

人口減少社会において存続可能な地域医療に関する 一考察：北海道夕張市の事例より

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 大阪市立大学創造都市研究会 公開日: 2022-05-26 キーワード (Ja): 人口減少社会, 存続可能な地域医療, 孤独死, 在宅医療, ポストアウトリーチ キーワード (En): Population Declining Society, Sustainability of Regional Medicine, Isolated Death, Home Care, Post-Outreach (Successor of Outreach) 作成者: 奥田, 徳子 メールアドレス: 所属: 大阪市立大学
URL	https://doi.org/10.24544/ocu.20220527-003

人口減少社会において存続可能な地域医療に関する一考察

ー北海道夕張市の事例よりー

奥田徳子（大阪市立大学 大学院創造都市研究科 博士後期課程）

A Study on the Sustainability of Regional Medicine in Population Declining Society:
A Case Study of Yubari City, Hokkaido

OKUDA.Tokuko (Doctoral Course of Creative Cities, Graduate School for
Creative Cities, Osaka City University)

【要旨】

人口減少社会において存続可能な地域医療に必要なものは「孤独死抑制」「医療提供人材の最適配分」「都市機能集約化」ではないか。日本で就労する医療者はどう捉えているのか北海道夕張市における先進事例から課題を抽出し、その対応策について意識調査を分析した。

人口減少と高齢化への対策は多種多様な社会問題を含んでいるが、本研究では存続可能な地域医療の在り方に着目し①過去 10 年間に直面した医療課題とその対策・成果、②今後 10 年間に解決すべき医療課題、全国的に共有可能な社会問題、③全国共通課題として地域医療が限界を迎えないための方策、を検証した。

地域医療の在り方を検証する方法として夕張市における現場実務医療者の問題意識調査を行い、エスノグラフィの手法からホリスティック（全体像）分析し課題を抽出した。

第一に「地域医療のアウトリーチには今後大きな変革（ポストアウトリーチ）が必要」、第二に「家が点在化した地域のコミュニティでは孤独死の発生は抑制し得ない」、第三に「財政的・人的縮小に起因する都市機能集約において『存続可能な医療』は、よりミニマムに選択されざるを得ない」との課題が抽出され検証をした結果、「地域医療を守る医療機関には医療者が入れ替わっても維持される『システムの箱』の積み上げが必要」、「孤独死には発生抑制より早期発見の方策」、「人的医療資源は通院困難患者より終末期看取り患者への在宅医療提供に重点を置くべき」、「都市機能集約エリアから外れた集落は徐々に消滅して行く」との結果が得られた。

【キーワード】

人口減少社会、存続可能な地域医療、孤独死、在宅医療、ポストアウトリーチ

【Abstract】

In population declining society, what is needed for sustainability of regional medicine is the "suppression of isolated deaths", "optimal allocation of human resources for medical care provision", and "concentration of urban functions". I extracted issues from an advanced case study in Yubari City, Hokkaido, to see how medical professionals working in Japan perceive these issues, and analyzed a survey of attitudes about how to deal with them.

Although measures to deal with a population decline and aging include a wide variety of social issues, this study focuses on the state of sustainable regional medicine and examines (1) medical issues faced in the past 10 years, measures taken and results achieved, (2) medical issues to be solved in the next 10 years, social issues that can be shared nationwide, and (3) measures to prevent regional medicine from reaching its limits as a common issue nationwide.

As a method of verifying the state of regional medicine, I conducted a survey of the problem consciousness of practicing medical personnel in Yubari City, and extracted issues through holistic analysis using ethnographic methods. \$

Firstly, "the outreach of regional medicine needs a major change (post-outreach) in the future," secondly, "the occurrence of isolated deaths cannot be controlled in communities where abandoned land is increasing and houses are scattered," and thirdly, "in the concentration of urban functions due to financial and human downsizing, sustainable medicine must be selected more minimally.

As a result, the following issues were identified and examined: "Medical institutions that ensure regional medicine need to build up a 'system box' that can be maintained even if medical personnel are replaced"; "For isolated deaths, measures should be taken for early detection rather than suppression of the occurrence"; "Human medical resources should be focused on providing home medical care for terminal care patients rather than for patients who have difficulty going to hospitals"; "The results show that "settlements outside the urban function concentration area will gradually disappear.

【Keywords】

Population Declining Society, Sustainability of Regional Medicine, Isolated Death, Home Care, Post-Outreach (Successor of Outreach)

I はじめに

日本はかねてより少子高齢化・人口減少・医療の高度高額長期化という課題に直面している。しかしこれらは日本特有の課題ではなく、全世界的に追随する地方都市が後を絶たない課題である。そこで、日本における人口減少地域に対する医療提供の観点から現状と課題を抽出し今後の方策を検証する。

ここでは事例として北海道夕張市の経緯を参考としながら検証して行きたい。事例に北海道夕張市を選んだ理由としては、① 過去に 12 万人規模であった地方中核都市が 2021 年末には住民基本台帳ベースで人口約 7103 人高齢化率 53.08%となり様々な既存インフラを失った地方都市のモデルケースである事、② 2007 年行政財政破綻から再建期限までの 20 年間のうち前半 10 年間にその地域医療や看取りのあり方が大きく変革し、後半 10 年間に「人口が半減しても存続可能な都市」に向け実動しているところにある。また、医療に関して国が 2012 年の第 5 期介護保険事業計画頃から提唱する「地域包括ケアシステム」で 2025 年問題（日本における 75 歳以上人口のピーク）を課題に挙げているが、現状夕張の年代別人口比率は 2025～2040 年の全国年代別人口比率（国立社会保障・人口問題研究所予測）と同形を示しており、日本全国・世界各国における近未来の医療課題を予見する事例と捉えることができる。

本稿では、国策が目指す孤独死の防止又は抑制に対し非効率な人口分布下で医療提供を持続的に提供出来るのかを考察するため、夕張市の地域医療に継続的内部関与してきた人々のナラティブを分析し、人口減少都市政策の一指針を検証する。1章では夕張市の地域医療について問題抽出を行い、2章では現状分析を行う。3章で12名のインフォーマントからヒアリング調査を行い、4章で、そのナラティブ・データについてホリスティック（全体像）分析を行う。5章で提供持続可能な医療環境に対し最も効率的で望ましい資源配分を考え「持続提供可能な医療」に注目しながら夕張の事例を検証するものとする。

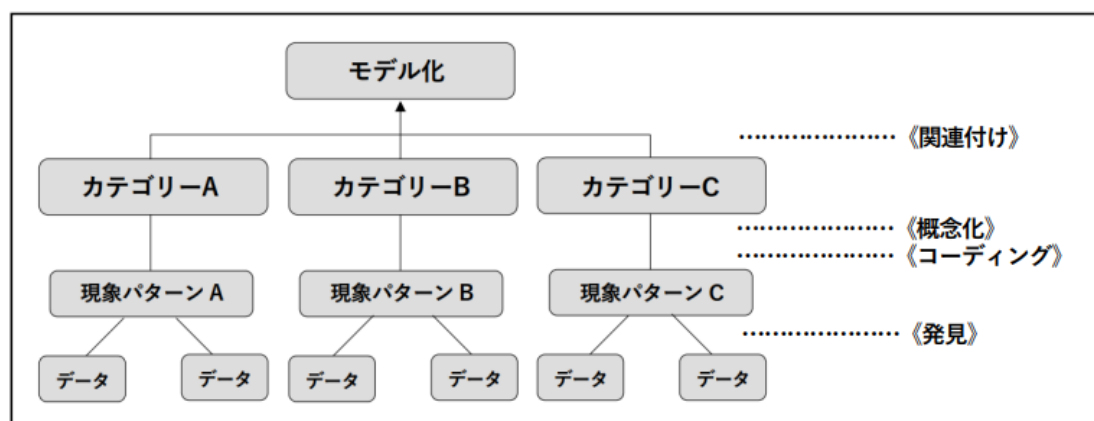
II 課題と分析視角

2016 年、5 年振りに発表された国勢調査において日本の総人口は過去 100 年を通じ初めて減少に転じ出生数は 100 万人を切った。総人口は 5 年前と比較し 94.7 万人の減少である。全国で人口減少を示した自治体は約 8 割に及び、その中で人口減少最多は北海道でその数はマイナス 12.3 万人だった。北海道の中でもひととき急激な人口減少と高齢化の課題を抱える夕張市は財政破綻後 10 年、その厳しい財政状況から様々な住民サービスをミニマム化する政策に取り組んだ。20 年と定められた再建期間に地域医療サービスはどこまで切り詰める事が出来るのだろうか。

1 課題の抽出

梶井〔2009〕は「地域医療」という用語の定義の1つに「地域住民が抱える様々な健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く住民の生活にも心を配り、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動」を挙げ、小谷〔2003〕は、過去に示された定義を基に「保健・医療・福祉の各分野の枠を超えて、地域社会の構成員の健康問題・疾病と向き合い、生活の質の向上を図る」ことであると提唱している。これらの定義を参考に、本研究では「地域医療」を「地域住民が抱える様々な健康上の不安や悩みを受け止め、保健・医療・介護・福祉の各分野の枠を超えて、生活の質の向上を支える医療活動」と定義する。

地域医療の在り方を検討する方法として、北海道夕張市における現場実務医療者の問題意識調査を行い、エスノグラフィの手法からホリスティック分析し、課題を抽出する。ホリスティック分析とは複数の理論や考え方の相互性を考慮し、科学的・客観的根拠のみならず人の主観性・固有の感性なども尊重して全体像を導く問題解決法のことを指す。



【図1】 データの分析プロセス

（出典）質的研究方法概念より筆者作成。

図表1にしたがい分析した結果、カテゴリーとして、「集約」、「存続」、「孤独死」、「地域医療規模」を設定した。これらのカテゴリーを軸に下記の問題意識を検証する。

第一に、急速に進む少子高齢化社会における地域医療のアウトリーチには今後大きな変革が必要なのではないか。本稿では、アウトリーチ施策の次に必要となると考えられる施策という意味で「ポストアウトリーチ」という概念を用いる。詳細は後述する。

第二に、放棄地が増え、家が点在化した地域のコミュニティでは孤独死抑制の方策が必要なのではないか。

これらの論点は地方都市のコンパクトシティ化政策と密接な関係を持つが、医療実務者と行政職者という異なる立場から捉える地域医療への意識の違いという論点を明確にするため、本稿ではコンパクトシティ化には触れないものとする。

2 ポストアウトリーチと孤独死

医療者が移動し患者宅を一軒一軒訪問する在宅医療は、待合室から診察室へ次々に患者が訪れる外来診療と比較して、単位時間的に非効率である。在宅医療ニーズが増える一方でサービス提供側の人材は不足している。また、これらの制度は医療保険・介護保険制度により支えられているが、労働人口や正規雇用の減少によって財源となるべき税収も減少し、高齢化は進み医療は進歩して医療費は長期・高度・高額化していくため、長期安定的な制度運営が危惧される。この財政難を補填するために医療保険料・介護保険料や自己負担割合の引き上げが予測される一方で年金生活者の収入は明らかな減少傾向にある。例えば企業年金月収 30 万円の高齢者中心だったものが国民年金月収 6 万円の高齢者中心になり、その年金収入で仮に月 3 万円の医療介護費（1 割負担）が月 9 万円（3 割負担）になった場合、幾許かの預貯金があったとしても、医療や介護は「贅沢品」で「衣食住を破綻させるもの」になっていく。

これら社会保障制度全般の中では、現在示されているアウトリーチの方針にも様々な課題と限界があることに着目し、本研究ではそれに対する方策を「ポストアウトリーチ」として検討する。なお、ここで言うポストアウトリーチとは、地域医療の上記アウトリーチ限界を更に補完するものの事を指す。

そこで、ポストアウトリーチの一翼として在宅医療ニーズの一定部分を再び外来診療に戻す事を考えた。現状の在宅医療ニーズは何らかの理由により既存の外来通院が出来ないために生じているものであるから、それは新たな形で医療提供でなければならない。本研究ではこれを「外来回帰」と呼び、その可能性を検証する。

患者が外来通院できない一要因として、その居住地環境が挙げられるが、それにつき井上 [2015] は、「地域包括ケアシステムの一方向性を示す共同住宅まちづくりの住宅政策として、①地域包括ケア体制、②住民自治・コミュニティ、③住宅管理体制の 3 つの政策領域と、Ⅰ区役所等レベル、Ⅱ地区レベル（中学校区＝日常生活圏域）、Ⅲ単位自治会レベル（団地）の 3 つの空間領域から体制が構築されているとした。これらは主に、法制度に基づく公序・共助を担う主体と、地域住民主体の互助活動を中心的に行う主体に区分されており、それぞれの組織が情報交換や活動協力を行い、地域住民主体の互助活動を支えていると述べている。地域住民の日常生活に、そのコミュニティによるインフォーマルな力は大変重要である。

また、孤独死と終末期医療について、超高齢独居の割合が増加していく社会情勢の中で誰にも看取られず孤独に息を引き取る事例は今後増加していくと予測される。看取りなく 1 人で死を迎える事を示す「孤独死」「孤立死」「ひとり死」等の言葉の学術的定義は明確でないため、本研究では「孤独死」と呼ぶこととする。

上野 [2011] は「孤独死は、準備と覚悟さえあれば恐くない」と述べているが、実際には準備も覚悟もなく生前の孤立が孤独死へと繋がるケースは多数ある。また、厚生労働省では孤立死防止対策の取組事例取りまとめ事業を行っており、政策的にも「孤独死は抑制すべきもの」と位置付けられている¹。

そこで、これを極力抑制する社会努力が必要なのではないかと考え、本研究では現場医療者の意識・実態調査から方策を検証する。

厚労省の「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」[2014] によれば、一般国民の

うち、約7割が「末期がんであるが、食事がとれ痛みはなく、意識や判断力に問題がなければ自宅で過ごしながらか医療を受けたい」と希望（ケース1）している。しかし、「認知症が進行し、身辺の手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合は施設で過ごしたい」と約6割が希望（ケース4）し、「交通事故により半年以上意識不明の経管栄養状態で、衰弱が進んでいる場合は医療機関で過ごしたい」と約7割が希望（ケース5）している。

		ケース1	ケース2	ケース3	ケース4	ケース5
一般国民	医療機関	19.0%	47.3%	39.5%	26.8%	71.5%
	介護施設	8.2%	13.7%	34.9%	59.2%	14.4%
	居宅	71.7%	37.4%	23.5%	11.8%	10.3%
医師	医療機関	8.0%	31.4%	23.7%	9.6%	39.4%
	介護施設	3.0%	9.8%	22.1%	64.6%	39.0%
	居宅	87.7%	57.5%	52.0%	23.7%	19.3%
看護師	医療機関	4.8%	24.8%	26.4%	7.7%	47.8%
	介護施設	2.6%	7.5%	25.9%	76.9%	34.7%
	居宅	92.0%	66.6%	46.1%	13.2%	15.5%
施設 介護職員	医療機関	7.2%	28.3%	16.9%	8.1%	62.6%
	介護施設	6.9%	12.6%	39.9%	74.2%	18.6%
	居宅	85.7%	58.6%	41.6%	16.6%	16.3%

【図2】終末期に過ごす場所の希望（日本）

（出典）厚生労働省「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」。

（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/h260425-01.pdf>、最終閲覧 2022 年 2 月 18 日）

この事より、「苦痛がなく、意識や判断力に問題がなければ自宅で過ごしたいが、衰弱が進んできた状態では人目のある場で過ごしたい」と考える人が多数であることが分かる。この調査ではまた、一般国民では「自身の死が近い場合に受けた医療や受けたくない医療について、家族と『全く話し合ったことがない』と回答した者の割合が高かった」としている。

奥田 [2015] は、英国においても「preferred place of death (PPD) ・place of death (POD) データは本邦の現状と近似しており、病院死が最も高額、在宅死が最も安価であることが検証されている」としている。

【表1】終末期に過ごす場所の希望（英国）

Results PPD and POD		
	PPD (%)	POD (%)
Hospital	7	56
Hospice	16	19
Home	49	15
Nursing home	17	9
Other	1	0
Not recorded	9	0

(University Hospital Lewisham 公表データより奥田作成)

（出典）奥田徳子[2015]「多職種連携における薬剤師の存在意義」『癌と化学療法』42、pp. 26-28。

日本でも英国でも、その意識調査において「可能であれば最期まで自宅で過ごしたい」と希望する傾向が見られた事から、この意識は広く共通するものと考えられる。そのためには極力「終末期まで苦痛や不安なく過ごせる身体状態」を保持する必要がある。

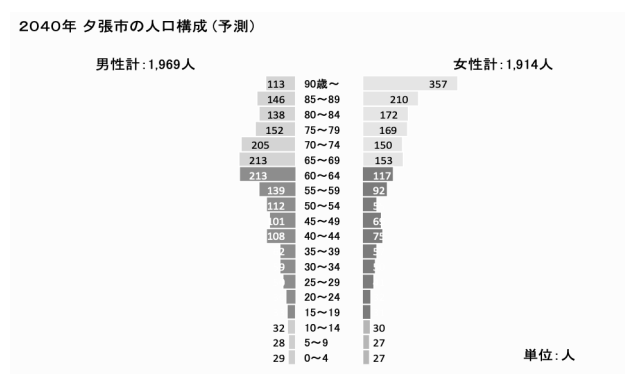
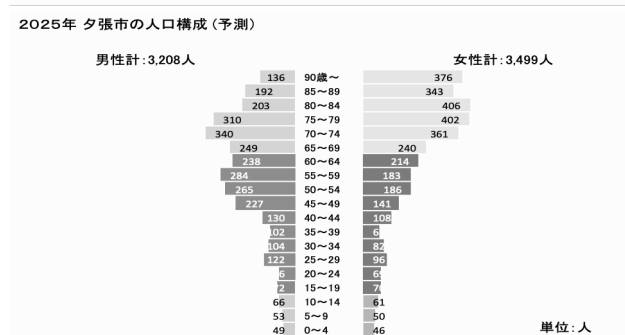
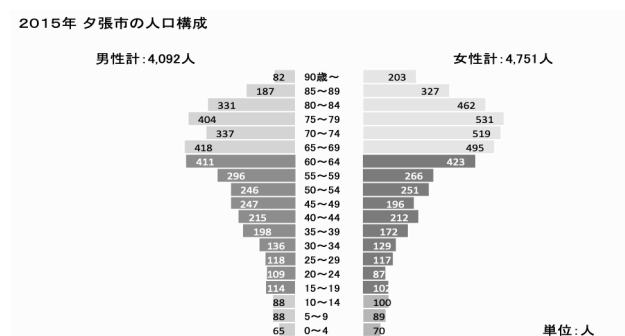
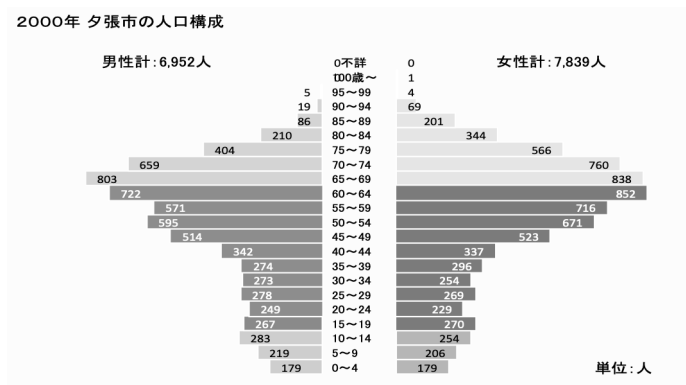
これら先行研究では人口減少社会・超高齢社会における医療提供のありかたについては触れているが、その提供限界を超えた先の方策については触れておらず、また孤独死の捉え方のバリエーションについて触れた論文は見られない。

これらの主たる分析視角をふまえ夕張市における現場意識の全体像を分析する。

Ⅱ 医療環境の現状分析

1 人口構成

全国の人口構成では、2013 年 10 月時点における人口ピークは 60～64 歳にあり、第二次ベビーブームのピークは 39～42 歳にある。一方、夕張市の人口構成では 2000 年に上記全国データと同様の人口ピークを迎えている。2015 年以降の変化を示す人口は国立社会保障・人口問題研究所（以下、「社人研」と呼ぶ）による予測値を用いた。



【図3】夕張市人口構成

(出典) 住民基本台帳・社人研予測値より筆者作成。

図表 4 から読み取れる様に、夕張市の人口は 2000 年時点で総人口 14,791 名のうちピーク人口 60～70 歳が 3,215 名であり 65 歳以上人口は 4,969 名、その高齢化率は 33.6%となっていた。2015 年にはピークの山は 75～80 歳となり、2025 年には総人口 6,707 名のうち 65 歳以上人口が 3,558 名で高齢化率 53%が予測されている。その後も人口減少は進み、2040 年予測で 65 歳以上人口は 2,178 名、高齢化率は 56.1%となり、ピークの山は 90 歳以上となる。なお、夕張市においては第二次ベビーブームの顕著な山は見られなかった。

総人口と高齢化率の推移について夕張市高齢化率推移と全国平均とを比較すると、高齢化率全国平均が 2035 年に 33.4%であるところ夕張市では 2000 年に 33.6%を体験しており、少子高齢化と人口減少社会に対する具体的政策を既に実践しているところが、本研究で夕張市を先進事例として選定した一要因である。

先行研究において、加持 [2014] は北海道大学大学院が夕張市真谷地区の集約化に直接関わった経緯について述べており、その内容は 26 プランニングから 6 視点を重視したものである。その 6 視点とは、①経済負担軽減、②生活利便性、③コミュニティの場の維持、④居住環境の向上、⑤総論賛成の形成、⑥住民個人のコミュニティ、であり、その中で高齢化については触れているが医療提供には触れていない。

それらを踏まえた上で、地域医療の提供を念頭に置き夕張市内の主要な実務者に意識調査を行った。

2 高齢者の ADL (Activities of Daily Living 日常生活動作)

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）は、ADL に必要な援助の量を考慮した総合指数として Barthel Index²がよく知られている。日本では、地域や施設等の現場で保健師等が、何らかの障害を有する高齢者の日常生活自立度を客観的、かつ短時間に判定することを目的として作成された、障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準がよく用いられる。この基準は要介護度の認定調査や主治医の意見書等にも必掲項目となっている。これは「能力」ではなく「状態」で判断される。この基準を参考に、本研究内では、医療提供型の適正を検討するための患者医療享受自立度基準を下記の様に定義する。

【表 2】医療享受自立度

自立度 A1	電車・バス・自力運転等で通院できる
自立度 A2	徒歩で通院できる
自立度 B1	自宅内では自立
自立度 B2	居室内では自立
自立度 C1	ベッドの寝起きは自立
自立度 C2	ベッド内でも要介助

(出典) Barthel Index より筆者改編。

Barthel Index は従来 8 項目であるが、本稿では 6 項目に暫定的再編した。その理由は、生活全般にランク J の自立度である場合、本研究の対象として課題の分析範疇に含まれないこと、準寝たきりのランク A の自立度である場合、日常的に買い物や娯楽には外出

しない場合でも「病院だけは」と外来通院する場合が多数なこと、等である。

夕張市の環境においては、公共交通機関が少なく、年間 5 ヶ月程度は雪に閉ざされるため、現実的には自動車が運転出来なくなると高齢者の自力通院は困難になる。また、救急医療について財政破綻と同時に市立病院を失った事により、夕張市の救急医療・小児医療・周産期医療・人口透析等の医療提供は廃止され、救急医療体制は脆弱化した。継続的に高度医療を必要とする住民は市外転居を余儀なくされ、救急搬送は市内での行き場を失った。その結果、ひとり医師での開業医院が多くの救急車受け入れをする事となる。しかし、改正都市再生特別措置法において国土交通省は、救急病院は人口 10 万人以上の都市（30 万人以上の都市圏）に 1 つと想定³している。それであれば、夕張市は市内に救急病院を持たなくとも近隣都市の救急医療圏に含まれるべきものであると考えるのが妥当である。

これらの課題を念頭に、現場医療者を中心としたインフォーマントのナラティブ分析を行う。

Ⅲ ナラティブ分析

1 インフォーマントの選定

インフォーマントへのヒアリングでは以下を主なテーマとした。すなわち、前半 10 年間に直面した医療課題とその対策・成果、後半 10 年間に解決すべき医療課題、全国共通課題として地域医療が限界を迎えないための方策、の三点である。そこで、インフォーマントの選定基準は「財政破綻後 10 年において夕張市の地域医療に大きな影響を与えた現場実務者」とし、下記 12 名を選出した。

《インフォーマント》 （意識調査ヒアリング実施順 役職等はヒアリング時のもの）

① 大手チェーン薬局在宅推進本部 Y 薬剤師

2007 年、夕張医療センター立ち上げ時に門前に作った A 薬局夕張店から在宅訪問診療に参入しセンター長医師と共に夕張市全域を回る。現在は在宅に関わる薬剤師を全国的に社内養育成する薬剤師。

② NPO ささえる医療研究所 理事長 M 医師

北海道出身。2007 年夕張市財政破綻と同時に破綻した夕張市立総合病院を公設民営化再建のため私財を投げ打って医療法人「夕張希望の杜」を立ち上げ市立医療センター（後の市立診療所）理事長兼センター長として地域医療の大改革を行う。2012 退任し現 NPO を立ち上げ医療とケアを軸としたコミュニティビジネスを展開。

③ 夕張市保健福祉課 O 課長

生粋の夕張出身。介護保険給付も担当している。徘徊癖のある認知症の母親を地域の見守りの中で同居介護しており高齢者の終末期やコミュニティの重要性は「我がこと」と感じている。

④ 夕張市保健福祉課 N 主幹

北海道庁職員。夕張再建を厳しく監視するため北海道庁より夕張市役所に派遣され出向勤務している。

⑤ 夕張市 S 市長

埼玉県出身。元東京都職員。2011～2019 夕張市長。2019～北海道知事。

⑥ 夕張市立診療所 所長 N 医師

北海道出身。2015～現職。地域医療・へき地医療・災害時医療等を専門とする社会医学者。現市立診療所は旧市立病院建物の一部を利用し夕張市北部（本町地区）に位置する、夕張市唯一の有床診療所である。

⑦ 夕張市立診療所 事務長 S 社会福祉士

生粋の夕張出身。「夕張希望の杜」事務局長・市立診療所事務長・介護老人保健施設夕張事務長兼任。財政破綻後の再建 20 年計画に前半の 10 年間携わり、その後希望の杜解散手続きの重責を負う。

⑧ 医療法人社団 豊生会 K 氏

地域包括ケア推進部推進担当部長・リハビリテーション部長補佐・生活支援サロン考流学舎代表兼務。豊生会は札幌の大手医療法人社団であり、再建計画後半となる 2017 年から夕張市立診療所指定管理を希望の杜から豊生会が引き継ぐためのパイプ役として指定管理者交代前から市立診療所に出務。

⑨ 夕張市医師会長 T 医師

T 医院長。夕張市南部の紅葉山地区で祖父の始めた医院を両親が引き継いでいたが平成 7 年に後継。医療圏住民は約 2,000 人。医院隣家に居住。後継者はいない。

⑩ 南清水沢診療所 理事長 T 医師

元夕張市立病院勤務医師。当診療所はかつて市立病院時代の分院だったが現在は個人開業の院長。夕張市中央部の清水沢は今後の都市機能集約地域であり医療圏住民は約 3,000 人。後継者はいない。

⑪ 夕張希望の杜 理事長 H 歯科医師

夕張希望の杜理事長。元市立病院の勤務歯科医師。市立病院・市立医療センター・市立診療所の時代を通し 1989 年から継続して歯科診療を行い、夕張地域医療の生き字引と評される。地域の人達を置いて出て行けない、とにかく最後まで地域に寄り添っていたいの考えからずっと市立医療機関に関わって来た。

⑫ 市立診療所 Y 看護師

市立病院時代から継続勤務の看護師。診療所外来・病棟・在宅支援室、老健、訪問看護等、全てに関わり夜勤もこなす。マルチな手腕・人望・長い現地キャリア・強い発言力を有する。

2 キーインフォーマントのナラティブ

インフォーマント 12 名のうちキーインフォーマントは①②⑤⑥⑨の 5 名であり、そのナラティブの概要は以下のとおりである。

① Y 薬剤師

前半 10 年の課題は突然の医療体制崩壊であった。新たな地域医療体制構築の必要が生じた。そこで北海道瀬棚町で予防医療の手腕を発揮した経歴のある M 医師が「夕張希望の柱」を立ち上げて地域医療の大改革を行った際に自分が在宅医療の提供に同行した。しかしその改革は予防医療と終末期医療に特化しており、高度医療・周産期医療・人工透析・救急医療などは切り捨てられたため、地域医師会（開業医）との軋轢を生んだ。その改革にはコンビニ受診の禁止など住民意識を改革する狙いも含まれており、医療者の教育や意識改革の狙いも含まれていた。結果として、持続可能性の観点から一定の成果が確実に認められた一方で、切り捨てられた分野を必要とする患者は市外転居を余儀なくされた。在宅医療は充実してゆき、その後も定着した。医療者教育の推進面では実務経験の機会を与えながらスキルアップ教育を受けるシステムが出来上がった。同志の医療者が情熱的に集結する流れもあったが、それは財政破綻当初の「気合と根性論」からシステム構築の次タームへと既に移り変わっている。これまでの実績から地域と他職種連携と信頼関係は築かれつつある。

後半 10 年の課題として自分が感じているのは、取り入れ可能な高度医療は取り入れていくべき、後半には前半を踏襲しない第二世代のモデル構築が必須、今後の変革エネルギーを持つ人材の投入、入院と在宅のシームレス化、住民のさらなる意識改革、などである。

集約	各炭坑を中心として城下町的な集落が点在しそれぞれの地域愛が強いいため現状での集約は困難。
存続	非常に残念ながら、最終的には夕張は消滅すると考える。
孤独死	孤独死は住民が施策に添わない限りやむを得ない。
地域医療規模	医師・薬剤師各 3 名程度規模で医療提供出来れば在宅医療の市内全域サービス提供は可能なのではないか。

カテゴリー「孤独死」については「やむを得ない」と述べ、このナラティブは「孤独死は是」とコーディングされた。カテゴリー「地域医療規模」については「都市消滅までの過渡期には実現可能な人員配置で在宅医療は存続可能」と述べ、これは「医療提供は可能」とコーディングされた。ただしカテゴリー「都市存続」については、「現状ベースで情勢が進行すると都市自体が消滅する」と述べ、これは「消滅」とコーディングされた。

② M 医師

前半 10 年で最も大きな課題だったのは、大規模市立病院から有床診療所への変革だった。公的に持続可能な医療規模としては幅広く手厚い医療提供から在宅医療中心のコンパクトな地域医療に変革する必要があった。とにかく行政が破綻して予算がなく極度の財政難だったので仕方ない選択だった。医療を継続するにも人的資源が枯渇しており育成システムも必要だった。

夕張市が今後も存続可能かと問われれば、特定の役割のために存在した街は、その役割を終えたら消えていく摂理だと答えざるを得ない。そういう街は他にも数多くある。街の存続はその規模と力に合わせた形でなくてはならず、過剰な要望は後世に負担を残し次世代が流出してしまう。地域の活性化には有能なキーマンが必要で、その再生を望むならキーマンを失望させてはならない。予防医療には高い住民意識も必要で住民教育も地域医療の一環と考える。その上での孤独死はそんなに悪い事ではなく必然と捉えても良いのではないかな。

後半 10 年の課題としては、高齢者移転先での相互見守り機能、一般住民を「地域作り」に巻き込んで育成すること、地域での雇用を生みシステムとして定着させること、エイジング・イン・プレイス（住み慣れた地域でその人らしく最期まで）の尊重、などではないだろうか。

集約	現存要因の中でコミュニティのつながりを強める
存続	役割を終え、変革がないのなら消えるべき
孤独死	必然。悪くない
地域医療規模	街の規模と力に合わせたものでなければ後世に負担を残す

カテゴリー「孤独死」については「全然悪くない必然」と述べ、このナラティブは「孤独死は是」とコーディングされた。カテゴリー「地域医療」については「消滅までの過渡期には予防医療と見守り機能が重要」と述べ、「医療提供は可能」とコーディングされた。しかしカテゴリー「都市存続」については「変革がないなら消えるべき」と述べ、「消滅」とコーディングされた。

⑤ S 市長

財政破綻後、前半 10 年の最大課題は急速な人口流出と極度の財政難だった。特に若者世代・就労世代の流出で高齢化率が爆発的に加速した。税収が見込めなくなり行政サービスの質が低下した。それでも夕張を消滅させたくない。そのためには都市集約が急務だった。集約の集約を 2 段階（まず地区内集約、次に南北軸集約）で進めなければ後半 10 年の高齢者環境はあまりにも厳しくなる。確かに夕張は財政破綻し再建途上の街だが、国・地方自治体・基礎自治体の役割分担明確化は今後も声にしていきたい。一方で「必要だが厳しい」政策転換を前面に出す者は首長として住民の支持を受けにくく、「総論賛成各論反対」の壁を乗り越えるには長い時間と根気をかけて住民理解を得る努力を継続する以外に手がない

と思う。近未来の人口減少と都市機能集約化の対応政策など、その最たるものだ。

現状、夕張市は全国で唯一の縮小型コンパクトシティ形成途上であり、この政策は時間をかけて進めて行く。それには住民の理解と協力が必須だがこれも途上である。機能集約地域は清水沢に確定し既に動き出している。総合戦略は策定済で、図書館・美術館・市民ホール等公共施設は廃止した。幼小中高校は統合（市内各1施設ずつに）し市立病院の診療所化、職安の分署化等の縮小も行った。JR 廃線・警察署の分署化なども進めて人口が半減しようとも活気のある都市の存続を強く目指している。

集約	行政主導で2段階集約を根気強く進めていく
存続	縮小しても持続可能な都市づくりを強い決意で目指す
孤独死	今後は現状より厳しい環境になるので 市民の生命と安全を守るための政策に対する理解と協力が必要
地域医療規模	市立診療所は清水沢に移転、民間診療所は存続

カテゴリー「孤独死」では「住民の政策に対する理解と協力が必要」と述べ、「孤独死は非」とコーディングされた。カテゴリー「地域医療」では「集約再編して存続」と述べ、「医療提供は可能」とコーディングされた。カテゴリー「都市存続」では「縮小型コンパクトシティ形成」と述べ、「存続可能」とコーディングされた。

⑥ N 医師

前半 10 年の様々な課題の中で自分が最も重大と捉えているのは市立診療所の移転計画進捗である。一時凍結に至った期間は必要だった。指定管理者の変更・医師会との関係・継続的な医師確保の手段については一定の目処はついたと捉えている。行政の財政負担課題は再建途上である以上、今後でも取り組まなくてはならない課題だ。救急医療のフォローに対する市内開業医の疲弊は見逃ごせない問題で、市立診療所としては全力で積極的に受け入れ態勢を取り、できる限りの手を尽くす所存だ。在宅医療・予防医療は定着したと考える。

後半 10 年の課題として捉えているのは、医療機関の集約でへき地指定がはずれると専門医派遣の危機があること、人口減少が進んだ先の医療需要供給バランス（規模）の見極め、高齢者の貧困化に起因する医療離れ、市内施設入所のキャパシティ、へき地の医師不足、医療者の卒後教育とスキルアップ、住民潜在ニーズの発見、地域コミュニティの存続（集約化に伴う破壊危惧）などである。

集約	進むだろうが課題は多い
存続	縮小しても存続
孤独死	贅沢な最期
地域医療現場	粛々と責務を果たす

カテゴリー「孤独死」では「贅沢な最期」と述べ、「孤独死は是」とコーディングされた。カテゴリー「地域医療」では「粛々と責務を果たす」と述べ、「医療提供は可能」とコーディングされた。カテゴリー「都市存続」では「進むだろうが課題は多い」と述べ、「存続可能」とコーディングされた。

⑨ T 医師

前半 10 年の課題として救急医療への姿勢を第一に挙げる。破綻当初は市立診療所が救急受け入れを拒んだ弊害で交通事故や心筋梗塞の患者を乗せた救急車が深夜の開業医にどんどん搬送される事態となり、その負担は限界をはるかに超えた。現在は市立診療所が所長判断で大半の救急車を受け入れて下さるので非常に感謝している。在宅死の増加も問題である。家族・社会インフラを含め見取る人がいない。外来通院手段も問題である。高齢化により自動車を運転出来なくなったり歩行能力がなくなったり、電車やバスが廃止され通院不可能になったりする患者が後を絶たないので現状では医療機関負担で送迎を行っている。夜間にはタクシーもないので救急車で来院した患者は帰宅する術がなく、医師自ら自宅まで送り届けることも多い。人口減少に伴い医療機関も激減したため周辺自治体の医師会と統合し医療圏を合併してもらえないかと思うが度重なる打診もことごとく受け入れ拒否される。行政がコンパクトシティ化のスピード感を重視し独居高齢者の住居移転を進めるため、転居後独居高齢者の社会活動停止・引きこもり・うつ症状など都市集約の弊害も多々見受けられる。除雪対策、高齢者の食事・買い物確保は困難を極めている（外食施設・商業施設の激減）。同じ流れで開業医への外来受診も細りつつあるのが現状。生業として立ち行かない。患者は「救急車で運ばれたら当然入院」を希望するが応えられない。患者の生命・健康のセイフティネットは今後どうなるのか。医療・ケア提供人材も不足している。自分は行政からの要請で死亡監察医も請け負っているが、悲しい孤独死は後を絶たない。同じ孤独死でも、本人の希望と納得の上で選択されたものであるべきだ。

後半 10 年の展望は自分には見えないが、急速な動きには反対。

集約	急速な動きには反対
存続	いずれ消滅するだろう
孤独死	本人が選択した最期なら一番幸せな死に方
地域医療現場	後継不在 疲弊 見届けたい意識 存続収益の限界⇒離職の可能性

カテゴリー「孤独死」では「一番幸せな死に方」と述べ、「孤独死は是」とコーディングされた。カテゴリー「地域医療」では「期待されるだけのセイフティネット提供は困難」「開業医負担の限界」「開業医が生業として収入を得られるだけの患者確保ができない」と述べ、「医療提供は不可能」とコーディングされた。カテゴリー「都市存続」では「非常に残念ながらいずれ消滅するだろう」と述べ、「消滅」とコーディングされた。また、医師会長の立場から「夕張からの救急車は近隣自治体に受け入れられない。まずは夕張市内の医療者が診断し、医師判断で必要とあれば医師自身から受け入れ要請をするべきと言われる

が専門外の患者に対しては限界がある」と述べ、国策の示す医療圏意識と現場意識には大きな乖離があることを示唆した。

3 ナラティブの分類

次に、インフォーマント全員のナラティブの分類作業を行う。以下では、類似した発言が見られたインフォーマントを番号①～⑫で示す。

まず、カテゴリー「地域医療」において、コーディング「外来通院の限界要因」に含まれた発言として、「自立で自動車運転や歩行が出来なくなった場合の移動手段」(①⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫)、「通院移動介助をする介護力」(⑥⑦⑧⑨⑩⑫)、等があった。

次に、カテゴリー「都市存続」については、「コミュニティ存続の限界を踏まえ集約地域外は将来的に無人になるのでは」(①②)、「2～3 の中規模集落は残るだろうが、ゆくゆくは大半の地域が無人になるだろ」(⑦⑧⑨⑩)、「その途上で当然孤独死は増加するがそれは幸福な事なので、もしその集落がそのまま消滅するとしても自宅での生活を希望する方には選択させてあげよう」(⑧⑨⑩)等の発言があった。

カテゴリー「孤独死」については、以下の発言が見られた。

「孤独死は良いが覚悟が要る (⑥⑦⑧⑨⑩)」

「本人が嫌がるのに半ば強制的に集合住宅や施設に収容するより極力最期まで自宅で (①②⑥⑦⑧⑨⑩)」

「子に引き取られるのも嫌、駅前施設に入るのも嫌、最期まで家にいたい、という患者には『良いですよ。出来る限り診ます。でも最期まで自宅で過ごすという事は、最期は独りで息を引き取るという事だから、死亡時には早く誰かに見つけてもらわないと骨になるまでそのままになる (②⑦⑧⑨⑩⑫)』、『早期発見のためには自分で近隣独居高齢者同士のコミュニティや遠隔地在住家族との関係性を構築しておく必要があります』という患者教育が必要 (インフォーマント②⑦⑧⑨⑩⑫)」

「亡くなった事を迅速に察知するためのセーフティネット作りは本人と家族が考えなければならない (⑦⑧⑨⑩)」

「人生には様々な選択肢があるが、『自分の望む場所で生き望む場所で死ぬ』という希望と決意の結果に『朝になったら冷たくなっていた』という終着がある (②⑥⑦⑧⑨)」

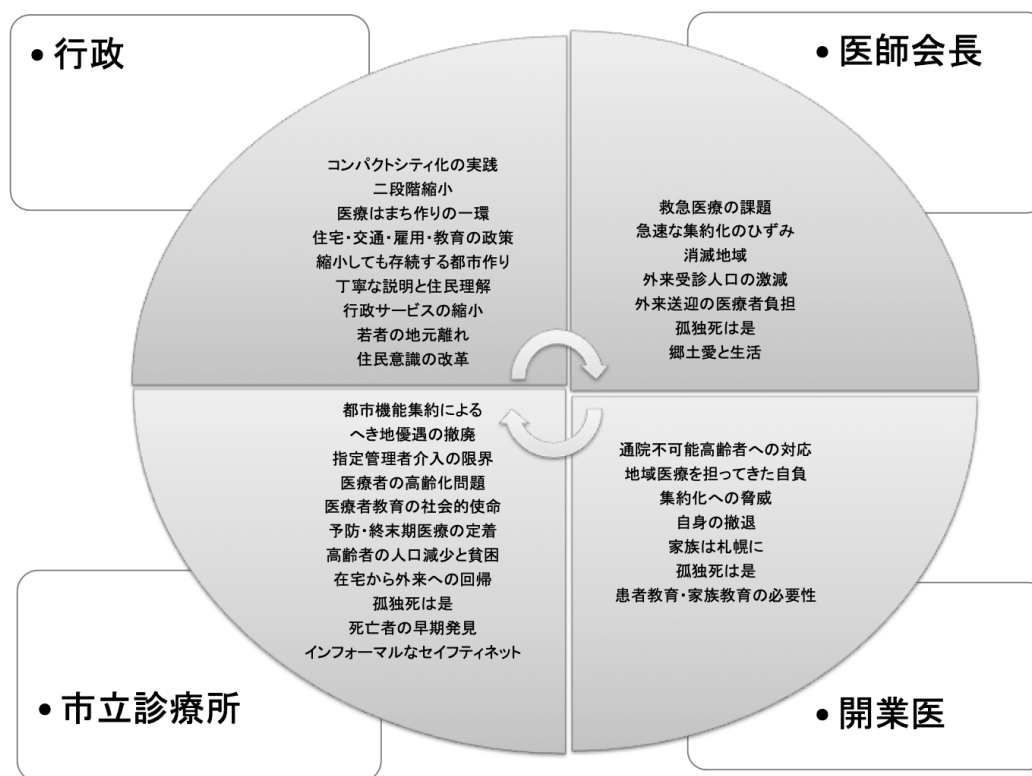
「この先どうやって行くかは自分には分からないが、最後まで寄り添い見届けたいという思いがあって今も夕張にとどまっている (⑩⑪⑫)」

「縁遠い親戚に看取られ病院のベッドで死ぬよりも住み慣れた自宅で最期まで、と願うのであれば叶えさせてあげたい (①②⑧)」

つまり、行政職員であるインフォーマント③④⑤以外の全員が「孤独死は是」という捉え方である。そこには都市機能集約地域外で継続した医療介護のサービスを提供するという具体的方策はあまり考えられておらず、「今以上のことは出来ない」と述べられた。

最後に、カテゴリー「都市存続」については、③④⑤⑥⑦⑧が「コンパクトシティ化により存続可能」と述べ、インフォーマント①②⑨⑩⑪⑫が「消滅」または「分からない」

と述べた。現状維持で存続可能と捉えているインフォーマントはいなかった。



【図 4】 意識調査結果（カテゴライズ）

（出典）ヒアリング調査結果より筆者作成。

IV ナラティブ分析から抽出された課題

1 外来通院の限界

外来通院の限界要因として、①自立で自動車運転や歩行が出来なくなった場合の移動手段、②通院移動介助をする介護力、が挙げられた。①については地域の公共交通が縮小していく傾向が更なる障壁となっているが、患者居住地（転居先）と医療機関との距離的条件が改善される事により外来通院継続が可能になる。ポストアウトリーチとして移動効率アップ・高齢者向け小型モビリティの実用化・デマンド交通の多様化等が挙げられるであろう。②については「医療機関が患者の送迎を行う」という自助努力的対応が現状では有効に働いており現状では市立診療所も巡回バスを運行している。しかしこの取り組みは電車やバスでの自力移動と異なり医療機関の自己犠牲を伴うため存続可能とは言い難い。今後それに代替するポストアウトリーチは介護ロボットや昇降補助機器の開発と並びweb診療等の技術と法整備と考えられる。

一方で、転居後の社会性（コミュニティとの断絶）がインフォーマルな見守り機能低下、

環境変化による体調悪化、高齢者の活動性低下、地域の介護職人材不足、医療介護職の就労環境問題、医療機関の経済的人材的負担と疲弊、カバーエリアの限界、という課題も浮き彫りにされた。

2 孤独死の捉えかた

国の政策は「孤立死防止」を目指し、インフォーマルサービスやコミュニティ存続が重要と捉えている。行政職員も「防止・抑制すべきもの」、「生命の安全安心のためには住民理解と協力が必要」と述べている。具体的には、「医療単独ではなく住宅政策・交通政策・雇用政策等をパッケージで考える必要」、「現状民意は「総論賛成各論反対」だが、今よりもっと厳しい状況（10年後には10歳高齢になっている・近隣住民が減っている・コミュニティ力が希薄になっている等）の中でどの様に寿命を全うするかは住民自身が「自分ごと」として捉える必要がある」、「人口が減少していく過程でも一定の行政サービスは持続提供する必要があるがその財源は住民自身からの税収である」、等の発言があった。

しかし医療者であるインフォーマントの中には、「孤独死は是」、「孤独死は幸福で贅沢な終末期選択である」、「必要なのは孤独死防止より死亡時早期発見のセイフティネット作り」との共通認識があった。これは、看取る者・看取られる者の「覚悟」を促す認識であり、「そのための患者教育・家族教育も医療者の役目」と捉えられていることを意味する。行政職員の視点から見たポストアウトリーチは住民の意識教育と住民自身による選択の熟慮であり、医療者の視点から見たポストアウトリーチには死亡者の早期発見システム構築と住民意識の教育が挙げられる。また両者に共通したポストアウトリーチとして人口相応の医療規模と移動手段が考えられていた。

3 地域医療の存続と規模

集約地域外の医療規模について医療者は「現状以上のサービス提供拡充は困難」と感じている。その一因としてサービス提供側の高齢化問題が挙げられた。今後ますます若い労働力が確保出来ないまま現職医療提供者が高齢になると感じているためである。具体的には、「医療介護福祉の専門資格を取得出来る教育機関に市内から通えない、資格取得のために一旦出て行くとなかなか帰って来ない」、「帰って来て一旦は職についてもある程度のスキルを身に付けると市外に転職流出してしまう」、「従って医療雇用ニーズは充分あるが人材が不足している」、「その理由は給与や労働条件だろうが今以上の待遇が出来ないので止める事が出来ない」等と述べられ、ここからはポストアウトリーチの限界がうかがえ、人口流出や孤独死の現実をあるがままに受け止める姿勢が示唆された。

地域医療の存続について医療者は、「前半10年で既に患者の8割が70歳以上であり、後半10年では9割近くが80歳以上になるだろう、既に外来受診数は年々減少傾向だが今後ますます外来まで来られない高齢者が増加する」、「医療機関の集約によりへき地医療の範疇から外れてしまうと税制優遇や専門医派遣等の措置が受けられないので、指定管理者が確保出来ない上、少ない患者の取り合いになりどの医療機関も自活出来なくなるだろう」、「可能な限り地域医療を見守り支えたいが、都市機能の一環として医療機関も集約された暁には自分は夕張を離れることになる可能性がある」、「炭坑会社の厚生年金が終了して貧困高齢者率が増加し、かつ医療介護における高齢者自己負担率が上がった暁には、在宅医

療は「贅沢」となり享受出来ない患者の割合が増加するだろう」、「個人開業医は限られた設備の中で診療を行っておりプライベートな時間も必要であるため、24 時間 365 日体制で全ての疾患に対応する事は不可能である。また開業医自身も高齢化するので「継続的に安定した地域医療」には市立診療所の様に医師が入れ替わってもフレームが守られる「システムの『箱』」の提供体制が適しているのではないか」、「高齢者の ADL を保持するためには予防医療が必須である」等の発言があった。ここからは、在宅医療の推進は必須であるがそこにも様々な限界があると認識されていることがうかがえる。つまり、ポストアウトリーチとは、持続可能な「システムの『箱』」に「時期に応じた人材」をはめ込んで行くことだと認識されているのである。

孤独死について医療者からは「医療でどうにかするという話ではなく、本人の満足や心構えの話であるから今はその住民教育に心と時間を費やしている」との発言があったが、行政職員は「孤独死は抑制すべき」と考えている。インフォーマントの一人であった夕張市長は、集約出来ない場合の孤独死抑制方策に「交通政策」と「見守り機能の公的支援」を挙げると同時に、「集約に時間をかけても更なる市民の理解協力を求めたい」と述べた。

V まとめ

以上、夕張市における医療者と行政職員のヒアリングを行い、そのナラティブのホリスティック分析により、地域医療におけるポストアウトリーチの可能性を検証した。在宅医療のポストアウトリーチは新しい概念であるが、人口減少社会の地域医療を支えるためには今後必要となる分野と考える。

財政的・人的資源が十分にあり医療ニーズを満たすことが可能であれば、地域医療における選択として在宅医療は理想形の一つであろう。地域包括ケア・孤立死予防支援事業等の取り組みはアウトリーチとして大変重要である。しかし、財政的・人的資源が圧倒的に不足している状態では、独居高齢者の孤独死を是認せざるを得ない現実がそこにはあり、医療者は実際に「孤独死は是」と感じていた。

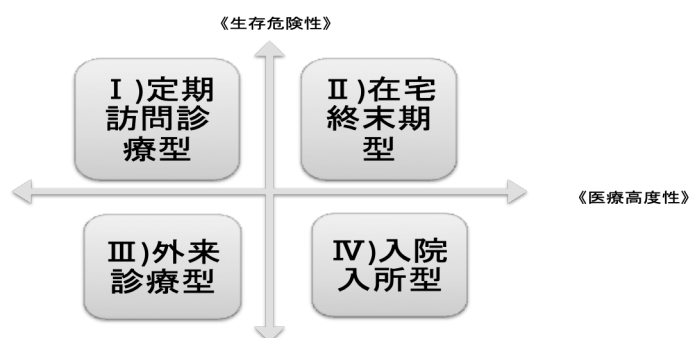
医療者のナラティブ分析からは、将来的に多くの地域が無人化していく過程で孤独死は増加するが選択は個人の自由意志である、という認識が抽出された。しかしそれには事前の患者教育が必要とも述べられている。漠然と「ずっと自宅に居たい」と感じている状況と「最期は誰にも看取られず独りで息を引き取っても構わない」という覚悟とは大きく異なるものであり、その覚悟を持って在宅での終末を希望する者は自身で「死亡時早期発見の手段」を事前構築しておかなければならない、という認識である。

ここで孤独死が「本人の希望と決意に基づき選択された終末期医療」の終着となり得るための条件は、孤独死の早期発見体制の構築と、提供される医療（外来・在宅・入院所・在宅終末期看取り）の組み合わせとバランスに基づいて考えられるだろう。ここで検討されるべきことは、財政（深刻な財源不足）、年金（高齢者の貧困化）、医療介護制度（制度維持目的の供給側締め上げ）、患者の自己負担金増額、医療介護保険料の増額、需要供給バランス（高齢者数の増大と重症化・医療提供者の人材不足）等である。

以下では、本稿の分析結果をもとに、今後の地域医療のあり方を考えてみたい。

本稿の調査から、安定したサービス供給には個人の努力や意向ではなくシステム作りが重要であると認識されていることが分かった。つまり、インフォーマントが指摘したのは①医療供給体制（特に医師の継続的確保）、②救急医療体制、③公共交通体制（特に外来患者送迎手段）、④コミュニティへのサポート体制（特に見守り機能）、⑤医療介護の利用がなく現場が存在を把握していない高齢者のニーズ発掘、⑥住宅供給体制、⑦医療介護職者の雇用条件整備、⑧転居支援体制、⑨孤独死の早期発見体制、⑩入所施設の確保、等に関するシステム構築の必要性である。

それらを踏まえ、今後の地域医療のあり方を【図表 12】の類型マトリックスに添って考察する。戦後の日本では外来診療型と入院入所型が主体であったが、近年、地域包括ケアシステムに準じた地域医療政策においては在宅医療推進が明確に打ち出されている。しかし、その在宅医療にも前述したように様々な限界がある。そこで、外来診療型（Ⅲ）と入院入所型（Ⅳ）のほか、在宅医療として、定期訪問診療型（Ⅰ）、在宅終末期看取り型（Ⅱ）の2類型を設け、全体を4類型とした。



【図 5】 地域医療マトリックス

（出典）筆者作成。

なお、分析にあたっては、コミュニティ維持の課題・医療提供の効率性、人生の終末期においてはエンドステージ提供の場所以上に、患者の希望に添うプロセスが重要であり、在宅医療のみに着目した方向性ではなく、「在宅」、「外来」、「入院」、「入所」の最適バランスが必要という観点をふまえておくべきである。それぞれの医療提供場所は下記の様な特性を持っている。

【表 3】 提供医療別特性

提供型	場所	環境利点	医療特性
在宅医療型	自宅	住み慣れた環境	生活重視の穏やかな終末期・緩和
施設入所型	特養・老健	整った環境	24 時間体制のケア

（出典）筆者作成。

各医療型の課題として、現状では、Ⅲから脱落した場合（主要因は移動手段・介護力不足）、およびⅣから脱落した場合（主要因はキャパシティ不足）、在宅医療（ⅠとⅡ）で補完している。ナラティブ分析でも示唆された様に、今後一層の在宅医療推進は重要課題であるが、一方で在宅医療の限界も明らかになった。その主要因は①患者の高齢化・重症度進行により一件に時間がかかるため効率が落ちる、②医療提供者の高齢化と人材不足、③カバーエリアの限界（患者の点在）、④高齢者の貧困化と制度財政の悪化、等である。

そこでⅠを外来に回帰させる方策を検討すると、通院手段としてのデマンド交通システム、通院介助の人材確保、住民の居住地集約化（コンパクトシティ内転居）、等が必要となるだろう。現状では、自力通院出来ない患者の通院手段は医療機関からの自助努力による送迎に頼っており、医療機関個々の経済的人材的要因に依存しているため、供給が不安定である。これを行政システムとして構築すればⅠの相当数をⅢに安定的回帰出来るだろう。ただし通院手段や介護力の問題等を解決し外来回帰させるためには、一定のADLが必要である。ひとりでも多くの高齢者を、少しでも長く通院可能な健康状態に保つには、予防医療の推進が重要である。

では、図表 12 における医療提供体制の四つの型のうち、どれが最も適切だろうか。その答えは、図表 5 に示した自立度（A1、A2、B1、B2、C1、C2）によって分類することができる。

【表 4】適切な提供医療型

A1	Ⅲ
A2	条件によりⅢ
B1	条件によりⅢ もしくは Ⅰ
B2	条件によりⅠ もしくは Ⅲ もしくは Ⅳ
C1	条件によりⅠ もしくは Ⅱ もしくは Ⅲ もしくは Ⅳ
C2	条件によりⅠ もしくは Ⅱ もしくは Ⅳ

（出典）筆者作成。

【表 5】条件の一覧

環境	経済的余裕	孤独死への認識
戸建 / 集合住宅 コミュニティ 有 / 無 介護力 有 / 無	余裕有 / 無	希望する / しない

（出典）筆者作成。

A1 は自立してⅢが可能である。

A2 は、居宅が医療機関まで徒歩圏である、家族送迎や通院介助職等の介護力がある等の条件が満たされた場合にⅢが可能であるが、居宅と医療提供場所が遠い場合や介護力がない場合にはⅢからⅠに移行する。しかし経済的余裕がないためにⅠに移行出来ない場合、適切な医療を受けられない可能性がある。

B1、B2、C1 は、家族送迎や通院介助職等の介護力がある場合にはⅢが可能だが、A2 と比較して（ADL が下がるのに比例して）大きな介護力と長い介護時間を要することになる。それが満たされない場合、B1 はⅠに移行し、B2、C1 はⅠまたはⅣに移行する。このどちらに該当するかは、患者本人が自宅での生活を希望するか、人目のある場での生活を希望するかである。ここでⅠに移行した場合、いずれⅡへと移行することになる。

C2 はⅠからⅡへの一連の流れかⅣかを選択することになる。このどちらに該当するかは、患者本人が自宅での看取りを希望する（孤独死を望む）か、人目のある場での看取りを希望する（孤独死を希望しない）かである。

また、集合住宅の2階以上に居住の場合、より大きな介護力が必要となり、集合住宅の同棟内に住人がいない、戸建であって近隣に家がない等の場合、見守り機能が大きく損なわれる。そこで、コミュニティがない場合は特に、体調急変等の際に気が付きが遅くなるリスクがある。

外来回帰は、C2 の様に身体的通院能力がない患者が対象ではなく、これまで述べてきた様々な条件によって在宅医療に移行している患者に対し、新たなサービスを組み合わせることによって可能となる。これによって、限られた医療・介護の人的資源を優先的にⅡへと移行することが可能になる。また、介護力がない、経済的余裕がない等の条件によってⅢから脱落しⅠへも移行できない患者に対しては、外来回帰は適切な医療を供給する唯一の手段となる。ただし、この場合、外来回帰のサービス提供は在宅医療提供より安価であるという条件が必要になる。

従って、患者の自己負担増加や営利目的の民間企業参入には極めて慎重でなければならない。つまり、国の描くフレームとしてのアウトリーチ（ⅠとⅡ）は、次第にニーズを満たせなくなっていくので、ⅠよりⅡのマトリックスを優先的に取り扱うため、現状でⅠに含まれる患者のうち身体能力以外の条件からⅠである患者をⅢに移行し、Ⅰの人的資源をⅡに移行する案である。そのバランスを保つため、システムによる条件の改善が必要なのである。

一方で、孤独死を望まず人目のある所で安心して最期を迎えたいと願う患者のニーズにも応えなければならない。しかし、現状のⅣに無尽蔵なキャパシティがある訳ではなく、前述した理由により今後もニーズを満たすだけのベッド数が確保できるとは言えない状況である。そこで、「生活の場」としての施設ではなく「終末期看取りのための短期的入所施設」が有効ではないだろうか。人の終末期において必要なのは多くの場合、高度医療ではなくケアだからである。

ところで、ポストアウトリーチ移行段階においては供給が不足する問題も考えられる。現状では辛うじて需給バランスを保っている地域も存在するものの不足地域は少なくない。需要側が価格（自己負担の増大）で締め上げられていき、供給側は逆に収益（在宅医療提供の効率性低下と診療報酬上の制約）の方向で締め上げられていくとバランスが崩れるためである。高齢者の所得水準が低下する課題は団塊世代と団塊ジュニアとの課題にもシフ

トする。2025-2040年に予測される全国的傾向は、夕張で今後10年間に現実化する。夕張において2016年は地域医療需要のピークであった。しかしそれはニーズ（必要性）のピークではなくデマンド（要求）のピークであり、今後は価格で締め上げられることによってデマンドは減少傾向に転じる。今後の在宅医療においては、軽度・中等度症例（歩行能力低下・運転不能により通院手段がない、認知機能低下等により受診時情報が自宅に持ち帰れない、それらをサポートする介護力がない等）よりも、終末期看取り・完全寝たきり・病状急変症例に重点が置かれざるを得なくなっていくが、重症例・超高齢独居例等の比率増大はその非効率性（医療者が患者1人に要する時間の長さや手間度）から供給の限界につながる。後年振り返れば夕張の在宅医療においては2016年から数年間が必要・供給共にピークだったと検証されるであろう。高齢者人口そのものの減少がそこに加味される事は言うまでもない。それらを踏まえ改めて地域医療の在り方を振り返った時、近未来の在宅医療は外来と比較して経済効率が低く、需要側は経済的負担から脱落し、供給側は重症例の集中により患者数を絞らざるを得ず、結果として軽度・中等度症例の需要が宙に浮くという状況に陥ることが予測される。

そこで、本稿の分析において示唆されたのが、軽度・中等度症例の外来回帰である。

軽度・中等度症例患者は外来通院した方が経済的負担が少なく医療者側にとっても効率が高いことは既に述べた。しかし従来型の外来では継続的治療が困難な症例だからこそ、現状では在宅医療が提供されている事実には変わりはない。そこでポストアウトリーチにおける外来回帰の必要要件としては、第一に居宅内症状と診察との情報パイプ、第二に自宅療養における管理という二つの課題が考えられる。

第一の課題に対しては介護職による介入の充実が有効と考えられる。高齢患者の自覚・記憶・発語等が不十分である場合、従来であれば、同伴家族が外来受診時に自宅での様子、体調の変化等を医師に伝え診察結果の指示や説明を受けていた。しかし、その環境にない独居高齢者の日常生活に最も近いサービス提供者は介護職である。そのサービスはケアマネージャーを中心に人員配備されており、情報共有に有効なスキルと様式が蓄積され、訪問薬剤師や訪問看護師等の医療者にも情報共有が可能である。介護職者の意識が移動送迎薬の受け取りから一歩先に進んで、診察同伴、状況説明、情報の持ち帰りと共に至ることにより、患者のQOLは格段に向上するものと期待出来る。

第二の課題に対しては薬剤師・看護師が主翼を担うものと考えられる。現行法制度では医師の訪問がない外来患者でも指示があれば薬剤師・看護師が介護保険・医療保険での訪問が可能であり、様々な医療サービスを提供出来る。薬剤師・看護師共にバイタルチェック（体温・血圧・脈拍・酸素飽和度・顔色・皮膚状態・呂律等）や医療的コミュニケーションを行い、看護師は処置や病状確認等を行い、薬剤師は服薬状況（残薬確認）・薬剤有効性（作用程度）・副作用確認等を行う。嚥下能力が低下して来たと気付けば別剤型（錠剤の簡易懸濁やゼリー化等）を導入し、コンプライアンスが低下して来たと気付けばサービス提供者が服薬支援可能な時間帯に薬物治療が完了する処方設計への変更を提案する。それらの情報は主治医に報告されるため次回診察の指針となる。

一方、医療の提供を受ける側にとって孤独死抑制の捉え方は大きな関心事であろう。本稿の分析結果によれば、行政に対し医療者は「箱から入る思考」に疑問を感じ、近未来の社会作りに対する方向性や着地点予測が見えないことに大きな不安を感じている。それゆ

え「孤独死は是」との結論にたどり着き、現在もその前提で仕事をしていることが分かった。しかしながら多くの人は「誰にも見守られず独りで息絶える事」を特に望んではない。そうであるとすれば行政施策において『余命僅か』と判断される場合の見守り機能システムを充実させる必要がある。医療者が「孤独死は抑制すべきものではない」と考えていることに対しては、全ての患者・家族に事前にそうした現状、考えを伝え、それでもなお自宅での終末を希望する場合には、その覚悟と尊厳が尊重されるべきである。

しかしアウトリーチ（図表 12 におけるマトリックスⅠとⅡ）は経済的・人的限界を迎える事が予測出来るため、在宅医療というアウトリーチの提供は生存に関わる状態の患者（Ⅱ）を優先すべきであり、そのためにはその他（Ⅰ）の患者（交通手段・通院介助・患者体調等の要因から在宅医療を受けている者）は外来回帰（Ⅲ）しなければならない。限られた人的資源でも看取りの医療を守るためには、ポストアウトリーチにおける在宅医療提供は終末期の看取りに比重が置かれていくべきではないだろうか。

一方で、終末期まで独居を保てない症例は少なからず出るので、マトリックスⅠを脱落したケースへの対応が必要である。そのままであればマトリックスⅡに移行する事になるが、そこで孤独死を望まない者には安全・安心な受け皿としての入所施設（Ⅳ）を確保する事が社会的責務であるとの意識が示唆された。ところが現状ニーズを満たすだけの施設は財政的にも人材的にも持てない上、今後のニーズは高齢者人口自体の減少により減って行く事が予測出来るのでマトリックスⅣを拡充する事は出来ない。つまり次世代に過剰な設備維持管理の負担を求めないキャパシティでの収容施設が必要だということである。その過渡期対策として在宅看取り（Ⅱ）のさらなる充実（主に人材数とスキル）と短期的施設看取り（広義のホスピス）の制度設計が必要である。短期的施設看取りの仕組みは現状で存在しないので今回のマトリックスには含まれていないが、例えばレスパイト機能を持つベッド数の確保が有効であろう。

Ⅱの限界を防ぐためにはⅠにおける患者を外来回帰させることにより資源をⅡに集約する方策と並行して、巡回型（短時間）医療介護サービスを頻回に提供する等、看取るための努力と方向性は地域住民が無人になるまで継続して行く意識が大切と考える。

以下、本稿の分析結果から得られた示唆点を整理する。

第一に、孤独死に対する住民教育、早期死亡発見の仕組み・システム作りが必要である。見守り・気配り・思いやり等のインフォーマルサービス以外にも最低限のセイフティネットとして死後3日以内に発見できる方策をシステム化しなければならない。

第二に、集約地域外の医療に関して、現場は真摯に地域医療の保守と取り組んでいるが、現状以上のことは無理だと感じており「孤独死は必然」と捉えている。そこで重要なのは孤独死の是非ではなく「各個人の希望する終末期を支える医療」の在り方である。従って「個々の心に寄り添う」選択肢を実現化しなければならない。

第三に、より良い終末期を迎えるにはADLの維持が必要である。地域医療が、ひとりでも多くの高齢者を少しでも長く、良好な健康状態に保つには、予防医療の推進が重要である。

第四に、看取りには、看取る者・看取られる者の双方に「覚悟」が必要である。現在でも在宅看取りに関わっている現場医療者はその覚悟を持って取り組んでいるが、それが地

域医療のシステムとして定着するためには、全ての医療・介護・福祉職者や患者・患者家族にも「覚悟」の共有が必須である。

第五に、孤独死を望まない者には独居不可能になった場合の受け皿をコンパクトシティ内に確保する必要がある。その転居先確保は社会や行政の責務であろう。それには将来の人口推計を見据え規模と効率を熟慮した短期的施設看取り（広義ホスピス）のシステムが必要と考える。

第六に、今後は都市縮小のシナリオや撤退計画性の理論が求められる。特に集約地域外の過疎集落は切り捨てられていく可能性が高い。これまでにはなかった概念も今後は必要となる。

本研究では医療政策アウトリーチの限界を確認し、ポストアウトリーチとして定期在宅医療の充実・終末期在宅看取りの優先性・外来回帰・入院入所、という四つのマトリックスのバランスが重要であることを確認した。

医療現場には行政の具体的方針や物事を決めていくための思考優先順序が見えにくく、「地域を良くしたい」との想いが伝わり切れていない。これからの地域医療を形成する立場の行政職者と医療職者は、より一層の情報共有と意思疎通を重視すべきである。

今回の問題意識をより一層多角的に検討するなら、医療サービスを利用している住民の意識調査も行うべきであろう。これは今後の課題としたい。

参考文献

【著書】

- アーサー・C・ピグー（訳 高見典和）[2015]『知識と実践の厚生経済学』ミネルヴァ書房。
（Arthur Cecil Pigou [1920], “*The Economics of Welfare*”, London: Macmillan & Co.）
- アーサー・W・フランク（訳 鈴木智之）[2002]『傷ついた物語の語り手』ゆみる出版。（Arthur W. Frank [1995], “*The Wounded Storyteller : Body, Illness and Ethics*”, Chicago: University of Chicago Press）
- 伊関友伸[2007]『まちの病院がなくなる！？地域医療の崩壊と再生』時事通信社。
- 上野千鶴子[2011]『おひとりさまの老後』文春文庫。
- 上野千鶴子[2015]『おひとり様の最期』朝日新聞出版。
- 上野千鶴子[2015]『ケアのカリスマたち』亜紀書房。
- 浮ヶ谷幸代（編集）[2014]『苦悩することの希望 専門家のサファリングの人類学』協同医書出版社。
- 大久保圭二[1998]『希望のケルン』ぎょうせい。
- 梶井英治[2009]『地域医療テキスト』自治医科大学監、医学書院。
- 小長谷一之[2005]『都市経済再生のまちづくり』古今書院。
- 桜井厚[2002]『インタビューの社会学 ライフストーリーの聞き方』せりか書房。
- 桜井厚・小林多寿子[2005]『ライフストーリー・インタビュー 質的研究入門』せりか書房。

中野卓[1995]『ライフヒストリーの社会学』弘文堂。
増田寛也[2014]『地方消滅 東京一極集中が招く人口急減』中公新書。
増谷栄一[1996]『北炭夕張 炭坑の悲劇』彩流社。
山崎聡[2011]『ピグーの倫理思想と厚生経済学-福祉・正義・優生学』昭和堂。
結城登美雄[2009]『地元学からの出発-この地を生きた人びとの声に耳を傾ける』。
読売新聞北海道支社夕張支局（編著）[2008]『限界自治 夕張検証』梧桐書院。

【論文】

秋山さちこ・海老真由美・村山正子[2004]「住民自主組織に所属する個人エンパワメント構造」『日本地域看護学会誌』第7巻第1号、pp.35-40。
秋山正子[2006]「在宅生活へつなぐケアプラン」『総合ケア』第16巻第6号、pp.33-37。
秋山正子[2010]「「くれない症候群」を脱する妙薬。」『訪問看護と介護』第15巻第10号、pp.814-815。
伊関友伸[2007]「夕張市立総合病院の経営破綻（下）公務員の身分維持より地域に必要な医療を-当事者意識こそお役所意識を変える。」『地方行政』第9871巻、pp.2-3。
上原里程・森田喜紀・神田健史・梶井英治[2012]「「地域医療」という用語の多様性。」『日本医事新報』第4619巻、pp.86-90。
奥田徳子[2015]「多職種連携における薬剤師の存在意義。」『癌と化学療法』第42巻、pp.26-28。
小山秀夫[2009]「公立病院の経営革新とNPM」『病院』第68巻第3号、pp.194-199。
河原由香里[2009]「おじゃまします アイン薬局夕張店（北海道）在宅医療の一翼を担う」『ファーマネクスト』第68巻、pp.25-27。
桑田但馬[2011]「日本の地域医療問題と地方自治体の役割：農村・過疎地域医療へのアプローチ」『総合政策』第12巻第1号、pp.25-49。
小谷和彦[2003]『看実践の科学』第28巻、pp.38。
鈴木善充、橋本恭之[2015]「国庫支出金の構造変化について--夕張市の事例」『生駒経済論叢』第13巻第1号、pp.41-68。
首藤正治[2011]「「条例」に込めた地域医療再生への思い―宮崎県延岡市」『病院』第70巻第9号、pp.672-675。
田中良[2015]「地方移住は『姨捨て山』か」『中央公論』第129巻第8号、pp.48-53。
狭間研至[2012]「なぜ、今、薬剤師にフィジカルアセスメントなのか(特集フィジカルアセスメント入門)。」『調剤と情報』第18巻第13号(2012):pp.1921-1925。
狭間研至[2009]「在宅の教室今日から始める「薬局3.0」プロジェクト(3)在宅医療の質を向上させる薬剤師とは」『レシピ』第8巻第4号、pp.396-398。
狭間研至[2013]「地域における薬局・薬剤師の役割」『薬局薬学』第5巻第2号、pp.83-88。
長谷川フジ子・狭間研至・池田俊也[2014]「バイタルサイン研修受講後の薬剤師からみた薬学教育の必要項目」『社会薬学』第33巻第2号、pp.80-87。
藤内修二[2007]「医療制度改革の背景とその本質。」『保健師ジャーナル』第63巻第4号、pp.298-303。
古田精一[2009]「夕張での薬剤師の訪問活動とその効果。」『訪問看護と介護』第14巻第4号、pp.282-285。

- 増田寛也・日本創成会議首都圏問題検討分科会[2015]「2025 年東京圏介護破綻」『中央公論』2015 年 7 月号、pp.29-65。
- 光本伸江,金井利之[2010]「夕張市政の体制転換と公共サービス編制の変容(上)」『自治総研』第 377 巻、pp.1-29。
- 村上智彦,沖本健二[2007]「インタビュー 医療法人財団夕張希望の杜理事長村上智彦氏 破綻したから大胆に挑戦できる夕張を「地域医療再生」のモデルに」『日経ヘルスケア』第 217 巻、pp.54-56。
- 村上智彦[2008]「巻頭インタビュー 超高齢社会の医療モデルを示したい-夕張・地域医療再建の切り札として村上智彦さん夕張希望の杜理事長」『メディカル朝日』第 37 巻第 6 号、pp.19-22。
- 村上智彦[2009]「夕張破綻で見た高齢者医療のカギは「予防」(ワイドニッポンの争点'09)」『週刊朝日』第 114 巻第 1 号、p.29。
- 森重昌之[2009]「観光を通じた地域コミュニティの活性化の可能性:地域主導型観光の視点から見た夕張市の観光政策の評価。」『観光創造研究』第 5 巻、pp.1-20。
- 森田洋之[2012]「夕張希望の杜の軌跡(6)救急を受けられない罪悪感を背に:ささえる医療:救急医療(後編)」『日本医事新報』第 4610 巻、pp.30-32。
- 森田洋之[2012]「夕張希望の杜の軌跡(7)「ささえる医療」グループの今」『日本医事新報』第 4615 巻、pp.29-31。
- 山田玲良・横島公司[2009]「地域医療と自治体広域化。」『地域と経済』第 6 巻、pp.15-23。
- 山田玲良・横島公司[2010]「地域医療と自治体広域化。」『地域と経済』第 7 巻、pp.101-109。
- 横田久美子[2008]「VOICE・MESSAGE 巻頭のひと 医療法人財団夕張希望の杜夕張医療センター看護部長 横田久美子」『ナースングビジネス』第 2 巻第 8 号、pp.758-759。
- 吉田競[2007]「「破綻」自治体の医療を守る-北海道夕張市」『ガバナンス』第 77 巻、pp.27-29。
- 和田努[2009]「医療-新たな胎動(第 39 回)破綻した夕張市の医療再生のために-村上智彦医師の「支える医療」の実践哲学」『健康保険』第 63 巻第 7 号、pp.30-34。
- 和田努[2009]「医療-新たな胎動(第 40 回)夕張市の医療破綻から復活への道「当たり前のことを普通にやる」-村上智彦医師のスキームとは」『健康保険』第 63 巻第 8 号、pp.44-48。

【その他】

- 井上由起子[2015]『住宅白書 2015』新建新聞社。
- 加持亮輔・瀬戸口剛[2014]「夕張市における市街地集約化の方法論-北海道夕張市における都市再編研究その 7」『都市計画』日本建築学会大会学術講演梗概集、F-1、pp.549-550。
- 橋本恭之・木村真[2015]「研究ノート 夕張市における公営事業と国保事業の現状と課題について」。

【参考ホームページ一覧】

- 内閣府 平成 28 年版高齢社会白書 (最終アクセス 2018/08/06)
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html

総務省統計局ホームページ（最終アクセス 2020/8/6）

<http://www.stat.go.jp>

夕張市ホームページ（最終アクセス 2020/08/06）

<https://www.city.yubari.lg.jp/contents/municipal/senryaku/index.html>

平成 27 年版厚生労働白書（最終アクセス 2021/10/06）

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/15/dl/all.pdf>

保健医療 2035 提言書（最終アクセス 2021/10/06）

http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000088647.pdf

厚生労働省 へき地医療等の定義（最終アクセス 2021/10/06）

http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000088647.pdf

<http://chitose-shimin-hospital.jp/pdf/5shiryou-5.pdf>

国土交通省 超小型モビリティについて（最終アクセス 2021/10/07）

http://www.mlit.go.jp/jidosha/jidosha_fr1_000043.html

長隆のホームページ（最終アクセス 2016/10/06）

<http://www.izai.net/2010/10/post-108.html>

<http://www.izai.net/2013/05/post-739.html>

<http://www.izai.net/2016/09/--2015-201696.html>

総務省新公立病院改革ガイドライン（最終アクセス 2021/10/07）

http://www.soumu.go.jp/main_content/000382135.pdf

国税庁 HP（最終アクセス 2021/10/07）

<https://www.nta.go.jp/shiraberu/ippanjoho/gakushu/hatten/page04.htm>

H27 内閣府白書（最終アクセス 2019/9/07）

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/zenbun/s1_1_4.html

夕張市地域再生計画（最終アクセス 2017/02/07）

<https://www.city.yubari.lg.jp/contents/municipal/saisei/pdf/160802keikaku.pdf>

厚労省 孤立死防止対策取組事例一覧（最終アクセス 2021/10/12）

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000034191.pdf>

厚生労働省 安心生活想像事業成果報告書 (最終アクセス 2021/10/12)

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/anshin-seikatu/dl/houkoku_2408.pdf

¹ 厚生労働省「孤立死防止対策」

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000034189.html>、最終閲覧 2022 年 2 月 18 日)

² 厚生労働省「自立支援・重度化防止の推進」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf>、最終閲覧 2022 年 2 月 18 日)

³ 国土交通省「救急医療の搬送支援調査」 -

(<https://www.mlit.go.jp/common/000129333.pdf>、最終閲覧 2022 年 2 月 18 日)

謝辞

「夕張希望の杜」を立ち上げた村上智彦医師に最大の敬意を捧げる。ヒアリング調査の一部は、彼が白血病と闘病する病床からメール等で述べられたものである。骨髄移植後も長く無菌室での治療を続け、一時帰宅出来た際に「今なら会って話が出来る」と北海道のご自宅に呼んで戴いた。居間の炬燵で半日に及び体力の続く限り夕張史実とその奥に存在した様々な思いを述べて下さった。衷心よりご冥福をお祈りする。

夕張診療所所長（調査時）の中村利仁医師に最大の尊敬を捧げる。2011 年の東日本大震災時、同じ医療支援チームとして寝食を共にしたご縁だが、その時にはよもや後に夕張診療所所長に就任されようとは思ってもよらなかった。本稿で夕張市に存在する全医療機関や指定管理者へのヒアリング調査が可能となったのは、全て本研究の意図を理解した中村医師のご紹介である。

和歌山県有田市市長の望月良男氏に最大の感謝を捧げる。彼は平成 20 年から現在に至る長期市長だが筆者とは大阪市立大学大学院での級友でもあった。当時夕張市長であった鈴木直道氏へのヒアリング調査が実現したのは望月氏のご尽力であり、その他の行政職者は本研究の意図を理解した鈴木市長からのご推薦であった。望月氏のご尽力なしには本稿は完成し得なかった。彼の友情には感謝してもしきれない。