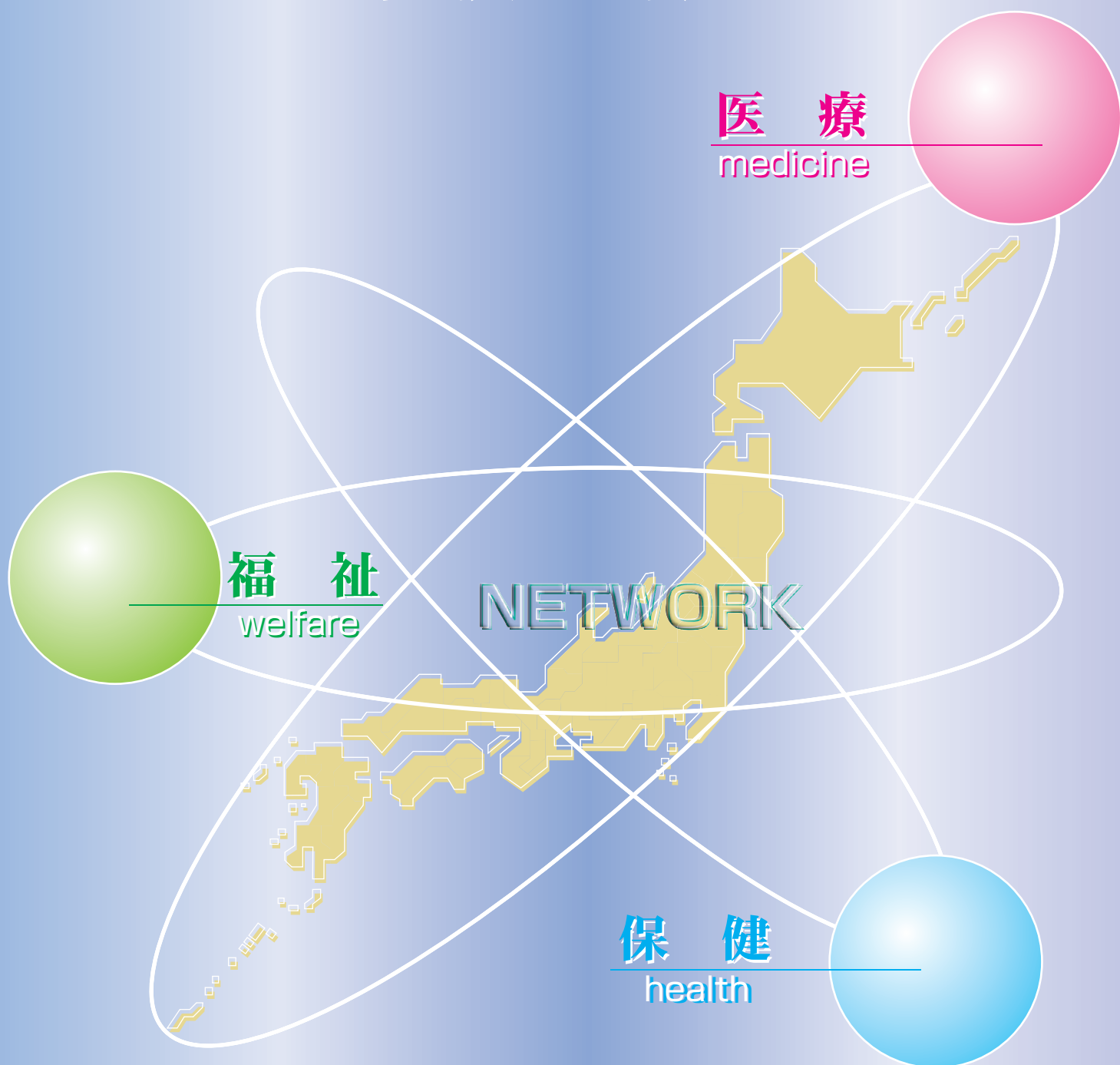


へき地医療の 現状と課題



地域医療白書の発刊に際して



自治医科大学学長 高久史磨

自治医科大学に地域医療学講座が新設されたのは1981(昭和56)年である。自治医科大学の開学が1972(昭和47)年であるから開学後9年たって地域医療学教室が出来たことになる。自治医科大学の設立の目的が、へき地医療に従事する医師の養成にあったことを考えると、地域医療学教室の開設はもっと早くても良かったとも言えよう。地域医療学教室の開設当初は、他の講座の教授が教授職を併任していたが、1990(平成2)年に五十嵐教授が専任となられてから、地域医療学教室としての本格的な活動が始まり、義務年限を終えた自治医科大学の卒業生だけでなく、全国の医科大学の地域医療に関心のある卒業生もこの教室に集まるようになった。その結果、地域医療学教室は自治医科大学の学生に対する地域医療、家庭医療教育の中心となって活動してきた。さらに、2000(平成12)年に自治医科大学付属病院に総合診療部が開設されるのに伴って、地域医療学教室の人達は総合診療部の医員を併任し、各内科診療科の協力を得て、総合診療部の運営を行うという新しい総合診療部の運営方式の発展に努力してきた。

また、地域医療学教室が従来行ってきた地域家庭診療センターの機能もこの総合診療部に移管され、現在地域医療学教室が自治医科大学における総合医療、家庭医療の教育・診療の中心となっていることは衆目の認めるところである。

私は梶井英治教授が1998(平成10)年に地域医療学の教授に就任されたときに、地域医療学講座の研究のテーマのひとつとして地域医療白書の作製を取り上げるようお願いした。私はそれまでに厚生省(現・厚生労働省)の第7次、第8次、第9次へき地保健医療対策(計画)検討委員会の委員長としてその計画の作成に関与してきたが、自治医科大学はその建学の趣旨から考えて当然わが国の地域医療・健康政策に関して現状の分析と将来のあるべき姿の提言すべきであり、その分析、提言の作成の中心となるのは自治医科大学の中では地域医療学の教室しかないと考えたからである。

梶井教授は私のそのような要望に真正面に取り組んでくださり、地域医療学教室が中心となり、さらに地域社会振興財団の協力を得て、へき地における公的医療機関の現状、保健・医療・福祉の連携に関する全国調査を行い、その結果をもとに、この地域医療白書が作製された。この白書の中でも紹介されているように、数多くの自治医科大学卒業生が保健・医療・福祉を一括して行う地域包括ケアの中心となって活躍している。行政と医療・福祉従事者とが一体となって行っている地域包括ケアの中にわが国の今後のあるべき医療の姿がみられると考えるのは、私一人でないと思う。この白書の作成にあられた梶井教授を始めとする数多くの関係者の方々の今までのご苦勞への深謝をもって本白書の序文の締めくくりとしたい。

目 次

I . 地域医療の現状	1
1. 地域医療に従事する者(医療従事者の不均衡の是正)	1
1) 医師	1
2) その他の職種	4
3) 医師の養成システム(地域医療の視点で)	5
2. 地域医療活動	9
1) 医療活動	9
2) 保健福祉活動	13
3. 地域医療を支える施設	16
1) 公的医療機関	16
2) 市町村保健センター、訪問看護ステーション、老人保健施設、特別養護老人ホーム、 デイサービス・センター	19
3) 併設施設	20
4) 市町村医療機関の設備	21
5) 施設・設備についての意識	23
4. 地域医療を支える財源	26
1) 市町村の予算編成のしくみ	26
2) 予算の制約と補助金の獲得	26
3) 歳出予算のしくみ	26
4) 医師確保の財源	27
5) 設備投資の財源	27
5. 地域特性の地域医療への影響	28
1) 都道府県別にみた地域医療の現状	28
2) 市町村別にみた地域医療の現状	32
3) 財政力指数と地域医療の現状	32
4) 高齢化率と地域医療の現状	33
5) 老人世帯率と地域医療の現状	34
6. 新聞記事にみる保健・医療・福祉のトレンド	36
1) 介護保険の策定と関連して医療や福祉に関する記事が急増	36
2) へき地医療	36
3) 自治医科大学と地域医療	36
7. 地域医療を支える学会、研究会	39

Ⅱ．地域医療への自治医科大学の役割(貢献)	41
1. 自治医科大学のあゆみ.....	41
1) 自治医科大学の開学前夜.....	41
2) 自治医科大学の概要.....	42
3) 自治医科大学看護短期大学.....	44
4) 財団法人地域社会振興財団.....	44
2. 自治医科大学の卒業生の現状	45
1) 卒前・卒後教育と包括医療の実践.....	45
2) プライマリ・ケアと総合医.....	45
3) 義務年限の終了とその後の進路.....	46
4) 地域医療のシステム化.....	46
5) 地域包括ケア.....	47
6) 社団法人地域医療振興協会.....	47
7) データ編.....	49
3. 自治医科大学の果たしてきたもの.....	57
1) 地域医療を担う医師の確保.....	57
2) 地域医療に求められる総合医の育成.....	57
3) 新たな地域医療の展開.....	57
4) 保健行政との連携.....	58
5) へき地医療支援体制の推進.....	58
6) これからの地域医療へ向けての取り組み.....	58
Ⅲ．フィールドワーク	61
1. 地域の病院・診療所の成長と発展.....	61
1) はじめに.....	61
2) 先進的病院・診療所に対する調査と結果.....	61
3) より良い医療のプロダクト・アウト.....	64
4) 医師の頑張りと言職員のインセンティブ.....	64
5) 住民のニーズと多様化とその取込み.....	64
6) 住民の懇談会の効果.....	65
7) 社会志向のマーケティング・コンセプト.....	66
8) 医療・福祉・行政を内包するセンターの効果ー協働の場.....	67
9) 求められる医師.....	67
10) さらなる展開・発展に向けて	68
2. 「上北山村診療所」(奈良県)	70
1) 上北山村と健康施策の概要.....	70

2) 保健・医療・福祉の概要	74
3) 診療所運営上の経緯と課題	75
4) 今後の課題	77
3. 国保藤沢町民病院史	79
1) 病院開設前	79
2) 病院開設後	82
3) 町長・住民・行政	84
4) 意思決定のプロセス	86

IV. 地域医療の課題89

1. 医師の確保	89
1) 医師確保の現状と充足度	89
2) 現在勤務する医師の現状(へき地勤務医の実態)	94
3) 勤務医師への支援システム(現状と課題)	100
4) 行政からみた勤務医師の現状	106
5) へき地における医師確保の方策と展望	108
2. 保健・医療・福祉の連携	114
1) 保健・医療・福祉の連携の必要性	114
2) 保健・医療・福祉の連携の現状	115
3) 保健・医療・福祉の連携に関するニーズ	125
3. 公的医療機関の役割	128
1) 公的医療機関を開設する財源	128
2) 公的医療機関の医師の活動	130
3) 行政枠組みの医療圏と実際の医療圏の格差	132
4) 地域医療活動における公的医療機関の位置付け	134
5) 地域住民の公的医療機関に対するニーズと期待	136
6) 地域における公的医療機関の現状(分布)	137
7) これからの地域医療における公的医療機関の課題	140

V. これからの地域医療のあり方(まとめ)143

1. 地域医療の現状分析	143
1) 市町村区別にみた地域医療現状	143
2) 公的医療機関の整備状況	143
3) へき地医療を担う医師の現状	143
4) 地域医療の先進事例解析	144
2. 地域医療の発展へ向けての対策	144
1) 地域包括ケアへ向けての自治体の取り組み	144

2)へき地における医師確保	144
3)医師の育成	145
4)都道府県の役割	145

付録. 資料集	147
----------------------	-----

地域医療の現状と課題に関する全国調査の概要

(本文中では本調査と記す)

わが国の地域医療をとりまく環境は、1972(昭和47)年に自治医科大学が創設されて以来近年まで、大きく変化してきた。

本学としては、現状を踏まえ、さらに地域医療・健康施策について将来のあるべき姿をとらえて資料の提供や提言を行うことが、自治医科大学の重要な役割のひとつであると考えている。

そこで、このたび自治医科大学と地域社会振興財団が共同で、へき地における公的医療機関の現状および保健・医療・福祉の連携に関する全国調査を実施した。得られた研究成果をもとに、ここに、地域医療白書を作成した。

なお、今回の調査の概要を以下に示す。

(1) 調査の目的

地域医療の現状と課題を把握すること。

(2) 調査の種類

①市町村調査 ②医療機関調査 ③医師調査

(3) 調査の対象

①市町村調査

全国3,252自治体の役所、役場の国民健康保険担当者

②医療機関調査

2000(平成12)年4月1日現在「へき地指定」を受けている自治体の計1,362市町村または国民健康保険団体連合会の開設する医療機関1,362施設(各自治体の医療機関名簿は、市町村調査の回答より作成した)。

なお、「へき地指定」とは、「自治体の全体もしくは一部が過疎4法(過疎地域活性化特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法の特別豪雪地帯、山村振興法、離島振興法)のいずれかの指定を受けていること」と、定義した(本文中でも同様の定義でへき地指定と記す)。

③医師調査

2000(平成12)年4月1日現在「へき地指定」を受けている自治体の市町村または国民健康保険団体連合会の開設する医療機関のうち、上記の医療機関調査に回答のあった828施設に勤務する常勤医師計4,893名(各医療機関の医師名簿は、医療機関調査の回答より作成した)。

(4) 調査の実施時期

- ①市町村調査 2000(平成12)年7～9月
- ②医療機関調査 2000(平成12)年10～12月
- ③医師調査 2001(平成13)年1～3月

(5) 調査方法

郵送による自記式調査。

締め切りまでに回答の得られなかった場合、再依頼を郵送にて2回行った。

(6) 集 計

結果の集計は、自治医科大学地域医療学教室内地域医療白書企画事務局で行った。

単純集計を行った後、

- ①市町村調査については自治体を1)市、2)へき地指定を受けていない町村、3)へき地指定を受けている町村の3区分に分けて集計した。さらに、一部のデータについては都道府県別にも集計した。
- ②医療機関調査、医師調査については、1)へき地指定市、2)へき地指定町村の2区分に分けて集計した。

なお、調査票、回収状況、すべての集計結果は巻末の資料集に記す。

(7) そ の 他

本文および調査票における「公的医療機関」とは、以下を開設者とする医療機関とした。

1. 国(厚生労働省、文部科学省、労働福祉事業団、その他)
2. 都道府県(一部事務組合を含む)
3. 市町村(一部事務組合を含む)
4. 日赤(日本赤十字社)
5. 済生会(社会福祉法人恩賜財団済生会)
6. 厚生連(厚生(医療)農業協同組合連合会)
7. 北海道社会事業協会(社会福祉法人北海道社会事業協会)
8. 国民健康保険団体連合会
9. 全国社会保険協会連合会(社団法人全国社会保険協会連合会)
10. 厚生年金事業振興団(財団法人厚生年金事業振興団)
11. 船員保険会(財団法人船員保険会)
12. 健康保険組合およびその連合会
13. 共済組合およびその連合会

I 地域医療の現状

1. 地域医療に従事する者(医療従事者の不均衡の是正)

1) 医師

(1) 医師の分布

1998(平成10)年現在人口10万対医師数は196.6人であり、医師過剰時代といわれている。都道府県別の人口10万対医療機関に従事する医師総数では、第1位の京都府250.7人に比し、最下位の埼玉県は112.1人で、2.2倍の差がみられ、全体的に西高東低の傾向がある(図 I -1-1,2)。人口規模別の自治体単位で人口10万対医師数をみると「人口100万人以上」の自治体で250.0人と最も多く、「5万人未満」では129.6人、さらに「5,000人未満」では66.6人と大きな地域格差がみられる(図 I -1-3)。また、医師不在の自治体が計83存在し、621の市町村が無医地区*1を有する。そして1999(平成11)年10月に報告された第9次へき地保健医療計画の自治体調査によると、約1,200か所の無医地区、準無医地区に約33万人が生活すると報告されている。つまりこの医師過剰時代にも人口当たりの医師数には著明な地域格差が存在し、医師不足に悩む地域も少なくなく、医師が適正配置されていない現状があるといえよう。へき地指定町村(1,512自治体)での平均の人口10万対医師数は84.3人であり、本調査では51%のへき地指定町村が医師の確保が安定していないと回答している。

その他医師数についての現状として

- ①診療科別：全医師数と診療科別医師数の分布の不一致(図 I -1-2)
- ②年齢別：診療所医師の高齢化(図 I -1-4)
- ③勤務場所別：診療所医師の割合の低下(図 I -1-5)
- ④性別：女性医師の増加

などがあげられる。

* 1 無医地区：厚生労働省によれば、「50人以上の地域で半径4 km以内に医療機関がなく、容易に医療機関に受診できない」と定義されている。

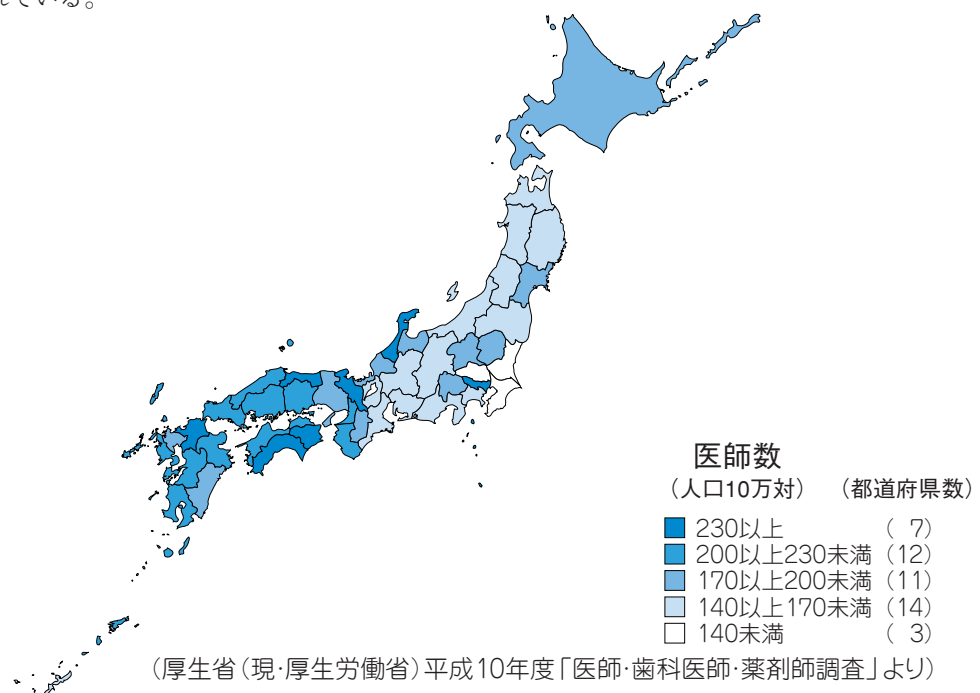


図 I -1-1 都道府県別にみた医療機関従事医師数(人口10万対)

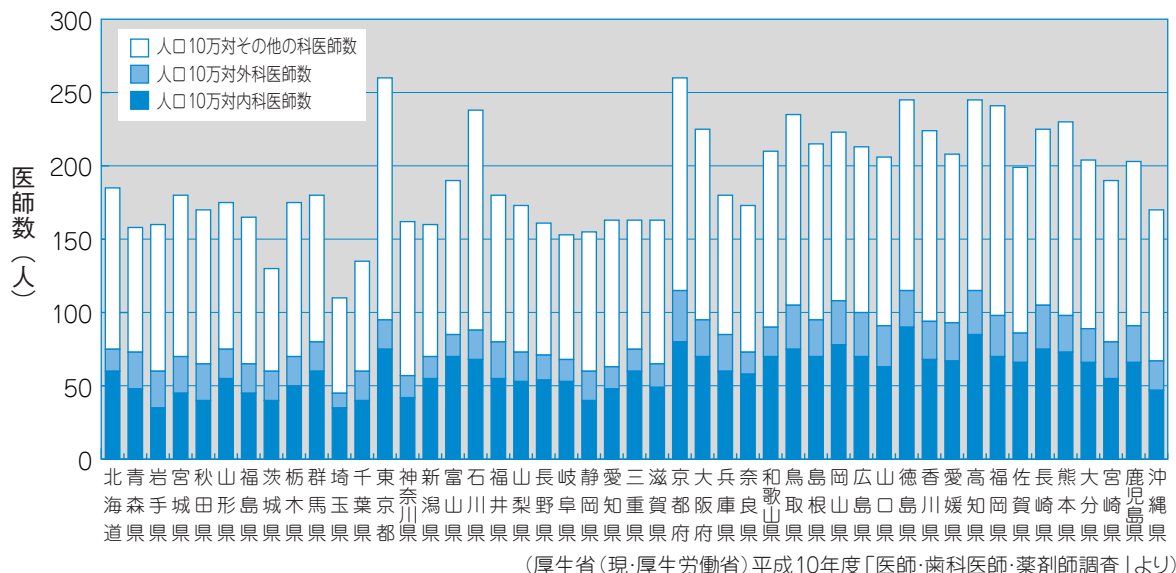
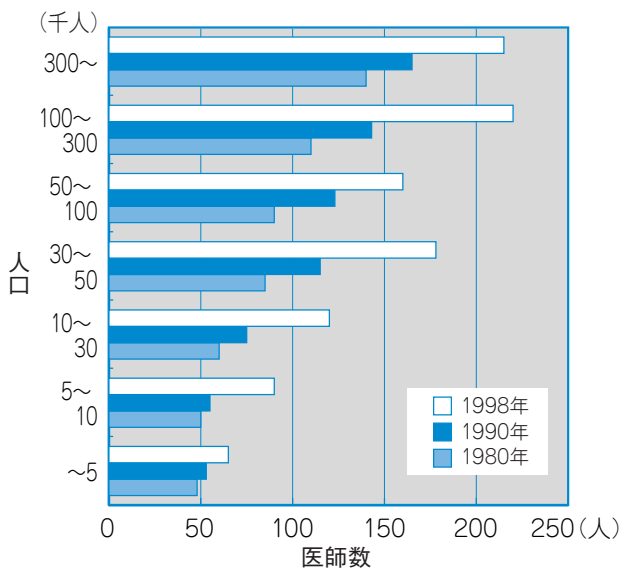
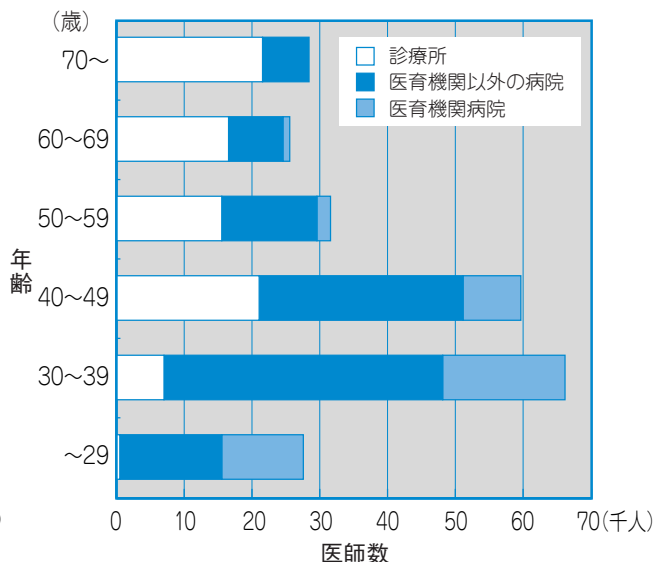


図 I-1-2 都道府県別人口10万対医師数(内科、外科、その他)



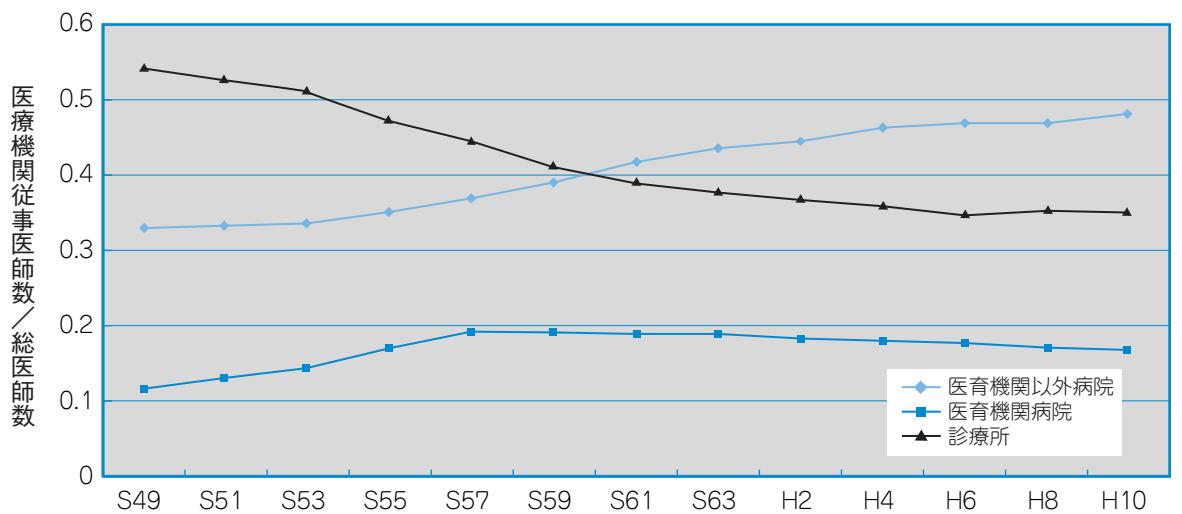
(厚生省(現・厚生労働省)平成10年度「医師・歯科医師・薬剤師調査」より)

図 I-1-3 人口規模別にみた人口10万対医師数



(厚生省(現・厚生労働省)平成10年度「医師・歯科医師・薬剤師調査」より)

図 I-1-4 年齢階級別にみた医療施設の種別医師数



(厚生省(現・厚生労働省)「医師・歯科医師・薬剤師調査」より)

図 I-1-5 勤務場所別にみた医師数割合 年次推移

(2) 地域医療活動への医師の関わり

地域で働く医師の役割としては、患者に対する質の保証された医療を提供することはもちろんのこと、家族や地域を視点に入れ、保健福祉分野のスタッフや行政との連携を行い、学校保健、産業医、地域活動に参加することなども期待される。本調査では、市町村医療機関の医師の保健福祉活動への関与について、「常に参加している」と回答したへき地指定町村が予防接種に80%、学校医は79%、学校健診は77%、乳幼児健診には48%であり、小児保健関係の業務に高い割合で関わっている。市とへき地指定町村での関わりを比較すると、職員への産業医活動を除くすべての項目についてへき地指定町村での関わりが大きい傾向がある。介護認定審査会の委員として市町村医療機関の医師が参加している自治体は全体で34%、へき地指定町村に限ると37%であった。

(3) へき地医療機関に従事する医師の現状

① 診療科

「医師の専門科」についての本調査の結果では、へき地指定町村では内科(52%)、外科(24%)が市部を上回り、整形外科(10%)ではほぼ同程度になるが、他の多くの専門科医師は市部に集中している(図 I-1-6)。本調査でへき地指定町村の医療機関において今後必要な診療科についての設問では、整形外科(41%)、眼科(22%)、耳鼻咽喉科(16%)があげられており、これらの診療科を専門とする医師が巡回診療などの形で定期的にへき地の診療に携わることや、また、へき地で勤務する医師自身にこれらの診療科の研修が必要と考えられる。

② 医局からの派遣

本調査では、へき地指定町村の医療機関医師のうち65%が派遣による勤務であり、そのうち74%が大学医局からの派遣であると回答している。医局からの医師の派遣は数か月から2年程度の短い任期の交代制をとっている施設も多く、医師—患者、医師—地域間の継続した信頼関係を築きにくいという地域にとってのデメリットがある。しかし、医療機関や自治体と医局との関係が続く限りは医師確保が安定するというメリットもある。

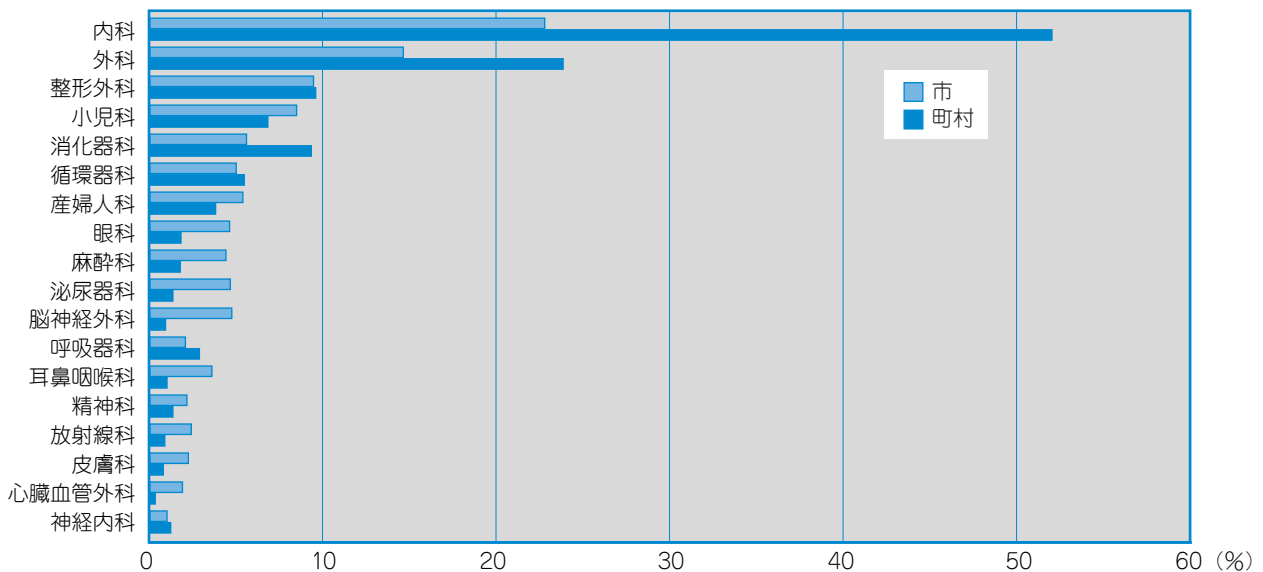
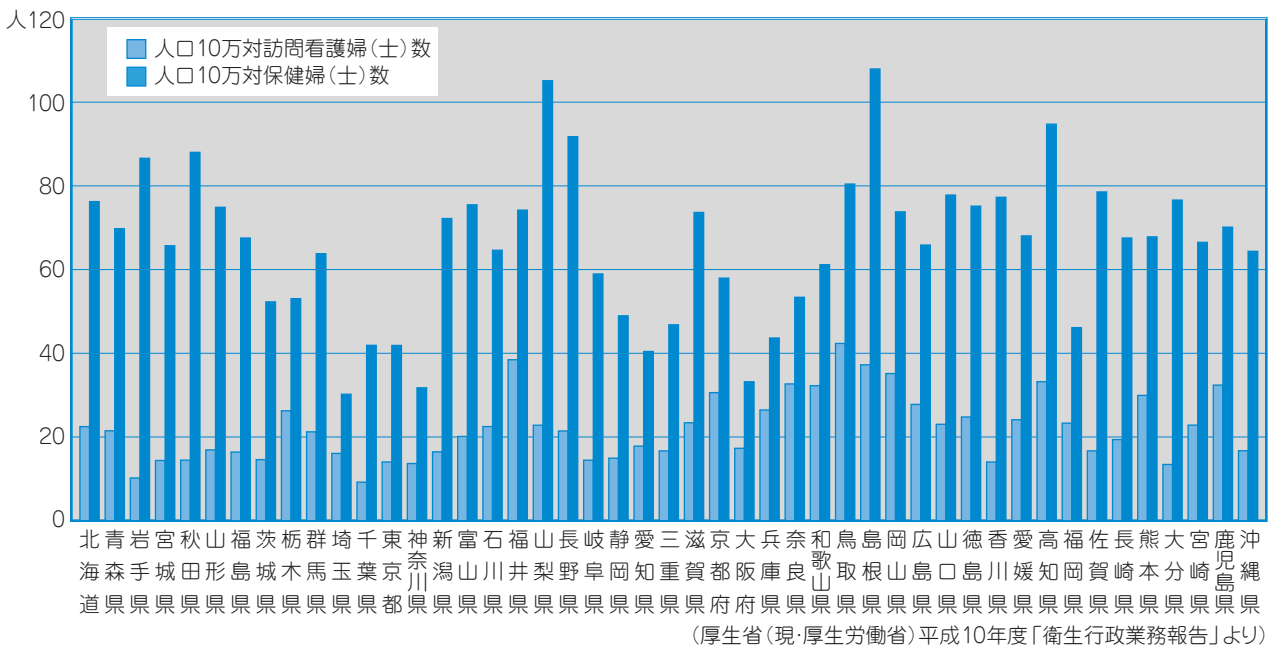
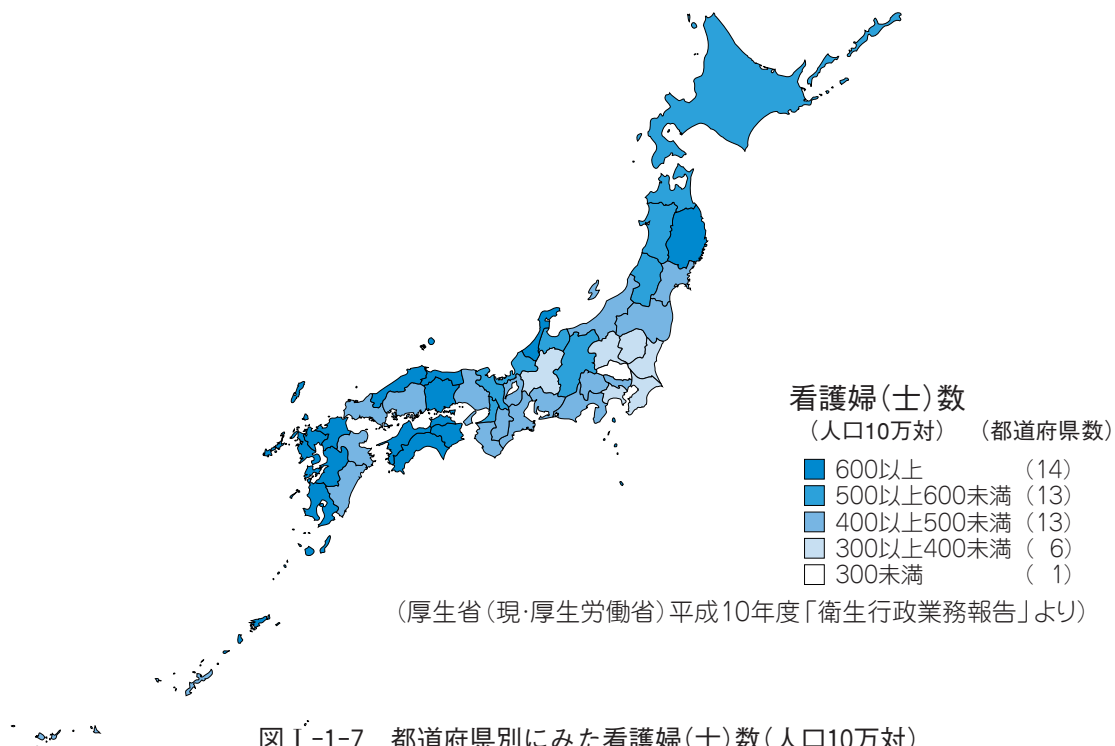


図 I-1-6 へき地に従事する医師の専門科(市・町村比較)

2) その他の職種

医師と同様に他の職種の分布についても地域格差が存在する。都道府県別の人口10万対就業看護婦(士)数、保健婦(士)数、訪問看護ステーションで従事する看護婦(士)(以下訪問看護婦(士))数を図 I -1 -7,8に示す。医師同様、埼玉県が就業看護婦(士)数、保健婦(士)数とも最下位となっており、看護婦(士)の分布も同様西高東低の傾向にあるが特に関東での少なさが目立つ。人口10万対看護婦(士)数の第1位の熊本県と最下位の埼玉県の格差は2.5倍、人口10万対保健婦(士)数第1位の島根県と最下位の埼玉県の格差は3.6倍である。訪問看護婦(士)は現在急増しているが、都道府県別に見ると看護婦(士)数分布と必ずしも一致していない。第1位の鳥取県と最下位の千葉県の格差は4.7倍であった。



本調査のへき地指定町村の医療機関で確保に困っている職種に関する設問では、医師が最も多くあげられ(44%)、次いで看護婦(士)(36%)、理学療法士(24%)、薬剤師(15%)、作業療法士(8%)の順であった(図 I-1-9)。理学療法士、作業療法士ともその養成所の定員総数は年々増加傾向にあり、昭和50年代後半より学校数が急増し数倍に、定員数で見ると10倍以上にもなっている。しかし、へき地での専門職の確保が難しい状態はいまだに続いている。

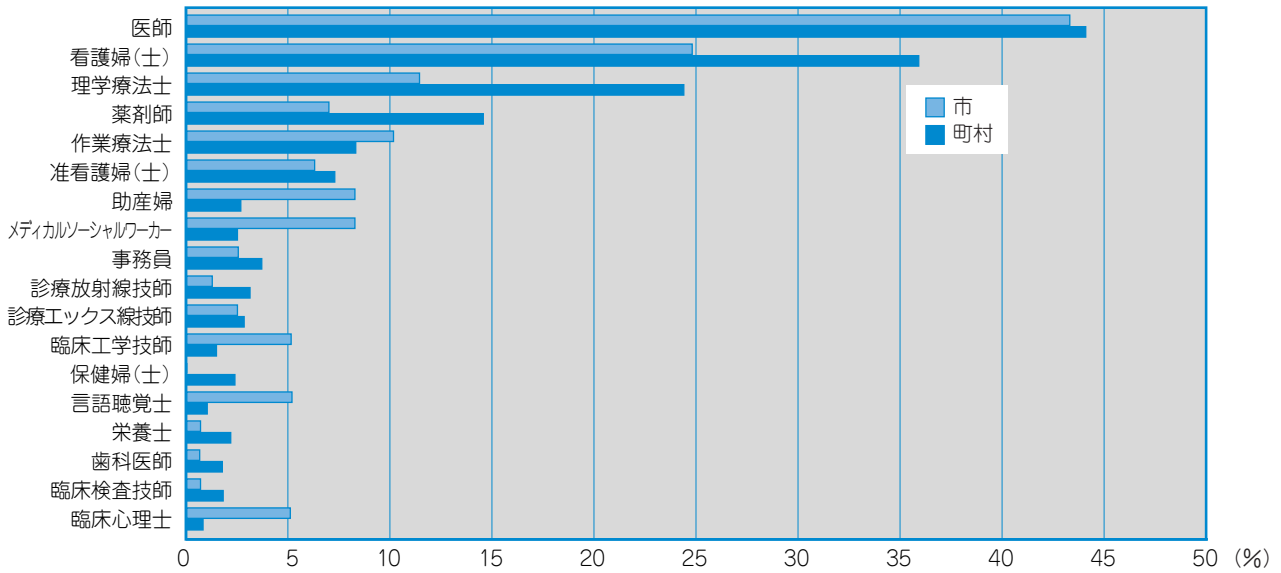


図 I-1-9 へき地指定市町村において確保に困っている職種

3) 医師の養成システム(地域医療の視点で)

はじめに医師の養成システムについて概要を説明する。大学医学部への入学は、1999(平成11)年時点で13大学が学士入学制度を有する他は、高校卒業後そのまま医学部へ進学する者が大多数である。大学では一般教養と専門教育を計6年間受け、その中で主に4~6年生の間に1~2年間の病院実習 (bed side learning) が行われる。医学部卒業後に医師国家試験に合格した時点では、まだ一人前の医師として診療をおこなえるレベルの技術を有するわけではなく、初期臨床研修を受ける。1948(昭和23)年に成立した医師法で定められたインターン制度は1968(昭和43)年に廃止され、「大学の若しくは大学附置の研究所の附属施設である病院または厚生大臣の指定する病院(以下、臨床研修病院)において、2年以上の臨床研修を行うのが望ましい」とされた(医師法第16条)。さらに医師の資質の向上、全人的な診療能力の取得のために、「診療に従事しようとする医師(臨床医)は2年以上の臨床研修を必修とする」と、努力義務であった臨床研修が2004(平成16)年4月から必修化されることが決まっている。

卒後の臨床研修は個々の希望や進路にあわせて研修病院を選ぶことができ、1998(平成10)年には臨床研修実施者の76%が大学病院で、24%は臨床研修病院を中心とする一般病院で研修を行っている。さらに臨床研修後も日々学習を続けることは医師としての責任を果たす上で重要なことである。

(1) 卒前教育

① 卒前教育カリキュラム

1991(平成3)年に大学設置基準の大綱化が実施されたことに伴い、各大学が自主的にカリキュラムを設定できるようになり、医学教育改革が少しずつ進んでいる。それらは授業短縮も含めたカリキュラム再編、早期体験実習の実施、一般教育と専門教育を組み込ませた6年間一貫教育の採用などが含まれる。

本調査では、へき地の市町村医療機関に勤務する医師の中で「卒前医学教育カリキュラムが現在の施設勤務に適切であった」と回答した者は約半数のみであり、常勤医師一人の診療所(以下一人診療所)医師ではさらに低い割合だった。さらに学生時代に「へき地医療現場実習を経験した者」は、選択・必修合わせて12%のみであった(図 I-1-10, 11)。1997(平成9)年の医学教育学会卒前教育委員会の報告によると、全国医学部に対する臨床実習に関する調査において実習カリキュラム改善計画の記載のあった500の臨床実習担当可能科のうち「プライマリ・ケア実習の導入を検討している」との回答は8.4%のみであったが、地域医療を担う医師を養成するためには、その役割や必要な技術を学ぶ機会となる診療所実習をカリキュラムに積極的に取り入れていくことが必要であろう。また、大学病院において総合診療部の設置が続いており(2001(平成13)年時点で35大学に設置)、これらの中で専門科の枠を越えた総合診療や地域医療の卒前卒後教育に取り組む動きもみられる。

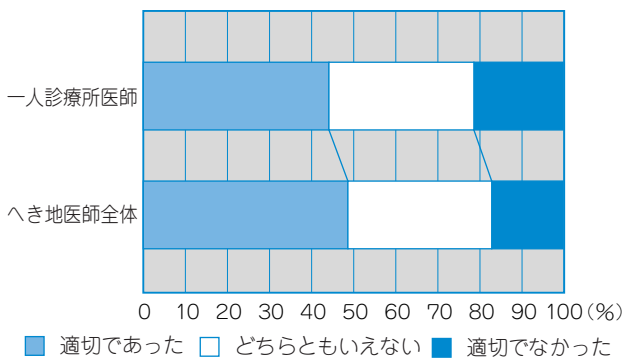


図 I-1-10 卒前医学教育カリキュラムの適切さ

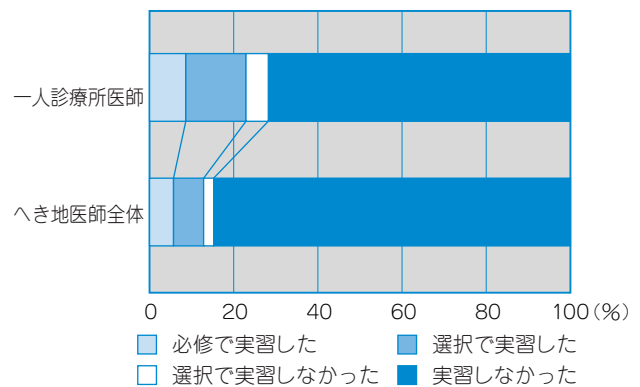


図 I-1-11 へき地医療現場での実習の有無

(2) 卒後研修

① 卒後研修カリキュラム

従来、研修の主流は大学病院での単科研修(ストレート方式)であった。しかし、幅広い臨床能力を身に付けるためには、多科の研修を受けるローテート方式*1や総合診療方式(スーパーローテート方式)*2が望ましいとされ、それらを採用する病院が増えつつある。1995(平成7)年時点でストレート研修を行った者が46.5%、ローテート方式が44.1%、総合診療方式が9.4%(1991(平成3)年にはそれぞれ63.1%、32.0%、4.9%)と、ストレート研修を行う者は年々減少し、ローテートもしくは総合診療方式の研修を行う者は増加傾向にある。同時に大学病院以外の一般病院にも初期研修の場がひろがりつつあり、1998(平成10)年には計440の臨床研修病院があり人数にして約1/4の初期研修を担っている。

しかし、本調査ではへき地の医師の57%が「現在の施設勤務に初期研修プログラムは適切であった」と、16%が「適切でなかった」と回答している。また、一人診療所に勤務している医師の中では、20%が「適切でなかった」と回答している(図 I-1-12)。適切でなかった理由として指導医のもとで外来研修を行うシステムがまだ一般的でないことや、眼科、皮膚科、整形外科などの多科にわたる研修の必要性、へき地医療機関で求められる保健・福祉行政との連携、在宅医療の研修を受けなかったことなどがあげられていた。今後、外来研修や在宅医療研修、行動医療学なども取り入れた

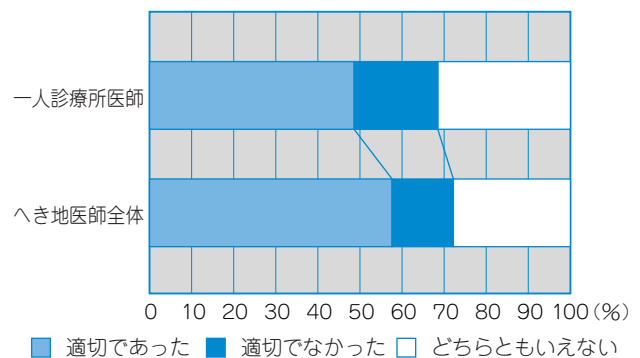


図 I-1-12 初期研修カリキュラムの適切さ

プライマリ・ケア医養成のための研修プログラムの整備が望まれる。

- * 1 ローテート方式：1980(昭和55)年に導入。内科系、外科系の診療科を中心に関連科も研修する。
- * 2 総合診療方式(スーパーローテート方式)：1985(昭和60)年に導入。少なくとも内科系、外科系のおのおの1診療科、小児科、救急医療部門をそれぞれ2か月以上初期2年以内に研修する。

②へき地一人診療所勤務医師の研修内容の現状

へき地診療所においては近隣に小児科、眼科、耳鼻咽喉科などの専門科の医療機関がないことも多く、患者の年齢層も広く対応をせまられる健康問題の幅も広い。また、ITの普及によって遠隔地においても迅速なコンサルテーションが可能になってきた昨今でも、緊急性の判断、処置など、幅広い知識や診療技術が求められる。本調査では、へき地一人診療所勤務医師が研修した科は内科81%、外科65%、小児科52%、整形外科37%などであり、へき地勤務医師全般に比し幅広く多くの科を研修している(図I-1-13)。これは将来診療所勤務を希望する者が、あらかじめ現場で必要と思われる診療科を研修してきたことと、そのような研修を行ってきたからこそ一人診療所に赴いたという両面が関係するだろう。

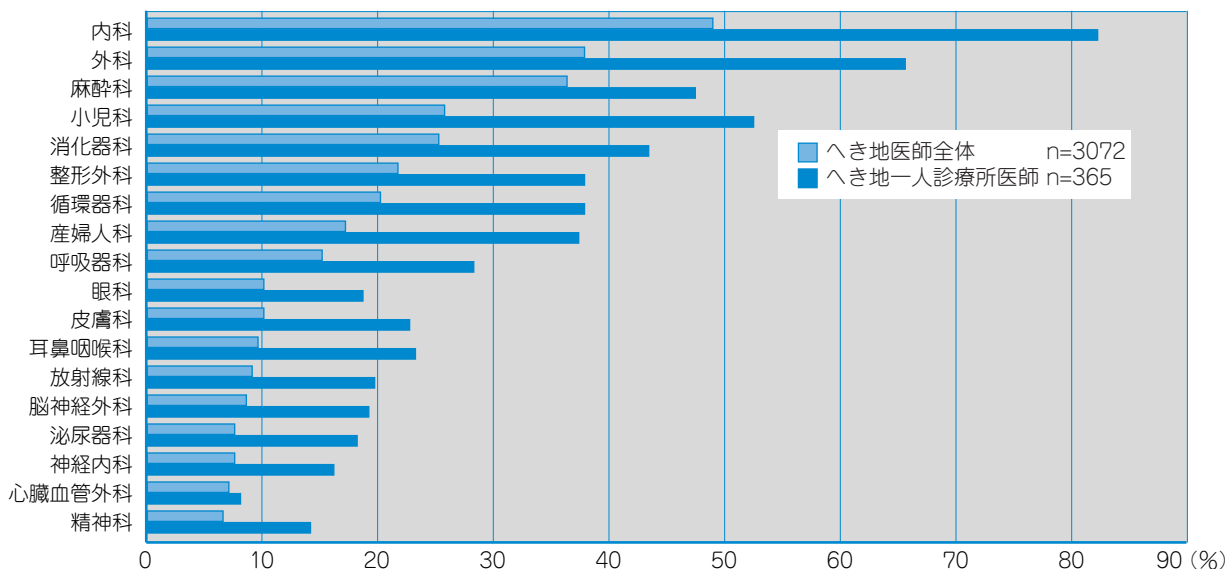


図 I-1-13 へき地一人診療所医師の研修科(へき地全体と比較して)

③生涯研修

日本医師会では1987(昭和62)年から生涯教育制度を開始し、体験学習や各種業績なども単位として認める形で自己申告制の生涯教育認定を行い積極的に生涯教育を行うことを促している。生涯研修は

1) 日常の学習(医学雑誌、文献検索など)、2) 定期的な研修(他院での技術研修など)、3) 学会などの不定期な研修会参加などにわかれるが、具体的な規定はなく基本的に個人の裁量に任されている。1)については昨今のIT技術の進歩もあり個人の心がけ次第でどんな地域にいても最先端の知識にアクセスが可能となった。本調査でも約半数の医師がインターネットを利用していた。しかし、2)と3)については、勤務場所の体制や周囲の理解などが整って始めて可能になるものといえよう。勤

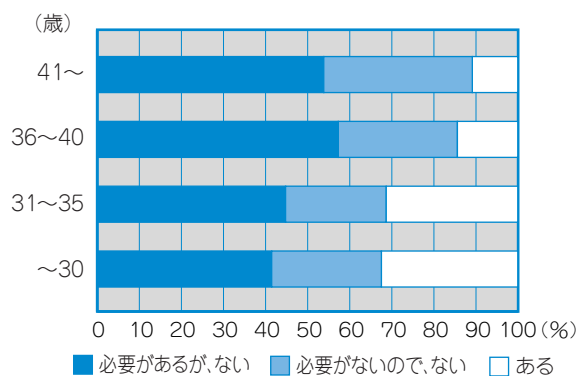
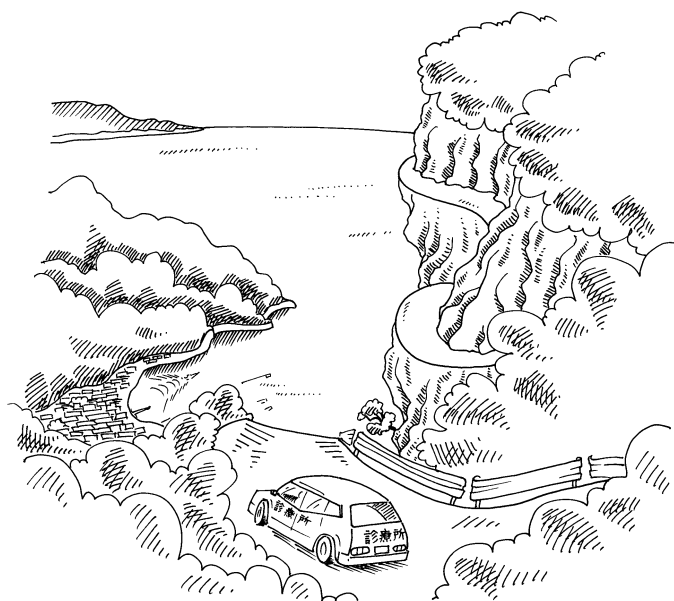


図 I-1-14 年齢階級別にみたへき地医師の定期的な研修の有無

務時間内の研修実施状況は、図 I -1-14のように若年層のみならず40歳以上も含めてどの年齢層でも「必要であるが、参加の機会がない」の割合が最も高く、医師の希望どおりには研修が十分に行えていない状況である。現行の各種学会による認定医制度は一度認定されると、学習会などの参加による取得単位で更新可能なことが多い。全国的な医師の診療レベルの保持、向上のためにはそのような経年的に試験を課すなどの制度が必要だとする意見も聞かれ、それは生涯教育を継続するための動機付けになるかもしれない。



2. 地域医療活動

1) 医療活動

(1) 受療状況(患者調査)

受療状況を厚生労働省患者調査で概括したい。図 I-2-1 に示したように、性・年齢階級別受療率では、高齢者と小児で高くなっている。女性では、外来、入院ともに、20歳代に小さな山がみられる。これは妊娠分娩に伴うものであると考えられる。図 I-2-2 に都道府県別にみた受療率を示している。入院では、高知、鹿児島、熊本などの西日本と北海道で高く、千葉、埼玉、神奈川などの関東で低い。外来では、愛媛、佐賀、広島などの西日本で高く、茨城を始めとした関東、滋賀、沖縄で低い。

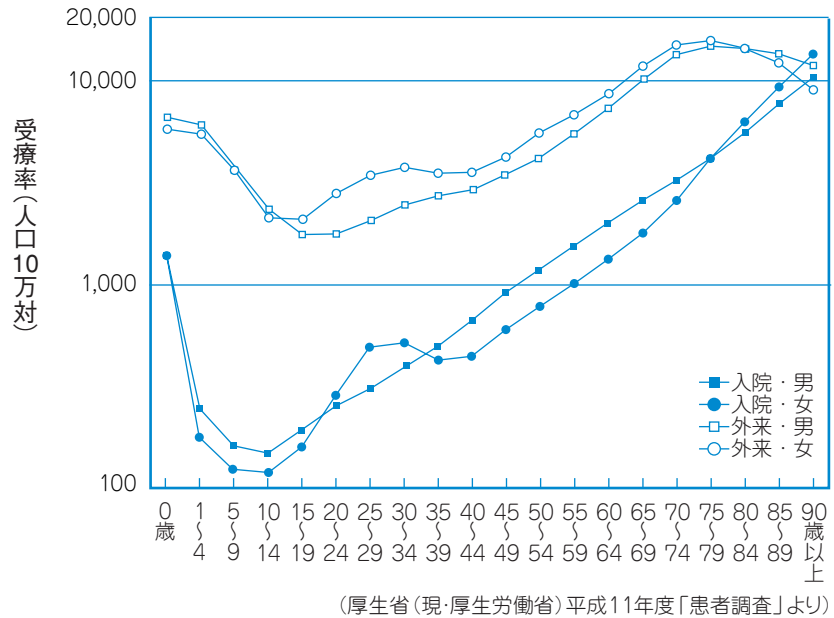


図 I-2-1 性・年齢階級別受療率(人口10万対) - 入院、外来 -

図 I-2-3 に傷病大分類別の総患者数(人口1万対有病率)を示す。

ある町もしくはある病院の診療圏の人口によって、その地域に概ねどの程度の患者がいるかを推定することができる。最も多いのは循環器系であり、約1割の住民が患者である。次いで、消化器系、筋骨格系である。内科・外科・整形外科以外の診療科疾患では、眼科、精神科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、産婦人科の順に患者数が多い。

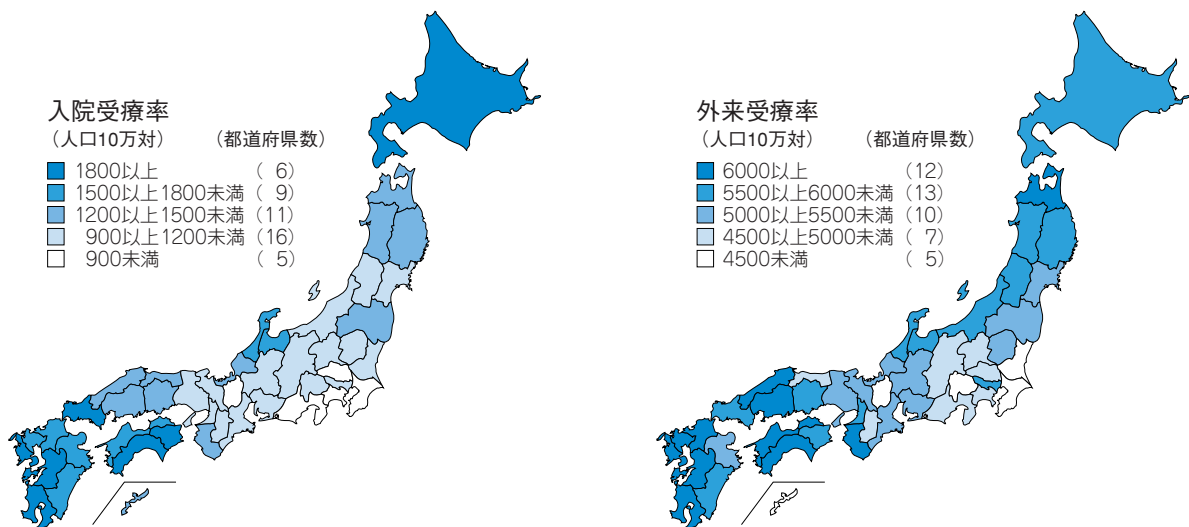
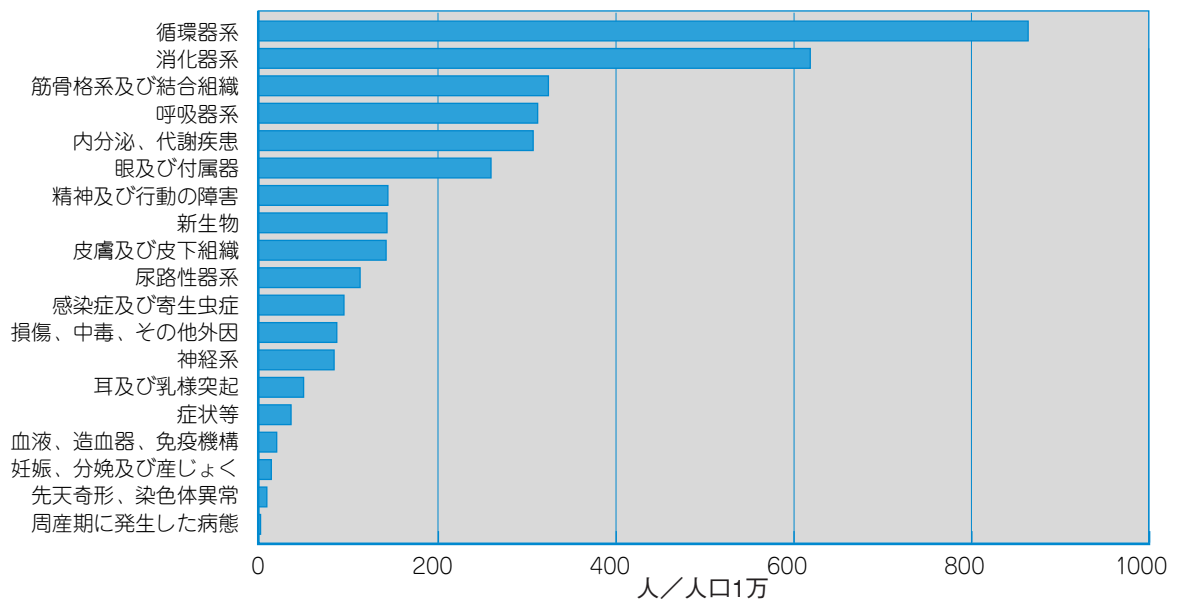


図 I-2-2 都道府県別(患者住所地)にみた受療率(人口10万対)

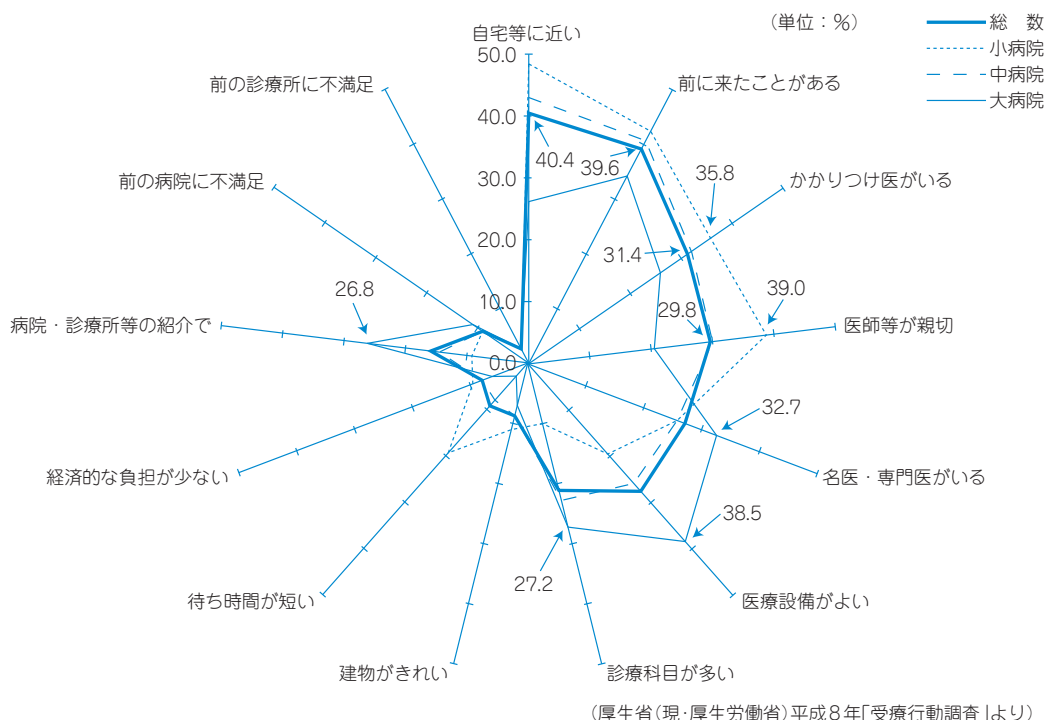


(厚生省(現・厚生労働省)平成11年度「患者調査」より)

図 I -2-3 傷病大分類別の総患者数(人口1万対有病率)

(2) 患者の満足度等(受療行動調査)

受療行動調査による患者に対する調査結果をみていきたい。まず、図 I -2-4に病院の規模別にみた外来患者の医療機関選択理由を示した。総数では、自宅等に近い、前に来たことがある、かかりつけ医がいる、医師等が親切の順となっている。診察前の待ち時間を図 I -2-5に示した。30分未満が4割、1時間未満を合計すると6割となる。待ち時間が長い方では、3時間以上が2%、2時間以上の合計で7%である。大病院ほど、待ち時間が長い傾向がある。診察時間を図 I -2-6に示す。3分未満は2割弱であり、3分~10分が半数弱を占める。30分以上の診察も3%みられる。病院の規模による差異は小さい。図 I -2-7に説明の有無を示す。4割強の患者が詳しい説明をうけたと回答している反面、説明を受けなかったという回答も5%にみられた。大病院の方が詳しい説明をうけた割合がやや高かった。



(厚生省(現・厚生労働省)平成8年「受療行動調査」より)

図 I -2-4 病院の規模別にみた外来患者の医療機関選択理由(複数回答)

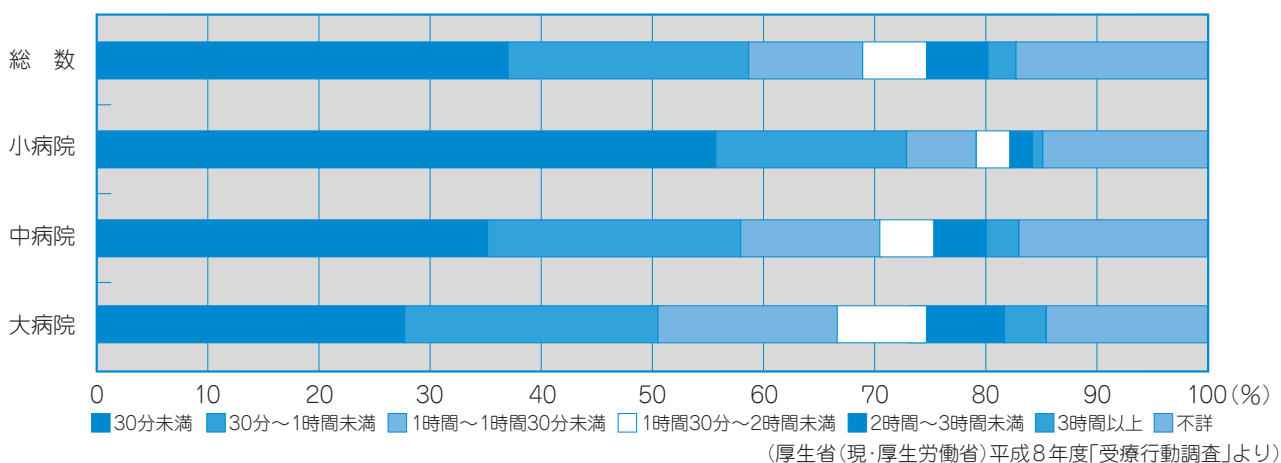


図 I -2-5 病院の規模別にみた待ち時間(診察前)

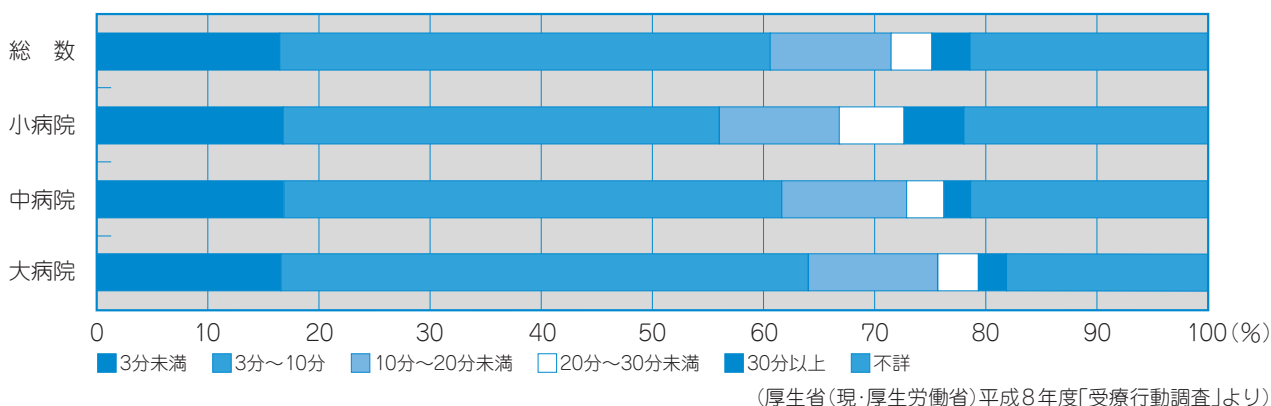


図 I -2-6 病院の規模別にみた診察時間

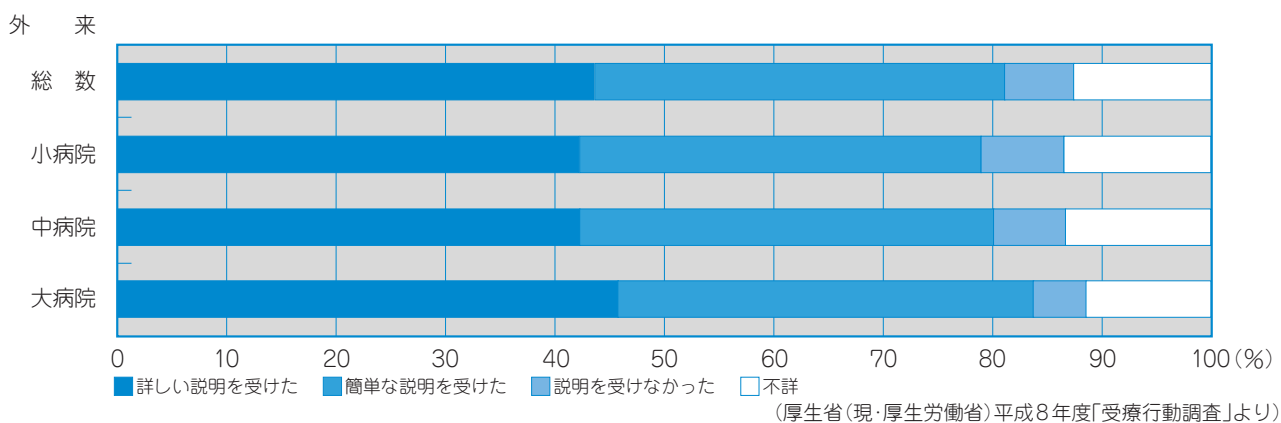


図 I -2-7 病院の規模別にみた説明の有無

外来患者の満足度を図 I -2-8に示す。全体的な満足度としては、非常に満足、やや満足を合計すると約半数に達する。一方で、やや不満、非常に不満と回答した患者も5%強みられた。相対的に満足度が高い項目としては、医師への質問、秘密やプライバシーの保護、診察室等の清潔さなどであった。逆に不満との回答が多い項目は、待ち時間、交通の便・駐車場の広さ、診療日・診療時間帯などである。

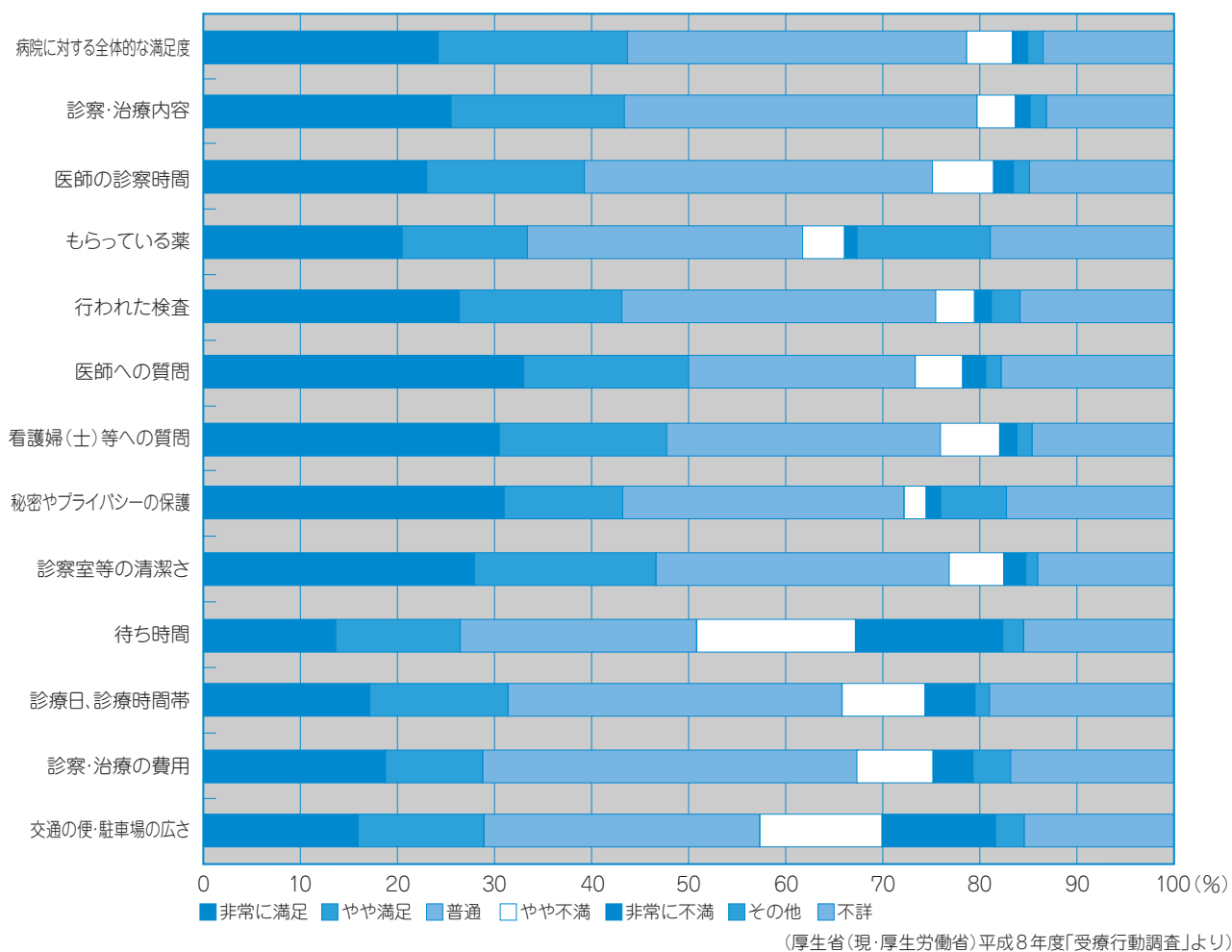
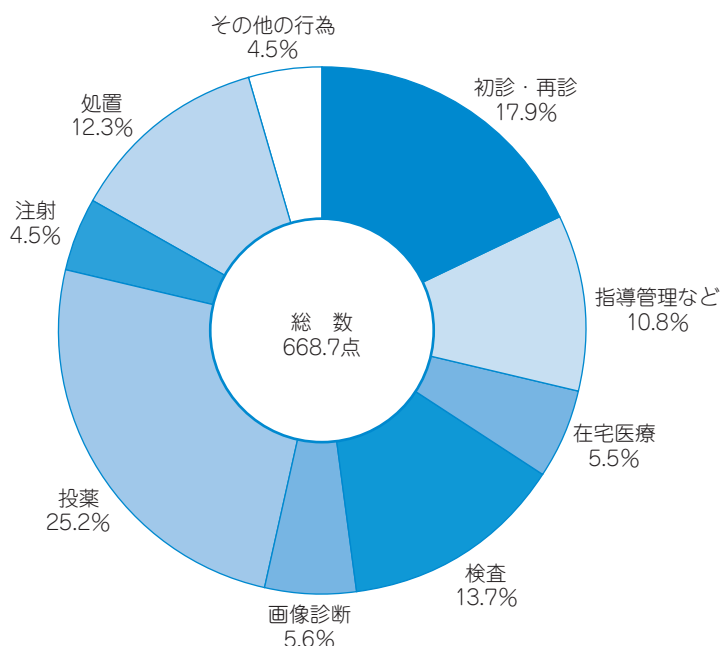


図 I -2-8 外来患者の満足度

(3) 診療内容、国民医療費

診療内容を保険点数からみてみたい。入院外の診療行為別1日当たり点数の構成割合を図 I -2-9に示す。投薬が最も大きく1/4を占める。次いで初診・再診料が2割弱、検査、処置が1割強の順である。

国民医療費と対国民所得の年次推移を図 I -2-10に示す。一貫して増加し、平成11年度国民医療費は30兆9,337億円(国民一人当たり24万4,200円)、対国民所得比8.08%である。年齢階級別一人当たり一般診療医療費の年次推移を図 I -2-11に示す。長期的にみると一貫して伸び続け、昭和50年代初頭の2倍程度に達している。しかし、最近数年間に関しては、全年齢を一括して単純にみた数字では増加傾向にあるものの、年齢階級別の



注：その他の行為は、「リハビリテーション」、「精神科専門療法」「手術」、「麻酔」及び「放射線治療」である。

(厚生省(現・厚生労働省)平成11年度「社会医療診療行為別調査報告」より)

図 I -2-9 入院外の診療行為別1日当たり点数の構成割合

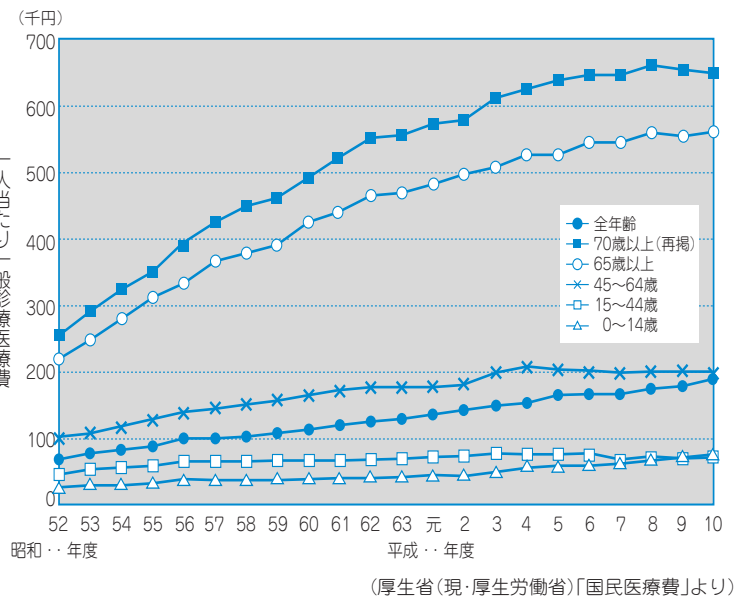
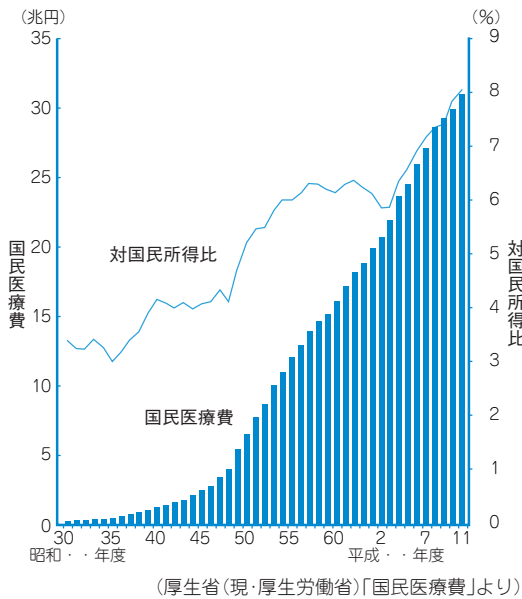


図 I-2-10 国民医療費と対国民所得の年次推移

図 I-2-11 年齢階級別一人当たり一般診療医療費の年次推移

数字では横這い、もしくは70歳以上では減少傾向である、すなわち、国民一人一人の立場では医療費は横這いもしくは減少傾向であるが、本質的に病気が多く医療費が掛らざるを得ない高齢者の人口割合が増加していることが、国民医療費全体の増加の理由であることがわかる。

2) 保健福祉活動

保健福祉活動の体系を表 I-2-1に示す。これらの活動のうち、市町村の保健衛生担当部署においては、

表 I-2-1 保健福祉活動の体系

対人保健	健康増進・生活習慣病対策、母子保健、老人保健、精神保健、歯科保健、感染症・エイズ・結核・予防接種、その他疾病対策(難病、原爆医療、腎不全対策・臓器移植)
対物保健	飲食店営業施設、生活衛生関係営業施設、乳肉衛生、食品化学(食品添加物等)、上水道、下水道、その他の生活環境衛生(建築物衛生、遊泳用プール、墓地等、化学物質の安全対策)
産業保健(労働衛生)	事業場内の衛生管理体制、中小企業等への対策、職業性疾病の予防対策、職場環境改善の推進、健康保持増進対策(THP)
医事・薬事	
国際保健	
社会福祉	生活保護、児童福祉、母子寡婦福祉、障害者福祉、老人福祉、その他の福祉
社会保障	医療保険、介護保険、労災保険、雇用保険、年金
環境保全	大気汚染、水質汚濁、騒音・振動・悪臭、放射線、環境保健、廃棄物、地球環境
学校保健	保健教育、保健管理、学校安全、学校体育、学校給食、その他の教育関係(生涯学習、生涯スポーツ、特別支援教育(障害児教育)等)

注. 分類は執筆者による。

母子保健、老人保健等の事業の比重が大きく、さらに一般的には、廃棄物処理、上下水道などの事業を行っている。また、福祉・保険担当部署では、社会福祉関係業務、また介護保険、医療保険の中の国民健康保険の業務が大きい。市町村教育委員会では、学校保健に関する業務を行っている。都道府県保健所においては、対人保健、対物保健、医事・薬事、また環境保全などの業務を行っている。都道府県福祉事務所では社会福祉関係業務を行っている。産業保健活動は、基本的に労働基準監督署や産業保健推進センターが指導、支援等を行っているが、最近では保健所との連携も図ら

図 I -2-12 地域の保健福祉活動の利用者数等(人口1万対)

項目	人口1万対数	☆100	○10	・1	資料
定期予防接種(各種延べ、除くBCG)	1,245	☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
健康教育(参加延人員)	896	☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
基本健診(受診者)	893	☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
健康相談(被指導延人員)	636	☆☆☆☆☆☆			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
肺がん検診(受診者)	568	☆☆☆☆☆☆			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
高齢者世帯(世帯数)	461	☆☆☆☆☆			国民生活基礎調査(平成11年)
大腸がん検診(受診者)	420	☆☆☆☆			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
身体障害者手帳交付数	334	☆☆☆			社会福祉行政業務報告(平成11年度末)
胃がん検診(受診者)	332	☆☆☆			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
子宮がん検診(受診者)	279	☆☆☆			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
乳がん検診(受診者)	243	☆☆			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
乳幼児保健指導(健診、延人員)	155	☆☆			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
出生	94	○○○○○○○○○○			人口動態統計(平成11年)
訪問指導(被指導実人員)	81	○○○○○○○○○○			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
死亡(総数)	71	○○○○○○○○			人口動態統計(平成11年)
婚姻	61	○○○○○○			人口動態統計(平成11年)
生活保護(被保護世帯数)	56	○○○○○○○			社会福祉行政業務報告(平成11年度末)
精神障害者通院医療費公費負担患者	51	○○○○○○			厚生労働省精神保健福祉課調べ(平成11年度)
生活習慣改善指導(被指導実人員)	46	○○○○○○			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
胃がん検診(要精検者)	40	○○○○○			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
母子世帯(世帯数)	36	○○○○○			国民生活基礎調査(平成11年)
特定疾患	35	○○○○○			厚生労働省調べ(平成11年度末)
老人ホーム入所者数(各種総数)	32	○○○○			社会福祉行政業務報告(平成11年度末)
大腸がん検診(要精検者)	30	○○○○			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
人工妊娠中絶	27	○○○○			母体保護統計報告(平成11年)
離婚	20	○○○			人口動態統計(平成11年)
透析患者	16	○○○			日本移植学会等調べ(平成12年末)
肺がん検診(要精検者)	15	○○○			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
機能訓練(被指導実人員)	15	○○○			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
乳がん検診(要精検者)	11	○○			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
結核登録患者(総数)	9	・			結核発生动向調査(平成11年)
父子世帯(世帯数)	7	・			国民生活基礎調査(平成11年)
活動性結核登録患者(再掲)	4	・			結核発生动向調査(平成11年)
死産	3	・			人口動態統計(平成11年)
食中毒患者数	3	・			食中毒統計(平成11年)
子宮がん検診(要精検者)	3	・			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
訪問基本健康診査(受診者)	2	・			地域保健・老人保健事業報告(平成11年度)
低出生体重児(2,000g未満)	2	・			人口動態統計(平成11年)
麻薬・覚せい剤犯罪違反人員	2	・			警察庁・厚生労働省・海上保安庁の資料
エイズ感染者+患者(重複登録もありうる)	0.6	・			エイズ発生动向年報(平成12年末までの累計)
周産期死亡	0.6	・			人口動態統計(平成11年)
乳児死亡	0.3				人口動態統計(平成11年)

注. 例えば人口5,000人の町では、概ねこの半数が発生していると考えられる。
 ただし、年齢構成、その他地域特性によって異なる。また、上記には把握率が低い資料も含まれている。
 全国の件数を全国の平成12年国勢調査人口で割って求めた。項目の選定は執筆者による。

れている。その他、国、都道府県、NPO(非営利組織)、その他種々の組織が保健福祉活動を担っている。

地域の保健福祉活動の利用者数等(人口1万対)を図I-2-12に示す。これは種々の保健福祉活動の対象者もしくは発生件数等について、全国のある時点での数もしくは1年間の数を平成12年国勢調査人口で割り、人口1万対として示したものである。たとえば、人口5,000人の町の地域を考えた場合、概ねこの数字の半数が町内に存在すると考えて、その町の保健福祉活動のあり方を考えることができる。ただし、正確には年齢構成、その他地域特性によって異なる。また、項目の選定は執筆者による恣意的なものであり、把握率が低い資料による数字も含まれている。

結果をみると、まず、予防接種や健診、健康教育・健康相談等の事業については、参加者が非常に多く、保健事業におけるかなりの労力が注ぎ込まれる必要がある。がん検診の要精検者については、それらの精検を実施することのできる医療体制を確立する必要がある。身体障害者、精神障害者は、

日頃から目立つ人以外にも、地域には大勢在住しており、それらの人々への保健・医療・福祉対策を考える必要がある。特に、うつ病、神経症等の精神疾患患者は受療していない人も多く、実数はかなり多いと考えられる。特定疾患、透析患者は基本的には専門医療が必要であるが、地域に一定数が在住しているため、地域医療の一環として考えていく必要がある。人工妊娠中絶は、顕在化しにくいのが、住民の中でかなりの人数が実施していることになる。また、麻薬・覚せい剤犯罪、エイズ等も少ないながらも一定数存在し、また統計上把握できていない数も多いと考えられ、地域で対策を考えていく必要がある。なお、虐待については、児童相談所での相談件数等の既存資料があるものの、それらの数では十分に把握できていないと考え掲載しなかった。高齢者世帯は非常に多いが、その他、生活保護、母子家庭、父子家庭も一定数あり、そのような世帯も念頭に置いた活動が必要であろう。



3. 地域医療を支える施設

1) 公的医療機関

(1) 市町村の医療機関

本調査の結果、3,059市町村のうち公的医療機関がある市町村は1,668(55%)であり、そのうち1,315市町村(全体の43%)において、市町村または国民健康保険団体連合会が開設する医療機関があった(図 I-3-1)。公的医療機関のある割合は、市が最も高く、へき地指定町村、へき地指定外町村と続いた。公的医療機関のうち市町村または国民健康保険連合会が開設する医療機関の割合は、へき地指定町村と市が半数強であり、へき地指定外町村では少なかった。

市町村の45%には公的医療機関がなく、へき地指定町村でも40%には公的医療機関がなく、これらの市町村では民営の医療機関が地域医療を担っていると考えられる。

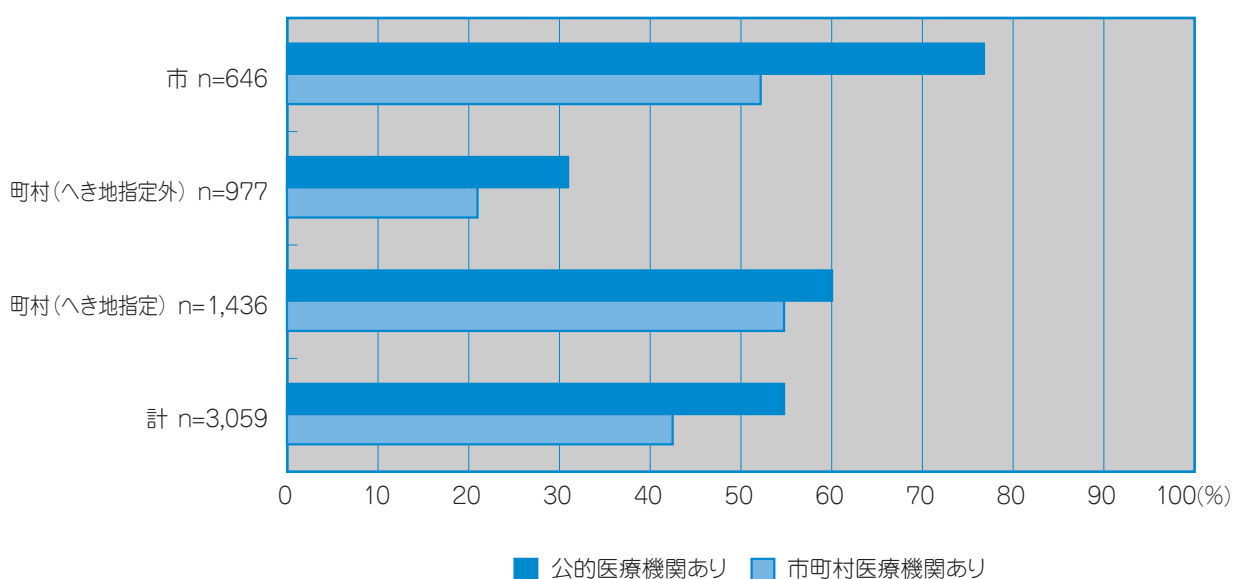


図 I-3-1 公的医療機関のある市町村

また、医療施設調査(1997(平成9)年)によると、病院9,413のうち、開設者別では医療法人と個人が多く合計で6,681(71.0%)であり、都道府県や市町村等の病院は1,369(14.5%)であった。公的病院のなかでは、市町村の開設が最も多く(766, 56.0%)、次に都道府県が多かった(309, 22.6%)。社会保険関係団体の病院を公的医療機関に含んだ場合には1,502(16.5%)となる(表 I-3-1)。

診療所(89,292)のうち、開設者別では個人と医療法人が多く合計で74,995(84.0%)であった。公的診療所は4,141(4.6%)であり、この中では市町村の開設が大部分で(3,475, 83.9%)、都道府県は少なかった(363, 8.8%)。社会保険関係団体の診療所を公的医療機関に含んだ場合には5,003(5.6%)となる。

(2) 病床数

本調査の結果から、一般病床は市の医療機関においては100床以上が最多であり、2番目に無床が多かった。町村では無床の医療機関が最多であり、20~99床の病院が続いた。診療所(0~19床)でみると、市では多くが無床であるが、町村では約1/3で有床であり、町村の診療所では市の診療所よりも入院に対応する割合が高い。一方、病院(20床以上)をみると、市では99床以下の病院は少なく、逆に

町村では99床以下の病院の方が多かった(図 I -3-2)。

療養型病床は、約3/4の医療機関において無かったが、無記入も多くこれらは無床とすると、より多い可能性がある。療養型病床のある医療機関における病床数は、市および町村とも20~49床が最も多かった(図 I -3-3)。その他の病床は、無い医療機関が多かったが、市の医療機関の方が町村よりもその他の病床を有している割合が高かった(図 I -3-4)。

医療施設調査(1997(平成9)年度)によると、公的医療機関の病院は約1/4(25%)が99床以下、約半数(47%)が199床以下、約3/4(78%)が399床以下であった。市町村の病院では約半数(49%)が149床以下であった(表 I -3-2)。医療施設調査では市と町村の数字を分けては報告されていない。

また、病院施設調査(1997(平成9)年)によると、日本における全病床数は一般

表 I -3-1 医療施設の開設者

開設者	病院		診療所	
	実数	構成割合(%)	実数	構成割合(%)
総数	9,413	100.0	89,292	100.0
国	380	4.0	573	0.6
厚生省	236	2.5	9	0.0
文部省	63	0.7	99	0.1
労働福祉事業団	39	0.4	11	0.0
その他	42	0.4	454	0.5
公的医療機関	1,369	14.5	4,141	4.6
都道府県	309	3.3	363	0.4
市町村	766	8.1	3,475	3.9
日赤	96	1.0	199	0.2
済生会	74	0.8	40	0.0
北海道事業協会	7	0.1	1	0.0
厚生連	114	1.2	63	0.1
国保連合会	3	0.0	0	0.0
社会保険関係団体	133	1.4	862	1.0
全国社保連合会	53	0.6	16	0.0
厚生年金事業振興団	7	0.1	4	0.0
船員保険会	3	0.0	20	0.0
健保&連合会	19	0.2	475	0.5
共済&連合会	50	0.5	334	0.4
国民健康保険組合	1	0.0	13	0.0
公益法人	397	4.2	967	1.1
医療法人	5,039	53.5	19,339	21.7
学校法人	96	1.0	101	0.1
会社	77	0.8	2,960	3.3
その他の法人	280	3.0	4,693	5.3
個人	1,642	17.4	55,656	62.3

(医療施設調査 1997年より)

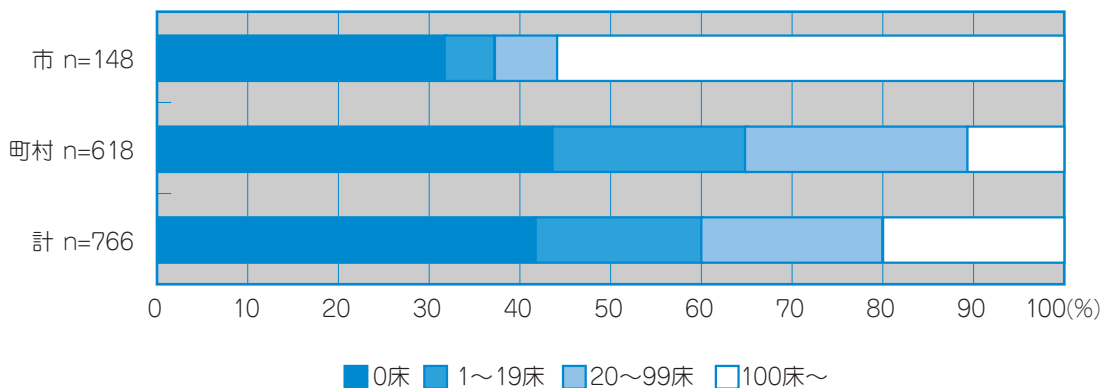


図 I -3-2 市町村医療機関の病床数(一般病床)

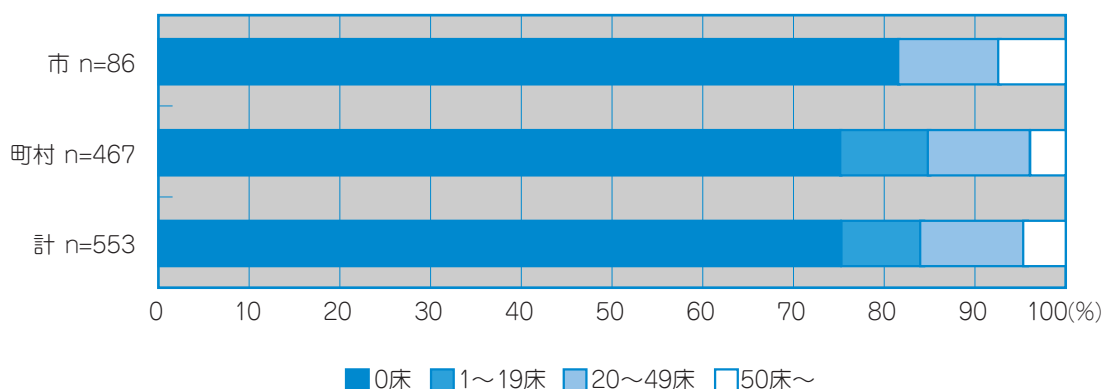


図 I -3-3 市町村医療機関の病床数(療養型病床)

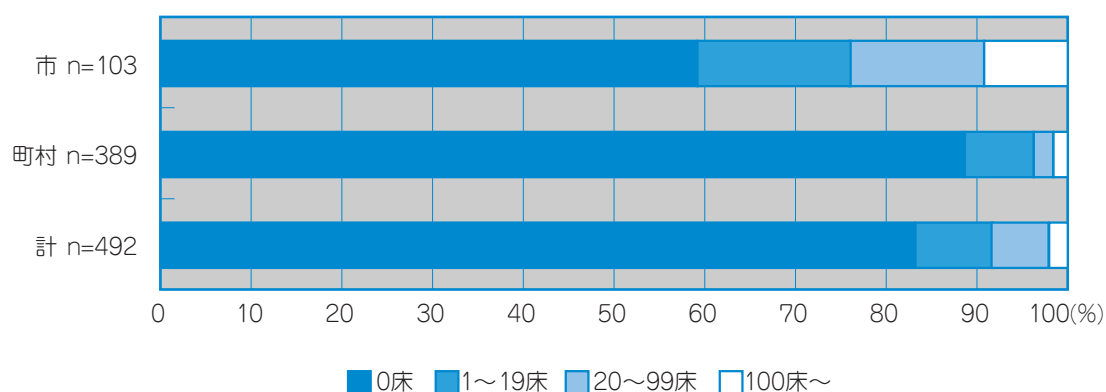


図 I-3-4 市町村医療機関の病床数(その他の病床)

表 I-3-2 病院数, 開設者・病床の規模別

	総数	公的医療機関						
		計	都道府県	市町村	厚生連	日赤	済生会	その他*
20~29床	271	20	5	14	0	0	1	0
30~39	509	37	3	31	3	0	0	0
40~49	695	41	3	37	1	0	0	0
50~99	2,438	246	39	187	9	7	4	0
100~149	1,528	179	46	104	6	10	13	0
150~199	1,086	122	33	62	12	6	7	2
200~299	1,274	216	49	113	21	10	18	5
300~399	749	205	57	92	24	14	15	3
400~499	353	123	29	54	18	12	10	0
500~599	205	81	17	39	8	14	3	0
600~699	130	40	8	16	7	8	1	0
700~799	69	27	8	6	3	8	2	0
800~899	29	13	6	4	0	3	0	0
900床以上	77	19	6	7	2	4	0	0
総数	9,413	1,369	309	766	114	96	74	10

*その他は、北海道社会事業協会の7病院と国民健康保険団体連合会の3病院

(医療施設調査 1997年より)

病床1,262,110床に精神病床359,778床、伝染病床9,408床、結核病床29,488床を加え、計1,660,784床であった(表 I-3-3)。開設者では医療法人が最多であり、個人と合わせて54.2%であった。一般病床のうち開設者では医療法人が約4割と最多で、個人と合わせて48.7%であった。

公的医療機関は全病床の21.5%、一般病床では24.7%、療養型病床群では4.0%のベッドを有していた。公的医療機関に社会保険関係団体を含めると、さらに全病床では2.3%、一般病床では3.0%、療養型病床群では0.2%増加する。

表 I-3-3 病床数

開設者	総数	構成割合 (%)	一般病床			
			数	構成割合 (%)	数	構成割合 (%)
国	152,747	9.2	127,197	10.1	233	0.4
厚生省	98,326	5.9	76,008	6.0	130	0.2
文部省	33,229	2.0	30,830	2.4	0	0.0
労働福祉事業団	15,464	0.9	15,226	1.2	103	0.2
その他	5,728	0.3	5,133	0.4	0	0.0
公的医療機関	356,930	21.5	311,150	24.7	2,264	4.0
都道府県	88,239	5.3	67,137	5.3	0	0.0
市町村	167,163	10.1	151,006	12.0	1,252	2.2
日赤	40,485	2.4	37,101	2.9	92	0.2
済生会	20,515	1.2	19,780	1.6	109	0.2
北海道社会事業協会	1,987	0.1	1,880	0.1	215	0.4
厚生連	37,896	2.3	33,634	2.7	596	1.1
国民健康保険団体連合会	645	0.0	612	0.0	0	0.0
社会保険関係団体	38,908	2.3	37,536	3.0	100	0.2
全国社会保険協会連合会	15,146	0.9	14,453	1.1	0	0.0
厚生年金事業振興団	2,943	0.2	2,943	0.2	0	0.0
船員保険会	940	0.1	940	0.1	0	0.0
健康保険組合及びその連合会	3,632	0.2	3,632	0.3	100	0.2
共済組合及びその連合会	15,927	1.0	15,248	1.2	0	0.0
国民健康保険組合	320	0.0	320	0.0	0	0.0
公益法人	94,424	5.7	64,701	5.1	1,943	3.4
医療法人	756,288	45.5	502,110	39.8	44,123	78.1
学校法人	50,946	3.1	48,304	3.8	0	0.0
会社	15,823	1.0	15,333	1.2	41	0.1
その他の法人	50,816	3.1	43,640	3.5	1,946	3.4
個人	143,902	8.7	112,139	8.9	5,872	10.4
総数	1,660,784	100.0	1,262,110	100.0	56,522	100.0

(医療施設調査 1997年より)

2)市町村保健センター、訪問看護ステーション、老人保健施設、特別養護老人ホーム、デイサービス・センター

本調査において、市町村にある施設の有無を公営、民営を問わず質問した。市においては、保健センター以外の施設もほぼ9割以上にあるが、町村では割合が低かった(図 I-3-5)。割合の市町村格差が小さい施設は、デイサービス・センター(最大の差の絶対値、10%)、在宅介護支援センター(差、17%)であった。一方、割合に格差の大きい施設は、老人保健施設(差、65%)、訪問看護ステーション(差、60%)であった。これら格差の大きい施設は町村に有る割合が少ないため、全体においても割合が低かった。

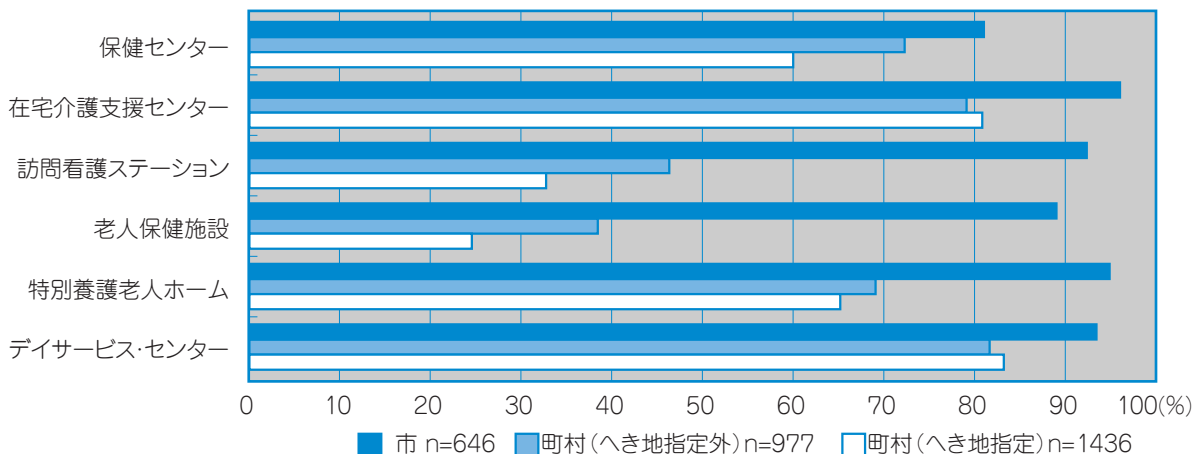


図 I-3-5 市町村の保健・福祉施設

老人福祉施設

社会福祉施設調査(1997(平成9)年)によると、老人福祉施設は全体では8割以上が私営である。特別養護老人ホーム、老人介護支援センター、老人日帰り介護施設(A型～E型)は9割以上が私営であり、なかでも社会福祉法人が多くを開設している。公営の施設は、ほとんどが市町村によって開設されている(表I-3-4)。

表I-3-4 老人福祉施設の開設者

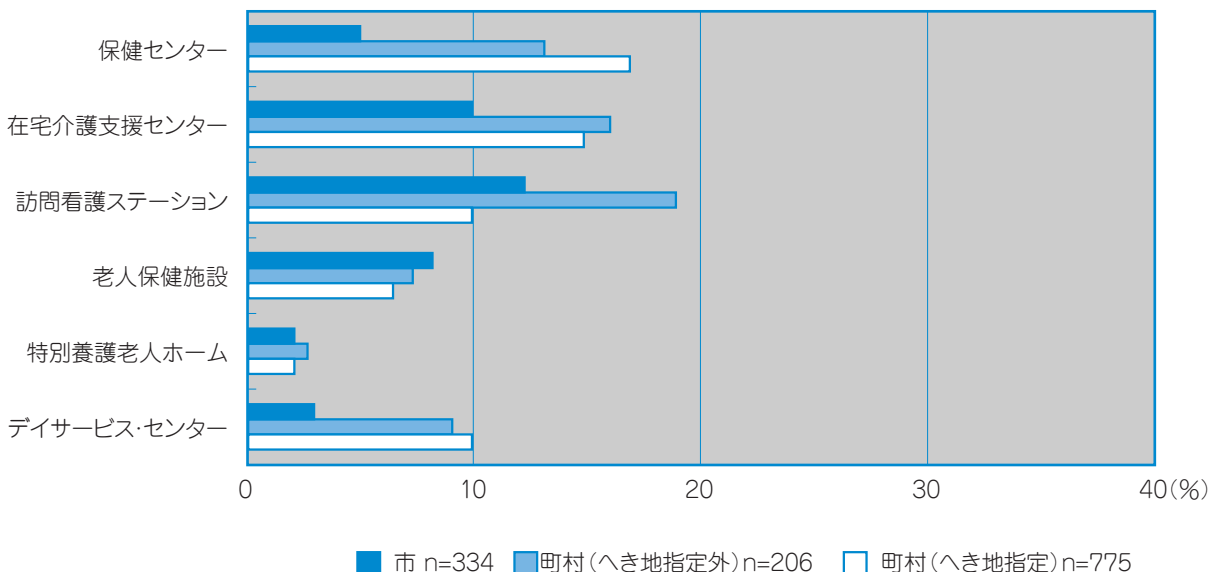
開設者	老人福祉施設 (総数)*		特別養護 老人ホーム		老人介護支援 センター		老人日帰り介護施設 (A～E型)	
	数	%	数	%	数	%	数	%
公営	3,067	18.0	306	8.2	351	9.8	530	9.4
国	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
都道府県	35	0.2	11	0.3	1	0.0	2	0.0
指定都市	67	0.4	9	0.2	0	0.0	1	0.0
中核市	34	0.2	1	0.0	4	0.1	2	0.0
他の市・町村	2,931	17.2	285	7.7	346	9.7	525	9.3
私営	13,969	82.0	3,407	91.8	3,219	90.2	5,095	90.6
社会福祉法人	12,999	76.3	3,400	91.6	2,394	67.1	5,025	89.3
社団・財団・日赤	226	1.3	6	0.2	116	3.2	49	0.9
医療法人	664	3.9	1	0.0	658	18.4	3	0.1
他の法人	51	0.3	0	0.0	39	1.1	11	0.2
その他	29	0.2	0	0.0	12	0.3	7	0.1
総計	17,036	100.0	3,713	100.0	3,570	100.0	5,625	100.0

*老人福祉施設は、養護老人ホーム(一般、盲)、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム(A型、B型、介護利用型)、老人福祉センター(特A型、A型、B型)、老人日帰り介護施設(A型、B型、C型、D型、E型)、老人短期入所施設、老人介護支援センター

(社会福祉施設調査 1997年より)

3)併設施設

市町村または国民健康保険連合会が開設する医療機関のある1,315市町村のうち、保健センター、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、老人保健施設、特別養護老人ホーム、デイサービス・センターのいずれかの施設を、市町村の医療機関に併設している市町村は367(28%)であった。施設ごとにみると最も高くても在宅介護センターの14%であった(図I-3-6)。市町村の医療機関に併



図I-3-6 市町村の医療機関がある市町村において、医療機関に各施設を併設している割合

設される施設の中では、保健センター、在宅介護ステーション、訪問看護ステーションが相対的に多く、特別養護老人ホームを併設しているのはわずかに2%であった。市、へき地指定外町村、へき地指定町村の間に、割合に大きな差はなかった。

本調査では各施設が市町村の医療機関のある市町村内に有るかどうか、またそれらが公営か民営かについては不明である。しかし、市町村内に施設のある市町村の割合を参考に(表 I-3-4)施設間で比較すると、保健センターと訪問看護ステーションは医療機関に併設されている割合が比較的高く、特別養護老人ホームはほとんど併設されていないことが推測される。

老人保健施設

老人保健施設調査(1999(平成11)年)によると、全国の老人保健施設数は2,420であり、入所定員数は211,395人であった。また、日帰りリハビリ(デイ・ケア)定員数は67,757人であった。

訪問看護ステーション

訪問看護統計調査(1999(平成11)年)によると、全国の訪問看護事業所(訪問看護ステーション)は3,570であった。1998(平成10)年の同調査では2,756であり、急速に増加していた。

4)市町村医療機関の設備

市町村の医療機関において、医療設備は設備によって保有する割合に大きな差があった。町村の医療機関が保有する割合の高い設備は、市と町村間に差が少なく、保有する割合の低い設備は差が大きい傾向があった(図 I-3-7)。市の医療機関はより規模の大きい病院が多く、町村では規模の小さい診

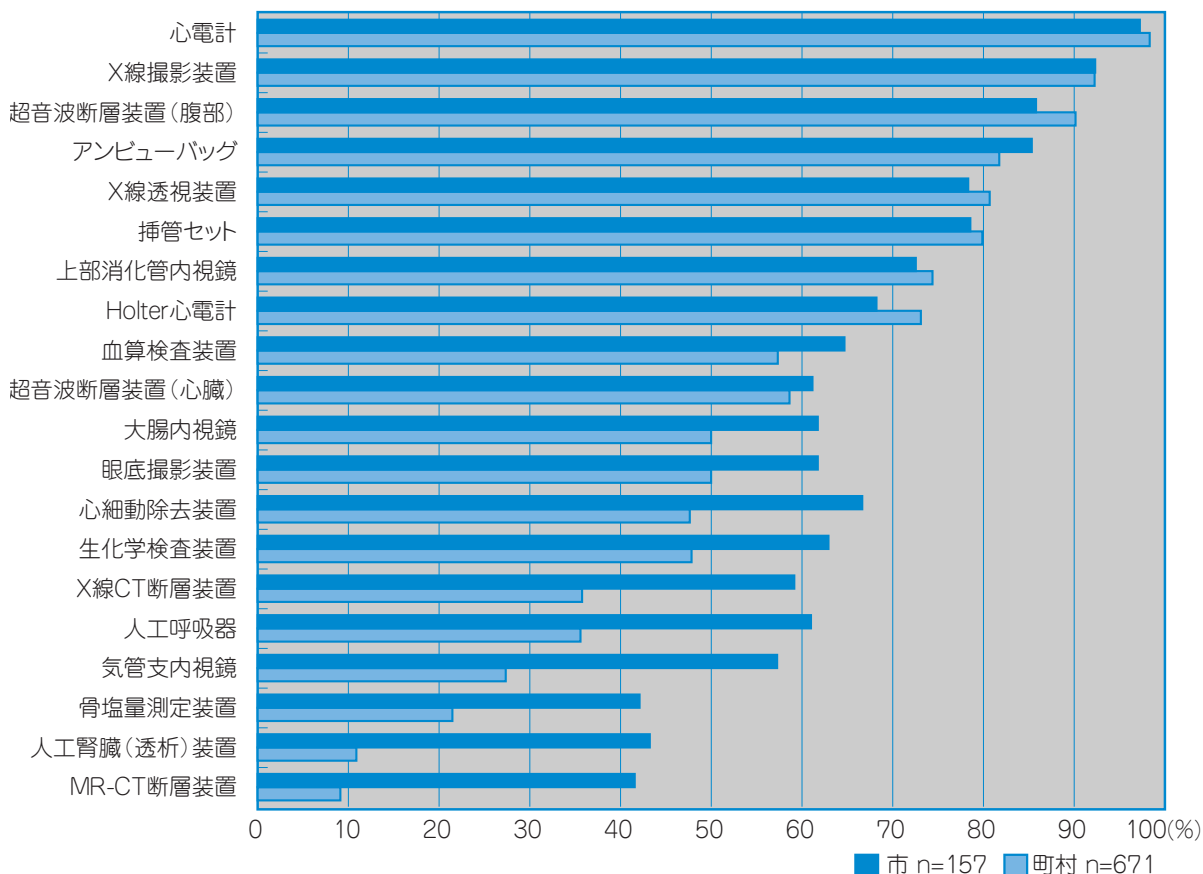


図 I-3-7 市町村医療機関の保有する医療設備

表 I-3-5 医療機関の医療設備

開設者	施設数			上部消化管 ファイバースコープ(%)			気管支 ファイバースコープ(%)			大腸 ファイバースコープ(%)			全身用X線 C T (%)			骨塩量測定 装置(%)			人工腎臓 (透析)装置 (%)		
	病 院	有 床 診 療 所	無 床 診 療 所	病 院	有 床 診 療 所	無 床 診 療 所	病 院	有 床 診 療 所	無 床 診 療 所	病 院	有 床 診 療 所	無 床 診 療 所	病 院	有 床 診 療 所	無 床 診 療 所	病 院	有 床 診 療 所	無 床 診 療 所	病 院	有 床 診 療 所	無 床 診 療 所
国	387	239	334	90	20	5	86	3	1	81	8	1	87	0	1	28	1	2	38	2	0
厚生省	241	1	8	88	100	0	85	0	0	77	100	0	83	0	0	15	0	0	27	0	0
文部省	65	0	99	83	0	2	92	0	1	80	0	0	95	0	1	63	0	1	69	0	0
労働福祉事業団	39	0	11	100	0	9	97	0	0	97	0	0	100	0	0	59	0	0	74	0	0
その他	42	238	216	98	20	7	69	3	0	93	8	1	79	0	1	19	1	3	17	2	0
公的医療機関	1,368	453	3,605	90	53	9	76	5	1	87	27	3	86	8	1	36	5	2	47	2	0
都道府県	308	18	347	72	17	6	64	0	1	66	11	1	80	11	1	16	0	3	42	0	0
市町村	766	425	2,971	95	54	9	77	5	1	93	27	3	87	8	1	37	4	1	43	2	0
日赤	96	2	193	96	50	0	90	0	0	95	50	0	98	0	0	45	50	0	66	0	0
済生会	74	3	35	91	0	0	81	0	0	88	0	0	91	0	0	53	0	3	62	0	0
北海道事業協会	7	0	1	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0	57	0	0
厚生連	114	5	58	97	80	14	87	0	0	96	80	3	89	0	5	65	20	17	61	0	0
国保連合会	3	0	0	100	0	0	67	0	0	100	0	0	100	0	0	67	0	0	67	0	0
社会保険関係団体	134	4	857	99	50	10	89	0	0	97	25	3	97	25	1	56	0	2	56	0	0
全国社保連合会	53	0	17	100	0	47	94	0	6	100	0	12	100	0	0	62	0	0	66	0	0
厚生年金事業振興団	7	0	4	86	0	0	86	0	0	71	0	0	100	0	0	86	0	0	43	0	0
船員保険会	3	1	17	100	0	24	100	0	0	100	0	6	100	0	0	33	0	6	100	0	0
健保&連合会	20	3	471	95	67	12	70	0	0	95	33	4	90	33	2	40	0	3	30	0	0
共済&連合会	50	0	335	100	0	4	90	0	0	98	0	0	96	0	0	52	0	1	56	0	0
国民健康保険組合	1	0	13	100	0	23	100	0	0	100	0	0	100	0	15	100	0	15	0	0	0
公益法人	400	59	915	72	49	20	54	5	1	64	37	8	74	8	4	28	22	19	29	0	0
医療法人	4,873	6,032	11,750	69	37	26	30	3	2	53	21	10	64	10	2	24	16	7	17	6	3
学校法人	95	3	91	87	33	4	81	0	1	82	33	2	92	33	4	46	0	5	59	0	2
会社	81	26	2,943	96	15	5	84	0	0	90	8	1	89	8	1	58	0	0	32	0	0
その他の法人	277	117	4,288	64	37	4	47	6	0	54	19	1	64	5	0	27	6	1	18	3	0
個人	1,875	13,519	42,674	64	23	14	20	2	1	45	10	5	48	4	1	19	8	3	11	2	1
総数	9,490	20,452	67,457	72	28	15	40	2	1	59	14	5	66	6	1	26	10	3	23	3	1

(医療施設調査 1996年より)

療所が多く、結果は開設者の違いというよりも医療機関の規模の違いで説明が可能である。

医療施設調査(1996(平成8)年)では、病院ならびに診療所の医療設備の保有率、台数、件数を調査している。表 I-3-5には、病院と診療所で調査項目が同一の医療設備について保有率を計算して示した。ほとんどの医療設備、開設者において、病院が最も保有率が高く、無床診療所が最も低かった。また、病院ではどの医療設備においても、社会保険関係団体が最も保有率が高く、国と公的医療機関が次に高く、医療機関数で多い医療法人と個人の医療機関よりも保有率が高かった。診療所では、上部消化管ファイバースコープと大腸ファイバースコープは公的医療機関が保有する割合が高かったが、全身用X線C T、骨塩量測定装置、人工腎臓(透析)装置は、医療法人が公的医療機関よりも保有する割合が高かった。

また、医療施設調査(1996(平成8)年)で、診療所のみ調査項目のものを表 I-3-6に示した。いずれも有床診療所の方が無床診療所よりも保有する割合が高かった。

表 I-3-6 診療所の医療設備

開設者	施設数		画像診断用超音波装置(%)		単純X線撮影装置(%)		救急蘇生具セット(%)		人工呼吸器(%)		心細動除去装置(%)	
	有床診療所	無床診療所	有床診療所	無床診療所	有床診療所	無床診療所	有床診療所	無床診療所	有床診療所	無床診療所	有床診療所	無床診療所
国	239	334	45	25	90	43	72	31	44	7	24	5
厚生省	1	8	100	0	100	38	100	25	0	0	0	0
文部省	0	99	0	37	0	53	0	33	0	3	0	5
労働福祉事業団	0	11	0	0	0	18	0	0	0	0	0	0
その他	238	216	45	21	89	41	72	32	45	9	24	6
公的医療機関	453	3,605	68	15	83	22	59	25	17	2	22	3
都道府県	18	347	28	15	50	30	44	27	6	3	11	9
市町村	425	2,971	69	16	85	22	60	25	17	2	23	3
日赤	2	193	100	1	100	2	50	34	0	4	50	1
済生会	3	35	0	9	33	23	0	23	0	0	0	0
北海道事業協会	0	1	0	100	0	100	0	0	0	0	0	0
厚生連	5	58	80	29	100	41	0	12	0	2	0	2
国保連合会	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社会保険関係団体	4	857	100	23	100	35	50	23	0	1	25	2
全国社保連合会	0	17	0	65	0	94	0	29	0	0	0	0
厚生年金事業振興団	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
船員保険会	1	17	100	24	100	100	0	18	0	6	0	0
健保&連合会	3	471	100	29	100	38	67	31	0	1	33	4
共済&連合会	0	335	0	13	0	23	0	12	0	1	0	1
国民健康保険組合	0	13	0	38	0	38	0	15	0	0	0	0
公益法人	59	915	69	37	81	58	63	27	8	5	17	10
医療法人	6,032	11,750	67	50	83	75	58	41	25	5	11	3
学校法人	3	91	33	29	67	51	100	30	33	5	33	9
会社	26	2,943	27	13	58	22	42	21	4	2	12	4
その他の法人	117	4,288	50	8	62	11	43	23	10	2	11	1
個人	13,519	42,674	58	33	75	63	50	29	21	4	5	1
総数	20,452	67,457	61	32	77	57	53	30	22	4	8	2

(医療施設調査 1996年より)

画像診断用超音波装置は、有床診療所では、公的医療機関、公益法人、医療法人とも約7割近くが保有していたが、無床診療所では医療法人の半数、公的医療機関の15%が保有していた。

単純X線撮影装置は、有床診療所全体の8割弱が保有し、開設者間の差は少なかった。無床診療所では、医療法人と個人の医療機関が7割程度保有しているのに対し、公的医療機関は22%であった。

救急蘇生具セットは、有床診療所の約半数、無床診療所では30%が保有するに過ぎず、蘇生を必要とする患者が運ばれて来ても対応できない診療所も多いことがわかる。

人工呼吸器を保有するのは一部であるが、中では国の医療機関が最も多く保有している。心細動除去装置はわずかの診療所しか保有していなかった。保有する割合は、有床診療所では国、公的医療機関の診療所が、無床診療所では都道府県と公益法人の診療所が相対的に高かった。

5) 施設・設備についての意識

(1) 市町村—医療機関設備、保健施設、福祉施設の充実について

市町村に対して、医療機関設備、保健施設、福祉施設の充実について質問した。「どちらかと言え

ばはい」を「はい」に入れると、半数以上において医療機関の設備と福祉施設は充実しているとしているが、保健施設については45%と若干低い値であった(図 I-3-8)。医療機関設備と保健施設については、充実しているという回答が市で最も多く、町村(へき地指定外)、町村(へき地指定)と低くなっていた。福祉施設の充実については、市で充実しているという回答が最も高く、町村(へき地指定外)と町村(へき地指定)の差はほとんどなかった。

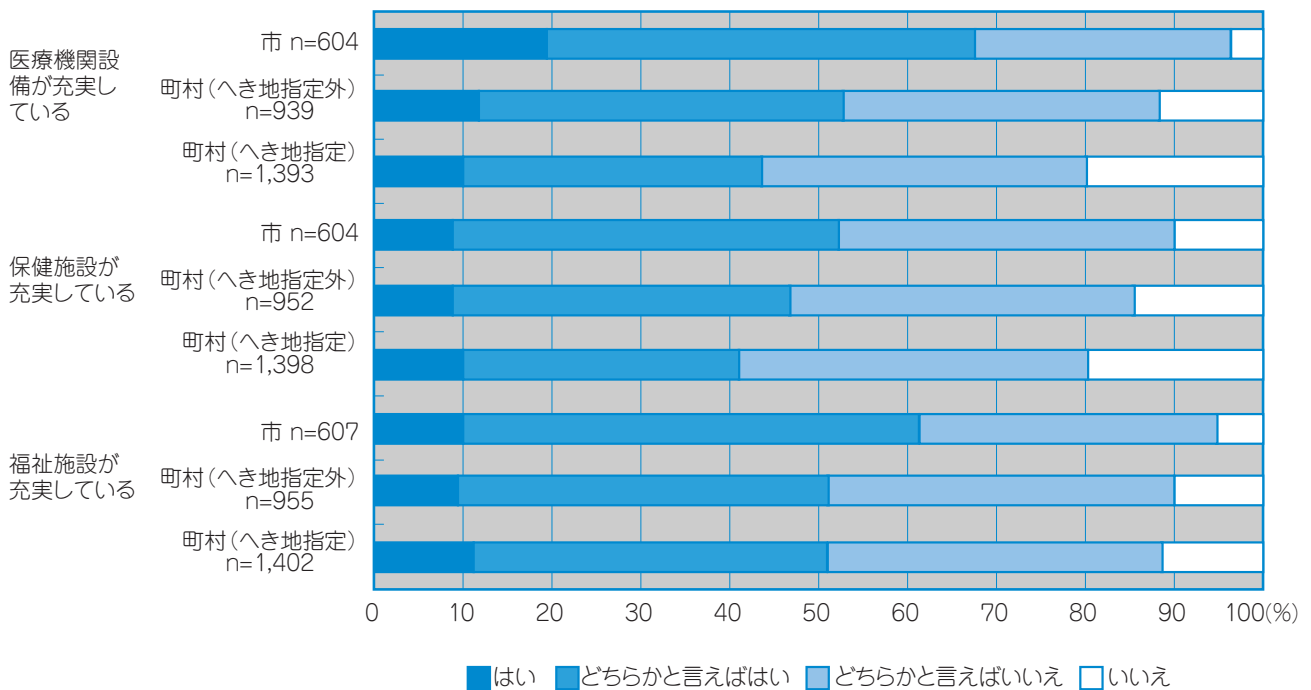


図 I-3-8 市町村の保健・医療・福祉の現状について

(2) 医療機関一施設の課題

施設の老朽化と改築については、市の医療機関の65%、町村の49%が「問題あり」(「どちらかと言えば問題がある」を含む)としていた。また、医療機器と設備の老朽化または更新についても、市の63%、町村の49%が「問題がある」(「どちらかと言えば問題がある」を含む)と回答した(図 I-3-9)。市医療機関の長は町村医療機関の長よりも、施設や設備の老朽化に対して問題がある、つまり古くなっていると思っていることがわかった。

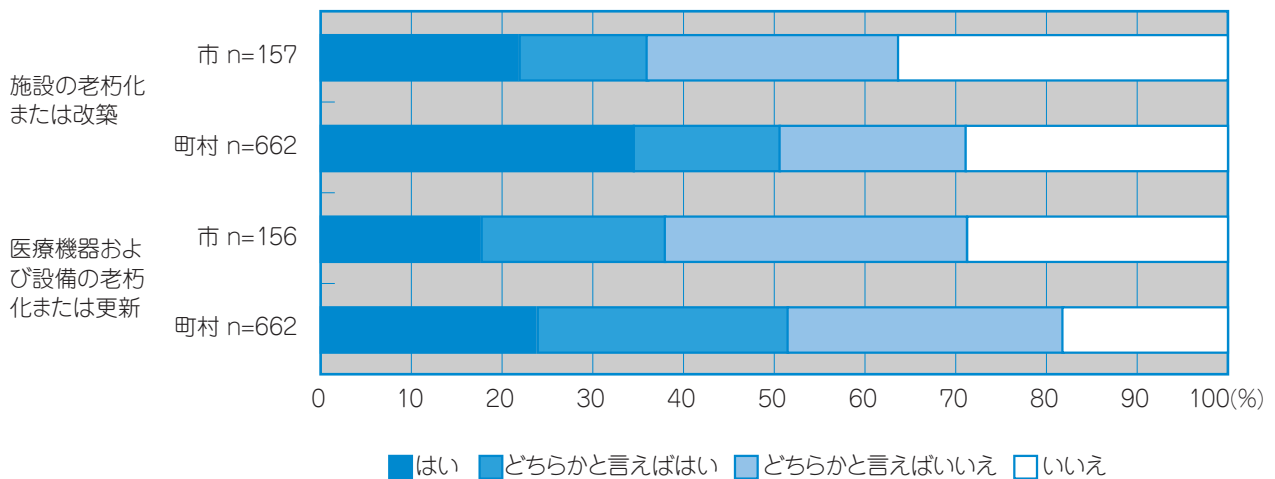


図 I-3-9 医療機関の施設の課題

(3) 医師—医療機器の充実

職場の医療機器が充実していると答えた(「どちらかと言えばはい」を含む)医師は、市の医療機関の医師は57%、町村の医師は53%であり、市と町村の医師の意識はほとんど同じであった(図 I -3-10)。しかし、市と町村の医療機関長の意識に差がみられた。このように、医師と医療機関の長では差異がみられた。

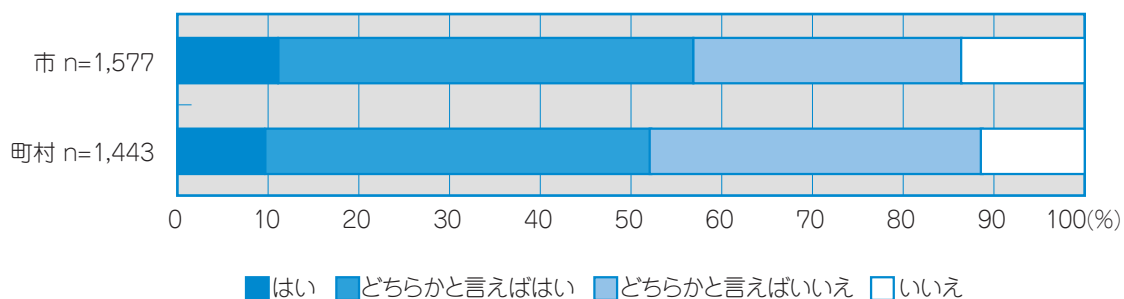


図 I -3-10 医師の医療機器の充実に対する意識

5. 地域特性の地域医療への影響

全国各自治体の地域特性(自治体の特徴)を示す指標には、立地条件、人口構成、産業、交通など多くの項目があげられる。地域特性を考える際に、これらの項目はすべて重要であり、また相互に関連している。しかし、すべてを扱うことは困難であるので、ここでは、都道府県別、市町村区分別、財政力指数別、高齢化率別、65歳以上人口割合(高齢化率)別、高齢夫婦世帯と高齢者単身世帯の割合(高齢者世帯率)別に地域医療の現状を解析し、その影響を考察する。取り上げた地域医療の指標としては、本調査の中から、「医療設備が充実している」(以後、「医療設備の充実」)、「幅広い医療内容を受けている」(以後、「幅広い医療」)、「信頼できる医療を受けている」(以後、「信頼の医療」)、「満足した在宅医療を受けている」(以後、「在宅医療」)、「満足した初期救急医療を受けている」(以後、「初期救急医療」)、「医療、保健、福祉が連携している」(以後、「連携」)の6項目を選び、その現状を解析した。「医療設備の充実」に「はい」または「どちらかと言えば、はい」(以後、「どちらかと言えば、はい」以上)と回答した自治体の割合は52%、「幅広い医療」は45%、「信頼の医療」は69%、「在宅医療」は45%、「初期救急医療」は52%、「連携」は60%であった(表 I -5-1)。「信頼の医療」と「連携」は「どちらかと言えば、はい」以上と回答した自治体が多い傾向を示した。

表 I -5-1 地域医療に関する項目の回答割合

項目	回答自治体数	はい	どちらかと言えば、はい	どちらかと言えば、いいえ	いいえ
医療設備が充実している	2,936	373(13%)	1,132(39%)	1,007(34%)	424(14%)
幅広い医療内容を受けている	2,910	289(10%)	1,016(35%)	1,168(40%)	437(15%)
信頼できる医療を受けている	2,911	396(14%)	1,598(55%)	774(27%)	143(5%)
満足した在宅医療を受けている	2,931	147(5%)	1,214(41%)	1,322(45%)	248(8%)
満足した救急医療を受けている	2,938	262(9%)	1,255(43%)	1,111(38%)	310(11%)
医療、保健、福祉が連携している	2,966	303(10%)	1,488(50%)	1,034(35%)	141(5%)

回答数と割合を示す

1) 都道府県別にみた地域医療の現状

都道府県別の地域医療の現状は大きく異なる。各項目に、「どちらかと言えば、はい」以上と回答した自治体の割合を、都道府県別にみると、それぞれ、約2倍から3倍と大きな格差がみられる。

「医療設備の充実」に「どちらかと言えば、はい」以上と回答した自治体の割合が最も高いのは兵庫県(71%)、次いで佐賀県(67%)、大阪府(67%)であった(表 I -5-2)。逆に最も低いのは茨城県(35%)、次いで宮城県(37%)、そして福島県(39%)、埼玉県(39%)であった。割合が50%以上は28都道府県(60%)であった。地域別にみると、関東、南東北に「どちらかと言えば、はい」以上の回答割合が低い自治体が多かった(図 I -5-1)。

「幅広い医療」に「どちらかと言えば、はい」以上と回答した自治体の割合が最も高いのは大阪府(63%)、滋賀県(63%)、次いで東京都(62%)であった(表 I -5-3)。逆に最も低いのは福島県(28%)、次いで茨城県(30%)であった。割合が50%以上は14都道府県(30%)であった。地域別にみると近畿、中部、東海に「どちらかと言えば、はい」以上の回答割合が高い自治体が多かった(図 I -5-2)。

「信頼の医療」に「どちらかと言えば、はい」以上と回答した自治体の割合が最も高いのは京都府(90%)、次いで神奈川県(82%)であった(表 I -5-4)。逆に最も低いのは福島県(43%)、次いで茨城県(48%)であった。割合が50%以上は45都道府県(96%)であった。地域別にみると、九州、中国、東北

に「どちらかと言えば、はい」以上の回答割合が低い自治体が多かった(図 I-5-3)。

「在宅医療」に「どちらかと言えば、はい」以上と回答した自治体の割合が最も高いのは長野県(70%)で、次いで大阪府(60%)であった(表 I-5-5)。逆に最も低いのは沖縄県(27%)、次いで福島県(29%)であった。割合が50%以上は17都府県(36%)であった。地域別にみると、関東に「どちらかと言えば、はい」以上の回答割合が低い自治体が多かった(図 I-5-4)。

「初期救急医療」に「どちらかと言えば、はい」以上と回答した自治体の割合が最も高いのは東京都(73%)で、次いで長野県(68%)であった(表 I-5-6)。逆に最も低いのは徳島県(33%)、次いで大分県

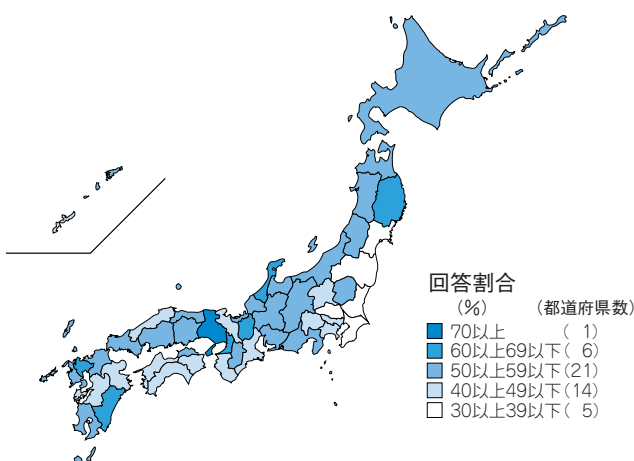


図 I-5-1 都道府県別、「医療設備が充実している」に「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した割合(%)

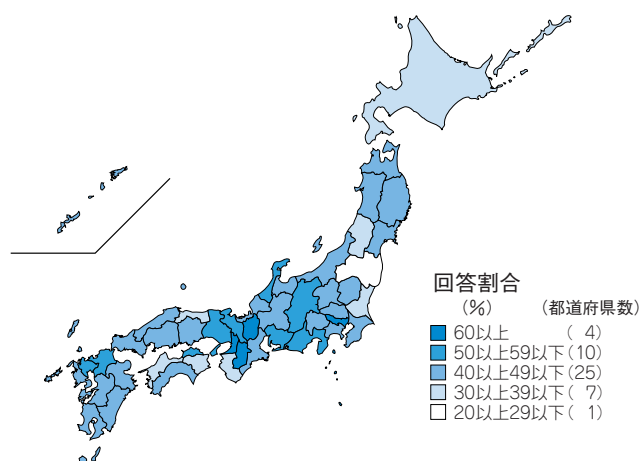


図 I-5-2 都道府県別、「幅広い医療内容を受けている」に「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した割合(%)

表 I-5-2 都道府県別、「医療設備が充実している」に「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した割合(%)

順位	都道府県名	割合(%)	順位	都道府県名	割合(%)
1	兵庫県	71	25	岡山県	51
2	佐賀県	67	26	鳥取県	51
3	大阪府	67	27	福井県	50
4	石川県	65	28	山形県	50
5	宮崎県	63	29	熊本県	48
6	滋賀県	62	30	和歌山県	48
7	岩手県	60	31	東京都	48
8	長野県	59	32	高知県	47
9	長崎県	57	33	沖縄県	46
10	福岡県	57	34	山梨県	46
11	広島県	56	35	群馬県	46
12	奈良県	56	36	愛媛県	45
13	静岡県	56	37	京都府	45
14	富山県	56	38	神奈川県	45
15	新潟県	56	39	徳島県	44
16	香川県	55	40	島根県	43
17	鹿児島県	54	41	大分県	42
18	愛知県	54	42	三重県	42
19	栃木県	54	43	千葉県	40
20	北海道	54	44	埼玉県	39
21	山口県	53	45	福島県	39
22	岐阜県	52	46	宮城県	37
23	秋田県	52	47	茨城県	35
24	青森県	52			

表 I-5-3 都道府県別、「幅広い医療内容を受けている」に「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した割合(%)

順位	都道府県名	割合(%)	順位	都道府県名	割合(%)
1	大阪府	63	25	千葉県	45
2	滋賀県	63	26	山口県	45
3	東京都	62	27	埼玉県	45
4	奈良県	61	28	長崎県	44
5	佐賀県	57	29	宮崎県	44
6	愛知県	56	30	広島県	43
7	静岡県	54	31	高知県	43
8	兵庫県	54	32	岐阜県	42
9	神奈川県	54	33	三重県	42
10	長野県	52	34	宮城県	42
11	石川県	51	35	青森県	41
12	京都府	51	36	島根県	41
13	福岡県	51	37	大分県	41
14	香川県	50	38	岩手県	40
15	山梨県	49	39	鹿児島県	40
16	栃木県	49	40	鳥取県	39
17	富山県	48	41	北海道	37
18	岡山県	48	42	和歌山県	33
19	秋田県	47	43	徳島県	33
20	福井県	47	44	山形県	31
21	沖縄県	47	45	愛媛県	31
22	新潟県	46	46	茨城県	30
23	群馬県	46	47	福島県	28
24	熊本県	45			

(35%)であった。割合が50%以上は29都府県(62%)であった。地域別にみると、中部、東海に「どちらかと言え、はい」以上の回答割合が高い自治体が、逆に九州、四国、北関東、南東北に低い自治体が多かった(図 I-5-5)。

「連携」に「どちらかと言え、はい」以上と回答した自治体の割合が最も高いのは山形県(79%)で、次いで岩手県(76%)であった(表 I-5-7)。逆に最も低いのは沖縄県(46%)、青森県(46%)、次いで高知県(47%)であった。割合が50%以上は44都道府県(94%)であった。地域別にみると、九州、北関東に「どちらかと言え、はい」以上の回答割合が低い自治体が多かった(図 I-5-6)。

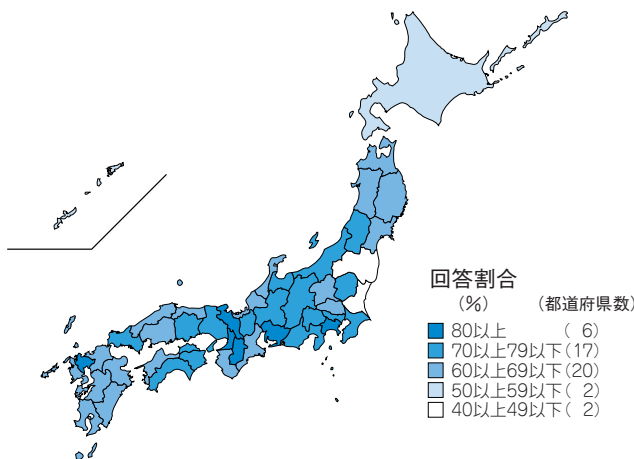


図 I-5-3 都道府県別、「信頼できる医療を受けている」に「はい」または「どちらかと言え、はい」と回答した割合(%)

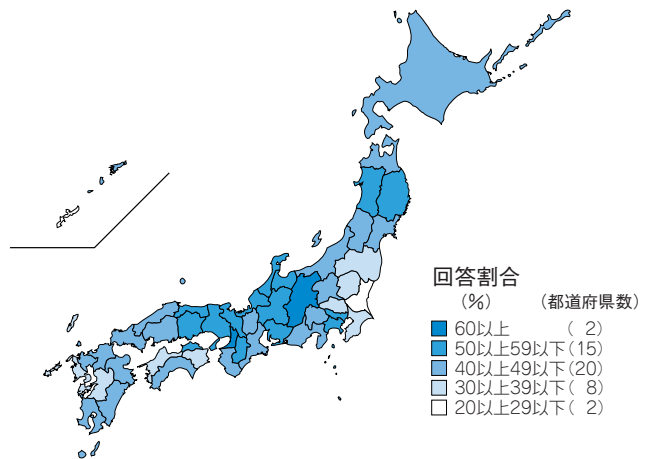


図 I-5-4 都道府県別、「満足した在宅医療を受けている」に「はい」または「どちらかと言え、はい」と回答した割合(%)

表 I-5-4 都道府県別、「信頼できる医療を受けている」に「はい」または「どちらかと言え、はい」と回答した割合(%)

順位	都道府県名	割合(%)	順位	都道府県名	割合(%)
1	京都府	90	25	宮崎県	70
2	神奈川県	82	26	福井県	70
3	奈良県	81	27	三重県	70
4	佐賀県	81	28	福岡県	70
5	愛知県	81	29	石川県	69
6	大阪府	80	30	青森県	68
7	東京都	78	31	宮城県	68
8	香川県	78	32	岩手県	67
9	山口県	77	33	広島県	66
10	岐阜県	76	34	秋田県	66
11	滋賀県	76	35	鹿児島県	66
12	高知県	76	36	愛媛県	65
13	徳島県	74	37	群馬県	64
14	岡山県	74	38	埼玉県	63
15	富山県	74	39	熊本県	63
16	長野県	74	40	大分県	63
17	静岡県	73	41	島根県	62
18	千葉県	73	42	長崎県	61
19	山梨県	73	43	鳥取県	61
20	新潟県	72	44	北海道	59
21	栃木県	72	45	沖縄県	58
22	山形県	71	46	茨城県	48
23	兵庫県	71	47	福島県	43
24	和歌山県	70			

表 I-5-5 都道府県別、「満足した在宅医療を受けている」に「はい」または「どちらかと言え、はい」と回答した割合(%)

順位	都道府県名	割合(%)	順位	都道府県名	割合(%)
1	長野県	70	25	高知県	47
2	大阪府	60	26	新潟県	47
3	秋田県	59	27	福岡県	46
4	富山県	58	28	大分県	45
5	岡山県	58	29	山形県	45
6	京都府	57	30	北海道	45
7	福井県	56	31	群馬県	45
8	岩手県	56	32	宮崎県	44
9	兵庫県	55	33	広島県	43
10	鳥取県	54	34	山口県	43
11	奈良県	52	35	和歌山県	42
12	神奈川県	52	36	鹿児島県	41
13	石川県	51	37	島根県	40
14	東京都	51	38	栃木県	40
15	岐阜県	51	39	愛媛県	39
16	愛知県	50	40	埼玉県	37
17	香川県	50	41	徳島県	37
18	静岡県	49	42	熊本県	37
19	山梨県	49	43	千葉県	37
20	滋賀県	49	44	長崎県	36
21	宮城県	48	45	福島県	35
22	三重県	48	46	茨城県	29
23	佐賀県	48	47	沖縄県	27
24	青森県	47	48		

北関東や九州など特定の地域において、「どちらかと言えば、はい」以上の回答割合が低い傾向を示した。回答は主観的であり、回答割合によって地域間の比較を単純に行うことは難しい。しかし、主観的な回答であったとしても、47都道府県において、バラツキがあることは非常に興味深い。北関東や九州では、公的医療機関をもつ自治体の割合が低い。このことは、これらの地域で「どちらかと言えば、はい」以上の回答割合が低い傾向を示したことになんらかの関連している可能性がある。

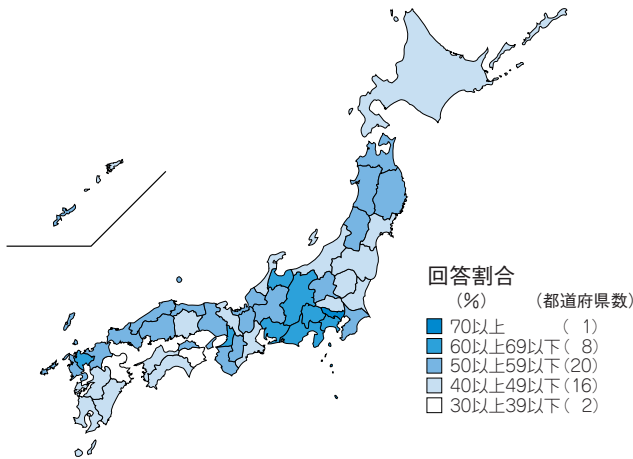


図 I-5-5 都道府県別、「満足した初期救急医療を受けている」に「はい」または「どちらかと言えばはい」と回答した割合(%)

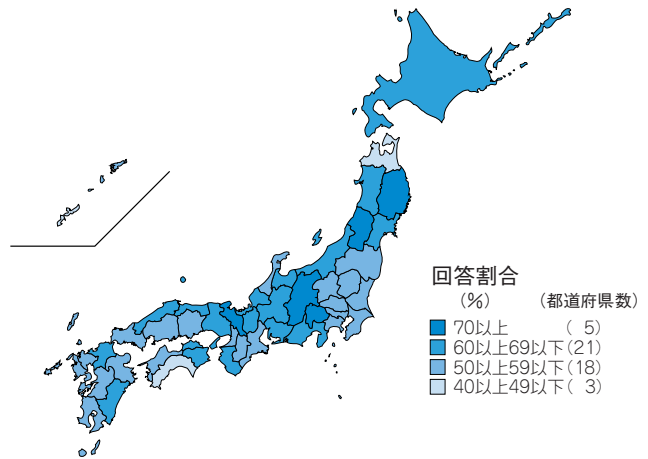


図 I-5-6 都道府県別、「医療、保健、福祉が連携している」に「はい」または「どちらかと言えばはい」と回答した割合(%)

表 I-5-6 都道府県別、「満足した初期救急医療を受けている」に「はい」または「どちらかと言えばはい」と回答した割合(%)

順位	都道府県名	割合(%)	順位	都道府県名	割合(%)
1	東京都	73	25	千葉県	52
2	長野県	68	26	福井県	52
3	愛知県	66	27	島根県	51
4	神奈川県	62	28	青森県	50
5	佐賀県	62	29	長崎県	50
6	山梨県	61	30	高知県	49
7	静岡県	61	31	北海道	48
8	富山県	60	32	岡山県	48
9	大阪府	60	33	三重県	47
10	滋賀県	60	34	愛媛県	47
11	香川県	58	35	京都府	46
12	福岡県	57	36	新潟県	46
13	山口県	57	37	熊本県	46
14	岩手県	57	38	宮崎県	44
15	秋田県	56	39	栃木県	44
16	鳥取県	56	40	鹿児島県	44
17	沖縄県	56	41	埼玉県	43
18	奈良県	55	42	宮城県	43
19	兵庫県	54	43	茨城県	42
20	岐阜県	54	44	福島県	41
21	和歌山県	53	45	石川県	41
22	広島県	53	46	大分県	35
23	山形県	52	47	徳島県	33
24	群馬県	52			

表 I-5-7 都道府県別、「医療、保健、福祉が連携している」に「はい」または「どちらかと言えばはい」と回答した割合(%)

順位	都道府県名	割合(%)	順位	都道府県名	割合(%)
1	山形県	79	25	福岡県	60
2	岩手県	76	26	鳥取県	60
3	京都府	74	27	岡山県	60
4	長野県	70	28	石川県	59
5	山梨県	70	29	群馬県	59
6	愛知県	68	30	愛媛県	58
7	宮城県	67	31	鹿児島県	57
8	静岡県	67	32	長崎県	56
9	兵庫県	67	33	埼玉県	55
10	香川県	67	34	茨城県	55
11	秋田県	66	35	山口県	54
12	神奈川県	66	36	佐賀県	53
13	宮崎県	65	37	熊本県	53
14	新潟県	65	38	広島県	53
15	東京都	65	39	栃木県	52
16	富山県	65	40	福島県	51
17	滋賀県	64	41	奈良県	51
18	北海道	64	42	三重県	51
19	福井県	64	43	大分県	51
20	千葉県	62	44	大阪府	50
21	島根県	62	45	高知県	47
22	岐阜県	61	46	青森県	46
23	和歌山県	61	47	沖縄県	46
24	徳島県	60			

2)市町村区別にみた地域医療の現状

自治体を市と町村、そして町村をへき地指定を受けているか否かに分けて地域医療の現状をみた。

「連携」以外の5項目は、市、へき地指定外町村、へき地指定町村の順で、「どちらかと言えば、はい」以上と回答した自治体の割合が高い(表I-5-8)。市とへき地指定町村との割合の差が最も大きいのは、「幅広い医療」(26%)、次いで「医療機関の設備」(23%)、そして「初期救急医療」(18%)であった。「信頼できる医療」(9%)、「在宅医療」(7%)は割合の差は10%未満であった。「連携」については、へき地指定外町村とへき地指定町村はほぼ同じで市は低く、その差は8~9%であった。

へき地指定町村に比較して、へき地指定外町村は、さらに市では、医師数、医療機関数は多く、また診療科も多い。これらが、「幅広い医療」、「医療機関の設備」、「初期救急医療」の回答割合の結果に影響したと思われる。「連携」については町村の方が回答割合が高く、逆に組織が小さいことが連携しやすさにつながっていると思われる。「在宅医療」や医師の資質など医療の質に関わる「信頼できる医療」の回答割合の差が他の3項目に比べ低いことは、町村に勤務する医師など医療従事者が、保健・医療・福祉の連携に努力していることを推測できる。

表I-5-8 市町村区別、各項目の「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した自治体数およびその割合

項目	市 n=646	へき地指定外町村 n=977	へき地指定町村 n=1,436	計 n=3,059
医療機関設備が充実している	405(67%),604	494(53%),939	606(44%),1,393	1,505(51%),2,936
幅広い医療内容を受けている	371(62%),602	433(47%),928	501(36%),1,380	1,305(45%),2,910
信頼できる医療を受けている	443(74%),598	660(71%),933	891(65%),1,380	1,994(68%),2,911
満足した在宅医療を受けている	296(49%),599	475(50%),943	590(42%),1,389	1,361(46%),2,931
満足した初期救急医療を受けている	379(63%),602	511(54%),947	627(45%),1,389	1,517(52%),2,938
医療、保健、福祉が連携している	329(54%),608	599(63%),957	863(62%),1,401	1,791(60%),2,966

「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した自治体数、割合、回答自治体総数を示す。

3)財政力指数と地域医療の現状

自治体の財政力の強さを示す財政力指数(基準財政収入額を基準財政需要額で除して算出されたもの)によって自治体を区分し、地域医療の現状をみた。「市町村決算状況調査」(自治省財政局(総務省自治財政局)、1997(平成9)年)に基づき、自治体を財政力指数の低い(~0.23)、中間(0.24~0.47)、高い(0.48~)群の3つに区分した。

「連携」以外の5項目は、財政力指数が高い、中間、低い順に「どちらかと言えば、はい」以上と回答した自治体の割合が高い(表I-5-9)。「在宅医療」以外は高い群と低い群で10%以上の差がみられる。「連携」については、3群間で割合に差はみられない。

各項目の回答別に財政力指数をみると、「在宅医療」と「連携」以外は「はい」、「どちらかと言えば、はい」、「どちらかと言えば、いいえ」、「いいえ」の順に財政力指数の平均値は高い(表I-5-10)。しかし、「在宅医療」と「連携」にはこのような傾向はみられない。

医療については、医療設備の投入などハード面の充実をはかるために財政力の影響が大きいと思われる。しかし、保健や福祉に関わる項目について、そこで働く人々の働く姿勢などソフト面の充実を

表 I-5-9 財政力指数別、各項目の「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した自治体数およびその割合

項 目	回答自治体数	低い(～0.23) n=987	中間(0.24～0.47) n=1,051	高い(0.48～) (n=998)
医療機関の設備が充実している	2,917	382(40%), 952	524(51%), 1,022	585(62%), 943
幅広い医療内容を受けている	2,889	318(34%), 939	434(43%), 1,017	538(58%), 933
信頼できる医療を受けている	2,891	590(63%), 943	680(67%), 1,017	709(76%), 931
満足した在宅医療を受けている	2,910	404(42%), 951	464(46%), 1,018	478(51%), 941
満足した救急医療を受けている	2,918	418(44%), 947	518(51%), 1,029	564(59%), 948
医療、保健、福祉が連携している	2,945	586(61%), 959	633(61%), 1,033	556(58%), 953

「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した自治体数、割合、回答自治体総数を示す。

表 I-5-10 財政力指数と地域医療の現状

項 目	回答自治体数	はい	どちらかと言えば、はい	どちらかと言えば、いいえ	いいえ
医療設備が充実している	2,917	0.47±0.30, 369	0.45±0.28, 1,122	0.39±0.28, 1,002	0.31±0.25, 424
幅広い医療内容を受けている	2,889	0.47±0.27, 284	0.46±0.30, 1,006	0.39±0.27, 1,162	0.32±0.26, 437
信頼できる医療を受けている	2,891	0.40±0.28, 392	0.43±0.28, 1,587	0.38±0.28, 769	0.32±0.25, 143
満足した在宅医療を受けている	2,910	0.37±0.26, 142	0.43±0.29, 1,204	0.40±0.27, 1,316	0.37±0.30, 248
満足した救急医療を受けている	2,918	0.44±0.30, 258	0.44±0.28, 1,242	0.38±0.26, 1,108	0.36±0.31, 310
医療、保健、福祉が連携している	2,945	0.36±0.27, 299	0.41±0.27, 1,476	0.42±0.29, 1,031	0.42±0.28, 139

平均値±標準偏差、回答数を示す。

はかる必要があり、財政力が必ずしも影響しないことがうかがえる。

4) 高齢化率と地域医療の現状

年々、高齢化率(65歳以上人口割合)は増えている。高齢化率によって自治体を区分し、地域医療の現状をみた。「国勢調査報告書」(総務庁統計局(現総理府統計局)、1995(平成7)年)に基づき、自治体を老齢化率の低い(～17.8%)、中間(17.9～22.9%)、高い(23.0%～)群の3つに区分した。

「連携」以外の5項目は、高齢化率が低い、中間、高い順に「どちらかと言えば、はい」以上と回答した自治体の割合が高い(表 I-5-11)。「在宅医療」以外は高い群と低い群で10%以上の差がみられる。「連携」については、3群間で割合に差はみられない。

各項目の回答別に高齢化率をみると、「在宅医療」と「連携」以外は「いいえ」、「どちらかと言えば、いいえ」、「どちらかと言えば、はい」、「はい」の順に高齢化率の平均値は高い(表 I-5-12)。しかし、「在宅医療」と「連携」にはこのような傾向はみられない。

高齢化社会において、保健・医療・福祉を統合したサービスの提供、とくにその中でも在宅医療は重要である。他の項目の結果と比較すると、「在宅医療」、「連携」に関しては、高齢化率の高い地域において、努力していることが推測される。

表 I-5-11 高齢化率(65歳以上人口割合)別、各項目の「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した自治体の割合

項目	回答自治体数	老 齢 化 率		
		低い(~17.8%) n=1,003	中間(17.9~22.9%) n=1,049	高い(23.0%~) n=1,007
医療機関の設備が充実している	2,936	577(61%),941	518(51%),1,023	410(42%),972
幅広い医療内容を受けている	2,910	531(57%),934	420(42%),1,012	354(37%),964
信頼できる医療を受けている	2,911	697(75%),933	674(67%),1,012	623(64%),966
満足した在宅医療を受けている	2,931	482(51%),939	454(45%),1,020	425(44%),972
満足した初期救急医療を受けている	2,938	576(61%),948	498(49%),1,018	443(46%),972
医療、保健、福祉が連携している	2,966	566(59%),953	634(61%),1,031	591(60%),982

「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した自治体数、割合、回答自治体総数を示す。

表 I-5-12 高齢化率(65歳以上人口割合)と地域医療の現状

項目	回答自治体数	はい	どちらかと言えば、はい	どちらかと言えば、いいえ	いいえ
医療設備が充実している	2,936	19.5±6.3, 373	19.9±6.0, 1,132	21.0±6.3, 1,007	23.1±6.0, 424
幅広い医療内容を受けている	2,910	19.2±6.3, 289	19.7±6.2, 1,016	21.2±6.1, 1,168	22.9±5.9, 437
信頼できる医療を受けている	2,911	20.7±6.8, 396	20.3±6.1, 1,598	21.1±6.0, 774	23.2±6.0, 143
満足した在宅医療を受けている	2,931	21.5±6.3, 147	20.2±6.2, 1,214	20.9±6.1, 1,322	22.3±6.7, 248
満足した救急医療を受けている	2,938	20.2±6.4, 262	20.0±6.2, 1,255	21.1±6.1, 1,111	22.6±6.3, 310
医療、保健、福祉が連携している	2,966	22.0±6.6, 303	20.5±6.1, 1,488	20.6±6.2, 1,034	21.0±6.7, 141

平均値±標準偏差、回答数を示す。

5)老人世帯率と地域医療の現状

高齢化率の増加に加え、老人夫婦世帯数または老人単身世帯数の増加への対応も社会的課題となっている。これらの世帯数の全世帯における割合を高齢者世帯率と称し、これによって自治体を区分し地域医療の現状をみた。「国勢調査報告書」(総務庁統計局(現総理府統計局)、1995(平成7)年)に基づき、自治体を高齢者世帯率((老人夫婦世帯数+老人単身世帯数)/世帯数)の低い(~10.6%)、中間(10.7~17.3%)、高い(17.4%~)群の3つに区分した。

「連携」以外の5項目は、高齢者世帯率が高い、中間、低い順に「どちらかと言えば、はい」以上と回答した自治体の割合が高い(表 I-5-13)。しかし、これらの割合の差はすべて10%未満であった。「連携」については、3群間で割合に差はみられない。

各項目の回答別に高齢者世帯率をみると、「連携」以外は「いいえ」が他の回答に比較して高齢者世帯率の平均値は高い(表 I-5-14)。しかし、「連携」には各回答間で高齢者世帯率の平均値に大きな差はみられない。

介護保険における居宅サービスの需要は老人夫婦世帯や老人単身世帯では高い。老人世帯率の高い群において、「在宅医療」の「どちらかと言えば、はい」以上と回答した自治体の割合が低いことは、今後、改善していく必要があると考える。

表 I -5-13 高齢者世帯数(高齢夫婦世帯数と高齢者単独世帯数)別、各項目の「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した自治体の割合

項 目	回答 自治体数	高 齢 者 世 帯 率		
		低い(~10.6%) n =1,021	中間(10.7~17.3%) n =1,020	高い(17.4%~) n =1,018
医療機関の設備が充実している	2,936	514(53%),971	543(55%),980	448(45%),985
幅広い医療内容を受けている	2,910	465(48%),962	459(47%),972	381(39%),976
信頼できる医療を受けている	2,911	688(72%),961	671(69%),974	635(65%),976
満足した在宅医療を受けている	2,931	472(49%),967	473(48%),984	416(42%),980
満足した初期救急医療を受けている	2,938	540(55%),977	528(54%),981	449(46%),980
医療、保健、福祉が連携している	2,966	611(62%),982	585(59%),993	595(60%),991

「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した自治体数、割合回答自治体総数を示す。

表 I -5-14 高齢者世帯数(高齢夫婦世帯数と高齢者単独世帯数)と地域医療の現状

項 目	回答 自治体数	はい	どちらかと言えば、 はい	どちらかと言えば、 いいえ	いいえ
医療設備が充実している	2,936	14.8±7.3, 373	14.8±7.4, 1,132	15.6±8.1, 1,007	17.3±8.4, 424
幅広い医療内容を受けている	2,910	14.2±7.3, 289	14.6±7.3, 1,016	15.8±8.1, 1,168	17.3±8.4, 437
信頼できる医療を受けている	2,911	15.4±8.2, 396	15.4±7.6, 1,598	15.8±7.9, 774	18.3±8.8, 143
満足した在宅医療を受けている	2,931	15.8±7.8, 147	14.7±7.4, 1,214	15.6±7.9, 1,322	17.5±8.9, 248
満足した救急医療を受けている	2,938	15.1±7.5, 262	14.6±7.5, 1,255	15.9±7.9, 1,111	17.4±8.4, 310
医療、保健、福祉が連携している	2,966	16.4±8.1, 303	15.4±7.7, 1,488	15.7±7.8, 1,034	15.6±8.5, 141

平均値±標準偏差、回答数を示す。

4. 地域医療を支える財源

1) 市町村の予算編成のしくみ

市町村の予算編成には根拠となる法令がなく、慣行によって編成される。予算の組み方としては、各部署からの積み上げ、首長からのトップダウン、予算編成部署による集中編成、財源割り当てなどの方式がある。合理的かつ斬新な自治体経営が求められる今日では積み上げ方式は予算の分捕り合戦になり、財源割り当てでは新機軸は打ち出せず保守的な慣行優先に陥りやすいので、トップダウンまたは集中編成方式を基本にし、いかに現場と住民の意見を盛り込むか工夫するのが最適であろう。実際には、比較的大きな自治体では積み上げ方式、小さな自治体では人事と予算を統括する部署による集中編成方式をとることが多い。いずれにしろ、実際には前年度予算をもとに当然増・当然減を加減し、その上で政策的判断で増減を決める「標準予算方式」によって予算が編成される。

2) 予算の制約と補助金の獲得

予算編成の際、市町村には、各種の制約がある。もっとも大きいのがいわゆる義務的経費(職員の給料など、老齢年金、老人医療費、公債費、事務組合分担金、契約代金、債務に基づく弁償金ほか)で、議会もこれを削ることができない。また、法で用途が指定された特定財源には対応する支出が必要になる。国、都道府県の補助金・負担金関係とこれに旧機関委任事務・法定受託事務に関する予算も硬直性が高い。自治体に自主的な課税権がほとんどないため自主財源が乏しく、企画力がある自治体も単独事業が実現できない現状では、次善の策として国・都道府県の事業に乗って補助金を獲得することになる。

補助事業の多くは、実施したい自治体が手を挙げる方式であるから、新規事業情報を常に収集しておかなければならない。国・都道府県の補助金の割合は、事業により様々であるが「モデル事業」は、弱小自治体に有利である。ところが、指定される自治体が限られる上、自治体の姿勢や実績がものをいうので、長期的なビジョンが必要になる。また、保健・医療・福祉・介護に関する事業を展開する際にも、自然環境の保護・特異な自然を生かした産業振興・地場産業振興・ウルグアイラウンド対策・農村と都市のふれあい・生涯学習・勤労者の余暇利用・農道整備・港湾整備などの事業を組み合わせる利用することが可能なので、自治体の大小にかかわらず、総合企画力を発揮すべきところである。

3) 歳出予算の仕組み

歳出予算は、法に基づく規則で款・項・目・節に区分されて表示される。款・項のレベルでは議会費・総務費・民生費・衛生費・労働費・農林水産業費・商工費・土木費・教育費・災害復旧費・公債費・諸支出金・予備費に分けられる。

衛生費を例にとると、この中に(1)保健衛生費(2)清掃費(3)上水道費などを項として設ける。(1)の保健衛生費の中には、1保健衛生総務費2予防費3母子衛生費4環境衛生費5公害対策費6診療所費といった目がある(診療所、病院などは特別会計として別にすることが多い)。目の下の節は地方自治法施行規則で28しかない。主な節に含まれる地域医療関係の支出(例)を列举すると表I-4-1のようになる。節が統一されていることにより、報酬・給料・職員手当・報償費・賃金を合計して人件費の合計を出すというような、分析のための作業が可能になる。

表 I-4-1 主な節に含まれる地域医療関係の支出(例)

節	例
1 報酬	
2 給料	
3 職員手当等	伝染病患者取り扱いおよび消毒手当
7 賃金	臨時職院、指導員手当
8 報償費	健康講演会講師謝礼
9 旅費	
11 需要費	消耗品、会議用食糧、健康カレンダー印刷代、ガソリン代、啓発用垂れ幕
12 役務費	手数料、洗濯代、予防接種事故賠償責任保険料、保健婦用自動車修理費
13 委託料	在宅当番医制運営委託料、がん検診委託料、乳児健診委託料
18 備品購入費	自動車購入費
19 負担金、補助金 および交付金	夜間救急センター運営費補助金、医師会補助金、献血推進連絡協議会補助金

4) 医師確保の財源

医師の給与、賃金は他の自治体職員と変わらないが、「確保」のための財源は特殊である。自治体予算の中に明確に医師確保対策費という項・目を設けているところもまれにあるが執行状況はさまざまである。医学部進学者に対して卒業後の就職を約束して奨学金を出す事業は、医師の就職が大学医局によって統制されている現状では芳しい成果を上げていない。地域社会振興財団などの公益法人では、少額ながら、代診医師の派遣やへき地指定町村の医療機関の医師の研修のための費用を補助する事業を行っているところがある。

5) 設備投資の財源

病院・診療所・訪問看護ステーション等を新築または改築・移転するための費用は、一般の施設の建設と同様、大部分は起債によるが、過疎地域(山村・離島・半島・豪雪地など法で指定)ではより多額で有利な過疎債の発行が認められる。その償還はのちに地方交付税交付金として自治体に交付されることになるので、財政に影響を与えることは少ない。また、公的な資金の還元融資も受けられることがある。個人や法人なら社会福祉・医療事業団の低利融資(平成13年11月現在1.5~1.7%)も利用できる。しかし、大きな施設を建設すれば維持費がかさむのであり、相当の収益を上げなければならないことに注意する必要がある。救急医療の整備、母子保健事業の推進、お年よりの生きがいつくりなどの補助事業による補助金の獲得も可能である。

設備一般や各種事業によっては、個人や法人・NPO法人で社会福祉・医療事業団の融資のほか、日本自転車振興会(競輪)、日本財団(競艇)、日本小型自動車振興会(オートレース)などの補助を受ける道がある。また、共同募金の配分を受けることも可能である。保健・医療・福祉・介護を自治体独自の事業と位置付けるのではなく、街づくり・村おこしと一体として推進することで、財源の問題の多くは解決される可能性がある。

6. 新聞記事にみる医療・保健・福祉のトレンド

新聞紙上の記事や論説は社会を映す鏡であると同時に、いわゆるアナウンスメント効果として世論形成のきっかけとなると考えられる。そこで、読売新聞データベース(ヨミダス)を用いて、わが国の医療保健福祉に関する動向の概観を試みた。今回、電子化され利用可能であった記事や社説等は1987(昭和62)年からのものである。

1) 介護保険の策定と関連して福祉や医療に関する記事が急増

1994(平成6)年の「21世紀福祉ビジョン」において、公的介護保険構想が公式に登場し、介護保険法および同施行法が1997(平成9)年に成立して2000(平成12)年からのスタートを目指すこととなった。施行前年にあたる1999(平成11)年は実施主体である市町村がその準備に奔走した年でもあり、特にその保険料の算定と市町村への負担を中心に介護保険制度に関する活発な議論が行われ始めた。

1999(平成11)年からの福祉関係記事の急増は、医療制度に加えて介護制度が導入されるにあたって、「社会的共通資本」としての福祉体制が、いかに注目され多くの議論をよんだかを端的に表している。

福祉関係記事の増加に呼応してキーワードとして医療を含む記事も急増しているが、これは、介護保険に引きずられる形で医療関係の話題が登場したためと考えられる。わが国では、福祉のインフラが少ないことから、既存の医療制度を利用する形で福祉ニードへの対応が行われてきた。たとえば、いわゆる「中間施設」は特養ホームと病院の機能を合わせ持ち、その管理運営費は医療(健康)保健で賄われるものであった。80年代に「医療の福祉化」と表現されたように、福祉機能を果たしている医療施設は多い。介護保険制度導入と共に、システムとしても、医療とのすみわけと連携に関する議論は不可避となったのである。キーワードを組み合わせ「医療×福祉」として検索しても、グラフのパターンがほぼ同一であるのは、この事を表していると考えられる(図 I-6-1)。また、「地域×医療」が同じパターンを取っているのは、介護保険の実施主体が市町村であり、その性格として、地域ベースの活動が基盤であることによっているものと考えられよう。

2) へき地医療

へき地医療をキーワードとして検索してみると、「福祉×医療」「地域×医療」でみた場合の取り扱われ方とは異なり、あまり急激な増加は示していないが、80年代では、ほとんどがへき地医療に挺身した方々の叙勲に関する記事であったものが、2000(平成12)年にはいると、さらに、へき地に医師に対する県の代診医制度(鳥根)やへき地医療支援機構(厚生省)などの新しいシステムに関する記事やへき地に対する医師会の役割を問うものなどが増え始めている。

また、へき地医療と自治医科大学という形では、第1期生の義務年限修了に関するものと自治医科大学20周年に際しての解説記事が検索された(表 I-6-1)。

3) 自治医科大学と地域医療

「へき地」や「辺地」を含めて「地域医療」にとっての「自治医科大学」がどのように取り扱われているかを調べるために、「自治医科大学×地域医療」と「自治医科大学(附属病院を除く)」の双方で検索し、自治医科大学の活動に直接関係する記事として、11件を得た。

第1期生が「義務年限」を終了した1987(昭和62)年の記事では、約半数の卒業生が義務終了後もへき地医療に携わることに對して一定の評価をしつつも、将来に向けて、へき地医師に対する支援体制等

のシステム構築を求める論調であった。その後も、医師過剰時代といわれながらへき地での医師不足が続いていることに対して危惧を表す記事は続いており、関連する形で自治医科大学が取り扱われている。また、代診システムなどの支援策の必要性だけでなく、学閥や「総合医」に対する評価、地元との連携など、へき地に医師を確保するにあたって解決されなくてはならない問題の多さや奥の深さも指摘されてきている。

もとより自治医科大学のみで解決できる問題ではなく、社会全体での取り組みが必要なことはいうまでもない。しかし、目的別大学である自治医科大学にとって、1992(平成4)年の同紙にある「わが国の医療、福祉、保健行政が問われる高齢者社会こそ、自治医大の『総合医』が真価を発揮する場であり、へき地を中心とした地域医療のシステムを同大が打ち出してくれることを期待したい」という指摘には重いものがあるといわざるを得ない。同時に、このような要望に応えるのが自治医科大学にとっても1つの責務であるといっても過言ではない。

2000(平成12)年の同紙(大阪版)に、山間地での共通課題を考えるサミットで阿波谷氏による「地域包括医療ケアシステム」の講演が行われた旨を見出した。年と共に、同様の活動を地域で展開する卒業生が出てきており、一脈の光明といえようか。

表 I-6-1 「年表」

1987年	自治医科大学第一期生義務年限終了
1989年	高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)を策定
1990年	老人福祉法など、社会福祉関係8法を一括改正
1992年	老人訪問看護制度創設(老人保健法改正) 福祉オンブズマン制度スタート
1993年	自治医科大学設立20周年
1994年	新ゴールドプラン策定 エンゼルプラン策定 精神保健法改正
1995年	介護休業法成立
1996年	公的介護保険制度の最終報告
1997年	介護保険法成立 健保法改正(本人8割給付)
1999年	介護保険の「円滑な実施のための特別対策」を決定
2000年	介護保険制度スタート

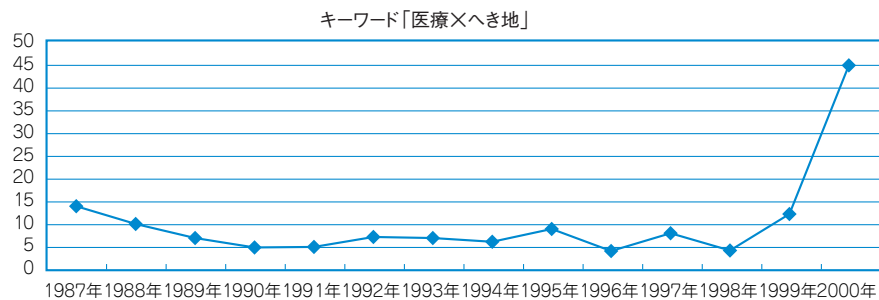
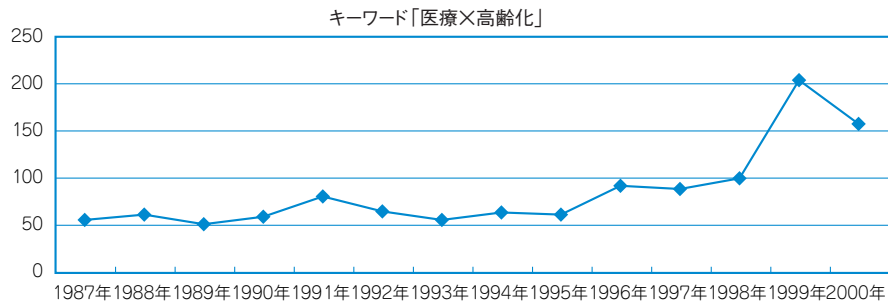
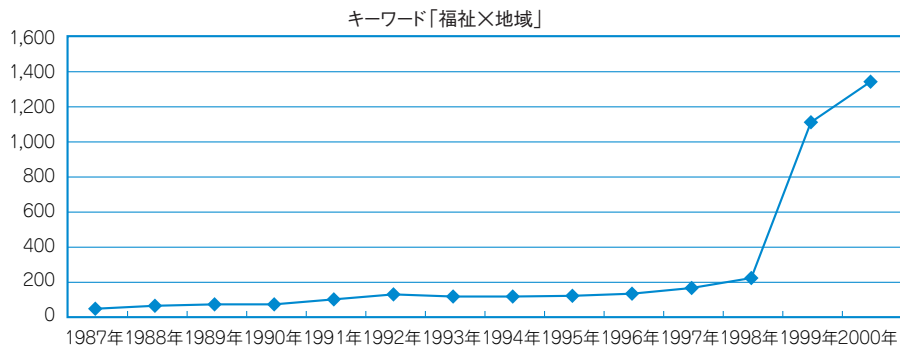
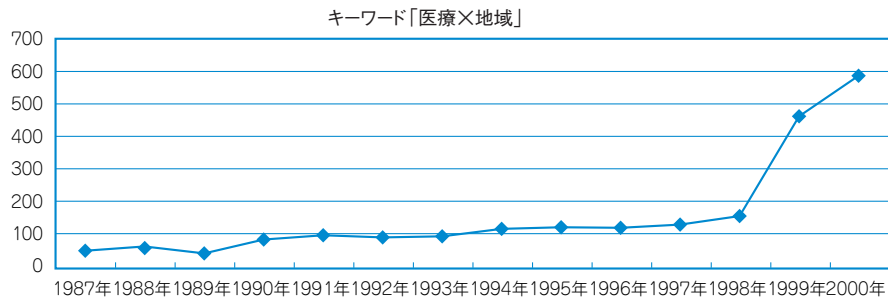
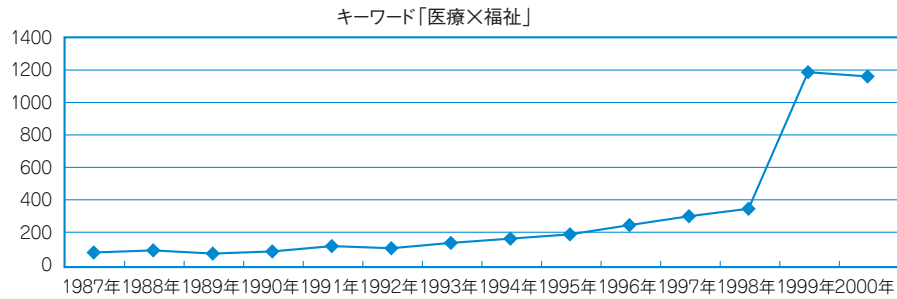
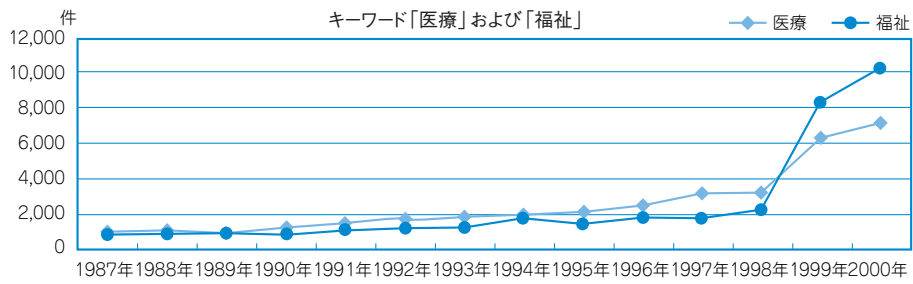


図 I - 6 - 1

7. 地域医療を支える学会、研究会

インターネットの検索エンジンで「地域医療」、「学会」、「研究会」、「ネットワーク」のキーワードで検索すると、地域医療とどのキーワードを組み合わせても該当なしとの解答となる。しかし、「地域医療」のみで検索すると1万を超えるヒット数になり、いろいろなところで地域医療というキーワードが使われていることがわかる。今回対象となる学会、研究会をピックアップする方法として人海戦術で電話帳や書籍を細かく調査する方法もあると思われるが、県や市単位などの小さな研究会やネットワークを拾い上げることもなることから、今回はインターネットの検索エンジン(yahoo, goo)で検索でき、全国組織である団体を中心に選択した。

日本プライマリ・ケア学会

1977(昭和52)年6月、人間の医学を唱えてきた実地医家のための会の有志を母体に創設され、医師をはじめ歯科医師、薬剤師およびコメディカルなど医療に携わる者が、地域・家庭・個人の第一線の健康問題を効果的に解決するための研究、方策などを発表討論しあう学会として誕生した。2000(平成12)年6月30日現在、会員数3,674名、医師3,011名(82.0%)、歯科医師99名(2.7%)、薬剤師89名(2.4%)、コメディカル437名(11.9%)などとなっている。2001(平成13)年6月9,10日、青森市にて第24回日本プライマリ・ケア学会が開催された。季刊誌「日本プライマリ・ケア学会誌」を発行。また、本学会は、世界の一般医・家庭医の組織WONCAに加盟するために、医師のみのプライマリ・ケア医学会を組織し、わが国の代表となっている。

全国国民健康保険診療施設協議会(国診協)

1961(昭和36)年10月28日国民健康保険診療施設医学会として設立、1982(昭和57)年3月20日に全国国保医学会と改称。1989(平成元)年3月27日、国民健康保険の理念に立脚し、国民健康保険診療施設の機能の充実強化と地域医療に関する医学の向上、並びに施設運営管理の合理化を図り、もって地域社会における包括医療体制の確立に寄与することを目的として、社団法人全国国民健康保険診療施設協議会が設立された。2001(平成13)年9月28,29日、青森市にて第41回全国国保地域医療学会が開催された。季刊誌「地域医療」を発行。

地域医療振興協会

自治医科大学を卒業し、へき地医療に取り組んできた医師たちにより、医療過疎の現状を解消し、より安定した質の高い地域医療を確保して、わが国の地域保健と住民福祉に貢献することを目的に、1986(昭和61)年5月設立された。2000(平成12)年12月現在、会員数は医師・病院などを合わせて1,404名。事業内容は、医学生への医療研修活動の指導、へき地医療における診療基準の研究と確立、総合医の確立についての研究と研修会の開催、医療情報の収集と提供、へき地へ勤務する医師の職業紹介を行っている。現在、へき地医療の支援と充実を図るため、へき地医療支援病院等の開設および運営管理の受託を各地で展開し、その施設数は14か所にのぼる。月刊誌「地域医学」を発行。

日本農村医学会

1952(昭和27)年設立、1961(昭和36)年日本医学会加盟となる。現在、会員数3,981名(医師3,857名、非医師124名)。隔月刊誌「日本農村医学会誌」を発行。

家庭医療学研究会

家庭医療学の確立とそれを実践する家庭医の養成を目指して1986(昭和61)年に設立。年1回以上学会誌「家庭医療」を発行、また、年数回ニュースレターも発行。

日本総合診療医学会

総合診療に関する研究と教育を促すことを目的に、大学や病院の総合診療部門の医師や研究者が参加して、年1回学術集会が開かれている。年1回学会誌「General Medicine」を発行。

その他

在宅ケアを支える診療所全国ネットワーク

1995(平成7)年9月に結成された在宅医療に取り組む診療所を核としたネットワーク。

地域医療研究会

1975(昭和50)年外科医療研究会として発足、1980(昭和55)年地域医療研究会として地域医療の経験交流と地域医療を担う若手医師の確保と養成を目的に活動開始。

2001(平成13)年9月22,23日、北海道弟子屈町にて地域医療研究会'01in北海道大会が開催された。

在宅医療を支える診療所全国ネットワーク

1993(平成5)年9月に結成された在宅医療に取り組む診療所の全国ネットワーク。

II 地域医療への自治医科大学の役割(貢献)

1. 自治医科大学のあゆみ

自治医科大学が開学した1972(昭和47)年という年がどのような時期であったか、当時のキーワードをいくつか示し世相を現してみたい。「沖縄返還」「恥ずかしながら」「三角大福」「あさま山荘」「総括」「瀬戸の花嫁」「恍惚の人」「高松塚古墳」「日本人論」「パンダ外交」・・・

即座に全てを思い出すという方もおられれば、そもそも生まれていなかったという方も数多いであろう。確かに30年という年月は、人の記憶を曖昧なものにし、あるいは、その記憶を持たない新たな世代を生み出すに十分な幅を持っている。

自治医科大学が開学する発端となったキーワードは「医専構想」であった。

1)自治医科大学の開学前夜

当時のわが国の医師数は、人口10万対115人程度であり、アメリカ(160人)、西ドイツ(190人)、イタリア(200人)等の欧米諸国に比しても少ないものであった。特にへき地で働く医師は、極めて少数に限られており、へき地等で働く医師を安定的に確保するシステムの構築が必要不可欠であった。

一方、国においては第1次、第2次のへき地医療対策(計画)を経て、1968(昭和43)年から第3次へき地医療対策(計画)を打ち出し、地方公共団体が行うへき地診療所の設置や患者輸送車(艇)・巡回診療車の整備に重点助成を行った。また、都道府県と連携して修学資金貸与等の方法により医師確保対策を講じていたが、大きな成果を得るには至らなかった。

このような背景の下、1970(昭和45)年7月4日に高知市で開催された「1日自治省」において、自治大臣秋田大助氏が、へき地等に勤務する医師養成機関を都道府県が共同して設立する「医学高等専門学校構想」を表明した。この構想に対しては、各方面から賛否両論が提起されたが、様々な論議を経た結果、実力あるへき地勤務医師を養成するための医科大学構想へ転換結実することとなった。同年10月に自治大臣は医科大学の設立を決定し、1971(昭和46)年度予算原案において、同年度から3か年度間に総額10億円の国庫補助が認められた。

その後、設立発起人会の発足、開設準備委員会の設置等を経て、初代学長として中尾喜久氏の就任が内定し、さらに名称を「自治医科大学」とし、併せて、13県14地区の候補地の内から、栃木県河内郡南河内町(栃木県畜産試験場跡)が校地とされた。

開学前後を年譜調に書き留めると次のとおりである。

1970(昭和45)年	7月	医学高等専門学校構想表明
1971(昭和46)年	1月	医科大学設立発起人会発足
1971(昭和46)年	5月	名称、校地決定
1971(昭和46)年	8月	第1期工事着工
1972(昭和47)年	2月	学校法人自治医科大学設置認可
1972(昭和47)年	2月	第1次入学試験
1972(昭和47)年	3月	第2次入学試験
1972(昭和47)年	4月	開学式、第1回入学式

2) 自治医科大学の概要

(1) 講座

開学当初は、10講座で出発した後に計画的に充実が図られ、1991(平成3)年時点で49講座となったが、さらに講座の統合や大講座制への移行等を経たうえで、2001(平成13)年10月現在では33講座となり、効率的な運営が図られている。

(2) 施設設備

本学の敷地は、元々は栃木県の畜産試験場が所在しており、明治年間に植えられた松林と牧草地が展開していた。ここに、教育・研究・臨床施設のみならず、居住部分や水処理施設、エネルギー施設、銀行、郵便局、レストラン、売店等を有機的に集約した、新しい都市型の医科大学が出現することとなった。特に大学本館は、校舎、病院、研究部門等を切り離すことなく互いに繋がりを持った複合建築となっており、これは当時としては、他に全く例を見ないといっても過言ではない新しい医科大学の姿であった。

1972(昭和47)年1月に第1期工事(進学課程校舎、学生寮、体育館)が竣工、1973(昭和48)年11月30日に大学本館が竣工し、これと前後して着工した核医学センター、教職員住宅、エネルギープラント、水処理プラント、動物舎等の主な施設設備も1974(昭和49)年度中に順次竣工した。その後も、レジデントハウス(研修医宿舎)、組換えDNA実験室、学生センター、森林(浴)公園、実験医学センター等、必要な整備充実を行っている。なお、構内敷地総面積は約51万 m^2 である。

(3) 教育

カリキュラムについては、開学前から、そのあり方について検討が行われた結果、6学年を一貫教育とし、前期、後期のそれぞれ3年間ずつに分けて教育することとされた。卒業した時点で、臨床医としての実力を十分に有した医師を育成するということが、本学の教育目標の一つであった。

第1期生が卒業した1978(昭和53)年3月時点で、開学以来実施してきたカリキュラムは一応完結し、その後は、カリキュラム検討委員会により作成されたカリキュラムが実施されてきたが、学校教育法、大学設置基準の改正を受けて、1993(平成5)年から新カリキュラムが施行された。また、2000(平成12)年度から、さらに改編された新カリキュラムが実施されている。

本学の教育方針の中核をなすベッドサイド教育については、1975(昭和50)年度の2学期から、4学年を対象としたBST (bed side teaching)教育が開始され、その後、新カリキュラムへの移行に伴い、1993(平成5)年度からBSL (bed side learning)教育へと発展的改編が行われている。

本カリキュラムは、総合医療、全人的医療を行うことのできる高度な知識と技術を修得することを目的とし、BSL教育を柱とした数多くの実習や系統講義、総括講義等により構成されている。また、例えば解剖学を1学年から学ばせることにより、早期に医学生としての自覚を持たせ、以後の学習の原点とするべくカリキュラムを組んでいることも大きな特徴の一つである。

(4) 大学院

大学院は、医学の進展と地域医療の充実を図ることを主眼として、1978(昭和53)年4月に発足した。教育・研究・臨床における高度な知識・能力を修得し、地域医療に指導的な役割を果す人材の養成を目的としており、専攻系は、従来の講座制にとらわれず、地域医療学系、人間生物学系、環境生態学系の3つがあり、さらに16の専攻分野に分かれている(定員25名)。2000(平成12)年度までで、学位授

与数は659件(課程博士199、論文博士460)である。

(5) 附属病院

附属病院は、1974(昭和49)年4月15日に病床数132床でスタートした。地域医療確保の先駆的な役割を担うとともに、医学生の本S T(新カリキュラム時からB S L)教育、新卒医師の臨床研修をも視野に入れながら順次増床等を図り、地域家庭診療センター開設(その後、総合診療部に発展的改組)、健診センター開設、総合周産期母子医療センター開設等を経て、2001(平成13)年8月現在で、29診療科、23病棟、総病床数1,041床の体制となっている。

医療機器としては、1985(昭和60)年にMR I(常電導)、1992(平成4)年に放射線治療用ライナック(2台目)、1993(平成5)年にX線骨密度測定装置等を導入している。

病院機能としては、1990(平成2)年8月1日に救急告示を受け、1994(平成6)年1月1日に特定機能病院として承認されている。

このような整備拡充に伴って、患者数も増加の一途を辿り、2001(平成13)年6月度の1日平均外来患者数は2,724人、1日平均入院患者数は940人を数えている。

なお、附属病院は、開院28年目を数えて経年劣化が顕著であることから、リニューアル計画が進行中である。2004(平成16)年には1,117床の新病院としてスタートする予定である。

(6) 附属大宮医療センター

附属大宮医療センターは、地域における医療への貢献と、へき地等の医療に従事する医師に対する生涯教育の確立を図ること等を目的に、自治医科大学の第2番目の附属病院として、1989(平成元年)年12月に埼玉県大宮市(現さいたま市)に開設された。その目指すところは、全人的包括医療を志向する総合医の修練と大学病院としての使命である高度医療の提供である。センター勤務医師の一部は、幅広い疾患について全人的・包括的に医療を行う「総合医」を志向し、そのための修練を主たる目的としている。

開院時は6診療科、85床でスタートしたが、順次診療科の標榜の増加と増床を行い、脳ドックの開設等も経て、2001(平成13)年8月現在で、14診療科、総病床数408床の体制となっている。また、当センターには循環器病臨床医学研究所が付置されている。当研究所は、循環器病及びそれに関連する幅広い領域の臨床医学・社会医学の研究を行う目的で設置された、我が国でも数少ない医学研究所である。

当センターの医事システムは発生源入力であり、コンピュータ管理による外来予約制を敷いている。

病院機能としては、1994(平成6)年7月に紹介外来型病院の指定を受け、1996(平成8)年7月にエイズ拠点病院として公表している。

このような整備拡充等の結果、2001(平成13)年6月度の1日平均外来患者数は902人、1日平均入院患者数は374人を数えている。

(7) 修学資金貸与制度等(義務年限システム)

本学では、入学時に医学生と「修学資金貸与契約」を締結している。これは、「医学部入学及び在学中の諸費用(授業料等)を全て本学が貸付け、卒業後は原則9年間を出身都道府県に戻って、医師として公的医療機関等に勤務する」という内容の契約である。その主旨は簡潔だが、卒業医師が、原則9年という期間を各都道府県の医師配置計画に基づいて勤務するという事は、単に「契約書に基づいて契約を履行せよ」と求めるだけでは十分に機能しないものであり、そこには、卒業医師・各都道府

県・本学の緊密な連携と理解、努力が常に必要である。

そこで、各都道府県では、保健福祉部等が本学卒業医師事項を所管し、本学でも卒後指導委員会や卒後指導部長、地域医療推進課を置いて卒後指導等に当たっている。また、卒業医師も県人会や地域医療振興協会都道府県支部等を組織しており、これら3者が連携を取ることで、義務年限システムが有効に機能している。

本学のシステムについては、過去に様々な批評があった。「へき地医の確保は妄想」、「税金をドブに捨てるようなもの」、「義務を果さず修学資金を返還する者が多い」等々の批判や予測である。統計的には医師の供給過剰となっている現在、臨床研修の義務化や第9次へき地保健医療計画等を踏まえて、本学の今後のあり方についても不断の検討を続けるべきであり、外部からの批評・提言は積極的に傾聴すべきものである。しかしながら、前述の過去の批判に対する回答としては、次の1行を簡潔に記すのみとしたい。

「卒業生2,486名、うち義務終了及び義務履行中の者2,405名」

3)自治医科大学看護短期大学

附属看護短期大学は、1974(昭和49)年4月に附属高等看護学校として設置認可を受けた後、1977(昭和52)年3月に専修学校としての認可を受けて附属看護学校となり、さらに1986(昭和61)年12月に短期大学の設置認可を受け、現在に至っている。なお、短期大学は、2002(平成14)年4月から、4年制の看護学部となる予定である。

4)財団法人地域社会振興財団

財団法人地域社会振興財団は、へき地等の地域社会が抱える様々な問題について、基礎的、総合的な研究等を行い、そこで生活する人々が生きがいを持って健やかに暮らすことができる地域社会づくりに貢献することを目的として、1972(昭和47)年12月に「財団法人へき地振興財団」として設立された。その後、長寿社会対策に積極的に取り組んでいる地方公共団体に対して支援事業を行うこととし、1988(平成元)年に現名称に変更している。

なお、1981(昭和56)年10月に地域医療情報研修センターが完成し、事務局をセンター内に移すとともに、一層充実した研究事業、研修事業、交付・助成事業等を行っている。

2. 自治医科大学の卒業生の現状

今日、わが国の医師は、マクロ的にはほぼ充足しつつあるが、医師の専門医・大病院志向の風潮や、地域における開業医の高齢化も相まって、医師及び医療機関の地域的偏在は解消されないばかりか、むしろ拡大する傾向にある。この傾向は、山間、離島等のへき地において特に顕著である。

また、急速に人口の高齢化が進み、各市町村においては保健・医療・福祉の一体化と新たに導入された介護保険への取り組みが進められている。

このような中であって、自治医科大学卒業生は勤務地図(図Ⅱ-2-1)に示すように出身都道府県を中心に全国各地において医療に従事しているが、卒業生が勤務するへき地等の地域は、高齢人口の比率がいずれも高く、保健・医療・福祉制度の整備、充実が切実な課題となっている。これらの地域において卒業生は、住民や地方自治体のニーズに応じて保健・医療・福祉の一体化に意欲的に取り組むなど、住民本位の地域包括ケアの実践に努め、その責務と役割を果たしている。

本学は、2002(平成14)年をもって創立満30年を迎え、これまでに入学した学生総数は2001(平成13)年4月現在で3,135名、卒業生は2,486名となっている。

1) 卒前・卒後教育と包括医療の実践

本学においては、卒業後、へき地等の第一線医療に従事することにかんがみ、在学中の卒前教育及び医師となってからの卒後教育を通じて、プライマリ・ケアに十分対応できるように、特定の分野に偏ることなく、幅広く、かつ、高度な医学知識・医療技術を修得した総合医の育成に努めている。

これらの教育を受けた卒業生は、へき地等において、地域医療のあるべき姿を目指し、患者のみならず家族、地域も対象として、健康教育、疾病の予防から治療、リハビリテーション、在宅ケアまで一貫した全人的、包括的医療の実践に取り組んでいる。

なお、本学としては、卒業生がこのような幅広い総合医としての基盤のうえに、それぞれの資質や希望に基づきある一定の高度な専門性(サブスペシャリティ)を身に付けることも、将来にわたって地域医療の確保、質的向上に寄与するものと考え、卒後教育の一環として、その実現に取り組んでいる。

2) プライマリ・ケアと総合医

へき地等の地域においては、プライマリ・ケアのニーズが高い。プライマリ・ケアとは、住民が身近で受けることのできる保健医療サービスのことであって、患者のみならず家族、地域も対象とした全人的、包括的な保健医療サービスである。

このような、プライマリ・ケアを担当する医師については、日本医師会では「かかりつけ医」、欧米では「一般医」、「家庭医」と呼んでいるが、本学としては「総合医」と呼ぶことを提唱している。

わが国においては、医師の専門志向が著しく、社会的にも専門医が尊重される傾向にある。また、住民の専門医志向、大病院志向の風潮の中で、総合医と呼ばれる臨床医のイメージが住民から理解されにくいという状況もある。

本学は、へき地等の医療を担い得る医師を養成するという明確な使命と責務を有する大学として、総合医の養成に重点を置き、併せて専門分野としての総合医制度の確立と、総合医が評価される社会的環境の整備を促進するために、先駆的役割を果たしていく考えである。

そのために、2000(平成12)年4月、本学附属病院に学生及び研修医教育の場としての機能を持った

本格的な「総合診療部」を設置した。また、各都道府県の基幹病院に地域医療部等を設置し総合医を配置することや、各地域における保健・医療・福祉を一体化した地域包括ケアの中心的担い手としての総合医の活用を関係機関に積極的に働きかけている。今後は、これらと併せ、総合医の必要性やその役割等を広く各界にPRし、「総合医」の役割についての住民の認識を深めていくこととしている。

3)義務年限の終了とその後の進路

本学卒業生は、卒業後、出身都道府県の知事の指示に基づき指定公立病院等に医師として一定の期間勤務したとき、在学中に貸与を受けた修学資金の返還債務が免除されることとなっている。一定の期間とは、修学資金の貸与を受けた期間の1.5倍に相当する期間(一般的には9年間で、そのうち1/2はへき地等に勤務)であり、義務年限といわれる期間である。義務年限終了後はフリーとなるが、多くの卒業生は義務年限終了後も出身都道府県内に留まり、それまでの経験を生かして地域医療に貢献している。

これまでに義務年限を終了した卒業生は、1期生から15期生までの1,416名(全卒業生の57.0%)である。2001(平成13)年7月1日現在におけるその進路を大別すると病院、診療所、行政機関、大学等の勤務者が1,202名(84.9%)、開業が173名(12.2%)、大学院進学、留学等が19名(1.3%)、無就労・死亡が22名(1.6%)となっている。また、義務年限終了後も引き続き出身都道府県内の医療機関に勤務又は開業している者は1,025名(73.5%)であり、へき地等で勤務又は開業している者は398名(28.6%)である。

なお、義務年限内の卒業生を含めるとへき地等で勤務又は開業している者は871名(43.5%)である。

本学としては、卒業生の義務年限終了後の進路は、義務終了後であっても、自らの資質や希望を踏まえながら、それぞれの立場から出身都道府県の地域医療の充実、発展に寄与していくことが建学の趣旨に沿うものであると考えている。また、卒業生が義務年限終了後も引き続き出身都道府県のへき地等の地域医療の推進者として中核的役割を担い、活躍していくためには、各都道府県において地域特性や医療事情に即した地域医療のシステム化を図り、へき地等の地域医療を支援する体制を整備することが重要であると考えている。

4)地域医療のシステム化

へき地等においては、過疎化や住民の高齢化の進行に伴い、医療の分野においても人的資源の確保がますます困難になることが予想される。

この問題を解決し、へき地等における医療の安定的、継続的確保を図るためには、各都道府県において、へき地医療に従事する医師にとって拠り所となる病院、例えば卒業生が臨床研修を行っている県立中央病院等に、へき地等の医療を全面的に支援する機能を有するセクションである「へき地医療支援センター」などを設置し、そこを拠点に、へき地等の診療所などへの医師の派遣を始めとする支援・連携システムを構築することが必要であると考えられる。

「へき地医療支援センター」には、へき地等の勤務を経験した義務年限終了後の卒業生が所属することとし、へき地中核病院、へき地医療支援病院及びへき地等の診療所と連携を図りながら、後輩の研修指導からへき地勤務医師派遣の調整、学会・研修会参加や病気等の代診、産休等の支援、遠隔医療のコーディネートや医師以外のへき地医療従事者の研修の実施に至るまで、広範囲にわたるへき地医療支援事業を展開することにより、へき地医療支援体制の拠点となることが期待される。

1996(平成8)年度にスタートした厚生省の第8次へき地保健医療計画においては、これまでへき地医療を担う中心として位置付けられてきたへき地診療所とへき地中核病院に加えて、新たにへき地医療支援病院がへき地医療の体系に追加されたが、これに「へき地医療支援センター」の機能を加え活用した自治体は、ある程度のへき地医療支援システムが構築できたものと考えられる。このような地域医療システム化の事例としては、岩手県・福島県・岐阜県・静岡県・奈良県・島根県・広島県・山口県・高知県等における地域医療部・へき地医療センター等の設置が挙げられる。

また、2001(平成13)年度から第9次へき地保健医療計画がスタートしたが、この新たな施策により、更に充実したへき地医療支援システムが築き上げられるものと期待される。

本学としても、地域医療システムの整備に対しては、可能な限りの人的支援、技術的協力をしていきたいと考えている。

5)地域包括ケア

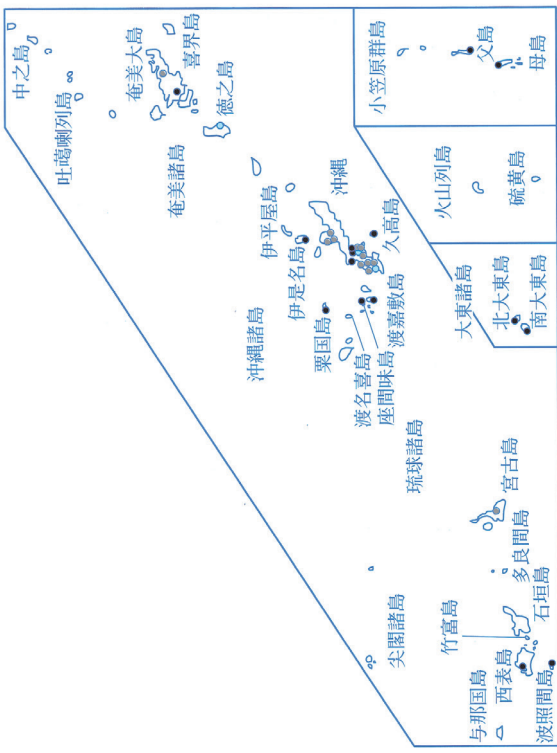
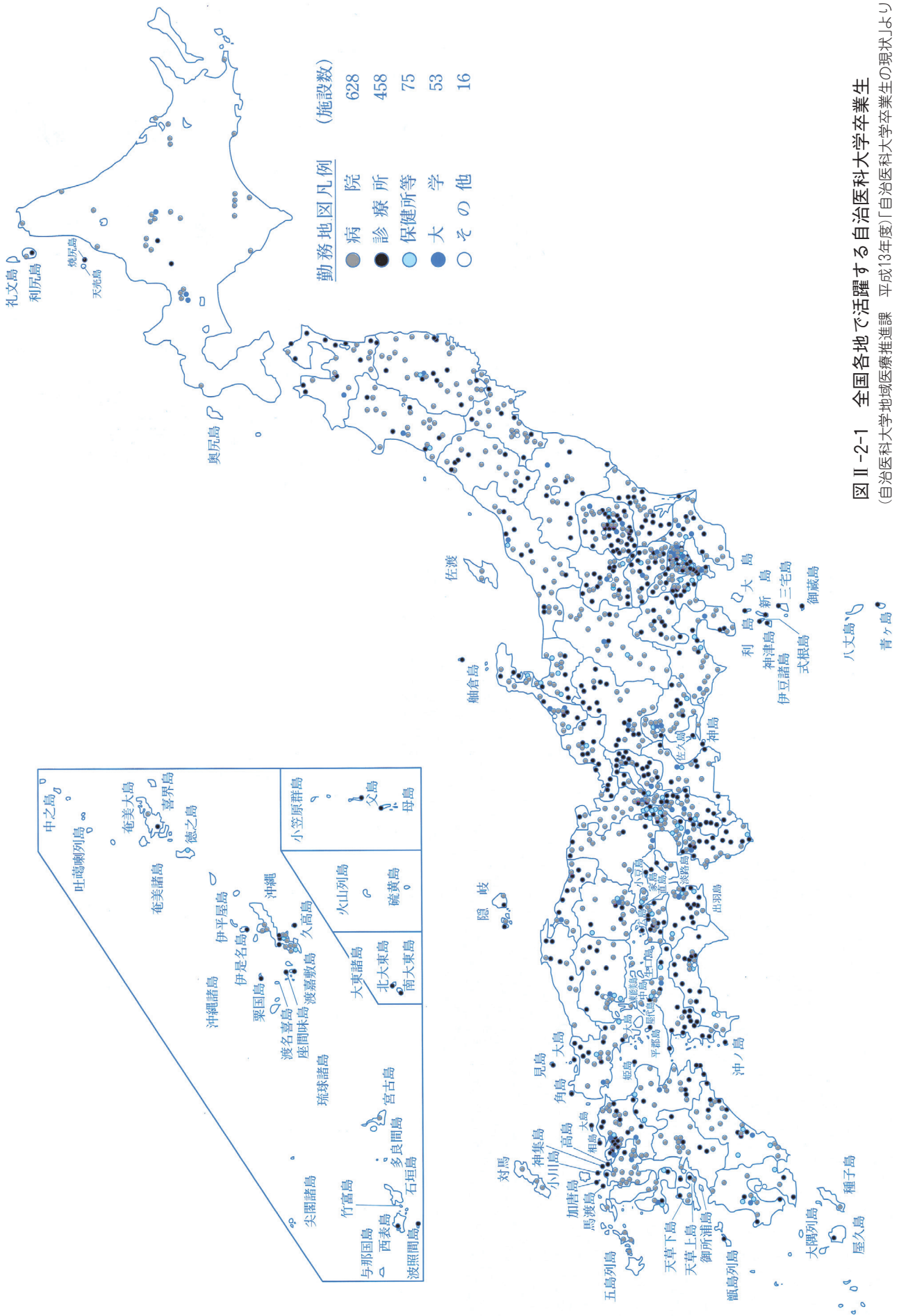
へき地等の医療を直接担う地域病院、診療所においては、限られた人的・物的資源を有効に活用するため、保健・福祉の関係機関と連携して、その地域の特性やニーズに適合する保健・医療・福祉の一体化を目指した、いわゆる地域包括ケアを展開している。この分野は、総合医としての実績を有する本学卒業生の最も得意とする分野といえることができる。

地域包括ケアは、北海道静内町、青森県百石町、岩手県藤沢町、宮城県涌谷町、群馬県六合村、福井県名田庄村、岐阜県久瀬村、京都府久美浜町、島根県都万村、徳島県相生町、高知県大月町、高知県嶺北地域、大分県姫島村等、全国的に展開されつつある。

6)社団法人地域医療振興協会

社団法人地域医療振興協会は、卒業生が中心となって、厚生大臣、自治大臣の許可を受けて、1986(昭和61)年5月に設立された。2001(平成13)年10月現在、会員数1,404名である。協会の目的は、へき地医療の経験を有する医師が集まり、へき地等の抱える保健医療問題を組織として解決し、地域保健医療の確保と質の向上等住民福祉の増進を図り、もって、地域の振興に寄与しようというものである。

協会は、事業の一つとして義務年限終了後の卒業生の一部をもって、都道府県の枠を越えた広域的な保健・医療活動を行う(無料職業紹介事業 昭和62年8月1日労働大臣許可)こととしているが、その一環として病院の直営、地方自治体の医療機関の管理受託にも積極的に取り組むこととしている。



7) データ編

2001(平成13)年7月1日現在、卒業生総数は、表Ⅱ-2-1のように24期生までの2,486名(うち女子196名)である。このうち、15期生までの1,416名(うち女子41名)が義務年限を終了している。卒業生全体をみると、病院等での勤務・研修、あるいは医院等を開業しているものの人数は、2,383名(95.8%)であり、国試不合格者は1名(0.1%)、修学資金返還者は60名(2.4%)、返還免除者は20名(0.8%)等である。

表Ⅱ-2-1 自治医科大学卒業生の現状

期別	卒業年次	卒業生数	義務区分	勤務・研修・開業等											死無就労・死亡	合計	その他			合計			
				研 修			勤 務					開業	留学院・大学院等	小計			不合格	返還	修学資金返還免除				
				臨床研修	後期研修	計	病院	診療所	行政	大学	その他										計		
1	53	105(1)	終				47	4	5	9	4	69	30		99	2	101			3	1	4	
2	54	100	終				56	4	3	7	1	71	26	2	99		99			1		1	
3	55	112(2)	終				52	8	7	7	1	75	21	1	97	2	99			12	1	13	
4	56	105(4)	終				40	8	14	15		77	22		99	2	101			2	2	4	
5	57	113(3)	終				55	11	7	17		90	16	1	107	2	109			4		4	
6	58	108(3)	終				57	13	2	11	1	84	18		102	2	104			3	1	4	
7	59	110(1)	終				56	15	5	16		92	12		104		104			3	3	6	
8	60	108(4)	内							1		1			1	2	2						
			終			59	8	8	18		93	6		99	2	101							
			計				59	8	8	19		94	6	1	101	2	103			3	2	5	
9	61	108(1)	終				67	8	2	17		94	5	1	100	2	102			5	1	6	
10	62	96(3)	終				55	7	4	17		83	6	1	90	2	92			3	1	4	
11	63	93(3)	内						1	1		2			2		2						
			終			49	5	3	21	2	80	5		85	1	86							
			計				49	5	4	22	2	82	5		87	1	88			4	1	5	
12	元	106(9)	内				7	1		2		10			10		10						
			終			52	12	5	18	3	90	2	1	93	2	95							
			計				59	13	5	20	3	100	2	1	103	2	105				1	1	
13	2	106(4)	内		1	1	2	4	1	1		8		2	11		11						
			終			53	8	3	17	2	83	2	4	89		89							
			計		1	1	55	12	4	18	2	91	2	6	100		100			5	1	6	
14	3	104(9)	内		2	2	13	5	1	5		24		2	28		28						
			終			40	11	2	15	1	69	2	2	73		73							
			計		2	2	53	16	3	20	1	93	2	4	101		101			3		3	
15	4	99(11)	内		2	2	17	8	2		1	28		5	35		35						
			終			37	4	1	10		52		6	58	3	61							
			計		2	2	54	12	3	10	1	80		11	93	3	96			2	1	3	
16	5	99(5)	内		18	18	48	21	4	2	1	76		4	98		98				1	1	
17	6	100(10)	内		16	16	46	29	1			76		5	97		97			3		3	
18	7	99(9)	内		23	23	41	27	4			72		2	97		97			1	1	2	
19	8	96(13)	内		27	27	36	25	4			65		1	93		93			1	2	3	
20	9	114(18)	内		22	22	57	32	1		1	91		1	114		114						
21	10	98(19)	内				73	24				97			97		97			1		1	
22	11	106(22)	内	14	15	29	64	12				76			105		105			1		1	
23	12	103(24)	内	103		103									103		103						
24	13	98(18)	内	97		97									97		97			1		1	
総計		2,486(196)	内	214	126	340	404	188	19	12	3	626		23	989		989						
			終			775	126	71	215	15	1,202	173	19	1,394	22	1,416							
			計	214	126	340	1,179	314	90	227	18	1,828	173	42	2,383	22	2,405			1	60	20	81
割合%		100.0		8.6	5.1	13.7	47.4	12.6	3.6	9.1	0.7	73.4	7.0	1.7	95.8	0.9	96.7			0.1	2.4	0.8	3.3

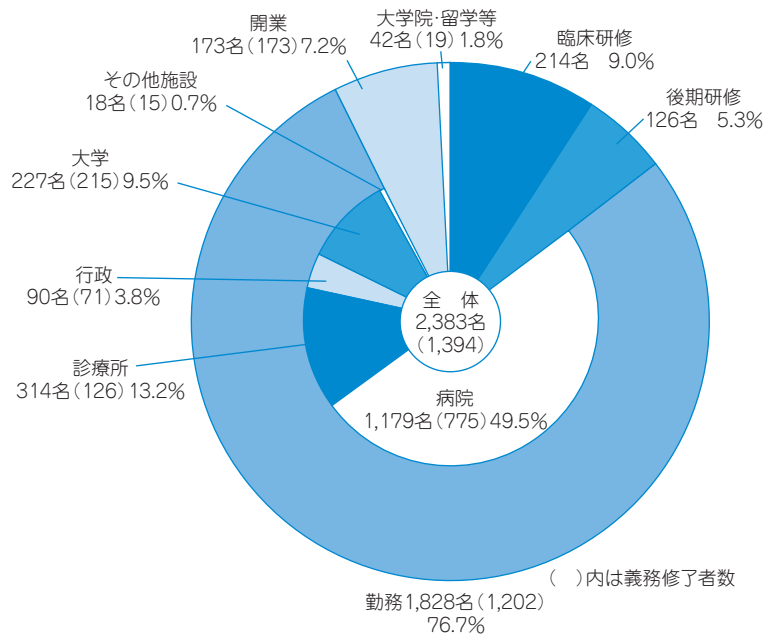
注1 「卒業生数」欄の()内は、女子で内数である。

2 「義務区分」欄の「内」は義務年限内、「終」は義務年限終了である。

3 死亡者数は「無就労・死亡」に10名、「修学資金返還」に1名、「修学資金返還免除」に13名の合計24名である。

(自治医科大学地域医療推進課 平成13年度「自治医科大学卒業生の現状」より)

勤務・研修・開業者等2,383名の内訳は、図Ⅱ-2-2のように医師法に基づく臨床研修実施者が214名(9.0%)、一定期間へき地等に勤務した後の後期研修実施者が126名(5.3%)、第一線の病院、診療所、保健所及び大学等の勤務者が1,828名(76.7%)、開業者が173名(7.2%)、大学院入学・留学者等が42名(1.8%)となっている。



(自治医科大学地域医療推進課 平成13年度「自治医科大学卒業生の現状」より)

図Ⅱ-2-2 自治医科大学卒業生の勤務・研修・開業等の状況

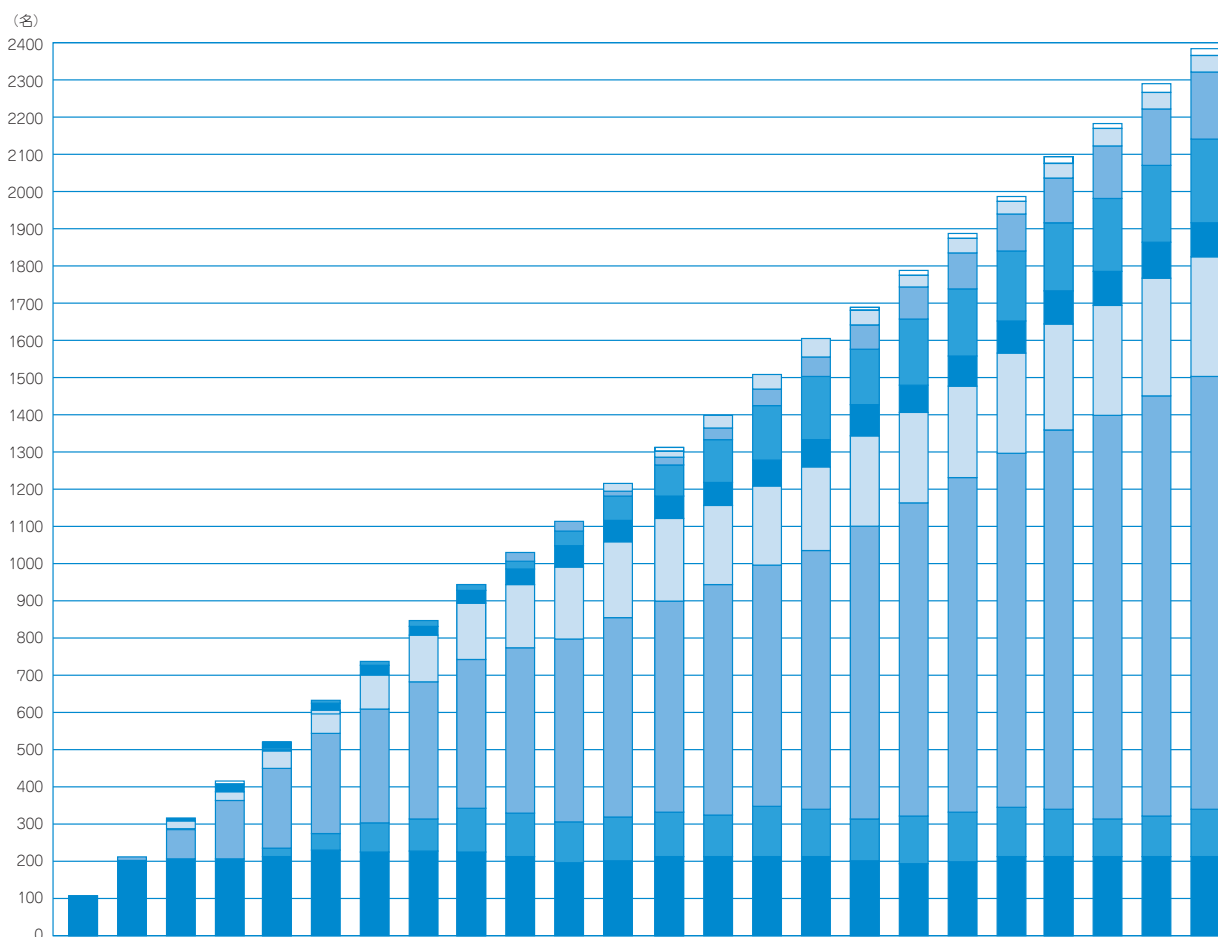
卒業生の年次推移

1978(昭和53)年に第1期生が卒業して以来の卒業生の年次推移は図Ⅱ-2-3のように、臨床研修・後期研修の実施者、診療所勤務者はほぼ一定数で推移しているが、病院、大学の勤務者および医院等の開業者が漸次増加している。

一方、卒業生が病院長や副院長に就任したり、医師数の半数以上を占める病院等は、全国で150施設(医師数3名以上の13診療所を含む)となった。これらの病院等は卒業生の年次的増加とともに増加する傾向にある。

施設の内訳は、都道府県立、市町村立及び日赤・済生会等の公的病院等が106施設、医療法人等の民間病院等が44施設である。このうち、卒業生が病院長に就任している病院等は74施設、副院長に就任している病院等は71施設、医師の半数以上を占める病院等は90施設である。この中には社団法人地域医療振興協会が経営する5施設が含まれる。

これらの状況を見ると、各都道府県においては地域医療の確保、向上のため、計画的に卒業生を経験や年齢に相応した役職ポスト(病院長、副院長等)に登用するなどを通して義務年限終了後の卒業生の地元への定着を促進している様子がうかがえる。



年度	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	元	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
臨床研修	104	198	208	208	216	231	225	227	223	207	197	202	214	208	208	204	195	189	199	217	212	195	205	214
後期研修				1	21	45	83	94	121	121	107	117	120	120	136	139	121	135	138	129	127	113	116	126
病院		1	81	162	222	271	307	363	404	(44) 452	(94) 501	(144) 536	(186) 579	(232) 621	(275) 657	(332) 698	(424) 802	(466) 848	(532) 903	(587) 962	(635) 1,032	(683) 1,099	(721) 1,138	(775) 1,179
診療所		1	16	32	49	67	95	128	151	(5) 172	(13) 199	(22) 214	(22) 220	(22) 220	(41) 231	(50) 238	(60) 244	(65) 249	(70) 268	(84) 281	(95) 300	(106) 318	(128) 314	(126) 314
行政			3	6	12	16	23	24	34	(4) 38	(7) 50	(13) 56	(24) 56	(28) 57	(29) 62	(40) 72	(51) 81	(52) 75	(58) 79	(63) 84	(65) 87	(69) 87	(74) 92	(71) 90
大学				1	2	1	1	2	2	(20) 23	(36) 40	(54) 64	(72) 84	(105) 119	(136) 149	(155) 168	(138) 147	(164) 173	(169) 180	(172) 186	(173) 182	(183) 193	(192) 204	(215) 227
開業										(2) 2	(4) 4	(9) 9	(21) 21	(31) 31	(42) 42	(52) 52	(67) 67	(85) 85	(94) 94	(102) 102	(119) 119	(140) 140	(151) 151	(173) 173
大学院留学等			1		1	4	6	12	15	(1) 22	(3) 21	(3) 20	(6) 21	(14) 30	(19) 34	(22) 42	(19) 39	(16) 38	(18) 41	(19) 39	(17) 46	(16) 46	(16) 46	(19) 42
その他										(1) 1	(2) 2	(3) 3	(5) 5	(5) 5	(6) 6	(8) 8	(9) 9	(9) 9	(10) 10	(11) 12	(8) 9	(18) 21	(15) 18	
勤務研修者数	104	200	309	410	523	635	740	850	950	(76) 1,037	(158) 1,120	(247) 1,220	(334) 1,318	(437) 1,411	(547) 1,515	(657) 1,612	(767) 1,698	(857) 1,796	(950) 1,892	(1,037) 1,997	(1,115) 2,098	(1,205) 2,182	(1,300) 2,289	(1,394) 2,383
修学資金返還等	1	1	8	5	10	7	10	11	19	28	38	44	52	63	58	60	74	75	75	84	81	103	99	103
卒業生数	105	201	317	415	533	642	750	861	969	(76) 1,065	(158) 1,158	(248) 1,264	(336) 1,370	(441) 1,474	(551) 1,573	(661) 1,672	(770) 1,772	(858) 1,871	(955) 1,967	(1,048) 2,081	(1,125) 2,179	(1,221) 2,285	(1,319) 2,388	(1,416) 2,486

- 注 1 年次推移のグラフは、勤務研修者数を表したものである。
 2 その他は、生命保険会社、研究所等である。
 3 修学資金返還等は、医師国家試験不合格、死亡、返還、無就労等である。
 4 ()内は、義務年限終了者で内数である。

(自治医科大学地域医療推進課 平成13年度「自治医科大学卒業生の現状」より)

図Ⅱ-2-3 自治医科大学卒業生の年次推移

表Ⅱ-2-2 自治医科大学卒業生の勤務・開業の状況

区 分	勤 務																				へき地等区分															
	期 別	卒業年次	義務・開業者数	病 院										診 療 所					行 政					大 学					その他	合 計	医院等の開業	離 島	山村・過疎・特別豪雪	へき地中核病院	へき地医療支援病院	合計(実人員)
				国	都道府県	市町村	日赤	済生会	厚生連	社団・財団法人等	医療法人・個人等	計	都道府県	市町村	社団・財団法人等	医療法人・個人等	計	W H O	国	都道府県庁	保健所	市町村保健センター等	計	自治医大	他 大 学	計										
1	53	終	99	1	9	15	2	3		3	14	47		2		2	4	1		2	2		5	7	2	9	4	69	30	1	18	5	3	23		
2	54	終	97	2	9	27		1		9	8	56			1	3	4		1	2			3	6	1	7	1	71	26	2	23	9	1	25		
3	55	終	96	4	9	17	1	1	5	5	10	52	1	5		2	8		1	3	3		7	7		7	1	75	21		21	12		29		
4	56	終	99	1	9	13		2		2	13	40	3	3		2	8		1	3	10		14	10	5	15		77	22		17	4	2	22		
5	57	終	106	2	11	18	5	1	1	3	14	55	1	5		5	11			2	5		7	12	5	17		90	16	3	20	5	4	24		
6	58	終	102	2	11	21		1		4	18	57	1	9	1	2	13				2		2	8	3	11	1	84	18		31	6	1	33		
7	59	終	104	2	14	17	2	1	2	6	12	56		9	1	5	15			1	4		5	12	4	16		92	12	1	23	8	1	27		
8	60	内	1																					1		1		1								
		終	99	2	15	18	3		3	8	10	59	2	2	1	3	8			1	7		8	12	6	18		93	6	2	17	7	1	22		
		計	100	2	15	18	3		3	8	10	59	2	2	1	3	8			1	7		8	13	6	19		94	6	2	17	7	1	22		
9	61	終	99	4	20	16	2	3	3	6	13	67		5		3	8			1	1		2	12	5	17		94	5	2	17	7	2	24		
10	62	終	89		10	21	2		4	4	14	55	1	5		1	7		1	3		4	12	5	17		83	6	1	21	6		25			
11	63	内	2																		1		1	1		1		2								
		終	85	4	14	13	5	3	2	5	3	49		4		1	5				2	1	3	10	11	21	2	80	5	2	18	12		23		
		計	87	4	14	13	5	3	2	5	3	49		4		1	5			1	2	1	4	11	11	22	2	82	5	2	18	12		23		
12	元	内	10		2	3			1	1		7		1		1							2		2		10		1	3	2		4			
		終	92	1	13	17	3		1	8	9	52		10	2		12			2	3		5	7	11	18	3	90	2	1	28	9	2	34		
		計	102	1	15	20	3		2	9	9	59		11	2		13			2	3		5	9	11	20	3	100	2	2	31	11	2	38		
13	2	内	8		2							2		4		4					1		1		1	1		8		3	5	1		6		
		終	85	2	19	16	2		2	2	10	53	1	7		8			2	1		3	6	11	17	2	83	2	4	26	10	3	34			
		計	93	2	21	16	2		2	2	10	55	1	11		12			2	2		4	6	12	18	2	91	2	7	31	11	3	40			
14	3	内	24		7	5				1		13		5		5				1		1	5		5		24		2	15	3	1	15			
		終	71	3	10	18	2			3	4	40	1	8		2	11			1	1		2	4	11	15	1	69	2	1	25	7	2	30		
		計	95	3	17	23	2			4	4	53	1	13		2	16			1	2		3	9	11	20	1	93	2	3	40	10	3	45		
15	4	内	28		12	4				1		17		8		8			1	1		2				1	28		6	17	4		19			
		終	52	1	12	20	1			1	2	37		4		4				1			1	6	4	10		52		2	18	6	2	23		
		計	80	1	24	24	1			2	2	54		12		12			2	1		3	6	4	10	1	80		8	35	10	2	42			
16	5	内	76		10	35	1	1	1			48		21		21					4		4	2		2	1	76		10	45	11	4	52		
17	6	内	76		11	31			2	2		46	3	26		29					1		1				76		10	54	12	5	61			
18	7	内	72		12	27			1	1		41	3	24		27				2	1	1	4				72		7	52	10	3	57			
19	8	内	65		8	27				1		36	2	23		25				2	2		4				65		5	44	6	4	47			
20	9	内	91		7	46	1	1	1		1	57	6	26		32				1		1				1	91		13	63	12	7	73			
21	10	内	97	1	15	49	7			1		73	6	18		24											97		16	66	20	5	81			
22	11	内	76		15	43	2	2		2		64		12		12											76		9	50	15	4	58			
23	12	内																																		
24	13	内																																		
合計	内	626	1	101	270	11	4	6	10	1	404	20	168		188				6	12	1	19	11	1	12	3	626		82	414	96	33	473			
		終	1,375	31	185	267	30	16	23	69	154	775	11	78	6	31	126	1	4	24	41	1	71	131	84	215	15	1,202	173	22	323	113	24	398		
	計	2,001	32	286	537	41	20	29	79	155	1,179	31	246	6	31	314	1	4	30	53	2	90	142	85	227	18	1,828	173	104	737	209	57	871			
割 合(%)			100.0	1.6	14.3	26.8	2.0	1.0	1.5	3.9	7.7	58.8	1.6	12.3	0.3	1.6	15.8	0.1	0.2	1.5	2.6	0.1	4.5	7.1	4.3	11.4	0.9	91.4	8.6	5.2	36.8	10.4	2.8	43.5		

注1 「へき地等区分」欄の「離島」は、離島振興法、「山村」は、山村振興法、「過疎」は、過疎地域自立促進特別措置法、「特別豪雪」は、豪雪地帯対策特別措置法の指定地域である。
 2 「へき地等区分」欄の合計は、重複指定を除く実人員である。

(自治医科大学地域医療推進課 平成13年度「自治医科大学卒業生の現状」より)

勤務・開業

勤務又は開業している者は表Ⅱ-2-2のように2,001名である。このうち病院、診療所等の第一線の医療機関、保健所等の行政機関又は大学等に勤務している者は1,828名(91.4%)であり、医院等を開業している者(義務年限終了者)は173名(8.6%)である。

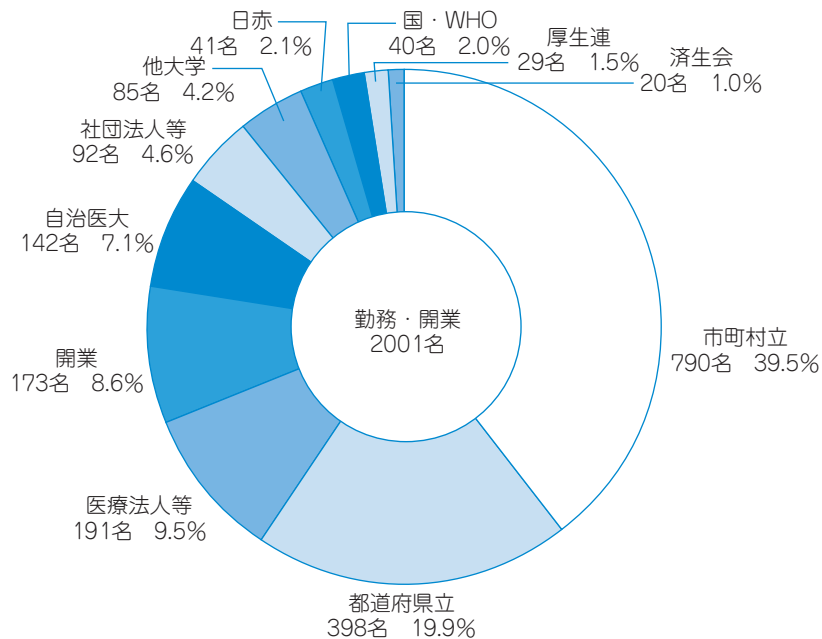
ア. 勤務者がほとんどで、開業者は少ない

勤務・開業者2,001名について、機関別の勤務・開業状況を見ると、病院勤務者が1,179名(58.8%)と最も多く、次に診療所勤務者が314名(15.8%)、大学勤務者が227名(11.4%)、行政機関勤務者が90名(4.5%)、その他医療機関以外の勤務者が18名(0.9%)、開業者が173名(8.6%)となっている。

イ. 勤務者は市町村立施設が最も多い

開設者別に勤務・開業状況を見ると図Ⅱ-2-4のように市町村が最も多く790名(39.5%)であり、次に都道府県が398名(19.9%)、医療法人等191名(9.5%)、自治医科大学142名(7.1%)、社団法人等92名(4.6%)、他大学85名(4.2%)、日赤41名(2.1%)、国・WHO等40名(2.0%)、厚生連29名(1.5%)、済生会20名(1.0%)、開業173名(8.6%)となっている。前年度と比較すると都道府県立・市町村立施設の勤務者が18名増加しており、義務年限終了者を公立病院に登用する傾向が見られる。

なお、国民健康保険直診施設には、勤務者1,828名の30.8%に当たる563名(病院148施設369名、診療所173施設194名)が勤務している。

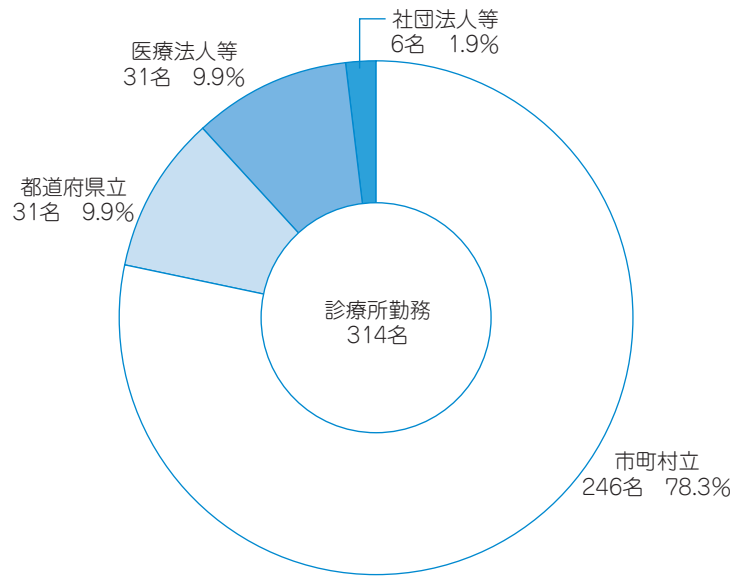


(自治医科大学地域医療推進課 平成13年度「自治医科大学卒業生の現状」より)

図Ⅱ-2-4 自治医科大学卒業生の開設者別勤務・開業状況

ウ. 勤務者の6人に1人が診療所勤務である

勤務者1,828名のうち診療所には、図Ⅱ-2-5のように全国285の診療所に314名(17.2%)が勤務している。勤務者の6人に1人強が診療所に勤務していることになる。開設者別にみると、市町村立が246名(78.3%)で最も多く、次に都道府県立と医療法人等が各31名(各9.9%)、社団法人等が6名(1.9%)となっている。



(自治医科大学地域医療推進課 平成13年度「自治医科大学卒業生の現状」より)

図Ⅱ-2-5 自治医科大学卒業生の診療所勤務状況

エ. 勤務・開業者のほぼ半数がへき地等に勤務している

へき地等(過疎地域自立促進特別措置法、山村振興法、離島振興法および豪雪地帯対策特別措置法の指定地域並びにへき地中核病院とへき地医療支援病院)には、表Ⅱ-2-3のように504施設において871名(43.5%)が勤務又は開業している。機関別にみると、病院勤務者1,179名中597名(50.6%)、診療所勤務者314名中239名(76.1%)、行政機関勤務者90名中7名(7.8%)、開業者173名中28名(16.2%)である。

無医地区等の巡回診療に従事するへき地中核病院は、2001(平成13)年4月1日現在、全国で150病院が指定されているが、このうち半数以上の79病院に209名が勤務している。

へき地医療支援病院は、2001(平成13)年4月1日現在、全国で33病院が指定されているが、このうち6割以上の22病院に57名が勤務している。

へき地等の診療所には、216施設に239名(勤務・開業者全体の11.9%)が勤務し、そのうち離島には、20都道県の55島に104名(勤務・開業者全体の5.2%)が勤務している。

表Ⅱ-2-3 自治医科大学卒業生の機関別へき地等の勤務・開業状況

区 分	へき地等	へき地等以外	合 計	割 合 (%)	へき地等の勤務・開業の内訳							
					へき地指定				へき地中核病院	へき地医療支援病院	施設数	
					過疎	山村	離島	特別豪雪				
勤 務	病 院	597	582	1,179	58.8	306	340	52	92	209	57	253
	診 療 所	239	75	314	15.8	181	162	51	21			216
	行 政	7	83	90	4.5	5	6	1				7
	大 学		227	227	11.4							
	そ の 他		18	18	0.9							
小 計	843	985	1,828	91.4	492	508	104	113	209	57	476	
開 業	28	145	173	8.6	15	15		9			28	
合 計	871	1,130	2,001	100.0	507	523	104	122	209	57	504	
割 合 (%)	43.5	56.5	100.0		25.3	26.1	5.2	6.1	10.4	2.8		

(自治医科大学地域医療推進課 平成13年度「自治医科大学卒業生の現状」より)

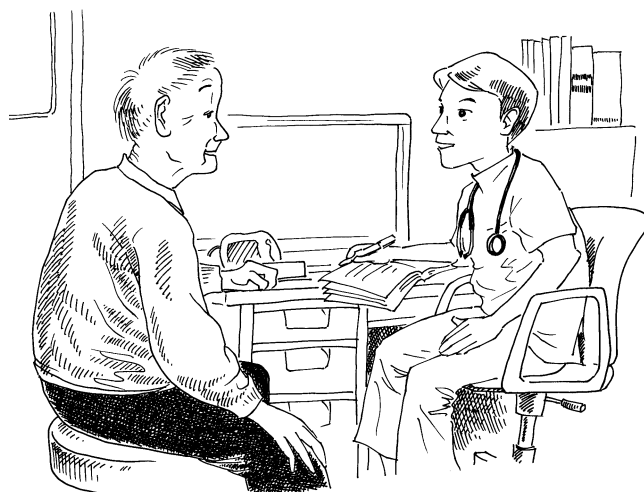
義務年限終了者

さきにも述べたとおり本学卒業生は、知事の指示に基づき医師として自治医科大学修学資金貸与規程に定める所定の期間(通常9年間)勤務することによって、いわゆる義務年限を終了することになる。

1987(昭和62)年度に初めて1期生が義務年限を終了して以来、本年度までに義務年限を終了した卒業生は15期生までの対象者1,504名のうち1,416名(94.1%)となった。全卒業生に対する割合は57.0%である。このほかに本年度内に27名が義務年限を終了する予定である。対象者のうち未終了となっている者は、自治医科大学大学院に入学した者、義務年限外の後期研修を行った者等である。

義務年限を終了した1,416名の状況は、表Ⅱ-2-4のように病院勤務者が775名(54.7%)、大学又は大学附属病院勤務者が215名(15.2%)、診療所勤務者が126名(8.9%)、行政関係機関勤務者が71名(5.0%)、その他諸機関の勤務者が15名(1.1%)、開業者が173名(12.2%)、大学院入学・留学者等が19名(1.3%)などとなっている。

義務年限終了後も引き続き出身都道府県内の医療機関に勤務又は開業している者は1,025名(73.5%)であり、おおよそ4人に3人が地元で勤務または開業していることになる。また、全国のへき地等で勤務又は開業している者は398名(28.6%)であり、このうち診療所には66施設に67名(4.8%)が勤務している。



3. 自治医科大学の果たしてきたもの

自治医科大学が1期生を送り出してから24年が経過した。その建学の経緯や現在に至るまでの経過については、「自治医科大学のあゆみ」と「自治医科大学卒業生の現状」の項で紹介させていただいた。ここでは、自治医科大学建学からの30年を振り返って、自治医科大学がその果たすべき役割に対して、どのように、そしてどこまで果たし得たのか、検証してみたい。

1) 地域医療を担う医師の確保

まず、地域医療を担う医師の確保という観点からみてみることにする。自治医科大学の卒業生は2,486名であり、各都道府県あたり50数名となっている。義務年限内の医師は、知事の指定する医療機関へ赴き診療に従事している。義務年限修了者の勤務状況を見ると、282名(21.4%)が都道府県の職員として勤務し、さらに285名(21.6%)が市町村職員として病院、診療所に勤務している。すなわち、卒業生の半数弱が義務年限修了後も引き続き都道府県あるいは市町村の医療機関に勤務していることになる。卒業生の年次的増加とともに、都道府県立、市町村立の医療機関勤務者が着実に増加し、卒業生の活用が促進されていることがうかがわれる。

2) 地域医療に求められる総合医の育成

地域医療を担う医師といった場合、医師の数という数的課題と同時に、医師の資質という質的側面も重要課題となる。自治医科大学は、地域医療を担う医師として総合医を提唱し、その養成に力を注いできた。目標とする総合医像としては、1)内科全般の広い知識と技術を持ち、日常診療で頻度の高い疾患の診断と治療が適切に出来る、2)救急患者の初期対応が出来る、3)慢性疾患の長期管理が出来る、4)チーム医療の協力体制を組織・運営し、地域中核病院および診療所において診療の中心となって活動できる、5)全人的・包括的医療、家庭と地域を視野に入れた医療を実践できる、6)地域の行政と連携して保健・医療・福祉の資源を有効に活用し、地域住民に対して予防的指導が出来る、ことを挙げている。自治医科大学は、このような総合医の育成を推進するために、全国で初めての地域医療学講座を設けるとともに、大宮医療センターや総合診療部を開設した。

学生教育に関しては、6年間を通しての地域医療、総合医療、家庭医療に関する教育システムを立ち上げ運用している。この教育システムの中で、学生達は地域医療の実践に必要な総合医療の知識、技術、態度を修得するとともに、家庭、地域をも視野に入れた医療の展開を学び、さらに総合医療を支える臨床疫学、行動科学、医療科学などの学問的手法を身につけていく。この教育効果をより高めるために、臨床講師(地域担当)制度も設置された。これにより、各都道府県には臨床講師が一名宛配置され、地域現場における早期体験実習や院外臨床実習の推進役となっている。この制度が発足した後、地域医療実習に対する学生の評価は一段と高まり、モチベーションの上昇へとつながっている。

総合医の育成に当たっては、各都道府県における初期研修、後期研修の確保と充実を着実にその成果を上げている。また、研修医においては、自らの目標とする医師像や地域医療像を思い描くことは、研修への励み、そして将来への夢づくりへとつながるが、その実像を提供してくれる先輩医師や地域医療現場が増加していることは極めて心強い限りである。

3) 新たな地域医療の展開

自治医科大学から1期生が巣立って約4半世紀になる。この間に、地域社会においては、高齢化の進行、疾病構造の変化などにより、地域住民の医療に対するニーズも多様化してきた。癌やいわゆる

生活習慣病などの慢性疾患が増加し、医療に対するニーズも疾患の治療を中心とした医療から、健康管理、疾病予防、リハビリテーション、緩和ケア、ターミナルケアに至る包括的医療が求められるようになってきた。1期生が卒業した当時、このような地域医療の枠組みは未だ明確なものとはなっていなかった。したがって、自治医科大学においては先に述べた総合医像、その教育システムも未だ模索状態であった。卒業生は、自治医科大学を卒業したという誇りと地域医療を向上させたいというパイオニア精神を胸に、地域医療の現場へと赴いた。卒業生に求められるものは、地域によって様々であった。診療活動を行いつつ、地域の中での医療に対するニーズを把握し、積極的に行政や住民の中に飛び込んでいった。その中で地域医療の枠組みが明確となり、地域医療に必要とされる医師像も浮き彫りにされてきた。そして、このようなコンセプトのもとに、全国で次々と新しい地域医療の展開が始まった。この地域医療の流れは、次第に大きくなり、今や理論から実践を経て、確立の時期に至り、地域医療学という新しい学問体系も出来上がりつつある。

4)保健行政との連携

地域医療の向上、発展を考えていく上で、医療サイドにおいては行政との連携は必要不可欠である。自治医科大学の卒業生をみると、92名(義務年限修了者は74名)が保健行政に携わっている。全卒業生に占めるこの比率は他大学に比し突出したものであり、自治医科大学のひとつの特色となっている。これらの卒業生は、厚生労働省、都道府県庁における保健医療福祉行政、保健所や市町村保健センターにおける健康管理、健康づくり運動の推進、疾病予防、健康教育活動などの分野で幅広い活動を行っている。さらに、WHOにおいて国際保健活動をリードしている卒業生もいる。このように行政サイドから地域医療を支えていく人材も多く育っている。

5)へき地医療支援体制の推進

各都道府県における取り組みとして、地域医療を支援するための地域医療部や地域医療支援センター等を開設することが検討され、すでに9県に設置されている。これらの部門のスタッフに、ほとんどの県で卒業生が登用されている。2001(平成13)年度にスタートした第9次へき地保健医療計画にうたわれている地域医療支援機構は、まさにこのシステムを発展させたものであり、同支援機構への自治医科大学卒業生の関与が大いに期待されている。

へき地の抱える保健医療問題の解決と住民福祉の増進を図る目的で、自治医科大学の卒業生が中心となって設立された社団法人地域医療振興協会も、その設立目標へ向かって一步一步着実に歩を進めつつある。

6)これからの地域医療へ向けての取り組み

地域医療の発展には、地域が目指す明確な医療のコンセプトがあり、それに応えられる医師としての技量と強い信念が必要とされる。自治医科大学は、地域医療を担う総合医像を明確にし、総合医養成の学生教育システムと卒後研修システムの整備、充実化を推進してきた。これにより、自治医科大学卒業生は、地域の特性とニーズに沿った医療の展開を円滑に進めるとともに、地域包括医療体制づくりのコーディネーターとしての責務を積極的に担っている。最近、全国の多くの地域で地域包括医療体制が整いつつあるが、その輪の中で多くの自治医科大学卒業生が重責を果たしている。また、地域医療の発展、向上には、各々の地域での取り組みは勿論のこと、それを支援するシステムの整備も必要不可欠である。国、都道府県レベルからの各種保健行政支援の促進、医師の代診、研修等をはじめとする地域医療支援システムの構築、全国の地域医療現場を結ぶネットワーク化の推進、地域医療

の理論、方法論などに対する研究の取り組み等、様々な分野での支援システム体制の充実、強化が図られている。自治医科大学および卒業生、そして社団法人地域医療振興協会は積極的にこれらの事業に参画している。

へき地医療を担う医師の確保という点においては、現状ではその解決への道は未だ遠いといわざるを得ないが、微かではあるがその解決への糸口も見えてきた。従来、ややもするとマイナス・イメージが重なり、地域の第一線で働くことに躊躇していた医師が多かった。しかし、最近では地域医療に自ら進んで従事したいという医師や医学生も増えつつある。これらの自治医科大学以外の他大学出身医師や医学生にその希望と熱意を継続させるための環境づくりが必要である。自治医科大学の卒業生は、地域医療の楽しさとやりがい、そして夢を語りながら、地域医療を希望する医師や医学生との対話を積極的に行っている。他大学を卒業し、自治医科大学で地域医療、総合医療の研修を受け、地域医療の第一線へと飛ばたいていった医師も少なくない。今後は、地域で活躍している多くの医師や医師の育成に当たっている他大学との情報交換が大いに望まれる。



III フィールドワーク

1. 地域の診療所・病院の成長と発展

1)はじめに

地方分権時代を迎え、地域住民のニーズに応じて充実したサービスを提供する自治体の責任は益々重くなっている。少子・高齢化に直面する地域において、保健・医療・福祉に関する健康施策の展開は住民サービスの大きな柱のひとつと言える。しかも財政基盤の脆弱な地方において、「モノ・カネに乏しいのなら、知恵と熱意によって頑張る」他なく、そのための合理的な施策の立案やシステムの構築には、まさに日々暗中模索が続けられているといっても過言ではない。

このような状況において、地域の公的な病院・診療所の活動に関する成功事例を提示することは、今後の保健医療福祉施策を考慮する上でも意義のあることと考えられる。そこで、本章においては、地域医療に先進的に取り組んでいる施設に対して、(1)病院・診療所の発展に寄与したと思われる事象、(2)中心的な役割を果たした人物・機関、(3)その後の変化・展開などに関して、自由作文形式で回答して頂いた結果を示したい。次いで、奈良県上北山診療所と岩手県藤沢町民病院の成長と発展の記録(いわば、病院・診療所の伝記)を事例として提示する。

2)先進的病院・診療所に対する調査と結果

全国で積極的に地域医療に取り組んでいると考えられる施設20か所に対し、自由作文形式のアンケートを依頼した結果、7病院および6診療所から回答を得ることができた(表Ⅲ-1-1)。

回答された自由作文について、発展に寄与した事象、中心的役割を果たした人物・機関、その後の変化・展開、背景状況に注目し、病院から得られた結果をまとめたものが表Ⅲ-1-2であり、診療所についてまとめたものが表Ⅲ-1-3である。そこから抽出された発展に関わる要素と、それらに対して主にマネージメント(マーケティング)理論を用いた解釈とを以下に概括する。病院・診療所の成長と発展の歴史とそのパターンは、各々に独自性を有するものの、マネージメント理論を通じて解釈・分析を試みることによってそれぞれに共通する要素を明らかにすることが出来よう。

なお、今回はあくまでも概要の提示に止め、より詳細な要素分析や解釈モデルの展開は今後の研究に待ちたい。

表Ⅲ-1-1 アンケートにご協力いただいた施設

番号	氏名(敬称略)	施設名	所在地
病 1	三枝 智宏	国民健康保険佐久間病院	静岡県磐田郡佐久間町中部18-5
病 2	阿波谷敏英	町立国民健康保険栲原病院	高知県高岡郡栲原町川西路2320-1
病 3	赤木 重典	国民健康保険久美浜病院	京都府熊野郡久美浜町161
病 4	大原 昌樹	三豊総合病院	香川県三豊郡豊浜町姫浜708
病 5	西林 尚祐	鏡野町国民健康保険病院	岡山県苫田郡鏡野町寺元365
病 6	竹原 有史	利尻島国民健康保険中央病院	北海道利尻郡利尻町杏形緑町11
病 7	関口 忠司	組合立那須南病院	栃木県那須郡烏山町中央3-2-13
診 1	山田 寛	国民健康保険井川診療所	静岡県静岡市井川1133-2
診 2	山田 顕士	都万村国民健康保険診療所	島根県隠岐郡万村都万1773-1
診 3	浜田 邦美	相生町包括ケアセンター	徳島県那賀郡相生町延野字大原250-1
診 4	谷河 浩二	本宮町立さくら診療所	和歌山県東牟婁郡本宮町本宮921-2
診 5	藤原 靖士	安良里診療所	静岡県加茂郡賀茂村安良里491-1
診 6	佐々木将人	国民健康保険狩江診療所	愛媛県東宇和郡明浜町狩浜2-1321-4

表Ⅲ-1-2 アンケート結果(病院)

	発展の契機となった事象	中心人物・機関	結果およびその後の変化	背景因子・その他
病1	高い住民性、熱意ある医師の赴任地域のニーズに合わせた活動	昭和36年に赴任した千葉大学卒業医師	早期より高血圧対策を行い、脳卒中、虚血性心疾患による死亡が低下した。林業従事者などに対して産業医的活動が行われた。実務担当者からのボトムアップによる保健医療福祉の充実を指向する伝統がつつかわれた。	農山村医学研究所を千葉大学に寄贈。(現在は閉鎖)
病2	自治医科大学卒業医師の赴任	医師	診療所時代に職員教育を行った。診療所のパフォーマンスが向上し病院へと発展する基礎が作られた。	健康づくりに積極的な住民意識。保健衛生推進員制度というシステムが作られた。
病2	保健福祉支援センターが建設され、保険・医療・福祉の総合が行われた。	医師、町長	医療・福祉関係職員のスムーズな連携が可能となった。病院施設が充実し、診療所も増設された。受診者数の増加、救急対応が充実した。老人医療費の抑制(全国平均より約20万円低支出)。	同上
病3	診療依頼を断らない、救急搬送の全例受入れなど、住民の信頼を得るために努力した。近隣診療所への医師派遣など、病診連携への強化を図った。保健センター、特別養護老人ホームを同一敷地内に設置し、地域包括ケアを実践した。	医師	職員の意識改革、職場代表会議の開始。院内ギャラリー・患者アンケート・小児科電話受付などの活動が開始された。訪問看護在宅ケアモデル事業の指定を受けた。増床(50床から110床へ)療養型病床も新設(60床)された。	車で15分程度の所に600床の公的病院が存在している。
病4	老人支援介護センターの開設と在宅ケア専門委員会の設置	院長、町長	担当者間の情報交換、意思疎通が容易となった。医療福祉サービスへの入口としての窓口業務のパフォーマンスが向上した。	専任保健婦による訪問看護や院内への医療ソーシャルワーカーの配置など先進的に取り組んでいた。
病5	自治医科大学卒業医師の派遣		休日や時間外でも対応するなど住民の信頼を得よう努力。診療機器の充実、受診者数の増加、医師定数の増加が更に対応科の増加、若年者層の受診、救急受入件数、紹介患者の増加等をもたらし、その結果、黒字経営となり、増床することとなった。	
病6	病診連携が可能となった。	自治医科大学卒業医師、町立診療所若手医師、町長	紹介患者・入院患者数の増加。	連携を嫌っていた診療所医師が退職した。
病7	50床から100床への病床数増加。	町長、地元医師会	診療科の増設。医療機器の充実。受診者数の増加。	近隣する4か町の中核病院として設置された。

表Ⅲ-1-3 アンケート結果(診療所)

	発展の契機となった事象	中心人物・機関	結果およびその後の変化	背景因子・その他
診1	医療福祉の複合施設の完成	診療所長、町長	訪問看護・ホームヘルプサービス等の医療・福祉サービスが充実。	医師の熱意と役場への陳情による検査機器の充実と診療の充実。福祉懇談会を地域や行政の人々で行い、その結果、地区社会福祉推進協議会が発足し、高齢者福祉施設建設を陳情しようという気運が盛り上がっていた。
診2	高齢者実態アンケートを行った。	住民課、自治医大卒業医師	老人保健福祉施設計画が策定され、特別養護老人ホーム、住宅介護支援センター、保険医療福祉総合センターが同一敷地内に開設された。その結果、特別入所者のADL、検診受診率、在宅高齢者のQOLが向上した。95歳以上で在宅する者が1人(平成5年)から13人(平成11年)に増加、村人口も平成6年から平成10年の間に10人増加した。	自治医大卒業医師の派遣から診療所の外来受診者数が増加し、医療機器の整備も推進された。その結果、住民の医療福祉への関心が高まっていた。
診3	住民と町長、診療所長、保健医療福祉スタッフが意気投合したこと。	診療所長、町民課長(後に町長)保健婦	保健医療福祉の充実をめざした新事業計画が策定された。包括ケアセンター(診療所を内包)を設置。医師3人体制の有床診療所化、保健予防活動の充実、ボランティア等への住民参加の増加。	町内の開業医の閉業による危機感。住民と講習会、懇談会が行われた。
診4	診療所の医師2人体制の確立	町長、住民課長	往診や夜間帯での診療サービスが向上した。緊急時の対応も充実した。診療所受診者数が増加した(90~100名/日)。	同上
診4	ヘリカルCTの導入	診療所医師、役場	住民の診療所への信頼が増加。受診者数の増加(近隣の町村からも受診)。人間ドックの開始。	CTを有する医療機関まで車で40分という遠隔地に位置している。
診5	(社)地域医療振興協会による運営が開始された。	(社)地域医療振興協会	外来受診者数の増加	夜間や休日の診療へも対応するよう努力した。診療所医師が住民として地域に溶け込むよう努力した。
診6	診療所で個別に成人病検診やがん検診を受診できる新システムを導入した。	診療所医師、役場	検診受診者数の増加	診療所通院者も検診を受診している一方で、働き盛りの住民の検診受診率が低下していた。

3) より良い医療のプロダクト・アウト

社会に物が少なかった時代には、まず「生産し、製品を市場に提供すること」が要求され、次いで「より良い製品をより安く提供する」ということが公的な利益に直結していた。同様に、医療資源の少ない(あるいはほとんど無かった)へき地等の地域においても、まず、その充足と、加えて住民が納得・安心できる水準の医療の提供が求められてきた。

本調査結果にみられるように、熱意ある医師の赴任とその活動(頑張り)によって住民の信頼を得、そのことで地域の医療への需要をさらに喚起したことがスタートとなっている。その結果、施設の機器等のハード面での充実をもたらし、施設のパフォーマンスが上昇し、さらに受診者の増加をもたらすと共に、医師のインセンティブ(動機付け)と施設の一層の充実を促して、地域住民のより以上の信頼を得るといふ、ポジティブ・スパイラルを構成してきた。より良い医療を提供することが、第1歩として、病院・診療所の発展と住民の幸福に直結したのである。

さらに、病院においては病診連携の強化や近隣の病院との役割分担の明確化することによって、住民の利便により適った医療の「プロダクト・アウト」を図る努力が継続されている。

4) 医師の頑張りと職員のインセンティブ

役所のようなライン構成が明瞭な組織では、命令は上位者から委任された職位に応じて機能する。しかし、地域の医療機関のような専門職種から構成される組織では、権限は下位者から受け入れられることで始めて成立する。即ち、命令が受け入れられるから権限が成立するのである。アンケート結果にあるように、熱意ある医師の頑張りが職員の意識改革をもたらしたとあるのは、「こんなにやっている人の命令は聞こう」という形で権威が成立し、職員のパフォーマンスが上がる第1歩を踏み出せたと解釈することが可能である。このことが、住民に信頼される病院・診療所の発展に果たした効果も無視できない。

また、各職員の貢献意欲を引き出し続けるためには、「職員に与える誘因 \geq 職員からの貢献」というバランスを保持していかななくてはならない。

誘因は個人の要求水準によって異なり、(1)昇給、昇進、(2)罰則降格等による強制、などの即物的なものから、(3)経営理念や社会的使命等の明示やそれらへの理解や共感、(4)研修・教育や経営参加による動機づけ、といった高次のものまで幅広い。医師の頑張りが、より高次の主観的価値を誘因として提供する「説得・信念」の方法・基盤となった可能性も大きい。

5) 住民のニードの多様化とその取込み

医師の高い理念を基盤に、地域住民に対して善かれと思う医療等を提供することが、第1局面を形成したことは上述の通りである。その結果と相まって、時代の変遷と共に、住民のニードも多様化した。特に健康面への関心が増加し、社会資源の少ない地方においては、他に先行する形で、保健・医療・福祉の統合的な提供が検討され始めた。

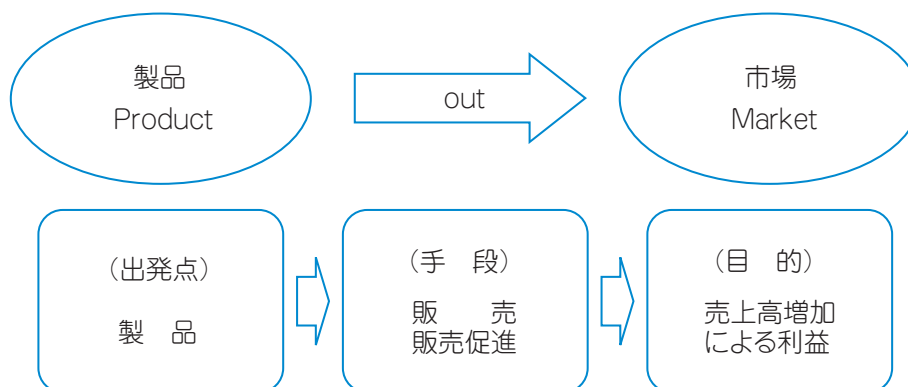
企業が存続するために選択する事業領域をドメインと呼び、また、たとえば、鉄道会社がドメインを「輸送サービス」に拡大することを怠り「鉄道事業」という狭い領域にこだわって、時代の変化に乗り遅れ、衰退することをマーケティング近視眼という。地域の医療機関においても、時代の要請として、近視眼的でない(旧来の狭いドメインに安住しない)サービス展開への対応が求められている。アン

ケート結果によれば、診療所において、特に、保健・医療・福祉の統合的提供(包括医療)というコンセプトでドメインの拡張に先進している傾向であった。

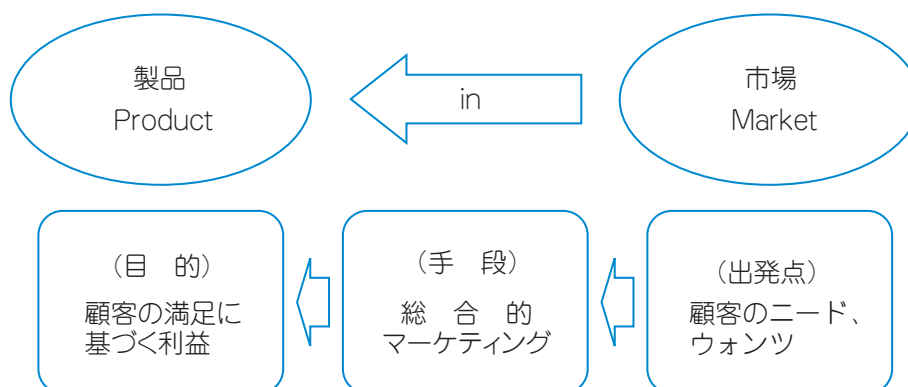
しかしながら、福祉等との連携を行うことによって地域住民により効率的な健康施策の提供を目指す包括医療の展開を考えると、医師、保健婦や行政職員等のサービスを提供する側の知識・情報だけでは不足であり、また、地域にとってそれなりの資本投下を必要とする新事業を始めるにあたっては不安と言わざるを得ない。

高い理念だけで事業を始めるのはリスクが高く、合理的(科学的)なマネジメントとは言えない。ましてや、「よかれと思って始めたサービスなのに受け入れないのは地域や住民が悪い」と発想するようになってしまっは本末転倒も甚だしく、やはり、サービスを受ける側の地域住民のニーズを把握する必要がある。すなわち、「作ったものをいかに売るか」ではなく、「売れるものをいかに作るか」「需要を発見して、それを満たせ」という顧客志向の発想、既にマーケティング理論でいうマーケット・インの発想に転換する必要がある(図Ⅲ-1-1)。

プロダクト・アウト (販売志向概念)



マーケット・イン (マーケティング志向概念)



図Ⅲ-1-1 プロダクト・アウトとマーケット・イン

6)住民との懇談会の効果

本調査において、住民アンケートや住民との懇談会・意見交換会の成立・実行が大きな効果を有した(発展に関与した出来事)とする意見が多く出されていることは注目に値する。

従来、住民のニーズは、医師の外来や往診先での見聞や、保健婦等が訪問先で得た経験からの類推という形で得られることが多かった。住民との懇談会を開くことで、直接、地域の実情を知り、より正確に住民のニーズが理解されるようになり、精度の高い施策が保証されることは勿論のことと言え

る。しかし、その効果はそれに止まらないと考えられる。地域の各所で住民との懇談会をくり返し開催することには大きなエネルギーが必要とされるが、そのことによって、包括医療という新しい事業に対する住民参加を促す可能性が開かれたことが、大きなインパクトとしてアンケート結果に反映されたものと判断される。

マーケット・インにいう「施策のユーザーである住民に学ぶ」だけでなく、「ユーザーも学ぶ」、「ユーザーも参加する」という、所謂、社会志向のマーケティング・コンセプトの考え方に拡大することによって、より効果的にサービスが利用でき、真の意味で住民の意志の反映が可能となる。その結果、より合理的に施策が発展展開されると共に、サービス提供者と住民との双方に長期的で安定した利益が保証されることになる。

また、地域医療推進のエンジンとして、医師だけでなく、首長の果たす役割が大きいことは言うまでもないが、住民との地道な懇談によって形成された意識、ムーブメントが首長をはじめとする行政サイドの決心を促す効果も無視できないと考えられる。単にニーズの把握に止まらない効果と手ごたえを実際に感じているからこそ、アンケートに対して、住民との懇談会の開催をエポック・メイキング(画期的な新時代を開く)の事象として回答しているのである。

7)社会志向のマーケティング・コンセプト

社会志向のマーケティング・コンセプトとは盲目的にユーザーのニーズに応えるのではなく、社会全体の利益や人間本来の価値を高め、ユーザーの長期的福祉の向上に奉仕することが企業に安定した利益をもたらすという考え方である。これは3つの理念から成り立っている。

(1)短期的利益主義への反省と長期的利益の重視。ユーザーの満足の短期的充足も考慮しつつ、「生活の豊かさ、質」といった、より長期的なユーザーへの福祉を提案する。

(2)統合的マーケティング。高い使命と倫理観を有して企業経営にあたりと共に、企業を構成する各従業員もそれぞれに社会への貢献を自覚実践する。

(3)生活者志向。生活者の高い意識に応じていくことで企業の利益を追求する。

企業を行政や医療機関と読みかえ、ユーザーを地域住民に、利益を施策や機関の成功・発展と読みかえれば、まさに、地域で求められる施策展開の考え方と言える。そして、その基本は、サービスにニーズをあわせることではなく、ニーズにサービスを適合させることなのである(表Ⅲ-1-4)。

表Ⅲ-1-4

社会指向のマーケティング・コンセプト

具体的な例として、有機栽培した農作物の産直販売を考えてみるとわかりやすいかもしれない。綺麗な農作物をより安く提供するために、農薬や化学肥料を使いながら大量生産が行われてきた。しかし、安全なものを求める消費者のニーズが高まるとともに、それに呼応する形で、手間のかかる(生産性も低い)有機栽培を行う農家が増加した。一方で、消費者も、安全なものを購入するために、虫のついたものや色の一様でない野菜を割高で購入する必要があるなどを知った。

一連の過程で、農家は、収益は減るものの、消費者との安定した関係を構築し、消費者は、消費者運動として参加することによって、自分達のニーズにあった生産を行う農家を育成するということを学習したのである。

地域の医療機関においても、住民参加型の活動と連動することによって、合理的で安定した関係を住民との間で構築できるだけでなく、住民に育てられるという側面が展開されるものと期待される。

8)医療・福祉・行政を内包するセンターの効果―協働の場

近代社会において、「集団と個人」の関係は「組織と成員」の関係になってきた。成員とは「組織の参加者」を意味し、成員は期待された役割を担っている。

伝統的組織論では組織を「権限と責任の体系」と考え、主に役割分担、規則、命令系統によって組織が成立されていると考える。しかしながら、組織は「仕事の場」だけでなく、「人間集団の場」とみることでもでき、人間集団による「分業と協働」が組織の基本的機能と考えられる。1つの仕事を組織の各構成員が専門的に分担して行うと共にそれを統合することによってその仕事は達成される。その分業と協働の場が組織と言える。

近代的組織論を唱えたバーナードによれば、「協働の体系」としての組織には、(1)共通目的、(2)コミュニケーション、(3)貢献意欲の3つの要素が必要とされる。特に、保健・医療・福祉といった専門職種から構成される組織においては、共通目的を明確化し、組織内の風通しを良くして、貢献意欲・やる気を喚起する必要がある。

地域住民が安心して健康に暮らせる環境を提供するという共通目的を明確化し、各部門や職種間のコミュニケーションを良くして、構成員の貢献意欲を喚起して、協働作業の有効性と効率を高めるための「場」として、複合型のセンターというハードの持つ可能性は大きいと考えられる。今回のアンケートにおいても、複合型センターの設立を発展のエポック(時代)を作った出来事としている事例が多い。

また、各地域において、複合施設の設置が単にゴール(目的)ではなく、「目的は1つの過程の終点であると同時に次の過程のはじまりであって、1つの目的達成は次の目的の手段となる」といった「目的と手段の連環の上に立った意思決定の連鎖」に基づく組織発展の端緒についてと認識されているものと考えられる。

9)求められる医師

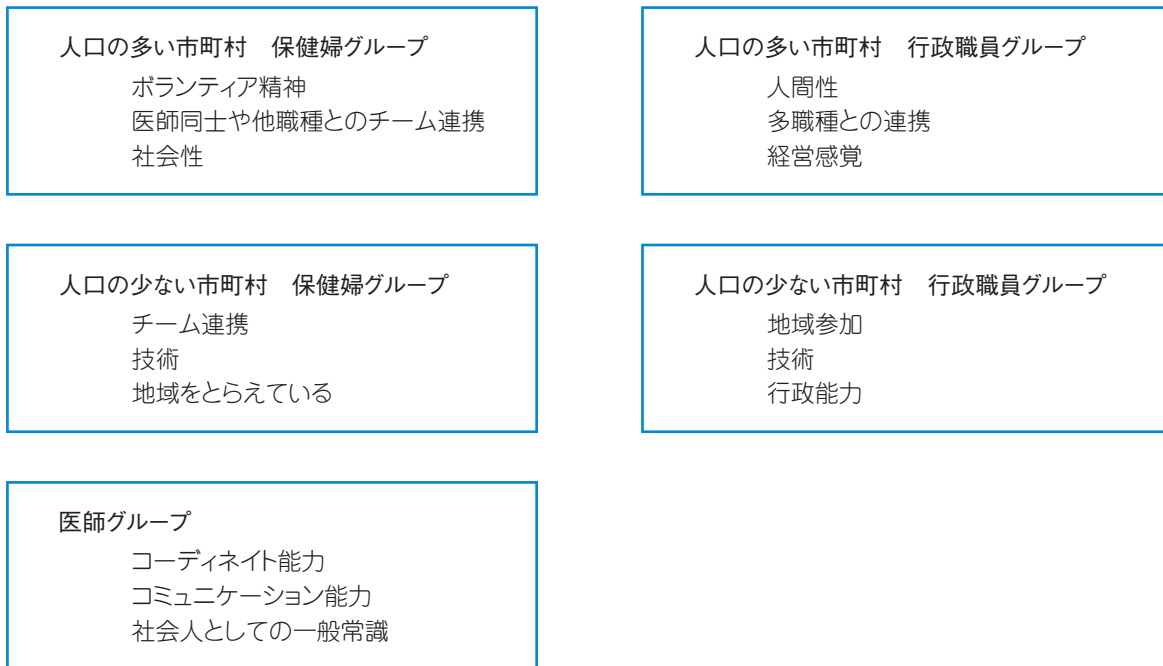
ここで、医療保健福祉の統合的運営に向けて、医師にはどのような能力が地域から求められているかを考えてみたい。

(財)地域社会振興財団では「限られた社会資源を有効に使用しつつ地域の健康福祉の体制づくりを担う人材の育成」を目的とし、「健康福祉プランナー養成塾」と称して、市町村の行政職員・保健婦および地域で活躍する医師を対象とした研修会を行っている。その場を利用して「地域が求める医師像」についてグループ討議を行った。各グループは、保健婦、行政職員、医師という職種によって分け、さらに保健婦、行政職員については所属する市町村の人口規模によってそれぞれを2グループに分け、5グループに分割して、KJ法を用いて各グループの意見を取りまとめた。

得られた意見をキーワード化し、その中から重要なものを3点ずつ選択したものが、図Ⅲ-1-2である。

小規模市町村において保健婦グループも行政職員グループも共に、重要ポイントとして医師の技術を挙げている。このとは、上述したように、まず医師の理念と頑張りで、地域住民や関係職員の信頼を得ることが第1歩であること、そのためには、まず、住民が満足できる程度の医療を提供できる能力が求められていることを表していると考えられる。しかも、小規模の自治体においては、医師1人体制の診療所を有している場合がほとんどで、それだけに医師のパフォーマンスが周囲に与える影響が格段に大きく、そのため、医師の技術力により一層敏感となっているものと考えられる。

得られた信頼を基盤に、時代の要請を受けて、診療所のドメインは拡張される。そのコンセプトと



図Ⅲ-1-2 地域が求める医師像・医師に求める能力

して、保健・医療・福祉を包括して提供することは有力な解答となり得るが、そのためには、異業種間と連携していく能力は必須であり、このことは全てのグループからもほぼ共通して求められている。企業において、1つの製品について企画開発および販売促進から市場反応のフィードバックを行い、次期製品の企画までを一貫してコーディネートする組織をプロダクト・マネージャーと呼ぶが、そのような機能が地域の医師にも求められているのかも知れない。

すなわち、情報収集と評価、施策の立案、施策の実施、施策の評価、の各段階に参画すると共に担当各セクションの調整役であることが求められるのであり、特に人的資源の少ない小規模の町村で働く医師には大きく期待される機能である。そのためには、医師グループがまとめたコーディネート能力、コミュニケーション能力は今後必須のスキルとなる。小規模の職員グループのいう行政能力も、たぶんこのような調整者としての行政サイドへの協力を意味していると考えられる。

10)さらなる展開・発展に向けて

最後に、地域で活躍する医師のパフォーマンスを維持すると共に、そのような医師を拡大再生産する為に必要な支援(システム)を考察すると、以下のような点が挙げられよう。

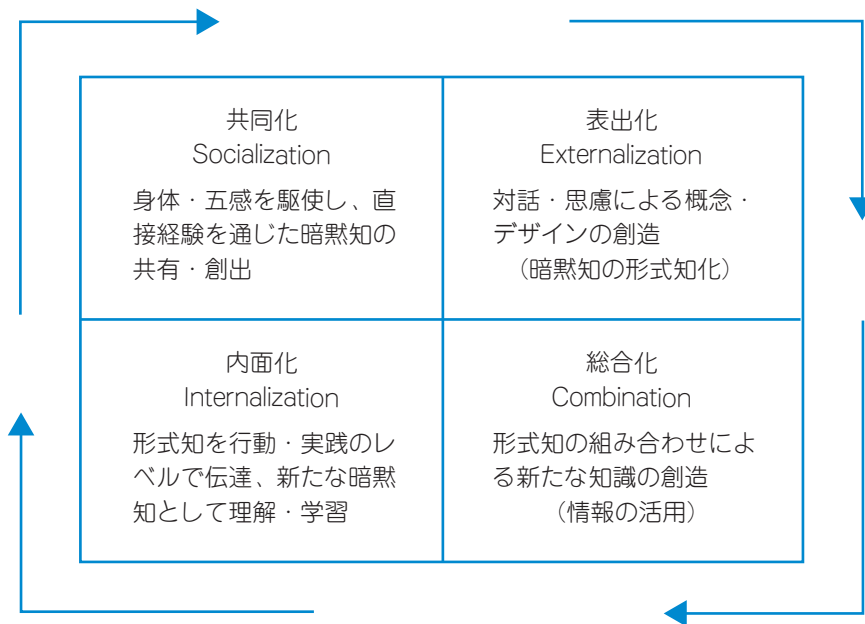
(1)住民に満足される医療を提供することは、地域での統合的な健康施策がスパイラル的に発展する為の重要な基盤の1つである。狭く医療面に限っても、住民に納得される医療の水準は、医療技術等の進歩と共に上昇するはずである。卒後教育、研修等で進歩をキャッチアップしていく必要がある。特に遠隔地に赴任している医師に対しては、情報通信手段を積極的に用いて、容易に新しい情報が入手できる支援が必要と考えられる。

(2)また、単に親切な医療を心掛けていただけでは、これからの地域のニーズを充たしているとは言えなくなってくる。ボーダレス時代を反映し、保健、福祉との積極的な連携が一層求められる。その為に必要な知識情報やノウハウを生涯教育の一環として提供するシステムが必要であろう。

(3)地域のニーズを把握した上で、合理的な活動を展開するためには、情報管理のスキルは必須となる。社会の実情を分析、把握するためには、統計学に基づいた量的側面の調査だけでなく、地域での

丹念なフィールドワークによる質的側面を重視した社会調査や情報評価の技能が必要となろう。これらの方法論は生涯教育を通じて提供されなければならない。

(4) 地域での健康増進における計画、実行、評価のサイクルに必要なマネジメントの能力やコミュニケーション技能は、地域の医師の中に蓄積されている。しかし、残念ながらそれらの技能やノウハウは、経験のレベルで蓄積されており、それらを継承するためにはその現場に行って同じ経験をする、いわゆる「一子相伝」型の情報移植を受けるしかないのが現状である。地域で活躍する医師の再生産や地域を引き継ぐ次世代の医師がよりスピーディに進歩していくという視点から考えると、単に同じ経験が要求されるシステムには問題を感じざるを得ない。蓄積された知識・情報は流通蓄積される形で顕在化されなくてはならないのである。すなわち、野中らの知識経営論にいう、経験的な「暗黙知」を共有できる、あるいは、継承できる形式に変換する必要がある(図Ⅲ-1-3)。これは、一種の学問化といっても良いであろう。この場合、自然科学的方法論のみにこだわる必要はなく、心理学、社会学を始め経営学といった人文科学的方法論も積極的に受け入れて然るべきと考えられる。そのための方法論の教育・研修や、情報流通の場の提供といった支援は是非とも必要であろう。



注：知識には「個人的で主観的」な「暗黙知」と「社会的で客観的」な「形式知」の両面がある(M. ポラニー)。勘どころ、コツといった現場ならではの知識は一般に言語化が難しく、具体的経験を伴う共同作業によって共有されることが多い。このような、いわばアナログ的な知識を「暗黙知」と称する。これに対し、言語化あるいはデジタル化された知識を「形式知」と呼ぶ。いわゆる知的創造は「暗黙知」と「形式知」の相互作用、循環的プロセスを通じて展開される。

2. 「上北山村診療所」(奈良県)

1) 上北山村と健康施策の概要

位置

上北山村(図Ⅲ-2-1)は奈良県吉野郡の東南部に位置しており、東は三重県に接し、西は天川村、大塔村、及び十津川村に、南は下北山村に、北は川上村に接している。面積は273,36㎡で、うち97%が山地によって占められ、大台ヶ原伯母ヶ峰を源流とする北山川、小椽川、東の川にそって集落が点在している。

沿革

上北山村はもともと紀州領に属し、その北にあるところから北山と呼ばれ、奈良県下では上北山村、下北山村、がこの領域であった。明治初年の本村は西野、川合、小瀬、椽本、白川の五か村あり、合わせて北山郷上組と呼ばれ、明治22年に町村制が施行され、現在の河合、小椽、白川、西原の四大字からなる上北山村が誕生した。

産業

山地ながら気温は比較的高く温暖で、降水量は全国でもトップクラスの多雨地帯である。このため木材の生育には適し、古来より林業が盛んに行われ、現在でも基幹産業のひとつとなっている。しかし、構造的な不況に伴って林業が頭打になっている現在、若者の村外流出による若年労働力の不足など、村の産業構造そのものに大きな影響をおよぼし、林業の見直しや新しい産業の開発が必要となっている。

一方、全国的に知名度のある大台ヶ原や大峰山系という観光資源に恵まれた本村は観光立村として展開し、自然石を利用した小処温泉、さらに奈良県でも有数の泉質を誇る上北山温泉を軸に保養とレジャーを兼ねた観光開発が進められている。また、近年箸や木工製品トチモチ等の生産も行われている。

上北山村の人口は、国勢調査によると、昭和45年には1,717人であったが平成2年には1,046人となり、加速度的に人口が減少してきており、昭和45年から昭和55年までの10年間で562人減少している(表Ⅲ-2-1)。

一方、高齢化は着実に進行し、昭和55年では65歳以上の高齢者は184人で高齢化率は15.9%であったが、平成2年では241人、23.0%となり全国の高齢化率との比較では、昭和55年6.8%の差が平成2年には11.0%に拡大してきている。平成7年では奈良県の2倍、全国の1.8倍になっている。

高齢者が増加しており、介護を必要とする寝たきり老人、痴呆性老人の増加が予想される。一世帯当たりの構成員が少なく、高齢者単独世帯・高齢者夫婦の世帯が多い。

出生・死亡は昭和55年まで急激に減少し、その後横ばいを続けている。

村の主要産業は林業を中心に発展してきたが、高齢過疎化に伴い、林業従事者も減り、昭和以前と比べて産業構造が変化しつつある(表Ⅲ-2-2)。

上北山村の一般会計は、企業からの税収入やダムなどの電源開発などに関連する大きな収入はなく、地方交付税に大きく依存するという他の典型的な過疎町村と大きく変わることはない。歳出としては衛生費の割合が比較的高く、保健衛生・医療福祉などに力を入れていることが読み取れる(表Ⅲ-2-3)。



図Ⅲ-2-1 上北山村の位置と県内の公的診療所の状況

表Ⅲ-2-1 村人口の年次推移

調査年次	世帯数	人 口			1世帯の人口
		総 数	男	女	
昭和30年	620	2,543	1,394	1,149	4.0
昭和35年	794	3,806	2,468	1,338	4.8
昭和40年	561	2,007	1,140	867	3.6
昭和45年	520	1,717	944	773	3.3
昭和50年	478	1,463	733	725	3.1
昭和55年	475	1,155	577	578	2.4
昭和60年	497	1,123	572	551	2.3
平成2年	449	1,046	508	538	2.3
平成7年	439	1,023	488	535	2.3

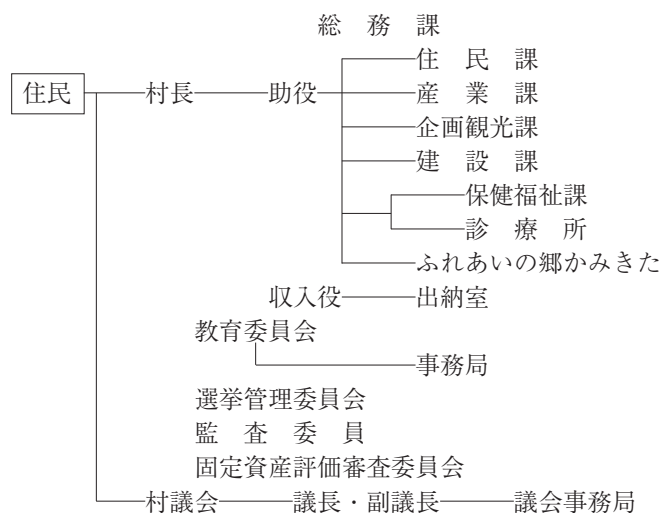
表Ⅲ-2-2 村の産業構造とその推移

区 分	昭和50年		昭和60年		平成2年		平成7年		平成12年		
	人口	構成比	人口	構成比	人口	構成比	人口	構成比	人口	構成比	
総 数	800人	100%	568人	100%	471人	100%	523人	100%	432人	100%	
第1次産業	農業	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2
	林業・狩猟業	215	26.9	121	21.3	48	10.2	48	9.2	16	3.7
	漁業・養殖業	0	0.0	2	0.4	1	0.2	3	0.6	1	0.2
第2次産業	鉱業	5	0.7	0	0.0	3	0.6	0	0.0	0	0.0
	建設業	90	11.3	80	14.0	64	13.6	82	15.7	72	16.7
	製造業	86	10.8	72	12.7	55	11.7	45	8.6	29	6.7
第3次産業	卸売業・小売業	96	12.0	75	13.2	58	12.3	88	16.8	77	17.9
	金融・保険・不動産業	10	1.3	10	1.8	7	1.5	9	1.7	7	1.6
	運輸・通信業	0	0.0	34	6.0	25	5.3	16	3.0	19	4.4
	電気ガス水道供給業	35	4.4	1	0.2	2	0.4	3	0.6	3	0.7
	サービス業	205	25.7	128	22.5	161	34.2	184	35.2	159	36.8
	公務	55	6.9	45	7.9	47	10.0	44	8.4	48	11.1
分類不能産業	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	

表Ⅲ-2-3 平成8年度一般会計決算推移

科 目	区 分	平成8年度		科 目	区 分	平成8年度	
		決算額(千円)	比率			決算額(千円)	比率
入	村税	140,561	5.9	出	議会費	54,086	2.4
	地方譲与税	19,648	0.8		総務費	400,910	17.5
	利子割交付金	1,146	0.1		民生費	213,316	9.3
	地方交付税	1,051,031	44.3		衛生費	443,463	19.4
	自動車取得税交付金	14,277	0.6		農林水産費	435,877	19.0
	交通安全対策特別交付金	614	0.0		商工費	78,448	3.4
	道路整備特別交付金	30,000	1.3		土木費	276,861	12.1
	特別消費税交付金	277	0.0		消防費	20,759	0.9
	負担金及び分担金	5,176	0.2		教育費	136,917	6.0
	使用料及手数料	8,983	0.4		災害復旧費	22,499	1.0
	国庫支出金	102,743	4.3		公債費	205,650	9.0
	県支出金	292,214	12.3		諸支出金	40	0.0
	財産収入	9,074	0.4		合計	2,288,826	100.0
	寄付金	2,000	0.1				
	繰入金	80,000	3.4				
	繰越金	152,798	6.4				
	諸収入	45,833	1.9				
村債	418,800	17.6					
合計	2,375,175	100.0					

行政機構や職員構成(図Ⅲ-2-2)としては一般的な形式であるが、保健福祉課と診療所は同一建物内(ワースリビングかみきた)に位置し、密に連携が図られている。



職員等区分	総数	課長	主幹	主事技師	看護婦 保母	主事補 技師補	その他の 職員
村長の事務部局職員(3役を除く)	47	6	5	10	0	12	14
診療所職員	13	1	1	0	3	3	5
村議会の職員	1	0	1	0	0	0	0
教育委員会の職員(教育長を除く)	7	0	1	2	0	1	3
選挙管理委員会の職員	(2)	(1)	(1)	0	0	0	0
上北山保育園	6	0	0	0	5	0	1
合計	74	7	8	12	8	16	23

図Ⅲ-2-2 村の行政機構と職員数

村の地域作り計画と基本理念

●計画の目的

急速な人口の高齢化、家族構造の変化、生活環境の多様化等により疾病の種類も変化してきた。

「健康で明るい村づくり」を積極的に推進していくために、村民の乳幼児から高齢者にいたる生涯を通じて一貫した健康管理体制の確立が大きな課題となっている。住民の生活実態にあった保健事業計画を目的とする。

●計画の性格

この計画は、村民が生涯を通じて健康な生活が送れるよう、地域を基盤とした総合保健体制の10年後の目標と、それを達成するための方向性、具体的対策、計画を明らかにするものである。また、「かみきたやま総合計画」、「上北山村老人保健福祉計画」と整合性を図るものとする。

●計画の期間

この計画は、2006(平成18)年度までの10か年を計画の期間とする。なお、社会情勢、保健医療事情、老人保健福祉計画等との整合性から、母子保健については5年後(2001年)、老人保健については3年後(1999年)に見直しを行うこととする。

●基本方針

上北山村総合計画は、村民の健康づくりは、まず病気にならない丈夫な身体をつくることに日頃から心がけ、そのために食生活の改善、生活習慣の見直し等生活全般の健康チェック、スポーツを取り入れた健康・体力づくりを進めていき、さらに“自分の健康は自分で守る”といった自発的な意識の高

揚を図り、疾病予防の呼びかけをするとともに各種健康診査、検診、健康相談、健康教育等を実施し自然治癒力のある身体づくりを健康づくりの基本的な考えとしている。

一方、医療面では、本村には国保診療所と歯科診療所があり村民の健康管理に努めている。しかし、手術等が必要な傷病等が発生した場合や緊急事態となった場合は、近隣の病院を利用している現状である。今後は、情報システムの整備により救急医療機関との医療ネットワークとして広域的に促進していく必要がある。

また、高齢者や障害者も社会の一員として活躍し、自ら充実した生活を営むことができる施策を推進していく。

保健センターを健康づくりの活動の拠点として、住民、各種団体、各地区組織、健康づくり推進協議会などで協議検討しながら、地域ぐるみで「健康で明るい村づくり」のため以下の基本方針により保健事業を推進していく(表Ⅲ-2-4)。

表Ⅲ-2-4 健康で明るい村づくりのための基本方針

1. 村民自ら“自分の健康は自分で守る”といった自発的な健康づくり意識の高揚を図る。
2. 妊婦・産婦・乳幼児の健康保持増進のための母子保健の推進に努める。
3. 児童、生徒が心身の健康保持増進の知識と日常生活技術の基礎を形成できるよう、教育機関との連携により、学校保健活動を推進する。
4. 成人病予防のため青年期・壮年期の早期から一次予防、二次予防、三次予防まで一貫した保健サービスを推進する。
5. 勤労者の健康管理においては保健と事業主の連携を図りながら推進する。
6. 高齢社会にふさわしい生活の質の向上のため、村民の主体的な健康づくりへの参加のもとに生涯にわたる継続した保健対策を推進する。
7. 老人会や婦人会など既存組織の健康保持増進活動を支援すると共に健康づくり活動を中心とした地区組織の育成に努める。
8. 保健事業の充実、推進のため専門職種等人材の確保に努める。
9. 保健・医療・福祉の活動の拠点となる保健センターの施設整備を図る。
10. 各事業は保健・医療・福祉と連携をとりながら推進する。

誰もが安心して暮らせる住み良い村づくりを！！

平成13年度、一般会計ならびに各特別会計予算等に関し、重点施策を中心に所信を申し上げ、村民各位のご理解とご協力をお願い申し上げます。

くやすらぎと思いやりのある福祉社会の実現>

少子・高齢化の進展にきめの細かい施策を進めます。保育園では、園児送迎用バスの入れ替え、遊具の塗装、厨房の整備、駐車場の整備等。環境の整備に予算を計上しました。

福祉関係では、介護保険制度については社会福祉協議会を中心に、ホームヘルプサービスやデイサービス、施設介護サービス等を実施。「声かけ訪問」「温泉送迎」等各種福祉サービスも昨年に引き続き実施し、本年度新たに「生きがい活動生活支援事業」「障害者福祉の計画策定」を予算計上しました。「保健・医療」では、病気の「早期発見」「早期治療」のための総合検診、胃検診、婦人科検診等を引き続き実施します。

図Ⅲ-2-3 村広報の関連記事(平成13年4月 巻頭の村長あいさつ)

上北山村には、樫原市から和歌山県北山村へ抜ける国道169号線が南北に貫いており、特に村内の伯母峰峠は交通の難所であった。しかし、ここ数年で道路整備も進み、県南部の市街地への所要時間もかなり短縮された(樫原市ー上北山村 車で約1時間30分程度)。また、公共交通機関は奈良交通バスが唯一であるが、これは利用者の減少から路線バスとして厳しい状況にある(上北山ー吉野 バス所要時間120分)。

医療機関としては、村内には国保診療所が1か所と民間の歯科診療所がワースリビングかみきた(保健福祉総合施設)に設置されている。なお、後方病院としては吉野町の町立吉野病院(121床)と三重県の紀南病院(240床)が主な病院施設である。

福祉施設に関しては村内に軽費老人ホームがワースリビングかみきた内にあり、また、同施設では村の社会福祉協議会がデイサービスなどの通所福祉サービスも行っている。老人保健施設や特別養護老人ホームはすべて村外(吉野町など)に依存している。

2)保健・医療・福祉の概要

上北山村国民健康保険診療の概要は以下の通りである(平成12年度現在)。

1)診療所長

石神賢一(自治医科大学第21期卒業生) 常勤

2)他のメンバー構成

内科医師 所長の研修日に奈良県立医科大学より定期診療1名
毎月第2,4土曜日 町立吉野病院より内科医師1名派遣

整形外科医師 各週金曜日に町立吉野病院より派遣

診療所スタッフ 看護婦3名 事務1名 事務長1名(保健福祉課長が兼任)

3)診療科、施設規模、機器整備状況

診療科 内科・外科・整形外科・小児科

施設規模 鉄骨造 3階建(ワースリビングかみきた)

敷地面積 1,560.95m²

建築面積 1,044.67m²

延床面積 2,446.95m²

保健部門 1,193.01m²

医療部門 713.53m²

福祉交流部門 540.41m²

工事期間 平成8年6月～平成9年9月

建設事業費 939,528千円

機器整備 上部消化管内視鏡・下部消化管内視鏡・超音波診断装置・心電計・単純X線
撮影装置・透視台・ホルター心電計・眼底カメラ・スリット・理学療法機器

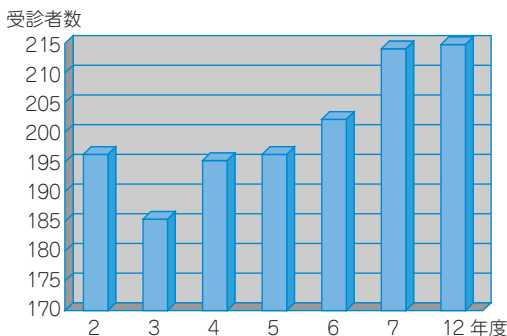


図Ⅲ-2-4 上北山村国民健康保険診療所

平成9年度から12年度までの受診者数や診療収入の推移をみると、平成10年度に老人医療制度を含む医療制度改正により一時的な減少がみられたものの、この間にローテーションによる医師交代は3度行われているが、診療所受診者数は医師の交代による大きな影響はみられず、システムとして認知された結果と考えられる。また、診療所予算の特徴としては、表からは読み取りにくいですが、備品整備(上下部消化管内視鏡・超音波診断装置など)を積極的に行い、医療の質の向上に努めている。施設整備の償還など大きな歳出をとまなうものの、一般会計からの繰り入れ等も行われており、村民の健康と福祉を担う重要施設として位置付けられている。

村の基本健康診査は、年に1回、ガン検診なども含めた集団健診の形で行われている。小規模村ならではのプログラムとしては、基本的健診項目以外に腹部超音波検査や骨密度検査なども導入している。またこの健診時は、保健福祉課スタッフ以外に診療所スタッフ、保健所やへき地医療支援部ならびに住民組織なども応援に加わっている。受診者数も増加傾向にあり、住民の健康に対する関心も高

まりつつあると考えられる(図Ⅲ-2-5)。さらに健康教育なども、保健婦、診療所医師、栄養士などが講師となり、グループワークや実習などを交え、様々な教室を開催している(表Ⅲ-2-5)。参加者数としては、母集団が小さいので数字的には表れにくいですが、スタッフの努力と住民の健康に対する関心の高まりとあいまって、徐々に認知されつつある。



図Ⅲ-2-5 基本健康診査受診者の推移

表Ⅲ-2-5 平成11年度健康教育実績

	開催回数	参加延人数 (実人数)
一般健康教育	4回	10
寝たきり予防教室	5回	17
肥満予防教室	5回	19
基本健康審査結果報告	8回	112

死亡数では、3大成人病が全死因の6割以上を占めており、心疾患・悪性新生物・脳血管疾患の順である。死亡年齢は40歳代から始まり、60歳代で急増する傾向にある。年齢別の死亡数は悪性新生物が60歳代でピークとなり以後減少している。脳血管疾患と心疾患はよく似た曲線を描き、年齢とともに増加している。部位別では男性が肝臓ガン、胃ガン、女性では胃ガンが多くなっている。

長らく保健婦不在村であったが、平成6年より県派遣の保健婦を迎え、保健事業の充実を図ることが可能となった。さらに、平成9年には保健婦の複数配置も実現した。平成9年10月に保健医療福祉総合施設「ワースリビングかみきた」の建設を機に、行政の保健福祉部門と医療施設の一体化が実現し、連携も容易になった。また、介護保険制度の施行に対応して村の社会福祉協議会も設立され、福祉事業の充実が可能となっている。

3) 診療所運営の経緯

上北山村診療所は昭和23年に医師2名、看護婦1名にて開設され、昭和31年には国民健康保険制度発足に伴い上北山村国民健康保険診療所となった。その後述べ6名の村外医師が歴任してきたが、昭和38年からは奈良県立医科大学第一外科医局による医師派遣が行われることとなり、昭和40年には鉄筋2階建ての有床診療所として現在の場所に新築された。しかし、昭和46年からは奈良県立医科大学からの派遣が中止となり、その後述べ4名の韓国籍医師が歴任してきた。昭和55年7月より自治医科大学1期生として初期臨床研修を終えた相良洋三医師が着任し、自治医科大学卒業生の初のへき地診療所勤務として注目を浴びた。相良医師は2年間勤務の後に離任し、自治医科大学卒業医師派遣制度に基づき、後任として3期生の吉井尚医師が着任した。昭和58年朴炳医師が退職されるまで、3年間2人勤務体制が続いた。その後2年ローテーションにより、述べ9人の自治医科大学卒業医師が活躍し、現在に至っている。

山間へき地で唯一の診療機関を国保診療所に頼る本村において、長らく医師確保は村政としても最重要課題であった。過去においては定着医師に恵まれず、奈良県立医科大学からの派遣も医局の協力によるもので定着せず、また、その後歴任した韓国籍の医師を迎えたものの、やはり絶えず無医村になってしまう不安を抱えていた。しかし、自治医科大学卒業医師の派遣制度の開始と共に、医師の継続的供給が確保され、村としても医療のみならず保健や福祉にも力を注ぐことができるようになった。

2代目吉井尚医師と3代目の中垣公男医師が整形外科を専攻していたために、へき地医療においてニーズの高い疾患に専門的に対応できていた。4代目にあたる中岡信吾医師が内科・病理学を専攻していたために、整形外科の疾患などに引き続き専門的対応が可能のように、後方病院である吉野町立吉野病院に勤務していた吉井尚医師や病院長の協力により、定期的な整形外科医派遣制度も実現した。さらに、平成4年に週休2日制度が導入されるにともない土曜日を休診することになったが、議会からの要望により、隔週ではあるが吉野病院から内科医師の定期派遣も実現した。これらの病診連携により、総合医療のみならず、へき地においても専門的診療を受ける機会を広げることが可能となった。現在、吉野病院には自治医科大学卒業医師として相良洋三医師(1期生・外科)と中川信医師(4期生・整形外科)が在籍しており、日常診療のみならず、救急医療においても後方病院として大きな役割を果たしている。

また、隣村である下北山村にも平成2年より自治医科大学卒業医師が派遣されたことにより、夜間・休日・休暇時や研修日などを相互補完したり、検診などで互いに応援しあったりと近隣との連携もより緊密になったと考えられる。

平成7年からは県立五條病院にへき地医療支援部が設置され、2名の自治医科大学卒業生が継続的に在籍しており、さらに広域のへき地医療の支援体制も充実されてきている。へき地医療支援部では、へき地診療所医師の学会出張や傷病による休診を避けるために代診医派遣制度を行っており、地域社会振興財団のへき地診療所研修事業の補助を利用して、代診医派遣を年間10日弱受けている。また、村の総合健診にも応援医師の派遣を毎年受けている。

平成10年からは県立五條病院へき地医療支援部を中心にインターネットやテレビ会議システムによるへき地医療情報支援ネットワーク化事業が展開され、より高度な医療ニーズに対応できるようになってきた。残念ながら吉野病院を巻き込んだ形で活用されていないため、まだまだ課題も多いが、少なくとも距離的なハンディキャップによる医療情報から疎遠となるような環境は改善してきたと考えられる。具体的にはインターネットを利用した文献検索や、メーリングリスト(電子メールグループ)を利用した、症例相談や検討会などの情報交換が可能となり、またテレビ会議システムでは、わざわざ出かけていなくてもカンファレンスに参加できたり、症例相談にも利用できる。特に自治医科大学では、総合医学術集会や地域医療学教室のカンファレンスなどにこれらのシステムを利用したの遠隔参加を推進しており、情報過疎対策に貢献している。平成9年には、診療所施設建て替えに伴い、保健センターと福祉施設を統合した「ワースリビングかみきた」を建設し、保健医療福祉の総合化が図られた。人口1,000人前後の小さな村では保健・医療・福祉に関わる会議や事業はほとんど同じ構成メンバーで、一か所に集約されている方が連携も取りやすいと考えられる。この施設の開設に伴い、従来から診療所関係や保健事業などを扱ってきた住民課が保健福祉課に機構改革され、国保部門や福祉部門とともに役場から離れて、このセンターに一本化された。これにより診療所と保健・福祉行政の物理的・心理的距離はかなり小さくなったと考えられる。平成5年から確保が難しかった保健婦(県派遣)も採用され、さらに、平成10年からは保健婦2名体制になり、保健行政のいっそうの充実が図られた。もちろん診療所医師は総合健診・乳幼児健診・予防接種・健康教育などにも積極的に協力し、保健婦などの行政スタッフとの連携も緊密に図られている。さらに、平成12年からの介護保険制度施行に伴い、上北山村社会福祉協議会が設立され、訪問介護サービスやデイサービスや入浴サービスなどの事業が開始された。介護保険関連で行われるケアカンファレンスについても、同じ施設内に位置するため、また、村内の医療機関が単独のこともあってスムーズに実施されている。意見書の作成や居宅介護サービス計画策定に関する助言、サービス実施中の緊急対応や相談など、保健医療福祉が総合化することのメリットは計り知れないものがある。これも自治医科大学卒業医師派遣制度とし

て、継続的かつ計画的にへき地医療の向上を図ってきた成果と言えるものである。

4) 今後の課題

上北山における公的診療所として期待されることは表Ⅲ-2-6のとおりであるが、上北山村だけでなく奈良県のへき地医療全体の課題として考えていかなければならないこともあり、県行政とも連携して考えていかなければならない問題である。

表Ⅲ-2-6 診療所に求められる機能

- ・ 2週間の内13日間の実診療日数を確保・拡充(現在11日)
- ・ 患者送迎体制の整備 通院困難な患者の車椅子・ストレッチャーの使用による通院
- ・ 勤労者の為の夜間診療体制
- ・ 待ち時間の短縮
- ・ 患者自身の病気に対する理解と薬に対する知識の普及
- ・ 検査(外部委託)結果説明までの日数短縮化
- ・ 長期療養が必要な子供に対する小児科専門医による定期診療

自治医科大学卒業医師の研修体制の見直し

医師確保が安定したものの、介護保険法や地域保健法などの施行にともない地域医療に求められるニーズもかなり多様化してきた。これに対して2年間の臨床研修を修了したばかりの医師には荷が重過ぎるようになってきた感がある。もちろん介護事業や保健事業は村の保健福祉スタッフで十分に機能はしているが、村唯一の診療所医師にはこれらを幅広い視野でコーディネートできる力量が要求されるのだが、2年間の臨床研修で培うには時間的余裕もないのが現状である。また、村としても内科系医療に長けた総合医を求める声も多く(ローテーション研修のため総合医として派遣されてはいるが、赴任直前に選択した専攻科で判断される傾向がある)、今後に向けて、研修制度におけるカリキュラム内容をさらに吟味していく必要があるとも思われる。

市町村合併と広域協力体制

人口1,000人程度の小規模村であるが、救急医療に対する不安はへき地ゆえに大きな問題として常に議論されており、医師複数体制が望まれるところである。しかし、現実的には採算の問題や市町村合併のことを勘案すると、隣村などとの広域的な協力体制が避けられないであろう。また、現状でも非常に緊密に連携を保っている町立吉野病院との関係もさらに強化することが望まれるが、吉野病院も100床程度の小規模病院であるために広範なニーズに十分対応することは困難であり、同じ吉野郡の町立大淀病院や県南部のへき地中核病院である県立五條病院、そして高機能病院である奈良県立医科大学附属病院などを含めた連携体制が求められる。このあたりは第9次へき地保健医療計画で示されているへき地医療支援機構をベースにあるべき姿を検討していく必要があるだろう。

表Ⅲ-2-7 これからのへき地医療活動に求められるもの

- 急性増悪期に対応(夜間休日救急医療体制の充実)
- 短期入院可能な診療体制づくり(有床診療体制)
- 医師複数体制の実現
- 入院患者の受入体制の整備(後方病院)

上北山村における診療所の歴史は医師確保との闘いであったが、自治医科大学卒業医師派遣制度により、この大きな問題はとりあえず解消された。しかし、それ以上にへき地医療に求められるニーズが多様化しているにもかかわらず、診療所における診療活動にも自ずと限界がある。今後村の努力により改善される点もあろうが、派遣される自治医科大学卒業医師自身にもさらなるニーズに応えることができる技量の向上が求められると同時に、広域行政圏や県行政レベルでの協力体制による資源の有効活用が、上北山村のような山間過疎地域では重要課題になると思われる。この点では自治医科大学卒業医師は、県から派遣される形式をとるため、県行政へのフィードバックを行いやすいという利点もある。この意味においても、自治医科大学卒業医師は上北山村におけるへき地医療を支えるために重要な役割を担っている。



3. 国保藤沢町民病院史

1) 病院開設前

(1) 藤沢町が病院を必要と考えた背景

岩手県南の北上山系にある人口1万人強の町が藤沢町である。岩手県は公的医療の中心を県立病院が担っている。広い県土にかつては30の県立病院が配置されていた。しかし、医師確保の困難や経営の悪化から1968(昭和43)年に県立藤沢病院は廃院となった。その後町内で献身的な医療を展開していた開業医佐藤光栄先生は1987(昭和62)年に亡くなられた。その後、町の医療は四つの国保診療所が担うこととなった。しかし、二つは医師確保が出来ず休診が続いていた。残り二つの診療所も医師の病気や夜間不在など不安定な診療体制が続いていた。

町は1982(昭和57)年には国保藤沢診療所と特別養護老人ホームを併設の形で作り、同じ敷地内の保健センターとあわせて福祉医療センターという機構を作り上げた。人口の急激な高齢化に対応するためには、医療の支えがある介護が重要であるという佐藤守町長の発案だった。しかし、実際には施設福祉や保健活動への診療所医師の理解が得られず、その成果は得られなかった。

そこで町は病院を新たに創り、同じ哲学を持つ医師団によって福祉医療センターを充実、発展させようと考えようになった。しかし、岩手県などの理解は容易には得られなかった。岩手県内の国保医療機関のほとんどが赤字と医師確保で苦しんでおり、藤沢町も同じ轍を踏むことになることと危惧されたためだった。住民の病院への待望は日増しに強まり、最終的に病院建設の許可が下りたのは1991(平成3)年春のことだった。

(2) 藤沢町からの要請、そして着任までの期間

(1991(平成3)年夏から1992(平成4)年3月まで)

1991(平成3)年夏、藤沢町から佐藤守町長、畠山助役、沼倉企画室長が私(佐藤元美)の勤務地だった久慈まで来られて、初めての着任要請があった。

私(佐藤)は1979(昭和54)年4月に自治医科大学を第2期生として卒業し、その後岩手県宮古病院内科で研修と勤務の6年間を過ごした。1985(昭和60)年には県立久慈病院に内科医長として転出し、呼吸器内科を中心に診療をしていた。1988(昭和63)年には自治医科大学卒業生としての義務を終了していた。私は毎日の診療の中で医療だけでは解決できない問題が多いことを痛感していた。医療の前後を充実させなければ、医療だけでは住民の幸福につながらないのではないかという無力感に直面するようになっていた。医療の前、つまり早期診断や予防がなければ、肺癌や肺気腫の治療だけでは限界があるのは明瞭だった。禁煙指導や質の高い検診ができたならと願っていた。しかし、県立病院の枠内では市町村と一体の活動には限界があった。医療の後の問題はさらに深刻だった。入院中の医療は潤沢に提供できても、退院後の生活を支える仕組みに欠けていた。たとえば肺気腫患者が呼吸不全となり入院し、人工呼吸療法などで危機を脱し、在宅酸素療法を導入して退院しても、暖かい住宅、消化しやすい食事、日常の世話などがないために、再び悪化し入院してくる場合が多かった。医療だけでなく生活も支えなければ、救った命も再び失われていた。一人暮らしの老人や老人世帯が急激に増加していた。

佐藤町長からは「福祉医療保健まとめて責任者として活躍して欲しい。医療の支えがない福祉や保健がいかに無力であるかは、十分に理解している。同じ考えに立つ医師団を形成して、その医療を基礎に福祉や保健を充実させたい。高齢者が増加し、家庭の機能が失われつつあるので、在宅サービス

を充実して高齢者の生活を支えたい。」と要請された。すでに御調町や涌谷町などの先進地を訪れて、明確な基本構想が作られていた。保健や福祉についてはすでにかなり充実しており、医療が最後の重要なピースであることが理解できた。

岩手県卒業生が集い、自分たちの考えを実現するフィールドを得て、自分たちの考えを実行し世に問う時期が来たと考えていた私は、県立宮古病院時代の同僚であり、県立久慈病院に移ってからは隣の県立伊保内病院から毎週久慈病院内科に手伝いに来てくれていた後輩で1984(昭和59)年卒の及川雄悦先生と相談した。そして二人が中心となり病院創生期を担う決意を固めた。

(3) 藤沢診療所へ着任、そして開設準備

(1992(平成4)年4月から1993(平成5)年3月まで)

1992(平成4)年藤沢町に着任に、藤沢町民病院の前身となる国保藤沢診療所に勤務する傍ら、藤沢町民病院の開設準備を開始した。藤沢町民の自分たちの病院を持ちたいという熱意、熱気は想像以上のものがあつた。それを反映して、外来患者は急増し、平均100名、最大200名となつた。それに加えて保健活動、訪問医療、各種会議も重なつた。住民の信頼を醸成するために、病院開設まで一日も休診としない方針を決めた。町内医科医療機関は他には国保黄海診療所だけであつたので、土曜日も診療を行うことにした。近隣の一関病院から毎週1回診療応援をいただいた。自治医科大学地域医療学教室からも定期的な診療応援が開始された。入院患者は医師が不在となる時間帯もあることから置かずに、外来の診療機能を徐々にあげていくこととした。腹部超音波診断装置、顕微鏡、血算自動測定器、内視鏡システムなどを一部は購入を前提としたデモで、一部は購入で導入した。また、年度の途中で臨床検査技師、臨床放射線技師を採用した。様々な疾患が一気に発見された。胃癌、肺癌、膀胱癌、胆石、甲状腺疾患、副腎疾患などが毎日発見された。一年間に作成した紹介状は500枚にもものぼつた。入院や手術に至つた場合には、出来る限り日曜日などに病院を訪問して、患者を見舞い、様子を聞くことにした。住民からの信頼、周辺医療機関からの信頼が将来貴重な財産になると信じて、毎日深夜まで仕事を続けた。

(4) 中尾喜久学長が藤沢町激励に訪問(1992(平成4)年9月)

1997(平成9)年9月に自治医科大学臨床病理学伊東紘一先生(岩手県の卒業生指導担当)と卒後指導課の平山行雄氏のご尽力により、中尾喜久学長に藤沢町をご訪問いただいた。町長、助役はもとより全役場職員でお迎えした。診療所、造成中の病院敷地などをご案内した。歓迎会で学長は次のように挨拶された。「たとえ過疎地や離島であっても、すべての人々に医療の恩恵が届けられなければならない。そのような目的のために自治医科大学は作られた。大学としても支援を惜しむものではない。佐藤君を甘やかすことなく真摯な意見の交換を行い大切に使ってもらいたい。卒業生が大変お世話になります。」綺羅星のごとき経歴、役職、業績をお持ちの先生が、人口1万人強の北上山脈に隠れるようにたたずむ町に足を運び、卒業生のために頭を下げておられる。学長の藤沢訪問は町民に本当に病院が出来るという安堵感を与えた。この日、佐藤守町長はすばらしい病院ができあがる確信を持ちつつ、医療は広く社会の財産であり藤沢で作上げる医療は藤沢町民だけのものではならず、広く社会に貢献するものであるべきだと決意したという。現在、私が県内外に講演に出かけたり、各種団体の役員に就任したり、病院をはじめとする施設が大勢の視察研修の方を受け入れている理由の一端はここに発している。学長にはその後、「忘己利他」の揮毫をいただいた。現在原本は院長室に飾り、銅板に転写したものを病院玄関ロータリーに設置している。自己犠牲と利他主義は医療の本質だと考え、現在は病院の理念として、全職員の名札に印刷され毎日私たちの戒めとなっている。

(5) 自治医科大学地域医療学教室からの支援始まる(1992(平成4)年6月)

母校の地域医療学教室、卒後指導課などへ町長とともに診療所、そして開設後の病院への支援を依頼した。手厚い代診が開始された。前年度まで診療所長が難病のため、たびたび通院や安静を要し休診が度重なっていた。私が出張でも大学からすばらしい先生方が交代で応援にくることに町民は驚き、感心した。継続的な医療が開始された。代診は月に8日程度行われ、私は安心して病院開設準備のための交渉や会議だけでなく、予防活動や訪問診療も行うことが出来た。住民の医療への渴望、町長をはじめとする行政の病院への熱意が、代診に来られる先生方に徐々に理解されるようになった。地域医療学教室を基幹に内科を運営する考えが固まってきた。五十嵐教授からは少しずつ様子を見ながら支援を考えますと話された。奥野正孝助教授、佐々木将人講師からは随分と精神的に励まされた。岩手県卒業生のほとんどは県立病院に勤務しており、国保医療機関に就職し新たに病院を作ろうとしている自分は異端であり、卒業生からの支援は期待できない状況ただけに、母校に帰り活躍している先輩からの支援は貴重だった。幾度も地域医療学教室にお願いに上がるうちに、全国の卒業生の状況が見えるようになってきた。

(6) 自治医科大学大宮医療センター外科からの派遣を模索する

(1992(平成4)年夏から1993(平成5)年3月まで)

内科については私と及川雄悦先生、自治医科大学地域医療学教室からの派遣で診療を開始する見通しがあったが、外科に関しては暗中模索の状態だった。岩手の卒業生には外科を専攻しているものが多く、その大半は岩手医科大学第1外科に所属していた。まずは岩手医科大学第1外科教授を町長とともに訪問した。教授からは自治医科大学卒業生で第1外科に入局した者を出来るだけ外科の研修が出来る大きな病院に配置するように努力しているのに、小さな国保病院に派遣してはかえって卒業生がかわいそうだと話された。途方に暮れて、大宮医療センター外科に勤務している同期の住永佳久先生に相談の電話を入れてみた。住永講師からは、「可能かもしれないから、検討させてくれ。宮田教授と相談をして連絡する。」との返事だった。遠隔地だが同窓生が困難な状況で地域医療を開始するに当たって、大宮医療センターの存在意義を発揮したい。ただし、恒久的な支援は無理だから出来るだけ早く岩手県卒業生にバトンタッチできるようにして欲しいとのことだった。その冬には、宮田教授と住永講師が藤沢を訪問し、病院建設現場を視察し、手術室のレイアウト、用意すべき医療機器などについて指示を受けた。1993(平成5)年3月には1月交代での外科医の派遣が内定した。卒業後ほとんど交流がなかった宮田教授や住永講師からのご支援により、内科だけでなく外科に関しても二次医療にチャレンジすることが出来た。外科医の確保が確実となり、あらためて内科系に関しても血管造影や内視鏡治療などより侵襲性が高い領域も守備範囲に入れるように計画を一部変更した。

(7) 医療器械の選定を開始する(1992(平成4)年秋)

デモが出来る者はデモをしながら、出来ない者は稼働している病院を見学して、医療器械の選定を行っていった。特に放射線診断の分野は高額なものが多いため、放射線技師の東山技師と一緒にあちこちの病院を見学してCTなどの選定を進めた。この過程で東山技師がきわめて研究熱心であることに気がついた。二人が中心となり将来の病院の夢を道ながらに話し合った。医師と技師が共同で読影診断に当たり、質の高い撮影、質の高い診断を行おうとか、CTをしっかりと活用して次の段階ではMRIを導入しようとか、余裕が出来たらCRを導入しフルデジタル化しようなど、どれも現在は実現している。レントゲン透視は血管造影も出来るタイプとした。当初の県への計画ではCTは整備しな

いことになっていた。しかし、CTのない診療は考えられないことを説得して整備することになった。そのため放射線診断のブースはきわめて狭くなった。電子内視鏡セットやCTは起債の対象とならずやむを得ずリースとした。

(8) 病院開設前夜(1993(平成5)年7月1日から19日まで)

7月1日からは及川雄悦先生が自治医科大学の義務を終了し着任した。たった二人の常勤医で病院をスタートさせることになった。不思議と不安よりも白紙に二人で思いっきり絵が描ける充実感が強かった。二人でこれからの病院運営で一番大事なことはなんだろうかと話し合った。優秀で意欲的な若い医師を確保することが病院発展の鍵だと言うことで意見が一致した。そのためには若い医師にとって魅力的な病院であるためには私たち自身が楽しそうに仕事をしてみせることだと考えた。愚痴を言わずに数年間を楽しそうに続けられれば、後に続く医師が現れるだろうと誓い合った。様々な困難が危惧されたが、ともかく二人の間では率直な意見交換を欠かさないようにしようと決めた。

同じく7月1日には大宮医療センター外科から住永佳久先生が着任した。手術関係、外科外来関係の医療機器の確認、手術室や外科外来を担当する看護婦のトレーニングなどに追われた。特に看護婦は手術室勤務経験者が少なかったことから緊張が強かったが、住永先生が懇切丁寧に説明を繰り返す間に不安が少なくなり、新しい病院外科部門の基礎を自分たちが創り上げるという意欲に変わっていった。その後当院外科では、肺癌の根治術や、肝細胞癌に対する肝切除など多彩な手術が行われるようになっていった。その背景には地域医療の経験のある外来で医師が初期に看護婦への指導に当たったことが大きい。

2) 病院開設後

(1) いよいよ開院(1993(平成5)年7月20日から12月まで)

開院前夜は興奮と緊張で十分睡眠がとれなかった。診療開始初日はあまりに患者が多かった。200名ほどが受付に殺到した。CT検査や内視鏡検査を希望する方も多く予約業務も開始された。診療所から移行する患者のカルテは500枚程度すでに患者登録を済ませ、要約の記入も済ませていた。それ以外の患者はすべて新患となるので受け付け、カルテ作成、登録など事務手続きも混雑した。その日の外来が終了したときには、すでに午後4時を過ぎていた。

内科の体制は常勤が2名に、地域医療学教室から1週間に2日の支援でスタートした。私が外来と訪問医療、予防活動を担当し、及川雄悦先生が病棟と内視鏡検査と外来を担当することにした。受付は午前のみとして、午後は急患のみの対応とした。教室から支援がある日にあわせて時間を要する検査や会議を行った。おおよそ10時半まで私がひとりで外来を行い、10時半からは内視鏡検査を終えた及川先生が外来に加わり、二人で2時頃まで診療を行った。午後に保健活動や在宅医療から帰ると10名程度の患者が外来に待っていた。午後6時からは東山放射線技師と内科医でその日の放射線診断を共同で行った。連日8時頃まで続いた。

(2) 常勤医の増加、診療の安定(1994(平成6)年1月から今日まで)

1994(平成6)年1月に地域医療学教室から初めて常勤として岡山雅信先生が着任した。内科常勤3名体制は、平日午前中の2診体制が維持できた点で画期的だった。1994(平成6)年4月には海老根廣行先生に交代となった。海老根先生はその後大学には帰らず、そのまま当院に就職し、現在は内科医長、特別養護老人ホーム施設長として活躍している。地域医療学教室からは海老根先生に加えて1995

(平成7)年4月からは高木史江先生が、さらに1996(平成8)年6月からは鶴岡浩樹先生、鶴岡優子先生が常勤内科医として派遣された。教室からの派遣は3名をピークにその後減少し、現在は川上先生の1名のみとなっている。

1998(平成10)年8月から藤沢町医師養成事業の奨学生である千田元先生が着任した。藤沢町の奨学生は5名だが、その最初が千田元先生だった。虎ノ門病院で研修し、主に消化器内科を専攻し、福島県竹田総合病院勤務後の着任だった。医師養成事業は岩手県と市町村が等分に負担をしているが、大方の町村で義務履行率がきわめて低い。そのような中で千田先生が着任したことは大きな喜びだった。千田先生は消化器内視鏡を利用した各種治療手技を次々と導入した。アルゴンプラズマレーザー凝固、各種ステント治療、粘膜切除などである。現在は病棟および内視鏡室担当内科医長として、診療にレジデント教育に活躍している。

大宮医療センターからの外科医派遣は、1994(平成6)年6月からの小林英司先生の着任以後常勤化した。患者の安心感は一気に高まり、消化器悪性腫瘍など侵襲性の高い手術の比率が一気に高まった。その後竹元伸之、遠山信幸、清崎浩一、森康昭の各先生に受け継がれ、現在は椎名良直先生が1999(平成11)年4月から継続している。手術時には大宮医療センターから外科と麻酔科から支援をいただき、年間50件の手術が行われている。術後管理の必要性によっては翌日まで残っていただいている。当院外科へ住民が寄せる信頼は絶大なものがあり、長く町外の医療機関に通院していた患者が胃癌を発見されて手術希望で紹介状を携えて受診したこともあった。町外の患者が手術を求めて来院した例も少なくない。

自治医科大学精神科からの支援が2001(平成13)年1月から始まった。主な目的は、高齢者のうつに適切に対応することと、町内にある知的障害者更生施設であるふじの実学園に精神疾患が増加していることに対応することの2点であった。精神科から月2回の診療支援を受けているが、これまで対応に苦慮していた治療困難例が2か月ほどで良好な経過となった。今後は2002(平成14)年に計画されている痴呆性老人に対するグループホーム建設や保健活動の一環としての心の健康増進に助言をいただきたいと考えている。

(3)施設、在宅に広がる医療(1996(平成8)年から現在まで)

1996(平成8)年4月に老人保健施設が病院に併設された。同時に在宅介護支援センターが開設された。病院を利用する患者が外来、入院ともに増加し、時に満床となり入院希望に応えられない事態が発生するようになった。入院患者は高齢者が多く、入院前からADLが低く、入院を契機にADLが低下し、退院後に介護を要する例が増加した。しかし、特別養護老人ホームは50床で短期入所も困難であった。このような困難を解消するために老健施設を併設する決断を町長が下した。当時は介護保険導入前夜であり、特別養護老人ホームと老健施設の自己負担に大きな格差があり、果たして誰でもが6万ほどを負担しなければならない、しかも入所期間に限りがある老健が利用されるだろうかと危惧する声が大きかった。近隣に病院併設の老健がないことから、病院併設のメリットを最大限に生かした老健運営を工夫することにした。また、町外の利用を全体の半分に見込んだ。創られた老健は60床であったが、開設直後は利用者が少なく、20,30名という水準だった。施設長に就任した及川雄悦先生に近隣の病院へ説明に回ってもらうようにしたところ、夏過ぎには利用者が増加し、1年後にはほぼ満床となった。利用者や家族からは病院に併設していることが大きな安心としてとらえられていた。老健に所属する作業療法士によるリハビリだけでなく、病院理学療法室を利用してのリハビリも希望者には提供することにした。脳卒中急性期の早期退院をはかっていた工夫だったが、数年後には近隣の病院から亜急性期のリハビリのため紹介所となる例が著明に増加した。在宅介護支援セン

ターが老健内にあるために、在宅療養への支援が十分にできるようになり、平均在所期間が町内利用者で3か月、町外利用者で6か月ときわめて短い入所期間となっている。

2000(平成12)年冬には、特別養護老人ホーム光栄荘が50床から長期80床、短期18床と増床された。一人暮らしや老人世帯が増加し、在宅での生活が困難になった方に安心して生活していただく場として、特別養護老人ホーム増床を望む声が大きかったが、増床はなかなか認められなかった。しかし、介護保険導入に当たり入所施設の不足が明らかとなり、増床が認められた。病院に隣接した施設として周辺町村からの期待も大きかった。実際増床後は各種医療処置を受けている方や病状不安定な方が大勢町外から入所された。

1996(平成8)年頃から訪問医療が飛躍的に増加した。医師の増員が直接的な要因だが、訪問医療が住民に認知され始めたことも大きい。町外からも訪問医療を望む患者が多く、徐々に町外にも訪問を行った。郡内では訪問医療を行っている医療機関は少なく、当院の訪問範囲は郡南部1町2村(千厩町、室根村、川崎村)に留まらず、宮城県県北にも及んでいる。現在訪問医療の登録患者数は150名で、おおよそ50名が町外である。入院、入所、死亡などもあり、実際月に訪問する患家は100世帯となっている。実に許可病床の2倍である。訪問医療は重装備の病院にとっては単価の低い、密度の薄い診療領域であるが、他に訪問医療を引き受けてくれる医療機関に乏しい地域にあっては、訪問して欲しいという切実な願いに応えることは、信頼感を得る格好のチャンスであるし、職員の教育の場となっている。医療職は普段は分業の進んだ職場で過ごしているが、訪問医療にひとりで出かけることによって、住民の普段の暮らしぶりを知り、住民の医療職への期待を知り、自分自身が医療を目指した初心に帰ることができる。

1998(平成10)年7月には訪問看護ステーションを老健ふじさわの一角に設置した。増加する訪問医療に対応するためには、より専門的な看護が必要になったこと、将来の新しい看護像を探求するためである。看護は医師との関係で大きく三つに分類される。医師の指示に従って行う従属的看護、医師と看護職が協調相談しながら行う協調的看護、看護職が自ら診断し治療を計画し看護する独立型看護である。訪問看護ステーションは主治医の指示書に基づいて、患者、患家と具体的な看護内容を相談して決め、実行するものであるが、日々の看護については看護婦が自ら判断して行う範囲がきわめて広い。初めて訪問看護ステーションに勤務した看護婦は皆とまどい、不安を訴えていたが、1年ほどで徐々に自信を持ち、3年目の今では慎重に自分たちで判断をする能力が身に付いてきた。このように将来の看護を育てる目的から、全スタッフを常勤正看護婦としている。現在では看護婦4名、理学療法士1.5名で看護に、リハビリに飛び回っている。特に訪問リハビリは近隣に提供できる医療機関が乏しいため、利用者70名中30名が県外利用者となっている。

3)町長・住民・行政

(1)住民参加とナイトスクール

地域医療失敗例の研究から住民参加はきわめて重要なテーマとして当初からあった。狐は猟師に弱く、猟師は町人に弱く、町人は狐に弱いという狐拳ではないが、患者は病院に弱く、議員は患者に弱く、病院は議員に弱い。医療過疎地では診察室の中では患者は常に医師に低姿勢で感謝するものだが、決して満足している場合だけではない。不満は病院には来ないで、議員や首長に行く。議員や首長は大方患者ではないので、病院の内容がよく分からないままに病院に批判的な意見を持つようになる。町が運営している病院に勤務している従業員は、町に従えというようになり、町の有力者や行政と病院の関係が悪化している例が少なくない。

本当の住民参加とは、患者参加ではない。自治体医療運営にとって住民参加とは住民が医療を支える評議員や理事の役割を持っていることに根ざしたものだ。住民が医療運営に関して責任の一端を担っていることを、住民も職員も自覚することから住民参加を始めなければ、住民は無い物ねだりをし、職員は医学的、制度的説明をしスタッフ不足を訴えるだけに終始してしまう。制度としての住民参加はこれまでもあった。首長選挙や市町村議員選挙がある。また、各住民団体の代表者による審議会や評議会もある。しかし、特定のテーマに関して言いたいことが自由に発言できる場がなかった。しかも医療の担当者に直接発言できる場がなかった。

病院開設の興奮が冷めた1994(平成6)年頃から、病院への不満が多く聞かれるようになった。「待ち時間が長い」、「診察をしないと薬がもらえない」、「検査が多い」、「自己負担が高すぎる」などが主な不満であった。患者だけでなく、多くの町民が疑問を感じていた。患者に対して、窓口で、診察室で個別に説明しても効果がなかった。患者にではなく、広く町民に説明する必要がでてきた。

平成6年度、7年度の2年間に町内を10地区に分けて、ナイトスクールを行うことにした。ナイトスクールとは福祉医療センターの各職種が夜に地域に出向いて住民に説明をし、住民の意見を聞き、議論をする企画である。町内10か所に設置されている地区健康センターの主催として、職員が招かれる形で行った。参加者は医師、看護婦、薬剤師、栄養士、理学療法士、ホームヘルパー、施設の介護員、事務職などである。待ち時間問題については予約外来の導入を行うことで解消を目指していることを説明した。しかし、2台の患者送迎バスを運行していることから9時半頃に最大で60名の患者が受付するためにそれ以後の待ち時間が長くなる事情を説明した。また、待ち時間を計るときには早くても受付開始の8時半を起点にして欲しいと話した。無診察投薬が近隣医療機関で普通に行われていることから、当院への批判がことに強かった。保険医療機関として診察後の投薬が義務づけられているだけでなく、安全性の確保のために診察が欠かせないことを説明した。また、病状が安定した後はできるだけ長期投薬を行っていることも説明した。検査が多いと自己負担の高さは、ほとんどの慢性疾患患者が長期投与を受けているために、診察が月1回となり、見かけ上検査の頻度が上がることや、様々な領域の疾患について紹介状を持って来院されそれを当院内科で総括して診療するために起こることと説明した。実際、1年間で比較するとほとんどの方で当院に紹介されてから後の方が医療費の総額も自己負担も軽いことが分かってもらえた。

ナイトスクール参加者は多い地区で100名、少ない地区でも30名を越えた。説明を分かりやすくするために、ビデオやOHPを利用したり、参加者が発言しやすいように司会を地区の方に担当してもらったり工夫した。病院に対する疑問や不満を自由に発言しても良いことを知ると、特に病院を直接は利用していない住民から様々な意見があげられた。闘病体験や看病の体験を切々と訴える方もあった。患者が増えたら国保が赤字になり負担が増えるのではないかという危惧を訴える者もあれば、自己負担を町で肩代わりして自由に利用できるようにして欲しいという意見もでる。眼科も小児科も心臓外科もそろえて欲しいという意見があれば、これ以上医師が増えては病院が赤字になるという意見もある。次第に、赤字にならずに、患者に親切丁寧で、待ち時間がほとんどなく、医療費も安く、好きなだけ診察なしで薬を窓口でもらえて、医者は少なく、科はすべて揃っていて、住民の希望をすべてかなえることが無理であることを住民自身が理解した。住民も患者も職員もすべて多くの制約の中で、何がよりよいものであるかを考えなければならないことが明瞭になった。

ナイトスクール後の変化は顕著なものがあつた。窓口での、あるいは地域からの不満、批判が激減した。そして病院への寄付が増加した。何か病院での診療や運営に疑問があると直接病院を訪れて事務長などに説明を求める町民が少なくない。新しい、そして実質的な住民参加が始まっている。直接町民に説明すること、町民は自由に担当者に意見が言えることが住民参加の要点であると思われた。

(2) 哲人町長の下で

職業人としての幸福は、三つの要素で成り立っている。良き上司、良き同僚、良き部下が揃えば、これ以上の幸福はないと言える。藤沢で仕事をする決心をしてから、今日までの10年をふり返るとき、上司としての佐藤守藤沢町長の存在が大きいことにあらためて気づかされる。佐藤町長が脚本を書き、沼倉憲二前事務局長が演出し、私たちが出演した劇のようでもある。病院開設当時、高額医療機械導入に反対の意見が多い中で、佐藤町長からは、「議会には病院を作る前に病院の赤字は覚悟して町の医療を創り守り育てようと決議してあるので、目先の赤字、黒字に目を奪われることなく医療の理想を追求して欲しい」と檄をとばされた。フリーハンドになればなおさら経営には慎重にならざるを得ないが、萎縮しないで将来を見据えて投資をし、実験をする伝統が築きあげられた。

「出前の医療」、「生活医療」、「2,800床の総合病院」などという佐藤町長のキャッチフレーズは、せっかく積み上げてきた自分の気管支鏡や血管造影の技術が評価されないような悔しさや、あまりの分かりやすさに気恥ずかしさを感じたものである。しかし、一人一人の生活をみて、生活の現場に向いて展開される医療は、住民が切実に求めている医療であるだけでなく、自分がなぜ医師を目指し、なぜ自治医科大学の門を叩いたのかを思い起こさせてくれた。医療に、患者や患者の家族との出会いに感動がある。湿度の高い感動ではなく、わずかではあるが確実にこの社会に貢献しているという自信に基づく感動がある。このような佐藤町長を選び、長年にわたり支持しつづけている藤沢町民もやはりすばらしい。

佐藤守町長には幾度となく自治医科大学において学生に講義をしていただいた。2000(平成12)年東京で催された日本医学会総会で演題を発表していただいた。全国国保診療施設協議会が主催する全国国保医療学会では、この数年継続して発表、発言をしていただいている。その趣旨は、「全国に多くの医科大学、医学部があり、多くの地域医療を論じる論者がいる。しかし、実際に多くの過疎地、離島において組織的に医療の実践を行っているのは、自治医科大学卒業生が多い。この現実、この現状を多くの医学部、医科大学、論者は直視しているのだろうか？自治医科大学の成し遂げた偉業、その背景にある中尾先生の医の倫理追求が医学界でもっと高く評価されるべきだし、市町村長も自治医科大学に対する期待を明確に示そうではないか。」ということにつきる。

佐藤守町長は藤沢町の人口が減少し高齢化している原因は、若者に生きるに値するステージを示すことができなかつたからだと総括している。そして今、高齢者が最後を迎えるときに、町外に流出するならば、それは高齢者に対しても生きるに値しない町になっていることを示すもので、町の存在意義が失われるとまで断言している。今、老後を藤沢町に求めて移住する人がいる。経済的にみると決して歓迎できることだけではないが、町長はそこに未来があるという。経済の論理で負けても、生命の論理で生きていければ良いと言う。

藤沢町はかつて過去の町だった。若者が見捨て首都圏に職を求め、老人は死に場所を町外に求めた。今、藤沢町は未来の町である。全国から市町村長、市町村議会議員、市町村病院職員などが、未来を求めて藤沢町を訪れる。特別な補助金もなくとも、小さな財政的に困窮している町でも、生きるに値する町を創ることができる。そこに視察に訪れる方々は「すでに起こっている望ましい未来」をみるという感想を寄せている。

4)意思決定のプロセス

意思決定プロセスは目には見えない。本質的な意思決定の後に、公的なプロセスを経て、公的に権威づけられた決定がされて、実行されていく。藤沢町民病院に関連する意思決定のプロセスをふり返って、記述を試みるが、あくまでも筆者(佐藤)の推測に依るものであることを断っておきたい。

病院建設決定までの時期

佐藤町長が中心となり説得し、決定した病院がないための不便、不都合は、程度の差はあれほとんどの町民が実感していたと想像される。しかし、一方では県立病院ですら経営難で退却するほどの医師確保困難、経営困難を見せつけられて、やはり財政難の小さな町では病院を創り運営していくことは困難を極めることは容易に予想ができたため、病院建設は無理なことと考える風潮が根強くあったようだ。しかし若者に職場がないと見捨てられた町が、高齢者に死に場所がないと見捨てられては自治体の存在価値がなくなるという強い危機感から、佐藤町長は役場内を説得し、議会を説得していった。そして、最後にたったひとつの公約に「藤沢町民病院の創設」を掲げて5期目の町長選に立候補したときに、その重さに町も県も国も動いたのだと思う。大方が諦めているときに、ひとりの決意が不可能を可能にした。

病院建設決定から開設許可まで

沼倉憲二初代病院事務局長が交渉をした医療は最も規制の多い分野である。医師はじめ医療スタッフの確保が確実でないとは病院開設の認可は下りない。病院運営の見通しが明るくなければ、起債を利用して病院を作ることは許されない。様々な交渉をねばり強く続けて初めて開設許可にたどり着くと言える。不安な気持ちで見守っている役場幹部や議会への説明、住民への説明なども欠くことができないプロセスである。病院開設許可から一手に事務手続きを担い、スタッフを集め、病院開設後は初代事務局長として開設後の様々な基準獲得を進めた沼倉憲二事務局長がこの時期の意思決定を担っていたと考えられる。町長が政治的に決定したことが、行政的に実行されたと言うことができる。

病院開業後からの平成6年末まで

私(佐藤)が病院に肉付けした病院開業後は毎日のように新たに決定しなければならないことが発生した。それぞれの現場で解決できることも少なくないが、大部分は病院長が決定しなければならないなかった。各種委員会も整備されず、重要なことは病院長がひとりで決定することが多かった。「正直な医療」の実践や「無診察投薬排除」、「院内完全禁煙」などの原則はトップダウンでなければ実行できなかったかもしれない。

病院が軌道に乗って

住民の声を聴く平成6,7年の移動健康ナイトスクールで病院に対する住民の疑問、不満を聴くだけでなく、住民が病院を支援して行こうという機運に充ちていることが分かった。住民の声を聴き、住民に説明しながら病院を運営していくことができはじめた時期である。住民の希望を背景に在宅医療の拡充、午後外来、老健施設建設などが進められた。

医療と介護の連携を進める

及川雄悦副院長のリードで平成8年度には在宅支援センターと老健ふじさわが新たに作られた。その二つの部門の長に、及川副院長が当たった。及川副院長の努力と創意で医療が支援して花開く介護の世界が生み出された。より生活に近い介護の現場では、介護こそが主役で、医療はそれを下支えするものであるが、そこでの医療の質や方向性は実は介護を左右する面がある。介護支援する医療は、医療の変革を求める。生活をみる医療、人生をみる医療が病院全体に大きく浸透した時期である。

成長し複雑化する組織

組織でサービスの質を改善して維持する平成12年以後は訪問看護ステーション併設や在宅医療の増加、介護保険の導入、健康増進の推進など病院の取り組む分野が複雑で豊富になってきた。それぞれの分野で人材が育ってきたことを背景に、各種委員会の整備を進め、職員が全員参加で組織的に病院運営に取り組む機運が高まった。特に感染症委員会や施設整備委員会の長を努め、委員会活動を普及させた海老根廣行内科医長の存在が大きかった。平成12年度には日本医療機能評価機構からの認定を受けることで名実ともに組織運営の基礎ができあがった。

前夜期、黎明期、創生期、安定期それぞれに相応しい推進力、あるいは牽引力に、バトンタッチして今日の藤沢町民病院がある。住民参加も政治決定も、組織的運営も実態を伴うためには、それが必要とされる背景とそれを担う意欲と能力が必要だ。時期が過ぎれば次の新しい課題、問題点が現れてくる。新しい問題に相応しいエンジン、決定力を用意しなければならない。

IV 地域医療の課題

1. 医師の確保

1) 医師確保の現状と充足度

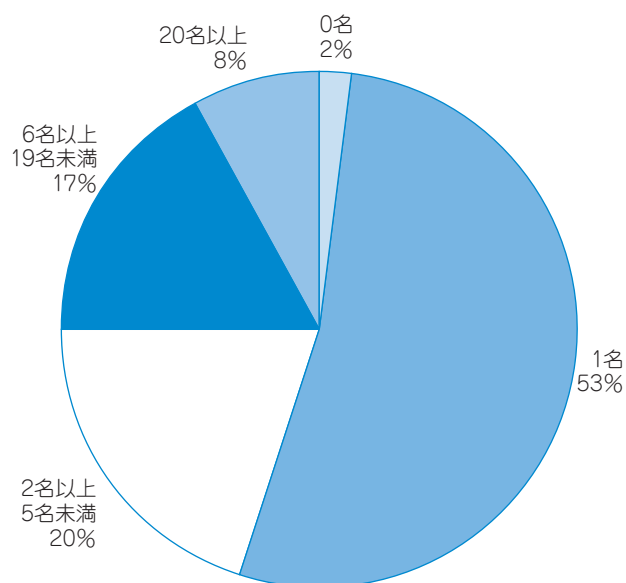
(1) 医師定数の充足割合

へき地指定自治体の医療機関において、図IV-1-1のように、常勤医師のいない施設が2% (17か所/828か所)にあった。市では1% (1/157) 町村では2% (16/671)であった。また、常勤医師が1名の施設が53%であり過半数を占めた。市では38% (59/157)、町村では58% (387/671)であった。図IV-1-2のように、医療機関の診療科は内科が全体で97%を占め、市では95% (145/157)、町村では98% (660/671)であった。外科、小児科、整形外科等の診療科は市に比較して町村に少なかった(図IV-1-2)。

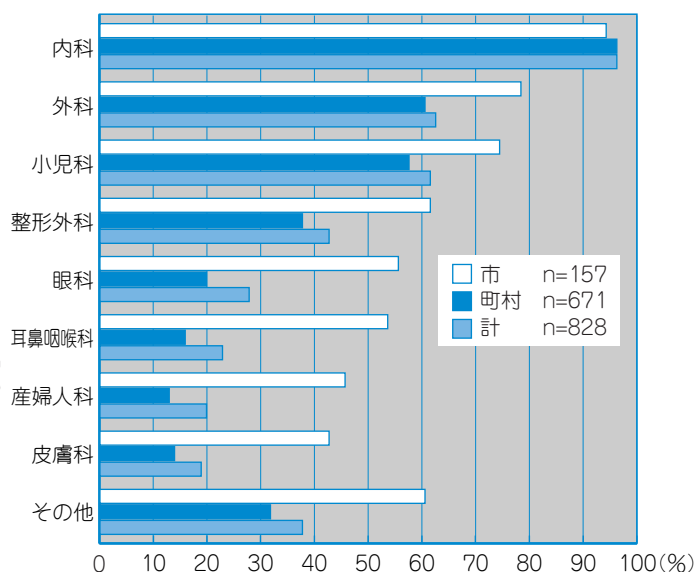
常勤医師が1名であるということは、在宅医療、出張、研修のほかに非常の事態(災害時、医師自体に疾病、事故等の発生)が起こった際に、施設の機能が止まってしまうおそれがある。しかし、医療機関が経営上赤字であり、且つ医師の給与水準が高いため、医師の複数配置は難しいと思われる。1名の勤務体制であると、いろいろな面でその医師個人の資質に大きく依存することとなる。その一つとして情報収集について挙げてみると、図IV-1-3のように、医学情報の入手については、洋雑誌、MEDLINE、医学中央雑誌の回答は町村に勤務する医師より市に勤務する医師のほうが多かった。インターネットに関する回答は、いずれも51%で全く差はなかった。今後インターネットでの情報収集は多くなっていくと思われるが、そのインターネットの普及率が市と町村で差がなかった点からすれば、今後の情報収集についての地域的な格差は縮まっていくのではないかと予想される。また、インターネット等を利用してへき地に勤務する医師同士の連繫を図ることも有用と思われる。

(2) 医師確保の難しさ

図IV-1-4のように、職員の確保について、最も確保が難しい職種は医師であった。市では43%、町村では44%が医師の確保に困っていると回答した。市町村における医師確保の問題点の一つとして、大学病院からの派遣による医師が多いという形態が挙げられる。勤務している医師は、図IV-1-5のように、大学医局からの派遣がへき地指定全自治体の医療機関に勤務する医師の63%を占め、へき地指



図IV-1-1 常勤医師数



図IV-1-2 医療機関の診療科

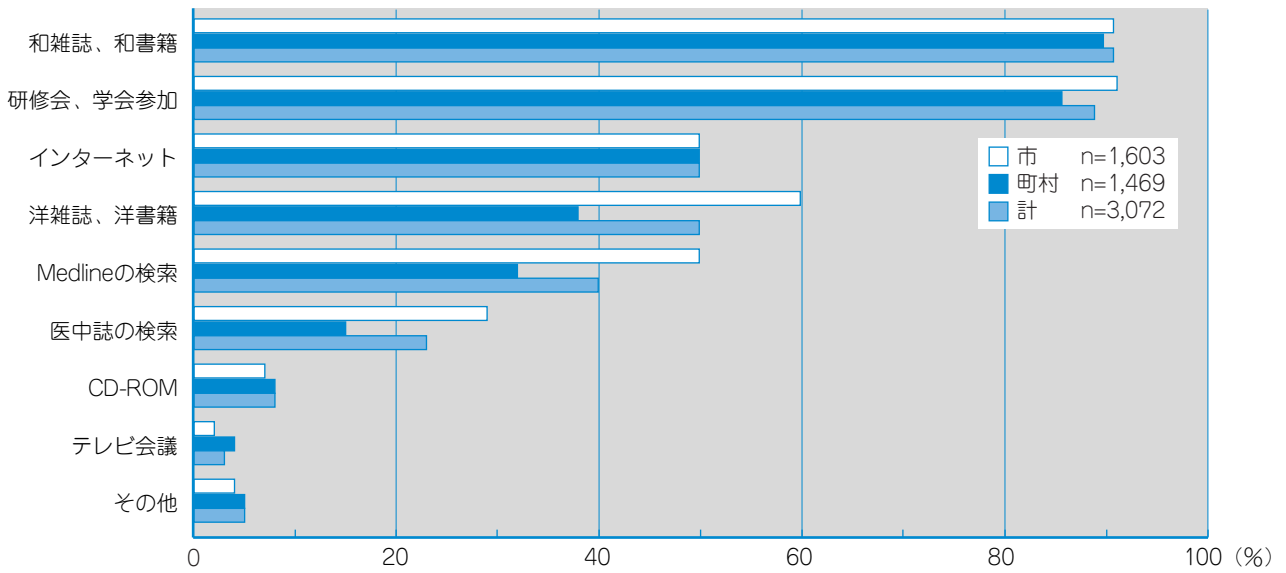


図 IV-1-3 医学情報の入手手段

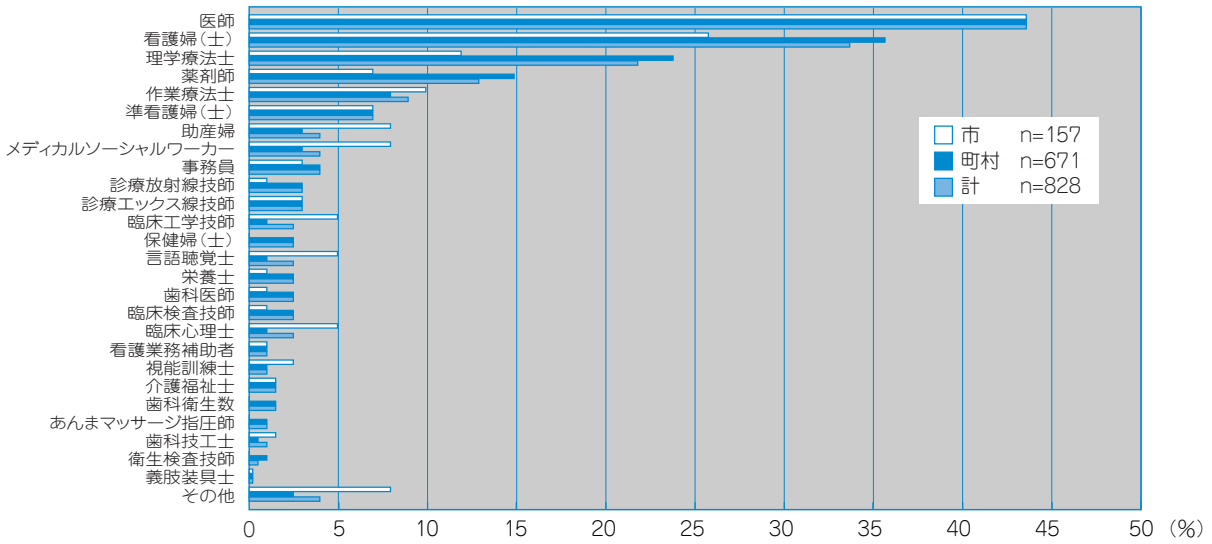


図 IV-1-4 確保に困っている職種

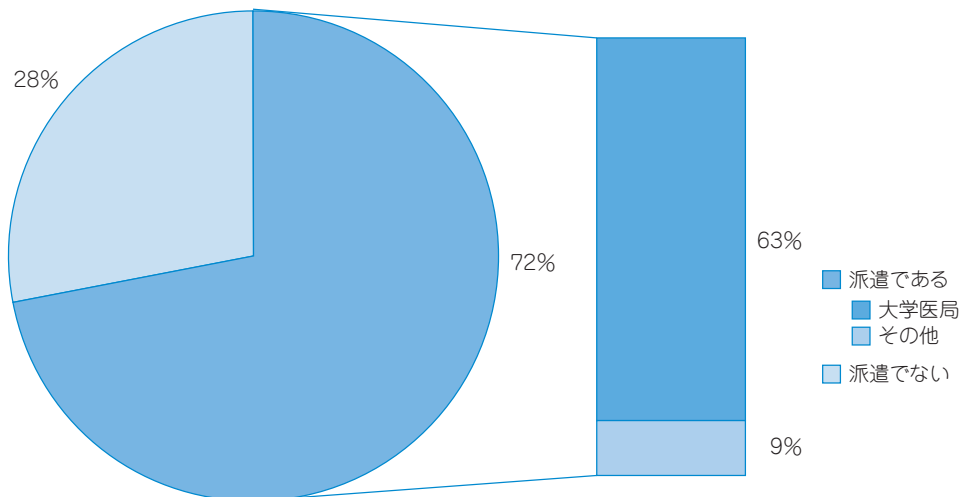


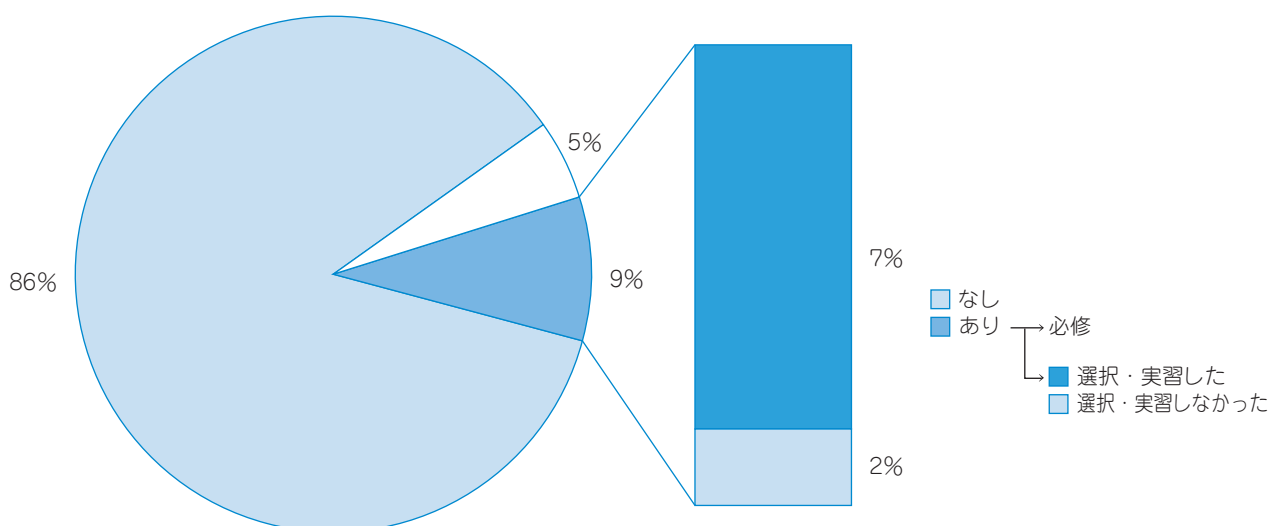
図 IV-1-5 勤務医師の立場

定の市の医療機関に勤務する医師では77%も占めた。どうしても人事に関する主導権が派遣元である大学側に強くなる傾向は否めない。自治体側としても医療面の財政赤字を抱え、明確な展望を持たずに、継続的な医師確保を最大の目的として派遣を依頼することになる。そこでは、継続的な医師派遣を期待できるが、自治体側から現場医療の状況や、望まれる医師像を述べにくい状況となると思われる。

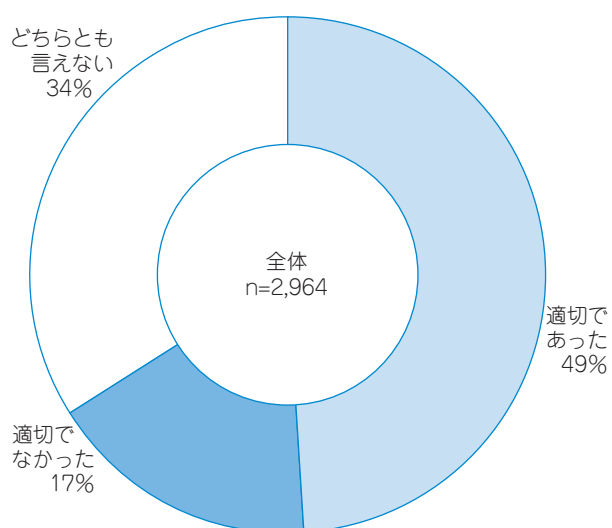
(3) へき地に勤務する医師の養成システム

図Ⅳ-1-6のように、へき地医療現場実習は、86%の医師が行わなかった。卒前医学教育カリキュラムについては、図Ⅳ-1-7のように医師の49%が現在の施設勤務に適切であったと回答した。

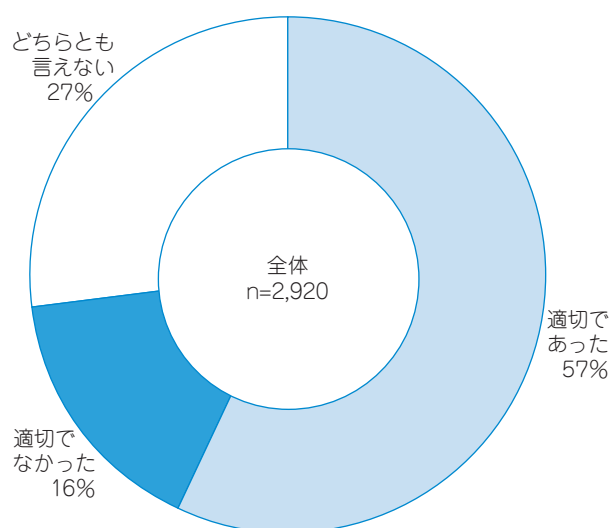
図Ⅳ-1-8のように、初期研修のカリキュラムについて、医師の57%が現在の施設勤務に適切であったと回答した。へき地医療現場実習経験者はわずかで20%未満であったが、卒前、卒後の研修については約5割の医師が適切であったとしている。



図Ⅳ-1-6 へき地医療現場実習の有無



図Ⅳ-1-7 卒前医学教育カリキュラムが適切であったか



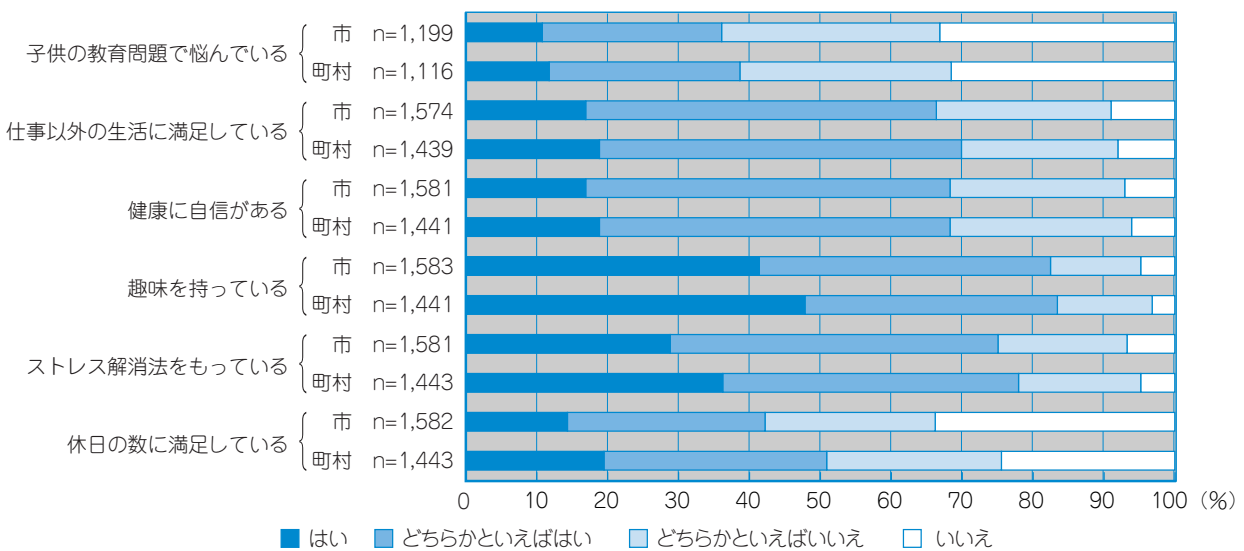
図Ⅳ-1-8 初期研修のカリキュラムが適切であったか

(4)市町村の努力を要する課題

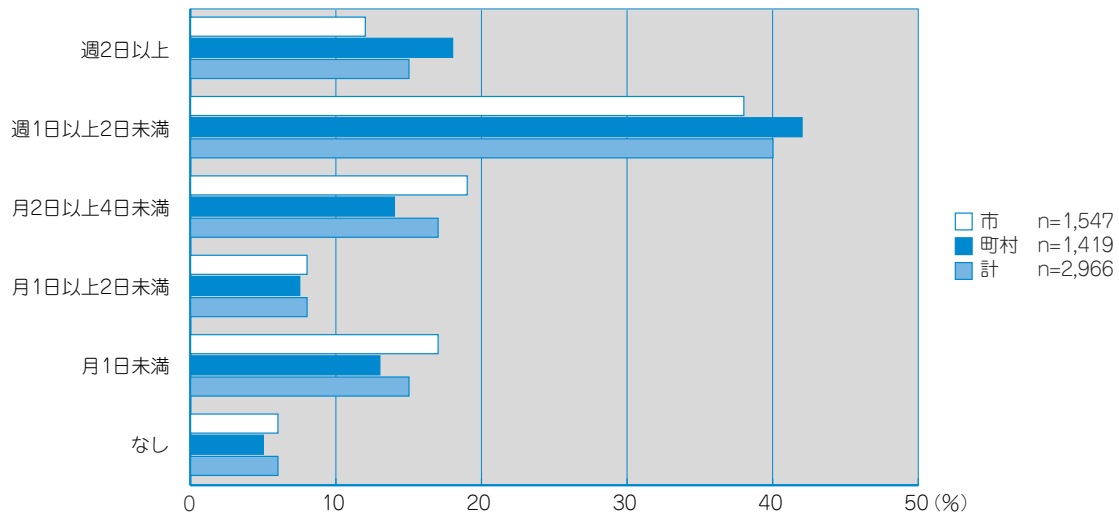
医療機関の財政、施設の老朽化、医療機器の老朽化、代診医の確保の項目が「問題がある」で20%を超えた。医療機関の財政、施設の老朽化、医療機器の老朽化の項目は、市のほうが町村より問題があるとされ、代診医の確保に関しては逆に町村のほうが問題ありとされた。このことは、地方自治体の医療財政の問題、医師雇用の問題が大きいことを示していると思われる。

(5)へき地における医師の問題点

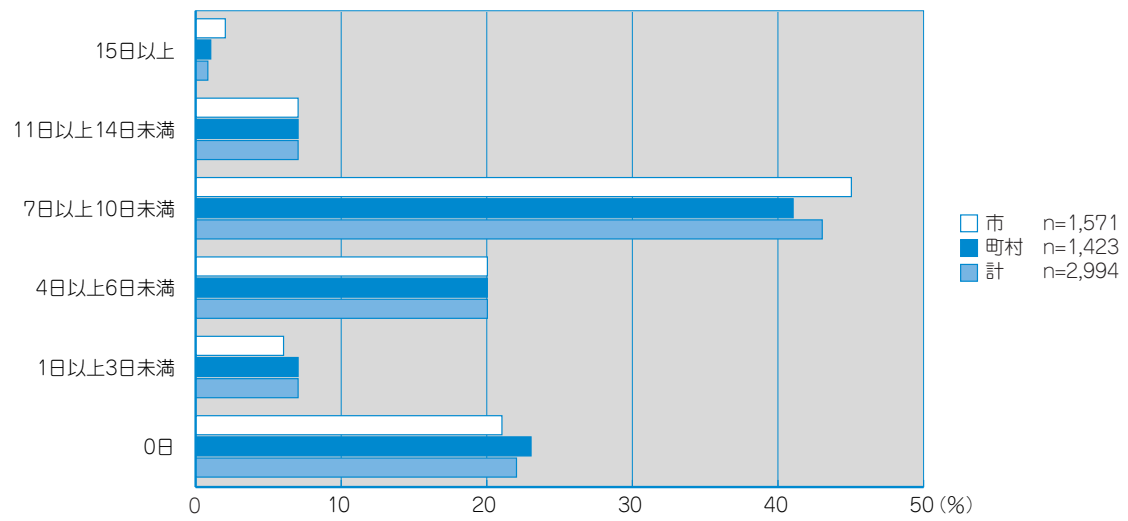
へき地指定自治体の医療機関に勤務する医師について、図IV-1-9のように、「休日の数に満足している」、「健康に自信がある」、「子どもの教育問題で悩んでいる」の3項目で「いいえ」、「どちらかといえばいいえ」と回答した医師がそれぞれ54%、32%、63%であった。図IV-1-10のように、「休日なし」が6%を、週休1日未満が46%を占めた。図IV-1-11のように、休暇の全くない者が22%であった。休日に関して不満があるのは、常勤医師が1名である施設が多いことに関係があると思われる。健康に自信のない医師が約3割に認められた。子どもの教育に関しては6割以上が悩んでいなかった。これは、勤務している医師の年齢層が若い(回答者の約50%が40歳未満である)ことが影響していると思われる。休日が満足に取れないこと、健康に自信を持ってないことが公的医療機関で現在働いている医師から見たへき地勤務における問題点と思われる。



図IV-1-9 休暇、日常生活について



図IV-1-10 休日の割合



図IV-1-11 休暇

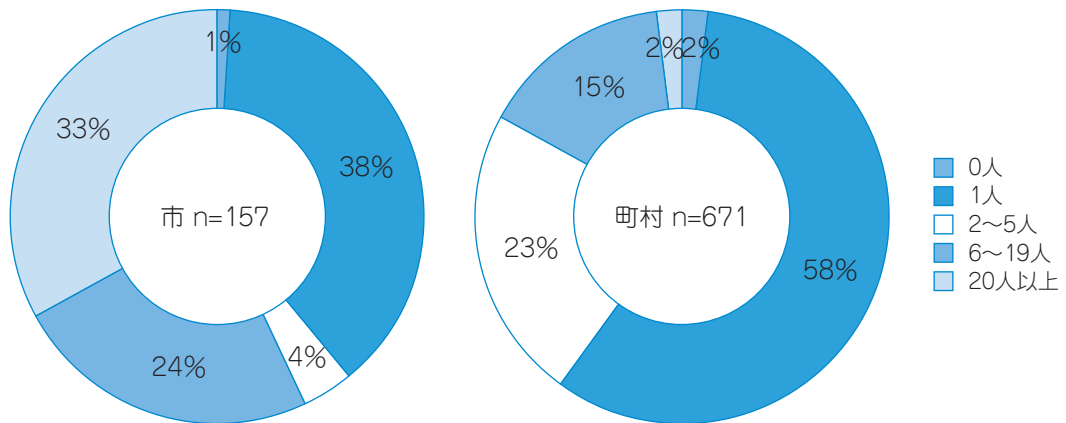
2) 現在勤務する医師の現状(へき地勤務医の実態)

(1) 医師の業務内容

① 一人で勤務しなければならない

これまで、みてきたように、へき地医療において公的医療機関が担っている役割は大きい。公的医療機関であっても、へき地を有する市町村の医療機関についてみると、常勤医が1人である医療機関は、町村では58%で、市でも38%あった。へき地医療を担う医師はソロプラクティス(ひとつの医療機関に医師が一人しかいない状態)であることが多い。

へき地に限定した場合、図Ⅳ-1-12だけでは、実際の数値が見えないが、常勤医が1人以下の診療所の割合はもっと高くなるはずである。



図Ⅳ-1-12 へき地を有する市町村の医療機関における常勤医の数

医療過疎の地域では、医師の確保が困難であるため、まずは一人の医師を何とか確保することになる。たとえ、複数医師が必要な人口規模であっても、その地域で医療を提供するため一人でも医師がいることが重要となる。また、医師としての仕事がすべて一人にかかってくるため、業務が必然的に多くなる。しかし、行政側としては、無医地区ではなくなったということで、胸をなでおろすことになる場合がある。近隣の町村などで医師のバックアップ体制が整っていればいいのだが、それぞれの町村で医師の確保を行うため、医師のバックアップについては、行政側としてはすぐに解決できる問題ではない。もともと医師の確保が困難であるため、複数の医師の確保は困難であることには変わりなく、その地域で勤務する医師に、何年にもわたり勤務を継続してほしい、ということになる。

当面の目標は無医地区の解消であるため、一人でも医師がいるということが重要であるのだが、今後さらに、地域、とりわけ、へき地で働く医師の数が増加しなければ、へき地でのソロプラクティスの問題は解決しないであろう。

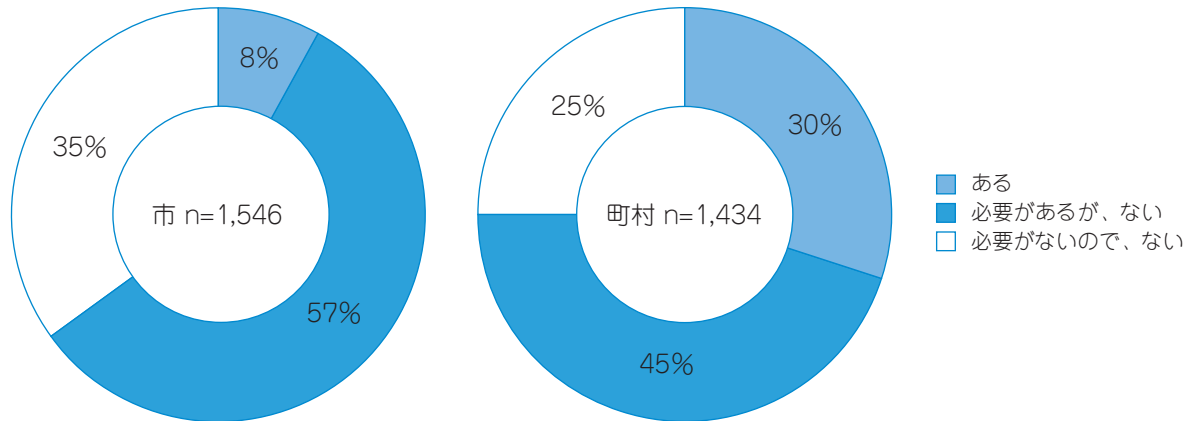
② 精神的負担

同じ、医師一人の医療機関であっても、都会の開業医に比べて、へき地の診療所では、近隣に医師がいない、または、少ないことが多い。このことは、精神的に孤立感を生むことにつながる。孤立感を軽減するためのバックアップ体制として、いつでも相談できる医師がいる、連携がとれる後方病院がある、他の病院などで研修ができる、代診のサポートが受けられる、などがあげられる。

いつでも相談できる医師については、同じ医療機関に複数医師がいる場合では、相談しやすいものの、医師一人の診療所などでは、他の医療機関の医師との個人的な人間関係でなりたっていることが多い。患者を後方病院に送る場合の相談などでは、連携が取れていたとしても、そこまでいたらない

事例や自分の診療に対して保証や確信が得たい場合などでは、いつでも後方病院に相談できるということばかりではない。相談できる医師が近くにいないということは、精神的に負担が大きい。

勤務時間内の研修については、「必要があるが、ない」が、町村で45%、市で57%で勤務時間内の研修が十分に行えていないことがわかる。この中で、一人医師勤務での内訳は、検討できていないが、同様の結果であると予想される。



図Ⅳ-1-13 勤務時間内の医師の研修について

③時間的負担、知識量の負担、業務の負担

知識量や業務の負担については、比較が難しいが、幅広い医療の提供については、「どちらかといえば満足していない」、「満足していない」が合計で、町村で41%、市で33%であり、患者が満足する医療の提供については、同様に、合計で、町村で39%、市で31%であった。どちらも町村で、満足していないと回答した割合が多かった。

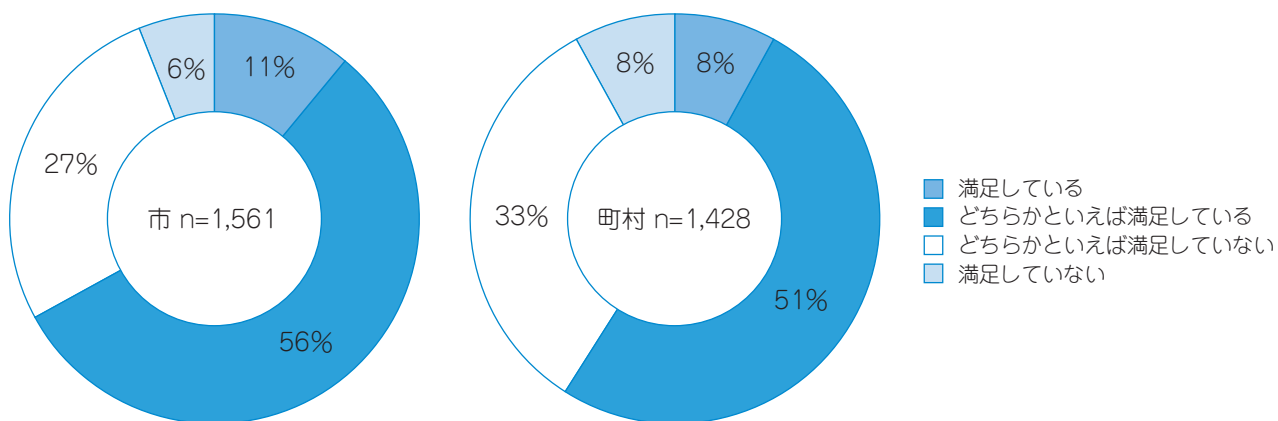
初期救急医療への対応については、「どちらかといえば満足していない」、「満足していない」が合計で、町村で45%、市で48%であり、初期救急への対応は満足していない割合が町村、市ともに4割を超えていた。

公的な医療機関であれば、夜間や休日であっても、自宅や近隣にいる場合は、救急患者への対応をすることになる。このことは、たとえ勤務が夕方が終わったとしても、それから、当直を毎日することと同様の負担がある。このことは、近隣に医療機関がないへき地の開業医でも精神的には同様の負担がかかるものと思われる。もちろん、夜間や休日は時間外だから近隣に急患センターがあれば、そちらに行ってもらうことも可能である。しかし、へき地の場合は、そうはいかない。医師には応召義務があり、自分が診察を断れば、その患者は診察してもらえないことになるため、たとえ夜間であっても患者がいれば診察をする。時間的な制約とともに、いつ急患が来るだろうと待機することになるので、精神的な負担になる。

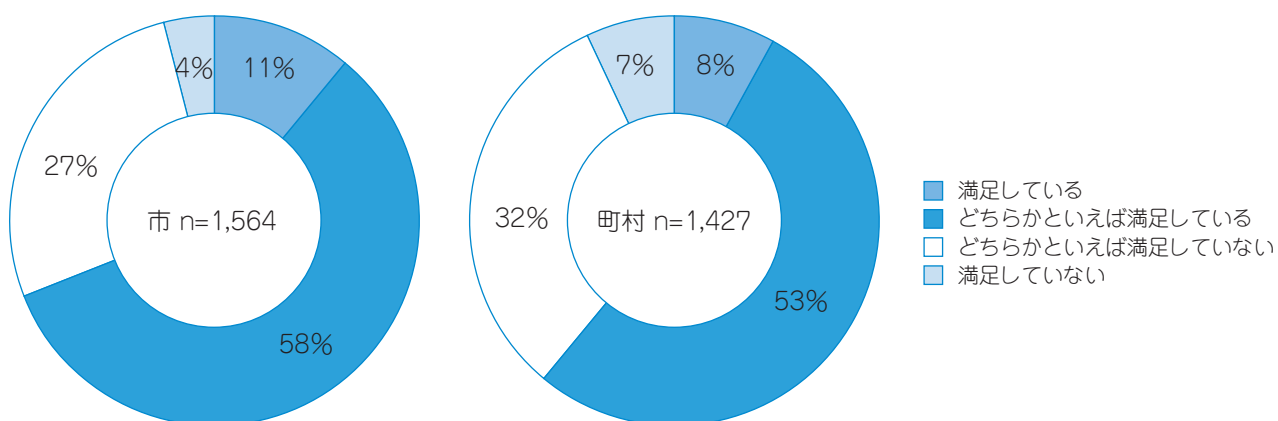
医学情報の入手手段については、町村、市ともに概ね傾向は似ていたが、「洋雑誌、洋書籍」が町村で37%であったのに対し、市で60%と差があった、これは、洋書などの入手のしやすさなどが関係しているものと思われる。「インターネット」は、どちらも51%で、地域による差は見られなかった。

へき地などで一人医師診療所で勤務している場合、洋書などを多く入手するにはおのずと制限がでてくるものと思われるが、一方で、インターネットが普及してきている現在では、情報の入手について、却って地域による差はなくなりつつあるとも言える。

業務の負担としては、へき地ではさまざまな種類の問題に対処する必要があるため、都市部や大病院のような機能分化ができていない場合より一人の医師に求められる業務としては幅が広い。診療所内での医療活動と診療所外での活動とがある。診療所内での活動としては、基本的な診察技能である、



図IV-1-14 幅広い医療の提供



図IV-1-15 患者が満足する医療の提供

ありふれた疾患(コモンディゼーズ)の診察として、慢性疾患の患者の管理、急性疾患への対応があげられるが、高血圧や糖尿病、風邪といった内科疾患のみならず、整形外科疾患や耳鼻咽喉科疾患など、疾患としての幅はおのずと広がる。診療所外での活動として、在宅緩和ケアを含む在宅医療、福祉や保健との連携が必要な介護保険への関わり、各種予防接種、各種健康診断、健康教育、学校医や産業医としての役割などがあげられる。

これらの業務の内容をみてみると、幅が広く、それぞれの業務に伴う知識としては膨大なものになることがわかる。

(2) 行政への期待(不満)

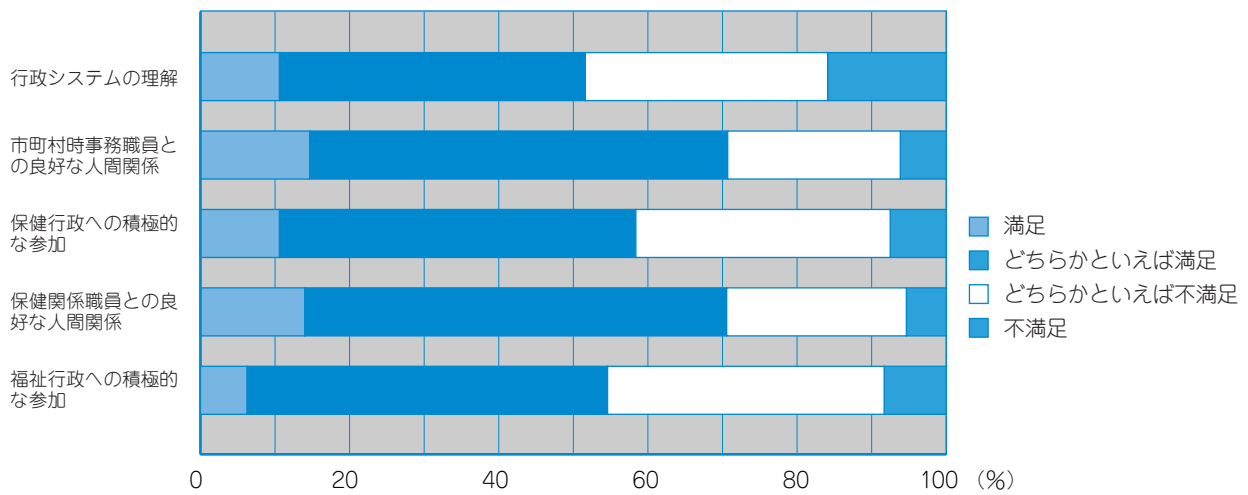
へき地での医療の役割は、特に公的な診療所などの場合、行政の医療への取り組み方で、大きく異なる。従来、行政の縦割りのため、保健、医療、福祉の各部門が独立しており、あまり協力関係になかった。最近でこそ地域包括ケアへの取り組みが普及しつつあるものの、その機能は十分とはいえない。

寝たきり老人を例に考えてみたい。後方病院に入院中の患者が退院するにあたり診療所で在宅で治療を継続していく場合を考えると、医療側としては、往診、訪問看護など、治療が主な目的となる。医師が一人の場合、往診などで診療所を不在にしなければならない。また、往診や訪問看護は毎日できるものではなく、その他の医療資源との連携が必要となってくる。保健行政としては、寝たきりや独居老人の実態の把握、行政サービスとして利用できるものの紹介や調整などがある。福祉行政としては、在宅での介護に関わる内容や金銭的な補助に関する問題などがある。

一人の患者を中心にした場合、保健、医療、福祉のそれぞれの分野が果たす役割は相互にからみあって必要となってくるものばかりである。最近では、高齢者サービス調整会議などが開かれるようになったが、そのときだけ集まるのではなく、いつも情報交換ができる環境が望ましい。実際には、保健関係者は保健課あるいは、福祉関係者は福祉課、ヘルパーは社会福祉協議会、医療関係者は診療所や病院、地域によってはそれぞれがばらばらな建物の中に入っているところもある。せめて、地域包括ケアをうたうのであれば役場関係だけでもそれに関わる部署への再編などが望ましい。

へき地の医療は不採算部門であることが多い。一生懸命に疾病の予防につとめて医療費の削減になったとしても、診療所の会計の赤字が拡大するとそれに対し赤字の削減が求められる。しかし、実際には国保の会計が医療費の削減のため黒字になっていることもあるのである。それぞれの独立した考えだけでは、住民の真の幸福につながらないことになるかもしれない。保健・医療・福祉の統合が行政の枠組みとしても必要である。

医師の仕事の中でも、行政との関わりに関する部分についてみると、図Ⅳ-1-16にあるように、行政システムの理解、保健行政への積極的な参加、福祉行政への積極的な参加で、「不満足」、「どちらかといえば不満足」と回答した人の割合が、市町村全体で、40%を超えていた。さきに述べたように、地域包括ケアに取り組む上では、保健・医療・福祉の連携が欠かせないが、医師側からみた場合でもその働きとして十分に連携がとれているとはいいがたい。もちろん、積極的に連携をはかりうまく機能している地域もある。診療所と保健センターを併設し、その中に、保健行政担当者、福祉行政担当者が役場から部署を移して統合していたり、在宅介護支援センターやデイサービスが行える老人保健施設をさらに併設していたりといった複合施設も増加してきている。もちろん単に複合施設を作ればいいのではなく、たとえ施設が別れてあったとしても機能として十分に連携が取れていることが重要である。それには、まずは、お互いのささいなことでも連絡を取り合えるという人間関係が大事である。



図Ⅳ-1-16 へき地指定で勤務する医師の仕事について(行政との関わり)

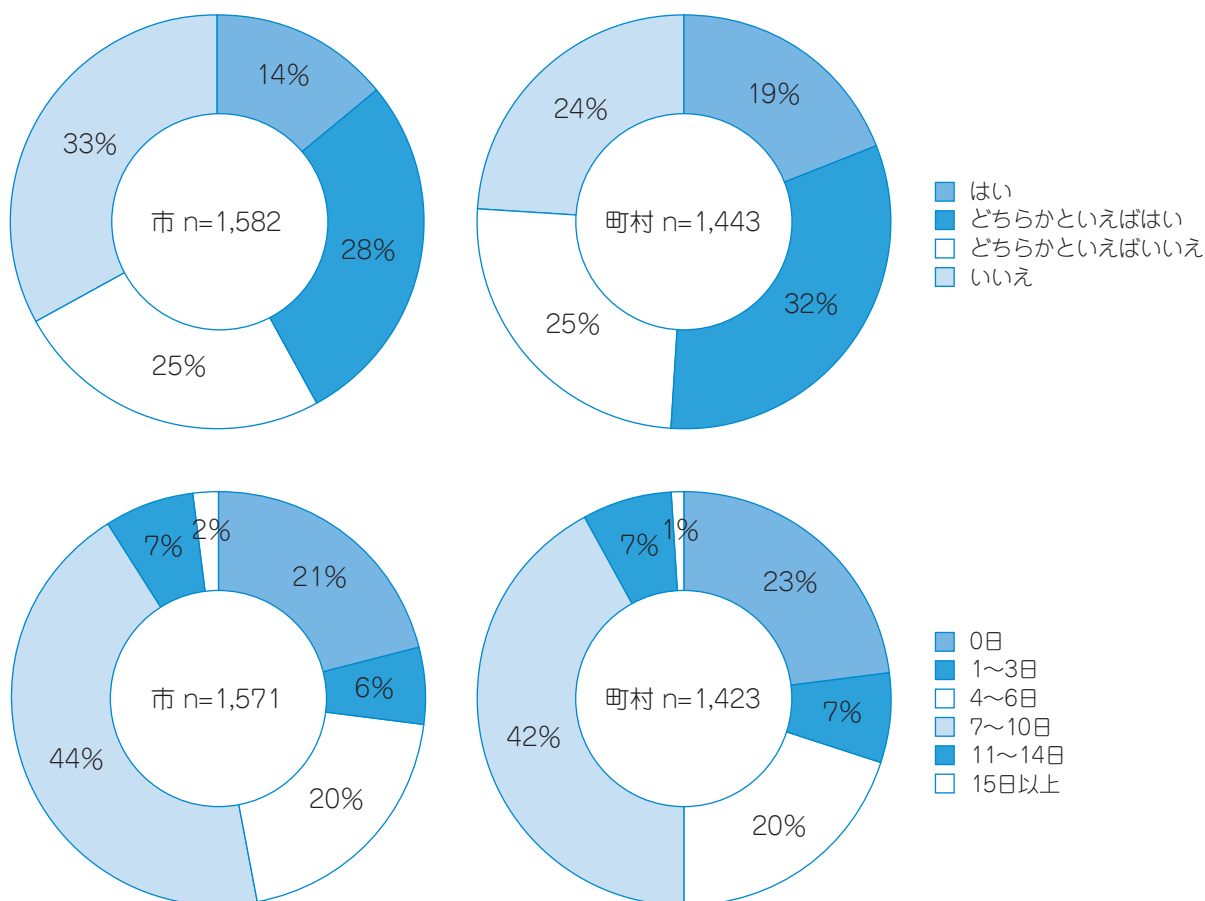
(3) 日常生活

① 休日の状況

医師の休日については、調査によると、町村では、休暇に満足しているか、について「いいえ」、「どちらかといえばいいえ」が町村で50%、市で59%であった。

また、長期休暇について、どれくらいの休暇が取れるかという調査では、「0日」が町村で23%、市で21%、「0日」、「1～3日」、「4～6日」までの合計で、町村で50%、市で47%であった。

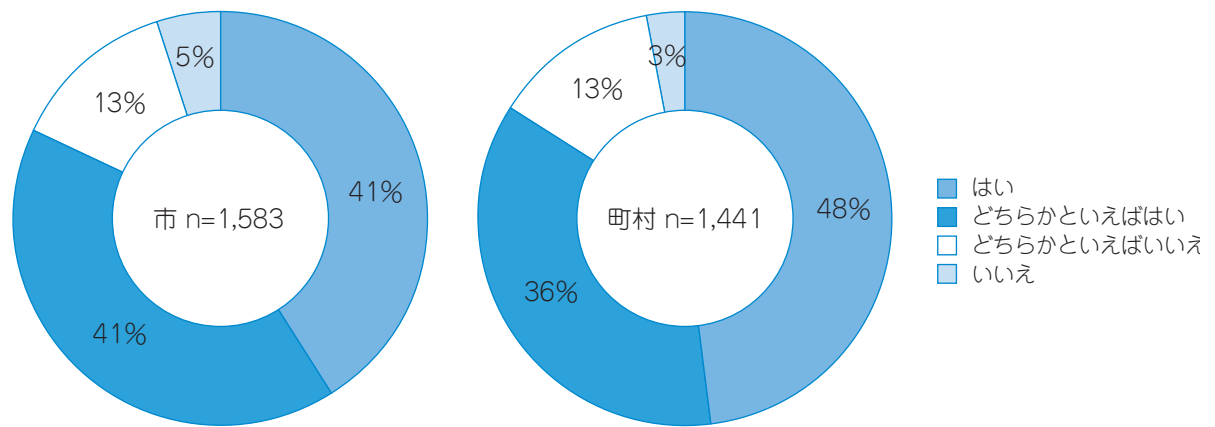
無床診療所の場合、入院患者を診ていないということもあり、休日も連日診療所につめていなければならない、ということまではない。もちろん、買い物など診療所を離れることもあるであろう。近隣に医療機関があれば、休日などは、その地域を離れても急患は別の医療機関に受診することが可能である。しかし、へき地といわれるところで勤務している場合は、自分がその地を離れた場合、急患に対する対応が極めて不十分になることも起こり得る。平日でも、学会や冠婚葬祭などがあっても、医師が一人である場合、それらに出席、参加することも制限されたりする。この調査には現れてこないが、自分がいなければ無医地区というところで勤務している場合は、休日についても厳しい状況が考えられるし、現に、自分の親の葬式にも出れなかった、などという話はよく耳にする。



図Ⅳ-1-17-18 へき地指定の市町村で勤務する医師の休日について

②趣味の状況

趣味については、調査で、趣味を持っているかについてきいているが、「はい」、「どちらかといえばはい」は、市、町村とも80%を越えていた。スキーが趣味であった場合のスキー場の近くの山間地域、つりが趣味であった場合の離島など、へき地でできるものを趣味としている人にとってはよいのだが、勤務地での趣味を継続しにくい場合もある。テニスや野球などでは、施設は町村内にあるところが多いと思われるが、複数集まらないとできないなどの場合も多い。その地域の特性を生かしたものを趣味に持つようになることもあるかもしれない。



図IV-1-19 ヘき地指定で勤務する医師の趣味について

③土地の価値観との葛藤

その地域に特有の伝統や文化などもある一方で、共通した行動パターンもみられよう。代表的なものは、酒である。都会でも人と人との交流の媒介として酒は重要な役割を担っているが、地方ではその役割がより大きいように感じられる。その地域に溶け込もうとする場合、先に酔わされることが多く、また、飲むことを断ればなんとなく疎遠な感じがする。適量ですめばいいのだが、そうはいかないことも多い。次は玄関の鍵である。防犯上安全であることが多いためか、玄関の鍵をかけていない家庭が多い。玄関の鍵をかけていると、その地域の人たちを信用していないように思われることもある。

その土地の人とよく交流をしようと思えば、それらのことをひとつずつ乗り越えていけばいいのだが、だれでもなじむことができるとは限らない。もちろん、都会のように住民とあまり交流を持たずにやっていくこともできるが、それでは、地域医療を真に担っているとは言えないように思われる。

住民も医師のことをよく観察している。交流が持てそうであれば、近づいてくるし、そうでなければ、事務的な交流があるのみである。赴任の期間が短ければお互い交流もあまり持たずに干渉もしあわずに過ごすこともできるが、長期になってくると交流を持たなければ、地域医療は発展しない。

医療のことにしてもこちらが必要と思うことと、患者や住民の必要や要求との間にギャップがある場合が多い。伝統的な治療法も有効である場合はもちろんあるが、害も無視できない。伝統的な治療法(代替医療)より現代医療による治療法、システムとしての有効性など、住民への理解がなければ、発展しないし、解決もしないということも多い。いわゆる根回しも必要である。

3) 勤務医師への支援システム(現状と課題)

本調査において医師から得られた「支援システム」に関わる結果をもとに考察する。

(1) 代診システムに関する結果

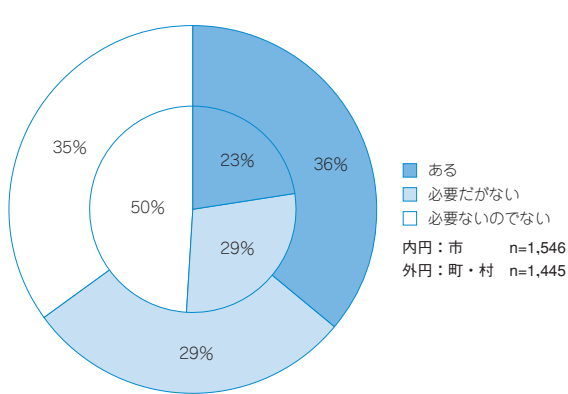
代診システムの有無(図Ⅳ-1-20)について、市町村別に、①あるが23%,36%、②必要だがないが29%,29%、③必要ないのでないが50%,35%であった。代診システムは、町村が市に比較して約1.5倍の割合で存在する。しかし、システムは必要だが、それを構築していない市・町村が各々約3割ある。一方、システムが不要な市・町村では、市が町村に比較して約1.5倍の割合で存在する。

代診医の派遣元(重複回答)(図Ⅳ-1-21)について、市町村別に、①大学医局が90%,66%、②へき地拠点病院群(中核病院、支援病院)が14%,26%、③個人的伝手(つて)が8%,12%、④その他のへき地後方病院が1%,6%、⑤その他が5%,6%であった。代診医の派遣元は、市・町村共に大学医局が多数を占めている。へき地拠点病院群からの派遣は、町村が市に比較して約2倍の割合を占める。また、個人的伝手による派遣も、町村が市に比較して約1.5倍の割合を占める。

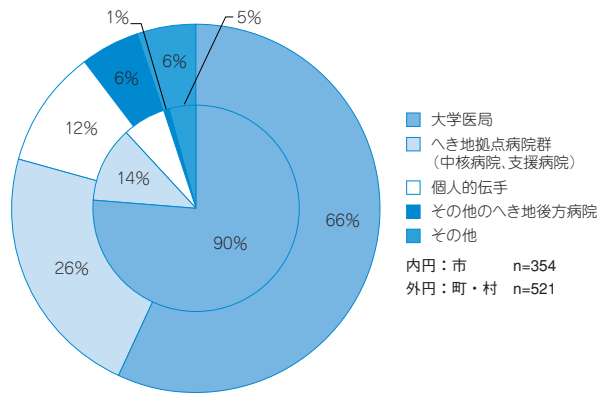
代診システムの機能(図Ⅳ-1-22)について、市町村別に、①機能しているが66%,69%、②機能していないが34%,31%であった。代診システムの機能は、市・町村共に約7割が機能しているものの、残り約3割が機能していない。

(2) 生涯教育に関する結果

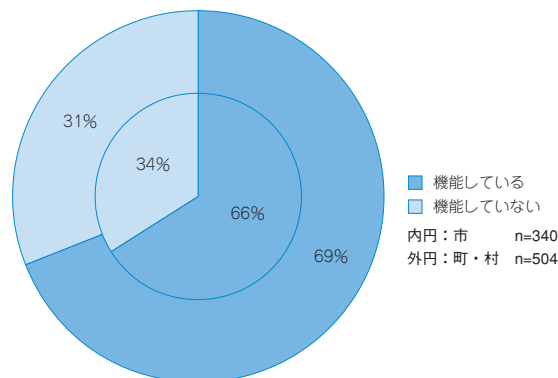
常勤医師の定期研修の有無(図Ⅳ-1-23)について、市町村別に、①ありが77%,77%、②なしが23%,23%であった。常勤医師の定期研修は、市・町村共に約8割で存在するが、残り約2割で存在しない。



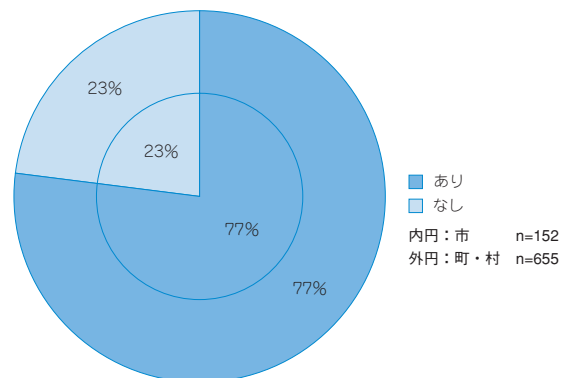
図Ⅳ-1-20 代診システムの有無



図Ⅳ-1-21 代診医の派遣元(重複回答)



図Ⅳ-1-22 代診システムの機能



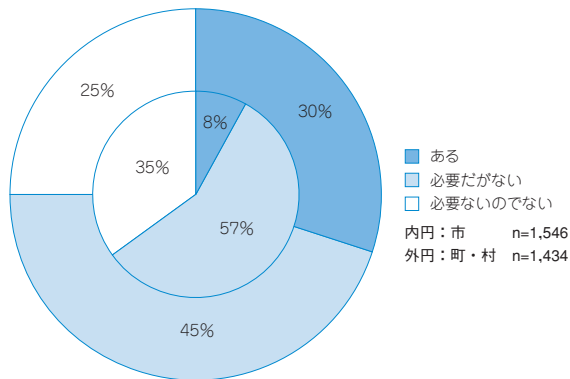
図Ⅳ-1-23 常勤医師の定期研修の有無

勤務時間内の研修日の有無(図Ⅳ-1-24)について、市町村別に、①あるが8%,30%、②必要だがないが57%,45%、③必要ないのでないが35%,25%であった。勤務時間内の研修日は、町村が市に比較して約4倍の割合で存在する。しかし、研修日をとれない市・町村が各々約5割ある。一方、研修日を不要とする市・町村は各々約3割ある。

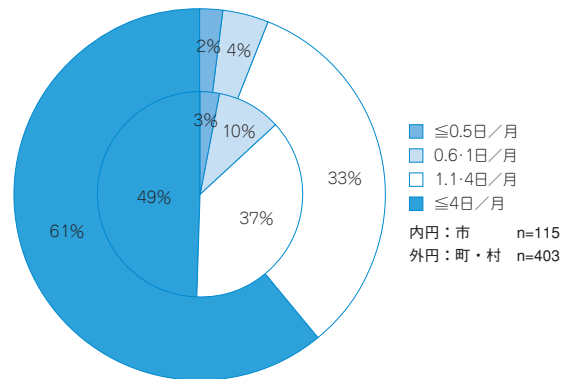
研修日の頻度(1)(図Ⅳ-1-25)について、市町村別に、①~0.5日/月が3%,2%、②0.6~1日/月が10%,4%、③1.1~4日/月が37%,33%、④4~日/月49%,61%であった。研修日の頻度は、市・町村共に4日/月以上が約半数を占める。

研修日の頻度(2)(図Ⅳ-1-26)について、市町村別に、①~1回/月が8%,9%、②1~4回/月が3%,6%、③4回以上/月が29%,44%、④無制限が61%,41%であった。研修日の頻度は、市・町村共に4回/月以上が約9割を占める。

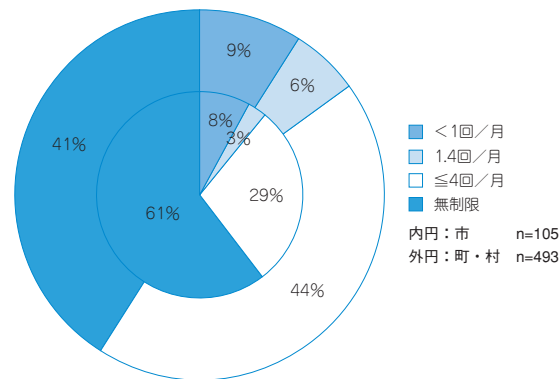
研修日の診療担当医(図Ⅳ-1-27)について、市町村別に、①他の常勤医師が69%,50%、②非常勤医師が14%,23%、③不在が17%,27%であった。研修日の診療担当医は、市・町村共に約2割が不在であるが、町村の方がやや多い傾向にある。



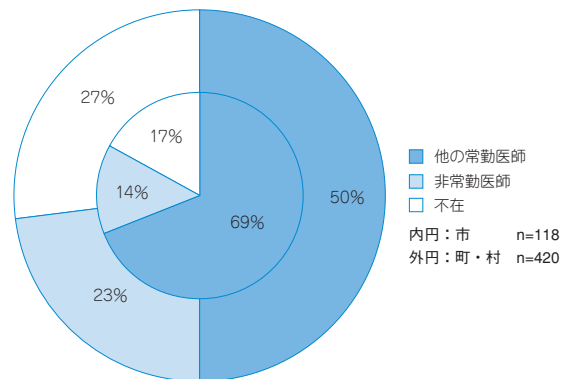
図Ⅳ-1-24 勤務時間内の研修日の有無



図Ⅳ-1-25 研修日の頻度(1)



図Ⅳ-1-26 研修日の頻度(2)



図Ⅳ-1-27 研修日の診療担当医

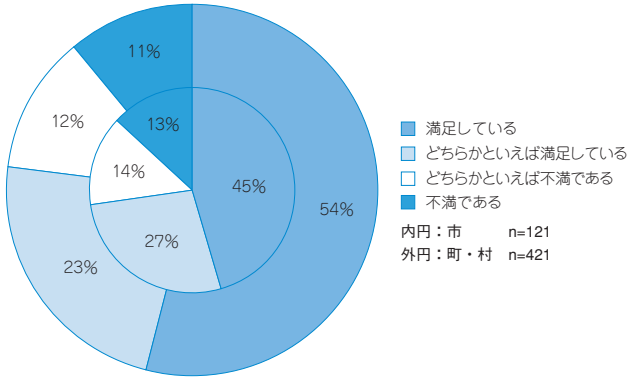
研修日数の満足度(図Ⅳ-1-28)について、市町村別に、①満足しているが45%,54%、②どちらかといえば満足しているが27%,23%、③どちらかといえば不満であるが14%,12%、④不満であるが13%,11%であった。研修日数の満足度では、市・町村共に約3割が満足していない。

研修内容の満足度(図Ⅳ-1-29)について、市町村別に、①満足しているが31%,38%、②どちらかといえば満足しているが39%,34%、③どちらかといえば不満であるが17%,17%、④不満であるが13%,11%であった。研修内容の満足度では、市・町村共に約3割が満足していない。

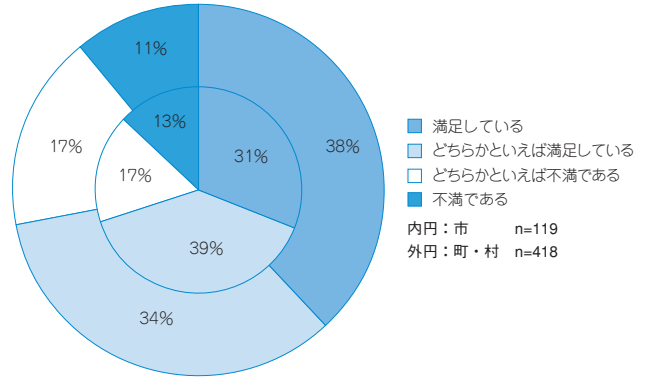
研修日についての他の医師の理解度(図Ⅳ-1-30)について、市町村別に、①理解しているが49%,63%、②どちらかといえば理解しているが43%,29%、③どちらかといえば理解していないが6%,

5%、④理解していないが2%、2%であった。他の医師の理解度では、市・町村共に約9割以上が理解している。

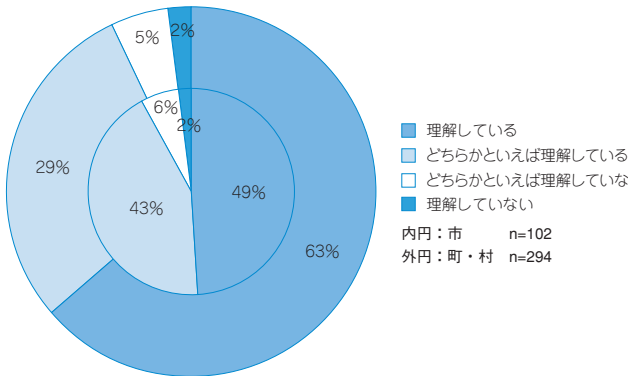
研修についての職員の理解度(図Ⅳ-1-31)について、市町村別に、①理解しているが30%、45%、②どちらかといえば理解しているが39%、38%、③どちらかといえば理解していないが20%、12%、④理解していないが10%、4%であった。職員の理解度では、市が町村に比較して約2倍の割合で理解していない。



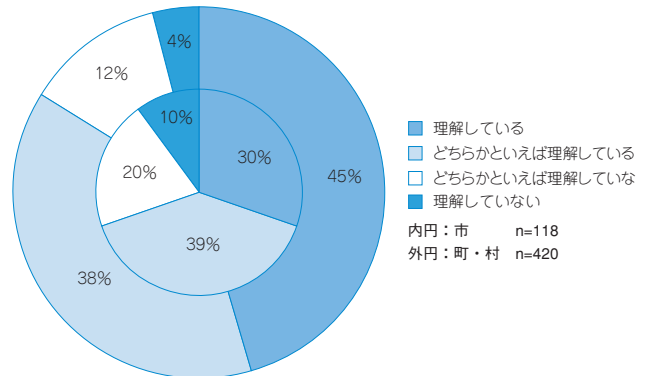
図Ⅳ-1-28 研修日数の満足度



図Ⅳ-1-29 研修内容の満足度

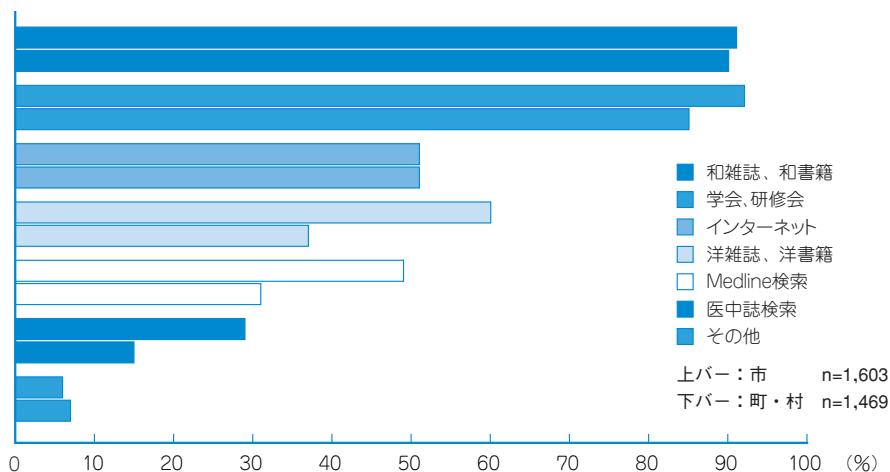


図Ⅳ-1-30 研修日についての他の医師の理解度



図Ⅳ-1-31 研修についての職員の理解度

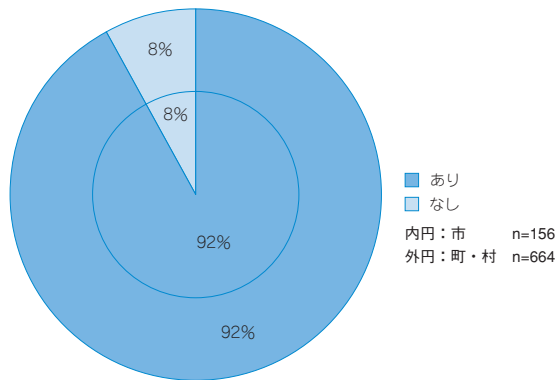
医学情報の入手(図Ⅳ-1-32)について、市町村別に、①和雑誌、和書籍が91%、90%、②学会、研修会が92%、85%、③インターネットが51%、51%、④洋雑誌、洋書籍が60%、37%、⑤Medline検索が49%、31%、⑥医中誌検索が29%、15%、⑦その他(CD-ROM、テレビ会議など)が6%、7%であった。医学情報の入手では、市・町村共に約5割がインターネットを利用している。また、市が町村に比較してより多いのは、洋雑誌、洋書籍、Medline検索、医中誌検索である。



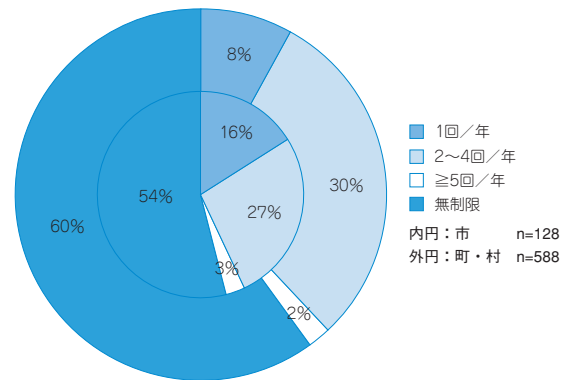
図Ⅳ-1-32 医学情報の入手

学会参加(出張扱い)の有無(図Ⅳ-1-33)について、市町村別に、①ありが92%,92%、②なしが8%,8%であった。学会参加の有無では、市・町村共に9割以上が参加ありである。

学会参加(出張扱い)の頻度(図Ⅳ-1-34)について、市町村別に、①1回/年が16%,8%、②2~4回/年が27%,30%、③5~回/年が3%,2%、④無制限が54%,60%であった。学会参加の頻度では、市・町村共に5割以上が回数の制限なしである。



図Ⅳ-1-33 学会参加(出張扱い)の有無



図Ⅳ-1-34 学会参加(出張扱い)の頻度

(3) 支援システム、とくに代診と生涯教育について

代診需要と代診システムについて、その規模や内容は種々と推測されるが、代診システムが存在し、かつ機能している市・町村は、各々2割強であり、今後、新たにシステム構築を希望する市・町村が各々3割弱であった。後方支援の協力体制はまだ不十分と言わざるを得ない。また、市・町村共に地元医大の医局からの派遣が多数を占めたが、国の施策や医局事情等から、今後も派遣継続が可能かどうか不透明な側面もある。さらに、町村では、へき地拠点病院群や個人的伝手に頼っている現状(派遣元の約4割を占める)が浮きぼりにされたが、マンパワーや経済的負担などの点で必ずしも磐石とは言えない。一方、予想に反して、システムを不要とする町村が3割強を占めた。ひとつには院内の他医師による対応が期待できるためかもしれないが、研修日の診療に限ってみても、3割弱が診療担当医不在で対応している現実があり、今後改善されるべき課題のひとつと思われる。

定期的な研修は市・町村共に約8割で行われているが、勤務時間内に限ってみると、市町村別に、各々8%,30%にとどまり、町村地区の医師の方がより多く研修している。日常診療に加え、研修機会の確保がより求められ、また、求めている結果かと思われる。研修日をとれない市・町村は各々約半数あり、時間外や休日などを利用しての研修や勉強会を行っている医師達も多いと思われる。一方、研修日を不要とする各々約3割の医師達の中には、特に町村地区において、極少数とは思われるが、研修や勉強会を生涯教育の一環と認識しない医師も含まれているかもしれない。次に、研修が可能な場合、その頻度は4日/月以上で各1日の場合が多く、中~長期のまとまった研修は、現実的には困難である。理由のひとつとして、市より町村地区でやや多い傾向を示すが、研修日の診療担当医不在(各17%,27%)が考えられる。また、研修日数や内容に対して、市・町村共に約3割の医師達が不満を示しており、特に、町村地区での医師の確保、定着には、医師の「やりがい」や「やる気」を支えられるシステムへの改善や新たな導入が望まれる。一方、町村地区において、研修日に対しては、同僚医師と職員の各々約9割がその必要性を認識しており、この点での後方支援環境は整っているように思われる。

医療技術の取得には、内容、時間共に充実し、かつ系統的な研修体制が生涯教育の中において不可欠であるが、医学情報の入手には、情報技術(IT)によるインターネットが市・町村共に約半数で利

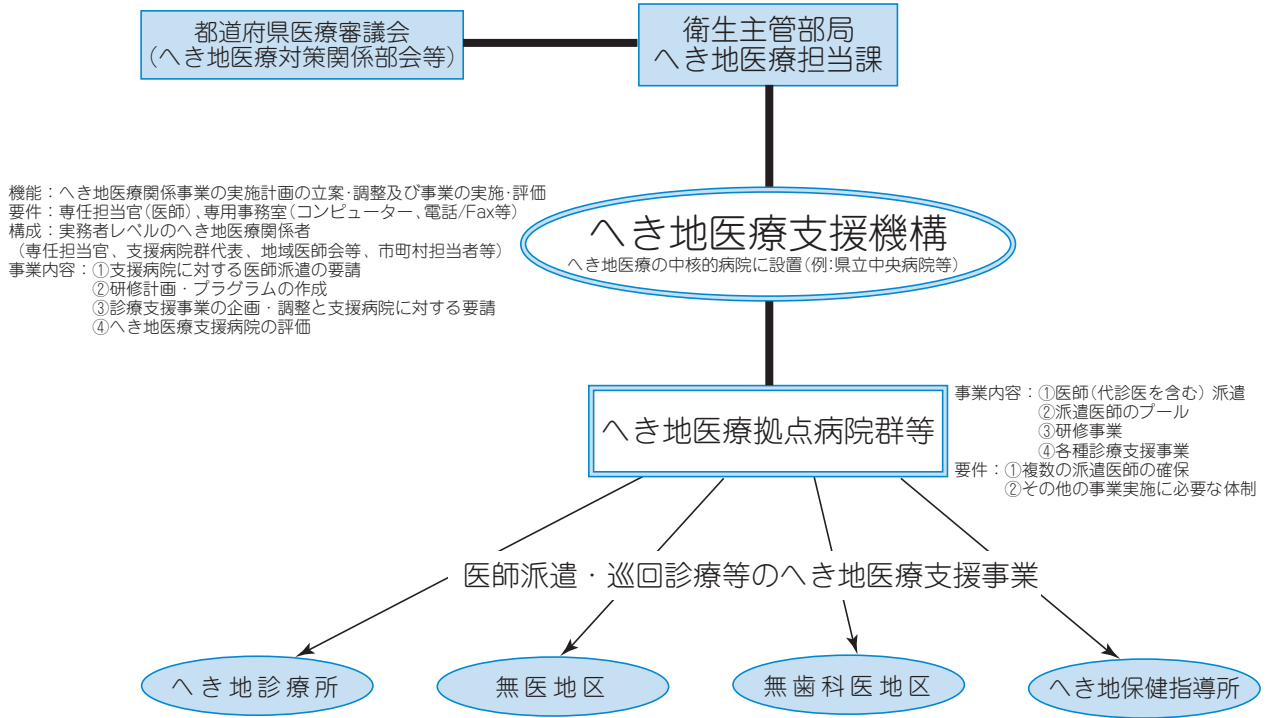
用されており、既に地域格差を認めない。従来の学会(誌)、研修会という手段も依然多くを占めるが、時間的制限、対費用効果などから、今後、さらにインターネットなどのITの占める割合が増加し、例えば、遠隔画像伝送システムなどを含む医療情報ネットワークが構築されれば、町村地区における情報過疎や距離的ハンデに伴う医療、医学分野での孤立化も、さらに減少するものと期待される。

以上、代診システムと生涯教育の観点から地域で勤務する医師への「支援システム」の現状と課題の一端を考察したが、へき地医療を担う医師が抱える様々な問題要因は、従来からも指摘されているように、そこで働く医師個人の業務としての医療技術、医学知識だけでなく(資質に問題のある医師の定着による弊害を含む)、本人や家族の健康問題(病休や産休・育休、老後)や子弟教育、さらに日常的な休暇の取り方まで(冠婚葬祭を含む)非常に多岐にわたっているのが現実であり、いずれもすぐに解決されるとは考えにくい。一方、これまで、医師一人ひとりの「個の努力」を前提に、バランスのとれた人間性と社会感覚も都市部の医師以上に期待されてきたへき地勤務医師であるが、今後、これらの医師をより良く育むための新しい環境づくり、たとえば、卒前、卒後の教育、研修システム(医学教育コアカリキュラムや卒後臨床研修必修化など)の早期整備や的確な運用が望まれており、現在その準備がなされている。さらに、昭和31年から始まった「へき地保健医療対策(計画)」(第1～8次)(表Ⅳ-1-1)についても、平成13年度からは、「へき地医療支援機構」(図Ⅳ-1-35)を中心におく第9次の「へき地保健医療対策(計画)」が始まり、都道府県単位(へき地医療拠点病院群)で、医師の派遣やプールを調整しつつ、へき地医療支援を行い、かつ、その評価を行う体制づくりがようやくスタートした。しかし、地域によっては、温度差や進捗状況の違いがかなり存在するのは否めず、これからの課題も多いかと思われる。いずれにしても、今後、へき地と拠点病院等で働く医師達との間で、真に機能的な連携ができるか否かによって、また、それに対して客観的で正当な評価がなされ得るか否かによって、期待される「支援システム」構築の成否は決まると言えよう。

表Ⅳ-1-1 へき地保健医療対策(計画)の推移

区 分	第 1 次	第 2 次	第 3 次 (43～49年度)		第 4 次 (50～54年度)			第 5 次	第 6 次	第 7 次	第 8 次
	(31～37年度)	(38～42年度)	1.5時間以上	1.5時間未満	30分以上	15～29分	15分未満	(55～60年度)	(61～平成2年度)	(3～7年度)	(8～12年度)
無 医 地 区	1,000人以上	へき地 診療所	へき地 診療所	へき地 診療所	へき地 診療所	患者 輸 送 車 (艇)	巡 回 診 療 車 (船)	へき地 医療情報 システム 第四次 施策を 継続	第五次 施策を 継続	第六次 施策を 継続	第七次 施策を 継続
	500人 ～999人		患者輸送車 (艇)	へき地 診療所	患者 輸 送 車 (艇)	巡 回 診 療 車 (船)					
	300人 ～499人		巡 回 診 療 車 (船)	へき地 診療所	患者 輸 送 車 (艇)	巡 回 診 療 車 (船)					
	50人 ～299人		巡 回 診 療 車 (船)	へき地 診療所	患者 輸 送 車 (艇)	巡 回 診 療 車 (船)					
無医地区 を有する 二次医療圏			へき地医療地域連携対策		へき地中核病院		医療対策協議会	へき地診療所の 機能の充実	医師等確保	へき地医療 支援病院の指定	
そ の 他					へき地勤務医師等確保修学資金		へき地医療情報 システム へき地診療所 サポート システム	・医療機器の 整備 ・静止画像伝 送装置の導 入	へき地勤務 医師等確保 事業 (ローテーショ ンシステム)	ローテーション 事業の拡充	
							医師等医療従事 者の確保 1 医療従事者の 紹介斡旋 2 医学生等ワー クショップ	・研修機能の 充実 ・代診医派遣 制度 ・静止画像伝 送装置の導 入	へき地中核病院 の機能の充実	へき地中核 病院の機能 の充実	歯科保健 医療の拡充
									・へき地担当 指導医	無医地区に準 じる地区につ いても無医地 区と同様の対 策を講じる	情報通信 技術の活用
											救急医療 の充実

(厚生省(現・厚生労働省)健康政策局調べより)



図Ⅳ-1-35 へき地医療支援体制

4)行政からみた勤務医師の現状

(1)市町村および国民健康保険が開設する医療機関への要望

①医師への満足度

市町村の国民健康保険担当者からみた保健・医療・福祉の現状はほぼ5割が満足している。視点を公的医療機関に勤める医師への満足度へ変えてみると、本調査17項目のほとんど全てにおいて6,7割が満足している、どちらかと言えば満足していると答えている(図Ⅳ-1-36)。医療機関の健全な経営(収支)の項目でのみ満足していない、どちらかと言えば満足していないを合わせると53%と逆転現象が認められる。これを市町村規模別にみても、市では61%、へき地指定外町村の48%、へき地指定町村の52%と市での厳しい評価が目立つ。職員との良好な人間関係の項目については、福祉関係職員との人間関係に満足していない割合が他職種に比べて多くなっている。福祉関係者との人間関係に29%が満足しておらず、医療機関職員の24%、周辺医療機関関係者の22%、市町村職員の22%、保健関係職員の25%と比べ多い。また、市町村規模別にみても、へき地指定町村、へき地指定外町村、市の順に満足していない割合が高くなる。これは行政規模が大きくなると職員数も増え、互いに顔が見えにくいために生じる意思疎通の難しさからくるものと思われる。また、福祉職員との関係に満足していない理由として、介護保険制度が開始されてまだ日が浅いため医師と福祉関係職員との接点はまだ少ないためと思われる。ほとんどの項目で満足している割合が市、へき地指定外町村、へき地指定町村の順に多くなっており、満足している、どちらかと言えば満足しているを合わせた割合は市の方が多く場合も、満足していると答えている割合はへき地指定町村の方が多くなっている。これはより医師個人の評価につながりやすい行政規模の小さなへき地指定市町村がより明確的に判断しやすいためと思われる。



図Ⅳ-1-36 国保担当者からみた医師への満足度

②医師への期待度

市町村の国民健康保険担当者からみた医師への期待度をみると、本調査18項目のほとんど全てにおいて9割以上が期待している、どちらかと言えば期待していると答えている。期待していない、どちらかと言えば期待していないと答えた割合が多い項目は、医療機関の健全な経営(収支)9%、医療機器購入時の予算への配慮11%、現在勤務する医師の継続勤務11%であった。これを市町村規模別に見てみると、へき地指定外町村において、医療機器購入時の予算への配慮14%、現在勤務する医師の継続勤務14%と、期待していない割合が市やへき地指定町村に比べ多かった。

③満足度と期待度の比較検討

現在の満足度と将来への期待という点で本調査結果を見比べてみると、幅広い医療の提供については37%が満足しておらず、93%が期待している。特に市町村の間で差は認められない。受診患者の満足度については31%が満足しておらず、97%が期待している。市ではほぼ100%の市(回答した285市のうち283市)が期待すると答えた。市では総合病院の形で医療が提供される場合が多いためより期待が大きいものと思われる。世の流れとして医師中心から患者中心への医療改革の期待が市町村を問わず大きいものと思われる。医療機関の健全な経営は、53%が満足しておらず、91%が期待している。医療機器購入時の予算への配慮は、36%が満足しておらず、89%が期待している。この2項目の結果からお金の問題に関しては不満が大きいものの、他の項目に比べると期待度は小さいものになっていることが読み取れる。

人間関係については約1/4が不満足で良好な人間関係への期待がどの職種の人に対しても大きなものになっている。特に患者を含む地域住民との良好な関係を期待するものが98%と非常に大きなものになっている。

保健行政(保健活動)や福祉行政(福祉活動)への積極的な参加は、それぞれ35%、40%が満足しておらず、94%、96%が期待している。保健・医療・福祉の統合に向けより医師の医療機関内での医療活動だけではなく幅広い活動が期待されているものと思われる。

5)へき地における医師確保の方策と展望

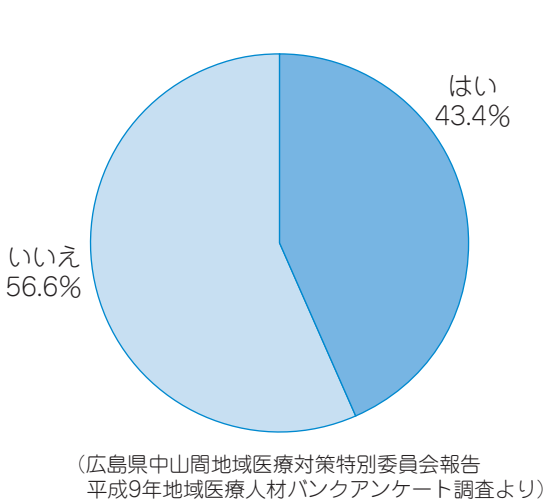
(1)へき地勤務を医師は望まないのか

へき地勤務を医師は望まないのかといった疑問に対して、「へき地勤務をしてもよい」と43.4%の医師が回答した興味深い調査結果がある(図Ⅳ-1-37)。さらに、回答者の年齢構成は25～29歳が17.7%、30～39歳が25.8%、40～49歳が20.2%と、若い世代や働き盛りの年代の割合が高い(図Ⅳ-1-38)。医学部学生を対象とした調査でも地域医療に対する興味が高いという結果が報告されている。このように、へき地で地域医療、つまり保健・医療・福祉の包括医療をしてみたいと思っている医師や学生が潜在的に多いことが推測される。

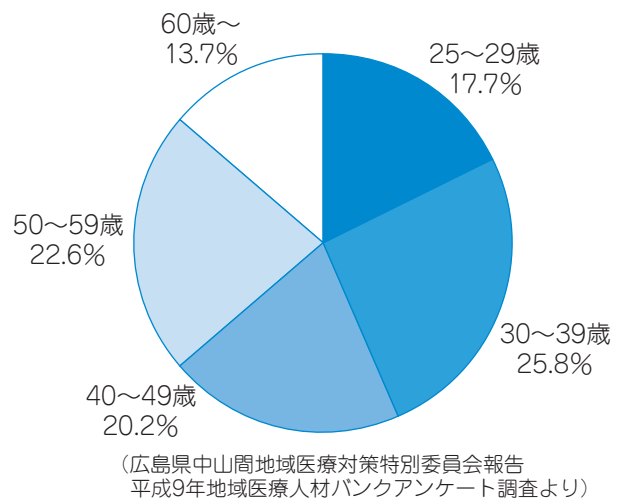
現在、国民10万対医療施設従事医師数は187.3人(1998(平成10)年医師・歯科医師・薬剤師調査)で、今後も増えることが予想される。その数だけを見れば、医師の供給は充足され、どちらかと言えば過剰時代に入りつつある。そこで、医学部入学者定数の見直しなど様々な対策が行われている。しかし、へき地の医療機関における医師不足は現在においても深刻な状況が続いている。本調査でも、へき地指定自治体の医療機関の44%が医師確保に困っていると回答しており、へき地の自治体にとって、医師確保は大きな課題となっている現状がうかがえる。

これらを考えると、へき地勤務をしたいという意志と実際に勤務するという行為との間に大きな隔たりがあり、その隔たりを明らかにし、埋めることが医師確保の課題を解決する上で重要な要素の一つであることがわかる。前述の調査にて、逆に「へき地勤務してよいか」の質問に「いいえ」と回答した理由をみると、家庭・生活面の問題(22.3%)、健康・高齢の不安(21.1%)、現職の続行(15.7%)、プライマリ・ケアへの不安(14.5%)が上位を占めた(図Ⅳ-1-39)。恐らく、へき地における仕事と生活に対する不安が「意志」と「行為」との差を生む主な理由と考えられる。

本調査結果でも、へき地指定町村の市町村または国民健康保険連合会が開設する医療機関に勤務する医師(以下、へき地指定町村勤務医師)の59%は「将来はへき地で働くつもりである」に「いいえ」または「どちらかといえばいいえ」と回答している(図Ⅳ-1-40)。つまり、現在勤務している約6割の医師が将来はへき地で働くつもりはないことになる。一般的にへき地勤務、とりわけ診療所勤務における阻害因子として、①職業的孤立感(一人勤務、代診や生涯研修などの支援システムの不備など)、②業務および精神的負担(保健や福祉分野も含む幅広い業務など)、③日常生活の問題(休日の確保、生活



図Ⅳ-1-37 「へき地に勤務してよいか」の質問に対する回答割合

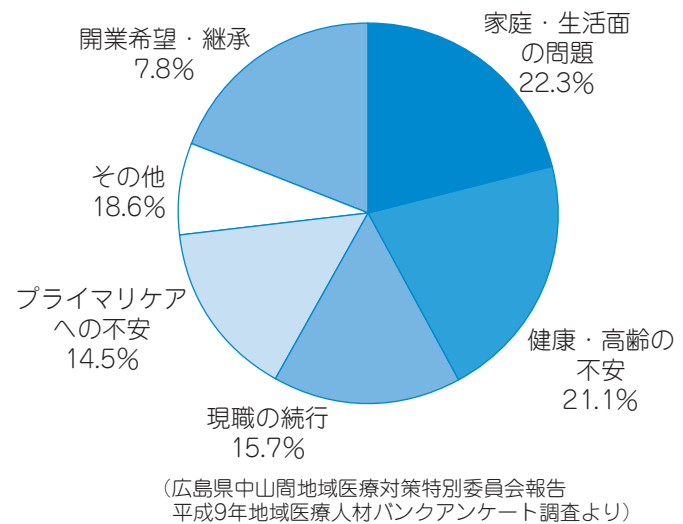


図Ⅳ-1-38 「へき地に勤務してよいか」に「はい」と回答した医師の年齢割合

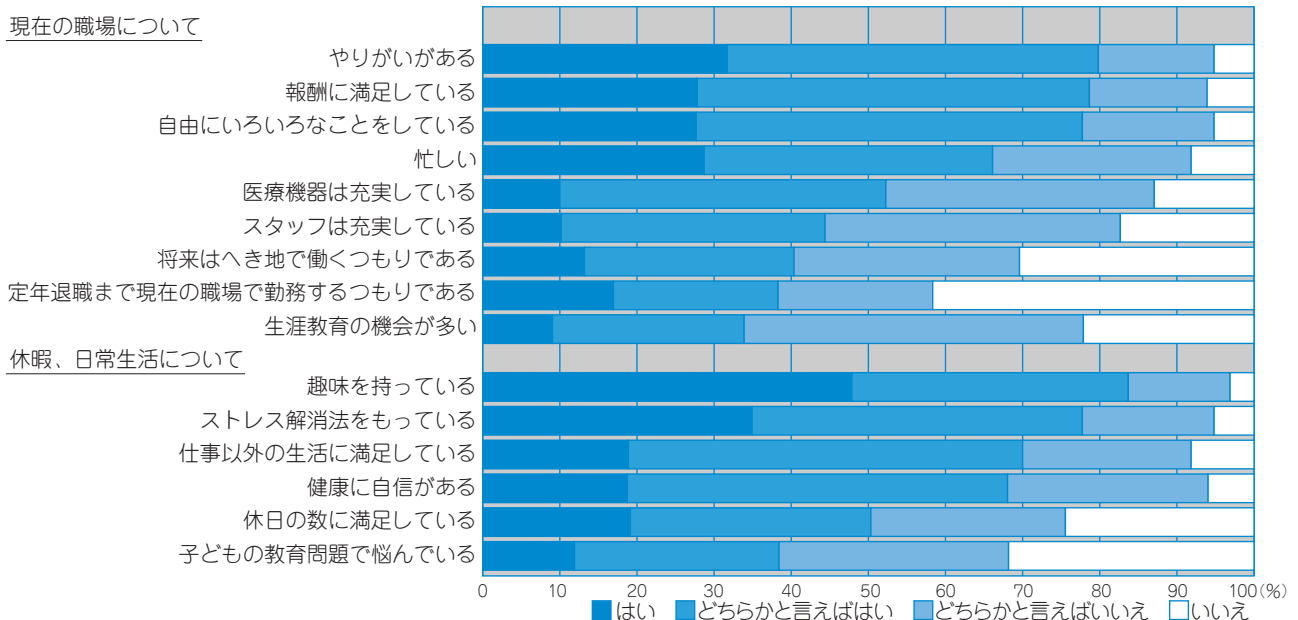
習慣の違いなど)、④家庭の問題(子弟の教育など)が主な項目として挙げられている。本調査でも、「生涯研修の機会が多い」に「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した者は、へき地指定町村勤務医師の34%、「休日の数に満足している」は50%であった。また、「仕事以外の生活に満足している」は70%、「子どもの教育問題で悩んでいる」は39%で、日常生活、教育については半数以上が特に困っていないと回答している。逆に考えると、約3～4割の者が困っていることになる。

一方では、職場について「やりがいがある」に「はい」または「どちらかと言えばはい」とへき地指定町村勤務医師の80%が回答し、また、「報酬に満足している」や「自由にいろいろなことをしている」でも、それぞれ79%、78%が回答した。このように、へき地勤務は、必ずしも生活などネガティブな側面ばかりでなく、仕事についてはポジティブな側面もうかがわせる。

へき地における医師確保について、勤務する医師の視点からみると、へき地勤務をしようと思うに当たっての仕事や生活の不安、またへき地勤務を続ける際の阻害因子などへの対策も重要であるが、さらにへき地勤務でのやりがいなどポジティブな側面をサポートするシステムも重要であると言える。



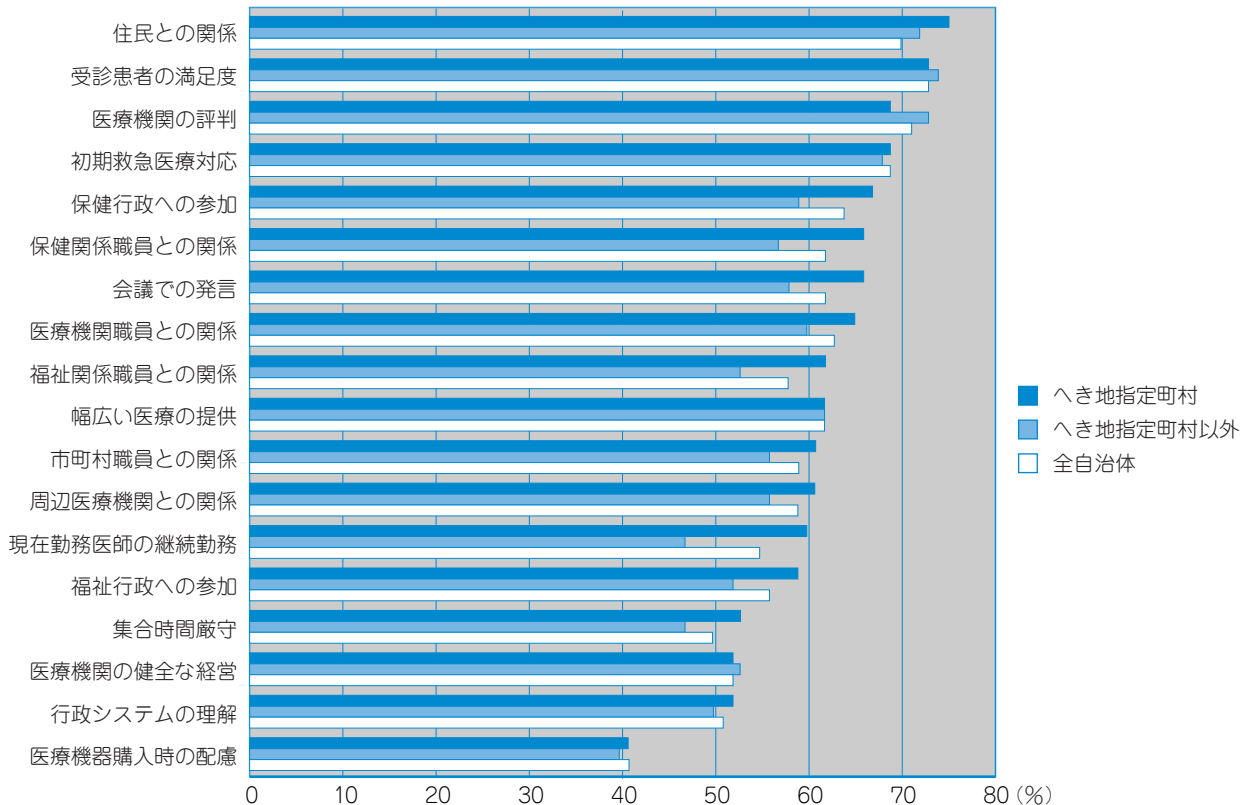
図Ⅳ-1-39 「へき地に勤務してよいか」に「いいえ」と回答した主な理由(%)



図Ⅳ-1-40 へき地指定町村の市町村及び国民健康保健連合会が開設する医療機関の勤務医師の現在の職場、休暇、日常生活に関する回答割合(%)

(2) 行政、住民が期待する医師とは

勤務する医師側とは別に、採用する自治体の視点で考えてみる。本調査では、市町村医療機関に勤務する医師に対して、「医療機器購入時の配慮」以外は、「期待しますか」の質問に「はい」と回答した割合が60%を超えた(図Ⅳ-1-41)。「住民との関係」と「受診患者の満足度」は70%以上で、「保健行政への参加」、「保健関係職員との関係」、「会議での発言」、「福祉関係職員との関係」、「現在勤務医師の継続勤務」はへき地指定町村とそれ以外の町村でその回答の差が大きかった。へき地指定町村では医師に対して、①患者主体の医療や②幅広い医療提供に加えて、③住民との協調や対話、④保健・医療・福祉の包括ケアの提供を期待している。



図Ⅳ-1-41 各項目に対して、市町村医療機関に勤務する医師に期待するかに「はい」と回答した割合 (%)

このことから、とりあえず医師を確保すればよいというのではなく、住民に対して保健・医療・福祉に関してよい仕事ができる医師を確保したい、つまり数あわせではなく質の高い医師を確保したいとへき地指定町村の多くが思っていることが考えられる。これは、へき地自治体の保健・医療・福祉の水準に、一人の医師が大きく影響することの裏返しとも言える。へき地の町村では、とりわけ診療所では、財政面などから複数の医師を雇用することは難しい状況があり、また一度採用すれば身分保障の関係から、医師の採用にあたって、大きな不安があることは容易に想像される。

へき地指定町村では医師確保の65%を医局からの派遣でまかなっているのも、医師確保の際の不安やその安定が要因になっていると思われる。そして、「現在勤務医師の継続勤務」の期待がへき地指定町村でそれ以外に比べ高いのは、勤務態度など医師の仕事ぶりをみて、よい医師には派遣ではなく、採用したいという自治体の思いの現われと推測される。

採用する自治体の視点から考えると、自治体の期待に応えることが出来る医師の養成と供給システム、つまり、自治体が安心して医師を採用できるシステムが必要と思われる。

(3) 仲介システムの充実が必要である

へき地に勤務したい医師と医師確保に困っているへき地自治体を仲介するシステムとして、国民健康保健連合会、各都道府県内のへき地医師対策部署、一部の人材バンクなどでは広告を利用して積極的に勧誘ならびに斡旋を行っている。しかし、なかなかうまく行っていないのが現状である。

医師の勤務にあたっての不安およびへき地自治体の採用にあたっての不安は、最初の雇用関係が結ばれるときだけでなく、勤務または採用後に生じる様々な問題にまで及ぶ。どちらかと言えば、勤務または採用してはじめて、こんなはずではなかったということにならないだろうかという不安が大きいに思われる。このように、勤務または採用後の様々な問題への対応までは、例外的な状況は別として、現状の仲介システムは関与することはなく、当事者同士で問題を解決することがほとんどである。この点においては関与し得るのが医局からの派遣であり、医局が第三者として問題を解決する場合もある。このことも医局からの派遣が多い理由の一つと思われる。

ただ、現状の医局派遣に問題がないわけではない。「現在勤務医師の継続勤務」への期待が高いように、派遣期間が短期間(1年以上は少ない)のため、へき地自治体として長期的な展望で運営ができない。さらに大きな問題は自治体が望む医師を医局から派遣することができるかである。

へき地指定町村では、「幅広い医療の提供」が期待されている。患者調査によれば、一般診療所の外来においては、内科、眼科、整形外科、皮膚科などの知識が必要な疾患を扱っている頻度が高い(表Ⅳ-1-2)。現状では、このように幅広い領域を扱うことができる医師を養成するシステムを行っている医局は数少ない。また、保健および福祉分野にわたる知識を医師養成プログラムに組み入れている医局はさらに少ない。現状の医局制度では、へき地指定町村の期待に応えることのできる医師を供給することは難しいと言わざるをえない。このことは、へき地勤務の意志はあるが、幅広い医療の提供に自信がない医師に対する再研修システムがほとんどないことも意味する。

表Ⅳ-1-2 傷病大分類別 推計患者数(割合、%)

	外 来				入 院		
	一 般 診療所	病 院	歯 科 診療所	総 数	一 般 診療所	病 院	総 数
循環器系の疾患	18.3	16.9	—	14.8	21.0	21.4	21.4
呼吸器系の疾患	17.8	9.0	—	12.0	4.9	4.8	4.8
筋骨格系及び結合組織の疾患	17.0	13.2	—	13.0	10.8	4.8	5.1
眼及び付属器の疾患	7.0	4.4	—	5.0	2.1	1.0	1.0
消化器系の疾患	5.8	8.1	79.1	18.9	7.6	5.5	5.7
皮膚及び皮下組織の疾患	5.8	3.5	—	4.1	0.5	0.6	0.6
内分泌、栄養及び代謝疾患	5.2	7.4	—	5.0	3.9	3.3	3.3
損傷、中毒及びその他の外因の影響	4.7	7.1	0.2	4.7	13.2	7.8	8.1
感染症及び寄生虫症	3.9	3.4	—	3.1	1.8	2.3	2.3
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	3.2	2.7	20.6	6.0	8.4	0.6	1.1
耳及び乳様突起の疾患	3.1	1.2	—	2.0	0.6	0.2	0.2
尿路性器系の疾患	2.6	5.2	—	3.0	4.4	2.9	3.0
精神及び行動の障害	1.8	4.4	—	2.3	2.7	23.6	22.5
神経系の疾患	1.3	3.0	—	1.6	2.8	5.0	4.9
新生物	0.9	7.0	—	2.7	3.8	11.9	11.4
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0.4	0.6	—	0.4	0.4	0.4	0.4
妊娠、分娩及び産じょく	0.2	0.5	—	0.3	9.0	1.3	1.7
先天奇形、変形及び染色体異常	0.1	0.4	—	0.2	0.1	0.5	0.5
周産期に発生した病態	0.0	0.1	—	0.0	0.5	0.4	0.4
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0.8	1.9	—	1.0	1.4	1.5	1.5
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

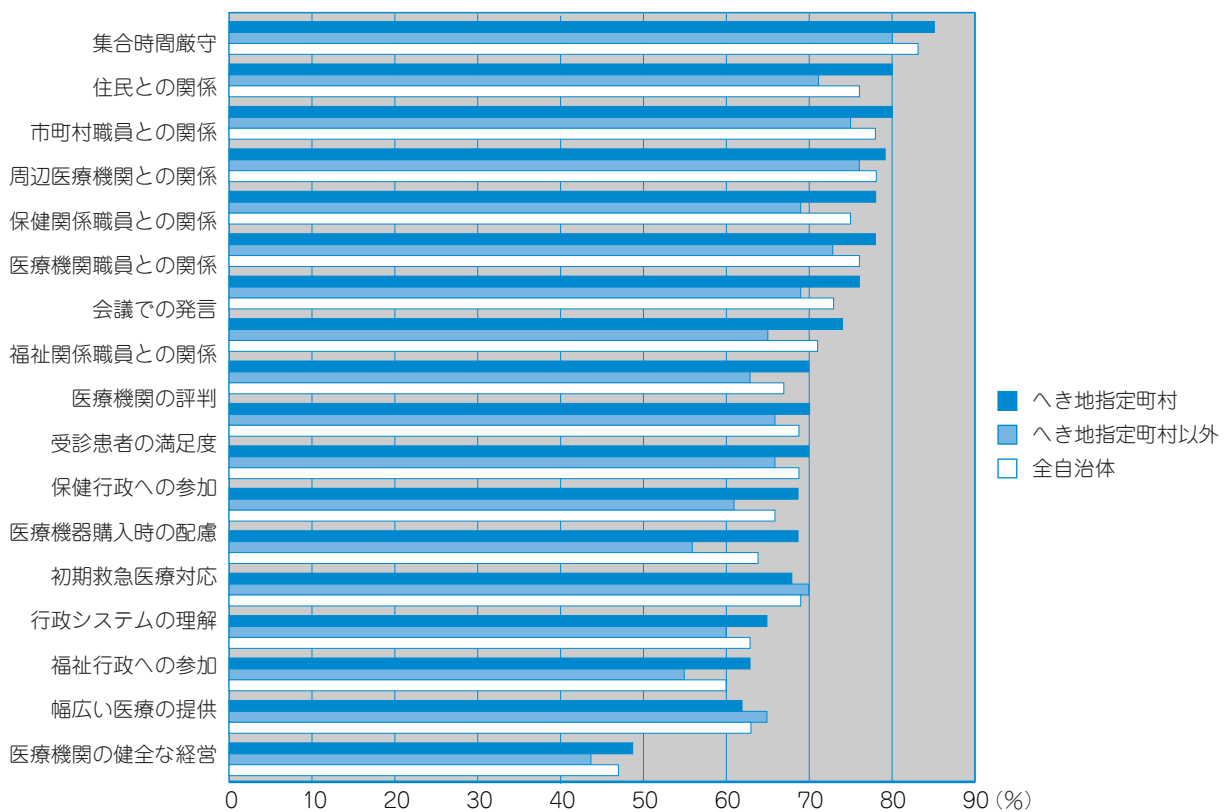
(厚生省(現・厚生労働省)大臣官房総計情報部 平成11年度「患者調査」より)

へき地医師確保において、医師および自治体の不安を解消することのできる仲介システムの充実が早急に行われる必要がある。その仲介システムは、へき地指定町村が期待する医師を養成するシステムと一体となっていることが望ましい。この養成システムをともなった仲介システム、とりわけ勤務および採用後の諸問題の調整を行うことのできるシステムが構築されることが、医師および自治体の不安が解消される一助と考える。

(4) へき地における医師確保の展望

医師と自治体が一体となって、保健・医療・福祉の水準が著しく向上したケースは少なくない。地域医療にやりがいをもった医師の活動を行政が支援する、またへき地町村の期待に対して熱意をもって医師が応える、また両者の思いが一致するなどそのケースは様々である。本調査において、市町村医療機関勤務医師に対する満足に関する結果では、「初期救急医療の対応」、「幅広い医療の提供」以外のすべての項目において、へき地指定町村の方がそれ以外に比べ、「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した割合が高く、また「初期救急医療の対応」および「幅広い医療の提供」についても大きな差はなかった(図Ⅳ-1-42)。このことから、へき地指定町村勤務医師は、保健・医療・福祉の水準の向上に努力していることがうかがえる。へき地の町村の医師確保は、とかく、量の問題が指摘される。しかし、へき地の町村においては、医師がいればよいという時代から、医師が何をするかの変化したといっても過言ではない。

医師を求めるへき地の町村では、とりあえず医師を確保すればよいという考えを変え、どのようなことを医師に期待するか、住民が保健・医療・福祉において何を望んでいるかを明らかにし、どのような医師を求めているのかを真剣に考える必要がある。また、医局など医師を供給する側も、とりあえず医師を派遣すればよいという考えを捨て、へき地自治体がどのような医師を求めているのかを



図Ⅳ-1-42 各項目に対して、市町村医療機関に勤務する医師に満足するかに「はい」または「どちらかと言えば、はい」と回答した割合(%)

十分把握し、その期待に応える医師養成システムを充実させることが必要である。場合によっては、県単位などで、医学部ならびに医科大学など医師を養成している機関において、地域医療を担う医師の養成システムの整備および充実を行うことが重要と考える。そして、この養成システムについては、資格を与えるなどして国がその質を保証することが望ましいと思われる。

へき地の町村の医師確保の今後の展望として、へき地勤務のネガティブな部分の解消としての働きやすい環境の整備に加え、やりがいなどへき地勤務のポジティブな部分を支援するシステムを確立することが非常に重要である。このことにより、へき地自治体の保健・医療・福祉のさらなる向上につながると信じる。その保健・医療・福祉の水準を維持するためには、できれば複数の医師を確保し、継続していくことが望ましい。



3. 公的医療機関の役割

1) 公的医療機関を開設する財源

自治体が医療機関を開設する際には、その目的は首長の政策判断によるとしても、実際には、起債や借り入れなどの資金調達と、開設後の黒字経営を維持できるかどうかが問題となる。一般会計からの繰入金を前提とした予算は一般会計であれ、病院(診療所)特別会計であれ認められないので、公的医療機関の新規開設には二の足を踏む自治体が多い。

そこで、次のような方法がとられる。

(1) 国立病院・療養所の移譲

かつて陸軍病院・海軍病院・傷痍軍人療養所であった国立医療機関は厚生省、厚生労働省と所管が変わった。その配置と機能、それに応じた設備や陣容、国立であることの意味付けが再検討されないうまま半世紀が経過したが、最近ようやく市町村や医療法人への移譲が始まった。この移譲を引き受ける際には、建物の改装や医療機器などの新規導入といった付加とともに、社会福祉・医療事業団から必要な全額が償還期間25年で低利融資される優遇措置がある。現存する国立医療機関が地域医療の一端を担っている場合には市町村事務組合立で継承することができる。

(2) 地域医療振興協会への管理委託

自治体立の医療機関の管理運営を、地域医療のノウハウを持ち、人材育成にも経験のある公益法人地域医療振興協会に委託する方法である。現在は青森県東通村、福島県耶麻郡磐梯町、群馬県六合村、静岡県伊東市、静岡県の伊豆地域の7市町村一部事務組合(下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町、賀茂村)、岐阜県久瀬村、岐阜県春日村、福井県鯖江市で認められている。

(3) 委託開業方式

診療所の場合、土地・建物・設備を市町村が提供し、医師個人または一人医療法人・医療法人が賃貸料を払って開業する公設民営方式で、市町村の負担が少なく、一定の収入にもなり、経営責任を負うことがないメリットがある。しかし、どのような医療を展開するかについて市町村との合意や協定がないと施策に沿った医療の展開は保障されない懸念がある。このひとつの垂型として医師会立病院の誘致、医師会と行政が共同で設立した新法人による経営などがある。

(4) 医療法人への事業毎の補助金・委託金の支給

民間の病院・診療所が人口の少ない地域で医療機関を営んでいる場合、経営効率が下がりついには廃院・撤退となるおそれがある。しかし、公立医療機関を新たに設置することもできない場合、市町村の公正さを害さない程度に各種事業を医療機関に委託し、事業ごとに補助金・委託金を支払うことで経営を支援する方法がある。たとえば、住民健診の半分を健診業者に委託し半分を地元の医療機関に委託する、予防接種を委託する、夜間休日の救急医療体制確保のために補助金を支給したり、設備を貸与したりする、などである。これは、市町村の施策を有効に展開する方法としては優れているが、反面公金による民間企業の支援ともなりうるため、政治問題化する危険がある。これを回避するため、行政の公平性を担保するしくみとして、住民の陳情や議会での発議、総務省や都道府県地方課との事前調整などをしておくのが望ましい。

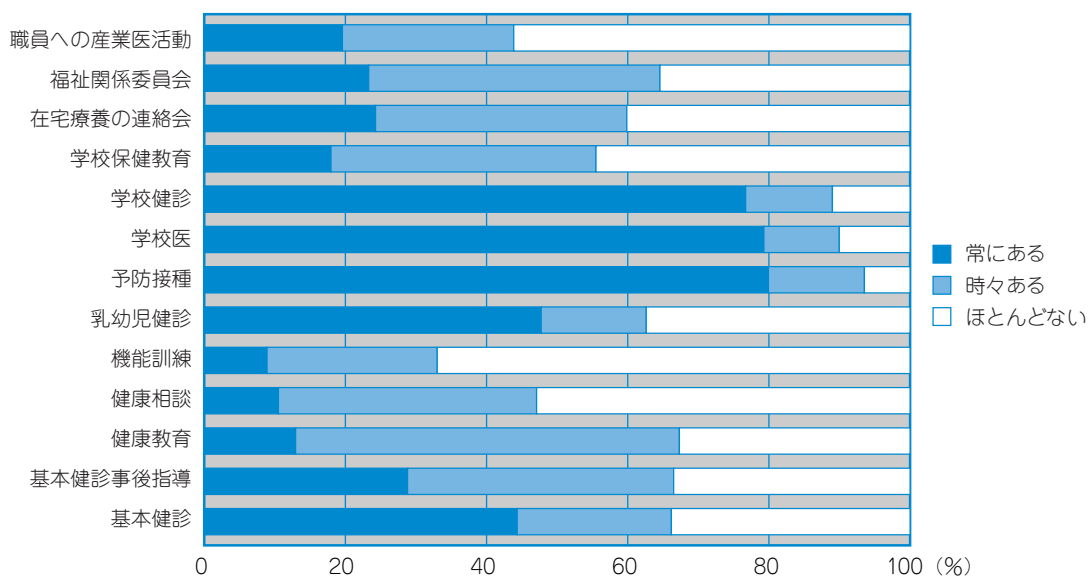
いずれの場合も、単に医療機関の経営だけを考慮してはならない。患者が減って、受診する必要がないようになればそれは望ましい結果であるからである。また、医療機関が黒字になっても、医療費や介護給付が増加して国民健康保険と介護保険会計が赤字になっては意味がないからである。たとえ赤字になっても、雇用が確保されることは市町村にとって大きなメリットである。また、医療機関は生活用品全般を継続的に消費するので、購入先を選べば、地域での消費を刺激する。観光地では、客が安心して滞在できるなどの公共的価値が見出せる。公的医療機関の設置にあたっては、このような視点で自治体の目的意義にかなった医療機関の経営を心がけるべきである。



2) 公的医療機関の医師の活動

本調査ではへき地指定町村において、市町村医療機関の医師の保健福祉活動への関与について、「常に参加している」と回答した自治体が予防接種に80%、学校医は79%、学校健診は77%、乳幼児健診には48%であり、小児保健関係の業務に高い割合で関わっている(図Ⅳ-3-1)。市とへき地指定町村での関わりを比較すると、職員への産業医活動を除くすべての項目についてへき地指定町村での関わりが大きい傾向がある(図Ⅳ-3-2)。介護認定審査会の委員として市町村医療機関の医師が参加している自治体は全体で34%、へき地指定町村に限ると37%であった。国立病院、都道府県立病院などを含むすべての公的医療機関の施設数の全医療機関に対する割合は病院で15%、診療所で5%のみであることを考えると、市町村医療機関の医師の保健活動への関与の大きさがうかがえる。しかし機能訓練については67%、職員への産業医活動は56%、健康相談は53%のへき地指定町村でほとんど関与がないと回答しており、まだその活動は十分とはいえない。高齢化社会を迎え、予防活動、健康教育、在宅医療など保健・医療・福祉分野それぞれのスタッフの連携がますます重要になってきている。医療の中での連携(病診連携、診診連携)に加え保健・医療・福祉の統合の概念を理解した上での医師の活動が望まれると同時に、医師数が少ないへき地においては各分野のスタッフの相互理解、連携が重要であることはいうまでもないだろう。

医師側への自分の仕事に対する満足度に関する設問の回答をみても、「保健活動への積極的な参加」「福祉活動への積極的な参加」に関しては市より町村医師で満足度が高い(図Ⅳ-3-3)。これにはもともと町村に保健・福祉も含めた地域活動に興味がある医師が集まっている結果なのか、それとも市で勤務する医師が多忙などの理由で地域活動に参加できないことのあらわれなのかなどのいくつかの解釈があるだろう。しかし、都市部に比しへき地の町村において人口当たりの医師数は明らかに少ないことを考えると、日常の診療業務に加え、保健福祉活動の関わりなど仕事の幅も広がるのも当然であろう。一方で「幅広い医療の提供」や「患者が満足する医療の提供」についてはへき地指定町村医師の満足度の方が低いのは、医療に当てられる予算や設備の限界と直面しながらもその要求に応えようとするがままならない実情のあらわれかもしれない。それに加えへき地では医師数の定員割れが問題となっている医療機関も少なくなく、その結果としての医師一人あたりにかかる責任の大きさもへき地で勤務する医師の負担になっているかもしれない。



図Ⅳ-3-1 へき地指定町村の市町村医療機関医師の保健福祉活動への関わり

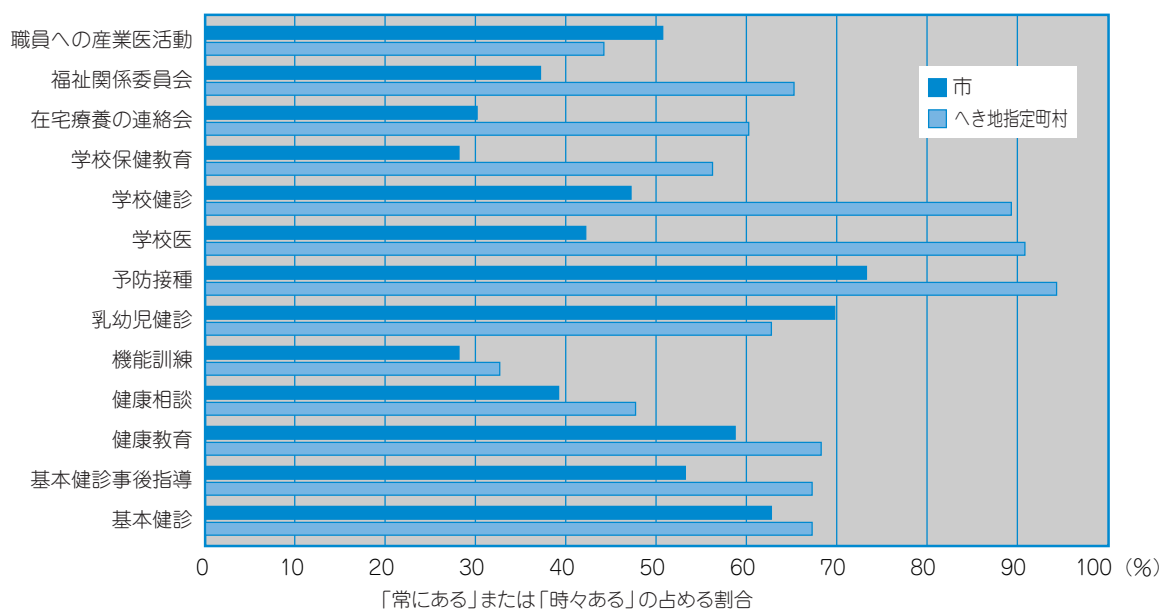


図 IV -3-2 市町村医療機関医師の保健福祉活動への医師関わり

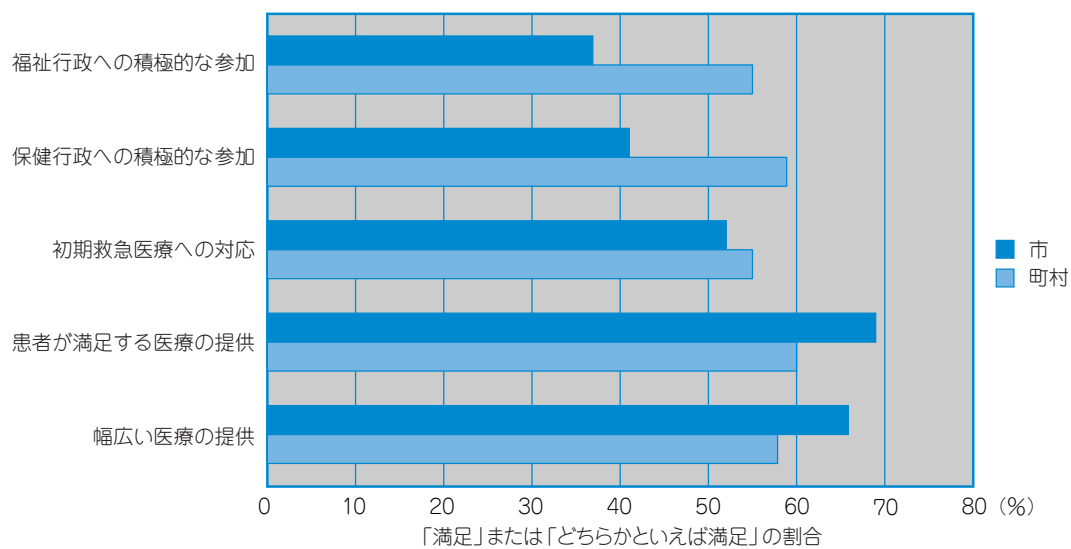


図 IV -3-3 へき地の市町村医療機関医師の仕事に対する満足度

3)行政枠組みの医療圏と実際の医療圏の格差

(1)医療計画

多様化、高度化する医療需要に対応するため、医療資源の効率的な活用ならびに医療施設間の機能的な連携をはかるために、地域の体系だった医療供給システムの整備を促進する必要がある、そのため各都道府県において医療法によって医療計画の作成が義務付けられている。

医療計画は、医療圏の設定、基準病床数、医療圏ごとの医療提供体制の整備の目標に関する事項など(表Ⅳ-3-1)を盛り込んで、各都道府県の状況に合わせて作成される。医療圏の設定は、日常生活圏として二次医療圏が定められ、都道府県単位を三次医療圏としている(北海道だけは例外的に6つの三次医療圏がある)。日常生活圏である二次医療圏単位に、医療供給体制、救急医療体制、基準病床数の設定などの各項目が決められているのが現状である。

表Ⅳ-3-1 医療計画作成にあたって必要な事項

-
- (1) 二次医療圏の設定に関する事項
 - (2) 三次医療圏の設定に関する事項
 - (3) 基準病床数に関する事項
 - (4) 地域医療支援病院の整備目標、その他機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
 - (5) 共同利用等病院、診療所、薬局その他医療関係施設相互の機能の分担及び業務の連携に関する事項
 - (6) 救急医療の確保に関する事項
 - (7) へき地医療の確保が必要な場合にあつては、当該医療の確保に関する事項
 - (8) 医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他医療従事者の確保に関する事項
 - (9) その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項
-

(2)二次医療圏の概要

医療計画において設定された二次医療圏は360圏域である(表Ⅳ-3-2、2000(平成12)年3月末)。都道府県の設定数で最も多いのが北海道で21圏域、最も少ないのは奈良県、鳥取県の3圏域である。二次医療圏は、平均的には人口10万人から20万人の間、面積では500から1,000km²の間で制定されている。しかし、人口の最も多い医療圏は、愛知県の名古屋医療圏で人口296万人、最も少ない医療圏は、島根県の隠岐医療圏の人口26,000人であり、その比は114倍となる。また、面積で最も広い医療圏は、北海道の十勝医療圏で面積18,000km²、最も狭い医療圏は、東京都の区中央部医療圏で面積64km²であり、その比は169倍である。一般病床においても、360の二次医療圏のうち204医療圏で病床が過剰で、10医療圏で必要病床少数(基準病床少数)と既存病床数が同数である。このように、日常生活圏としての二次医療圏間にバラツキはみられる。

(3)公的医療機関の紹介先医療機関

へき地指定自治体の公的医療機関の主な紹介先医療機関は、所属二次医療圏内のみの施設とするものは全体で55%であり、残り45%は所属二次医療圏外の医療機関に紹介している(表Ⅳ-3-3)。疾病の多様化、高度化に伴い、必ずしも2次医療圏内で医療供給体制が完結しない現状がみられる。町村においては、市に比べ、所属二次医療圏外のみとする回答は低いが、7%の医療機関が主な紹介先医療機関が二次医療圏外と回答している。圏域境のへき地指定町村では日常生活圏と二次医療圏が必ずしも一致しない現状があり、この回答結果の一因と思われる。現状バラツキのみられる二次医療圏において、より実態にあった設定が望まれる。

表Ⅳ-3-2 都道府県別医療計画における必要病床数及び既存病床数の状況

区 分	公 示 年 月 日	一 般 病 床			精 神 病 床		結 核 病 床	
		二次医 療圏数	必 要 病床数	既 存 病床数	必 要 病床数	既 存 病床数	必 要 病床数	既 存 病床数
総 数		360	1,215,130	1,290,250	343,779	358,658	18,672	23,864
北 海 道 青 森 県 岩 手 県 宮 城 県 秋 田 県	10. 3.27	21	78,146	85,850	21,110	21,644	766	1,107
	10. 3.16	6	13,154	15,495	4,766	4,751	187	456
	11. 2.26	9	14,194	16,487	4,557	4,915	201	286
	11. 8.10	5	19,894	20,075	7,193	5,413	274	422
	10. 3.27	8	12,001	13,345	4,068	4,537	174	299
山 形 県 福 島 県 茨 城 県 栃 木 県 群 馬 県	10. 1.13	4	12,020	11,428	3,954	3,386	172	202
	10. 3.27	7	19,584	23,210	6,911	8,490	269	437
	10.10. 5	9	26,221	26,147	6,734	8,323	303	508
	10. 6.25	5	17,549	17,277	4,414	5,704	295	280
	10. 3.31	10	19,565	19,102	4,380	5,436	194	196
埼 玉 県 千 葉 県 東 京 都 神 奈 川 県 新 潟 県	9. 3.21	9	49,846	47,553	15,125	12,466	615	578
	8. 7.30	8	42,960	43,068	13,543	13,516	527	549
	10.12.22	13	109,085	106,598	27,226	26,071	1,428	1,494
	9. 2.18	11	61,064	62,308	16,290	14,415	817	778
富 山 県 石 川 県 福 井 県 山 梨 県 山 崎 県	9. 7.18	13	24,953	23,121	5,705	7,337	292	224
	11.11. 1	4	15,092	15,806	3,482	3,632	173	102
	9. 4.14	4	14,056	16,540	3,632	3,999	155	270
	10. 3.31	4	10,265	10,115	2,473	2,473	121	292
	10. 1.19	8	9,200	9,203	1,897	2,607	95	110
岐 阜 県 静 岡 県 愛 知 県 三 重 県 滋 賀 県	9.12. 8	10	20,547	19,579	4,998	5,591	254	230
	11. 3.31	5	16,834	16,504	4,172	4,378	320	374
	12. 3. 7	10	34,167	31,141	7,507	7,231	544	497
	9. 8.29	8	51,856	56,029	13,401	13,914	817	967
	10.12.25	4	16,864	16,601	3,745	5,162	266	345
京 都 府 大 阪 府 兵 庫 県 奈 良 県 和 歌 山 県	10. 3.27	7	12,156	11,436	2,655	2,402	238	244
	11. 4.30	6	28,364	29,781	6,653	6,795	517	845
	9.10.24	8	73,599	92,769	19,532	20,328	1,507	2,966
	9. 4. 1	10	52,985	52,548	11,454	11,835	1,022	1,028
	10. 3.31	3	13,922	12,608	3,346	2,979	297	250
鳥 取 県 島 根 県 岡 山 県 広 島 県 山 口 県	10.10.13	7	11,508	12,122	2,194	2,695	258	338
	10. 9. 4	3	7,220	7,417	2,219	1,896	100	76
	11. 1.29	7	10,270	9,409	2,727	2,666	145	224
	8. 3.29	5	22,153	23,930	6,711	6,180	342	422
	9. 2.17	7	31,988	33,135	9,686	9,650	416	758
徳 島 県 香 川 県 愛 媛 県 高 知 県 福 岡 県	8. 5. 7	9	17,583	22,197	5,310	6,327	257	257
	9. 9.19	6	10,133	12,895	3,211	4,474	185	395
	11. 3.30	5	13,000	13,919	4,094	4,128	237	260
	9. 6.24	6	18,199	19,454	85,575	5,083	326	332
	10. 3.31	4	11,083	15,668	3,224	4,082	192	397
佐 賀 県 長 崎 県 熊 本 県 大 分 県 宮 崎 県	9. 3.14	13	55,349	67,910	21,417	22,082	1,093	1,316
	8. 4. 1	5	10,036	11,160	4,195	4,495	201	117
	9. 3.31	9	17,196	20,497	6,793	8,533	363	556
	10. 5.16	11	24,052	27,758	8,275	9,039	447	680
	11. 3.31	10	15,499	15,873	5,484	5,548	323	463
鹿 児 島 県 沖 縄 県	10.11. 6	7	13,911	14,448	5,149	6,268	259	281
	9.10. 1	12	23,504	27,461	7,727	10,152	456	412
	11.10. 8	5	12,303	13,272	4,855	5,630	232	184

注 公示年月日は見直し公示年月日を示す。

平成12年度厚生省(現・厚生労働省)健康政策局指導課調べより

表Ⅳ-3-3 へき地指定自治体の公的医療機関の主な紹介先医療機関

紹介先医療機関	市(n=143)	町村(n=614)	計(n=767)
所属二次医療圏内のみ	85 (59%)	335 (55%)	420 (55%)
所属二次医療圏外のみ	23 (16%)	40 (7%)	63 (8%)
所属二次医療圏内外	35 (24%)	239 (39%)	284 (37%)

4) 地域医療活動における公的医療機関の位置付け

(1) 公的医療機関の配置

公的医療機関は住民の生命を守り、健康を増進し、産業と文化の基盤を形成するインフラストラクチャーのひとつであり、安全で快適な生活のためのセーフティネットの要である。日本国憲法第25条に規定された健康で文化的な生活の保障をよりどころとして福祉・医療行政が展開される限り、公的医療機関もこの文脈に沿って設置され、運営されなければならない。

日本の医療制度は自由開業医制を特徴のひとつとしているが、医師の自由な開業にまかせていたのではおのずから医療機関の分布の不均衡が生じ、へき地医療の確保、人口急増地域や都市部での夜間休日医療の確保、小児医療の確保が現実には困難になりつつある。従来、無医村・医療過疎地域においては、公的セクターの経営による医療機関が設置されて一定の成果を挙げてきた。しかし、都道府県別に公的な医療機関を持つ自治体の割合は平均55%で都市部に多く、町村では低くその役割は地域により差が大きい。地域医療計画の策定にあたっては、医療機関や許可病床の数のみならず、診療科の過不足、無床医療機関の分布についても意を用いなくてはならない。その際、医療圏が実際の生活感覚と一致しないことも多いのは問題であり、交通の利便性や経済文化活動などに伴う人の流れをも考慮した計画的配置が期待される。

(2) いわゆる不採算医療と公的医療機関の役割

いわゆる不採算医療が存在するのは、保険点数の欠陥であって公的医療機関の責任ではないが、私的医療機関がひきうけない医療は公的医療機関の責任となってしまう。それにとどまらず、今後は不採算性を強くアピールする責任をも公的医療機関は負っている。

(3) 市町村の専門職としての様々な役割

インフルエンザの流行、赤痢患者の発生、結核の集団発生、食中毒など、感染症を中心とした疾患の疫学情報は、行政と医師会の2つの経路で伝達されるが、公的医療機関は両方の末端に位置し、市町村にあっては数少ない専門職として、意見を求められたり、実際に予防接種の計画や患者の隔離、予防措置の実施に関わったりすることも期待される。現在厚生労働省発の情報の伝達には数日かかっているため、公的医療機関ではインターネットなどを利用して積極的に情報を収集し、準備しておく必要がある。

社会福祉施設の入所者の健康管理計画や入所に関する基準の設定に意見を求められたり、介護保険の介護認定審査会委員、教育委員会の就学指導委員を委嘱されたりするケースも多い。

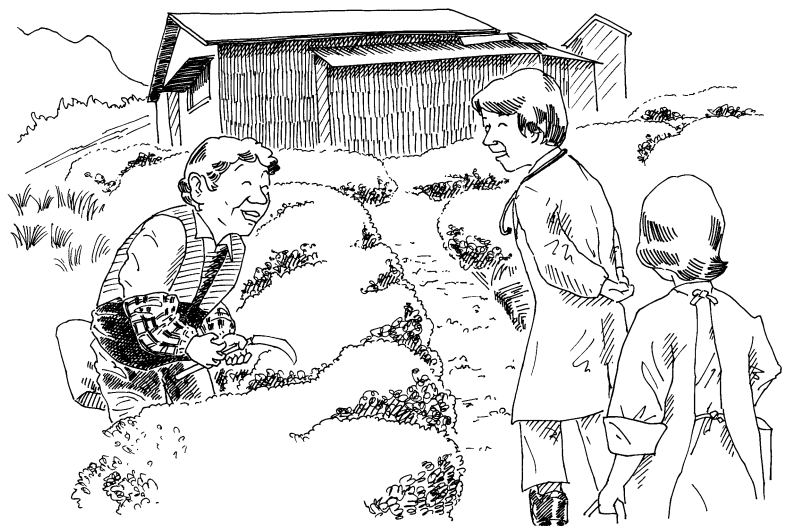
(4) 災害時の対応

地震・大規模火災・水害・火山の噴火など局地的な災害の際、阪神淡路大震災や三宅島の事例にみるように公的医療機関による救護所の設置や避難所での一次医療の展開が期待されるが、現状では必ずしも十分な対応がなされているとはいえない。市町村には地域防災計画の策定が義務付けられ、防災訓練や演習が行なわれているが、その中に公的医療機関の初動体制・外部からの支援の受け方・域外搬送の基準・消防や自衛隊との連携などを盛り込んだものはまだ少ない。これは公的医療機関だけで対処しうる問題ではないが、少なくとも地域の医療機関をとりまとめ、実際に役立つ計画を作り、訓練して備えることが期待される。

(5)保健・医療・福祉・介護の一体化

一般に医療機関には、外来診療、入院医療、予防接種、健康診断などのほか、保健・福祉・介護など隣接する分野との緊密な連携が期待されている。特に公的医療機関は、受診が困難な人々への配慮として施設の改善、受診時間の配慮、往診(訪問診療)の実施、施設内での医療などが要請されることが多い。また、介護が必要な患者の情報を(もちろん本人や家族の了承を得て)介護関係者に伝えることや逆に介護を受けている人が医療が必要になった時の迅速な対処も大いに期待される場所である。高齢者サービス調整会議やケアプラン(介護サービス提供計画)策定の場に積極的に出席していくことで、責任を果たすことができる。

児童の虐待・放置、アルコール関連問題、精神障害者の社会復帰、障害者の就労、喫煙問題、薬物中毒なども私的医療機関では扱われにくい問題であり、公的医療機関の関与が期待される。



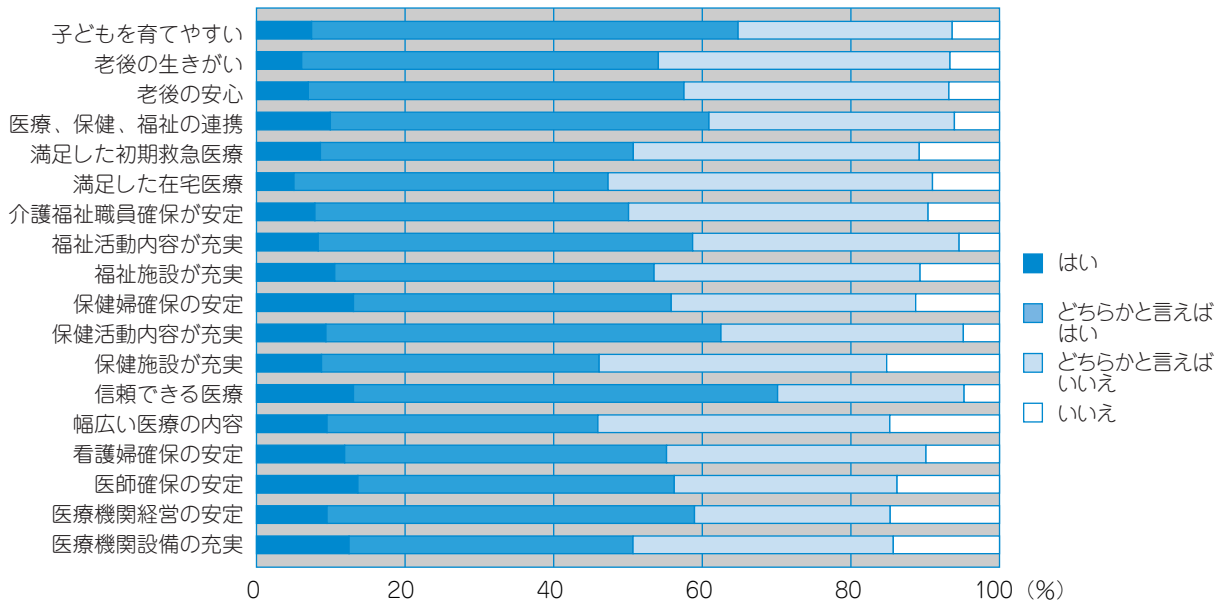
5) 地域住民の公的医療機関に対するニーズと期待

市町村の国民健康保険担当者が現状の保健・医療・福祉体制に対する評価をしたものが図Ⅳ-3-4である。医療機関設備が充実していると考えているのは全平均で52%、市では67%と高く、へき地指定町村では44%と低くなっている。幅広い医療内容を受けていると考えているのは全平均で45%、市では61%、へき地指定町村では37%である。この結果は市町村規模が大きいほど病床数の大きな総合病院が充実していることを反映していると思われる。

満足した在宅医療を受けていると考えるのは、全平均で46%、市では50%、へき地指定外町村では50%、へき地指定町村では43%である。意外にもへき地指定町村である小規模町村の方が満足度は低い答えである。医師、患者がお互いに顔が見える医療を展開でき、家族や親族の協力も得やすい田舎といわれるへき地指定町村の方が充実した在宅医療を受けているのではないかと思われたが、結果は予想と異なった。この理由としては医療機関における医療が充実して実施されていない町村では在宅医療まで手が回らないため、往診は実施されていても訪問診療は実施されていない町村も多いためと思われる。

初期救急においても52%が満足していると答えているが、市では62%、へき地指定外町村では54%、へき地指定町村では45%とへき地指定町村が低い。これも診療所に医師が確保できていなかったり、夜間休日対応できない場合も多いための結果と思われる。

これらのことより、地域医療の量的充足はまだ不十分であり、医療の質的問題が騒がれている現在においてもへき地においてはまだ医療上での量的問題が残されていることが今回の本調査で明らかになった。



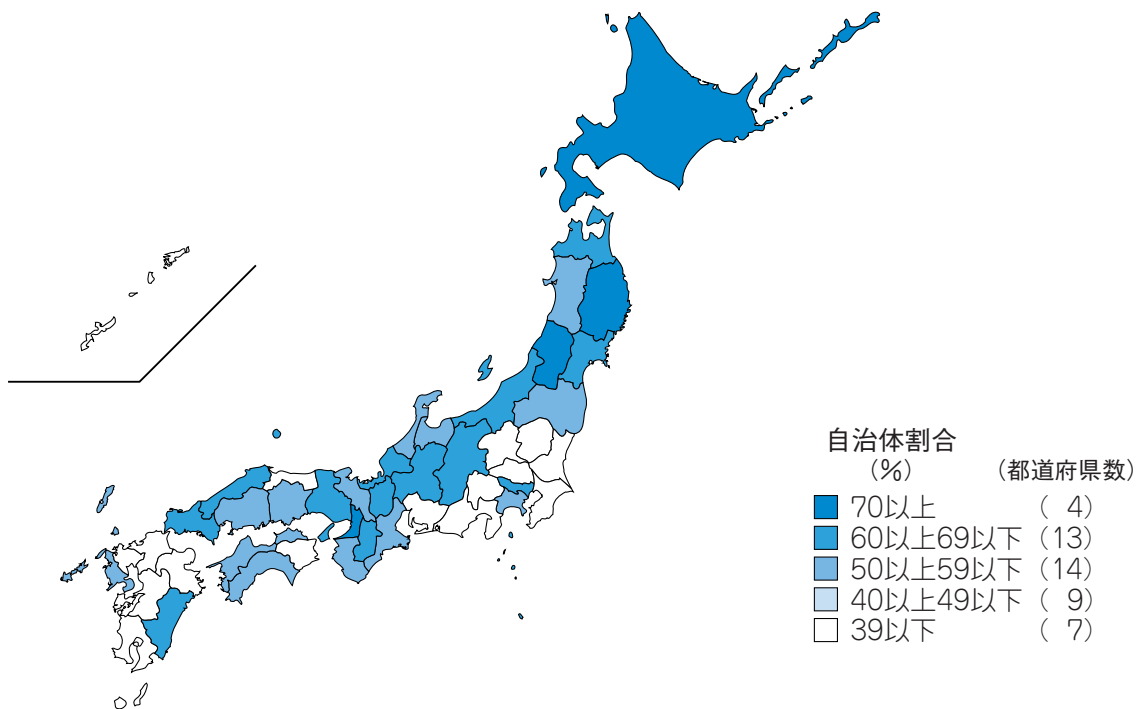
図Ⅳ-3-4 保健・医療・福祉の現状

6) 地域における公的医療機関の現状(分布)

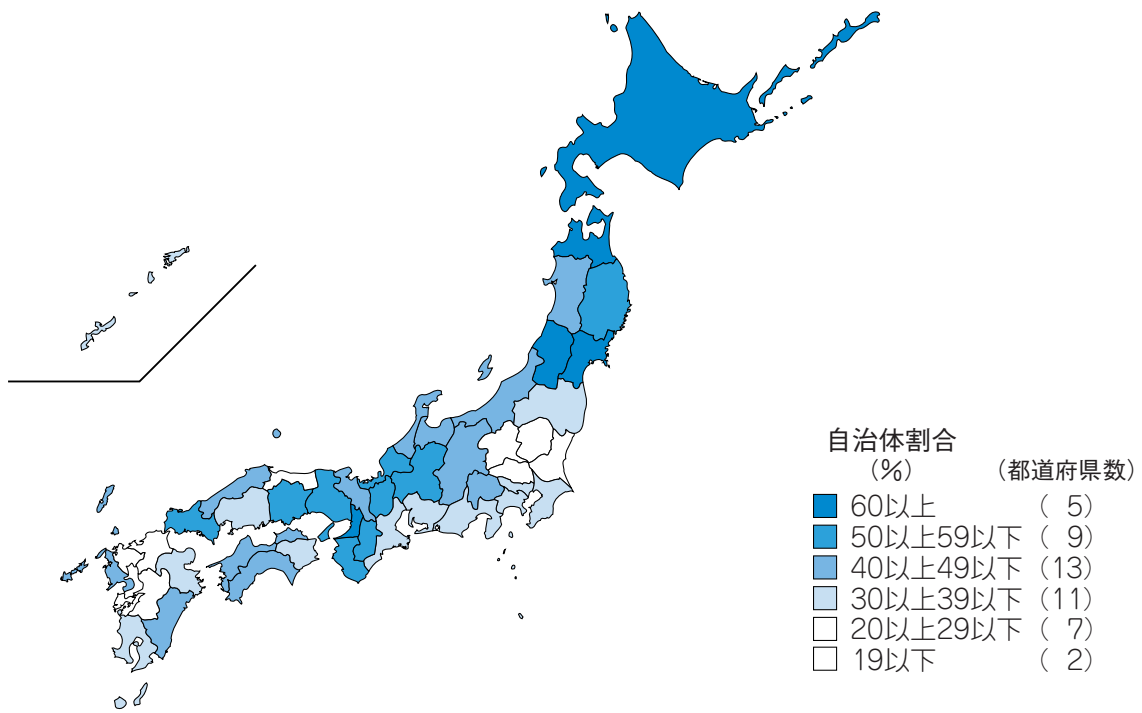
疾病構造の変化、高齢化率の増加など、国民の医療環境は大きく変化している。その中で、公的医療機関の役割は重要である。また、市町村および国民健康保険団体連合会が開設する医療機関(以下、市町村医療機関)の役割は、地域医療の推進、保健・医療・福祉の連携、介護保険の円滑な運営において、非常に重要な役割(時には医療機関間の調整役となる)を担っている。とりわけ、医療機関の少ない地域においては、その働きによっては自治体の保健・医療・福祉のレベルに直接大きな影響を与える可能性がある。公的医療機関の現状は、人(Manpower、医療従事者)、物(Machine、医療設備)、金(Money、運営状況)の3つのMの視点で考える必要がある。ここでは、その中から、公的医療機関の分布と医療設備について述べる。

(1) 公的医療機関の分布

公的医療機関また、公的医療機関の中でも市町村医療機関を有する自治体の割合は地域間でバラツキがみられる(図Ⅳ-3-5, 図Ⅳ-3-6)。公的医療機関を有する自治体の割合が最も高いのは岩手県(84%)で、最も低いのは茨城県(29%)である(表Ⅳ-3-4)。その比は2.9倍である。市町村医療機関の場合は最も高いのは北海道(69%)で、最も低いのは沖縄県(18%)である(表Ⅳ-3-4)。その比は3.8倍であり、公的医療機関に比べて大きい。地域的にみると公的医療機関および市町村医療機関とも東北、近畿、北陸では割合の高い府県が多く、逆に関東、東海、九州では割合の低い都府県が多い。地域医療の推進、保健・医療・福祉の連携に重要な役割を担う公的医療機関の分布のバラツキは、都道府県別の地域医療の現状(保健・医療・福祉のレベル)になんらかの影響(地域間の格差など)をもたらすことが推測される。



図Ⅳ-3-5 都道府県別 公的医療機関を持つ自治体の割合 (%)



図Ⅳ-3-6 都道府県別 市町村または国民健康保険団体連合会が開設する医療機関を持つ自治体の割合 (%)

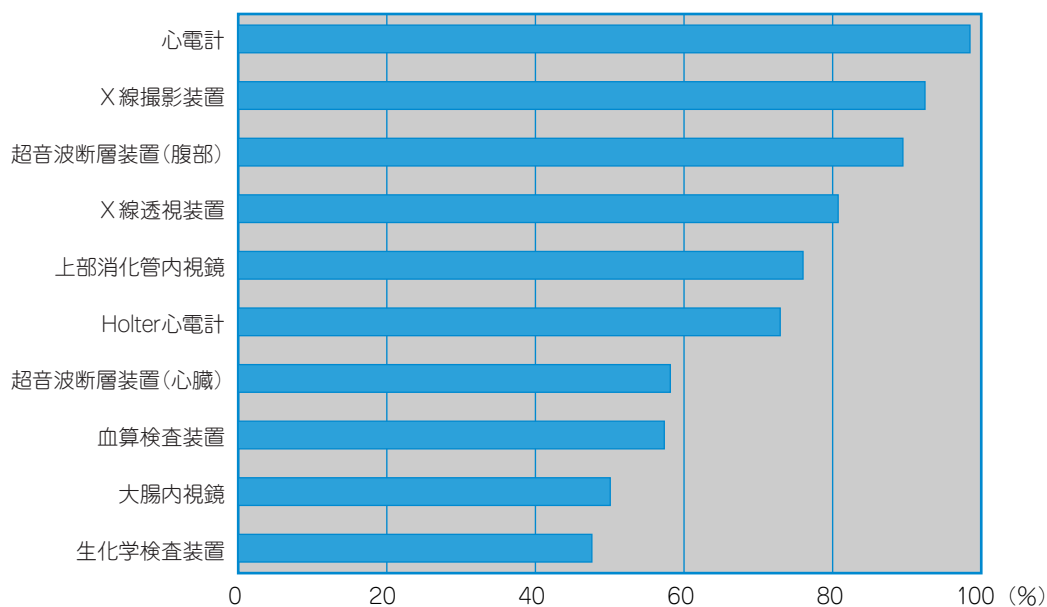
表Ⅳ-3-4 都道府県別 公的医療機関および市町村または国民健康保険団体連合会が開設する医療機関を有する自治体の割合

順位	都道府県	公的医療機関を有する割合 (%)	順位	都道府県名	市町村医療機関*を有する自治体の割合	順位	都道府県	公的医療機関を有する割合 (%)	順位	都道府県名	市町村医療機関*を有する自治体の割合
1	岩手県	84%	1	北海道	69%	26	高知県	52%	26	香川県	41%
2	北海道	82%	2	青森県	67%	27	三重県	52%	27	長崎県	41%
3	山形県	71%	3	宮城県	63%	28	石川県	51%	28	鹿児島県	39%
4	大阪府	69%	4	山形県	62%	29	広島県	51%	29	徳島県	39%
5	青森県	69%	5	大阪府	61%	30	香川県	51%	30	愛知県	38%
6	宮城県	66%	6	岩手県	57%	31	神奈川県	50%	31	神奈川県	38%
7	東京都	66%	7	兵庫県	57%	32	愛知県	49%	32	広島県	36%
8	奈良県	65%	8	滋賀県	55%	33	沖縄県	49%	33	静岡県	36%
9	山口県	64%	9	岐阜県	54%	34	徳島県	48%	34	千葉県	35%
10	長野県	63%	10	山口県	53%	35	山梨県	48%	35	三重県	34%
11	福井県	63%	11	岡山県	53%	36	鹿児島県	47%	36	東京都	33%
12	宮崎県	63%	12	和歌山県	52%	37	静岡県	46%	37	福島県	31%
13	島根県	62%	13	福井県	51%	38	千葉県	43%	38	大分県	31%
14	滋賀県	62%	14	奈良県	51%	39	大分県	42%	39	熊本県	30%
15	新潟県	61%	15	長野県	49%	40	鳥取県	42%	40	鳥取県	28%
16	岐阜県	61%	16	宮崎県	49%	41	群馬県	37%	41	群馬県	26%
17	兵庫県	60%	17	島根県	47%	42	熊本県	36%	42	福岡県	25%
18	和歌山県	58%	18	高知県	46%	43	栃木県	35%	43	佐賀県	25%
19	富山県	58%	19	石川県	46%	44	佐賀県	34%	44	埼玉県	21%
20	愛媛県	57%	20	富山県	45%	45	福岡県	33%	45	栃木県	20%
21	秋田県	55%	21	愛媛県	45%	46	埼玉県	33%	46	茨城県	19%
22	長崎県	55%	22	山梨県	44%	47	茨城県	29%	47	沖縄県	18%
23	岡山県	54%	23	新潟県	44%						
24	京都府	53%	24	秋田県	43%						
25	福島県	52%	25	京都府	43%						

* 市町村医療機関；市町村または国民健康保険団体連合会が開設する医療機関

(2) 公的医療機関の医療設備

へき地指定町村の公的医療機関では、9割以上が心電計、X線撮影装置、超音波断層装置(腹部)を持ち、7割から8割がX線透視装置、上部消化管内視鏡、ホルター心電計を持っている(図IV-3-7)。また、5割から6割の医療機関において、超音波断層装置(心臓)、血算検査装置、大腸内視鏡、生化学検査装置がもち、これらの医療機関の医療設備は充実していると思われる。逆に、これらの技術は、これからの公的医療機関の医療を担う上で習得すべき技術と考えることもできる。



図IV-3-7 へき地指定町村の公的医療機関の医療設備を保有する割合(%)

7) これからの地域医療における公的医療機関の課題

(1) 地域医療に関わる医療従事者の確保

医師については、近年順調に増加しており、人口10万対医師数は1998(平成10)年には196.6人になったが、依然不均衡が続いている。また、プライマリ・ケア教育の不足を指摘する向きもある。医師の確保には市部で50%、町村では44%が困っていると回答しているが、公的医療機関を理解し、プライマリ・ケアの実践できる医師となるとさらに困難が予想される。診療所を二人勤務にすることや代診医を確保することも大きな課題である。

医師以外の医療従事者についても看護婦(士)、理学療法士などが確保困難である。

これらの人的資源は、保健・医療・福祉・介護を一体化してすすめる地域医療のシステムづくりに不可欠な要素であり、医師とともに養成カリキュラムのなかに地域医療の必要性や楽しさ、醍醐味を盛り込んで、将来地域医療を担う人材を確保するかは大きな課題である。

さらには、確保された人材の生涯にわたる、地域医療のための研修が確保されなくてはならない。現在、医師については曲がりなりにもわずかな研修の機会が確保されているが、その内容は必ずしも地域医療のためのものばかりではなく、医師自身の将来設計のためのものであることがままある。公的医療機関においては、地域医療を充実させるための研修を進めることが課題である。

(2) 地域医療のための施設、設備の充実

公的医療機関では施設・機器の老朽化が半数以上の市町村で努力すべき課題に挙げられている。責任と期待は大きいがそれに応じられない現状がある。

(3) 地域医療のための予算の確保

これは地域医療システムの構築や公的医療機関の設置・運営を、公営企業の経営と同列に考えるか、将来のためのインフラストラクチャーへの投資でありセーフティーネットの一部であって市町村の重要な役割と考えるかで立場は大きく異なる。

前者の場合は、地域医療そのものが保健・福祉・介護と一体化し、または連携していく素地をもたないが、後者は、まさに継ぎ目のない連携を目指すものとなり得る。

地域医療のための予算の確保のためには、後者のモデルにかなった実践を積み重ねた市町村の経験に学んで、公的診療所に働く者自身が連携を深めた上、共同して大胆な施策を打ち出していくことが必要である。

(4) 地域医療システム構築のための法(条例)と組織の整備

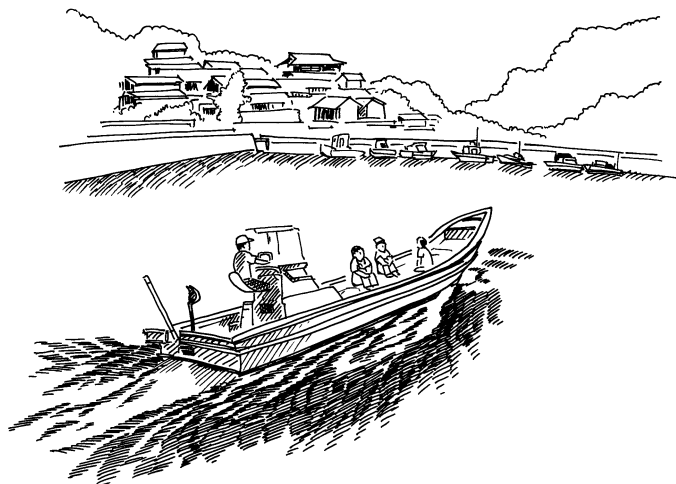
地域医療と地方自治は不可分である。ここ数年、ようやく地方分権に向けての国側の取り組みが始まり、税・財源の委譲が議論されるようになった。将来に向けて、政策立案と効率的な実施について市町村の責任と能力が問われる時代になっており、地域医療システム構築に関しても例外ではない。現に何かと不自由があるなかで有効なシステム作りが実現している市町村が少数ながらある。それらの取り組みを普遍化し、理論的裏づけをする公私の研究機関や大学の活動が期待される。また、地域の問題に対応した組織を作り上げ、すぐれたシステム作りを他の市町村に波及できるような法(条例)と組織の整備が期待される。

(5) 情報化への対応

情報化は、市部と町村部での格差を小さくしてきた。事実、医療情報の入手にインターネットを用いる医師の割合は、両者で変わらない。しかし、専用の電話回線・パソコン・IDを取得している公的医療機関はまだ多くない。加えて、時代遅れの情報公開(規制)条例のためにホームページの開設ができないために医師が私的に勤務先を紹介する形で開設しているものもかつては多かった。感染症・薬剤・災害についての迅速な情報入手を筆頭に、情報機器は地域医療を実践していく上で不可欠なインフラストラクチャーであるが、その整備はこれからの課題であり、まだまだ医師などの個人的努力に負っていることが多いのが現状である。

(6) 周辺の公的または私的セクターやNPOとの共同と連携

公的医療機関には、あらゆる生活部面での問題が持ち込まれる傾向にある。そのうち医療に隣接する問題はともかく、地域の産業・文化・人権・国際交流・教育・娯楽などさまざまな問題に上手に対処し、公的医療機関の存在意義をわきまえた効率的な事業を展開するには、NPOを含む周辺の公的・私的なセクターとの共同・連携が必要になる。公的医療機関はこれまで行政の一機関であるとの建前から、このような面の関心が薄く、取り組みも活発でなかった。しかし、本書の事例や記述に見るように、多様な共同・連携は公的医療機関だからこそ公平にできるともいえ、今後ますます進めていく必要がある。

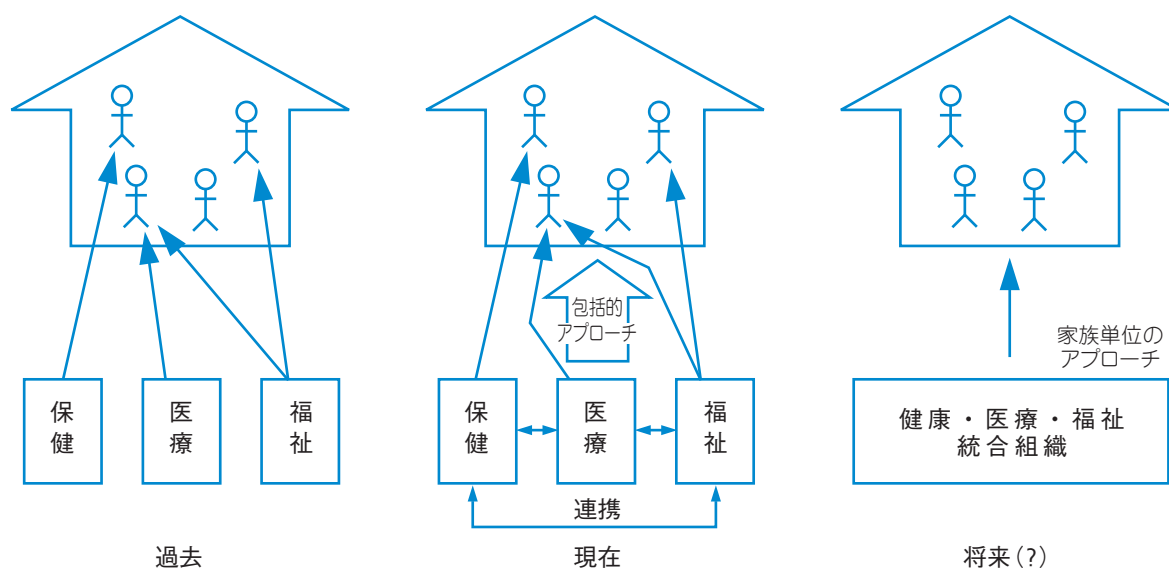


2. 保健・医療・福祉の連携

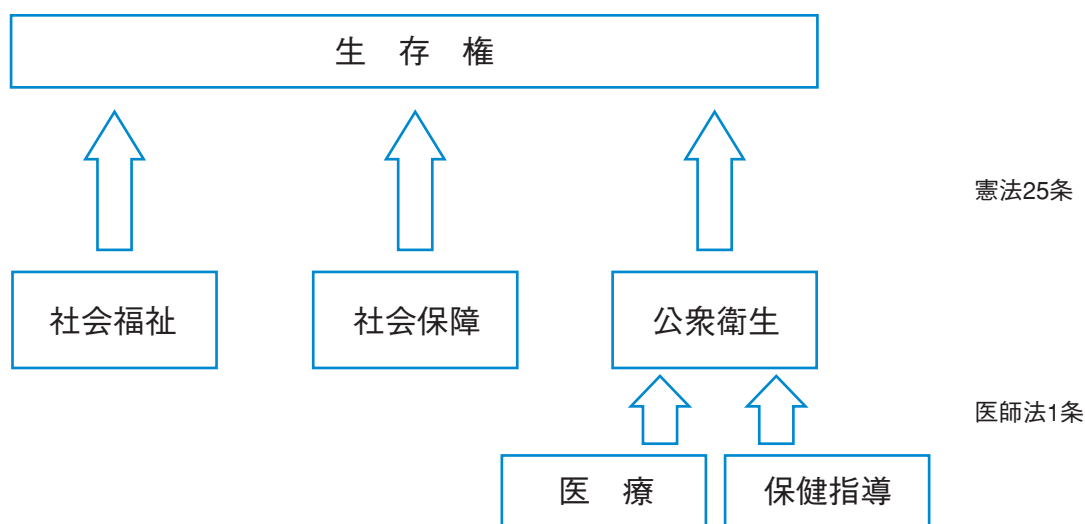
1) 保健・医療・福祉の連携の必要性

保健・医療・福祉の連携が唱えられて久しい。かつてはそれぞれの分野が独立して活動を行っていたが、効率化、無駄の排除、そして何よりも住民の福利の向上を目指して3者が連絡をとりながら必要なサービスなどを提供する、という視点に立った考え方である。図Ⅳ-2-1に3者の連携が図られる以前の状態、図られつつある現状、そして将来展望を示す。かつては保健、医療、福祉の3者が個別に、それぞれのサービスを必要とする個人を対象に対応していた。社会の最小の単位である家族の中でも、ある者は保健のサービスを、ある者は医療を個別に受けているような状態は一般的であり、ひどい場合には1人の個人ですら複数のサービスを独立に受けていた。そしてこれらは基本的にはニード(必要)に基づくものではなく、対象者の求めに応じたディマンド(需要)に基づくものであった。保健・医療・福祉の連携が図られた状態では、サービスはそれぞれの機関から提供されるものの、3者での情報交換がなされており、効率的かつ無駄のないサービスの提供となっている。また、3者で情報交換する中で、対象者のニードを明らかにすることも可能となり、ニードに応じた対応も出現してくる。さらに、もう少し進んだ状況としては、3者の連携によって家族に対する包括的なアプローチも可能となってくる。

将来的には保健・医療・福祉の組織が一体化し、家族単位のアプローチが図られることが理想的であるが、解決しなければならない課題も多い。たとえば、現状では保健や福祉は、介護保険の導入で民間の組織が一部に参入してきたものの、公的機関主導で活動が行われている。これに対してわが国の医療は民間の医療機関が主体であり、これらの組織の統合には抵抗も大きいことが予想される。比較的容易に実現するとすれば、医療過疎地域で医療も公的機関が主体となって提供しているような地域であろう。また、一体化に向けた法整備も必要である。都道府県レベルではまず手始めとして保健所と福祉事務所の統合が進みつつあるが、保健所は地域保健法で、福祉事務所は社会福祉事業法で設置が規定されており、形としてはたとえば「保健福祉センター」という名称を採用するとしても、形式として保健所と福祉事務所を設置していることにしなければならない。しかしながら、逆に法規制を外し、自治体の自由裁量に任せると、最低限度のレベルの維持が困難になることも予想されるため、



図Ⅳ-2-1 保健・医療・福祉の過去、現在、将来



図Ⅳ-2-2 生存権を支える基盤

さらに議論を深める必要がある。

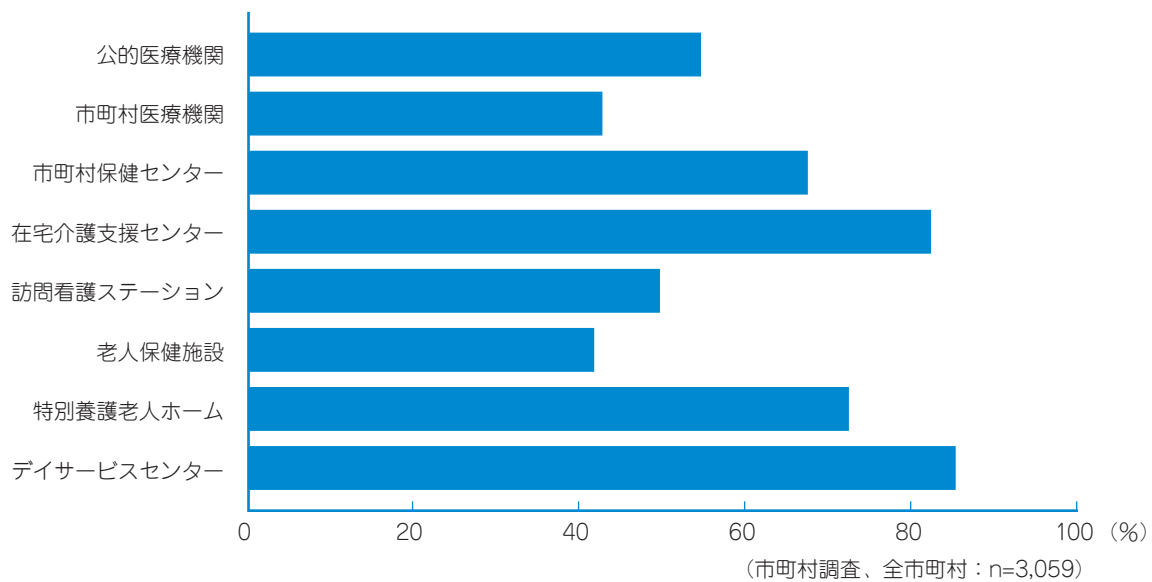
保健・医療・福祉の連携は、国民の基本的な人権を保障するためにも重要な課題である。基本的な人権の中でも重要度の高い生存権について、憲法25条は「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」とし、生存権の基盤を社会福祉、社会保障、公衆衛生の3者においている(図Ⅳ-2-2)。このうちの社会保障は、最終的には所得保障となり、生活の最も基盤となるべき部分を支えているが、逆説的にはそれ以上のものではない。公衆衛生は医師法第1条で「医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。」とあるように、医療や保健指導の上位概念である。従つて、(社会)福祉、医療、保健(指導)が、所得保障とは別の部分で国民の生存権を支える基盤となっていることは、憲法25条や医師法1条より明白であり、3者の連携は憲法的な要請でもある。むしろ、このような法的基盤が整った第2次世界大戦後の数十年間に渡つて連携が唱えられなかった(あるいは、唱えられても画餅であった)ことの方が問題であろう。

2)保健・医療・福祉の連携の現状

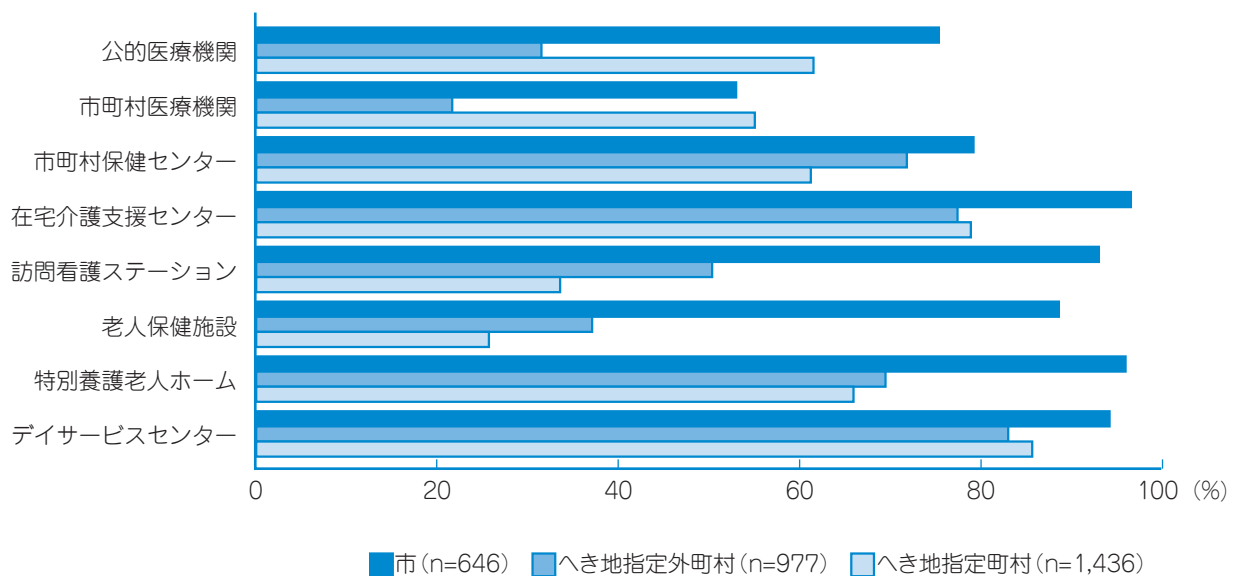
保健・医療・福祉の連携については、ハード面とソフト面に分けて考える必要がある。ハード面は前節で述べたように、法的な規制などから急速な進展は望めないのが現状である。しかし、人の交流や情報の流通などのソフト面の連携は、担当者の意識と熱意があれば比較的容易に実現する部分である。

(1)ハード面の連携の現状

まず、ハード面からみる。図Ⅳ-2-3に示すように、市町村調査では回答の得られた全国3,059市町村(東京23特別区を含む、以下同様)では多くの保健・医療・福祉に関連する施設が設置されている。最も多いのがデイサービスセンターで2,624市町村(86%)、次いで在宅介護支援センター2,544市町村(83%)、特別養護老人ホーム2,229市町村(73%)、市町村保健センター2,092市町村(68%)となっていた。また、半数以上の市町村には公的医療機関が存在し、市町村医療機関(開設者が市町村または国



図Ⅳ-2-3 各種保健・医療・福祉施設がある市町村の割合



図Ⅳ-2-4 各種保健・医療・福祉施設がある市町村の割合

民健康保険連合会である医療機関も1,315市町村(43%)に存在した。

これを、市町村を市、へき地指定外町村、へき地指定町村に3区分して観察すると、図Ⅳ-2-4に示すように、施設を3グループに分けることができた。公的医療機関や市町村医療機関は市とへき地指定町村で設置されているところが多く、へき地指定外町村では少なかった。すなわち、都市部とへき地を抱える町村では多いが、その中間部では少なかった。第2のグループとして、市町村保健センター、訪問看護ステーション、老人保健施設のように、市、へき地指定外町村、へき地指定町村の順で、過疎地域に行くに従って少ない傾向がみられるものが挙げられる。第3のグループとして在宅介護支援センター、特別養護老人ホーム、デイサービスセンターのように市では多いが、町村ではへき地指定の有無にかかわらず少ないものが挙げられる。第1の群は医療、第2の群は保健、第3の群は福祉に関連する施設が占めており、興味深い結果である。

これらの施設が提供するサービスに対する評価を図Ⅳ-2-5に示す。すべての項目において50~70%の市町村で、「どちらかといえば」まで含めて満足できる状態であった。特に満足できる市町村の割合が高い項目として、信頼できる医療の提供、良好な子育て環境、保健活動の内容の充実、保健・医

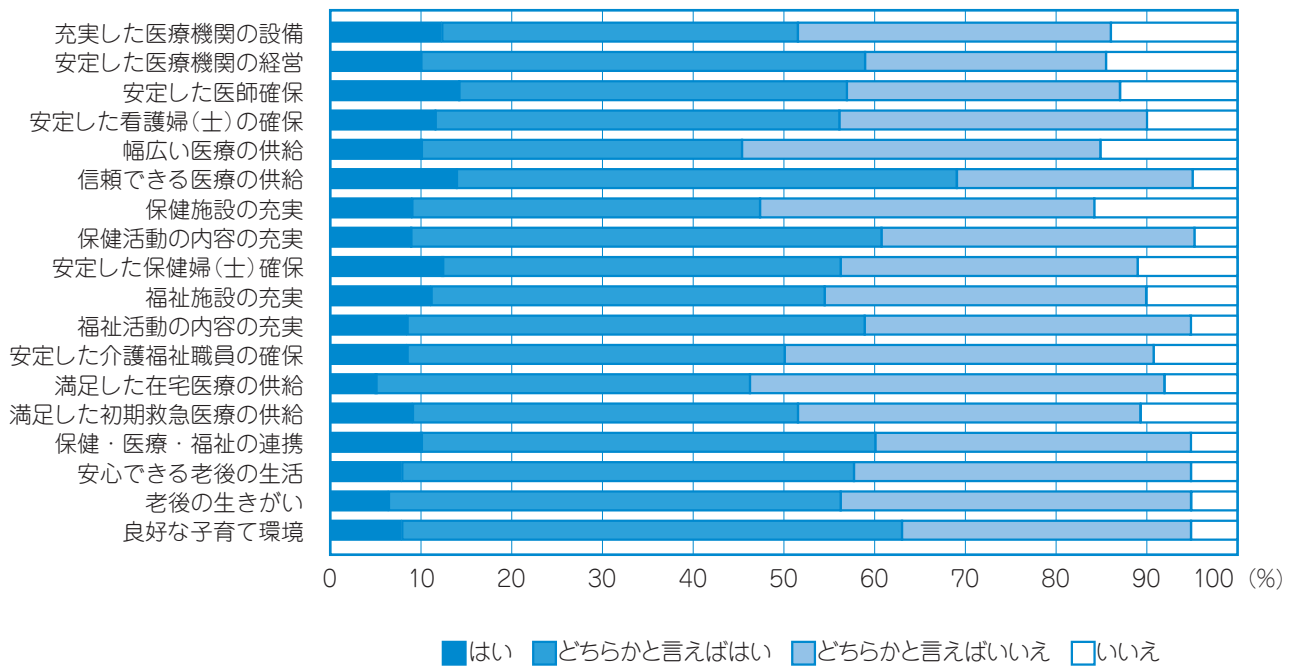
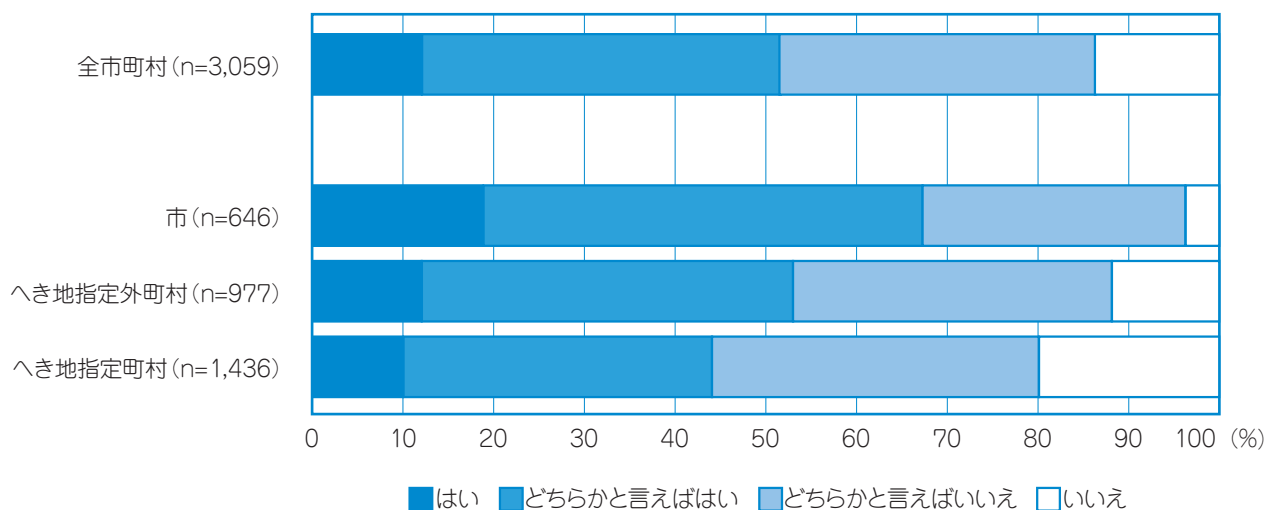


図 IV-2-5 市町村の保健・医療・福祉の現状

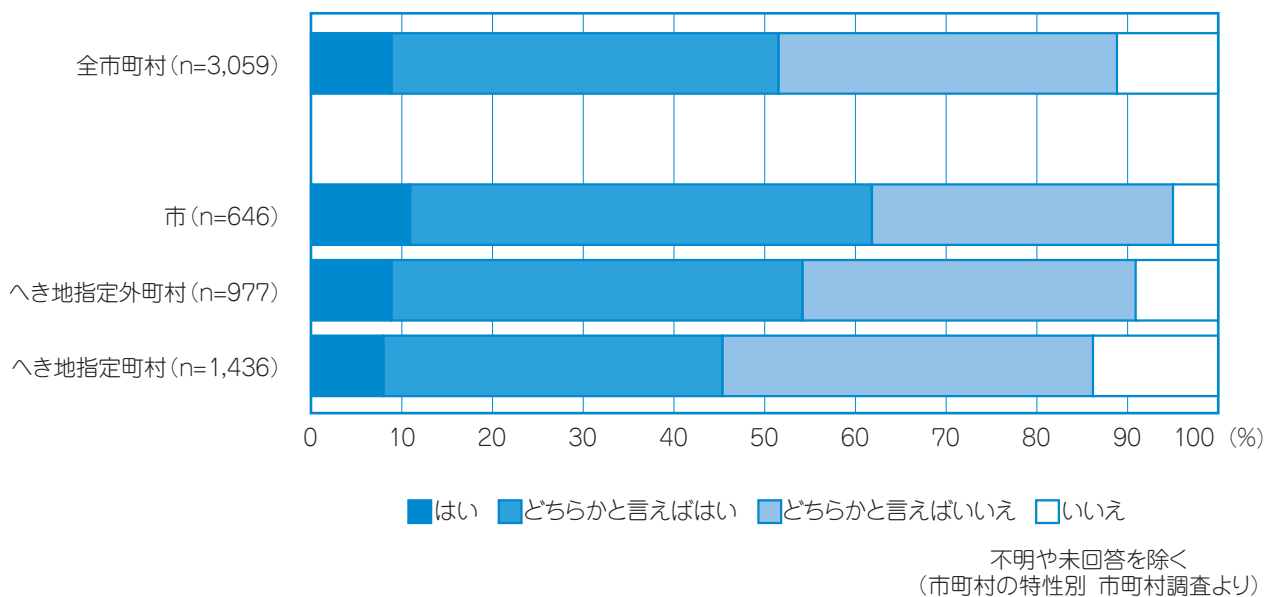


不明や未回答を除く
(市町村の特性別 市町村調査より)

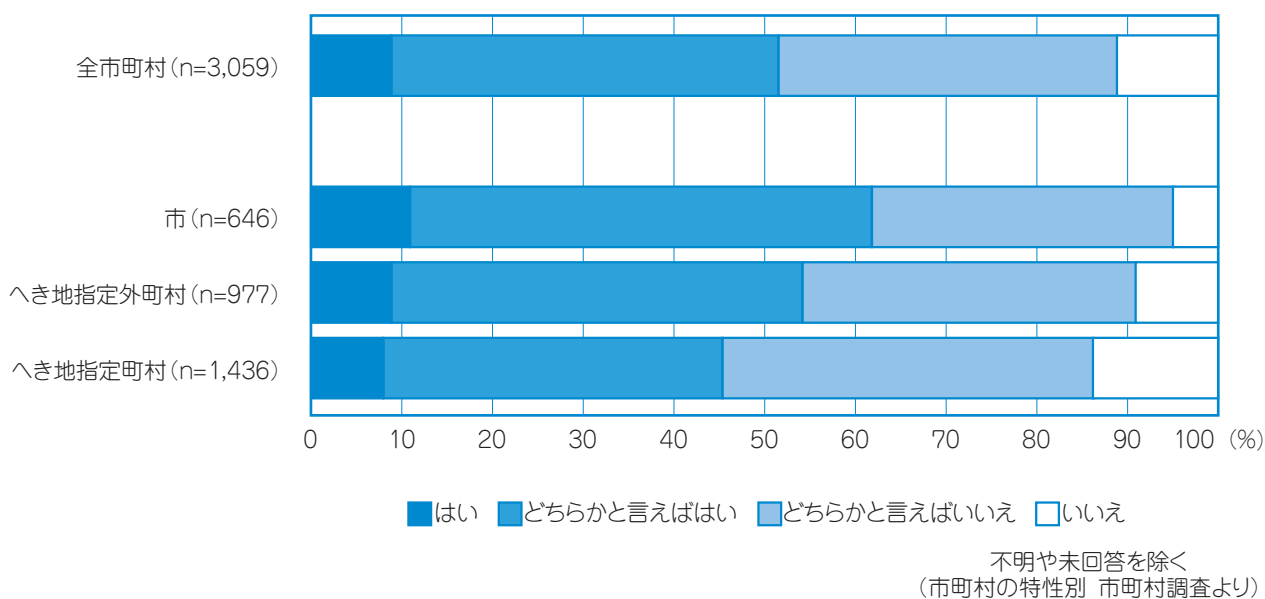
図 IV-2-6 市町村の保健・医療・福祉の現状/医療機関の設備が充実している

療・福祉の連携などが挙げられる。逆に低い項目としては幅広い医療の提供、保健施設の充実、満足した在宅医療の提供などが挙げられた。注目すべき点としては、医療設備の評価に対して、その内容である信頼できる医療の提供はより高い評価が得られているが、逆に幅広い医療の提供、在宅医療や救急医療の提供には設備の充実以下の評価しか与えられていない。これに対して保健と福祉に対しては施設の充実以上に活動内容への評価が高いことが特徴である。この背景として、(1)医療に対する要求水準が高いこと、(2)保健や福祉の分野では施設の充実以上に担当者が健闘していること、などが考えられる。

一部の項目について、市町村の3区分別に観察した結果を図IV-2-6~9に示す。医療施設は都市部ほど充実していた(図IV-2-6)が、財政規模や民間医療機関の都市偏在を考えると当然の結果というこ



図Ⅳ-2-7 市町村の保健・医療・福祉の現状/信頼できる医療を受けている



図Ⅳ-2-8 市町村の保健・医療・福祉の現状/満足した初期救急医療を受けている

とができる。信頼できる医療も都市部ほど高かった(図Ⅳ-2-7)が、「はい」だけを取るといずれも変わらないことは興味深い。初期救急医療も都市部ほど充実していた(図Ⅳ-2-8)。これに対して保健・医療・福祉の連携は市と比較して町村で充実していた(図Ⅳ-2-9)。これは、上述のとおり、市と比較して特に医療面のハードの充実が不足している町村において、これに対処するための現実的な対応として出てきたものと考えることができる。すなわち、ハード面で不足するところをソフト面で補強するという、合理的かつ現実的な対応であり、今後とも厳しい財政状況の中でハードの充実に制限があるとすれば、ハードの充実を補完する保健・医療・福祉の連携としても注目する必要がある。

市町村医療機関が併設する施設を図Ⅳ-2-10に示した。全体として割合は少ないが、市町村保健センター、在宅介護支援センター、訪問看護ステーションは市町村医療機関を有する市町村の1割以上で併設されており、ハード面の連携は今後とも進んでいくものと思われる。これを市町村3区分ごとに観察する(図Ⅳ-2-11)と、老人保健施設だけは都市部の方が併設割合が高いが、その他の施設は、

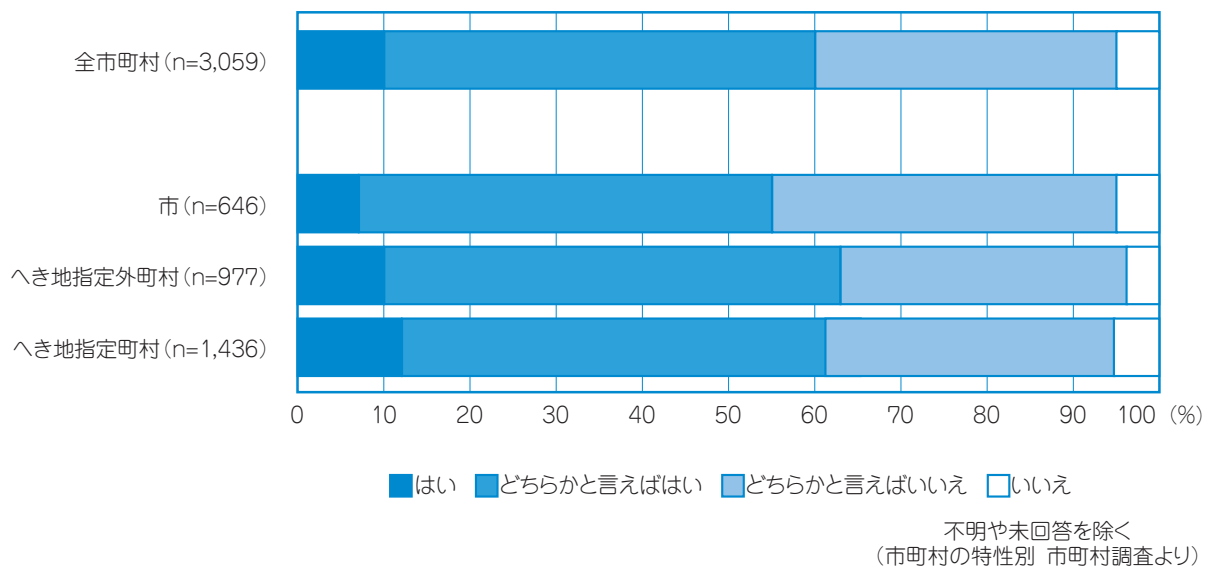


図 IV-2-9 市町村の保健・医療・福祉の現状/医療、保健、福祉が連携している

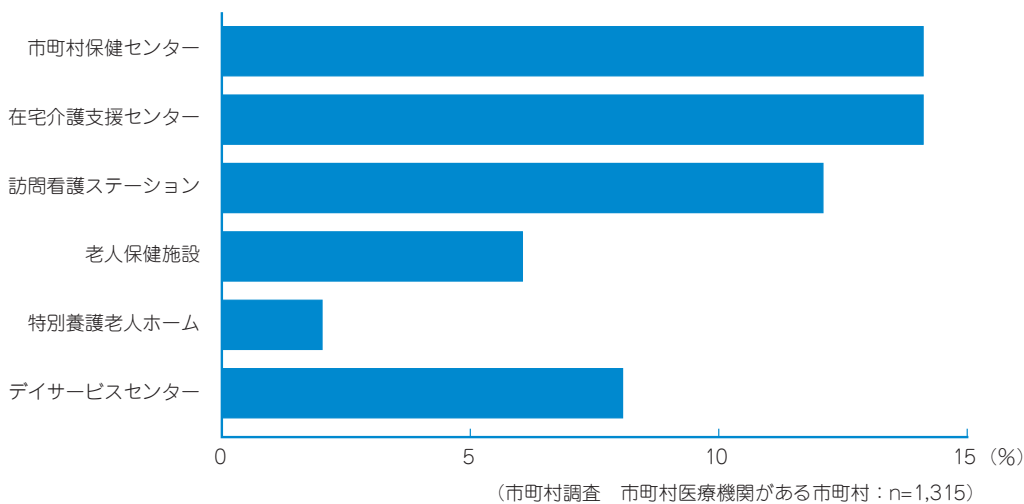


図 IV-2-10 市町村医療機関が併設する各種保健・医療・福祉施設の割合

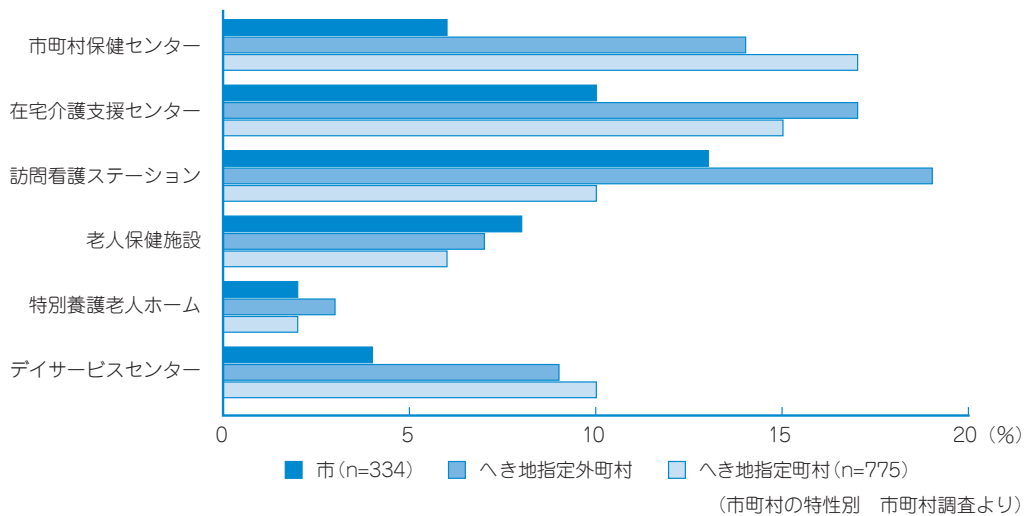


図 IV-2-11 市町村医療機関が併設する各種保健・医療・福祉施設の割合 (市町村医療機関のある市町村：n=1,315)

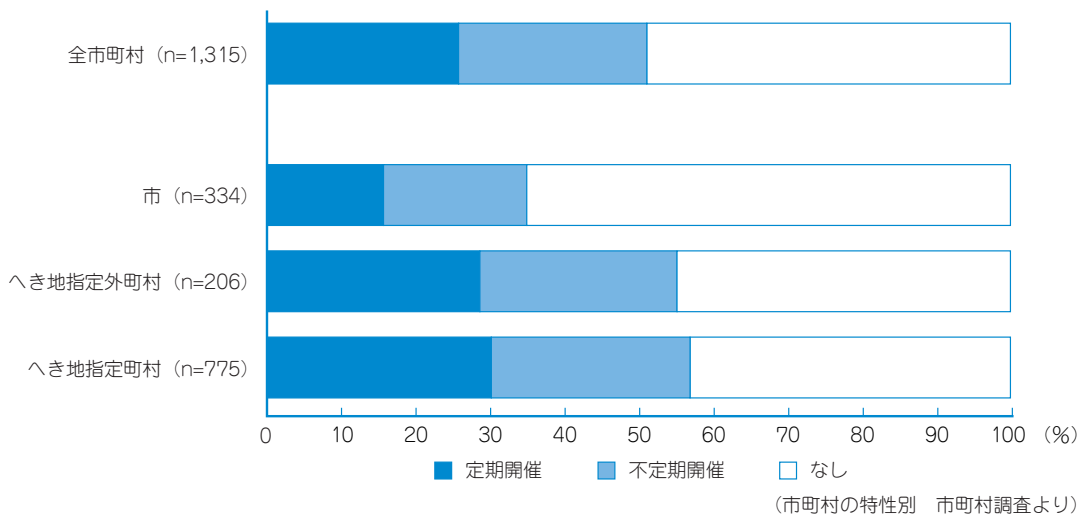
へき地指定外かへき地指定かで若干の違いがあるものの、町村の方が併設に割合が高かった。限られた財源や人的資源の中での町村の対応として注目される。

(2) ソフト面の連携の現状

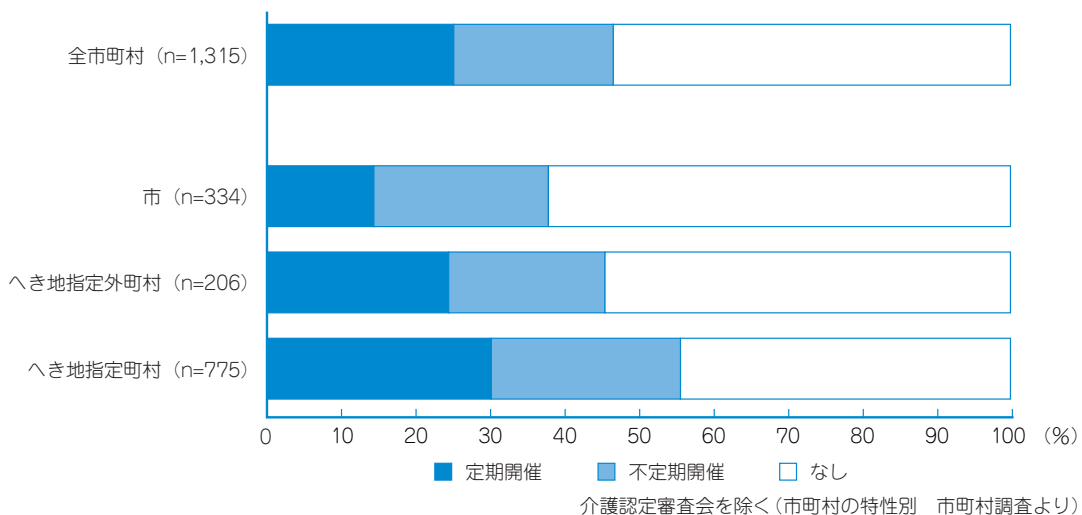
ソフト面の連携を人的交流と考えれば、まず交流の第1歩として会議を挙げることができる。市町村医療機関との保健関係連絡会の有無を図Ⅳ-2-12に示す。市町村医療機関を有する1,315市町村のうち、約半数が連絡会を持っており、定期・不定期がほぼ同数であった。またその割合は、へき地指定町村、へき地指定外町村、市の順で高く、へき地を抱える町村ほど医療と保健のソフト面の連携が進んでいることがうかがえた。

福祉関係連絡会は、保健関係連絡会よりは率はやや低いですが、約半数の市町村で開催されており、これもへき地指定町村、へき地指定外町村、市の順で高かった(図Ⅳ-2-13)。介護認定審査会委員への市町村医療機関医師の就任状況を図Ⅳ-2-14に示す。約1/3の市町村で就任していたが、その割合は市よりも町村で高い傾向がみられた。

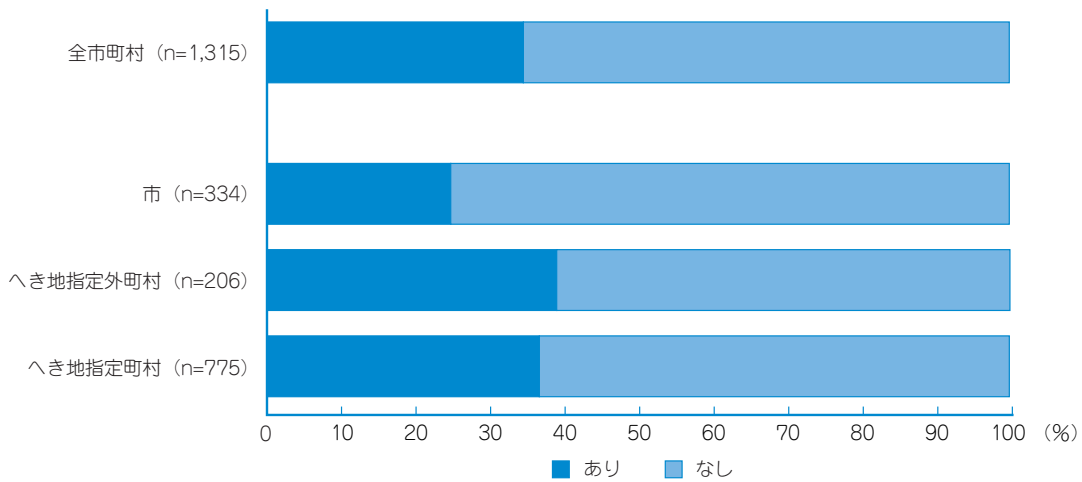
保健活動や福祉活動への市町村医療機関医師の関わりをみると、図Ⅳ-2-15に示すように、予防接種、学校医、学校検診、乳幼児健診など小児に関する部門の関わりが多かった。しかし、これらに比べて学校保健教育への関与は少ないことには注意が必要である。老人保健法に基づく基本健康診査や、



図Ⅳ-2-12 市町村医療機関との保健関係連絡会(市町村医療機関のある市町村: n = 1,315)

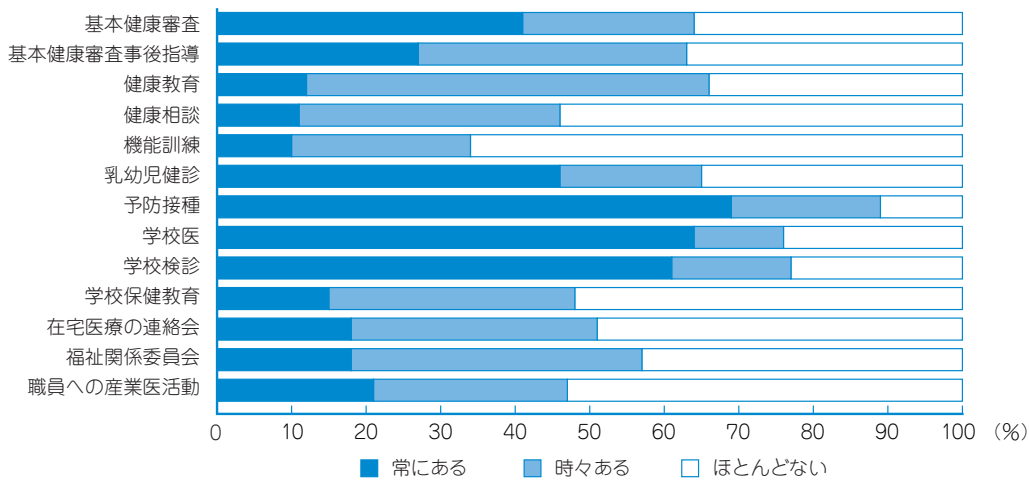


図Ⅳ-2-13 市町村医療機関との福祉関係連絡会(市町村医療機関のある市町村: n = 1,315)



(市町村の特性別 市町村調査より)

図Ⅳ-2-14 介護認定審査会委員への市町村医療機関の医師の就任(市町村医療機関のある市町村: n = 1, 315)



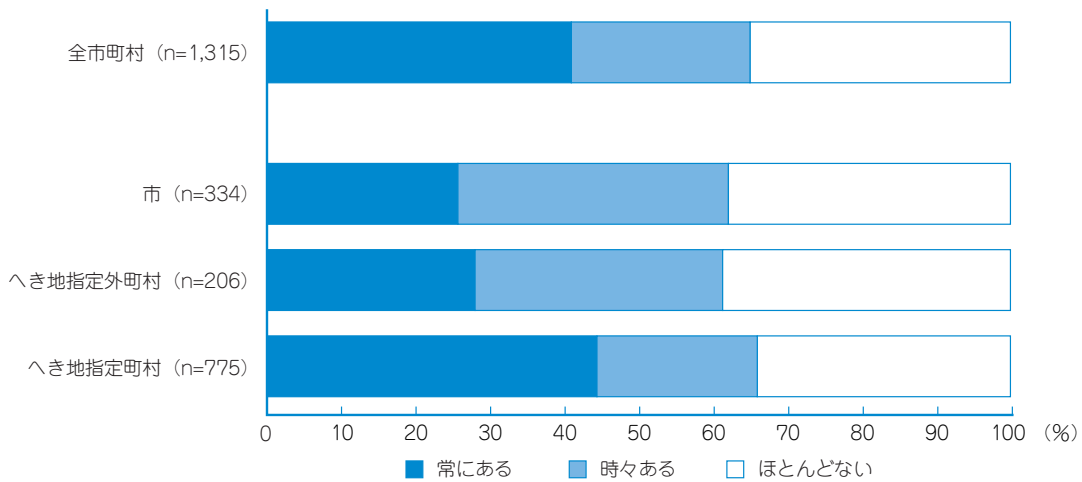
不明や未回答を除く(市町村調査より)

図Ⅳ-2-15 保健福祉活動への市町村医療機関医師の関わり(市町村医療機関のある市町村: n = 1, 315)

その事後指導には多くの市町村で関わっていたが、健康教育、健康相談、機能訓練では少ない傾向がみられた、このうち健康教育は、時々関与している場合が多いが、これは教育の中で必要な場合にのみ協力を得ていると考えることができる。職員への産業医活動は約1/4で時々関与しているという結果が観察されたが、日常より行っている必要がある産業医活動において、名目だけの産業医としての役割を担っている可能性も示唆される。

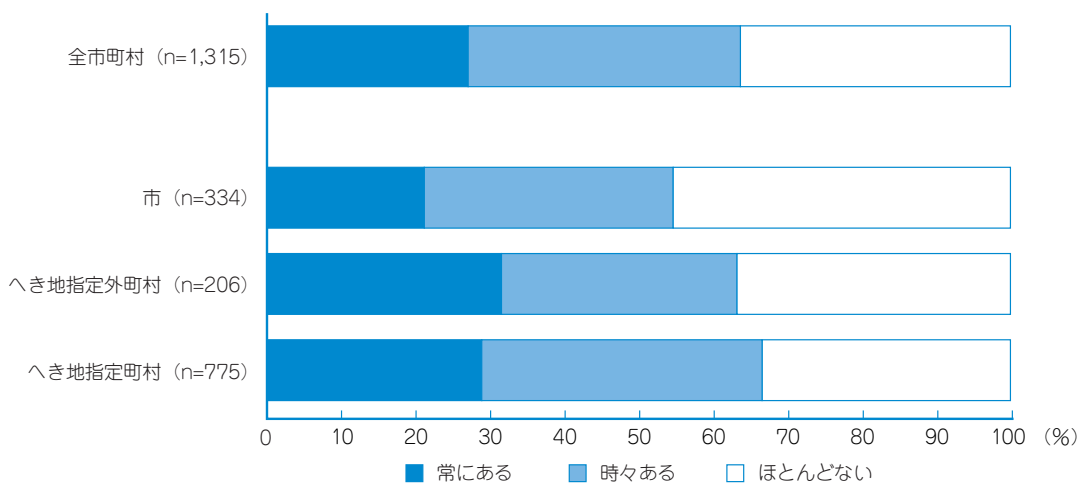
これらを市町村3区分ごとに観察した結果を、一部の項目について図Ⅳ-2-16～23に示す。老人保健法に基づく基本健康診査は都市部ほど関わる割合が小さいが、大きな差はみられなかった(図Ⅳ-2-16)。これに対して基本健康診査の事後指導では、へき地などを抱える町村の方が関わりの割合が高くなっていた(図Ⅳ-2-17)。都市部では医療機関における個別検診を実施しているところも多く、このような場合には事後指導も含めて医療機関に委託するため、市町村医療機関医師が事後指導にたずさわる機会が少ないのかもしれない。

乳幼児健診は3者間で大きな違いがなかった(図Ⅳ-2-18)が、予防接種ではへき地などを抱える町村の方が市町村医療機関医師が関与する割合が高かった(図Ⅳ-2-19)。予防接種は医師であれば何とか担当できるため、関与する割合が特にへき地などを抱える町村で高いが、乳幼児健診は小児科という専門性を持たないと担当しない傾向があるとすれば、合理的な結果である。しかし逆に、専門医療



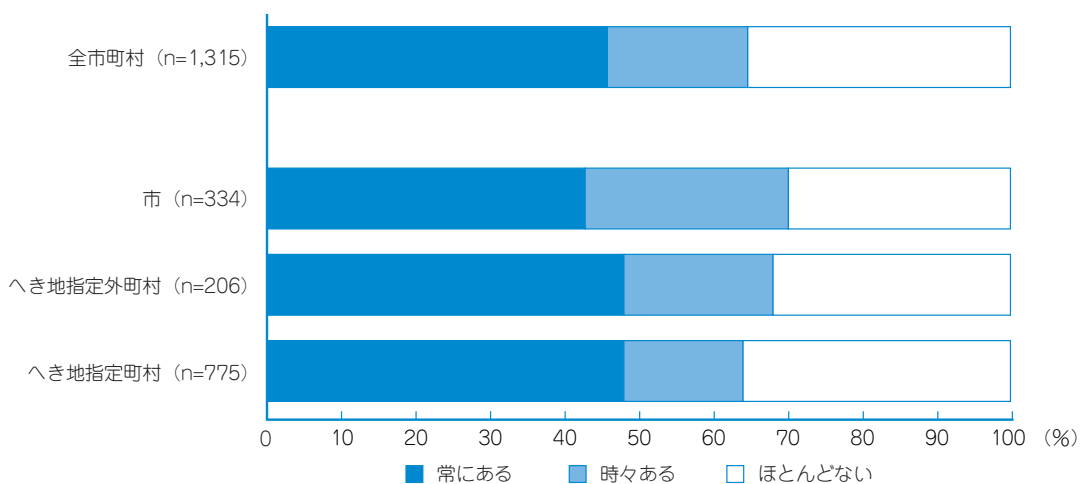
不明や未回答を除く(市町村の特性別 市町村調査 市町村医療機関がある市町村：n=1,315)

図 IV -2-16 保健福祉活動への市町村医療機関医師の関わり/基本健診



不明や未回答を除く(市町村の特性別 市町村調査 市町村医療機関がある市町村：n=1,315)

図 IV -2-17 保健福祉活動への市町村医療機関医師の関わり/基本健診事後指導



不明や未回答を除く(市町村の特性別 市町村調査 市町村医療機関がある市町村：n=1,315)

図 IV -2-18 保健福祉活動への市町村医療機関医師の関わり/乳幼児健診

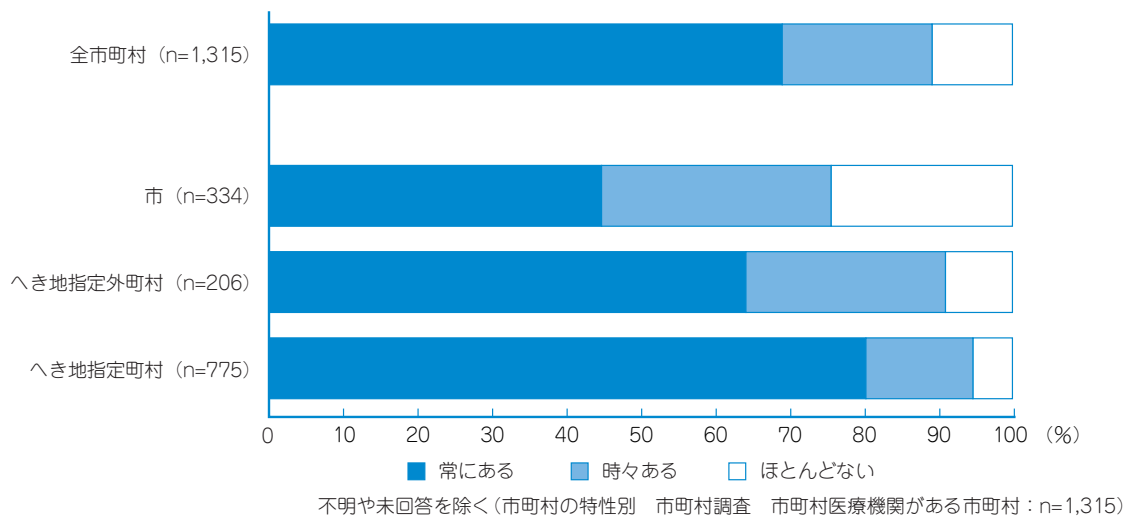


図 IV-2-19 保健福祉活動への市町村医療機関医師の関わり/予防接種

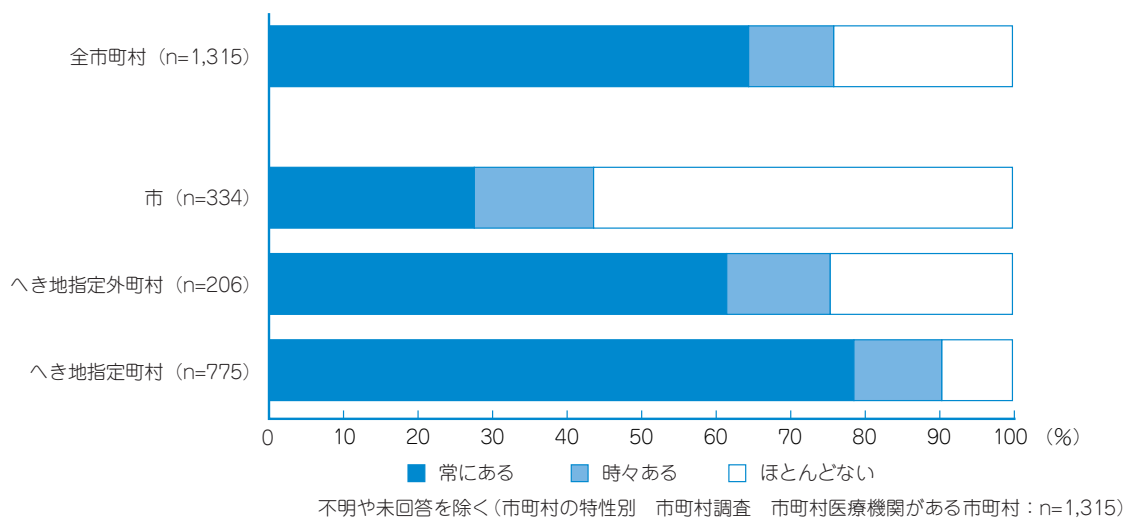
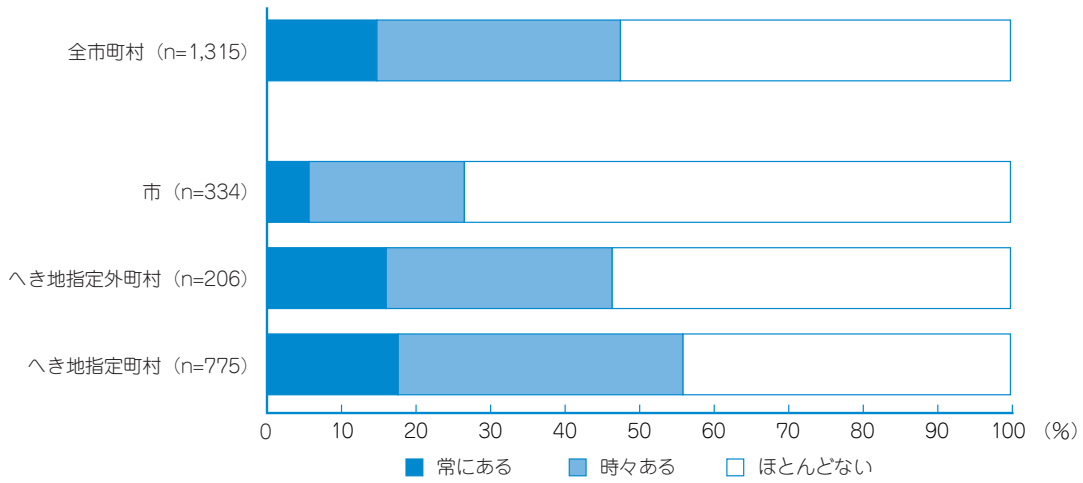


図 IV-2-20 保健福祉活動への市町村医療機関医師の関わり/学校医

機関が乏しい地域ほど、乳児健診ぐらゐは担当できる医師を必要としているのではなからうか。

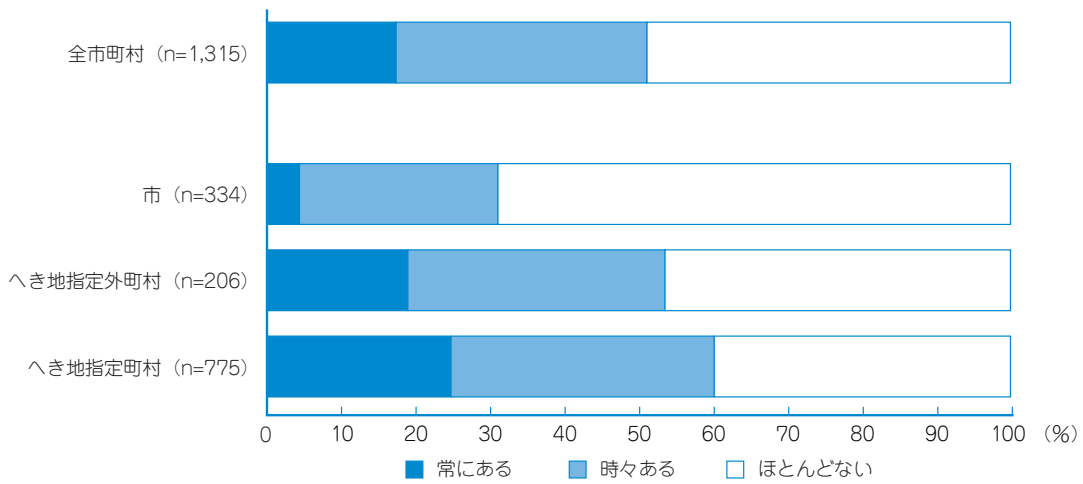
学校医(図 IV-2-20)、学校保健活動(図 IV-2-21)、在宅医療の連絡会(図 IV-2-22)、福祉関係委員会(図 IV-2-23)のいずれも、都市部ほど市町村医療機関医師の関与の割合が低くなっていた。

以上をまとめると、各種保健・福祉活動に対する市町村医療機関医師の関与は、へき地などを抱える町村でその割合が高く、都市部で低い傾向がみられるものが多かった。これについて、都市部の民間医療機関の存在をひとつの要因として挙げることができる。都市部では種々の活動に医師の協力を仰ぐ場合、特に行政機関はまず医師会に話を持っていく。これに対して医師会では、種々の方法で担当者を選任し、協力しており、その場合に市町村医療機関医師が優先されないことも多いであろう。むしろ、市町村医療機関の医師で医師会に加入しているのは管理者(院長)だけのことも多く、担当が回ってくる確率はむしろ小さいかもしれない。これに対してへき地では唯一の医療機関が市町村医療機関であることも多く、医師が必要な事業については必然的に市町村医療機関医師を頼らざるを得ない。このような状況の中で、健診、予防接種、産業医活動など、医師が不可欠な活動で市町村医療機関医師が関与する割合に大きな差があるということは、現状では市町村医療機関医師で対応が来ていない部分がある、ということの現れということもできる。今後の検討課題であろう。



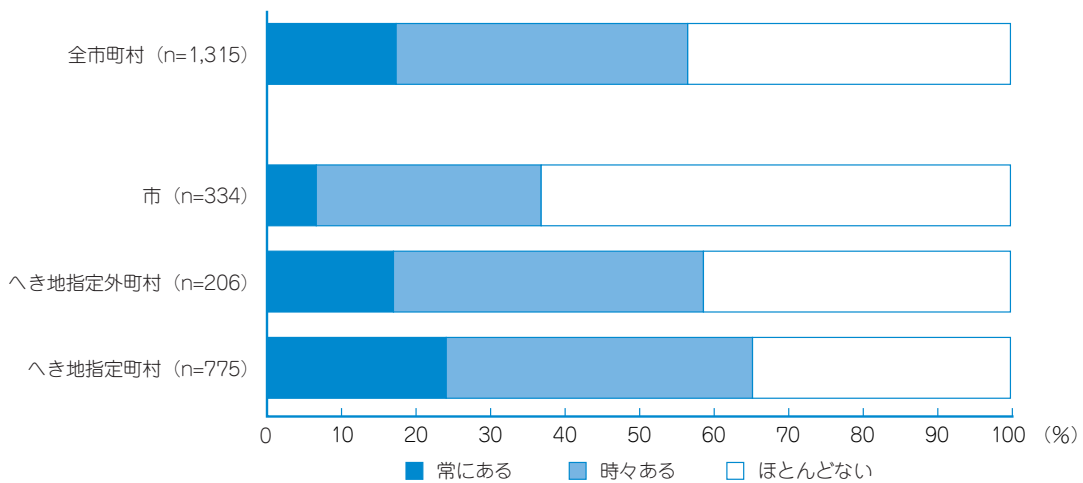
不明や未回答を除く(市町村の特性別 市町村調査 市町村医療機関がある市町村：n=1,315)

図Ⅳ-2-21 保健福祉活動への市町村医療機関医師の関わり/学校保健教育



不明や未回答を除く(市町村の特性別 市町村調査 市町村医療機関がある市町村：n=1,315)

図Ⅳ-2-22 保健福祉活動への市町村医療機関医師の関わり/在宅療養の連絡会



不明や未回答を除く(市町村の特性別 市町村調査 市町村医療機関がある市町村：n=1,315)

図Ⅳ-2-23 保健福祉活動への市町村医療機関医師の関わり/福祉関係委員会

3)保健・医療・福祉の連携に関するニード

保健・医療・福祉の連携に関するニードを把握するために、市町村調査と医師調査を併せて観察した。項目は図Ⅳ-2-24～29のタイトルに示す6項目である。それぞれの項目で、市町村調査では市町村医療機関医師に対する満足度と期待を、医師調査では市町村医療機関に勤務する医師自身の満足度を示した。なお、市町村調査は市町村の3区分ごとの観察結果も示した。

行政システム(市町村の規則等)への理解(図Ⅳ-2-24)では、約6割の市町村が満足していた(「どちらかといえば」まで含む)が、医師自身の満足は4割強であった。また、この項目に対して9割の市町村で医師に理解を期待していたが、逆に約1割は「どちらかといえば」を含めて期待しておらず、諦められているといってもよい。医師自身の満足度が低いのは、市町村のような行政機関では大学病院などと比較して種々の規則に従って運営されている部分が多く、このことが窮屈に感じるためかもしれない。

市町村事務職員との良好な人間関係(図Ⅳ-2-25)では、都市部において市町村の満足度が低い結果が得られた。しかしながら、約8割の市町村、65%の医師が一応の満足をしており、この点は注目する必要がある。逆に、満足していないところについては、職員や医師個人の資質の問題なのか、それともシステムとしての課題があるのかについては、今後の検討が待たれる。

保健行政(保健活動)への積極的な参加(図Ⅳ-2-26)では、約2/3の市町村で満足していたが、都市部で満足度が低い傾向がうかがえた。また、市町村の満足度、期待ともにへき地などを抱えるところで高い傾向がうかがえた。

保健関係職員との良好な人間関係(図Ⅳ-2-27)では、他の項目よりも高い満足度が観察された。また、市町村の満足度、期待はへき地などを抱えるところで高い傾向がうかがえた。福祉行政(福祉活動)への積極的な参加(図Ⅳ-2-28)でも同様に、半数以上の市町村で満足が得られており、医師も約半数が満足していた。市よりも町村で市町村の満足度が高い傾向がみられた。

福祉関係職員との良好な人間関係(図Ⅳ-2-29)は、保健関係職員との良好な人間関係と同様の傾向であった。

以上の結果をまとめると、すべての項目で共通して次のような点を指摘することができる、すなわち、(1)過半数の市町村では市町村医療機関医師との連携について満足している傾向がある、(2)これに対して市町村医療機関医師の満足度は市町村の満足度に比較して低い傾向がある、(3)市町村の期待は極めて大きいものがあり、いずれの項目も約9割の市町村で期待していた、(4)しかしながら、一部の市町村では不満であり、かつ、期待もしていないことも明らかになった、(5)へき地などを抱えるところほど満足度や期待度は高くなっていた、という点である。これらの結果より、保健・医療・福祉の連携は、ある程度の市町村でうまくいっているといえることができる。市町村と医師との間の満足度の乖離は、医師の保健や福祉に対する要求が高い、あるいは逆に市町村の要求が低い(「決められた仕事だけやってもらえばよい」など)ことが背景にあるのかもしれない。また、一部の市町村では逆に連携が取られていないことをうかがわせる結果が出ており、今後の検討課題であろう。

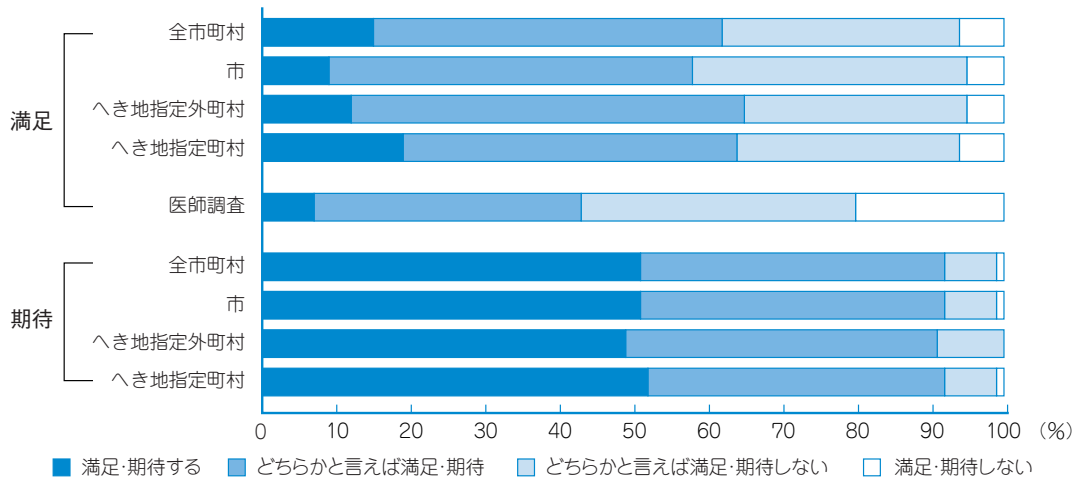


図 IV-2-24 市町村医療機関医師への保健・福祉に対する満足と期待/行政システム(市町村の規則等)への理解

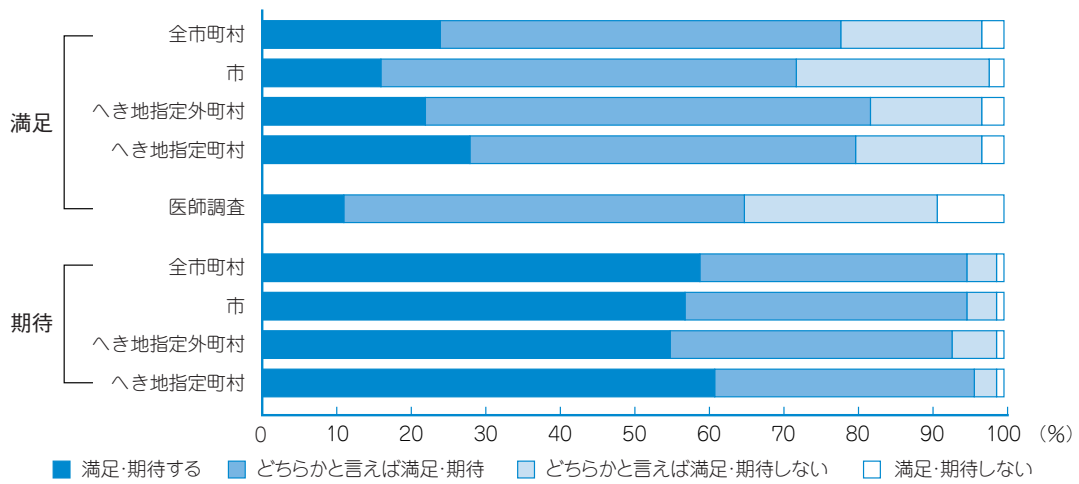


図 IV-2-25 市町村医療機関医師への保健・福祉に対する満足と期待/市町村事務職員との良好な人間関係

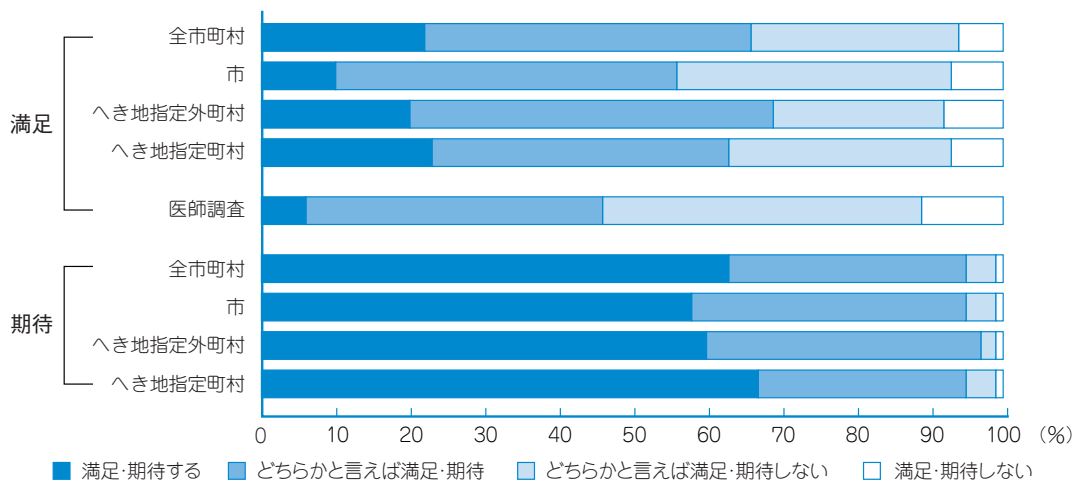


図 IV-2-26 市町村医療機関医師への保健・福祉に対する満足と期待/保健行政(保健活動)への積極的な参加

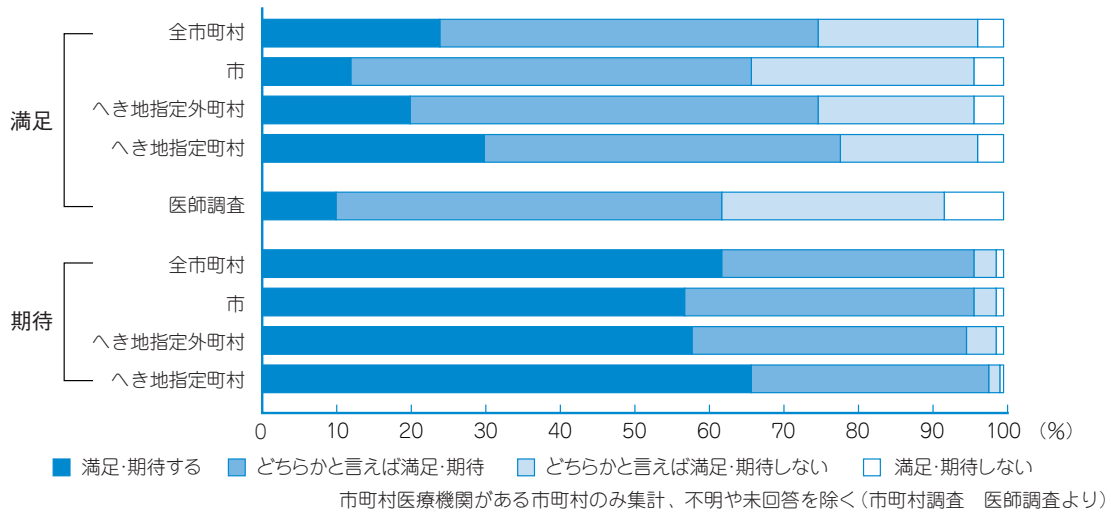


図 IV-2-27 市町村医療機関医師への保健・福祉に対する満足と期待/保健関係職員との良好な人間関係

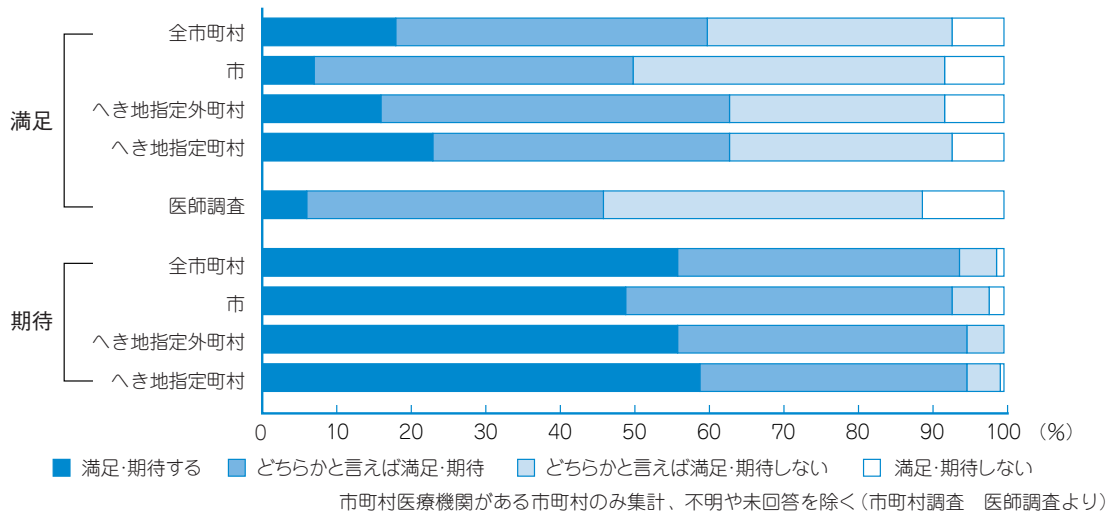


図 IV-2-28 市町村医療機関医師への保健・福祉に対する満足と期待/福祉行政(福祉活動)への積極的な参加

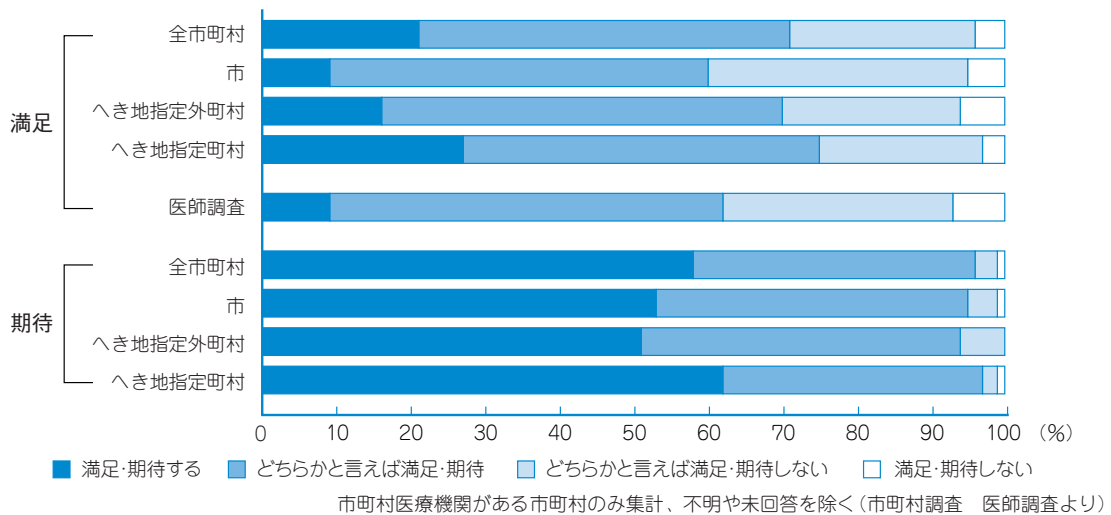


図 IV-2-29 市町村医療機関医師への保健・福祉に対する満足と期待/福祉関係職員との良好な人間関係

V これからの地域医療のあり方(まとめ)

近年、わが国では環境問題、国際化、情報化に伴う社会、環境が急速に変化している中で、少子高齢化による人口構造の変化、急性疾患から慢性疾患へという疾病構造の変化が進んでいる。そして、医療に対するニーズは多様化し、その対応にせまられている。このような状況の中で、当白書では地域医療、とりわけへき地医療がかかえている問題点、課題を抽出し、講ずべき対策の方向性について検討した。

1. 地域医療の現状分析

1) 市町村区分別にみた地域医療の現状

医師の確保については、半数の市町村が困っている。医師の派遣元は約6割が大学医局であり、その派遣期間は数か月から2年程度と短期に交代しており、医師－患者、医師－地域間の継続した信頼関係を築き難い。

へき地指定の有無、財政力指数、高齢化率を指標として、幅広い医療の提供、医療機関の整備、初期救急医療の展開をみると、へき地指定がなく、財政力指数が高く、かつ高齢化率の少ない、いわゆる都市部ほど充実している。しかし、信頼できる医療や在宅医療に対しては、市町村間での差は少ない。さらに、保健・医療・福祉の連携については、小さな自治体ほど進んでいる。これらの結果より、組織が小さければハード面で不足するところをソフト面で補強するという合目的かつ現実的な対応がなされているとともに、そこで働く医療従事者の努力に支えられていることが推測される。なお、47都道府県ごとに上記項目の現状をみてみると、かなりバラツキがあり、特に幅広い医療や在宅医療の整備状況の格差が大きい。

2) 公的医療機関の整備状況

へき地指定町村の医療機関における機器整備状況をみると、心電計、X線撮影装置、超音波断層装置（腹部）は約9割の施設にあり、さらに7,8割の施設はX線透視装置、上部消化管内視鏡、ホルター心電計を有している。しかし、多くのところで施設の老朽化と改築、そして医療機器、設備の老朽化と更新が問題となっている。また、救急蘇生具セットを保有しているのは、有床診療所の約半数、無床診療所では約3割にとどまっており、蘇生を必要とする患者に対して十分に対応できない状況にあることが推測される。

3) へき地医療を担う医師の現状

へき地指定町村の医療機関に勤務する医師の仕事への満足度をみると、約8割の医師がやりがいがあると答えている。しかし、定年まで勤務するつもり、将来はへき地で働くつもりと回答した医師は、それぞれ3割台にとどまっている。医師の悩みとして、多忙であること、休日が満足に取れないこと、健康に自信が持てないこと、生涯教育の機会が少ないことなどが挙げられており、これらはへき地勤務の阻害因子と考えられる。また、子供の教育問題で悩んでいる医師が約4割いることも見逃すことはできない。

常勤医師が一人という医療機関は町村では約6割を占め、そこに勤務する医師は精神的孤立感に陥りやすい。その対策として、後方病院との連携、研修や代診システムの導入などが考えられる。しかし、実際はきびしい現状にある。研修については、希望はあるが実施に至っていない施設が約5割に

達している。また、代診システムに関しては、機能している市町村はわずか2割強しかなく、約3割の施設においては、必要性があるにもかかわらずシステムが未だ整備されていない。なお、代診医師の派遣先は、大学医局が圧倒的に多いが、町村では後方病院からの派遣が3割近くに達しており、注目に値する。

市町村と市町村医療機関医師との連携については、過半数の市町村が満足しており、その満足度はへき地を抱えているところほど高くなっている。一方、医師の満足度は、市町村に比し低い傾向にある。

4) 地域医療の先進事例

地域医療にかかわる問題点、課題そして対策を考えていく場合に、地域医療の先進地における過去から現在に至るプロセスを解析することは大きな意義があると思われる。実際に解析を進めてみると、共通して次のような要因をみてとることができた。まず、熱意ある医師の赴任と高い診療能力に裏打ちされた医療活動が発端となっている。続いて、住民の信頼獲得、職員の意識改革へとつながり、医療施設のハード面での充実とパフォーマンスの上昇がもたらされている。そして、受診者の増加、住民のさらなる信頼の向上という良好な流れが築かれている。同時に、近隣医療機関との連携も進んでいる。このような展開の中で、各部門、職種間のコミュニケーションは円滑となり、保健・医療・福祉の連携も促進されている。もうひとつ大切なことは、住民アンケート、住民との懇談会や意見交換会を通して住民ニーズを把握し、住民意志の反映とより合理的な施策へと帰着している点にある。

2. 地域医療の発展へ向けての対策

1) 地域包括ケアへ向けての自治体の取り組み

すべての市町村において、地域包括ケアの展開は大きな課題となっている。この地域包括ケアを推進していくためには、従来独立していた保健・医療・福祉、各部門の統合が行政の枠組みとして必要となってきた。地域包括ケアへの取り組みを円滑に進めていくためには、住民の理解、職域を超えた良好な人間関係、財源の確保が重要な要件となる。財源に関しては、保健・医療・福祉を単独で考えるのではなく、産業の振興、自然環境の保護、教育環境の整備等を含め、各市町村の特性を踏まえた長期的ビジョンを策定し、総合的企画力によって推進していく必要がある。限りある財源の中で、有効な地域包括ケアシステムの実現に成功している市町村もあり、その実践を積み重ねた経験に学ぶことも極めて有効と思われる。また、先進地域の取り組みを普遍化し、理論的裏付けを行い、その上で地域の問題に対応した組織づくりと実践が展開できるような法(条例)と組織の整備も必要と考えられる。

2) へき地における医師確保

へき地医療を担う医師の確保は困難といわれているが、医師や医学生を対象とした調査をみると、潜在的には希望者は少なくない。この現実との隔たりを明らかにし、そこに存在する問題点への解決策を探ることが、へき地における医師確保という課題解決につながっていく。へき地勤務、とりわけ診療所勤務における阻害因子としては、職業的孤立感、業務および精神的負担、日常生活や家族の問題などが挙げられる。これらの阻害因子に対しては、各市町村における取り組みのみでは解決には至らない。後述する医学生、研修医の教育・研修システムや各都道府県における支援システムを含め、幅広い視点から検討しなければならない。その中で、各市町村が取り組むべきこととしては、医師の休日や代診医の確保、生涯研修の保証等の医師が働きやすい環境整備や、へき地勤務のやりがいや楽

しさを支援するシステムづくりなどが考えられる。診療所の運営については、一人勤務から二人勤務への転換を積極的に検討する時期に至っている。しかし、予算の関係もあり必ずしもその実現は容易ではない。市町村の枠を超え、いくつかの診療所が連携を図り、その中で一人の医師を増員することも一案として挙げられよう。実際に、このようなシステムを立ち上げ、成功している地域もある。その地域では、定期的な勉強会、休日急患当番の輪番制、代診医制が導入されており、そこで働く医師の高いモチベーションへとつながっている。

3) 医師の育成

先に述べたように、へき地での勤務を希望する医学生や医師は潜在的には少なくない。医師がへき地勤務を希望しない理由としては、家庭・生活面の問題、健康・高齢の不安に続いて現職の続行、プライマリ・ケアへの不安が挙げられている。現在、へき地に勤務している医師のほとんどは、卒前医学教育においてへき地医療現場での実習を受けていない。そして、初期研修プログラムが現在の勤務に適切であったと回答したへき地勤務医師は、約5割にとどまっている。また、へき地において行政、住民は、医師に患者主体の医療や幅広い医療の提供、住民との協調や対話、保健・医療・福祉の包括ケアの提供を期待している。実際に、診療所での活動としては、一般的な疾患の診療、慢性疾患の管理、急性疾患の対応などがあり、診療所外での活動としては在宅ケアを含む在宅医療、介護保険への関わり、予防接種、健康診断、健康教育、学校医、産業医などがある。担当する業務内容は幅広く、それぞれに対する知識は膨大なものとなっている。

これらの現状を踏まえて、卒前医学教育においては、カリキュラムに地域医療、総合医療、家庭医療を加えるとともに、地域医療現場での実習等を通して医学生にわが国の医療の現状を広く伝えることが重要と考えられる。また、卒後研修においても、プライマリ・ケア医養成のための研修プログラムを早急に整備する必要がある。その研修カリキュラムには、内科、外科、小児科、救急、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科などの多科にわたる研修に加え、外来研修、在宅研修も含まれる。さらに、同研修を通して、コミュニケーション能力、マネジメント能力、地域医療の実践に必要な疫学や情報評価の技能、医療と保健、福祉との連携に必要な知識やノウハウを修得する。

4) 都道府県の役割

へき地医療対策として、医師等、医療従事者の確保は最重要課題となっている。これまでへき地勤務医師には、医師一人一人の「個の努力」を前提に、バランスのとれた人間性と社会感覚が都市部の医師以上に期待されてきた。この期待にへき地で働く医師の多くが応えてきた。しかし、医師個々の努力に期待するのみではなく、各市町村における医師支援体制の確立が強く望まれる。今、市町村には、医師の代診システムの確立、再教育・再研修を含む生涯研修の確保、情報ネットワーク化の推進等、積極的な対応が求められている。同時に、増加する医療需要への対応や介護保険導入に伴う介護支援体制の整備等もへき地医療対策の課題となっている。

前記の課題への対応は、市町村単位での取り組みのみでは限界がある。これに対して、厚生労働省は、2001(平成13)年4月にスタートした第9次へき地保健医療計画の中で、都道府県単位のへき地医療対策の必要性をうたっている。この計画の中には、へき地医療支援機構の設置、へき地医療拠点病院群の構築、救急医療の充実、へき地医療情報システムの活用等が盛り込まれている。各都道府県と各市町村の連携のもとに、第9次へき地保健医療計画への積極的な取り組みが進められ、有効に機能するようになれば、へき地医療が現在かかえている多くの問題は解消へ向け突破口が開かれることになろう。

付録(資料集)

本調査のすべての結果を以下に示す。ご参考願いたい。

市町村調査

表 付録 I - 1	回答状況	150
表 付録 I - 2	調査票の記入者	150
表 付録 I - 3	医療、保健、福祉施設	150
表 付録 I - 4	併設施設の状況	151
表 付録 I - 5	保健関係連絡会の開催状況	151
表 付録 I - 6	保健関係連絡会の定期開催状況	151
表 付録 I - 7	開催状況別 保健連絡会の構成員	152
表 付録 I - 8	福祉関係連絡会の開催状況	152
表 付録 I - 9	福祉関係連絡会の定期開催状況	153
表 付録 I - 10	開催状況別 福祉連絡会の構成員	153
表 付録 I - 11	介護認定審査会委員	153
表 付録 I - 12	保健福祉活動への関わりの度合い	154
表 付録 I - 13	医療機関の医師への満足度	155
表 付録 I - 14	医療機関の医師への満足度(続き)	156
表 付録 I - 15	医療機関の医師への期待	157
表 付録 I - 16	医療機関の医師への期待(続き)	158
表 付録 I - 17	市町村の医療、保健、福祉の現状	159
表 付録 I - 18	市町村の医療、保健、福祉の現状(続き)	160
表 付録 I - 19	都道府県別 市町村にある施設	161
表 付録 I - 20	都道府県別 医療機関設備の充実	162
表 付録 I - 21	都道府県別 医療機関経営の安定	162
表 付録 I - 22	都道府県別 医師確保の安定	163
表 付録 I - 23	都道府県別 看護婦確保の安定	163
表 付録 I - 24	都道府県別 幅広い医療の内容	164
表 付録 I - 25	都道府県別 信頼できる医療	164
表 付録 I - 26	都道府県別 保健施設が充実	165
表 付録 I - 27	都道府県別 保健活動内容が充実	165
表 付録 I - 28	都道府県別 保健婦確保の安定	166
表 付録 I - 29	都道府県別 福祉施設が充実	166
表 付録 I - 30	都道府県別 福祉活動内容が充実	167
表 付録 I - 31	都道府県別 介護福祉職員確保が安定	167
表 付録 I - 32	都道府県別 満足した在宅医療	168
表 付録 I - 33	都道府県別 満足した初期救急医療	168
表 付録 I - 34	都道府県別 医療、保健、福祉の連携	169
表 付録 I - 35	都道府県別 老後の安心	169
表 付録 I - 36	都道府県別 老後の生きがい	170

表 付録Ⅰ-37	都道府県別 子どもを育てやすい	170
----------	-----------------	-----

医療機関調査

表 付録Ⅱ-1	回答状況	171
表 付録Ⅱ-2	医療機関の診療科	171
表 付録Ⅱ-3	病床数	172
表 付録Ⅱ-4	所有する設備	172
表 付録Ⅱ-5	常勤職員数	173
表 付録Ⅱ-6	非常勤職員数	174
表 付録Ⅱ-7	他医療機関や市町村と人事交流のある職種	175
表 付録Ⅱ-8	常勤医師の定期的な研修	176
表 付録Ⅱ-9	常勤医師の定期的な研修実施頻度	176
表 付録Ⅱ-10	常勤医師の学会参加	176
表 付録Ⅱ-11	常勤医師の学会参加頻度	176
表 付録Ⅱ-12	施設の診療状況	177
表 付録Ⅱ-13	必要な診療科	178
表 付録Ⅱ-14	紹介先医療機関	178
表 付録Ⅱ-15	確保に困っている職種	179
表 付録Ⅱ-16	課題に関する施設の現状	180

医師調査

表 付録Ⅲ-1	回答状況	181
表 付録Ⅲ-2	年齢	181
表 付録Ⅲ-3	性別	181
表 付録Ⅲ-4	出身地市町村区分	182
表 付録Ⅲ-5	卒業年	182
表 付録Ⅲ-6	専門科	182
表 付録Ⅲ-7	研修科	183
表 付録Ⅲ-8	管理者	183
表 付録Ⅲ-9	派遣	183
表 付録Ⅲ-10	通勤時間	184
表 付録Ⅲ-11	通勤手段	184
表 付録Ⅲ-12	卒前医学教育カリキュラム	184
表 付録Ⅲ-13	カリキュラム内のへき地医療現場実習の有無	184
表 付録Ⅲ-14	初期研修のカリキュラム	184
表 付録Ⅲ-15	勤務時間内の研修	185
表 付録Ⅲ-16	研修日の頻度	185
表 付録Ⅲ-17	研修日の診療	185
表 付録Ⅲ-18	研修日について	185
表 付録Ⅲ-19	医学情報の入手手段	186
表 付録Ⅲ-20	代診依頼システム	186

表	付録Ⅲ-21	システムの機能	186
表	付録Ⅲ-22	代診医の派遣元	186
表	付録Ⅲ-23	ご自身の仕事について	187
表	付録Ⅲ-24	現在の職場について	188
表	付録Ⅲ-25	休日	189
表	付録Ⅲ-26	長期休暇	189
表	付録Ⅲ-27	休暇、日常生活について	189

表 付録 I-1 回答状況

	町 村 区 分			計
	市	町村 (へき地指定外)	町村 (へき地指定)	
発 送 数	694	1,046	1,512	3,252
回 答 数	646(93%)	977(93%)	1,436(95%)	3,059(94%)
内 訳				
督促なし	445(69%)	602(62%)	972(68%)	2,019(66%)
督促1回	157(24%)	279(29%)	353(25%)	789(26%)
督促2回	44(7%)	96(10%)	111(8%)	251(8%)

3,252市町村に発送、3,059が返答、回収率は94%だった。

表 付録 I-2 調査票の記入者

	市 (n=481)	町村 (へき地指定外) (n=730)	町村 (へき地指定) (n=1,078)	計 (n=2,289)
一人で、自分で記入	20(4%)	183(25%)	458(42%)	661(29%)
複数で、意見を聞いて記入	198(41%)	246(34%)	270(25%)	714(31%)
複数で、個人の意見で記入	125(26%)	190(26%)	192(18%)	507(22%)
複数で、合議の上、記入	138(29%)	111(15%)	158(15%)	407(18%)

回答者の中の60%は「1人で、自分で記入」または「複数で、個人の意見で記入」であった。

表 付録 I-3 医療、保健、福祉施設

	市 (n=646)	町村 (へき地指定外) (n=977)	町村 (へき地指定) (n=1,436)	計 (n=3,059)
医療機関	498(77%)	30(31%)	865(60%)	1,668(55%)
市町村医療機関	334(52%)	206(21%)	775(54%)	1,315(43%)
市町村保健センター	523(81%)	704(72%)	865(60%)	2,092(68%)
在宅介護支援センター	617(96%)	769(79%)	1,158(81%)	2,544(83%)
訪問看護ステーション	600(93%)	457(47%)	478(33%)	1,535(50%)
老人保健施設	572(89%)	374(38%)	344(24%)	1,290(42%)
特別養護老人ホーム	621(96%)	678(69%)	930(65%)	2,229(73%)
デイサービス・センター	610(94%)	806(82%)	1,208(84%)	2,624(86%)

市町村または国民健康保険連合会が開設する医療機関(以下、市町村医療機関)を有する市町村は1,315市町村で、全体の43%であった。

表 付録 I-4 併設施設の状況

	市 (n=334)	町村 (へき地指定外) (n=206)	町村 (へき地指定) (n=775)	計 (n=1,315)
保健センター	20(6%)	28(14%)	132(17%)	180(14%)
在宅介護支援センター	34(10%)	34(17%)	119(15%)	187(14%)
訪問看護ステーション	42(13%)	40(19%)	81(10%)	163(12%)
老人保健施設	26(8%)	14(7%)	45(6%)	85(6%)
特別養護老人ホーム	6(2%)	6(3%)	15(2%)	27(2%)
デイサービス・センター	12(4%)	18(9%)	79(10%)	109(8%)

市町村医療機関をもつ1,315市町村のうち、上記の施設を併設する医療機関をもつのは、367市町村で、28%であった。

表 付録 I-5 保健関係連絡会の開催状況

	市 (n=334)	町村 (へき地指定外) (n=206)	町村 (へき地指定) (n=775)	計 (n=1,315)
連絡会なし	220(66%)	94(46%)	330(43%)	644(49%)
不定期開催	59(18%)	53(26%)	211(27%)	323(25%)
定期開催	55(16%)	59(29%)	234(30%)	348(26%)

市町村医療機関と保健関係連絡会を開催していない市町村は、644市町村で、49%であった。

表 付録 I-6 保健関係連絡会の定期開催状況

	市 (n=55)	町村 (へき地指定外) (n=59)	町村 (へき地指定) (n=234)	計 (n=348)
週1回以上	4(7%)	4(7%)	21(9%)	29(8%)
月1回以上	14(25%)	29(49%)	136(58%)	179(51%)
月1回未満	37(67%)	26(44%)	77(33%)	140(40%)

定期的に開催している市町村のうち、月1回以上開催しているのは、59%であった。

表 付録 I-7 開催状況別 保健連絡会の構成員

	市			町村(へき地指定外)		
	不定期 (n=13)	定期 (n=55)	計 (n=68)	不定期 (n=14)	定期 (n=59)	計 (n=73)
市町村長	0(0%)	10(18%)	10(15%)	2(14%)	15(25%)	17(23%)
保健担当部・局・課長	6(46%)	29(53%)	35(51%)	10(71%)	35(59%)	45(62%)
福祉担当部・局・課長	3(23%)	15(27%)	18(26%)	4(29%)	24(41%)	28(38%)
保健担当職員	8(62%)	28(51%)	36(53%)	11(79%)	37(63%)	48(66%)
福祉担当職員	4(31%)	20(36%)	24(35%)	5(36%)	31(53%)	36(49%)
保健婦(士)	12(92%)	36(65%)	48(71%)	11(79%)	49(83%)	60(82%)
介護職員	2(15%)	12(22%)	14(21%)	3(21%)	28(47%)	31(42%)
看護婦(士)	3(23%)	19(35%)	22(32%)	7(50%)	36(61%)	43(59%)
その他	2(15%)	25(45%)	27(40%)	1(7%)	21(36%)	22(30%)

	町村(へき地指定)			計		
	不定期 (n=64)	定期 (n=234)	計 (n=298)	不定期 (n=91)	定期 (n=348)	計 (n=439)
市町村長	8(13%)	49(21%)	57(19%)	10(11%)	74(21%)	84(19%)
保健担当部・局・課長	40(63%)	145(62%)	185(62%)	56(62%)	209(60%)	265(60%)
福祉担当部・局・課長	21(33%)	107(46%)	128(43%)	28(31%)	146(42%)	174(40%)
保健担当職員	46(72%)	172(74%)	218(73%)	65(71%)	237(68%)	302(69%)
福祉担当職員	33(52%)	147(63%)	180(60%)	42(46%)	198(57%)	240(55%)
保健婦(士)	51(80%)	217(93%)	268(90%)	74(81%)	302(87%)	376(86%)
介護職員	20(31%)	126(54%)	146(49%)	25(27%)	166(48%)	191(44%)
看護婦(士)	31(48%)	143(61%)	174(58%)	41(45%)	198(57%)	239(54%)
その他	19(30%)	104(44%)	123(41%)	22(24%)	150(43%)	172(39%)

市町村長が、保健関係連絡会の構成員になっているのは、不定期と定期合わせて、84市町村で、19%であった。

表 付録 I-8 福祉関係連絡会の開催状況

	市 (n=334)	町村 (へき地指定外) (n=206)	町村 (へき地指定) (n=775)	計 (n=1,315)
連絡会なし	241(72%)	111(54%)	342(44%)	694(53%)
不定期開催	46(14%)	45(22%)	198(26%)	289(22%)
定期開催	47(14%)	50(24%)	235(30%)	332(25%)

市町村医療機関と福祉関係連絡会を開催していない市町村は、694市町村で、53%であった。

表 付録 I-9 福祉関係連絡会の定期開催状況

	市 (n=47)	町村 (へき地指定外) (n=50)	町村 (へき地指定) (n=235)	計 (n=332)
週1回以上	2(4%)	8(16%)	22(9%)	32(10%)
月1回以上	19(40%)	35(70%)	179(76%)	233(70%)
月1回未満	26(55%)	7(14%)	34(14%)	67(20%)

定期的に開催している市町村のうち、月1回以上開催しているのは、80%であった。

表 付録 I-10 開催状況別 福祉連絡会の構成員

	市			町村(へき地指定外)		
	不定期 (n=11)	定期 (n=47)	計 (n=58)	不定期 (n=8)	定期 (n=50)	計 (n=58)
市町村長	0(0%)	3(6%)	3(5%)	1(13%)	4(8%)	5(9%)
保健担当部・局・課長	4(36%)	16(34%)	20(34%)	3(38%)	19(38%)	22(38%)
福祉担当部・局・課長	5(45%)	19(40%)	24(41%)	6(75%)	26(52%)	32(55%)
保健担当職員	5(45%)	25(53%)	30(52%)	2(25%)	35(70%)	37(64%)
福祉担当職員	7(64%)	36(77%)	43(74%)	7(88%)	45(90%)	52(90%)
保健婦(士)	6(55%)	32(68%)	38(66%)	4(50%)	46(92%)	50(86%)
介護職員	2(18%)	25(53%)	27(47%)	2(25%)	42(84%)	44(76%)
看護婦(士)	2(18%)	25(53%)	27(47%)	2(25%)	42(84%)	44(76%)
その他	2(18%)	17(36%)	19(33%)	1(13%)	27(54%)	28(48%)

	町村(へき地指定)			計		
	不定期 (n=61)	定期 (n=235)	計 (n=296)	不定期 (n=80)	定期 (n=332)	計 (n=412)
市町村長	7(11%)	8(3%)	15(5%)	8(10%)	15(5%)	23(6%)
保健担当部・局・課長	27(44%)	106(45%)	133(45%)	34(43%)	141(42%)	175(42%)
福祉担当部・局・課長	34(56%)	121(51%)	155(52%)	45(56%)	166(50%)	211(51%)
保健担当職員	33(54%)	156(66%)	189(64%)	40(50%)	216(65%)	256(62%)
福祉担当職員	50(82%)	208(89%)	258(87%)	64(80%)	289(87%)	353(86%)
保健婦(士)	45(74%)	224(95%)	269(91%)	55(69%)	302(91%)	357(87%)
介護職員	28(46%)	173(74%)	201(68%)	32(40%)	240(72%)	272(66%)
看護婦(士)	29(48%)	175(74%)	204(69%)	33(41%)	242(73%)	275(67%)
その他	15(25%)	98(42%)	113(38%)	18(23%)	142(43%)	160(39%)

市町村長が、福祉関係連絡会の構成員になっているのは、不定期と定期合わせて、23市町村で、6%であった。

表 付録 I-11 介護認定審査会委員

	市 (n=334)	町村 (へき地指定外) (n=206)	町村 (へき地指定) (n=775)	計 (n=1,315)
委員である	81(24%)	80(39%)	285(37%)	446(34%)
委員でない	253(76%)	126(61%)	490(63%)	869(66%)

市町村医療機関をもつ1,315市町村において、市町村医療機関の医師が介護認定審査会の委員になっているのは、446市町村で、34%であった。

表 付録 I-12 保健福祉活動への関わりの度合い

	市 (n=334)				へき地指定外町村 (n=206)			
	常に	時々	ほとんどない	計	常に	時々	ほとんどない	計
基本健診	107(36%)	78(26%)	112(38%)	297	70(38%)	42(23%)	72(39%)	184
基本健診事後指導	62(21%)	96(33%)	135(46%)	293	55(31%)	57(32%)	67(37%)	179
健康教育	29(10%)	143(49%)	122(41%)	294	32(18%)	102(57%)	45(25%)	179
健康相談	27(9%)	88(30%)	177(61%)	292	30(17%)	63(35%)	86(48%)	179
機能訓練	24(8%)	58(20%)	211(72%)	293	27(15%)	49(28%)	101(57%)	177
乳幼児健診	124(42%)	83(28%)	90(30%)	297	87(48%)	36(20%)	57(32%)	180
予防接種	130(44%)	89(30%)	77(26%)	296	116(63%)	51(28%)	16(9%)	183
学校医	80(28%)	42(15%)	166(58%)	288	108(61%)	27(15%)	43(24%)	178
学校健診	74(26%)	61(21%)	153(53%)	288	104(58%)	34(19%)	40(22%)	178
学校保健教育	18(6%)	60(21%)	204(72%)	282	30(17%)	52(30%)	91(53%)	173
在宅療養の連絡会	10(4%)	75(27%)	198(70%)	283	33(19%)	59(34%)	84(48%)	176
福祉関係委員会	20(7%)	85(30%)	176(63%)	281	29(17%)	74(42%)	72(41%)	175
職員への産業医活動	69(24%)	77(27%)	142(49%)	288	42(24%)	51(29%)	82(47%)	175

	へき地指定町村 (n=775)				計 (n=1,315)			
	常に	時々	ほとんどない	計	常に	時々	ほとんどない	計
基本健診	310(44%)	153(22%)	235(34%)	698	487(41%)	273(23%)	419(36%)	1,179
基本健診事後指導	199(29%)	263(38%)	231(33%)	693	316(27%)	416(36%)	433(37%)	1,165
健康教育	89(13%)	378(55%)	224(32%)	691	150(13%)	623(54%)	391(34%)	1,164
健康相談	72(10%)	254(37%)	363(53%)	689	129(11%)	405(35%)	626(54%)	1,160
機能訓練	60(9%)	166(24%)	456(67%)	682	111(10%)	273(24%)	768(67%)	1,152
乳幼児健診	334(48%)	104(15%)	260(37%)	698	545(46%)	223(19%)	407(35%)	1,175
予防接種	575(80%)	97(14%)	45(6%)	717	821(69%)	237(20%)	138(12%)	1,196
学校医	558(79%)	76(11%)	69(10%)	703	746(64%)	145(12%)	278(24%)	1,169
学校健診	541(77%)	89(13%)	76(11%)	706	719(61%)	184(16%)	269(23%)	1,172
学校保健教育	121(18%)	259(38%)	302(44%)	682	169(15%)	371(33%)	597(53%)	1,137
在宅療養の連絡会	162(24%)	241(36%)	268(40%)	671	205(18%)	375(33%)	550(49%)	1,130
福祉関係委員会	157(23%)	281(42%)	237(35%)	675	206(18%)	440(39%)	485(43%)	1,131
職員への産業医活動	131(19%)	164(24%)	378(56%)	673	242(21%)	292(26%)	602(53%)	1,136

「常に」の回答が40%を超えたのは、予防接種(69%)、学校医(64%)、学校健診(61%)、乳幼児健診(46%)、基本健診(41%)であった。

「ほとんどない」の回答が50%を超えたのは、機能訓練(67%)、健康相談(54%)、職員への産業医活動(53%)、学校保健教育(53%)であった。

表 付録 I-13 医療機関の医師への満足度

	市 (n=334)				計
	満足している	どちらかと言えば満足している	どちらかと言えば満足していない	満足していない	
幅広い医療の提供	40(14%)	151(53%)	70(25%)	22(8%)	283
受診患者の満足度	28(10%)	162(57%)	83(29%)	11(4%)	284
医療機関の健全な経営	22(8%)	86(31%)	114(41%)	57(20%)	279
医療機器購入時の配慮	24(9%)	119(44%)	106(39%)	21(8%)	270
医療機関職員との関係	36(13%)	170(61%)	69(25%)	4(1%)	279
医療機関の評判	33(12%)	141(50%)	93(33%)	15(5%)	282
初期救急医療対応	55(20%)	152(54%)	61(22%)	13(5%)	281
周辺医療機関との関係	40(14%)	170(61%)	66(24%)	3(1%)	279
行政システムの理解	24(9%)	138(49%)	104(37%)	15(5%)	281
市町村職員との関係	44(16%)	156(56%)	74(26%)	7(2%)	281
保健行政への参加	27(10%)	129(46%)	105(37%)	21(7%)	282
保健関係職員との関係	33(12%)	152(54%)	83(30%)	13(5%)	281
福祉行政への参加	20(7%)	119(43%)	117(42%)	21(8%)	277
福祉関係職員との関係	26(9%)	143(51%)	97(35%)	12(4%)	278
住民との関係	40(14%)	155(55%)	79(28%)	6(2%)	280
集合時間厳守	49(18%)	164(60%)	55(20%)	6(2%)	274
会議での発言	34(13%)	148(55%)	84(31%)	4(1%)	270

	へき地指定外町村 (n=206)				計
	満足している	どちらかと言えば満足している	どちらかと言えば満足していない	満足していない	
幅広い医療の提供	28(15%)	84(46%)	52(29%)	17(9%)	181
受診患者の満足度	27(15%)	93(51%)	55(30%)	8(4%)	183
医療機関の健全な経営	24(13%)	68(38%)	51(28%)	36(20%)	179
医療機器購入時の配慮	21(12%)	88(49%)	58(33%)	11(6%)	178
医療機関職員との関係	34(19%)	97(54%)	38(21%)	11(6%)	180
医療機関の評判	31(17%)	85(47%)	50(28%)	15(8%)	181
初期救急医療対応	37(20%)	79(44%)	52(29%)	13(7%)	181
周辺医療機関との関係	33(18%)	108(59%)	39(21%)	3(2%)	183
行政システムの理解	22(12%)	96(53%)	55(30%)	9(5%)	182
市町村職員との関係	39(22%)	107(60%)	27(15%)	6(3%)	179
保健行政への参加	37(20%)	89(49%)	43(23%)	14(8%)	183
保健関係職員との関係	36(20%)	101(55%)	38(21%)	8(4%)	183
福祉行政への参加	30(16%)	86(47%)	53(29%)	14(8%)	183
福祉関係職員との関係	30(16%)	99(54%)	43(24%)	10(5%)	182
住民との関係	43(24%)	89(49%)	44(24%)	5(3%)	181
集合時間厳守	54(30%)	96(53%)	27(15%)	4(2%)	181
会議での発言	43(24%)	86(48%)	46(26%)	4(2%)	179

表 付録 I-14 医療機関の医師への満足度(続き)

	へき地指定町村 (n=775)				計
	満足している	どちらかと言えば満足している	どちらかと言えば満足していない	満足していない	
幅広い医療の提供	138(20%)	294(42%)	218(31%)	52(7%)	702
受診患者の満足度	157(22%)	336(48%)	179(26%)	28(4%)	700
医療機関の健全な経営	129(19%)	208(30%)	218(32%)	136(20%)	691
医療機器購入時の配慮	138(20%)	333(49%)	164(24%)	50(7%)	685
医療機関職員との関係	202(29%)	346(49%)	126(18%)	26(4%)	700
医療機関の評判	166(24%)	325(47%)	159(23%)	47(7%)	697
初期救急医療対応	182(26%)	289(41%)	159(23%)	67(10%)	697
周辺医療機関との関係	176(25%)	372(54%)	125(18%)	19(3%)	692
行政システムの理解	133(19%)	315(45%)	208(30%)	38(5%)	694
市町村職員との関係	193(28%)	365(52%)	116(17%)	23(3%)	697
保健行政への参加	188(27%)	292(42%)	173(25%)	44(6%)	697
保健関係職員との関係	211(30%)	336(48%)	127(18%)	23(3%)	697
福祉行政への参加	160(23%)	280(40%)	210(30%)	50(7%)	700
福祉関係職員との関係	188(27%)	332(48%)	153(22%)	25(4%)	698
住民との関係	223(32%)	335(48%)	122(18%)	17(2%)	697
集合時間厳守	266(39%)	321(47%)	91(13%)	11(2%)	689
会議での発言	217(32%)	303(44%)	142(21%)	25(4%)	687

	計 (n=1,315)				計
	満足している	どちらかと言えば満足している	どちらかと言えば満足していない	満足していない	
幅広い医療の提供	206(18%)	529(45%)	340(29%)	91(8%)	1,166
受診患者の満足度	212(18%)	591(51%)	317(27%)	47(4%)	1,167
医療機関の健全な経営	175(15%)	362(32%)	383(33%)	229(20%)	1,149
医療機器購入時の配慮	183(16%)	540(48%)	328(29%)	82(7%)	1,133
医療機関職員との関係	272(23%)	613(53%)	233(20%)	41(4%)	1,159
医療機関の評判	230(20%)	551(48%)	302(26%)	77(7%)	1,160
初期救急医療対応	274(24%)	520(45%)	272(23%)	93(8%)	1,159
周辺医療機関との関係	249(22%)	650(56%)	230(20%)	25(2%)	1,154
行政システムの理解	179(15%)	549(47%)	367(32%)	62(5%)	1,157
市町村職員との関係	276(24%)	628(54%)	217(19%)	36(3%)	1,157
保健行政への参加	252(22%)	510(44%)	321(28%)	79(7%)	1,162
保健関係職員との関係	280(24%)	589(51%)	248(21%)	44(4%)	1,161
福祉行政への参加	210(18%)	485(42%)	380(33%)	85(7%)	1,160
福祉関係職員との関係	244(21%)	574(50%)	293(25%)	47(4%)	1,158
住民との関係	306(26%)	579(50%)	245(21%)	28(2%)	1,158
集合時間厳守	369(32%)	581(51%)	173(15%)	21(2%)	1,144
会議での発言	294(26%)	537(47%)	272(24%)	33(3%)	1,136

「医療機関の健全な経営」は「どちらかと言えば満足している」以上の回答は47%で、唯一50%を下回った。133市町村(10%)は、市町村医療機関の医師への満足度に関する全項目に記入がなかった。

表 付録 I-15 医療機関の医師への期待

	市 (n=334)				計
	期待している	どちらかと言えば期待している	どちらかと言えば期待していない	期待していない	
幅広い医療の提供	184(65%)	81(29%)	19(7%)	0(0%)	284
受診患者の満足度	213(75%)	70(25%)	2(1%)	0(0%)	285
医療機関の健全な経営	149(53%)	106(37%)	18(6%)	10(4%)	283
医療機器購入時の配慮	116(41%)	128(45%)	31(11%)	7(2%)	282
医療機関職員との関係	171(61%)	105(37%)	5(2%)	0(0%)	281
医療機関の評判	210(74%)	68(24%)	4(1%)	0(0%)	282
初期救急医療対応	208(73%)	61(22%)	10(4%)	4(1%)	283
周辺医療機関との関係	167(59%)	102(36%)	12(4%)	1(0.4%)	282
行政システムの理解	145(51%)	115(41%)	21(7%)	2(1%)	283
市町村職員との関係	161(57%)	108(38%)	11(4%)	2(1%)	282
保健行政への参加	166(58%)	105(37%)	10(4%)	4(1%)	285
保健関係職員との関係	163(57%)	111(39%)	9(3%)	2(1%)	285
福祉行政への参加	140(49%)	125(44%)	15(5%)	5(2%)	285
福祉関係職員との関係	151(53%)	119(42%)	11(4%)	2(1%)	283
住民との関係	203(71%)	75(26%)	5(2%)	1(0.4%)	284
集合時間厳守	129(46%)	134(48%)	14(5%)	2(1%)	279
会議での発言	158(56%)	101(36%)	18(6%)	4(1%)	281
現在勤務医師の継続勤務	124(44%)	122(44%)	28(10%)	6(2%)	280

	へき地指定外町村 (n=206)				計
	期待している	どちらかと言えば期待している	どちらかと言えば期待していない	期待していない	
幅広い医療の提供	102(56%)	67(37%)	8(4%)	4(2%)	181
受診患者の満足度	132(72%)	48(26%)	3(2%)	1(1%)	184
医療機関の健全な経営	96(52%)	74(40%)	11(6%)	3(2%)	184
医療機器購入時の配慮	70(38%)	88(48%)	23(13%)	2(1%)	183
医療機関職員との関係	110(60%)	66(36%)	7(4%)	1(1%)	184
医療機関の評判	128(70%)	50(27%)	5(3%)	1(1%)	184
初期救急医療対応	109(59%)	61(33%)	12(7%)	2(1%)	184
周辺医療機関との関係	94(51%)	81(44%)	8(4%)	1(1%)	184
行政システムの理解	90(49%)	77(42%)	18(10%)	0(0%)	185
市町村職員との関係	100(55%)	69(38%)	12(7%)	1(1%)	182
保健行政への参加	109(60%)	69(38%)	4(2%)	1(1%)	183
保健関係職員との関係	106(58%)	68(37%)	9(5%)	1(1%)	184
福祉行政への参加	103(56%)	71(39%)	10(5%)	0(0%)	184
福祉関係職員との関係	94(51%)	79(43%)	11(6%)	0(0%)	184
住民との関係	133(72%)	44(24%)	7(4%)	0(0%)	184
集合時間厳守	87(48%)	83(46%)	12(7%)	0(0%)	182
会議での発言	109(60%)	62(34%)	12(7%)	0(0%)	183
現在勤務医師の継続勤務	95(52%)	63(34%)	20(11%)	5(3%)	183

表 付録 I-16 医療機関の医師への期待(続き)

	へき地指定町村 (n=775)				計
	期待している	どちらかと言えば期待している	どちらかと言えば期待していない	期待していない	
幅広い医療の提供	429(62%)	216(31%)	43(6%)	8(1%)	696
受診患者の満足度	517(73%)	169(24%)	16(2%)	2(0.3%)	704
医療機関の健全な経営	362(52%)	268(39%)	47(7%)	15(2%)	692
医療機器購入時の配慮	286(41%)	342(50%)	48(7%)	14(2%)	690
医療機関職員との関係	457(65%)	224(32%)	14(2%)	3(0.4%)	698
医療機関の評判	484(69%)	197(28%)	14(2%)	2(0.3%)	697
初期救急医療対応	479(69%)	180(26%)	24(3%)	12(2%)	695
周辺医療機関との関係	426(61%)	251(36%)	16(2%)	4(1%)	697
行政システムの理解	363(52%)	280(40%)	48(7%)	6(1%)	697
市町村職員との関係	429(61%)	246(35%)	22(3%)	4(1%)	701
保健行政への参加	468(67%)	199(28%)	30(4%)	5(1%)	702
保健関係職員との関係	459(66%)	220(32%)	16(2%)	3(0.4%)	698
福祉行政への参加	410(59%)	248(36%)	34(5%)	6(1%)	698
福祉関係職員との関係	431(62%)	245(35%)	17(2%)	3(0.4%)	696
住民との関係	526(75%)	158(23%)	11(2%)	2(0.3%)	697
集合時間厳守	365(53%)	292(42%)	27(4%)	7(1%)	691
会議での発言	454(66%)	213(31%)	20(3%)	6(1%)	693
現在勤務医師の継続勤務	420(60%)	205(29%)	50(7%)	22(3%)	697

	計 (n=1315)				計
	期待している	どちらかと言えば期待している	どちらかと言えば期待していない	期待していない	
幅広い医療の提供	715(62%)	364(31%)	70(6%)	12(1%)	1,161
受診患者の満足度	862(73%)	287(24%)	21(2%)	3(0.3%)	1,173
医療機関の健全な経営	607(52%)	448(39%)	76(7%)	28(2%)	1,159
医療機器購入時の配慮	472(41%)	558(48%)	102(9%)	23(2%)	1,155
医療機関職員との関係	738(63%)	395(34%)	26(2%)	4(0.3%)	1,163
医療機関の評判	822(71%)	315(27%)	23(2%)	3(0.3%)	1,163
初期救急医療対応	796(69%)	302(26%)	46(4%)	18(2%)	1,162
周辺医療機関との関係	687(59%)	434(37%)	36(3%)	6(1%)	1,163
行政システムの理解	598(51%)	472(41%)	87(7%)	8(1%)	1,165
市町村職員との関係	690(59%)	423(36%)	45(4%)	7(1%)	1,165
保健行政への参加	743(64%)	373(32%)	44(4%)	10(1%)	1,170
保健関係職員との関係	728(62%)	399(34%)	34(3%)	6(1%)	1,167
福祉行政への参加	653(56%)	444(38%)	59(5%)	11(1%)	1,167
福祉関係職員との関係	676(58%)	443(38%)	39(3%)	5(0.4%)	1,163
住民との関係	862(74%)	277(24%)	23(2%)	3(0.3%)	1,165
集合時間厳守	581(50%)	509(44%)	53(5%)	9(1%)	1,152
会議での発言	721(62%)	376(32%)	50(4%)	10(1%)	1,157
現在勤務医師の継続勤務	639(55%)	390(34%)	98(8%)	33(3%)	1,160

131市町村(10%)は、市町村医療機関の医師に対する期待に関する全項目に記入がなかった。

表 付録 I-17 市町村の医療、保健、福祉の現状

	市 (n=646)				計
	はい	どちらかと言えば はい	どちらかと言えば いいえ	いいえ	
医療機関設備の充実	113(19%)	292(48%)	172(28%)	27(4%)	604
医療機関経営の安定	40(7%)	337(58%)	159(27%)	49(8%)	585
医師確保の安定	93(15%)	325(54%)	150(25%)	33(5%)	601
看護婦確保の安定	69(12%)	294(49%)	202(34%)	31(5%)	596
幅広い医療の内容	93(15%)	278(46%)	204(34%)	27(4%)	602
信頼できる医療	86(14%)	357(60%)	138(23%)	17(3%)	598
保健施設が充実	50(8%)	270(45%)	224(37%)	60(10%)	604
保健活動内容が充実	54(9%)	343(56%)	186(31%)	26(4%)	609
保健婦確保の安定	47(8%)	274(45%)	219(36%)	66(11%)	606
福祉施設が充実	62(10%)	307(51%)	209(34%)	29(5%)	607
福祉活動内容が充実	51(8%)	348(58%)	184(31%)	20(3%)	603
介護福祉職員確保が安定	45(8%)	294(49%)	228(38%)	30(5%)	597
満足した在宅医療	23(4%)	273(46%)	272(45%)	31(5%)	599
満足した初期救急医療	69(11%)	310(51%)	192(32%)	31(5%)	602
医療、保健、福祉の連携	40(7%)	289(48%)	246(40%)	33(5%)	608
老後の安心	33(5%)	330(55%)	216(36%)	22(4%)	601
老後の生きがい	30(5%)	335(55%)	219(36%)	20(3%)	604
子どもを育てやすい	36(6%)	376(62%)	174(29%)	18(3%)	604

	へき地指定外町村 (n=977)				計
	はい	どちらかと言えば はい	どちらかと言えば いいえ	いいえ	
医療機関設備の充実	121(13%)	373(40%)	329(35%)	116(12%)	939
医療機関経営の安定	108(12%)	520(59%)	171(19%)	80(9%)	879
医師確保の安定	143(15%)	431(47%)	259(28%)	93(10%)	926
看護婦確保の安定	103(11%)	453(50%)	275(30%)	82(9%)	913
幅広い医療の内容	103(11%)	330(36%)	372(40%)	123(13%)	928
信頼できる医療	115(12%)	545(58%)	245(26%)	28(3%)	933
保健施設が充実	80(8%)	358(38%)	376(39%)	138(14%)	952
保健活動内容が充実	90(9%)	504(53%)	322(34%)	39(4%)	955
保健婦確保の安定	121(13%)	428(45%)	325(34%)	84(9%)	958
福祉施設が充実	85(9%)	404(42%)	367(38%)	99(10%)	955
福祉活動内容が充実	68(7%)	493(52%)	353(37%)	43(4%)	957
介護福祉職員確保が安定	76(8%)	367(39%)	416(44%)	84(9%)	943
満足した在宅医療	46(5%)	429(45%)	398(42%)	70(7%)	943
満足した初期救急医療	81(9%)	430(45%)	348(37%)	88(9%)	947
医療、保健、福祉の連携	91(10%)	508(53%)	317(33%)	41(4%)	957
老後の安心	75(8%)	527(55%)	324(34%)	28(3%)	954
老後の生きがい	69(7%)	494(52%)	364(38%)	28(3%)	955
子どもを育てやすい	86(9%)	598(63%)	241(25%)	29(3%)	954

表 付録 I-18 市町村の医療、保健、福祉の現状(続き)

	へき地指定町村 (n=1,436)				計
	はい	どちらかと言えば はい	どちらかと言えば いいえ	いいえ	
医療機関設備の充実	139(10%)	467(34%)	506(36%)	281(20%)	1,393
医療機関経営の安定	143(11%)	513(38%)	395(30%)	286(21%)	1,337
医師確保の安定	179(13%)	498(36%)	442(32%)	261(19%)	1,380
看護婦確保の安定	186(14%)	532(39%)	483(35%)	175(13%)	1,376
幅広い医療の内容	93(7%)	408(30%)	592(43%)	287(21%)	1,380
信頼できる医療	195(14%)	696(50%)	391(28%)	98(7%)	1,380
保健施設が充実	137(10%)	440(31%)	547(39%)	274(20%)	1,398
保健活動内容が充実	134(10%)	706(51%)	473(34%)	84(6%)	1,397
保健婦確保の安定	230(16%)	569(41%)	434(31%)	167(12%)	1,400
福祉施設が充実	169(12%)	551(39%)	512(37%)	170(12%)	1,402
福祉活動内容が充実	129(9%)	654(47%)	533(38%)	80(6%)	1,396
介護福祉職員確保が安定	116(8%)	559(40%)	565(41%)	153(11%)	1,393
満足した在宅医療	78(6%)	512(37%)	652(47%)	147(11%)	1,389
満足した初期救急医療	112(8%)	515(37%)	571(41%)	191(14%)	1,389
医療、保健、福祉の連携	172(12%)	691(49%)	471(34%)	67(5%)	1,401
老後の安心	101(7%)	664(47%)	535(38%)	102(7%)	1,402
老後の生きがい	85(6%)	636(46%)	577(41%)	95(7%)	1,393
子どもを育てやすい	97(7%)	696(50%)	512(37%)	96(7%)	1,401

	計 (n=3,059)				計
	はい	どちらかと言えば はい	どちらかと言えば いいえ	いいえ	
医療機関設備の充実	373(13%)	1,132(39%)	1,007(34%)	424(14%)	2,936
医療機関経営の安定	291(10%)	1,370(49%)	725(26%)	415(15%)	2,801
医師確保の安定	415(14%)	1,254(43%)	851(29%)	387(13%)	2,907
看護婦確保の安定	358(12%)	1,279(44%)	960(33%)	288(10%)	2,885
幅広い医療の内容	289(10%)	1,016(35%)	1,168(40%)	437(15%)	2,910
信頼できる医療	396(14%)	1,598(55%)	774(27%)	143(5%)	2,911
保健施設が充実	267(9%)	1,068(36%)	1,147(39%)	472(16%)	2,954
保健活動内容が充実	278(9%)	1,553(52%)	981(33%)	149(5%)	2,961
保健婦確保の安定	398(13%)	1,271(43%)	978(33%)	317(11%)	2,964
福祉施設が充実	316(11%)	1,262(43%)	1,088(37%)	298(10%)	2,964
福祉活動内容が充実	248(8%)	1,495(51%)	1,070(36%)	143(5%)	2,956
介護福祉職員確保が安定	237(8%)	1,220(42%)	1,209(41%)	267(9%)	2,933
満足した在宅医療	147(5%)	1,214(41%)	1,322(45%)	248(8%)	2,931
満足した初期救急医療	262(9%)	1,255(43%)	1,111(38%)	310(11%)	2,938
医療、保健、福祉の連携	303(10%)	1,488(50%)	1,034(35%)	141(5%)	2,966
老後の安心	209(7%)	1,521(51%)	1,075(36%)	152(5%)	2,957
老後の生きがい	184(6%)	1,465(50%)	1,160(39%)	143(5%)	2,952
子どもを育てやすい	219(7%)	1,670(56%)	927(31%)	143(5%)	2,959

60市町村(2%)は、市町村の医療、保健、福祉の現状の全項目に回答がなかった。

表 付録 I-19 都道府県別 市町村にある施設

都道府県名	公的医療機関	市町村医療機関	市町村保健センター	在宅介護支援センター	訪問看護ステーション	老人保健施設	特別養護老人ホーム	デイサービス・センター	回答数
北海道	165(82%)	139(69%)	102(50%)	183(91%)	117(58%)	72(36%)	172(85%)	185(92%)	202
青森県	46(69%)	45(67%)	37(55%)	59(88%)	26(39%)	24(36%)	46(69%)	58(87%)	67
岩手県	49(84%)	33(57%)	45(78%)	56(97%)	35(60%)	36(62%)	57(98%)	55(95%)	58
宮城県	43(66%)	41(63%)	51(78%)	61(94%)	36(55%)	28(43%)	44(68%)	59(91%)	65
秋田県	36(55%)	28(43%)	45(69%)	62(95%)	22(34%)	26(40%)	60(92%)	59(91%)	65
山形県	30(71%)	26(62%)	26(62%)	38(90%)	24(57%)	20(48%)	41(98%)	38(90%)	42
福島県	44(52%)	26(31%)	58(69%)	76(90%)	37(44%)	19(23%)	41(49%)	76(90%)	84
茨城県	25(29%)	16(19%)	74(87%)	58(68%)	47(55%)	45(53%)	66(78%)	66(78%)	85
栃木県	17(35%)	10(20%)	40(82%)	44(90%)	29(59%)	25(51%)	41(84%)	47(96%)	49
群馬県	25(37%)	18(26%)	53(78%)	46(68%)	27(40%)	27(40%)	40(59%)	62(91%)	68
埼玉県	27(33%)	17(21%)	72(88%)	61(74%)	44(54%)	40(49%)	72(88%)	67(82%)	82
千葉県	31(43%)	25(35%)	52(72%)	48(67%)	41(57%)	39(54%)	52(72%)	52(72%)	72
東京都	38(66%)	19(33%)	39(67%)	50(86%)	42(72%)	32(55%)	51(88%)	51(88%)	58
神奈川県	16(50%)	12(38%)	25(78%)	23(72%)	25(78%)	21(66%)	25(78%)	24(75%)	32
新潟県	66(61%)	47(44%)	83(77%)	96(89%)	47(44%)	46(43%)	72(67%)	99(92%)	108
富山県	19(58%)	15(45%)	27(82%)	26(79%)	17(52%)	19(58%)	25(76%)	29(88%)	33
石川県	19(51%)	17(46%)	24(65%)	29(78%)	24(65%)	17(46%)	22(59%)	30(81%)	37
福井県	22(63%)	18(51%)	28(80%)	27(77%)	16(46%)	15(43%)	27(77%)	29(83%)	35
山梨県	29(48%)	27(44%)	41(67%)	38(62%)	27(44%)	16(26%)	26(43%)	51(84%)	61
長野県	71(63%)	55(49%)	79(71%)	94(84%)	59(53%)	35(31%)	64(57%)	102(91%)	112
岐阜県	58(61%)	51(54%)	74(78%)	83(87%)	34(36%)	27(28%)	35(37%)	84(88%)	95
静岡県	33(46%)	26(36%)	61(85%)	55(76%)	35(49%)	29(40%)	54(75%)	58(81%)	72
愛知県	40(49%)	31(38%)	71(88%)	73(90%)	47(58%)	41(51%)	56(69%)	76(94%)	81
三重県	30(52%)	20(34%)	36(62%)	51(88%)	24(41%)	24(41%)	33(57%)	48(83%)	58
滋賀県	29(62%)	26(55%)	46(98%)	43(91%)	24(51%)	16(34%)	30(64%)	37(79%)	47
京都府	21(53%)	17(43%)	31(78%)	33(83%)	26(65%)	13(33%)	31(78%)	35(88%)	40
大阪府	27(71%)	23(61%)	36(95%)	36(95%)	34(89%)	28(74%)	37(97%)	36(95%)	38
兵庫県	49(60%)	46(57%)	63(78%)	72(89%)	51(63%)	34(42%)	72(89%)	75(93%)	81
奈良県	28(65%)	22(51%)	35(81%)	24(56%)	19(44%)	13(30%)	25(58%)	26(60%)	43
和歌山県	28(58%)	25(52%)	27(56%)	39(81%)	29(60%)	16(33%)	32(67%)	41(85%)	48
鳥取県	15(42%)	10(28%)	22(61%)	29(81%)	15(42%)	14(39%)	14(39%)	28(78%)	36
島根県	34(62%)	26(47%)	30(55%)	50(91%)	34(62%)	25(45%)	44(80%)	50(91%)	55
岡山県	40(54%)	39(53%)	51(69%)	56(76%)	37(50%)	30(41%)	47(64%)	58(78%)	74
広島県	41(51%)	29(36%)	49(61%)	72(90%)	40(50%)	31(39%)	58(73%)	73(91%)	80
山口県	34(64%)	28(53%)	41(77%)	51(96%)	28(53%)	26(49%)	52(98%)	48(91%)	53
徳島県	21(48%)	17(39%)	13(30%)	39(89%)	14(32%)	19(43%)	28(64%)	40(91%)	44
香川県	20(51%)	16(41%)	19(49%)	30(77%)	16(41%)	22(56%)	28(72%)	31(79%)	39
愛媛県	39(57%)	31(45%)	55(80%)	54(78%)	23(33%)	28(41%)	42(61%)	48(70%)	69
高知県	26(52%)	23(46%)	38(76%)	43(86%)	18(36%)	18(36%)	34(68%)	47(94%)	50
福岡県	30(33%)	23(25%)	55(60%)	65(71%)	49(54%)	46(51%)	82(90%)	73(80%)	91
佐賀県	15(34%)	11(25%)	28(64%)	38(86%)	21(48%)	20(45%)	30(68%)	34(77%)	44
長崎県	43(55%)	32(41%)	33(42%)	68(87%)	25(32%)	27(35%)	60(77%)	69(88%)	78
熊本県	33(36%)	27(30%)	43(47%)	72(79%)	39(43%)	40(44%)	69(76%)	72(79%)	91
大分県	23(42%)	17(31%)	31(56%)	44(80%)	26(47%)	18(33%)	34(62%)	47(85%)	55
宮崎県	27(63%)	21(49%)	22(51%)	39(91%)	22(51%)	23(53%)	40(93%)	40(93%)	43
鹿児島県	42(47%)	35(39%)	63(70%)	82(91%)	47(52%)	43(48%)	85(94%)	81(90%)	90
沖縄県	24(49%)	9(18%)	18(37%)	28(57%)	16(33%)	17(35%)	33(67%)	30(61%)	49
計	1,668(55%)	1,315(43%)	2,092(68%)	2,544(83%)	1,535(50%)	1,290(42%)	2,229(73%)	2,624(86%)	3,059

表 付録 I-20 都道府県別 医療機関設備の充実

都道府県名	はい	どちらかと言え はい	どちらかと言え いいえ	いいえ	回答数
北海道	32(16%)	75(38%)	67(34%)	24(12%)	198
青森県	6(9%)	27(42%)	19(30%)	12(19%)	64
岩手県	10(17%)	25(43%)	16(28%)	7(12%)	58
宮城県	5(8%)	18(29%)	32(52%)	7(11%)	62
秋田県	10(16%)	23(36%)	25(39%)	6(9%)	64
山形県	5(12%)	16(38%)	13(31%)	8(19%)	42
福島県	7(8%)	25(30%)	28(34%)	23(28%)	83
茨城県	4(5%)	25(30%)	35(42%)	20(24%)	84
栃木県	3(7%)	22(48%)	16(35%)	5(11%)	46
群馬県	4(7%)	24(39%)	25(41%)	8(13%)	61
埼玉県	7(9%)	24(30%)	39(49%)	9(11%)	79
千葉県	5(7%)	22(32%)	29(43%)	12(18%)	68
東京都	6(12%)	19(37%)	24(46%)	3(6%)	52
神奈川県	0(0%)	13(45%)	13(45%)	3(10%)	29
新潟県	8(8%)	50(49%)	30(29%)	15(15%)	103
富山県	5(16%)	13(41%)	5(16%)	9(28%)	32
石川県	8(22%)	16(43%)	6(16%)	7(19%)	37
福井県	5(16%)	11(34%)	13(41%)	3(9%)	32
山梨県	10(18%)	16(28%)	19(33%)	12(21%)	57
長野県	8(7%)	56(51%)	33(30%)	12(11%)	109
岐阜県	8(9%)	40(43%)	30(33%)	14(15%)	92
静岡県	12(17%)	28(39%)	22(31%)	9(13%)	71
愛知県	11(14%)	30(39%)	32(42%)	3(4%)	76
三重県	5(9%)	18(33%)	19(35%)	13(24%)	55
滋賀県	7(16%)	21(47%)	14(31%)	3(7%)	45
京都府	5(13%)	12(32%)	16(42%)	5(13%)	38
大阪府	8(27%)	12(40%)	9(30%)	1(3%)	30
兵庫県	9(12%)	46(59%)	11(14%)	12(15%)	78
奈良県	11(26%)	13(30%)	12(28%)	7(16%)	43
和歌山県	5(11%)	17(37%)	20(43%)	4(9%)	46
鳥取県	4(11%)	14(40%)	13(37%)	4(11%)	35
島根県	9(17%)	14(26%)	19(35%)	12(22%)	54
岡山県	10(14%)	27(38%)	29(40%)	6(8%)	72
広島県	9(12%)	34(44%)	19(25%)	15(19%)	77
山口県	9(18%)	18(35%)	20(39%)	4(8%)	51
徳島県	10(23%)	9(21%)	14(33%)	10(23%)	43
香川県	5(13%)	16(42%)	13(34%)	4(11%)	38
愛媛県	6(9%)	24(36%)	24(36%)	12(18%)	66
高知県	6(13%)	16(34%)	18(38%)	7(15%)	47
福岡県	14(18%)	31(39%)	25(32%)	9(11%)	79
佐賀県	7(16%)	22(51%)	10(23%)	4(9%)	43
長崎県	9(12%)	35(45%)	24(31%)	9(12%)	77
熊本県	15(17%)	28(31%)	25(28%)	21(24%)	89
大分県	4(7%)	19(35%)	24(44%)	8(15%)	55
宮崎県	8(19%)	19(44%)	12(28%)	4(9%)	43
鹿児島県	14(16%)	33(38%)	32(37%)	8(9%)	87
沖縄県	5(11%)	16(35%)	14(30%)	11(24%)	46
計	373(13%)	1,132(39%)	1,007(34%)	424(14%)	2,936

表 付録 I-21 都道府県別 医療機関経営の安定

都道府県名	はい	どちらかと言え はい	どちらかと言え いいえ	いいえ	回答数
北海道	17(9%)	68(35%)	56(29%)	55(28%)	196
青森県	7(12%)	12(20%)	20(33%)	21(35%)	60
岩手県	7(12%)	19(33%)	17(30%)	14(25%)	57
宮城県	2(3%)	26(43%)	20(33%)	13(21%)	61
秋田県	6(9%)	33(52%)	17(27%)	8(13%)	64
山形県	6(15%)	10(24%)	12(29%)	13(32%)	41
福島県	6(8%)	32(41%)	23(29%)	17(22%)	78
茨城県	1(1%)	46(58%)	22(28%)	11(14%)	80
栃木県	8(18%)	25(56%)	10(22%)	2(4%)	45
群馬県	9(16%)	32(56%)	14(25%)	2(4%)	57
埼玉県	6(8%)	39(53%)	22(30%)	6(8%)	73
千葉県	5(8%)	34(52%)	24(36%)	3(5%)	66
東京都	4(9%)	22(48%)	16(35%)	4(9%)	46
神奈川県	1(4%)	19(70%)	6(22%)	1(4%)	27
新潟県	7(7%)	47(48%)	29(30%)	15(15%)	98
富山県	5(17%)	14(48%)	6(21%)	4(14%)	29
石川県	4(12%)	16(48%)	9(27%)	4(12%)	33
福井県	4(12%)	20(61%)	6(18%)	3(9%)	33
山梨県	8(15%)	24(46%)	13(25%)	7(13%)	52
長野県	8(8%)	54(51%)	28(27%)	15(14%)	105
岐阜県	14(16%)	37(42%)	27(30%)	11(12%)	89
静岡県	7(10%)	48(70%)	11(16%)	3(4%)	69
愛知県	4(5%)	51(67%)	16(21%)	5(7%)	76
三重県	6(12%)	32(62%)	7(13%)	7(13%)	52
滋賀県	4(9%)	23(53%)	10(23%)	6(14%)	43
京都府	3(9%)	19(54%)	8(23%)	5(14%)	35
大阪府	3(10%)	14(47%)	9(30%)	4(13%)	30
兵庫県	5(7%)	31(42%)	27(37%)	10(14%)	73
奈良県	4(10%)	21(54%)	8(21%)	6(15%)	39
和歌山県	4(9%)	21(49%)	13(30%)	5(12%)	43
鳥取県	4(13%)	16(53%)	6(20%)	4(13%)	30
島根県	3(6%)	20(38%)	13(25%)	17(32%)	53
岡山県	10(15%)	33(49%)	17(25%)	8(12%)	68
広島県	10(14%)	41(56%)	14(19%)	8(11%)	73
山口県	4(9%)	25(53%)	13(28%)	5(11%)	47
徳島県	8(20%)	16(40%)	5(13%)	11(28%)	40
香川県	6(16%)	21(57%)	4(11%)	6(16%)	37
愛媛県	6(10%)	25(40%)	18(29%)	14(22%)	63
高知県	4(9%)	22(49%)	11(24%)	8(18%)	45
福岡県	7(9%)	46(61%)	18(24%)	5(7%)	76
佐賀県	6(15%)	24(60%)	6(15%)	4(10%)	40
長崎県	10(13%)	36(48%)	14(19%)	15(20%)	75
熊本県	9(10%)	44(51%)	19(22%)	14(16%)	86
大分県	5(10%)	24(46%)	21(40%)	2(4%)	52
宮崎県	6(14%)	26(60%)	6(14%)	5(12%)	43
鹿児島県	12(15%)	45(56%)	17(21%)	6(8%)	80
沖縄県	6(14%)	17(40%)	17(40%)	3(7%)	43
計	291(10%)	1,370(49%)	725(26%)	415(15%)	2,801

表 付録 I -22 都道府県別 医師確保の安定

都道府県名	はい	どちらかと言え はい	どちらかと言え いいえ	いいえ	回答数
北海道	31(16%)	72(37%)	57(29%)	36(18%)	196
青森県	4(6%)	21(33%)	16(25%)	22(35%)	63
岩手県	13(22%)	21(36%)	11(19%)	13(22%)	58
宮城県	5(8%)	23(37%)	26(42%)	8(13%)	62
秋田県	8(13%)	26(41%)	21(33%)	9(14%)	64
山形県	4(10%)	14(33%)	15(36%)	9(21%)	42
福島県	12(15%)	21(26%)	28(34%)	21(26%)	82
茨城県	4(5%)	32(39%)	35(42%)	12(14%)	83
栃木県	7(15%)	24(51%)	14(30%)	2(4%)	47
群馬県	10(17%)	24(40%)	20(33%)	6(10%)	60
埼玉県	12(16%)	28(37%)	27(36%)	8(11%)	75
千葉県	8(12%)	22(33%)	32(48%)	5(7%)	67
東京都	10(20%)	30(59%)	8(16%)	3(6%)	51
神奈川県	2(7%)	15(54%)	8(29%)	3(11%)	28
新潟県	9(9%)	43(43%)	30(30%)	19(19%)	101
富山県	6(19%)	13(42%)	9(29%)	3(10%)	31
石川県	6(17%)	14(40%)	10(29%)	5(14%)	35
福井県	5(15%)	11(33%)	12(36%)	5(15%)	33
山梨県	12(22%)	20(37%)	14(26%)	8(15%)	54
長野県	16(15%)	51(47%)	32(29%)	10(9%)	109
岐阜県	21(23%)	39(42%)	27(29%)	6(6%)	93
静岡県	12(17%)	32(46%)	22(31%)	4(6%)	70
愛知県	10(13%)	40(52%)	25(32%)	2(3%)	77
三重県	9(17%)	25(46%)	8(15%)	12(22%)	54
滋賀県	8(18%)	23(51%)	8(18%)	6(13%)	45
京都府	3(8%)	20(51%)	12(31%)	4(10%)	39
大阪府	6(20%)	19(63%)	3(10%)	2(7%)	30
兵庫県	11(14%)	34(44%)	23(30%)	9(12%)	77
奈良県	10(24%)	17(41%)	12(29%)	2(5%)	41
和歌山県	3(7%)	21(47%)	15(33%)	6(13%)	45
鳥取県	6(18%)	12(36%)	11(33%)	4(12%)	33
島根県	9(17%)	19(35%)	12(22%)	14(26%)	54
岡山県	15(21%)	29(41%)	20(29%)	6(9%)	70
広島県	10(13%)	33(43%)	22(29%)	11(14%)	76
山口県	7(14%)	18(35%)	21(41%)	5(10%)	51
徳島県	4(9%)	20(47%)	10(23%)	9(21%)	43
香川県	8(22%)	20(54%)	7(19%)	2(5%)	37
愛媛県	7(10%)	31(46%)	19(28%)	10(15%)	67
高知県	4(9%)	23(49%)	12(26%)	8(17%)	47
福岡県	11(14%)	43(54%)	18(23%)	7(9%)	79
佐賀県	7(17%)	26(62%)	8(19%)	1(2%)	42
長崎県	11(14%)	36(47%)	20(26%)	10(13%)	77
熊本県	14(16%)	36(40%)	26(29%)	13(15%)	89
大分県	2(4%)	26(48%)	21(39%)	5(9%)	54
宮崎県	8(19%)	22(51%)	7(16%)	6(14%)	43
鹿児島県	11(13%)	43(49%)	25(29%)	8(9%)	87
沖縄県	4(9%)	22(48%)	12(26%)	8(17%)	46
計	415(14%)	1,254(43%)	851(29%)	387(13%)	2,907

表 付録 I -23 都道府県別 看護婦確保の安定

都道府県名	はい	どちらかと言え はい	どちらかと言え いいえ	いいえ	回答数
北海道	27(14%)	89(45%)	60(30%)	22(11%)	198
青森県	12(19%)	27(43%)	13(21%)	11(17%)	63
岩手県	10(17%)	29(50%)	17(29%)	2(3%)	58
宮城県	6(10%)	29(47%)	22(35%)	5(8%)	62
秋田県	8(13%)	31(48%)	21(33%)	4(6%)	64
山形県	5(12%)	16(39%)	14(34%)	6(15%)	41
福島県	13(16%)	24(30%)	32(40%)	12(15%)	81
茨城県	6(8%)	31(39%)	33(41%)	10(13%)	80
栃木県	4(9%)	23(49%)	15(32%)	5(11%)	47
群馬県	9(15%)	22(37%)	24(40%)	5(8%)	60
埼玉県	8(11%)	22(30%)	35(48%)	8(11%)	73
千葉県	4(6%)	29(43%)	28(41%)	7(10%)	68
東京都	5(10%)	21(41%)	21(41%)	4(8%)	51
神奈川県	2(7%)	16(59%)	7(26%)	2(7%)	27
新潟県	10(10%)	45(44%)	36(35%)	11(11%)	102
富山県	3(10%)	10(32%)	15(48%)	3(10%)	31
石川県	5(15%)	14(41%)	10(29%)	5(15%)	34
福井県	5(15%)	12(36%)	11(33%)	5(15%)	33
山梨県	10(19%)	22(42%)	13(25%)	7(13%)	52
長野県	17(16%)	55(50%)	31(28%)	6(6%)	109
岐阜県	13(14%)	46(50%)	29(32%)	4(4%)	92
静岡県	11(15%)	36(51%)	19(27%)	5(7%)	71
愛知県	7(9%)	38(49%)	28(36%)	4(5%)	77
三重県	8(15%)	27(50%)	10(19%)	9(17%)	54
滋賀県	6(13%)	16(35%)	16(35%)	8(17%)	46
京都府	4(11%)	17(45%)	15(39%)	2(5%)	38
大阪府	4(13%)	15(50%)	7(23%)	4(13%)	30
兵庫県	6(8%)	41(55%)	20(27%)	7(9%)	74
奈良県	5(12%)	19(45%)	14(33%)	4(10%)	42
和歌山県	4(9%)	21(47%)	16(36%)	4(9%)	45
鳥取県	3(9%)	14(42%)	13(39%)	3(9%)	33
島根県	6(11%)	18(33%)	22(41%)	8(15%)	54
岡山県	9(13%)	30(45%)	24(36%)	4(6%)	67
広島県	11(14%)	27(36%)	31(41%)	7(9%)	76
山口県	3(6%)	23(47%)	17(35%)	6(12%)	49
徳島県	3(7%)	18(43%)	14(33%)	7(17%)	42
香川県	5(13%)	14(37%)	16(42%)	3(8%)	38
愛媛県	4(6%)	29(45%)	23(36%)	8(13%)	64
高知県	5(11%)	21(45%)	13(28%)	8(17%)	47
福岡県	10(13%)	46(58%)	19(24%)	5(6%)	80
佐賀県	7(18%)	21(53%)	11(28%)	1(3%)	40
長崎県	11(14%)	32(42%)	26(34%)	8(10%)	77
熊本県	14(16%)	40(45%)	26(30%)	8(9%)	88
大分県	4(7%)	22(41%)	21(39%)	7(13%)	54
宮崎県	7(16%)	23(53%)	10(23%)	3(7%)	43
鹿児島県	13(15%)	38(44%)	29(34%)	6(7%)	86
沖縄県	6(14%)	20(45%)	13(30%)	5(11%)	44
計	358(12%)	1,279(44%)	960(33%)	288(10%)	2,885

表 付録 I-24 都道府県別 幅広い医療の内容

都道府県名	はい	どちらかと言えば はい	どちらかと言えば いいえ	いいえ	回答数
北海道	18(9%)	54(27%)	87(44%)	38(19%)	197
青森県	5(8%)	21(33%)	23(37%)	14(22%)	63
岩手県	9(16%)	14(25%)	26(46%)	8(14%)	57
宮城県	4(7%)	21(35%)	28(47%)	7(12%)	60
秋田県	8(13%)	22(34%)	25(39%)	9(14%)	64
山形県	3(7%)	10(24%)	20(48%)	9(21%)	42
福島県	7(9%)	16(20%)	35(43%)	24(29%)	82
茨城県	3(4%)	22(27%)	36(44%)	21(26%)	82
栃木県	4(9%)	19(40%)	16(34%)	8(17%)	47
群馬県	6(10%)	23(37%)	24(38%)	10(16%)	63
埼玉県	6(8%)	28(37%)	36(47%)	6(8%)	76
千葉県	5(7%)	26(38%)	28(41%)	10(14%)	69
東京都	7(13%)	26(49%)	19(36%)	1(2%)	53
神奈川県	1(4%)	14(50%)	12(43%)	1(4%)	28
新潟県	7(7%)	40(39%)	40(39%)	15(15%)	102
富山県	4(13%)	11(35%)	13(42%)	3(10%)	31
石川県	7(20%)	11(31%)	13(37%)	4(11%)	35
福井県	2(6%)	13(41%)	12(38%)	5(16%)	32
山梨県	7(13%)	20(36%)	15(27%)	13(24%)	55
長野県	8(7%)	49(45%)	38(35%)	15(14%)	110
岐阜県	10(11%)	29(32%)	42(46%)	11(12%)	92
静岡県	10(14%)	29(40%)	21(29%)	12(17%)	72
愛知県	7(9%)	36(47%)	29(38%)	5(6%)	77
三重県	5(9%)	18(33%)	21(38%)	11(20%)	55
滋賀県	4(9%)	25(54%)	13(28%)	4(9%)	46
京都府	4(10%)	16(41%)	15(38%)	4(10%)	39
大阪府	5(17%)	14(47%)	7(23%)	4(13%)	30
兵庫県	6(8%)	36(46%)	28(36%)	8(10%)	78
奈良県	7(17%)	18(44%)	11(27%)	5(12%)	41
和歌山県	4(9%)	10(23%)	24(56%)	5(12%)	43
鳥取県	3(9%)	10(30%)	15(45%)	5(15%)	33
島根県	6(11%)	16(30%)	22(41%)	10(19%)	54
岡山県	7(10%)	27(38%)	31(44%)	6(8%)	71
広島県	6(8%)	26(35%)	29(39%)	14(19%)	75
山口県	7(14%)	15(31%)	20(41%)	7(14%)	49
徳島県	8(19%)	6(14%)	21(49%)	8(19%)	43
香川県	5(13%)	14(37%)	16(42%)	3(8%)	38
愛媛県	4(6%)	16(25%)	32(49%)	13(20%)	65
高知県	5(11%)	15(32%)	20(43%)	7(15%)	47
福岡県	11(14%)	30(38%)	29(36%)	10(13%)	80
佐賀県	5(12%)	19(45%)	12(29%)	6(14%)	42
長崎県	10(13%)	24(31%)	28(36%)	15(19%)	77
熊本県	11(13%)	29(33%)	35(40%)	13(15%)	88
大分県	3(6%)	19(35%)	23(43%)	9(17%)	54
宮崎県	2(5%)	17(40%)	19(44%)	5(12%)	43
鹿児島県	6(7%)	28(33%)	42(49%)	9(11%)	85
沖縄県	7(16%)	14(31%)	17(38%)	7(16%)	45
計	289(10%)	1,016(35%)	1,168(40%)	437(15%)	2,910

表 付録 I-25 都道府県別 信頼できる医療

都道府県名	はい	どちらかと言えば はい	どちらかと言えば いいえ	いいえ	回答数
北海道	28(14%)	88(44%)	70(35%)	12(6%)	198
青森県	13(21%)	30(48%)	14(22%)	6(10%)	63
岩手県	9(16%)	30(52%)	17(29%)	2(3%)	58
宮城県	6(10%)	36(58%)	18(29%)	2(3%)	62
秋田県	11(17%)	31(48%)	19(30%)	3(5%)	64
山形県	3(7%)	27(64%)	10(24%)	2(5%)	42
福島県	7(9%)	27(34%)	36(46%)	9(11%)	79
茨城県	7(9%)	32(40%)	33(41%)	9(11%)	81
栃木県	6(13%)	27(59%)	11(24%)	2(4%)	46
群馬県	7(11%)	33(52%)	20(32%)	3(5%)	63
埼玉県	10(13%)	38(50%)	26(34%)	2(3%)	76
千葉県	7(10%)	44(63%)	16(23%)	3(4%)	70
東京都	12(24%)	28(55%)	11(22%)	0(0%)	51
神奈川県	1(4%)	22(79%)	5(18%)	0(0%)	28
新潟県	10(10%)	64(62%)	27(26%)	2(2%)	103
富山県	5(16%)	18(58%)	6(19%)	2(6%)	31
石川県	8(22%)	17(47%)	9(25%)	2(6%)	36
福井県	6(18%)	17(52%)	7(21%)	3(9%)	33
山梨県	14(25%)	26(47%)	13(24%)	2(4%)	55
長野県	13(12%)	69(62%)	21(19%)	8(7%)	111
岐阜県	13(14%)	58(62%)	19(20%)	3(3%)	93
静岡県	10(14%)	42(59%)	18(25%)	1(1%)	71
愛知県	12(15%)	51(65%)	13(17%)	2(3%)	78
三重県	7(13%)	32(57%)	13(23%)	4(7%)	56
滋賀県	6(13%)	29(63%)	10(22%)	1(2%)	46
京都府	5(13%)	29(76%)	3(8%)	1(3%)	38
大阪府	7(23%)	17(57%)	6(20%)	0(0%)	30
兵庫県	5(6%)	50(65%)	20(26%)	2(3%)	77
奈良県	11(26%)	23(55%)	7(17%)	1(2%)	42
和歌山県	8(19%)	22(51%)	12(28%)	1(2%)	43
鳥取県	5(15%)	15(45%)	10(30%)	3(9%)	33
島根県	6(11%)	27(51%)	18(34%)	2(4%)	53
岡山県	11(16%)	41(59%)	12(17%)	6(9%)	70
広島県	11(15%)	38(51%)	22(30%)	3(4%)	74
山口県	9(19%)	28(58%)	10(21%)	1(2%)	48
徳島県	7(16%)	25(58%)	8(19%)	3(7%)	43
香川県	6(16%)	23(62%)	7(19%)	1(3%)	37
愛媛県	5(8%)	38(58%)	18(27%)	5(8%)	66
高知県	8(17%)	27(59%)	7(15%)	4(9%)	46
福岡県	6(7%)	51(62%)	24(29%)	1(1%)	82
佐賀県	8(19%)	26(62%)	5(12%)	3(7%)	42
長崎県	8(10%)	39(51%)	25(32%)	5(6%)	77
熊本県	12(14%)	43(49%)	27(31%)	5(6%)	87
大分県	5(9%)	29(54%)	17(31%)	3(6%)	54
宮崎県	8(19%)	22(51%)	12(28%)	1(2%)	43
鹿児島県	6(7%)	51(59%)	26(30%)	4(5%)	87
沖縄県	8(18%)	18(40%)	16(36%)	3(7%)	45
計	396(14%)	1,598(55%)	774(27%)	143(5%)	2,911

表 付録 I-26 都道府県別 保健施設が充実

都道府県名	はい	どちらかと言え ばはい	どちらかと言え ばいいえ	いいえ	回答数
北海道	32(16%)	67(34%)	68(35%)	30(15%)	197
青森県	5(8%)	16(25%)	27(43%)	15(24%)	63
岩手県	11(19%)	28(48%)	10(17%)	9(16%)	58
宮城県	8(13%)	25(41%)	22(36%)	6(10%)	61
秋田県	4(6%)	23(36%)	27(42%)	10(16%)	64
山形県	5(12%)	10(24%)	17(40%)	10(24%)	42
福島県	4(5%)	27(33%)	33(40%)	18(22%)	82
茨城県	2(2%)	33(39%)	35(41%)	15(18%)	85
栃木県	2(4%)	14(30%)	25(53%)	6(13%)	47
群馬県	4(6%)	24(37%)	22(34%)	15(23%)	65
埼玉県	5(6%)	33(43%)	32(42%)	7(9%)	77
千葉県	6(9%)	21(30%)	29(42%)	13(19%)	69
東京都	5(9%)	21(39%)	22(41%)	6(11%)	54
神奈川県	3(10%)	11(38%)	10(34%)	5(17%)	29
新潟県	5(5%)	41(41%)	39(39%)	15(15%)	100
富山県	2(6%)	15(47%)	11(34%)	4(13%)	32
石川県	4(11%)	16(44%)	9(25%)	7(19%)	36
福井県	4(12%)	11(33%)	9(27%)	9(27%)	33
山梨県	6(10%)	26(45%)	18(31%)	8(14%)	58
長野県	10(9%)	51(46%)	43(39%)	7(6%)	111
岐阜県	11(12%)	27(29%)	45(48%)	10(11%)	93
静岡県	11(15%)	27(38%)	25(35%)	8(11%)	71
愛知県	6(8%)	36(46%)	31(40%)	5(6%)	78
三重県	2(4%)	26(46%)	18(32%)	11(19%)	57
滋賀県	6(13%)	17(36%)	18(38%)	6(13%)	47
京都府	2(5%)	12(32%)	18(47%)	6(16%)	38
大阪府	7(23%)	13(43%)	8(27%)	2(7%)	30
兵庫県	5(6%)	37(48%)	24(31%)	11(14%)	77
奈良県	5(12%)	11(27%)	20(49%)	5(12%)	41
和歌山県	5(11%)	12(26%)	19(40%)	11(23%)	47
鳥取県	3(9%)	11(32%)	14(41%)	6(18%)	34
島根県	4(7%)	20(36%)	20(36%)	11(20%)	55
岡山県	7(10%)	24(34%)	31(44%)	9(13%)	71
広島県	8(10%)	26(34%)	33(43%)	10(13%)	77
山口県	4(8%)	18(37%)	24(49%)	3(6%)	49
徳島県	3(7%)	14(33%)	11(26%)	15(35%)	43
香川県	3(8%)	9(24%)	20(53%)	6(16%)	38
愛媛県	6(9%)	24(36%)	28(42%)	9(13%)	67
高知県	3(6%)	21(42%)	15(30%)	11(22%)	50
福岡県	4(5%)	37(45%)	30(36%)	12(14%)	83
佐賀県	2(5%)	17(40%)	16(37%)	8(19%)	43
長崎県	8(10%)	15(19%)	37(47%)	18(23%)	78
熊本県	8(9%)	26(29%)	33(36%)	24(26%)	91
大分県	3(5%)	24(44%)	22(40%)	6(11%)	55
宮崎県	3(7%)	13(30%)	18(42%)	9(21%)	43
鹿児島県	10(11%)	27(31%)	38(43%)	13(15%)	88
沖縄県	1(2%)	11(23%)	23(49%)	12(26%)	47
計	267(9%)	1,068(36%)	1,147(39%)	472(16%)	2,954

表 付録 I-27 都道府県別 保健活動内容が充実

都道府県名	はい	どちらかと言え ばはい	どちらかと言え ばいいえ	いいえ	回答数
北海道	24(12%)	117(60%)	45(23%)	10(5%)	196
青森県	5(8%)	27(43%)	29(46%)	2(3%)	63
岩手県	9(16%)	35(60%)	12(21%)	2(3%)	58
宮城県	3(5%)	36(58%)	22(35%)	1(2%)	62
秋田県	4(6%)	35(55%)	21(33%)	4(6%)	64
山形県	6(14%)	23(55%)	8(19%)	5(12%)	42
福島県	4(5%)	45(55%)	29(35%)	4(5%)	82
茨城県	5(6%)	36(42%)	39(46%)	5(6%)	85
栃木県	2(4%)	20(42%)	22(46%)	4(8%)	48
群馬県	4(6%)	38(61%)	18(29%)	2(3%)	62
埼玉県	5(6%)	33(42%)	34(44%)	6(8%)	78
千葉県	9(13%)	31(45%)	26(38%)	3(4%)	69
東京都	4(7%)	29(54%)	16(30%)	5(9%)	54
神奈川県	4(14%)	17(61%)	7(25%)	0(0%)	28
新潟県	6(6%)	51(50%)	41(40%)	5(5%)	103
富山県	2(6%)	19(58%)	10(30%)	2(6%)	33
石川県	4(11%)	18(49%)	13(35%)	2(5%)	37
福井県	4(12%)	16(48%)	11(33%)	2(6%)	33
山梨県	10(17%)	33(57%)	12(21%)	3(5%)	58
長野県	12(11%)	70(63%)	21(19%)	8(7%)	111
岐阜県	7(8%)	48(53%)	32(35%)	4(4%)	91
静岡県	10(14%)	43(60%)	17(24%)	2(3%)	72
愛知県	8(10%)	43(55%)	26(33%)	1(1%)	78
三重県	5(9%)	27(47%)	23(40%)	2(4%)	57
滋賀県	4(9%)	25(54%)	16(35%)	1(2%)	46
京都府	2(5%)	25(64%)	12(31%)	0(0%)	39
大阪府	7(23%)	16(53%)	7(23%)	0(0%)	30
兵庫県	9(12%)	45(58%)	21(27%)	3(4%)	78
奈良県	4(9%)	26(60%)	13(30%)	0(0%)	43
和歌山県	7(15%)	17(36%)	20(43%)	3(6%)	47
鳥取県	3(9%)	21(62%)	7(21%)	3(9%)	34
島根県	6(11%)	28(51%)	18(33%)	3(5%)	55
岡山県	9(13%)	39(54%)	19(26%)	5(7%)	72
広島県	6(8%)	40(52%)	27(35%)	4(5%)	77
山口県	4(8%)	33(66%)	12(24%)	1(2%)	50
徳島県	4(9%)	21(49%)	11(26%)	7(16%)	43
香川県	3(8%)	20(53%)	14(37%)	1(3%)	38
愛媛県	5(7%)	35(52%)	22(33%)	5(7%)	67
高知県	5(10%)	23(46%)	17(34%)	5(10%)	50
福岡県	7(8%)	51(59%)	25(29%)	3(3%)	86
佐賀県	3(7%)	18(44%)	19(46%)	1(2%)	41
長崎県	10(13%)	29(37%)	33(42%)	6(8%)	78
熊本県	11(12%)	39(43%)	37(41%)	4(4%)	91
大分県	4(7%)	32(58%)	18(33%)	1(2%)	55
宮崎県	3(7%)	21(49%)	19(44%)	0(0%)	43
鹿児島県	5(6%)	42(48%)	38(43%)	3(3%)	88
沖縄県	1(2%)	17(37%)	22(48%)	6(13%)	46
計	278(9%)	1,553(52%)	981(33%)	149(5%)	2,961

表 付録 I -28 都道府県別 保健婦確保の安定

都道府県名	はい	どちらかと言え はい	どちらかと言え いいえ	いいえ	回答数
北海道	51(26%)	102(52%)	33(17%)	11(6%)	197
青森県	13(21%)	25(40%)	19(30%)	6(10%)	63
岩手県	11(19%)	28(48%)	14(24%)	5(9%)	58
宮城県	7(11%)	30(48%)	19(31%)	6(10%)	62
秋田県	7(11%)	30(47%)	20(31%)	7(11%)	64
山形県	4(10%)	22(54%)	10(24%)	5(12%)	41
福島県	10(12%)	33(40%)	22(27%)	18(22%)	83
茨城県	6(7%)	38(45%)	33(39%)	8(9%)	85
栃木県	4(8%)	19(40%)	22(46%)	3(6%)	48
群馬県	9(14%)	27(42%)	21(33%)	7(11%)	64
埼玉県	9(12%)	32(41%)	27(35%)	10(13%)	78
千葉県	8(11%)	31(44%)	23(33%)	8(11%)	70
東京都	8(15%)	21(40%)	15(28%)	9(17%)	53
神奈川県	2(7%)	17(59%)	10(34%)	0(0%)	29
新潟県	8(8%)	50(49%)	32(31%)	13(13%)	103
富山県	2(6%)	18(55%)	8(24%)	5(15%)	33
石川県	5(14%)	12(32%)	19(51%)	1(3%)	37
福井県	3(9%)	12(38%)	13(41%)	4(13%)	32
山梨県	12(21%)	29(51%)	11(19%)	5(9%)	57
長野県	18(16%)	52(47%)	32(29%)	9(8%)	111
岐阜県	10(11%)	36(39%)	35(38%)	11(12%)	92
静岡県	16(22%)	31(43%)	23(32%)	2(3%)	72
愛知県	8(10%)	41(53%)	23(30%)	5(6%)	77
三重県	5(9%)	23(40%)	22(39%)	7(12%)	57
滋賀県	4(9%)	19(40%)	20(43%)	4(9%)	47
京都府	4(10%)	19(49%)	15(38%)	1(3%)	39
大阪府	7(24%)	15(52%)	4(14%)	3(10%)	29
兵庫県	8(10%)	29(37%)	34(44%)	7(9%)	78
奈良県	13(30%)	15(35%)	13(30%)	2(5%)	43
和歌山県	5(11%)	17(36%)	17(36%)	8(17%)	47
鳥取県	6(17%)	10(29%)	14(40%)	5(14%)	35
島根県	6(11%)	25(45%)	17(31%)	7(13%)	55
岡山県	14(19%)	32(44%)	22(30%)	5(7%)	73
広島県	12(16%)	29(38%)	29(38%)	7(9%)	77
山口県	6(12%)	19(38%)	16(32%)	9(18%)	50
徳島県	5(12%)	12(28%)	13(30%)	13(30%)	43
香川県	4(10%)	15(38%)	14(36%)	6(15%)	39
愛媛県	8(12%)	31(47%)	20(30%)	7(11%)	66
高知県	8(16%)	25(50%)	8(16%)	9(18%)	50
福岡県	7(9%)	32(39%)	38(46%)	5(6%)	82
佐賀県	4(9%)	16(36%)	19(43%)	5(11%)	44
長崎県	11(14%)	31(40%)	25(32%)	10(13%)	77
熊本県	13(14%)	32(35%)	36(40%)	10(11%)	91
大分県	3(5%)	30(55%)	19(35%)	3(5%)	55
宮崎県	3(7%)	16(37%)	19(44%)	5(12%)	43
鹿児島県	9(10%)	28(32%)	35(40%)	16(18%)	88
沖縄県	2(4%)	15(32%)	25(53%)	5(11%)	47
計	398(13%)	1,271(43%)	978(33%)	317(11%)	2,964

表 付録 I -29 都道府県別 福祉施設が充実

都道府県名	はい	どちらかと言え はい	どちらかと言え いいえ	いいえ	回答数
北海道	29(15%)	86(44%)	59(30%)	21(11%)	195
青森県	4(6%)	23(36%)	26(41%)	11(17%)	64
岩手県	10(17%)	27(47%)	15(26%)	6(10%)	58
宮城県	7(11%)	26(42%)	24(39%)	5(8%)	62
秋田県	7(11%)	34(54%)	18(29%)	4(6%)	63
山形県	9(21%)	13(31%)	15(36%)	5(12%)	42
福島県	6(7%)	36(43%)	32(38%)	10(12%)	84
茨城県	4(5%)	33(39%)	37(44%)	11(13%)	85
栃木県	1(2%)	21(45%)	21(45%)	4(9%)	47
群馬県	5(8%)	30(46%)	20(31%)	10(15%)	65
埼玉県	7(9%)	34(44%)	30(38%)	7(9%)	78
千葉県	5(7%)	27(39%)	31(45%)	6(9%)	69
東京都	8(15%)	24(44%)	17(31%)	5(9%)	54
神奈川県	2(7%)	12(41%)	11(38%)	4(14%)	29
新潟県	7(7%)	57(56%)	32(31%)	6(6%)	102
富山県	3(9%)	15(47%)	12(38%)	2(6%)	32
石川県	6(16%)	18(49%)	9(24%)	4(11%)	37
福井県	5(15%)	13(39%)	11(33%)	4(12%)	33
山梨県	8(14%)	23(40%)	19(33%)	7(12%)	57
長野県	15(14%)	54(49%)	38(34%)	4(4%)	111
岐阜県	9(10%)	43(46%)	33(35%)	8(9%)	93
静岡県	8(11%)	28(39%)	28(39%)	7(10%)	71
愛知県	7(9%)	38(49%)	31(40%)	2(3%)	78
三重県	4(7%)	24(41%)	19(33%)	11(19%)	58
滋賀県	4(9%)	16(34%)	20(43%)	7(15%)	47
京都府	4(11%)	15(41%)	14(38%)	4(11%)	37
大阪府	4(13%)	19(63%)	5(17%)	2(7%)	30
兵庫県	8(10%)	43(54%)	23(29%)	5(6%)	79
奈良県	4(9%)	13(30%)	22(51%)	4(9%)	43
和歌山県	8(17%)	15(32%)	20(43%)	4(9%)	47
鳥取県	6(18%)	14(41%)	10(29%)	4(12%)	34
島根県	10(18%)	22(40%)	18(33%)	5(9%)	55
岡山県	10(14%)	33(45%)	25(34%)	5(7%)	73
広島県	11(14%)	23(30%)	34(45%)	8(11%)	76
山口県	9(18%)	21(42%)	17(34%)	3(6%)	50
徳島県	4(9%)	16(37%)	15(35%)	8(19%)	43
香川県	3(8%)	17(44%)	16(41%)	3(8%)	39
愛媛県	7(11%)	25(38%)	23(35%)	11(17%)	66
高知県	5(10%)	21(42%)	15(30%)	9(18%)	50
福岡県	6(7%)	38(45%)	36(42%)	5(6%)	85
佐賀県	3(7%)	18(42%)	18(42%)	4(9%)	43
長崎県	6(8%)	31(40%)	32(41%)	9(12%)	78
熊本県	8(9%)	33(36%)	36(40%)	14(15%)	91
大分県	4(7%)	24(44%)	25(45%)	2(4%)	55
宮崎県	3(7%)	15(35%)	18(42%)	7(16%)	43
鹿児島県	11(13%)	33(38%)	39(45%)	4(5%)	87
沖縄県	2(4%)	18(39%)	19(41%)	7(15%)	46
計	316(11%)	1,262(43%)	1,088(37%)	298(10%)	2,964

表 付録 I-30 都道府県別 福祉活動内容が充実

都道府県名	はい	どちらかと言え はい	どちらかと言え いいえ	いいえ	回答数
北海道	21(11%)	101(52%)	63(32%)	11(6%)	196
青森県	6(9%)	26(41%)	29(45%)	3(5%)	64
岩手県	7(12%)	34(59%)	14(24%)	3(5%)	58
宮城県	3(5%)	33(53%)	25(40%)	1(2%)	62
秋田県	3(5%)	43(67%)	17(27%)	1(2%)	64
山形県	9(21%)	21(50%)	9(21%)	3(7%)	42
福島県	5(6%)	37(44%)	41(49%)	1(1%)	84
茨城県	4(5%)	39(46%)	33(39%)	8(10%)	84
栃木県	2(4%)	24(50%)	20(42%)	2(4%)	48
群馬県	5(8%)	33(51%)	25(38%)	2(3%)	65
埼玉県	5(6%)	37(48%)	31(40%)	4(5%)	77
千葉県	2(3%)	35(51%)	29(42%)	3(4%)	69
東京都	7(13%)	32(62%)	9(17%)	4(8%)	52
神奈川県	1(3%)	14(48%)	14(48%)	0(0%)	29
新潟県	6(6%)	54(53%)	37(37%)	4(4%)	101
富山県	3(9%)	19(59%)	9(28%)	1(3%)	32
石川県	3(8%)	15(41%)	17(46%)	2(5%)	37
福井県	2(6%)	17(52%)	11(33%)	3(9%)	33
山梨県	11(19%)	29(51%)	16(28%)	1(2%)	57
長野県	11(10%)	69(62%)	26(23%)	5(5%)	111
岐阜県	10(11%)	46(49%)	34(37%)	3(3%)	93
静岡県	6(8%)	34(47%)	30(42%)	2(3%)	72
愛知県	6(8%)	45(58%)	25(32%)	2(3%)	78
三重県	6(10%)	27(47%)	21(36%)	4(7%)	58
滋賀県	3(6%)	18(38%)	22(47%)	4(9%)	47
京都府	1(3%)	19(51%)	17(46%)	0(0%)	37
大阪府	3(10%)	20(67%)	6(20%)	1(3%)	30
兵庫県	7(9%)	41(53%)	25(32%)	5(6%)	78
奈良県	5(12%)	21(49%)	16(37%)	1(2%)	43
和歌山県	5(11%)	19(42%)	18(40%)	3(7%)	45
鳥取県	4(11%)	16(46%)	12(34%)	3(9%)	35
島根県	6(11%)	28(52%)	18(33%)	2(4%)	54
岡山県	6(8%)	42(58%)	21(29%)	3(4%)	72
広島県	7(9%)	31(40%)	33(43%)	6(8%)	77
山口県	5(10%)	25(50%)	19(38%)	1(2%)	50
徳島県	5(12%)	17(40%)	16(37%)	5(12%)	43
香川県	1(3%)	20(51%)	16(41%)	2(5%)	39
愛媛県	4(6%)	26(39%)	30(45%)	6(9%)	66
高知県	4(8%)	30(60%)	11(22%)	5(10%)	50
福岡県	4(5%)	47(56%)	29(35%)	4(5%)	84
佐賀県	2(5%)	25(60%)	15(36%)	0(0%)	42
長崎県	7(9%)	33(42%)	33(42%)	5(6%)	78
熊本県	6(7%)	42(47%)	37(41%)	5(6%)	90
大分県	2(4%)	26(48%)	26(48%)	0(0%)	54
宮崎県	4(9%)	23(53%)	14(33%)	2(5%)	43
鹿児島県	11(13%)	44(51%)	29(33%)	3(3%)	87
沖縄県	2(4%)	18(39%)	22(48%)	4(9%)	46
計	248(8%)	1,495(51%)	1,070(36%)	143(5%)	2,956

表 付録 I-31 都道府県別 介護福祉職員確保が安定

都道府県名	はい	どちらかと言え はい	どちらかと言え いいえ	いいえ	回答数
北海道	23(12%)	97(49%)	63(32%)	14(7%)	197
青森県	7(11%)	28(44%)	24(38%)	5(8%)	64
岩手県	10(17%)	25(43%)	18(31%)	5(9%)	58
宮城県	3(5%)	28(45%)	28(45%)	3(5%)	62
秋田県	6(9%)	29(45%)	27(42%)	2(3%)	64
山形県	6(14%)	22(52%)	11(26%)	3(7%)	42
福島県	6(7%)	28(34%)	38(46%)	11(13%)	83
茨城県	5(6%)	22(26%)	44(52%)	13(15%)	84
栃木県	1(2%)	18(39%)	22(48%)	5(11%)	46
群馬県	8(12%)	24(36%)	28(42%)	6(9%)	66
埼玉県	7(9%)	27(36%)	34(45%)	8(11%)	76
千葉県	0(0%)	29(42%)	29(42%)	11(16%)	69
東京都	6(12%)	18(35%)	22(42%)	6(12%)	52
神奈川県	4(14%)	9(32%)	14(50%)	1(4%)	28
新潟県	11(11%)	46(45%)	40(39%)	5(5%)	102
富山県	3(10%)	14(45%)	9(29%)	5(16%)	31
石川県	5(14%)	16(43%)	14(38%)	2(5%)	37
福井県	4(12%)	11(33%)	16(48%)	2(6%)	33
山梨県	6(11%)	25(45%)	20(36%)	5(9%)	56
長野県	6(6%)	62(57%)	36(33%)	4(4%)	108
岐阜県	12(13%)	42(45%)	38(41%)	1(1%)	93
静岡県	5(7%)	32(46%)	29(42%)	3(4%)	69
愛知県	7(9%)	31(40%)	35(45%)	5(6%)	78
三重県	6(10%)	26(45%)	19(33%)	7(12%)	58
滋賀県	1(2%)	13(28%)	28(60%)	5(11%)	47
京都府	1(3%)	16(43%)	14(38%)	6(16%)	37
大阪府	1(4%)	13(46%)	13(46%)	1(4%)	28
兵庫県	6(8%)	34(44%)	31(40%)	6(8%)	77
奈良県	6(14%)	9(21%)	21(50%)	6(14%)	42
和歌山県	3(7%)	18(40%)	19(42%)	5(11%)	45
鳥取県	2(6%)	17(52%)	12(36%)	2(6%)	33
島根県	2(4%)	26(48%)	22(41%)	4(7%)	54
岡山県	5(7%)	28(39%)	33(46%)	6(8%)	72
広島県	6(8%)	25(33%)	38(50%)	7(9%)	76
山口県	2(4%)	23(46%)	23(46%)	2(4%)	50
徳島県	4(9%)	15(35%)	18(42%)	6(14%)	43
香川県	0(0%)	17(44%)	17(44%)	5(13%)	39
愛媛県	3(5%)	21(33%)	33(52%)	7(11%)	64
高知県	5(10%)	26(52%)	12(24%)	7(14%)	50
福岡県	8(10%)	32(38%)	36(43%)	8(10%)	84
佐賀県	3(7%)	16(38%)	16(38%)	7(17%)	42
長崎県	4(5%)	33(42%)	29(37%)	12(15%)	78
熊本県	5(6%)	34(38%)	42(47%)	9(10%)	90
大分県	4(7%)	25(45%)	22(40%)	4(7%)	55
宮崎県	2(5%)	22(52%)	16(38%)	2(5%)	42
鹿児島県	7(8%)	33(39%)	35(41%)	10(12%)	85
沖縄県	0(0%)	15(34%)	21(48%)	8(18%)	44
計	237(8%)	1,220(42%)	1,209(41%)	267(9%)	2,933

表 付録 I -34 都道府県別 医療、保健、福祉の連携

都道府県名	はい	どちらかと言え ばはい	どちらかと言え ばいいえ	いいえ	回答数
北海道	24(12%)	102(52%)	68(34%)	4(2%)	198
青森県	8(13%)	21(33%)	31(49%)	3(5%)	63
岩手県	11(19%)	33(57%)	12(21%)	2(3%)	58
宮城県	4(7%)	37(61%)	19(31%)	1(2%)	61
秋田県	8(13%)	34(53%)	21(33%)	1(2%)	64
山形県	8(19%)	25(60%)	5(12%)	4(10%)	42
福島県	7(8%)	36(43%)	36(43%)	5(6%)	84
茨城県	1(1%)	45(54%)	29(35%)	9(11%)	84
栃木県	2(4%)	23(48%)	20(42%)	3(6%)	48
群馬県	6(9%)	33(50%)	25(38%)	2(3%)	66
埼玉県	8(10%)	35(45%)	29(37%)	6(8%)	78
千葉県	5(7%)	38(55%)	22(32%)	4(6%)	69
東京都	7(13%)	28(52%)	17(31%)	2(4%)	54
神奈川県	3(10%)	16(55%)	10(34%)	0(0%)	29
新潟県	11(11%)	56(54%)	30(29%)	6(6%)	103
富山県	3(10%)	17(55%)	9(29%)	2(6%)	31
石川県	3(8%)	19(51%)	14(38%)	1(3%)	37
福井県	2(6%)	19(58%)	10(30%)	2(6%)	33
山梨県	9(16%)	31(54%)	14(25%)	3(5%)	57
長野県	17(15%)	61(55%)	28(25%)	5(5%)	111
岐阜県	11(12%)	46(49%)	28(30%)	8(9%)	93
静岡県	9(13%)	39(54%)	21(29%)	3(4%)	72
愛知県	8(10%)	45(58%)	23(29%)	2(3%)	78
三重県	4(7%)	25(44%)	25(44%)	3(5%)	57
滋賀県	5(11%)	25(53%)	15(32%)	2(4%)	47
京都府	2(5%)	26(68%)	8(21%)	2(5%)	38
大阪府	2(7%)	13(43%)	14(47%)	1(3%)	30
兵庫県	12(15%)	40(51%)	20(26%)	6(8%)	78
奈良県	3(7%)	19(44%)	21(49%)	0(0%)	43
和歌山県	6(13%)	22(48%)	16(35%)	2(4%)	46
鳥取県	5(14%)	16(46%)	13(37%)	1(3%)	35
島根県	5(9%)	29(53%)	16(29%)	5(9%)	55
岡山県	13(18%)	30(42%)	25(35%)	4(6%)	72
広島県	4(5%)	37(48%)	33(43%)	3(4%)	77
山口県	6(12%)	21(42%)	21(42%)	2(4%)	50
徳島県	5(12%)	21(49%)	13(30%)	4(9%)	43
香川県	3(8%)	23(59%)	11(28%)	2(5%)	39
愛媛県	6(9%)	32(48%)	26(39%)	2(3%)	66
高知県	5(10%)	18(37%)	24(49%)	2(4%)	49
福岡県	10(12%)	42(49%)	31(36%)	3(3%)	86
佐賀県	2(5%)	21(49%)	19(44%)	1(2%)	43
長崎県	7(9%)	37(47%)	31(40%)	3(4%)	78
熊本県	5(6%)	43(48%)	36(40%)	6(7%)	90
大分県	6(11%)	22(40%)	24(44%)	3(5%)	55
宮崎県	3(7%)	25(58%)	14(33%)	1(2%)	43
鹿児島県	7(8%)	43(49%)	34(39%)	3(3%)	87
沖縄県	2(4%)	19(41%)	23(50%)	2(4%)	46
計	303(10%)	1,488(50%)	1,034(35%)	141(5%)	2,966

表 付録 I -35 都道府県別 老後の安心

都道府県名	はい	どちらかと言え ばはい	どちらかと言え ばいいえ	いいえ	回答数
北海道	13(7%)	101(51%)	71(36%)	13(7%)	198
青森県	6(9%)	21(32%)	32(49%)	6(9%)	65
岩手県	5(9%)	33(57%)	15(26%)	5(9%)	58
宮城県	5(8%)	32(52%)	23(37%)	2(3%)	62
秋田県	3(5%)	33(52%)	28(44%)	0(0%)	64
山形県	4(10%)	21(50%)	12(29%)	5(12%)	42
福島県	5(6%)	33(40%)	41(49%)	4(5%)	83
茨城県	0(0%)	40(48%)	37(44%)	7(8%)	84
栃木県	1(2%)	23(48%)	23(48%)	1(2%)	48
群馬県	6(9%)	35(54%)	19(29%)	5(8%)	65
埼玉県	2(3%)	47(60%)	25(32%)	4(5%)	78
千葉県	5(7%)	34(49%)	28(41%)	2(3%)	69
東京都	3(6%)	30(58%)	19(37%)	0(0%)	52
神奈川県	1(3%)	16(55%)	12(41%)	0(0%)	29
新潟県	6(6%)	48(47%)	37(36%)	12(12%)	103
富山県	2(6%)	17(55%)	11(35%)	1(3%)	31
石川県	4(11%)	17(46%)	13(35%)	3(8%)	37
福井県	4(12%)	19(58%)	7(21%)	3(9%)	33
山梨県	9(16%)	30(54%)	14(25%)	3(5%)	56
長野県	14(13%)	68(61%)	23(21%)	6(5%)	111
岐阜県	6(7%)	50(54%)	32(35%)	4(4%)	92
静岡県	7(10%)	36(50%)	26(36%)	3(4%)	72
愛知県	5(6%)	53(68%)	18(23%)	2(3%)	78
三重県	3(5%)	30(53%)	20(35%)	4(7%)	57
滋賀県	3(6%)	24(51%)	19(40%)	1(2%)	47
京都府	1(3%)	22(59%)	14(38%)	0(0%)	37
大阪府	2(7%)	19(66%)	7(24%)	1(3%)	29
兵庫県	6(8%)	43(54%)	26(33%)	4(5%)	79
奈良県	4(10%)	18(43%)	19(45%)	1(2%)	42
和歌山県	1(2%)	26(58%)	17(38%)	1(2%)	45
鳥取県	5(14%)	16(46%)	12(34%)	2(6%)	35
島根県	2(4%)	27(51%)	20(38%)	4(8%)	53
岡山県	9(13%)	40(56%)	17(24%)	6(8%)	72
広島県	6(8%)	34(45%)	31(41%)	5(7%)	76
山口県	7(14%)	21(42%)	21(42%)	1(2%)	50
徳島県	3(7%)	14(33%)	17(40%)	9(21%)	43
香川県	2(5%)	20(53%)	15(39%)	1(3%)	38
愛媛県	4(6%)	30(45%)	32(48%)	1(1%)	67
高知県	3(6%)	31(63%)	11(22%)	4(8%)	49
福岡県	3(3%)	51(59%)	31(36%)	1(1%)	86
佐賀県	2(5%)	24(56%)	16(37%)	1(2%)	43
長崎県	4(5%)	36(47%)	35(45%)	2(3%)	77
熊本県	6(7%)	50(55%)	32(35%)	3(3%)	91
大分県	3(5%)	22(40%)	27(49%)	3(5%)	55
宮崎県	4(9%)	23(53%)	14(33%)	2(5%)	43
鹿児島県	4(5%)	40(46%)	40(46%)	3(3%)	87
沖縄県	6(13%)	23(50%)	16(35%)	1(2%)	46
計	209(7%)	1,521(51%)	1,075(36%)	152(5%)	2,957

表 付録 I -36 都道府県別 老後の生きがい

都道府県名	はい	どちらかと言え ばはい	どちらかと言え ばいいえ	いいえ	回答数
北海道	12(6%)	94(48%)	80(41%)	11(6%)	197
青森県	7(11%)	17(26%)	35(54%)	6(9%)	65
岩手県	4(7%)	31(53%)	19(33%)	4(7%)	58
宮城県	0(0%)	30(49%)	29(48%)	2(3%)	61
秋田県	1(2%)	37(58%)	24(38%)	2(3%)	64
山形県	4(10%)	20(49%)	14(34%)	3(7%)	41
福島県	5(6%)	33(40%)	42(51%)	3(4%)	83
茨城県	0(0%)	43(51%)	33(39%)	8(10%)	84
栃木県	2(4%)	20(42%)	23(48%)	3(6%)	48
群馬県	4(6%)	30(45%)	28(42%)	4(6%)	66
埼玉県	3(4%)	45(58%)	25(32%)	5(6%)	78
千葉県	4(6%)	37(54%)	25(36%)	3(4%)	69
東京都	5(9%)	30(57%)	18(34%)	0(0%)	53
神奈川県	2(7%)	15(52%)	11(38%)	1(3%)	29
新潟県	5(5%)	45(43%)	51(49%)	3(3%)	104
富山県	2(6%)	14(45%)	14(45%)	1(3%)	31
石川県	2(5%)	15(41%)	18(49%)	2(5%)	37
福井県	1(3%)	16(48%)	12(36%)	4(12%)	33
山梨県	9(16%)	32(57%)	15(27%)	0(0%)	56
長野県	10(9%)	65(59%)	32(29%)	4(4%)	111
岐阜県	9(10%)	50(54%)	30(33%)	3(3%)	92
静岡県	6(8%)	37(51%)	27(38%)	2(3%)	72
愛知県	4(5%)	52(67%)	22(28%)	0(0%)	78
三重県	5(9%)	26(46%)	21(37%)	5(9%)	57
滋賀県	2(4%)	24(51%)	21(45%)	0(0%)	47
京都府	1(3%)	23(62%)	13(35%)	0(0%)	37
大阪府	2(7%)	15(52%)	11(38%)	1(3%)	29
兵庫県	2(3%)	44(56%)	27(34%)	6(8%)	79
奈良県	1(2%)	21(50%)	18(43%)	2(5%)	42
和歌山県	1(2%)	22(49%)	20(44%)	2(4%)	45
鳥取県	3(9%)	20(57%)	10(29%)	2(6%)	35
島根県	2(4%)	21(40%)	25(47%)	5(9%)	53
岡山県	7(10%)	41(57%)	20(28%)	4(6%)	72
広島県	5(7%)	35(46%)	29(38%)	7(9%)	76
山口県	6(12%)	21(41%)	22(43%)	2(4%)	51
徳島県	3(7%)	17(40%)	17(40%)	6(14%)	43
香川県	1(3%)	22(58%)	14(37%)	1(3%)	38
愛媛県	3(4%)	31(46%)	31(46%)	2(3%)	67
高知県	6(13%)	22(46%)	17(35%)	3(6%)	48
福岡県	4(5%)	50(60%)	29(35%)	1(1%)	84
佐賀県	3(7%)	23(53%)	15(35%)	2(5%)	43
長崎県	3(4%)	30(39%)	41(54%)	2(3%)	76
熊本県	7(8%)	44(48%)	34(37%)	6(7%)	91
大分県	4(7%)	18(33%)	29(53%)	4(7%)	55
宮崎県	3(7%)	22(52%)	15(36%)	2(5%)	42
鹿児島県	3(3%)	44(51%)	36(42%)	3(3%)	86
沖縄県	6(13%)	21(46%)	18(39%)	1(2%)	46
計	184(6%)	1,465(50%)	1,160(39%)	143(5%)	2,952

表 付録 I -37 都道府県別 子どもを育てやすい

都道府県名	はい	どちらかと言え ばはい	どちらかと言え ばいいえ	いいえ	回答数
北海道	12(6%)	121(62%)	54(28%)	8(4%)	195
青森県	5(8%)	29(45%)	24(38%)	6(9%)	64
岩手県	3(5%)	38(66%)	15(26%)	2(3%)	58
宮城県	3(5%)	36(58%)	22(35%)	1(2%)	62
秋田県	2(3%)	41(64%)	20(31%)	1(2%)	64
山形県	3(7%)	19(46%)	16(39%)	3(7%)	41
福島県	4(5%)	31(37%)	44(52%)	5(6%)	84
茨城県	4(5%)	49(58%)	25(30%)	6(7%)	84
栃木県	1(2%)	24(50%)	22(46%)	1(2%)	48
群馬県	4(6%)	38(58%)	20(30%)	4(6%)	66
埼玉県	5(6%)	48(62%)	22(28%)	3(4%)	78
千葉県	4(6%)	40(58%)	22(32%)	3(4%)	69
東京都	3(6%)	35(66%)	12(23%)	3(6%)	53
神奈川県	1(3%)	19(66%)	9(31%)	0(0%)	29
新潟県	3(3%)	61(59%)	33(32%)	6(6%)	103
富山県	5(16%)	14(45%)	11(35%)	1(3%)	31
石川県	5(14%)	14(38%)	16(43%)	2(5%)	37
福井県	2(6%)	17(52%)	11(33%)	3(9%)	33
山梨県	9(16%)	33(58%)	14(25%)	1(2%)	57
長野県	12(11%)	68(61%)	29(26%)	2(2%)	111
岐阜県	12(13%)	55(59%)	23(25%)	3(3%)	93
静岡県	7(10%)	40(56%)	21(29%)	4(6%)	72
愛知県	11(14%)	47(60%)	18(23%)	2(3%)	78
三重県	6(11%)	29(51%)	20(35%)	2(4%)	57
滋賀県	4(9%)	33(70%)	9(19%)	1(2%)	47
京都府	2(5%)	23(62%)	12(32%)	0(0%)	37
大阪府	4(14%)	14(48%)	10(34%)	1(3%)	29
兵庫県	4(5%)	50(63%)	19(24%)	6(8%)	79
奈良県	3(7%)	20(47%)	19(44%)	1(2%)	43
和歌山県	3(7%)	23(51%)	18(40%)	1(2%)	45
鳥取県	1(3%)	23(66%)	9(26%)	2(6%)	35
島根県	3(5%)	22(40%)	24(44%)	6(11%)	55
岡山県	6(8%)	40(56%)	19(27%)	6(8%)	71
広島県	4(5%)	31(41%)	35(46%)	6(8%)	76
山口県	5(10%)	24(47%)	21(41%)	1(2%)	51
徳島県	4(10%)	18(43%)	12(29%)	8(19%)	42
香川県	1(3%)	25(66%)	12(32%)	0(0%)	38
愛媛県	5(7%)	35(52%)	24(36%)	3(4%)	67
高知県	3(6%)	29(59%)	13(27%)	4(8%)	49
福岡県	3(4%)	57(67%)	20(24%)	5(6%)	85
佐賀県	3(7%)	27(63%)	12(28%)	1(2%)	43
長崎県	4(5%)	42(55%)	26(34%)	5(6%)	77
熊本県	9(10%)	59(65%)	18(20%)	5(5%)	91
大分県	6(11%)	24(44%)	20(36%)	5(9%)	55
宮崎県	2(5%)	26(60%)	13(30%)	2(5%)	43
鹿児島県	9(10%)	52(59%)	26(30%)	1(1%)	88
沖縄県	5(11%)	27(59%)	13(28%)	1(2%)	46
計	219(7%)	1,670(56%)	927(31%)	143(5%)	2,959

表 付録Ⅱ-1 回答状況

	市	町村	計
発 送 数	284	1,078	1,362
宛先不明	3	5	8
廃 院	0	3	3
有効発送数	281	1,070	1,351
回 答 数	212(75%)	814(76%)	1,026(76%)
回答拒否	}	}	}
休 診 中			
対象外施設 (出張診療所などと判明)			
有効回答数	157(56%)	671(63%)	828(61%)
内 訳			
督促なし	104(66%)	466(69%)	570(69%)
督促1回	33(21%)	136(20%)	169(20%)
督促2回	20(13%)	69(10%)	89(11%)

*出張診療所とは常勤医師が不在で、かつ非常勤医師数人で常勤医師に代わる働きを担っている施設ではなく、通常の診療を毎日行っていない診療所とした。
1,362施設へ発送し、回答が1,026(76%)あり、有効回答数は828(61%)だった。
そのうち督促なしで回答があったものは69%だった。

表 付録Ⅱ-2 医療機関の診療科

	市 (n=157)	町村 (n=671)	計 (n=828)
内 科	149(95%)	656(98%)	805(97%)
外 科	124(79%)	410(61%)	534(64%)
小 児 科	118(75%)	394(59%)	512(62%)
整 形 外 科	99(63%)	257(38%)	356(43%)
眼 科	88(56%)	135(20%)	223(27%)
耳 鼻 咽 喉 科	85(54%)	105(16%)	190(23%)
産 婦 人 科	72(46%)	90(13%)	162(20%)
皮 膚 科	68(43%)	92(14%)	160(19%)
そ の 他	96(61%)	221(33%)	317(38%)

内科が全体で97%であり市、町村でも同様であった。それ以外の診療科は町村での割合が市に比し少なかった。

表 付録Ⅱ-3 病床数

一般病床	市 (n=148)	町村 (n=618)	計 (n=766)
0	46(31%)	279(45%)	325(42%)
1～19	8(5%)	131(21%)	139(18%)
20～99	11(7%)	140(23%)	151(20%)
100～	83(56%)	68(11%)	151(20%)

療養型病床群	市 (n=86)	町村 (n=467)	計 (n=553)
0	70(81%)	352(75%)	422(76%)
1～19	0(0%)	43(9%)	43(8%)
20～49	10(12%)	53(11%)	63(11%)
50～	6(7%)	19(4%)	25(5%)

その他の病床	市 (n=103)	町村 (n=389)	計 (n=492)
0	62(60%)	346(89%)	408(83%)
1～19	17(17%)	23(6%)	40(8%)
20～99	15(15%)	12(3%)	27(5%)
100～	9(9%)	8(2%)	17(3%)

町村において無床・有床診療所、100床未満の病院が多く、市においては100床以上の病院の割合が高かった。

表 付録Ⅱ-4 所有する設備

	市 (n=157)	町村 (n=671)	計 (n=828)
心電計	153(97%)	659(98%)	812(98%)
X線撮影装置	145(92%)	620(92%)	765(92%)
超音波断層装置(腹部)	135(86%)	601(90%)	736(89%)
アンビューバッグ	136(87%)	552(82%)	688(83%)
X線透視装置	123(78%)	543(81%)	666(80%)
挿管セット	123(78%)	537(80%)	660(80%)
上部消化管内視鏡	115(73%)	510(76%)	625(75%)
Holter心電計	105(67%)	490(73%)	595(72%)
血算検査装置	102(65%)	385(57%)	487(59%)
超音波断層装置(心臓)	96(61%)	391(58%)	487(59%)
大腸内視鏡	98(62%)	336(50%)	434(52%)
眼底撮影装置	97(62%)	334(50%)	431(52%)
心細動除去装置	105(67%)	322(48%)	427(52%)
生化学検査装置	100(64%)	321(48%)	421(51%)
X線CT断層装置	93(59%)	235(35%)	328(40%)
人工呼吸器	95(61%)	233(35%)	328(40%)
気管支内視鏡	90(57%)	185(28%)	275(33%)
骨塩量測定装置	68(43%)	146(22%)	214(26%)
人工腎臓(透析)装置	70(45%)	72(11%)	142(17%)
MR-CT断層装置	66(42%)	59(9%)	125(15%)

心電計は98%、X線撮影装置は92%の施設で所有していた。

表 付録 II-5 常勤職員数

	0			1			2～5			6～19			20～		
	市 (n=157)	町村 (n=671)	計 (n=828)	市 (n=157)	町村 (n=671)	計 (n=828)	市 (n=157)	町村 (n=671)	計 (n=828)	市 (n=157)	町村 (n=671)	計 (n=828)	市 (n=157)	町村 (n=671)	計 (n=828)
医師	1 (1%)	16 (2%)	17 (2%)	59 (38%)	387 (58%)	446 (54%)	7 (4%)	157 (23%)	164 (20%)	38 (24%)	100 (15%)	138 (17%)	52 (33%)	11 (2%)	63 (8%)
歯科医師	134 (85%)	575 (86%)	709 (86%)	11 (7%)	92 (14%)	103 (12%)	12 (8%)	4 (1%)	16 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
薬剤師	63 (40%)	438 (65%)	501 (61%)	6 (4%)	62 (9%)	68 (8%)	25 (16%)	146 (22%)	171 (21%)	59 (38%)	25 (4%)	84 (10%)	4 (3%)	0 (0%)	4 (0.5%)
看護婦 (士)	30 (19%)	128 (19%)	158 (19%)	22 (14%)	158 (24%)	180 (22%)	11 (7%)	170 (25%)	181 (22%)	4 (3%)	94 (14%)	98 (12%)	90 (57%)	121 (18%)	211 (25%)
准看護婦 (士)	26 (17%)	167 (25%)	193 (23%)	27 (17%)	114 (17%)	141 (17%)	18 (11%)	165 (25%)	183 (22%)	30 (19%)	168 (25%)	198 (24%)	56 (36%)	57 (8%)	113 (14%)
保健婦 (士)	140 (89%)	628 (94%)	768 (93%)	8 (5%)	22 (3%)	30 (4%)	8 (5%)	21 (3%)	29 (4%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
助産婦	93 (59%)	608 (91%)	701 (85%)	1 (1%)	6 (1%)	7 (1%)	13 (8%)	36 (5%)	49 (6%)	45 (29%)	21 (3%)	66 (8%)	5 (3%)	0 (0%)	5 (1%)
看護業務補助者	84 (54%)	448 (67%)	532 (64%)	10 (6%)	32 (5%)	42 (5%)	14 (9%)	76 (11%)	90 (11%)	35 (22%)	105 (16%)	140 (17%)	14 (9%)	10 (1%)	24 (3%)
理学療法士	68 (43%)	511 (76%)	579 (70%)	7 (4%)	73 (11%)	80 (10%)	72 (46%)	82 (12%)	154 (19%)	10 (6%)	5 (1%)	15 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
作業療法士	117 (75%)	631 (94%)	748 (90%)	15 (10%)	25 (4%)	40 (5%)	25 (16%)	15 (2%)	40 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
事務員	25 (16%)	97 (14%)	122 (15%)	21 (13%)	176 (26%)	197 (24%)	23 (15%)	234 (35%)	257 (31%)	41 (26%)	141 (21%)	182 (22%)	47 (30%)	23 (3%)	70 (8%)

	0			1			2～		
	市 (n=157)	町村 (n=671)	計 (n=828)	市 (n=157)	町村 (n=671)	計 (n=828)	市 (n=157)	町村 (n=671)	計 (n=828)
視能訓練士	130 (83%)	652 (97%)	782 (94%)	20 (13%)	19 (3%)	39 (5%)	7 (4%)	0 (0%)	7 (1%)
言語聴覚士	134 (85%)	664 (99%)	798 (96%)	18 (11%)	6 (1%)	24 (3%)	5 (3%)	1 (0.1%)	6 (1%)
義肢装具士	156 (99%)	671 (100%)	827 (99.9%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (0.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
歯科衛生士	134 (85%)	597 (89%)	731 (88%)	6 (4%)	34 (5%)	40 (5%)	17 (11%)	40 (6%)	57 (7%)
歯科技士	146 (93%)	638 (95%)	784 (95%)	9 (6%)	28 (4%)	37 (4%)	2 (1%)	5 (1%)	7 (1%)
診療放射線技師	67 (43%)	441 (66%)	508 (61%)	5 (3%)	94 (14%)	99 (12%)	85 (54%)	136 (20%)	221 (27%)
診療エックス線技師	150 (96%)	632 (94%)	782 (94%)	5 (3%)	34 (5%)	39 (5%)	2 (1%)	5 (1%)	7 (1%)
臨床検査技師	62 (39%)	448 (67%)	510 (62%)	5 (3%)	57 (8%)	62 (7%)	90 (57%)	166 (25%)	256 (31%)
衛生検査技師	153 (97%)	657 (98%)	810 (98%)	4 (3%)	11 (2%)	15 (2%)	0 (0%)	3 (0.4%)	3 (0.4%)
臨床工学技師	110 (70%)	631 (94%)	741 (89%)	20 (13%)	18 (3%)	38 (5%)	27 (17%)	22 (3%)	49 (6%)
あんまマッサージ指圧師	118 (75%)	613 (91%)	731 (88%)	20 (13%)	43 (6%)	63 (8%)	19 (12%)	15 (2%)	34 (4%)
栄養士	63 (40%)	437 (65%)	500 (60%)	19 (12%)	155 (23%)	174 (21%)	75 (48%)	79 (12%)	154 (19%)
ケアマネージャー	121 (77%)	655 (98%)	776 (94%)	26 (17%)	13 (2%)	39 (5%)	10 (6%)	3 (0.4%)	13 (2%)
介護福祉士	151 (96%)	641 (96%)	792 (96%)	3 (2%)	14 (2%)	17 (2%)	3 (2%)	16 (2%)	19 (2%)
臨床心理士	146 (93%)	669 (100%)	815 (98%)	9 (6%)	2 (0.3%)	11 (1%)	2 (1%)	0 (0%)	2 (0.2%)
その他	76 (48%)	439 (65%)	515 (62%)	6 (4%)	57 (8%)	63 (8%)	75 (48%)	175 (26%)	250 (30%)

常勤医師 1 人の施設が54% (市:38% 町村:58%)であった。

表 付録Ⅱ-6 非常勤職員数

	0		1		2 ~ 5		6 ~ 19		20 ~			
	市(n=157)	町村(n=671)	市(n=157)	町村(n=671)	市(n=157)	町村(n=671)	市(n=157)	町村(n=671)	市(n=157)	町村(n=671)		
医師	82(52%)	396(59%)	478(58%)	116(14%)	116(14%)	151(18%)	23(15%)	48(7%)	71(9%)	5(3%)	7(1%)	12(1%)
歯科医師	147(94%)	629(94%)	776(94%)	8(5%)	33(5%)	41(5%)	2(1%)	7(1%)	9(1%)	2(0.2%)	0(0%)	0(0%)
薬剤師	144(92%)	653(97%)	797(96%)	7(4%)	18(3%)	25(3%)	3(2%)	0(0%)	3(0.4%)	2(0.2%)	1(1%)	0(0%)
看護婦(士)	87(55%)	524(78%)	611(74%)	14(9%)	67(10%)	81(10%)	27(17%)	68(10%)	95(11%)	19(12%)	10(6%)	0(0%)
准看護婦(士)	84(54%)	508(76%)	592(71%)	20(13%)	91(14%)	111(13%)	26(17%)	58(9%)	84(10%)	22(14%)	14(2%)	36(4%)
保健婦(士)	157(100%)	667(99%)	824(100%)	0(0%)	4(1%)	4(0.5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
助産婦	141(90%)	666(99%)	807(97%)	11(7%)	2(0.3%)	13(2%)	5(3%)	2(0.3%)	7(1%)	0(0%)	1(0.1%)	0(0%)
看護業務補助者	115(73%)	604(90%)	719(87%)	6(4%)	14(2%)	20(2%)	13(8%)	30(4%)	43(5%)	14(9%)	19(3%)	33(4%)
理学療法士	149(95%)	653(97%)	802(97%)	7(4%)	16(2%)	23(3%)	1(1%)	2(0.3%)	3(0.4%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
作業療法士	157(100%)	665(99%)	822(99%)	0(0%)	5(1%)	5(1%)	0(0%)	1(0.1%)	1(0.1%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
事務員	98(62%)	529(79%)	627(76%)	15(10%)	86(13%)	101(12%)	28(18%)	45(7%)	73(9%)	11(7%)	10(1%)	21(3%)

	0		1		2 ~		
	市(n=157)	町村(n=671)	市(n=157)	町村(n=671)	市(n=157)	町村(n=671)	
視能訓練士	154(98%)	665(99%)	819(99%)	3(2%)	6(1%)	9(1%)	0(0%)
言語聴覚士	154(98%)	668(99.6%)	822(99%)	3(2%)	3(0.4%)	6(1%)	0(0%)
義肢装具士	157(100%)	671(100%)	828(100%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
歯科衛生士	151(96%)	659(98%)	810(98%)	6(4%)	9(1%)	15(2%)	3(0.4%)
歯科技工士	156(99%)	670(99.9%)	826(99.8%)	1(1%)	1(0.1%)	2(0.2%)	0(0%)
診療放射線技師	152(97%)	652(97%)	804(97%)	3(2%)	19(3%)	22(3%)	2(0.2%)
診療エックス線技師	157(100%)	668(99.6%)	825(99.6%)	0(0%)	3(0.4%)	3(0.4%)	0(0%)
臨床検査技師	128(82%)	653(97%)	781(94%)	14(9%)	17(3%)	31(4%)	15(10%)
衛生検査技師	157(100%)	670(99.9%)	827(99.9%)	0(0%)	1(0.1%)	1(0.1%)	0(0%)
臨床工学技師	156(99%)	669(99.7%)	825(99.6%)	1(1%)	2(0.3%)	3(0.4%)	0(0%)
あんまマッサージ指圧師	156(99%)	669(99.7%)	825(99.6%)	1(1%)	2(0.3%)	3(0.4%)	0(0%)
栄養士	139(89%)	651(97%)	790(95%)	12(8%)	18(3%)	30(4%)	6(4%)
ｽﾌﾟｰﾙｶｰﾄﾞ	152(97%)	669(99.7%)	821(99%)	5(3%)	2(0.3%)	7(1%)	0(0%)
介護福祉士	156(99%)	665(99%)	821(99%)	0(0%)	4(1%)	4(0.5%)	1(1%)
臨床心理士	151(96%)	668(99.6%)	819(99%)	6(4%)	3(0.4%)	9(1%)	0(0%)
その他	108(69%)	587(87%)	695(84%)	13(8%)	27(4%)	40(5%)	36(23%)

表 付録Ⅱ-7 他医療機関や市町村と人事交流のある職種

	市 (n=157)	町村 (n=671)	計 (n=828)
事務員	86(55%)	301(45%)	387(47%)
医師	65(41%)	279(42%)	344(42%)
看護婦(士)	43(27%)	155(23%)	198(24%)
准看護婦(士)	32(20%)	115(17%)	147(18%)
栄養士	32(20%)	72(11%)	104(13%)
保健婦(士)	9(6%)	65(10%)	74(9%)
歯科医師	12(8%)	53(8%)	65(8%)
理学療法士	11(7%)	38(6%)	49(6%)
薬剤師	17(11%)	22(3%)	39(5%)
診療放射線技師	15(10%)	23(3%)	38(5%)
臨床検査技師	14(9%)	15(2%)	29(4%)
介護福祉士	3(2%)	24(4%)	27(3%)
作業療法士	6(4%)	15(2%)	21(3%)
メディカルソーシャルワーカー	5(3%)	10(1%)	15(2%)
看護業務補助者	5(3%)	9(1%)	14(2%)
歯科衛生士	4(3%)	10(1%)	14(2%)
診療エックス線技師	5(3%)	7(1%)	12(1%)
助産婦	4(3%)	4(1%)	8(1%)
臨床工学技師	2(1%)	5(1%)	7(1%)
義肢装具士	0(0%)	6(1%)	6(1%)
衛生検査技師	0(0%)	5(1%)	5(1%)
あんまマッサージ指圧師	0(0%)	5(1%)	5(1%)
視能訓練士	1(1%)	3(0.4%)	4(0%)
言語聴覚士	3(2%)	1(0.1%)	4(0%)
歯科技工士	0(0%)	4(1%)	4(0%)
臨床心理士	1(1%)	0(0%)	1(0.1%)
その他	15(10%)	19(3%)	34(4%)

事務員、医師については40%以上が、看護婦(士)は約25%で「人事交流がある」だった。他の職種での人事交流は非常に少なかった。

表 付録Ⅱ-8 常勤医師の定期的な研修

	市 (n=152)	町村 (n=655)	計 (n=807)
なし	35 (23%)	149 (23%)	184 (23%)
あり	117 (77%)	506 (77%)	623 (77%)

表 付録Ⅱ-9 常勤医師の定期的な研修実施頻度

	市 (n=105)	町村 (n=493)	計 (n=598)
月1回未満	8 (8%)	46 (9%)	54 (9%)
月1回以上	3 (3%)	29 (6%)	32 (5%)
週1回以上	30 (29%)	217 (44%)	247 (41%)
制限無し	64 (61%)	201 (41%)	265 (44%)

77%で「定期的な研修あり」と回答し、その41%が「週1回以上」と回答した。

表 付録Ⅱ-10 常勤医師の学会参加

	市 (n=156)	町村 (n=664)	計 (n=820)
なし	12 (8%)	55 (8%)	67 (8%)
あり	144 (92%)	609 (92%)	753 (92%)

表 付録Ⅱ-11 常勤医師の学会参加頻度

	市 (n=128)	町村 (n=588)	計 (n=716)
年1回	20 (16%)	47 (8%)	67 (9%)
年2～4回	35 (27%)	176 (30%)	211 (29%)
年5回以上	4 (3.1%)	12 (2%)	16 (2%)
制限無し	69 (54%)	353 (60%)	422 (59%)

90%以上が「学会参加あり」と回答し、その59%が「回数の制限はない」と回答した。

表 付録Ⅱ-12 施設の診療状況

無床診療所	市	町村	計
一日平均外来患者数(人/日)	31.1±22.6, 44	43.6±26.7, 261	41.8±26.5, 305
平均外来レセプト点数(千点/枚)	2.1±3.5, 36	1.8±2.2, 219	1.8±2.4, 255
月平均在宅患者数(人/月)	30.7±108.5, 31	58.6±158.2, 219	55.1±153.1, 250
月平均手術件数(件/月)	0.0±0.2, 19	1.0±2.6, 90	0.8±2.4, 109
年間総収入(十万円)	1,136.9±6,624.5, 37	102.6±77.6, 214	255±2,541.5, 251
年間診療収入(十万円)	50.4±69.2, 37	81.3±66.8, 219	76.8±67.9, 256
年間総支出(十万円)	61.2±36.9, 31	104.4±76.7, 212	98.9±74.2, 243
年間人件費(十万円)	38.7±33.9, 31	42.0±25.9, 205	41.6±27.1, 236

有床診療所	市	町村	計
一日平均外来患者数(人/日)	51.3±33.4, 8	67.6±38.3, 120	66.6±38.1, 128
平均外来レセプト点数(千点/枚)	1.5±0.4, 7	1.7±1.3, 112	1.7±1.2, 119
月平均在宅患者数(人/月)	75.8±191.3, 8	62.1±169.4, 105	63.1±170.1, 113
一日平均入院患者数(人/日)	2.0±4.5, 5	5.5±6.2, 97	5.3±6.1, 102
平均入院レセプト点数(千点/枚)	3.3±7.3, 5	9.0±10.0, 83	8.7±9.9, 88
平均病床利用率(%)	10.8±24.2, 5	33.0±34.1, 92	31.8±33.9, 97
平均在院日数(日)	2.6±4.8, 5	32.1±84.7, 86	30.5±82.6, 91
入院患者で65歳以上の患者が占める割合(%)	14.0±31.3, 5	53.6±38.5, 81	51.3±39.1, 86
月平均手術件数(件/月)	2.7±4.3, 6	2.6±7.6, 80	2.6±7.4, 86
年間総収入(十万円)	139.9±161.8, 7	241.6±194.7, 111	235.6±193.8, 118
年間診療収入(十万円)	109.7±127.8, 7	169.2±112.9, 111	165.7±114.1, 118
年間総支出(十万円)	135.6±146.2, 7	238.7±187.5, 110	232.5±186.4, 117
年間人件費(十万円)	63.2±65.9, 7	99.2±64.6, 109	97.0±65.0, 116

病 院	市	町村	計
一日平均外来患者数(人/日)	729.5±415.5, 93	267.5±171.7, 219	405.2±341.4, 312
平均外来レセプト点数(千点/枚)	2.5±4.4, 87	1.6±1.4, 202	1.9±2.7, 289
月平均在宅患者数(人/月)	44.7±77.1, 59	46.8±97.6, 164	46.2±92.5, 223
一日平均入院患者数(人/日)	256.1±153.2, 92	78.4±59.4, 218	131.2±126.5, 310
平均入院レセプト点数(千点/枚)	30.8±17.2, 87	23.2±14.1, 201	25.5±15.5, 288
平均病床利用率(%)	84.1±10.7, 93	72.9±16.4, 218	76.2±15.8, 311
平均在院日数(日)	29.4±41.9, 92	34.4±38.2, 217	32.9±39.3, 309
入院患者で65歳以上の患者が占める割合(%)	55.7±15.3, 76	72.0±16.0, 203	67.6±17.4, 279
月平均手術件数(件/月)	141.1±128.7, 90	27.5±59.6, 204	62.2±101.2, 294
年間総収入(十万円)	4,971.8±3,361.9, 93	1,412.2±9,75.1, 219	2,473.2±2,582.6, 312
年間診療収入(十万円)	4,474.9±3,083.2, 93	1,208.1±8,91.6, 219	2,181.9±2,368.4, 312
年間総支出(十万円)	5,073.7±3,343.3, 92	1,444.5±9,76.4, 219	2,518.1±2,589.3, 311
年間人件費(十万円)	2,423.6±1,644.2, 93	742.3±5,18.1, 217	1,246.7±1,260.2, 310

平均値±標準偏差, 回答数で表す。
 病院では年間総収入より年間総支出の方が多い傾向がみられた。

表 付録Ⅱ-13 必要な診療科

(重複回答)

	市 (n=98)	町村 (n=350)	計 (n=448)
整形外科	17(17%)	142(41%)	159(35%)
眼科	9(9%)	78(22%)	87(19%)
耳鼻咽喉科	12(12%)	55(16%)	67(15%)
皮膚科	10(10%)	31(9%)	41(9%)
小児科	7(7%)	29(8%)	36(8%)
泌尿器科	4(4%)	25(7%)	29(6%)
循環器科	9(9%)	20(6%)	29(6%)
神経内科	16(16%)	13(4%)	29(6%)
脳神経外科	5(5%)	15(4%)	20(4%)
麻酔科	8(8%)	14(4%)	22(5%)
呼吸器科	11(11%)	7(2%)	18(4%)
内科	5(5%)	9(3%)	14(3%)
精神科	4(4%)	9(3%)	13(3%)
外科	3(3%)	9(3%)	12(3%)
産婦人科(産科、婦人科)	5(5%)	6(2%)	11(2%)
消化器科(胃腸科)	5(5%)	6(2%)	11(2%)
放射線科	5(5%)	2(1%)	7(2%)
心臓血管外科	6(6%)	0(0%)	6(1%)
その他	51(52%)	154(44%)	205(46%)

「整形外科」の回答が35%で最も多く、次いで「眼科」、「耳鼻咽喉科」の回答があげられた。

表 付録Ⅱ-14 紹介先医療機関

	市 (n=143)	町村 (n=614)	計 (n=757)
所属2次医療圏内のみ	85(59%)	335(55%)	420(55%)
所属2次医療圏内外	35(24%)	239(39%)	284(38%)
所属2次医療圏外のみ	23(16%)	40(7%)	63(8%)

記載のあった医療機関の紹介先が「所属2次医療圏内のみ」であったものが55%、「所属2次医療圏外のみ」が8%であった。

表 付録Ⅱ-15 確保に困っている職種

	困っている			最も困っている		
	市(n=157)	町村(n=671)	計(n=828)	市(n=157)	町村(n=671)	計(n=828)
医師	68(43%)	296(44%)	364(44%)	20(13%)	111(17%)	131(16%)
看護婦(士)	39(25%)	241(36%)	280(34%)	12(8%)	49(7%)	61(7%)
理学療法士	18(11%)	164(24%)	182(22%)	0(0%)	38(6%)	38(5%)
薬剤師	11(7%)	98(15%)	109(13%)	2(1%)	10(1%)	12(1%)
作業療法士	16(10%)	56(8%)	72(9%)	2(1%)	3(0.4%)	5(1%)
准看護婦(士)	10(6%)	49(7%)	59(7%)	3(2%)	6(1%)	9(1%)
助産婦	13(8%)	18(3%)	31(4%)	2(1%)	2(0.3%)	4(0.5%)
メディカルソーシャルワーカー	13(8%)	17(3%)	30(4%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
事務員	4(3%)	25(4%)	29(4%)	1(1%)	0(0%)	1(0.1%)
診療放射線技師	2(1%)	21(3%)	23(3%)	0(0%)	5(1%)	5(1%)
診療エックス線技師	4(3%)	19(3%)	23(3%)	0(0%)	5(1%)	5(1%)
臨床工学技師	8(5%)	10(1%)	18(2%)	2(1%)	1(0.1%)	3(0.4%)
保健婦(士)	1(1%)	16(2%)	17(2%)	0(0%)	3(0.4%)	3(0.4%)
言語聴覚士	8(5%)	7(1%)	15(2%)	1(1%)	0(0%)	1(0.1%)
栄養士	1(1%)	15(2%)	16(2%)	0(0%)	1(0.1%)	1(0.1%)
歯科医師	1(1%)	12(2%)	13(2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
臨床検査技師	1(1%)	12(2%)	13(2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
臨床心理士	8(5%)	5(1%)	13(2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
看護業務補助者	2(1%)	10(1%)	12(1%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
視能訓練士	3(2%)	4(1%)	7(1%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
介護福祉士	2(1%)	5(1%)	7(1%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
歯科衛生士	0(0%)	6(1%)	6(1%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
あんまマッサージ指圧師	0(0%)	3(0.4%)	3(0.4%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
歯科技工士	1(1%)	1(0.1%)	2(0.2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
衛生検査技師	0(0%)	2(0.3%)	2(0.2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
義肢装具士	0(0%)	1(0.1%)	1(0.1%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
その他	13(8%)	16(2%)	29(4%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)

「医師」との回答が44%と最も多く、次いで「看護婦(士)」が34%、「理学療法士」が22%であった。

表 付録Ⅱ-16 課題に関する施設の現状

		問題がない	どちらかといえば 問題はない	どちらかといえば 問題がある	問題がある
医療機関の財政	市 (n=154)	26(17%)	30(19%)	37(24%)	61(40%)
	町村 (n=661)	118(18%)	123(19%)	175(26%)	245(37%)
	計 (n=815)	144(18%)	153(19%)	212(26%)	306(38%)
施設の老朽化	市 (n=157)	36(23%)	20(13%)	45(29%)	56(36%)
	町村 (n=662)	233(35%)	100(15%)	134(20%)	195(29%)
	計 (n=819)	269(33%)	120(15%)	179(22%)	251(31%)
医療機器の老朽化	市 (n=156)	28(18%)	30(19%)	55(35%)	43(28%)
	町村 (n=662)	157(24%)	182(27%)	206(31%)	117(18%)
	計 (n=818)	185(23%)	212(26%)	261(32%)	160(20%)
市町村担当部局との関係	市 (n=157)	63(40%)	50(32%)	34(22%)	10(6%)
	町村 (n=663)	276(42%)	242(37%)	92(14%)	53(8%)
	計 (n=820)	339(41%)	292(36%)	126(15%)	63(8%)
地区医師会との関係	市 (n=157)	86(55%)	49(31%)	19(12%)	3(2%)
	町村 (n=661)	406(61%)	213(32%)	27(4%)	15(2%)
	計 (n=818)	492(60%)	262(32%)	46(6%)	18(2%)
近隣医療機関との関係	市 (n=157)	82(52%)	60(38%)	12(8%)	3(2%)
	町村 (n=662)	382(58%)	237(36%)	36(5%)	7(1%)
	計 (n=819)	464(57%)	297(36%)	48(6%)	10(1%)
患者サービス提供の質	市 (n=157)	32(20%)	69(44%)	42(27%)	14(9%)
	町村 (n=662)	128(19%)	305(46%)	193(29%)	36(5%)
	計 (n=819)	160(20%)	374(46%)	235(29%)	50(6%)
患者の送迎	市 (n=147)	43(29%)	46(31%)	43(29%)	15(10%)
	町村 (n=648)	166(26%)	213(33%)	169(26%)	100(15%)
	計 (n=795)	209(26%)	259(33%)	212(27%)	115(14%)
医師と職員との人間関係	市 (n=157)	58(37%)	70(45%)	24(15%)	5(3%)
	町村 (n=661)	293(44%)	289(44%)	68(10%)	11(2%)
	計 (n=818)	351(43%)	359(44%)	92(11%)	16(2%)
職員同士の人間関係	市 (n=157)	58(37%)	70(45%)	25(16%)	4(3%)
	町村 (n=661)	265(40%)	299(45%)	84(13%)	13(2%)
	計 (n=818)	323(39%)	369(45%)	109(13%)	17(2%)
非常勤医師の確保、質	市 (n=150)	44(29%)	47(31%)	39(26%)	20(13%)
	町村 (n=632)	167(26%)	185(29%)	175(28%)	105(17%)
	計 (n=782)	211(27%)	232(30%)	214(27%)	125(16%)
代診医の確保	市 (n=156)	32(21%)	45(29%)	47(30%)	32(21%)
	町村 (n=662)	85(13%)	166(25%)	181(27%)	230(35%)
	計 (n=818)	117(14%)	211(26%)	228(28%)	262(32%)
市町村の保健事業の負担	市 (n=155)	39(25%)	63(41%)	42(27%)	11(7%)
	町村 (n=661)	154(23%)	277(42%)	170(26%)	60(9%)
	計 (n=816)	193(24%)	340(42%)	212(26%)	71(9%)

「問題がある」、「どちらかといえば問題がある」との回答が多かったものに、「医療機関の財政」、「代診医の確保」、「施設の老朽化」があげられた。

表 付録Ⅲ-1 回答状況

	市	町村	計
発 送 数	2,813	2,083	4,893
退職, 転勤後	59	38	97
有効発送数	2,754	2,045	4,796
回 答 数			3,094(65%)
氏名同定不能			6
回答拒否(長期休暇中含む)			10
出張診療所医師(対象外)と判明			6
有効回答数	1,603(58%)	1,469(72%)	3,072(64%)
内 訳			
督促なし	1,045(65%)	1,049(71%)	2,094(68%)
督促1回	368(23%)	274(19%)	642(21%)
督促2回	190(12%)	146(10%)	336(11%)

4,893部発送し、回答が3,094(65%)あり、有効回答数は3,072(64%)だった。
そのうち督促なしで回答があったものは68%だった。

表 付録Ⅲ-2 年齢

	市 (n=1,597)	町村 (n=1,461)	計 (n=3,058)
～29歳	173(11%)	147(10%)	320(10%)
30歳～34歳	256(16%)	278(19%)	534(17%)
35歳～39歳	295(18%)	255(17%)	550(18%)
40歳～44歳	297(19%)	242(17%)	539(18%)
45歳～49歳	204(13%)	170(12%)	374(12%)
50歳～54歳	150(9%)	159(11%)	309(10%)
55歳～59歳	111(7%)	82(6%)	193(6%)
60歳～65歳	83(5%)	65(4%)	148(5%)
65歳～70歳	19(1%)	27(2%)	46(2%)
70歳～74歳	6(0.4%)	25(2%)	31(1%)
75歳～	3(0.2%)	11(1%)	14(0.5%)
平 均	42歳	42歳	42歳

年齢は20歳代が10%、30歳代が35%、40歳代が30%を占めた。

表 付録Ⅲ-3 性別

	市 (n=1,603)	町村 (n=1,469)	計 (n=3,072)
男	1,450(90%)	1,379(94%)	2,829(92%)
女	153(10%)	90(6%)	243(8%)

性別は男性が92%を占めた。

表 付録Ⅲ-4 出身地市町村区分

	市 (n=1,449)	町村 (n=1,331)	計 (n=2,780)
市	1,218(84%)	953(72%)	2,171(78%)
町	221(15%)	345(26%)	566(20%)
村	10(1%)	33(2%)	43(2%)

現在「市」の医療機関に勤務する者が「町村」に勤務する者より、「市」の出身者であることが多かった。

表 付録Ⅲ-5 卒業年

	市 (n=1,585)	町村 (n=1,448)	計 (n=3,033)
～S29	5(0.3%)	25(2%)	30(1%)
S30～39	62(4%)	73(5%)	135(4%)
S40～49	247(16%)	189(13%)	436(14%)
S50～59	401(25%)	340(23%)	741(24%)
S60～H6	596(38%)	575(40%)	1,171(39%)
H7～	274(17%)	246(17%)	520(17%)

表 付録Ⅲ-6 専門科

(重複回答)

	市 (n=1,603)	町村 (n=1,469)	計 (n=3,072)
内科	365(23%)	766(52%)	1,131(37%)
外科	236(15%)	352(24%)	588(19%)
整形外科	153(10%)	141(10%)	294(10%)
小児科	137(9%)	101(7%)	238(8%)
消化器科	91(6%)	139(9%)	230(7%)
循環器科	82(5%)	82(6%)	164(5%)
産婦人科	88(5%)	58(4%)	146(5%)
眼科	75(5%)	28(2%)	103(3%)
麻酔科	72(4%)	28(2%)	100(3%)
泌尿器科	76(5%)	21(1%)	97(3%)
脳神経外科	78(5%)	15(1%)	93(3%)
呼吸器科	34(2%)	44(3%)	78(3%)
耳鼻咽喉科	59(4%)	16(1%)	75(2%)
精神科	37(2%)	22(1%)	59(2%)
放射線科	41(3%)	15(1%)	56(2%)
皮膚科	37(2%)	13(1%)	50(2%)
心臓血管外科	32(2%)	6(0.4%)	38(1%)
神経内科	17(1%)	18(1%)	35(1%)
その他	77(5%)	49(3%)	126(4%)

内科が全体で37%、町村では52%を占めた。眼科、耳鼻咽喉科などの専門科は町村で1～2%と少なかった。

表 付録 I-32 都道府県別 満足した在宅医療

都道府県名	はい	どちらかと言え ばはい	どちらかと言え ばいいえ	いいえ	回答数
北海道	12(6%)	76(39%)	93(47%)	15(8%)	196
青森県	4(6%)	26(41%)	30(47%)	4(6%)	64
岩手県	5(9%)	27(47%)	21(37%)	4(7%)	57
宮城県	5(8%)	25(40%)	31(50%)	1(2%)	62
秋田県	1(2%)	37(58%)	24(38%)	2(3%)	64
山形県	6(14%)	13(31%)	17(40%)	6(14%)	42
福島県	2(2%)	26(32%)	45(56%)	8(10%)	81
茨城県	0(0%)	24(29%)	47(56%)	13(15%)	84
栃木県	0(0%)	19(40%)	24(50%)	5(10%)	48
群馬県	3(5%)	26(40%)	28(43%)	8(12%)	65
埼玉県	2(3%)	26(35%)	40(53%)	7(9%)	75
千葉県	0(0%)	25(37%)	37(54%)	6(9%)	68
東京都	5(10%)	21(41%)	20(39%)	5(10%)	51
神奈川県	1(3%)	14(48%)	13(45%)	1(3%)	29
新潟県	3(3%)	44(44%)	46(46%)	8(8%)	101
富山県	2(6%)	16(52%)	11(35%)	2(6%)	31
石川県	2(5%)	17(46%)	15(41%)	3(8%)	37
福井県	1(3%)	17(53%)	12(38%)	2(6%)	32
山梨県	4(7%)	24(42%)	24(42%)	5(9%)	57
長野県	9(8%)	68(62%)	26(24%)	7(6%)	110
岐阜県	7(8%)	40(43%)	39(42%)	7(8%)	93
静岡県	5(7%)	30(42%)	34(48%)	2(3%)	71
愛知県	5(6%)	34(44%)	35(45%)	4(5%)	78
三重県	1(2%)	26(46%)	24(43%)	5(9%)	56
滋賀県	2(4%)	21(45%)	20(43%)	4(9%)	47
京都府	2(5%)	19(51%)	16(43%)	0(0%)	37
大阪府	1(3%)	17(57%)	10(33%)	2(7%)	30
兵庫県	4(5%)	37(49%)	30(40%)	4(5%)	75
奈良県	4(10%)	18(43%)	20(48%)	0(0%)	42
和歌山県	1(2%)	18(40%)	20(44%)	6(13%)	45
鳥取県	2(6%)	17(49%)	14(40%)	2(6%)	35
島根県	1(2%)	21(38%)	29(53%)	4(7%)	55
岡山県	7(10%)	35(48%)	25(34%)	6(8%)	73
広島県	4(5%)	29(38%)	35(45%)	9(12%)	77
山口県	3(6%)	18(37%)	25(51%)	3(6%)	49
徳島県	5(12%)	11(26%)	22(51%)	5(12%)	43
香川県	0(0%)	19(50%)	15(39%)	4(11%)	38
愛媛県	2(3%)	24(36%)	30(45%)	10(15%)	66
高知県	3(6%)	20(41%)	17(35%)	9(18%)	49
福岡県	3(4%)	35(43%)	38(46%)	6(7%)	82
佐賀県	3(7%)	17(40%)	19(45%)	3(7%)	42
長崎県	5(6%)	23(30%)	40(52%)	9(12%)	77
熊本県	4(4%)	29(33%)	44(49%)	12(13%)	89
大分県	1(2%)	24(44%)	24(44%)	6(11%)	55
宮崎県	3(7%)	16(37%)	22(51%)	2(5%)	43
鹿児島県	2(2%)	33(38%)	44(51%)	7(8%)	86
沖縄県	0(0%)	12(27%)	27(61%)	5(11%)	44
計	147(5%)	1,214(41%)	1,322(45%)	248(8%)	2,931

表 付録 I-33 都道府県別 満足した初期救急医療

都道府県名	はい	どちらかと言え ばはい	どちらかと言え ばいいえ	いいえ	回答数
北海道	19(10%)	76(39%)	89(45%)	12(6%)	196
青森県	4(6%)	28(44%)	24(38%)	8(13%)	64
岩手県	6(10%)	27(47%)	21(36%)	4(7%)	58
宮城県	3(5%)	23(38%)	30(49%)	5(8%)	61
秋田県	6(9%)	30(47%)	22(34%)	6(9%)	64
山形県	5(12%)	17(40%)	14(33%)	6(14%)	42
福島県	5(6%)	29(35%)	31(38%)	17(21%)	82
茨城県	3(4%)	33(39%)	34(40%)	15(18%)	85
栃木県	5(10%)	16(33%)	19(40%)	8(17%)	48
群馬県	6(9%)	28(43%)	23(35%)	8(12%)	65
埼玉県	3(4%)	30(39%)	36(47%)	8(10%)	77
千葉県	6(9%)	30(43%)	25(36%)	8(12%)	69
東京都	10(19%)	28(54%)	12(23%)	2(4%)	52
神奈川県	2(7%)	16(55%)	10(34%)	1(3%)	29
新潟県	4(4%)	43(42%)	42(41%)	13(13%)	102
富山県	3(10%)	15(50%)	10(33%)	2(7%)	30
石川県	2(5%)	13(35%)	19(51%)	3(8%)	37
福井県	3(9%)	14(42%)	8(24%)	8(24%)	33
山梨県	5(9%)	30(53%)	17(30%)	5(9%)	57
長野県	10(9%)	65(59%)	25(23%)	10(9%)	110
岐阜県	6(6%)	44(47%)	35(38%)	8(9%)	93
静岡県	12(17%)	32(44%)	21(29%)	7(10%)	72
愛知県	10(13%)	41(53%)	22(29%)	4(5%)	77
三重県	3(5%)	24(42%)	19(33%)	11(19%)	57
滋賀県	4(9%)	24(51%)	18(38%)	1(2%)	47
京都府	3(8%)	15(38%)	18(46%)	3(8%)	39
大阪府	4(13%)	14(47%)	10(33%)	2(7%)	30
兵庫県	6(8%)	34(46%)	32(43%)	2(3%)	74
奈良県	5(12%)	18(43%)	17(40%)	2(5%)	42
和歌山県	4(9%)	20(44%)	14(31%)	7(16%)	45
鳥取県	3(9%)	16(47%)	12(35%)	3(9%)	34
島根県	6(11%)	21(40%)	20(38%)	6(11%)	53
岡山県	9(12%)	26(36%)	30(41%)	8(11%)	73
広島県	4(5%)	36(47%)	28(37%)	8(11%)	76
山口県	8(16%)	20(41%)	17(35%)	4(8%)	49
徳島県	5(12%)	9(21%)	19(44%)	10(23%)	43
香川県	4(11%)	18(47%)	13(34%)	3(8%)	38
愛媛県	6(9%)	25(38%)	27(41%)	8(12%)	66
高知県	4(8%)	20(41%)	21(43%)	4(8%)	49
福岡県	8(10%)	39(48%)	31(38%)	4(5%)	82
佐賀県	4(10%)	22(52%)	13(31%)	3(7%)	42
長崎県	5(7%)	33(43%)	31(41%)	7(9%)	76
熊本県	8(9%)	33(37%)	32(36%)	17(19%)	90
大分県	2(4%)	17(31%)	27(49%)	9(16%)	55
宮崎県	5(12%)	14(33%)	17(40%)	7(16%)	43
鹿児島県	9(10%)	29(33%)	39(45%)	10(11%)	87
沖縄県	5(11%)	20(44%)	17(38%)	3(7%)	45
計	262(9%)	1,255(43%)	1,111(38%)	310(11%)	2,938

表 付録Ⅲ-7 研修科

(重複回答)

	市 (n=1,603)	町村 (n=1,469)	計 (n=3,072)
内科	587(37%)	891(61%)	1,478(48%)
外科	436(27%)	710(48%)	1,146(37%)
麻酔科	516(32%)	592(40%)	1,108(36%)
小児科	276(17%)	503(34%)	779(25%)
消化器科	274(17%)	484(33%)	758(25%)
整形外科	250(16%)	398(27%)	648(21%)
循環器科	224(14%)	391(27%)	615(20%)
産婦人科	214(13%)	317(22%)	531(17%)
呼吸器科	160(10%)	304(21%)	464(15%)
眼科	153(10%)	154(10%)	307(10%)
皮膚科	120(7%)	184(13%)	304(10%)
耳鼻咽喉科	126(8%)	170(12%)	296(10%)
放射線科	125(8%)	165(11%)	290(9%)
脳神経外科	128(8%)	156(11%)	284(9%)
泌尿器科	129(8%)	138(9%)	267(9%)
神経内科	88(5%)	176(12%)	264(9%)
心臓血管外科	99(6%)	124(8%)	223(7%)
精神科	97(6%)	103(7%)	200(7%)
その他	161(10%)	189(13%)	350(11%)

すべての診療科において町村に勤務する医師の方が市に勤務する医師より研修した割合が高かった。内科は全体で48%、町村では61%の医師が研修していた。

表 付録Ⅲ-8 管理者

	市 (n=1,581)	町村 (n=1,450)	計 (n=3,031)
管理者(院長、所長)である	175(11%)	538(37%)	713(24%)
管理者(院長、所長)でない	1,406(89%)	912(63%)	2,318(76%)

表 付録Ⅲ-9 派遣

	市 (n=1,579)	町村 (n=1,448)	計 (n=3,027)
派遣でない	340(22%)	513(35%)	853(28%)
派遣である	1,239(78%)	935(65%)	2,174(72%)
大学医局	1,210(77%)	689(48%)	1,899(63%)
その他	24(2%)	242(17%)	266(9%)
不明	5(0.3%)	4(0.3%)	9(0.3%)

派遣による勤務が72%であった。町村においては、管理者が37%、大学医局からの派遣が48%を占めた。

表 付録Ⅲ-10 通勤時間

	市 (n=1,566)	町村 (n=1,423)	計 (n=2,989)
10分以内	1,028(66%)	1,065(75%)	2,093(70%)
11分～30分以内	398(25%)	134(9%)	532(18%)
31分～1時間以内	81(5%)	107(8%)	188(6%)
1時間～2時間以内	56(4%)	111(8%)	167(6%)
2時間～	3(0.2%)	6(0.4%)	9(0.3%)
平均	13分	12分	12分
中央値	10分	5分	5分

通勤時間は10分以内が70%を占めた。

表 付録Ⅲ-11 通勤手段 (重複回答)

	市 (n=1,603)	町村 (n=1,469)	計 (n=3,072)
徒歩	675(42%)	810(55%)	1,485(48%)
自転車	167(10%)	61(4%)	228(7%)
自動車・バイク	729(45%)	566(39%)	1,295(42%)
公共交通機関	63(4%)	24(2%)	87(3%)

通勤手段は徒歩が約半数だった。

表 付録Ⅲ-12 卒前医学教育カリキュラム

	市 (n=1,544)	町村 (n=1,420)	計 (n=2,964)
適切であった	766(50%)	678(48%)	1,444(49%)
適切でなかった	249(16%)	257(18%)	506(17%)
どちらともいえない	529(34%)	485(34%)	1,014(34%)

卒前の医学教育カリキュラムは約半数のみが「現在の施設勤務に適切であった」と回答した。

表 付録Ⅲ-13 カリキュラム内のへき地医療現場実習の有無

	市 (n=1,580)	町村 (n=1,448)	計 (n=3,028)
なし	1,490(94%)	1,125(78%)	2,615(86%)
あり 必修	31(2%)	112(8%)	143(5%)
選択 実習した	49(3%)	162(11%)	211(7%)
実習しなかった	4(0.3%)	43(3%)	47(2%)
不明	6(0.4%)	6(0.4%)	12(0.4%)

へき地医療現場実習を経験したとの回答は12%のみだった。

表 付録Ⅲ-14 初期研修のカリキュラム

	市 (n=1,524)	町村 (n=1,396)	計 (n=2,920)
適切であった	916(60%)	755(54%)	1,671(57%)
適切でなかった	208(14%)	249(18%)	457(16%)
どちらとも言えない	400(26%)	392(28%)	792(27%)

町村医師の18%が「現在の施設の勤務に適切でなかった」と回答した。

表 付録Ⅲ-15 勤務時間内の研修

	市 (n=1,546)	町村 (n=1,434)	計 (n=2,980)
ある	125 (8%)	430 (30%)	555 (19%)
必要があるが、ない	876 (57%)	648 (45%)	1,524 (51%)
必要がないので、ない	545 (35%)	356 (25%)	901 (30%)

約50%が勤務時間内の研修が「必要であるがない」と回答した。

表 付録Ⅲ-16 研修日の頻度

	市 (n=115)	町村 (n=403)	計 (n=518)
月0.5日以下	4 (3%)	8 (2%)	12 (2%)
月0.6～1日	12 (10%)	18 (4%)	30 (6%)
月1.1～4日	43 (37%)	132 (33%)	175 (34%)
週1日以上	56 (49%)	245 (61%)	301 (58%)

表 付録Ⅲ-17 研修日の診療

	市 (n=118)	町村 (n=420)	計 (n=538)
他の常勤医が担当する	82 (69%)	209 (50%)	291 (54%)
非常勤の医師が担当する	16 (14%)	96 (23%)	112 (21%)
医師は不在である	20 (17%)	115 (27%)	135 (25%)

全体の25%で「医師は不在」で、21%で「非常勤医師が担当する」と回答した。

表 付録Ⅲ-18 研修日について

		はい	どちらかとい えばはい	どちらかとい えばいいえ	いいえ
研修日数に満足している	市 (n=121)	55 (45%)	33 (27%)	17 (14%)	16 (13%)
	町村 (n=421)	229 (54%)	95 (23%)	49 (12%)	48 (11%)
	計 (n=542)	284 (52%)	128 (24%)	66 (12%)	64 (12%)
研修内容に満足している	市 (n=119)	37 (31%)	47 (39%)	20 (17%)	15 (13%)
	町村 (n=418)	159 (38%)	141 (34%)	73 (17%)	45 (11%)
	計 (n=537)	196 (36%)	188 (35%)	93 (17%)	60 (11%)
研修日を取る必要性を 職員は理解している	市 (n=118)	36 (31%)	46 (39%)	24 (20%)	12 (10%)
	町村 (n=420)	190 (45%)	161 (38%)	51 (12%)	18 (4%)
	計 (n=538)	226 (42%)	207 (38%)	75 (14%)	30 (6%)
研修日を取る必要性を 他の医師は理解している	市 (n=102)	50 (49%)	44 (43%)	6 (6%)	2 (2%)
	町村 (n=294)	187 (64%)	86 (29%)	15 (5%)	6 (2%)
	計 (n=396)	237 (60%)	130 (33%)	21 (5%)	8 (2%)

約25%が研修日、内容に「満足していない」もしくは「どちらかという満足していない」と回答した。

表 付録Ⅲ-19 医学情報の入手手段

	市 (n=1,603)	町村 (n=1,469)	計 (n=3,072)
和雑誌、和書籍	1,458 (91%)	1,328 (90%)	2,786 (91%)
研修会、学会参加	1,469 (92%)	1,251 (85%)	2,720 (89%)
インターネット	822 (51%)	742 (51%)	1,564 (51%)
洋雑誌、洋書籍	966 (60%)	548 (37%)	1,514 (49%)
Medlineの検索	787 (49%)	452 (31%)	1,239 (40%)
医中誌の検索	457 (29%)	221 (15%)	678 (22%)
CD-ROM	93 (6%)	109 (7%)	202 (7%)
テレビ会議	15 (1%)	39 (3%)	54 (2%)
その他	50 (3%)	64 (4%)	114 (4%)

「和雑誌、和書籍」、「研修会、学会参加」が約9割と多かった。
「インターネット」の回答は51%あり、市・町村間で差がなかった。
「洋雑誌」、「Medline」、「医中誌」の回答は町村医師より市医師で多かった。

表 付録Ⅲ-20 代診依頼システム

	市 (n=1,546)	町村 (n=1,445)	計 (n=3,020)
ある	354 (23%)	521 (36%)	875 (29%)
必要があるが、ない	453 (29%)	420 (29%)	873 (29%)
必要がないので、ない	768 (50%)	504 (35%)	1,272 (42%)

表 付録Ⅲ-21 システムの機能

	市 (n=340)	町村 (n=504)	計 (n=844)
十分に機能している	223 (66%)	350 (69%)	573 (68%)
機能していない	117 (34%)	154 (31%)	271 (32%)

「代診依頼システムがある」との回答は約30%で、その約1/3は「システムが機能していない」と回答した。

表 付録Ⅲ-22 代診医の派遣元

	市 (n=354)	町村 (n=521)	計 (n=875)
医局 (大学)	318 (90%)	344 (66%)	662 (76%)
へき地拠点病院群	14 (4%)	135 (26%)	149 (17%)
個人的伝手	28 (8%)	65 (12%)	93 (11%)
その他のへき地後方病院	4 (1%)	30 (6%)	34 (4%)
その他	18 (5%)	33 (6%)	51 (6%)

代診の派遣元は大学医局が多数を占めた。

表 付録Ⅲ-23 ご自身の仕事について

計		満足している	どちらかといえば満足している	どちらかといえば満足していない	満足していない
幅広い医療の提供	市 (n=1,561)	174(11%)	863(55%)	427(27%)	97(6%)
	町村 (n=1,428)	119(8%)	718(50%)	474(33%)	117(8%)
	計 (n=2,989)	293(10%)	1,581(53%)	901(30%)	214(7%)
患者が満足する医療の提供	市 (n=1,564)	167(11%)	908(58%)	420(27%)	69(4%)
	町村 (n=1,427)	118(8%)	748(52%)	459(32%)	102(7%)
	計 (n=2,991)	285(10%)	1,656(55%)	879(29%)	171(6%)
医療機関の健全な経営	市 (n=1,542)	103(7%)	571(37%)	526(34%)	342(22%)
	町村 (n=1,417)	129(9%)	502(35%)	454(32%)	332(23%)
	計 (n=2,959)	232(8%)	1,073(36%)	980(33%)	674(23%)
医療機器購入時の予算への配慮	市 (n=1,544)	69(4%)	560(36%)	568(37%)	347(22%)
	町村 (n=1,420)	163(11%)	600(42%)	455(32%)	202(14%)
	計 (n=2,964)	232(8%)	1,160(39%)	1,023(35%)	549(19%)
医療機関職員との良好な人間関係	市 (n=1,568)	277(18%)	939(60%)	270(17%)	82(5%)
	町村 (n=1,432)	389(27%)	793(55%)	192(13%)	58(4%)
	計 (n=3,000)	666(22%)	1,732(58%)	462(15%)	140(5%)
初期救急医療への対応	市 (n=1,559)	166(11%)	641(41%)	505(32%)	247(16%)
	町村 (n=1,434)	142(10%)	643(45%)	459(32%)	190(13%)
	計 (n=2,993)	308(10%)	1,284(43%)	964(32%)	437(15%)
周辺医療機関関係者との良好な人間関係	市 (n=1,552)	188(12%)	949(61%)	330(21%)	85(5%)
	町村 (n=1,429)	269(19%)	888(62%)	216(15%)	56(4%)
	計 (n=2,981)	457(15%)	1,837(62%)	546(18%)	141(5%)
行政システムの理解	市 (n=1,545)	72(5%)	486(31%)	637(41%)	350(23%)
	町村 (n=1,426)	150(11%)	593(42%)	464(33%)	219(15%)
	計 (n=2,971)	222(7%)	1,079(36%)	1,101(37%)	569(19%)
市町村事務職員との良好な人間関係	市 (n=1,540)	114(7%)	794(52%)	445(29%)	187(12%)
	町村 (n=1,429)	214(15%)	805(56%)	326(23%)	84(6%)
	計 (n=2,969)	328(11%)	1,599(54%)	771(26%)	271(9%)
保健行政への積極的な参加	市 (n=1,518)	62(4%)	555(37%)	724(48%)	177(12%)
	町村 (n=1,428)	151(11%)	690(48%)	483(34%)	104(7%)
	計 (n=2,946)	213(7%)	1,245(42%)	1,207(41%)	281(10%)
保健関係職員との良好な人間関係	市 (n=1,512)	92(6%)	719(48%)	551(36%)	150(10%)
	町村 (n=1,429)	202(14%)	807(56%)	346(24%)	74(5%)
	計 (n=2,941)	294(10%)	1,526(52%)	897(30%)	224(8%)
福祉行政への積極的な参加	市 (n=1,517)	42(3%)	520(34%)	746(49%)	209(14%)
	町村 (n=1,426)	124(9%)	657(46%)	533(37%)	112(8%)
	計 (n=2,943)	166(6%)	1,177(40%)	1,279(43%)	321(11%)
福祉関係職員との良好な人間関係	市 (n=1,517)	82(5%)	725(48%)	554(37%)	156(10%)
	町村 (n=1,428)	197(14%)	822(58%)	349(24%)	60(4%)
	計 (n=2,945)	279(9%)	1,547(53%)	903(31%)	216(7%)
住民との良好な人間関係	市 (n=1,533)	163(11%)	987(64%)	316(21%)	67(4%)
	町村 (n=1,436)	282(20%)	968(67%)	166(12%)	20(1%)
	計 (n=2,969)	445(15%)	1,955(66%)	482(16%)	87(3%)
集合時間などの時間厳守	市 (n=1,524)	141(9%)	880(58%)	400(26%)	103(7%)
	町村 (n=1,418)	214(15%)	831(59%)	316(22%)	57(4%)
	計 (n=2,642)	355(12%)	1,711(58%)	716(24%)	160(5%)
会議などでの意義ある発言	市 (n=1,513)	73(5%)	649(43%)	636(42%)	155(10%)
	町村 (n=1,413)	91(6%)	684(48%)	525(37%)	113(8%)
	計 (n=2,926)	164(6%)	1,333(46%)	1,161(40%)	268(9%)

全体で「健全な経営」、「医療機器購入時の予算の配慮」、「行政システムの理解」の満足度が低い傾向があった。

表 付録Ⅲ-24 現在の職場について

		はい	どちらかと いえばはい	どちらかと いえばいいえ	いいえ
やりがいがある	市 (n=1,581)	543 (34%)	791 (50%)	186 (12%)	61 (4%)
	町村 (n=1,440)	463 (32%)	698 (48%)	212 (15%)	67 (5%)
	計 (n=3,021)	1,006 (33%)	1,489 (49%)	398 (13%)	128 (4%)
自由にいろいろなことを している	市 (n=1,579)	405 (26%)	822 (52%)	266 (17%)	86 (5%)
	町村 (n=1,438)	399 (28%)	716 (50%)	247 (17%)	76 (5%)
	計 (n=3,017)	804 (27%)	1,538 (51%)	513 (17%)	162 (5%)
生涯教育の機会が多い	市 (n=1,565)	149 (10%)	523 (33%)	643 (41%)	250 (16%)
	町村 (n=1,432)	123 (9%)	356 (25%)	633 (44%)	320 (22%)
	計 (n=2,997)	272 (9%)	879 (29%)	1,276 (43%)	570 (19%)
忙しい	市 (n=1,576)	735 (47%)	551 (35%)	241 (15%)	49 (3%)
	町村 (n=1,440)	413 (29%)	546 (38%)	368 (26%)	113 (8%)
	計 (n=3,016)	1,148 (38%)	1,097 (36%)	609 (20%)	162 (5%)
報酬に満足している	市 (n=1,580)	299 (19%)	778 (49%)	330 (21%)	173 (11%)
	町村 (n=1,441)	402 (28%)	728 (51%)	223 (15%)	88 (6%)
	計 (n=3,021)	701 (23%)	1,506 (50%)	553 (18%)	261 (9%)
スタッフは充実している	市 (n=1,581)	179 (11%)	582 (37%)	560 (35%)	260 (16%)
	町村 (n=1,441)	146 (10%)	495 (34%)	551 (38%)	249 (17%)
	計 (n=3,022)	325 (11%)	1,077 (36%)	1,111 (37%)	509 (17%)
医療機器は充実している	市 (n=1,577)	166 (11%)	723 (46%)	466 (30%)	222 (14%)
	町村 (n=1,443)	141 (10%)	617 (43%)	500 (35%)	185 (13%)
	計 (n=3,020)	307 (10%)	1,340 (44%)	966 (32%)	407 (13%)
定年退職まで現在の職場 で勤務するつもりである	市 (n=1,560)	253 (16%)	335 (21%)	283 (18%)	689 (44%)
	町村 (n=1,411)	236 (17%)	306 (22%)	283 (20%)	586 (42%)
	計 (n=2,971)	489 (16%)	641 (22%)	566 (19%)	1,275 (43%)
将来はへき地で働くつもり である	市 (n=1,558)	52 (3%)	196 (13%)	470 (30%)	840 (54%)
	町村 (n=1,381)	181 (13%)	374 (27%)	407 (29%)	419 (30%)
	計 (n=2,939)	233 (8%)	570 (19%)	877 (30%)	1,259 (43%)

「生涯教育の機会が多い」との回答は38%だった。「将来はへき地で働くつもりである」との回答は27%のみだった。

表 付録Ⅲ-25 休日

	市 (n=1,547)	町村 (n=1,419)	計 (n=2,966)
なし	88 (6%)	76 (5%)	164 (6%)
月1日未満	266 (17%)	178 (13%)	444 (15%)
月1日以上2日未満	129 (8%)	94 (7%)	223 (8%)
月2日以上4日未満	291 (19%)	202 (14%)	493 (17%)
週1日以上2日未満	575 (37%)	609 (43%)	1,184 (40%)
週2日以上	198 (13%)	260 (18%)	458 (15%)

「休日なし」が6%であり、「週1日もしくは1.5日」が約40%と最も多かった。

表 付録Ⅲ-26 長期休暇

	市 (n=1,571)	町村 (n=1,423)	計 (n=2,994)
0日	327 (21%)	329 (23%)	656 (22%)
1～3日	93 (6%)	102 (7%)	195 (7%)
4～6日	308 (20%)	289 (20%)	597 (20%)
7～10日	709 (45%)	582 (41%)	1,291 (43%)
11～14日	109 (7%)	104 (7%)	213 (7%)
15日以上	25 (2%)	17 (1%)	42 (1%)
平均	6.8日	6.6日	6.7日

「長期休暇なし」の回答が22%あり、「7～10日」が最も多く43%、平均日数は6.7日であった。

表 付録Ⅲ-27 休暇、日常生活について

		はい	どちらかといえははい	どちらかといえはいいえ	いいえ
休日の数に満足している	市 (n=1,582)	216 (14%)	436 (28%)	394 (25%)	536 (34%)
	町村 (n=1,443)	277 (19%)	452 (31%)	365 (25%)	349 (24%)
	計 (n=3,025)	493 (16%)	888 (29%)	759 (25%)	885 (29%)
ストレス解消法をもっている	市 (n=1,581)	451 (29%)	735 (46%)	292 (18%)	103 (7%)
	町村 (n=1,443)	505 (35%)	626 (43%)	244 (17%)	68 (5%)
	計 (n=3,024)	956 (32%)	1,361 (45%)	536 (18%)	171 (6%)
趣味を持っている	市 (n=1,583)	664 (42%)	642 (41%)	205 (13%)	72 (5%)
	町村 (n=1,441)	688 (48%)	518 (36%)	194 (13%)	41 (3%)
	計 (n=3,024)	1,352 (45%)	1,160 (38%)	399 (13%)	113 (4%)
健康に自信がある	市 (n=1,581)	256 (16%)	822 (52%)	397 (25%)	106 (7%)
	町村 (n=1,441)	267 (19%)	715 (50%)	376 (26%)	83 (6%)
	計 (n=3,022)	523 (17%)	1,537 (51%)	773 (26%)	189 (6%)
仕事以外の生活に満足している	市 (n=1,574)	250 (16%)	777 (49%)	399 (25%)	148 (9%)
	町村 (n=1,439)	280 (19%)	731 (51%)	316 (22%)	112 (8%)
	計 (n=3,013)	530 (18%)	1,508 (50%)	715 (24%)	260 (9%)
子供の教育問題で悩んでいる	市 (n=1,199)	127 (11%)	295 (25%)	366 (31%)	411 (34%)
	町村 (n=1,116)	129 (12%)	297 (27%)	331 (30%)	359 (32%)
	計 (n=2,315)	256 (11%)	592 (26%)	697 (30%)	770 (33%)

休日の数に満足しているものは半数に満たない。また、37%が「子どもの教育問題に悩んでいる」と回答した。

本白書作成に際し、全国の地方自治体、医療機関、勤務医師等の方々には一方ならぬご協力をいただきました。心から感謝申し上げます。

なお、本白書作成に係る編集委員は次のとおりです。

委員長	梶井英治	(自治医科大学地域医療学教授)
委員	中村好一	(自治医科大学保健科学教授)
〳	榎本佳一郎	(自治医科大学大学事務部長・地域社会振興財団事務局長)
〳	丸尾忠邦	(全国町村議会議長会議事調査部長)
〳	尾島俊之	(自治医科大学保健科学助教授)
〳	黒木茂広	(自治医科大学地域医療学助教授)
〳	坂本敦司	(自治医科大学附属病院健診センター助教授)
〳	長嶺伸彦	(自治医科大学地域医療学助教授)
〳	岡山雅信	(自治医科大学地域医療学講師)
〳	三瀬順一	(自治医科大学地域医療学講師)
〳	浅井泰博	(湯沢町国保診療所)
〳	石川鎮清	(自治医科大学地域医療学助手)
〳	濱崎圭三	(自治医科大学地域医療学助手)
〳	白石由里	(自治医科大学地域医療学非常勤講師)
〳	高屋敷明由美	(自治医科大学大学院地域医療学系2学年)
〳	松本正俊	(自治医科大学総合診療部病院助手)
〳	悴田晃禎	(地域社会振興財団総務係長)
〳	加納秀樹	(自治医科大学地域医療推進課卒後指導係長)
〳	長江一彦	(自治医科大学情報管理室主任)
事務局	石浜美幸	(自治医科大学地域医療学)
〳	岩間美紀	(自治医科大学地域医療学)
〳	佐藤府子	(自治医科大学地域医療学)
〳	篠崎里江子	(自治医科大学地域医療学)

※()内は白書編集事務局を除き2002(平成14)年2月1日現在です。

本白書は自治医科大学と
(財)地域社会振興財団が
共同で作成しました

地 域 医 療 白 書

平成14(2002)年3月31日

発行者 学校法人自治医科大学
理事長 吉 田 弘 正

編集者 自治医科大学地域医療白書編集委員会
委員長 梶 井 英 治

発行所 学校法人自治医科大学
〒329-0498 栃木県河内郡南河内町薬師寺3311-1
電話 0285-44-2111

印刷所 鈴木印刷株式会社

