

## 25 年後の当事者を、いま誰が代弁するのか ―縮退する町に移住した都市計画技術者の問い―



野邊 孝男  
一般投稿論説  
(株)アイ・ディー・エー技術顧問  
技術士(建設部門)

土木学会誌 2026 年 5 月号特集に掲載された谷口守氏の論稿「生き物から学ぶまちづくり」は、都市を生命体に見立て、人口減少下の日本の都市を「生活習慣病」として診断する枠組みを提示した。とりわけ「都市ドック」という構想の「都市を定期的に診断し、病態を可視化して政策へ接続する」に、筆者は深い共感を覚えた。しかし読み終えて、一つの問いが残った。診断の、その先は誰が担うのか。そもそも縮小を扱う「コンパクトシティ論」と、消滅に向き合う「地域看取り論」は、完全に射程を異にする。両者を混同すれば、縮小の議論が、十分な検討を経ないまま終焉を正当化する論拠に転用されかねない。

本稿が問うのは、「消滅可能性自治体において、撤退や終焉を含む判断を誰がどう告げ、誰の同意を得て下すのか」である。

筆者は 2023 年より、群馬県多野郡神流町に移住している。南北を 1,000m 級の山に挟まれ、神流川に沿って東西に細長く伸びる、人口 1,421 人(2026 年 6 月)の谷あいの小さな町である。標高 300m 程度の川沿いに集落が点在し、可住地は限られ、その相当部分が土砂災害警戒区域や浸水想定区域と重なる。同町の 2050 年、すなわち現在からおよそ 25 年後の推計人口は 498 人。65%の減少である。中核都市であれば、一つの自治会にも満たない規模だ。この数字は政府機関が公表した公式の推計であり、診断書は存在する。

498 人の町で何が維持でき、何が維持困難になるのか。その輪郭はすでに静かに浮かび上がっている。本町では、医科および歯科診療も隣接市からの出張診療に支えられ、水道もダム取水の他、沢水・湧水等を水源とする小規模な町営給水施設が各集落に分散している。今後、各集落の人口減少が進めば、こうした生活基盤の維持更新に要する一人当たり負担は急速に重くなる。

処方の方角もまた、そこから導かれる。機能集約、インフラのトリアージ、広域連携による行政再編。そもそも本町は都市計画区域外にあり、既存の縮退ツールそのものが適用できない。

過疎対策立法の 50 年を辿れば、緊急対策・振興・活性化・自立・持続的発展と、時代ごとに最適な言葉が選ばれてきた。しかし「縮退」「撤退」「閉じる」という言葉は、一度も法文の表題に現れていない。

地域消滅に向き合う場合も、医療に例えれば、診断は終わり、処方の方向も分かっている。しかし患者への告知がなく、同意を求める手続きがなく、手術の承認を得る制度がない。違いは、その状態の取り扱い方にある。

人の生命と地域は同一ではないが、比べると、医療倫理におけるインフォームドコンセントの確立は、技術の発達と表裏一体で進んだ。生命維持装置の高度化により「生かし続けられること」と「生かし続けるべきか」が切り離され、倫理的問いが先鋭化した。かつて個々の医師の良心に委ねられていた終末期の判断は、1960 年代以降、倫理委員会・ガイドライン・法的整理を通じて、個人の判断から仕組みによる判断へと移されていった。

地方の消滅可能性自治体の縮退は今、同じ場所にいる。補助金・更新技術・再投資による「延命」が可能であるからこそ、「存続できること」と「存続すべきか」を切り離して問う必要がある。しかし、その判断を個人や個別自治体の良心と勇気に委ねるための原理も、仕組みも、現在の都市計画の側には用意されていない。

しかしここには、より根の深い問題が横たわる。同意を得るべき最重要当事者は、25 年後の未来に居て、判断すべき場に今居ない。つまり、現在の住民だけに同意を求めることは、未来の住民を同意プロセスから原理的に排除することを意味する。そしてこの判断を、数年の任期と現在の有権者への責任のもとにある政治に委ねることにも、制度上の無理がある。痛みは現在世代に集中し、結果は任期外の将来世代に現れるからである。

医療倫理は、意思表示できない患者に対して「代諾」や「事前指示書」という制度的応答を発展させてきた。完全な解ではないが、不在の意思をどう代表するかという問いへの一つの答えである。しかし、都市計画の側に、今、これに相当する装置は存在するか。

誰が、誰に、何を告げるのか。いまここにいない「25 年後の当事者」を、誰が代弁し、誰の同意を得て、この町の行く末を決めるのか。静かに閉じるのか、なお存続の道を探るのか、残された時間をどう使うのか。この問いを、都市計画哲学・倫理学・法制度設計の各領域に手渡す。告知は決して絶望ではない。それは選択の始まりである。