

過疎地域における医療供給体制に関する実証的研究 —岩手県沢内・藤沢両モデルと 島根県隠岐モデルの可能性—

岩手県立大学 准教授 栗田 但馬 氏
成美大学 副学長 内山 昭 氏
島根大学 准教授 関 耕平 氏
島根大学 准教授 橋本 貴彦 氏
岩手大学 教授 井上 博夫 氏

1. はじめに

日本の地域医療は都市部と農村部で様相を大きく異にし、その打開策に関しては独自に考察する必要がある。本研究では農山漁村地域、とりわけ過疎地域、ないし人口減少地域（以下、過疎地域と呼ぶ）の医療供給の問題に焦点をあてる。ここでは基本的に過疎地域医療の対象を初期医療、一次医療、狭域医療としつつ、高度医療、二次医療、広域医療、および両者のグレーゾーンを視野に入れている。

2. 過疎地域医療研究へのアプローチ

農村・過疎地域では民間医療機関が脆弱であるために、地方自治体に関わる公立・公的医療機関の役割が大きくならざるを得ない。しかるに近年、経営、財政問題を理由に公的医療機関は厳しい局面におかれている。例えば、総務省は「公立病院改革ガイドライン」（2007年12月）を策定したが、それは各自自治体に対し「公立病院改革プラン」の作成を求め、

これに沿って病院経営の黒字化を図るか、それができなければ縮小、統廃合を半ば強制してきた。

日本では、公立・公的な医療機関として、4種類の運営方式・経営主体がある。第一に、自治体の直営方式、国民健康保険制度の特別会計で運営される市町村立である。多くは、一次医療、二次医療を担当し、今回の調査対象の岩手県西和賀町（旧沢内村）の国民健康保険沢内病院（以降、沢内病院）がこれに当てはまる。第二に、道県立であり高度医療や広域医療を担う。第三に、広域連合立（広域連合制度は、一部事務組合よりも柔軟で複合的な広域行政制度として1995年に導入されている）等である。今回取り上げる隠岐広域連合立の隠岐病院がそうである。第四に、社会福祉法人、厚生連、済生会等がある。本稿では、取り上げるのは、保健と医療を包括した活動を推進した岩手県の沢内病院、様々な設立主体が参加し「保健・医療・福祉の包括ケアシステム」を構築した岩手県一関市立藤沢町民病院（旧藤沢

町)、市町村のみならず県の財政的な関与をルール化している島根県の隠岐広域連合立隠岐病院の3つの先進事例である。本研究ではこれらの実態分析を通して、それらが過疎地域医療の普遍的モデルとなりうること、そしてこれに関わる政策課題を示す。

3. 旧沢内村・沢内病院における生命尊重行政と保健・医療の包括ケア

第二次世界大戦後、岩手県旧沢内村（現在、西和賀町）では、貧困、多病多死、豪雪の三重苦の軽減、克服に「生命尊重」を村是にして取り組み、とくに乳児死亡率ゼロの達成において大きな成果を収めた。その端緒を切り開いたのが、1957年に沢内村長（～1965年）に就任した深沢晟雄である。彼が主張する「生命尊重行政」は人間の尊厳や健康、くらしを最優先する村づくりを意味し、具体的な実践方法として保健活動を主とし、それに医療が含まれるような行政（「保健・医療の包括ケア」）があげられる。沢内村長時代の保健行政の最大の特徴は保健婦（当時）の量と質にあり、前者については人口5千人当たりの数が岩手県内で最多で、後者は多様な訪問事業、各種検診の実施など老若男女問わず、多岐に及んだ点にある。岩手県旧沢内村で推進された「保健・医療の包括ケア」の経済的な特徴として、まず、沢内病院の収益性のみならず、国民健康保険の事業会計及び旧沢内村の普通会計の効率性を総合的に勘案する考え方である。具体的には、旧沢内村では、沢内病院の医業収支での赤字が発生し、村の普通会計からの操出が発生したとしても、保健予防活動の前進による重症化減少などによる医療給付減を目指していたことを本稿では明らかにした。第二の特徴として、その後、国の医療費抑制政策が進展する下で、この政策が変化した点である。すなわち、沢内村の医療政策立案にあたって、先の総合的な観点からの効率性の評価から、沢内病院単独の収益性に焦点を合わせ、その改善を病院に対して求めるようになった点である。同時に、「保健・医療の包括ケア」を支えた村の保健婦活動の組織形態を「解体」と

いうことも同時に行い、「沢内村方式」は、1990年代後半の沢内村単独村政時代に崩壊したと結論した。

4. 旧藤沢町・藤沢町民病院における保健・医療・福祉の包括ケアシステム

旧藤沢町・藤沢町民病院は、1993年に開設され、現在では町民病院の他に老人保健施設や訪問看護ステーション等の関連施設を持ち、地方公営企業法の全部適用で運営されている。経営面からは設備投資を積極的に行った開設二年目を除き、一貫して黒字経営であると特徴付けられる。地方自治体を中心となった沢内村の「保健・医療の包括ケア」との比較では、藤沢町民病院の事例では病院が中核となり保健・医療・福祉の包括ケアシステムを構築した点に差異があることをみた。次いで、大きな特徴として行政と医療スタッフ、さらに住民が加わり、地域包括ケアシステムを構築している点に特徴をあげることができる。この藤沢モデルの地域包括ケアシステムの実現には、ハード面の投資だけではなく、むしろ人材育成などのソフト面の投資が重要であるが、医師養成（研修医）を住民に協力してもらう仕組みづくりを構築した点が大きな原動力となっていた。

5. 公立病院維持と地方自治体の役割・責務－隠岐広域連合立隠岐病院を事例に－

過疎地などにおいて、地域に根ざした医療を念頭に置いた場合、市町村立病院が担っていることが多く、一方、都道府県立病院は、高次救急などの不採算・高度特殊医療の提供や、医師派遣などを担う中核病院といった役割を担っているというのが一般的である。これに対して、今回取り上げた隠岐病院は、広域連合立という形態で島根県が地域の公立病院運営に関与し、隠岐の島町とともに地域医療の提供に責任を負っているという独自性を持つ。従来の研究では、もっぱら市町村が担うことが前提とされている地域医療（二次医療）の提供、特に条件不利地域における地域医療の提供について、都道府県が果たすべき役割を析出し、さらにこれを敷衍し国（本概

要では省略)、都道府県、基礎自治体といった各公共部門の役割を明らかにした。

第一に、県は中央政府が十分に果たしえなかった財源保障機能を代替的に担う財政的なルール作りを行い、基礎自治体の政策を支える役割を持っていた。

第二に、基礎自治体の役割である。収支面での病院経営の参画の他に、期待されるべき側面として、医療の質を大きく左右する人材育成のための投資を強調したい。さらに医療ニーズを汲み上げる条件から、それぞれの地域の固有のニーズを明確に把握し、それに対応した地域医療像を示し、適合的な人材の育成へむけて投資を行っていく主体としては、基礎自治体が最もふさわしいと結論した。

6. おわりに

農村・過疎地域における医療供給体制の先進モデルから、従来の研究とは異なる視点、すなわち、公立病院単独の収益性ではなく、広く保健・福祉、保険制度を総合的な観点からの政策立案と役割分担の必要性に見い出した。基礎自治体の役割として、地域医療への財政的な支援のみならず、地域医療のニーズの汲み上げ、さらにその地域に適合した人材養成、福祉・保健との連携のためのコーディネート的重要性も共通するところである。ただし、どのような運営方式・設立主体が良いのかについてはそれぞれの基礎自治体に委ねられるべき問題であると考ええる。