

地域論壇

自治体の枠越え医療体制整備を 空洞化進む中心市街地を生かせ

日本大学経済学部教授 中川 雅之
総合研究開発機構主任研究員 豊田 奈穂

多くの自治体病院が経営難にあえいでいる。その原因の1つは、多くの自治体が他の自治体と役割分担をすることなく、単独で総合病院を整備してきたことにある。だが財政難が深刻化し人口も減少する今の時代には、自治体ごとに総合病院を維持することは難しくなってきた。こうした現実を踏まえ、日本大学経済学部の中川雅之教授と総合研究開発機構の豊田奈穂主任研究員に、これからの地域医療体制のあり方について提言してもらった。

地域医療計画で需給調整はできず

医療サービスは、必要とされる時にすべての国民が等しくそこにアクセス可能であることが求められる。1985年の医療法改正により、都道府県が作成する地域医療計画は「当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する計画（医療法第30条の4）」とされ、医療サービス供給体制の構築、病床規制で中心的な役割を果たしてきた。

通常、ある財やサービスの需要と供給の間に発生するギャップは、価格が上下することによって調整される。つまり利用されない空きベッドが多くなっているような供給過剰地域では、医療サービスの価格が低下することで需給の差が解消される。あるいは高齢化で医療サービスを求める住民が多く、供給が不足しているような地域では価格が上昇することで均衡に向かって調整が進む。その結果、地域医療計画が目標に掲げる適正な医療資源の配分が自動的に達成されることとなる。

しかし現状をみると、誰もが容易に医療サービスを手に入れることができるという公平性の観点を重視し、診療報酬制度のもとで全国一律に価格が決まっている。そのため、需要と供給の間には

ギャップが生じ、何らかの政策的介入なしに不均衡を解消することはできない状態にある。

これまで地域医療計画が調整ツールとなり、過剰な医療サービスが発生している地域では新規病床を制限し、不足する地域では公立、公的病院などを整備することで供給量のマネジメントを行ってきた。しかし、医療サービス需要は直接的にコントロールすることが難しいため、供給面からの数量調整だけで需給バランスを保とうとする政策が効果を発揮してきたとはいいがたいようだ。

2008年4月1日時点の一般病床・療養病床は、基準病床数として算定されている109万7000床より、およそ17万床も多くなっており、長野県や岐阜県など一部不足する地域を除けば、全国的に過剰感がある。さらに人口10万人当たりが必要となる急性期病床数を平均入院日数から算出してみると、有床診療所を含めれば最適といわれる500床程度の倍以上になっている。地域医療計画は、供給が過剰となっているエリアでの病床の新規増設は認めないが、人口減少などにもない発生する利用率の低い既存病床の再編や廃止を促す手段にはなり得なかった。

また、医療サービスの増強は病院の新規開設に依存し、供給不足地域では中小規模の公立病院の建設が行われてきた。厚生労働省の医療施設調査によれば、08年10月1日時点で全国に975ある地

*この論文は日本経済新聞社産業地域研究所の許諾を得て転載しています。

なかがわ・まさゆき 京都大学経済学部卒、大阪大学より経済学博士号。建設省を経て、2004年より現職。

とよだ・なお 横浜市立大学経済学研究科博士課程修了。博士（経済学）。横須賀市都市政策研究所を経て、2009年総合研究開発機構入構、2010年より現職。

方自治体立の一般病院(地方独立行政法人を含む)のうち、約70%が300床未満で、100床以上200床未満が最も多い。

確かに医療の確保が極めて難しい地域はある。だが、都市としてのプライドや住民のWantsを優先した病院も存在し、急性期医療の中核病院として十分な役割を果たせない施設が少なからずあることも指摘されている。全国自治体病院協議会の09年病院経営分析調査報告でも、私立病院が病床利用率で80%近くを確保しているのに比べ、公立病院は70%を割っている。需要に見合わない病院の整備が、結果として慢性的な赤字を抱えることにつながっている。地方自治体の財政的負担は重く、長期的には維持できなくなるのではないと思われるケースも散見されている。

数量から空間へ、政策の転換が必要

このような現状をみれば、需給調整に直接関与しようとする政策は、その効果や長期的な継続性に疑問が残ると言える。高齢化、人口減少などを考慮し、持続可能な医療供給体制を確保していくために、政策手法の見直しが必要な時期がきているといえるだろう。

一般的には医療と市場は「水と油」の関係にあるとの認識が広がっており、経済的な視点から捉えることに強い抵抗感がある。その点に異議を唱えるつもりはないが、医療でも規模が大きくなるほど生産性が高くなるという関係が確認されており、多くのサービス業と同様に、規模の経済性、集積の利益が働くという特徴を持つ。その結果、医療関係者の十分な確保、医療の質の向上が実現

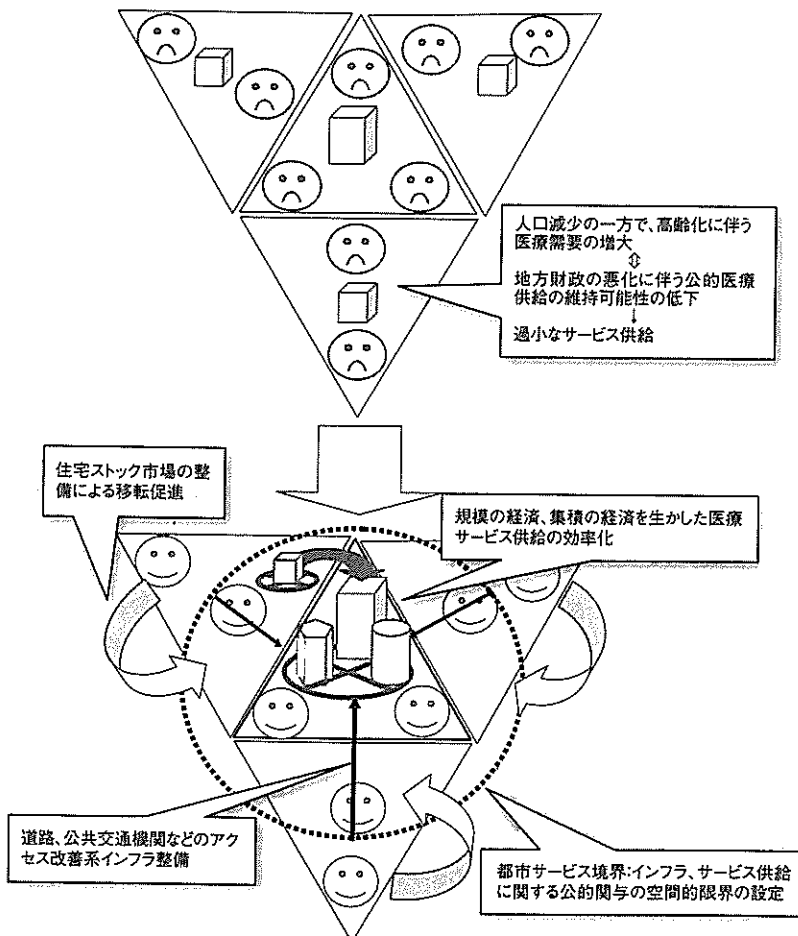
し、病院経営の安定化やコスト低下などのメリットを得ることができる。

したがって他の産業とは異なるという医療の特殊性を考慮しつつも経済的特徴を生かすことを意識し、現行の市町村単位ではなく、行政区域の枠を超えて広域的に供給体制を組むことが最も望ましい。

現在の地域医療計画においても、複数の自治体を1ブロックとする二次医療圏(地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情との社会的条件を考慮して、一体の区域として入院に関わる医療を提供する体制を図ることが相当であると認められる範囲)で供給体制を整備することが適当であるとしている。ただ実際は、市町村ごとに病院が建設され、それぞれが設立主体となって整備が行われている場合が多

図 地域医療を支える新しい都市計画の概念図

現状は各自自治体がそれぞれ医療機関を整備



く、貴重な医療資源が分散される傾向にある。当然のことながら、誰にとっても医療は極めて重要なサービスであり、住民が容易にアクセスできることの重要性は理解できる。

しかし、だからといって居住している自治体に直接病院を立地させることに固執し、立派な施設はあるけれども医師はいない、診療科の休止や救急受け入れ不可といった事態に陥るような病院を整備することが住民に期待されているのだろうか。この点は議論の余地がある。

日常生活行動を考えてみても、大方の人は1つの自治体の域内ですべての行動を完結させているわけではない。住居のあるA市から隣接するB市まで通勤や通学をすることもある。05年の国勢調査でも就業者（自宅従業を除く）の45%以上が定住地以外の市区町村で働いている。

これは医療機関についても同様だ。例えば北海道千歳市の「市立千歳市民病院の改革プラン」から受療動向をみると、外来患者の87%は千歳市内からの受診だが、札幌市や恵庭市への流出もある。反対に近隣市町からの受け入れも行っている。市立千歳市民病院に限らず、患者（＝住民）は医療機関が居住する自治体にあるかどうかにかかわらず、状況に応じてより良質な医療サービスを求めて行動する。つまり患者サイドからみれば、供給体制の整備を1つの行政区域内で完結させることに固執する意味はそれほど大きいものではない。むしろ患者という立場に置かれた場合には、いつでも満足度の高い医療が遅滞なく提供され、そこへのアクセスが確保されている環境の方が有益なはずである。

医療政策とまちづくりの融合を

ここまで①全国一律の診療報酬によって価格調整が働かない医療の世界では地域的な需給ギャップが必ず生じること②地方で進んだ高齢化にともなう医療需要などには、各地方自治体が個別に公立、公的病院を整備することによって対応してきたこと③その際、集積、規模の経済などを明確に認識した対応はとられてこなかったこと④結果的

には、そうした対応が人口減少や地方財政の実情から持続可能性を低下させていること——について述べてきた。では、地方財政に大きな負荷をかけず、医療サービスの充実を図る方策はあるのだろうか。

ここで提案する手段は、市町村単位ではなく広域的な都市計画の中で病院の立地を議論し、医療機関の集積とネットワーク化により供給体制を構築することである。つまり今後の医療サービス供給への公的関与では、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空間的関与へと変質させることが適当だろう。

その際に必要となる点は、(i) 特定の地域における病院施設など医療インフラの集積 (ii) その地域へのアクセスの確保 (iii) 長期的な視点から医療供給体制と整合的な人口配置の実現——である。

例えば (i) については現在の中心市街地がいくつもの魅力的な条件を備えている。そこでは、既に一定の商業基盤やインフラが整備されており、医療需要が高い高齢者などの居住地としても魅力的だ。病院に加え、高齢者住宅や介護施設なども含めた重層的な集積が進むことは、医療サービス提供の効率化のみならず、居住者の満足度を高めることが期待できる。

また中心市街地は、商業の衰退により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。よく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。これは、病院が中心市街地の立地では採算に合わなくなったという側面よりも、その場所では建替えが技術的に困難だったり、より広い敷地を確保することが難しかったという事情に基づく場合が多い。

しかし現在の中心市街地の状況を見ると、隣接地域に新しい病院を建設し、移転後の跡地に他用途の開発を行うことは十分に可能である。山形県酒田市や福島県郡山市などでは市街地再開発事業により、中心市街地で病院の建て替えが実現して

いる。市街地再開発事業の要件に該当しない場合でも「中心市街地に病院機能が存続し、集積が進む」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）に行政が支援を行うことは十分に考えられる。さらに、医療、介護施設、高齢者住宅の集積を促すために税制など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。

これまで各地方自治体は様々なインフラをフルスペックで整備することを念頭に計画を進めており、医療施設など規模の経済、集積の経済が期待できるような分野では大きな非効率が生じている。これを中心市街地など地価が低下して土地利用率が合理的である地域への集積を促進させ、周辺地域には効率的に提供されるサービスへのアクセスを確保することが求められているのではないだろうか。財政的に許容される範囲で、道路や公共交通機関整備を通じたアクセス整備が積極的に図られるべきであろう。

医療を支える新しい都市計画

このような医療政策とまちづくりの融合を実現するためには、都市計画制度による十分なサポートが必要だ。この点で重要な視点は2点ある。1つは、既存の地方自治体によって担われている都市計画決定を、広域化している消費者の生活実態に合わせたものに再編する必要がある。

各地方自治体におけるフルスペックのまちづくりを放棄するのであれば、各施設は通勤、買い物、通院などの人々の生活実態と整合的な範囲で集積が進められるべきであろうし、またそのような行政域を超えた移動を支えるネットワーク系インフラ整備が最も効率的な形で、計画、実施される必要がある。現実の都市圏よりも小さな地域が都市計画の決定を行う場合には、このような効率的な整備は期待できない。

もう1つ重要なのは、集積+アクセスの確保による供給体制にふさわしい人口配置を進めることである。つまり、新しい供給体制下では、一定範囲以遠の郊外の居住者に対する医療サービスの

供給水準は低下する可能性がある。それでも医療など都市サービスの供給体制は確保する必要がある。だとすれば、新しい供給体制と整合的な人口配置を、緩やかに実現すべきだろう。

具体的には、ある地域（都市サービス境界）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、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、大規模小売店舗への対応のように一律の規制によって、郊外部の開発を禁止する必要はない。むしろ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、それを認める柔軟性が必要である。現行の線引きのような硬直的な開発限界とは異なる緩やかな境界の管理を行い、その結果生じた市場の動きを行政にフィードバックして、都市サービスの境界や都市構造に関するビジョンの再考を行えるような体制を敷く必要があるだろう。

さらに、このような人口配置を実現するためには、既存の住宅資産の処分や転居のコストを引き下げることが不可欠だ。住宅履歴情報整備などを通じた中古住宅流通市場の整備や中心市街地における高齢者住宅の整備などに行政はもっと積極的に関与すべきであろう。

総人口の減少という未曾有の社会構造変化に直面し、現行のまま各市町村単位で一定規模の人口を確保していくことが難しくなることは自明の理である。長期的には医療資源の集積と行政区域にとらわれない広域的なまちづくりをセットにして地域医療の供給体制を構築していくことが期待される。

なお、本稿はNIRA研究報告書『「まちなか集積医療」の提言－医療は地域が解決する－』での議論によるものであり、詳細はそちらを参照されたい。http://www.nira.or.jp/outgoing/report/entry/n100325_430.html