

論 説

過疎地域医療における自治体病院の役割と課題（上）

片 田 興

目 次

序 章

- 第1節 本論文の問題関心
- 第2節 本論文の目的
- 第3節 本論文の分析対象
- 第4節 本論文の分析方法及び構成

第1章 わが国における地域医療の理念

- 第1節 「社会保障制度に関する勧告」（社会保障制度審議会1950年勧告）
- 第2節 「医療保障制度に関する勧告について」（社会保障制度審議会1956年勧告）
- 第3節 「社会保障体制の再構築（勧告）」（社会保障制度審議会1995年勧告）
- 第4節 医療法における医療提供体制の確保
- 第5節 過疎地域自立促進特別措置法における過疎地域医療の確保
- 第6節 地方公営企業法における自治体病院の財源確保法規

第2章 過疎地域医療の確保における自治体病院の意義と役割

- 第1節 過疎地域及び地域医療の定義
- 第2節 都道府県の「保健医療計画」における過疎地域医療の確保
- 第3節 都道府県の「過疎地域自立促進計画」における過疎地域

医療の確保

第4節 「公立病院改革ガイドライン」の目的

第5節 「公立病院改革プラン」の役割と自治体病院のあり方
(以上：本号「上」)

第3章 過疎地域医療における自治体病院の現状と課題（以下：次号「下」）

第1節 自治体病院における経営・財政分析

第2節 主成分分析による自治体病院のグループ化

第3節 ケーススタディ

第4節 自治体病院を支える自治体財政の現状

第5節 自治体病院を支える財政措置のあり方

第6節 過疎地域医療における理念の実現と自治体病院の課題

第4章 過疎地域医療における理念の実現に向けた自治体病院の今後

第1節 過疎地域医療における理念

第2節 理念の実現における問題点

第3節 理念の実現は可能であるか

第4節 理念の実現に向けた取組

おわりに

序 章

第1節 本論文の問題関心

21世紀の初頭を迎えたいま、わが国では、地域医療の崩壊が危惧されている。地域医療は、地域住民がその地域に定住し、労働し、子育てを行い、そして、老後の安心できる社会生活を継続していくうえで必須の社会基盤

といえる。しかし、今日、わが国では、地域社会にとって極めて重要な地域医療が崩壊の危機を迎えているのである。

もちろん、今日のわが国では、地域経済の長期的低迷、地域社会の活力低下、地域間格差の存在などにみられるとおり、地域医療を取り巻く社会環境は厳しい状況にある。しかしながら、地域住民にとって極めて重要な地域医療の崩壊をそのまま放置してよいのであろうか。

残念なことに、地域医療の理念を実現する上で重要と考えられる財政問題からみると、今日のわが国における財政状況は地域医療の崩壊に係る諸課題の解決に対応できず、逆に、地域医療の崩壊を促進させつつある状況、つまり、地域医療の理念の実現よりも、自らの財政規律を重視せざるを得ない状況に追い込まれているのである⁽¹⁾。

そこで、本論文は、地域医療の崩壊問題について地域医療の理念を踏まえ、現実の課題を自治体病院の役割と課題との関連で取り上げ、実証分析等に基づき過疎地域医療における今後のあり方を論じようとするものである。ここでいう「地域医療の崩壊」とは、本論文で定義づけられる「地域医療の理念」が実現されなくなることを意味している。

その意味において、本論文では、まず「地域医療の理念」とは何か、という点から説き起こし、つぎに、本論文における「分析対象」を確定し、その上で、本論文における「分析方法」に基づき今後の地域医療のあり方を考察しようとするものである。すなわち、より具体的には、「地域医療の理念」が実現されるためには、わが国において「何が問題」で、また、「この理念は実現可能であるのか」、さらにいえば、理念の実現のためには「何をしなければならないのか」という筆者の「問題関心」に基づき、特に、過疎地域医療における自治体病院の今後のあり方を分析考察している。

ところで、今日、地域医療のあり方について、その対象に過疎地域を取

り上げ、しかも、分析方法に実証分析を取り入れて過疎地域医療における理念の実現に係る問題の整理、さらには、その問題に対するあるべき取り組み等について分析考察した論考は皆無といえよう⁽²⁾。もちろん、地域医療の理念を具体化するさい、地域医療政策の変革は地域医療の崩壊を食い止める方法の1つとも考えられるが、今後、はたしてそれは可能であるのだろうか。

このように本論文は、地域医療の崩壊問題について地域医療の理念を踏まえ、過疎地域における現実の問題を自治体病院の役割と課題との関連で取り上げ、しかも、実証分析に基づきその限界を提示しつつ、過疎地域医療の今後のあり方について論じようとするものである。以下では、本論文における問題関心にに基づき、その目的・分析対象・分析方法等について整理する。

第2節 本論文の目的

本論文の目的は、社会保障における地域医療のあるべき姿とは何か、という理念を踏まえ、その上で、個別具体例として過疎地域医療における自治体病院の役割と課題に焦点を定め、今後のあり方を分析考察することである。

具体的には、地域医療の理念と、その現実について、過疎地域医療の現状を統計データに基づき自治体病院の役割と課題（構造分析）として提示している。とりわけ、本論文で定義づけた「過疎地域」における自治体病院の経営・財政データ分析を行い、これらの分析を踏まえ、自治体病院の経営・財政現実に基づき、持続可能な過疎地域医療のあり方を考察することを目的としている。

第3節 本論文の分析対象

本論文の分析対象は以下のとおりである。すなわち、1つは、わが国の社会保障における地域医療の理念及び政策の整理である。特に、過疎地域医療の目的・確保に関する理念及び政策を整理している。具体的には、まず、理念の側面において、「政府勧告」（社会保障制度審議会1950年勧告・1956年勧告・1995年勧告）、「医療法」における医療提供体制の確保、「過疎地域自立促進特別措置法」（新法）における過疎地域医療の確保について、それぞれ整理している。つぎに、政策の側面は、高知県の「保健医療計画」・「過疎地域自立促進計画」における過疎地域医療の目的・確保を取り上げている⁽³⁾。このように、本論文における分析対象は、過疎地域医療における理念と政策の整理である。

本論文における、いま1つの分析対象は、過疎地域医療における自治体病院の現状と課題についてである。具体的には、「公立病院改革ガイドライン」の目的、そして、「公立病院改革プラン」による自治体病院のあり方を考察するため、地方公営企業年鑑等に掲載されている自治体病院並びに設置自治体の各種データに基づき、自治体病院の経営・財政状況を取り上げ、その現状と課題を実証分析によって提示している。

上述した2つの分析対象は、個別のかつ無関係に取り上げられているものではない。つまり、これら2つの分析対象は、地域医療における「理念」と「現実」をより深く考察するための分析対象である。それゆえ、本論文においては、2つの分析対象が相互に関連しつつ、結果として、統一的に取り上げられることになる。そしてこの点は、これまでの論考とは一線を画した、本論文独自の視点として位置づけられるものであり、したがってまた、本論文の特徴点ともいえる。

第4節 本論文の分析方法及び構成

本論文の分析方法は以下のとおりである。

第1章の「わが国における地域医療の理念」では、地域医療の理念を中心に整理している。具体的には、社会保障制度審議会勧告等に提示された理念から説き起こし、医療法における理念、そして、過疎地域自立促進特別措置法（新法）における過疎地域医療の目的と確保等を中心に整理している。なお、本論文で取り上げている地域医療に関する理念は、「社会保障制度審議会勧告（1950年勧告・1956年勧告・1995年勧告）」、「医療法における医療提供体制の確保」そして「過疎地域自立促進特別措置法における過疎地域医療の確保」において整理されている。また、第1章の最後では、地域医療の理念を実現する上で重要な財政問題との関連で、地方公営企業法における財源確保に係る規定を整理している。この点は「地方公営企業法における自治体病院の財源確保法規」において整理されている。

第2章の「過疎地域医療の確保における自治体病院の意義と役割」では、本論文における「過疎地域」、「地域医療」の定義づけを行い、その上で、過疎地域医療を具体化する医療政策を整理している。具体的には、まず、「過疎地域自立促進特別措置法」（新法）に基づく本論文における過疎地域の定義づけ、また、本論文における地域医療の定義づけを行っている。つぎに、過疎地域に設置されている自治体病院を抽出し、その上で、高知県の「保健医療計画」・「過疎地域自立促進計画」における地域医療の確保のあり方について整理している。そして、第2章の最後では、第3章との連結部分として重要である「公立病院改革ガイドライン」の目的、「公立病院改革プラン」に基づく今後の方向性を踏まえ、過疎地域医療における自治体病院の意義と役割を整理している。なお、本論文は紙面の都合上、

「上」と「下」に分かれており、本号（「上」）では序章・第1章・第2章までとなる。第3章以下は次号（「下」）に掲載予定である。

第3章の「過疎地域医療における自治体病院の現状と課題」では、現実のデータ（地方公営企業年鑑・公立病院改革プラン・市町村別決算状況調等）に基づき、自治体病院・設置自治体の経営・財政分析を行い、それらの現状と課題を整理している。なお、本論文においては、本章における分析がその中核をなすものと考えている。

また、第3章の最後では、本論文における「仮説」を検証している。すなわち、この試みは、地域医療の理念の実現と、現実との乖離の有無を把握するための実証分析によって内容を整理し、今後の過疎地域医療のあり方を提示しようとするものである。なお、この方法を採用した理由は、「公立病院改革ガイドライン」、「公立病院改革プラン」において自治体病院の経営・財政状況の提示が義務づけられていること、さらには、今後の数値目標の提示も必要になっていることに基づいている。

第4章の「過疎地域医療における理念の実現に向けた自治体病院の今後」では、前章までの分析過程を踏まえ、地域医療の理念と財政現実に基づく課題を整理している。具体的には、地域医療の理念を実現しようとしても、過疎地域医療の確保においては、医師不足、医師分布の偏在、診療科目の偏在、医療コストの増大、患者の大病院志向、病院経営における規模の経済が働かない等に代表される「経営問題」、同時に、自治体病院における経営赤字・補てん財源等の「財政問題」が大きな問題点となっている。すなわち、これらの問題点は、過疎地域における「医療崩壊」の構造化に係る諸要因と考えられる。したがって、こうした構造的課題の解決に対しては、単に、地域医療の理念を実現していくための「スローガン」を論じていても効果は少ないものとする。

そこで、第4章では地域医療の理念と、その実現における乖離を、特に、

病院経営・財政問題を軸にして考察し、その上で、地域医療の理念の具体化に向けて、現実に必要な取組の方向性を提示している。

最後の「おわりに」では、本論文で取り扱うことのできなかった内容、とりわけ、人口規模の大きな自治体における自治体病院（都道府県立病院、県庁所在地の市立病院等）のあり方をも含めて、今後に取り組みべき課題を整理している。

第1章 わが国における地域医療の理念

第1節 「社会保障制度に関する勧告」（社会保障制度審議会 1950年勧告）

社会保障制度審議会による「社会保障制度に関する勧告」（以下1950年勧告）においては、憲法第二十五条の理念及び戦後の財政難、さらには、国民生活の窮乏等にみられる社会的背景に基づき社会保障制度を確立しなくてはならない、ということが明示されている⁽⁴⁾。つまり、1950年勧告は、憲法第二十五条の理念と社会的背景に基づく要請にこたえるものとして行われたと考えられる。その1950年勧告で明示された社会保障制度の定義は以下のとおりである。すなわち、「社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにする⁽⁵⁾」ものとされる。

その上で、1950年勧告では、こうした社会保障の責任を国家に求め、か

つ、「国家はこれに対する総合的計画をたて、これを政府及び公共団体を通じて民主的能率的に実施しなければならない⁽⁶⁾」と明示している。そして、この制度の実施については、「官庁の廃止、医療及び医薬の科学性と公共性を発揮せしめ得るような制度の改革を予定しており、当然に行政の科学的管理と専門職員の養成とが要請せられる⁽⁷⁾」とする。

こうした1950年勧告においては、第一編「社会保険」のなかで、社会保障制度における社会保険の意義が論じられている。具体的に、第一章では「医療、出産及び葬祭に関する保険」についてまとめられており、その第一節において「被用者の保険」、第二節においては「一般国民の保険」、そして、第三節においては「医療の範囲、医療機関及び医療報酬」について論じられている。この時代に、すでに社会保障制度における社会保険の重要性と役割が指摘されていることに注目する必要がある。

また、第三編「公衆衛生及び医療」においては「医療」の定義が明示されている。すなわち、「医療とは診療や薬剤の支給など一般的医療行為及び施設のことであるが、いずれも社会保障の立場からなされるものであり、とくに、医学及び薬学の進歩にともない、医療や医薬品内容の向上とその公共性を高めるようなものでなければならない。社会保障制度はかかる公衆衛生や医療を全面的に取り入れ、この面においては全国民に公平あまねく適用せんとするものである⁽⁸⁾」と明示されている。さらに、「公的医療機関や私的医療機関は本制度に協力し、これに従事するものの生活安定をはかる必要がある。国は以上の施設の推進と拡充のために大巾の補助をなすとともにその責任を持たねばならぬ。ただし、施設や運営については地方公共団体を中心となることが望ましい⁽⁹⁾」と勧告している。そして、1950年勧告の第三編第二節「医療」においては、社会保障制度における「医療」概念が具体的に明示されている⁽¹⁰⁾。

1950年勧告では、憲法第二十五条の理念に基づき社会保障制度を確立す

ること、そして、その重要な構成要素の1つとして「医療」の概念が明示されている。もちろん、こうした「医療」を実現するためには運営機構や財政についての取り決めが重要となる。本勧告では、第五編第一章で「運営機構」について論じており、その第一節において「中央及び地方行政機関」について、また、第二節において「権利の保護の機関」について、そして、第三節においては「付属機関」について明示している。

その上で、第五編第二章では具体的に「財政」について論じている。すなわち、「理想的な社会保障制度を実現するためには、国民経済の繁栄と財政の余裕が必要である。しかし、このことは、戦後疲弊したわが国ではとうてい求めることはできない。本制度は、国民の保険料に対する負担能力がすでに限界に達しており、財政上の負担もまた著しき増額は困難であろうという前提のもとに組立てられている。もちろん、国と地方財政の新しいたて方が検討されている現在、本制度において国と地方がどんな建前及び方法で財政を負担すべきかは、なお慎重な考慮を要することはいうまでもない⁽¹¹⁾」と明示している。なお、より具体的な内容は、第二章のなかの第一から第六において明示されている⁽¹²⁾。

以上のように、社会保障制度審議会1950年勧告では、わが国に社会保障制度を確立することと同時に、その構成要素の1つとして「医療」の概念が明示されていた。もちろん、本勧告では、こうした「医療」を実現していくためには運営機構や財政についての取り決めが重要になることも指摘されており、特に財政においては、社会保険（税）のあり方、そして、財政運営における特別会計の設置、さらには、地方公共団体に対する国の費用に関する補助の制度化等が勧告されている。そして、医療保障制度に関するより具体的な勧告は、その後の社会保障制度審議会1956年勧告で行われることになる。

第2節 「医療保障制度に関する勧告について」（社会保障制度審議会1956年勧告）

社会保障制度審議会による「医療保障制度に関する勧告について」（以下1956年勧告）において、その構成内容は、「前文」にはじまり第一章から第十章までで構成されている。ここでは、1956年勧告における「地域医療」に係る理念について整理する。

まずは「前文」についてである。ここでは、「一、医療保障の現状」、「二、国民皆保険への途」、「三、結核対策の確立」、「四、財政計画へ織りこめ」の4つの側面からなっているが、最初の「一、医療保障の現状」において以下のように論じられている。

すなわち、「とくに注目すべきは、医療における、機会の不均衡である。疾病が貧困の最大原因であることを思い、生命尊厳の立場に立つならば、教育と並んで、医療の機会均等是最優先的に重視されなければならぬ。しかるに、古くからの懸案である無医村の解消には、はかばかしい進捗もなく、医療機関の偏在も是正されず、政府はいたずらに少数の優秀病院の設立維持のみに重きをおいているとさえいわれる⁽¹³⁾」と明示し、さらに、「このような機会不均衡は社会正義の立場からも、到底見逃しがたいものがある⁽¹⁴⁾」とする。そして、こうした指摘の上に立ち、「社会保障の分野としては、年金、母子福祉をはじめ、相当立ち遅れている部分があるにもかかわらず、この際本審議会が、あえて医療保障の問題を強く取り上げたゆえんは全くここにある⁽¹⁵⁾」と明記している。それゆえ、こうした医療に対する視点は1956年勧告における「医療の理念」として位置づけることができる。

さて、「前文」に提示された1956年勧告における「理念」は、「四、財政

計画へ織りこめ」において、その実現に向けて財政問題が重要であると明示されている。すなわち、「国の財政負担についても相当の増額は当然に覚悟されなければならない。同時にまた、これらの負担は、今後の財政計画のなかに具体的にこれを織りこむ必要がある。もちろん、これらの支出は国民の貴重な血税の再分配であるから、もっとも公平かつ有効に配分されるべきことも議論の余地がない⁽¹⁶⁾」とする。

さらに、「地域医療」との関連性は具体的に、第八章「医療機関の整備と医薬品」において提示され、そのなかの「一、医療機関の適正配置」に自治体病院の必要性が明示されている。すなわち、「国がもっとも力を注がねばならないのは、私的医療機関をも含めての医療機関網の整備である。ことに無医村解消のための積極策としては、公営診療所などの設置など公的医療機関の整備が必要となってくる。もちろん、このことは従来しばしばみられたような公的医療機関の濫設を意味するものであってはならない。とくに国民経済力と見合わないようなぜい沢な病院が一地域に多数偏在するがごときは厳に戒めなければならないとともに、今後はいやすくも公的資金により開設設置される病院については、それがどの省の所管に属するとしても、医療機関網の整備の見地から、強力に、その地理的配置、規模、設備、機能などについての規制を行うべきである⁽¹⁷⁾」と明示している。その上で、「公的医療機関については、現在、ままみられるがごとき非効率にして無駄の多い経営方法は極力これを除去し、その余力をむしろ診断サービスの改善向上に当てるべく強力に指導する必要がある⁽¹⁸⁾」と勧告している。

こうした勧告は、地域医療の理念の実現とその確保について、自治体病院の具体的な取り組みにおいて極めて重要な勧告といえる。つまり、1956年勧告では、地域医療における自治体病院の役割を重視し、その上で、それらを運営する際の財政現実を踏まえ、自治体病院経営における非効率性

と無駄の排除、さらには、それらの結果として、自治体病院における「診療サービスの改善向上」を目指す必要性を指摘した点に注目する必要がある。なお、本勧告で使用されている「公的医療機関」については、「一般に用いられているがごとき意味においてではなく、その経営主体が国あるいは地方公共団体である場合はもちろんのこと、保険者の直営診療機関のごとく営利を対象としないものを一切含めている。ただし、たとえ経営主体が国であっても大学病院のごとき研究や教育を目的とする機関は、ここでは公的医療機関とは考えていない⁽¹⁹⁾」と明示している。

その上で、過疎地域医療とも関連深い保険者の直営医療機関のあり方について具体的に明示しており、本論文における問題意識と合致する勧告がなされている。すなわち、「保険者の直営医療機関についても、それは本来保険者が自らその医療給付のために設けたものであるには違いないが、公的医療機関としての立場から、一般にも開放することが望ましい。とくに、国の補助をうけて設定したものについては、かかる措置をとることはむしろ当然といわねばならぬ。また、その規格その他についても甚だしい格差があり、これを調整する必要がある。国民健康保険の直営診療所については、医師の獲得その他の経営上の困難が少なくない現状にかんがみ、すでに一言したように、その際その経営主体を単一の町村に限定せず、たとえば町村が連合して経営するなどの措置をも考えるべきであろう。もちろん、この場合には、市町村立病院との調整を十分に考えておく必要がある⁽²⁰⁾」と明示している。

以上のように、1956年勧告においては、医療における「機会の不均衡」を踏まえ、その上で、地域医療の確保について「公的医療機関」の重要性が明示されている点に注目したい。もちろん、これらの「公的医療機関」の運営には公的資金が投入されることから、「公的医療機関」の「非効率性と無駄の除去」、そして、「診療サービスの改善向上」への努力が50年以

上も前から要請されていたことが重要である。それゆえ、1956年勧告においては、地域医療の理念と考えられる「医療における機会均等の保障」、そして、地域医療の確保としての「公的医療機関の必要性」が明確化するものといえる。しかし、その一方で「公的医療機関」における「非効率と無駄」の改善についても論及している。したがって、「公的医療機関」における「非効率と無駄」とはいったい何であるかが明確化されなければならない。同時に、こうした「非効率と無駄」の内容が明確化されたのち、その問題に対する対応策が提示されねばならない。本論文では、これらの点について実証分析に基づき、第3章及び第4章において詳細な分析考察を行っている。

第3節 「社会保障体制の再構築（勧告）」（社会保障制度審議会1995年勧告）

社会保障制度審議会による「社会保障体制の再構築（勧告）」（以下1995年勧告）においては、従来からの社会保障に対する視点の転換がみられる。特に、先に取り上げた1950年・1956年勧告では憲法第二十五条に基づく生存権保障の具体化の1つとして社会保障制度の必要性が論じられていた。ところが、社会経済状況の変化とあいまって、社会保障制度審議会における勧告は、この1995年勧告において変化がみられるようになった。そこで、その変化を中心にして1995年勧告における理念を整理していくことにする。

1995年勧告の「序」では、今日の社会経済状況の変化について、特に、21世紀に向けてわが国が直面している基本的問題を提示している。つまり、ここでは、今日の社会経済状況における第1の変化として、個人主義の進展を認めつつ家族制度等の崩壊に鑑み社会的連帯の重要性を提示している。すなわち、「その一つは戦後における個人主義の進展である。個々人の人

権が社会的に承認され、自主性が重んじられるようになり、性差別の撤廃が社会的に支持されるようになった。それは日本社会の進展として歓迎されるべきものである。社会保障の体系の中でも、この点は十分考慮されなければならない⁽²¹⁾」と明示している。そして、その上で、「個人化が進展すればするだけ、他方で社会的連関が問われ連帯関係が同時に形成されないと、社会は解体する。社会保障は、個人々人を基底とすると同時に、個人々の社会的連帯によって成立するものであり、今後その役割はますます重要になるといわねばならない⁽²²⁾」と明示されている。

第2の変化とは、社会保障全体の見直しについて触れていることである。すなわち、「戦後経済成長の下で、大・中経営の被用者が急速に増加したとはいえ、零細経営体の従事者はなお大きな比重を占め、さらに前述したように高齢化が進み、これらの層を巡って、公的年金制度についても医療保険制度についても様々な問題が生じている。社会保障はこれへの対応に努めてきたが、国民健康保険や国民年金については、保険料負担や未加入問題等種々の問題を抱えている。社会保障の全体系の見直しが求められているものである⁽²³⁾」と明示されている。

第3の変化とは、社会保障の経費問題についてである。すなわち、「高齢化の進展に対応して社会保障の体制を確立し、国民が安定した生活を維持していくためにはそれなりの経費を必要とする。その必要に対応する社会的経費は社会が活力を持って展開していくためには不可欠な負担であり、従来はそのかなりの部分が家族や個人の負担あるいは犠牲によって支えられてきたが、基本的には個人的な負担を超えた社会保障の体制によって担われるべきである。その場合にも、社会保障の経費は、結局は政府と企業等と個人によって負担される。国民経済の大きさと企業等における労務費・収益及び個人の所得を見すえて、その負担の配分を考えなければならない⁽²⁴⁾」とする。つまり、社会保障の経費負担に係る変化とは、国民経

済の大きさ、企業等における収益構造、さらには個人における所得状況を鑑み、その上で、個人の犠牲や負担等を超えた社会保障の体制によって担われるべき、とみる変化として明示されている。ただし、ここに具体的な経費負担方法が勧告されているわけではない。

このように、1995年勧告では、基本的に、上記3つの変化に基づき、21世紀に向けた社会保障制度の構築について社会保障制度のあり方を見直し、今日の社会経済状況の変化に対応できる制度構築の必要性を提示しているものといえる。

しかしながら、1995年勧告においては、先にみた1950年勧告における憲法第二十五条に基づく生存権保障に係る国家の役割としての社会保障制度構築の理念から、個人主義と社会連帯に基づく社会保障制度構築へとその理念が大きく転換しているものと考えられる。そこで以下では、1995年勧告における第1章「社会保障の基本的考え方」第1節「社会保障の理念と原則」を中心に整理していくことにする。

第1款 1995年勧告における社会保障の新しい理念と原則

1995年勧告においては、社会保障の新しい理念について、「広く国民に健やかで安心のできる生活を保障することである⁽²⁵⁾」と明示されてる。そして、この理念に基づき社会保障を推進していくための原則が掲げられているが、その原則とは、①普遍性、②公平性、③総合性、④権利性、⑤有効性の5つである⁽²⁶⁾。

このように、1995年勧告では、新しい「理念」に基づき社会保障を推進していく5つの原則を踏まえ、その上で、「21世紀の社会に向けた改革」の方向性が明示されている。その方向性とは以下に提示するものである⁽²⁷⁾。

(1) すべての国民が社会保障の心、すなわち自立と社会連帯の考えを

- 強くもつこと。
- (2) 社会保障は国民の不安に有効に対処するものでなければならないこと。
 - (3) 社会保障の給付が、供給者の意向ではなく、利用者の必要や考えに沿って行われるよう、制度を構築し運営していかなければならないこと。
 - (4) 社会保障制度がそれぞれの分野で制度ごとに発展してきたため、分野間・制度間で施策の重複や空白が生じてきており、その連帯や調整を一層促進することが求められていること。
 - (5) 国際社会における相互依存関係が強まり、国境を越えた企業活動や人の移動は今後さらに増加していくものと考えられること。
 - (6) 社会保障制度の改革は国民の生活に大きな影響を及ぼすと考えられるため、改革を推進するに当たっては、関係する機関や団体の意見だけでなく、広く国民の声を聴きながら進めていかなければならないこと。

以上のように、1995年勧告における「理念と原則」、そして、その理念を実現するための方向性を整理してきたが、「改革の具体策」については、以下において、地域医療との関連で、第2章第2節1の「健やかな生活のために」の内容を取り上げることにする。

第2款 1995年勧告における医療保障制度改革の方向性

1995年勧告の第2章第2節1では「健やかな生活のために」と題して、医療に係る改革の具体案が明示されている。そして、この冒頭では以下のように指摘している。すなわち、「人口の高齢化、医療技術の高度化などにより、21世紀において医療需要の増大は避けられない。小手先の対応では現行の各制度が破綻するおそれがある。したがって、医療提供体制の安

定及び医療資源の適正かつ効率的な配分という観点から、医療制度及び老人保健制度を含めた医療保障制度の抜本的改革を行いつつ、生活の質にも配慮した施策の展開が要請される⁽²⁸⁾」と指摘している。そして、こうした視点の下、個別具体例として以下に掲げる諸点があげられている⁽²⁹⁾。

- (1) 日常生活における健康づくりのための施策を充実し、乳幼児から高齢者に至るまでの健康診断・保健指導や、健康教育・健康相談など、病気や障害の予防に重点を置いた施策を積極的に進めるべきであること。
- (2) 人の生や死などにかかわる医の倫理及び尊厳にかかわる終末医療などについてそのあり方を探ることが重要であること。
- (3) これからは、診療所や小病院は、地域住民に最も身近な医療機関として患者の健康相談に応ずるなど、日常の生活、健康状態を熟知した「かかりつけ医」・「かかりつけ歯科医」の機能を果たさなければならぬこと。また同時に、相互紹介などを通じて高機能・重装備の病院と連携し、患者の病態に応じて適切な医療が受けられるように患者を効率よく誘導するとともに、地域医療の中でプライマリ・ケアを担う中核的機関としての役割を果たす方向で施策を展開しなければならないこと。
- (4) 国民一般の生活水準及びニーズの上昇に対応して療養環境水準を向上させ、その快適さを高めていかなければならぬこと。看護や介護の人員の配置を増やし、その人材の確保を図るための施策を充実させることが不可欠であること。
- (5) 傷病や診療内容等についてインフォームド・コンセントを徹底させ、患者の自己決定権が重視される方向での見直しが必要であること。
- (6) 今後は人間全体をとらえて診療に当たるよう教育と実践に力を入

れていかなければならないこと。また、医学教育においてプライマリ・ケアを重視するとともに、診療所や小病院等の経営基盤を確立し、グループ診療の育成強化を図るなど、医師を始めとする医療従事者にとって魅力のある診療環境づくりに努めることも重要であること。

- (7) 不必要な長期入院・社会的入院は貴重な医療資源の効率的な使用を妨げるだけでなく、入院している者の生活の質という面からみて望ましいものではないため、その是正を図っていかなければならないこと。
- (8) 医学的リハビリテーションの人材や施設を確保するだけでなく、地域における高齢者や障害者などの生活機能の維持・向上を図るため、簡単に利用できる日常生活訓練などのための施設を数多く整備していかなければならないこと。
- (9) 今後の人口構成の高齢化や医療技術の高度化により医療費の増加が避けられないことから、医療保険の財政基盤をより強固にしていかなければならないこと。
- (10) 国民健康保険制度においては、財政基盤が弱体化しており、これに対応するためには、国、都道府県及び市町村が一体となった支援、制度間・保険者間の財政調整の強化などの措置が必要であること。
- (11) 医療資源の適切な配分と医療機関の経営の安定化にも十分な配慮を払いながら診療報酬制度の見直しが必要であること。
- (12) 医療資源の適切な配分を図るため、医療保険の給付の内容や範囲の見直しが必要であること。

このように、1995年勧告では、地域の診療所や小病院が、地域住民に最も身近な医療機関として患者の日常生活、健康状態を熟知した「かかりつけ医」としての機能を果たさなければならず、また同時に、医療

機関の相互紹介などを通じて患者の疾病状況に応じた適切な医療が受けられるよう効率よく誘導するとともに、地域医療のなかでプライマリ・ケアを担う中核的機関としての役割を果たす方向で施策を展開しなければならないことが明示されている。

ところで、先にみた1956年勧告では、地域医療の理念を「医療の機会均等の保障」と位置づけることができ、そして、地域医療の確保における具体的施策（医療政策）として「公的医療機関の役割」が重視されていた。しかしながら、1995年勧告では、社会経済状況の変化にともない、地域における「公的医療機関」の運営に係る問題点も指摘されている。とはいえ、地域医療の理念の根幹は「医療の機会均等の保障」と考えられるが、その保障の方法が1995年勧告では変化してきている。すなわち、その変化は具体的に、地域医療におけるプライマリ・ケアの重視であり、また、「公的医療機関」におけるグループ診療の実施であり、さらには、地域の連帯と地域医療の核となる医師をはじめとする医療従事者にとって魅力のある環境づくりに向けた取組の重要性として明示されている。

このように、1995年勧告では、これまで整理してきた、地域医療の理念の根幹（「医療の機会均等の保障」）は変化していないものと考えられるが、その保障の方法については変化しているものといえる。具体的には、財政現実に基づく「公的医療機関」に対する信頼度の低下がみられるが、その一方で、地域医療におけるプライマリ・ケアの重視、また、地域医療従事者にとって魅力のある診療システムの構築等が求められている。特に、地域医療におけるプライマリ・ケアの重視、そして、地域医療従事者にとって魅力のある診療システムの構築の制度化等については、地域医療に係る自治体病院の戦略構築との関連で今後の重要な論点と考えられる。これらの点については第3章の実証分析を踏まえ、第4章において具体的に考察している。

第4節 医療法における医療提供体制の確保

本節では、これまで整理してきた社会保障制度審議会による勧告内容を踏まえ、現実の法体系である医療法の目的及び理念について整理していくことにする。

医療法の目的及び理念は、医療法の「第一章 総則」において定められている。すなわち、医療法の第一条では、その目的について、「この法律は、医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するために必要な事項、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与することを目的とする⁽³⁰⁾」と定めている。

また、医療法第一条の二では「医療提供の理念」が定められている。このうち、第一項では、「医療は生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない⁽³¹⁾」と定められ、つづく第二項では、「医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能（「以下「医療機能」という。）に応じ効率的

に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない⁽³²⁾」と定められている。

また、国及び地方公共団体の責務については、第一条の三において、「国及び地方公共団体は、前条に規定する理念に基づき、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が確保されるよう努めなければならない⁽³³⁾」と定められている。

こうした医療法の目的と理念に基づき、地域医療の確保等に関する法律は、「第五章 医療提供体制の確保」において定められている。具体的には、第一節で「基本方針」、また、第二節では「医療計画」、第三節では「医療従事者の確保等に関する施策等」、そして最後の第四節では「公的医療機関」について定められているが、医療法の第五章第一節では「基本方針」、第五章第二節では「医療計画」について、医療提供体制の確保との関連で、それぞれ定められている⁽³⁴⁾。

このように、医療法では「第一章 総則」の冒頭において医療の目的と理念が提示され、その上で、地域医療については第五章「医療提供体制の確保」において定められている。したがって、医療法に基づく地域医療（過疎地域医療を含む）のあり方は、都道府県を中心とした「医療計画（保健医療計画）」によって規定されてくるものといえる。また、これら都道府県による「医療計画（保健医療計画）」は、その行政区域内に属する市町村の「医療計画（保健医療計画）」と関連づけられることになり、その意味において、医療法に基づく医療計画は、地域医療（過疎地域医療を含む）が具体的に「政策」として実現されていく過程といえる。

第5節 過疎地域自立促進特別措置法における過疎地域医療の確保

わが国においては、過疎問題に対応するため、1970年に最初の過疎法である「過疎地域対策緊急措置法」が制定された。その後、1980年に「過疎地域振興特別措置法」、また1990年に「過疎地域活性化特別措置法」、さらに2000年には「過疎地域自立促進特別措置法」が制定された。

「過疎地域自立促進特別措置法」は、2010年3月31日をもって失効するものであったが、本法律は、その内容が一部改正され延長が認められた。したがって、「過疎地域自立促進特別措置法」はその内容が一部改正された上で引き続き施行されるものである。ここでは、「過疎地域自立促進特別措置法」（新法）に基づく過疎地域医療の確保、そして、財政措置等について整理していくことにする。

まずは、本法律の目的を提示しておくことにする。「第一章 総則」第一条には本法律の目的として、「この法律は、人口の著しい減少に伴って地域社会における活力が低下し、生産機能及び生活環境の整備等が他の地域に比較して低位にある地域について、総合的かつ計画的な対策を実施するために必要な特別措置を講ずることにより、これらの地域の自立促進を図り、もって住民福祉の向上、雇用の増大、地域格差の是正及び美しく風格ある国土の形成に寄与すること⁽³⁵⁾」と明示されている。つづく第二条では、過疎地域の定義が明示されているが、この点について「新法」においては、従来からの過疎地域の定義に変更が加えられている。なお、過疎地域の定義については、本論文の第2章第1節「過疎地域及び地域医療の定義」において定義づけることにする。

つぎに、過疎地域における医療の確保について本法律では、第十六条、

第十七条において具体的に明示している⁽³⁶⁾。

「過疎地域自立促進特別措置法」(新法)においては、過疎地域医療の確保についての明示があり、これらを実現する上で重要な財政上の措置について、従来の「旧法」では提示されていなかった内容が「新法」によって明確化されている。その内容とは、過疎地域医療の確保における地方債の取り扱いである。これは「新法」の第十二条第一項において掲げられている地方債の起債適用事業とともに、第二項及び第三項で明確に提示されており、この点が「新法」における特徴の1つとなっているものと考えられる。特に、第二項においては、地域医療の確保について、地方債の発行が認められていることが重要といえる⁽³⁷⁾。

このように、過疎地域医療の確保に関しては、「過疎地域自立促進特別措置法」(新法)において地方債の起債が認められており、これらの措置を通じて過疎地域医療の確保に係る理念の実現を財政面から支えていく法律改正と考えられる。もちろん、これまで整理してきたように、過疎地域医療の確保においては、その困難性が指摘されており、特に、「地域医療の機会均等の保障」という理念の実現については、結果として、医療提供に係る財政問題と切り離して議論することはできないわけである。実際、社会保障制度審議会1950年勧告、1956年勧告、そして、1995年勧告のいずれにおいても、その理念実現のための財政問題について勧告している。また、社会保障制度審議会1956年勧告では、地域における「医療の機会均等」という理念とともに、地域医療の確保における「公的医療機関」の役割が明示されていた。

そこで、以上の整理をうけ、本論文では、過疎地域医療における理念を、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」と位置づけることにする。その上で、過疎地域医療における理念を実現していく取組として、本論文では「自治体病院の役割と課題」を取り上げて論じようとするものである。

それゆえ、本論文で定義づけた、過疎地域医療における理念の実現に向けた取り組みを支える制度的枠組みは、医療法との関連から、地域（本論文では過疎地域）の自治体病院を中心とした「地域医療計画」のあり方が重要になってくる。その意味において、過疎地域医療の確保については都道府県のみならず、自治体病院を設置している基礎的自治体の将来に向けた戦略構築が極めて重要になるものと考えられる。

第6節 地方公営企業法における自治体病院の財源確保法規

過疎地域医療における理念、すなわち、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現する上で重要な論点^が、社会保障制度審議会の1956年勧告において「公的医療機関」の重要性として指摘されていた。同時に、これら「公的医療機関」の効率的運営や、医療提供サービスの改善等の必要性も指摘されていた。このように、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現する上で、自治体病院の役割は大きいものといえるが、その際、議論の対象の1つとなるのが財政問題である。そこで、ここでは自治体病院の運営を支える財源確保手段について、地方公営企業法に基づく財源確保法規を整理しておくことにする。

地方公営企業法の適用を受ける企業の範囲については、第二条第一項に定められているが、地方自治体の経営する企業のうち地方公営企業法第二条第二項においては以下のように定められている。すなわち、「前項に定める場合を除くほか、次条から第六条まで、第十七条から第三十五条まで、第四十条から第四十一条まで並びに附則第二項及び第三項の規定（以下「財務規定等」という。）は、地方公共団体の経営する企業のうち病院事業に適用する⁽³⁸⁾」と定められている。

さて、こうした地方公営企業法の自治体病院への適用であるが、ここで

重要となるのが「第三章 財務」における規定である。このうち、自治体病院経営における「財務」との関連でいえば、第十七条の二第一項第一号及び第二号、第十七条の三、そして、第十八条等が特に重要と考えられる⁽³⁹⁾。したがって、自治体病院の経営を財務面で支えているのは、これらの法規に基づく設置自治体からの「繰出金」（自治体病院からみると「繰入金」といえるわけである。

したがって、今日の財政難の折、自治体病院を設置している自治体からの「繰出金」に関する今後の動向が自治体病院の存続、いかえれば、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」との関連で重要視されているわけである。

つまり、設置自治体による「繰出金」は際限なく存在するものではなく、設置自治体の財政力に加え、財源の一部を国・都道府県に依存している⁽⁴⁰⁾。それゆえ、本論文で定義づけた過疎地域医療における理念、つまり、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」と自治体病院の設置自治体による「繰出金」との関係は、今日の財政規律を重視する財政運営のなかで、本論文における分析考察対象の1つといえるわけである。この点については、第3章において詳細に分析している。

第2章 過疎地域医療の確保における自治体病院の意義と役割

第1節 過疎地域及び地域医療の定義

第1款 過疎地域の定義

まずは、「過疎地域自立促進特別措置法」（新法）における過疎地域の定義に基づいて整理する。すなわち、本論文における「過疎地域」とは、「過疎地域自立促進特別措置法」（新法）第二条第一項の要件（第三十二条によって読み替えられて適用される要件を含む）に該当する「過疎地域の市町村」のことである⁽⁴¹⁾。したがって、本論文では、同法第三十三条第一項の「過疎地域としてみなされる市町村」及び第三十三条第二項の「過疎地域とみなされる区域を含む市町村」については「過疎地域」に含まない⁽⁴²⁾。

ところで、総務省によれば、「過疎地域自立促進特別措置法」（新法）において定義づけられる「過疎地域の市町村」は、2011年9月26日現在で775の市町村数になるが、本論文では、より厳密な分析を行う意味から「過疎地域自立促進特別措置法」（新法）第二条第一項（第三十二条によって読み替えられて適用される要件を含む）に該当する市町村（自治体）のみを「過疎地域」として定義づけており、したがって、該当する市町村数は2011年9月26日現在で581となる⁽⁴³⁾。

第2款 地域医療の定義

つぎに、本論文における地域医療の定義について取り上げることにする。自治医科大学監修『地域医療テキスト』においては、地域医療を以下のように定義している。すなわち、地域医療とは、「地域住民が抱えるさまざまな健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く住民の生活にも心を配り、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動⁽⁴⁴⁾」のことである。この定義は、米国国立科学アカデミーが提示したプライマリ・ケア概念を場所としての地域という単位で捉えているものとされている⁽⁴⁵⁾。ここで、米国国立科学アカデミーによって提示されているプライマリ・ケアとは、「患者の抱えている問題の大部分

に対処できかつ継続的なパートナーシップを築き、家庭および地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービス⁽⁴⁶⁾」のことである。

ところで、本論文の問題関心とも関連するが、このように定義づけられた地域医療が崩壊する、ということは何を意味するのであろうか。先にみてきたとおり、本論文における地域医療の視点は、プライマリ・ケア概念を場所としての地域という単位で捉えようとするものであるが、場所としての地域における医療活動は、現在の日本において、都市部、地方の山間へき地部、島嶼部等のいずれにも存在する。それゆえ、地域医療の崩壊を本論文において憲法に基づき整理すれば、憲法第二十五条における国民の生存権、憲法第十三条における個人の尊重と公共の福祉、そして、憲法第十四条における法の下での平等の実現が、それぞれ困難になる状況を意味するものと考えられる⁽⁴⁷⁾。

具体例を提示するならば、地域における医師不足、医師分布の偏在、診療科目の偏在、アクセスの問題、患者の大病院志向等の進展に伴う地域医療の崩壊は、上述した、憲法第二十五条、第十三条、そして第十四条の規定に基づく国民の権利が地域において崩壊してきているものと把握できる。すなわち、本論文で定義づけた過疎地域における地域医療が崩壊している状況、つまり、「過疎地域医療の崩壊」という社会問題は、憲法に規定された国民の権利が実現できなくなることを現すものと考えられる⁽⁴⁸⁾。その意味において、本論文で定義づけた過疎地域医療における理念、つまり、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」が崩壊しつつある状況に対し、この理念を実現する上で重要と考えられるのが自治体病院の今後の役割と考えられるわけである。

このように、地域医療の崩壊を憲法を軸に据えて把握しようとするれば、各個人が生活している地理的立地的条件によって、憲法第二十五条、第十

三条、第十四条に規定されている国民の権利が実現されなくなっている問題と考えることができる。そこで、本論文では、地域医療の理念とその実現とは何か、というこれまでの根本的な問題提起を踏まえ、より具体的に過疎地域医療のあり方について自治体病院の役割と課題を論じていく。

第3款 過疎地域医療と自治体病院との関係（公共財理論からのアプローチ）

ここでは、マスグレイヴ夫妻（Musgrave, Richard, and Peggy Musgrave）による「社会財」（公共財）の理論に基づき、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」との関連で自治体病院がなぜ必要となってくるのかを提示することにしたい。マスグレイヴは公共財を「社会財」として把握しており、その特徴については、つぎのように説明する。

まず「非競合性と非排除性」を有する「純粋公共財」としての側面であり、このような財は「社会財」であると説明している。「社会財」として一般的に知られる財としては防衛、外交、司法等があり、いわゆる一般的には「純粋公共財」の範疇と同一なものと考えられている。

つぎに「競合性・非排除性」、「非競合性・排除性」を有する側面を提示している⁽⁴⁹⁾。ここで、「純粋公共財」（「社会財」）については中央政府による生産供給に委ねる一方、「準公共財」については地方政府による生産供給が重要であると論じている。特に、「非競合性・排除性」の場合、「非競合性」の側面が強ければ強いほど「排除原則」が適用されにくくなり、結果として、それらの側面を持つ財・サービスは民間部門ではなく公共部門によって供給（確保）されることにつながるものと考えられる。具体的に、人口減少地域でもある過疎地域の医療提供について考察すると、「規模の経済」は期待できず、民間医療機関による医療に係る市場が形成されることは困難といえよう⁽⁵⁰⁾。それゆえ、過疎地域では、結果として、地

方政府（地方自治体）による予算過程の一環として、自治体病院の整備に基づく医療提供が必要になるという論理が生じる。

このように、「規模の経済」が働きにくい地域（例えば、人口規模が小さい、所得水準が低い、患者数が少ない、人口が減少していく等）には、民間医療機関の参入が困難であり、基本的に医療に係る市場が形成されにくいものと考えられる。それゆえ、医療の機会を民間部門のみに依存すると、結果として、無医地域（地区）、無病院地域・無診療所地域（地区）が生じてしまうものと考えられる。そこで、本論文における地域医療の理念、すなわち、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現しようとする場合、予算過程を通じて、「地方公共財」的側面で自治体病院が地域医療を担うことが重要になるものと考えられる。

もちろん、不採算部門（過疎地域医療・自治体病院経営）に対する過度の資金投入は今日の財政難の折り限度があることから、先にも論じたとおり、自治体病院のみならず、自治体病院を設置している基礎的自治体の地域戦略として、総合的な地域医療戦略を構築していくことが必要不可欠と考えられる。

第2節 都道府県の「保健医療計画」における過疎地域医療の確保

地域医療の確保について、医療法との関連で、ここでは「第5期 高知県保健医療計画」における「第6章 医療提供体制の整備・充実」・「第7章 医療連携体制の構築」について、特に第6章は「第8節 公的病院の役割と連携」・「第9節 地域の医療提供体制の確立」、また、第7章は「第9節 へき地医療」の内容を、それぞれ整理していくことにする⁽⁵¹⁾。まずは、保健医療計画に関する基本的事項を紹介しておくことにする。

「第5期 高知県保健医療計画」は、全体として264ページにわたり10の章で構成されている。

ここでは、「第1章 保健医療計画に関する基本的事項」のうち、その基本的理念を紹介しておくことにする。すなわち、「第5期 高知県保健医療計画」の理念は、「地域で支える県民の健康」と題し、「自分の健康は自分がつくり守っていくことを基本としながら、県民一人ひとりが、生涯を通じて住み慣れた地域において安心して暮らすことができるよう、県や市町村、地域の保健・医療・福祉のサービスの連携・協働によって県民の健康と生活をささえる保健・医療・福祉の提供体制づくりを進める⁽⁵²⁾」こととする。

また、「県民とともにつくる良質な医療」と題し、「本計画では、本県の医療に関する現状や課題を明らかにするとともに、県民や医療機関・医療関係団体、行政等の果たすべき役割や取り組むべき方向を示し、それぞれが共通の認識のもとで一体となって、県民誰もがどこでも医療を安心して受けられる体制づくりを進めます⁽⁵³⁾」とする。

こうした理念の下、「第6章 医療提供体制の整備・充実」において、「第8節 公的病院の役割と連携」と「第9節 地域の医療提供体制の確立」が計画されている。

さて、「第8節 公的病院の役割と連携」のなかでは、「公的病院が今後も地域において求められる役割を果たしていくためには、その設置の目的を明確にし、その目的に添った経営に取り組んでいく必要があります⁽⁵⁴⁾」とし、そのあとには「現状と課題」が整理されている。

「現状と課題」では、特に、「担うべき役割」について、①開設場所に応じた役割、②医療機能に応じた役割分担が提示されている⁽⁵⁵⁾。さらに、「経営環境」については、「自治体病院は、今後も住民に対し良質の医療を継続的に提供していくために、一般会計からの繰り入れを踏まえ、後世

に負担を残すことのない病院経営の健全性が確保されることが不可欠⁽⁵⁶⁾とする。その上で、「医療機関の連携」の必要性も指摘している。そして、こうした「現状と課題」を踏まえ、本計画では、今後の対策が掲げられている。すなわち、その対策とは、「役割の明確化」と「公的病院の再編」の2つである。

まず、「役割の明確化」とは、「病院が担うべき役割を明らかにし、その目的に添った運営をしなければ、経営の改善や意欲を持った医師の確保は困難です。このため、公的病院や開設者自身による病院の役割の明確化を促進し、公的病院の健全経営と地域医療の確保に取り組んでいきます⁽⁵⁷⁾」と明記されている。

つぎに、「公的病院の再編」では、「二次医療圏単位で、公的病院の再編成やネットワーク化も含め今後の在り方について検討を行うなど、総務省の定めた公立病院改革ガイドラインに基づいた検討を行っていきます⁽⁵⁸⁾」としている。すなわち、ここでは「公立病院改革ガイドライン」に基づく再編の方向性が示されていることに注目したい。

また、「第9節 地域の医療提供体制の確立」のなかでは、①二次保健医療圏における医療提供体制、②三次保健医療圏における医療提供体制がそれぞれ提示されており、より具体的な過疎地域医療の確保等については、「第7章 医療連携体制の構築」における「第9節 へき地医療」のなかで、へき地医療の現状を踏まえ、「課題」と「対策」がそれぞれ詳しく提示されている。

「課題」については、①医療及び医療従事者の確保、②医療従事者への支援、③へき地周辺部への対応があげられている⁽⁵⁹⁾。その上で、これらの「課題」に対し具体的な「対策」が提示されている⁽⁶⁰⁾。

このように、「へき地医療」については、現状の課題に基づき対策が講じられようとしているが、医療提供の見直し・再構築のあり方は、やはり、

過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」との関連で重要になるものといえる。そして、こうした方向性を実際に提示するものとしては、「公立病院改革ガイドライン」・「公立病院改革プラン」があげられるが、この点については第4節・第5節で取り上げている。

第3節 都道府県の「過疎地域自立促進計画」における過疎地域医療の確保

ここでは、高知県による「高知県過疎地域自立促進計画」における「医療の確保」について整理していくことにする。なお、ここで紹介する「高知県過疎地域自立促進計画」は、その計画期間が平成22年度から平成27年度となっている最新の取組である。

さて、「高知県過疎地域自立促進計画」の「Ⅵ 医療の確保」においては以下の計画が掲げられている⁽⁶¹⁾。

(1) 医師の確保

ア 平成22年2月に設立した「高知県医療再生機構」を核に、大学、医師会、医療関係者、県、市町村の連携による抜本的な医師確保対策を推進します。

イ 過疎地域の医療機関においては、現従事医師の高齢化に加え若手医師の専門医指向等による後継者不足の実態があり、医師の確保が重要な課題であることから、自治医科大学におけるへき地勤務医師の養成・確保とともに、各医科大学等との連携による医師確保対策を推進します。

(2) 連携による医療体制の確保

ア 病期に応じた医療連携体制の構築

(ア) 医療機関や医師の地域偏在に対応し、限りある医療資源を有効に活用するため、医療機関相互の連携体制を構築するとともに、広域的な高度医療の確保を図ります。

(イ) 日常的な健康づくりの支援から、一般的な疾病や外傷に対する治療、必要に応じて専門的な医療機関との連携などを行うプライマリ・ケアの充実に向けた取組を行うとともに、各2次保健医療圏において、医療機関相互の機能分担や機能連携を促進することにより、患者の状況に応じた、切れ目のない医療提供体制の整備を図ります。

イ 在宅医療の推進

医療が必要となったときも住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、患者やその家族が在宅医療を望む場合に在宅で療養を選択できる環境の整備に取り組みます。

ウ ヘき地医療の確保

へき地医療の確保・充実のため、へき地診療所等の設置・設備の整備、研修体制や、へき地医療拠点病院からの代診・応援医師の派遣など後方支援体制の確立に取り組みます。

(3) 救急医療体制の整備

ア 救急医療体制の機能を維持するために、救急医療を担う医師の確保に取り組みます。

イ 救急医療に係る医療連携体制の構築のため、診療所と病院並びに消防機関との連携体制の強化を図るとともに、こうち医療ネット（高知県救急医療・広域災害情報システム）によるリアルタイ

ムの救急医療情報の提供を行います。

ウ 適正な救急医療の受診について、県民の理解を深める啓発を行います。

エ 迅速な医師の現場派遣と救急搬送体制を強化するため、ドクターヘリの導入を進めます。

なお、上記の取組を具体化するうえで「無医地区医療対策」が示されており、その内容は以下のとおりである。

1. 病院・診療所の整備

（施設・設備整備事業）

へき地医療拠点病院、へき地診療所及び過疎地域等特定診療所の医療機器の購入や施設の整備に要する経費に対して補助を行う。

2. 患者輸送車の整備

（へき地患者輸送車整備事業）

無医地区を有する市町村が、へき地の患者を最寄りの医療機関まで輸送するため患者輸送車の整備に対して補助を行う。

3. 巡回診療

（無医地区巡回診療事業）

医療機関に恵まれない無医地区住民の医療を確保し、健康保持と予防、医療の一体化を図るため、無医地区巡回診療を実施する市町村に対して補助を行う。

4. その他

（へき地勤務医師研修費補助事業）

へき地勤務医師の確保、知識及び技術の向上を図るため、高知県へき地医療協議会が実施する研修事業に対して補助を行う。

(へき地診療所運営費補助事業)

国庫補助を受けて設置したへき地診療所のうち、市町村が直営で運営する施設の運営赤字に対して補助を行う。

(へき地医療拠点病院群運営補助事業)

へき地医療拠点病院群の指定を受けた病院が実施するへき地医療支援事業に対して補助を行う。

(離島歯科診療班派遣事業)

離島住民に対する歯科医療を確保するため、沖の島、鵜来島に歯科診療班を派遣する。

(へき地医療支援事業)

へき地医療拠点病院による支援。

以上のように、「高知県過疎地域自立促進計画」における医療の確保については、上述した施策を計画し、また実行していくことにより、過疎地域における地域医療の機会均等を保障しようとするものと考えられる。しかしながら、これらの計画に基づく施策だけで過疎地域における地域医療の機会均等が保障されるものとはいえない。つまり、個別の自治体病院間のネットワークに基づく医療提供システムが必要不可欠といえるわけで、高知県においては「へき地医療支援機構」の取組が目されている⁽⁶²⁾。

第4節 「公立病院改革ガイドライン」の目的

本論文においては、過疎地域医療における理念を実現する上で、自治体病院の役割は大きいものと考えている。しかし、その役割の大きさとも

に、自治体病院の経営について、その具体的なあり方が要請されることになる。つまり、国家財政・自治体財政の悪化が顕著となっている状況下で、地域医療の理念を実現していく手段の1つである自治体病院の存続が危機的状況となっているわけである。そこで、自治体病院改革におけるガイドラインとしての「公立病院改革ガイドライン」の内容を踏まえ、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」を実現していく上で、どのような課題があるのか整理していくことにする。

この「公立病院改革ガイドライン」では、公立病院改革の必要性について、①公立病院の現状と課題、②公立病院改革の目指すもの、③公立病院改革の3つの視点、④公立病院改革ガイドライン策定の趣旨に区分して説明している。

第1の「公立病院の現状と課題⁽⁶³⁾」においては、その現状について、①公立病院の損益収支の悪化、②医師不足に伴う診療体制の縮小等に基づき、公立病院の経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況にあると把握されている。加えて、「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」の施行に伴い、より一層の健全経営が求められるものと指摘している。また、今後の課題としては、多くの公立病院において抜本的な改革の実施が避けて通れないことが課題として明示されている。

第2の「公立病院改革の目指すもの⁽⁶⁴⁾」においては、①基本的な考え方、②公立病院の果たすべき役割の明確化に区分されている。

まず、「基本的な考え方」では、公立病院改革の目的が提示されている。すなわち、公立病院改革の目的とは、「改革を通じ、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図ることにある⁽⁶⁵⁾」とされる。つづけて、「このような中で、地域において真に必要な公立病院については、安定した経営の下で良質な医療を継続して提供することが求められる。このため、医師をはじめとする必要な医療スタッフを適切に

配置できるよう必要な医療機能を備えた体制を整備するとともに、経営の効率化を図り、持続可能な病院経営を目指すもの⁽⁶⁶⁾とされている。

つぎの「公立病院の果たすべき役割の明確化」では、その果たすべき役割について、「地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにある⁽⁶⁷⁾」と明示している。その上で、公立病院に期待されている主な機能の具体例として、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター・県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能があげられている⁽⁶⁸⁾。

本論文との関連からいえば、まさに、「公立病院の果たすべき役割の明確化」において、過疎地域医療の確保について公立病院（本論文では自治体病院として表記しており、以下では「公立病院改革ガイドライン」での表記以外は自治体病院と表記する）の役割が明確化されていることが重要である。それゆえ、自治体病院の果たすべき役割の明確化について、「公立病院改革ガイドライン」においても、過疎地域等における民間医療機関の参入が見込めない、いわゆる不採算地域における地域医療の確保につき自治体病院の役割が明確化されていることに注目したい。その一方で、都市部等において民間医療機関と競合し、しかも、損益収支の構造的赤字等を抱えている自治体病院は、今後、整理統合の対象となり得るものと考えられる。この点を都道府県レベルで取り上げてみれば、都市部の自治体病院の機能を民間医療機関に移転させ、そこで生じる余剰財源を、過疎地域における自治体病院の運営財源等に回すことは自治体病院改革のあり方の1つと考えられる。もちろん、上述した不採算地域における地域医療の確

保に自治体病院が必要であるとしても、さらなる課題として、その経営に係る自治体独自の財政問題、医師・看護師等のスタッフの確保問題、プライマリ・ケアを超える部分での診療科目の必要性に対する対応問題等が考えられる。

第3の「公立病院改革の3つの視点⁽⁶⁹⁾」においては、自治体病院改革の視点として、①経営効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しが提示されている。

まず、「経営効率化」については、主要な経営指標について数値目標を掲げ、経営の効率化を図ることとしている。なお、主要な経営指標における数値目標の提示は「公立病院改革プラン」において具体的に展開されている。

つぎに、「再編・ネットワーク化」については、①中核的医療を行い医師派遣の拠点機能を有する基幹病院、②基幹病院から医師派遣等様々な支援を受けつつ日常的な医療確保を行う病院・診療所への再編成、そしてその上で、これらのネットワーク化を進めていくことの必要性を明示している。本論文との関連からいえば、こうしたネットワーク化が具体的にどのように行われ、また、地域医療に対してどのように機能しているのか、さらにいえば、実際にネットワーク化によって過疎地域医療に係る地域住民が十分な便益（満足度）を得ているか否かの検証が必要不可欠といえる。

また、「経営形態の見直し」については、民間的経営手法の導入を図る観点から、地方独立行政法人化や指定管理制度の導入などによって経営形態を見直すこと、さらには、民間への経営譲渡や診療所化を含め、事業のあり方を抜本的に見直すことが求められている。この点について、本論文との関連でいえば、「公立病院改革ガイドライン」でも、過疎地域等における民間医療機関の立地が見込めない、いわゆる不採算地域における地域医療の確保について自治体病院の役割が指摘されている。この視点から考

察すれば、やはり、過疎地域医療の確保、とりわけ、「地域医療の機会均等の保障」を実現しようとする上で自治体病院には十分な機能と役割があり、また、持続的な地域医療の提供は今後の自治体病院存続の使命でもあると考える。もちろん、自治体病院の経営状況は困窮を極めており、その意味において、過疎地域医療の理念を実現していくうえで、自治体病院を取り巻く財政問題、そして、経営上の諸問題を分析考察することが必要である。これらの点については次章で取り扱っており、本論文の核心部分ともいえる。

最後は第4の「公立病院改革ガイドライン策定の趣旨⁽⁷⁰⁾」についてである。「公立病院改革ガイドライン」は、社会保障改革の一環として「経済財政改革基本方針2007について」（平成19年6月19日閣議決定）において、自治体病院改革に取り組むことが明記されたことに基づくものである。その結果、「総務省は、平成19年内に各自治体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す⁽⁷¹⁾」ということが示されている。このガイドラインは、関係する自治体が自治体病院改革に係るプランを策定する際の指針を示し、改革の実施に関する技術的な助言を行おうとするものであり、個別具体的な改革方針等は「公立病院改革プラン」において展開されてる。

以上のように、「公立病院改革ガイドライン」は、自治体病院改革における「ガイドライン」として平成19年（2007年）に策定され、その後、自治体病院改革における「プラン」策定の指針として位置づけられている。そして、本論文との関連で重要な点は、自治体病院の果たすべき役割の明確化において、過疎地域医療の確保につき自治体病院の役割が明確化されていることであった。すなわち、「公立病院改革ガイドライン」においても、過疎地域等における民間医療機関の立地が見込めない、いわゆる不採算地域における地域医療の確保につき自治体病院の役割が指摘されている

点に注目したい。この明確化は、本論文の第1章で整理したように、社会保障制度審議会1956年勧告における勧告内容と大きな変化はないものといえる。その意味から、過疎地域医療の確保における自治体病院の役割は、「公立病院改革ガイドライン」のなかでも明確に定義づけられているものと考えられる。したがって、本論文のつぎなる課題は、不採算地域の自治体病院がどのようにして持続的に経営可能となるのか、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」との関連で、自治体病院の経営・財政分析を行うことといえる。

第5節 「公立病院改革プラン」の役割と自治体病院のあり方

「公立病院改革プラン」とは、病院事業を設置する自治体が平成20年度（2008年度）以内に「改革プラン」を策定し、病院事業経営の改革に取り組む「計画」のことである。以下では、①改革プランの対象期間、②改革プランの内容について整理しておくことにする。

改革プランの対象期間について、「経営効率」に係る部分は3年程度、「再編・ネットワーク化」そして「経営形態の見直し」の実施計画に係る部分は5年程度の期間とされている⁽⁷²⁾。

こうした「公立病院改革プラン」の内容については、①当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方、②経営の効率化、③再編・ネットワーク化、④経営形態の見直しに区分されている。

まずは第1の「当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方⁽⁷³⁾」についてである。ここでは、自治体病院について、その当該病院が地域医療の確保のために果たす役割を明らかにし、これに対応して一般会計等が負担する経費の範囲について記載すべきとする。具体的には、「都道府県医療計画を踏まえ、地域医療確保のため当該病院が果たすべき

役割及び医療の提供体制（診療科目、病床数等）並びに当該病院の提供する医療等のうち一般会計等において費用負担が行われるべきものの範囲についての考え方及び一般会計等負担金の算定基準（繰出基準）について明らかにする⁽⁷⁴⁾とされている。

第2の「経営の効率化⁽⁷⁵⁾」については大変多岐にわたっている。すなわち、その内容は、①経営指標に係る数値目標の設定、②財務内容の改善に係る数値目標設定の考え方、③経営指標の目標設定及び評価に関する留意点、④目標達成に向けた具体的な取組、⑤改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等、⑥その他の留意事項に区分されている。

①の「経営指標に係る数値目標の設定⁽⁷⁶⁾」については、財務内容の改善に係る経営指標のなかから数値目標を設定することが義務づけられおり、この場合、「経常収支比率」、「職員給与費対医業収益比率」、「病床利用率」の3つについては必ず数値目標を設定しなければならない。さらに、「収支改善に係るもの」（経常損益の額、資金不足額、資金不足比率、減価償却前収支の額、医業収支比率、100床当たり職員給与費等）、「経費削減に係るもの」（材料費対医業収益比率、100床あたり職員数等）、「収入確保に係るもの」（平均在院日数、患者1人当たり診療収入等）、「経営の安定性に係るもの」（純資産の額、現金保有残高等）も対象となっている（ただし必須ではない）。

②の「財務内容の改善に係る数値目標設定の考え方⁽⁷⁷⁾」については、「各公立病院」に共通する事項としてつぎの点が提示されている。すなわち、自治体病院経営において、その役割を果たすために、やむを得ず不採算となる部分については、繰出基準に基づいて支出される一般会計等からの負担金等によって賄われることが法的に認められている。したがって、「経営指標に係る数値目標の設定に当たっては、一般会計等からの所定の繰出が行われれば『経常黒字』が達成される状況（すなわち経常収支比率

が100%以上になること)を想定して、これに対応した水準で各指標の目標数値が定められるべきである⁽⁷⁸⁾」と提示されている。ここで重要なことは、一般会計等からの繰出金額は、自治体病院が独立採算制で最大限効率的な運営を行ってもなお不足する「真にやむをえない部分」を対象とするものであって、現実の病院経営の結果発生した赤字をそのまま追認し補てんする性格のものではない、ということである。

③の「経営指標の目標設定及び評価に関する留意点⁽⁷⁹⁾」については、1)「職員給与費対医業収益比率」にはアウトソーシング等に係る人件費が反映されてないことから、「委託費対医業収益比率」を併せて比較することの必要性、2)「経常収支比率」での比較よりも「医業収支比率」による比較が適切である等の指摘がなされている。また、単純かつ画一的な比較ではなく地域特性を考慮する必要性も指摘されている。

④の「目標達成に向けた具体的な取組⁽⁸⁰⁾」については、「経営の効率化」に係る2つの項目、すなわち「経営指標に係る数値目標の設定」と「財務内容の改善に係る数値目標設定の考え方」で取り上げた目標の達成に対し、具体的にどのような取組をどの時期に行うのかについて明記することになっている。

⑤の「改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等⁽⁸¹⁾」については、「目標達成に向けた具体的な取組」の実施を前提とし、改革プランの期間中における各年度の収支計画及び各年度における目標数値の見通しを提示するものとなっている。

⑥の「その他の留意事項⁽⁸²⁾」では、1)指定管理者制度導入団体における目標設定、2)経営感覚に富む人材の登用等、3)医師等の人材の確保、4)病床利用率が特に低水準である病院における取組、5)民間病院と比較可能な形での財務情報の公開、6)施設・設備整備費の抑制等が求められている。本論文との関連では、上記2) 3) 4) がとりわけ重要に

なってくるものと考えられる。2)の「経営感覚に富む人材の登用等」については、何をもって「経営感覚に富む」のか不明であるが、事務長等への民間人の積極的な登用は必要と考えられる。同時に、組織内部におけるイノベーション、つまり、医師等を含めた職員の意識改革が必要不可欠と考えられる。特に、過疎地域医療を実現する上で自治体病院に求められることについて、自治体病院経営の目的が何かを明確化し、その目的実現のために何をしなければならず、何をしてはいけないのかを明確に区分し、その上で、目的を達成していく組織戦略と組織の意識改革(組織学習)が必要不可欠と考えられる。3)の「医師等の人材の確保」については従来から論じられていることであり、過疎地域医療の確保における永遠の課題ともいえよう。4)の「病床利用率が特に低水準である病院における取組」については単純な問題ではないと考えられる。本改革プランでは、一般病床及び療養病床の病床利用率が過去3年間連続して70%未満の病院は、病床数の削減、診療所化等の抜本的改革が必要とされており、こうした改革と併せて、以下で整理するネットワーク化の必要性も論じられている。

すなわち、第3の「再編・ネットワーク化⁽⁸³⁾」については、①再編・ネットワーク化に係る計画の明記、②再編・ネットワーク化に係る都道府県の役割、③再編・ネットワーク化に係る留意事項、④再編・ネットワーク化のパターン例に区分されている。

①の「再編・ネットワーク化に係る計画の明記」では、該当する2次医療圏等の単位で予定されている自治体病院の再編・ネットワーク化の概要、そして、該当する自治体病院において講じるべき措置等について、その実施予定時期を含めて具体的な計画を記載するものとしている。この場合、都道府県との連携が必要不可欠となっていることが重要である。

②の「再編・ネットワーク化に係る都道府県の役割」では、前述した計画実現との関連で、例として、都道府県医療審議会や地域医療対策協議会

に部会を設ける等の方法により有識者を含めた検討・協議の場を設置し、都道府県病院・医療政策・都道府県財政・市町村財政のそれぞれの担当課等が一体となって、計画・構想等を策定して実施していくことが求められるものとしている。この点は本論文との関連においても重要で、とりわけ、計画における都道府県財政・市町村財政の担当部署との連携が必要と考えられる。本論文では、特に、過疎地域における市町村レベルでの自治体病院のあり方を分析考察することが目的であることから、その分析考察過程において自治体財政の役割を過疎地域医療の確保との関連で論じることが必要と考えている。さらにいえば、国や都道府県に対する依存構造を前提として論じるのではなく、各自治体の財政状況をも考慮しつつ、地域の自立に基づく自治体病院の今後のあり方を模索していくことも重要な論点と考えている。

③の「再編・ネットワーク化に係る留意事項」では、より具体的に、1) 2次医療圏等の単位での経営主体の統合の推進、2) 医師派遣等に係る拠点機能を有する病院の整備、3) 病院機能の再編成及び病院・診療所間の連携体制が留意すべき諸点として明示されている。これらの内容は、いずれも「再編・ネットワーク化」に関する各論の内容であり、こうした留意事項を踏まえて「再編・ネットワーク化」を進めていくべき方向性が明示されているものといえる。

④の「再編・ネットワーク化のパターン例」では、具体例として4つのモデルパターンが提示されている⁽⁸⁴⁾。

「パターン I」は、2次医療圏内のA市立病院（250床）、B市立病院（200床）、C町立病院（50床）及びD町立診療所（0床）を4市町が設立した新たな地方独立行政法人に経営統合し、新設の公立S病院（400床）及びA・B・C・Dの4地区診療所（いずれも0床）に再編・ネットワーク化するものである。

「パターンⅡ」は、2次医療圏内のA市立病院（250床）、B市立病院（200床）、C町立病院（50床）及びD町立診療所（0床）を4市町が設立した新たな地方独立行政法人に経営統合し、B地区病院を増築して400床の基幹病院とするほか、A・Dの2地区は無床の診療所とし、C地区は救急機能を存置しつつ19床の診療所化への再編・ネットワーク化である。

「パターンⅢ」は、A町立病院（50床）及びB町立病院（50床）は、ともに無床の診療所化とし、共同して2次医療圏内の拠点病院である日本赤十字社S病院を指定管理者に指定する。そして、同病院から安定的に医師の派遣を受ける体制を構築していくものである。

最後の「パターンⅣ」は、2次医療圏内の県立A病院（200床）、A市立病院（200床）及びB町立病院（50床）のうち、建物が老朽化した県立A病院及びA市立病院は新築した公立A医療センター（350床）に機能を統合、継承し、S医療法人（S総合病院を経営）を指定管理者に指定する。そして、B町立病院は救急機能を存置しつつ19床の診療所化、同様に、S医療法人を指定管理者に指定することにより公立A医療センターとの一体的経営を目指していくものである。

以上、「再編・ネットワーク化のパターン例」をみてきたが、本論文との関連で考察すれば、ここで提示されている例が過疎地域における地域医療の確保に係る再編・ネットワーク化へのモデルとして紹介されているようには思われない。もちろん、2次医療圏内の再編例は提示されているが、問題点をあげるとすれば、2次医療圏内に存在する1次医療そのもののあり方について論じていないことである。すなわち、本論文における「再編・ネットワーク化」に向けた基本的視点は、1次医療を中心とした「地域医療の機会均等の保障」を実現していくための2次医療圏内における「再編・ネットワーク」のあり方、そして、高度医療としての3次医療へのアクセス・ネットワーク化の整備構築のあり方であって、経営効率等の

みを重視した「再編・ネットワーク化」とは一線を画するものである。したがって、過疎地域における自治体病院の経営が悪化している、という理由から安易に病院機能（20床以上の入院機能）をなくし病床数を19床以下にしつつ診療所化していく方向が、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」につながるのか否かが検証されなければならない⁽⁸⁵⁾。

第4の「経営形態の見直し」⁽⁸⁶⁾については、①経営形態の見直しに係る計画の明記、②経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項、③事業形態の見直しの検討等に区分されている。

①の「経営形態の見直しに係る計画の明記」については、民間的経営手法の導入等の観点から行おうとする経営形態の見直しについて、新経営形態への移行計画の概要を記載することを求めている。そのなかで、具体的な見直しに係る方向性が確立していない場合、今後の議論を踏まえ、おおむね平成25年度までの間に実現を目指すものとしている。

②の「経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項」については、見直しに係る経営形態の選択肢が紹介されている。ここでは、「地方公営企業法の全部適用」、「地方独立行政法人化（非公務員型）」、「指定管理者制度の導入」、そして、「民間移譲」の4つの選択肢が提示されている。

③の「事業形態の見直しの検討等」については、民間的経営手法の導入という観点から行われる経営形態の見直しのほかに、必要に応じて病院事業という事業形態自体の適否という点に立ち返った検討の必要性が提示されている。具体的には、地域における医療・介護・福祉サービスの需要動向を検証しつつ、必要な場合、病院事業の診療所化、老人保健施設や高齢者住宅事業等への転換を含めた病院事業自体の見直しの必要性を提示している。この点を本論文との関連で考察すると、不採算地域でもある過疎地域において、医療等の確保を考える場合、当然、地域での医療需要や採算性等については、その他の地域と比較する場合不利になることは事実であ

る。しかし、そうした医療需要等が相対的に少ない過疎地域において、効率性等の観点からのみで病院事業自体の見直しを求めることは本論文における「過疎地域医療における理念」、すなわち過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」とは乖離するものといえる。それゆえ、効率性を重視する観点のみからの自治体病院改革の流れを「地域医療の機会均等の保障」との関連で考察すれば、その理念の実現とは乖離する流れとなる可能性がある。すなわち、「公立病院改革プラン」は、本論文で定義づけている、過疎地域医療の理念を実現していくための「改革プラン」なのか、それとも、効率性等を追求する結果、不採算地域の医療が崩壊していく「改革プラン」になってしまうのか、「改革プラン」の今後によって地域社会に与える結末は決定的に異なってくるものといえよう。

もちろん、「公立病院改革プラン」は、「公立病院改革ガイドライン」に基づいて自治体病院改革を推進していく際に重要である⁽⁸⁷⁾。しかしその一方で、過疎地域等に代表される不採算地域に対する特別な措置を設けたわけでもなく、数値目標の提示とその実現努力を一般化して自治体病院に義務化させている。本論文における分析対象は、地域医療の目的・確保に関する理念・政策の整理、そして、その理念の実現に向けた自治体病院の役割と課題であった。その意味において、「公立病院改革プラン」の具体的内容と、自治体病院の現状と課題につき実証分析によって分析考察していくことが重要となる。

注

- (1) わが国の財政赤字は、国において平成24年度末の残高が約739兆円（普通国債残高は709兆円）程度となっており、国と地方を合わせた長期債務残高は940兆円程度に上っている。とりわけ、国と地方を合わせた長期債務残高の対GDP比率は196%にも及んでいる。この点については、財務省ホームページ「国及び地方の長期債務残高」による。

http://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/basic_data/201204/sy2404g.pdf

アクセス時：2012年9月27日。

- (2) 自治体病院のあり方について、個別具体的に過疎地域における自治体病院を取り上げ、しかも、各種データに基づき実証分析を行い、過疎地域における「地域医療の機会均等の保障」に関して取り上げた論考は皆無に近いものと考えられる。
- (3) 本論文では、高知県における「第5期 高知県保健医療計画」及び「過疎地域自立促進計画」を取り上げて過疎地域医療の目的と確保との関連で整理している。
- (4) 昭和三十五年度「社会保障制度に関する勧告」社会保障制度審議会『社会保障制度に関する勧告および答申集』1960年、6～7ページを参照。
- (5) 前掲勧告および答申集、7ページを参照。
- (6) 同上、7～8ページを参照。
- (7) 同上、8ページを参照。
- (8) 同上、30～31ページを参照。
- (9) 同上、31ページを参照。
- (10) 昭和三十五年度「社会保障制度に関する勧告」における「第三編 公衆衛生及び医療 第二節 医療」の内容はつぎのとおりである。なお、この点については、同上、32～33ページを参照。

第三編 公衆衛生及び医療 第二節 医療

第一（医療機関の協力）

本制度の社会保障における予防給付及び医療給付はもちろん、その他の医療は、公的医療機関及び本制度に参加した私的医療機関をもって行う。

第二（医療の向上と公共化）

社会保障制度における医療は、医学及び薬学の向上進歩に即応し、その公共性を高めるものであり、医療機関は公私を問わず、本制度に協力参加することにより、その施設経営及び医療従事者の生活が保障されるようなものであることが望ましい。

第三（医療機関の整備）

以上のような立場から、私的医療機関の普及とあわせて医療機関の整備はつぎのようになされなければならない。

一、人口、二、〇〇〇の診療圏において公私の医療機関のない場合には、少なくとも一診療所を有するように配置することを目標とし、都道府県には、無医地域を解消するため、自らその設置運営をなすものとする。

二、必要な地区には、歯科診療所及び薬局を整備し、産科の病床の足りない地区には、助産所をつくり同時に助産婦の専門的知識及び技術の向上をはかる。

三、一般病院の偏在を是正し、病床の分布を人口一万当り、大都市に四〇床、

その他の市部に三〇床、郡に一五床を目標として、中央病院、地方病院及び地区病院を分けて整備する。

四、特殊病院として、結核療養所、精神病院及び癩療養所などは、患者数を考慮して整備拡充する。伝染病床は原則として公的病院に附置するものとする。

五、以上のような施設の増設に伴って、短期中に大量の看護婦の養成が必要であるから応急の対策が講じられなければならない。

(11) 同上、42～43ページを参照。

(12) 昭和三十五年度「社会保障制度に関する勧告」における「第五編 運営機構及び財政 第二章 財政」の内容はつぎのとおりである。なお、この点については、同上、43～44ページを参照。

第五編 運営機構及び財政 第二章 財政

第一（事務費）

本制度の施行に必要な事務費は、原則として国が負担する。この事務費は標準事務費による。

第二（給付費）

社会保険の給付費は、被用者、使用者、及び一般国民が負担する外、国及び地方公共団体においてその一部を負担し、国家扶助に要する費用は国及び地方公共団体が負担する。その各々の負担割合等についてはすでに各項において述べられている。

第三（施設費）

都道府県が設置する社会福祉施設及び公衆衛生施設の設置に要する費用は、国と都道府県が折半負担し、市町村の場合は国が二分の一都道府県及び市町村がそれぞれ四分の一を負担する。

第四（社会保険税）

社会保険に関する被保険者の保険料（使用者の負担をも含む）は、すべて目的税として、国又は都道府県の経営する保険については国の徴収機関により源泉徴収し、市町村の経営する保険については市町村が徴収する。ただし、組合の場合は、保険料として組合が徴収する。

第五（特別会計）

一、国が被用者に関する保険事業について料金保険特別会計を設け、次の勘定を置く。

- (1) 年金勘定（年金給付についての勘定）
- (2) 失業勘定（失業給付についての勘定）
- (3) 業務災害勘定（業務災害給付についての勘定）

- (4) 医療平衡勘定（医療保険給付についての中央平衡勘定）
- (5) 船員医療勘定（船員に対する医療保険給付についての勘定）
- (6) 業務勘定（事務費及び施設費などについての勘定）

二、一般国民の無醵出年金に要する費用は一般会計より別途支出するものとする。

三、本会計の積立金の運用については、積立金運用審議会に諮らねばならぬ。

四、都道府県の医療保険事業の費用は、一定の比率により本特別会計の平衡勘定に繰入れなければならない。

五、都道府県及び市町村が医療保険についてはそれぞれ特別会計を設けねばならぬ。

六、年金保険の給付に要する費用の計算は長期計算方式によるも、当初は保険料率を低くし、漸次それを引き上げてゆき、積立金額があまりにも巨額にならぬよう工夫する。

第六（医療金庫）

都道府県、組合又は市町村から医療機関に対する医療報酬の支払いを迅速に統一して行うため医療金庫を設ける。金庫は法人とし、関係者及び公益代表よりなる運営機関を設け、これを民主的に運営せねばならぬ。金庫は中央に本部、各都道府県に支部を設ける。金庫は一定の支払資金を保有しなければならぬ。

- (13) 昭和三十一年度「医療保障制度に関する勧告について」社会保障制度審議会『社会保障制度に関する勧告および答申集』1960年、94ページを参照。
- (14) 前掲勧告および答申集、94ページを参照。
- (15) 同上、94ページを参照。
- (16) 同上、97ページを参照。
- (17) 同上、120ページを参照。
- (18) 同上、120ページを参照。
- (19) 同上、120ページを参照。
- (20) 同上、121ページを参照。
- (21) 総理府社会保障制度審議会事務局監修『安心して暮らせる21世紀社会を目指して 社会保障体制の再構築に関する勧告』法研、1995年、14ページを参照。
- (22) 前掲書、14ページを参照。
- (23) 同上、14～15ページを参照。
- (24) 同上、15ページを参照。
- (25) 同上、16ページを参照。
- (26) 同上、18～19ページを参照。
- (27) この点は、同上、「第2章 21世紀の社会に向けた改革」27～29ページの内容

に基づいている。

- (28) 同上、29ページを参照。
- (29) この点は、同上、「第2章 21世紀の社会に向けた改革」・「第2節 改革の具体策」・「1 健やかな生活のために」29～33ページの内容に基づいている。
- (30) 「医療法」第一条を参照。
- (31) 同法、第一条の二第一項を参照。
- (32) 同法、第一条の二第二項を参照。
- (33) 同法、第一条の三を参照。
- (34) 「医療法」の「第五章 第一節」第三十条の三「基本方針」及び「第五章 第二節」第三十条の四「医療計画」の内容はつぎのとおりである。なお、第三十条の四については紙面の関係上、第二項までを掲げている。

第一節 基本方針

第三十条の三 厚生労働大臣は、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保（以下「医療提供体制の確保」という。）を図るための基本的な方針（以下「基本方針」という。）を定めるものとする。

- 2 基本方針においては、次に掲げる事項について定めるものとする。
 - 一 医療提供体制の確保のため講じようとする施策の基本となるべき事項
 - 二 医療提供体制の確保に関する調査及び研究に関する基本的な事項
 - 三 医療提供体制の確保に係る目標に関する項目
 - 四 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項
 - 五 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する基本的な事項
 - 六 次条第一項に規定する医療計画の作成及び医療計画に基づく事業の実施状況の評価に関する基本的な事項
 - 七 その他医療提供体制の確保に関する重要事項
- 3 厚生労働大臣は、基本方針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

第二節 医療計画

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

- 2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - 一 都道府県において達成すべき第四号及び第五号の事業の目標に関する事項

- 二 第四号及び第五号の事業に係る医療連携体制（「医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。）に関する事項
 - 三 医療連携体制における医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項
 - 四 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項
 - 五 次に掲げる医療の確保に必要な事業（以下「救急医療等確保事業」という。）に関する事項（ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。）
 - イ 救急医療
 - ロ 災害時における医療
 - ハ へき地の医療
 - 二 周産期医療
 - ホ 小児医療（小児救急医療を含む。）
 - ヘ イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療
 - 六 居宅等における医療の確保に関する事項
 - 七 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
 - 八 医療の安全の確保に関する事項
 - 九 地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
 - 十 主として病院の病床（次号に規定する病床並びに精神病床、感染症病床及び結核病床を除く。）及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域の設定に関する事項
 - 十一 二以上の前号に規定する区域を併せた区域であって、主として厚生労働省令で定める特殊な医療を提供する病院の療養病床又は一般病床であって当該医療に係るものの整備を図るべき地域的単位としての区域の設定に関する事項
 - 十二 療養病床及び一般病床に係る基準病床数、精神病床に係る基準病床数、感染症病床に係る基準病床数並びに結核病床に係る基準病床数に関する事項
 - 十三 前各号に掲げるもののほか、医療提供体制の確保に関し必要な事項
- (35) 「過疎地域自立促進特別措置法」（新法）第一条には本法律の目的が明示されて

いる。

- (36) 「過疎地域自立促進特別措置法」(新法)における医療の確保については、以下に掲げる第十六条及び第十七条に明示されている。

[医療の確保]

第十六条 都道府県は、過疎地域における医療を確保するために、都道府県計画に基づいて無医地区に関し次に掲げる事業を実施しなければならない。

- 一 診療所の設置
- 二 患者輸送車(患者輸送艇を含む。)の整備
- 三 定期的な巡回検診
- 四 保健師による保健指導等の活動
- 五 医療機関の協体制の整備
- 六 その他無医地区の医療の確保に必要な事業

- 2 都道府県は、前項に規定する事業を実施する場合において特に必要があると認めるときは、病院又は診療所の開設者又は管理者に対し、次に掲げる事業につき、協力を要請することができる。

- 一 医師または歯科医師の派遣
- 二 巡回診療車(巡回診療艇を含む。)による巡回検診

- 3 国及び都道府県は、過疎地域内の無医地区における診療に従事する医師若しくは歯科医師又はこれらを補助する看護師の確保その他当該無医地区における医療の確保(当該診療に従事する医師又は歯科医師を派遣する病院に対する助成を含む。)に努めなければならない。

- 4 都道府県は、第一項及び第二項に規定する事業の実施に要する費用を負担する。

- 5 国は、前項の費用のうち第一項第一号から第三号までに掲げる事業及び第二項に規定する事業に係るものについて、政令で定めるところにより、その二分の一を補助するものとする。ただし、他の政令の規定により二分の一を超える国の負担割合が定められている場合は、この限りではない。

第十七条 国及び都道府県は、過疎地域における医療を確保するため、過疎地域の市町村が市町村計画に基づいて前条第一項各号に掲げる事業を実施しようとするときは、当該事業が円滑に実施されるよう適切な配慮をするものとする。

- (37) 「過疎地域自立促進特別措置法」(新法)第十二条の内容はつぎのとおりである。

[過疎地域自立促進のための地方債]

第十二条 過疎地域の市町村が市町村計画に基づいて行う地場産業に係る事業又は観光若しくはレクリエーションに関する事業を行う者で政令に定めるも

のに対する出資及び次に掲げる施設の整備につき当該市町村が必要とする経費については、地方財政法（昭和三十二年法律第九号）第五条各号に規定する経費に該当しないものについても、地方債をもってその財源とすることができる。

- 一 交通の確保又は産業の振興を図るために必要な政令で定める市町村道（融雪施設その他の道路の付属物を含む。）、農道、林道及び港湾関連道
 - 二 漁港及び港湾
 - 三 地場産業の振興に資する施設で政令で定めるもの
 - 四 観光又はレクリエーションに関する施設
 - 五 電気通信に関する施設
 - 六 下水処理のための施設
 - 七 公民館その他の集会所
 - 八 消防施設
 - 九 高齢者の保健又は福祉の向上又は増進を図るための施設
 - 十 保育所及び児童館
 - 十一 認定こども園（就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律（平成十八年法律第七十七号）第三条第一項又は第三項の規定による認定を受けた施設をいう。）
 - 十二 診療施設（巡回診療車及び巡回診療船並びに患者輸送車及び患者輸送艇を含む。）
 - 十三 公立の小学校又は中学校の校舎、屋内運動場及び寄宿舎並びに公立の小学校又は中学校の教員又は職員のための住宅及び児童又は生徒の通学を容易にするための自動車又は渡船施設
 - 十四 図書館
 - 十五 地域文化の振興等を図るための施設
 - 十六 集落の整備のための政令で定める用地及び住宅
 - 十七 太陽光、バイオマスを熱源とする熱その他の自然エネルギーを利用するための施設で政令で定めるもの
 - 十八 前各号に掲げるもののほか、政令で定める施設
- 2 前項に規定するもののほか、地域医療の確保、住民の日常的な移動のための交通手段の確保、集落の維持及び活性化その他の住民が将来にわたり安全に安心して暮らすことのできる地域社会の実現を図るため特別に地方債を財源として行うことが必要と認められる事業として過疎地域の市町村が市町村計画に定めるもの（当該事業の実施のために地方自治法（昭和三十二年法律第六十七号）第二百四十一条の規定により設けられる基金の積立てを含む。）

次項において「過疎地域自立促進特別事業」という。)の実施につき当該市町村が必要とする経費(出資及び施設の整備につき必要とする経費を除く。)については、地方財政法第五条各号に規定する経費に該当しないものについても、人口、面積、財政状況その他の条件を考慮して総務省令で定めるところにより算定した額の範囲内に限り、地方債をもってその財源とすることができる。

- 3 市町村計画に基づいて行う第一項に規定する出資若しくは施設の設備又は過疎地域自立促進事業の実施につき過疎地域の市町村が必要とする経費の財源に充てるため起こした地方債(当該地方債を財源として設置した施設に関する事業の経営に伴う収入を当該地方債の元利償還に充てることのできるものを除く。)で、総務大臣が指定したものに係る元利償還に要する経費は、地方交付税法の定めるところにより、当該市町村に交付すべき地方交付税の額の算定に用いる基準財政需要額に算入するものとする。

(38) 「地方公営企業法」第二条第二項を参照。

(39) 「財務規定等」とは、地方公営企業法第三章財務のすべての規定(第十七条から第三十五条まで)のほか、以下の規定がセットで適用される。この点については、自治体病院経営研究会編『自治体病院経営ハンドブック(第18次改訂版)』ぎょうせい、2011年、18ページを参照。

- ・第一章総則のうち経営の基本原則(第三条)
- ・地方公営企業の設置(第四条)
- ・地方公営企業に関する法令等の制定及び施行(第五条)
- ・国の配慮(第五条の二)
- ・地方自治法等の特例(第六条)
- ・法第六章雑則のうち地方自治法の適用除外(第四十条)
- ・業務の状況の公表(第四十条の二)
- ・助言等(第四十条の三)
- ・国と地方公営企業を営営する地方公共団体との関係(第四十一条)
- ・資産の再評価(附則第二項)
- ・政令への委任(附則第三項)

なお、「地方公営企業法」第十七条の二の内容はつぎのとおりである。ここでは、「出資」に係る、第十八条、第十八条の二も併せて紹介しておく。

[経費の負担の原則]

第十七条の二 次に掲げる地方公営企業の経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする。

- 一 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費
 - 二 当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費
- 2 地方公営企業の特別会計においては、その経費は、前項の規定により地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において負担するものを除き、当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てなければならない。

[出資]

- 第十八条 地方公共団体は、第十七条の二第一項の規定によるもののほか、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に出資することができる。
- 2 地方公営企業の特別会計は、前項の規定による出資を受けた場合には、利益の状況に応じ、納付金を一般会計又は当該他の特別会計に納付するものとする。

[長期貸付け]

- 第十八条の二 地方公共団体は、第十七条の二第一項の規定によるもののほか、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に長期の貸付けをすることができる。
- 2 地方公営企業の特別会計は、前項の規定による長期の貸付けを受けた場合には、適正な利息を一般会計又は当該他の特別会計に支払わなければならない。

- (40) たとえば、私がヒアリング調査した高知県梶原町にある国保梶原病院では梶原町の一般会計から病院に繰り入れる財源は基本的に国からの交付税によるものである。そして、これらの繰入金がなくなれば病院運営は極めて困難になるものと考えられる。この内容については、2010年8月26日（木）に実施したヒアリング調査に基づいている。ヒアリング調査の相手は梶原町保健福祉支援センター長・国保梶原病院事務長の山本正澄氏である。
- (41) 「過疎地域自立促進特別措置法」（新法）第二条第一項及び第三十二条の内容はつぎのとおりである。

第二条 この法律において「過疎地域」とは、次の各号のいずれかに該当する市町村（地方税の収入以外の政令で定める収入の額が政令で定める金額を超える市町村を除く。）の区域をいう。

- 一 次のいずれかに該当し、かつ、地方交付税法（昭和二十五年法律第二百一十一号）第十四条の規定により算定した市町村の基準財政収入額を同法第十一条の規定により算定した当該市町村の基準財政需要額で除して得た数

値（次号において「財政力指数」という。）で平成八年度から平成十年度までの各年度に係るものを合算したものの三分の一の数値が 0.42 以下であること。ただし、イ、ロ又はハに該当する場合においては、国勢調査の結果による市町村人口に係る平成七年の人口から当該市町村人口に係る昭和四十五年の人口を控除して得た人口を当該市町村人口に係る同年の人口で除して得た数値が 0.1 未満であること。

イ 国勢調査の結果による市町村人口に係る昭和三十五年の人口から当該市町村人口に係る平成七年の人口を控除して得た人口を当該市町村人口に係る昭和三十五年の人口で除して得た数値（以下「三十五年間人口減少率」という。）が 0.3 以上であること。

ロ 三十五年間人口減少率が 0.25 以上であって、国勢調査の結果による市町村人口に係る平成七年の人口のうち六十五歳以上の人口を当該市町村人口に係る同年の人口で除して得た数値が 0.24 以上であること。

ハ 三十五年間人口減少率が 0.25 以上であって、国勢調査の結果による市町村人口に係る平成七年の人口のうち十五歳以上三十歳未満の人口を当該市町村人口に係る同年の人口で除して得た数値が 0.15 以下であること。

ニ 国勢調査の結果による市町村人口に係る昭和四十五年の人口から当該市町村人口に係る平成七年の人口を控除して得た人口を当該市町村人口に係る昭和四十五年の人口で除して得た数値が 0.19 以上であること。

二 次のいずれかに該当し、かつ、財政力指数で平成十八年度から平成二十年度までの各年度に係るものを合算したものの三分の一の数値が 0.56 以下であること。ただし、イ、ロ又はハに該当する場合においては、国勢調査の結果による市町村人口に係る平成十七年の人口から当該市町村人口に係る昭和五十五年の人口を控除して得た人口を当該市町村人口に係る同年の人口で除して得た数値が 0.1 未満であること。

イ 国勢調査の結果による市町村人口に係る昭和三十五年の人口から当該市町村人口に係る平成十七年の人口を控除して得た人口を当該市町村人口に係る昭和三十五年の人口で除して得た数値（以下「四十五年間人口減少率」という。）が 0.33 以上であること。

ロ 四十五年間人口減少率が 0.28 以上であって、国勢調査の結果による市町村人口に係る平成十七年の人口のうち六十五歳以上の人口を当該市町村人口に係る同年の人口で除して得た数値が 0.29 以上であること。

ハ 四十五年間人口減少率が 0.28 以上であって、国勢調査の結果によ

る市町村人口に係る平成十七年の人口のうち十五歳以上三十歳未満の人口を当該市町村人口に係る同年の人口で除して得た数値が 0.14 以下であること。

ニ 国勢調査の結果による市町村人口に係る昭和五十五年の人口から当該市町村人口に係る平成十七年の人口を控除して得た人口を当該市町村人口に係る昭和五十五年の人口で除した数値が 0.17 以上であること。

第三十二条 この法律の規定は、平成八年以降において最初に行われる国勢調査の結果による人口の年齢別構成が公表された場合においては、第二条第一項第一号中「平成八年度から平成十年度まで」とあるのは「第三十二条に規定する国勢調査の結果による人口の年齢別構成が公表された日の属する年度前三箇年度内」と、「平成七年の人口から」とあるのは「第三十二条に規定する国勢調査が行われた年（以下「基準年」という。）の人口から」と、「昭和四十五年」とあるのは「基準年から起算して二十五年以前において最近に国勢調査が行われた年」と、「 0.1 」とあるのは「 0.1 を二十五で除して得た数値に基準年から起算して二十五年以前において最近に国勢調査が行われた年の翌年から基準年までの年数を乗じて得た数値」と、「昭和三十五年」とあるのは「基準年から起算して三十五年以前において最近に国勢調査が行われた年」と、「平成七年の人口を」とあるのは「基準年の人口を」と、「 0.3 」とあるのは「 0.3 を三十五で除して得た数値に基準年から起算して三十五年以前において最近に国勢調査が行われた年の翌年から基準年までの年数を乗じて得た数値」と、「 0.25 」とあるのは「 0.25 を三十五で除して得た数値に基準年から起算して三十五年以前において最近に国勢調査が行われた年の翌年から基準年までの年数を乗じて得た数値」と、「平成七年の人口のうち」とあるのは「基準年の人口のうち」と、「同年の人口で除して得た数値が 0.24 」とあるのは「基準年の人口で除して得た数値が 0.24 」と、「同年の人口で除して得た数値が 0.15 」とあるのは「基準年の人口で除して得た数値が 0.15 」と、「 0.19 」とあるのは「 0.19 を二十五で除して得た数値に基準年から起算して二十五年以前において最近に国勢調査が行われた年の翌年から基準年までの年数を乗じて得た数値」とそれぞれ読み替えて、過疎地域の市町村以外の市町村の区域についても適用する。

(42) 「過疎地域自立促進特別措置法」（新法）第三十三条の内容はつぎのとおりである。

第三十三条 過疎地域の市町村の廃置分合又は境界変更があった場合には、当該廃置分合又は境界変更により新たに設置され、又は境界が変更された市町

村の区域で総務省令・農林水産省令・国土交通省例で定める基準に該当するものは、過疎地域とみなして、この法律の規定を適用する。

- 2 合併市町村（市町村の合併（二以上の市町村の区域若しくは一部をもって市町村を置き、又は市町村の区域の全部若しくは一部を他の市町村に編入することで市町村の減少を伴うものをいう。以下同じ。）により設置され、又は他の市町村の区域の全部若しくは一部を編入した市町村をいい、過疎地域の市町村を除く。以下同じ。）のうち合併関係市町村（市町村の合併によりその区域の全部又は一部が合併市町村の区域の一部となった市町村をいう。以下同じ。）に過疎地域の市町村（当該市町村の合併が行われた日の前日においてこの項の規定の適用を受けていた市町村を含む。）が含まれるものについては、当該合併市町村の区域のうち当該市町村の合併が行われた日の前日において過疎地域であった区域を過疎地域とみなして、この法律を適用する。この場合において必要な事項は、政令で定める。

- (43) この点については、総務省ホームページ「過疎地域市町村等一覧」による。

http://www.soumu.go.jp/main_content/000151343.pdf アクセス時：2012年9月27日。なお、本論文では、「過疎地域とみなされる市町村」及び「過疎地域とみなされる区域のある市町村」については、「過疎地域」に該当する市町村として取り扱っていない。

- (44) 自治医科大学監修『地域医療テキスト』医学書院、2009年、2ページを参照。
 (45) 前掲書、2～3ページを参照。
 (46) 同上、3ページの表1—1「プライマリ・ケアの概念」を参照。
 (47) こうした視点は、菊池馨実『社会保障の法理念』有斐閣、2000年、及び、菊池馨実『社会保障法制の将来構想』有斐閣、2010年の内容に基づいている。
 (48) もちろん、ここでいう憲法に規定された国民の権利とは、日本国憲法第二十五条、第十三条、そして、第十四条の保障という意味での権利である。
 (49) この点の説明としてマズグレイヴは、「混雑している道路」と「空いている橋」を例にあげて説明している。すなわち「混雑している道路」は「競合性・非排除性」の側面として捉えられており、物理的な理由等によって排除原則が適用されず、結果として、予算過程を通じて一般道路が生産供給されることを論じている。ただし、物理的な理由が克服される場合、利用自体は競合的であることから予算過程を通じない供給システムもありえることになる。一方、「空いている橋」は「非競合性・排除性」の側面として捉えられており、この場合、利用について非競合的であるものの排除原則は適用できる組み合わせと考えられる。しかしながらこのケースの場合、橋の利用自体が非競合的であることから排除原則を適用することは非効率的であると説明している。例えば、橋の通行のために利用料金を

課するための諸設備や人件費等を考慮して採算が合わないと判断した場合民間企業の参入は見込めず、したがって、こうしたケースの場合、排除原則を適用せず予算過程を通じて公共部門が橋を供給することにつながると説明する。つまり、こうしたケースに該当する財・サービスの場合、民間市場での生産供給が困難となるわけで、結果として、公共部門が予算過程を通じて生産供給することになるものと説明している。この点については、Musgrave, R. and Peggy Musgrave, *Public Finance in Theory and Practice fifth edition*, McGraw-hill, 1989, pp. 42~45を参照。

- (50) マスグレイヴによる社会財の理論は公共財の理論であるが、民間財（純粋私的財）の特徴としては「競争性・排除性」の側面を持つ。それゆえ、公共財の理論から説明すると、人口減少地域である「過疎地域」において医療提供に係る民間市場が形成されることは極めてまれであると考えられる。つまり、民間財としての民間病院からなる医療提供サービスは、その特徴の1つでもある「競争性」が「過疎地域」では生じにくいことから、「過疎地域」における民間部門の医療機関が皆無となっている要因と考えられる。つまり、利潤をうみ出す「規模の経済」が働かないわけで、その意味において「過疎地域」における民間部門による医療提供は困難となり、結果として、市場は失敗するものと考えられる。それゆえ、「医療の機会均等の保障」を実現する上で公共部門である中央政府の役割が重要になるが、その点については、医療法に基づき都道府県レベルの責任とし、また、市町村との連携の上で、実際には基礎的自治体である市町村の自治体病院が過疎地域医療の確保の手段となっているものと考えられる。この点についても、Musgrave, R. and Peggy Musgrave, *Public Finance in Theory and Practice fifth edition*, McGraw-hill, 1989, pp. 42~45を参照。
- (51) ここでの内容は、高知県「第5期 高知県保健医療計画」2008年3月に基づいている。
- (52) 前掲計画、2ページを参照。
- (53) 同上、2ページを参照。
- (54) 同上、72ページを参照。
- (55) 同上、72~75ページを参照。
- (56) 同上、76ページを参照。
- (57) 同上、76ページを参照。
- (58) 同上、76ページを参照。
- (59) 同上、164~165ページを参照。
- (60) 同上、165~167ページを参照。ここでの具体的な「対策」とは以下のとおりである。

- (1) 医療従事者の確保
 - ① 高知県へき地医療協議会など既存組織の充実・発展
 - ② UIターンなどの推進
 - ③ 女性医師の勤務環境整備
 - ④ 新たな雇用体系の検討
 - ⑤ 高知大学医学部との連携
 - ア 入学選抜時の対策
 - イ 寄付講座（家庭医療学講座）の設置
 - ウ 新医師臨床研修制度「地域保健・医療」の実施
 - ⑥ コメディカルスタッフの確保
 - (2) 医療従事者への支援
 - ① 代診医の派遣
 - ② へき地医療情報ネットワークの整備
 - ③ 文献検索システムの充実
 - (3) へき地医療機能の確保について
 - ① 市町村のマニフェスト（政策方針）作成と評価
 - ② 救急搬送について
 - ③ 医療提供の見直し・再構築について
- (61) 高知県「高知県過疎地域自立促進計画」2011年2月、38～40ページを参照。
- (62) こうした取組は高知県のみならず、その他の県でも行われているが、基本的に、医師確保等における取組がその中心となっている。
- (63) 総務省「公立病院改革ガイドライン」2007年12月24日、1ページの内容に基づいている。
- (64) この点については、前掲ガイドライン、1～2ページの内容に基づいている。
- (65) 同上、1ページを参照。
- (66) 同上、1ページを参照。
- (67) 同上、1ページを参照。
- (68) 同上、1～2ページを参照。
- (69) この点については、同上、2～3ページの内容に基づいている。
- (70) この点については、同上、3ページの内容に基づいている。
- (71) 同上、3ページを参照。
- (72) 同上、3～4ページを参照。
- (73) この点については、同上、4ページの内容に基づいている。
- (74) 同上、4ページを参照。
- (75) この点については、同上、4～8ページの内容に基づいている。

- (76) 同上、4～5ページを参照。
- (77) 同上、5～6ページを参照。
- (78) 同上、5ページを参照。
- (79) この点については、同上、6ページの内容に基づいている。
- (80) この点については、同上、6～7ページの内容に基づいている。
- (81) この点については、同上、7ページの内容に基づいている。
- (82) この点については、同上、7～8ページの内容に基づいている。
- (83) この点については、同上、8～10ページの内容に基づいている。
- (84) この点についての詳細なイメージは、同上、18ページの「別紙3」のイメージ図において提示されている。具体的には、パターンⅠ・パターンⅡ・パターンⅢ・パターンⅣについて、それぞれのイメージ図に基づいて再編・ネットワーク化の方向性が提示されている。
- (85) 自治体病院の経営において、外来者数とともに入院による診療収入は極めて重要である。この点について、2010年8月26日（木）に高知県・梶原町立国保梶原病院で私が行ったヒアリング調査内容が示唆に富む。すなわち、具体的なヒアリング調査の対象者である梶原町保健福祉センター長・梶原病院事務長の山本正澄氏によれば、自治体病院の経営において病床数が50以下の病院はどうしても規模の経済が働かない傾向がある、というヒアリング調査の内容である。その意味からも、自治体病院の経営において重要な病床数を削減していく方向性は国からの補助金が減少していくことに加え、自治体病院の経営基盤を脆弱化していくことにつながるものといえる。それゆえ、病床利用率の上昇等に係る具体的取組が、プライマリ・ケア等の取組と有機的に関連づけることが重要であると考えられる。
- (86) この点については、総務省「公立病院改革ガイドライン」2007年12月24日、10～13ページの内容に基づいている。
- (87) 「公立病院改革プラン」の実施状況等については、総務省「公立病院改革プラン実施状況等（平成23年9月30日現在）」においてその詳細が確認できる。この点については、総務省「公立病院改革プラン実施状況等（平成23年9月30日現在）」を参照のこと。

http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/mokuji.html アクセス時：2012年9月27日。