

図 1.

疾病管理パラダイム

Old World Component Management	New World Integrated Management
<ul style="list-style-type: none"> ■ 細分化されたコンポーネント ■ 各コンポーネントの費用に関心 ■ 出来高払い 利害関係者間のインセンティブ対立 ■ 急性期医療 ■ 新ヘルスケア技術の普及中心 費用コントロールへの関心は低い ■ 行動についての制限は少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ヘルスケア供給者の協働 ■ 疾病に関わる全ての費用に関心 ■ リスクシェアリング 利害関係者のインセンティブは共通 ■ 検診、予防、教育を重視 ■ 費用コントロールと質の向上のための プロセス重視 ■ より効率的、適切な行動への誘導

参考文献

- ¹ DMAA Definition of Disease Management <http://www.dmaa.org/definition.html>
- ² 田中健司：米国ヘルスケアにおける新たな潮流. 損保ジャパン総研クォーターリーVol.41：96～115, 損保ジャパン総合研究所, 2002, 東京
- ³ Gray, J. Lauyer, P: The Promise of Disease Management. Stern, CW, Stalk, G ed.: Perspectives on strategy from The Boston Consulting Group. John Wiley & Sons 1998
- ⁴ 米国医療の質委員会, 米国医学研究所 (医学ジャーナリスト協会 訳)：医療の質-谷間を越えて 21 世紀システムへ (Crossing the quality chasm- a new health system for the 21st Century) 日本評論社 2002
- ⁵ Soumerai SB, McLaughlin TJ, Ross-Degnan D, Casteris CS, Bollini P. : Effects of a limit on Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. N Engl J Med. 8;331(10):650-5. 1994
- ⁶ 2nd Annual International Disease Management Summit <http://www.dmaa.org/2004leadershipforum/summit.asp>
- ⁷ Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen <http://www.iqwig.de/>
- ⁸ Burton, WN. et al: Asthma Disease Management: A Worksite-Based Asthma Education Program. Disease Management 4: 3-14, 2001.
- ⁹ Tsuyuki, RT. et al: A Randomized Trial of the Effect of Community Pharmacist Intervention of Cholesterol Risk Management. Arch. Intern. Med. 162: 1149-1155, 2002.
- ¹⁰ Rubin, RJ. et al: Clinical and Economic Impact of Implementing a Comprehensive Diabetes Management Program in Managed Care. J. Clin. Endocrinol. Metab. 83: 2635-2642, 1998.
- ¹¹ 中野真寿美, 森山美知子, 坂巻弘之：第 4 回 ディジーズ・マネジメントの事例(1)：ジョスリン糖尿病センターでの実践から 医学会新聞 第 2583 号 2004 年 5 月 10 日
- ¹² Goetzel, RZ, Ozminkowski, RJ, Villagra, VG, Duffy, J: Return on Investment in Disease Management. Health Care Financing Review. Summer 26(4), 2005

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究報告書

⑪市町村合併と地域医療

分担研究者 米山正敏 国立社会保障・人口問題研究所室長

平成の市町村大合併が進んでいるが、そうした市町村合併と地域医療（へき地医療を含む。）との関係はどうなっているか。市町村合併で広域的な自治体ができ、これに併せてへき地診療所等の統合を行うと、医療機関の集約化で医療の質の向上が図れたり、医療機関の再編成による複数医師の配置を通じた機能の高度化等のメリットがあると考えられる。しかしながら、都市部ならともかく日本の国土の多くを占める中山間地域では、自家用車を運転できない高齢者が多く、また交通の便が悪いため、へき地診療所等の統合は住民サービス・利便性の低下に繋がる可能性が大きい。また医療は、事が命に関わることから、医療機関が自宅から近いところにある事の危険性は高い。したがって、特に中山間地域の自治体では、医療機能集中による医療の質の向上と医療機関への住民のアクセスの確保をいかに両立させるかが大きな課題であるが、へき地等では後者に重きを置くべきと筆者は考える。

A. 研究目的

平成の市町村大合併が進む中、そうした市町村の合併で医療機関が統合されることも多いと考えられるが、都市部と違う中山間地域で、へき地診療所等が統合することで住民サービスにいかなる影響が出るかを考察することが研究の目的である。

B. 研究方法

- ①ホームページを含む文献サーベイ
- ②現地医療機関のインタビュー調査を基にした考察

（倫理面への配慮）

インタビュー調査の考察を行うために、インタビュー調査の内容を記述したが、その記述の際、当該医療機関に対して倫理面の配慮を行った。

C. 研究結果

市町村合併に伴い医療機関を統合することは、都市部ならともかく中山間地域では、交通弱者である高齢者の利便性は大きく低下する。統合による医療の質の向上とアクセスの確保の両立が大きな課題であるが、へき地等では後者に重きを置いて、市町村が合併して

も安易にへき地診療所等を統合すべきではないと筆者は考える。

D. 考察

市町村合併で保健・福祉サービス等が一か所の会場で行われる場合があるが、これが都市部なら、交通機関も便利がよく、自家用車を運転できる若い世代の人も多いので、会場が遠くなったデメリットよりは、一か所で効率よくサービスが提供できることのメリットの方が大きいことも多いと考えられる。しかし、これが中山間地域などのへき地で、しかも医療機関となると、統合による医療機能の高度化のメリットも大きいものの、交通弱者で病気がちな高齢者が多いことから、医療機関が遠くなることのデメリットもかなり大きいものがあると考えられる。

E. 結論

C.研究結果でも述べたとおり、筆者の考えとしては、市町村が合併しても、特にへき地の医療機関は安易に統合しない方がよいと考えるものである。D.考察で述べた、医療機関が遠くなることのデメリットが、医療機能の高度化によるメリットより大きい場合が多いと筆者は考えるからである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

第 11 章 市町村合併と地域医療

米山正敏（国立社会保障・人口問題研究所）

I. はじめに

合併特例法による市町村合併の申請期限を平成 17 年 3 月 31 日に迎え、平成 10 年度末には 3232 あった市町村は、平成 17 年度末には 1821 にまで減少することとなっている。このことにより、地域の医療資源についても、統合・集約化の傾向が出てきている。本稿では、市町村合併と地域医療との関係について、市町村合併の動きの中で、それがへき地医療を含む地域医療に与える影響について検討することとしたい。まず、Ⅱ. で、市町村合併の背景及び効果並びに三位一体改革の概要等を整理し、Ⅲ. で、市町村合併に伴う医療機関の民営化の実例についての実地調査（インタビュー調査）の結果を報告することとする。続くⅣ. で、本論として市町村合併が地域医療に与える影響につき、Ⅲ. の報告に対する考察と併せて議論し、Ⅴ. で結論を述べることとする。

Ⅱ. 市町村合併の背景と効果等

1) 市町村合併の背景

総務省ホームページ¹によれば、次の 5 つの背景がある。

① 地方分権の推進

平成 11 年に地方分権一括法が成立し、自己決定・自己責任のルールに基づく行政システムが確立した。これにより、地方公共団体の自主性に基づく地域間競争が行われることになり、個性ある多様な行政施策を展開するためには、一定の規模・能力（権限・財源・人材）が必要とされる。

② 少子高齢化の進展

今後、本格的な少子高齢化社会の到来は必然であり、市町村が提供するサービスの水準を確保するためには、ある程度の人口の集積が必要とされる。

③ 広域的な行政需要の増大

人々の日常生活圏が拡大するに従い、市町村の区域を越えた行政需要が増大しており、新たな市町村経営の単位が求められている。

¹ <http://www.soumu.go.jp/gapei/>

④構造改革の推進への対応

国・地方を通じて、極めて厳しい財政状況にある中、国・地方とも、より一層簡素で効率的な行財政運営が求められる。

⑤昭和の大合併（昭和30年前後）から50年が経過（時代の変化）

例えば、交通、通信手段の飛躍的発展に対応して新たな市町村経営の単位が求められている。

以上に述べた5点を背景として、基礎的自治体である市町村の行財政基盤を強化する必要があり、そのための手段として「市町村合併」を行うものである。へき地医療との関係でいえば、上記第2点目、「少子高齢化の進展」により過疎化が進む地域では、診療所等医療機関の統合等の推進によって、ある程度の経営規模を持って効率的かつ良質な医療を提供することが必要になってくると考えられる。ただし、IV. 2) で詳述するように、医療機関の統合で住民の利便性が低下する可能性があることには十分な留意が必要である。

2) 市町村合併の効果

総務省ホームページによれば、次の4つの効果が挙げられる。

①住民の利便性の向上

旧市町村の境界を越えた公共施設の利用・サービスが可能になった。

例) 新潟市では、合併後、旧市町村界を越えて、空きのある保育所を利用することが可能になった。

②広域的なまちづくりの推進

広域的な視点にたって、まちづくりをより効率的に実施できるようになった。

例) 真庭市では、道路等の整備において、地域の個性を活かしたゾーニングにより広い視点からのまちづくりが可能になった。

③サービスの高度化・多様化

専任の職員・組織を置くことができ、より多様な行政施策の展開が可能になった。

例) あさぎり町では、保健師の資格を持った職員が充実し、乳幼児向け予防注射や、成人向けの健康講座を数多く実施できるようになった。

例) 新居浜市では、無医村であった別子山地区に待望の診療所を開設することができ、地域医療の充実が図られた。

④行財政の効率化

それぞれのまちが別々に行っていた仕事をまとめ、行財政の効率化が図れる。

例) 合併に伴い、市町村の三役（首長、助役、収入役）、議会の議員については全国で2万1千人減少し、給料等は年間1,200億円削減されると見込まれる。

例) 西東京市では、合併によって 10 年間で約 190 億円の経費削減が可能になった。

へき地医療との関係でいえば、上記③の新居浜市での例にあるように、へき地診療所の開設のように地域医療の充実が図られることがある。市町村合併によるサービスの高度化が良い方向に影響した例といえる。

ここで、大局的な議論として、市町村合併の根拠を人口移動の面から論じると以下の通りとなる²。「ほとんどの県でこれまでどおり県庁所在地を中心とする主要都市の人口集積がつづくとする、主要都市以外の市町村の人口の減少、高齢化はよりいっそういちじるしいものとなり、行政サービスがあまりに非効率になる自治体、あるいは財政的に存続が困難な自治体が増えることになる。このような過疎の拡大傾向に直面して、今後、非三大都市圏における自治体の再編成やネットワーク化はほとんど不可避の政策選択となる。」

3) 三位一体改革の概要

総務省広報誌(2004.3)によれば、三位一体改革の概要は以下の通りである。

①国庫補助負担金の改革

概ね 4 兆円程度を目途に、廃止・縮減等の改革を行う。

②税源移譲を含む税源配分の見直し

廃止する国庫補助負担金の対象事業の中で引き続き地方が主体となって実施する必要があるものについて税源移譲する。

・税源移譲は、基幹税(個人住民税、地方消費税など)の充実を基本に行う。

・義務的な事業については全額、その他は 8 割程度を目安として委譲する。

③地方交付税の改革

地方交付税の財源保障機能全般を見直し、縮小する。

・地方財政計画の歳出を徹底的に見直し、交付税総額を抑制する。

・交付税の算定見直し(段階補正、事業費補正等)を行う。

・不交付団体(市町村)の人口割合を大幅に高めていく。

へき地医療との関係でいえば、へき地診療所への補助金等は三位一体改革の中でも、補助金として削減の対象とはならず、存続している。国としてへき地医療を推進することの重要性が認められていると考えられる。今後、へき地医療の体制を強化する必要性がますます高まってくると、補助金削減よりは、むしろ補助金の増額も考えられるところである。

²阿藤誠著『現代人口学』日本評論社(2000)

4) へき地保健医療対策検討会報告書(厚生労働省医政局・平成17年7月公表)

³の抜粋

市町村合併を契機に、医療の高度化等をねらいとしてへき地診療所等を統合することが考えられることなどという点について、標記厚生労働省の報告書があるので、関連部分を以下の通り抜粋する。

(抜粋)

・保健医療分野においても、例えば、市町村合併を期に、各地方公共団体が設置した小規模の医療機関を統合し、より高度な医療を地域のネットワークで提供する体制を構築するなどの取組が進んでいる。

・市町村合併は、医療機関の再編成による機能強化など、市町村ごとの保健医療対策を検証する重要な機会である。例えば、合併する各市町村に診療所がある場合、これらを統合し、複数の医師が配置され、常時一定レベルの診療が可能で、他の診療所をサポートする機能を有する中核的な診療所の設置や、一般的な診療所と巡回診療等を組み合わせた体制に再編成すること等により、提供する医療水準の向上と、アクセスと効率性の確保を図ることなどが可能となる。

・限られた医療資源を集中させることによって、より高度な医療機能を確保しつつ、専門医療を担う医師の負担を軽減させることが必要である。一方で入院機能の集中化と、外来機能の分散の取組を同時に実践する地域も存在する。地域におけるへき地・離島の保健医療サービスを支援する体制の構築に当たっては、医療機能の集中化とアクセスの確保のバランスをとりながら計画的に検討する必要がある。

・さらに、市町村合併などを通して公的医療機関の再編成が行われており、へき地診療所についても統合して、複数の医師を配置し、地域の高度な保健医療サービスのニーズに応じるよう目指すことも考えられる。このようなへき地診療所の再編成についても、何らかの支援を行う必要がある。

・複数の診療所を再編成して、医師の複数配置を実現する方策の他、例えば小児科や産科といった診療科においても、集約化を通じて、機能の高度化と、従事する医師の負担を軽減することができる。地域において、医療機関や、診療科の配置を検討し、相互に支援するネットワークの形成が必要である。

³ 同検討会は、地方自治体関係者、地域医療関係者、医師会等の医療団体関係者、医科大学関係者等から構成される。

Ⅲ．市町村合併に伴う医療機関の民営化の実例（インタビュー調査）

ここでは、筆者が平成 18 年 1 月に大分県大分市の佐賀関病院に対し行ったインタビュー調査の結果を紹介する。それに対する考察はⅣ．で行う。

①大分市の概要

平成 17（2005）年 1 月 1 日、旧大分市、旧野津原町、旧佐賀関町が合併して新大分市が誕生した。なお、旧佐賀関町は、旧大分市に吸収（編入）合併された（対等合併ではない）。この合併で成立した新大分市（以下単に「大分市」という。）は、人口 454,424 人（高齢化率 15.1%）、産業構造は第一次産業 2.4%、第二次産業 26.0%、第三次産業 71.5%である（データはすべて 2000 年国勢調査に基づく）。ただし、旧佐賀関町は 2000 年国勢調査によると、高齢化率は 30.7%と、かなり高齢化が進んでいる。大分市の中でも、旧佐賀関町では、漁業やみかん栽培など第一次産業が盛んな他、日本でもトップクラスの銅の精錬業がある。

②佐賀関病院の概要

平成 16（2004）年 4 月、医療法人関愛会を設立。旧大分市と旧佐賀関町が合併することに伴い同年 6 月、佐賀関町国民健康保険病院（佐賀関町立病院のこと。以下「町立病院」という。）を廃止し、医療法人関愛会に運営委譲を行う。同年 7 月、医療法人関愛会佐賀関病院（以下単に「佐賀関病院」という。）が発足（町立病院の民営化）。平成 17 年 12 月、現在の病院に新築。

③佐賀関病院の規模・人員

病床数は、町立病院の時は 126 床、佐賀関病院に変わって 113 床（一般病床と療養病床との混合病床）、現在の新築された病院で 90 床（一般病床：50 床、療養病床 40 床）。この 90 床に減床したときには、医療近代化整備資金事業の補助金を受け取る（大分市は病床過剰傾向。病床を減らす代わりに国から補助金を受給するもの）。医師、看護師等の数は、全雇用維持のため、民営化して佐賀関病院に変わったときには変えていない。

④周辺の交通

交通は、JR 大分駅からバスで 1 時間 20 分程度、本数は 1 時間に 1、2 本であり、自家用車がないと不便である。ただし、旧大分市には 70 歳以上を対象にしたバス運賃の割引をするワンコインバスというサービスがあって、これが大分市になって旧佐賀関町にも適用されるようになった。それが市町村合併のメリットの一つとも言える。

※以下、筆者と病院との一問一答。

筆者：町立病院を医療法人関愛会に運営委譲を行う（民営化）際にどんな困難が生じたか。

病院：旧大分市が旧佐賀関町を吸収合併する際の条件として、大分市による大分市立病院は設けないという条件があり、町立病院を廃止するという議論が

出てきた。そのため、旧佐賀関町は対応に苦慮したほか、その廃止の方針に従った町立病院の民営化（関愛会への譲渡）に対しては、公立の病院が民間（個人）の物になることへの住民の抵抗感があった。

筆者：民営化に係る住民の声をもう少し詳しく説明して欲しい。

病院：町立病院時代の医療サービスの水準の維持を住民は求めていた。町立病院が完全に無くなると、車で30分はかかる国立病院機構大分医療センターしか大きな病院はなくなり、不便になるということもあり、町立病院の位置に、病院が存続することを望む声は高かった。結局、合併に伴う市立病院の廃止という旧大分市の方針に従って町立病院は廃止されたが、関愛会への運営委譲（民営化）によりほぼ同じ位置に佐賀関病院が出来た。

筆者：大分県内で、市町村合併に伴い、へき地診療所の統合をした例はないのか。

病院：佐伯市が出来たとき、へき地診療所が統合している。

筆者：民営化で経営の効率性、医療の質は高まったか。

病院：町立病院時代は、職員の高齢化等に伴い人件費が右肩上がりであったが、民営化して、機能評価という形で勤労意欲を高めたことなどにより経営の効率性が高まった。また、機能評価と併せて、トップダウンで医師等に研究会へ参加させたこともあって、医療の質は高まった。さらに、民営化により、職員みな、稼がなければ潰れるという真摯な気持ちを持つようになったことも大きい。

筆者：佐賀関病院はへき地診療所ではないが、（注：佐賀関病院はへき地医療支援病院に指定されている）一般的に言って、へき地診療所の運営につき市町村ないし市町村合併が果たすべき役割は何か。

病院：市町村が合併して、行政組織が大きくなると、行政がへき地診療所に向けるエネルギーが少なくなるのではないかと。また、へき地の現場での意見が市町村行政の中央に届きづらくなってきた気もする。したがって、へき地診療所が統合しても、地域のためになっていないケースも見られる。また、医療機関全体に言えることだが、公務員が病院運営することには限界がある。公設民営が、一番やりやすいのではないかと。へき地にも、民間のノウハウを導入する余地はある。

筆者：介護や保健の活動は行っているか。

病院：介護については、保健福祉総合施設ひまわりを運営し、通所デイサービス、訪問看護ステーション、居宅介護事業等を行っている。保健については、町立病院時代の保健センターが、民営化に伴い大分市のものになったので、現在は保健師を一人病院に雇い、人間ドック等健診事業、生活習慣病対策、健康教室の開催などを行っている。

筆者：佐賀関病院はへき地医療支援病院であるが、どのような活動を行っているか。

病院：私（＝理事長）も自治医科大学の出身だが、町立病院の時代から、へき地診療所に代診医を派遣している。現在は、月に二回、姫島診療所に一人の医師を派遣している。

※インタビューの最後に、病院側のまとめのコメントあり。

「10年先まで見据えた『会計の透明性』と『公共性』の維持を図っていかないと、佐賀関地区の医療が継続されなくなってしまう。」

IV. 市町村合併の医療機関等への影響について

Ⅲ. で報告した事例は、へき地診療所の合併という典型的な例ではなく、病院の民営化という意味での医療法人への譲渡であり、医療機関の集約化とも意味が異なるものである。しかしながら、市町村の合併で生じた民営化であり、民営化後に経営の効率化が達成されているという面でも、本稿の議論に示唆を与え得るものであると考える。

1) Ⅲ. のインタビュー調査結果についての考察

- ①町立病院を民営化して佐賀関病院にした時に、医師・看護師等の数を減らしていないのは、全雇用維持の観点からのものではあるものの、医療の質を維持することにもなったと考えられ、評価できる。
- ②旧佐賀関町は高齢化が著しいので、病院への交通の確保が大きな課題と考えられるが、旧大分市におけるワンコインバス・サービスが市町村合併で旧佐賀関町にも適用されることになった意義は大きいものであると考える。
- ③町立病院は、旧佐賀関町が旧大分市に吸収（編入）合併されたことに伴い、医療法人関東会に譲渡されるという形で民営化されたが、これとは異なる形として、公立病院において「指定管理者制度」を導入しようという動きが出ている⁴。これまで、集会施設、体育館、社会福祉施設など公の施設の管理主体は、地方公共団体自らが行う場合を除き、地方公共団体が二分の一以上出資している法人や公共的団体などに限定されていたが、2003（平成15）年の地方自治法改正により、条例の定めるところにより、議会の議決を経て、自治体が指定する団体に管理を代行させる「指定管理者制度」が設けられ、公の施設に係る管理主体の範囲が民間事業者まで拡大されたのである。
- ④旧大分市は公立病院（大分市立病院）を設置しないという方針であったが、旧佐賀関町民の声として町立病院の位置に病院が欲しいとの声があったため、町立病院を民営化して場所を同じくしてスタートした。住民の声が反映されたとも言えるが、旧佐賀関町は旧大分市へ吸収（編入）合併されたため、吸収する側の旧大分市の方針に従わざるを得なかった面がある。
- ⑤旧佐賀関町民は、町立病院時代の医療の質を維持することを求めているが、

⁴藤内修二・福永一郎著『市町村合併と保健活動』保健計画総合研究所（2004）

佐賀関病院になって、病院内においてトップダウンで医師等に研究会へ参加させることにより、医療の質が向上したのは評価できることである。また、民営化して一番良かったことは、機能評価の導入等により、病院経営の効率性が高まったことであろう。

- ⑥市町村合併に伴い、へき地診療所が統合した例が大分県内では佐伯市にあるということであるが、必ずしも市町村合併に伴いへき地診療所が統合するとは限らないと考えられる。その背景には、統合により地理的に遠くなるとへき地では交通機関も発達していないので利便性が大きく低下することが考えられる。
- ⑦市町村合併により、へき地診療所に対する市の目配りができなくなってきたのではないかと病院側の指摘は示唆に富む。市町村合併の効果として、自治体の行財政基盤が強化され、住民サービスが向上するという面がある一方で、住民と行政との距離が遠くなり、住民に対するきめ細やかなサービスができなくなるという面もある。大分市の例では、へき地医療については、後者である可能性があることになる。
- ⑧佐賀関病院として、町立病院時代から保健活動を重視してきたことは評価できる。現在は保健師を一人雇って、種々の保健事業を展開しているが、こうした個々の病院でのミクロな活動が、国の医療費適正化というマクロな効果に結びつくものであることから、今後も「保健重視」は続けていくべきと考える。
- ⑨佐賀関病院はへき地医療支援病院として、月に二回、離島のへき地診療所である姫島診療所に、医師を一名派遣しているということであるが、現理事長も自治医科大学の出身であり、へき地医療に熱意があると考えられる。今後も、自治医科大学出身者がへき地医療で活躍することが期待される。
- ⑩「会計の透明性」は、情報公開の時代、当然に求められることである。「公共性」の維持は、民間病院といえども、常に高い公共性を目指していこうとするものと考えられる。運営は民間的に効率的に行いつつ、医療サービスの提供には、公共性という理念が必要なのである。

2) へき地診療所等の統合に対する示唆（文献サーベイより）

「市町村合併における保健活動」（2005）⁵の市町村実態調査によれば、市町村合併で、公立病院の統合が計画された例や、無医地区に診療所が設置された例がある。

前者は、統合による「規模の経済」を狙ったものと考えられる。「規模の経済」については、例えば市町村役場の場合、「住民数と役所の支出額との関係

⁵ 市町村合併における保健活動の推進に関する検討会・編『市町村合併における保健活動』（財）日本公衆衛生協会（2005）

は、住民数（自治体の規模）が多くなるにつれて住民1人当たりの額が少なくなり（財政の効率性が高まり）、ある規模を超すとまた多くなる」という経験則がある⁶。このうち、住民1人当たりの額が少なくなる間が、規模の経済が発生している状況である。

後者は、市町村合併により市町村の行財政基盤が強固になったため、住民へのサービスが向上したことによるものと考えられる。

ただし、へき地診療所同士で統合することは（Ⅲ. のインタビュー調査で、このような例があることが確認された）、住民との地理的距離が離れてしまうことによる住民の利便性の低下が大きいと考えられる。たとえ、へき地でなくとも、例えば前掲書（2005）によれば、市町村合併により保健事業の会場まで住民が行くのが遠くなったという苦情が出てくることもある。へき地では、その交通の問題が、尚更のこと大きくなることは容易に想像できる。

前掲書（2005）によれば、市町村合併直後の保健事業等の担当者（保健師等）の通常執務する場所の配置について、「本庁と支所、保健センター等への『分散配置』」が最も多く、次いで「本庁または保健センター等1か所への『集中配置』」が多かった。へき地診療所を統合することは、ここでいう（医師等の）『集中配置』に当たるが、前掲書（2005）によれば、新市の面積が200平方キロ未満の場合は約半数が『集中配置』になるのに対し、200平方キロ以上では『分散配置』の方が多くなる。このような具合に、保健師等の配置の在り方は（医師の場合もそうであろうが）、地理的条件により異なってくることが考えられる。

ここで、「市町村合併と保健活動」（2004）⁷の中の、「I 地方自治の視点から見た市町村合併の課題」の医療に関わる部分の一部について、以下の通り抜粋する。

「まず、そもそも『地方自治』とは、『団体自治』と『住民自治』との二つの要素からなる。前者は、地方自治法第1条中の『国と地方公共団体との基本的な関係を確立する』に関わるもので、市町村合併により、自治体の規模を大きくし、地方公共団体として自主財源の割合を増やすなど、『基礎体力』の向上をめざすのは、この「団体自治」の確立をめざすものである。後者は、同法同条中の『民主的にして能率的な行政の確保を図る』に関わるもので、地方公共団体が一組織として、民主的に運営されることを求めるものである。さて、市町村合併で自治体規模が大きくなることは、団体自治の確立には資するものの、地方自治体の民主的な運営、すなわち『住民自治』の確立を難しくするものである。したがって、現在の市町村合併の流れは、地方自治のうちの『団体自治』のみがクローズアップされ、『住民自治』が軽視されている

⁶ 丸山康人編・著『自治・分権と市町村合併』イマジン出版（2001）p.44 参照。

⁷ 脚注4に同じ。

ることに注意を払うことが必要である。こうした『住民自治』軽視の流れの中で、自分たちの暮らしに直結する保健・医療・福祉サービスがどう変わるか、その検討に住民が全く関与できないまま決められてしまえば、住民はもはや、自分たちのことを自分たちで民主的に決めるという『住民自治』の機能を失い、行政に対して、受身的になってしまうことも懸念される。そこで、住民組織活動を通じて、『住民自治』の機能の回復を図る必要が出てくる。そうした『住民自治』の機能回復は、保健や福祉など（医療も含まれると筆者は考える）、身近なサービスに対して、住民がその確保のための政策決定に参画することにもつながることが期待される。」以上が抜粋である。Ⅳ.

1) でも触れたように、Ⅲ. の事例では、町立病院の位置に町立病院の質を維持した病院が存続することを望む住民の声が高く、それが活かされたことも町立病院の位置に、同病院が佐賀関病院に生まれ変わって存続できた要因の一つと考えられる。

次に、前掲書（2004）により、医療ではなく保健の例ではあるが、医療にも参考になるものとして、母子保健事業の代表的なものである乳幼児健康診査の事業実施場所について見てみよう。本書における自治体調査によると、「乳幼児健康診査は、市町村合併後、中央の保健センター一か所で実施されている自治体が多かった。特に、旧町保健センターに保健師を分散配置している宮城県加美町においても乳幼児健康診査は一か所で実施されていた。乳幼児健康診査を一か所で実施することにより、毎月実施が可能になり、健診機会が増えること、小児科医や心理判定員などの専門職種の確保が容易になり、質の高い健康診査ができることがメリットと考えられていた。一方、健診会場までが遠くなることによるデメリットについては、自家用車で健康診査を受診する親がほとんどという状況から、それほど問題にはされていなかった。地域の中心部で開催されるため、健診のついでに買い物ができるといった利便性も評価されているのかもしれない。」ということであった。

ただし、対象者の年齢層次第によっては、やはり物理的に遠距離になると不便になるケースがある。前掲書（2004）によれば、住民組織としての食生活改善推進協議会が市町村合併に伴い合併したことにより、乳幼児健康診査を受診する若い親の場合と異なり、会員の中には運転免許を持たないために（70代女性の運転免許保有率は約3割）、合併後の組織活動から足が遠のいてしまうという人も少なくないとのことである。へき地診療所の場合でも、統合に伴い同様の状況になると考えられる。

さらに、「地方自治・未来への選択」（2002）⁸により、市町村合併が求められている理由を探ると、総務省の担当者の言葉として、以下のとおりとなる。つまり、「昭和合併から半世紀経った。五十年前の地域は電話・テレビ・自動

⁸加茂利男著『地方自治・未来への選択』自治体研究社（2002）

車もほとんどなく、生活における時間的・空間距離、したがって生活圏もいまとはまったく異なっていた。いまは電話・FAXはもちろんインターネットやEメールの普及で情報のネットワークが広くはりめぐらされ、道路も格段の整備がなされて住民の生活圏・行動域は大きく広がった。その結果、公共サービスの受益の範囲は地方税が納税される市町村の枠を越えて広がっている。生活圏域・公共サービスの便益を受ける圏域と、納税の範囲・負担の範囲に大きなギャップがあり、昭和の合併でつくられた市町村の圏域はもはや間尺に合わない。新しい生活圏、新しい受益と負担のバランスされた公共圏域をつくるために、もう一度合併しなければならない。それが平成の大合併の眼目である」ということになる。

しかしながら、同書によれば、交通通信手段の発達で生活圏が広がり、行政サービスも広域サービスが増えたといわれるが、自動車を運転しないお年寄りや子どもなどの生活圏は依然とさして変わっていないという。したがって、高齢者福祉、障害者福祉、保育・学童保育、地区計画など、高齢者や子ども、障害者などの生活圏・コミュニティ単位できめこまかく行われなければ効果の上がないサービスも増えているということである。筆者は、医療や保健サービスも、福祉同様きめのこまかいサービスの提供が必要なものであると考える。

同書で紹介されている2001年の共同通信社による自治体トップアンケートの結果によれば、合併で懸念される問題について、一番は「住民の意見が反映されにくくなる」(38.5%)、次いで「行政サービスが低下する」(27.0%)となっている。前述したきめのこまかいサービス提供が、広域な自治体の成立でサービス低下に繋がるのが懸念されているのである。保健・医療・福祉はまさにそうしたサービスであると考えられる。

同様に、平野(2005)⁹においても、「合併により基礎自治体の規模が拡張されることで、一定の財政基盤が確保され、各種サービスの提供体制は広域的に整備されようとしているが、一方で合併に伴い行政機関や各種サービスへのアクセスが悪くなる等の懸念がもたれ、合併に対する消極的な姿勢も生まれている。」と指摘されているところである。

⁹主任研究者・平野かよ子『市町村合併に伴う住民参加型の日常生活圏域の設定と保健福祉サービスの提供体制のあり方に関する研究』厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業平成16年度研究報告書(2005)

V. 結論

平成の大合併により、広域的な市町村が大幅に増大する一方、小規模町村の中には、「小さいからこそできる、きめ細やかで個性のある行政サービスの提供」等をねらいとして合併をしない独自路線を貫く自治体もある。日本の国土の多くの部分を占める中山間地域において、きめ細やかな医療の提供体制を維持するためには、へき地診療所等もなるべく統合しない方がよいとも考えられる。もちろん、Ⅱ. 4) で紹介した厚生労働省の報告書にもあるとおり、医療機関の集約化で医療の質の向上が図れるという利点や再編成による複数医師の配置を通じた機能の高度化等も見逃すわけにはいかない。ただ、一言で医療機関の集約化といっても、都市部と中山間地域とでは自ずと条件が異なる。いくら近年、道路網が整備されてきたとはいえ、医療機関が身近なところがないことによる中山間地域での生活の利便性は低い。本論Ⅳ. 2) でも触れたが、市町村合併で乳幼児健康診査を一か所で行うことで、毎月実施が可能になって健診機会が増え、また小児科医や心理判定員などの専門職の確保が容易になり、質の高い健康診査が可能となったが、自家用車を使う若い親にとっては、健診会場が遠くなったことの不便性は小さかったということである。しかし、自家用車を運転できない高齢者が多く、かつ交通も不便な中山間地域ではこうはいかないと考えられる。そして、他の行政サービスに係る施設ならまだしも、人の健康に関わる施設は、ことのほか住民との物理的距離が近いことが要求されるのではないかと。また、Ⅲ. のインタビューにもあったように、市町村が合併して広域的になると、住民への目配りが行き届かなくなる弊害もあり、特に末端のへき地診療所のことまで行政の目が届かないおそれがあることが指摘されている。結局のところ、Ⅱ. 4) で紹介した厚生労働省の報告書にもあるとおり、医療機能集中による医療の質の向上と医療機関への住民のアクセスの確保をいかに両立させるかということが大きな課題である。特に医療サービスの場合、後者のアクセスの確保をより重視すべきと考えられる理由は、事が命に関わるということ、対象が交通弱者である高齢者が多いという他の行政サービスとは異なる大きな特質があることである。

したがって、市町村合併があったからといって、安易に医療機関（特にへき地の）を統合すべきではないというのが筆者の意見である。なお、Ⅲ. で事例紹介したように、市町村合併に伴い病院を民営化して、住民からのアクセスを確保しつつ経営の効率化が行われた事例にも着目すべきである。

参考文献

- 阿藤誠著『現代人口学』日本評論社（2000）
- 総務省『総務省広報誌』2004年3月号
- 市町村自治研究会編『平成の市町村合併早わかりMAP』ぎょうせい（2005）
- 藤内修二・福永一郎著『市町村合併と保健活動』保健計画総合研究所（2004）
- 市町村合併における保健活動の推進に関する検討会・編『市町村合併における保健活動』（財）日本公衆衛生協会（2005）
- 丸山康人編・著『自治・分権と市町村合併』イマジン出版（2001）
- 加茂利男著『地方自治・未来への選択』自治体研究社（2002）
- 主任研究者・平野かよ子『市町村合併に伴う住民参加型の日常生活圏域の設定と保健福祉サービスの提供体制のあり方に関する研究』厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業平成16年度研究報告書（2005）

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究報告書

⑫ドイツ医療保険改革の動向

分担研究者 松本勝明 国立保健医療科学院 福祉サービス部長

ドイツでは、保険料率の維持・引下げと医療供給の質と経済性の向上を目的とした改革が推進されている。そのための手段としては、疾病金庫間の競争を通じて疾病金庫の経営努力を促すことが重視されている。近年の改革では、このような競争的な枠組みを更に発展させるとともに、医療供給の各分野間の適切な連携による医療を確保するために、家庭医の機能強化、統合された医療供給方式及び疾病管理プログラムの導入が行われるとともに、情報提供の改善等による患者の権利の強化が図られるなど、多様な取組みが進められている。

昨年秋に成立した大連立政権においては、国民保険と人頭保険料を巡る大きな意見の対立が見られるが、少なくとも従来の改革を更に発展させることを目的とした政策は今後とも着実に実施されていくものと考えられる。

A. 研究目的

医療供給の質と経済性の向上を図ることが重要な目的となっているドイツの医療保険改革について、その動向を把握するとともに、今後の方向性を展望することにより、医療供給体制の総合化・効率化に関して我が国との比較検討を行うことを目的とする。

B. 研究方法

文献調査等を通じて、ドイツにおける医療保険改革の動向を把握するとともに、今後の方向性を検討した。また、ドイツ人研究者との意見交換などを通じて、検討を深めた。

(倫理面への配慮)

倫理面への配慮は必要ない。

C. 研究結果

この研究を通じて、次のことが明らかとなった。ドイツにおいては、医療供給の質と経済性を高めるための手段として、疾病金庫間の競争を促進することが重視されているが、そのほかにも、医療供給の各分野間の適切な連携による医療の確保や患者の権利の強化を図るための多角的な取組みが可能となる多様な手段の整備が進められている。また、昨年秋に成立した大連立政権においても、従来の改革を更に発展させることを目的とした政策

は今後とも着実に実施されていく状況にある。

D. 考察

ドイツでは、連帯を基礎とする医療保険制度にあっても、疾病金庫間の競争を促進することが重視されている。医療供給の質と効率性の向上を図る観点からこのような競争を重視する政策がどのような効果と問題点を持つのか、また、それと合わせてどのような政策が必要とされ、実施されているのかを把握することは、医療供給体制の総合化・効率化について検討するうえで重要な意味を持っている。

E. 結論

医療保険財政の安定と患者本位の質の高い医療の確保を両立する上で、医療供給の質と効率性の向上を図ることは極めて重要な意味を持っている。ドイツの例が示していることは、このような目的は、疾病金庫間の競争の導入のような方策だけで達成可能なわけではなく、医療供給に存在する構造的な問題を解決するための多様な取組みが必要となることである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

「ドイツ社会保障の動向－連邦議会選挙後の展望<上>・<下>」『健康保険』59(12), 2005年, pp.52-57., 60(1), 2006年, pp.8-15.

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

第 12 章 ドイツ医療保険改革の動向

松本勝明（国立保健医療科学院）

はじめに

ドイツにおいては、昨年秋に実施された連邦議会選挙の結果、新たに、キリスト教民主・社会同盟(CDU/CSU)と社会民社党(SPD)の二大政党によるいわゆる大連立政権が誕生した。

それまでに 7 年間続いた社会民主党及び同盟 90・緑の党(Bündnis 90/Die Grünen)による連立政権(以下「シュレーダー政権」という。)は、社会・経済の構造変化に対応した包括的な改革の実施を最大の政策課題として位置づけ、医療保険制度に関しても改革のための様々な取組みを行った。そのなかで、医療供給の質と効率性の向上を図ることは、最も重要な目的のひとつとなった。しかし、これらの取組みによって、人口高齢化の進展や医学の進歩などがもたらす問題が全て解決したわけではなく、改革の継続的な実施が必要となっている¹。

今後の医療保険制度のあり方については、昨年秋の連邦議会選挙において、キリスト教民主・社会同盟と社会民社党の考え方が真っ向から対立し、両党間での最大の争点のひとつとなった。このような経緯からみて、両党による大連立政権が医療保険に関してどのような政策を実施していくのかが大いに注目されるところである。

そこで、本年度の研究においては、医療供給体制の総合化・効率化について我が国との比較検討を行うことを目的として、まず、近年におけるドイツの医療保険改革の動向を把握するとともに、今後の方向性を展望することとした。

1. シュレーダー政権下の改革

シュレーダー政権の下では、医療保険の包括的な改革を行うための法律として、1999 年には 2000 年医療保障改革法(GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)が、さらに、2003 年には公的医療保険近代化法(GKV-Modernisierungsgesetz)が制定された。このほか、2000 年から 2002 年までの間にも、医療保険の個別分野にかかわる法改正が行われた²。

¹ Ebsen I./Knieps F., Krankenversicherung, in : von Maydell B./Ruland F.(Hrsg.), Sozialrechtshandbuch (SRH), 3. Aufl., Baden-Baden 2003, S. 14.

² そのようなものとしては、診断に応じた包括報酬制度(DRG システム)の病院への導入に関する法律(Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser)、薬剤予算制廃止法(Arzneimittelbudget-

以下においては、これらを通じて実施された改革の目的及び内容を総括するとともに、その評価を行うこととする³。

(1) 改革の目的

ドイツの医療保険は、全ての被保険者に対して、その年齢、性別及び所得のいかんにかかわらず必要な医療が受けられることを保障しているが、これを将来にわたって維持・発展させるためには、一層の改革が必要となっている。

その理由の一つは、医学の進歩や高齢化の進展により、今後とも、医療保険において収入の増加を上回る支出の増加がもたらされると予想されることにある。このような状況に対して保険料率の引上げにより対応することはもはや困難となっている。なぜならば、ドイツ経済が国際競争の中に一層組み込まれる中で、保険料率の引上げは、賃金付随コストを上昇させ、産業の立地場所としてのドイツの魅力を更に失わせることにより、国内雇用を悪化させる恐れがあるからである。このため、保険料率の維持あるいは引下げを図ることは、シュレーダー政権下の医療保険改革における重要な目的となった⁴。

また、現状の医療供給には、異なる分野(例えば、外来と入院)での連携が欠如しているなどの構造的な問題が存在している。このため、医療には多くの費用がかけられているにもかかわらず、必ずしも十分な効果が上がっていないことが指摘されている⁵。このような問題を解決するために医療供給の質と効率性を高めることは、医療保険改革のもうひとつの目的となった。

保険料率の維持・引下げと質の高い医療の確保という一見対立的なこの二つの目的は、医療供給の効率性を高め、無駄を省くことができれば、両立可能であると考えられた⁶。

Ablösungsgesetz)、薬剤支出制限法(Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz)、公的医療保険におけるリスク構造調整の改革のための法律(Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung)などが挙げられる。

³ 2000年医療保障改革法及び前掲の個別分野の改正法の詳細については、拙著『ドイツ社会保障論Ⅰ - 医療保険 - 』信山社2003年を参照されたい。また、独語文献では、Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Übersicht über das Sozialrecht, 2. Aufl., Nürnberg 2005, S. 142 ff.において、2005年までの医療保険改革の動きが述べられている。

⁴ Koalitionsvertrag zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und Bündnis 90 / Die Grünen vom 20. Oktober 1998, Gerechte Steuern, ökologische Steuer- und Abgabenreform, 3. Senkung der Lohnnebenkosten durch eine ökologische Steuer- und Abgabenreform.

⁵ 医療協調行動会議の専門家委員会(Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen)が2000年12月に取りまとめた報告書(Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit)によれば、ドイツの居住者一人当たり保健医療支出は、OECD諸国の中でアメリカ及びスイスに次いで第3位であるにもかかわらず、重要な指標でみる限り、その効果は平均以下の水準にある。

⁶ Bundestagdrucksache 14/1245, S. 53.