

## 道東地域の医療サービスからみた地域社会の自立

—シビルミニマムから地域個性化へ—

Building a Self-support Medical System for Local Region

室蘭工業大学  
室蘭市役所  
室蘭工業大学  
室蘭工業大学

○学生員 菅原明尚(Akihisa SUGAWARA)  
正員 塚田建人(Tatehito TSUKADA)  
学生員 三澤勉 (Tutomu MISAWA)  
正員 田村亨 (Tohru TAMURA)

## 1. はじめに

交通・通信ネットワークの進展は人々の活動を広域化させ、国・地域・都市といった単位で空間経済を捉えること自体に根本的な変更を強いている。空間構造がダイナミックに変化する中で、活動拠点の階層的構造も変容し、従来からの空間経済理論でそれらの現象を説明することには限界が生じている。わが国の国土計画において「小さな世界都市」が謳われたように、地域の個性（ローカル化）がグローバルな比較優位性を持って自立できるのであろうか。或いは、地域はグローバルな活動拠点（集中化）かローカルな拠点（分散化）のどちらかに特化してゆくのであろうか。少なくとも地理学と空間経済学の分野では、これから実現する空間構造について確立された見解はまだ存在していない。

ところで、わが国の国土計画は、1998年3月に策定された「21世紀の国土のグランドデザイン」で、大きな方向転換を遂げた。それは、過去4回策定された国土計画が所得格差是正を目的としていたのに対して、新たな国土計画が「地域ブロック単位で国際化を睨みながら生活質の向上を図る」とした点である。この変化は、2002年11月の国土審議会基本政策部会報告の中で「二層の広域圏」として明示された。「二層の広域圏」とは、地域ブロックと人口20～30万人程度の広域生活圏である。ここでは、広域生活圏の多様性をいかに計測し（個性を発掘）、全国一律ではない生活質の向上策を見出すか（生活圏の自立策）が課題となっている。

本研究では、広域分散型社会構造をもちかつ、積雪寒冷地という気象である道東地域の医療サービスを対象に、これまでの「施設配置と施設へのアクセス整備」というシビルミニマム施策ではなく、地域個性化施策から生活質向上の可能性（生活圏の自立）を論じる。以下、ドイツの空間整備制度の動向をレビューするとともに（2章）、地域社会の自立を既存文献で定義し（3章）、北海道と九州の空間構造比較（4章）と道東地域の医療サービスの現状把握（5章）から医療に関わる生活質の向上策を提案する（6章）。

## 2. 新しいドイツの空間整備制度

わが国の国土計画が目指す計画理念のひとつに、ドイツの空間整備計画がある。ドイツにおける空間整備の目標は、1965年の整備計画における「同等の生活条件」の

確立から、1997年の新整備計画における「持続的空間発展」政策へと変化した。「同等の生活条件」確立の基本的用具として使用された「点と軸による開発方式」、特に点としての中心地概念は、硬直した時代遅れなものとなり、効果が乏しいとまで言われている。地理学者のブロード・フォーゲルは、その理由として、①EUのグローバル化の中で地域の相対的自律性が求められていること、②社会構造が多様化して、伝統的な画一的規範が成り立たなくなったこと、③連邦政府の一元管理による行政システムが機能しなくなり分散的・地域的な協力や合意形成による柔軟な行政実施形態が推奨されていること、を挙げている。周知のように、中心地理論は前工業的都市構造には適合するが、近代的商工業・サービス業を中心とする都市構造に対しては説得力を欠いている。1997年の新空間整備計画では、中心地の持つ本来の都市サービス機能が後退し、代わって地域の発展や多様性が重視され、地域的ネットワークと空間的近接性で評価するとされている。具体的には、地域固有の自律性強化を図るため、「分散的な都市サービスのネットワーク」と「大学や研究所、交通インフラや文化施設を装備した地域開発中心のネットワーク」とを組み合わせて、空間整備を捕らえ直すとしている。この新しい概念には、クリスタラーの最適空間理論（1933）とマイドラルの地域発展理論（1959）を結合させたクルーグマンの地域構造モデル（1991、1995）が強い影響を与えたと言われている。

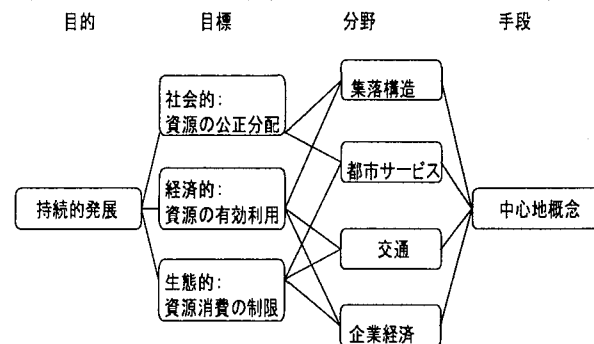


図-1 ドイツにおける持続的発展のための手段

## 3. 「地域社会の自立」の定義

我が国は、世界の先進諸国の中でも最も少子高齢化が進行している。人口は2006年をピークに減少に転じ、少子高齢化が加速すると推計されている。それに伴い地方都市や中山間地域においては過疎化がさらに進行し、地



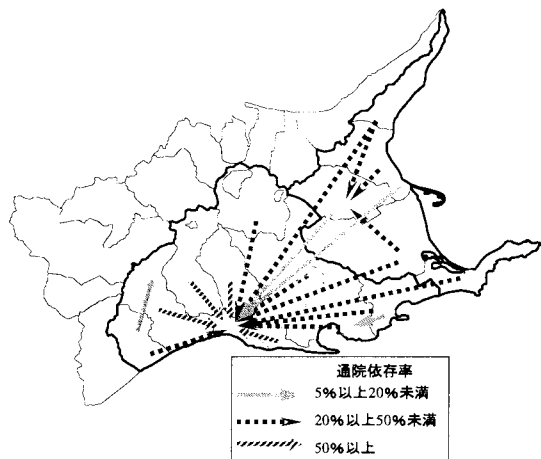


図-5 通院行動

(出展：H8 北海道「市町村別医療の自給及び依存状況」)

表-3は、救命救急センター1施設当たりのカバー面積を示したものである。これにより、道東地域における救命救急センター1施設当たりのカバー面積は、全国平均の4倍以上、関東平均の15倍以上であることが分かる。

表-3 救命救急センター1施設当たりのカバー面積

	面積(km <sup>2</sup> )
全国平均	2,392
関東地方平均	630
市立釧路総合病院	9,573

図-6は三次医療施設からの時間圏域を市町村単位で表したものである。これより、60分の医療カバー圏域は、道南・道北などに比して、道東は充実していることが分かる。

図-7は国土交通省が作成した総合交通分析システム(National Integrated Transport Analysis System : NAITAS、1Kmメッシュ単位)を用いて、中標津町の医療機能を把握したものである。図には、道東地域の三次保健医療ができる医療施設からの到達時間を示した。

図-6では、北見・釧路の三次医療施設から120分以内の圏域に位置づけられた中標津町であったが、図-7の1Kmメッシュかつ道路時刻表ベースの道路走行時間で詳細に調べると、市立根室病院へは90分で行けるものの、より高次の医療施設がある釧路へは100分の時間が掛かっている。

道東の医療施設配置とアクセス整備を総括すると以下のようにまとめられよう。

- ・ 日常的な医療(1次保険医療圏)は充足されている
- ・ 高次の医療は、救命救急センター1施設当たりのカバー面積が全国の4倍以上であることと分かるように、サービスレベルが極めて低い

以上のことから、シビルミニマムの発想に立って、道東の今後の医療施策を論じれば、高次医療施設の設置と高速道路整備などによる医療施設へのアクセシビリティ向上が結論となろう。

では、この施策は国民から受け入れられるものであ

うか?或いは、かつてのドイツのように「同等の生活条件」を満たすという法律が定められるものであろうか(ドイツでは、ワイマール憲法に「土地運からの自由(ある地域に生れ落ちたことを不幸と思わせない)」が盛り込まれた)。次章では、これらの現状認識の下で、地域個性化の観点から道東の医療サービスのあり方を論じる。

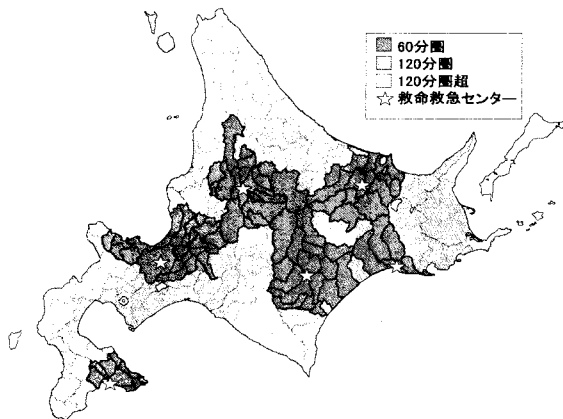


図-6 三次医療施設からの時間圏域

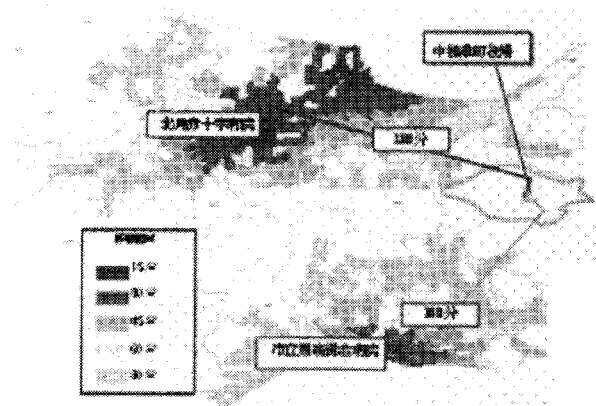


図-7 支庁からの時間圏域と中標津町からの時間距離

## 6. 医療という生活質の向上

5章のまとめに示したように、我々日本人は「シビルミニマム」という言葉に甘えてきた感がある。右肩上がりの1970年代に提唱されたこの概念を、少子高齢社会の進展かつ国家財政が厳しい現在でも言い続けられるのであろうか。シビルミニマムの具体的な中身について議論をすることも重要であろう。

本稿の議論の始まりは、わが国がどのような価値観に立脚して地方部の生活質を議論するかである。欧州は社会保障の考え方であり、EU統合の精神もThe Right to Root(根ざす権利)とされた。移民の国、米国は市場主義であり、地方の人々が「ここに住み続けたい」と願うのに対し、都市民は「何故、そこに住んでいるのか」と問う。欧州とも米国とも違う日本的価値観を打ち出すことも重要である。いずれにしても打ち出す価値観について国民の理解を得られることが重要である。

人口減少が続いて、いずれ消滅する集落に延命治療に生活質を議論することは、国民の理解を得られない。「地域を将来このようにする、だからこのような生活質

が必要」という理屈が必要である。ドイツの新しい空間整備制度（1997）は、「持続的発展」がその理屈である。地域から動かすことのできない「土地の Identity（個性）」を掲げている。観光交通を考えてみたい、「その土地に行かなければ得ることができない個性」を求めて、人はどんな遠距離からでもやってくる。霞ヶ関では、自立できる人口集積が 20-30 万人程度の生活圏といわれている。生活圏の個性の成立が可能な地域と、圏域の中で個性が消滅してしまう地域とが出てくる。

都市には規模・範囲の経済が働き、相乗的に集積が加速化される。それを止めるのは、人口過密が生む出す外部不経済が集積の利益を超えるとの認識である。地域ブロック（北海道など）の政策的・財政的な自立は、それを構成する都市と地方圏との自立・依存の関係に寄っている。例えば、かつての都市への人口移動は生産労働人口層であったが、現在は地方部からの高齢者層である。このように、地方の生活圏の自立、地域の個性化が重要な課題となってきた。

持続的発展を構成する要素をドイツの事例で見ると（図—1）、集落構造、都市サービス、交通、企業経済の4つとされている。本稿が対象とする医療は都市サービスのひとつである。よって、医療のみを取り上げて地域の個性化を議論することには、初めから無理がある。

しかし、ここで述べたいことは、国土計画における医療（生活質）の議論が、都市サービス（施設配置）と交通（インフラ整備）からのみ議論されていたことである。集落構造との関係から言えば、①人が集まって住むこと、②高齢者支援NPOを利用して健康なお年寄り（予防）を作ること、なども議論できよう。あるいは、日常的な医療を超えた高次な医療を危機管理として捕えて、地域マネジメントすることも考えられよう。例えば、「急病人を早く発見する仕組み、必要な応急手当の種類と内容の把握と処置体制の確立、ドクターヘリなどによる迅速な措置」などを情報管理とともに地域がマネジメントするのである。企業経済との関係から言えば、一点豪華主義の個性化も考えられよう。米国ミネアポリスの小児ガン治療の例ではないが、道東の空港を生かした医療ビジネスが考えられるかもしれない。地域の個性化とは、その土地にある資源（人、技術力、お金を含む）を的確に情報管理して、政策的に工程管理してゆく中で、生まれるものではなからうか。

## 7. おわりに

本研究は、研究室がここ数年続けている過疎地域研究の成果の一端である。成果の一部は、世界過疎学会（オケー・アンダソン教授、スウェーデン）会員との討議から生まれたもので、特に、「土地の Identity（個性）」や、ドイツの最近の動きはその成果である。本研究をまとめると以下のとおりである。

1. 「シビルミニマムから地域個性化へ」という地方部の持続的発展性を議論する方向を問題提起したこと
2. 道東地域の医療サービスを事例に、「地域個性化」の具体的な考え方を提示できたこと

本論文は稚拙な段階に留まっているが、今後、フィー

ルド調査を行なって具体的な施策提言に繋げてゆきたいと考えている。

### 補注1) 保健医療圏域の定義

- 第一次保健医療圏は「地域に密着した日常的に頻度の高い保健医療サービスを提供するシステムの基本的単位」のことであり、市町村の行政区域ごとに設定している。（21 圏）
- 第二次保健医療圏は「第一次保健医療圏と連携しつつ、プライマリケアを重視した保健医療体制の完結を目指す地域単位」として、診療圏と保健サービスを担当する区分を調整した圏域を基本とし、生活行動の広がり、関係行政機関の管轄区域を考慮した地域として設定している。（21 圏）
- 第三次保健医療圏は「高度・専門的な保健医療サービスを提供する地域単位」として、北海道の広域性をかんがみ、地域生活圏を考慮した地域として設定している。（6 圏）
- 地域センター病院はプライマリケアを支援する第二次医療機関であり、かつ第二次医療圏の中核医療機関として、他の医療機関との機能分担を図り、地域に必要な診療体制を確保するとともに、地域の医療機関への医師等の派遣及び技術援助、医師等を対象とした研修会の開催、無医地区等の巡回診療を行うなど、第二次医療圏におけるセンターとしての役わりを担う。（25 施設）
- 地方センター病院は第三次保健医療圏の高度・専門医療機関として、特殊な疾病や高度専門医療に対応できる医療機能を備え、臨床に密着した研修・研究が可能な施設およびスタッフを有し、地域の医療機関への専門医師等の派遣や技術援助を行い、他の医療機関との機能分担、連携を図りながら、第二医療機関の後方医療機関として第三次医療を完結する。（5 施設）
- 救命救急センターは相当数の病床を有し、心筋梗塞、脳卒中、頭部損傷等の重篤救急患者の救命医療を 24 時間体制で行う高度診療機能を有する医療機関である。（8 施設）
- 地方センター病院は主として第三次救急医療を行うものであり、当該第三次保健医療圏の救命救急センターであるか、又は当該第二次保健医療圏において実施する第二次救急医療体制（病院群輪番制）の中心的病院である
- 地域センター病院は、主として第二次救急医療を行うものであり、原則として当該第二次保健医療圏において実施する第二次救急医療体制（病院群輪番制）に参加していること。

### 参考文献

- 1) 森川洋：ドイツ—転機に立つ多極分散型国家、大明道 pp. 109-130
- 2) 日本施策投資銀行 地域政策研究センター：Regional Policy 2003 No. 2 Vol. 11 pp57-64
- 3) 田邊達三：北海道を事例とした地域保健医療株式会社じほう pp3-77
- 4) 石川義孝：空間的相互作用モデル—その系譜と体系— 地人書房
- 5) 国土交通省ホームページ：<http://www.mlit.go.jp/>
- 6) 厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/>