

家庭医療による自治体の保健医療の実践とローカル・ガバナンス —北海道 寿都町を事例に—

稲垣 円

慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科 後期博士課程

このような機会をいただきまして、
ありがとうございます。

【スライド-1】

所属をご覧いただくと分かるように、私は医療や医学の専門ではございません。私は社会科学という分野からお話をさせていただきたいと思っております。

【スライド-2】

背景です。

北海道は179の市町村があります。そのうち6割を超える自治体は、人口が1万人以下の小規模な自治体で、同時に179の市町村のうちの8割は過疎地域とされています。また、ご存じのとおり、北海道という地域は財政的にも非常に厳しい所です。

人口が減少、そして高齢化、財政難。そういう中で、定着する医師や赴任する医師もなかなかおらず、自治体単独で医師を確保することが非常に困難な状況です。

【スライド-3】

そのような小規模な自治体において、医療供給を行政、医療従事者、そして地域の組織、住民など、さまざまな主体の相互行為によって維持することに一定程度成功している事例

スライド-1

家庭医療による自治体の保健医療の実践と ローカル・ガバナンス —北海道 寿都町を事例に—

慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科
稲垣 円

1

スライド-2

背景

- 北海道179市町村のうち、6割を超える自治体は人口が1万人以下の小規模な自治体である。
- 約8割は「過疎地域」
→H30年までに「住民の半数以上が65歳以上である集落」が過疎地域の集落の4割強を占める。



自治体単独で医師を確保することは困難

..... 過疎市町村
■ 一部過疎市町村

平成22年度北海道過疎地域自立促進方針より

2

スライド-3

研究目的

北海道の小規模自治体において、

医療供給を行政（首長、議会、行政職員）、医療従事者、地域の主要組織、住民等の、自治体のさまざまな主体の相互行為によって維持することに一定程度成功している事例として、寿都（すつ）町を取り上げ、

医療提供体制が構築されるプロセスから、保健医療分野における、ローカル・ガバナンスの成立要因について考察する。

3

として、今回、北海道の寿都（すっつ）町という自治体を取り上げます。

その中で医療提供体制が構築されるプロセスから、保健医療分野におけるローカル・ガバナンスの成立要因について考察をしました。

【スライド-4】

研究対象の寿都町は、北海道の南西部、日本海に面した町です。人口が3,433人、高齢化が日本の平均を超えた35.3パーセントです。

その中である中核的な医療機関としては、町立の寿都診療所があります。ここはもともと北海道立の病院だったのですが、2005年に町営移管となり開設された診療所です。

【スライド-5】

今回の研究では、診療所の開設のプロセスからお話をしたいと思います。

「Summary」と書きましたが、この町において、医療提供体制が構築されたポイントとして、3つ挙げました。

1番目が協力関係の成立です。まず行政と医療従事者との協力関係、2つ目が医療従事者と地域の主要な組織との協力関係、そして3つ目は医療従事者と住民との協力関係です。

2番目として挙げたのが、行政…これは首長、議員等なのですけれども、その課題の共有です。通常ですと、行政の中の首長と議員は対立することが多いのですけれども、この町に関しては、うまく課題の共有ができ、後にご説明しますが、家庭医療が寿都町に必要だという共通認識の上で導入をしました。

3番目は、この行政の継続的な支援というところで挙げています。

【スライド-6】

タイトルに挙げましたが、「ローカル・ガバナンス」というのは馴染みのない言葉かと思えますので、少しお話をしたいと思います。

ガバナンスといいますと、コーポレート・ガバナンスとか、医療機関ですと医療機関の中のガバナンス、組織のガバナンスという話があるかと思いますが、その前にローカルという言葉が付きますと、舞台が地域になります。

地域を構成するさまざまな主体が、相互間の調整とか役割の分担を図りながら、協働して地域の共通利益へ向けた取り組みをする、自分の領域ではなくそれを超えた形で地域の

スライド-4

研究対象



寿都（すっつ）町

人口	3,433人 <small>(男性1,656人、女性1,787人)</small>
高齢化率	35.3% <small>(65歳以上人口1,215人)</small>
医療機関数	4 ※内、歯科診療所2
中核医療機関	寿都町立寿都診療所: 19床 <small>(家庭医療科、精神科、産婦人科)</small> 医師4人(研修医含む) 看護師12人、放射線技師1人 作業療養士1名

最も近い二次医療機関で約45km。患者の病状によっては、さらに35km先または、70km先の病院へ搬送する。

スライド-5

Summary

- 医療提供体制が構築されたポイント
- ① 町営の診療所開設をきっかけとした協力関係の成立
 - 医師確保のための行政、医療従事者の協力関係
 - 地域の課題解決のための、地域の主要組織との協力関係
 - 医療従事者の診療所内外における継続的な関わり、働きかけによる、住民との協力関係
- ② 行政側（首長、議員等）の課題の共有
(医師確保の苦慮した末に「家庭医療」を知り、寿都町に必要な医療であると判断した上での導入の決断)
- ③ 行政側の継続的な支援

問題を解決していく、そのプロセスを言います。今回は医療というところを取り上げますので、その中に医療者を入れて、医療者、行政とか主要な組織、住民が協力関係を築きながら地域の医療提供体制を構築するという意味で、ローカル・ガバナンスという言葉を使います。

【スライド-7】

また、私がお話しするまでもないと思うのですが、家庭医療というところに関して、私の今回の研究では、次のような点に注目をさせていただきました。

1つ目が、地域固有の健康問題を解決するために、保健・医療・福祉サービスを組織し、地域の意識・行動が変わるように場をつくったり、関係する組織や人を調整する、そのような側面。2つ目は、地域環境、住民の健康状態などを包括的に把握するために、地域…この中に人、組織、暮らしとかがありますが、そこに継続的に関わっていくという側面。そして家庭医そのものの資質という3点です。

【スライド-8】

調査方法については、スライドにお示ししているとおりです。

今回、道立の病院が町営移管をされて診療所になりました。その中で寿都町における医療提供体制の構築過程に着目しています。

【スライド-9】

調査結果です。

まず町営移管がどのようにしてなったのかという経緯について、ご説明をしたいと思います。もともとは道立の病院で、60床の病院でした。ここは道立とはいえ、患者がほぼ寿都町の1町に限られるということで、約35年ぐらい前から町営に移管しようというこ

スライド-6

ローカル・ガバナンス

地域社会を構成する多様な主体（個人、団体、法人など）が、相互間の調整や役割の分担を図りながら、協働して地域の共通利益へ向けた取り組みを行うこと

医療者、行政（首長、議員、職員）、地域の主要な組織、住民が相互に調整や協力関係を築きながら、地域の医療提供体制を構築すること

保健医療分野におけるローカル・ガバナンスとする

スライド-7

家庭医療

本研究では、家庭医療の以下の点に注目する。

- ▶ 地域固有の健康問題を解決するために、保健・医療・福祉サービスを組織し、住民の意識・行動が変わるよう、場をつくり、関係する組織や人を調整する側面
- ▶ 地域環境、住民の健康状態などを包括的に把握するために、地域（人、組織、暮らし等）に継続的に関わる側面
- ▶ 家庭医の資質

スライド-8

調査方法

- インタビュー調査（半構造化）
- インタビュー時に入手した資料
- 対象地域・医療機関に関する資料や公式データ

実施日	対象者
2013年11/20(水)	寿都町議員 民間診療所医師(寿都医師会副会長) 寿都町立寿都診療所 事務職員 院外薬局薬剤師
2013年11/21(木)	寿都町立寿都診療所医師 看護師(道立病院時代から勤務) 診療放射線技師 寿都町民

北海道立の病院の「町営移管」を機とした寿都町における医療提供体制の構築過程に着目

とが検討されてきました。

しかし抱えていた問題が幾つかありまして、道から職員として派遣されていた医師が、半年から1年という非常に短いサイクルで交代をしていたということと、そのことによって町民との接点がなかなか持てませんでした。そのため患者が他の町、隣町に流出しており、それによって赤字の経営になっていたということです。

このような状況の中で、医療機関の運営を町に移管しても、町が非常に大きなリスクを背負うこととなりますので、町営移管はなかなか受け入れ難い問題でした。

しかし2003年に正式に町営移管が決定して、寿都町は医師の確保から医療提供体制を全て構築することが必要になりました。

【スライド-10】

次に、町営移管の決定から診療所開設までですが、まず、町としては町長が議会で、ベッドなし、救急対応なしの診療所を開設するというので、住民に説明を行います。しかし住民は非常に大きな反対をして、有床と救急対応の診療所が欲しいという強い希望を出しました。そのことによって、小さな町ですので、町民の意見を反映するというので、有床、救急対応の診療所をつくるということに変更せざるを得ない状況になりました。

しかし、この時点で、まだどこからどのようにして医師を確保する、医療スタッフを確保するのかというところは、町では全然決まっていなかった状況でした。かなり長い間、寿都町の中で医師をどのように確保するのかが苦慮されたのですが、たまたま、北海道の職員から「家庭医療というものがあるんですよ」という情報提供を受けたことから、町長と議員が一緒になって家庭医療を行っている現場に赴き、実際に現場を見ます。

そこで家庭医療というものが寿都町に必要であるという共通認識の下で、家庭医療を実施している民間医療法人である北海道家庭医療学センターに医師の派遣を依頼します。

最初のほうで申し上げましたが、首長と議員が共通認識を持つというのは非常にまれと言いますか難しいことで、うまくここが一致したというのが大きなポイントになります。

スライド-9

調査結果 「町営移管」までの経緯

①北海道立寿都病院の町営移管は1979年からの懸案事項
「診療圏が概ね一町に限定される」

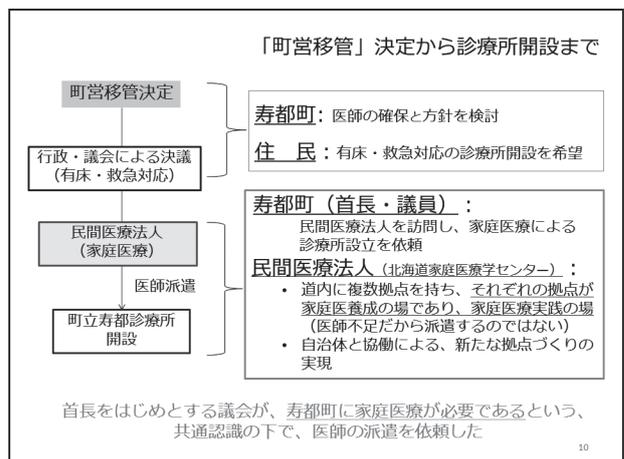
②抱えていた課題

- ・ 北海道から派遣された医師は半年～1年で交代
- ・ 医療者と町民との接点がない
- ・ 患者が他町へ流出 (外来患者1日平均 1997年126人→2004年67人)
- ・ 約4億の赤字

③2003年、町営移管が正式に決定
寿都町は、医師の確保をはじめとする医療提供体制の確保が必要になった。

9

スライド-10



【スライド-11】

次に、こちらでも私が申し上げるまでもありませんが、医師を確保した、そして診療所が開設したというだけでは、地域の医療が提供されるわけではありません。最初に申し上げたとおり、寿都町では隣町、また他の町に患者が流出していたという問題がありましたので、いかに診療所に患者を連れてくるのか・来てもらうのかというのが、大きな課題でした。そこで活躍したのが、この家庭医療を実践する家庭医と医療スタッフとして、この方々がさまざまな町の中の組織や人に働き掛けを行いました。

まずは町、そして近隣の医療機関、警察署、そしてここは漁業の町でしたので漁業組合とか、そういう所に行って、彼らがどのようにしたら診療所に来るのかということで、新たな仕組みをつくったり、また、町民として生活をしましたので、生活を共にする中で、この町の人たちの特徴を知り、それに合わせた仕組みをつくっていかれました。

【スライド-12】

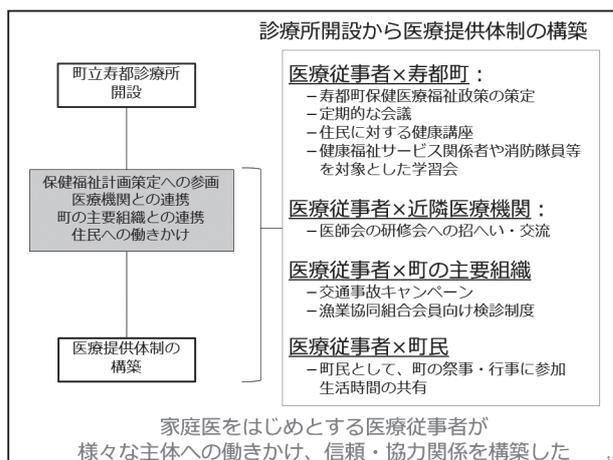
簡単に図で示すと、このような形になると思います。今までですと、行政から依頼をして町民に医療をサービスするという一方だったものが、恐らく医療従事者が赴任することによって、丸で示したような相互の関係ができ、医療提供体制が構築されていったものと思われまます。

【スライド-13】

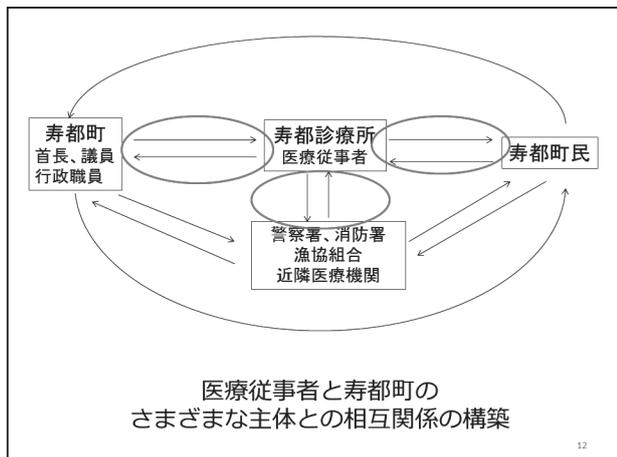
簡単にそれによる効果を示します。

2005年に開設をしてから2012年の間に、患者数が約1.2倍に増えました。

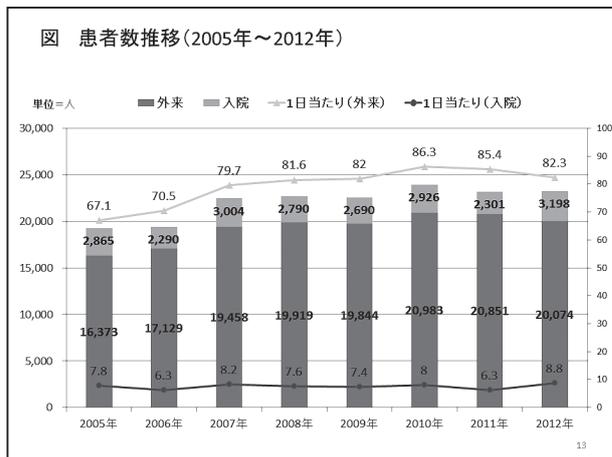
スライド-11



スライド-12



スライド-13



【スライド-14】

結論です。

派遣された医師らによる地域の主体への継続的な働き掛けや主体間の調整というのは、主体の自発的な協力を生み出し、医療提供体制の構築を促進させたと考えられます。すなわち寿都町におけるローカル・ガバナンス成立の要因であるものと考えられます。

また、首長と議員が問題の解決に向けて議題設定を共有していたということが、家庭医を派遣する民間医療法人との協働を実現した要因であると考えられます。

今回ご紹介した寿都町のように、小規模な自治体におきましては、医療従事者は診療のみならず多様な役割を果たすことが期待され、その役割を果たすことはもちろんですが、それに沿った行政や関連する主体の協力というのが、非常に重要であることが分かりました。

スライド-14

結 論

- ▶ 派遣された医師等による、地域の主体への継続的な働き掛けや主体間の調整は、主体の自発的な協力を生み出し、医療提供体制の構築を促進させた。すなわち、寿都町におけるローカル・ガバナンス成立の要因であるものと考えられる。
- ▶ 首長と議員が問題の解決に向けて議題設定を共有していたことが、家庭医を派遣する民間医療法人との協働を実現した要因であるものと考えられる。
- ▶ 小規模自治体において、医療従事者は、診療のみならず多様な役割を果たすことが期待され、その役割を果たすこと、そして、それに沿った行政や関連する主体の協力が重要である。

14

質疑応答

会場： まず、寿都を取りあげていただきまして、ありがとうございます。寿都は、私が北海道家庭医療学センターにいた、まさにその当時に立ち上げました。もう一つの成功の要因は、私たちの所から家庭医のみならず、ナース、薬剤師、検査技師、放射線技師を、一つの部隊として派遣したことです。日本のプライマリ・ケアの中では恐らくかなりまれな例だと思いますけれども、ある所からプライマリ・ケアを家庭医療でやっていこうということに価値観を持つグループが入ってやった。それがあると思います。

ただ、本当に町長さんや議員さんをはじめ、何回もお話をしました。開設してその週に、町長の所に議員が怒鳴り込みに来て、「なんであんな若い医者を派遣したんだ。今度の選挙を見てろ」というようなことがありましたけれども、その2週間ぐらいたったところでは、「町長、よくやった」ということになりました。

これは、若い医師を当然派遣していくのですけれども、私も教育に入りながら実際に診療もしていく。これは教育の場にしてくださいということなのです。教育の場を提供していただいて、地域の、それこそローカル・ガバナンスを学ぶ。ですから家庭医というのは、診療だけではなくてローカル・ガバナンスも学んでいく、その場として寿都にお願いして契約をしていった。そういうことがあります。

コメントでした。ありがとうございます。

稲垣： 先生の前でお話しするのは恐縮でした。ありがとうございます。時間の関係で全てをお話しすることはできないのですが、北海道家庭医療学センターの組織の形態が非常にユニークでして、拠点拠点が家庭医を養成する場になっているというのが、一つ大きなポイントということは、確かにあると思います。大きな病院が医師の足りない所に派遣をするという形式ではなくて、そこが家庭医を養成する場であり、実践の場である。これが医師が不足なくローテーションするコツでもありますし、地域に根差していくということでもあると思います。

座長： 家庭医療という視点でのご発表は、いわゆる在宅医療のキーポイントにも通じる、示唆に富むものと思われまます。最初に先生が言われましたけれども、医学と直接関係ない演題がこういう所で統合されるところが、ヘルスリサーチの本来の目的にもかなうということを感じました。ありがとうございました。