

「まちなか集積医療」の提言

—医療は地域が解決する—

Contents

総論	「まちなか集積医療」の提言	3
	小峰 隆夫	
各論		
第1章	超高齢社会と医療システムの未来の姿	19
	長谷川 敏彦	
第2章	医療サービスの地域配分に関する政策の評価	34
	中川 雅之	
第3章	「まちなか集積医療」： 医療資源の集積がなぜ戦略となりうるのか	46
	伊藤 由希子	
	BOX 自治体病院の経営方式と経営効率	60
	山本 清	
第4章	高齢者の医療の近接性と人口移動	64
	辻 明子	
第5章	「まちなか集積医療」の実現に向けた政策	79
	中川 雅之、豊田 奈穂	
	研究体制	97

総論

総論 「まちなか集積医療」の提言

小峰 隆夫

1. 今回の研究の独自性

医療問題が日本の経済社会にとっての大きな問題であることは誰も否定しない。そして、それが今後ますます大きな問題となりそうだと誰も予感し始めている。それだけに医療については、各方面から多くの研究、提言が行われている。こうした先行業績が多い中で、本研究は次のような点で独自性を持っている。

(1) まちづくりとの関係を重視

独自性の1つ目は、医療問題を地域との関連で捉え、両者を一体的に解決するという方向を示したことである。医療問題と地域問題には多くの共通項がある。

第1に、医療問題も地域問題も周辺領域が多く「学際的」な問題である。医療問題は、医師の養成と配置の地域別バランス、医療機関の立地問題など、地域と密接に関連しあう点が多い。一方、地域にとっても、地域住民への医療サービスの提供、増加する高齢者にとっての病院へのアクセス問題など医療は重要な関心事である。医療の解決のためには地域の視点が欠かせず、地域問題の解決のためには医療への配慮が不可欠という関係にある。

第2に、詳しくは後述するように、医療と地域はともに、今後変化する人口構成の変化を強く受ける。高齢化の進展は医療サービスへの需要を拡大させ、その給付と負担のあり方が大きな問題となる。また、全国的に人口減少が避けられない中で、特に人口が流出している地方部では、医療サービスの効率が低下し、高コストとなるため、放置していると、人口減少⇒医療サービスの非効率化⇒更なる人口流出という悪循環を招くことになる。人口減少が日本の経済・社会にもたらす問題は、医療と地域という側面に特に集約的に現れているのである。

こうした問題意識に基づいて、本研究では、医療機関の立地を工夫することによって、医療サービスの供給を効率化するとともに、地域を活性化し、医療問題と地域問題を一体的に解決していくことを狙っている。

(2) 経済的視点と計画的整備の視点を融合

独自性の2つ目は、経済的視点と計画的整備の視点を融合しようとしたことだ。

医療は、基本的には治療を必要としている患者（消費者）に医療行為というサービスを

販売するという経済活動である。要するに経済的にはサービス産業である。サービス産業には「規模の経済性」「集積の利益」が強く作用するという大きな特徴がある。本研究はこの点に特に着目している。

サービス産業に集積の利益が強く作用するのは、サービス産業が生産するサービスは、製造業のように1か所で製造して消費者の手元に届ける（または消費者の近くで販売する）ということができないからである。例えば、我々は、「映画を見る」というサービスを消費するためには、消費者自らが映画館という生産現場に足を運ばなければならない。すると、人口の少ない地域には映画館は立地しない。採算が取れるだけの観客を集められないからである。「高コストになる」と言い換えても同じことである。この場合、各市町村が「自分の地区にどうしても映画館が必要だ」として映画館を持とうとすると、全てが採算割れで共倒れになってしまう（または補助金が多額になって住民負担が増える）。この場合は、いくつかの市町村の集合体の中に1か所だけ映画館を作ればよい。周りの市町村の人々はやや移動コストがかかるが、共倒れになるよりはましである。

医療も同じである。医療サービスを受けるためには、住民が医療機関に赴く必要がある。すると人口密度が低い地域では、医療機関の側が十分な患者を集められなかったり、患者の側が遠くまで足を運ぶという不便を被ることになる。要するに高コストとなるのである。

医療の供給に「規模の利益」「集積の利益」が作用することは、本研究の中で行われた都道府県立病院のパネルデータ分析からも明らかにされている。この分析の結果によると、ある程度までは、病床数が多いほど、また地域の人口規模が大きいほど医療機関の収益性が高まるという結果が得られている。

この医療サービスにおける集積の利益問題は、今後の人口変化との関係で重大な問題となっていくだろう。高齢化の進展により医療サービスへの需要が増える一方で、地方の人口密度が低下する地域では医療サービスの提供が非効率なものになっていくからである。人が集中する傾向にある都市部では、ある程度自由なインセンティブに任せていても適切な医療サービスが提供されるようになる可能性が高いが、人口が流出している地方部では、計画的に医療供給体制の整備を行っていく必要があるだろう。

（3）医療経営のガバナンスの視点を導入

独自性の3つ目は、ガバナンスという視点から医療施設の整備や医療経営のあり方についての提言を行っていることだ。この医療ガバナンスの問題は2つに大別される。

1つは、個々の医療機関をいかに効率的に経営していくかという「ミクロのガバナンス問題」である。これが特に問題になるのは、公的に設立された医療機関である。公的な医療機関については、経営に対して公的な助成が期待できる場合には、予算の制約をそれほど強く意識しないという「ソフト・バジェット」状態になりやすい。本研究で行われた都道府県立病院についてのパネルデータ分析では、経営形態の選択によって経営効率が変わることが示されている。すなわち、都道府県立病院には、地方公営企業法一部適用の病院と全部適用の病院がある。前者は首長（この場合は県知事）が運営責任者となり、行政や議会に運営が委ねられているのに対して、後者は事業管理者が責任者となって、独自の人事権・予算執行権が認められている。この両者を比較すると、全部適用の機関の方が、経

営効率が良いという結果が出た。このことは、ミクロのレベルでガバナンスの形態を工夫することによって、経営効率を向上させることができることを示している。

もう1つは、地域ごとの医療サービスの供給体制をいかに整備していくかという点についての、いわば「マクロのガバナンス問題」である。日本の地域医療は、市町村を単位とし、身近な医療を提供する「一次医療圏」、複数の市町村を単位とし、一通りの一般的な医療行為を受けることができる「二次医療圏」、都道府県を単位とし、高度で特殊な医療も提供できる「三次医療圏」という3つの階層で整備が進められることになっている。

問題は、こうした圏域ごとの医療資源の配分・整備を誰が責任を持って実施するかということだ。一次医療圏（市町村）と三次医療圏（都道府県）は、地方自治体がそのまま管理主体となるので、ガバナンス上の問題は生じない。しかし、二次医療圏は、複数の自治体に関係するため、総合的に医療の機能、予算、病床を調整する主体が存在しない。

このため、本研究では医療関係者、保険者、行政機関、有識者、住民など多様なプレーヤーによる「ヘルスケア・ボード（仮）」を置くことを提案している。

2. 人口オーナスの進展と医療問題、地域問題

本研究では、医療問題と地域問題を統合的に解決していこうという姿勢を貫いているのだが、この2つの問題は、これからの人口の変化と密接に結びついている。ここでは、この問題を「人口オーナス」という概念で考えてみる。

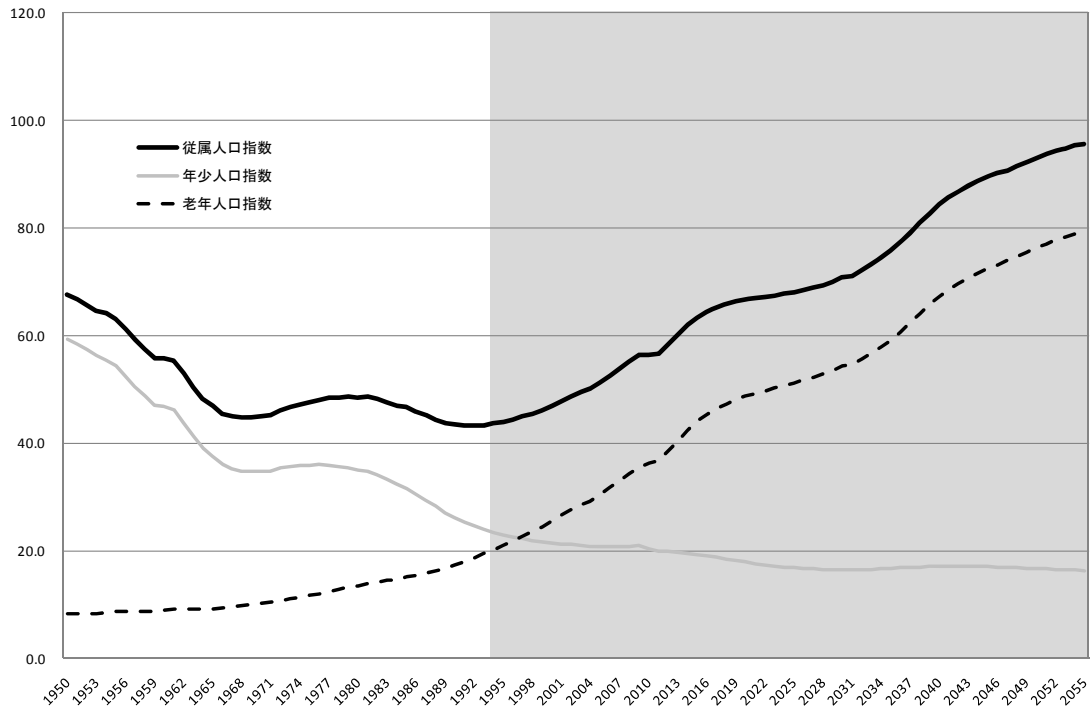
（1）人口オーナスの進展

長期的に今後の日本の経済・社会を展望したとき、何が最も大きな問題かと問われれば、多くの方は「人口問題だ」と答えるだろう。では、人口変化の何が最も重要なかと問われると、答は分かれる。ある人は「人口減少」、ある人は「少子化」、ある人は「高齢化」と答えるのではないか。それは「人口オーナス」だというのがここでの答えである。

「人口オーナス（onus は重荷の意味）」という概念は「人口ボーナス」の逆の概念として出てきたものである。人口ボーナス・オーナスという考え方は、従属人口指数という概念を使うと分かりやすい。人口を「生産年齢人口（15～64歳）」と「従属人口（14歳以下の年少人口と65歳以上の老年人口の合計）」に分けられる。従属人口を生産年齢人口で除いたものが従属人口指数である。生産年齢人口が働いて経済社会を支えると考えると、この指数は「働いている人と働いていない人の比率」を表すことになる。例えば、従属人口指数が50という社会は「働く人2人で働かない人1人を支える社会」であり、それが100であれば「働く人1人で働かない人1人を支える社会」だということになる。

「人口ボーナス」というのは、人口の動きが経済にプラスに作用する状態を示す言葉であり、従属人口指数が低下している局面がこれに当たる。従属人口指数が低下すると、人口全体の中で働く人の割合が高くなり、経済には追い風の状態になる。逆に、従属人口指数が上昇するのが「人口オーナス」である。従属人口指数が上昇すると、人口の中で働く人の割合が小さくなり、経済には逆風になる。

図表1 これまでの人口ボーナス、今後の人口オーナス



(注) 2010年以降は将来人口推計による。

従属人口指数 = (0~14歳人口 + 65歳以上人口) / 15~64歳人口 * 100

年少人口指数 = 0~14歳人口 / 15~64歳人口 * 100

老年人口指数 = 65歳以上人口 / 15~64歳人口 * 100

(出所) 総務省「人口統計」、国立社会保障・人口問題研究所「将来人口推計」により作成

図表1は日本の従属人口指数を示したものである。1950年から70年にかけては指数が低下しており「人口ボーナス」の時代であったことが分かる。これは、戦後のベビーブーマー世代が生産年齢人口に入っていく一方で、少子化が進展したためである。この時期は高度成長の時代である。日本の高度成長は人口構造の変化に後押しされたものだったのだ。

しかしこの人口ボーナス時代は長続きしない。新たに生産年齢人口に加わってくる人の数は減っていく一方で、かつて出生率が高まった時代に生まれた人々が次々に高齢者になっていくから、従属人口指数は上昇する。これが人口オーナスの時代であり、日本は1995年頃からこの段階に入っている。しかも従属人口指数は今後継続的に上昇していくことが確実である。我々は、今後長く続くであろう人口オーナス時代の入り口を入ったばかりのところにいることになる。

人口オーナスは、既に我々の経済社会に大きな影響を及ぼし始めている。典型的なものとしては、①人口に占める働き手の比率が下がることによる労働制約の強まり、②貯蓄取り崩し主体である引退世代の比率が高まることによる貯蓄率の低下、③保険金を支払う勤労世代の比率が低下することによる社会保障制度の破綻などがある。

人口オーナス論の特徴は、諸問題が「人口減少」という「総数」の問題ではなく、「人口の中で働く人の割合が小さくなる」という「構成」の問題だということを示す点にある。考えてみれば、人口が減っても、働く人の割合が不変であれば、1人当たりの豊かさには変化は

なく（1人当たり所得は変わらないから）、働く人の負担も増えない。この点は、後述するように医療問題を考える上でも重要なポイントとなる。

（２）人口オーナス下での医療問題

さて、このように考えてくると、本研究が取り上げている医療問題と地域問題は、人口オーナス下において日本の経済社会が直面する問題の典型例として位置付けられることが分かる。

まず医療費について考えよう。人口オーナス時代においては、勤労世代に対して引退世代の割合が高まる。この時、勤労世代がその時代の引退世代に給付金を払うという賦課方式の社会保障制度を維持していると、制度的に大きなストレスがかかる。これを解決しようとするれば、保険金を引き上げるか、給付を削るかいずれかの対応を取るしかないが、前者は勤労世代が、後者は引退世代が反対する。こうして人口オーナス下では、賦課方式の社会保障制度は大きな問題に直面するのである。

基本的には日本の医療制度はこれまでのところは、問題なく機能してきた。これは人口オーナスのレベルがまだ低かったからである。今後人口オーナスの度合いが高まってくると、日本の医療は大きな問題に直面する。

代表的な問題が医療費の増加である。1人当たりの医療費は、高齢者になるほど高くなる。その高齢者の比率が高まれば、必然的に医療費が経済に占める比率が高まることになる。ただし、医療費が増加することは当然の成り行きであるわけだし、そのこと自体が問題というわけではない。むしろ、人々が求めるサービス需要がそれだけ増えるわけだから、新たな産業、雇用機会が生まれることになるという点を積極的に評価すべきである。

問題はその費用を誰が負担するかである。現在の医療保険は、基本的には勤労者が保険料を負担している。すると、現在の医療サービス水準を維持しようとする、勤労者の負担が増えることは避けられない。

この負担の増加を少しでも減らすためには、医療の効率を高めることが必要となる。本研究で集積を通じて医療サービス供給体制の効率化を図ることを提案しているのはこのためである。

（３）人口オーナス下での地域問題と医療

次に人口オーナス下で地域がどんな問題に直面するかを考える。前述のように、人口に占める労働力人口の割合が低下していく「人口オーナス」の時代には、①労働力、貯蓄の減少によって潜在成長力が低下し、②勤労世代と引退世代のバランスが崩れることによって年金、医療、介護などの社会保障システムが危機に瀕することになる。全く同じことが地域ベースでも起きる。というより地域の方が問題は深刻かもしれない。

この時問題になるのは、人口構造の変化は、地域ごとに大きく異なるということだ。これは、①出発点の人口構造が異なっており、②出生率、平均寿命などが地域によって差があり、③さらに人が地域を移動するからである。具体的に考えてみよう。国立社会保障・人口問題研究所は、2006年12月に「日本の将来推計人口」を発表したが、これに基づい

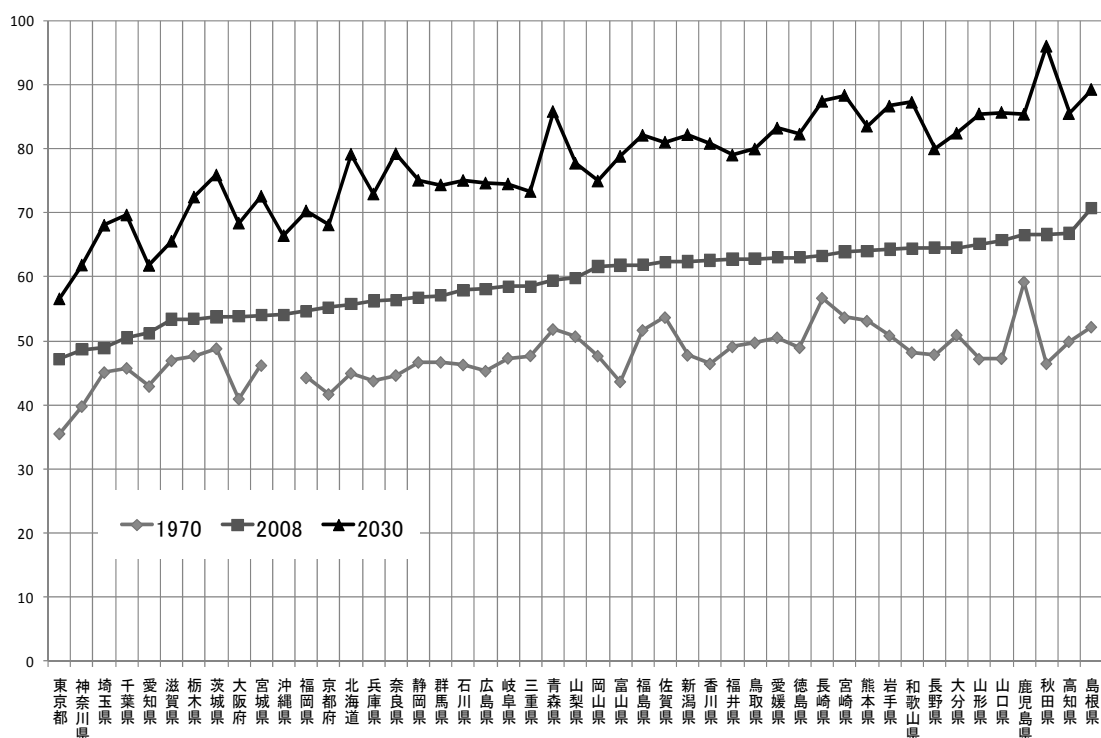
て、2007年5月に「日本の都道府県別将来推計人口」を発表している。その推計結果によると、①すべての都道府県で人口が減少する、②ただでさえ人口の多い都市部では人口がそれほど減少せず、ただでさえ人口の少ない地方部でさらに人口が減る、③生産年齢人口の割合が低下するが、その度合いは地域によって異なる、④全地域で高齢化が進展するといった結果が示されている。この結果を使って、従属人口比率を2008年時点の順番で都道府県別に並べたものが下図である。これを見ると、次のようなことが分かる。

①人口オーナス度の低い都道府県ほど都市部の発展地域が多く、人口オーナス度の高い県ほど地方部で相対的に経済発展に後れを取っている地域が多い。

②いずれの地域も1970年⇒2008年⇒2030年と進むにつれて、人口オーナスの度合いが高まる。日本全体で進行する人口オーナス現象の流れを免れる地域は存在しないということである。

③過去、現在、将来と人口オーナスの順番に大きな差は生じない。つまり現在人口オーナス度合いが高い地域は、将来も相対的に高い状態が続く。

図表2 従属人口指数【(年少人口+老年人口) / 生産年齢人口】の都道府県別推移



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」により作成

こうした人口オーナスは地域の人口格差を自己増殖的に拡大させる可能性が高い。まず、人口オーナス度合いの小さな地域ほど経済の活力が大きく、さらに生産年齢人口を引き付けることになりやすい。一方、人口オーナスの度合いが大きな地域ほど経済活力が乏しいため、人口が減少しやすくなる。この「生産年齢人口が移動する」という点が、国レベルの人口オーナス問題と地域の人口オーナス問題の最も大きな差である。

こうした人口オーナス下での地域構造の変化は、医療問題に大きな影を投げかけることになる。

第1に、人口オーナスの度合いの大きな地域ほど高齢者の比率が高いから、医療サービスへの需要が増える。当然そのための負担も増える。この時重要なことは、高齢者に比べて働く人の割合が全国以上に低下するから、勤労者の負担も大きくなることだ。いうまでもなく医療費は全てが地域別に負担されているわけではなく、地域別の所得再分配もあるから、人口オーナスの度合いがそのまま医療費についての受益と負担の比率を示すことにはならない。しかし、例えば、後期高齢者医療制度は市町村でつくる広域連合が運営しているし、公的医療施設を地域の財政負担で作る必要があるといった場合には、人口オーナスがそのまま地域住民の負担となって跳ね返ってくることになる。

第2に、前述のように、医療サービスの供給には「集積の利益」「規模経済性」が作用するから、地域における人口減少は医療サービスの供給を非効率にする。人口オーナス時代における地域医療問題は、特に地方部の人口減少地域において顕著に現れることになるのである。

3. 提言を支える4つの基本的な問題意識

本研究では、以上のような視点に基づいて、分析、政策提言を行っている。具体的な中身については、後述の要約または本文を見ていただくこととし、ここではこうした諸提言の底に流れる4つの基本的な問題意識について述べておきたい。

(1) 現代の医療は転機に直面しており、「医療の構造改革」が必要である

第1の問題意識は、日本の医療が大きな転機に直面しており、いわば「医療の構造改革」が必要だということである。

日本の医療はこれまで諸外国に比べても、比較的良好なパフォーマンスを示してきた。医療費が経済全体に占める比率は先進国の中では低水準の方であったし、国民はどこに住むかにかかわらず、ほぼ同じ負担で比較的質の高い医療サービスを受けてきた。しかし、医療を取り巻く諸環境が変化する中で、これまで通りの医療システムを維持することは難しくなっている。

こうした環境変化の例としては、次のようなことがある。

第1は、前述の人口オーナスの進展だ。現在はまだ人口オーナスの度合いが低いから、人口ボーナス時代に作ってきた医療システムが一応は機能し続けているが、人口オーナスはこれから本格的に進行するので、医療にはますます強いストレスがかかることになる。

第2は、高齢化は医療ニーズを量的に増加させるだけではなく、その内容を質的にも変化させるということだ。例えば、高齢者の場合は、転倒して骨折して入院している間に心臓の機能が衰えるなど、複合的な治療が求められる。こうした要請に応えるためには、住民に近接した場所でのコンパクトな医療サービスの供給体制が必要となるだろう。

第3は、財政制約の強まりである。医療は生活していくうえで不可欠な住民サービスと

して、できるだけ平等にかつ安価に提供されるべきだとする考えが強い。そのためには公的資金の投入がどうしても必要となる。しかし今や日本の財政は、先進諸国中最悪の状態であり、歳出の一段の削減が必要とされている。負担を増やした上で医療への歳出を維持するという道もあるが、その場合であっても医療費の合理化は大前提となるから、従来型の公的支援は次第に期待できなくなるだろう。

こうした従来型の医療システムと医療を取り巻く諸環境の変化の間に生じている「ズレ」は、公立病院の閉鎖、救急患者のたらい回し、医師・看護師の疲弊、小児科医の不足などいくつかのほころびとなって既に顕在化し始めている。

現状を放置していると、こうしたほころびはますます拡大することになるだろう。

(2) 医療を経済の視点で見直してみることが必要である

第2の問題意識は、日本の医療をもっと経済の視点で見直してみることが必要だということである。

本章の最初で、この研究では経済的な視点と計画的整備という視点を融合させようとしていると述べた。しかし、これまでの医療についての考え方は、どちらかというと公的介入・計画的整備の方に力点が置かれていたように感じられる。

これは、多くの人にとって「医療は人命にかかわることだから特別だ」という意識が強いため、医療を経済行動と捉える見方には抵抗感を覚えるからであろう。

確かに医療は特別に重要だという気持ちは良く分かる。だからこそ多くの発想は、まず「医療は特別なもので、質の高い医療が、全国民に等しく供給されるべきだ」と考え、次に「しかし医療サービスの効率的な供給のためには、経済的なインセンティブなども織り込んでいく必要がある」と考える。しかし、医療問題の本質を考えるためには、ここで一度発想を逆転させてみることも必要なのではないか。つまり、まず「医療も普通のサービスの販売である」「病院も普通のサービス産業である」という「医療行為は普通の経済活動だ」という視点で医療を考え、その後「しかしそうは言っても、やはり医療には普通の経済行為とは異なる特殊な側面がある」という具合に考えを補って行くのである。

前述の、医療には集積の利益が強く働くということも、医療を普通のサービス産業として考えれば当然導き出せる結論である。この他にも、「医療も普通の経済活動だ」という視点で見ると、例えば、次のような考えを導くことができる。

①価格が上がればサービスへの需要は減少して供給は増加し、価格が下がれば需要は増えて供給は減少する。同様に報酬が多ければ人は集まる。すると例えば、特定の医療行為が行われにくい場合（例えば、産婦人科医の不足）や、特定の地域で医師不足が起きる場合（例えば、過疎地）は、そうした医療行為への報酬を高めればよいという結論が得られる。また、例えば、大病院でのコンビニ受診を防ぐには、大病院での紹介のない軽度の医療行為の価格を引き上げればよいという結論が得られる。医療は特別だという意識が強すぎると、こうしたインセンティブを活用した解決策を工夫する余地が狭められてしまう。

②需要が生まれれば、それによって新たな産業、雇用機会が生まれ、経済が活性化する。すると、例えば、高齢化に伴い医療サービスへの需要が大幅に増えるということは、新たな産業と雇用が生まれるということなのだから、適切な負担の下で医療サービス需要を伸

ばしていけば、医療がこれからのリーディング産業になるという考えが導かれる。医療が特別だという発想が強すぎると、「医療行為を厳しく監視する」「医療費を抑制する」という側面が強調されてしまい、新たなリーディング産業への芽が摘まれてしまいかねない。

③公的な助成があるとモラルハザードが生まれる。例えば、病院の存在は重要だと考え、病院経営を公的に助成すると、効率化の必要性への危機感が足りなくなり、経営の非効率性が温存されてしまう。また、誰でも安価で質の高い医療サービスを受けられるようにと、医療費を公的に助成すると、患者の側にモラルハザードが発生し、過剰な需要を生み出してしまうことになる。

医療問題を効率的に処理していくためには、こうした経済的発想を活かしていく余地は大きいのではないか。

(3) 医療とまちづくりを融合させたビジョンが必要である

第3の問題意識は、医療とまちづくりを融合させたビジョンが必要ということである。前述のように、今後日本の経済社会が「人口オーナス時代」を迎える時、医療にも地域にも人口面から大きなストレスがかかる。すると、この2つを同時に解決できるような方策があれば非常に効果的だということになる。

その1つのアイデアとして本研究から提案されているのが、「まちなか集積医療」である。これは、特に計画的な医療サービスの提供体制が必要となる地方部において、医療機関をまちの中心部に配置することにより、医療サービスの効率的提供と、地域の活性化を同時に実現しようという発想である。「まちなか集積医療」の考え方は、次のような考察から導き出されたものである。

第1に、人口オーナスが進展する中で、人口が集積する都市部では、需要が増える一方で、医療サービスの供給が効率的になるため、基本的には自由な市場メカニズムを使えば、自然に医療施設が整備され、住民も質の高いサービスを享受することができる。しかし、人口が大きく減少しがちな地方部では、自然のメカニズムに任せていると、医療サービスの高コスト化が進み、住民の福祉水準は低下してしまう。

そこで、計画的に市街地の中心部に医療機関を整備すれば、効率化によって医療コストは下がるし、住民にとっても利便性が高いはずだ。

第2に、各地方都市では、中心市街地の空洞化が深刻な問題となっている。人口減少、モータリゼーションの進展などによって、従来の商業施設が成り立たなくなっているからだ。こうした事態に対して、多くの地域では、商業施設がなくなることによって空洞化が生じているのだから、何とかして商業施設を再び立地させようという方向で考えがちとなる。

しかし、そもそも商業地としての有用性が低下したからこそ、空洞化が生じたのだから、商業施設を回復することは最初から大きな困難がある。そこで、商業施設以外で人が集まるような施設を作るという方策が考えられる。本研究では、その代替施設として医療機関を考えてはどうかと提案したわけである。

こうした考えはすでにいくつかの地域で実践されており、秋田市、青森市、酒田市、郡山市、岐阜市などでは、中心市街地に医療施設や高齢者施設を誘導するということが行わ

れている。

(4) 住民サイドの対応も不可欠である

第4の問題意識は、住民サイドでもこれまでとは異なった対応が不可欠になることである。

医療に係る諸問題の解決について議論する時、通常は、医療サービスの需要者、住民の側の意識や態度、現状は所与として議論されることが多い。しかし、住民サイドにも対応すべき点は多い。

まず、医療問題への認識を深める必要がある。日本の医療問題が難しいのは、多くの諸問題が「これから問題が深刻化する」というものであることだ。高齢化による医療費の増大も、人口減少に伴う地域医療の崩壊も、問題が本格化するのはいずれのことだ。しかし、多くの人々は現在の状況しか具体的に思い浮かべることができないので、問題の深刻さをなかなか理解することができない。住民が問題を十分できなければ、その意向を受けた首長、議会の取り組みも不十分なものとなる。最初にこうした「マクロレベルの情報の非対称性」を是正する必要がある。

「人々が住んでいる場所そのままとして考える」という前提も見直す必要がある。本研究が提唱する「まちなか集積医療」が実現し、医療施設の集積が実現すると、一部の人々にとってはアクセスが不便になることを覚悟しなければならない。これに対処するには、交通手段を充実させるということが必要となるが、更に進んで、住民が居住地を移動することも考えていく必要がある。逆に、特に高齢者住民が弾力的に居住地を移動できるような環境が出来ていけば、医療施設の集積も実現しやすくなる。

しかし、高齢者は持ち家比率が高く、その処分が難しいことが住居の移動を阻んでいるという面がある。こうした点については、中古住宅市場の整備などによって住宅の流動性を高めることが有効な手段になるだろう。

住民に医療サービスを合わせるのではなく、住民が医療サービス供給体制に合わせて住居を選択していくことも必要となるのである。

各論要旨

第1章 超高齢社会と医療システムの未来の姿

近年、突然現れたように見える日本医療システムの不全の原因は、ここ数十年の世界的な医療の標準化、システム化の流れに対応してこなかった「日本の医療システムの適合不全」によるものである。

同時に、我が国は人類未曾有の超高齢社会に人類史上最初に直面しており、医療モデルの転換に迫られている。複数の疾病をもつ高齢者が必要とする医療は、急性期ケア、回復期ケアなどの各種ケアを連続、継続して提供するネットワーク化した「患者中心の医療」である。

こうした「医療崩壊、病院崩壊」の現状、そして未来の「超高齢社会」をみても、鍵となるのは医療連携による医療システムの再構築である。地方中小都市の病院機能を集約化し、医療界の中だけではなく、地方都市での医療を軸としたまちづくりなど具体的で斬新な実験が必要である。

第2章 医療サービスの地域配分に関する政策の評価

現行の地域医療計画のような地域レベルでの需給ギャップの解消を直接図る政策は、少なくとも短期的には有効に作用していない場合があり、地方財政に大きな負荷をもたらしてきた。ここでの基本的政策の方向性は、供給超過地域である大都市地域では、需給調整を基本的に市場に委ねる一方、需要超過地域である地方都市では、公的な医療サービスの直接供給よりも、医療供給の効率化を図るための空間的な制御を行うというものである。

具体的には、地方都市では、都市計画サイドとの連携の下、都市の中心部に医療集積を形成する。その場合、医療サービスへのアクセスを確保するインフラ整備や、長期的に都市サービス供給に関するコミットを行った上で、中長期的な人口移動を誘導する政策が必要となる。

これは、「全ての地域の病院が配置されている地域構造」から「特定の地域に集積された医療施設とネットワークによりアクセスを確保した地域構造」への転換を前提とした新しい政策スキーム、「まちなか集積医療」である。

第3章 「まちなか集積医療」：医療資源の集積がなぜ戦略となりうるのか

「まちなか集積医療」の目的は、複合的な疾患を抱えた高齢期の住民に、地域の中でトータルケアを完結させることにある。これを、医療不足問題を抱える地方都市で実現させるためには、地域の中での病院の機能分担によって医療資源を効率的な活用を図ること、医療を中心としたまちづくりにより地域自体を活性化させること、そして、市町村単位ではなく、より広域の地域単位（市町村の連合や都道府県）で行政と病院が連携することにより全体最適となる医療サービスを目指すことが必要となる。

では、大きな変革ともいえる「まちなか集積医療」はどれだけのメリットを地域医療にもたらすのだろうか。分業によるスケールメリットの効果を都道府県立病院について行っ

た実証分析では、病床規模が大きいほど経営効率が高まり、最も経営効率が高い500～599病床の規模では、収支比率が20～99病床を基準として約20%高いことが確認された。また、運営形態に自由度が高まることで、収支の改善にもつながることが示唆された。

しかし、重要なことは、集積とネットワーク構築による最大の受益者は住民である点だ。コストの大幅削減に加え、より質の高い専門医療、医療の選択の範囲の拡大が可能となる。また、医療が集積することで、中心市街地の人口密度が高まれば、他のサービス産業の活性化につながり、さらに、行政サービスの長期的な安定性という意味でもプラス効果が発揮されることが期待されることも強調したい。

第4章 高齢者の医療の近接性と人口移動

医療機関の集積によって、医療サービスへのアクセスが遠くなる地域が生じる可能性がある。この点を解決するためには、住民の転居を促すことが必要となる。

現状でも、高齢者の医療機関への距離的近接性は地域によってばらつきがあり、人口規模の小さい自治体・医療圏ほど不便なところに住む高齢者の割合が高い。また、健康状態の悪い高齢者は、虚弱化したときには転居したいという意欲を持っており、また、居住地の選択にあたっては医療サービスが受けやすい場所であることを重視している。従って、医療ニーズの高い高齢者が、医療アクセスの低下を補うためにまちの中心部に転居するという方法は有効な策である。

しかし、持ち家の高齢者の転居意欲、及び実際の転居率も低い状況にあり、住宅を所有していることが、転居コストを高くし、転居を阻害している可能性がある。これを克服し、高齢者の転居費用を引き下げるために、リバースモーゲージや家賃債務保証制度等の資金調達スキームを一層勧める必要がある。特に、良質な住宅ストックを積み重ねることによって良質な中古市場を形成することは、資産リッチな高齢者が持ち家を活用して現金化することに寄与し、転居費用につながるだろう。

さらに、現行の新築持ち家に有利な住宅制度を改めて、中古住宅や、賃貸住宅に居住することに対する政策も充実させるべきだろう。

第5章 「まちなか集積医療」の実現に向けた政策

政策提言1 新しいまちづくり政策：20年後の将来を描く都市ビジョンの活用

従前の市町村単位、規制を中心とした政策から、対象地域の広域化、柔軟性のある都市ビジョンの策定へと転換する。

<具体的な施策>

- ①市町村単位の都市計画・都市施設整備の実施体制を、都市圏単位に拡大する。
- ②民間の開発行為の禁止等、強い公的関与により維持される従来の線引きを見直し、特定の都市ビジョンの下でのインフラ整備や、都市サービス提供への公的支援のコミットメントとしての「都市サービス境界」を設定する。
- ③都市サービス境界内では公共部門が公共施設の整備・管理に責任をもつとともに、境界の外においては、インフラ費用の負担を前提とした民間事業者による自由な開発を許容し、市場の動向を都市ビジョンに反映させる。

政策提言 2 まちづくりと医療政策の融合：求められる中心市街地における医療集積質の高い医療サービスの効率的提供と地域の活性化を同時に実現するために、医療をまちの中心部に配置する。

<具体的な施策>

- ①二次医療圏を単位に、まちづくりと医療政策を一体的に進める。
- ②まちなかに病院、高齢者住宅、介護施設などのクラスタリングを促進するため、病院の現地建替え、商業施設からのコンバージョンなどを促進する事業制度、これらの施設の立地を促進するための税制上の支援措置などを講じる。
- ③都市サービス境界以遠の空間においては医療サービス供給に関する公的関与から中長期的に撤退する。
- ④「まちなか集積医療」へ道路、公共交通機関などを介してネットワークとしてつながり、アクセスを確保できる空間を特定し、住民に対して周知する。

政策提言 3 人口移動の円滑化：住民も転居する時代へ

医療へのアクセスが低下する人々が、居住地を弾力的に移動できるような環境を整備する。また、転居を妨げている持ち家住宅の流動性を高める。

<具体的な施策>

- ①住宅履歴情報など、中古住宅の品質情報の蓄積を一層進めるとともに、修理・改築の履歴の記録を義務づける英国の Home Information Pack 法を参考にし、売買時の品質情報の質と量を充実させる。
- ②住宅価格インデックスなど、担保を設定した建物価格のマクロな変動を金融機関や投資家が観察し、それを評価しうる金融インフラの導入を行う。
- ③定期借家権の普及や、移住・すみかえ支援機構のように高齢者の持家住宅の賃貸化を促進する施策の一層の充実を図る。

政策提言 4 まちなか集積医療のガバナンス：「ヘルスケア・ボード（仮）」の創設

二次医療圏域における医療資源の効率的配分・整備を、責任をもって行う組織を構築する。

<具体的な施策>

- ①まちなか集積のネットワークに参加する病院間の調整やマネジメントを行うための組織である「ヘルスケア・ボード（仮）」を創設する。「ヘルスケア・ボード」は、医療関係者、保険者、行政機関、有識者、住民など多様なプレーヤーから構成される。
- ②まちなか集積の病院ネットワークに属するインセンティブとして、補助金の支給、減税、診療報酬加算などを実施する。
- ③都道府県は、医療サービス提供の最終責任者として、市町村間の調整を含め、戦略的な医療計画の作成、モニタリングの実施等を行う。
- ④広域的なまちづくり政策を推進する協議機関は「ヘルスケア・ボード」と連携し、20年先の将来を見据えたまちづくりと医療政策の融合を図る計画の策定、実施を行う。

各 論

第1章 超高齢社会と医療システムの未来の姿

長谷川 敏彦

1. はじめに

ここ数年日本のマスメディアでは、「医療不信」「モンスターペイシエント」「医師不足」「医師の立ち去り型サボタージュ」「看護師のワークアウト」「患者たらい回し」「病院崩壊、医療崩壊」等、医療をめぐる負のイメージのキーワードが飛び交っている。

これは、日本の医療システムの不全を示す兆候で、不全は「患者と医者レベル」「病院内の専門職間のレベル」「病院間即ち地域のレベル」の各層に及んでおり、それらが積み重なり互いに関係してシステム全体の不全を生み出しているといえよう。言い換えると、今日本の医療は大きな転換期を迎え、これらの現象は転換に伴う軋み音なのかも知れない。

これらの兆候の直接の契機としては、この間の「医療制度改革」とりわけ 2004 年に新たに導入された大卒後 2 年の医師研修が取り上げられてきた。しかし、背景には患者の在院日数の短縮による労働密度の強化や、職種間や病院間の専門性の曖昧な日本特有の医療システムの特性等、構造的な問題が存在している。

加えて日本は、世界に先駆けて高速で超高齢社会に突入する。超高齢社会の医療負担は、量的にも質的にもこれまでに類を見ない。超高齢社会は、人類が未だ経験したことがない新しい社会である。日本はそこに 1 番乗りで、結果の如何を問わず新たな社会創りの実験国家としての役割を担っている。欧米が、アジアが、特に東アジア諸国がパイオニアとしての日本の去就を、固唾を飲んで見守っている。医療界は超高齢社会の中核インフラを担う部門となる。医療再構築の成否が社会構築の成否の鍵を握っていると言えよう。

結論を急げば、今医療崩壊、病院崩壊が、そしてまちそのものの空洞化が進む地方中小都市をもう一度、「病院機能を集約化」し、「医療システムを再構築」することにより再活性化することが新たな社会創造への一歩となりうるのではないだろうか。

本章ではまず今短期的に起きている「医療崩壊、病院崩壊」の現状と原因を歴史的に分析し、次いで日本が突入する「超高齢社会の医療」を展望することにより「医療システムの未来の姿」を想定したい。これらの検討を踏まえて、新たな医療連携のあり方と地域での具体的な形態について考察したい。

2. 医療崩壊、病院崩壊とその再構築

(1) 立ち去り型サボタージュと病院崩壊

日本の医師不足は病院を中心に深刻で、30代後半の働き盛りのミドルマネージャーが突然立ち去る「立ち去り型サボタージュ」や1人、2人辞めてももっていた診療科が4～5人辞めると、一挙に全員辞めてしまう「ドミノ型崩壊現象」に特異的に現れている。当初、小児科や産科の現象であったのが内科・外科へと移り、とりわけ各専門内科が崩壊すると連鎖で関連外科の仕事がなくなり、院内ドミノの発生をみている。更に1地域内の1病院で院内崩壊がおきると次の病院に患者が殺到し次の病院が崩壊するという地域ドミノ現象さえ巻き起こしている。

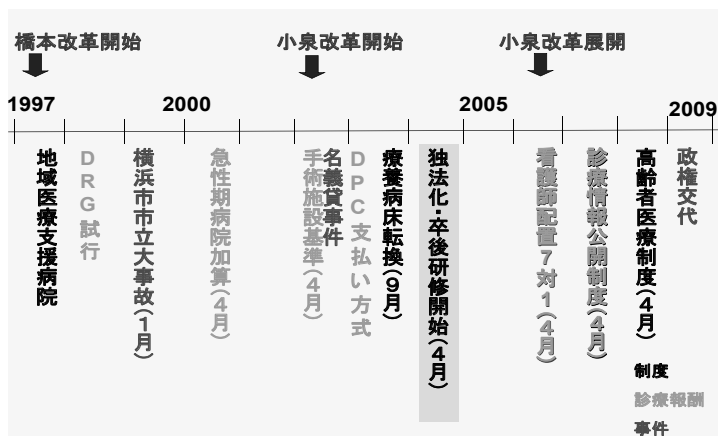
これらの現象の原因は単純ではなく、契機や背景、遠因や直接原因など複雑に絡み合い、理解とその対応には問題を構造的に捉える必要がある。

「直接の契機」は2004年に導入された医師の卒後初期研修制度にあるように思われる。1年で8,000人、2年で1万6,000人の研修医、すなわち病院医師の約10%の労働力が突然市場から消え、医学部が8年制となったのと同様の結果となり、短期的だが急激な医師不足をきたした。その影響は特に地方の大学に顕著で、多くの病院で各診療科の人事配給能力が失われた。

実はその「背景」に、医師団塊の世代、すなわち戦中前後に卒業した軍医のかたまり、3万～5万人がこの5～10年間に退職しつつあり、医師労働市場に不均衡が生じていたことがある。

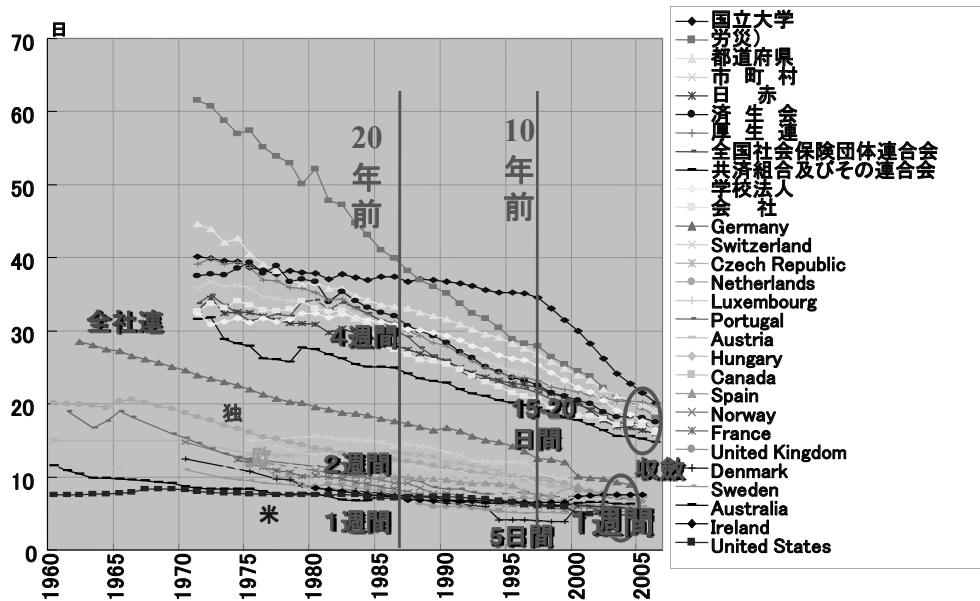
さらに、ここ十数年に渡る病院の経営環境の大きな転換があった。この間、急性期病院では制度改革や診療報酬による政策誘導（図表 1-1）と経営環境の競合に対応した経営効率化のために平均在院日数が急速に低下したが（図表 1-2）、病床当たりの人的投入は諸外国に比してもあまり増えておらず、労働負荷は増加している。加えて、訴訟リスクの増加と共にインフォームドコンセントの複雑化、医療費逼迫に伴い説明を求める保険請求関連

図表 1-1 政策と事件の歴史的経緯



(出所) 筆者作成

図表 1-2 平均在院日数変化 1985-2006 年：日本（急性病院グループ）と日本



(出所) OECD Health Data、厚生労働省「医療施設調査」

書類の増加など非医療労働の増大があり、実際の雑務や負担感が増えていた。

最後に、行政や院長の「想定外の要因」として、若年代の労働観の変貌がある。上述の労働環境の変化と共に若年の医師を中心にワークライフバランスの変化があり、また負担と報酬のバランスから考えると訴訟リスク等の負担の増大で、離職が進んでいる。これには更なる進行が予想される。

これらの状況を勘案し、最近の研究成果を踏まえると、病院経営環境の大きな変化と共に急性期病院の機能は大きく分化して変容し、いわゆる「病院経営のパラダイムシフト」が進行している。つまり変化は量的に負担が増大するだけでなく、質的にも大きく転換し変化への適応が求められている。かつて存在した牧歌的病院が崩壊したのである。

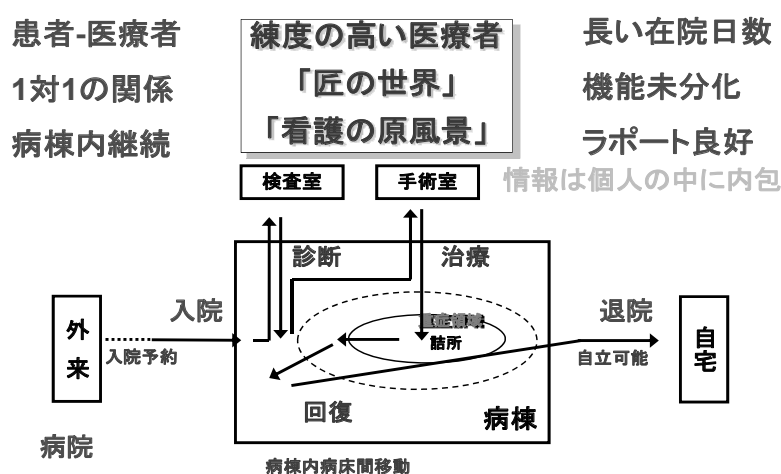
実は、平均在院日数減少も諸外国に遅れて同様の減少を示しており（図表 1-2）、インフォームドコンセントも医療保険への対応も、社会の観点からすれば必然で、日本も世界標準に近づいたとも言えよう。医療システムを規定する医療法も 1948 年以降還暦を迎え、これまでの病院システムを支えてきた文化も時代と齟齬を来たしている。今、医療施設間の役割を、根本的に考え直し、迫り来る人類未踏の超高齢社会に対応できる医療システムを設計しなければならない時代に来ているのではなかろうか。

(2) 匠の個人芸から病院システムへ

急性期ケアと長期ケアの施設の機能分化を目指して、導入されてきた数々の政策、例えば医療法改正による病床の定義、診療報酬による誘導、介護保険の導入は施設間の機能分化のみならず、施設内での機能分化に影響を及ぼした（図表 1-1）。とりわけ平均在院日数

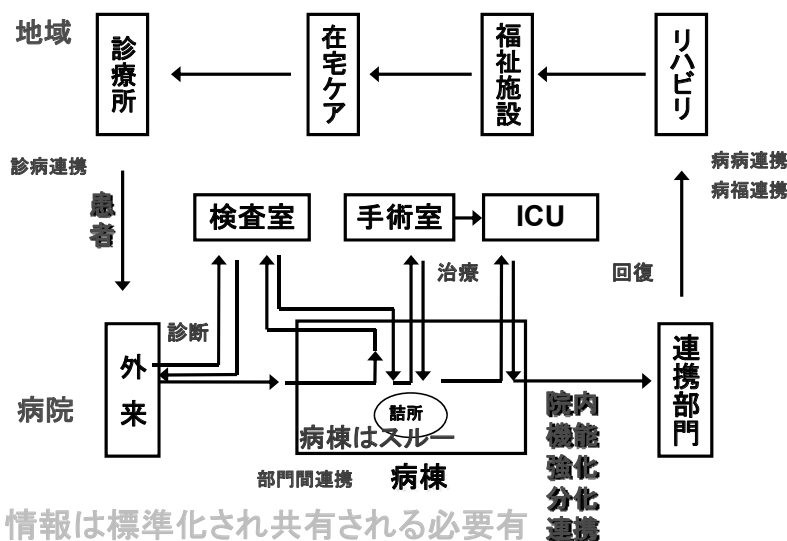
の減少は急性期病院が担うべき機能に大きな変化をもたらした（図表 1-2）。実は日本の場合、急性期病院においても機能は未分化で、1つの病棟内に重症の急性期ケアを要する患者と、術前、末期、場合によっては長期ケアを要する看護度の低い患者が混在していた。従来、日本の病院は病棟を中心に医療が行われ、練度の高い匠、すなわち比較的広範な診療機能を持つ医師が、気心の知れた看護師と阿吽の呼吸でチームを組み、診断から治療、治療から回復までの過程をすべて入院で行い、セルフケアが可能となって退院させるという形態で行われてきた（図表 1-3）。現在と比べると以前は在院経過が長く、患者との信頼関係も築きやすく、看護師等院内のコメディカルとのコミュニケーションをとるゆとりもあり、事故や訴訟も少なく、比較的高い質の医療が提供されてきたのではなかろうか。

図表 1-3 従来の入院医療の過程



(出所) 筆者作成

図表 1-4 新たな医療の過程

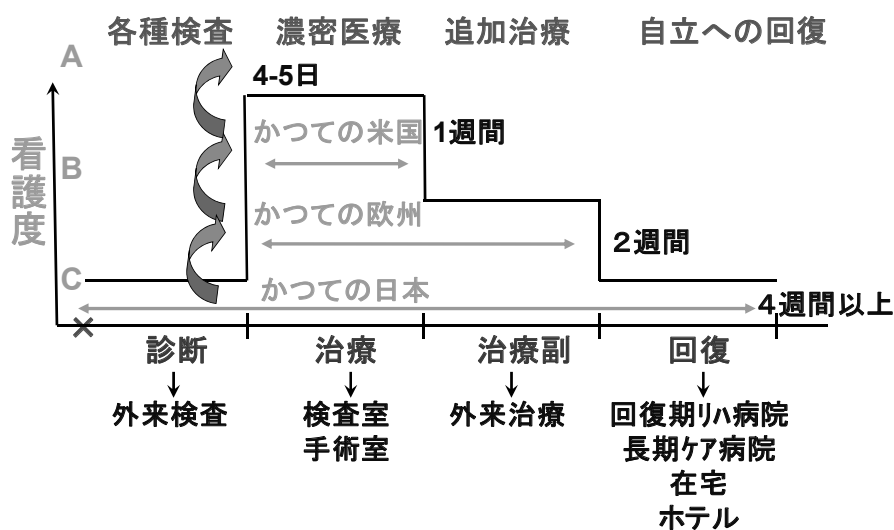


(出所) 筆者作成

一方、機能は極めて未分化で共有する医療情報も診療録が標準化されておらず、個人のメモに過ぎないとの批判も聞かれた。とりわけ指示から指示受け、執行確認のプロセスも個人個人に負うところが多く、場合によっては看護師の手のひらが用いられ、標準化されておらず点検が出来ないケースも見られ事故に繋がる場合もあった。それを個人の努力や経験でカバーしてきたといえよう。ところがいまや在院日数の短縮により、診断は外来、治療は処置室・手術室、そして必要に応じてICU、ハイケアユニットに治療の場所自身が移動し、病棟は通過するところとなり、治療が終了すると回復を待たず退院するという病院そのものの機能に変化が生じ、かつ院内の種々の様々な部署にも機能の分化と分担が生じた(図表1-4)。

急性期病院の在院日数を米・欧・日本で比較すると、米は既に数十年前からほぼ1週間であり、胆嚢摘出手術を例として想定すると、手術並びに術後の濃厚治療の部分のみ患者を入院させ、つまり、手術の前日に入院させて抜糸後に退院という経過をとっている。欧州は約2週間である。ところが、日本はかつて2週間前の術前1週間、回復期まで含めて術後3週間と4週間であった。今日、日本は欧州に、欧州はかつて1週間の米国に、米国はさらに半分の4~5日に平均在院日数が半減したのである(図表1-2、図表1-5)。

図表 1-5 治療現場の転換と在院日数：急性期病院国際比較過去20年間



(出所) 筆者作成

この変化はこの間に日本の病院経営者や専門家、行政や保険者が期待する病院の認識が、診療から回復期までの全過程を含む場所から、急性期の濃厚な治療を行う場所へと変わったことを意味している。患者はいまだにかつての意識から脱却できず、とりわけ切り離された治療終了から回復期までの過程を代替する場所、例えば回復期リハビリ施設、長期ケア施設、在宅ケアシステム、ホテルなどの施設が充実していないので、いまだにこの転換には戸惑っているのではなかろうか。

比喩を用いて説明すると、かつての病院は旅館のごとく仲居が部屋に案内し、夕食を用意し、布団を敷き見送るといった客室中心にサービスが展開されたのに対して、新たな状

況ではホテルのごとく客室はスルーして帰ってくる場となり、ホテル内の主な活動、ショッピングはブランドショップ、夕食は三つ星シェフ、フィットネスはフィットネスクラブといった形態に機能分化していると例えることができるのではないだろうか。

この病院経営のパラダイムシフトは日本の超高齢化と経済の低成長からすれば必然であるかもしれない。しかし一方、失うものも大きく、ケアの連続性の確保、看護の原風景等、提供側の技術者の意識や思いにも影を落としている。また、機能の分化と強化を推進するためには、連携が必要で、そのための情報と標準化と共有が必須となる。日本の医学教育ではこれらのトレーニングが成されてこず、カルテの質や指示、指示受け・執行プロセスの確認システム等の未発達が大きな問題となっている。

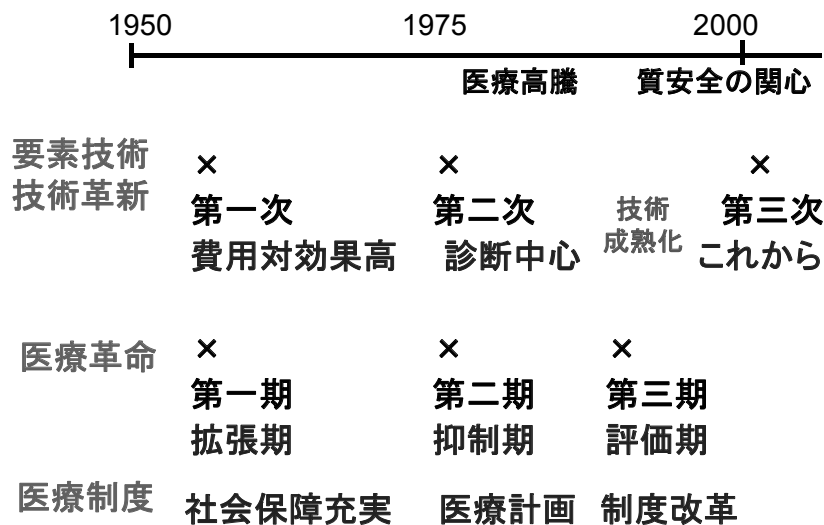
(3) 日本の医療の未分化性と医療システム化の歴史

このパラダイムシフトはいわば 19 世紀に生じた産業革命に類似しており、例えばマッチの製造を 1 人の職人が全行程行うやり方から、分業分担して生産するやり方に変更すれば、生産性は飛躍的に向上する。医療もかつて能力の高い匠の個人芸の世界であったものが、今日病院において匠そのものが機能分担し、連携してチームとなり、またそれを支える種々のコメディカルの医療チームが存在し、種々の資源を用いながら病院システム全体として医療行為を行っている時代に入ったといえよう。実はこれが可能になるためには、いくつかの条件が必要で、第 1 にプロセス及びサービスの標準化が必要である。第 2 に組織・構成員がそれを理解し、システムの中で自らの役割と機能を位置づけることが必要である。第 3 にそのための共通の情報システムが必須となる。その移行に日本は失敗してきたのではなかろうか。

世界の医療界は第 2 次世界大戦直後の麻酔や抗生剤等比較的費用対効果の高い第 1 次技術革新と、1970～80 年代にかけて診断技術等、比較的費用対効果の低い第 2 次技術革新を経験した。従って、大戦後は医療の充実とそれを支える社会保障制度の構築が政策課題となった。しかし、1970 年代以降、石油ショックの影響もあり、技術革新によって膨れ上がる医療費抑制が課題となったが、医療計画により機器や病床を規制する政策や診断群別総括払い診療報酬制度(DRG : Diagnosis Related Group) が進められた(図表 1-6)。第 3 期技術革新はバイオテクノロジーを中心に期待されているが、未だ実用化には至っていない。しかしこの間 1980 年代後半には第 2 次技術革新に拠る諸技術が成熟化、標準化され、諸外国での政策の関心は要素技術の研究開発から要素技術の標準化と普及拡散即ち均てん化に移行した。そして種々の要素技術を効果的、効率的に組み合わせて用いシステム化する様々な政策が進められた。

ニューイングランド医学雑誌編集長のレルマン教授はこの転換を「医療の拡張期」「医療費の抑制期」に続く第 3 の医療革命と捉え、医療の結果の向上を目指した「結果マネジメント運動」の段階、即ち「評価と説明責任の時期」に入ったと提唱している。事実、1990 年代以降、結果を巡って医療の質や安全が再認識され、質構造評価や臨床指標によるベンチマーキング、科学的根拠に基づく医療 (EBM : Evidence Based Medicine)、クリティカルパス、継続的質改善 (CQI : Continuous Quality Improvement) や総合的質マネジメント (TQM : Total Quality Management) の手法が医療界に導入された。これらの活

図表 1-6 医療マネジメントの必要性



(出所) 筆者作成

動は世界に拡がり、国際的潮流となっている。日本へはこれらの活動が一呼吸遅れて導入され、本格化したのが 2000 年代の半ば、新研修医制度創設の前後であった。

日本が遅れた理由は、医療界の関心が一貫して要素技術、要素知識の開発にあったこと、そして実は日本の医療システムの特徴が種々のレベルで未分化であったからと考えられる。日本の未分化性は「医師の専門性のレベル」、つまり 28 万人の医師に 42 万の専門科が存在すること、「職種間のレベル」医師やコメディカルの役割分担の不明確性、前述の「病棟内の機能分担」、そして病院が外来を持ち、病院が福祉施設の役割も持つという「施設間のレベル」にまで及んでいる。機能未分化で標準化、システム化されていない匠の世界が各レベルを通じて医療の基本モードとなり、日本独特の歴史文化要素と組み合わせられ、それなりに機能していたので、新たな国際的な潮流には抵抗があったのかもしれない。しかし 2000 年代後半から突然その伝統によって形作られた世界が崩壊し、新たなシステムの構築が求められることになったのである。

言い換えてみると、日本の政策は当初社会的入院の減少を、施設間、すなわち病院と福祉施設を機能分化させることによる在院日数の短縮化という手法を用いて進められてきた(図表 1-1)。しかしその目的とは別に恐らく想定外に、院内の部署間、職種間、いや医師間の専門分化にまで政策の影響が及び、それなりに機能してきたこれまでの世界が突然はじけて壊れたのが医療崩壊でもあると言えるだろう。

政策的に進められてきた機能の分化は一度始まれば、後戻りはない。しかしそれらをどのような方向で進め、新たに分化した機能を最適な連携に構築し直すことが今後の政策の課題である。

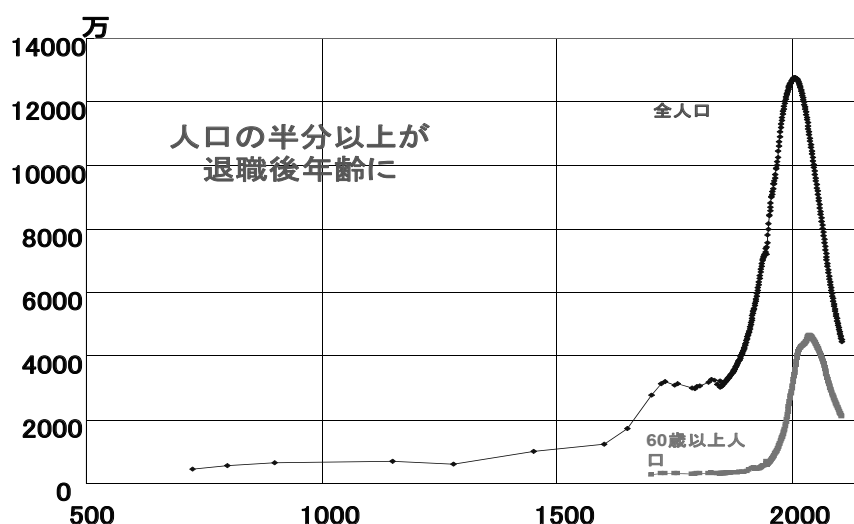
3. 超高齢化社会と医療

(1) 人口高齢化と日本

国連の推計によると世界人口は2060年頃90億人をピークに下降するとされ、日本はそれに先駆けて2005年から下降を始めている。2105年、国立社会保障人口問題研究所の高位の推計では7,700万人即ち半減、低位の推計では3,300万人即ち4分の1になると予測され、江戸時代に回帰する(図表1-7)。

そして2023年には、「社会にデビューするまで」の第1期、「社会に貢献し、次世代を育てる」第2期に続く第3期の「サードエイジ」、即ち自己中心に生き得る50才以上が人口半分を超え社会のマジョリティとなる。

図表1-7 人口将来推計年齢別



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所により作成

日本の高齢化のピークは意外と早く、2030年代には絶対数ではそのピークを迎える。しかし高齢者率は少子化ゆえに止まらず、ピークは2060年頃を待たねばならない。その時点で、高齢者の定義を75歳以上に絞っても、約4人に1人が高齢者という未曾有の超高齢社会を迎える。この推計に基づけば、ここ20年の間、2030年を目途に「量的に資源確保」し、以降はそれを「効率的に運用」すればいいという戦略が見えてくる。

(2) 高齢者を支えるまちづくり

一般に、障害や疾病を多く抱える高齢者にとっては、その「予防のためにも、ケアのためにも」まちの環境そのものが支えとなる。日本の将来にとって危険な東京一極集中を脱し、地方都市の独自の文化やビジネスの再生を目指して新しい公共投資を、「高齢者を支え

るまちづくり」を中心に投下することが有効である。つまり、新しい日本の国の型を創りなおす戦略が必要とされている。

いや一歩踏み込んで、実は日本よりも速い速度で進行するアジアの国々の高齢化を日本の課題として捉え、お互いに支えあう「東アジアの共老圏」を構想する時期が来ているのではなからうか。

我々が直面する超高齢社会は、いわば「新たな人生作り、社会づくりのみならず、新たな世界づくり」にほかならない。

(3) 超高齢化社会の患者と医療

疾病とケアの転換

高齢者の疾病の特徴は、

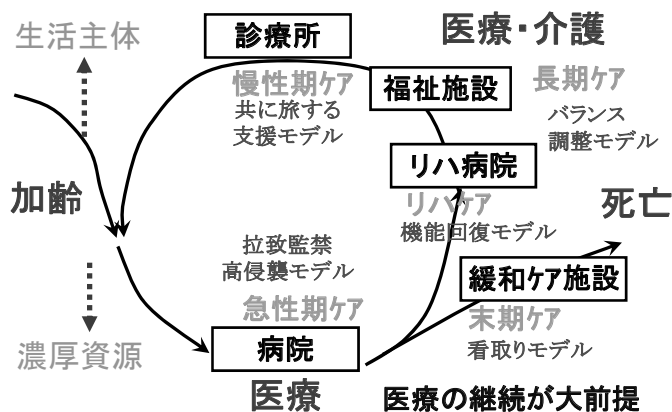
- ①「1人が複数の疾病を持つ」こと
- ②「それぞれの疾病が自然史に応じて病態を変化させる」こと
- ③「通常疾病や障害を長期にわたり継続して持つ」こと
- ④「究極の結果は死亡である」こと

である。従って、必要とされるケアは、疾病の病態に対応して、かつて急性期の中心であったものが以下の目的と方法が異なる5種類となる。

- ①「急性期ケア」人や技術など短期に資源を集中させて問題解決する
- ②「回復期ケア」セルフケア目指して疾病による障害を克服する
- ③「長期ケア」疾病と障害を同時に継続して必要とする
- ④「慢性期ケア」外来で慢性疾患を追跡する
- ⑤「末期ケア」疾病の治癒ではなくよりよき死／生を追求する看取り

これらのケアは通常連続し継続が必要であるが故に供給側での調整が不可能で、患者を中心にその需要に対応して調整連携させる必要がある。これは個人のわがままに応えるという意味ではない。システムレベルでの各種ケアをネットワークした「患者中心の医療」が求められることを意味している（図表 1-8）。

図表 1-8 高齢者に必要な5つのケア



(出所) 筆者作成

目的とモデルの転換

50歳までの疾病は通常単独で障害を残さず完治することも多い。「身体の部分病変を手術や投薬によって切除もしくは完治させ、元の理想的状態に戻す」という近代西洋医学のモデルが多くの場合、有効となる。そこでは短期に資源を集中し一気に問題解決する「急性期医療」が治療の主要モードとなる。

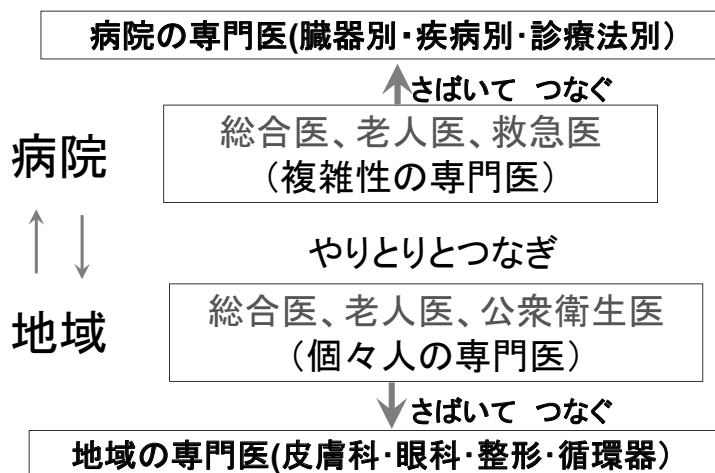
一方、高齢者の場合は、常に疾病と障害を抱え、挙げ句の果ては死に至る（図1-8）。従って治療の目的は近代科学のモデルに基づいた「絶対的な疾病の治癒や障害の克服」から、本人の求める「社会的役割と身体機能」と「病変のもたらす苦痛や障害」の相対的評価が前提となり、価値観に基づいてそのギャップを埋めることに転換する。そこでは「現在の病態や障害」と「本人の価値」を常にモニターし、診療の意志決定に資する必要があるといえよう。また高齢者数のピーク時には死亡が現在の2倍となる。もう一度人の死を看取ることの意味を社会全体として考え直さなくてはならない。

新たな専門医

それを社会的に効率よく有効に行うには、さばいてつなぐ専門家、「総合診療医／老人医」が病院と地域とに必須となる（図表1-9）。専門医が患者に直接対峙するシステムは効率が悪くのみならず危険ですらある。専門医にとっては自分ができることのみが仕事で、結果として不要な診療が行われたり、逆に治療が疾病や障害を作り出す可能性すらある。将来予測によると、手術件数は将来急増すると考えられ、増加するのは高齢者に限られるので、厳密な手術適応の検討が必要である。例えば、高齢者のがん切除に成功しても、結果、ねたきりとなる可能性があり、疾病は治っても本人は不幸、家族、社会も不幸という結果を生む。

総合診療医／老人医は短期研修で養成可能な一般医なのではなく、瞬時の診断力、価値

図表1-9 総合診療医／老人医



(出所) 筆者作成

を加味した判断力など高度の診療技術が必要とし、構造的な長期研修が必須であり、「医師の中の医師」である。「複雑性の専門医」(Specialist on Complexity)であり、また患者1人1人の「個人と地域の専門医」(Specialist on Community)である。病院の「総合診療医／老人医」の場合は更に「一次・二次救急医療能力」が、地域の場合は「社会学、公衆衛生の能力」が必要とされる。

新たなケアネットワーク

今、救急で高齢者の患者が増加しつつある。しかも福祉施設や家庭において、前後の医療情報なく急変して運び込まれ、蘇生したところ家族が「そのような要望をした覚えはない」と怒鳴り込むと言ったケースも報告されている。多くの貴重な労働や資源が今後浪費されるのではないだろうか。また孤独死は全国で年間 30,000 に上るとされている。警察ではその死因の同定に人手をさかれ、犯罪捜査に支障を来し、社会問題となっている。これを予防するには、前述の地域における総合診療医／老人医が必要であると同時に、情報の継続化、即ち1人の患者を追う1患者1生涯1カルテシステムの確立が必須となる。

4. 連携による医療システム再構築

(1) 医療連携の意味

現在進行中の「医療崩壊、病院崩壊」の過去に遡る分析においても、その再構築の鍵は「連携」であった。そして未来の「超高齢社会での医療システム」の分析においても、その設計の鍵は「連携」であった。

前者は各病院からみた長期経営戦略の課題で、意志決定の主体は公的病院といえども個別の病院のトップディビジョンメーカーにある。確かに、日本の医療界の未分化性という共通の特徴を乗り越えるという意味では、連携は医療界全体の課題ともいえるが、やはり病院の生存をかけた地域の中での各病院の経営理念の選択、そしてマーケティング、ブランディングによる個別経営主体の最適化を目指した、優れて経営的課題である。一方、後者は未来のあるべき姿を目標に社会全体の最適化を目指す課題といえよう。従って、方針や目標は同じでも主導する主体は行政となり、前者と利害が一致するとは限らない。

(2) 行政の単位と二次・三次医療圏

日本の場合、行政は国・都道府県・市町村の3層構造となっており、医療も診療所を主体とする一次医療、地域の中核的病院を主体とする二次医療、高度医療の三次医療の3層構造となっている。日常の医療は広域の生活圏、即ち市町村よりは大きい都道府県よりは小さい約350ヶ所のいわゆる二次医療圏レベルで提供されている。さらに需要頻度が低く、高度な資源を要する三次医療はほぼ都道府県レベルで提供されると効率が良いとされている。

しかし、実態は二次と三次を明確に区別することは難しい。また県の人口や広さもばら

つきがあり、三次医療を、例えば県庁所在地 1 カ所でカバーするには広すぎることから、一部の政令指定都市、県庁所在地を三次医療の拠点と想定するのが現実的である。

二次医療圏も広さや人口にばらつきがあり、郡部の数万人から大都市の数百万人にまで及んでいる。実は急性期病院には「規模や範囲の経済」があり、効率や相乗効果のある診療科のセットを抱え、一定の医療機器を購入して活用するには 400 床台が最適とされてきた。平均在院日数の低下により、同様の機能がより小規模の病床数で果たせることから、最近では 200 床台までを想定してよいかもかもしれない。一定の規模と範囲の経済を満たし、地域の医療のハブとなりうる病院は地域中核病院と呼ばれ、これまで全国に約 1,200、即ち人口 10 万対 1 ヶ所存在するとされていた。というもかつての総合病院数が 1,163、300 床以上の病院が約 1,200 存在したからである。

これらの病院の平均病床規模は 400 床強であり、病床利用率の 0.85 で在院日数を 30 日とすると年間 4,100 人の退院患者が、15 日とすると 8,200 人となる。医療の需要は外来ではばらつくが、退院回数は年齢階級別では全国ほぼ一定で、人口 10 万では 1.2 万回前後、一般診療所や精神療養病床の退院を除くと 1 万回に過ぎない。一般病院数は平均 6 なので地域中核病院が退院患者のシェアの多くを占める。平均在院日数が 30 日の時代は全体の半分を占めていたものが、15 日の時代を迎え、約 8 割のシェアを占め、残りの病院にとってたいへん厳しい経営環境となっている。2008 年の時点で人口 10 万に存在する病院数の平均は、精神病院 1 療養型病床のみの病院 1、療養型混在の病院 3、一般病床のみの病院は 2 に過ぎない。1 万回の残り 2,000 の退院を療養型混在の 3、一般病床のみの 1、42 病院が奪い合うこととなる。1 万回の退院患者から在院 15 日で逆算すると急性期に必要な病床は 500 程度となる。現在診療所も含め、1,380 床あることから病院間の競合の厳しさや機能集約化の道のりの長さがみてとれる。

(3) 医療資源からみた 4 つの地域分類

資源と人口規模によって日本の地域を分類すると、資源が豊かでアクセスも自由な「大都市」、三次医療までの資源をセットで持ちうる「地方中核都市」約 100 ヶ所、そして二次医療の資源を支えるのでも人口の少ない「地方中小都市」と「郡部地域」の 4 カ所に分類できる。郡部の定義は難しいが、5 万人以下の市町村は約 1,900 の全数のうち約 1,200 ヶ所ある。

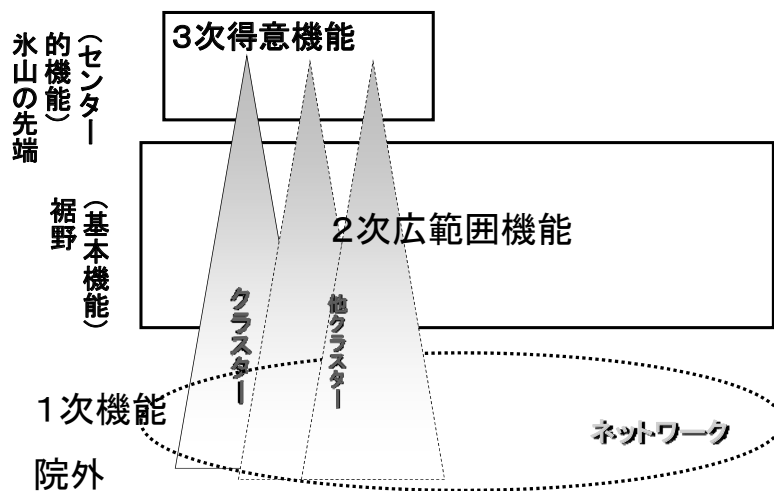
これらを含む二次医療圏を 4 分類すると、2009 年で「大都市」28 ヶ所平均 130 万人、「地方中核都市」77 ヶ所平均 60 万人、5 万人を分割点にした場合、「地方中小都市」110 ヶ所平均 27 万人、「郡部地域」は 133 ヶ所平均 10 万人である。「大都市」では地域中核病院も数的に多く、三次医療機能は過剰なところさえある。「地方中核都市」は人口当たりで計算すると平均 6 ヶ所の地域中核病院を持ちうる人口を有し、従って三次医療機能をカバーする病院が十分存在する。

「地方中小都市」や「郡部地域」では 1~2 の地域中核病院を持ちうる需要の人口しかない。

三次医療機能を 1 つの病院ですべてを持ちうる時代は終わった。二次医療機能を有する地域中核病院の中でその上に得意な三次機能を有するという構造となっている（図表

1-10)。がん、循環器疾患など「疾病別ケア」、救急回復期など「病期別ケア」、小児婦人科など「年齢性別ケア」など分類法によって数も異なるが、「地方中核都市」であれば保有しうる病院数 3~8 あれば各病院がそれぞれ複数の三次機能を持つことにより、地域に必要なほぼすべての三次機能のパッケージを保有しうる。「地方中小都市」では地域中核病院数が少なく、保有しうる三次機能も限られたものとなる。つまり残りの三次機能は近隣の「地方中核都市」に頼らざるをえないのである。

図表 1-10 急性期地域中核病院の機能パターン



(出所) 筆者作成

いや「地方中小都市」では、唯一の地域中核病院でさえも存続があやういかもしれない。というのも多くの「地方中小都市」では人口に見合った資源をしっかりと投入し、一定の病床を持つ地域中核病院が計画的に設立されているのではない。また私的病院は個人の意志で資本投下されてきたし、自治体間の見栄で中途半端な 100~200 床の公立病院が建てられ、十分な急性期中核病院機能を持たない例も多い。「郡部地域」では 1 つの中核病院も支えられない人口規模の二次医療圏も存在する。

今、医師の引き上げにより病院崩壊や地域の医療崩壊が起きているのは、この「地方中小都市」が中心である。ここに病院の集約等の手法で十分な資源と一定の規模そして需要に見合った機能の地域中核病院を、構築または再構築あるいは確保することが崩壊を防ぐために必須である。

(4) 地域医療システムのガバナンスと設立主体

上述のごとく「地方中小都市」には「単独ないしは複数の地域中核病院を支える人口」しかなく、しかも「需要とは不適合に、規模及び範囲の経済を満たさぬ中途半端な中核的病院が存在」することも多く、そこが「病院崩壊の焦点として地域医療崩壊のトリガー」となっているとすれば、「二次医療が完結する圏域全体でもう一度需要と供給を捉え」、「医

療システムを設計」し直す必要がある。その際、規模及び範囲の経済を満たす中核的病院を医療システムのハブとして最低1つ、可能なら複数想定する必要がある。二次医療の圏内での一応の完結を目指すなら、その上でその地域に最低限必要な三次医療機能を地域特性に合わせて選択し、需給が充分でない場合は近隣の「地方中核都市」での確保を、「アクセスの充実」によって担保する必要がある。

この作業には漠然とした二次・三次医療機能を想定するだけでは不十分で、「疾病別」「病期別」「性・年齢別」の医療需要と医療機能を丁寧に分析し、既存ないしは新設の医療施設がそれぞれどのような機能を担うか効率性や技術集積性、つまり採算や医療の質を勘案して選択することになる。この際、効率や質とアクセスはトレードオフの関係にあり、地域住民への公平性が必要となろう。実際の作業には、まずその地域の需給のデータが必要であり、その結果を供給側と共有し、1つ1つの機能の分担について納得し、住民にも理解してもらうプロセスである。

しかし日本の病院の設立主体は多岐にわたり、国約300自治体、約1,000、公的及び保険関係約420、他法人約900、そして医療法人や個人の私的病院が6,200あり、7割を占める。急性期の地域中核病院は、国・自治体など公的設立が大半を占め、急性期病院でも多くを占めていた。逆に医療法人等の私的病院では療養型病床を有する病院、即ち福祉施設的機能の病院が多い。人口10万にすると、国公立病院が約1カ所、私的病院が5カ所あり、前者が急性期中核的病院、後者が長期の福祉的病院である例が多いが、地域によっては私的病院が急性期中核病院の機能を担っている場合もある。

このように地域での役割分担の再配分を行うに当たっては、各種の設立主体間の調整が必要で、前述のごとく調整で主要な役割を果たすべき行政主体も複数の市町村にまたがる例が多い。地域での非効率や質安全の問題がありながら放置されてきたのは、データを集めにくい、分析が難しいという以上に、このような分母（地域の行政主体）、分子（病院の設立主体）が複数存在するという問題が大きいと言えよう。

英国のように地域ベースの国立医療システム（NHS）があり、予算も設立も国で統一されている場合、このような調整は容易かもしれないが、日本の場合は、複数の分子分母をこえた新たな地域医療システムのガバナンスを確立する必要があるといえよう。ガバナンスの守備範囲は、地域の医療機能の同定と計画と調整、そしてそれを形にするキャピタルインベストメントの計画と実施、そしてその経営、つまり資源、例えば医師等の人的資源や財源の確保さらには産出の質、安全、効率の追跡にまず及ぶ。近年、医療費は病院で収支割れを起こしており、何らか補助金を必要としているので財源の負担は大きな課題である。また、施設を超えた地域全体システム経営ノウハウもまた開発途上であるといえよう。これまでに無い行政手法が必要となる。

ないないづくしの中でも、一課題ずつ知恵を出し押し進めて、医療システムの最も脆弱な部分から再構築していかねば日本の医療の未来はない。

5. まとめ

近年、突然現れたように見える日本医療システムの不全の兆候を短期的及び中長期的に

分析し、その遠因がここ数十年の世界的な医療の標準化、システム化の流れに対応してこなかった「日本の医療システムの適合不全」によると診断した。従来の日本の医療システムは個々の匠の技に、そしてその個人的努力に依拠し、従って医療者の犠牲の上に一定の成果を生み出してきた。しかし、これから人類未曾有の超高齢社会に人類史上最初に直面し、短期間で一挙に、「高齢化による需要増、需要の質的变化」のみならず同時に「経済の低迷に対応したシステム化」「国民意識の変容、期待増への対応」「従来の機能の未分化性からの脱却」「若年医療労働者の労働観の変容への対応」など、日本に独自の多数の変数を解いていかねばならない。恐らく解を出すには医療界の中ではなく、社会全体の観点に立つ新しい叡知が必要で、同時に地方都市での医療を軸としたまちづくりなど具体的で斬新な実験が必要なのではないだろうか。

第2章 医療サービスの地域配分に関する政策の評価

中川 雅之

医療サービスへのアクセスは、国民にとって、文字通り生死を分ける非常に重要な要素である。このため、どこに住んでいるのかにかかわらず、国民に一定のアクセスを保証する制度が構築されてきた。具体的には地域医療計画、公的機関による医療サービスの提供という形で、この目標は追求されてきた。しかし、その一方で地方財政は1990年代以降悪化の一途をたどり、従来の政策手段によってこの政策目標を達成することは、制度の維持可能性という観点から、様々な疑問が生じる事態に至っている。

今後とも、国民に一定の医療サービスへのアクセスを確保するという政策目標が、維持されるべきことについて、異を唱える者は多くはないと思われる。しかし、高齢社会を迎えても、また現下の地方財政の状況を踏まえても、維持可能な目標を維持可能な制度で行わざるを得ない、という点についてもコンセンサスを得ることができよう。

この章では、まず第1節において、医療サービスの地域配分において大きな役割を果たしてきた地域医療計画を評価する。そこでは、医療サービスの需給ギャップの解消に長い時間が必要であったことが描写される。第2節では、まちづくり政策と医療施設の配置の関係が議論される。実際に医療施設の空間的配置が、都市構造に大きな影響を与えてきたことが描写される。第3節では、これらの結果を踏まえ、また地方財政の現状を勘案し、今後の地域医療政策は、医療サービスの直接的な需給調整から、まちづくりと一体となった供給側の強化に重点を置くべきという議論が展開される。

1. 地域医療計画の意味

(1) 既存研究

医療サービスの地域配分については、これまでもいくつかの既存研究が存在する。ここでは地域医療計画に関するものと、診療報酬に関連するものを紹介する。

地域医療計画に関する研究として高木(1996)は、地域医療計画は量的拡大の抑制には成功したが、病床過剰医療圏、不足医療圏の是正には限定的な効果しかなかったことを描写している。この点は長谷川(1998)、泉田(2003)などの他の研究も同様である。泉田(2003)は、さらに、人口当たり病床数が増加して、競争が激化すると病院は選択的にサービスを提供することを指摘し、そのような地域で、平均在院日数、病床利用率が高くなっていることを明らかにしている。これは、医師誘発需要の存在を示唆するものであり、

医療サービス供給を抑制する方向の公共部門の関与について、一定の根拠を与える。しかし、この論文では医療計画による配分よりも、保険者が加入者の代理人となり医療提供者と交渉する方が、効率的に問題を解決することが示唆されている。

遠藤（2003）においては、診療報酬決定は医療サービスのコストを適切に反映していないことが指摘されている。このため、利益率の高いサービスとそうでないサービスが混在しており、医療機関内で相互扶助が行われている。知野・中泉（1995）は、公立病院において不採算地区の病院ほど医業収益をあげるように医療内容を調整していることを、実証的に明らかにしている。また河口（2007）は、病院間の競争が「医療内容をめぐる非価格競争」なのか、「患者の窓口負担をシグナルとする価格競争」なのかを実証的に分析し、非価格競争としての側面が強いことを明らかにしている。この場合、地方などの採算の取りにくい地域においては、小児医療や救急医療に代表される不採算サービスが抑制される可能性が生じることになる。

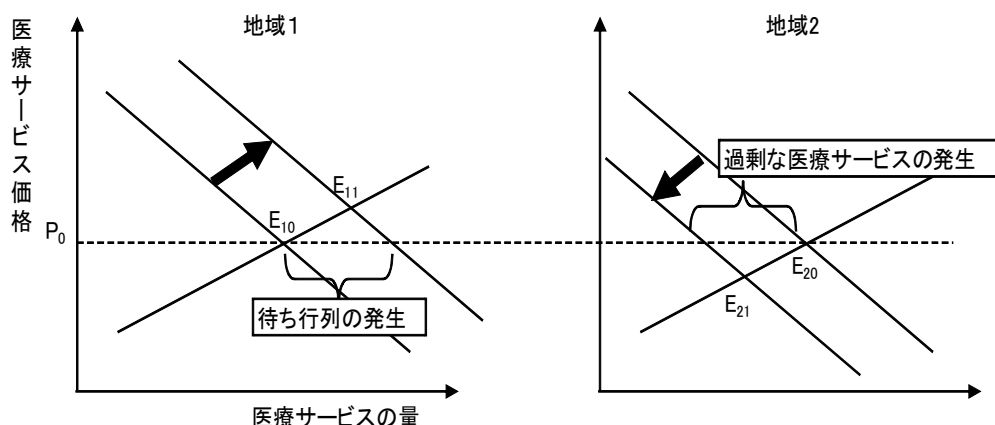
このような地域医療計画を中心とした、医療サービスの地域配分への公的介入は、どのような理由を根拠に創設されているのだろうか。生産に対してなんらかの公的介入が行われる財やサービスは、公共財や独占などのなんらかの市場の失敗を背景としているはずだ。医療サービスは深刻な情報の非対称性が存在するといわれるが、そのことが直接、地域医療計画のような地域ごとの割り当てを正当化するものではない。

（2）地域医療計画の意味をどう位置づけるか？

現在、地域医療計画によって、地域ごとのサービスの割り当てが行われているのは、医療サービスについては、「全国民が同じ価格で医療にアクセス可能」という公平性が求められることと関係している。実際、診療報酬の決定を通じて、全国一律の医療サービス価格が設定されている。

このような制度下では価格調整は行われなから、各地域の医療サービス市場に異なるショックが生じた場合に、地域ごとに超過需要や超過供給が生じる。例えば、地域1と地域2という2つの地域が存在し、当初両地域の需給を均衡させるような医療サービス価格

図表 2-1 地域ごとの医療サービス需給ギャップの発生



（出所）筆者作成

P_0 が設定されていたとする（図表 2-1）。医療需要は主に人口総数や年齢別人口によって決定され、それらは外生的に決定される。例えば、地域 1 での高齢化、地域 2 での逆の人口が生じたとしよう。これは地域 1 における需要曲線の上方シフト、地域 2 における需要曲線の下方シフトをもたらす。価格に関する規制がなければ、地域 1 での価格上昇と E_{10} から E_{11} への均衡点の移動をもたらすとともに、地域 2 での価格下落と E_{20} から E_{21} への移動をもたらす。需給ギャップが生じることはない。しかし P_0 で価格が固定されている場合、医療需要側へのショックによって、地域 1 では超過需要に伴う待ち行列が、地域 2 では超過供給が発生する。全国一律の価格を採用し、それが固定されていれば、これらの需給ギャップは解消されることなく続く。

この場合、医療サービスに関する地域的な割り当てを行う必要が生じる。つまり、地域医療計画において、過剰な医療サービスが発生している地域 2 においては供給制限を、超過需要が生じている地域においては、公的病院の整備など医療サービス供給に関する介入が行われる。

しかし、このような需要側のショックに対して、地域医療計画が採用している病床規制による医療サービスの地域配分という手段は、有効だろうか。地域 2 で超過供給が発生しているのは、素直に考えれば医療サービス価格が高位にあるからだ。現在のアプローチは、価格をそのままにして、新規の参入を排除するというものであるため、現状を悪化させないという効果しかない。さらに、医師誘発需要が存在する場合には、過剰な病院も退出しないため、需要が増加し需給バランスを回復するまでに長い期間を要することになる。

一方、地域 1 で超過需要が発生しているのは、医療サービス価格が低位にあるからと考えられる。価格をそのままにした場合、民間病院はこのような地域において医療サービスを提供しないから、公立病院を介した医療サービスの供給が必要になる。政策資源を投入した供給側への支援が必要であるため、地方財政に大きな負荷をかける可能性がある。

（3）地域医療計画は効率的に作用してきたか？

この小節では、これまでに地域医療政策の主要な部分を担ってきた、地域医療計画の評価を行うこととする。

地域医療計画による政策とは、地域の人口動向を勘案して、医療サービスの需要超過地域と供給超過地域を区別し、後者については、病床規制を発動するという政策である。一方、前者については、公的な病院の整備などが図られてきた。

このような政策は、直接コントロールすることのできない医療サービス需要を所与として、供給量規制と公的 direct 供給によって、地域ごとの需給調整を直接ねらったものと位置づけられる。当小節ではまず、これまでの医療サービスの需給ギャップを、需要側の要因と供給側の要因に分解する。そして、政策的にコントロールされた供給側の要因が、需給ギャップを縮小する方向で作用してきたかを検証する。

その結果、供給側の要因は概ね需給ギャップを縮小する方向で作用していること、しかし短期的には不十分な効果しか持っていなかったことが描写される。長期的には供給側の要因は大きな影響を持ち始めるものの、特に病床規制という強い関与を行っている地域においては、政策がむしろ需給ギャップを拡大する方向で作用している場合があることが明

らかになる。

このような直接的な需給調整のパフォーマンスと、医療サービスの公的直接供給が地方財政を大きく毀損しているという指摘を勘案すれば、地域医療政策は大きな転換を果たさなければならないのではないだろうか。つまり、必ずしも効率的に機能してこなかった病床規制は徐々に縮小し、需給調整については市場に基本的に委ねることが必要ではないだろうか。さらに、これまでは一定の効果を発揮してきた需要超過地域における対策を、公的直接供給から財政負担の少ない新しい政策に転換することが求められているのではないだろうか。

実証分析

それではこれまで地域医療計画が、病床数の需給ギャップの調節という観点から効率的に機能してきたかを検証してみよう。

ここで、 KJ_t を該当地域の t 期の基準病床数とする。地域医療計画は、地域毎に年齢別人口を勘案して基準病床数を算定する。これは地域の医療サービス需要として読み替えることが可能だろう。 KZ_t は、該当地域の t 期の既存病床数である。これはその時に存在する病床数だから、医療サービス供給と読み替えることができる。

この場合 $t-1$ 期から t 期にかけての需給ギャップの変化率は、 $\left| \frac{KZ_t - KJ_t}{KZ_{t-1} - KJ_{t-1}} \right| - 1$ という指標で測ることが可能である。 $t-1$ 期から t 期にかけて $\left| \frac{KZ_t - KJ_t}{KZ_{t-1} - KJ_{t-1}} \right| - 1 < 0$ であれば、その地域の需給ギャップは縮小しており、 $\left| \frac{KZ_t - KJ_t}{KZ_{t-1} - KJ_{t-1}} \right| - 1 \geq 0$ の場合は需給ギャップが拡大していることを意味する。

$\frac{KZ_t - KJ_t}{KZ_{t-1} - KJ_{t-1}} \geq 0$ の場合、この変化率の指標は以下のように分解することができる。

$$\left| \frac{KZ_t - KJ_t}{KZ_{t-1} - KJ_{t-1}} \right| - 1 = \frac{(KZ_t - KJ_t) - (KZ_{t-1} - KJ_{t-1})}{KZ_{t-1} - KJ_{t-1}} = \frac{1}{KZ_{t-1} - KJ_{t-1}} \{(KZ_t - KZ_{t-1}) - (KJ_t - KJ_{t-1})\}$$

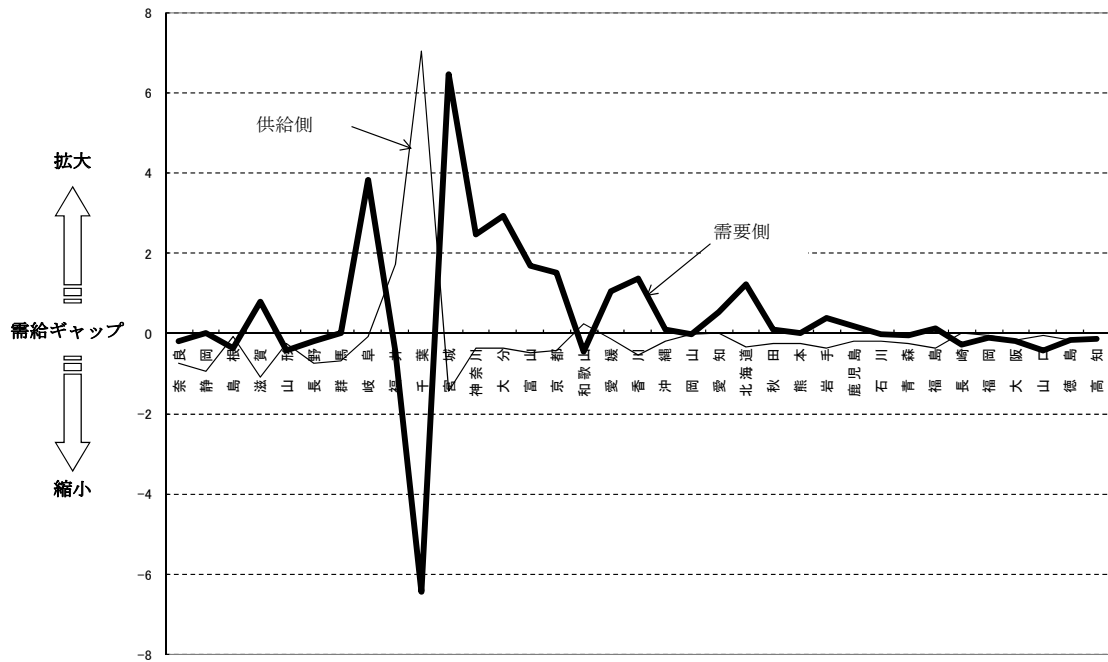
右辺中括弧の中の第1項は、既存病床数の変化、第2項は基準病床数の変化に伴う地域の病床ギャップに対するインパクトを表す。前者は供給側の要因、基準病床数は地域の総人口や年齢別人口構成を反映した医療ニーズを示すため、後者は需要側の要因による需給ギャップへのインパクトと解釈することが可能である。

地域医療計画は供給側をコントロールして、各地域の医療サービスの需給ギャップを解消する政策として位置づけられる。このため、地域医療計画が有効に機能している場合には、供給側の要因が負の方向、つまり需給ギャップを縮小する方向性に十分なマグニチュードを有しながら作用していることが期待される。

以下では、社会保障統計年報に従って2000年～2005年の病床の需給ギャップの変化とその要因を各都道府県別にみる。ただし、上記の手法による需給ギャップの要因分解は、

観測 2 時点のギャップの正負が異なる場合には、大きな値を示す傾向があるため、需給ギャップの正負が変わらない 35 都道府県を図表 2-2 において扱っている。図表 2-2 では、35 都道府県は 2000 年当時の需給ギャップの値の順に並べている。つまり、グラフの左側が需給ギャップが負の需要超過地域、右側が供給超過地域を表す。グラフの中ほどで大きな値が出ているのは、分母が 0 に近く変化率が大きなものとなっているためである。

図表 2-2 需給ギャップの変化要因 (2000~2005 年)



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」2000~2005 年により作成

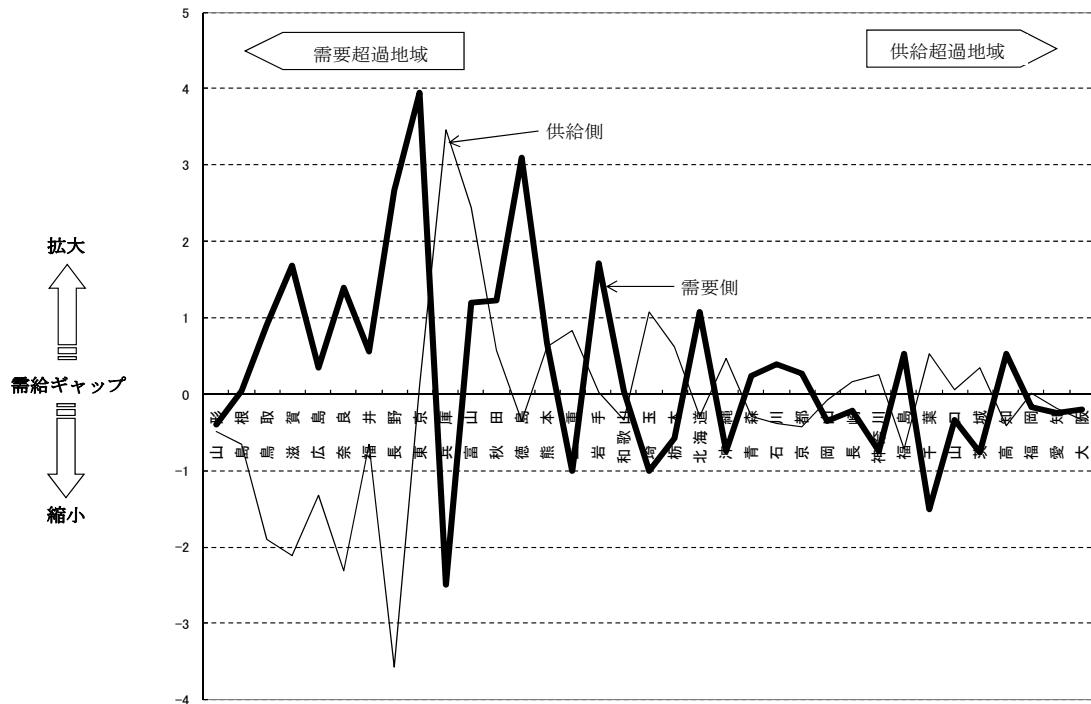
供給側の要因が概ね需給ギャップを縮小する方向に作用していることは、負の値を示す都道府県が多いことから支持されよう。しかし、需要要因と供給要因のマグニチュードを比較すると、需要側の要因が明らかに大きく、供給側の対応は需給ギャップを解消できていない。つまり、地域医療計画によって誘導されている供給側の反応は、概ね需給ギャップを縮小させる方向であるが、それは十分な効果を果たしていない。

しかし、これを 1990~2005 年という形で、より長期にみると、需要側の影響と供給側の影響のマグニチュードはほぼ拮抗する(図表 2-3)。例えばグラフの左側に位置する、1990 年に需給ギャップがマイナスであった、つまり超過需要が存在していた地域では、高齢化の影響から需要側の要因はギャップを拡大する方向で作用していたが、長期的にはそれを解消する方向の供給側の対応が図られている。これは地域医療計画が長期的には機能していたと解釈することも可能であろう。しかし、後述のようにこの解釈には注意が必要である。

地域医療計画による調整は、病床過剰地域において追加的な病床の設置を認めないという手段を用意している一方で、超過需要が存在する地域においては、需給ギャップを解消

する手段が、公的病院の建設などの手段に限定されていたと考えられる。これらのことを考えれば、地域医療計画は、供給超過地域においてこそ需給ギャップの解消を有効に実現してきたことが期待される。

図表 2-3 需給ギャップの変化要因（1990～2005 年）



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」1990～2005 年により作成

ここで、図表 2-2 と図表 2-3 の需給ギャップ変化の要因分析をより詳細に観察しよう。

- もともと需給ギャップが負の方向に振れていた需要超過地域においては、供給側の要因は一貫して負の方向の貢献をなしている。ただしそのマグニチュードは短期的には非常に小さいが、長期的には需要側の要因を打ち消すのに十分な値を確保している。つまり、地域医療計画が有効な手段を持たないこの需要超過地域においては、市場または公的な直接供給が長期的に需給ギャップを解消する関与を果たしてきた。
- 一方需給ギャップが正の方向に振れていた供給超過地域においては、供給側の要因は短期的には負の方向の貢献をなしているが、長期的には正の、つまり需給ギャップを拡大する方向の貢献をしている場合も散見される。つまり、地域医療計画が有効な政策手段を有しているこの領域においては、政策が需給ギャップを拡大する方向の誤りを犯している場合があることを示唆している。

新しい地域医療政策に必要な視点

このような結果は地域医療計画という政策手法にいくつかの示唆をもたらす。1 つの示唆は、各地域の需給調整は非常に遅々たるものにとどまっているということである。2 つ目の示唆は、有効な政策手法を有しているはずの供給制限的な政策は、長期的に需給ギャ

ップを拡大する結果をもたらしている場合があることである。3 つ目の示唆は、有効な手段を持たず市場又は地方公共団体等の行動に委ねられている、需要超過地域における医療サービス供給については、むしろ長期的には的確な調整が行われているということである。このほか、地域医療計画については、規制改革委員会などにおいて、病床規制が競争制限的な効果をもたらしているという指摘も行われ、公的病院がもたらす地方公共団体への財政負担が、持続可能な範囲を超え始めたケースが出現していることは、様々な地域で報告されつつある。

これらを踏まえれば、地域医療計画に代表される、地域における需給調整を直接の目的とした政策は、以下の2つの視点に立った一定の見直しが求められるように思われる。

第1に、地域医療計画のような需給自体を公的機関が直接調整するスキームからの撤退である。これは、需給調整は病床規制ではなく、市場に基本的に委ね、公的関与の重点を、需要超過地域の医療サービスの供給サイドの強化に置くシステムの転換を意味する。

第2に需要超過地域における公的関与の手法の転換である。このような地域の医療サービスの供給は、公的病院の供給という直接的な手段に委ねられてきたが、これは地方財政の状況を勘案すれば持続可能性が低下している。このため以下の節においては、まちづくりと一体となった空間的な制御によって、医療サービスの供給を効率化する手法を模索する。

なお、残った供給過剰地域における医療費抑制などの問題は、病床の直接規制よりも保険者によるモニタリングの強化などを通じて、医師誘発需要を抑制するという手段に転換することが適当である。しかし、この観点からの議論は本報告書では直接扱わない。

2. 新しい医療サービスの提供体制とそれを支える政策

(1) 医療サービス市場の供給側を強化する政策

医療サービスの供給体制を効率化するためには、規模の経済、範囲の経済、集積の経済などの、市場ではうまく価格づけされない要因を、公的な関与によって引き出すことが有効である。

規模の経済はこの報告書の第3章で有意に観察されている。さらに Cohen and Morrison Paul (2008) では、ワシントン DC に立地する病院のマイクロデータを用いた実証分析が行われている。この論文では範囲の経済は有意に観察されなかったものの、規模の経済、集積の経済が有意に測定されている。集積の経済については、1%の近隣病院の医業従事者の増加、あるいは近接性の増加は、病院のコストを0.11%低下させることが報告されている。

これらの研究結果を踏まえれば、需要超過地域においては、このような病院の集積を促進することで、限界費用を低下させ供給の増加に結びつけることが可能だ。しかしこのような医療政策は、政策の前提となる地域構造のイメージについて大きな転換を要求する。つまり、「全ての地域において病院が配置されている」地域構造から、「特定の地域に集積された医療施設とネットワークによりアクセスを確保した」地域構造への転換である。こ

のような地域構造の転換は、必然的に人口移動をもたらすことが予想される。政策の転換をもたらす人口移動のショックをどのように緩和するか、ここまでを本報告書の射程としよう。

(2) 中心市街地問題と医療

では、空間的に医療集積はどのような地域で形成されるべきだろうか。おそらくこれは理論によって先見的に決定することはできないし、政府が決定することも困難だ。しかし目的となる集積の経済とは、どのような条件下で効果的に発現されるのだろうか。集積の経済は、労働市場のマッチングを容易化する labor pooling、関連産業からのインプットのコストを下げる input sharing、様々な企業、労働者間の相互作用から発生する knowledge spillover により発生する。これらのことを勘案すれば、一定の都市集積が既にある地域であることが望ましい。

このような観点からすれば中心市街地は注目に値する。既存商店街が衰退し都市の中心部に空地や空き店舗が広がる中心市街地問題は、経済学的にはどのように解釈されるのだろうか。張・佐々木(1999)などによるエッジシティモデルによれば、

- ① 郊外の GMS (大規模小売店: General Merchandise Store) などとの競争により、中心部の商業地の収益性が低下し、土地の最有効使用が商業的土地利用からその他の土地利用に変化する。
- ② その一方で、商業施設から住宅などその他の土地利用形態への転換に大きな費用(トランザクションコスト)がかかったり、地主が商業利用を前提に高止まりした期待地価を持っている場合には、土地利用転換が進まない。このため、空地や空き店舗が発生する。

というメカニズムによって説明される。この場合、有効な政策は郊外部の商業立地を規制したり、中心部の商業施設への財政移転を行うことではなく、中心部での土地利用転換を促すことになる。新しい土地利用は、住宅系の土地利用を含めて様々な可能性がありえよう。

選択肢の中には、当然医療系、高齢者サービス系の土地利用も存在する。実際に、中心市街地に医療モールなど医療施設を高齢者施設とともに誘導しようとする例は、秋田市、青森市、酒田市、郡山市、岐阜市など多数存在する。これを中心市街地問題の解決のためだけでなく、医療のクラスタリングを促進し、より広域な地域に対して医療サービスを道路整備などのネットワーク系のインフラ整備により提供する施策として、より積極的な位置づけを行うことが必要であろう。

(3) 医療と中心市街地問題の実証分析

しかし、これまでは医療施設の郊外化が進み、それが都市の拡散をもたらした、ということが指摘されてきた。このことは、逆に都市中心部での医療集積を促進することが、都市のコンパクト化をもたらす可能性を示唆する。

このため、金本・徳岡(2002)における MEA (大都市雇用圏: Metropolitan Employment

Area) を利用した実証分析結果を、ここで紹介する (小松・中川 (2007))。都市圏の中心都市、郊外別の居住地選択に関する世帯 i の選択確率を確率効用関数 $U_{i,j}$ を用いて

$$U_{i,j} = \beta_0 + \beta_1 H_i + \beta_2 E_{i,k} + \varepsilon_{i,j}, \quad j = 0,1$$

$$\Pr[y_i = 1] = \Pr[U_{i,1} \geq U_{i,0}]$$

と表す。 j は郊外居住の場合 1、中心都市居住の場合に 0 をとるインデックス、総効用の確定的部分が世帯・住宅属性 H_i および地域環境要素 $E_{i,k}$ により形成されている。世帯・住宅属性は世帯の所得などの変数の他、世帯主年齢など様々な世帯の居住地に関する選好をコントロールするための変数である。地域環境要因は、交通コストや治安状態のように居住する都市圏の環境特性を示す変数である。さらに都市圏全体の乗用車保有台数のように都市圏ごとに異なるモータリゼーションの進展度合いをコントロールする変数と、刑法犯認知件数の都市圏全体に対する中心都市の比率のような、都市圏内における中心都市あるいは郊外の相対的な環境特性を示す変数とを同時に使用している。

図表 2-4 から明らかなように、都市構造を決定する他の要因をコントロールしても、郊外部における病院の立地件数は有意に郊外化を進めることが示されている。このことは逆に、医療クラスタを中心部に形成することで、都市構造のコンパクト化に一定の影響を与えうる可能性を示唆する。

図表 2-4 居住地選択モデルの推定結果：従属変数 $\text{logit}(\text{Pr}[y_i = 1] / \text{Pr}[y_i = 0])$

	1993年度		1998年度		2003年度	
	モデル1	モデル2	モデル1	モデル2	モデル1	モデル2
世帯・住宅属性						
世帯主年齢	-0.009 *** (0.002)	-0.009 *** (0.002)	-0.003 (0.002)	-0.003 (0.002)	-0.013 *** (0.002)	-0.014 *** (0.002)
世帯人員	0.049 *** (0.004)	0.048 *** (0.004)	0.050 *** (0.004)	0.050 *** (0.004)	0.033 *** (0.004)	0.033 *** (0.004)
世帯年収	-0.020 *** (0.004)	-0.018 *** (0.004)	-0.020 *** (0.003)	-0.019 *** (0.003)	-0.016 *** (0.002)	-0.016 *** (0.002)
女性世帯主ダミー			-0.032 ** (0.014)	-0.034 ** (0.014)	-0.026 ** (0.012)	-0.025 ** (0.012)
単身高齢者ダミー	-0.062 ** (0.026)	-0.059 ** (0.026)	-0.051 ** (0.023)	-0.051 ** (0.023)	-0.021 (0.019)	-0.021 (0.019)
6歳未満の子供ダミー	-0.002 (0.013)	-0.002 (0.013)	-0.008 (0.013)	-0.007 (0.013)	0.014 (0.013)	0.014 (0.013)
6-11歳の子供ダミー	-0.016 (0.012)	-0.016 (0.012)	-0.022 * (0.013)	-0.021 * (0.013)	-0.007 (0.012)	-0.007 (0.012)
1人当り住宅の延べ床面積	0.002 *** (0.000)	0.002 *** (0.000)	0.002 *** (0.000)	0.002 *** (0.000)	0.001 *** (0.000)	0.001 *** (0.000)
居住年数	0.007 (0.005)	0.007 (0.005)	-0.001 (0.005)	-0.002 (0.005)	-0.008 * (0.005)	-0.008 (0.005)
戸建持家*居住年数	0.010 ** (0.005)	0.010 ** (0.005)	0.013 *** (0.005)	0.014 *** (0.005)	0.022 *** (0.005)	0.022 *** (0.005)
共同建持家*居住年数	-0.037 *** (0.011)	-0.037 *** (0.011)	-0.013 ** (0.007)	-0.014 ** (0.007)	-0.033 *** (0.007)	-0.034 *** (0.007)
民営貸家*居住年数	-0.011 ** (0.005)	-0.011 ** (0.005)	-0.002 (0.005)	-0.002 (0.005)	0.002 (0.005)	0.002 (0.005)
公営貸家*居住年数	0.020 *** (0.005)	0.020 *** (0.005)	0.006 (0.005)	0.006 (0.005)	0.020 *** (0.005)	0.020 *** (0.005)
公団・公社貸家*居住年数	-0.012 (0.010)	-0.011 (0.010)	-0.010 (0.009)	-0.009 (0.009)	0.010 (0.008)	0.011 (0.008)
地域環境変数						
郊外高齢化率	-0.514 *** (0.047)	-0.525 *** (0.047)	-0.293 *** (0.049)	-0.319 *** (0.050)	-0.232 *** (0.052)	-0.262 *** (0.054)
中心都市所得水準	1.365 *** (0.155)	1.324 *** (0.156)	1.012 *** (0.171)	0.982 *** (0.176)	1.476 *** (0.159)	1.530 *** (0.162)
都市圏乗用車保有台数	0.240 *** (0.027)		0.107 *** (0.022)		0.028 (0.020)	
都市圏乗用車保有台数変化		0.724 *** (0.122)		0.042 (0.061)		0.118 * (0.060)
郊外財政力指数	0.005 (0.070)	0.049 (0.070)	0.265 *** (0.070)	0.323 *** (0.069)	0.560 *** (0.079)	0.561 *** (0.079)
郊外大型小売店舗数	0.175 *** (0.019)	0.189 *** (0.019)	0.342 *** (0.022)	0.347 *** (0.022)	0.492 *** (0.022)	0.493 *** (0.022)
郊外病院数	0.144 *** (0.016)	0.148 *** (0.016)	0.146 *** (0.016)	0.137 *** (0.016)	0.088 *** (0.015)	0.091 *** (0.015)
中心都市刑法犯認知件数	0.301 *** (0.051)	0.340 *** (0.051)	0.442 *** (0.048)	0.479 *** (0.049)	0.500 *** (0.060)	0.504 *** (0.059)
都市圏ダミー						
地方中枢市圏ダミー	-0.121 *** (0.016)	-0.128 *** (0.017)	0.227 *** (0.017)	0.220 *** (0.018)	0.108 *** (0.015)	0.108 *** (0.015)
中核市圏ダミー	-0.251 *** (0.016)	-0.247 *** (0.016)	0.136 *** (0.012)	0.129 *** (0.012)	0.035 *** (0.010)	0.032 *** (0.010)
特例市圏ダミー	-0.261 *** (0.016)	-0.263 *** (0.016)	-0.010 (0.011)	-0.008 (0.011)	0.012 (0.010)	0.013 (0.010)
対数尤度	-9454.00	-9476.66	-10354.40	-10365.56	-12621.88	-12620.99
擬似決定係数	0.1087	0.1066	0.0939	0.0929	0.0953	0.0954
陽性的中率	61.14%	61.16%	60.95%	60.94%	59.57%	59.55%
陰性的中率	68.46%	68.33%	67.49%	67.33%	66.82%	66.79%
的中率	66.02%	65.97%	65.07%	64.99%	64.00%	63.98%
サンプルサイズ	15639		16722		20381	

注1) 上段は限界効果，下段()内は標準誤差を示す。添え字の*，**，***はそれぞれ10%，5%，1%水準で有意であることを示す。

注2) 住宅の居住形態と居住年数のクロス項におけるダミー基準は給与住宅に居住する世帯，都市圏ダミーのダミー基準はその他都市圏である。

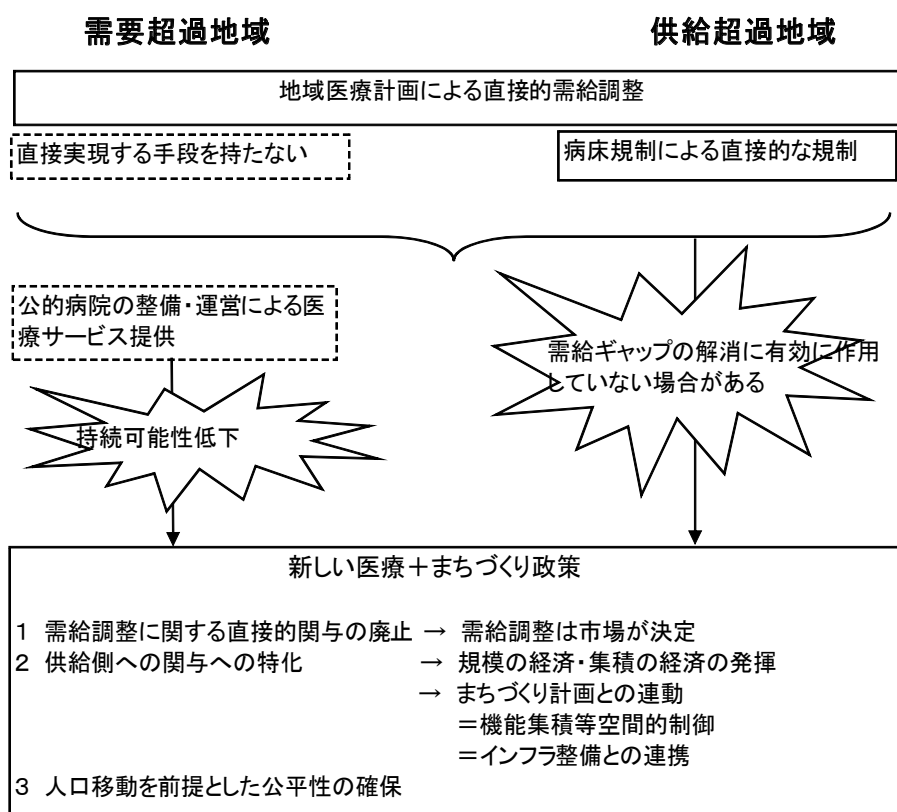
3. 政策の基本的方向性

医療サービス価格に地域差を認めない（全国一律のサービス価格設定である診療報酬という）スキームの下においては、地域において需給ギャップが必然的に発生するため何らかのサービスの割り当てを行うことが必要になる。

これまで、地域医療計画はその役割を担ってきた。しかし、地域医療計画で有効な政策は、病床過剰地域において病床新增設の規制にほぼ限られる。このような限られた手段によるサービスの割り当ては、超過供給（病床過剰）の解消に長い時間がかかる上に、供給規制は需給ギャップを拡大する方向で作用している例も散見されている。一方、有効な手段をもたない需要超過地域においては、市場と公共部門の直接供給による対応は、長期的には概ね需給ギャップを解消する方向に機能してきた。しかし公的医療施設を通じた医療サービス提供は、地方公共団体の財政に大きな負荷をもたらし、地方財政の持続可能性を著しく毀損している。

地域の医療サービス供給に、地域の実情を反映した価格差を認める方向の制度改革は現状を改善する。それが困難な場合、需給調整を直接図る政策スキームから、需給調整自体は市場に委ね、供給体制の効率化を図る政策スキームへの転換が求められる。つまり、大

図表 2-5 政策の方向性の概念図



(出所) 筆者作成

都市地域ではこれまでに公的関与を行ってきた需給調整を基本的に市場に委ね、今後の公的関与は主に医療サービスが需要超過状態にある地方中小都市を中心に行われることが、期待される。

具体的には、都市計画サイドとの連携の下、都市の中心部に医療集積を形成することで、効率的な医療サービスを提供する体制を整えることが求められる。その場合、医療施設が立地しない地域が生じるため、医療サービスへのアクセスを確保するインフラ整備が必要になる。さらに、アクセス確保のためのネットワーク系のインフラ整備を前提としても、医療サービスの提供が困難な地域については、長期的に都市サービス供給に関するコミットを行った上で、中長期的な人口移動を誘導することが必要だろう。

以下においては、この「全ての地域に病院が配置されている地域構造」から「特定の地域に集積された医療施設とネットワークによりアクセスを確保した地域構造」への転換を前提とした、新しい政策スキームを「まちなか集積医療」とする。そして、これらの政策パッケージを構成する、

- ① まちづくりと医療政策の誘導
- ② まちなか集積医療の推進役の明確化
- ③ 中長期的な人口移動

の内容を第5章において詳述することとする。

【参考文献】

- 泉田信行、2003年、「病床の地域配分の実態と病床規制の効果」、『季刊社会保障研究』、Vol.39、No.2、pp.164-173。
- 遠藤久夫、2003年、「医療改革と市場原理」、『季刊社会保障研究』、Vol.39、No.2、pp.112-114。
- 金本良嗣・徳岡一幸、2002年、「日本の都市圏設定基準」、『応用地域学会誌』、No.7、pp.1-15。
- 河口洋行、2007年、「わが国病院市場の競争形態に関する研究」、『医療経済研究』Vol.19、No.2、pp.129-145。
- 熊谷成将、2007年、「公立病院に対する繰入金と医療サービスの水平的公平性」、『医療経済研究』Vol.19、No.1、pp.37-50。
- 小松拓磨・中川雅之、2007年、「マイクロデータを用いた居住地選択モデルによる郊外居住の実証分析」、『都市住宅学』、57号、pp.52-60。
- 高木安雄、1996年、「医療計画による医療供給体制の変化と問題点」、『季刊社会保障研究』、Vol.31、No.4、pp.388-399。
- 知野哲朗・中泉真樹、1995年、「公立病院の行動と地域的な医療格差」、『日本の医療経済』、鶴田忠彦編、東洋経済新報社、pp.129-150。
- 張陽・佐々木公明、1999年、「エッジシティの形成と都心の空洞化」、『応用地域学研究』、No.4、pp.89-101。
- 長谷川敏彦、1998年、「地域医療計画の効果と課題」、『季刊社会保障研究』、Vol.33、No.4、pp.382-391。
- Cohen, J.P., C.J. Morrison Paul “Agglomeration and Cost Economies for Washington State Hospital Services”, *Regional Science and Urban Economics*, Vol.38, 2008, pp.553-564.

第3章 「まちなか集積医療」

：医療資源の集積がなぜ戦略となりうるのか

伊藤 由希子

1. 「まちなか集積医療」とは

(1) 「まちなか集積医療」のポイント

本報告書ではこれからの地域医療の未来像として「まちなか集積医療」を提言する。ここでは、何を目的として、まちなか、特に地方都市の中心市街地に医療機関が集まることを提言するのか、以下の4つの点から整理したい。

地域の中でのトータルケアの完結

これからの医療には、トータルケアが必要である。生涯を通じて、かつ広範な範囲で医療の需要が増している。例えば、子の出産にはじまり、乳幼児の治療、けがや急病への対応が受けられることは誰にとっても重要なことである。さらに、高齢になり自力での移動に不自由が出てきたり、慢性的な疾患を抱えたりするようになれば、なるべく住んでいる場所の近くで医療を受けるニーズが高まってくるだろう。「まちなか集積医療」は、このような生涯を通じた医療サービスのニーズを地域で満たすための仕組みである。

これからの医療は、人口減少に伴って、供給体制のコンパクト化が必要である一方で、高齢期の慢性疾患を長期的に支える仕組みが必要である。慢性疾患が増えることは、多様で複合的なサービスが必要になることを意味する。例えば、高齢者が転倒して骨折してしまうと、入院している間に肺や心臓の機能も衰えてしまい、新たな治療が必要になる。場合によっては精神的に活力を失う場合もあるだろう。このような病気は致命的ではないが、長期的に医療サービスを受けることが必要になる。「まちなか集積医療」は、このような複合的な疾患を抱えた住民がなるべく地域の中で多様なサービスを得られるようにするための仕組みである。

地域の中での病院の機能分担

現在確実に進行している人口減少に対応して、地域の中で本当に必要な医療の規模を見直す時期に来ている。本報告書が提言する「まちなか集積医療」は医療の供給体制の転換を伴うものである。地方中小都市の多くでは小規模（100床未満）の似たような機能の総合病院が点在している。しかし、人口減少が進めばこれらの病院はいずれも十分な需要を確保できず、共倒れとなってしまうだろう。「まちなか集積医療」のポイントはこのような

機能の競合する病院を集積するように誘導することである。その際、地域の中で過剰となった病床規模を縮小したり、あるいは機能転換したりするなど、病院がそれに応じられるような仕組みが必要となる。

例えば、集積すれば同じような複数の病院が隣接して存続することは考えにくい。住民の間でも医療従事者の間でも病院を比較し選択するような競争が起こるだろう。医療機関が中心地で存続するためには、それぞれの機関ごとに他の機関との不要な重複を省き、限られた資源をそれが効率的に活用されるサービスへと特化して投入してゆくことが必要である。結果的には病院ごとの機能分担を図ったり、中規模の総合病院として合併を図ったりしてこれまで地域で蓄積されてきたノウハウを生かすことが、病院にとって現状よりは望ましい形となるであろう。

機能の分担と規模の拡大を図ることは、個々の病院が1つの疾患に対する症例数を蓄積することにもつながる。これは医療の質を高める上で重要であるという指摘がある。

例えば、狭心症のカテーテル手術を例にみてみよう。狭心症は重症化すると急性心筋梗塞を引き起こし、命の危険が伴う病気である。2009年12月20日付日本経済新聞掲載の「日経実力病院調査」(2009)によると、全国の狭心症治療を行う1,559病院のうち、年間100例(週2回)未満の手術数しかない病院が全体の半数弱(45.9%)にものぼり、年間50例(週1回)未満の手術数しかない病院も全体の2割(19.7%)を占めている。一方欧米並みに年間1,000例以上の手術を行っている病院は全国でたったの5病院しかない。

では、症例数が少ないという事態は、私たち病院の利用者にどのような影響をもたらすだろうか。まず、心臓の専門医を目指す人は、症例数の少ない病院から離れていってしまうだろう。手術のスキルを磨くにはとにかく経験が重要である。症例を蓄積することによりあらゆる事態に対応するノウハウも身につけられる。現在の専門医の更新条件にも、カテーテル手術が5年で350例以上、心臓外科手術が5年で100例以上の実績が求められている。しかし、例えば、ある医師がカテーテル手術だけでも1年間に70例の経験を積むには、日本の約2割の病院ではそれは不可能で、約半数の病院では、ほぼすべての手術を担当するという非現実的な状況でなければそれを達成できない。

技術を磨こうと思う医師が、症例数の多い病院に集中するのは当然の流れである。医療の技術が高度化すればするほど、その傾向は強まる。しかしそれは、裏を返せば、症例数の少ない病院には技術の習得度の低い医師が残ることでもある。しかも彼らがたまにしか手術をしないとすると、命を預ける側の利用者はまさに生きた心地がしないだろう。症例数の低い病院は治療の量だけでなく質も低下してしまう可能性がある。機能を分担し、特化された治療分野での経験を積む環境を整えることは患者にとっても不可欠といえよう。

医療を中心としたまちづくり

病院を単に集積させるだけでなく、中心地(中心市街地)に立地させることも重要なポイントである。中心市街地は本来、鉄道の駅などの交通の利便性が高く、行政機関へのアクセスがよい立地が多い。しかし、車社会の進展で商業施設や住宅の郊外化が進んだ結果、中心市街地での産業振興が難しくなった。ただ、今後の地域経済のサイズの縮小を考慮すれば、都市の機能を中心市街地に集約していくことが望ましい。とりわけ、医療サービスを核とした中心市街地の活用に意義があると考えている。「まちなか集積医療」には、医療

を中心としてまちづくりを行い、地域を活性化させるという意図がある。

後述されているが、第4章で高齢者が健康に不安を抱えると同時に医療機関への利便性を求めている状況が明らかにされている。つまり、病院が集まるということは、住民が医療サービスを求めて集まることでもある。高齢化社会ではこのようなニーズがますます高まることを考えれば、中心市街地に医療サービスが集まることは、中心市街地の人口集積にも高い効果があると考えられる。これは医療サービスの需要を安定的に確保するのみでなく、医療スタッフの確保など、サービスの供給を安定化することにもつながるのである。

広域の地域単位で行政と病院が連携

これまでの医療の問題点として、医療サービスが重複しており、医療機関の規模が小さいために効率が悪いという点を指摘してきた。ただし、ここで述べる効率とは病院の立地や病院の運営主体に関する地域的な効率性である。重要だが採算の取れない医療分野がなくなり、採算の取れる医療分野だけが残るといった分野的な効率性の追求を認めるものではない。そのため、「まちなか集積医療」には行政の適切な関与と民間病院との連携が不可欠である。

「まちなか集積医療」のポイントは、まず、現在より大きな行政単位でこれを目指すというものである。現状では市町村ごとに小規模な病院を運営しており、それぞれが需要を確保できなかつたり、スタッフを確保できなかつたりして経営に行き詰まるという状況が頻繁に見られる。しかし、より広域的にみれば、人口が減少しているにも関わらず隣接する（通院可能な範囲に）似たような病院が幾つもあることがこのような問題につながっている。小さな行政単位で病院を運営すること自体が限界にきていると言えるのだ。地域の医療の運営主体は、部分最適でなく、全体最適となる医療サービスを目指す必要があり、そのためには医療の行政単位はより広域であることが不可欠である。

そして、全体最適という観点で、行政が自治体病院の機能、立地、規模を見直すことが求められる。例えば、民間病院では供給が難しい（採算の取れない）医療、今後地域で重点化を図るべき医療など、それぞれの地域において必要な医療の質と量を行政が考慮するといったことである。それに加えて、行政が、自治体病院と民間病院のそれぞれが代替的に担うことが期待される医療の連携を整え、民間病院に適切な誘因を与えることも求められる。

（2）これまでの地域医療と何が違うのか

本報告書で提案する「まちなか集積医療」にはこれまでの地域医療の考え方と異なる点がいくつかある。これまでの地域医療のどのような点が問題で、どのような方向転換が必要なのかを以下で取り上げたい。

医療の分散から、医療の集積へ

これまでの地域医療計画は、人口規模に比例した病床数をほぼ全国一律に定めており、医療サービスが全国でほぼ同じ密度で供給されることを意図してきた。そのため、人口規模から算出した基準病床数を上回るような新規の病院の設立や病院の集積は原則として難

しい。一方、基準病床数の範囲内であれば、病院がどのように立地することも自由な状態である。このように全国に均一的に病床を配置することを目指す考え方は、結果的に医療サービスへの距離アクセスを保証する上でかつては一定の役割を果たしてきた。

しかし、人口減少や高齢化によって必要な医療サービスの量や質が変化するにつれ、単に数として病院（病床）があれば、地域の住民が満足できるという状況ではなくなりつつある。そこで必要となるのが、これまで分散していた医療資源を一定の地域に集めるという都市の姿である。これは、広域の住民に必要な医療を一定の範囲内で集約的に提供することを意図している。したがって、二次医療圏の中でも、医療機関が集まる地域と、そうでない地域がより明確になることを意味する。また人口動態の変化によっては二次医療圏間でも同様の変化が考えられる。

大都市や過疎地域など特殊な立地条件を除いて、日本のほぼ大部分の地方中小都市圏で、医療サービスが高密度に提供される地域と低密度で提供される地域とが分かれる。もちろんこれは一時的に住民の病院へのアクセスの面で負担を増すことになるが、将来的に医療の供給と需要のミスマッチを軽減するためにこのような転換が必要であると考えられる。

国土交通省（2005）によると、1980年代以降モータリゼーションの進展に伴って中小地方都市では都市機能の低密度な拡大が進んだ。その結果、100床未満の小規模な病院が分散して多く立地するようになった。しかしこれらの小規模な病院では十分な需要やスタッフの供給を確保できず、一部の診療科を廃止せざるを得なくなっているケースもみられる。このように医療サービスとしての機能が不十分な中小病院が分散するよりも、需要も供給も確保しやすい都市の中心部に集中して立地している方が結果的にサービスの充実を図ることができる。距離アクセス上の負担を医療の質の向上で補うことも可能である。

地域分担の医療から、機能分担の医療へ

今後の医療サービスでは、立地における方向転換と同時に質的な方向転換も求められている。これまで低密度の郊外地域で医療サービスを担ってきた病院は、自ずと総合病院としての役割を求められてきた。しかし、それが医師をはじめとするスタッフの慢性的な供給不足を招き、また、医療機器などの設備投資の重複を生み出している。

OECD Health Dataなどで頻繁に指摘されているとおり、日本は他のOECD諸国に比べて人口比当たりの病院数が極めて多い（10万人当たり7病院）。先に述べたように中小規模の病院が多く、1病院当たり、十分な人口数（患者数）を確保できていない上、個々の病院にCTやMRIなどの一連の医療機器が備えられている場合が多い。その結果、当然のことながら、中小規模の病院では医療機器が十分に稼働できる状況になく、無駄な投資が生まれている。

ある都道府県の医療政策担当者にインタビューした際の話だが「ある医師不足の地域に医師を確保しようとしたが、地方のため、高収入のオファーを出してもなかなか人材が確保できなかった。ようやく見つけた医師は医療機器がないと専門的な診断ができないと主張し、病院にその機器を導入することが赴任の条件となった」という。人材を確保する難しさに比べれば、機器を確保する方が容易であるという現状も、日本で稼働率の低い検査機器が多い状況を助長していると考えられる。

また、地域分担的に総合病院を持つというこれまでの医療サービスの在り方はますます

非効率で無駄の多いものとなっていくだろう。このような状況を改善するためには、各医療機関が中心地に立地する利点を生かして、それぞれ専門化を図ることが必要だと考える。例えば心臓病、がん、リハビリ、周産期、救命救急などそれぞれの治療分野に各病院が特化し、その分野に必要となる医療機器を重点的に備えれば、機器や施設の重複投資を節減するとともに稼働率を上げることができる。

このように「まちなか集積医療」は、その地域においてニーズの高い医療を重点的・専門的に提供できる環境を整える上で重要だ。ただし、この際に、採算性の高い医療だけに特化する傾向（クリームスキミング）を防ぐことも同時に求められる。行政が地域における医療ニーズを適切に見極め、必要だが採算性の低い医療（急性期医療や周産期医療）の供給がおろそかにならないように、予算を配分する必要がある。この点で、「まちなか集積医療」は行政と医療機関が連携した取り組みとならなければならない。

まちごとの医療から、広域の医療へ

先に述べたとおり、「まちなか集積医療」においては、そのニーズに見合った医療サービスが提供されるよう、行政が適切に関わることが不可欠である。しかし、これまでの行政の関わり方とは、地理的にも機能的にも方向転換が必要である。

まず、地理的には、これまでの市町村単位から、より広域の行政区域の単位（市町村の連合や都道府県）で医療サービスの立地を再検討する必要がある。人口数万に満たない市町村がそれぞれ自治体立病院を経営するというかつての在り方は、部分的に（その市町村内では）最適な医療を目指すものであっても、地域全体を通してみれば無駄につながってしまう。なぜなら、よほど地形的に隔てられていない限り、住民は近隣の市町村の病院を自由に受診することができるからだ。結果的に近隣の病院同士が少ないニーズを奪い合い、個々の病院に投入された施設や医療機器が有効に活用されない状態となってしまう。

しかしながら、ただ単に行政単位を広域化するといっても現実には様々な障害がある。ある赤字の市立病院をあえて経営統合したいと思う県立病院や近隣の市立病院が現れることは考えにくい。そこで必要となるのが、行政による病院の運営方法をまず機能面で見直すことである。例えば、自治体立病院の独立行政法人化を行うというように病院の経営権を行政の首長から切り離すことが、医療サービスの広域的に最適な配分を検討する第一歩となることも考えられる。経営の自由度が増した病院同士は共同の物品調達を行ったり、人員の相互派遣を行ったりといった経営改革が容易となる。このようにして既存の行政機能の枠組みから脱却することが広域的に最適な医療サービスの配分を目指す上で有効である。

2. 「まちなか集積医療」で期待される効果

前節で述べたように、「まちなか集積医療」はこれまでの医療サービスの大きな変革を要する。このような変革を進めるには、はたしてこの方針がどれだけのメリットを地域医療にもたらすものなのかというイメージを住民間で共有することが必要である。

本節では先行研究や、日本の公立病院データを紹介しながら、集積のもたらすメリット

や、医療機関の分業が進むことによるスケールメリットを紹介する。

広域的な医療サービスの統合や集積の取り組みは、高齢化の進む先進諸国では共通の課題であり、海外ではすでに各国の医療制度に応じた様々な提供体制が試みられている。これらの海外の事例も参照したい。

(1) 分業とスケールメリット

「まちなか集積医療」を提言する第1の意義は、集積が医療の分業を可能にし、スケールメリットを生むという点である。分業によって、個々がその最も得意とする生産分野に特化し、生産要素をそこに集中するとともに、サービスの産出をさらに拡大することができる。このように投入規模を拡大することで、産出規模をそれ以上に拡大できる状態をスケールメリットがあるという。その直接的な効果として、生産性の低い投資を省くことができたり、投入1単位当たりの収益が拡大できたりといった効果がある。

筆者は現代の医療において、スケールメリットは産業の発展のカギを握る要素であると考え。では、例えば、病院が機能別の分業を進め、それぞれの分野に特化することでスケールメリットを生かすことはどのような便益をもたらすだろうか。

治療の質の向上と人材の活用

分業の効果は単なる収益性の向上だけにとどまらない。分業によって1人の人や1つのチームが知識や技術の習得において、特定の分野を深く学ぶ環境を確保することができる。人は経験を積むほど与えられた仕事を効率的にこなすことができるようになり、そしてそこから新しい改善方法を見出し、イノベーションを生み出すことができる。当然のことながら、スケールメリットを活用して得られた収益も次世代のイノベーションを生み出す上で重要である。これまでも技術の向上はそのような環境から生じてきたのであり、今後も細分化された様々な分野で専門的な研究が進むことが、全体として技術が向上することの要件となっていくであろう。

人材の有効活用という点からもスケールメリットを活用する効果は大きい。例えば、1人の心臓病専門医が当直に入り、全責任を負っている場合と、5人の心臓病専門医が同時に当直に入っている場合とでは、医師にとっての労働環境も大きく異なる。たまたま自分1人の体調が悪くなっても、他の医師がカバーしてくれるという環境にあれば、医師にとって働きやすいことはもちろん、病院を選ぶ間もなく駆け込んだ患者にとっても、運やタイミングに左右されず安定した質の治療が受けられるという点で重要である。日本胸部外科学会（2006年）によると、心臓の冠動脈バイパス手術において、手術件数が年間49件以上の施設での死亡率（術後30日以内の死亡率）は1.6%であるのに対し、年間15件以下の施設では3.8%となっており、手術数が少ない施設のほうが死亡率が高くなっていることが指摘されている。病院の規模・スタッフ数・症例数が一定以上あるというスケールメリットは治療の質を確保する上でも無視できないものである。

また、医療スタッフにとって働きやすい環境を用意できる病院は、その分、人材を確保しやすくなる。候補となる人材が多ければ、より優れた医師を選んでさらに治療の質を上げることができるだろう。分業を通じて特化することで、医師が集まり、医療機関が集ま

り、患者が集まる。そこには情報やノウハウといった正の外部効果（市場では取引されな
いが経済活動に直接影響を及ぼす便益のこと）がある。

治療の選択肢の拡大

ハーバードビジネススクール教授のヘルツリンガーはその著書（2000）の中で、米国の
腹部ヘルニアの専門病院を紹介している。その病院は腹部ヘルニアにかけては超一流の病
院として名高く、多くの医師や患者が全米から集まる。医師の業務は比較的容易な治療か
ら高度な治療まで、医師の技量に応じて完全に分業されている。多くの症例を扱うこと
になるので、容易な治療から高度な治療までマニュアル化しやすく、当然、新たな症例が加
わるごとに改善を図っていくこともできる。一方患者が集まる理由はその質もさることな
がら、手頃な料金である。必要な医療機器だけを備え、大量購入によるコストダウンを図
っているために、他の病院よりも安く、質の高い治療が提供できている。また、病院側は
単に患者を症例蓄積のためのモルモットとして扱うのではなく、患者同士のつながりを作
ることにも力を入れているため、患者同士が治療体験を共有したり、回復をともに祝つた
りといったコミュニケーションも盛んであるという。このように、スケールメリットは単
にコストダウンを実現する以上の効果があるといえよう。医療機関同士が治療の差別化を
図ることによって、患者も、自分に合った治療を比較し、選択する余地が生まれる。

このように分業を有機化することは、別の言い方をすれば、社会全体としてのスケール
メリットを生かすことにつながる。そのためには、個々の医療機関や医師がより高い専門
性を持つことが前提となる。こうしたメカニズムの最大の受益者は実は医療機関というよ
りは、住民であるということは強調しておく必要がある。結果として得られるものは、コ
ストの大幅削減、より質の高い専門医療、医療の選択の範囲の拡大などである。このよ
うな分業の利点を理解したうえで、実際には分業が医療において進みにくい様々な状況を改
善してゆくことが必要だ。例えば、行政側は分業が自然発生的に生じない制度設計や料金
体系、そして補助金の問題点を認識すると同時に、分業すると採算が合わなくなる医療分
野を如何に維持してゆくかを考える必要がある。一方、医療機関も、分業が地域別にも分
野別にも進まないような医師の人事制度を地域の問題として見直す必要があるだろう。

実証分析による示唆

①都道府県立病院パネルデータ分析（2003年－2007年）

現在分散して立地している小規模の病院が、仮に都市中心部に集積し、その規模を拡大
するとすれば、どの程度のメリットがあるだろうか。日本におけるその効果を測るため、
都道府県立病院（および政令市立病院）のデータを用いて、組織形態や病床規模による収
益性の変化を分析した。都道府県立病院を対象とした理由は、地域の中核病院としての病
床数や診療科を備えている病院が（市立病院に比べて）比較的多いためである。「まちなか
集積医療」における中核病院のあり方を考える上で、現時点で最も類似した機能を都道府
県立病院が有すると考えられる。本来は民間病院や市立病院で同様の役割を有している病
院を含めるべきであるが、公立病院と民間病院とを比較可能なデータがそろわなかったた
め、今回の分析には含まれていない。

ただ、都道府県立病院に限定したことで、地方公営企業法の全部適用の必要性に関する

考察や、人件費などの費用項目に着目できている。データの出典は総務省「地方公営企業年鑑—病院事業」（2003～2007：各年度版）である。

被説明変数には、病院の稼働状況の指標として一般病床回転率¹、病院の費用項目として総費用に占める人件費比率および、職員1人当たりの費用を利用した。また病院の経営指標として、医業収支比率²、外来患者1人当たり収益、入院患者1人当たり集積を用いた。

説明変数としては、経営形態が地方公営企業法全部適用か否か、救急指定病院か否か、不採算地区の立地か否か、といった変数に加え、病床数、看護基準、外来／入院比率、都道府県人口（政令市の場合は政令市人口）、1施設当たり平均人口（＝都道府県人口／都道府県内の20床以上の病院総数）を用いた。また、病院の特性として、一般病院の中でも小児病院・がんセンター・リハビリ病院を区別し、期間内に病院名称が消失した場合と、新たに加わった場合についても考慮した³。基本統計量については補表にまとめた。

分析方法として、一般化最小二乗法（GLS：病院毎の固定効果を考慮したもの）と一般化積率法（GMM：Arellano-Bond Estimation と呼ばれる方法）を用いた。後者は説明変数に前年度の説明変数と相関（系列相関）がある場合を仮定し、考慮する。被説明変数に前年度との差分、説明変数にさらに1期ラグのある差分をとることで、系列相関を調整したものである。分析結果は図表3-1に示す通りである。

第1に地方公営企業法全部適用が経営指標に与える効果が興味深い。この点の詳しい解説は本章のBOXにあるが、医業収支比率、外来患者当たり収益、入院患者当たり収益はいずれも、全部適用を受けている病院が有意に高い数値を示しており、運営形態に自由度が高まることで、収支の改善にもつながることが示唆された。

第2に病院の規模と被説明変数との関係が興味深い。図表3-1の分析では、病床数が20～99床の病院を基準として、100床単位で病院の規模を分類したカテゴリー変数を用いているが、病床規模が大きいほど、病床の回転率、医業収支比率、入院患者当たり収益が高まっており、病床が500～599床レベルでその正の効果がピークに達していることが分かる。図表3-2は、その中でも病床数の医業収支比率への影響（係数）を図示したものである。20床～99床の病院を基準とすると、例えば、100～199床の規模の病院は平均して約8ポイント医業収支比率が高い。つまり、総収益に占める医業収益の割合が平均して8%高い。係数の上下に示す数値幅は95%信頼区間を示し、95%以上の確率で医業収支比率の差が範囲内に収まることを示している。同様に比較をしてゆくと、500～599床の病院では、医業収支比率のポイントが平均して20ポイント近いという結果が得られた。一定の病床規模を確保することが、病院の経営の改善にとって効果がある、つまり収益性においてスケールメリットがあることが実証できる。（ただし、リハビリ病院のように、入院日数が長期にわたるために収益性が劣る特徴をもつ病院があることもわかる。また、患者の重症度など病院ごとに異なる特徴も多い。収益性のみの議論が先行しないよう留意する必要がある。）

第3に1施設当たり人口との関係を見たい。この指標自体は各病院のカバーする人口を

¹ (平均入院患者数／一般病床数) × 100

² (医業収益／医業費用) × 100

³ 名称が消失した場合でも、病院そのものは（名称が変更または統合されて）存続している場合がある。また、名称が新規に加わった場合でも、既存の病院の名称変更や統合である場合がある。

反映したものでないため、病院周辺の人口密度の指標としては不十分であるが、人口規模と外来患者および入院患者 1 人当たり収益には正の相関があることが分かる。人口規模と人件費比率にも正の相関があるが、これは人口集積地域の賃金水準の高さを反映していると考えられる。結果として、人口集積地域は人件費コストが割高なもの、同時に需要も多いので、収益性を担保することが示唆できる。

図表 3-1 分析結果

被説明変数	一般病床回転率		医業収支比率		外来患者あたり収益Log		入院患者あたり収益Log	
	GLS Fixed Effect	Arellano-Bond	GLS Fixed Effect	Arellano-Bond	GLS Fixed Effect	Arellano-Bond	GLS Fixed Effect	Arellano-Bond
説明変数								
被説明変数1期ラグ		0.857 (5.08)**		0.295 (1.31)		0.603 (3.60)**		1.343 (6.22)**
全部適用=1 (一部適用=0)	-1.353 (1.63)	0.292 (0.23)	1.667 (2.60)**	3.186 (3.72)**	0.063 (4.51)**	0.011 (0.58)	0.058 (7.80)**	0.016 (1.11)
救急指定有=1 (救急指定無=0)	2.38 (1.2)	5.627 (1.5)	3.853 (2.53)*	3.306 (1.34)	-0.094 (2.50)*	0.05 (1.06)	0.056 (2.57)*	-0.019 (0.46)
不採算地区=1 (それ以外=0)	-0.539 (0.29)	-2.039 (0.83)	-3.739 (2.60)**	-0.99 (0.61)	-0.02 (0.64)	0.006 (0.20)	0.015 (0.93)	-0.011 (0.44)
一般病床数100~199	0.742 (0.34)	-1.845 (0.51)	7.973 (4.81)**	5.09 (2.13)*	-0.068 (1.71)	-0.073 (1.57)	0.15 (6.71)**	0.063 (1.63)
一般病床数200~299	5.793 (2.30)*	-9.751 (1.86)	12.313 (6.42)**	0.518 (0.15)	-0.048 (0.97)	-0.244 (3.53)**	0.196 (6.69)**	0.066 (1.20)
一般病床数300~399	11.145 (3.95)**	-7.438 (1.00)	13.594 (6.41)**	4.814 (1.00)	-0.021 (0.37)	-0.227 (2.32)*	0.3 (8.41)**	0.269 (3.44)**
一般病床数400~499	14.298 (4.94)**	5.66 (0.89)	15.898 (7.31)**	4.939 (1.18)	-0.016 (0.28)	-0.174 (2.08)*	0.401 (11.62)**	0.525 (7.82)**
一般病床数500~599	17.127 (5.67)**	9.682 (1.54)	19.799 (8.63)**	8.795 (2.15)*	0.035 (0.59)	-0.18 (2.22)*	0.462 (13.04)**	0.62 (9.40)**
一般病床数600~699	13.854 (3.97)**	4.781 (0.49)	17.426 (6.64)**	9.167 (1.43)	0.113 (1.59)	-0.192 (1.54)	0.432 (9.52)**	0.566 (5.47)**
看護基準7:1	-1.645 (2.90)**	-3.024 (4.26)**	-1.128 (2.57)*	-1.777 (3.83)**	0.04 (4.31)**	0.003 (0.3)	0.005 (1.02)	-0.025 (3.01)**
看護基準10:1	-5.318 (4.16)**	-4.077 (2.72)**	-5.75 (5.78)**	-3.23 (3.19)**	0.031 (1.47)	-0.011 (0.51)	-0.033 (2.99)**	-0.047 (2.88)**
看護基準13:1	-3.041 (1.04)	2.839 (0.84)	-0.252 (0.11)	1.469 (0.67)	0.075 (1.57)	0.04 (0.92)	0.004 (0.16)	-0.086 (2.31)*
看護基準15:1	-9.626 (2.00)*	-8.019 (1.43)	-7.371 (1.98)*	-2.834 (0.75)	0.128 (1.62)	0.036 (0.49)	-0.138 (3.39)**	-0.203 (3.41)**
外来/入院比率	-3.897 (0.16)	512.553 (1.28)	-1.841 (1.82)	-10.091 (4.96)**	-0.304 (11.61)**	-0.1 (2.64)**	-0.086 (5.48)**	-0.015 (0.48)
人口(Log)	0.244 (0.16)	-27.086 (1.08)	-3.231 (3.15)**	43.545 (1.58)	-0.148 (0.26)	-10.665 (1.80)	0.006 (0.01)	-5.477 (1.31)
人口^2(Log)					0.012 (0.34)	0.601 (1.61)	0.002 (0.08)	0.296 (1.12)
1施設あたり人口(Log)	-4.595 (1.50)	8.083 (0.31)	-4.143 (1.77)	-53.831 (3.34)**	0.15 (2.18)*	0.109 (0.37)	0.11 (2.25)*	0.057 (0.25)
期間内参入	-0.581 (0.15)		2.951 (1.02)		0.034 (0.40)		-0.034 (0.53)	
期間内退出	-15.227 (5.81)**		-11.789 (5.88)**		-0.045 (0.76)		-0.084 (1.91)	
小児病院	5.736 (1.79)	-0.878 (0.11)	3.427 (1.4)	4.526 (0.92)	0.2 (2.99)**	-0.076 (0.73)	0.384 (8.90)**	0.723 (4.94)**
がんセンター	4.523 (1.22)		0.818 (0.29)		0.274 (3.44)**		-0.015 (0.27)	
リハビリ病院	-6.303 (0.91)		-26.518 (4.94)**		-0.667 (4.30)**		-0.355 (3.15)**	
定数項	99.843 (1.01)	-2,353.16 (1.47)	124.416 (13.93)**	-95.009 (0.48)	10.71 (4.78)**	50.442 (2.06)*	10.198 (6.19)**	20.84 (1.22)
Observations	1043	590	1043	590	1043	590	1043	590
Number	230	211	230	211	230	211	230	211
R ²	0.29		0.45		0.51		0.49	

**有意水準1%、*有意水準5%

()内はZ-Statisticsを示す

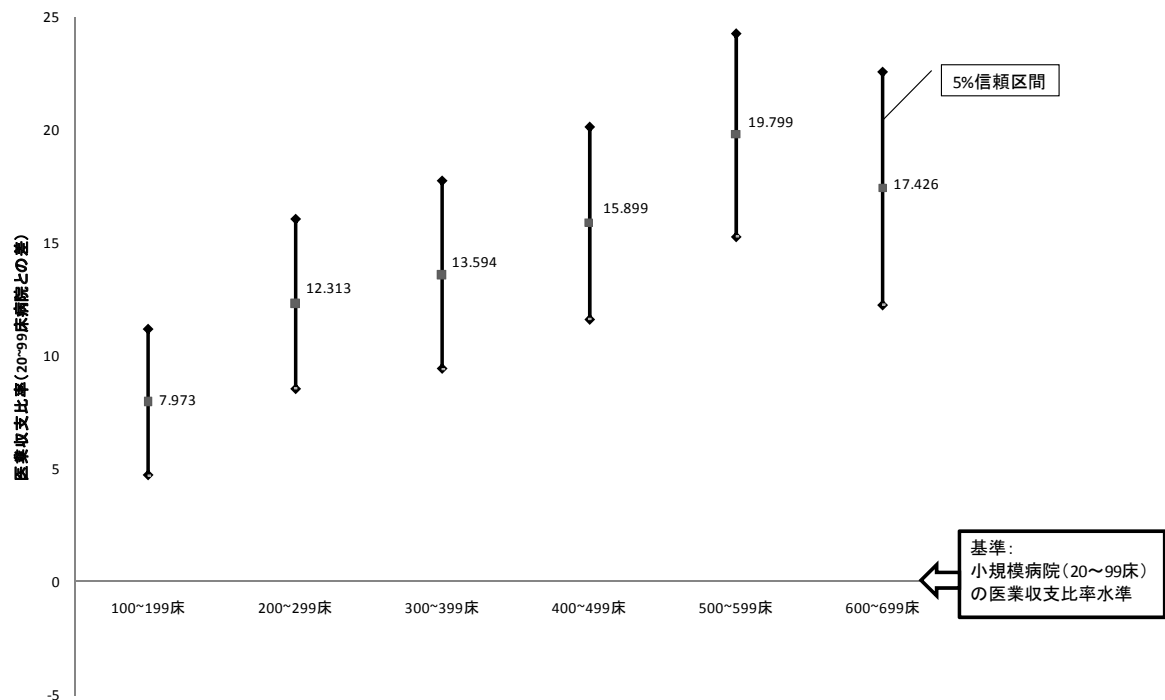
図表 3-1 分析結果 (続き)

被説明変数	職員あたり費用Log		総費用に占める人件費	
	GLS Fixed Effect	Arellano-Bond	GLS Fixed Effect	Arellano-Bond
説明変数 被説明変数1期ラグ		0.046 (1.06)		-0.425 (0.28)
全部適用=1 (一部適用=0)	0.005 (0.30)	-0.017 (1.11)	-0.002 (0.45)	-0.011 (1.95)
救急指定有=1 (救急指定無=0)	0.025 (0.45)	0.016 (0.37)	0.008 (0.77)	0.012 (0.79)
不採算地区=1 (それ以外=0)	-0.021 (0.54)	-0.015 (0.54)	0.011 (1.38)	0.004 (0.36)
一般病床数100~199	-0.033 (0.56)	-0.113 (2.64)**	0.018 (1.58)	0.026 (1.71)
一般病床数200~299	-0.002 (0.03)	-0.095 (1.57)	0.03 (2.04)*	0.074 (3.43)**
一般病床数300~399	0.019 (0.20)	-0.009 (0.10)	-0.017 (0.98)	0.031 (1.01)
一般病床数400~499	0.068 (0.73)	0.076 (1.02)	-0.005 (0.30)	0.047 (1.76)
一般病床数500~599	0.117 (1.23)	0.134 (1.83)	-0.009 (0.54)	0.077 (2.83)**
一般病床数600~699	0.201 (1.58)	0.079 (0.70)	-0.037 (1.69)	0.091 (2.25)*
看護基準7:1	0.007 (0.61)	0.009 (1.12)	-0.002 (0.93)	-0.002 (0.67)
看護基準10:1	0.004 (0.14)	0.009 (0.54)	0.004 (0.64)	0.003 (0.38)
看護基準13:1	0.095 (1.57)	0.069 (1.67)	-0.009 (0.70)	-0.021 (1.44)
看護基準15:1	0.144 (0.91)	-0.055 (0.55)	-0.042 (1.30)	-0.054 (1.48)
外来/入院比率	-0.037 (0.91)	0.004 (0.11)	0.021 (2.69)**	0.018 (1.40)
人口(Log)	0.582 (0.41)	-0.154 (0.03)	-0.023 (2.16)*	0.085 (0.48)
人口 ² (Log)	-0.029 (0.34)	0.037 (0.13)	-0.01 (0.43)	0.052 (0.72)
1施設あたり人口(Log)	0.147 (0.94)	0.349 (1.50)	0.118 (3.54)**	
期間内参入	0.703 (2.98)**		0.031 (1.42)	
期間内退出	0.097 (0.64)		-0.065 (3.05)**	-0.056 (1.32)
小児病院	0.244 (2.01)*	0.091 (1.04)	-0.035 (1.27)	
がんセンター	0.022 (0.12)		-0.052 (0.93)	
リハビリ病院	0.656 (1.71)		-0.048 (0.16)	
定数項	6.907 (1.23)	7.375 (0.40)	0.6 (6.95)**	0.42 (0.28)
Observations	1034	585	1033	584
Number	228	208	228	207
R ²	0.05		0.17	

**有意水準1%、*有意水準5%

()内はZ-Statisticsを示す

図表 3-2 病床数の医業収支比率（医業収益／医業費用）への影響



② 海外先行研究

先進国では病院経営の集積やネットワーク化が先行して起こっている地域が多い。このような先行事例（とその実証分析）からどのような結果が得られているかを以下にまとめたい。

Cohen and Morrison Paul（2008）は1997年から2002年の米国ワシントン州の病院（93病院）を対象として、近隣病院との距離、病院規模（外来・入院規模）、診療科の範囲と、コストの弾力性（生産量の変化率に対するコストの変化率）との関係を分析した。

その結果、近隣病院との距離が近いほど、コストの低減効果が高いという分析が得られた。これは、近隣病院との距離が近いほど医療スタッフ（労働力）を確保しやすいという点に由来していると分析されている。また外来規模・入院規模の拡大がいずれもコスト低減効果を持っており、病院経営における規模の経済性が確認されている。

Bates and Santerre（2005）は1993年と1999年のアメリカの都市圏（302都市圏）を対象として、病院の集積（Clustering）が医療サービスの産出に正の効果を持つか、負の効果を持つか、という検証を行っている。ただし、ここでの正の効果とは、集積により人材の供給や消費者の確保が容易となり、産出の拡大が投入の拡大を上回る事である。一方、負の効果とは集積により同質の資源が過剰に投資され、産出の拡大が投入の拡大を下回る事である。分析の結果、都市圏（中心市街地）における人口当たりの病院数の増加が、病院の平均生産性（1日当たり退院者数・入院者数、1ベッド平均入院日数）を高めるといふ集積の経済性が確認された。また、この分析でも、病院規模の拡大は、病院の生産性に対して正の効果を持つという規模の経済性が確認されている。

Preyra and Pink (2006) は、カナダ・オンタリオ州において、1996年から1997年にかけて、病院の統廃合(233病院から150病院への統廃合)が行われた事に対し、統廃合の前後の病院の規模や特性別に、統合の効果を検証している。(これらの病院はすべて公営病院である。)その結果、合併による規模の経済性の上昇は、小規模病院同士が統合した場合に最も大きくなること、一方で規模の経済性の持続は大規模病院同士の統合の場合に最も大きいことが示されている。

以上のように、先行研究では、病院の集積や、統合などを通じた大規模化がいずれも病院の生産性や収益性に正の効果を持っていることが示されている。

(2) まちづくりとの一体化

「まちなか集積医療」の第2の意義は、医療が集積することで、人口密度の高い中心市街地の形成を誘導することができ、さらに、それが、他のサービスの活性化につながるという点である。

一般に対個人のサービス業は通常そのサービスが提供されると同時に消滅する。つまり、製造業と異なり、在庫を持つことができず、サービスをモノに代替して保存しておくことは例外的である。例えば、レストランなどで、ある程度の料理の注文を見越して作りおきしておくことなどは不可能ではないが、限界がある。さらに、客のいない小売店やホテルなどのように、もし需要がそこになれば、設備がいくらあってもサービスの付加価値がゼロになってしまうこともある。従って消費者との時間的・空間的な距離の近さがサービスの内容そのものに加えて重要となる。

例えば森川(2008)は、日本において、対個人サービスでは人口密度が2倍になると、生産性が10~20%高くなる、「密度の経済性」があると述べている。つまり、消費者にとってのアクセスがよいところにあることで、生産性が向上するのである。この効果は、製造業のように付加価値をモノの形で持ち、需要が地理的に制約されにくい産業と比較してはるかに大きい。

このように、消費と生産が同時に行われることで付加価値を生み出す産業は必然的に地域密着的な産業となる。あるいは地域への密着性の点でハンディがあるならば、それを補って余りある質を提供することが必要になる。最近では交通手段の発達により、海外を含めた遠隔地の同業他社との競争環境などもないわけではないが、基本的には多くの対個人サービス業は国際競争や地域間競争のない事業環境の下で発展してきた。

地域産業としての側面が特に強い対個人サービス業は、国際競争のある製造業、あるいは範囲の経済性がある大手の運輸業や金融業、そして放送・通信業と比べて、異なる特徴がいくつかある。まず、IT化やデジタル化の必然性に迫られないがために、平均的にIT資本ストックの利用率が低い。そして、平均的に規模が小さく、収益が低い。経済産業省(2007)によると、例えば日本の小売業では、人口当たり商店数は主要先進国の2~3倍の規模があるが、商店当たりの販売額はアメリカの4分の1、従業員当たりの販売額はフランスの2分の1程度しかない。したがって、このような地域密着型の産業の生産性が向上するか否かは、その地域の住環境の整備(需要)と最も密接に関わっている。

地域密着型のサービス産業の1つとして、医療へのニーズは高齢者を中心に今後ますます

す高まり、かつ医療サービスの利用もより長期的になると考えられる。よって、医療サービスを集積する際には、同時に住民が近くで医療を受けられるような住宅環境の整備を行うことが有効である。住宅環境が整備されれば、結果的に他のサービスも集積し、街の活性化につながる。藤川・安山（2008）は医療機関に集合住宅が併設されている場合、周辺の年間商業販売額・通行量・人口の増加に波及効果があることを示している。また、この効果は駅前市街地立地において特に大きく表れることも示している。一方、国谷・中井（2001）によると、行政側の中心市街地活性化は、商業施設の誘致への関心が優先し医療機関の活用に関する意識が低いことが指摘されている。したがって、医療サービスが人口減少化において高密度な都市地域を形成するための求心力として位置づけられることが新たな政策として重要かつ効果的であると考えられる。

（3）行政サービスの効率化

「まちなか集積医療」の第3の意義は、医療とまちづくりとの一体化によって、都市機能のコンパクトな集積が実現し、医療をはじめ、介護・交通・住宅など様々な行政サービスが効率化することである。また、核となる市街地を中心とした広域のネットワークが構築されることで、行政サービスの広域的・長期的な効率性が高まることである。

まず、自治体立病院の運営や民間病院への補助金など行政による医療サービスにはどのような変化が期待できるだろうか。小規模な市町村単位での医療サービス運営においては、議会や地元企業などの意向で自治体病院（市町村立病院）の経営改革が阻害されたり、他市町村への移転が阻止されたりしていた。そして、このような病院を温存するための予算投入が過剰投資や慢性的な赤字の温床となってきた。一方、「まちなか集積医療」においてはこれら市町村の利害調整を行い集積地（市街地）と周辺のネットワークを構築することが重要となる。例えば、都道府県などより広域的な管轄をもつ組織がモニタリングを行い、医療資源の機能分化を地域全体で実現する必要がある。急性期・リハビリといった個々の医療の機能が単体で黒字になることは難しいので、このように市町村を超えて医療サービスのネットワークを形成することは収益の安定化という点でも意義がある。

これは、他のサービスや行政機能についても同様のことがいえる。サービス業が安定した収益を確保するためには一定以上の人口や人口密度が必要であることは先に述べたが、市町村単位で一定の規模を単体で確保できる場所は少なくなっている。行政サービスの長期的な安定性という意味でも集積、そして広域のネットワークという視点が欠かせなくなっている。林（2002）は、地方自治体の最小効率規模（1人当たり歳出が最少となる人口規模）について、527市を対象とした調査で31万人から46万人と推計している。今後の日本ではおそらく人口30～40万人単位を確保する地域を範囲として、行政サービスの運営を進めていくことが望ましいと考えられる。

BOX: 自治体病院の経営方式と経営効率 —地方公営企業法の適用との関係—

山本 清

地方自治体が設置した自治体病院（公立病院）の経営環境は近年厳しさを増している。第1は、自治体自体の財政が国の三位一体改革あるいは景気後退の影響で悪化しており、一般会計からの繰り入れが困難になっていることである。とりわけ「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」（平成19年法律第94号）の施行により、地方公営企業の1つである自治体病院の財政も財政健全化の評価計算に含められるようになったため、自治体病院で累積赤字や欠損を生じているところは強制的に健全化を求められるようになった。第2は、研修医制度の改正で大学の医局を中心とした医師の派遣で成立していた医療体制が、派遣医の引き上げで診療に支障をきたすだけでなく、経営的にも採算割れになったことである。第3は、自治体合併や過疎化の進行によって、自治体病院の規模や配置に見直しが求められるようになったが、旧自治体間の対立や地域医療サービスの確保で新しい環境に対応した組織体制がとられていないことである。

こうした外部環境の変化への対応策として総務省は2007年12月に公立病院改革ガイドラインを策定しており、その中で「経営形態の見直し」がうたわれている。これを受けて赤字病院をかかえる自治体は委員会等を設置し経営形態の検討作業とその実施に着手している。このガイドラインには地方公営企業法の全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入及び民間譲渡が提示されており、実際多くの自治体は地方公営企業法の全部適用に活路を見出そうとしている。もともと、自治体病院は地方公営企業法の規定にしたがう地方公営企業の1つであるが、財務に関する規定のみが義務適用となっていて法の全部適用は自治体の任意となっている。財務規定には経営の基本原則、特別会計の設置や経費分担の原則が盛り込まれ、企業会計に準じた会計基準も適用される。したがって、こうした財務規定から生まれる経営構造や情報を経営の意思決定や改善に結びつければ経営効率の向上が期待できるが、一部適用では管理責任者が自治体の長であり、また、病院管理者や職員も自治体の長が任命し人事委員会の勧告にしたがうため、経営管理者の裁量性発揮の余地は小さく限界があるとされてきた。このため、ガイドラインでも「全部適用は・・・事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自律的な経営が可能となることが期待される」としている。より具体的にいえば、管理責任者が病院管理専門におかれ業務執行権と代表権を得るから、企業のCEOのような役割を担えるし、職員の任命・給与設定等も独自に行うことが可能になる。いわば、財務規定による一部適用の経営情報を経営管理に活かす仕組みが完成するということになる。

しばしば、全部適用では限界があり地方独立行政法人でないという意味がないとか、公設民営の指定管理者制度を採用すべきという意見が見直し検討の委員会報告で出てくるが、重要なことは病院事業管理者が経営効率を高めることを通じて自治体病院の使命を達成することである。それには財務情報の明確化（一部適用）を経営責任の明確化（全部適用）に高めることが肝要である。いくつもの公立病院の経営改善に成功した武弘道氏は地方公

営企業法の病院事業管理者として経営責任と権限を付与することが重要と強調し、地方独立行政法人制度には懐疑的である。また、同じく、徳島県で坂出市立病院と県立病院の黒字化を実現した塩谷泰一氏も「経営努力不足の赤字」と公共性としての「不採算医療による赤字」を区分し、前者を解消することが公立病院の経営理念とする。そのうえで「すべての住民に、公平で良質な医療を提供するための、最も効率的な方法であるか否か」が議論されるべきという（『医療経営白書 2008 年度版』、第 1 部特別インタビューの Chapter 1 と Chapter 2 参照）。そこには効率性以外に公平性と質及びユニバーサルという 3 つの公的部門の特性が明確に示されている。また、規模の効果と経営形態の違いを混在させた議論も見られるが、規模の効果・範囲の効果と経営形態の差異による効果を分離して経営成績や医療成績を分析することが必要である。

今回の研究でも明らかになったように、自治体病院の経営改善には経営形態を地方公営企業法の財務規定のみから一部適用から全部適用に変更すること及び規模の拡大が効率性及び収益性の改善をもたらすことが実証分析で確認された。今後の病院経営改革においても、要因別に分析した経営改善策を策定する必要があるだろう。

なお、財務情報・会計情報の経営改善に果たす機能・メカニズムについて、経営学者や会計学者及びコンサルタントから官庁会計による現金主義から企業会計の発生主義に移行すれば経営効率が高まると主張されることが少なくない。しかし、地方公営企業法の財務規定は企業会計基準に準じており、その観点からすれば一部適用も全部適用も同じであるから、全部適用の方は一部適用より効率が高いことを十分説明できない。実際、筆者がかつて同じ地方公営企業法が選択適用される下水道事業について、非適用と一部適用（財務規定のみ）、つまり、現金主義と発生主義の違いで経営体制や構造には差異はない状態を比較分析したところ、運営管理費の効率は両者に有意な違いはなかった（山本清、1992 年、「政府行動と会計情報システム —下水道事業における実証研究—」『地方自治研究』、Vol.7、No.1、pp.14-28。）。このことは、全部適用と一部適用によって初めて実質的な経営行動や意思決定のやり方に差異が生まれ、結果として経営効率の違いを生じることをうかがわせる。今後、経営改善のメカニズム及び医療の質に与える影響についても研究を深めていくことが期待される。集積型医療を推進し効率と質の向上を図るとともに、地域中核病院と地区の診療所等がネットワーク型に機能分担をしてアクセスの公平性と一定の医療水準の保証をしていくことが地域医療にとって重要といえるからである。

【参考文献】

- 国谷航介・中井検裕、2001年、「地方都市における医療施設移転の実態と中心市街地への影響に関する研究」、『日本都市計画学会都市計画論文集』、36号、pp.331-336。
- 経済産業省、2007年、「産業構造審議会 新成長政策部会・サービス政策部会 第1回サービス合同小委員会 資料」、<http://www.meti.go.jp/committee/materials/g80129bj.html>。
- 国土交通省、2005年、「中心市街地再生のためのまちづくりのあり方に関する研究アドバイザー会議報告書」、http://www.kokudokeikaku.go.jp/share/doc_pdf/2391.pdf 参照。
- 総務省自治財政局編、「地方公営企業年鑑」（平成15年度～平成19年度：各年度版）、http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/kouei.html 参照。
- 日本胸部外科学会、2006年、「2006年学術調査結果」、http://www.jpats.org/modules/about/index.php?content_id=16 参照。
- 日本経済新聞、2009年12月20日付朝刊。
- 林正義、2002年、「地方自治体の最小効率規模—地方公共サービス供給における規模の経済と混雑効果」、財務総合政策研究所ファイナンシャルレビュー2002年2月号、pp.59-89。
- 藤川誠・安山宣之、2008年、「医療施設を活用した中心市街地整備に関する研究—鹿児島市谷山における考察」、日本建築学会九州支部研究報告47号、pp.481-484。
- ヘルツリンガー、レジナ、2000年、「医療サービス市場の勝者—米国の医療サービス変革に学ぶ—」、シュプリンガー・フェアラーク東京。
- 森川正之、2008年、「サービス業の生産性と密度の経済性—事業所データによる対個人サービス業の分析—」、経済産業研究所ディスカッションペーパー 08-J-008。
- 山本清、1992年、「政府行動と会計情報システム—下水道事業における実証研究—」、『地方自治研究』、Vol.7、No.1、pp.14-28。
- Bates, Laurie J., Santerre, Rexford E. “Do Agglomeration Economies Exist in the Hospital Service Industry?,” *Eastern Economic Journal*, Vol.31, No.4, 2005, pp.617-628.
- Cohen, Jeffery, P., Morrison Paul, Catherine “Agglomeration and Cost Economies for Washington State Hospital Services,” *Regional Science and Urban Economics*, Vol.38, 2008, pp.553-564.
- Preyra, Colin., Pink, George. “Scale and Scope efficiencies through hospital consolidations,” *Journal of Health Economics*, Vol.25, 2006, pp.1049-1068.

補表：基本統計量

被説明変数

Variable		Mean	Std.Dev	Min	Max	Observations
職員一人当たり費用	overall	49398.2	295406.3	11624.04	5035137	N 1035
	between		425834.8	12519.22	4967328	n 228
	within		116617.3	-2917375	1944685	T-bar 4.53947
入院患者1日1人当たり診療収入	overall	37714.51	14184.43	12174	158895	N 1044
	between		13749.52	15922.4	147068.4	n 230
	within		2356.514	17947.11	52753.31	T-bar 4.53913
外来患者1日1人あたり診療収入	overall	10839.38	13121.57	4102	220536	N 1044
	between		11944.3	4410.5	165472	n 230
	within		4031.823	-63708.6	65903.38	T-bar 4.53913
総費用に占める人件費割合	overall	0.500184	0.106625	0.002337	0.743707	N 1034
	between		0.121575	0.002337	0.737154	n 228
	within		0.023352	0.284683	0.618282	T-bar 4.53509
医業収支比率	overall	82.9204	13.30313	14.2	108.3	N 1044
	between		13.30539	18.55	103.8	n 230
	within		4.665925	56.28707	109.4604	T-bar 4.53913
一般病床利用率	overall	77.96303	14.93914	3.8	105.1	N 1044
	between		14.86756	5.25	100.54	n 230
	within		5.957734	44.28803	101.943	T-bar 4.53913

説明変数

立地	全部適用	一部適用	Total
不採算地区病院	52	15	67
不採算地区病院外	531	450	981
Total(のべ数)	583	465	1,048
救急病院の告示	全部適用	一部適用	Total
救急病院の告示あり	449	359	808
救急病院の告示なし	133	106	239
Total(のべ数)	582	465	1,047
一般病床数	全部適用	一部適用	Total
20~99床	100	36	136
100~199床	118	90	208
200~299床	121	88	209
300~399床	91	73	164
400~499床	68	47	115
500~599床	44	47	91
600~699床	26	42	68
700~799床	5	24	29
800~899床	7	8	15
900以上	0	10	10
Total(のべ数)	580	465	1,045
看護の配置	全部適用	一部適用	Total
7:01	279	293	572
10:01	255	135	390
13:01	39	27	66
15:01	4	9	13
その他	3	0	3
無回答	2	1	3
Total(のべ数)	582	465	1,047
病院の参入退出	全部適用	一部適用	Total
期間内存続病院	540	398	938
期間内組織変更(退出)病院	30	49	79
期間内組織変更(参入)病院	13	18	31
Total(のべ数)	583	465	1,048

Variable		Mean	Std.Dev	Min	Max	Observations
都道府県人口	overall	3860.71	3126.47	600.00	12758.00	N 1048
	between		3146.21	606.20	12536.40	n 233
	within		42.83	3634.31	4082.31	T-bar 4.50
都道府県内病院施設数	overall	245.77	169.73	45.00	667.00	N 1048
	between		173.43	45.80	666.00	n 233
	within		3.45	230.37	259.37	T-bar 4.50
外来入院患者比率	overall	169.39	67.68	2.60	535.60	N 1044
	between		66.54	3.86	371.03	n 230
	within		17.69	90.99	341.69	T-bar 4.539
都道府県内1施設当たり人口	overall	15.15	4.56	5.64	25.52	N 1048
	between		4.61	5.64	25.34	n 233
	within		0.26	14.40	16.26	T-bar 4.50

一般病床数	不採算	不採算外	Total
20~99床	61	75	136
100~199床	6	202	208
200~299床	0	209	209
300~399床	0	164	164
400~499床	0	115	115
500~599床	0	91	91
600~699床	0	68	68
700~799床	0	29	29
800~899床	0	15	15
900以上	0	10	10
Total(のべ数)	67	978	1,045

一般病床数	7:1看護	10:1看護	13:1看護	その他	Total
20~99床	36	60	34	6	136
100~199床	95	85	20	8	208
200~299床	121	80	7	1	209
300~399床	105	52	5	2	164
400~499床	70	45	0	0	115
500~599床	61	30	0	0	91
600~699床	48	20	0	0	68
700~799床	19	10	0	0	29
800~899床	9	6	0	0	15
900以上	8	2	0	0	10
Total(のべ数)	572	390	66	17	1,045

一般病床数	救急指定	救急なし	Total
20~99床	99	37	136
100~199床	142	66	208
200~299床	163	46	209
300~399床	122	42	164
400~499床	91	24	115
500~599床	75	16	91
600~699床	63	5	68
700~799床	29	0	29
800~899床	15	0	15
900以上	9	1	10
Total(のべ数)	808	237	1,045

第4章 高齢者の医療の近接性と人口移動

辻 明子

はじめに

「まちなか集積医療」が現実のものになると、医療サービスへのアクセスが遠くなる地域が生じる。この問題を解決するための手段の1つとして、住民の移動を促進することが挙げられる。現在でも、高齢者にとっての医療資源の距離的近接性は、地域によってばらつきがあり、人口規模の小さい自治体や医療圏ほど、医療機関へのアクセスが不便な高齢者の割合が高い。

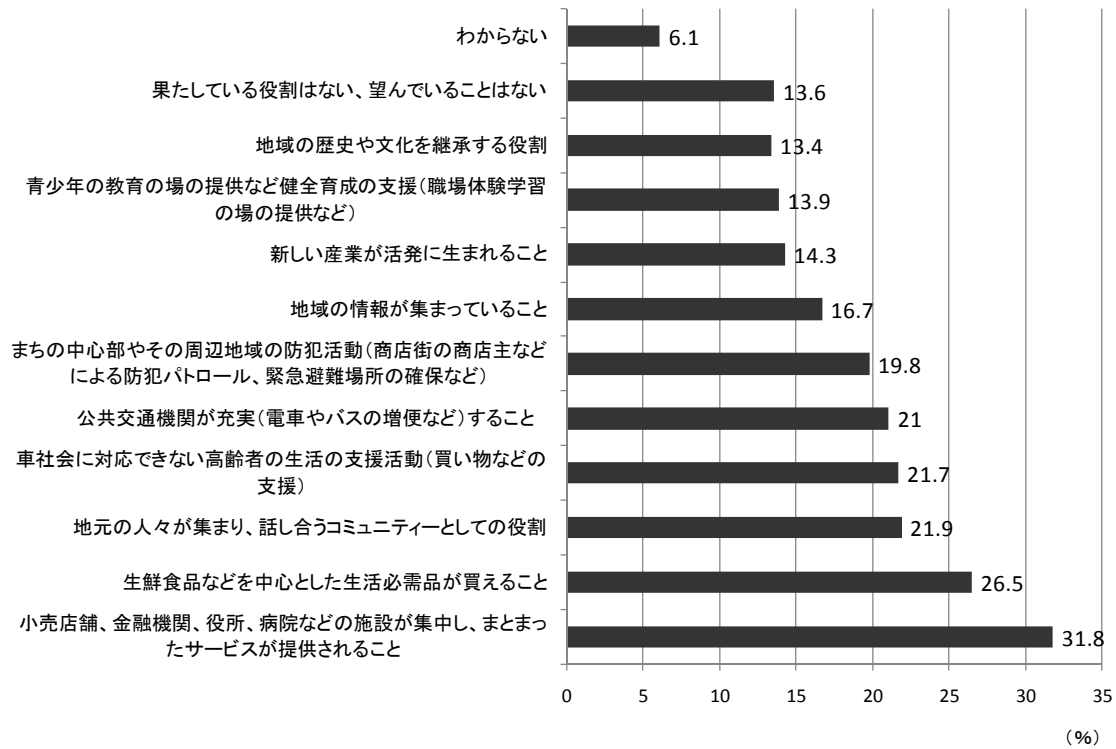
そこで、本章においては、高齢者の医療機関への距離アクセスの現状と、人口移動に関する実態と意識について見ていくこととする。人々が医療施設からどの程度の距離に住んでいるのか、利便性の悪い人はどの程度いるのか。また、人々は転居しているのか、また転居を考えているのはどのような人なのか。転居に関して医療施設はどのような意味を持っていると意識されるのか。こうしたことを検討することにより、「まちなか集積医療」実現に関連する、住民にとっての意味と住まいに関する課題について考えることとしたい。

1. 医療機関の立地に関するニーズ

医療機関の立地に関するアンケート調査結果によると、住民は、まちの中心部や自分の家から歩いて行ける範囲に医療機関があることを望んでいることがわかる。内閣府が実施したアンケート調査で、まちの中心部の役割や中心部への希望を聞いたところ、「小売店舗、金融機関、役所、病院などの施設が集中し、まとまったサービスが提供されること」という回答が最も多かった（図表 3-1）。また、内閣府が実施した別のアンケート調査でも、徒歩・自転車で行ける範囲に必要なものとして、およそ80%の人が、病院、福祉施設を挙げている（図表 3-2）。様々な生活関連施設の中で、「病院、福祉施設」を求める声が最も大きい。

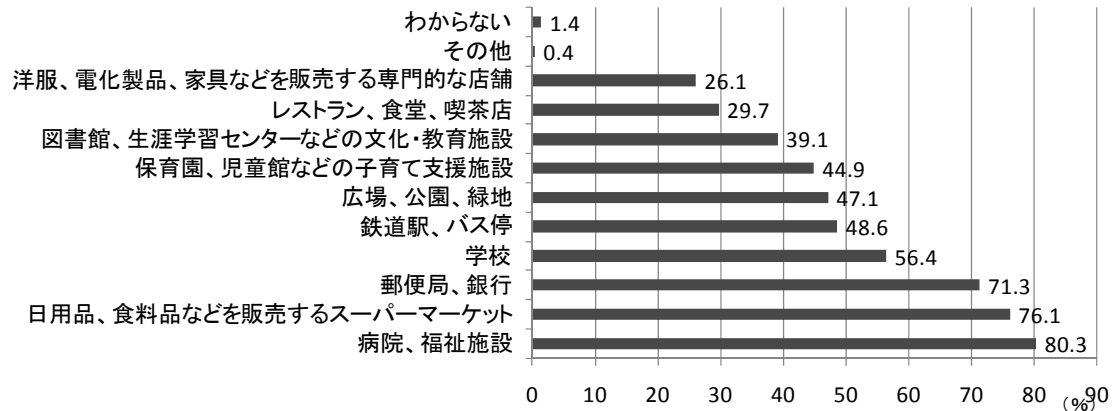
このように、住民のもつ医療機関の立地に関する希望としては、「中心地」、「自分の家から歩いて行ける範囲」などが挙げられている。まちの中心部に対する利便性を高めるとともに、中心部の重要な構成要素の1つとして病院を位置づけることは、住民の支持を得られやすいといえる。

図表 3-1 まちの中心部の役割や中心部への希望



(出所) 内閣府大臣官房政府広報室「小売店舗等に関する世論調査」(2005年5月調査)

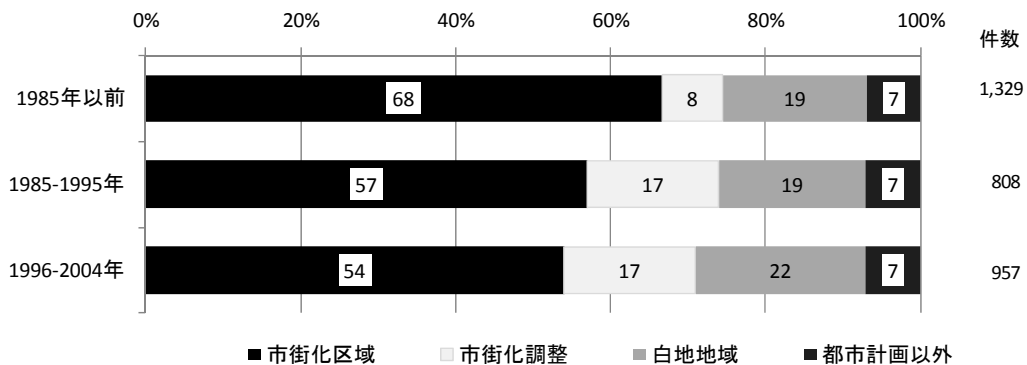
図表 3-2 徒歩や自転車でいける範囲に必要な施設・機能



(出所) 内閣府大臣官房政府広報室「歩いて暮らせるまちづくりに関する世論調査」(2009年7月調査)

しかし、近年の病院の立地傾向はこうした希望とは反対になっている。実際の病院立地状況を、延べ床面積が3000㎡以上の大病院について整理した結果が図表3-3である。これをみると、大規模な病院は、まちの中心ではなく郊外に増加しつつある。近年になるにつれ、大病院の中心地(都市計画用語でいう市街化区域)の立地割合は低下傾向にある。その代わりに、それ以外の郊外等(都市計画用語でいう「市街化調整区域」「白地地域」「計画区域外」)において大病院が建てられていることがわかる。

図表 3-3 病院施設（延べ床面積 3000m²以上）の確認時期別立地状況（地方圏）



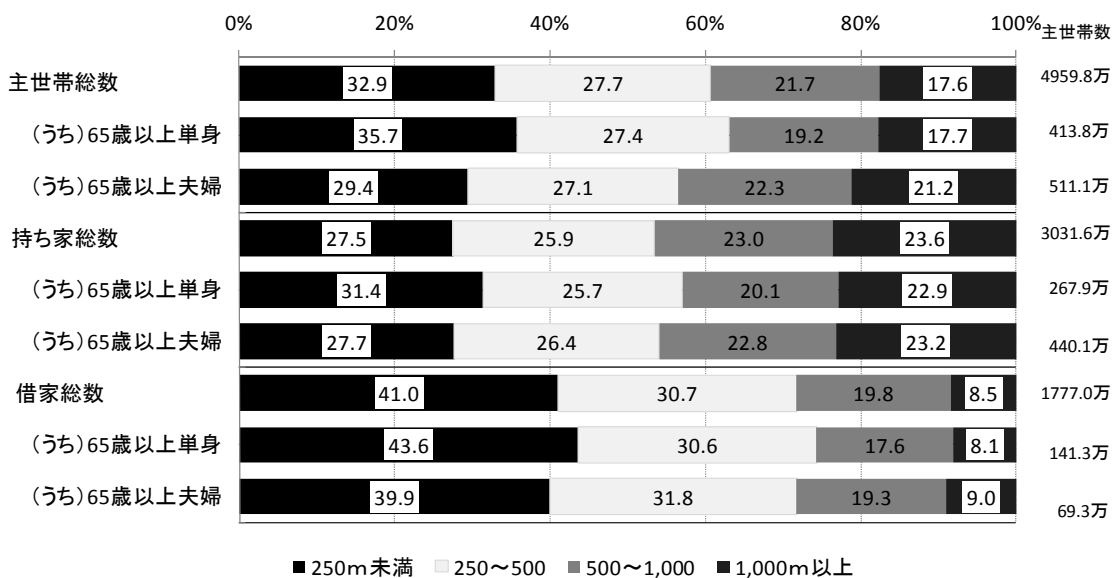
(出所) 国土交通省、2005 年、「中心市街地再生のためのまちづくりのあり方に関する研究アドバイザー会議報告書：参考資料 1-1 中心市街地問題をどう見るか」 p.15.
<http://www.mlit.go.jp/kisha/kisha05/04/040810/4-1.pdf>

2. 医療機関と住まいの距離

では、実際に人々が医療機関とどの程度の距離に住んでいるのか見てみよう。

図表 3-4 は、総務省「住宅土地統計」を使って、最寄りの医療機関（ここでは診療所も含む）までの距離別に世帯の割合をみたものである。なおこれは、施設等に入所している世帯を除いた結果である。全体をみると、2008 年時点で 250m 未満のところに医療機関がある世帯が、全体の 32.9%を占めた。250～500m は 27.7%、500～1000m は 32.7%、1000m 以上は、17.7%という世帯分布となっている。

図表 3-4 最寄りの医療機関との距離（世帯類型、住宅の所有別）：2008 年



(出所) 総務省統計局「住宅土地統計」

これを、世帯類型別、住宅の所有別に見ると次のようになる。まず、世帯類型別（世帯全体、65歳以上単身主世帯、65歳以上夫婦主世帯）では、世帯全体と比べて、65歳以上単身世帯は、医療機関からの距離が近い世帯が多いが、他方、65歳以上夫婦世帯については、医療機関からの距離が遠い世帯が多いことがわかる。高齢者は、医療受療の必要性が高まるが、それにもかかわらず、高齢夫婦世帯は全体の平均より利便性が劣っている点に注意が必要だろう。

また、住宅の所有別に、持ち家と借家の違いを見ると、借家の方が病院からの距離の近い世帯が多くなる。この傾向は、65歳以上の単身、夫婦世帯ともに当てはまる。世帯類型と住宅の所有の組み合わせで、65歳以上の高齢者について、医療機関への利便性の高い順番を示すと、「単身・借家」、「夫婦・借家」、「単身・持ち家」、「夫婦・持ち家」の順番となる。

なお、65歳以上の単身と夫婦の場合では、持ち家の割合が異なっており（単身の持ち家率64.8%、夫婦の持ち家率86.1%）、この点も両者の違いの大きな特徴である。

次に、同統計の前回調査を使って自治体の規模による利便性の違いを見てみよう。図表3-5は、2003年のデータを用いて、高齢者世帯のうち医療機関まで1000m以上の世帯割合を、自治体の規模別にまとめたものである。

人口規模が30万人以上の自治体においては、規模の小さい自治体と比較して、医療機関へのアクセスが不便な高齢者世帯の割合は小さく、自治体人口規模が小さくなるに従って、アクセスが不便な高齢者世帯の割合が増えてくる。

例えば、65歳以上の夫婦世帯のうち持ち家に着目してみると、人口50万人以上においては6.3%であるが、人口1万-3万人になると52.5%と過半数が医療機関へのアクセスが不便なところに住んでいる。

さらに、高度な医療を提供する三次救急機関に限定して、距離アクセスを見たものが、図表3-6である。ここでは、自動車を利用して、各市町村の中心地（具体的には役場）から、三次救急機関までどの程度時間や距離がかかるのか、自治体および二次医療圏の人口規模別に示したものである。

これをみると、人口規模の大きな自治体、及び大きな二次医療圏には、三次救急機関が存在する場合も多く、おおむねアクセスがよいことがわかる。三次救急医療機関までの到達時間の目標としては、30分を目指している自治体が多いが、自治体単位で見た場合には人口10万人以上、二次医療圏単位で見た場合では人口30万人以上では、この目標が満たされている割合が高い。

以上をまとめると、第1に、持ち家に住む高齢者夫婦の医療機関への利便性は、他の世帯と比べて最も劣っている、第2に、利便性の低い高齢者の割合は自治体・二次医療圏によって異なり、人口規模が小さな地域で利便性に問題を抱えている、第3に、そもそも市の中心からの高度な病院へのアクセスの悪い自治体が、人口規模の小さな自治体に多い、といった点が、医療機関と住宅の間の距離アクセスの関係の特徴として確認される。

図表 3-5 65歳以上主世帯の医療機関遠方割合（自治体規模別）：2003年

	個別データ公表自治体数	世帯数		医療機関まで1000m以上世帯割合(%)					
		65歳以上単身世帯	65歳以上夫婦主世帯	65歳以上単身世帯			65歳以上夫婦主世帯		
				総数	持ち家	賃貸	総数	持ち家	賃貸
人口1万未満	1	390	540	38.5	42.1	31.6	33.3	37.0	30.8
人口1万-3万未満	244	131,540	190,340	41.1	51.1	37.7	42.7	52.5	47.1
人口3万-5万未満	176	139,040	216,870	30.4	37.3	23.0	33.7	40.3	25.4
人口5万-10万未満	222	306,510	458,010	21.4	25.2	13.1	23.4	24.8	13.6
人口10万-30万未満	188	691,520	948,320	10.0	12.4	5.6	12.8	13.9	6.8
人口30万-50万未満	49	477,100	607,170	5.9	7.8	2.9	8.6	9.7	3.5
人口50万以上	30	974,360	1,075,220	4.1	5.7	2.3	5.4	6.3	2.4
全体	910	2,720,460	3,496,470	11.0	13.3	5.1	14.1	14.5	5.8

（出所）総務省統計局「住宅土地統計」をもとに作成

（注）ここで取り扱った自治体は、自治体別に公表されたものだけを取り出している。なお、データが自治体別に公表されているのは、原則人口1万5千人以上の自治体である。

図表 3-6 市町村中心部から三次救急機関へのアクセス（自動車利用）

自治体別

	自治体		人口		三次救急アクセス(分)				三次救急アクセス(km)			
	数	%	万人	%	平均	中央値	最小	最大	平均	中央値	最小	最大
人口1万未満	438	25.2	236.7	1.9	66	58	3	359	55.7	46.3	1.7	338.1
人口1万-3万未満	487	28.0	886.0	7.0	46	39	1	180	37.9	30.8	0.7	158.1
人口3万-5万未満	257	14.8	991.7	7.8	39	33	3	298	31.7	24.3	1.0	276.1
人口5万-10万未満	274	15.8	1,903.1	15.0	34	28	0	182	27.0	18.5	0.2	182.0
人口10万-30万未満	197	11.3	3,206.4	25.3	23	18	0	111	17.2	9.9	0.1	118.9
人口30万-50万未満	51	2.9	1,938.9	15.3	10	7	0	38	5.4	3.5	0.4	34.0
人口50万以上	34	2.0	3,486.8	27.6	7	6	0	21	3.5	2.9	0.1	8.2
政令市	16	0.9	2,314.2	18.3	6	4	0	21	3.2	2.2	0.1	8.2
市・23区	773	44.5	9,048.5	71.5	34	27	0	298	27.3	17.9	0.1	276.1
町村	949	54.6	1,286.8	10.2	52	43	1	359	43.3	34.2	0.7	338.1
総数	1,738	100.0	12,649.5	100.0	44	35	0	359	35.8	26.3	0.1	338.1

二次医療圏別

	二次医療圏		人口		三次救急アクセス(分)				三次救急アクセス(km)			
	数	%	万人	%	平均	中央値	最小	最大	平均	中央値	最小	最大
人口5万未満	17	4.8	65.9	0.5	63	61	8	128	59.2	53.4	4.3	127.6
人口5万-10万未満	81	23.0	646.6	5.3	62	56	10	276	54.5	50.1	7.6	258.4
人口10万-30万未満	126	35.8	2,361.6	19.3	42	37	2	172	36.1	30.0	1.5	151.2
人口30万-50万未満	57	16.2	2,237.0	18.3	21	16	2	100	15.6	9.9	1.2	108.6
人口50万以上	71	20.2	6,917.2	56.6	14	13	0	47	8.8	7.2	0.6	43.2
総数	352	100.0	12,228.3	100.0	39	29	0	276	32.6	22.9	0.6	258.4

（出所）国土交通省「総合交通分析システム：NAITAS（Ver1.8）」を用いた試算

（注）

1. 自治体別については、離島、2007年以降合併した73市町村、横浜市、川崎市を除く。また、二次医療圏別については、離島、2007年以降合併した73市町村、横浜市、川崎市が含まれる二次医療圏を除く。
2. アクセスは、各自治体立地点から最も近い三次救急病院までの時間及び距離である。役場・役所は、その自治体の中では利便性の高いところに立地していると考えられるため、実際の住民の居住地からのアクセスは、上記の数値よりも低い可能性がある点には注意が必要である。
3. 二次医療圏別の数値は、各市町村の人口規模を基に加重調整を行って算出した。

3. 人口移動の実態

「まちなか集積医療」によって病院がまちの中心部に移転することは、まちなかへの医療利便性の向上が図られることを意味し、また、本章第1節でみたように、それは住民が希望していることでもある。しかしそれによって病院への距離アクセスが低下する地域も

あるだろう。また、病院移転に伴い、診療所が病院の近隣に移転してしまうならば、診療所へのアクセスも低下し、歩いて通える医療機関が遠方になるといったことも想定される。

「まちなか集積医療」の実現に当たっては、こうした医療機関への距離アクセス低下への対応を同時に行う必要がある。これに対しては、交通手段を整備して住民の利便性を高めることが必要となるが、更に進んだ方法として「住民の転居」を検討するべきだろう。

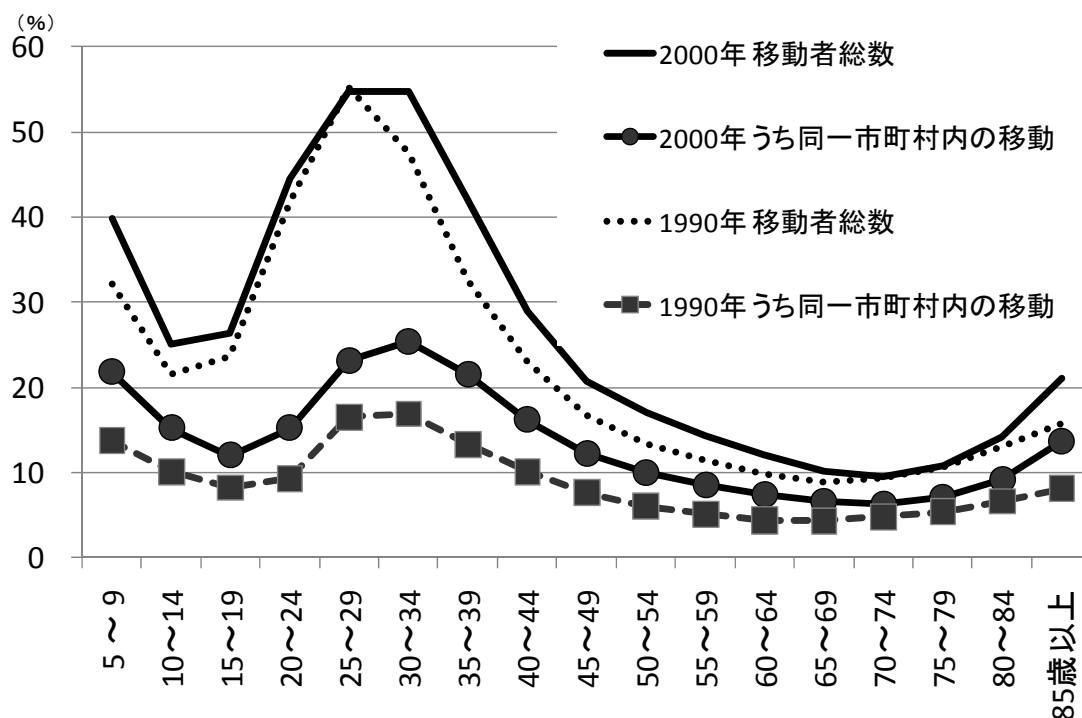
そこで、次に住民の転居の可能性について検討することにしたい。ここでは実際の移動（転居）の状況について確認する。実際にどの程度人々が転居しているのか、見てみよう。

図表3-7は、国勢調査を基に、過去5年間の転居した人の割合を、1990年と2000年の2時点について年齢別に示したものである。また、転居した人のうち、同一市町村内で移動した人の割合も同じ図表に示した。

まず、1990年と2000年を比較すると、2000年の方が移動した人の割合が高くなっており、全ての年齢において移動は増加傾向にあることがわかる。2000年にかけて人口移動が増加したのは、「同一市町村内での移動」が高まったためである。他方、同一市町村の移動を除いた人口移動は逆に低下傾向にある。つまり、近距離の移動は増加しているが、長距離の移動（都道府県をまたがったり、同じ都道府県の中でも市町村をまたがったりする移動）については減少していることとなる。

次に、年齢階級別にみると、最も移動が活発なのは、30歳前半である。これは20歳頃から始まる学業・就職・結婚を理由とした転居が多いためである。この移動は30歳代をピークに加齢に従って低下していく。しかし、高齢期に再び移動は増加する。70歳代前半から、85歳以上の最後の年齢階級まで、人口移動の割合は右肩上がりである。

図表3-7 過去5年間のうちに現住所へ転居した人の割合（%）（5年間）：2000年、1990年



(出所) 総務省統計局「国勢調査報告」

高齢者の移動について詳しくみると、特に 85 歳以上という一番大きな年齢階級において移動が増加している。2000 年では 85 歳以上のうち、20%、すなわち 5 人に 1 人が過去 5 年のうちに居住地を変更している。65～74 歳の場合は 9.9%、75～84 歳の場合は 12% であることから、85 歳以上の年齢階級で移動が高まっている点が着目される。

なお、高い年齢階級の時に人口移動が高まるのは、日本特有の傾向ではない。アメリカにおいても同様な傾向が見られ、同時期のセンサスデータによれば、年齢別の過去 5 年間の転居率は、65-74 歳は 21.2%、75-84 歳は 21.9%、85 歳以上は 32.3%になっている。

一般に、高齢期の転居については、具体的には以下のとおり 3 つの段階に分類される (Litwak, Longino (1987))。

- 第 1 段階: アメニティ移動 退職直後の健康な人がリクリエーション等を求めて移動する、
- 第 2 段階: 日常生活障害移動 配偶者の死別や身体機能の低下により介護や日常生活上の問題が顕著になり移動する、
- 第 3 段階: 慢性障害移動 慢性障害等や高齢によって施設の入所が必要になって移動する、である。

我が国においても、アメリカにおいても、85 歳以上の高齢者の移動が増えているのは、第 2 段階と第 3 段階の移動によるものと考えられる。アメリカにおいては、高齢期の転居を促進させる説明要因として子どもの数が、マイナスの要因として、居住年数、持ち家、福祉サポートサービスの利用が有意な結果として示されている (Sommers, D. & K. Rowell: 1992、菅野 2007、Bradley, D. E. et.al. 2008 他)。

図表3-8 移動理由 (複数回答) (%) : 2006年

	入学・進学	就職・転職・転勤	定年退職	住宅事情	生活環境上の理由	通勤通学の便	親と同居・近居	子と同居・近居	家族の移動に伴って	結婚・離婚	子育て環境上の理由	健康上の理由	その他	不詳
総数	7.4	20.6	1.0	25.9	8.5	3.8	3.7	1.2	0.8	12.8	2.7	1.2	7.7	2.8
20～24歳	28.5	35.1		5.9	7.9	9.2	1.0		1.0	5.0	0.7		4.9	1.0
25～29歳	1.1	26.7		12.6	11.0	5.1	3.4		0.6	26.7	2.0	0.6	8.4	2.0
30～34歳	0.6	17.2		26.4	7.5	3.9	4.0		1.1	24.8	5.0	0.6	7.3	1.7
35～39歳	0.7	20.5		33.4	7.7	2.2	4.3	0.2		14.9	6.0	0.2	6.7	3.1
40～44歳	0.6	21.0		40.0	8.4	2.9	4.5		0.6	11.0	4.2	0.6	5.2	0.6
45～49歳	1.0	25.9		28.4	9.5	2.0	6.0		0.5	10.0	2.0	2.0	9.5	3.5
50～54歳		26.5	0.5	29.7	5.7	4.2	6.8	1.0	1.6	5.8	1.6	1.6	12.5	2.6
55～59歳		23.6	1.6	31.6	11.1	3.2	3.7	4.2	2.1	4.2		2.1	7.9	4.7
60～64歳		14.6	10.4	32.3	7.3	1.0	7.3	5.2		2.1		1.0	11.5	7.3
65～69歳		3.3	10.2	44.3	12.5	1.1	2.3	2.3	3.4	1.1		2.3	10.2	6.8
70～74歳		1.7	5.1	44.1	10.2		1.7	5.1	1.7			3.4	13.6	13.6
75～79歳			2.1	50.0	10.4			16.6				10.4	10.4	
80～84歳				29.6	25.9			7.4				14.8	14.8	7.4
85歳以上				11.1				11.1		11.1		22.2	11.1	33.3

(出所) 国立社会保障人口問題研究所「人口移動調査」

また、我が国においては、高齢者の移動理由として「住宅事情」「子と同居・近居」「健康上の理由」が多い（図表 3-8）。なかでも、高齢になるに伴い、「健康上の理由」を挙げる人の割合が高くなる。特に、近年では子どもとの同居理由は減少し、その代わりに、「住宅事情」が上昇している。

なお、男性高齢者にとっては、子供との同居や近居が移動理由ではなくなっている一方で、女性にとっては、比較的子供との同居や近居が移動理由であるなど男女による転居理由の違いがあるとされている（国立社会保障・人口問題研究所（2006））。

また、住宅の種類別に移動についてみたものが図表 3-9 である。特に住宅の所有関係によって転居の割合が異なる。ここでは、家計を主に支える者の年齢階級別、住宅種類別に転居した世帯の割合を示している。住宅の種類別では、給与住宅（社宅など）に住んでいる世帯の移動率が最も高い。次いで民間の賃貸、公社等の賃貸、公営賃貸、持ち家の順となっている。住宅の種類別で転居の割合が大きく異なってくるのは 40 歳以降の中年・高齢期の世帯である。それまでは、比較的どの住宅の種類でも転居は生じている。40 歳以降になると移動率は低下するが、特にそれが顕著なのが、持ち家である。持ち家の場合 35～39 歳には 9.3%であった転居率が徐々に小さくなり 50～54 歳には 1.9%になる。一方で、民間借家の場合は、低下傾向はあっても、持ち家ほど小さい割合にはならない。35～39 歳には 9.4%、50～54 歳でも 7.2%である。65～69 歳の場合でも 5.1%である。持ち家に住んでいる場合、若年の間は転居があっても、高齢期になると転居はまれになる。一方で民間借家の場合は、高齢期になっても転居しつづけている。

なおデータは、介護施設や病院等に居住している場合を除いたものなので、高齢期の施設への移動が含まれない。そのため高齢期に移動率が上昇することは確認できない点を付記しておく。

図表 3-9 世帯の 1 年間の転居率 (%) : 家計を主に支える者の年齢階級、住宅種類別 (2004-2008 年)

	総数 (主世帯)	持ち家	公営の借家	都市再生機 構・公社の 借家	民営借家	給与住宅	その他	借家 (公営、UR、 民間)
総数	4.4	2.4	4.3	5.4	9.0	12.0	2.2	8.2
25歳未満	13.3	4.9	13.6	16.7	17.7	23.2	0.6	17.6
25～29歳	12.6	15.1	13.8	16.1	14.3	19.3	1.6	14.3
30～34	11.7	15.3	8.9	11.0	12.2	15.0	3.2	12.0
35～39	8.7	9.3	6.0	7.8	9.4	11.5	3.9	9.0
40～44	6.0	5.0	4.7	6.1	7.9	10.4	2.7	7.5
45～49	4.3	2.9	4.0	5.4	7.6	10.0	2.2	7.0
50～54	3.2	1.9	3.4	4.7	7.2	10.6	1.7	6.4
55～59	2.5	1.5	3.4	4.1	6.3	9.4	1.6	5.6
60～64	2.1	1.3	3.7	3.9	5.8	5.9	2.0	5.2
65～69	1.7	1.0	3.9	3.9	5.1	3.5	2.3	4.7
70～74	1.4	0.7	3.6	3.5	4.7	2.3	2.5	4.2
75歳以上	1.2	0.5	2.8	3.7	4.9	1.8	2.1	4.1
不詳	0.6	0.6	0.7	0.7	1.0	1.4	1.0	0.9

(出所) 総務省統計局「住宅土地統計」をもとに試算

(注) 年齢別、住宅の所有別の転居率は次のように算出した。2004 年 1 月～2008 年 9 月の間の移動世帯数を、2004 年 1 月～2008 年 10 月の中央世帯数で割ったものを、転居率とした。その際に、1 年間分の転居率にするため、57 ヶ月分の転居世帯数を 12 ヶ月分に調整した。また、年齢別・住宅の所有別世帯数は、2004 年 1 月と 2008 年 10 月の世帯主の年齢別・住宅所有別世帯数が必要であるが、2004 年 1 月のものは存在しないため、2008 年 10 月時点で過去 57 ヶ月間移動していない世帯データと、2004 年 1 月～2008 年 9 月の 57 ヶ月間に移動した世帯データを元に 2004 年 1 月の擬似的な年齢別住宅所有別の世帯数を推計した。例えば、2004 年 1 月に持ち家だった世帯数は、2004 年 1 月以降転居した世帯のうち転居前の住宅の所有が持ち家の世帯と、2008 年 10 月時点で 2004 年 1 月以降移動の無い持ち家世帯との 2 つを合計して算出した。

4. 高齢者の転居希望に関する意識

次に、内閣府が実施した高齢者に対する住まいに関するアンケート調査の個票分析結果をもとに、高齢者の転居意欲や、医療サービスに関する意識を紹介する¹。

まず「虚弱化したときの転居意欲」についてどのような項目が関係しているのかを分析した。「あなたは、もし、身体が虚弱化してきたら、お住まいをどのようにしたいと思えますか。(M.A.)」に対する答えを加工し、転居意欲の有無に関する変数を作成し、この意識に関係を及ぼしている事柄を探った²。

虚弱化したときの転居意欲に対して、統計上関係があるとされた項目についてまとめたのが図表 3-10 である(なお、結果の詳細については参考図表 3-2 を参照していただきたい)。

まず、プラスの方向の関係があったものとしては、「健康状態」が挙げられる。健康状態が良くないと、転居意欲がある。また同居関係のうち「単身者」と「同居人があるが同居子がいない」こと、つまり子どもと同居していないことが、転居意欲とプラス方向の関係があった。

また、マイナスの方向に関係があった項目としては、男性であること、年齢が高いこと、子どもがいること、持ち家であること、居住歴が長いことなどがあった。

まとめると、健康状態が良くなく、子どもと同居していないと、転居意欲は高い。転居意欲が低いのは、男性で、年齢が高く、子どもがいて、持ち家に、長い期間住み続けている場合ということになる。

つづいて、転居する際に優先的に考える項目として、医療サービスを受けやすいことを選ぶ人の特性について分析を行った。ここでは、「住宅や住環境に関する優先度：資金などの問題は別として、あなたが今、新しい住宅に住み替え(引っ越し)をするとしたらどのような点を最も重視しますか。(3 つまでの M.A.)」という質問に対して、「医療や介護サービスなどが受けやすいこと」を選んだ人に着目して分析した³。

新しい住宅に住み替えする場合に医療や介護サービスなどが受けやすいことを選択することについて、統計上関係があるとされた項目についてまとめたのが図表 3-10 である。なお結果の詳細については参考図表 3-3 を参照のこと。

プラスの方向に関係があった項目としては、「健康状態」がある。健康状態が悪いと、

¹本分析には、内閣府が平成 17 年に実施した「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」の個票データを用い、プロビット分析を行った。主な質問項目としては、現在の住まいの状況(居住歴・住宅の種類・住宅の広さ、困っていること等)、健康状態、転倒経験、リフォーム経験、ライフスタイル、住まいに関する選好、基本属性等がある。基本統計量については参考図表 3-1 を参照のこと。

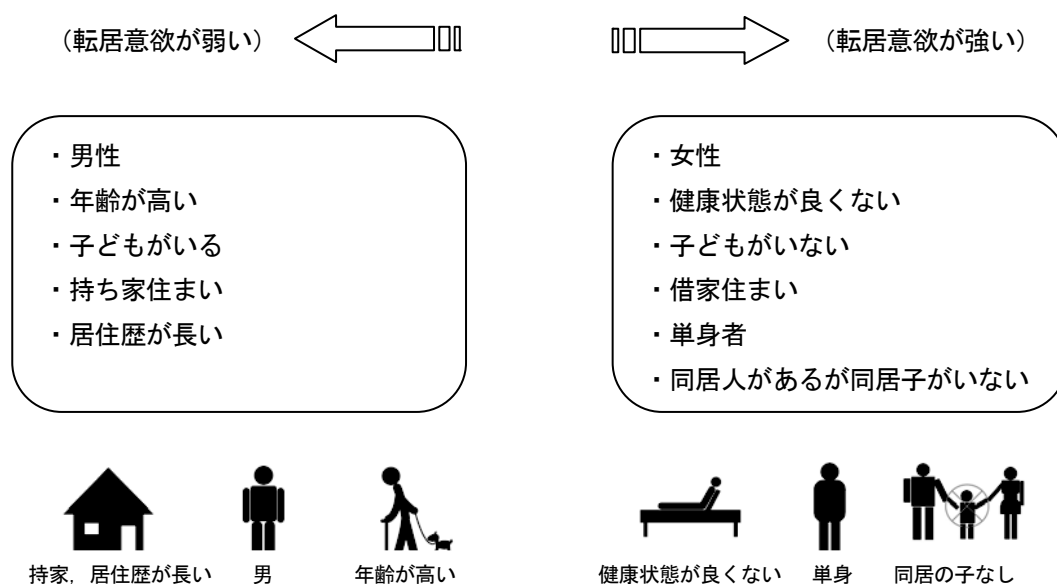
²転居意欲があったとしたのは、次の 5 つの回答、「公的なケア付き住宅に入居する」、「民間のケア付き住宅に入居する」、「介護を受けられる公的な特別養護老人ホームなどの施設に入居する」、「介護を受けられる民間の有料老人ホームの施設に入居する」、「子供や親戚などの家に移って世話をしてもらう」、を選んだ場合である。また、転居意欲がないとしたのは、「現在の住居に、とくに改造などはせずそのまま住み続けたい」、「現在の住宅を改造し住みやすくする」、を選んだ場合である。

³ なお、この問いは、仮想評価法(Contingent Valuation Method)ともとれる設問となっており、バイアスが生じている可能性がある。また選択は、3 つまでの複数回答であって、この選択個数制限によって、回答選択にゆがみが生じてしまう可能性もあるため、解釈には注意が必要である。

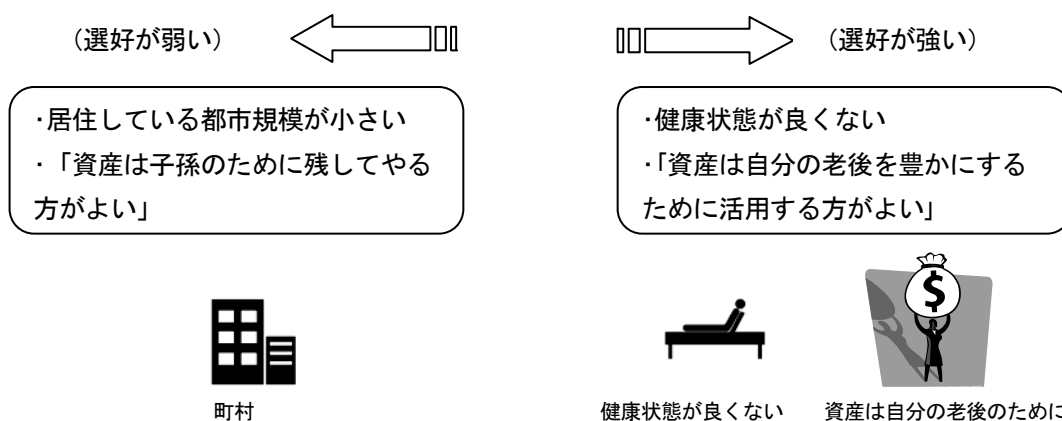
転居の際の住環境の優先として医療や介護サービスの受けやすさを選ぶという関係がある。この他に、「資産は自分の老後を豊かにするために活用（売却、賃貸など）する方が良い」と考えていることも、関係があった。

マイナスの方向に関係があったのは、「都市規模」である。小さな都市規模に住んでいるとこの項目を選ばない。

図表 3-10 虚弱化したときの転居意欲と関係があった項目



図表 3-11 住居選択で医療サービスを受けやすいことを選んだことと関係があった項目



以上、虚弱化したときの転居意欲と、仮想的な転居の際の医療サービスの優先的選択について見てきた。これらの二つの分析に大きく関係していたのは、「健康状態」であった。健康状態が悪いと、転居を考え、さらに転居の際には、医療や介護サービスの受けやすさを重視している。健康状態が悪くなった場合には、転居を希望し、そしてその場合には医療サービスが受けやすいことを考えるようになる。つまり、健康状態の悪い人は、転居も

含めた医療サービスとの近接性を求めている可能性がある。

ゆえに、「まちなか集積医療」が行われることによって、医療機関との距離が遠くなった場合の対応策として、住民の転居を考えることは正しい方向といえる。なぜなら、すでに住民自身が転居を希望しており、転居を希望する人の割合は、今後一層増加すると考えられるためである。その背景には、高齢化が進行し、健康状態の悪い人が人数としては増えていくことがある。もし、転居したいという希望を持ったとき、また、医療機関のサービスを受けやすいことを住居条件として考えたときに、転居を容易にすること、これこそが、高齢化社会における重要な政策課題といえる。

この他に関係しているのが、家族関係であり、特に、子どもと同居しているかどうか、であった。「単身者」と「同居人があっても同居子がいない」人については、転居意欲がある。近年の、高齢者に関するリビング・アレンジメントの傾向としては、単身世帯の増加、夫婦のみ世帯の増加、3世代同居世帯の減少がある。この傾向を当てはめると、転居意欲の高い居住形態の人が今後も増えていくことが予測される。老後生活資源としての家族・世帯力が低下している点は、衆目の一致するところだろう。今後の少子高齢化の進展とともに、家族に頼りたくとも、そもそも家族がいない人が増える。金子（2008年）によれば、我が国の公的な将来推計人口を集計すると、2050年には女性生涯未婚率24%、無子37%、孫を持たない確率50%となる。もはや、家族がいることを前提としない老後生活戦略（そしてその一部にはスムーズな転居が含まれる）が立てられるかどうか、将来の高齢者のサクセスフルエイジングの要件となる。

こうした転居意欲にマイナスに影響を及ぼし、さらに実際の転居の際の弊害となっているのが、住宅の所有（持ち家）である（瀬古、2006）。住宅を所有することが、移動コストを相対的に高めることになり、不便な立地に取り残されている高齢者が存在する。高齢者は明らかに他の年齢階級の人々よりも不便なところに住んでいる。資産形成としての住宅所有が、結果として、高齢期の適切な住まいの阻害要因となっている可能性がある。

また、仮に転居する場合に医療サービスの受けやすさを選択肢として選ぶことについては、「どのような人が、医療サービスの受けやすさを住まいの優先と意識しているか」を探ることになる。健康が良くない人や、資産の使い方として自分の老後を意識している人は、これを選ぶという関係にある。「まちなか集積医療」を進めたり、まちの特徴として医療サービスを受けやすい地域づくりを行ったときには、こうした属性の人たちの転居先としてアピールになるだろう。また、都市規模との間では、小さな自治体に住んでいると、転居の際に医療サービスの受けやすさを選ばないという関係があったから、医療サービスを受けやすいことが、小さな自治体に住んでいる人には、転居先として魅力にならないということになる。

「まちなか集積医療」で対象とするのは、人口10～30万程度の自治体であるから、小さな自治体の話ではないが、今後の課題として、小さな自治体における医療政策やまちづくりを考える際には、この点を考慮に入れた制度設計が必要となるだろう。

5. 住宅政策の転換を：転居は悪いことではない

我が国の高齢者には、住まいから医療機関へのアクセスが劣る人たちが存在する。こうした人のなかでも、特に、医療サービスへのニーズと転居意欲が強い人の転居を促進させることは、住民のニーズも叶えることができ、また、まちも活性化することになる。

住民の側には、自らが転居することによって公共資源へのアクセスを保つことの萌芽が既にある。健康の悪い人ほど転居を意識したり、医療サービスを受けやすいことを住まいの環境として考えていることはその一例である。

「まちなか集積医療」によって近くにあった病院が遠くになってしまったときに最も困る人は、健康状態が悪い人だ。しかし同時に、健康状態の悪い人は、転居も含めた医療サービスとの近接性を求めていることが意識に関する分析から明らかとなった。そこで、一歩推し進めて、人々がスムーズに病院の側に転居するための政策対応を行えば、住民と医療機関との距離が遠くなるような病院移転が生じた場合にも、住民側のデメリットは最小限に抑えることが可能となる。

ここで強調したい点は、高齢者の転居を阻害している要因に「持ち家」に住んでいることがある。そこで、この阻害要因を克服して、高齢者の転居を促進するには、既に持ち家の人も含めて転居しやすい制度の構築が求められる。また、そもそも持ち家を重視している住宅政策そのものの有りかたも考える時期だろう。

まずは、中古市場の形成と転居資金の確保に寄与する政策の推進が必要である。具体的には、我が国で中古住宅市場の形成が不十分であることから、良質な住宅ストックを積み重ねることによって良質な中古市場を形成し、持ち家に住む高齢者が住み替える可能性を高めるべきである。また、リバースモーゲージや家賃債務保証制度等の、高齢者向けの資金調達スキームを一層勧めることも有効である。

さらに、現行の新築持ち家に有利となっている住宅政策を改めて、中古住宅や、賃貸住宅に居住することに対する政策も充実させるべきである。右肩上がりの不動産価格の上昇が見込めない今、持ち家は資産形成としての有効性は確約できない。加えて住宅ローンという何十年にもわたる長期的なライフスタイルビジョンを描ききることができる住民がどれだけ今後いるだろうか。

まずは、家賃補助や家賃控除と言った、諸外国で行われている政策から取り組む必要がある。住宅政策の持ち家政策からの転換が必要だ。

「転居」、「住まいを変える」、この意味をプラスに評価し政策を立案すべ時期だろう。転居は、家族関係や身体能力その他加齢に伴う生活ニーズを受け止める有効な方法だ。若いときの住宅取得（あるいは住宅賃貸）にともなう居住地選択が、その後の高齢期にとってベスト・チョイスとは必ずしもならない。適切なタイミングで必要なスペックの必要なサービスが受けられる住宅に移っていくという選択肢を人々に与えられるかどうかが高齢化社会の諸問題を解決する切り札となる。

【参考文献】

- エイジング総合研究センター、2002年、「高齢世代の居住選択に関する調査研究—横浜市の高齢者移動実態調査分析—」。
- 金子隆一、2008年、「将来推計人口が描くこれからの日本」貝塚啓明・財務省財務総合政策研究所編著『人口減少社会の社会保障制度改革の研究』中央経済社。
- 河原和夫「医療計画の実態及びその評価に関する研究」厚生労働科学研究費補助金平成17年度報告書。
- 菅野峰明、2007年、「アメリカ合衆国南部における高齢者の流入と居住地選択に関する研究」平成16年度～平成18年度科学研究費補助金（基盤研究（C））研究成果報告書。
- 国立社会保障・人口問題研究所、2006年、「第6回人口移動調査：日本における近年の人口移動」。
- 瀬古美喜・隅田和人、2006年、「現行借地借家法・譲渡損失繰越控除制度は人々の転居を容易にしたか」樋口美雄編『日本の家計行動のダイナミズムII』慶應義塾大学出版会。
- 増山篤、2008年、「高齢者居住と医療機関までの距離との関係--都道府県レベル集計データを用いた統計的分析」『日本不動産学会誌』22(3)、pp.114-125。
- Bradley, Don E., Charles F. Longino, Jr., Eleanor P. Stoller, and William H. Haas, III, 2008, Actuation of Mobility Intentions Among the Young-Old: An Event-History Analysis, *The Gerontological Society of America*, Vol. 48, No. 2, 190-20.
- Litwak, E., and Longino, C. F. Jr., 1987, Migration Patterns among the elderly, *The Gerontologist*, 27, 266-272.
- Sommers, David G., and Katherine R. Rowell. 1992. Factors differentiating elderly residential movers and nonmovers: A longitudinal analysis. *Population Research and Policy Review* 11, 3: 249-62. Section 4.1.
- Walters, William H., 2002, Later-Life Migration in the United States: A Review of Recent Research, *Journal of Planning Literature*, Vol. 17, No. 1, 37-66.
- Wiseman, R. F. and Roseman, C. C., 1979, A typology of elderly migration based on the decision-making process. *Economic Geography*, 55, 324-337.

参考図表 3-1 基本統計

■被説明変数 1：虚弱化したときの転居意欲の分布

	転居の意欲（度数）			転居の意欲（%）		
	0 転居意欲なし	1 転居意欲あり	合計	0 転居意欲なし	1 転居意欲あり	合計
f1 性別						
女	514	287	801	64.2	35.8	100.0
男	454	202	656	69.2	30.8	100.0
合計	968	489	1,457	66.4	33.6	100.0
f2 年齢階級						
60-64	237	128	365	64.9	35.1	100.0
65-69	210	115	325	64.6	35.4	100.0
70-74	204	118	322	63.4	36.6	100.0
75-79	161	80	241	66.8	33.2	100.0
80-84	98	35	133	73.7	26.3	100.0
85+	58	13	71	81.7	18.3	100.0
合計	968	489	1,457	66.4	33.6	100.0
toshikib 都						
大都市	150	93	243	61.7	38.3	100.0
市規模						
中都市	359	192	551	65.2	34.8	100.0
3 小都市	220	111	331	66.5	33.5	100.0
町村	239	93	332	72.0	28.0	100.0
合計	968	489	1,457	66.4	33.6	100.0

■被説明変数 2：住宅や住環境に関する優先度としての医療サービス

	医療や介護サービスなどが受けやすいこと（度数）			医療や介護サービスなどが受けやすいこと（%）		
	0 いいえ	1 はい	合計	0 いいえ	1 はい	合計
f1 性別						
女	693	331	1,024	67.7	32.3	100.0
男	591	235	826	71.5	28.5	100.0
合計	1,284	566	1,850	69.4	30.6	100.0
f2 年齢階級						
60-64	318	157	475	66.9	33.1	100.0
65-69	275	149	424	64.9	35.1	100.0
70-74	296	117	413	71.7	28.3	100.0
75-79	209	75	284	73.6	26.4	100.0
80-84	119	43	162	73.5	26.5	100.0
85+	67	25	92	72.8	27.2	100.0
合計	1,284	566	1,850	69.4	30.6	100.0
toshikib 都						
大都市	213	102	315	67.6	32.4	100.0
市規模						
中都市	463	247	710	65.2	34.8	100.0
3 小都市	297	141	438	67.8	32.2	100.0
町村	311	76	387	80.4	19.6	100.0
合計	1,284	566	1,850	69.4	30.6	100.0

■その他の変数

性別	0 女	1,041	55.2	健康状態	1 良い	563	29.9	よく外出する ところ (M.A.)	高齢者施設などへの通所 通院	62	3.3
	1 男	845	44.8		2 まあ良い	483	25.6		近所のスーパーや商店での	739	39.2
年齢階級	1 60-64	482	25.6		3 普通	520	27.6	外出手段 (M.A.)	徒歩	1,088	57.7
	2 65-69	433	23.0		4 あまり良くない	262	13.9		自分で運転する自動車	733	38.9
	3 70-74	417	22.1	職業	5 良くない	55	2.9		家族などの運転する自動車	451	23.9
	4 75-79	292	15.5		自営業者・家族従事	332	17.6	地域の不便な 点 (M.A.)	バス	355	18.8
	5 80-84	167	8.9		被用者・常勤	146	7.7		日常の買い物に不便	313	16.6
	6 85+	95	5.0		被用者・非常勤	120	6.4		病院や病院への通院に不便	189	10.0
性年齢階級	60代男性	417	22.1		無職	1,288	68.3	住宅の所有	交通機関が使いにくい、また	159	8.4
	70代男性	330	17.5	立地特性	住宅の多い地区	1,392	73.8		借家・給与住宅	213	11.3
	80代男性	98	5.2		商店その他の事業所	174	9.2	住宅の建築 時期	持ち家	1,654	87.7
	60代女性	498	26.4		農山漁村地区	295	15.6		5年以内	114	6.0
	70代女性	379	20.1	都市規模	工場の多い地区	16	0.8		10年以内	150	8.0
	80代女性	164	8.7		大都市	332	17.6		15年以内	123	6.5
同居関係	同居人無し	218	11.6		中都市	715	37.9		20年以内	220	11.7
	同居人あり(同居子あり)	912	48.4		小都市	449	23.8		25年以内	217	11.5
	同居人あり(同居子なし)	752	39.9	居住歴	5年以内	123	6.5	資産の使い 方	30年以内	218	11.6
同居人数	1	218	11.6		10年以内	115	6.1		31年以上	778	41.3
	2	791	41.9		15年以内	86	4.6		生まれたときから	34	1.8
	3	353	18.7		20年以内	137	7.3		1 A(子・子孫の為)の意見に	1,037	55.0
	4	177	9.4		25年以内	142	7.5		2 B(自分の老後のため)の	789	41.8
	5	128	6.8		30年以内	170	9.0		内数：子有りで自分の為	667	35.4
	6	139	7.4		31年以上	930	49.3	外出状況	1 ほとんど毎日外出する	1,125	59.7
	7	63	3.3		生まれたときから	183	9.7		2 ときどき外出する	621	32.9
	8	10	0.5	転居経緯あり		1,703	90.3		3 ほとんど外出しない	137	7.3
	9	6	0.3								
子の有無	なし	130	6.9								
	あり	1,721	91.3								

参考図表 3-2 結果 1：虚弱化したときの転居意欲

	定数項	1		2		3	
		計数	標準誤差	計数	標準誤差	計数	標準誤差
[q16m_nm = 0]	定数項	-0.847	.251	-0.921	.262	-0.508	.217
f1	性別ダミー(=男)	-.193	.077 **	-.217	.088 **	-.191	.081 **
f2	年齢(1=60-64歳、、、6-85歳以上)	-0.052	.028 *	-0.055	.029 *	-0.053	.029 *
FAM_111	同居人なしダミー(単身者)	.432	.133 ***	.387	.134 ***	.485	0.145 ***
FAM_113	同居人ありで同居人なしダミー	.347	.079 ***	.333	.080 ***	.297	0.082 ***
CHILD	子ありダミー	-.326	.157 **	-.307	.157 *		
f4_1	健康状態(1=良い、、、5=良くない)	.077	.033 **	.080	.033 **	.082	0.034 **
F6_1	職業ダミー1(1=自営業者)	.076	.104	.097	.106	.077	0.107
F6_2	職業ダミー2(1=被用者・常勤)	-0.007	.149	-0.013	.150	-0.020	0.154
F6_3	職業ダミー3(1=被用者・非常勤)	.042	.154	.038	.155	.086	.156
TOSHI_1	大都市ダミー	.030	.121	-0.037	.125	-0.076	.127
TOSHI_2	中都市ダミー	.056	.098	.018	.100	.020	.102
TOSHI_3	小都市ダミー	.106	.108	.085	.109	.070	.111
q1	居住歴(1=5年以内、、、8=生まれたときから)	-0.066	.019 ***	-0.067	.019 ***	-0.063	.020 ***
q2_1	持ち家ダミー(1=持ち家)	-0.909	.130 ***	-0.898	.131 ***	-0.946	.140 ***
q21_1	移動手段1(1=徒歩)			.025	.079		
q21_6	移動手段2(1=自分運転車)			-0.062	.098		
q21_7	移動手段3(1=家族車)			-.231	.095 **		
q21_8	移動手段4(1=バス)			.088	.099		
q18_1	子ありで資産は老後のために使うダミー=1					.181	.080 **
【被説明変数】 処理したケース の要約	0 転居意欲なし	938		938		902	
	1 転居意欲あり	471		471		415	
	有効	1409		1409		1317	
	欠損	477		477		569	
	合計	1886		1886		1886	
-2 対数尤度	切片のみ	1631.241		1749.896		1531.701	
	最終	1452.395		1563.844		1382.392	

***1%水準有意、**5%水準有意、*10%水準有意

参考図表 3-3 結果 2：住宅や住環境に関する優先度としての医療サービス

	定数項	1		2		3	
		計数	標準誤差	計数	標準誤差	計数	標準誤差
SEXAGE1	性・年齢ダミー1(男60代=1)	0.242	0.137 *	0.199	0.139	0.120	0.149
SEXAGE2	性・年齢ダミー2(男70代=1)	0.034	0.136	-0.003	0.137	-0.075	0.146
SEXAGE3	性・年齢ダミー3(男80代=1)	-0.067	0.180	-0.092	0.184	-0.132	0.186
SEXAGE4	性・年齢ダミー4(女60代=1)	0.345	0.129 ***	0.289	0.130 **	0.241	0.133 *
SEXAGE5	性・年齢ダミー5(女70代=1)	0.061	0.130	0.008	0.132	-0.020	0.133
F3_NUM	同居家族人数	-0.004	0.023	0.008	0.023	0.009	0.023
FAM_112	同居子の有無(1=あり)	0.044	0.057	0.067	0.058	0.074	0.058
F4_1	健康状態(1=良い、、、5=良くない)	0.087	0.029 ***	0.081	0.030 ***	0.084	0.030 ***
F6_1	職業ダミー1(1=自営業者)	-0.078	0.089	-0.070	0.091	-0.094	0.092
F6_2	職業ダミー2(1=被用者・常勤)	-0.255	0.130 **	-0.256	0.132 *	-0.273	0.133 **
F6_3	職業ダミー3(1=被用者・非常勤)	-0.056	0.133	-0.053	0.135	-0.073	0.136
TOSHIKIB	都市規模(1=大都市、、、4=町村)	-0.131	0.032 ***	-0.118	0.033 ***	-0.122	0.035 ***
Q1	居住歴(1=5年以内、、、8=生まれたときから)	-0.004	0.016	0.000	0.017	-0.002	0.017
Q2_1	持ち家ダミー(1=持ち家)	-0.173	0.105 *	-0.174	0.108	-0.170	0.109
Q19	外出頻度(1=ほとんど毎日、、、3=ほとんど外出しない)	0.112	0.054 **	0.115	0.056 **	0.110	0.057 *
Q18	資産の使い方(1=子に残す、2=老後に生かす)			0.195	0.068 ***	0.193	0.071 ***
Q21_1	移動手段1(1=徒歩)					-0.137	0.086 *
Q21_6	移動手段2(1=自分運転車)					0.037	0.084
Q21_7	移動手段3(1=家族車)					-0.074	0.092
Q21_8	移動手段4(1=バス)					0.121	0.099
Q21_9	移動手段5(1=電車)					-0.027	0.068
【被説明変数】 医療や介護サービスなどが受けやすいこと(0=いいえ、1=はい)	医療や介護サービスなどが受けやすいこと(0=いいえ)	1,263		1,220		1,220	
	医療や介護サービスなどが受けやすいこと(1=はい)	563		547		547	
	有効	1,826		1,767		1,767	
	欠損	60		119		119	
	合計	1,886		1,886		1,886	
-2 対数尤度	切片のみ	2,079		2,077		2,173	
	最終	2,017		2,010		2,100	

***1%水準有意、**5%水準有意、*10%水準有意

第5章 「まちなか集積医療」の実現に向けた政策

中川 雅之
豊田 奈穂

第2章において、今後の地域医療政策の方向性として、需給調整のコントロールを直接目指す政策体系から、供給側の効率化を促す政策体系への転換を図るべきことを提案した。そして、供給超過地域における対応は供給量そのものを抑制する方策から、医師誘発需要などのモニタリングにシフトすべきこと、需要超過地域の対応は公的直接供給からまちづくりと一体となった、「まちなか集積医療」による供給体制の効率化へとシフトすべきことが提案された。この章においては、特に「まちなか集積医療」を実現するための施策について、その具体化をできるだけ図っていききたい。

以下においては、まず「まちなか集積医療」の展開が期待される地方中小都市における、「中心市街地問題」への対応策をまず考察する。そして、第2節においてまちづくりと一体となった医療サービス供給の効率化、第3節として、これらの政策が暗黙に予定している住民移動を円滑化するための施策が議論される。さらに第4節ではまちなか集積医療の展開に寄与する病院ガバナンスのあり方について検討する。

1. 新しいまちづくり政策

「まちなか集積医療」という、新しい政策パッケージが展開されることが期待されるのは、医療サービスが需要超過（供給過小）状態にある地方中小都市であろう。このような地域は、中心市街地問題という都市の中心商業地区の活力低下に悩まされている地域が多い。政府は2006年にまちづくり三法を改正することで、中心市街地問題の原因とみなされた郊外部における大規模小売店舗の立地規制、中心商業地への大規模な政策資源の投入を可能とした。しかし、導入された政策は必ずしも期待された効果をあげているとは見られていない。これは現在の政策体系が、商業機能の郊外部から中心部への再配置を行うことを目指している点に、大きな原因がある。現在、空地、空き店舗が発生している競争力を失った商業地を商業地として再生することよりも、他用途への土地利用転換を促すことが好ましいケースが多々ある。

特に現在の中心市街地政策のように、「中心部の商業地とその周りに展開される住宅地によって構成される単心型都市」などの特定の都市像を前提に、それを補助金や規制的手段などで実現する手法は、大きな問題を抱える。1つの問題は、強い公的関与で特定の都市像の実現を目指すため、その都市像が中長期的に市場で受け入れられない場合、つまり公共部門のビジョンの設定が必ずしも正しくない場合には、大きな非効率性を生み出す

ことである。また規制的手段を採った場合には、そのビジョンに沿わない開発がそもそも行われなため、そのビジョン設定が誤っている場合にも、「誤っている」という情報を都市計画部局が手に入れることはできない。

それでは公共部門が特定の都市ビジョンを実現しようということ自体が、パターンナリスティックな介入で好ましくないのか。ここで展開しているのは、そのような議論ではない。そもそも公共部門は、公共財を供給することを大きな目的にする主体であり、公共財の供給は何らかの都市像を前提としなければ行えない。つまり、特定の都市ビジョンを支える公共財しか供給しないというコミットを行う必要がある。しかし、それ以上の関与、例えば民間の開発行為に対する規制による抑制や大規模な財政的な支援を行うことは、前提となる都市ビジョンが適切なものではない場合の非効率性を増大させる。このため、設定されているビジョンに沿って公共財を供給する一方で、それ以外の公共財供給については、開発者負担の原則の下これを認め、都市ビジョン等の柔軟な修正を行いうるような対応が適当である。

このような都市の中心部と郊外部の相互作用が、行政的な区分を示す現在の市町村の空間的範囲に限定されている保証は全くない。むしろ、第2章第2節で用いている都市雇用圏のような実質的な都市圏は、市町村の枠を超えたより広域的な空間として成立している。このため、実態上市町村単位で作成されている現在の都市計画を、行政域を超えて連結している都市圏単位で再構成する体制を整えるべきであろう。その上で現在の線引きを、それ以降の民間の開発行為を事実上禁止する空間の設定とするのではなく、都市サービス境界 (Urban Service Boundary)¹などの、インフラ整備や、医療も含めた地方政府が関与する都市サービスに関するコミットの空間的範囲として位置づけることが有効である。このことは一方で、都市サービス境界以遠の地域において、インパクトフィー²としてインフラ整備・管理に必要な費用を開発事業者が負担した場合には、開発を許容すべきであることを示唆する。その上で、その情報を都市政策の前提となる都市ビジョンの見直しにフィードバックすることで、柔軟な政策展開を可能とすることが必要であろう。

(具体的な施策)

- ・ 市町村単位から都市圏単位の都市計画、都市施設整備の実施体制に移行する。
- ・ 線引きを公共部門が公共施設整備・管理に責任を持つ空間的範囲とするが、その外側においてもインパクトフィーなどの経済的手段の導入によって民間による開発は許容すべきである。そして長期的にはその結果を都市ビジョンの再考にフィードバックする体制を構築するべきである。
- ・ 中心部においては、土地利用転換を促す政策体系が採用されるべきである。

¹ 成長管理政策の手法の1つ。高密度な土地利用を認め、インフラなどの公共財供給、治安サービスなどの公共サービス供給を行う空間的範囲であり、オレゴン、テネシー、ワシントンなどの州では市にその策定を義務付けている。しかし、本報告書では、その境界外であってもインフラ整備・管理に必要な費用負担を行う場合には開発を許容し、都市サービスについても公的支援を行う空間的範囲の長期的見通しを提示するといった、より緩やかな内容のものを想定している。

² 開発にともなう課金制度。

2. まちづくりと医療政策の融合

集積とネットワーク化による供給体制の整備

これまでに医療サービスに関する需要超過地域（＝供給過小地域）においては、公的機関が医療サービスを直接供給することにより、需給調整を実現してきた。しかし地方部においては、人口減少の一方で著しい高齢化が進展し、さらに地方財政状況の悪化が進んだため、このような対応は持続可能ではなくなりつつある。

今後の地方部における医療サービス供給力の向上は、地方財政に大きな負荷をかけない方策により実現することが必要である。本報告書で提案する公的病院の直接供給に替わる代替的な手段は、医療機関の集積とネットワーク化による効率化である。この場合、医療施設の空間的集積と道路、公共交通機関整備との連携が必要となる。つまり、今後の医療サービス供給への公的関与は、地域ごとの需給調整を直接実現しようとするものから、需給のマッチングは基本的に市場に委ね、医療サービス供給の効率化を目指すための関与へと変質させることが適当であろう。

前述のとおり地方中小都市におけるまちづくり政策は、都市圏単位を対象としたより広域的なものに再編することが適当である。この場合、インフラの空間的配置が都市計画などにおいて、広域的な機能分担の下に決定されるべきことは当然であるが、集積の経済が存在するサービスの配置、生産技術がインフラの整備状況と関連しているものの配置について一定の関与を行うことについても、十分な理由がある。医療は第2章において論じたように集積の経済が存在し、極めて重要なサービスとして市民のアクセスを確保することを、これまでも求められている。これに伴って、地域医療政策についても都市圏を単位とした広域的な対応を図ることが望まれる。現在でも広域市町村圏をほぼ踏まえている二次医療圏が対象とするレベルの医療サービスを、「まちなか集積医療」の対象とすることが適当だろう。

ここで、都市圏ごとに医療サービスの供給環境整備を図ることの意味は2つある。1つは、医療サービス供給の空間的な集積を促すことで、効率的な供給体制を構築することができることだ。もう1つは、医療施設が直接立地していなくとも、医療集積拠点へのアクセスをインフラ整備と一体となって改善することで、市民の医療サービスへのアクセスを確保できることである。税金の使い方としても、医療施設のオペレーションのコストと道路などの社会資本の維持管理のコストを考えれば、（後者が低廉であることから）ネットワーク化は医療へのアクセスを確保するための効率的な税金の使い方であろう。

中心市街地の再生

この場合、都市圏の中心市街地などの地域は、医療施設の集積を図るべき地域の候補としていくつかの魅力的な性質を備えている。一定の商業基盤やインフラが整っている中心市街地は、医療需要が高い高齢者などの居住地として魅力的だ。病院のみならず、高齢者住宅や介護施設なども含めた重層的な集積が進めば、医療サービス提供の効率化のみならず居住者の厚生水準を高めることが期待できる。

また中心市街地は商業地からの土地利用転換が求められている地域でもある。中心市街地からの病院の移転が、中心市街地の衰退をもたらしたといわれているが、病院の郊外移

転は中心市街地での立地がペイしなくなったという側面よりも、現地建替えが技術的に困難であったり、より広い敷地を確保することが困難であったという事情に基づくケースが多い。

しかし現在の中心市街地の状況を見ると、病院の現地建替えについては技術的困難が伴うものの、隣接地域に新しい病院を建設し、移転後の旧病院跡地には他用途の開発を行うことは、十分に可能だ。実際に酒田市や郡山市などにおいては、市街地再開発事業によって、中心市街地で病院施設の更新が実現している。市街地再開発事業の要件に該当しない場合であっても、「中心市街地に病院機能が存続し、他の機能集積も維持・促進される。」ということが、都市圏全体に大きな影響を及ぼすため、病院の立地（という土地利用転換）に支援を行うことは十分に考えられる。さらに医療施設、介護施設、高齢者住宅の集積を促すために税制等一定の支援を特定の地域において行うことも有効であろう。

「まちなか集積医療」の都市サービス境界

しかし、このような供給体制に移行した場合、郊外など特定の地域の居住者に対する医療サービスの供給水準が低下する可能性があることを、重要な問題として考慮すべきである。基本的には、特定のまちづくりの背後にある都市ビジョンは、都市サービス境界のような形で、中長期的な視点からコミットする必要がある。つまり、ある空間的範囲以遠においてはインフラ供給を公共側が責任を負わないこと、医療サービス供給などの都市サービスの提供について公共側の支援を行わないことを明らかにして、それを居住者及び市場にアナウンスすることが適当である。これによって、中長期的な観点からの居住者の人口移動を促すという効果が期待できる。しかし、この境界以遠においてなんらかの開発行為等が予定される場合は、インパクトフィーのような形でインフラ整備に要する費用は全て開発者側に求めるものの、規制的にそれを禁止する必要はない。緩やかな都市サービス境界の管理を行うことで、市場の動きをフィードバックして都市ビジョンの再考を行いうる体制を用意する必要がある。

(具体的な施策)

- ・ 中心市街地などのまちなかに、病院、高齢者住宅、介護施設などのクラスタリングを促進する。このために、病院の現地建替え、商業施設からのコンバージョンなどを促進する事業制度、これらの施設の立地を促進するための税制上の支援措置などを講じることが適当である。
- ・ 「まちなか集積医療」と道路、公共交通機関などを介してネットワークとしてつながり、医療サービスへのアクセスを確保できる空間的範囲を特定して、都市サービス境界としてアナウンスする。同時に都市サービス境界以遠の空間においては、医療サービス供給に関する公的な関与から中長期的に撤退することをアナウンスすべきである。

3. 人口移動の円滑化

都市サービス境界の外の地域又は、都市サービス境界内であってもより中心部から遠い地域においては、特に高齢者などの移動可能性が低い住民にとって、医療サービス水準の低下が決定的な意味を持つ可能性がある。この場合、高齢者などの移動コストを引き下げることが、まちなか集積医療の実現性を高めるだろう。高齢者は就業していない者の割合が高く、第4章でも明らかなように高齢者の居住地選択の大きな関心事として医療施設との近接性などがあがっている。このため高齢者が、医療施設の集積地に移動する可能性は高い。

一方、高齢者は持家率が高く、その処分が困難な場合には高齢者の移動可能性は著しく低下する。このため、中古住宅市場を整備し、現在居住している住宅が適切な価格で売却できる可能性を高める必要がある。この場合に最も重要なのは、中古住宅の品質に関する売り手と買い手の情報の非対称性問題を緩和することであろう。長期優良住宅普及促進法の成立を契機に、中古住宅市場の環境整備は進められつつある。しかし、中古住宅売買の際の品質情報の提供にはまだ改善の余地があり、更に金融機関が建物の品質を考慮して融資を行う状況には至っていない³。

高齢者が自分の住宅を売却しない場合、現在の持家を賃貸化するという選択肢がある。しかし、借地借家法の正当事由借家の場合、家主側が賃貸借契約の更新を実態上拒否できないため、一旦賃貸にした場合にはもう返ってこないというリスクを背負うことになる。定期借家権を活用することが有効だが、2007年時点で借家契約のうち定期借家は4.5%にすぎない。今後更に普及を進める必要があるだろう。

高齢者は現在居住している地域コミュニティから、有形無形の介護サービスを受け取っている場合が多い。これについては、財産処分や賃料収入が生じることで市場から地域コミュニティにかかわるサービスを得られる体制を構築すべきであろう。つまり、医療サービスの集積拠点では、医療施設のみならず、高齢者住宅、介護サービスなどの集積が同時に図られることが期待される。

(具体的な施策)

- ・ 住宅履歴情報など、中古住宅の品質情報の蓄積を一層進めるとともに、英国の **Home Information Pack** 法などを参考に売買時の品質情報の質と量を充実させるべきである。また住宅価格インデックスなど、担保を設定した建物価格のマクロな変動を金融機関や投資家が観察し、それを評価しうる金融インフラの導入が行われるべきである。
- ・ 定期借家権の普及や、移住・すみかえ支援機構のように高齢者の持家住宅の賃貸化を促進する施策の一層の充実が図られるべきである。

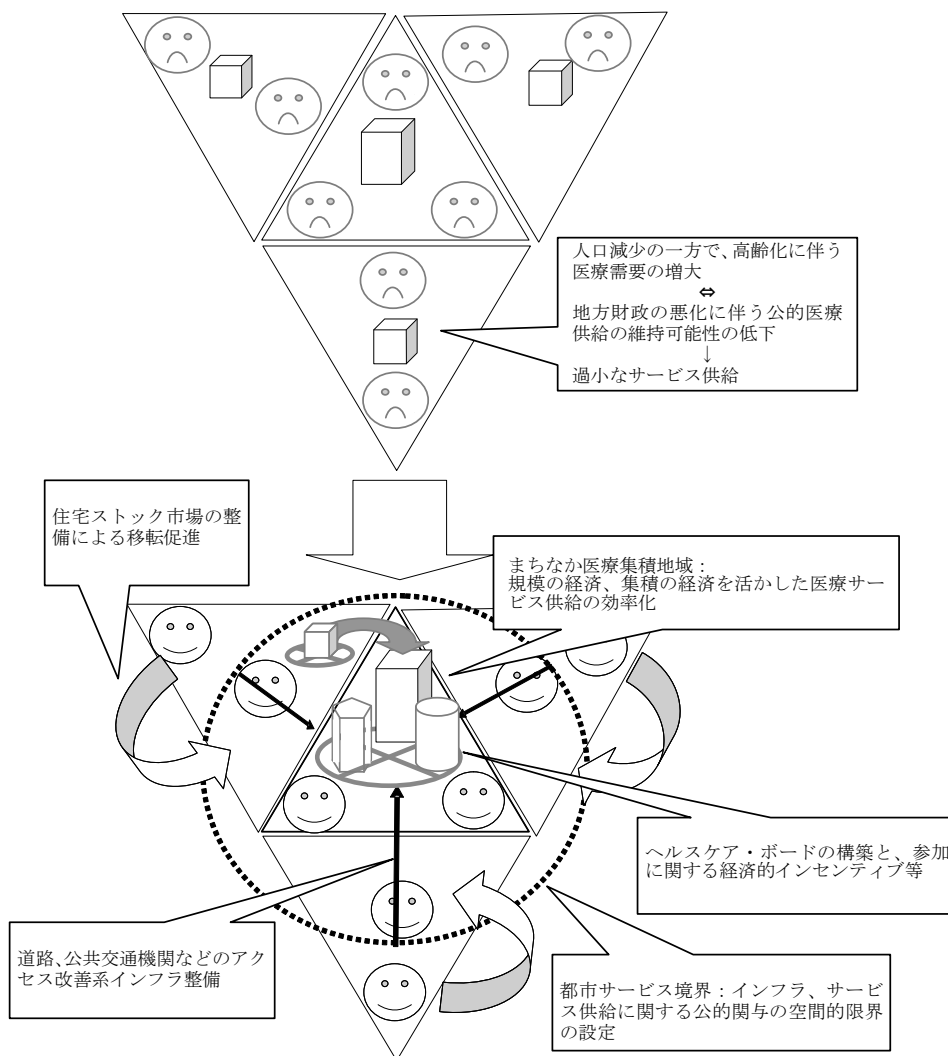
³ 英国では「Home Information Pack」として、中古住宅の売買時に住宅に関する工事履歴書等を添付することが義務付けられている。

これらの施策を実施する主体については、以下の3つの連携が必要になる。

- 都市政策と医療政策に関する連携をスムーズなものとするために、2つの行政主体の一体化が求められる。
- 市町村単位の都市計画の決定、医療政策に関する決定は、広域的な視点からの集積、連携を進めることが困難であるため、都市圏単位での意思決定を可能とする仕組みの構築が求められる。
- また、医療サービスの対価は医療保険から支払われるため、狭い範囲の行政主体の医療政策の決定は財政外部性をもたらす可能性がある。例えば、吉田(2009)において指摘されている、特定の市町村における窓口負担の無料化は、過剰な患者の発生をもたらし、他の市町村の保険者の負担においてそれを実現している可能性がある。このような非効率な事態を回避するために、保険者のガバナンスを政策決定に効かせることも必要であろう。

これらのことを勘案すれば、都市圏単位で都市政策、医療政策の一体的な決定を可能とする仕組みと、その決定において保険者のガバナンスが効く仕組みが求められよう。

図表5-1 まちづくりと融合した医療政策のイメージ図



4. 「まちなか集積医療」のガバナンス

かつては世界に誇ってきた日本の医療システムも、医療技術の進歩や人口構成の変化の中ではさまざまな面で制度疲労を起こしつつあり、非効率の解消には供給サイドをコントロールするガバナンス機能を組み入れていく必要がある。では、医療供給主体にどのようなガバナンスを働かせていくことが、現在問題となっている歪みの是正に寄与し、「まちなか集積医療」の実現に結実するものであるのかを検討する。

「ヘルスケア・ボード（仮）」の必要性—医療資源のマネジメントとネットワーク化—

少子高齢化の進展により医療費負担が増し、財政を圧迫している。仮に今後もそうした状況が継続することを想定すれば、医療の持続可能性の観点から非効率な状況を是正していく必要性にますます迫られることになる。そのため、関係者が共通する枠組みの中で自らの地域医療において何が必要なのか、何ができるのか、何をあきらめるのかを議論し、効率的な供給体制を構築していかなければならない。

菅沼（2005）によれば、デンマークでは地方分権下で医療政策が展開され、民間病院もあるが、公立病院は基本的に県が所管する⁴。加えて、二次医療病院では公立は公費、民間は原則自己負担とする、急性期と慢性期病院、福祉施設に分化するなど、異なる機関の間で調整が行われている。しかし、日本の医療体制は官民を問わず非営利組織を基本としているものの、公共部門のみをとってみても国立、県立、市町村立など複数の設置者があり、公的医療機関の 57.1%を占める市町村病院では同一医療圏内の行政区域の数だけ経営主体が存在するような地域もある（図表 5-2）。

従来型の個別病院単位あるいは1行政区域単位で新たな資源のみ調整を行うのではなく、二次医療圏のような広域的規模で総合的な視点から病院機能、予算、病床数や医療機器の配置など、すべての医療資源に関して調整を行う実効性の高いマネジメント機関の構築が必要である。諸外国などにみられる制約がなく、1つの二次医療圏の中で複数のアクターが入り混じる日本では、これらをガバナンスする機関なしに調整を図ることは困難である。

具体的には、カナダの事例などにもみられるが、医療関係者、保険者、行政機関、有識者、住民など多様なプレーヤーによる「ヘルスケア・ボード（仮）」（マネジメント機関）を中心にガバナンスを司る機関を稼働させる必要がある。そこでは、相互に対立する利害調整、医療資源の配分、地域内完結型のトータルケアの実現をはじめとする医療計画だけでなく、都市計画との連携も含めた広域的まちづくりに至るまで二次医療圏レベルで医療に係わる資源のあり方に一元的に関与していく仕組みが期待される。この仕組みの導入には大きく3つの意義があると考えられる。

1つは、単体医療施設同士のネットワーク化では難しかった病院間機能分化や高額医療機器への過剰投資の回避など、医療資源の非効率な利用の解消につながる可能性がある。ヘルスケア・ボードのもとで各医療施設が経営統合を伴わない緩やかなつながりを持って必要な調整を行えば、異なる行政区域や経営者を超える行動が可能になるであろう。松山

⁴ デンマークの医療制度については本章 BOX2 参照。

⁵ 松山（2009b）参照。

図表 5-2 開設者別病院数 (2008 年)

病院開設者	総数	一般病院	精神科病院	結核療養所
総数	8,794	7,714	1,079	1
国	276	273	3	-
厚生労働省	22	22	-	-
独立行政法人国立病院機構	146	143	3	-
国立大学法人	48	48	-	-
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	34	-	-
その他	26	26	-	-
公的医療機関	1,320	1,269	51	-
都道府県	270	231	39	-
市町村	729	724	5	-
地方独立行政法人	22	20	2	-
日赤	92	92	-	-
済生会	82	81	1	-
北海道社会事業協会	7	7	-	-
厚生連	117	113	4	-
国民健康保険団体連合会	1	1	-	-
社会保険関係団体	122	122	-	-
全国社会保険協会連合会	52	52	-	-
厚生年金事業振興団	7	7	-	-
船員保険会	3	3	-	-
健康保険組合及びその連合会	14	14	-	-
共済組合及びその連合会	45	45	-	-
国民健康保険組合	1	1	-	-
公益法人	395	329	66	-
医療法人	5,728	4,826	901	1
私立学校法人	108	105	3	-
社会福祉法人	184	176	8	-
医療生協	85	83	2	-
会社	69	69	-	-
その他の法人	31	28	3	-
個人	476	434	42	-

(出所) 厚生労働省「平成 20 年医療施設調査」

(2009a)、松山・河野(2005)は複数の医療施設が経営基盤を一体化して統合ネットワークを構築する強みを指摘する。本報告書はその認識を否定するものではないが、ここでは現状を考慮し、経営基盤の統合を伴わない緩やかな結び付きを想定している。

もう 1 つは、医師確保において有益であることがあげられる。佐野・石橋(2009)は、相談できる医師の存在や研修機会の確保等が医師の就業地選択行動に影響を与える要因であると指摘する。大学の医局が担ってきた役割とも類似するが、ヘルスケア・ボードのもとで医師を一元的にマネジメントすれば、医師の一時補充や配置換えが必要に応じて実現し、教育・訓練機会の充実が図られることで人材が集まりやすい環境をつくることのできる(松山・河野(2005))。グループ内で一定規模の人材プールができあがることになれば、医療の不足するエリアにサテライト診療所を展開することも可能となり、地域医療にとっても意義がある。

最後に、医療の標準化があげられる。一部ではクリティカルパスの導入で動き始めているが、医局や病院で異なる診療内容や看護方法についても、研修や情報、技術の共有化の中で各々の違いを超えて標準化を図ることができ、ばらつきの解消にもつながるであろう。

このように規模の経済を活かす「まちなか集積医療」を核とし、診療所から療養型施設に至るまで異種の医療施設群が、ヘルスケア・ボードに一体的にマネジメントされるようなネットワークを組むことによって得られるメリットは諸外国の事例をみても大きい。診療所と急性期病院、リハビリ施設、福祉施設といったように、各医療機関が機能分担を行い、互いに連携しながら同一のマネジメント機関のもとで緩やかな結び付きのガバナンス構造を基本としていくことが適当であろう。

ただ、医療技術の進歩により平均在院日数の短縮化や日帰り手術の実施が一般的になったことに加え、高齢化で医療に対するニーズや診療のあり方も転換期を迎える中、1 病院単体での事業展開が必ずしも利益的な行動であるとは言い難い。実際、大阪府や山形県では地方独立行政法人機構のもとで複数の病院を統合化させることで財務体質を強化したり、地方の小規模病院では療養型施設を併設することで経営の安定化が図られたりしている。また、病院間機能分化の中での単体経営は、つねに赤字部門を担う医療機関で発生する負担が課題となることも容易に想定され、松山・河野（2005）が提唱する IHN 化構想や総務省の自治体病院改革成功事例を見る限り、長期的には経営基盤統合という選択肢も残しておくことが「まちなか集積医療」の持続可能性の観点から必要と考えられる。

（具体的な施策）

- ・ 二次医療圏のような広域的規模ですべての医療資源に関して調整を行う実効性の高いマネジメント機関の構築が必要である。
- ・ 医療関係者、保険者、行政機関、有識者、住民など多様なプレーヤーによる「ヘルスケア・ボード（仮）」（マネジメント機関）を中心に、医療資源の配分、まちづくりとの融合も含めたガバナンスを司る機関を稼働させることが必要である。

「まちなか集積医療」のための手段

既にこうしたシステムを導入し、地域医療統合が進むカナダなどでは供給主体の中心が公共部門であるため、経営基盤の一元化をともなうネットワークの構築が比較的容易である。他方、民間医療法人の多い日本では、諸外国と同様の手法で供給システムをドラスティックに転換することは難しい。現行のまま医療サービスの供給を継続する法人を規制、公的化することは望ましくない。ただ、現在進行中の公立病院改革の状況を見ると、その中には民間医療法人や私立大学を指定管理者とすることで公的医療機関と民間医療機関とのグループ化を進めたりする事例も皆無というわけではない。したがって、本報告書では医療とまちづくりを融合させ、多方面から経済的インセンティブを与えることにより公的医療機関に限定せず、民間医療法人も巻き込みながら「まちなか集積医療」の実現を図ることが、地方中小都市を中心に必要な政策パッケージであると考えている。具体的な手段となり得る誘導策としては、補助金、税負担の軽減、診療報酬加算などがあげられる。

まず、「まちなか集積医療」に向かうインセンティブとして補助金についてみたい。先に述べたとおり、広域的に医療資源をマネジメントするヘルスケア・ボードのもとでの共同体化に組み込むことが合理的であると判断する民間医療機関を排除しない一方で、それに強制加入させるシステムではないが、従来から行ってきた病院単位での補助金を縮小しながら、「まちなか集積医療」を実現するために機能するマネジメント組織にはグループ内の各医療関係機関の経営基盤の安定化や施設整備を支援する補助金の提供をメニュー化しておくことは経済的インセンティブが働き、誘導策となるであろう。

さらに、税制面については社会医療法人に適用されている制度も参考となる。2008 年度からスタートした社会医療法人制度は民間病院にも公的病院並みの役割を负担してもらうことで不足する医療を補完することを目的とし、一般医療法人に比べ、法人税や固定資産税を軽減、非課税とする措置が取られている。現行制度では医療計画に位置付けられた救

急医療や周産期医療などを担うことが条件とされている。これをさらに発展的に拡大し、社会医療法人であることや提供する医療サービスに係わらず、ヘルスケア・ボードのもとでネットワーク化を図っている医療施設については、地域医療を守る観点から公的病院並みに税負担の軽減を図っていくことも供給システムの転換を促す一案となる。

このほか、診療報酬での動機付けも1つの手段となろう。医療施設の経営を左右する診療報酬の中には、医師が不足する診療科や地域医療支援病院への入院のように、特定の機能を有する施設に重点的に加算するシステムがある。2006年度の診療報酬改定では大腿骨頸部骨折に係わる地域連携クリティカルパスを評価対象とするシステムを試行的に実施したところ、医療機関連携の促進に一定の効果が見られたことが報告され、2008年度の改定では脳卒中で実施されることとなった。したがって、新たに「まちなか集積医療」も評価対象として追加することが政策の有効性を高めるものとなり得ると考えられる。

(具体的な施策)

- ・ 病院単位の補助金を縮小し、「まちなか集積医療」を実現するために機能するヘルスケア・ボードにはグループ内の各医療関係機関の経営基盤の安定化や施設整備を支援する補助金を提供する。
- ・ ヘルスケア・ボードのもとでネットワーク化を図る医療施設については、地域医療を守る観点から公的病院並みに税負担の軽減を図る。
- ・ 診療報酬においても、「まちなか集積医療」を評価対象に追加する。

都道府県の責任と戦略的な医療計画

ここまでその手段として医療資源マネジメントと政策的な手法について述べてきたが、この実現においては各行政機関の行動も極めて重要である。

地方分権が進められる現在、医療政策もその例外ではない。厚生労働省では、2006年度の医療制度改革で保険者を都道府県単位に再編・統合したり、地域完結型医療を推進したりするなど、三次医療圏を大きな括りとする医療提供体制の確立を図っている。しかし、実際には同一医療圏内に各市町村病院が乱立した結果、一部地域では供給過剰を引き起こし、自らの財政を過度に圧迫するほどの経営赤字に陥っていることは既知のとおりである。そのため、「公立病院改革ガイドライン」のもとで各都道府県は、県立病院の制度改正を進め、地方独立行政法人化や指定管理者制度の導入、民間医療機関への移譲などを積極的に行っている。しかし、公立（公的）病院を対象にしているプランであるにも関わらず、県立と市町村立、市町村立間といった異なる行政主体を巻き込んだ動きはそれほど活発ではない。この一因にまちづくりにもみられるような行政区域の壁がある。境界を越えての行動は政治的な要因も絡み難しいことも事実である。そうした問題を解決する意味でも、医療供給体制整備の主たる責任者が都道府県であることを明確に位置付け、市町村間の調整を含め、主導的機関として積極的にその役割を果たすことが期待される。

ただ、先行研究では健康については個人の所得格差が有意に影響する要因であるが、医療は個人の所得格差よりも地方自治体間の格差が影響するとして地方分権による弊害も指摘されている（Jiménez-Rubio et al. (2008)）。このことから、地方分権下で実施される医療供給では、中央政府が個々の医療施設に関与するのではなく、カナダ等にもみられる

ような財政調整等を通じて公平性の維持・監督、ナショナルミニマムの基準を明確にすることを責務とするなど、国と都道府県間で負担と役割の基本的スタンスを確立することも必要である（池上（2006））。

本報告書の第2章ではこれまでの地域医療計画について評価した上で、新たな視点を述べているが、まちづくりと一体となった空間的な配置も含め「まちなか集積医療」に係わる資源全体のマネジメントを戦略的に地域医療計画の中に位置付けていくことも必要である。とりわけ、まちづくりにおいては市町村の枠組みを超えて広域的都市計画を主導的に進めることを意図し、複数の自治体による協議機関を設けていくことも考えられる。また、その際には先に示したヘルスケア・ボードとの連携を強固なものとし、20年先の将来を見据えたまちづくりと医療政策の融合を図る計画の策定と実施が求められる。昨今進められている市町村合併を俎上に載せている自治体では新たな都市計画の策定にあたりそうした意識を持って臨むことが新たなまちづくりを描く上では有益であろう。

モニタリング機能

さらに、都道府県は医療供給体制の整備責任者としても、保険者としても地域医療をガバナンスすることが期待される。2006年の医療制度改革では都道府県単位での保険者の再編・統合が進められ、地域の実情に応じて保険料を設定することとなった。京都府では市町村が保険者である国民健康保険も都道府県での一元化を検討し、保険者として医療政策に積極的にコミットしていくためのスキームについて議論している。ここでは保険制度について多くを議論しないが、患者のおよそ90%は居住県内、つまり三次医療圏内で受療を完結させており、都道府県単位での保険料率は負担と給付の関係が明確化され、両者のバランスにおいても合理的である。また、複数の保険者が存在する日本の公的医療制度では、二次医療圏単位で医療需要の詳細な情報を把握することが難しい状況にある。各都道府県が安定的な医療供給体制が保持されているのか、適正な医療が実施されているのかといったことを評価していく上でも医療圏単位での情報は不可欠であり、そこに係わるインフラ整備や評価システムも重要となる。

都道府県は各ヘルスケア・ボードが各医療圏の中で「まちなか集積医療」の実現を図る上で効率的な運営を行っているかについて医療情報や経営状況などをモニタリングし、保険者がガバナンスを働かせていくことも役割の1つである。

(具体的な施策)

- ・ 医療供給体制整備の主たる責任者が都道府県であることを明確に位置付け、主導的機関として積極的にその役割を果たすべきである。
- ・ 国と都道府県の役割と負担を明確にするべきである。
- ・ 市町村の枠組みを超えて広域的都市計画を主導的に進めるために複数の自治体による協議機関を設け、ヘルスケア・ボードと連携しながら20年先の将来を見据えたまちづくりと医療政策の融合を図る計画の策定と実施を行うことが求められる。
- ・ 二次医療圏単位で医療需要の詳細な情報を把握するための整備を行い、都道府県は各ヘルスケア・ボードが「まちなか集積医療」の実現を図る上で効率的な運営を行っているかなど医療情報や経営状況などをモニタリングすることが適当である。

課題 —誰が負担するのか—

本報告書でも繰り返し述べられているとおり、人口構成の高齢化、医療技術の高度化にともない医療費の増加は避けられず、国、地方ともに過度の負担に耐え得る財政基盤を持つことができない。このことを前提とするならば、二次医療圏レベルの広域エリアの中で生活を営む個人が、自らの地域に求める一定水準の医療供給を長期的に維持していくためには、給付に見合う負担が必要になることは改めて言うまでもない。その際、課題なるのは誰がそのコストを負担するのかという点である。

医療の基本は保険料と診療報酬であるが、公立病院には設置自治体からの財政投入が行われている。この問題について伊関（2009）に奈良県の大和高田市立病院の事例がある。この市立病院における2007年の入院患者のうち大和高田市民の割合は43.5%、半数以上にあたる56.5%は葛城市や香芝市など市域を隣接する自治体の住民である。にもかかわらず、現行制度では大和高田市立病院の経営維持のために財源を投入しているのは大和高田市のみであり、葛城市や香芝市などによる負担はない。伊関（2009）は病院だけが財政危機の原因ではないがとの断りのもとで、病院を有しない葛城市や香芝市の経常収支比率が奈良県内の市町村の中で良好な状態であることを指摘し、「少なくとも『自治体病院を持った自治体が損をする』という構造が存在する」と述べている⁶。

地域医療が失われることがあってはならないという条件は医療施設設置の有無にかかわらず、すべての人々に共通するという認識に異論はないであろう。本報告書で提示してきた「まちなか集積医療」では、単一の行政区域を越え広域レベルでの医療供給システムの確立が、長期的に地域医療の持続可能性を維持する上で不可欠であると考えている。住民をはじめ、医療関係者、行政、議会などそこに参加するすべてのプレーヤーが地域で享受する医療サービスに対する負担をどうしていくのかについて真剣に議論することが必要である。加えて医療やまちづくりなど現行の市町村の枠組みを超えた単位での広域的な課題の解決には、そこにコミットするための実効性の高い体制を構築することも喫緊の課題である。

⁶ 伊関（2009、pp.88-92）「5 奈良県の自治体病院が抱える根源的な問題」より。

BOX1：医療における連携とネットワーク

既知のとおり、国民生活に不可欠な「医療」を維持することを意図してさまざまな政策、事業が多方面から展開されている。ここではとりわけ積極的に進められている「病院連携・ネットワーク化に関わる政策」について概観する。

1. 一医療機関完結型から地域完結型医療へ —地域医療再生—

2006年1月に召集された第164回通常国会では、医療制度改革に関わる法案が成立し、第5次医療法改正が行われている。この改正では良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確立が謳われ、医療計画の見直しを通じた「医療機能の分化・連携の推進」が記載された。具体的には、都道府県が策定する地域保健医療計画（第5次）において、4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）5事業（救急医療・災害時における医療・へき地の医療・周産期医療・小児救急医療を含む小児医療・その他）に関する疾病別医療連携体制が明記されている。また、診療・介護報酬の改定でも「地域連携クリティカルパス」の作成が新たに評価対象に追加され、医療機能の分化・連携を報酬面からも後押ししている。診療所から病院へ検査予約を入れ、結果情報を診療所に還元する病診連携や病院と診療所双方の医師による合同勉強会等の取り組みが各地で展開されている。この第5次医療法改正では従来の病床規制に主眼を置いた政策から新たな局面へと移行し、切れ目のない医療供給の実現に向けた連携体制の確立が緒に就いたところである。

さらに、これまでの「一機関完結型医療」から「一地域完結型医療」への転換、医療圏単位での機能の強化を図ることなどへの支援策も打ち出されている。政府は、2009年度補正予算で「地域医療再生計画」の策定、「地域医療再生基金」の造成を掲げ、疾病単位での連携から医療施設単位でのより実質的な機能分化・連携への動きを活発化させつつある。厚生労働省発表資料によれば、その内容は従来の「病院単位（点）」での補助・支援ではなく、「地域全体（面）」での医師確保や機能分化などが対象事業に規定される⁷。

具体的な事業モデルでは「中核病院」となる施設が入院機能強化と外来の縮小を進める一方で、「その他の病院」は機能転換を行い後方支援の充実を図るといった枠組みを参考事例にあげ、各都道府県が策定する「地域医療再生計画」でも地域の面的展開を重視した連携やネットワークが描かれている⁸。例えば、「長野県地域医療再生計画」では、これまで競争関係にあった3つの急性期病院（公立）が、i) 高度救急医療（三次救急）、ii) 急性期～回復期（二次救急）、iii) 急性期（二次救急）～回復期・在宅医療、を担う病院へと機能分担し、診療所や信州大学との連携も図りながら地域完結型医療の実現を目指している⁹。このほか、「愛知県地域医療再生計画」では、各医療圏単位に設置されている協議会と県全域の地域医療連携について協議する有識者会議が協力し、県内にある4大学の医学部との調整を通じて地域の要望に基づき急性期医療を担う診療科の医師を派遣

⁷ 厚生労働省「地域医療再生計画」は二次医療圏が対象基本地域となり、予算執行予定額2,350億円、1地域を25億円として全国94地域で展開する計画である。

⁸ 厚生労働省「地域医療再生基金の概要」モデル事例参照。

⁹ 厚生労働省HP「各都道府県地域医療再生計画」2010年1月20日公表時点。

するとともに、中核病院では若手医師の研修育成も同時に進めるという全県対応型の医師育成・派遣体制（愛知方式）を構築していく青写真が描かれている。

2. 効率的な医療供給体制の確立に向けて —公立病院改革—

総務省は2007年に病院経営の効率化とともに、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しといった3つの視点に立脚した「公立病院改革ガイドライン」の策定を進め、抜本的改革に取り組んでいる。こうした動きが活発化する背景には、全国にある公立病院の9割以上が経営赤字に陥り、存続の危機に直面していることがある。自治体そのものが破綻した北海道夕張市の夕張市立総合病院、医師不足と財政難から病院休止に追い込まれることとなった千葉県の銚子市立総合病院等の事例が話題にのぼるが、これらは氷山の一角にすぎず、地域医療の維持が困難を極める状況にある。そのため、今回の公立病院改革では年功序列により高止まりしている人件費や単年度主義に伴う非効率など、公共部門が持つ硬直的な体制を見直し、より自由度の高い経営システムへの転換を基軸として公営企業法全部適用への移行、指定管理者制度の導入や地方独立行政法人化などが行われている。

ここでは、医療資源の効率化を図ることによる持続可能な病院経営と質の高い医療提供体制の構築を意図し、公立病院の再編・統合を進めている点に注目する。「公立病院改革ガイドライン」ではその具体的なモデルとして、各自治体が所管する公立病院に公的病院（赤十字、済生会等）を含めた4つのパターン¹⁰が示され、基幹病院とその他の病院との間で病床数の再編や病院機能の分担を進めることなどが盛り込まれている。実際の公立病院再編・統合については、市町村にまたがる問題であることから検討・協議の場を設け、計画・構想を策定することになるが、2009年3月末時点の調査では159病院で基本的枠組みの合意がなされ、再編が進められている。例えば、青森県では5つの自治体病院が医療機能を再編する。個別に医療機能を担ってきた5病院は、3病院2診療所（1中核病院・2サテライト病院・2サテライト診療所）となって地域医療を支える。また、山形県では県立病院と市立病院の再編統合とともに地方独立行政法人化による経営形態の変更を行い、病院間での機能分担を進める。計画では両病院を1つの地方独立行政法人機構の下で運営することとし、旧県立病院は増床して急性期医療を担い、旧市立病院は病床数を削減して回復期医療を行うとしている。このほか、市立病院と赤十字病院の連携、ベッド数を19床以下に削減して診療所化したり、介護療養病床への転換あるいは民間病院に譲渡したりするなど、計画的に動き出している。また、2010年1月に総務省公立病院経営改善事例等実務研究会「公立病院経営改善事例集」によれば、経営形態の変更により黒字化に成功した事例もみられる。沖縄県の市立那覇病院では2006年の診療報酬改定を受けて赤字を計上し、翌2007年度も2億7,200万円のマイナスであったが、非公務員型の地方独立行政法人化後の2008年度は1億7,600万円の黒字に改善した。地方独立行政法人化すれば何事もうまくいくというような単純な話ではないが、現段階では行政や議会から離れ、医療現場中心の医療体制に移行することにより職員の意識も高まるといった利点があるとしている（（宜保（2009）））。

¹⁰ 総務省 HP「公立病院改革ガイドライン」パターン例参照。

BOX2：諸外国における医療制度

OECD Health Data 2009によれば、2000年以降、わが国をはじめ、OECD各国の保健医療支出は対GDP比で上昇傾向を示しており、高齢化の進む中、今後もその傾向が継続することが予測されている。そのため、多くの国では医療費の増加という共通の課題に直面しながら、いかにして安定的に医療を確保していくのかについて議論を重ね、質の高い効率的な供給体制の構築に向けた改革を試行錯誤している。ここでは、医療圏単位での統合ネットワーク化や医療施設の集約化に取り組むカナダとデンマークの事例を簡単に紹介する。

1. カナダの医療制度

カナダの医療制度は医療費の増加する中で制度の持続可能性を高める改革の必要性は認識されているが、すべての国民が等しく享受できる公的医療制度の撤廃等の改正については85%もの国民が反対する意向を示しており、カナダ保険法¹¹に基づく現行制度に対する評価は高い（Soroka（2007））。

医療供給は財源を税方式とし、州政府の責任で医療サービスの提供が行われる。中央政府はナショナルミニマムの基準を提示するとともに、補助金などによる財政調整を通じ全国民に等しく医療サービスの確保を行うことを主な役割とする。地方分権のもとでの供給体制であるため、各州によりシステムや分類は異なる面があるが、サービスの需要者である住民は歯科などの公的医療対象外の診療を除き、原則、医療を無料で受診することができる。

家庭医（かかりつけ医）と病院は明確な機能分担しており、専門医や入院機能を持つ病院での受診は家庭医の紹介を経る体制となっており、標準的には日本のように患者のフリーアクセスを認めるシステムではない。カナダだけでなく、後述するデンマーク、フランス、ドイツなどでも過剰な医療を抑制することを目的として家庭医がゲートキーパーの役割を担うシステムを採用しているが、紹介後から病院で受療するまでの待機期間が長期化するなどの問題が浮上している国もある。

さらに、わが国の医療界においても機能分化やネットワーク化が課題として指摘され、本章のBOX1にもあるとおり、さまざまな取り組みが行われている。カナダでは、広域医療圏を一単位とし、そこに立地する複数の医療関係施設が同一事業体を形成してサービスの供給を行う「統合ネットワーク体制」の構築がみられる。この医療関係施設群は、自宅近くの診療所から介護を受ける福祉施設に至るまで、異なる医療・福祉サービスを提供する集合体で垂直的な連携システムとなっている。この体制では州政府から受けた予算の配分、運営計画などを含め、病院経営をコントロールする非営利組織（政府代理機関）が医

¹¹ カナダ保険法（Canada Health Act）では、州は非営利原則に基づき管理すること（Public Administration）、必要な医療を保険でカバーすること（Comprehensiveness）、全ての住人が医療を受けられること（Universality）、どの州でも医療を受けられること（Portability）、医療費等によってアクセスが妨げられないこと（Accessibility）を基準とし、各州は医療体制を整備している。

療施設群の司令塔となり、すべての医療資源を一元的にマネジメントすることで地域住民に対する医療サービスを統治していることが主な特徴である¹²。このような供給体制の構築が、病院間の非効率な競争や重複投資を防止するとともに、医療の質の向上を図る上で有効的な機能を果たすという見方がある（松山（2009a））。

2. デンマークの医療制度

デンマークは「高福祉・高負担」国家であるが、EU加盟国の中で国民の医療に対する満足度が最も高い国である（Mossialos（1997））¹³。1970年の医療制度改革以降は、20万人以上の人口規模を原則とする二次医療圏単位で、各県の責任のもとで医療サービスの供給が行われ、中央政府との間では明確な役割分担がなされている。さらに、県と市の間では、自らの市民の医療サービスの需要量に応じて財源負担をしなければならない仕組みとなっている。

医療提供体制は一次医療を提供する家庭医と二次医療を担当する総合病院に区分される。家庭医の定員数とその地域配置についてはコントロールされ、患者（国民）は自らのかかりつけを住所地から一定の距離範囲¹⁴の中で選択するシステムを採用している。他方、総合病院については県管轄を基本としており、総病床数の97～98%が公立病院である。一部に私立病院も存在するがその数、病床数ともに少なく、公立病院の補完的な機能を担っている。医療は税を財源とし、原則的には無料で供給されているが、一次医療が2種類のグループで構成されており、各個人の選択によっては一部自己負担が発生する。また、家庭医の紹介状なしに病院を受診したり、私立病院でサービスを受けたりするようなケースでは全額自己負担が適用される。

国民に高い支持を得ている医療制度ではあるが、1980年代から90年代にかけて、病院の専門治療を受診する際に長い待機期間を要するという問題も顕在化している。そのため1993年には待機期間を短縮するため、従来原則としてきた県内完結型から病院を自由に選択できる制度（自由選択制）に移行している。この制度は、患者が県を超えて病院の選択を行うことを可能とし、その費用（移送費除く）は、患者所在地の県が受入れ側の県に支払うというものである。県外に医療費を支払わせるという経済的インセンティブを与えて待機問題の解消をねらうという考え方で、医療供給サイドである県間での競争を促すことを通じ、待機患者の受け入れ増を期待している。

このほか、医療費が対GDP比で9.8%まで上昇してきている状況もあり、供給体制の効率化に向け、病院の集約化、平均入院日数の短縮化や介護福祉サービスの充実にも取り組んでいる。

¹² オンタリオ州の統合機関は直営の医療施設を持たず間接統治の形態を採るが、ブリティッシュコロンビア州では病院を直接所有してガバナンスするシステムを採用する（松山（2009b））。

¹³ また Health Consumer Powerhouse が発表した *Euro-Canada Health Consumer Index 2009* では、患者の権利・情報公開や医療の質を含む病院情報の公開が高く評価され、医療システムの充実度で上位にランク付けされている。

¹⁴ 一般医は原則として住所地から10km以内、都市部は5km以内で選択する（菅沼（2005））。

【参考文献】

- 池上直己、2006年、『ベーシック医療問題（第3版）』、日本経済新聞社。
- 伊関友伸、2009年、『地域医療—再生への処方箋—』、ぎょうせい。
- 印南一路、2009年、『「社会的入院」の研究—高齢者医療最大の病理にいかに対応すべきか』、東洋経済新報社。
- 宜保哲也、2009年、「那覇市立病院の独法化と独法初年度決算の概要」、『公営企業』、pp.46-54。
- 厚生省医療保険福祉審議会制度企画部会、1999年、「診療報酬体系のあり方について（意見書）」、旧厚生省 HP 審議会記録 http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9904/s0416-1_19.html。
- 厚生労働省、2007年、『平成19年版 厚生労働白書』。
- 厚生労働省 HP、「地域医療再生基金の概要」、「各都道府県地域医療再生計画」 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryousaiseikikin/index.html>。
- 公立病院経営改善事例等実務研究会、2010年『公立病院経営改善事例集 平成22年1月』、総務省。
- 佐野洋史・石橋洋次郎、2009年、「医師の就業場所の選択要因に関する研究」、『季刊社会保障研究』、Vol.45 (2)、pp.170-182。
- 菅沼隆、2005年、「デンマークにおける保健医療予算の決定メカニズム：中央政府と県議会連合との経済交渉を中心として」、『立教経済学研究』、第58巻、第3号、pp.73-117。
- 総務省 HP、「公立病院改革」 http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/hospital.html。
- 総務省 HP、「公立病院改革プラン策定状況等について（調査日：平成21年3月31日）」 http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/12455.html。
- 日本経済新聞、2010年、2010年2月15日朝刊1面。
- 松山幸弘、2009a年、「地域医療提供体制改革（IHN化）の国際比較」、『Economic Review』、Vol.13、no.1、pp.26-44。
- 松山幸弘、2009b年、「地域医療経営のガバナンスの国際比較（第1回）カナダ」、Monthly IHEP、No.177、pp.14-18。
- 松山幸弘・河野圭子、2005年、『医療改革と統合ヘルスケアネットワーク—ケーススタディにみる日本版IHN創造』、第1章、pp.3-47、東洋経済新報社。
- 吉田あつし、2009年、『日本の医療のなにかが問題か』、NTT出版。
- Birkmeyer, J.D. et al. “Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States,” *The New England Journal of Medicine*, vol.346, 2002, pp.1128-1137.
- Birkmeyer, J.D. et al. “Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States,” *The New England Journal of Medicine*, vol.349, 2003, pp.2117-2127.
- Björnberg, E. et al. *Euro-Canada Health Consumer Index 2009*, Health Consumer Powerhouse, 2009.
- Health Canada *Canada Health Act Annual Report 2007-2008*, 2008, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2008-cha-lcs-ar-ra/index-eng.php>.
- Health Canada HP “Canada Health Act, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/overview-apercu-eng.php>.”
- Jiménez-Rubio, D. et al. “Equity in Health and Health Care in a Decentralized Context: Evidence From Canada,” *Health Economics*, vol.17, 2008, pp.377-392.
- Mossialos, E. “Citizen’s View on Health Care Systems in the 15 member States of the European Union,” *Health Economics*, vol.6, 1997, pp.109-116.

Organization for Economic Cooperation and Development *OECD Health Data 2009*, 2009, OECD.

Soroka, S. N. *Canadian Perceptions of the Health Care System*, Health Council of Canada, 2007, http://www.queensu.ca/cora/_files/PublicPerceptions.pdf.

Vallgård, S. et al. "Health Care System in Transition: Denmark," European Observatory on Health Care Systems, 2001.

NIRA

高齢化に対応した地域医療に関する研究会

研究体制

研究会委員

小峰 隆夫	法政大学大学院政策創造研究科教授
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
山本 清	東京大学大学院教育学研究科教授

NIRA

神田 玲子	研究調査部長
伊藤由希子	客員研究員／東京学芸大学人文社会科学系経済分野准教授
辻 明子	研究調査部 リサーチフェロー
豊田 奈穂	研究調査部 ジュニアリサーチフェロー

NIRA とは

総合研究開発機構(NIRA)は、2007年11月に政府認可法人から民間財団法人に組織変更を行いました。認可法人NIRAの目的を継承するとともに、学者や研究者、専門家のネットワークを活かして、公正・中立な民間の立場から公益性の高い活動を行います。そして、国民の視点からより自由な立場で政策提言とタイムリーな情報発信を行うことにより、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3つのテーマを中心として、日本が抱える課題をとりあげます。

「まちなか集積医療」の提言

－医療は地域が解決する－

発行 2010年3月
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/>

