

2017 年度 学術交流支援資金 報告書

大学院プロジェクト科目名：医療福祉政策・経営

研究課題名：面で支える医療提供体制への移行に関する合意形成過程

研究組織：

慶應義塾大学総合政策学部教授 印南一路

山口県立総合医療センター ヘき地医療支援部部長 原田昌範

自治医科大学地域医療学センター講師 阿江隆介

自治医科大学地域医療学センター講師 古城隆雄

慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科 三谷宗一郎

1. 研究背景と目的

本研究の目的は、人口減少地域において、複数の医療機関が協働して地域医療を提供する体制（面で支える医療提供体制）へと移行するまでの合意形成の過程を明らかにし、その要諦を導出することにある。

周知の通り、日本は世界にも例をみないスピードで人口減少・少子高齢化が進展している。団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年以後は、高齢者人口の減少を念頭に置き、人口規模に合わせて医療を提供していく必要がある。昨年度までに学術交流支援資金の援助を受けて研究した結果、今後は、①初期救急と在宅医療（特に看取り）が提供できること、②高齢者人口の減少に即して縮小・撤退が可能な医療関係者（医師、看護師、保健師等）の人員配置を取ること、③維持費を低く抑えること、という伸縮性と効率性を備えた可変的な医療提供体制の構築が求められていることが明らかになった。このことは、常勤の医師がいる診療所が単独で地域医療を支える体制（点で支える医療提供体制）から、複数の医療機関が協働する「面で支える医療提供体制」への移行が望ましいことを示している。

しかし面で支える医療提供体制への移行は、縮小・撤退を連想させるため、自らの健康や生命に不安を感じる地域住民の多くは強く反発することが予想される。政治家の多くは、有権者の支持を失う可能性を懸念して賛同しない傾向がある。移行の必要性を認識している行政も、住民、政治家の反発を恐れて、積極的に踏み込もうとはしない。面で支える医療提供体制への移行に向けて、政策交渉を推進しようとする主導アクターが現れにくく、仮に現れても容易に合意を調達できないという点にこの問題の難しさがある。

人口減少に即した医療提供体制の移行に関する先行研究の多くは、医療経済学や医学・疫学からアプローチしており、合意形成過程に関心を寄せる研究は無い。わずかに公立病院民営化をめぐる政治過程を研究した宗前（2008）や柳（2012）があるが、実践的な知見の導出には至っていない。また今後、一層求められるであろう出張診療所開設やグループ制導入等の事例を扱った研究は皆無だった。

そこで本研究では、すでに高齢者人口の減少に即して面で支える医療提供体制に移行し

た地域を事例に取り上げ、どのように合意形成を進めたのか、政策交渉に焦点を当てながら政策形成過程を明らかにし、他地域にも応用可能な要諦を導出する。

2. 本年度の報告

本年度は、(1) 面で支える地域の取り組みへの合意形成に関する聞き取り調査、(2) これまでの研究の成果発表(3) 住民の健康教育に関する医学概要に関する検討、の3つの活動を実施した。

(1) 面で支える地域の取り組みへの合意形成に関する聞き取り調査

- ◇ 日時：高知県（2017年11月30日）、山口県（2017年1月16～18日）
- ◇ 聞き取り調査対象
 - 高知県健康政策部医師確保・育成支援課
（担当者：副部長 家保 英隆 様主幹 上田 智佐子様）
 - 山口県光市 牛島診療所 （担当者：健康増進課 佐伯愛子様）
 - 山口県周南市 大津島保健組合大津島診療所、周南市国民健康保険鹿野診療所、
（担当者：地域医療課 石田 典子様）
 - 山口県上関町祝い島診療所 （担当者：保健福祉課 礪邊一男様、岡崎芳江様）
 - 医療法人ゆうの森 たんぼぼクリニック （担当者：永井康德先生、木原信吾様）
- ◇ 調査の目的

1人の常勤医師が支える体制から、複数の医療機関、医師で診療所を支える（面で支える医療体制）に移行した経緯、関係者との協力関係、住民への説明や合意形成の過程をお伺いし、面で支える医療体制への移行に関する支援のヒントを得るため
- ◇ 調査対象の地域

高知県：県庁担当者から次の事例について聞き取り
複数の診療所で医師が働く事例（馬路村、四万十町、いの町、津野町）
へき地拠点病院から医師を派遣する事例（大川村、仁淀川村）

山口県：各市町担当者から次の事例について聞き取り
複数の診療所で医師が働く事例（光市、周南市、上関町）
へき地拠点病院から医師を派遣する事例（周南市）

愛媛県：複数の診療所で医師が働く事例（たんぼぼクリニック（民間診療所））
- ◇ 聞き取り調査のまとめ
 - ① 面で支える医療体制への移行における各関係者の役割

いずれの事例も、それまでへき地医療に従事してきた医師が高齢や体調不良を理由に退職することが体制移行の契機であり、関係者の間では事前にある程度予測されたものだったことがわかった。主たる関係者は、県庁、市町村、へき地拠点病院、診療所、住民である。聞き取り調査から得られた、各関係者の動きについて、以下にまとめた。

県庁の動きについては、高知県と山口県では対照的であった。高知県庁は、県全体の医師配置の優先順位から、医師離職後は特定の常勤医師1人を県から派遣することは困難である旨を、市町村にあらかじめ伝えており、へき地拠点病院や周辺の医療機関から交代で医師を派遣する体制に移行する必要性について協議していた。一方、山口県の場合は、各市町村が募集した医師が勤務していたため、後任の医師確保や提供体制の移行については、各市町村が山口県庁と協議していなかった。医師が退職される年に、市町村自身が、医師の募集、拠点病院や県庁等への相談を開始していた。

市町村は、へき地診療所を運営する当事者であるため、どの事例においても最終的な責任者である。高知県では、県庁から提供体制の移行について検討を開始するよう要請がなされるため、市町村は県庁と協議しながら移行の方向性を決定していった。一方、山口県では、市町村がまず後任の医師を確保しようと、へき地医療拠点病院や周辺の基幹病院、県庁等に対して依頼した。しかし常勤医師を見つけることはできなかったため、いずれの事例でも、診療日を短縮し、地域の基幹病院や民間診療所から医師を派遣してもらう体制へと移行した。

へき地拠点病院は、山口県、高知県のいずれの事例においてもイニシアティブをとる立場ではなく、県や市町村からの相談、派遣要請があつてはじめて、対応を協議するという受け身の関わり方であった。

診療所の医師は、いずれの事例においても早い時期から退任の可能性について、市町村や県に相談していた。後任の医師を自ら確保する事例はなかったが、あらかじめ相談することで提供体制を維持できるよう配慮していることがうかがえた。

住民は、診療所を利用する当事者である。いずれの事例においても、住民自らが面で支える提供体制への移行計画を要請・支持することはなかった。県や市町村から住民への説明があつたか否かも事例により異なっていた。ただ、離島の事例においては、全てにおいて住民説明会が開かれ、県や市町村の担当者が住民からの理解を得られるよう努力していた。住民の率直な意見は、常勤医師の確保による診療日5つ体制維持であると考えられるが、聞き取り調査を実施した事例のいずれにおいても、住民は診療日の短縮を受け入れていた。市町村の担当者によれば、多くの住民は診療所の運営が難しいことをよく理解しており、診療所が閉鎖されるよりは、診療日が少なくなるとしても、存続したほうがよいと考えることが移行を受け入れる理由であると指摘していた。

② 面で支える医療体制への移行上の課題

いずれの事例においても、医師の退職はある程度事前に分かっていることであり、人口減少による患者数の減少、へき地診療所における常勤医師確保の困難については、市町村や県庁は認識している状況であった。それにも関わらず、山口県のように事前の計画や相談ができない理由は、どこにあるのであろうか。

聞き取り調査の内容から、①行政が現在の診療体制の継続を希望すること、②体制の

縮小については自治体からは声を上げにくいこと、③「医師の確保」から「医療の確保」への発想転換、具体策を知らないこと、④相談する場がないことが理由であると推察される。以下にこれら4点について説明する。

1点目について、自治体は、医師確保が困難なことを経験上知っていることから、現在勤務している医師に少しでも長く勤務して欲しいと考えている。そのため、現在維持されている体制を変えることが心理的、行政手続き上の障害となり、事前に対策を検討することが困難になっていると考えられる。

2点目について、自治体は、人口減少に伴う患者数減少が生じていること、医師確保が困難であることを理解しているため、診療日の減少による診療体制の縮小が必要になると考えている。ヒアリングした担当者は、診療体制の拡大ならばともかく、縮小への移行は、住民や議会の理解を得られないという発想があると指摘していた。関係者の合意が事前に得られないため、関係者が合意せざるを得ない「医師退職」という事件を契機に、対策の乗り出していると思われる。

3点目について、自治体は、「(現状の) 医師確保」が政策目標であると認識しており、「医療確保」という発想の転換には至っていないと思われる。「医療確保」への発想になれば、複数の医師が交代で勤務したり、病院の指定管理を受ける、医師派遣を何日か受け入れる等、多様な解決策があるが、特に山口県では、そのような発想の転換には至っていなかった。自治体職員が「医療確保」という発想や事例の存在を知らないこと、自治体を越えた医療提供体制の構築は行政上難しいことなどが理由として考えられる。

4点目は、相談する場が無いということである。もしかしたら、これが最も深刻な理由かもしれない。今回、聞き取りを実施した自治体担当者はいずれも、人口減少による患者減少、経営状況の悪化、後任医師の確保が困難になることを把握、予想していた。高知県では、前もって県庁から市町村に要請がなされていたが、山口県ではにもかかわらず、事前に県やへき地医療拠点病院に相談した形跡はなかった。事前に検討できない理由は、もちろん上記のような理由がある。しかし、一つの自治体で解決することは困難であることを自覚していながらも事前に検討できない理由は、日頃から県やへき地医療拠点病院、あるいは隣接自治体など、関係者に相談する場が無いことかもしれない。

③ 聞き取り調査から得られた面で支える医療体制への新しい視点

聞き取り調査から得られた「面で支える医療体制」へ移行するための新しい視点は、2つある。一つは、大学等第三者を含む関係者を巻き込んだ協議会の設置、もう一つは、週5日の診療体制と訪問診療（看取り）の維持である。

人口減少に直面した地域の患者減少、経営悪化、後任医師、看護師の確保困難といった一連の問題を認識していない関係者はいない。にもかかわらず、前向きな検討ができない大きな理由は、上記でも示したように事件（医師退職）が起きていないにも関わらず、あえて医療体制の縮小につながることを議論することが、行政や医療関係者にとつ

ては立場上難しい点にある。大学等の中立的な機関が、客観的な情報を提供し、住民が面で支える医療体制への移行を受け入れる意向があることが分かれば、一つの良いきっかけづくりになるのではないかと考える。もちろん、今でもへき地医療対策協議会等の場はあるが、残念ながら中長期的な体制について、客観的な情報（受診者数、経営状況、医師や看護師の年齢等）を用いて、具体的に検討する場にはなっていない。

もう一つは、これは「たんぼぼクリニック」への訪問から得られた発想ではあるが、住民のためにも、医師のためにも、経営的にも、訪問診療を行う週5日体制のへき地基幹診療所を維持することが望ましいということである。たんぼぼクリニックの聞き取り調査では、50人の訪問診療患者を引き受けることができれば、経営的に安定するということであった。そのためには、病院から逆紹介を受ける必要があり、週5日診療を実施できる体制が求められる。もちろん、今後の人口減少や医師自身の負担、キャリアを踏まえれば、たんぼぼクリニックのように6人で一つの診療所に交代勤務することは難しい。現実的には、2～3人の医師で支える体制が適切であり、そのような規模で言えば、へき地拠点病院、へき地診療所が大きなグループ(理想は、地域医療連携推進法人)となって、グループの医師が関係機関で働く体制にするというのは、非現実的では無いように思われた。

(2) これまでの研究の成果発表

昨年度までの学術交流支援資金により援助を受けて研究した成果を、国際学会と専門雑誌（査読中）に発表した。

① 無医地区等における少子高齢化・人口減少が引き起こす医療アクセスの課題

学会：WONCA Asia Pacific 2017, Pattaya, Thailand

Title：Health care access issues caused by aging population/decline in no-doctor districts

Author：Takao Kojo, Soichiro Mitani, Ryusuke Ae, Kazuhiko Kotani, Ichiro Innami

(要約)

背景 日本では、地方での少子高齢化・人口減少が進んでいる。特に、医療機関へのアクセスが難しい無医地区等においては、少子高齢化・人口減少の進展が、ますます医療機関へのアクセスを困難することが懸念される。

目的 無医地区等における少子高齢化・人口減少の実態と医療アクセスへの影響を明らかにする

方法 厚生労働省が実施した全国無医地区等調査（2014）を用い、無医地区 637、準無医地区 420 における、社会状況（人口規模、高齢化率、平均世帯人員数、平均保有台数）と、最寄医療機関への公共交通機関の有無、運行回数について、分析を行った。

結果 無医地区の高齢化率は平均で 46%、50%を超える無医地区が 39%であり、人口も 200 人未満の地域が 70%と少子高齢化・人口減少が進んでいる。無医地区の平均世帯員

数が 2.5 人未満である地区は 58%で、一人暮らしか、二人暮らしの世帯が過半を占める地域が半分を占める。無医地区の 95%、準無医地区の 71%では、最寄り医療機関への公共交通機関の利用に困難がある。

結論 無医地区等では、少子高齢化、人口減少が急激に進んでいる。公共交通機関も頼れず、自力で受診できない高齢者も増加するため、公的なアクセス手段の支援がより重要になる。

② なぜ日本ではへき地に医師を配置できたのか

現在のへき地医療政策を検討する上で、過去の政策的展開を把握することは重要である。日本の教訓から発展途上国の医師確保策に示唆を得る、という観点から、以下に要約した政策史研究を実施した。研究成果を論文にまとめ、学会誌『国際保健医療』に投稿している。

目的 多くの発展途上国では、へき地における医師の確保に難航している。そのため養成にかかる時間的、経済的コストが低い看護職（保健師、助産師、看護師）を優先的に養成し、一部の医療行為を提供させる等の対策をとっている。一方、日本ではへき地における医師の確保を一定程度実現させ、戦後の無医地区数は減少傾向にある。なぜ日本では、途上国では困難とされる医師の確保を達成できたのか。この問いを明らかにし、途上国のへき地における医師確保策に示唆を得ることが本研究の目的である。

手法 法令データベース、通史文献、政府文書、報告書等を用いた文献レビューにより、近代医療制度が構築された 1874 年からへき地医療の支援枠組みが整備された 1980 年代までを範囲として過程追跡（process tracing）を行った。

結果 (1) 明治期の日本では社会的な認知度が看護職に比べて高かった医師が国家主導で計画的に養成されたこと、(2) 1874 年に医療行為の提供主体は法律上、医師に限定されたこと、(3) 1961 年の国民皆保険達成が政府に対してへき地への医師の配置を要請する要因になったこと、(4) 無医地区が定義され、へき地における医師の確保を推進する一連の政策が実施されたこと、以上 4 つの政策が順に展開されたことによって、へき地への医師の配置が実現したことが明らかになった。

結論 へき地において医師を確保できた要因は、社会的認知度が高かった医師を国家主導で養成したこと、医師と看護職の役割分担を法律に明記したこと、国民皆保険を達成したこと、無医地区を定義し、その解消に向けた種々の政策を実施したことに集約される。この日本の経験と教訓は、途上国への国際保健医療協力活動にも有用な示唆を提供している。

(3) 住民の健康教育に関する医学概要に関する検討

心身の健康を保つためには、一人ひとりが健康状態に気を遣うだけでなく、地域の医療環境や、予防や治療を考える上で必要となる医学知識を学ぶ必要がある。とくに医療資源が乏

しい地域では、そうした住民一人ひとりの努力が重要となる。

一般住民どのような医学知識を提供すべきかについて、医療計画で取り上げられている5疾病5事業、在宅に関連して議論を行った。具体的には、地域医療や地域保健活動に実際に従事しておられる専門家を招き、下記の要領で議論を行った。

日時：2017年11月10日、11日

◆ 出席者

＜共同研究者＞

印南一路(慶應義塾大学総合政策学部)

古城隆雄(自治医科大学地域医療学センター)

阿江竜介(自治医科大学地域医療学センター)

＜研究協力者＞

福山龍我(清水歯科クリニック)

西村京子(秋谷潮かぜ診療所)

吉田奈緒子(静岡県立こども医療センター)

◆ 議事内容

1. 研究全体の説明・報告 印南一路・古城隆雄
2. 一般住民に提供する医学概要などについて
 - ① 歯科疾患と歯科医療体制(福山)
 - ② 産科・不妊治療に関する医療提供について(阿江)
 - ③ 在宅医療に関する取り組みについて(西村)
 - ④ 精神科疾患と精神医療体制(吉田)
3. 今後の研究の進め方