

へき地保健医療と行財政制度

西村 周三*

1. はじめに

以下の議論を進めるに先立って、本報告の成立の経緯と問題意識を述べておきたい。そうすることが「へき地の保健医療」そのものを考察するにあたっての一助となると考えるからである。

厚生省は、無医地区対策の目玉として昭和50年度から「へき地中核病院」構想を実現に移し、昭和50年12月には19県27病院をこれに指定した。筆者は当初、この構想がどのような意義を持つのか、あるいは、限界を持つのかを検討するために、日本看護協会（調査研究部）の協力を得て、昭和51年8月に山口県大島病院（大島郡診療組合）を、昭和52年5月に群馬県国立沼田病院（利根沼田広域市町村圏）を調査する機会を得た¹⁾。調査の当初の目的は、「へき地中核病院」構想の意義と限界を検討することであったが、この調査の過程で筆者は、「へき地保健医療」のあり方を、現在のわが国の行財政制度全体の中に位置づけること、とりわけ、わが国

* 横浜国立大学

の地方自治のあり方と関連づけて考察することの必要性を感じた。

筆者は上記の調査を基礎に、厚生省、自治省、国土庁の関係者、地方自治体の行政担当者等から聞き取り調査を行なったが、そこで筆者は、次のようなことを最も強く感じた。「へき地保健医療」の問題は、現場の担当者、上記の行政担当者がそれぞれに強い熱意で取り組んでいる。とりわけ、その現場で取り組んでいる人々の熱意、努力は感銘を受けるものがある。しかし「へき地保健医療」の問題は、つきつめて考えていくと、保健医療そのものの問題とともに、「へき地の存在」そのものという問題につきあたらざるを得ない。このことは多くの熱意ある関係者が異口同音に語ることである。「へき地の存在」そのものの問題は、わが国の現行の行財政制度のあり方を検討せずして解決することはできないし、解決の方向を見出すことはできない。

近年保健医療の問題そのものということではなく、わが国の地方自治制度、中央集権的行財政制度のあり方が問われている²⁾。いわゆる、

中央集権的なわが国の行財政制度が、地方自治の望ましい発展を阻害し、「へき地の存在」という問題を生み出してきたということが、次第に明らかにされつつある。この点は実態に則してくわしく検討されなければならないが、もしこのことが正しいとすれば、「へき地の保健医療」のあり方も、このような行財政制度のあり方そのものとの関連で検討されなければならない³⁾。

ところが、現行の「へき地保健医療」の行財政は、どちらかというところ、「へき地」の種々の要求を個々の問題に応じてバラバラに中央に陳情し、中央議会というパイプを通した資金の流れで直接的に解決していくという姿勢がみられる。へき地の保健医療の諸問題を、へき地の産業振興、道路整備、教育施設の問題等とは切りはなして、個々別々にできるだけ中央から多くの資金配分を得るという形で解決しようという、縦割り行政に基づく解決法をめざしている。このため、地方自治体がその地域の保健医療を、他の生活基盤とは切り離されたものとして考え、中央からのものとり主義という形で解決しようという形が顕著にみられる。これが、個々の地域が地域の独自性に応じて自主的な「保健医療」政策をとることを阻害し、かえって各地で深刻な無医地区問題を生ぜしめるということさえ生じているのである。

もちろん、このようにいうからといって、筆者は保健医療政策の中央における中心的役割を果たす厚生省のあり方を根本的に批判しようというのではない。他方で一部の例外を除いては、全体として地方自治体自身がこれまで保健

医療政策において後手後手にまわってきたことは否定できないし、中央集権的な制度という制度的要因のゆえに、いくら地方自治体が努力しても十分な保健医療政策をなしえなかったのだとはいうことはできないであろう。

しかし少なくとも現時点において、「へき地の保健医療」のあり方を問うとき、次の2点について十分な認識を持って問題を設定する必要があることは確かであろう。第1に、この問題を考えるにあたって、国と地方の有機的な役割分担はいかにあるべきかを明らかにしないと問題が解決の方向にむかわないであろうこと。第2に、この問題は、「へき地の存在」そのものをいかに解決するかという問題に位置づけて考える必要があること、である。

国と地方との関係という観点から、現在の「へき地保健医療」の問題に対する考え方をやや極論をして象徴的に述べれば次のようになる。厚生省は、「こんなに努力してへき地医療のために種々の予算を獲得してやっているのに、へき地をかかえる自治体、へき地町村は、自らの地域の保健医療をなかなかうまく行ないえない」と考え、他方で、へき地をかかえる自治体、へき地町村は、「もっともっと厚生省はへき地保健医療のために予算を確保してくれないとへき地の保健医療はよくなる」と考える。これが極論であり、例外もあるし、このような単純な思考様式ではないともいうまでもない。さらには、厚生省そのものではなく、地域の利害を代表する国会議員の思考パターン、政治力学を無視することもできないであろう。

しかし、このような発想そのものは、広汎に

表1 昭和50年度国・地方の目的別歳出の状況

(単位億円・%)

区分	歳出合計				国・地方を通ずる歳出統計額			総額中 占める 割合 ⑩/⑪	国の純計 に占める 地方に対 する支出 の割合 ⑫/⑬			
	国		地方		国	地方	総額					
	特別 会計	一般会計	重複額	差引純 額①						A-C 構成比 ②	B-C 構成比 ③	D+F 構成比 ④
	一般 会計	特別 会計	重複額	差引純 額①								
機関	13,589	—	—	—	12,766	10.4	41,593	16.4	54,359	14.4	76.9	6.1
一般行政	4,437	—	—	—	3,953	3.2	22,897	9.0	26,850	7.1	85.3	10.9
警察	5,100	—	—	—	4,761	3.9	14,873	5.9	19,634	5.2	75.8	6.6
消防	1,441	—	—	—	1,441	1.2	—	—	1,441	0.4	—	—
税務	2,611	—	—	—	2,611	2.1	3,823	1.5	6,434	1.7	59.4	—
衛生	33,980	49,081	33,718	—	2,048	1.7	—	—	2,048	0.5	—	95.8
保健	13,969	—	—	—	13,851	11.2	—	—	13,851	3.7	—	0.8
安全	31,487	22,175	18,336	19,541	15,755	12.8	56,940	22.4	72,695	19.3	78.3	55.4
国土	5,613	6,087	5,116	3,396	3,188	2.6	8,392	3.3	11,580	3.1	72.5	51.6
開発	21,654	16,088	13,250	13,047	11,445	9.3	44,220	17.4	55,665	14.8	79.4	53.3
復旧	3,723	—	—	—	3,723	0.5	4,328	1.7	4,953	1.3	87.4	83.2
その他	497	—	—	—	497	0.4	—	—	497	0.1	—	—
産業	23,709	972	24,681	17,470	21,799	17.7	17,470	6.9	39,269	10.4	44.5	11.7
林業	20,002	—	—	—	17,459	14.2	7,564	3.0	25,023	6.6	30.2	12.7
水産	3,707	—	—	—	4,340	3.5	9,906	3.9	14,246	3.8	69.5	7.2
工業	26,309	—	—	—	9,273	7.5	68,398	26.9	77,671	20.6	88.1	64.8
教育	23,869	—	—	—	8,165	6.6	58,042	22.9	16,207	17.6	87.7	65.8
学校	514	—	—	—	2,922	0.2	2,924	1.2	3,216	0.9	90.9	43.2
社会	1,926	—	—	—	861	0.7	7,432	2.9	8,248	2.2	90.1	57.6
関係	46,151	1,161	47,312	650	28,342	23.0	56,855	22.4	85,197	22.6	66.7	39.3
保健	37,962	1,031	38,993	650	25,323	20.5	29,563	11.6	54,886	14.6	53.9	34.0
衛生	3,485	—	—	—	1,279	1.0	17,544	6.9	18,823	5.0	93.2	63.3
住宅	3,152	—	—	—	773	0.6	8,046	3.2	8,819	2.3	91.2	75.5
その他	1,552	130	1,682	715	967	0.8	1,702	0.7	2,669	0.7	63.8	—
給付	7,587	—	—	—	7,587	6.2	1,243	0.5	8,830	2.3	14.1	—
債権	11,024	—	—	—	11,024	8.9	11,146	4.4	22,170	5.9	50.3	—
繰上	—	—	—	—	—	—	232	0.1	232	0.1	100.0	—
年度	804	—	—	—	804	0.6	—	—	804	0.2	—	—
の計	258,639	73,389	281,998	52,734	229,264	100.0	253,877	100.0	377,126	100.0	67.3	46.2

(注) 1 国の歳出総額は、一般会計と交付税及び歳入配付金、国有林野事業(治山勘定のみ)、特定土地改良工事、港湾整備、道路整備、治水、空港整備、石炭および石油対策(石炭勘定のみ)、厚生保険(児童手当勘定のみ)および電源開発促進対策の10特別会計との純計決算額である。
 2 「国から地方に対する支出」は、地方交付税、地方譲与税、国庫支出金(国有提供施設等所在市町村助成金交付金を含む。)および交通安全対策特別交付金の合計額であり、地方歳入決算額によっている。
 3 「国から国に対する支出」は、地方財政法第17条の2の規定による地方公共団体の負担金(地方の歳出決算額中、国直轄事業負担金に係る現金納付額及び国に対する交付公債の元利償還額の合計額)で、地方の支出歳出決算額によっている。
 資料：自治省編『地方財政白書』52年版

ゆきわたっていることは事実である。そして、このような発想そのものが、地域における「住民自治」の発展を阻害しているのではないかということを開く必要があるのである。この問題はひとり保健医療の問題のみにかかわることではない。道路行政、環境行政、農林行政等、あらゆる領域の問題にかかわっている。しかし、とりわけ保健医療という対人的なサービスを中心としてなされる行政の場合には、地域の特殊性と行政サービス全体のシステムとしての機能との関連が重視されなければならない。従って、地域の自治体を中心となっていくこと、地域の自治体と国との行政との緊密な連携が保たれることが重要となる。

本報告では、上述のような問題意識からへき

地の保健医療にかかわる行財政制度のあり方を検討することにする。

2. 保健医療行財政における国と地方の関係

へき地の保健医療の行財政を検討するまえに、衛生行政全般についての国と地方の役割を概観しよう。衛生行政の現場での実質的な担い手は、経済的に見ても「地方の」行財政がその大部分である。すなわち表1に示すごとく、昭和50年度で93.2%が最終的には地方を通してなされている。「最終的」には地方であるが、その財政支出の基礎は、他の財政支出と同様、国が重要な役割を果たしている。地方の財政支出の財源は表2のようであるが、そのうち主要なもの

表2 歳入純計決算額の構成比の推移

区	分	昭和45年度	45	47	48	49	50
		%	%	%	%	%	%
地	方	37.1	34.8	33.2	35.6	35.1	31.3
地	方	1.1	1.0	1.1	1.0	0.9	1.0
地	方	17.8	17.3	16.9	17.2	17.9	17.2
小	計	56.0	53.1	51.2	53.8	53.9	49.4
国	庫	20.7	21.1	22.4	20.9	21.4	22.6
地	方	6.4	9.2	10.8	9.0	8.2	12.2
そ	の	16.9	16.6	15.6	16.3	16.5	15.8
合	計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
歳	入	億円	億円	億円	億円	億円	億円
合	計	101,040	121,794	150,907	182,171	234,867	260,444

(注) 国庫支出金には、交通安全対策特別交付金及び国有提供施設等所在市町村助成交付金を含む。

『地方財政白書』52年版

は次の3つの項目である。第1は、国政の段階の予算決定で決められ、国から地方へ特に「衛生行政」と特定化されて資金が配分される国庫支出金である。国庫支出金は、本来的に国がなすべき行政を地方が代わりに行なうことの財源

的な裏付けとして支出される国庫負担金、国が地方における種々の行政施策を奨励したり、援助することを目的として支出される国庫補助金とに分かれるが、この区別は必ずしも厳密なものではない。前者を定めている地方財政法等の

規定が必ずしも明確でないからである。保健所における超過負担問題等、現在注目されている「超過負担問題」もこのことにかかわっている。第2に、地方債、すなわち、地方公共団体が行なう借金が財源の重要な部分を占めている。この点については後にふれることにする。第3は、地方公共団体自身の一般財源で、この大部分は、地方税および地方交付税とからなる。地方税は地方公共団体の住民や企業から徴収される、地方公共団体固有の財源である。他方、地方交付税は、地方公共団体間の財政力の格差——すなわち、日本全体の地域間の格差を反映した格差——を全国的なレベルで調整するために国の徴収した主要な租税——所得税、法人税、酒税——の一定割合（現行では32%）を、各地方公共団体の財政力や財政需要の必要に応じて分配することで得られるものである。

さて衛生費の財源内訳を他の歳出項目と比較すると、表3に示されているように、一般財源の占める割合が大きい。衛生費のなかには、公衆衛生費、結核対策費、保健所費とともに、約

40%を清掃費が占めているので、これが保健医療財政支出であるとみなすわけにはいかないが、衛生費が一般財源から多く支出されている大きな理由は、この支出項目が多くを人件費に負っているからである。国庫支出金が少ないのは逆に、これが物的設備の整備等に向けられることが多いためである。

以上の考察は、いわゆる一般会計だけに注目したものであり、保健医療行財政全般における国と地方の関連をみるためには、国民健康保険制度や地方公営企業という形で運営されている自治体病院等の財政状況を考察しなければならないが、さしあたって次のようなことがいえるであろう。

保健医療行財政には、地方公共団体の果たしている役割が大きい。その理由は、この行財政の提供するサービスが本来的に人間対人間という形でなされるサービスであるという性質を色濃く反映しているということである。あわせて、ここでは詳述しないが、次のことにも注意しておく必要がある。すなわち、例えば道路の

表3 地方公共団体（都道府県、市町村の純計）の各歳出項目の財源内訳構成比

			国庫支出金	使用料 手数料	分担金他	地方債	その他の 特定財源	一般財源等	計
			%	%	%	%	%	%	%
民	生	費	44.6	—	1.8	3.4	5.3	44.9	100
衛	生	費	12.3	3.6	0.6	12.3	6.8	64.4	100
労	働	費	29.1	—	—	—	18.5	52.4	100
農	林	業	36.7	—	6.3	9.4	9.1	38.5	100
商	工	費	—	0.7	0.2	9.1	5.7	23.5	100
土	木	費	25.9	—	1.4	1.4	10.3	38.3	100
消	防	費	1.4	—	—	7.1	2.0	89.5	100
警	察	費	2.6	2.9	—	—	3.5	90.7	100
教	育	費	24.2	0.8	0.3	10.6	2.6	61.5	100

商工費のうち60.8%は「雑収入」による。

資料：『地方財政白書』52年度版

整備，病院，診療所の設置といった物的基盤を確保するといった形の行政においては，中央からの国庫支出金が重要な役割を果たしているということである。特に，戦後の産業基盤の整備を中心とする高度経済成長政策が，この国庫支出金（特に国庫補助金）と財政投融资を中心として強力に推進されてきたことは後に述べるへき地の保健医療を考えるうえで重要である⁴⁾。

3. へき地の保健医療行財政

へき地の保健医療行財政の基礎となっている法体系は，昭和45年に10年間の時限立法として成立した「過疎地域対策緊急措置法」である。このほか山村，離島等の特定の地域については，昭和28年に成立した「離島振興法」，37年成立の「豪雪地帯対策特別措置法」，40年成立の「山村振興法」などがあるが，「過疎地域対策緊急措置法」の趣旨とほぼ同様であると考えてよい。同法では，第5条で都道府県が「過疎地域振興方針」を，第6条で市町村が「過疎地域振興計画」を立案することを定めている。これらは通常，それぞれ「都道府県計画」と「市町村計画」といわれ，現在の過疎対策はこれら2つの計画が基礎になっている⁵⁾。

「都道府県計画」は，「基幹的な市町村道の整備」，「都道府県道等の整備」，「農林水産業等の振興」などとともに「医療の確保」というのがその重点項目としてとりあげられている。医療の確保の内容は，診療所の設置，患者輸送艇（車）の整備，巡回診療，保健婦配置，などである。「市町村計画」においても，医療の確保は重視されている。内容的には「都道府県計画」と

同様である。これらの計画の過去の実績をみれば，医療の確保にむけられる諸施策の支出が次第に伸びていることがわかるが，次の点に注意しておかなければならない。

例えば「都道府県計画」における一般財源の充当状況を他の項目と比較すると，表4に示すように，医療の確保のための支出に一般財源の占める位置がきわめて高い（第4表 b/a の%を参照）。医療確保対策は，他の諸施策と比べて一般財源に依存する度合いが高い，ということがいえる。この理由はくわしく検討する必要があるが，大ざっぱにはやはり，人的サービスであるということによるといえる。これは，表5で確かめられる。病院・診療所の整備は，一般財源が事業費の30%以下であるのに対し，巡回診療事業，保健婦の配置事業は一般財源が60%以上を負担している。一般財源以外の財源は，前節でみたように，地方債および国庫支出金を中心である。病院・診療所等の施設の整備が地方債でまかなわれるのがある意味で妥当であるから（その理由はのちに述べる），この数値は当然であるともいえるが，同時に国庫支出金が施設の整備に重点をおきすぎていることの表われであるともいえよう。

さて，保健医療については，過疎地域の振興施策は，この「過疎地域対策緊急措置法」に基づくものだけでなく，厚生省が独自の施策を行なっているが，ここで過疎地域の財政の財源構成をみてみよう。表6は，過疎市町村の歳入の構成比を，一般市町村のそれと比較したものである。総額を人口1人当たりで割った歳入額は，たしかに過疎市町村が多い。しかし，当然のこ

表4 都道府県計画の昭和50年度実績一般財源充当状況

	事業費		一般財源		b/a %
	a 百万円	構成比 %	b 百万円	構成比 %	
基幹的な市町村道等の整備	24,766	7.7	9,566	9.1	38.6
医療の確保	4,832	1.5	2,506	2.4	51.9
都道府県道等の整備	185,512	57.8	65,394	62.3	35.3
農林水産業等の整備	82,948	25.9	22,514	21.5	27.3
その他	22,873	7.1	4,964	4.7	21.7
合計	320,931	100.0	104,944	100.0	32.7

資料：昭和51年・国土庁「過疎対策の現況」

表5 都道府県計画における医療の確保（昭和50年度実績一般財源充当状況）

	事業費		一般財源		b/a %
	a 百万円	構成比 %	b 百万円	構成比 %	
(1) 病院診療所の整備	2,681	55.5	783	31.3	29.2
(2) 患者輸送車(艇)の整備	17	0.3	11	0.4	64.7
(3) 巡回診療	404	8.4	323	12.9	80.0
(4) 保健婦の配置	650	13.5	432	17.2	66.5
(5) その他	1,080	22.3	957	38.2	88.5
	4,832	100.0	2,506	100.0	51.9

資料：昭和51年・国土庁「過疎対策の現況」

表6 一般市町村と過疎市町村の歳入決算額とその構成（人口1人当り額および構成比）50年度決算

	合計	地方税	地方交付税	国庫支出金	地方債	その他
一般市町村	112,974円 (100%)	33,911円 (30.0%)	20,251円 (17.9%)	17,228円 (15.2%)	13,250円 (11.7%)	28,334円 (25.2%)
過疎市町村	160,493円 (100%)	15,239円 (9.5%)	62,221円 (38.8%)	23,817円 (14.8%)	19,690円 (12.3%)	39,526円 (24.6%)

資料：『地方財政白書』52年版

(注) 過疎市町村の定義については、地方財政白書を参照。

ととはいえ注意しなければならないのは、過疎市町村の地方税収入が少ないことである。一般に過疎地域の住民の所得は平均して一般市町村より低く、また法人税が得られる見込みが少ないから、地方税収入が少なくなる。これを補うものとして地方交付税があるが、この2税を合わせた一般財源の占める割合は、過疎市町村と

一般市町村とではほぼ同じ割合である。

過疎問題の現況をみると、この数値は適切なものであろうか。例えば、目先のことを考えて、しかも受益者負担という原則に立てば、この値は「過疎地域に財源をまわしすぎている」ということになろう。一般市町村の住民に対しては、1人当たり112,974円の財政支出が

なされ、他方過疎市町村の住民に対しては、1人当たり160,493円もの財政支出がなされている。しかも、そのうち自分たちが直接負担している税金は、一般市町村の住民が1人当たり33,911円であるのに、過疎市町村の住民はその半分にもみたくない15,239円である。だから過疎地域の住民のために一般市町村の住民は、国税という形で多大な負担をしてやっているということになる。

しかし、このような考え方は、受益者負担という原則をそのまま踏襲するとしても、少し先のことを考えれば適切でないことは明らかである。もしこのような負担をしなければ過疎地域はいうまでもなく、一般市町村の住民さえが、ますます生活しにくくなるのである。過疎地域はますます過疎化し、それとともに、一般市町村はますます人口が増加し、生活しにくくなる。これは、わが国が高度経済成長の過程で経験したまさにそのことである。人口の都市集中が激化することが、都市における「医療砂漠」を生み出したという経験を取りあげるだけで十分であろう。しかも、このような現象は、人口集中の大都市と過疎地域との間だけではなく、わが国のあらゆる地域でおきている。過疎地域とその周辺の都市の医療との関連の例をあげよう。過疎地域の道路が整備された結果、過疎地域の住民は、その地域で医療を求めるということをせず、自動車等の輸送手段を用いて、周辺の都市へ医療を受けに行く。その結果ますます過疎地域自治体の保健医療は荒廃し、最後には住民はその地域を捨て、都市へ移住してしまうということになる。

このようにして生み出される「過疎の存在」そのものが、過疎地域の住民だけでなく、非過疎地域の住民の生活基盤さえも危うくするという事実を考慮すれば、現行の地方交付税の地域間再配分機能は、現在でも不十分であるということが出来る。もちろん、過疎地域に資金を再配分するルートは地方交付税だけではない。もう1つ国庫支出金というルートが存在する。しかし、この方法が望ましくないものであることはこれまでの議論から容易に想像がつく。まず第1に、国庫支出金（国庫補助金がここでは重要であるが）というルートは、その本来の性格からいって、どうしても物的施設への支出という性格を持ちがちである。保健医療というすぐれて人的性格をもつサービスが軽視されがちである。過疎地域の保健医療の問題点は、筆者の調査でもこの点に集約されるといってよい。すなわち、「国による」過疎対策の重視は事実であるし、それによって、例えば中核病院の物的設備は整備されつつあるが、肝心の人的資源の適切な配置や施設の整備ではなく、「運営」には十分な資金的裏付けがなされていない。そして、これを行なうべき自治体は、とりわけ過疎地域において不足しがちな一般財源のゆえに、人的サービスが十分に行なわれていないのである。設備はできるが、それを使いこなす人材が不十分であるということが、過疎地域の保健医療にみられる最も顕著な現象である。

もっともこのようなことが生じるのは、ひとり国庫補助金制度によるのではない。物的設備が重視され、人的サービスが不十分になるという現象は、保健医療政策と他の産業振興、道路

整備との関連においても、また保健医療政策の内容自体にも、同様にみられるが、このような現象を生み出す要因は、国庫補助金制度の存在とともに、次の2点が重要である。第1に、地方自治体レベルにおいて、首長は選挙の票を得るために、どうしても容易に目にみえやすい物的設備の整備に努力を向けがちである。道路が整備されたり、病院が建設されたりすれば、それは容易に住民に認識され、町長や村長の功績と理解されがちである。これに対し、病院が、住民の健康のために適切に運営されているかどうかは、住民に理解されにくい、あるいは理解されるまでに時間を要する。このため、どうしても物的設備の整備に重点がおかれがちになるのである。

第2に地方債の発行制度の問題がある。過疎地域に対する事業に対しては、「過疎債」という形での地方債の発行が比較的容易である。地方債といっても、そしてそれがいくら低利で融資されるものであるとはいっても、やはり借金であることには変わりがない。それにもかかわらずつい資金調達の容易さのみを考慮に入れて、多額の地方債を発行して物的施設の整備に力を入れてしまうことになる。もちろん、地方債の発行という形の資金調達による物的施設の整備それ自体は悪いことではない。そのような施設が何年の耐用年数を持ち、何年にわたって住民に便益を与えるのかという、「資産管理」の方針が科学的裏付けのできるものであれば、思い切った多額の地方債の発行と、大規模な施設の整備があっても問題はない。物的施設の整備は一般に20年、30年先まで効果が及び、いい

かえれば20年、30年後の住民にも便益をもたらすものであるから、20年、30年後の住民の税金をその施設のためにあてるという意味での「地方債」の発行は根拠のあることである。しかしながら、現状はそのような合理的な経済計算が十分になされず、ただ資金調達が容易であるという目先の「経済計算」のみに基づいて施設の整備がなされがちである。

この第1、第2点は相互に関連しあっている。地方債の発行を通じて資金を調達し、十分な合理的経済計算を行わずに物的施設のみを充実するというパターンは、結果的には、地方債の金利負担を通して、一般財源を圧迫するということにもなる。

さらに、一般財源の不足という状況のもとでは、中央からの国庫補助金をできるだけ多く獲得するという行動へ首長を走らせることになる。山口県大島郡の次に示す事例はそのことを如実に物語っている。

山口県の大島は、現在では本州と結ぶ橋が架けられ、いまでは離島ではないが、大島本島自体に、さらにいくつかの離島が存在している。大島郡の某町長は、厚生省のへき地医療対策の一環としての「患者輸送艇」の獲得に努力し、これを離島と大島との間に設置することに成功した。ちなみに「患者輸送艇」の施設整備費の国による補助率は1/2である。すなわち山口県とこの町で1/2の金額を負担することによってこれを設置したわけである。ところが、この離島は無医地区ではあったけれども、1日3往復の町営の定期船が運航されており、しかも人口が500人足らずであったこともあって、救急の

場合以外はほとんど利用されず、いわば宝のもちぐされという状態になった。それだけならまだしも、この輸送艇を海上に浮かせておくと、船底にさびが付着するので、それを除去するのに相当の経費がかかるという状態が続いている。この費用すなわち「患者輸送艇」の運営費はこの町の負担となる。この地区の医療行政担当者の語るところでは、「患者輸送艇」を国の補助で購入するよりも、漁船と契約しておいて、緊急時に患者を輸送してもらい、それに対して支出をする方が、経済的にもずっと効率的であったという。

この事例の教えるところはきわめて興味深い。さきに述べたことのうち、地方債の発行の問題とは関係がないが、その他の問題とはいずれも関連している。まず保健医療行政が、このような目にとまりやすい物的設備に重点がおかれているということの1例である。さらに、この例は、国庫補助金が必ずしも意図した成果をあげ得ないという1例である。もちろん患者輸送車(艇)を設置することに補助金をつけるということそれ自体は悪いことではない。むしろ、厚生官僚のなかには、各地のへき地の実態をつぶさに観察し、望ましい保健医療のあり方を真剣に考えている人々が大勢いる。このアイデアもおそらくどこかの過疎地域の実態を真剣に検討することから生まれたすぐれたアイデアの1つであろう。しかし、このようにして生み出された施策が必ずしも意図した成果をあげ得ないという例もあるのである。個々の地域の保健医療実態を最もよく知り、それに対し最も適切な施策をとりうるのは誰かを判断するのはむず

かしい問題である。いちがいに現場の関係者であるとはいいがたい。例えば、保健婦の業務について観察していても、その地域に経験の浅い保健婦しかいない場合には、必ずしも現場の判断が適切であるとはいえない場合もある。しかし筆者が調査したうち、山口県大島郡の保健医療担当者のなかには、その地で生まれ、大島のことについては、すみからすみまで知り抜いているという人に出会うという経験をした。その人が必ずしもその地域の医療行政を中心になってすべて担当しているわけではないという、地域それ自体の人員の配置状況は、それなりに問題にする必要があるが、それとともに、中央の厚生官僚が地域の保健医療にどこまでコミットしうるかも問う必要があるだろう。もちろん、場合によっては地域の実態をその地域の医療行政担当者よりも、かえって厚生官僚の方がよく知っていたりすることがあるという事実は無視することはできない。しかし、観点を変えれば、そのようなことが生ずること自体が国庫補助金制度それ自体の所産であるということもできる。伊東光晴氏は、筆者がここで述べているのと同じ思想を、「たかりの構造と自立の思想」(『朝日ジャーナル』1978年1月6日号)と題して議論を展開している。氏はやはり過疎地域の保健医療という事例をとりあげ、岩手県の沢内村と新潟県の守門村とを比較し、沢内村には、「村びとの生命を守る」自立の思想をみるのに対し、守門村には、「有力代議士をたより、その代議士間のえたいのしれない政争が、中央から県からの予算獲得に狂奔させ、その結果は、村のシビルミニマムをおかす土建屋予算となり、

それが予算の額をふくらませながら予算をくい、福祉への傾斜を不可能にし、雪に埋もれた村を雪に埋もれ続けさせる」という「たかりの構造」をみる。

このような対比は、土木建設、産業振興と保健医療、福祉の間にのみみられるのではない。保健医療のあり方の内部にもみられる。保健医療における病院、診療所の設置などといった物的施設と、人的サービスおよび全体としての保健医療システムの整備との間にもみられるのである。さきの大島では、かつて、2つの町村して協同して1つの病院を設置するにあたって、どこにそれを設置するかをめぐって、対立が岸信介氏派と佐藤栄作氏派との対立にまでなり、その両者の親戚である地元有力者が調停に立ったという。地元有力代議士を通して中央と太いパイプをつなぎ、中央から少しでも多くの資金を獲得することを通して保健医療をよくするという発想からは真に望ましい行政は生まれないのである。

それでは、へき地の保健医療行財政にどのような活路が見出されるのであろうか。このことを検討するまえに、もう一度次のことを強調しておきたい。現行の国庫補助金制度は上述のような弊害を持っているが、そうかといって、現実に厚生官僚がこの弊害をもたらしていると考えたり、また弊害を助長していると考えたりすることは、適切な実態の把握であるとはいえない。保健医療行政全体の先行きを見通すという能力という点で、厚生省はすぐれた頭脳をかかえているし、実態の把握という点でも、全国各地の状況を比較するという点で、厚生省は利点

を持っている。しかし、現状では少なくとも次の2点に厚生省は留意する必要がある。第1に、すでに全国知事会の「臨時地方行財政基本問題研究会」が昭和49年12月に報告した「地方行財政に関する今後の措置についての報告」（『都道府県展望』1975年2・3合併号）等で指摘されているように、へき地医療関係の補助金のうち、零細であり、類似ないし同一の補助目的を有するものについては、統合メニュー化することが考慮されなければならない。これは50年度にへき地中核病院構想が発足した後にもまだ統合されないでいる。このような零細でかつ補助の内容が細かに規定されている補助金は、さきにあげた山口県大島の実例だけでなく、他の地域にもみられる。

このことに関連して、ここで群馬県利根沼田広域市町村圏のへき地医療の実態の実例をあげよう。この地域では沼田市にある国立沼田病院がへき地中核病院の指定をうけ、すでにかなり頻度の高い巡回診療を行なっているが、この地域では、国立病院が中核病院になったことと自治体のへき地医療が広域市町村圏という行政主体でなされていることがあいまって、へき地保健医療があまりにも国立病院に多くを頼りすぎた形でなされているように思われる。広域市町村圏は巡回診療用の巡回車を購入し、国立病院と委託契約を結び、巡回診療のすべてを委託しているが、定期に開かれる巡回診療運営のための連絡協議会では、関係市町村からの要望等はあまり聞かれないという。要望すれば、それだけの財源措置が必要となるからであろう。国立病院が中核病院となるケースは珍しいケー

スであり、テストケースとして今後の推移を見守る必要があるが、特に、国立病院がどの程度まで地域に密着しうるか、また積極的な保健医療政策を行ないうるかは今後の課題である。ただ現状ではあくまでその主体が自治体の方ではなく、国立病院であり、国立病院では住民の健康の実態を把握しようと努力しているが、それが地域の自治体の保健医療行政に生かされる段階にまではいたっていない。現在は地域の事情にも精通し、経験のある副院長が巡回診療を行なっているが、将来この形態が存続しうるとはかぎらないし、今後特定の診療科の専門の（例えば成人病の）健診ではなく、（例えば成人病治療といった）診療が必要となった時点で果たして国立病院主導の巡回診療がうまく機能するかどうかは危ぶまれるところである。

基本的には、地域の保健医療体系をシステム化して考慮しうるのは、自治体であろう。そして現状で、この地域の保健医療行政を積極的に自治体で推進していく力が働かないのは、当該自治体に適切な人材がないというのではないであろう（このような人材は最初からすでに存在しているといったものではなく、育てていくものなのだから）。むしろ、一般財源の不足と、現行のようなこと細かに使途が明示された零細な国庫補助金の存在が地域の自発的な保健医療行政の発展を阻害しているといえる。現状では中央にいわれた通り、例えば、補助金をもらってへき地医療対策協議会を形式的に開いていくくらいしか仕事がなく、しかも彼の創意工夫を生かす余地がないのだから。ただし近年地域の自主性を重視した画一的でない奨励的な補助金も

少しずつみられるようになってきたが。

第2に厚生省は、各種の部分的な負担を行なう補助金政策の実施に当って、地方交付税の算定基礎の形成により留意しなければならない。他の省庁の補助金も同様であるが、一般に補助金が国による全額補助でない場合、地域の財政需要に応じて都道府県、市町村の負担分は、地方交付税の算定の基礎として考慮に入れられるタテマエになっている。ところが、自治省担当者話によると、厚生省の地方交付税算定基礎を形成する作業は、他の省庁と比べて比較的熱意が足りないという。この算定には地域の特殊性を考慮に入れた全体的な判断が必要であり、厚生省はその努力をいまより以上に向けることが必要であろう。

このようにみていくと、今後のへき地医療を発展させていく方向として、次のような方途が見出せる。まず第1に、わが国が戦後とってきた一貫した高度経済成長政策は、国内的にみた場合、過密・過疎現象の激化をもたらし、そのこと自体が経済成長それ自体の阻害要因にもなっている。そして、これを解決する道は、これまで過疎対策がとってきたような国庫補助金の過疎地域への重点的配分という方式ではなく、地方交付税を通しての重点的配分でなければならない。なぜなら、そうしないことには過疎地域はいつまでたっても自らの創意に基づく自立的な発展をとげることができず、投下した資金は物的設備にのみいたずらに空費されてしまう可能性があるからである。例えば、道路の整備のみであれば、それはかえってますます過疎地域を過疎化してしまうだけであり、またときに

指摘されるように上越新幹線の設置は、かえってますます上越から東京への人口集中を激化させてしまうかもしれないからである。

第2に、地域の自主性を重視する方向でへき地保健医療政策が進んだ場合、当然、地域の自治体の保健医療行政担当者の責任は重くなる。これまでにない創意工夫が必要となろうし、特に、保健婦などが地方行財政全体に明るくなる必要がある。保健医療以外の他の事業についても同様であるが、保健医療の場合はとりわけ、一般行政担当者が知りえない専門的な知識を持つ人材を必要とする。そしてさらにいえば、国庫補助金制度の弊害をうんぬんするより、いまもっとも大切なのは地域の自治体において、保健医療行政に熱意を持つ人々が自らの手で、自立的な保健医療体制を作り出していくことである。それが逆に制度の変革をもたらさうるのである。

脚 注

1) 本稿はこのような調査の報告の一部でもある。調査にあたって大島郡国民健康保険診療施設組

合事務局長松浦信夫氏および同組合の職員各位、また国立沼田病院看護総婦長、および病院関係者各位には多大の協力を得た。調査結果がこのような形でしかまとめられないことを深くお詫びするとともに、調査に協力を惜しなかつた各位に深い謝意を表したい。詳しい調査報告はいずれ稿を改める予定である。

2) このような方向の興味深い報告として、都留重人ほか「自治体財政の危機を克服する道」（地方財政に関する鑑定意見書）、『エコノミスト』1977年8月16日号参照。

3) へき地の保健医療そのものを保健医療の内容に則して検討するというすぐれた報告として宗像恒次「へき地における保健医療需給問題（『社会保険旬報』77年4月21日号以降連載）がある。筆者は氏の指摘にほぼ全面的に賛成するものであり、ここでは氏の報告との重複を避けるためにあえて行財政制度のみに焦点をあてることにした。

4) ここで述べた地方財政の実態についてのより詳しい、かつ平易な解説は、吉岡健次、和田八束編『現代地方財政論』（有斐閣、昭和50年）を参照。

5) 以下の議論の基礎となる資料は国土庁地方振興局過疎対策室編『過疎対策の現況』（昭和51年版）である。