康医療福祉都市構想」『財務省広報誌ファイナンス』、通巻534号、pp.53-55。
- 酒向正春[2010b]「超高齢化社会の健康医療福祉都市構想」『新都市』、64(7)、pp.18-20。
- 酒向正春・柴田健雄・小林祥泰[2009]「急性期脳梗塞の実態：病型別、重症度別、年代別、性別にみたリハビリテーション開始時期と予後」『脳卒中データバンク2009』中山書店、pp.124-125。

2. まちづくり会社と地域の医療、介護・福祉の連携

齊藤 徹史

従来のまちづくりは、大きく分けて、民間主導と行政主導のそれぞれによって行われてきた。前者は、例えば、不動産会社や鉄道会社などが新たに土地を造成し、そこに住宅や商業施設などを開発するものである。首都圏でいえば、東急電鉄株式会社が多摩田園都市で鉄道の新線建設と一体として都市開発を行ってケースが有名である。また、第4章第3節で紹介される三井不動産株式会社の「柏の葉キャンパスシティプロジェクト」もこれにあたる。

一方、後者は、地域で設立されたまちづくり会社によって行われるケースが一般的である⁹。まちづくり会社の多くは、地方自治体の出資を受けているため、第三セクターとしての性格をもつ。従来は、中心市街地の活性化を目的とし、エリアを限定して地区の空き店舗の利活用など企業性のある活動を行ってきた。しかし、まちづくり会社には、業務内容に良質な都市空間の創造という公共性があるだけでなく、事業内容が地域住民のニーズに応えるものであることからすれば、その活躍の場は、地区にとどまらず、広く地域全体であってもよいはずである。すなわち、民間の不動産会社や鉄道会社などと同様に、まちづくり会社をまちの開発の基軸と位置づけることが考えられる。その開発にあたっては、高齢化社会での需要を見越し、地域の医療、介護・福祉のネットワークと連携することが、住民のニーズに適い、生活の質を向上させることにつながるだろう。

そこで、本節では、まちづくり会社の現状を概観したうえで、今後のまちづくり会社と地域の医療、介護・福祉の連携のあり方を検討する。

(1) まちづくりの制度—まちづくり会社の現状

①まちづくり会社に関する法制度

中心市街地は、近年のモータリゼーションの進展や消費生活の変化などにより、病院や学校の郊外移転や郊外型ショッピングセンターの設置が進み、都市機能の郊外への拡散が顕著となった。

1998年以降、大規模店舗の出店に際して周辺的生活環境の保持の観点から配慮を求める「大規模小売店舗立地法」、中心市街地の活性化を図る「中心市街地における市街地の整備改善と商業等の活性化の一体的推進に関する法律」（旧中心市街地活性化法）、まちづくりの観点から大規模店舗の立地規制などを可能にする「改正都市計画法」のいわゆる「まち

⁹ まちづくり会社の定義は多義的であるが、一般的には、「地域の関係者で設立された、広く中心市街地の活性化に関連する事業目的を持つ会社形態の組織」をいう。具体的には、「良好な市街地を形成するためのまちづくりの推進を図る事業活動を行うことを目的として設立された会社」（中心市街地活性化法15条1項1号ロ）、「商工会、商工会議所又は中小企業者が出資している会社」（中心市街地活性化法7条7項7号）、旧中心市街地活性化法の「認定構想推進事業者」（TMO）であった会社等が事業内容や出資状況等によってこれに含まれる（経済産業省[2009]）。

づくり3法」が整備された。このうち、旧中心市街地活性化法は、市町村が自らのイニシアチブのもとで作成する中心市街地活性化基本計画に基づいて中心市街地の活性化を図るもので、2006年7月12日までに690地区でこの計画が作成された。このときのまちづくりの主体は、TMO（Town Management Organization）といわれる、中小小売商業高度化事業構想を作成し、市町村の認定を受けた認定構想推進事業者であり、第三セクターや商工会議所などがこの役割を担った¹⁰（国土交通省[2011]）。

しかし、その後も中心市街地の沈滞は止まることはなく、その一因として、旧法は、商業振興策が中心で、図書館や病院などの都市機能の集積促進などが取り上げられていないことが指摘された。そこで、2006年に中心市街地活性化法が改正された。

旧法が市街地の整備改善や商業等の活性化を目的としていたのに対し、この新法では、中心市街地における都市機能の増進なども目指すことになった。変更の背景には、従来は都市の拡大成長を前提としていたが、人口減少・超高齢化社会を迎えるにあたり、都市機能がコンパクトに集約され、歩いてでも暮らせるよう、都市機能を集約する必要があったためとされる。

また、新法では、都市機能の増進を推進する者（中心市街地整備推進機構、まちづくり会社等）と経済活力の向上を推進する者（商工会または商工会議所）により組織される中心市街地活性化協議会が制度としてつくられ、市町村が作成する中心市街地活性化基本計画の作成時に意見を述べることができるなど、多様な関係者の参画を促す結果となった¹¹（国土交通省[2011]）。

現在のまちづくり会社は、基本的に新中心市街地活性化法のもとで活動する。株式会社の形態をとることが多く、中心市街地活性化の計画、実施機能をもつ中核団体として位置づけられている。

②まちづくり会社の現状

運営内容

まちづくり会社は、その運営事業として、再生区域を設定し、(i) 区域内の不動産の所有と利用を分離し、利用権を集約する、(ii) 空き店舗の改修や商業・サービス業・住居等の複合施設を整備する、(iii) テナントの誘致や販売の促進を行う、などといったものを行っている（経済産業省[2009]）。また、国土交通省[2007]によると、まちづくり会社等が過去3年間に行った活動内容として多かったものは、(i) 市街地・公共施設等の整備：再開発事業等の計画づくり、(ii) 各種施設の管理運営：公共施設等の管理運営、(iii) まちの管理運営：まちの管理運営に関するイベントの企画・実施、(iv) 交通関連：駐車場の管理運営受託、(v) 人的サービス：まちづくりに関するセミナー等の開催、(vi) 情報提供・物販等：ホームページの運営、であった。

以上を整理すると、まちづくり会社には、中心市街地の区域内で再生プランの策定やその合意形成などを行うプランニング機能、不動産の利用権の集約化や具体的な事業を実施するデベロップメント機能、事業化のための資金調達やまちのマーケティングなどを行う

¹⁰ 新法のもとでは、TMOは法的効力を失い、中心市街地活性化協議会に発展的に改編された。

¹¹ 2011年12月8日現在、全国で中心市街地活性化協議会の設立数は152、中心市街地活性化基本計画の認定数は108である（中心市街地活性化協議会支援センターHP（<http://machi.smrj.go.jp/>））。

マネジメント機能があることがわかる（経済産業省[2009]）。

ガバナンス

一般に、まちづくり会社の運営は、地方自治体、企業、不動産所有者、NPO、住民ら、さまざまな主体によって行われている。通常の株式会社であれば、社内で意見対立が起きた場合、持株割合に応じて株主総会における議決権が配分されるため、最終的には意見の集約が図られる。しかし、まちづくり会社には、多様な主体が参加するため、異なる意見は議論のなかで利害調整が行われることが多い。

ファイナンス

（まちづくり会社への出資関係）

まちづくり会社の出資状況についてみると、例えば、長野県飯田市の株式会社飯田まちづくりカンパニーでは、出資総額 2 億 1200 万円に対し、法人（19 社）が 8800 万円、金融機関（地元銀行・信金、旧日本開発銀行）（4 行）が 6000 万円、飯田市が 3000 万円、個人（15 人）が 2900 万円、飯田商工会議所が 500 万円となっている¹²。このように、多様な主体がまちづくり会社を支えている。

こうした出資に対し、まちづくり会社が配当を行うことは、出資を促すインセンティブとなる。しかし、現在のまちづくり会社では、滋賀県長浜市の株式会社黒壁・プラチナプラザなどのように配当を実際に行うケースはあるものの、実際には、事業によって得られた利益はまちづくりのために再投資し、株主への配当は行われなことを定款に明記するケースが多いと推測されている（経済産業省[2011]）。この場合、配当に対する理解を、金銭が給付されるものと狭く捉えるのではなく、「市民が自由に利用できる場所の提供」や「市民が憩える快適な空間の提供」というサービスが配当として給付されたと広く捉えることが必要となる（国土交通省[2008]）¹³。

（資金調達）

まちづくり会社の運営資金は、国からの補助や財団法人民間都市開発推進機構による融資などを原資とすることが一般的であり、それでもなお不足する場合は、金融機関などから融資を受けることで賄っている。このほか、まちづくり会社の事業を通じて、物販や駐車場の管理運営、地方自治体の公共施設に対する指定管理者としての管理運営などの収益事業を行うことで運営費用を捻出するケースや、再開発後の商業施設のテナントから賃料収入を得るケースなどもある。

一方、ノン・リコース¹⁴ローンや不動産証券化¹⁵の手法を用いて地域の利害関係者から資

¹² 詳細は同社 HP (<http://machikan.jp/modules/tinyd0/content/index.php?id=5>) 参照。なお、中心市街地活性化協議会を構成するまちづくり会社となるためには、地方自治体の出資比率が 3% 以上とならなければならない（中心市街地の活性化に関する法律施行令 5 条 1 項参照）。

¹³ 長野県上高井郡小布施町の株式会社ア・ラ・小布施は配当に関連して、「ア・ラ・小布施の出資者は賃金、労力、アイデアなど、持てる資源を提供するが、直接の見返りは求めない。事業活動の成果として、小布施町全体が向上することの恩恵を、活動に携わった住民として楽しみあう事とする」としている（同社 HP (<http://www.ala-obuse.net/company/index.html>))。（国土交通省[2008]）

¹⁴ リコースとは遡求を意味し、ノン・リコースとは、融資対象プロジェクトについて、その返済を

金を調達するケースもある。不動産を証券化することで、地権者による建物への投資を可能にし、これによって地権者に土地利用権の提供を促す効果がある（経済産業省[2009]）。

(2) まちづくり会社と地域医療、介護・福祉との連携

①これからのまちづくり会社

先述のとおり、従来のまちづくり会社の多くは、中心市街地の活性化を目的に地区の開発を行っていたため、事業内容は限定的であった。しかし、3節で取り上げる高松丸亀町まちづくり株式会社では、不動産事業、駐車場管理事業など他のまちづくり会社でみられる事業に加え、医療事業など新たな分野も展開している。

高齢化社会が今後到来するとき、果たしてどのようなまちが住民に期待されるのだろうか。思うに、それは、地域の居住空間（住宅）や交通アクセスの整備、教育サービスの充実など従来からニーズのある分野に加え、とりわけ、医療、介護・福祉分野といった高齢者の高いニーズが反映されたものと考えられる。従来のまちづくりには、こうした医療、介護・福祉の視点が不足しており、今後は、地域の医療、介護・福祉のネットワークと連携したまちをつくることが期待される。

では、こうしたまちづくりの主体として、どのような組織がふさわしいと考えられるか。従来は、まちづくり会社が地区単位で商業の活性化を目指して活動を行っていたが、今後は、より広範囲に地域で活動し、こうしたニーズを解決しながら質の高いまちづくりを行う主体が必要となる。つまり、従来のまちづくり会社とは異なり、現在のデベロッパーに相当する役割を担う、民の力を活かした新たなまちづくり会社が求められる。これによって、公共性にも配慮しつつ、マーケット・メカニズムを活用しながら住民が必要とする良質なサービスが提供されるものと期待できよう。

このように考えると、今後のまちづくり会社は、具体的にどのようなものが想定できるだろうか。ここでは、そのあり方を考えてみよう。

②運営内容

まちづくり会社が医療、介護・福祉ネットワークと連携する際には、次のような方法がイメージされる。

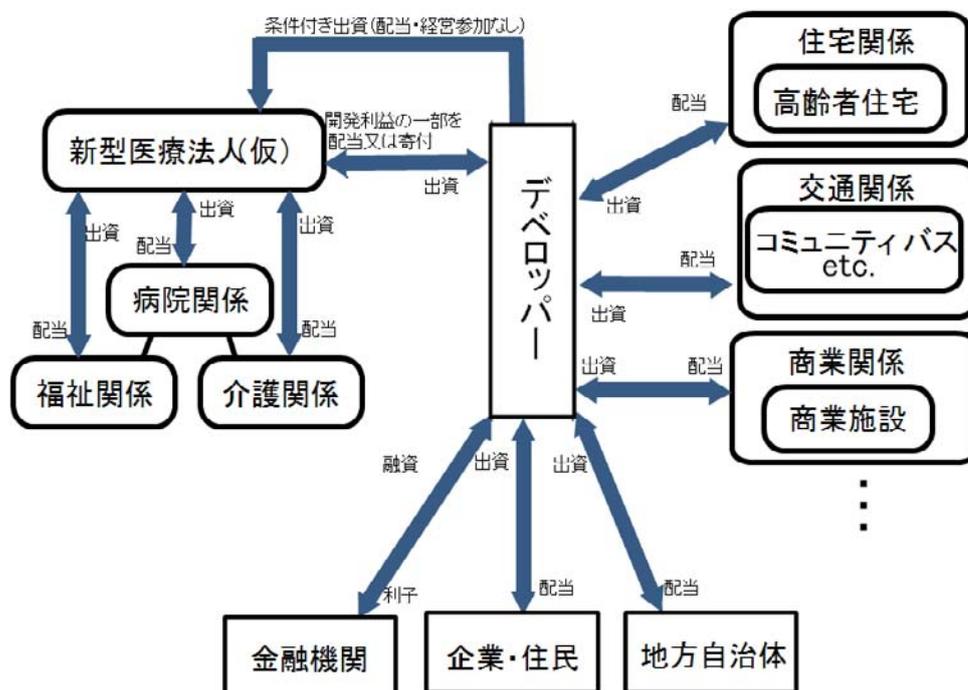
第1に、3章で論じられた新型医療法人によるまちづくり会社への出資である。その出資に対し、会社は新型医療法人に配当を行う¹⁶。また、医療、介護・福祉のネットワークが住民のニーズに合致し、利便性が高ければ、それはまちの魅力の向上につながる。そこ

親会社の保証に依存（遡求）することなく、子会社である SPC が当該事業から生み出す収益およびプロジェクト資産のみに依存することをいう（日本政策投資銀行[2009]）。

¹⁵ 不動産証券化とは、「自己が所有する不動産を、法的・会計的に独立した便宜上の器＝投資ビークル（SPV：Special Purpose Vehicle）へ譲渡し、その不動産の経済的価値を裏付けとして資金調達を行う仕組み」、または、「実物不動産が生み出す収益を受け取る権利を、証券や出資持分等の金融商品へと加工し、投資家が不動産に対して投資をしやすくする仕組み」と説明される。詳細については、国土交通省不動産証券化の解説（<http://tochi.mlit.go.jp/chiiki/securitization/doc1-1.html>）参照。

¹⁶ この場合の配当は、地域の医療、介護・福祉のネットワークを支えるために、むしろ金銭で給付されることが望ましいだろう。

図表 4-4 これからのまちづくり会社のイメージ



出所：筆者作成

で、会社は、まちの価値の向上により生じた開発利益の一部を、このネットワークの維持のために新型医療法人に寄付することが想定される。

第2に、まちづくり会社による新型医療法人への出資である。これによって、まちづくりの過程で明らかとなる、住民の医療、介護・福祉に対するさまざまなニーズを新型医療法人の事業に反映させることが可能となる。なお、新型医療法人には非営利の原則などがあるため、これらとの調整を行う必要性がある。このような新型医療法人を認める法制度の見直しが行われるまでの間、現行法の枠内で同様の手法をとることができないか、についても検討が行われるべきである。

③ガバナンス

まちづくり会社が住宅、交通、公共施設など広範な分野の整備や維持管理・運営を担うことになれば、利害関係が複雑になり、利害関係者間での調整が現在以上に必要となる。さまざまな主体が参加することで、よりよいまちづくりが実現する可能性はあるが、それに応じて調整コストが増加することは無視できない。まちづくり会社では、多様な意見を踏まえながらも、マーケットが望む、質の高いサービス提供とは何かを考え、最大の出資者がリーダーシップを発揮して判断していくことになる。

一方、会社運営の適正さ（コーポレート・ガバナンス）は、およそ次の3者によって担保される。まず、株式会社に設置される監査役が社内で監査を行う。次に、地方自治体が出資を理由とする監査を行う。これは、出資は税を原資とし、地方自治体はその用途に関する説明責任を負うためである。そして、金融機関が、融資の回収のためにモニタリングを行う。融資の形態にもよるが、金融機関は、会社が事業を適切に実施し、そこから上が

る収益を見込んで融資の返済を行う。そのため、事業スキームの健全性を金融機関はことのほか重視し、融資前に当該事業のリスク（来場者数の急減や不可抗力による事業中断など）をチェックするだけでなく、融資後もモニタリングを通じて監視を行うことになる。

④ファイナンス

今後のまちづくり会社でも、その出資者には、従来のまちづくり会社と同様に、地方自治体、企業、住民、金融機関などが考えられる。とくに、企業にとっては、まちづくりや医療、介護・福祉分野と関わる機会となるため、イノベーションの創出や新たなビジネスチャンスが生まれる可能性がある。

（資金調達）

今後のまちづくり会社も、コーポレート・ファイナンスだけではなく、不動産の証券化やプロジェクト・ファイナンスによって資金を調達することも考えられる。会社に担保価値を有する資産がなくても、計画するプロジェクトに収益性が見込めれば、将来的に生みだされるキャッシュ・フローを原資に資金の調達が可能となる。大まかにいって、前者のコーポレート・ファイナンスでは、まちづくり会社が直接ファイナンス主体となり、後者の不動産証券化やプロジェクト・ファイナンスでは、資金調達のための SPC（Special Purpose Company：特別目的会社）を設立するなどして活用することが想定される（経済産業省[2009]参照）。

なお、地元住民や地元企業がまちの再生のために資金を拠出するまちづくり基金から資金が提供されることも検討されよう（国土交通省[2008]参照）。

（3）連携にあたっての考え方

最後に、今後のまちづくり会社と地域の医療、介護・福祉ネットワークの連携のあり方について、留意すべき点に触れておきたい。

（i）まちづくりのポリシー（方針）を明確化する

まちづくり会社が事業を行うにあたっては、魅力あるまちをつくるためのポリシーを明確にしておく必要がある。ポリシーの存在は、事業運営の指針となり、活動のブレをふせぐことにもつながる。また、ポリシーを定めた後でも、社会環境や住民のニーズの変化に応じて、適宜見直すことが必要である。

（ii）地方自治体は「補完性」の原則を尊重する

地方自治体は、まちづくり会社とどのように関わるべきだろうか。出資者として運営への関与は認められるにせよ、それが過剰であれば、民主導で生みだされる数多くのメリットが減殺されることにもなりかねない。そこで、事業開始直後はともかく、事業が軌道に乗った後には関与を限定的にし、民の活力を支える役割となることが適切である¹⁷。さらに、地方自治体は出資を行うことなく、都市計画行政の観点からのみ会社に関わるといっ

¹⁷ 地域活性化統合本部会合「地方再生戦略」（2007年11月30日、2008年12月19日改定）の「地方再生5原則」は、「補完性」の原則として、「地域の実情に最も精通した住民、NPO、企業等が中心となり、地方公共団体との連携のもとで立案された実現性の高い効果的な計画に対し、国が集中的に支援する」を挙げており、参考となる。

たあり方も検討に値しよう。

【参考文献】

- 生田長人[2008]「土地利用規制法制における地域レベルの公共性の位置づけについての考察」稲葉馨・亘理格編『行政法の思考様式』青林書院。
- 生田長人[2010]『都市法入門講義』信山社。
- 大橋洋一[2008]「自治体総合計画に関する一考察」稲葉馨・亘理格編『行政法の思考様式』青林書院。
- 閣議決定[2011]「中心市街地の活性化を図るための基本的な方針」（2007年9月18日 閣議決定、2011年10月7日一部変更）。
- 経済産業省[2009]「不動産の所有と利用の分離とまちづくり会社の活動による中心商店街区域の再生について」。
- 経済産業省[2011]「まちづくり会社支援事業報告書」。
- 国土交通省[2008]「まちづくり会社の設立・活動の手引き Q&A」。
- 国土交通省[2011]「2011 中心市街地活性化ハンドブック」。
- 日本政策投資銀行[2009]『CSR・ディスクロージャー誌2009』。
- PHP総研[2003]「プロジェクト・ファイナンスの留意点」『PHP 政策研究レポート』、Vol.6、No.73。
- 亘理格[2008]「計画的土地利用原則の確立の意味と展望」稲葉馨・亘理格編『行政法の思考様式』青林書院。

3. 参考事例ー柏の葉キャンパスシティと高松丸亀町商店街ー

豊田 奈穂

(1) 柏の葉キャンパスシティプロジェクト

ここでは超高齢社会を見据えた新たな試みの1つとして、千葉県柏市で展開されている「柏の葉キャンパスシティプロジェクト」(以下、「柏の葉PJ」とする。)を取り上げる。日本は世界でも急速に高齢化の進行している国であるが、今後、アジア諸国もそれに追従することが予測されている。「柏の葉PJ」ではハードとソフトの両面からのアプローチにより、世界をリードする超高齢社会の都市モデルの構築を目指す。

わが国は2030年に65歳以上の高齢人口が全体の3分の1を占める時代になるといわれる¹⁸。前章でも指摘したとおり、人口減少・高齢化、税収の減少と社会保障費の増大、単身高齢者の増加、さまざま要因がこれまで日本社会が前提としてきた条件から180度転換する。そうした社会のパラダイムシフトを見据え、「柏の葉PJ」においても現在のままで「豊かさを実感できる、幸せな超高齢社会」を実現することが可能なのかを問い、直面する課題を克服するための未来像を模索している。このプロジェクトでは社会的課題を解決するために3つのモデル都市が掲げられている¹⁹。ここでは「健康長寿都市」の取り組みに注目する。

①超高齢時代のモデル都市の開発

民間デベロッパーを中心とする都市機能の一体整備

「柏の葉PJ」では柏市および千葉県、三井不動産株式会社、市民、東京大学や千葉大学など、公・民・学の連携により知と技術の集積を図りながら次世代の街づくりが進められている。

「柏の葉キャンパス」は柏市北部中央地区に位置し、開発エリア273ha、2005年開業のつくばエクスプレス「柏の葉キャンパス駅」を中心に環境や健康な生活、豊かな地域コミュニティの構築を目指している(図表4-5参照)。本研究が、このプロジェクトを取上げた理由は、民間デベロッパーである三井不動産株式会社を中心にまちづくりが行われ、多世代を包括する多様な都市機能の提供が一体的に行われている点にある(図表4-6参照)。このエリアには、居住する人向けの分譲住宅・賃貸住宅、映画やスポーツを楽しむことができるレジャー機能と日常の買い物やレストランまでを兼ね備えた大型複合商業施設

¹⁸ 東京大学高齢社会総合研究機構[2010]参照。

¹⁹ 柏の葉PJが目指す「世界の未来像をつくる街」は、地球環境(エネルギー)問題、超高齢化、経済停滞の3つの視点からのアプローチが進められる。例えば、エネルギー問題に関して「柏の葉スマートシティ」のあるべき姿として策定された「柏の葉モデル」では地域全体のエネルギーの見える化を可能にする仕組み(AEMS:エリアエネルギーマネジメントシステム)の導入が提案されるなど、わが国を代表する大手企業が多数参画する。そうしたさまざまな取り組みの中から本報告書では、超高齢化に対応する「健康長寿都市」に焦点を当てる。

(2006年11月開業)が整備されている。さらに、域外から訪れるビジネス関係者、研究者や観光客を収容するためのホテルや体験型宿泊施設、オフィス、大規模ホールなども完備する。これらの施設では、地域全体のエネルギーの見える化による省エネ活動や地域防災機能の管理も進められている。

加えて、住民の健康や日常生活に活かせるような健康づくり、子育て支援、環境・健康・食の視点をもつ学習プログラム、情報発信、国際交流、駅前ガーデニング、エコ活動やチャリティ活動、ベンチャー企業支援など、各施設ではソフト面でも豊富なメニューを揃えている。これは「柏の葉PJ」が単なる大手デベロッパーの一時的な大型開発ではなく、公・民・学の多様な主体が「柏の葉アーバンデザインセンター（以下、UDCKとする²⁰）」のもとで空間配置や運営、事業の実施を議論し、それぞれの特徴を活かすタウンマネジメントがなされていることによるものである。

こうした民間デベロッパーを中心に多様な主体が一体的な都市機能を提供することは、そこで生活する人々の様々なニーズに対応することを可能にする。結果として、人々が需要する質の高い生活環境が実現され、都市空間の価値を高めるにもつながる。

健康長寿都市実現のための仕掛け

「健康長寿都市」では都市基盤整備でも日常生活環境の中に手軽に取り入れられるように健康増進の仕掛

図表 4-5 柏のキャンパス駅の位置



出所：柏市 HP より転載

図表 4-6 街の平面図



出所：三井不動産株式会社提供資料より転載

²⁰ 柏の葉アーバンデザインセンター (UDCK) の詳細については HP (<http://www.udck.jp/>) 参照。

けが埋め込まれている。具体的には自転車やジョギング専用レーンの設置、自然空間を楽しむことができる散策路、健康公園・スポーツパーク、コミュニケーションカフェといった構造的な仕掛けづくりの検討が同時に進行している。柏の葉キャンパスシティが持つ豊かな自然、地域健康資源をフルに活用するハード面での工夫がなされる。

また、包括的予防拠点として、健康・介護予防に対する医学的アプローチとともに、「口腔ケア」と栄養サポートを核として多世代の健康維持・増進を図る戦略を打ち出しているところに特徴がある。先行研究においても口腔ケアと介護予防の関係が指摘され、厚生労働省と日本歯科医師会では80歳までにおいて20本の歯を維持する「8020運動」を呼びかけている(Yoneyama et al.[1999]、Yoshino et al.[2001])。一般に健康や介護予防に関わる事業では医学面に注目するケースが多いが、「健康長寿都市」ではそれに加え、予防歯科に力を入れる大規模歯科診療所を整備することで柏の葉キャンパスシティやその周辺地域の子供から高齢者までの健康を守る拠点に位置付ける。このほか、健康に関わる「食」や「交流」を意識した「マルシェ・コロール」(産地直売市場)、運動生理学に基づいた「はっぱっぴ体操」など、市民レベルでの健康活動にも積極的に取り組んでいる。

また、2008年には千葉県、柏市、東京大学と千葉大学による「柏の葉国際キャンパスタウン構想」が発表され、さまざまな社会実験が展開されている。例えば、千葉大学予防医学センターを中心に「柏の葉PJ」で導入されるPHR(Personal Health Record:個人の医療健康情報)は、参加者が自由に自己のデータにアクセスして健康管理に役立てることができ、蓄積された情報が医師や看護師、介護師、栄養士との連携にも機能し、地域の中で居住者の健康を守る仕組みが構築される。2009年には東京大学の高齢社会総合研究機構を拠点として企業49社が参画してAging in Placeを実現する社会実験も始まり、住みなれた環境で高齢期に質の高い充実した暮らしを享受できる仕組みづくりも進む。

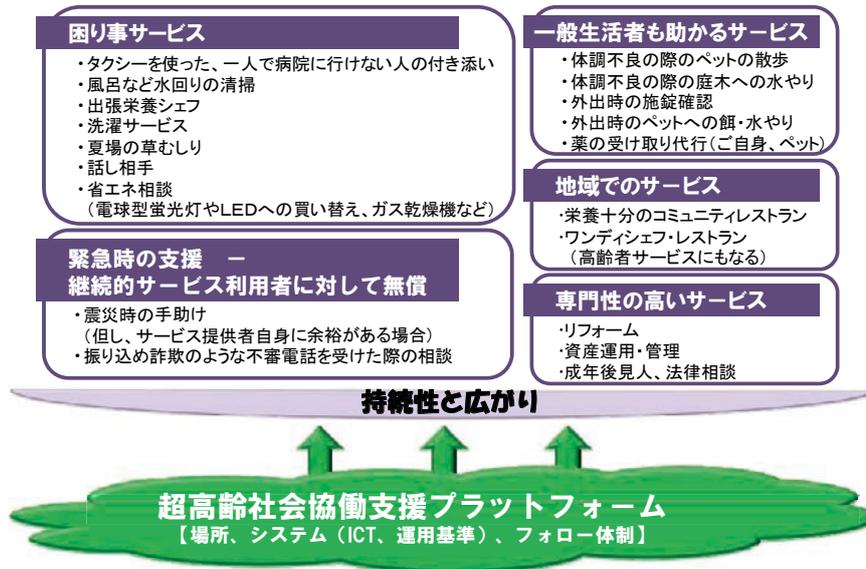
②緩やかなソーシャルビジネスでまちを支える

超高齢時代にはそうした都市の構造的なインフラ整備だけでなく、人のネットワークが重要になるともいわれている。秋山[2011]はいくつかあるまちづくりの主要な領域の中に、人とのつながりや就労・社会参加・生きがいを挙げる。とりわけ高齢人口が多くを占める社会は帰属組織を持たず、社会的つながりの希薄な個人の集合体であるといっても過言ではない。俗に言う井戸端会議にも象徴されるように、女性は比較的年齢の若い時期から地域とのつながりを形成してきた。他方、男性、企業戦士と言われてきたサラリーマンを中心に定年を迎えて地域の希薄な人間関係の課題が顕在化し、廃用性症候群が問題になることが指摘されている(秋山[2011]参照)²¹。「柏の葉PJ」ではそうした課題も意識し、健康づくりとソーシャルビジネスをつなぐことにも挑戦している。

人生90年の時代が到来し、障害なく自立的に生活可能な期間を延長するため、健康づくりや介護予防の重要性が増している。「柏の葉PJ」関係者はここに1つ大きなジレンマがあると指摘する。健康や介護予防に積極的に取り組む高齢者はもともと意識も高く、社会参加にも意欲的である。つまり、自らの行動によって心身ともに健康な条件を整えてい

²¹ 「廃用性症候群」とは筋委縮や筋力低下、無意欲などの諸症状で、身体機能的には本来寝たきりになる必要のない人が室内に引きこもり、身体を動かさずにして過ごすうちに身体機能を低下させて寝たきりの状態に陥ってしまうこと。

図表 4-7 高齢者向け（有償の）ソーシャルビジネス



出所：三井不動産株式会社提供資料より転載

る。他方、自己の健康や介護予防に関心の乏しい人々については運動不足や引きこもりといった問題を抱える。これは健康に対する取り組みの必要性が高い人ほど社会的なつながりのある活動から足が遠のいていることを意味している。

とりわけ、男性については世帯形成期、子育て期には家計の担い手として所得を得ることが就労の主たる目的となる場合が多く、否応なく長時間通勤も選択せざるを得ない。しかし、定年年齢に達してからはある程度その役割を終え、個々が社会とのつながりや人生の満足感を得るための就労へとシフトすることもできる。当然のことながら加齢による身体機能の衰えも意識した働き方へと変化し、地域の中に帰属する場を求めることも選択肢となり得る。そのため、「柏の葉 PJ」では高齢者をはじめ地域の人々と有償の社会参加（生きがい）をつなぐ、緩やかなソーシャルビジネスを進めるプラットフォームづくりにも積極的である（図表 4-7 参照）。例えば、疾病・介護予防拠点で受講した知識を自らの予防に活かすとともに、地域の虚弱高齢者のサポーターとして支援する側にまわり、ビジネス機会へとつなげる。コミュニティレストラン、子育てや介護支援、生活サポートや緑地管理など、地域が抱える課題解決に新たな需要を見出す、ニッチ市場での活躍がこれからの高齢者には求められる。

かつて高齢者は若者世代に支えられて余生を楽しむのが晩年のライフスタイルのあり方と認識されてきた。しかし、次世代は若年世代よりも規模の大きな高年齢世代が社会の中心となり、緩やかなビジネス関係を通じて互いに支え合い、質の高い生活環境の実現を図ることが期待される。

(2) まちづくり会社と中心市街地再編—高松丸亀町商店街の事例—

①中心市街地衰退の危機と再生

ここで注目する高松丸亀町商店街（以下「丸亀町商店街」とする。）は、人口 42 万人の

香川県高松市の中心市街地を支えている。この商店街は約 400 年以上の歴史を持ち、JR 高松駅から徒歩 15 分の利便性の高い好立地条件のもと十分な規模の売り上げを誇っていた²²。しかし、1988 年に本州四国連絡橋の児島坂出ルート（通称：瀬戸大橋）の開通を契機に、都市の郊外化も手伝って郊外型大型ショッピングセンター（以下、「郊外 SC」とする。）の出店が加速し、丸亀町商店街にも厳しい競争の波が押し寄せた。

一般にシャッターの下りたままの店舗が目につくようになる、人通りが乏しくなるといった状態に陥ってから打開策を議論し始めるところが多い。丸亀町が再生の議論を始めた 1990 年前後のわが国は、バブル経済期の渦中にあり、好景気にも助けられて表向きには中心市街地の衰退を危惧する状況にはなかったはずである。それにも関わらず、その当時、100 年後の 500 年祭を見据え、丸亀町商店街では人口減少や少子・高齢化という避け難い現実を前に商店街、住民自らが持続可能なまちづくりに着手した。活動が始まって間もなく、他の中心市街地と同様に次々と出店する郊外 SC に押されて通行量、年間販売額ともに 4 割以上落ち込み、懸念していたことが顕在化することになった²³。

既知のとおり、中心市街地再生は全国各地の商店街で取り組まれているが、その多くは商業振興の域を出るものではない。他方、丸亀町商店街は城下町として栄えたかつての都市中心部の再興を目的とし、それを実現するための再開発事業を展開する。地方都市特有の車依存社会は超高齢時代には適さない。ここでは将来的には徒歩でも快適な生活環境の実現、コンパクトシティこそが居住者（＝消費者）の支持を得られる都市構造であるとの問題意識のもと新しい手法を取り入れた先進的な改革を進めている。

以下では、丸亀町商店街の A 街区（都市再生特別地区）の再開発事業で行われている再生事業スキームとタウンマネジメントについて注目する。

②継続的に進化するまちづくりの手法

商店街の課題とその克服

西郷[1999b]は、衰退傾向のある商店街では（i）業種構成が偏在し、（ii）空間の魅力および活動拠点となるコミュニティ施設が乏しくなり、（iii）居住人口の減少、（iv）不動

図表 4-8 高松市中心市街地



出所：高松丸亀町商店街HPより転載

²² 丸亀町商店街は全長 470m、面積約 4ha、商圏人口 56 万人規模を持つ。

²³ 西郷[1999a]参照。

産賃貸業化した商店主の増加、(v) 高家賃、新規参入の困難性、などが共通した課題として浮上することを指摘する。これらの要因が中心市街地にシャッター店舗を増殖させ、新陳代謝を阻害するという。市場の基本である消費者のニーズを顧みずに商売は成立しないという丸亀町商店街振興組合理事長の言葉どおり、そうした商店街では消費者が購入したい財・サービスが乏しくなり、客足が途絶えることにつながる。

丸亀町商店街ではこれらの課題を克服するため、市場機能を活かしながら中心市街地が住民（＝消費者）ニーズに対応可能な状態を保ち、それを継続させることができる仕組みを構築する。

基本スキーム 1－土地の所有権と利用権の分離－

不動産賃貸業化した商店主はかつての勢い盛んな事業意欲を喪失し、経済合理性に基づく意思決定がないままに資源利用が非効率な状況で放置されることが指摘されている（西郷[1999b]参照）。それが商店街の衰退を招く要因であり、多くのシャッター街を作る元凶になっている。この課題を克服するスキームが土地の所有権と利用権の分離システムで、丸亀町商店街の再開発事業の最大の特徴であるといわれる。

これまで中心市街地のように地価が高いケースでは、開発のための土地購入によって総事業費が膨れ上がり、事業が立ち行かなくなることがしばしば経験された。そのため、コスト圧縮をねらって空中開発を盛んに行い、建物が高度化していることは既知のとおりである。しかし、結果としてそれが開発主体の経営リスクを高める原因となってきたとも考えられる。そこで、丸亀町商店街では地価を総事業費に反映させないことを決め、土地を購入しない定期借地権制度の活用で今回の再開発事業に乗り出している。

この仕組みは、まず地権者が共同出資会社を設立し、およそ 60 年の定期借地契約を締結する²⁴。その際、地権者は共同出資会社に自らの土地の管理を委ねることで賃料（配当）を払い受け、建設した再開発ビルの管理・運營業務をまちづくり会社に委託する（図表 4－9 参照）²⁵。これにより、通常であれば土地の購入費が影響して 200 億円以上を要する総事業費が 70 億円にまで抑えられ、大幅なコスト圧縮に成功している²⁶。

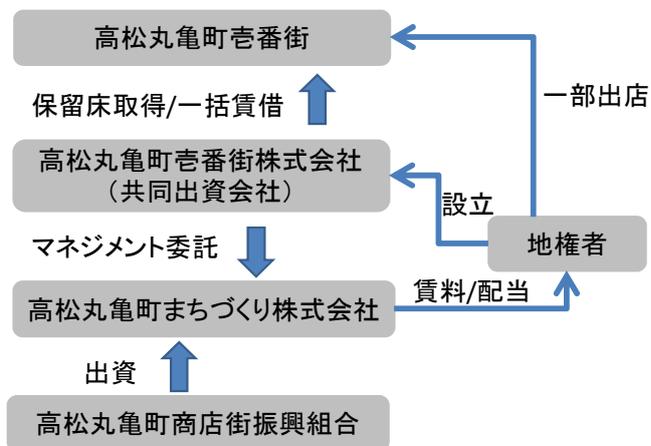
定期借地契約では土地の所有権を手放すことなく、建物の利用権のみをまちづくり会社に移譲しており、実質的には地権者の土地の所有権と土地・建物の利用権を切り離れた状態ができあがる。大型商業施設内のテナントとは異なり、商店街は個々の経営者（店主）の集合体である。当然のことながら、店舗立地の移動をともなうゾーニング、各店が提供する財・サービスを選定（決定）することは不可能であり、いつしか商店街の店舗構成が消費者のニーズとの乖離を生む。今回のスキームではまちづくり会社が利用権の委託を受けることで商店街におけるゾーニングやテナントミックスが可能となり、エリア全体の利便性や快適性の向上の具現化に寄与している。

²⁴ 定期借地契約では土地を貸す際に予め期間を定め、その終了時には確実に契約関係が消滅し、更地の状態に戻して貸主に返還される（一般定期借地権）。

²⁵ 詳細は財団法人地域総合整備財団 HP（<http://www.furusato-zaidan.or.jp/>）参照。

²⁶ この恩恵はまちづくり会社だけでなく、入居するテナント、同エリアで販売されている分譲マンション（定期借地権付き）にも波及し、通常であれば 3,500 万円以上の価格帯であった住宅が 1,500 万円ちかく安い価格で供給されている。

図表 4-9 丸亀町商店街A街区の基本スキームイメージ図



出所：財団法人地域総合整備財団 HP

それと同時にこの仕組みのもとでは地権者も事業継承者の問題やバブル期に土地を巡って抱えることになった多額の債務清算を進めることもでき、地権者、商店街の双方にとって望ましい形態が実現する。

基本スキーム2—まちづくり株式会社による一元的マネジメント—

丸亀町商店街の再開発事業においても1つ重要な点は、「高松丸亀町まちづくり株式会社（以下、「丸亀町まちづくり会社」とする。）」を設立し、商店街全体をマネジメントする仕組みを導入していることにある。丸亀町商店街はこの株式会社のもとで実施する再開発事業のコーディネート、適切なゾーニング、業種構成の改善など一元的な調整を行い、無駄のない効率的な資源利用を進める。開発に際しては、商店街全体に地区計画がかけられており、街区ごとに特徴を出しながらもデザインコードやセットバック、高さなどの規定のもと全体の調和が崩れることはない。

丸亀町まちづくり会社は1998年度に設立され、資本金を1億円とする第3セクターであるが、地元高松市の出資を500万円、全体のわずか5%に抑えることで公的部門の関与を最小限にし、丸亀町商店街に関わる住民を中心に設立・運営されている²⁷。丸亀町商店街は7つの街区（A街区～G街区）で構成される。A街区では共同出資会社が設立され、再開発ビルの管理・運営を一手に丸亀町まちづくり会社で担っている。会社組織は株式会社形態とし、外部から人材を招聘、各分野のエキスパートが再開発ビルの管理・経営をはじめ、優れたマネジメントのもとでの業種偏在の解消、情報発信やイベント、住民（消費者）が求める機能のコーディネートなどを手掛けている。例えば、A街区には商店街のシンボルともいえるドーム広場と高級ブランドショップ、分譲マンションが、C街区には高

²⁷ 株式の90%以上を高松丸亀町商店街振興組合が保有する。詳細は高松丸亀町商店街 HP (<http://kame3.jp/union/machi.php>) 参照。

齢化、在宅医療を考慮し、町の医療を支えるユニークな診療所が整備されている²⁸。今後各街区ではそれぞれのコンセプトのもとでのまちづくりを進めながら、介護施設や訪問看護ステーションなども組み入れ、トータルで次世代に求められる都市機能を配置する構想である。

丸亀町まちづくり会社は全体の空間的魅力を高めながら町の活性化を追求し、撤退や採用といったテナントの選択権を含めた全権が一任されている。一方で、その関係者には出資者への利益還元を含めた厳しい結果責任が課されている。消費者のニーズに応じられないテナントは商店街全体の活性化にマイナスの影響を及ぼし、丸亀町まちづくり会社が追求する理想的なテナントミックスの実現と乖離する原因となる。したがって、店主が地権者であっても他のテナントと同様に基準とする売上げを下回ることになればテナントの撤退を求められる。

ここでは、地権者は劣後配当方式で定期借地契約を締結するとともに、自らの出資する共同出資会社は丸亀町まちづくり会社の株主にもなっている。つまり、まちづくり会社、テナント、地権者、まち全体が一体となって丸亀町商店街の価値を高める責任と失敗のリスクを負うスキームが組み立てられており、それぞれが市場の洗礼を受けながら地域の力で稼ぎ出すというスタイルが持続可能性を確保することにつながると考えられている。

持続可能性を高める投資

さらに、地域の再開発で得た利益を新たな事業に投資し、循環させていくための特定目的会社（SPC）の設立も行っている。設立計画段階では小口化を図ることで丸亀町に関わる住民が誰でも投資でき、まちづくりに参画可能な仕組みを検討していたが、少人数私募債は勧誘対象先を 50 人未満とする規定があり、現段階では商店街関係者の出資により支えられている。この資金は相続等の発生や土地の転売が生じた場合にまちづくり会社が優先的にその土地の取得を行うことで外部への流出を防ぎ、スキームの維持を可能とするためのものである。さらに、将来的には権利者からの権利床などの取得も進めることにより、まちづくり会社が大部分を所有する施設へと転換し、権利関係がクリアなものになることも見込んでいる（西郷[1999a]）。

また、今回の再開発事業において公的な補助金が果たした役割は大きいものであったという。単に補助金が効率性の悪い店舗を生きながらえさせるために投じられたとしたならばそれは意味がないことであるが、ここでは新たなスキームを稼働させる上で重要な資金となり、小さなリスクでまちづくり会社をスタートさせることを助けている。その結果、A街区だけで開業前には400万円にすぎなかった固定資産税（建物のみ）が、開業後は3,600万円まで伸び、法人税等を併せると開発のために投じられた補助金を大幅に上回る税収を挙げている²⁹。今後、丸亀町商店街振興組合では7街区すべての完成時には年間10億円の納税増額を見込んでおり、単純に考えれば、補助金が投資資金となってその元金のみならず利回りを上乗せして公的部門に返還される計算である。

²⁸ 紙幅の都合上、詳細を記述することはできないが、この診療所では階上にある住宅を病棟に見立て、クリニックの医師たちが必要に応じて回診するユニークな取り組みを進めている。高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることを実現するための取り組みの1つである。

²⁹ 高松丸亀町商店街振興組合事業説明資料参照。

前章までも議論されてきたとおり、未曾有の超高齢社会では都市が果たす役割は増している。これまでもタウンマネジメントの重要性は指摘されてきたものの機能してこなかったことが指摘されているが、今回の事例をみる限り、地域特性を考慮した民間のまちづくり会社のもとで一元的にマネジメントされる仕組みは今後の都市再編成において有益な手法の1つと考えられる。

*なお、事例研究に際し、株式会社まちづくりカンパニー・シーブネットワーク 西郷真理子氏、三井不動産株式会社 椎名一博氏、高松丸亀町商店街振興組合 古川康造氏にご協力頂いている。深く感謝申し上げたい。

【参考文献】

秋山弘子[2011]「高齢者の視点からの超高齢社会における社会インフラの再構築に向けて」『技術と経済』、通巻 538 号、pp.18-28。

経済産業省[2008]「不動産の所有と利用の分離とまちづくり会社の活動による中心商店街区域の再生について（中間とりまとめ報告書）」。

西郷真理子[1999a]「高松丸亀町再開発の目的と手法」『再開発研究』、No.25、pp.55-62。

西郷真理子 [1999b]「定期借地権の活用と中心市街地活性化」『住まいとまち』、107、pp.12-15。

千葉大学予防医学センター編[2010]『長生きできる街づくりー若者や子供たち、未来世代に贈る TOP 構想』株式会社 PHP パブリッシング。

東京大学高齢社会総合研究機構[2010]『2030年超高齢未来』東洋経済新報社。

Yoneyam,T. et al. [1999] “Oral care and pneumonia”, *Lancet*,345, 515.

Yoshino, A. et al. [2001] “Daily oral care and risk factors for pneumonia among elderly nursing home patients.”, *JAMA*, 286,pp.2235-2236.

NIRA まちなか集積医療の実現に関する研究会

研究体制

酒向 正春	デンマーク国立オーフス大学脳神経病態生理学研究所客員教授 (世田谷記念病院副院長／前初台リハビリテーション病院脳卒中診療科長)
武田 俊彦	厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室長
中川 雅之	日本大学経済学部教授
長谷川敏彦	日本医科大学医療管理学教室主任教授

NIRA

神田 玲子	研究調査部長
豊田 奈穂	研究調査部主任研究員
斉藤 徹史	研究調査部主任研究員

NIRA とは

総合研究開発機構(NIRA)は、わが国の経済社会の活性化・発展のために大胆かつタイムリーに政策提言や政策課題の論点などを提供する民間の独立した研究機関です。学者や研究者、専門家のネットワークを活かして、公正・中立な立場から公益性の高い活動を行い、わが国の政策論議を一層活性化し、政策形成過程に貢献していくことを目指しています。

研究分野としては、国内の経済社会政策、国際関係、地域に関する課題をとりあげます。

1974年政府認可法人として設立後、2007年財団法人を経て、2011年2月に「公益財団法人」に認定されました。

老いる都市と医療を再生する —まちなか集積医療の実現策の提示—

発 行 2012年1月
公益財団法人 総合研究開発機構
〒150-6034 東京都渋谷区恵比寿 4-20-3
恵比寿ガーデンプレイスタワー34階
電話 03(5448)1735
ホームページ <http://www.nira.or.jp/>

ISBN978-4-7955-1460-7 C3030