

2025年問題に関する一考察

A study of Aging Problems in 2025

笹 川 陽 子
Yoko Sasagawa

政府は、団塊世代が後期高齢者となる2025年問題の対応策の一つに高齢者の地方移住推進の方針を打ち出した。東京圏の高齢化は著しく、医療・介護供給体制の不足を分散することで地方の活性化を図る「生涯活躍のまち（日本版CCRC）」構想を立ち上げた。住まい・医療・介護の一貫した供給体制の下で高齢期を過ごすコミュニティを構築し、受入れ自治体に対しては住所地特例や新型交付金、税制の優遇措置等の財政支援を行うというものである。しかし、従来の移住・定住策との整合性はなく、多くの事業主体が参入を考えており、新たな姥捨て山あるいは財政的なばらまきといったさまざまな批判がある。

キーワード：2025年問題 長寿化 若返り 地方移住 生涯活躍のまち

1 はじめに

日本の総人口は、少子化の影響により2008年の1億2,808万人をピークに長期にわたる人口減少が続く、2060年には8,674万人になると推計されている。

その一方で、65歳以上の高齢者人口は2042年の3,878万人まで増え続け、それ以降は減少過程に入るが、生産年齢人口や年少人口の減少により相対的に高齢化率は上昇し続けると予測されている。

日本は、医学の進歩、生活環境の改善、食生活・栄養の改善、公衆衛生の発展、健康意識の高まりなど、さまざまな要因によって平均寿命や健康寿命の伸長により長寿社会を実現してきた。とくに75歳以上の後期高齢者の増加が顕著である。

「100歳」まで長生きする人が珍しかった1963年時点では「100歳以上の高齢者」はわずか153人であったが、約50年後の2015年には6万1,568人に増えており、高齢者の中でも高齢化が進んでいることがわかる。

さらに、2025年には1947～1949年生まれの団塊の世代が後期高齢者の仲間入りとなり、その数は700万人に達すると予測されている。高齢者の健康度は高齢になるほど個人差が顕著になるが、概ね75歳を境に大きく変化する。身体的機能、認知機能、社会的活動などが低下し、加齢による高齢者特有の病気が増え、要介護状態になる高齢者が多くなる。なかでも加齢に大きく起因する認知症の人々が増えており、2012年時点での認知症の人々は462万人（有病者の15%）で、認知症予備軍といわれる軽度認知症は400万人といわれ、2025年には軽度認知症584万人、認知症730万人（有病者の20%で）と予測され

ている。そのため、政府は若年認知症をも含めた認知症対策を重点課題の一つに挙げている。

短命の時代には長生きすることが人々の願望であり、老後生活も短く将来への不安を抱くこともなく人生を終えることが一般的であった。

しかし、現代は長生きすることでリスクが高まっている。老後破産、下流老人、漂流老人などといった人々の不安を煽る言葉がマスコミで取り上げられ、それまで他人事であったことが誰にでも起こりうるという事実が人々に衝撃を与えた。つまり、定年退職後に悠々自適の生活を送れるのは一握りの人々に限られ、多くの人は「あと何年生き、どのような老後生活を送るのか」という先の見えない漠然とした不安を抱えていることになる。

定年後の生活が視野に入る50歳代や定年を目前にした60歳代前半の人々にとって、老後資金や医療・介護問題は、団塊の世代の人々がどのような老後人生を送るかが大きなカギとなる。

本稿では、2025年の高齢者問題に注目し、最近の動向とについて考察を行う。

2 長寿化と新たな「高齢者の定義」

2.1 長寿化の進展

長寿化を表す指標に平均寿命と健康寿命がある。前者は、0歳児における平均余命ともいわれ、単なる生存期間であり、後者は自立した生活を送る期間である。つまり、両者の差が介護を要する期間である。

平均寿命が延伸し、人々が長生きするにつれて、寿命の質が問われるようになった。とくに、要介護期における高齢者のQOL(生活の質)を考えると、いかに健康長寿を延ばすかが問題となる。高齢者が最期を迎えるときの理想として「PPK（ピンピンコロリ）」という言葉がある。これは介護期間を経ずに人生を全うすることであり、PPKで人生を全うするのは現代ではごく稀なことである。

平均寿命において世界トップレベルに達した日本は、北欧に比べて寝たきり高齢者が多く、高齢者のQOLの向上が求められるようになった。政府は2000年に「健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動）」で健康寿命の延伸を目標に取り上げ、2012年からは「健康日本21（第二次）」で健康寿命の延伸と健康格差（都道府県の格差）の縮小に着目している¹⁾。とくに、健康寿命については「平均寿命の増加分を上回る健康需要の増加」を目標とし、さまざまな施策に取り組んでいる。

日本の平均寿命は、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、2001年では男性78.08年、女性84.93年、2013年では男性80.21年、女性86.61年と、男性2.13年、女性1.68年の伸びである。一方、健康寿命は、2001年では男性69.40年、女性72.65年で、2013年には男性71.19年、女性74.21年と、男性1.79年、女性1.56年の伸びを示している。つまり、

2001年時点での介護期間は、男性9.68年、女性12.28年で、2013年時点では男性9.02年、女性12.40年となっている。

平均寿命については今後も延伸傾向がみられ、2030年には男性81.95年、女性86.61年、2060年には男性84.19年、女性90.93年と、さらなる長寿化の進展が予測されており、「人生90年」が当然のこととして受け入れられていく。ちなみに、2030年の75歳以上人口は2,278万人（総人口の20%）で、このうち85歳以上人口は846万人、100歳以上は25万人と予測されている。

医療技術や科学技術の進歩により、人間の限界寿命は120歳で、将来的には120～130歳、さらには150歳も可能であるといわれているが、人々はこのような長生きを望んでいるのだろうか。

昔から現在に至るまで「還暦」にはじまり「古希」から「百寿」まで、長寿を祝う言葉があり、長生きは幸せであると考えられてきた。とくに、短命の時代には長生きは希少で尊敬されるに値するものであった。しかし、近年、長寿化が進み、意図しない長生きは人によっては必ずしも幸せであるとは言えなくなっているのではないだろうか。つまり、医学の進歩や延命治療、看護・介護の充実等によって「簡単に死ねない時代」になってきているということである。いつまでも元気で自立した生活ができれば長生きしたい人とするであろう。しかし、加齢とともに複数の病気と闘いながら最期を迎えるまでつらい日々を過ごす人にとってはもうこれ以上の長生きは遠慮したいと思うのも無理はないことである。これについては賛否両論あるが、実際に人々は自分の寿命をどのように考えているのだろうか。

厚生労働省委託「健康意識調査に関する調査」（2014年）よれば、「何歳まで生きたいか」という質問に対して、「生きたい年齢」では男性80.90歳、女性78.36歳で、「生きられると思う年齢」では77.75歳、77.52歳と回答している。回答者は20～80代であるため、多少年齢が低いと考えられるが、「生きたい年齢」では、男性は平均寿命まで、女性は平均寿命をかなり下回った年齢を上げている。これに対して「生きられる年齢」については男女ともほぼ同じ年齢の回答を得ている。

2.2 新たな「高齢者の定義」

これまでも「高齢者の定義」については議論されてきた。「65歳以上を高齢者」という定義には医学的・生物学的根拠がないが、長年世界各国の共通概念として定着してきた。

しかし、長寿社会では、高齢者といわれる当事者の主観的判断に左右されるために「年寄りで弱者」という昔のイメージが強い「高齢者」という言葉に対して否定的な60代・70代の人々が増えている。また、「アンチ・エイジング」への人々の関心は強く、健康食品から美容整形までさまざまな業界での市場は拡大し続け、中高年を対象とした外見的・内面的若返りが取り上げられており、高齢者の「若返り現象」については老年学や医学

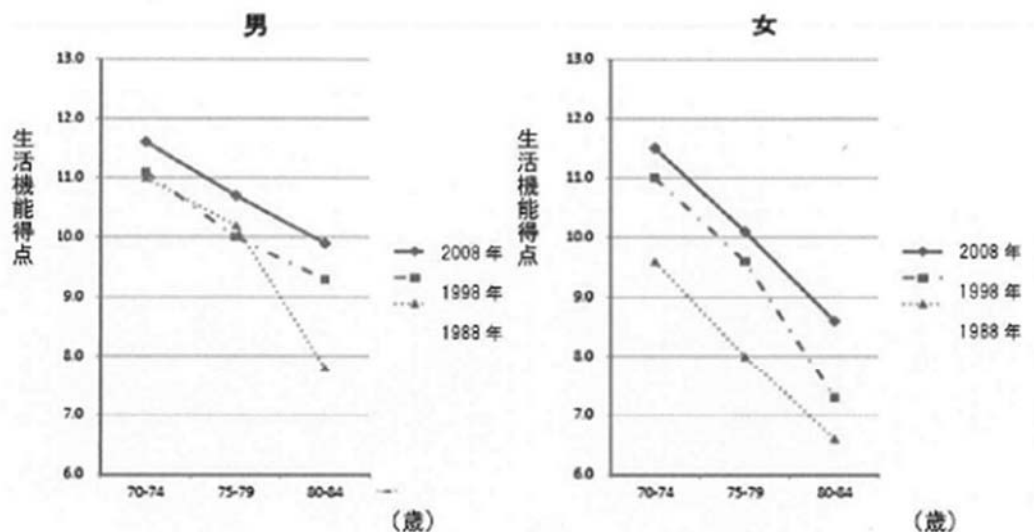
界などの専門分野においても論じられてきた。

2017年1月5日、日本老年学会と日本老年医学会が「高齢者の定義」に関して、客観的なデータに基づいた新たな提言を発表した。これは1988～2008年における65歳以上の人々の死亡率、受療率、認知機能、生活機能など心身の健康に関するさまざまなデータについて検証したもので、現在の高齢者の医学的・生物学的年齢が10年前に比べて5～10歳若返っていること実証した(図1)。この結果を受けて「高齢者の定義」を新たに「75歳以上を高齢者」、「65～74歳を准高齢者」、「90歳以上を超高齢者」と提唱した。

この新たな定義は、社会保障制度はじめ社会システムに大きく影響する。すでに社会保障負担においては、高齢者の医療・介護費への応能負担を実施しているが、公的年金の支給開始年齢の引き上げが検討される。とくに支給開始年齢については65歳開始移行への措置段階の途中であるが、すでに欧米並みの67歳あるいは70歳に支給開始年齢の引き上げ議論があり、これに拍車をかけるだけでなく、将来的には退職に関する年齢制限の廃止を後押しする形となってきたともいえるだろう。

新たな定義が提唱され、昔に比べて65歳以上の高齢者の生物学的年齢が若返っていることが実証されたが、個人差はあるものの75歳を境に、年齢が高くなるほど体力の衰えや免疫力の低下など、意図しない身体的機能が低下し、自立した生活を送る健康度が低下しやすくなるという医学的見地には変わりがない。

図1 高齢者の生活機能の時代差



出所：シルバー新報2017年1月13号

2.3 高齢期におけるフレイルとは

高齢期には、高血圧、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、呼吸器疾患、悪性腫瘍などの生活習慣等による慢性疾患だけでなく、高齢者特有の老年症候群（物忘れなどの認知機能障害やめまい、摂食・嚥下障害、視力障害、難聴、せん妄、うつ、易感染症、筋量低下（サ

ルコペニア)) に罹患するリスクが高く、しかも高齢者の自立を阻害するいくつかの疾病が併存し、重症化しやすい。

高齢者は自立度（健康度）によって「健康で自立した生活を送れる時期」から「フレイル（虚弱状態）で自立度が低下する時期」、そして「要介護期」を経て「死」に至るといわれる（図2）。

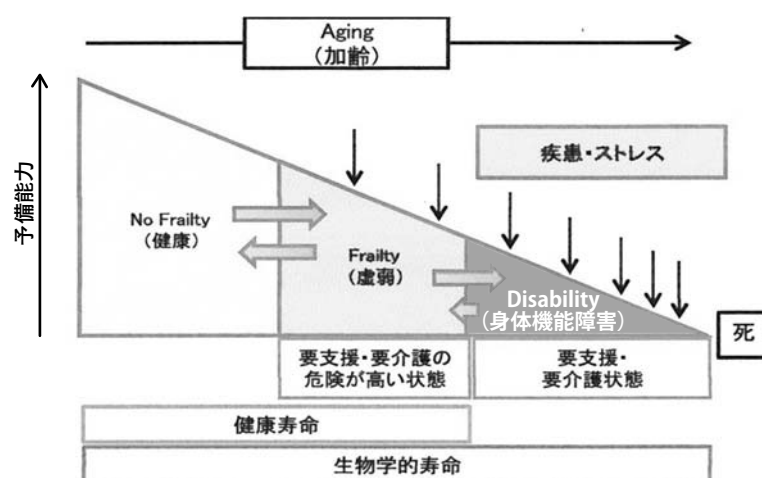
フレイルとは、「高齢者が筋力や活動が低下している状態（虚弱）」（2014年5月に日本老年医学会が提唱）で、この定義や診断基準については現在も議論されており、日本でも統一的な診断基準はない。現在用いられているチェック項目は①体重の低下②歩行速度の低下③握力の低下④疲労度⑤身体的活動レベルの低下の5項目で3つに該当するとフレイルと判断される。

しかもフレイルの要因には、筋力、身体機能の低下などの身体的側面、うつなどの精神的活動の低下や認知機能の低下などの精神的側面、経済的問題や閉じこもりなどの社会的側面といった多面的な問題がある。しかし、疾病予防やリハビリ、さまざまなサポートによってフレイル予防することで、可逆的に「健康期」となり、「要介護期」への移行が先送りされる。

要介護期では、高齢者の日常生活における自立度を評価する指標として、ADL（基本的日常生活動作：食事、排泄、着脱衣、入浴などの日常生活に必要な最も基本的な生活機能）とIADL（主観的日常生活動作：買い物、洗濯、掃除などの家事全般、金銭管理や服薬管理、外出時の移動などの日常生活に必要な生活機能）が用いられており、要介護度の決定する要因の一つとなっている。

このフレイルの提唱を受けて、政府は健康寿命の延伸の目標を達成する対策の一つに

図2 フレイルの位置づけ



出所：長寿医療研究センター病院レター（MAR25,2014）より転載

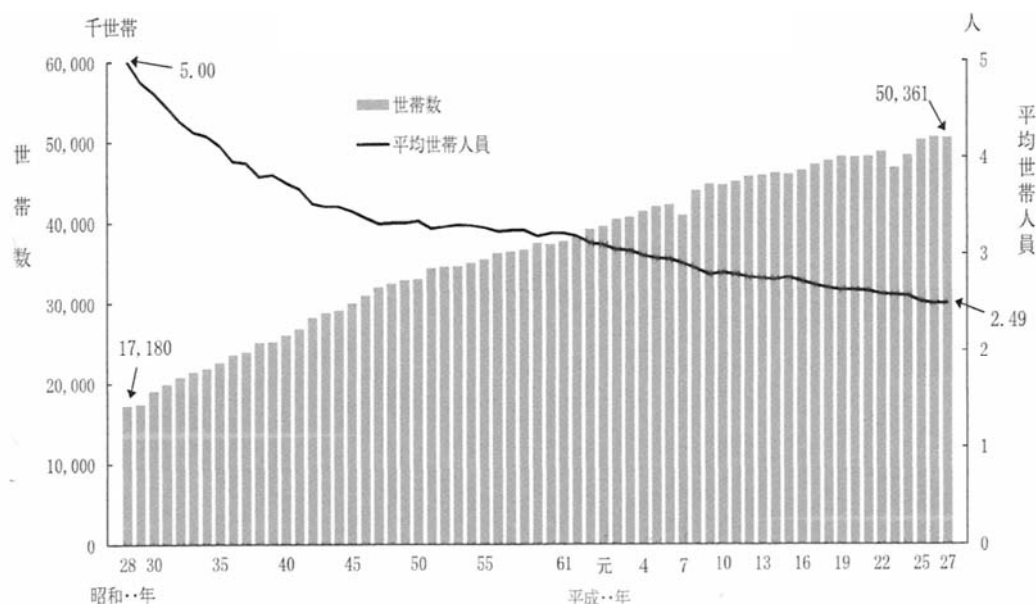
<http://www.ncgg.go.jp/hospital/iryokankei/documents/hospitalletter49.pdf>(2017/3/6)

新たにフレイル対策を打ち出している。2015年5月の経済財政諮問会議において、厚生労働大臣は75歳以上の後期高齢者の疾病予防・介護予防を重要な課題として、①高齢者のフレイル総合対策、②認知症総合戦略（新オレンジプラン）の推進、③高齢者の肺炎予防の推進、④「見える化」による介護予防の推進を、5つの柱とすることを提唱し、2016年度からフレイル対策のモデル事業を、2018年度から本格事業を実施する予定である。

3 おひとりさま高齢者の増加

日本の世帯数の動向をみると、「厚生行政基礎調査」が開始された1963年には17,180千世帯、平均世帯人員5.00人であったが、2014年には50,431千世帯、平均世帯人員2.49人となっている。この間の2度の震災（阪神・淡路、東日本）を除くと、核家族化や少子化、単身世帯の増加などを背景に、平均世帯人員数の減少と世帯数の増加が顕著である（図3）。

図3 世帯数と平均世帯人員の年次推移



注：1) 平成7年の数値は、兵庫県を除いたものである。
 2) 平成23年の数値は、岩手県、宮城県及び福島県を除いたものである。
 3) 平成24年の数値は、福島県を除いたものである。

出所：厚生労働省「厚生行政基礎調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/t-tyosa/k-tyosa15/dl/02.pdf>(2017/3/15)

高齢化の進展の影響は、65歳以上の高齢者の世帯数および世帯構造の変化からも明らかである。1980年には8,496千世帯（全世帯の24.0%）で、家族構成は「三世帯世帯」が50.1%を占め、「夫婦のみ世帯」は16.2%、「単独世帯」は10.7%に過ぎなかった。しかし、高齢者世帯が増加するにつれて家族構成が大きく変化してきた。とくに2000年以降、「三世帯世帯」の割合が減少し、「単独世帯」「夫婦のみ世帯」「親と未婚の子のみとの世帯」が増加している。2014年の65歳以上の者がいる世帯は23,572千世帯（全世帯の46.7%）で、

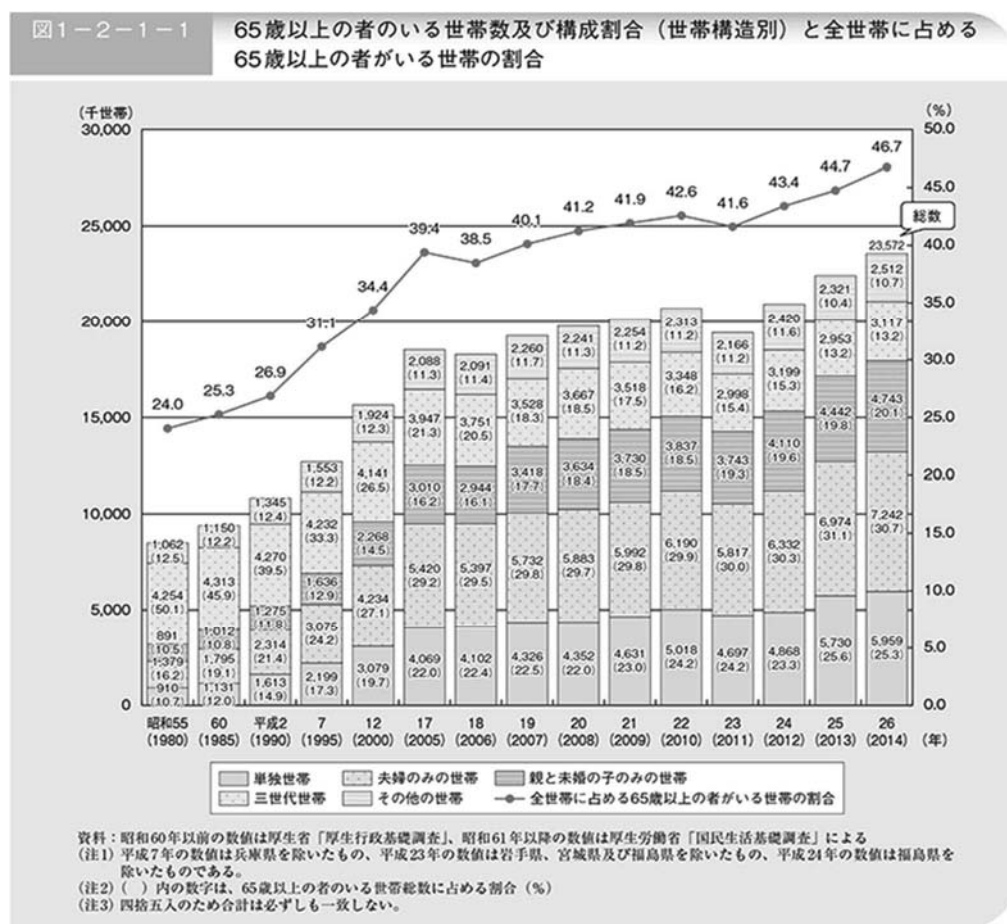
「夫婦のみ世帯」は30.7%と最も多く、次いで「単独世帯」25.3%、「親と未婚の子との世帯」20.1%と、「三世代同居」を上回っている（図4）。

この「三世代同居」の減少は、公的年金による経済的自立や介護の社会化による介護負担の軽減など社会保障制度等の整備によって高齢者世帯だけでも生活が可能となっていることやライフスタイルあるいは価値観の違いなどから「親世代」「子世代」それぞれの世帯を尊重する風潮があり、良好な関係を保つために高齢者自らが別居を選択する傾向が強くなっていることに大きく影響していると考えられる。別居でも「近居」が増えている。「親世代」と「子世代」が近くに住むことでお互いの生活をサポートし合うことができるという利点があり、自治体にとって重要な子育て支援策の一つとなっている。

また、「親と未婚の子との世帯」の増加は、子世代の未婚化あるいは経済的自立が困難なことや配偶者との死別、老親の介護など、さまざまな理由による同居が考えられる。

ところで、「夫婦のみ世帯」や「親と未婚の子のみとの世帯」はいずれ「単独世帯」になる可能性が高く、今後さらに「単独世帯」が増え続けると推測される。

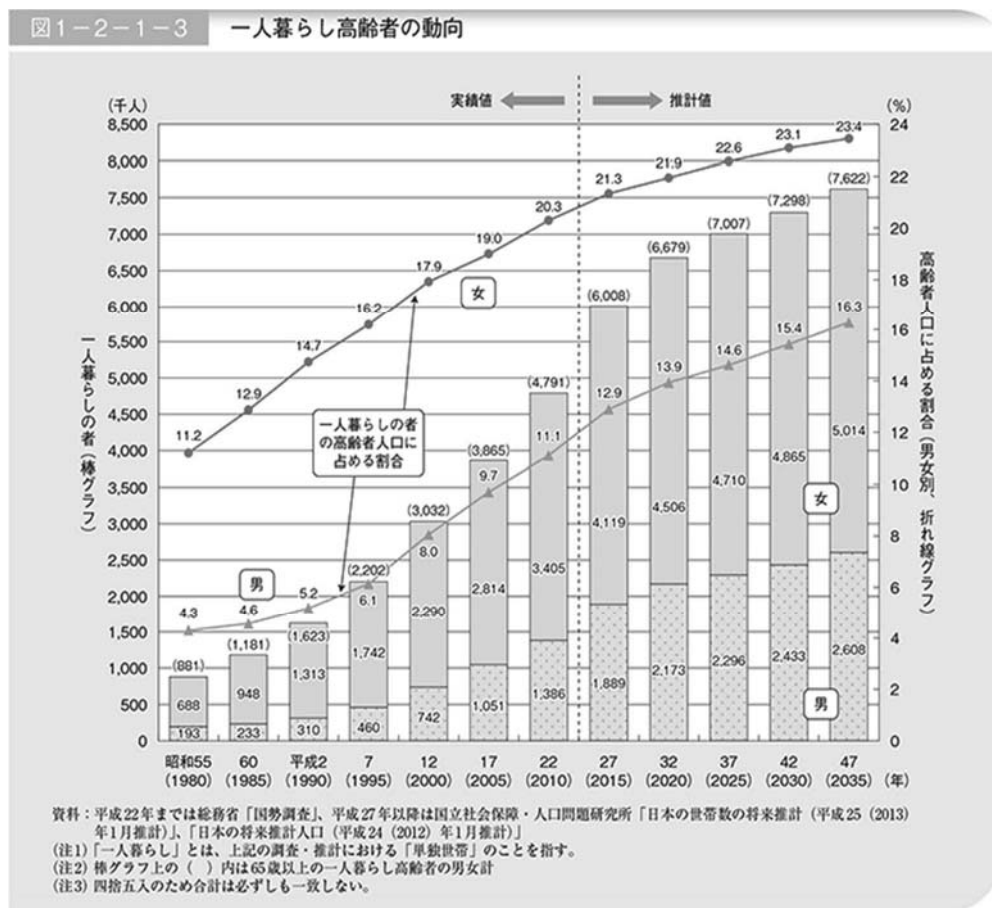
図4 65歳以上の者がいる世帯数及び世帯構造



出所：『平成28年版高齢社会白書』

一人暮らし高齢者の動向をみると、1990年から増え続けている。1990年時点では1,623千人であったが、2000年以降の増加は著しく、2010年には4,791千人に達し、2030年では7,622千人になると予測されている。これを男女比でみると、1990年の男女比は1：4.2と圧倒的に女性が多かったが、2010年には男：女＝1：2.5となり、これ以降男女比は縮小し、2030年には男：女＝1：2と予測されている（図5）。今後は女性だけでなく男性の一人暮らし高齢者の増加が予測されている。

図5 一人暮らし高齢者の動向



出所：図4と同じ

1990年代後半、女性は男性に比べて長生きであるため、配偶者の死別後の老後期間は長く、残された人生をどのように生きるかということが問われるようになった。この頃、女性の社会進出により、未婚の女性がライフプランやキャリアプランを確立し、自立した一人の人間として生きる姿勢を表す「おひとりさま」という言葉が流行り、一人暮らし女性の老後生活の生き方が取り上げられた。

女性は、家事能力や介護能力などの生活能力があり、現実の世界に順応しやすい。とくに子供や趣味などをきっかけとした女性だけのネットワーク（女縁）を活用し、地域社会に溶け込んで自分の居場所を見つけることに長けているため、配偶者との離別・死

別という人生の危機からの回復も比較的容易で、その後の長いおひとりさまの老後生活を送ることができる。

一方、男性は出身校や職場つながりの「学校縁・職場縁」が強く、上下関係やプライドなどによって地域社会に馴染まない場合が多い。また、これまで男性は家事能力に乏しく、地域ネットワークも脆弱であるため、「おひとりさま生活」に順応できないことが多く男性の死別シングルは女性に比べて短命である。

しかし、最近では非婚・離婚・死別などの理由から男性の一人暮らしが増えてきている。進化した家電の普及やコンビニ、宅配サービスなど利便性の高いサービス・商品が多く、また男性の単身赴任や介護を経験する機会が増えており、男性の一人暮らし能力も高まってきており、男性のおひとりさまが増えると考えられる。

3 高齢者の地方移住策の推進について

3.1 「生涯活躍のまち」構想

地方定住に関しては以前から地方自治体が各自にさまざまな支援プロジェクトを行っていたが、ここに来て政府が地方創生戦略として、積極的に地方移住支援政策を進めている。そのきっかけは、2014年に日本創成会議の人口減少問題検討分科会が「ストップ少子化・地方元気戦略」における「消滅自治体リスト」の公表である²⁾。少子化と若者の地方からの流出によって全国自治体の約半数が「消滅可能性都市」となると提言し、日本中に大きな衝撃を与えた。

この提言を受けて、政府は同年に「まち・ひと・しごと創生総合戦略（地方創生戦略）」本部を立ち上げ、「まち・ひと・しごと創生法」を制定した。これにより地方創生総合戦略が策定され、さまざまな具体的な施策に取り組んでいる

翌2015年には日本創成会議の首都圏問題検討分科会が「東京圏高齢化危機回避戦略」において、東京圏（東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県）の高齢化問題としての医療・介護供給体制に対して4つの提言を行っており³⁾、その一つに東京圏高齢者の地方移住がある。

報告書のなかで、東京圏の医療・介護供給体制の現状について、急性期医療は東京都区部周辺地域が都区部に、慢性期医療および介護施設は都区部が周辺地域に依存し、現在相互依存関係にあると論じている。しかし、2025年の東京圏高齢化率をみると、東京都25.2%、神奈川県27.2%、埼玉県28.4%、千葉県30.0%と、東京圏の高齢化が急速に進むと予想されている。今後急増する東京圏の医療・介護需要への対応が困難となるため、その解決策として高齢者の地方移住が必要であるとし、その候補地として医療・介護ともに受け入れ能力のある地方都市41都市を挙げている。

この高齢者の地方移住推進を具体化する施策の一つに、日本版CCRC構想有識者会議による「生涯活躍のまち（日本版CCRC（Continuing Care Retirement

Community))」構想(2015年)がある。

この構想は、①高齢者の地方移住の支援、②「健康でアクティブな生活」の実現、③「継続的なケア」の確保、④地域社会(多世代)との協働、⑤IT活用などによる効率的なサービス提供、⑥居住者の三角・情報公開等による透明性の高い事業運営、⑦構想の実現に向けた多様な支援、という7つのコンセプトから成り立っている。

高齢期になると、「自立」か「要介護」かによって「終の住みかをどこにするか」という問題が生じる。選択肢は概ね①最期まで自宅に住み続ける②要介護になり介護施設やサービス付き高齢者住宅(以下、サ高住という)に住み替える③元気なうちにサ高住に住み替えるという3つがある⁴⁾。高齢者の多くは①を希望しても現実には②か③を選択しなければならず、「最期は病院・施設で」というのが一般的になっている。

近年、介護保険受給者の増大や高齢者の長期入院による医療・介護給付費の増大に対する入院日数の短縮化または自己負担の引き上げ、特別養護老人ホーム(以下、特養という)への入所待機者の増加に対する入所要件(要介護度3以上)の厳格化など、厚生労働省は社会保障費の抑制策として「病院から在宅」または「施設から在宅」への政策転換を強めている。

そのために、厚生労働省は「高齢者の尊厳と自立生活の支援を目的とし、重度な要介護状態の高齢者や認知症高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるように住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」という地域包括ケアシステムの実現を目指し、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「看護小規模多機能型居宅介護」等の地域密着型サービス、サ高住の整備などを推進している。

「生涯活躍のまち」構想では、高齢者は「社会の担い手」であり「サービス受給者」でもあるため、③元気なうちにサ高住への住み替えが優先される。高齢者コミュニティの形成を支援するために、医療・介護供給体制の整備を前提にした新型交付金(地方創生推進交付金)による財政的支援や住所地特例による移住先自治体の財政的安定を確保することで⁵⁾、政府が主導して高齢者の地方移住を推進する。

今後急速に増加する高齢者の消費市場の拡大や医療・介護需要の増大を地方に分散することで、一部の高齢者をコミュニティの担い手として、「生きがい」を提供し、同時に若者の雇用の受け皿として「少子化対策」と「地方活性化」を実現するというものである。

しかし、この構想にはいくつかの問題がある。まず第一に、高齢者は本当に地方移住を望んでいるのだろうか。年齢が高くなるほど、移住には慎重な行動と十分な準備期間が必要であり、移住の意思が明確な人は積極的に計画を実践するだろう。しかし、多くの高齢者は住み慣れた地域で、人とのつながりを大切にしており、それを捨てて移住したいとは考えない。福祉施設入所のために消極的な選択としての移住はあるが、それが「健康でアクティブな生活」の実現とはいえないであろう。

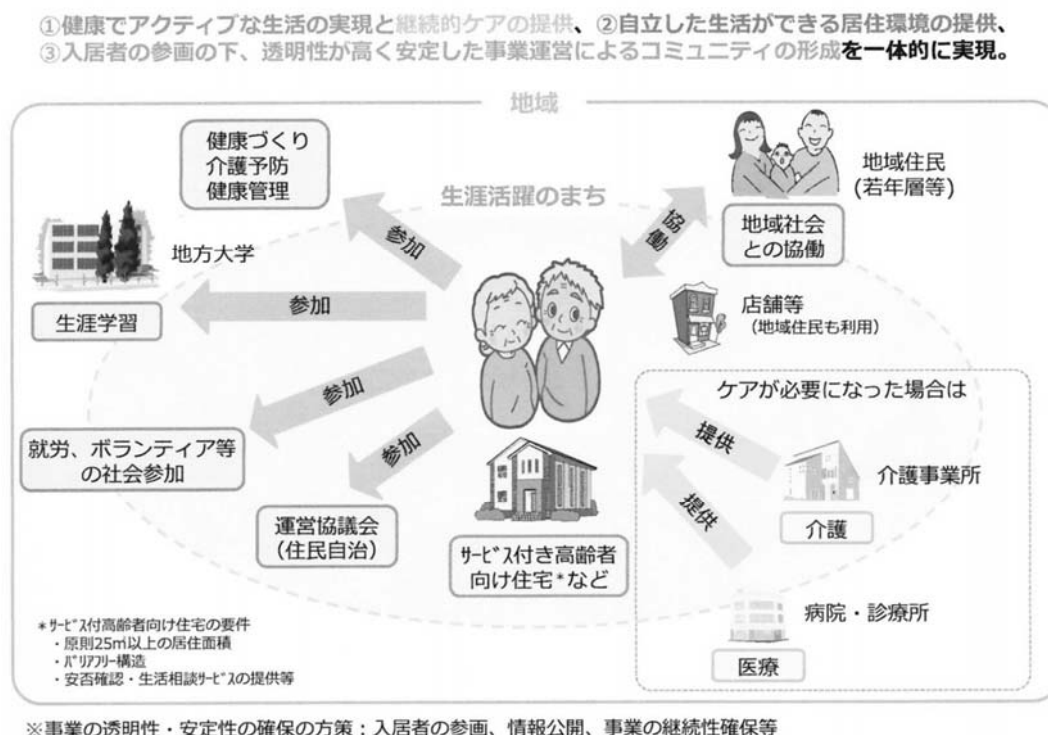
第二に、若年層の雇用創出である。人口減少で労働者不足が深刻化している状況で、収入や職業選択など地方に比べて大都市が優位であるため、近年の若者の地元志向に反し、大都市に若者が流れる可能性が高い。

第三に、高齢者の活用である。高齢者に生きがいを与えるために元気な高齢者をコミュニティのスタッフとして、あるいはボランティアとして活用するというもので、職歴を生かしたものではなく、生涯学習の講師や子育て・介護ボランティアなどいわゆるシルバー人材のような要素が強く、高齢者の能力活用にも限界がある。

第三に、経済的負担の問題である。高齢者の住まいとしてサ高住の整備の推進があり、これに国からの財政的な支援がある。高齢者にふさわしい居住空間（バリアフリー、一定基準の居室・設備）と見守りサービス（ケア専門家による安否確認、生活相談）が必須条件の賃貸住宅であるため、家事・介護・食事などの有料サービスを含めると、地方は東京圏や大都市に比べて生活費は安いといわれるが、月々の負担を賄える経済的基盤が不可欠となる。公的年金で費用を賄えることを前提にサ高住の登録が増えているが、年金だけでは賄えないのが現実である。また高齢者の貧困化が進んでおり、入居者は限定的にならざるを得ない。特養入所の待機高齢者が増え続けるのはこの経済的要因が大きく、将来的には低年金で経済的不安を抱える高齢者はもっと増えるだろう。

この構想は、国主導ではあるが、移住には高齢者の意思決定が前提であり、強制はできない。つまり、高齢者の移住は限定的であるといわざるを得ない。

図6「生涯活躍のまち」構想における高齢者の生活のイメージ



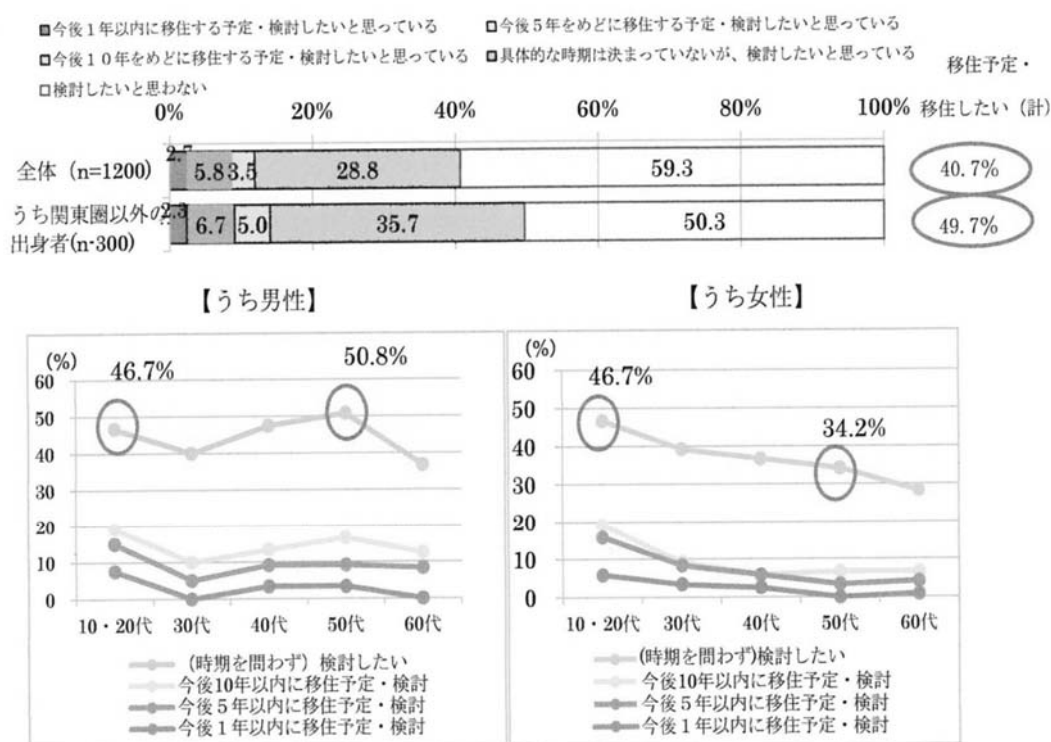
※事業の透明性・安定性の確保の方策：入居者の参画、情報公開、事業の継続性確保等

出所：日本版CCRC構想有識者会議「生涯活躍のまち」構想 参考資料より転載
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/meeting/ccrc/h27-12-11-kousou-1.pdf>(2017/1/25)

3.2 移住の根拠

この根拠となったのが内閣府の「東京在住者の今後の移住に関する意向調査」である。東京居住者に対して、東京都からの移住希望について質問したところ、約4割の人が「時期を問わず移住を検討したい」と回答している。年代別性別にみると、男女ともに生活費の安さや子育てしやすい環境などから移住期間が長期間となる可能性の高い20・30代若年層に移住希望が多く、つぎに定年退職が念頭に浮かぶ50代男性の約5割の人が、50代の女性も3割強の人が検討したいと考えている。しかし、将来の健康状態や要介護といった生活の自立度を考え始める60代になると、男女とも移住を希望する人の割合が減少し、男性で4割弱、女性で3割弱となっている。この結果から、中高年が地方移住を希望して

図7 移住希望の有無



出所：図6と同じ

いと結論づけ、政府は、日本版CCRC構想がそれを実現するための施策であると論じている。

この回答はあくまでも希望であり、実際には、具体的に移住を予定・検討している（「今後10年以内」「今後5年以内」「今後1年以内」）人の割合は各年代ともせいぜい2割以下である。田舎暮らしへのあこがれが強いといわれる男性をみると、定年退職後の生活を見据えた50代では「今後10年以内に予定・検討している」人の割合が他の年代に比べて高いものの2割以下となっている。一方、女性で具体的に移住を予定・検討している人の割合をみると、20歳代をピークに低下傾向にあり、年齢が高くなるほど低く1割にも満たな

い。このように高齢期なるほど、将来への不安や移住にともなうリスクなどを考慮すると願望と現実とのギャップが大きくなる。

この意向調査から、高齢者移住の根拠とするには無理があると考えられる。

3.3 地方移住の実態

地方移住は、団塊の世代が2007年に大量の定年退職となることから、2000年頃から「セカンドライフ」の選択肢の一つとして大きく取り上げられてきた。

地方移住には、地方出身者による「ふるさと回帰」(Uターン)や都会から憧れの田舎暮らしの実現(Iターン)、都会と田舎を行き来する「2地域居住」あるいは「体験型移住(長期・短期)」など、いろいろなパターンがある。

移住については、全国の自治体がさまざまな移住支援策(居住住宅支援、就職支援(農林水産業)、体験ツアー、専任相談員の設置など)を導入し、国土交通省や自治体、NPO法人などの団体、民間企業が情報提供、セミナー、イベントを行っている。

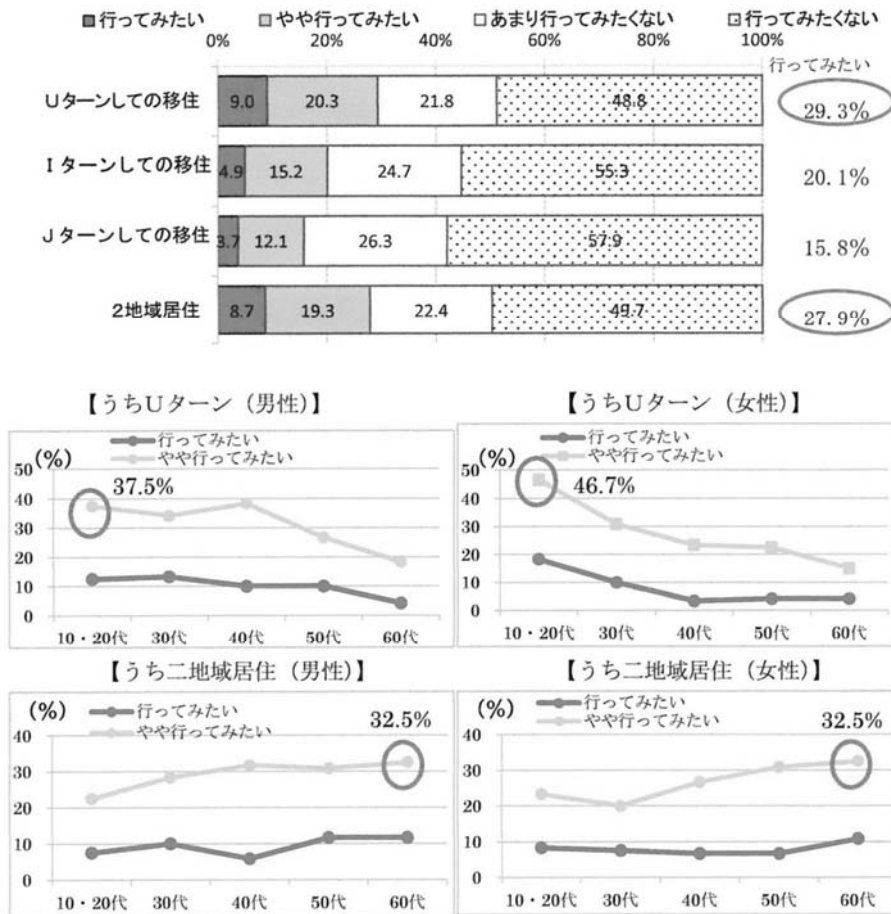
地方移住のメリットは生活費が安く、自然に恵まれたスローライフが可能であるが、都市に比べて生活サービスや医療・介護サービス、公共交通などの利便性が低い。若年層は「雇用」「住宅」等の条件が揃えば多少の不便さはあっても移住・定住率は高く、働き手として、地域活性化の担い手として移住先に受け入れやすい。

一方、高齢者は健康・介護不安が一番の心配事であり、生活行動範囲が狭小するために、医療・介護サービス、交通の便、生活サービスが不可欠となる。つまり、高齢者にとっては、自然豊かな環境で以前の生活と変わらない利便性の高い都市生活が送れるという田舎暮らしと都市生活の両方を併せ持つ地域が移住の対象となる。

ところで、移住には地域の人々との交流や家族のしがらみなどの社会的制約がある。元気な中高年は利便性よりも自然豊かな環境を優先する傾向があり、さまざまなリスクがともなう。田舎暮らしはその不便さを受け入れ、地域に溶け込むように意図的に新しい人間関係を形成しなければならない。都市生活で身についた習慣や常識に捉われ柔軟性かけると、移住者同士あるいは移住先の地域の人々とのトラブルなどの原因となり、新しい環境になじめず、再び都会に戻る事となる。つまり、いかに地域に溶け込むことが移住・定住の成功の鍵となる。また、夫婦でのUターンの場合は、夫婦ともに同郷とは限らず、配偶者の賛同が必要となる。とくに、女性はこれまで培ったネットワークや人間関係を重視し、しかも利便性の高い都市生活を好む傾向があるため、将来の移住・定住を視野に入れた2地域居住を選択する人が多い。

そこで、2地域居住から定住化した事例を紹介する。

図8 U・I・Jターン、2地域居住の希望の有無



出所：図6と同じ

海と山に囲まれた自然豊かな地方都市に定住して6年目の70歳代と60歳代の夫婦二人暮らしである。定住前は首都圏のY市と九州のB市に多世代型分譲マンションを所有し、後者を別荘として2地域居住していた。

B市を選んだ理由は自然豊かなスローライフでありながら、利便性の高い都市生活を送れることで、夫婦で移住することを前提にマンションの購入を決断した。交通の要衝でしかも徒歩圏内に商店街、スーパー、飲食店、金融機関などがあり、都市機能が充実しているためにライフスタイルはほぼ変わらず、メリットは生活費が安くなり、趣味のゴルフの頻度が多かったことである。一方、デメリットは、遠距離別居の子供世代との年数回の交流であり、交通費が嵩むことである。

定住先には「終の棲家」として首都圏や関西圏からの移住シングルあるいはカップルが数組おり、会話、食事、買い物等の日常生活やゴルフ、旅行等を通して新たな人間関係を形成し、生活満足度は高いという。

安定した経済的基盤の下で、定年後は趣味三昧の「悠々自適な生活」を送っていたが、昨年、夫の発病を機に検査・治療のための入退院を繰り返し、体力の低下が著しいが、

B市は大学病院をはじめ医療・介護施設が整備されているため安心感が高い。しかし、団塊世代の妻は、将来を見据えて今から介護施設の見学を始めているという。

3.4 移住希望ランキング

NPO法人ふるさと回帰支援センターによれば⁶⁾、2011年には50歳代以上の移住希望者は約5割であったが、2015年には約3割までに減少している。一方、20～40歳代の移住希望者は2011年の震災以降徐々に増え続け、2015年には約7割を占める。また、2015年には20～30歳代の移住希望者の増加が著しい。

移住希望地域ランキングの上位5位をみると、2013～2015年に長野県と山梨県が第1位を競っている。両県とも新幹線や高速道路等の移動手段によって移動が便利で首都圏に近いことが「遠距離通勤」や「2地域居住」を可能にしている。また、長野県は医療・福祉が充実し、日本一の健康県として、高齢になっても安心して住み続けられるということも人気の一因となっている。岡山県や島根県は災害の少ない県として移住理由に挙げられている。

いずれの地域も自然豊かな環境で、移動が便利であり、田舎暮らしと都市生活の両方を体験できることが重視される。

表1 田舎暮らし移住先ランキング（上位5位）

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
1位	長野県	長野県	長野県	山梨県	長野県
2位	福島県	岡山県	山梨県	長野県	山梨県
3位	千葉県	福島県	岡山県	岡山県	島根県
4位	茨城県	香川県	福島県	福島県	静岡県
5位	岩手県	千葉県	熊本県	新潟県	岡山県

注) 対象：ふるさと暮らし情報センター（東京）の利用者
 出所：「NPO法人ふるさと回帰支援センター」調べから転載
[http://www.frusatokaiki.net/\(2017/2/18\)](http://www.frusatokaiki.net/(2017/2/18))

4 むすびにかえて

長生きすることは、健康面だけでなく経済面、精神面などさまざまなリスクがともなう。とくに80歳代になると、「死」が身近なものとなり、家族・親族、知人・友人など、周囲から親しい人々がいなくなる。そのため、将来の健康や介護などの不安から、自らの意思で、あるいは周囲の人々の意思で長年住み慣れた場所を離れざるを得ない高齢者は多い。しかし、高齢者にとって、多少不便や不安があっても住み慣れた地域で最期を迎えたいというのが本音であろう。そして、大きな役割を果たすのが、長年にわたって構築してきた地域に密着したネットワークである。

高齢化の進んだ地域では、「向こう三軒両隣」をはじめ、地域の自治会、NPO、民間企業などによるさまざまな日常生活における見守りサービスや生活支援サービスが行われている。

そこで、お友達ネットワークで、相互扶助の関係にある都内23区に住む80歳以上の高齢女性のグループに女性のネットワーク（女縁）についてヒアリングを行った。これまでメンバーの介護施設入所や死によって、現在4名である。三世代同居やおひとりさま、死別シングルなど家族構成は異なり、さまざまな家庭の事情を抱えている。子供や趣味つながりから広がった関係であるが、一時期疎遠になったり、メンバーの交替などを経て、高齢期になって一層関係性が強まった。おしゃべりや昼食、買い物、旅行などを通して、自然とグループが形成されてきた。長年、メンバーの能力を生かしながら、人間関係を育んできたお陰で、日常的な助け合いだけでなく、メンバーの非常時には他のメンバーが家事を代行することもあるという。

また、東京在住の高齢者の地方移住について話を聞いたところ、もちろん、経済面から住み慣れた地域での介護施設の入所が難しいということもあるが、重度の要介護になれば地方への移住も仕方がないと思いつつも、このお友達と離れることは考えられない。公私にわたるさまざまなサービスを利用しながら、できる限り地元で暮らしたいという。

政府は、高齢化の進展による医療・介護施設の不足から東京圏の高齢者の地方移住を推進しようとしている。一方で、すでに高齢化したニュータウンでは、地域包括ケアシステムを盛り込んだ地域のネットワークの構築や強化を企図したまちづくりが始まっている。「生涯活躍のまち」構想は既存のコミュニティにも適用されるだろうが、高齢者移住にはこれまでの自由意思による移住・定住策と同様に、高齢者の老後生活の選択肢の一つとして捉え、住み慣れた地域での相互扶助機能を強化することを優先的に考えていくことが望ましい。

注)

- 1) WHOの健康の定義「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態を指す」と提唱し、先進国並みの平均寿命の伸長を目的に健康政策が行われてきた。治療から予防といった健康増進を推進し国民の健康水準をひきあげるために「第1次国民健康づくり対策（1978～）」「第2次国民健康づくり（1988～）」「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）（2000～）」が実施され現在の健康日本21（第2次）に至っている。

健康日本21（第2次）は、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙および歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善を目標に掲げ

ている。

- 2) 日本創生会議は、東日本大震災からの復興を「日本創生」の契機とし、2011年5月に増田寛也元総務大臣を初代座長とし、経済人、労働界代表、有識者で構成された民間の政策提言組織である。2025年の10年間における人口問題やエネルギー問題のほか、地域活性化、グローバル対応などに関する政策提言で問題を提起している。
- 3) 2015年に日本創成会議の首都圏問題検討分科会が「東京圏高齢化危機回避戦略」において、高齢化にともなう東京圏（東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県の上3県）の医療介護供給体制に関して①ICT（情報通信技術）やロボット活用による「人材依存度」引き下げ、②「空き家」活用による地域医療介護体制の整備と高齢者の集住化、③上3県の連携と広域的供給体制の整備、④東京圏高齢者の地方移住の4つを提言した。
- 4) サービス付き高齢者向け住宅は、2011年4月「高齢者の住居の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）」の改正により取組みが始まった。高齢者が安心して生活できる住まいづくりを推進するために創設され、都道府県への登録制度である。居室の広さ（床面積25㎡以上）や一定基準を満たした設備・構造、バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）の条件もとで、ケアの専門家による安否確認や生活相談サービスを提供する高齢者向けの賃貸住宅である。また、入浴・排泄・食事等の介護、家事援助、健康管理などのその他のサービスは、入居者の希望により別途有料で提供され、その提供内容・状況は事業者によって千差万別である。
住宅政策として、税制上の優遇措置（所得税、法人税・固定資産税・不動産取得税）や建設・改修費の補助・融資など様々な国からの支援がある。このため、介護・医療系の事業者をはじめ不動産・建設などの事業者からの参入により、サ住高の登録が急増している。平成27年10月末時点 187,170戸（5,772棟）
- 5) 住所地特例とは、社会保険の被保険者が、対象施設への入所または入居のために現在の居住地から施設のある他の市町村へ住所変更する場合、引き続き転居前の市町村が保険者となる特別措置である。社会保険制度では、被保険者資格は原則住所地主義であるため、他の市町村からの施設への入所・入居が増えることは施設所在の市町村の保険財政を圧迫する。この財政負担を軽減するための特例である。対象施設には特定施設入居生活介護の指定を受けた介護療養型医療施設（療養病床等）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（ただし、入所定員30人未満の地域密着型老人福祉施設については対象外）、養護老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）、有料老人ホーム（介護付・住宅型を含む）、サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合・契約方式が利用権方式の場合）がある。
- 6) NPO法人ふるさと回帰支援センターはふるさと暮らし情報センター（東京）の来場者に定期的にアンケートを実施し、毎年移住希望地域ランキングを発表している。

(「ニュースリリース 2016年2月15日」)

参考文献

- 上野千鶴子 (2007) 『おひとりさまの老後』 法研
- (2009) 『男おひとりさま』 法研
- NHKスペシャル取材班 (2013) 『老人漂流社会』 主婦と生活社
- NPO法人ふるさと回帰支援センター「ニュースリリース2016年2月15日」
[http://www.frusatokaiki.net/\(2017/2/18\)](http://www.frusatokaiki.net/(2017/2/18))
- 柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会「長寿社会のまちづくり～柏市・東大・URの取組について～」 <http://www.ur?net.go.jp/east/chiba/program/tyouju/pdf/machiall.pdf>
(2017/2/10)
- 久坂部羊 (2013) 『日本人の死に時』 幻冬舎新書
- (2015) 『人間の死に方』 幻冬舎新書
- 厚生労働省『平成26年版厚生労働白書』
- 佐竹昭介「虚弱（フレイル）の評価を診療の中に」『長寿医療研究センター病院レター MAR25,2014』
[http://www.ncgg.go.jp/hospital/iryokankei/documents/hospitalletter49.pdf\(2017/3/6\)](http://www.ncgg.go.jp/hospital/iryokankei/documents/hospitalletter49.pdf(2017/3/6))
- 澤渡夏代ブランド (2009) 『デンマークの高齢者が世界一幸せなわけ』 大月書店
- サンデー毎日取材班 (2016) 『今なら間に合う脱・貧困老人』 毎日新聞出版
- 椎名一博 (2012) 『さらば！超高齢社会悲観論』 東洋経済新報社
- 染谷俣子 (2010) 『まだ老人と呼ばないで』 日経プレミアムシリーズ
- 藤波 匠 (2016) 『人口減が地方を強くする』 日本経済新聞出版社
- 堀込賢一 (2003) 『「田舎の家」をたたむということ』 講談社
- 内閣府『平成28年版高齢社会白書』
- 「生涯活躍のまち」構想参考資料
[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/meeting/ccrc/h27-12-11-kousou-1.pdf\(2017/1/25\)](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/meeting/ccrc/h27-12-11-kousou-1.pdf(2017/1/25))
- 中澤まゆみ (2015) 『おひとりさまの終の住みか』 築地書店
- 中島康俊 (2016) 『過疎地域再生の戦略』 大学教育出版社
- 速水健朗 (2016) 『東京どこに住むの？ 住所格差と所得格差』 朝日新書
- 山崎 亮 (2016) 『縮充する日本 「参加」が創り出す人口減少社会の希望』 PHP新書
- 山下祐介 (2015) 『地方消滅の罨』 ちくま新書