

## 《論 文》

## 定住自立圏と地域医療連携

下 平 好 博

## 目次

## はじめに

1. 定住自立圏とは？
2. 定住自立圏の実例
  - (1) 南信州定住自立圏
  - (2) 北しりべし定住自立圏
3. 生活機能の強化＝地域医療連携はうまくいっているのか？
  - (1) 地域医療を評価するうえでの3つの基準
  - (2) 南信州定住自立圏における地域医療連携
  - (3) 北しりべし定住自立圏における地域医療連携
  - (4) 両定住自立圏における医療保険制度の＜持続可能性＞

## おわりに

## はじめに

21世紀に入ってわが国は人口減少社会へ突入した。そしてこの趨勢は、二を大きく下回る現在の合計特殊出生率を前提にすれば、今後100年は続くだろうと予測されている。他方、地方に目を転じれば、人口減少はいま始まったわけではない。大都市への人口流出が続いた高度経済成長期にいくつかの県では人口減少が起きていたし、また死亡率が出生率を上回るという形で人口減少も20世紀の末からすでに始まっていた。

ところで、地方にとってもっとも深刻な問題は、この人口減少が今後30年間にこれまで以上の速さと地域的なひろがりの中で起こることにある。たとえば、国立社会保障・人口問題研究

所が行った『日本の市区町村別将来推計人口』によれば、2005年から2035年にかけて人口が減少する市区町村の数は、全国1805の市区町村のうち実に1767にものぼり、同じ期間に20%以上の人口減少を経験する市区町村の割合も64%に達すると予測されている（国立社会保障・人口問題研究所2009）。

このことは、個々の基礎自治体において今後、住民の生活ニーズを充足するに必要な行政サービスを維持することが非常に難しくなることを意味している。このような状況の中でいま、基礎自治体に用意されている選択肢は次の3つといえよう。ひとつは、基礎自治体の数を3230から1795にまで削った平成の大合併に象徴されるように、周辺市町村と協議して市町村合併を推進進めることである。ふたつ目は、行政機能の

いくつかについて、地方自治法に基づいて周辺市町村と広域連合を組織することである。そして3つ目が、ここに取り上げる、より緩い形で定住自立圏協定を締結することである。

本稿ではまず、定住自立圏とは何かを明らかにしたうえで、すでにスタートしている南信州定住自立圏と北しりべし定住自立圏の2つの事例を取り上げ、それらの狙いと進捗状況を紹介したい。そしてさらに、定住自立圏の目玉のひとつである地域医療連携に焦点をあて、この分野において両定住自立圏でそれぞれいかなる実験が行われているのかを明らかにし、これらの2つの事例から定住自立圏の今後の在り方についていかなる教訓が引き出されるのかを示すことにしたい。

なお、以下で述べる内容は、筆者が2011年10月から11月にかけて数回に分けて行った両定住自立圏でのヒアリング調査に基づいている。貴重な時間を割いてご協力いただいた関係者の方々には、この場をお借りしてお礼申し上げます。ただし、文責は一人筆者にあることはいまでもない。

## 1. 定住自立圏とは？

定住自立圏構想が打ち出されたのは、自公福田政権時代の増田寛也総務大臣のもとである。2008年1月に、総務省に定住自立圏構想研究会が立ち上げられ、都合7回の議を経て、同年5月に報告書が提出されている。この報告書を受けて、同年6月に定住自立圏構想を国の地域政策として推進していくことが閣議決定され、以後、定住自立圏を先行実施する自治体を募集するとともに、定住自立圏の具体的な策定手続きを定めた定住自立圏構想推進要綱が発表されている（同年12月）。

定住自立圏構想の特徴は、かつての全国総合開発計画の開発単位であった広域市町村圏とは

異なり、行政圏域ではなく住民の生活圏域あるいは経済圏域として考えられていることにある。したがって、その策定には官とともに民の協力が不可欠であり、また定住自立圏をスタートさせるかどうかの判断は、中心市とその周辺町村との自治に委ねられている。具体的には、人口5万以上、昼夜間人口比率が1以上の都市機能を持つ市が定住自立圏の中心市となることを宣言し、それに賛同した周辺町村と個別に1対1の協定を締結し、さらに具体的にいかなる分野で協力するかを定めた共生ビジョンを策定することで定住自立圏はスタートする。なお、この定住自立圏に参加した基礎自治体に対しては国から、中心市で年間4000万円、周辺町村で年間1000万円の財政措置がそれぞれ講じられることとなっている。

ところで、定住自立圏の狙いは、人口減少と人口の高齢化が同時に進む時代に、単独の基礎自治体だけでフルセットの行政サービスを住民に提供できないことを見込んで、都市機能を持った中心市がその周辺町村の行政機能を一部もしくは全部を肩代わりし、また周辺町村も中心市単独では充足できない機能を補完することにあるが、その目指すものは大きく分けて次の3つに分類される。ひとつは、圏域における生活機能の強化である。具体的には、医療、福祉、教育、産業振興、環境といった政策分野がその対象として挙げられている。ふたつ目は、市町村間の結びつきやネットワークの強化である。ここでは、地域公共交通、ICTインフラ整備、地産地消、交流移住などがそのメインの事業と考えられている。三つ目は、圏域マネジメント能力の強化である。市町村職員の共同研修や人事交流、さらには外部専門家の招へいなどがその具体例とされている。

定住自立圏協定を締結した中心市とその周辺町村は、上記の3つ柱のいずれに重点をおくか

は自由であるが、定住自立圏構想推進要綱では各柱から少なくとも1つ以上の連携事業を選ぶことが規定されており、実際にスタートしている定住自立圏をみても、そのような取り決めとなっている。

全国22の圏域が定住自立圏の先行実施団体として名乗りを上げ、2009年4月までにそのすべてが中心市宣言（24市）を行った。その状況を示した図1からわかるように、この時点での定住自立圏の実施は明らかに「西高東低」の様相を呈していた。すなわち、西日本に中心市宣言を行った市が集中し、東日本ではそれを行った市は八戸市、南相馬市、秩父市、飯田市とわずかに4市にすぎなかった。

総務省はこの現象を市町村合併とほぼ並行した動きとして説明している。周知のように、平成の大合併は東日本に比べ西日本においてより大規模に実施されたが、総務省はこの合併後の中心市と周辺町村についてもそれを定住自立圏

とすることを例外的に認めたために、先行団体として名乗りをあげた圏域がどうしても西日本に集中した、と説明している。なお、定住自立圏構想推進要綱では、この合併1市型に加え、2つ以上の中心市をもつ複眼型、ならびに県境を越えた市町村間での県境型も定住自立圏として認めている。このため、中心市の数と圏域の数とは必ずしも一致しないことに注意したい。また、県境型があることからわかるように、それは既存の行政圏域とは独立したものとみることができる。

ところで、先行実施から2年半が過ぎた現在、中心市宣言を行い、定住自立圏協定を締結する圏域は東日本でも急速に広がりつつある。図2は、2011年10月末時点での普及状況をみたものであるが、先行実施段階で皆無であった北海道でもすでに8つの定住自立圏が誕生している。そして、2011年10月末現在、中心市宣言を行った都市は72都市、周辺町村と定住自立圏協定を

図1 先行実施団体（中心市）等の状況

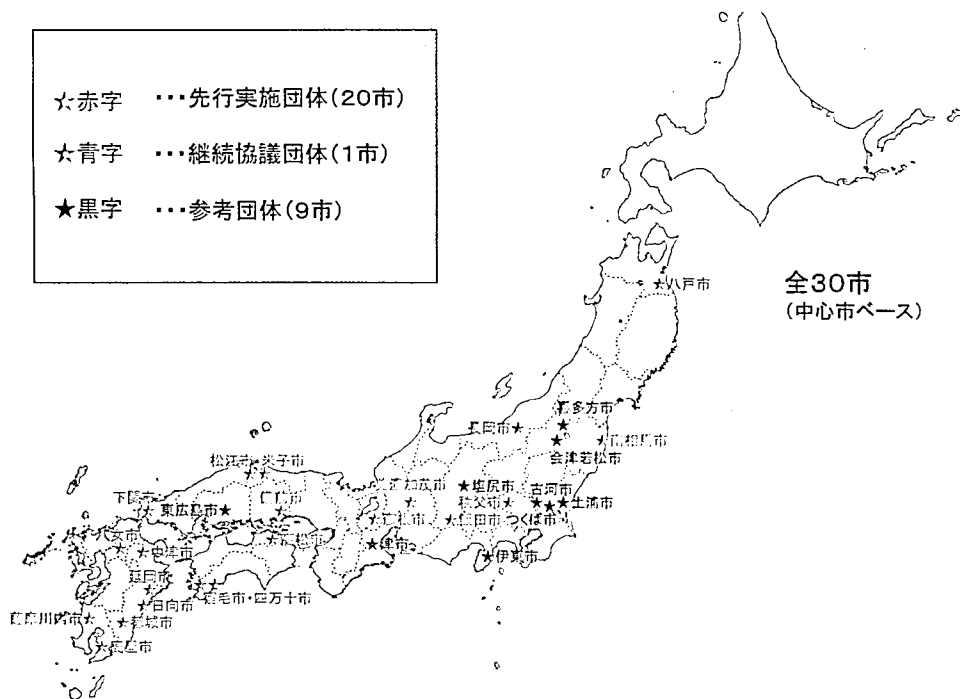
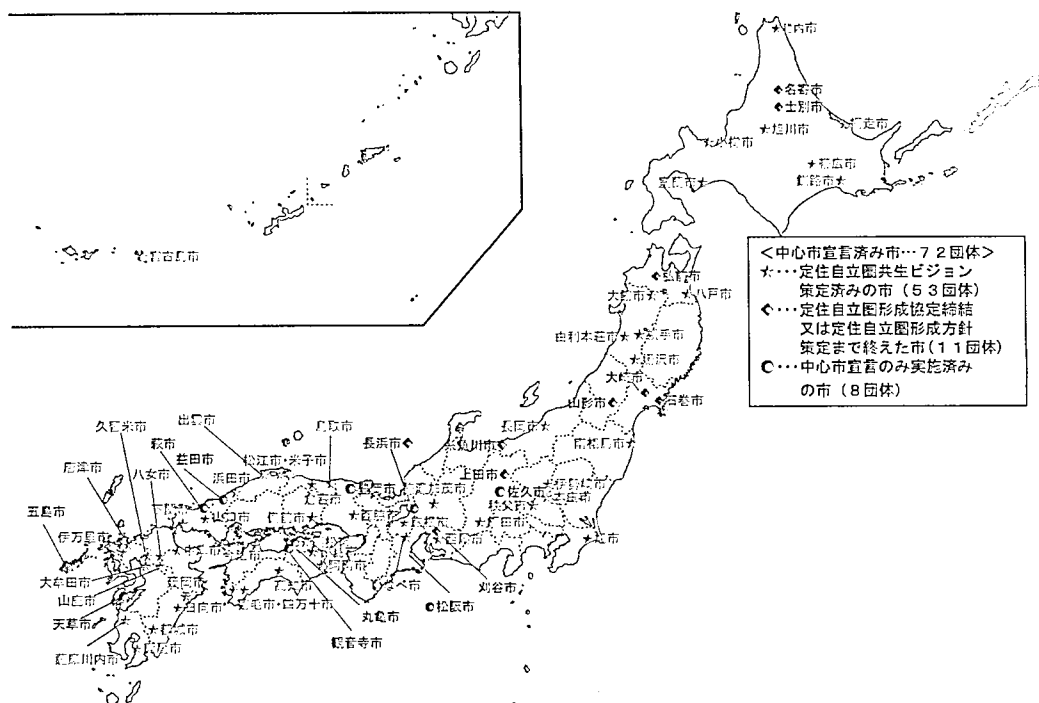


図2 定住自立圏の取組状況（平成23年10月12日現在）



締結した圏域は61圏域、さらに定住自立圏共生ビジョンを策定した圏域は53にのぼっている。

人口5万人以上、昼夜間人口比率1以上という中心市の要件を満たした都市は全国に243市あるため、今後さらに中心市宣言を行う都市が現れることが予想される。問題は、このように急速に広がりつつある定住自立圏を、人口減少社会を先取りした建設的な動きとみるのか、あるいは逆に、単なる横並び意識の反映としてとらえるのか、という点にある。だが、各地で定住自立圏が誕生して間もない現時点で早急にその判断を下すことは難しい。そこで以下では、筆者が実際にヒアリング調査を行った2つの定住自立圏に限定して、定住自立圏の可能性と限界を検証することとしたい。

## 2. 定住自立圏の実例

### (1) 南信州定住自立圏

まず、先行実施団体として全国でもっとも早

く名乗りをあげた、長野県飯田市を中心市とする南信州定住自立圏を取り上げたい。飯田市は2009年3月に中心市宣言を行い、同年7月に周辺13町村と定住自立圏協定を結び、さらに同年12月にいかなる分野でこの地域の政策連携を進めるかを示した共生ビジョンを発表している。

ここで注目しなければならないことは、飯田市の牧野光朗市長が先の定住自立圏構想研究会の委員であったことであり、本研究会を引き継いだ定住自立圏構想推進懇談会の委員も務めていることである。すなわち、彼は総務省が打ち出した定住自立圏構想の立案者のひとりであり、またその広告塔として全国に先駆け南信州定住自立圏を立ち上げたといえることができる。

飯田市において牧野市政が誕生したのは2004年10月のことであるが、当時飯田市をはじめとする下伊那14市町村は小泉政権による公共事業削減のあおりを受けて、公共事業からの脱却という難しい課題を抱えていた。2002年7月に、

長野県下伊那地方事務所商工課の呼びかけで、飯伊地区の自治体と経済界の代表をメンバーとする飯田・下伊那経済自立化研究会議がスタートし、翌年の3月にその中間報告が発表されている。それによると、製造業・農業・観光業といった地域の基幹産業が生み出す直接所得とそれらの産業から商業・サービス・建設業へ乗数効果を通じて波及する所得との総額を、家計調査から割り出した地域全体の必要所得額で割った、いわゆる飯伊地域の経済自立度は2001年時点で46%と極めて低い（注1）。そして、その足りない穴を公共事業や公務からの所得と、過去の貯蓄を取り崩して埋め合わせているのが飯伊経済の実態である、と同報告書は指摘している。

その後、飯田・下伊那経済自立化会議が行ったこの分析は、2004年度の通商白書でも経済自立化を目指す地域の新しい試みとして大きく取り上げられている。そして、飯伊経済の自立度を今後10年以内に70%に引き上げることを公約に掲げ、飯田工業会からの支援を受けて、2004年の飯田市長選に出馬し、見事に勝利を取めた

のがはかならぬ現市長の牧野光朗氏であった。したがって、彼が先の定住自立圏構想研究会委員に選ばれたことはけっして偶然ではない。小泉政権の登場によって地域経済の将来に強い危機感を持った地元の自治体と経済界が、彼の登場に先立ち、経済自立化を図る方策をこの10年間模索してきたことが大きいといえよう。

また、総務省の定住自立圏構想に先立ち、牧野市政のもとで飯田市は、持続可能な地域社会をつくるのは「ひと」とあるとの認識から、2007年から＜文化経済自立都市＞の看板を掲げ、地元をいったん離れた人々が、帰ってこられる＜産業づくり＞、帰ってきたいと考える＜人づくり＞、住み続けたいと感じる＜地域づくり＞を目標にしてきた。すなわち、＜定住＞と＜自立＞についてあらかじめ明確な哲学を用意したうえで、定住自立圏を構想したのが南信州定住自立圏であったとみることができよう。

しかしながら、経済自立度を70%に高める政策も、地元をいったん離れた人々が帰ってこられる＜産業づくり＞も、リーマンショック後の深刻な経済不況の影響をまともに受けて、それ

図3

南信州の経済的自立度

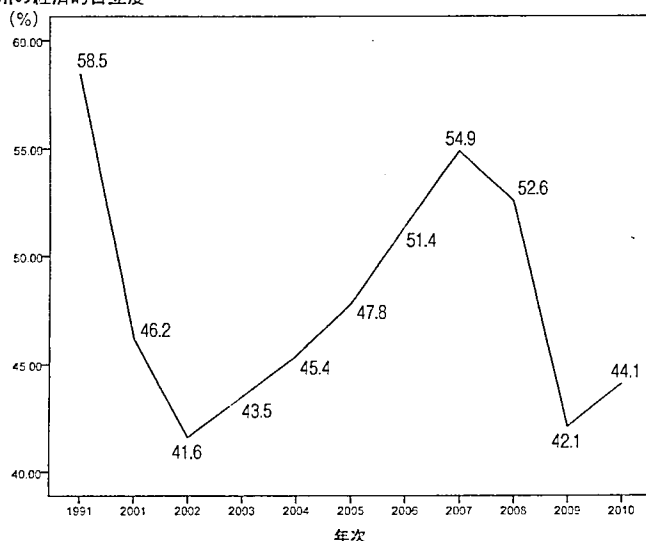
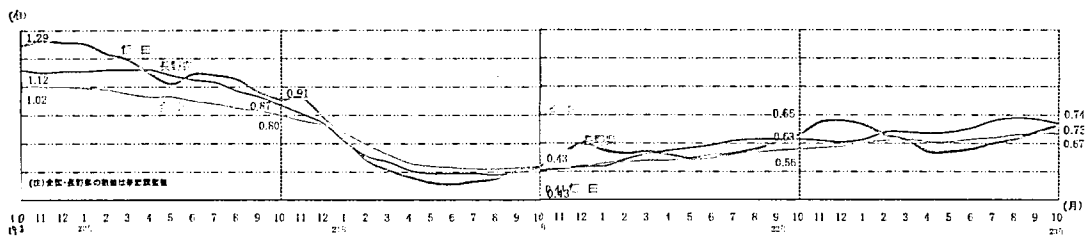


図4 飯田地域における有効求人倍率の推移



資料出所：ハローワーク飯田「最近の雇用情勢」各月号より

ほどうまくいっていない。たとえば、図3は、この間の経済自立度の推移をみたもののだが、2007年に54.9%までいったん上昇したものの、それ以後再び40%台にまで急低下している。また図4は、飯伊地域の有効求人倍率の推移をみたものであるが、有効求人倍率が1を超える時期が一時あったものの、ここ数年は1を大きく下回っており、地元の高校を卒業して進学もしくは就職で8割の者が域外へ転出するといわれる同地域において、Uターン就職をすることがいかに難しいかを裏付けている。

ところで、飯田市の周辺町村は南信州定住自立圏協定を締結するうえで、素直にそれに従ったのだろうか？ また共生ビジョンを策定する際に、周辺町村から異論は噴出しなかったのだろうか？

2009年7月に定住自立圏協定を締結するまでは、それが合併への布石になるのではないかと警戒する声が周辺町村議会にあったことを、筆者がヒアリングした飯田市の担当者も、また周辺町村の担当者も正直に認めている。香川県や大阪府をも上回る広大な地域に急峻な地形が続く、谷合に13もの町村が点在する飯伊地域では、合併の効果はなかなか発揮しにくいといわれ、また個々の町村もそれぞれ独立心が強いいため、合併をめぐる協議はこれまでも何度も頓挫してきた歴史がある。

だが、合併に代わる仕組みとして、この地域で重視されてきたのは広域連合である。広域連

合の設置を認めた1994年の地方自治法改正を受けて、消防、防災、ごみ処理、し尿処理、介護認定、福祉施設の設置及び管理運営等々をカバーする南信州広域連合が1999年4月に設立され、すでに10年以上の歳月が経過している。南信州広域連合は全国でももっともうまく機能している広域連合といわれ、飯田市の牧野市長を連合長に14の市町村の首長が毎月定期的に会合を開き、この地域におけるコミュニケーションの円滑化を図ってきた。したがって、地域的な一体感はきわめて強く、また事実、医療圏、雇用圏、経済圏のいずれをとっても地域的な一体性を保持してきた地域であるといえる。この点は、後述する北しりべし定住自立圏とは対照的であるので、のちに再び触れることにしたい。

では、南信州定住自立圏ではその共生ビジョンの中に何を取り込んでいるのだろうか？ 表1はその概要を示したものであるが、生活機能の強化という点で一番力を入れているのは、地域医療連携である。また、結びつきの強化という点で一番力を入れているのは、地域公共交通の整備である。さらに、地元で4年制大学がない飯伊地域では、全国の大学との交流事業にも積極的である。それぞれ簡単にみておきたい。

まず、地域医療を定住自立圏の枠組みの中で考えなければならない理由は、この地域がもとも医療資源に乏しく、二次医療の中核病院を任せることができる医療機関が飯田市立病院以外になかったことにある。

また、地域公共交通の維持に全力を注がなければならなかったのは、地元の信南交通が1997年という早い段階で路線バスからの全面撤退を決め、車を利用できないお年寄りの足を確保する必要があったからである。特に、医療資源を飯田市内に集中させる戦略をとったため、そのことが病院に通うお年寄りの足を確保する必要性をいっそう高め、市民バスや町民バス、さらには乗合タクシーといった多様な地域公共交通手段を普及させることにつながった。

表1. 南信州定住自立圏における主な取り組み

# 1. 生活機能の強化

## (1) 医療

- ①救急医療体制の確保
- ②産科医療体制の確保
- ③大規模災害医療救護体制の整備
- ④圏域健康計画の策定
- ⑤病児・病後児保育事業

## (2) 産業振興

地場産業センターの運営

- (3) 鳥獣害防止総合対策
- (4) 地域ぐるみによる環境関連活動
- (5) 図書館ネットワークシステムの構築

# 2. 結びつきやネットワークの強化

- (1) 地域公共交通ネットワークの構築
- (2) 地域情報共有システムの構築
- (3) にぎわい拠点の整備

# 3. 圏域マネジメント能力の強化

- (1) 圏域外の専門家の招聘
- (2) 合同研修など

なお、定住自立圏の共生ビジョンに盛り込まれた政策プログラムの中に、定住自立圏のスタートとともに新たに始まったものはほとんどない。これらの政策は、これまでそれぞれ別の枠組みのもとに積み重ねられてきた政策であり、定住自立圏のスタートによって1つの新しい枠組みに入れ替えられたものにすぎない。したが

って、飯田市周辺の13町村が共生ビジョンの策定にあたって抵抗しなかった理由も実は、この点にあるといえるのかもしれない。

## (2) 北しりべし定住自立圏

北しりべし定住自立圏は、南信州定住自立圏に遅れることほぼ1年、2010年からスタートした。2009年9月に北海道の自治体の中で小樽市が先頭を切って中心市宣言を行い、翌年の4月、周辺5町村（余市町、仁木町、古平町、積丹町、赤井川村）と定住自立圏協定を締結し、2010年11月末に共生ビジョンを策定することで始まっている。

小樽市の担当者から聞いた話によれば、北しりべし定住自立圏の母体は、2002年4月に始まった北しりべし廃棄物処理広域連合にある、とのことである。だが、この地域には、北海道後志管区の20市町村のうち、16町村が参加する後志広域連合が2007年4月から設立されており、北しりべし廃棄物処理広域連合と重なる町村（仁木町、赤井川村、古平町、積丹町）がそこには含まれている。つまり、地域的な一体性という点で、北しりべし地域は疑問なしとはいえない。

このことは、医療圏についても、また雇用圏についてもいえる。道の医療計画における二次医療圏は後志管区全体で区切られており、北しりべし地域を大きく超えている。他方、雇用圏については、北しりべし域内に、ハローワーク小樽とハローワーク余市の2つのハローワークが存在し、小樽の労働市場はむしろ札幌のそれと深く結びついており、余市を中心とした5町村の労働市場とは別箇のものであるというのが、インタビューに応じてくれたハローワーク担当官の話であった。

なお、後志管内で広域連合が広く普及するようになった理由は、2005年から2006年にかけて

行われた合併を巡る協議が不調に終わったことにある。北海道では平成の大合併によって市町村の数は210から179に減ったにすぎず、広大な行政区域を市町村合併でさらに統合することには大きな抵抗があった。したがって、この市町村合併の遅れを埋めるために、各地で広域連合がまず普及し、さらにそれらを土台にして定住自立圏が広がったとみることができよう。

北しりべし定住自立圏協定を締結するにあたって、小樽市議会や周辺市町村議会から抵抗がなかったかをそれぞれの担当者に尋ねた。それによると、定住自立圏を設立することに積極的な意味はないが、中心市に年間4000万円、周辺町村に年間1000万円の特別交付金がそれぞれ支給されるのであれば、とりあえずデメリットはなかろうということで、話が先に進んだということである。すなわち、＜定住＞と＜自立＞について明確な理念があってスタートした南信州定住自立圏と比べると、北しりべし定住自立圏は総務省が敷いたルールに素直に従ったといわざるを得ない。

では、北しりべし定住自立圏では、どのような共生ビジョンを策定しているのだろうか？表2はその概要をみたものだが、生活機能の強化という点でいえば、医療や福祉を抑えて、産業振興が目玉に据えられている。なかでもとくに、広域観光がその柱となっている点が特徴である。ここでいう広域観光とは、運河の再開発以来、観光名所として全国的にも知名度の高い小樽市を訪れる観光客をさらに、いくつかの新しい観光ルートを開拓することで、北しりべしの町村（積丹町、古平町、仁木町、余市町、赤井川村）まで招き入れようというものである。これまでは札幌に宿泊して小樽を日帰り訪れる観光客が多かったが、小樽を宿泊拠点にして北しりべし町村に日帰りで出かける観光客を増やそうとする戦略とそれは言い換えることもで

きる。

地域医療連携が政策の目玉に据えられなかった理由は、後述するように、小樽市が市立病院の再編問題で揺れ、その是非をめぐって長い間地元の世論が二分されていたことにある。すなわち、定住自立圏の共生ビジョンにも小樽市立病院を中核とした地域医療連携を盛り込め

表2. 北しりべし定住自立圏における主な取り組み

# 1. 生活機能の強化

## (1) 医療

- ①初期救急医療体制の維持・確保
- ②小児救急および周産期医療体制支援事業
- ③地域医療連携推進事業

## (2) 産業振興

- ①安全で安心な農水産物生産支援および活用促進事業
- ②地域ブランド販路拡大推進事業

## (3) 広域観光

- ①広域観光推進事業
- ②観光客誘致対策

## (4) 教育

- ①文化・スポーツ交流促進事業
- ②文化財、史跡等保全・活用事業

## (5) 福祉

- ①小樽・北しりべし成年後見センター支援事業
- ②消費生活相談体制連携事業

# 2. 結びつきやネットワークの強化

## (1) 地域公共交通

- ①生活路線バス運行事業
- ②多様な交通手段の維持及び検討事業

## (2) 情報格差の解消に向けた ICT インフラ整備

地域医療連携システム推進事業

## (3) 道路等の交通インフラ整備

地域交通基盤整備推進事業

## (4) 生産者と消費者との連携による地産地消

地元農水産物魅力アップ事業

## (5) 地域内外の住民との交流及び移住

移住・交流促進事業

# 3. 圏域マネジメント能力の強化

## (1) 人材育成

- ①地域人材育成事業
- ②魅力ある圏域づくり推進事業

## (2) 圏域内市町村職員の能力向上

圏域職員合同研修事業



ば、それは火に油を注ぐような事態に発展する、との配慮があったものと思われる。ただし福祉については、全国的にもめずらしい成年後見制度の広域化という実験も行われており、医療や福祉が北しりべし地域でその重要性が低いわけではない。

また、市町村間の結びつきの強化という点では、全国で喫緊の課題となっている公共交通の整備という問題はここではそれほど深刻に受け止められてはいない。その理由は、北海道中央バスが主要な幹線道路において今も路線バスを運行し、住民とともに観光客を周辺町村まで運んでいることにある。むしろこの分野では、国の事業として函館・室蘭・積丹を結ぶケーブルが設置されたことを受けて、ICTのインフラ整備を行い、病院間ならびに病診間での電子カルテを普及させる事業がメインとなっている。

### 3. 生活機能の強化＝地域医療連携はうまくいっているのか？

以上のように、北しりべし定住自立圏では地域医療連携はその政策の目玉に据えられていない。しかしながら、地域医療連携というテーマは、南信州定住自立圏との対比で取り上げる主題としては格好の事例といえよう。というのも、人口減少と人口の高齢化が同時進行する中で、地域医療をいかに確保するかはいずれの地域においても喫緊の課題であるからである。以下では、地域医療を評価する際に重要な3つの基準を示したうえで、それらの基準に照らして、両定住自立圏が直面する地域医療問題の違いを整理することとしたい。

#### (1) 地域医療連携を評価するうえでの3つの基準

ここで取り上げる3つの基準とは、①医療への接近機会、②医療の質、③医療保険制度の持

続可能性である。

わが国では、国民健康保険をはじめとする健康保険制度を使って医療需要の社会化が図られ、経済力に関係なく誰もが等しく医療を受ける権利を享受できる仕組みが存在する。しかしながら近年、保険料の長期滞納などによって、無保険状態に置かれる人々が増えており、＜医療への接近機会＞が損なわれる事態が発生している。地方ではとくに、財政力に乏しい国民健康保険に加入する人口の割合が高く、人口の高齢化によって医療給付支出が増加するなかでそれに応じて国保保険料も引き上げざるを得ない、という負のスパイラルが起きている。このため近い将来、保険料を負担できない人々が急増することが予想され、その結果、無保険状態に陥らざるを得ない者が急増することが懸念されている。そこで以下では、＜医療への接近機会＞が損なわれるような深刻な事態がどの程度生じているのかをみるために、両定住自立圏における国保保険料の収納率の動きに注目したい。

地域医療と関連して第二に重要なのは、それぞれの定住自立圏で提供される＜医療の質＞である。人口10万人当たりの病床数、医師数、看護師数といった指標を使ってこの点を評価することができるが、近年、地方が抱える最大の問題は、医師不足とそれに伴う公立病院の経営悪化である。とくに、新卒の医師が自由にその研修先を選べる臨床研修医制度が導入された2004年以降、地方の公立病院からの医師の流出が相次ぎ、これによって診療科を閉鎖せざるを得ない公立病院が増え、地域医療の崩壊に行き着く市町村さえ生まれている。ここでは、両定住自立圏においてそのような事態が生じていないかをみるために、地域医療のなかで中核病院としての役割を果たす公立病院に注目し、さらに医師不足との関係で公立病院の経営状態をそれぞ

れ比較したい。

たとえ＜医療への接近機会＞と＜医療の質＞が確保されても、地域の医療保険制度が＜持続可能＞であるかどうかが問われよう。そこで第三に、両地域における地域医療の財源を支えている市町村国保の財政状況が問題となる。国レベルでは自公政権時代以来、市町村国保を都道府県レベルに統合することを目指した、いわゆる国保の広域化の方針が打ち出されてきた。だが、民主党政権下での社会保障改革の混乱もあって、いまのところその動きは頓挫している。両定住自立圏がこの動きをどのように評価しているのか、関係者にヒアリングを行ったので、その一端をここに紹介したい。また、被保険者1人当たりの国保年間医療費には両定住自立圏で大きな格差があるので、併せてその原因も探ることとしたい。

## (2) 南信州定住自立圏における地域医療連携

まず、飯田市とその周辺13町村における市町村国保の収納率をみておこう。2008年現在、飯田市のそれが92.27%、以下松川町96.68%、高森町95.84%、阿南町97.66%、阿智村94.76%、平谷村94.59%、根羽村100%、下條村100%、売木村100%、天龍村95.42%、泰阜村98.98%、喬木村95.14%、豊丘村98.68%、大鹿村100%と高い数字が続いている。したがって、皆保険体制を切り崩すような収納率の悪化は、南信州定住自立圏に限って言えば、いまのところ起きていないとみることができる。

しかも、注目しなければならないのは、いずれの市町村でも国保税の引き上げがここ数年続くなかで、そのような高い収納率が維持されていることである。もちろん、国保加入世帯が低所得世帯であれば、国保税の軽減措置がとられる。この地域での軽減世帯割合は、2008年現在で飯田市が37.8%、以下松川町36.1%、高森町

37.8%、阿南町55.2%、阿智村44.4%、平谷村55.0%、根羽村48.6%、下條村39.6%、売木村57.0%、天龍村52.2%、泰阜村54.4%、喬木村49.5%、豊丘村43.4%、大鹿村59.0%と、全国的に見ても高い数字となっている。このことは逆に、中所得の国保加入世帯の負担が課税限度額まで急激に上昇することを意味し、本来であれば収納率に悪影響を及ぼしかねないはずであるが、そうっていないところにこの地域の住民のモラルの高さを垣間見ることができる。

次に、南信州定住自立圏の地域医療の質をみてみたい。上述したように、飯伊地域は、病院が集中する飯田市を除くと、医療資源に乏しい地域である。人口10万人当たりの病床数ならびに医師数は全国的に低い長野県の平均値をも大きく下回っている。また、高度の救急救命医療を提供できる病院は飯田市立病院以外になく、阿南町に県立病院があるがそれはへき地医療に特化している。したがって、飯伊地域の医療計画はこれまで、この飯田市立病院を中心に進められてきた。

飯田市立病院は、一般病床25、結核病床9で1951年にスタートした小さな病院であったが、1992年に現在の場所に新病院が建設されたのを契機に、災害拠点病院（1997年）、地域周産期母子医療センター（2000年）、地域医療支援病院（2004年）、新型救命救急センター（2006年）、地域がん診療連携拠点病院（2007年）として着実に成長を遂げ、いまや2.5次医療を目指す飯伊医療圏の中核病院となっている（注2）。

南信州定住自立圏協定では、救急医療と産科医療の2つの分野において、飯田市は周辺13町村と協定を結んでいる。まず、救急医療についてみると、1次救急を地元の医療関係者（医師会、歯科医師会、薬剤師会等）が組織した飯伊地区包括医療協議会が運営する休日夜間急患診療所と在宅当番医が受け持ち、中症患者を扱う

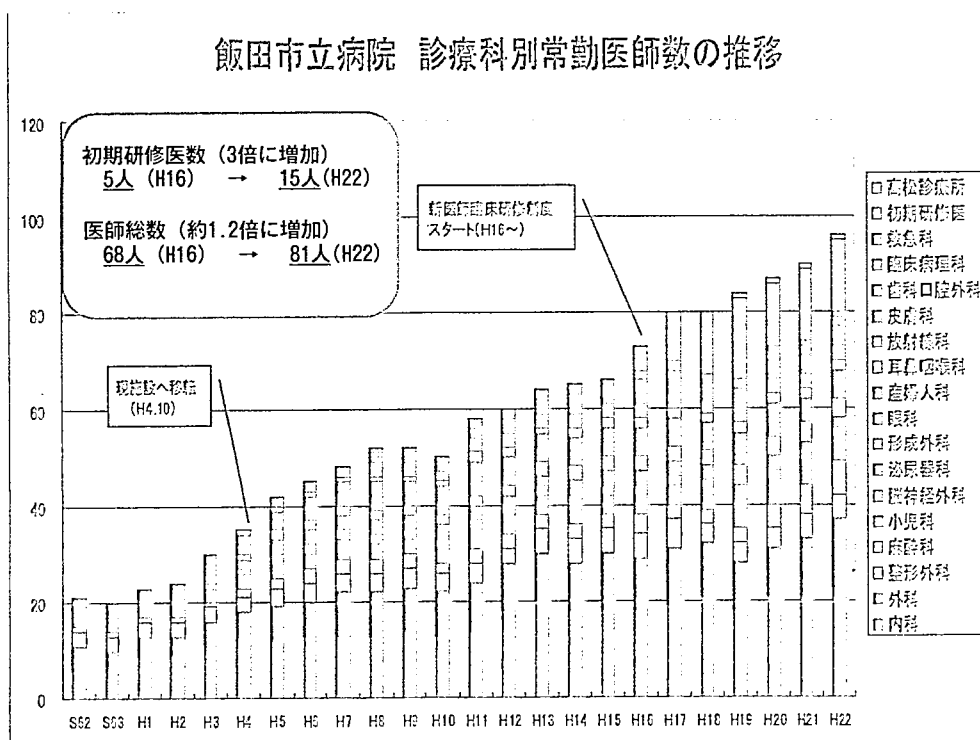
2次救急は、飯田市内の3つの民間病院と、北部地域の基幹病院である厚生連（高森町）及び日赤病院（松川町）が輪番体制を敷き、さらに重症患者について救急救命センターを持つ飯田市立病院が受け入れる体制である。そして、それでも救命が難しい場合に限って、3次医療機関である信州大学医学部病院にドクターヘリを要請することになっている。なお、飯田市立病院の運営費用は飯田市が全面的に負担しているが、1次救急医療については、飯田市と周辺13町村が共同負担する取り決めである（注3）。

また産科医療については、2000年当時分娩を扱う施設が飯伊地域に6か所あったが、2005年に3施設がそれを取り止めたため、地元の医師会を中心に産科問題懇談会が立ち上げられることになった。そこで決まったルールは、次のとおりである。すなわち、①検診はそれぞれの地域の産科クリニックが分担する、②共通カルテ

を作成し、患者情報を共有する、③飯田市立病院で受診する場合には必ず紹介状が必要、というものである。その後、飯伊地域での分娩は、飯田市立病院（年間1000件）、椎名レディースクリニック（年間400件）、羽場医院（年間200件）の3つで分担してきたが、2007年に飯田市立病院の5名の産科常勤医が複数退職する事態が起き、この地域の産科医療に激震が走った。このため、里帰り分娩や飯田市外の居住者の分娩受け入れを一時中止せざるを得ない事態となった。だが、定住自立圏構想を推し進める牧野飯田市長の英断で、この措置はその後解除されている。現在、飯田市立病院は産科常勤医を5名体制から6名体制に充実させ、妊娠33週目以降の妊婦の健診と分娩を担当するとともに、ハイリスク分娩を受け持っている。

南信州定住自立圏協定の枠組みの中で展開される地域医療連携にはその他に、健和会病院で

図5



行われている病児・病後児保育事業がある。これは、2011年に追加協定として締結されたものである。また、協定の枠外での連携事業としては、飯田市立病院医師の圏域他病院への診療支援、ならびに飯田下伊那診療情報連携システムがある。

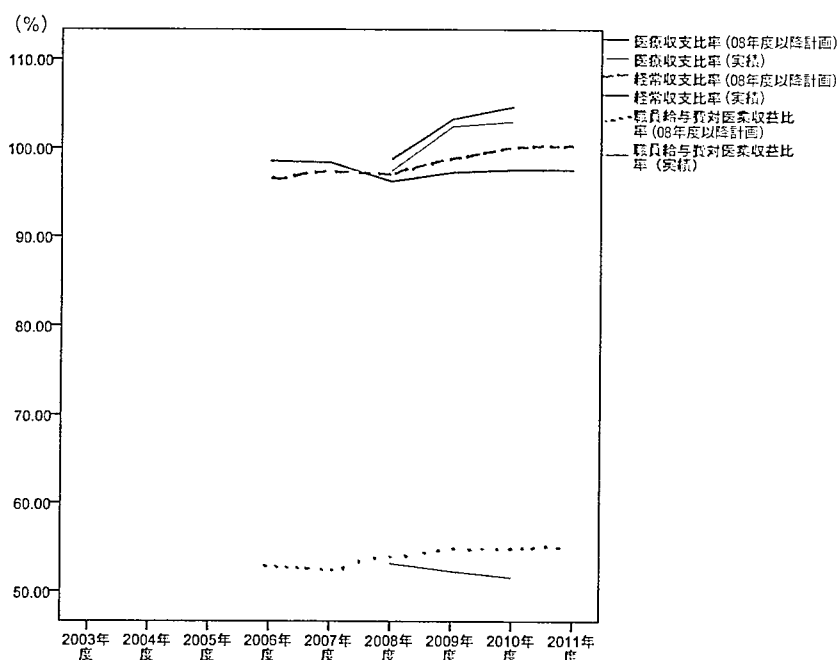
このように、南信州定住自立圏で展開される地域医療連携は、少ない医療資源を使って比較的にスムーズに進んでいるようにみえる。だが、問題がないわけではない。それはやはり、慢性的な医師不足である。図5は、飯田市立病院の診療科別常勤医師数の推移をみたものだが、医師総数が96人に増えた今も、いくつかの診療科では医師の確保が難しくなっている。先の飯伊地区包括医療協議会で聞いた話によれば、長野県内の医師は医療機関が集中する北信を志向する傾向が強く、南信を希望する者は少ないということであった。飯伊地域で慢性的に不足している診療科とは、産婦人科と眼科であり、2007年に飯田市立病院から眼科常勤医が3人転出し

て以降、非常勤の派遣医師でその穴を埋めており、同協議会が運営する休日夜間急患診療所でも内科医と小児科医が眼科の1次診療だけを受け持っているとのことであった。

医師の欠員は場合によっては診療科の閉鎖をもたらし、またそのことによる大幅な減収を通じて、公立病院の経営を悪化させる。飯田市立病院でもそのような事態が起きているのだろうか？2007年6月に財政健全化法が成立したのを受けて、総務省は同年12月に公立病院改革のガイドラインを示し、すべての公立病院に対して改革プランの策定を義務付けている。幸い、飯田市立病院についてもこの資料が利用できる。

飯田市立病院が2009年2月に公表した「飯田市立病院改革プラン」によれば、2002年以降、同病院は多額の赤字を抱え、一般会計から毎年11億円から13億円の繰り入れが行われてきた。だが、その後、医師不足によって巨額の赤字を抱えていた分院を閉鎖し、また委託業務の見直しや高利の起債の解消など経営の効率化を図る

図6 飯田市立病院の財務関連指標の推移



ことで、赤字を減らすことに成功したという。

ところで、驚くべきことは、本プラン（2009年度—2013年度の5か年計画）のもとで2009年度以降3年以内に経常収支を黒字化することを目標に掲げていたのだが、2009年度の決算ですでにその目標を達成し、さらに2010年度の決算でも、10年ぶりに行われた診療報酬のプラス改定を追風にして、2年続けて経常収支の黒字化に成功していることである。また図6は、プランで掲げた財務関連の目標値がその後実績においてどうなったのかを示したもののだが、いずれの指標をみても実績値が目標値を上回っていることがわかる。

全国の公立病院の80%が経常赤字を抱えているといわれるなかで、地域の中核病院として飯田市立病院は、周産期医療・救急医療・高度医療といった採算性に乏しい政策的医療を維持しながら、これだけの成功を収めていることは特筆に値しよう。なお、同病院は2011年度以降、第三次整備事業という大規模増改築事業を控えており、中長期的には厳しい財政状況に直面することが予想される。また、診療報酬の抑制や慢性的な医師不足は今後も続く予想されるため、それらに伴う病院経営の悪化に陥る危険性もないわけではない。

### (3) 北しりべし定住自立圏における地域医療連携

次に、北しりべし定住自立圏における地域医療の実態をみてみたい。

<医療への接近機会>は保障されているだろうか？ここでもまず、市町村国保の収納率をみることで、その点を調べておきたい。北海道の市町村国保の収納率は厳しい雇用情勢を反映して全国平均よりも低い水準にあるが、2008年時点での小樽市のそれは93.20%と、北海道の他の大都市（札幌市84.98%、函館市80.29%、旭

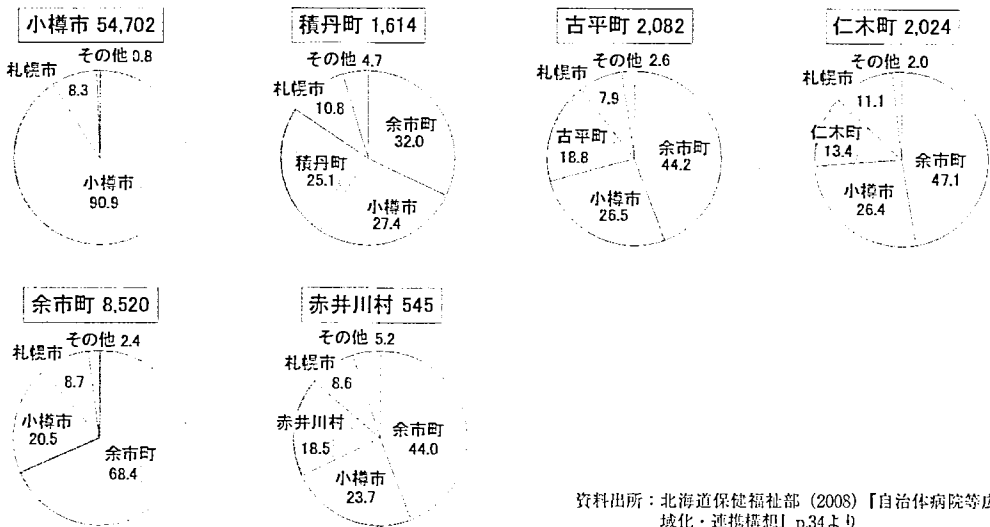
川市78.65%）と比べると、はるかに高いことが注目される。他方、積丹町のそれは89.00%、古平町は90.47%、仁木町は95.81%、余市町は88.18%、赤井川村は92.31%と、北海道の町村国保の平均値である93.20%からそれほど大きく外れていない。

また、国保保険料もしくは国保税を軽減されている世帯の割合は、2008年時点で小樽市が57.4%、以下積丹町59.5%、古平町65.5%、仁木町55.2%、余市町56.7%、赤井川村55.4%と、南信州定住自立圏の市町村のそれに比べるとはるかに高い水準にある。すなわち、これらの数字は北しりべし定住自立圏の国保加入世帯に低所得世帯が多いことを裏付けており、そうした厳しい状況の中で、小樽市は例外的に高い収納率を維持しているとみることができる。

ところで、北しりべし定住自立圏の地域医療連携はうまく機能しているのだろうか？道保健福祉部が2008年に出した報告書『自治体病院等広域化・連携構想』によれば、国保加入者の受診動向データを使ったクラスター分析の結果から、後志二次医療圏とは別に、北後志地域で一つのまとまった医療圏を形成する、とされている。だが、北後志地域の5町村のうち、二次救急に対応できる病院は余市町の協会病院1か所のみで、あとの病院はすべて小樽市に集中している。

小樽市内には2つの市立病院（小樽市立病院、小樽市立第二病院＝市立脳・循環器・こころの医療センター）と3つの公的病院（小樽協会病院、済生会小樽病院、小樽掖済会病院）があるが、小樽からJRを使ってわずか30分で札幌市に出ることも可能なため、図7に示したように、北後志地域の患者は通院・入院を含め、札幌市内の病院へ一部流出しているのが実態である（注4）。すなわち、①小樽市に複数の公立病院ならびに公的病院が存在し、地域医療の核とな

図7 北しりべし地域の受診動向



資料出所：北海道保健福祉部（2008）『自治体病院等広域化・連携構想』p.34より

る病院を見つけにくいこと、②また、札幌市内へ患者の一部が流出していることが、北しりべし定住自立圏内での地域医療連携を難しくしているといえよう。③さらに、小樽市の2つの市立病院は老朽化が進み、この10余年、その再編・統合が政治問題となってきた。このことがこの地域の医療連携問題をいっそう複雑にしてきた。

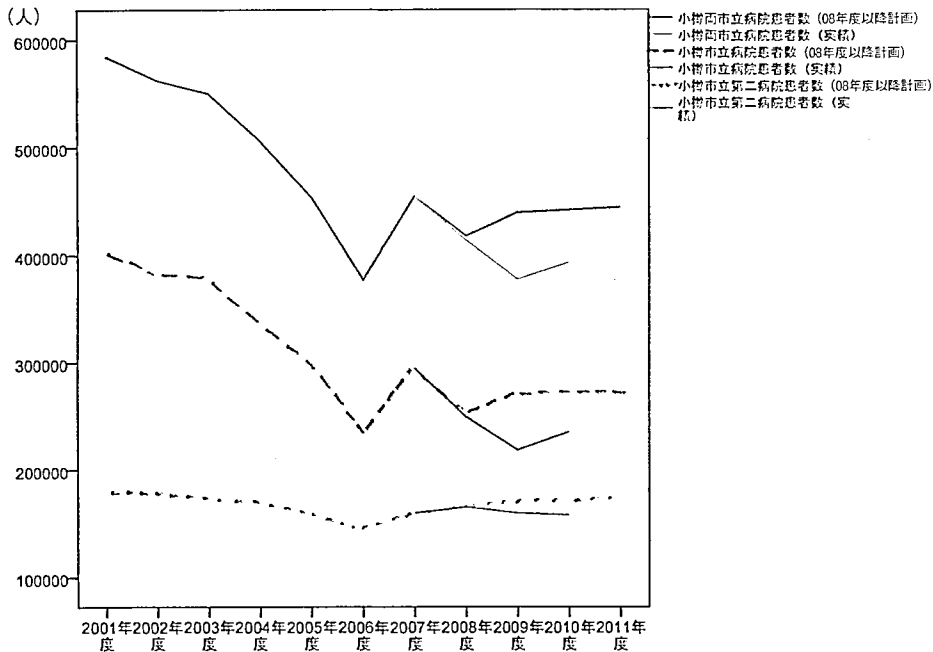
まず、小樽市立病院の再編・統合問題からみていくと、それは市と地元医師会との対立、また市と一部市民との対立という構図のもとで展開してきたことがわかる。老朽化した2つの市立病院の統合・新築の方針は、山田勝磨前市長のもと1999年に発表されたが、当時その建設場所をめぐる、市と市民との対立が表面化した。建設地として市は、小樽市立病院に隣接する量徳小学校の敷地と、小樽築港との2カ所を候補に挙げたが、小学校を廃校にし、市立病院を建設する案には一部の市民から反対の声があがった。このため、市は建設候補地をいったん小樽築港に選んでいる。

2007年3月、この小樽築港案に従って市は新市立病院の基本設計に入った。だが、いざ蓋を

開けてみると、病院会計に44億円もの不良債権があることが発覚し、総建設費253億円ものカネを捻出するために新たに借金をして新市立病院を建設すること自体に果たして意味があるのかを問う声が広がった。とくに小樽市医師会が患者の奪い合いによって共倒れとなることを心配し、市の計画の全面的な撤回を求めて立ち上がった。また、別の市民グループが市の中心から遠く離れた小樽築港に新病院を建設することに疑義を唱えた（注5）。この結果、市は新市立病院の基本設計を一時中断せざるを得ない事態に追い込まれている。

またこの間、新市立病院の建設が先延ばしされたことで、老朽化した小樽市立病院の患者数が激減する事態が生じている。図8はそれを見たものであるが、この患者数の激減が小樽市立病院の経営をいっそう難しいものに変え、またそのことで医師や看護師の流出が相次ぎ、それが診療科の閉鎖をもたらし、さらなる患者数の激減を招く、という悪循環に陥った。2004年5月の時点で59人いた医師はその後5年間で17人減少、また412人いた看護師も同じ期間に71人減少したといわれている。またこの間、医師・

図8 小樽市立病院患者数の推移



看護師の転出に伴い、産婦人科、整形外科、呼吸器内科、結核病棟がそれぞれ閉鎖されている。

2009年1月、総務省の公立病院改革ガイドラインに従って、市は「小樽市立病院改革プラン(2009年度—2013年度)」を発表した。総務省が公立病院改革に求めたのは、①経営の効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しの3つであったが、市はこれらのすべてを受け入れ、地元の医療関係者からなる「再編・ネットワーク協議会」を立ち上げ、病院間での機能調整を図るとともに、公営企業法の全部適用によって市立病院の事業管理者を市長から病院局長に移すことを決めている。そして、病院局長に就任した並木昭義札幌医科大学名誉教授の下で、2010年6月、後志二次医療圏の基幹病院として地域完結型医療を目指す、「新市立病院計画概要」が発表されている(注6)。

小樽市立病院の再編・統合問題はいまなお未解決であり、2011年4月に行われた市長選挙でも最大の争点となった(注7)。また、小樽

市立病院の経営は、改革プランを受け入れて以降もそれほど芳しいものではなく、改革プランの経営効率化に関する評価委員会が二年続けて厳しい評価を下すとともに、一部の市民からは地方財政法に違反するとして新病院の建設差し止めを求める監査請求も提出されている(注8)。

しかしながら、2011年4月の選挙で山田勝磨前市長の病院改革案を基本的に踏襲する中松善治新市長が誕生したことでとりあえず、2014年秋の完成に向けて廃校となる量徳小学校跡地に新市立病院を建設する計画が進んでいるのが現状である。

では、新小樽市立病院の建設と絡んで、北しりべし定住自立圏の地域医療連携はどのように構想されているのだろうか? 図9は、先の再編・ネットワーク協議会がその最終報告書で示した、地域医療連携のイメージ図である。小樽市には複数の公立病院と公的病院が存在するため、南信州定住自立圏における飯田市立病院の

ような中核病院を見出すことはできない。北しりべし定住自立圏の共生ビジョンの中では、①初期救急医療体制の確保、②小児科および周産期医療体制の確保、③圏域内の各医療機関との連携およびネットワーク化の促進がそれぞれ掲げられているが、初期救急医療については、市が済生会小樽病院に隣接して設置した夜間急病センターが、また周産期医療と小児医療については、小樽市立病院ではなく小樽協会病院が、それぞれ中心的役割を果たすこととなっている。

他方、新設される小樽市立病院に期待される役割とは何か？インタビューに応じてくれた病院局担当者の話では、これまで小樽市立第二病院が責任を負ってきた脳外科、心臓外科、精神科と、小樽市立病院が同じく責任を負ってきた結核治療、がんの放射線治療、眼科、耳鼻咽喉科にそれぞれ特化していくとのことであった。また同じ担当者によれば、高齢化が進む小樽市では総人口が減少しても今後15年間高齢人口は減少せず、さらに札幌市で将来高齢化が進んだ時点で、現在札幌市に流出している25%の患者が再び小樽市に戻ってくる、と見込んでいるとのことであった。

明治以来、金融面や物流面で北海道開拓を支えてきた長い歴史をもつ小樽市では、病院施設にも恵まれ、提供される〈医療の質〉は道内でも高い水準にある。だが、その豊富な医療資源が負の遺産となっており、北しりべし定住自立圏の地域医療連携をかえって難しくしていることも否定できない。

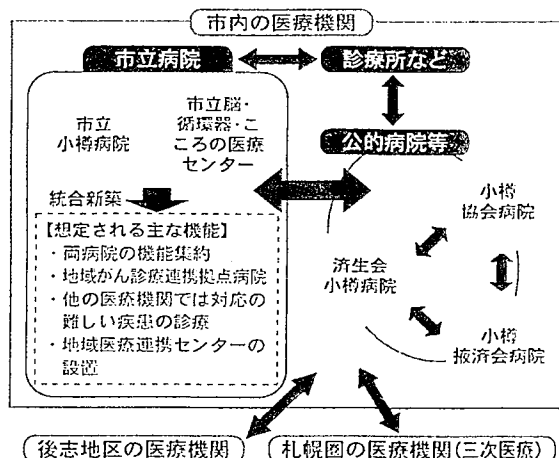
#### (4) 両定住自立圏における医療保険制度の〈持続可能性〉

最後に、両定住自立圏における医療保険制度の〈持続可能性〉について触れておきたい。ここではとくに、市町村国保に注目し、国保被保険者1人当たりの年間医療費がどのようなメカニズムで決まるのかを明らかにし、今後高齢化がさらに進んだ場合に、国民健康保険制度を維持できるのかどうかを検証したい。また、国は国保の広域化によって、国保財政の危機を乗り越える考えであるが、この動きを地元の関係者がどのように評価しているのかをみておきたい。

わが国の医療費は一般に「西高東低」といわれ、たとえば被保険者1人当たりの国保年間医療費をとっても、西日本で高く、東日本では低

図9

【地域医療のイメージ】



4 疾病 5 事業等への対応	
がん	専門性を生かした医療機関と「地域がん診療連携拠点病院」を目指す市立病院との連携を強化
脳卒中	市立医療センターを中心に、24時間365日救急と外科的対応について連携
急性心筋梗塞	診療所と眼底検査などが行える医療機関との連携体制を強化
糖尿病	小樽協会病院を中心に連携
小児科	関係機関による「協議会」を設置し、一次・二次救急医療体制を維持・強化
救急医療	市立病院を災害拠点病院として他の医療機関と連携
医療機関	医療機関と訪問看護センターなどが連携

※へき地医療を除く



くなる傾向がある。だが、北海道だけは例外であり、1人当たりの国保年間医療費は32万6967円（2008年）と高く、東日本の中で唯一西日本並みの高い水準にある。なかでも小樽市のそれは北海道の大都市のなかでもっとも高く、42万429円と割高である。

他方、長野県は東日本の中でも医療費が低い県のひとつであり、1人当たりの国保年間医療費は26万5259円と安い。そして、ここで取り上げた飯田市はその長野県の市の中でさらに医療費が低い地域であり、1人当たりの国保年間医療費は24万8133円となっている。

このような差は何によって生まれるのだろうか？ここではまず、47都道府県データを使って、1人当たりの国保年間医療費（2008年）を、①65歳以上の人口比率（2009） $X_1$ 、②人口10万人当たりの医師数（2008） $X_2$ 、③人口10万人当たりの一般病院病床数（2008） $X_3$ に回帰させて、医療費の決定メカニズムを調べてみた。次の重回帰式がその結果である。

$$Y = 4042.390X_1 + 270.118X_2 + 34.422X_3 +$$

(2.863)      (2.495)      (2.085)

95205.944

(2.969)

$\bar{R}^2 = 0.618$  N=47

カッコ内の数字はt値

1人当たりの国保年間医療費の決定要因として、いずれの独立変数も統計的に有意なプラスの影響を与えている。また、標準化残差の値から、北海道の場合、実測値が予測値を上回り、長野県の場合、実測値が予測値を下回っていることがわかる。なお、各独立変数と従属変数との相関散布図を以下に示したが（図10）、これらを見ると、長野県と北海道との医療費格差を説明するうえで、65歳以上の人口比率がそれほど説明力をもっていないことがわかる。すなわち、北海道よりも高齢化率の高い長野県で医療費が安くなっており、関係は逆転している。したがって、両者の医療費格差を説明する要因はむしろ、人口10万人当たりの医師数や一般病院病床数のちがいにあるといえよう。

医師と患者との間に情報の非対称性がある医療の世界では「供給自らが需要を作る」、いわゆるセー法則が働くといわれているが、医療供

図10-①

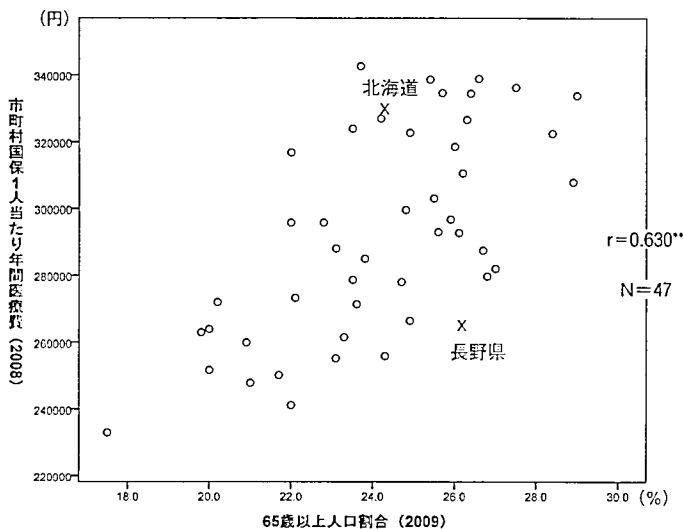


図10-②

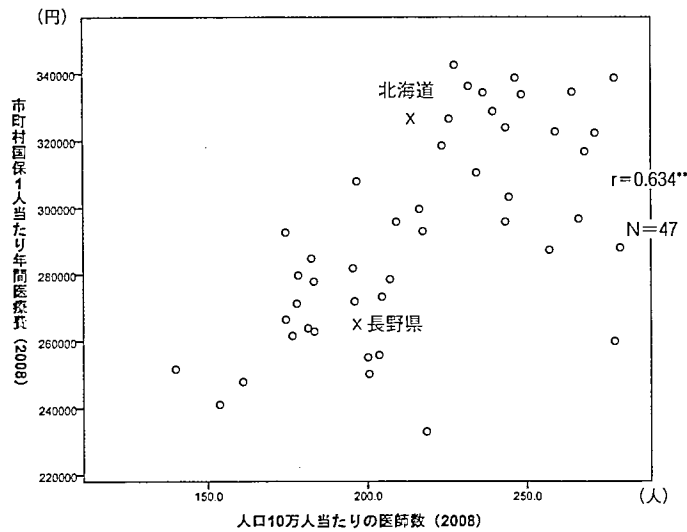
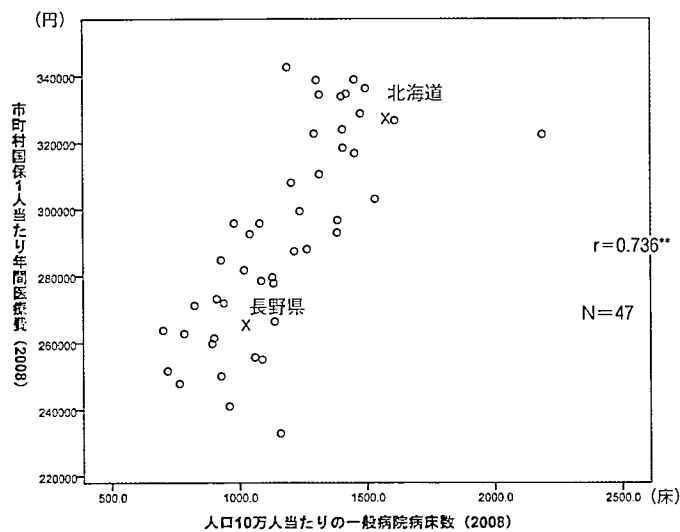


図10-③



給量の差がまさしく、北海道と長野県の医療費格差を生み出しているとみることができる。

次に、北海道と長野県の市町村データを使って、同じく1人当たりの国保年間医療費(2008)を①65歳以上の人口比率(2010)  $X_1$ と②人口10万人当たりの医師数(2008)  $X_2$ に回帰させた結果が、次の2つの重回帰式である。なお、病院がない町村もあることから、ここでは人口

10万人当たりの一般病院病床数は分析から省いている。

①長野県のケース：

$$Y = 2765.577X_1 + 76.442X_2 + 171384.871$$

$$(5.137) \quad (1.834) \quad (8.999)$$

$$\bar{R}^2 = 0.237 \quad N = 80$$

カッコ内の数字は t 値

②北海道のケース：

$$Y = 4722.858X_1 + 259.855X_2 + 150805.750$$

(8.849)      (6.599)      (8.566)

$$\bar{R}^2 = 0.382 \quad N = 171$$

カッコ内の数字は t 値

上記の回帰式からも明らかなように、長野県の場合、県内の医療費の市町村格差をもたらす原因は、人口10万人当たりの医師数よりはむしろ、人口の高齢化率の違いである。すなわち、今後高齢化が一段と進んでいけば、高齢者の医療需要は大きいと、医療費はますます嵩むことになる。たとえば、飯田市の65歳以上の人口比率は2035年に36.9%に達すると見込まれているため（注9）、たとえ人口10万人当たりの医師数が現行水準を保つと仮定しても、1人当たりの国保年間医療費は29万137円まで高まることになる。

他方、北海道の市町村の場合には、人口10万人当たりの医師数と高齢化率とがほぼ同じ程度に医療費を上昇させる要因となっている。人口

10万人当たりの医師数は今後、医療技術が高度化し、診療科目が専門分化すればするほど増える傾向にある。また、深刻な医師不足の中で若い医師が週100時間にも達する超過勤務を強いられている現状を踏まえれば、労働条件を改善するためにも、医師の絶対数を増やすことが不可欠である。そうなった場合、北海道では医療費がますます釣り上げられる公算が高い。

ところで、1人当たりの国保年間医療費の市町村格差は長野県の場合、最高と最低との間に2.4倍の格差があり、また北海道でも、両者の間には2.3倍の格差がある。だが、このような医療費の格差は、国保保険料の市町村格差を反映したものではない。いやむしろ、図11に示したように、1人当たりの国保年間医療費と1人当たりの国保年間保険料との間には逆相関の関係さえみとめられる。実はそこに市町村国保が抱える最大の問題点がある。すなわち、病気の際に、同水準の保険料を支払っても同水準の医療サービスを受け取ることができないという矛盾である。しかも、同じ都道府県内において、そのような由々しき事態が生じていることである。

図11-① 都道府県データ

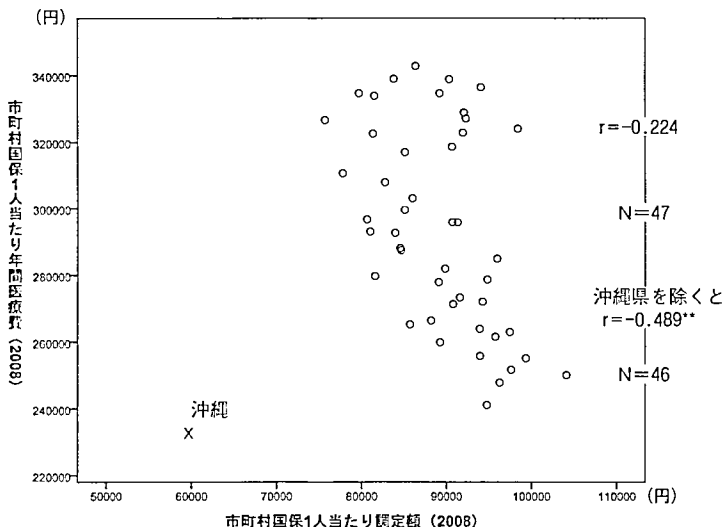


図11-② 北海道市町村データ

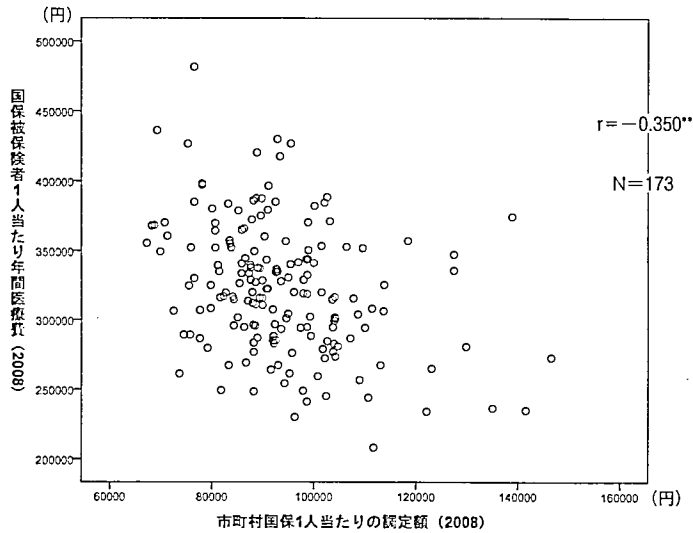
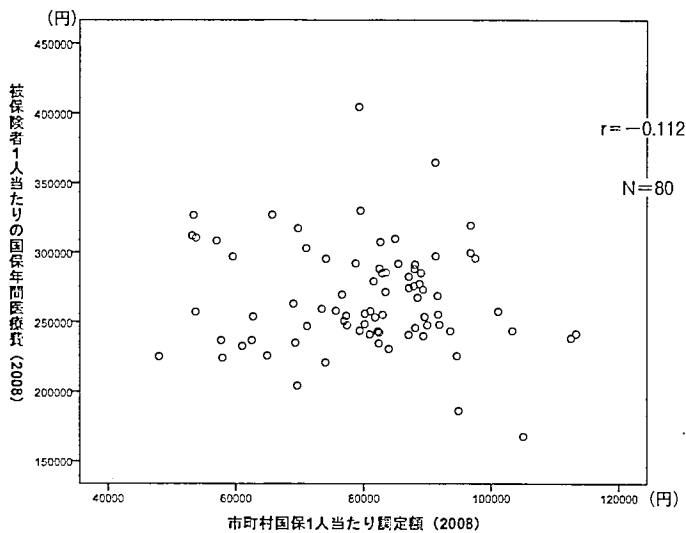


図11-③ 長野県市町村データ



国は現在、このような矛盾を解決するために、国保の広域化を推し進めている。さらに、2010年5月の国民健康保険法の改正によって、都道府県の指導で国保事業の広域化ならびに国保財政の安定化を推進するための市町村への支援を行うことが認められたため、各都道府県はそれぞれ「国民健康保険広域化等支援方針」を公表している。

しかしながら、これらの方針は後期高齢者医療制度が廃止され、再び国保へ戻ってくることが前提となっているため、新たな高齢者医療制度案を2010年末までにまとめるという民主党政権の公約が一切果たされていない現状では、各都道府県は国保の広域化にそれほど積極的ではなく、また国保を運営する市町村も国の出方を待っている状態にある（注10）。

そこで、飯田市の国保担当者ならびに小樽市の国保担当者にそれぞれ、国保の広域化にどのような考えを持っているのかを尋ねた。

まず、飯田市の国保担当者は、①民主党が後期高齢者医療制度に代わる新たな高齢者医療制度案を示さない以上、国保の広域化は、国保税の徴収や高額医療をめぐる財政調整など、ごく限られた範囲に止まらざるを得ないという。②また、飯伊地域の市町村同士で、広域連合を使って国保の広域化を進めていこうという議論はいまのところなく、県の国保担当課長会議でもそういう議論はないということであった。③むしろ、緊急性を要するのは、いずれの市町村でも不況によって国保の所得割税収が大幅に落ち込み、国保基金が底をついていることであり、国保財政をいかに安定化させるかという点である。だが、国保の広域化によって赤字の国保同士をまとめても、同じように赤字を背負うことになり、問題はけっして解決しない、と厳しい評価を下している。

他方、小樽市の国保担当者は、①都道府県単位で国保を広域化することは、市町村国保の財政的な脆弱性や市町村間の格差を是正するうえで有効な手段である、と前向きである。②また、都道府県が保険者になることで、国保制度・医療計画・保健事業が都道府県内で一体的に運営できるとしている。③だが、市町村における累積赤字の処理方法や、収納率低下の懸念など新たな課題が発生することも想定されるため、市町村と都道府県の役割分担を明確に位置づけるとともに、より公平な仕組みになるような検討が必要であるとする。

以上の意見の違いは、広域連合を使った国保事業の広域化の進展度にも表れている。北海道ではすでに空知中部広域連合、大雪地区広域連合、後志広域連合がスタートし、国保事業の広域化が始まっている。また道は、国保事業を扱

う新たな広域連合の設立に対して、道調整交付金を支給してこれを支援していく考えである。他方、長野県では、国保事業を対象とした広域連合はなく、飯田市長が連合長を務める南信州広域連合でも福祉分野の対象事務は介護認定や、福祉施設の設置と管理運営に限られているのが実態である。

## おわりに

南信州定住自立圏と北しりべし定住自立圏とを比較して明らかになったことは何か？これらの2つの事例から引き出される教訓を整理して、結論に代えたい。

(1) まず、定住自立圏という場合に、＜定住＞と＜自立＞についてそれぞれはっきりとした理念があるかどうかが重要となる。飯田市の中心市にした南信州定住自立圏では、この飯伊地域で2002年にスタートした飯田・下伊那経済自立化研究会議における議論を下敷きにして＜経済的自立化＞とは何かを定義し、またこの研究サークルの支援を受けて当選した牧野飯田市長のもとで、人材の還流と定住をテーマにした地域づくりが行われてきた。この理念と経験が定住自立圏の運営にも生かされているといえよう。他方、小樽市を中心市にした北しりべし定住自立圏では、そのような明確な理念はなく、むしろ総務省が敷いたレールに従って定住自立圏をスタートさせたといえる。理念の欠落という点では、急速に普及しつつある他の定住自立圏すべてにいえることだが、定住自立圏は中心市と周辺町村との自発的な協定締結に基礎を置くものだけに、そのような明確な理念があるかどうかは、定住自立圏の今後の持続性を左右する重要なカギを握っているといえよう。

(2) 第二に、定住自立圏としてスタートした地域に、一体感ならびに実質的な一体性がある

かどうかが問題となる。南信州定住自立圏は、広域連合の単位としても、また医療圏、雇用圏の単位としてもこれまで一貫した地域完結性を保持してきた。また定住自立圏に先立つ南信州広域連合の経験を通じて、首長間での円滑な意思疎通が図られてきたことも見逃せない。他方、北しりべし定住自立圏は、北後志廃棄物処理広域連合を母体としてはいるものの、地域的一体性からみて問題がないわけではない。道の医療計画における二次医療圏は後志管区すべてに及んでおり、北後志地域だけに限られるわけではない。また後志広域連合は、小樽市と余市町を除いて組織されており、そこではすでに国保の広域化という実験が行われている。さらに、小樽市の労働市場が札幌市のそれと深く結びついているのに対して、余市町を中心にした他の5町村の労働市場がこれとは別に存在するといった違いもある。もちろん、定住自立圏はスタートしたばかりの仕組みなので、地域的な一体感ならびに一体性を醸成できるかどうかは、今後の努力次第である。だが、そうした土台がなければ、定住自立圏そのものが四分五裂してしまう危険性が高いので、今後の動きに注目していきたい。

- (3) 最後に、定住自立圏が目指す生活機能強化の具体例として、地域医療連携に焦点を当て、この分野で両定住自立圏がそれぞれ抱える課題を比較検討した。ここで重要なのは、①地域医療の司令塔となる中核病院が存在するかどうか、②また医師会をはじめとする地元の医療関係者が自治体の地域医療政策に協力的であるかどうかである。医療資源が乏しい南信州定住自立圏では、地域の中核病院である

飯田市立病院に医療資源を集中させ、周辺町村との地域医療連携を図ってきた。この政策は、割安で効率的な医療を可能にさせた反面、遠隔地から飯田市立病院を利用せざるを得ないお年寄りの足を確保する必要性を高め、自治体による公共交通手段の整備を促した。またこの地域では、早い段階から医師会をはじめとする医療関係者が参加する飯伊地区包括医療協議会が組織され、自治体による地域医療政策を背後で支援してきたことが注目される。他方、かつて<北のウォール街>として繁栄し、金融面と物流面から北海道開拓を支えてきた小樽市を中心市とする北しりべし定住自立圏では、その長い歴史の中で培われた豊富な医療資源が存在する。しかし、そのことがかえって、司令塔のない地域医療を生み出すことにつながった。また、大都市＝札幌に隣接していることで患者の流出も続いており、地域完結的な医療を難しくしている。さらに、老朽化した小樽市立病院の再編統合問題が、患者の奪い合いを恐れる地元医師会の反発を生み、一部の市民団体を巻き込んでこの問題を政治問題に発展させている。そして、これらの要因すべてが重なることで、割高で非効率な地域医療が生み出されてきたといえる。とはいえ、両定住自立圏が克服しなければならない共通の課題は医師不足の解消であり、医師の不足によって診療科を閉鎖し、公立病院の経営が悪化することになれば、地域医療の崩壊にもつながりかねない。その意味で、定住自立圏の形成を通じた人口減少社会への準備は一刻も猶予のない状況にあるといえる。

## 注

- ① 飯田・下伊那経済自立化研究会議の中間報告

は、地域住民の生活費を自分たちの地域産業の力で稼ぎ出せているのか？という問題意識に基

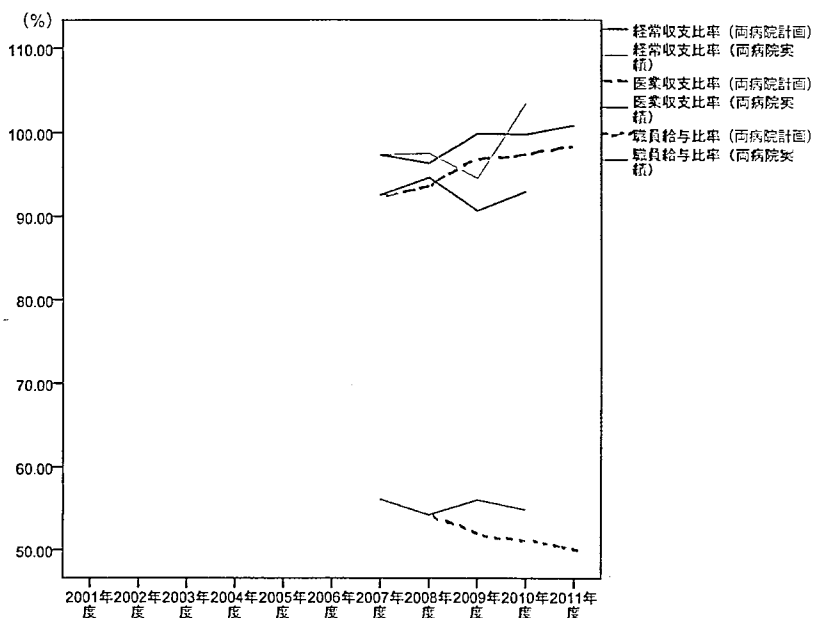
づいている。なお、製造業、農林業、観光業を「外貨獲得産業」と位置付ける一方で、商業、サービス業、建設業をそうした外貨獲得産業から波及する所得を受け取る「域内消費産業」として位置づける発想は、商業資本よりもむしろ産業資本を重視する発想といえよう。

- ② ここでいう2.5次医療とは、2次医療のすべてと、発生の多い疾患の第3次医療（高度医療）を提供するということである。
- ③ ただし、周辺町村も南信州広域連合を通じて約5億円を飯田市立病院に出資し、がんの放射線治療機を導入した実績がある。
- ④ 北後志地域から札幌市へ流出する患者の多くは、小樽市にもっとも近い手稲区の溪仁会病院に集中している。
- ⑤ 小樽市が小樽築港の用地をJRから購入し、そこに新市立病院を建設することを前提にして、設計会社に高額の基本設計料を支払ったことに対し、住民訴訟が起きている。
- ⑥ 並木病院局長は、2010年に入って新病院建設に以下のような追い風が吹いたとしている。第一は、診療報酬のプラス改定があり、経営面での改善が見込まれること、第二に、定住自立圏がスタートし、小樽市立病院が地域医療の中核を果たすと期待されること、第三に、小樽市の財政赤字解消に見通しが立ったこと、第四に、ネットワークふるさと元気事業交付金の導入により、小樽市立病院にサーバーが設置されることになり、それによって市内の病院とのネットワーク化が可能になったこと、そして第五に、小樽市が過疎地域自立促進特別措置法の＜過疎地域＞に指定され、過疎債を発行することが可能になったことである。とくに最後の点は重要であり、これにより市は新病院建設コスト149

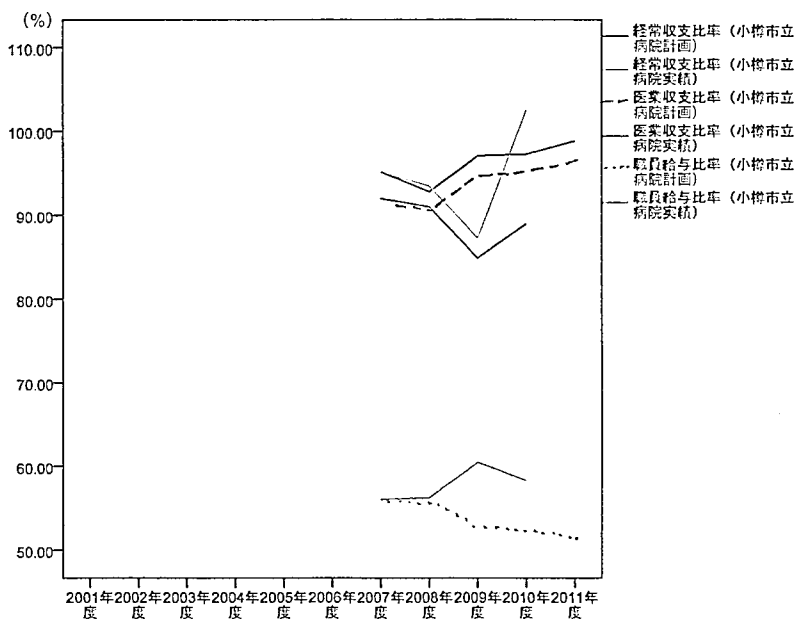
億円のうち、69億円を国の交付税で賄い、残りの80億円を一般会計と病院会計の2つで今後30年かけて返済すればよいことになったとされている。なお、並木病院局長が示した「新市立病院計画概要」によれば、新病院は388床のよりコンパクトな病院に変更されている。

- ⑦ 2011年4月の小樽市長選には、小樽市立病院を後志の基幹病院として位置づけ、同病院の統合・新築を進めるとした中松善治氏（小樽市元収入役）、小樽市立病院を社会医療法人に譲渡し民営化するとした佐藤静雄氏（元衆議院議員）、小樽市立病院の新築を認めるにせよ、建設コストの安いよりコンパクトな病院を目指すとした森井秀明氏（小樽市市議会議員）の3名がそれぞれ立候補した。
- ⑧ 飯田市立病院と比較するために、小樽市立病院の財務指標の目標値と実績値をそれぞれ示せば、付図のようになる。なお、改革プランの経営効率化に関する評価委員会からは、その実績値が一般会計からの追加繰入金によって達成されたものであり、改革プランの達成状況としては評価できない、という厳しいコメントが加えられている。
- ⑨ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口（平成17～47年）（平成20年12月推計）」より
- ⑩ 当初の公約では、2010年末までに後期高齢者医療制度に代わる新たな高齢者医療制度をとりまとめ、2011年1月に法案を提出、2013年4月から新制度へ移行する予定であった。そして、75歳以上の高齢者医療制度についてまず都道府県単位化を図り、2013年以降、全年齢を対象に全国一斉に都道府県単位化を図る計画であった。

付図一① 小樽市立病院の財務関連指標の推移

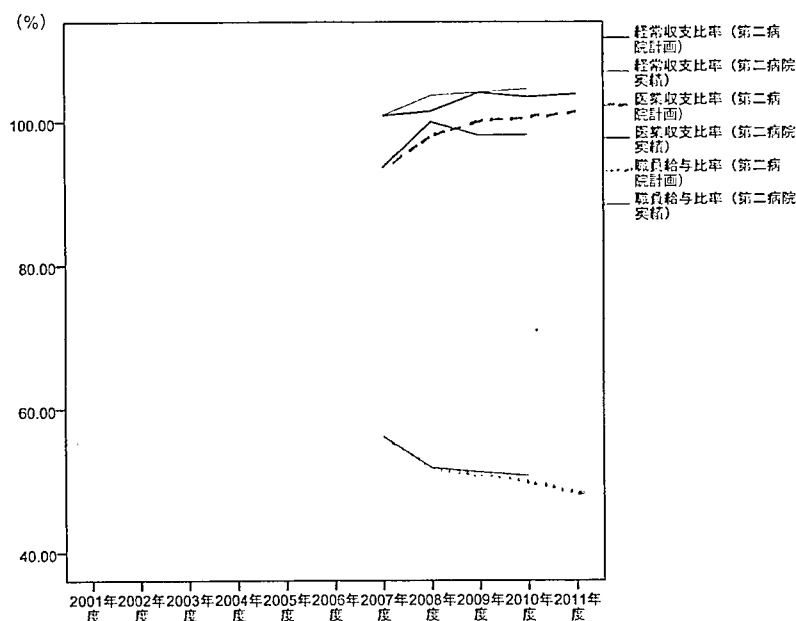


付図一②





付図-③



## 参考文献

- 飯田・下伊那経済自立化研究会議 (2003) 『飯田・下伊那経済自立化研究の中間報告書』
- 飯田市立病院 (2009) 『飯田市立病院改革プラン』
- 飯田市 (2009) 『南信州定住自立圏共生ビジョン』
- 飯田市 (2010) 『保健福祉事業の概要 平成22年』
- 小樽市 (2009) 『小樽市立病院改革プラン』
- 小樽市立病院改革プラン再編ネットワーク協議会 (2008) 『市立病院改革プランに係る再編・ネットワーク化について (中間報告)』
- 小樽市立病院改革プラン再編ネットワーク協議会 (2009) 『市立病院改革プランに係る再編・ネットワーク化について (最終報告)』
- 小樽市 (2010) 『新市立病院計画概要』
- 小樽市 (2010) 『北しりべし定住自立圏共生ビジョン』
- 小樽市医療保険部国保年金課 (2010) 『小樽市の国民健康保険 平成21年度版』
- 小原隆治・長野県地方自治研究センター編 (2007) 『平成大合併と広域連合—長野県広域行政の実証分析』 (公人社)

国民健康保険中央会 (2010) 『国民健康保険の実態 平成21年度版』

国立社会保障・人口問題研究所 (2009) 『日本の市区町村別将来推計人口 平成17-47年 平成20年12月推計』 (人口問題研究資料第321号)

後志広域連合 (2008) 『後志広域連合広域計画 平成19年度—平成23年度』

総務省 (2007) 『公立病院改革ガイドライン』

総務省 (2008) 『定住自立圏構想推進要綱』

定住自立圏構想研究会 (2008) 『定住自立圏構想研究会報告書—住みたいまちで暮らせる日本を』

定住自立圏構想実務研究会編 (2010) 『定住自立圏構想ハンドブック』 (ぎょうせい)

長野県 (2010) 『長野県市町村国保広域化・財政安定化支援方針』

日本都市センター (2011) 『基礎自治体の広域連携に関する調査研究報告書—転換期の広域行政・広域連携』

北海道保健福祉部 (2008) 『自治体病院等広域化・連携構想』

北海道（2010）『北海道国民健康保険広域化等支援方針』

北海道（2011）『北海道保健統計年報 平成21年』

牧野光朗（2006）『地域経済自立への挑戦—若者が故郷へ帰ってこられる産業づくりをめざして』（飯田市）

南信州広域連合（2005）『南信州広域連合広域計画書—第二次計画』

（しもだいら よしひろ、本学人間社会学科教授）