

地域医療白書 第3号

**安心して暮らせる
医療づくり
現状と課題を踏まえて**

自治医科大学

地域医療白書第3号の発刊に際して



自治医科大学 学長 高久史麿

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時に地域医療学講座の研究テーマの一つとして、地域医療白書の作成を取り上げるようにお願いした。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を提言すべきであり、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様な要望に真正面に取り組んで下さり、地域医療学講座が中心となり、更に（財）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、その結果を基に地域医療白書の第1号が2002（平成14）年に作成された。その白書の中では、数多くの自治医科大学の卒業生が保健・医療・福祉を一括して行なう地域包括ケアの中心となって活躍している事が紹介されている。地域医療白書の第1号が刊行されてから5年が経った2007（平成19）年に第2号が梶井教授を中心とする地域医療学センターの人達が前回と同じく（財）地域社会振興財団の協力を得て刊行された。第2号では自治医科大学地域医療学センターが行なった地域医療の現状と課題に関する様々なアンケート調査の結果の紹介と共に、地域医療を担う人材の育成等、地域医療の充実へ向けての幾つかの提言がなされている。従って第2号は我が国の地域医療の現状を示すと共にその課題に対してどの様に取り組むべきかを具体的に示した白書となった。

今回第2号の刊行後5年経った2012（平成24）年に第3号が刊行される事になった。第3号では第I章で住民が安心して暮らせる医療の枠組みの構築に向けた具体的な提言、またそれに必要な地域に求められる医師像、地域医療を担う医師養成の為の医学教育に対する提言等を行なっている。また第II章では保健・医療・介護・福祉の連携による効果とその課題を検証し、より実効性のある連携の構築へ向けての提言を行なっている。更に第III章では地域医療に関する情報発信と啓発活動、第IV章では地域医療に関わる様々な課題の解決に向けた研究活動の現状、および各都道府県が策定している医療計画の実態の分析、第V章では地域データバンクの構築と運用・解析を紹介すると共に、このバンクを用いた医療計画の策定や計画のモニタリング、評価についての提言を行なっている。

以上の様に第3号では地域医療に関する様々な問題点を指摘すると共に具体的な提言を行なっている点が大きな特徴である。

第3号の作成にあたられた梶井教授を始めとする数多くの関係者の方々のご苦労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

地域医療白書第3号の発刊に際して

本書の特徴～地域医療づくりへの提言～	1
I 地域医療の全体像	3
1 医療の現状と課題～医師不足と医療崩壊の構図～	3
1) 医師数	3
2) 医師の分布	4
3) 医療崩壊	9
2 安心して暮らせる医療の枠組み	16
1) 医療需要の把握	16
2) 医療提供体制の整備	17
3) 意識への介入	19
4) 枠組み構築への提言	20
3 安心して暮らせる医療に必要なもの	21
1) 地域医療に求められる医師像	21
2) 医師でなければできない保健活動	29
3) 医療機関へのアクセスと効率的な医療体制	33
4) へき地医療への支援体制	42
5) 地域医療を担う医師養成のための医学教育	50
II 保健・医療・介護・福祉の理想的な連携	59
1 現状と課題	59
1) 現状分析	59
2) 保健・医療・介護・福祉の連携の促進因子と阻害因子	59
2 理想像	89
3 提言	89

1) 「人」	89
2) 「施設」	90
3) 「場所」	90
4) 「時間」	90
5) 「モノ」	90
6) 連携の「内容」	91
7) 提言とまとめ	91
III 地域医療に関する情報発信と効果的な啓発活動	93
1 地域医療に関する情報発信	93
1) 現状と課題	93
2) 情報発信の必要性	96
3) 提言：発信者の意図と言葉の意味の共有	97
2 効果的な地域医療に関わる啓発活動	98
1) 現状と課題	98
2) 提言：意識の変化を促す啓発活動	112
IV 地域医療に関わる問題解決の方法	113
1 地域医療に関わる問題解決の現状	113
1) 地域医療の研究の現状	113
2 都道府県の医療計画における実態把握	121
1) 医療計画の現状	121
3 課題の整理と提言	128
1) 課題	128
2) 提言	128
V データベースの必要性（地域医療データバンク）	131
1 現状と課題	131
1) 高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT戦略本部）の政策	131

2) 公的病院改革プラン	132
3) 医療計画・地域保健医療計画	132
4) 地域医療再生基金	132
5) 地域医療機関における現状と課題	133
2 提言：地域医療分析の必要性	134
1) 地域医療データバンク	134
2) 地域医療分析と地域保健医療計画	135
3) 地域医療分析と地域医療・介護ネットワークシステム	136

コラム

救急医療提供体制の立て直し	15
国民皆保険とは何か	40
フリーアクセスと国民皆保険はセットの制度か？	41
政策目標としての医療へのアクセス	41
医師不足と新医師臨床研修制度	57
総合医療に関連する変遷	58
幅広いニーズに応えるための医療スタッフの育成	92
医療計画の見直し	127
自治体病院と公立病院改革ガイドライン	137

本書の特徴

～地域医療づくりへの提言～

わが国における医学の進歩と社会経済の発展は、わが国を世界一の長寿国とした。さらに、医学の進歩は、医療の世界に様々な技術革新をもたらすとともに、生命科学の大進展へつながり、国民の医学への期待は膨らみ続けている。

その一方で、急速な高齢化及びそれに伴う疾病的慢性化・複合化が進み、介護を要する人達も増加の一途にある。国民の健康を取り巻く状況は大きく変化し、医療には治療をすることに加え、疾病の予防、継続的見守り、闘病への支援（介護、リハビリテーション）、生活の質の向上、生きがい感の回復といった幅広い役割が求められるようになってきた。

このような現状の中で、安心して健やかな生活を送ることができるよう、住民を見守り支援する地

域医療の役割は一層大きくなっている。日本の医療の将来は、地域医療の向上・発展にかかっているといつても過言ではない。しかし、医師不足などによる地域医療提供体制の確保が困難になり、地域医療の崩壊が危惧されている。

地域医療白書第3号では、安心して暮らせる医療づくりを目指して、地域医療を取り巻くさまざまな課題を明らかにし、その改善・解決策を提言することとした。課題抽出は、地域医療の実践を経験した編集委員によるマインドマップの作成と課題のカテゴリー化を行い（図1）、課題ごとにチームを結成した。その上で議論を積み上げ、提言として取りまとめた（図2）。

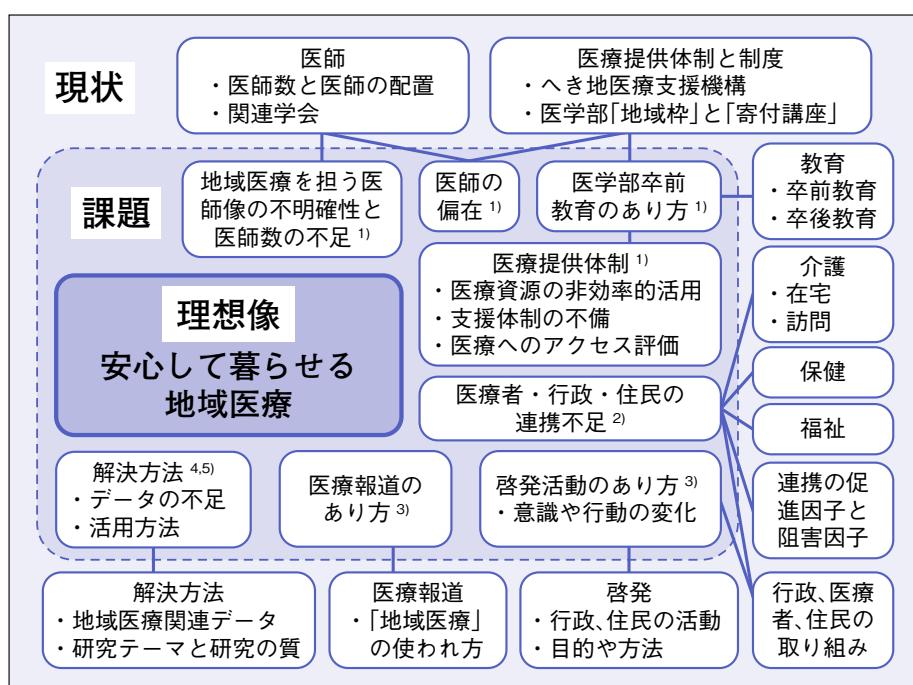


図1 地域医療に関する要素(調査前のマインドマップ)

¹⁾第I章、²⁾第II章、³⁾第III章、⁴⁾第IV章、⁵⁾第V章

本白書の構成は、第Ⅰ章から第Ⅴ章までの5つの章からなり、以下に各章の論点ならびに提言のアウトラインを記す。

第Ⅰ章では、医師偏在、病院閉鎖、及び救急受入れ困難など、医療を取り巻く諸問題が複雑に絡み合った状況の中で、住民が安心して暮らせる医療の枠組みづくりに重要となる「需要と供給の評価システムの確立」、「診療提供体制の整備」、「意識への介入・相互理解の構築」の3項目を提案する。

そして、住民が安心して暮らせる医療の枠組み構築へ向けた提言、さらにその推進へ向けて必要となる地域に求められる医師像、医師でなければできない保健活動、医療機関へのアクセスと効率的な医療体制、へき地医療への支援体制、ならびに地域医療を担う医師養成のための医学教育に対する提言をおこなう。

第Ⅱ章では、わが国で進められてきた保健・医療・介護・福祉の連携による効果とその課題を検証し、保健・医療・介護・福祉の連携における促進因子と阻害因子を明らかにする。その上で、連携の理想像を描くとともに、より実効性ある連携の構築へ向けて行政（国・地方自治体）、教育機関、ならびに地域への提言をおこなう。

第Ⅲ章では、地域医療に関する情報発信と啓発活動を取り上げる。地域医療の現状と課題を知り、立場を越えてその改善・解決へ向けて一步踏み出すには、地域医療に対する共通の認識が必要となる。新聞記事を分析し、地域医療の使われ方を明らかになるとともに、情報発信のあり方と共有の仕方について提言する。さらに、地域医療の啓発活動の実態を明らかにし、その効果を検証するとともに、意識の変化を促す啓発活動についての提言をおこなう。

第Ⅳ章では、地域で見出される地域医療に関わるさまざまな課題の解決へ向けた研究活動の現状、及び各都道府県が策定している医療計画の実態を分析し、課題を明らかにする。そして、地域に根ざした研究の発展へ向けた支援体制づくり、地域医療の環境を相対的かつ客観的に把握するための地域データベースの構築、研究成果やデータベースを医療計画立案に活用できる人材の育成に関する提言をおこなう。

第Ⅰ章『医療・制度・教育』

- 需要と供給の評価システムの確立
- 診療提供体制の整備
- 集約的・総合的な提供体制の整備
- 支援体制の拡充
- 医師像の確立
- アクセスの保障
- 意識への介入・相互理解の構築
- 地域医療マインド、専門医としての自覚
- 住民意識の適正化

第Ⅱ章『保健・医療・介護・福祉』

- 開かれた連携
- 連携を担う人材の教育・育成
- 連携を推進する政策の実施
- 連携を担う医師の教育
- 関係者が集まる定期的な機会の設置
- 適切なエリアの設定

第Ⅲ章『情報発信・啓発活動』

- 情報発信
- 「地域医療」という言葉の意味の共有化と発信者の意図の明確化
- 啓発活動
- 「知識の伝達」ではなく「意識の変化」を促す啓発活動の拡充

第Ⅳ章『課題解決方法』

- 研究の支援体制作り
- 地域データベースの構築
- 研究成果やデータベースを医療計画の立案に活用できる人材の育成

第Ⅴ章『地域医療データバンク』

- 地域医療データバンクの構築
- 地域医療の分析
- 地域医療情報の共有

図2 『安心して暮らせる地域医療づくり』に関する提言

第Ⅴ章では、第Ⅳ章で取り上げた地域データベースの具体的構築へ向けて取り組まれている事業（地域医療データバンクの構築と運用・解析）を紹介する。ここでは、この地域医療データバンクの発展性について述べるとともに、同バンクを用いた医療計画の策定や計画のモニタリング・評価などへの応用性について提言をおこなう。

I 地域医療の全体像

① 医療の現状と課題～医師不足と医療崩壊の構図～

1) 医師数

2006（平成18）年8月の「新医師確保総合対策」以来、医療対策において医師不足は重要な課題となっている。医師・歯科医師・薬剤師調査によれば、2008（平成20）年末現在で全国の医師数は286,699人で、人口10万対医師数は224.5人となっている（表I-1）。新医師臨床研修制度が開始された2004（平成16）年と比較して、医師数は16,328人（6.0%）、人口10万対医師数は12.8人（6.0%）増加した（図I-1）。

しかし、厚生労働省が2010（平成22）年6月に実施した「病院等における必要医師数実態調査」によれば、医療機関（病院と分娩取扱い診療所）の必要求人医師数は18,288人であり、現員医師数と必要求人医師数の合計数は、現員医師数の約1.11倍となっていた。

必要求人医師数だけをみれば、現状、医師は10%不足していることになる。その一方で、いわゆる「地域枠」の設置など様々な対策により、2011（平成23）年度の医学部入学定員は8,923人（防衛医科大学校85人を除く、文部科学省「平成23年度医学部入学定員の増員計画について」）と、過去最大となっている。このため、将来の人口推移を考慮し、医師過剰を懸念する声も根強く存在する。

現状、医師数が絶対的に不足しているかについては議論がつきない。適正な医師数を算出するためには、提供される医療の質、医師の仕事量、住民の疾病構造、人口構成、地理的状況など様々な要因を考

表I-1 医師数の年次推移

年度	医師数(人)	人口10万対医師数(人)
1988年	201,658	164.2
1990年	211,797	171.3
1992年	219,704	176.5
1994年	230,519	184.4
1996年	240,908	191.4
1998年	248,611	196.6
2000年	255,792	201.5
2002年	262,687	206.1
2004年	270,371	211.7
2006年	277,927	217.5
2008年	286,699	224.5

2008年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

慮しなければならない。しかしながら、その推定は容易なことではない。このような事情もあり、医師数の議論では、絶対的な医師不足よりも、むしろ医師の分布、とりわけ地域や診療科における医師の偏在が重要な課題として取り上げられることが多い。医師養成には時間がかかり、医師数がすぐに増えることは難しい。医師の偏在の状況を適切に評価したうえで、その解消に対する有効な手立てを考える方が現実的と考える。

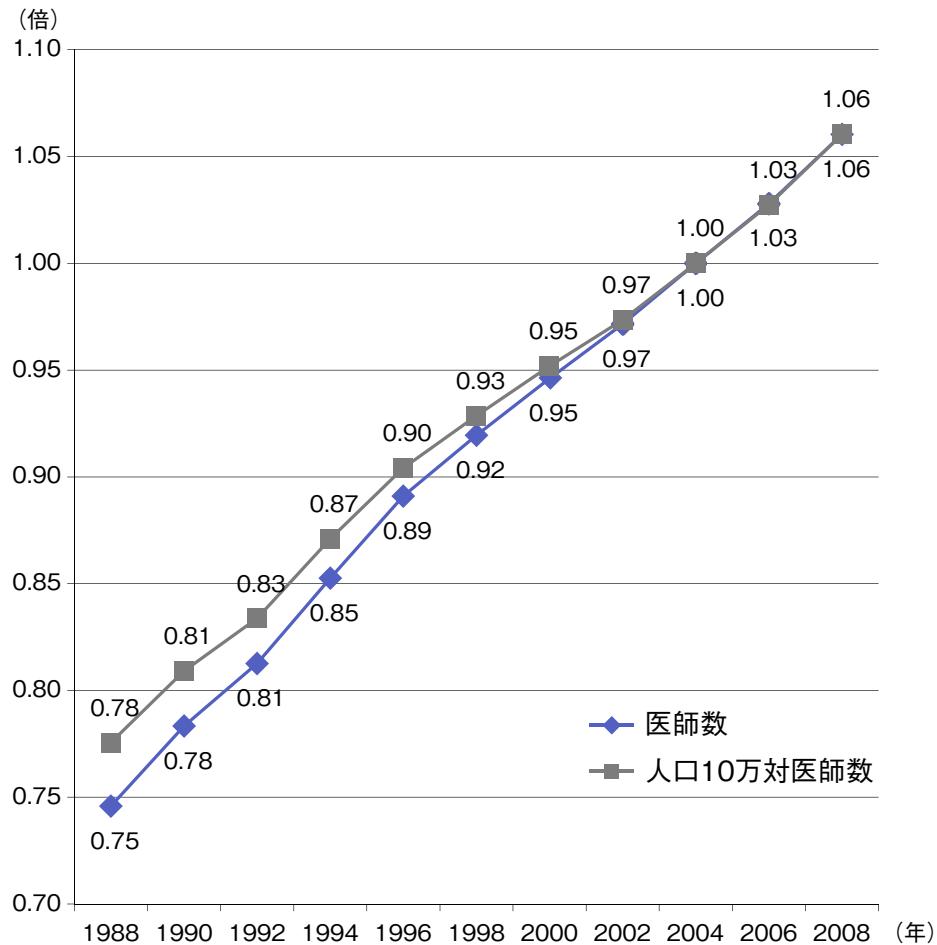


図 I-1 医師数の推移、2004年を基準(1.0)とした場合の比率
2008年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

2) 医師の分布

(1) 地域の偏在

人口10万対医師数を都道府県別にみると、徳島県が299.4人と最も多く、逆に埼玉県が146.1人と最も少ない(2008(平成20)年医師・歯科医師・薬剤師調査)(図I-2)。その格差は2.0倍である。2004(平成16)年の格差は2.1倍(最大:徳島県282.4人、最小:埼玉県134.2人)であったことから、格差は変わらないか、またはほんのわずか少なくなっている。

格差の年次推移について、格差の指標であるGini係数(0から1の間で係数が示され、0に近い程格差が少なく、逆に1に近い程格差が大きい。所得格差を評価するときなどによく用いられる)を用いて検証する。Gini係数は、2004(平成16)年に比べて、2008(平成20)年では0に近づいている(図

I-3)。

これらのことから、全体で考えれば、医師の分布に係る都道府県間格差はわずかに減少傾向にある。しかし、このことと格差が許容できるかとは別の問題である。人口当たりではなく、都道府県別医師数をみれば、大都市がある都道府県に医師が集中していることがわかる(図I-2)。現状の都道府県間の格差を、多くの方々が許容することは難しいであろう。

次に、医師数の地域偏在について、医療提供体制の基本的ユニットである二次医療圏別で検証する。人口10万対医師数が最も多いのが東京都区中央部の1,263.1人(2006(平成18)年医師・歯科医師・薬剤師調査と2005(平成17)年国勢調査とから作成)で、最も少ないのが愛知県尾張中部の74.2人で、その差は17.0倍である(表I-2)。2番目に多い東京都区西部の474.8人と比較しても、6.4倍である。

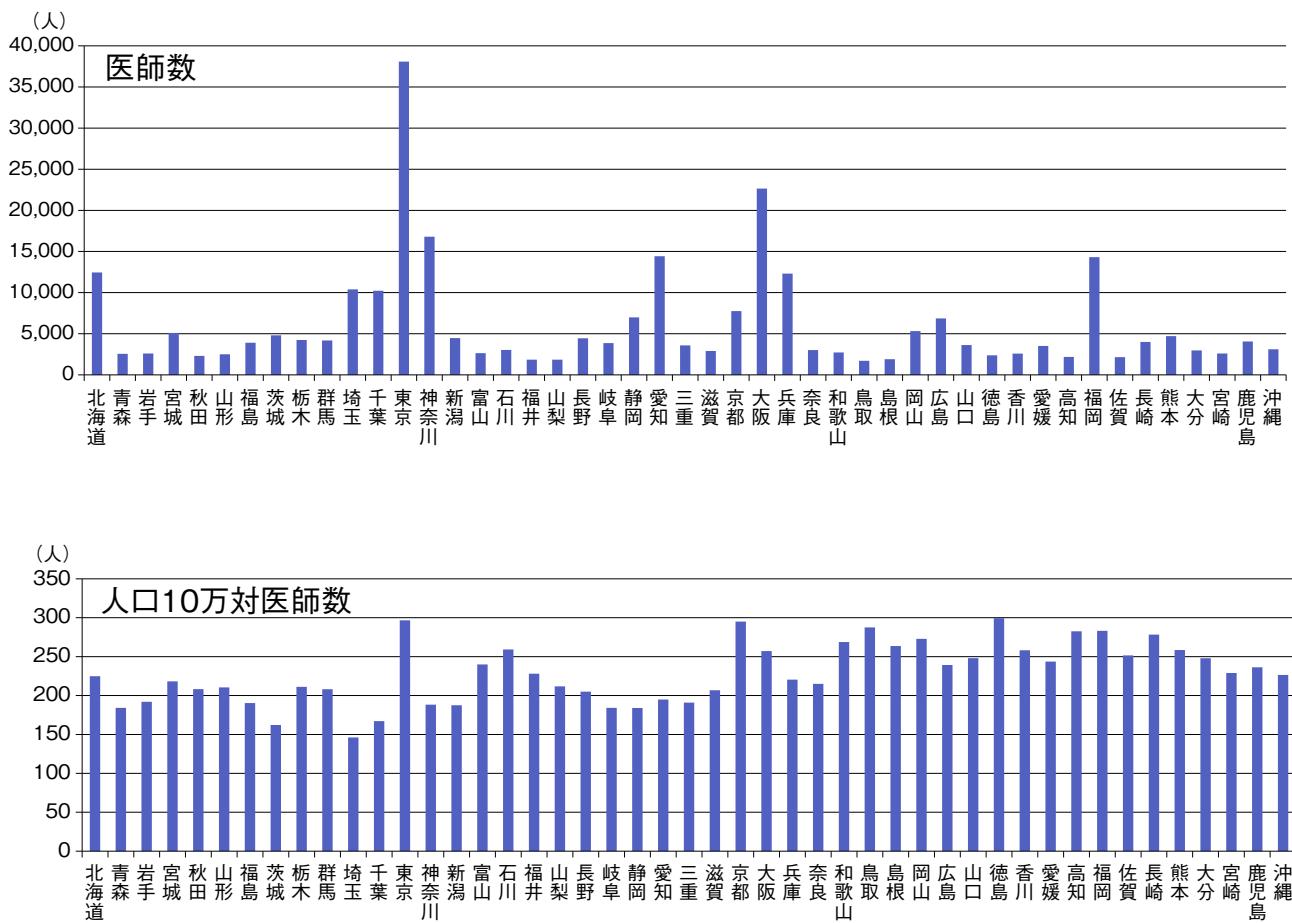


図 I-2 都道府県別、医師数と人口10万対医師数(人)

2008年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

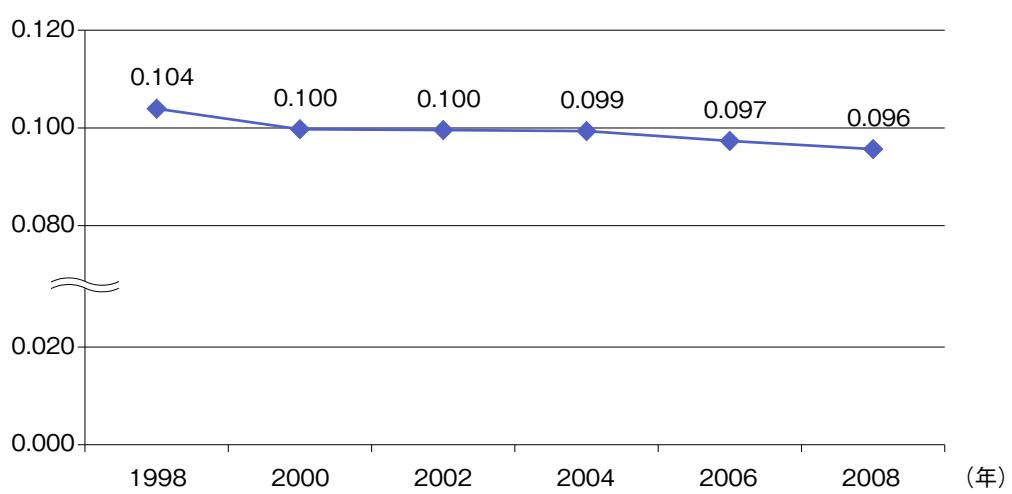


図 I-3 人口10万対医師数に関する都道府県間の格差(Gini係数)の推移

医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)より作成

表 I-2 二次医療圏別、人口10万対医師数

二次医療圏名	人口10万対医師数(人)
上位	
東京都・区中央部	1263.1
東京都・区西部	474.8
島根県・出雲	425.3
福岡県・久留米	420.6
群馬県・前橋	409.8
下位	
愛知県・尾張中部	74.2
宮城県・黒川	85.0
北海道・根室	88.0
茨城県・鹿行	90.4
福島県・南会津	91.1

2006年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)と2005年人口静態統計(総務省)より作成

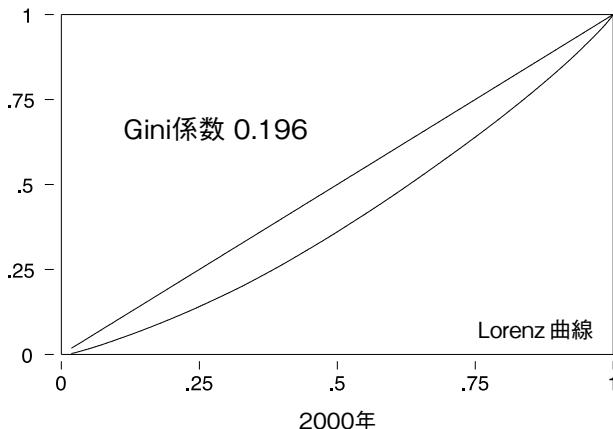
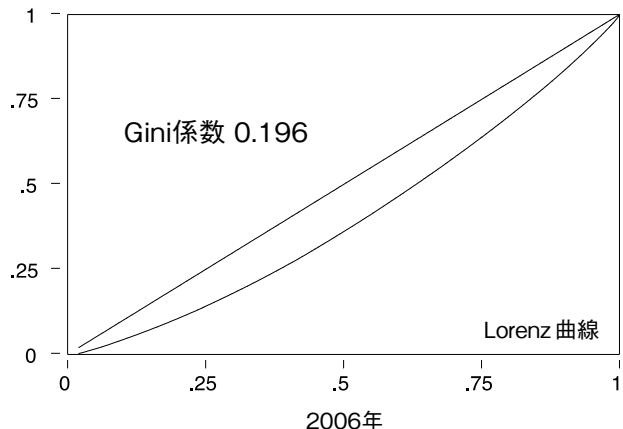


表 I-3 二次医療圏人口階級別、人口10万対医師数

人口階級	n	人口10万人対医師数(人)
≤10万人	95	152.8 ± 34.0
≤25万人	107	173.9 ± 50.1
≤50万人	80	209.5 ± 78.9
>50万人	76	236.6 ± 140.1

2006年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)と2005年人口静態統計(総務省)より作成



グラフのX軸とY軸は、それぞれ二次医療圏とその人口対医師数の百分位(実際は0から1)を示している。Lorenz曲線は、二次医療圏ごとの人口10万対医師数を累積して描かれている。このため、曲線が下にたわむ程、格差が大きいこと示している。逆に格差がなければ(すべての二次医療圏における医師数が同じであれば)、曲線は対角線に一致する。Gini係数は、対角線と曲線(Lorenz曲線)とで囲まれた面積に相当し、格差の指標として用いられている。見てわかるように、2000年と2006年とで、二次医療圏における人口10万対医師数のGini係数に差は見られない。

図 I-4 二次医療圏における人口10万対医師数のGini係数の比較

その格差は都道府県別と比べて、かなり大きい。

また、都道府県庁と医学部・医科大学所在地の二次医療圏(74医療圏、2008(平成16)年現在)の人口10万対医師数は293.1人(平均)であり、それ以外(284医療圏)の162.6人(平均)と比べて、その差は1.8倍であった。さらに、二次医療圏人口別に人口10万対医師数にも大きな違いがみられる(表I-3)。

二次医療圏間の格差の推移について、Gini係数を用いて2000(平成12)年と2006(平成18)年を比較したところ、ともに0.196であった(図I-4)。医療提供体制の基本的ユニットである二次医療圏に

おいても、都道府県と同様な地域差が存在する。そして、その格差はほとんど変化していない。

ここでは、都道府県と二次医療圏で医師の分布を検証した。医師の分布について地域の偏在が存在する。その偏在は、都道府県レベルでは若干の改善がみられるものの、二次医療圏レベルでは改善の方向に進んでいるとは言いがたい。地域の偏在を解消するために、より一層の努力が求められる。

(2) 医療施設の偏在

医師・歯科医師・薬剤師調査によれば、2008(平成20)年末現在で医療施設に勤務する医師数は

表 I - 4 従事施設別、医師数と構成割合の年次推移

	総数	医育機関附属病院	病院	診療所
1988年	193,682 (100.0)	36,389 (18.8)	84,636 (43.7)	72,657 (37.5)
1990年	203,797 (100.0)	37,942 (18.6)	90,823 (44.6)	75,032 (36.8)
1992年	211,498 (100.0)	39,063 (18.5)	96,782 (45.8)	75,653 (35.8)
1994年	220,853 (100.0)	40,747 (18.4)	102,665 (46.5)	77,441 (35.1)
1996年	230,297 (100.0)	41,163 (17.9)	107,036 (46.5)	82,098 (35.6)
1998年	236,933 (100.0)	41,101 (17.3)	111,999 (47.3)	83,833 (35.4)
2000年	243,201 (100.0)	41,845 (17.2)	112,743 (46.4)	88,613 (36.4)
2002年	249,574 (100.0)	43,138 (17.3)	115,993 (46.5)	90,443 (36.2)
2004年	256,668 (100.0)	43,423 (16.9)	120,260 (46.9)	92,985 (36.2)
2006年	263,540 (100.0)	44,688 (17.0)	123,639 (46.9)	95,213 (36.1)
2008年	271,897 (100.0)	46,563 (17.1)	127,703 (47.0)	97,631 (35.9)

人(%)、2008年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

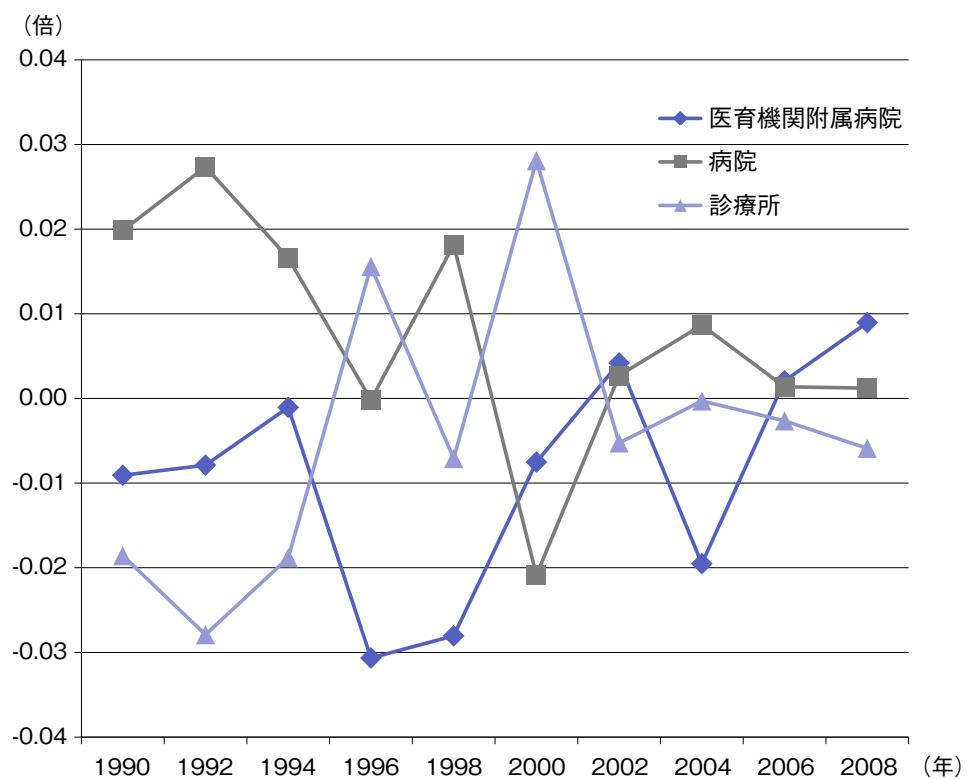


図 I - 5 従事医療機関別医師数増加比率の変化（2年間の差）の年次推移、医療施設従事医師数の増加率を基準とした場合

医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）から作成

271,897人で、人口10万対医師数は212.9人である（表 I - 4）。その内訳は、医育機関附属病院に従事するものが46,563人（17.1%）、それ以外の病院に従事するものは127,703人（47.0%）、診療所に従事するものは97,631人（35.9%）である。

各医療施設医師数の増加率の年次推移では、新医師臨床研修制度が開始された2004（平成16）年以降は、医療施設従事医師数の増加を基準とした場合、

病院と医育機関附属病院の医師数の増加が多いのに対して、逆に診療所の医師数の増加は少ない（図 I - 5）。これは、1996（平成8）年と2000（平成12）年に極端に起こった診療所への医師のシフトが収まったことを示唆する。2008（平成20）年では医育機関附属病院医師数の増加が多く、逆に診療所の増加が少ない。これは、医育機関附属病院への医師のシフトを示唆する。

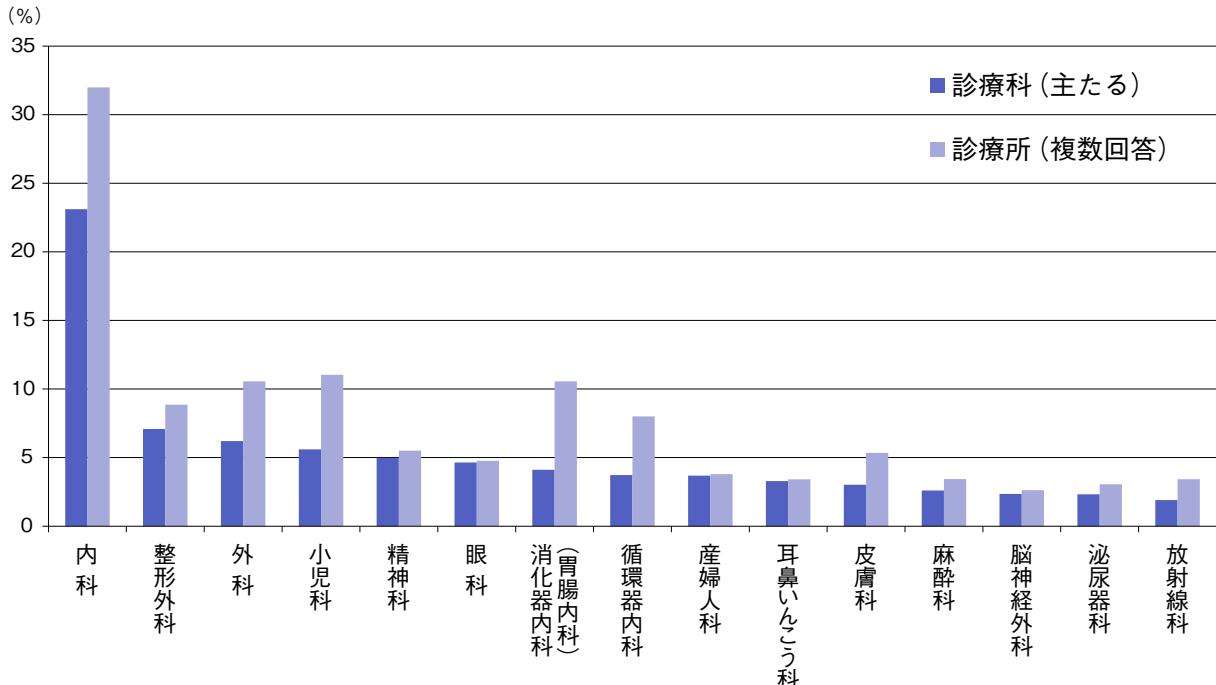


図 I-6 医療施設従事医師数に占める診療科別医師数割合、上位 15 診療科

2008 年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

表 I-5 診療科(主たる)別、医師数(上位 15 診療科)

診療科	医療施設従事者	病院従事者	診療所従事者
内科	62,845 (23.1)	23,613 (13.5)	39,232 (40.2)
整形外科	19,273 (7.1)	11,976 (6.9)	7,297 (7.5)
外科	16,865 (6.2)	12,734 (7.3)	4,131 (4.2)
小児科	15,236 (5.6)	8,721 (5.0)	6,515 (6.7)
精神科	13,534 (5.0)	10,575 (6.1)	2,959 (3.0)
眼科	12,627 (4.6)	4,722 (2.7)	7,905 (8.1)
消化器内科(胃腸内科)	11,187 (4.1)	8,047 (4.6)	3,140 (3.2)
循環器内科	10,144 (3.7)	8,443 (4.8)	1,701 (1.7)
産婦人科	10,012 (3.7)	5,693 (3.3)	4,319 (4.4)
耳鼻いんこう科	8,936 (3.3)	3,542 (2.0)	5,394 (5.5)
皮膚科	8,214 (3.0)	3,358 (1.9)	4,856 (5.0)
麻酔科	7,067 (2.6)	6,553 (3.8)	514 (0.5)
脳神経外科	6,398 (2.4)	5,442 (3.1)	956 (1.0)
泌尿器科	6,324 (2.3)	4,663 (2.7)	1,661 (1.7)
放射線科	5,187 (1.9)	4,865 (2.8)	322 (0.3)

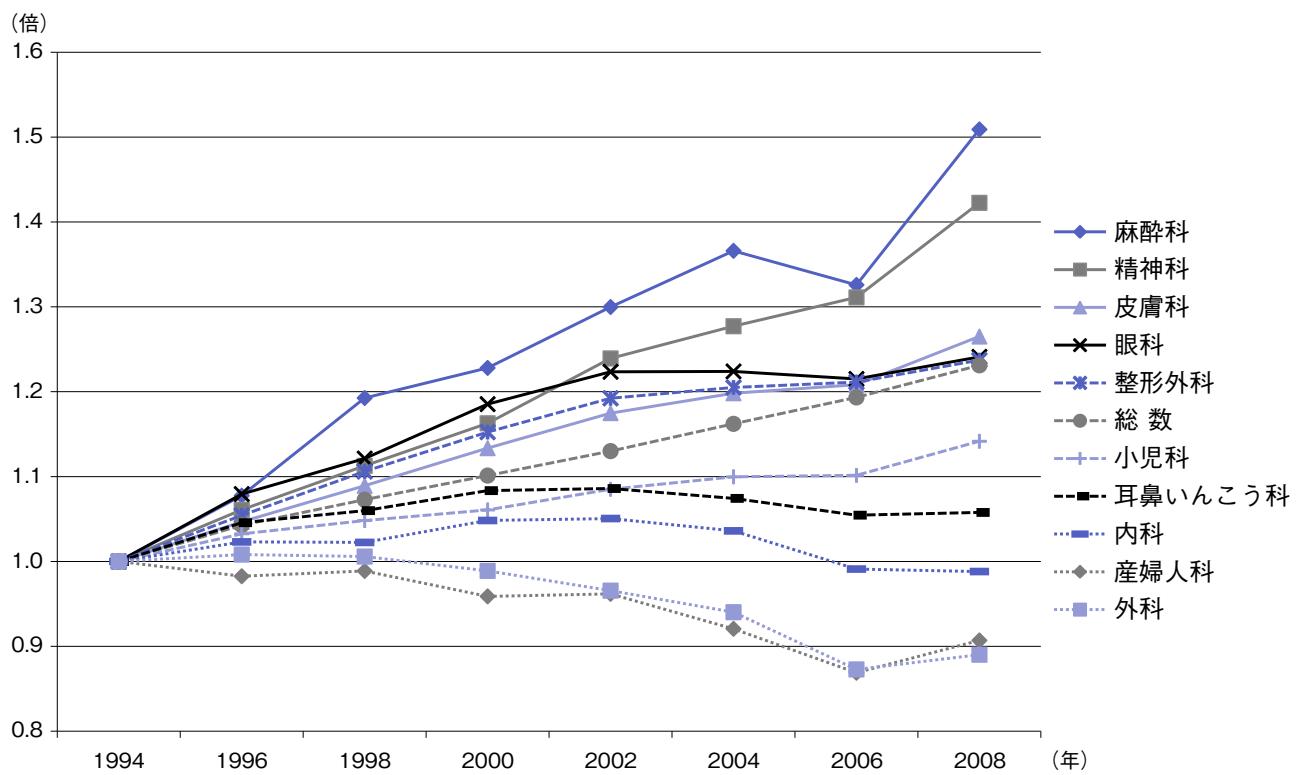
人(%)、2008 年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

2004(平成 16)年以降は、それまでにみられた医療施設医師数の増加に係る大きな変化は観察されない。今後の推移を見守る必要はあるが、全体的には、医療施設に係る医師の分布に新たな偏在が起きているとは考えがたい。

(3) 診療科の偏在

医師・歯科医師・薬剤師調査によれば、2008(平成 20)年末現在で医療施設従事医師の診療科(主た

る)別医師数の上位 5 診療科は、内科(62,845 人、23.1%)、整形外科(19,273 人、7.1%)、外科(16,865 人、6.2%)、小児科(15,236 人、5.6%)、精神科(13,534 人、5.0%)である(図 I-6)。一方で、診療科(複数回答)別医師数の上位 5 診療科は、内科(86,992 人、32.0%)、小児科(30,009 人、11.0%)、外科(28,717 人、10.6%)、消化器内科(胃腸科)(28,712 人、10.6%)、整形外科(24,085 人、8.9%)であり、診療科(主たる)別とは少し順位が異なる(表 I-5)。



図I-7 診療科（主たる）別医師数の推移、1994年を基準とした場合

医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）から作成。*2008年の内科は腎臓内科、糖尿病内科（代謝内科）、及び血液内科を含む。また、外科は、乳腺外科と消化器外科（胃腸外科）を含む。

診療科（主たる）別医師数の年次推移では、診療施設従事医師数の増加率に比べて、内科、小児科、産婦人科、及び外科の増加率は低い（図I-7）。これは、全体の医師数の増加が、必ずしも、これらの診療科の医師数の増加をもたらしていないことを示唆する。

診療科（主たる）別医師数の増加割合（2年間）では、2008年（平成20）年は、小児科、産婦人科、及び外科は増加している。しかし、内科は、やや減少している（図I-8）。内科医師数について、各医療施設別にみたところ、病院と医育機関附属病院で減少がみられる（図I-9）。2006（平成18）年から調査票に研修医の項目が設定された。これがある程度影響していると思われる。しかし、いずれの医療施設においても、専門診療科（内科のサブスペシャルティ）の医師数が増加している。内科がより専門分化している傾向を示唆する。今後の内科の医師数の推移については注意を払う必要があろう。

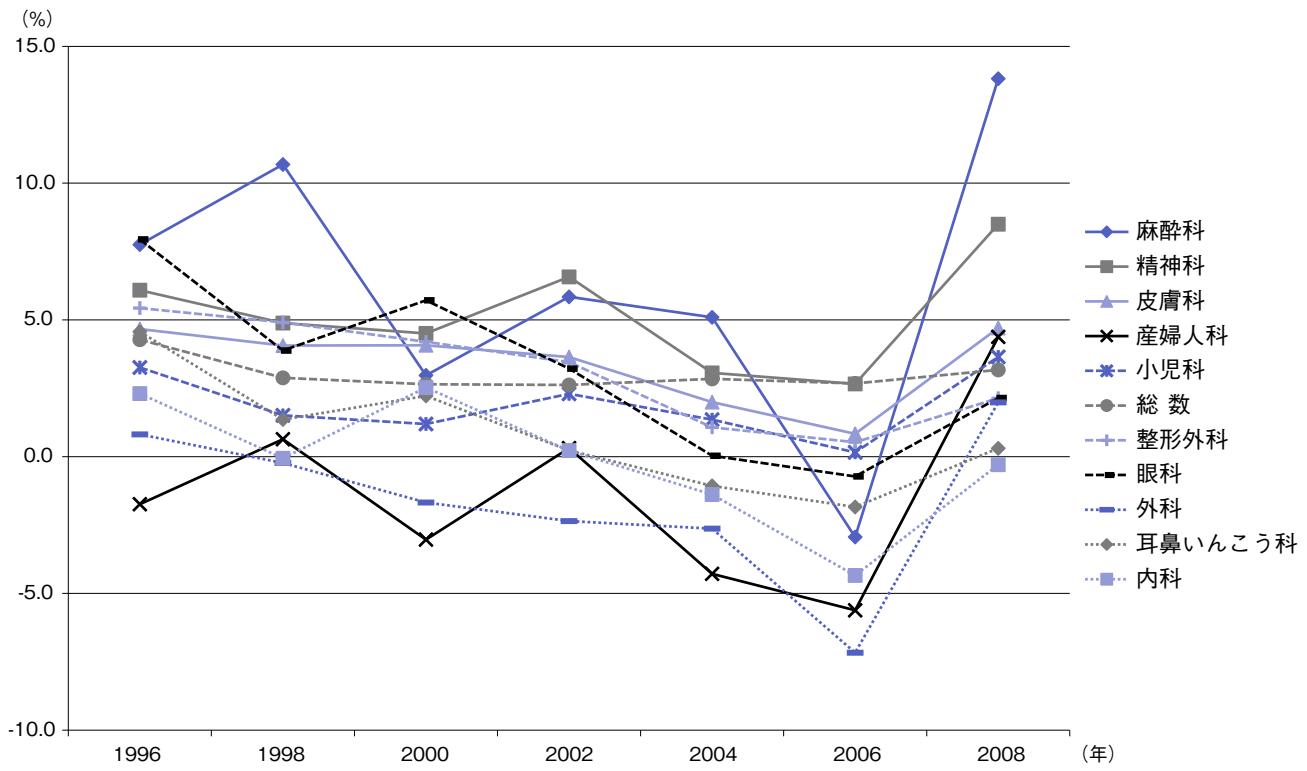
このように、医師の分布に関する地域の偏在とともに、診療科の偏在に関しても、解消に向けてより一層の努力が求められる。

3) 医療崩壊

いわゆる「医療崩壊」に関する話題は様々なところで議論されている。実際には、医療が崩れ壊れたわけではない。一般的には、身近で、容易に医療を受けることが困難になった状態を、「医療崩壊」と刺激的に表現している。その中で、特に議論されているのは、病院存続と救急医療の問題である。病院存続は、入院医療の確保の問題に置き換えることができる。つまり、議論は、「いざ、何かが起きたとき」の大きな不安が引き起こしていると言っても過言ではない。ここでは、病院数と救急搬送の状況を踏まえた上で、医療崩壊の模式図を検証する。

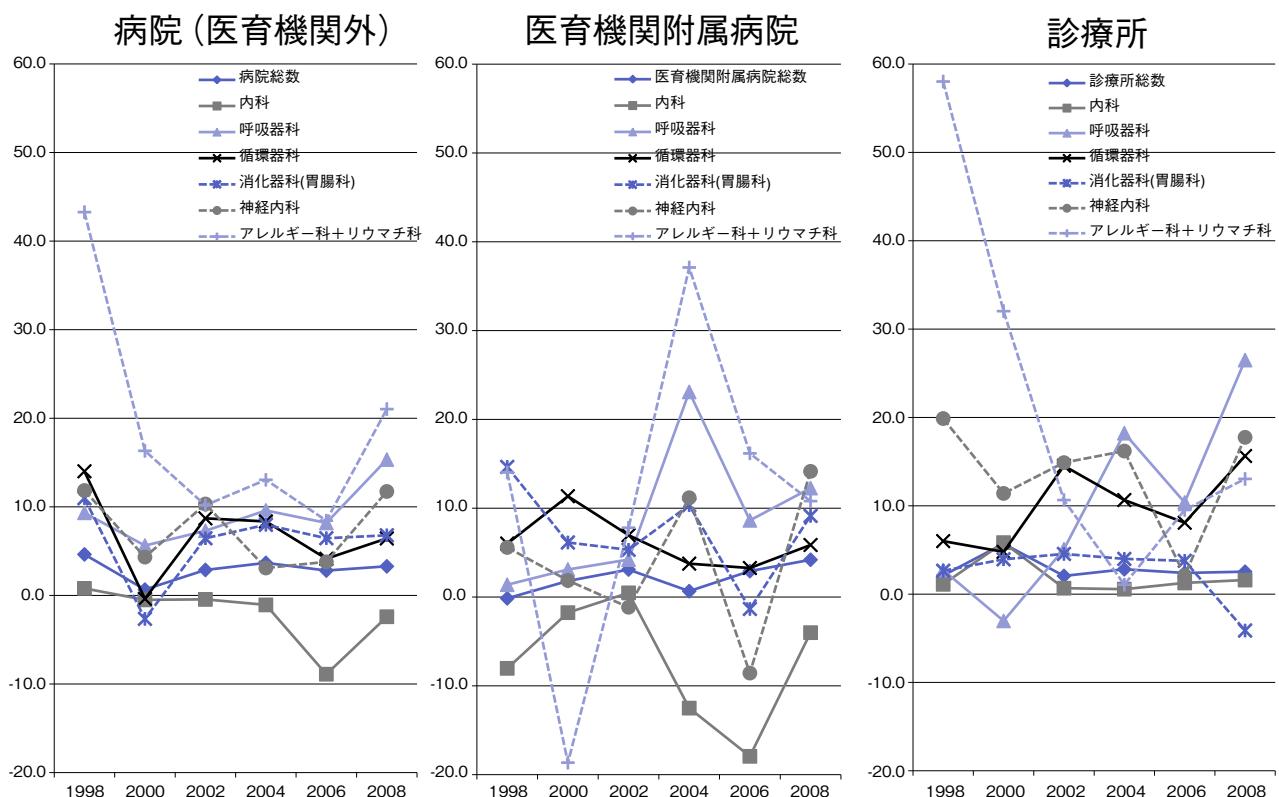
(1) 病院数

2009（平成21）年医療施設調査によれば、病院は8,739で、うち一般病院は7,655となっている（表I-6）。人口10万対病院数は6.9で、うち一般病院は6.0である。医療施設数の推移（図I-10）について、一般診療所と精神病院は増加している。これに対して、1993（平成5）年以降、一般病院数は



図I-8 診療科(主たる)別医師数、2年間の増加割合の推移

医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)から作成。*2008年の内科は腎臓内科、糖尿病内科(代謝内科)、及び血液内科を含む。また、外科は、乳腺外科と消化器外科(胃腸外科)を含む。



図I-9 診療施設別、内科関連診療科(主たる)医師数の2年間ごとの増加割合の推移

医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)から作成。*2008年の内科は腎臓内科、糖尿病内科(代謝内科)、及び血液内科を含む。

表 I-6 医療施設数の年次推移

	1987年	1990年	1993年	1996年	1999年	2002年	2005年	2007年	2008年	2009年
施設数										
病院	9,841	10,096	9,844	9,490	9,286	9,187	9,026	8,862	8,794	8,739
精神科病院	1,044	1,049	1,059	1,057	1,060	1,069	1,073	1,076	1,079	1,083
一般病院	8,765	9,022	8,767	8,421	8,222	8,116	7,952	7,785	7,714	7,655
療養病床を有する病院	—	—	41	494	2,227	3,723	4,374	4,135	4,067	4,021
一般診療所	79,134	80,852	84,128	87,909	91,500	94,819	97,442	99,532	99,083	99,635
有床	24,975	23,589	22,383	20,452	18,487	16,178	13,477	12,399	11,500	11,072
療養病床を有する一般診療所	—	—	—	—	1,795	2,675	2,544	1,887	1,728	1,625
無床	54,159	57,263	61,745	67,457	73,013	78,641	83,965	87,133	87,583	88,563
人口10万対施設数										
病院	8.0	8.2	7.9	7.5	7.3	7.2	7.1	6.9	6.9	6.9
精神科病院	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
一般病院	7.2	7.3	7.0	6.7	6.5	6.4	6.2	6.1	6.0	6.0
療養病床等を有する病院	—	—	0.0	0.4	1.8	2.9	3.4	3.2	3.2	3.2
一般診療所	64.7	65.4	67.4	69.8	72.2	74.4	76.3	77.9	77.6	78.1
有床	20.4	19.1	17.9	16.2	14.6	12.7	10.5	9.7	9.0	8.7
療養病床を有する一般診療所	—	—	—	—	1.4	2.1	2.0	1.5	1.4	1.3
無床	44.3	46.3	49.5	53.6	57.6	61.7	65.7	68.2	68.6	69.5

2009年医療施設調査(厚生労働省)

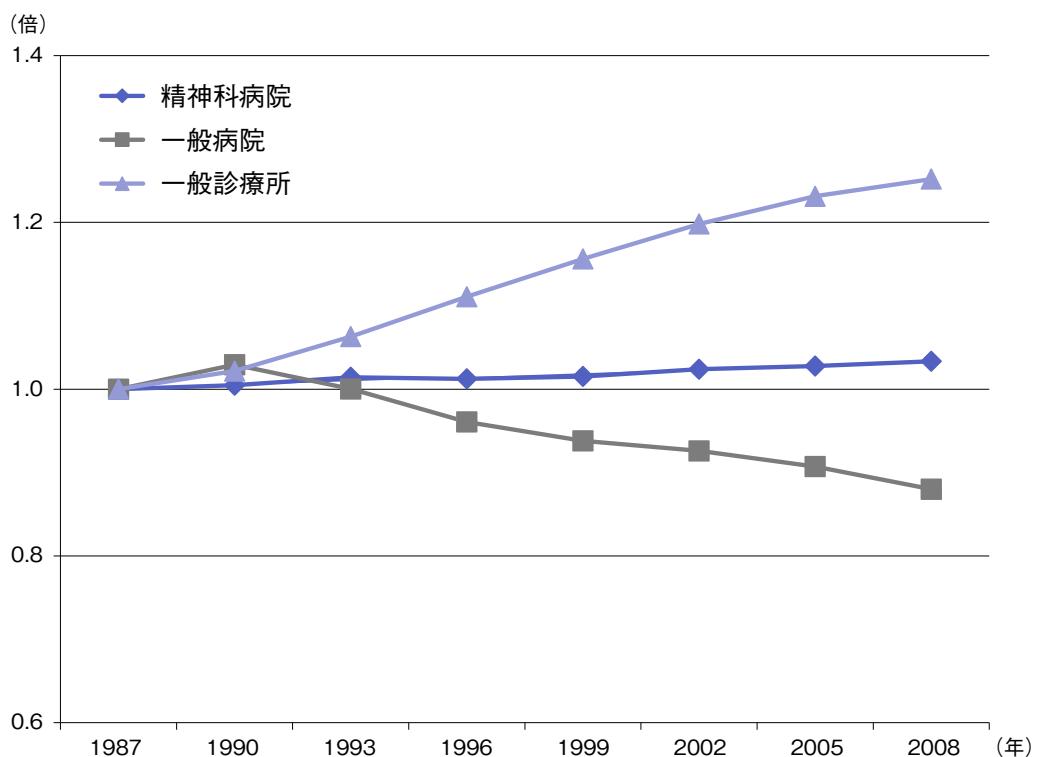


図 I-10 医療施設数の推移、1987年を1.0とした場合

医療施設調査(厚生労働省)から作成

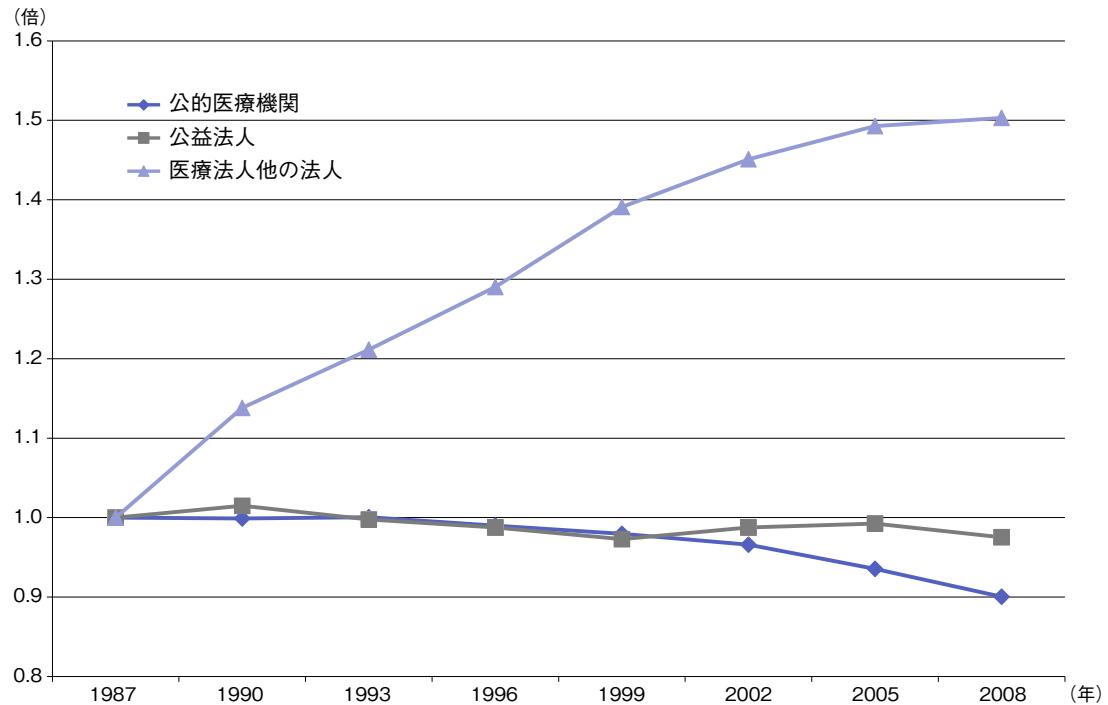


図 I-11 開設者別、病院数の推移、1987年を基準とした場合

医療施設調査(厚生労働省)から作成

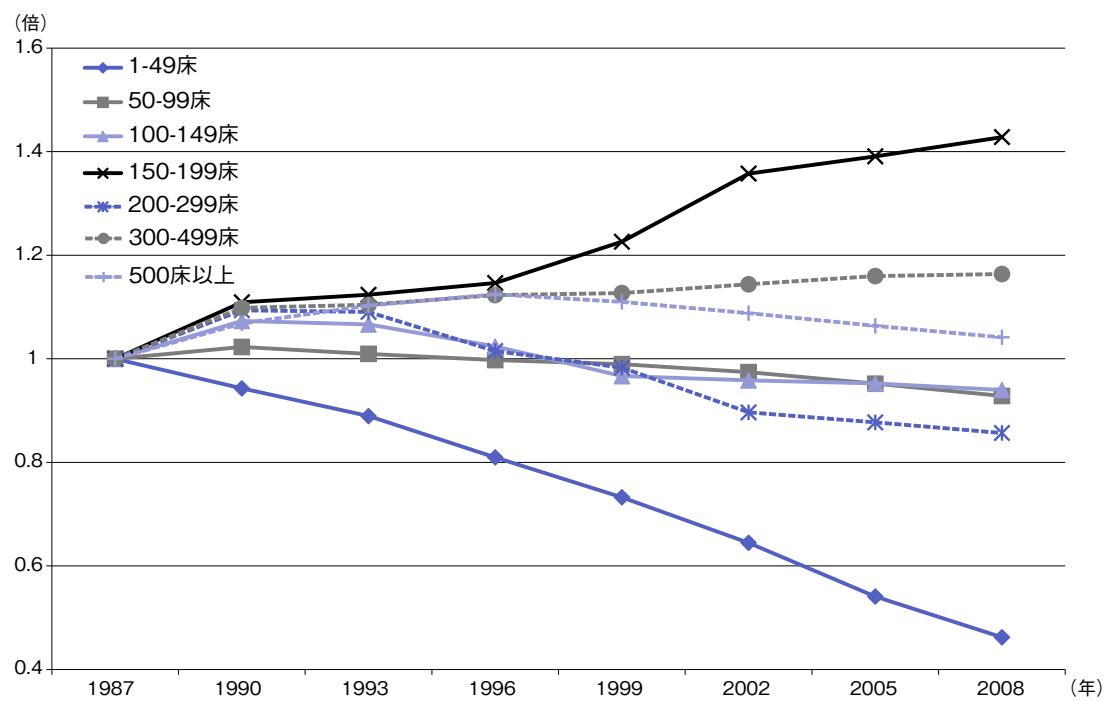


図 I-12 病床規模別、病院数(有床診療所含)割合の推移、1987年を基準とした場合

医療施設調査(厚生労働省)から作成

減少し続けている。2002（平成14）年以降は、減少傾向が強まっている。開設者別にみると（図I-11）と、同様に、2002（平成14）年以降、公的医療機関の減少が著しい。病床数別（図I-12）にみると、50床未満の病院と有床診療所の減少が著しい。

また、50-99床、100-149床、200-299床、及び500床以上の病院では、増加した後に減少傾向にある。そして、500床以上の病院を除き、1987（昭和62）年に比べて、その数は減少している。その一方で、150-199床の病院、300-499床の病院は増加し続け

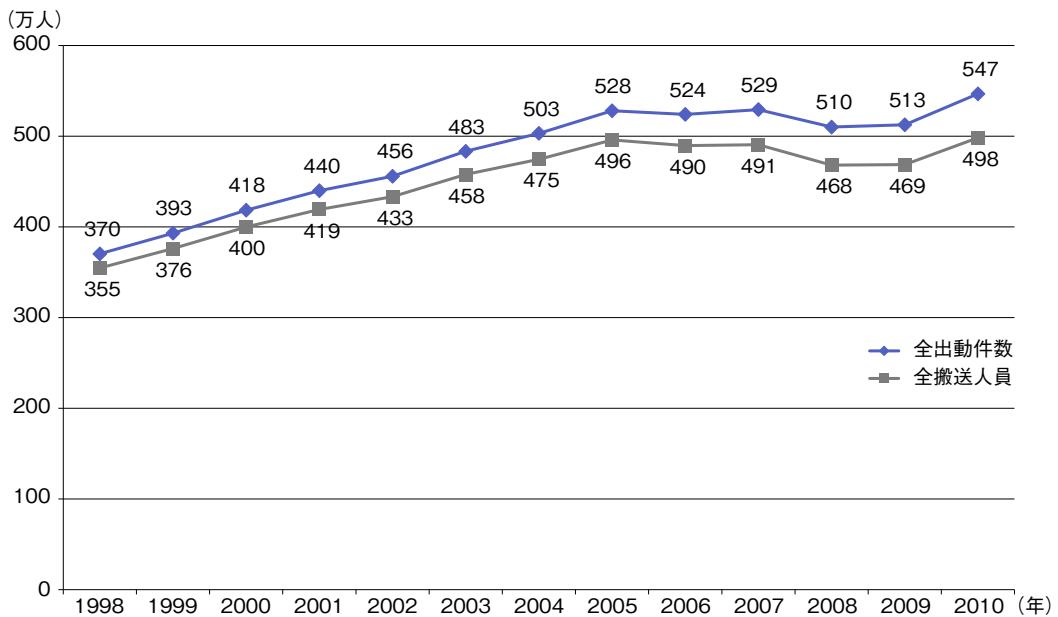


図 I-13 救急出動件数と搬送人員の推移

2011年度救急・救助の概要(消防庁)

ている。特に興味深いのは150-199床の病院と200-299床の病院の動きがほぼ真逆の点である。多くの病院が病床規模を縮小した結果として、150-199床の病院が著しく増加したものと思われる(図I-12)。

このように病院の減少は、200床以上の病院、また公的医療機関を中心に起きていることがわかる。特に2002(平成14)年頃にその傾向が強かったことが示唆される。200床以上の公的病院は、住民の身近なところで、重要な役割を担っている。このような病院の閉鎖や規模縮小が住民の不安に直結することに疑う余地はない。事実、いくつかの病院の閉鎖や規模縮小は、大きな社会的問題にもなっている。

(2) 救急搬送

2011(平成23)年度救急・救助の概要(消防庁)によれば、2010(平成22)年の救急出動件数は全国で5,466,790件、搬送人員は4,981,671人であった(図I-13)。2006(平成18)年から2009(平成21)年にかけて横ばいまたは減少がみられるものの、1998(平成10)年と比べて、出動件数で1.5倍、搬送人員で1.4倍となっていた。

また、2010(平成22)年では、病院収容時間は平均37.4分であった。病院収容時間は2000(平成12)年から増加の推移をとっている(図I-14)。

さらに、2004(平成16)年を境に増加の割合が増えている。奇しくも2004(平成16)年は新医師臨床研修制度が開始された年である。

2009(平成21)年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査では、医療機関に受入れの照会を行った回数があきらかになっている(表I-7)。4回以上照会を行った件数の割合は、重傷者以上傷病者が3.2%、産科・周産期傷病者が3.2%、小児傷病者が2.8%、救命救急センター等搬送傷病者が3.2%であった。これは、救急搬送の必要性の高い患者の約30人に1人が4回以上の照会によってようやく受入れ医療機関が決まったことを示す。これらの割合は、2008(平成20)年は、ぞれぞれ、3.6%、4.6%、2.8%、3.7%であり、小児傷病者を除き、改善されている。そして、約97%の傷病者は3回以下であり、さらに、約85%の傷病者は1回である。現状、救急搬送状況は改善しつつある。

しかし、照会回数の多い傷病者が存在することは大きな課題であろう。また、新聞報道等にて、稀な例ではあるが、極端に照会回数の多い事例が報じられる。このような状況では、住民が漠然と不安を持つても何ら不思議ではない。

(3) 医療崩壊の模式図

大きな話題となっている「医療崩壊」では、病院

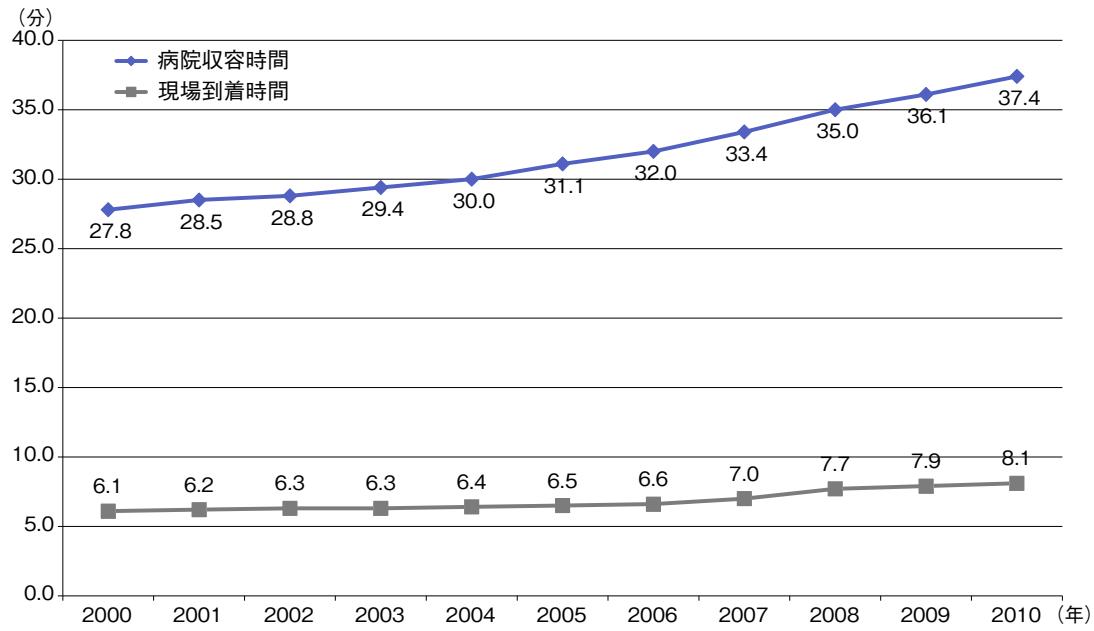


図 I - 14 現場到着時間と病院収容時間の推移

2011年度救急・救助の概要(消防庁)

表 I - 7 医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数

	1回	2～3回	4～5回	6～10回	11回～	合計	最大照会回数
重症以上傷病者	348,233 (84.7)	49,624 (12.1)	8,880 (2.2)	3,607 (0.9)	677 (0.2)	411,021	40
産科・周産期傷病者	13,551 (85.0)	1,865 (11.7)	373 (2.3)	133 (0.8)	11 (0.1)	15,933	24
小児傷病者	283,313 (82.4)	51,023 (14.8)	7,044 (2.0)	2,275 (0.7)	250 (0.1)	343,905	33
救命救急センター等搬送傷病者	407,589 (84.8)	57,582 (12.0)	10,403 (2.2)	4,212 (0.9)	1,003 (0.2)	480,789	40

件数(%)、2009年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査(消防庁)

の閉鎖と救急の受入れ困難が議論されている。すでに述べたように、二次医療機関、特に地域の中核となる病院において、病院の閉鎖や規模縮小が起きている。さらに、救急の受入れ困難も生じている。

病院の閉鎖や救急の受入れ困難をもたらした要因は様々である(図 I - 15)。これらをまとめると、(i)需要供給評価不足；対象人口の減少や過剰投資による病院経営の悪化、(ii)診療支援の不備；地域偏在による医師不足による労働条件の悪化、(iii)診療範囲の狭小化；医療技術の進歩や高度化に伴う医療の細分化に伴う業務量の不均衡、(iv)住民の意識変化；権利意識の向上や病院志向による影響、(v)医師の意識変化；医療報道や訴訟リスクによる影響

に問題は集約される。

実際には、これらが複雑に関連し合った結果として、医療崩壊の構図ができあがっている。引き上げや退職による医師の減少は、病院の経営に多大な影響をもたらす。住民の病院受診志向は、病院の患者数増加につながるため、医師の業務量の増加、そして過重労働をもたらす。医療の細分化に伴い医師が提供する診療範囲を限定すると、疾患頻度の高い診療科の医師の業務量増加、過重労働を招き得る。これは救急の受入れ困難、医師の退職をも引き起こす。訴訟リスクは、医師の意識変化、つまり、診療範囲を限定し、危険を冒さないといった診療萎縮をもたらす。これは、診療科の

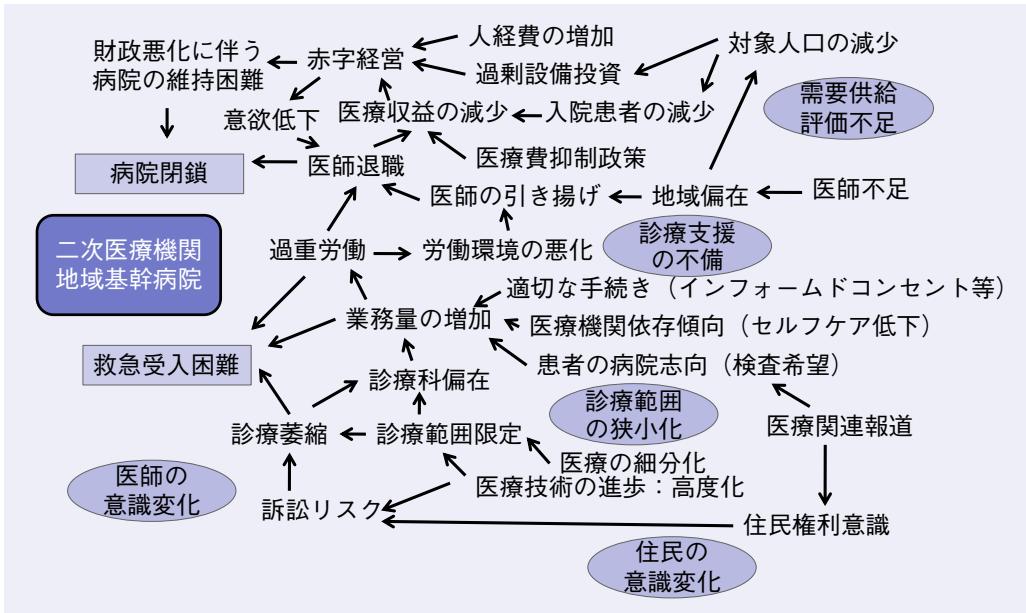


図 I-15 医療崩壊の模式図とその原因

偏在、一部の医師の業務量の増加をもたらす。これらの構図は、どれ一つとっても簡単に解決できる問題ではない。これらが複雑に関係し、できあ

がった医療崩壊の構図の解決は容易でない。



執筆者：岡山 雅信



救急医療提供体制の立て直し

国民の命を守る観点に立てば、救急医療は最も重要な医療の一つと言えるだろう。しかし、高齢者や共働き世帯の増加、安易な救急車の利用、救急救命医の不足、メディカルコントロールの不備などもあり、救急医療を必要とする患者がスムーズに医療機関に搬送されず、痛ましい事件が生じている。我が国の救急医療提供体制は、民間の医療機関が全体の約7割を担っている（2010（平成22）年版 救急・救助の現況）。救急告示医療機関は、1989（平成元年）年をピークに減少傾向にあり、診療所に至っては7割以上減っているため、救急医療提供体制を立て直す必要性が高まっているといえよう。

ここでは、その対策のうち主要なものを3つ紹介したい。一つ目は、2009（平成21）年の消防法改正により、各都道府県に対する「傷病者の搬送・受け入れ実施基準」の策定が義務付けられたことがあげられる。救急患者が何度も断られた痛ましい事件が起きたことが契機となり、傷病者の状態に応じて、スムーズに適切な医療機関に搬送されるよう、判断基準とその受入先をあらかじめ定めたものである。

二つ目は、医師以外の救急医療の担い手を確保する方法である。その最たるもののが、1991（平成13）年に誕生した救急救命士の制度である。この救急救命士は、消防隊員が目の前の患者に対して、救命に必要な医療行為ができない現実をまとめた手記がきっかけになり、法制度化された。2011（平成23）年4月1日現在で、救急救命士が常に乗車している救急隊は全体の80.5%に達しており、認められる医療行為の範囲も順次拡大されつつある。また2004（平成16）年頃から学校や駅、空港施設等の公共施設にAED（自動体外除細動器）が設置されることが多くなった。これも医師以外に救急医療の担い手を確保することの一貫である。

三つの動きは、医療へのアクセス手段の拡大と確保である。救急医療機関への重要なアクセス手段として、救急自動車があげられるが、2001（平成13）年にドクターヘリの事業が開始され、2007（平成19）年に「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」が制定されてから、急速にドクターヘリを整備する地域が多くなっている。これは防災ヘリと合わせて、緊急時の医療へのアクセス手段の確保対策として重要視されている。



執筆者：古城 隆雄

2 安心して暮らせる医療の枠組み

I.1.3) 医療崩壊（P.9）で述べたように、医師偏在、病院閉鎖、及び救急受入れ困難など医療を取り巻く諸問題は、相互に複雑に絡み合っている。このため、これらを解決することは容易ではない。しかし、解決に向けて、ここでは、住民が安心して暮らせるための医療の枠組みを構築するうえで、重要な要素を3つ提案したい。それらは、需要と供給の評価システムの確立、医療提供体制の整備、意識への介入・相互理解の構築である（表I-8）。

これらの課題を解決することにより、患者は、「より身近なところで、どのようなことでも、受診先に迷うことなく、医療を受ける」ことが可能となる。これは、国民皆保険制度の産物である、「いつでも、どこでも」といったフリーアクセスを維持しつつ、これらに、安心という要素が加わる。なお、ここでは、安心して暮らせる医療の枠組みに関する全体像を扱う。詳細については、その場所を示しているので、それぞれの項を参照していただきたい。

表I-8 安心して暮らせるための医療の確保に向けて

1) 需要予測に基づく医療提供体制の構築

- 需要と供給との適切な評価システムの確立
 - ・需要分析、供給評価システムの開発

2) 医療提供体制の整備

医療機関ごとの医療提供レベルの整理

- ・専門医療・高度医療の集約的提供体制の整備
- ・総合的な医療提供体制の整備
- ・これらの連携を支援する体制

3) 意識への介入・相互理解の構築

- (1) 医師養成課程でのプロフェッショナリズムの醸成
 - ・地域医療マインドの醸成
 - ・専門医としての役割の自覚
- (2) 住民意識の適正化
 - ・相談できる医師（かかりつけ医）の確保
 - ・セルフケア、保健意識を向上させる活動の促進
 - ・医療提供体制の理解の促進

プロフェッショナリズム：プロ意識、職人気質、
地域医療マインド：地域医療に対する心構え、意欲、使命感、
セルフケア：自分で自分の健康を管理すること、疾病やけがに対応をすること

1) 医療需要の把握

2010（平成22）年国勢調査（総務省統計局）の人口速報集計結果によれば、人口は128,056,026人で、前回（2005（平成17）年）から、288,032人増えた。しかし、47都道府県をみれば、増加したのは9都府県（沖縄、福岡、大阪、滋賀、愛知、神奈川、東京、千葉、埼玉）に止まり、ほとんどで減少している。人口動態統計では、自然減少（死亡数が出生数を上回る）が4年連続で続いている。このように、将来、人口の減少が予想されている。

人口の減少は、医療需要の減少を示唆する。例えば群馬県の疾病分類別受療患者数（図I-16）をみると、2035（平成47）年をピークに入院患者数の減少が推測される。これは、現在または過去の診療実績だけで将来予測を立てた場合に、予測を見誤る可能性があることを示している。将来の人口またはその構成によっては、過大または過小予想になる可能性がある。

医療機関の建替え、または医療機関の再編などを過去の実績にもとづいて計画した場合に、開設後に当初の予想どおりに患者が受診するとは限らない。患者の受療行動や医療圏内人口動向を加えた将来予測にもとづく医療需要の把握が不可欠と考える。極端な表現として、「医療あって、患者なし」とならないように、将来の医療受療予測にもとづいて、医療機関の建替え、再編を含めた配置を考案することが望ましい。規模が無駄に大きい場合は、経営的に、それだけで病院を維持することが困難となる。

適切な医療需要の把握には、様々な医療統計に加えて、レセプト情報の活用も必要であろう。現在、高度情報通信ネットワーク社会推進（IT）戦略本部（内閣府）にて、レセプト情報等の活用作業部会が立ち上がっている。また、厚生労働省においても、レセプト情報等の活用による医療の効率化が議論されている。このような動きが、適切な医療需要の予測を可能にするシステムの構築に役立つことを期待したい。さらに、自治体レベルにおいては、地域医

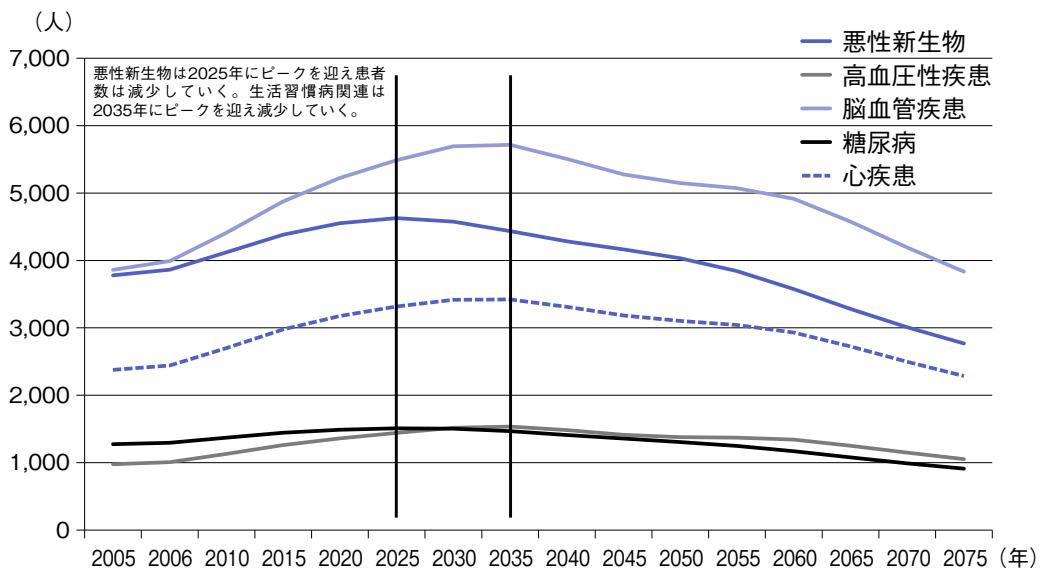


図 I-16 疾病分類別受療者数推計(2010年以降、群馬県入院患者数)
(2006年群馬県国民健康保険疾病統計と人口動態統計から作成)

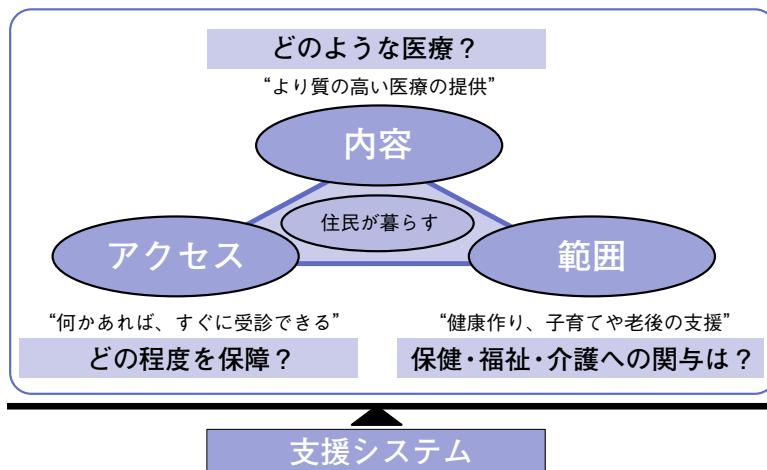


図 I-17 医療提供体制の4つの視点

療データバンク（V.データベースの必要性（P.131）参照）の活用も有益であると考える。

解決策が導きやすくなると考える。

(1) どのような医療を提供するのか

一般住民の多くは、症状の有無にかかわらず健康に過ごしている（図 I-18）。医療機関を受診する者も、その多くは診療所を受診している。これらについては、Fukui ら (JMAJ, 2005) が詳細な調査を行っている。それによれば、一般住民 1,000 人のうち、診療所の外来受診は 307 人、病院外来受診は 88 人、入院は 7 人、大学病院外来受診は 6 人、大学病院入院は 0.3 人となっている。このように受診頻度でとらえれば、医療提供の必要量は、診療所、病院、大病院の順に少なくなる。一方、疾病の重症度

2) 医療提供体制の整備

ここでは、安心して暮らせる医療提供体制を4つの視点から考察する（図 I-17）。これは、それぞれの医療機関や医師が、どのような医療の内容を提供するのか、どの範囲（保健・介護・福祉）まで関与するのか、また、これらに対してどの程度アクセスを保障するのか、さらに、これらを、どのように支援するのかといった内容である。これらの視点で整理することにより、医療提供体制の課題及びその

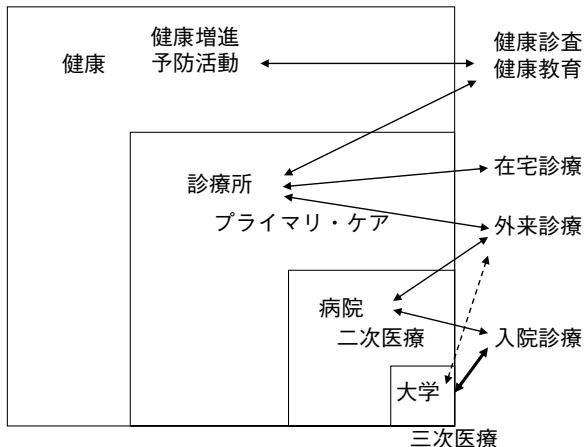


図 I-18 住民の受療行動(模式図)

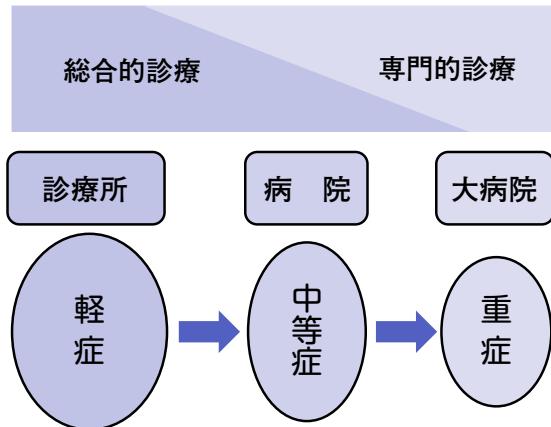


図 I-19 重症度別にみた医療機関の役割、段階的医療提供体制

でとらえれば、一般的に、提供される医療の量は、逆に、大病院、病院、診療所の順になるであろう。

そこで、効率的な医療体制として、段階的モデルを提唱する(I.3.3)医療機関へのアクセスと効率的な医療体制(P.33)参照)。住民の受療行動を考慮すると、それぞれの医療機関が重症度に見合った役割を果たすのが良いと考える(図I-19)。具体的には、それぞれの医療機関で、総合的診療と専門的診療をどの程度提供するかを検討することになる。診療所では、主に総合的診療が、大病院では専門的診療が提供されるであろう。病院では、それぞれの状況(地理的条件など)において、その割合は異なると思われる。

すべての医療機関が、同じレベルの医療を提供するのは、効率性から現実的ではない。そこで、安心して暮らせるためには、患者が、「いつでも、どこでも」適切な医療を受ける体制を、地域全体で構築する必要がある。地域の中で、それぞれの医療機関が連携し、一般住民の受療モデルの中で、提供する内容を決定することにより、地域全体で同じレベルの医療を、安心して受けることができる。医療提供体制を考える上で、それぞれの役割を、すなわち提供する医療の内容を明示する、または検討することが重要となる。

このためには、現状、曖昧となっている総合的診療と専門的診療、とりわけ入院医療において、その境界をある程度は決める必要がある。疾病ごとではなく、疾病の重症度による区分を早急に整備する必要がある。また、地域の医療機関が、どのような医療

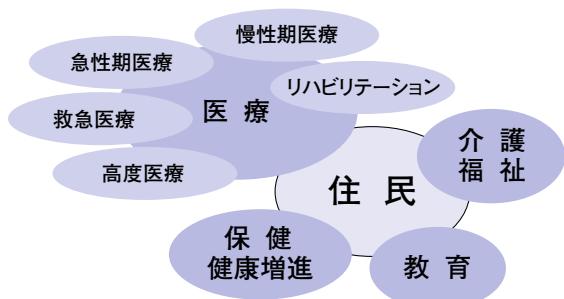


図 I-20 医師の役割

を提供するのかを協議する場も整備する必要がある。

(2) どの範囲まで医師が関与するのか

住民を中心として、地域で求められている医師の役割は、医療に限定されず、広い分野にわたっている(図I-20)。これらについても、すべての医療機関及び医師が関わることは難しい。提供する医療内容と同様に、その役割を分担することが必要であろう。診療所であれば、より保健、介護、福祉、教育に関与することが望まれる。逆に、大病院であれば、しっかりと医療を提供する必要がある。安心して暮らせる医療の枠組みを構築するために、それぞれの医療機関に勤務する医師が十分にその役割を認識する必要がある。その際、医師でなければできない活動(医師の独占業務)(I.3.2)医師でなければできない保健活動(P.29)参照)に止まるのか、また、多職種協働が求められる保健、介護、福祉、教育活動まで関与する必要があるのか(II.保健・医療・介護・福祉の理想的な連携(P.59)参照)を検討し

なければならない。さらに、住民が医療機関の役割を理解する上では、それぞれが関与する範囲を明確にすることが望ましい。

(3) アクセスはどのようにするのか

アクセスの指標として、受診に係る距離等の空間的アクセスとこれとは別に受診しやすさに係る非空間的アクセスがある（I.3.3）医療機関へのアクセスと効率的な医療体制（P.33）参照）。待ち時間、診療科の数など非空間的アクセスについてはいくつか議論されている。しかし、空間的アクセスについては、それぞれのレベルの医療機関において、患者が受容できる程度は分かっていない。しかし、医療機関の配置を考える際に、この点は不可欠であり、その程度を決めるることは重要な課題と考える。

安心して暮らせるという視点では、気軽に受診できる環境を整える必要がある。このためには、身近な所に診療所が存在することは重要と考える。しかし、受け手である住民にとって安心という視点で、医療の確保を考えた場合に、重症度別に提供される医療へのアクセスについて、住民の理解や受療行動の分析にもとづいて、決定する必要がある。このように、アクセスの分析に係るシステムの整備が急がれる。

(4) 支援する仕組み

安心して暮らせる医療を提供するために、それぞれの医療機関の役割とその連携を円滑に進める必要がある。それぞれの医療機関の役割の調整、これらに対する住民の理解の促進、また、医療機関に対する直接的支援（例えば、診療支援）等、医療提供体制を整備、維持、支える仕組みが必要である。とりわけ、中立的な立場からの支援が求められる。この点において、行政が果たす役割は大きい。各自治体が、積極的に、医療提供体制の構築に関与することが望まれる。特に、医療資源の少ないへき地においては、支援体制の構築は急務である（I.3.4）へき地医療への支援体制（P.42）参照）。

3) 意識への介入

(1) 医師の意識

地域医療白書第1号の調査から、受診患者の満足度に、幅広い医療の提供、住民との良好な人間関係が関連していた（高屋敷ら、プライマリ・ケア、2000）。また、保健・福祉活動への積極的な参加、住民との良好な人間関係、初期救急医療への対応、医療機関の健全な経営が、市町村医療機関に勤務する医師の継続勤務の期待と関連していた（藤原ら、日公衛誌、2004）。これらから、住民が医師に求めるものが浮かび上がってくる（表I-9）。

表I-9 住民が医師に求めるもの

- ・信頼される医療の提供
- ・幅広い医療の提供
- ・初期救急医療の提供
- ・保健や福祉（在宅）に関する実践能力
- ・住民との良好な人間関係
- ・医療機関の健全な経営

2008（平成20）年受療行動調査（厚生労働省）によれば、受診医療機関に不満を持ったときの相談相手として、約70%が主治医と回答し、最も役に立った相談相手であった。地域医療に従事する意欲はもとより、どのようなことでも相談できる医師の養成は極めて重要と思われる。

医療において、専門分化が進み、ともすれば「専門でないから分からない」といった言葉が、当たり前のことになっている印象を受ける。この言葉の後に、「このような状態が考えられるから、どこを受診すると良い」または「誰々に尋ねると良い」といった具体的な指示があれば、大きな問題とはならないであろう。その後の指示がない場合は、医師の職業人意識、いわゆるプロフェッショナリズムとして、不適切と言わざるを得ない。医師の共通の認識として、どのような健康問題であっても、「一緒に考える」姿勢を持ち続けるべきであろう。そして、可能であれば、幅広く患者の期待に応えるために、生涯教育をとおして、提供できる診療範囲を広げることが望ましい（I.3.1）地域医療に求められる医師像（P.21）参照）。

医学教育、臨床研修、及び生涯教育をとおして、職業人としての医師のプロフェッショナリズムを醸

成する必要がある（I.3.5）地域医療を担う医師養成のための医学教育（P.50）参照）。

（2）住民の意識

効率的な医療提供体制を構築するためには住民の理解は不可欠である。医療提供体制において、患者の過度の病院志向など受療行動に関する課題は多い。住民の意識を変えるためには、住民も交えた地域医療をテーマとしたシンポジウムの開催など住民への啓発活動が有効と考える（III.2 効果的な地域医療に関わる啓発活動（P.98）参照）。このように、積極的に、住民が医療を考える場を設けることが必要である。

安心して暮らせる医療において、「いつでも、どこでも」といっても、効率的な医療提供体制を維持するためには、節度を持った受診行動が必要であろう。そのために、住民には、普段から相談できる医師、いわゆるかかりつけ医を持つことが推奨される。また、いざというときのために、医師の判断に依存するだけでなく、日頃から、セルフケア（自分で自分の健康を管理すること、疾病やけがに対応すること）、保健意識を高める必要がある。医療機関及び自治体は、積極的に住民に対する講習会を開催し、これらの向上に努める必要がある。

4) 枠組み構築への提言

ここでは、安心して暮らせる医療の枠組みのための3つの視点を議論した。これにより、住民のセル

フケア及び保健意識が高まり、節度ある受療行動によって実現する段階的受診モデルと段階的医療提供体制の構築へつながり、効率的な医療提供体制づくりに寄与すると考えられる。この枠組みを実現するためのキーワードは、「協働」と「見える化」である。

医療資源を効率的に活用するために、関係者が、それぞれの役割を認識し、協働作業を行う必要がある。医療機関であれば、診療所、病院、及び大病院が、医師であれば、総合的な診療をする医師と専門的な診療をする医師が、協調してそれぞれの役割を果たす必要がある。また、住民、行政、医療関係者が、それぞれ、相互理解にもとづいて、医療提供体制を構築及び維持することが求められる。

一方、提供される医療の質を考えると、総合診療及び専門診療の質が住民にわかりやすい形で認知される必要がある。そのためには、それぞれの診療内容や認定方法など、質を保障するプロセスがすべて公開され、住民に理解される必要がある。これにより、安心して診療を受けることができる。また、地域における医療提供体制を考える際には、医療機関の規模や配置、医療需要の将来推計も含めた分析結果、さらに、住民の意見も踏まえて検討する必要がある。このためには、情報を開示し、住民参加によるワークショップやシンポジウムなどを開催する必要がある。関係者が情報を共有し、相互理解にもとづいて、医療提供体制を考案することが求められる。



執筆者：岡山 雅信



3 安心して暮らせる医療に必要なもの

前項で、安心して暮らせる医療の枠組みについて全体的な内容を述べた。本項では、この枠組みをより詳しく理解するために、それぞれの項目について、調査等事例を踏まえてより具体的な検討を加える。

1) 地域医療に求められる医師像

地域医療提供体制について検討する際、まず、医師など医療関係者個人に求められる役割について十分に検討する必要があり、それに引き続いて、それらの育成方法、活用方法や、支える体制について検討するのが妥当である。

前述の「医療崩壊の模式図」にもあるように、医療の細分化は地域医療が抱える問題の一つの原因であり、前項「2 安心して暮らせる医療の枠組み」で述べたように、総合的診療に従事する医師の育成、確保はその対策の一つである。「総合医」、「家庭医」などと呼称されるこれらの医師について、その必要性は多くが認めるところであるが、その概念は依然判然とせず、一般住民への浸透は十分に進んでいない。本項では地域医療に求められる医師像について現状を踏まえた検討を行い、提言を行いたい。なお、医師が果たす役割は、医療の範囲にとどまらず、保健、福祉等の領域にも及ぶべきであるが、ここでは医療の側面から地域医療に求められる医師像について検討を行うこととする。

(1) 背景

総合的診療に従事する医師に関する議論は1985（昭和60）年に当時の厚生省が設置した「家庭医に関する懇談会」における議論に始まった。今から25年前に既に「家庭医構想」が打ち出されていたのだが、これに対し、日本医師会は、英国をモデルとした人頭割当制、診療報酬の定額制の導入として反対した。その結果、1987（昭和62）年に出された報告書では「家庭医機能は地域医療を担う医師には程度の差こそあれ具備すべきものとして期待されるものであり、特定グループの医師の機能を示すものではない」と記され、家庭医として果たすべき10

項目の機能が列記されるにとどまった。この後、日本医師会は、家庭医に代わる名称として「かかりつけ医」を提唱した。

その後80年代後半から90年代にかけ、この「家庭医構想」とは別に、全国の大学医学部や総合病院に「総合診療科」を新設する動きが相次ぎ、少しづつ総合診療という言葉が広がった。一方で、この間、表だった制度化への動きはあまり見られなかった。

2006（平成18）年、国民健康保険中央会は、2008（平成20）年に創設される後期高齢者医療制度に、後期高齢者は原則かかりつけ医を受診し、診療報酬は人数に応じた定額制とする仕組みを導入することを提言し、議論を呼び、かかりつけ医という名称が注目された。

2007（平成19）年5月、厚労省は、総合的かつ高度な診療能力を有する標榜科として「総合科」を新設する案を提示した。また、同省は2008（平成20）年、医師不足問題を受けて当時の舛添大臣が主宰した「安心と希望の医療確保ビジョン」の医師確保策の中に、「総合的に患者を診る能力を有する医師の育成を支援する」と盛り込んだ。

この「総合科構想」に関して、日本医師会は、医師の資格を国が審査・認定する点に対して反対したが、それに先んじて2006（平成18）年から日本医師会の学術推進会議（座長：高久史麿自治医科大学学長）が「日医認定かかりつけ医（仮称）」の検討を開始しており、2007（平成19）年4月には「日医認定総合（診療）医構想については、日本医師会が中心となりプライマリ・ケア関連3学会との協力の下で行う」としていたのである。

プライマリ・ケア関連3学会とは、日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会の3学会のことであるが、2010（平成22）年に、3学会は統合され、現在は日本プライマリ・ケア連合学会という一つの学会になっている。3学会にはそれぞれ特徴があり、最も早く70年代に発足した日本プライマリ・ケア学会は実地医家の会が母体となっており、医師以外も参加できる学会であった。日本総合診療医学会は、その前身である総合診療研

究会から発展的に2000（平成12）年に発足した学会で、大学医学部の総合診療科の会員が多く、研究に重点が置かれていた。日本家庭医療学会は家庭医療学に興味を持つ医師が立ち上げた家庭医療学研究会を前身として、2002（平成14）年に発足し、若手が多いのが特徴であった。

2008（平成20）年に、学術推進会議の答申を受けて日本医師会から発表された「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」認定制度（案）は、地方医師会からの反発を受けて慎重にならざるを得なかつたが、一方で、日本プライマリ・ケア連合学会は、家庭医療専門医の認定制度をつくり、それまでそれぞれ、プライマリ・ケア医、家庭医、総合診療医と呼ばれていた医師像を一つにした。

しかし、日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医制度の制定とほぼ同時期に、国民健康保険中央会の「総合医体制整備に関する研究会」は、英国の家庭医の視察等をもとに、別途、総合医の育成、認定に関する提言を行っており、未だ、これらの概念の一本化には時間を要する状況と言える。

この状況は、総合的診療に従事する医師に関する混乱とも見えるが、実際には単に呼称の問題や、制度上の扱いの問題、場合によっては、組織間関係の問題でしかないようにも思われる。本質的には、総合的診療に従事する医師が必要だという意見は一致していると推察され、本来であれば、その果たすべき役割について深く議論されるべきところである。しかし、呼称や制度、組織間関係などの問題についての議論に振り回され、重要な議論が尽くされておらず、ただでさえ一般住民には分かりにくい「総合医」の概念が、より一層分かりにくいものになってしまっているように思われる。

今、行われるべき議論は、呼称や制度上の議論ではなく、「どのような医師が求められているか」である。概念は共有できているように思われるが、明確な医師像が想定されなくては、その育成、活用もままならず、一般住民への浸透も不可能となる。2007（平成19）年に発行された地域医療白書第2号では、「地域医療医」という総合的診療に従事する医師に関する提言が盛り込まれた。これは、「かかりつけ医」や「家庭医」などに近い概念ではあるものの、現場で地域医療に従事する自治医科大学卒

業医師からの発信である点が特徴的であった。

自治医科大学は医師不足に悩むべき地等の医療の確保、向上を目的として設立された大学で、約40年前の設立当時から総合医の育成を旨としている。その卒業医師には義務年限と呼ばれる一定期間、べき地医療に従事する義務があるが、全対象者中義務を全うしたもの割合は97.9%と驚異的な高さを示している（自治医科大学医学部卒業生の現状（平成23年）より）。加えて、行政・教育・研究職（大学を含む）を除く診療所・病院に勤務している義務年限終了者のうち、べき地に勤務しているものが、実に39.2%に及ぶ（同、表10より算出）など、義務年限というシステムだけに依らない社会貢献を果たしている。

このような背景を受け、本項では、地域医療の現場で活躍する多数の自治医科大学卒業医師等を対象とした調査の結果をもとに、地域医療白書第2号の提言を一步進める形で、総合的診療に従事する医師について、現在の地域医療の実態にあった医師像を提言したい。

（2）地域医療の現場から描かれる医師像

調査は、自治医科大学卒業医師など、地域医療に従事している医師を対象とし、実際に可能な診療について、自記式アンケートで回答してもらった。

その結果、抽出された医師像は主に下記3点に集約された。

- ①幅広い症状に対して診療ができる
- ②初期救急には必ず対応できる
- ③地域のニーズに応じて自らを柔軟に変化させることができる

一見すると、過去の議論でも提案された医師像と同じようにも見えるが、実は、それらとの間には細部で大きな差異が存在する。以下、現場の状況を良く反映していると思われるその差異を中心に解説する。

①幅広い症状に対して診療ができる

図I-21～図I-23は診断可能な項目数と医師の割合の関係を、群ごとに示したものである。調査では、疾患、症候、救急対応の分類ごとに項目を設けたが、どの分類でも、自治医科大学卒業総合医群では各専門医群に比較して、より高い割合でより多くの項目の診断が可能であった。表I-10に自治

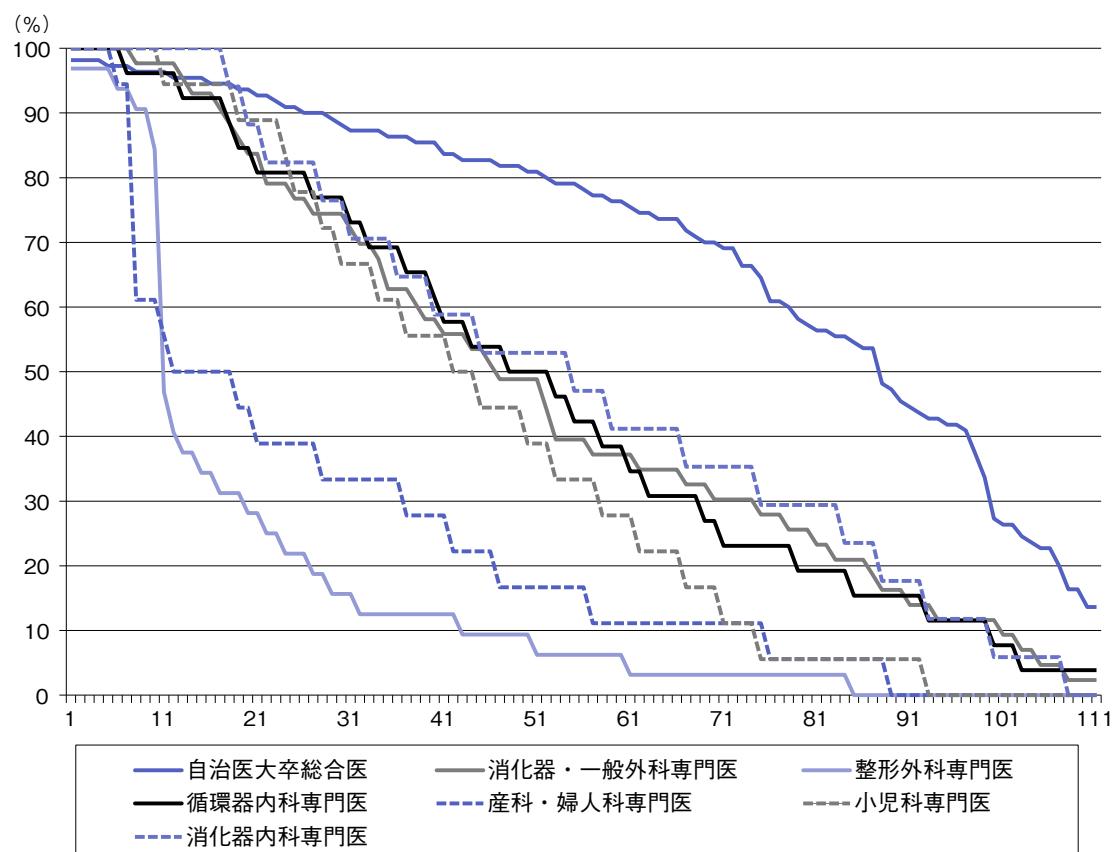


図 I-21 診断可能な疾患の項目数と医師の割合の関係

週刊日本医事新報2011年12月17号より一部改変

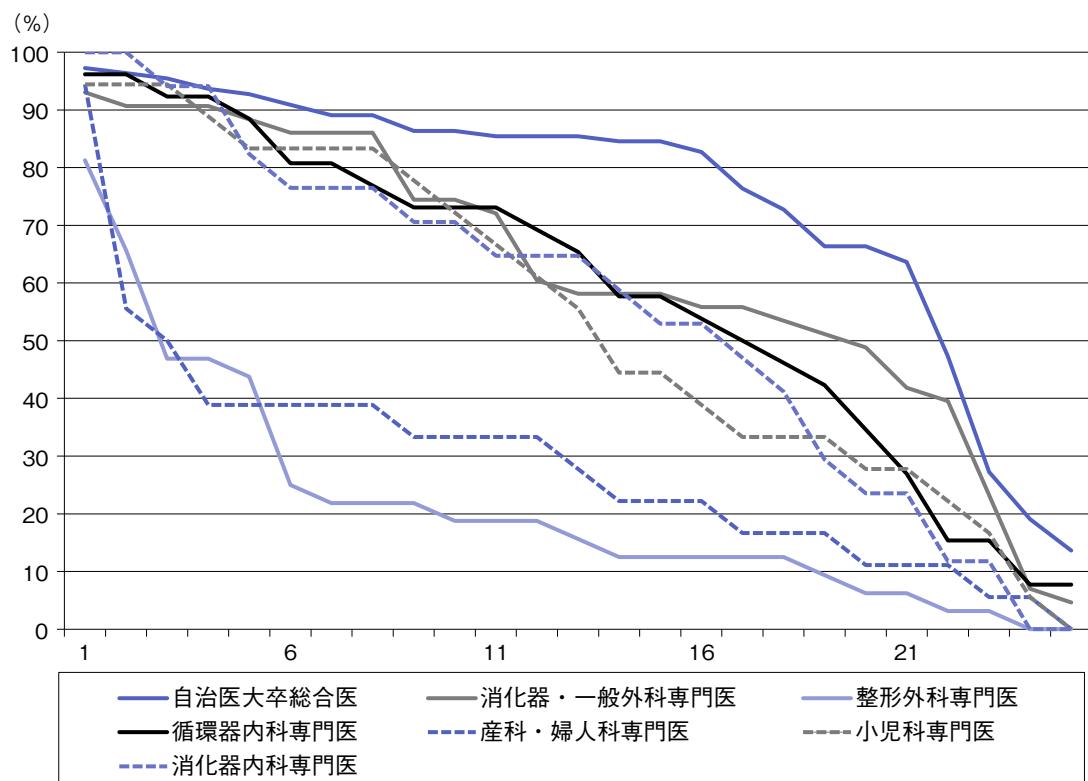


図 I-22 診断可能な救急対応の項目数と医師の割合の関係

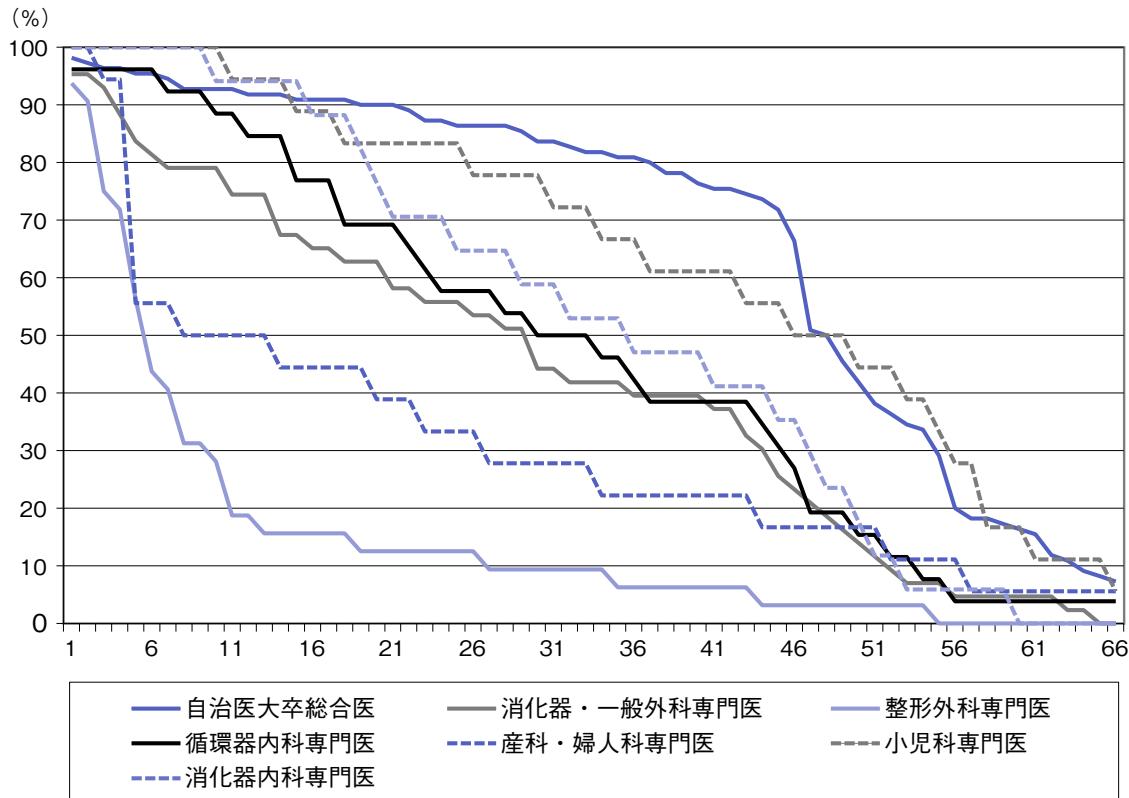


図 I-23 診断可能な症候の項目数と医師の割合の関係

週刊日本医事新報2011年12月17号より一部改変

表 I-10 自治医大卒総合医の80%以上が共通して診断可能とした上位項目

疾患	便秘症	急性胃腸炎	胃食道逆流症 [逆流性食道炎<GERD>]	肺炎、胸膜炎	高血圧症	過換気症候群
	高尿酸血症、痛風	急性腎盂腎炎、尿路感染症	脂質異常症 <高脂血症>	上気道炎、扁桃炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	鉄欠乏性貧血、二次性貧血	胃潰瘍、十二指腸潰瘍<消化性潰瘍>
	糖尿病、メタボリックシンドローム	気管支喘息 <小児喘息を含む>	尿路結石	動脈硬化症	胆石症、胆囊炎、胆管炎	腸閉塞
	脳卒中後遺症	脳梗塞	慢性閉塞性肺疾患 <COPD>	肺水腫、うつ血性心不全	尋麻疹	敗血症
	甲状腺機能亢進症・低下症	アナフィラキシー	慢性呼吸不全	糖尿病性腎症	自然気胸、緊張性気胸	急性・慢性腎不全
	急性食中毒	アレルギー性鼻炎	良性発作性頭位眩暈症	急性虫垂炎	熱中症、寒冷による障害	急性・慢性肺炎
	緊張型頭痛、片頭痛	機能性消化管障害 <機能性ディスペプシア、過敏性腸症候群>	肝硬変、肝不全、肝性脳症	急性・慢性肝炎、脂肪肝	薬疹	皮膚潰瘍、褥創
	骨粗鬆症	不整脈	胃癌	急性心筋梗塞、急性冠症候群、狭心症	急性・慢性副鼻腔炎	出血傾向、播種性血管内凝固<DIC>
症候	認知症	気道閉塞	脳出血、くも膜下出血、頭蓋内血腫	湿疹・皮膚炎、接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎		
	脱水	高血圧	発熱	恶心、嘔吐	浮腫	全身倦怠感
	胸やけ	顔色不良、顔面蒼白	腹部膨隆・膨満	腹痛	胸痛、胸部圧迫感	咽頭痛
	呼吸困難、息切れ	意識障害、失神	喘鳴	黄疸	動悸、頻脈、徐脈、不整脈	咳、喀痰、血痰、咯血
	ショック	便秘、下痢、(粘)血便	チアノーゼ	体重減少・増加	肥満、やせ	腹部腫瘍
	吐血、下血	不穩	頭痛、頭重感	多尿、頻尿	嚥下困難<障害>、誤嚥	けいれん
救急	血尿、蛋白尿、膿尿	尿閉、尿失禁、排尿困難	搔痒、皮疹	鼻出血	乏尿、無尿	睡眠障害
	腰背部痛、筋肉痛					
	心肺(機能)停止	下痢	嘔吐	ショック	失神、意識障害、麻痺	誤飲、誤嚥
	呼吸困難	けいれん、けいれん重積状態	尿閉	激しい腹痛・腰痛	重症感染症	高熱、低体温
	激しい頭痛	急性消化管出血	激しい胸痛・背部痛	めまい、耳鳴り		

医科大学卒業総合医の8割以上が共通して診断可能とした具体的な項目を示す。いずれも一般的ではあるが、多様な領域の疾患・症候が並んでおり、これらの項目は地域医療に従事する医師が最低限診断できなくてはいけない項目のリストと言えると思われる。

このリストの特徴は、現場の実態を反映している点である。一言では「幅の広い診療」と言えるかも知れないが、詳細に見てみると、現場を反映した興味深い特徴もある。

図I-24～図I-26は、各項目について、診察、診断、治療の各診療のレベルごとに可能と回答した自治医科大学卒業総合医の割合を示したものである。横軸が各項目で、高い山から順に診察、診断、治療が可能と回答した医師の割合を示している。確かに全体としては非常に高い割合を示しているが、いくつかの項目は他に比して際立って低い割合を示し、図上、「谷」となっている。これは、自治医科大学卒業総合医が実際にあまり診療していない項目を示していることになる。具体的にこれらの項目を抜き出したのが、表I-11であるが、いずれも産婦人科、小児科、眼科、精神科、乳腺外科の5領域に含まれる項目であることが分かる。これらの領域の医療需要は地域医療の現場でも決して少なくない。そのため、これらの領域の疾患・症候には、例え地域医療の現場でも、専門医が対応しているという実態が浮かび上がる。想像ではあるがその理由として、高度な専門性や患者・患者家族のニーズ、また、女性特有の問題に対して医師、患者とも繊細になる日本人の行動様式などがあると思われる。いずれにせよ、この結果からは、女性の内診さえも行う米国の「家庭医」や英国の「GP (General Practitioner の略で英国の総合医・家庭医のこと)」と、日本の地域医療の現場の医師像とは一致しないと言える。つまり、米国、英国を模倣して、総合的診療に従事する医師を制度化しても、実際の日本の地域医療には、適合しないと言える。

②初期救急には必ず対応できる

表I-10に見るように、救急対応の項目でも自治医科大学卒業総合医は多くの項目に対応可能である。自治医科大学卒業総合医の8割以上が共通して

診断可能とした項目は全救急対応項目の実に64%以上を占めた。各科専門医群で8割以上が共通して診断可能とした項目は多くても30%前後であったことを考えると、これらの救急対応も地域医療の現場で求められる最低条件ではないかと考えられた。

しかし、一方で、表I-11に見るように自治医科大学卒業総合医が対応せず、おそらくは専門医が対応していると思われる救急対応項目もある。そのため、重要なのは初期救急対応と、専門的な二次救急対応の役割分担ではないかと思われる。

これらは、過去の議論でも指摘されてきたことである。しかし、今回の調査からは、過去の議論では強調されなかった、現場を反映した新たな知見もあった。それは表I-10に、心肺停止、ショック、意識障害など、重篤・致死的なものが多く含まれている点である。これらの初期救急対応を敬遠する医師もいる。しかし、地域医療を担う医師が、これらを敬遠していくは、二次救急を担う専門医が、十分にその力を発揮できなくなる恐れがある。前述の役割分担を機能させるためにも重要なのは、地域医療を担う医師が「重篤な病態を含め初期救急対応には必ず対応する」ことであると考える。

③地域のニーズに応じて自らを柔軟に変化させることができる

図I-21～図I-23において、縦軸は診断可能な医師の割合を示している。均一な集団では100%近くの医師が共通して診断可能な項目があると思われ、その結果、図の山の頂点が高くなると予想される。実際、各専門医群では頂点が100%近くにあり、「高い山」を形作っている。しかし、それに対して自治医科大学卒業総合医群では、どの図でも相対的に頂点が低く、診療の幅の広さと相まって、山というよりは「丘」のような様相を呈している。

これは、この群が均一な集団ではないことを示している。つまり、この群の広い診療の幅には各個人で異なる領域が含まれているということである。これは過去の議論では指摘されなかった点である。むしろ、制度化や、認定に際し、画一的な基準を設けようという動きが多かったが、それとは正反対の視点である。

なぜ自治医科大学卒業総合医群は均一な集団では



図1-24 可能とした自治医大卒総合医の割合(患者)

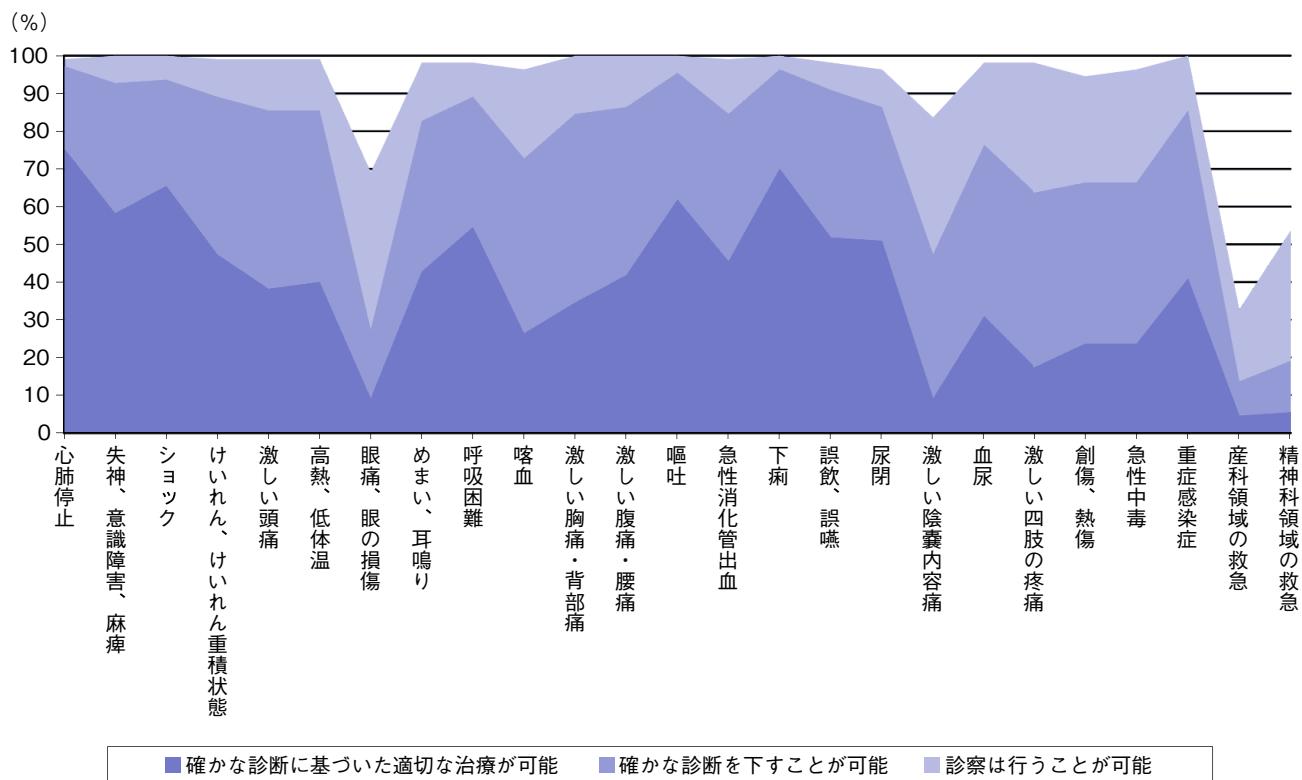


図 I-25 可能とした自治医大卒総合医の割合(救急)

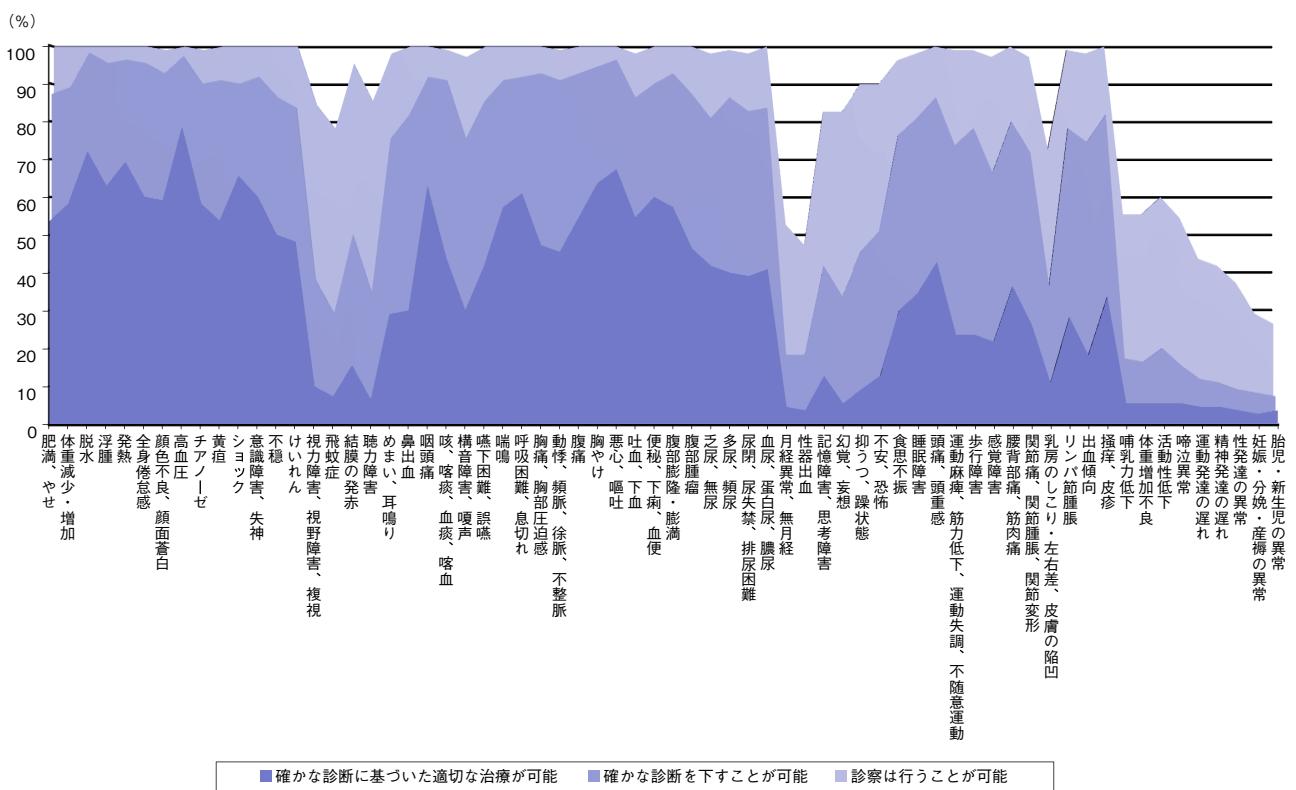


図 I-26 可能とした自治医大卒総合医の割合(症候)

週刊日本医事新報2011年12月17号より一部改変

表1-11 自治医大卒総合医の25%以上が共通して診療できないとした項目

疾患	子宮外妊娠<異所性妊娠>	正常妊娠、妊娠悪阻	子宮頸癌、子宮体癌	子宮内膜症、月経困難症	緑内障
	糖尿病・高血圧・動脈硬化による眼底変化	卵巣癌	統合失調症	先天性心疾患	子宮筋腫
	白内障	脳性麻痺	乳癌		
症候	胎児・新生児の異常	妊娠・分娩・産褥の異常	性発達の異常	精神発達の遅れ	運動発達の遅れ
	性器出血	月経異常、無月経	啼泣異常	哺乳力低下	体重増加不良
	活動性低下	乳房のしこり・左右差、皮膚の陥凹			
救急	産科領域の救急<流・早産、正期産>	精神科領域の救急	眼痛、眼の損傷		

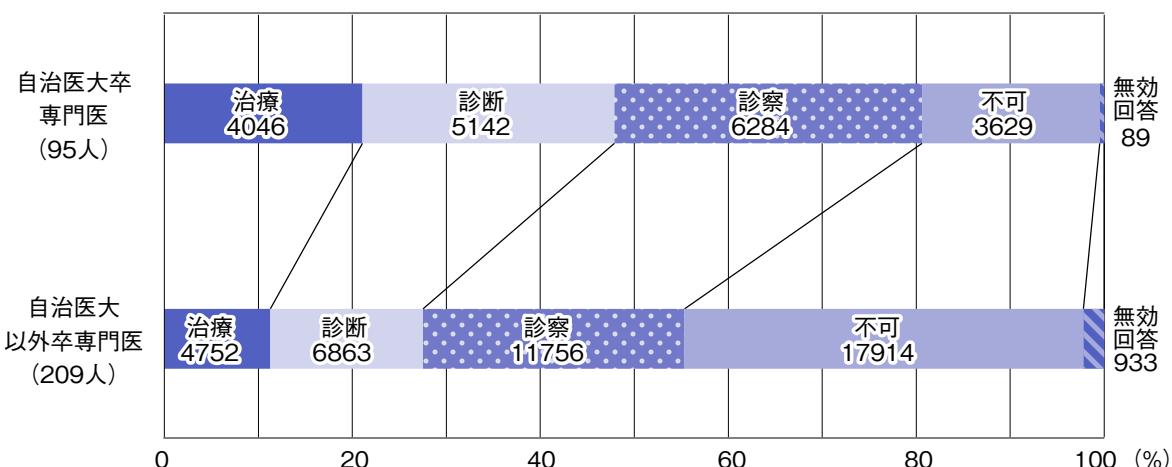


図 I-27 診療レベルごとの回答数

週刊日本医事新報2011年12月17号より一部改変

ないのだろうか。その理由を考えることで、地域医療に求められる医師像がより明らかになる。

図 I-27は、診療のレベルごとの総回答数を、自治医科大学卒業専門医と、他大学卒業専門医とで比較したものである。自治医科大学卒業医師の中にも専門医は存在し、その割合は決して少なくないが、図を一見して分かるように、専門医といえども自治医科大学卒業医師の診療の幅は広い。おそらく、この診療の幅には、そのキャリア形成過程が影響していると思われる。

自治医科大学卒業医師は、専門医であっても、皆、義務を有する。そのため、特定の領域を指向する自らの希望や、能力に合わせて勤務地を選択することはできない。そのため、疾病頻度や、近隣の医療資源、地域の要望など勤務地の環境要因によって自らの診療の幅を変化させるしかなかったのではないだ

ろうか。また、自治医科大学卒業医師は、大病院での研修の他、診療所、中小規模病院など様々な施設で地域医療を経験しており、これらのキャリア形成過程が、「総合医」の固定観念を作らせなかったのではないだろうか。

「地域のニーズに応える」というフレーズはよく耳にするが、今回の結果からは、持っている能力でニーズに応えるのではなく、地域のニーズに応じて、自らの診療の幅さえも変化させることが重要であるという視点が垣間見え、地域医療に求められる医師像を考える際に非常に重要な視点であると思われた。

また、専門医であっても、これらの姿勢があれば、地域医療を担う医師となりうるとも考えられ、その育成、普及の点からも重要な知見と考えられた。

(3) まとめと提言

これらをまとめると地域医療に求められる医師像として、「地域のニーズに応じて自らを柔軟に変化させ、一部の特定領域を除く幅広い診療能力を有し、重篤な病態を含め救急にも十分に対応する医師像」が浮かび上がる。この医師像は、議論されている「家庭医」、「かかりつけ医」や、「GP (General Practitioner)」と似て非なるものであるだけでなく、現場の実態から抽出されたものであるという点で、実際に体制に組み込む際に運用しやすく、意義深い医師像であると思われる。

今後、この医師像をもとに総合的診療に従事する医師を検討することを提言したい。さらに、今回の結果から、「いくつかの特定領域では地域医療にも関わり、役割分担のもと二次救急を担い、地域のニーズに応えることで総合的な診療にも従事することができる」専門医像も副次的に浮かび上がるが、この2つの医師像をあわせて検討することで、地域医療提供体制の構築や、総合的診療に従事する医師の育成をより現実的に行うことができると思われ、それが、安心して暮らせる医療づくりにつながるものと思われる。

なお、本項は、週刊日本医事新報2011年12月17日号のOPINION欄に掲載された「自治医大からの地域医療に対する提言—自治医大の実績から見えてくる地域医療に求められる医師像」を全面的に参考にした。



執筆者：神田 健史

2) 医師でなければできない保健活動

(1) 現状

地域で活動する医師は、医療機関における診療活動は当然のことながら、医療機関外での保健・福祉活動も期待される。従来から保健活動は地域保健、産業保健、学校保健の3分野に分けて議論されている。産業保健の対象者は事業場における被雇用者、学校保健の対象者は幼稚園・学校に通う園児、児童、生徒、学生、教職員、そしてそれ以外の者が地域保健の対象者となる。従って地域保健の対象者を具体化すると、就学前の乳幼児、自営業者、専業主婦(夫)、退職後の高齢者などである。なお、従来から指摘されていることだが、学校の教職員は産業保健（厚生労働省管轄）と学校保健（文部科学省管轄）の双方にまたがっているが、2つの省の間の調整はできていない。また、勤労妊婦（被雇用者）の管理については母子保健としての地域保健と産業保健が重なるなど、3分野の境界は必ずしも明確なものではない。

表I-12に保健3分野と福祉分野における医師の関与が必要な活動をまとめた。この表の「医師の独占業務」に挙げられた活動は、医師でなければ行うことができない活動である。ここで挙げられた業務のうち、産業医と学校医はそれぞれの現場で包括的な健康管理を担うことが期待されている。一方で、地域保健活動においては産業医や学校医に相当する地域の健康管理を統括する業務を担う職種がこの表には挙げられていないが、これには保健所長が相当する。しかしながら、保健所長は原則として医師ではあるが、都道府県や保健所を設置する市に所属す

表I-12 医師の関与が必要な保健・福祉活動

分野	医師の独占業務	医師の関与が望ましい業務
地域保健	予防接種	プランニング
	各種検診	健康教育 保健指導
職域保健	産業医活動	プランニング
	検診結果の判定と事後指導	3管理全般 (作業環境管理、作業管理、健康管理)
学校保健	学校医	プランニング
		保健教育
福祉	意見書作成(介護保険)	プランニング

表I-13 産業医の要件と労働安全衛生規則14条2項該当項目

要件	該当項目
日本医師会認定の産業医学基礎研修受講者(50単位)	1
産業医科大学の産業医学基礎講座修了者	1
産業医大卒業者で指定の実習履修者	2
労働衛生コンサルタント(保健衛生)試験合格者	3
大学で労働衛生に関する科目を担当する教授、准教授、講師(常勤)または経験者	4
その他、厚生労働大臣が定める者	5

る地方公務員であり、産業医や学校医のように医療機関に所属する医師が兼務することはないので、ここでは取り上げない。

表I-12のすべての分野において挙げられているのがプランニングである。プランニングの最終的な責任者は地域保健では地方自治体の首長、産業保健では事業場の責任者（工場長、支店長など）、学校保健では校長、福祉においては福祉事務所長や地方自治体の首長であり、プランニングに医師が関与しなければならない法的根拠はないが、医師として専門的な知識や経験をプランニングに生かすことができれば、よりよい活動が可能となる。それには、医師としての知識や経験をプランニングに生かすためのスキルが必要であり、何よりも日常の診療活動や保健・福祉活動を堅実に行うことは必須である。スキルに関しては、他職種と協働して活動する能力やコーディネート能力などが中心となる。

なお、後述のとおり、常時50人以上の被雇用者が勤務する事業場では産業医を選任しなければならないが、事業場の定義は会社の定義と異なり、工場や支店の単位でカウントすること、すべての業種を管轄する省庁が存在しないこと、の2つの理由により、わが国全体における産業医選任義務がある事業場の数や、そこに勤務する産業医の数、充足率などに関する統計は存在しない。一方、学校医は2009(平成21)年の文部科学省の統計(学校基本調査報告書)によれば、小学校は22,258校で58,490人、中学校は10,864校で28,799人、高等学校は5,183校で12,883人の学校医がいる。学校数の2倍以上の数の学校医がいるのは眼科や耳鼻科の医師が、特に感染症対策として学校医に任命されているためである。

(2) 課題

検診や予防接種に関する事項は臨床活動の延長線上にあると考えることもできるため、これらを一定レベル以上にこなすためには、まず臨床能力を高めることが必要である。一方で、要介護認定申請の際に必要な主治医の意見書の作成、産業医活動、学校医活動は臨床能力のみでは対応できない。すなわち、意見書作成については患者自体のみならずその日常生活（住環境、家族関係など）全般に渡って情報収集して理解し、当該患者の日常生活にとって必要な事項を検討する必要がある。

一方で産業医活動と学校医活動においては、特殊なスキルが必要である。産業医は労働安全衛生法第13条によって規定され、常時50人以上の被雇用者が勤務する事業場では産業医を選任しなければならず、1,000人以上の事業場（高熱物体や有害物などを取り扱う業務など有害業務を取り扱う事業場では500人以上）では専任の産業医を配置する義務が事業主にある。医師を産業医として選任する場合には表I-13に示す要件の少なくともどれか1つを備えた医師でなければならず、多くの産業医は表I-13の最初に掲げた日本医師会認定産業医に必要な50単位を取得することで要件を満たしている。産業医の業務は表I-14に示すとおりであり、衛生委員会の委員として労働者の健康障害防止や健康保持増進全般に関わると共に、月1回以上の職場巡回を行って作業上の現状を把握したうえでの、いわゆる3管理（作業環境管理、作業管理、健康管理）その他労働者の健康管理全般に関する実務に関連した業務に携わることになる。表I-15に多くの産業医が資格要件として満たしている日本医師会の認定産業医取得のための研修内容を示す。50単位（50

表 I-14 産業医の職務と労働安全衛生規則14条1項該当項目

要件	該当項目
衛生委員会(安全衛生委員会)委員(労働安全衛生法18条、19条)	
月1回の職場巡視(労働安全衛生規則15条1項)	
健康診断及び面接指導等の実施並びにこれらの結果に基づく労働者の健康を保持するための措置	1
作業環境の維持管理	2
作業の管理	3
労働者の健康管理	4
健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置	5
衛生教育	6
労働者の健康障害の原因の調査及び再発防止のための措置	7

表 I-15 日本医師会認定産業医取得のための研究内容

項目	単位数
入門的な前期研修	総論 2
	健康管理 2
	メンタルヘルスケア概論 1
	健康保持増進 1
	作業環境管理 2
	作業管理 2
	有害業務管理 2
	産業医活動の実際 2
	小計 14
実習・見学などの実地研修	主に職場巡視などの実地研修 環境測定実習などの実務的研修 10
地域の特性を考慮した実務的・やや専門的・総括的な後期研修	26
合計	50

時間) のうち10単位は実地研修となっているが、ビデオなどによる研修も含まれているので、必ずしもすべての研修受講者が実際の産業保健の現場で研修を受けているわけではない。理想的な体制としては、産業医の資格を取得後、指導者たる産業医が勤務する事業場でOJT (On the Job Training) を受けるようなシステムが望まれる。

近年、産業保健の現場は、以前のような身体的な有害業務が減少し、代わりにメンタルヘルスの問題が重要課題となっている。このような状況の中で精神科専門医が産業医として勤務するケースも見受けられるが、精神科医療と職場のメンタルヘルスは異

なっている部分も多い。例えば、心の健康づくりなどは精神科医よりもむしろ総合的な診療活動ができる医師の方が適任かもしれないし、うつ病の従業員の職場復帰に対する考え方も異なっている。総合的な診療活動ができる医師が研修と経験を積んだうえで産業医を務めるのが理想の形と考える。精神科専門医の産業保健への関与は、総合的な診療活動ができる医師たる産業医の元で専門性を發揮するのが良いであろう。

学校医の職務は表 I-16に示すとおりで、医師としての専門的な立場から学校保健全般に関する指導・統括を行うことがある。しかしながら産業医と

表I－16 学校医の職務と学校保健安全法施行規則22条1項該当項目

項目	該当項目
学校保健計画及び学校安全計画の立案に参与	1
学校の環境衛生の維持及び改善に関し、学校薬剤師と協力して、必要な指導及び助言	2
健康相談	3
保健指導	4
健康診断	5, 9
疾病の予防処置	6
感染症の予防に関し必要な指導及び助言、学校における感染症及び食中毒の予防処置	7
校長の求めにより、救急処置	8
必要に応じ、学校における保健管理に関する専門的事項に関する指導	10

は異なり、資格要件がなく、医師であれば誰でも学校医として委嘱することが可能である。また、大学を除いては一般に1人の学校医が非常勤で務めていることがほとんどで、産業医とは異なり、研修やOJT体制も充分ではない。なお、さまざまな団体で学校医の研修を実施しているが、そのほとんどが既に学校医を委嘱されている医師を対象としたものであり、産業医のように、これから学校医を務める医師を対象としたものは見当たらない。

学校医も専門の立場から考えると小児科医が望ましいという考え方もあるが、学校全体、あるいは児童・生徒・学生の家庭まで見据えた健康管理を行うという観点からは総合的な診療活動ができる医師の方が望ましいといえる。なお、インターネットで東京都東村山市の「学校医等の報酬及び費用弁償に関する条例」が公開されている(http://www.city.higashimurayama.tokyo.jp/reiki_int/reiki_honbun/f2000155001.html)が、そこでは、学校医の区分として「内科」、「眼科」、「耳鼻科」しかなく、内科に小児内科が含まれているとしても、学校検診しか念頭にないものにも見えて、興味深い。

(3) 提言

①産業医及び学校医への総合的な診療活動ができる医師の登用

前述のとおり、産業医及び学校医共に事業場全体、あるいは学校全体の健康管理を担当するという観点から、専門医よりも総合的な診療活動ができる医師

の登用が望まれる。必要に応じて精神科や小児科の専門医の援助を得ることができる体制づくりも重要である。

②学校医の職務の確立

現状の学校医の任命状況に鑑み、学校医には検診の管理と感染症予防活動が主として求められているようである。しかしながら、学校保健全体を統括するような、総合的な役割を明確にすることが重要である。

③学校医委嘱前の教育の充実

産業医と同様に、一定レベルの知識と技術を持った医師を学校医として登用する必要がある。従って委嘱前の研修を充実させ、可能であれば産業医と同様に、必要な内容を盛り込んだ研修を受講することを義務化することも検討しなければならない。

④産業保健と学校保健の接近

個人の健康情報の管理を含めて、産業保健と学校保健の乖離を改善する必要がある。行政施策としての両者の調整（厚生労働省と文部科学省）も必要である。



執筆者：中村 好一

3) 医療機関へのアクセスと効率的な医療体制

(1) アクセスの保障

① アクセスと国民皆保険

1959（昭和34）年に国民健康保険法の全面的な改正が行われ、準備期間を経て、1961（昭和36）年に、国民皆保険が達成された。全ての国民が、国民健康保険または健康保険に加入することとなった。制度の導入前後を比較すると、1955（昭和30）年に比べ、1965（昭和40）年では、医療機関を受診する患者の割合が約2倍に増えた（図I-28）。増加は、14歳以下と55歳以上で顕著であった。

この要因として、この時期、「保険があって医療なし」という状況にならないように、急速に医療提供体制の整備が進められたことが挙げられる。これを裏返してみると、容易に医療機関を受診できる体制の必要性は、国民皆保険制度が確立されたからとも言える。このように、国民皆保険制度自体が、医療へのアクセスの保障という重要な社会的課題をもたらした。

② アクセスの二つの視点

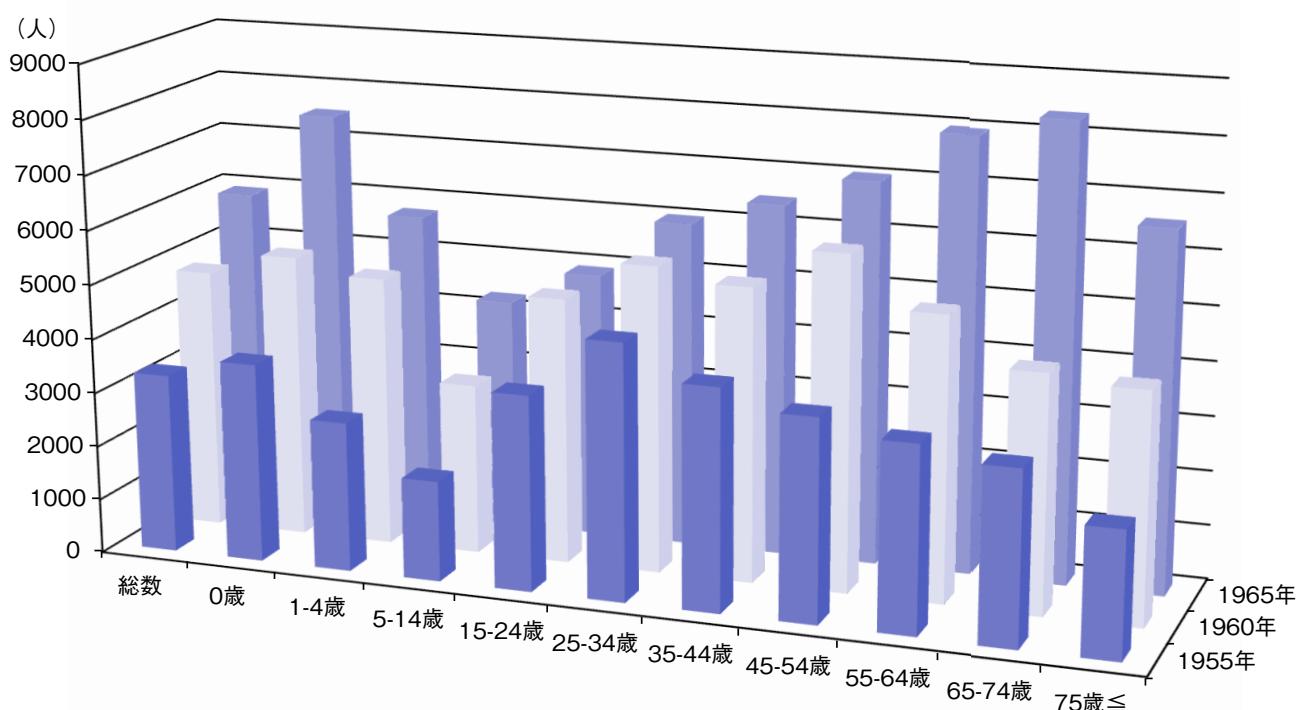
アクセスという言葉は、様々な意味合いで用いら

れている。そして、立場が変われば、そのとらえ方も異なることが分かっている（中村ら、月刊地域医学、2011）。アクセスを議論する際には、立場（定義）を明確にした上でその言葉を使う必要がある。

Guagliardo MF (Int J Health Geogr, 2004) がプライマリ・ケアへのアクセスを物理的か否か、利用しているか否かという二つの視点で区分している。

物理的には、空間的アクセスと非空間的アクセスとに区分している。空間的アクセスは、病院や診療所までの距離や通院時間といった内容で、物理的な視点でアクセスを考えている。一方、非空間的アクセスは、近さとは別に、診療科の種類や予約状況など、それらを受診しやすいかどうかといった内容である。これには精神的な要素、評判なども含まれる。

利用しているかについては、現実的アクセスと潜在的アクセスとに区分している。現実的アクセスとは、実際に医療機関を利用している、つまり実態にもとづいたアクセスを指す。利用に関する現状分析に適している。一方、潜在的アクセスとは、実際の利用とは関係なく、利用ができる状況にもとづいたアクセスを示す。資源の配置計画など政策提言においては、適切な推定にもとづいたうえで、潜在的ア



図I-28 国民皆保険制度前後の年齢階級別受療率（人口10万対）

患者調査（厚生労働省）から作成

クセスを用いることになる。

このように、アクセスは $2 \times 2 = 4$ つの立場で考えることができる（図I-29）。アクセスを議論する際に、これらを用いることにより、論点が曖昧にならず、相互の理解が進むと考える。

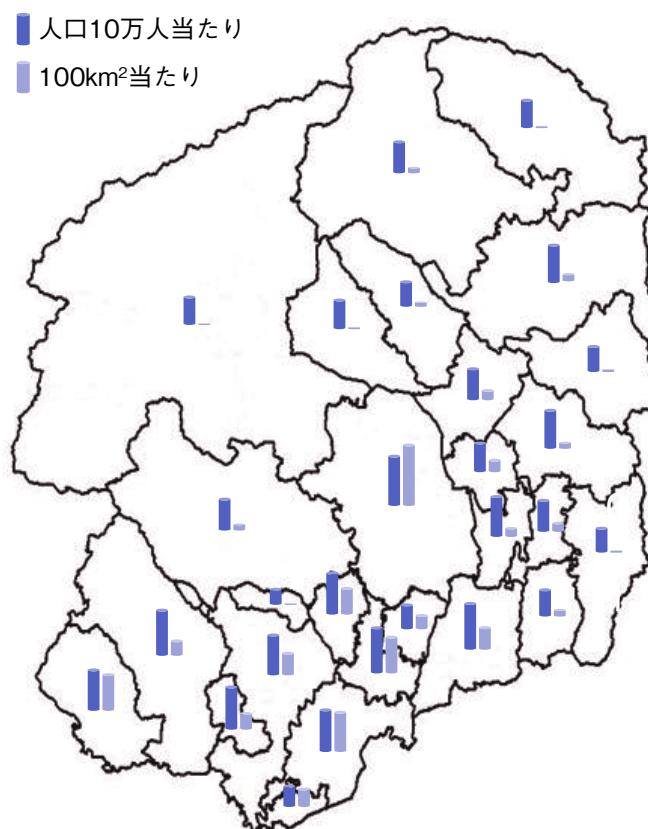
(2) アクセスの評価

①人口当たりと面積当たりによる評価

医療資源の評価をする際に、単位人口当たりの数、

空間的 現実的	非空間的 現実的
空間的 潜在的	非空間的 潜在的

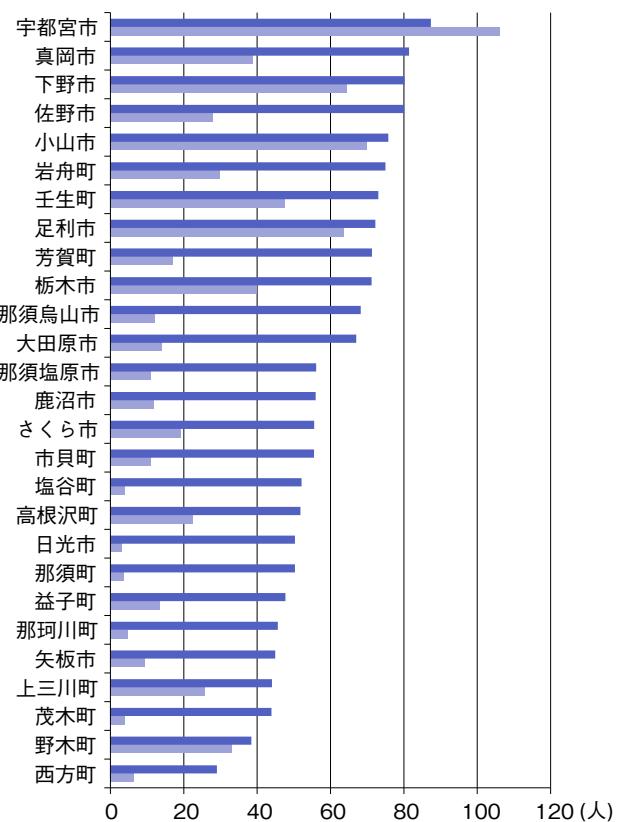
図I-29 二つの視点によるアクセスの分類
(Guagliardo MF, Int J Health Geogr, 2004)



図I-30 栃木県における人口10万当たり及び100km²当たり診療所医師数

例えば人口10万人当たり（対）医師数などが使用されることが非常に多い。一方、市町村合併による基礎自治体の広域化のため、単位面積当たりの数、例えば100km²当たり医師数なども使用されるようになった。栃木県における市町村別、人口10万当たりと100km²当たりの診療所医師数を図I-30に示す。市町村間の状況に関する図から受ける印象は、それぞれの指標で大きく異なる。

単位人口当たりの数が非空間的アクセスの指標なのに対して、単位面積当たりの数が空間的アクセスの指標であるために、この違いが生まれている。人口当たり医師数が少ない地域では死亡数が多いという報告がある（大坪ら、公衆衛生雑誌、2009）。確かに、単位人口当たりの数のように、提供される医療の量は重要である。一方、身近な医療の確保という点では、単位面積当たりの数など空間的アクセスでの評価がより適切であると考える。しかし、海外では報告が散見されるものの、国内において、空間的アクセスと健康指標との関連はよく分かっていない。今後の検証が待たれる。



栃木県保健統計年報2008年版（栃木県）

②地理情報システムを用いた評価

・地理情報システム (GIS)

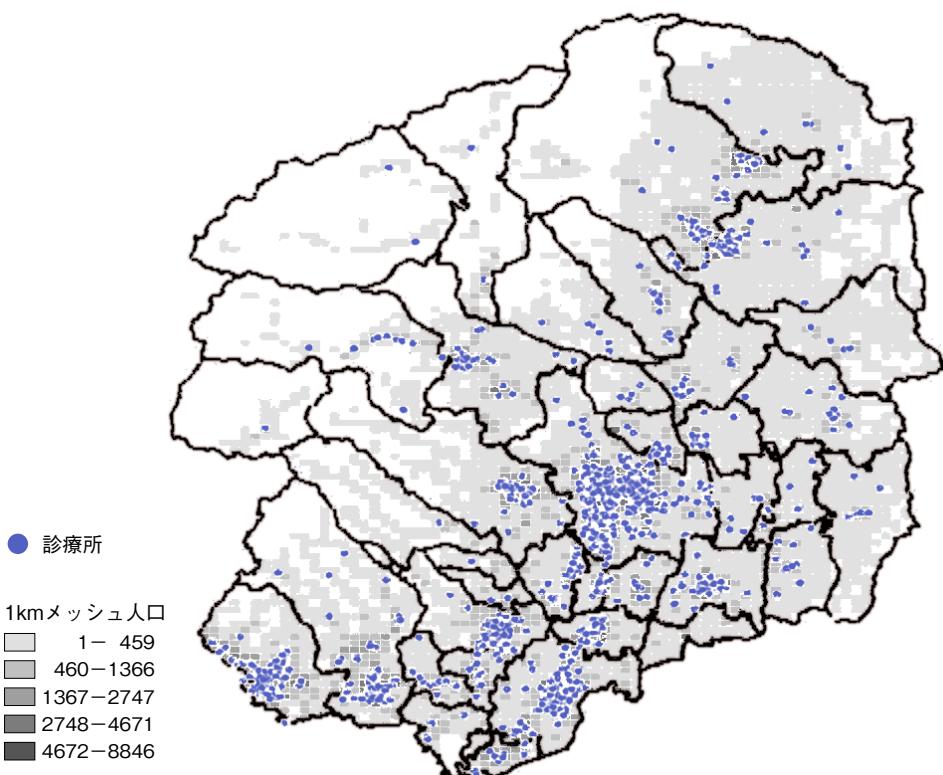
最近、地理情報システム (Geographical Information System、GIS) を用いて、空間的アクセスを評価する試みが行われている。これは、地理的な位置を手がかりに、位置に関する情報を持ったデータ（空間データ）を総合的に管理・加工することにより、様々な内容を視覚的に表示し、高度な分析や迅速な判断を可能にする技術である。GISを活用した身近な例としてはカーナビゲーションシステムやオンライン地図が有名である。

GISを用いることで、それぞれの医療機関の位置情報を利用することができる。つまり、個々の医療機関までの距離や移動時間といった空間的アクセスの評価を可能にする。このため、単位面積当たりの数に比べ、より精密に空間的アクセスを評価できる。加えて、それを視覚的に表現することもできるため、空間的アクセスの評価にはGISは不可欠な手法になりつつある。

・GISによる空間的アクセスの評価

例えば栃木県内の診療所の地理的分布を図I-31に示す。診療所は人口密度の高い地域に密集していることがわかる。栃木県内2,706地区(2005(平成17)年国勢調査における2,750地区の内、人口ゼロ等で解析できない44地区を除いた)の診療所までの空間的アクセスを検討したところ(図I-32)、5km圏内に診療所がない地区が8.7%あった。これには人口1,000人以上の19地区が含まれている。さらに、2km圏内では34.1%に昇った。

栃木県内の市町村別に、診療所から一定の範囲内に住む人口の各市町人口に占める割合、いわゆる診療所による人口カバー率を図I-33に示す。1km圏内や2km圏内では、その割合のばらつきは大きい。一方、5km圏内ではばらつきは少なく、その割合は $98.0 \pm 2.7\%$ (平均±SD) であった。栃木県全体でみると、2km圏内の人口割合は80.9%で、5km圏内は98.5%であった。逆に、栃木県民201.7万人(2005(平成17)年国勢調査)のうち、38.4万人は診療所が2km以内になく、また3.1万人は5km



図I-31 栃木県の診療所の地理的分布

2005年国勢調査と2010年関東地方厚生(支)局
栃木事務所の医療機関一覧とから作成

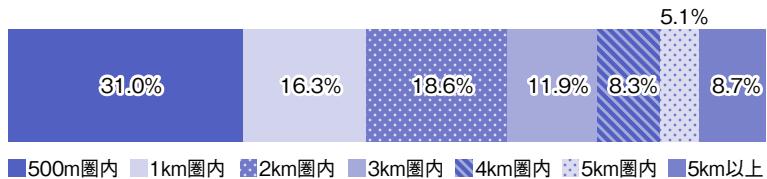


図 I -32 栃木県内2,706地区の中心から一定の範囲内 (km) に診療所が存在する割合

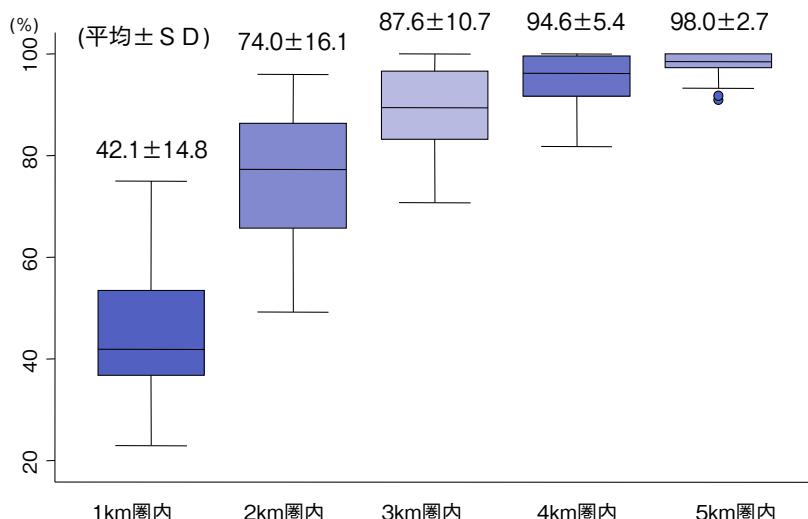
2005年国勢調査と2010年関東地方厚生(支)局
栃木事務所の医療機関一覧とから作成

図 I -33 栃木県市町別、各市町人口に対する診療所から一定の範囲内 (km) の人口割合

2005年国勢調査と2010年関東地方厚生(支)局
栃木事務所の医療機関一覧とから作成

以内にないことになる。ただし、正確には距離は居住する地区の图形中心からとなる。

また、診療所の空間的アクセスを、直接的な比較対象ではないが、身近な存在という視点で、いまや必需品となった携帯電話のFOMA (NTT docomo)サービスエリアと比較することもできる（図I-34）。一風変わった比較ではあるが、FOMAのサービスエリアの方が少し良い印象を受ける。このように、GISを用いることで、単位人口当たりや単位面積当たりの数による評価では見えない、まったく違った内容が明らかとなる。

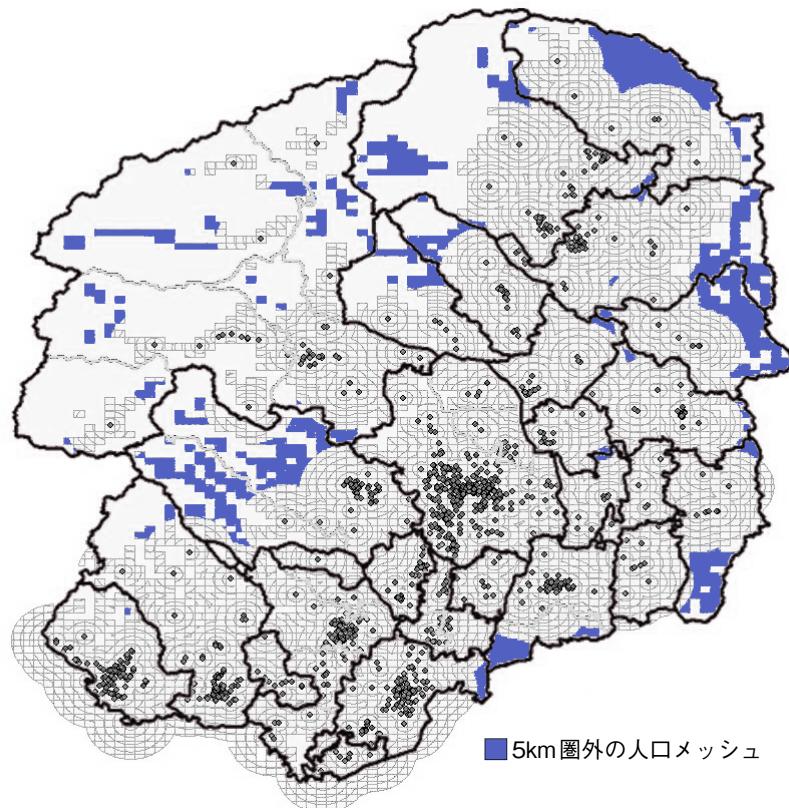
③アクセスの保障

医療計画等において、病院の配置、とりわけ公的病院については議論されている。「安心して暮らす」という点で、入院医療の確保を図ることは論を待たない。その一方で、普段の生活を支えるという点で、プライマリ・ケアの提供体制の充実も必要であろう。

プライマリ・ケアの提供について、かかりつけ医が果たす役割は大きい。多くは診療所の医師が、かかりつけ医としてその役割を担っていると思われる。

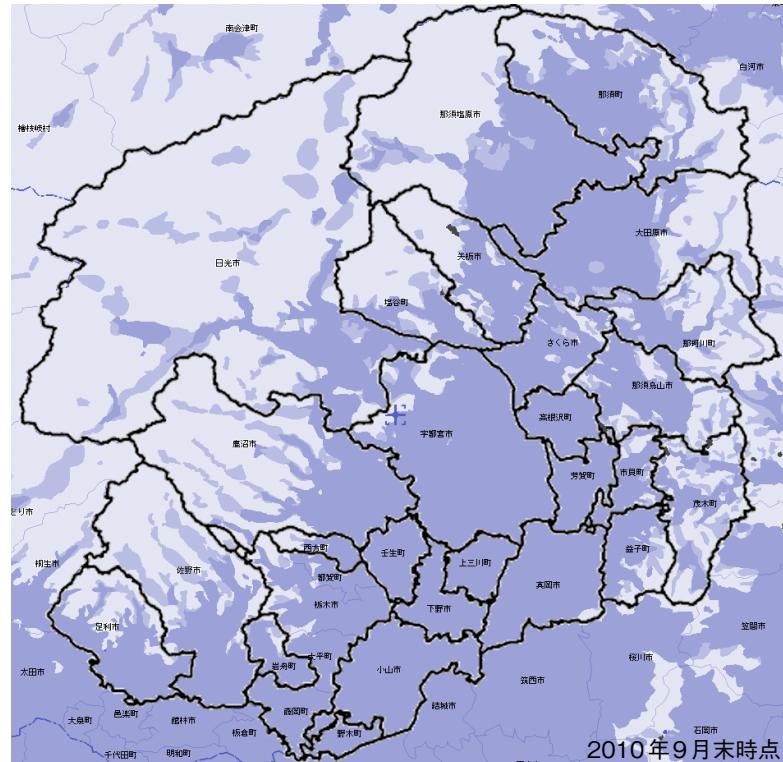
栃木県を例としたGISを用いたアクセスを評価した結果（前述）から、すべての地区において診療所への空間的アクセスが保障されているとは言い難い状況が見てとれた。2km圏内は、約30分以内で、からうじて徒歩で診療所に通える範囲内と考えられる。また、5km圏内は、実質的には自動車を使って10分以内で、すぐに受診できる範囲内と思われる。人口の少ない地区については、別途、へき地事業等の対策が講じられるとしても、ある程度の居住者のいる地区において、圏内に診療所がないのは若干不都合と言わざるを得ない。これらの地区の多くは、人口集中地域の周辺に見られる。これは、診療所の地理的分布が人口集中地域に密集していることが大きな要因となっている。つまり、地理的分布だけをみれば、診療所が少しだけ分散することで、こ

診療所から 5km 圏内の人団メッシュ



2005年国勢調査と2010年関東地方厚生(支)局
栃木事務所の医療機関一覧とから作成

FOMA サービス・プラスエリア



(NTT ホームページ : <http://servicearea.nttdocomo.co.jp/inet/GoRegcorpServlet?rgcd=03&cmcd=FOMA&scale=500000&lat=36.559712&lon=139.88671>, accessed on 5 Oct 2010)

図 I - 34 栃木県における診療所から 5km 圏内の人団メッシュ
と FOMA サービスエリアとの比較

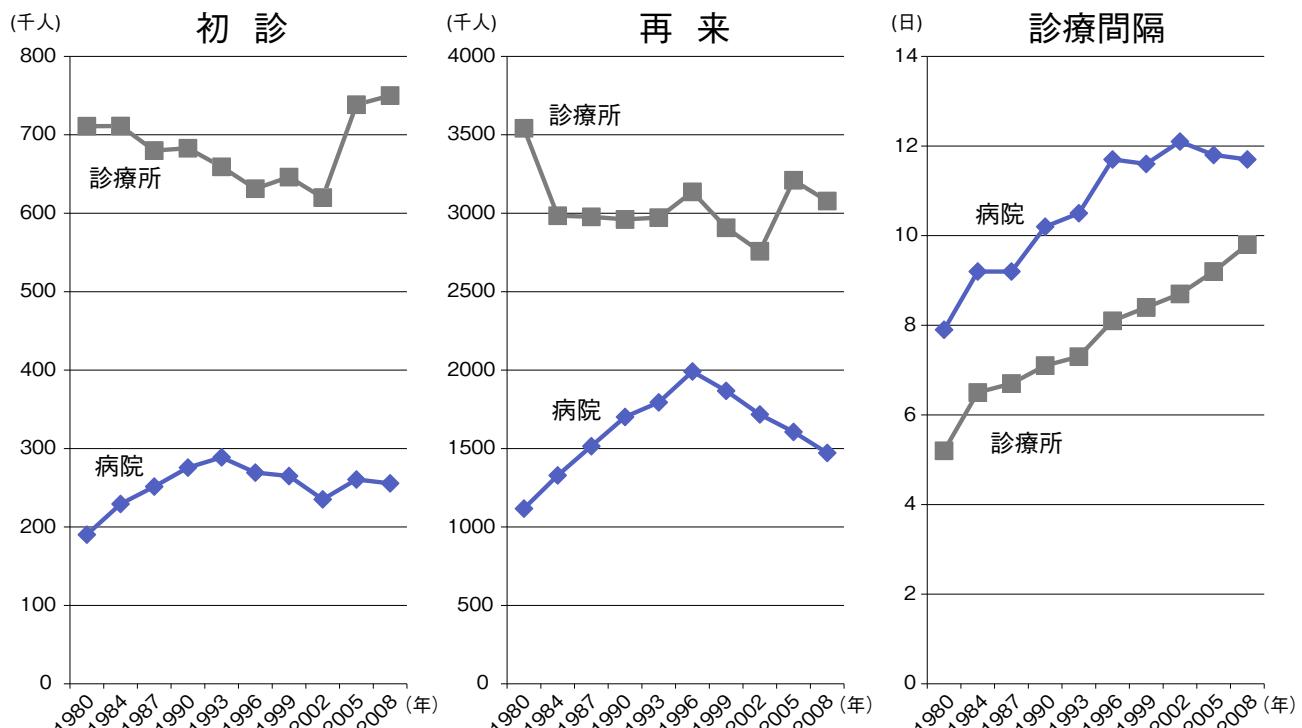


図 I-35 初診及び再来推計患者数、再来患者の平均診療間隔の推移

2008 (平成20) 年患者調査 (厚生労働省)

の課題は解消される。

「安心して暮らす」という視点で、身近な医療を確保するためには、病院だけでなく、診療所に関しても適正な配置を図るために、自由開業制を維持しつつ、医療計画等において何らかの仕組みが求められる。

(3) 受療動向

①フリーアクセスの課題

・フリーアクセス

国民皆保険を契機に、保険証があれば、一定の負担額にて、全国どこの医療機関でも自由に受診できる=フリーアクセスが実現した。実際は、設立の経緯等により複数の保険制度が並立しているものの、すべての国民がいずれかの公的保険に加入することを義務づけたのが、いわゆる「国民皆保険」制度である。しかし、フリーアクセスの概念は、いつしか、一部では、「いつでも、どこでも、受診できる」といった考え方まで発展した。これは、おそらく、一時期実施されていた高齢者に対する自己負担無料化や現在実施されている小児医療無料化等による影響が大きいと思われる。

救急医療は別として、慢性疾患等の継続や、軽微

な疾患に対する医療では、すべてにおいてフリーということは好ましいとは言えない。状況に応じた適切な受診行動、フリーアクセスの適切な運用が求められる。

・病院受診志向

患者の病院受診志向、とりわけ大病院志向が問題視されている。初診及び再来患者数の年次推移（図 I-35）をみると、1996（平成8）年を境に病院の再来患者数が減っている。一方、病院再来患者の平均診療間隔は変化していない。逆に、近年、診療所を受診する患者が増えているように見える。これらのことから、病院の再来患者が実質的に減っていることが伺える。しかし、診療所の初診患者も増加しているとはいえ、病院の初診患者数はほぼ横ばいで推移している。同時期より、病院の患者数が減少し始めている（I.1 医療の現状と課題（P.3）参照）。このため、病院の患者数は一般的には減少すると思われる。しかし、病院の初診患者数は減少していない。これらのことから、患者の病院志向の課題、特に外来診療業務負担の軽減という視点では、多少は軽減されているものの、いまだに重要な課題に変わりない。

表 I - 17 病院の種類別にみた外来患者の重複受診を含む受療状況 (%)

	計	かかって いる	違う病気 で他の医 療機関に かかって いる	同じ病気 について、 異なる目 的でか かっている (専門的 治療や検 査、医師 の紹介な どを含む)	同じ病気 で他の医 師の意見 を聞くた めにか かっている (セカンド オピニ オン外 来を含む)	同じ病気 でその他 の理由に よりか かっている	かかって いない	この病院 で他の診 療科にか かっている	他に かかって いない	無回答
総 数	100.0	35.0	29.2	3.4	0.9	1.5	38.1	9.5	28.6	26.9
特定機能病院	100.0	36.8	29.0	4.6	1.4	1.9	39.4	13.3	26.1	23.8
大病院	100.0	35.3	28.7	3.8	1.1	1.7	39.5	11.7	27.7	25.3
中病院	100.0	34.4	28.8	3.3	0.9	1.5	38.5	10.3	28.2	27.1
小病院	100.0	38.7	34.3	2.5	0.7	1.2	34.9	3.9	31.0	26.4
療養病床を有する病院	100.0	33.4	27.9	3.3	0.9	1.4	38.0	8.6	29.3	28.6

2008年受療行動調査(厚生労働省)

・重複受診

受療行動調査（2008（平成20）年）によれば、病院における外来患者のうち、35.0%の患者が受診した病院以外の医療機関にかかっている（表 I - 17）。これは、2002（平成14）年の44.6%からは減少している。一方、同じ病院の他の診療科にかかっている患者は9.5%であった。特に特定機能病院や大病院ではこの割合は高い。逆に、同じ病気についてかかっている患者は、5.8%（セカンドオピニオン等を除くと4.9%）にのぼった。これも特定機能病院や大病院で高い傾向にある。

紹介状を持たないで大病院を受診する理由として、紹介された（受診勧奨だけ）、設備が良い、専門的な検査と治療の希望、他の医療機関で満足できなかつたなどがあげられている（松嶋ら、地域医学、2008）。重複受診が必ずしも悪いわけではない。し

かし、効率的な医療提供を行うためには、患者の利益を維持しつつ、受療行動に適切なルールを設けることも必要と思われる。

(4) 提言：効率的な医療体制

「安心して暮らす」ための医療の確保、フリーアクセスの適切な運用、病院における外来業務負担の軽減、及び重複受診の改善を図るため、患者にとって身近な存在である診療所の役割が大いに期待される。夜間・休日診療においても、一次、二次、三次救急といった段階的に医療提供体制が組まれている。これと同様に、普段の診療においても、診療所を基点として、病院や大病院に紹介するといった段階的受診モデルが最も効率的な医療提体制と考える（図 I - 36）。

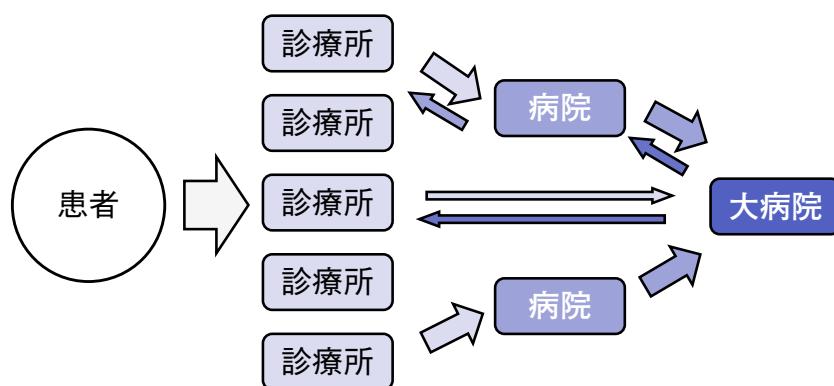


図 I - 36 効率的な医療提供体制、段階的受診モデル

新たに健康問題が起きたときに、かかりつけ医を持っている患者ほど、かかりつけ医を受診することがわかっている (Sekine S ら、Gen Med、2010)。この段階的受診モデルにとって、住民が普段から気軽に相談できる医師、いわゆる「かかりつけ医」の役割は大きい。かかりつけ医による健康問題の整理や解決の方向付けが、段階的受診モデルによる効率的な医療提供をもたらす。さらに、かかりつけ医と

その後の医療機関との情報共有なども含めた緊密な連携も不可欠な要素の一つである。

それぞれの医療機関が、競合するのではなく、協働することにより、効率的な医療提供体制は構築されると考える。「競合から協働へ」とパラダイムシフトが求められる。



執筆者：岡山 雅信



国民皆保険とは何か

1961（昭和36）年に全市町村において国民健康保険が整備され、それまで未保険者であった地域の農業従事者や自営業者等も、公的医療保険に加入することが義務づけられた。その結果、すべての国民は職業や居住地に応じて「公的」医療保険に加入することになり、医療の皆保険体制が実現した。

その後の制度改革を経て、現在の公的医療保険は、①サラリーマンとその家族を対象とした被用者保険（職域保険）と、②自営業や高齢者等を対象とした地域保険、③75歳以上の後期高齢者が加入する後期高齢者医療制度の3つで構成されている。被用者保険には、大企業で働く者とその家族が加入する「健康保険組合」（通称、健保組合）、中小企業で働く者とその家族が加入する「全国健康保険協会」（通称、協会けんぽ）、公務員や私学の教職員が加入する「共済組合」がある。地域保険には、各市町村が運営する国民健康保険（通称、市町村国保）と、各都道府県で従事している特定の職業集団（医師や歯科医師、建設関係の従事者等）で組織された国民健康保険組合（通称、国保組合）がある。時折、被用者保険のことを「社会保険」と呼ぶことがあるが、本来、社会保険は「公的保険」を指す言葉なので注意が必要である。

このように1961（昭和36）年以降公的医療保険に加入することが義務付けられてきたため、日本では皆保険というと、「すべての国民が、公的医療保険に加入することを意味する」と思われている。しかし、皆保険の本来の目的は、「すべての国民に対して医療への経済的なアクセスを保障すること」にある。その目的からすれば、必ずしも全国民が公的医療保険に加入することは必要ではない。実際、皆保険制度と謳っている先進諸国の中には、高所得者を公的医療保険の対象から外しながらも、民間の医療保険への加入を義務づけている国もある。

日本は先進諸国の中でも突出して財政状況が厳しい状態にあるため、将来的には医療保険制度のあり方を見直す時期が来るかもしれない。制度案の一つとして、高所得者を公的医療保険の対象から外す、あるいは逆に低所得者に重点的に税金を投入するということもあり得るだろう。その時に皆保険が崩れるという意見があるかもしれないが、「医療への経済的なアクセスを保障する」という皆保険の本来の趣旨から考えれば、現在の形が崩れたとしても皆保険が崩壊するとは必ずしも言えないでのある。

なお、日本では、皆保険の条件として、フリーアクセス（受診する医療機関を自由に選択できること）を前提とする議論があるが、皆保険とフリーアクセスは、異なる目的を持ったシステムであり、議論の際にはそれぞれの制度の目的をもう一度確認する必要があるだろう（「フリーアクセスと国民皆保険はセットの制度か？」コラム P.41 参照）。



執筆者：古城 隆雄



フリーアクセスと国民皆保険はセットの制度か？

日本の医療保険制度の特徴として、国民皆保険とフリーアクセス（受診する医療機関を自由に選択できること）をあげる議論が多い。両者を一体的なシステムととらえている読者もいるかもしれないが、実は、それぞれ異なる目的を持っており、必ずしもセットで採用される必要はない。

国民皆保険の目的は、「すべての国民に対して医療への経済的なアクセスを保障する」ことにある。一方、フリーアクセスは、「受診する医療機関の選択の自由を保障する」ことを目的としている。つまり、目的から考えると、国民の医療への経済的なアクセスが保障されていれば、皆保険と言えるため、フリーアクセスのシステムをセットで導入する必要はない。それにも関わらず、日本でフリーアクセスを前提とする皆保険の議論が多いのはなぜだろうか。この大きな理由として、全国的に統一された診療報酬制度と保険者の財政責任が不明確である点をあげることができるだろう。

日本では、個々の医療行為の単価が、全国的に統一された公定価格によって定められている。そのため、健康保険であれ、協会けんぽであれ、国民健康保険であれ、どの保険に加入しているとも、診療報酬は基本的に同じである。患者からすれば、加入している保険の種類、そして受診する医療機関によって医療サービスの価格が変わらないのであれば、受診する医療機関は自由に選択できた方がいいということであろうか。

ちなみに、他の先進諸国ではフリーアクセスは一般的に認められていない。これは、全国統一的な公定価格ではなく、保険者によって給付対象となる医療サービスと対応する価格が異なっていることと関係する。患者にとっては、同一内容の医療を受けられるならば、できるだけ安い保険料の保険者を選択したくなる。その要望に答えるためには、保険者としては受診できる医療機関を集中させることにより、医療機関への価格交渉力を強め、保険料を抑えようとする。結果、フリーアクセスは採用されず、受診できる医療機関が制限されていると思われる。

フリーアクセスが認められるもう一つの要因である、保険者の財政責任の不明確さは、保険財政に保険料と公費が入っていることと、後期高齢者医療制度への拠出金に由来する。市町村国保を代表に、被保険者の平均収入が低く、医療費が高い保険者には、保険料収入以外に多額の公費が保険財政に投入されている。一方、各保険者から後期高齢者医療保険を支えるための拠出金が支出されている。そのため、保険財政の支出と収入の関係がわかりにくく、保険者の責任範囲が不明瞭になりがちである。結果、保険者が積極的に財政をコントロールしようという動機が働かず、フリーアクセスによって一部の患者が不適切に多受診や重複受診を行っていたとしても、積極的に制限する動機が働きにくい。海外では、不適切な受診に対して保険者は敏感になるが、日本では保険者の財政責任が不明確なためフリーアクセスに対して問題視がされにくい状況がある。

なお、フリーアクセスが認められている背景には、医療機関の機能分化が十分に進んでいないため、アクセスを制限する積極的な動機が起きにくいという意見もあり得る。ただし、フリーアクセスが認められているために、医療機関の機能分化が進展しにくいという点もあり、容易には判断できない。



執筆者：古城 隆雄



政策目標としての医療へのアクセス

医療へのアクセスは、医療の質とならび重要な医療政策の目標として考えられている。このアクセスは、経済的なアクセスと物理的なアクセスの二つを意味している。経済的なアクセスとは、収入や資産に関わらず医療を受診できることを意味しており、これに対応するのが医療保険制度である。これに関連する問題として、低所得者の自己負担の高さの問題や、保険料未納者に対する給付の問題がある。また、そのほかにも、収入は少ないが資産が多い高齢者に対する保険料や給付のあり方の問題、健診未受診者や喫煙者など健康に対して非積極的な態度を示す者に対する医療アクセスを保障するべきかという問題がある。

一方の物理的アクセスは、実際に住民が必要な医療を受診できることを意味しており、医療提供体制に関する政策が対応している。これには、都道府県が策定している医療計画、各自治体が設立している医療機関、そして医療機関に従事する人材の育成を担う教育が直接的に関係している。最近の傾向としては、医師や医療機関が量的に充足しているかという視点に加え、医療機関への地理的なアクセスも重視されるようになっている。

さらに、これらに加え、医療保障制度や疾患や応急処置に対する医学的知識に対する情報へのアクセス（教育と言っても良いだろう）を重視する意見もある。医療に限らず社会保障全般について、給付と負担の構造も含め、国民がその意義を理解し、当事者意識を持って考えるようにするため、2011（平成23）年10月に厚生労働省において「第1回社会保障の教育推進に関する検討会」が開かれている。



執筆者：古城 隆雄

4) へき地医療への支援体制

(1) 戦後のへき地医療支援政策の推移

戦後日本のへき地医療支援政策は「へき地保健医療計画」を中心に実施されてきた。この計画は、医療供給体制に不備のある地域を特定し、当該地域における医療水準向上のための具体策を提示するものであり、その内容は時代を追うごとに変化している。ここではまず、「無医地区」に焦点化した初期の支援策から、へき地医療支援機構を中心とした都道府県単位での支援体制の構築に至るまでの、へき地医療支援政策の変化の過程を追っていく。

①初期のへき地医療支援政策

山村や離島等のへき地における医療資源の不足に関しては、戦前にも「無医村問題」として政策課題化していたが、総合的で有効な対策は行われてこなかった。戦後、厚生省（当時）は、住む地域にかかわらず一定以上の水準の医療が受けられる体制を全国的に整備するため、へき地保健医療計画にもとづくへき地医療支援を開始した。

第1次へき地保健医療計画（1956（昭和31）～1962（昭和37）年度）によって行われたのは、市町村等を運営主体とするへき地診療所の整備であった。人口が比較的多くかつ交通の不便な無医地区から順に、全国の無医地区にへき地診療所の設置が開始されていった。その後第2次（1963（昭和38）～1967（昭和42）年度）、第3次（1968（昭和43）～1974（昭和49）年度）と計画の見直しが進むにつれて、対策の種類は増加し、患者輸送車、巡回診療車等の機動力の利用によるへき地住民の受診支援や、修学資金制度の創設による医師の確保等が計画に含まれるようになった。ここにみられるように、初期の対策における関心は「へき地」指定を受けた地域のみに集中しており、当該地域への診療所の設置と医師の配置による「無医地区」の解消が対策の柱であった。

②二次医療機関による支援の開始

第4次へき地保健医療計画（1975（昭和50）～1979（昭和54）年度）では、新規事業として「へき地中核病院の整備・運営」が追加され、二次医療

機関によるへき地医療支援がはじめて計画に盛り込まれた。このことは、へき地医療支援政策が、へき地と指定された地域への資源投入だけでなく、周辺地域の医療体制の整備にその関心と対象領域を拡大したことを意味している。

へき地中核病院は、無医地区及び無医地区に準じる地区を有する二次医療圏ごとに指定され、圏域内の無医地区に対する巡回診療や、へき地診療所への医師派遣を行うとされた。第5次計画（1980（昭和55）～1985（昭和60）年度）には、へき地中核病院によるへき地診療所への医療情報支援が盛り込まれ、第6次計画（1986（昭和61）～1990（平成2）年度）では、へき地中核病院がへき地勤務医師に対する研修機能を果たすことが示された。第7次計画（1991（平成3）～1995（平成7）年度）では、へき地医療活動計画の策定と指導を行うへき地医療担当指導医をへき地中核病院におくことが定められ、続く第8次計画（1996（平成8）～2000（平成12）年度）では、へき地中核病院に加えて、へき地診療所への医師派遣と技術支援を行うへき地医療支援病院の指定が開始された。このように、第4次計画から第8次計画にかけては、へき地中核病院を中心とした後方病院による、二次医療圏単位でのへき地医療支援が前景化し、その内容が具体化していく時期といえるだろう。

③都道府県単位での支援とへき地医療支援機構の設置

第9次へき地保健医療計画（2001（平成13）～2005（平成17）年度）以降は、二次医療機関を主体として二次医療圏単位で行われてきたへき地医療支援の体制が見直され、都道府県を単位とする新体制の構築が目指されることとなった。この体制の中核的な役割を担う機関として創設されたのが、へき地医療支援機構である。へき地医療への支援を担う二次医療機関はへき地医療拠点病院群として再編成され、都道府県単位の支援体制のなかに位置づけられることとなった。

厚生労働省によるへき地保健医療計画は、都道府県に対して国が対策の方針を示すものであるが、第10次計画（2006（平成18）～2010（平成22）年度）からは、地域の実情に即した都道府県ごとの計画が策定されることとなった。へき地医療支援機構に関

しては、その機能強化がはかられつつあり、第10次計画において担当官がへき地医療支援の企画・調整に集中できる体制の必要性が示され、第11次計画（2011（平成23）～2015（平成27）年度）では、全国単位で支援機構同士の連携をはかる連絡会議の設置が定められた。このように、第9次計画以降、へき地医療支援における都道府県の役割が強調され、支援の単位は二次医療圏レベルから都道府県レベルへと広域化した。

（2）へき地医療支援機構の現状

これまでみてきたように、都道府県を単位とするへき地医療支援の新体制において、へき地医療支援機構が果たすべき役割は大きい。しかし、制度に示される役割と現状で行われている支援との乖離も指摘されている。ここでは、へき地医療支援機構設置の経緯、機構に期待されている役割、指摘されている課題を順に示した後、支援機構の今後を考えるにあたっての「ユーザー調査」としての診療所医師調査の必要性を示す。

①へき地医療支援機構設置の経緯

へき地医療支援機構設置の背景としてあげられているのは、個々の二次医療機関を主体とした非組織的な支援体制の限界である。2000（平成12）年6月の「へき地保健医療対策検討会報告書」では、第8次計画において、へき地診療所を支援する二次医療機関として、へき地中核病院に加えてへき地医療支援病院が創設されたにもかかわらず、整備された支援病院の数が少なく、代診医派遣数も伸び悩んでいることが報告されている。同報告書では、各都道府県におけるへき地医療支援事業が特定の個人に依存するかたちで成り立っており、へき地医療を組織的に支える体制が整っていないとの指摘もなされている。

へき地医療支援機構は、このような問題点を解決すべく創設された。目指されたのは、特定の個人や病院の恣意的な努力に頼ることなく、組織的な連携にもとづくより効率的なへき地医療支援体制を都道府県単位で構築することであった。

②へき地医療支援機構の役割

2010（平成22）年3月、第11次へき地保健医療

検討会報告書において示された、へき地医療支援機構が担う（担いうる）とされるおもな役割をまとめると、以下のようになる。

- ・へき地医療拠点病院等からへき地（診療所）への医師（派遣医・代診医）派遣体制の構築と運営
- ・へき地勤務（予定）医師に対する研修機会の提供、研究費の配分、就職に関する情報提供
- ・へき地勤務医師のキャリアパスの構築
- ・へき地医療拠点病院の活動評価
- ・へき地における地域医療の分析
- ・へき地保健医療情報システムの管理

へき地における医師や住民の現状とニーズを正確に把握し、ニーズに応えうる医師派遣の体制をハード・ソフト両面にわたって整え、へき地医療を担う医師を集め、育て、彼らのキャリアを保障するシステムをつくる——へき地医療支援機構に求められているのはこのような役割である。これらの役割を遂行するためには、分析や評価のための調査、また、コーディネートやマネジメント等の実施を可能にする、複数の専門性を備えた人びとの連携にもとづくシステムの構築が必要と考えられる。しかし、のような体制を実現することは困難であり、次にみると、多くのへき地医療支援機構が十分に機能していない現状が指摘されている。

③へき地医療支援機構の現状と課題

第11次へき地保健医療対策検討会報告書によると、第9次計画の開始から9年を経た2010（平成22）年時点で、へき地を有しながらへき地医療支援機構を設置していない県が4県あった。また、へき地医療支援機構と「全く関わりがない」と回答したへき地診療所が過半数にのぼるという調査結果が示され、支援機構の認知度と利用率の低さが明らかになった。さらに報告書では、専任担当官の活動状況に大きな地域差が存在することも指摘されている。このことからわかるのは、都道府県単位でのへき地医療支援体制の構築には困難が生じており、へき地医療支援機構の多くがいまだ十分には機能していないということである。

それでは、へき地医療支援機構の機能不全に対し、

いかなる対処が可能なのだろうか。報告書では、都道府県による支援の強化や、大学病院や自治体・民間病院、医師会や保健所との連携体制の構築、そして全国レベルでの支援機構同士の情報交換等の必要性が示されている。それらの対策が重要であることはいうまでもないが、一方で、へき地医療支援機構のあり方、それが「いかに機能するべきか」を再検討することもまた重要であろう。予算や資源の限界を考えたとき、へき地医療支援機構に求められる多様な役割をすべて満たす体制を一度に実現することは困難である。求められるのは、支援機構が行う支援の軸と方向性を定め、果たすべき役割の優先順位を考えることである。そのためには、支援機構のユーザーであるへき地診療所の医師がどのような困難を抱え、支援機構に何を期待しているのかを明らかにすることが有用と考えられる。このような問題意識から、われわれはへき地の診療所を対象とする調査を行うこととした。

(3) へき地医療支援機構ユーザー調査

①調査の目的と概要

本調査の目的は、全国のへき地の診療所医師を対象とした調査を行うことで、へき地の医師が実践において感じている困難と、へき地医療支援機構に対する期待や要望を明らかにすることである。

調査の対象としたのは、2005（平成17）年の時点において、過疎4法（過疎地域活性化特別法、豪雪地帯特別措置法の特別豪雪地帯、山村振興法、離島振興法）を自治体の一部または全部が受けている802の町村（当時。2005（平成17）年以降に合併し、当時とは異なる市や町の一部になった地域も含む）にある診療所の医師である。この中には、へき地診療所の指定を受けた診療所（以下、「指定診療所」と表記する）のみならず、その周辺地域の診療所に勤務する医師が含まれている。

調査の方法として採用したのは、質問紙調査である。2010（平成22）年11月から2011（平成23）年1月にかけて1,865の診療所に対して、自己記入式の質問紙を郵送し、785人の医師から回答を得た（回答率42.1%）。

②対象者の概要

ここではまず、調査対象となった医師と、彼らが勤務する診療所の特徴を調査結果より示す。医師については年齢と性別、勤務歴と勤務状況、総合医／専門医の自認について、診療所については医師数・看護師数、病床数・患者数、へき地診療所指定の有無についての結果を提示する。

・年齢と性別

回答者の平均年齢は58.5歳。最年少は26歳、最年長は91歳であった。診療所医師の全国平均と比較したとき、平均年齢は近い（全国平均58.0歳。なお、病院勤務医の平均は42.9歳）が、年代別の構成割合をみると20代と30代が多く、40代が少ない傾向にある。これは、へき地の診療所医師に都道府県や大学からの派遣医師など、期限を定めて勤務する若い世代の医師が多いことによると考えられる。70代以降の高齢医師の割合も高く、その多くがへき地の周辺地域の開業医と考えられた。性別については圧倒的に男性が多く、92.0%を占めていた。

表I-18 年齢 n=783

	件数	割合(%)
20代	24	3.1
30代	81	10.3
40代	127	16.2
50代	245	31.3
60代	179	22.9
70代以上	127	16.2

表I-19 (参考)全国の診療所医師の年齢

	割合(%)
20代	0.2
30代	6.8
40代	23.3
50代	30.9
60代	17.8
70代以上	21.0

出典：厚生労働省 2009年度医療施設（動態）調査・病院報告の概況

表I-20 性別 n=784

	件数	割合(%)
男性	721	92.0
女性	63	8.0

・勤務歴と勤務状況

現在の職場での勤務歴については、5年未満が24.1%を占めている一方で、3割近くの医師が20年以上の勤務歴を有していた。週間勤務日数については、回答者の過半数である50.8%が6日以上と答えしており、多くの医師が過重労働にさらされていることがうかがえる結果となった。

表 I-21 勤務歴(現職場) n=773

	件数	割合(%)
5年未満	186	24.1
5年以上10年未満	131	16.9
10年以上15年未満	137	17.7
15年以上20年未満	106	13.7
20年以上30年未満	120	15.5
30年以上	93	12.0

表 I-22 週間勤務日数 n=767

	件数	割合(%)
3日未満	45	5.9
3日以上5日未満	62	8.1
5日以上6日未満	270	35.2
6日以上	390	50.8

・総合医／専門医の自己認識

回答者の大半、4分の3以上にあたる75.7%の医師が自身を「総合医」と認識しており、へき地における診療所での実践が総合医の（総合的な）実践であるという認識が広く受け持たれていることがうかがえた。次に多かったのは「総合的実践をする専門医」で20.6%を占め、「専門医」を自認する医師は3.7%と少なかった。

表 I-23 医師アイデンティティ n=761

	件数	割合(%)
総合医	576	75.7
総合的実践をする専門医	157	20.6
専門医	28	3.7

③勤務する診療所の概要

・医師数、看護師数

医師数については、医師1人の診療所が79.0%と圧倒的多数であった。看護師については、約8割が2人以上の勤務体制であり、うち3人から5人体制の診療所が約3割を占めていた。

表 I-24 医師数(常勤換算)

n=782

	件数	割合(%)
1人未満	12	1.5
1人以上2人未満	618	79.0
(上記のうち1人)	(570)	(72.9)
2人以上3人未満	113	14.5
3人以上	39	5.0

表 I-25 看護師数(常勤換算)

n=780

	件数	割合(%)
1人未満	29	3.7
1人以上2人未満	142	18.2
2人以上3人未満	197	25.3
3人以上5人未満	247	31.7
5人以上	165	21.2

・病床数、患者数

病床の有無については、無床診療所が84.1%と多数を占めていた。一月の外来患者数については、約7割が1,000人未満であった。訪問診療の患者数について、10人未満が過半数を占める一方で、月に50人以上の訪問診療を行っていた診療所は1割強だった。

表 I-26 病床数

n=775

	件数	割合(%)
無床	652	84.1
1～18床	51	6.6
19床	72	9.3

表 I-27 外来診療患者数／月

n=758

	件数	割合(%)
500人未満	327	43.1
500人以上1000人未満	202	26.6
1000人以上2000人未満	166	21.9
2000人以上	65	8.6

表 I-28 訪問診療患者数／月

n=759

	件数	割合(%)
0人	181	23.8
10人未満	217	28.6
10人以上20人未満	127	16.7
20人以上50人未満	146	19.2
50人以上	88	11.6

・へき地診療所指定の有無

へき地診療所の指定を受けている診療所は25.9%で、全体の約4分の1を占めていた。

表 I-29 へき地診療所の指定 n=688

	件数	割合(%)
受けている	178	25.9
受けっていない	510	74.1

④課題抽出：へき地の診療所医師のニーズと支援機構への期待

以下では調査結果から、へき地の診療所の医師が休暇と研修の機会の少なさに困難を感じていることを示す。そのうえで、休暇と研修の機会のニーズ双方に関わり、へき地医療支援において大きな位置を占める代診について、また、研修・学会参加についての医師たちの認識を提示する。そのうちに、自由記載を含めた回答から、診療所医師たちのへき地医療支援機構に対する期待やへき地医療支援についての認識のあり方を明らかにする。

・医療実践上の困難

医療実践上の困難についての項目（17項目とその他より複数選択可）のうち、もっとも回答が多かったのが「休暇がとれない」で、過半数（54.8%）の医師が選択していた。次に多かったのが「研修・学会に行けない」で38.5%、以下多い順に「後継者がいない」（29.6%）、「労働時間が長い」（23.2%）、「医師が足りない」（22.9%）、「責任が重い」（20.9%）と続いている。回答が少なかった項目は、「地域の関連職種との連携がうまくいかない」「患者や患者家族との関係がうまくいかない」「地域の人間関係がうまくいかない」であり、いずれも5%以下だった。

この結果からわかるのは、へき地の診療所医師の多くが、労働条件の過酷さに関連する困難を特に切実なものと感じているということである。併せて課題となっていたのは、後継者不足、医師不足であった。前に示したように、対象者はそのほとんどが医師1人の診療所に勤務しており、過半数が週間の勤務日数を6日以上と答えている。へき地の医師が職責、職場、または地域から、（物理的に、もしくは心情的に）離れることが難しい状況がこの結果に示唆されていると考えられる。

表 I-30 医療実践上の困難(複数回答) n=717

	件数	割合(%)
休暇がとれない	393	54.8
研修・学会に行けない	276	38.5
後継者がいない	212	29.6
労働時間が長い	166	23.2
医師が足りない	164	22.9
責任が重い	150	20.9
関連職種が足りない	111	15.5
収入が低い	110	15.3
診療所の経営がうまくいかない	110	15.3
私生活と仕事の両立が困難	64	8.9
医師集団の中で仕事が評価されない	51	7.1
自治体との関係がうまくいかない	50	7.0
他の医療機関との連携がうまくいかない	44	6.1
地域の関連職種との連携がうまくいかない	18	2.5
患者や患者家族との関係がうまくいかない	3	0.4
その他	103	14.4

・代診ニーズの潜在化

代診を要した日数については、約3分の1を占める「0日」という回答を含め、約6割の医師が5日未満と答えており、ほぼ週1回以上にあたる50日以上と答えた医師は4.5%と少なかった。一方、実際に代診になった日数については、5日未満が8割にものぼり、うち0日がほぼ3分の2の66.4%であった。代診を要した日数よりも実際に代診になった日数のほうが多いのは予想しうる傾向だが、注目すべきなのは、代診を要した日数自体が比較的少ない、という結果である。この結果について、「代診のニーズ自体が少ない」と結論づけてしまうのは早急であり、ニーズの表明・顕在化が阻害されている可能性を考えてみる必要があるだろう。

表 I-31 代診を要した日数(直近一年間) n=753

	件数	割合(%)
0日	250	33.2
5日未満	213	28.3
5日以上10日未満	108	14.3
10日以上50日未満	148	19.7
50日以上	34	4.5

表 I-32 代診になった日数(直近一年間) n=693

	件数	割合(%)
0日	460	66.4
5日未満	100	14.4
5日以上10日未満	40	5.8
10日以上50日未満	64	9.2
50日以上	19	2.7

ここで、代診の依頼先についての回答をみると、「その他」が過半数の56.7%を占めているのが目につく。内容をみてわかったのは、その約6割(214件、有効回答全体の34.7%)が「代診の依頼先がない」という趣旨の回答ということであった（なお、それ以外は「親戚や知人の医師」等）。代診の依頼先として「(依頼先が)ない」と答えた割合が、「へき地医療支援機構」の10.2%を大きく超え、「二次医療機関」の29.3%をも超えていたという結果から想定されるのは、へき地の診療所医師の多くが、「休暇がとれない」「研修・学会に行けない」「労働時間が長い」ことに悩む一方で、それを解消しうる手段としての代診を有用な選択肢として考えられる状況にないということである。その理由としては、代診先についての情報不足、代診費用の障壁、患者情報の引き継ぎの問題、心理的な抵抗感等が考えられる。

表 I-33 代診依頼先(複数回答) n=616

	件数	割合(%)
二次医療機関	181	29.3
大学病院	85	13.8
へき地医療支援機構	63	10.2
地域医療振興協会	21	3.4
その他	349	56.7
(その他のうち「代診先依頼先なし」)	(214)	(34.7)

・研修・学会参加の理想と現実

学会・研究会／研修への参加希望日数と、実際に参加した日数とを比較すると、参加を希望する日数が「0日」という回答が、学会・研究会で9.8%、研修17.4%と比較的少ないのに対し、実際の参加日数「0日」の回答は、学会・研究会で過半数の52.2%、研修では3分の2を超える70.0%という結果となっている。この結果に示されるのは、多くの医師が研修や学会への参加を希望しつつもそれが叶わない現状である。前に示したとおり、「研修・学会に(行きたいのに)行けない」こと、つまり、知識や技術の習得・向上や研鑽、もしくは他の医師との交流などの機会が不足していることは、医師にとって大きな困難として認識されている。

表 I-34 学会・研究会参加希望日数(年間) n=651

	件数	割合(%)
0日	64	9.8
5日未満	132	20.3
5日以上10日未満	380	58.4
10日以上	207	31.8

表 I-35 学会・研究会参加日数(直近一年間) n=680

	件数	割合(%)
0日	355	52.2
5日未満	209	30.7
5日以上10日未満	69	10.1
10日以上	47	6.9

表 I-36 研修参加希望日数(年間) n=599

	件数	割合(%)
0日	104	17.4
5日未満	136	22.7
5日以上10日未満	184	30.7
10日以上	175	29.2

表 I-37 研修参加日数(直近一年間) n=668

	件数	割合(%)
0日	467	70.0
5日未満	124	18.6
5日以上10日未満	32	4.8
10日以上	45	6.7

研修の内容に関しての回答をみてみると、参加した研修内容で最も多い回答が「専門診療に関するもの」(53.5%)、次が「プライマリ・ケアに関するもの」(42.7%)であるのに対し、参加を希望する研修内容ではそれが逆転し、「プライマリ・ケアに関するもの」が72.9%、「専門診療に関するもの」が49.0%という結果になっている。ここからわかるのは、へき地の診療所医師が個別の専門技術のみならず、総合的実践に関する技術の向上のための適切な研修の機会を強く望んでいるということである。また、実績と希望とのギャップという観点からは、(医療機関の)経営に関する研修のニーズが一定程度あるにもかかわらず、それが満たされていない(参加実績: 2.5%、参加希望: 19.1%)ことも示されている。

表 I - 38 参加した研修内容(直近一年間・複数回答) n=314

	件数	割合(%)
プライマリケアに関するもの	133	42.7
専門診療に関するもの	168	53.5
保健に関するもの	64	20.4
福祉に関するもの	53	16.9
制度に関するもの	43	13.7
経営に関するもの	8	2.5
社会的問題に関するもの	18	5.7
関係者との情報交換	37	11.8
その他	40	12.7

表 I - 39 参加を希望する研修内容(複数回答) n=675

	件数	割合(%)
プライマリケアに関するもの	492	72.9
専門診療に関するもの	331	49.0
保健に関するもの	71	10.5
福祉に関するもの	91	13.5
制度に関するもの	99	14.7
経営に関するもの	129	19.1
社会的問題に関するもの	53	7.9
関係者との情報交換	97	14.4
その他	32	4.7

・へき地医療支援機構への期待

へき地医療支援機構の認知度（「知っている」と回答した割合）は34.4%と全体の約3分の1であり、支援機構の専任担当官の認知度は12.4%にとどまっていた。指定診療所に勤務する医師に限定した結果をみると、支援機構の認知度が65.7%、担当官の認知度が34.3%であった。これは全体に比べると高い結果だが、支援機構の制度化から10年近く経過した時点で、支援機構の直接の支援先となるユーザーである指定診療所の医師の3分の1が支援機構自体の存在を知らず、3分の2が担当官を知らないという状況は楽観視できるものではないだろう。加えて、担当官の訪問日数については、「0日」という回答が全体の98.1%、指定診療所の医師においても84.0%にのぼっている。この結果からは、へき地医療支援機構が担当官を通じて直接診療所医師のニーズを把握する機会が相当に限られていることがうかがえる。

表 I - 40 へき地医療支援機構の認知度 n=778

	件数	割合(%)
知っている	268	34.4
知らない	510	65.6

表 I - 41 へき地医療支援機構の認知度(指定診療所のみ) n=178

	件数	割合(%)
知っている	117	65.7
知らない	61	34.3

表 I - 42 支援機構専任担当官の認知度 n=775

	件数	割合(%)
知っている	96	12.4
知らない	679	87.6

表 I - 43 支援機構専任担当官の認知度(指定診療所のみ) n=178

	件数	割合(%)
知っている	61	34.3
知らない	117	65.7

表 I - 44 担当官の訪問日数(直近一年間) n=466

	件数	割合(%)
0日	457	98.1
2日未満	6	1.3
3日以上	3	0.6

表 I - 45 担当官の訪問日数(直近一年間・指定診療所のみ) n=163

	件数	割合(%)
0日	137	84.0
2日未満	20	12.3
3日以上	6	3.7

支援機構が実際に果たしている役割に関しては、多い順に「へき地診療所への代診医派遣窓口」(40.5%)、「代診等、実診療上の応援」(28.3%)、「へき地診療所への定期的な医師派遣窓口」(25.9%)となっており、医師の派遣に関するものが中心となっている。なお、「その他」のうち、有効回答の26.8%にあたる136件が「わからない」、44件(8.7%)が「(果たしている役割は)ない」との内容であった。一方、支援機構に果たしてほしい役割について、上位の3項目は果たしている役割と同様であった。「へき地診療所への代診医派遣窓口」の回答は62.6%と多く、何よりも代診を依頼しやすい環境をつくる

ことが求められていると考えられた。その他の項目では、「へき地医療従事者に対する研修の提供」(33.1%)に加えて、「へき地診療所への看護師等の派遣窓口」(29.1%)が3割前後の回答を得ており、医師以外の職種の派遣ニーズの高さも明らかになった。なお「その他」の内容としては、へき地医療の実情把握や住民教育、へき地の医師の労働環境の改善等があげられていた。

表 I-46 支援機構が実際に果たしている役割 n=506

	件数	割合(%)
へき地診療所への代診医派遣の窓口	205	40.5
へき地診療所への定期的な医師派遣窓口	131	25.9
へき地診療所への看護師等の派遣窓口	49	9.7
へき地医療従事者に対する研修の提供	70	13.8
へき地医療従事者に対するキャリアデザインの提示	31	6.1
実診療上の助言	40	7.9
代診等、実診療上の応援	143	28.3
その他	197	38.9
(その他のうち「わからない」)	(136)	(26.8)
(その他のうち「果たしている役割はない」)	(44)	(8.7)

表 I-47 支援機構に果たしてほしい役割 n=647

	件数	割合(%)
へき地診療所への代診医派遣の窓口	405	62.6
へき地診療所への定期的な医師派遣窓口	242	37.4
へき地診療所への看護師等の派遣窓口	188	29.1
へき地医療従事者に対する研修の提供	214	33.1
へき地医療従事者に対するキャリアデザインの提示	86	13.3
実診療上の助言	101	15.6
代診等、実診療上の応援	316	48.8
その他	64	9.9

・へき地医療支援機構に関する自由記載

自由記載欄に記述があったのは281件で、全回答者の35.8%であった。ここでは、これまでに出た論点に関連して、へき地医療支援機構による支援の今後を考えるうえで重要と考えられる意見の一部を抜粋して提示する。結果の提示は、へき地医療支援機構との関係がより深いと思われる指定診療所とそれ以外の診療所に分けて行う。なお、回答者や勤務地が特定される恐れのある箇所は伏せ字(○○)とした。

(指定診療所の医師の意見)

指定診療所の医師は、基本的にはへき地医療支援機構にその存在を把握されており、支援を受けやすい環境にあると考えられる。しかし、へき地医療支援に関連する機関が複数あるなかで、「へき地や離島に関する事業が多くてどこでなにをやっているのかわかりにくい」「困っていてもどこに相談すべきか悩む」との意見もあった。一方で、支援の絶対量の不足を訴えるものもある。「不幸や体調不良などがあっても一人医師体制では急な休診はほぼ不可能な状態。代診などの制度の確立で支援してほしい」「へき地医療支援機構が現在活動しているが、○○地域の国保診療所に対しては代診医を派遣しているのにこの○○の国保診療所は対象外とはおかしな話である」など、代診制度の不在や他の診療所との支援の格差を指摘するもの、また、「全く代診支援を受けていません。現在、自分自身が○○治療を受けているのですが、そのスケジュール調整が大変困難かつストレス(中略)代診のない地域医療への従事はもう限界です」と、代診がないことが勤務の継続を困難にしている状況を訴えるものもあった。

その他、研修に関しては、「離島の診療所では医師だけでなく、看護師、事務も幅広い対応を求められるにも関わらず、研修の機会がないためその支援も考慮してほしい」「Dr.のことよりもNs(ナース)の確保と支援、教育にそろそろとりかからないと、「地域医療の継続性」が担保できないと思います」など、医師以外の職種に対する支援の必要性を訴えるものもあった。

(指定診療所以外の診療所の医師の意見)

指定診療所以外の診療所に勤務する医師からは、「大変だが、誰かに支援してもらおうと考えたことがない」「支援がないことを承知の上10年以上にわたり従事している」等、支援を受けること自体の想定がなかったことを示す意見がある一方で、「代診等可能であれば支援してほしい」「代診・医師派遣を本当にしてくれるなら(助けていただけるのなら)真底助かります」等、代診の必要性を強調する意見も寄せられた。

代診が必要な理由としては、「急な疾病等があった場合(私自身)代診するものがなく、(中略)発

熱があってもゆっくり休めない」「体調を崩し（入院が）長くなった際、我々開業医はだれの助けもなく収入の保障もされません」など、医師の病気をあげたものが多く、「今後は入院することがあれば閉院を考える」といった記述もあった。「高齢開業医がへき地医療を支えている地域もあり、後継者が不在の場合もあり、どのように支援していくのか難しい問題だと思います」との記述にみられるように、へき地指定地域の周辺には、（へき地診療所の指定を受けていない）高齢開業医が支える地域が多く存在すると思われる。実践上の困難で3番目に多くあげられたのが「後継者不足」であったことと併せて考えると、これまで政策の対象として明示されてこなかった高齢開業医への支援、そして、かれらが引退した場合の当該地域の医療の継続という課題が見えてくる。

(4) まとめと提言

本調査から得られた知見をまとめると、以下のようなになる。

- ・へき地の診療所医師にとって、「休暇がとれない」こと、また「研修・学会に行けないこと」が実践における切実な課題となっていた。一方でそれらの課題の解決手段になりうる代診については、ニーズがあまり強くは表明されず、代診依頼に何らかの障壁が存在し、代診が有用な選択肢となりえていない現状がうかがえた。研修に関してはニーズがより強く表明され、内容としてはプライマリ・ケアに関する適切な研修を希望する回答が多くかった。
- ・へき地医療支援機構に関しては、認知度の低さが目立った。指定診療所の医師の認知度は比較的高かったものの、担当官の訪問によるニーズ把握が実現している地域はかなり限られていた。支援機構に期待する役割としては、「へき地診療所への代診派遣の窓口」が多くあげられていた。
- ・回答者の年齢構成、自由記載欄の記述等からは、高齢開業医が医療を支える地域が少なからずあることが推察された。困難として後継者不足が多くあげられたことと併せて考えたとき、高齢医師の引退や閉院後の当該地域の医療の継続が課題として見えてきた。

へき地医療支援政策、へき地保健医療計画の視点からいえば、本来、へき地の診療所医師が抱えるニーズの把握は都道府県もしくはへき地医療支援機構の役割であり、地域ごとに異なる固有のニーズを明らかにすることが重要と考えられる。

本調査では、プライマリ・ケアに関する適切な研修の実施や、代診依頼に際しての障壁の除去などが全国的に求められていることが明らかになったが、この結果を各都道府県での支援の取組みに活かすと同時に、都道府県ごとに、より詳細なニーズ調査を行うことが望ましい。

本調査の結果が、へき地医療支援機構が支援や調査を行うに際して、代診のニーズが潜在化しがちな傾向に留意することや、へき地指定診療所以外の診療所に対する支援への配慮につながれば幸いである。



執筆者： 坂本 敦司

執筆協力者：神田 健史

飯田さと子(地域社会健康科学研究所)

5) 地域医療を担う医師養成のための医学教育

(1) 地域医療の教育

① 地域医療教育の変遷

- ・医学教育に係る動き

2001（平成13）年に、「学士を対象とする医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力会議」と「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」の報告書が取りまとめられた。これらにもとづき、人間性豊かで高度な臨床能力を持ち、患者中心の医療を実践できる医療人の養成に向けて、医学教育の改善・充実が急速に進んだ。その主なものが、医学生・歯学生が卒業までに最低限度学ぶ態度、技能、知識に関する教育内容を精選して作成された「モデル・コア・カリキュラム」と、臨床実習開始前の段階で、それを行えるだけの態度、技能、知識を学生が備えているかを適切に評価するための共用試験の導入である。共用試験では、コンピューターを用いた知識・問題解決能力を評価する試験（Computer Based Testing : CBT）と臨床技能や態度を評価する試験（Objective Structured Clinical Examination:

表 I – 48 医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議最終報告（文部科学省）

- 1 入学者選抜の改善
- 2 教育者・研究者の養成等の医学教育の改善
 - ①学部教育の改善について
 - ②大学院教育の改善について
 - ③教育者の教育能力開発の推進
 - ④教育研究組織の整備
 - ⑤若手の研究者・教員への支援
- 3 モデル・コア・カリキュラム改訂に関する恒常的な体制の構築
- 4 診療参加型臨床実習の在り方
 - ①診療参加型臨床実習の充実
 - ②モデル・コア・カリキュラムにおける、「地域医療臨床実習」の記載
 - ③侵襲的医療行為及び羞恥的医行為の在り方
 - ④診療情報の取り扱い等
- 5 大学病院における新医師臨床研修の充実
- 6 専門医養成の在り方
- 7 臨床研究の推進
- 8 教育研究病院としての大学病院の役割を適切に果たすための組織体制の在り方
- 9 女性医師の増加に伴う環境整備

OSCE) が行われる。

これらの医学教育改革の動向の検証と、さらなる改善・充実を図るために、2005（平成17）年5月に医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議が開催され、検討が進められた。2006（平成18）年11月には、地域医療を担う医師養成方策や地域医療やがんに関する教育内容を充実させるための「モデル・コア・カリキュラム」の改訂等に係る第一次報告が発表された。次に同年12月には、いわゆる医師不足県等における医学部の期間を付した定員増の在り方等に係る第二次報告が発表された。そして2007（平成19）年3月には入学者選抜、学部・大学院教育、臨床実習・臨床研修等の改善方策など医学教育全般について最終報告が取りまとめられた（表 I – 48）。

この数年、この報告書にもとづき、モデル・コア・カリキュラムの改訂、入学者選抜において地元出身者のための入学枠を設定する地域枠の拡大、地域医療に関する教育の充実、臨床研修における地域医療の推進などが進められている。また、「新医師確保総合対策」（2006（平成18）年）、「緊急医師確保対策について」（2007（平成19）年）及び「経済財政改革の基本方針2008」（2008（平成20）年6月閣議決定）を受けて、医学部入学者定員の増員が行われた。

この動きに呼応して、2010（平成22）年1月に、医学教育学会から提言「地域医療教育のために・地

域枠制度の拡大を受けて-」が発表され、更なる地域医療に係る教育の充実を求めている。

・医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂

2001（平成13）年に、必須の態度・技能・知識の再整理、医療人の素養教育の充実及び学生の志向に対応した教育プログラムの提供を目的としたカリキュラム改革を行うために医学教育モデル・コア・カリキュラムが策定された。各大学では、モデル・コア・カリキュラムに、大学独自のカリキュラムを加えたカリキュラムづくりが行われている。この後に、モデル・コア・カリキュラムは2度改訂されている（2007（平成19）年版と2010（平成22）年版）。

2007（平成19）年改訂版では、前述の第一次報告書に基づいて、「F. 医学・医療と社会」に「地域医療」が、また、「G. 臨床実習」にも「地域医療臨床実習」が新規に掲載された（表 I – 49）。

また、2010（平成22）年改訂版は、「医学教育カリキュラム検討会」（2009（平成21）年5月）による提言にもとづいている。「臨床研修制度の在り方等に関する検討会」（文部科学省と厚生労働省の合同開催、2008（平成20）年における検討結果を踏まえて、検討会では提言が行われた。その内容は、「医学教育カリキュラム検討会」が、①基本的診療能力の確実な習得、②地域の医療を担う意欲・使命感の向上、③基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養の観点から、「モデル・コア・カリキュラム」

の改訂を行うというものであった。

「医学教育モデル・コア・カリキュラム-教育内容ガイドライン- 平成22年度版」(2011(平成23)年3月)に記載された「地域医療」と「地域医療臨床実習」の内容を表I-50に示す。この改訂により、今後、各大学では、地域医療に関する教育の充実がより一層求められる。

表I-49 医学教育モデル・コア・カリキュラム
平成19年改訂版(抜粋)

F 医学・医療と社会
(1) 社会・環境と健康
(2) 地域医療
(3) 疫学と予防医学
(4) 生活習慣と疾病
(5) 保健、医療、福祉と介護の制度
(6) 診療情報
(7) 臨床研究と医療
G 臨床実習
1 全期間を通じて身につけるべき事項
2 内科系臨床実習
3 外科系臨床実習
4 救急医療臨床実習
5 地域医療臨床実習

②医師の養成

・地域枠とは

地域枠という言葉が広く聞かれる。しかし、「地域枠」が同じ意味合いで使われているとは限らない。そもそも地域枠がどのような場面で使われたのかを検討する。

まず、地域枠が使われ出したのは1997(平成9)年にさかのぼる。既存の入学定員内に地元出身者のための入学枠(地域枠)を設けて、将来、地域医療に従事する意欲のある者を養成する取組みは1997(平成9)年度に札幌医科大学が導入した。これが地域枠の始まりと言われている(地域医療白書第2号)。これが地域枠と呼ばれたのは、地元出身者に限定した入学者定数の枠組みのためと考えられる。

次に、入学定員増の枠組みとして、「地域枠」が用いられている。2006(平成18)年の「新医師確保総合対策」において、医師不足が深刻な10県と自治医科大学において、奨学金の拡充など医師の地域定着策の実施を条件として、入学定員の10人までの増員が認められた。その後も、同様の流れで、「緊急医師確保対策について」(2007(平成19)年)に

表I-50 医学教育モデル・コア・カリキュラム-教育内容ガイドライン- 平成22年改訂版(抜粋)、文部科学省

B 医学・医療と社会
(2) 地域医療
一般目標：
地域医療の在り方と現状および課題を理解し、地域医療に貢献するための能力を身につける。
到達目標：
1) 地域社会(へき地・離島を含む)における医療の状況、機能および体制等を含めた地域医療について概説できる。
2) 地域の偏在(地域および診療科)の現状について説明できる。
3) 地域における、保健(母子保健、老人保健、精神保健、学校保健)・医療・福祉・介護の分野間および多職種間(行政を含む)の連携の必要性について説明できる。
4) 地域の基盤となるプライマリ・ケアの必要性を理解し、実践に必要な能力を身に付ける。
5) 地域における、救急医療、在宅医療の体制を説明できる。
6) 災害時における医療体制確立の必要性と、現場におけるトリアージを説明できる。
7) 地域医療に積極的に参加・貢献する。
G 臨床実習
5 地域医療臨床実習
一般目標：
地域社会(へき地・離島を含む)で求められる保健・医療・福祉・介護等の活動を通して、各々の実態や連携の必要性を学ぶ。
到達目標：
1) 地域のプライマリ・ケアを体験する。
2) 病診連携・病病連携を体験する。
3) 地域の救急医療、在宅医療を体験する。
4) 多職種連携のチーム医療を体験する。
5) 地域における疾病予防・健康維持増進の活動を体験する。
学外の地域病院(臨床研修病院を含む)、保健所、社会福祉施設等の協力を得て、入学後早期から「早期体験学習」、「衛生学・公衆衛生学実習」等も含めて、段階的・体系的に各種取組を推進する。なお、必要に応じて、臨床教授制度等を利用することも望まれる。

より、各都道府県5名（北海道15人）の増員が認められた。さらに、「経済財政改革の基本方針2008」（2008（平成20）年6月閣議決定）を受けて、医学部入学者定員の増員が図られた。2010（平成22）年以降の「医学部入学定員の増員計画について」（文部科学省）では、増員の枠組みとして、「地域枠」を使用している（表I-51）。つまり、地域の医師確保のための定員増を「地域枠」と呼んでいる。

最後に、修学資金の貸与と連動して地域枠が用いられている。以前から、都道府県において、地域医療に従事する医師を確保するための修学資金貸付制度はあった。制度の骨子は、県内医科大学・医学部の医学生に対して奨学金・修学資金を貸し付け、卒業後一定期間内、公的医療機関等に勤務することでその返済を免除するものである。対象者は、必ずしも地元出身者に限られてはいない。2009（平成21）年に地域医療再生基金（厚生労働省）が設置され、その充実が図られた。このなかに、「入学定員に地域枠を設け、将来地域で診療を行うことを条件として、地域枠の医学生に奨学金を貸与し、貸与期間の1.5倍の間、地域での診療を義務づけ」が盛り込まれている。ここでの「地域枠」は地域での診療を義務づけた奨学金の貸与と連動している。

このような背景の中、地域医療に従事する意欲のある者を養成するという概念は同じであるものの、「地域枠」の意味合いは変化している。当初は、入

学定員の範囲内で地元出身者のための定員枠であった。それが、最近は、地元出身者に限らず、奨学金の貸与によって地域での診療を義務づけた定員枠という意味合いも加わっている。断りがない場合は、これら両者または混在したものを「地域枠」と呼んでいると思われる。しかし、これらを区別することは難しい。曖昧さを持った形で「地域枠」という言葉を使わざるを得ないのが現状であろう。ここでも、前述した3つの内容を区別しないで「地域枠」を使用する。

・地域枠学生数の増加

2011（平成23）年の入学者定員8,923人（防衛医科大学校85人を除く）のうち、地域枠は1,230人（67大学）で、13.8%を占めている。その数は、この数年で急速に増加した（図I-37）。地域の医師確保のためと言っても、「地域枠」に関わる増員計画は各大学様々である。その内容は、漠然と都道府県内の医師確保に止まるものから、へき地の医師確保、不足する診療科（小児科、産婦人科、救急医学、外科など）の医師確保などである。

「地域枠」は、各都道府県の地域医療再生計画と密接に関連している。これは、地域医療再生計画にもとづき、医師の確保に係る奨学金を活用し、選抜枠を設けて医師定着を図ろうとする大学の入学定員の増加を認めた形で地域枠が設定されているためで

表I-51 医学部入学定員増員の枠組み（文部科学省）

1) 地域の医師確保のための定員増「地域枠」

都道府県と当該県内外の大学が連携し、下記の要件により地域医療を担う医師の養成・確保に一貫して取り組む定員増（都道府県毎の県内外大学の配分枠を撤廃し、10人を上限に増員を認める）

- (1) 都道府県が策定する地域医療再生計画に定員増を位置付け、医師確保のための奨学金を設定すること
- (2) 大学が地域医療を担う意思を持つ者を選抜し、地域医療に関する教育に取り組むこと

2) 研究医養成のための定員増「研究医枠」

優れた教育研究資源を活かし研究医養成の拠点を形成しようとする大学が、他の大学と連携し、下記の要件により優れた研究医の養成・確保に一貫して取り組む定員増（各大学につき3人以内。全国10人を超える増員を認める）

- (1) 研究医養成の観点から学部・大学院教育を一貫して見通した特別コース（増員数の倍以上）を設定すること
- (2) 研究医確保のための奨学金を設定すること

3) 歯学部入学定員の削減を行う大学の特例「歯学部定員振替枠」

歯学部を併せて有する大学が、当該歯学部の入学定員を減員する場合の定員増（各大学10人以内で当該減員数の範囲内。全国30人を上限）

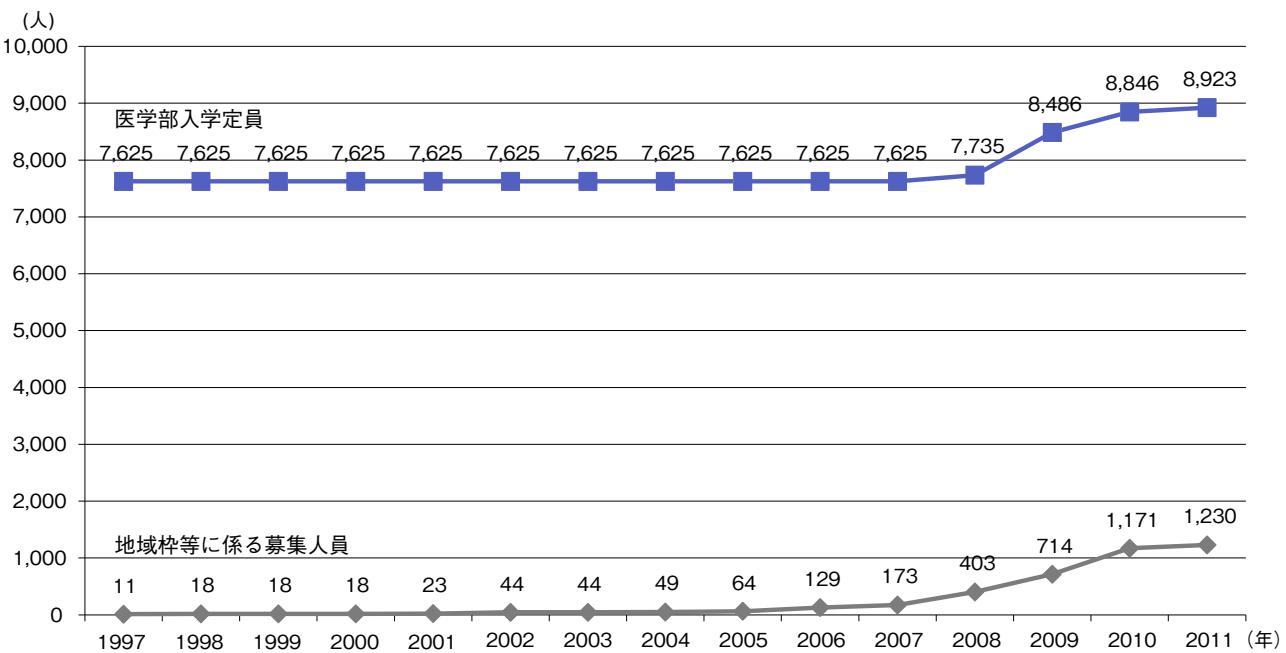


図 I - 37 医学部入学定員と地域枠等に係る募集人員の年次推移

(文部科学省と厚生労働省の資料から作成)

ある。その再生計画において、各大学に地域医療関連講座が設置された。この講座が主に「地域枠」の学生の教育に携わることになるであろう。その関連講座を中心に2011（平成23）年7月に全国地域医療教育協議会が設立された。今後、様々な活動が期待される。

③地域医療臨床実習

・各大学の地域医療実習の取組み

医学教育モデル・コア・カリキュラム2007（平成19）年度改訂版に、地域医療と地域医療臨床実習が盛り込まれた。各大学の地域医療に係る教育の状況を把握するため、全79医学部・医学部を対象に、2009（平成21）年度のカリキュラムの内容に関する質問紙調査を行った。78大学から回答が得られた（回答率99%）。地域医療に係る教育の実施状況を表I-52に示す。地域医療臨床実習について、78%の大学で必修の実習が実施されていた。臨床実習以外で地域医療を見学または体験実習も62%の大学で実施されていた。保健福祉現場での実習は91%の大学で、プライマリ・ケア医の役割の系統的な講義は65%の大学で実施されていた。モデル・コア・カリキュラム改訂前の2006（平成18）年の調査では、それぞれ81%と53%であり、改訂後に、

表 I - 52 地域医療に係る教育の現状 (N=78)

地域医療臨床実習

必修実習	56	72%
選択実習	38	49%

臨床実習以外の地域医療の見学・体験実習

必修実習	48	62%
選択実習	27	35%

保健福祉現場での実習

プライマリ・ケア医の役割の系統的な講義	71	91%
---------------------	----	-----

79医学部・医学部のうち、1医学部・医学部から回答が得られなかった。

これらを実施する大学が増えた格好となっている。

地域医療臨床実習の内容について（表I-53）、必修実習は5年生に、選択実習は6年生で最も多く実施されていた。実習期間は様々で、必修実習では7日以内が最も多く、選択実習では2週間以内（8日以上）が最も多かった。実習期間同様に、実習場所も様々で、100床以上の一般病院での実施が最も多かった。前回と同様に、今回も、実習期間と場所のばらつきはみられた。

モデル・コア・カリキュラムの改訂版に地域医療臨床実習が盛り込まれた状況において、適切な地域

表 I - 53 地域医療臨床実習の内容

	必修(N=56)		選択(N=38)	
実施学年				
4年生	2	4%	2	5%
5年生	45	80%	10	26%
6年生	24	43%	34	89%
実習期間				
7日以内	30	54%	9	24%
2週間以内	16	29%	17	45%
1ヶ月以内	12	21%	13	34%
1ヶ月以上	5	9%	6	16%
実習場所				
診療所(無床)	35	63%	19	50%
診療所(有床)	26	46%	18	47%
一般病院(100床未満)	32	57%	27	71%
一般病院(100床以上)	41	73%	34	89%
その他	5	9%	1	3%

医療臨床実習の実施が求められる。今後は、各大学で提供する地域医療臨床実習の平準化を積極的に進めて行く必要がある。

④ 臨床研修における教育

・新医師臨床研修制度での地域医療研修

2004（平成16）年4月に新医師臨床研修制度が創設された。医師としての人格の涵養、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の習得、アルバイトをしないで研修に専念できる環境の整備を基本的な考え方として制度が構築された。2年間の研修期間に、研修医は、必ず地域医療の研修（1か月以上）することになっていた。

その後、制度が見直され、2009（平成21）年から、必修科目が内科、救急、地域医療の3科目となり、より自由度の高いプログラムの提供が認められるようになった。ここでも、地域医療は必修科目としてすべての研修医が研修することになっている。このように、地域医療の教育は学部教育に止まらず臨床研修においても重要な位置を占めている。

(2) 提言：望まれる医学教育；地域医療マインドの醸成のため

① 地域医療実習の効果

モデル・コア・カリキュラムの改訂などにみられ

るように、医学教育において、地域医療臨床実習や地域医療研修は重要な位置を占めている。そして、これらの経験をとおして、医学生及び研修医の地域医療マインド（地域医療に対する心構え・意欲・使命感）の醸成につながることが期待されている。

自治医科大学では1998（平成10）年から、全ての5年生を対象に地域医療臨床実習を行うようになった。それまでは、一部の学生だけが実習を行っていた。この実習の前後で、地域医療へのやりがいや地域医療を実践する自信が高まることがわかった。さらに、住民または患者への健康教育に関わるとさらに高まることがわかった（Okayama M, Kajii E. BMC Med Educ 2011;11:19）。おそらく、健康教育の実施をとおして、様々な職種と関わり、また、講話をとおして、立場を超えた地域住民の声を聞き、議論することが地域医療に対する印象を高めているのであろう。

臨床研修での地域医療研修についても、へき地での地域保健・医療研修の経験が、専門医志向からプライマリ・ケア医志向へと医師の志向を変化させる（阿江ら. 医学教育 2010;41:403-10）。

このように、地域医療実習や地域医療研修を経験することが、地域医療マインドの醸成やプライマリ・ケア（地域医療では重要な役割を担う）への意識の向上につながる。特に、人と人との結びつきが強いと言われているへき地において、また、住民と触れる活動が、より地域医療マインドの醸成につながると考えられる。地域で従事する医師の確保の観点から、地域医療臨床実習や臨床研修のより一層の拡充が求められる。

② 地域医療マインド醸成のための教育

地域医療の教育には、地域医療マインドの醸成、地域医療のシステムの理解、及び基本的な診療能力の修得が不可欠と考える（表 I - 54）。これらの要素を6年間継続して教育を行う必要がある。そのカリキュラム（案）を図 I - 38 に示す。

地域医療マインドの醸成には、地域医療現場での様々な活動、特に地域住民と接する経験が効果的である。より効果を高めるためには、学部教育と臨床研修を通じて、継続的に地域医療を経験することが必要と考える。医学部低学年では、地域医療現場の

表 I-54 地域医療の教育

1. 地域医療に対する心構え・意欲・使命感の醸成
地域医療の理解、知識の習得、体験を通して、地域医療を実践するための心構えを身につける
2. 地域医療のシステムの理解
地域医療を実践する上で必要な地域医療システムの知識を習得する
3. 基本的な診療能力の修得
地域医療の実践に不可欠な臨床スキルを身につける
 - 患者・住民の健康問題を受けとめる能力
 - 解決のための情報収集能力(医療面接、身体診察、診療記録)
 - 情報に基づいて考察し判断する能力(臨床判断、臨床推論)
 - 健康問題を適切な方法で解決する能力(治療の選択、患者教育、行動科学)

	1年	2年	3年	4年	5年	6年
心構えの醸成	地域医療学序論 地域医療早期体験実習 院内早期体験実習		地域医療学1 地域医療継続体験実習 地域福祉施設実習			地域医療学2
システム				地域医療システム学	地域分析実習	
基本スキル		行動科学 診察基本手技実習 臨床推論実習	臨床疫学			
臨床実習				地域臨床実習1 関連病院臨床実習 院内(大学)臨床実習	地域臨床実習2 関連病院臨床実習	地域臨床実習3 関連病院臨床実習 院内(大学)臨床実習

図 I-38 地域医療の教育カリキュラム(案)、医学部6年間を通して

見学、保健福祉分野での実習、地域医療を考えるワークショップ（問題解決型学習）などを経験し、高学年では、毎年定期的に地域医療現場で臨床実習を行う。さらに、臨床研修でも地域医療研修を行う。短期間であったとしても、繰り返し地域医療に接することにより、地域医療マインドが適切に形成されると考える。状況が許すのであれば、同一地域を継続的に経験させることがより望ましいと考える。同一地域を繰り返し経験することにより、地域とのつながり、また、地域の理解が深まり、より高い地域医療マインドの醸成につながることが期待される。

地域医療に従事する医師の確保にむけた方策の中で、最も効果的なことは学生や研修医が「地域医療を好きになる」ことは言うまでもない。そのために、教育カリキュラムでは、より積極的に地域医療現場を活用し、繰り返し経験させることが極めて重要である。一方、住民と良好な関係を築いている教育現場を選択する必要もある。良好な住民との関係の中で、繰り返し「現場を見せる」ことが地域医療マインドの醸成に極めて重要と考える。



執筆者：岡山 雅信



医師不足と新医師臨床研修制度

医師不足や医療崩壊の原因として、2004（平成16）年度に導入された新医師臨床研修制度があげられることが多い。この新医師臨床研修制度の下では、研修先の医療機関を研修医が自由に選択できるようになったため、多くの研修医が出身医学部、医科大学以外の研修医療機関へ流出した。その結果、研修医を重要な人手としていた大学の医局で医師が不足する事態に陥った。それまで医局は、医師派遣のハブ的な役割を果たしていたが、新制度により医局に医師が少なくなったため派遣先の医師を引きあげざるをえなくなった。このことを考えれば、新医師臨床研修制度は、全国的な医師不足に陥った「きっかけ」を作ったのは間違いないだろう。

制度施行後には、元の医局制度のほうが良かったという声も聞かれたが、最近ではそのような意見は少なくなってきている。一つには、医師の地域偏在に対応するよう、厚生労働省が指導を行い、制度の見直しを行ったことがある。厚生労働省は、2008（平成20）年4月に研修医採用数が多くかつ医師数が多い都道府県を中心に募集定員の削減を指導している。また新医師臨床研修制度の見直しを行い（2010（平成22）年から適用）、都道府県別の募集定員の上限を設置するとともに、一定規模以上の病院には、産科など医師不足診療科の研修プログラムを義務付けた。

新医師臨床研修制度の施行を発端とした医師不足の議論であるが、医師不足の原因是新医師臨床研修制度だけなのか、また医師不足を解消する責務は誰にあるのかについて簡単に整理してみたい。

医師不足が起きた原因には、新医師臨床研修制度以外にも多くの原因が指摘されている。例えば、しばしば指摘される特定の診療科の医師不足（例えば救急医療や小児科・産婦人科）の原因には、過酷な労働環境、硬直的な雇用形態、不適切な受診などが指摘されている。また、これ以外にも診療科の専門分化とそれに伴う専門医志向、女性医師の増加（結婚・出産に伴う離職や非常勤勤務の影響）なども医師不足の原因として指摘されている。時間はかかるが、根本的な解決のためには、医師不足に関する複合的な原因を一つ一つ解きほぐし、対応する解決策を考えていく必要があるのではないか。

また、医師不足を解消する責務の問題であるが、医療へのアクセスを保障する責務は、国や都道府県にあると思われる。実際、各都道府県は、地域にあった医療提供体制を整備するための保健医療計画を策定することが義務付けられている。こうしたことから、都道府県には住民の人口動態や民間医療機関との役割も踏まえて、各地域の医療へのアクセスが担保されるよう、公平に医療機関を配置し必要な医師を育成・募集する責務があると言える。



執筆者：古城 隆雄





総合医療に関する変遷

2010（平成22）年4月1日、日本プライマリ・ケア学会^{*1}、日本家庭医療学会^{*2}と日本総合診療医学会^{*3}の3つの学会が合併し、社団法人日本プライマリ・ケア連合学会がスタートした。合併の目的は、国民にかかりつけとして家庭医を持ち病院依存体質を是正するように啓発し、医療界ではプライマリ・ケアが医学研究の重要な対象となることを周知することであった。また、医学教育において中心的役割を担っていくことを目指している。さらに、『日本プライマリ・ケア連合学会認定医』および『家庭医療専門医』を提唱し、認定している。

一方、日本内科学会では、『認定内科医』および、より高い水準の内科診療能力を備えた認定内科医として『総合内科専門医』を提唱し、認定している。また、上記3学会の合併を機に「病院総合診療医の育成」を目的として、2009（平成21）年8月28日、全国15の総合診療科／部の代表者により、「日本病院総合診療医学会」が設立された。各学会の会員数と認定医／専門医数を表1に示す。

^{*1} 旧日本プライマリ・ケア学会は1978（昭和53）年に設立され、「実地医家のための会」が母体となって医師ばかりでなく、歯科医師、薬剤師、看護職、介護職なども正式の会員となることができた。

^{*2} 旧日本家庭医療学会は1986（昭和61）年に「家庭医療学研究会」として発足し、人間と家庭と地域を統一してとらえる家庭医療を求めて、医師を養成し、より活発な研究組織を作ることを目指していた。

^{*3} 旧日本総合診療医学会は1993（平成5）年に研究会として設立され、大学病院や臨床研修指定病院の総合診療部に属する医師が参加し、全国の総合診療部（科）を組織化して、総合診療とその研究分野および研究の方法論を確立させることを目指していた。

表1. 各学会の会員数と認定医／専門医数

	会員数（名）	認定医／専門医数（名）
日本プライマリ・ケア連合学会（2011年）	6,410	家庭医療専門医 229 日本プライマリ・ケア連合学会認定医 914
日本内科学会（2012年）	102,440	総合内科専門医 14,765 内科認定医 71,078
日本病院総合診療医学会（2012年）	255	なし

- ・一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
ホームページ：<http://www.primary-care.or.jp/>
- ・社団法人 日本内科学会
ホームページ：<http://www.naika.or.jp/>
- ・一般社団法人 日本病院総合診療医学会
ホームページ：<http://www.sogo-s-igakukai.hosp.kyushu-u.ac.jp/>



執筆者：黒木 茂広

II 保健・医療・介護・福祉の理想的な連携

1 現状と課題

1) 現状分析

1961（昭和36）年の国民皆保険をきっかけに国民健康保険診療施設が設立され、各地で保健と医療の連携への取組みが本格化して「地域包括ケア」と名づけられた。1989（平成元）年制定された厚生省（当時）の「ゴールドプラン」をきっかけに、保健・医療・福祉の連携が計画的に推進されるようになった。2000（平成12）年に「介護保険制度」が施行され、介護支援専門員（ケアマネジャー）を擁した、介護と保健・医療の連携がさらに推進された。2007（平成19）年の第5次医療制度改革では、「地域連携パス」という枠組みが登場し、包括的で継続的な連携が強調されるようになった。

このように、わが国の保健・医療・介護・福祉の連携は展開してきたが、この連携による効果とその課題に関する検討はほとんど試みられてきていない。保健・医療・介護・福祉の連携を促進する条件や、自分たちの地域における連携に対する地域住民の認識については、重要事項と考えるが、依然として明らかになっていない。また保健・医療・介護・福祉の連携における理想像についても、言及されていない。こうした諸点を考察する基礎資料を得るために、1) 地域の保健・医療・介護・福祉の連携に関与している専門職員に対して、連携の促進因子と阻害因子についての半構造的な対面調査を行い、2) 同地域の住民に対して自地域の連携に関するアンケート調査を行った。さらに、これらの結果も踏まえて、理想的な連携像にも言及を試みることとした。

本調査にあたっては、まず、文書で調査の主旨を説明した自治医科大学の地域担当臨床教員（注：自治医科大学には全国各県単位で教育活動に関与する教員がいる）から、主旨に賛同可能な調査候補の地域が推薦された。次いで、調査候補の地域と調査担当の研究者が協議して、10地域が選定された（2011（平成23）年10月時点）。

2) 保健・医療・介護・福祉の連携の促進因子と阻害因子

（1）対面調査の結果

各地域における保健・医療・介護・福祉の各専門職の代表に対して、それぞれに調査し、その結果を集約した。調査地の特徴を表II-1にあげる。以下に、地域別に結果を列挙する。

調査の結果、各地域が連携を模索、推進する中で、地域ごとに連携を容易にした因子、連携において苦労した因子が存在することがわかった。この因子の中には全国に共通する部分も多くあり、これを知ることは各地の今後の連携への取組みの参考になると考えられる。そのため以下の文中に、連携を容易にした点を促進因子として、苦労した点を阻害因子としてあげた。各因子には調査の際直接語られた言葉と、研究者が調査の中で感じた因子が含まれる。抽出方法は各研究者が各地の調査についてまとめる際に提案し、研究者3名で検討し最終決定した。なお、この文中の【●】内は促進因子に相当し、他方で《▲》内は阻害因子を意味する。

表Ⅱ-1 調査地の特徴

調査地	位置	人口(人)	連携の概況
A市(旧B村)	西日本	約3万(約0.1万)	自治体の合併などで定期的な連携の機会は一時的になくなつたが、医師・保健師・薬剤師を中心に再開の兆しがある。
C町	西日本	約2.5万	公立病院・診療所を中心とした連携が継続しており、地域内の他の医療機関との連携が進みつつある。
F市	東日本	約11万	各職種の代表者が集まる定期的な機会で連携を継続している。
K町	東日本	約2万	各職種の関係者が集まる機会を設けて、さらに連携を密にする動きがある。
L町	東日本	約0.5万	住民も参加する連携が継続されている。
M市・N市	西日本	約6万・約7万	中核病院を中心とした連携があり、情報共有のためのツールを活用した新たな連携の形を進めつつある。
O市(旧P町)	西日本	約7万(約0.5万)	連携が困難になっている。
Q町	西日本	約0.6万	公立病院・診療所を中心とした連携が継続している。
U町	西日本	約0.2万	公立診療所を中心とした連携が継続している。
V市W区	西日本	約15万	医師会が関与した連携が実施されている。

①A市（旧B村）

人口約3万人の山間地（西日本）。いわゆる平成の大合併で4町村が合併して誕生した。この地域では、公立診療所、社会福祉協議会、役場、調剤薬局を主たる資源として安心して暮らせる地域を目指している。

合併前の旧B村では、診療所医師の呼び掛けをきっかけに【●個人の熱意】【●周囲の理解・賛同】、保健師、看護師、ケアマネジャー、ヘルパーが集まる月1回の定期的な会合（夜間に開催）を続けていた【●定期的な連携の機会】【●顔の見える関係・信頼感】。それぞれの部署は車で10分程度のところにあった【●距離の近さ】。必要時には行政の福祉担当者や理学療法士、家族にも参加を呼び掛けていた。そこでは、事例の検討だけでなく、関連する分野の勉強会も行われ、その内容は住民にも発信されていた【●住民の参加】。また多忙な医師のため携帯電話のメールやインターネットも連携に活用された【●電子媒体の使用】。他の3町では医療機関が複数あり、旧B村のような連携はされていなかつた【●自治体で唯一の医療機関】。

合併するまで、連携で中心的な役割を果たしていたメンバーは医師以外ほとんど替わることがなかつた【●担当者の固定（全員固定している必要はない）】が、合併を機にケアマネジャーの勤務地が市の中心部に移動《▲長距離》し、さらに社会福祉協議会と

行政との関係も変化したため《▲職務上の立場（行政職員か否か）》、ケアマネジャーの会合への参加が困難になった。また、ケアマネジャーの担当地域が旧B村のみからA市全体となつたため、旧B村担当のケアマネジャーが複数となり《▲固定していない担当者》、情報収集がしにくい状況になった《▲自治体の合併》。さらに診療所医師の交代をきっかけに医師との関係が疎遠になった《▲医師の交代》《▲医師の考え方》《▲個人情報保護法の障壁》。医師が参加しない状態で会合を続けたが、十分な情報共有や事例検討ができなくなつた《▲連携の内容》。加えて、保健師やケアマネジャーも仕事と生活の調整（ワークライフバランス）をとるために会合に参加できなくなり、会合はその後中断した《▲担当者の固定》。

現在、診療所医師は以前在籍していた別の医師に交替し、保健師やケアマネジャーも復職しているが、保健師の業務内容の変化（疾病予防が中心で高齢化している旧B村の実情と合わない）やワークライフバランスの課題もあり、定期的な連携の場は再開されていない《▲ライフスタイルの変化》。最近、調剤薬局の開業で薬剤師が加わったことで、新たな連携に向けた機運がきざしている。

現在の連携は必要時あるいは偶然の機会に行われており、多くは各自の情報だけで活動している。以前の連携では、定期的に関係者が集まることで有効な情報共有ができるおり、その連携の場が各自の知

識や技術を向上させる場にもなっていた。連携を担う関係者が限定されており、関係者の勤務地が近かつたために集まりやすい面もあった【●短距離(必ずしも1か所に集まっている必要はない)】が、その反面では個人の都合に依存する連携になりがちで、安定した継続には難しい面を持っている。

②C町（旧D町、旧E町）

人口約2万5千人の丘陵地（西日本）。いわゆる平成の大合併で2つの町が合併して誕生した。ここでは、公立病院、総合病院、公立診療所、開業医院、訪問看護ステーション、介護施設、社会福祉協議会、総合保健施設、地域包括支援センターを主たる資源として安心して暮らせる地域を目指している。

合併前の旧D町では、高齢者のサービス調整を目的に行政、社会福祉協議会、ヘルパーの責任者が月2回は集まっていた【●定期的な連携の機会】。その後、在宅で介護する例が増え、医療との連携を希望する声が高まった【●連携に対する要望】。それに対し公立病院に勤務していた医師から、病棟・外来・在宅の橋渡しをもっと良くするために定期的に集まることを提案され【●医師の考え方】、専門の委員会が設置された【●連携する場の設定】。社会福祉協議会・行政・施設も含めた在宅ケアの連携、情報交換を目的に、医師、社会福祉協議会のヘルパー、病棟及び外来師長が参加していた。特にヘルパーと医師に接点が生まれた【●多職種の協働作業】。委員会は毎週定期的に開催された【●連携する機会の習慣化】。その後委員会は、委員会メンバーの交代《▲担当者の交代》や2005（平成17）年の介護保険法の改正をきっかけに縮小した《▲政策の変化》。メンバーの交代の際、正規職員の後任が臨時職員になることがあり、立場の違いが委員会での役割の引継ぎを困難にする面があった《▲担当者の立場の違い》。また介護保険の改正後、介護プランの作成などで多忙になったこと《▲業務の増加》、ベテランのヘルパーが続々とケアマネジャーになり、新しいヘルパーが増えたことも縮小の要因になった《▲新人》。さらに、介護保険により連携があたりまえになり、委員会が連絡会となり《▲連携の内容》、メンバーの連携へのエネルギーが減ってしまったことも大きく中断に影響した《▲連携に対する熱意の減

少》。2005（平成17）年に地域包括支援センターが設置されると、「外部」と「内部」の意識が強くなり、連携は公立病院と病院敷地内にあった介護施設、総合保健施設との間に止まつた《▲組織の違い》。その後、ケアマネジャーの集まりや地域包括支援センター、社会福祉協議会から連携への参加の意向が示され、再び以前のように集まるようになった【●連携に対する要望】。介護や福祉の分野の人は、自ら参加したいとは言いづらい《▲遠慮》ため看護師など医療分野の人から誘われると参加しやすいを感じていた【●連携への誘い】。現在も毎週1回、決まった曜日【●連携の習慣化】、決まった場所に定期的に集まっている【●連携の場の固定】。集まること・継続することを優先するため時間は30分、事前準備はなし、書記などの役割分担は持ち回りにするなどの工夫をしている【●短時間の集合時間】【●役割の分担】【●負担の軽減】。司会役の中核病院内の医師は多忙なため参加できないこともあるが、看護師長が委員会の意義を高く評価しており、時には医師を呼び出すなどの役割を担っている【●個人の熱意】【●連携への理解】。看護師長も当初は多忙を理由に参加しない時もあったが、最近では積極的に参加するようになった【●連携の経験】。住民にも以前は連携の概念がなかった《▲住民の無理解》。委員会に参加していた1人は、住民が連携の重要性を理解できるように、役場では異なる部署として扱われているが、実際は関連のある部署の電話番号を一覧表にして配ったり、自らが訪問する日を訪問診療と同じ時間にしたりしていた【●個人の熱意】。実際に人と人を結びつける活動を続けることで、現在の委員会では在宅患者だけではなく、入院患者・退院患者についても必要があればケースカンファレンスができるようになっている【●連携の内容】。

C町内には公立病院から数km離れた場所に別の総合病院が1つある。それらの病院間では定期的に集まる機会はないが、医師同士の個別の連携、地域連携室を通じた連携、訪問看護ステーション同士の連携がある。また地域連携室を通して認知症ケースについて総合病院の医師に相談する機会があり、その医師が委員会への参加を検討するようになっている【●連携の機会】。C町内には民間の診療所が10数施設ある。総合病院と同様に公立病院との連携は医

師同士の個別の連携、地域連携室を通じた連携がある。この中の1つの診療所とケアマネジャーの集まる会が委員会のメンバーの1人の働きかけで始まっており【●個人の熱意】、50回近く継続している。また、公立病院、総合病院、民間診療所、在宅との間の情報共有のため連携パスを利用している【●情報共有ツールの使用】。

一方旧E町では、公立の診療所があり、15年前から診療所で保健師、ヘルパー、診療所医師が参加する月1回の連絡会があった【●定期的な連携の機会】。しかし、患者の状態の変化などで連絡会以外の日に追加報告することも多く、月1回の連絡会は情報の伝達が中心になってしまったため、翌年から週1回1時間にした【●連携の頻度】。頻回に会うことで適宜に情報を共有することができるようになり、短期の目標も立てやすくなつた【●連携の経験】。ケアマネジャーも参加するようになったが、それぞれの職場が別々だったので連絡会の場所も様々であった。その後、診療所の医師は交代したが、連絡会についての引き継ぎはなかった《▲引き継ぎの欠如》。連絡会に参加していた他のメンバーからも情報はなかったが、新しく赴任した医師が周囲に確認して、連携の会議の存在を知り、この医師も会に参加するようになった【●個人の熱意】【●医師の考え方】。そして、より適宜に情報を共有し、移動時間を減らして会合時間を確保するために関係機関を集めた総合施設の建設を行政に要請するようになった。既に総合施設を建設していた自治体への視察などを通じて行政や議会の理解も得られるようになり【●行政の理解】、約10年前に総合施設が完成した。ヘルパーには多忙な医師への連絡に遠慮がある《▲医師への遠慮》が、総合施設完成後は、お互いの状況を把握しやすくなり、ヘルパーから医師への情報が即時に伝わるようになり、保健師や栄養士への相談も即時にできるようになった【●連携の日常化】。文書でやり取りする必要がなくなり、情報伝達は容易になった【●距離の近さ】。D町、E町の合併や地域包括支援センターの設立に伴って町内の拠点を1つにする方針《▲自治体の合併》《▲政策》に従い、中心的な役割だった保健師が移動し《▲距離の遠さ》、さらに産休になる職員もあり《▲ライフィベント》、連絡会の継続が危ぶまれたが、10年

近く勤めている診療所医師が積極的に参加し【●医師の姿勢】、他の参加者も必要性を理解していたため【●連携の経験】【●連携への理解】、継続している。最近では、会への参加者も増えつつある。

C町では、合併前からそれぞれの公立病院・診療所を中心とした連携がなされていた。介護保険制度の開始や自治体の合併、連携を担っていた人の移動や交代によって、連携の内容が変わり、参加者が一時的に減ることもあったが、連携の経験が、連携の必要性への理解を深め、大きく中断することなく現在も保健・医療・福祉・介護の連携が継続している。さらに、公立病院以外の医療機関との連携へ広がろうとしている。

③F市（旧G市、旧H町、旧I町、旧J町）

人口約11万人の平野部（東日本）。いわゆる平成の大合併で1市3町が合併して誕生した。ここでは、公立病院、総合病院、開業医、訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム、老人保健施設、社会福祉協議会、地域包括支援センターを主たる資源として安心して暮らせる地域を目指している。

この地域では20年前から、県の政策で地域ケアを推進する事業がスタートしていた【●連携を推進する政策】。事業の担当は自治体ごとに異なり旧G市、旧I町では社会福祉協議会が、旧H町、旧J町では行政が担当していた。保健と福祉の連携が主となって関係者が集まる会議を開き、処遇困難なケースの情報交換と対応策の協議をしていた【●連携の場の設定】。精神的な問題や生活困窮者への対応が多かった。その会議には地域の福祉事務所、社会福祉協議会、保健所、医療関係者、福祉施設（公的、民的）、介護関係（市の関係部門、地域包括支援センター、民間施設の施設長・ケアマネジャー）、県の福祉部門、民生委員の代表者が集まっていた【●多職種の連携】。医療との関係は医療的対応の必要性の有無の判断が主で、かかりつけ医に連絡することもあるが、特に決まった医療機関・窓口に相談することはなかった。会議は対応策を決定する場というより、助言をして方向性を示す場、調整役だった。合併してF市となったが、事業自体は引き継がれた。旧G市に1つ、旧H・I・J町に1つあり、それぞれの地域を担当している。担当は社会福祉協議会に

なった。集まる頻度は月1回程度で年間6～10回である。通常1回2ケース程度で1～1.5時間程度話し合っている。民生委員やケアマネジャーから相談される場合が多いが、住民本人から行政に相談があり、そのケースの対応策の検討を行政から依頼される場合もある。会議を開くことで他の立場の人の意見を聞くことができる。行政や社会福祉協議会、民生委員などには事業が浸透してきており、これまで依頼のなかった養護学校からも相談されるようになっている【●連携の機会の地域への浸透】が、医師にどこまで浸透しているかは明らかになっていない。医師会からは、最近になって介護との連携に対する要望が出された【●連携に対する要望】。これを受け、保健所の声かけで、F市と周辺3市それぞれに連携に向けた協議会設置が提案された。F市でもこれに対する検討を始めているが、介護施設数の量的問題や24時間サービスなどの質的問題などがあり、具体的な動きは始まっていない《▲施設の不足》《▲サービスの不足》。現在、地域包括支援センターは行政が担当し、前述の会議は社会福祉協議会が担当しているため精神的な距離がある《▲組織の違い》。今後、医療と介護の連携については地域包括支援センターが中心となる必要があるが、地域包括支援センターの業務が多岐に渡っているため、困難を感じている《▲業務の多さ》。また、今でも様々な連携があり、今後具体的にどのような連携をしていけば良いのかがはっきりしていない《▲現状への満足》《▲連携像の曖昧さ》。精神保健関係の連携も別にあり、保健所、福祉関係部署、民間の精神病院、家族会、精神保健福祉士が集まっている。隔月の開催で事業の情報交換やケースの検討を行っている。また、教育委員会も参加する小児を対象とした対策会議もあり、ここから前述の会議にケースが繋がってくることもある。

・社会福祉協議会

社会福祉協議会は前述の会議の事務局として、積極的に外部との連携を図っており【●担当者の積極性】、相談の窓口として、会議の名前が浸透している印象を持っていた。しかし、連携の制度よりも、誰に相談すれば良いのかを知っていることが最も重要なと考えている【●顔見知り】【●信頼関係】。行政

の職員と顔をあわせる機会も多く、連携ができるいると想っていた【●顔見知り】。地域包括支援センターとも連携するよう指示されているが、現時点でも協力関係はできていると感じていた《▲現状への満足》。

・公立病院の連携室

医療機関同士の連携はあるが、連携室などを通じての個別対応が主である。前述の会議は関与していない《▲制度の浸透不足》。公立病院にも連携室が6年前設置された。転院・退院調整と退院患者の介護申請に関する業務が主である。以前は主治医や病棟師長が個人的に転院先などを探していたが、連携室設置後は連携室が担当している【●担当の固定化】【●担当の明確化】。しかし、担当者が1人なので、すべての退院・転院情報が集まるわけではない。院内職員の個人的な伝手で転院する場合もある《▲人員の不足》。施設のケアマネジャーや他の病院の連携室と連絡を取ることが多く、ほとんどは電話で対応する。定期的に訪問してくれる施設が1つ、不定期に訪問してくれる施設も数か所はある。施設入所時などは連携室から出向く。FAXで空き情報を送ってくれる施設も数か所ある。連携室が見て施設などのさまざまな情報を得られるようになった【●専門部署の設置】。選択の幅が広がり、より迅速で的確な選択ができるようになった。現在の担当者は3年前から担当しているが、最初は各施設の担当者の顔も、施設の特徴などの情報も分からなかった《▲担当者の交代》。現在は各施設の担当者の顔を概ね知っており、何でも相談できるような関係になったが、それまでに1年は必要だった【●顔見知り】。連携室だけでは対応困難なケースがあるので、関連するさまざまな人・施設・部署に相談する。前述の会議の存在を市民病院連携室の担当者は知らず、利用したことはなかった。精神疾患のケースは特にどこに依頼したらよいのか分からずに困っている《▲情報の不足》。最近、精神科の診療所が施設案内を開催し、市役所の職員も参加し、連携の必要性を皆が述べていた【●集まる機会】。以前その診療所が勉強会を開催し、医師の顔を知ることができた【●集まる機会】【●顔見知り】。連携室は近隣の高次医療機関からの転院依頼も受けている。以前は主治医

同士が電話などで直接話し合って決めていたが、最近は書類が中心になっている。しかし、書類ではうまく情報が伝わりにくく困ることもあるため、病院同士の連携は難しいと感じている《▲顔見知りではない》。信頼関係が必要である《▲信頼関係の欠如》。

・民間診療所、在宅医療

民間診療所の中には、その診療所で担当している訪問診療患者の担当ケアマネジャーを集めてカンファレンスを行っているところもある。在宅医療は始まったばかりでネットワークがない《▲新しい制度》。開業医による訪問診療・往診に関する情報は、行政としても把握している。大半はかかりつけ患者に対する訪問診療で、かかりつけの患者以外にも門戸を開いて受けているのは少なくとも4か所あるが、かかりつけ医がない場合の依頼先については行政として情報を交換する場がない《▲情報の不足》。在宅医療と介護分野は、施設の情報を持っているケアマネジャーで繋がっている。ケアマネジャーが在宅医療を依頼する場合、介護保険を理解し、協力を得られ、コンタクトの取りやすい医師を選択する【●医師の介護保険に対する理解】。

・老人保健施設

老人保健施設と医療機関の連携も個別にある。主に施設のケアマネジャーが連携を担っている。周辺医療機関が訪問診療・往診を実施しているか否か程度の情報は持っている。施設として、医療機関から提供してほしい情報はあるが、特にパスなどは存在せず、必要時要望している。紹介状や診療情報提供書、診断書が主な情報共有の道具だが、事前訪問が必要なこともある《▲情報の不足》。病院の医師は多忙なため連絡が取りづらい《▲医師の多忙さ》。また介護保険に対する認識にも差があり、連携しづらい場合もある《▲医師の介護保険に対する理解不足》。医師の理解と協力がないとの確なサービスを利用できない人も出てくる。医師会の中でも介護を中心としている医師は少ない。老人保健施設と訪問看護ステーションの連携はほとんどない。

・訪問看護ステーション

周辺自治体も含めて訪問看護ステーションは6か

所あり、設立母体は異なるがステーション同士での連携がある。月1回集まっている。司会は当番制で、事前に出欠表が配布され、欠席する場合は理由を記入しなければならない【●出席の義務化】。会では事務所でのトラブルの相談や法改正の情報提供などをしている。また別に年に数回訪問看護ステーションのスタッフも含めた勉強会を企画している【●自己の知識や技術の向上の場】。訪問看護ステーションによって担当できる患者に特徴があり、ステーション同士で小児や精神科ケース、生活保護、独居ケースの患者を紹介したり、負担軽減のため同時に同じケースを担当したりしている【●お互いの特徴の理解】【●信頼関係】。公立病院の訪問看護はこの会に参加していない《▲一部関係者の不参加》。困った時は連携しているステーションの管理者に相談する。また医師やケアマネジャーに相談することもある。医療保険での訪問看護の場合、ケアマネジャーが関与しないことも多いため相談できる人が限られる。多くの人・職種が関わった方が相談先も増えて良い、と感じている。個別に医師・ケアマネジャーとは連携が取れており、医師からケアマネジャーへの依頼を頼まれたり、反対にケアマネジャーから医師への依頼を頼まれたりする。医師の指示がケアマネジャーを介して伝えられることがある。退院情報をケアマネジャーから聞くこともあり、反対に伝えることもある。ケアマネジャーが、医師へ直接電話することに緊張する場合もあるので、医師のところへ同行することもある。その際、一緒に話を聞けるメリットがある。訪問看護師も、以前は外来の時間帯に医師に電話する際、躊躇があった《▲医師への遠慮》。現在はいつでも相談できるようになってきた。医師が介護保険を理解していることが連携を密にする鍵である【●医師の介護保険に対する理解】。医師の理解がないとケアマネジャーが役割を果たすことは困難である。最近は医師が直接ケアマネジャーに連絡することも増えている。訪問看護導入の際はケアマネジャーと一緒に診療所に行くようにしている。定期的な担当者会議も開いており、多くの医師は紙面での参加だが、必要があれば医師が参加できるよう診療所で担当者会議を開くこともある【●距離の近さ】。

訪問看護師とケアマネジャーとの関係は、以前は

遠慮があった。例えば、以前、訪問看護ステーションの1つに居宅介護支援部門が併設されていた時には、同部門のケアマネジャーに遠慮があり《▲遠慮》、意見の相違から対立や要望も増えた。併設されていない施設のケアマネジャーの方が意見を言いやすかった《▲組織の違い》。しかし、些細なことでも誠実に対応しているうちに現在は何でも話せるようになった【●連携の経験】。また、以前はケアマネジャーから相談されることが多かったが、現在は看護師から相談することも増えた。地域包括支援センターからも依頼があるため交流はあるが、それ以外の行政との連携の機会は少ない。病院や診療所に併設された訪問看護ステーションは併設の医療機関と密に連携している【●距離の近さ】。近隣自治体を含めて周辺の病院からはソーシャルワーカーや連携室を通して依頼が来る【●連携の専門部署の存在】。伝えられる情報量も増え、連絡もしやすくなった。

・ケアマネジャー

ケアマネジャーの連絡会議でも医療との連携の必要性を感じている。ケアマネジャー同士の情報交換で、新たな医療の連携先の情報を得ている。また旧H・I・J町のケアマネジャーは医療機関との繋がりが強く、橋渡し的な役割を果たしている。医療機関との情報の交換は病院の連携室を介したり、医師と直接行う。ケースごとに小さな会議を開き、行政や民生委員も参加している。

・民生委員

民生委員の協議会も月に1回ある。年度の初めや委員の交代時期には前述の事業の説明をしている。この協議会の中からケースが相談対象として提示されることもある。農村地帯の旧H・I・J町では民生委員が地域の事情をある程度把握しており、ケースを拾い上げやすくなっている【●地域の繋がり】。一方で人口の多い旧G市ではアパート居住者も多く《▲希薄な地域の繋がり》、また家庭環境の変化で高齢者だけの世帯も増えて家族への連絡が取りにくくなっている面があり、民生委員も十分に把握しきれていない《▲社会の変化》。民生委員の中でも活動の姿勢に温度差があり、積極的に関わっている人はまだ少数である《▲個人の熱意の低さ》。

最近は地域との関わりが希薄な人が増え、対応が一般に困難になっている《▲社会の変化》。市内だけであれば、ある程度施設数は充足されているが、周辺自治体では不足しており、周辺自治体からケースが流入するため、施設の不足は解消しない《▲施設の不足》。

全般に、市全体で連携するシステムは構築されている。職種ごとあるいは個別の連携も現場ではなされているが、まだ情報の共有や連携は不十分な部分もみられる。特に医療との連携については今後の課題となっているが、既存の連携との関係もあり、具体的な動きについてはまだ検討中の段階である。

④K町

人口約2万人の山間地（東日本）。ここでは、公立病院、開業医院（医師会）、訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム、社会福祉協議会、地域保健センターを主たる資源として安心して暮らせる地域を目指している。

公立病院内に、地域医療支援センターの部門（組合立）を設置し、機能はじめている。他方で、地域内の連携でケアの実績を継々と上げている印象はやや乏しく、連携に対する機運は途上であるという声はあるが、それぞれの担当者は役割を果たしていると感じている。例えば、保健センター職員は住民の家庭訪問を行い、住民と顔の分かる関係になるよう努め、また医師は病院医療の提供に熱心に取り組んでいる。

その一方で、また病院から在宅までの流れが確立していない感も少なからずあるとの声もある。看護職は退院調整に日々追われることもあるという。この背景となる要因としては、資源間の建物と組織が距離的にも精神的にも別々に存立している《▲距離の隔たり》、慢性疾患回復期のケアを診療圏内で全うできない（市外に移送し、そのまま圏外で診療の情報が途絶することもある）という実情に加え、家族も市外に移住する傾向がある（介護放棄のようなケースに出会ってケアスタッフの志気が下がる）《▲診療圏外でのケア》《▲社会の変化》、医師が若く、病院医療に没頭しがちである（往診のような診療には手が回らない）《▲医師の考え方》、コ・メディカルが市外から通勤していて地域の実情に疎い《▲地域

に密着していない担当者》、県や行政が山間の高齢者ケアにはノータッチだとケアスタッフも住民も感じている《▲行政の支援不足》、地域連携に意見を持つ住民も多くないようである《▲住民のケアへの不参加》といった諸点があげられた。最近になって、病院医師や保健職員をはじめとする方々の声によって【●個人の熱意】、保健・医療・介護・福祉職が一堂に会する機会が設けられ【●顔の見える関係】、年に1～2回はこれが確保される予定である【●定期的な会議】。

⑤L町

人口約5千人の山間地（東日本）。ここでは、公立診療所（医師3人体制）、訪問看護ステーション（看護師3人体制）、老人保健施設、特別養護老人ホーム、社会福祉協議会、地域保健センターを主たる資源として安心して暮らせる地域を目指している。

何度かの医師不足による診療所の運営危機を乗り越えた経験がある。一方で、医師は固定しているわけではないが、介護保険制度を契機に各資源が連携ユニットを組み、地域内の連携におけるケアの経験を10年にわたって蓄積してきた。資源内では声を聞けば誰が話しているかが分かるくらいの関係にある【●顔の見える関係】。この連携の創造には熱心な一般住民も参加し、○○さんと実名の上がるような代表的な住民も存在している【●住民の参加】。現在の医師が、この連携を醸成するために心がけてきた【●個人の熱意、医師の考え】ことは、救急ならびに夜間の対応（職員研修を推奨し、また夜間でも携帯電話での対応を行い、年間200台の救急車の9割が診療所を経由する実態がその対応への心掛けを物語る）、チーム医療（相互評価でお互いを伸ばす環境を整備しており、コ・メディカル主導のケアも積極的に勧めている）、月2回の定期的な勉強会や月1回の会議の開催【●定期的な会議】などである。住民啓発用の医療ハンドブックも作成し、住民との関係づくりにも熱心である【●個人の熱意】。この連携は、地域でのケアの流れを確立してきており、住民の暮らしを支える一機能として存在していると思われた。同時に、役割分担が容易で時間を浪費することなくケアが成立し、関わる人々がストレスフリーである利点も語られた。

この背景となる要因として、この他には、診療機関が一つしかない【●拠点の固定】、建物と組織が距離的に近い【●距離の近さ】、これに関連して、情報の共有が容易である（情報交換用シートを作成しており、最近では、FAXや携帯電話で更に情報のやりとりが容易になっている）【●情報の共有】、連携の恩恵を共有してきた経験が皆にあるので、お互いに話を聞く姿勢が育っている【●連携の意義の経験と確認】、多用な役割を果たす地域に密着したスタッフ（ケアマネジャー）がいる【●スタッフの固定】というような諸点が挙げられた。さらには、会議をするなら短時間、かつ事前準備をしなくてもよいなど、負担感の軽減も良策との声が一部にあった。こうした連携には、依然として課題もあるといい、首長次第でその質も変わり得る可能性も指摘された《▲行政の不理解》。

⑥M市・N市

M市は人口約6万人の平野部・丘陵地・山間地を有する地域。隣接するN市は人口約7万人の平野部・丘陵地（西日本）。M市は1市2町が、N市は7町がいわゆる平成の大合併で合併して誕生した。ここでは、病院、開業医院（医師会）、訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム、老人保健施設、保健福祉総合施設、地域包括支援センター、社会福祉協議会を主たる資源として安心して暮らせる地域を目指している。

M市とN市の中核病院では、医療的管理の必要な患者が在宅に退院する際に協力が得られる開業医が見つからなかったことをきっかけに、糖尿病の患者会をつくり栄養指導などをしていた活動を土台として、1985（昭和60）年頃、在宅医療やへき地医療を担う部門を設置した。そこが保健福祉総合施設も担当するようになった。現在、部門内には、訪問看護ステーション、総合相談室、居宅支援事業所、歯科保健センター、保健指導室、健康管理センターが含まれている。以前の訪問診療では脳梗塞の患者が多くいたが、介護力の低下で施設入所するケースが増えている。回復期病院に転院後、併設の老人保健施設に転院し、その後訪問診療になる例もあるが、全体的に減っており、代わりに呼吸器疾患、がんの終末期などが増えている。以前は状態急変時にはま

ず病院に連絡が入り、それから医師に情報が伝わり緊急往診をしていたが、最近は在宅の主治医が携帯電話で24時間連絡を受けられるようにしている《▲医師の多忙さ》【●連携ツールの使用】。最初は在宅医療部門の医師だけだったが、1998（平成10）年頃から泌尿器科や整形外科医、2001（平成13）年頃から循環器内科医も訪問診療に参加するようになった。医局の垣根がないため自然と行くようになつた【●医師の姿勢】。必要があれば、臨床工学技士、管理栄養士、栄養サポート担当医が同行することもある。中核病院の病棟や外来、併設の老人保健施設から総合相談室を通じて、また、少数だが開業医からも病診連携室を通じて依頼がくる【●連携の窓口の明確化】。中核病院から訪問診療に行くケースは、開業医では困難な処置が必要とされる場合に限り、それ以外は開業医に紹介している。在宅の病診連携を進めており、治療方針の相違や責任の所在が曖昧になるなどの問題はあるが、一部の診療所とは2人主治医制を取っている【●病院の姿勢】。定期的に情報交換する機会はないが、多くは電話で適宜相談しており、訪問診療の途中で診療所に寄ることもある【●日常的な連携の機会】。在宅療養支援診療所として申請している診療所の数などは病院として把握していない《▲情報の不足》。月に1回は部門内で運営に関する会議をしているが、それ以上集まるのは多忙なため困難である《▲多忙》。週に1回は部門内の保健師・看護師が集まって情報共有を目的に症例報告をしている【●定期的な連携の機会】。当初は医師も参加していたが、最近は相談事例がある時のみになっている《▲医師の多忙さ》。訪問看護師と医師との情報共有は訪問診療中の車中で行っている【●距離の近さ】。情報共有の目的で以前は文書のやりとりをしていたが、現在は口頭での連絡が中心となっている【●連携に関する負担の軽減】。

中核病院と併設している老人保健施設の関係は主に患者を送り出す側と受入れる側の一方通行の関係となっている。施設の役割上、在宅に帰れる可能性の高い患者から受入れているが、療養型のベッド削減で医療依存度の高い患者も受けざるを得ない状況になっている《▲医療政策の変化》。施設内に病院で使用している電子カルテの端末があり、入院中

の患者の情報を確認することができる【●電子媒体の使用】。連携の窓口は1か所の方が良いと考え総合相談室が担当しているが、専門的な情報は正確に伝わらないこともある《▲情報の専門性》。また急性期医療に係る診断群分類別包括評価（急性期の入院医療費の定額払い方式）導入で分類の対象疾患を中心の医療になり、併存疾患の治療が不十分になっているケースもあるため、看護師長同士でも情報共有している【●情報共有への欲求】。相談員同士のカンファレンスは週1回あり、患者の状況などを報告している【●定期的な情報共有の場】。中核病院の居宅介護支援事業所のケアマネジャーも毎朝来て、デイケア・ショートステイ利用者や訪問看護利用者に関して頻繁に情報交換している【●定期的・日常的な情報交換の場】。内線もあり、密に、そして気軽に連絡を取りやすい【●距離の近さ】。

この地域の急性期の対応は、周囲の医療機関の医師の高齢化などで主に中核病院が担っており、急性期治療終了後、スムーズに回復期の病院に転院できないと救急体制が立ち行かなくなる。また隣県の自治体でも、病床数削減や公立病院の経営母体変更などがあり、その地域の救急患者も受入れている。そのため、回復期の病院との連携が重要になってきており、病院間の情報共有のために脳卒中パスなどの地域連携パスを利用している【●情報共有ツールの使用】。また、介護と医療、在宅との間の情報交換のために別の連携シートを使用している【●情報共有ツールの使用】。施設から病院、施設から居宅、回復期の病院から施設に向けて使用している。歯科医がいない施設が多く、情報が途切れ、ケアが継続されない問題があったため、歯科に関する情報も入っている【●情報共有する内容】。連携シートは使い始めたばかりであり、それぞれが必要な情報は多様なため、記載量が多くなりなかなか軌道に乗らない《▲連携の負担》が、最近改訂もあり、これから広げていく予定がある。本来は文書による連携より顔の見える連携が必要で、小さな単位での連携のケース検討会のようなものがベストだと感じているが、時間にも余裕がなく開催できていない《▲多忙》。合併前には月2回ケース検討会を開き、開業医やケアマネジャーが参加していた【●定期的な連携の機会】が、合併後は無くなつた《▲自治体の合併》。

地域との窓口として、中核病院には総合相談室が設置されている【●連携の窓口の明確化】。ケアマネジヤーや行政から患者に関する相談がくるので、院内の関係者、関係部署に連絡を入れ仲介している。個人情報保護法が制定されてから許容される情報提供の範囲が問題になっている。以前はより連携がスムーズだったが、特に行政からは提供される情報量が減ってしまった《▲個人情報保護法》。総合相談室から情報提供する際にも注意している。急性期病院なので時宜を得た情報収集・提供の面では苦労している。より早く情報が欲しいこともあれば、退院が急に決まりケアマネジャーへの連絡が遅くなることもある《▲情報提供のタイミング》。退院時のケアカンファレンスへの要望は多いが、全例はできない《▲多忙》。総合相談室が情報伝達先であり、情報提供元であることが分かっているのでケアマネジャーも頻繁に来る【●連携の窓口の明確化】。中核病院に通院・入院していない人に関することは地域包括支援センターに相談している。

行政主体でケアマネジャーが2～3ヶ月に1回N市、M市それぞれで集まっている。行政、国における最新の動きの伝達が主な目的で、そこで連携シートに関する情報提供も行っている【●定期的な情報共有の場】。

1985（昭和60）年頃から中核病院では訪問看護をしていた。中核病院所属のケアマネジャーは訪問看護師と同じフロアにいるので、何かあれば気軽に、顔を合わせて相談ができる【●距離の近さ】。難しいケースでは最初に同行訪問することもある。他の部署とは電話で連絡することが多い。以前は帰院してから電話連絡をしていたが、携帯電話普及後はすぐに連絡をしやすくなった【●連携ツールの使用】。電話をかけてくるのは、最近ではほとんどケアマネジャーで、電話する先は医師とケアマネジャーが多い。訪問看護師とケアマネジャーとの連携では、ケアマネジャーが元々有している資格（ヘルパー、看護師など）によっては苦労することもある《▲ケアマネジャーの元の職業》。特に医療的な面で苦労することが多い。ケアマネジャーの情報源が主に利用者や家族であり、医師が多忙なため、医師への照会や電話連絡が難しいことも影響している《▲医師の多忙さ》。苦労している面について、付き合いが長く、

顔見知りの関係であれば気軽に指摘できる【●顔見知り】が、顔見知りでなければ指摘しづらい。しかし、退院時、ケアマネジャーやサービスを提供する事業者、訪問看護師など在宅での担当者が集まる会議を行い、それぞれが意見を出し方向性を定めると、その後スムーズに経過するケースが多いと感じる【●連携する機会の確保】。会議は病棟のフロアで1時間もかかるない。患者は医師に直接電話することに抵抗があるよう《▲医師への遠慮》で、看護師へのファーストコールが多いが、そのまま医師に報告することも多い【●多職種の関与】。医師との関係は、ほとんどの主治医が中核病院の医師なので、連携で困ることはない【●距離の近さ】。中核病院以外の医師との関係では、長年連携をしている近隣施設の医師であれば顔見知りであり、医療機関を訪れて患者の状態を聞いたり、訪問先で合流したりできる【●顔見知り】【●長期間の連携】【●信頼関係】が、遠方の場合は顔を知らず、電話と文書のみのやり取りになっている。中核病院の医師であれば気軽に提案もできるが、他の施設の医師との電話では報告だけになることが多い、その後の状況も確認しにくい《▲顔の見えない関係》。訪問看護中の患者が他施設に入院した場合も、その後の状況など情報が得にくい《▲距離の遠さ》。入院する場合は緊急入院が多く、自施設への入院であれば患者の状況を要約した文書（サマリー）も間に合う【●距離の近さ】が、他施設への入院の場合はサマリーが間に合わないことが多い《▲距離の遠さ》。退院の情報は家族から得ることが多い。退院の際、訪問看護指示書は来るが、指示書以外の情報はなく、今後の治療方針などが確認できることも多い《▲情報の不足》。

訪問看護が始まった昭和60年代、遅れて訪問リハビリテーションが始まった。1991（平成3）年頃から定期的な訪問となった。中核病院が10年ほど前から地域のリハビリテーションを支援する病院となった。そのための連絡協議会を設置し、医師会、各市の保健師、職域団体代表者が集まっている【●地域の制度】。訪問を担当する理学療法士は2名で、主に中核病院の退院患者を訪問している。福祉用具や住宅改修の相談業務もあったが、最近ではケアマネジャーの役割が大きく、対応が困難なケースのみ対応している。周辺には回復期リハビリテーション

施設が3つあり連携が取れている。連携シートがきっかけ【●情報共有ツールの使用】で、その内の1つの病院と中核病院との間で理学療法士を相互に定期的に訪問させる交流が最近始まっている【●定期的な連携の機会】。急性期では家屋改修の機会が無く、回復期では急性期のリハビリテーションに触れる機会が無いため、お互いの若い理学療法士には学習する機会にもなっている【●自己の知識や技術を向上させる場】。

1995（平成7）年頃から歯科保健センターが、在宅、施設、歯科医のいない医療機関への歯科衛生士、歯科医師による訪問歯科を実施している。担当の歯科医師は1人、歯科衛生士は2人である【●複数の担当者】。施設や訪問看護師、ケアマネジャー、家族などから直接依頼が来る。ほとんどが電話やFAXでのやり取りとなっている。家族を介して訪問看護師に口腔ケアに関する依頼をすることもあるが、きちんと伝わらないこともあり、直接言えばよかったですと反省することもある《▲顔の見えない連携》。口腔ケアのため、訪問看護師と同じ時間に訪問するなど連携が取れている【●連携する機会】。長期に渡って協力しているので当たり前のようになっている【●長期の連携】【●信頼関係】。歯科医師も歯科衛生士の1人も訪問歯科に関わってきた時間が長く、歯科衛生士の担当患者・施設も固定されてきた【●担当者の固定】。歯科衛生士は外来担当の歯科衛生士と交代することもあったが、交代時には一緒に訪問するようにし、情報が途切れないように引き継いだ【●引き継ぎ時の情報共有】。歯科と内科で連携しており、口腔ケアの効果で施設などでは肺炎が減っている。最近では、県の歯科医師会が窓口となって、訪問歯科の必要な人に訪問歯科医を紹介するシステムが稼働している。

自治体合併後、保健師と中核病院の連携する機会が少なくなった。以前は独居など在宅で困っているケースや歯科に関するケースも、旧町の保健師を通して中核病院に連絡があったが、合併後はない《▲自治体の合併》。合併前は保健師が町の実情、個々の家庭の事情をよく知っていた【●地元への密着】。合併後の保健師は市全体を担当《▲距離の遠さ》し、地域ではなく仕事内容によって担当が分かれているため、連携を取りにくくなった《▲地域担当者の不

在》。最近は保健師よりケアマネジャーとの連携が主になっている。しかし、ケアマネジャーは介護保険の申請が前提になるため、どこにも把握されていない、埋もれているケースがあるのではないかと危惧している。口腔ケアに関してはケアマネジャーが口腔ケアに关心がない場合があり、状態が悪くなるまで対応されないことが多い《▲個人の無関心》。合併前はヘルパー、保健師、歯科衛生士が集まる会が月1回あり、口腔に関する情報交換や口腔ケアに関する質問もその場でできていた【●定期的な連携の機会】が、合併後は無くなった《▲自治体の合併》。

総合相談室に、中核病院に受診歴のある人について、民生委員から連絡が入ることが希にある。連絡をする民生委員はある程度限られており、委員としての取組み方には差がある《▲個人の意識》。

合併前は旧町にある居宅介護支援事業所のケアマネジャー、地域包括支援センター、行政の職員も出席するケア会議が開かれており【●連携の機会】、町内の在宅介護を受けている人の情報交換をしていた。在宅介護を受けている全員の名前を把握でき、地域の情報のやりとりがしやすい状況だった【●連携の内容】。合併してからは2～3ヶ月に1回、市の居宅介護支援事業所のケアマネジャーが集まっているが、対象が市全体に広がった《▲対象地域の広さ》。施設と保健師の連携も、以前は入所対象になる可能性のある住民の情報提供が直接あったが、最近は介護保険制度が浸透してきたこともあって減った《▲新しい制度》。旧町の時代は保健師が地域を訪問していたが、合併後は少なくなり、老人保健施設の近隣の情報を得にくくなっている《▲自治体の合併》《▲業務内容の変化》。最近、社会福祉協議会が独居老人などの情報と担当民生委員の情報を載せた地図を作ったが、分厚い資料のため全てを把握することはできない《▲情報量の多さ》。他施設の情報はベテランの相談員が熟知している【●長期の担当】ので、スムーズに連携ができている【●信頼関係】。中核病院併設の老人保健施設の看護師長は2～4年で交代している。医療と介護の分野での仕事内容が異なるため、交代後は慣れるまで大変である《▲担当者の交代》。中核病院併設の老人保健施設の声かけにより【●施設の姿勢】、年に2回近隣の4つの老人保健施設が集まり、経営のことなど

を話し合っている【●定期的な連携の機会】。理事長、医師、看護師長、スタッフ、相談員が参加し、懇親会もしている。顔見知りになっておくことで普段は電話などで十分対応できるようになるという【●顔見知り】。

ヘルパーについても合併で担当地域が広くなり、親密度は減った印象である《▲自治体の合併》《▲担当地域の広さ》。

國の方針は病院完結型から地域完結型に変わり、この地域でも、在宅医療での連携も含めた病診連携、病院と老人保健施設との連携などが徐々にできているが、住民には個々の施設の役割分担などは十分に伝わっていない。自治体合併で必要な情報が得にくくなっている面もある。定期的な連携の場も自治体合併を機に無くなっているものが多いが、情報共有のためのツールを工夫し活用し始めており、新たな連携の形を模索している。

⑦O市（旧P町）

O市全体は人口約7万人で中心部は平野部（西日本）。旧P町は人口約5千人の平野部・丘陵地。この地域では、公立診療所、訪問看護ステーション、介護支援事業所、社会福祉協議会、特別養護老人ホームを中心とする資源として安心して暮らせる地域を目指している。

旧P町には診療所が2か所あったが医師の高齢化や後継者不在のため相次いで閉院した。その後当選した町長が、医療・保健・福祉の連携、医療費削減を目的に、町立の診療所を開設、その2年後に高齢者保健福祉支援センター・訪問看護ステーション・デイサービスセンターを開設した【●首長の意向】。現診療所所長の医師は開設前の準備段階から関与していた。在宅中心の24時間体制とするために無床とし、入院が必要な患者については当初から近隣総合病院と連携を取った。町長の意向もあり、当初連携は円滑に行われていたが、継いた町長は連携に反対はしないものの推進力はやや低下した《▲首長の交代》。いつ頃からかは不明だが、週1回決められた曜日の昼から30分間（夕方は職種ごとに終了時間が異なり、他の職種の終了時間が診療時間中のため）、診療所の医師、訪問看護ステーションの看護師、保健師、理学療法士、社会福祉協議会（ヘルパー・

デイサービスセンター職員・ケアマネジャー）が集まって情報交換をするようになっていた。また診療所と他の施設は隣接しているため、問題があればすぐに相談できる環境にあった【●距離の近さ】。さらに診療所医師と訪問看護ステーションの看護師は連携用も兼ねて携帯電話を持ち、24時間連絡を取れる体制にしていたため、他の診療所（旧P町以外）の医師と連絡が取れなくても対応できる状況だった【●連携ツールの使用】【●地域で唯一の医療機関】。いわゆる平成の大合併でP町はO市となり、保健師と理学療法士はO市本庁に移動となった《▲自治体の合併》《▲距離の遠さ》。市全体の業務が多く、旧P町に関与することはほとんどなくなった《▲業務の多さ》。また地区の担当者が決まっていたため、連携も取りにくくなった《▲地区担当者の不在》。理学療法士はO市に1人しかいないため、旧P町に来ることは少なくなった《▲人員の不足》。社会福祉協議会も合併し、O市内の別の旧自治体に本部が移転したことに伴い、事務長も移動した。旧P町の社会福祉協議会は、出先機関のような状態となり、スタッフは実際の業務をするヘルパーのみとなり、連携する役割の人が不在となった《▲人員の不足》。旧P町の人口は約5千人だったが、O市は約7万人となり市長の連携に対する関心も低い《▲首長の意向》。一時介護支援事業所もなくなっていたが、最近、復活した。以前、社会福祉協議会のスタッフだったケアマネジャーの一人が市への出向という形で専属になっている。

週1回の情報交換の会では、連絡事項や感染症動向などの医療情報、新しいケアプラン、患者の情報などをやりとりしている。医師の検診業務などの都合により、開催されない時もある《▲医師の多忙さ》。

以前は訪問診療件数が25～30件だったが、最近は介護力の低下や介護保険制度の浸透ですぐに施設を探すようになってきているため5～6件に減少している《▲社会の変化》。

合併前は連携を前提にした施設を建設し、それを活かした連携がされていたが、市町村合併を期に、連携の担い手が異動してしまったため、連携が困難になってしまっている。

⑧Q町（旧R村、旧S村、旧T村）

人口約6千人の山間地（西日本）。ここでは、公立病院、公立診療所、地域包括支援センター、安心生活支援センター、特別養護老人ホーム、社会福祉協議会、保健センターを主たる資源として安心して暮らせる地域を目指している。

18年前に、合併前の旧R村の公立病院に赴任した医師が訪問診療を開始した。訪問診療をするにあたり、チームを組まないとできないということで、関係する人と日常的に打ち合わせをするようになった【●医師の考え方】【●連携の機会】。村長と二人三脚で地域医療を実践してきた【●首長の理解】。その後、集まって情報共有する場を望む声があり【●連携に対する要望】、10年ほど前から公立病院で月1回決められた曜日の朝にカンファレンスを開いている。時間は30～60分である【●定期的な連携の機会】。当初は居宅介護支援事業所のケアマネジャーと公立病院の外来看護師と医師が参加していた。その後3村が合併し、地域包括支援センターや安心生活支援センターができたため、徐々に参加者が増え、現在はケアマネジャー（旧R村、旧S村から出席。旧T村は遠方のため参加していない）《▲距離の遠さ》、地域包括支援センター職員、安心生活支援センター、理学療法士、医師が参加している。さまざまな情報を日常的に交換している中で、声をかけたりして自然に広がってきた【●連携への誘い】。訪問診療を開始した医師は様々な部署を繋げるため、一時行政の関係部署の管理職を兼任していたこともあった。師長やケアマネジャーは異動に伴い交代したが、カンファレンスは継続してきた。それは参加者の中にカンファレンスがあるととても助かるのでカンファレンスはしなければいけないものだという意識があったからのようだった【●連携の経験】【●連携の必要性への理解】。公立病院がQ町の中心的な医療機関で、かかりつけがその公立病院だという住民が多いことも、住民を支援する福祉や介護職の人にとってのカンファレンスの必要性を高めている【●地域の医療機関の少なさ】。そのため新しく代わった人にも声かけをした【●連携への誘い】。カンファレンスの中では、困難事例の問題を出したり、現在の利用者・患者の状況を報告し計画を立てたり、医師から指示を貰ったりすることで、多面的な情報

が得られ、チームで共有できるようになっている【●連携の内容】。その他に、その都度、相談もしている【●日常的な連携】。公立病院の医師は相談がしやすい【●医師の姿勢】。看護師や看護師長が間に入ることが多いが、医師に報告し指示を貰うことはよくある。病院からも退院時に地域包括支援センターに必要があれば連絡がくる。一方で医師は多忙なため、普段は直接話ができる機会が少ない《▲医師の多忙さ》での、直接情報交換のできるカンファレンスは貴重な場となっている【●連携の場の確保】。医療関係以外の人が多忙な医師と直接連携を取るのは、連絡のタイミングなどで抵抗感がある《▲医師の多忙さ》《▲医師への遠慮》。そのため、ソーシャルワーカーや看護師長などの存在が必要である【●多職種の関与】。顔見知りになり、馴染みの関係になることで10まで言わなくても半分くらい言えば伝わるなどメリットは大きい【●連携の経験】。そういった関係が、施設と病院、行政との間にもできている。病院のカンファレンスの連携で対象になるのは高齢者が多い。そのためケアマネジャーの役割が重要になっている。小児や精神疾患は、行政の保健師に繋ぐことが多い。保健師も多忙で迅速に対応できないこともある。病院のカンファレンスに保健師は参加していないが、別に連携する会議があるのでそこで相談したり、個別に相談したりしている【●連携の場の確保】。その連携の会には、行政の担当課課長や施設長が出席している。別に相談員や中堅クラスの職員が集まる会議もある。さまざまな会議があるが、内容が重複している部分や情報共有が主になっている会もあり、今後の検討課題である《▲同じような組織の存在》《▲連携の内容》。旧3村にそれぞれある社会福祉協議会（合併後、本所と支所2か所という位置付けになった）が主体となって集まるQ町全体のケア会議も2か月に1度ある。合併はしたが、まだそれぞれに異なるサービスなども残っており、全体を考えてシステムを変更していくかなければならないと感じている《▲自治体の合併》。

行政と社会福祉協議会との間で、3村が合併してから情報共有のためにインターネット（社内など限定された範囲でのコンピューターネットワーク）を使用している【●電子媒体の使用】。情報保護を目的に書き込む職員を決め、他の関係部署の職

員は閲覧のみできる。さらに地域包括支援センター、在宅介護支援センターなどの関係機関の情報共有のため、最近、連絡票（紙面）を作成し、訪問依頼や支援協力依頼のために使用しはじめた【●情報共有ツールの使用】。連携における情報伝達では口頭が最も迅速で容易だが、記録に残らないために情報管理の目的で紙面を利用している。色々な連携がある反面、各機関でそれぞれに役割があり、この機関の役割はここまで、というような縦割りの弊害も出ている《▲組織の縦割り》。またQ町の面積が広く、旧3村ごとの違いもあるため、例えば包括支援センターはQ町に1か所しかないが、旧3村ごとに担当者を決めて担当している。訪問するにも往復に時間がかかるため、担当している地域のことで精一杯になり、Q町全体をみることが困難となっている《▲全体をみる担当者の不在》。

事業主体は異なっても特別養護老人ホームと病院が連携を密にとることで、ベッドの調整の面でも好ましい影響が大きい。施設の相談員が毎日病院に来て、院長や師長と顔を合わせている【●顔を合わせる機会】。会議がなくても直接に話ができる。病院が地域医療を実践していて、地域に開かれた存在なので行きやすい【●病院の姿勢】。院長は15年以上病院に勤務しているのでパイプはしっかりとできている【●担当者の固定】【●信頼関係】。医師は人と人との繋がりの中で接しており、また介護保険制度への深い理解もあり、連携がより強固になったとの声があった【●医師の姿勢】【●医師の介護保険への理解】。若手医師が交代してもその姿勢は伝わるのではないかと感じている。実際、公立病院での勤務が長い医師が、赴任してきた若い医師だけでなく、短期間来る研修医や医学生が地域と身近になることができるよう、住民が参加する集まりに参加させ、経験させている【●連携の経験】。若手医師も施設に往診に来るようになって顔を合わせる機会が増えており、連携の程度はますます強くなっている【●顔を合わせる機会】。自らも仕事を通じて成長していく中で、それぞれがそれぞれのやり方で住民を支えているだけではいざれ立ち行かなくなってしまうと考え、情報の共有という横の連携が必要と考えるようになっている【●連携の経験】【●連携に対する理解】。

Q町は地方の過疎地域であり、連携には公式な組織だけでなく、地域社会の助けも必要だが、若い人口の流出や住民の高齢化などで非公式な組織の支援が困難になってきている部分もある《▲社会の変化》。

旧S村には診療所があるが内科の診療を主としてはいないため、公立病院か近隣自治体の病院を受診する住民も多い。旧S村では月に1回役場でケア会議があり、役場職員、保健師、社会福祉協議会、診療所の看護師長、各事業所が集まっている。旧S村ではケアマネジヤーやヘルパーのいる建物は別になっている。

旧T村にも診療所があり、診療所の隣に保健や福祉部門、社会福祉協議会が入る建物がある。近くにいるので何かあればすぐに集まることができる【●距離の近さ】。旧T村でもケア会議があつたが、医師は多忙でほとんど参加していなかった《▲医師の多忙さ》。ケアマネジヤーと医師との連携はケースごとに行われていたが、他の職種も含めて医療との連携が必要という理由【●連携への要望】で、最近、診療所の都合の良い時間で、月1回カンファレンスを開いている。時間は1時間程度である【●定期的な連携の機会】。話し合う内容はケースの検討だけでなく、多岐にわたる【●連携の内容】。施設のケアマネジヤーや保健師も参加しており、多様な人の情報を聞くことができる【●多職種の参加】。また保健師はケアマネジヤーと医師、ケアマネジヤーと行政をつなぐ中間的な役割も担っている。診療所では医師の交代が多く、医師によっては連携がしにくくなることもある《▲医師の交代》《▲医師の姿勢》。医師と直接連携することもあるが、師長を通しての連携も多いので、師長の果たす役割も大きい【●多職種の関与】。旧T村の住民にとって、旧R村の公立病院は距離が遠く、道も整備されていないので受診することは少なく、診療所か近隣市の病院を受診することが多い。

隣接自治体の病院との連携は、病院の連携室を通じて行われている。Q町内の医療機関とでは連携の機会も多く、すぐに情報交換ができるため使用しないが、町外の医療機関とでは紙面を使った情報交換を行っている【●情報共有ツールの使用】。連携する機会があれば顔見知りになり、次回の連携はより

スムーズになっている【●連携の経験】。病院だけでなく保健施設・介護施設との連携もソーシャルワーカーやケアマネジャーを通じてできている。

現在、Q町では地理的な問題もあって旧R、S村と旧T村に分かれ、それぞれ地域の公立の中核医療機関を中心に人と人とのつながり、顔の見える関係を大切にした連携を行っている。特に旧R、S村の連携は長期間続いており、どこに相談してもきちんと必要なところに情報が伝わるようになっている。また、連携の立ち上げのきっかけとなった医師を中心ではあるが、連携の先導者ではなくなり、連携を担っているそれがキーパーソンとなっている。

⑨U町

人口約2千人の山間地（西日本）。ここでは、公立診療所、地域包括支援センター、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス、デイサービスセンターを主たる資源として安心して暮らせる地域を目指している。

以前は民間の診療所があったが、閉鎖され公立の診療所になった。しばらく地元出身の高齢の医師の勤務が続いていたが、地域の事情をよく知っており、相談しやすい雰囲気もあった【●地元出身の医師】【●医師の姿勢】。また、町の職員同士なのでよく相談する関係にあった【●職務上の立場】。その後、自治医科大学の卒業医師が赴任するようになったが、最初に赴任した医師が連携に熱心だった【●連携への熱意】【●医師の姿勢】。その影響で15年ほど前から保健・福祉・診療所が集まって情報交換するケア会議が始まった【●連携の場の確保】。その後診療所を新築した際に、保健・福祉・診療所を1か所に集めた。しかし、診療所の仕事が忙しくなり、保健師は手伝いなどで保健師としての仕事がやりにくくなつたため役場に戻った《▲業務量の増加》。一緒にいれば誰が何をしているかすぐに分かるというメリットがあった【●距離の近さ】が、診療所から役場まで車で10分程度であり、電話をすればすぐに対応が可能で、距離によるデメリットはそれ程なかった【●距離の近さ（同じ場所でなくてもよい）】。ケア会議は、現在では月に1～2回、夕方から1時間開かれている【●定期的な連携の機会】。

次回の予定は、その場の参加者の都合で決めている。会議では主にケアマネジャーと情報を共有している。介護保険開始前はU町の保健師主体で開催していたが、介護保険開始後は地域包括支援センターが主体となっている。参加職種は固定されており、医師、看護師、理学療法士、保健師、ケアマネジャー、施設職員、デイサービスセンター、訪問看護、ヘルパー、社会福祉協議会、民生委員である。行政の担当課からケースが提示されることや施設利用者について相談されることもある。医師は2年ごと、地域に慣れた頃に交代するが、会議のことは引き継がれている【●連携の引き継ぎ】。医師が交代すると最初は相談しにくいが、連携の障害になることはこれまでなかった。医師へ連絡を取る場合には、診療中などの状況が分からぬために看護師を通すことが多い。新任の医師にとっては、ケア会議によってケアマネジャーの顔を知ることができ【●顔見知りになる機会】、また診察だけでは知ることのできないケースの状況や、他施設入院中の患者の情報を知ることができるというメリットがある【●連携の経験】。医師やその他の職員が交代しても、地元出身の看護師が長く勤務しており、様々な情報を教えてくれるので頼りになっている【●地元出身の職員】。診療所を受診しない人には民生委員が巡回しているが、高齢化が進み、地域の支援も限界にきており、より行政の関わりが必要になってきている《▲社会の変化》。郵便局職員が家庭訪問をするなど、地域全体で支援する取組みを始めている。医師と保健師は、予防接種や特定健診などでも連携している。また、保健師が、若手医師の住民向けの講演の機会を企画して、地域ケアの経験を促している【●連携の経験】。

以前は1人のケースに対して、みんなで対応していたが、介護保険制度後、ケアマネジャーが誕生し、特別養護老人ホームやデイサービスセンターができるからは、主たる部分は専門職に任せる雰囲気があり、以前ほど一緒に対応する機運が減っていることを懸念する声もある《▲組織の縦割り》。このように連携の質に変化がみられるものの、基本的には同様の形で継続されている。

⑩V市W区（西日本）

人口約150万人のV市の西端の丘陵地帯に位置するW区（人口約15万人）は、中央を国道が貫き、その沿道にある古い市街地と、両側に新たに開発された住宅といくつかの大学を核とする市街地、山間の農村地帯からなる行政区である。ここには、多数の国公立・私立の医療機関、介護施設などがあり、連携は多施設対多施設あるいは多人数対多人数で行われている《▲連携の複雑さ》。

2000（平成12）年、介護保険制度にあわせて、区医師会と介護支援専門員との連絡会【●定期的な連携の機会】ができ、2006（平成18）年には、区医師会が『在宅療養手帳』という連絡ノートを作った【●情報共有ツールの使用】。この『在宅療養手帳』は、B5判のフラットファイルで、本文用紙のほか、雑多なメモやカードをしまっておけるクリアポケットからなる。これを在宅ケアのケース宅のベッドサイドに常備し、保健・医療・介護・福祉の関係者と介護者が連絡や申し送り事項を時系列に記載するほか、診断名や処方内容、入院する場合の搬送先と搬送方法などがまとめて書かれており、緊急時のまとめた情報として使っている。『在宅療養手帳』は、医療機関や介護サービスを提供する事業所にも無料で配布される【●無料のサービス】。使いはじめる時に、区医師会事務局に連絡してID番号が発行されるしくみになっている。

2006（平成18）年には区医師会の呼びかけで、隣の市を含めた近隣の主要7病院の病診連携室（地域医療連携室）と市（区）包括介護支援センター、居宅介護事業者が年1回、区役所で連絡会することになった【●定期的な連携の機会】。区医師会会員の多くは開業医や民間病院医師であり、在宅ケアの展開について中心的役割を果たしているのは、地域医療担当理事の2人【●個人の熱意】【●個人の意思】である。医師会は、会員リストに、診療科、訪問診療や往診の対応の有無、携帯電話や自宅の電話番号を含めた連絡方法、連絡を受けやすい時間帯などの情報を書き加えた『W区医師会会員名簿』（A5判冊子体のデータベース）を発行している。これは、患者・住民には非公開であるが、諸機関・関係職種に配布され、一般的にもっとも連絡が取りにくくと思われている医師とのコミュニケーションの円

滑化に役立っている。また、医師会員にとっても、できる範囲で在宅ケアにかかわることができ【●医師の負担の軽減】、病院から診療所、診療所相互の患者紹介にも有用である。このように、医師会の熱意ある理事が多職種の集まる場を設定し、ノートのようなツールを提供し、情報提供によってコミュニケーションの向上に貢献しているのがW区の特長である。

一方、市役所は、全住民に、介護保険制度や高齢者が利用できる制度、機関、サービスなどを網羅したガイドブックをつくり、全戸に配布している【●行政による情報提供】。ただし、記載が制度ごとの縦割りで、市民の一人ひとりがどのサービスがどのような組み合わせで利用できるのかを考えるのは難しいようである。市は、区役所を会場として、2か月に1度、市（区）包括介護支援センターが介護保険関係機関・サービス事業所連絡会議を招集して、参加者が順にプレゼンテーションを行うことしている【●行政による支援】。介護保険関係機関・サービス事業所連絡会議の終了直後には同会場でケアマネ会議【●連携の機会】を行い、ケアマネジャー自身の研修・向上を図るとともに、利用者についての情報交換をしている。個別の利用者についてのサービス担当者会議（介護保険）は、ケアマネジャーが召集して利用者宅で行うことが多い。医師は病状が重度の場合には参加するが、それ以外は、FAXや電話での情報提供にとどまる。

ケアマネジャーと訪問看護師は、薬剤の管理ができないケースのために薬剤師の参加を期待しているが未だ実現していない《▲参加しない職種の存在》。また、精神疾患で透析を受け、認知症も持つような、複雑な健康問題をかかえたケースは今後増加すると思われるが《▲事例の事情の複雑化》、こうした場合の医療を担う医療機関を探す際には苦慮しており、これはケアマネジャー本来の仕事ではないと感じつつ《▲役割のあいまいさ》も、対応する者が他にいないため、不本意ながらこれに対処している。ケースによっては、リハビリテーション関係職種、マッサージ師、救急隊員《▲多様な職種の不参加》にも加わって検討を行うことが、顔見知り関係から、なじみの関係に発展し、協働や連携に進むために必要ではないかとの指摘をするケアマネジャーや訪問

看護師がいる。また、入院から介護保険サービスの導入に至る手順では、医療連携室とケアマネジャーとの連携が比較的円滑に行われているが、成人後見人制度の利用申請のような本来市役所が担うべき仕事もケアマネジャーが代行《▲行政の関与の不足》することになる場面がみられる。

公式な連携の場以外にも、連携が実現する場面がある。W区には、老人保健施設を併設した2つの中規模病院と訪問看護ステーション、関連の施設群を持った民間医療法人【●関連法人内のコミュニケーション】があり、区内の連携の中で多くの役割を担っている。この法人内で病棟看護師から訪問看護師、病棟師長から老人保健施設看護師といった異動があることから、かつての個人的な関係で、緊急入院や治療、一時避難的入所などが迅速に行われる場合がある。しかし、一般に病院の病棟看護師は、連携パスが作られ始めているものの、未だ退院後のことを想像して入院中のケアにあたることはまれで、看護要約の作成さえ不十分な場合がある《▲病棟看護師の理解の不足》。訪問看護ステーションや包括介護支援センター、ケアマネジャーがそれぞれ別の法人や機関に属する場合にはこの断絶はいっそう際立つ。在宅療養・在宅ケアの始まる前にもケースを中心にして関係職種が情報交換をしていくためのルール《▲ルールの不在》が求められている。

いずれにしろ、医師会やケアマネジャーが呼びかけ、行政が会場や会を設定し、多職種が顔見知りになる機会が持たれているだけでなく、そこでは具体的な情報交換がなされていることが多施設対多施設あるいは多人数対多人数の連携が必要な都市型の地域での連携を円滑にしている。また、医療機関の情報・諸制度の情報・個々の患者あるいはサービス利用者の情報を共有するツールがそろっていることも連携を促進していると考えられる。一方で、このような場に参加しない職種があることや、誰が果たすべきかあいまいな役割があることが更なる連携の発展を阻害しているように思われる。

(2) 促進因子と阻害因子

以上のように、保健・医療・介護・福祉の各専門職への対面調査から、各地域の連携について記述した。この調査から、どの地域でも、そのレベルは異

なるものの、連携が少なからず行われていることが示された。こうした連携から、各職種からは、今まで知らなかった他の職能を知ることができるようになったこと、そしてそれがケースの対応を容易にする（ひいては自らの仕事が円滑になる）ことの効能が多く語られた。また、多職種が関与することで、新たなケースの発生や関連情報を得ることができること、また、多様な視点によって地域住民の問題が解決されることなどの効果が感じられていることも語られた。

本調査の主な目的は、保健・医療・介護・福祉の連携に対する促進因子と阻害因子についてキーワードを探索することであった。多くの地域で語られた促進因子としては、「定期的な連携の機会や会議」、「距離の近さ」、「医師の考え方」があった。「連携の経験の蓄積」や「顔のみえる関係」も「連携機会」や「距離」と相互に関係するキーワードと思われ、比較的多く語られた。「医師の姿勢」もまた医師の考え方と関係するキーワードであろう。他方、阻害因子として比較的多く語られたのは、「距離の遠さ」、また「人員の不足」や「該当する専門職の不足」のような担当者に関するキーワード、さらに「医師の考え方」、「医師の交代」、「医師の多忙さ」などの医師に関係するキーワードであった。

「距離」と「医師」に関しては、促進因子と阻害因子として表裏の関係にあると思われた。「距離」については、実際の組織の物理的な遠近とともに、精神的な遠近感とも関連しているようである。顔の見える関係になり、連携の経験を相互に蓄積することが連携をより進めていくと想像できる。また、保健・医療・介護・福祉の連携に「医師」の考え方や姿勢が関係することも重要な論点であろう。他方で、阻害因子としては、医師のみでない人的資源の不足が特にあげられている点も注目される。

調査地域数が少ないので、結果が調査していない他の地域でも同じように言えるかどうかは、さらに調査が必要である。しかし、本調査から、地域での連携に関する貴重な基礎資料の一つが得られたと考える。連携を進めるためには、これらの促進因子を増やし、阻害因子を減らすことが必要ではないかと、提案したい。

(3) 住民調査

対面調査を実施した地域のうち7地域で住民に対する自地域の保健・医療・介護・福祉の連携に関するアンケート調査を実施した。2010（平成22）年11月から2011（平成23）年10月にかけて、無記名の自己記入式アンケートを20歳以上の地域住民に配布した。配布方法は各地域の実情にあわせ、住民が集合する機会での配布や民生委員による全戸配布を行った。アンケート用紙は計4,183枚配布（対象7地域の全人口の約2.1%）し、計2,724枚回収した（回収率65.1%）。年齢・性別・職業などの個人に関する基本的な情報について回答している場合を有効回答とした。有効回答は2,497枚だった（有効回答率91.7%）。平均年齢は59.9±15.2歳（20～102歳）で、男性は1,100人、女性は1,397人だった。アンケートでは、5つの仮定の状況に際して、今後のこと具体的に地域の誰に相談するかを質問した。質問と選択肢は以下のとおりである。

質問A：あなたのご家族が脳梗塞（脳の血管が詰まる病気）で左半身麻痺（左腕と左足の動きが不自由な状態）となり、介護が必要な状態となりました。この場合あなたならこの町（地域）の誰に相談しますか？

質問B：あなたのご家族が大腿骨頸部（太ももの骨の付け根付近）骨折で手術をしました。退院時、その後もリハビリテーション（機能回復のための訓練）が必要な状態でした。この場合あなたならこの町（地域）の誰に相談しますか？

質問C：あなたのご家族が認知症になり、當時誰かの見守りが必要な状態となりました。この場合あなたならこの町（地域）の誰に相談しますか？

質問D：あなたのご近所で子供を虐待している疑いのある親がいます。この場合あなたならこの町（地域）の誰に相談しますか？

質問E：あなたは寝たきりのご家族と2人暮らしで、その方の介護をしていますが、あなたも最近身体の調子が悪くなりました。この場合あなたならこの町（地域）の誰に相談しますか？

選択肢（共通）：1. わからない、2. 医師、3. 看護師、4. 保健師、5. ケアマネジャー、6. ヘルパー、7. 役場の職員、8. 隣近所、9. その他。複数回答は許容。

①男女別の結果

表II-2は、アンケート回答者を男女別に分けてみたものである。年代別的人数は男女で大きな差はないが、女性は男性に比較して保健・医療・福祉・介護に関係する職業の者が比較的多かった。

以下に示すレーダーチャート（複数の項目の大きさや量を比較することのできるグラフで、各項目は円状または正多角形状に配置される。図II-1）は全て、それぞれの相談先を選択した回答者の割合を示している（注意：複数回答なので合計は100%にならない）。図II-2に男性、3に女性の回答結果を示す。質問Dは男女ともに役場職員が最も多く選択された。それ以外の質問では医師が最も多く、次いで保健師やケアマネジャー、役場職員をあげた回答も多かった。この結果の傾向は、以下の集計でも、基本的に同じである。

なお、女性は男性と比較すると保健師やケアマネジャーをあげる回答が5～10%程度、多い傾向を認めた。保健・医療・福祉・介護に関係する職業の者が女性に多かったことは、この結果に関係していると思われる（後述）。

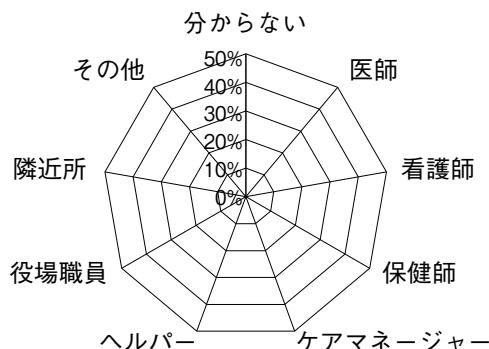
②年代別の結果

表II-3は、回答者を年代別に分けた結果である。回答者を介護保険の被保険者ではない20～39歳、2号被保険者である40～64歳、1号被保険者ならびに前期高齢者である65歳～74歳、1号被保険者ならびに後期高齢者である75歳以上に分けている。性別や家庭状況に大きな違いはなかったが、職業では若い年齢層ほど保健・医療・介護・福祉関係の割合が高かった。

図II-4～7にアンケートの年代別回答結果を示す。こちらも質問Dでは各年代ともに役場職員が最も多く選択されていた。多少の違いはあるが、他の質問への回答も男女別にみた時と同じで、医師が最も多く、次いで保健師やケアマネジャー、役場職員をあげた回答が多かった。75歳以上の年代ではレー

ダーチャートが医師に向かって伸びるような形をしており、他の年代と比較すると保健師やケアマネジャーをあげる割合が少なかった。年代が上がるにつれ保健師やケアマネジャーをあげる率が僅かずつだが減少していく傾向を認めた。

高齢者は、一般に何らかの疾病で医療機関に受診している者が多いと考えられる。必然的に医師と接する機会が増え、より相談しやすい存在となっている可能性がある。



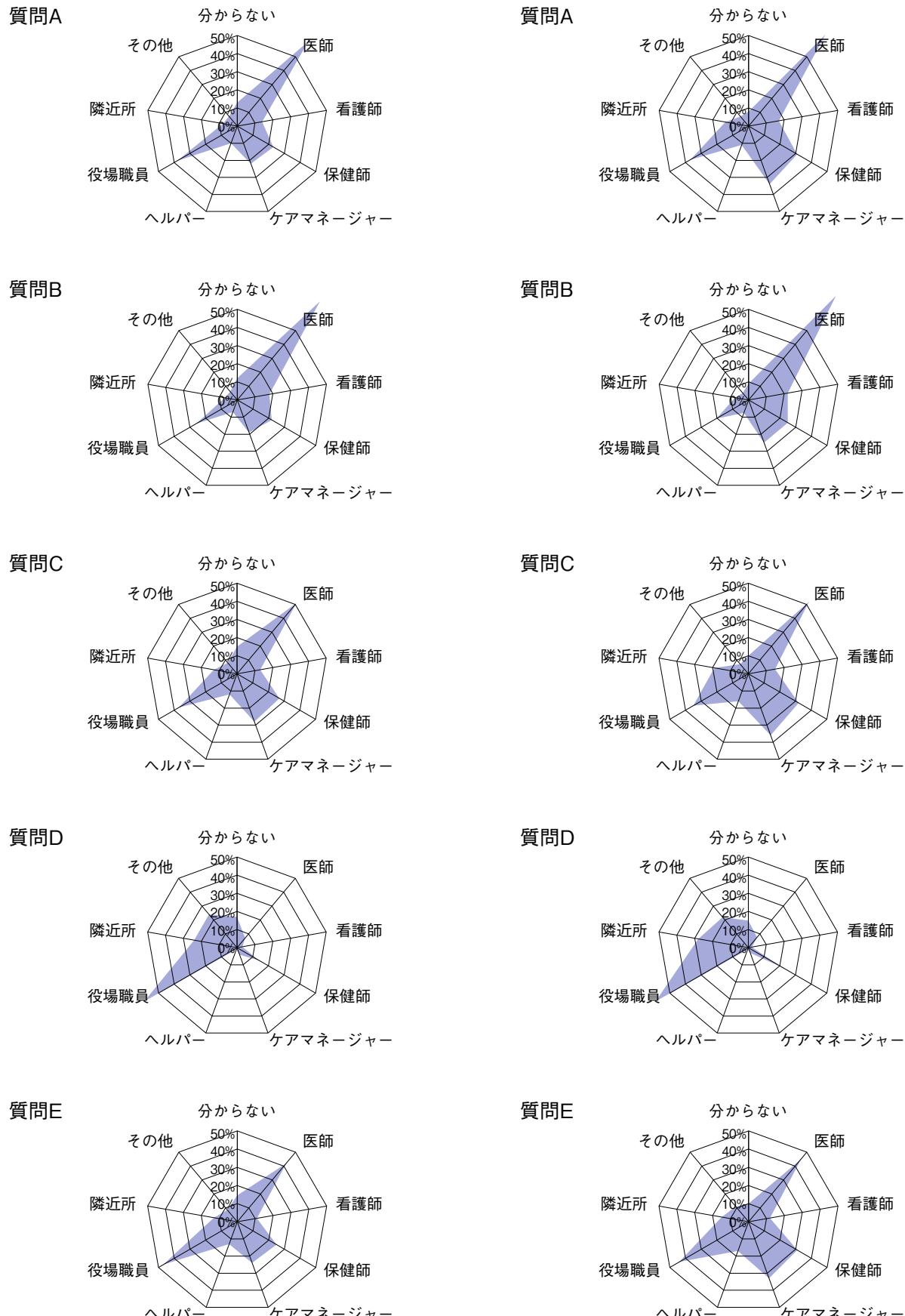
図II-1 レーダーチャート

表II-2 住民アンケート回答者の性別の基本的な情報

	全体 (n = 2,497)	男性 (n = 1,100)	女性 (n = 1,397)
	59.9 ± 15.2 歳 (20 - 102 歳)	59.9 ± 15.5 歳 (20 - 102 歳)	60.0 ± 15.0 歳 (20 - 97 歳)
年代			
20 - 39 歳	323 (12.9%)	155 (14.1%)	168 (12.0%)
40 - 64 歳	1,085 (43.5%)	453 (41.2%)	632 (45.2%)
65 - 74 歳	680 (27.2%)	314 (28.5%)	366 (26.2%)
75 歳以上	409 (16.4%)	178 (16.2%)	231 (16.5%)
職業			
保健・医療・福祉関係	186 (7.4%)	34 (3.1%)	152 (10.9%)
上記以外	2,311 (92.6%)	1,066 (96.9%)	1,245 (89.1%)
家庭状況			
入院患者・要介護者・障害認定されている家族がいる	641 (25.7%)	301 (27.4%)	340 (24.3%)
いない	1,856 (74.3%)	799 (72.6%)	1,057 (75.7%)

表II-3 住民アンケート回答者の年代別の基本的な情報

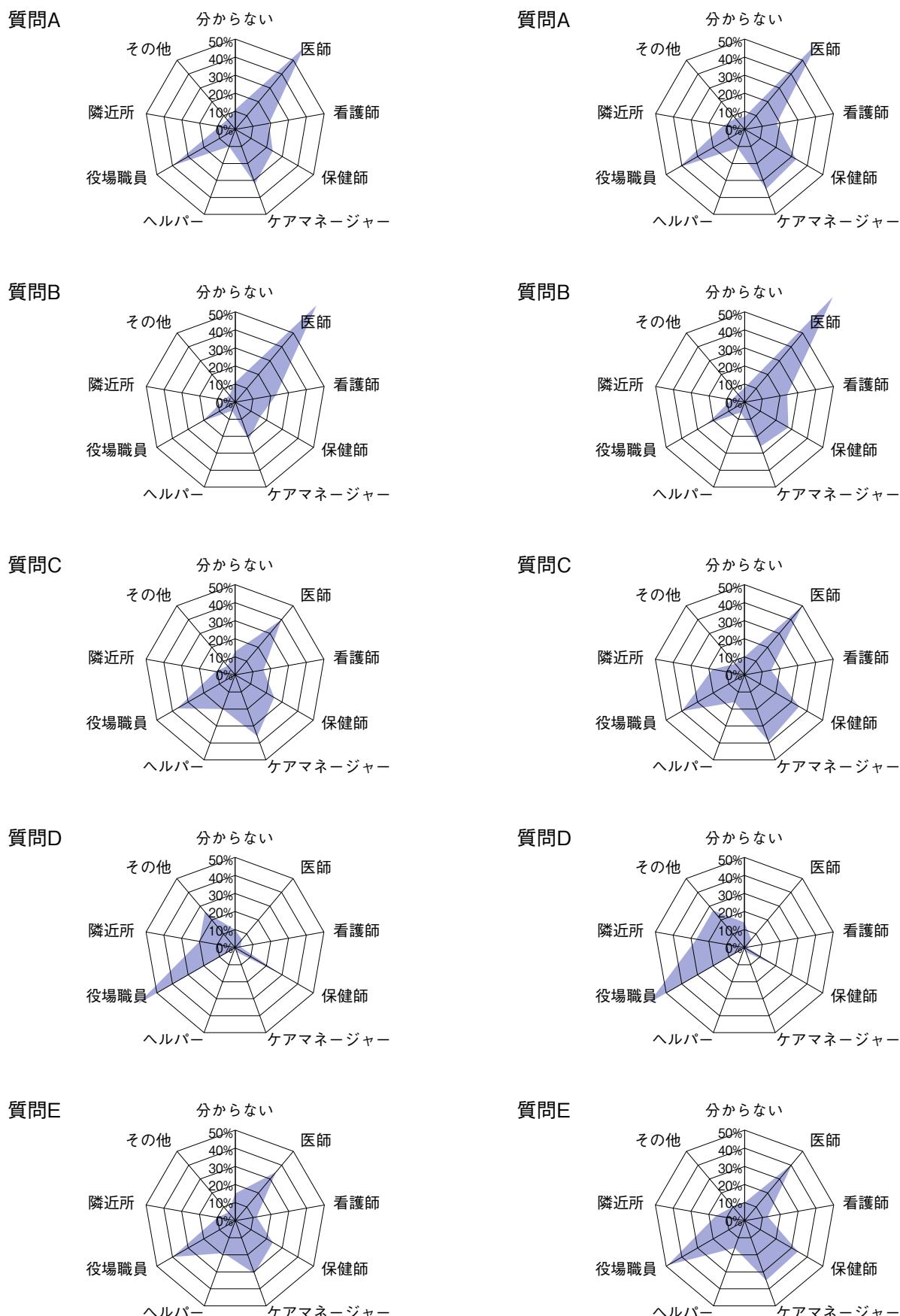
	平均年齢 (n = 323)	20 - 39 歳 (n = 323)	40 - 64 歳 (n = 1,085)	65 - 74 歳 (n = 680)	75 歳以上 (n = 409)
	性別	性別	性別	性別	性別
男性	155 (48.0%)	453 (41.8%)	314 (46.2%)	178 (43.5%)	
女性	168 (52.0%)	632 (58.2%)	366 (53.8%)	231 (56.5%)	
職業					
保健・医療・福祉関係	64 (19.8%)	112 (10.3%)	8 (1.2%)	2 (0.5%)	
上記以外	259 (80.2%)	973 (89.7%)	672 (98.8%)	407 (99.5%)	
家庭状況					
入院患者・要介護者・障害認定されている家族がいる	68 (21.1%)	309 (28.5%)	161 (23.7%)	103 (25.2%)	
いない	255 (78.9%)	776 (71.5%)	519 (76.3%)	306 (74.8%)	



図II-2 男性の回答結果

質問A：脳梗塞 質問B：大腿骨頸部骨折 質問C：認知症 質問D：虐待 質問E：介護者の疾病

図II-3 女性の回答結果



図II-4 年代別の回答結果(20-39歳)

質問A：脳梗塞 質問B：大腿骨頸部骨折 質問C：認知症 質問D：虐待 質問E：介護者の疾病

図II-5 年代別の回答結果(40-64歳)

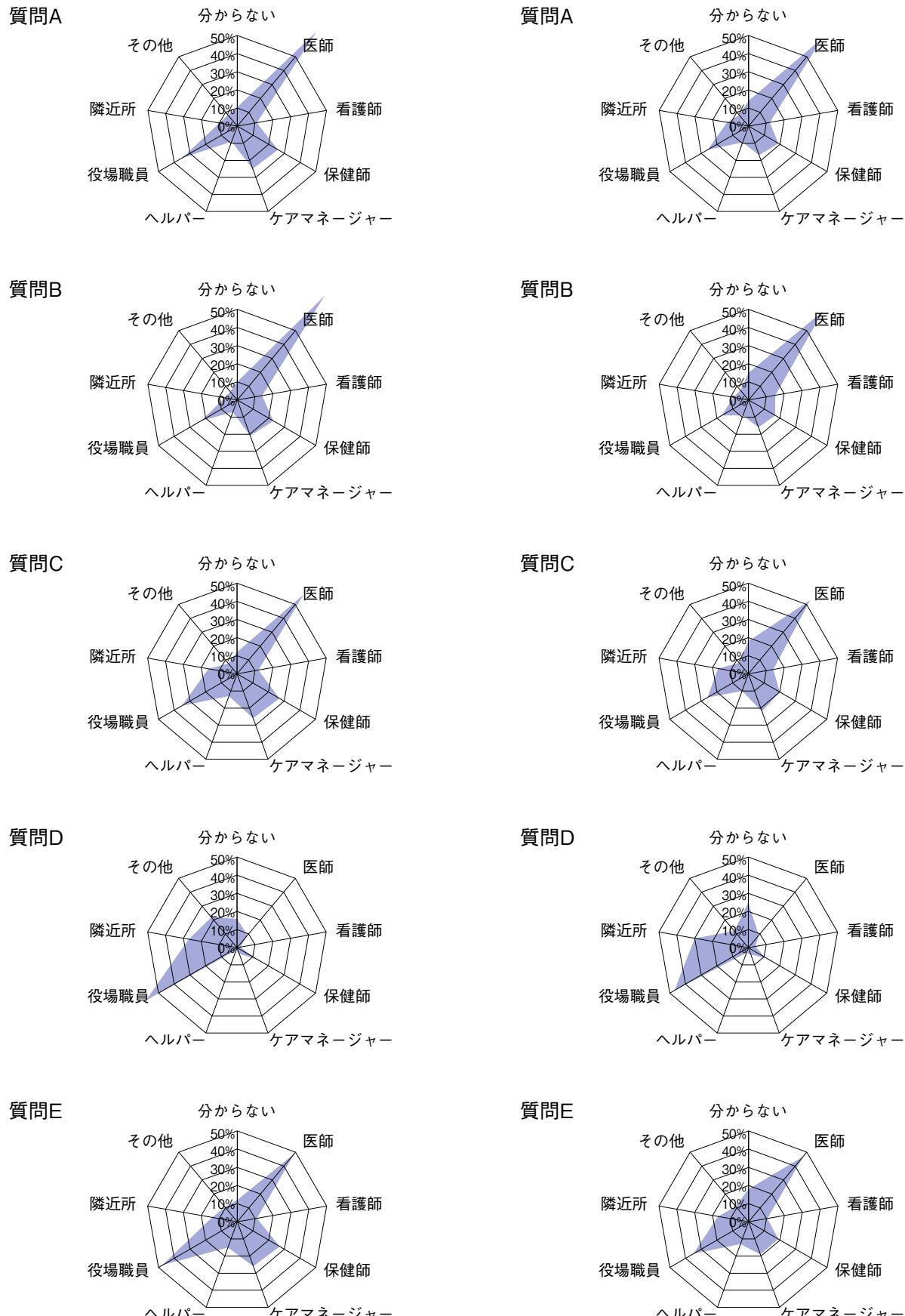


図 II-6 年代別の回答結果(65-74歳)

質問 A：脳梗塞 質問 B：大腿骨頸部骨折 質問 C：認知症 質問 D：虐待 質問 E：介護者の疾病

図 II-7 年代別の回答結果(75歳以上)

表Ⅱ-4 住民アンケート回答者の職業別的基本的な情報

平均年齢	保健・医療・福祉関係 (n = 186)	左記以外 (n = 2,311)
	46.0 ± 12.8 歳 (20 - 75 歳)	61.1 ± 14.8 歳 (20 - 102 歳)
性別		
男性	34 (18.3%)	1,066 (46.1%)
女性	152 (81.7%)	1,245 (53.9%)
年代		
20 - 39 歳	64 (34.4%)	259 (11.2%)
40 - 64 歳	112 (60.2%)	973 (42.1%)
65 - 74 歳	8 (4.3%)	672 (29.1%)
75 歳以上	2 (1.1%)	407 (17.6%)
家庭状況		
入院患者・要介護者・障害認定されている家族がいる	51 (27.4%)	590 (25.5%)
いない	135 (72.6%)	1,721 (74.5%)

③職業別の結果

表Ⅱ-4は、回答者を職業別に分けた結果である。職業を、保健・医療・介護・福祉関係と回答したグループとそれ以外の職業グループに分けた。保健・医療・介護・福祉関係者は女性が多く、若い年代ほど多くなっている。

図Ⅱ-8、9に職業別の回答結果を示す。それ以外の職業グループでは質問AからEに対し、これまでと同様の傾向である。保健・医療・介護・福祉関係グループでは、それ以外の職業グループと比較して、質問Dを含めてケアマネジャーや保健師をあげる割合が高くなっていた。

これは保健・医療・介護・福祉関係の人が、質問したような状況時におけるケアマネジャーや保健師の役割を十分に認識し、逆にそれ以外の職業の人にはまだ認識されていないことを示している可能性がある。また、保健・医療・介護・福祉関係者にとっての相談窓口の第一は医師だけでなくケアマネジャーや保健師が相談窓口として相応しく、それ以外の職業の人は医師を第一に考えていることから、実際のケースの対処においては、医師とケアマネジャーあるいは保健師との連携が必要であることを示していると考えられる。

④家族の状況別の結果

表Ⅱ-5は、回答者を家族の状況別に分けた結果

である。家族に入院している人や要介護者、障害認定を受けている人がいるグループといないグループに分けた。性別、年代別、職業別の割合に大きな違いはなかった。

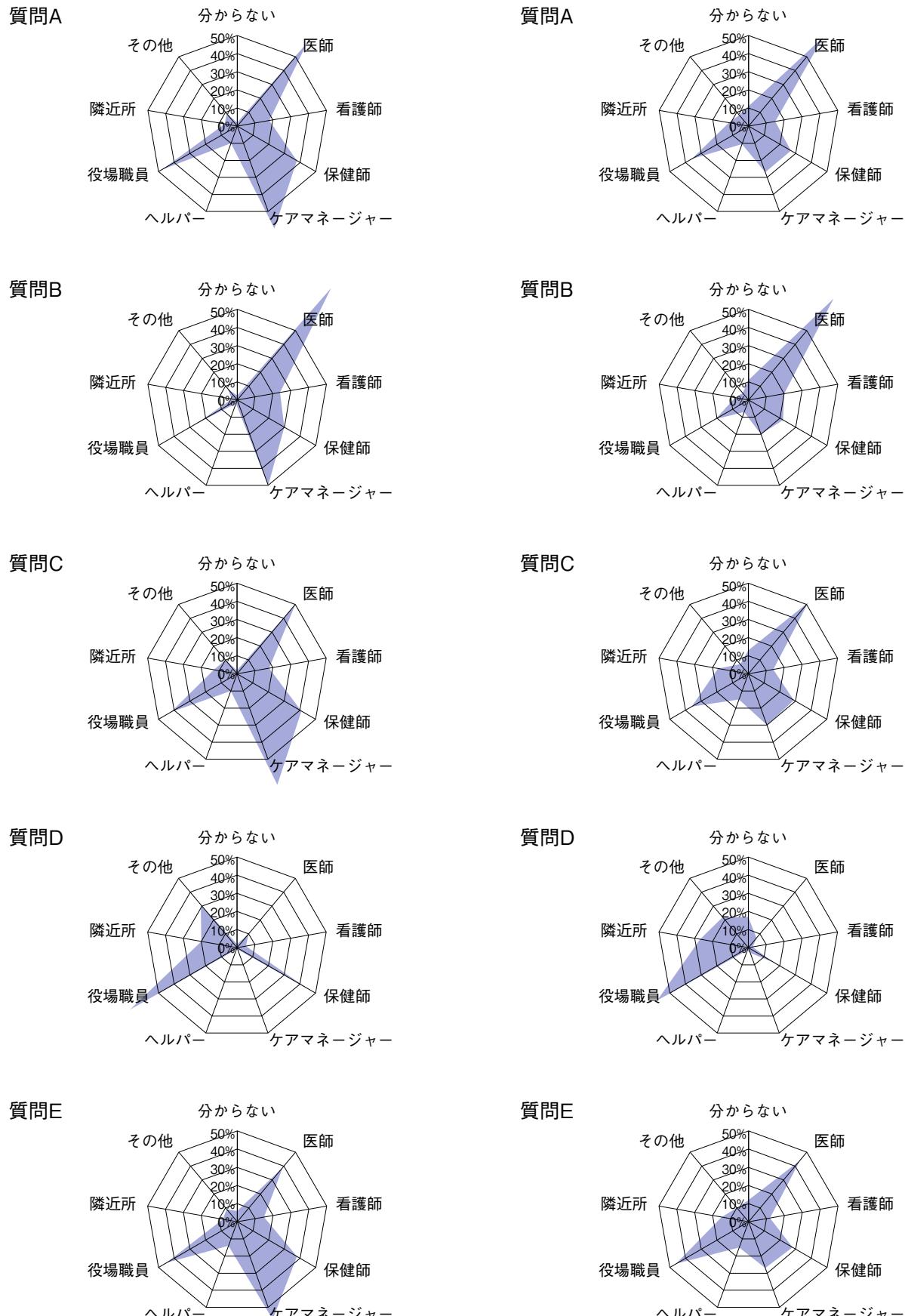
図Ⅱ-10、11にアンケートの家族の状況別回答結果を示す。質問AからEへの回答の傾向は、男女別の結果と同様であった。家族に入院患者や要介護者、障害者がいる場合は、いない場合と比較してケアマネジャーや保健師をあげる割合が高くなっていた。これは、実際に経験するとケアマネジャーや保健師の役割が認識できるようになることを示唆していると考えた。

⑤地域別の結果

表Ⅱ-6は、調査した地域別の回答者の結果である。回答者の基本的な情報は地域によってさまざまであった。また、連携のレベルに地域間で差があったとしても、質問AからEへの回答の全体の傾向は類似していた。

A市は合併前の町村ごとに調査を行っているため旧B村とその他の旧3町に分けて提示した。図Ⅱ-12～19にアンケートの地域別回答結果を示す。質問Dに対する回答では、旧B村を除き、役場職員をあげる回答が最も多かった。

旧B村ではそれに加え隣近所をあげた割合が他地域と比較して高くなっている点が特徴的であった。



図II-8 職業別の回答結果（保健・医療・福祉関係）

質問A：脳梗塞 質問B：大腿骨頸部骨折 質問C：認知症 質問D：虐待 質問E：介護者の疾病

図II-9 職業別の回答結果（保健・医療・福祉関係以外）

表Ⅱ-5 住民アンケート回答者の家庭状況別の基本的な情報

性別	入院患者・要介護者・障害認定されている家族	
	いる (n = 641)	いない (n = 1,856)
	平均年齢 60.6 ± 14.4 歳 (20 - 97 歳)	59.7 ± 15.4 歳 (20 - 102 歳)
年代		
男性	301 (47.0%)	799 (43.0%)
女性	340 (53.0%)	1,057 (57.0%)
職業		
保健・医療・福祉関係	51 (8.0%)	135 (7.3%)
上記以外	590 (92.0%)	1,721 (92.7%)

表Ⅱ-6 住民アンケート回答者の地域別の基本的な情報

性別	A市(旧B村) (n = 40)	A市(旧B村以外) (n = 128)	C町 (n = 245)	F市 (n = 585)	K町 (n = 956)	O市(旧P町) (n = 81)	Q町 (n = 248)	U町 (n = 214)
	73.8 ± 7.5 歳 (56 - 94 歳)	72.5 ± 7.7 歳 (52 - 87 歳)	62.7 ± 10.2 歳 (26 - 90 歳)	61.3 ± 14.1 歳 (21 - 102 歳)	55.8 ± 16.1 歳 (20 - 90 歳)	65.0 ± 12.6 歳 (37 - 93 歳)	60.5 ± 12.8 歳 (20 - 87 歳)	58.7 ± 18.5 歳 (22 - 97 歳)
年代								
男性	5 (12.5%)	34 (26.6%)	71 (29.0%)	273 (46.7%)	455 (47.6%)	44 (54.3%)	132 (53.2%)	86 (40.2%)
女性	35 (87.5%)	94 (73.4%)	174 (71.0%)	312 (53.3%)	501 (52.4%)	37 (45.7%)	116 (46.8%)	128 (59.8%)
職業								
保健・医療・福祉関係	0 (0.0%)	1 (0.8%)	27 (11.0%)	27 (4.6%)	59 (6.2%)	6 (7.4%)	32 (12.9%)	34 (15.9%)
上記以外	40 (100.0%)	127 (99.2%)	218 (89.0%)	558 (95.4%)	897 (93.8%)	75 (92.6%)	216 (87.1%)	180 (84.1%)
家庭状況								
入院患者・要介護者・障害認定されている家族がいる	16 (40.0%)	36 (28.1%)	56 (22.9%)	112 (19.1%)	239 (25.0%)	27 (33.3%)	68 (27.4%)	87 (40.7%)
いない	24 (60.0%)	92 (71.9%)	189 (77.1%)	473 (80.9%)	717 (75.0%)	54 (66.7%)	180 (72.6%)	127 (59.3%)

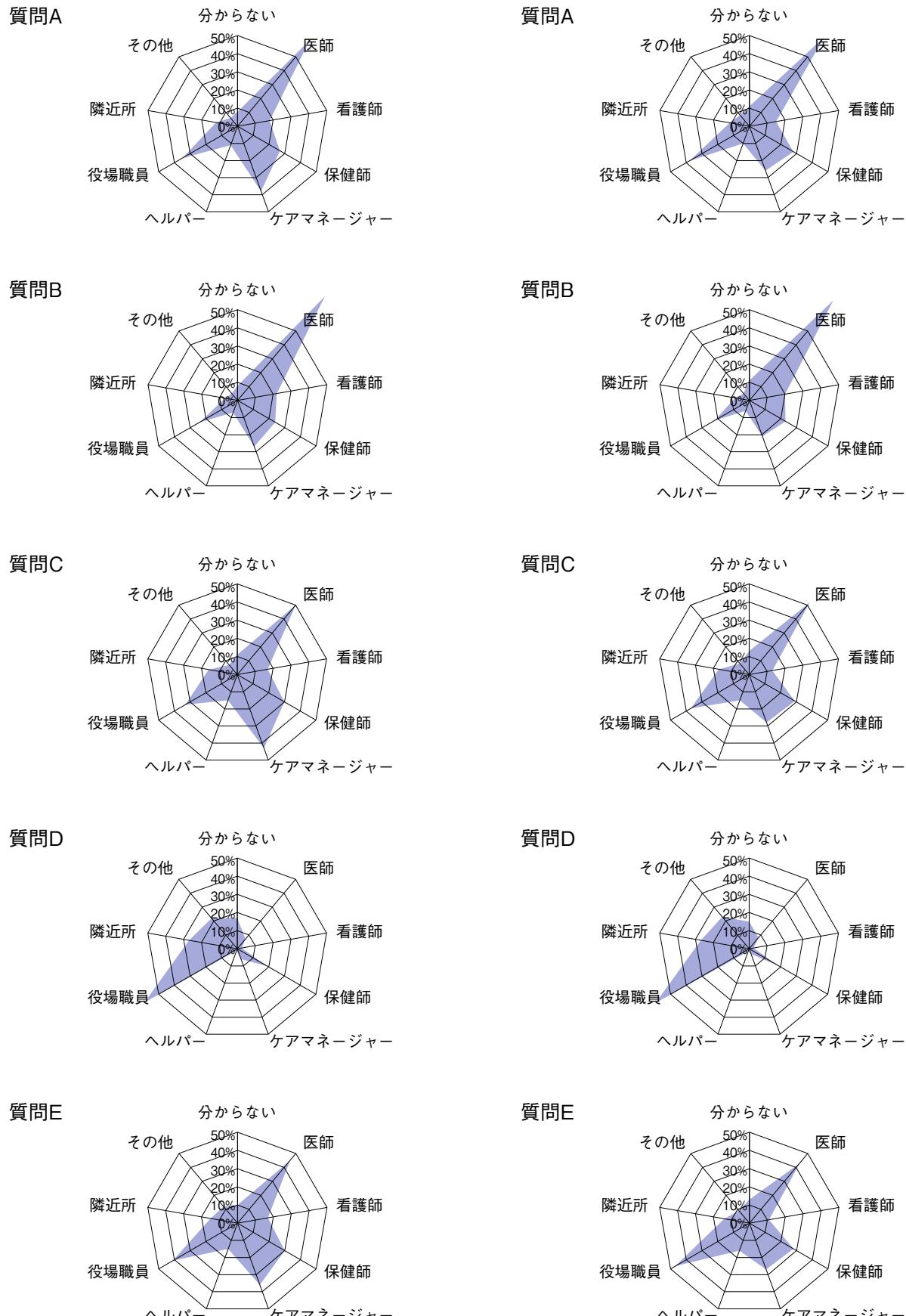
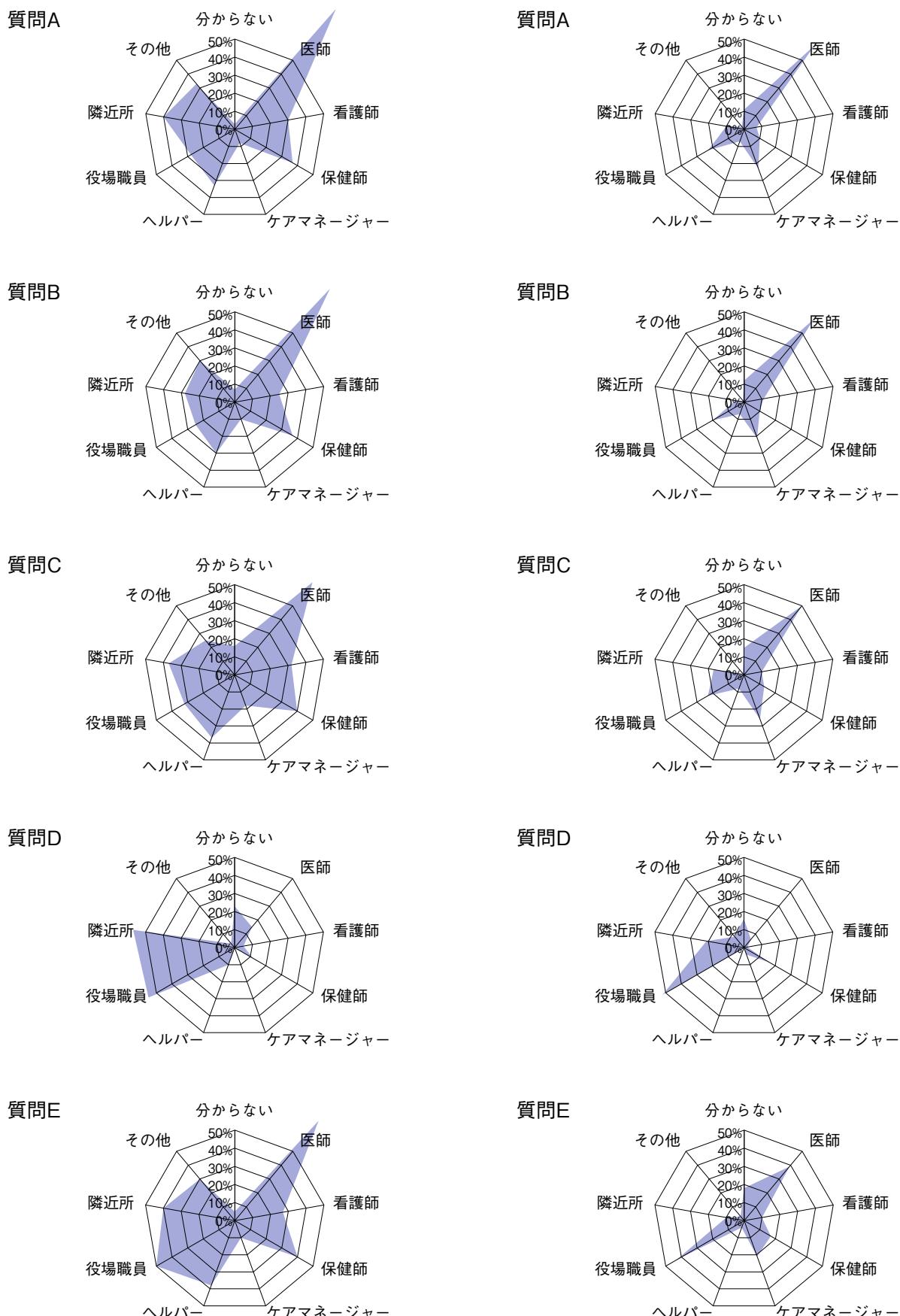


図 II-10 家族の状況別回答結果（入院患者・要介護者・障害認定がいる）

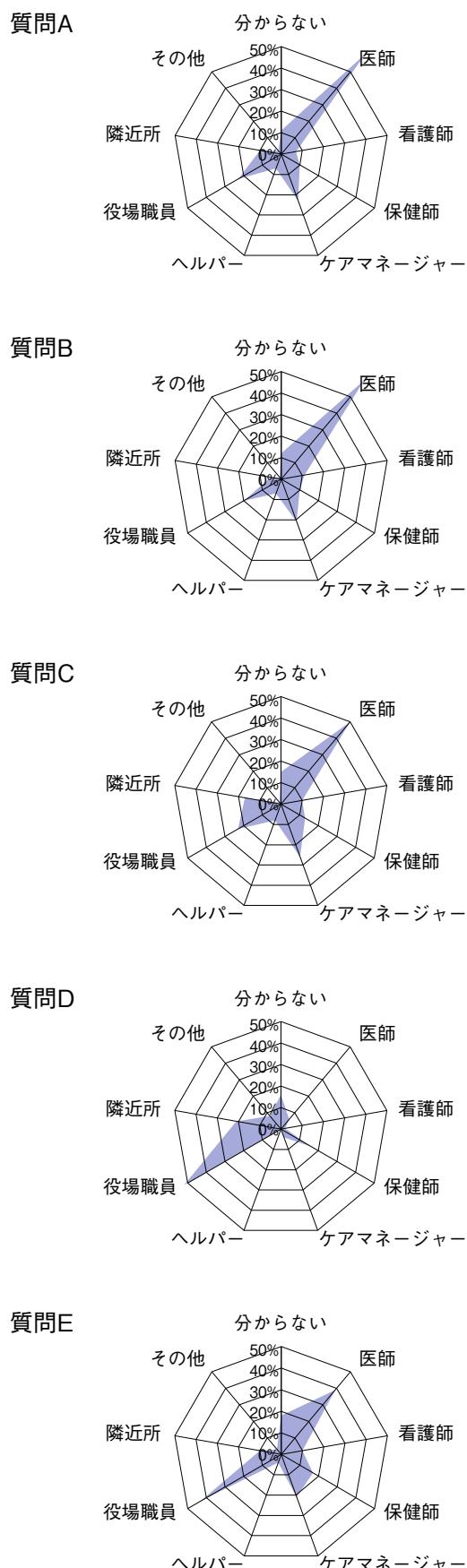
質問 A：脳梗塞 質問 B：大腿骨頸部骨折 質問 C：認知症 質問 D：虐待 質問 E：介護者の疾病

図 II-11 家族の状況別回答結果（入院患者・要介護者・障害認定がない）

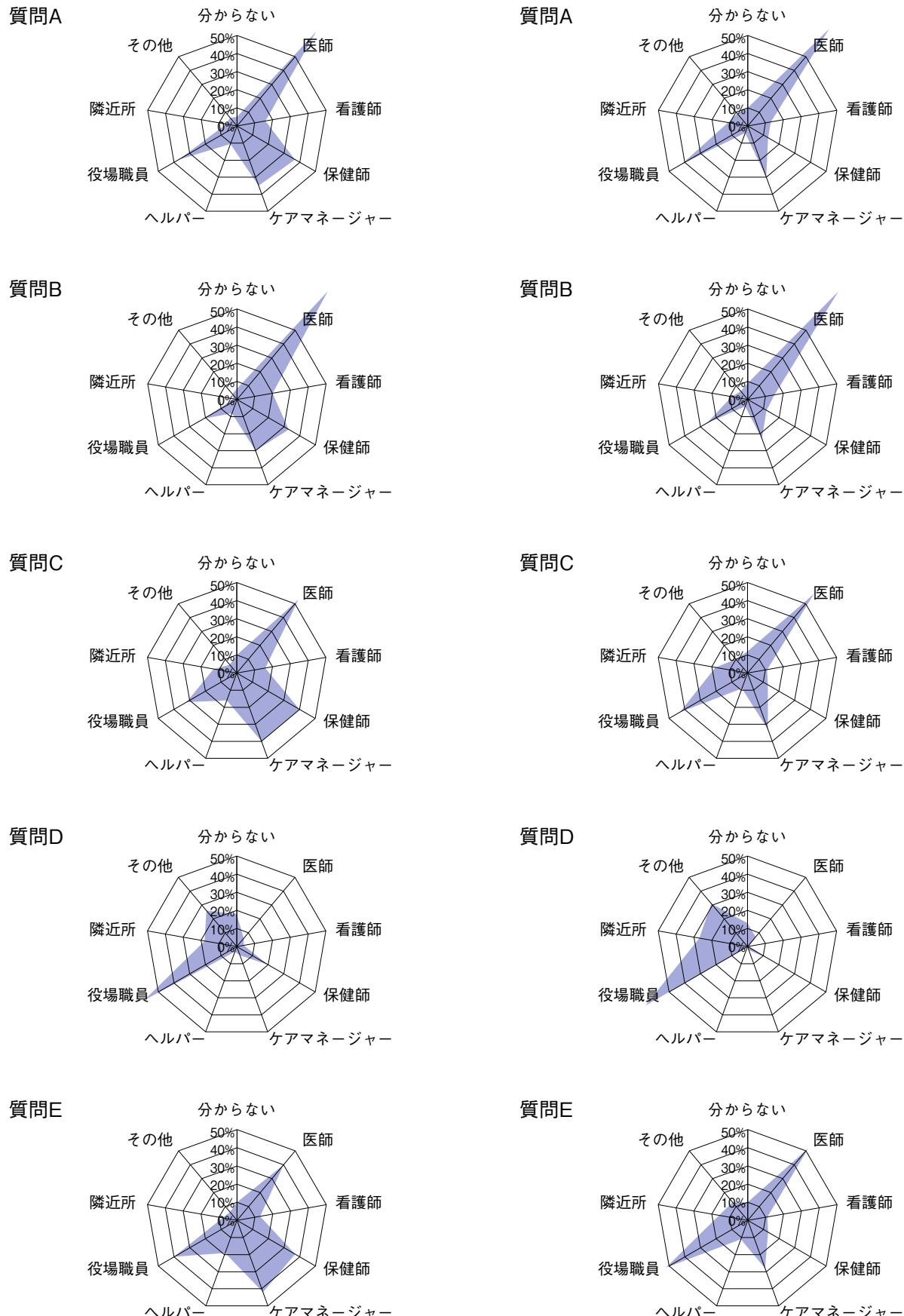


図II-12 調査地別の回答結果(A市(旧B村))

質問A：脳梗塞 質問B：大腿骨頸部骨折 質問C：認知症 質問D：虐待 質問E：介護者の疾病



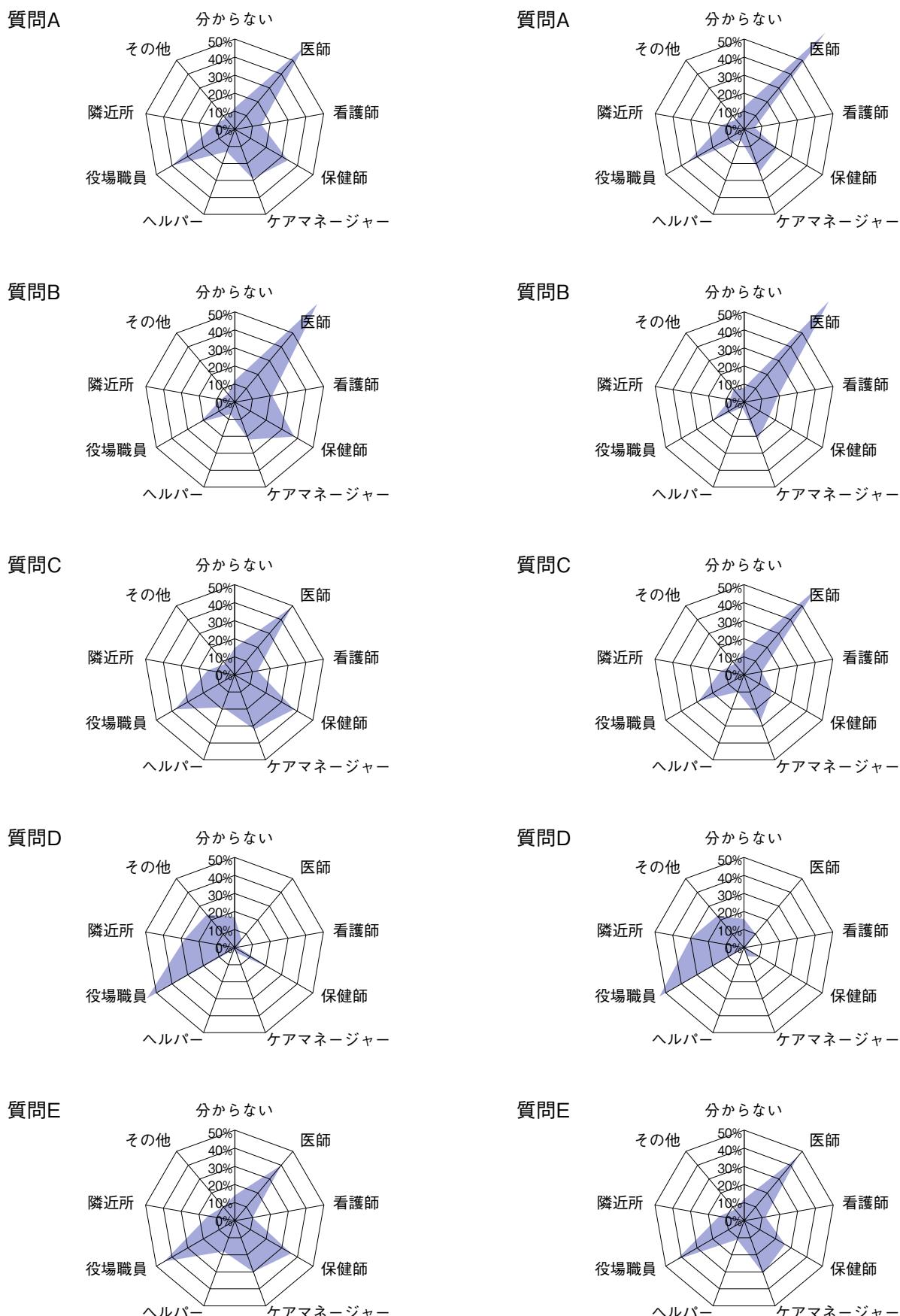
図II-13 調査地別の回答結果(A市(旧B村以外))



図II-14 調査地別の回答結果(C町)

質問A：脳梗塞 質問B：大腿骨頸部骨折 質問C：認知症 質問D：虐待 質問E：介護者の疾病

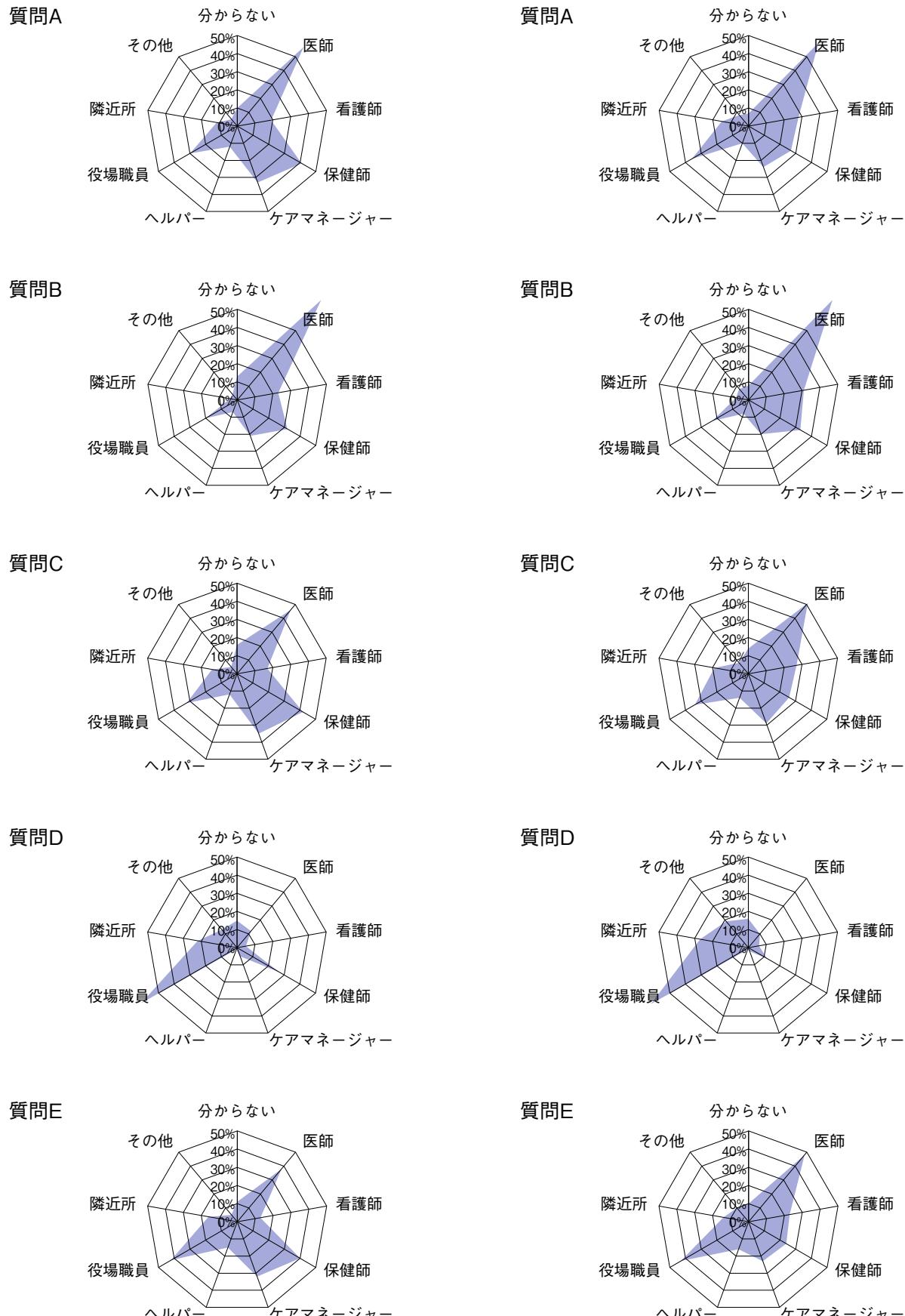
図II-15 調査地別の回答結果(F市)



図II-16 調査地別の回答結果(K町)

質問A：脳梗塞 質問B：大腿骨頸部骨折 質問C：認知症 質問D：虐待 質問E：介護者の疾病

図II-17 調査地別の回答結果(O市(旧P町))



他の質問への回答でも旧B村では隣近所をあげている割合が他地域より高くなっていた。旧B村は山間地域であり、地域の繋がりが強く、助け合いながら生活していることを示していると考えられる。また、旧B村では、ケアマネジャーより保健師を相談先としてあげる割合が高くなっていた点も他地域と異なる点である。これらには、合併してA市になった際に、ケアマネジャーが市の中心部に移動してしまい、同時にその担当地域が旧B村のみからA市全体になってしまったため、ケアマネジャーの役割が身近でなくなった特殊な事情と関連しているのかもしれない（前述の対面調査の項に記載）。

また、F市は、他地域よりも保健師を相談先としてあげる割合が低くなっていた。大都市圏では保健師の役割が身近に感じにくいと一般に言われることはあるが、F市は、今回のアンケート調査を実施した地域の中では人口11万人と最も規模が大きいので、この影響はあるのかもしれない。

2 理想像

本調査を通じて、保健・医療・介護・福祉の連携には、「連絡先が分かっている程度」から、「顔見知りの程度」、さらに「馴染みで、いつでも、何でも相談することのできる程度」まで、大きく分けて3つのレベル（段階）があるという考えに至った。すなわち、「連絡先が分かっている程度」の連携では、勉強会や講演会に出席して挨拶する程度である。「顔見知り」になると、何かの会議・委員会と一緒に仕事をする関係となる。「馴染み」になれば、ケースカンファレンスで、個別のケースを相談できるようになる。さらに連携が密になれば、何かの会やカンファレンスの時だけでなく、必要な時に情報を共有し、協働できるようになる。

理想的な連携のゴールは、個々人及び住民の健康、そして幸せを実現することである。これに適するのは、「馴染み」の関係であり、日常的に双方向的な情報交換を通じて、情報を共有しながら、全職種が役割を果たす関係である。また、個々人及び住民のための連携であることを考えれば、この理想的な連携は住民も認知しているような、開かれた連携でもある。

3 提言

連携に関わる要因を、「人」・「施設」・「場所」・「時間」・「モノ」と連携の「内容」という軸に分けて考える。

1) 「人」

「人」については、誰が連携に参加するのか、またどのような人が連携を担う人材なのかを考える必要がある。

町村レベルの自治体では保健・医療・介護・福祉の分野に関わる全員の参加が可能であり、これを実現している地域は、今回の調査でも実際にみられた。市のような大きな規模の自治体では、全員が一堂に会する機会を作ることは時に困難なようである。このような規模の連携においては、各分野の代表者が集まる機会を作ることが現実的である。しかし、さらに理想的な連携を目指すには、町村レベルのような全員参加の連携が重要であり、大規模地域では、例えば小中学校区のような小さな範囲に分割しての連携を提案したい。

そして、その地域を担当する人を、ある程度固定する必要もあると考える。「顔見知り」から「馴染み」の関係になるには、1年程度の時間は必要であることも今回調査した地域の一部で語られたことから、理想的な連携を維持していくためには少なくとも3～4年は担当者を固定するのが望ましい。しかし、今回の調査からは、担当者を固定することは、連携を促進する因子にも阻害する因子にもなっていることが分かった。交代の時期をずらす、引き継ぎを確実にするといった工夫が必要である。

連携を担う人材は重要である。連携の必要性を理解している人物は欠かせない。今回の調査でも、連携のきっかけは、連携の必要性を理解している人の働きかけによることが多いということが裏づけられた。これは、医師に限らない。逆に、連携を担う人物に連携の必要性への理解がないと、連携が中断してしまうことも語られた。高齢化が進み、核家族化や独居世帯の増加といった家族関係も変化した今日、問題の解決には多くの人や職種が関わる必要が

増している。多職種での連携の必要性を理解できる人物を、今後さらに教育していく必要がある。今回の調査では医師の考えが連携に影響するという結果も得られており、総合的な視座と対応ができる医療人の養成の必要性が、尚一層、提案される。

2) 「施設」

「施設」については、「人」と同様、関連するすべての施設が連携に参加することが望ましいと考える。今回の調査では多くの地域で、病院・診療所以外の施設はほとんど連携に参加していることが多かった。つまり、最も連携が難しいと考えられる施設は、医療機関である。地域に中心となる医療機関が1つの場合、例えば町村レベルの場合には、連携が促進されていた。仮に複数存在しても‘競合’する施設でない場合には連携が促進されうる。市のような大きい自治体になると、中心となる診療所も含めた医療機関が複数存在し、診療上、競合する場合も多くなると思われる。そこで、前述の「人」のところと同様に、小中学校区のようなある程度の範囲で連携を進めることを提案したい。この進め方では、対象となる医療機関数も減り、連携組織の単位が見えやすくなると予想される。

また、競合する医療機関でも施設ごとに特徴があると考えられるが、連携を通じてお互いの特徴を知ることができれば、役割分担ができるようになると考えられる。医療機関の連携は、地域にとって有益であることを医療人は認識すべきである。今回の調査の一部では、医療機関の連携を構築するためには、医師会の果たす役割が大きいことが語られた。医師会主導の医療機関連携の機会の提供なども、一層、求めたい。

3) 「場所」

「場所」については、地理的（物理的）な場所と、機会の提供の場という2つの意味が含まれる。今回の調査では連携を促進する因子として、地理的な距離の近さがあげられた。逆に市町村合併で連携職種間の距離が遠くなることは連携を阻害する因子としてあげられた。距離の問題を解決する手段としては、

保健・医療・介護・福祉を担う部署を1か所に集めて拠点化することは有効であるが、必ずしも1か所に集まつていなくても近い距離にあれば連携は促進されていた。可能な限り、物理的距離を縮めることは提案される。

また、集まる機会を提供する場も重要である。今回の調査では連携に「熱意のある」人物が連携の場を作ることが多かったが、「熱意のある」人物が必ずしもいるとは限らない。そのような地域で連携を深めていくためには、行政がこの役割を担うべきと提案したい。特に職種の異なる人が集まるには、それなりに理由が必要である。保健・医療・介護・福祉関係者のそれぞれの情報を束ねられる立場には行政が最もふさわしいのではないだろうか。

4) 「時間」

「時間」については、連携の頻度と連携の継続を考える必要がある。今回の調査では、連携の促進因子として、連携する場が定期的にあることが繰り返し語られており、連携を継続するには、連携する場の習慣化を提案したい。調査結果から、連携会議の頻度は毎週～2か月に1度程度とさまざまであった。「馴染み」の連携になると情報交換が隨時できるようになるが、それでも週1回程度は定期的な会があることが望ましいと考える。

一方で、調査を通じて、連携の機会の開催には医師の都合が優先されている印象を持った。医師は多忙とされ、気遣わながら連携が行われている。これは連携の阻害因子にもなっており、定期的に集まる時間にも工夫が必要である。連携の際の情報交換の量や内容にもよるため、地域ごとに適切な時間を設定する必要があるが、30～60分が適当な時間のようであった。さらに、時間帯にも配慮が必要である。さまざまな職種・人が関わることを考えつつ、可能であれば業務時間内に定期的な連携の場を設定することが望ましい。

5) 「モノ」

「モノ」は、保健・医療・介護・福祉の連携の場では、様々な情報の共有に貢献しなければならない。

「モノ」について、今回の調査では、連携を促進したツールとして、情報を書き込むシートを活用している地域がいくつかみられた。携帯電話の普及は、連携を促進する因子ともなっていた。医療機関同士の連携を図るツールとしては2006（平成18）年に診療報酬改定で導入された地域連携クリティカルパスがある。ただし、今回の調査では、書類に記入するのは却って連携を阻害する因子にもなっていたので、「モノ」として活用するにはその記載量には十分な配慮が必要である。地域単位で創意工夫して、その連携に見合った情報共有シートを作成していくことを勧めたい。

6) 連携の「内容」

最後に「内容」についてである。保健・医療・介護・福祉の連携自体には「内容」が伴わなければ、いずれ、その連携は衰退していく。今回の調査でも、「連携の機会」が‘連絡’の場になってしまふと、士気が低下して、ひいては連携そのものが難しくなるといったことが、一部では語られていた。連携を継続するモチベーションを維持するためには、連携に参加して良かったと思えるような場にしなければならない。例えば、連携が、ケースの抱える問題の「解決の場」になるようにすることが一つの重要な視点である。この解決には様々な視点が必要であり、全ての関係する人が参加して、知恵を絞る機運をつくっていくことが大切と考える。

7) 提言とまとめ

これまでにあげた考案や提言を、さらに視点を変えて提案し直したい。

（1）行政（国・地方自治体）への提言

①連携を担う人材の教育・育成、連携のきっかけづくり

行政には、人材育成はもとより、特に連携のきっかけづくりの場の提供を求めたい。医師会も同様な役割を持ちうる。連携の仕掛けについての工夫を、行政と医師会とでさらに協議することを提案したい。

②連携を推進する政策

国の政策が地域での連携構築の阻害とならないよう配慮する必要がある。個人情報保護法が連携を困難にしたケースや、合併が連携を希薄にしたケースへの次善の策は課題である。地域の実情に適した連携を構築することができるようするために、国が地域とさらに対話することを提案したい。

（2）教育機関への提言

①連携を担う人材の教育・育成

連携のきっかけや継続に必要な要因を踏まえた教育が必要である。

②連携を担う医師の教育

連携には特に医師の考え方や姿勢が大きく影響している。連携を推進できる医師を教育する必要がある。

（3）地域への提言

①関係者が集まる定期的な機会を作る

定期的に集まる機会を作ることを提案したい。機会を作るために、場所や時間などは検討すべきである。

②全てが集まる機会を作る

関わる全ての人が集まる機会を作る。住民参加ももちろん重要である。

③適切なエリアの設定

距離的な近さは連携の促進因子である。広範囲な地域なら、小中学校区程度の範囲での連携も提案される。



執筆者： 小松 憲一、三瀬 順一、小谷 和彦

調査地担当： ①②③⑥⑦⑧⑨：小松 憲一

⑩：三瀬 順一

④⑤：小谷 和彦



幅広いニーズに応えるための医療スタッフの育成

複数の慢性疾患を抱える高齢患者が増加し、急性期から慢性期への医療ニーズが大きくなっている。その一方で、医療技術の進歩により新たな治療薬や技術が開発され、呼応する形で医師の専門分化と医療に対するニーズも多様化している。これからの日本では、超高齢社会に対応した医療を提供できる人材育成と、多様なニーズに応える人材育成の二つが同時に求められることになる。医師を育成するには多額の費用と時間が必要であるため、医師一人ひとりの対応能力を高めるとともに、多様な職種が医師をサポートできるようにする必要がある。そのための取組として、二つの動きがある。一つは、総合診療医（仮称）の育成であり、もう一つは特定看護師の創設である。

総合診療医に期待されている役割は、多様な医療ニーズに対応するとともに、適切な医療機関へ患者を誘導することである。フリーアクセスが認められている日本では患者が大病院に集中し、医療機関の機能分化と連携が図られていないことは、長年指摘されてきた。患者からみれば、自分に必要な医療を見極めることは難しいので、医療設備が充実し、専門医に診てもらえる大病院に患者が集中するのはやむを得ない側面がある。しかし、個々の患者に必要となる医療を見極め案内してくれる医師がいれば、はじめから大病院を受診する患者を減らすことができる。また、地域に住んでいる患者に合わせて診療範囲を変化させ、一定の限界を見極めつつも幅広く対応できる医師がいれば、住民の安心を得られるだけでなく、専門的な医療に専念する医師も働きやすくなる。厚生労働省は、臨床研修を終えた医師を対象に、3年程度の特別な研修を課したうえで、多様な病気に対応できる「総合診療医（仮称）」を育成する制度の検討に入っている。総合診療医の必要性やあり方については、これまで様々な意見が出されており、これから議論が本格化する見込みである。

もう一つの特定看護師の創設は、看護師にも一定範囲で診療を認めることで、診療スタッフの裾野を広げることを狙いとしている。特定看護師がいることで、医師はより高度な専門知識を必要とする医療に専念できる。厚生労働省は、2012（平成24）年の通常国会での法改正を目指して、特定看護師の制度に向けて準備を進めている。アメリカでは、ナースプラクティショナーと呼ばれる特定の範囲において、医師と同じように診察し、薬の処方と投与が認められた看護師が育成されており、特定看護師の先例となる制度が海外では既に構築されている。



執筆者：古城 隆雄



III 地域医療に関する情報発信と効果的な啓発活動

1 地域医療に関する情報発信

1) 現状と課題

昨今、新聞やテレビ、ラジオだけでなく、インターネットなどを通じて様々な医療情報を得ることができる。そのなかでも医療に関する報道は多くの一般の人々に対して情報提供源となる。地域医療についても一般の人々が報道を通じて知る機会をもつが、その報道に偏りがある場合は地域医療に対して偏ったイメージを持つことにつながる可能性がある。地域医療に関する医療報道がどのような意図をもって作成されているのかを明らかにすることで、地域医療に関する情報を発信する立場の考え方を知ることができます。ここでは、医療報道のなかでも特に新聞報道に焦点をあて、「地域医療」という言葉を見出しに用いた新聞記事を分析して、新聞記事にみる「地域医療」という言葉の使われ方を明らかにする。新聞以外にもテレビ、ラジオといったメディアからの報道も多く的一般の人々に医療情報を提供しているが、これらのメディアでは発信された情報の多くが文字として保存されることから今回の分析の対象とはしなかった。

「新聞記事代行検索サービス」（株）日本能率協会総合研究所マーケティング・データ・バンク運営の「ELデータベース」を利用して新聞記事を検索した。このデータベースは2010（平成22）年1月現在、著作権の許諾が得られた新聞96紙・雑誌150紙以上を収集しており、紙面と同じ体裁で引き出しが可能である。新聞96紙の内訳は一般紙10、専門紙

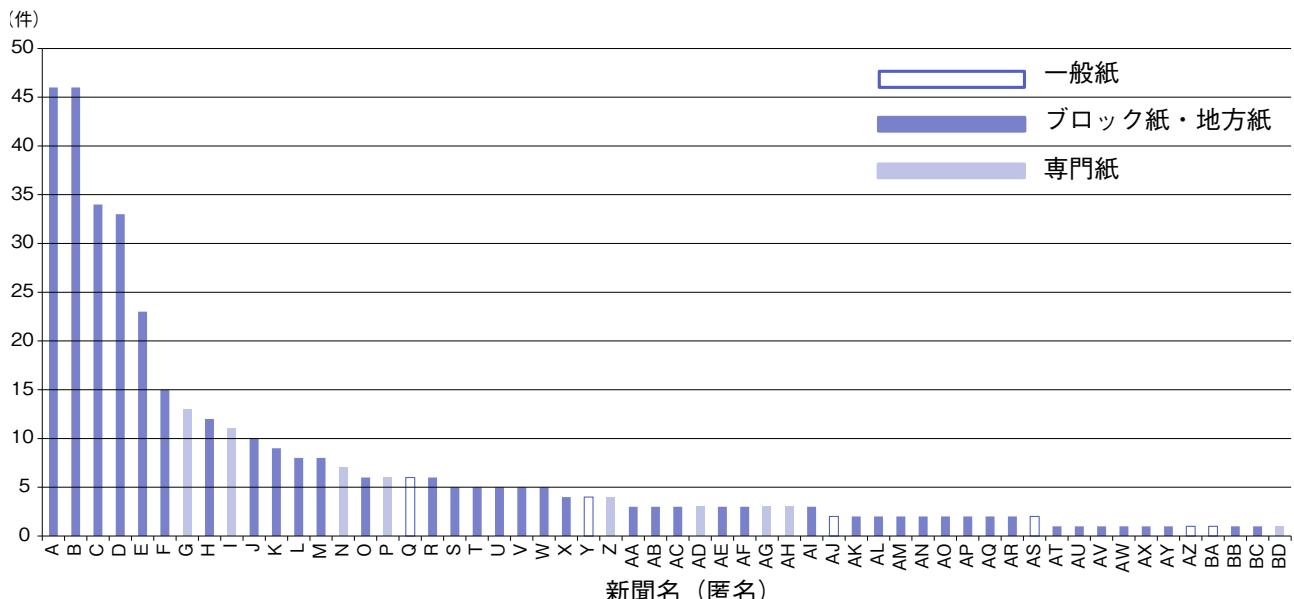
33、ブロック紙・地方紙48、スポーツ紙3、夕刊紙2である。このデータベースの良さは、96紙という多数の新聞を扱っているため、検索した記事の視点が偏らない点にあると思われる。

見出しに「地域医療」という語がある新聞記事の検索依頼をし、見出しと本文の提供を得た。季節の偏りをできるだけ排除するために、2009（平成21）年3月、6月、9月、12月、2010（平成22）年3月、6～7月の7ヶ月分の記事を検索対象とした。見出しがあっても本文の閲覧が禁止されている記事と雑誌に掲載された記事は除外した。

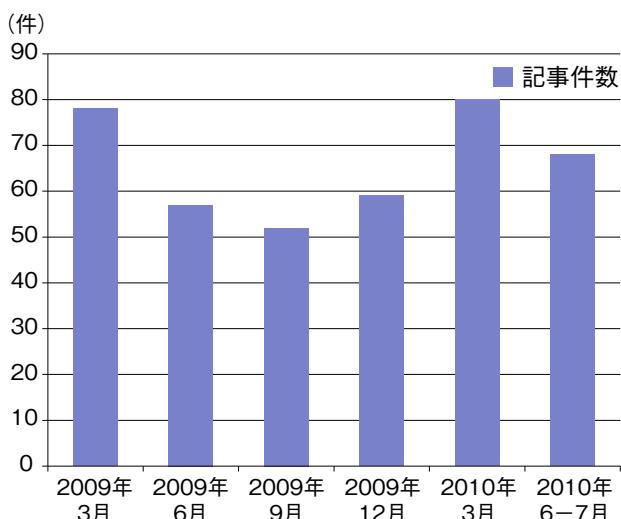
提供された新聞記事の内容に基づき、記事の対象は誰か、記事ではどのような意図で地域医療という言葉が使われたのか（言葉の定義）、またその記事では地域医療を好意的に捉えているか否かについてカテゴリ分けした。「地域医療」の定義については、上位カテゴリとともに下位のカテゴリとして特定地域の区分（国、都道府県、市町村など）と診療区分（全科、産科、小児科など）を設けた。カテゴリの妥当性は実際に地域医療を担当する医師（小松、神田、原田、阿江）によって検証された。記事をカテゴリ別に分ける作業は上原がおこない、分類が困難だった記事について実際に地域医療を担当する医師（上記）の意見をもとに分類をし直した。

（1）地域医療の定義の多様性

1. 検索した新聞記事が掲載されていた新聞の特性
96紙のうち、57紙（59%）に「地域医療」とい



図III-1 新聞名別の記事件数：2009年3月、6月、9月、12月、2010年3月、6-7月の合計



図III-2 月別の新聞記事件数

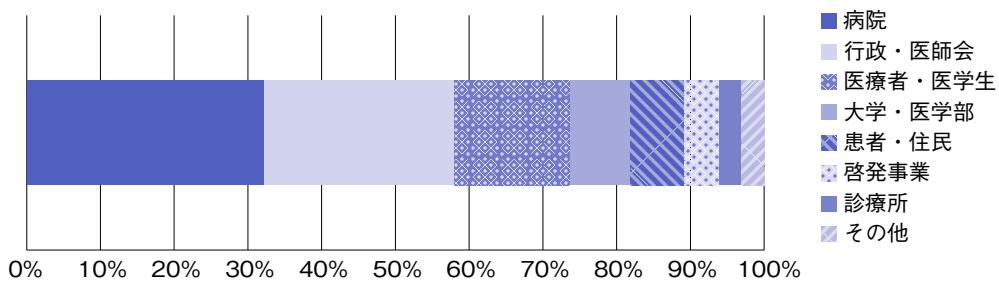
う見出し記事が対象期間中に掲載されていた。内訳は、一般紙6/10（60%）、専門紙9/33（27%）、ブロック紙・地方紙42/48（88%）、スポーツ紙0/3（0%）、夕刊紙0/2（0%）であった。上記57紙の記事397件のうち、5件は原文閲覧不可であり1件は非該当（「地域・医療」という見出し）だったため、この6件を除いた391件を分析対象とした。新聞名別の記事件数を観察すると、観察期間中に「地域医療」という言葉が見出しに入った記事数は46件が最多で、ブロック紙・地方紙の2紙が該当した。上位6紙（6番目の記事数は15件）までブロック紙・地方紙が占めた（図III-1）。これらのブロック紙・地方紙

では「地域医療」という言葉を見出しに用いた連載記事を掲載していることが多かった。一般紙のうちで最も多い件数は6件にすぎなかった。また、季節別の記事数を図III-2に示した。2009(平成21)年、2010(平成22)年ともに3月に「地域医療」という見出しの記事が多い傾向だった。

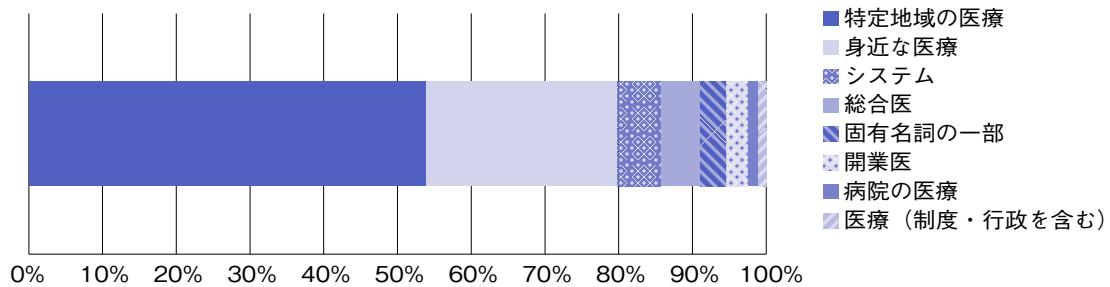
(2) 新聞記事の対象(誰を対象に書かれた記事か)

記事の対象を8つのカテゴリーに分類した(図III-3)。

- ① 病院（126件）：特定の病院を対象とした記事
 - ② 行政・医師会（101件）：国、都道府県、市町村という行政が対象の場合、あるいは医師会が対象の記事
 - ③ 医療者・医学生（61件）：病院や診療所に勤務する医師などの医療関係者が対象の記事、あるいは医学生を対象とした記事
 - ④ 大学・医学部（32件）：医科大学や大学医学部を対象とした記事
 - ⑤ 患者・住民（29件）：一人あるいは複数の患者を対象とした記事、あるいはある地域の住民を対象とした記事
 - ⑥ 啓発事業（18件）：フォーラムや講演会などの啓発事業を対象とした記事
 - ⑦ 診療所（12件）：診療所を対象とした記事



図III-3 「地域医療」という言葉が見出しにある新聞記事：対象のカテゴリーとその頻度



図III-4 「地域医療」という言葉が見出しにある新聞記事：定義のカテゴリーとその頻度

⑧ その他(12件)：上記7区分に含まれない場合。

例えば、システム構築業者、企業、臨床検査センターなどが該当した。

上記のように分類した結果、新聞記事の対象として「病院」と「行政・医師会」の2つで60%を占めた。「医療者・医学生」は15%程度だった。

(3) 新聞記事における「地域医療」という言葉の定義

「地域医療」という言葉の定義を8カテゴリーに分類した（図III-4）。

① 特定地域の医療（211件）：都道府県や市町村、あるいはある病院を受診する患者が住むエリアといった、地理的に区切りをつけることができる範囲があり、その範囲内で行われる医療を指す。

さらに、記事によっては下位のカテゴリーとして、どのような特定地域であるかの区分と診療区分でも分類ができた。

- ・特定地域の区分（計195件の記事）
 - ・都道府県（95件）
 - ・市区町村（42件）
 - ・病院（32件）

- ・へき地、島しょ（14件）
- ・地方、二次医療圏（10件）
- ・国（1件）
- ・医師会（1件）
- ・診療区分（計53件の記事）
 - ・救急（31件）
 - ・全科、不特定診療科（9件）
 - ・小児・周産期（5件）
 - ・がん（3件）
 - ・脳神経外科（3件）
 - ・総合内科（1件）
 - ・糖尿病（1件）

② 身近な医療（101件）：大学病院や専門病院で行われる医療ではなく、どんな健康問題でも受診しやすい医療を指す。

③ システム（23件）：電子カルテなど医療を構築するための仕組みを指す。医師確保もこのカテゴリーに加えた。

④ 総合医（21件）：『地域医療テキスト（自治医科大学監修、医学書院、2009年）』で用いられている「地域住民の要望に応え、さまざまな業務に対応できる医師」という定義をあてはめた。

⑤ 固有名詞の一部（14件）：「地域医療センター」など、建築物の名称の一部に使われている場合と定義した。

⑥ 開業医（11件）：開業医の医療とともに、診療報酬もこのカテゴリーに加えた。

⑦ 病院の医療（6件）：厚生連や日本赤十字などの特定の病院を指す。

⑧ 医療（制度、行政を含む）（4件）：医療制度や法令など医療全般を指す。

上記のように分類した結果は、「特定地域の医療」が半数であり、「身近な医療」と合わせて80%になった。「総合医」は5%程度だった。「特定地域の医療」の45%は都道府県、20%は市区町村を地理的な範囲として想定していた。また、「特定地域の医療」に関して医療の内容に言及している記事が25%（53件）あった。そのうち救急医療に焦点をあてた記事が多く、全科・不特定診療科、小児・周産期に焦点を当てた記事が続いた。

見出しに「地域医療」という言葉のある新聞記事の対象と言葉の定義との関連をみると、対象の約60%である「病院」と「行政・医師会」のうち、60%程度は「特定地域の医療」について書かれていた。これらの記事では、病院や行政・医師会を対象とした特定地域の医療を「地域医療」という言葉で表現していた。

いわゆる「総合医」を定義にして書かれた記事は「医療者・医学生」を対象とした記事の25%程度だった。

（4）定義された「地域医療」を好意的にとらえているか否か

「地域医療は不要である」といったような明らかな否定はしていないという記事が391件中336件（86%）あり、判断できない記事が53件（14%）あった。現状の医療システムや診療報酬制度を「地域医療」と定義して、それらに異を唱えた記事が2件あった。

「地域医療」という語が見出しに含まれた新聞記事は、ブロック紙・地方紙の88%に掲載されてい

たが、その一方で全国に読者をもつ一般紙では60%に掲載されているにすぎなかった。このことは、記事が「病院」と「行政・医師会」を対象にする場合が多く、かつ「地域医療」という言葉を「特定地域の医療」と定義していることが多いことと関連しているだろう。対象期間に掲載された記事の多くは、全国に普遍性をもった内容を伝えようとしているのではなく、都道府県や市区町村、あるいは特定の病院を訪れる患者の居住地区といった限定されたエリアで行われる医療に焦点を当てていたのである。「地域医療」という言葉が「身近な医療」と定義できる記事には、大学病院や専門病院といった専門医志向とは対極にある「かかりつけ医」を取り上げた記事もあれば、医療だけでなく保健・介護・福祉を包括した「かかりやすさ」を訴える記事もあった。「地域住民の要望に応え、さまざまな業務に対応できる医師」を「総合医」と定義した場合、「総合医」という意味で「地域医療」を用いた記事は決して多くはなかった。「医療者・医学生」を対象にした記事でも、約25%が「総合医」という定義にあてはめることのできる記事であった。これらは、へき地などの診療所で地域住民とともに住民の生活も含めて全人的に診ている一人の医師に焦点を当てている場合が多く、自治医科大学卒業医師が対象になっている記事が多く見られた。多くの記事が焦点を当てていた、限定されたエリアでの医療がどのようにおこなわれるべきかという点では様々な主張があった。ここには「総合医」という視点より、「限定されたエリアであっても、入院を含めた総合病院的な医療を求みたい」という主張が多くあったように感じられる。また、85%程度の記事は「地域医療」という言葉に明らかに否定的な意味を込めてはいないものの、「現状で満足」といった主旨の記事は皆無であった。「地域医療の必要性を示しつつも、現状では満足できるものではない」といった論調が多い印象であった。

2) 情報発信の必要性

新聞報道においては、「地域医療」という言葉の定義が様々であり、画一的には使われていないということが明らかになった。このことから、「地域医療」

を実践し、「地域医療」を教育・研究している医療者にとっては、その言葉の意味が多岐にわたっていることを知るべきである。「地域医療」という言葉が「特定地域の医療」であったり、「身近な医療」であったり、あるいは「総合医」であったりというように、使い手が何を意図して用いるのかを明確にすることで、受け手もその意を正しく理解できるようになる。受け手が医療者ではなく一般住民である場合は、なおさらその意味を明確に伝える必要がある。しかしながら、フォーラムなどで一般住民が「地域医療」を議論するような場合は、「地域医療」という言葉の定義を主催者が一方的に押し付けるのではなく、議論する人々自らが「地域医療」という言葉に意味づけをすればよいのであって、住民の視点で医療を議論するとき、何をもって「地域医療」とするのか、この答えを出す作業が、住民自ら積極的に医療を支えていく仕組みづくりのスタートになると考える。

3) 提言：発信者の意図と言葉の意味の共有

新聞記事では「地域医療」という言葉が様々な使われ方をしている。新聞記事の検討から推測できることは、一般住民、医療者、メディア関係者など立場の異なる人々が、異なる意図をもって「地域医療」という言葉を使っている可能性が高いことである。「地域医療」という言葉を発信する際には、一般住民、医療者、メディア関係者など発信者の意図を明確にすべきである。さらには「安心して暮らせる医療づくり」を目指すために、それに関わる人々が「地域医療」という言葉の意味を主体的に共有することが重要である。



執筆者： 上原 里程
執筆協力者：小松 憲一、神田 健史
原田 昌範（山口県立病院機構
県立総合医療センター）
阿江 竜介（兵庫県公立浜坂病院）



2 効果的な地域医療に関する啓発活動

1) 現状と課題

医療報道に関する調査から、「地域医療」という言葉が非常に多様な使われ方をしている現状が浮かび上がった。これを「地域医療」という言葉の定義の曖昧さと捉えた場合、その曖昧さは、地域医療に関する課題について議論する際の障害となりかねない。そのため、地域医療に関する共通認識をつくる啓発活動は重要であると言えるかもしれない。

啓発とは「気のつかないところ、足りないところを教え、導くこと」（三省堂国語辞典第四版）と言われる。医療について考えた場合、一般住民や患者を対象に、専門家が医学的知識を伝えることは、啓発のための一つの方法である。特に癌や認知症など特定の疾患に関する啓発活動は、一般的にこのような方法で行われてきた。それらと同じように「地域医療の啓発活動」について考えると、その方法は、「地域医療についての知識を専門家が一般住民に伝えること」となる。

しかし、医師不足、診療科の偏在、病院経営難など地域医療の崩壊が懸念される昨今、地域医療を守り、支えることを目的として行われる啓発活動には、「知識の伝達」ではなく、「病院のかかり方」や、「地域の病院のあり方」、「地域医療に果たす住民の役割」などについての「意識の変化」を促す活動も見られるようになってきた。一方向性の情報伝達を用いることが多かった従来の啓発活動とは異なり、これらの啓発活動は、グループワークなど双向性の情報伝達手法を多く取り入れているのも特徴的である。

本項では始めに「地域医療の啓発活動」の実態を明らかにし、次に、その効果について検証し、最後に、「安心して暮らせる医療づくり」に資する啓発活動についての提言を行いたい。

(1) 全国の啓発活動

調べ得た限りで、啓発活動の実態調査は存在しなかつた。そのため新たに以下に示すような全国を対象とした啓発活動の実態調査を行った。

①方法

一次調査

- ・対象：全1,778自治体（2010（平成22）年2月1日現在）
- ・方法：往復葉書によるアンケート調査
- ・内容：
- a.自治体が主催、共催、後援した「地域医療に関する啓発活動」の有無（予定を含む）
- b.自治体内の医師会等が主催した「地域医療に関する啓発活動」の有無（予定を含む）

二次調査

- ・対象：一次調査でいずれかの啓発活動の実績もしくは予定ありと回答した379自治体と全47都道府県
- ・方法：郵送によるアンケート調査
- ・内容：
- a.「啓発活動の実施状況」年度ごとの啓発活動数
- b.「啓発活動の詳細」各啓発活動の、名称、開催日時、対象、参加者数、主催、後援、住民団体との協働の有無、テーマ、方法、評価・フォローアップの有無

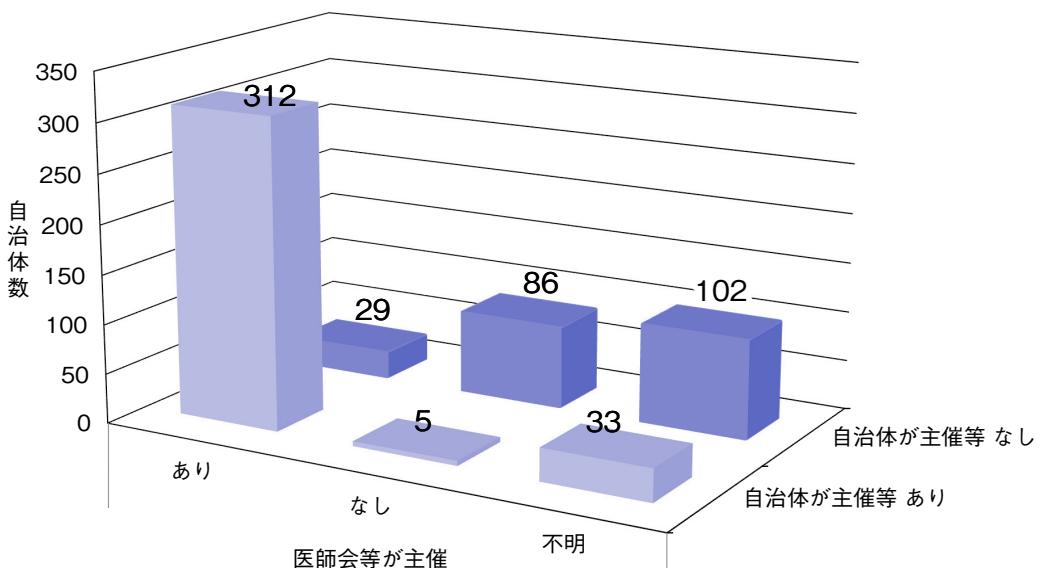
なお、どちらの調査も、「地域医療に関する啓発活動」の実態把握と同時に、「安心して暮らせる医療づくり」に効果的な啓発活動の抽出を目的としていたため、「地域医療に関する啓発活動」を、「地域医療に関する認識・理解を深めるために行う活動全般」とだけ定義し、具体的な対象、方法等は特定せず、また、「地域医療」の定義についても実施者の判断に委ねた。

②結果と考察

一次調査

全1,778自治体のうち567自治体から回答があり、回収率は31.9%であった。

回答結果を図III-5に示す。a.自治体が主催、共催、後援する「地域医療に関する啓発活動」について、過去の取組み実績もしくは今後の予定を「あり」と回答した自治体は350自治体で全回答のうち61.7%を占めた。b.自治体内の医師会等が主催する「地域医療に関する啓発活動」について、過去の取



図III－5 一次調査の結果(回収率 567/1778=31.9%)

組み実績もしくは今後の予定を「あり」と回答した自治体は341自治体で全回答のうち60.1%を占めた。a、bいずれかの問い合わせに、一方だけでも「あり」と回答した自治体は379自治体で全回答のうち66.8%、全自治体のうち21.3%を占めた。

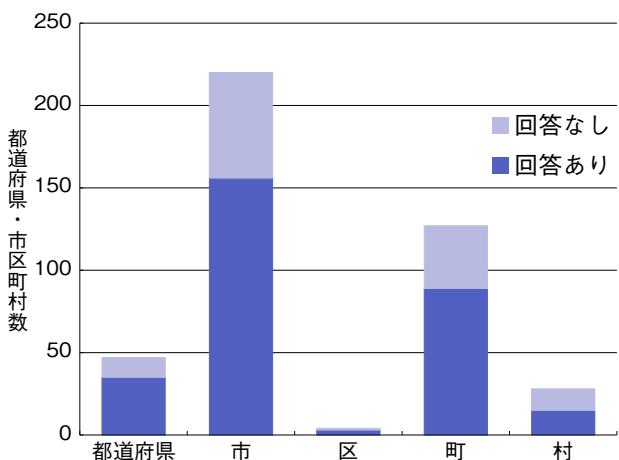
何らかの「地域医療に関する啓発活動」が行われていると回答した自治体は全自治体の実に5分の1以上を占めていた。一次調査の回収率が3割程度であることを考えると実際にはもっと多くの自治体で啓発活動が行われている可能性もあるが、何らかの「地域医療に関する啓発活動」が行われていると回答した自治体数は全回答のおよそ3分の2を占めており、無回答の自治体の多くは、いずれの「地域医療に関する啓発活動」も行われていない可能性が高いと考えられた。

いずれかの「地域医療に関する啓発活動」が行われていると回答した自治体の都道府県ごとの数（後述の図III－7の「回答あり」と「回答なし」の和に一致）を見ると都道府県によるばらつきが大きかったが、概ね都道府県の規模を反映したものであった。

二次調査

対象となった379自治体と47都道府県のうち、計298か所から回答があり、回収率は70.0%であった。都道府県・市区町村別の回答状況を図III－6に、都道府県ごとの回答状況を図III－7に示す。

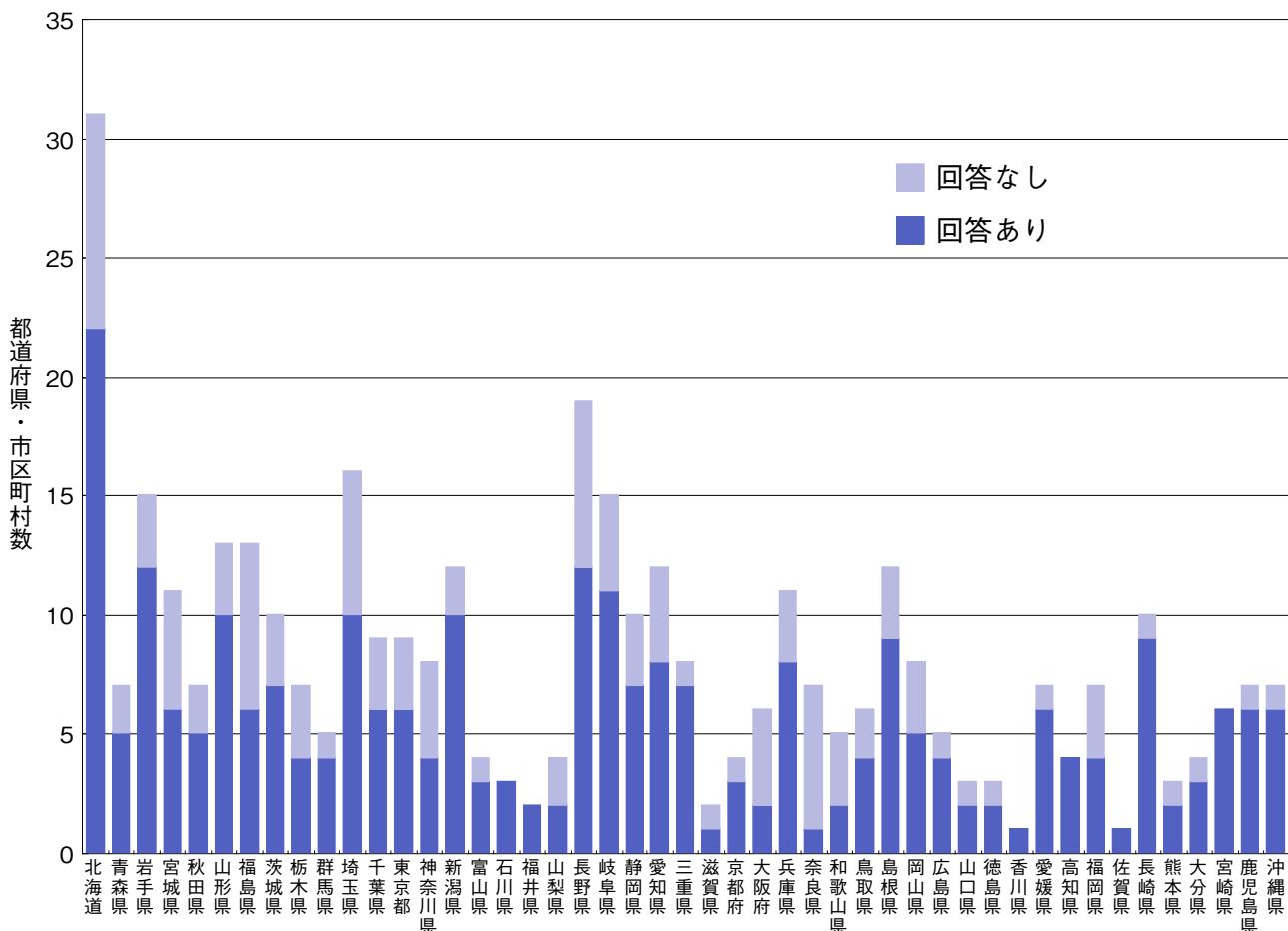
都道府県・市区町村別の回収状況では、その母数



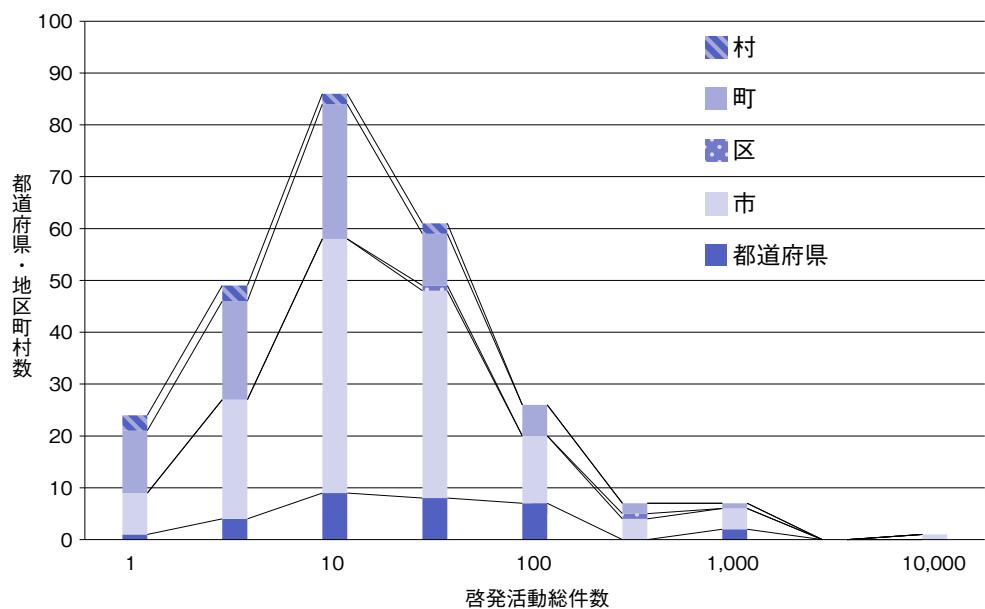
図III－6 都道府県・市区町村別二次調査回答状況

を反映して市、町からの回答数が多かったが、それぞれの回収率には大きな差は見られなかった。

都道府県ごとの回答状況では、二次調査の対象となった市区町村数（一次調査でいずれかの「地域医療に関する啓発活動」の実績もしくは予定を「あり」と回答した市区町村数）に都道府県によるばらつきが見られ、北海道が圧倒的に多く、次いで長野県、埼玉県、岩手県などが多かった。一方、香川県、佐賀県、滋賀県、福井県などは少なかった。この差は、都道府県ごとの市区町村総数の差によるものと考えられるため、都道府県間の啓発活動数について議論するのは困難であると考えられた。また、都道府県間の回収率の差はそれほど大きくなかった。



図III-7 都道府県ごとの二次調査回答状況

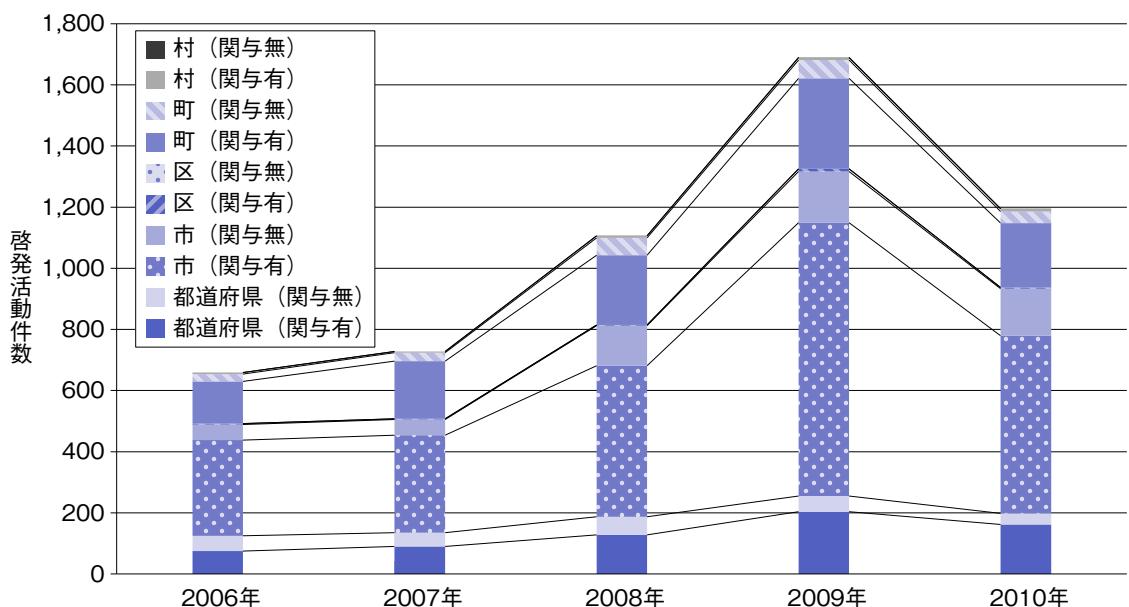


図III-8 啓発活動総件数の度数分布

a. 「啓発活動の実施状況」について、一都道府県・市区町村あたりの啓発活動の総件数の度数分布を図III-8に示す。村では10件未満が最も多かったが、それ以外では10件前後が最多であり、町では次い

で10件未満が、都道府県と市では次いで10件以上が多いという傾向が見られた。

傾向として、都道府県、市、町、村の順で啓発活動総件数が多い傾向が見られ、啓発活動の実施には、

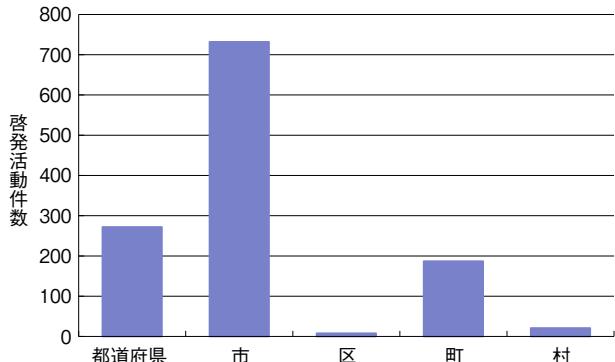


図III-9 啓発活動件数の年次変化(2010年度は上半期中途まで)

相応の規模を持った組織が必要であるという背景が伺われた。

同じくa.「啓発活動の実施状況」について、都道府県及び市区町村別、その関与の有無別の啓発活動総件数の年次変化を図III-9に示す。いずれのカテゴリーでも2007（平成19）年度は2006（平成18）年度に比べて微増にとどまったのに対して、2008（平成20）年度からは実施件数が大幅に増えており、その傾向は2009（平成21）年度まで続いていた。2010（平成22）年度は減少しているように見えるが、これは、調査が行われたのが2010（平成22）年度上半期であるためであり、その時点ですでに2008（平成20）年度の実施件数を超え、2009（平成21）年度の半数を超えていることから、2010（平成22）年度の総数も最終的には2009（平成21）年度を上回ったものと想像される。啓発活動件数が大幅に増え始めた2008（平成20）年度は地域医療崩壊が呼ばれるようになってから多少時期が空いている年度ではあるが、これは、地域医療崩壊に対して様々な対策が講じられた後も、依然として存在する課題への対応として啓発活動を行うようになり、それが急速に広まったためではないかと考えられる。

b.「啓発活動の詳細」について、総件数は1,220件に上り、都道府県・市区町村別では市が最も多く過半数を占めた（図III-10）。また、主だった啓発



図III-10 啓発活動件数(計1,220件)

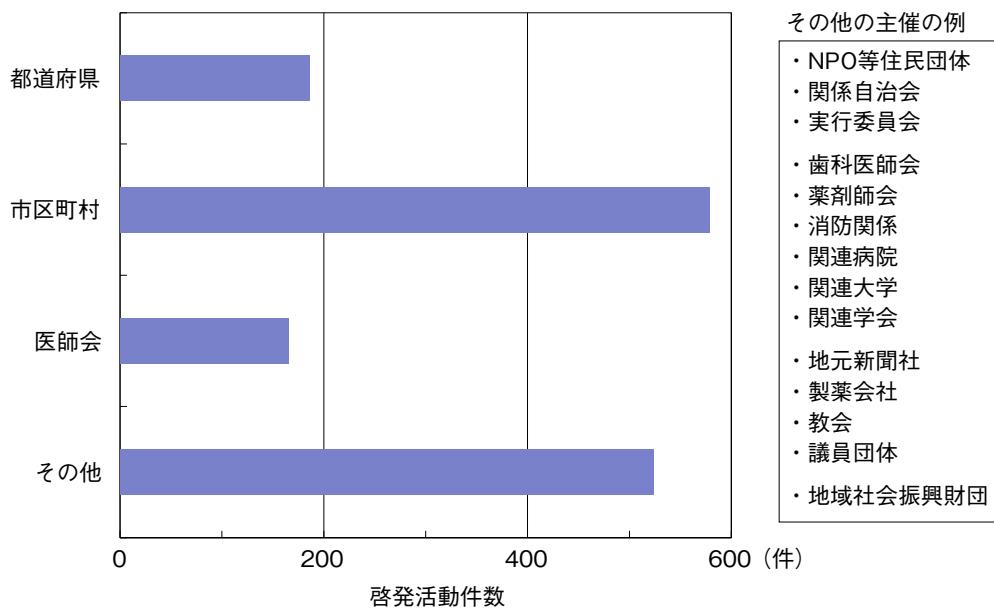
活動の名称を表III-1に示すが、非常に多様な名称の啓発活動が含まれていた。

同じくb.「啓発活動の詳細」について、活動の主催者についての回答結果を図III-11に示す。なお、回答は「都道府県」、「市区町村」、「医師会」、「その他」の4つから複数選択で回答してもらった。

結果は「市区町村」との回答が最多であった。一方、「その他」の回答も予想以上に多かった。「その他」のうち、主だった回答も図III-11内に示したが、「NPO等住民団体」や「関係自治体」など、住民組織と思われるものや、「関連病院」、「関連大学」など医療関係者と思われるものが多く見られ、行政関係者と非行政関係者の協働で啓発活動が行われている実態が想像された。

表III-1 主な啓発活動の名称

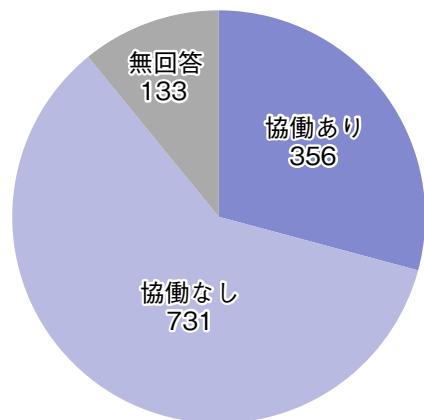
地域医療シンポジウム ～地域で支えよう 地域医療～ 地域医療を考える 医療に関する市民との意見交換会 わがまちの未来を語る会 テーマ「地域医療と市立病院」～いま、わたしたちにできること
地域医療シンポジウム「医療機関の上手なかかり方」 かかりつけ医について
医療崩壊を起こさない為に市民皆で考えるシンポジウム 公立病院の統合についての市民説明会
在宅医療推進フォーラム
お医者さんと語ろう みんなの健康 パパ・ママのための小児医療講座 安心してお産ができる地域社会を ストップ・ザ・脳卒中 メタボリック予防教室 レディース講座 健康講座「乳ガンから女性を守ろう」 今、あなたが出来るガン予防
よってみんさい屋 湖畔の語らい テレビ電話会議現地研修会



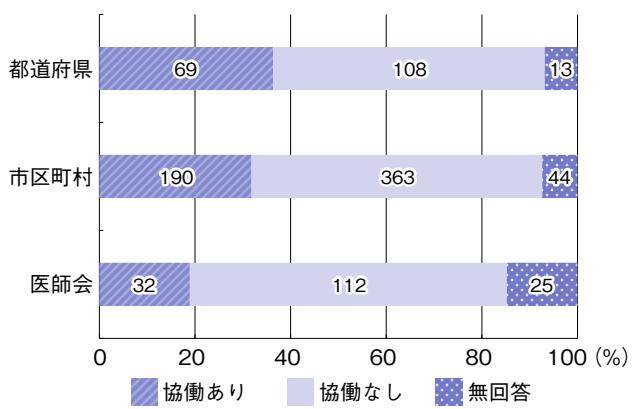
図III-11 啓発活動の主催(複数選択)

実際、直接的に、個々の啓発活動について住民団体との協働の有無について尋ねたが（図III-12）、その結果、実に約30%の啓発活動で住民団体との「協働あり」と回答されており、予想以上で

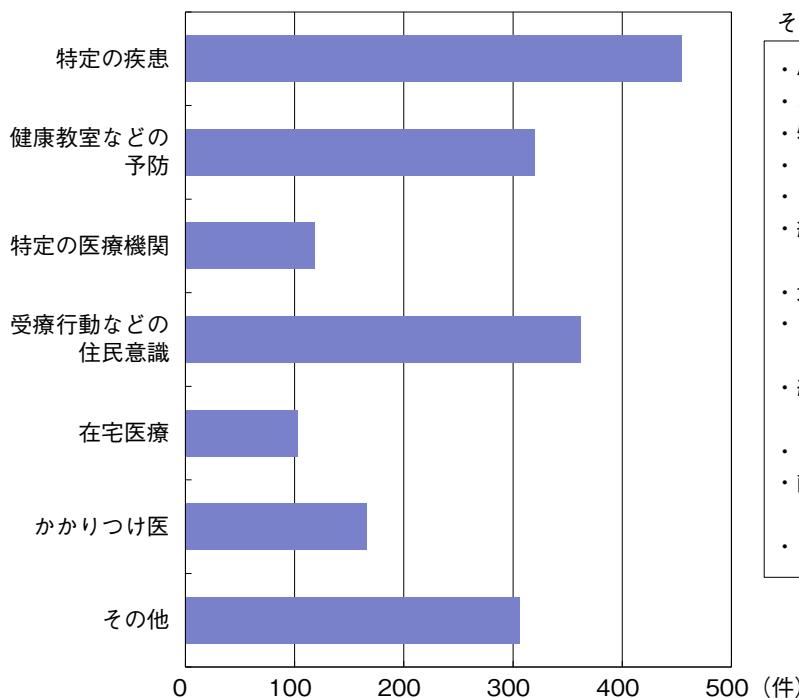
あった。さらに、主催別に住民団体との協働の有無について見ると（図III-13）、都道府県が主催する啓発活動が、最も「協働あり」が多く、市区町村が主催する啓発活動では、それよりも若干少なく、医



図III-12 住民団体との協働の有無
(グラフ内の数字は啓発活動の件数)



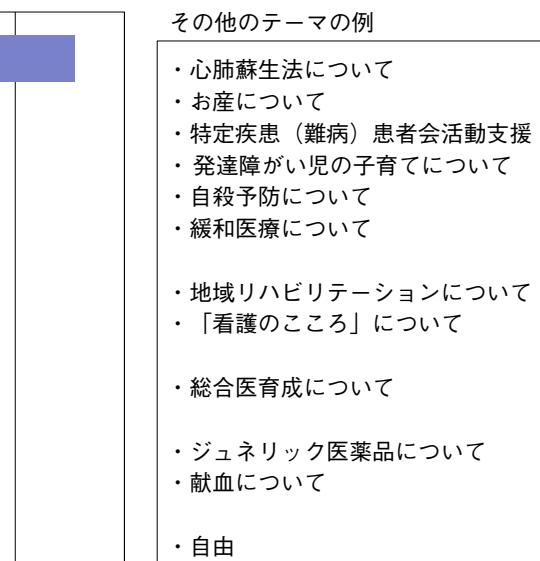
図III-13 主催別住民団体との協働の有無
(グラフ内の数字は啓発活動の件数)



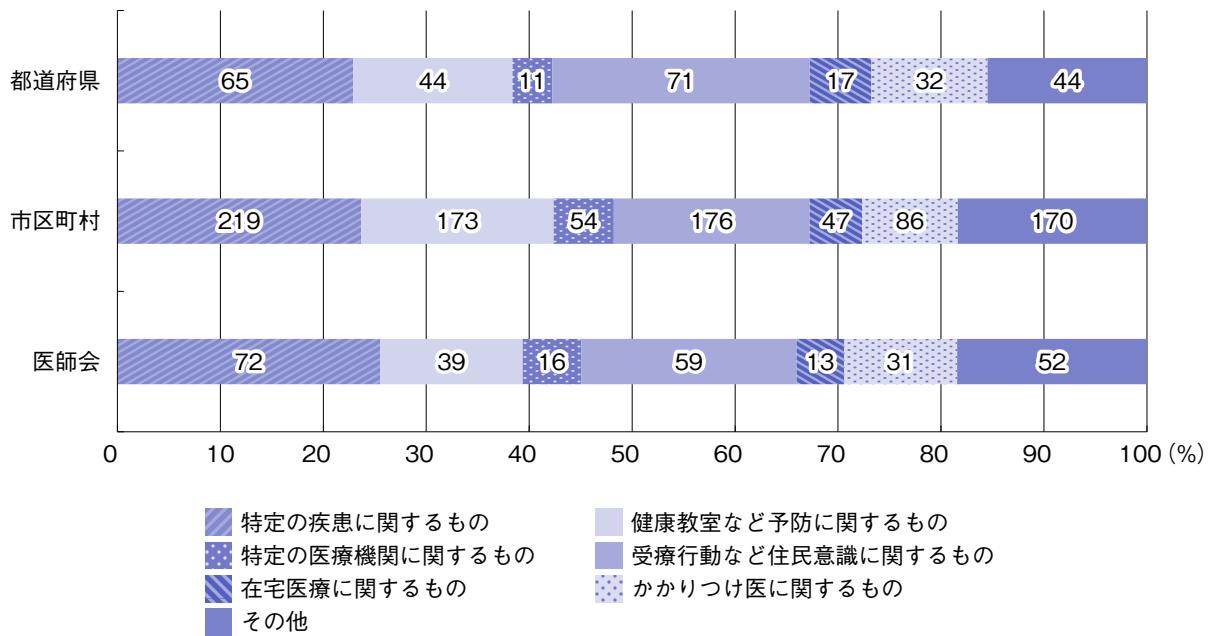
図III-14 啓発活動のテーマ(複数選択)

師会が主催する啓発活動で、最も少ないという結果であった。特に都道府県が主催する啓発活動では、医師会が主催する啓発活動のおよそ2倍の住民団体との協働が見られた。これらのことから、医師会よりも行政関係者の方が、啓発活動における住民との協働の重要性、必要性を認識している可能性があると思われた。

次に同じくb.「啓発活動の詳細」について、啓発活動のテーマの回答結果を図III-14に示す。回答は、以下の7つから複数選択で回答してもらった。
・「特定の疾患に関わるもの（乳がんについて、エ



イズについてなど）」
・「健康教室など予防に関わるもの（禁煙について、メタボリックシンドロームについてなど）」
・「特定の医療機関に関わるもの（○○病院を救え！、○○病院の再生についてなど）」
・「受療行動など住民の意識に関わるもの（救急外来や小児科のかかり方についてなど）」
・「在宅医療について（在宅医療の重要性について、在宅医療の推進のためになど）」
・「かかりつけ医について（かかりつけ医について、かかりつけ医の利用の仕方についてなど）」



図III-15 主催別テーマの割合(グラフ内の数字は啓発活動の件数)

・「その他」

結果は、当初の予想どおり「特定の疾患に関するもの」が最多であり、地域医療においても、それぞれの疾患に関する啓発活動が重要と考えられている実態が想像された。一方、次に多かったのは「受療行動など住民意識に関するもの」であり、予想以上であった。「その他」も比較的多く、その主な内容を図III-14内に記載した。疾患ではないが、何かしら特定の状態や、手技に関する内容が多かった。

主催別のテーマの割合を図III-15に示す。「特定の疾患に関するもの」は医師会主催の啓発活動で多く、都道府県主催の啓発活動で少なかった。「健康教室など予防に関するもの」は市区町村主催の啓発活動で多く、医師会主催の啓発活動で少なかった。また、「受療行動など住民意識に関するもの」は都道府県主催の啓発活動で最も多かった。これらより、専門集団としての医師会が、特定の疾患に関するその専門的知識を伝え、身近な存在である市町村保健師が健康教室等を行っている姿が想像される。一方、体制としての地域医療に困難を感じている都道府県が住民意識に触れる啓発活動を試みている現状が想像された。

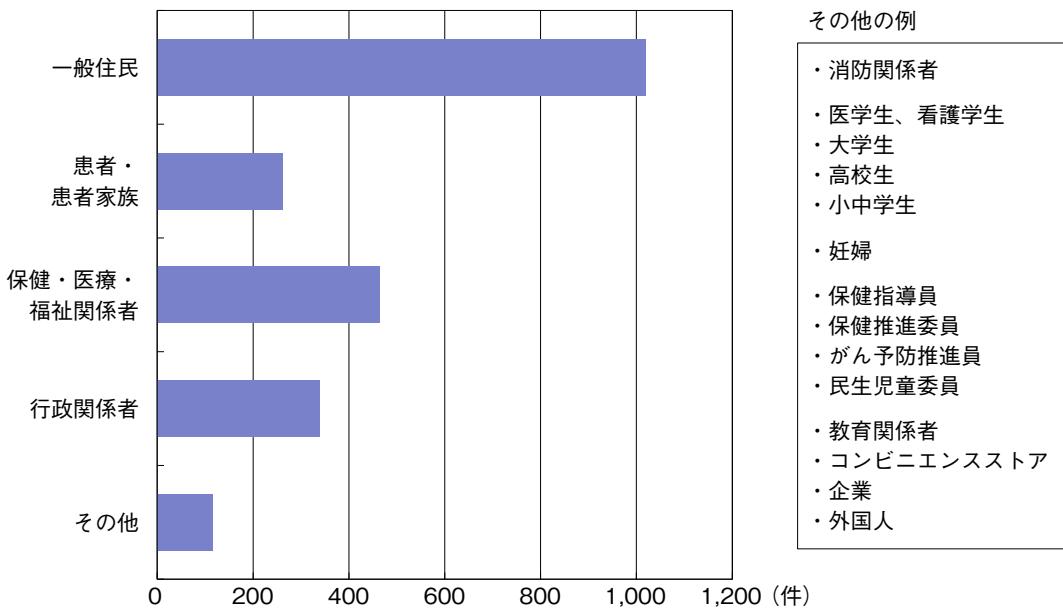
次に同じく b. 「啓発活動の詳細」の啓発活動の対象についての結果を図III-16に示す。回答は、「一般住民」、「患者・患者家族」、「保健・医療・福祉関

係者」、「行政関係者」、「その他」の5つから複数選択で回答してもらった。結果、「一般住民」が圧倒的に多く、「保健・医療・福祉関係者」、「行政関係者」がそれに続いた。「その他」の内訳では学生が比較的多かった。これらは「気のつかないところ、足りないところを教え、導くこと」という啓発の本来の意味に適った対象者と考えられた。

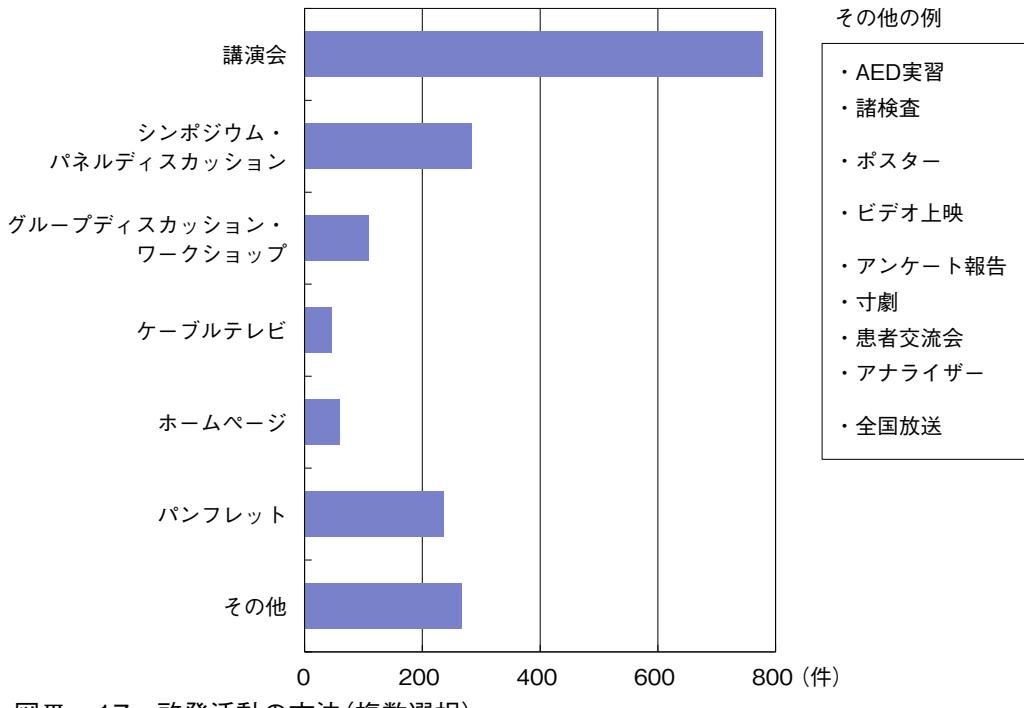
次に啓発活動の方法についての結果を図III-17に示す。回答は以下の7つから複数選択で回答してもらった。

- ・「講演会の開催（演者から参加者への情報提供のようにはほぼ完全な一方向性のもの）」
- ・「シンポジウム、パネルディスカッションの開催（シンポジスト、パネラーと参加者の討論等を一部含むもの）」
- ・「グループディスカッション、ワークショップの開催（参加者同士の討論等を含むもの）」
- ・「ケーブルテレビ等の活用」
- ・「ホームページの作成」
- ・「パンフレットの作成、配布」
- ・「その他」

結果は、「講演会」が圧倒的に多く、続く「シンポジウム・パネルディスカッション」の3倍であった。また、「グループディスカッション・ワークショップ」は比較的少数だった。これらより、いま



図III-16 啓発活動の対象(複数選択)

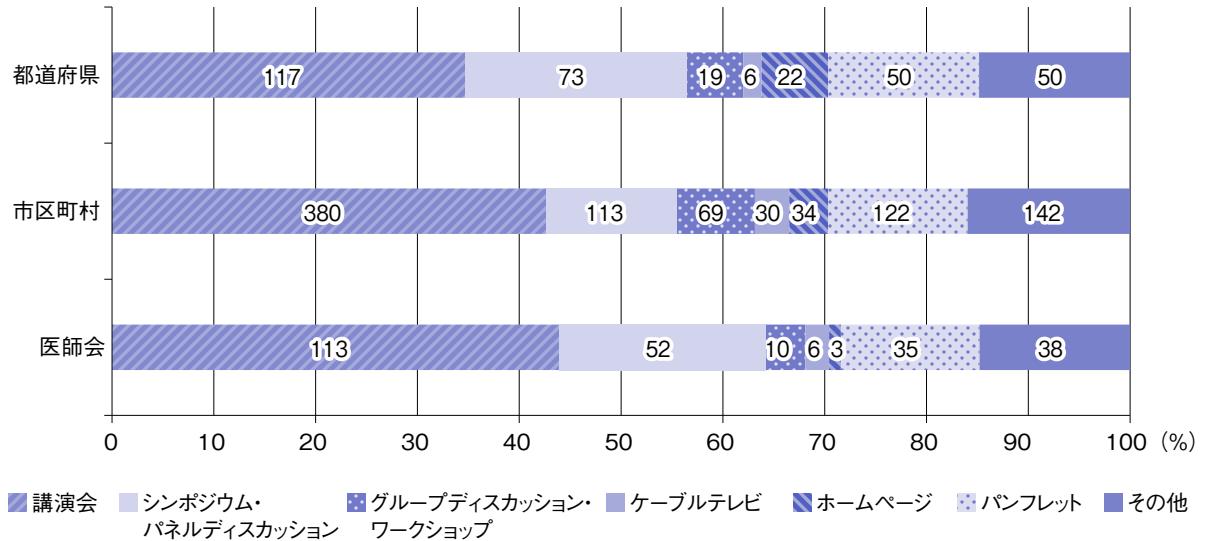


図III-17 啓発活動の方法(複数選択)

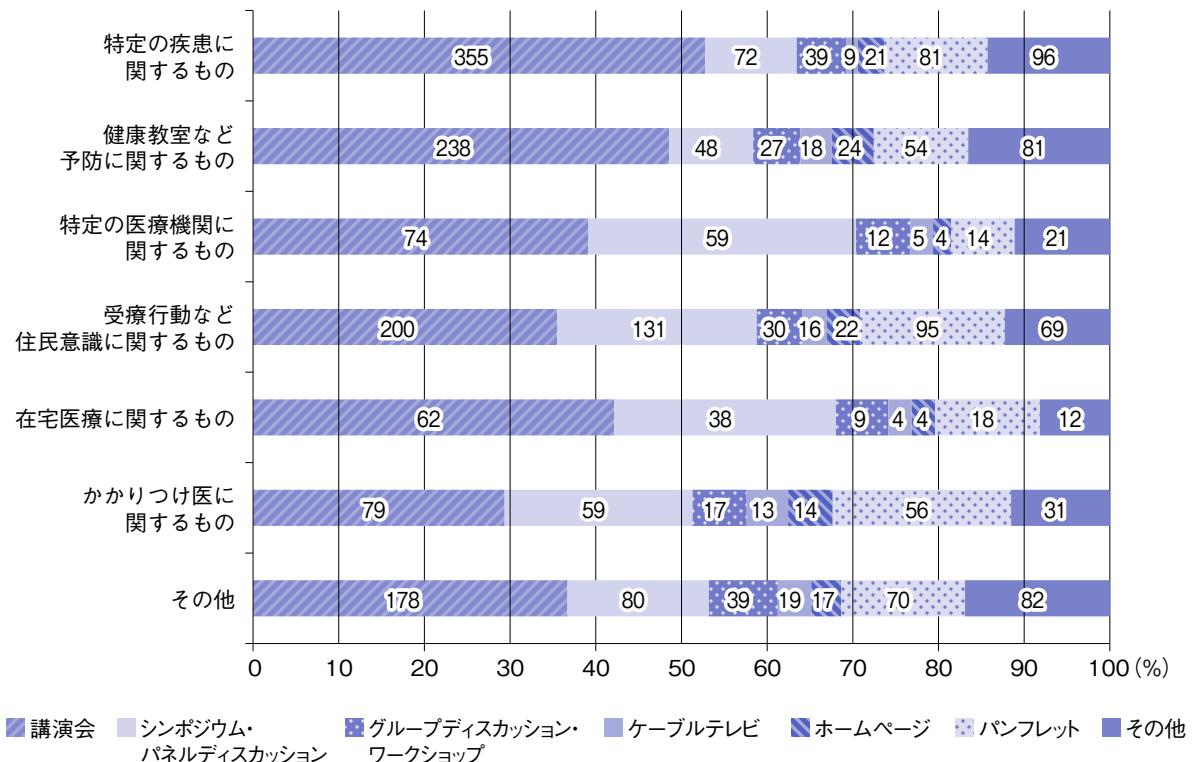
だ一方性の知識伝達型の啓発活動が多い現状が推測された。

さらに啓発活動の方法について詳しく見るために、主催別、及びテーマ別に啓発活動の方法を見たものが、それぞれ図III-18と図III-19である。主催との関係では医師会主催の啓発活動では「講演会」が多く、「グループディスカッション・ワークショップ」は市区町村主催の啓発活動で多かった。

都道府県の啓発活動では「シンポジウム・パネルディスカッション」も多い傾向が見られた。また、テーマと啓発活動の方法には明瞭な関係性が見られ、特定の疾患に関するものでは「講演会」が、特定の医療機関に関するものでは「シンポジウム・パネルディスカッション」が、受療行動など住民意識に関するものと、かかりつけ医に関するものでは「パンフレット」と「ホームページ」が多かった。こ



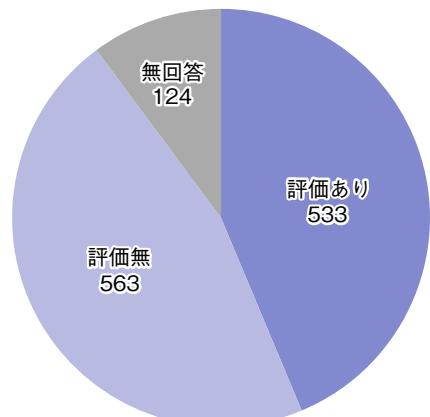
図III-18 主催別の啓発活動の方法(グラフ内の数字は啓発活動の件数)



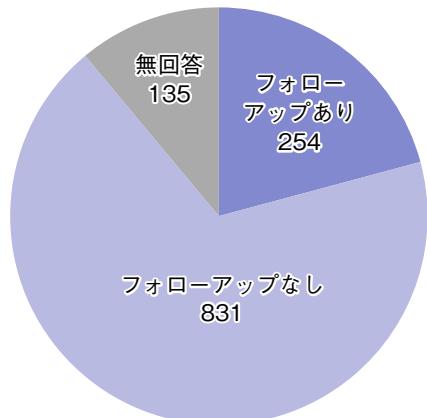
図III-19 テーマ別の啓発方法(グラフ内の数字は啓発活動の件数)

れらは、おそらく、目的に適った方法が選択されているものと思われ、特定の疾患に関するものなど知識を伝達する啓発活動には「講演会」が、住民の意識に触れ、適正受診を呼びかけたり、かかりつけ医への受診を促したりする啓発活動には「パンフレット」の配布や、「ホームページ」の活用など多数の対

象にアプローチできるものが選択されているものと推測された。また、特定の医療機関に関する啓発活動の場合は、機能集約等の話題を扱っていると予想され、パネラーの意見を聞くだけでなく、参加者が一部討論に参加できる「シンポジウム・パネルディスカッション」が選択されているものと思われた。



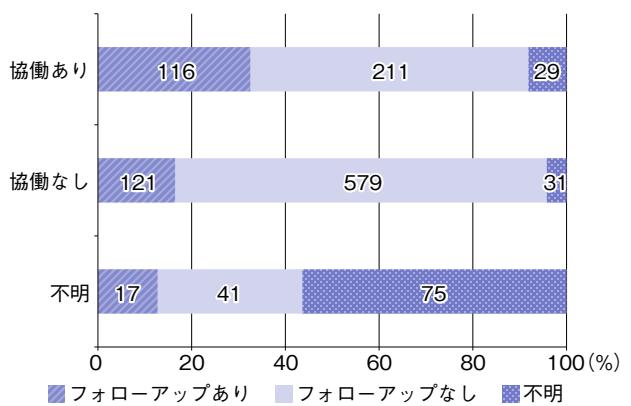
図III-20 啓發活動の評価の有無
(グラフ内の数字は啓發活動の件数)



図III-21 フォローアップの有無
(グラフ内の数字は啓發活動の件数)

また、啓發活動の評価、及びフォローアップの有無についての結果をそれぞれ図III-20と図III-21に示す。評価は「参加者に対するアンケート調査など」と定義し、フォローアップは「時期をあけて同様の内容で行う研修会など」と定義した。結果では、「評価あり」は全体の44%を占めたが、「フォローアップあり」は全体の21%を占めるにとどまった。啓發活動では、その効果を確認し、また、知識の定着や、意識の変化を確実なものにするために評価やフォローアップなどの繰り返しが重要であるが、その実践はまだ少ないと言えた。

しかし、協働の有無別、方法別、及びテーマ別でフォローアップの有無を見ると(図III-22、図III-23、図III-24)、協働ありの啓發活動は、協働なしに比べ「フォローアップあり」が2倍の割合を占めていた。また、啓發活動の方法では「グループディスカッション・ワークショップ」が飛び抜けて

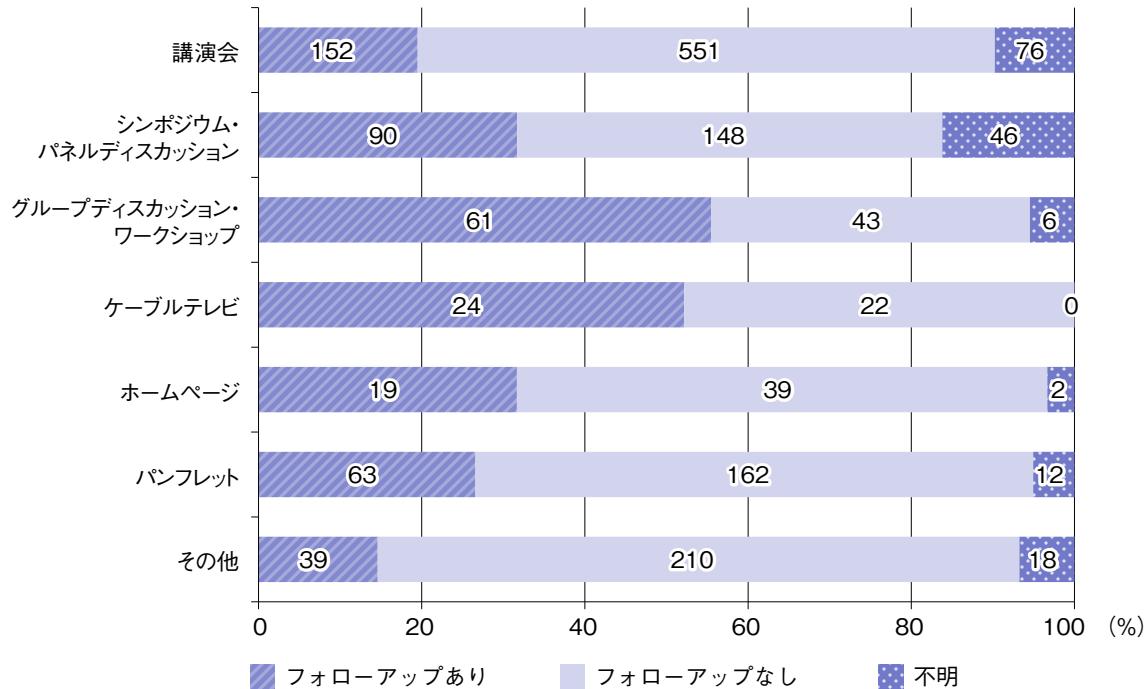


図III-22 協働の有無とフォローアップの有無
(グラフ内の数字は啓發活動の件数)

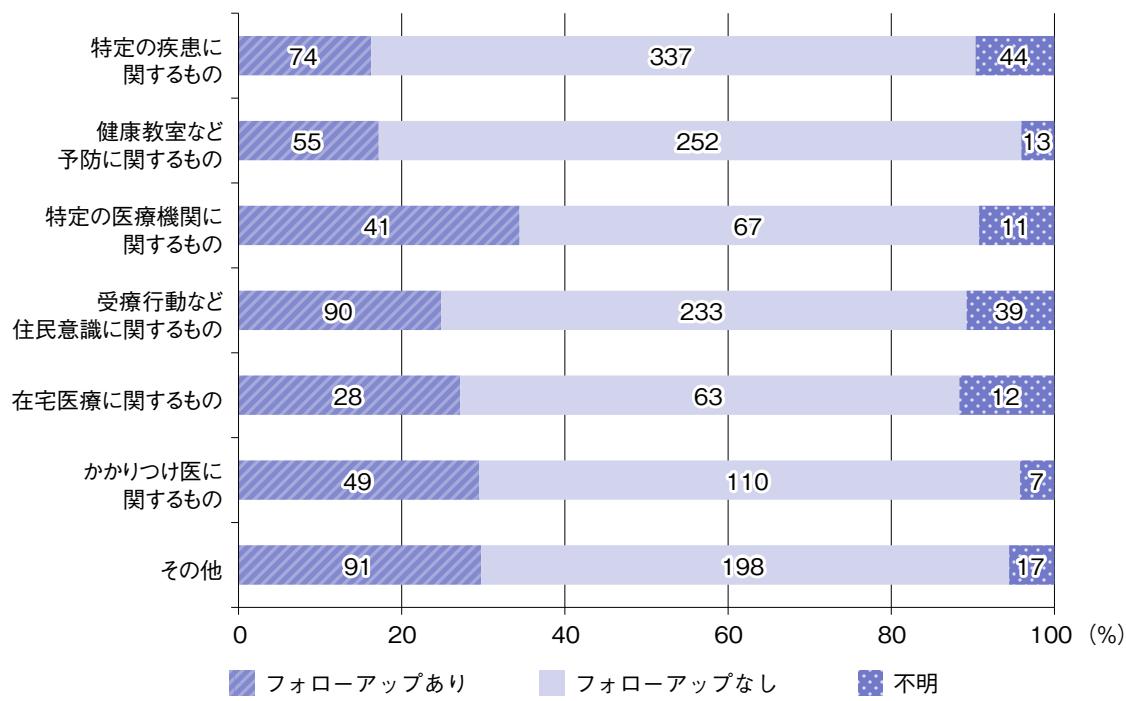
「フォローアップあり」が多かった。また、テーマでは「特定の医療機関に関するもの」が他よりも「フォローアップあり」が多かった。これらから、機能集約などの課題にさらされている特定の医療機関の問題を扱う際には、住民活動団体と協働し、フォローアップを行い、確実な効果を期待している主催者側の意図が推測される。さらに、このような場合にはグループワークなどの参加型の方法が取られているものと想像された。

③まとめ

- この全国啓發活動実態調査から、啓發活動に関する以下のような様々な実態が明らかになった。
- ・ごく最近になり、非常に多くの地域医療に関する啓發活動が行われている。
 - ・都道府県、市区町村、医師会、その他団体など、様々な団体等が啓發活動を主催している。
 - ・依然、特定の疾患をテーマとした啓發活動が多いが、特に行政関係者主催の場合には受療行動等住民意識に関わるものをテーマとした啓發活動も多い。
 - ・特に行政関係者は啓發活動の実施に際し、住民活動団体等と協働をしている。
 - ・啓發活動の方法としては、講演会など一方向性の方法が取られることも多いが、特定の医療機関に関するテーマの時などには、シンポジウムやパネルディスカッションなどの方法が取られることが多い。
 - ・いまだ、フォローアップの実施は少ないが、特定



图III-23 方法別フォローアップの有無(グラフ内の数字は啓発活動の件数)



图III-24 テーマ別フォローアップの有無(グラフ内の数字は啓発活動の件数)

の医療機関に関する啓発活動等では、フォローアップが多く行われている。

これらから、昨今増えている啓発活動は、医療再編などをきっかけに、行政関係者が主催し、シンポジウム・パネルディスカッションなど一部参加型の

手法で地域医療を考えることを目的としており、さらに住民活動団体と協働し、効果を確実にするためにフォローアップも行っていると考えられる。これらは単なる知識伝達型の啓発活動と異なるため、以下に具体例をあげ、さらに詳細に検討を行った。

(2) 啓発活動の具体例

全国啓発活動実態調査で集まった1,220件の啓発活動のうち、前述のような特徴的な活動について詳細に検討した。

検討対象としたのは、活動に際し住民活動団体と協働しており、より参加型である「グループディスカッション・ワークショップ」の手法を用いており、評価とフォローアップも行っている9か所のうち、回答の際に詳細な資料をご提供いただいた6か所（宮崎県、岩手町、釜石市、東金市、郡上市、益田市）の啓発活動とし、ご提供いただいた資料をもとに検討を行った。なお、資料を提供してくださった6か所の自治体からは資料内容の掲載許可を頂いた。

① 「宮崎肝っ玉父ちゃん母ちゃん養成道場」（宮崎県）

2008（平成20）年に行われた「肝っ玉母ちゃん養成道場」に引き続き、対象を父親にも広げ、2009（平成21）年に「肝っ玉父ちゃん母ちゃん養成道場」が計3回行われた。疾患に対する適切な対処と判断を学ぶと同時に、親としての意識向上を促し、地域医療の現状を知り、地域医療を自分たちの手で守る意識づくりをすることを目的として行われた。住民活動団体と協働しており、主催は宮崎県の支援を受けた「宮崎おっぱい会」であった。具体的には、小児救急医療に関する講演や家庭でできる手当て法の実践演習を行っており、40人程度の一般住民が参加していた。事後アンケートには、疾患の対処法を学んだというものだけでなく、家族について考えたものや、家族や各地域への広がりを感じさせるものが含まれていた。

② 「益田市圏域の医療体制の現状とこれから」（島根県益田市）

「明日の益田市を見つめる会」が主催、「益田の医療を守る市民の会」が共催し2009（平成21）年10月26日に行われた。益田市、益田市医師会、益田赤十字病院など様々な組織・団体が後援していた。テーマは益田市の医療の現状、医師不足対策、これからの医療体制など、地域医療そのものであり、380人の一般住民等が参加し、パネルディスカッションや、グループディスカッションが行われた。

パネリストには益田市長、益田赤十字病院長等の他に、益田市連合自治会長連絡会会长など市民も加わっており、特に住民との協働が意識されていた。

③ 「岩手県立病院の『新しい経営計画（案）』に関する説明会」、「岩手県立沼宮内病院の経営計画に係る住民懇談会」（岩手県岩手町）

それぞれ、2008（平成20）年12月と2009（平成21）年9月に、町が単独で主催して開催された。特に後者は、7月に県知事も出席した「地域診療センター等懇談会」を受けて開催された。いずれも住民活動団体と協働し、100～160人の一般住民等参加者とともにグループディスカッション・ワークショップ等による意見交換が行われた。町が県立病院の問題に取り組んでいるという点だけでなく、繰り返し行っている点や、住民と協働している点、グループディスカッションなど参加型の手法をとっている点など、いかに住民等を巻き込むかを町が主体的に考えている姿が想像され、特徴的と思われた。

④ 「県立釜石病院サポートーズ勉強会」（岩手県釜石市）

「県立釜石病院サポートーズ」は2009（平成21）年に結成された団体で、複数の住民活動団体で構成された。「住民みんなでお医者さんに感謝の気持ちを伝え、住民みんなで地域医療を支え、守り育てるよう取り組みましょう！」をスローガンに、住民が地域医療の現状と病院の取組みを理解し、病院と医師を支援することで、地域医療を守ることを目的とした。この「県立釜石病院サポートーズ」が主催している啓発活動が「県立釜石病院サポートーズ勉強会」で、各回20～30人程度の参加ながら年6回開催しており、延べ141人が参加していた。内容は、高血圧など「特定の疾患について」や、「県立釜石病院について」、「小児救急外来について」などの地域医療に関する様々なテーマについて、一般住民と共に講演を聞いて勉強したり、グループワークを行ったりしていた。繰り返し行っている点や、その内容が様々な地域医療の課題を扱っている点など、取組みに対する熱意が特徴的と思われた。

⑤「岐阜県へき地医療研修会『へき地医療とともに考えよう』」（岐阜県郡上市）

2010（平成22）年8月20日～21日に、郡上市地域医療センターが主催し、参加者に地域の実情を知ってもらい、地域医療への理解、意欲を高めてもらうことを目的として行った。岐阜県の後援を受け、岐阜県内の高校生や、医大生を対象としていた。住民活動団体とも協働し、一般住民も参加してのフィールドワークやワークショップを行っており、非常に参加者自身の主体性を伸ばす取組みとなっていた。

⑥「九十九里地域医療夏期セミナー」（千葉県東金市）

2010（平成22）年8月28～29日に千葉県立東金病院が主催し、参加者の地域医療への関心を高めることを目的として行なわれた。参加者は医学生、研修医、薬学生、看護学生など約40人だった。住民活動団体と協働しており、「NPO法人地域医療を育てる会」が共催していた。「地域医療の最前線を知る」をテーマとして、ワークショップやフィールドワーク、さらに、その発表など、参加者の主体的取組みを重要視する構成となっていた。また、事後のアンケート調査は統計学的にも解析されており、地域医療に対する印象や、へき地への勤務希望等が事前アンケートに比べて改善しており、効果的な啓発活動だったと考えられた。この啓発活動は2009（平成21）年から行われていた。

（3）啓発活動の効果

前述の特徴的な啓発活動の事例は、いずれも単なる一方向性の情報伝達型の啓発活動ではなく、参加型の啓発活動であり、一般住民等参加者の意識の変化に役立ったと想像される。しかし、その効果について明確なデータを示したものは少なく、検証が必要と思われた。

①短期的影響

調べ得た限りで、啓発活動が一般住民等参加者の意識に与える影響についての的確な調査は存在しなかった。そのため、過去に開催された啓発活動である「地域医療を考える県民フォーラムinとっとり」で行われたアンケート結果をもとに解析を行った。

「地域医療を考える県民フォーラムinとっとり」は、地域住民、行政関係者、医療関係者が一体となって地域医療に関する課題について考える場として、鳥取県と（財）地域社会振興財団とが主催して、2008（平成20）年11月24日に鳥取市で開催されたフォーラムである。このフォーラムは住民への一方向性の情報伝達型啓発活動にならないよう、相互参画型のフォーラムとすることを基本コンセプトとし、基調講演、パネルディスカッションの他に、住民が参加し、より具体的な意見交換を行う場として、比較的少人数の分科会をフォーラムの中心としたのが特徴である。「地域医療を考える県民フォーラムinとっとり」では、「病院の上手なかかり方」、「かかりつけ医のススメ」、「医療機関どうしのつながりがみんなを救う」と題した3つの分科会が行われたが、いずれの分科会でも、参加者の自発的な発言が見られ、活発な意見交換が行われた。

その「地域医療を考える県民フォーラムinとっとり」で、全参加者457人を対象とした自記式アンケート調査を行い、フォーラムによる意識の変化について検討した。具体的には、国、県、市町村、医療関係者、住民のそれぞれについて、地域医療を良くするためにどの程度の努力が必要と思うかを、VAS（Visual Analogue Scale）で、フォーラム開始前とフォーラム終了後に尋ね、その差をフォーラムによる影響とした。VASとは、左端を最小、右端を最大とした数直線上の一点に印をつけてもらうことで回答とする調査方法のことで、今回は左端の「全く必要がないと思う」を0、右端の「最大限の努力が必要と思う」を100として集計した。

結果、開始前アンケートは307人、終了後アンケートは203人から回答が得られ、回収率はそれぞれ67.1%、44.4%であった。アンケートの集計結果を表III-2に示す。全体として、「住民の努力を求める」値の変化が非常に大きかったが、その変化は特に、住民自身で最も大きかった。また、住民では、「国、市町村、医療関係者に求める努力」の程度も有意に増加していたが、「住民自身の努力が必要」とする変化量は、それらの変化量の約2倍であった。これらから、このフォーラムを経て、住民自身が何よりも自分自身が地域医療を守るために努力すべきだと気付いたと考えられ、この啓発活動が参加者

表III-2 地域医療のために努力するべき程度の値の変化(フォーラム前後の比較)

	国	県	市町村	医療関係者	住民
住民 (50人)	5.1 *	4.0	5.1 *	5.5 *	10.0 *
	(0.7 - 9.5)	(-0.2 - 8.2)	(1.0 - 9.2)	(1.5 - 9.5)	(4.6 - 15.5)
行政関係者 (25人)	1.1	2.2	1.8	-0.2	8.1 *
	(-1.7 - 3.8)	(-0.5 - 4.9)	(-2.5 - 6.0)	(-5.9 - 5.5)	(2.0 - 14.2)
保健・医療・福祉関係者 (103人)	0.0	-0.8	-0.6	2.5	7.6 *
	(-1.5 - 1.5)	(-2.2 - 0.7)	(-2.8 - 1.7)	(-0.5 - 5.5)	(4.5 - 10.8)
全体 (178人)	1.5	1.0	1.4	3.0 *	8.2 *
	(-0.1 - 3.1)	(-0.5 - 2.5)	(-0.4 - 3.2)	(0.8 - 5.2)	(5.8 - 10.7)

数値は「全く必要がないと思う」を0、「最大限の努力が必要と思う」を100とした
VAS(visual analogue scale) スコアのフォーラム前後の差の平均値(95%信頼区間)

* : 前後でp<0.05で有意差あり

の意識に大きく影響したと思われる。

なお、「地域医療を考える県民フォーラム」は2006（平成18）年から複数の県で行われているが、鳥取県以外でも同様のアンケートを行っており、ほぼ同様の結果が得られている。

②長期的影響

前述の結果は、啓発活動が参加者の意識に与えた影響を啓発活動の直後の状態で評価している。人の意識が変化しやすいものであることを考えると、啓発活動が、果たして地域医療を守り、安心して暮らせる医療づくりにつながるかを考えた場合、短期的影響だけでなく、長期的な影響に関する検証も必要と思われる。しかし、調べ得た限り、啓発活動が、参加者の意識に与える長期的影響についての調査は存在しなかった。それは、長時間経ることで、多種多様な要素を勘案する必要があり、意識の変化を評価することが困難であることが原因の一つと考えられた。

そこで、新たな啓発活動を行い、その参加者へのアンケート調査から、以前の啓発活動の長期的影響についての評価を行うことを試みた。

青森県では前述の「地域医療を考える県民フォーラム」を2006（平成18）年11月に開催した。当時のフォーラムでは青森県の住民活動団体である「地域医療研究会」の活動が紹介された。今回、この「地域医療を考える県民フォーラム」のフォローアップ

として、「地域医療研究会」の活動報告をもとに、参加者が今後の活動を考える啓発事業を開催した。その参加者を対象にアンケートを行い、2006（平成18）年の「地域医療を考える県民フォーラム」が各々の活動に影響しているか検討した。

回答を誘導しないため、2006（平成18）年開催の「地域医療を考える県民フォーラム」の話題が前面に出ないように配慮し、アンケートは、現在の自身の地域医療に対する取組みのきっかけについて記述式のアンケートを行った。

フォローアップである「地域医療を考える県民フォーラムinあおもり」は2011（平成23）年7月30日、青森県と（財）地域社会振興財団、青森県市町村振興協会の主催で行われた。一般住民、保健・医療・福祉関係者、行政関係者など計53人が参加した。その内、2006（平成18）年の「地域医療を考える県民フォーラム」を知っていると回答したのは23人（43.4%）、同フォーラムに参加したと回答したのは13人（24.5%）であった。

現在の参加者自身の地域医療に対する取組みのきっかけについて、主な結果を表III-3に示す。2006（平成18）年の「地域医療を考える県民フォーラム」を知らない、もしくは、知っていても参加していない者では、医師不足や診療科の減少などの危機的状況への直面などをあげた回答が比較的多かつた。一方、同フォーラムに参加した者では、フォーラムにより地域医療を守る意識が生まれたという記

表III-3 先のフォーラムの経験の有無と、現在の地域医療に対する取組みのきっかけ

2006（平成18）年の「地域医療を考える県民フォーラム」について		地域医療への取組みのきっかけ
知っている	参加した	地域医療フォーラムに参加して、皆の熱意を感じました。 地域の医療は地域で支えていこう！という意識が生まれました。
		医師が本音を話してくれたから。
		自らが病気をし、家族も病気になり、当事者になって始めて考えるようになった。
	参加しない	地域の看護師同士の橋渡しの会がきっかけとなりました。
		健康な日常生活が送れるようにしたいから。
		町の健康福祉、医療の現状や問題点を共有したいから。
知らない		医師不足や、病院機能統合などの問題があったから。
		病院勤務医の疲弊がよくわかったから。
		医師不足の中、住民が気軽に救急外来を利用しすぎて、医師が病気になるケースがあると報道で知ったから。
		診療科が減ってきた事。

述が見られた。5年経過してなお、当時の刺激が現在の活動のきっかけとして述べられることは、非常に驚きであり、当時の啓発活動が確実に参加者の意識に影響したことの表れだと考えられた。この結果をもって、全て啓発活動は長期的な影響を有すると結論することはできないが、啓発活動が、長期的にも意識を変化させうる可能性を示していると思われた。

2) 提言：意識の変化を促す啓発活動

昨今、地域医療に関する啓発活動は様々な方法、様々なテーマで行われているが、その本質的な目的は何であろうか。病気の知識を広めたい、予防活動を拡げたい、病院のことをわかってもらいたい、など、それぞれの活動によって細かい目的は違うだろうが、究極的には、その地域で暮らす住民が安心し

て暮らし、幸せになる医療づくりに結び付くのではないだろうか。

その想いのもと、全国では、少しずつだが参加型の啓発活動が増えており、それらの活動は確実に参加者の意識の変化を促し、また、長期間、その人の意識を支え続けている。

医療が、医師や看護師のみで行われるものではなく、一般住民や患者もその重要なプレーヤーであることを考えると、単なる「知識の伝達」よりも、これら、行動に結びつく「意識の変化」を促す啓発活動は、より多くの地域で行われるべきである。

そして、一般住民が当事者として主体的に交わした議論から、その地域の医療のビジョンが生まれてくると期待され、それこそが「安心して暮らせる医療づくり」につながるのではないだろうか。



執筆者：神田 健史

IV 地域医療に関する問題解決の方法

地域医療とは、地域住民の健康問題のみならず、生活の質にも注目しながら住民ひとり、ひとりに寄り添っていく医療活動である。そして、このような地域医療を展開するために社会や行政の仕組みが重要である。地域医療に注目が集まるようになってきてはいるものの地域医療という言葉が持つ意味が広範なため、人によって地域医療という言葉の使い方はさまざまである。

地域医療に関する問題と一言で言っても、治療に関する事から、医師患者関係や地域における疾病構造、医療連携を中心とした広域なシステム、医師の偏在や診療科間の格差など国レベルの問題にいたるまで多岐にわたる。それらの問題の解決方法は、

臨床医学はもとより、社会医学、基礎医学、工学、情報学、社会医学、教育学、政策学、経済学などの分野にまで及ぶことになる。しかしながら日本では、医学研究は基礎医学を中心に行われてきた経緯から、地域医療に関する問題に対して学際的な視点で十分に取組まれてきたとは言い難いのが現状である。

この章では、地域医療の場において、現状からどのような課題が見出され、それを解決するためにどのような取組みがなされているかについて論じる。ここではその取組みとして、科学的研究と政策的取組みとしての行政における医療計画とに大別して述べる。

1 地域医療に関する問題解決の現状

1) 地域医療の研究の現状

(1) 調査の背景と趣旨

地域医療は、患者に対する医療だけでなく、患者とそれを取り巻く社会環境全体を包含している。そこでは、患者の解決されるべき課題は疾患に限られたことだけではなく、病を抱えながら日常生活を送るうえで経験するさまざまな問題が、地域医療従事者にとって解決すべき課題となり得る。それらを解決するための研究を行うことにより、結果が当事者だけのものとならず、より普遍性の高い価値を持つことが期待できる。

「臨床研究が少なく、質が高くない」といわれる我が国では、伝統的に基礎医学を重視し、相対的に

臨床医学は軽視される傾向があった。それは昨今の国内医学部大学院における博士論文の研究テーマのほとんどが基礎医学研究であることからも明らかである。国際誌への投稿論文数は、臨床系雑誌において、基礎医学系雑誌と比べて少なくないものの、質の高い臨床医学系雑誌に絞るとその割合は極端に低下する。地域医療の場での研究は自ずから臨床研究となり、我が国の医学研究の問題は、地域医療における研究にそのまま当てはまると考えられる。

臨床研究充実への認識が高まる一方、倫理面への配慮の必要性も高まっている。個人情報の保護や十分なインフォームドコンセント等、患者の権利の尊重が重要視され、多くの学術雑誌では臨床研究報告を投稿する際に倫理委員会等の承認を得ていること

が必須となっている。このような傾向は研究を安全に進めるうえで重要であるが、条件をクリアするためには多大な人的資源が必要となり、地域医療の現場単独でこうした研究活動を行うことは非常に困難となってきた。

ここでは、地域医療の現場で見出されている課題の解決手法として行われている研究とそれを支援する体制について、それぞれの現状を取上げる。

(2) 調査方法

① 地域医療の臨床研究

地域医療の現場で行われている臨床医学研究の現状を把握するために、代表的な地域医療学関連学術誌として「地域医療」と「日本プライマリ・ケア連合学会誌」を取り上げ、そこに掲載された原著論文のタイトルとキーワードを集計調査した。

② 学際的な研究の現状

医学以外の研究分野からの地域医療に関する研究の現状を知るために、日本学術振興協会が運営し、我が国の代表的な研究資金である科学研究費補助金（以下、科研費）で採択された課題から、地域医療に関連する課題を抽出して課題提出分野を集計調査した。

③ 地域医療における研究手法と質

地域医療の現場で行われている臨床医学研究の質と手法について、地域医療学系学術集会で発表された講演とポスター発表を取り上げ、その特徴と傾向を調べた。

④ 地域医療における研究支援

質の高い臨床研究を行うためには、研究者だけではなく多くの支援体制が必要となる。地域医療従事者を対象とした研究支援体制の例として、プライマリ・ケアの場で働く医師の研究者育成のプログラムを運営している東京慈恵会医科大学と、日本全国の地域に卒業生を輩出している自治医科大学にある臨床研究支援チームを訪ね、インタビューを行った。

(3) 調査結果

① 地域医療学系学術雑誌原著論文からみた地域医療研究

地域医療をテーマとした代表的な学術雑誌として、雑誌『地域医療』と『日本プライマリ・ケア連合学会誌』の2誌を取り上げた。

雑誌『地域医療』は社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（以下、国診協）が年4回発行している機関誌である。国診協は、全国の国民健康保険診療施設の管理者を会員として、「地域包括医療（ケア）」の実践に努め、「地域包括ケアシステム」の構築と推進を目的として運営されている。

論文の検索には、医学中央雑誌刊行会が作成する国内医学論文情報のインターネット検索サービスである医中誌Webを用いた。

雑誌『地域医療』1988（昭和63）年の第26巻1号から2010（平成22）年3月発行の第47巻4号を検索対象とし、医中誌web上で原著論文を全て抽出した。総原著論文数は390件であった。それぞれの論文に挙げられたキーワードを全て抽出し、頻回に出現したもの上位34語までを表示した（表IV-1）。

最も多かったのは「地域保健医療サービス」で、対象となった原著論文の約一割にあたる40の論文でキーワードとして挙げられていた。次いで「日常生活活動」、「管理看護」、「看護師」、「意識調査」と続いた。疾患・病態に関するキーワードでは、「褥瘡性潰瘍」、「転倒・転落」、「嚥性障害」、「不安」、「ターミナルケア」等、慢性期に生活の中で特に問題となる疾患や疾患に至る以前の健康問題が積極的に取上げられていることがわかる。その他には、「脳血管障害」、「認知症」、「腎不全・慢性」のように明らかに臨床疾患単位であるものも含まれているが、これら疾患は治療・管理や病態が患者の日常生活に大きく影響を及ぼすものである。これらの他の特徴として、リストの中で「サービス」とつけられたキーワードが多いのが目立った。「在宅介護支援サービス」、「診断サービス」、「老人保健医療サービス」等が上位に挙げられていたが、これらはいずれも「サービス」がなくても一つのキーワードとなりうる。「サービス」とすることで住民に提供されるものとの意味

表IV-1 雑誌『地域医療』原著論文より抽出されたキーワード
出現回数順に上位34語を示す

キーワード	数	キーワード	数
地域保健医療サービス	40	現職教育	7
日常生活活動	18	看護師・患者関係	7
管理看護	15	患者ケア計画	7
看護師	15	家族看護	7
意識調査	14	院内感染	7
生活の質	11	コミュニケーション	7
在宅介護支援サービス	11	クリティカルパス	7
患者の満足度	11	老人保健医療サービス	6
訪問看護	10	認知症	6
診断サービス	10	入院患者	6
外来看護	9	接遇	6
褥瘡性潰瘍	8	腎不全・慢性	6
転倒・転落	8	口腔衛生	6
地域社会歯科学	8	健康教育	6
嚥下障害	7	患者ケアチーム	6
不安	7	ターミナルケア	6
脳血管障害	7	カンファレンス	6

が強調されている。これらの結果から、雑誌『地域医療』では、課題として患者・住民の視点で見た医療や健康問題が取上げられ、また地域医療や保健福祉制度も住民・患者に提供されるサービスとしての観点から研究されていることがわかった。

日本プライマリ・ケア連合学会は、日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会の3学会が2010（平成22）年に合併して設立された。総合医・家庭医の役割の重要性の認識を深めることを目的とし、これらの普及啓発を行うとともに、プライマリ・ケアを医学研究や教育の重要な対象として学会活動が営まれている。

日本プライマリ・ケア連合学会の学術誌についても雑誌『地域医療』と同様に、全ての原著論文を抽出した後、そこに含まれるキーワードを分類した。現在の学術誌は『日本プライマリ・ケア連合学会誌』だが、3学会が合併する以前のそれぞれの学術誌は『プライマリ・ケア』（1982（昭和57）年に『日本プライマリ・ケア学会誌』として創刊、1988（昭和63）年に現在の誌名に改題）、『総合診療医学』（1996（平成8）年『総合診療研究会会誌』として創刊、1999（平成11）年に『総合診療医学会誌』に、2005（平成17）年に現在の誌名に改題）、『家庭医療』（1992（平成4）年創刊）であった。これらも合わ

せて検索対象とした。総原著論文数は994件であった。その上で上位34語のキーワードを表に示す（表IV-2）。

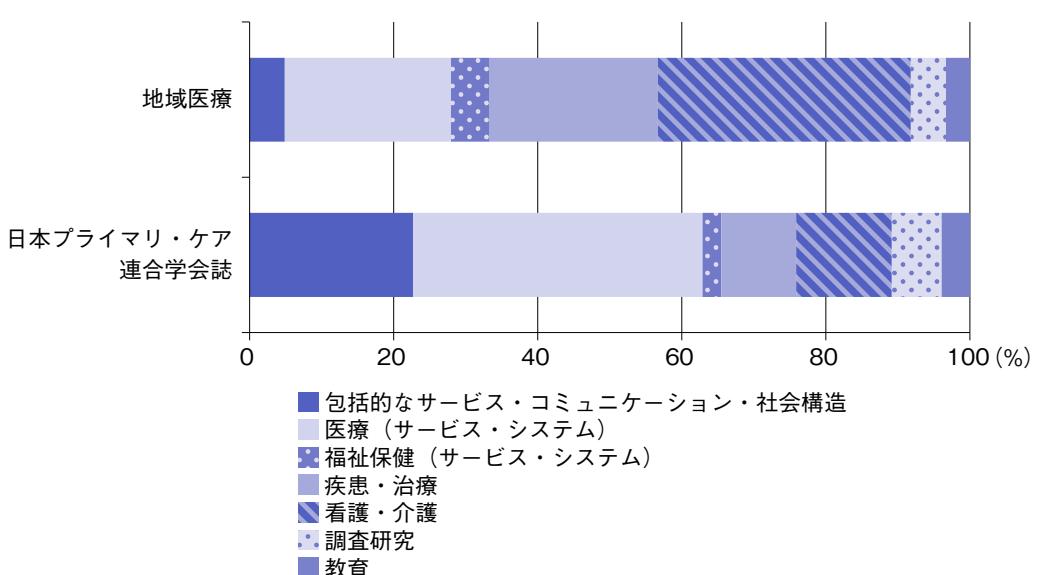
最も多かったのは「プライマリヘルスケア」の157回で、続いて「地域医療」の76回であった。以下「アンケート」、「保健医療サービス」、「在宅介護」と続いた。

雑誌『地域医療』と比較してみると、「老人保健医療サービス」、「認知症」、「地域保険医療サービス」、「生活の質」、「在宅介護支援サービス」、「意識調査」、「ターミナルケア」の7語は両者共通して頻回に取上げられていた。また「サービス」を含むキーワードが多く取上げられていたのも雑誌『地域医療』と同様であった。雑誌『日本プライマリ・ケア連合学会誌』に特徴的な傾向として、個別な医学的な問題の割合は少なくなる一方、「紹介と相談」、「家族」、「健康」、「患者」等、より抽象的なキーワードが上位を占めた。患者とそれを取巻く家族や社会との関係性に焦点を当てた研究が多いと考えられる。また、「地域」、「在宅」と冠されたキーワードが多く認められ、家庭医療的な視点からの研究が多いことも示唆された。

次に、両雑誌で挙げられたキーワードを以下の7つのカテゴリーに分類して再集計した。カテゴリー

表IV-2 『日本プライマリ・ケア連合学会誌』原著論文より抽出されたキーワード
出現回数順に上位34語を示す

キーワード	数	キーワード	数
プライマリヘルスケア	157	診断サービス	18
地域医療	76	紹介と相談	17
アンケート	53	意識調査	16
保健医療サービス	51	家族	15
在宅介護	32	家庭診療	15
高齢者	30	救急医療サービス	15
病院	29	健康	15
老人保健医療サービス	29	腫瘍	15
医師	28	生活の質	15
在宅介護支援サービス	28	地域保健医療サービス	15
医学教育	27	漢方薬	14
地域看護	27	認知症	14
プライマリ・ケア医	24	外来患者	13
ターミナルケア	23	高血圧	13
在宅医療	21	介護者	12
医師・患者関係	20	患者	12
糖尿病	20	卒後研修	12



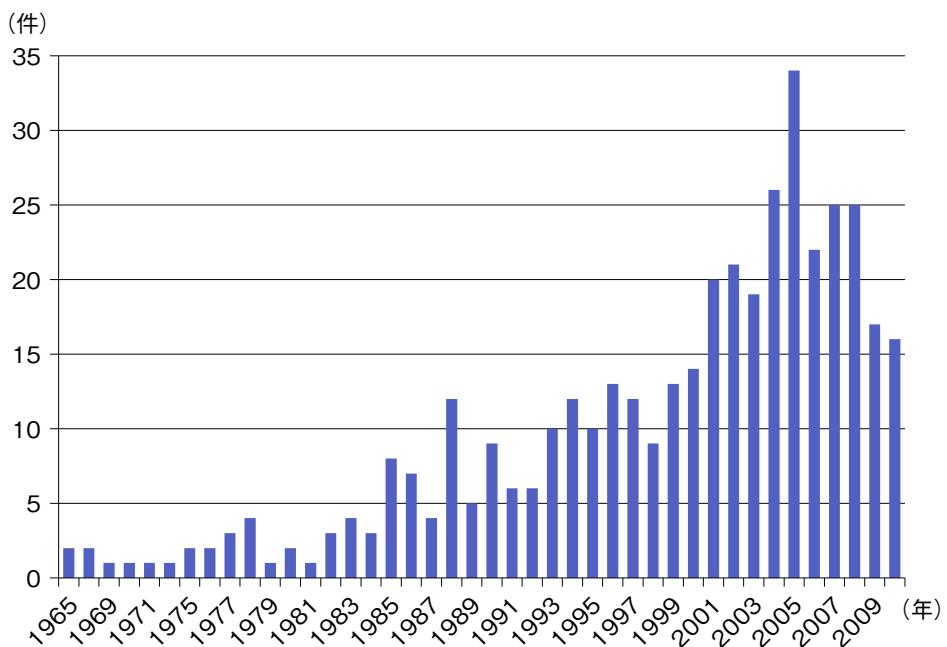
図IV-1 地域医療関連2雑誌におけるキーワードのカテゴリー分布

は以下のとおりである。

- (a) 包括的なサービス・コミュニケーション・社会構造
- (b) 医療（サービス・システム）
- (c) 保健福祉（サービス・システム）
- (d) 疾患・治療
- (e) 看護・介護
- (f) 調査研究手法
- (g) 教育

(a)には、医療や福祉に特化されないサービスや職種間や共同体におけるコミュニケーション、地域社会構造等、より包括的な意味合いを持つキーワードをまとめた。これらのカテゴリー分布をグラフに表示した（図IV-1）。

雑誌『地域医療』で最も多かったのは、看護・介護に関するキーワードで、約35%を占めた。次いで疾患・治療に関する研究、医療サービス・システムに関する研究がそれぞれ約23%を占めた。雑誌



図IV-2 地域医療に関する科学研究費補助金新規採択課題数

『日本プライマリ・ケア連合学会誌』では、医療サービス・システムのカテゴリーが40%を占め、ついで包括的なサービス・コミュニケーション・社会構造のカテゴリーが22%を占めた。

雑誌『地域医療』では、疾患や健康問題に対する治療や看護等のテーマが多く、雑誌『日本プライマリ・ケア連合学会誌』では、システムや社会構造等患者の社会生活全体を対象とした課題が多いことが特徴と言える。いずれにおいても、大学や研究室では課題として取上げられることは少ないが、地域の中で日常生活を送る患者の解決されるべき重要な課題が取上げられている。こうした点が地域医療の学問分野としての特徴であると考えられた。

②学際的な研究の現状

科研費は、文部科学省の独立行政法人である日本学術振興会が交付する、人文・社会科学から自然科学まで全ての分野にわたり基礎から応用までのあらゆる学術研究を対象とした競争的研究資金である。採択された課題や研究成果の概要等は、科学研究費補助金データベースとして公開され、インターネット上のウェブサイトで検索することが可能である。地域医療に関する研究を医学に限らず広範囲な分野から抽出することを目的として、科研費データベースにおいて1964(昭和39)年から2010(平成

22) 年までの新規課題の中で「地域」と「医」を課題名に含むものを抽出した。その中で明らかに地域医療とは関連のないものを除き集計した(図IV-2)。

該当する課題は387件であった。1980年代前半までは1年に0-5件で推移していたが、その後徐々に増加し、2000(平成12)年～2008(平成20)年までは一層の増加を認めた。

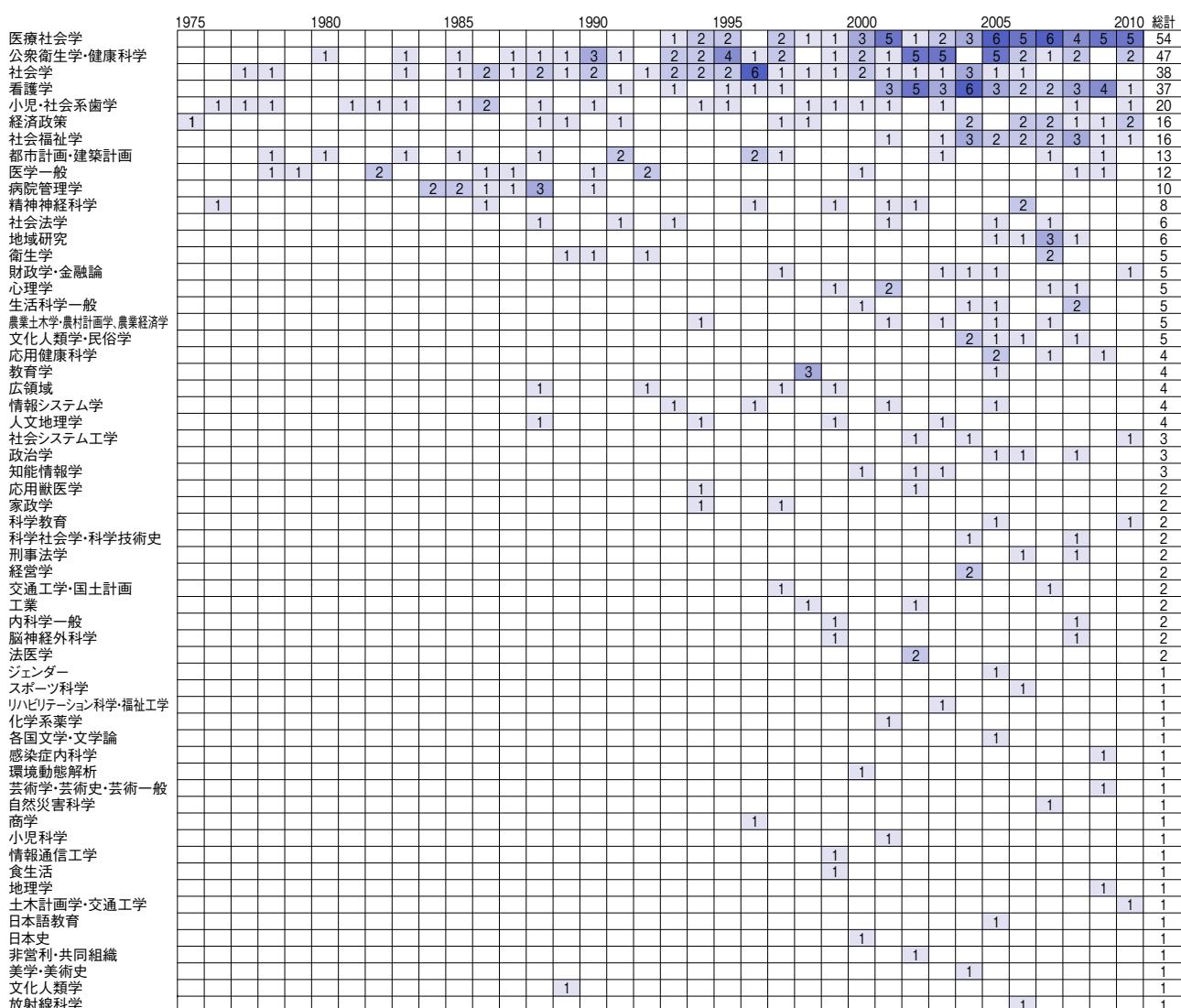
課題の提出分野は59件にのぼり、最多は社会福祉を含む社会学、次いで医療社会学であった(表IV-3)。医学系ではない分野においては、経済学、政策学、土木工学、教育学等の分野が多かった。これを年ごとに集計し、推移を見ると、課題数の多かつた社会学や公衆衛生学の分野からは継続的に地域医療に関する課題が採択されており、特に1980年代までは採択課題のほとんど全てを占めていた。その後1990年代後半以降になって多様な分野から採択されるようになっていることが分かる(図IV-3)。この時期から、地域医療を単なる医学的課題ではなく、患者を取巻く地域社会全体の課題として、多くの社会学系学問分野が研究対象としてきたことが示唆された。

③地域医療における研究手法と質

地域医療の分野での研究の手法と質について、竹

表IV-3 科学研究費補助金に採択された地域医療に関する課題件数と分野
(1965年度から2010年度まで)

分野	件数	分野	件数
社会学(含社会福祉関係)	54	社会・刑法学	8
医療社会学	53	情報システム学(含情報図書館学)、知能情報学	7
公衆衛生学・健康科学	47	文化人類学・民俗学	6
地域・老年看護学	19	都市計画・建築計画	6
経済事情・政策学	16	地域研究	6
看護学	16	医学一般	6
小児・社会系歯学	15	農業経済・土木・計画学	5
経営学	13	生活科学一般	5
交通工学・国土・建築・都市計画	9	財政学・金融論	5
教育・社会系心理学、臨床心理学	9	衛生学	5
精神神経科学	8	社会システム工学、土木計画	5



図IV-3 科学研究費補助金に採択された分野別課題件数の推移

それぞれの行は採択課題分野を表し、採択頻度順に降順に並べた。1975年度から2010年度までのそれぞれの分野ごとの採択課題数によって色調で表示した。

課題数 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■

島ら（2011）は、2005（平成17）年と2010（平成22）年に日本プライマリ・ケア連合学会学術大会で発表された講演及びポスターセッションの研究手法をまとめてその傾向を評価した。その結果、以下の3つの特徴が挙げられた。

- ・研究手法は我が国の臨床研究全般と同様の傾向で、横断研究が多い。
- ・介入研究の多くは前後比較研究の比率が高い。
- ・質的研究の割合が増加傾向である。

大規模研究、ランダム化比較介入研究、長期間のフォローアップが必要なコホート研究等の臨床的にエビデンスレベルの高い研究を一人の研究者で行うことは不可能で、多くのサポート体制や分業体制が必要である。こうした研究を我が国の臨床の場で活動するスタッフが主となって行うためには、クリアしなければならない課題が非常に多い。ただし、前述のようにこうした課題は地域医療に限定した課題でなく、我が国の臨床研究全体の課題とも言える。一方、個々の患者を患者の生活の場の中で長期間にわたりフォローすることが可能な地域医療の場では、質的研究のような研究手法は重要なツールとなりうるため、今後ニーズが増えていくことが予想される。

④地域医療における研究支援

地域医療における研究を支援する体制としては、まだまだ十分とは言えない。ここでは、地域医療に従事しながら研究に関われる支援体制について東京慈恵会医科大学「プライマリ・ケアのための臨床研究者育成プログラム」と自治医科大学地域医療研究支援チームについて取上げる。なお、地域医療の研究者を養成する博士課程や修士課程での紹介は省略する。

(a) 東京慈恵会医科大学「プライマリ・ケアのための臨床研究者育成プログラム」

東京慈恵会医科大学では、2008（平成20）年度からプライマリ・ケア現場の臨床研究者育成のプログラムを提供し、プライマリ・ケア、家庭医療、地域医療に従事する医師、あるいは将来従事する予定の医師を *clinician-researcher* として育成している（表IV-4）。

地域医療現場には、さまざまな臨床的な課題があ

表IV-4 東京慈恵会医科大学「プライマリ・ケアのための臨床研究者育成プログラム」

EBMから始まる臨床研究コース（総講義時間：350分）

疫学・臨床研究コース（総講義時間：390分）

生物統計学コース（総講義時間：814分）

家庭医療学コース（総講義時間：117分）

質的研究コース（総講義時間：172分）

研究倫理コース（総講義時間：88分）

臨床研究実践コース（各自の研究テーマについての指導）

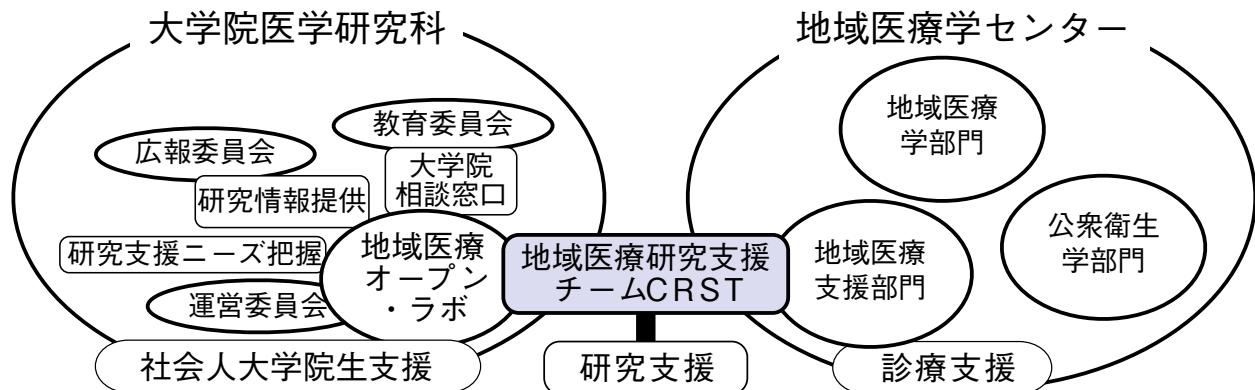
るもの、これまで十分に研究の対象とされてきたとは言い難い。これまでの大学で行われている基礎研究中心の研究活動に対して、疫学や臨床研究はその支援体制を含めまだ十分に整備されていない。プライマリ・ケアの現場で生じている問題を解決するためには、大学や大病院の視点ではなく、プライマリ・ケアの現場での視点がなければならない。

同プログラムでは、臨床研究を遂行するための能力として、根拠に基づく医療（EBM : Evidence-Based Medicine）、疫学、生物統計学、家庭医療学、質的研究、研究倫理の各分野についてのコースを設け（表IV-4）、プライマリ・ケア医がそれらを履修するとともに、自ら研究プロトコール（研究計画書）を構築し、研究を実施することによってその実践を学ぶことができるようになっている。修学期間は2年間、毎年の募集人数は10人である。各コースは、主としてe-learning（インターネットや電子メールを用いた教育）による遠隔教育により行われ、1年目には3回のワークショップ、2年目には2回の受講生による研究発表会がある（詳細は東京慈恵会医科大学のホームページを参照（<http://www.jikei.ac.jp/ekigaku/>））。

同プログラムは2007（平成19）年度社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラムに採択され、助成が終了した後もプログラムを継続している。

コーディネーター（東京慈恵会医科大学総合医学研究センター臨床疫学研究室准教授 松島雅人先生）に聞く

2007（平成19）年度からの3年間に社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム



図IV-4 自治医科大学地域医療研究支援チームの概要

に採択された「プライマリ・ケア現場の臨床研究者」の養成」を現在まで継続しています。プライマリ・ケアに携わっている医師が関わる2年間のコースなのでe-learningを主体としていますが、年に数回集まり、ワークショップなどを行っています。指導者として、家庭医療の専門の立場から、医療生協（日本医療福祉生活協同組合連合会）の藤沼康樹先生（家庭医療学開発センター長）、量的研究（EBM）の立場から名郷直樹先生（前地域医療振興協会臨床研修センター長）、質的研究の立場から大谷尚先生（名古屋大学大学院教育発達科学研究科）に関わってもらっています。プライマリ・ケア現場では質的研究のニーズが高くなっています。実地臨床からのつながりを重視しながら研究を行う臨床研究者を育成できればと思っています。

(b) 自治医科大学地域医療研究支援チーム (CRST: Clinical Research Support Team in JMU)

自治医科大学卒業医師並びに地域医療従事者のさまざまな研究活動を支援し、自治医科大学が、独自に全国展開する共同研究へと発展させることを目的に2010（平成22）年7月に設置された（図IV-4）。これは、地域医療学センター地域医療支援部門と大学院医学研究科地域医療オープン・ラボとの共同事業として、自治医科大学の学内教員有志により運営されるボランティア組織である。

地域で診療する医師の要望に応じて、学会発表や論文作成、学位取得並びに共同研究へとつなげてい

くための以下の支援を行っている。

- ①研究デザインのアドバイス
- ②研究成果の英語論文化へのアドバイス
- ③英語論文作成のアドバイスと援助
- ④すでに作成した英語論文をアクセプトさせるための援助
- ⑤地域医療研究者の研究支援ニーズ把握
- ⑥学内研究者とのマッチング
- ⑦臨床疫学研究セミナーの開催（年2回）「デザインの立て方」「かんたん統計解析」
(詳細は自治医科大学のホームページを参照
(<http://www.jichi.ac.jp/dscm/CRST.html>))。

代表（自治医科大学産婦人科学教授 松原茂樹先生）に聞く

地域で診療する医師が、「研究を開始したが、今のままの研究方法で良いか？」と感じたり、「英語論文を書いたのだが、アクセプトまでいかずには草稿が眠っている」等の事態に陥っている事例を散見してきました。CRSTは、クライアントの要望に応じて、以上の状況を打破し、論文アクセプトまでを支援するボランティア集団です。CRST構成員は主に自治医科大学卒業医師・自治医科大学教員で構成されています。CRST構成員は研究・論文のプロ集団ではありませんが、1) 研究・論文作成が大好きで、2) 研究・論文で困っている地域の仲間を助けたい、との心根を持った善意の集団です。1つでも2つでも論文がものになれば素晴らしいことです。共に学び共に発展できればと思っています。

2 都道府県の医療計画における実態把握

1) 医療計画の現状

(1) 調査の背景と趣旨

国民の医療に対する安心、信頼の確保を得るためには、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制（以下、医療提供体制）を確保することが必要である。都道府県は、地域の実情に応じて、医療機能の分化・連携を推進し、良質な医療提供体制の確保を図るための計画（以下、医療計画）を定めることが義務付けられている（医療法第30条の4第1項）。ただし、計画の名称は各都道府県によって異なる。

平成19年3月30日に厚生労働省から示された「医療提供体制の確保に関する基本方針」（厚生労働省告示第70号）において、都道府県が策定する医療計画では、新たに4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）に関わる医療提供体制のあり方を明記することが定められた。これは、住民の生活の質の向上と地域における医療提供体制の確保において重要となる医療連携体制の早急な構築を図ることが求められているためである（同方針）。

実際に医療計画を作成する際には、4疾病5事業に関して、既存の調査、関係団体や住民に対するアンケート調査やヒアリング等を活用し、地域の現状を理解することが定められている。また、関係者の協力が得られるようにするために、関係者が具体的な連携等について協議する場を設置し、医療機能ごとに数値目標等を検討することが求められている。

つまり、都道府県が策定している医療計画は、都道府県としての医療提供体制の現状認識と今後の医療提供体制のあり方が明記されているものと言える。本白書のテーマは、「安心して暮らせる医療づくり」であるが、個々の地域に応じた医療提供体制に責任を持つ都道府県が、地域医療に対してどのような理解をし、今後医療提供体制をどのように構築しようと考えているかを知ることは、極めて重要であろう。

そこで、実際に47都道府県の医療計画を収集し、各都道府県が地域医療の実態をどのように分析し、医療計画を策定しているのかについて調査した。そのうえで、白書のテーマである「安心して暮らせる医療づくり」の観点から、都道府県の地域医療の実態把握や分析方法上の課題について整理し、提案を行いたい。なお、今回の調査では、4疾病5事業の中でも、国民の関心が高いと思われる脳卒中、救急医療、災害医療の3つを取上げた。

(2) 調査の方法

47都道府県が策定している最新の第5次医療計画を、各都道府県のウェブサイトから入手した。医療計画の本文は、住民の健康状態や地域の医療提供体制を理解するための現状把握の部分と、計画期間を通じて達成する政策目標とその対策を記述した部分の2つに大別される。

今回の調査では、調査対象である脳卒中、救急医療、災害医療の3つに関係する本文を通読し、①現状把握の部分で分析されている項目（以下、分析項目）と、②政策目標に記載されている数値目標（以下、政策目標）を調査した。なお、各都道府県により記述内容、現状分析の方法やその表現方法は異なっており、計画の中で記載されている箇所も統一されていなかった。そのため、記載内容の収集において漏れが無いようにするために、2名の執筆者が記載内容を確認するダブルチェックを行った。

(3) 調査結果

救急医療、脳卒中、災害医療のそれぞれについて、分析項目と政策目標を調査した。調査した分析項目と政策目標のカテゴリー一覧を図IV-5に示した。

以下、救急医療、脳卒中、災害医療の順に、医療計画で分析されている項目と掲げられている政策目標について説明する。

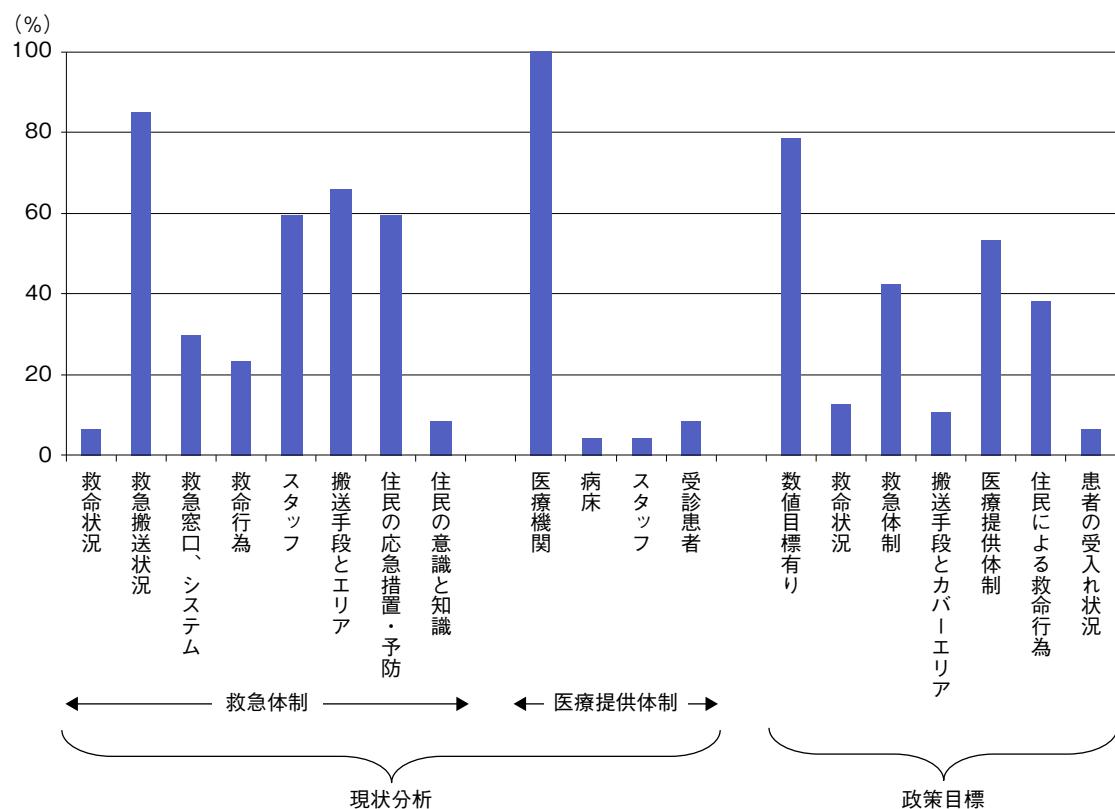
①救急医療

分析頻度が高いカテゴリーと分析項目（図IV-6）

- ・「救急体制」のカテゴリーのうち、最も分析頻度



図IV-5 分析項目と政策目標のカテゴリー



図IV-6 分析項目と政策目標のカテゴリー別分析頻度(救急医療)

が高かったのは「救急搬送状況」であり、47都道府県中40の都道府県（85.1%）で調査されていた。「搬送手段とエリア（66.0%）」「スタッフ（59.6%）」「住民の応急措置・予防（59.6%）」も

6割以上の都道府県で分析されている。詳しく分析項目（以下、分析項目の詳細は紙幅の関係上割愛した）を見てみると、
➢「救急搬送状況」のカテゴリーに含まれる分析

- 項目のなかでは、「救急搬送人員数（66.0%）」が最も高く、「救急要請から医療機関到着までの時間」の分析頻度も34.0%と比較的高かった。
- 「搬送手段とエリア」のカテゴリーに含まれる分析項目のなかでは、「救急自動車数」と「ヘリコプター（医師）の設置・活動件数」の2項目が27.7%と最も高かった。
- 「スタッフ」のカテゴリーに含まれる分析項目のなかでは、「救命救急士数」が48.9%と最も高く、「救命救急隊の状況（救急隊数、隊員数等）」が36.2%であった。
- 「住民の応急措置・予防」のカテゴリーに含まれる分析項目のうち、「自動対外式除細動器（AED:Automated External Defibrillator）の設置数・設置割合（44.7%）」が最も分析されており、「住民の救急蘇生法・応急手当講習会の受講者数」も31.9%の都道府県で分析されていた。
- ・「医療提供体制」に関するカテゴリーでは、全ての都道府県で何らかしらの「医療機関」に関する分析がなされている。詳しく分析項目を見てみると、

➢「初期・二次・救急医療機関」については、95.7%とほぼ全ての都道府県で分析されていた。「救急告示病院・診療所（53.2%）」「休日夜間の急患対応医療機関（46.8%）」「在宅当番制（44.7%）」「病院群輪番体制（44.7%）」についても約半数の都道府県で分析がされている。

- 分析頻度が低いカテゴリーと分析項目（図IV-6）**
- ・「救急体制」のカテゴリーのうち、最も分析頻度が低かったのは「救命状況（6.4%）」であり、「住民の意識と知識（8.5%）」についても、分析している都道府県は少なかった。詳しく分析項目を見てみると、

➢「死亡率・死者数」について分析がなされているのは、わずか2県（4.3%）であった。

➢最も分析率が高い項目でも、「休日・夜間における医療提供体制の整備具合に関する意識」の6.4%にとどまっている。

・「医療提供体制」のカテゴリーでは、「病床」と「ス

- タッフ」のカテゴリーが最も分析頻度が低く4.3%であった。詳しく分析項目を見てみると、
- 「病床」のカテゴリーの中でも、比較的分析されている「集中治療室（ICU:Intensive Care Unit）、冠疾患専用集中治療室（CCU:Coronary Care Unit）を有する医療機関」を分析している都道府県は2つ（4.3%）とわずかである。
- 「スタッフ」のカテゴリーでは、「救急専門医数」はわずか1都道府県しか分析されていなかった。

政策目標の設定状況（図IV-6）

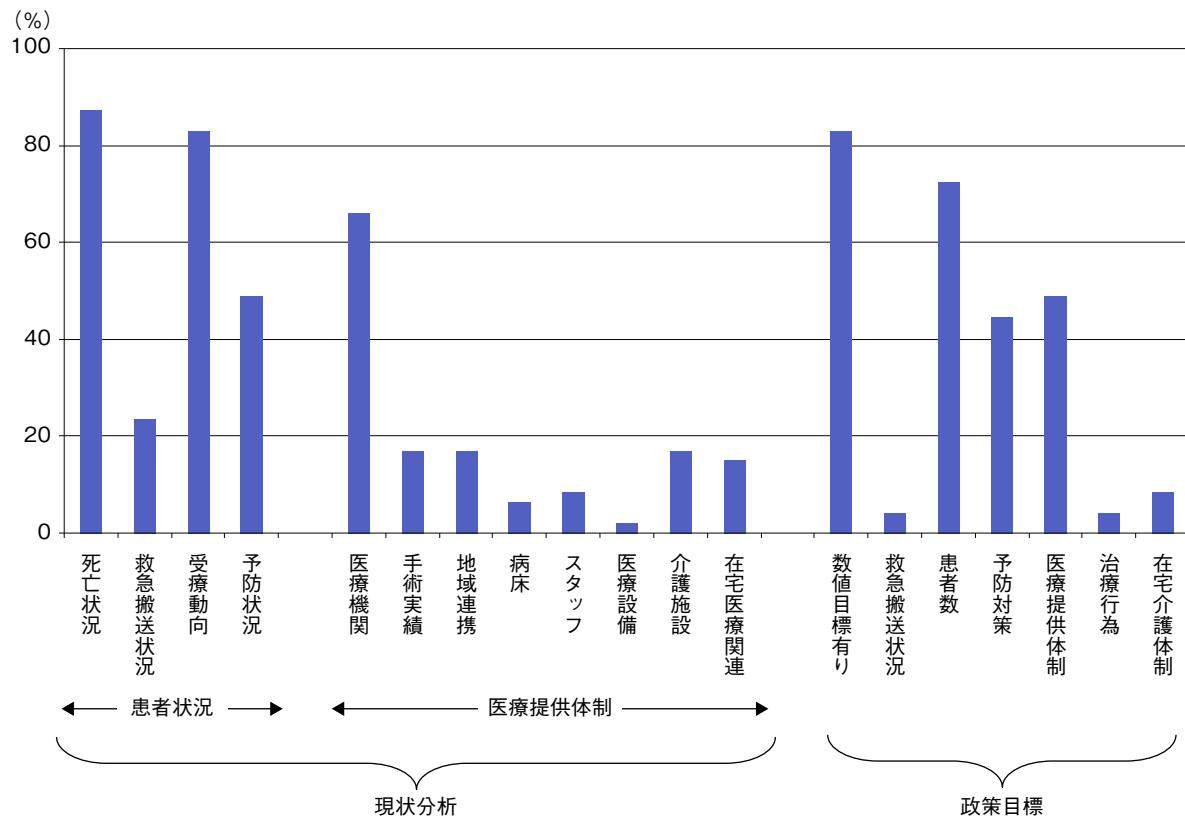
- ・政策目標として数値目標を掲げている都道府県は78.7%であった。一部の都道府県（愛知県や群馬県）では、現状分析と課題と政策目標、あるいは現状分析と課題の関係を意識して説明がなされている。しかし、多くの都道府県は、政策目標は単独で記載されるのみで、その政策目標を選択した理由や重要性について、現状分析を踏まえて説明はなされていなかった。
- ・カテゴリーでみると、「医療提供体制（53.2%）」に関して政策目標を設定している都道府県が最も多く、次いで「救急体制（42.6%）」に関して設定している都道府県が多かった。一方、「患者の受け入れ状況（6.4%）」「救命状況（12.8%）」のカテゴリーに分類される項目を、政策目標として掲げている都道府県は一部に留まっていた。

➢具体的な政策目標をあげると、「救急医療機関数（一次～三次のいずれか）」について設定している都道府県が21（44.7%）と最も多く、「覚知から収容時間までの時間（21.3%）」「住民の救急蘇生法・応急手当講習会の回数（14.9%）」と続いた。

➢一方、「救命救急センターの救命者数」を政策目標として設定している都道府県は2県しかなかった。また、「心肺停止状態の救急患者の生存率」を設定していた都道府県も6（12.8%）とわずかであった。

②脳卒中

- 分析頻度が高いカテゴリーと分析項目（図IV-7）**
- ・「患者状況」のカテゴリーのうち、最も分析頻度



図IV-7 分析項目と政策目標のカテゴリー別分析頻度(脳卒中)

が高かったのは「死亡状況」であり、11の都道府県（22.4%）で分析されていた。「受療動向（83.0%）」のカテゴリーも高く、「予防状況」も48.9%と約半数の都道府県で分析されていた。具体的な分析項目を見てみると、

➢「死亡状況」では、脳卒中に関する死亡率を分析している都道府県が41（87.2%）に達し、死因別死亡率についても27（57.4%）の都道府県が分析を行っていた。

➢「受療動向」に関する項目では、「脳卒中患者の受療率」について42.6%の都道府県で分析されているほか、「平均在院日数（34.0%）」「要介護状態となった原因疾患の割合（29.8%）」についても計画の中で言及されている。

・「医療提供体制」のカテゴリーでは、「医療機関」に関する分析をしている都道府県が66.0%と最も多かった。具体的には、

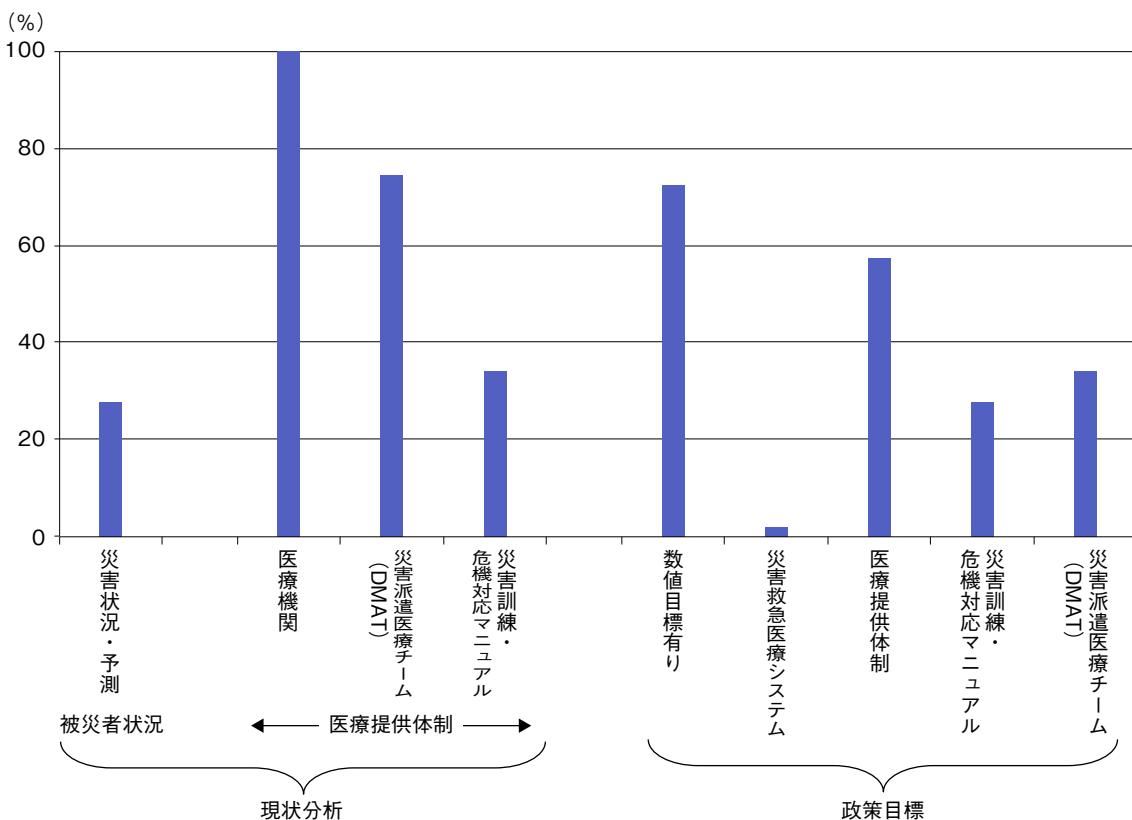
➢「脳卒中治療機関（ステージ別：急性期・慢性期・回復期リハビリテーション）」を分析している都道府県が最も多く、26（55.3%）であった。

分析頻度が低いカテゴリーと分析項目（図IV-7）

- ・「患者状況」のカテゴリーでは、「救急搬送状況」に関する分析が23.4%と少なかった。「医療提供体制」のカテゴリーでは、「スタッフ（8.5%）」「病床（6.4%）」「医療設備（2.1%）」に関する項目を分析しているのは、10%以下の都道府県に留まっていた。分析項目で具体的に見ると、
 - 「脳神経外科・神経内科に従事する医師数や専門医数」を分析しているのはわずか2（4.3%）都道府県であった。
 - 「医療機器・設備」に関して分析している都道府県は1（2.1%）都道府県であった。
 - 「SCUの病床数」に関して分析しているのは、1（2.1%）都道府県であった。

政策目標の設定状況（図IV-7）

- ・政策目標として数値目標を掲げている都道府県は83.0%であった。一部の都道府県（愛知県や群馬県）では、現状分析と課題と政策目標、あるいは現状分析と課題の関係を意識して説明がなされている。しかし、多くの都道府県は、政策目標は単



図IV-8 分析項目と政策目標のカテゴリー別分析頻度(災害医療)

独で記載されるのみで、その政策目標を選択した理由や重要性について、現状分析を踏まえて説明はなされていなかった。

- ・カテゴリーで比較すると、「患者数 (72.3%)」が最も多く、「予防対策 (44.7%)」「医療提供体制 (48.9%)」に関する政策目標を掲げる都道府県も約半数近くある。一方、「救急搬送状況(4.3%)」「治療行為 (4.3%)」「在宅介護体制 (8.5%)」のカテゴリーに関して政策目標を設定する都道府県は、2~4とわずかであった。

➤具体的な政策目標を見てみると、多い順から「死亡率 (61.7%)」「地域連携クリティカルパスの参加医療機関数（割合）(42.6%)」「特定健康診査の受診率 (34.0%)」が設定されていた。

➤一方、一部の都道府県に限られる政策目標には、「搬送時間 (4.3%)」「t-PAによる脳血栓溶解法実施数 (4.3%)」「入院中のケアプラン策定率 (2.1%)」「脳外科医師数 (2.1%)」「高脂血症有病者の割合 (2.1%)」「高血圧発症者または予備軍の推定数 (2.1%)」などがあった。

③災害医療

分析頻度が高いカテゴリーと分析項目（図IV-8）

- ・災害に対応する「医療機関」については、全ての都道府県で何らかの分析がなされており、「災害派遣医療チーム (DMAT: Disaster Medical Assistance Team)」についても何らかの分析をしている都道府県が 74.5%に達していた。

➤具体的には、「災害拠点病院」については、46 の都道府県で現状分析がなされている。また、「DMAT 指定医療機関」についても、20 (42.6%) の都道府県で分析されていた。

分析頻度が低いカテゴリーと分析項目（図IV-8）

- ・一方、「災害状況・予測 (27.7%)」「災害訓練・危機対応マニュアル (34.0%)」について分析している都道府県はそれぞれ 27.7%、34.0%に留まっていた。

➤分析項目で見ると、「今後想定される地震等の災害による被害状況と患者数」について分析していたのは 6 (12.8%) 都道府県であり、「災害対策マニュアルの整備率 (12.8%)」「災害拠

点・協力病院における災害実動訓練実施率（12.8%）」を分析している都道府県も一部であった。

政策目標の設定状況（図IV-8）

- ・政策目標として数値目標を掲げている都道府県は72.3%であった。一部の都道府県（愛知県や群馬県）では、現状分析と課題と政策目標、あるいは現状分析と課題の関係を意識して説明がなされている。しかし、多くの都道府県は、政策目標は単独で記載されるのみで、その政策目標を選択した理由や重要性について、現状分析を踏まえて説明はなされていなかった。
- ・カテゴリーで見ると、半数以上の都道府県が政策目標に掲げているものは「医療提供体制（57.4%）」に関するものだけであった。「災害救急医療システム」に関しては、わずか1（2.1%）都道府県しか政策目標に掲げていなかった。
- 政策目標として最も多くの都道府県あげられていたのは、「災害拠点病院数（29.8%）」であり、その後は「病院の耐震化率（23.4%）」「DMATチーム数（23.4%）」と続いた。
- 一方、政策目標として設定している都道府県が一つに留まるものは、「災害拠点病院数（第二次医療機関）」「資機材が整備されている被爆医療機関数」「緊急被爆訓練を実施している医療機関数」「災害時の医療を担うスタッフの資質向上のための研修会等の実施」「他機関・地域住民と連携し災害実動訓練を実施している災害拠点病院数」「緊急被ばく医療講習の受講者数」「DMATチームを有している災害拠点病院及び救命救急センターの数」などであった。

（4）参考になると思われる分析例の紹介

①救急医療

- ・「救急搬送状況」では、一部の都道府県（長野、奈良、沖縄）に留まるが、「重症患者が受け入れられなかつた理由別件数」を調査していた。救急患者のたらい回しを減少させるための課題抽出に必要な調査と思われる。また、栃木県は「救急来院患者数の対応別内訳（入院、外来、死亡、検査依頼、処置のみ）」を分析していた。これは、適切

な救急体制を構築するために、救急医療の需要を詳細に把握するという点から、重要な調査と思われる。

- ・「住民の意識・知識」に関しては、「休日・夜間ににおける医療体制で整備不足な点」を分析している県（福島、熊本、鹿児島）や「不足していると思われる治療分野」を調査している県（群馬、鹿児島）があった。救急医療体制の構築は、医療者、行政だけでなく、住民との協働が不可欠である。そのため、救急体制を計画していく上で、住民の意識を調査することは、一つの有用な手段であろう。
- ・「搬送手段とエリア」では、「救命救急センターからの時間距離別カバー人口と面積」について、秋田県と鳥取県が調査していた。地理情報システム（GIS：Geographic Information System）を利用して、現在の医療提供体制の充実度を空間的側面から分析している。医療機関の適正配置、再編などを検討する際に重要な分析であると考えられる。
- ・「救命行為」では、「バイスタンダー（その場にいた者）による心肺蘇生法実施率」を調査していた府県が6つ（青森、新潟、長野、静岡、滋賀、大阪）あった。救命救急率を高めるためには、医療者だけでなく、住民による心肺蘇生法実施率を高めることは重要であり、AEDの設置状況や応急手当の講習会実施状況に加えて、把握しておくべき重要な指標である。

②脳卒中

- ・「救急搬送状況」では、「脳梗塞発症後3時間以内に急性期医療機関を受診した割合」を群馬県で調査していた。発症から治療開始までのタイムラグは、脳梗塞患者の予後を左右する。したがって、搬送数だけでなく、発症から搬送までの時間を含めた検討は、脳卒中患者の救急搬送体制を計画するための有用な資料となり得る。
- ・「受療動向」では、「発症1ヶ月後の状態、寝たきりの割合」を、7県（宮城、茨城、群馬、富山、滋賀、徳島、高知）が調査していた。これは十分な救急搬送体制を整備できているのかを測る一つの目安となるとともに、介護予防や患者の生活の

質（QOL : Quality Of Life）にも資する指標である。また、群馬県では「急性期関連の医療機関からの2時間圏域」を分析していた。脳卒中発症後の血栓溶解療法は、3時間以内に始める必要がある。脳卒中患者に対する医療提供体制を計画するためには、医療機関へのアクセスの解析は重要である。

③災害医療

- ・「災害状況・予測」は、今後の対策を立てるために重要な分析であると思われるが、このカテゴリーに分類される項目を分析している都道府県は13（27.7%）と低かった。特に、今までに起こった地震災害、津波災害の被害状況を分析している都道府県は、全体の17.0%とごく一部であった。災害予測は、現状分析をもとに行うものであり、小さな災害も含めて、全ての都道府県で調査する必要があると思われる。また、「今後想定される

地震などの災害による人的被害」「大規模災害時医療情報伝達網」について分析している都道府県は、それぞれ12.8%（東京、静岡、三重、滋賀、徳島、高知）、2.1%（長野）とごくわずかである。被害状況と情報伝達方法を、予め分析しておくことは、非常に重要であると思われる。

- ・「災害派遣医療チーム」に関しては、兵庫県が「災害救援専門ボランティア数」を把握していた。ボランティア数の把握は困難であるが、今回の東日本大震災のような大規模災害の際には、ボランティアの発揮する力は大きいため、何らかの分析をしておくことは重要である。
- ・「NBC（核、生物、化学：Nuclear, Biological, Chemical）等の特殊災害への対応に必要な設備を有している病院」を分析している都道府県が10.6%あった。特に長野県では、NBC等の特殊災害対策の研修を受けているDMATチームや受講している職種まであげている。



医療計画の見直し

2006（平成18）年の医療法改正により、都道府県に策定が義務付けられている医療計画において、具体的に医療連携体制を位置づけるため、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）5事業（救急医療、災害における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む））ごとに計画を立てることが定められた。現在の医療計画は、2008（平成20）～2012（平成24）年度の5か年を対象期間としており、2013（平成25）年度から新しい医療計画に切り替わる。新しい医療計画を策定するにあたって、厚生労働省は検討会を設置し、2011（平成23）年12月16日に「医療計画の見直しについて（案）」（以下、意見書）が提出された。この意見書及び検討会で指摘された事項は、次の6点である。第一は、一定の人口規模（概ね20万人未満）の二次医療圏において、入院患者の流入出状況を踏まえ、二次医療圏の設定の見直しを行うこと。第二は、疾病・事業ごとのPDCA（Plan（計画）－Do（実行）－Check（評価）－Act（改善））サイクルの推進のため、そのために必要な一連のプロセス（全都道府県が入手可能な指標等から現状把握・課題の抽出を行い、課題抽出のための数値目標と施策を策定すること、また、定期的な評価を行う組織や時期を明記し、進捗状況の評価と施策の見直し、住民への公表を促すこと）を医療計画の作成指針に明示すること。第三は、在宅医療の体制構築に係る指針を示すこと。第四は、4疾病5事業に加え、精神疾患を追加し、「精神疾患の医療体制構築に係る指針」を示すこと。第五は、地域医療支援センターの実施事業等を医療計画に記載し、医療従事者の確保を推進すること。第六は、「災害医療計画等のあり方に関する検討会」の報告書で提案された内容を踏まえて災害医療体制を構築するように促すことである。

意見書の狙いは、5疾病5事業に関する医療提供体制を充実させるため、医療計画をより実効性の高い計画にすることと言える。これまでの行政の計画は、目標と施策の内容が抽象的であるものが多かった。2006（平成18）年の医療制度改革以降、数値目標を設置することや対策の評価とその時期を具体的に示すことで、政策の実行性を確保する仕組みが導入されてきており、今後もこの動きは加速すると思われる。



執筆者：古城 隆雄

3 課題の整理と提言

ここまで、地域医療を対象にした研究の現状と支援体制、そして各都道府県が策定している医療計画の実態を調査した結果を示した。これらの結果から、今後重要なと思われる6つの課題を整理した。さらに、これらの課題をふまえて、(1) 地域医療に根ざした研究を発展させるための支援体制づくり、(2) 地域医療の環境を相対的かつ客観的に把握するための地域データベースの構築、(3) 研究成果やデータベースを医療計画の立案に活用できる人材の育成の3点を提言としてまとめた。

1) 課題

- ・地域医療の場で見出される研究課題に対する取組みは、行われているが、研究の質を高める必要がある。
- ・研究を行うための支援体制・ネットワークは増えつつあるが、未だ十分に整備されていない。
- ・医療機関へのアクセスを確保する観点から、医療機関へのアクセス方法・時間、対応するべき患者数を総合的に分析する視点が弱い。
- ・都道府県間で、調査集計の方法にバラツキが多く、参考と思われる分析例の共有化はなされていない。
- ・現状分析と課題は丁寧に分析されている都道府県は多いが、現状分析と課題から個々の政策目標を選択した理由や重要性について説明している都道府県は少数であった。

2) 提言

(1) 地域に根ざした研究を発展させるための支援体制づくり

地域医療関連雑誌のタイトルの調査結果から、地域医療の現場で行われている研究は、患者中心の視点で見出され、患者の日常生活に密接に関係したテーマが多いことが分かった。これは、基礎医学偏重の我が国の医学研究への反省から、質の高い臨床医学研究を求める動きが医学研究全体で生じていることとも関連している。治癒率や予後はもちろんのこと、生活の質や患者満足度等の患者の視点を直接反映した評価項目を重視する研究が増えてきていることは、この一連の動きを示していると思われる。

こうした臨床医学研究の高まりの一方、今回の調査結果からは、研究手法の質を高める必要性が高いことも明らかになった。具体的には、地域医療の研究の多くは、横断研究や症例報告等であり、医療行為を行う際の根拠として広く利用できる研究報告になっているものは少なかった。

医学研究を質の高いものにするためには、臨床の現場で発見した疑問をまず研究テーマとして形式化し、適切な研究デザインを計画する必要がある。また研究の内容によっては、対象者の個人情報や倫理面に配慮する必要があるほか、相応の研究資金を確保することが重要であろう。研究者が単独でこうした多くの条件をクリアすることは難しい。特に地域医療の現場で働きながら研究を行おうとする者にとっては、非常に困難と言えよう。

そこで、質を向上させつつ地域医療の研究を促進するには、研究者を支援する支援体制が必要であると思われる。もちろん、地域で起きている課題はその地域固有の問題もあるが、患者生活に密着した課題の多くは幅広く共通している。先の項でいくつかの大学で行われている臨床の現場で働く医療者を対象とした研究支援体制を紹介したが、これら研究支援の対象は実質的にそれらの大学卒業生もしくは講座受講者に限られている。この窓口をさらに広げるためには、臨床医学系の各学会やNPO（Non Profit Organization）等による地域で臨床を行う医療従事者を対象とした支援体制を充実させることが必要と考える。

実際の臨床においては、地域連携パス等のように、中核病院を中心とした疾患単位の医療連携ネットワークが、自治体や医療圏単位で進められている。一方、臨床研究においては、地域の病院や診療所で運営されている臨床研究ネットワーク（PBRN : Practice Based Research Network）等があるが、まだまだ全国的な広がりを持つものは少ない。地域医療の現場で共通した課題を抱える医療従事者が、課題解決の情報交換の場として、また、臨床研究の広がりを目的として、ネットワークが構築されるべ

きである。今後一層こうした研究ネットワークの充実が求められる。

(2) 地域医療の環境を相対的かつ客観的に把握するための地域データベースの構築

各都道府県の医療提供体制を考えるには、各都道府県の（さらに言えば二次医療圏や市区町村の）住民の健康状況、保健予防活動の実施状況、医療機関への受診状況、救急体制等、医療提供体制以外の現状を網羅的に把握することが必要である。そのうえで、これらの現状と照らし合わせながら現在の医療提供体制が十分に機能しているかどうかを評価し、今後の医療提供体制を考えるうえでの課題を抽出する必要がある。

しかし、今回の都道府県の医療計画の実態調査の結果、残念ながら①現状分析の質と量において都道府県間で大きな差があること、②現状分析と課題から個々の政策目標を選択した理由や重要性について説明している都道府県は少数であったことが明らかになった。この背景には、医療計画に関わる担当者の不足や現状分析の方法が確立されていない等、人材や方法論の面での課題があると思われる。また、これらの課題に加えて、地域の現状を総合的に把握できるような地域医療データベースが存在しないことも大きな要因と思われる。

確かに、保健、医療、救急体制に関する各種データは、さまざまな形で調査されており、最近では総務省統計局や厚生労働省、各都道府県のホームページから、データ入手することも可能になってきている。しかし、どこにどのようなデータが存在しているのかは、分野が横断することもあり、長年この分野に携わっている担当者でなければ必要なデータのある場所を把握することは難しい。また、詳細な解析のためにはデータの一次資料に当たることが必要になるが、実際には非常に困難である。さらに個人情報保護の点から、同一人物に関する複数のデータセットを複合して解析することは現時点ではほとんど不可能な状態にある。もし保健、医療、介護、救急等に関わるデータを一元的に管理する「地域医療データベース」があれば、現状分析を行うための敷居は低くなる。また都道府県間における現状分析の差異もここまで大きくはならないと思われる。今

後ますます地方分権が進む中で、住民により近い位置にある都道府県や市区町村が、地域医療の現状分析を充分かつ効果的に行えるために、総合的なデータベースの整備が不可欠と考えられる。（自治医科大学の地域医療データバンク事業については、V. データベースの必要性（P.131）を参照）。

(3) 研究成果やデータベースを医療計画の立案に活用できる人材の育成

医療計画の中では、現状分析として死亡率や健診受診率、救急搬送人員数や救命救急士数、治療行為別医療機関数や医師数など、幅広い領域にわたる各種統計資料が活用されていた。その一方で、地域医療に注目した研究は活用されていなかった。例えば、公衆衛生の分野では、どのような人達が健診未受診者なのかを分析した研究や、健診未受診者と医療費や患者数との関係を分析した研究が数多くなされている。また、社会科学系の研究では、医療費の地域格差と、地域の医療提供体制・介護提供体制、保健予防状況、社会経済状況等との関連を分析した研究が行われている。最近では、GISを用いて、救急医療機関までの時間距離や、各医療機関がカバーしている人口割合、地理的な観点から見た患者の受診行動等も研究がなされるようになってきている。

「地域医療の現場で見出される課題と研究」の部分で言及したように、必ずしも地域医療に関する研究のレベルは高いものばかりではない。しかし、そうした研究の成果を知りたいれば、現状の医療提供体制をより深く考察できることは間違いない、また今後の対策を考えるうえで新しい視点を得られる可能性もある。これまで研究者、行政官と職員の交流は活発ではなかったが、今後は研究成果を政策に取り入れられるような行政官の育成が望まれる。

同じように、先に述べた地域医療データベースを活用できるような人材も重要と思われる。地域に関連した調査を分野横断的に行なった総合的なデータベースが構築されたとしても、これを活用できる人材がいなければならない。もちろん、専門的で高度な分析は、研究者やその領域に精通した専門家の支援も必要になる。実際に医療計画を立案する人材や、各種対応策を考案する人材には、それらのデータ

ベースから何を分析すれば政策立案に生かせるかを考案できるような能力が求められる。医学の領域では、根拠にもとづいた医療（EBM：Evidence Based Medicine）という言葉があるが、まだまだ日本の政策現場では、根拠にもとづいた政策（EBP：Evidence Based Policy）の観点から現状分析や政策立案をする人材は乏しい。

今後は、医療計画に必要な知見を、研究成果や地域データベースから見出せる人材を育成していく必要がある。



執筆者：石川 鎮清
熊田 真樹
古城 隆雄
関根沙耶花



V データベースの必要性 (地域医療データバンク)

1 現状と課題

1) 高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT戦略本部）の政策

2010(平成22)年5月に高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT戦略本部）から新たな情報通信技術戦略が提言された。医療分野の取組みの重点政策として「全国どこでも過去の診療情報に基づいた医療を受けられるとともに、個人が健康管理に取り組める環境を実現するため、国民が自らの医療・健康情報を電子的に管理・活用するための全国レベルの情報提供サービス」を創出する。このため、第一段階として、個人が自らに対する調剤情報等を電子的に管理する仕組みを実現する。また、匿名化されたレセプト（診療報酬明細書）情報等を一元的なデータベースとして集約し、広く医療の標準化・効率化及びサービスの向上に活用可能とする仕組みを構築する。具体的な取組みとしては、以下の4つである。

(1) 「どこでもMY病院」構想の実現

全国どこでも自らの医療・健康情報を電子的に管理・活用することを可能にする「どこでもMY病院」構想を実現することとし、2010(平成22)年度中に診療報酬明細書及び調剤情報の電子化方策や構想を実現するうえでの運営主体、診療情報・健康情報等の帰属・取扱い等（「個人参加型疾病管理サービス（例：電子版「糖尿病連携手帳／カード」）」、医師の所見が入る情報の取扱いでは、「データ」と「情報」、「本人提供用退院サマリ」、「読影レポート」）について検討されている。2011(平成23)年度には、「ど

こでもMY病院」の個人参加型疾病管理サービスの具体化及び「どこでもMY病院」の医師の所見が入る情報の個人に提供する範囲等について検討される予定となっている。

(2) シームレスな地域連携医療の実現（地域において、医療から介護まで健康に関わる施設間での切れ目のないデータ共用を可能にする体制）

地域医療支援病院を中心とし、生活習慣病などを対象として、情報通信技術を活用した地域連携クリティカルパスや医療から介護まで、健康に関わる施設間での切れ目のないデータ共用を可能にする体制を各地に構築する検討がなされている。2010(平成22)年には、二次医療圏を基本とした地域連携ネットワークで取り組む対象疾病、ITを活用することにより、疾病の悪化抑制の実現にあたり、国民が利益と判断できる方策としては、在宅における医療と介護で共有することが有効な情報、二次医療圏を超えた地域連携ネットワーク、遠隔医療の推進に関する進捗状況、死亡時画像診断（AI）の推進に関する進捗状況について検討されている。2011(平成23)年度には、ITを活用した疾病の悪化抑制等に対するインセンティブの在り方及び地域協議会などで情報連携システムを構築する際に参考とする標準的な基本設計や設計思想の具体化について検討される予定となっている。

(3) レセプト情報等の活用による医療の効率化

匿名化されたレセプト情報等をデータベースとし

て、集約することにより、医療の効率化のための解析方法を検討している。2011(平成23)年度には、レセプト情報等の第三者提供のためのガイドラインの作成及びレセプト情報等の利活用による医療の効率化について検討されている。2011(平成23)年度には、自治体、医療機関自身、保険者によるレセプト情報等の活用の具体的なあり方について検討される予定となっている。

自治医科大学地域医学センターでは、このテーマのタスクフォースに参画し、自治体によるデータの解析方法について共同で検討を行っている。

(4) 医療情報データベースの活用による医薬品等安全対策の推進

医薬品等をより、安全・安心に利用できる社会を構築することを目指し、医薬品の副作用情報等をリアルタイムでチェックすることにより、安全対策の充実・強化を図ることができるよう、レセプト情報や電子カルテ情報のデータベースを活用できる体制の整備を行うことを検討している。

2) 公的病院改革プラン

2007(平成19)年に総務省から「公立病院改革プラン」の策定を義務付けられた自治体・自治体病院は、地域内の他の医療機関との再編・ネットワーク、収入増、コストダウンなどを進めるプランを立案した。改革プランにおいては、プランを策定した928病院のうち、2011(平成23)年度までに経常収支の黒字化を目指しているのは596病院(64.2%)(2010(平成22)年3月31日現在)であるが、内部環境分析の結果から経常収支のつじつまを合わせる計画が多く、地域における医療需要と医療供給からの改革策定はほとんどされていない状況である。

3) 医療計画・地域保健医療計画

医療計画は、医療法第2節医療計画(第30条の4から第30条の11)に規定されており、医療計画策定項目、策定するために配慮する事項、基準病床数(その地域でどれくらいの病床が必要か)等について定められている。その目的は、日常生活圏で、通

常必要とされる医療を確保するため、二次医療機関を単位とし、地域医療の効率化、体系化を図り、社会環境の変化に対応した新たな医療体制を構築するものである。

これに対し、地域保健医療計画は、①基準病床数、②二次医療圏、三次医療圏の設定、③地域医療支援病院の整備、④病院、診療所、薬局等の機能及び、連携の推進、⑤へき地医療、救急医療の確保、⑥医療従事者の確保、⑦その他、医療供給体制の確保について、都道府県における医療を提供する体制の確保に関する計画を作成し、5年ごとに見直すものである。しかし、多くの都道府県では、病床規制がその主体となり、本来の目的に沿った計画とは言い難い。さらに、地域の実態の把握が十分になされておらず、前回の策定数値に率をかけて計画を算出している現状もある。

4) 地域医療再生基金

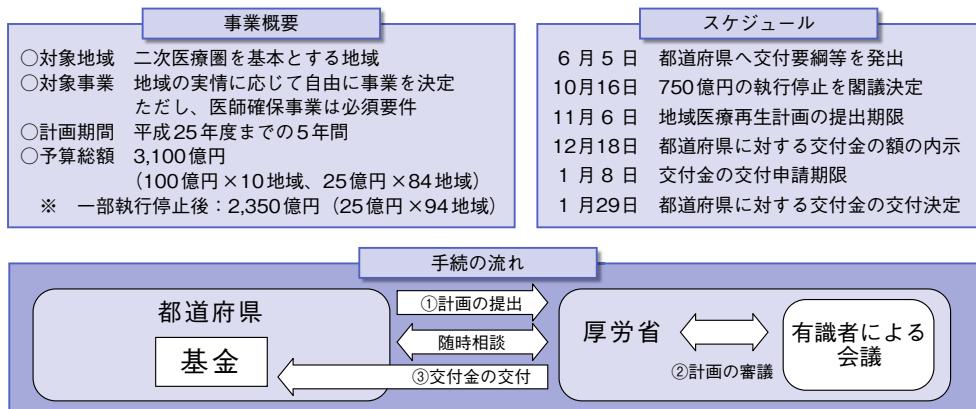
「経済危機対策」(2009(平成21)年4月10日「経済危機対策」に関する政府・与党会議、経済対策閣僚会議合同会議)において、「都道府県が地域の医療課題の解決に向けて策定する「地域医療再生計画」に基づいて行う、医療圏単位での医療機能の強化、医師等の確保等の取組みを支援」とされた。

2009(平成21)年度補正予算において、地域医療再生臨時特例交付金が確保され、都道府県に交付されることとなり、都道府県では、医療圏単位での医療機能の強化、医師等の確保等の取組み、その他の地域における医療に係る課題を解決するための施策について定める計画(以下「地域医療再生計画」という。)を作成するとともに、地域医療再生臨時特例交付金により地域医療再生基金を造成し、これらの施策を実施することになった(図V-1)。

期間については、2013(平成25)年度末までの期間とされ、地域における医療に関する現状の分析をするに当たっては、医療に関する需要、必要な医師数などにつき、可能な限り定量的な分析を行い、地域における医療に関する課題が明らかとなるよう留意することとされた。さらに、継続的に実施することが必要な事業については、地域医療再生計画が終了し、地域医療再生基金が無くなつた後においても引き続き実施されるよう、地域医療再生計画の期間

地域医療再生基金の概要

- 平成21年度第一次補正予算において、地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に「地域医療再生基金」を設置。
- 従来の病院毎（点）への支援ではなく、都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づく対象地域全体（面）への支援。
- 各都道府県の「地域医療再生計画」において、次のような医師確保事業が盛り込まれている。
 - ・大学医学部に地域医療等に関する寄附講座を設置し、当該講座から医師不足の医療機関に医師を派遣
 - ・大学医学部の入学定員に地域枠を設け、将来地域で診察を行うことを条件として、地域枠の医学生に奨学金を貸与し、医師になった後、貸与期間の1.5倍の間、地域での診療を義務付け



図V-1 地域医療再生基金の概要

厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/saiseikinkin/> より引用

中においても一部は都道府県又は市区町村が負担するなど、費用負担の在り方を留意するよう記された。

さらに、各都道府県の地域医療再生計画の作成に当たっては、①都道府県医療計画その他都道府県が定める関係計画の内容と調和が保たれるようすること、②公立病院改革プラン及び各都道府県において策定された「再編・ネットワーク化に関する計画・構想等」（「公立病院改革ガイドラインについて（通知）」（2007（平成19）年12月24日総財経第134号総務省自治財政局長通知）を踏まえて作成されるものをいう。）との整合性を保つこと、③管内に定住自立圏に関する取組みを行う市町村（管内にその一部が含まれるものも含む。）がある場合にあっては、当該定住自立圏に関する取組みとの調和が図られるよう配慮すること等、他の計画等との調和性を求めている。

「地域における医療に関する現状の分析をするに当たっては、医療に関する需要、必要な医師数などにつき、可能な限り定量的な分析を行い、地域における医療に関する課題が明らかとなるよう留意すること」とされながらも、これまで現状分析を行ってこなかった都道府県には、現状分析のためのデータがなく、要求提出までの短い間に地域の詳細な解析が行われているケースは少ない。

5) 地域医療機関における現状と課題

(1) 医師不足の要因分析

近年、医師不足、病棟閉鎖、医師の大量退職、離職、患者のたらいまわし、必要な医療がすぐに受けられない等の問題が深刻といわれている。（I. 地域医療の全体像（P.3）参照）多くの地域では、このような問題に対しての対策も進められ、国としてもいくつかの対策が提示されている。一方では、これらの対策が十分な効果が上げられていないとの指摘もある。これらの問題の状況を住民が知るための指標がないことに原因を期すると考える。地域における医療機関の現状がどのような状況にあるのか、地域の住民が求めている医療機関の機能は何かといった地域医療の現状を住民に理解されていない。さらに、フリーアクセスで自由に医療機関を受診できることから、住民が病気にかかった時に、どの医療機関を受診してよいのかがわからないから、とりあえず大病院を受診する傾向（I. 地域医療の全体像（P.3）参照）がある。これが医師数の絶対数不足と偏在による医師不足をさらに増幅している。また、医療技術や機器の進歩による医療の高度化、複雑化と合わせて高齢化による合併症を伴った手術の増加等は、

医師の高い専門性と「業務負荷の増大」を引き起こし、医師不足の要因となっている。さらにインフォームドコンセントや地域医療連携、医療・介護連携等のために多くの書類作成が必要になり、事務作業等の業務増加が医師の負担増を招き、医師の疲弊を一層増している。

(2) 地域医療・介護ネットワークシステム

地域医療再生基金等の補助金により地域医療・介護ネットワークシステムの導入・検討がなされている。ネットワークシステムは、有用であるが、実運用は以下のような問題を抱え、困難な状況にある。

- ①ほとんどのシステムの構築が、中核病院を中心に企画・構築され、病院からの視点のみでシステムが構築されているため、地域のニーズ（診療所等の要望等）が十分に把握されていないものが多い。
- ②診療情報提供書のデータだけでは情報量が少なく、連携先の医療施設のニーズを満たすことができない。
- ③セキュリティレベルを厳格にしそうるとコスト上昇を招き、医療連携ネットワークへの参加障壁になるとともに、連携サーバのデータ保存コストが増大になると維持継続が困難になる。
- ④地域1カルテを前提としているため、電子カルテの相互接続にコストがかかりすぎる。
- ⑤診療所からも病院に診療情報を提供する双方向の情報交換を求めたため、診療所側の負担が増大する。
- ⑥Web型の地域共通電子カルテでは、連携（共有）している患者とそれ以外の患者でシステムの処理が違うため、手間がかかりすぎて有効ではない。

2 提言：地域医療分析の必要性

先に述べたように、医療機関を取り巻く環境は、著しく変化しており、それに対応していくために行政はさまざまな施策を立案し、結果、医療機関の効率化を追及している現状である。そのため、地域における医療機関は、地域づくりのビジョンの中核に位置づけされるように、医療機関の機能・現状を住民に理解してもらえるように、「医療機関の現状分析」を実施し、地域住民と提案型運動を構築していくことが、これから医療機関には不可欠なものとなる。

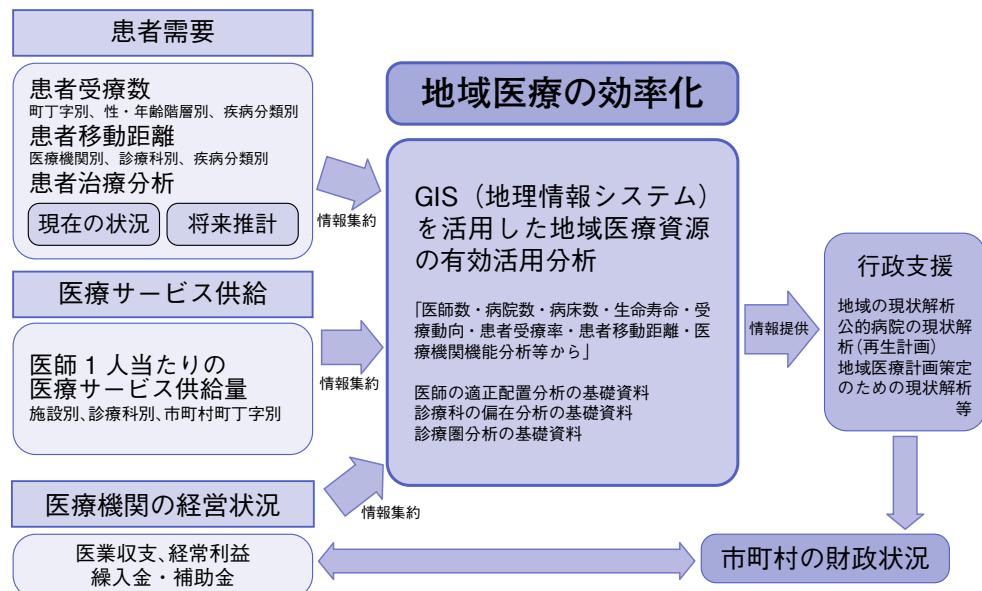
すなわち、「地域医療の実態を明らかにする」ことが、今の地域医療では最も重要なことであり、その実態を明らかにするために、定量的なデータに基づいた分析が必要不可欠なものとなる。

定量的なデータを解析するためには、解析できるデータの蓄積、データベースが必要不可欠なものとなる。しかし、データベースは単にデータを集約しておけるだけの仕組みでは、地域医療分析は十分にできない。

地域医療分析の意図する地域が、日本全体の分析なのか、特定地域の分析なのかによってクラスタリング（集約）するサイズは変わってくる。また、分析項目によっても、データベースの構築の仕方、解析方法は異なってくる。このような地域医療分析を最適に行うために、自治医科大学地域医療学センターに「地域医療データバンク」を構築し、地域医療解析のためのデータ集約を行っているところである。

1) 地域医療データバンク

2010（平成22）年4月より地域医療データバンクを構築し運用・解析を始めている。大規模な地域医療情報から地域医療の実態解析を行い、医療の効率化を推進するための方策を検討することにより、レセプト情報による疾病受療率、人口動態データ及び場所情報コード（三次元位置情報）等を活用して、地域人口推計、患者の移動距離、医療機関ごとの地域住民の受療動向等について地域医療の実態を明ら



図V-2 地域医療データバンク概要

かにし、医療の地域偏在の状況や医師の診療科偏在等について全国の解析を行っている。

これにより、都道府県において医療資源の効率的利用方法や適切な地域医療圏の設定に寄与できると考えている。

地域医療データバンク事業では、医療需要と医療資源のマッチングにより、医療需要の推定（詳細地域（町丁字）別・疾病分類別・年齢階層別）、患者の医療機関までの移動距離と患者・家族の負担の評価、医療機関ごとの診療機能分類、地域ごとの患者受療動向、地域における医療資源の現状把握等の解析を行い、その結果を地理情報システム（GIS）により複合データを地図情報で可視化することにより、地域における医療の効率化に寄与することを目的としている。

レセプト情報等の集約方法の検討、解析結果の二次利用方法の検討を行い、地域医療解析では、以下の項目を中心に解析を行い、データ集積についても検討を行っている。

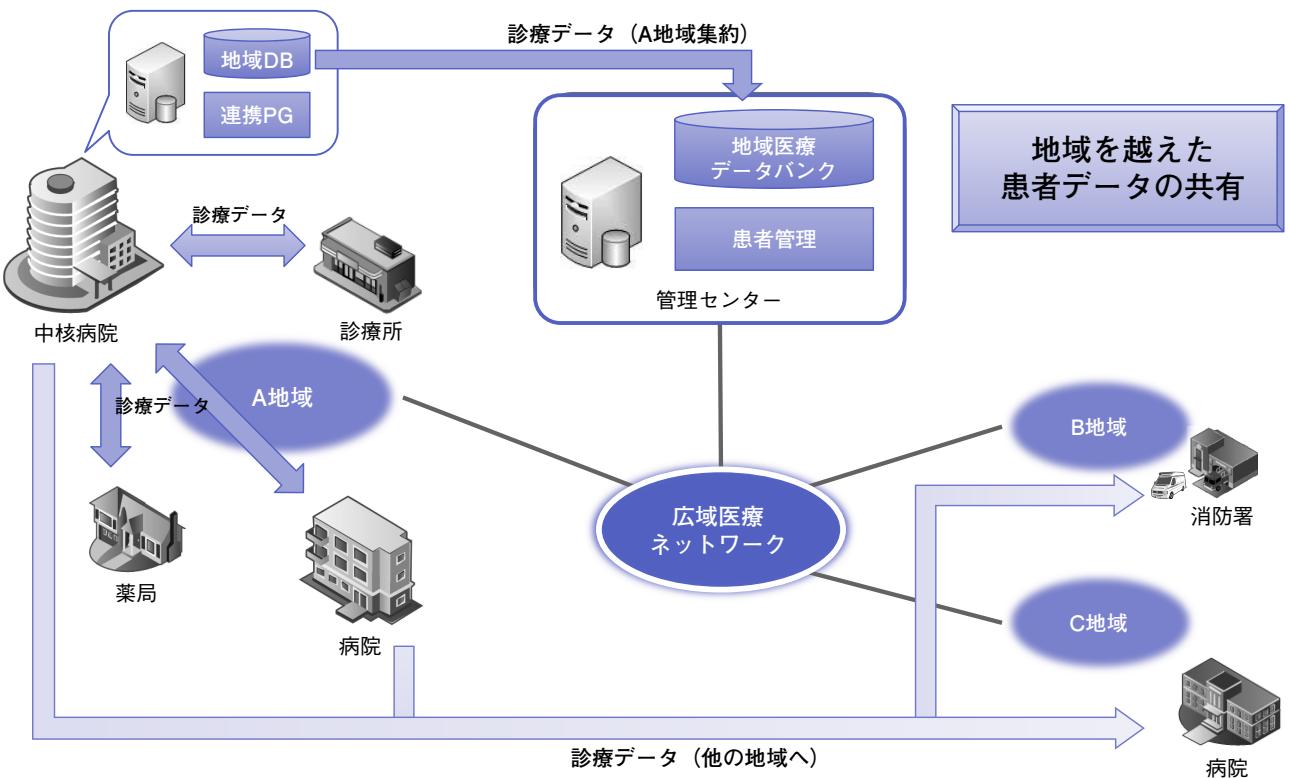
- ①平均受療率の算定
- ②将来患者受療数の推計
- ③医療需要の推定（詳細地域別・疾病分類別・年齢階層別）
- ④患者の医療機関までの移動距離と患者・家族の負担の評価
- ⑤救急搬送移動距離

- ⑥医療機関ごとの診療機能分類
- ⑦地域ごとの患者シェア
- ⑧地域における医療資源の現状把握
- ⑨集約された地域医療データのデータマイニング
(大規模データにデータ解析の技法を用いることにより、大量のデータに網羅的に適用することで有用な情報を抽出する技術体系)

地域における医療連携については、医療機能を明確化し、機能を分担して連携することによって地域内で完結した医療供給体制を構築すること、そのためには情報開示とIT活用の推進を行う。（図V-2）

2) 地域医療分析と地域保健医療計画

現在、都道府県では地域保健医療計画について、見直し作業が行われ始めている。地域保健医療計画は、その地域の住民ニーズに応えるために、整備するのであれば、住民の視点にたった計画が重要となる。住民視点からの分析を行うためには、国の統計資料は、基本集計単位が都道府県、市区町村単位であり、これらの結果をいくら集約しても地域の現状は求められない。そのために、詳細地域別（町丁字）ごとの解析が必要となるものである。自治医科大学地域医療学センターでは、集約されたデータを用いて、詳細地域単位で地域医療解析を実証的に示している。この情報が地理情報システム（GIS）により



図V-3 地域医療データバンクの地域連携概要

可視化されることにより、より理解しやすい資料となる。これら情報から地域医療圏間の比較が行われることで、地域保健医療計画は住民に理解しやすいものとなり、医療の水準を評価するための重要な指標となると考える。さらに、地域保健医療計画への応用、計画に記載された内容の進捗状況やモニタリングということを考えると、継続した解析環境が必要となる。

3) 地域医療分析と地域医療・介護ネットワークシステム

地域医療分析を効率良く行うためには、地域の情報を継続して集約していくかなければならない。自治医科大学地域医療学センターの地域医療データバンクは、広域医療ネットワーク（各通信会社が連携して、広域医療ネットワーク（IP-VPN）を構築しているため、既にある回線の種類に関わらず、地域連

携ネットワークに参加が可能）の構築により、各地域の地域医療情報ネットワークを集約できるシステム環境を構築している。

さらに、保健、医療、介護の情報連携を見据え、今までの地域医療・介護ネットワークの問題点であった、電子カルテやレセコンのメーカーが異なるため、データ形式の統一がとれておらず、各機関からデータを収集して、統合することは困難であったデータ互換をいち早く解決し、「地域を超えた患者（利用者）データの共有」を可能としている。

このような、地域医療データバンクを各地域で利用することにより医療・介護サービスの統合的なネットワーク構築に素早く対応することができ、保健、医療、介護の地域連携をより良いものに改善できると考える。（図V-3）



執筆者：藍原 雅一



自治体病院と公立病院改革ガイドライン

少子高齢化・人口減少に伴い医療ニーズが変化するなかで、自治体病院と言えども、民間病院との役割分担や連携、地域ニーズに応じた病院の再編・統合、人件費や設備費の節約といった経営努力を求められている。

もちろん、自治体病院には、民間医療機関による提供が困難な医療を提供する社会的使命があり、不採算であることだけで批判することは適切ではない。2007（平成19）年12月24日には、総務省から示された「公立病院改革ガイドライン」において、公立医療機関に求められる役割は、「地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することにある」と明記されている。具体的には、次の4つの機能、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療、②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が例示されている。

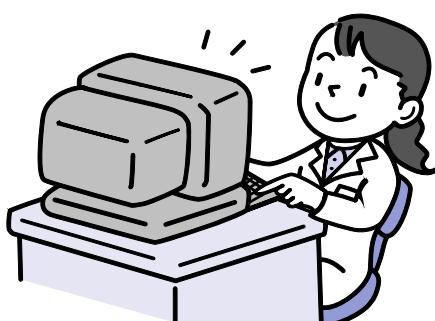
さらにこの「公立病院改革ガイドライン」では、病院事業を設置する地方公共団体に対して2008（平成20）年度内に改革プランを策定し、経営改革に取り組むよう要請した。改革プランの中では、（1）公的病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方、（2）経営の効率化に関する数値目標（財務内容と医療機能に関するもの）、（3）再編・ネットワーク化、（4）経営形態の見直しについて検討するよう求めている。

提出された公立病院改革プランの内容、その進捗状況については、総務省のホームページから個別に見ることができる。2010（平成22）年9月30日現在では、46の都道府県、589の市町村がプランを策定している。総務省ではこれらの改革プランの内容と実施状況だけでなく、参考となる事例集（経営改善の取組事例、医師確保の取組事例）や地方公営企業等アドバイザー派遣事業も合わせて行っており、継続的に取組が進むよう支援を行っている。

（公立病院改革プラン：http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/mokujii.html）



執筆者：古城 隆雄



地域医療白書第3号 編集後記

今回の地域医療白書第3号は、「安心して暮らせる医療づくり」をテーマに、刻々と変化している医療環境の現状を再度調査し課題を抽出、そしてその解決に向けた提言を行うことを目的とし、2009（平成21）年11月から準備を始めました。

17名の編集委員を中心に編集委員会が構成され、「医療・制度・教育」、「介護・保健・福祉および連携」「医療報道・啓発」「研究」の4グループに分かれて調査を進めました。9回にわたる編集会議では、白書の目的や構成、既存データの分析、アンケート質問調査や実際に現地に赴いてのインタビュー調査報告に対して活発な議論が繰り返されました。この白書第3号が、現在の複雑かつ混沌とした医療社会に対して一筋の光を灯し、「より安心して暮らせる医療」への道しるべとなれば幸いです。

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

なお、本白書作成にかかる編集委員、並びにご協力いただいた方々は以下のとおりです。

編集委員長	梶井 英治	（自治医科大学地域医療学センター センター長）
編集委員	藍原 雅一	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療情報学部門 講師）
	石崎 雅司	（自治医科大学地域医療推進課 課長）
	石川 鎮清	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門 准教授）
	上原 里程	（自治医科大学地域医療学センター 公衆衛生学部門 准教授）
	岡山 雅信	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門 准教授）
	川村 廣栄	（自治医科大学大学事務部 部長・（財）地域社会振興財団 事務局長）
	神田 健史	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門 助教）
	熊田 真樹	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療学再生プロジェクト部門 准教授）
	黒木 茂広	（自治医科大学地域医療学センター 総合診療部門 准教授）
	古城 隆雄	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門 助教）
	小谷 和彦	（自治医科大学地域医療学センター 公衆衛生学部門 臨床検査医学 講師）
	小松 憲一	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門 助教）
	坂本 敦司	（自治医科大学解剖学講座 法医学部門 教授）
	関根沙耶花	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門 大学院生）
	中村 好一	（自治医科大学地域医療学センター 公衆衛生学部門 教授）
	三瀬 順一	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療人材育成部門 准教授）
アドバイザー	大嶺 浩司	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 准教授）
	尾身 茂	（自治医科大学地域医療学センター 卒後指導部長・公衆衛生学部門 教授）
	松本 正俊	（広島大学医学部 地域医療システム学講座 寄附講座 准教授）
事務局	荒川 尚子	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門）
	大塚 香	（（財）地域社会振興財団 総務課）
	悴田 晃禎	（（財）地域社会振興財団 事務局次長兼総務課長）
	亀崎 豊実	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療支援部門 准教授）
	高山 淳一	（自治医科大学地域医療推進課 課長補佐）
	竹島 太郎	（自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門 助教）

50音順

() 内 2012（平成24）年3月1日現在

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 第3号

2012（平成 24）年 3月 1 日

発行者 学校法人自治医科大学
理事長 香山充弘

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 栃木県下野市薬師寺 3311-1
電話 0285-44-2111
<http://www.jichi.ac.jp>

印刷所 鈴木印刷株式会社
