

□論文□

地域医療と自治体広域化*

山田玲良⁵・横島公司⁶

はじめに

- 1 岩手県沢内村の医療⁽¹⁾
- 2 自治体の広域化と地域医療
おわりに

はじめに

昨今、医療の崩壊が叫ばれている。患者のたらい回しに象徴されるように、救急医療体制が現在危機に瀕している。これは、医師・看護師の減少によるところが大きいとされる。医師数の減少は、国策の医師数コントロールの失敗に起因するところが多い。だが、今国家の責任を糾弾したところで（勿論、その責任は問われなければならないが）、医師の養成には時間・金の両面で、莫大なコストが必要となる。一度医師数を削減方向にシフトさせてしまった以上、よほどの政策的な大転換を行なわない限りは、そう簡単に増加させることは出来ない⁽²⁾。そし

て現実として、医師数の絶対的な不足は病院の医師確保に大きな負担をもたらしている。すなわち、医療サービスを提供する側に急激なコストの高騰化が進んでいるのである。

一方、国民の医療費負担の面から見ていくと、小泉純一郎首相（当時）が行った一連の改革によって大きく状況は変化した。まだ小泉改革の是非については歴史的に評価する段階ではないが、少なくとも、小泉改革が指向した財政規律路線によって社会保障費が削減されたことだけは事実である。さらに医療サービスを維持するために導入したはずの後期高齢者医療制度は、問題改善につながるどころか、深刻な社会問題を引き起こしている。

隊内の医療従事者である軍医が大量に必要となった。陸軍は独自の医師育成システムを持たなかったため、医学部・医学専門学校（医専）卒業者のリクルートによって軍医を賄っていたが、医師の供給数は変わらないため、来るべき軍医の不足に対応できないことが予想された。そのため、陸軍は文部省・厚生省に圧力を加え、医専の増設（臨時医専）、定員増の措置を執らせたのである。文部・厚生両省は、臨時医専の増設は平時に供給過剰をもたらすとして反対したが、副次的要素として「無医村対策や医療行政分野での需要も見込める」ため、臨時的に賛成する、という立場をとった。陸軍の目的はあくまで戦争遂行のためであったが、戦争を生き残った軍医は、そのまま地域に戻り医療活動に従事した（橋本鉦一「軍医増産の教育社会史 臨時附属医学専門部をめぐって」『戦争と軍隊』近代日本文化論10（岩波書店、1999年））。このように、結果として軍医の促成増産は、地域医療に貢献したのである。このことはある意味、陸軍が行った行為のなかで、最も後世において積極的な意義を見出しうることであるかもしれない。

* 本稿は、2007年度札幌大学経済学部附属地域経済研究所研究助成による研究成果をまとめたものである。

⁵ 札幌大学経済学部（札幌大学経済学部附属地域経済研究所研究員）

⁶ 立教大学大学院文学研究科博士後期課程（札幌大学経済学部附属地域経済研究所客員研究員）

⁽¹⁾ 本節を記述するにあたり、及川和男「村長ありき一沢内村 深沢晟雄の生涯」（新潮社、1984年）を参考とした。

⁽²⁾ 日本近代史上、医師を「促成増産」した事例が皆無というわけではない。日中戦争の勃発によって、陸軍は平時を遥かに上回る規模の大動員を行なったため、軍

このように、医療問題は国家による政策判断の誤りが招いた面が大きく、それに地方自治体の財政悪化が拍車をかけた。しかもこれらの問題は、サービスを提供する側、される側の両方にとって、すぐに改善出来る見込みがない点においてより深刻なのである。

だが、需要と供給という面だけで、医療問題を語ることは難しい。なぜなら、医療問題には、都市部と過疎地という地域間格差の問題があるからである。例えば北海道の場合、一口に地方といってもその実情は様々である。札幌を中心とした大都市圏もあれば、典型的な過疎地域もあり、道内であるというだけでひと括りにすることは決して出来ない。だがはっきりいえることは、過疎地域であればあるほど、地域の医療体制を維持することが難しいという事実である。

本州に目を転じると、2008年9月、千葉県銚子市が市立総合病院の休止に踏み切った。市側は慢性的な赤字に加え、市の財政悪化によって医師確保が困難になったためと説明している。休止の決定には財政以外の要素も作用しているとの見方があるが、いずれにせよ、銚子市の事例は、地方財政の疲弊によって、ついに地方自治体が経営する病院の存続が困難になりつつあるという現実が表れたものであるといえよう。だが、もっと恐るべきは、たとえ公立の病院であっても聖域とはならず、赤字であれば廃止され得るといふ認識が次第に社会の常識となりつつあることではないだろうか。

北海道と地域の医療

北海道においては、銚子市よりも早い時期から「医療崩壊」の兆しが現れていた。それは2006年、夕張市が財政再建団体へ転落したときのことである。夕張市は多くの行政サービスのカット・廃止に踏み切ったが、病院もその例外とはならなかった。この事例は、再建団体となった自治体が公的な医療を行なうことが困難になる厳然たる事実をはっきりと示したのである。今後、第2の夕張となる可能性の高い自治体が多

く存在する北海道にとって、地域の医療の崩壊はすぐそこまで迫った現実となりつつあるのである。

だが、赤字であるがために医療を自治体が放棄してしまうことは本末転倒といわねばならない。なぜなら戦後における地域の医療は、お金がないために病院に通えない人たちにも何とか医療を、という思いからはじまっているからである。現代より遥かに貧しかった日本において、医療サービスを誰もが受けられることを目指し、実現したことは、間違いなく戦後社会の進歩であった。その歴史的な流れから見れば、自治体が赤字ゆえに医療から手を引くということは、かつての時代に逆行することに他ならないのである。

地域医療とはなにか

だが、地域の医療にもこれまで全く問題がなかったわけではない。なぜなら、地方が都市部と同じ医療体制を無目的に求めたことが、赤字を拡大する要因となっていたことは否定できないからである。正確に言えば、それを求めたこと自体が問題なのではない。行政が救急医療に対応するため救急車を配備し、さらに医療側が様々な病気に対応するための診療科目や医療機器を充実させるといった、一定の医療体制の平準化を実現するまでの過程においては、それは誤りではないからである。だが、社会のありかたが変化していても、なお地方が都市部の医療体制に追随し続けたことに問題があったのである。

それは言い換えれば、「地域に密着した医療」という地域医療の本質が忘れられているのではないか、ということになる。社会がいかに変わろうと、町や村に人々の暮らしがある限り病気になる。そして、住民の安心して暮らしたいという欲求にいかに応えていくか、それが本来あるべき地域医療のかたちである。すなわち「本来にその地域にとって必要な医療体制」であるのか、その医療のあり方を模索してこなかったことが、問題であったのである。地方において

は、医療を医療提供者だけに委ねるのではなく、行政を含む地域全体で包括的な取り組みが行なわれなければならないのである。

本論では、こういった地域医療の取り組みを考えるため、まずかつて岩手県の寒村、沢内村でなされた地域医療の先駆的な取り組みをとり上げる(第1節)。沢内村の事例を追えば、「地域医療とは何か」という問いに対する答えが、そのまま表れてくると考えられるからである。だが、沢内村の歴史的事例をそのまま現在の地域医療に結びつけることは、一つの理想論の提示に留まってしまう恐れがある。とくに「平成の大合併」や道州制の検討に象徴される自治体広域化への動きは、自治体立医療機関の統廃合の可能性をはらみ、地域医療の将来像を大きく揺さぶっている。それゆえ本論は、自治体立病院の統合が地域住民の受診効用に与える影響の分析に及ぶ(第2節)。簡単な立地モデルによって、地域住民が病院統合を望む条件をいくつか考察する。

1 岩手県沢内村の医療⁽³⁾

わずか半世紀前の岩手県は「家族に病人ができれば即家庭崩壊に陥るという世帯が多数存在しており、病院は、ただ死亡診断書を書いてもらうだけのところ」だったという。いまでは想像することすら難しいが、戦後まもない時期における岩手の偽りのない一面であった。なかでも岩手県和賀郡沢内村(現西和賀町)は、そうした点でもっとも深刻な問題を抱える自治体のひとつであった。岩手の西北部に位置する沢内村は、県内でも有数の豪雪地域である。豪雪のため、冬季には交通が全面的に遮断されてしまうほどであった。

沢内村にとって、冬はもっとも恐ろしいものであった。当時沢内村は、乳児死亡率が70.5(千

人あたり。以下同様。)という高さに象徴されるほど、多くの乳幼児を亡くす村であった(岩手県平均では66.4、全国平均は40.7。全国でも最悪の岩手県のなかで、沢内はもっともひどかった)。その背景は、県下でも最低の1人当たり所得という貧困の問題を抜きに語ることはできない。地場産業を持たず、いわゆる典型的な「貧しい農村」自治体であった沢内村にとって、医者にかかること自体が家族の「迷惑」であった。貧困によって医療費を捻出(したくても)できない状況が、乳幼児や老人といった弱者が命を落とす結果を生み出していたのである。特に冬季は雪によって交通が遮断されるため、医療機関にかかること自体が出来なかった。このような沢内村の状況は「豪雪、貧困、多病多死」の三重苦と表現されている。そしてこれらは、それぞれが密接に絡み合っていたのである。

1957年4月、沢内村長に就任した深沢晟雄^{まきお}は、この三重苦克服に取り組むことを決意する。

(1) 雪害の克服

深沢は「道のあるところを進むのは誰でもできる。道の無いところに道をつける。それは大変なことだが、それをしなければ沢内の僻地性は解決できない」⁽⁴⁾と述べ、雪害の克服に強い決意で取り組むことを表明する。深沢は、当時はまだ珍しかったブルドーザーを村で導入して、除雪を行おうとしたのである。だが問題は、どうやってそれを購入するかであった。当時の沢内村の予算は4000万円程度であったのに対し、ブルドーザーは一台で500万円は下らないと見込まれていたからである。貧しい村がどうやって購入費を捻出するのか、しかもそのような高価な買い物をしても、確実に成功する保証もない。そもそも村民自身が、前近代から苦しめられてきた雪を宿命のものとして捉えていた。克服できるはずが無い、と懐疑的に見ていたのである。深沢は、岩手県にも協力を要請しながら、村民の意識改革をはかるため、村民に

⁽³⁾ 本節を記述するにあたり、及川和男「村長ありき一沢内村 深沢晟雄の生涯」(新潮社、1984年)を参考とした。

⁽⁴⁾ 前掲書、122頁。

よる寄付活動を開始した。そうして集めたお金で進駐軍時代の中古ブルドーザーを購入する。結果から言えば、ブルドーザーの効果は絶大であった。これまで冬季は雪で完全に遮断されていた道は、バスが通れる道路となったのである。あきらめと無力感のなかで耐えて来た村民にとって、真冬でもバスが通るということは夢にも等しかったが、それが実現したのである。

(2) 健康問題

こうして冬季交通を確保させたうえで、深沢は多病・多死という問題に取り組んでいく。深沢は、まずはもっとも弱い層である乳児と老人の早期診断、早期治療をやりたいと考えていた。先述したような乳児の多死状況をなんとか改善しない限り、村の健康は実現できないと考えたためである。

深沢は「乳児死亡半減対策」を決定し、保健活動に乗り出した。具体的には、乳児検診を5、7、8、9、11月の5回にわたって実施し、受診率を80パーセントまで高め、同時に婦人会と協力して、衛生、育児、栄養について学習会を開き、婦人の意識向上をはかった。こうした取り組みを行った結果、1959年には、乳児死亡率は27にまで改善された。わずか2年で、岩手県トップの数値を実現したのである。

その一方で、深沢は医師の確保にも奔走した。しかし、お金のない自治体が医師を確保することは極めて難しい。そのため深沢は、行政が主体となって病気を「予防」するための体制作りをはじめた。1961年から、役場の健康管理課で健康台帳を作る取り組みを開始したのである。これは、医師が世帯毎に治療状況を書き込んで、それを健康管理課がファイル化し、村民の健康状態を把握するものであった。さらに保健婦が村を巡回し、村民個々の状況を把握することも行っている。このように深沢は、保健活動に力を入れることで、村民の病気そのものを予防することをはかったのである。

医療政策というと、治療体制の整備、すなわち病院の整備、拡充、医師・看護師の確保といっ

たことに目が行きがちである。もちろん、それらは必要不可欠なものではある。しかし病院・医師の確保が様々な理由から難しい地域においては、まずは病気を予防することに重点を置くことでも、地域の健康に寄与することは可能であることを沢内村の事例は示している。そしてそのためには、行政と医療のきめ細かい協力体制によって、保健と医療が包括的になされる体制を構築することが必要である。こうして深沢は、行政と医療を一体とする包括的な医療のかたちを作り上げたのである。

(3) 医療費の無料化⁽⁵⁾

そして沢内村は、1961年、1歳未満の乳児、60歳以上の高齢者の医療費の10割給付を開始する。これは日本で初めての試みであった。この医療費無料化の目的は、ひとつには、乳児死亡率ゼロをめざすことであり、そしてもうひとつは老人を病院に集めることであった。後者は今ではわかりにくい考え方であろう。だが、当時の(岩手県の)老人には、「病院は金がかかる場所」として、通院をためらう人が多かったのである。

深沢はその理由について、「……年寄りを姥捨山に送るような考え方が、若い人やお嫁さんの中に出てくるようでは、もう全然問題とならん……自分の生命という一番大事なものにすら遠慮なさっている、生産能力を持たない方々、こういう人々に最初の段階としてしぼったわけでございます」と述べている。すなわち老人医療費無料化の目的は、そういった老人たちを診察の場に向かわせることにあったのである。

こうして、病院で老人や乳児の治療が行なわれるようになると、治療費が病院に入る、それによって病院は黒字化する、という流れもできる。深沢は、病院に「稼いでもらい」病院を黒

⁽⁵⁾ 深沢は、岩手県国保連が主催する保険活動事業春季大学に招かれ、そこで「沢内村における保険活動」と題した講演を行なっている。深沢の地域医療に対する考えを知る上で、この講演はもっとも重要なものと位置づけることが出来る。(前掲書、183-184頁)。

字化することで、一般会計からの補助金を少なくすることも同時に目指したのである。

深沢が乳幼児とお年寄りへの医療費無料化を行うに至った背景には、本来ならば「国民の生命と健康の保障については、すべて国の責任で行われるべき」という考えを持っていたことがあった。深沢の考え方の当否はさておき、少なくとも深沢は国が責任を持たないものをただ黙って見ているわけにはいかないと考えたのだ。こうして、人間生命の尊厳を理念に掲げた「地域包括医療」が、1962年に乳児死亡率ゼロを実現したことで結実したのである。そしてこれこそが、後に「生命行政」と称せられるものであった。

深沢は1963年、志半ばで病のため亡くなっているが、深沢の政策はその後の沢内村の村政にも引き継がれた。沢内村は、1981年、前年比12パーセントの国保税の減税を実施している。全国の自治体が医療費の増大に苦しむなかで、これは驚くべきことであった。沢内村が減税を実現できたのは、老人の医療費が抑えられたことと、高額医療費の負担が大幅に低下したことによる。例えば、1980年度における沢内村の老人1人当たり医療費は17万6236円、実に全国平均34万3751円の半分にとどまった。その結果、1979年からは、毎年3～4千万円の黒字を計上するようになっていった。

(4) 小括

この沢内村の成功によって、一時は老人医療費無料化が全国に広がっていった。しかし1983年、政府によって「老人保健法」が施行されたことで、状況が一変する。この法律は、70歳以上の老人医療を有料にすることを骨子としており、ここに老人医療費無料化は、国策と相反するものとなったのである。次々に無料化をやめる自治体が増え、そして沢内村も、最終的には無料化をやめることを余儀なくされたのである。これをもって沢内村方式の地域医療は終わったのである。だが、これまで見てきたような沢内村の取り組みは、間違いなく地域医療の

ひとつのありかたを示すものであったということができよう。

また現在、老人医療費の無料化によって病院がサロン化し、医療費が激増するという指摘がしばしばなされるが、必ずしもその意見が正しくないことが沢内村の事例からわかる。医療機関が保健活動と連携して、各人の健康状態を把握することが、結果として病気そのものを予防することにつながり、医療費も抑制されるのである。すなわち、医療段階におけるサロン化（診療室に老人があふれる状態）に問題があるのであって、病院で保健活動を行うことによる受診者増の常態化に問題があるのではない。これらは峻別しなければならない。その状態は、医療機関に保健活動を「丸投げ」するのではなく、行政と住民が連携して保健活動に取り組む仕組みを整えることで改善できるのである。

2 自治体の広域化と地域医療

沢内村の地域密着型医療の歴史的成功は、地域医療問題に対する処方箋の参照点として、今日においても色あせることなく輝いている。実際、同様の取り組みを検討する自治体は今なお、確実に存在する⁽⁶⁾。

今日の地域医療の在り方を考える上で避けて通れないのが、自治体の広域化への対応である。近年日本では、「平成の大合併」と称して市町村合併が進められている。また、複数の都道府県が連合して広域自治体を形成する、所謂、道州制の検討も活発である。

自治体広域化の目的の一つは、行政効率の向上である。その一環として、自治体立の医療機関の統廃合が進められる可能性は小さくない。本節では、Hotelling (1929) 型の立地モデル⁽⁷⁾

⁽⁶⁾ 東京都の日の出町は2009年度から、後期高齢者医療制度の医療費について、被保険者の窓口自己負担分を無料にする取り組みを開始する。

⁽⁷⁾ Hotelling モデルは経済理論にとどまらず、選挙競争など、政治現象の研究にも応用されている。Hotelling モデルの詳細な解説は Tirole (1988) を参照。

によって、自治体立病院の統合が地域住民の受診効用に与える影響を分析し、地域住民が病院統合を望む条件をいくつか考察する⁽⁶⁾。その上で、広域自治体における地域密着型医療の可能性について検討する。

$$u(x) = \begin{cases} 1+p & \text{if } x=0 \\ 1-qx & \text{if } x>0 \\ 1+qx & \text{if } x<0 \end{cases}$$

(1) モデル

1次元の立地空間Xにある2つの医療機関について考える。以下、2つの医療機関を病院A、病院Bと呼ぶ。病院Aと病院Bはそれぞれ座標0と1に立地する。病院A付近の住民であっても、病院Bにしかない診療科を受診するには、病院Bまで足を伸ばさなければならない。

病院A付近に住む住民を代表する個人をaで表す。代表的個人aの住居はほぼ、病院Aと同じ座標にあるものとする。個人aは、病院Aへはほんの僅かな距離を歩くだけで行けるが、病院Bへは自宅の最寄り駅から病院Bの最寄り駅まで、電車で移動しなければならない。

個人aが病院Bで治療を受けるときの便益は、移動にかかる時間、金銭、労力など、各種費用の分、病院Aで治療を受けるときの便益より小さくなるとみられる。また、こうした各種費用には、遠方の病院であるが故の固定的なものが含まれる。例えば、電車・バス等への乗り込み・乗り換えに要する時間、特定の交通機関に特有の乗り物酔い、長時間人目にさらされることに対応した念入りの装い等々、様々なものが想起される。

以上の検討を踏まえ、個人aは、自分がかかる病院の立地について、つぎのような効用関数 $u(x)$ をもつものとする。

ここで、 p と q はともに正の数である。 p は、個人aが病院Aにかかるとき、遠方の病院にかかる場合に必要な固定的な費用を支払わずに済むことのメリットを表す。 q は、医療機関で治療を受けることの便益がその居住地からの距離に応じてどの程度縮小するかを表す。例えば、他地域への高速交通網が整備されていない地域では、 q は高くなると考えられる。

立地空間X上の $[0, 1]$ 区間に対して、効用関数 $u(x)$ は図1のような曲線を描く。

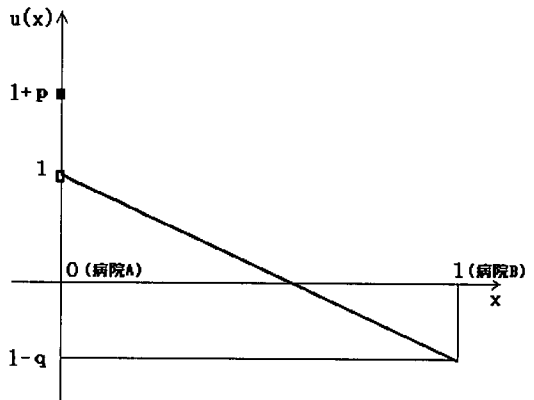


図1

一方、病院B付近に住む住民を代表する個人をbで表す。同様の議論にもとづき、個人bは、自分がかかる病院の立地について、つぎのような効用関数 $v(x)$ をもつものとする。

$$v(x) = \begin{cases} 1+p & \text{if } x=1 \\ 1-q(x-1) & \text{if } x>1 \\ 1+q(x-1) & \text{if } x<1 \end{cases}$$

ここでは、議論を簡単にするため、個人bは個人aと同じタイプの効用関数をもつものと仮定している。図1に効用関数 $v(x)$ が描く曲線を

⁽⁶⁾ 広島国際大学の谷田一久と林行成は、『広島国際大学医療経営学論叢』創刊号(2008年)に発表した論考「自治体立病院の再編統合に関する一考察」のなかで、Hotellingモデルを別の形で応用し、自治体立病院統合の功罪を論じている。谷田・林(2008)は、統合による効率化の効果を明示的に導入したうえで、統合の総便益が総費用を上回る場合でも、統合の影響を受ける地域住民間で医療格差が拡大する可能性を指摘している。

書き加えると、図2のようになる。

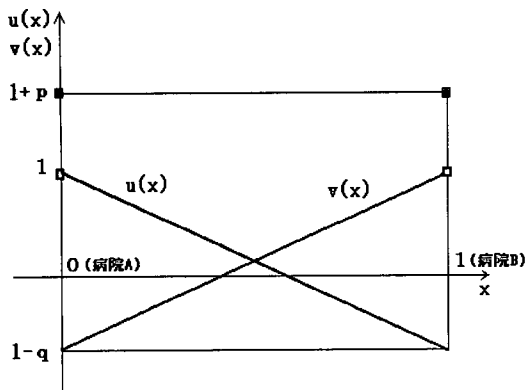


図2

(2) 病院統合に対する賛否の分析

さて、病院Aと病院Bを廃止し、両方の機能を統合した新病院を座標 s ($0 \leq s \leq 1$) に新設するプランを検討する。統廃合によって経営効率が向上すれば、地域住民の負担(補助金ねん出のための税負担等)が軽減されると考えられる。以下では、まずベンチマークとして、経営効率化の効果がないケースについて分析する。

個人aが病院Aと病院Bにかかる比率を $1-\alpha : \alpha$ ($0 \leq \alpha \leq 1$) とおき、個人bが病院Aと病院Bにかかる比率を $1-\beta : \beta$ ($0 \leq \beta \leq 1$) とおく。個人aは個人bより地元の病院Aにかかる比率が高くなると考えられる。同様に、個人bは個人aより地元の病院Bにかかる比率が高くなると考えられる。したがって、少なくとも、 $\alpha \leq \beta$ が成立すると考えられる。

$\alpha \leq \beta$ ならば、図3によって直観的に捉えられるように、つぎの命題を得る。

命題1 個人aと個人bのうち、少なくとも一方は、病院統合に反対する。

[証明] 個人bが統合に賛成ならば、 $(1-\beta)(1-q) + \beta(1+p) \leq v(s)$ 。このとき $\beta < s$ であり、 $\alpha \leq \beta$ だから、 $u(s) < u(\beta) \leq u(\alpha)$ 。ここで $u(\alpha) < (1-\alpha)(1+p) + \alpha(1-q)$ だから、 $u(s) <$

$(1-\alpha)(1+p) + \alpha(1-q)$ 。すなわち、個人aは統合に反対する。逆に、個人aが賛成ならば個人bが反対することも、同様に示せる。

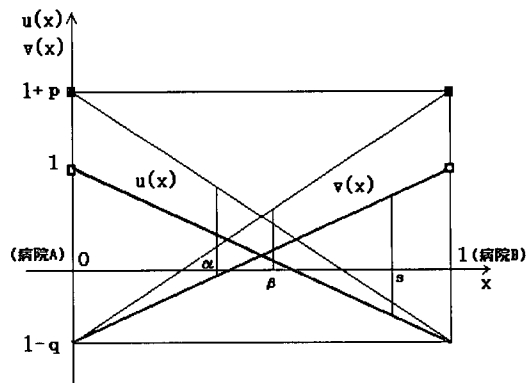


図3

また、図4が示すように、明らかに次の命題が成立する。証明は省略する。

命題2 α が十分小さく、 β が十分大きければ、個人aと個人bの両方が病院統合に反対する。

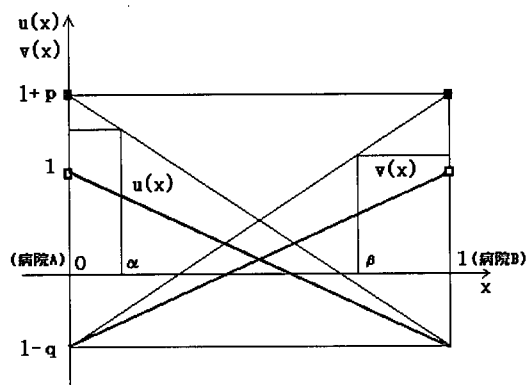


図4

命題1は、統合によって経営効率が向上し、地域住民の負担(補助金ねん出のための税負担等)が減らない限り、少なくとも一方の地域の住民は病院統合を支持できないことを表してい

る。また、命題2は、地域の住民がそれぞれ地元の病院をよく利用するときは、統合後の病院をどこに立地させようとも、すべての住民が統合に賛成しかねることを表している。

命題1の背景には、病院統合によって至近の医療機関を利用できなくなる不便がある。病院の立地は利用者にとって切実である。この点の実例は豊富にある。最近では、福岡市立こども病院の人工島移転計画が市民の強い反発を受けている。移転によって施設が充実するとしても、利便性の高い立地に旧来の施設で営業する方を望む声は大きいようだ。裏を返せば、立地面の利便性を犠牲にしても納得できるだけの経営効率の格段の向上、施設・設備の大幅な拡充等がない限り、病院の統廃合は多数の支持を受けにくいとみられる。

さらに、沢内村のような地域密着型医療が行われる場合、地域住民が地元の医療機関にかかる割合は当然大きくなるはずである。例えば、予防医療に力を入れれば、健診が日常的に行われるようになる。基本的な健診を遠隔の医療機関で受けるとは考えにくい。予防医療への注力は地元の医療機関の比重を高めるであろう。つまり、命題2の条件が揃いやすい。この場合、病院統合やその背景となる自治体の広域化は、地域住民の拒絶反応を誘発しやすいだろう。

(3) 小括——広域自治体における地域密着型医療の可能性

自治体の広域化を背景として、無理に地域医療機関の統廃合を進めれば、地域密着型医療の基盤を損なうことになる。命題1や命題2は、そのことに対する地域住民の懸念を浮き彫りにする。市町村合併や道州制の導入による公的機関の統廃合は、とくに医療の分野においては、地域住民の支持が得られにくい。

ただし、病院統合によって効率化を進めながら、地域密着型医療を実現する余地はある。例えば、広域をカバーする基幹病院制度を確立しながら、各地域には予防診療を含め、日常的な診療需要に対応できる施設を残していく方法が

考えられる。この場合、地域住民にとっての利便性の低下を抑制しながら、大規模医療機関が広域内に併存する非効率性を一定程度解消することができよう。

おわりに

本稿は先ず、老人医療費無料化の先鞭をつけたことで有名な岩手県和賀郡沢内村の取り組みを概観し、医療費の助成を呼び水とする地域ぐるみの保健活動が、地域住民の健康を増進させるだけでなく、医療費の抑制にも一定の効果を発揮したことを指摘した。このことは、予防診療も含む積極的な保健活動に資源を投じることが、結果的に、医療全体の効率化につながる可能性を含意する。実際、保健活動によって傷病を未然に防げれば、治療のための医療費が不要となるだけでなく、治療期間中の休業等による個人的・社会的損失も回避できる。今後は他の自治体の取り組みも調査し、保健活動の有効性についてより総合的に検証していきたい⁽⁹⁾。

地域ぐるみの保健活動には地域密着型の医療機関が欠かせない。そこで本稿は、自治体広域化による行政効率化の流れが強まっていることを踏まえ、地域医療機関の統廃合による広域医療機関の整備が地域住民の利害にどのような影響を及ぼし得るかも検討した。その結果、地域医療機関の統合は、少なくとも相当の効率化が期待できない限り、地域住民の利便性を犠牲にすることを正当化できないことが判った⁽¹⁰⁾。

なお、本稿の研究には多くの課題が残されて

⁽⁹⁾ 1952年に北海道初となる老人保健センターを設置した鷹栖町など、北海道においても、住民の保健活動を熱心に推進する自治体は少なくない。鷹栖町の取り組みについては、小林勝彦「オオカミの桃の里に生きる」（ぎょうせい、1994年）参照。

⁽¹⁰⁾ これに関連して、広島国際大学の谷田一久と林行成は、注8で紹介した論文の中で、たとえ統合による効率化が全体の費用対効果をプラスにするものであっても、統合の影響を受ける地域住民間で医療格差が拡大する可能性も考慮すれば、統合を正当化できる余地は極めて小さいと主張している。

いる。沢内村の成功例が他のタイプの異なる様々な自治体にも通用するか、また、後段のシンプルなモデル分析の結果が現実の状況と整合するか、それぞれ詳細な検討が待たれる。われわれも引き続き、後続の研究に取り組んでいきたい。

参考文献

- [1] 青木保編（橋本鉦市ほか執筆）『戦争と軍隊』近代日本文化論 10（岩波書店、1999年）。
- [2] 岩手県医療局編『岩手県立病院三十年の歩み』（岩手県医療局、1981年）。

[3] 及川和男『村長ありき——沢内村 深沢晟雄の生涯』（新潮社、1984年）。

[4] 太田祖電・田辺順一『沢内村奮戦記：住民の生命を守る村』（あけび書房、1983年）。

[5] 小林勝彦『オオカミの桃の里に生きる』（ぎょうせい、1994年）。

[6] 谷田一久・林行成「自治体立病院の再編統合に関する一考察」『広島国際大学医療経営学論叢』創刊号 1-8 頁（広島国際大学、2008年）。

[7] Hotelling, H. H. (1929) "Stability in Competition," *Economic Journal*, Vol.39, pp41-57.

[8] Tirole, J. (1988) *The Theory of Industrial Organization*, MIT Press.