

Figure3. The admitted hospital of patients classified by the type of CVD.

Table1. ICH(intracerebral hemorrhage)

Level of Consciousness at scene	Prognosis of 2weeks after the onset						Mortality
	ER	Admission	Death	Discharge	Transfer	total	
I	3	99	8	13	14	137	6 %
II	3	26	6		1	36	17 %
III	2	20	25	1		48	52 %
Unknown	8	15	1			24	4 %
Total	16	160	40	14	15	245	16 %

Table2. SAH(subarachnoid hemorrhage)

Level of consciousness at scene	Prognosis of 2weeks after the onset						Mortality
	ER	Admission	Death	Discharge	Transfer	Total	
I		35	5		2	42	12 %
II		8	4			12	33 %
III	1	13	17	1		32	53 %
Unknown		3	1	1		5	20 %
Total	1	59	27	2	2	91	30 %

Table3. CI(Cerebral infarction)

Level of consciousness at scene	Prognosis of 2weeks after the onset						Mortality
	ER	Admission	Death	Discharge	Transfer	Total	
I	14	255	14	86	15	384	4 %
II		31	9	3	2	45	20 %
III		24	8	4	3	39	21 %
Unknown	25	28	2	9		64	3 %
Total	39	338	33	102	10	532	6 %

Table4. The performed neurosurgical and angiographycal operations classified the type of CVD.

Type of CVD	Operation and procedures					Operation rate
	none	Craniotomy,burr hole surgery	Thrombosis,intravascular treatment	others	Total	
ICH	212	32		1	245	13.5%
SAH	36	35	19	1	91	60.4%
Cerebrar infarction	505	3	16	7	532	4.9%
Total	753	70	35	9	868	13.1%

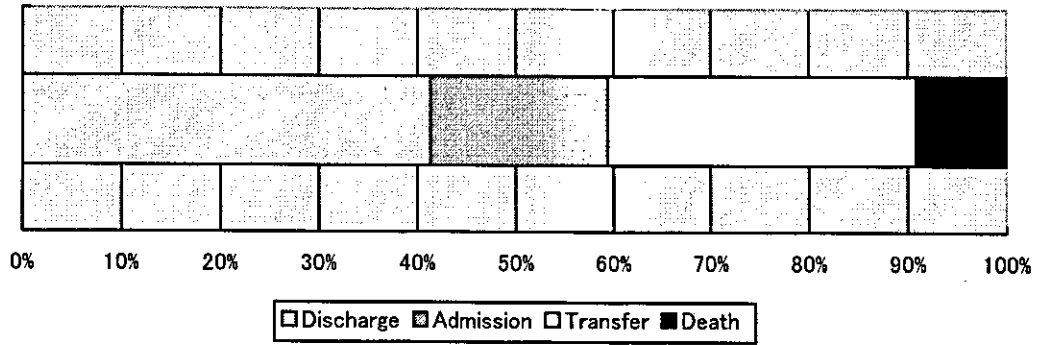


Figure4. The prognosis 3 Months after the onset.

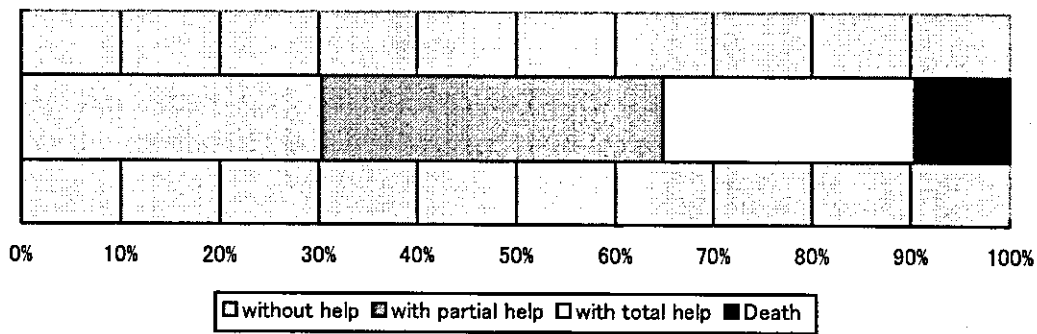


Figure5. The class of ADL(activities of daily living) 3 Months after onset.

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究報告書

⑧ 離島・へき地への医療資源の配分について

分担研究者 米山正敏 国立社会保障・人口問題研究所室長

三位一体改革に付随するものと考えられる診療所統廃合の問題及びへき地医療のあり方につき論じた。診療所統廃合の問題については、「効率性」と「公平性」とのトレードオフの関係について、「公平性」に係る医療のナショナルミニマムの問題に関連させて論じた。医療のナショナルミニマムという概念については、経済学的視点、憲法との関係、医学的根拠の必要性の3点から整理した。結論は、「効率性」と「公平性」を両立させることが必要であるということである。さらに、へき地医療の確保のためには医師・看護師等のヘルスマンパワーの確保が必要であり、その他に医療機器・遠隔医療の充実、大学教育の充実等が重要であることを論じた。

A. 研究目的

21世紀中葉には3人に1人が65歳以上の超高齢社会となるが、この課題に立ち向かうには医療保険の財源論だけではなく、医療の供給体制の整備をも図る必要がある。そうした中で、へき地への医療資源の配分を如何に行うべきか考えることを研究目的とする。

具体的には、へき地診療所の統廃合の問題点につき考察するとともに、へき地医療の確保を如何に行うか考察する。

B. 研究方法

①長崎県でのへき地医療の実態調査の実施

②文献サーベイ

（倫理面への配慮）

長崎県の実態調査の結果について記述する際、調査の対象となった診療所の名称を伏せた。

C. 研究結果

へき地医療の確保のために、医師・看護師等のヘルスマンパワーの確保が一番重要であるとともに、医療機器・遠隔医療の充実、医療機関間の連携、大学教育の充実、交通網の整備、保健・医療・福祉の統合等が必要ながことが明らかとなった。

D. 考察

医師が都市部に集中し、専門医化傾向が大ききことに対し、へき地医療の確保のため

ライマリーケア医の養成を図るとともにへき地医療の重要性そして魅力を教育の現場で伝えていくことが必要である。

E. 結論

へき地診療所の統廃合を考える上では、統廃合による「効率性」の向上と地域住民の診療所へのアクセスの阻害という「公平性」の低下というトレードオフの関係に留意する必要がある、なるべく「効率性」と「公平性」を両立させねばならない。へき地医療の確保については、C. 研究結果及びD. 考察で述べたとおりである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第8章 離島・へき地への医療資源の配分について

米山正敏（国立社会保障・人口問題研究所）

Ⅰ. はじめに

我が国は、21世紀中葉には人口の3人に1人が65歳以上の高齢者という未曾有の超高齢社会を迎え、それに伴い増加する高齢者の医療費は、社会保障制度における大きな課題となっている。この課題への対応を考えるに当たっては、財源が限られているだけに、医療制度については、医療保険の財源論だけではなく限られた医療資源の中で医療の望ましい提供体制をデザインすることも強く求められるようになる。この中で、離島やへき地へ限られた医療資源（医師・看護師等のマンパワーや医療機器等のハードウェアなど）を如何に配分していくかという問題も、高齢化の中で医療提供体制を考える上でミクロの面で重要な問題となる。それは、医療のナショナルミニマムをいかに考えるかという問題とも密接に関わる。離島やへき地での不採算医療にどれだけ税財源を投入して、当該地域に最低限必要な医療を確保するかという問題である。本稿では、離島・へき地診療所への実地調査の結果及び国際比較として米国のへき地医療対策の考察を踏まえ、離島やへき地への望ましい医療資源の配分について、地方交付税の削減を伴う三位一体改革との関係を中心視点として考察することとする。

Ⅱ. 離島・へき地診療所の実態

離島・へき地診療所への医療資源の配分について論じる前に、筆者が平成16年11月に長崎県で行った離島・へき地診療所の実地調査（A国保診療所及びB出張診療所等）の結果について述べる。

なお、③及び④は、へき地診療所の医療従事者等からの聞き取り調査に基づくものである。

① へき地診療所周辺の交通

A国保診療所周辺はバス1日4便程度、B出張診療所周辺はバス1日1便程度。このようにバスの便が少ないため、もっぱら自家用車が交通手段となる。A国保診療所は離島にあり、本土との交通は空路・海路とも天候的に不安定で、特に、海路は、台風などで波が高いと使えない。なお、A国保診療所のあるC島の空港から同診療所への直通のバスはなく、空港からD市へバスで行き、そこからバスを乗り継

いで同診療所に着く。C 島の港からは、徒歩で数分行ったバス停から同診療所へ向かうバスが出ている。

② へき地診療所の担当する面積・人口

A 国保診療所については、面積 68.39k m²、人口 2,135 人、人口密度 31.2 人/k m²である。B 出張診療所については、面積 6.81k m²、人口 269 人、人口密度 39.5 人/k m²である。

③ へき地診療所運営の課題

A 国保診療所、B 出張診療所ともに、過疎化が進み来院患者数が少ないため、規模の経済性が働かず経営的に非効率であることが課題である。ちなみに、A 国保診療所のある C 島は特に、第一次産業中心の産業構造であるため過疎化が著しい。さらに、医師や看護師の不足への対応も課題として挙げられる。特に A 国保診療所では、常勤医師が 1 名いるが代診医がいないため、研修・冠婚葬祭などの際に休暇が取れないことを問題としていた。

④ へき地診療所の医師に必要な診療能力

最低限、内科と軽い外科的診療ができることが必要だが、プライマリーケア（具体的内容については後述）ができることがやはり一番重要である。診療所に医師が 1 人しかいないような場合、ある程度のプライマリーケアができないと患者をどこへ廻せばよいかの判断もできないことになる。このプライマリーケアができることに加えて、何らかの専門診療ができることが一番望ましい。

⑤ へき地診療所の医師の確保策

長崎県で行っている修学資金貸与制度がある。6 年間、医師修学資金（約 900 万円）の貸与を受けた者は、12 年間の義務年限となり、その場合の勤務等の基本的パターンは以下ようになる。

ア) 臨床医師研修（2 年間） イ) 離島病院で研修（1 年間） ウ) 本土病院で研修（1 年間） エ) 離島病院で勤務（5 年間） オ) 本土・離島の病院で勤務（3 年間）

※ ア)+イ)+ウ)+エ)+オ)=2+1+1+5+3=12 年

⑥ へき地診療所の医療機器

長崎県内の常勤医のいるへき地診療所では、X 線機器、心電計、超音波診断装置など、最低限必要な医療機器を備えている。しかし、CT（コンピューター断層撮影）がないところが多い。A 国保診療所でも、CT の必要性は認めながら、週に 1、2 回しか使う機会がないことから、採算が合わず購入していない。同診療所では、CT が必要な検査部位として、脳血管や肝臓等を挙げている。特に肝臓についてはエコー写真を見るだけでは肝臓ガンか否かは判断がつかず、CT が必要とのことである。ま

た、人口の比較的多い（3,000人～4,000人）離島の診療所では、CTを備えているところもある。

⑦ 他の医療機関との連携

離島救急患者をへり搬送する際に、事前に医療機関の医師間で患者の病状等を連絡している。この場合、CT画像等を伝送することで治療方針の決定、救急性の判断や手術の準備など患者の対応等が容易になるため、デジタル遠隔画像伝送システムがよく用いられている。この他、診療所の相談システムとしてのメールシステムも存在するが、この利活用度は高くない。

⑧ へき地医療確保のため重要な点（まとめ）

①から⑦を含め、へき地診療所の医療従事者等からの聞き取り調査によると、へき地における医療体制を確保するために重要と考えられるのは次の点である。

- ・医師の確保の重要性、特にプライマリーケア医の養成・確保の重要性。
- ・医師の養成について大学との連携の強化の重要性。
- ・交通手段の確保の重要性。
- ・医療機器・遠隔医療の高度化の重要性。
- ・患者の高齢化への対応（保健・医療・福祉の連携）の重要性。
- ・へき地診療所の経営の効率化・経済的支援の重要性。

Ⅲ. 米国のへき地医療対策

この節では、外国のへき地医療対策の例として、米国を挙げる。

(1)まず、(財)自治体国際協会のCLAIR REPORT(No.34)平成3年に掲載されている「米国におけるへき地医療施策」から抜粋を紹介し、考察を行う。

(抜粋)

・米国は面積が日本の24.8倍であり、気候、地形等に大きな相違を有しており、全国土に遍く医療サービスを供給することが日本におけるより遙かに難しいことは想像に難くない。

・米国でへき地に医師が少ない理由は、日本と同様の事情と考えられるが、一般的にへき地は都市部より収入が少ないこと、専門医を志向する医学生が増加し、最新技術を備えた医療施設を希望する者が多いこと、へき地に医師が1人しかいないことも珍しくなく、このため自由に休暇を取ることが難しいことなどが挙げられる。

・連邦政府と州政府のへき地医療における取組みは次のとおりである。

A：連邦政府の取組み

①へき地そのものに対する医療サービスを向上させるための具体的プログラムの推進

- ・全国医療サービス機構（National Health Service Corps：NHSC）

これは、連邦政府によるへき地医療担当医師の養成制度であり、その中心的プログラムは奨学金制度である。卒業後の一定期間、NHSCの指定する医療従事者不足地域（Health Manpower Shortage Areas）の病院等で医療に従事することを条件として、在学中に奨学金を給付するというものである。

- ・地域医療研修センター（Area Health Education Centers Program）

へき地で働く医師にとって、最新の技術から取り残されるという不安は、かなり大きなマイナス要素である。このプログラムは、へき地で働く医師に対し最新の医学情報、教育の機会を提供する施設を整備するための補助金を連邦政府が州政府に交付するものである。

- ・地域保健センター（Community/Migrant Health Centers Program）

連邦政府が定める医療サービス不足地域（Medically Underserved Areas）において、プライマリーケアを行う医療施設を設立、運営するための補助金プログラムである。

- ・へき地医療施設転換補助金（Rural Health Care Transition Grant Program）

非営利の小規模のへき地病院を対象にし、その治療内容を地域のニーズに沿ったものにするための施設整備等に対し補助金を交付するというものである。

②へき地医療に関する全国レベルでの情報収集、施策企画機能の充実

- ・へき地医療政策調査室（Office of Rural Health Policy and Research：ORHP）

ORHPは、米国厚生省（U.S. Department of Health and Human Service：DHHS）の一部局であり、その使命は、医療に関する各種情報を全国レベルで収集、分析、提供すること、連邦の他の機関、州、関係団体等と共同し、へき地医療機関に対する支援、医療従事者の確保等へき地医療サービス向上のための解決策を探ることにある。

B：州政府の取組み

1973年にノースカロライナ州が、米国で初めてへき地医療担当部局として、へき地医療室（Office of Rural Health）を創設した。その役割は、へき地病院・医師に対する技術支援及び情報提供、へき地医療サービスを向上させるための州法、規制改正の検討、経営危機にあるへき地医療機関の閉鎖防止、インセンティブの提供・求人活動を含めた医療従事者の確保等が挙げられる。1987年に創設された連邦政府のORHP（上述）は、州政府のこの分野における取組みを受けたものであると考えられる。

(考察)

米国と日本では、地理的・気候的相違等があり、一概に米国の制度を日本に採り入れればよいという問題ではないが、米国の医師がへき地を避ける理由が日本の場合と同様であることは興味深い。また、日本の厚生労働省には米国のへき地医療政策調査室 (ORHP) に相当するへき地医療専門の部署がない。この点は日本の厚生労働省にも改善の余地があると考えられる。

(2)ここでは、米国のへき地医療の現状 (1980 年代中葉) について、この当時新しく導入された PPS (Prospective Payment System) が米国のへき地医療に与えた影響について、「Impact of the prospective Payment System on Rural Elderly Health Care:hearing before the Select Committee on Aging, House of Representatives, Ninety-eighth Congress,second session, April 18, 1984, Independence, IA」から抜粋した一部該当部分の筆者の和訳を紹介し、それに対する考察を述べる。

・米国厚生省 (DHHS) は 1983 年 1 月に規制を公布し、その規制でメディケアの入院医療に新しく PPS を施行した。PPS の下では、468 グループに分類された DRG に基づいて、メディケアによる入院医療から、見込みがあるように (prospectively) 決定された支払いを受ける。

・私 (Mr.Albright) は、昨年来提供してきた外来サービスが我々のようなへき地小規模病院の生き残りにとって重要であると感じている。

・小規模なへき地病院は、いったん閉鎖されるとなかなか再開院しない。それらの病院は、必要な医療サービスを安全、かつ、より利便性高く患者やその家族に提供している。また、それらの病院は多くの人々を雇用することを通じて地域コミュニティにおける医療経済に重要な貢献をしている。こうした病院は、都会の病院よりむしろ低廉な費用でそれらのサービスを提供している。しかしながら、現在の政策はそれらの小規模へき地病院を閉鎖しようとしているようにさえ感じられる。メディケア制度は、へき地では病院サービスを利用しているメディケア対象患者の割合が高いことを主な理由に、こうした小規模病院に対し差別している。

・現在施行されつつある PPS (包括支払い制度) は、同じ医療サービスを提供しているへき地病院と都市部の病院に対し、へき地病院により少なく支払うことで差別している。

例えば、都市部の病院に対し 1 ドル支払う時、アイオワ州のへき地病院には 62 セントから 65 セントしか償還されない仕組みである。へき地病院へのこうした差別は、へき地病院を閉鎖に追い込むであろう。へき地の小規模な病院が閉鎖すれば、患者はより高い償還を受ける都市部の大病院へ行かざるを得なくなる。このような現象は、経済的に見ても損失がある。

・もし、地域コミュニティ内のへき地病院がすべて閉鎖されると (その可能性は十分あるのだが)、例えばアイオワ州でそうなった場合、患者は約 60 マイルも離れた

都市部の大規模病院へ行かざるを得なくなる。これは、このコミュニティにおける罹病率及び死亡率を高めることになる（特に冬季）。心臓病の人、事故で大けがをした人、子供の出産直前の妊婦等が 60 マイルも移動するのは余りに長いだろう。不必要な死亡や障害が起こる可能性がある。

- ・ DRG/PPS の下では、すべての米国人が医療サービスの質に苦しむことになる。とりわけ、へき地の住民と高齢者がその矢面に立つことになる。なお、へき地住民の多くは高齢者である。

- ・ メディケアやメディケイドで費やされたドルで計測することにより「医療サービスの費用」を制限するという現行の方式は、病院への支払いにシーリングを設定することになる。病院への商品やサービスの提供者に、そのコストを制限するよう要求することによって収支バランスを図ろうという試みはなされておらず、その結果病院は赤字で立ち行かなくなっている。このことは、病院を財政的困窮に陥らせ、いたるところの病院、とりわけへき地の小規模病院の存在を脅かす。

- ・ 過去及び現在のメディケア及びメディケイドの償還システムの下では、医療サービスの質に苦しんでいる。多くの小規模病院が、金を節約するという名目で閉鎖されていくだろう、ただし結局はより多くの金が費やされることになるのだが。へき地病院はメディケアの利用割合が高いので、償還プランによって最も脅かされることになる。へき地の病院が失われると競争が減少し、ケアの質とアクセシビリティが阻害される。その結果、コストも嵩むと確信する。そのような非回復的なダメージを回避するために行動しなければならない。

- ・ へき地病院と都市部の病院との区別は、労働要素と非労働要素とに基づいている。第 6 地域のへき地病院の労働要素は、1,820 ドルである。しかし、都市部の病院のそれは 2,273 ドルであり、へき地との差は 25% となる。この違いは、賃金インデックスを用いて計算するとより大きなものとなる。例えば賃金インデックスを用いて計算すると 47% もの違いが出てくるケースがある。このようなへき地病院と都市部の病院の間の区別は公平でないし、現実性もない。

- ・ 大都市地域の病院は、病院賃金や供給コストのバリエーションにあわせた支払い率を持っており、その結果、都市の病院は明らかにへき地の病院より高い償還を受けている。

- ・ 我々は、非都市部の病院がその労働費用や供給コストの割により低い DRG による償還を受けていることに関心を持つ。へき地では「助力が安価である」というのは単純すぎる前提である。実際は、看護師、研究室技師、レントゲン技師等の特別職にある人は、へき地に住み、へき地で働く動機付けを与えるものとして、より多くの支払いを求めるケースもあり得る。また、大都市部に近接する多くの病院は、大都市の労働市場で競争しなければならない。へき地の病院の生き残り、とりわけ大都市部に近いへき地病院の生き残りは、DRG の下でへき地の病院に労働費用の償還をいかに公平に行うかにかかっている。

- ・ アイオワ州のへき地病院の生き残りには高い優先度がある。これらの公共施設は、

不可欠な医療サービスをそのコミュニティに提供するばかりではなく、そのへき地コミュニティの経済的基礎ともなっている。たいていの場合、それらの病院がコミュニティ内で最大の雇用創出者のひとつであることは別として、その病院の存在は、コミュニティが医者を引きつけ維持するインセンティブを与えている。この医療機関の存在なしでは、必要な専門家、教師、サービス従業者をコミュニティに引きつけておくことはますます困難となる。真の意味で、多くのへき地コミュニティの経済的厚生はへき地病院の生き残りとは直結しているのである。

(抜粋の要約)

上記の内容の要約は以下のとおりである。

- ・米国の医療費償還システム（DRG/PPS）の下では、へき地の病院では実際には労働費用も供給コストもかなりかかっているにもかかわらず、それらが十分評価されていないため、へき地の病院は都市部の病院より不当に低い償還が行われている。このことは、へき地の病院を閉鎖の危機に陥れるであろう。へき地の病院が閉鎖されると、その住民は相当の距離が離れた都市部の病院に行く必要があり、その距離のために不必要な死亡や障害が発生する可能性がある。また、へき地病院はその地域コミュニティにおいて、雇用の機会を提供するとともに、コミュニティに必要な人材を引きつける役割を担うというコミュニティの経済的基礎ともなっている。こうしたへき地病院を閉鎖に追い込まないために、へき地と都市部の間に存在する不当に不平等な償還の仕組みを早急に改める必要がある。

(考察)

次に、この内容について若干の考察を加える。

- ・米国のへき地病院の存在意義として、遠距離の都市部病院に出向くことによる時間のロスからくる死亡率等の上昇を回避する役割、雇用の提供及び地域コミュニティにおける人材の確保といった地域の経済的基礎となる役割が言われている。こうしたことは、日本のへき地医療についても当てはまるのではないだろうか。従って、日本においても、安易にへき地診療所を統廃合することは避けねばならず、効率化のためにどうしても統廃合する必要があるときには、上記の点を十分に考慮にいった対策を講じる必要がある。

- ・日本の診療報酬制度のもとでは、全国一律の点数が与えられており、へき地でも都市部でも同じ診療行為が行われれば、同じ金額だけ償還される。この点で、米国の1984年における状況とは異なる。（ただし、物価の高い地域を考慮した地域加算がある点及び平成16年診療報酬改定で離島加算が導入された点に留意。）日本でも、日本型DRGであるDPCが特定機能病院等で導入されているが、これを将来すべての病院に普及させるとするならば、米国のようなへき地であるが故にこれを不当に経済的に差別する仕組みにならないよう留意する必要がある。

IV. へき地診療所と三位一体改革

この節では、へき地診療所について、現行の交付税制度が三位一体改革によりどのような影響を受けるかを明らかにするとともに、その影響を踏まえ、へき地医療における「効率性」と「公平性」の関係や医療のナショナルミニマムについて考察してみたい。

① 現行の交付税制度

- ・へき地診療所に限らず 1 診療所に対し約 700 万円の普通交付税措置がなされている。
- ・特別交付税措置としては、平成 15 年度においてへき地保健医療事業実施計画を実施する市町村に対し、次の算式によって算定した額が加算・交付される¹。

$$\text{算式 } A+B+C\times 0.5+D+E\times 0.5+F\times 0.6$$

- A: 計画に基づき当該年度に実施されるへき地診療所等の応援医師及び代診医師の派遣要請事業に係る派遣要請日数に 35,000 円を乗じて得た額
- B: 計画に基づき当該年度に実施されるへき地診療所等の研究、研修事業に係る研究、研修回数に 16,000 円を乗じて得た額
- C: 計画に基づき当該市町村が離島等救急患者搬送事業について当該年度に負担する額のうち特別交付税の算定の基礎とすべきものとして総務大臣が調査した額
- D: 計画に基づき当該年度に実施されるへき地診療所等の訪問看護事業に係る訪問日数に 24,000 円を乗じて得た額
- E: 計画に基づき当該市町村が遠隔地医療事業について当該年度に負担する額のうち特別交付税の算定の基礎とすべきものとして総務大臣が調査した額
- F: へき地診療所等に係る施設整備事業（病院事業会計に係る事業を除く）に要する経費に充てるため平成 5 年度以降に発行について同意又は許可を得た地方債（当該年度の 10 月 1 日以降に借り入れた地方債を除く）の当該年度における元利償還金

② 交付税等削減の影響

現在政府によって進められている三位一体改革（国庫補助負担金の縮小、地方交付税の縮小、税源移譲を含む税源配分の見直し）の影響で、仮に補助金や交付税が削減されたとした場合（例えばへき地診療所だけでなく、診療所すべて一律定率に）、もともと過疎化の影響等で経営の苦しいへき地診療所の経営が一層苦しくなり、そうしたへき地診療所の統廃合（集約化）が進む可能性がある。その統廃合によって、

¹ 特別交付税に関する省令（昭和 51 年自治省令第 35 号）附則第 9 項第 8 号より。

患者がある程度確保され診療所経営が安定すること、医療機器の効率的な使用が行われること、高度な医療技術を蓄積できること等のメリットがある。しかし、へき地住民のナショナルミニマムとしての医療機関への最低限のアクセスが確保されなくなる可能性がある。このことへの対応策としてまず第一に考えられることは、へき地診療所と住民の居住地との間の公共交通を改善することである。実地調査でも、交通の便が悪く自家用車がないと不便であることが挙げられていた。へき地では高齢化が進んでおり、高齢者が自家用車を、それも山間部で曲折の多い道路を運転するのはいささか危険である。また、高齢者が多いため、バリアフリーのバス等が整備されることが望ましい。福祉施策と交通施策の連携が必要である。第二に考えられることは、集約化された診療所から居所への往診の実施・在宅医療の推進である。しかし、そのためには診療所を往診で留守にしないように、ある程度診療所に医療スタッフがいることが必要である。第三に、第一で述べたこととも関連するが、救急医療体制の整備である。へき地で救急患者が出た場合に、速やかにへき地医療拠点病院（代診医等の派遣、へき地医療従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院として都道府県単位で指定された病院）等に搬送できる体制の整備である。

③ へき地診療所の統廃合と「効率性」「公平性」のトレードオフ

②で述べたとおり、へき地診療所の統廃合は、へき地住民のナショナルミニマムとしての医療機関への最低限のアクセスが確保されなくなる可能性がある。ナショナルミニマムとしての医療の確保は、どこに住む人も公平に、公共交通機関を使用して一定の時間の範囲内で何れかの医療機関に到達できることであると考えられる。へき地診療所を統廃合（集約化）することによって、このようなナショナルミニマムとしての医療の要件を満たさなくなれば、住民の医療機関へのアクセスの公平性を損なうものと考えられる。したがって、へき地診療所を統廃合することは、経営の「効率性」を向上させる一方でアクセスの「公平性」を損なうおそれがあるという、いわばトレードオフの関係を生むものであると言える。三位一体改革で補助金・交付税が削減される中では、ある程度「公平性」を犠牲にしても「効率性」を重視して、へき地診療所の統廃合を進めるべきとの考え方もあろう。その場合は、②で述べたとおり公共交通の改善や往診・在宅医療の推進や救急医療体制の整備等を図って、「公平性」を回復する措置を並行して行うことが望ましい。逆に、「公平性」を重視して「効率性」をある程度犠牲にするという考え方もあろう。この場合には、「効率性」を回復する措置として、へき地診療所での検査部門等のアウトソーシング（外注化）や、医療機器の共同利用等の施策を並行して行うことが望ましい。現実のところとしては、「効率性」重視と「公平性」重視との間の中間的な考え方、つまり「効率性」と「公平性」をともにある程度重視するという考え方が現実的であると考えられる。また、「効率性」を追求する際に「公平性」が維持されているかどうかを考える際、最寄りの医療機関と患者との間に物理的にどの位距離があるのか

が重要な判断基準となる²。

なお、このように「効率性」と「公平性」を両立させた診療所の統廃合の実例としては、昭和 60 年に統合・建設された高知県大月町国保大月診療所がある。当時の大月町長は、各地区に散在している診療所を統合整備し、保健予防をも効率的に機能させることが必要と考え、四つの診療所を一つに統合した。これにより、医師の学習時間が増加するとともに、高度の医療が可能となったばかりでなく、予防面（検診、健康教室等）にも力を注ぐことが可能となった³。一方、同診療所は、それまであった複数の診療機関を統合したため、それまであった診療所地域の患者は送迎バスの定期運行により同診療所まで運び、患者が不便とならないよう行き届いた配慮がなされている⁴。この例は、まさに「効率性」を重視しつつ、「公平性」にも配慮を加えた典型的な例と言えよう。

④ 医療のナショナルミニマム

③の冒頭において、医療のナショナルミニマムの内容について言及したが、ここで医療のナショナルミニマムとは何かを経済学的視点、憲法との関係及び医学的根拠の必要性の観点からさらに考えてみたい。

（経済学的視点）

医療は、教育と同様に価値財（メリット・グッズ）であり、その消費に市場機構では見出せない「価値」が発生する、即ち、住民が医療を享受して地域の健康水準が保たれることにより住民個人だけでなく、社会・経済全体にもプラスの意義があるものと考えられる。それは、消費に外部効果があるということでもある。したがって、医療や教育にはナショナルミニマムという国民にとって最低限必要な消費量というものが存在するのである。

（憲法との関係）

また、医療の場合、日本国憲法第 25 条に規定する「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」⁵に深く関わりとともに、この規定に由来する医療提供の規範的理念である「何時でも何処でも誰でも」⁶医療を受けることができる体制を確保するという場合の、その医療の水準はどの程度であるかということに関連してくる。同法第 25 条で保障されている生存権は離島・へき地住民といえども享受できるはずであ

² David Werner 他編、Where there is no doctor :A Village Health Care Handbook、MACMILLAN 社（1993）w4 参照。

³ 間藤方雄他「〔Ⅳ〕地域医療の変遷に関する研究・求められる医療を探って」『昭和 61 年度へき地医療の開発に関する啓発研究』財団法人へき地振興財団編（1987）P.59 より引用。

⁴ 同上。

⁵ 和田正一「医療に恵まれない地域の人のため尽くすことに意義を感じる」とされた多くの医師に敬意と感謝を申し上げる」『へき地医療の現状と対策（第 2 編）』（社）全国自治体病院協議会編（1982）P.59 下段参照。

⁶ 馬場春雄「政府に医療の特別立法で対応する程の積極的姿勢を期待」『へき地医療の現状と対策（第 2 編）』（社）全国自治体病院協議会編（1982）P.62 上段参照。

る⁷、という考え方も出てくる。「公平性」を重視する立場では、都市でもへき地でも受けられる医療の質に格差があってはならない、従って「何時でも何処でも誰でも」享受する医療サービスは最高水準のものではなくてはならないと考えるのである。また、「健康は国民生活の基盤であり、住民の福祉を増進する上に必要な最小限の医療を確保して、健康の保持増進を図ることは行政の最も基本的な役割の一つ」⁸と考えられる。

しかしながら、医療の場合、医療機関の立地が地理的・人口的要因に大きく制約され、ナショナルミニマムを達成するのが困難な地域が我が国には多く存在するのは事実である。

(医学的根拠の必要性)

医療のナショナルミニマムとは、内容的には、医学的根拠をもってどの程度の医療が最低限必要か決定される性質のものである。ただし、医療の場合医学的必要性があれば上限なく必要とされる場合があり、「最低限」の線引きが難しいという側面もあることに留意したい。また、へき地のナショナルミニマムとしての医療水準が、プライマリーケアのレベルか、その時代における日本の医療水準の平均的なものを提供するものか、最高水準のものなのか、明確な社会的コンセンサスが必要である⁹。

いずれにせよ、へき地においては、へき地診療所が住民のナショナルミニマムを達成するだけの医療を提供した上で、効率化のために統廃合（集約化）する道が望ましいと筆者は考える。

V. へき地医療の確保に必要なこと

この節では、実地調査や米国のへき地医療対策を踏まえ、実地調査において最も重要であることが明らかになった「医師の確保」を中心に、へき地医療の確保のために必要な条件とは何か探っていきたい。

① 医師の確保

良質なプライマリーケア医を1診療所に常勤医師最低1名、できれば2名（代診医）確保することが重要である。そのため、次のような方策が必要である。

⁷ 河野正樹「無医離島医療における静止画像伝送システムの利用経験」『へき地医療の体験に基づく学術論文集 1992年度 no.1』（社）全国自治体病院協議会編（1993）P.15 参照。

⁸ 佐分利輝彦「過疎地域の医療は先ず医師を中心とするヘルスマンパワーの確保と医療機関の連携である」『へき地医療の現状と対策（第2編）』（社）全国自治体病院協議会編（1982）P.51 中段参照。

⁹ 本宿尚「後方病院の育成と地域行政の医療面に対する積極的な対応が必要」『へき地医療の現状と対策（第2編）』（社）全国自治体病院協議会編（1982）P.83 中段参照。

- ・医師の定着のために、学会・研修の機会を作り、へき地にいる医師でも日進月歩の最新医療をフォローできるようにすること。
- ・医師の住宅や医師の子供の教育など、医師がへき地で文化的に生活ができる基盤を整備すること。

また、地域の住民と腹を割って接することができ、住民から敬愛される医師を確保することが重要である。

なお、本稿の目的から少し外れるが、へき地医療において確保すべき医師としてプライマリーケア医が重要と考えられることから、プライマリーケア医の内容について、ここで触れることにする。

プライマリーケア医とは、「医療の入り口で、患者の日常すなわち生活の背景をよく理解し、患者が適切に医療を利用できるよう調整し、能力を越えた場合には適切な高度の医療が受けられるよう紹介する主治医、しかも日常病のほとんどに対応でき、いつでも気軽に診療を施すことのできる医師」のことを言う。¹⁰そして、プライマリーケアには大きく次の五つの構成要素がある。

- a) 近接性：医療と住民の距離が近いということである。これにはまさに距離が遠いと時間がかかると予想されるが、実際は患者の持っている医療への心理的な距離も大きく影響している。尊大で不遜な医師には、心理的に近づきがたい。
- b) 包括性：医療が広範囲であるということである。地域医療を担う医師が、たとえば眼科の専門しか診ない、診られないというのでは、その他の科については、医療過疎となる。また単に診療だけでなく、予防や健康増進活動にも力を注がねば、医療は片手落ちである。
- c) 継続性：医療がいろいろな意味で続けられるということである。医師が交替と同時に診療内容が変わってしまうというのでは、患者は大変である。これまでの情報がそのまま生きてこそ継続性があるのである。
- d) 責任性：医療が責任を持ってその内容を保証するというもので、適切な医療を受けられることはもちろん、適切な健康の保持・増進ということも含まれる。
- e) 協調性：医療は医師を頂点とした階級を生みやすい。医師が適切な資質を備えていればよいが、常にそうとは限らない。住民と保健師・看護師・事務・行政などのすべての医療人が、互いに協力しつつ推進するのが真の医療である。¹¹

ここでのプライマリーケア医の定義で留意すべき点は、医師の能力を越える場合には適切に他医療機関に紹介できることが要件となっていることである。すなわち、プライマリーケア医がすべての治療分野で高度な医療を施すことができることは要

¹⁰ 吉新通康「1日本のへき地医療」『いま、へき地医療は』自治医科大学地域医学研究会編、講談社(1986) P.170より引用。

¹¹ 同上 P.171より引用。

件となっておらず、いわばゲートキーパー的な能力が求められているということである。

② 看護師等コメディカル・スタッフの確保

・医師だけではなく看護師を始めヘルスマンパワーの充実が必要である。例えば、看護師についても医師と同様へき地勤務を避ける事情があると思われる。特に、へき地における子どもの教育の問題については、女性として気にかかるものと思料される。医師だけでなくコメディカル・スタッフの確保に当たっても、医療行政の観点からだけではなく、へき地で文化的な生活を送れるよう整備する総合行政が必要である。

③ 医療機器の整備

・へき地でも都会と同じく公平に高度な医療を提供するという「公平性」重視の立場からは、高度な医療を行い得る医療機器（CT、MRI（磁気共鳴コンピューター断層撮影）等）の整備が必要である。ただし、過疎化が進み患者がもともと少ないようなへき地診療所では、「効率性」の観点も踏まえ、周辺のへき地診療所等と高度な医療機器について共同利用するという事も考えられる。

④ 遠隔医療の充実

・「公平性」重視の立場から、日本のどこに住んでいても、都市の住民でもへき地の住民でも世界最高水準の医療を享受できることを目標に、遠隔医療を普及させる必要がある。¹²例として、光ファイバによる ISDN（サービス総合デジタル網）等の交信で遠隔診断、遠隔手術支援を行っている旭川医科大学眼科の例がある。遠隔医療を行うと、患者がどこにいても場所に関係なく、高い技術による手術が受けられ、医師同士がまるで同じ場所にいるのと同様に相談ができる。こうした遠隔医療が多くの医療機関で受け入れられると、患者と医師が遠くまで移動しなくても医療を受けることができることになる。¹³これは、換言すれば「医療の地域格差の解消」¹⁴に寄与するものと言える。

ただし、遠隔医療で対処できる疾患が多いと考えられるが、触診や対面して初めて分かる患者の微妙な病状等もあると思われるので、遠隔医療ですべての疾患に対処することには限界があると考えられる。このような限界は、遠隔医療の技術の進歩によっても変わってくると考えられる。

なお、現時点で考えられる遠隔医療としては、「レントゲン写真等の静止画像伝送による診断」、「血管造影等の動画伝送による診断」、「テレビ電話・テレビ会議」、「電

¹² 吉田晃敏・亀畑義彦共著『遠隔医療』工業調査会（1998）P.16 参照。

¹³ 同上 P.98～99 より引用。

¹⁴ 河野正樹「無医離島医療における静止画像伝送システムの利用経験」『へき地医療の体験に基づく学術論文集 1992 年度 no.1』（社）全国自治体病院協議会編（1993）P.13 参照。

子メールを利用した症例検討・症例相談」などがある。

⑤ 医療機関間の連携

・各県にある、医科大学がへき地医療の後方施設として直接または間接的に機能するように制度化することが重要である。¹⁵また、へき地診療所とへき地医療拠点病院等との連携を強化する。これら連携強化のひとつの方策は、④で述べた遠隔医療の導入である。

⑥ 大学教育の充実

・医科大学の教育の内容にへき地医療の現状とその対策を講義するとともに、へき地医療を担当している医師を教育に参加させる。¹⁶平成 16 年 4 月からの卒後臨床研修必修化との関係で言えば、へき地の病院を積極的に臨床研修指定病院とし、臨床研修の中にへき地医療について学ぶ機会を設けることも有用である。また、必修化に伴いへき地医療機関から医科大学に医師を引き上げる例も見られるところであるが、そのような動きに一定の歯止めがかかるよう、へき地医療機関と医科大学の間の連携を強化する方策を検討する必要があると考えられる。

⑦ 交通網の整備

・へき地診療所周辺の道路の整備、離島と本土を結ぶ飛行機やフェリーの整備。これも、へき地における文化的な生活の確保と同様、医療行政のみでは対応できず、国土・交通施策と連携を行う必要がある。

⑧ 診療報酬上の評価（離島加算の新設）

・平成 16 年度診療報酬改定で、離島振興法第二条第一項の規定に基づく離島等における医療機関に、1 日につき 18 点の離島加算が新設された。今後とも、「離島での患者搬送を考慮して一定の入院医療の応需体制を確保する」との当該離島加算の趣旨に照らし適切に点数改定が行われることが必要である。

⑨ 地域に対する包括的アプローチ

・1975 年の WHO 報告「プライマリー・ヘルス・ケアに関する国家保健事業の推進」では、ヘルス・ケアを実施する上での徹底した地域指向性が強調され、医療資源は、人も資金も、可能な限り地域独自で調達し、外部からの援助は最小限にするよう勧められている。そしてこうした形で行われるヘルス・ケアの究極の目標は、地域の SELF-RELIANCE、すなわち地域の自助・自立に置くと明言し、医師はその専門知識を活かして、地域住民の自助・自立への取組みを支援していく立場をとることを

¹⁵ 西三郎「わが国における医師対策の問題点と解決の方向」『へき地医療の現状と対策（第 4 編）』（社）全国自治体病院協議会編（1984）P.25 中段より引用。

¹⁶ 同上。

勧めている¹⁷。このような取組みによって、医師が地域社会で地域住民に対し果たすべき役割が明確になるとともに、医師が地域の SELF-RELIANCE に貢献していくことが期待される。

⑩ 保健、医療、福祉の統合¹⁸

・高齢化・過疎化の進む離島・へき地においては、高齢者の介護予防や重症化防止の観点から、さらにリハビリテーション医療のニーズが増すことが予想される。この場合のリハビリテーション医療は、老人保健事業のような保健事業や介護保険の対象である訪問・通所リハビリテーションも関連するので、離島・へき地医療の充実した展開には、保健、医療、福祉の統合が必要である。

へき地医療改善のため、以上のような諸点が挙げられると考える。

VI. 結び

以上、長崎県での実地調査及び米国の例を紹介するとともに、三位一体改革に付随するものと思われる診療所統廃合の問題、へき地医療のあり方につき論じてきた。

米国については、同国のへき地医療体制について紹介するとともに、DRG/PPSの下での米国のへき地医療の問題について言及し、日本における示唆を得た。

診療所統廃合の問題については、「効率性」と「公平性」とのトレードオフの関係について、「公平性」に係るナショナルミニマムの問題に関連させて論じた。ここで、「効率性」と「公平性」の両立を成功させた診療所の例を挙げた。また、医療のナショナルミニマムの概念について、経済学的視点、憲法との関係、医学的根拠の必要性の3点から論じるとともに、へき地にもあまねく最高水準の医療を普及させるのがナショナルミニマムを確保する上で必要なのか、またそれが「公平性」なのかを考え、医療のナショナルミニマムとはどの程度の水準の医療なのか、社会的コンセンサスが必要なことを論じた。

へき地医療のあり方としては、医師・看護師等のマンパワーの確保が一番重要であることを示すとともに、その他の施策として医療機器の整備・遠隔医療の充実・医療機関間の連携・大学教育の充実・交通網の整備・診療報酬上の評価・地域に対する包括的アプローチ・保健、医療、福祉の統合について取り上げた。

今回の調査で最も印象深かったのは、へき地医療の問題は日本の医療が抱える構造的な問題であるといえることである。なぜ、医師は都市部に集中し、専門医化傾向が大きいのか。この構造的問題の背景には医学教育のあり方が存在すると筆者は

¹⁷ 水関清「アメニティとしての地域診療所」『へき地医療の体験に基づく学術論文集 1992年度 no.1』(社)全国自治体病院協議会編(1993)P.118より引用。

¹⁸ 本永英治「僻地・離島医療におけるリハビリテーション医療の重要性と保健・医療・福祉の統合の必要性」『へき地医療の体験に基づく学術論文集 1992年度 no.1』(社)全国自治体病院協議会編(1993)P.176~177参照。