

公共サービスの地域間格差・地域内格差：
静岡県・西遠北遠広域市町村圏・浜松市の事例

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2018-07-17 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 西原, 純, 井出, 博子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00025500

公共サービスの地域間格差・地域内格差

— 静岡県・西遠北遠広域市町村圏・浜松市の事例 —

Interregional and Intraregional Differences in Public Services : The Case of Shizuoka Prefecture

西原 純* 井出博子**

Jun Nishihara and Hiroko Ide

1. はじめに

わが国においては、市町村自治体によって提供される公共サービスが一定の水準に保たれるように地方財政制度がしかれているため¹⁾、一般に公共サービスの地域格差が小さいといわれている。しかしながら近年では、高齢者福祉サービス、保育園・託児所サービス、ごみ・廃棄物処理サービス、救急医療サービスの分野を中心に、市町村間にはサービス格差が存在することが指摘されている（神谷 1995、杉浦 1997、林・新美 1998 など）。また一つの市町村内においても、特に大合併を行ってできた自治体では、旧来の市町村間格差が持ち越され公共サービス施設が整っている地区とそうでない地区が存在し、格差が地域問題化していることがある。そして近年、自治体財政が悪化したため、市場原理を導入した民営化・効率化が、公共サービスの運営に求められるようになっており²⁾、今後は公共サービスの地域格差が拡大することが懸念される。したがってわが国の公共サービス分野において、市町村間のいわゆる地域間格差と、市町村内のいわゆる地域内格差の程度を明らかにし、その背景についての説明が必要な時期に来ていると思われる。

もともと欧米では、公共サービス施設の立地・

公共サービスの提供に、自治体間や自治体内でも極めて大きい地域格差が存在し、それが地区住民の社会経済的属性と強い関係があることが指摘されてきた（ノックス 1995）。例えばアメリカ合衆国の大都市圏では、所得水準の低い居住者が多い自治体では、財政に苦しんでおり、教育・医療の分野だけでなく民営化の難しい消防・警察の分野まで、大幅にサービスを低下させている自治体があるという（Clark 1990）。また Knox (1982) は、オクラホマ都市圏を対象地域として、公共サービス施設への近接性と住民の社会経済的属性を分析し、コミュニティが享受する諸施設への“接近のしやすさ”に量的・質的な格差があることを示した。すなわち、インナーシティ型コミュニティでは、貧困者と高齢者の多さ、高い失業率、黒人ゲッターの存在で特徴づけられ、医療施設・コミュニティセンター・教育施設への近接性が悪い。一方、都市圏の郊外部型コミュニティには、居住者が富裕で高い社会経済的地位にあり、職場などへの近接性は悪いものの、病院への近接性がよい地区が多いという。

ところで都市圏内の公共サービスに関する住民の利用と自治体の供給について、アメリカ合衆国の地域経済学者ティブーが市場システムの観点から考察し、「ティブー仮説」と呼ばれている仮説を提唱している（Tibout 1956）。ティブー

仮説とは、自治体に税金を支払う住民と、その税金でまかなわれる公共サービスを提供する自治体からなる「市場」があり、住民は、自分の選好の組み合わせを満たすように自治体間を転居することができる。その結果、自治体は「市場」を通じて人口と公共サービス水準を均衡させることができるというものである。しかしながら実際のところ、公共サービス水準の低い自治体では、所得水準の高い住民の脱出が生じ、ますます自治体財政は窮乏し公共サービスの水準は低下するという（Friskenら1997）。

公共サービスのうちでも特に、住民にとって切実な問題が医療・福祉サービスである。神谷（1995）は岐阜県飛騨地方を事例地域として取り上げ、高齢化人口など地域事情を加味しながら岐阜県「保健医療計画」と飛騨地方市町村「老人保健福祉計画」を検討し、老人福祉サービスにおいては飛騨医療圏を構成する20市町村間格差が、将来かなりの程度生じようとしていることを明らかにした。林・新美（1998）は、愛知県88市町村を対象に、救急告示医療機関や第1次・第2次・第3次救急医療機関による救急医療体制を分析し、基本的には救急医療サービスの空間的供給システムは中心地システムと類似した構造をもつものの、医療機関数、医師会や自治体の組織力・財政力には地域差があるため、救急医療サービスの供給水準には地域間格差があり、今後は地域間格差の解消をめざすとともに、救急医療サービスの質をより高める方策を見つけたことが必要であると述べている。

杉浦（1997）は、広島県86市町村を対象として、高齢者福祉サービスのニーズと供給を取り上げ、地域的公正を議論した。その結果、1) 高齢者人口当たりのサービス供給量は都市部よりも非都市部で高い水準を示したこと、2) 主観的ニーズとサービス供給との間には有意な正の相関関係がみられ比較的高い水準の地域的公正が保たれていること、3) 高齢者福祉サービスでは互いに隣接する市町村で大きな差が生じている事例があり、今後、重大な問題となる可能性を

はらんでいること、などを明らかにしている

一方で、わが国の公共サービスについては、生活の質³⁾を把握するための指標の一つとしても研究されてきた。例えば、都道府県間格差について、加藤（1991）は生活の質を左右する指標として、自然環境（人口密度、人口百万人当り公園数）に加えて、学校教育（百万人当り小・中・高等学校数）、医療（百万人当り歯科診療所・一般病院・診療所数）、居住環境（上水道普及率、百万人当り小売店・飲食店数、百万人当り金融機関店舗・郵便局数）、安全（百万人当り消防自動車現有数・警察官数）、社会教育（百万人当り公民館・図書館・スポーツ施設数）などの公共サービスをとりあげ、生活の質にとって公共サービスの水準が重要であることを指摘している。

さらに生活の質に関わる都市圏内・市町村内の地域内格差については、吉田・鈴木・長谷川（1998）は、生活の質を客観的に尺度化するために共分散構造モデルを提示し、その適用事例として山形市における生活の質を測定した。その結果、生活の質とは、客観的環境特性（公共サービス施設への近接性、交通サービスのレベルなど）と個人の主観的な評価から、利便性・快適性・安全性で総括され、それぞれ居住者の個人属性のうち、利便性には年齢・居住年数が、快適性には就業状態・家族構成が、安全性には年齢・居住年数が影響していることを明らかにした。さらに公共サービス施設への近接性から、利便性・快適性・安全性の空間的特性を把握し、都市部では利便性が、郊外部では快適性が高いという、生活の質の指標の多面性を示した。

また関根（1992）は、調査対象地域として岩手県盛岡市を取り上げ、11×12の基準メッシュ⁴⁾からなる研究地域を設定して、スーパーマーケット、銀行、内科医院、幼稚園・保育園、公園、バス停といった生活に密着したコミュニティ・レベルの施設を対象とし、居住地区から諸施設への近接性を算出した。その近接性を5段階のレベルに区分し、それに基づいて居住地区

ごとの「生活環境」状態を把握してその地域差をみいだした。その結果、1) 中心部から周辺部へと向かうにつれて一般的に生活環境が低下すること、2) 人口集中地区内部および郊外のニュータウンでは、諸施設への近接性が「普通」のレベルで、生活環境が安定している地域が広がっていることを明らかにした。

一方、黒田(1992)は、生活環境のレベルが人々の居住地選択に与える影響を分析している。黒田は、人が居住地を選択する際には「生活環境の検討を行い、必要とする基本的条件が満足される地区を選択する」ことから、生活環境の整備と人口変化には関係があるとしている。そして、地区の人口変化の状況を生活環境水準の観点から分析するために、浜松市を事例として、市域を35の地区に区分し、人口成長率・世帯増加率を被説明変数、医療施設・商業施設・都市公園・下水道という項目からなる生活環境指標を説明変数とする重回帰分析を行った。その結果、地区の人口変化と生活環境水準の間には若干の関連性があることをみいだした。

以上のように、わが国においては、公共サービスを指標として用い、都道府県内の市町村間格差や、都市圏内・都市域内における生活環境の地域格差を明らかにした研究は存在するものの、わが国の地方財政制度のおかげで、その格差の水準は未だ深刻な社会問題となっていないと思われる。しかしながら公共サービスの地域格差の実態について、欧米の研究に見られるような公共サービスの水準と住民の社会経済的属性との関連を検討した研究はない。また現在では、前述のように、国家財政・自治体財政が逼迫して、公共サービス体制が縮小されつつある。このような事情を考慮して本論では、静岡県、西遠地区・北遠地区広域市町村圏、浜松市を事例地域として、公共サービスの県内の市町村間格差、都市圏内や中心都市内における地域内格差の実態を把握し、その背景にどのような住民の人口・社会経済的特性が存在しているかを検討することにする。

2. 研究方法および資料

本研究では、前述のように公共サービスの格差の実態を明らかにするために、自治体の規模・財政カテゴリーとともに、医療・生活環境・教育・安全の5カテゴリーに関する17の公共サービス項目を選び、「人口10万人当たり」もしくは「人口1000人当たり」の値に変換してデータを収集・作成した(第1表)。データ項目は、自治体の規模：総人口、財政カテゴリー：(財政)歳入額、(財政)歳出額、財政力指数、課税対象所得額、医療カテゴリー：病院数、一般診療所数、歯科診療所数、病院病床数、医師数、歯科医師数、看護婦・准看護婦数、薬局数、生活環境カテゴリー：郵便局数、金融・保険機関数、教育カテゴリー：幼稚園数、小学校数、中学校数、高等学校数、安全カテゴリー：消防署数、消防分団数、警察署数である。このうち小学校・中学校・高等学校数には分校を、警察署数には派出所・交番を含んでいるため、低次レベルのサービス施設まで網羅している。また項目に、公共サービスを提供する施設数だけでなく、実際のサービス供給量をより反映する、病院病床数、医師数、歯科医師数、看護婦・准看護婦数もリストアップしてある。

そして市町村ごとの公共サービス水準を、静岡県内74市町村全体の平均値・標準偏差を用いて算出した偏差値として表した。偏差値は、項目ごとによって異なる測定単位や分布のばらつきのおおきさに左右されないというメリットもっている。また市町村間格差のおおきさを変動係数で把握した。変動係数は、標準偏差を平均値で除して算出するもので、測定単位に左右されず、値がおおきければ格差がおおきいことを意味し、逆に値がおおきければ格差がおおきいことを意味する。

なおわが国では地方行政制度の一環として、個別の市町村では対応の難しい公共サービスを提供するために広域行政の制度があり、それら

第1表 自治体の規模・財政状況・公共サービス項目と用いた資料

略称 (第1・2図)	項目名	調査年度	調査資料名
総人口	総人口	1995	総務庁統計局「1995年国勢調査」
歳入額	人口1人当たり財政歳入額	1997	静岡県市町村振興協会 「市町村しずおか」
歳出額	人口1人当たり財政歳出額	1997	同上
財政力指数	財政力指数	1997	同上
課税対象所得額	納税義務者1人当たり 課税対象所得額	1996	日本マーケティング教育センター 「個人所得指標」
病院数	人口10万人当たり病院数	1997	厚生省「医療施設調査」
一般診療所数	同 一般診療所数	1997	厚生省「医療施設調査」
歯科診療所数	同 歯科診療所数	1997	厚生省「医療施設調査」
病院病床数	同 病院病床数	1997	厚生省「医療施設調査」
医師数	同 医師数	1996	厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
歯科医師数	同 歯科医師数	1996	同上
看護婦・准看護婦数	同 看護婦・准看護婦数	1996	県健康福祉部調
薬局数	同 薬局数	1998	県薬務課「薬局・医薬品販売業務数調」
郵便局	同 郵便局数	1999・2000	NTT電話帳(タウンページ)
金融・保険機関数	人口1000人当たり 金融・保険機関数	1996	総務庁統計局 「1996年事業所統計調査」
幼稚園数	人口10万人当たり 幼稚園数	1999	生活統計室 「平成11年度学校基本調査報告書」
小学校数	同 小学校数・分校数	1999	同上
中学校数	同 中学校数・分校数	1999	同上
高等学校数	同 高等学校数・分校数	1999	同上
消防署数	同 消防署数	1999	県消防室 「平成11年版火災統計と消防の現況」
消防分団数	同 消防分団数	1999	同上
警察署数	同 警察署・派出所・交番数	1999・2000	NTT電話帳(タウンページ)

には自治省：広域市町村圏，建設省：地方生活圏，厚生省：保健医療圏などがある。これらのうち静岡県下には、10の広域市町村圏、3の地方生活圏が設定されている。広域市町村圏は1969年に自治省によって、中心市町村との通勤・通学、購買、医療の状況を指標として住民の日常生活圏の実態に即してその圏域が設定されたもので、人口10万人以上の規模の地域となるように定められている(第2表)。圏域内においては道路、病院、消防施設、し尿・ごみ処理場などの共同整備がなされている。さらに圏域は、公共施設の配置目標に対応させて、基礎集落圏・1次生活圏・2次生活圏・広域市町村圏という階層

的生活圏に区分されている。一方、地方生活圏は、建設省によって1969年に新全国総合開発計画の広域生活圏を具体化する目的で、経済開発や生活環境の整備のために制定されたものである。広域市町村圏と同様に、圏域は基礎集落圏・1次生活圏・2次生活圏・地方生活圏という階層的圏域をもつ。広域市町村圏・地方生活圏とも、それぞれの圏域には中心都市が指定されている。静岡県内の3の地方生活圏は、広域市町村圏に比べてかなり広い(第2表)。

公共サービスを供給するために、こうした圏域が階層的な圏域に区分される理由は、総合病院、消防署や大学など、利用者は非日常的にし

第2表 静岡県における広域市町村圏・地方生活圏の圏域設定

地方生活圏	東部（9市17町2村）			中部（5市11町）			西部（7市21町2村）			
広域市町村圏	駿豆	南伊豆	富士	静岡庵	志太	島田・榛原	東遠	中遠	西遠	北遠
市町村	○沼津市 熱海市 三島市 伊東市 御殿場市 裾野市 伊豆長岡町 修善寺町 戸田村 土肥町 函南町 韭山町 大仁町 天城湯ヶ原町 中伊豆町 清水町 長泉町 小山町	○下田市 東伊豆町 河津町 南伊豆町 松崎町 西伊豆町 賀茂村	○富士市 富士宮市 芝川町	○静岡市 清水市 富士川町 蒲原町 由比町	○焼津市 ○藤枝市 岡部町 大井川町	○島田市 榛原町 吉田町 金谷町 川根町 中川根町 本川根町	○掛川市 御前崎町 相良町 大須賀町 浜岡町 小笠町 菊川町 大東町	○磐田市 袋井市 森町 浅羽町 福田町 竜洋町 豊田町 豊岡村	○浜松市 浜北市 湖西市 舞阪町 新居町 細江町 引佐町	○天竜市 春野町 龍山村 佐久間町 水窪町

○：広域市町村圏における中心市町村

か利用せずサービス施設が成立するためには多くの人口を必要とするサービスと、小・中学校、診療所など、利用者が日常的に利用し施設が成立するためにはさほど多くの人口を必要としないサービスがあるからである。中心地理論の観点からいうと、前者は高次なサービス、後者は低次なサービスとみなすことができる。

本研究では、静岡県内の市町村・広域圏レベルの公共サービスの水準や市町村間格差の実態を把握するために、平均値（偏差値）・変動係数を、(1) 静岡県内の74市町村、(2) 21行政市、(3) 53町村、(4) 10広域市町村圏、(5) 3地方生活圏など、いくつかの地域の枠組みごとに算出した。

次に広域行政圏内・市域内における公共サービスの格差を把握するために、西遠地区・北遠地区広域市町村圏および浜松市を事例地域として選んだ。その理由は、都市圏内格差・自治体内格差についての欧米でのこれまでの研究では、

ブルーカラー就業者が多く居住する地区における1次医療サービスの剥奪が指摘されており(Knox 1978)、西遠地区広域圏・浜松市では製造業が発達しブルーカラー就業者の割合が多いからである。ただし広域行政圏を分析する際には、過疎化が進んでいる北遠地区広域市町村圏も含めて分析することにした。

さらに浜松市内部における公共サービスの地域内格差を把握するために、静岡県内市町村間格差が最も大きかった項目である医療サービスを取り上げた。そして医療施設への近接性の違いと、その背後に存在する地区住民の社会経済的属性との関係を、分析単位地域として前述の基準メッシュを用いて明らかにした。

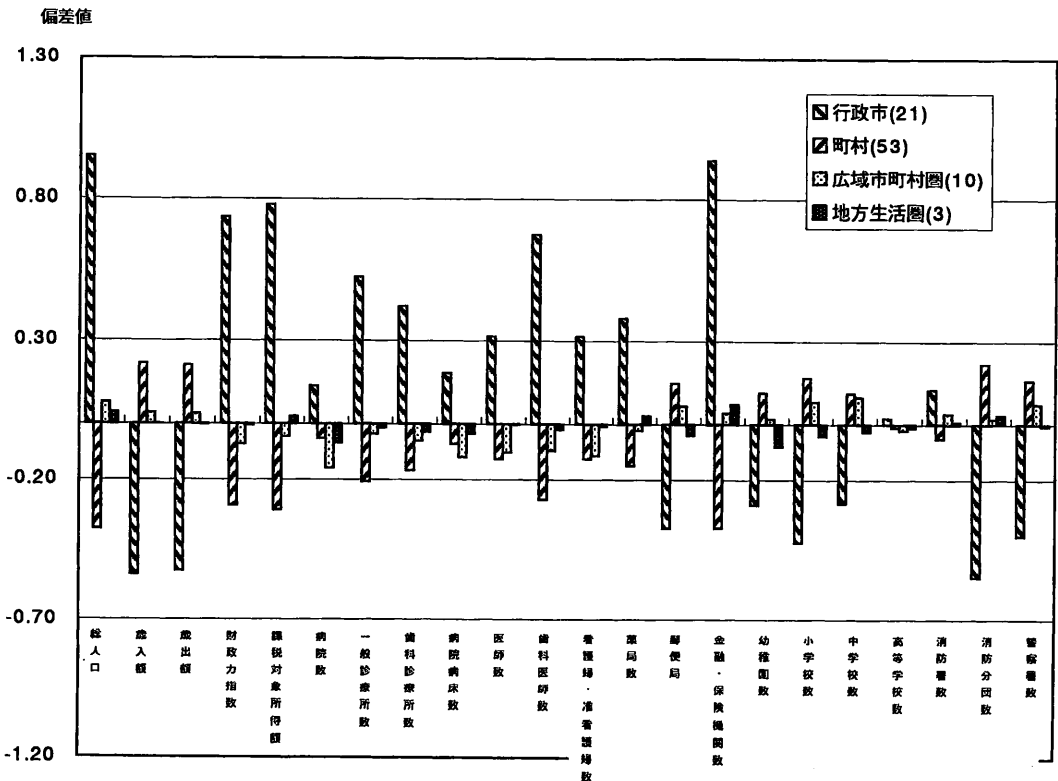
医療施設への近接性を把握するため、「NTT職業別電話帳 静岡県西部版」NTT(2000)から延べ455医療機関について施設とその住所をリストアップし、メッシュごとにその立地を調査した。そして各メッシュに居住する住民が利

用可能な施設数⁵⁾を数え、「医療施設への近接性得点」とした。そしてさらにその値を当該メッシュに居住する人口で割って「人口1000人当りの医療施設への近接性得点」とした。なお当該のメッシュに居住する住民の社会経済的属性を、1995年国勢調査地域メッシュ統計を使用して、「人口総数」「0-5歳人口率」「0-14歳人口率」「15-64歳人口率」「65歳以上人口率」「核家族世帯率」「卸・小売業就業者率」「ブルーカラー就業者率」という指標によって把握した。これらの指標を選んだのは、日本における都市内部の居住分化は、人口の年齢構成、世帯類型の構成という「家族的状況」と就業者の職業構成・産業構成、住宅の居住環境という「社会経済的状況」の2つの次元を中心に進展していることが、指摘されているからである（西原・大

川1986）。

3. 静岡県市町村間における公共サービスの格差の実態

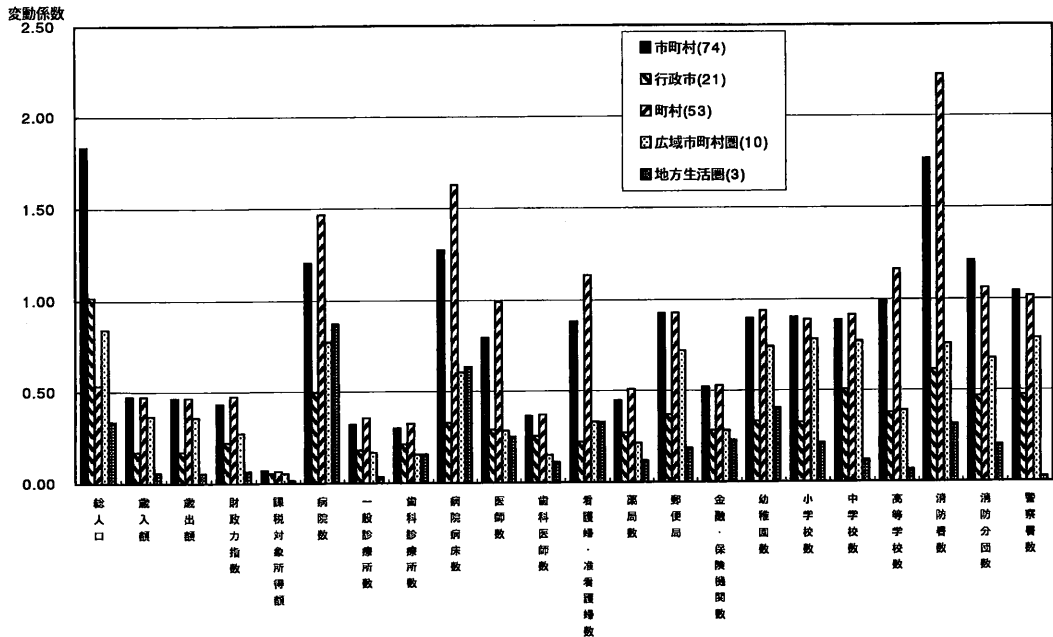
まず74市町村・21行政市・53町村について、自治体の規模・財政カテゴリーの5項目および公共サービス17項目の平均値（偏差値）⁶⁾と変動係数を示したのが、それぞれ第1図・第2図である。まず公共サービスの水準を示す平均値（偏差値）に注目する。74市町村のうち、行政市21市のみの平均値（偏差値）、53町村の平均値（偏差値）をみると（第1図）、自治体の規模・財政カテゴリーでは、「総人口」「財政力指数」「課税対象所得額」で行政市の平均値が高く、逆に人口当たりの「(財政)歳入額」「(財政)歳出額」



第1図 公共サービス22項目の平均値（偏差値）

—21行政市・53町村・10広域市町村圏・3地方生活圏ごと—

注：22項目の平均値は、静岡県74市町村全体の平均値・標準偏差を用いて算出された偏差値について求められている。したがって74市町村の偏差値の平均値は0である



第2図 公共サービス22項目についての変動係数
— 74市町村・21行政市・53町村・10広域市町村圏・3地方生活圏ごと —

では町村の値が高い。このことは行政市は、規模が大きく住民の所得水準も高く健全な自治体財政であり、町村では前述のわが国の地方財政制度のため、住民1人あたりの財政支出が高く保たれていることがわかる。公共サービスの項目では、「病院数」「一般診療所数」「歯科診療所数」「病院病床数」「医師数」「歯科医師数」「看護婦・准看護婦数」「金融・保険機関数」「高等学校数」「消防署数」で、行政市の方が平均値が高い。医療サービス、民間による金融サービスの分野で、行政市の住民が高い水準のサービスを受けていることが分かる。逆に「郵便局数」「幼稚園数」「小学校数」「中学校数」「消防分団数」「警察署数」では、町村の値が高く、生活に必須な低次サービスの分野では高い水準のサービスを受けていることがわかる。

そして「病院数」から「警察署数」までの公共サービスの17項目全てで、行政市間の変動係数よりも郡部町村間の変動係数の方が大きく、行政市間の格差よりも郡部町村間に広がる格差の方が大きいことがわかる(第2図)。すなわち

行政市間の変動係数には、最大で消防署数の0.62と、1.0を超える項目はない。それに対して、郡部町村間の変動係数では、1.0以上の項目が7つみられる。最大は、消防署数の2.23で、次に大きい値は病院病床数の1.63、病院数の1.47である。特に医療・安全のカテゴリーで変動係数が大きく、それらの項目での郡部町村間の格差が大きいことが分かる。郡部町村間の変動係数の値が小さい項目は、一般診療所数、歯科診療所数、歯科医師数で0.35、0.32、0.37と格差が小さい。これらのことから、行政市では公共サービスは地域間格差が小さいが、町村間には特に医療・安全カテゴリーで大きな格差が存在していることがわかる。

一方、広域市町村圏や地方生活圏など広域行政圏の変動係数は、自治体の規模・財政5項目とともに公共サービス17項目とも、74市町村・53町村の変動係数よりも小さくなっている。広域行政圏は、単独の自治体では対応しきれない公共サービスを、ある一定の広域的な地域単位で供給するために設定されているため、10の広

域市町村圏，3の地方生活圏の変動係数は小さく，生活圏間の格差は小さくなっている。また広域市町村圏では，変動係数の幅は0.23 - 0.78の範囲にあるのに対し，地方生活圏ではほとんどの項目の変動係数は，0.02 - 0.30の範囲に収まっており，地方生活圏間の格差はさらに小さい。一般に，地域的単位が大きくなると，部分地域間に存在していた差異がまとめられ，地域間の差異が小さくなると考えられる。その際に，差異の縮小が生じるのは，部分地域間の差異が相殺されるように統合される場合である。広域市町村圏や地方生活圏は，公共サービスの供給拠点である中心市と公共サービスを提供される周辺町村とが上手く統合されている制度であることを示している。

このように74市町村間，21行政市間，53町村間，10広域市町村圏間，3地方生活圏間の地域格差全体についてみると，項目ごとの変動係数の特徴は，財政・生活環境・教育のカテゴリーで比較の変動係数が小さい。特に公共サービス提供のリソースとなる財政カテゴリーは，他の公共サービスカテゴリーに比較して変動係数が特に小さい。これは，前述のとおり自治体の運営で不足する財源が国からの地方交付税などの補助金によって補填される制度があるからである。ただし各自治体の独自財源の割合を示す財政力指数をみると，74市町村の平均値は0.71と高く，1999年度の全国の市町村の平均値：0.41を大きく上回り，恵まれた静岡県市町村の財政状態を示している。

前述のとおり一般に公共サービスには，サービス提供者と利用者の観点から，利用頻度が小さく中心都市のみで提供され，利用者は遠距離移動もやむなしとする高次なサービスと，郡部の町村でも提供され，利用者が身近に利用する低次なサービスという二つの大きなグループに分けることができる。本研究においても，消防，病院などが高次なサービスにあたり，その地域格差は大きいこと，小学校・中学校など義務教育などが低次なサービスにあたり，その格差は

小さいことが明らかにされた。

次に，ここまで明らかにされた公共サービスの自治体間格差について，その要因や自治体の規模・財政基盤との関係を探ることにする。そのため，人口当り（財政）歳入額，人口当り（財政）歳出額，財政力指数，納税者1人当り課税対象所得額を取り上げる。これらの自治体の財政状態を示す指標はほぼ二つのグループに分けることができる。一つめのグループは，総人口・財政力指数・課税対象所得額である。これらは，自治体の人口規模や，自主財源の割合，住民1人あたりの所得水準を示し，前述のとおり行政市ほど大きい値をとっている（第1図）。もう一つのグループが，人口当りの歳入額・歳出額である。すなわち歳入額・歳出額の規模は，人口規模が大きい自治体ほど大きいものの，人口1人当りの数値に算出し直すと，人口規模の小さい郡部町村の値が大きくなる。

自治体の規模・財政基盤を示す項目と，公共サービスの項目との間の相関係数を算出した（第3表）。第3表によると，財政力指数との相関が有意な正の関係を示す公共サービスの項目は，医師数，歯科医師数，看護婦・準看護婦数，金融保険機関数，消防署数で，財政力指数は高次なサービス施設数や実際のサービス供給量を示す指標と相関関係を持っている。したがって財政力指数は，高次な公共サービスの水準と量を規定していることがわかる。逆に，納税者1人当たりの課税対象所得額は，生活・教育・安全のサービス分野のうち，郵便局，幼稚園数，小学校数，中学校数，消防分団数，警察署数との間で，有意な負の相関関係を示している。低次な公共サービスの水準は，基本的に住民の所得水準と負の関係にあることが分かる。また，人口当り歳出額と強い有意な正の相関関係を示す公共サービス項目は，郵便局数，幼稚園数，小学校数，消防分団数，警察署数であり，人口当り歳出額は低次な公共サービスの水準を規定していることが分かる。

第3表 自治体の規模・財政状況と公共サービス水準との相関分析

	公共サービス 項目名 (人口当たり)	総人口	人口1人 当たり 歳入額	人口1人 当たり 歳出額	財政力 指数	納税者1人 当たり課税 対象所得額
医療	病院数	0.013	-0.102	-0.100	0.123	-0.058
	一般診療所数	0.244	0.129	0.139	0.084	0.037
	歯科診療所数	0.215	0.161	0.175	0.088	0.249*
	病院病床数	0.094	-0.181	-0.180	0.159	-0.042
	医師数	0.246*	-0.141	-0.135	0.249*	0.094
	歯科医師数	0.349**	-0.332	-0.319**	0.355**	0.409**
	看護婦・ 准看護婦数	0.209	-0.234*	-0.233*	0.269*	0.117
	薬局数	0.148	-0.219	-0.206	0.129	-0.052
生活	郵便局	-0.201	0.777**	0.778**	-0.476**	-0.438**
	金融・保険機関数	0.532**	-0.315*	-0.308**	0.350**	0.446**
教育	幼稚園数	-0.190	0.579**	0.582**	-0.292*	-0.309**
	小学校数	-0.244*	0.809**	0.806**	-0.564**	-0.515**
	中学校数	-0.206	0.808**	0.809**	-0.536**	-0.432**
	高等学校数	-0.007	-0.075	-0.072	-0.097	-0.158
安全	消防署数	-0.037	-0.114	-0.114	0.277*	0.012
	消防分団数	-0.278*	0.694**	0.695**	-0.527**	-0.461**
	警察署数	-0.238*	0.846**	0.844**	-0.511**	-0.497**

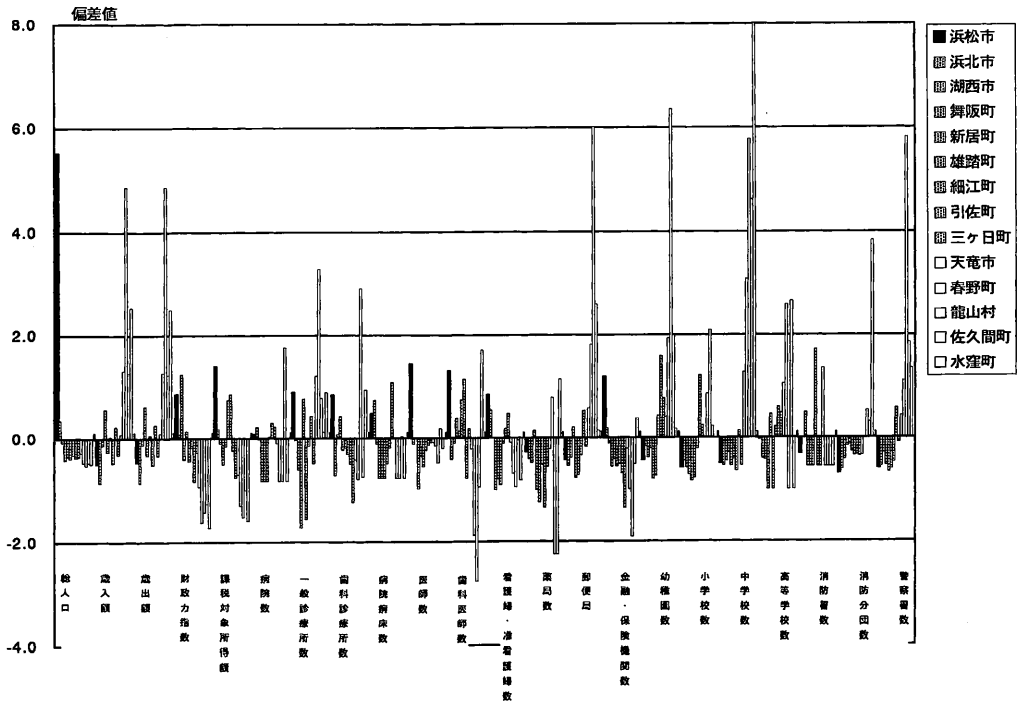
** : $p < 0.01$, * : $p < 0.05$

4. 西遠・北遠広域市町村圏における公共サービスの格差の実態

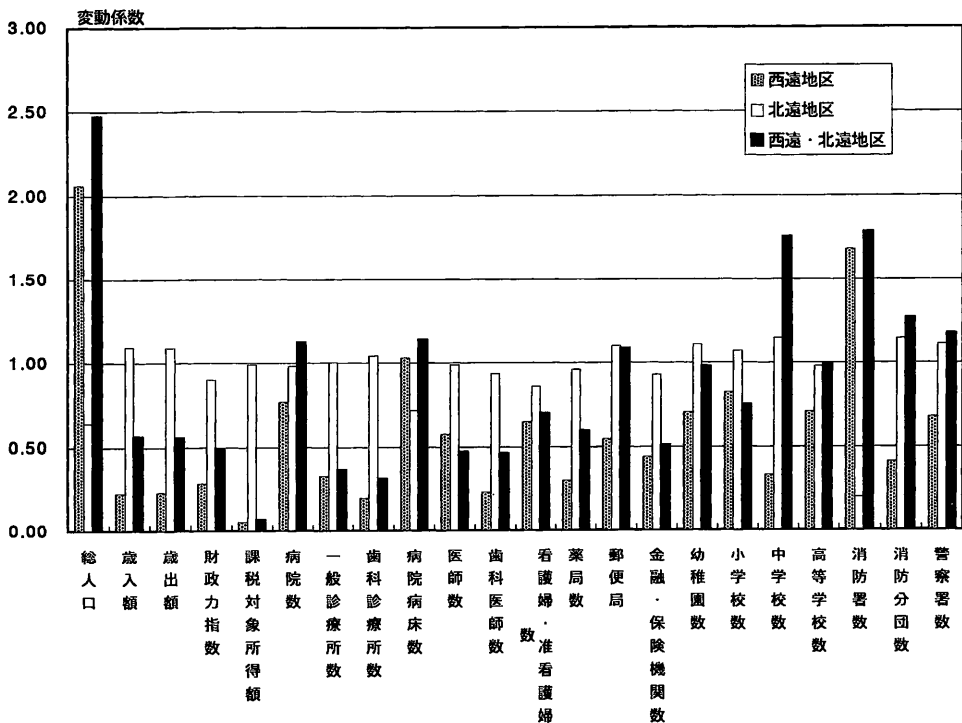
広域市町村圏は、個別の自治体が提供できないような高次の公共サービスについて、一つの広域の地域単位で一定レベルのサービスが提供されるように設定されているが、前章で、その圏間格差が非常に小さいことを明らかにした。この章では、広域市町村圏内における公共サービスの市町村間格差の実態を明らかにしていくことにする。広域市町村圏の事例として西遠地区・北遠地区広域市町村圏（ほぼ浜松都市圏に相当している）を取り上げた。西遠地区広域市町村圏は浜松市を中心市として、浜北市・湖西市・舞阪町・新居町・雄踏町・細江町・引佐町の3市5町で、北遠地区広域市町村圏は天竜市を中心市として、春野町・龍山村・佐久間町・水窪町の1市

4町村で構成されている（表2）。西遠地区とともに北遠地区を取り上げた理由は、北遠地区の中心市天竜が浜松市への10%通勤圏に入っており、北遠広域生活圏は、西遠・東遠・中遠広域生活圏とともに静岡県西部地方生活圏を形作っているからである。また北遠地区は人口密度が低く山村地域からなり、広域市町村圏を構成する自治体も、中心市天竜市の人口が24,000人、他の町村が1,400人～6,900人に止まっていて、様々な種類の公共サービスを提供するには難しい地区である。したがって広域市町村圏内の地域内格差を明らかにするため、北遠地区も研究対象に含めた。

取り上げた自治体の規模・財政の5項目および公共サービス17項目について、浜松市、西遠地区・北遠地区構成市町村の値を、静岡県74市町村全体の平均値・標準偏差を用いて偏差値に換算した（第3図）。第3図によると、これら



第3図 公共サービス22項目の偏差値
 ー 西遠地区・北遠地区広域市町村圏を構成する14市町村ごと ー



第4図 公共サービス22項目についての変動係数
 ー 西遠地区、北遠地区、西遠・北遠地区広域市町村圏ごと ー

の項目のほとんどは、次の三つのパターンに分けることができる。一つめは、1, 2の市町村を例外とすると浜松市のみ静岡県の上回る項目で、これに該当するのは、総人口、財政カテゴリー：財政力指数、課税対象所得額のほか、医療カテゴリー：歯科診療所数、病院病床数、医師数、看護婦・准看護婦数、生活環境カテゴリー：金融・保険機関数である。これらは医療カテゴリーに含まれる項目がほとんどで、高次のサービスとサービス供給量を示している指標である。二つめは、浜松市を除く西遠広域市町村圏でプラスの偏差値を、北遠広域市町村圏でマイナスの偏差値をとっている項目であり、医療カテゴリー：歯科医師数が該当する。もともと西遠地区広域市町村圏は浜松の郊外化現象で人口増加が著しく、人口当たりの公共サービス水準はあまり高くない。その結果、このパターンに該当する項目は少ない。三つめは、浜松市を除く西遠地区広域市町村圏でマイナスの偏差値を、北遠地区広域市町村圏でプラスの偏差値を示す項目である。これには、財政のカテゴリー：人口当たり（財政）収入額・歳出額のほか、医療カテゴリー：病院数、一般診療所数、歯科診療所数、郵便局数、教育カテゴリー：幼稚園、小学校、中学校、消防分団数、警察署数の指標が該当する。北遠地区の市町村では、自治体の財政力指数が低くしかも納税者1人あたりの課税対象所得額が低いにも関わらず、この三つめのタイプの公共サービスの水準が高いのが明らかである。その供給に大きく寄与しているのが、前述のような地方交付税を中心とした地方財政制度であるといえよう。

次に、広域市町村圏内の格差を変動係数の大小によって把握した（第4図）。ほとんど全ての公共サービスの項目で、西遠広域市町村圏内よりも北遠広域市町村圏内の格差が大きい。先に、西遠地区市町村と北遠地区市町村の公共サービス項目の偏差値の大小を論じ、かなりの項目で北遠地区市町村の値が高いことを述べたが、この背後には大きな地域内格差が存在していたの

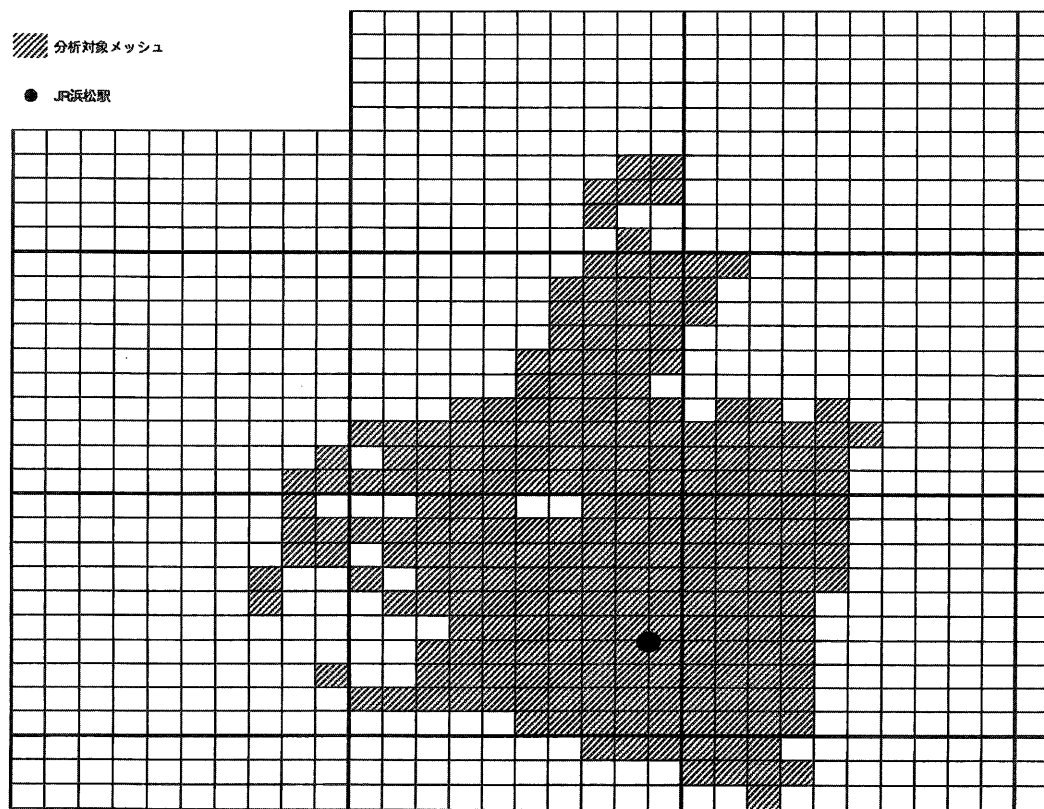
である。そして、西遠地区・北遠地区を統合した地域的範囲での変動係数をみると、多くの項目において、西遠地区、北遠地区ごとに別々に算出した変動係数を上回っていることがわかる。このことは、元々、西遠地区と北遠地区との間で格差が存在し、それを統合した地域的範囲で考えることによって、明瞭な格差となって現れていることを意味している。このような性格をもつ公共サービス項目には、病院数、病院病床数、中学校数、高等学校数、消防署数、消防分団数、警察署数などがあり、医療・教育・安全のカテゴリーでしかも高次サービスのものが多いのである。

このように多くの公共サービスの分野で、山村地域を含む人口密度の希薄な北遠地区で、人口当たりに換算した施設数の観点では高い水準のサービスが供給されていることが判明した。しかしながらこれらの市町村では、例えば、医療サービスは主として1次医療を対象とした診療所の体制にあり、高等学校では分校、安全の分野の警察署では派出所のレベルの施設によってサービスされている。しかも、同じ市町村内でも住民はサービスを受けるために長い距離を移動をしなければならず、山村の人口密度希薄地域における公共サービスの利便性は、さらに検討の余地があると思われる。

5. 浜松市域内における公共サービスの格差と住民の社会経済的背景

前章で浜松市に関わる広域市町村圏内の公共サービスの市町村間格差についてその実態を明らかにした。中心都市浜松市では、ありとあらゆる種類の公共サービスが提供され、浜松市は公共サービスに非常に恵まれている地域であると思われる。この章では、さらに浜松市域内における地域内格差の実態と背後に存在する住民の社会経済的背景との関わりを明らかにすることにする。

分析の対象とした基準メッシュは、浜松市域



第5図 浜松市域における医療サービスの分析対象範囲

を含むメッシュで、1995年の国勢調査で人口特性データが公表されているメッシュである(第5図)。また一つのメッシュが、浜松市と隣接する市町村の両方にまたがっている場合は、そのメッシュも浜松市域とし、分析対象域に加えた。そして、人口が少ないメッシュは、個人情報保護の観点から人口総数など一部の項目を除いて統計情報は公表されず、隣接するメッシュに合算されているため、分析から除外してある。この結果、分析対象としたメッシュは全部で238メッシュである。研究対象として取り上げる公共サービスとして、静岡県内及び西遠地区広域市町村圏内の格差を分析した際に、変動係数の値が大きかったのは医療カテゴリー分野であったことを考慮して、医療施設への近接性を取り上げた。

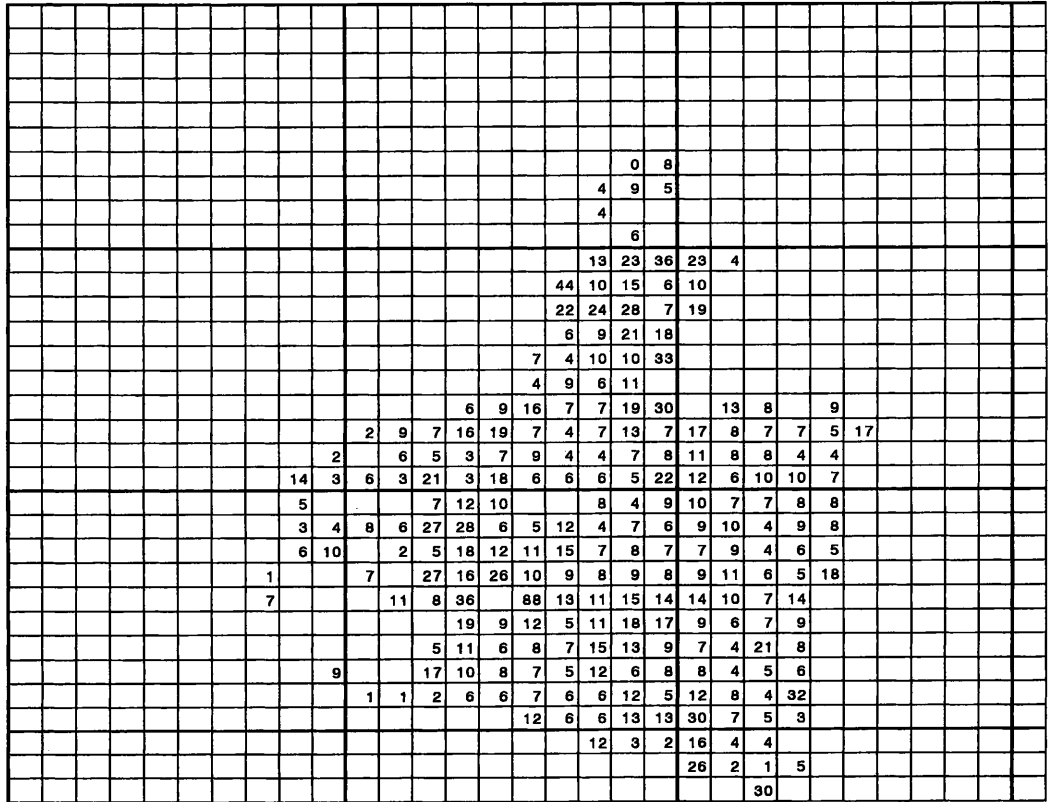
第2章で述べた延べ457の医療施設の内訳は、総合病院11、一般病院35、診療所65、開業医と

第4表 浜松市内の分析対象医療施設数

総合病院・一般病院	
総合病院	11
一般病院	35
診療所・開業医	
診療所	65
内科	170
小児科	63
眼科	27
耳鼻咽喉科	26
産婦人科	36
精神・神経科	24
医療施設の総計	457

資料：NTT 電話帳（タウンページ）2000年版

して内科170、小児科63、眼科27、耳鼻咽喉科26、産婦人科36、精神・神経科24である(第4表)。ところで前述したように、ある基準メッシュに居住する住民にとって、利用しやすい近接性の



第 6 図 人口 1000 人当たり医療施設への近接性得点の分布

第 5 表 医療施設への近接性得点と住民の社会経済的属性との重回帰分析結果

被説明変量：人口 1000 人当たり医療施設への近接性得点

回帰式の分散分析

変動因	分散比 F- 値	有意確率 (F)	決定係数	自由度修正済の 決定係数
回帰	8.542	0.000	0.225	0.199

偏回帰係数の検定

説明変量	t- 値	有意確率 (t)	標準偏回帰係数
切片	1.249	0.213	0.000
JR 浜松駅からの距離	-4.494	0.000	-0.400
人口総数	-6.280	0.000	-0.545
15-64 歳人口率	0.759	0.449	0.102
65 歳以上人口率	0.155	0.877	0.021
核家族世帯率	-0.547	0.585	-0.045
卸・小売業就業者率	0.238	0.812	0.021
ブルーカラー就業者率	-3.811	0.000	-0.272

優れた医療施設とは、総合病院・一般病院については当該および周辺の5 kmメッシュの範囲⁷⁾の施設、診療所・開業医については当該および隣接した1 kmメッシュの範囲⁸⁾の施設であるとみなした。そしてメッシュごとに、そのメッシュの住民が周辺のメッシュの施設をいくつ利用できるかを数えて「医療施設への近接性得点」を算出し、さらにメッシュの総人口で除して、「人口1000人当りの医療施設への近接性得点図」(第6図)とした。

次に、このような医療施設への近接性を規定している要因を探るために、「人口1000人当りの医療施設への近接性得点」を被説明変量、「JR浜松駅からの直線距離」「人口総数」「15-64歳人口率」「65歳以上人口率」「核家族世帯率」「卸・小売業就業者率」「ブルーカラー就業者率(保安、運輸・通信、技能・採掘工)」を説明変量とする重回帰分析⁹⁾を行った(第5表)。この重回帰分析の結果、決定係数が0.225で回帰式の説明力が弱いものの、1%の水準で有意な回帰式が得られた。また説明変量のうち、「JR浜松駅からの距離」「人口総数」「ブルーカラー就業者率」のt値は高く、三つの偏回帰係数はそれぞれ水準1%で有意であった。

説明変量のうち、「人口総数」の標準偏回帰係数が-0.545と最も高い値を示している。このことは、人口の多いメッシュほど医療機関への近接性得点が低く、逆に人口の少ないメッシュほど近接性得点が高く、それは一般に人口増加や過密な人口に対して、医療施設の立地が追いつかず、施設が不足気味であることを示している。次に標準偏回帰係数が大きいのは「JR浜松駅からの距離」で、符号はマイナスを示す。このマイナス符号はJR浜松駅からの距離が遠いメッシュ(郊外部のメッシュ)ほど、医療施設への近接性得点が低くなることを示している。「ブルーカラー就業者率」の標準偏回帰係数は、-0.272であり、ブルーカラー就業者率が高いメッシュほど、医療施設への近接性得点が低い傾向がある。また、医療施設への近接性と高齢

者の存在になんらかの関係があるのではないかと考えられたが、「65歳以上人口率」に関わるt値は低く、有意な関係があるとはいえなかった。

本研究によって浜松市においても、医療施設への近接性とブルーカラー就業者率との間には、有意な関連性が存在していることが明らかとなった。しかし、重回帰式の決定係数が低いことは、今回使用した説明変量以外の要因が存在していることを意味している。そしてまたノックス(1995)が紹介しているような、欧米都市における住民の社会経済的地位の低さと開業医の数の少なさとの明瞭な社会的問題は浜松市ではみられなかった。

6. おわりに

本稿では、公共サービスの地域格差について静岡県を事例地域としてあげ、自治体の規模・財政の5項目と17の公共サービス項目を選んで、74市町村、21行政市、53町村、10の広域市町村圏、3つの地方生活圏間の地域間格差を把握した。その結果、74市町村間でみられる地域間格差は、広域な地域で公共サービスの水準を確保する行政的枠組みである広域市町村圏や地方生活圏で著しく緩和されていることが確かめられた。また74市町村間格差は、行政市21市間の格差よりも郡部間の町村格差の方が大きかった。公共サービスのうちでも、相対的に大きな地域間格差が存在すると思われる項目は、医療・教育・安全カテゴリーに多く属しており、病院数・病床数・消防署など施設を維持するための費用が大きく、しかも住民の利用頻度の小さい、いわゆる高次なサービスに該当した。

次に西遠地区・北遠地区広域市町村圏を事例として取り上げ、都市圏内における市町村間格差を詳細に分析した。小規模自治体から構成されている北遠地区では、ほとんどの人口当たりのサービス施設数では高い値を示しており、公共サービス施設が充足されていることが判明した。しかしながら北遠地区内では、自治体間格

差が大きいこと、施設数では把握できない公共サービスの質の違いが想像されること、高次なサービスを受けるために住民は長距離を移動する必要があることなど、北遠地区の公共サービスについてはさらに詳細な分析が必要である。

高次なサービスが集積している都市圏内の中心都市浜松市域内において、公共サービスの地域内格差の実態と背後に存在する住民の社会経済的屬性との関係を明らかにすべく、医療サービスへの近接性を事例として、基準メッシュを分析単位地域とした重回帰分析を行った。その結果、回帰式の決定係数は低いながらも、医療機関への近接性と一部の説明変量との間に有意な関係がみられた。特に、医療施設への近接性とブルーカラー就業率率には負の関係が働き、ブルーカラー就業率率が高い地区ほど、これらの近接性が低いことが明らかとなった。しかしながら、この関係は、これまで欧米の都市で言及されているほど強くはなかった。

静岡県、西遠・北遠広域市町村圏についての分析から明らかにされた市町村間格差、浜松市についての分析から明らかにされた地域内格差は、重大な社会的問題を引き起こすほどのレベルにはないと思われる。これは、第3章でも述べたように、わが国の地方財政制度に助けられて、財政力指数が小さく独自財政力を持たない自治体ほど、1人当たり財政歳入額・歳出額が大きく、人口当たり換算した公共サービス施設数は高い水準にあることと対応している。しかしながら、本稿で取り扱った公共サービスのうち、特に高次サービスと思われる病院数、病院病床数、高等学校数、警察署数などは、質的差異を考慮していないこと、分校・派出所を含んだ数字であることを考えると、広域市町村圏内の質的な市町村格差は、少なからず生じていると思われる。質的な格差については、今後の課題としたい。また近年、公共サービスの運営を民間に委託するプランがいくつもわが国政府によって提案されており、今後は公共サービスの地域格差が拡大する可能性がある。公共サー

ビスの地域的配分のあり方に関する研究は、今後いっそう重要になると思われる。

本研究は、科学研究費補助金基盤研究(A)10301007「情報化社会における地域産業・社会の階層構造変容と地域住民の生活変容」プロジェクト(代表:鎌田哲宏静岡大学情報学部教授)に参加して得られた成果である。また本稿をまとめるにあたっては、富田和暁大阪市立大学大学院文学研究科教授・林上名古屋大学大学院環境科学研究科教授から有益なコメントを得た。記して感謝の意を表したい。

所属* : 静岡大学情報学部情報社会学科

** : 静岡県富士宮郵便局

- 1) 住民が健康で文化的な最低レベルの生活を維持できるよう、個別の自治体の運営に必要な基準財政需要額が算定され、自治体の地方税収入(基準財政収入額)がそれに足りない場合には国から地方交付税が支給されている。またさまざまな公共サービスを提供するために必要な施設の建設には、国・都道府県からの補助金が支給されている(片桐・兼村・星野2000)。
- 2) 例えば、これまで全国に数多く存在し国民に第2次・第3次保健医療圏での中核的サービスを提供してきた国立病院も、統合化・廃止、都道府県・市町村への移管、民営化が進められ、わが国の縁辺地域では高度医療のサービス体制がゆらぎつつある。
- 3) 生活の質は「客観的指標」と「主観的指標」という2つの側面から把握することが可能で、「客観的指標」は住宅・道路・生活関連施設の水準という「経済的指標」と、生活の安全性、サービスや雇用への近接性などの「非経済的指標」からなり、「主観的指標」は住民の生活に対する満足度といった住民自身の評価などがある(関根1993)。
- 4) 基準メッシュはわが国の標準地域メッシュ・システムに基づくもので、一つの基準メッ

- シュの大きさは1.145km(東西)×0.924km(南北)である。
- 5) 後述するように、近接性得点を算出するための利用可能な医療施設とは、「総合・一般病院」では隣接の5kmの範囲、「診療所・開業医」では隣接の1kmの範囲とした。
- 6) 74市町村全体の平均値・標準偏差を用いて算出された「偏差値」をもとに平均値を算出した。
- 7) 吉田・鈴木・長谷川(1998)は、山形市を事例とした生活の質の計測に関する研究の中において、居住者の町丁目から利用する諸施設までの直線距離を算出しており、利用する総合病院までの直線距離を平均2.31kmと報告している。
- 8) 関根智子(1992)の盛岡市を対象とした研究で、近接性が「普通」のレベルの範囲は、内科医院までの距離が0.68kmとされている。したがって本研究では、注7)・8)に示した数字を目安にそれらを2倍した、総合病院・一般病院:5km, 診療所・開業医:1kmを利用しやすい範囲とした。これらの値は、マイカー保有率が高い現代では一見低すぎる数字と思われるが、小学校・中学校に通う子どもたちを部活動の合間に、仕事をもつ保護者が、医療施設の開院時間内に週に何日か通院させるためには、かなり妥当な距離であると思われる。
- 9) 重回帰分析では、静岡大学総合情報処理センターの統計分析パッケージSASシステムを用いた。

文 献

- 岩元和秋(1983):現代地方財政論,時潮社,467ページ
- 植野和文(1999):ライフスタイルの志向に注目した居住環境評価の構造分析,1999年度第34回日本都市計画学会学術研究論文集,pp.631-636

- 梶田 真(2001):1980年代以降における地方交付税の配分構造—長野県における配分構造の転換とその地域的影響,地理科学,vol. 56, pp. 21-35
- 片桐昭泰・兼村高文・星野 泉(2000):地方財政論, 税務経理協会, 226 ページ
- 加藤尚史(1991):生活の質の地域間格差,日本経済研究, no. 21, pp. 34-47
- 神谷浩夫(1995):岐阜県飛騨地方における地域保健医療サービスの供給,金沢大学文学部地理学報告, no. 7, pp. 25-31
- 黒田彰三(1992):地域開発の効果と居住地の環境の選択,専修経済学論集, vol. 27-2, pp.1-24
- 黒田彰三(1995):居住地の選択と公共施設への近接性に関する一考察,社会科学年報(専修大学社会科学研究所編), no. 29, pp. 206-184
- 佐藤 聖(1999):商業統計メッシュ・データを用いた大型店出店影響の定量分析,統計, vol. 50-5, pp. 22-27
- 島田千秋(1996):地方公共財の便益と住民の地域間移動,明治大学社会科学研究所紀要(明治大学社会科学研究所), vol. 34-2, pp. 305-313
- 杉浦真一郎(1997):広島県における高齢者福祉サービスと地域的公正,地理学評論, vol. 70A, pp. 418-432
- 関根智子(1992):近接性からみた盛岡市における生活環境の分析,地理学評論, vol. 65A, pp. 441-459
- 関根智子(1993):生活の質と生活環境に関する地理学的研究—その成果と展望—,経済地理学年報, vol. 34-2, pp. 27-44
- 関根智子(1994):生活環境に対する満足度の空間的変動とその規定要因—盛岡を事例として—,地理誌叢, vol. 36-1, pp. 1-8
- 西原 純・大川 緑(1986):長崎市における因子生態研究,長崎大学教育学部社会科学論叢, no. 35, pp. 25-40
- 林 上・新美陽子(1998):愛知県における救急医療サービスの空間的供給システム,経済地理学年報, vol. 44-3, pp. 165-186

- 森永武男・有馬隆文・萩島哲・坂井猛 (2000) : 生活利便施設の分布から見た生活環境に関する研究, 2000年度 第35回日本都市計画学会学術研究論文集, pp. 991-996
- 山崎 朗 (2000) : 広域圏計画の系譜と課題, 都市計画, vol. 49-3, pp. 5-8
- 山崎孝史 (1999) : アメリカ大都市圏の政治的分節化と公共選択論 — ティボー仮説をめぐって —, 成田孝三編『大都市圏研究 (下)』, 大明堂, pp. 232-253
- 山本佳世子 (1994) : 広域中心都市における広域中心性と生活環境についての研究 — 高松市・金沢市・仙台市を事例として —, お茶の水地理, no. 35, pp. 48-56
- 吉田朗・鈴木淳也・長谷川隆三 (1998) : 近隣環境における「生活の質」の計測に関する研究, 1998年度 第33回日本都市計画学会学術研究論文集, pp. 37-42
- 奇藤 昂 (1985) : 地理に役立つ既存のデータベース, 地理, vol. 30 3月増刊, pp.93-105
- ピンチ, S., 神谷浩夫訳 (1990) : 都市問題と公共サービス, 古今書院, pp. 91-106
- ハーヴェイ, D., 竹内啓一・松本正美訳 (1980) : 都市と社会的不平等, 日本ブリタニカ, pp.61-75
- ノックス, P., 小長谷一之訳 (1993) : 都市社会地理学 (上), 地人書房, pp. 306
- ノックス, P., 小長谷一之訳 (1995) : 都市社会地理学 (下), 地人書房, pp.147-216
- Clark, W. A. V. (1990) : Problems of integrating an urban society (in Hart, J. F. ed.: *Our changing cities*, Johns Hopkins), pp. 127-145
- Gaber, S. L. (1996) : From NIMBY to fair share : The development of New York City's municipal shelter sitting policies, 1980-1990, *Urban Geography*, vol. 17, pp. 294-316
- Friskin, F., Bourne, L. S., Gad, G. and Murdie, R. A. (1997) : Governance and social well-being in the Toronto Area : Past achievements and future challenges, Research Report 193, Centre for Urban and Community Studies, Univ. of Toronto, pp. 1-69
- Knox, P.L. (1978) : The intra-urban ecology of primary medical care : Patterns of accessibility and their policy implications, *Environment and Planning A*, Vol. 10, pp. 62-87
- Knox, P.L. (1982) : Residential structure, facility location and patterns of accessibility, (in Cox, K. and Johnstons, R. J. eds. : *Conflict, politics and the urban scene*, Longman), pp. 62-87
- Knox, P.L. and MacLaren, A. (1978) : Values and perceptions in descriptive approaches to urban social geography, *Geography and the Urban Environment*, Vol. 1, pp. 197-247
- Kuz, T. J. (1978) : Quality of life, an objective and subjective variable analysis, *Regional Studies*, vol.12, pp. 409-417
- Rogerson, R. J., Findlay, A. M. and Morris, A. S. (1989) : Indicators of quality of life : Some methodological issues, *Environment and Planning A*, vol. 21, pp. 1655-1666
- Tibout, C. M. (1956) : A pure theory of local expenditures, *Journal of Political Economy*, vol. 64, pp. 416-424