

テーマ：市町村合併による過疎地高齢者への医療機能変化と対策  
—過疎地在宅医療が機能するための行政医療システムとは—

### 【背景】

民間病院による医療サービスが普及している都市部と比較して、地方の医療は公的医療機関によって支えられている。これらの医療機関は現在危機的な状況にある。ひとつの原因は新医師臨床研修制度に端を発して、医師不足が深刻化したからである。また、夕張市に代表されるように自治体の財政も厳しく、多くの自治体では自治体立の病院が財政難の元凶となっている。そのため総務省は2007年12月24日「公立病院改革ガイドライン」（指針）を公表し各自治体に通知した。本ガイドラインは、公立病院の役割の特殊性、不採算性を共著したものである。一方、自治体における行財政基盤強化により、福祉施策などに活用できる財源を増やすなどに対応する「平成の大合併」が実施に移された。自治体合併することで効率的な行財政運営や広域的なまちづくりが期待された。また従来地元にかかったもしくは良質ではなかった行政サービス例えば医療・福祉・保健等サービス機会が増加することも期待されていた。平成17年4月に「市町村の合併の特例等に関する法律（新合併特例法）」が施行され平成22年3月31日で失効する時限立法であり、この期限内に自治体合併した場合には地方交付税の優遇が受けられ合併特例債も使用できるが、合併しない（合併できない）場合には地方交付税の減額により、自治体財政運営がますます厳しくなる「飴と鞭」のような政策誘導があり、明確なビジョンのないまま、市町村合併が進められている例もある。

自治体合併への動きが加速する中、実際に合併した地域で当初掲げられた効果的な行財政運営の元、生活圏拡大に対応した住民サービスは実現されたのであろうか。とりわけ過疎地と称される地域では住民の高齢化が顕著であり、「健康」に関する危惧が高まると予想され、保健・医療・福祉サービスについて現状はどうか、課題や効果についての疑問は残る。そこで、保健師等を中心に自治体合併後の影響について直接聞き取り調査を行うことにした。

### 【目的】

自治体合併した地域において住民に直接接する機会の多い（すなわち「現場」に出る機会の多い）保健師を中心に医師、自治体関係者等へ聞き取り調査を行うことにより、行政内部の変化を明らかにする。その上で保健・医療・福祉サービスの質的变化を考察する。尚、住民への直接の聞き取りについては行っていない。

### 【方法】

北海道内の調査対象地域5ヶ所（合併後2市3町、合併前2市10町3村）で、保健師12名、医師4名、看護師1名、歯科衛生士1名、自治体保健福祉担当職員22名、計40名に対して半構造化面接を行った（尚、調査事前に倫理的配慮を講じ、個人情報管理については外部に漏れることのないよう厳重に管理している）。また半構造化面接を用いた理由として、基本的な軸となる質問事項を決めておくことで聞き取り調査の場に保健師のみならず、自治体関係者も同席することを考慮し広く意見が聞けると考えたためである。調査時期は2007年（平成19年）3月、8～9月である。

半構造化面接の主な内容については保健サービスについては①自治体合併前後での職員数の変化、②法律改正による変化、③各種行政サービス変化の利点・問題点等。医療サービスについては①自治体合併前後の変化、②今後の課題について等。福祉サービスについては①サービス変化の利点・問題点、②法律改正による変化、③介護予防の状況④地域支援事業等に関する質問である。解析は複数の研究者により、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて行った。

#### 【結果】

カテゴリーは「保健・介護サービスの低下」「職員の变化」「医療サービスの低下」「サービスの向上」の4項目となった。内容が多岐にわたったのは「保健・介護サービスの低下」で、8項目のサブカテゴリーに分類された。①地理的不便さによって保健サービスの回数や柔軟性が低下した、②行政組織内の縦割り化とともに地域独自の事業が減少した、③「吸収された」自治体の意向が反映されなくなった、④介護保険のサービスや住民へのきめ細かいサービスが低下した、⑤財政難に変化が見られないことが主に挙げられた。

「職員の变化」では行政組織間・職員間で情報伝達の不備が認められ、職員の士気低下も問題点として指摘された。また行政職員の大量退職等もあった。

「医療サービスの低下」では医師やコメディカルの数や診療曜日の減少にともない、診療機能の低下等が挙げられた。

「サービスの向上」では従来地元には無かった公的サービスが新たに行われるようになり、新規の医療サービスが増えたこと等が挙げられた。

#### 【考察】

自治体合併後の行政組織の統廃合により、情報伝達等の差が生じたり、行政内部変化にともない行政内で「摩擦」が生じている場合がある。また人口規模や財政基盤等の違いにより、特に「吸収された」旧自治体における不満や不信、更に不安は少なくない。更には自治体合併により広域化したことで、今後も増加するであろう高齢者対策においてきめ細かい対応という点で困難な状況に直面しており、行政職員の士気低下等が見られる背景には行政組織内での各種サービスへの発案から実行に至る過程で、行政内でのアイデアや意見が実現されにくい環境が生じていることがうかがえる。

一方で自治体合併による利点として、①自治体関係者・医療従事者等が自立して住民への各種サービス低下を防ぎ、向上させるため、独自の努力を続けている、②新規に増加した健康教室等公的サービスもある、③民間活力がうまく機能し始めた地域もある、④自治体内で課を統廃合するなどして、職員の負担を軽減している場合もあることが主に挙げられているが、共通するのは自治体職員の努力に依存する傾向が強まっていることがうかがえた。

#### 【結論】

市町村合併により、保健医療福祉サービスにマイナス面とプラス面が生じていた。不平等是正のために、優れたサービスが縮小された例もあった。特に小規模地域で取れていたきめ細かな連携が縦割りになってサービスが低下している例も多く存在した。合併後の旧自治体間における協調・協力体制を定期的に点検する機会が求められる。保健サービスではサービスの多様化や健診の内容とアクセスが向上している例もあった。現場を重視した集権から分権への取り組みが重要と思われた。

表題：市町村合併による過疎地高齢者への医療機能変化と対策

—過疎地在宅医療が機能するための行政医療システムとは—

ランニングタイトル：市町村合併による保健医療福祉サービス変化

著者名：古本 尚樹

所属機関名：北海道大学大学院医学研究科社会医療管理学講座医療システム学  
分野

主任教授：前沢政次

原稿枚数：10枚（表紙を含めず）抄録3枚

図表の枚数：5枚

補足説明要旨：インタビューガイド1枚

連絡者氏名：古本 尚樹

宛 先：〒060-8638 札幌市北区北15条西7丁目

北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野

連絡先：電話 011-706-7005

fax 011-706-7628

Eメールアドレス：montei@hama-med.ac.jp

## 緒言

民間病院による医療サービスが普及している都市部と比較して、地方の医療は公的医療機関によって支えられている。これらの医療機関は現在危機的な状況にある。ひとつの原因は新医師臨床研修制度に端を発して、医師不足が深刻化したからである。また、夕張市に代表されるように自治体の財政も厳しく、多くの自治体では自治体立の病院が財政難の元凶となっている。そのため総務省は2007年12月24日「公立病院改革ガイドライン」(指針)を公表し各自治体に通知した。本ガイドラインは、「公立病院の役割は、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療(①山間へき地・離島など民間医療機関の立地困難な過疎地等における一般医療の提供, ②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供, ③県立がんセンター, 県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供, ④研修実施等を含む広域的な医師派遣の拠点機能など)を提供すること、地域において真に必要な公立病院の持続可能な経営を目指し経営を効率化する」ことを目的としている。

一方、市町村合併も公的医療機関に影響を与え始めた。1990年代、人口減少社会における行政サービスのあり方として議論されたのが、「足腰の強い基礎自治体」である。住民の日常生活圏域拡大等にみられる生活実態の変動や、市町村財政の危機、地方分権型社会における分権の担い手としての自治体の充実という将来展望とのすり合わせの中から考え出された。これは平成の大合併とよばれている。合併における具体的な合併促進策としてもうけられたのは、市制施行のための人口要件や集落集積要件等の緩和など外形基準見直しのほか、合併特例債を中心とした財政支援と、三位一体改革の一環として行われた地方交付税の削減である。その結果、昭和の大合併以前の合併市町が、ある程度明確な中心集落や商業施設等の集積を形成しているものであったのに比較して、平成の大合併では、都心部の形成をみない市町が現われることとなり、行政圏域があまりに広域な自治体や、市町域が連続しない、いわゆる飛地が設けられるなどの問題点が指摘されている[1]。平成の大合併で市町村数は、3232(1999年)から1820(2006年)に減少した。

明治の大合併がほぼ小学校区、昭和の大合併がほぼ中学校区の大きさの行政

区域を想定して、学校、消防、警察、医療機関等の比較的分かりやすい行政組織の設置を目的とした行政再編だったのに対し、平成の大合併では、少子高齢社会における行財政の健全化、および将来の地方分権の受け皿としての基礎自治体の強化という合併効果の発揮が期待された。そのため平成大合併の結果、生活圏が異なる自治体同士の合併や、巨大な行政区域を持つ自治体が出現することとなった。行政機関と住民との距離が拡大し、同一自治体内での格差拡大が顕在化している。特に保健・医療・福祉分野等の対人社会サービスのように、市場の拡大を通して効率化を追求するという経済市場原理の適応が困難で、自治体合併による規模の拡大のもたらす効果が及びにくい分野においては、自治体合併の恩恵は少なく、むしろ合併による機能や施設の集約化等の結果として、サービスが抑制されている[1]。

わが国では岐阜県旧和良村の保健活動が市町村合併により縮小を余儀なくされた例[2]、青森県深浦町では合併後の在宅での看取りのために医師は片道70kmの距離を走ることが報告されている[3]。藤内修二・福永一郎は市町村合併で住民や保健師など技術職を中心にパワーレスにしてしまうことを指摘している。これらの原因として「住民自治」を軽視していることや、自治体職員とりわけ保健師等の技術職がそれまで積み上げてきた活動を、合併する他の自治体が未実施という理由だけで廃止してしまうことが考えられる [4]。

一方、北海道においては、212市町村が180に再編され、自治体数の縮小率で見ると、全国56%であるのに対して北海道は84%と全国平均を大きく上回っている。合併が少ないことの裏返しとして、合併協議会の解消率は46%と高く、これまで設置された39合併協議会のうち18が解消されている。協議会が解消に至った理由として、新庁舎の位置、合併後の名称、構成自治体間の財政力の違い、住民意志が反映できる制度構築、などの要因が指摘されている[1]。

合併した21の新自治体の平均面積は746km<sup>2</sup>と広大で、高齢化率も平均24.2%と高く、人口密度をみても、合併9市平均126人/km<sup>2</sup>、合併13町平均22人/km<sup>2</sup>と低く、新自治体は合併前と比べ広域な行政域を持ちながら、人口は希薄な地域での運営を求められている。こうした運営上の課題を踏まえ、新自治体には行政機能の出先機関としての支所や分庁が設けられている。その内訳をみると、支所22地区、総合支所9地区、分庁2地区の計33にのぼり、す

べての新自治体で合併前の旧役場庁舎を活用して、これらの出先機関としていた。

また、全国と比較した北海道における自治体合併の特徴として、以下の点があげられる。すなわち、①合併参画市町村数が少ないこと（北海道：平均 2. 5, 全国：平均 3. 6）と、②合併特例区設置率が高いこと（北海道：平均 38%, 全国：平均 9%）のほかに、③平成の大合併後の市町村平均人口が少ないこと（北海道：平均 31573, 全国：平均 65234）や、④人口 1 万人未満の小規模自治体が多いことである。北海道は 112 自治体と全国 489 自治体の 23%を占める。意外なことに、県別の自治体別平均面積は、秋田県、岩手県について北海道は第 3 位となっており、北海道の持つ地域特性として、長く定型的に語り継がれてきた。広域散居型という特性は、北東北のこれらの県と共有するかたちになっている。

合併時期は、全国に比べて遅く、2004 年に 1 自治体、2005 年に 20 自治体となっている。合併方式は、編入 5, 新設 1 6 であり、互いの自治を尊重する傾向がうかがえた。

北海道の策定した「市町村合併に関する基本的な考え方」と題した指針では、「住民が適切な行政サービスの提供を受けられることができる規模の自治体」として、概ね 3 万人程度の基礎自治体の創設が提唱されているが、今回の合併を経てもこれに満たない規模の自治体が多く、基礎自治体としての持続可能性に課題を残した。もうひとつの提言である、面積の広さなどの地域特性をカバーするための「地域自治組織」制度を活用した合併については、ひろく活用されたようで、前述したように合併特例区設置率が全国平均を大きく上回る高さである。

自治体による住民サービスにおける根幹のひとつである保健・医療・福祉分野において、市町村合併がどのような影響を与えたかを質的に明らかにするため、本研究を計画した。

一方で看過できないのは自治体合併した旧自治体間でいわゆる「格差」が生じて、新たな課題があるのではないかという疑問である。そこで、自治体合併した地域を調査対象に抽出し、各旧自治体の現状と課題を把握した。調査では、保健師を中心に、医師・歯科衛生士・自治体福祉担当職員からも広く意見を聞

きとすることで、自治体合併における影響、特にさまざまな「格差」について検討できると考えた。また、医療機関の変化については、一部変化の大きい自治体に焦点を当て調査したので、若干の考察を踏まえ報告する。

## 対象と方法

本研究は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTAとする）を用いた質的帰納的研究である。本研究では、心理学・社会学・看護学の分野で発達し、最近、特に医学ではプライマリケアやターミナルケア、リハビリテーションなどの各分野で広く導入されてきている質的研究手法を用いることで、医学生物学的・数値や量だけでは捉えることのできない理論を抽出していることを特徴とする[6]。また数多くある質的研究手法の中でも、木下らの指摘する[7],①抽出されるであろう理論が、社会的相互作用に関係し人間行動の説明と予測に優れていること、②このアプローチの有効性が確実に発揮されるのがヒューマンサービス領域であること、③研究対象とする社会的相互作用自体にプロセス性があることのすべてを満たしていることから、著者は、M-GTAが最も適していると考え、本研究手法を選択した。M-GTAは、Graser BG と Straus AL によって 1960 年代に考案されたグラウンデッド・セオリー・アプローチを、より実践しやすい形で木下らが改良した方法である[8]。

市町村合併した北海道内道南地区・道央地区で、保健師を中心として、インタビュー調査を実施した。主な質問事項は、保健・医療・福祉各サービスについて自治体合併前後における変化、影響等である。聞き取りを行ったのは、主たる研究者である著者と、その指導教員の2名である。尚、今回の調査では住民へ直接の聞き取りは行っていない。その理由は、自治体合併後数年での影響を住民が十分に把握しきれていないことが予想され、長期的視野で住民へ聞き取りをするほうが有効な意見が聞き取れると判断したためである。また、医療に関しては十分な聞き取りができなかったため、後日2つの市町からそれに関する資料を収集した。

### 1. 調査対象と方法

調査対象地域は5ヶ所（自治体合併後2市3町、合併前2市10町3村）。面

接対象者は保健師 12 名，医師 4 名，看護師 1 名，歯科衛生士 1 名，保健福祉担当職員 22 名，計 40 名。面接方法は半構造化インタビュー。調査期間は 2007 年 3 月，8～9 月。尚、半構造化インタビューを用いた理由として、基本的な軸となる質問事項を決めておくことで、聞き取り対象が保健師のみならず、歯科衛生士や自治体担当者（一般職）等も同席されることを考慮すると、広く意見が聞けるものと考えたためである。

また、変化の著しい医療サービスについての資料を収集した。

## 2. 半構造化面接の内容

保健サービスについて，①自治体合併前後での職員数の変化，②法律改正による変化，③サービス変化の利点，問題点等。医療サービスについて，①合併前後の変化，②今後の課題について，等。福祉サービスについては，①サービス変化の利点，問題点，②法律改正による変化，③介護予防の状況，④地域支援事業等を尋ねた（質問票）。

## 3. 分析方法

データ分析は M-GTA を用いたが、この分析方法は方法論的限定という独自の考え方を導入している。その特徴として，①研究者が意義を明確にしたい研究テーマを設定し、その限定した範囲内における現実のデータに基づいた特定領域の説明力に優れていること，②研究対象とする現象がプロセス的性格をもっていることがあげられる。本研究では、「市町村合併による保健医療福祉サービス変化」の内容及び発生過程を対象者の視点から明らかにすることを目的とした。

次の 1)～7) の手順に基づき、M-GTA による分析を行った。

1) 分析テーマと対象者に照らして、収集したデータから関連があると判断される箇所に着目し、それを具体例（ヴァリエーション）とする。またデータから他の類似する具体例をいくつかまとめて説明可能な概念を生成していく。

2) 各概念の生成には概念名、定義、具体例、理論的メモの 4 欄から成る分析ワークシートを使用する。

3) 具体例の欄には、データで着目した関連箇所がピックアップされる。定義の欄に具体例をどのように解釈したかを文章として記入する。概念名の欄には定義の要素を凝縮させた表現を考え記入する。理論的メモの欄には解釈の際に



浮かんだアイデア、留意点等を記入していく。

4) さらにデータを見て新たに具体例があれば、具体例の欄に追加していき、定義と概念名を精緻化していく。具体例が少なければ、その概念は無効と判断するか、他の概念と統合する。

5) 概念の完成度を高めるために、データ内における類似例と対極例の確認をする。特に対極例の確認は具体例の解釈に例外がないかどうかの検証につながり、恣意的な解釈に陥る危険を防ぐ。

6) 生成された個々の概念について他の概念との関係をひとつずつ検討し、概念と概念の関係を図で示していく。

7) 複数の概念の関係から構成されるカテゴリーを生成し、概念、カテゴリーの相互関係から分析結果を関係図としてまとめ、その概要を文章化する。

#### 4. 分析の妥当性・信頼性の確保

データ分析結果の妥当性、信頼性の確保のために、複数研究者が生データを繰り返し読み、さらに、生成した概念について、収集されたサンプルデータと連続比較することによって精緻化を図った。また、概念、カテゴリー等の生成過程において質的研究の指導者（指導教授）よりスーパービジョンを受けるとともに、対象者である自治体職員にデータ分析結果の検証を依頼し、妥当性、信頼性を得た。

#### 5. 倫理的配慮

倫理的配慮に関しては、事前に指導教員名で各自治体首長あてに研究調査の協力に関する依頼を文書で行い、承諾を得た。発言の内容により職員個人が特定されることのないように留意した。調査を録音したテープ内容等の個人情報管理について外部に漏れることのないよう厳重に管理し、十分な倫理的配慮を講じた。

#### 結果

調査した自治体の属性を表1に示した。40名の職員から聞き取った合併前後の変化に関する話の内容を分析し、カテゴリー化した事項を表2に示した。カテゴリーは「保健・介護サービスの低下」「職員の変化」「医療サービスの低下」「サービスの向上」の4項目となった。

内容が多岐にわたったのは「保健・介護サービスの低下」で、8項目のサブカテゴリに分類された。

「保健・介護サービスの低下」については、①地理的不便さによって保健サービスの回数や柔軟性が低下した、②行政組織内の縦割り化とともに地域独自の事業が減少した、③「吸収された」自治体の意向が反映されなくなった、④介護保険のサービスや住民へのきめ細かいサービスが低下した、⑤財政難に変化が見られないことが主に挙げられた。

「職員の変化」では行政組織間・職員間で情報伝達の不備が認められ、職員の士気低下も問題点として指摘された。また行政職員の大量退職等もあった。

「医療サービスの低下」では医師やコメディカルの数や診療曜日の減少にともない、診療機能の低下等が挙げられた。

「サービスの向上」では従来地元が無かった公的サービスが新たに行われるようになり、新規の医療サービスが増えたこと等が挙げられた。

最も象徴的に示されたのは住民の顔の見える身近なサービスから、縦割りに変化した旧自治体があったことで、それを図1に示した。旧自治体内では保健医療福祉の職員が顔の見える職場におり、気軽に相談もできたが、合併後はそれぞれの職種が本庁に相談し、指示を仰がなければならないようになっていた。対人サービスとして明らかに後退していた。

職員から聴取した内容に基づいて市町村合併の悪循環の状況を図2に示した。地域広域化にともなう地理的不便さが顕著となり、保健等サービス機会が減少し、その低下が指摘されていた。また行政内部での連携が困難になり、結果として住民ニーズに対応したサービスが提供しにくくなっていた。一方、行政内（本庁・支所間や部局間）で情報に関する円滑な共有ができておらず、職員の士気低下や退職問題に影響が出ている。そして医療機関等におけるサービス低下が顕著な場合もあった。

医療機能が急激に変化したのはE町であった（表3）。3施設の変化では中心地の病院は若干の充実をみたが、一つの病院は32床の病院から無床の診療所となった。在宅医療も行われず、職員からは「故郷では死ぬ場所がない。自宅への在宅医療もない」状況となっていた。有床診療所から無床となった診療所は医師を含めた職員数が激減していた。

## 考察

### 1. 行政組織の変化

行政組織が小規模の場合は、職員間の連絡や連携は取りやすいが、大規模になれば縦割りになりやすい(図1)。特に編入合併ではそれが顕著になる。例えば、元々の行政職員の数、医療機関等施設の数、規模の違い等により、優先される地域が存在したり、現状の事業進行において、編入された側の地域の職員が地元でかつての業務に携われなくなっている。また、自治体合併にともない平等のサービス提供を行おうとすることで、従来の公的サービスと比べて差ができるのは必然的なことだが、それにより医療側と行政側の意見の相違や摩擦が生じている。

一方、合併前に協議会等で、合併後の施策縮小などを検討していたのに、実際には実現できずにいる場合も少なくない。これは、今後の行政運営への職員の不安を助長している。そして、従来異なる支庁管轄地区が合併することによる保健分野の管轄が現在でも異なるような、煩雑な行政区分が存在していることは問題解決が困難である。

これらの解決には旧町村単位での「地域自治組織」が機能する必要がある[5]。まさに合併後の自治体に分権機能が働かなければ、行政サービスは衰退の一途をたどる。早めに集権統合型から分権分散型に移行することが重要である [5]。

### 2. 職員の士気

編入された側の旧町村における職員の士気の低下が著しい。自治体合併前まで小さな行政範囲で、いわば一般職員から首長まで非常に「近い」ところにいた(横の連携が密な組織)。それが大きな行政組織内に組み入れられたことにより、縦割り行政化と地域の独自性・柔軟性を発揮できなくなり、住民に対するきめ細かい対応が困難となっている。更には編入された側の意見を編入した側が、受け入れていないものと解釈できる。

行政の大規模化による事務の効率化は一部職員の業務が低下することを引き起こしている。指示命令系統が硬直化してくると、職員は自ら課題に気づき、原因を探求し、その解決法を首長に提案することができなくなっている。それは人件費の無駄遣いとなり、さらに財政を圧迫することになりかねない。

### 3. 地域特性

合併による行政区分の広域化で、自治体全体のサービス数が増加しても、それにアクセスできるかどうかは住民に委ねられ、結果としてサービスが増加しても利用に結びつかない場合もある。また、合併により同一自治体になったとはいえ、峠など地理的ハンディキャップがある。そして冬期間などにおける通行止めなどの影響もいまだ存在している。異なった支庁間の合併や交通網を無視した合併には問題が少なくない。北海道の合併が遅々として進まなかったのには地理的特性が大きく影響していると思われる。したがって、医療機関の再編の場合にもこのことが教訓として生かされなければならない。

### 4. 医療機能の変化

予防医療を含めた斬新な医療を行っていても、自治体合併により首長が変わったことで、医療等の方針が変更になった例がある。そこではリーダー格の医師の退職により医療従事者等が大量に退職してしまった。医師不足の時代に考えられない方針である。医療従事者を大切にし、十分なサービスを住民に提供することこそ重要ではないかと思われる。調査した町には民間病院も存在し、公的医療機関のみの改変ではなく、民間機関との役割分担を明確にした上で効率化を進めるべきだったろう。

公立病院の多くは親方日の丸的経営から、民間にならった経営に転換し、また不採算部門には思い切った投資を行わなければ「公的」の意味が薄れる。

### 5. サービス向上と格差是正の可能性

市町村合併により好転したサービスもある。特に保健サービスでは、3町が合併した町で旧1町村のみが行っていた中学生の肥満対策を他の旧2町でも実施できる運びとなった。ただし学年は限られるようになった。しかし、子どもたちや親に対する啓発になることが推測され、望ましいことと思われた。また、交通の不便さを補う意味で健康教室に送迎バスが出るようになった町もある。大学の協力を得て詳しい人間ドックが町全体に広げられ、きめ細かな健康チェックを受けられるようになった旧町もある。

医療サービスでは病院の専門外来が増加したり、当直業務を担う医師が増加した例もある。旧町の診療所医師の応援体制ができたからである。PTの活動が新町全体に広がった例もある。

合併により職員間の連携がよくなった例もある。たとえば、旧町の保健師は精神保健に関しては道保健所に任せていたが、独自の保健所を持つ大きな市との合併により、精神患者のケア技術を修得できるようになった。また、多くの保健師の交流によって経験の差を補え合える関係ができ、活動が充実した例もある。水関清と前沢政次の調査では、救急隊が柔軟に運用できるようになった市があり、経験の浅い隊員の能力向上に寄与したことが報告されている[9]。

したがって、合併はマイナス面ばかりでなくプラスの面もあり、それを生かす施策も望まれる。たとえば住民ニーズの把握は小地域単位で行い、それに対する優先順位づけは多数の職員間で議論し、活動展開ではベテラン職員の知恵を借りることなどである。

地理的にも経済的にも格差の拡大する社会となりつつあるが、集権ではなく分権し、小地域のよさを引き出す政策的展開が合併後にもっとも求められていることであろう。

#### 本研究の限界と今後の課題

調査した市町村は北海道全体の合併市町村の一部に過ぎない。したがって必ずしも一般化されないが、編入合併市町村と新規合併市町村の差異については一定度の傾向を観察することはできたと思われる。また、住民が自治体合併の影響を感じられるのには、合併後更に年数が経つことが必要だろう。そのため今後、住民向けの調査を行うことにより本研究の「質」をより高めることができるものと考ええる。

#### 謝辞

調査に協力していただいた関係各自治体の職員の皆様に深甚の謝意を表す。研究の企画から論文作成までご指導いただいた指導教授前沢政次先生に深謝する。また、大学院生村上学氏、木村雄哉氏が分析に加わり研究の妥当性、客観性を高めてくれたことも感謝したい。尚、本研究は2007年度(財)在宅医療助成勇美記念財団研究助成金を受けて、研究を進めました。合わせて御礼申し上げます。

#### 文献

1. 杉岡直人, 白戸一秀, 大内高雄, 木下武徳, 鈴木克典, 安部雅仁, 佐橋克彦, 山本一彦. 市町村合併に伴う高齢者福祉サービス水準の変化要因に関する追跡研究. 高齢者問題研究, 2008 ; 24 : 107-128.
2. 全国国民健康保険診療施設協議会. 地域包括支援センターにおける国保直営診療施設との連携効果に関する調査研究事業報告書, 2007:pp64-66.
3. 全国国民健康保険診療施設協議会. 望まれる在宅医療・介護に関する調査研究事業報告書, 2007: pp89-91.
4. 藤内修二, 福永一郎. 『市町村合併と保健活動』. 保健計画総合研究所, 2004 ; pp4-5.
5. 大森 弥. 『変化に挑戦する自治体』. 第一法規, 2008:pp. 180-183.
6. 瀬畠克之, 杉澤康晴, 大滝純司, 前沢政次. 質的研究の背景と課題—研究手法としての妥当性をめぐって—. 日本公衆衛生誌, 2001;48(5):339-343.
7. 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践. 2006: pp89-91.
8. 木下康仁. ライブ講義M-G T A 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて 2007. pp7-12
9. 水関清, 前沢政次. 地域医療の基幹的要素に与える自治体合併の影響—保健・医療・福祉分野における近接性 (Accessibility) の変化. 月刊地域医学, 2008 ; 22 : 498-509.

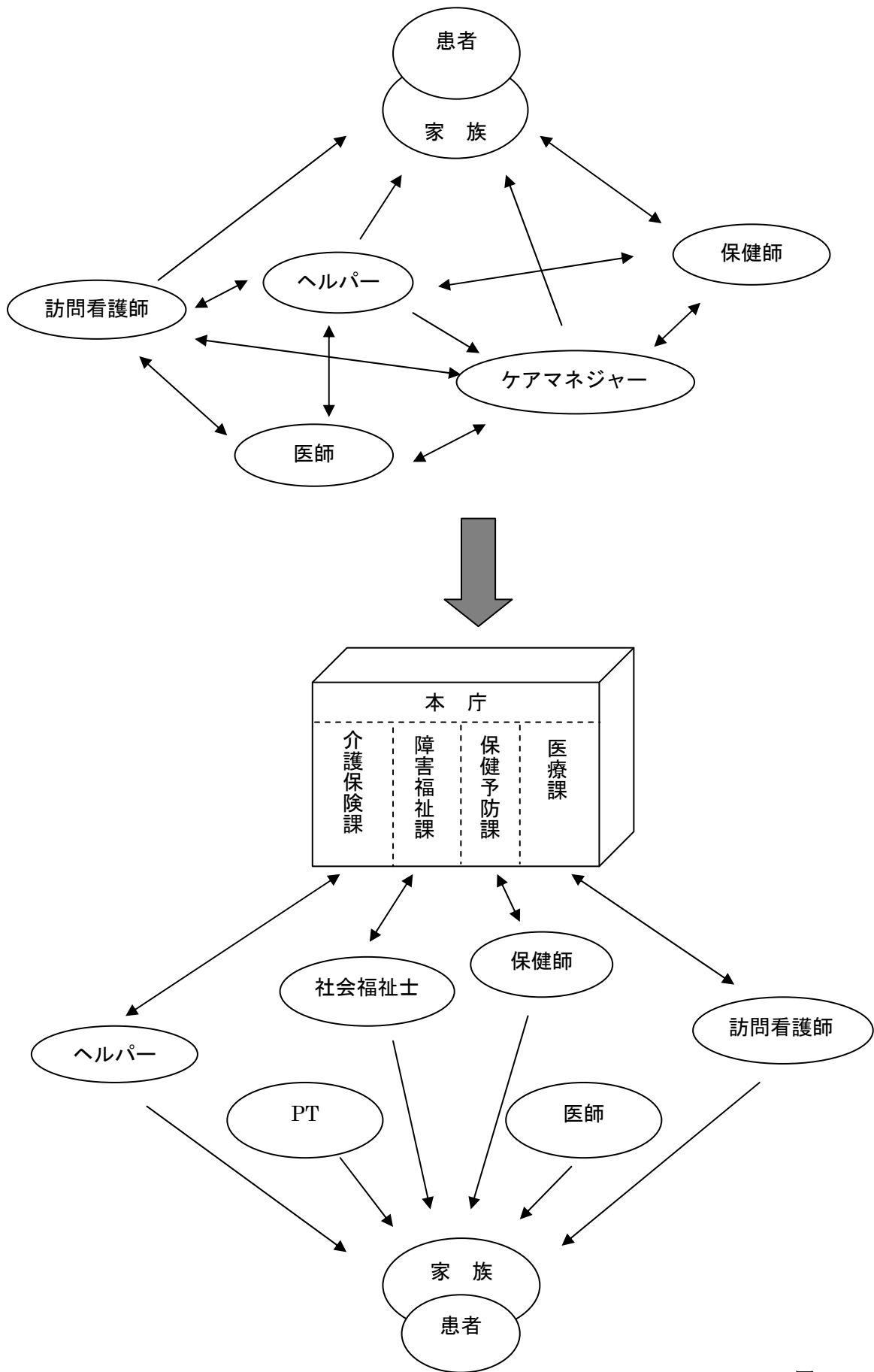


図1 身近な相談サービスから縦割りサービスへ 古本 尚樹

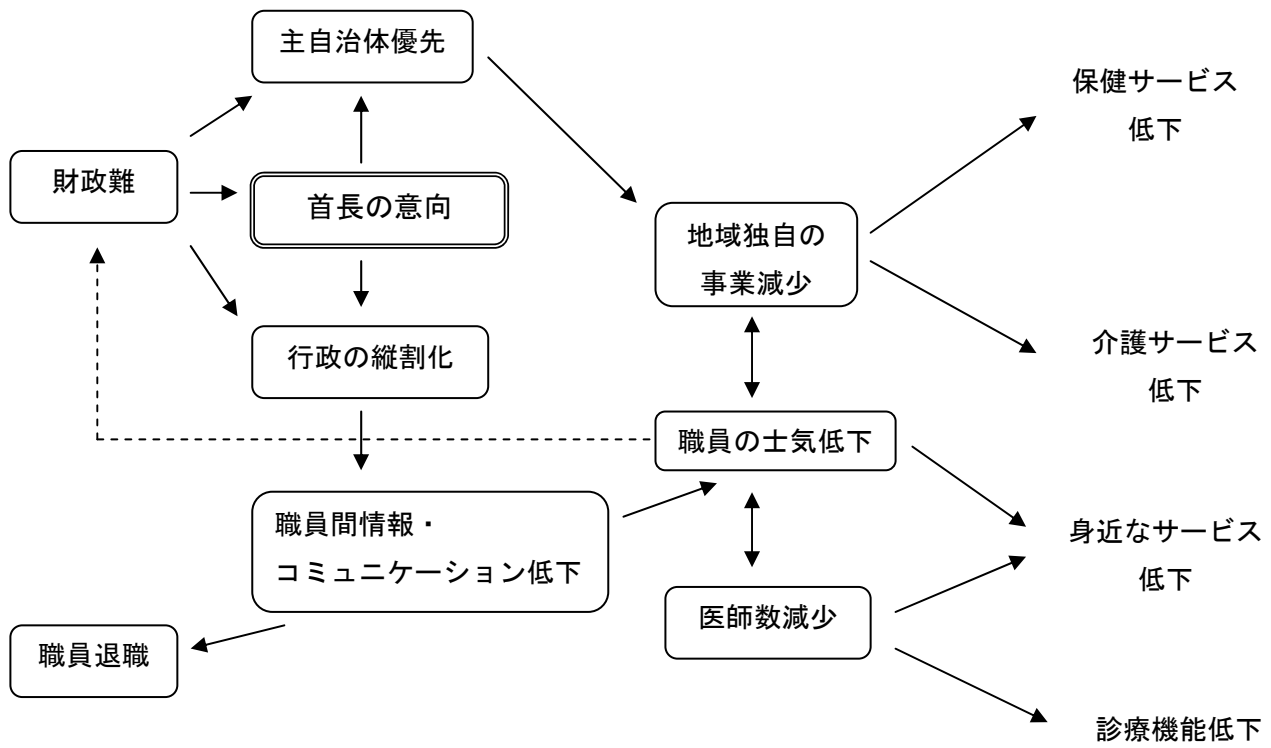


図2. 市町村合併の悪循環

図2  
古本 尚樹



表1. 調査対象とした自治体の属性（人口は全て住民基本台帳平成19年9月末）

	A市	B市	C町	D町	E町
人口	290,572	61,404	19,748	18,852	10,509
合併時期	H.16年12月	H.17年10月	H.17年10月	H.17年4月	H.17年9月
合併方式	編入	編入	新設	新設	新設
合併数	1市3町1村	1市2村	2町	2町	3町
保健師数	旧a町地区担当4→1	旧b村地区担当2→2	旧c町地区担当8→7 旧d町地区担当4→4	旧e町地区担当5→5 旧f町地区担当4→4	旧g町地区担当5→4 旧h町地区担当5→2 旧i町地区担当3→2
回答者	保健師3名（うち旧a町地区担当1名、それ以外の2名はA市に合併した他旧町村担当）、自治体福祉担当部職員1名（旧a町地区担当）	保健師1名（旧b村地区担当）	旧c町地区：保健師3名（全員が旧c町地区担当）、自治体福祉担当部職員1名（旧c町地区担当） 旧d町地区：保健師2名（全員が旧d町地区担当）、自治体福祉担当部職員2名（旧d町地区担当）	旧e町地区：保健師1名（旧e町地区担当） 旧f町地区：歯科衛生士1名（旧f町地区担当）	旧g町地区：町長(E町)保健師1名（旧g町地区担当）、自治体福祉担当部職員2名(E町) 旧h町地区：医師1名（旧h町地区担当）、保健師1名（旧h町地区担当） 旧i町地区：保健師1名（旧i町地区担当）
調査日	H.19年3月及び8月	H.19年9月	H.19年8月	H.19年8月	H.19年8月

## 質問票

### 保健サービスに関して

- ・自治体合併前後での組織・職員数の変化（メリット、デメリット）について
- ・上記の件に関して、法律改正による変化について
- ・自治体合併前後で保健師、そして住民にとり、良くなったと思われる点、悪くなったと思われる点

### 福祉サービスに関して

- ・自治体合併前後での福祉サービスにおける変化について
- ・福祉サービスで法律改正の影響もありますでしょうか（ex 平成 18、19 年に地域包括支援センターの設置義務付けで、出来たこと、出来なかったことなど）。
- ・介護予防ケアマネジメントをどのように対応していらっしゃいますか。
- ・ 特定高齢者、介護予防事業をどのように対応していらっしゃいますか（予想：数が少なく、事業にならないなど）。

### 医療サービスに関して

- ・自治体合併前後で医療面の変化（長所、短所）に関して、住民における変化はありますか？

保健、福祉、医療面で今後の課題をお聞かせください（懸念している点など、ex 特定検診）。

表2. 発言内容のカテゴリー化

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
	○地理的不便さ	「峠越えがあり、冬には生命がけである」「もともと管轄支庁が違う」
	○保健サービスの低下	「乳児検診の回数は半分に減った」「高齢者移送サービスが利用しにくくなった」「従来公的助成のあったワクチンへの助成がなくなった」
	○行政の縦割り化	課毎にいちいち本庁に伺いをしないと仕事が進まない」「あうんの呼吸で隣の課の職員と仕事ができなくなった」「各事業の立案から実行までの事務手続きが煩雑化してきた」
保健・介護サービスの低下	○地域独自の事業の減少	「合併協議会で約束された独自事業が反故になっている」
	○主自治体優先	「人口の少ない地域の声を取り上げてくれない」
	○介護保険サービス低下	「もともと介護サービスの質が違う」「各々の町民が払う保険料が違い、住民からの不満がある」
	○住民の顔の見えるサービス低下	「本庁から与えられる仕事に振り回され、住民の顔の見えるサービスができなくなった」「地域の声を取り上げてもらえなくなった」
	○財政難	「合併しても財政はよくなるらない」
	○職員間の情報伝達不備	「合併前は直接届けられた情報が現在は間接的になり、伝わらないこともしばしばである」「もともと地理的に管轄支庁が別だった」
職員の变化	○職員の士気低下	「本庁からの与えられた仕事をこなすだけになった」「9時5時で帰れるが、頭を使わなくなった」
	○職員の退職	「保健師、特にベテランの人がやめていった」
医療サービスの低下	○医師数の減少	「診療所の医師3人体制が1人になった」「在宅医療ができなくなった」「土曜日の診療ができなくなった」
	○診療機能の低下	「病院から無床診療所となり、医師は2人から1人、故郷で死ねなくなった」
サービスの向上	○保健サービスの向上	「中学生向けの肥満対策が全町に広げられた」「町民ドックが受けられるようになった」「健康教室への送迎バスが出る」
	○職員の連携強化	「保健師に相談しやすくなった」「PTが来てくれるようになった」

表2  
士本尚樹

表3. 医療機能の変化

病院(表内の医療機関は現E町内公立医療機関である)

形態	旧g町地区町立病院	旧i町地区診療所	旧h町地区診療所
	病院	病院 → 診療所	有床 → 無床
一般病床	60	32 → 0	16
療養病床	39	0	0
常勤医師数	2	2 → 1	3 → 1
看護職員	24 → 27	11 → 4	9 → 5
PT	0 → 1	0	1 → 1
OT	0 → 1	0	0
その他職員	73	6 → 6(臨時9→3)	24 → 18
在宅医療	○	×	○ → ×
24hr救急	○	月から金まで対応	○ → ×
委託診療	産婦人科 + 循環器	眼科 整形	×
土曜日診療	×	×	○ → ×