

ポイント

。医療と地域、「人口オーナス」の典型的問題
 。病院の規模拡大、効率高め医療費減に寄与
 。商業施設に代わって人を集める有力施設

小峰 隆夫 法政大学教授

都市機能を市街地中心部に集約する「コンパクトシティ」の考え方が注目を集めている。背景には少子高齢化などの問題がある。そして日本の「医療」と「地域」の再生を同時に実現するためにも、地方都市の中心部に医療施設を立地させることが一つの有効な手段となる。これが、筆者も参加した総合研究開発機構(NIRA)の研究が最近とりまとめた「高齢化に対応した地域医療に関する研究」の結論である。その基本的な考え方を説明しよう。



日本の経済社会は「人口オーナス(重荷)」の時代を迎えている。「人口オーナス」というのは、人口に占める働く人の割合が低下することによって経済社会に大きな負荷がかかる状態を指す。日本は、1950〜70年にかけての高成長期には、働く人の割合が上昇する「人口ボーナス」状態だった。しかし95年ごろからオーナス状態となり、しかもそのオーナスの度合いはこれからさらに高まっていくことが確実である。

医療サービス水準を維持しようとすると、必然的に勤労者の負担が増える。この負担増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。

地域もまた人口オーナスで大きな影響を受ける。都道府県ごとの人口オーナス度合いを計測し、今後を展望してみると人口オーナス度の低い都道府県ほど発展地域が多く、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が遅れている地域が多いこと(の生産年齢(18〜64歳)人口が発展地域に移動する傾向が続くと、人口オーナスの地

コンパクトシティを考える① 医療施設、中心部に集積を

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。問題は費用を誰が負担するかである。現在の制度下



域差はさらに開くことなどが分かる。要するに、人口オーナスを介して地域差が自己増殖的に拡大するのである。

このように考えていくと、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であることが分かる。そこで、この2つの問題を一体的に取り上げ、医療の効率化と地域の活性化を同時に実現しようというのが「まちなか集積医療」の考え方である。

空洞化も解決可能

自治体間の連携が重要に

「まちなか集積医療」は、中心市街地の空洞化に悩む地方都市中心部に医療施設を立地させてはどうかという提案である。なぜこれが有効なのか。まず、医療供給の効率化に資する。医療は典型的なサービス産業である。サービス産業は本質的に集積の利益が大きい。製造業の場合は、1カ所で生産したものを各地の消費者の近くに運ぶことができる

もの)が大きいほど患者1人当たり収益が高い。人口が多いことが医療需要を獲得しやすくするというサービス産業特有の集積の利益が作用するということである。

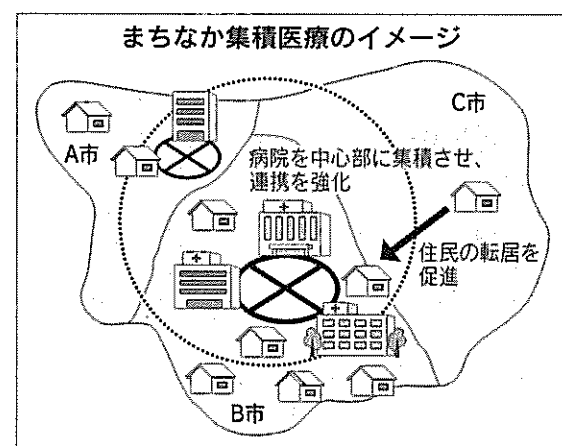
高齢化社会の医療という点では、複数の疾病を持つ高齢者には急性期ケア、回復期ケアなど各種ケアを連続的、継続的に提供するネットワーク化した医療が必要となる。「患者中心の医療」という観点からも医療施設の集積が必要となるのである。

まちなか集積医療を推進していくためには、医療施設の整備や医療経営のガバナンス体制を整備することが必要となる。この医療ガバナンスの問題は2つに大別される。

一つは、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(統治)」である。これが特に問題になるのは公的医療機関である。公的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、予算の制約を意識しない「ソフト・バジェット」状態になりやすい。前述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、県立病院の経営を比較すると、事業管理者が責任者となつて、独自の人事・予算執行権が認められている病院の方が経営効率が良いという結果が出た。これは、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。

もう一つは、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「マクロのガバナンス」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「1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「2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「3次医療圏」という3つの階層で整備が進められている。

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である。1次医療圏(市町村)と2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、2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イヤーによる「ヘルスケア・ボード」(協議機関)を置くことを提案している。



次に、医療施設の都市中心部への立地を促すことは、中心市街地の空洞化問題の一つの解決策となりうる。地方都市では中心市街地の空洞化が

も一つは、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(統治)」である。これが特に問題になるのは公的医療機関である。公的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、予算の制約を意識しない「ソフト・バジェット」状態になりやすい。前述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、県立病院の経営を比較すると、事業管理者が責任者となつて、独自の人事・予算執行権が認められている病院の方が経営効率が良いという結果が出た。これは、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。

もう一つは、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「マクロのガバナンス」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「1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「2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「3次医療圏」という3つの階層で整備が進められている。

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である。1次医療圏(市町村)と2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、2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イヤーによる「ヘルスケア・ボード」(協議機関)を置くことを提案している。

*この記事・写真等は日経新聞社の許諾を得て転載しています。