

機関番号：30117

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2008～2010

課題番号：20530112

研究課題名（和文）自治体間協力（連合自治）による地域医療の再構築  
—日本とフィンランドの比較研究—研究課題名（英文） Reorganization of Local Health Care System through Municipal  
Cooperation – a Comparative Study between Finland and Japan–

研究代表者

山田 真知子 (YAMADA MACHIKO)

北翔大学・北方圏学術情報センター・教授

研究者番号：10347809

研究成果の概要（和文）：フィンランドでは自治体による公的な保健ケアサービスが主流であるが、高齢社会のニーズに対処するため、自治体と自治体の提供するサービスの構造改革が2007年より開始された。その結果、一次医療は人口2万人を対象とすることになり、自治体合併および自治体間協力が加速された。2011年5月施行の「保健ケア法」によって、住民のケア機関選択の自由が拡大されることになり、公的医療の問題点であったケアへのアクセスの改善が期待されている。日本については北海道中空知地域の医療連携の調査を実施し、報告を行った。

研究成果の概要（英文）：In Finland municipalities are responsible for health care services. Faced with the challenge of an ageing society and globalization, since 2007 Finland has been going through a fundamental reform of the municipal and service supply systems. As a result of this reform the population base of primary health care has been enlarged to 20,000, accelerating municipal cooperation and amalgamation. The new health care law of May 2011, which gives residents more freedom in choosing care units, is expected to solve the problem of chronically delayed access to public health care. As for Japan, a study has been made of municipal health care cooperation in the Naka-Sorachi District of Hokkaido. The study is reported here.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
20年度	1,700,000	510,000	2,210,000
21年度	1,100,000	330,000	1,430,000
22年度	500,000	150,000	650,000
年度			
年度			
総計	3,300,000	990,000	4,290,000

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：政治学

キーワード：

- ① フィンランド
- ② 自治体間協力
- ③ 地域保健医療サービス
- ④ 保健ケア法
- ⑤ 自治体とサービスの構造改革

- ⑥ 中空知地域連合自治
- ⑦ 連合自治

## 1. 研究開始当初の背景

国民が健康で安心して暮らせる地域作りにおいて、地域医療の救急システムの整備・充実が不可欠である。福祉・保健・医療の効果的連帯や一体的整備も中核となる医療体制の整備・充実がなくては達成し得ない。

日本の現状を見ると、国民が健康で安心して暮らせることを保証しているとは言い難い。地域医療については医療資源が極端に都市に偏在し、地域間の医療格差が拡大し、町村では医師不足が深刻な問題となっている。

地域医療の担い手として自治体の果たしている役割は大きいですが、近年、自治体財政の悪化に加え地域社会の変動による自治体病院の経営問題が大きな課題になっている。医療の再構築は国民の暮らしにとって重要な問題であり早急に手を打たなければならない政策課題となっている。

日本については、特に研究者の在住する北海道を見ると、緊急医療体制がすでに破綻している地域もあり、自治体病院の再編の必要性が指摘されている。北海道は過疎地と都市部で住民が受けられる医療に大きな格差が生じて、地域医療は崩壊の危機に瀕している。国土面積の4分の1をしめる広い北海道でこの地域医療を再生させるためには、市町村の一次医療を基本に二次医療(21圏域)と3次医療(6圏域)の地域医療圏を整備して、連携と補完の体制を再構築することが急務となっている。そこで医療圏ごとに、医療サービスの需要と供給の現状を検証し、種々の方策を講じることが求められている。

このような日本の状況に対して、フィンランドは公的保健医療ケアが医療全体の80%近くを占め、保健医療サービス分野における自治体間協力が長い歴史を持つ国である。様々な自治体間協力の形式の主要な制度である自治体組合(2005年には231存在)は、1993年の地方分権改革後により弾力的な運営が認められている。自治体組合には法定組合と任意組合がある。法定組合は3種類あり、その中で予算および従事者数において傑出しているのが20存在する専門医療組合(二次医療)である。すべての自治体はこれらの法制定の組合に所属し住民に専門医療を提供す

る。基本保健ケア(一次医療)については、自治体は単独または任意の自治体組合によってサービスを提供する。

近年、公的医療のアクセスの遅滞が指摘され、サービスの格差が問題となってきている。高齢社会における市民のニーズに対応するため、2005年からの準備期間を経て、2007年よりサービスの構造改革が進行中である。

## 2. 研究の目的

本研究は、1990年代に地方分権改革が行われ、地域の基本保健サービスと二次医療サービスを自治体間の協力により供給するフィンランドの制度と運用の実際を分析することを目的としている。

フィンランドでは2007年から自治体と自治体サービスの構造改革が2012年完成を目指して実施中なので、その過程も分析の対象とする。

加えて、フィンランドの保健・医療の自治体間協力の制度を研究することによって得られる知見を日本の医療、特に北海道の自治体医療再編計画作成に資することも、本研究の目的である。

日本については、北海道中空知地域を中心に地域医療の研究調査を行い、一次医療の体制整備(①医療と福祉の連携—医福連携、②公的病院と民間診療所の連携—病診連携)とともに、二次医療との連携(③病病連携)で成果をあげている奈井江町(空知中部医療圏)を対象として、その分析成果を他地域の医療再生に役立たせることを目的としている。

## 3. 研究の方法

本研究における研究代表者と研究分担者の役割については、代表者がフィンランドの研究、分担者が日本(北海道)の研究を担当した。(1) フィンランド(研究代表者)

フィンランドの保健医療制度と自治体の役割については、20年度、21年度、22年度にフィンランドを訪問し、フィンランドの国会図書館、自治体協会から資料を入手し研究を行った。資料は、主に政府の公文書で、自治体行政を担当する財務省の報告書、社会福

社・保健行政を担当する社会保健省の報告書、並びに関連する法律とそれらの内閣法案提案理由書を読み込み分析する作業を行った。

そのほか、フィンランドの研究者、自治体関係者、医療関係者からの聞き取り調査を行った。

#### (2) 日本（研究分担者）

平成20年度は、資料の収集および北海道、国の関連資料など活字化された規制資料の収集により分析を行った。

平成21年度は、奈井江町立病院、奈井町の開業医、開業医と連携する福祉施設、中核病院である砂川市立病院、国保・介護の中空知広域連合などのヒアリングを行った。

平成22年度は、補充調査を行いながら、まとめの作業を行った。

## 4. 研究成果

### (1) フィンランド(研究代表者)

フィンランドにおける研究の結果、以下の知見を得た。

#### ① フィンランドの保健ケアの状況

2008年から2020年までの65歳以上の人口の変化は、フィンランドが+41%とEU諸国の中で群を抜いて高く、EU平均が+22%なので、その倍近いスピードで高齢化が進行していることになる。

高齢人口の増加は、社会福祉・保健ケアサービスの需要ならびに負担も増加することを意味する。全体としてサービスを担う自治体の財政負担は大きくなり、特に高齢人口の割合が大きく、人口に対して税収入の少ない自治体ほど負担が増加する。社会保健省の2009年の統計によると、社会保障費に占める高齢者ケアに関わる費用は2009年には全体の34.8%、2010年は35.8%であった。高齢者ケアサービスの在り方は近年施設ケアから在宅ケアに大きく転換が行われたが、一方で職員の燃え尽き現象が問題となっている。

さらに国内の人口移動も活発であり、一部の地方では過疎化が急速に進んでいる。フィンランド自治体協会の資料によると、すでに首都圏を中心とする南部フィンランドには人口の約3分の1が居住している。

今後10年間続くと予測される労働人口の減少によって、地方自治体は国と民間企業と労働力確保を競争しなければならなくなるので、公的セクター全体と特に地方の労働力確保に

困難が生じる。さらに情報テクノロジーと情報社会の発達はグローバルイゼーションを加速化し、自治体の財政基盤に影響を及ぼしている。

このような変化および2008年以降の公共財政の悪化に伴い、サービス提供の在り方にも変化がみられるようになり、自治体間協力以外にも、公的セクターと民間、さらに民間組織間の協力がこれまで以上に必要とされるようになった。実際に自治体が生産・供給するサービスのほかに、社会福祉・医療分野の民間の非営利組織（第三セクターすなわちNPO、NGO）のサービスおよび営利組織（企業）によるサービスが増加した。

このような社会の構造変化の中で、自治体の供給するサービスに格差が見られるようになった。特に過疎地域、高齢者人口の多い地域、発展している自治体においてサービスへのアクセスに問題があることが報告されている。保健ケアの最大の問題は、公的な一次医療の医師不足であり、それが住民のケアへのアクセスに地域格差を生み出している。

アクセスの遅滞を緩和するために、2004年秋に国民保健法と専門医療ケア法の改正が行われ、2005年3月1日より受診アクセス改善に関わる規定が施行された。この法律改正以降、全体的にはアクセスの状況に改善は見られるものの、地域格差は依然として存在している。アクセスの遅滞の原因となる職員不足、特に自治体が単独で運営する保健センターの職員不足が緩和されていなかったのである。社会福祉・保健サービスの格差は1人当たりの費用にも表れており、自治体間の住民1人当たりの費用には倍近い差がある。

社会保健省の国民保健戦略プロジェクト「保健2015 (Terveys 2015)」は、政府計画の指針を示すものであり、その主要な目標の一つは健康格差の解消である。

1990年代の不況以降、それまで比較的小さかった所得の格差が顕著になり、貧富の差も拡大している。格差は特に労働年齢層に大きく表れ、アルコール消費量、喫煙、食習慣、肥満、血圧、循環器疾患などの国民病の罹患率に社会的経済的な階層差が現われている。

一方、保健サービスの利用についても格差が目立つようになり、富裕層は雇用主が提供する労働保健サービスや、料金の高い民間医療サービスを利用するようになり、公的な保健センター利用は所得の小さい層の利用が多

くなっている。

## ② 保健医療ケアサービス制度

フィンランドでは、基本的には公的に保健医療サービスが提供されている。保健ケアサービスは2つの制度に分かれており、基本保健ケアサービス(perusterveydenhuolto: 一次医療)と専門医療ケアサービス(erikoissairaanhoido: 二次医療)で、前者は1972年制定の国民保健法、後者は1989年制定の専門医療ケア法によって自治体の責任と定められている。基本保健ケアは主に自治体が、単独、または隣接自治体と共同、または他の自治体や民間の医療機関へ委託して運営する保健センター(terveysasema)ならびに保健センター附属病院において提供される。

専門医療ケアは、参加自治体が運営する専門医療地区組合が提供する。住民への専門医療ケアサービスの提供は自治体の責任であり、自治体は全国で20地区に分割された病院ケア地区組合を構成している。専門医療ケア法に基づき、すべての自治体はこれらの地区を形成する自治体組合に所属する義務がある。これら20組合以外にアハヴェナンマー(Ahvenanmaa)自治区も1つの地区を形成している。地区組合を形成する自治体数は、組合によって異なる。人口規模が最大の専門医療地区組合は首都圏のヘルシンキ・ウーシマー(Helsinki-Uusimaa)地区で、その組合はHUSと呼ばれ、フィンランドの全人口の約4分の1を対象とする。すべての市民は個人識別(社会保障)番号を通じて公的な医療保険に加入している。公的な保健医療サービスのほかに民間(市場)の保健医療サービスがあり、民間を利用した場合、患者は社会保険を扱う社会保険院(KELA)から一定額の補償を得られる。また雇用者は雇用主が提供する労働保健サービスを利用することができる。労働保健サービスは、保健センターまたは民間医療機関が実施する。

専門医療地区は、中核病院と他の複数の専門病院によって構成されている。各地区の中核病院のうち、五つは高次医療を提供できるヘルシンキ、トゥルク、タンペレ、クオピオとオウル大学医学部病院である。これらの大学病院は所属する地区以外の地区へも高次医療を提供する義務がある。

## ③ 保健ケアサービスの構造改革と2011年5月施行の保健ケア法

フィンランドでは2005年から準備が始まり、

2007年の立法によって自治体と自治体の供給するサービスの構造改革が進行中である。改革は2012年に終了する予定である。それともない自治体合併が進行しており、2000年には452あった自治体数が、2011年初頭には336に減少した。また基本保健ケアサービス(一時医療)についても人口2万人を対象とするように定められたので、合併を選択しない場合は、自治体は自治体間協力による共同事業地域を形成しサービスを提供することが義務づけられた。これによって自治体間協力と自治体合併がより加速することになった。

保健ケアサービスの構造改革については、2010年12月30日に「保健ケア法」がフィンランド議会で制定され、2011年5月1日から施行された。この結果、これまで居住地によって定められていた公的医療機関を選択する住民の権利が段階的に拡大されることになった。さらに自治体または自治体の共同事業地域によって運営される基本保健事業(一次医療)と自治体組合によって運営される20の専門医療組合(二次医療)の協力がより密接になり、患者情報が共有されることになった。ただし構造改革が進行中なので、新しい保健ケア法においては、一次医療と二次医療の合体化など、運用および財政制度の改革には踏み込んでいない。

フィンランドの公的医療は国民の大きな信頼を得ているが、先に述べたように、慢性的な医師不足が特に一次医療、および小規模自治体で問題となっている。また社会経済的格差が市民の健康状態に反映し、二極化が進むにつれて富裕層が民間医療を利用し、低所得層が公的に運営される保健センターを利用するという傾向が強まっている。しかし新しい保健ケア法によって住民が自由に医療機関を選択できるようになることは、今後のサービスの改善と利用促進につながると期待される。

フィンランドではより大きな連合自治による自治体の形およびサービス供給の基盤がつけられつつあるが、合併の規模に関する与野党のコンセンサスが形成されていないので、その決定は2011年5月実施のフィンランド議会選挙後に持ち越されることになった。従って先行きは不明であるが、社会福祉基本法の改正も作業中なので、改革の完成は2012年以降になると見込まれている。

## (2) 日本・中空知広域連合（研究分担者）

数次の医療制度の改革や診療報酬の見直しなどにより、医師や診療科目の地域偏在が進行する。地域医療の中心を担う公的病院・診療所の経営が悪化、また医師不足や医療スタッフの労働環境の悪化から病院・診療所の閉鎖を余儀なくされる事態が生じている。必要な最低限の医療すら提供できない状況のひろがり、まさに地域医療の崩壊である。このように医療危機が拡大するなか、医療の再構築にいどみ着実に成果をあげる自治体がある。

札幌市と旭川市の間位置する奈井江町は6500人の農業が基幹の町である。町は94年を「福祉元年」とし、以来15年にわたって保健・医療・福祉を一体的に確保する三つの連携事業を進めてきた。最初は「病診連携」、町立病院（診療科目数4、病床数96）と奈井江医歯会が協定を結んで民間診療所はベッドを廃止、入院はすべて町立病院が担うことにした。診療所で診察を受けた患者が町立病院に入院する場合、診療所の医師が主治医として引き続き町立病院で診療を行う。その際、町立病院の医師は副主治医となる。

次は「医福連携」で、患者が老人保健施設や特別養護老人ホームに入所した場合も同様に、診療所の医師が回診できる制度を設けた。先の病診連携もこの医福連携（医療と福祉を包括する奈井江町型地域包括ケアシステム）も、北良治町長の要請に基づいて開業医が改革の構想を練り実現したものだ。開業医のリーダーは、この地域で長年地域医療に尽力してきた方波見康雄氏である（方波見『生老病死を考える』岩波新書、06年を参照）。

システム構築の利点は大きい。患者はどこでもかかりつけ医に診てもらえる安心感があり、また入院する際の初診料の支払いや重複検査が避けられることによる医療費の負担減がある。町立病院にとっても、それまで他に流れていた入院患者を確保できるという経営上の利点がある。06年に国が医療費削減のため診療報酬を改定するまで、約10年間病院会計は黒字を計上した。開業医は町立病院の医療機器などの設備を自由に利用できる。

三つめは「病病連携」である。奈井江町が属する第二次医療圏の地域センター病院は、急性期医療に特化した砂川市立病院（診療科目数18、病床数521）で、ここから転院する患者を、慢性期医療が中心の町立病院が受け入れる。両病院は医療連携協定を締結し、この

患者紹介をはじめ医師派遣、病床の有効利用、高度医療機器の相互利用、カンファレンスや研究会の合同開催、医療情報の共有化、情報システムのIT化などを定めている。

両病院とも医師不足が深刻な問題だが、協定に基づいて医師の相互派遣を行い、欠員になった診療科の医師を補充している。例えば、町立病院は市立病院から週一回医師の派遣を受けて小児科を開設している。市立病院が地域センター病院として、地域連携に重きを置いた機能の充実をめざすようになったのは、病院の建て替えを契機としつつも、隣町の奈井江町における上述のような「連携の思想」に触発されるところが大きかった。

日本の地域医療は、生活に密着した頻度の高いサービスを基礎的に提供する市町村単位の第一次医療圏とそれと連携して専門性・高度性の観点から補完する第二次、第三次の医療圏の設定による医療資源の適正配置を建前としている。だが、市町村は急性期、慢性期、在宅・介護を内部で自己完結させることを理想とし、国や県は医療費削減を第一義として医療資源の縮小に汲きゅうとしてきた。このスレチガイによって「連携の思想」が育まれず、今日の医療崩壊を加速させた。

地域には様々な医療事情がある。奈井江町と砂川市が試みる医療連携がどの地域にも適用できるとはかぎらないが、三つの連携は地域医療の再生を考える際の不可欠の視点である。市町村の基礎自治はそれぞれの個別自治と自治体間協力によってそれを水平補完する連合自治からなるが、医療の連合自治の構築はそのもっとも緊急を要する課題である。本稿が調査研究の対象とした医療連携は、連合自治の成功モデルとして意義を有している。

## 5. 主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者  
研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計4件）

山田真知子、「フィンランドの保健医療制度と自治体の役割」、社団法人北海道地方自治研究所『北海道自治研究』、査読無、No. 482、2009、2-8。

山田真知子、「未来委員会の見るフィンランド高齢社会の課題と展望」、社団法人北海道地方自治研究所『北海道自治研究』、査読無、

No. 488、2009、22-29。

山田真知子、「フィンランド保健ケア改革の  
動向-2011年5月1日施行の「保健ケア法」」  
一、公益財団法人地方自治総合研究所『自治  
総研』、査読無 No. 390、2011、78-104

神原勝、「地域医療と連合自治-北海道奈井  
江町を中心にして」社団法人北海道地方自治  
研究所『北海道自治研究』、査読無、No. 509(掲  
載予定)、2011、(2011年5月31日受理)。

[学会発表] (計0件)

[図書] (計0件)

## 6. 研究組織

### (1) 研究代表者

山田 真知子 (YAMADA MACHIKO)  
北翔大学北方圏学術情報センター研究員  
研究者番号：10347809

### (2) 研究分担者

神原 勝 (KANBARA MASARU)  
北海学園大学 法学部  
研究者番号：30204811

### (3) 連携研究者

なし