

地域医療白書 第4号

新しい地域医療のかたち

～みんなで作る地域社会のなかで～



自治医科大学
Jichi Medical University

地域医療白書第 4 号の刊行に際して



自治医科大学 学長 永井良三

地域医療をめぐる問題は、いまや地域社会だけでなく、大都会を含めた日本全体の課題となってきました。背景には社会や産業構造の変化、とくに人口減少と高齢化、さらに低経済成長があります。こうした社会変動のなかで、内閣官房の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」では、さまざまなビッグデータをもとにこれからの日本の医療提供体制について検討が進められております。調査会の関心は、地域毎の医療提供の実態を明らかにし、これからの政策のための資料を提供することにあります。とりわけ来年は6年に一回となる「医療と介護の同時改定」の年です。このため現在、国から地方自治体までのさまざまなレベルで地域医療構想の策定が進められています。

国の医療政策の基本方針は、「経済財政運営と改革の基本方針」（骨太方針）に示されています。2015（平成27）年には「地域共生社会」、「データ分析による都道府県別の医療提供体制の差や将来必要となる医療の「見える化」、「病床の機能分化と連携」、「受療率の地域差是正」、「慢性期の医療・介護サービス提供体制」、「医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化」、「医師・看護職員等の需給の検討」、「重複受診等の適正化」、「都道府県ごとに医療費適正化」、「一人当たり医療費の差の半減」、「介護の環境整備」、2016（平成28）年には、「医療従事者の需給の見通し」、「地域偏在対策」、「（医療資源の）ワイズスペンディング」などがとりあげられました。

これらの医療政策の基となる地域医療の実態の把握には継続的な調査が必要です。また過去の政策の検証も求められます。本学地域医療学センターによる「地域医療白書」は2002（平成14）年の第1号の発刊以来、5年毎の刊行により、日本の地域医療の現状を報告してきました。また、政策の基礎資料として重要な役割を果たしてきました。これまでに取り上げられた課題は、「へき地医療の現状と課題」、「これからの地域医療の流れ」、「安心して暮らせる医療づくり：現状と課題を踏まえて」でしたが、提起された課題は次の号に引き継がれて参りました。

第4号となる今回の白書は、周産期医療、小児の身体と精神にわたる発達成長、現役世代の健康管理、高齢者医療と介護、看取りなどに焦点をあて、全体像を俯瞰しつつ、あわせて草の根の視点から詳細な実態を明らかにしています。地域医療の充実が、単に医療関係者の努力だけでなく、地域社会が一体となって取り組まなければならない一大事業であることが、今回の白書においても示されています。

地域医療白書は地域医療と地域社会を学ぶ上で格好の教材であり、日本の地域社会の未来を見通す透視めがねでもあります。学生、研究者、医療関係者、行政担当官だけでなく、広く国民の皆様にも一読をお薦めしたいと思います。

終わりに本白書を取りまとめられた自治医科大学医学部地域医療学センター、総合教育部門ならびに看護学部、執筆された皆様、ご協力をいただいた自治体、医療機関の関係者に心より御礼を申し上げます。

目 次

地域医療白書第4号の発刊に際して

地域医療白書 第4号（概要）

第1部 一人ひとりを支える地域医療

第1章 安心・安全に産み育てられる体制づくり

1 妊娠から出産までの胎児の成長と支援体制	6
2 周産期医療の現状	6
1) 周産期医療を支える産科医師の現状	6
2) 女性医師の現状	8
3) 助産師の現状	8
4) 周産期医療機関までのアクセスの現状	9
5) 離島における周産期医療の現状	10
6) 離島における行政の取り組み－公的支援の現状－	11
3 現代の妊娠・出産・育児を取り巻く背景と社会問題の実態	13
1) 出生数の実態と出生に伴う現代の問題点	13
2) 安心して産み育てるために必要な支援体制	13
3) 産後に生じうる女性の健康問題	14
4) 育児における社会問題の実態	14
4 妊娠・出産・育児期に関する取り組み	18
1) 医療機関の取り組み	18
(1) ハイリスク母子への支援（自治医科大学附属病院）	18
(2) 産後ケア支援（栃木県さくら市 さくら産後院）	18
(3) 産み育てられない者への支援（熊本県医療法人聖粒会慈恵病院）	19
(4) 離島でのさまざまな周産期支援の取り組み	20

(5) ウィメンズヘルスケアプロバイダー (静岡家庭医師養成プログラム、金沢大学医学部)	22
2) 妊娠・出産・育児期に生じる社会問題に対する行政の取り組み	23
(1) 母子健康手帳交付時における支援拡大 (高知県四万十市)	23
(2) 産後ケアに対する取り組み (神奈川県横浜市)	24
(3) 児童虐待に対する支援 (三重県)	25
(4) 婦人保護施設 (東京都慈愛寮)	27
5 「安心・安全に産み育てられる体制づくり」のまとめ	28

第Ⅱ章 健やかに人生を送るための基礎づくり

1 子どもの健康問題の現状	31
1) 子どもの生活習慣の現状	31
(1) 食事	31
(2) 睡眠	32
(3) 運動	32
2) ICTの面からみた子どもの現状	35
(1) インターネットやスマートフォンの利用状況	35
(2) インターネットやスマートフォンによるトラブルなどの経験	35
(3) ソーシャルメディア利用と関連したコミュニケーションスキルの現状	36
3) 子どものメンタルヘルスの現状	36
(1) 幸福感	36
(2) 家庭生活や学校生活における楽しさ	37
(3) 自己認識	37
(4) 不安・悩みや淋しさ	37
(5) メンタルヘルスの不調	37
(6) 保健室の利用状況	38
2 次世代の健やかな育ちを支援する地域での取り組み	40
1) 岐阜県郡上郡和良村における取り組み	40
2) 熊本県下益城郡美里町地域学校保健委員会 (通称：すこやか委員会) の取り組み	43
3 次世代の健やかな育ちを支援するために、今、地域に求められていること	46
4 「健やかに人生を送るための基礎づくり」のまとめ	47

第III章 現役世代の健康を支える地域の取り組み

1 現役世代の健康と社会での役割	49
1) 現役世代の健康	50
(1) 健康状態、全般	50
(2) がん	50
(3) メタボリックシンドローム	52
(4) 自殺	52
2) 現役世代の社会での役割	53
(1) 労働者としての役割	53
(2) 財政負担者としての役割	55
(3) ライフコースの多様化	55
(4) 養育者としての役割	56
(5) 同居者、介護者としての役割	56
2 がん患者と就労	59
1) 現役世代のがん患者の実態	59
2) 現役世代ががんと診断されることの影響	61
3) がん対策の経過と実態	61
4) がん患者への支援の取り組み	63
3 がん相談支援センターの院内・院外連携と就労支援に関する調査結果	65
1) 結果の概要	65
2) 調査から見えた課題	66
3) がんとの共生社会に向けて	66
4 「現役世代の健康を支える地域の取り組み」のまとめ	69

第IV章 支え合う力を活かして老いを生きる

1 地域医療構想について	73
2 地域包括ケアシステムについて	74
3 高齢社会における在宅医療について	75
1) 調査の概要	78

2) 回答者の特徴	78
3) 在宅医療のきっかけ	80
4) 在宅医療で良かったこと	80
5) 在宅医療の現在の不安点	81
6) 在宅医療の将来の不安点	81
7) 望まれる在宅医療の姿	81
8) 取り組んでみたいこと	82
4 「支え合う力を活かして老いを生きる」のまとめ	82

第Ⅴ章 地域で支えるそれぞれの最期

1 私達の最期の現状	86
1) 死亡者数の現状	86
2) 最期の場所と家族	86
3) 最期を支える支援体制	89
4) 看取りに関する情報提供の実態	91
(1) 各施設の看取りの方針	91
(2) 看取りに関する希望の伺い状況	93
2 「死」や「最期」は、どのように報じられてきたか	98
1) 終末期医療／延命治療／在宅終末期医療／看取り	98
2) エンディングノート／事前指示書／リビング・ウィル／終活	100
3) 尊厳死／孤独死／孤立死／無縁仏	101
4) 終末期×在宅医療／訪問診療／訪問看護／訪問介護／多職種連携	102
5) 終末期×QOL／生活の質／長期療養／療養場所／人口呼吸器／胃ろう	102
3 地域で支えるそれぞれの介護（事例調査）	105
4 「地域で支えるそれぞれの最期」のまとめ	110

第Ⅵ章 地域社会の中で地域医療が果たす役割

1 地域医療は地域社会と影響し合っている	113
2 地域医療と地域づくりに関する調査	115

1) 島根県益田市	116
2) 宮崎県小林市地域医療を考える会	118
3) 徳島県美馬市国民健康保険木屋平診療所・こやだいら薬局（NPO法人 山の薬剤師たち）	121
4) 新潟県魚沼市立小出病院	123
5) 香川県綾歌郡綾川町国民健康保険陶病院	126
6) コミュニティ診断士	129
3 地域医療から地域づくりに貢献するために	131
1) 地域医療を支えるネットワークの構築	131
2) 地域医療に関する課題の抽出や課題解決に向けた取り組みの支援など	131
3) 地域づくり／地域社会への直接的な医療機関と医療関係者の参画	132
4) 鍵になるもの	132
4 直接的な地域医療から地域振興への展開	133
5 「地域社会の中で地域医療が果たす役割」のまとめ	133

第2部 「安心して暮らせる地域医療」を構築するために ～地域医療白書第3号の提言より～

1 地域医療システムの整備	135
1) 地域医療に関する医療計画 ～へき地保健医療計画から地域医療再生計画および地域医療構想まで～	135
2) 住民の健康問題と受療行動	138
(1) 健康問題	138
(2) 受療行動	140
2 住民の意識への介入	142
1) 全国で展開される住民活動とその支援	142
2) 行政、住民、医療者、大学の協働（栃木県小山市）	144
(1) 新小山市民病院の当時の状況	144
(2) 小山市の取り組み	144
(3) 小山の医療を考えるシンポジウムから小山の地域医療を考える市民会議へ	144
(4) 地域医療フォーラムの取り組み	145

(5) 学外の教育研究拠点を拠点病院に置く、 地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門の立ち上げ …	145
3) 大学プロジェクトによる住民の地域医療に対する意識変化（茨城県筑西市） …	146
3 地域医療に資する人材育成 …	148
1) 地域医療に資する医師の人材育成 …	148
(1) 卒前教育と地域医療 …	148
(2) 初期臨床研修と地域医療 …	151
(3) 後期臨床研修と地域医療 …	152
(4) 生涯教育と地域医療 …	153
(5) 終わりに …	154
2) へき地看護に従事する看護職の育成 …	154
(1) へき地における看護活動 …	154
(2) へき地看護に従事する看護職の確保対策 …	154
(3) へき地看護に従事する看護職の確保定着と 資質向上を一体的に目指した取り組み事例 …	156
(4) これからの地域医療に寄与できる看護職育成のための 自治医科大学における取り組み …	157
4 地域医療に関する研究 …	160
1) 地域医療に関する研究の現況と展望 …	160
(1) 研究テーマ …	160
(2) 研究のサポート体制 …	162
(3) 地域医療臨床研究ネットワーク …	162
2) 論文作成支援 ～ CRST の活動より～ …	163
(1) CRST の活動 …	163
(2) CRST の概略 …	164
(3) CRST の具体的流れ …	164
(4) iCRST と reCRST も開始 …	164
(5) CRST 丸の船出 …	164
(6) そして CRST 丸は進む …	164
3) 地域医療研究の発展 ～自治医科大学地域医療情報学部門の活動より～ …	164
(1) 地域医療データバンク …	165
(2) AI 型双方向総合診療支援システム（ホワイト・ジャック） …	165
5 「『安心して暮らせる地域医療』を構築するために」のまとめ …	166

コラム

産科医療補償制度／周産期死亡率	12
合計特殊出生率	16
人口動態統計と出生届	17
望まない妊娠／子どもが欲しい人の特徴	29
自傷行為	39
医療的ケアを要する障害をもつ子どもの成長を地域で支える	48
「健診」と「検診」	57
健診にもいろいろある	58
がん検診	64
白衣を着ない医者もいる	70
ソーシャルキャピタル	83
人口動態統計と死亡届・死産届	97
死亡診断書	104
死亡から火葬・埋葬までの流れ	111

付録・・・参考文献一覧

地域医療白書 第4号（概要）

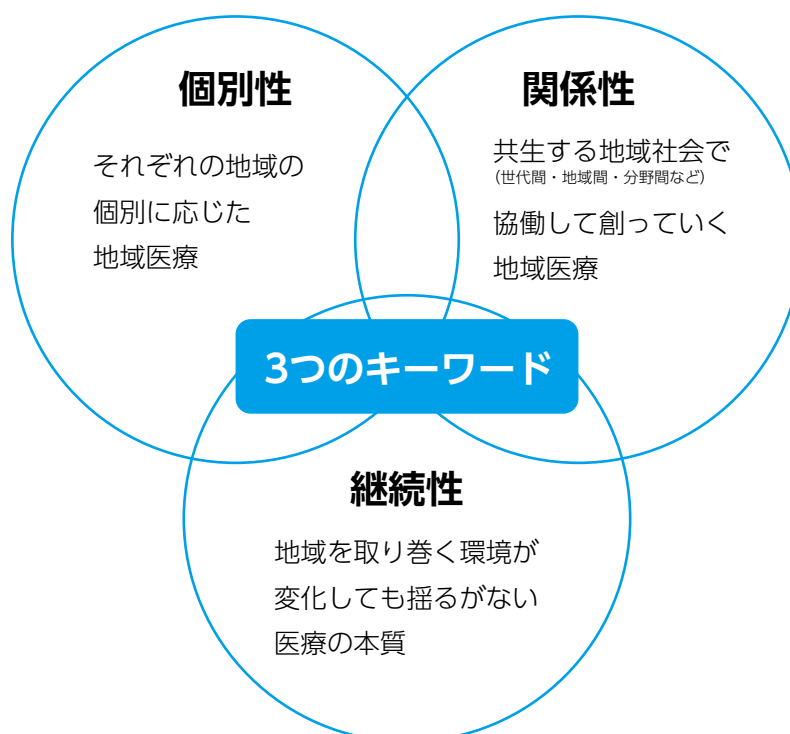
地域医療白書は、日本の地域医療・健康政策に関する現状分析、課題の解決に向けた提言を行うことを目的として、自治医科大学と地域社会振興財団とにより作成されてきた。2002（平成14）年に「へき地医療の現状と課題」をテーマに第1号が刊行され、以後、2007（平成19）年に「これからの地域医療の流れ」をテーマとして第2号が、そして2012（平成24）年には「安心して暮らせる医療

づくり」をテーマに第3号が刊行された。

第4号（2017（平成29）年発刊）は、「新しい地域医療のかたち～みんなで作る地域社会のなかで」をテーマに、各世代に地域医療に関心を持っていただけるよう構成し、前3号で取り上げた重要テーマについても取り上げた。第4号の概要を下記に説明したので、興味、関心があるところからご覧いただきたい。

1. 【地域医療白書 第4号のテーマ】

地域医療白書 第4号のテーマ 「新しい地域医療のかたち～みんなで作る地域社会のなかで」



近年、医療を取り巻く環境（経済状況、社会環境、医療資源）は、保険財政の逼迫、単身者や夫婦のみの世帯が増加することによる社会的つながりの喪失など、難しい局面を迎えている。また、医療と介護とを一体的に提供することが求められる高齢者が増加している一方で、不妊治療やテーラーメイド医療などの新しい医療技術にも、社会全体として、さらにそれぞれの地域社会においても対応していかなければならない。

地域の個性に応じた地域医療（個別性）を展開することに加え、今まで以上に一人ひとりが共生社会で生活していることの自覚を持ち、協働して地域医療を創り上げ（関係性）、環境が変化しても一人ひとりの生命や健康を守り、支援する医療の本質（継続性）を見失わないようにしなければならない。

そのため、今回の白書では、どの世代の読者においても、地域医療に対する関心が持てるように配慮するとともに、地域社会とのつながりの中で地域医療を考えることの重要性を意識できるよう地域社会での地域医療が果たす役割についても説明を行った。さらに、地域医療白書第3号（前号）で提言した9つの方策の中から、重要と思われるテーマについて、第3号発行後の社会における種々の変化も追跡した。

本白書を通じて、各世代の読者が、地域医療の課題や取り組み事例について関心を持ち、地域医療に対する行動を自らが起こすためのヒントを得られることを目指した。

2. 【地域医療白書 第4号の概要】

第4号は、2部構成となっている。第1部「一人ひとりを支える地域医療」では、世代（ライフステージ）ごとに地域医療の現状・課題・先進的な取り組み事例を記載した。それにより、どの世代の読者にも地域医療の現状や課題を身近に感じ、そして考えていただくことを目指した。また、第1部の最後の第6章では、「地域社会における地域医療の役割」と題して、事例を紹介しながら地域社会と地域医療との関係について考察した。

第2部『「安心して暮らせる地域医療」を構築するために ～地域医療白書第3号の提言より～』では、第3号の提言の中から、地域医療システムの整

備、住民の意識への介入、地域医療を支える人材育成、地域医療に関する研究に着目し、第3号発行後の社会における種々の変化を追跡した。

第1部「一人ひとりを支える地域医療」

第I章 安心・安全に産み育てられる体制づくり

女性が妊娠して出産し、子育てをしていく過程で起こりうる問題と、安心・安全に産み育てていくために、地域で行われている取り組み、ならびに今後の課題について述べた。

- ・ 妊娠から出産までの胎児の成長と支援体制
- ・ 周産期医療の現状
- ・ 現代の妊娠・出産・育児を取り巻く背景と社会問題の実態
- ・ 妊娠・出産・育児期に関する取り組み

第II章 健やかに人生を送るための基礎づくり

食事・運動・睡眠といった生活習慣、ICTの利用やメンタルヘルスといった側面を通じて、子どもたちの現状をとらえた。

- ・ 子どもの健康問題の現状
- ・ 次世代の健やかな育ちを支援する地域での取り組み
- ・ 次世代の健やかな育ちを支援するために、今、地域に求められていること

第III章 現役世代の健康を支える地域の取り組み

現役世代を、就労可能年齢層ととらえ、前半では現役世代の健康と社会での役割を概観した。後半では、現役世代においても多くの患者がいる「がん」の現状と、がん患者を支援するさまざまな支援体制について取り上げた。

- ・ 現役世代の健康と社会における役割
- ・ がん患者と就労
- ・ がん相談支援センターの院内・院外連携と就労支援に関する調査結果

第IV章 支え合う力を活かして老いを生きる

在宅医療の推進、介護保険の創設、地域包括ケアシステムの構築、地域医療構想の策定と国は対策を順次進めてきた。それぞれの対策に関する概略を説明し、さらにその中でも中心的な役割を果たすと思われる在宅医療に関わる医療関係者、その利用者で

ある患者、家族へのアンケートを通して、在宅医療が果たす役割について考察した。

- ・地域医療構想について
- ・地域包括ケアシステムについて
- ・高齢社会における在宅医療について

第Ⅴ章 地域で支えるそれぞれの最期

「一人ひとりが幸せな最期を地域で迎えるために」をテーマとし、私達が迎える最期の地域の現状を確認し、新聞記事から日本人の最期の迎え方や死に対する考え方、思いを探った。また、最後を迎えるにあたってのコミュニケーションに力を入れている施設について、事例紹介を行った。

- ・私達の最期の現状
- ・「死」や「最期」は、どのように報じられてきたか
- ・地域で支えるそれぞれの最期（事例調査）

第Ⅵ章 地域社会の中で地域医療が果たす役割

地域医療は人々の生活の場である地域社会と影響しあって存在している。持続可能で安心できる地域社会の実現には、人口構造の変化に合わせて地域の再構築が必要とされる。地域社会と医療との関連という視点で、地域医療の可能性を探った。

- ・地域医療は地域社会と影響し合っている
- ・地域医療と地域づくりに関する調査
- ・地域医療から地域づくりに貢献するために
- ・直接的な地域医療から地域振興への展開

第2部 「安心して暮らせる地域医療」を構築するために ～地域医療白書第3号の提言より～

1 地域医療システムの整備

地域医療に関する各種計画（医療計画、地域医療再生計画、地域医療構想）を振り返り、その内容を総括した。さらに地域医療対策を考案する上で重要となる、住民の抱える健康問題や受療行動についても最新の知見を交えて紹介した。

- ・地域医療に関する医療計画
- ・住民の健康問題と受療行動

2 住民の意識への介入

「地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウム」に代表される住民活動の支援や、住民、行政、

大学が一体となって地域医療の構築に取り組んだ小山市の活動、自治医科大学地域医療学センター地域医療再生部門が行った「地域住民の地域医療に関する意識変化」について紹介した。

- ・全国で展開される住民活動とその支援
- ・行政、住民、医療者、大学の協働（小山市）
- ・大学プロジェクトによる住民の地域医療に対する意識変化

3 地域医療に資する人材育成

モデル・コア・カリキュラムの改訂、地域枠の導入、医学教育認証制度、新しい専門医の仕組み、生涯教育と、医師を養成する環境は大きく変化してきている。また、看護師においても、へき地に従事する看護師の確保・定着、資質向上を目指した研修プログラムなど、新しい取り組みが始まっている。これらの取り組みについて、具体的な事例を交えながら紹介した。

- ・医学教育認証制度と地域医療
- ・へき地看護に従事する看護職の育成

4 地域医療に関する研究

第3号に引き続き、地域医療に関する研究の現況、自治医科大学で取り組んでいる論文作成支援、自治医科大学地域医療学センター地域医療情報学部門が行っている活動など、最新の地域医療に関する研究、支援活動を紹介した。

- ・地域医療に関する研究の現況と展望
- ・論文作成支援～CRSTの活動より～
- ・地域医療研究の発展～自治医科大学地域医療情報学部門の活動より～



執筆者：梶井 英治

（自治医科大学

地域医療学センター地域医療学部門）

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）

森田 喜紀

（鹿児島県立大島病院

総合内科（兼）臨床研修センター）

I 安心・安全に産み育てられる体制づくり

第I章の概要と紹介

本章は、女性が妊娠して出産し、子育てをしていく過程で起こりうる問題と、安心・安全に産み育てていくために、地域で行われている取り組みについて取り上げ、今後の課題について述べていく。

はじめに、わが国の妊娠、出産を支援するさまざまな取り組みについて概観する。母子ともに、安全な妊娠・出産を迎えるには、妊婦健診がもっとも重要であり、それを支えるのが、わが国独自に発展した「母子健康手帳」である。妊娠～出産までの流れに沿って、胎児の成長、母体の変化を説明するとともに、妊婦健診を中心とする支援体制について説明する。

次に、周産期医療の現状について、周産期医療を支える産科医師や助産師の現状と、周産期医療施設の集約化に伴う問題点や課題について述べていく。

近年、周産期医療を支えている産科医師数の不足により、周産期医療施設の集約化が進んでいる。周産期医療を取り巻く近年の問題と課題について説明する。

なお、安心・安全に産み育てていくうえで、周産期医療の人的・物的環境が十分に整っていないへき地、なかでも離島における周産期医療の現状について独自調査を行った。国土交通省が公表し

た資料によると、2010（平成22）年国勢調査による日本の有人島は418であり、島国という特徴がある。多くの離島には産婦人科施設のみならず、産科医師のいない島も多く存在する。島内での分娩が困難な島の女性たちは、本土にわたっての出産となり、多くの問題を抱えている。そこで、離島における周産期医療の実情を質問紙調査の結果を紹介しながら、産科医師や助産師不足である離島での今後の周産期医療の課題と可能性について考えていく。

最後に、現代の妊娠・出産・育児における社会問題と対応策の実態について述べる。現代の子育て環境は、従来の大家族であった時代とは異なり、核家族化や、近所づきあいの希薄化に伴い、地域全体で母子を支援することが困難な時代となっている。そのため、子育て中の母親は孤立し、母親に子育ての負担が集中し、追い詰められている状態にある。さらに、結婚年齢の上昇に伴い、初めての子どもを妊娠する女性の年齢も上昇している。

こうした社会の変動により、乳幼児を子育てしている家庭で、母親の産後うつ病や育児不安の増加、児童虐待といった社会問題が生じている。こうした諸問題の実態を述べるとともに、その対応策について先駆的な取り組みをしている事例を紹介し、地域全体で母子を支える体制づくりについて検討していく。

1 妊娠から出産までの胎児の成長と支援体制

厚生労働省は、すべての子どもが健やかに育つ社会を目指して、2001（平成13）年から「健やか親子21」という国民運動計画を策定している。現在は、その第2次計画「健やか親子21（第2次）」が発表されており、3つの基盤課題と2つの重点課題が示されている。基盤課題Aは、「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」で、本章の「安心・安全に産み育てられる体制づくり」とまさに合致する。また、重点課題1は「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」、重点課題2は「妊娠期からの児童虐待防止対策」が提示されており、現代の社会環境を踏まえた支援が必要であることが示されている。本章では、健やか親子21と関連する地域医療の体制と重要と思われる取り組み事例を紹介する。

はじめに、妊娠初期から末期までの妊婦と胎児の成長と、病院での主な診療内容および保健指導の内

容など、支援の概要を図1-1に示す。

母子がともに異常に移行することなく、安全に経過しているかどうかを診断するために、妊婦健診がある。妊婦が経済的問題から妊婦健診を受けられないという事態にならないよう、居住地の市町村から14回分の助成がされており、妊婦健診を確実に受診することで、異常への移行を早期に発見できるように支援している。また、国は法的にも母子を支援しており、男女雇用機会均等法や労働基準法を定めることで、勤労妊婦をサポートしている。本来、妊娠は病気ではなく、健康な状態であるが、妊婦を取り巻く経済的問題や社会環境の変化などにより、異常に移行しやすい状態にある。そのため、病院や市町村ではさまざまな保健指導を行い、妊婦自身が自己管理し、順調な妊娠経過を送れるよう支援している。

2 周産期医療の現状

1) 周産期医療を支える産科医師の現状

周産期医療を支える産科医師数は、全国レベルで見ると、中国地方が多く、北海道・東北地方が少ない。また、北海道、福島県、高知県、福岡県内の5か所の二次医療圏では、産科医師がゼロとなっている。分娩医療機関が所在しない医療圏は6か所、診療所のみ所在する医療圏が21か所存在している。

2015（平成27）年医療改革委員会によると、都道府県間において新規の産科医師数格差が大きく、過去6年間でみると、人口あたりの新規の産科医師数が少ない県は、岩手、福島、茨城、埼玉、新潟、岐阜、和歌山、山口、香川、愛媛、熊本、大分であった。

2006（平成18）年前後に産科医師数が増加したのは大都市という報告があるが、近年では、都市

部の中心部は増加していても、周辺では減少しているという指摘がある（例えば埼玉県の妊婦の一部は、東京都で出産する事態が生じている）。

このような人口当たりの医師数の地域差は、必ずしも人口当たりの分娩数には直結しておらず、医師1人当たりの分娩数にも関連していないことがわかっていく。

現在、問題となっているのは、先の産科医師の不足、地域差に加え、医師1人当たりへの負荷の大きさ（1人当たりの分娩数）と、救急対応ができる医療施設、24時間重症な妊産婦を診ることのできる医療機関が不足していることである。

2013（平成25）年度の医師1人あたりの分娩数をみると、最も多い自治体は三重県164人で、最も少ない自治体は東京都88人であり、2倍近い格差があった。もし、医師1人あたりの分娩数を100人以下にしようとする、2,074名の増員が必要であることが指摘されている。

救急対応については、24時間体制の地域周産期母子医療センターでも、産婦人科常勤医師数が少な

[illegible]

図I-1 妊娠初期から末期までの妊婦と胎児の成長と支援の概要

出産後の支援体制

- ・新生児訪問
- ・乳児家庭全戸訪問
- ・乳幼児健診 など

※絨手検査 NT検査 羊水検査は希望者

く、総合・地域周産期母子医療センターの中には、救急対応ができない機関も存在している。救急対応ができない施設では、院内での連携や搬送体制整備、他施設との連携が必要な状況である。

さらに、24時間重症な妊産婦を診ることのできない施設も一定数ある。集中治療医などの医師が不在な施設は19.3%、24時間重症な妊産婦対応のための検査や処置ができない施設は10.3%、24時間他施設からの重症な妊産婦の受け入れが困難な施設は21.4%であった（2014（平成26）年度厚生労働省医政局地域医療計画課調べ）。

今後、周産期医療の充実を図るには、産婦人科数や基幹病院の整備だけでは不十分で、院内連携や搬送体制の整備、基幹病院と他の医療機関とのネットワーク化による地域格差の解消などが必要とされている。

2) 女性医師の現状

医療施設に従事する医師のうち、産婦人科の女性医師の割合は3割と高く、特に20～30代の若手の割合が高い。周産期医療において、女性医師の存在は大きく、女性医師が働き続けることのできる環境の整備がキーである。

しかし、女性医師が出産後も継続して勤務していく上で、身近に子どもの預け先がないことや、当直や時間外勤務といった就労の問題、さらには常勤先がないといった問題が生じている。

分娩を取り扱っている病院の常勤医師をみると、2013（平成25）年には妊娠・育児中の女性が20%を占め、2008（平成20）年の10%から2倍となっており、妊娠・出産後も継続して勤務する女性が増えてきている。しかし、女性医師（全体）が医師として就業している率は、医学部卒業後、減少傾向をたどり、卒後11年（概ね36歳）で76%と最低になった後、再び就業率が回復している。育児がある程度落ち着いてから仕事に復帰するという女性医師が多いといえる。

女性医師が仕事を中断（休職）、離職した理由は、出産70.0%、子育て38.3%の順となっている（2009（平成21）年日本医師会）。一方、当直翌日の日勤勤務の緩和を実施している施設や、妊娠中・

育児中の勤務緩和をしている施設ほど、女性医師数が多いという結果となっている（2013（平成25）年日本産婦人科医会勤務医部会調査）。実際、都道府県ごとの女性医師の比率と院内保育所の設置率とを見ると、保育所設置率が低い県（秋田県、長崎県、沖縄県など）は、いずれも女性医師の割合が30%台に留まっている。

女性医師の離職防止に向け、国の支援策として、①女性医師等就労支援事業、②女性医師支援センター事業、③病院内保育所事業に対する支援が行われている。2013（平成25）年110施設の医療機関のうち、66%において院内保育所が設置されており、病児保育は24%、24時間保育は23%の施設で行われている状況であり、年々増加してきている。これらのことから、院内に保育所を設置し、妊娠・育児中の勤務緩和制度を導入することで、妊娠し、出産した後も働きやすくなり、女性医師の離職の減少が期待される。

また、女性医師が勤務していく上で、常勤先がないことが問題となっている。産婦人科女性医師の15.3%は、常勤先がない状態にあり、これらの医師は人口の多い都道府県（東京都、愛知県、大阪府）に集中している（2013（平成25）年日本産婦人科医会勤務医部会調査）。さらに、非常勤のうち、常勤として働く場所がない医師の内訳をみると、女性では30代がピークである。産科医師を増やしてもこの年代の離職対策を立てなければ状況は改善されないだろう。

今後、周産期医療において女性医師が継続して活躍できるためには、JCHO大阪病院（大阪府大阪市）で行われているように、週30時間の勤務で常勤医として雇用するフレックス制の導入や、聖隷三方原病院（静岡県浜松市）で実施されている欠員時の体制確保（総合診療部などに多めの医師を配置し、欠員時にサポートに回る）なども検討していくことが重要になってくるだろう。

3) 助産師の現状

近年の傾向として、常勤の助産師数は微増であるのに対して、非常勤助産師は増加している現状にある。助産師が常勤ではなく、非常勤として勤務する

理由には、家事や育児との両立の難しさがある。助産師が退職する理由も同様であり、「家事や育児に専念」57.6%、「夜勤ができない」21.2%という結果であり、現在就業していない主な理由も、「家事や育児に専念」48.5%、「配偶者の都合・家族の協力が得られない」27.3%であった（下敷領他，2005）。このことから、現代においても「男は仕事、女は家庭」という固定的性役割分担意識が未だ根強く、社会全体での意識改革が必要と思われる。

他方、退職理由には「仕事内容に不満」27.3%という結果もあり、助産師が本来の助産業務に就いていないことが不満を高めている現状もある。正常な妊産婦のケアに関して、助産師と産科医師との間で、助産師の役割を明確化・共有化することにより助産師の就労意欲向上につながることを期待される。

また、助産師の正常分娩に関するスキルと、ハイリスク妊婦の評価スキルの向上が問題となっている。この背景には、ハイリスク妊婦の増加と、ハイリスク妊婦を担う病院に助産師が集中して勤務することがあげられる。

2012（平成24）年人口動態調査によると、出生場所別の出生数は病院53%、診療所46%で、ほぼ同数であるにもかかわらず、助産師の就業場所別の就業者数は病院65%、診療所21.5%と病院に偏在している。多くの助産師が就業している高度医療機関では、ハイリスク妊産婦が増加しており、正常分娩の介助経験を積み重ねることが困難な状況になってきている。

そこで、一般財団法人日本助産評価機構は、「自律して助産ケアを提供できる助産師」を育成するため、助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）認証制度を実施している。この制度は、5年ごとの更新制で、助産師が継続的に自己啓発を行い、専門的能力を高めることにより、妊産婦や新生児に対して、安全で安心な助産ケアを提供できることを目的としている（2015（平成27）年2月25日で、5,562人が認定されている）。

さらに、助産師の偏在解消と助産師学生の実習先の確保を目的に、2015（平成27）年度から都道府県を対象に「助産師出向支援導入事業」が開始さ

れた。この制度は、助産師が少ない医療機関から都道府県協議会に助産師の出向を要請することで、医療機関から助産師が出向したり、助産師学校養成所等から学生が派遣される制度である。

助産師が出産後も子育てをしながら、常勤で働き続けられるためには、院内保育所の設置や短時間勤務制度の導入といった環境づくりが必要である。また、ハイリスク妊婦の増加や助産師の偏在に対応するには、助産師の生涯教育や偏在を解消するための仕組みづくりが重要である。

4) 周産期医療機関までのアクセスの現状

先述したように、分娩医療機関が存在しない、あるいは診療所のための二次医療圏が多く存在することから、分娩医療機関への適正なアクセスの確保が重要である。

2015（平成23）年の厚生労働省「周産期医療体制のあり方に関する検討会」の報告書によると、全国の分娩取り扱い医療機関への受診アクセスは、一般道路の利用で30分以上が1.8%であった（出生者の住所から分娩取り扱い医療機関への運転時間が30分以上の数を、出生数で割った割合）。一方、周産期母子医療センターへの受診アクセスは、高速道路を利用しても60分以上かかる割合が2.1%であった。地域別にみると、分娩医療機関への運転時間では、関東や近畿は30分以上かかる割合が1%を下回る一方で、北海道が9.5%と最も高かった。また、周産期母子医療センターへの運転時間が、30分以上かかる割合は、関東や近畿で1%を下回り、九州が7.5%と最も高かった。

分娩を取り扱っている医療機関への受診アクセスが30分以内のカバー割合でみると、出生数が5,000以上ではほぼ100%、出生数が1,000以上では奄美を除いて80%を上回っており、アクセスの良さが確認されている。しかし、カバー割合が80%未満の医療圏は29、60%未満の医療圏は13存在しており、カバー割合の低い医療圏は、過疎地域に所在するケースが多い。分娩医療機関へのアクセスの悪さは、妊産婦にとって身体的にも心理的にも苦痛が大きい。そのため、現在一部の地域で行われてい

る遠隔システムを活用した診療（詳細は後述）の拡大が重要となってくるだろう。

同様に、周産期母子医療センターへの受診アクセスが60分以内のカバー割合でみると、出生数が5,000以上ではほぼ100%であり、出生数の多い地域では基幹病院へのアクセスが確保されている。一方で、80%未満の医療圏は49あり、60%未満の医療圏は34存在していた。このことから、一定の出生数の規模があるにもかかわらず、基幹病院に対するアクセスの悪い医療圏については、基幹病院の優先設置エリアとして考えていく必要があるだろう。

周産期母子医療センターに対して、県境を越えずに60分以上かかる地域の出生数の割合は2.9%、県境を越える割合は2.1%であった。適正なアクセスを一定程度確保しながら、基幹病院の重点化・大規模化を進めていくことで、ハイリスク分娩に対する診療体制が充実し、医療の質が維持され则认为る。

こうしたことから、持続可能な周産期診療体制を実現するには、①基幹病院の機能強化と、②過疎地域の病院と、基幹病院との遠隔診断システムの導入による地域格差の解消、③出生数が一定数ある医療圏への基幹病院の設置の検討が必要となるだろう。

5) 離島における周産期医療の現状

全国の安心・安全な周産期医療体制を考える点では、医療資源の乏しいへき地、なかでも離島の周産期医療の現状を考えることは重要と思われる。

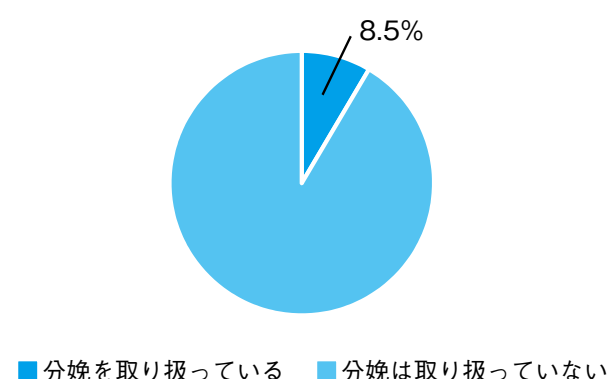
そこで、離島における周産期医療の現状を把握するため、日本離島センターの協力を得て、独自に作成した質問紙調査を行った（2015（平成27）年9月上旬から10月中旬に実施）。調査対象は、協力が得られた離島を有する106市町村にある、個人病院（産科、小児科が専門）と、すべての診療所および二次医療機関の178施設である。134施設から回答があり（回収率75.2%）、そのうち、島内に複数の診療所があり、その複数診療所を1人の医師が担当している場合、妊婦健診や分娩を取り扱っていないため回答できないと返答のあった施設を除く108件（有効回答率59.0%）を対象とした。

回答施設がある離島の人口は平均6,973.5 ± 12,287.7（16－60,000）人であった。回答した医師の平均年齢は、53.0（28－80）歳であり、産科医師12人、小児科医師5人、その他の医師83人で、内科医師が大半を占めており、離島には産科医師が少ないことが分かる。

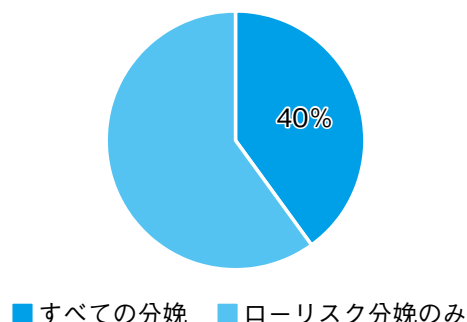
そのため、離島の施設において、分娩を行っている施設は9か所（8.5%）と限られ（図I-2）、ローリスク分娩（リスクが少ない分娩）のみに分娩を限定している施設が6か所であった（図I-3）。大半の離島において、島内での出産は困難な状況にあることが明らかとなった。

ただし、そのことが離島において、妊産婦が安全・安心な環境にいないということは必ずしも意味しない。

離島において、安全に妊娠・分娩が進むよう配慮していることとして、本調査において自由記載で問うたところ、多かった内容として、①定期健診の勧



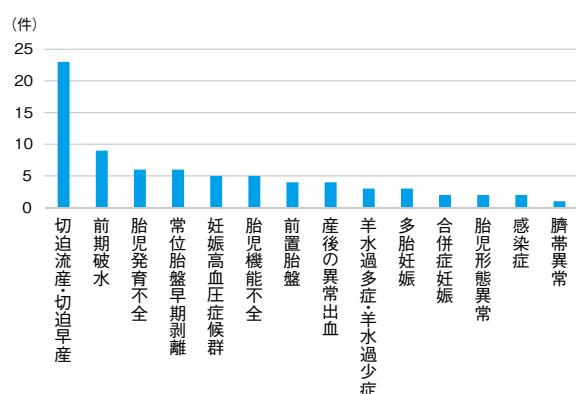
図I-2 分娩の取り扱いの有無
2015年 離島における周産期医療の実態に関する調査



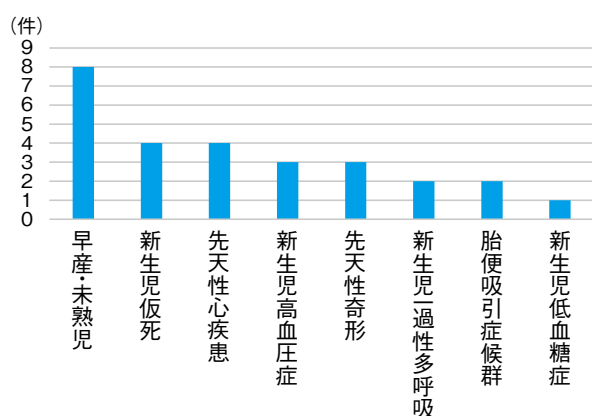
図I-3 取り扱っている分娩の対象
2015年 離島における周産期医療の実態に関する調査

奨、②すべての妊婦に対して、早めに本土に移るよう勧める、③早めに分娩予定施設を決めることが挙げられた。ローリスク妊娠の場合には、妊娠36週には本土に移るよう勧めているという回答が多く、リスクのある妊婦の場合には、さらに早めに本土に移るよう促していた。

実際、本調査の結果でも、離島の医師は早期に妊娠のリスク判断を行い、状態に応じて早めに島外の病院に紹介をしていることがわかる。2014（平成26）年度の周産期における島外への搬送件数は、母体搬送が平均0.66（0－8）件であり、新生児搬送が0.18（0－5）件、褥婦の搬送が0.01（0－1）件であった。母体搬送で最も多い理由は、切迫流産23件であり、続いて前期破水9件、胎児発育不全6件、胎盤早期剥離6件、妊娠高血圧症候群5件、胎児機能不全5件の順であった（図I－4）。新生児搬送の理由として最も多かった理由は、早産・未熟児8件、新生児仮死4件、先天性心疾患4件の順であった（図I－5）。



図I－4 母体搬送の理由
2015年 離島における周産期医療の実態に関する調査



図I－5 新生児搬送の理由
2015年 離島における周産期医療の実態に関する調査

妊婦のリスク判断以外の対策として、早産防止のため子宮収縮抑制剤の早めの内服や、妊婦健診毎に頸管長の確認を行っている（早産の診断方法の1つ）施設があった。また、妊婦指導を徹底し、ウエイトコントロールや生活指導を行うことでリスクを防ぎ、リスクのある症例では画像転送システムを用いて、本土の施設の指示を仰いでいる施設もあった。いずれの施設においても、リスクを早期に発見し、リスクが発見された場合には、早期に母体搬送を行うことに力を注いでいた。島内の主治医と診療所、健康管理センター、行政が連携しあえるシステムづくりを行っているという回答も得られ、安心・安全な出産に向けてさまざまな取り組みがなされていることも明らかになった（表I－1参照）。

表I－1 安全な妊娠・分娩への配慮

カテゴリー名	ローデータ
早めの本土への移動の勧め	- すべての妊婦は早めに本土に移るよう勧める 36週以降、確実に本土に送る、リスクのある妊婦は早めに本土に移す - 早めに分娩予定施設を決める
リスクの早期発見・予防対策	- 定期受診の勧奨 - 問題の早期発見 - 計画分娩の提案 - 子宮収縮抑制剤の早めの内服 - 早産防止のため、妊婦健診ごとに頸管長の確認 - 妊婦指導の徹底（ウエイトコントロール、生活指導） - 内地より産婦人科専門医による専門診療を2か月ごとに実施している - 些細な問題でも診療所に相談するように勧める
他機関との連携	- 問題症例では、本土の産婦人科に画像転送システムを用いて指示を仰ぐ - 妊娠中の管理は基本的に分娩予定施設に主導権を持ってもらい、当院での妊婦健診は「つなぎ」としてとらえてもらうように分娩施設に伝えている - 健康管理センター、診療所、行政、主治医との連携を行い、島内でシステムを作っている - 島内の出産可能施設との綿密な連携 - 妊婦自身が本土の産科医と密に連絡を取っている
搬送システムの整備	島にヘリポートを造設

2015年 離島における周産期医療の実態に関する調査

6) 離島における行政の取り組み －公的支援の現状－

離島の妊産婦に対しては、行政はどういった支援をしているのであろうか。先の離島調査では、106市町村から、支援状況について回答を得ている（回収率は74.6%）。

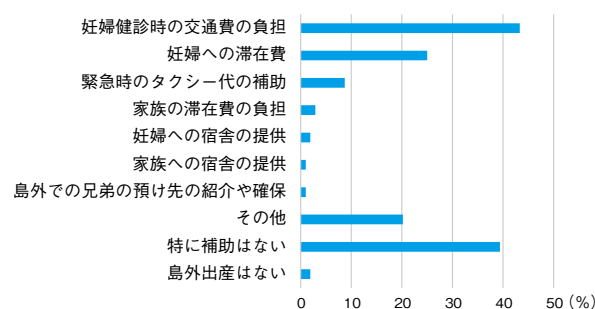
島外出産における公的補助については、「妊婦健診時の交通費の負担」が43.3%と最も多く、次いで「特に補助はない」39.4%、「妊婦への滞在費」25.0%の順であった（図I－6）。島外出産におけ

る公的補助を行っていない自治体が約4割であり、住民の経済的負担が大きくなっていることが明らかとなった。また、少数ではあったが、「緊急時のタクシー代の補助」が8.7%、「家族の滞在費の負担」2.9%、「妊婦への宿舎の提供」1.9%があった。

不妊治療に対する助成を行っている自治体は55.8%と半数であった。1回の治療における助成金額は15万円がもっとも多く、次いで10万円であった。年間の助成回数は1～6回とばらつきがあり、通算助成年数として5年がもっとも多かった。約半数の自治体で不妊治療への助成が行われていることが明らかとなったが、近年高齢初産率の増加や、不妊治療を必要とするカップルが増加していることから、離島においても不妊治療への助成金の必要性はますます高まってくると考えられ、国および市町村での検討が必要である。

わが国では一般に離島地域の出生率が高い状況にある。出生率のランキングでも、上位30市町村のうち、25自治体が離島に位置している（沖縄本島

を含む）。離島の出生率が高いのは、地域全体で子どもを大切にしている仕組みが整っているからであろう。例えば、徳之島が属する奄美群島では、「子どもは宝」という考え方が根強く、理想的な子どもの数を4人以上とする住民が多いという。今後、島内出産が困難な離島において、金銭的支援や非金銭的支援が充実していくことで、少しでも女性とその家族の負担が軽減され、出生率の増加にもつながっていくだろう。各都道府県での取り組みが期待される。



図I-6 島外出産における公的補助の内容
2015年 離島における周産期医療の実態に関する調査



産科医療補償制度／周産期死亡率

100年以上前の妊娠・出産は命がけだった。たとえば、不幸にも子宮外妊娠や前置胎盤に罹患してしまった妊産婦は、おそらく助からなかっただろう。しかし近年、医療技術は日進月歩の進化を遂げ、最近では分娩が安全・安心と思われるようになりつつある。母子共々死なないのが当たり前と思われるような時代になった。だが、それでもやはり、分娩が100%安全・安心というのは幻想である。今の時代でも、非常に稀ではあるが不幸な転帰をたどる妊産婦・新生児が残念ながら存在する。本コラムでは、産科医療補償制度と周産期死亡率の2つを取り上げて解説する。

1. 産科医療補償制度

2004（平成16）年12月、前置胎盤（癒着胎盤）の手術を受けた妊産婦が死亡し、手術を執刀した産婦人科医が逮捕されるという事件が起きた。訴訟問題にまで発展したこの事件は、2008（平成20）年8月、結果的に「妊産婦の死亡は過失のない診療行為（手術）をもってしても不可避であった」と判決され、無罪が言い渡された。この事件を発端に、「産科医療の不確実性と限界」という重大なテーマが議論され、2009（平成21）年1月に「産科医療補償制度」が発足した。

簡潔に言うとその制度は「分娩機関を対象とした保険システム」である。保険に加入した分娩機関（被保険者）が保険料を支払い、医師の過失の有無を問わず、不幸にも脳性麻痺・重度の後遺症を来した母子に現金給付が補償される仕組みである。保険料は1分娩あたり定額で算定されている。本制度は公益財団法人日本医療機能評価機構によって運用されており、民間の保険会社がその後ろ盾を担っている（要するに、機構が中間介入している）。実は最近、原資（保険料を含む）の内部留保額が膨張しており、議論的になりつつある。

2. 周産期死亡率

新生児の死亡に関する指標に「周産期死亡率」がある。周産期は「妊娠満22週（154日）に始まり出生後満7日未満で終わる」と定義されている。この区間内における新生児の死亡が周産期死亡である。単位は（出生1,000人対）であり、「周産期における1,000回の分娩のうち新生児が何人死亡するか」を示す指標である。2012（平成24）年のデータに基づくわが国の周産期死亡率は2.9である。この値は2位のスペイン（4.1）を大きく突き放している。世界でダントツの値である。ちなみに主要な先進国では、米国（6.8）、フランス（11.8）、ドイツ（5.5）、イギリス（7.6）である。このように、わが国は「世界でもっとも新生児が死亡しない国」である。だが実は、世界一とはいえ、このデータから「年間に1,000回の分娩のうち約3人の新生児は不幸にも死亡する」ことも読み取れる。いくら世界でもっとも安全といえども、産科医療は不確実性が高く、限界があることがうかがえる。

近年わが国では、産科医の不足が社会問題となっている。それにもかかわらず、周産期医療は世界一の水準を保持している。周産期医療に携わるわが国の産科医・小児科医がいかにハイレベルな医療を提供しているかをこれらのデータが物語っている。



執筆者：阿江 竜介（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）

3 現代の妊娠・出産・育児を取り巻く背景と社会問題の実態

1) 出生数の実態と出生に伴う現代の問題点

近年の出生における問題として、合計特殊出生率（一人の女性が一生に産む子どもの平均数、詳細は16頁のコラムを参照）の減少と、初産年齢の高齢化がある。

合計特殊出生率は減少し続け、2014（平成26）年には過去最少の1.42となっている。都道府県別にみると、2015（平成27）年の合計特殊出生率の低い県は、東京都1.17、京都府1.26、北海道1.29の順であり、都会で出生率が低い理由として20代の学生が多い、未婚の女性が多い、子どもをつくらない夫婦が多いことが理由として挙げられている。

第1子を出生した時の母の平均年齢は、上昇傾向にあり、2014（平成26）年は30.6歳であった。初産年齢の高齢化に伴い、妊娠・出産へのリスクが問題となってきている。厚生労働省人口動態統計によると、母親が35歳以上での出産割合は、2000（平成12）年11.9%であったのに対し、2015（平成27）年には28.0%となり、2倍以上となっている。

高齢出産の増加に伴い、低出生体重児の出生割合は増加しており、40～44歳では約13%、45歳以上では16.5%と上昇している。高齢出産によるハイリスク化に伴い、児への影響も問題となっている。

2) 安心して産み育てるために必要な支援体制

近年の合計特殊出生率の低下や出産年齢の高齢化には、社会背景が関与している。2014（平成26）年度版少子化社会対策白書概要版「家族と地域における子育てに関する意識調査」によると、今後子どもを持つ場合の条件について問うたところ、「働きながら子育てができる職場環境であること」が半数を占めていた。女性の社会進出が進む現代において、妊娠・出産をし、子育てをしていく上で、職場の理解を得て、安心して仕事を続けられる環境の整備は非常に重要である。また、共働き世帯が増加していることから、配偶者の家事・育児への協力は女性にとって必要条件の1つになっているといえる。

しかし、子育ての実態として、共働き家庭におけ

る男性の1日の家事関連時間は、子どもの成長に伴うライフステージの変化に関わらず少ないのが現状である。もっとも家事関連時間が長い30～34歳の男性でも1日当たり平均58分であり、女性の平均283分に比べて非常に少なく、他の先進国と比較しても低水準にとどまっている（2011（平成23）年度総務省社会生活基本調査）。また、育児休業取得の状況について、女性の出産者に占める育児休業取得者（申請中を含む）の割合は86.6%であるのに対して、男性の場合は2.3%にとどまっている（2014（平成26）年度厚生労働省雇用均等基本調査）。

男性が家事などに積極的に参加するために必要な条件として、長時間労働の傾向が強い30代男性を中心に、労働時間の短縮の必要性が挙げられている。

そこで、重要となってくるのが職場の上司の理解であることから、最近では“育ボス”という言葉が誕生している。

育ボスとは、2013（平成25）年5月より、消費者庁が取り入れた制度で、育児のために短期休暇を取った職員と、その職員の仕事を分担した同僚や上司に対し、人事評価を上げるものである。こうした制度が多く企業に広まることで、育児に理解のある職場が増えれば、男性の育児参加に良い影響を与えることになると考える。これは女性だけではなく、男性も育児に参加することが当たり前であるという意識が周囲の人たちにも根づくきっかけとなるだろう。

岡山県奈義町では、2014（平成26）年の合計特殊出生率が2.81であり、過去最低であった2005（平成17）年の1.41からV字に回復している。同町の小中学生のいる世帯では、3人兄弟の割合が最多となっている。このように出生率が回復した要因の1つに、町による子育て支援の拡充がある。公共事業や補助金を切り詰め、出産祝い金や在宅育児への助成金を増加させ、経済的支援を充実させている。また、乳幼児を持つ母親からの要望により、2007（平成19）年に、乳幼児の親子が集う「チャイルドホーム」を開設した。この場所があることで、母親同士で悩みを共有することができ、気持ちが楽になり、ストレスの解消につながっている。地域での近所づきあいが希薄化し、大家族から核家族世帯

が増加している現代において、子育ては家族だけでは不十分であり、地域ぐるみでの支援が重要である。母親が安心して育児を行える環境が整うことで、出生率の増加につながっていくだろう。

3) 産後に生じる女性の健康問題

産後に生じる女性の健康問題のひとつに、産後うつ病がある。産後うつ病は頻繁に臨床現場に見いだされる病態であるにもかかわらず、発症した女性の8割は未受診でいると報告されている。

産後うつ病の発症リスクとして、産婦の年齢が関与していることが明らかとなっている。産後3か月間の累積発症率のピークは35歳以上と報告されている。また、産後うつ病の発症時期において、産後4週間以内の早い時期と、産後5～12週間以内の遅い時期とを比較すると、早期の場合には初産婦が多く、遅い場合では25歳未満または35歳以上という報告もある（松本,土屋,2012）。このことから、産後うつ病の発症予防としては、初産婦の場合には、産後1か月以内まで、25歳未満または35歳以上の母親の場合には産後2～3か月間を、より注意を払いながら見守っていくことが重要である。

わが国では「健やか親子21」政策をきっかけに、産後うつ病のスクリーニングが各自治体で行われるようになった。入院中や産後1か月健診、新生児訪問の際などに産後うつ病尺度を用いて評価が行われている。しかし、産後うつ病の早期発見の方法が全国的に統一されていないとの指摘もある。具体的には、産後うつ病の発症時期と助産師や保健師の家庭訪問とのタイミングのずれや、継続フォローアップシステムの不十分さが挙げられている。今後は、エビデンスに基づく産前からのハイリスク女性の抽出や、産後訪問のタイミング、さらには産後うつ病スクリーニング方法の適正化、医療機関を巻き込んだ地域への展開が重要となってくる。

4) 育児における社会問題の実態

育児期における社会問題のひとつに児童虐待があり、児童虐待によって子どもが死亡しているという問題が生じている。

子どもの虐待による死亡は年間50件を超えており、1週間に1人の子どもが虐待により命を亡くしている。心中以外の虐待死で死亡した子どもの年齢は、0歳が約4割と最も多く、出生後早期からの対応が必要である。0歳児の虐待死に占める0日、0か月児の割合は4割を占め、その内日齢0日児（生まれた当日）が8割以上であった。

社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会によると、0日、0か月死亡事例において、主たる加害者は実母であるという特徴がみられた。家族構成をみると、8割の者が親族と同居していたことから、家族に相談できず、また家族の認識も低く、家族関係が希薄であることが推測された。また、出産場所をみると、0日死亡事例では、トイレや風呂場などの自宅出産が約6割であり、医療機関はゼロという実態であった。一方、0か月死亡事例の場合、医療機関が5割で、自宅出産は少なく、医療機関で出産するものの、その後虐待に陥ることが明らかとなっている。このことから、0日、0か月死亡事例においては、病院および地域における妊娠初期からの対応によって、虐待死を防ぐことが必要になるだろう。

死亡に至る背景要因として、0日死亡事例の場合、望まない妊娠が約7割であり、若年出産が約4割であった。0か月死亡事例の場合は望まない妊娠が約4割であり、若年出産が半数を占めていた。児童虐待を起こしやすい母親の背景要因には、母親のボンディング（愛着）障害や、母親自身の性格の未熟さ、妊娠への否定的反応などが関与していると言われている。

これらの結果から、0日、0か月児の虐待死の予防に向けて、まずは望まない妊娠の予防が重要である。そのためには、避妊方法に関する啓発活動の促進と、思春期男女への適切な性教育、また30代の母親による虐待死が多いことから、一般成人への性教育の啓発も必要である。また、望まない妊娠をした女性への相談体制として、妊娠相談窓口の徹底した整備と周知を行い、妊娠に関する知識の啓発活動

の促進を行う必要がある。妊娠の相談を受けて対応する中で、産科受診に繋がっていくケースもあり、継続的な支援を多機関と連携で行うことが重要となっている。

乳児期の虐待死予防に向けて、まずは妊娠初期の段階で、医療者による気になる妊婦の抽出が必要だろう。そして、出産後、気になる妊婦への超早期子育て支援としては、出産後1か月以内の子育て支援（電話訪問、家庭訪問、こんにちは赤ちゃん事業）を、少なくとも1か月に2回以上行い、母親と直接面談できるような体制を整えていくことが必要である。また、既存の育児支援体制の充実として、電話相談や養育支援訪問事業など、なるべく物理的負担が少ない相談体制を整備していくことが求められている。さらに、本人および家族による養育が困難なケースにおいては、養子縁組や里親制度に関する適切な情報提供も必要となるだろう。

なお、子育てをしている母親の世代をみると、子どもの虐待までは陥らないものの、近所づきあいが希薄であり、周囲の人たちとの関係づくりに困難さを感じる者も少なくない。そのため、子育ての不安や心配事を身近に相談できる者がいない母親が増加している。

乳幼児の子どもを抱える親を対象とした調査によれば、20年前と比較して親の孤立感が倍に増加し、育児不安感は3倍に増加していると報告されている。また、半数近くの親が周囲の批判を気にしており、子どもの年齢が上がるほど、ちょっとしたことに心配をするという項目が高くなっていた。このことから、周りに頼ることができない、他者の子育ての様子を参考にすることができないなど、現代の親は子育てをしにくい状況に置かれており、親としての自信が持てない状況にあるといえる。育児不安が高まることで、児童虐待へと発展する可能性が高くなるという報告もあり、児童虐待を未然に防ぐためにも、育児不安に対する専門職による介入は重要である。



合計特殊出生率

出生に関する人口動態統計の基盤データに「合計特殊出生率」がある。合計特殊出生率は、ひとことで簡単に説明すると「15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもの」である。ただ、この説明でピンとくるのは業界の方々だけだと思う。本コラムでは、合計特殊出生率に関してわかりやすく解説する。

1. 出生率

まず、「出生率」とは何かを解説する。一般に、「率」と聞けば打率（野球）や降水確率（天気）などの「率」を想起するだろう。これらは「割合（Proportion）」である。割合は「全体のうちどれくらいの部分を占めるか」を表し、パーセントで表記できる。だが一方で出生率は、「率」が付いているが「割合（Proportion）」ではない。出生率（Birth rate）は時間的な概念を含む指標であり、単位は「人口1,000人対年間」である。つまり、出生率とは「1年の期間において、人口1,000人あたりに何人の子どもが生まれてきたか」を示す指標である。ちなみに、2013（平成25）年におけるわが国の出生率は8.2である。

2. 合計特殊出生率

合計特殊出生率は、ざっくりと「一人の女性が一生に産む子どもの平均数を示す」と説明されることが多いが、2種類の計算方法（考え方）がある。

1) 期間合計特殊出生率

「期間」に着目して計算される指標である。期間とは「1年間」である。1年間（たとえば平成25年の1年間）における15～49歳の女性の出生率（人口1,000人対）の合計である。一般に合計特殊出生率とはこちらの「期間」合計特殊出生率のことを指す。単純に「その年（1年間）の出生率」に着目しており、この指標が年次比較、国際比較、地域比較に用いられている。ちなみに、2013（平成25）年におけるわが国の「期間」合計特殊出生率は1.43である。

2) コーホート合計特殊出生率

近年では晩婚化・晩産化が進行している状況にあり、各世代の結婚や出産には差異がある。たとえば昭和50年代と平成25年とではこれらに大きな格差（時代による変化）があるだろう。その影響を考慮したのが「コーホート」合計特殊出生率であり、こちらは「世代」に着目して計算される指標である。同一世代生まれの女性（15～49歳）の出生率を過去から積み上げて集計する。たとえば現在15歳の世代が49歳になるのは34年後である。したがって、厳密には正確なデータが完成するのは34年後になる。



執筆者：阿江 竜介（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）



人口動態統計と出生届

人口動態統計はわが国の基幹統計のひとつである。人口動態統計は、国民全員からの自発的な「届け出」を情報源としている。つまり、日本全国の役場から寄せられた「届け出」の情報を（1年間を通して）集計したものが人口動態統計である。具体的には5種類の届け出（出生届、死亡届、死産届、婚姻届、離婚届）が人口動態統計の情報源である。これらの届け出はすべて法律で定められており、届け出をしない例にはペナルティが課される仕組みになっている。そのため、人口動態統計データの精度はきわめて高い。本コラムでは「出生届」の情報を起源とする人口動態統計の「出生に関する様々な指標」に関して取り上げる。

1. 出生届

子どもが産まれたら14日以内に出生届を提出しなければならない。これは戸籍法で定められている。出生届により子どもに戸籍と住民票が付与され、日本国民の一員となる。日本全国の役場から寄せられた出生届の情報を1年間集計することによって、その年に何人の子どもが生まれてきたか（戸籍に登録されたか）を正確に把握できる仕組みになっている。出生届は出生証明書と1枚セットになっていて、A3用紙の左半分が出生届（親が記入）で、右半分が出生証明書（医師が記入）になっている。届け出が遅れた（14日間を過ぎた）場合、ペナルティとして罰金（5万円以下）が発生することがある。出生届をずっと出さなかった場合は「無国籍」となり、学校に通うことができなくなる。近年では、激しい家庭内暴力などが原因で、出生届が受理されず無戸籍になるケースが社会問題となっている。

2. 出生に関する様々な指標

出生届に記載されている項目は、子どもの名前と性別、生年月日、親の住所地や本籍地、親の職業などが含まれている。一方、出生証明書（右紙面）には、子どもが出生した場所（医療機関、助産所、自宅、その他）とその所在地のほか、子どもの身長・体重、母親の年齢や分娩週数なども含まれている。これらすべての項目が人口動態統計の「出生」に関するデータベースとなる。これらのデータをもとに、出生数や合計特殊出生率（16ページのコラム参照）だけでなく、都道府県別の出生状況、出生児の平均身長・平均体重、出生時の母親の年齢などに至るまで、精度の高い様々なデータが「出生に関する指標」として公表されている。



執筆者：阿江 竜介（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）



4 妊娠・出産・育児期に関する取り組み

1) 医療機関の取り組み

妊娠・出産・育児期に生じる、望まない妊娠や産後うつ病、子どもの虐待、離島での試みなど、さまざまな問題に対する医療機関での取り組みの実態について、事例を紹介する。

(1) ハイリスク母子への支援（自治医科大学附属病院）

自治医科大学附属病院の例は、ハイリスク母子（未受診妊婦・飛び込み分娩・若年妊娠・精神疾患のある妊娠分娩など）に対して、医療機関と院外の関係機関とが連携して対応している事例である。ここでは、独自調査の結果を述べる。

まず、自治医科大学附属病院では、支援が必要な妊婦を、地域の保健師の紹介や外来、病棟でキャッチし、産科医師、医療ソーシャルワーカーや看護師が、院内に設置された「ハイリスク育児支援の会」に紹介している。対象となるのは、産科やNICU（新生児集中治療室）、外来で育児に対する不安を訴える母親、あるいはスタッフが育児能力を危惧するような母親など、ハイリスク母子である。

ハイリスク育児支援の会は、総合周産期母子医療センターが主体となり、月に1回支援の必要な妊産婦のカンファレンスを行っている。出産前、産後、外来通院中を通して、各部署が適切に対応できるよう、院内における支援体制を構築することが目的である。出産前から各ケースに対応を検討し、母親の同意の上、地域の保健師との連携も図っている。また、ドメスティック・バイオレンス（DV）や虐待（ネグレクト含む）が疑われる症例については、胎児虐待という観点から、「ハイリスク育児支援の会」が、病院内の「小児虐待対策委員会」に報告し、多職種協働で対応を協議している。

2014（平成26）年1～12月の間に自治医科大学附属病院を受診した妊婦のうち、市町村保健師との連携が必要となったケースは103件であった。養育支援対象患者の現状として最も多いのは、精神疾患・集団指導困難・家族背景に問題のある妊婦で

あった。これらの妊婦の生活背景として、生活基盤・経済基盤が安定しないまま妊娠出産に至る傾向にあり、家賃や水道光熱費を滞納している世帯が多く、地域の保健師にライフラインの状況の確認を依頼することが増えた。また、精神疾患や知的能力、対処能力の低下状況にある保護者に対する養育能力の補完および児の安全確保を目的とした支援介入が目立ってきている。同時に、両親の生活能力が乏しいケースや、家族からの支援が得られない、もしくは、家族にサポートする力が乏しいケースに対する支援の必要性も生じてきている。

人的・物的資源の問題から、一次医療機関や二次医療機関ではこうした取り組みを行いにくいため、三次医療機関が多機関と連携してハイリスク母子をサポートするという取り組みは、非常に有効であると思われる。

(2) 産後ケア支援（栃木県さくら市 さくら産後院）

出産後の8週間は妊娠前の状態に回復し、安全にその生活活動が可能となる重要な期間であり、とくにハイリスクな妊産婦には心身回復の重要な時期である。しかし、近年は実父母や義父母からの産後のサポートを得ることが難しい状況下で、女性は妻として、母として自立することが求められている。栃木県のさくら産後院は、そうした現代の妊産婦への産後ケアに積極的に取り組んでいる事例である。ここでは、独自調査の結果を述べる。

さくら産後院は、さくら産院に併設して開設された助産院である。近年、近隣の産院の閉鎖が相次ぎ、さくら産院で取り扱う分娩が急増し、年間約800件の分娩を取り扱いしており、産後の入院日数を短縮せざるを得ない状況になった。そこで、さくら産院と自宅との中間施設として、さくら産後院は開設された。

助産院でもあるさくら産後院は、病床数は4床であり、勤務年数5年以上の助産師2名と看護師1名、事務スタッフで運営をしている。他院で出産をされた方も利用可能であり、1泊3万円となっている。

さくら産院に通院している方には、妊娠中に外来でパンフレットを配布し、妊娠中に行っている母親学級の中で見学コースを設け、周知している。母親だけでなく、家族で育児をしたり、家族のケアをしていく必要もあるため、夫や上の子も宿泊可能である。

2014（平成26）年7月から2015（平成27）年1月までの半年間の利用状況を見てみると、利用者の年齢は平均33.5歳であり、初産婦が約6割を占めていた。利用時の家族背景は、核家族が71.0%、里帰り出産が21.0%であった。利用動機として、「ゆっくり休養したい」が61.0%、「授乳を見てほしい」が53.0%といずれも半数以上であったことから、産後の疲れを自宅以外の場所でゆっくりとケアを受けながら取りたいというニーズの高さと、産後1か月までの授乳の困難さとうかがわれた。すべての利用者が次回も利用したいと回答をした。ケアに対する満足度をみると、「十分な休息」、「リラクゼーション」、「育児相談」、「授乳相談」など、いずれにおいても8割を超える高い満足度が示された。料金については、「やや高い」が約4割、「ちょうどよい」が約6割であり、市からの補助があることでより多くの褥婦や家族の利用につながっていくと考えられる。

今後の課題は、ニーズは多いものの、産後院だけでは経営が成り立たないため、病床数を増やせず、しかも本当に利用して欲しい者には利用金額が高すぎることである。施設側としては、分娩を扱わない限り、1泊3万円では赤字である。しかし、本当に支援を必要としている母親や家族にとって1泊3万円は高く、それ以上の金額では利用につながらない。虐待のリスクのある母親の背景には、貧困が多いことが指摘されており、シングルマザーや若年出産では妊婦健診や1か月健診さえ受診できないケースもあり、産後院の利用には到底つながらないことが多い。

このように、本当に支援が必要な人に対して、産後院といった施設が利用できるようにするには、公的な支援が必要ではないだろうか。たとえば、市町村が産後院の入院費用の8割を負担したり、産後に施設やサービスが無料で使用できるチケットを配布するなどして、経済的側面からも母親を支援していくことが考えられる。

産後だけでなく、その後の育児支援という観点からも、産後院が果たせる役割はあると思われる。たとえば、新生児訪問で気になったケースを産後院に紹介することで、ゆっくりと関われる体制を整えていけることが考えられる。

近年では、産後うつ病や精神疾患を抱えている母親が多いことから、行政での訪問だけではなく、地域の一次医療機関とも連携して支援していく体制づくりが必要と思われる。現代において、産後ケアは重要であり、ここで述べた産後院でのケアの他、市町村保健師による介入や、さらには母子保健推進員や民生委員などによる地域住民の支えも重要となってくるだろう。地域全体で母子を支援していくサポート体制づくりが求められている。

(3) 産み育てられない者への支援（熊本県医療法人聖粒会慈恵病院）

さまざまな理由から自分の子どもを育てることが困難なケースに対して、相談支援や一時保護、特別養子縁組の紹介といった対策を行っているのが、熊本県にある医療法人聖粒会慈恵病院である。

慈恵病院のSOS妊娠相談「SOS赤ちゃんとお母さんの相談窓口」では、24時間365日体制で相談員が相談を受けている。相談には、助産師、看護師、保健師、社会福祉士などの有資格者が担当しており、妊娠中から相談を受けている。相談者に対して、基本的には「自分で育てる」あるいは「特別養子縁組」の2つを提案している。自分で育てられない人には“乳児院”という選択肢もあり紹介を行うこともあるが、“家庭で育つことの大切さ”を伝えている。

新規相談件数は2007（平成19）年度から2013（平成25）年度までの7年間で5,212件であり、2014（平成26）年にテレビでドラマ化されたことをきっかけに、2014（平成26）年度の延べ相談件数は4,000件を超えた。

相談者の約8割は本人だが、1割は家族からの相談であり、その内訳は小・中学生の子どもをもつ家族からの相談が多い。年齢別にみると、20代が4割以上を占め、就業前の人も多く、次いで30代が3割という実態である。婚姻の有無としては、未婚者が5割、婚姻中が4割と、婚姻中の人からの相談も多い。

地域では、2007（平成19）年度から2013（平成25）年度までの地域別をみると、関東が最も多く29%、なかでも東京都からの相談が多い。次いで、熊本県27%、関西12%、九州（熊本県以外）11%、中部9%、東北4%、中国4%、四国2%、北海道2%と、全国各地から相談がある。全国からの相談者がいる理由として、「地元では話をしたくない」、「身近な人にはバレたくない」という理由があげられている。

相談方法は9割が電話相談であり、メール相談は5%、来所相談は4%となっている。電話相談の多い時間帯は9～17時が53%と半数であるが、次いで、約3割が17～24時という時間帯である。夜間の場合には、「今にも虐待しそう」といった子育てに関するSOSや、深刻な相談も多い。

最近、電話よりもLINE（無料コミュニケーションアプリ）で相談をしてくる若年者が多くなってきているが、LINEのやり取りから電話相談につなぎ、さらに医療機関までつなぐことは困難であり、LINEで連絡が途絶えてしまうこともある。LINEは気軽に相談ができるというメリットがあると考えられるが、直接面談による相談よりも高いスキルが必要であり、今後の大きな課題である。

相談内容としては、「妊娠に関する相談」31%、「思いがけない妊娠」28%、「その他」21%である。「その他」としては、虐待や子育ての悩み、夫婦関係などがある。SOS相談窓口を知った情報源としては、インターネットが約8割を占めており、インターネットでの広報活動は有効と考えられる。

慈恵病院では、2007（平成19）年5月より、親がわが子を養育できないケースのための窓口「このとりゆりかご」を開設している。SOS電話相談の初回相談で「ゆりかごに預けたい」、「特別養子縁組にしたい」と考えている人は過去6年間で523人という実態であり、養子に出すかどうか葛藤をしている相談は2,000件を超えている。しかし、相談窓口でカウンセリングを行っていくうちに、「自分で育てる」と選択したケースは300件近い状況である。このように、直接会って相談を重ねたほうが

相談者の気持ちに変化が見られ、「自分で育てる」と選択するケースが多いことから、できるだけ地元で相談窓口を設け、カウンセリングを行えることが望ましい。先述したように、慈恵病院では他県からの相談も多くある。状況によって他県の医療機関につなぐケースもあるが、安易に連携はせず、その医療機関でどのような支援をしているのか、またどんな体制でサポートをしているのかをよく確かめたいうえで、連携の判断がなされている。

今後は相談システムの全国化、ネットワーク化が必要であり、また相談システムを構築するうえで、国からの財政的支援も重要である。そして、対象者を救うためには、シェルターや病院などで緊急対応をするための法律の整備も求められている。

出産した子どもを預けるという選択をした女性は大きな「罪悪感」を抱いている。ひとりの女性の人生を大事にすることを忘れず、生まれてきた子どもも、産んだ女性も、特別養子縁組をした親も、“これから必ず幸せになれる”というメッセージを送り、互いに最善の選択ができるよう、支援体制を整えていくことが重要である。特に、10代で望まない妊娠をしたケースでは、さまざまな家族背景・生活背景があり、自尊感情の低い子どももいる。現代の社会の問題として、家族の希薄化があり、わが子のお腹が日々大きくなっていることにさえ気がつかない親もいる。家族間をどのようにサポートしていくのかも大きな課題である。

（4）離島でのさまざまな周産期支援の取り組み

「離島における周産期医療の現状」では、分娩を取り扱う医療機関が少なく、安心・安全な妊娠、出産を行うため、さまざまな取り組みが行われていることを紹介した。ここでは、具体的な取り組みとして、島根県隠岐病院の取り組みと、島内に産科医師がいない隠岐島前病院での取り組みについて、独自調査の結果を述べる。また、名瀬徳洲会病院（奄美大島）の携帯型胎児心拍陣痛モニターについて文献をもとに紹介する。

【隠岐病院の事例】

島根県隠岐の島にある隠岐広域連合立隠岐病院では、2007（平成19）年11月に、20～45歳までの女性に対する質問紙調査を実施した。その結果、「絶対隠岐で産みたい」、「できれば隠岐で産みたい」の回答が合わせて75.3%あり、島外分娩を余儀なくされる妊婦の精神的負担が明らかとなった。

この窮状を見兼ねて、総合診療医であった加藤一朗医師が産科への転身を決意し、助産師8名と院内助産システムを立ち上げ、医師と助産師の2本柱での体制により、島内分娩が再開となった。助産師が担当する妊産婦は、経産婦（出産を経験したことがある産婦）でローリスクな対象者に限定し、助産業務ガイドラインなどを参考に、妊娠中から妊婦に関わっている。医師への報告基準に該当した場合には、すぐに産科医師に報告し、医師が立ち合うべきかの検討を行い、安全な分娩を心掛けている。

助産師外来を開設するにあたり、胎児の推定体重や状態が正常であるかの判断ができるよう、研修などを通じて超音波診断のスキル向上を図っている。また、助産師は全員、周産期における救急状態に効果的に対処できるための知識と技術の発展・維持を目的としたAdvanced Life Support in Obstetrics(ALSO)やBasic Life Support in Obstetrics(BLSO)、新生児蘇生法を受講しており、新生児ケアにあたる看護師にも新生児蘇生法の受講を勧めている。助産師は妊婦訪問や母乳外来、1週間健診まで幅広く関わっている。また、隠岐病院では、産後1か月までに生じうる産後うつ病をスクリーニングする目的で作成された産後うつ病測定尺度EPDSを退院時、1週間健診、1か月健診時の計3回実施しており、保健師と連携して早期に気になる母子への介入を行っている。助産師が健診時に記録した情報は、基礎情報データベースに蓄積され、母体搬送時にはこの情報を活用して、早急に準備が可能となっている。年間の分娩件数は約120件で、そのうち帝王切開率は約18%、本土の医療機関への搬送は母体搬送のみで新生児搬送はここ数年ない。

島外分娩の予定者は、妊娠36週の妊婦健診まで隠岐病院で受け、妊娠37週以降は本土に滞在することになるが、町から交通費や宿泊費などの助成を受けている。安全な分娩を行うため、島外分娩対象の基準を定めている。対象者は、全ての初産婦と、経産婦の場合には、①非妊時かつ妊娠36週時のBMI28以上の肥満妊婦、②妊娠36週時で胎児推定体重2,000g未満、③多胎妊娠、④分娩歴に異常あり（帝王切開、早産、出血1,000ml以上、常位胎盤早期剥離）、⑤合併症ありである。

2013（平成25）年からはもう1名産科医師が常駐となったため、島内ですべての分娩が行われるようになった。さらに、2014（平成26）年からは麻酔科医師も着任し、帝王切開が安全かつスムーズに行えるようになってきている。このように、分娩に関わるスタッフがそろい、本土への搬送基準を定めることで、安心・安全な分娩につながっている。

【隠岐島前病院の事例】

島根県西ノ島町にある隠岐島前病院では、産科医師が不在のため、島外出産をせざるを得ない状況が続いている。年間30例ほどの出産があり、妊娠36週までの妊婦健診と、分娩後の産褥サポートは助産師2名（1名は常勤、1名は非常勤）が支えている（産科医は、月2回の定期派遣）。

妊婦健診は定期派遣の産科医師とともに、助産師が行っており、その際に1人15分程度の保健指導を行っている。隠岐島前病院には近隣の3つの島から妊婦が受診しており、集団指導を行うことが難しいため、個別の保健指導を非常勤の助産師が実施している。なお、妊婦が気になる症状があった場合には、助産師にいつでも連絡できるため（助産師の24時間携帯オンコール体制）、妊婦の安心感につながっている。

産後は保健師とともに新生児訪問を行ったり、母乳外来を随時受けていることから、島内の母親の母乳状況は産後1か月で完全母乳になっており、高い母乳率となっている。院内では助産師が病棟看護師に教育を行い、また、新生児蘇生法の開催やALSOの受講、その他周産期に関わる研修会を定期的に開催している。

このように、島外出産を行わざるを得ない島においても、同じ助産師が妊婦健診から出産後まで、継続して関わることで、母親は安心して育児を行っていくことができる環境づくりとなっている。また、隠岐島前病院では月に2回地域の保健師やケアマネジャー、介護職、医師、看護師とともにカンファレンスを行っており、気になる患者の情報交換を行い、連携を密にしていることも重要なサポート体制となっている。

【名瀬徳洲会病院（奄美大島）の事例】

2010（平成22）年6月より、名瀬徳洲会病院（奄美大島）では「安心・安全子宝事業」の一環として、携帯型胎児心拍陣痛モニター（モバイルCTG）を導入した（小田切, 2014）。このシステムは、病院で使用している胎児心拍陣痛検査を携帯できるように小型化し、妊婦に自宅でモニターを装着してもらい観察できるようにしたものである。得られたデータはモバイル通信ネットワークを通じて、産科医師や助産師の携帯電話に送信される。主に、島内の遠方地域に居住の妊婦で、羊水過少、胎児発育不全、予定日超過などの胎児機能不全が予測される症例や、切迫早産の兆候のある妊婦など、頻回のチェックが必要な症例に用いられている。

モバイルCTGの導入によって、遠隔妊婦健診や在宅ハイリスク妊婦管理が可能となり、妊婦の負担軽減や異常の早期発見、情報の連携にも貢献している。今後は、常勤の産科医師のいない地域において、このような遠隔システムを導入することで、遠隔妊婦健診や救急搬送中の妊婦に活用されると、妊婦もより安心して過ごすことができるだろう。

（5）ウィメンズヘルスケアプロバイダー（静岡家庭医師養成プログラム、金沢大学医学部）

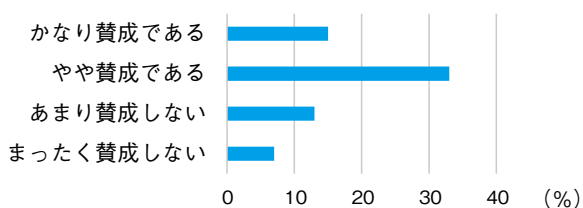
ここでは、産科医療に関わるプライマリ・ケア、ウィメンズヘルスケアプロバイダー（静岡家庭医師養成プログラムや金沢大学医学部）の取り組みを簡単に紹介する。

ウィメンズヘルスケアプロバイダーとは、プライマリ・ケアとしての産婦人科研修に加えて、集中的、継続的な分娩を含めた産科研修と継続的な教育を行い、ウィメンズヘルスケアや産科医療に関わるプライマリ・ケア医などをさす。

先の離島調査では、今後の周産期医療において

ウィメンズヘルスケアプロバイダーの活用の可能性について尋ねた。その結果、68人から回答を得た。「かなり賛成である」、「やや賛成である」との回答を合わせると、48人（70.6%）が活用について賛成していた（図I-7）。

静岡家庭医師養成プログラムでは、地域医療再生のため、産婦人科を含めた“全科診療”のできる家庭医の育成に取り組んでいる（藤岡, 2012）。トレーニングを受けることで、家庭医/プライマリ・ケア医がウィメンズヘルスケアの一翼を担うことができる。プログラムの産婦人科研修をより充実させるため、浜松医科大学に家庭医療研修における産婦人科教育のための産婦人科医師を長とする講座を設置し



図I-7 ウィメンズヘルスケアプロバイダーの活用可能性
2015年 離島における周産期医療の実態に関する調査

ている。研修の1,2年次にそれぞれ2か月間、計4か月間の分娩を含む産婦人科ローテーションを必須とし、計40例以上、一から手を添えて分娩を介助できることを目標としている。そのほか、病院の産婦人科外来を担当したり、クリニックにおける継続外来において、婦人科診療や妊婦健診もあり、研修の3年間にわたって経験するプログラムとなっている。また、金沢大学医学部では「ウィメンズヘルスケアに必要な産科診療技能を身につける」ことを目標に、ALSOを経た臨床実習を4年生から6年生までの継続したプログラムとして導入し、医学生の育成を行っている。

静岡家庭医養成プログラムや金沢大学医学部でのウィメンズヘルスケアに関する教育プログラムのような取り組みは全国的にみてもまだ少なく、今後、ウィメンズヘルスケアプロバイダーの意義が理解され、全国各地で教育システムが確立されることが期待される。

2) 妊娠・出産・育児期に生じる社会問題に対する行政の取り組み

ここでは母子健康手帳交付時を活用した支援、産後ケアにおけるさまざまなサポート、児童虐待に対する支援、婦人保護施設と、さまざまな問題に対する行政での取り組みの実態について、事例を紹介していく。

(1) 母子健康手帳交付時における支援拡大 (高知県四万十市)

四万十市は高知県の西に位置し、人口35,570人(2013(平成25)年9月1日現在)、面積632.5km²であり、2014(平成26)年度の出生数は229人

という地域である。四万十市では、2002(平成14)年3月より母子健康手帳交付時にアンケート調査を行うようになった。ここでは、独自調査の結果を述べる。

それまでは市役所に保健師がいなかったため、母子健康手帳交付時に保健師と妊婦との関わりがもてず、保健師が母子と関われるのは出産後の新生児訪問や乳児健診、未熟児連絡があってからであった。また、新生児訪問は全戸訪問ができておらず、担当する保健師によって妊婦教室への誘いかけや訪問回数が少なかったり対応が統一していなかった。これらのことを背景に、妊娠中からの継続した支援への検討を行い、母子健康手帳交付時にアンケート調査を開始するきっかけとなった。

妊婦のアンケートへの回答率は、2012(平成24)年度98.3%と非常に高かった。本人が母子健康手帳を受け取りに来られない場合には、代理人にその場で記入してもらうようにしている。質問紙調査は保健介護課母子グループのメンバーで作成し、その項目には、出産予定日や家族構成、既往歴、里帰りの有無の他、身体的リスクの有無、嗜好品、妊娠への思いや現在の精神状態(涙もろさややる気のなさ、心配事の有無)、悩みごとの相談者の有無、家事や育児に対する夫や家族の協力の度合い、上の子どもへの思い、成育歴なども入れ、ハイリスク妊婦を抽出できるようにしている。特に、成育歴は今後の子育てに関わるため、大切な項目である。

ハイリスク因子を含む項目にチェックがついた妊婦は「ハイリスク妊婦」として取りあげ、面談で詳しく対応し、次につなげる関係性を構築している。母子健康手帳交付の面談時には、「対象者の表情」や「話しかけた時の雰囲気」、「アンケート調査に対する拒否感」などの様子を注意深く観察し、アンケートの裏面に対象者から受けた印象を記載するようにしている。

市内の医療機関との連携については、市内にある2つの病院の各々に「ハイリスク妊婦支援連絡会」がある。同連絡会は、医師、病棟師長、保健師など約10名のメンバーで構成されており、月1回開催されている。ハイリスク妊婦のリストを作成し、市役所と病院との間で連絡を取りあっている(表I-2)。ハイリスク群には入らないが、気になる妊婦

表I-2 ハイリスク妊婦に該当する項目－四万十市－

・若年妊婦(20歳未満)
・妊娠の届け出が妊娠22週以降の者
・未入籍
・外国人の妊婦
・多胎妊娠
・高齢初産婦(35歳以上)
・今回の妊娠について嬉しい以外の項目にチェック有
・悩みの相談相手なし
・心配事あり(内容により)
・精神疾患あり
・知的障害あり

四万十市保健介護課保健衛生係

については、連絡会で報告をし、入院中に気になったケースについては、退院後早めに新生児訪問を行っている。病院と役場間では所定の連絡票を用いて連絡をしているが、緊急性を要する場合には電話での連絡を行っている。ハイリスク妊婦の割合は2011(平成23)年度21%であり、若年妊娠や高齢初産婦、未入籍が多い。また、妊娠先行婚の割合は14%程度であった。未婚の場合にはパートナーとの関係性について、妊娠に対する受入れ状況などを、確認するようにしている。

四万十市では、母子健康手帳交付時にアンケート調査を行うようになったことで、保健師は妊婦との話のきっかけを持ちやすくなり、妊婦に関わる機会が増え、妊婦への理解が深まっていったという。また、妊娠中から対象者との関係性が構築できたことで、産後の家庭訪問も行きやすくなり、新生児訪問の実施率は96%に上昇するという効果が見られた。

課題としては、DV妊婦の場合、母子健康手帳交付時に夫も同席することがあり、夫と一緒に来所すると、夫婦関係について具体的に妊婦に確認することが難しい状況がある。また、DVケースの場合、入院してから、あるいは退院後になって、問題が発覚することがあり、どこで情報を把握するかが課題である。さらに、一部の地域で低出生体重児や早産児が多く、その理由として女性や家族の喫煙率が高いこと、若年者の場合、家事能力の低下や野菜不足、食事の摂取不足などにより食生活が乱れ、血圧が上昇しやすいこと、つわりが落ち着くと飲酒を始める妊婦など、さまざまな要因が考えられている。

このように母子健康手帳交付時は、アンケート調

査を実施することにより、妊婦の背景をつかむことができ、妊娠早期から介入することが可能となる。さらに、対象者の生活背景をつかめる働きかけをしていくことで、対象者の背景に応じた継続的な介入が可能となっていくだろう。

(2) 産後ケアに対する取り組み(神奈川県横浜市)

横浜市では、妊産婦に対して、産前～産後にいたるまでさまざまな支援を行っている。ここでは、母子健康手帳交付時における全数面接、産後4か月未満の母子を対象としたショートステイ・デイケア、産前・産後におけるヘルパー派遣、育児支援家庭訪問の4つを紹介する。

①母子健康手帳交付時における全数面接

横浜市では妊娠届・母子健康手帳交付時に全数面接を実施しており、ハイリスク者の把握を行うとともに、妊婦訪問や出産・育児の支援につなげている。妊娠届時の看護職による面談の実施率は約90%である。妊娠に悩む女性が相談しやすいよう、専任の看護職を配置し、市で行っている妊娠・出産・育児の支援を伝えることで、出産後も両親が孤立せず、安心して子育てができるよう支援している。同時に、妊娠届時にはアンケートを行い、支援へのニーズを把握できるようにしている。支援ニーズに対応した相談体制として、社会福祉職はひとり親家庭の支援、助産制度など、各種福祉サービスの相談と利用調整を行い、女性相談員はDVや夫婦関係、嫁姑問題などを扱っている。保育コンシェルジュは保育資源や保育サービスの情報提供を行っている。

②産後母子デイケア、ショートステイサービス

2013(平成25)年横浜市次世代育成に関するアンケート調査において、子育てで負担に思うことを3つ挙げてもらったところ、「自分の自由な時間が持てない」が44.7%と最も多く、続いて「子育てによる身体の疲れが大きい」41.6%、「子どもから目が離せないのが気が休まらない」29.9%、「子育てによる精神の疲れが大きい」29.3%という結果であり、身体の疲労が強く、気持ちが休まらない人が増加しているという結果であった。特に、0歳児を育児している母親において、身体疲労や気が休

まらないことを負担に感じていた。

そこで、横浜市では産後母子ケアモデル事業を国の事業化に先駆け、2013（平成25）年10月から開始している。

本事業の対象は、産後4か月未満の母子で、親族などから産後の支援を受けられず、親の強い養育不安があり、安定的な養育が困難と思われるケースである。サービスの内容としては、母親の身体ケア、乳房ケア、休息、授乳方法の指導、スキンケアの指導、児の泣きに対する対応、ベビーマッサージや児のあやし方などである。また、情緒的サポートとして、褥婦の相談相手としてコミュニケーションを大切に関わっている。

利用期間はショートステイ、デイケアのいずれも7日以内としており、横浜市内の助産所8か所に委託している。利用者の負担額は掛かった費用の1割負担であり、ショートステイは1泊2日6,000円、デイケア1日2,000円である。市民税非課税世帯および生活保護世帯では、利用料金は免除される。

③産前・産後におけるヘルパー派遣

2005（平成17）年10月より、産前・産後ケア事業として、産前・産後の心身の負担や育児不安の生じやすい時期に、ヘルパーを派遣し、子育て家庭を支援している。産前は妊娠届提出日から出産前日まで、兄弟の児がいる家庭で、妊娠中に体調不良により子どもの養育に支障があり、家族などから支援を受けられない母子を対象としている。産後は出産後から産後5か月未満まで（多胎児の場合には産後1歳未満まで）、親族などから十分な支援が受けられず、育児不安や体調不良などがある母子を対象としている。利用できる回数は産前・産後ともそれぞれ20回以内（多胎児の場合には産後40回以内）であり、利用料は2時間以内1,500円である。低所得者には減免制度もある。サービス内容としては、食事の準備、片づけ、衣類の洗濯、居室などの掃除、買い物といった家事の援助と、授乳の介助、おむつ交換、沐浴介助、兄弟の児との遊び相手といった育児援助の2通りがある。2012（平成24）年度の利用者数は285人で、派遣回数は2,720回であった。

④育児支援家庭訪問

2005（平成17）年度より育児支援家庭訪問事業（養育支援訪問事業）を開始している。養育支援が特に必要であると判断される家庭に対して、過重な育児負担がかかる前の段階において、継続的な訪問による支援を行うことにより、安定的な養育が可能となることを目的に実施している。対象は、若年の妊婦、望まない妊娠、妊婦健診未受診妊婦、精神疾患などの疾病や障害のある妊婦など、出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる者、子育てに対して強い不安や孤立感を抱える家庭（0～18歳）、虐待の恐れやそのリスクを抱える家庭（0～18歳）である。保健師や助産師、育児支援家庭訪問員（看護職）、育児支援ヘルパー（家事・育児援助担当）が行っている。2012（平成24）年度の状況は、訪問件数778件、延べ訪問回数3,784回、育児支援ヘルパー派遣が必要だった件数は43件、延べ889回であった。

産後の女性は育児や家事で心身ともに疲労していることが多く、核家族の増加に伴い、育児や家事のサポートの少ない女性にとって、ヘルパー派遣は非常に有効なサービスの1つである。横浜市の取り組みは、1人1人の妊産褥婦に合った、必要なサービスを提供している好事例だろう。

(3) 児童虐待に対する支援（三重県）

三重県での取り組みとして、児童虐待に対する対策を紹介する。三重県における児童虐待の件数は、2014（平成26）年度1,112件あり、前年よりも5件減少しているものの、2012（平成24）年度1,022件と比較して90件、8.8%増となっている。さらに、2005（平成17）年度から10年間でみると、増加傾向にある（表I-3）。

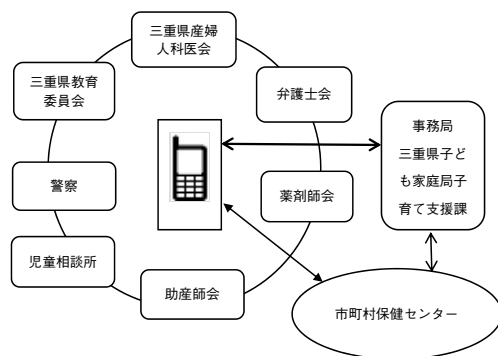
表I-3 児童虐待相談対応件数の推移

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
全 国	34,472	37,323	40,639	42,664	44,211	56,384	59,919	66,701	73,802	88,931
三重県	533	524	527	395	541	858	930	1,022	1,117	1,112

三重県健康福祉部子ども・家庭局子育て支援課

そこで、三重県は「若年者の虐待未然防止事業」として、妊娠相談を開始するにあたり、助産師をはじめ、医療・保健・福祉職の多職種団体として10数年にわたり地域で虐待防止活動や子育て支援活動を行っていたNPO法人MCサポートセンターみっくみえに本事業を委託した。ここでは、独自調査の結果を述べる。

2012（平成24）年11月より開設された電話相談予期せぬ妊娠「妊婦レスキューダイヤル」は、望まない妊娠などで悩む若年者へ、妊娠早期から電話による専門相談を実施した。関係機関との連携を図り適切な支援をすることで、虐待を未然に防止すること、また予期せぬ妊娠の初期対応（相談窓口としての機能）とその後の支援を目的としている（図I-8）。



図I-8 妊婦レスキューダイヤルにおけるネットワーク体制

NPO法人MCサポートセンターみっくみえ

医師会、薬剤師会、弁護士会とは、細やかな連携を図っている。三重県産婦人科医会には三重県内で中期中絶の処置や、緊急避妊用ピルを処方している病院およびクリニックをすべて調べてもらい、リストアップしてもらった。薬剤師会との連携では、県内の薬局に「妊婦レスキューダイヤル」の宣伝用カードを妊娠検査薬販売所のすぐ横に設置してもらった。また、弁護士会には医療職だけでは介入・解決ができないケース、たとえば、妊娠を機に金銭を請求されたり、脅しを受けるなどのトラブルが発生した際に、サポートをしてもらえるよう依頼した。電話相談では、弁護士につながるまでの役割をみっくみえの担当者が担っている（表I-4）。そのほか、コンビニのトイレや図書館など、思春期の若者が手取りやすい場所にカードを設置した。

相談日は月曜日と水曜日の15～18時までと、土曜日9～12時までの週3回各3時間となっている。相談員は助産師4名、看護師2名が担当しており、基本的に相談時間内は1名で対応をしている。対象者が何度電話をしてきても、すべての相談者が対応できるように、相談員間でケースを把握するように留意し、産科医師や小児科医師、臨床心理士にスーパーバイザーとして相談に乗ってもらっている。

事業実施体制として、「代表者会議」「実務者会議」「事例検討会議」の3つを持ち、事業推進の体制を構築している。代表者会議は事業の推進や課題について話し合いを行っている。事例検討会議は月に2回実施し、全体会議および実務者会議は年1回行っている。実務者会議は対応マニュアルの作成や事業運営について話し合いを行うものであり、医師、保健師、NPO相談員、養護教諭等で集まり、情報共有や連携の強化をしている。

相談員は年に2回程度研修を受け、実務者会議で関係機関との勉強会も実施している。相談員の報酬は1回4,500円と交通費750円と安く、24時間体制の確保は困難な状況にある。

相談件数は3年間で188件という実績である。そのうち、20歳以下の相談は全体の4分の1という状況である。家族からの相談ではその多くが家族の関係性が良好ではないケースが多い。相談の特徴として、緊急の状態でかけてくることが多く、すでに妊娠中期以降である場合がある。

本事業を実施しての課題として、みっくみえでは、「情報を必要としている人への周知不足」や「相談日の限界」、「県外相談者への支援の困難さ（ネットワーク資源と情報不足）」、「若年者の性の知識不足」、「メール相談の潜在ニーズへの対応」などを挙げて

表I-4 妊婦レスキューダイヤルでの対応

◇初期対応
・ 傾聴
・ 相談者が適切に対応できるように助言
・ 保健指導
・ 情報提供
◇支援コーディネート
・ 支援先・相談先の決定
・ 相談者が孤立しないように支援

いる。

広報活動として、これまでは「妊娠レスキューダイヤル」の案内をカードサイズの時刻表の裏面に印刷していたが、近年スマートフォンで時刻検索をし、時刻表を持つ学生は少ないため、広報の活動方法についても検討が必要である。また、現在のところ、電話での相談としているが、若年者の相談が少ないという状況であり、現代の若者の特徴として、電話で話すという方法に抵抗を感じる者も多く、今後はメールやLINEを活用した相談体制の整備も必要となってくるだろう。その際には、メール上の文字からでは言葉のニュアンスがつかみにくいという問題や、次の相談につなげることの困難さは電話相談以上に生じてくる可能性もある。相談の対応方法についての検討を要する。相談日の限界については財源の問題があり、本事業は行政からの委託であるが、その財源は少なく、県と国が2分の1ずつ負担している状況であり、2分の1の額を県が負担することさえも厳しい状況である。財源確保の検討も必要である。

さらに、相談を受ける側のメンタルケアも重要である。早急に対応が必要な事例や、相談員自身がフラストレーションを感じるような事例もあり、そのような場合、相談員は代表者（スーパーバイザー）への報告と相談を直接受けられるような体制が行われている。

対象者が一人で悩み、孤立しないようにするためには、このような事業が全国各地で立ち上げられ、思いがけない妊娠や望まない妊娠、妊娠への不安を抱えた女性や家族に対する対応が各県でなされることが最重要課題といえる。現在、全国の妊娠相談窓口のネットワーク化を図り、予期しない妊娠をした女性たちを確実に支援につなぐための体制が構築されつつある（全国妊娠SOSネットワーク）。

窓口相談だけでなく、対象者の背景に合わせて利用できる制度（助産制度など）や、保育所や子育てホームヘルプサービス、一時預かりなどといった社会資源を説明したり、その社会資源を確実に利用するために保健所や市役所などに同行したり、多機関との情報交換とフィードバック、妊娠中の安全な住居を確保するなど、さまざまな実際的取り組みが必要である。

現在、民間養子縁組団体は全国に15団体あり、2012（平成24）年度の実親からの相談件数は1,989件で、そのうち特別養子縁組が成立した件数は115件であった。日本財団ハッピーゆりかごプロジェクトでは、全国の妊娠相談窓口の質の向上を目指した学習会を開催しており、今後全国各地で対応がおこなえるようになるには、さまざまなケース対応のマニュアル化と共有化、受け皿づくりのための社会資源の開拓や連携、情報の共有化が課題となっている。

（4）婦人保護施設（東京都慈愛寮）

婦人保護施設は売春防止法第36条により、都道府県や社会福祉法人などが設置しているものである。もともとは売春を行う恐れのある女子を收容保護する施設であったが、現在では家庭環境の破綻や生活の困窮など、さまざまな事情により社会生活を営む上で困難な問題を抱えている女性の保護も対象としている。2001（平成13）年4月に成立した配偶者暴力防止法により、婦人保護施設が配偶者から暴力を受けている被害者の保護を行うことができるようになった。現在、全国に46か所あり、利用料金は掛かからず、現物支給の施設である。

慈愛寮は、1953（昭和28）年に設立され、妊産婦で産前産後の生活や育児の支援を必要としている女性と、女性が出産した新生児や乳児を対象とした婦人保護施設である。妊産婦に限定している婦人保護施設は慈愛寮のみである。

慈愛寮の入所は、東京都女性相談センターが措置している。妊婦の入所は妊娠30週以降が条件となっているが、実際には妊娠36週以降が多い。産後は1か月健診終了後、慈愛寮での育児・生活状況を見て、今後の育児方針や退所先を検討していくこととなっている。その際には慈愛寮の職員、区市婦人相談員、センター婦人相談員、生活保護担当者、保健師、児童福祉士などの関係者で協議し、本人の希望との調整を行う。

入所者の平均年齢は26.1歳（17～42歳）であり、平均入所日数は85.3日、退所先は母子生活支援施設46.5%、宿泊所提供施設20.6%、アパートへの転宅12.0%であり、宿泊所提供施設は所持金のある利用者が月に1～2万円で入所できる施設であ

る。退所に向けて、ステップルームがあり、自炊や掃除などのトレーニングができる設備が整っており、生活の術を学ぶ場所がある。また、帰郷する者もあり、出産を機に家族と連絡を取るようになり、家族の関係性が修復することもある。

利用者の状況として、生育家庭で安定した養育環境を得られなかった者が多く、約3割が児童関係施設利用経験者、約6割が18歳未満での暴力被害を経験している。10代で自身が被虐待児である利用者もあり、暴力被害を受けてきた利用者は半数以上で、精神疾患やさまざまな生活障害との関連も大きい。売春経験者も多く、若年の売春経験者は育ってきた環境も複雑であり、自尊心が低いことが多い。そのため、退寮後も継続支援が必要であり、アフターフォローとして月に1回「ごはん食べ会」を開催し、関わりが途切れないようにしている。しかし、実際には売春に戻るケースもあり、再度妊娠するケースが非常に多く、自分を大切にするという自尊心への働きかけが課題である。また、軽度の知的障害やボーダーラインの者、発達障害が疑われるが障がい児・者としての教育や援助を受けることがなかった者が多い。精神的に不安定な利用者や精神科通院歴のある利用者は多いが、妊娠中のため服薬治療ができな

かったり、治療を中断している場合が多く、入所の時点では情報がないことにより、よりハイリスクな状態で入所となるケースも多い。そのため、福祉手当がもらえるよう、本人の了解を得て、精神障がい者保健福祉手帳の取得につなぐケースもある。

支援の課題としては、10代の利用者の場合、母親が売春で検挙され、子どもは乳児院に入所となるケースへの支援や、発達障害のある利用者への支援、次の生活の場への移行を円滑に行うために生活力をつける支援、母子分離となった利用者を安定した単身生活につなげる支援などがある。また、性被害を受けた女性に対しては性被害からの回復と、自分の生と性を大切にすることへの支援や、集団生活が苦手な人が増えている中での支援といった多くの課題がある。

現代において、社会的ハイリスク女性への介入は妊娠が判明してからでは遅く、幼少期から自尊心を高めるケアや、自分の生と性を大切にすることへの教育などが重要となってきている。そのため、医療職だけではなく、地域住民や教育者など、地域全体で関わる必要があり、住民1人1人が身近な人たちに関心を寄せていくことが大切である。

5 「安心・安全に産み育てられる体制づくり」のまとめ

本章では、女性が安心・安全に妊娠、出産、育児を送っていくために必要な支援体制について、医療機関や行政側の視点を中心に述べてきた。

わが国の産科医療が今後も高い水準を維持していくためには、医療者の人材確保が重要である。産科医師は不足しており、産科医療施設の集約化が進んでいる。現在、へき地における安全な妊娠、出産を維持しているのは、異常の早期発見と早期対応によるものである。しかし、医療体制が不十分であることは女性にとって出産への不安要因の一つになっており、妊娠を望まない事態も生じている。

へき地において安心・安全な妊娠、出産を送るためには、ウィメンズヘルスケアプロバイダーの活用、

産科医師と助産師の役割分担と連携、女性医師の労働環境の改善など、さまざまな視点が必要であろう。

ウィメンズヘルスケアプロバイダーは、現時点では、教育施設は十分に整っていないため、教育施設数の充足が必要である。また、産科医師の負担軽減のためにも、リスクの低い分娩は助産師に任せるなど、産科医師と助産師の役割分担と連携が大切だろう。そのためには、卒後の助産師に対する継続教育が必要になる。

さらに、女性の産科医師を増加させるためには、出産後も活躍できる勤務体制の改善や、保育環境の整備を行うことが重要であることが、調査より明らかになった。

ここまで安心・安全な妊娠、出産を送るために必要な医療体制づくりについて述べてきたが、何よりも大切なことは妊娠し、出産する女性自身が、心身ともに健康な身体を整えていくことである。第II章につながることであるが、妊娠してから健康管理に留意するのでは遅く、幼少期から健康な身体づくりが重要となってくる。妊娠中に発症する妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病といった身体的なリスクは、妊娠前からの食生活が関係している可能性があり、家族全体での見直しが必要である。さらには、各地域における特性を踏まえた保健指導が必要である。たとえば、もともと塩分を多く摂取する土地柄など、その地域ならではの食生活の特性によって、起こりうる問題を分析し、その特性を踏まえた取り組みが

必要だろう。今後は、医療機関や行政、学校、そして地域住民を含めて、地域全体で幼少期から支えていく体制づくりの検討が必要である。

最後に、現代は結婚年齢の高齢化に伴い、妊娠そのものが困難な時代となっており、妊娠確定後も胎児や女性の心身に、さまざまなリスクが生じている。このことを妊娠、出産して初めて実感する女性も多いだろう。現在、中学校や高校における性教育では、生や性の大切さが伝えられている。しかし、卵子の寿命は永久なものではない。私たち医療者は、将来を担う10代の若者たちに対して、自身のライフプランを考えるうえで、就職に加え、結婚や妊娠も視野に入れ、検討する必要があることを伝えていく責務があるだろう。



執筆者：角川 志穂
(自治医科大学 看護学部母性看護学)
監修者：松原 茂樹
(自治医科大学 産科婦人科学)

協力者：荒川 さゆり
(元自治医科大学 看護学部母性看護学)
篠原 有美子
(元自治医科大学 看護学部母性看護学)
柴山 真里
(元自治医科大学 看護学部母性看護学)



望まない妊娠／子どもが欲しい人の特徴

一般社団法人日本家族計画協会が隔年で「男女の生活と意識に関する調査（主任研究者：北村邦夫）」を実施している。この調査は、層化二段無作為抽出により選ばれた全国の16～49歳の男女3,000人を対象に、セックスに関する意識や知識、結婚や子育て、避妊や中絶に関する内容を聴取した貴重な全国データである。2015（平成27）年に第7回の調査が実施された。この調査結果を参考に、本コラムではわが国における「望まない妊娠」と「子どもが欲しい人の特徴」に関して取り上げる。

1. 望まない妊娠

わが国の16～49歳の女性において、人工妊娠中絶手術の経験者が13%にのぼり、そのうち26%は2回以上の反復経験者であった。人工妊娠中絶手術を決意した理由は、「経済的な余裕がない（24%）」が最も多く、「相手と結婚していないから産めない（23%）」、「相手が出産に同意しなかった（10%）」がこれに次いだ。経済的な理由で中絶を決意した割合が前回（2年前）の調査より10%も上昇していた。

2. 子どもが欲しい人の特徴

男性の70%、女性の80%が「子どもが欲しい」と回答した。高学歴の人、自営業や主婦（主夫）、結婚を希望している人、親に対して自分を産んで育ててくれて感謝していると答えた人において、「子どもが欲しい」と回答した割合が高かった。この他、「子どもが欲しい」と答えた人の80%が、政府の少子化対策として「子どもの教育費の支援」を希望していた。

これらの調査結果より、いわゆる現役世代の「子どもを産みたいけれど産めない」という現状がうかがえる。その主な理由が「経済的不安」である実態が浮き彫りとなった。「結婚していないから産めない」という理由に関しても、詰まるところ「経済的に余裕がないので結婚できない」という社会情勢が背景にある。少子化問題と貧困問題には密接なつながりがある。



執筆者：阿江 竜介（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）



II 健やかに人生を送るための基礎づくり

第II章の概要と紹介

本章では、健やかに人生を送るための基礎づくりがテーマである。生涯を通して健やかに過ごすためには、健康に寄与する生活習慣や心のあり方を形成し、そのための意思決定や行動選択ができる主体的な力を育んでいく必要がある。この意味で、本章でとりあげる小中学校から高等学校に至る時期は重要である。

健やかに人生を送るための基礎となる基本的生活習慣の形成は、乳幼児期にはじまる。学齢期に入り、学校生活が始まることで、起床・就寝といった生活リズム、食生活や運動習慣は確立・定着してくる。子ども自身による生活習慣の確立という点からみて、この時期の大切さは強調される。また、小学校高学年頃からインターネットの利用は

増え、それが子どもの生活習慣や心理社会面に与える影響は大きくなる。近年の社会や家庭生活の変化に伴い、いじめ、不登校、自殺、薬物乱用、無防備な性行為など、子どものメンタルヘルスに関わる課題が増えている。

本章では、はじめに食事・運動・睡眠といった子どもの生活習慣の現状を示す。次にICT（情報通信技術）の面と、メンタルヘルスの面から子どもの現状を示す。そして、子どもの健やかな育ちを支援する地域の取り組みについて取りあげる。子どもにだけ健康管理や行動変容を求めるのではなく、それを地域の課題として位置づけ、地域ぐるみで取り組んでいる活動である。

これらを通して、健やかな生涯を送る基礎である子どもの時期のあり方や、それに関わる地域社会のあり方についてともに考えてみたい。

1 子どもの健康問題の現状

1) 子どもの生活習慣の現状

(1) 食事

①食事を一人で食べている状況

全国の完全給食実施公立学校に在籍する小中学生約1万人、およびその保護者を対象に実施された食生活実態調査（独立行政法人日本スポーツ振興センター、2010）によると、朝食を「一人で食べる」と回答した児童生徒は小学校15.3%、中学校

33.7%であった。一方、朝食を児童生徒が「一人で食べる」と認識している保護者は小学校5.9%、中学校14.3%であり、いずれも児童生徒のほうが「一人で食べる」と回答した割合が高かった。子どものほうが孤食を強く感じ、保護者の問題意識が低いと推察された。

②朝食を食べない児童生徒の状況

同調査（独立行政法人日本スポーツ振興センター、2010）によると、朝食を「必ず毎日食べる」と回答した者は、小学生90.5%、中学生86.6%であった。欠食傾向のある児童生徒は、朝食を「必ず毎日食べ

る」と回答した者に比べ、就寝時刻が遅い傾向があった。また、約半数は「しばしば」あるいは「ときどき」という頻度で、「身体のだるさや疲れやすさを感じる」、「何もやる気がおこらない」、「イライラする」と回答し、心身の不調を訴える割合も高かった（図Ⅱ－1）。

問12	問32 (1) 「たちくらみ」や「めまい」を起す				(2) 朝なかなか起きられず、午前中身体が重い			
	しばしば	ときどき	たまに	ない	しばしば	ときどき	たまに	ない
必ず毎日食べる	7.2	17.5	27.7	47.6	5.7	12.9	30.9	50.6
1週間に2～3日食べないことが	14.0	23.9	29.1	32.9	13.4	21.8	36.0	28.8
1週間に4～5日食べないことが	10.9	24.8	29.7	34.7	26.7	17.8	28.7	26.7
ほとんど食べない	19.9	16.7	25.3	38.0	21.4	17.7	25.9	35.0
問12	問32 (3) 身体のだるさや疲れやすさを感じることもある				(4) 食欲がない			
	しばしば	ときどき	たまに	ない	しばしば	ときどき	たまに	ない
必ず毎日食べる	15.6	24.8	36.3	23.3	2.6	11.1	33.5	52.8
1週間に2～3日食べないことが	26.2	29.0	31.3	13.5	7.2	29.1	38.2	25.4
1週間に4～5日食べないことが	23.5	34.3	24.5	17.6	12.7	32.4	31.4	23.5
ほとんど食べない	34.4	23.1	19.9	22.6	19.0	23.1	30.3	27.6
問12	問32 (5) 何もやる気がおこらない				(6) イライラする			
	しばしば	ときどき	たまに	ない	しばしば	ときどき	たまに	ない
必ず毎日食べる	9.5	18.7	36.1	35.7	14.2	23.2	35.1	27.5
1週間に2～3日食べないことが	20.8	25.1	35.0	19.1	24.1	27.7	30.9	17.3
1週間に4～5日食べないことが	17.6	25.5	33.3	23.5	29.7	24.8	24.8	20.8
ほとんど食べない	21.7	28.1	27.6	22.6	28.3	20.5	29.2	21.9

図Ⅱ－1 朝食摂取と心身の不調の訴え

平成22年度児童生徒の食事状況等調査報告書に基づいて作成（独立行政法人日本スポーツ振興センター）

学年が進むにつれ、朝食欠食率は増加する。20歳以上で習慣的に朝食を欠食する者の約3割は、小学生または中高生のころから食べない習慣が始まっており（厚生労働省, 2011）、学齢期からの適正な食習慣の形成が重要といえる。

朝食の欠食状況は、2005（平成17）年に歯止めがかかり大きく改善した（独立行政法人日本スポーツ振興センター, 2005）。これは文部科学省はじめさまざまな団体が取り組んだ「早寝早起き朝ごはん」国民運動の成果の現れと推察され、広域の組織的な取り組みによる子どもの生活習慣改善の可能性を示している。

(2) 睡眠

①起床時刻

小学5年生から高校3年生までの小・中・高校生約2万人を対象とした全国調査（株式会社リベルタス・コンサルティング, 2015）によると、学校がある日の起床時刻は、小中高校生のいずれも「午前6時30分から7時より前」の割合が3～4割と最も高かった。

②就寝時刻

同調査（株式会社リベルタス・コンサルティング, 2015）によると、次の日に学校がある日、小学生の49.2%は午後10時までに就寝するが、中学生の22.0%、高校生の47.0%は深夜0時以降に就寝していた。就寝時刻は学年が進むにつれ遅くなる傾向にあり、睡眠時間は短くなっている。

③ICTとの関係

同調査（株式会社リベルタス・コンサルティング, 2015）によると、小学生ではテレビなどの視聴時間が長いほど就寝時刻は遅い。また小中高校生のいずれもスマートフォンなどを使ったゲームをする時間が長いほど、通話やメール、インターネットをする時間が長いほど、就寝時刻は遅い傾向がある。小中学生では特にこの傾向が顕著である（図Ⅱ－2～4）。

④睡眠に対する自己評価

同調査（株式会社リベルタス・コンサルティング, 2015）によると、睡眠時間が「十分ではない」と自己評価する者の割合は、小学生では14.9%にとどまるのに対し、中学生では24.8%、高校生では31.5%に達し、約3人に1人が睡眠不足を感じている。

睡眠の満足度や休養感といった睡眠の質に対する主観的指標は、成人対象の横断研究では抑うつとの関連が示されるなど、睡眠時間といった客観的指標よりもこころの健康とより強く関連することから、その重要性が指摘されている（厚生労働省, 2014）。子どもにとっても同様の関連があると推察され、睡眠の質が子どものメンタルヘルスに与える影響や、集中力など日中の生活の質に与える影響に注意を払っていく必要性は高い（加藤, 2014）。

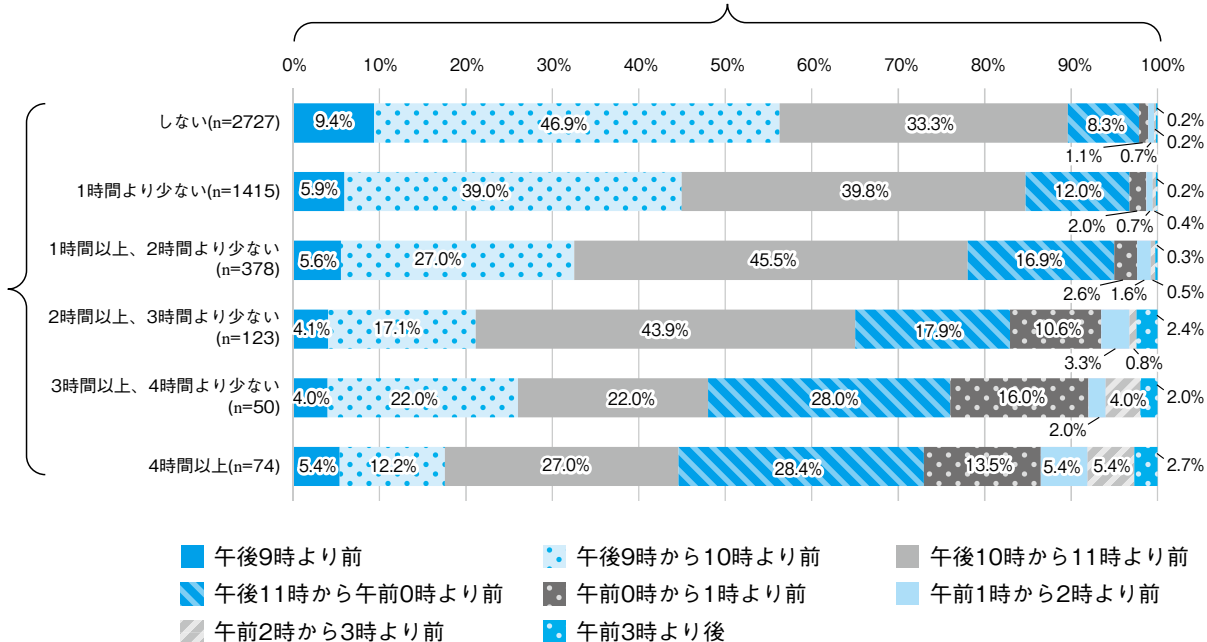
(3) 運動

①運動時間

全国の国公私立学校の100%近い参加率を得て、小学5年生と中学2年生を対象に調査が実施された（文部科学省, 2015）。同調査結果によると、普段の1週間、学校の体育の授業以外で運動（身体を動かす遊びを含む）やスポーツをどのくらいしている

次の日に学校がある日は、ふだん何時ごろに寝ますか。

携帯電話やスマートフォンで通話やメール、インターネットをする。

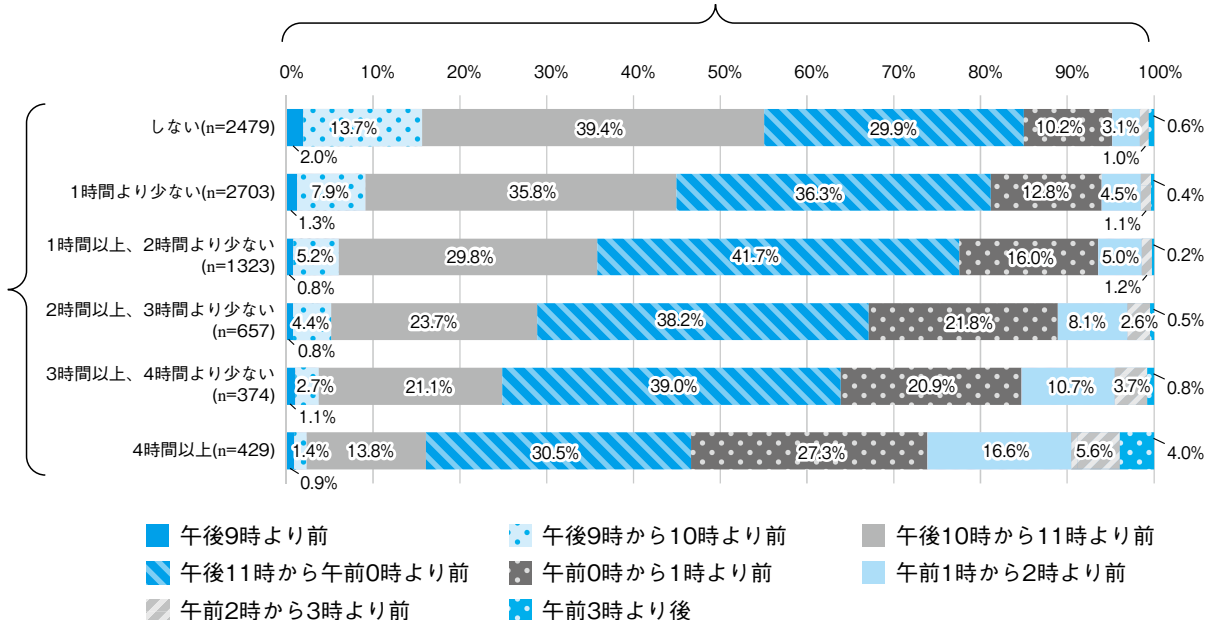


図Ⅱ-2 携帯電話・スマートフォン使用時間と就寝時刻(小学生)

平成27年度 青少年のインターネット利用環境実態調査に基づいて作成(内閣府)

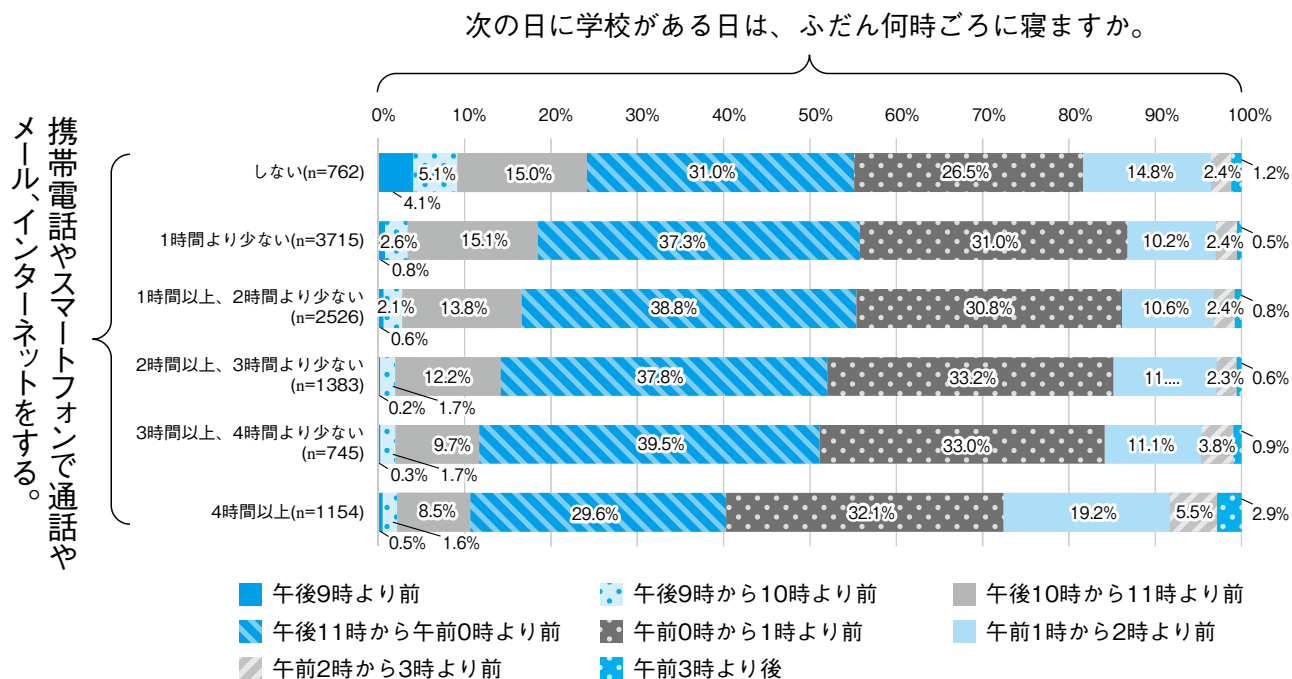
次の日に学校がある日は、ふだん何時ごろに寝ますか。

携帯電話やスマートフォンで通話やメール、インターネットをする。



図Ⅱ-3 携帯電話・スマートフォン使用時間と就寝時刻(中学生)

平成27年度 青少年のインターネット利用環境実態調査に基づいて作成(内閣府)



図Ⅱ-4 携帯電話・スマートフォン使用時間と就寝時刻(高校生)

平成27年度 青少年のインターネット利用環境実態調査に基づいて作成(内閣府)

かを示す総運動時間は、平均で小学5年男子596.14分(平日平均63.88分)、女子351.05分(平日平均41.86分)であった。一方、中学2年男子897.05分(平日平均105.37分)、女子640.30分(平日平均76.10分)であった。

1週間の総運動時間が「0分」の者は、小学生男女及び中学生男子で約3～5%にとどまっていたが、中学生女子では14.1%に及んだ(文部科学省, 2015)。中高生では、スポーツをする者の運動量は多く、総運動時間の多い者と少ない者に二極化する傾向がある(公益財団法人日本学校保健会, 2014)。

②健康観との関係

同調査(文部科学省, 2015)によると1週間の総運動時間が「420分以上」の児童生徒は、自分が健康であるために、「食事・睡眠・運動が大切である」と回答する者の割合が約8～9割と高く、「0分」の児童生徒は、「睡眠・食事」に比べ「運動」が大切と回答する者の割合が約3～4割と大幅に少なかった。

③体格(肥満、痩身傾向)との関係

同調査(文部科学省, 2015)で肥満度と総運動時間との関係をみると、肥満・痩身傾向の児童生徒は、1週間の総運動時間が60分未満(0分を含む)の割合が高い。

④テレビ・携帯・スマートフォンなどの情報機器接触時間との関連

同調査(文部科学省, 2015)でテレビ・携帯・スマートフォンなどの情報機器接触時間との関係をみると、接触時間が長い方が総運動時間は短く、体力は低く、朝食を欠食する傾向がある。

⑤楽しさならびに卒業後の運動やスポーツへの意欲との関係

同調査(文部科学省, 2015)によると、卒業後に自主的に運動やスポーツをしたいと思う者の割合は、小学生男子73.6%、女子65.5%、中学生男子66.5%、女子53.4%であり、学年進行に伴い減少する。一方、体育の授業に楽しさを感じている者は、卒業後に自主的に運動やスポーツをしたいと思う者の割合が高い。

楽しく運動することが、将来の運動意欲につなが

り、成人期の運動習慣につながる可能性がある。運動と太陽の光が心地よい睡眠をもたらし、精神衛生上も好影響を及ぼす（糸井, 2008）。子どものときから、楽しく運動することの重要性が示唆される。

<生活習慣に関するまとめ>

朝食欠食の背景には就寝時刻の遅れがあり、就寝時刻の遅れや一週間の総運動時間の短さの背景にはスマートフォンやインターネットなどの、ICT接触時間の長さがあった。朝食欠食や睡眠不足感は、日中の活力にも影響していた。食事、睡眠、運動は相互に関連し、活力ある学校生活を送るうえで基本的な生活習慣を整えることが重要といえる。

また、学齢期に端を発して成人期の朝食欠食の習慣が形成される。運動時間が多い児童生徒は、健康にとって運動は大切ととらえる傾向があり、楽しく運動できていることは将来の運動意欲を高めていた。

以上のことから、適正な食事・運動・睡眠習慣の形成は、子どもたちが活力ある学校生活を送ることのみならず、成人期以降の健康維持と関連している。子どもの生活習慣は、地域社会や家庭生活によって影響を受けており、子どものみならず、環境要因に対する方策を検討する必要がある。



執筆者：塚本 友栄

(自治医科大学 看護学部地域看護学)

2) ICTの面からみた子どもの現状

ここ10数年の間に、子どもが育つ環境の中で大きく変化したことの一つに、メディアやインターネットの環境があげられる。インターネットを利用する人口が急速に広がるとともに携帯電話がめざましく発展し、さらにここ数年ではスマートフォンやタブレット端末が、急速に普及している。ICTの活用が、現代社会を生きるために欠かせないソーシャルスキルとなっている。

中高生のスマートフォンの普及率も高く、子どもは早くからこうしたソーシャルスキルを獲得する機会を得ているが、一方でネット依存と言われる現象や、SNS（ソーシャル・ネットワーキング・サービ

ス）に関連した犯罪やいじめなど、子どもの心身の健康にさまざまな影響を及ぼしていることが社会問題として取り上げられるようになっている。

これらの問題が生じている背景には、ICTの発達だけではなく、社会の価値観の多様化による人間関係の希薄化や子どものコミュニケーション能力の低下も要因として挙げられる。また、ICTの発達がさらに、人間関係の希薄化やコミュニケーション能力の低下に影響していると考えられる。

(1) インターネットやスマートフォンの利用状況

満10歳から満17歳までの青少年5,000人を対象に内閣府が実施した調査（内閣府, 2016）によると、携帯電話・スマートフォンの所有状況は、小学生50.2%、中学生60.9%、高校生は96.7%であった。特に高校生では93.6%がスマートフォンを所有し、利用が進んでいた。

スマートフォンによるインターネットの平均利用時間は、小学生17.4%、中学生48.1%、高校生66.8%が2時間以上であった。このうち中学生7.1%、高校生12.5%は5時間以上利用していた。利用内容をみると、コミュニケーション利用が小学生では43.9%にとどまるのに対し、中学生では80.3%、高校生では92.0%にのぼり、仲間とのやり取りに欠かせないツールになっていた。

小学6年生及び中学3年生の全児童生徒を対象に文部科学省が実施した調査（文部科学省 国立教育政策研究所, 2014）によると、利用時間が長くなるほど国語、算数・数学の正答率は低下する傾向にあった。

(2) インターネットやスマートフォンによるトラブルなどの経験

満10歳から満17歳までの青少年5,000人を対象にした調査（文部科学省, 2014）によると、他人が閲覧できる掲示板などで自分や他人の情報を書き込んだことがある、悪口や嫌がらせメールを送られた・書き込みをされたことがある者は約3%であった。パソコンや携帯メールによる誹謗中傷や嫌がらせなどのいじめは学年とともに増加し、特に高校生ではいじめの態様の18.2%を占め、2番目に多い（文部科学省, 2015）。

都立高校生約15,000人を対象に総務省情報通信政策研究所が実施した調査(総務省, 2014)によると、自分はネット依存だと回答し、使いすぎを実感している者は25.0%をしめた。尺度により依存傾向を分類した結果、全体の4.6%が依存度「高」と判定された。全体の42.6%が、暇さえあればスマートフォンやネットを利用していると回答したのに対し、依存度「高」の者ではその割合が76.7%に及んだ。さらに、全体の1.1%は、ネット利用が原因で健康を損ねて受診、2.4%がずる休み、0.9%が長期休学・不登校であったのに対して、依存度「高」ではそれぞれが5.5%、13.9%、3.9%と高く、深刻な影響を受けている者が全体の約4～5倍に至った。

出会い系及びコミュニティサイト利用によって犯罪に巻き込まれる児童数(警察庁, 2014)は、特にコミュニティサイトに起因する事犯の被害が2008(平成20)年以降増加しており、罪種は児童買春・ポルノ法違反が多い。

このような状況をうけ、文部科学省では「子どものための情報モラル育成プロジェクト」を掲げ、ネット依存やSNSの利用によるトラブルなどの課題に対する対応策について取り組んでいる。総務省でも、ICTメディアリテラシーの育成の調査と開発を行っており、小・中・高校生を対象とした教材を作成・公開している。

(3) ソーシャルメディア利用と関連したコミュニケーションスキルの現状

ソーシャルメディア利用開始後の人間関係の変化(総務省, 2014)では、友達づきあいに束縛されている感じ、リアルで友達と会う時間が減少したなど、悪い変化がある一方で、友達グループでの連絡がはかどるようになった(64.6%)、気軽にできるようになった(45.5%)、親とのコミュニケーションが増えた(10.1%)、自分の行動や気持ちを積極的に表現できるようになった(9.6%)などのよい変化もあった。

<ICTに関するまとめ>

思春期の子どもの多くは、24時間ICTと関わることができる環境にある。ネットリテラシーもない

ままに活用することにより、犯罪やいじめに巻き込まれたり、睡眠などの日常生活行動に支障をきたしたりすることがある。また、非対面のコミュニケーションが増え、コミュニケーション能力の低下につながっている。一方で、インターネット活用により現代社会を生きるために欠かせない情報収集能力、ICT活用能力の向上が期待できる。子どもをインターネット環境から隔離するのは現実的ではなく、むしろインターネットを上手く活用し、危機に陥らないようにすることが求められる。必要な情報を提供し、子どもにとってのICT環境をよく理解し、子どもの出すサインを見落とさないことが大切となる。学校、家庭、地域の連携は1つの鍵となる。



執筆者：田村 敦子

(自治医科大学 看護学部小児看護学)

3) 子どものメンタルヘルスの現状

近年、子どもや育児を取り巻く環境は大きく変化してきている。たとえば、少子化や核家族化、共働き家庭の増加などの家族形態の変化や、遊ぶ場所や異年齢の子ども同士で遊ぶ機会の減少、ソーシャルメディアの普及といじめ問題の増加、貧困の家庭の増加などが挙げられる。こうしたさまざまな要因の影響によって、自己肯定感が低い子どもやコミュニケーション能力が低い子ども、心の健康状態に問題をもつ子どもなどが増えていると言われている。本稿では、近年行われた、子どものメンタルヘルスに関連するいくつかの調査の結果について概観する。

(1) 幸福感

厚生労働省の全国家庭児童調査(厚生労働省, 2009)によれば、「今、幸せだと思うか」という問いに対して「とても幸せだと思う」、「やや幸せだと思う」と回答した者の割合は、小学5・6年生83.4%、中学生77.4%、高校生71.5%であり、いずれも2004(平成16)年調査時よりも割合が高くなっていたが、学年進行に伴い、幸福感を感じている子どもの割合が低くなる傾向がみられた。

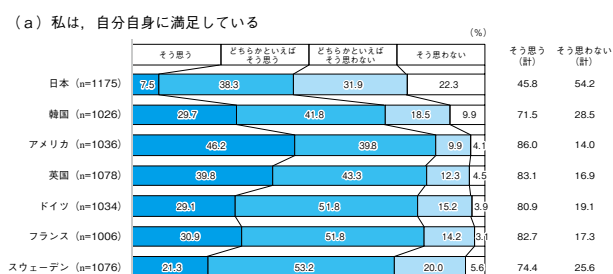
(2) 家庭生活や学校生活における楽しさ

9歳から14歳までの子どもを対象とした内閣府の調査がある（内閣府，2015）。これによると、8割以上の子どもが、家庭生活や学校生活を楽しいと感じていた。

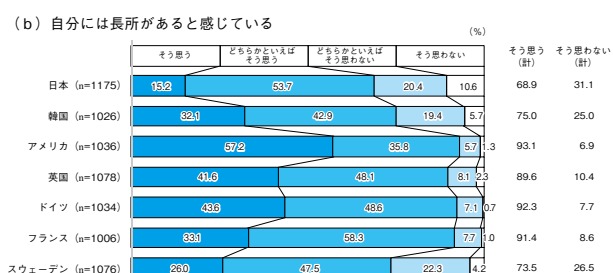
(3) 自己認識

日本を含む韓国・アメリカ・英国など7カ国の13歳から29歳の若者の自己認識に関する調査（内閣府，2013）によれば、日本の若者は他国の若者に比べて、自分自身に対して満足していると感じている者や、自分には長所があると感じている者の割合が大幅に低い。また、自分の親から愛されている（大切にされている）と思っている者の割合も低い結果であった（図II-5～7）。

これらの結果からは、多くの子どもは、幸福感を感じながら、家庭や学校での日常生活を楽しみ生活していることがわかる。しかし一方で、20代の若者も含む調査結果からは、他国の子ども・若者と比べて、自分に自信をもつことが難しく、親からの愛情を十分に感じられていない傾向がみとめられる。



図II-5 「自分自身に満足しているか」に対する回答
平成25年度 我が国と諸外国の若者の意識に関する調査に基づいて作成（内閣府）



図II-6 「自分には長所があると感じているか」に対する回答
平成25年度 我が国と諸外国の若者の意識に関する調査に基づいて作成（内閣府）

物が豊かで便利になっている現代社会において、子どもは日々の生活への満足感は得られているが、複雑化しつつある社会のなかで自分に対する自信をもちにくくなっている可能性もあると考えられる。また、年齢があがるにつれてそうした傾向は強くなる。

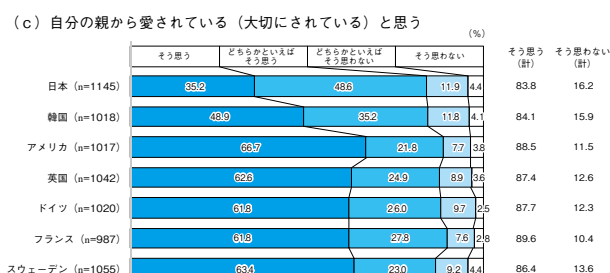
(4) 不安・悩みや淋しさ

厚生労働省の全国家庭児童調査（厚生労働省，2009）によれば、不安や悩みを抱えている子どもの割合は小学5・6年生71.6%、中学生81.2%、高校生84.9%であった。全体では79.6%を占め、2004（平成16）年調査時の67.4%よりも割合が高くなっていた。また、不安や悩みの内容として最も多かったのは、いずれの年齢層でも「勉強や進路」であった。

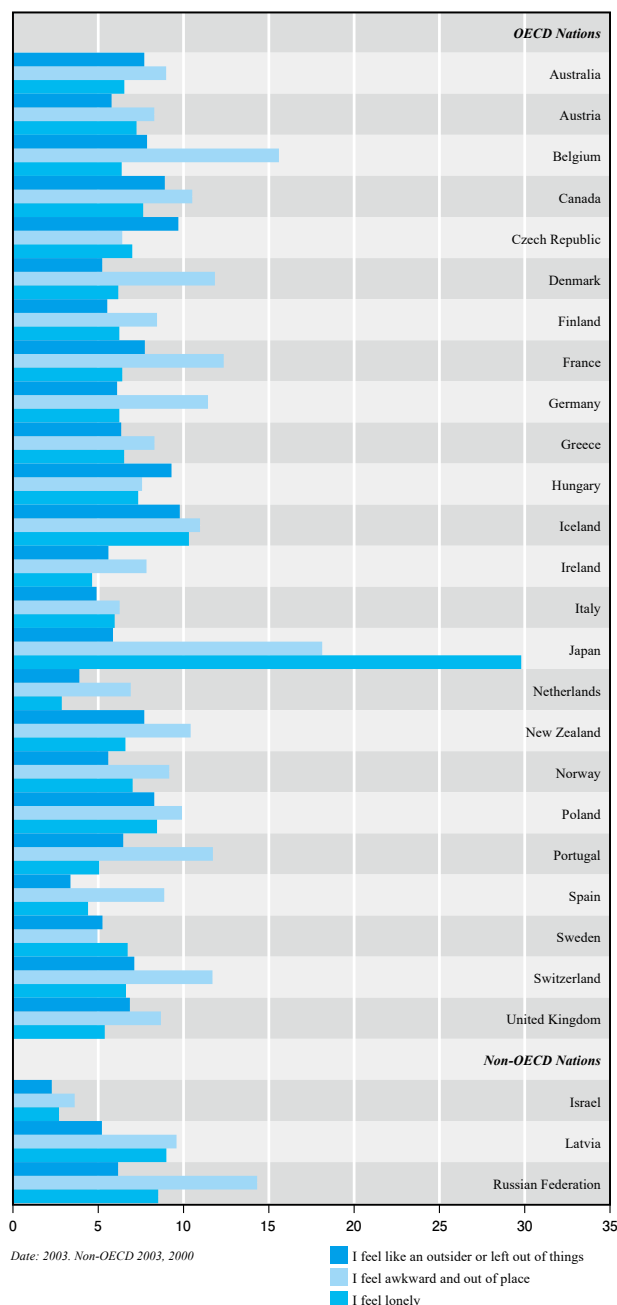
また、UNICEF イノチェンティ研究所「Report Card 7」研究報告書（UNICEF イノチェンティ研究所，2007）によれば、日本では日常生活で淋しいと感じている15歳以上の子どもの割合が約30%もあり、他の先進諸国では概ね5～10%程度であったことに比べてとても高い結果であった（図II-8）。

(5) メンタルヘルスの不調

小学5年生から高校3年生までの小・中・高校生約2万人を対象とした全国調査（株式会社リベルタス・コンサルティング，2015）によれば、気分が落ち込む、なんでもないのにイライラすることが「よくある」者はそれぞれ18.4%、12.1%と全体の1割以上にのぼった。また、学年の進行に伴い割合が高くなる傾向があった。



図II-7 「自分の親から愛されている（大切にされている）と思っているか」に対する回答
平成25年度 我が国と諸外国の若者の意識に関する調査に基づいて作成（内閣府）



図Ⅱ－８ 自分の福祉について明確な否定的説明に同意する15歳児の割合
 「Report Card 7」研究報告書 先進国における子どもの幸せに基づいて作成 (UNICEF イノチェンティ研究所)

(6) 保健室の利用状況

日本学校保健会が行った調査（公益財団法人日本学校保健会, 2011）によると、小・中・高校における1日平均保健室利用者数は、中規模校でそれぞれ29.7人、28.4人、26.9人となっており、多くの児童・生徒が保健室を訪れている状況がある。また、保健室利用者のうち、記録の対象となる子どもにみられた要因は心の問題が最多であり、約4割を占めていた。また、心身の健康問題のために健康相談等により継続支援した事例があった学校は全体の7割に上る。近年は、いじめや不登校、キレやすさ、集団への不適応などさまざまな形で困難をもつ子どもも増えているといわれている。

<メンタルヘルスに関するまとめ>

年齢が上がるにつれて、幸福感を感じる子どもの割合が低下する。これと同時に、不安や悩み、淋しさを感じる子どもの割合が増え、また、メンタルヘルスの不調を感じる子どもの割合も増えていることがわかる。

10歳頃から17歳頃までにわたる思春期は、自立心と親への依存心との間で揺れる時期であり、さまざまな葛藤を感じやすく、自己肯定感が下がりやすい時期でもある。現代社会の希薄な人間関係もまた、子どもの心のありように影響を与えている（五十嵐, 2014）。発達段階にある子どもが、自己肯定感を育み、安定した自分らしさを獲得していくためには、他者からの見守りや支持的な関わり、他者から大切にされているという感覚をもてることが大切である。つまり、学童期だけではなく、年齢が上がった子どもも、家庭や学校を含む地域社会での、人と人との温かなつながりを日常的に感じられるような環境が整っていることが必要と考えられる。



執筆者：千葉 理恵

（兵庫県立大学

地域ケア開発研究所地域ケア実践研究部門）



自傷行為

一般に「自傷行為（以下、自傷）」と聞いてもすぐにピンと来ないかもしれないが、一方で「リストカット」と聞くと馴染みがあるように思う。自傷には、リストカット以外に、たとえば自分の頭を壁にぶつける（バッティング）行為や、鋭利なものを突き刺す行為、薬物やアルコールなどの過剰摂取なども含まれる。自傷はいまだ明確に定義されていないが、最近では諸外国で Deliberate self-harm（DSH：意図的自傷）という言葉が用いられることが多く、自殺未遂とは区別されている。

自傷には習慣性があり、何度も繰り返すのが一般的である。自傷の背景に「自殺」の意図はない。自傷を繰り返す者にその理由を尋ねると「すっとするから」や「ストレスのはけぐち」と答える。つまり自傷は、外的要因（ストレス）に対するコーピング行動の歪んだ表現形と考えられる。

1. わが国の自傷の実態

2010（平成22）年に実施された全国調査（第5回男女の生活と意識に関する調査）において、わが国における自傷の実態が報告されている。自傷は若年の女性でその頻度が高く、16—29歳における自傷者の割合は男で19%、女で35%であった。諸外国では自傷の頻度は増加傾向にあることが報告されているが、わが国においてもこれと同様の傾向が指摘されている。

2. 自傷に関連する要因

上記の全国調査において、自傷者には両親の離婚や虐待を受けた経験がある者が多いことが指摘されている。さらに、自傷者では中学生時代に両親とのコミュニケーションが少なく、また両親への敬意・感謝が少ない傾向があることも示された。諸外国では、良好な家族関係は自傷に対して予防的に働くことが報告されており、多くの研究からも家庭環境要因と自傷との関連が指摘されている。また、自傷は喫煙や薬物依存と関連があることも指摘されている。



執筆者：阿江 竜介（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）



2 次世代の健やかな育ちを支援する地域での取り組み

第1項で子どもの現状について提示した。この中で現状の課題に対して地域社会のあり方の重要性について指摘した。そこで健やかな育ちを支援する取り組みをおこなっている地域について、ここに紹介する。

1) 岐阜県郡上郡和良村における取り組み

岐阜県郡上郡和良村は、2004（平成16）年の郡上郡7町村の合併により、郡上市和良町となった。合併当時（2004（平成16）年3月）2,348人だった人口は10年後1,858人（2014（平成26）年3月）となり、高齢化率39.8%、人口減少率マイナス21.2%（2005年～2010年）と、人口減少が著しい過疎山村である。集落ごとに氏神を祀る小さな神社があり、今も多くの集落で春祭りが行われるが、子どもが少なく舞子による神楽の奉納が困難になった地区もある。平成の名水百選に選ばれた清流和良川には、国の特別天然記念物オオサンショウウオが生息し、美味しい鮎が育つ。また1955（昭和30）年に、村に国保和良診療所が開設されてから予防を主とし治療を従とする医療が提供されてきた。1966（昭和41）年和良病院（30床）となり、2007（平成19）年保健医療福祉を包括的に提供する郡上市地域医療センター国保和良診療所（8床）となった。2003（平成15）年には全国市町村別長寿番付で、男性長寿日本一にもなっている。

今回、すこやかな子どもの育ちを支援するという課題に、地域ぐるみで取り組んだ地域学校保健委員会と、その活動を作業部会として位置づけ、健康日本21地方計画「まめなかな和良21」を策定した経緯について、郡上市地域医療センター後藤忠雄所長（当時の和良村国保病院長 現県北西部地域医療センター国保白鳥病院長）にインタビューを行い、子どもの健やかな成長の基盤づくりとしての意義、およびその波及効果をもたらしたと思われる【活動方法の特徴】を抽出し、整理した。

【村の子どもが元気に健やかに過ごすためにはどうしたらよいかを、村の住民で考える】

地域学校保健委員会の構成メンバーは、小中学校校長・養護教諭・保健主事、保育園長、小中学校PTA会長、保育園保護者会会長、村保健師、学校医・歯科医・薬剤師等であった。委員会の運営スタイルは、子どもの健康状態の報告に続き、「何か意見はありませんか」、「いえ、ありません」、「学校としてはこういう計画で進めたいと思います」、「はい、わかりました」という展開に終わることが多かった。住民メンバーの意見の反映が少なく、単年度事業として取り組むため、継続性に課題があった。そこで、1997（平成9）年から村保健師の発案で、グループワークを取り入れ、委員会のメンバー全員で考えるようになった。

【個別性の高い特定の健康問題に焦点を当てるのではなく、誰にとっても必要な、望ましい生活習慣の形成を目指す】

例えば肥満というような、個別性の高い特定の健康問題に焦点を当ててしまうと、一部の子どもだけの問題になってしまい、全員が自分の問題として引きつけて考えられなくなってしまう。のみならず、特定の健康問題を抱える子どもがいたたまれない思いをする可能性もある。特に人口規模の小さい地域ではその傾向が強くなる。それを避けるために、地域学校保健委員会では、誰にとってもどの子にとっても必要な、望ましい生活習慣の形成という課題を設定した。

【調査によって実態を把握する】

「こんな子どもになって欲しい。そのためにどんなことを大切にしていってほしいか」と考える中で、子どもの生活習慣の実態を知る必要性に行きついた。そこで、喫煙・飲酒を含めた生活習慣の実態を、2000（平成12）年に調査した。

同時期、村保健師から「この村の保健計画を作りたい」と提案があった。保健師には住民が健診受診だけで安心し、受け身になりがちな状況を何とかしたいという思いがあった。合併直前の時期であったにも関わらず、村長の賛同も得られ、策定委員会が立ち上がった。

【地域づくりの視点をもつ】

地域学校保健委員会での議論は、学齢期について検討する作業部会として活かすことになった。多くの場合、委員会で何が話し合われているのか知られることは少なく、委員会のなかだけで終わる話になりやすい。それを地域の保健計画策定に繋げたことで、地域づくりの歯車として機能していく道筋がついた。可能な限り、村のデータを用い、既存の各種計画をできるだけ包括し、かつ地域づくりの視点をもつことで、村独自の保健計画の策定に向かうことになった。

【調査によって課題を明確化する】**【地域のなかで重要かつ連携して取り組みやすい課題に取り組む】****【既存の取り組みなどの資源を有機的につなげる】****【個人レベル、家庭レベル、地域レベルで、それぞれのアプローチを考える】**

栄養・食習慣、歯科保健、喫煙、飲酒、事故予防、休養、性など、調査によってさまざまな課題があがってきた。村のCOPD（慢性閉塞性肺疾患）標準化死亡比の高さから、若年から喫煙問題があることを推測した。子どもの連れ去り事件といった社会問題があったことも考慮した。重要かつ取り組みやすい項目であること、保育園・学校・PTA・行政等、地域のさまざまな立場の住民と連携して取り組むことが可能な共通課題を選択した。

診療所初代院長のときから「予防を主として治療を従とする」価値観を引き継ぎ、健診を中心として予防に力を入れてきた。これまで個々に行われていた予防的な活動を保健計画立案によって有機的につなげることができた。喫煙や食習慣といった課題に対して、個人レベル・家庭レベル・地域レベル、それぞれのアプローチを考えた。「子どもだけの問題」ととらえるのではなく、各々のライフステージに関連する地域の健康課題としてとらえることで、連携も生まれやすくなった。

【住民の主体性を活かし、PDCAサイクルによって展開する】

「まめなかな和良21プラン」という10年計画を立案したことで、地域学校保健委員会の活動に継続性が生まれた。

「まめなかな」の言葉には、「すべての世代の人々が自分の状況にあった健康づくりを、家庭や地域の支援を受けながら実践し、この和良村で、生き生きと楽しくまめな（元気な）生活を送ろう」という願いが込められている。医療専門職だけでなく、住民メンバーから幅広く意見を聞いて活動を決め、最後にみんなで振り返りを行い、次年度につなげるというサイクルを進めた。5年目、10年目と乳幼児・児童生徒の実態把握のための調査も行った。これらにより、活動の成果と課題を住民メンバー全員で確認でき、活動への主体的な参加を促す効果があった。人口が少ない分、子どもは大事だという住民意識も強くなっている。

①禁煙

禁煙は、子どもだけではなく成人でも取り組み、町ぐるみで分煙に取り組んだ。保育園、小・中学校の敷地内禁煙は岐阜県初の取り組みとなった。

養護教諭が中心になり、保育園から中学3年生まで年1回ずつ防煙のための講義を実施した。学年に合わせた内容・方法を選択した。また、母親委員が中心となり、夏休みに親子で考えたたばこの標語をコンクールに出して優秀賞を受賞した。入賞作品「うっ、苦しい。僕の寿命が減っていく」は、今も診療所に飾ってある。成人の喫煙者に対しては、診療所の禁煙外来や健診時に禁煙指導を実施した。祭りの練習の際に「たばこがけむいから、(祭りの) 練習に行きたくない」という子どもの声がきっかけとなり、住民が公民館の分煙を進めた。「ビール1缶持っていけば何か書いてくれるぞ」という住民の発案で、県最高齢の男性に筆をふるってもらい、「禁煙」と書かれた書を公民館に掲げることになった。夏祭りで子どもたちが「ノー・スモキング」などと書いた空き缶を作り、それを公民館に設置した。

2002（平成14）年当初、小学生でも喫煙経験率が2.4%あったが、2008（平成20）年の調査時には0%になった。中学生も、常習喫煙ではないにしろ10.5%あった喫煙経験率が1.5%に、高校生では20%から7%に減少した。また、喫煙を勧められた経験がある小学生は6%から0%へ、中学生は11.8%から1.5%に減少し、子どもの周囲を含めて喫煙に対する意識が変化したと考えられた。

②食育

食育では、親子料理教室以外に、老人会高齢者と保育園児が餅をつき、畑で野菜を収穫し、一緒に食べた。子どもにとっては地産地消の学習になり、楽しく食べる経験にもなる。高齢者にとっては生きがいになる。結果、「地元で採れる野菜は食事や健康のためにどれくらい重要ですか」の問いに「とても重要である」の回答率が、小学生で大きく上昇し、認識に変化が生じた。

③歯科保健

中学3年生が保育園児に歯磨きをおこなう「親体験歯磨き指導学習」があり、20年以上続いている。家庭科の保育実習の一環として行われている。実習前に歯科衛生士が中学校に出向いて生徒に磨き方を指導する。ブラッシングのときの力の入れ加減を実際に測定し、正しく安全に実施できるようにしている。実習では、中学生が園児に「歯磨きの大切さ」について健康教育した後、園児のおやつの後に歯磨きを実施している。歯科保健事業でありながら、思春期の親体験事業でもある。この事業は既に実施されていた事業であり、それを「まめなかな和良21」の学童期の歯科保健計画として位置付けて行っている。

④事故予防・防災

子どもの事故予防のために、地域で高齢者が見守りを行っている。住民メンバーの発案で、地域住民にわかるように低学年の下校時に音楽を流すようにした。高齢者はそのタイミングで散歩に出たり、庭掃除をしたりしてくれるようになった。地域ぐるみで取り組んだ成果として、高齢者が外に出る頻度が高まった。

中学校の先生や自治会長が発案し、中学生が学校で作った花を独居高齢者宅に届けたり、地域の防災マップづくりに参画したりしている。これらは世代間交流を通じた高齢者の閉じこもり予防になる他、「あそこが独居だ」と中学生にもわかり、万が一のときは助けに行くという意識につながる、災害弱者の確認になっている。これも防災教育として行われていた事業を、「まめなかな和良21」に位置づけたもののひとつである。

＜本取り組みのまとめ＞

子どもの健やかな育ちを支援するために、子どものことだけを取り上げるのではなく、上手にいろいろなものを付加することで成果が生まれていた。悪いところを見つけて直すのではなく、むしろ子どもも高齢者もみんなが元気に暮らせる地域づくりを目指していた。中学生は中学生、高齢者は高齢者で、それぞれが地域のなかでやれることに取り組む。さまざまな人々が参画することで人が活かされ、人とのつながりが生まれる。そんな地域の元々な暮らしを実現する過程のなかで、子どもの健やかさを支える基盤が醸成されるのかもしれない。資源の乏しい地域だからこそ、地域のなかで何が行われているのか把握し、何を新たに創り出すのかを検討する必要がある。

2) 熊本県下益城郡美里町地域学校保健委員会（通称：すこやか委員会）の取り組み

美里町は、人口10,880人、高齢化率40.7%（2015（平成27）年10月末）、人口増加率マイナス7.07%（2005年～2010年）、合計特殊出生率1.56（2008年～2012年）であり、年少人口の減少が顕著で高齢化の進行した地域である。標高千m級の山岳が連なる山地や丘陵部が多く、総面積の約4分の3を森林が占める、典型的な中山間地域である。農地の大部分が丘陵地や傾斜地で棚田が多く、美しい自然に恵まれている。一方、人口10万人あたりの病床数は2,792.41（全国1,214.25）、療養病床数2,256.76（全国250.62）と突出して多く、施設介護に要する費用が町の財政に重くのしかかり、介護予防を進めていく必要性の高い地域でもある。

美里町は、2004（平成16）年中央町と砥用町が合併して誕生した。旧町それぞれに中学校があり、旧2町をあわせた地域学校保健委員会とする動きもあったが、活動へのこだわりがあり、中学校単位の取り組みの独自性が守られた。

砥用地区には、保育園3校、幼稚園1校、小学校2校、中学校1校がある。学校、家庭、地域が連携した美里町砥用地区地域学校保健委員会（すこやか委員会）による生活習慣改善に向けた取り組みは、就学前及び小・中学校の9年間を通じて継続されている。また、月3回、1日、10日、20日を「すこやかチャレンジデー」と定め、地区内のすべての幼稚園・保育園、小中学校の子どもたちが、10項目の生活習慣にチャレンジしている。チャレンジデーは、地区の防災無線を使って各家庭に周知される。このようなすこやか委員会の取り組みにより、砥用中学校は、（公財）学校保健会主催平成25年度健康教育推進学校最優秀賞を受賞した。

今回、子どもの健やかな成長の基盤づくり、およびその波及効果をもたらしたと思われる【活動方法の特徴】を、関係者へのインタビュー内容から抽出し、整理した。以下順に示す。

【子どもの育ちはつながっているという認識に基づき学校関係者の縦のつながりを活かす】

【地域みんなで同じ方向に向かって子育てしようという狙いを共有する】

【地域の課題を明確化して共有する】

【地域にある資源を活かす】

【体力づくりや子どもを大切にする地域の文化・組織風土による支えを活かす】

1996（平成8）年委員会設立当時、保健体育に精通した砥用中学校長は、地区住民を巻き込んだ学校保健委員会活動にむけ、幼稚園園長はじめ、地域の学校関係者に協力を要請した。地区の園児のほとんどは、砥用小学校、励徳小学校から砥用中学校へ進学する。「子どもの育ちは保育園から中学校までつながっている。地域みんなで同じ方向に向かって子育てをしよう」という狙いを共有し、地

域の複数の関係者が参加する地域学校保健委員会の活動が始まった。1997（平成9）年度参加者は41名であり、保育園・幼稚園、小・中学校関係者、行政、保護者代表、老人会、民生委員などが参加した。

まず、園児、小・中学生を含む地域の子どもたちの基本的な生活習慣がどのような現状にあり、課題を抱えているのかに関する協議と、ゼロ歳から中学3年生までの保護者を対象とした基本的な生活習慣についてのアンケートを美里町役場協力のもとで実施した。

最初に取り組んだ課題は、挨拶の励行であった。大人から挨拶するよう取り組んだ。また父親に子育て参加を呼びかけたり、子育てに関して学べる場・相談の場を作ったりした。これまで挨拶、食、メディアなどその時々、社会的な要請も考慮した課題を選択し、課題に応じた関係機関と共に取り組んできた。「心と体を育てる食について考えよう」という課題に取り組んだ際には、地元JA（農業協同組合）の協力を得た。

人の移動は少なく人が大幅に変わらない。養護教諭も地域内の学校を異動するだけなので活動の継続性は保ちやすく、長年勤務しているので地域もわかる。生徒が親になり、「ああ、あの子だ」と分かるので声もかけやすい。お母さんたちはミニバレーボールに取り組み、運動・体力づくりに関心が高い地域でもある。砥用中学校は小規模校ながら2013（平成25）年県中体連駅伝で優勝した。健康を大切にする組織文化は校長主導で学校内にもあり、事務局業務を担う養護教諭にとって、活動継続を支える要因になっている。棚田で高齢者が農作業を続けるのは負担が大きく、限界集落や子どもが全くいない地域も複数ある。だからこそ、子どもを大事にする文化・風土がある。学校の先生が「これをしましょう」と言えば、協力が得られる地域性、結束力を活かすことで、同じ方向を向いていける。

【防災無線を使って地区住民へ活動を周知する】

【誰もが取り組みやすく覚えやすい活動日を設定する】

【保育・学校教育活動へ取り組みを進める】

【子どもを長期的な視点で見守る体制をつくる】

「すこやかチャレンジデー」をつくり、砥用地区全体で取り組んでいる。チャレンジデーには、「ノーテレビ、ノーゲーム」にチャレンジしたり、読書の時間を決めてチャレンジしたり、目標就寝時間を決めてチャレンジしたりしている。「ノーテレビ、ノーゲーム」にチャレンジするときには、なるべく体を動かして元気いっぱい外で遊ぶことも合わせて提案している。

学校だけ・子育て世帯だけの取り組みにならないよう、1999（平成11）年から行政の協力を得て防災無線を使い「今日はすこやかチャレンジデーです」と流している。月1回で始まったチャレンジデーは、2011（平成23）年度から月3回に増やし、曜日が重ならず覚えやすいように1日、10日、20日の3日間となった。

「すこやかチャレンジデー」は学校行事としても明記している。2005（平成17）年度からはチャレンジカードをつくり、チャレンジを実践できたときは学校でスタンプを押したり、ひと言加えたりしている。幼稚園・保育園では実施状況を家族が記載し、小・中学校では児童・生徒が自分で記入している。カードがあることで、学校単位の集計ができ、すこやか委員会での課題の共有や、保健だよりを通じた保護者へのフィードバックを可能にしている。またカードがあることで、教員の生徒に対する共感的理解が深まり、生徒が主体的に自らの健康状態を見つめるようになってきたという実感がある。

すこやか委員会によって幼稚園、保育園、小学校、中学校と行政が顔を合わせる機会が増えた。進級した気になる子どもについても話ができる。園も加わることで、幼少時の家庭環境や育ちの状況な

どを小・中学校と情報交換でき、小さいころから気になっている子どもを見守ることができる。子どもの育ちを継続的にみていくという点で、すこやか委員会は大きな役割を果たしている。

【高齢者の役割をつくる】

老人会や婦人会の協力を得て実施している学校行事として茶摘みがある。子どもだけではできないので、孫がいなくても参加してもらっている。そしてお茶を飲みながら、「8020〔ハチマルニイマル〕運動（80歳になっても自分の歯を20本以上保つ）」達成者に、今どんな生活をしているか、子どものころはどんな生活をし、どんな食べ物を食べていたかを話してもらっている。「早寝早起きをして野菜を食べて。挨拶も大切」と、まさにすこやか委員会で取り組んでいる活動の大切さが子どもたちに伝わっている。

子どもの反応がよいと、人前であまり話したことがない高齢者でも「これならできる」と思える。協力した高齢者が老人会で話すことで話題が広まる。「すこやかチャレンジは体によいらしい」という話も伝わる。少しずつでも活動にかかわり役割を果たすことで高齢者の意識が変わり「また呼んでください」、「何かあったら来ますから」という言葉が聞かれるようになった。

高齢者の場合、テレビの視聴時間が長いという課題があった。子どもがいない地域でも、防災無線で「今日はすこやかチャレンジデーです」と流すことで、生活改善を意識してもらえれば、さらなる波及効果が期待できる。

【家族単位での取り組み】

【就学前から中学校まで継続的に取り組む】

「ノーテレビ、ノーゲーム」のチャレンジでも、意外と子どもはトランプをしたり本を読んだりして過ごせた。しかし、テレビをつけたままご飯を食べたい家族から「何故消さなければならないか」と開始当初は意見もでた。地区住民に問題意識を持ってもらえるように、チャレンジに関連した講演会も開催した。長年取り組み、最近漸く「思ったよりも、会話がが増えて良かった」、「たまには消さないといけない」という家族の声も聞かれるようになり、生活習慣改善への家族の意識も変わってきた。

一月分の振り返りをして一番良かった結果をグラフ化し、来月はどうしたらよいかを考えるようにしている。生活習慣改善の程度に個人差はあるが、活動日を固定していること、保育園から継続して取り組んでいることで、子どもにとってチャレンジは当たり前になってきている。

【地域特性を反映した家庭生活を分析する】

閉店時間の遅い大型量販店に親が子どもを連れて行くので、就寝時間が遅くなっている。子どもの数が少ないので集団で遊ばず家にこもる。それを解消するために、遠方にあるサッカーのクラブチームなどに連れていく。帰りが午後9時、10時になり、お風呂に入って、次の日は疲れて学校に行きたくなくなる子どももいることがわかってきた。通学路は人通りが少なく距離があるため、親が送迎をしたり、スクールバスに乗ってきたりしている。このため、子どもの歩く機会が減り、肥満が増えてきた。我慢する力もなくなってきた。テレビの視聴時間、携帯電話やスマホの使用時間が長い子どももあり、対応を要する課題になっている。高齢者と同居していれば、朝は味噌汁とご飯が出るし、夜もお風呂に入る。核家族だと、朝はパンだけ、夜もシャワーのみになりやすい。そういった生活では、朝の排便習慣が形成されにくいという実態もみえてきた。

【活動主体別の活動を評価し、次年度の活動内容を検討して共有する】

見えてきた課題に対応すべく、チャレンジデーの取り組み以外に、子どもの健やかな成長のための

実践項目として「子どもとメディアについて考えよう」、「心と体を育てる食について考えよう」、「子どもたちにしっかり睡眠を取らせましょう」、「体を動かし元気いっぱい遊びましょう」という4つのテーマに沿った活動も行っている。年度末には、活動主体別に取り組んだ実績を紹介し、今後の活動について協議している。保育園・幼稚園では、体を沢山動かす遊びや野菜づくりを園の活動として取り入れたり、「園だより」や誕生会を活用して保護者に伝えたりしている。小・中学校では、耕作放棄地を利用した野菜づくりや朝食をつくる料理教室、全校挙げてのランニングや全員部活動の取り組み、PTA総会・研修会を通じた啓発活動を行っている。美里町保健課保健師も、母子健康手帳交付時、乳児家庭全戸訪問時、乳幼児健診・歯科検診時の取り組みについて報告している。学校医は、日常の診療や健診を通じてとらえた子どもの様子をすこやか委員会メンバーに伝え、必要な関わりを助言している。メンバーはそれを共に聞いたうえで、新年度の活動をスタートさせている。

＜本取り組みのまとめ＞

子どもの健やかな育ちを支援する環境として、高齢化率の高さや、医療をはじめとした社会資源の少なさはマイナスのように見える。しかし、子どもが少ないからこそ、みんなが子どもを大切に思う土壌になりうる。地域住民を巻き込みながら、保育園・幼稚園から小・中学校までが一致団結し、よりよい生活習慣の形成や改善に向けた取り組みを継続することで、子どもにとって、また家族にとっても「チャレンジ」が定着していく。生活習慣を振り返り、次の目標を決めていく習慣は、子どもの主体性を育てていく。高齢者が役割をもち活動に加わることで、生活習慣改善に向けた地域や家庭の意識変容が促され、活動そのものが介護予防にもつながる。そういった活動の積み重ねの中で、地域や家庭がよりよい生活習慣の形成にむけて肯定的になれば、それは子どもの健やかな育ちを支える何よりの環境となる。

3 次世代の健やかな育ちを支援するために、今、地域に求められていること

子どもの健やかな育ちを支援する2つの地域の取り組みを取り上げ、活動方法の特徴を抽出した。本項では、それらが示す内容の共通性に基づいて分類・命名し、5つの特徴に整理した（表Ⅱ-1）。

5つのうち＜課題の分析・検討・共有＞は、取り組みの起点として、関係者が共に課題を分析し、目指す方向性を共有するという活動方法を示す。2地域は共に、健康に関わる問題であっても保健・医療の専門職に任せてしまうのではなく、住民と共に課題を分析・共有して進めていた。活動に関わる住民や子どもが主体性を発揮していくことにつながる、重要な活動方法の特徴といえる。

＜取り組みやすい工夫をし、地域のなかで活動を

広める＞は、様々な立場にある地域住民を巻き込むよう課題の選択・周知方法の工夫をし、役割をつくりだすといった活動方法を示す。2地域は共に、取り組みやすい課題や活動日を設定したり、地域に活動を周知したりしていた。

＜既存の取り組み、人の繋がり、文化・風土を活かす＞は、住民が共有できる考え方や活動など、地域のなかでこれまで培われてきたものを活かすという活動方法を示す。子どもの数が少ないからこそ大事に思う風土があり、協力が得られやすい地域性があった。既に行われている取り組みを活かした活動展開の工夫がなされていた。

＜評価を組み込んだ活動展開＞は、活動しただけ

表II-1 活動方法の特徴

課題の分析・検討・共有	調査によって実態を把握する(W)
	調査によって課題を明確化する(W)
	地域特性を反映した家庭生活を分析する(M)
	地域の課題の明確化に共有する(M)
	村の子どもが元気に健やかに過ごすためにはどうしたらよいかを、村の住民で考える(W)
	地域みんなで同じ方向に向かって子育てしようという狙いを共有する(M)
取り組みやすい工夫をし、地域のなかで活動を広める	個別性の高い特定の健康問題に焦点を当てるのではなく、誰にとっても必要な、望ましい生活習慣の形成を目指す(W)
	地域のなかで重要かつ連携して取り組みやすい課題に取り組む(W)
	防災無線を使って地区住民へ活動を周知する(M)
	誰もが取り組みやすく覚えやすい活動日を設定する(M)
	個人レベル、家庭レベル、地域レベルで、それぞれのアプローチを考える(W)
	高齢者の役割をつくる(M)
	家族単位での取り組み(M)
既存の取組、人の繋がり、文化・風土を活かす	地域づくりの視点をもつ(W)
	既存の取り組みなどの資源を有機的につなげる(W)
	地域にある資源を活かす(M)
	体力づくりや子どもを大切に地域文化・組織風土による支えを活かす(M)
評価を組み込んだ活動展開	子どもの育ちはつながっているという認識に基づき、学校関係者の縦のつながりを活かす(M)
	住民の主体性を活かし、PDCAサイクルによって展開する(W)
長期的に取り組めるようにする	活動主体別の活動評価と、次年度活動内容を検討して共有する(M)
	就学前から中学校まで継続的に取り組む(M)
	保育・学校教育活動の取り組みを進める(M)
	子どもを長期的な視点で見守る体制をつくる(M)

備考：Mは美里町、Wは和良村を示す

で終わりとせず、年度毎に振り返り、次年度に活かすという活動方法を示す。2地域は共に年度単位で振り返り、次年度の活動について協議する機会が活動計画として組み込んでいた。

《長期的に取り組めるようにする》は、特定の学年・校種に限定しない、継続性を保てる体制をつくるといった活動方法を示す。長期的なスパンで取り組むためには、特定の学年に限定した活動とせず、

就学前の保育園から中学校までが縦に繋がり、それぞれの発達段階に合わせた活動にアレンジすることが肝要であった。

2地域は共に高齢化率が高く、人口は減少し、社会資源の乏しい地域であったが、成果につながる取り組みとなっていた。地域を巻き込み、子どもも高齢者も取り組める健康づくりとしたことで、みんなが元気に暮らせる地域づくりにつながっていた。

4 「健やかに人生を送るための基礎づくり」のまとめ

本章では、健やかに人生を送るための基礎づくりをテーマとし、食事・運動・睡眠といった生活習慣、ICT利用およびメンタルヘルスの各面から、子どもの現状をとらえた。そして、子どもの健やかな育ちを支援する2つの地域の取り組みを紹介して、活動方法の特徴を抽出した。

健やかに人生を送るための基礎づくりとして、生

活習慣やメンタルヘルスを整える意義への理解やその実践について、直接子どもたちに働きかけることは必要である。加えて、これらについては地域ぐるみで、子どもから高齢者まで取り組むこともまた重要である。小児～若年期に形成した基礎は、その後の人生に大きな意味を持つ。個人と地域へのアプローチの展開に、われわれも関与していきたいと考

える。

今回紹介した2地域では、子どもが自分自身の生活習慣を考え、修正する活動以外に、地域の防災マップづくりを通して災害弱者である高齢者の存在に目を向けたり、食事や花を高齢者に届けたりもしていた。これらは、子どもが地域の課題を知り、その問題に取り組む経験にもなっていた。子どもの健やか

な育ちを支援する活動は、大人の生活習慣や喫煙行動を見直す契機にもなっていた。地域の高齢者は、学校に出向き子どもと共に野菜を収穫し、通学を見守るために家の外に出ていた。これらは、高齢者にとって介護予防につながる活動にもなっていた。こうした波及的効果にも注目したい。



執筆者：塚本 友栄
(自治医科大学 看護学部地域看護学)

協力者：鈴木 久美子
(自治医科大学 看護学部地域看護学)
清水 みどり
(自治医科大学 看護学部老年看護学)
青木 さざり
(自治医科大学 看護学部地域看護学)



医療的ケアを要する障害をもつ子どもの成長を地域で支える

医療の進歩により、人工呼吸器管理等、医療的ケアを要する重症心身障がい児が増加する一方で、児の在宅療養に伴う医療的ケアニーズに対応し、家族介護の負担を軽減する医療・福祉サービスの不十分さ（杉本、2008；高橋、2012）が指摘されて久しい。

児の健やかな育ちと、家族の心身の健康を支える普通の暮らしを実現するために、地域の中で支援を拡大していく大切さについて、重症障がい児者レスパイトケア施設「うりずん」を運営する、小児科医師高橋照彦先生からお話を伺った。

- ・ 医療的ケアを必要とする重症障がい児の日中預かりを開始し、児のお母さんから「今日初めて友達とランチに行けました」と報告を聞いた。
- ・ 児が地元の小学校で子どもたちと毎年交流を重ねていったことで、「あっA君だ」と受け入れてもらえるようになり、お母さんが庭で落ち葉を掃いていると「おはようございます。A君元気ですか」と声をかけてもらうようになった。
- ・ 施設恒例のクリスマス会に多くのボランティアが集まっている。
- ・ 医療的ケアを必要とする重症心身障がい児について理解してもらえるよう、学校で親子を対象に講話をするお母さんもいる。
- ・ NPOが活動を推進、行政が場所を提供し、医療的ケアを必要とする障がいをもつ児のお母さんたちが車座になって話をする「スイーツタイム」という交流の場では、障がいをもつ児のお母さんの子育ての悩みに、同じ悩みを経験した先輩お母さんが応えたり、専門職による講話の時間を設けたりしている。

庭を掃いているお母さんに挨拶をした子どもも、クリスマス会に集うボランティアも、児が健やかに育つうえで、かけがえのない力・支えになる。いろいろな形で地域のなかに支援の芽が育っていた。外出機会がなく孤立しがちな医療的ケアを要する児が、集い学び遊べる場が日常の中にあることで、児の健やかな成長を支える体験の幅は広がり、家族の安心とひと休みが叶えられる。

「うりずん」は、宇都宮市の「重度障がい児医療的ケア支援事業」制定を受け日中一次支援事業を開始、2016（平成28）年4月からは新施設で、重症心身障がい児を対象とする児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型保育の新事業もスタートしている。



執筆者：塚本 友栄（自治医科大学 看護学部地域看護学）

III 現役世代の健康を支える地域の取り組み

第III章の概要と紹介

本章では、現役世代の健康を支える地域の医療がテーマである。

一般的には、身体的には健康な世代とされているが、必ずしも現役世代は健康な世代とは簡単にはいえない。

20～40代では、長い間「自殺」が死因の第1位を占め、40代以降では、いわゆる生活習慣病を発症する者も多くなり、2008（平成20）年以降、特定健康診査・特定保健指導が実施され予防対策が強化されている。そして、日本人の死因第1位である「がん」を患いながら、就労している者が多い世代でもある。

この現役世代は、社会の中でさまざまな役割を担っている。経済を支え、社会保障全体の費用を支える「労働者」「財政負担者」の役割、家庭では、次世代を育てる「養育者」の役割、また近年では、長寿化により「介護者」の役割を担っている者も

多い。前半では、こうした現役世代の健康と社会での役割に注目し、その現状を概観する。

後半では、現役世代においても多くの患者がいる「がん」の現状と、がん患者を支援するさまざまな支援体制について取り上げる。

近年では、がんと診断されても、がん治療の進歩やさまざまな社会的支援策を利用すれば、社会での役割を継続することができる時代になっている。そこで、現役世代のがん患者の実態を確認し、その後、がんと診断されることの影響や、がん対策のこれまでの経過や現状、支援策について紹介する。また、がん患者が抱える悩みを受け止め、現役世代が必要とする相談、支援において中心的役割を果たしている「がん相談支援センター」の取り組みを紹介する。本章では、独自に全国のがん相談支援センターの院内・院外連携と就労支援に関する調査を実施したので、その結果の概要も報告するとともに、現役世代にとって重要な就労支援に力を入れているがん相談支援センターの事例を紹介する。

1 現役世代の健康と社会における役割

現役世代は、身体的には健康であり、社会でも家庭内でも重要な役割を担うなど、どちらかというを支える側の立場として見られる傾向にある。

しかし、20～40代では、死因の第1位、第2位を「自殺」が占めており、40～50代の死因の第1位が悪性新生物になっている。2008（平成20）年から始まった特定健康診査、特定保健指導は、

主に40代、50代の生活習慣病予防を目的としている。また、昨今では、家族の介護を理由として、仕事を退職せざるを得ない者が増えていることも指摘されている。

そう考えると、現役世代は必ずしも健康的な世代とは言えず、さまざまな病気や悩みと共存しながら、社会や家庭で重責を担っている世代と言えるのでは

ないだろうか。

ここでは、はじめに現役世代の健康状態を確認し、次いで社会での役割や現役世代を取り巻く環境について概観した後、現役世代の健康を支援するさまざまな対策を確認する。

1) 現役世代の健康

(1) 健康状態、全般

患者調査（2014年）によると、入院の受療率（人口10万対）の平均は1,038である。5～14歳が最も低く92であり、年齢とともに上昇する。20～24歳は147であるが、60～64歳には1,064に上昇する。一方、外来の受療率の平均は5,696であり、15～19歳が最も低く1,937であるが、60～64歳には6,514と上昇する。確かに、50代にかけて入院、外来ともに受療率は上昇するものの、全世代の平均以下であり、相対的には健康的な世代と言える。

ただし、50代以降は、健康に不安を抱える者も多い。国民生活基礎調査（2013年）によれば、自

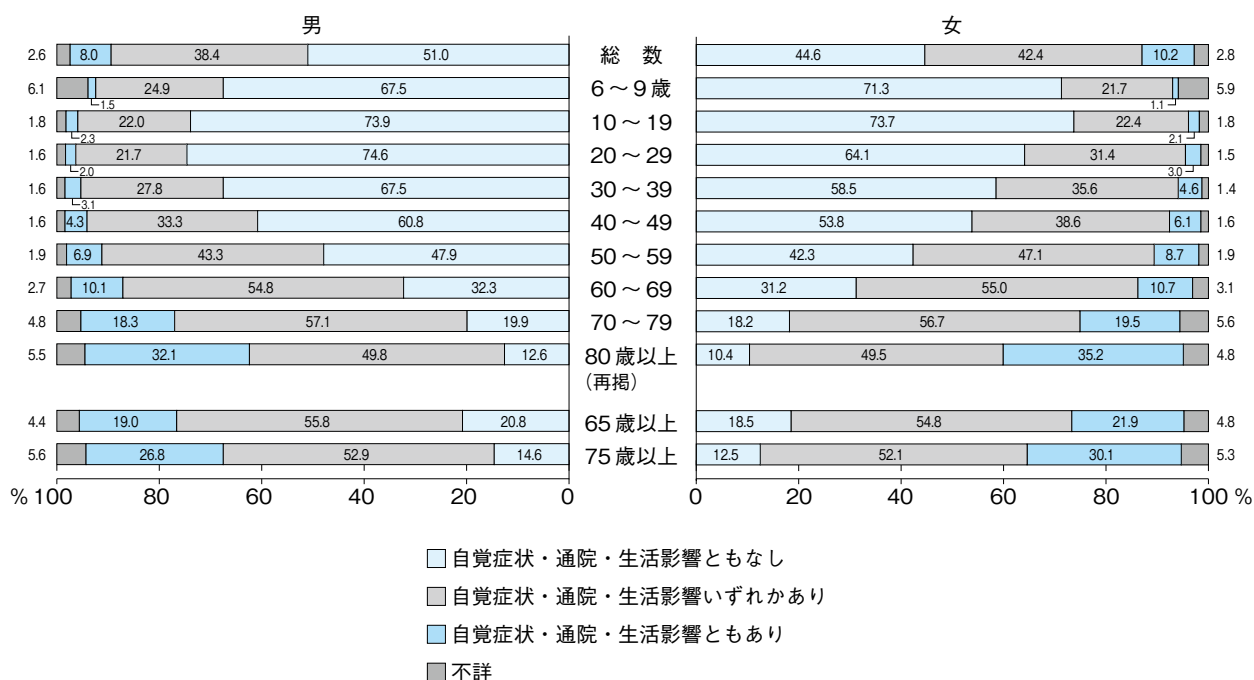
覚症状として「通院・生活影響ともなし」の割合が、50代で男性47.9%、女性42.3%と、男女とも50代を境に半分を下回る（図Ⅲ－1）。

また、性・年齢階級別に見た「悩みやストレスがある者」の割合をみると、30～50代の回答率が50%を超えており、他の世代が40%台であることを考えると、相対的に精神的にはストレスが多い世代とも言える（図Ⅲ－2）。

(2) がん

40～80代まで、死因の第1位は、悪性新生物であり、特に女性は30代から第1位を占めている（図Ⅲ－3）。罹患率を見てみると、男性と女性とでは、大きく特徴が異なることがわかる（図Ⅲ－4、図Ⅲ－5）。男性では、40代以降、罹患率の上昇が見られるが、40代、50代で多いのは、大腸がん、胃がん、肺がんであり、60代以降は前立腺がんが増加してくる。一方、女性は、20～30代にかけて子宮がんが最も多く、40～60代までは乳がんが最も多くなり、70代以降では、大腸がんや胃がん、肺がんが多くなる。

性・年齢階級別にみた健康状態の構成割合（6歳以上）



図Ⅲ－1 性・年齢階級別にみた健康状態の割合

平成25年 国民生活基礎調査に基づき作成（厚生労働省）

性・年齢階級別にみた悩みやストレスがある者の割合
(12歳以上)

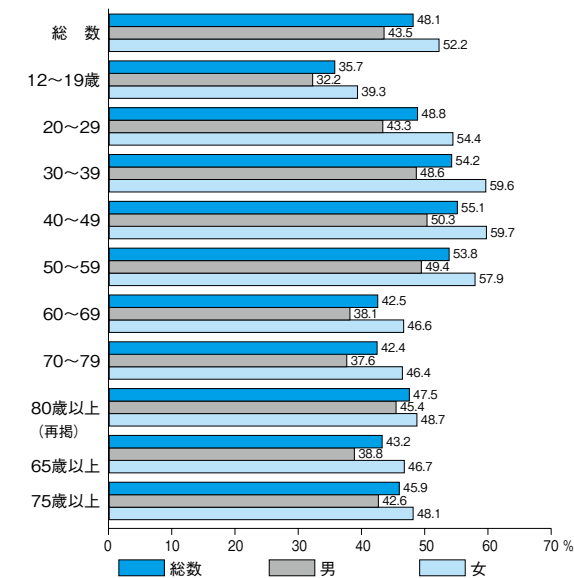


図 III - 2 性・年齢階級別にみた悩みやストレスがある者の割合
平成 25 年 国民生活基礎調査に基づき作成 (厚生労働省)

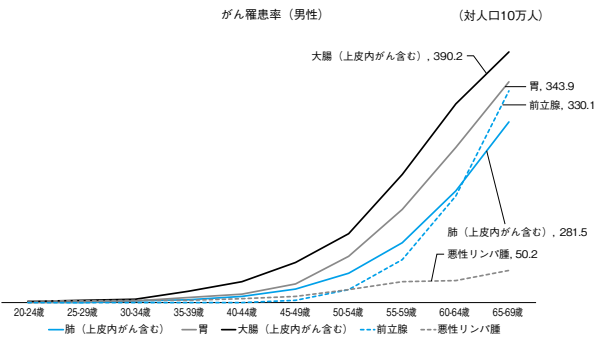


図 III - 4 年齢階級別部位別がん罹患率 (男)
地域がん登録全国推計によるがん罹患データ (2012 年) に基づき作成 (国立がん研究センター)

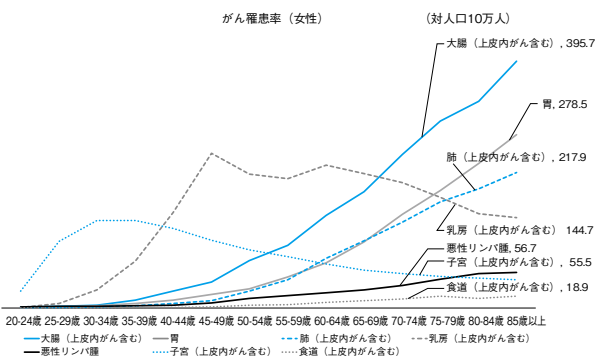


図 III - 5 年齢階級別部位別がん罹患率 (女)
地域がん登録全国推計によるがん罹患データ (2012 年) に基づき作成 (国立がん研究センター)

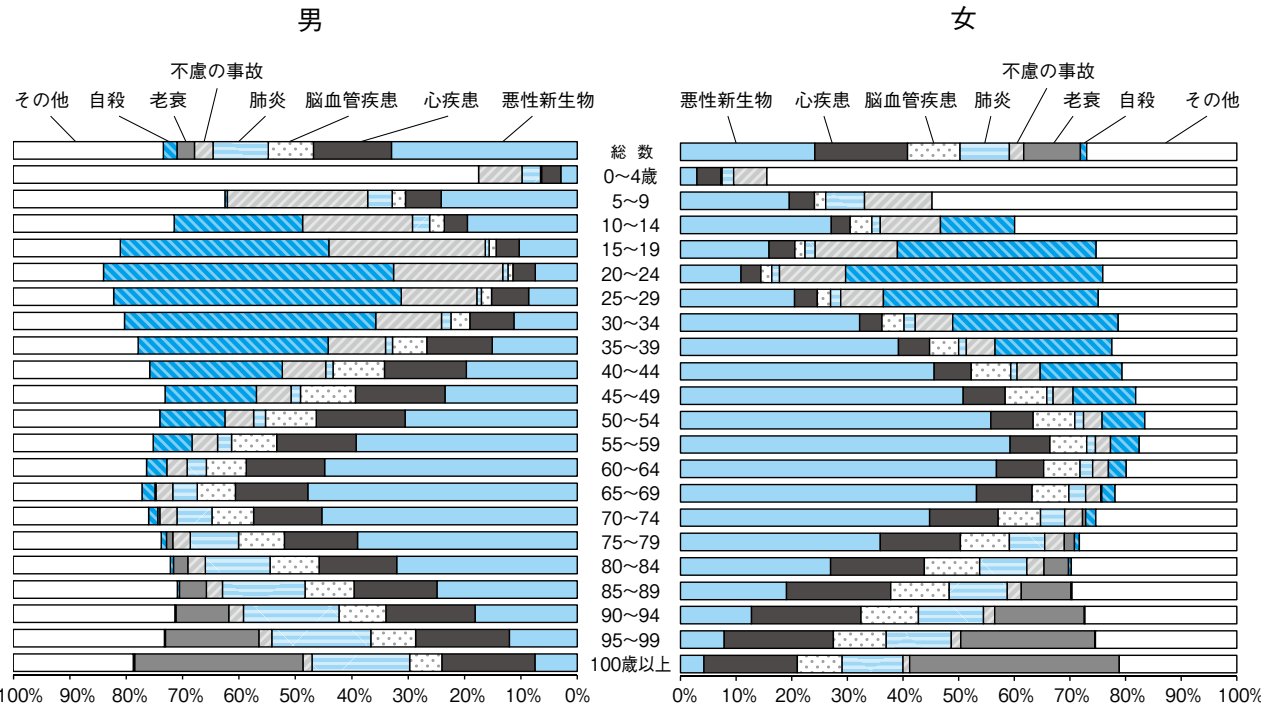


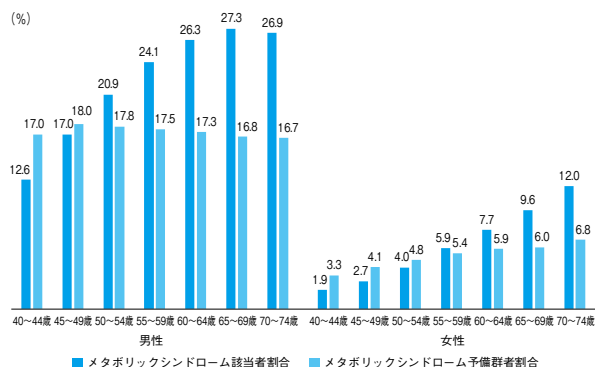
図 III - 3 年齢階級別死亡者数の構成割合

平成 27 年 人口動態統計月報に基づき作成 (厚生労働省)

(3) メタボリックシンドローム

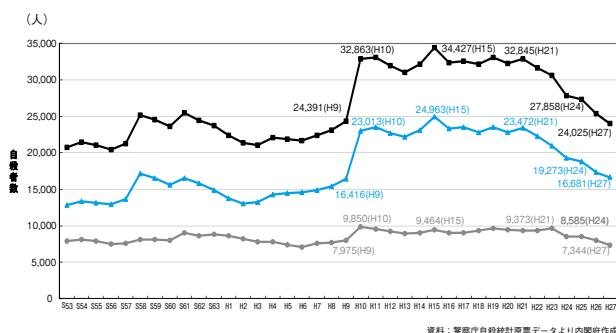
2008（平成20）年から40～74歳を対象に特定健康診査、特定保健指導が開始された。メタボリックシンドローム該当者は、腹囲に加え、血中脂質、血圧、血糖のうち、2つ以上が該当する者であり、メタボリックシンドローム予備群は、腹囲に加え、血中脂質、血圧、血糖のうち、1つが該当する者である。

2013（平成25）年度の結果を見ると、男性のほうが女性よりも該当者、予備群とも多い状況にある（図Ⅲ－6）。男性は、該当者が40代前半で12.6%だが、70代前半には26.9%に達するのに対し、女性は40代前半では、1.9%と少数であり、70代前半においても12.0%と、男性の値を大きく下回る。2008（平成20）年度からの推移をみると、メタボリックシンドローム該当者は、男性は20.5%（2008年）→21.0%（2013年）とわずかに上昇しているが、女性は7.1%（2008年）



図Ⅲ－6 年齢階級別メタボリックシンドローム該当者割合、予備群割合

平成25年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に基づき作成（厚生労働省）



図Ⅲ－7 自殺者数の推移

平成27年中における自殺の状況（参考図表）に基づき作成（内閣府）

→6.2%（2013年）と減少傾向にある。

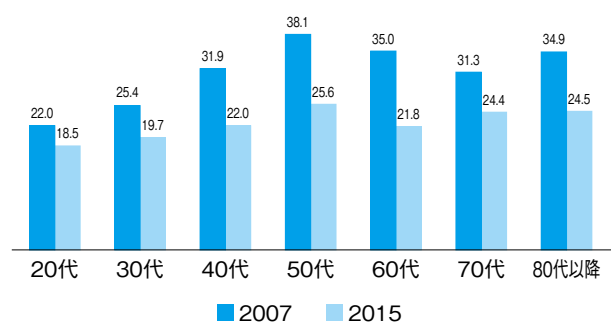
(4) 自殺

2015（平成27）年の自殺者は24,025人（男性16,681人、女性7,344人）であった。時系列でみると、1998（平成10）年に32,863人に急増し、その後、2009（平成21）年まで高止まりを続け、それ以後毎年少しずつ減少傾向にあり、特に男性の減少数が大きい（図Ⅲ－7）。

人口10万あたりの年間自殺者数である自殺死亡率を年齢階級別にみると、20～50代にかけて上昇し、60代で21.8に下がるものの、70代24.4、80代24.5と上昇する（図Ⅲ－8）。2007（平成19）年と比較すると、50代、60代の自殺死亡率が13%以上減少していることがわかる。

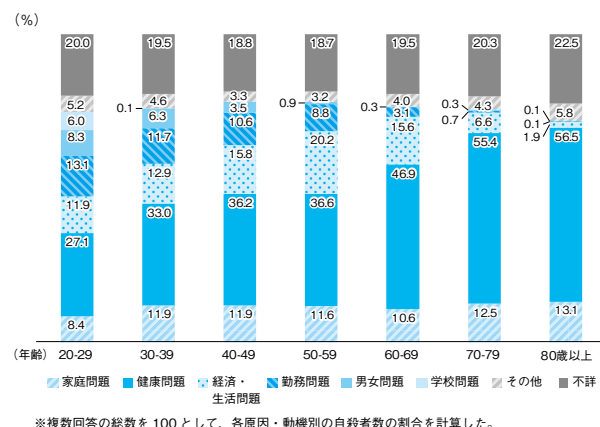
原因・動機別にみると、最も多い理由が「健康問題（12,920人）」で、次いで「経済・生活問題（4,122人）」、「家庭問題（3,644人）」と続く（図省略）。年齢階級別にみると、全ての年代において「健康問

（10万人当たり）



図Ⅲ－8 年齢階級別自殺死亡率の変化

自殺の統計 平成27年の状況（参考図表）に基づき作成（内閣府）

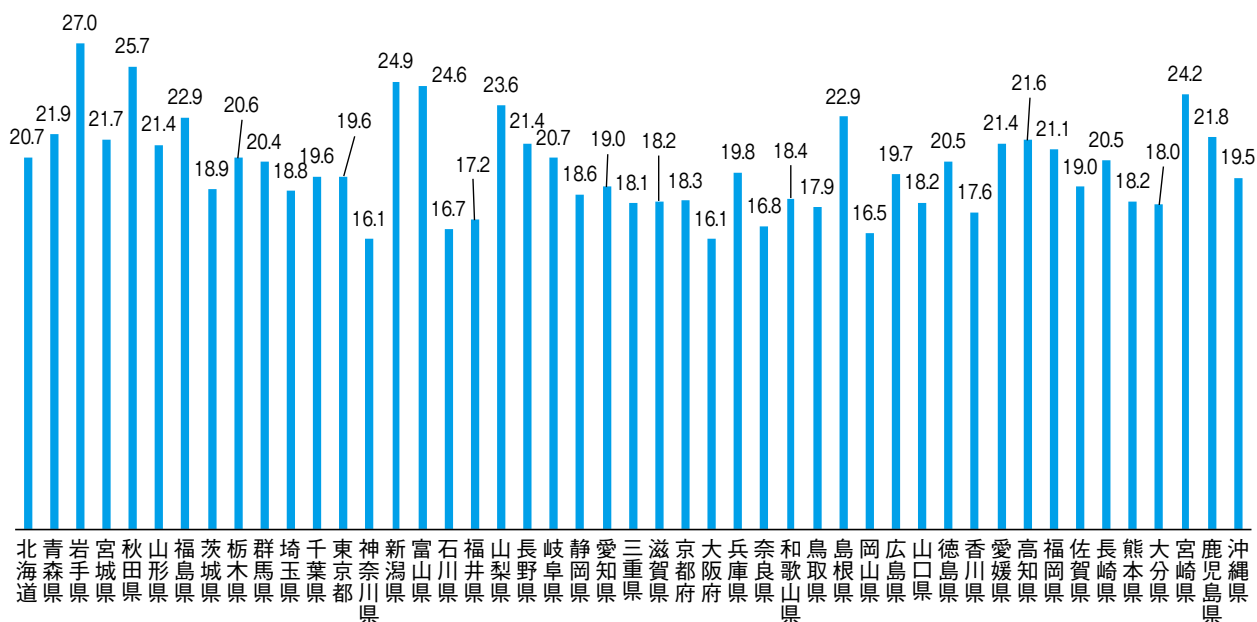


※複数回答の総数を100として、各原因・動機別の自殺者数の割合を計算した。

図Ⅲ－9 年齢階級別原因・動機の構成割合

平成26年の地域における自殺の基礎資料に基づき作成（内閣府）

(人口10万対)



図III-10 都道府県別自殺死亡率(住所地)

平成26年の地域における自殺の基礎資料に基づき作成(内閣府)

題」の割合が最も多い。20代では健康問題の割合が27.1%だが、80歳以上では56.5%と、年齢とともに健康問題の割合が増加する(図III-9)。20代、30代の特徴としては、勤務問題が12~13%、男女問題が6~8%を占めるのが特徴的である。

自殺死亡率を都道府県別で見ると、岩手県(27.0%)が最も多く、次いで秋田県(25.7%)、新潟県(24.9%)と続く(図III-10)。一方、低い都道府県は、神奈川県と大阪府(16.1%)であり、岡山県(16.5%)と続く。都道府県によって、大きく自殺死亡率が異なる。

2) 現役世代の社会での役割

現役世代が担っている役割を社会と家庭とに分けて考えてみる。社会においては、職業や業態に関わらず、社会のさまざまな産業を支える「労働者」としての役割がある。また、現役世代が納める税金や保険料を原資に、社会保障制度をはじめとするさまざまな公共サービスが提供されている。そういう意味では、「財政負担者」としての大きな役割がある。

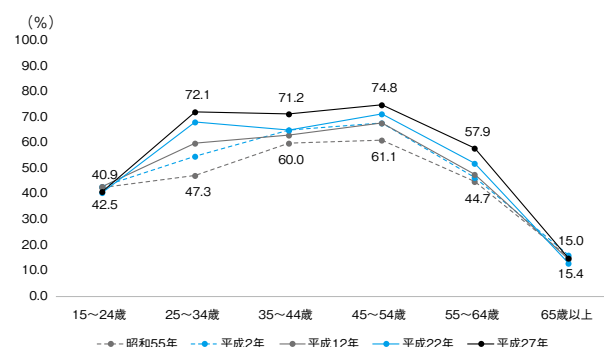
一方、家庭に目を向けてみれば、現役世代は家族を養い、子どもたちを養育するという、「養育者」としての役割がある。また、昨今では、要介護状態

になった両親の「介護者」としての役割も求められている。

それぞれの状況について概観する。

(1) 労働者としての役割

15~64歳の就業率の推移をみると、男性は約81%程度と10年以上安定している傾向にある一方で、女性の就業率が56.7%(2000年)から64.6%と上昇傾向にある(総務省労働力調査長期時系列データ)。特に25~34歳の就業率が59.8%(2000年)から72.1%と12.3%も上昇しており、いわゆるM字型カーブが緩やかになってきている(図III-11)。

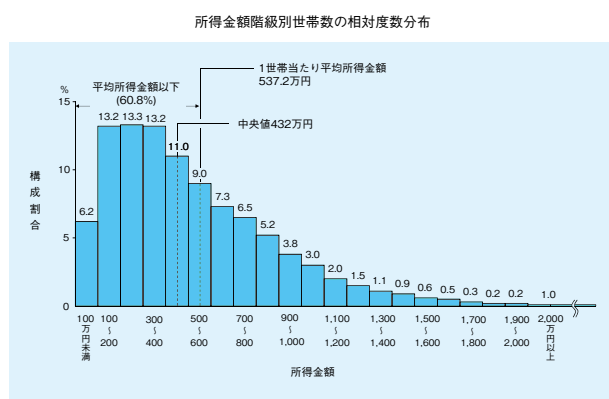


図III-11 女性の年齢階級別就業率

労働力調査長期時系列データに基づき作成(総務省)

その一方で、非正規雇用者比率は上昇傾向にある。2015（平成27）年現在、非正規雇用者率は、男性21.9%、女性56.3%であり、雇用環境の不安定化として指摘されることが多い。ちなみに、先のM字型労働の対象である25～34歳の非正規雇用者比率は、40.9%である（図省略）。

近年、指摘されることが多い経済格差はどのようになっているのだろうか。国民生活基礎調査2013（平成25）年では、世帯の平均所得金額は537万円であるが、中央値は432万円となっており、200万円未満の世帯が19.4%である一方で、1,000万円以上の世帯が11.3%であった（図Ⅲ－12）。



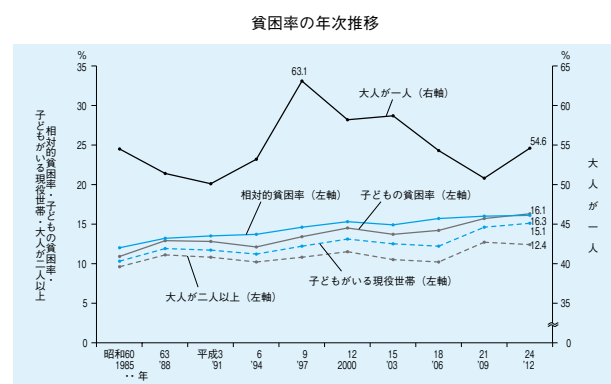
注：所得については、平成24年分である。

図Ⅲ－12 所得階級別世帯数の分布
平成25年 国民生活基礎調査に基づき作成（厚生労働省）

貯蓄金額で見ると、平均世帯貯蓄額は1,047万円だが、貯蓄がない世帯（16.0%）、50万円未満の世帯（4.9%）と、50万円未満の世帯が約20%ある。その一方で、貯蓄が2,000万円以上ある世帯も15.3%ある（図省略）。

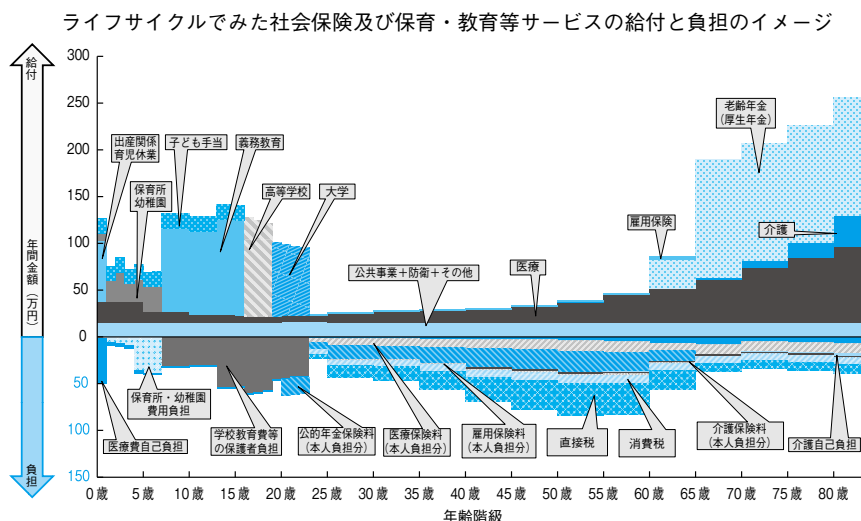
いわゆる経済格差を図る指標には、ジニ係数（一般的に収入の格差を示す指標で、値が大きいほど格差が大きいことを示す）や相対的貧困率（一人当たりの所得が小さい順番に世帯を並べ、中央値にあたる世帯の所得の半分に満たない世帯員の割合）が使われることが多い（図Ⅲ－13）。

2011（平成23）年の所得再分配調査によれば、



注：1. 貧困率は、OECDの作成基準に基づいて算出している。
2. 大人とは、18歳以上の者、子どもとは17歳以下の者をいい、現役世帯とは世帯主が18歳以上65歳未満の世帯をいう。
3. 等価可処分所得金額不詳の世帯員は除く。

図Ⅲ－13 相対的貧困率の推移
平成25年 国民生活基礎調査に基づき作成（厚生労働省）



（注）1. 平成21年度（データがない場合は可能な限り直近）の実績をベースに1人当たりの額を計算している。
ただし、「公共事業+防衛+その他」については、平成22年度予算ベース。
2. 直接税及び消費税は、国税及び地方税の合計である。
3. 負担という観点からは、将来世代の負担として、公債金（平成22年度予算ベースで約44兆円、国民1人当たり約35万円）がある点についても留意が必要である。

図Ⅲ－14 ライフサイクルでみた給付と負担の役割
平成22年 厚生労働白書に基づき作成（厚生労働省）

等価当初所得のジニ係数は0.4075（1999年）→0.4703（2011年）と上昇傾向にあるが、等価再分配所得は、0.3326（1999年）→0.3162（2011年）と、税や社会保障などによる再分配後のジニ係数は、わずかながら下降傾向にある。また、国民生活基礎調査2013（平成25）年によれば、相対的貧困率は1985（昭和60）年には12.0%であったものが2012（平成24）年には16.1%と上昇傾向にある。特に指摘されるのが、一人親世帯の貧困率で54.6%（2012年）であった。

収入や資産、あるいは雇用形態の格差は大きいものの、税や社会保障制度によって格差を縮めている部分の両側面がある。

(2) 財政負担者としての役割

図III-14は、ライフサイクルでみた社会保険及び保育・教育などサービスの給付と負担を表したものである。大学を卒業するまでは、医療や保育、教育に対して多額の給付を受けていることがわかる。また、65歳以上になると、主に年金や医療、介護といった社会保険サービスに対して多額の給付を受けるようになる。一方、25～60歳までは、少しずつ医療費の給付が増えるものの、社会保険料と税負担のほうが増えていることが伺える。現役世代が納めた社会保険料や税が、社会保障をはじめとする公共サービスの財政を支えていることがわかる。なお、これらの公共サービスの原資としては、現在生きている全世代の負担では間に合わず、赤字国債の発行を通じて、将来世代にも負担を強いていることに注意が必要である。

(3) ライフコースの多様化

女性の社会進出や高学歴化に伴って、個々人のライフコースは、ますます多様化する傾向を見せている。

戦後の1945（昭和20）～1980（昭和55）年代までは、誰もが結婚し、家庭を持ち、子どもを育てることが一般的であった。

しかし、生涯独身でいること、結婚しても子どもを持たないこと（持てないこと）、離婚や死別などによって一人親家庭になることは、増えている。

生涯未婚率（45～49歳と50～54歳の平均未

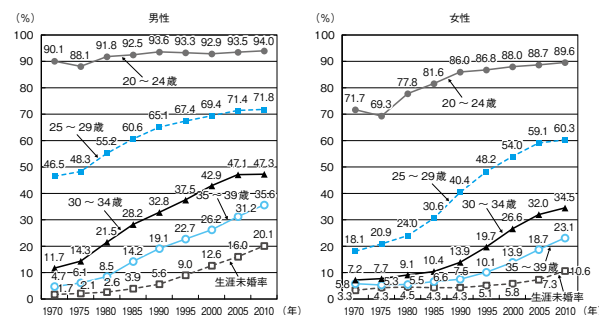
婚率）は、2010（平成20）年で男性20.1%、女性10.6%であり、2030（平成40）年には男性29.5%、女性22.5%に達すると推定されている（図III-15）。

1997（平成9）年を境に共働き家庭の世帯数が、専業主婦世帯数を上回って以降、その傾向は大きくなり、2015（平成27）年には、共働き世帯数が1,114万世帯、専業主婦世帯数が687万世帯と、共働き世帯が主流になっている（平成28年版男女共同参画白書）。

結婚持続期間が15～19年の夫婦では、平均1.96人子どもがいる（完結出生児と言う）。詳しく子どもの数を見ると、0人（6.4%）、1人（15.9%）、2人（56.2%）、3人以上（21.6%）である。一人っ子の家庭や0人の家庭も増加傾向にある（表III-1）。

また、子どもがいても離婚や死別などを原因として、一人親家庭が増加しており、母子家庭が123.8万世帯、父子家庭の数は22.3万世帯で、合計146.1万世帯に達する（2011（平成23）年度全国母子世帯等調査）。

このように、現代では、一人ひとりのライフコースが多様化し、今後もこの傾向が持続すると見込ま



資料：年齢別未婚率については総務省統計局「国勢調査」、生涯未婚率については国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」
 (注) 1. 1970年は沖縄県を含まない。
 2. 生涯未婚率は、50歳時の未婚率であり、45～49歳と50～54歳未婚率の単純平均により算出。

図III-15 年齢階級別未婚率及び生涯未婚率の推移
平成27年 厚生労働白書に基づき作成(厚生労働省)

表III-1 調査別にみた、出生子ども数分布の推移
(結婚持続期間15～19年)

調査 (調査年次)	総数 (集計母体数)	0人	1人	2人	3人	4人以上	完結出生児数 (±標準偏差)
第7回調査(1977年)	100.0% (1,427)	3.0%	11.0	57.0	23.8	5.1	2,119人 (±0.023)
第8回調査(1982年)	100.0 (1,429)	3.1	9.1	55.4	27.4	5.0	2,23 (±0.022)
第9回調査(1987年)	100.0 (1,755)	2.7	9.6	57.8	25.9	3.9	2,19 (±0.019)
第10回調査(1992年)	100.0 (1,849)	3.1	9.3	56.4	26.5	4.8	2,21 (±0.019)
第11回調査(1997年)	100.0 (1,334)	3.7	9.8	53.6	27.9	5.0	2,21 (±0.023)
第12回調査(2002年)	100.0 (1,257)	3.4	8.9	53.2	30.2	4.2	2,23 (±0.023)
第13回調査(2005年)	100.0 (1,078)	5.6	11.7	56.0	22.4	4.3	2,09 (±0.027)
第14回調査(2010年)	100.0 (1,385)	6.4	15.9	56.2	19.4	2.2	1.96 (±0.023)

第14回結婚と出産に関する全国調査（2010年）に基づき作成(国立社会保障・人口問題研究所)

れることから、家族形態も多様化することが見込まれる。

(4) 養育者としての役割

ライフコースが多様化したとは言え、家庭内での現役世代の主たる役割は、子どもを育てる養育者である。確かに、生涯未婚率は上昇傾向にあるが、男性の約8割、女性の約9割は結婚し、子どもを持っている家庭の割合は、婚姻継続期間が15～19年の夫婦では約95%に達する。減少傾向にはあるものの、依然として、現役世代の家庭における養育者としての役割は大きい。

(5) 同居者、介護者としての役割

一方で、増加しているのが、同居者、介護者としての役割である。30～34歳の者の未婚割合は、男性35.4%、女性23.1%であり（2010（平成22）年国勢調査）、30～34歳の未婚者の同居率は、男性74.4%、女性80.3%と年々上昇傾向にある。1982（昭和57）年の調査では、男性67.3%、女

性64.8%であった（第14回2010（平成22）年結婚と出産に関する全国調査）（表Ⅲ－2）。

同じように、家族の介護や看護を行っている人や、そのために離職する者も多い。2012（平成24）年就業構造基本調査によると、介護をしている者は557万4千人おり、介護をしている者のうち65歳以上の割合は約5割を占める。40歳未満の介護をしている者も、50.6万人（男性は約20万人、女性は30.6万人）であった。離職者に関しては、2007（平成19）年10月～2012（平成24）年9月までに、介護・看護のために前職を離職した者は48.7万人で、過去1年以内に離職した者は、10.1万人であった（表Ⅲ－3）。家族の介護や看護をしている者の多くは、40代以上であるが、40代未満の者も約50万人おり、「若者介護」という言葉で知られるとおり、若者のその後のキャリア形成や就労に大きな影響を与えている。

表Ⅲ－3 男女、現在の就業状態、前職の離職時期別介護・看護により前職を離職した15歳以上人口－平成14年～24年

前職の離職時期	男女	現在の就業状態	平成19年10月～24年9月						平成14年10月～19年9月	平成9年10月～14年9月
			総数	平成23年10月～24年9月	平成22年10月～23年9月	平成21年10月～22年9月	平成20年10月～21年9月	平成19年10月～20年9月		
介護・看護により前職を離職した者	男	総数	486.9	101.1	84.2	98.6	81.9	86.5	567.7	524.4
		有業者	123.2	17.8	21.5	23.9	24.8	27.1	163.5	143.5
	女	総数	363.7	83.3	62.7	74.6	57.1	61.4	404.2	381.0
		有業者	97.9	19.9	18.4	20.9	16.1	17.1	100.9	77.8
介護・看護により前職を離職した者	男	有業者	27.6	3.4	5.1	5.1	6.4	6.5	36.5	27.1
		無業者	70.3	16.5	13.3	15.8	9.7	10.6	64.4	50.7
	女	有業者	389.0	81.2	65.9	77.7	65.7	71.5	466.8	446.7
		無業者	293.4	66.8	49.5	58.8	47.4	50.9	339.8	330.3

平成24年就業構造基本調査に基づき作成（総務省統計局）

表Ⅲ－2 性・年齢別にみた、親と同居する未婚者の割合

【男 性】								
年 齢	第8回調査 (1982年)	第9回 (1987年)	第10回 (1992年)	第11回 (1997年)	第12回 (2002年)	第13回 (2005年)	第14回 (2010年)	
18～19歳	71.7%	75.2	65.6	66.0	59.8	70.1	72.9	
20～24歳	68.2	68.5	59.7	66.7	72.4	72.0	66.4	
25～29歳	71.5	69.9	63.5	64.3	70.3	69.0	69.0	
30～34歳	67.3	71.4	68.0	63.9	72.4	69.9	74.4	
総数(18～34歳)	69.6	70.4	62.8	65.5	69.5	70.3	69.7	
参考(35～39歳)	—	—	63.5	64.1	73.4	68.7	71.1	

【女 性】								
年 齢	第8回調査 (1982年)	第9回 (1987年)	第10回 (1992年)	第11回 (1997年)	第12回 (2002年)	第13回 (2005年)	第14回 (2010年)	
18～19歳	83.7%	80.1	73.2	70.5	71.6	65.1	71.5	
20～24歳	84.7	77.6	78.2	73.8	77.0	76.5	77.3	
25～29歳	79.4	78.9	80.0	79.4	78.5	81.8	78.2	
30～34歳	64.8	70.0	69.2	72.1	76.1	79.3	80.3	
総数(18～34歳)	82.0	78.0	76.7	74.5	76.4	76.4	77.2	
参考(35～39歳)	—	—	65.2	69.1	74.4	70.2	74.0	

注：対象は18～34歳の未婚者。父母のどちらかと同居していれば「同居」とした。

第14回結婚と出産に関する全国調査（2010年）に基づき作成（国立社会保障・人口問題研究所）



執筆者：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）



「健診」と「検診」

医療機関を受診する動機のひとつに「ケンシンで引っかかったから」というのがある。実は、ケンシンには「健診」と「検診」の2種類がある。医療関係者でもこの2つを混同して使用している（意味を適切に把握できていない）者が多い。両者は意味がまったく異なる。

そもそも健診は「健康診断」を略したものである。文字通り「健康かどうかを診断する」のが健診であり、英語ではHealth checkupである。毎年実施される学校健診や職場健診を想起すると理解しやすいと思うが、身長・体重をはじめ、視力や聴力、場合によっては血液データのチェックなど、全身の健康状態を総合的に評価するのが健診である。

一方で検診は、特定の病気を見つける目的で実施される。英語ではExaminationである。たとえば、がん検診、歯周病検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウィルス検診、結核検診などが挙げられる。がん検診は、子宮癌、乳癌、胃癌、大腸癌、肺癌など、がんの種類によって検診の内容がまったく異なっている（64ページのコラム参照）。検診の主要な目的は、病気の早期発見・早期治療である。実際に、がん検診で見つかった早期がんは治療成績が良いことが知られている。

ちなみに「人間ドック」は、一般的には「健診」に分類される。しかし近年では、各種がん検診がセットで受けられる「おまとめプラン」のような人間ドックも多くの健診機関で実施されている。



執筆者：阿江 竜介（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）





健診にもいろいろある

サラリーマンやパートでどこかの事業所に雇用されている人であれば、毎年決まったシーズンに健診を受けているはずである。しかし、健診にもいろいろあって、実は「健診を受ける」という法的根拠が数種類ある。本コラムでは、労働者だけでなく、妊婦や子どもに至るまでの「健診」について解説する。

1. 妊産婦の健診／乳幼児の健診

これらはともに「母子保健法」で定められている。実施主体は市町村であり、対象者は無料で健診が受けられる。市町村によって違いはあるが、「妊産婦健診」については母子健康手帳を交付するときに無料受診のクーポン券が渡される仕組みになっている。一方で「乳幼児健診」については、子どもが受診年齢になる直前に市町村からクーポン券（受診票）が送られてくる。乳幼児健診は、乳児健診（前・後期の2回）、1歳6ヶ月児健診、3歳児健診の計4回実施される。すべて無料である。

2. 就学時の健診／学校での健診

これらは「学校保健安全法」に基づいて実施されている。「就学時健診」の実施主体は市町村の教育委員会であり、小学校入学前に実施される。この健診の後に、保護者の意見や専門家の評価を考慮したうえで児童の就学先（小学校か特別支援学校か）を教育委員会が決定する。小学校、中学校、高等学校、大学では、それぞれ「学校健診」が義務づけられており、すべての生徒に対して毎年無料で健診が実施される。なお、学校の職員を対象とした「職員健診」も学校保健安全法で定められている。

3. 就労者の職場での健診

これは「労働安全衛生法」に基づいて実施されている。職場健診の実施主体は事業主である。したがって、従業員にとっては無料で健診が受けられる。職場健診には2種類ある。ひとつは労働者全員に対して毎年定期的に行われる「一般健診」である。もうひとつは、たとえば有機溶剤を扱う作業や粉じん作業など、有害業務に従事する者に対して実施される「特殊健診」である。特殊健診は半年ごとの実施が義務づけられており、有害業務従事者の健康状態が入念にチェックされている。ちなみに、就労者の中には職場健診の代わりに（あるいは同時に）個人の希望で「人間ドック」を受診する者がいるが、この場合は自費扱いとなる。

4. 特定健診

2008（平成20）年から新規に導入された健診であり、正式名称は「特定健康診査」である。「高齢者医療確保法」に基づいて実施されている。実施主体は「医療保険者（健康保険組合と市町村など）」であり、対象者は40～74歳の被保険者および被扶養者である。要するに、「40～74歳で保険証を持っている者」がこの健診の対象者であり、無料で受けられる。

特定健診は他の健診とは異なって、ペナルティのような制度が付与されている。すなわち、特定健診で「メタボリック症候群」と診断された場合、「特定保健指導」という個人指導を受けなければならない仕組みになっている。ただ、この指導には法的な強制力が存在するわけではない。したがって、実際には特定保健指導を受けない者もいる。保健関係者の間では、特定保健指導の受診率の上昇や指導効果の評価など、現在でも多くの課題を抱えている。

5. 個人事業主（自営業）の健診

40歳以上の被保険者（＝保険証を保有している者）であれば前項の「特定健康診査」の受診対象者となり、無料で健診が受けられる。しかし、39歳未満の場合はこれに該当せず、無料で健診を受けられない。この問題に関しては、現在でも法的な仕組みが確立されていない。生活習慣病の予防啓発は10～20歳代の若い段階から行うべきであり、この時期の健診は重要と思われる。しかし、39歳以下の自営業者は、自費で人間ドックなどを受診しない限り、健診を受ける機会がほとんどない。この点は健診制度の今後の課題と思われる。



執筆者：阿江 竜介（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）

2 がん患者と就労

1) 現役世代のがん患者の実態

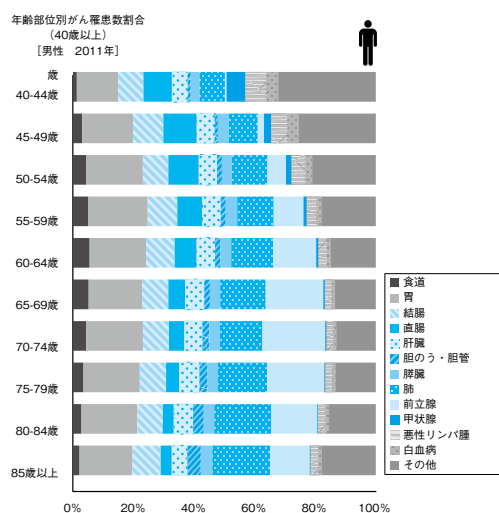
がんは現役世代の死因の第一位であるが、がんが発生する臓器によってさまざまな特徴がある。ここでは、主な部位別のがんの特徴と、がんのリスク要因を見ている。

がん部位別罹患の年齢による変化（図Ⅲ－16）を見ると、現役世代の男性では、消化器系のがん（胃、大腸）と肺がんの割合が多い。年齢が高くなるにつ

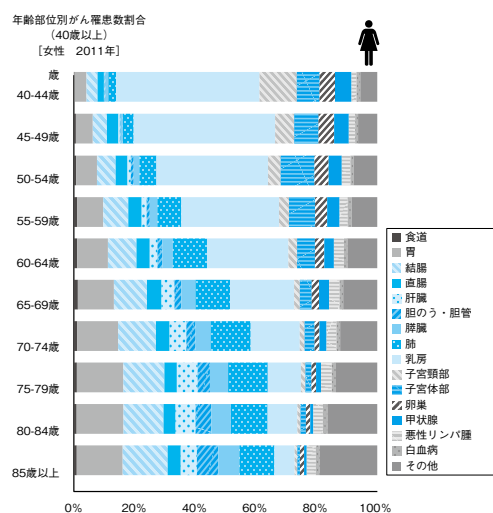
れて、前立腺がんの割合が増加する。現役世代の女性では、乳がん、子宮頸がん、子宮体がんといった女性特有のがんにかかる割合が圧倒的に多い。

がん部位別死亡の年齢による変化（図Ⅲ－17）を見ると、現役世代の男性では、消化器系のがん（胃、大腸）と肺がんで死亡する割合が多い。年齢層による変化は小さい。女性では、乳がん、子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんといった女性特有のがんで死亡する割合が多い（図Ⅲ－17）。

がんはその発生する部位によって、診断・治療・予後に固有の困難さがある。治療の困難さを推し量る指標のひとつに10年相対生存率がある。これは、

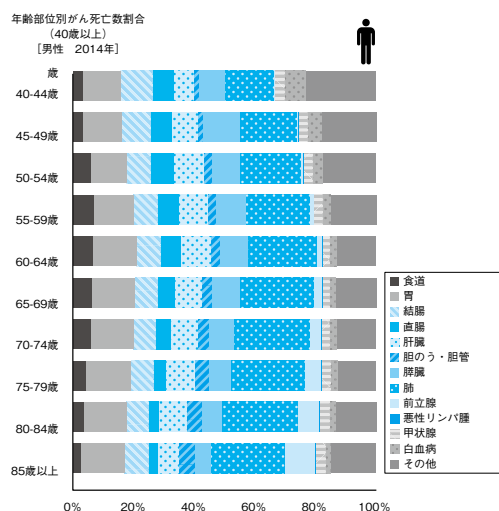


資料：国立がん研究センターがん対策情報センター

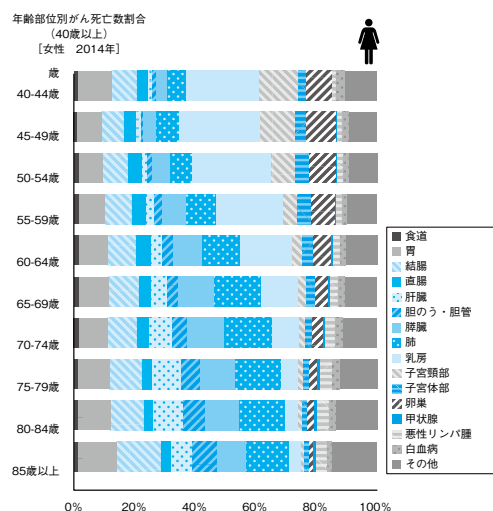


資料：国立がん研究センターがん対策情報センター

図Ⅲ－16 年齢部位別がん罹患数割合(40歳以上) [2011年]
がん情報サービス「がん登録・統計」に基づき作成(国立がん研究センター)



資料：国立がん研究センターがん対策情報センター



資料：国立がん研究センターがん対策情報センター

図Ⅲ－17 年齢部位別がん死亡数割合(40歳以上) [2011年]
がん情報サービス「がん登録・統計」に基づき作成(国立がん研究センター)

あるがんと診断された人のうち10年後に生存している人の割合が、日本人全体で10年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかという指標で、100%に近いほど完治が見込め、0%に近いほど治療が困難であることを示す。

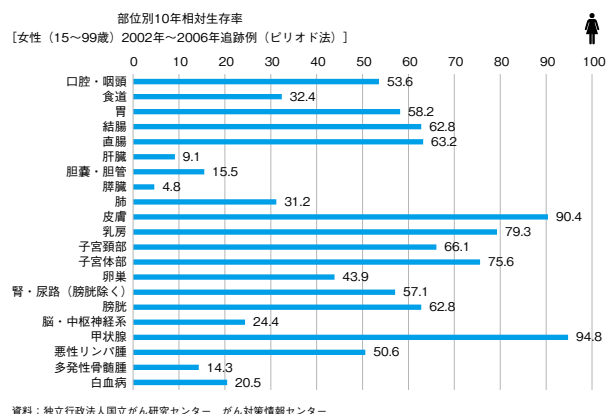
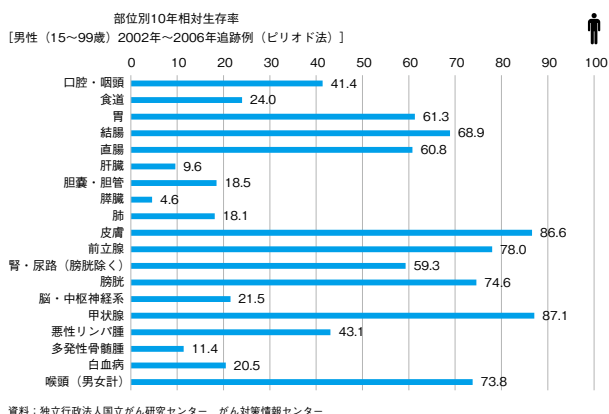
男性で多い消化器系のがんの10年相対生存率は、胃61.3%、結腸68.9%、直腸60.8%であった（図III-18）（Cancer Science, 2014）。こうした消化器系がんと比較して肺は18.1%で、肺がんは比較的治疗が困難ながんと言える。女性で多い女性特有のがんの10年相対生存率は、乳房79.3%、子宮頸部66.1%、子宮体部75.6%であった。

がんの危険因子の中では、喫煙とがんと強い関連が知られている。全国の成人喫煙率は男性32.2%、女性8.5%であった。男女とも、喫煙率は

1995（平成7）年以降ゆるやかに減少傾向だが、現役世代の喫煙率は他の年代と比較して高い（図III-19）。

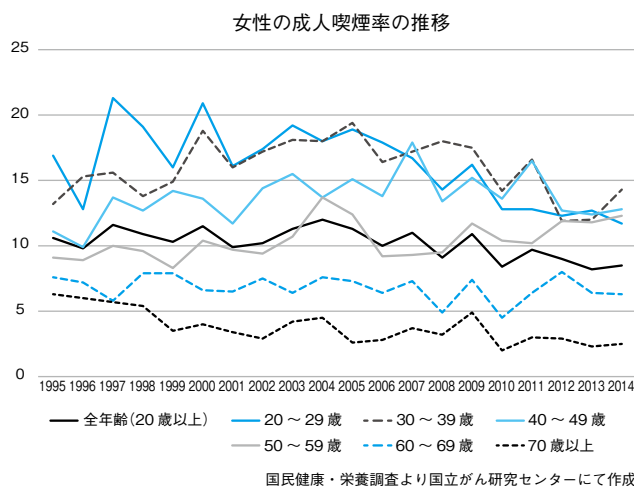
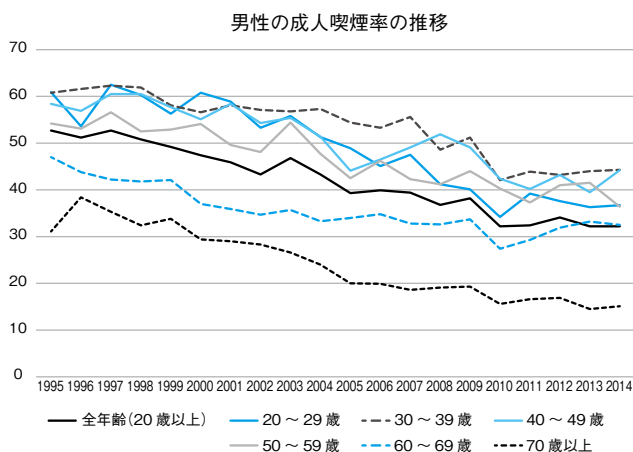
個人の生物学的な要因だけでなく、経済状況や地域社会の要因もまた、がんに関連する（健康の社会的決定要因 疾患・状態別「健康格差」レビュー）。学歴が低いほどがんによる死亡が多く（Preventive medicine, 2005）、収入が低いほどがん検診受診者数も少なく（Cancer science, 2006）、喫煙率が高く、運動習慣も少ない（Public Health, 2005）。また患者の居住する地域の社会経済状況が低いほど、その地域のがんの死亡率や罹患率は高く、早期がんで診断される割合や5年生存率は低い（Cancer science, 2005）。

現役世代のがん患者の増加は、地域社会の基盤を



図III-18 部位別10年相対生存率[男性・女性(15～99歳)]

がん情報サービス 最新がん統計(国立がん研究センター)



図III-19 男性・女性の成人喫煙率の推移

がん情報サービス 最新がん統計(国立がん研究センター)

脆弱にし、地域社会の基盤が脆弱になるとがん患者の予後が悪化するという悪循環が生まれる素因になる。

2) 現役世代ががんと診断されることの影響

がんは、異常な細胞が過剰に増殖し、正常組織の構造を破壊し、その組織の機能を低下させる。さらに、さまざまな経路で、当初発生した部位とは離れた臓器に転移し、転移した先でもその組織の構造と機能を破壊する。

加えてがんの異常な増殖のために身体のエネルギーが過剰に消費される。そのため倦怠感、食思不振、発熱、体重減少といった全身症状を引き起こす。

さらには、がん治療そのものの副作用として、悪心、脱毛、皮膚炎といった症状が起こりうる。

こうした身体症状を緩和する治療薬や、そうした治療薬の使い方そのものの進歩によって、身体症状はかなりコントロールされるようになってきた。しかしながら、すべての身体症状が防げるわけではない。

一方で、がん患者の多くは、初期には自覚症状はないことがある。何の自覚症状もなく、検査結果だけからがんと診断された場合、大きなショックを受けかねない。がん患者のおよそ30～40%に何らかの精神医学的な問題が認められるという（JAMA, 1983）。また、そうした抑うつ状態は見落とされがちである（Journal of Clinical Oncology, 1998）。

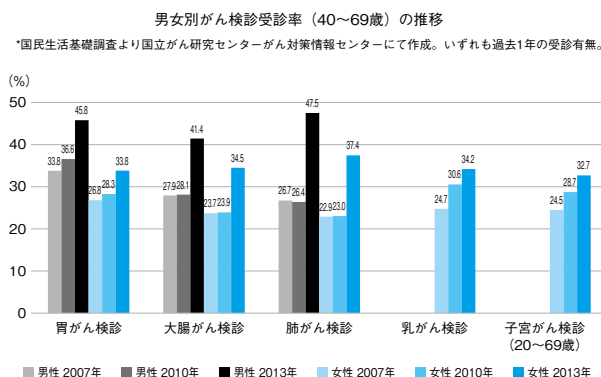
前項において、現役世代が担う社会のさまざまな役割として、労働者、財政負担者、養育者、介護者としての役割を挙げた。こうした役割を持つ現役世代が、さらに「がん患者としての役割」を担ったときの影響を見てみる。

がん検診の普及で検診受診率は増加しているが、乳がん検診34.2%、子宮がん検診32.7%で、対象者の3人に1人しか受診できていない。男性と比較して、女性の検診受診率はまだ低い（図III-20）。前項において、雇用が女性にとって不安定であることを示した。がん患者のうち体力の低下や勤務調整が困難などを理由に、がん罹患した勤労者の30%が依願退職し、4%が解雇されている（厚生労働科学研究費補助金、厚生労働省がん研究助成金「が

んの社会学」に関する合同研究班、主任研究者 山口健（平成16年）。社会経済的弱者ほど、適切ながん治療を受けていないと海外では報告されている（Cancer, 2008）。不安定雇用と低い検診受診率とが関連している可能性がある。

現役世代は、未成年の子どもを養育していることが多い。それぞれの親の世代の介護を担っていることもある。こうした世帯では、がん治療と家事・子育て、さらに介護との両立を図る必要に迫られる。

このように現役世代ががんと診断されることは、診断された患者自身だけでなく、その患者が担う役割に応じて多方面に影響が及ぶ。そうした影響に気兼ねして、受診抑制につながりかねない。労働者であれば早期離職ないし解雇によって、社会経済的にも困窮となる状況が生まれている。もはや個人の課題ではなく、社会全体で支え合う必要がある。



図III-20 男女別がん検診受診率（40～69歳）の推移
がん情報サービス「がん登録・統計」（国立がん研究センター）

3) がん対策の経過と実態

日本のがん対策は、健康施策として国を挙げて組織的に取り組まれてきた（図III-21）。まず、1984（昭和59）年に「対がん10か年総合戦略」が策定された。

その10年後の1994（平成6）年に「がん克服新10か年戦略」が策定された。がんは遺伝子の異常によって起こる病気であるという概念が確立し、がん遺伝子研究、早期発見、標準的治療法の確立に貢献した。

さらに10年後の2004（平成16）年に「第3次対がん10か年総合戦略」が策定された。がん診療・

がん予防の取り組みに加えて、全国どこでも、質の高いがん医療を受けることができるよう均てん化を図ることが戦略目標に盛り込まれた。

2006（平成18）年に成立したがん対策基本法（図Ⅲ－22）に基づき、2007（平成19）年にがん対策を総合的・計画的に推進するための「がん対策推進基本計画」（図Ⅲ－23）が策定された。

その5年後、2012（平成24）年には新たな「がん対策推進基本計画」が策定された。基本計画では、2007（平成19）年度から10年でがんの年齢調整死亡率を20%減少させることを全体目標としている。

現行の基本計画において、重点的に取り組むべき課題として、

- 1 放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成
- 2 がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- 3 がん登録の推進
- 4 働く世代や小児がん対策の充実

が掲げられた。

とりわけ、働く世代や小児がん対策の充実が、この改訂で新たに盛り込まれた。働く世代への対策として、がんに対する相談支援と情報提供、がん患者の就労を含めた社会的問題が挙げられた。

この取り組みを加速させるために、2015（平成27）年に開催された「がんサミット」での議論をもとに「がん対策加速化プラン」が発表された。このプランの3つの柱は「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」である。がんとの共生のための具体策として、就労支援が挙げられている。

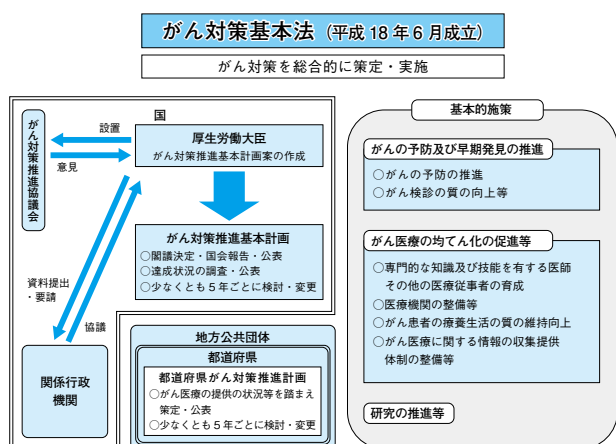
がん対策に関する世論調査2014（平成26年）では、現在の日本の社会は、がんの治療や検査のために2週間に一度程度病院に通う必要がある場合、働きつづけられる環境だと思うか聞いたところ、「そう思う」とする者の割合が28.9%（「そう思う」10.4%＋「どちらかといえばそう思う」18.5%）、「そう思わない」とする者の割合が65.7%（「どちらかといえばそう思わない」38.2%＋「そう思わない」27.5%）となっている。

仕事と治療の両立は困難と感じている人が過半数

政府におけるがん対策の主なあゆみ

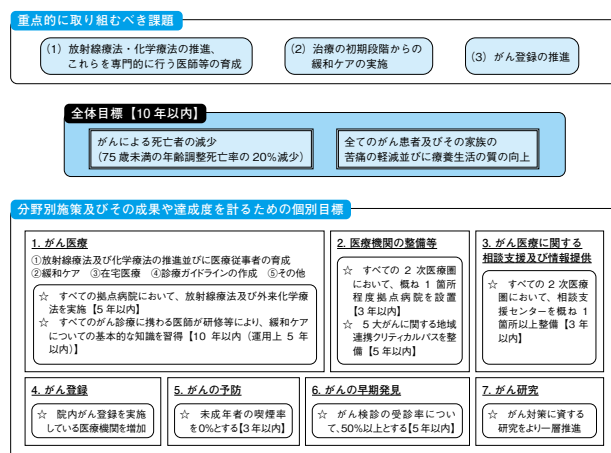
・昭和37年	国立がんセンター 設置
・昭和56年	悪性新生物が死亡原因の第1位となる
・昭和59年	対がん10ヵ年総合戦略（～平成5年）
・平成6年	がん克服新10ヵ年戦略（～平成15年）
・平成16年	第3次対がん10ヵ年総合戦略（～平成25年）
・平成17年5月	がん対策推進本部 設置（厚生労働省）
・平成18年4月	がん対策推進室 設置（厚生労働省健康局）
・平成18年6月	がん対策基本法 成立
・平成18年10月	がん対策情報センター開設
・平成19年4月	がん対策基本法 施行
	がん対策推進協議会 設置
・平成19年6月	がん対策推進基本計画 策定（閣議決定）

図Ⅲ－21 政府におけるがん対策のあゆみ
政策レポート がん対策について（厚生労働省）



図Ⅲ－22 がん対策基本法
政策レポート がん対策について（厚生労働省）

がん対策推進基本計画（平成19年6月閣議決定）



図Ⅲ－23 がん対策推進基本計画
政策レポート がん対策について（厚生労働省）

を占める。この割合は1年前の調査と比較して減少しているものの、依然女性ではその割合が高い。

その理由を見ると、「代わりに仕事をする人がいない、またはいても頼みにくいから」22.6%、「職場が休むことを許してくれるかどうかわからないから」22.2%、「休むと職場での評価が下がるから」8.8%、「休むと収入が減ってしまうから」13.1%、「がんの治療・検査と仕事の両立が体力的に困難だから」17.9%、「がんの治療・検査と仕事の両立が精神的に困難だから」13.2%となっている。

4) がん患者への支援の取り組み

がん診療の拠点となる病院群として、がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院および地域がん診療連携拠点病院）、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院について、都道府県知事の推薦する医療機関を厚生労働大臣が指定することになっている。こうした医療機関には、質の高いがん診療を行うだけでなく、地域の医療機関との連携が求められている。

さらに、相談支援を行う機能を有する部門、いわゆる相談支援センターを設置し、以下の業務が求められている（図III-24）。

がん相談支援センターは全国427のがん診療連携拠点病院などに設置された、いわゆる「がんの相談窓口」である。患者だけでなく、家族あるいは地域住民を対象に、がんに関する情報を提供し、がんの治療や療養生活全般の質問や相談に応じている。がん専門相談員としての研修を受けたスタッフが常駐し、病院によっては、相談の内容に応じて、専門医やがんに詳しい看護師（認定看護師、専門看護師）、薬剤師、栄養士などの専門家が対応できる連携体制

を整えているところもある。無料で相談できる。

「患者必携 あなたとあなたの家族のためのがん療養情報」は、国立がん研究センター・がん対策情報センターが作成したものを元に、地域の医療情報を加えて各都道府県が発行している。

よくある相談として、「医療費のことが心配」、「生活費のことが心配」、「自宅での療養生活が心配」、「がんについていろいろな情報を知りたい」、の項目ごとに、利用できる公的助成や支援制度、その窓口を示している。

がん相談支援センターは、設置されている医療機関を受診する患者だけでなく、他の医療機関を受診する患者や、広く地域住民に開かれている。こうした地域の連携を促進するために、各都道府県の医師会・看護協会・薬剤師会の協力のもと、がん診療連絡協議会が設置されている。

- (ア) がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供
 - (イ) 診療機能、入院・外来の待ち時間及び診療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び診療従事者に関する情報の収集、提供
 - (ウ) セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
 - (エ) がん患者の療養上の相談
 - (オ) 就労に関する相談（産業保健等の分野との効果的な連携による提供が望ましい。）
 - (カ) 地域の医療機関及び診療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供
 - (キ) アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談
 - (ク) HTLV-1 関連疾患である ATL に関する医療相談
 - (ケ) 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援
 - (コ) 相談支援センターの広報・周知活動
 - (サ) 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組
 - (シ) その他相談支援に関すること
- ※業務内容については相談支援センターと別部門で実施されることもあることから、その場合にはその旨を提示し必要な情報提供を行うこと。

図III-24 がん相談支援センターの業務

がん診療連携拠点病院等の整備について平成26年1月10日健発0110第7号（厚生労働省）



執筆：中村 剛史

（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）



がん検診

2014（平成26）年のデータに基づくと、男は4人に1人、女は6人に1人が悪性新生物（がん）で死亡する。がんは我々にとって非常に身近な病気になったという印象がある。

まず、「癌」と「がん（ガン）」は微妙に異なることを解説しておく。「癌」は、胃癌や大腸癌のように粘膜上皮から発生した悪性腫瘍のことを意味する。一方で「がん（ガン）」は、たとえば白血病や脳腫瘍などのように粘膜上皮から発生しない悪性腫瘍も含んだ「すべての悪性腫瘍の総称」である。「悪性新生物」とも表記される。

「がん検診」は「健康増進法」に定められており、実施主体は市町村である。市町村から対象住民にがん検診の案内が送付されるが、実際に受診するかどうかは対象者個人の希望に委ねられている。がん検診の受診に法的な強制力はない。したがって、最近の受診率は30%にも満たない。

がん検診には、がんの種類（臓器別）によって検診内容と対象年齢が異なっている。詳細は次の通りである。

種類	検診の内容	対象年齢	実施回数
胃癌	胃部X線検査	40歳以上	1年に1回
肺癌	胸部X線検査 喀痰検査（細胞診）	40歳以上	1年に1回
大腸癌	便潜血検査	40歳以上	1年に1回
乳癌	視診・触診 乳房X線検査	40歳以上	2年に1回
子宮癌	視診・内診 子宮頸部細胞診	20歳以上	2年に1回

がん検診の主要な目的は、がんの「早期発見と早期治療」である。したがって、がん検診の受診率の向上が喫緊の課題と言える。2006（平成18）年に定められた「がん対策基本法」では、がん検診の受診率＝50%以上を目下の計画目標としている。この法律では、がんの早期発見・早期治療（二次予防）だけでなく、成人の喫煙率の低下（12%以下）や受動喫煙の防止（一次予防）も目標として定めている。



執筆者：阿江 竜介（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）

3 がん相談支援センターの院内・院外連携と就労支援に関する調査結果

がんと診断されても可能な限り家庭や社会の役割を果たしたいという願いは、とりわけ現役世代にとっては切実である。現実的には、それをがん患者一人で解決することは困難である。こうしたがん患者を支援しようと、新しいがん対策推進基本計画では、がん患者の就労を含めた社会的支援への取り組みが掲げられた。

がん相談支援センターは全国全てのがん診療連携拠点病院に設置され、がん相談窓口の中心的役割を期待されている。

しかし、がん相談支援センターの役割や重要性について、がん患者の間にも、また医療関係者の間にも十分に知られていない。ましてや就労支援については取り組みが始まったばかりである。

そこで、私たちは独自に全国のがん相談支援センターの院内・院外連携と就労支援に関するアンケート調査を実施した。ここではそのアンケート調査結果から見てきた、がん相談支援センターの役割の向上、あるいは周知のため、院内・院外連携の取り組み、就労支援についての課題を紹介する。

さらに、なかでも特徴的な取り組みをしている2カ所の相談支援センターの事例を紹介する。

1) 結果の概要

アンケートは、全国のがん診療連携拠点病院に設置されている、がん相談支援センター427カ所に送付し、うち165カ所（回答率39.0%）から回答を得た。

なお、本調査は、個別情報への配慮を行い、あらかじめ倫理審査を受審したうえで実施した（自治医科大学 第臨大15-112号）。

回答したがん相談支援センターが設置されている病院の施設種別では、地域がん診療連携拠点病院が133カ所と最多であった。もともとこの種別の病院が多いことが影響している（表Ⅲ-4）。

相談支援センターがあまり知られていない現状に対して、患者やその家族ばかりでなく、院内医療関係者、院内職員、院外、地域における認知不足を挙げた回答があった。相談支援センターを広く知って

もらうための手段として、ほとんどの施設で広報誌の作成や配布、院内ポスターの掲示、ウェブサイトの開設を行っていた（表Ⅲ-5）。なかでも、特徴的な取り組みとしては、ポケットティッシュ配布、デジタル掲示板、セミナー・講演会、テレビ・ラジオ放送の利用があった。こうした広報ないし案内カードの配布場所として、相談支援センターへの設置が最も多かった（表Ⅲ-6）。相談業務開始が、院内スタッフ個人の気づきに依存していることが多く、十分支援が行き渡っていないのではないかという回答も寄せられた。

こうした懸念に対して、一定の条件のときには、積極的に相談支援センターでの相談を勧めるといった院内連携の取り決めがあると回答した施設が27%あった（表Ⅲ-7）。入院時に全患者に対して相談支援センターでの相談を勧めるといった回答が最多であった（表Ⅲ-8）。特徴的な回答には、抗

表Ⅲ-4 施設種別

がん診療連携拠点病院	22
地域がん診療連携拠点病院	133
特定がん診療連携拠点病院	1
地域がん診療病院	8
無回答	1

表Ⅲ-5 相談支援センターの院内広報活動の現状

相談支援センターの広報の作成・配布	130施設(79%)
相談支援センターの案内カードの配布	76施設(46%)
院内にポスターを掲示	127施設(77%)
ウェブサイトで広報	125施設(76%)

表Ⅲ-6 広報や案内カードを配布している施設についてその配布場所

	広 報	案内カード
初診や受付、会計等の窓口を設置	78施設(47%)	32施設(19%)
医師から必要に応じて手渡し	33施設(20%)	33施設(20%)
看護師から必要に応じて手渡し	62施設(38%)	44施設(27%)
相談支援センターに設置	116施設(70%)	62施設(38%)

表Ⅲ-7 相談支援センターへ相談することを勧めるような院内連携の取り決めの有無

あり	45施設(27%)
なし	111施設(67%)
無回答	9施設(5%)

がん治療開始時、がんサロン・教室参加時、入院予約時、長期入院時があった。

さらに患者から相談がなくとも、支援が必要な患者に対して積極的にアプローチするしくみをもつ施設が全体のおよそ半数みられた（表Ⅲ－9）。具体例としては定期的なカンファレンスに参加して情報収集している取り組みが最多であった（表Ⅲ－10）。特徴的な回答には、スクリーニングツールの利用、抗がん治療初回時、外来カンファレンス、病棟回診への同行があった。

次に就労支援については、準備中ないし取り組みなしという回答が多かったが、社会保険労務士やファイナンシャルプランナー、ハローワークといった専門職・機関による相談会を実施している施設があった（表Ⅲ－11）。他には、がん専門相談員や医療ソーシャルワーカーの対応、不必要に早期離職しないことへのアドバイスをしている施設もあった。

表Ⅲ－8 患者に相談支援センターを周知する時期

連携内容	全患者に対して	必要に応じて
初診に案内する	4施設(2%)	33施設(20%)
がん確定診断時に案内する	9施設(5%)	46施設(28%)
入院時に案内する	29施設(18%)	25施設(15%)
入院中に案内する	3施設(2%)	46施設(28%)
退院時に案内する	2施設(1%)	37施設(22%)

表Ⅲ－9 患者から相談がなくとも、相談支援が必要な患者に対してアプローチするしくみの有無

あり	66施設(40%)
なし	91施設(55%)
無回答	8施設(5%)

表Ⅲ－10 積極的にアプローチする取り組みの例

相談支援センターの職員が、病棟カンファレンスに定期的に参加する	52施設(32%)
高額な治療費が見込まれる場合、紹介される取り決めがある	31施設(19%)
生活保護受給者、受給予定の場合、紹介される取り決めがある	22施設(13%)
身寄りがいない場合、紹介される取り決めがある	32施設(19%)
退院後の生活に支障が予想される場合、紹介される取り決めがある	46施設(28%)
就労希望がある場合、紹介される取り決めがある	23施設(14%)
小児の場合、紹介される取り決めがある	6施設(4%)

表Ⅲ－11 就労支援の取り組み

ハローワークと連携して相談会を行っている	10施設(6%)
社会保険労務士、ファイナンシャルプランナーの相談会を行っている	36施設(22%)
就労支援に関する講演会を行っている	22施設(13%)
勤務先の人事担当者や産業医と連携するようにしている	17施設(10%)

た。一方で、就労支援のニーズがどの程度あるのかわからない、就労支援に関するノウハウがない、就労支援に対して苦手意識がある、就労支援相談会を開催したが参加者がいない、就労のことを相談できるという認識もない、といった課題が挙がった。まずは実際の運用として、自治体や病院の方針に従って対応しているという回答もあった。

2) 調査から見た課題

本調査の結果、がん相談支援センターの認知度が低いことが課題になっていた。それは対象となるがん患者だけでなく、院内職員・医療関係者ですら十分認知されていないととらえている相談支援センターがあった。

こうした認知度の低さは、院内連携にも影響し、相談支援を必要とする患者に十分アプローチできていないことを現場の職員は心配していた。

こうした課題に対して、入院や抗がん治療開始などのタイミングで、必ず相談支援センターと連携する事前の取り決めをするといった対策や、カンファレンスや回診などにふだんから相談員が参加して情報収集に努めるといった対策が取られている施設があった。

現状として、就労支援への取り組みにまでいたっていない施設が多かった。認知度の向上、連携の強化に加えて、相談員自身も情報の提供を求めていることが明らかになった。

3) がんと共生社会に向けて

ライフサイクルの中で最も多くの役割を担う現役世代が、がんと診断されることは肉体的にも精神的にも大きな負担となる。がん患者自身やその家族だけでは解決できないことも多い。病気を抱えながらも社会で共生していくために、支援を必要としている人がいる。加齢や疾病があっても、安心して生活し続けられる社会であることが望まれる。



執筆者：中村 剛史

(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)

【事例紹介】

聖路加国際病院 がん相談支援センター



会福祉士4名（専任）、事務員1名（専任）が働いている。

がん相談支援センターは、1階のメイン通路に面した場所に設置され、個室も同じフロアの相談・支援センターの中に用意されている。相談支援センターの入り口には、各種ポスターや冊子などが用意されている。

＜院内連携の状況と今後の課題＞

聖路加国際病院では、がん相談支援センターの院内の認知度は高く、ほとんどの医師や外来看護師は知っている。また、乳腺外科、腫瘍内科の外来では、相談支援センターの案内をしている。病棟カンファレンスにも相談支援センターの者が参加して意思疎通を図っている。相談者は、院内・院外それぞれほぼ半数ずつで、相談者はホームページを見て訪れることが多い。全国的に有名な病院ということもあり、受診患者は全国各地から来院している。退院調整や在宅復帰にあたっては、拠点病院のネットワークを生かして連携を図っている。

今後の課題としては、患者や家族に対する周知不足があるように思われる。患者から「必ず相談支援センターに行くようなシステムがあったほうがよい」という声もあり、初診時やがん診断時に相談支援センターに立ち寄ってもらうことを検討している。がん相談以外の業務もあることから、ソーシャルワーカーが不足している。

＜就労支援に関する取り組みと今後の課題＞

乳腺外科の山内英子先生が研究代表となった厚生労働科学研究「がんサバイバーシップ 治療と職業生活の両立に向けたがん拠点病院における介入モデルの検討と医療経済などを用いたアウトカム評価」が発端となり、就労リングを開催している。就労リングは、グループ療法の一つで、3回（1回60分）を1プログラムとして開催される。治療や就業規則、利用できる制度などの知識提供を行い、参加者同士の意見交換を通じて、患者自身の問題解決能力を高める。2014（平成26）年度の参加者は36名で、復職支援者は7人であった。概ね2か月に1度開催され、参加者は3～8名（医師や看護師の勧め、チラシを見て参加）、ファシリテーターは、看護師やソーシャルワーカー、社会保険労務士、ハローワーク、産業カウンセラーなどである。就労リングを立ち上げるにあたっては、院内関係者と外部の社労士やハローワークの方々との相互の知識・意見交換のための勉強会を開催した。就労リングのテキストは、がんサバイバーシップからダウンロード可能である（<http://survivorship.info/20130623.html>）。

聖路加国際病院では、就労リング以外にも、「Smile Ring」「Pink Ring」「Beauty Ring」など7つの患

者グループ療法としてのサバイバーシップが用意されている。

＜これから院内連携、就労支援を行うことを検討している施設へのアドバイス＞

診療科のカンファレンスに参加して顔見知りになることや、上司の理解を得ながら進めることが大切だと思う。また、院内向けの勉強会を開催し、意識を共有することも重要と思われる。

【事例紹介】

横浜市立みなと赤十字病院 がん相談支援センター

＜がん相談支援センターの概要＞

横浜市立みなと赤十字病院は、病床数634床（一般584床、精神50床）、36診療科を兼ね備えた、横浜南部保健医療圏の中核的な医療機関である。がん診療連携拠点病院の指定を受けており、2012（平成24）年度にがん相談支援センターを開設した。看護師5名（専任1名）、社会福祉士8名（専従・専任2名）、事務1名が勤務している（認定がん専門相談員1名、がん相談支援員基礎研修1と2を全員取得）。

相談支援センターは、正面玄関を入ってすぐの左奥に設置され、比較的広いスペースと4つの個室が確保されている。正面玄関付近と相談支援センター内に、各種ポスターや冊子等が展示されている。



＜院内連携状況と今後の課題＞

相談支援の担当者が週1回病棟カンファレンスに参加している。また、電子カルテには、相談支援センターの支援を依頼するアイコンも設置されている。さらに、入院時に高額医療費が見込まれる場合、退院後の生活に支障が予想される場合や就労支援が必要な場合に、相談支援センターに紹介する取り決めがある。

同病院では、「断らない救急」を掲げているため、さまざまな相談事例が持ち込まれる。最近では、困難な相談事例（独居高齢者、生活保護利用者、路上で倒れた方など）が増えており、行政との連携が不可欠になっている。必要に応じて、行政や警察に直接出向き、連携体制を構築するよう努力している。今後の課題としては、通院患者との接点を増やすことや、入院時などに必ずセンターに立ち寄ってもらうことも検討している。

＜就労支援に関する取り組みと今後の課題＞

乳腺外科と連携し就労支援の患者がいれば相談支援センターを案内してもらっているほか、院内職員の研修会の開催や、外部の社会保険労務士に依頼し講演会を開催している。2014（平成26）年

度には就労継続支援6名、復職支援1名を行っている。相談者は、主に医師からの紹介であり、一部外部の相談支援センターからの紹介もある。患者の状態や置かれた状況によって、支援策は異なるが、勤務先との話し合い方について助言したり、必要に応じてハローワークにも同行している。

就労支援については、相談経験が不足しており、頼れる人脈も少ないことが課題である。患者さんの置かれた状況や相談したい事柄はさまざまで、その時々に応じて必要な情報やどうしたらよいのかを考える必要がある。そういった場合に、適切な助言をくれるような専門家がいると非常に助かる。今は、一つひとつの相談事例を通じて培った経験から頼れる人脈を構築している段階である。

<これから院内連携、就労支援を行うことを検討している施設へのアドバイス>

相談支援の患者をフォローし、医師にフィードバックを返すことが重要である。依頼した患者のその後や、患者が相談支援に満足している様子が分かれば、医師や看護師も相談支援センターを頼りにして、次回も依頼してくれるようになる。断らない姿勢も、大切かもしれない。相談されたならば、簡単に断らず、できる限りのことをすることで、信頼関係が構築されて、次につながるのではないだろうか。



執筆者：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)

4 「現役世代の健康を支える地域の取り組み」のまとめ

現役世代は文字通り社会の現役の担い手である。一般的には、健康にも恵まれ、社会や家庭において、多くの役割を通じて支える側である。しかし、本章で見てきたように、「自殺」や「メタボリックシンドローム」「がん」などの状況を見ると、必ずしも健康状態が良い世代とはいえない。また、雇用環境の変化や、ライフコースの多様化によって、現役世代自身を支える社会経済基盤は以前より脆弱になっている。こうした脆弱な基盤に立つ現役世代が、現代の少子・超高齢社会を支えている。

そうした中で、現役世代が「がん」患者になることの影響は、がん患者個人だけではなく、地域社会のかけがえのない財産にも影響を及ぼす。

がん診療は検診や治療法の進歩だけでなく、患者の生活を支援することにも重点をおくようになった。がん診療やそれに伴う経済的負担の相談に加えて、働ける状態で働く意思のある人に対して就労支援まで行われるようになった。

全国のがん診療連携拠点病院に設置された「がん相談支援センター」は、生活支援の要である。本章で実施した全国調査からは、各がん相談支援センターが、がん患者にその存在を周知するために、さまざまな努力を院内、院外で行っていることが明らかになった。また、がん患者へ積極的にアプローチするための取り組みや、就労支援の取り組みも、少しずつ広がっていることもわかった。事例調査では、就労支援について力を入れている病院の取り組みを紹介した。

もちろん、がん相談支援センターはさまざまな課題を抱えている。院内・院外で認知度向上、連携強化に取り組み始めたところで、就労支援については多くの施設で課題を抱えていた。

本章では、見落とされることが多い、現役世代の健康状態や社会的役割について概観し、近年、対策が強化されている「がん」対策の状況についても触れた。

現役世代は、必ずしも健康状態が良くなく、その社会的役割の大きさを考えれば、現役世代を支える仕組みが、今後ますます重要になることを示すことができたのではないと思われる。特に、現役世代が「がん」を患うことの影響は、社会全体に大きな影響をもたらす。本章でも注目した「がん相談支援センター」は、ますますその役割が大きくなると思われる。



執筆者：中村 剛史

(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)

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)



白衣を着ない医者もいる

白衣を着て患者を診療する医師を「臨床医」と言う。だが、医学部を卒業した者が全員、臨床医になるわけではない。白衣を着ない医師もいる。

1. 産業医

大きな企業で働く社員の健康管理を専門としている医師がいる。彼ら・彼女らを「産業医」と言う。産業医は企業の一員である。白衣ではなく企業の制服を着用するのが一般的だ。従業員数が50名以上の企業はかならず産業医を選任しなければならない。これは法律で定められている（労働安全衛生法第13条）。作業現場環境の安全確保をはじめ、労災事故の予防、生活習慣病を含む疾病の予防、さらには社員の家族の健康支援に至るまで、産業医の仕事は多岐にわたる。最近では「ブラック企業」という言葉が流行しているが、企業がブラック化しないように監視することも産業医の大事な仕事のひとつである。

産業医は特殊な資格ではない。医師免許を有する医師であれば、特定の研修を受けることで誰でも産業医の資格を取得できる。そのため「二足のわらじ」を履いている医師も少なくない。たとえば筆者は、現在、ある企業の産業医と大学教員との二足のわらじを履いている。診療所や病院で働く臨床医がどこかの企業の産業医に専任されているケースも少なくない。もちろん産業医だけを生業として活躍している医師もいるが、むしろその方が少数派である。ちなみに、わが国には産業医を専門的に養成することを目的として設立された大学（産業医科大学）がある。

2. 衛生行政医

白衣を着ない医師にはもうひとつある。住民全体の健康管理を専門とし、医療福祉にまつわる政策や仕組みを考える医師である。これを「衛生行政医」と言う。衛生行政医は主に、厚生労働省や環境省、都道府県庁、地域の保健所などで働いている。衛生行政医は患者個人を診療するわけではない。国民あるいは地域住民をワンセットの「集団」として考え、その集団全体の健康を支援する。衛生行政医が担当する医療の分野を「公衆衛生学」と呼ぶ。たとえば、感染症の蔓延を予防するために集団に対して予防接種を行ったり、ガンなどの致命的な疾病を早期発見する目的で集団に対して検診を行ったりするのが公衆衛生学の視点である。

公衆衛生学を軸とする衛生行政医には少し気の毒な特徴がある。提供している医療サービスが、人々に「当たり前」と思われ過ぎていて、それゆえ人々からあまり感謝されないことである。たとえば、わが国では「水道の蛇口をひねれば水が飲める」のは当たり前と誰もが思っているだろう。だが、その背景では衛生行政医が責任を持ってその水質を常に管理し、安全・安心な（体に害のない）飲料水を提供している。要するに衛生行政医は、世の中の「黒子」として舞台裏で活躍している。だがもしも、このように「当たり前」と思われている公衆衛生サービスに（故意ではないのに）何らかの落ち度があれば、マスメディアを介して叩かれることがしばしばある。たとえば新興感染症が発生した場合、トラブルなく鎮静できれば問題はないが、逆に何らかの

悲劇的な結果を招いたとしたら、「行政は無能だ」とか「なぜあしなかったのか、こうしなかったのか」とか、後付け批判されるだろう。このように、衛生行政医にはちょっと悲しい特徴がある。

このことが主な原因ではないけれども、実は、衛生行政医は慢性的な人手不足に喘いでいる。臨床医と比較して所得が少ないことも要因のひとつかもしれない。衛生行政医は、我々の生活にとってきわめて大事な「黒子」の役割を担っており、多くの人々に「あって当たり前（と思われている）の幸せ」を提供している。だが一方で、衛生行政医は業界内ではあまり人気がない。衛生行政医の魅力をアピールし、担い手を増やすことが今後の課題と言える。



執筆者：阿江 竜介（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）





IV 支え合う力を活かして老いを生きる

第IV章の概要と紹介

本章のテーマは、支え合う力を生かして老いを生きる、である。

医学の進歩や生活水準の向上により、男女ともに平均余命が長くなっている。そのため、高齢者は年々増加しており、とくに、いわゆる団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）となる2010（平成22）年から2035（平成47）年にかけて、後期高齢者の人口は1,416万人から2,278万人と、1.6倍になるとも言われている。その一方で経済環境の悪化、価値観の多様化などが原因となり、婚姻率、合計特殊出生率は低い水準を示している。このため、現在の日本は少子高齢化社会が一層進んでおり、このような社会の現状に国、地域、家族や本人が、いかに向き合うかが重要な課題となっている。

しかし、高齢者に焦点を当てたとき、その中に

は心身ともに健康で仕事を続ける方もいれば、脳血管障害などの疾患が原因となり常時介護を必要とする方もおり、一括りに高齢者として捉えることはできない。そして、多様な心身・生活状況に対応するには、個人や家族の力だけでは限界があり、やはり地域として支える仕組みが必要である。

そこで、本章では、高齢社会に対応するべく、二次医療圏ごとの地域における医療機関の機能分化を促進するために、都道府県が策定する地域医療構想について解説する。次に、日常生活圏域を単位として、高齢者が住み慣れた地域で生活続けることができるために、市町村が主体となって構築する地域包括ケアシステムについて解説する。最後に、地域包括ケアシステムの主要な要素の一つである在宅医療について、実際に在宅医療を行っている医療者、看護師、利用者や家族の声を通じて、これからの在宅医療が果たす役割について考察を行い、「支え合う力を活かして老いを生きる」ための地域医療の役割について述べる。

1 地域医療構想について

2006（平成18）年の診療報酬改定において、患者7名につき常時1名の看護職員を配置する病床区分に対して、7対1入院基本料が新たに設定された。この7対1入院基本料を目的として、各地域で7対1入院基本料算定病床数が増加したために、急性期機能を有する医療機関や病床数は増加するものの、回復期以降を担う医療機関や病床数は少ないと

いうアンバランスな状況となった。高齢者の場合、急性期医療の提供だけではなく、その後の社会復帰に向けたリハビリテーションが重要であるため、現在の状況を改善し、今以上に回復期・慢性期を担う医療機関や病床数を整備することが求められている。

そこで、国は2014（平成26）年の通常国会で「医療介護総合確保推進法」を成立させ、実態に即した病床機能分化を促進させるため、2015（平成27）年4月より都道府県が地域医療構想を策定すること

とした。具体的には、団塊の世代（1947～49年生まれ）が75歳以上の後期高齢者になる2025（平成37）年に向けて、各都道府県が2025（平成37）年の医療需要と病床の必要量を各構想区域単位（原則、二次医療圏毎）で、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能毎に推計し、それに応じた医療機能の分化・連携を進めるための施設整備や医療従事者の確保・養成といった、2025（平成37）年以降の社会に対応した目指すべき医療提供体制を実現するための施策を定めることを指している。

また、医療機関も地域や自院の現状を踏まえて、高度急性期・急性期・回復期・慢性期のうち、いずれかの医療機能を病棟ごとに自主的に選択し、都道府県に報告を行うこととなっている。都道府県は、このような各医療機関からの報告も受けて、各関係者が参加する地域医療構想調整会議を医療圏毎に開催し、将来的な地域の医療介護ニーズに対応した医療提供体制の整備、地域医療構想の策定を行う。最終的には、現在の7対1、10対1入院基本料が設定されている急性期に該当する病床に偏っている現

状から、回復期や慢性期に該当する病床までバランスよく機能分化がなされた医療提供体制を目指している。

なお、地域医療構想は法律上、2018（平成30）年までに策定することとされているが、2018（平成30）年から施行される第7次医療計画を策定する際に、各医療圏毎の病床機能分化の取り組みを反映させる必要があるため、2016（平成28）年度中には全ての都道府県で地域医療構想が策定されることになっている。また、2018（平成30）年度からは第7次医療計画だけでなく、第7期介護保険事業計画も施行され、第7期介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の実情や特性に応じた地域包括ケアシステムの構築が進められていく。そのため、2025（平成37）年に向けた医療提供体制の構築は、都道府県による地域医療構想を踏まえた医療計画の策定による医療機能の分化と連携だけでなく、介護保険事業計画による地域包括ケアシステムの整備と一体的に推進していくことが重要である。

2 地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のことを意味している。その背景には、65歳以上人口割合が増加しており、なかでも75歳以上の後期高齢者の人口は団塊世代が後期高齢者になる2025（平成37）年に向けて急速に増加していること、それに伴い介護予防サービスや介護サービスの受給者の割合が増加しているが、介護が必要となっても施設入所ではなく自宅で可能な限り生活を過ごしたい、自宅で最期を迎えたいという希望に応えられるだけの医療介護体制が整備されていないことがある。

このような高齢社会の問題が顕在化するよりも早く、広島県御調町（現・尾道市）では1975（昭和

50）年代初めより退院後の患者が寝たきり状態になることを防ぐために、国保病院（現・公立みつぎ総合病院）が「出前医療」、今でいうところの在宅ケアを始めた。そして、病院に健康管理センターを併設、保健と福祉に関する行政部門を病院長の元で一元的に管理運営し、さらには介護施設や福祉施設等も病院に併設した体制を構築しており、現在の地域包括ケアシステムの原点と言われている。

そして、2011（平成23）年に行われた介護保険法の改正（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律）では、地域包括ケアシステムの構築に重点が置かれることとなり、医療と介護の連携の強化、介護人材の確保とサービスの質の向上、高齢者の住まいの整備などの取り組みの推進が示された。その後も第5期以降の介護保険事業計画などで地域包括ケアシステムの実現に向け

た取り組みが各市町村で行われており、各自治体における地域包括ケアシステム構築へ向けた取り組み事例のうち、先駆的な事例に関しては「地域包括ケアシステム」事例集成として厚生労働省のホームページから利用することが可能である。

この地域包括ケアシステムは、二次医療圏ごとに策定する地域医療構想とは異なり、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定されている。その中で、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、自宅やサービス付き高齢者向け住宅といった住環境の整備、老人クラブや自治会などによる生活支援や介護予防の促進、医療では地域のかかりつけ医や在宅医療の推進、介護が必要な場合における在宅サービスや施設・居

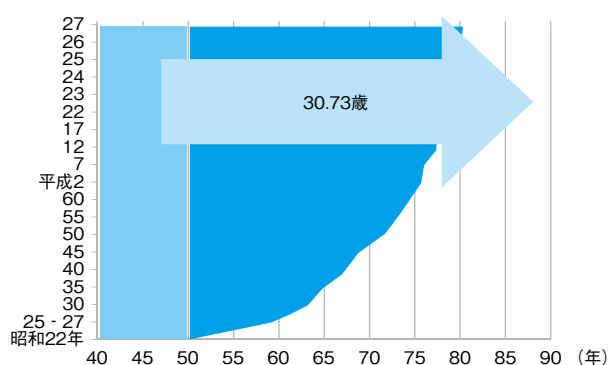
住系サービスの充実化などを、市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて構築する必要がある。また、近年の日本の財政状況から、従来の社会保険制度などの共助や、一般財源による高齢者福祉事業や生活保護といった公助の拡充が困難であることが見込まれており、民間サービス市場の活用による自助や住民組織やボランティア活動などの互助が、地域包括ケアシステムの構築に果たす役割も重要になると考えられている。

このような地域包括ケアシステムにおいて、在宅医療の役割には、急性期医療もしくは慢性期医療から自宅での日常生活に復帰する際の支援であったり、多様な生活状況や疾病状況である高齢者の支援を多職種協働で行う場合のマネジメント、自宅で最期を迎える際の対応などが期待されている。

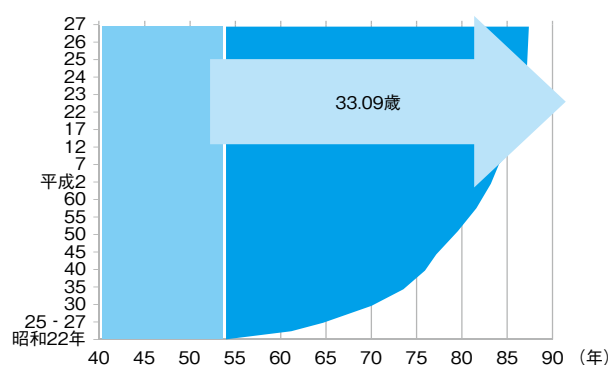
3 高齢社会における在宅医療について

日本人の平均寿命は、1947（昭和22）年に男性50.06歳、女性53.96歳だった。2015（平成27）年には、男性80.79歳、女性87.05歳となり、70年弱の間に、男性は30.73歳、女性は33.09歳伸びている（図IV-1、図IV-2）。また、2015（平成27）年簡易生命表によると、男女それぞれ10万人の出生に対して、65歳まで生存する割合は男性88.8%、女性は94.2%で、9割近くの日本人が高齢者になるまで生存し、75歳まで生存する割合は

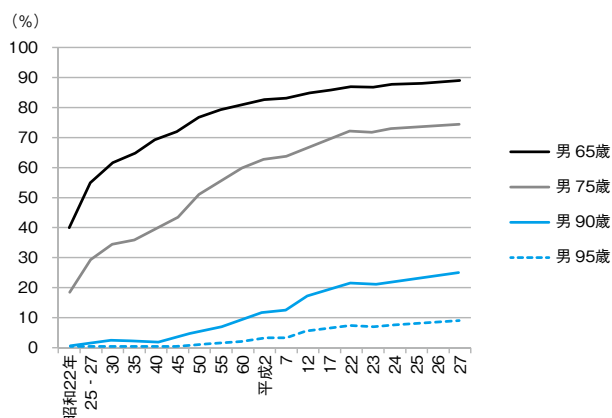
男性74.6%、女性87.7%で、8割近い日本人が後期高齢者になるまで生存し、90歳まで生存する割合は男性25.0%、女性49.1%で、男性の4人に1人が、女性の2人に1人が90歳まで生存する時代となっている（図IV-3、図IV-4）。さらに、出生者のうち、半数が生存すると期待される年数（寿命中位数）は、2015（平成27）年においては、男性83.76歳、女性89.79歳であり、半数以上の者が、平均年齢を超えて生存するような状況となっ



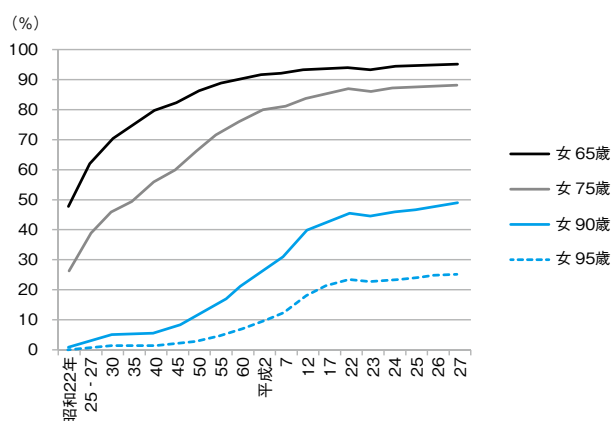
図IV-1 平均寿命の年次推移(男性)
「平成27年簡易生命表の概況について」に基づき作成(厚生労働省)



図IV-2 平均寿命の年次推移(女性)
「平成27年簡易生命表の概況について」に基づき作成(厚生労働省)



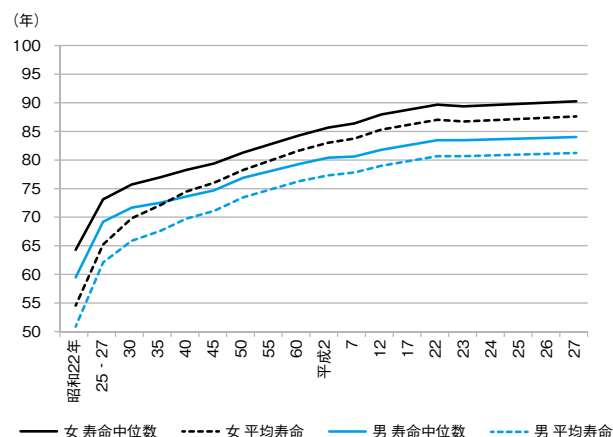
図IV-3 生命表上の特定年齢まで生存する者の割合の年次推移(男性)
[平成27年簡易生命表の概況について]に基づき作成(厚生労働省)



図IV-4 生命表上の特定年齢まで生存する者の割合の年次推移(女性)
[平成27年簡易生命表の概況について]に基づき作成(厚生労働省)

ている(図IV-5)。

このような日本も含む20世紀後半の経済先進諸国における平均寿命の伸び、すなわち死亡率低下の一般的な主要因として、(1)医学の発展と医療技術の進歩、(2)医療サービス提供の向上、(3)食事と栄養の改善、(4)生活水準の向上や労働条件の改善などによる身体衰弱の緩慢化、(5)感染症罹患率の低下、(6)教育水準の上昇などが挙げられている(人口問題研究66-3(2010.9) pp.40-49)。しかし、平均寿命が延びる一方で、加齢は人体の諸機能の低下をもたらし、超高齢社会(65歳以上の人口比率が21%以上の社会)の到来により、日本では、いわゆる「寝たきり」、など介護が必要な状態の者の増加が社会問題となった。平成7年版

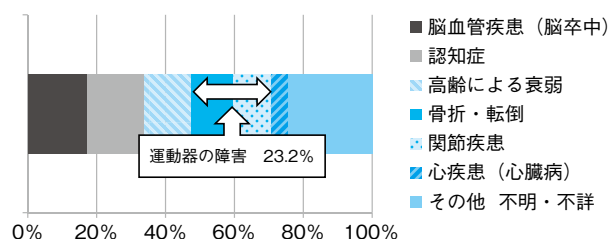


図IV-5 寿命中位と平均寿命の年次推移
[平成27年簡易生命表の概況について]に基づき作成(厚生労働省)

厚生白書の資料によると、寝たきりの高齢者は2010(平成22)年には170万人、2025(平成37)年には230万人にのぼる、と推計されていた。そのような状況の中で、老人医療費が増大し、政府も対策として、1982(昭和57)年、老人保健法(老人医療費の一定額負担の導入等)を制定、1989(平成元)年、ゴールドプラン(施設緊急整備と在宅福祉の推進)を策定、1994(平成6)年、新ゴールドプラン(在宅介護の充実)を策定し、2000(平成12)年、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして介護保険を創設した。

65歳以上の要介護者等について、介護が必要になった主な原因についてみると、2013(平成25)年の国民生活基礎調査によれば、脳血管疾患が17.2%、認知症16.4%、高齢による衰弱13.9%、骨折・転倒12.2%、関節疾患11.0%となっていた。この中で特に、骨折・転倒、関節疾患は運動器の障害であり、合わせると23.2%と最も多くなることから(図IV-6)、現在国は、運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態と定義される「ロコモティブシンドローム(運動器症候群)」を認知している国民の割合を増加させることを目標としている(平成26年版厚生労働白書)。

また、2000(平成12)年に世界保健機関(WHO)が、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間、として健康寿命、という指標を提唱した。2013(平成25)年の日本人の健康寿命は、

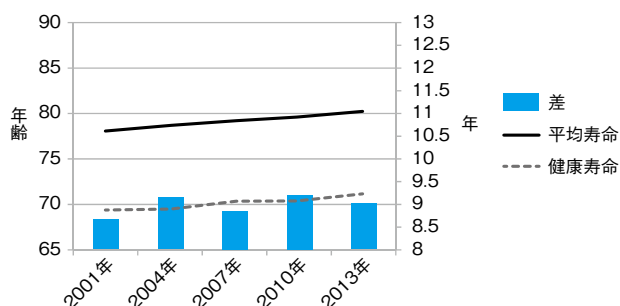


図IV-6 65歳以上の要介護者等の介護が必要となった主な原因

平成25年 国民生活基礎調査に基づき作成(厚生労働省)

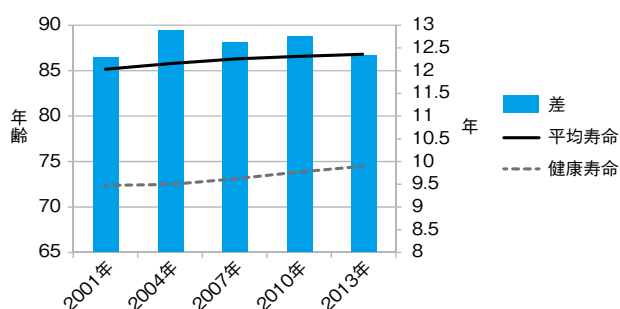
厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」によると、男性は71.19歳、女性は74.21歳であり、同年の平均寿命、男性80.21歳、女性86.61歳との差は、男性9.02年、女性12.4年となった。すなわち、先述のような原因で要介護状態となって、介護を受けながら生活する時間が男性では9年余り、女性で12年余りあるということを示している（図IV-7、図IV-8）。

当然、健康に配慮し、健康寿命を延長し、平均寿命との差を短縮することも重要なことであるが、一



図IV-7 健康寿命と平均寿命の推移(男性)

健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究に基づき作成(厚生労働科学研究費補助金)



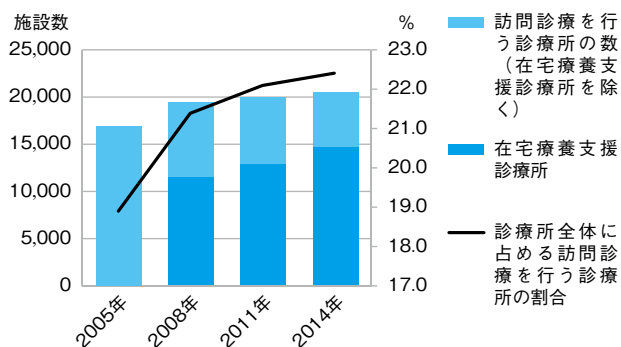
図IV-8 健康寿命と平均寿命の推移(女性)

健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究に基づき作成(厚生労働科学研究費補助金)

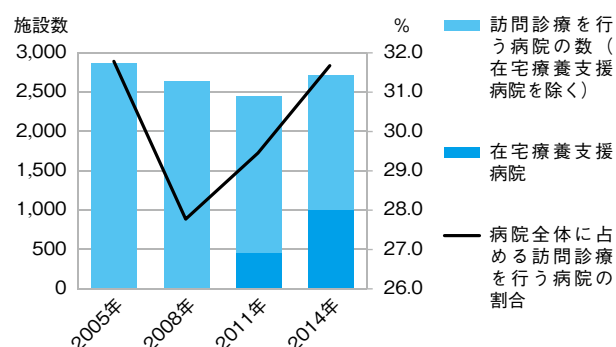
方で、平均寿命と健康寿命の差にあたる期間に対する備えも重要である。その備えとして、創設されたのが、在宅医療である。

在宅医療の推進は、1986（昭和61）年に、各種の在宅での診療報酬上の指導管理料が新設されたことに始まる。1988（昭和63）年に、在宅患者に計画的に訪問して医学管理を行う項目（訪問診療）が診療報酬上に新設され、1992（平成4）年には、医療法の改正により、医療を受ける者の居宅等も、医療を行う場として、法的に認められることとなった。同年には、老人保健法が改正され、老人訪問看護制度が発足し、訪問看護ステーションが誕生した。1994（平成6）年には健康保険法が改正され、老人という制限はなくなり、訪問看護の対象が拡大された。1998（平成10）年には、訪問診療・往診の24時間対応に対し加算されるようになった。こうして、徐々に在宅医療が推進される中で、2006（平成18）年、在宅医療における中心的な役割を担う医療機関として、24時間対応可能な複数の要件を満たす診療所を、特に在宅療養支援診療所として認定し、さらに、2008（平成20）年、200床未満の病院で半径4km以内に診療所がなく、同様に24時間対応可能な複数の要件を満たす病院を、在宅療養支援病院と認定した。2012（平成24）年には、在宅療養支援病院は200床未満の病院に対象が拡充された。2014（平成26）年時点で、厚生労働省の医療施設調査によると、訪問診療を行っている診療所は20,597施設、病院は2,692施設で、その中で在宅療養支援診療所は14,662施設、在宅療養支援病院は1,039施設まで増加していた（図IV-9、図IV-10）。一方で、厚生労働省の調べでは2015（平成27）年3月末時点で1,718市町村のうち、452市町村（26.3%）には在宅療養支援診療所および在宅療養支援病院がない状態となっている。

このように、超高齢社会を支える柱として介護保険、在宅医療が整備されてきたが、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年以降、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれており、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活



図IV-9 訪問診療を行う診療所：在宅療養支援診療所
平成26年医療施設調査に基づき作成(厚生労働省)



図IV-10 訪問診療を行う病院：在宅療養支援病院
平成26年医療施設調査に基づき作成(厚生労働省)

支援が一体的に提供される地域包括システムを、地域の自主性や主体性に基づき、市町村や都道府県が、地域の特性に応じて作り上げていくことになっている（平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書）。

この項では、超高齢社会を支える仕組みとして、特に在宅医療について取り上げる。在宅医療の現状については、厚生労働省の調査や、新聞報道等でも取り上げられることが多いが、この白書では、実際に在宅医療を受けている患者や家族、在宅医療に関わっている医療関係者にアンケート調査を行ったので、その回答から、現在の在宅医療の姿・課題を明らかにする。

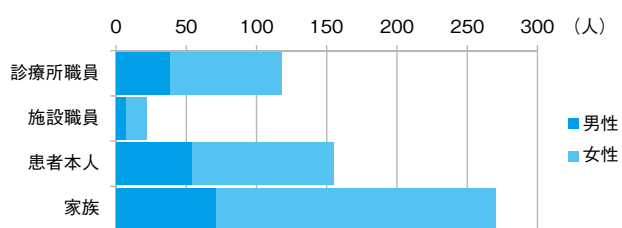
1) 調査の概要

調査は茨城県で5つの在宅療養支援診療所を運営している医療法人社団いばらき会の協力を得て行われた。同診療所の職員、訪問診療先の施設職員、患

者本人、家族を対象としたアンケート調査を行い、診療所の職員及び施設職員には在宅医療に取り組む（関わる）ことを決めたきっかけ、在宅医療を行っていて（関わっていて）良かったと思うこと、在宅医療を行っていて（関わっていて）現在不安に思っていること、今後、在宅医療を行う（関わる）際、将来不安に思っていること、回答者が望む将来の在宅医療の姿、その姿に近づくために、取り組んでみたいことの6項目を、患者本人及びその家族には、在宅医療を利用することを決めたきっかけ、在宅医療を受けて良かったと思うこと、在宅医療を受けていて現時点で不安に思っていること、在宅医療を受け続けるにあたり今後のことで不安に思っていること、回答者が望む将来の在宅医療の姿、その姿に近づくために取り組んでみたいことの6項目を質問した。回答は自由記載である。アンケート回収後、記載内容を独立した2人で検討し、似たような内容の場合は、同一内容として集計した。

2) 回答者の特徴

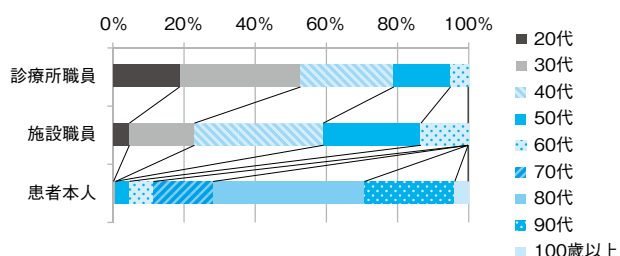
回答者数は、診療所や関係する機関の職員（以下、診療所職員）が119人（男性39人、女性79人）、施設職員が22人（男性7人、女性15人）、患者本人は155人（男性54人、女性101人）、家族は271人（男性71人、女性199人）だった（図IV-11）。



図IV-11 回答者数と性別

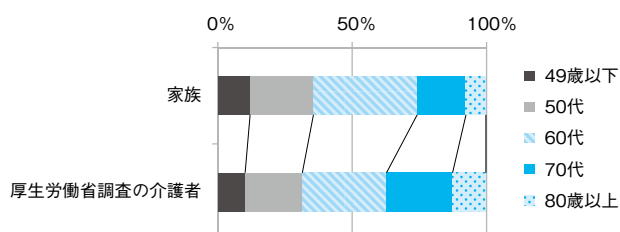
回答者の年齢分布は診療所職員では、30代が40人（33.6%）でもっとも多く、次いで40代が31人（26.1%）、20代が22人（18.5%）だった。施設職員では、40代が8人（36.4%）でもっとも多く、次いで50代6人（27.3%）、30代4人（18.2%）と、診療所職員と比較すると施設職員の方がやや年代が

高い傾向だった。患者は80代が64人（41.3%）ともっとも多く、次いで90代が38人（24.5%）、70代が25人（16.1%）だった（図IV－12）。



図IV－12 回答者の年齢分布(家族は除く)

家族は60代が104人（38.4%）、50代が63人（23.2%）、70代が50人（18.5%）だったが、80歳以上も21人（7.7%）おり老老介護がうかがわれる一方30～40代も33人（12.2%）だった。これは厚生労働省の2013（平成25）年の国民生活基礎調査の、介護者の年齢分布のデータ、80歳以上12.9%、70代24.8%、60代31.0%、50代21.4%、49歳以下10.0%と大きな違いは無かった（図IV－13）。



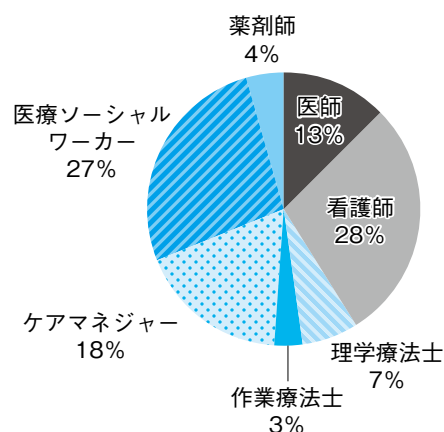
図IV－13 回答者の年齢分布(家族)

上段：本調査に基づき作成

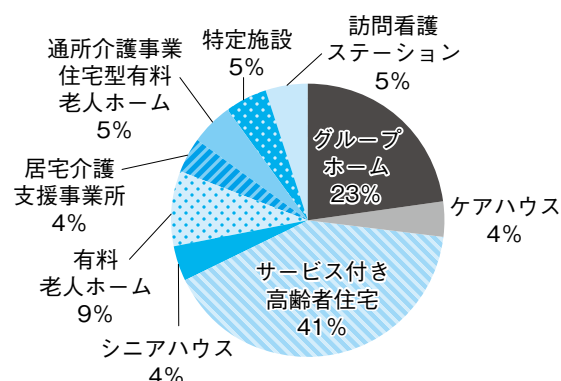
下段：平成25年 国民生活基礎調査に基づき作成(厚生労働省)

診療所職員の職種の内訳は、医師15人（12.6%）、看護師34人（28.6%）、理学療法士8人（6.7%）、作業療法士4人（3.4%）、ケアマネジャー21人（17.6%）、医療ソーシャルワーカー32人（26.9%）、薬剤師5人（4.2%）だった（図IV－14）。

施設職員の施設形態はグループホーム5人（22.7%）、ケアハウス1人（4.5%）、サービス付き高齢者住宅9人（40.9%）、シニアハウス1人（4.5%）、有料老人ホーム2人（9.1%）、居宅介護支援事業所1人（4.5%）、通所介護事業住宅型有料



図IV－14 診療所職員の職種



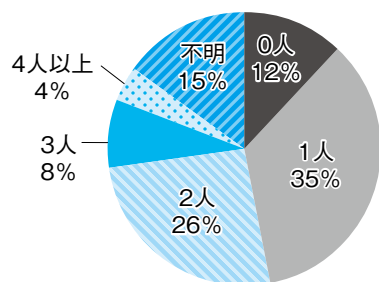
図IV－15 施設職員が勤務する施設の形態

老人ホーム1人（4.5%）、特定施設1人（4.5%）、訪問看護ステーション1人（4.5%）だった（図IV－15）。

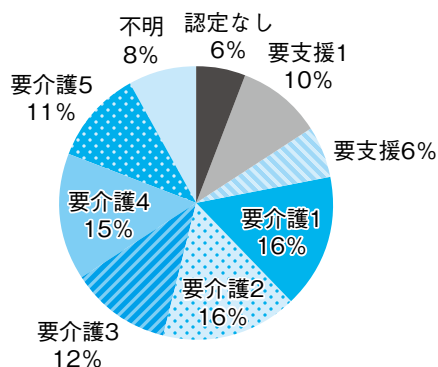
患者本人の生活場所は自宅が101人（65.2%）、施設が51人（32.9%）で、家族と同居は71人（45.8%）、同じ敷地内に家族が別居は6人（3.9%）、家族と別居71人（45.8%）だった。介護者の人数では、1人が54人（34.8%）ともっとも多く、次いで2人が40人（25.8%）、0人が19人（12.3%）と少ない人数で介護されている状況だった（図IV－16）。

要介護度は、要支援1と2は25人（16.1%）、要介護1が24人（15.5%）、要介護2が25人（16.1%）、要介護3が18人（11.6%）、要介護4が24人（15.5%）、要介護5が17人（11.0%）だった（図IV－17）。

在宅医療に関わっている年数は診療所職員では、1年以上5年未満の34人（28.6%）がもっとも多く、

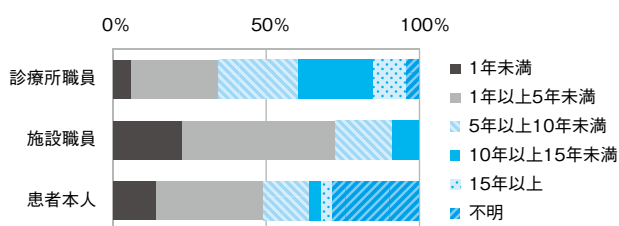


図IV-16 介護者の人数



図IV-17 要介護度

次いで、5年以上10年未満の31人（26.1%）、10年以上15年未満の29人（24.4%）だった。施設職員では1年以上5年未満の11人（50.0%）がもっとも多く、次いで、1年未満の5人（22.7%）、5年以上10年未満の4人（18.2%）で、施設職員の方が、診療所職員より関与年数が少ない傾向だった。患者本人の在宅年数では、1年以上5年未満の54人（34.8%）がもっとも多く、次いで、5年以上10年未満の23人（14.8%）、1年未満の22人（14.2%）だった。10年以上という長期のものも12人（7.7%）いた（図IV-18）。



図IV-18 在宅医療に関わっている年数

3) 在宅医療のきっかけ

診療所職員の回答でもっとも多かったのは、興味があった、やりたいと思っていた、患者や家族の支援に関わりたいとの回答で56人（47.1%）だった。次いで、紹介や勧めとの回答が17人（14.3%）、勤務した先で関わるようになったが16人（13.4%）だった。施設職員の回答でもっとも多かったのは、在宅医療が必要だったから、との回答で8人（36.4%）だった。次いで、勤務した先で関わるようになったが6人（27.3%）、興味があった、患者を支えたいとの回答が2人（9.1%）だった。診療所職員は能動的に関わるようになった割合が高く、施設職員は必要に駆られて関わるようになった割合が高い結果だった。

患者本人の回答で多かったのは、きっかけとしては、入院や体調の悪化などで動けなくなった、通院が困難になった時との回答で、36人（23.2%）だった。次いで、施設入所がきっかけとの回答が20人（12.9%）だった。関与した人としては、入院先やかかりつけ医など医療関係者が23人（14.8%）ともっとも多く、次いで、ケアマネジャーが16人（10.3%）だった。家族の回答では、患者本人と同様に、通院が困難になった時、患者の体調の変化や退院、施設入所がきっかけとの回答が多かったが、家族として介護が困難となった、通院に際しての介護者の負担軽減のため在宅医療を導入した、との回答がみられた。

4) 在宅医療で良かったこと

診療所職員の回答でもっとも多かったのは、利用者に合った対応ができたこと、との回答で、55人（46.2%）だった。次いで、在宅医療そのものに満足してもらえたこと、が36人（30.3%）、達成感が得られること、が17人（14.3%）、自分自身の様々な学びが得られること、が16人（13.4%）だった。施設職員の回答でもっとも多かったのは、24時間対応してもらえること（緊急時の対応を含む）、で10人（45.5%）だった。次いで、相談できること、で7人（31.8%）、患者の健康管理ができる、患者の負担を軽減できるが、それぞれ3人（13.6%）だっ

た。診療所職員は在宅医療の良い点として個別性をあげたものが多く、施設職員は在宅医療の時間的な包括性をあげたものが多かった。

患者本人の回答で多かったのは、通院が不要になった、で44人（28.4%）だった。次いで、緊急時に対応してもらえる、24時間対応してもらえる、すぐに対応してもらえる、が23人（14.8%）、安心できる、が22人（14.2%）、定期的な体調チェックができる、関係者が優しい・親切・信頼できる、がそれぞれ14人（9.0%）だった。家族の回答で多かったのが、緊急時にすぐに対応してもらえる、24時間対応してもらえる、で94人（34.7%）だった。次いで、通院に関係する苦勞が無くなった、が78人（28.8%）、安心していられる、が76人（28.0%）、定期的な診察を受けられる、体調管理ができるが42人（15.5%）だった。患者本人と家族ではあげられた項目に大きな違いはないが、患者本人は通院が、家族にとっては緊急時が在宅医療導入前の負担になっていたことがうかがわれた。

5) 在宅医療の現在の不安点

診療所職員の回答でもっとも多かったのは、連携不足で17人（14.3%）だった。次いで、緊急時の対応が16人（13.4%）、1人での訪問、技量・技術・知識不足がそれぞれ11人（9.2%）、人材不足が10人（8.4%）、労働環境、ワークライフバランスが8人（6.7%）だった。施設職員の回答でもっとも多かったのは、不安は無い、で7人（31.8%）だった。次いで、時間外の救急対応が4人（18.2%）、介護士の負担増や在宅医療の限界（検査等）がそれぞれ2人ずつ（9.1%）だった。

患者本人の回答でもっとも多かったのは、不安は無い、で63人（40.6%）だった。次いで、在宅医療の限界（検査や専門医の受診ができないなど）が6人（3.9%）だった。家族の回答でもっとも多かったのは、やはり不安は無い、で102人（37.6%）だった。次いで、介護者の高齢化や介護者自身の健康・疾病、介護者の負担が31人（11.4%）、夜間や緊急時の対応が18人（6.6%）だった。

診療所職員以外は、不安が無い、との回答がもっとも多く、現在の訪問診療によって、安心して生活

できているケースが多いことがうかがわれた。

6) 在宅医療の将来の不安点

診療所職員の回答でもっとも多かったのは、関係する人材の確保・施設の確保で、36人（30.3%）だった。次いで、老老介護や独居などの家庭環境（経済的な面も含む）が、23人（19.3%）、家族の負担や現行制度への不安がそれぞれ10人ずつ（8.4%）だった。施設職員の回答でもっとも多かったのは、在宅医療がカバーする範囲に関する不安（対象者など）と看取りに関する連携で、それぞれ4人ずつ（18.2%）だった。次いで、不安は無い、が3人（13.6%）、医師・医療機関不足が2人（9.1%）だった。診療所職員・施設職員ともに、人員・施設不足や患者を取り巻く社会の変化に不安を有していることがうかがわれた。

患者本人の回答でもっとも多かったのは、不安は無い、で37人（23.9%）だった。次いで、今後の健康状態が9人（5.8%）、介護者の病気や高齢化が8人（5.2%）、経済的な不安が6人（2.7%）だった。家族の回答でもっとも多かったのは、患者の今後の健康状態の変化で、43人（15.9%）だった。次いで、介護者側の健康・体調に関する不安が38人（14.0%）、不安が無い、が37人（13.7%）、介護ができなくなった時の不安が29人（10.7%）、介護者の高齢化が17人（6.3%）、家族・介護者への負担に関する不安が16人（5.9%）だった。患者本人・家族ともに、患者・介護者の健康や、介護者の高齢化、経済的なことについて不安を有していることがうかがわれた。

7) 望まれる在宅医療の姿

診療所職員の回答でもっとも多かったのは、各領域での連携が強化された在宅医療、で27人（22.7%）だった。次いで、看取りまでも含めて安心してその人らしく生活できることを支援する在宅医療が24人（20.2%）、患者・家族の希望に沿える在宅医療が19人（16.0%）、地域と密着した在宅医療、プレイヤーが増え充実した在宅医療がそれぞれ16人ずつ（13.4%）だった。施設職員の回答

でもっとも多かったのは、看取りも含めて家族・利用者の希望する形の生活を支援する在宅医療で、7人（31.8%）だった。次いで、施設や人員が増え充実した在宅医療が3人（13.6%）、周囲との連携ができている在宅医療が2人（9.1%）だった。診療所職員・施設職員ともに、看取りも含めて患者・家族が安心して、その人らしく生活できることを支援する在宅医療を理想として思い描いていることがうかがわれた。

患者本人の回答でもっとも多かったのは、無い・わからない・考えられない、の23人（14.8%）を除くと、現在の在宅医療のままでよい、で9人（5.8%）だった。次いで、誰でも、どこでも支援が受けられる在宅医療が6人（3.9%）、自宅で最期を迎えられる在宅医療が5人（3.2%）だった。家族の回答でもっとも多かったのは、無い・わからない、の19人（7.0%）と同数の、現在の在宅医療のままでよい、だった。次いで、介護者の負担減・サポートが考慮されている在宅医療、が16人（5.9%）、機器や施設の面、対象者の拡充などより発展した形の在宅医療が12人（4.4%）、経済的な負担が減っている在宅医療が11人（4.1%）だった。患者本人・家族ともに、現在の在宅医療の姿にある程度満足していることがうかがわれた。

8) 取り組んでみたいこと

診療所職員の回答でもっとも多かったのは、周囲に在宅医療の知識・理解を深めてもらうこと、で24人（20.2%）だった。次いで、関係者との連携強化が23人（19.3%）、勉強・研究が11人（9.2%）だった。施設職員の回答でもっとも多かったのは、業務行為の拡大（喀痰の吸引等）と他の職種・機関との連携がそれぞれ3人ずつ（13.6%）だった。診療所職員・施設職員ともに、周囲との連携や、周囲との関わりを深めることに取り組みたい、との回答だった。

患者本人の回答でもっとも多かったのは、無い・わからない、で29人（18.7%）だった。その他、安楽死・在宅死2人（1.3%）、新薬の被検者1人（0.6%）などの回答もみられた。家族の回答でもっとも多かったのは、無い・わからない、で31人（11.4%）だった。次いで、患者や家族の支援が6人（2.2%）、患者が望むことが4人（1.5%）だった。患者本人や家族は、先の質問に対する回答で、現在の在宅医療の姿にある程度満足していることがうかがわれたので、この質問への回答は少なかった。

4 「支え合う力を活かして老いを生きる」のまとめ

急速な高齢化の進行、超高齢社会の到来、要介護者の増加、それに付随する医療費の増大などを受けて、在宅医療の推進、介護保険の創設、地域包括ケアシステムの構築、地域医療構想の策定と国は対策を順次進めてきた。この章では、それぞれの対策についての概略を説明するとともに、特にその中でも中心的な役割を果たすと思われる在宅医療に関わる医療関係者、その利用者である患者、家族へのアンケートを通して、在宅医療が果たす役割について考察した。

アンケートの回答からは、患者や家族にとって、加齢や疾病に基づく様々な負担を軽減し、安心した

生活を送る上で、在宅医療はなくてはならないものとなっており、ある程度満足していることがうかがわれた。また、その上で家族の存在は大きい、現実問題として老老介護という課題が存在する。高齢者であっても介護者として活躍してもらう必要がある一方で、場合によっては、要介護者として支援が必要な場面が出てくると思われる。そのために、今後は患者だけでなく、家族への支援の充実も必要と思われ、地域医療の特徴の一つである、家族も含めて診る・看る、という視点のより一層の充実が求められると思われる。さらに、家族や社会の有り様が変化し、家族構成や家族関係の多様性が増していく

中で、単独の職種や機関で対応することは今後ますます困難になっていくことが予想され、医療・介護の連携はもとより、地域も含めた、医療・介護以外の分野との幅広い連携が必要とされていくと思われる。最後に、アンケート結果からは、医療関係者、家族、患者の関係は、支援する者→介護する者→介護される者という一方通行の関係ではなく、支援したこと、介護したことで相手から得られる様々な側面があることがうかがわれ、在宅医療、というシス

テムを通して、支え合う社会が実現していると考えられた。



執筆者：森田 喜紀
 (鹿児島県立大島病院
 総合内科(兼)臨床研修センター)
 小松 憲一
 (自治医科大学
 地域医療学センター
 地域連携型医学教育・研修部門)



ソーシャルキャピタル

1990(平成2)年代後半から世界中で「ソーシャルキャピタル」という言葉が広く知られるようになってきた。もともと社会科学の領域がメインであったが、近年では医学の領域においてもソーシャルキャピタルを扱った研究が世界中で行われている。

ソーシャルキャピタルの概念は1996(平成8)年に米国の政治学者ロバート・パットナムによってわかりやすく定義され、広く理解されている。すなわち、ソーシャルキャピタルとは、信頼、規範、ネットワークの3つのファクターで構成された地域住民の協調活動による「地域力の強さ」である。「信頼」とは、文字通り「他人を信頼する気持ち」である。「規範」とは、互酬性の規範のことであり、たとえば「お互い様だから」と譲り合う気持ちや「情けは人の為ならず(巡り巡って己が為)」と他人を思いやる気持ちである。「ネットワーク」とは、ご近所や会社などとの絆の強さである。これらの3つの要素の総合力が、「地域力の強さ」として定義されている。具体的には、「近所づきあい、親戚づきあい」や「お祭りやボランティアなどの地縁的活動への参加」などの状況に関してアンケート調査を実施することによってソーシャルキャピタルを指数化(数値化)できる。ソーシャルキャピタルが高いほど、犯罪が少ない、健康な人が多い、幸福感のある人が多い、合計特殊出生率(16ページのコラム参照)が高い、教育レベルが高いなど、多くの研究においてソーシャルキャピタルの重要性が示されている。



執筆者：阿江 竜介(自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門)



V 地域で支えるそれぞれの最期

第V章の概要と紹介

本章のテーマは、地域で支えるそれぞれの最期である。少子化のため、今後の日本では死亡者数が出生数を上回り続ける見通しである。特に2025（平成37）年には、団塊の世代（1947（昭和22）～1949（昭和24）年生まれ）が、後期高齢者に達し、最期を迎える者が急増することが予想されている。

一人ひとりが幸せな最期を迎えるために、地域ではどういった取り組みが必要になるのかを考えることが、本章の最大のテーマである。

本章は、3部構成になっている。第1部では私達の最期の現状を、死亡者数の現状や、最期を迎える場所と家族関係、最期を支える支援体制、看取りに関する情報提供の実態と、さまざまな角度から説明する。近年、病院で亡くなる者が多いことから、在宅医療を充実し、在宅で亡くなる環境を整備しようという声がある。もちろん、在宅を希望される方が望む環境を整備することは重要である。しかし、一人ひとりを取り巻く環境は異なり、必ずしも在宅で亡くなることが望ましいとは言えない。大切なことは、本人の希望にできる限

り沿う支援をすることであり、本人と家族、あるいは支援する関係者が、最期の迎え方について十分コミュニケーションを図ることであろう。本章では、最期を迎えるにあたってのコミュニケーションに焦点を当て、調査を行った。

また、平均寿命の伸びや死因の変化は、日本人の「死」に対する考え方、捉え方に少なからず影響を及ぼしてきたと考えられる。そして、超高齢社会の到来で、最期の時に対する関心は高まっていると考えられる。そこで、新聞紙の記事検索データベースを用いて、記事に使用された言葉から、最期の迎え方や死について、国民がどのような考え方や思いを抱いているのかを探った。

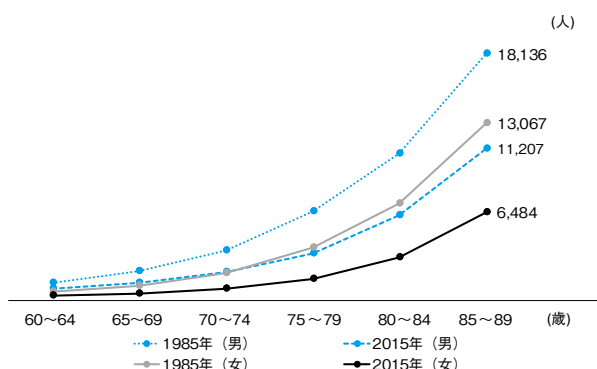
最後に、本章の調査に回答いただいた施設（高齢者介護福祉施設、特定施設、グループホーム、在宅療養支援診療所）の中から、特に看取りに関して、本人や家族とのコミュニケーションの充実に取り組んでいる施設を、事例紹介として取り上げた。

それぞれの施設の歴史や入居者の状況、関係者との連携状況は異なる。ここに紹介する事例は全体の一部であるが、今後の最期を迎える環境を考える上で、大いに参考になるのではないかと考えている。

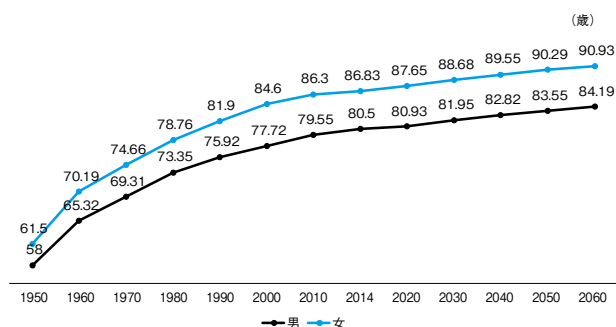
1 私達の最期の現状

1) 死亡者数の現状

死亡者数は、1966（昭和41）年の約67万人を底に、長年上昇傾向にあり、2015（平成27）年には死亡者数は約129万人、死亡率（人口10万対）は10.3に達した（2015年人口動態統計月報年計（概況））。ただし、少子高齢化の影響を取り除いた年齢調整死亡率は、2014（平成26）年で男性5.0（1947年23.6）、女性2.6（1947年18.3）であり、一貫して減少傾向にある（2015年人口動態統計の年間推計）。これは、各年齢階級別の死亡率が下がっていることに起因する（図V-1）。つまり、少子高齢化により死亡者総数は増加しているものの、長寿化により年齢調整した死亡率は減少し続けている。ちなみに、今後もなだらかではあるが平均寿命は延びることが予想されている（図V-2）。



図V-1 年齢階級別の死亡率(人口10万対)の推移
平成27年人口動態統計月報年計(概況)に基づき作成(厚生労働省)

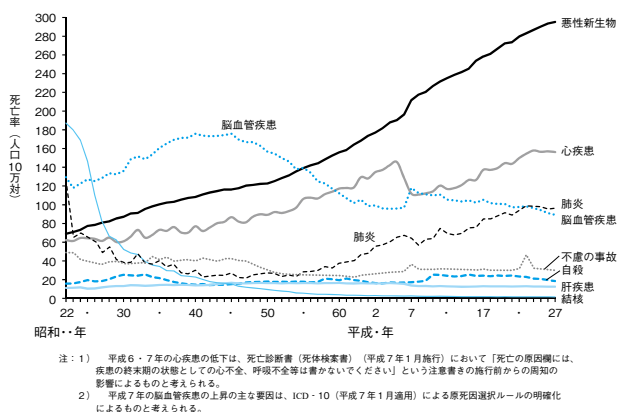


図V-2 平均寿命の推移と将来推計
平成28年高齢社会白書に基づき作成(内閣府)

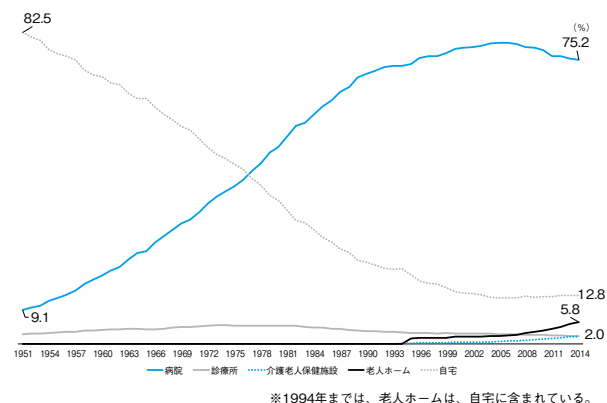
一方、死因を見ると、死因の第1位は悪性新生物（28.7%）であり、第2位心疾患（15.2%）、第3位肺炎（9.4%）、第4位脳血管疾患（8.7%）、第5位老衰（6.6%）と続く（図V-3）。脳血管疾患の死亡率は低下傾向にある一方で、悪性新生物、心疾患、肺炎は上昇傾向にあり、2011（平成23）年に肺炎が死因の第3位に上昇した。

2) 最期の場所と家族

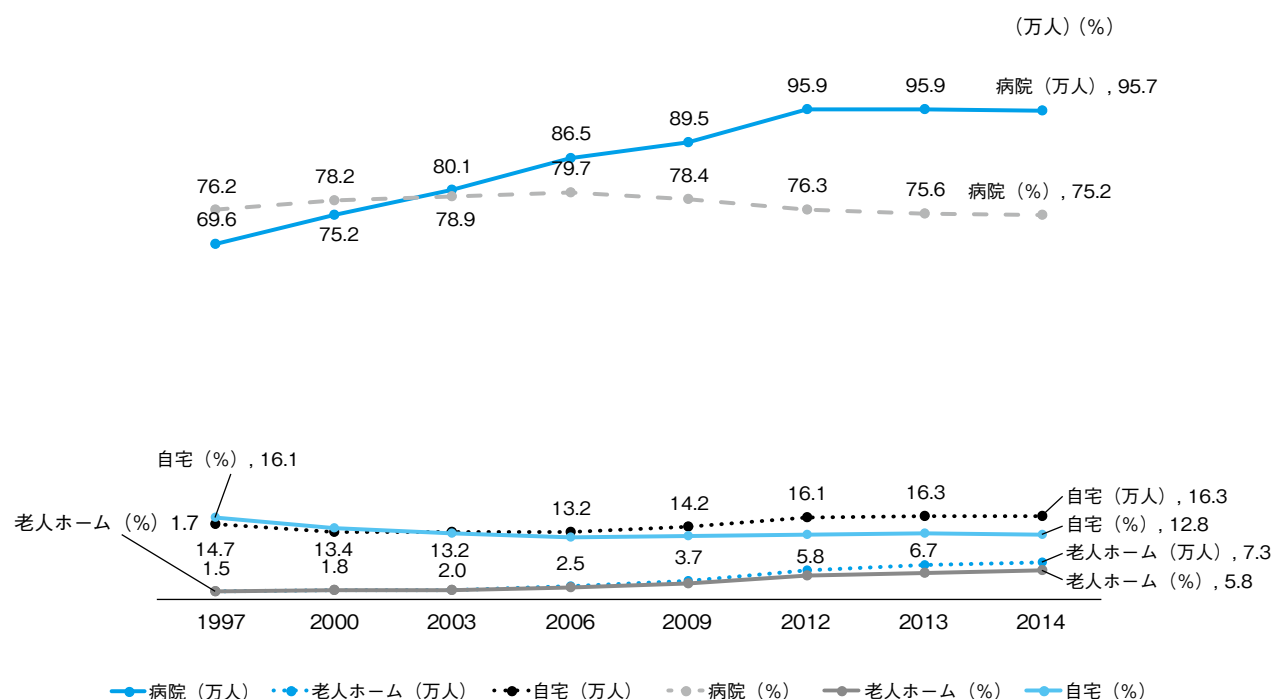
2014（平成26）年では、死亡場所で最も多かったのは病院95.7万件（75.2%）であり、第2位自宅16.3万件（12.8%）、第3位老人ホーム7.3万件（5.8%）、第4位介護老人保健施設2.6万件（2.0%）であった（図V-4）。時系列でみると、1977（昭和52）年に自宅と老人ホームを合計した割合が、病院の割合と逆転し、それ以降、病院の割合が上昇、高止まりし続けている。2000年代の半ばから、病院の割合が少しずつ減少し、自宅が横ばい、老人ホー



図V-3 主な死因別にみた死亡率の推移
平成27年人口動態統計月報年計(概況) (厚生労働省)



図V-4 死亡場所の割合の推移
平成26年人口動態調査に基づき作成(厚生労働省)



図V-5 死亡場所別人数(万人)と割合(%)

平成26年 人口動態調査に基づき作成(厚生労働省)

ムが増加しているように見える。このことから病院で亡くなる者が減少していると思われるかもしれない。しかし、実数を確認すると(図V-5)、そうではないことがわかる。病院で亡くなる者は、69.6万人(1997年)→95.9万人(2012年)まで約26万人増加し、2014(平成26)年まで約96万人のまま安定しており、減少はしていない。自宅で亡くなる者も、14.7万人(1997年)→16.3万人(2014年)と、わずか1.6万人しか増加していない。

原因は、老人ホームで亡くなる者にあり、1.5万人(1997年)→7.3万人(2014年)と約6万人増加した。そのため、老人ホームの全体に占める割合が急増し(1.7%→5.8%)、その分病院の割合が相対的に減少したために、病院で亡くなる者が減少しているかのように見えたのである。

都道府県別にみると、亡くなる場所に地域差があることが分かる。北海道は、病院で亡くなる割合が82.6%と最も多い一方で、老人ホームの割合が2.7%と最も少ない(図V-6)。自宅の割合で見ると、最も多いのは東京都16.8%で、最も少ないのは佐賀県の8.1%である。老人ホームの割合は、最も多いのは、島根県9.1%である。

この地域差の一つの要因として考えられているのが、訪問看護の利用状況と看取りを実施している診療所数である。厚生労働省の資料によると、自宅死亡者等の割合と高齢者人口当たり訪問看護利用者数(図V-7)、高齢者人口当たり看取りを実施している診療所数(図V-8)の間には正の相関がみられると指摘されている(図V-7、8)。

一方、最期を迎える場所の希望状況はどうであろうか。最も多いのは、自宅54.6%で、病院27.7%、特別養護老人ホームなどの福祉施設4.5%、高齢者向けのケア付き住宅4.1%である(図V-9)。ただし、別の厚生労働省の調査では、「自宅で最期まで療養したい」と回答した者は10.9%(終末期医療に関する調査(2008年))で、「自宅で療養して、必要になれば医療機関、緩和ケア病棟に入院したい」が52.4%であった。最期まで自宅だと思っている者は、そこまで多くは無いのかもしれない。

必ずしも希望に沿った場所で最期を迎えられない背景の一因として、家族形態の単身化、夫婦単独化があげられる(図V-10)。2014(平成26)年では高齢者がいる世帯のうち、単独世帯の割合が17.4%、夫婦のみ世帯が38.0%と、高齢者のうち55.4%が、一人暮らししか夫婦だけで暮らしている。

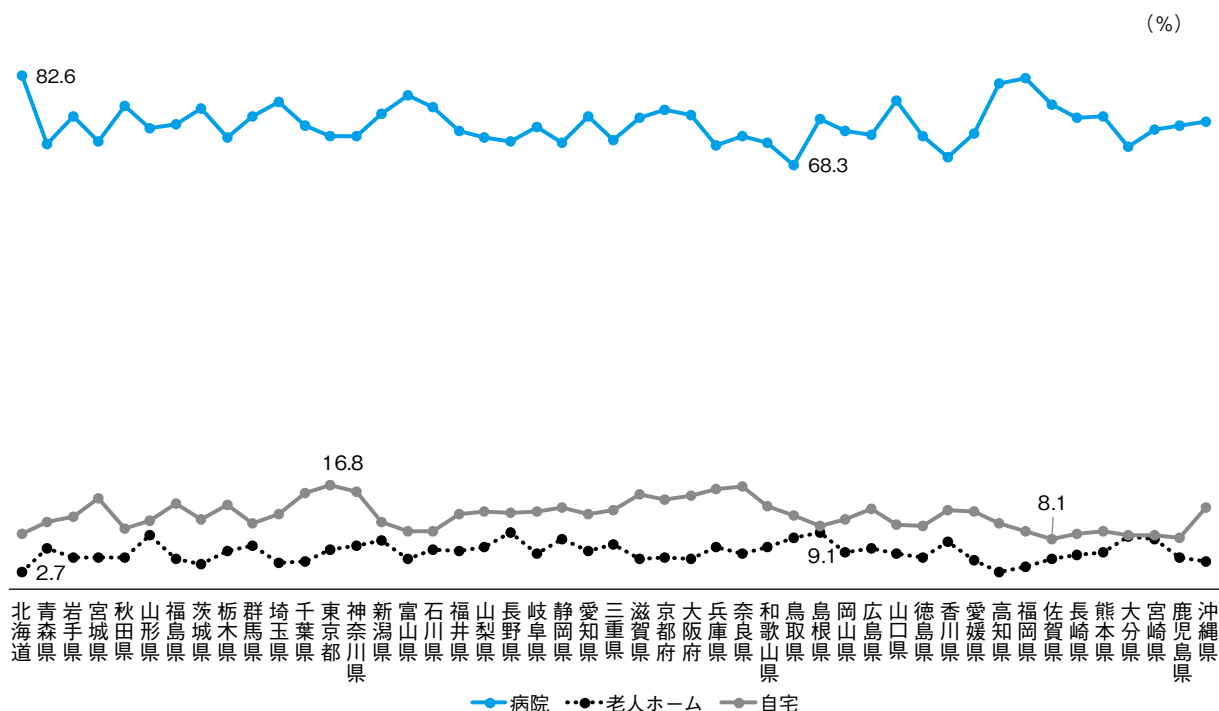


図 V-6 都道府県別死亡場所の割合

平成26年人口動態統計に基づき作成(厚生労働省)

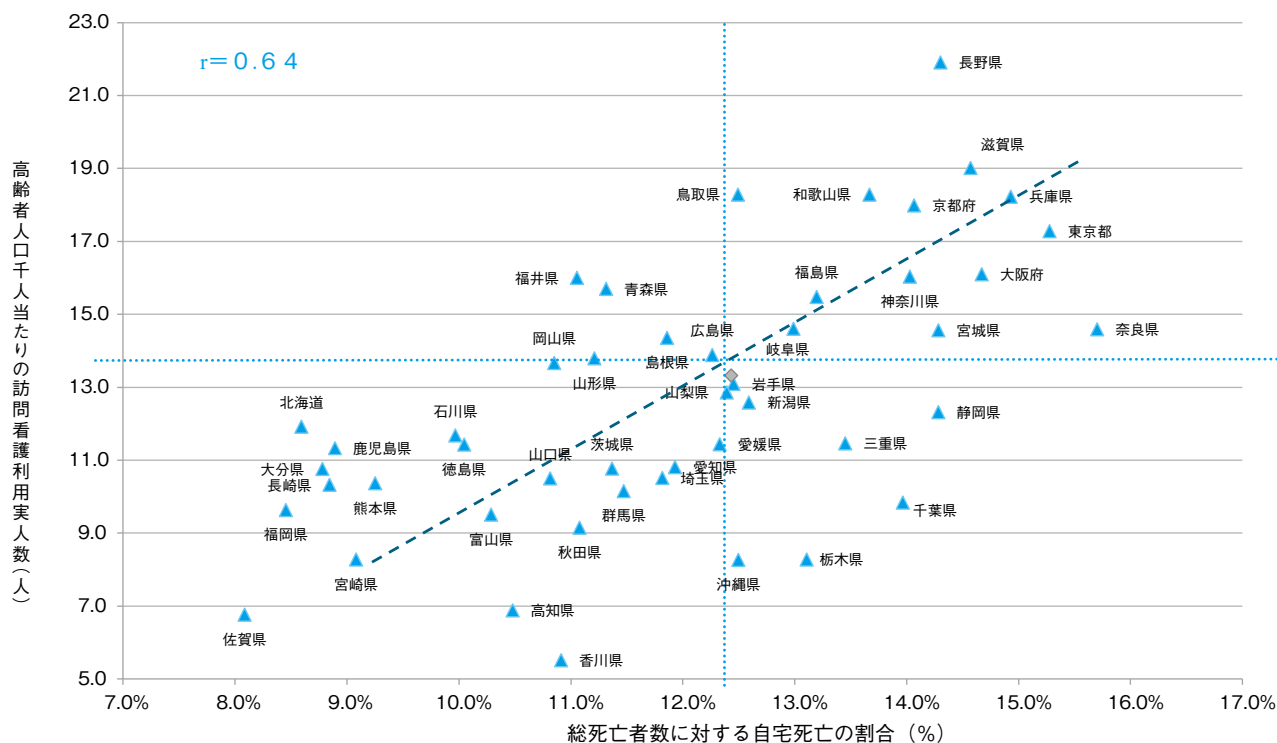
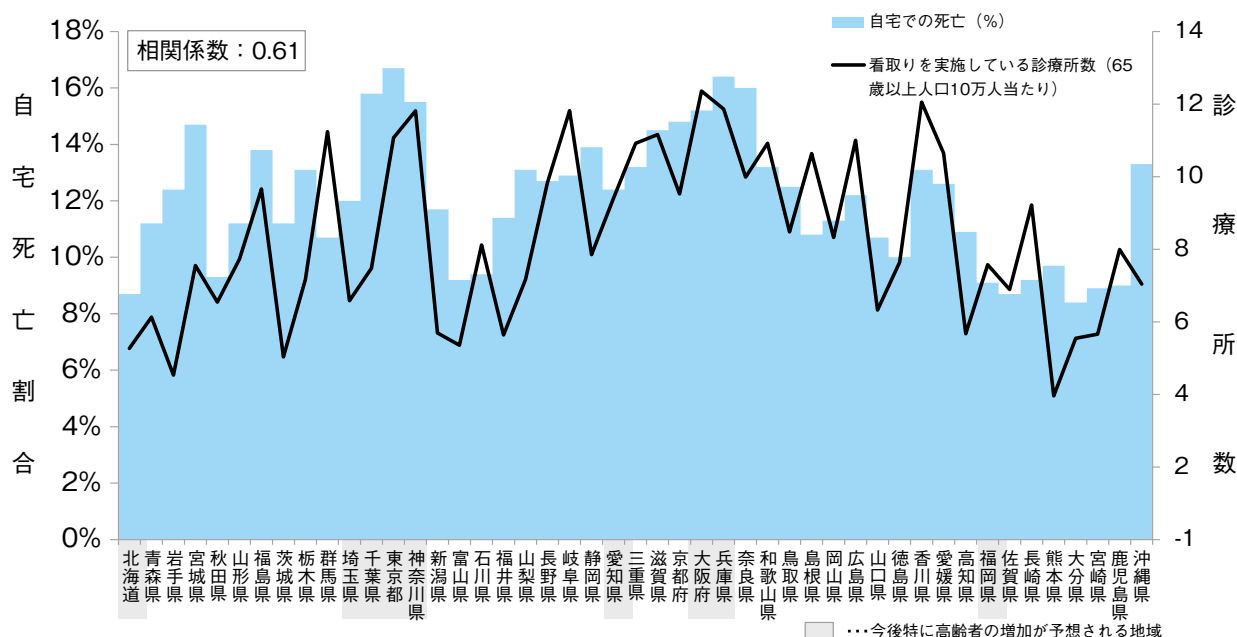


図 V-7 訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

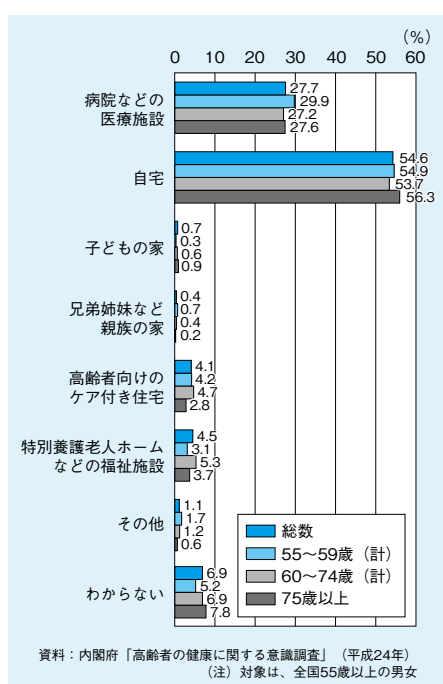
厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成21年), 厚生労働省「人口動態統計」(平成21年), 総務省統計局平成21年10月1日現在推計人口より作成
在宅医療の最近の動向(厚生労働省)



※自宅死亡等には、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、介護老人ホーム、特別介護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームを含む

図V-8 看取りを実施している診療所数と自宅死亡等の割合

出典：人口動態統計、NDBデータ(平成27年5月診療分)、総務省日本の統計
「在宅医療(その3)」平成27年10月7日(厚生労働省)



図V-9 最期を迎えたい場所
平成28年 高齢社会白書(内閣府)

子どもと同居している者は40.6%で、1980(昭和55)年の69%と比べると、約30%減少している。男性と女性の有配偶者の割合を見ると、男性は80.6%配偶者がいるのに対し、女性は40.7%死別しており、48.4%しか配偶者がいない(図V-

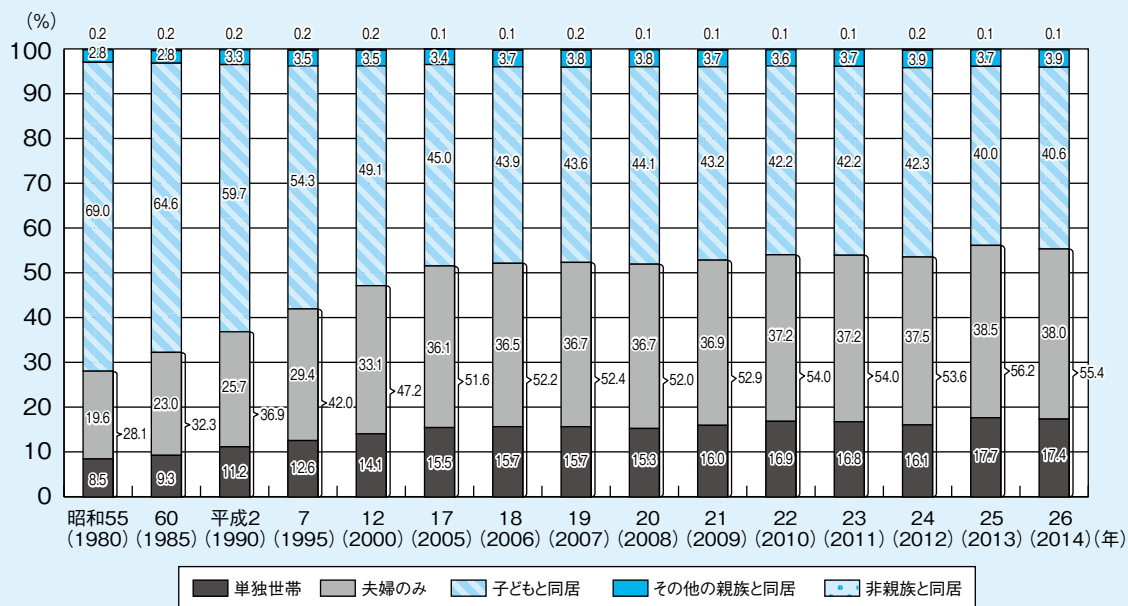
11)。家族がいる家庭の下で最期を迎えたいと思っても、厳しい家族事情があることがわかる。

3) 最期を支える支援体制

2000(平成12)年に施行された介護保険制度により、在宅や施設で介護を受けられる環境が充実、多様化した。厚生労働省の資料によると、認知症高齢者グループホームは、約0.5万(2000年)→約17.7万(2013年)、有料老人ホーム約3.7万(2000年)→約35.0万(2013年)、軽費有料老人ホーム約6.2万(2000年)→約9.1万(2012年)、サービス付き高齢者住宅約3.1万(2011年)→約14.7万(2013年)と、施設ではないが自宅に近い形の介護サービス施設が急激に増加している(中央社会保険医療協議会2015年2月18日資料)。

一方、医療においても、診療報酬で在宅医療を評価する項目も随時創設されるとともに、在宅療養支援診療所(2006年)、在宅療養支援病院(2008年)が設立された。

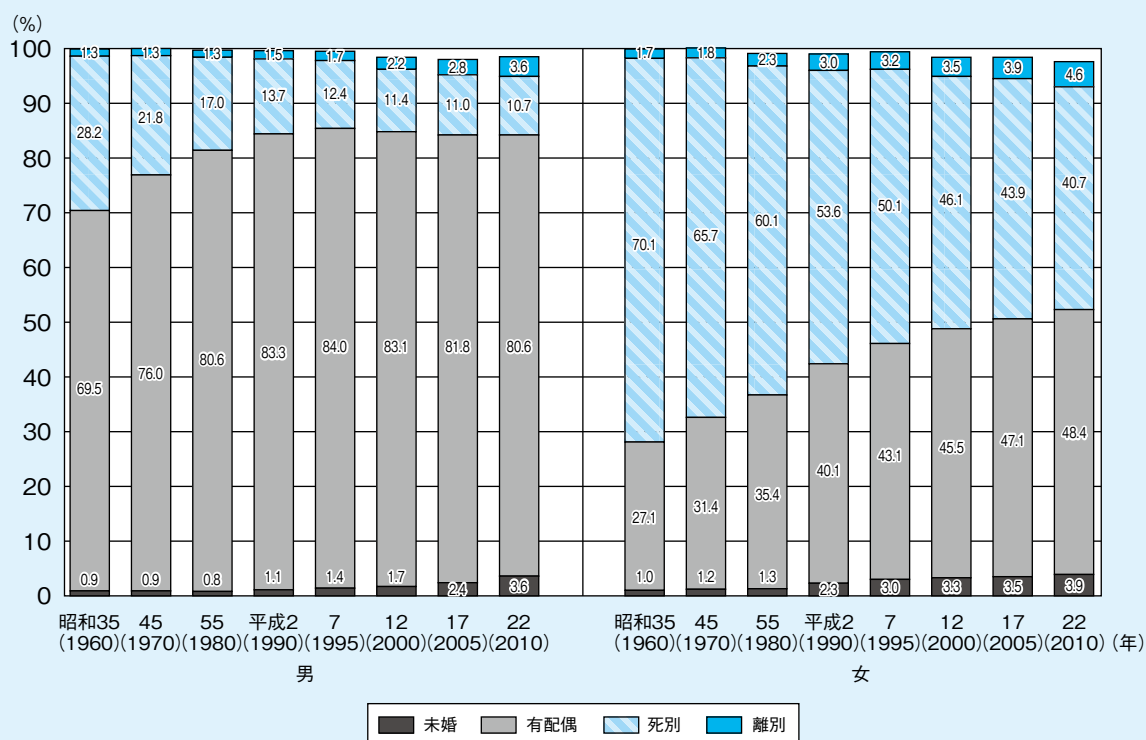
これにより、多様な場所で医療、介護を受けられることになり、さまざまな場所で最期を迎える体制



資料:昭和60年以前は厚生省「厚生行政基礎調査」、昭和61年以降は厚生労働省「国民生活基礎調査」
 (注)平成7年の数値は兵庫県を除いたもの、平成23年の数値は岩手県、宮城県及び福島県を除いたもの、平成24年の数値は福島県を除いたものである。

図V-10 家族形態の割合

平成28年 高齢社会白書(内閣府)



資料:総務省「国勢調査」
 (注)「配偶関係不詳」は省略した。

図V-11 高齢者の配偶関係の割合の推移

平成28年 高齢社会白書(内閣府)

が制度的には整いつつある。

しかし、実際に看取りを行っている施設は、まだまだ少ないと思われる。特に、地域で見ると、まだまだ不十分な地域や施設、診療所が無い地域もある。たとえば、厚生労働省の調査では、2015（平成27）年3月末時点で、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院のどちらも存在しない市町村は452あることが報告されている。

4) 看取りに関する情報提供の実態

看取りを行う介護施設や在宅療養支援診療所が整備されることは重要である。しかし、それよりも重要なことは、本人や家族が、最期の迎え方について、介護施設や在宅療養支援診療所と、十分相談して決めることではないだろうか。

最期を迎える場所は、自宅が最も良くて、病院が悪いという話ではないだろう。本人や家族の希望、周りの環境に応じて、最期の迎え方は異なって良いのではないだろうか。

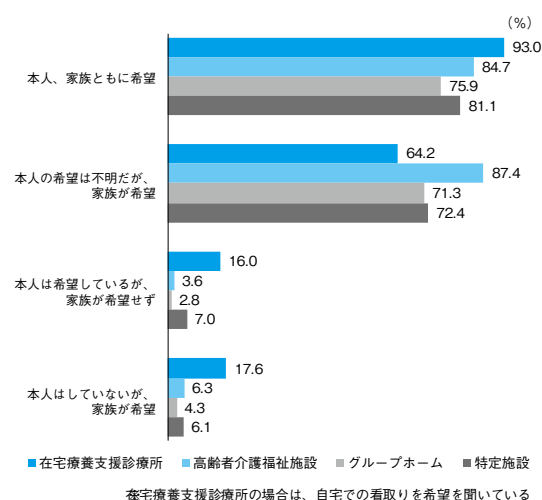
本章では、2015（平成27）年9月末～11月末にかけて、「看取りに関する情報提供のあり方」について調査を行った。対象施設の種別は、高齢者介護福祉施設、特定施設、グループホーム、在宅療養支援診療所の4種類である。対象地域は、病院、自宅、老人ホームで亡くなる割合がそれぞれ多い上位5都道府県、合計3グループ15都道府県に設定した。対象施設は、各施設の種別ごとに600件、合計2,400件を無作為抽出し、郵送で調査を依頼し、2回督促を行った。なお、最終的な回収率は、在宅療養支援診療所33%、高齢者介護福祉施設38%、グループホーム48%、特定施設39%であった。

調査の中から、「各施設の看取りの方針」、「看取りに関する希望の伺い状況」の2点について、調査結果を報告する。なお、高齢者介護福祉施設、グループホーム、特定施設を「介護施設等」と表記し、在宅療養支援診療所を「診療所」と記す。

(1) 各施設の看取りの方針

①看取る場合の方針

本人と家族の看取りへの希望があれば、基本的な方針として看取りを行うかについて聞いた（図V-12）。



図V-12 看取りの希望と施設の受け入れ方針

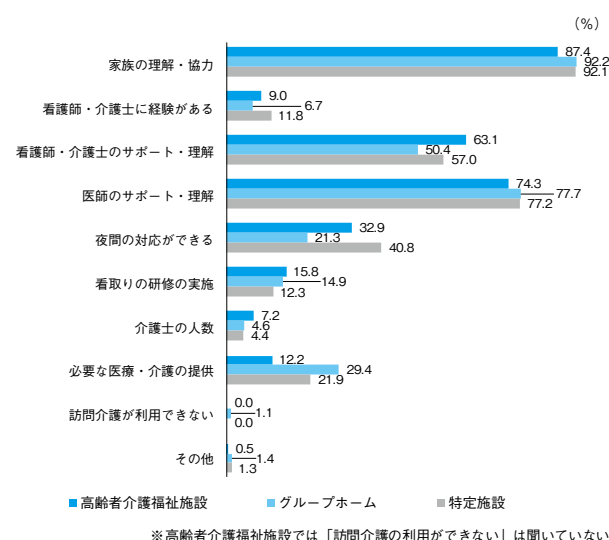
「本人と家族ともに希望」した場合で、75.9%～93.0%が看取ると答えている。次に多いのが、「本人の希望は不明だが、家族が希望」の場合で、64.2%～87.4%が看取るとしている。「本人は希望しているが、家族が希望せず」、「本人は希望していないが、家族が希望」の2つは、先の2つに比べて回答が少ない。

施設の種別別にみると、診療所が他の施設に比べて、看取る方針の施設が多い（ただし、本人の希望が不明だが、家族が希望を除く）。基本的には、本人、家族のいずれかが希望すれば看取りの希望を叶えたい意向が伺える。

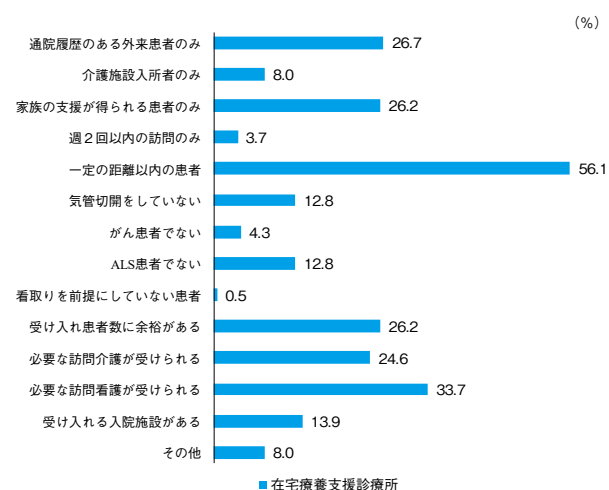
一方、介護施設等は、それに比べると消極的であり、なかでもグループホームと特定施設は、高齢者介護福祉施設に比べると看取る施設の割合が少ない。また、本人と家族の意見が対立した場合には、看取る施設はわずかである（2.8%～7.0%）。

②看取る場合の必須条件

看取りを受け入れる場合の必須条件（上位3つ）について聞いた（図V-13）。介護施設等の回答では、回答割合が高い順に、「家族の理解・協力」



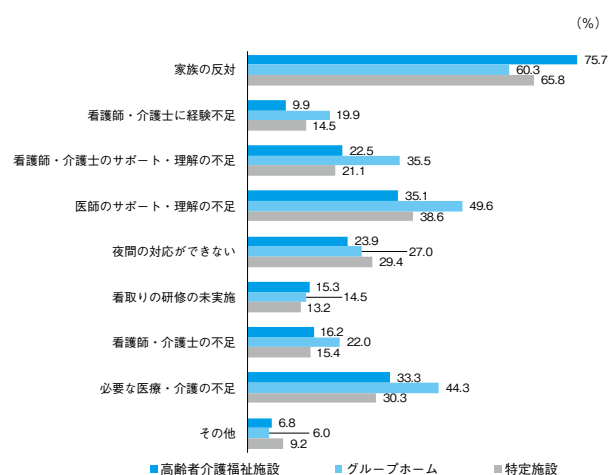
図V-13 看取りを受け入れるための必須条件



図V-14 訪問診療を受け入れる条件

87.4～92.2%、「医師のサポート・理解」74.3～77.7%、「看護師・介護士のサポート・理解」50.4～63.1%、であった。一方、「看護師・介護士の経験」、「看取り研修の実施」、「介護士の人数」は、回答割合が概ね15%以下と少数だった。家族の理解・協力と、関係者のサポート・理解とが、看取りをするには欠かせないことが伺われる。経験や研修、人数は、相対的に比べると条件としての位置づけが低い。施設の種別別にみると、グループホームが「必要な医療・介護の提供」を条件にあげている割合が他施設に比べて29.4%と多いことが特徴的であった。

診療所には、訪問診療を受け入れる条件について聞いた（図V-14）。最も多いのは、「一定の距離



図V-15 本人の希望があっても、看取りができない理由

以内の患者」56.1%で、次が「必要な訪問看護が受けられる」33.7%であった。「通院履歴のある外来患者のみ」、「家族の支援が得られる患者のみ」、「受け入れ患者数に余裕がある」、「必要な訪問介護が受けられる」はいずれも25%前後であった。

距離が最も重要な要素であり、家族や看護、介護関係者の協力が次いで重要という結果であった。

③本人の希望があっても、看取りができない理由

本人が希望しても看取ることができない理由について聞いた（図V-15）。介護施設等の結果では、最も多いのは、「家族の反対」60.3～75.7%である。次いで多いのは、「医師のサポート・理解の不足」35.1～49.6%、「必要な医療・看護の不足」30.3

～44.3%である。特に、グループホームの回答割合が多い。逆に少ないのは、「看護師・介護士の経験」、「看取り研修の未実施」、「看護師・介護士の不足」であり、概ね15%以下である。先の看取り受け入れの必須条件の裏返しの傾向が見られる。

一方、診療所の回答結果で、最も多いのは、同じく「家族の反対」89.3%で、これに続いて、「頼れる家族がいない」52.9%、「距離が遠い」42.8%が多かった。それ以外の要素については、概ね15%以下であった。

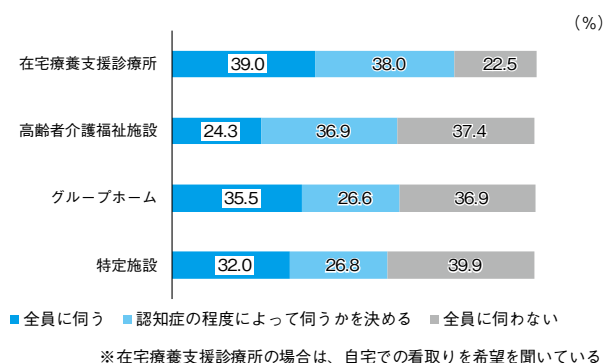
(2) 看取りに関する希望の伺い状況

①本人、家族への伺い状況

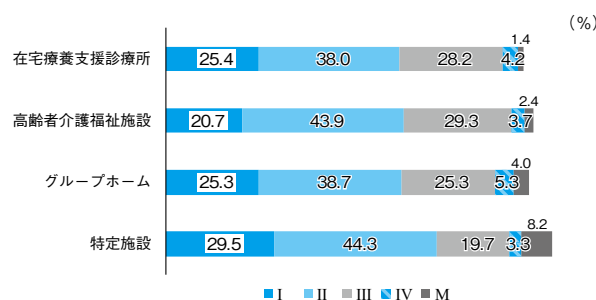
本人に看取りの希望を伺うことにしているかを聞いた(図V-16)。「全員に伺う」は、24.3%(高齢者介護福祉施設)～39.0%(在宅療養支援診療所)、「認知症の程度によって伺うかを定める」は、26.6%(グループホーム)～38.0%(在宅療養支援診療所)、「全員に伺わない」は、22.5%(在宅療養支援診療所)～39.9%(特定施設)であった。

「全員に伺う」と「認知症の程度によって伺う」を合わせると、振れ幅はあるが概ね60%～75%くらいは、本人の意向を伺う様子が見える。ただし、介護施設等では、どの施設でも「全員に伺わない」が最も回答が多く、逆に、診療所は「全員に伺う」が最も回答が多い。そういう意味では、診療所と介護施設等では、回答傾向が逆になっている。

ちなみに、自立度で言えばどれくらいまで聞かかを「認知症の程度によって伺う」と回答した施設に聞いたところ、63.4%～73.8%が、自立度Ⅱまでならば聞くという回答であった(図V-17)。

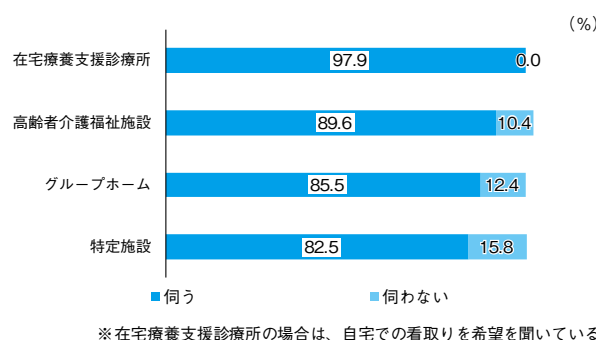


図V-16 看取りに関する希望の伺い状況(ご本人に対して)



図V-17 看取りに関する希望の伺い状況(ご本人に対し要介護度に応じて伺う場合)

一方、家族に看取りの希望を伺うかについて聞いてみると、回答施設によって幅はあるが、8割以上の施設が看取りの希望を伺うという結果であった。ここでも、診療所と介護施設等では、回答傾向が異なり、診療所では97.9%が「伺う」としているのに対し、介護施設等では「伺わない」方針の施設が10.4～15.8%と、一定割合あった(図V-18)。

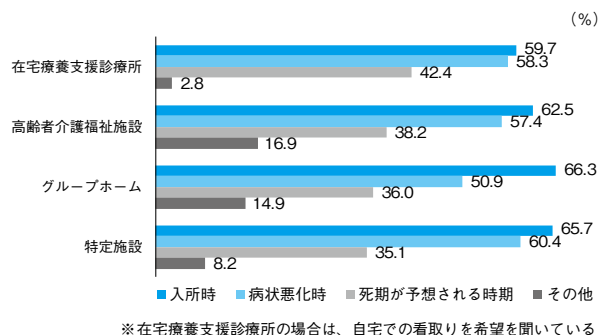


図V-18 看取りに関する希望の伺い状況(家族に対して)

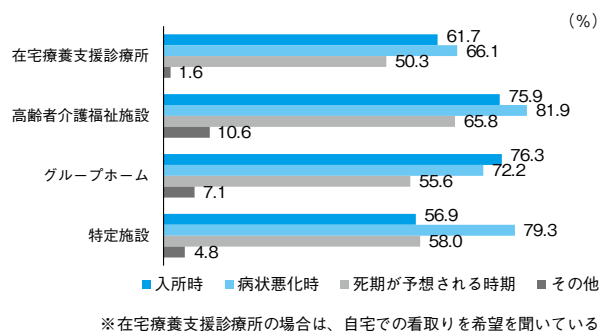
②希望を伺う時期

先の回答で「全員に伺う」、「認知症の程度によって伺う」と回答した施設に、本人に希望を伺う時期を聞いた(図V-19)。どの施設でも、「入所時」59.7～66.3%、「病状悪化時」50.9～60.4%、「死期が予想される時期」35.1～42.4%の順に高かった。回答施設の種類によって大きな違いはないが、「死期が予想される時期」で希望を伺う割合は、診療所が42.4%と最も多かった。

一方、家族に聞く時期を伺ったところ(図V-20)、本人とは異なり、「病状悪化時に伺う」割合が最も多かった(66.1～81.9%)。ただし、グルー



図V-19 看取りに関する希望を伺う時期(ご本人)



図V-20 看取りに関する希望を伺う時期(ご家族)

プホームは「入所時」が最も多く76.3%で、「病状悪化時」は72.2%であった。「死期が予想される時期」に伺う施設も50.3～65.8%と、本人よりも高い傾向にあった。

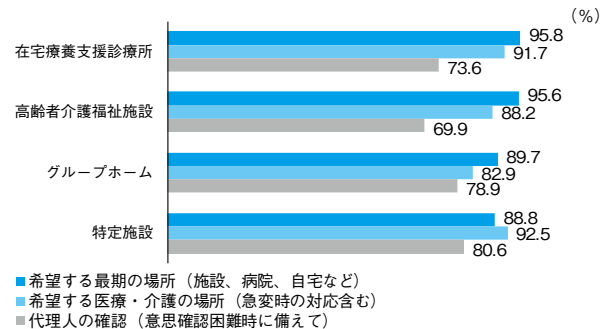
③看取りに関する希望内容

本人に対し看取りに関して伺う内容について聞いた。全体的な傾向として、「希望する最期の場所」88.8～95.8%、「希望する医療・介護の場所」82.9～92.5%、「代理人の意思確認」69.9～80.6%の順に回答割合が高かった。ただし、特定施設だけは、「希望する医療・介護の場所」が92.5%と、「希望する最期の場所」の88.8%より高かった。

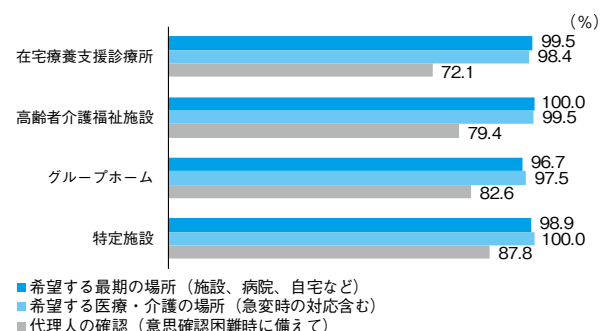
一方、家族については、どの施設もほぼ100%の割合で、「希望する最期の場所」と「希望する医療・介護の場所」を聞いている。「代理人の確認」は、72.1～87.8%だった。

④意見が異なった場合への対応

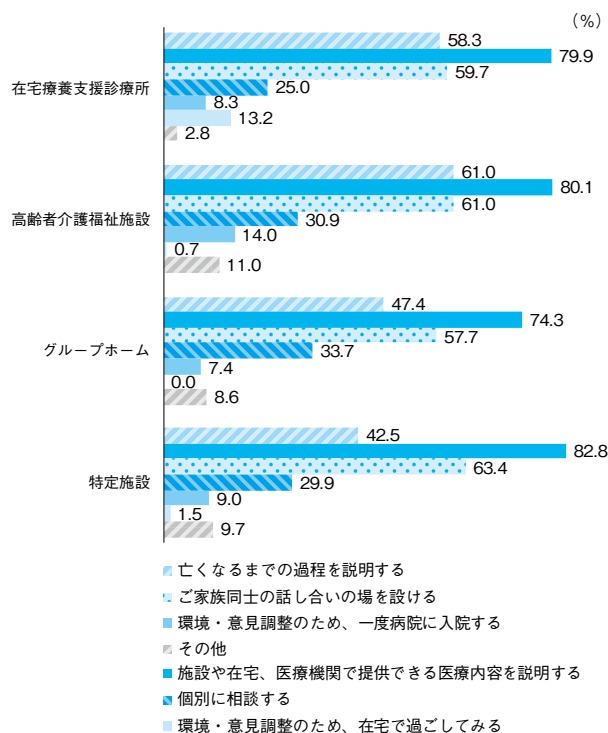
本人と家族の意見が異なった場合への対応を聞いた(図V-23)。回答率が多い順に「施設や在宅、



図V-21 看取りに関する希望を伺う内容(ご本人)



図V-22 看取りに関する希望を伺う内容(家族)



図V-23 ご本人とご家族の意見が対立した場合への対応

医療機関で提供できる医療内容を説明する」74.3～82.8%、「家族同士の話し合いの場を設ける」57.7～63.4%、「亡くなるまでの過程を説明する」42.5～61.0%、「個別に相談する」25.0～

33.7%であった。ここまでの上位4つの回答の順番は、ほぼ同じであった。それ以外の対応は、概ね10%以下と少数である。診療所特有と思われる回答は、「環境、意見調整のため、在宅で過ごしてみる」で13.2%あった。一方、介護施設等では、「環境、意見調整のため、一度病院に入院する」が7.4～14.0%あった。「その他」の回答も介護施設等では、8.6～11.0%ではあるが一定割合あった。具体例としては、「家族の意思を尊重する」、「本人とキーパーソンの意向が一致してから同意書を交わす」、「医師と他の職員が出席する話し合いの場を設ける」、「意見が異なることが無かった」等の回答があった。

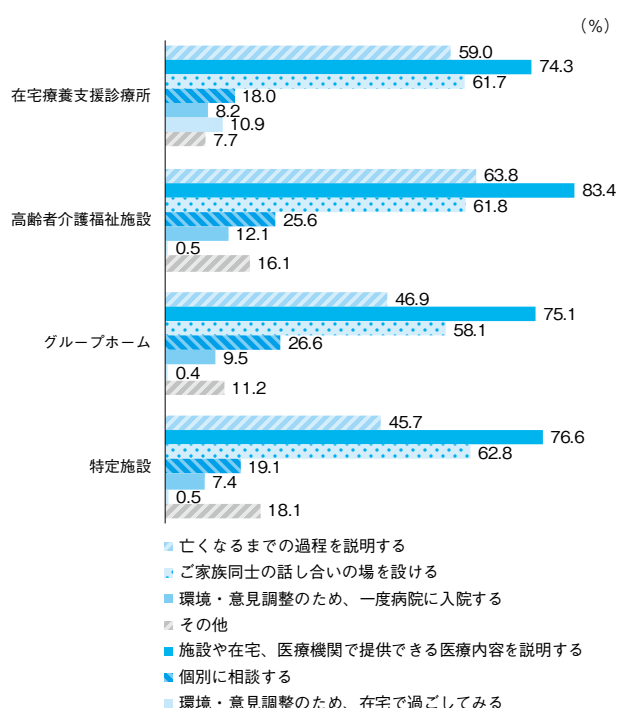
家族同士の看取りに関する意見がまとまらない時についても、対応を伺った（図V-24）。基本的に回答が多い順番は同じで、「施設や在宅、医療機関で提供できる医療内容を説明する」74.3～83.4%、「家族同士の話し合いの場を設ける」58.1～62.8%、「亡くなるまでの過程を説明する」46.9～63.8%、「個別に相談する」18.0～26.6%であった。ただし、高齢者介護福祉施設だけは、2番目と3番目の回答割合が逆転し、「亡くなるまでの過程を説明する」63.8%が「家族同士

の話し合いの場を設ける」61.8%よりも多かった。診療所では、やはり「環境・意見調整のため、在宅で過ごしてみる」の回答が10.9%あり、他の介護施設等とは異なる傾向にあった。

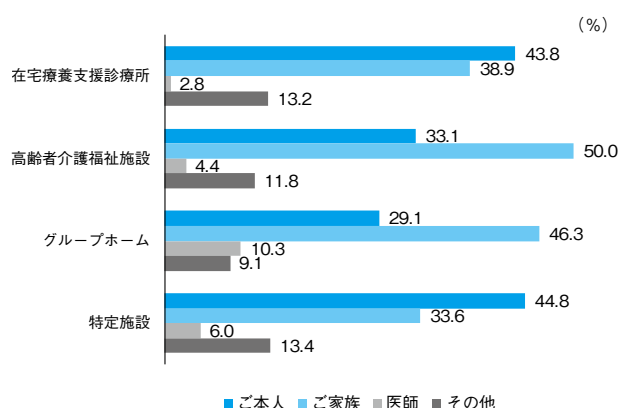
それ以外の特徴としては、介護施設等では、「その他」の回答が11.2～18.1%と一定割合あった。回答で多かったものは、「主治医と相談する」、「主治医同席の話し合いの場を設ける」、「キーパーソン、身元引受人の意思を尊重する」、「家族間の話し合いに委ね介入しない」、「意見が異なることが無かった」等があった。

⑤意見が異なった場合の最終判断

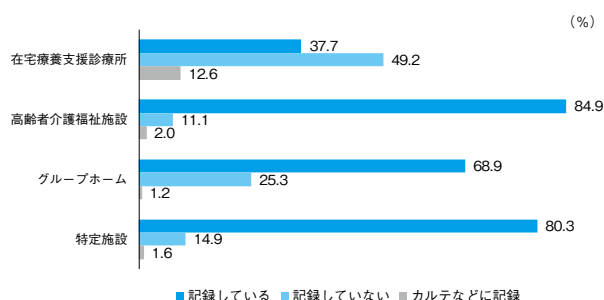
本人と家族の意見が異なった場合、最終的に誰の意見を尊重するかを聞いた（図V-25）。本人か家族のどちらかの割合が多いが、施設によって回答状況は異なった。在宅療養支援診療所と特定施設は、「本人」という回答が最も多く、それぞれ43.8%と44.8%であった。一方、高齢者介護福祉施設は50.0%、グループホームは46.3%が「家族」と回答した。医師の割合は、グループホームが10.3%と比較的多かったが、それ以外は、2.8～6.0%と少数であった。「その他」の割合が9.1～13.4%あ



図V-24 ご家族同士の意見が対立した場合への対応



図V-25 ご本人とご家族の意見が異なった場合の最終的な判断



図V-26 希望する看取りに関する文書での記録状況

り、診療所の回答では、「ケースバイケース」という回答が多く、介護施設等では、「まとまらなければ看取りを行わない」、「そのような場面を経験したことが無い」、「ケースバイケース」、「最後まで調整できるよう努力する」という意見があった。

⑥文書での記録状況

本人や家族の希望する看取り内容を文書で記録しているかを聞いた(図V-26)。介護施設等では、「記録している」が68.9～84.9%と最も多かった。一方、診療所は「記録している」が37.7%であったが、「カルテ等に記載している」も12.6%あった。

診療所では、文書に残しておく割合が介護施設等に比べて少なかった。ただし、文書には明示していないが、日々の診察の中で意思確認を取っている割合も含めると50%程度になる。介護施設等は、「記録していない」が1.2～2.0%と診療所に比べると相対的に少ないが、文書としては明示していないものの、介護記録などには記録してある可能性もある。

⑦希望を伺わない理由

本人の看取りの希望を伺わないことにしている理由を聞いた(図V-27)。「その他」が、診療所を除いて最も多く、49.0～57.1%であった。「その他」以外で多いのは、「説明を理解できないと思うから」22.0～39.8%、「タイミングが分からない」16.9～26.9%、「気分を害されると困る」14.5～19.0%であった。

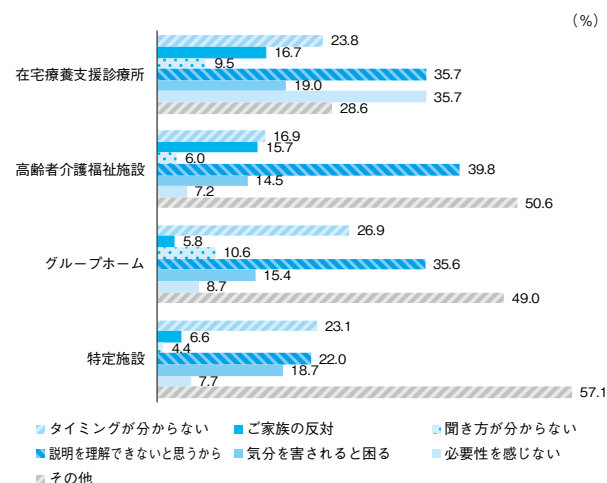
診療所では、「必要性を感じない」が35.7%と他の施設と比べて、回答率が高いのが特徴的である。また、「家族の反対」も、診療所と高齢者介護福祉施設では、16.7%、15.7%あったが、グループホー

ム、特定施設では7%以下であった。

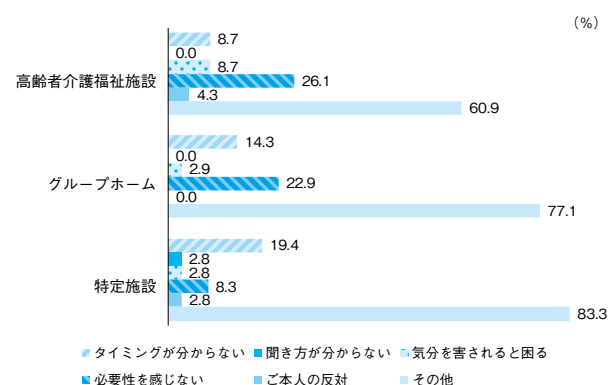
家族の看取りの希望を伺わないことにしている理由には、どんな理由があるのであろうか。診療所は、「伺わない」と明記した施設はなかったので、介護施設等だけの集計である(図V-28)。

「その他」がどの施設でも多く、60.9～83.3%であった。自由回答の内容を見てみると、「看取りを行っていないため」、「看取りの体制が整っていない」という回答が多数であった。

次いで多いのは、「必要性を感じない」8.3～26.1%、「タイミングが分からない」8.7～19.4%であった。「本人の反対」と「気分を害されると困る」という回答は3%以下と少数であった。



図V-27 ご本人の希望を伺わないことにしている理由



図V-28 ご家族の希望を伺わないことにしている理由



執筆者：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)



人口動態統計と死亡届・死産届

第I章のコラムでは人口動態統計と出生届に関して解説した（17ページのコラム参照）。これに関連して、本コラムでは人口動態統計の「死亡届」と「死産届」について解説する。

1. 死亡届

身内や同居人が死亡したら7日以内に死亡届を提出しなければならない。出生届と同様にこれも戸籍法で定められている。死亡届により戸籍に「死亡」の記載が入り、住民票が削除される。日本全国の役場から寄せられた死亡届の情報を1年間集計することによって、その年に何人が死亡したのかを正確に把握できる仕組みになっている。死亡届は死亡診断書と1枚セットになっていて、A3用紙の左半分が死亡届（遺族が記入）で、右半分が死亡診断書（医師が記入）になっている。死亡届を出さないと、火葬許可書・埋葬許可書がもらえない（111ページのコラム参照）。埋葬許可書を持たずに墓地に埋葬や納骨をすると法律で罰せられる。

2010（平成22）年にわが国において、すでに死亡した遺族を自宅に放置し（遺体はミイラ化・白骨化）、何十年にもわたって年金を不正に受給し続けるという事件が話題となった。この事件以降、「戸籍や住民票は存在するが、実際には生存または居住地などの確認が取れない高齢者」が国内にかなり存在していることが明らかとなった。厚生労働省は「高齢者所在不明問題」と称しているが、最近では「消えた高齢者問題」と呼ばれている。

2. 死産届

流産や中絶などにより妊娠12週以降に胎児を死産した場合、7日以内に死産届を提出しなければならない。これは「死産の届け出に関する規定」により法的に定められている。死産は戸籍には影響しない。原因に関係なく、妊娠12週以降の死産は「出産育児一時金」の対象となり39～42万円が支給される。死産届は死産証書と1枚セットになっていて、A3用紙の左半分が死産届（遺族が記入）で、右半分が死産証書（医師が記入）となっている。死亡届と同様に、死産届を提出しないと火葬許可書・埋葬許可書がもらえない仕組みになっている。



執筆者：阿江 竜介（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）



2 「死」や「最期」は、どのように報じられてきたか

日本人は、戦後間もなくのころ、ほとんどが自宅で亡くなっていた。1951（昭和26）年には82.5%が自宅で亡くなり、病院で亡くなる人は9.1%だった。その後、病院で亡くなる人が増え、1970年代後半には、自宅で亡くなるより、病院で亡くなる人が多くなった。2009（平成21）年には78.4%が病院で亡くなり、自宅で亡くなる人は12.4%となった。

その間、平均寿命は1947（昭和22）年に男性50.06歳、女性53.96歳だったものが、男女ともに1951（昭和26）年には60歳代になり、1971（昭和46）年に70歳代に、2013（平成25）年に80歳代となり、2015（平成27）年には男性80.79歳、女性87.05歳まで伸びている。

平均寿命の変化だけでなく、死因も大きく変化した。1947（昭和22）年当時は結核や肺炎といった感染症が死因の上位を占め、次いで脳梗塞・脳出血などの脳血管疾患が多かった。1950年代以降は脳血管疾患、がんなどの悪性新生物、心筋梗塞などの心疾患が死因の3大疾患となった。1970年代までは脳血管疾患が死因の第1位だったが、1980年代以降は悪性新生物が死因の第1位となった。脳血管疾患の死亡率は減少し、心疾患の死亡率は上昇し1990年代以降は心疾患が死因の第2位となった。また、肺炎の死亡率は1950～1960年代減少傾向だったものが、1980年代頃から、人口の高齢化に伴い、再び上昇に転じ、いまや死因の第3位を占めるまでになった。

平均寿命や死因の変化は、日本人の「死」に対する考え方、捉え方に少なからず影響を及ぼしてきたと考えられる。悪性新生物に対する告知の問題は、「死」に向き合うきっかけをもたらした。さらに、超高齢社会の到来で、どこで、どのように最期の時を迎えるかを国民全体で考えなければならなくなっていると思われる。

そこで、今回、新聞記事の見出しや本文に使用されている言葉を通して、日本人の「死」や「最期」に対する考え方や捉え方がどのように変化してきたのか、を調査することとした。

対象紙は朝日新聞、産経新聞、日経新聞、毎日新聞、読売新聞（50音順）の5紙で、それぞれの記事検索データベースを利用して、以下の言葉（表V-1）が使用されている記事の件数を調査した。それぞれの対象調査期間は表V-2の通りである。

表V-1 調査した言葉リスト

終末期医療
延命治療
在宅終末期医療
看取り
エンディングノート
事前指示書
リビング・ウィル または リビングウィル
尊厳死
孤独死
孤立死
無縁仏
終末期×在宅医療 または 訪問診療
終末期×訪問看護
終末期×訪問介護
終末期×多職種連携
終末期×QOL または 生活の質
終末期×長期療養 または 療養場所
終末期×人工呼吸器
終末期×胃ろう

表V-2 対象新聞紙と対象調査期間

対象紙	対象期間
朝日新聞	1945(昭和20)～2015(平成27)年
産経新聞	1992(平成4)～2015(平成27)年
日経新聞	1945(昭和20)～2015(平成27)年
毎日新聞	1945(昭和20)～2015(平成27)年
読売新聞	1945(昭和20)～2015(平成27)年

1) 終末期医療／延命治療／在宅 終末期医療／看取り

最期の時をどのように過ごすのか、を表す言葉として、終末期医療、延命治療、在宅終末期医療、看取りを取り上げ、調査した。

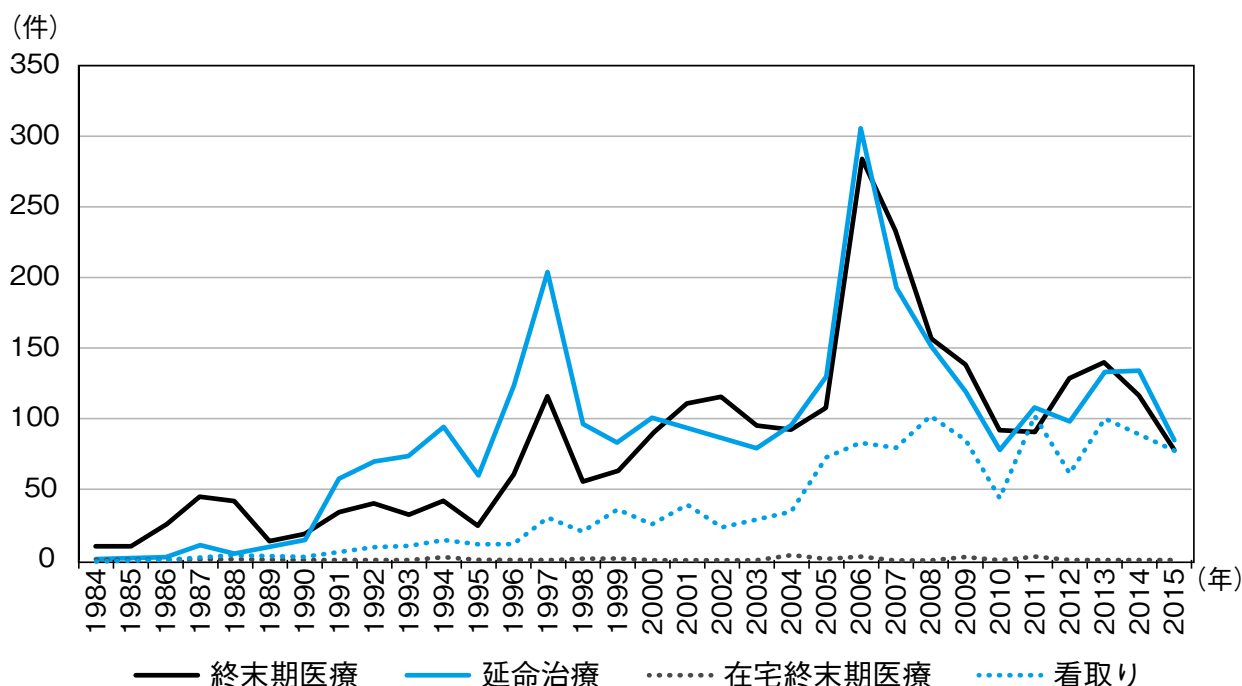
4つの言葉の中で、最も早く使用されたのは、延

命治療で、1973（昭和48）年から使用されていた。看取りは1975（昭和50）年から、終末期医療は1976（昭和51）年から、在宅終末期医療は1994（平成6）年から使用されていた。

図V-29のように、終末期医療と延命治療には、2つの大きなピークがあり（1997（平成9）年と2006（平成18）年）、2000（平成12）年以降は高い水準が続いている。また、看取りは1990年代から増え始め、2005（平成17）年以降さらに増加した状態が続いている。在宅終末期医療は年に0～数件に留まっていた。

延命治療は1991（平成3）年から件数が増えているが、これは、同年の東海大学医学部附属病院で起きた安楽死事件の影響だろう（末期がん患者に塩化カリウムを投与）。終末期医療と延命治療が1996（平成8）年から1997（平成9）年にかけて増加した背景には、次の複数の事件が関連していると思われる。1996（平成8）年には、京都府の町立病院で末期がん患者に筋弛緩剤を投与して安楽死させたとされる事件（後に致死量ではなかったことが分かり不起訴）が起きた。1997（平成9）年には、高知県の老人病院や京都府の特別養護老人ホームでの消極的安楽死（食べられなくなった高齢患者に栄養チューブを挿入せず）事件や大阪府の老人病院で

肺炎の治療を見送った事件が起きた。同じく同年に国立富山医科薬科大学の倫理委員会が、末期がん患者に限定したがん患者の終末期医療の基本方針、「不治かつ末期の状態にあり、患者本人が延命治療を望まないことを文書で意思表示した場合には、痛みや不安を取り除く緩和治療に専念する」を決定した。さらに、2006（平成18）年に終末期医療や延命治療が急増した背景には、同年に起きた富山県の市民病院での末期患者の人工呼吸器を取り外し患者が死亡した事件があった。また、2004（平成16）年に北海道の道立病院で起きた、同様に末期患者の人工呼吸器を外し死亡した事件で、延命治療中止を理由に、医師が殺人容疑で立件された全国初の事件が、2006（平成18）年に不起訴処分になったことを報ずる記事もあった。病室あるいは病院という閉鎖された空間で起こるこういった事件の解明の難しさにここでは触れないが、いくつもの事件が明るみに出たことが、終末期の医療をどうするのか、延命治療をいつ、どのようにやめるのか、あるいはやめるべきではないのか、誰がそれを決めるのか、尊厳死を容認するのかしないのか、法整備が必要か不要か、などの議論のきっかけとなったことが伺える。また、大阪府の病院や大学病院で、新生児の延命治療を中止していた症例があったことを報じる記事も



図V-29 終末期医療／延命治療／在宅終末期医療／看取り

あった。誰が、最期の治療について意思表示をするのか、難しい問題を提起していた。

看取りは、最初は読者からの投稿などで使用されることが多かったが、徐々に自宅や特別養護老人ホームなどの介護施設、あるいは救急現場での看取りなどを紹介する記事が増え、関心の高まりを感じた。

2) エンディングノート／事前指示書／リビング・ウィル／終活

最期の時についての意思表示に関する言葉としてエンディングノート、事前指示書、リビング・ウィル、終活を取り上げ、調査した。

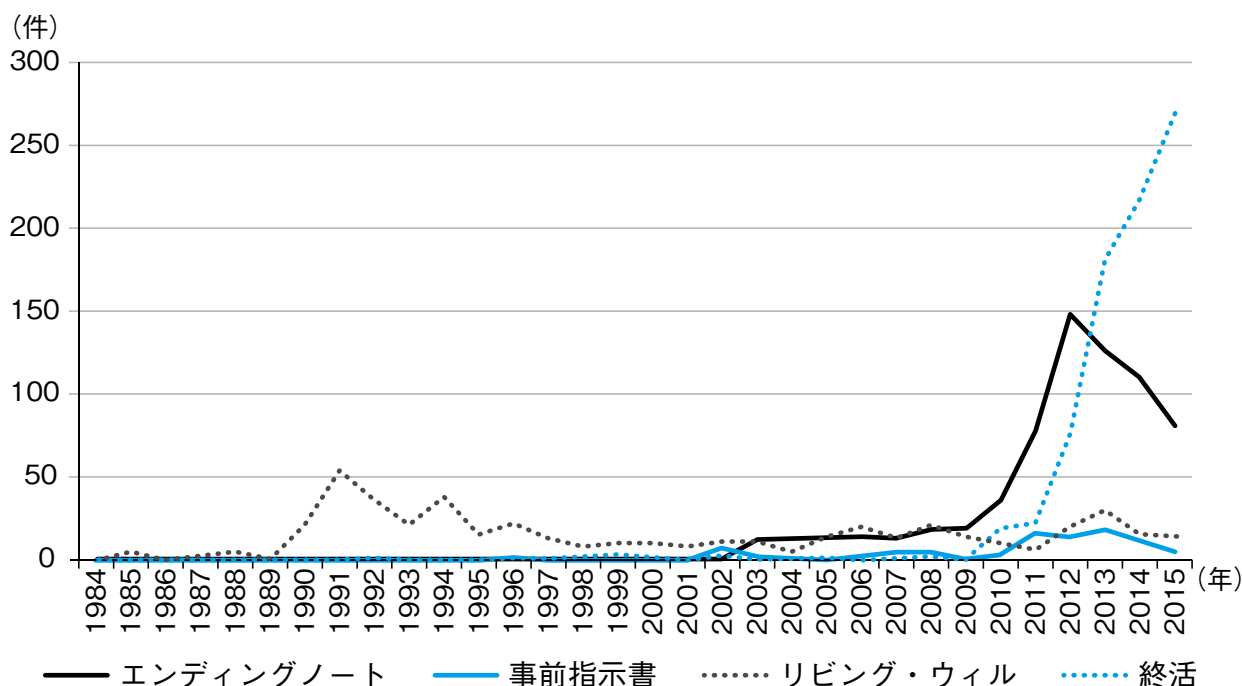
この中で最も早く使用されたのはリビング・ウィルで1976（昭和51）年から使用されていた。事前指示書は1996（平成8）年から、エンディングノートは2003（平成15）年から、終活は2010（平成22）年から使用されていた。

図V-30のように、リビング・ウィルは1990年代に増え、その後はやや少ない状態ではあるが、継続的に使用されている。事前指示書、エンディングノート、終活は2010年代に増え、特に終活の増加が目立っている。

リビング・ウィルは生前の意思、生前発行の遺言書という意味だが、記事の多くで、尊厳死の宣言書、という意味で使用されている。1990（平成2）年には、日本尊厳死協会への登録者が急増し、尊厳死宣言をする人が増えている、といった記事や、日本医師会の生命倫理懇談会が尊厳死を容認する見解を打ち出した、という記事があった。そのような状況の中で、先述の1991（平成3）年の東海大学医学部附属病院での安楽死事件が起こり、さらにリビング・ウィルへの関心を高めたと考えられる。

終活は近年、就活、婚活、といった〇活という言葉がさまざまな分野で使用される中で、2009（平成21）年の週刊誌の連載で生まれた。それをきっかけに終活に関する書籍が出版されるようになり、2010（平成22）年には新語・流行語大賞にノミネートされ、2012（平成24）年にはトップテンに選出されるなど、社会的に注目された結果、記事の件数の急増にも表れたと思われる。

エンディングノートは、人生の終末期、死に備えて自分の希望を書き留めておくもので、病気にかかった時の希望内容を書き留めておくものは、特に事前指示書と呼ばれる。エンディングノートは2003（平成15）年にNPO法人が作成し、その後書籍での販売や自治体から無料配布されている例も



図V-30 エンディングノート／事前指示書／リビング・ウィル／終活

あり、超高齢社会の到来で、自分自身の最期についての関心が高まっていることが、エンディングノートや事前指示書、終活といった言葉が取り上げられる背景にあると考えられる。

3) 尊厳死／孤独死／孤立死／無縁仏

死、そのものに関する言葉として尊厳死、孤独死、孤立死、無縁仏を取り上げ、調査した。

この中で最も早く使用されていたのは無縁仏で1946（昭和21）年から使用されていた。孤独死は1958（昭和33）年から、尊厳死は1973（昭和48）年から、孤立死は1995（平成7）年から使用されていた。

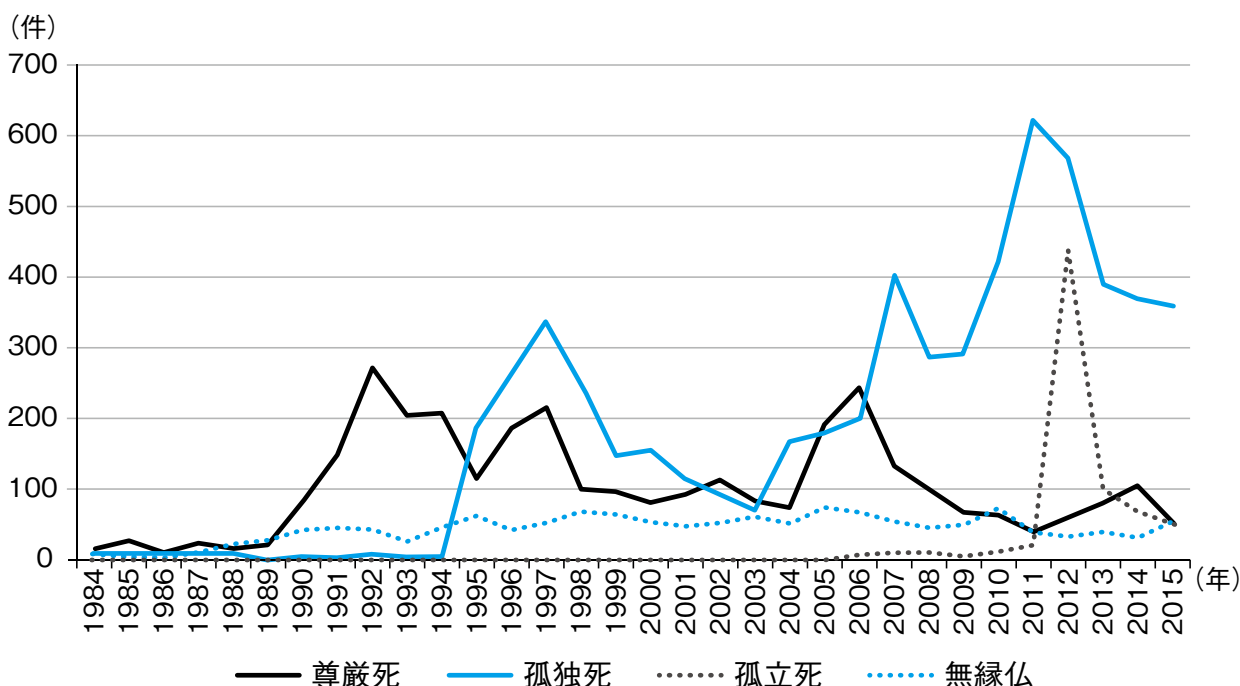
図V-31のように、無縁仏は、数の増減はほとんど無かった。尊厳死は1990年代と2000年代に2つの大きな山があり、孤独死は1990年代後半に最初のピークがあり、その後、2004（平成16）年から現在まで多い状態が続いている。孤立死は2012（平成24）年に大きなピークがあった。

1990年代の尊厳死が急に増えた背景には、先述の通り、1990（平成2）年の日本尊厳死協会への登録者急増と、1991（平成3）年の安楽死事件が挙げられるだろう。2005（平成17）年から増え

た背景には、1998（平成10）年に起きた神奈川県川崎市の医療機関で気管内チューブを抜いて、筋弛緩剤を投与し、気管支喘息の重症発作の患者が死亡した事件の判決と米国フロリダ州の15年間植物状態にあった女性の尊厳死をめぐる報道がある。2006（平成18）年には先述の富山県の事件もあり、日本尊厳死協会の尊厳死の法制化を求める誓願書提出や、超党派の国会議員でつくる尊厳死法制化を考える議員連盟に関する報道もあった。

1995（平成7）年の孤独死は、同年に発生した阪神大震災が大きく関与している。2004（平成16）年からのピークは阪神大震災関連に加え、2004（平成16）年の新潟中越地震や2007（平成19）年の北九州市での生活保護行政に絡んだ孤独死、その他にも、各地で孤独死が増えていることや、その中で取り組まれている対応策の紹介などの記事で件数が増え、2011（平成23）年の急増は、東日本大震災が起きたことによっていた。

2012（平成24）年の孤立死の急増は、実際の孤立死例の報道に加えて、孤独死の増加を受けた各自治体のさまざまな取り組みを紹介しており、社会的に問題になっていることがうかがわれた。孤独死と孤立死に明確な定義はないが、内閣府の高齢社会白書の平成22年度版に、「誰にも看取られること



図V-31 尊厳死／孤独死／孤立死／無縁仏

なく息を引き取り、その後、相当期間放置されるような悲惨な孤立死（孤独死）」との表現がある。孤独死は、以前から使用されていた言葉だが、孤立死は孤独死と同様の意味で行政機関が使用している言葉のようである。

4) 終末期×在宅医療／訪問診療／訪問看護／訪問介護／多職種連携

最期を支える制度や人に関する言葉として、在宅医療、訪問診療、訪問看護、訪問介護、多職種連携を取り上げ、終末期という言葉と掛け合わせて調査した。

この中で最も早く使用されていたのは終末期×訪問看護で1987（昭和62）年から使用されていた。終末期×在宅医療または訪問診療は1989（平成1）年から、終末期×訪問介護は1994（平成6）年から、終末期×多職種連携は2011（平成23）年と2015（平成27）年のみに使用されていた。

図V-32のように、在宅医療または訪問診療と訪問看護は、1994（平成6）年から増え始め、2005（平成17）年以降さらに大きく増えている。また、訪問介護は2007（平成19）年からやや増加した状態が続いている。多職種連携は終末期に関

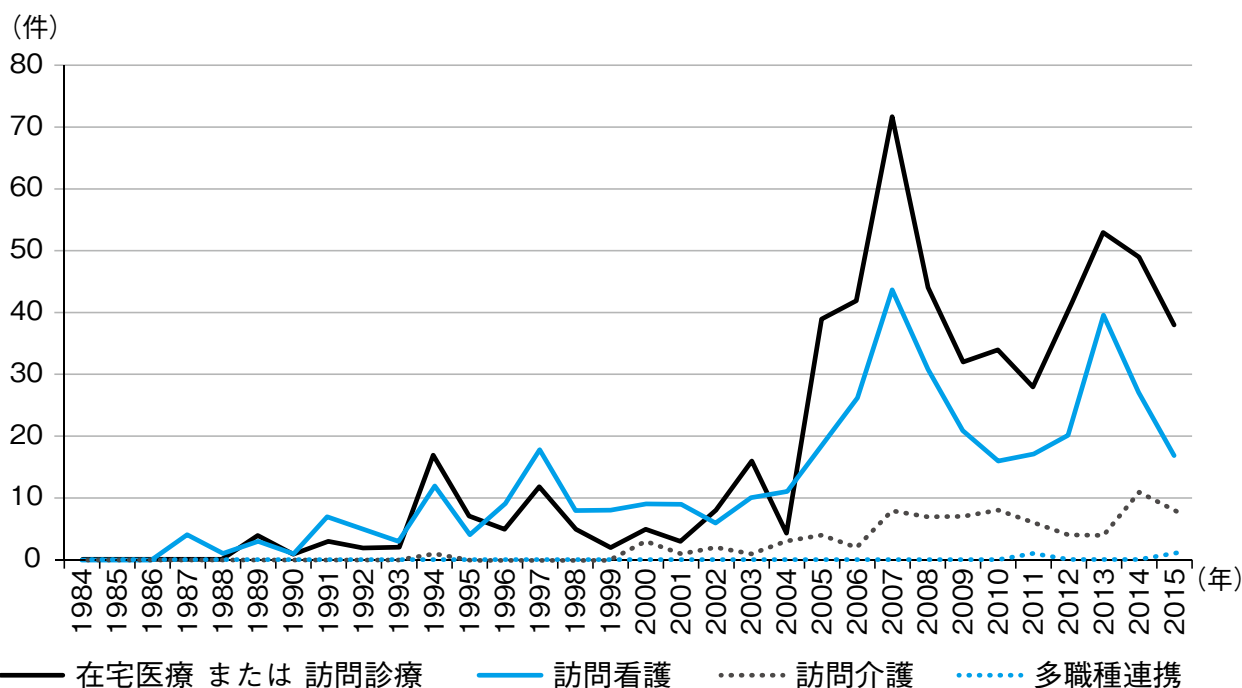
連する言葉としては、まだ一般的にはなっていないことが推察された。

在宅医療 または 訪問診療と訪問看護が、1994（平成6）年から増加した背景には、同年の中央社会保険医療審議会の診療報酬の改正案で、在宅医療の推進を打ち出したことがある。この中で、訪問看護ステーションから看護師が派遣される老人訪問看護制度も変更となり、対象が拡大し、各地で訪問看護ステーションが開設された。2005（平成17）年からは、在宅医療の現状や課題、取り組み、在宅医療を取り巻く環境に関するさまざまな記事があり、在宅医療に対する関心の高まりを感じた。

2000年代後半からの、終末期×訪問介護という言葉が含まれる記事の増加も、同様の背景と考えられる。

5) 終末期×QOL／生活の質／長期療養／療養場所／人工呼吸器／胃ろう

人生の最期の時の“質”に関係があると思われる言葉として、QOL、生活の質、長期療養、療養場所、人工呼吸器、胃ろうを取り上げ、終末期という言葉と掛け合わせて調査した。



図V-32 在宅医療／訪問診療／訪問看護／訪問介護／多職種連携

この中で最も早く使用されていたのは、終末期×人工呼吸器で1976（昭和51）年から使用されていた。終末期×QOL または 生活の質は1990（平成2）年から、終末期×長期療養 または 療養場所は1991（平成3）年から、終末期×胃ろうは1998（平成10）年から使用されていた。

図V-33のように、長期療養 または 療養場所は、使用され始めてからも、ほとんどが年に数件に留まっていた。人工呼吸器は2006（平成18）年から2007（平成19）年にかけて大きなピークがあり、胃ろうは2012（平成24）年に、QOL または 生活の質は2013（平成25）年に増加していた。

人工呼吸器が、2006（平成18）年に大きく増えたのは、先述の富山県の市民病院での末期患者の人工呼吸器を取り外し死亡した事件が影響している。2007（平成19）年には、和歌山県立医科大学や千葉県の県立病院での延命治療の中止に関する記事とともに、岐阜県の県立病院の倫理委員会が、回復の見込みがない患者について、事前に用意していた文書などに基づいて延命治療の中止を容認したが、最終的に県と院長が、国の指針などが明確でないことを理由に倫理委員会の決定を認めず、治療続行を指示した記事、この他に日本救急医学会が示し

た救急医療の現場で延命治療を中止する手順についてのガイドラインに関する報道、厚生労働省がまとめた治る見込みのない終末期の患者に対し、医師が延命治療を中止するプロセスを明示した指針に関する報道もあった。

2012（平成24）年に増加した胃ろうについては、日本老年医学会がまとめた、高齢者の終末期医療とケアについて、胃ろうなどの人工栄養や人工呼吸器の装着は慎重に検討し、差し控えや中止も選択肢として考慮する、との立場表明に関する記事や、それを受けて同学会が決めた人工栄養の導入をめぐる高齢者ケアの意思決定プロセスに関する指針に関する記事の他に、胃ろうに対する患者の家族の苦悩、医療者の葛藤、海外の事情を紹介する記事が見られた。

QOL または 生活の質が2013（平成25）年に増加したのは、読売新聞の各都道府県の緩和ケアに関する連載記事のためであり、緩和ケアが身近な問題となってきたことを表していると思われる。

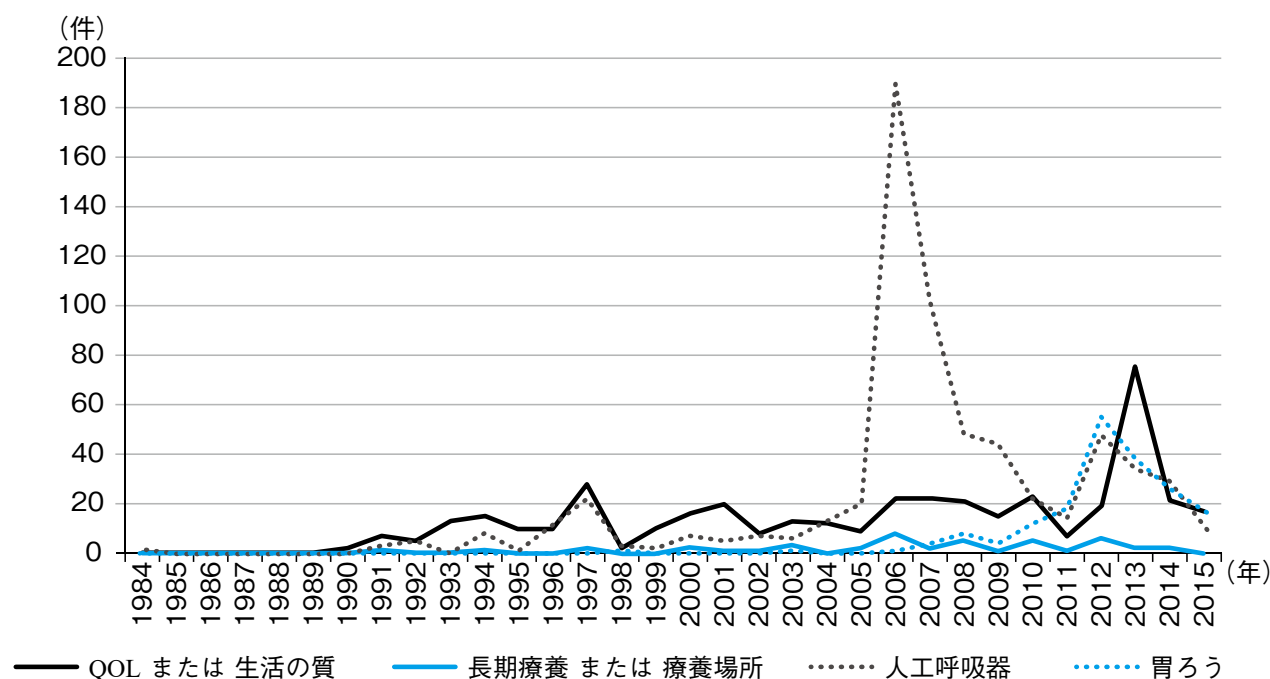


執筆者：小松 憲一

（自治医科大学

地域医療学センター

地域連携型医学教育・研修部門）



図V-33 QOL／生活の質／長期療養／療養場所／人工呼吸器／胃ろう



死亡診断書

前項のコラムで解説したとおり、「死亡届」と「死亡診断書」は1枚ワンセットになっている（97ページのコラム参照）。本コラムでは死亡診断書について解説する。

1. 死亡診断書

死亡診断書には、死亡者の住所、氏名、生年月日、死亡した日時のほか、死亡した場所、原死因（死亡の原因となった疾病の名前）、解剖（剖検）の有無などの情報を医師が記載する。

用紙は同じだが、死亡診断書と死体検案書とは異なる。患者が医師の診療に関連する疾病で死亡した場合は「死亡診断書」を交付する。一方で、外因による死亡またはその疑いがある場合は「異状死体」と判断し、警察に届けると同時に「死体検案書」を交付する。異状死体とは、交通事故や転落、溺水などの不慮の事故や、自殺、他殺などが含まれる。

死亡診断書を交付する際、まず、医師が（死体検案書）の表記の上に二重線を付与し、死亡診断書の交付を明示する。死亡診断書の記載方法は、政府（厚生労働省）により厳密に決められていて、具体的な「記入マニュアル」が公表されている。医師は原則、これに準じて死亡診断書を記載する。

2. 死亡場所

本人がどこで死亡したかを正確に記載する。死亡場所は、病院、診療所、介護老人施設、自宅などの種類を選び、その所在地を記載する。人口動態統計における「死亡場所」のデータは、死亡診断書に記載された情報に基づいており、きわめて正確である。最近では、在宅療養の推進などを要因として、自宅で死亡する者が増加傾向にある。

3. 原死因

死亡の原因を正確に記載する。直接死因をはじめ、その要因となった疾病名称を記載する。たとえば、直接死因が「術後肺炎」、その原因が「右肺上葉扁平上皮がん」というように、医学的因果関係に基づいて記載する。人口動態統計では、死亡診断書に記載された死因をもとに統計処理が行われている。

医学的に、心臓の機能が弱った状態を「心不全」と言い、呼吸機能が弱った状態を「呼吸不全」と言う。人が死亡するとき、突然に心肺機能が停止することはほとんどない。徐々に心肺機能が弱っていき、やがて停止するのが一般的である。つまり、大半の人は心不全や呼吸不全の状態を経てから死亡する。この状態を一般に「終末期」と呼ぶ。1995（平成7）年1月より、原死因の病名を明確化する目的で「直接死因の病名には終末期の状態（心不全や呼吸不全など）を書かない」というルールが導入された。このとき、医師が記載すべき病名を「国際疾病分類第10版（ICD-10th）」に準じるというルールも同時に導入された。人口動態統計に基づく「主要死因別に見た死亡率（人口10万人対）の推移（86ページの図V-3参照）」を見ると、1995（平成7）年に心疾患が急激に低下し、逆に脳血管疾患が急増しているのがわかる。同年に導入された記載ルールの改訂がこれらに影響したことがうかがえる。ただし、別の見方をすれば、それまでの医師による病名記載がいかにいい加減（不適切）だったかもうかがえる。

死亡診断書に関して最近、医師の間で話題になっていることがある。死因に「老衰」を記載すべきかどうかの議論である。たとえば背景に「がん」などの器質的な疾患が存在している場合、死亡診断書への記載は明確だろう。だが、「老衰」は異なる。「老衰」には明確な定義がない。その診断は医師個人の判断に委ねられ、主観の混入が避けられない。一方で、最新の死亡診断書記載マニュアルによると、直接死因が「誤嚥性肺炎」で、その原因が「老衰」とするのは適切な記載方法と謳われている。

わが国では、たとえば100歳近くにもなると、わざわざ病気を見つけるような精密検査を本人・家族が希望しないケースも多い。もしも今後、100歳近くまで生存する長寿高齢者が増えるとした場合、死亡診断書の死因に「老衰」と記載される例がさらに増加するかもしれない。ちなみに、2014（平成26）年の人口動態統計では「老衰」が死因の5位となっている。



執筆者：阿江 竜介（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）

3 地域で支えるそれぞれの介護（事例調査）

「看取りに関する情報提供のあり方」調査に回答いただいた施設（高齢者介護福祉施設、特定施設、グループホーム、在宅療養支援診療所）の中から、特に看取りに関して、本人や家族とのコミュニケーションの充実に取り組んでいる施設にヒアリング調査を実施した。

それぞれの「施設の概要」、「ご本人、ご家族に対する看取りの情報提供の状況」、「看取りに対する取り組みと課題」、「これから看取りを行うことを検討している施設へのアドバイス」をヒアリングしたので、下記に紹介する。

特別養護老人ホーム さうす国見



<相談室の様子>

<特別養護老人ホーム さうす国見の概要>

特別養護老人ホームさうす国見は、奈良県の北東部御所市に位置し、定員は96名（他にショートステイは4名）である。社会福祉法人仁南会が、1979（昭和54）年に特別養護老人ホーム「国見苑」を開設し、2004（平成16）年に国見苑を2分化してさうす国見を開設した。現入居者の平均要介護度は4.1、93名に何らかの認知症の症状がみられる。開設当初から看取りを行っており、年間20名程度が亡くなり、そのうち7名程度が施設で看取られる（それ以外は、連携している病院で亡くなるか、退所される）。施設では、介護記録を電子化し、iPadを使って入力し職員全体で情報を共有している。

<ご本人・ご家族に対する看取りの情報提供の状況>

入居時に看取りに関する希望を何うようにしているが、本人が意思決定することが困難な方が多く、家族が施設での看取りを希望している。その後、意向が変わって病院を希望されることも多く、家族の心の揺らぎは大きい。看取りの時期が近づくと、主治医より家族に状態について説明を行い、家族が施設での看取りを希望した場合には、施設の看取りに関する指針を説明し、同意書を得る。

定期的に介護職員、看護師、栄養士、生活相談員より家族に、利用者の日々の状態や取り組みについて説明を行い家族の思いも確認しながら取り組んでいる。

<看取りに関する取り組みと課題>

看取りをした後は、担当介護職員、看護師、栄養士、相談員が集まってケアについて振り返る。看取りの後には、後悔や虚しさ、無力感が残るが、取り組めたこと、出来なかったことを皆で共有し、それを踏まえて利用者、家族との関わりのなかで、出来たケアを話し、それを自信にチームケアの質

も高めることにもなる。

新人（若い職員）の介護士たちが、初めて看取った時は、心理的にショックを受けるが、経験を積んだ職員がサポートを行っている。看取りが特別なケアではなく、日常生活の延長線上に看取りがあるのだと、日ごろから話している。

<これから看取りを行うことを検討している施設へのアドバイス>

家族との信頼関係を深めることが大切だと思う。特別なことをするのではなく日常のケアを大切に、小さなことから家族とコミュニケーション（カンファレンス）をとって情報を共有すること。施設に来ることが難しい家族には、電話でのやり取りや、ご家族の希望する訪問日時に都合を合わせるなどの努力も必要になってくるだろう。それと同時にケアについて多職種間のコミュニケーションが大切である。

さうす国見での看取りは、介護士が前面に立ち、看護師や栄養士は、サポートに徹するように心がけている。それぞれの職種が互いに尊重し、入居者の看取りにあたって協力できる関係が重要だと思う。

特別養護老人ホーム ふくら



<相談室の様子>

<特別養護老人ホーム ふくらの概要>

特別養護老人ホームふくらは、滋賀県の北西部長浜市に位置し、定員80名（ショートステイ6名は除く）である。1975（昭和50）年に滋賀県が県立特別養護老人ホーム福良荘（50名）として開設し、運営を社会福祉法人グロー（旧滋賀県社会福祉事業団）が受託した。1988（昭和63）年に現在の80名体制になった。2003（平成15）年にはグループケアへ移行し、2011（平成23）年に県から移管を受け、施設名称を特別養護老人ホームふくらに変更した。多床室（3～4名）のみであるため、自己負担額が10万円以下に抑えられている。平均要介護度は4.33、要介護4以上の割合が84%、自立度はⅢa以上が90%である。近年は、入居者の要介護度が重度化するとともに、平均入居期間が5年から3.6年に短くなり、年間20名程度が亡くなる傾向が続いている（入居者の90%がふくらで亡くなる）。

<本人・家族に対する看取りの情報提供の状況>

入居者の状態が変化し、看取りの時期が近づくと、嘱託医が家族に看取りに関する説明を行っている。嘱託医は、北海道家庭医療学センターが運営する「浅井東診療所」に依頼しており、家族の理解度や家族構成に合わせて、説明するタイミングや内容を変えてくれる。家族は面会を通じて、気持ち

の整理、覚悟ができてくるように思う。本人の意向については、家族との話し合いの中からお希望を確認するようにしている。本人から直接希望を伺うことは、認知症があるので、難しい。

亡くなると、入居者の方々と一緒にお見送りをしており、施設内に大きな仏壇がある。見送った方々が不安になったりするようなことは見られていない。

<看取りに関する取り組みと課題>

看取りが多くなっていく中で、新人介護士を中心に負担感の増大、不安感、介護の無力感が聞かれるようになった。一度、職員全員で思いを共有し、KJ法（ブレインストーミングで得られたアイデア、情報をグループ化し、関連性を見出すことで、アイデアや情報を集約・統合する手法）を用いて問題点を洗い出した結果、「家族と連携できていない」、「後悔や葛藤がある」、「ベテランの経験が活かせず、教育が不十分」の3つの課題が整理された。そこで、次の3つの取り組みを行うようにしている。

「看取りカンファレンスの開催」。家族と看取りについて、意見交換をし、家族の希望を聞きながら、入居者の人生を振り返り、看取りケアに生かす。基本的に施設職員と家族が参加するが、医師も参加することがある。

「チームケアの実施」。チームとして関わることで、ケアの質が保障され、新人職員のフォローや研修にもつながり、チーム全体としてのスキルアップができる。ふくらでは、「介護のプロ」、「看護のプロ」、「栄養のプロ」、「その人のプロ（家族）」が協力することで、良いケアにつながると考えている。

「偲びのカンファレンス」。前もって個人で振り返り用紙に記入し、看取りの次の月に多職種で看取りに関して振り返る。職員の気持ちの整理、自信が持てて、次のケアへの課題の整理につながる。

<これから看取りを行うことを検討している施設へのアドバイス>

訪問診療の医師との連携は不可欠であり、「みんなで看取りをしていく」という施設長の方針が、スタッフに浸透していることも大きい。看取りをすると、若手の職員は特に成長する。ただ、看取りをするだけだと心労が溜まっていくので、看取りの計画、チームでの共有、振り返りというサイクルを回すことが、より良い看取り、介護につながっているのではないかと。



川西ケアセンターそよ風（グループホーム）



<相談室の様子>

<川西ケアセンターそよ風（グループホーム）の概要>

川西ケアセンターそよ風は、大阪府との県境に面する兵庫県川西市にあり、定員27名（3ユニット）のグループホームである。開設は、2003（平成15）年2月1日で、常勤スタッフ12名、非常勤スタッ

フ11名が働いている（2016（平成28）年11月1日現在）。

<ご本人・ご家族に対する看取りの情報提供の状況>

これまでの経験では、経口摂取が出来なくなると、入院されることが多く、状態が改善されない時には、病院の医師から延命治療の希望を聞かれ、病院に留まるか、そよ風に帰って来られるかを検討する方が多い。

そよ風で看取りを検討される場合には、医師、管理者、ユニットリーダーが同席し、医師からご家族に対して、看取りに関する説明をしてもらっている。説明の時には、訪問診療で日ごろから利用者の健康状態をよく診ていること、そよ風ではこれまで看取りをしてきた経験があること、提供できる医療には限界が有ることや、亡くなられた際にすぐに医師が来られないこともあることを伝えている。

看取りに関する説明を受けて、そよ風での看取りを希望される場合には、同意書を書いていただくことにしている。入所時にも、そよ風で看取りを行っていることは伝えているが、その時はまだ家族も実感が湧かない様子で、ご本人の状態変化を見ながら、理解を深めていくことが多い。今までに、尊厳死協会のリビング・ウィルを持っておられた方が数名おり、その場合はご希望に沿えるようにしている。

<看取りに関する取り組みと課題>

初めて看取りを行ったのは、2007（平成19）年の末期がんの患者さんを見送った時である。訪問診療の医師は、認知症の方は病院よりもグループホームで亡くなられることが望ましいという考えを持っておられ、そよ風の看取りに協力・理解を頂いている。また、訪問看護師も容体の変化に24時間体制で、早めに対応して下さり、医師、訪問看護ステーション、家族と連携を取りながら、看取りを行っている。看取りの時期が近づくと、夜勤者が一人にならないように、管理者が泊まるようにしたり、2ユニットある1階に移動してもらうようにしている。

そよ風では、痰の量が多くなることもあり、点滴は最小限度にしている。これまで亡くなられた方々は、浮腫もなく、とてもきれいでおだやかな表情で亡くなられている（なかには、拘縮が取れる方もいらっしまった）。家族の看取りの希望は早めにお伺いするようにし、何度も話し合いを重ねながら、できるだけ希望に沿う介護をするようにしている。これまでには、ベッドを部屋に入れて家族が泊まったり、家族が希望されれば、家族自身が介護されることも受け入れてきた。

今後の課題としては、利用者の重度化への対応と看取りの受け入れが難しくなることを心配している。在宅介護の環境が良くなってきたこともあり、入居される方の状態が重度化し、昔のように共同生活の中で家事（料理や掃除）を行うことが難しくなっている。また、自己負担が月々17～20万円程度かかるため、費用の安い特別養護老人ホームへの転居を希望される方も多くなっている。

<これから看取りを行うことを検討している施設へのアドバイス>

訪問診療の医師、訪問看護の看護師、家族との連携が大切である。夜間帯をはじめとする人的余裕がある程度必要で、管理者、介護スタッフが、利用者を家族のように思い、寄り添える気持ちが重要だと思う。

介護付有料老人ホーム わくわくホーム



＜相談室の様子＞

＜介護付有料老人ホーム わくわくホームの概要＞

介護付有料老人ホームわくわくホームは、長野県の南部、静岡県との県境に面する飯田市に位置する、定員9名の介護付き有料老人ホームである。

2007（平成19）年に開設され、常勤7名、非常勤4名が働いている。有限会社わくわくが運営しており（社長は看護師）、同じ敷地内に、訪問介護、訪問看護、デイサービス、ショートステイ、フィットネスといった介護サービスの事業所も運営している。

＜本人・家族に対する看取りの情報提供の状況＞

入居時に全員に対して、地域の医師会が作成した事前指示書（意向確認書）を書いてもらっている。事前指示書の内容は、「医療受診について」、「食事や水分摂取について（食事が摂れなくなってきた場合）」、「最後の医療処置（吸引、酸素）について」、「終焉時に希望されること」の4点である。途中で希望内容が変更された場合には、随時変更している。

看取りが視野に入ってきた頃には、訪問診療の医師から、わくわくホームでの看取りに関して説明をしてもらうとともに、「わくわくホームでの看取りの流れ」に関する資料も提供している。資料の中には、わくわくホームの「看取りに関する指針」が入っており、看取りに対する介護の考え方と、具体的な介護内容、看取りの開始時期、夜間緊急時の連絡と対応や、主治医との連絡体制、看取り介護終了後カンファレンスの実施について記載されている。また、「家族の皆様へ大切な方の旅立ちにあたって」という資料では、最期の時期が近くなってきた時の本人の状態変化（食事・水分摂取量の減少、睡眠時間の増大、デスラッセル、呼吸低下等）について、具体的に説明されている。

以前は口頭説明だけだったが、数年前から資料も渡している。家族の評価は好評で、読み返すことができ、家族同士での話し合いのきっかけになったり、覚悟を決められるなどの意見をもらっている。

＜看取りに関する取り組みと課題＞

わくわくホームでは、一人の嘱託医がいるわけではなく、入居者それぞれに主治医がついており、現在は4名の医師が訪問診療を行っている。また、24時間365日、何かあれば社長（看護師）に携帯で連絡するようになっており、責任は社長が持つことをスタッフに伝えている。

看取りにあたっては、看取り介護計画書を作成し、「医療」、「食事」、「排泄」、「清潔」、「体位・姿勢」、「環境整備」、「精神的関わり」、「その他医療処置」について、現状の状態と本人・家族等の意向を確認し、支援内容について計画を立てている。看取りの後は、スタッフ全員に看取り介護終了後カンファレンス報告書を出してもらい、「家族」、「看護部門」、「介護部門」、「相談援助部門」、「栄養補給」、「総

合」の6つの観点からの評価と課題を共有している。

<これから看取りを行うことを検討している施設へのアドバイス>

訪問診療の医師と連携を取りながら、家族とのコミュニケーションをしっかりと行うこと。また、何かあれば、管理者が責任を取る姿勢、体制をとることで、介護スタッフも安心して看取りを行うことができると思う。



執筆者：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)

4 「地域で支えるそれぞれの最期」のまとめ

2025（平成37）年に向かって、あるいはそれ以降、日本は多死社会を迎える。その一方で、本章の私達の最期の現状で見たように、家族で見守られながら亡くなった環境は、昔のものとなりつつある。生涯独身でいる者、配偶者と死別・離別した者、親戚や子どもがいない者が、最期を迎えることが一般的になる日が来ると思われる。

そうなれば、必然的に地域で最期を支える環境が必要になる。2000（平成12）年に介護保険が施行されて以降、最期を迎える環境が多様化し、整備されてきたことは事実である。介護施設と言っても、特別養護老人ホームだけでなく、軽費有料老人ホームや、高齢者介護サービス付き住宅、グループホームなどがあり、その施設の規模や看護・介護体制も、かなり異なっている。また、在宅介護、看護の体制に力が入れたことにより、在宅で亡くなることに對しても理解が得られるようになってきている。

このように看取りの環境が多様化する一方で、本書の調査で見たように、最期の迎え方について、本人の意向を確認したり、本人と家族、あるいは支援する関係者が十分に話し合うことは、一般的ではないようである。

一方で、新聞記事調査でも見たように、事件や災害がきっかけである部分もあったが、最期の迎え方

や死に対する関心は年々高まりを見せていると思われる。特に、近年は終活、といった言葉に代表されるように、自らの最期を自らが考えようとする意識が広がりつつあるように感じた。

本書では、本人や家族の想いを支援しようと取り組んでおられる施設のいくつかを事例紹介として取り上げた。

取り上げた施設によって、本人や家族とのコミュニケーションは異なる。ある施設は、最期の迎え方について資料を配布して説明していた。またある施設では、より良い看取りができるよう、看取りの後にカンファレンスを開き、看取りについての課題を共有するとともに、携わった介護スタッフに心理的な負担が過剰に残らないように工夫している。また、入所者全員で亡くなった方を送り出している施設もあった。

しかし、どの施設においても、本人の意向を直接確認することは、入所者の重度化の影響もあり、なかなか難しいようであった。本人の希望を伺い、その希望を叶えるようどのように支援するかは、今後の課題であろう。

最期の時間をどう過ごすのか、本人にとって、そして家族にとって、人生を締めくくるかけがえのない時である。家族の支えが一般的ではなくなり、看

取りの環境が多様化する中で、いかに本人の願いを地域で支援できるかを考えることが、大切ではないかと思う。



執筆者：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)
小松 憲一
(自治医科大学
地域医療学センター
地域連携型医学教育・研修部門)



死亡から火葬・埋葬までの流れ

前項のコラムで解説したとおり、わが国では役場に「死亡届」を出さないと、火葬許可書・埋葬許可書もらえない仕組みになっている（97ページのコラム参照）。本コラムでは、死亡届の提出から火葬および埋葬までの流れについて解説する。

遺族を看取ると、医療機関から死亡診断書が手渡される。病院で死亡した場合、葬儀業者が病院から自宅（あるいは斎場）まで送迎してくれる。家族は、死亡診断書の左半分にある「死亡届」に死亡者の情報を適切に記載し、役場に提出する。役場に死亡届を提出すると「火葬許可書」が交付される。

死亡後の流れは、遺体の納棺後に、通夜、葬儀・告別式を経て出棺され、火葬された後にお墓に納骨される。近年では、葬儀を葬儀社の式場や公営斎場で行うのが一般的だが、自宅で行う場合もある（自宅葬）。役場から交付された火葬許可書がなければ火葬ができず、さらに、火葬場から交付される「埋葬許可書」がなければお墓に納骨（埋葬）できない仕組みとなっている。最近では、霊園に遺骨を埋葬し、樹木を墓標として故人を弔う「樹木葬」なども普及しつつある。

葬儀のあとは、世帯主変更届や年金受給者死亡届などの各種事務手続きのほか、遺産相続の手続きなどを行う必要がある。この際、様々な手続きに戸籍謄本が必要となる。戸籍謄本は本籍地の自治体でのみ交付される書類であり（郵送可）、本籍地が遠方の場合には注意を要する。



執筆者：阿江 竜介（自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門）





VI 地域社会の中で地域医療が果たす役割

第VI章の概要と紹介

第I章から第V章にかけて、ライフサイクルに沿って、地域社会と地域医療との深いつながりを見渡してきた。しかし、そのつながりはライフサイクルを超えて全ての人に関わる。第VI章では、こうしたライフサイクルを超えた地域づくりに対する地域医療の取り組みを取り上げる。

地域医療は人々の生活の場である地域社会と影響し合って存在している。予測される人口構造の変化に合わせて、持続可能で安心できる社会の実現には、地域の再構築が必要とされる。地域社会と医療との関連という視点で、地域医療の可能性を探った。

まず前半では、先進的な取り組みをしているいくつかの地域や団体を紹介する。島根県益田市、宮崎県小林市地域医療を考える会、徳島県美馬市国民健康保険木屋平診療所およびこやだいら薬局、新潟県魚沼市立小出病院、香川県綾川町国民健康保険陶病院、岐阜県のコミュニティ診断士の取り組みを紹介する。

後半では、こうした取り組みから見えてきた、地域医療を支えるネットワーク、課題解決に向けた取り組みへの支援、地域づくりや地域社会への直接的な参画といった点を振り返る。

それぞれの取り組みはそれぞれの地域に特有の事情を背景にしているものの、その核となる事項は全国の地域医療の課題の解決への鍵となることを期待する。

1 地域医療は地域社会と影響し合っている

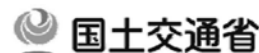
世界保健機構は1978（昭和53）年にアルマ・アタ宣言でHealth for Allを打ち出し「全ての人に健康で文化的な生活を」とプライマリ・ヘルスケアを重視することを示した。このプライマリ・ヘルスケアの5原則とは（1）公平・平等性、（2）地域共同体・住民の主体的参加、（3）予防重視、（4）適正技術、（5）複数の分野からの複合的・多角的アプローチの必要性のことである。さらに1986（昭和61）年にオタワ憲章が採択され、すべての人々があらゆる生活の場で健康を享受できる公正な社会の創造が謳われた。

地域医療は人々の生活の場である地域社会と影響し合って存在している。地域社会では人々の生活の営みとしての人と人とのつながりがあり、また地域産業・経済活動があり、ときに自然災害などの社会的危機が襲うこともある。さらに、幸福で健康的な地域社会の中で暮らしたいという地域住民の思いもある。

このような領域の研究は医学と社会学の双方から進められてきた。医学の分野からは社会医学として公衆衛生学等で知見が集積され、保健所や医療行政を通して実践されてきた。一方、社会学からは医療

健康・医療・福祉のまちづくりの推進ガイドライン

平成26年 8月 1日 まちづくり推進課・都市計画課・街路交通施設課



1. 更なる超高齢化を迎える都市政策の課題

① 高齢者等が安心して暮らすことが困難となる社会

- ・2055年には人口が約3割減少、総人口の約4割は65歳以上の高齢者
- ・徒歩圏内に生鮮食料品店がない高齢者単独世帯数が約2.5倍に増加

② 更に低下する地域の活力

- ・社会参加の場の減少による地域交流、地域活動の停滞
- ・特に大都市においては地縁によるコミュニティ関係が薄く、高い孤立化リスク

③ 厳しさを増す都市経営

- ・2025年には社会保障に係る公費負担分は1.5倍増の約60兆円
- ・社会資本（国土交通省所管）の維持管理費は20年間で約1.3～1.5倍増加

④ 健康・医療・福祉施策との施策連携の不足

- ・8割以上の地方公共団体において政策連携の必要性を認識しているものの、共同して提案した計画は、全体の1割程度

2. 健康・医療・福祉政策における取組

① 地域における医療・介護体制の見直し

- ・2025年を目途に医療・介護・予防・住まい生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現（概ね30分以内に必要サービスが提供される日常生活圏域）

② 医療費適正化の推進

- ・若い時からの生活習慣病の予防対策、入院期間の短縮対策

③ 「健康日本21（第二次）」を中心とした健康づくりの推進

- ・日常生活における歩数の増加（約1,200～1,500歩の増加）、運動習慣者の割合の増加（約10%増加）、住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組み自治体数の増加（47都道府県とする）

3. 「健康・医療・福祉のまちづくり」の推進

- ・多くの市民が自立的に、また必要に応じて地域の支援を得て、より活動的に暮らせるまちづくり
- ・日常生活圏域等における必要な機能

 - ①健康機能、②医療機能、③福祉機能、④交流機能、⑤商業機能、⑥公共公益機能

- の確保や、歩行空間、公共交通ネットワークの充実等を一体的に取り組み都市構造のコンパクト化の推進
- ・都市政策の取組に当たって、健康・医療・福祉の視点から必要な事業や施策へと大きく舵を切っていくことが必要

(1) 推進体制

- ・首長を中心に、都市部局、住宅部局、健康部局、医療部局、福祉部局等の横断的な組織体制づくり（データ共有、計画連携、住民との合意形成等）
- ・道路管理者、交通管理者、交通事業者、NPO、新たなコミュニティ等との連携

(2) 「現状」・「将来」の把握及び「見える化」

- ・必要な対策検討の前に「現状」・「将来」の把握を実施
- 高齢者等の暮らし、必要な都市機能の配置状況、地域の交通環境等
- ・分析結果の「見える化」による、関係者間の意識共有

(3) 必要な5つの取組

- ①住民の健康意識を高め、運動習慣を身につける
- 社会環境の改善を通じた市民意識等の向上
- ②コミュニティ活動への参加を高め、地域を支えるコミュニティ活動の活性化を図る
- 高齢者のコミュニティ活動への参加等生きがいの創出、多様な主体の連携、コミュニティ活動の拠点づくり、コミュニティビジネスの活用
- ③日常生活圏域・徒歩圏域に都市機能を計画的に確保する
- 計画的に確保することが望ましい都市機能と機能確保の考え方、都市機能を計画的に確保する際の方策
- ④街歩きを促す歩行空間を形成する
- 歩行ネットワークの構築、世代を超えて利用される歩行空間づくり、歩行をサポートするモビリティ等の活用、歩行を促す仕掛けづくり
- ⑤公共交通の利用環境を高める
- 公共交通のサービス水準の向上、地域のコミュニティ等が主体となった交通サービスの提供、公共交通の待合空間等の整備

(4) 「診断」の実施

・優先施策の立案や関係者間の取組意識を高めるため、自都市の分析・評価（「診断」）が有効

指標例	診断の視点	指標	データ	全国平均
都市の基礎状況	市街地の現況・形状	D/D面積率		3.4%
		D/D人口比率		67.3%
高齢者の生活と健康状況	高齢化進展度	65歳以上の人口の割合		22.8%
		健康寿命	健康寿命	男70.4歳 女73.6歳
都市経営の状況	財政力	財政力指数		0.49
		健康意識	健康意識	健康意識実践者の割合
施策の取り組み状況	コミュニティ活動の活性化	人口1万人あたりのコミュニティ活動団体数		8.3
		都市機能の計画的な確保	健康機能	徒歩圏内に公園がない住宅の割合
街歩きを促す歩行空間	歩道整備率	歩道整備率		14.3%
		公共交通の利用環境	公共交通のサービス水準	公共交通利便性の高いエリアの住宅の割合

(5) パッケージによる取組

- ・「診断」を踏まえて5つの取組については、優先順位を定め、必要な施策の組み合わせを工夫
- ・地域や関係者とのコミュニケーションを重ねながら、多世代の交流等が高まるよう施策間の連携を高め、一体的なパッケージとして取り組むことが大切

図：都市・地域診断による評価イメージ

図：取組施策パッケージ化のイメージ

4. 取組効果のチェックと取組内容の改善

- ・定期的な実態把握を継続的にを行い、市民や地域と連携した必要な取組の改善

【取組効果の事例】

（年間の医療費抑制効果）

= 歩行数の増加した住民数

× 1日当たりの歩数増加量

× 0.061円/歩

× 365日

出典：筑波大学 久野研究室

図 VI-1 健康・医療・福祉のまちづくりの推進ガイドライン

（国土交通省）

社会学として人々が健康や生命をどうとらえているかについて研究がなされ、社会に還元されてきた。

また、今後の日本においては、小児人口・生産年齢人口の減少、老年人口の増加といった人口構造の変化に伴い、世代間格差・地域間格差といった社会較差の広がりといった社会構造の変化が危惧されている。このような変化に対応した“持続可能で安心できる社会”を実現するためには、地域（コミュニティ）の再構築（地域づくり）が必要とされる。

国の施策としても、人口構造・社会構造の変化に対して、社会保障制度改革国民会議報告書（内閣官房社会保障改革担当室）、街づくりとしての健康・医療・福祉のまちづくりの推進ガイドライン（国土

交通省）が示されている（図 VI-1）。また、近年はCSR（企業の社会的責任）という概念のもと、民間企業による地域社会との繋がりを重視した取り組みも行われている。

総合診療科の創設や、在宅医療などを軸とした地域包括ケアシステムの充実など、今までにも増して、日本各地で多様な地域医療の再構築が期待されている。そこで、我々は日本各地の地域医療に関する具体的な取り組み事例の現地調査などを通じて、地域医療（community medicine）を地域社会（community）と医療（medicine）との関連の観点から分析し、今後の地域医療と地域社会との関係性における地域医療の可能性について検討した。

2 地域医療と地域づくりに関する調査

地域医療と地域社会との関係性に関する報告は、クリニカルパス、脳卒中などの具体的疾患に関する地域医療連携、地域医療臨床実習といった医学教育、在宅医療、地域包括ケア、プライマリ・ケア、ICT（情報通信技術）の活用といったものが大部分を占めている。これらの報告は、医学・医療の視点から見た地域医療と地域社会との関係性と言える。

一方、本格的な少子高齢化社会、とくに団塊の世代が後期高齢者になる2025（平成37）年に向けて、日本各地で地域づくり・まちづくり、コミュニティデザイン・ソーシャルデザインといった活動が盛んになってきており、国としても地域創生を掲げて地域の活性化に向けた取り組みを始めている。

そして、地域医療構想が2017（平成27）年度より各都道府県で策定されており、市町村で取り組みが進められている地域包括ケアシステムの構築と合わせて、今まで以上に地域社会に目を向けた地域医療の取り組みが必要とされている。そこで、従来の医学・医療の視点に加えて、地域づくりの視点、地域社会の発展に地域医療が寄与するための役割や可能性について検討することとした。以前から地域に密着した地域医療の取り組みを行っている医療機関や自治体、さらに新たに地域社会と地域医療との関係性が深い取り組みを行っている医療機関や自治体などにアンケート調査ならびに現地調査を行った。そして、現在の取り組みに関する背景や地域づくりと地域医療との関係性、とくに地域医療の取り組みを契機として地域の活性化へ繋げる方策に関する意見等を収集・分析した。

なお、調査対象施設は、各種雑誌、自治医科大学地域医療学センターと関連のある地域や、地域医療

を守り・育てる住民活動全国シンポジウム等に参加してきた医療機関や行政から、本テーマに合致すると思われる施設や自治体計14か所を選定した。これらの施設の代表者に自記式アンケート調査を郵送した。回収した調査結果を参考に、5か所の医療機関・自治体について訪問インタビュー調査を行った。

また、岐阜経済大学と岐阜県により創設された「コミュニティ診断士」についても調査を行った。地域医療と地域コミュニティ（地域社会）との関係性において、「コミュニティ診断士」は非常に興味深い制度である。このコミュニティ診断士を取得した自治医科大学卒業医師と、この資格を設計した岐阜経済大学にインタビュー調査を行い、本制度や同様の制度に関する地域医療における役割の考察ならびに可能性について検討した。

本調査に対して、島根県益田市福祉環境部健康増進課地域医療対策室、宮崎県小林市地域医療を考える会、NPO法人るもいコホートピア、延岡市地域医療対策室/健康長寿推進室、美馬市国民健康保険木屋平診療所、新潟県魚沼市立小出病院、東栄町国民健康保険東栄病院、雲南市立病院、一関市国民健康保険藤沢病院、綾川町国民健康保険陶病院から回答を頂いた。その中から、命の授業など次世代への教育に取り組む島根県益田市、草の根の住民活動が地域を動かした宮崎県小林市地域医療を考える会、医師と薬剤師の協働で在宅医療を支える徳島県木屋平、地域住民・自治体・大学の協働による医療再編となった新潟県魚沼地域、医療介護と地域産業との協働に取り組む香川県綾川町、そしてコミュニティ診断士について紹介する。

1) 島根県益田市



＜益田川と対岸の益田赤十字病院＞

東の松江を結ぶ。JR山口線が益田から南西方向に山口まで結ぶ。益田市内から自動車で15分程度の立地に、萩・石見空港が1993（平成5）年開港した。萩・石見空港から羽田空港までの所要時間は90分でアクセスがよくなった。

益田市は人口4.8万人で、年々減少している。高齢化率は34.8%を占め、全2.1万世帯中、老人世帯が36%を占め、その半数以上は独居である。高校卒業後就職による転出のため、全国平均と比較し18歳から50歳までの人口割合が少ない。若年の望まない妊娠を防ぐことも課題になっている。生命・健康の大切さを幼少期から伝え、次世代につないでいくことが住民の願いになっている。結婚して転出した娘が出産を機に里帰りすることは、親にとって重要なライフイベントになっている。

市内には小学校、中学校、公立・私立の高等学校が存在する。なかでも島根県立石見高等看護学院の卒業生の益田市内定着率は高く、看護師確保の重要な役割を果たしている。

益田市には水墨画で有名な雪舟、万葉歌人の柿本人麻呂の史跡が残っている。なかでも秦 佐八郎は益田市出身の細菌学者である。梅毒特效薬サルヴァルサン開発でノーベル化学賞、生理学・医学賞の候補に挙がった郷土の偉人としてたたえられている。



＜旧 益田赤十字病院＞

年益田赤十字病院の産婦人科医が減少したことにより里帰り出産が制限されたことは住民にとって大きな社会的問題として認識された。

木谷光博医師（当時益田赤十字病院副院長）は病院の現状、市民による安易な救急受診の現状など

【概況】

益田市は、山陰地方島根県の西部にあって山口県に接している。2004（平成16）年に旧美都町、旧匹見町を編入し、現在の益田市となった。こうした旧市町村は住民の生活圏として根付いており、自治会・各種団体が21の健康づくりの会を生活圏毎に形成している。

北西部は日本海に面し、南東部は中国山地に面している。清流高津川が町の中央を貫く。交通は東西にJR山陰本線が西の山口県萩と

【益田市の地域医療への取り組み】

益田市と、隣接する津和野町、吉賀町の1市2町で益田圏という二次医療圏を形成している。益田市の人口は4.8万人だが、医療圏域の実態として西は山口県萩市の一部から、東は浜田市の一部を含む圏域の人口7.5万人を対象としている。

益田市内には益田赤十字病院、医師会病院という一般病院と、松が丘病院という精神病院がある。2002（平成14）年から徐々に医師数は減少していたが、2008（平成20）

を益田市議たちに働きかけ、これをきっかけに市民に益田市の地域医療が抱える課題が広まっていった。2009（平成21）年3月には益田の医療を守る市民の会が設立されることになった。市民の会は現在307名が参加し、市民への啓発活動、医療関係者との意見交換会、地域医療を考える市民セミナー&勉強会などを自主的に開催している。

こうした住民活動の広がり背景には、もともと益田市に30年前から続く健康づくりの取り組みや食生活改善活動があった。益田市内21地区から組織される住民組織が、食生活、運動、歯科、心の健康の4つの部会を持ち回りで担当する健康ますだ市21計画（益田市健康増進計画）に位置づけられる活動があった。こうした活動を通して、病院・市民・行政・議会が一丸となり、やらねばならぬという意義が住民に浸透していた。

2011（平成23）年には益田赤十字病院内に「医療従事者確保対策委員会」が設立され、赴任医師歓迎事業「お医者さん ようきんさった！！」や長期勤務医師に対する「病院勤務医師支援事業」が行われている。研修医を含む赴任医師には、益田市内観光施設利用チケットや入浴施設利用券をプレゼントし、益田市の観光アピールにも一役かっている。

2012（平成24）年5月には市内3つの小中学校で生徒および教諭そして親を対象に、「命の授業」が開催された。生徒たちはそれぞれ感じたことを作文にして、そのうち優秀な作品は11月「ますます（益々）広がる医療の“わ”」というイベントの中で郷土の偉人 秦 佐八郎博士顕彰「からだ・こころ・いのち」作文コンクールとして披露された（図VI-2 両親への感謝の気持ち）。

～ Message ～ H26 匹見中学校3年生 作詞・作曲
《両親への感謝の気持ち・・・》

1. 私が困ったとき そこに必ず おとうさんがいた
何をいうわけでもないけど そばにいてくれた
ひどいことも言ったけど 見えない優しさで すべて受け止めてくれた
お父さんの大きな背中に いつも 愛 感じていた
伝えたいこと たくさんあるのに 素直に言えない 自分がいた
でも どうしても 伝えたい 「大きな愛を ありがとう」
2. 私が嬉しかったとき そこに必ず お母さんがいた
自分のことのように喜んで一緒に 涙 流した
つらいこともあったけど たくさん支えてくれて すべて受け止めてくれた
お母さんの優しい笑顔に あたたかみ 感じていた
伝えたいこと たくさんあるのに 素直に言えない 自分がいた
でも どうしても 伝えたい 「産んでくれて ありがとう」
今は ただただ ありがとう
見守ってくれた お父さん お母さんに 感謝します
いつまでも これからも ずっと・・・ 「ありがとう」

図VI-2 両親への感謝の気持ち

「命の授業」をきっかけに市民に広まった命への思いをつないで、2014（平成26）年には『夢広がるライフプラン 将来の大切なイベント「結婚・妊娠・出産・育児」その前に知っておきたい 命をつなぐこと』という事業が行われた。この事業では、結婚に向けた情報提供、市内の園児・小中学生に向けた「産んでくれてありがとう教室」が開催された。この教室では、出産・子育ての中で両親は子どもに抱く希望や願い、そして今度は自分が成長して親になるということを、市内の助産師や産婦人科医がパネルや人形を用いてわかりやすく話をした。命の授業を受講

した匹見中学校ではその思いを歌に託した。次世代の心に強い印象を与えた。

2015（平成27）年11月には市民公開講座 地域医療フォーラムを実施した。定員200名の会場に285名が参加し、全国で活躍する益田市出身の医師7名の講演およびフリートークで大盛況だった。そのパンフレットには医師の所属とともに出身中学校を載せるなど地元への愛着を引き立てる工夫がされていた。

益田市のめざす姿は、医療や健康に関心のある市民であり、それが広がっていくこと、また次世代の人材育成を支援すること、それに向かって市民、病院、議会、行政（益田市）が協働することであると、益田市長はメッセージを発している。

【益田市の取り組みから見えてくること】

- *生活圏の実態に合わせた活動をしていること
- *これまで長年の活動があり、かつそれらを充分生かしていること

- * 人口流出の要因を分析し、働き盛り・子育て世代に注目したこと
- * 郷土の偉人、郷土出身者をうまく活性化に利用していること
- * 市民、病院、議会、市役所が一丸となっていること
- * 身の丈に合った支援を心がけていること
- * 顔の見える関係の構築のため、フットワークが軽いこと
- * 気持ちを伝えて、いっしょにやろうという意気込みが共有されていること
- * 研修医など短期滞在の医師に、益田市の観光施設利用を通して、益田市を知ってもらいたい、好きになってもらいたいというアピールをしていること
- * 健康や生命というテーマを通して、これからも幸せな人生を送ってもらいたいというメッセージを伝えようとしていること
- * こうした人と人とのつながりを次世代に残したいという思いがあること



<益田市役所>

2) 宮崎県小林市地域医療を考える会

【概況】

宮崎県小林市は南九州の中央部、宮崎県の南西部に位置しており、北部は熊本県、東部を宮崎市、南部を都城市や鹿児島県霧島市、西部をえびの市に接している。宮崎市市街地から車で1時間10分、都城市市街地からは50分の距離に位置する。高速道路では小林ICがあり、鉄道では吉都線の小林駅があるが、基本的には自家用車での移動が中心となっている。2016（平成28）年2月1日現在の人口は約4.6万人、うち男性は約2.1万人で女性は2.4万人、世帯数は約1.9万世帯である。65歳以上の高齢化率は男性で28.8%、女性が36.1%、合計32.7%である。出生率は1.67、生産人口は保たれているとのことだった。

主要産業は1次産業であり、畜産業（鶏・豚・牛）、農業、最近はチョウザメの養殖と製品化に成功しており、小林市としてもチョウザメ（刺身なども）を前面に出している。教育施設では小学校、中学校、そして高校は市立が2校、私立が1校ある。また、看護学校が今までは准看護師の養成学校のみであったのが、2015（平成27）年4月に正看護師を要請する専門学校が開校、小林市の看護師確保につながるため、市も学校運営の補助を行っている。

なお、小林市は近隣の高原町（人口9,300人）、えびの市（人口1万9,000人）とで西諸医療圏に属しており、二次医療圏としての人口は8万を切っている状況である。

【「地域医療を考える会」発足の経緯】

2009（平成21）年4月に小林市立市民病院が地方公営企業法の全部適用となり、小林市立病院と名称が変更、そして新病院が2010（平成22）年4月グランドオープンした。しかし、その前年の2009（平成21）年9月に内科医が1人引き揚げ、2010（平成22）年1月には内科医2人が鹿児島大学より引き揚げとなり、2月からは内科医が1人となってしまった。このため、当時の院長が院長職を退き内科診療に専念する事態となり、内科以外の診療科は維持されていたものの、入院・外来に関する診療の大幅な制限、そして宿日直体制でも医師への負担が大きくなってしまった。これは、市が発行する「広報こばやし」の号外として大きく取り上げられた。

このような状況の中、2009（平成21）年12月には小林市区長会連絡協議会の総会で、医師確保を要望する市民の声を届けるための署名活動を行うことが決議された。1か月で2万5千人を超える署名が集まり、当時の東国原英夫知事に提出され、さらに医師派遣や健康増進等への支援を要請する「西諸医療圏への支援に関する緊急要望」も提出された。

そして、宮崎県延岡市には「県北の地域医療を守る会」という先行事例もあったことから、小林市でも地域をあげて医療を守るために、2010（平成22）年3月の広報等を通じて、地域医療に関する住民活動を行う個人・団体を市が募集した。しかし、同時期に口蹄疫が県南部で流行するなどの要因（小林市では発生0）もあり、このとき募集に応じる個人や団体はなかった。そこで、市の呼びかけでNPO法人やボランティアグループなどの12団体15名での会合が開かれて、2010（平成22）年5月、地域医療に関する住民活動団体としての「地域医療を考える会」が発足した。発足当時のキーパーソンは、「NPO法人エコワールドきりしま」の理事長である藤元隆氏であり、現在も地域医療を考える会の副会長をされている。

発足から少しずつ会員が増え続けており、現在の会員は90名となっている。当初は団体主体の参加であったが、現在は個人主体の参加へと変わりつつある。方向性としては、地域住民が医療をどう考え、どう向き合っていくべきか、「みんなの未来」のため、地域の医療を守るため、自分たちにできることを一緒に考えるための活動を行っている。

【「地域医療を考える会」の活動内容】

地域医療を考える会のホームページでは、「住民の方へ」、というタイトルで次の3つを挙げている。“かかりつけ医を持とう”、“時間内受診を心がけよう”、“健康づくりに努めよう”。そして、地域医療を考える会を紹介するミニ冊子には、“みんなで協力して地域医療を守り・育てよう”と題されて、住民、行政・議会、市立病院、医師会がそれぞれの役割を果たしながら、“手と手を取りあって安心して暮らせる地域社会を創ろう！！”と記載されている。実際に、毎月1回、地域医療を考える会、自治体担当者、小林市立病院、医師会とで情報交換などの会議を行っており、すでに計53回実施している。

具体的な活動内容は企画会議の中で決められているが、医師の生活まで含めた地域医療の現状を伝えるために、地域医療座談会を市内30か所の会場（自治会や老人クラブ、校区社協など）でおこなってきた。さらに、「西諸地域の医療の現状と問題点」と題したDVDを制作し、座談会などで活用したり、住民への地域医療の理解を深めてもらう学習会を開催したりしている。

また、子育てに関する勉強会として、2014（平成26）年には「いっしょに学ぼう！地域医療～知って安心こどもの救急～」を開催し、こども救急ガイドを用いたこども救急講座、救命法・AED講習などを行った。その際には、保護者が参加しやすいように託児コーナーやキッズコーナーなども設けた。2015（平成27）年には小林看護医療専門学校を学生を対象とした歓迎レセプションが小林商工会議所の企画で開催され、地域医療を考える会も運営に協力した。

他にも、各種イベント等での呼びかけやPR活動（会報「てとてとて」は西諸地区全体に配布）、広報グッズの作成・配布、小林市立病院に着任した医師等を対象とした「お医者さん歓迎会」を毎年開催している。

2014（平成26）年3月1日には、小林市で開催された健康フェスティバルにおいて、小林市は「地域医療・健康都市小林市」を宣言している。地域医療を考える会は、この都市宣言に向けて前年に「地域医療を守り・育てるワークショップ」を開催し、“みんなの都市宣言を考えよう！”をテーマにワークショップを行っている。

さらに、2015（平成27）年には地域医療を考える会が発起人代表として取り組んだ「命と暮らしを守る西諸医療圏～安心できる医療体制の確保についての要望署名運動」を行い、最終的に3万30人の署名を集めて、県知事に届けている。小林市としてではなく、西諸医療圏の住民としての声を届けたことに大きな意味があると思われる。

（署名の内容：1. 西諸医療圏の小児医療の充実（とくに入院）、2. 西諸医療圏における医師の確保、3. 「心疾患」「脳卒中」「がん」への対応の充実、4. 入院や手術、救急など、ある程度高度な医療が日常生活の範囲で完結できる体制の充実）

【「地域医療を考える会」の取り組みから見えてくること】

地域医療を考える会の特色として、普段は仕事をしている現役世代メンバーの存在が挙げられる。地域経済等の地域を取り巻く環境変化に仕事に影響されるため、地域の活性化や地域づくりには敏感であり、なおかつ、父親として「地域で妻や子どもが住みやすくなるための活動を」という思いも強くなっている。

そして、地域医療を考える会が要求型の運動を行っているのではなく、地域医療の実情を地域の人たちと伝える・共有する、現状の中で自分たちにできることはなにかを考える姿勢が、多様な関係者からの共感を得ており、活動の継続に結びついていると思われた。

だからこそ、地域医療を考える会が、医療関係者、医師会、住民、行政の間の橋渡し役や、それぞれの代弁者的役割を担うに至ったのではなかろうか。また、現役世代が加わっていることで、職場や商工会議所といった多様なチャンネルを通じて、地域医療への関心も高まったのだと考えている。

さらには、「小林市立病院のために」、「小林市のために」だけではなく、「西諸地区（西諸医療圏）のために」という思いで活動していたことが、小林市以外の西諸地区以外の住民の理解を得られる結果となり、署名活動への実績に結びついたのであろう。

小林市の地域医療を考える会は、地域医療をひとつの契機として、それまで単独で動いていた各関係者が、地域医療を考える会という住民団体を中心に顔の見える繋がりを持つことができた好事例だと言える。

【現在の小林市立病院について】

病床数 147床

現在も内科医は1人のみ、非常勤の内科医が週に1回外来を行っているのみである。現状は、外科、泌尿器科、整形外科が診療の中心となっている。

小林市内の救急患者の搬送先に関しては、まずは市内数か所の医療機関で受けもらえる（小林市立病院には救急科があり、救急医学会専門医もいる）。そこから必要があれば紹介するなどしている。また、ドクターヘリでの搬送も行われており、病院敷地内にヘリポートが設置されている。なお、脳血管障害は小林市内の医療機関で対応可能な状態にある。消化器疾患（手術含めて）や癌の診療に関しては小林市立病院に外科医が5人いるため対応は可能である。冠動脈疾患の対応をできる医療機関

は小林市にはないものの、宮崎市郡医師会がモーターCCU（心臓病専用救急車）を運用しており、うち小林市の利用が30%と高い割合を占めていることから、十分に活用することで対応しているものと思われる。

3) 徳島県美馬市国民健康保険木屋平診療所・こやだいら薬局 (NPO法人 山の薬剤師たち)

【概況】

木屋平は、以前は美馬郡木屋平村であったが、2005（平成17）年3月1日に美馬町と穴吹町、そして脇町と合併して美馬市木屋平となった。穴吹川の上流にあり、剣山などの山に囲まれた地域である。主要な交通手段は自家用車であり、木屋平までは徳島駅から車で約2時間、美馬市の中心部からも車で約1時間かかり、狭い道も多く、車がすれ違うのも容易ではない場所もある。人口は市町村合併後に急減（35%減少）しており、現在は690人となっている。高齢化率も54%となっており、小学校、中学校はあるものの、児童・生徒数は非常に少なくなっている。主な働き口は役場か農協、もしくは建設業か林業という状況であるため、若い世代は徳島市などの都市部で生活をする現状である。



＜木屋平診療所＞

【美馬市国民健康保険木屋平診療所の概要】

木屋平診療所は、地域唯一の医療機関である。無床診療所であり、看護師は3名、事務は2名、そして医師は1名である。現在の所長である藤原真治医師は2003（平成15）年に自治医科大学卒業医師の義務年限内の派遣として赴任、自治医科大学地域医療学センターでの勤務を挟んで、2009（平成21）年に再赴任し、通算で10年以上の勤務となっている。

診療所の設備は、エックス線装置、透視台、超音波検査装置、上下部内視鏡、心電図装置

が設置されており、診療所でも採血（CBC、PT、生化学一般、血糖値、HbA1c）、尿検査が行える。

看護師の全てが木屋平出身であることから、地域の詳細をよく把握しており、訪問看護も積極的に取り組まれている。また、医師は1人であるが、医師会や県庁（健康福祉部次長が自治医科大学卒業医師であり木屋平診療所での勤務歴あり）から代診医としての応援がある。

【こやだいら薬局の概要ならびに活動内容】

2009（平成21）年9月、当時の徳島県薬剤師会の在宅医療推進プロジェクトのリーダーを務めていた瀬川正昭氏が「NPO法人 山の薬剤師たち」を立ち上げ、2010（平成22）年4月に元々うどん屋だった民家を買取って「こやだいら薬局」を開局した。

こやだいら薬局が開局するまでは、木屋平には薬局はなく木屋平診療所の看護師が調剤業務を行っていたが、こやだいら薬局で調剤業務が行われることで、診療所の看護師は本来の看護業務に専念できるようになり、訪問看護の件数も増加した。また、積極的に訪問服薬指導を行い、訪問状況を診療

所医師（藤原医師）と共有したり、診療所と合同で事例検討会を行ったりして、薬局／薬剤師も直接的に地域医療を支える重要な一員となっている。

とくに訪問服薬指導では型通りの指導を行うだけでなく、患者の服薬状況や生活状況も診療所にフィードバックしている。さらに、患者の状態に合わせて訪問回数を増やすなど訪問服薬指導の対応を変えている。これは、単に薬局・薬剤師が地域にあるだけでなく、医師や看護師とのネットワークができてきていることの証でもある。



<こやだいら薬局>



<木屋平診療所の様子>

【NPO法人こやだいらの概要】

「NPO法人こやだいら」は2007（平成19）年12月に結成され、同法人にドライバー登録している地域住民が自家用車で交通手段のない高齢者を目的地まで運ぶ、有償送迎サービスを主に行っている。予約に基づいて送迎が行われるため、患者が診療所を定期受診する際に、診療中断の予防や、認知症患者に対する定期通院の支援としても有効となっている。

他にも、高齢者の生活支援や農林業の作業支援なども行っている。会員数は地区人口の半数近くになっており、活動を通じて地域住民による相互支援の仕組みができています。

【建設が予定されている複合施設について】

美馬市の木屋平総合支所（旧・木屋平村役場）庁舎は耐震化工事のために耐震工事が必要な状況であった。一方、木屋平中学校が木屋平小学校校舎を用いた木屋平小中学校に移動したため、残された木屋平中学校の跡地利用が議論されていた。木屋平中学校は既に耐震工事を終えていたため、総合支所の耐震化には木屋平中学校を活用することになった。また、総合支所の移転に際して、地域活性化の拠点にするべく、診療所等も含めた複合施設とすることになった。

現在の予定では、木屋平総合支所、農協、郵便局、商工会議所、商店、診療所、薬局（NPO法人山の薬剤師たち）、歯科診療所、消防分署の複合施設が計画されており、2017（平成29）年2月に完成予定となっている。

なお、木屋平複合施設検討委員会の委員長は瀬川氏の提言により、藤原真治医師が務めている。複合施設に関する協議等は本庁で行われていることもあり、そのプロセスは困難なものであったが、藤原医師が粘り強く担当職員に複合施設における医療の位置づけ等を説明したり、直接美馬市長との面談を通じて伝えたりすることで、より充実した複合施設の建設に向けて進められている。

【訪問を通じて見えたこと】

診療所などの地域医療に従事する医療機関や医療従事者が、従来の枠を越えて地域社会との関係を築いていくのは簡単ではない。しかし、藤原医師は、長年診療所で勤務しており地域からの信頼もあ

ること、地域に積極的に向かっていること、美馬市長とも直接話ができる人間関係を築けていることが、現在の地域社会との関係性に繋がっていた。

そして、「NPO 法人 山の薬剤師たち」の瀬川氏は、新たに木屋平の地域社会に加わったのち、地域に密着した訪問服薬指導を積み重ねることで地域住民の信頼を得てきた。加えて、木屋平地区で行われる行事等への積極的な参加や、集会場を巡回しながら行う健康教室の開催を通じて、より地域社会に深く関わってきた。

「NPO 法人こやだいら」は、あくまで主体者は地域住民であるとして、活動そのものは地域住民の助け合いを促進するものである。地域医療の観点からも、訪問診療と同法人による輸送サービスとの組み合わせで、木屋平地域の外出困難な患者のほぼすべてを網羅できるようになっている。同法人は単なる輸送サービスの提供に留まらず、地域医療を支える重要な役割を担っている。

以上のように、木屋平では、長く地域医療に取り組んできた医師による“木屋平診療所”、新たに地域に加わった薬剤師による“こやだいら薬局（NPO 法人 山の薬剤師たち）”、地域住民による“「NPO 法人こやだいら」”の各々が地域に根差した活動を行い、さらに連携を深めてネットワークとして地域を支える機能を果たしていると思われる。

地域づくりを進めるには、新たな施設の建設や整備も必要ではあるが、地域を支えるためのネットワーク、人とのつながりを構築することも、重要なことと思われる。今後、木屋平では複合施設が建設されることになっているが、現在の地域を支えるネットワークに新たに行政（支所）や商業施設も加わったネットワークに発展することが期待されている。

4) 新潟県魚沼市立小出病院

【新潟県魚沼市ならびに魚沼医療圏の概況】

魚沼市は2004（平成16）年11月1日に北魚沼郡堀之内町、小出町、湯之谷村、広神村、守門村、入広瀬村が合併して誕生した。魚沼市は新潟県の南東部に位置し、福島県と群馬県の県境に接している。冬は3メートルの積雪がある豪雪地帯であるが、主要道路の雪害対策が十分になされている。関越自動車道が同市を横断し、隣接する南魚沼市には上越新幹線浦佐駅もあることから、主要都市とのアクセスは良好である。新幹線を利用した際は東京駅まで約1時間30分、新潟駅までは約40分の所要時間である。2010（平成22）年の人口は3.8万人、65歳以上の高齢化率は29.7%となっている。他の地方と同様、高校卒業後は進学や就職のため市外へと流出し、若い世代が少ない。



＜地域医療魚沼学校の様子＞

二次医療圏としての魚沼医療圏には、小千谷市、十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町が属しており、2010（平成22）年の人口は約21.8万人、65歳以上の高齢化率は29.5%となっている。

【魚沼市立小出病院について】

1924（大正13）年12月に魚沼共済病院が開院された。その後、新潟県立小出病院となり、病床数は一般病棟230床、精神科病棟100床の計330床であった。魚沼地域（魚

沼市、南魚沼市)の公的病院としては、県立小出病院以外に、魚沼市立堀之内病院(魚沼市、80床)、南魚沼市立ゆきぐに大和病院(南魚沼市、199床)、県立六日町病院(南魚沼市、199床)があった。救急時や高度医療が必要な際に隣接する長岡医療圏の医療機関への受診が必要となる場合もあり、魚沼地域での地域完結型医療を求める声が強くなった。県や魚沼地域の行政、医師会が議論を重ね、地域医療再生基金を活用して、地域の三次救急と高度医療を担う魚沼基幹病院ならびにプライマリ・ケアや地域包括ケアを担うことを目的とした周辺医療機関の整備が行われることになった。魚沼基幹病院には新潟大学地域医療教育センターが設置され、地域医療に貢献する医師の養成も担っている。

また、小出病院では他の大学からも研修医を受け入れており、専任のコーディネーターが研修内容・日程の調整を行っている。研修内容は、病院での外来や病棟業務に加えて、グループホーム研修、知的障害児施設、居宅介護支援研修、調剤薬局研修、介護認定審査会、保健所研修、地域医療魚沼学校への参加等、かなり幅広くバラエティーに富んだものとなっている。なお、学生や研修医の受け入れについては、施設側に歓迎されている。

【地域医療魚沼学校について】

魚沼地域の医療再編の際に、地域住民に対する魚沼の医療再編の説明や健康に関する啓発、地域医療を担う専門職間の連携強化に関するソフト事業の必要性が医師会を中心に提案された。そして、地域医療再生計画の一環として、2011(平成23)年4月より医師会と小出病院との協働により地域医療魚沼学校が開校された。

元々、魚沼地域は医師が少ない地域であったことから、医療と行政、福祉との連携も良好であり、医師会や保健師の予防事業などに対する取り組みも盛んであった。そして、小千谷市魚沼市医師会は教育にも熱心であり、地域医療研修プログラムの下に東京医療センターからの研修医も受け入れていた。また、医師会の中に地域を良くしたいという強い思いを有するリーダー的な医師もいた。このような背景が、地域医療魚沼学校が開校されるに至った土壌になっていると思われる。

小出病院には小出病院地域医療教育・研修センターが設置されており、地域医療研修事業(専任のコーディネーターを置いている)や地域医療魚沼学校の事務局を担っている。地域医療魚沼学校の校長は小出病院の院長である布施克也医師、副校長が地元の医師、教頭を小出病院の副院長ならびに新潟大学新潟地域医療学講座地域医療部門特任教授の井口清太郎医師が務めている。

地域医療魚沼学校では、以下の3つのカリキュラムを中心に活動が行われている。

- 1) 住民が学ぶ(ナイトスクール、オープンスクール、クラスインスクール)
- 2) 専門職が学ぶ(楽語い(相互講義)、楽想(地域医療魚沼学校大学院)、楽門(現場交流))
- 3) 学生・研修医が学ぶ(地域医療実習、地域医療研修)

その中でも、クラスインスクール(保健授業)は布施医師から教育委員会に提案し、教育委員会も趣旨を理解されて、現在では圏域内の小学校や中学校で行われている。授業の内容は主に禁煙教育であるが、依存症や危険ドラッグ、さらには「地域を支える人になる」といったヘルスプロモーション授業も行われている。新潟大学総合地域医療学講座も協力しており、地域医療実習の一環として医学生が講師を務めることもある。また、地域医療研修を行っている研修医が講師を務めることもある。

ほかに、婦人会や老人会などで行う健康講座(オープンスクール)、町内会などで行う健康座談会(ナイトスクール)、中学生が職場体験を行う未来の医療人育成(オープンホスピタル)などが行われている。

2015(平成27)年6月に県立病院から市立病院へと変わったが、新築された病院内には学校事務局と教室としての講堂が整備され、現在では地域内の多職種および住民との学習交流拠点となっている。

地域医療魚沼学校の取り組みと地域づくりとの関連については次の目標が掲げられている。

未来に安心をつなぐために

☆高齢者が安心して住める街

（高齢者の安心は若者の希望である、高齢者施策は未来への投資である）

☆産み育てることのできる街

（地域で子育て支援、シングルマザーにやさしい街）

☆医療や介護のための人材（みんなが医療資源、みんなが介護資源）

☆安全のためのコストが負担可能であること

（地域医療・地域包括ケア、かけるべきコストと減らすべきコスト）

【布施医師と井口医師について】

布施医師は2008（平成20）年より小出病院の院長を務め、地域医療魚沼学校の活動は初代校長として当初より関わっている。「地域の健康やケアなどにおいて病院ができることは一部のみである」、「地域医療において不足するものではなく資源を探すことが大切である」、「住民こそが地域医療の当事者であり医療資源である」が持論である。この持論のもとに、地域住民とのやり取りができる場の設置や、医学生や研修医と地域住民との接点を持つことの必要性、そして地域を幸せにするためのコミュニティを大切にした医療について話を伺った。

井口医師は2009（平成21）年6月に寄附講座として開設された新潟大学大学院医歯学総合研究科総合地域医療学講座の特任教授であり、2010（平成22）年より小出病院で地域医療実習（1週間）を始めている。医学生からの実習に対する評価も高い。地域医療研修とあわせて、小出病院における医学生ならびに研修医の教育に関する重要な役割を担われている。なお、総合地域医療学講座の医学研究実習では魚沼市のソーシャルキャピタルの測定を行っており、魚沼市においてはソーシャルキャピタルが高いことを示している。

【地域づくりにおける公的医療機関の役割】

基本はヘルスプロモーションである。地域における医療の専門職は病院に集中している。つまり、医療に関する情報が病院に集約している。公的な医療機関は民間以上に、目の前の患者さんだけでなく、広く地域に目を向けて、これらの医療に関する情報を地域に提供する必要がある。そのため、地域医療を担う公的な病院は、人づくりや学びの拠点となり、健康な地域づくりのための人材を育成するという役割を担っている。

【他の地域で地域医療魚沼学校と同様の取り組みは可能か】

病院単独で行うのではなく、その地域に長年関わってきた医師会の医師の視点も不可欠であるため、地元医師会との協働が不可欠である。そして、このような活動に参加することの教育効果が高いことから、医学生や研修医のプログラムにも組み込むことが望ましい。活動の継続性にも繋がり、受け皿となる地域にとっても若い人材育成に参加しているということから好まれる。また、取り組みを始める際には中小都市の方が行政・医師会との連携がとりやすい。

【訪問を通して見えたこと】

地域医療魚沼学校の取り組み事例は、医療機関自身が積極的に地域社会に参画し、場の提供や医療に関する働きかけを行うという、地域医療と地域社会との関係におけるモデルとなる一つであった。

そして、このような取り組みを行うにあたり、医療機関単独ではなく、地元の医師会とも協働している点、さらに県としてもソフト事業に対して基金を活用した点などが、地域医療魚沼学校の成功事例に繋がっているとも思われた。

5) 香川県綾歌郡綾川町国民健康保険陶病院

【概況】

香川県綾歌郡綾川町は、2006（平成18）年3月21日に綾上町と綾南町が合併し誕生した。香川県のほぼ中央にあり、高松空港からは車で30分、高松市中心部からは車で約45分の場所に位置している。鉄道では、ことでん琴平線が走っており、高松市内の高松築港駅から町内の陶駅、綾川駅、滝宮駅までの所要時間は約40分となっている。2010（平成22）年の人口は約2.5万人、高齢化率は約28%である。

旧綾南町は、讃岐うどん発祥の地とされており、麦を生産している農家も多く、昔は各家庭でうどんを打っていた。そのため、食文化にうどんが根付いており、うどんの摂取量が多い。そのせいか塩分摂取量も多いとのことである。教育施設は小学校から高校までである。

【綾川町国民健康保険陶病院の概況】

1951（昭和26）年に陶村国民健康保険直営診療所として開設された。1974（昭和49）年に綾南町国民健康保険陶病院となった。2004（平成16）年に今の場所に新築移転となり、2006（平成18）年に市町村合併により綾川町国民健康保険陶病院となった。なお、同年に病院に隣接して綾川町国民健康保険総合保健施設「えがお」が建設され、町の健康福祉課保健部門、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、老人介護支援センター、病児保育室が入っている。なお、病児保育室は2001（平成13）年4月に、県で初の病児保育室「うぐいす」として開設されている。そして、2009（平成21）年4月には介護老人保健施設「あやがわ」も敷地内に開設されている。

現在、病院は63床（一般35床、療養28床）を有し、内科、小児科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、透析科の6診療科がある。他に呼吸器外来、ペースメーカー外来、禁煙外来、児童・思春期外来、在宅医療、人工透析、睡眠呼吸障害センターなどに取り組んでいる。



＜陶病院の待合室＞

【介護予防サポーター】

＜設立の経緯＞

2006（平成18）年、全国の地域包括ケア整備に先駆けて、地元出身の保健師と社会福祉士の2人が中心になって、介護予防サポーターの取り組みを企画したことが、きっかけとなった。

＜育成方法＞

綾川町介護予防サポーター養成講座「まなびあい講座」が、年に8回行われている。単なる講義だけでなく、施設見学やグループ

ワークも行われる。全コース続けて参加することで、綾川町介護予防サポーターに登録される（町長から委託状が渡される）。

<具体的な活動内容>

毎月開催されるサポーター運営委員会で活動等が決められる。地域包括支援センターは運営委員会などの活動をバックアップしている。

現在、転倒予防班、いっぽく広場班（高齢者の集いの場づくり）、お話しボランティア班（ききじょう勉強会、施設訪問、個別訪問）、資源マップ班（買い物難民の実態調査）、綾川まちかど劇団（啓発活動）などが活動している。

<育成結果>

9年間で約350名の介護予防サポーターが誕生し、そのうち、半数の人たちが継続した活動を行っている。この取り組みが基礎となって、介護支援ボランティア制度や、まちかどほっと歓事業（認知症地域見守り事業）が開始された。

<大原昌樹医師の関わり>

陶病院の大原院長（2005（平成17）年4月に院長就任）は、介護予防サポーターの立ち上げに当初から関わってきた。運営の相談にのったり、養成講座の開講式を担当している。さらに講座の講師に病院の医師を派遣している。



<陶病院および隣接する保健福祉施設>

【四国医療介護周辺産業を考える会】

増大する医療介護サービス等の需要、多様化するニーズ、高質なニーズに対応するため、地域力を結集して取り組むために、医療関連機関、フィットネス等の関連サービス事業者、行政、商店街などさまざまな関係者が四国地域をフィールドとして交流する場として、2012（平成24）年に発足した。経済産業省四国経済産業局や四国4県・県財団と連携して、フォーラム活動、情報配信等活動といった活動を行っている。大原昌樹医師は同会の要職を務め、さらに「次世代ヘルスケア産業協議会」の委員も務めている。

医療介護分野をみると、医療保険や介護保険が直接関係する産業や人材に加え、さまざまな周辺の産業や人々が関与している。広く関連する産業が連携することで、住民へのサービスの向上が期待される。

次世代ヘルスケア産業協議会では、ライフスタイルに応じた健康増進のための取り組みや保険外サービスのマニュアルづくりなどが行われている。

両者に共通して言えることは、医療保険や介護保険でカバーできない部分のサービスなどを産業化することによる地域の活性化である。言い換えると、地域におけるヘルスケアビジネスや地域の資源とヘルスケアとをビジネスとしてつなぐことにより地域の活性化や地域の雇用創出が考えられている。

具体的な事例として、一般社団法人 在宅栄養ケア推進基金の取り組みが紹介された。この法人は高知県四万十市で設立され、栄養状態をチェックし、その結果に基づいた栄養指導などをiPadのアプリなどを活用しながら行っている。その際にヘルスケアビジネス企業のサービス・製品のプロモーションも合わせて提供されており、購入も可能となっている。高齢者の栄養サポートと製品プロモーション・販売とを合わせたビジネスモデルとなっている。

【地域づくりにおける医師（医療介護関連専門職）の役割（大原医師）】

介護予防サポーターのように、医師（医療介護関連専門職）が行政や事業所と住民との間をつなぐことで、地域の住民が動きやすいネットワークを構築する。そして、住民の困っていることや活動したいことをサポートする。そのためには、医療機関や医療関係者は、もっと、地域社会、地域住民と関わり、必要なニーズを把握し、対応することが求められる。

行政に対しては、医師は行政を批判ばかりするのではなく、行政と強い連携を図りながら、行政内部のキーパーソンを見つけていく。

また、医師は、これらの活動に対する効果検証・評価に関して学術的なサポートを行う。

次に、地域におけるヘルスケアビジネスでは、医療関係者が地域の資源も踏まえた上で地域を良くするためのヘルスケアビジネスに関するアイデアを民間企業などに発信していく。また、従業員の健康支援による収益性向上を目指す健康経営における医師の役割などもある。

【訪問を通じて見えたこと】

＜介護予防サポーター＞

- ・ひとつの取り組みをベースに、さらに活動が広がっている。
- ・主体となっている住民のレクチャー、その後のフォローアップトレーニングが肝要である。
- ・運営委員会は参加者である住民が主体となっており、地域包括支援センターはバックアップに徹している。具体的な活動内容も参加住民から提案されている。生活者の視点やニーズから活動を行い、その活動を行政・専門職が支援するというひとつの理想形が展開されている。なお、行政が主導し参加する住民が常に受身で活動を続けていくことは難しいと思われる。
- ・住民ネットワークと医療・介護とが両輪となり、安心して暮らせる地域を目指して、その人と家族を支えている。
- ・大原医師を含めたキーパーソンは継続して事業に関わっている。この主要メンバーの継続性も重要な要素と思われる。

＜四国医療介護周辺産業を考える会＞

従来の地域医療と地域づくりとの関係性においては、地域を支える、地域を守る取り組みというニュアンスが強い。しかし、このような取り組みは、地域における医療や介護を契機として、ビジネスにつなげる、地域の経済活動へと結びつけるという意味で、より地域づくりに結びつくと思われる。

＜その他＞

人口2万5千人という地方都市では、人と人とのつながりの太さが強みである。かつ、綾川町は地理的特性（高松市に隣接、主要道路や鉄道、イオンなど）から、ある程度のヒトの流動性もある。人と組織づくりは、細かいところが把握しやすいので、小さい市町村の方が取り組みやすい。

行政、病院、介護などが一緒になった複合施設の存在は、各関係者間の垣根を低くして、医療・保健・介護の一体となった取り組みに繋がっている。

大原医師からのアドバイスとして、会合などは3か月に1回は開き、グループワークも時々行う。部会や班をつくり、他の人が発言できるように、責任者は前向きな人を選び、メーリングリストなどでこまめに連絡をとりながら行うことが成功の鍵である。

6) コミュニティ診断士

【岐阜県コミュニティ診断士について】

地域医療と地域社会とは当然のことながら密接な関係がある。これまで、地域では一般的に予防医学、健康教室など、医学・医療の視点から地域の健康を守るという取り組みが行われてきた。しかし、積極的に地域医療を契機としたまちづくりに注目が集まることはあまりなかった。そのような流れが最近変わりつつある。2025（平成37）年に団塊の世代が後期高齢者になることから、地域包括ケアシステムの構築や、医療のまちづくりに関するガイドラインが出されている。今、地域医療を契機とした地域の活性化に注目が集まり始めている。

このような地域の活性化、まちづくりに関しては全国で取り組みが始められているが、岐阜県では2002（平成14）年度より岐阜県と岐阜経済大学との協働により、地域コミュニティの再生・活性化を担う専門家の養成を目的にした「岐阜県コミュニティ診断士」という民間専門資格（岐阜県知事と岐阜経済大学学長とが協同認定）を設けた。

【背景】

近年、地方から都市部への人口集中、少子高齢化、市町村合併などにより、従来、地域の枠組みを支えていた自治会の弱体化が地方都市でも目立つようになった。そのため、コミュニティ政策学会などでも地域のコミュニティを支えるための専門人材の必要性が議論されるようになった。当時、岐阜経済大学経済学部で教授を務めていた鈴木誠氏が資格認定制度を発案した。県としても、地域における地域活動の担い手が少なくなる中で、同資格認定制度に賛同し、岐阜県コミュニティ診断士の資格認定制度が始められることになった。

岐阜県コミュニティ診断士とは？

今日の地域社会においては、都市化・高齢化の進展、生活様式の変化などにより、人間関係や相互扶助意識の希薄化、危機管理能力の低下などが懸念されています。

こうした状況を背景に、岐阜県と岐阜経済大学では、安全に安心して暮らせる地域コミュニティの形成をめざして、住民の側から地域の課題を発見し、解決していく取り組みを支援する専門的な人材を養成するため、「岐阜県コミュニティ診断士」の資格認定制度を設けています。

この資格は、岐阜県知事および岐阜経済大学学長が共同認定する民間資格です。「岐阜県コミュニティ診断士」は、地域コミュニティの現状について調査・分析を行い、それにより明らかとなった諸課題について、地域住民、地縁組織、NPO、企業、地方自治体などの地域の様々な主体と協働して、その解決・改善に取り組み、地域コミュニティの再生・活性化を推進するコミュニティづくりの専門家です。福祉、環境、男女共同参画、交通、防犯、防災などに関わる地域コミュニティの課題に沿ったワークショップの場面で、住民と住民のコミュニケーションの機会を作りながら、さまざまな問題の原因や解決の糸口を探り提案するファシリテーターとして活躍しています。

岐阜県および岐阜経済大学では、県内外の市町村や民間企業、福祉施設やNPO組織などの要請に対して、積極的に資格取得者の紹介、派遣を行っています。

岐阜県コミュニティ診断士パンフレットより

【どのような資格認定制度なのか】

岐阜県コミュニティ診断士の資格認定制度は、安全に安心して暮らせる地域コミュニティの形成を目指して、住民の側から地域の課題を発見し、地域の様々な主体（住民、地縁組織、企業、地方自治体など）と協働して解決する取り組みを支援する専門的な人材を養成することを目的としている。資格を取得するには、全15回の「NPOコミュニティ論」を受講し、講義毎に課されるレポートを提出して、10回以上の合格をすることが必須条件となっている。なお、講義はe-learningやDVD視聴による受講も可能となっている。また、フィールドワークやワークショップといった岐阜県コミュニティ診断士実習講座を修了したのち、筆記試験と集団討論試験による資格認定試験に合格する必要がある。なお、「NPOコミュニティ論」では、地域社会におけるまちづくり活動やコミュニティ活動の実践事例の紹介、NPO論やコミュニティ論を学び、NPOと行政、NPOとコミュニティ組織との協働によるまちづくりの実践的技能を習得することになっている。

岐阜県や岐阜経済大学は県内外の市町村や企業、福祉施設やNPO組織からの要請に対して、資格取得者の紹介や派遣を行うことにより、ワークショップや調査事業等に参加するといった実績があがっている。このように県と大学とが協同して資格認定制度という事業を行うことで、制度としての安定性が担保され、かつ資格取得後の人材活用にもつながっていると思われた。

【地域医療から捉えた岐阜県コミュニティ診断士】

地域医療に取り組む医師がこの岐阜県コミュニティ診断士を取得している。この医師は県内の郡上市というフィールドで医療だけでなく、地域の視点を学び、さらには、当時、行政や住民と一緒に地域医療研究会を開催した経験もあった。その後、すでに岐阜県コミュニティ診断士を取得していた当時の公民館館長から勧められ、オンラインで講義（ネットワークコンソーシアム岐阜）を受講した。医師として仕事を続けながら2014（平成26）年に岐阜県コミュニティ診断士の資格認定を受けた。

資格認定を受けた医師は、認定を受けるまでの過程において、地域を良くしたいという目標を同じくする異業種の人たちと出会う機会や繋がりを得てい

る。さらに「NPOコミュニティ論」では、自治会とNPO、農村と都市といった問題を学び、地域医療を通した軸で地域社会を捉えられるようになったと述べている。また、地域医療に従事する医師がこのような資格認定を取得することで、地域社会の課題に対する医療以外の解決方法を知ることにつながり、地域のネットワーク構築における情報の橋渡し役を担うようになった。

地域医療においては、なかなか医療だけで解決できないことも多く、より多職種の連携であったり、地域の人的ネットワークの活用や構築が求められたりすることも多い。そのような意味でも、このような岐阜県コミュニティ診断士を取得する過程で、多様な職種や立場の方々とは人脈をつくったり、「NPOコミュニティ論」の受講や実習から課題解決の方法や問題の捉え方を学んだりすることは、地域医療に従事する医師の大きなスキルアップに繋がると思われる。同資格を全ての医師が取得することは不可能ではあるが、「NPOコミュニティ論」で取り上げられたテーマのように、地域の課題を地域医療とは異なる視点でとらえることの重要性を意識するだけでも意味があると思われる。

2015（平成27）年度のテーマ一覧を以下に示す。

- 1回目 地域課題の解決手法としてのまちづくり
- 2回目 コミュニティ政策と住民自治
- 3回目 地方分権改革における諸課題
- 4回目 なぜ地域の格差が生まれるのか？
- 5回目 防犯活動から始める住みよいまちづくり
- 6回目 地域のつながりの再生をめざして～岐阜県の取り組み地域コミュニティ施策～
- 7回目 「婚活」で地域を明るく元気に！
～おもてなし婚活のすすめ～
- 8回目 子どもの貧困と社会的包摂
- 9回目 安心して暮らせる地域医療（講師：公益社団法人地域医療振興協会 医師 西脇健太郎）
- 10回目 互いに支え合い、安心して生活できる、住民主体のまちづくりをめざして
- 11回目 スポーツNPOによる地域づくり
- 12回目 生涯学習と地域づくり
- 13回目 自然エネルギーの地産地消は可能か？
- 14回目 地域をむすぶコミュニティ・トレード
- 15回目 持続可能な地域・社会をめざして

3 地域医療から地域づくりに貢献するために

地域づくりとは、“住みやすい地域・まちづくり”と言える。それでは、“住みやすい”とはなにか。交通の便が良い、仕事がある、娯楽施設や大型商業施設が多い、自然豊かで風光明媚など、数多くの要素がある。しかし、“住みやすい地域づくり”の要素として、「医療」は欠かすことができない。例えば、人口減少が課題となっている地域にとっての“地域づくり”では、それに対応するべく妊娠・出産・子育てを支援する際に「医療」の整備は不可欠である。病気やケガをしても安心な生活環境を提供するうえでも「医療」の整備は不可欠である。

さらには、乳幼児や青少年が安心して生活、成長することができるためには、周産期のサポート体制、保育園や幼稚園（病児保育含む）の成長発達支援、小学校から高校に至るまでの健康に関する教育体制の整備が重要である。突然の発熱など子どもの体調不良時に迷うことなく安心して医療機関を受診できる医療体制の整備も重要である。勤労世代に関しては、疾病に罹患するケースは他の世代と比べると少ないかもしれないが、自分たちの子どもや親が安心して生活できる地域づくりの主体者になりうる。また、勤労世代だからこそ健康管理、疾病予防、第III章でも取上げたように癌のような疾病に罹患しても支える仕組みがある地域医療や地域づくりを考えてほしい。そして、高齢者にとっては慢性疾患の管理や救急疾患への対応など、医療を必要とする人が多く、基本的には地域ごとに、ある程度の医療を完結できる体制を構築する必要がある。医療に加え

て介護サービスの提供体制の整備、いわゆる地域包括ケアシステムづくりは地域づくりと合わせて取り組まれる必要がある。

しかし、実際に医療関係者や医療機関が従来の診療という枠を越えて、地域医療の立場から地域づくりに貢献するためには、どのようにすれば良いのだろうか。そこで、アンケート調査や訪問調査等で得られた知見や事例を検討し、以下のようなプロセスを提案したい。なお、以下のプロセスはこのような順番で進める必要はなく、各々の局面で優先度などが異なると思われる。

1) 地域医療を支えるネットワークの構築

地域生活を支える取り組みを行っている組織や団体は複数存在するが、有機的な連携が不十分な場合も少なくない。そこで、地域医療に関わっている組織（診療所や介護支援センター等）や団体（NPO法人等）が中心となり、まずは医療や介護に係る組織や団体による“顔が見える繋がり”のネットワークを構築することを提案する。人的ネットワークを構築することで地域の健康や介護に関する情報交換を行うことができる。ひいては単独では不十分だった活動もネットワークを活用することで、より多くの成果や、地域づくり等のさらなる活動へと繋がる。徳島県木屋平、宮崎県小林市の取り組みが参考になる。

2) 地域医療に関する課題の抽出や課題解決に向けた取り組みの支援など

次に、各々の組織・団体の枠内での取り組みだけではなく、地域医療に関する課題を地域社会から見つけ、それらの解決に向けて取り組むことが期待される。地域医療の課題解決に向けた活動を通じて、もしくは、その活動が教育など他の領域の活動へと発展することにより、地域社会の活性化、さらには



＜木屋平からの山並み＞

地域づくりにつながっていくと思われる。その際、関係者間で構築されたネットワークを活用しながら、地域医療に携わる者が自ら地域に出向く方法もあれば、新たな組織を作ることや、既存の組織の活動支援を行うなどの様々な方法がある。また、これらの活動を支援・助言する立場で参加するといった間接的な取り組みも考えられる。島根県益田市、宮崎県延岡市の事例で紹介した取り組みは、他の地域の医療関係者や医療機関でも参考になる。

3) 地域づくり／地域社会への直接的な医療機関と医療関係者の参画

地域医療に関する課題の抽出と課題解決に向けた取り組みに類似するものではあるが、医療機関や医療関係者が地域へ出向いていき、外来や入院診療とは異なる取り組みを行っている事例がある。地域での健康づくりに関するイベントへの参加や、講演会への協力なども含まれる。岩手県の一関市国民健康保険藤沢病院のように、地域ナイトスクールや地域医療セミナーなどを病院主催で開催するといった、直接的に地域住民に働きかけるような取り組みもある。住民活動等の支援や他のNPOや行政との協働という形とは異なり、病院という場と人材（多職種）の直接的な提供による取り組みや、病院／医師会がより主体となった取り組みは、地域づくりへの直接的な関与が期待できる。新潟県魚沼市立小出病院、岩手県一関市国民健康保険藤沢病院の取り組みが参考になる。

4) 鍵になるもの

箱もの、いわゆるハード面の設備に関しては、地域の資源でもあるので必要に応じて活用することが望ましい。また、既存の施設の建設や活用を契機に行われる活動や、地域医療の充実や地域づくりの過程で不可欠なハード面の整備もあると思われる。その一方で、箱ものの建設ありき、ハード依存では、決して地域に即したものにはならず、地域の実情やニーズから離れたものしかできないと思われる。

医療関係者個人の関わりとして、

1) 直接的な関わり、直接的な行動

自ら、なんらかの事業を始める。

2) 間接的な関わり、間接的な行動（支援を含む）

講師を務める、助言者として協力する。

3) 触媒となる

場の設置をする、会合の場に参加する。

以上のような形がある。また、医療関係者が地域づくりに参画する際には、その地域に根差しているかどうか、信頼の醸成に繋がっていると思われる。

その他、地域づくりに参画するものではないが、地域社会に目を向けられる医師を育成することを目的として、地域社会を教育の場として活用している事例もある（島根県雲南市立病院地域医療人育成センター）。

また、このような取り組みを進める上で、岐阜県コミュニティ診断士のような人材育成も重要であり、医療関係者がこのような資格を取得するプロセスの中で得るものも大きいと思われる。取得する状況にはなかったとしても、このような第三者的な役割が存在することで、地域のネットワークや仕組みをつくる際に、中立的に意見を述べるなどの役割を果たすことができる。このような第三者的な役割は外部から派遣されて赴任する医療関係者、とくに医師が適任であることも多い（益田市での日赤病院の副院長や、陶病院の大原医師）。そのため、医師は地域医療のニーズへの対応は当然として、地域づくりからの潜在的なニーズにも敏感になり、必要に応じて地域へ出る積極性も今後は期待される。

人々はライフサイクルを通して、その地域を故郷にしていける。この住み慣れた地域で人々がこれからも安心して暮らせるような取り組みが実践されている。医療は病気やけがに対応することで安心の生活を支えている。しかしそれだけでなく、あるときは人々のつながりの仲介役として、次世代の育成役として、また行政に対する住民の代弁役として、様々な役割を医療は担っている。狭い意味の医療関係者役だけでなく、こうしたさまざまな役割を果たせることが、地域医療の実践者には求められている。医療が病気やけがだけでなく、生老病死にわたって関わるとき、その医療は地域医療にふさわしい。

4 直接的な地域医療から地域振興への展開

医療や介護を通じて、地域のビジネス、経済振興に結び付ける。そうすることで雇用の創出を図ることができ、直接的な地域の発展へと広がっていく。つまり、医療・介護の保険で賄われているが、実際のニーズを満たしていない可能性が高く、潜在的な市場可能性は高いと考えられている。後述するが、格差に結びつかないような仕組みを別に備える必要はあるものの、地域の医療・介護等に関する幅広いニーズに対応すべく、医療関係者との協働で市場開拓ならびにビジネス化することは、地域住民の満足度を上げるだけでなく、経済的な効用も期待できることから、より積極的な地域づくりと言えなくもない。

さらには、ヘルスケアビジネスの顧客は地域住民や患者だけでなく、保険者である市町村や企業、健康経営に取り組む企業等も、医療・介護（とくに予防的な側面）に関する顧客となるため、産業医に限らず、今以上に幅広く医療関係者と地域との連携が望まれる。

具体的には、地域の資源とニーズを踏まえたヘルスケアビジネスの展開（直接的事業、もしくはアイ

デア提供などの間接的関わり）を行う。その際、それまでのネットワークづくり、そして課題解決型の組織作りと活動などもヘルスケアビジネスの基盤・資源として活用することで、より連動性の高い事業への展開が可能になる。これらは、地域にとどまることなく、地域から地域外（海外含む）へのヘルスケアビジネスの発信、外貨獲得にまでつながることではなかろうか。

ただし、ヘルスケアビジネスが公的保険の縮小に利用される場合、国の財政負担の軽減にはなるが、生活者の視点から考えると経済力による格差が医療や介護でもさらに広がる懸念や、自由競争や経済に関する効率性が医療界に過剰に及ぶことで、安心して医療機関にかかることができない、病気の方や病弱な方、障害のある方が逆に生活しづらくなってしまふ恐れもある。そのため、綾川町介護予防サポーターのように、地域を等しく支えるための活動や、公的・民間（NPO含む）や医療機関のセーフティネットの構築と合わせて進めることが必須である。地域医療から地域振興に展開する四国の取り組みが参考になる。

5 「地域社会の中で地域医療が果たす役割」のまとめ

本章では、地域社会と地域医療とが深くつながる事例を振り返った。私たちは地域医療を「地域住民が抱えるさまざまな健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く住民の生活にも心を配り、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動」ととらえている。とすると、医学的に適切に対応することだけに留まらず、どのようにしたら住民が安心して暮らせるよう見守り支えるのかを考え実践し続けることが地域医療には求められる。

地域医療の現場は必ずしも資源が豊富とは限らない。人材も資金も十分ではないかもしれない。しか

し、顔が見えるつながりという強い絆が大きな財産である。ある地域では、医師と薬剤師がこれまでの関係を越えたネットワークで地域住民を支えていた。ある地域では、住民・行政・医療従事者が一緒になって情報を交換していた。

それでも地域医療が抱える課題は簡単に解決できない。ここに挙げられた地域医療関係者は、病院や診察室の枠を超えて、住民の地域社会づくりの支援をしていた。なかには魚沼地域医療学校や藤沢のナイトスクールなど、住民にとって欠かせない存在となった取り組みもある。

こうした関わりを実際にやってみること、そして

続けていくことはたやすいことではない。まずは、具体的な行動に移すことから始まる。具体的に直接的に関わり始めることが難しいのなら、誰かと一緒に間接的に関わり始めることはできるかもしれない。もしも、それすらも難しい状況があるのなら、困っている状況に寄り添い、仲間と一緒に考えていくことはできるかもしれない。

こうした取り組みが、地域医療と地域社会とに課題を抱える全国の地域への処方箋となれば幸いである。



執筆者：中村 剛史

(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)

森田 喜紀

(鹿児島県立大島病院

総合内科 (兼) 臨床研修センター)

「安心して暮らせる地域医療」を構築するために ～地域医療白書第3号の提言より～

第2部の概要と紹介

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・解決策を考察した。地域医療の実践を経験した編集委員を中心にマインドマップを作成し、課題のカテゴリー化を行い、その中で議論を積み上げた。そして、「安心して暮らせる地域医療」を構築するために、以下に掲げる9つの方策を提言した。本号の第2部では、第3号の提言の中から、地域医療システムの整備、住民の意識への介入、地域医療に資する人材育成、地域医療に関する研究に着目し、第3号発行後の地域社会における種々の変化を追跡した。

9つの提言（第3号より）

- 1、需給と供給の評価システムの確立
- 2、診療提供体制の整備
- 3、意識への介入・相互理解の構築
- 4、情報発信方法の考案
- 5、啓発活動の重要性
- 6、開かれた連携の重要性
- 7、研究の支援体制作り
- 8、地域医療データベースの構築
- 9、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

1 地域医療システムの整備

第3号の第1章では、医師偏在、病院閉鎖、及び救急受け入れ困難など、医療を取り巻く諸問題が複雑に絡み合った状況をふまえ、「需給供給の評価システムの確立」、「診療提供体制の整備」の重要性を提言した。これらの提言と関連する政策として、各都道府県のへき地保険医療計画（9次～11次：2000（平成12）～2015（平成27）年）や地域医療再生計画がある。各地域が抱える地域医療の課題を解決するための対策について、過去を振り返りながら、第3号を発刊した2012（平成24）年以降

の政策を含めて総括する。さらに、地域医療対策を考案するうえで重要な情報である住民の抱える健康問題や受療行動についても最新の知見を交えて紹介する。

1) 地域医療に関する医療計画 ～へき地保健医療計画から地域医療再生計画および地域医療構想まで～

戦後、日本国内の離島や中山間地域では無医地区や無歯科医地区が多く、このようなへき地における医療の確保は重要な課題であった。そのため、へき

地保健医療対策の取り組みとして、1956（昭和31）年に、初めてへき地保健医療計画が国によって定められ、以後おおよそ5年毎に国はへき地保健計画を策定してきた。へき地保健医療計画の重点的な取り組みとして、1956（昭和31）年度から施行された第1次へき地保健計画ではへき地診療所の整備、1975（昭和50）年度から施行された第4次へき地保健計画ではへき地中核病院の整備が行われ、1996（平成8）年度からの第8次へき地保健医療計画ではへき地医療支援病院が創設された。そして、2001（平成13）年度から施行された第9次へき地保健医療計画では、へき地中核病院とへき地医療支援病院が再編成され、現在のへき地医療拠点病院が新たに創設された。さらには、へき地を抱える市町村だけではなく、都道府県単位の広域的なへき地医療の支援をおこなうために、へき地医療支援機構を都道府県単位で設置することが定められ、都道府県単位での調整の下に、へき地医療拠点病院は、へき地診療所への医師派遣、代診医派遣、無医地区等を対象とした巡回診療等をおこなうこととなった。

医療計画は1985（昭和60）年度の第1次医療法改正で、二次医療圏ごとに必要病床数を設定することを目的として初めて導入された。その後、医療法の改正に合わせて医療計画制度の見直し等が行われたが、2006（平成18）年度の第5次医療法改正で4疾病5事業に関する医療連携体制等を医療計画に記載することとなり、2008（平成20）年度からの第5次医療計画からは、都道府県は5事業の1つとして、へき地の医療に関しても医療計画の中で医療連携体制等の取り組みをおこなうことになった。また、第5次医療法改正と時を同じくして、2006（平成18）年度からの第10次へき地保健医療計画からは、従来の国による策定とは異なり、厚生労働省が示した指針に基づき、都道府県がへき地保健医療計画を独自に策定することになった。

そして、無医地区や無歯科医地区は、へき地保健医療計画や医療計画等による診療所や病院の整備、1972（昭和47）年の自治医科大学設置に、1973（昭和48）年に閣議決定された「経済社会基本計画」における無医大県の解消を目的とした一県一医大構想の具現化といった、医療提供体制に関する整備に

よって、徐々にその数は減少した。さらには、自家用車の普及や道路事情の改善といった交通網の発達も、無医地区や無歯科医地区の解消に寄与していた。

しかし、2004（平成16）年度より、新たな初期臨床研修制度が始まったことで、研修医が都市部に集中するようになった。加えて指導医の確保を目的とした地域の拠点病院からの医師の引き上げにより、多数の都道府県、とくに地方都市において医師不足が次第に顕在化するようになった。そのため、へき地診療所を支援するはずのへき地医療拠点病院や、地方の小中規模病院の医師不足が深刻になり、へき地だけでなく、日本各地の地域で医師が不足する、いわゆる医療崩壊が叫ばれるようになった。

このような地域における医療の課題解決を図るため、2009（平成21）年度の第一次補正予算において、都道府県に地域医療再生基金が設置され、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づき、国による交付金の交付が行われることになった。その結果、各都道府県にて、大学医学部への地域医療等に関する寄附講座の設置や、卒業後に地域で診療をおこなうことを条件とした修学資金制度、いわゆる地域枠制度といった医師確保事業等が始められた。

また、2010（平成22）年には、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学会が合併し、日本プライマリ・ケア連合学会となり、総合医や家庭医といった領域に注目が集まるとともに、地域医療の担い手としても期待されるようになった。

第11次へき地保健医療対策検討会は、このような状況の下、2009（平成21）年度に開催され、同検討会から提出された報告書を基に、厚生労働省は第11次へき地保健医療計画策定指針の作成を行った。この策定指針では、へき地保健医療対策に係る具体的支援として、へき地医療支援機構の強化、へき地医療拠点病院やへき地診療所といった医療提供体制に対する支援、へき地における歯科医療や看護師等の支援方策について計画を立てるよう記された。へき地医療を担う医師の動機付けやキャリアパスの構築に関しては、へき地医療を担う医師像として総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる総合医の育成について示された。2010（平成22）年度、策定指針を基に各都道府県でへき地

保健医療計画が策定され、翌年の2011（平成23）年度より第11次へき地保健医療計画が施行された。

第11次へき地保健医療計画策定後のへき地保健医療対策の変化として、へき地医療支援機構の強化により、へき地医療に従事する医師に対する子育て・家族支援等の環境整備や、へき地医療拠点病院の活動の定期的な評価等が行われるようになった。また、へき地診療所やへき地医療拠点病院の数も総数としては増加しており、第5次医療法の改正で創設された社会医療法人、とくに、へき地診療所に対する医師派遣や、へき地における巡回診療といった、へき地医療の認定要件で取得した社会医療法人と連携して、へき地医療を支える体制が構築されている都道府県もみられるようになった。また、第11次へき地保健医療対策検討会の提言に基づき、2010（平成22）年度から厚生労働省により全国へき地医療支援機構等連絡会議が開催されるようになった。同会議に参加した各都道府県のへき地医療行政担当者やへき地医療支援機構の専任担当官によるグループワーク等を通じて、国と都道府県だけでなく、都道府県間の情報交換も行われるようになった。

なお、第11次へき地保健医療計画策定後の2011（平成23）年度より、地域医療支援センターの医師の地域偏在の解消やキャリア形成支援等を目的とした設置に対して、国の補助が行われることになった。その後は医療法でも同センターの設置が定められたこともあり、2014（平成26）年には40都道府県に設置が広がった。多くの都道府県で2015（平成27）年度から地域卒卒業医師が初期臨床研修を開始しており、新たな専門医の仕組みも踏まえた地域卒卒業医師のキャリアパスの作成やキャリアデザインの支援策に関する取り組みが進められている。へき地医療に従事する地域卒卒業医師や自治医科大学卒業医師においても、地域医療支援センターならびにへき地医療支援機構が連携してキャリアパスの作成やキャリアデザインの支援策の検討や実施が進められている。

1956（昭和31）年より施行されてきた、へき地保健医療計画であるが、前述したように医療計画でも、5事業の中にへき地の医療連携体制が含まれており、都道府県はへき地保健医療計画と医療計画とを異なる時期に作成することが求められている。

両計画の整合性の問題や、へき地保健医療対策においても救急患者のドクターヘリによる搬送等、他事業と連動した取り組みが求められていることから、へき地保健医療対策は医療計画に一本化されることとなった。第11次へき地保健医療計画は当初予定から2年間延長した2017（平成29）年度までの施行をもって終了となる。その後のへき地保健医療対策は、2018（平成30）年度から各都道府県で施行される医療計画（第7次医療計画）の中で行われる。また、へき地保健医療対策が医療計画の一事業に埋没しないように、医療計画策定にかかる指針とは別に、へき地保健医療体制整備指針も併せて策定される。具体的には、医療計画ではへき地保健医療対策に関する基本的な内容を記載し、数値目標も含めた個別具体的な内容は、医療計画の策定指針とは別に策定されるへき地保健医療体制整備指針に基づき作成される。

なお、すでに団塊の世代が後期高齢者となる2025（平成37）年に向けた取り組みとして、地域医療構想の策定や新公立病院改革プランに沿った公立病院の見直し等も行われている。

地域医療構想は、急速に進行する高齢化や人口減少社会、医療費の増加、看取り場所の確保、医療・介護の供給の地域差といった課題に対して、2014（平成26）年に「医療介護総合確保推進法」が施行された。同推進法にもとづき2015（平成27）年度から地域医療構想の策定が各都道府県で行われている。具体的には、2025（平成37）年の医療需要と病床の必要量を都道府県内の構想区域（2次医療圏が基本）単位で、かつ高度急性期・急性期・回復期・慢性期といった機能ごとに推計し、2014（平成26）年に行われた病床機能報告制度による医療機関からの報告等も活用し、目指すべき医療提供体制を実現するための施策をおこなうものである。

公立病院改革プランは、2007（平成19）年に総務省から出された公立病院改革ガイドラインに基づいて、2008（平成20）年に各自治体で公立病院改革プランが策定、2009（平成21）年より5年間施行された。その結果、経営の効率化等により経営改善は進んでいるが、なお半数の公立病院では経常収支が赤字となっている。そのため、2014（平成26）年度に新公立病院改革ガイドラインが出さ

れ、従来の経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しに加えて、地域医療構想における役割の明確化といった方向性を踏まえて、2015（平成27）年度または2016（平成28）年度中に2020（平成32）年度までの新公立病院改革プランを策定することとなった。

2018（平成30）年には、第7次医療計画が施行されるが、第7期介護保険事業計画も同時に施行される。持続可能な地域医療体制を構築するためにも、両計画を通じて医療機能の分化連携と、地域包括ケアシステムの構築が一体的に推進されることが求められている。また、へき地の医療が取り残されないように、へき地保健医療対策においても、行政（都道府県・市町村）、大学、医療機関、そして住民も含めた多様な関係者による協議にて、へき地医療の将来像を描き、それに基づきながら、へき地保健医療対策に取り組むことが期待される。



執筆者：森田 喜紀

（鹿児島県立大島病院

総合内科（兼）臨床研修センター）

2) 住民の健康問題と受療行動

地域医療政策の策定や地域医療教育を推進するうえで、住民が新たに抱える健康問題とその受療行動に基づく考察が求められる。慢性疾患の統計は、レセプトデータ等から容易に入手できるが、地域住民に実際に生じた症状や新たな健康問題は、健康日記や診療録の詳細な調査が必要である。また、個々の健康問題に関する住民の受療行動もレセプトデータでは把握できない。そこで、健康日記や診療録を用いた既存の研究や茨城県筑西市で実施された住民アンケート調査から、住民の新規の健康問題や受療行動についてまとめた。

(1) 健康問題

地域医療で提供される初診患者のプライマリ・ケア診療において、頻度の高い健康問題は医療機関規模によって異なることが、第3号以降の研究で明らかになった。本章では、5つのへき地診療所を受診した4,495例、小規模病院総合診療科を受診した

1,515例、東京都内の臨床研修病院総合診療科を受診した1,950例、大学附属病院総合診療部を受診した4,558例のデータを参考に紹介する。

まず、初診患者の主訴を示す（表1）。類似点として、「咳嗽」、「発熱」、「頭痛」、「倦怠感（だるさ）」は、いずれの医療機関でも上位10位以内にある。他にも、「腹痛」、「咽頭痛」も頻度の多い症状である。さらに、小規模病院総合診療科のデータでは、上位30の主訴が全体の約80%、上位55が約90%を占めていた（図1）。

へき地診療所と小規模病院における頻度の高い上位10の診断名に「上気道炎（かぜ）」、「急性腸炎」、「胃・十二指腸炎」、「気管支炎」がある。小規模病院の報告では、「高血圧症」、「高脂血症」、および「糖尿病」も多い（表2）。小規模病院の受診理由には「健診・検診異常」が多く含まれており、これらの慢性疾患の診断名はその精密検査の結果を反映していると考えられる。また、小規模病院総合診療科のデータでは、上位50の病名が全体の約80%を占め、上位90の病名で全体の約90%を占めていた（図2）。臓器別の頻度としては、へき地診療所および小規模病院ともに「全身の問題」、「消化器」、「循環器」、「神経」、「呼吸器」が多い。一方で、へき地診療所では、「筋骨格（整形外科領域の疾患）」と「皮膚」が多い傾向にある（表3）。

また、これらのデータは、医療機関を受診した患者さんのデータであるが、新たに健康問題や症状を発症しながらも医療機関を受診していない人の症状についても、2013（平成25）年度に実施された筑西市民アンケートから明らかになった。頻度の多い健康問題から、「腰痛・背部痛15.3%」、「咽頭痛・咳・痰・鼻汁・鼻閉12.1%」、「腹痛・腹部違和感・嘔気・下痢・便秘9.6%」、「頭痛9.4%」、「ひざの痛み8.1%」、「倦怠感（だるさ）6.4%」、「めまい4.7%」、「皮膚の問題4.3%」、「目の問題4.0%」、「しびれ・脱力感3.4%」などとなっている（図3）。へき地診療所と同様、腰痛や膝痛といった整形外科関連の症状や、皮膚に関する健康問題を抱えていることがわかる。へき地では、唯一の医療機関である診療所が初めて受診する場になり、内科だけでなく整形外科から皮膚科領域まで幅広く住民の健康問題を扱っていると言える。一方、都市部では、住民は整

表1 頻度の高い主訴

順位	へき地診療所	小規模病院	大規模病院	大学附属病院
1	咳	咳	腹痛	発熱
2	発熱	発熱	発熱	腰背部の症状 (腰痛など)
3	くしゃみ／鼻閉	健診・検診異常	めまい	頭痛
4	咽頭痛	咽頭痛	頭痛	腹痛
5	急性上気道炎 (かぜ)	頭痛	咳／痰	皮膚の発疹
6	頭痛	腹痛	倦怠感(だるさ)	咽頭痛
7	膝の症状 (膝の痛みなど)	下痢	嘔気／嘔吐	咳
8	腰背部の症状 (腰痛など)	くしゃみ／鼻閉	胸痛	処方
9	皮膚の発疹	倦怠感(だるさ)	便通異常	口腔、舌、口唇の 症状
10	倦怠感(だるさ)	めまい	食欲不振	倦怠感(だるさ)

「岡本朋, et al. 総合診療科外来における頻度の高い症状 臨床研修の到達目標についての検討. プライマリ・ケア. 2007.」, 「山田隆司, et al. 日常病・日常的健康問題とは ICPC (プライマリ・ケア国際分類) を用いた診療統計から(第1報). プライマリ・ケア. 2000.」,

「山城清二. 大学総合診療部-特別企画 総合診療のcore valueと活躍の場. 総合診療医学2005.」, 「Takeshima T, et al: Reasons for encounter and diagnoses of new outpatients at a small community hospital in Japan: an observational study. Int J Gen Med. 2014.」に基づき作成

表2 頻度の高い診断名

順位	へき地診療所	小規模病院
1	急性上気道炎(かぜ)	急性上気道炎(かぜ)
2	異常なし	急性腸炎
3	湿疹	胃・十二指腸炎
4	胃・十二指腸炎	気管支炎
5	急性腸炎	異常なし
6	腰背部の症状(腰痛など)	高血圧症
7	創傷	高脂血症
8	気管支炎	糖尿病
9	めまい	インフルエンザ
10	頸部の症状(首の痛みなど)	肺炎

「山田隆司, et al. 日常病・日常的健康問題とは ICPC (プライマリ・ケア国際分類) を用いた診療統計から(第1報). プライマリ・ケア. 2000.」, 「Takeshima T, et al: Reasons for encounter and diagnoses of new outpatients at a small community hospital in Japan: an observational study. Int J Gen Med. 2014.」に基づき作成

累積割合(%)

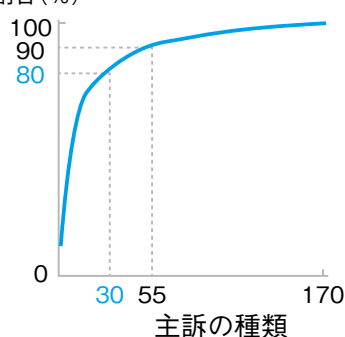


図1 主訴の累積割合

累積割合(%)

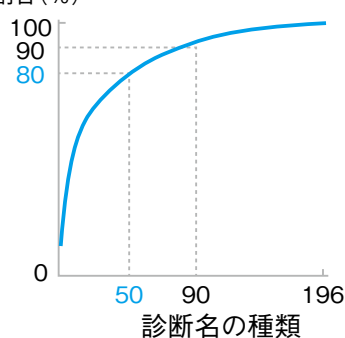


図2 診断名の累積割合

表3 臓器別17分類における診断名(上位6分類)

順位	へき地診療所	小規模病院
1	呼吸器	呼吸器
2	骨格筋(整形外科領域の疾患)	消化器
3	消化器	循環器
4	皮膚	全身の問題
5	全身の問題	内分泌／代謝
6	循環器	神経

「山田隆司, et al. 日常病・日常的健康問題とは ICPC (プライマリ・ケア国際分類) を用いた診療統計から(第1報). プライマリ・ケア. 2000.」, 「Takeshima T, et al: Reasons for encounter and diagnoses of new outpatients at a small community hospital in Japan: an observational study. Int J Gen Med. 2014.」に基づき作成

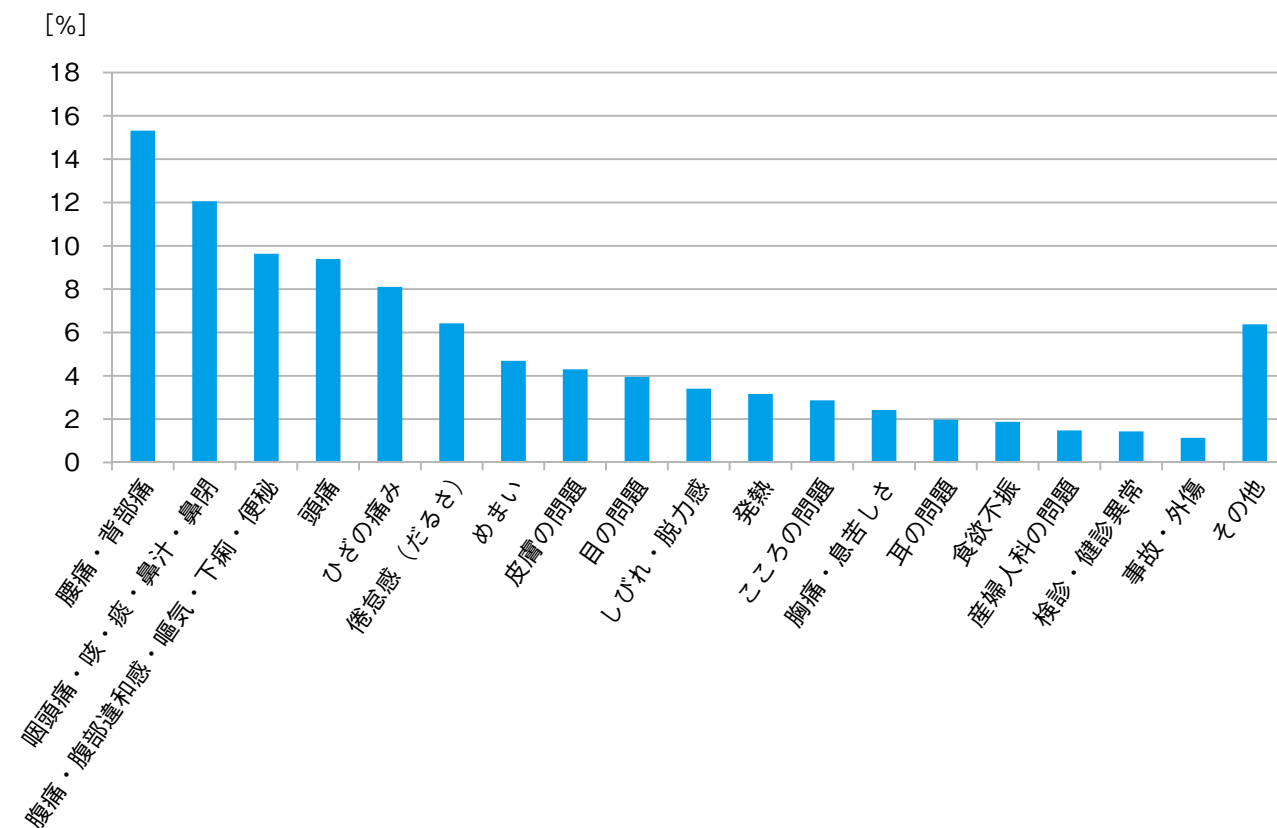


図3 症状の割合

形外科や皮膚科開業医や専門医を自ら選択することができるため、都市部における総合診療は、内科疾患中心の診療になると言える。

(2) 受療行動

本邦では、国民皆保険制度により、フリーアクセスで医療機関を自由に選択して受診できる。200床以上の病院の初診では、紹介状がない場合に特定療養費（非紹介加算）を徴収するものの、診療所、小規模病院から大規模病院に至るまで、医療機関の規模に関係なく、ほとんどの医療機関は初診患者の診療を行っている。福井らの報告では、本邦の一般住民において、1か月に87%が体調異常を訴え、31%が診療所を、9%が病院を、0.6%が大学病院を受診する（図4）。

しかし、健康問題を有しながら医療機関を受診していない人の受療行動は不明であった。2010（平成22）年から2013（平成25）年にかけて4年に渡って実施した筑西市民5,714名の受療行動の調査か

ら、その受療行動が明らかになった。この調査では、1か月間に症状を生じた市民は、年度によって異なるもののおよそ35～42%あった。そのうち、医療機関を受診した人が約50%、市販薬を使用した人が25%、鍼灸などを活用した人が約5%、何もなかった人（経過観察）が約20%であった（図5）。つまり、何らかの健康問題を有しても、約半数の人は、医療機関を受診せず、多くは、市販薬を用いたり、何もせず経過をみているということである。ここで重要なのは、多くの人は健康問題に対して医療機関を受診する前に、何らかの対策を考え、このまま様子を見て大丈夫かどうか自己判断をしていることになる。また、各症状の受療行動をみると、咽頭痛をはじめとする上気道症状（かぜの症状）や頭痛は市販薬で対応している人が多く、めまいやしびれ、皮膚や目の問題は、医療機関を受診する人が多い。一方、健診で異常を指摘されても医療機関を受診する人は66%と少ない（図6）。精密検査を受けない要因を検証し、受診を勧めるための対策を検

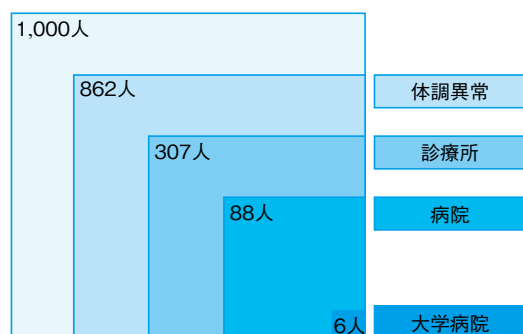


図4 住民1,000人における1か月の受療行動

Fukui T, et al. The ecology of medical care in Japan. JMAJ. 2005.に基づき作成

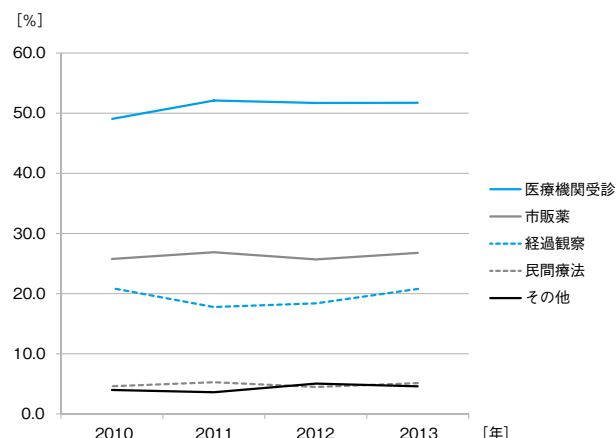


図5 受療行動の詳細

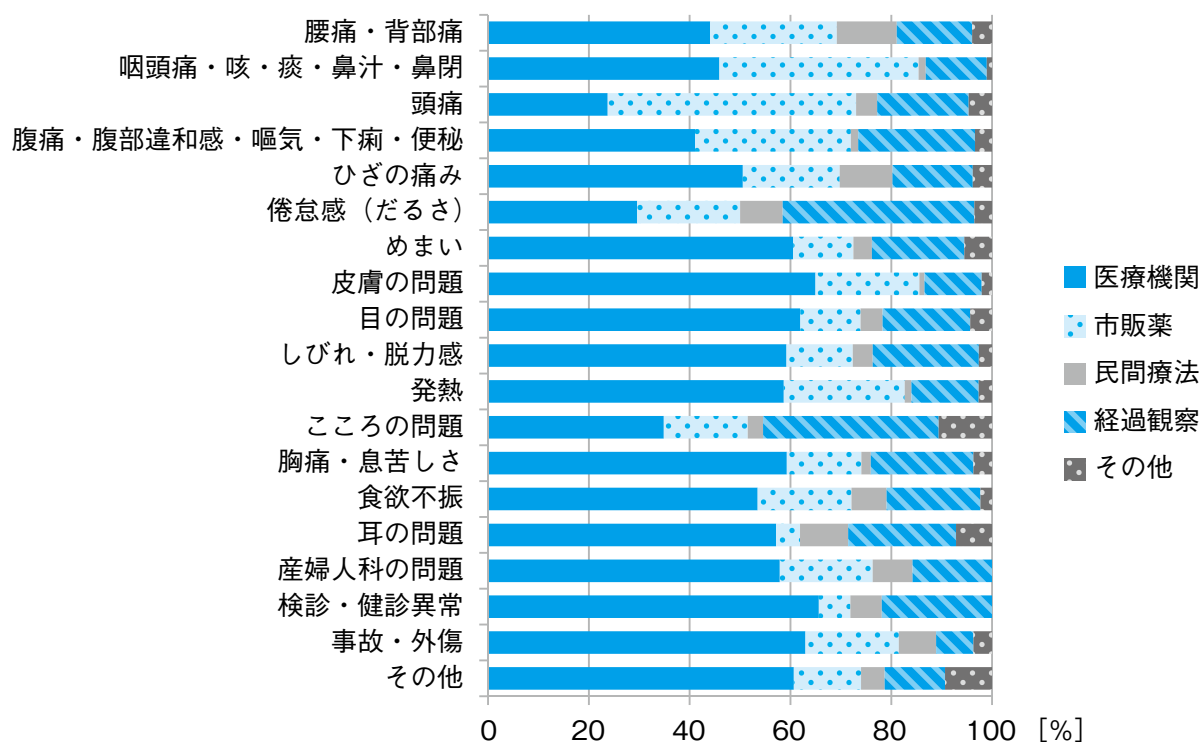


図6 各症状における受療行動

討する必要がある。受療行動には、医療機関へのアクセスや、金銭的な問題が大きく影響するが、住民の健康に対するリテラシーも重要な要素であろう。医療機関を受診するか否か、またはセルフケアにて自然治癒できるかどうかの判断が容易にできるシステムの構築が今後求められる。



執筆者：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)

2 住民の意識への介入

第3号の第1章では、これからの地域医療を再生・構築していくためには、地域における「住民の力」が必要不可欠であり、その力を活性化するために「住民の意識への介入」が重要な課題であることを提言した。この数年、住民活動は、大きな拡がりをみせてきている。「地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウム」（主催：公益財団法人 地域社会振興財団）は2016（平成28）年度で8回目を迎えた。また、2016（平成28）年度の地域医療フォーラム（主催：自治医科大学）は、「将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割～お互いを尊重し、なすべきことを考える～」のテーマのもとに開催され、地域医療を支える住民活動が議論の中心となった。

そこで、「地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウム」に代表される住民活動の支援や、住民、行政、大学が一体となって地域医療の構築に取り組んだ栃木県小山市の活動、自治医科大学地域医療学センター地域医療再生部門の活動を通じた茨城県筑西市における地域住民の地域医療に対する意識の変化について紹介する。

1) 全国で展開される住民活動とその支援

地域での医師不足、医療崩壊に関する報道の多くは、当初、その原因・解決を行政や医療現場に求める論調であった。一方、住民は「素人」であり、医療サービスの「受益者」として、外から要望や苦情を言う立場だとしていた。実際、従来の住民活動は医師確保や病院存続のための署名を集め、陳情する形が多かった。そのような中で、住民が専門家に依存するのではなく、医療現場の実情や制度等を知り、自らができることを実行していくという新しいタイプの住民活動が育ってきた。しかし、住民活動を継続していくためにはさまざまな課題があり、それをどのように解決していくのか相談できる場所も少なく、また、活動をする中で、「孤独感」を感じることもあるとの声が聞かれるようになった。実際にそのような声が自治医科大学地域医療学センターにも寄せられた。このような住民活

動をおこなっている人たちが、一堂に会し、活動の現状や課題を共有するとともに、明日からの活動に向けて方向性を確認することが大切と考えられた。そこで当センターは、公益財団法人地域社会振興財団に協力を依頼し、2009（平成21）年、財団主催の地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウムの開催に至った。

このシンポジウムでは、代表的な住民活動の紹介に留まらず、参加者にさまざまな住民活動の存在を知ってもらうとともに、相互理解やネットワーク形成を図ることを目的とした。したがって、毎回のシンポジウムは、大きなホールで6～8人ずつのグループに分かれ、グループワークを中心に進められている。グループのメンバー構成は、事前に決定しているが、住民・医療関係者・行政職員・議員といった背景や、参加回数などにできる限り偏りが生じないように配慮している。2009（平成21）～2011（平成23）年度は、参加者の思い、熱意を漏れなく汲み取る目的で、まず、「事例紹介の内容に対する疑問」、「現在自分たちが取り組んでいること」、「やろうと思う具体案」について、所定の用紙に記入した後に、グループディスカッションをおこなった。

また、参加者同士の交流のため、シンポジウムは1泊2日でおこない、1日目の夜には、全員参加の交流会（立食形式）を行い、さらに2012（平成24）年度以降、希望する参加団体の活動発表をおこなっている。

シンポジウムで紹介した事例のテーマとしては、2009（平成21）年度は「住民活動」、2010（平成22）年度は「住民活動（地域）と行政の協働」、2011（平成23）年度は「医療者を支える住民活動」を、2012（平成24）年度～2014（平成26）年度は、シンポジウムへの参加後の住民活動の変化を取り上げた。

シンポジウムは、参加者の横の繋がりを形成しただけでなく、新たな住民活動の立ち上げや住民活動の深化、住民と行政・医療関係者との協働などの促進にも繋がっている。さらに地域の現状に即したより具体的な議論を望む声が大きくなり、2011（平成23）年度には、宮崎県延岡市・小林市において地方シンポジウムが開催された。なお、地方シンポジウム開催地は、全国シンポジウムにおいて、4候補地の中から、プレ

ゼンテーションを経て、参加者全員の投票により決定された。この地方シンポジウムにおいて、地域の課題や優れている点をより深く理解することができた。そして、同地域における今後の取り組みが一層明確化されるとともに、他地域からの参加者にとってはさまざまな気付きやヒントとなった。

2012（平成24）～2014（平成26）年度のグループワークでは、それまでのシンポジウム参加者から要望の多かった「課題の解決方法を学ぶ」ことを取り上げた。具体的には、グループメンバーの課題の中から1つを選定し、問題分析手法であるロジックツリーを用いて、その課題に対するプロジェクトを立案するスタイルになった。報告書には、全参加者の「取り組んでいること」、「やろうと思う具体案」や各グループのロジックツリーを掲載し、住民活動の資料集となるよう工夫した。なお、2012（平成24）年度からは、グループワークのファシリテーターを過去のシンポジウムへの参加者が務めている。継続的なシンポジウム開催が、こうした人材育成にも繋がっている。

2013（平成25）年度、2014（平成26）年度は、シンポジウムに参加したそれぞれの団体が立案したプロジェクトによってその後の活動がどのように変

化したかについて紹介された。参加者の“ちえ”が合わさり、住民活動が発展・深化・連携し、地域医療を守り・育てる活動の“わ”が全国に広がっている様子が実感された。

こうして、継続して開催されてきたシンポジウムであるが、2015（平成27）年度の7回目は、一度、「住民活動って何だろう？」という原点に戻って、各々の立ち位置や今後の活動について考える場にした。そのため、これまでの事例紹介に代わり、初めてパネルディスカッションを導入した。さまざまな立場のパネリスト（住民・行政・議員経験者・医療関係者）から、住民活動の経験や住民活動への思いを聞いた。また、グループディスカッションは、各人の課題に対し、他のメンバーから寄せ書きのような形でアドバイスをもらい、それを元に自分自身の課題の解決策や今後の活動について考えるスタイルとした。参加者自身が、時には生徒であり、時には先生であるような形とした。さらに、これまで、交流会でおこなっていた各団体の活動発表を、2日目におこない、参加者全員で聞くことができるようにした。2015（平成27）年度のシンポジウムは、原点回帰であり、それぞれが次の新しい一歩へ踏み出す場となるよう意識して開催された（表4）。

表4 地域医療を守り・育てる住民活動シンポジウムの概要

開催日	副題	場所	事例紹介	参加人数
2009/7/4-5	守ろうみんなの医療！ 広げようみんなの“わ”！	秋葉原	NPO法人地域医療を育てる会（千葉県） 兵庫県立柏原病院の小児科を守る会 西北五地域医療研究会（青森県）	103名
2010/7/3-4	育てようみんなの医療！ つなげようみんなの“わ”！	都道府県会館	地域医療を守る会（徳島県） 宮崎県北の地域医療を守る会	129名
2011/6/11-12	創ろうみんなの医療！ 深めようみんなの“わ”！	自治医科大学	芳賀赤十字病院（栃木県） 郡上市地域医療センター（岐阜県）	134名
2011/11/12	ステップアップ！ 明日からの活動を考えよう	延岡市	小林市地域医療を考える会（宮崎県） 宮崎県北の地域医療を守る会	138名
2012/12/8-9	集めようみんなの“ちえ”！ 活かそうみんなの“わ”！	都道府県会館	宮崎県北の地域医療を守る会 知ろう小児医療守ろう子ども達の会（東京都）	130名
2014/2/1-2	磨こうみんなの“ちえ”！ 伝えようみんなの“わ”！	自治医科大学	朝顔のたねー千厩病院を守り隊ー（岩手県）	77名
2015/2/7-8	届けようみんなの“ちえ”！ 叶えようみんなの“わ”！	都道府県会館	たかはま地域医療サポーターの会（福井県）	98名
2015/11/28-29	活かそう！みんなの“わ”&“足跡” 歩き出そう！新たな一歩	東京グリーンパレス	パネルディスカッション がんばれ雲南病院市民の会（島根県）／ 青森県／西脇市議会／岩手県立久慈病院	86名

2) 行政、住民、医療者、大学の協働（栃木県小山市）

(1) 新小山市市民病院の当時の状況

1980（昭和55）年に当時の市立病院と医師会病院が合併してできた小山市市民病院は、常勤医師数が2006（平成18）年37人から2011（平成23）年33人まで減少、慢性的な赤字経営が続き、繰入金で補填する状況が続いていた。一方で病院の老朽化があり、新病院建設が予定されていた。そのような状況に対し、人口16万5千人の都市における唯一の総合病院としての役割を果たすための変革が2010（平成22）年以降実施されてきた。2011（平成23）年には7：1施設基準を取得、2012（平成24）年DPC準備病院となり、2013（平成25）年、地方独立行政法人へ移行、新小山市市民病院と改称された。さらに2014（平成26）年DPC対象病院となった。このような取り組みの結果として、2013（平成25）年には常勤医師数が37人まで回復、同年度の病院事業の収益では市のルールに基づく運営負担金のみで単年度黒字を達成した。そして、小山地区の地域完結型医療を推進する拠点病院として、一般急性期から、亜急性期・回復期までを担当し、健診センター機能も併せ持ち、さらに臨床研修病院を目指し、職員の意識や病院の体制、病院外との連携などの面で改善・改革に取り組んでいった。

(2) 小山市の取り組み

小山市では、1992（平成4）年に「健康都市小山宣言」を発し、2003（平成15）年の「健康都市おやまプラン21」、2012（平成24）年の第2次プラン作成を通じて市民との協働と地域のつながりを大切にした健康づくり活動を展開していた。しかし、小山市市民病院の常勤医師減少などにより、小山市の医療に危機的状況が生じた。それに対して、地域医療を守る取り組みがおこなわれてきた。取り組みの第1ステップとして、地域医療再生計画を策定し、新築移転する新小山市市民病院を核とした緑の健康づくりの森を整備し、地域完結型医療体制を構築することが提示された。第2ステップとして、新小山市市民病院の経営形態を、経営改善を目的として、地方独立行政法人とした。さらに市民に小山の医療

の危機的状況を知らせるために、地区医師会とともに、市民向けのシンポジウム「小山の医療を考えるシンポジウム」が2011（平成23）年から開催された。2013（平成25）年に開催された第3回のシンポジウムでは梶井英治自治医科大学地域医療学センター長による“みんなで考え育てる地域の医療”と題した基調講演がおこなわれた。また、地域医療を守り・育てる活動を行っていた団体・行政の関係者が招かれ、地区医師会の医師とともに、“小山の医療の充実に向けて、どう取り組めば良いか”とのテーマでシンポジウムもおこなわれた。このシンポジウムに参加した市民からは、「自分もできる範囲で医療を守り・育てる活動に参加したい」、「実際に行動を起こしたい」などの感想が寄せられた。市からの呼びかけに応じた市民約20名と市の職員とで、「小山の地域医療を考える市民会議」が立ち上がった。同会議には、医療関係者や市議会議員も加わった。

続く第3ステップとして、地域医療を守り育てるためには、医療者だけでなく市民・行政が一体とならなくてはならない、との考えから、地域医療推進担当を新たに配置し、組織体制が強化された。さらに、小山の地域医療を守る条例の策定を目標に医療関係者、住民、議員、行政等で構成される小山市地域医療懇話会が開催された。2014（平成26）年には同条例案が作成され、市議会に上梓、可決された。その後、この条例に具体性をもたせるため、小山市地域医療推進基本計画が策定された。その他、地域の中核病院である新小山市市民病院の機能を高める支援として、地域医療を守り育てる啓発活動の推進や、医師・看護師不足対策への活動として小山市での看護師養成施設整備の支援、さらに地域医療連携体制構築の推進に向けた病院・在宅医療・介護などの連携会議開催などに取り組まれた。

(3) 小山の医療を考えるシンポジウムから小山の地域医療を考える市民会議へ

先述の通り、「小山の地域医療を考える市民会議」が、2013（平成25）年度からスタートした。自治医科大学は小山市に隣接する市に位置し、以前より小山市の行政や医療機関などとの関係が深かったことから、この会議の活動を自治医科大学地域医療

学センターが支援することとなった。市民が主体的に会議に参加し、行政は情報提供や開催に向けた準備、地域医療学センターは司会や会議の際のサポート、会議内容・企画への助言など、役割分担をしながら会議は開催された。

2013（平成25）年度、地域医療の実情を知るための活動として、市内の医療機関マッピング、新小山市市民病院見学、市民を対象とした地域医療に関するアンケート調査がおこなわれた。これらの結果については、市民会議・地区医師会共催で開催された、第4回「小山の医療を考えるシンポジウム」で報告をされた。

2014（平成26）年度、新たなメンバーも加わった。後述する2013（平成25）年に市民会議のメンバーも参加した自治医科大学主催の後述する地域医療フォーラムでの提言も受け、皆で考え情報発信ができる行動する市民会議を目指し、その名称も「小山の地域医療を考え行動する市民会議」となった。具体的には、他の市民に広げるための活動、新小山市市民病院を応援する活動や命と医療について考えを深めるための活動を行い、新小山市市民病院の病院祭りにも参加した。

（4）地域医療フォーラムの取り組み

自治医科大学では、地域医療に取り組む全国の関係者が一堂に会し、地域の医療に関する課題について議論し、解決策を検討する場として、毎年、地域医療フォーラムを開催してきた。2011（平成23）年に開催した地域医療フォーラム2011では、「地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築します」というフォーラム宣言を発した。地域医療フォーラム2012では、この宣言の実現に向けた具体的な方策について議論を行い、「地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築するための鍵」として取りまとめ、提言した。地域医療フォーラム2013に向けた実行委員会・ワーキンググループ会議では、概念的・全体的な議論から一歩進み、地域医療フォーラムでの議論から導き出された鍵を実際の地域に活かすことが提案された。その地域として、自治医科大学とも関係の深い小山市が選定された。これは、地域医療の危機的状況に対し、上述のように、市民・行政・医療関係者が協働して取り

組んでいたことに加え、そこに地域医療学センターが深く関与していたためでもあった。

このようにして開催された、地域医療フォーラム2013では、「新しい地域医療の実践～提言された鍵を活かす～」を謳い、栃木県小山市を対象地域として新しい地域医療モデルの形作りを目指した。ここでの提言は、「小山市で医療人を育成し、小山市に循環するシステムを構築するための鍵」として取りまとめられた。具体的な提案としては、診療所・医師会には、「ある程度ジェネラルに診る意識を持つ、市民とのコンセンサスを作る、情報共有（電子カルテの統一）を進める、地域で医師や看護師・学生を育てる」、行政には、「行政が医療・生命の教育に関わる、役所全体で地域医療に取り組む」、住民には、「市民会議等を継続する、行動する市民会議への発展、活動を通じて無関心な市民の意識にも浸透させる、地域医療についてのコンセンサスを作る」、連携・体制の面では、「連携室の役割を充実する」、大学・教育の面では、「地域を診る視点・生活者として診ることを教育できる体制を作る、人の人生が見えるような実習をおこなう、医療情報の共有（電子カルテの統一）を進める、学外の教育研究拠点を拠点病院に置く」、拠点病院には、「地域のニーズを把握して、分析し、その上でミッション・ビジョンを明確にする、電子カルテの統一、地域医療教育センター（地域での教育拠点）を設置する」など多数挙げられた。

「地域医療フォーラム2013」後、小山市では上記提言をもとに、いくつかの政策が実行されたが、その中の一つが、拠点病院内への地域医療教育センターの設置であった。その他、市の全職員を対象とした地域医療研修会、小中学生への命の授業開催等が実行に移された。

（5）学外の教育研究拠点を拠点病院に置く、自治医科大学地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門の立ち上げ

2013（平成25）年12月3日定例市議会で、新小山市市民病院内に、研修医が地域医療に携わる拠点となる「地域医療教育センター（仮称）」を設置する方向で予算化する準備に入った、と明らかにされた。その後センターの設置は市議会で承認され、小

山市から新小山市民病院に交付する地域医療対策補助金を財源として、自治医科大学新おやま市民病院地域医療教育センターが2014（平成26）年4月1日新小山市民病院内に開設された。同センターは、地域で医療人を育成し、地域に循環するシステムを構築することを通じて、小山市の地域医療の向上に寄与することを目的とする活動の拠点として開設された。さらに、同センターに配置される医師の所属先として、新小山市民病院からの寄附金を基に自治医科大学地域医療学センター内に、地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門が設置された。地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門の目的は、地域に基盤をおいた医学教育、研修医教育に関する研究をおこなうとともにその成果の普及を行い、地域の中核病院における「地域で医療人を育成し、地域に循環するシステム」を構築することを通じて、栃木県小山市の地域医療の向上に寄与することである。主たる研究テーマは、地域基盤型医学教育・研修医研修の充実を通じた、「地域で医療人を育成し、地域に循環するシステム」のモデルの提示となっている。この主たる研究テーマの達成のため、新小山市民病院内に「自治医科大学新おやま市民病院地域医療教育センター」（寄附講座の研究室）を設置する形となった。これは単なる臨床のみを担当する従来の医師派遣とは異なり、教育を主とした医師派遣であることを示している。主たる業務としては、自治医科大学医学生の地域基盤型医学教育、地域医療マインドを持った初期研修医・後期研修医の育成、効果的な教育手法の研究・開発、新小山市民病院の総合診療科において非常勤医員の身分で診療、新小山市民病院の診療各科・救急部門等との連携、同一医療圏内の他病院・県・市・医師会・住民との連携構築が挙げられている。

新たに設置された、自治医科大学新おやま市民病院地域医療教育センターのスタッフも、自治医科大学地域医療学センターのスタッフとともに、市民会議に参加し、継続的にその活動への支援をおこなった。



執筆者：小松 憲一

（自治医科大学

地域医療学センター

地域連携型医学教育・研修部門）

3) 大学プロジェクトによる住民の地域医療に対する意識変化（茨城県筑西市）

地域医療を守り育てる住民活動は、ここ数年急速に全国に拡大している。そして、多くの住民が地域医療に関心を持ち始めていると推測される。

自治医科大学地域医療学センターが手掛けたもう一つの大きなプロジェクトがある。自治医科大学地域医療学センターに2010（平成22）年度開設した地域医療再生プロジェクト部門の茨城県筑西市における活動である。活動内容として、医師不足を解消するための単なる診療支援だけでなく、研究、教育、社会貢献（情報発信、啓発活動）を含む4つの柱を掲げた点が、寄付講座としては特徴的であり先進的でもあった。

筑西市は、人口約11万人で茨城県の西部に位置する。茨城県は全国の中でも人口当たりの医師数が少なく、特に西部医療圏では、公立病院の医師不足等により、事実上、急性期医療機能が担えない状況になっていた。このため、軽症患者までもが、隣接するつくば保健医療圏や県外（主に栃木県）へ依存している状況となっており、地域住民の負担は大きくなっていた。こうした諸問題を解決するために、2010（平成22）年度地域医療再生計画が作成された。この計画の中で、総合診療医機能の提供を通じて地域医療の充実・再生を促すことを目的として、2010（平成22）年度4月に茨城県の寄付講座として自治医科大学地域医療再生プロジェクト部門が地域医療学センター内に設立され、筑西市民病院内に同部門の研究室が設置された。

診療面では、地域中核病院における総合医として、幅広い内科系疾患の診療を行った。特に救急医療や在宅医療に関しては、院内だけでなく地元消防や行政と協力連携して地域全体の医療体制の改善にむけて取り組んだ。研究面では、行政や住民の協力のもと、地域住民全体の健康意識や実際の受療行動、救急医療提供体制など、医療の流れをテーマとした調査研究を行った。医学生の臨床実習や後期研修医の受け入れも行ったが、病院での実習以外にも、大学病院では経験することが難しい地域参加や他職種連携を実践する場を提供した。社会貢献（情報発信、

啓発活動)としては、地域住民が地域医療作りに参加するために、地域医療に関する講演活動や住民向けの勉強会を主催した。内容は、よく見られる病気の事をテーマにしながら、病院との関わり方、かかりつけ医を持つ意義、総合医について、健康に関する自己管理の必要性等、患者の受療行動や医療に関するリテラシーを高める要素を盛り込むよう配慮した。

さらに、地域社会振興財団の主催にて2010(平成22)年度にテレビ電話会議システムを利用した現地研修会を開催した。この研修会は、国内の離れた2つの地域を結んで行われるテレビライブ会議で筑西市と愛知県津島市との間で映像が結ばれた。地方中核都市で公立病院の運営が困難に陥っているという同じ課題を持つ両市の間で意見を交換し、互いの活動から改善に向けてのヒントを探った。

また、筑西市民病院を守る会のメンバーとともに多くの病院スタッフや行政関係者が、「地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウム」に継続して参加し、日本各地で活躍する住民団体の活動を学び、住民から発信する活動の意義とその効果的な手法について学んだ。

地域医療再生プロジェクト部門の研究活動のひとつに、地域住民の健康問題や受療行動や地域医療に対する意識を把握するために実施した住民対象のアンケート調査がある。人口約11万人からランダム抽出した9,380名に調査票を送付し、初年度は5,714名から回答を得た。その後も3年に渡り、1年ごとに計4回、地域医療に対する意識を測定した。

調査の詳細は、「筑西市の医療をより良くするために、行政、医療者、住民はどの程度努力が必要だと思いますか」という問いに対して、必要がない場合を「0」、最大限に必要な場合を「10」とし、0から10までの数字で当てはまるものを選択するという内容である。2010(平成22)年から2013(平成25)年までの3年間、「努力が必要であるという点数は」、高い方から常に「市>県>国>医療者>一般住民>自分自身」という順であった。この結果が

らわかることは、国、県、市といった行政に対する住民の要望や期待が大きいという点であろう。一方で、一般住民や自分自身は地域医療に対して行政ほど努力する必要はないとも解釈できる。しかし、2011(平成23)年から2013(平成25)年にかけて、年々、一般住民と自分自身の点数が増加傾向にある点は注目に値する(図7)。近年、住民が地域医療を守るために、地域医療に関心を持ち、自ら考え関わっていく必要があるという認識が高まってきていることを反映しているのではなかろうかと思われる。また、地域医療再生プロジェクト部門が4年にわたり、精力的に地域や地域住民に働きかけた活動がこの変化に多少なりとも影響を与えた可能性があるかと推測される。

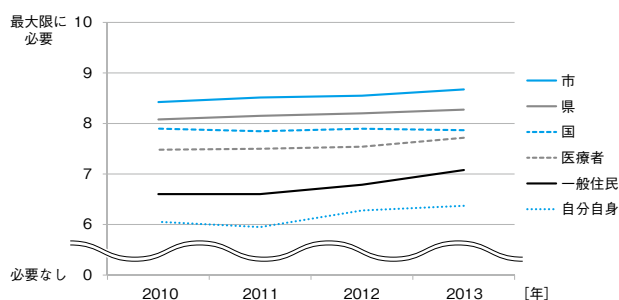


図7 意識変化(筑西市民アンケートより)

地域医療再生プロジェクト部門は2014(平成26)年3月に予定されていた4年間の期間を満了して活動を終了した。今後、筑西市の医療の中核を担っている筑西市民病院が、隣接する桜川市の県西総合病院と合併し、新たな医療体制を構築する。どのような状況であっても、引き続き、住民が自ら地域医療を守り、支え、地域社会に貢献していくことが望まれる。



執筆者：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)

3 地域医療に資する人材育成

第3号では、安心して暮らせる医療に不可欠な「地域医療に求められる医師像」について言及した。本章では、「地域医療を担う医師養成のための医学教育」に加え、「地域医療を支える看護師の教育」についても紹介する。

1) 地域医療に資する医師の人材育成

現在、医学教育は大きな転換点に差し掛かっている。従来は医学の専門知識を次世代に継承するのが医学教育の目的であったが、現在、知識は誰でも情報として手に入る時代であり、専門知識の伝承は教育の一部分を占めるに過ぎない。Royal College of Physicians and Surgeons of Canada（カナダ専門医協会）は医学教育の目標となるべき医師のコンピテンシー（職務において卓越した成果を生み出すための獲得可能な個人の基盤的特徴）として、1) medical expert、2) communicator、3) collaborator、4) health advocate、5) leader、6) scholar、7) professional を挙げ、これらで構成された CanMEDS モデル（図8）を卒前から生涯にわたる医学の学習目標のモデルとして活用している。このモデルを日本の地域医療に資する人材育成に適用しようと、例

えば自治医科大学の卒前教育改革構想では CanMEDS モデルを基盤に地域医療に主眼をおいたカリキュラム開発を提案している (<http://www.jichi.ac.jp/jmec/project.html>)。

医学教育の転換を迫る医療需要の側面としては、1) 情報通信技術の発達、2) 人口の少子高齢化、3) 国民の要求の変化、の3つが挙げられる。これらは地域医療の文脈において1) 地域情報化推進事業との連携、2) 高齢化率40～50%といわれるべき地の超高齢社会、3) 医療・福祉水準の地域格差と多様な住民ニーズへの調整とそれぞれ対応し、地域医療を全く別の文脈で語るべきではなく、むしろ日本の医療全般の課題を鮮明に浮かび上がらせる縮図であることを物語っている。すなわち地域医療における教育が医学教育の転換において中心的役割を担う時代になった、といっても過言ではない。

本章では、地域医療という切り口から医学教育全般の流れを俯瞰し、何が議論され、されるべきかを、1) 卒前教育、2) 初期臨床研修、3) 後期臨床研修、4) 生涯教育、に分けて論じたい。

(1) 卒前教育と地域医療

①モデル・コア・カリキュラム改訂による地域医療実習の必修化

2001（平成13）年、「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」の報告書にもとづき、医学生が卒業までに最低限度学ぶ態度、技能および知識に関する教育内容が精選され、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」と命名された。これは医学や科学技術の進歩による情報量の膨大化、技術の専門分化などがあり、卒前教育で完全に習得することは不可能となった教育内容において、卒前教育の段階で将来どのような分野に進んだ場合にも共通に必要な基本的な資質と能力とを養成し、卒後臨床研修や専門医研修とシームレスに連動していくことが狙いである。膨大となった医学教育の内容は精選され、卒業時までに学生が

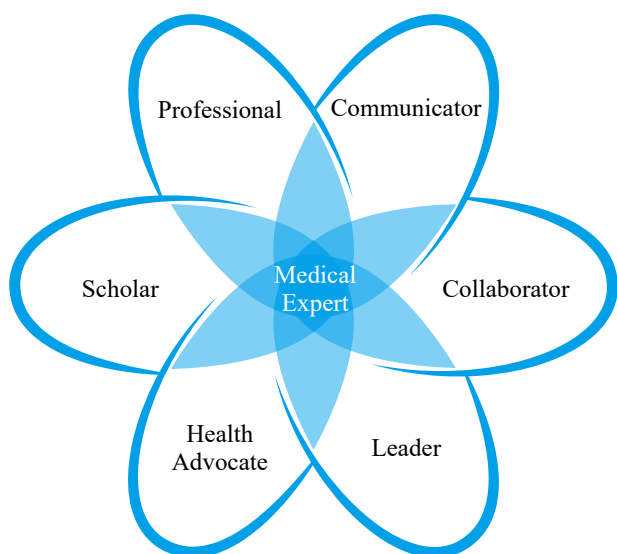


図8 CanMEDSモデルに含まれるコンピテンシー
（Royal College of Physicians and Surgeons of CanadaのHPより）

身に付けておくべき必須の実践的能力（知識・技能・態度）の到達目標が分かりやすく提示されている。

モデル・コア・カリキュラムは2007（平成19）年版、2010（平成22）年版と2度改訂され、2007（平成19）年改訂版では、「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、卒前教育における地域医療の立場がより強調された形となった。さらに2010（平成22）年改訂版は、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적連携による研究マインドの涵養の3つを柱として改訂され、各大学における地域医療に関する教育の充実がより一層求められるかたちとなった。地域医療の現状を踏まえ各大学が主体的で実効性のある教育を展開させるため、「医師として求められる基本的資質」の記載内容は修正され、「医療を巡る社会経済的動向を把握し、地域医療の向上に貢献するとともに、地域の保健・医療・福祉・介護および行政等と連携協力する。」となり、地域医療機関と連携し、多様な現場で患者や地域の人々に接し、体験・実感させ

る機会を系統的に設け、コミュニケーション能力や、地域医療を担う意欲と使命感とを資する医師を育成させることが強調された。

改訂では、入学後早期に実施される地域の保健・医療・福祉・介護等の機関における「早期体験学習」、臨床実習前の「社会医学実習」あるいは「衛生・公衆衛生学実習」、臨床実習時の「地域医療臨床実習」について、これらを個別に実施するのではなく、入学後から段階的・有机的に関連付けて実施することにより効果的に体験と認識とを蓄積していくことが必要である、と新たに記載された。これらの改訂内容を含んだ、「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」の「地域医療」と「地域医療臨床実習」の項目を抜粋して示す（表5）。（なお、2017（平成29）年3月に新たなモデル・コア・カリキュラムの改定案が公表されるため、本項の内容は一部変更が生じるものと予想する。）

2012（平成24）年の文部科学省の調査では、「地域医療に関する教育を行った」と回答した大学は79大学中79と100%であった。また、地域医療

表5 医学教育モデル・コア・カリキュラムー教育内容ガイドラインー平成22年改訂版(抜粋)

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) 医師の偏在（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) 地域医療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、入学後早期からの「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。

医学教育モデル・コア・カリキュラムー教育内容ガイドラインー平成22年改訂版(抜粋)（文部科学省）

に關した寄附講座を設置している大学は57大学(72%)という結果であった。このように、現在は多くの大学が地域の特性や大学の機能に準じて、教育・行政・医療機関との間で連携しながら、講義や地域医療実習などをおこなうようになってきている。

②地域枠導入

1997(平成9)年に札幌医科大学が、将来、地域医療に従事する意欲のある医師を養成することを目的として、既存の入学定員内に地元出身者のための入学枠を設けた。これが地域枠の始まりと言われている。

2006(平成18)年の「新医師確保総合対策」で、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に、入学定員10人までの増員が認められた。2007(平成19)年の「緊急医師確保対策」では全都道府県において、5名(北海道は15名)を限度として暫定的な定員増を容認した。さらに2008(平成20)年の「経済財政改革の基本方針2008」、2010(平成22)年の「新成長戦略」において、地域の医師確保のための定員増が容認された。これに同調して1997(平成9)年には2校11名であった地域枠入学者は、2006(平成18)年以降急増し、2015(平成27)年には医学部80大学中70大学で導入され、募集定員は1,541人となった。これは全国の医学部入学定員の17.4%に相当する。2016(平成28)年には、東日本大震災の復興支援と東北地方の医師不足に対応するため、東北医科薬科大学医学部が開設された。じつに医学部設置は1979(昭和54)年の琉球大(沖縄県)以来37年ぶりとなった。

このように入学時に地域と親和性の高い学生を増やす対策が続々と施行された。一方、入学後の教育でどのように地域へ定着し活動できる医師に育てあげていくかについてはもう少し議論が必要である。2012(平成24)年の文部科学省の調査では、地域枠学生の課題として1) 卒前教育で地域への意識をいかに育てていくか、2) 地域枠学生の診療科や勤務先のニーズと、医師不足地域のニーズの調整をいかにこなうか、3) 奨学金による地域医療への

強制力の弱さ、4) 大学と県との連携の不足、5) 将来のキャリアパスが明確化されていない、という点が指摘されている。

2013(平成25)年5月文部科学省医学教育課の調査などでは地域枠等卒業者とそれ以外の卒業者とで地域定着率を定点的に評価すると、地域枠等卒業者の定着率は一見良好である(図9)。

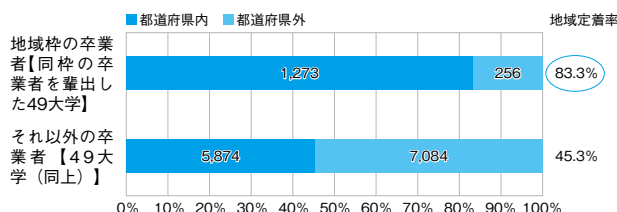


図9 地域枠卒業生のいる49大学の卒業初年度の地域定着率

地域枠卒業生のいる49大学の卒業初年度の地域定着率(厚生労働省)

しかし長期的に義務年限離脱率がきわめて少ない自治医科大学の医師派遣体制と比較できるほどのデータはまだ示されてはいない。

また、医師の定着率のみならず、地域医療に資する医師としてのコンピテンシーが獲得されているか、地域のニーズに適合した医師派遣が行われているか、などを検証していく必要がある。全学生が卒業後に地域医療に従事する自治医科大学は別として、地域枠学生に対して別途に地域医療に特化したカリキュラムを課すことは学士課程を1つしか持たない日本の医学部では難しい。このような現状で、どのような教育体制で上記のような地域枠学生の課題に取り組むべきか、更なる議論が必要である。

③医学教育認証制度と地域医療

2003(平成15)年、国際社会の中で医師という世界に共通の専門職を育成する医科大学・医学部での教育を維持・向上させる目的で、医学教育の質を保証するための「医学教育の国際基準」が世界医学教育連盟によって提案された。日本はそれに追随するかたちで、2012(平成24)年に日本医学教育学会の了承のもと「日本語版医学教育の基準」を公表した。その後、世界医学教育連盟は「医学教育

の国際基準2012年版」と「医学教育の国際基準2015年版」とを順次公表し、それに追従して、日本では2016（平成28）年6月に「医学教育の国際基準2015年版」に準拠した日本版（「医学教育分野別評価基準日本語版 Ver.2.1」）が作成された。

2015（平成27）年12月、個々の大学の医学教育が国際基準を満たしているかを評価する目的で一般社団法人「日本医学教育評価機構（JACME）」が発足した。これにより、前述の「医学教育分野別評価基準日本版」に準拠した医学教育の質を担保する明確な基準による評価システムが設けられ、大学ごとに決められていたカリキュラムを第三者の目で统一的に審査されるようになった。

この基準は9領域とその下位に属する36の下位領域とで構成される（表6）。

表6 医学教育分野別評価基準日本版 Ver.2.1

1. 使命と学修成果
 - 1.1 使命
 - 1.2 大学の自律性および学部自由度
 - 1.3 学修成果
 - 1.4 使命と成果策定への参画
2. 教育プログラム
 - 2.1 プログラムの構成
 - 2.2 科学的方法
 - 2.3 基礎医学
 - 2.4 行動科学と社会医学、医療倫理学と医療法学
 - 2.5 臨床医学と技能
 - 2.6 プログラムの構造、構成と教育期間
 - 2.7 プログラム管理
 - 2.8 臨床実践と医療制度の連携
3. 学生の評価
 - 3.1 評価方法
 - 3.2 評価と学習との関連
4. 学生
 - 4.1 入学方針と入学選抜
 - 4.2 学生の受け入れ
 - 4.3 学生のカウンセリングと支援
 - 4.4 学生の参加
5. 教員
 - 5.1 募集と選抜方針
 - 5.2 教員の活動と能力開発
6. 教育資源
 - 6.1 施設・設備
 - 6.2 臨床トレーニングの資源
 - 6.3 情報通信技術
 - 6.4 医学研究と学識
 - 6.5 教育専門家
 - 6.6 教育の交流
7. プログラム評価
 - 7.1 プログラムのモニタと評価
 - 7.2 教員と学生からのフィードバック
 - 7.3 学生と卒業生の実績

- 7.4 教育の関係者の関与
8. 統轄および管理運営
 - 8.1 統轄
 - 8.2 教学のリーダーシップ
 - 8.3 教育予算と資源配分
 - 8.4 事務と運営
 - 8.5 保健医療部門との交流
9. 継続的改良

医学教育分野別評価基準日本版 Ver.2.1（日本医学教育評価機構）

地域医療については、「1.使命と学修成果 - 1.1 使命」領域で、「地域社会、特に健康および健康関連機関と協働すること、および地域の課題に応じたカリキュラムの調整をおこなうこと」という記載がある。また「2.教育プログラム」の領域においても「地域実地経験」や「地域医療環境での患者診療への参画」について明記されている。JACMEの認証を契機に地域医療での臨床実習が一定の水準で行われるようになることが期待される。

（2）初期臨床研修と地域医療

2004（平成16）年に新医師臨床研修制度が導入され、診療に従事しようとする医師に2年以上の臨床研修が義務付けられるようになった。新制度の確立と必修化との背景には、1）地域医療との接点が少なく専門の診療科に偏った研修が行われていたこと、2）処遇が不十分でアルバイトをせざるを得ず、研修に専念できない状況であったこと、3）出身大学やその関連病院での研修が中心で、研修内容や成果の評価が十分に行われてこなかったこと、などがあった。そこで新臨床研修制度では、1）幅広い診療能力が身に着けられる総合診療方式を基本とすること（スーパーローテイト方式）、2）出身大学や関連病院に限らず、研修医と認可された研修病院との希望の一致で研修施設が選ばれること（マッチング）、3）具体的な研修到達目標を明示し、研修修了時に目標達成状況を報告し、各施設の研修管理委員会の修了認定を受けなければならないこと、が掲げられた。発足当初はスーパーローテイトの必須科目に、内科、外科、救急（麻酔科含む）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の7科目であったが、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、自由度の高い初期研修プログラムの申請が可能となった。このなかで

も地域医療は引き続き必修項目となっており、研修2年目に1か月以上の研修が義務付けられている。

新医師臨床研修制度における地域医療の到達目標は、「適切な指導体制のもとで、患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療（在宅医療を含む）について理解し、実践する」となっている。その内容は非常に柔軟で、地域の中核病院、へき地診療所のみならず、基幹型臨床研修病院の地域連携室、保健所や介護老人保健施設での研修もプログラムに入れることは可能である。

新臨床研修制度が導入され10年が経ち、研修病院に市中病院を選ぶ研修医が増え、大学病院を選ぶ研修医は減少している（図10）。市中病院の研修においてはその地域の特徴や小回りの利く診療体制が教育プログラムの魅力として強調されている。また、地域にいながらも様々な情報媒体を活用して、EBM（Evidence-Based Medicine: 根拠に基づく医療）に基づく最新の医学知識に触れたり、有名医師のカンファレンスに参加できたりすることをアピールする病院も存在する。地域医療における教育の創意工夫が医師偏在解消の鍵となる象徴といえよう。

（3）後期臨床研修と地域医療

後期研修は臓器特異的な専門能力の獲得を目指す

たストレート研修、更なる総合的な臨床能力を研鑽するためのローテイト研修、一施設内で完遂できるプログラム、多施設をローテイトして専門的ないし総合的な臨床能力を獲得するプログラムなど多彩で、その病院や医療圏の特徴を活かした様々な形式がある。形式を問わず、研修の到達目標として専門医資格取得を掲げるものが多く、逆に専門医取得を目指す条件を整えることが後期研修プログラムを作るうえで重要事項となる。

2013（平成25）年、厚生労働省による「専門医の在り方に関する検討会」の最終報告書を受けて、1）学会中心の専門医制度を改め第三者機関を設立して制度運用する、2）新たに総合診療専門医を創設し基本領域の専門医資格に位置付ける、という2点が示され、2017（平成29）年から日本専門医機構という第三者機関の管理下で専門医制度が運用されていく予定であった。ところが、日本医師会と四病院団体協議会が、複数の医療機関の短期ローテイト研修する際の待遇や、不人気科目へ進む医師の更なる減少の懸念を声明し、それを受け、2016（平成28）年8月5日の日本専門医機構理事会において、2017（平成29）年度の実施の延期と、吉村博邦新理事長体制のもとで2018（平成30）年度を目安に全19基本診療領域の一斉実施に向けて仕切り

内定者数の割合

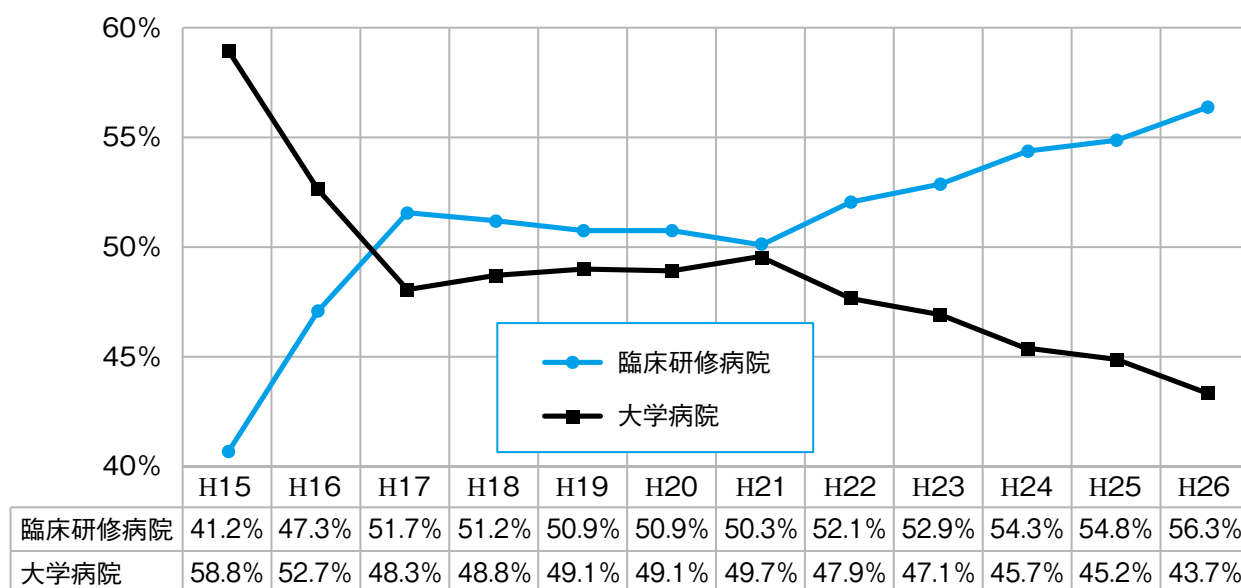


図10 初期臨床研修医内定者数の割合の推移

初期臨床研修医内定者数の割合の推移に基づき作成（文部科学省）

直すことが決定された。

これにより、地域医療に従事する医師がとくに関わるはずであった総合診療専門研修プログラムと総合診療専門研修特任指導医講習会との実施は一旦保留となり、2017（平成29）年度の暫定的措置として、日本プライマリ・ケア連合学会の現行の家庭医療専門医の研修を受講されることが推奨された。

しかし、実施予定であった総合診療専門医プログラムの枠組みは2018（平成30）年度以降のプログラムの基盤として引き継がれ、最近の医学教育手法を積極的に取り入れる姿勢も継承されると思われる。そこで本章では2017（平成29）年から実施される予定であった総合診療専門医の大枠を解説する。

2013（平成25）年の「専門医の在り方に関する検討会」の最終報告の結果を踏まえ、第1期の総合診療専門医に関する委員会（吉村博邦委員長）、第2期のワーキンググループ（有賀徹委員長）を経て、総合診療専門医を「主に地域を支える診療所や病院において、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他の職種などと連携し、地域の医療、介護、保健など様々な分野でリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供する医師」と定義し、プログラム確立を推進させる方針となった。さらに2015（平成27）年4月、同ワーキンググループより総合診療専門研修の到達目標となる6つのコアコンピテンシー（表7）が公表された。

表7 総合診療専門医に求められるコアコンピテンシー

1. 人間中心の医療・ケア
2. 包括的統合アプローチ
3. 連携重視のマネジメント
4. 地域志向アプローチ
5. 公益に資する職業規範
6. 診療の場の多様性

一般社団法人日本専門医機構のHPより

実施予定であった総合診療専門医のプログラムは、他の専門領域と同様に3年以上のプログラムを修了することで受験資格を得られるようにしていた。総合診療の場や質の多様性を学ぶ観点から、少

なくとも6か月以上は基幹施設以外で研修できるよう、複数の施設群での研修を義務付けていた。プログラムは、総合診療専門研修I、総合診療専門研修II、必須領域別研修（内科・小児科・救急科）、その他の領域別研修から構成され、基幹施設が研修のコーディネートを行い、研修施設群の地理的条件に関しては基本的に都道府県単位としていた。さらに、へき地・離島や被災地、都市部でも医療資源の乏しい地域、医療アクセスが困難な地域の医療機関での研修も可能となるような教育体制を整備することを強調していた。

教育や学習評価方法は近年の医学教育手法を積極的に取り入れ、研修修了には最良作品型ポートフォリオの作成と提出が必須となり、また、ルーブリック、Case-based Discussion、Mini-CEX、360度評価など、日本には馴染みの少ない評価方法を複数用いて多面的にコンピテンシーを評価していく予定であった。これらは従来の合否判定の目的が強い総括的評価よりも、評価を介した指導医のフィードバックや学習者の自己省察を通じて能動的な学習を促進させることを目指したもの（形成的評価）で、2018（平成30）年度以降のプログラムにおいても積極的に活用されると考えられる。

(4) 生涯教育と地域医療

日本では医師免許を更新する制度がないため、生涯学習は個々の医師の自発性によってのみ委ねられる。例えば、生涯教育を支援する制度として「日本医師会生涯教育制度」があるがその参加は任意である。新専門医制度により、今後専門医の更新が日本専門医機構のもと厳密に行われるように期待される一方、専門医の更新に必要な条件が地域医療やプライマリ・ケアに従事する医師に不利にならないか、という懸念が指摘されている。医師全般の技術レベルの底上げを目指し発足した日本専門医機構の本質を見失わず、この点を配慮した生涯学習システムの構築が必要である。

また、女性医師の増加などから、出産・育児などで臨床現場から遠ざかることを余儀なくされ、復帰の道を断たれる例も増えており、地域医療の医師確保という点においても医師の復職支援・再教育が重要となってきている。2014（平成26）年、女性

医師は全体の20.4%を占めるようになった。さらに最近10年における医師国家試験合格者に占める女性割合は常に30%を越えている。自治医科大学や地域枠の学生の卒後派遣や卒後臨床研修制度における影響は避けられない。

2011（平成23）年に全国医学部長病院長会議女性医師の労働・環境問題に関する検討ワーキンググループから、情勢医師の就労環境に関する実態調査の報告があり、女性医師の勤務を途絶させないために重要なことの1つとして「医学部教育におけるキャリア教育システムの充実」が注目された。また、東京女子医科大学では2008（平成20）年に文部科学省社会人の学びなおしニーズ対応教育推進プログラムを通じて女性医師再教育センターを立ち上げ、臨床研修を中心とした復職プロジェクトと、eラーニングの提供とを実施するようになった。

現在、全国の自治体や各県の市中病院においても、女性医師の再教育を支援するプログラムが広がり、多様な教育コンテンツを設け、再教育による臨床診療への自信獲得、再就職希望女性医師の増加を目指している。地域に居住し医師免許を所有していても社会的な事由で復職できないことは、地域医療の人材確保において大きな損失である。地域が一丸となってそのような人材を掘り起こし、再教育していくことは地域医療の向上へとつながる。

(5) 終わりに

地域医療再生計画、地域枠導入および医学部の新設などのハード面からの地域医療政策が推進され、ソフト面である医学教育プログラムにおいてはコンピテンシー基盤型教育が強調されるようになり、卒前から生涯教育の各学習段階でコンピテンシー取得を目指した教育プログラムの確立が推進されている。まずこれらハード面とソフト面が両立していくことが必要である。そのなかで「地域基盤型医学教育」という言葉があるよう、地域を一つのユニットに、病院、診療所、保健センターおよび患者の家庭が全て学びの場となり、その場に関わる様々な人々を学びの対象として、多職種連携の中での医師としての役割や責任に気付き、コンピテンシーを認識したうえでの能動的学習が育まれることを望みたい。

また、卒前教育から生涯教育までの各段階の取り

組みがより有機的に関連付けられ、さらにシームレスな継続性が確立されることを期待したい。地域医療における明確なキャリアパスが描けられれば、より多くの医学生や研修医が地域医療で活躍する医師を目指すのではないだろうか。



執筆者：松山 泰

（自治医科大学 医学教育センター）

2) へき地看護に従事する看護職の育成

(1) へき地における看護活動

へき地における看護活動は、高度な知識と実践技術とをもつジェネラリストによる看護活動であり、医療全般の専門職としての役割を託され、不足する専門職の実践領域もカバーしなければならない活動とされている。例えば、わが国におけるへき地診療所は、一般に地域資源が乏しい状況の中で、住民に身近なプライマリレベルの医療機関として重要な役割を果たしている。そこに勤務する看護師はアウトリーチを含む多様なアプローチによる予防を含めた患者・家族の療養生活・介護支援や救急搬送時の対応、地域資源のみならず住民のつながりまでも含めたアセスメントと関係機関とのネットワークづくりおよび連携、といったマルチで包括的な活動を行っている（表9）。わが国では、医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるための地域包括ケアシステムを構築していくことが課題となっている。へき地における看護活動は分野をまたいで、様々な人々とともに働くことを必要とし、既に地域を基盤とした包括性の高い看護が実践されている。へき地看護に従事する看護職には今後より一層、地域包括ケアシステムづくりに寄与し、役割を発揮することが求められている。

(2) へき地看護に従事する看護職の確保対策

へき地看護に従事する看護職の人材育成においては、看護職の①確保対策、②資質向上対策、③離職防止・定着対策の3本柱で考えていく必要がある。①確保対策と③離職防止・定着対策の鍵となるのは、新任期の教育やその後の看護実践力向上のための②

表9 ヘき地診療所における看護活動

(%)

看護活動	行っている	少し 行っている	計
■往診や外来での診察の介助や処置	89.9	4.7	94.6
■健康診断、予防接種、乳幼児健診の介助	71.8	14.2	86.0
■場と対象に合わせた多様な方法を用いたアプローチによる 患者・家族の療養生活および介護支援			
・医師不在時の応急処置や初期対応	39.8	28.2	68.0
・外来患者への日常生活指導	32.6	38.6	71.2
・健康面や生活面における電話相談	19.6	27.3	46.9
・往診以外でも患者宅を訪問し健康状態や生活状況を把握	13.6	19.6	33.2
・要介護高齢者家族に対する助言	21.4	36.5	57.9
・要介護高齢者家族に対する介護方法の指導	16.6	28.8	45.4
・在宅福祉サービス利用に関わる援助	13.9	30.0	43.9
■受診のための送迎や受診手段などの援助	20.5	19.9	40.4
■救急搬送時の対応			
・救急搬送時の初期対応	56.4	20.8	77.2
・救急搬送時、搬送先の病院への状況報告、説明、申し送り	48.4	19.3	67.7
・救急搬送時の付き添い	24.6	17.5	42.1
■住民のつながりや地域資源のアセスメントに基づく関係機 関とのネットワークづくりと連携			
・地域に必要とされる社会資源を把握すること	26.7	32.3	59.0
・関係機関との連絡	46.9	26.4	73.3
・住民のニーズに関する自治体や関係機関への働きかけ	16.6	29.4	46.0
・地域住民同士のネットワークや支え合い、つながり、人 間関係を把握	33.8	30.9	64.7
・関係機関とのミーティングへの参加	28.2	18.7	46.9
■健康増進や疾病予防のための教室の企画・開催	5.0	4.5	9.5

* 調査対象：へき地保健医療対策実施要綱に規定されたへき地診療所、並びに、国民健康保険法に基づく国民健康保険診療所第1種・第2種へき地診療所で、巡回・出張診療のみを実施している診療所及び歯科診療所を除く 833施設。回収数 337 票（回収率 40.5%）。「調査期間：2013年8月9日～9月30日」

資質向上対策であると考ええる。しかし、へき地看護に従事する看護職の資質向上対策は十分とはいえず、課題がある。

①看護職確保対策

国は、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づく看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的指針において、医療提供体制等を踏まえた需給見通しに基づいて看護師等の養成を図るなど就業者数の確保に努めることとしている。この看護職員の需給見通しは、看護職員確保の基本的な資料として、概ね5年毎に通算7回にわたり策定されてきた。第7次看護職員需給見通しは2011（平成23）年から2015（平成27）年までについて策定され、2015（平成27）年の需要見通しは常勤換算で約150万1千人、供給見通しは148万6千人

との見込みであった。この5年間の状況を見てみると、就業者数は増加し続け各年の供給見通しを上回っているものの、需要見通しには達していない。

一方、2014（平成26）年6月に公布された「地域医療介護総合確保推進法」により、都道府県は平成37（2025）年の医療需要を踏まえた地域医療構想を策定し、2018（平成30）年度からの医療計画に新たに盛り込むこととされた。看護職員確保対策についても、同法に基づき、看護師等免許保持者の届出制度や医療機関の勤務環境改善などの施策が実施されている。また、今後、高齢社会が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するためには、地域医療構想との整合性が確保された医師・看護師・リハビリ関係職種の需給を検討する必要がある。これらの医療従事者の確保策および地域偏在対策等について検討するため、これまでの職種ごとではない、『医療従事者の

需給に関する検討会』が2015（平成27）年12月より開催されている。

②へき地看護に従事する看護職確保の状況と課題

医療法第25条の規定に基づく立入検査病院数に対する法定人員を満たしている病院数の割合である適合率は、2012（平成24）年度の看護師・准看護師数の場合、99.0%となっている。しかし、梶井らがへき地医療拠点病院全数（291施設）及びへき地診療所全数（1,060施設）を対象に2012（平成24）年7月～9月に実施した調査では、看護師定数の記載のあったへき地医療拠点病院232施設のうち、常勤看護師のみでは充足されていないのは66施設（28.4%）あった。へき地診療所の場合には、定数の記載のあった544施設のうち、常勤のみでは充足されていないのは112施設（20.6%）、非常勤看護師を併せても充足されていないのは29施設（5.3%）あった。へき地医療拠点病院の看護職確保の状況を病床数別にみると、募集に対する採用割合が最も高いのは「400床以上」で約9割、反対に最も割合が低いのは「200～399床」で約6割という調査結果もある。看護職員の需給見通しの数値等についても、医療現場における看護職員不足の実態を反映したものとなっていないのではないかという疑問が投げかけられている。さらに地域による偏在や医療機関の規模等による偏在の解消を図っていくべきとの指摘がある。個々の都道府県の中でも看護師の確保状況は様々ではないが、二次医療圏域等の地域別や施設規模別の現状分析はあまりなされておらず課題である。

このような課題に対する取り組みとして、ある県では、看護職員確保対策のための協議会を組織し、県全域と過疎市町村別看護職の就業状況及び供給数、施設区分別充足率等から現状分析を行い、課題を明確にして、「看護職養成の充実・強化」、「離職防止」、「再就業促進」、「資質向上」のための対策を計画している。協議会のメンバーには、県医師会、県看護協会、県内病院の管理者及び看護管理者、県訪問看護ステーション協議会、県内の看護専門学校及び看護系大学関係者、県所管部長等が参加している。この県では、当該協議会をさらに地域医療を推

進するための組織に位置づけ、計画立案のみならず、評価も行い、PDCAサイクルを回しながら対策を充実させている。

③へき地看護に従事する看護職の資質向上対策と課題

前述したように、へき地看護に従事する看護職には、地域を基盤とした包括性の高い看護実践が求められる、そのためのスキルアップが必要となる。しかし、例えばへき地診療所に勤務する看護師の看護活動に関連する困難感として、【研修・研鑽・最新情報入手の機会や仕事の評価・対価の不十分さ】や【看護活動において信頼できるサポート・連携が少ない】等が明らかとなっており（表10）、へき地看護に従事する看護職の資質向上対策には課題がある。具体的には当該看護職が看護実践能力を維持・向上し、看護実践上の問題・課題を解決することができるための取り組みが必要である。

このような課題に対する取り組みとして、県看護協会が離島に出向き看護職を対象とした研修を実施する例や、へき地で働く看護師の認定看護師教育課程（6か月以上）の受講を、出張扱いにしたり、積極的に認めていったりするなどをして、支援している例がある。また、へき地に所在する病院の看護管理者は看護職員の資質向上対策や前述した確保対策についての悩みが多い。このような看護管理者を支援するために、保健所が二次医療圏域等で看護管理者の交流や情報・意見交換の場となる会議を開催したり、小規模病院の看護管理者を対象とした相談会を開催したりする例がある。

(3) へき地看護に従事する看護職の確保定着と資質向上を一体的に目指した取り組み事例

前述したように、確保対策と離職防止・定着対策の鍵となるのは資質向上対策であると考えられるが、これらを一体的に目指した取り組み事例を紹介する。

①長崎県上五島病院：五島列島SHIMAナース研修プログラム

上五島病院では地域医療の発展と看護師の総合力

表10 ヘき地診療所の看護活動に関連する困難感

看護活動に関連する困難	(%)		
	かなり感じる	少し感じる	計
■研修・研鑽・最新情報入手の機会や仕事の評価・対価の不十分さ			
・看護や医療に関する最新の情報が入ってこない	34.1	43.2	77.3
・研修・研鑽の機会が不十分	30.0	37.4	67.4
・休暇が思うように取れない	28.3	32.9	61.2
・看護以外の仕事に追われている	24.4	33.8	58.2
・仕事に見合った給料をもらっていない	24.7	25.9	50.6
・自分の看護援助を評価してくれる機会がない	15.6	34.1	49.7
■看護活動において信頼できるサポート・連携が少ない			
・看護活動に関して困った時に頼りにできる人がいない	33.5	34.4	67.9
・看護に関するマニュアルや引継ぎが不十分	24.4	41.5	65.9
・相談できるバックアップ機関がない	30.6	31.8	62.4
・後方支援病院との連携がうまくいかない	23.6	32.6	56.2
・自治体保健師との連携がうまくいかない	17.7	28.2	45.9
■仕事・生活や看護業務・それ以外の業務の境界の曖昧さ			
・担当・専門外の仕事をしなければならない	27.9	40.6	68.5
・業務が明確にされていない	20.9	40.9	61.8
・自分の時間を使って仕事をしなければならない	18.5	39.4	57.9
・休日や夜間に急に仕事が入る	19.7	31.8	51.5

* 調査対象は表9と同様

アップを図ることを目的に、上五島附属診療所、新上五島町、新上五島保健所、長崎県立大学と提携し、地域看護研修プログラムを開設している。この研修プログラムは、島で働くことを通して、離島看護の特性である調整力、判断力、技術力、しま力（島の全体が見える力）を修得・向上させることを目指しており、個々の研修者に応じたオーダーメイドの研修プログラムである。この取り組みは、離島における看護実践の場を、ジェネラリストであるべき看護職が総合的な看護実践能力を向上させるための教育的な場に位置づけ、それにより離島に看護職を引きつける、まさに看護職の確保対策と資質向上対策を一体的に目指した先駆的な取り組みである（図11）。

②自治医科大学附属病院：キャリア開発を意図したヘき地医療拠点病院等への看護職派遣

自治医科大学附属病院では大学の理念・使命から1991（平成3）年より、入職4年目以上の看護師及び助産師をヘき地医療拠点病院等へ原則として2年間派遣している（表11）。県立病院が県内のヘき地診療所に看護職を派遣している例は数例あるが、当院のような規模の看護職派遣は全国を探しても他

にない。

当初、派遣の目的はヘき地等地域の看護職の確保と看護の質向上に寄与することのみであった。しかし、派遣はそれを経験した看護職の看護実践能力、具体的には様々な成長発達段階にある対象及び多様な健康レベル・健康問題を持つ人への実践能力や、ケア環境とチーム体制整備能力等の向上に寄与していることが明らかとなった。これを踏まえて2006（平成18）年度からは派遣する当大学附属病院看護職の看護実践能力の向上も目的に組み入れられた。このヘき地医療拠点病院等への派遣は、ヘき地を含む地域の医療に寄与できる看護人材を育成し、派遣先施設との連携による相互の看護の質向上を目指した、当大学附属病院看護職のキャリア開発プログラムであり、2013（平成25）年からは「地域実践研修」として当病院看護職のラダーⅢ（自立期）の教育プログラムに位置づけられている（図12）。

(4) これからの地域医療に寄与できる看護職育成のための自治医科大学における取り組み

①看護学部：ヘき地をフィールドとした看護基礎教育の展開

研修モデルコース 1年コース例

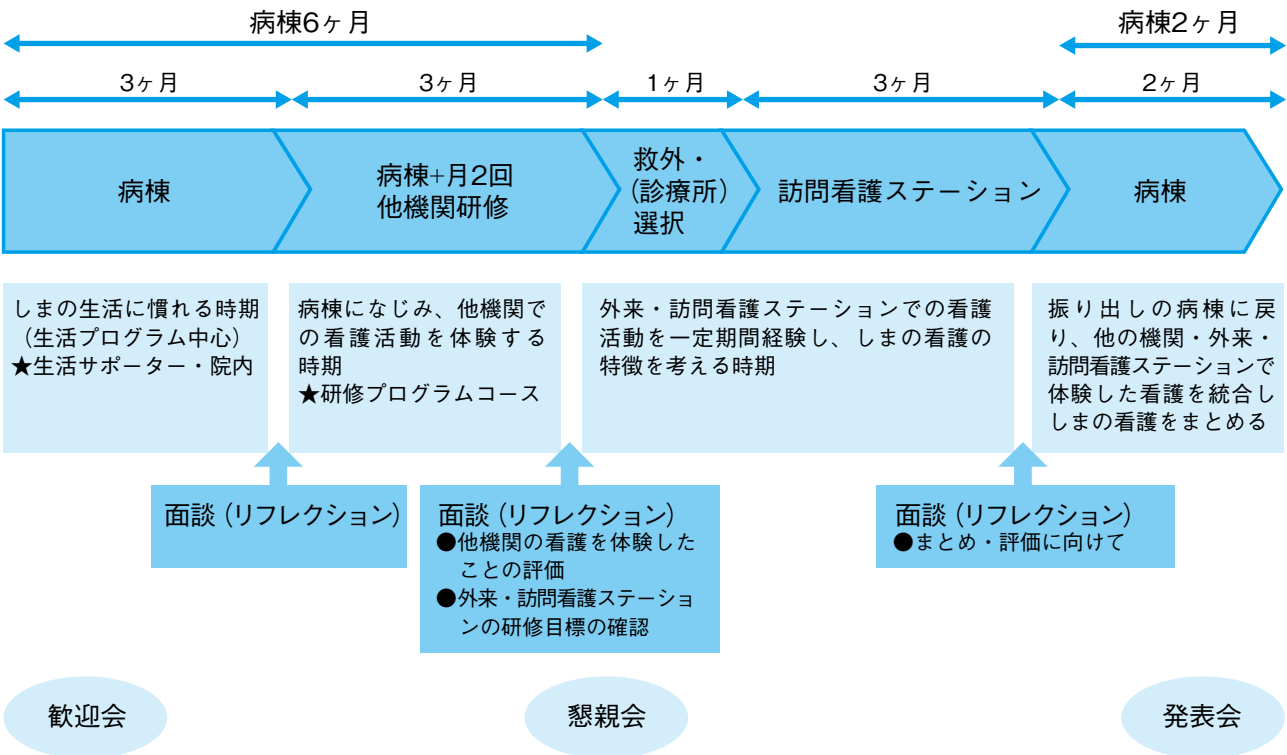


図 11 上五島病院における地域看護研修プログラムの研修モデル例

上五島病院 HP より

表 11 自治医科大学附属病院における他施設への看護職員派遣者数の推移

年 度	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	
派遣看護師数	4	5	6	6	8	8	17	16	16	25	35	54	56	64	56	46	40	35	27	26	26	28	27	28	28	26	
派遣助産師数		2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	
総 数	4	7	8	8	10	10	18	17	17	26	36	56	58	67	60	49	43	38	30	29	29	31	30	30	30	28	
派遣先	基崎病院(茨城県)H3～H5																										
	小金井中央病院(栃木県)H3～H7																										
	宇都宮社会保険病院(栃木県)H4～H17																										
	古河記念病院(栃木県)H5～H11																										
	六合温泉医療センター(群馬県)H7～H26																										
	志木市立救急市民病院(埼玉県)H9～H19																										
	温泉研究所塩原病院(栃木県)H9～H19																										
	共立湊病院(静岡県)H9～H20																										
	日光市民病院(栃木県)H12～現在																										
	那須南病院(栃木県)H12～現在																										
	西吾妻福祉病院(群馬県)H14～現在																										
	国際医療福祉病院(栃木県)H15～H19																										

自治医科大学附属病院看護部提供資料に基づき作成

		支援内容			目的	内容
		連絡会議	研修1年目	研修2年目		
3月	自治医大		事前オリエンテーション		研修の意義が分かり、自己課題の明確化につなげる	1.事務手続きに関する説明（人事） 2.研修の位置づけ、及び支援体制について 3.研修先での生活・事前学習や研修施設の概要・地域特性、必要とする看護技術についての情報提供 4.情報共有及び仲間作りのためのグループワーク
4月						
5月	自治医大	第1回指導者会			研修を効果的に行うために当院と研修先の医療機関の責任者間で情報交換を行い、研修支援のための課題を明確にする	1.研修者の研修状況について 2.ラダー研修について（変更点等） 3.研修施設の状況等施設間の情報交換 出席者・研修先看護部長・研修元看護部長・教育担当副部長・地域実践研修連絡会委員（看護部・看護学部）
6月			現地研修者交流会		スムーズに研修に取り組めるために、研修者同士の親睦を深める	・現地での交流会を開催する
7月	研修先					
8月						
9月	地域医療機関		帰院面接		研修の目標や課題の達成状況を整理でき、今後に活かす 地域実践研修の中間評価を行う	・研修者と個別に面接し、研修の目標・課題の達成状況を整理する ・研修先で困っていること、看護実践上の不安・困難、生活上の不安・困難などを聴取り、指導・調整する
10月		第2回指導者会		現地面接		
11月	自治医大				研修先医療機関での研修状況と指導・支援における現状の課題について話し合う	・研修者の研修状況について、看護部長、及び配置部署の看護管理者を交えて、情報交換を行う 研修元出席者（教育担当看護副部長、研修施設担当の委員）
12月						
1月	自治医大					
2月						
3月	自治医大		1年間の活動の自己評価	地域実践研修終了 ・課題レポートの作成 ・研修期間の部署指導者に活動報告を行い、評価を受ける。	地域実践研修の自己課題に向けて、年間評価を行う	
4月				帰院後		
4月	自治医大		帰院時オリエンテーション 課題レポート提出	異動に伴う手続きや、研修中の業務に関する変更内容について知り、業務遂行上の不安が軽減する	1.病院医療情報システム研修 2.医療安全対策部・感染制御部からのマニュアル説明 3.配属異動に伴う事務手続き	
4月			研修修了者の情報交換会 (研修修了1週間後)	研修の学びが整理でき、新たな所属部署での自己課題が見出せる	1.情報交換 1) 研修先の環境について 2) 研修中の学びについて 3) 帰院後の戸惑いや不安について	
9月	自治医大		(研修修了6ヶ月後)	部署での役割が明確になり、自己課題に向けて実践する	1.情報交換 1) 現在活かしている研修中の学びについて 2) 現在の部署での役割について 3) 研修中の学びで今後実践しようと考えていること	

図12 地域実践研修の流れ

自治医科大学附属病院看護部提供資料

自治医科大学看護学部では、前身の看護短期大学の時代から実施されていた夏季研修を継承し、2008（平成20）年度からは研修として実施するだけでなく、どの学年でも履修可能な「へき地の生活と看護」という選択科目に位置付け、毎年30名程度の学生が履修または夏季研修をしている。当科目の学習目的は、へき地に住む人々の生活とへき地における看護の特徴を理解することであり、これまでに北海道、青森県、宮城県、福島県、栃木県、群馬県、東京都、新潟県、石川県、岐阜県、滋賀県、奈良県、岡山県、島根県、鹿児島県、沖縄県のへき地医療拠点病院またはへき地診療所等の協力を得て実施している。学生は当該施設の看護師、医師を始めとした職員の方々に温かく迎えられながら学習をしている。

また、4年生の最後の実習である総合実習をへき

地でおこなう学生もいる。当実習の目的は、看護の対象者及び看護実践現場の特性を踏まえて、対象者にとって必要な看護を展開するための総合的能力を養うことである。へき地である実習フィールドは、診療所と介護老人保健施設、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、健康増進施設等を一体化した保健医療福祉介護の複合施設であり、住民ボランティア等も入り、まさに国が推進する地域包括ケアシステムを先取りする場であり、非常に教育効果が高い。学生はその地に宿泊し、住民の生活に直に触れ、保健医療福祉介護の連携や多職種連携の実際を見て、多くの学びを得ている。これらの経験は、学生が将来、保健医療福祉介護資源が少ない地域に目を向けた看護実践を志向していくことにつながっていくものとする。

②看護師特定行為研修センター：チーム医療の推進と看護師の特定行為研修制度

地域医療介護総合確保推進法により、保健師助産師看護師法の一部が改正され、2015（平成27）年10月から特定行為に係る看護師の研修制度が施行された。この研修制度は、看護師が手順書によりおこなう特定行為を標準化することにより、今後の超高齢社会及び人口減少に向け、在宅医療を含む地域における医療を安全かつ適切に提供し続けることに寄与する看護人材育成のために創設された。

自治医科大学においても、大学の理念を踏まえ、看護師特定行為研修センターを設置し、2015（平成27）年8月に厚生労働省より研修機関の指定を受け、『心嚢ドレーンの抜去』と『硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整』を除く、『気管カニューレの交換』、『橈骨動脈ラインの確保』、『インスリンの投与量の調整』等19区分の研修を

2015（平成27）年10月より開始している。当センターでは、地域医療及び高度医療の現場において、医療安全に配慮しつつ、高度な臨床実践能力を発揮し、自己研鑽を継続しながらチーム医療のキーパーソンとして機能できる看護師の育成を目指している。対象者は、5年以上の看護実務経験を有し、所属長から推薦を受けた看護師である。当該看護師が就労を継続しながら受講できるようeラーニングも取り入れ、集合演習及び実習とを組み合わせながら、研修を実施している。これまでに当大学附属病院看護師のほか、へき地医療拠点病院、その他の地域中核病院、へき地診療所、訪問看護ステーション等の看護師が受講し、2016（平成28）年9月末に23名の修了生を輩出した。



執筆者：春山 早苗
（自治医科大学 看護学部）

4 地域医療に関する研究

地域医療を実践していくうえで遭遇する課題は、日々の診療のみならず、医師患者関係、他職種連携、終末期ケア、地域の医療提供体制など多岐にわたる。第3号では、「地域医療」や「日本プライマリ・ケア連合学会誌」といった原著論文から頻度の高いキーワードを提示し、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について紹介した。これらの課題は、臨床医学に限らず、社会医学、基礎医学、教育学、社会学、政策学、情報学など、多分野の学問体系によって解決されている。本項では、地域医療に従事する医療関係者の研究への取り組みについて最新の知見をふまえて紹介する。

1) 地域医療に関する研究の現況と展望

(1) 研究テーマ

自治医科大学の地域医療学講座は1981（昭和56）年に開設され、2004（平成16）年に組織改組を経て9部門からなる地域医療学センターが創設された。その一つである地域医療学部門は、JMSコホート研究、大規模地域ゲノムバンク事業を始めとする、地域を巻き込んだ大規模研究から、日常診療をベースとした小規模なきめこまやかな研究まで幅広く地域医療に関する研究を実施してきた。その中で、自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門において学位（医学博士）を取得した学位論文テーマを紹介する（表12）。『循環器疾患の要因を探究する研究』、『高齢者の入浴に関する研究』、『三宅島雄山硫酸系火山ガスによる島民への健康影響』など地域に特有の研究など様々であり、地域医療において日頃感じる何げない疑問も、学位論文に値する研究テーマになりうる。

2010（平成22）年に日本プライマリ・ケア学会、

表12 自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門における博士論文テーマの一覧

- ・日本人における循環器疾患危険因子の新しい概念
- ・「かぜ」に対する科学的根拠に基づく適切な入浴指導の確立に向けての基礎的研究
- ・ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略)における市町村格差とそれがおよぼす影響
- ・地域医療における高血圧管理の現状と評価に関する研究
- ・プライマリ・ケアの現場における相補医療の位置付けとその認識に関する研究
- ・プライマリ・ケア患者の初期症状、受診理由に関する研究-診断の迅速化と向上に向けて
- ・高齢者の入浴介助の現状と安全な入浴サービスの提供へ向けての基礎的調査研究
- ・地域医療で経験する疾患における関連遺伝子多型の同定とその意義
- ・へき地勤務医師のおかれている現状と課題に関する研究
- ・医学教育におけるプライマリ・ケアの位置付け～その現状と課題
- ・自治体病院における経営収支の現状と課題に関する研究
- ・わが国における相補代替医療(CAM)利用の現状と医学教育の課題に関する検索的研究
- ・地域医療に求められる医師像と自治医科大学卒業医師の評価に関する研究
- ・高齢者の望ましい終末期ケア実現のための条件整備に関する研究-介護保険施設における終末期ケアの検討を中心に-
- ・日本人における循環器危険因子としてのChlamydia pneumoniae抗体保有率の検討
- ・三宅島雄山硫酸系火山ガスによる島民への健康影響
- ・プライマリ・ケアにおける呼吸器疾患へのアプローチ
- ・ベッドサイド用小型心尖拍動測定器の開発とその臨床応用
- ・日本人の受療行動の現状と望ましいかかりつけ医のあり方
- ・日本人におけるメタボリックシンドロームと総死亡及び脳卒中発症との関連についての検討-JMSコホート研究より-
- ・職場のコミュニケーションと抑うつとの関連
- ・日本人における睡眠時間と死亡及び心血管イベント発症の関連-JMSコホート研究-
- ・日本地域一般住民における前高血圧症の規定因子および前高血圧症と心疾患イベント発症の関連-JMSコホート研究-
- ・効率的な手術提供体制の構築に向けた基礎的研究
- ・敗血症の早期重症度診断におけるバイタルサイン及びプロカルシトニン半定量キットの有用性の検討
- ・日本人における閉経と心血管危険因子及び脳卒中発症の検討-JMSコホート研究-
- ・医療へのアクセスが死亡率に与える影響
- ・日本地域一般住民における血清Helicobacter pylori IgG抗体陽性率と冠疾患危険因子並びに心血管イベント発症との関連性に関する検討 JMSコホート研究
- ・日本人におけるNon-HDL-Cholesterolと虚血性脳卒中発症の関連についての研究
- ・住民と医師との地域医療に対する問題認識の相違
- ・日本の健康成人における心室性期外収縮と循環器疾患との関連について
- ・日本人における高感度CRPと心筋梗塞及び脳卒中の発症に関する研究-JMSコホート研究より-
- ・日本人におけるインスリン抵抗性と脳梗塞発症との関連についての検討-JMSコホート研究より-
- ・本邦の小規模病院の初診患者における受診理由と診断病名の分析
- ・へき地医療現場で見出された6つの疑問とその解決に向けた研究の取り組み

日本家庭医療学会、日本総合診療医学会が合併し、日本プライマリ・ケア連合学会が発足した。毎年開催される学術大会も2016(平成28)年度で7回を数える。学会で発表される研究も年々増え続け、第6回学術大会より、研究発表のカテゴリーに「患者中心の医療」、「家族志向型ケア」、「地域包括ケア」などが追加され、28のカテゴリーに分類されている(表13)。日本プライマリ・ケア連合学会は、医師だけではなく、薬剤師、看護師などあらゆる医療に携わる職種の人たちが在籍しており、その研究テーマも幅広いことがわかる。

表13 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会
発表演題 研究分野 (第6、7回)

研究分野			
1	患者中心の医療	18	在宅医療
2	家族志向型ケア	19	緩和ケア
3	地域包括ケア	20	終末期のケア
4	多職種連携	21	歯科・口腔ケア
5	予防医療・健康増進	22	栄養・食事
6	診断と検査	23	薬剤ケア
7	プライマリ・ケアにおける疫学	24	リハビリテーション
8	医療者・患者関係	25	診療所・病院経営
9	医療面接・コミュニケーション	26	医療経済
10	身体診察	27	診療の質改善
11	急性期・急性疾患のケア	28	ICT(Information and Communications Technology)・遠隔医療
12	外傷のケア		

日本プライマリ・ケア連合学会HPより

(2) 研究のサポート体制

地域医療では幅広い研究テーマを扱うが、本邦では未だに論文化されている研究は少なく、より質の高い研究をおこなう取り組みが学会等で実施されている。

日本プライマリ・ケア連合学会は、プライマリ・ケア医療提供者全体に研究リテラシーを普及することにより、プライマリ・ケア研究の質の向上、ひいてはプライマリ・ケア医療の質の向上に貢献することを目指している。そして、同学会の研究支援委員会が中心となり、「臨床研究デザイン道場」などのワークショップを開催している。また、文部科学省の未来医療研究人材養成拠点形成事業（平成25年度予算額：22.5億円）では、急速に進展する高齢化に伴う医療課題の解決に貢献し、国内外の医学・医療の発展を強力に推進するため、新規性・独創性の高い特色ある取り組みにチャレンジする大学の事業を選定し支援している。テーマBでは、国民が将来にわたって安心して医療を受けられる環境を構築するため、地域の医療機関や市町村等と連携しながら、将来の超高齢社会における地域包括ケアシステムに対応できるリサーチマインドを持った優れた総合診療医を養成することを目的とした「リサーチマインドを持った総合診療医の養成」を掲げ、15の事業が採択された（表14）。

表14 「リサーチマインドを持った総合診療医の養成」事業名一覧

申請担当大学名	連携大学名	事業名
東北大学		コンダクター型総合診療医の養成
筑波大学		次世代の地域医療を担うリーダーの養成
千葉大学		超高齢社会に対応する総合診療医養成事業 ～地域と大学でロールモデルを継続的に育てる仕組みを作る～
東京大学		新しい大学-地域間連携での研究人材育成
新潟大学	新潟医療福祉大学 新潟薬科大学	オール新潟による『次世代医療人』の養成
富山大学		地域包括ケアのためのアカデミックGP養成
三重大学		三重地域総合診療網の全国・世界発信
大阪大学		地域に生き世界に伸びる総合診療医養成事業 ～超高齢社会を切り拓くリーダー型高度医療人養成～
島根大学	神戸大学 兵庫医科大学	地方と都会の大学連携ライフイノベーション
岡山大学		地域を支え地域を科学する総合診療医の育成
九州大学		地域包括医療に邁進する総合診療医育成 ～九州大学総合診療科を活用した総合的臨床とヘルスサービスリサーチ教育プログラム～
長崎大学	長崎純心大学	つなぐ医療を育む先導的教育研究拠点の構築～人と人、場と場、ケアとリサーチをつなぐ総合診療医の養成～
札幌医科大学		北の地域医療を支える総合診療医養成プラン
名古屋市立大学	名古屋学院大学 名古屋工業大学	地域と育む未来医療人「なごやかモデル」
東京慈恵会医科大学		卒前から生涯学習に亘る総合診療能力開発 ～地域における臨床研究の推進を目指して～

未来医療研究人材養成拠点形成事業(文部科学省)

(3) 地域医療臨床研究ネットワーク

自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門では、「医療政策や医療現場に役立つエビデンスの発信とその活用法の提言」、「地域医療、プライマリ・ケア診療関係者による臨床研究ネットワークの構築と発展」を目的とし、地域医療臨床研究ネットワーク事業を展開している。その中で、熱意のある研究者の育成や、新しいデータベースの確保、地域医療従事者のキャリア支援、学会や他の医療組織をはじめとする組織との連携、他職種によるチームの構成を進めている。

米国では、健康アウトカム改善研究の遅れと今後の医療費増大が懸念され、Comparative effectiveness research (CER)を推進するために、2009年アメリカ復興・再投資法案(The American Recovery and Reinvestment Act of 2009: ARRA)によって、the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), the National Institutes of Health (NIH), the Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS)に対して1.1 billion (11億ドル)という巨額な予算が計上された。CERとは、米国医学研究所(IOM: Institute of Medicine)によると「予防、診断検査、治療、健康状態のモニタリングを含むさまざまなヘルスケアに関する介入や方策を比較する系統的研究の実施とその統合。」であり、その目的は、「患者、医療提供者、政策決定者に対し、特定の状況下における最も効果的な介入方法を伝え、個人および集団レベル両者における健康状態を改善する。」である。

CERを推進するための方策として、「多職種連携」、「質の高い研究手法の開発」、「データベースとネットワークの構築」、「現場に還元するためのシステムの構築」、「公平性と透明性の担保」が挙げられる。「多職種連携」として、ヘルスケア意思決定者が研究デザイン作成から実施に至るまで系統的な評価が必要であり、研究の影響を直接受ける患者、臨床医をはじめとする医療関係者、保険者、政策決定者の代表者による各研究段階における審査および助言が重要である。「質の高い研究手法」として、研究課題に対して最適な解決方法の選択と実施が望まれる。個々の研究手法には、それぞれ利点および欠点があり、内的妥当性、実行可能性、時間軸、切実性の視点から科学的、実践的なバランスのとれた研究手法を用いて研究を実施しなければならない。また、ネットワーク構築に向けてのインフォマティクス技術の開発やA practice - based research network (PBRN) (診療に基づくネットワーク研究)の構築、質の高いデータの統合的管理、研究者や患者からの協力と理解、倫理面の考慮が必要である。研究成果を政策に活かすための政策決定システム、現場で実施するための組織作りおよびシステム構築も不可欠である。さらに、公平性や透明性を担保するために、データベースへの公平なアクセス、事前研究プロトコルの登録、結果の公表、利益相反の公表が求められる。

米国では、ランダム化比較試験の比重が大きいものの、コホート研究、症例対照研究をはじめとする質の高い観察研究も本邦に比べ多く実施されている。本邦では、日本プライマリ・ケア連合学会の抄録に掲載されている研究デザインを調査したところ、質的研究と記述研究の割合は増加傾向であり、地域医療やプライマリ・ケアの分野で生じる研究課題を解決するには、記述研究や質的研究も重要な役割を果たすと考える。

このように諸外国でも、政策や個々の意志決定に役立つ研究成果をあげるための臨床疫学研究の底上げとヘルスケア分野の研究を重視している。諸外国の臨床研究に対する取り組みは、本邦のエビデンスに基づく地域医療政策を推進するうえで参考になるであろう。



執筆者：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)

2) 論文作成支援～CRSTの活動より～

自治医科大学では、全国で地域医療に従事している卒業医師が日常診療で感じている疑問や興味の探究を支援するために、社会人大学院制度と研究生制度に加えて、**地域医療研究支援チームCRST**を組織している。また、2015(平成27)年4月からは地元の事情やニーズに応じてサポートできるように、オープンラボアドバイザー制度も立ち上げている。問題解決に向けて、身近に相談できる方がいない場合には、まずは地域医療オープンラボ(CRST事務局)へ連絡し、さまざまなオプションが対話の中で検討されている。

地域医療オープンラボ・CRSTホームページ

<http://www.jichi.ac.jp/dscm/CRST.html>

連絡先：openlabo@jichi.ac.jp

(1) CRSTの活動

自治医科大学卒業医師に対する研究推進・論文作成への支援活動(CRST): Clinical Research Support

Team-Jichi を2010（平成22）年7月1日に開始して6年が経過した。学内教員の有志で組織され、自治医科大学卒業医師の研究活動を支援する「お節介集団」を標榜している。現在、CRST支援教員は147名になり、6年間でCRST支援論文が36編出版された。2013（平成25）年4月より、自治医科大学臨床研究支援センターの正式な組織として活動しており、a) 自治医科大学内部からの依頼（intra CRST: iCRST）や、b) 支援教官側（CRST構成員）からへき地医療に従事する卒業医師への研究提案（reverse CRST: reCRST）も開始した。

(2) CRSTの概略

自治医科大学卒業医師（主にへき地勤務医師）で、研究・論文作成をしたいのにうまく進まない時に、自治医科大学教員を中心とした「ボランティア集団＝CRST」が、その研究・論文作成を助ける。CRST側協力者は研究・論文協力者となって、論文完成時には共同著者として論文に名前を連ねる。これがCRSTである。

(3) CRSTの具体的流れ

1) 研究・論文の手助けをしてほしい自治医科大学卒業医師はCRSTへメールする。2) CRST首脳は研究内容・論文を当日中にチェックする。そして、CRSTメンバーの中から、当該研究・論文に適切な人を選択してサポーターの依頼をおこなう。4) サポーターは共著者として論文が受理されるまで依頼者を支援する。5) 研究・論文が行きづまったらCRST全体で考える。

(4) iCRSTとreCRSTも開始

CRSTは「自治医科大学臨床研究支援センター」（2013（平成25）年4月に創設）の正式な1部門になった。そして、a) 「自治医科大学に現在勤務している人＝職種を問わない」からの研究支援依頼も受けることにした（iCRST）。b) 自治医科大学側から卒業生へ向けての研究提案活動も開始した（reCRST）。それぞれ、intra, reverseの意味で、自治医科大学「内部」へのサービス、「逆向き」研究提案の機能を付加した。6年かけて強固なCRST組織へと成長した。

(5) CRST丸の船出

CRST, iCRST, reCRSTと3つの輪が回り出した。「CRST丸」と命名した。CRST, iCRST, reCRSTの3つが輪のようになって「良い循環」を示し、それが「船」のように進む。「丸」である。

(6) そしてCRST丸は進む

自治医科大学ができて半世紀弱が経過しても「医療過疎地」は無くならない。むしろ、「医療の谷間」は広がっているようにさえ見える。インターネットはへき地医療に従事する医師にも大きな恩恵をもたらしたが、医学の進歩はへき地勤務の過酷さをむしろ押し上げた。「医師が居てさえくれればよい」から「有能でハートのある医師でなければ不要」へと時代が変わった。CRST活動が教えてくれたことは、自治医科大学卒業医師の強みは「現場医療に即した、“工夫”」を打ち出すことに優れていること、これに尽きる。それを論文化する。「論文のための論文」とは最も遠い位置にある。CRST丸にできることは限られているが、へき地で体得した「工夫」を世界へ知らせるためのわずかな支え＝サポーターになることは充分できる。CRST丸は進んで行く。

（本文の後半部分は、自治医科大学年報（平成26年版）松原茂樹（自治医科大学産婦人科教授 自治医科大学臨床研究支援センター副センター長、CRST代表）：「平成26年度のClinical Research Support Team-Jichi (CRST)の成果－CRST丸は進む－」著より引用し一部改変した。）



執筆者：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）

3) 地域医療研究の発展～自治医科大学地域医療情報学部門の活動より～

自治医科大学地域医療学センターでは2009（平成21）年度から群馬県をモデルとして地域医療情報の集積を開始した。2010（平成22）年には自治医科大学地域医療学センター地域医療情報学部門

に「地域医療データバンク (HER: The Electronic Health Record)」の構築を目指して、全国地域医療の現状分析を開始した。

同部門ではまた、人工知能(AI)を用いた総合診療支援システム (ホワイト・ジャック) の開発も進めている。

(1) 地域医療データバンク

地域医療の向上・発展に向けた地域医療行政への支援を目指し、地域医療データバンクを用いて、医療動向ならびに医療の需要および供給の現状を分析し、分析結果を自治体に戻した。

この地域医療データバンクは、診療レセプト情報、診療データ、人口動態データ、ならびに3次元位置情報(緯度、経度、標高、フロア情報等)を格納している。地域の医療機関の配置状況、住民1人当たりの医療資源、患者の疾病ごとの受療動向、受療機関までの患者移動距離、医療機関毎の患者受診状況や将来の患者推計など、地域医療の実態を地域ごとに、明らかにするとともに、医療の地域偏在の状況や医師の診療科偏在などとともに、行政に提供している。これにより、都道府県、市区町村において医療資源の効率的かつ効果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。具体的には、医療需要と医療資源とのマッチング結果を地理情報システム (Geographic Information System: GIS) を用いて、可視化することにより、地域医療の現状把握を容易にするとともに、地域医療政策の立案に寄与してきた。

(2) AI型双方向総合診療支援システム (ホワイト・ジャック)

医師が診療をおこなう際、特に初診患者の場合は、受付、予診、問診、身体診察、検査、治療方針の決定の各段階から成り立っている。これらの各段階の情報を人工知能と対話しながら診療を進めていく双方向対話型AIシステムの開発に取り組んでいるが、このAI型双方向総合診療支援システムをホワイト・ジャックと呼んでいる。ホワイト・ジャックは、臨

床推論を応用し、確率の高い疾患を抽出するとともに見逃してはいけない疾患をリストアップして、医師に提案をしていく。

実際の診察では、患者は受付時に渡される予診票に自分の症状を記載するが、現状ではほとんど紙への記載のため、多くの場合、電子カルテには反映されない医師が改めて問診で患者から聞き出してカルテに入力するか、もしくは、参考程度に確認するのみとなっている。

ホワイト・ジャックでは、予診情報を患者が入力したデータを電子カルテに連動させることにより、医療機関側の入力の手間が省略できるとともに、患者の愁訴に関する予診情報を元に可能性の高い疾患がリストアップされる。さらに、予診情報、問診情報、身体診察による所見の各段階において、鑑別すべき疾患の候補がリストアップされる。

一方で、症状や所見からは必ずしも確率は高くないものの、見逃してはいけない重大な疾患も数多く存在する。単に人工知能で行った計算を元に確率の高い疾患のみに注目すると、うっかり見逃しの要因にもなるため、それらの疾患についても、こまめにリストアップされることになっている。

ホワイト・ジャックの目的は、あくまで診療支援のシステムであり、リストから選択し診療を進めていくのは医師の責任であるとしている。医師が、リストにある疾患をクリックすると、その疾患に対する検査や推奨される薬品リストも表示される。

ホワイト・ジャックはまだ開発途中のシステムであり、今後数年のうちの実用化を目指している。

ホワイト・ジャックは、医師がAIと対話しながら診療を進めていくという診療支援の役割は大きいですが、AIに任せておけば大丈夫というお任せではなく、最終的決定および決定はあくまでも医師がおこなうシステムであることを忘れてはならない。



執筆者：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)

5 「『安心して暮らせる地域医療』を構築するために」のまとめ

2011（平成23）年に地域医療白書第3号が発刊され、約5年が経過しようとしている。当白書第2部においては、第3号で着眼した「安心して暮らせる地域医療」を構築するための「地域医療システム」、「地域医療政策」、「住民の意識と住民活動」、「地域医療を支える人材育成」、ならびに「地域医療に関する研究」に関連する社会の動きについて、その後の展開を紹介した。ここで紹介した住民活動を始めとするさまざまなプロジェクトは、必ずしもメディアなどで大きく報じられてはいないが、着実に発展している。できることを一步一步地道に歩み、階段

をのぼることが、地域医療の課題を解決するためには必要であろう。本邦の医療が抱えている2025（平成37）年問題を見据えるだけでなく、その先の将来像を描きながら、医療者のみならず住民、行政、大学が協働し輪を広げ、大きなうねりをもたらすことが期待される。



執筆者：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）



参考文献 第1部

第1章

1. 秋山久美子.「貧困妊婦の事例」生活保護,宿泊施設,公的機関と民間の連携,自立への支援等.助産師のための妊娠相談SOS学習会,2015.
2. 第4回 周産期医療体制のあり方に関する検討会 周産期搬送について.厚生労働省医政局地域医療計画課,2016. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000111521.pdf>(参照2016-12-31)
3. 藤岡洋介.家庭医にとってのウィメンズヘルスケア.月間地域医学.2012,vol.26(5),p.22-26.
4. 平成23年社会生活基本調査.総務省統計局.2012. <http://www.stat.go.jp/data/shakai/2011/index2.htm#kekka> (参照2016-12-13)
5. 平成24年 人口動態調査 e-Stat 政府統計の総合窓口総務省統計局.(2012). <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001137973> (参照2017-1-17)
6. 平成26年度「雇用均等基本調査」の結果概要.厚生労働省.2015. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/71-26r-07.pdf> (参照2016-12-13)
7. 石川雅俊.周産期医療体制のあり方に関する検討会 周産期医療体制の地域差と方向性.厚生労働省.2015.
8. 女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書.日本医師会男女共同参画委員会,2009. http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf (参照2016-12-13)
9. 近藤政代.横浜市の子育て支援施策の現状と展望.看護経済・政策研究学会 第15回研究会,2013.
10. 雇用均等・児童家庭局母子保健課.平成27年最近の母子保健を取り巻く状況.厚生労働省.2015.
11. 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第11次報告)の概要.社会保障審議会児童部会 児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会,2015. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000099958.pdf> (参照2016-12-13)
12. 黒田光恵.医療機関による要支援妊婦の把握と自治体との連携.平成27年度関東甲信越地区母子保健事業研修会,2015.
13. 松本かおり,土屋賢治.産後抑うつ早期発見と早期支援のための地域連携システムの確立.大和証券ヘルス財団研究業績集.2012,vol.35,p.78-82.
14. 松岡典子.三重県委託の妊娠相談の現状と課題.助産師のための妊娠相談SOS学習会,2015.
15. 三重県健康福祉部子ども・家庭局子育て支援課.三重県児童虐待相談対応件数の推移.三重県庁.2015. <http://www.pref.mie.lg.jp/common/content/000631144.pdf> (参照2016-12-13)
16. 森 恵美,高橋真理,工藤美子,堤 治,定月みゆき,坂上明子,大月恵理子,渡辺 博,亀井良政,高井 泰,香取洋子,新井陽子.母性看護学[2] 母性看護学各論.医学書院.2016.
17. 中井章人,関口敦子.産婦人科危機再び?!産婦人科の動向と勤務医就労環境.第71回日本産婦人科医会 記者懇談会.2013. http://www.jaog.or.jp/all/document/71_131211.pdf (参照2016-12-13)
18. 日本医師会男女共同参画委員会,日本医師会医師再就業支援事業.女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書,2009.
19. 日本産科婦人科学会医療改革委員会 産婦人科医療改革デザイン2015,最終版.医療改革委員会,2015. http://shusanki.org/theme_page.html?id=282 (参照2016-12-13)
20. 小田切幸平.奄美群島における周産期医療の問題点と長期展望について.へき地・離島救急医療研究会誌.

- 2014, vol.13, p. 36-41.
21. 産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告. 公益社団法人日本産婦人科医会, 2013. http://www.jaog.or.jp/all/document/71_131211_1.pdf (参照 2016-12-13)
22. 下敷領須美子, 井上尚美, 石走知子他. 偏在する助産師就業と助産師確保の課題. 周産期医学. 2005, vol.35(1), p. 71-75.
23. 少子化社会対策白書概要版. 家族と地域における子育てに関する意識調査. 内閣府. 2014. http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/research/h25/ishiki/index_pdf.html (参照 2016-12-13)
24. 田尻由貴子. 全国からくる慈恵病院の妊娠相談 SOS の現状と課題. 助産師のための妊娠相談 SOS 学習会, 2015.
25. 安日一郎. 長崎県における今後の離島周産期医療のあり方と ALSO, 離島周産期医療の新たな担い手としての家庭医. 月間地域医学. 2011, vol.25(1), p. 28-33.

第II章

1. B.W. ウォルシュ, 著 (松本俊彦, 他. 訳). 自傷行為治療ガイド. 金剛出版, 2007.
2. 出会い系サイト及びコミュニティサイトに起因する事犯の現状と対策について. 警察庁. 2014.
3. 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 平成17年度児童生徒の食事状況等調査報告書, 2005.
4. 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 平成22年度児童生徒の食事状況等調査報告書, 2010.
5. 平成21年国民健康・栄養調査報告, 厚生労働省. 2009. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h21-houkoku-01.pdf> (参照 2016-12-13)
6. 平成21年度全国家庭児童調査結果の概要, 厚生労働省. 2009. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001yivt-att/2r9852000001yjcp.pdf> (参照 2016-12-13)
7. 平成25年度我が国と諸外国の若者の意識に関する調査, 内閣府. 2013. http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/thinking/h25/pdf_index.html (参照 2016-12-13)
8. 平成26年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査, 文部科学省, 2014. http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/27/09/1362012.html (参照 2017-1-23)
9. 平成26年度全国学力・学習状況調査の報告書・調査結果資料. 文部科学省, 国立教育政策研究所. 2014. <https://www.nier.go.jp/14chousakekkahoukoku/index.html> (参照 2016-12-13)
10. 平成27年度全国体力・運動能力, 運動習慣等調査報告書. 文部科学省. 2015. http://www.mext.go.jp/a_menu/sports/kodomo/zencyo/1364874.htm (参照 2016-12-13)
11. 平成27年度版子ども・若者白書, 内閣府. 2015.
12. 平成27年度 青少年のインターネット利用環境実態調査結果, 内閣府. 2015. http://www8.cao.go.jp/youth/youth-harm/chousa/h27/jittai_html/index.html (参照 2016-12-13)
13. 平成27年版 子供・若者白書 第1部 第6章 第2節 p.74, http://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper/h27honpen/pdf/b1_06_02_02.pdf (参照 2017-1-23)
14. 五十嵐 隆. わが国の子どもが置かれている環境と今後求められる子どもへの医療・保健体制. 日本小児科医会会報. 2014, vol.48, p. 18-20.
15. 糸井志津乃. 子どもの健康問題の現状と予防. 思春期の睡眠障害の予防に向けての看護の方向性を探る. 目白大学健康科学研究, 2008, vol.1, p. 13-17.
16. 株式会社リベルタス・コンサルティング. 平成26年度文部科学省委託調査「家庭教育の総合的推進に関する調査研究」—睡眠を中心とした生活習慣と子どもの自立等との関係性に関する調査—資料編. 2014.

17. 加藤和代. 小学生の生活習慣と心の健康との因果構造. 発育発達研究. 2014, vol.63, p. 6-17.
18. 健康づくりのための睡眠指針2014, 厚生労働省健康局. 2014. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf> (参照2016-12-13)
19. 総務省情報通信政策研究所. 高校生のスマートフォン・アプリ利用とネット依存傾向に関する調査報告書. 2014.
20. 杉本健郎, 河原直人, 田中英高他. 超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点全国8府県のアンケート調査. 日本小児科学会雑誌. 2008, vol.112(1), p. 94-101.
21. 高橋昭彦. 重症心身障害児 この子たちの24時間の医療と生活をどうケアし支えていくか 小児の在宅医療とレスパイトケア地域の診療所の視点から, 脳と発達, 2012, vol.44(3), p. 205-210.
22. UNICEF イノチェンティ研究所. 「Report Card 7」 研究報告書 先進国における子どもの幸せ. 2007. http://www.unicef.or.jp/library/pres_bn2007/pdf/rc7_aw3.pdf (参照2016-12-13)
23. 公益財団法人日本学校保健会. 平成23年度調査結果 保健室利用状況に関する調査報告書. 2011.
24. 公益財団法人日本学校保健会. 児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書 平成26年度. 2014.

第Ⅲ章

1. 男女共同参画白書 平成26年版. 内閣府. 2014. http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h26/zentai/index.html (参照2016-12-13)
2. 男女共同参画白書 平成28年版 内閣府男女共同参画局. 2016. http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h28/zentai/index.html (参照2016-12-13)
3. 第1回全国在宅医療会議(平成28年7月6日) 在宅医療にかかる地域別データ集. 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html> (参照: 2017-1-17)
4. 平成22年度版厚生労働白書. 厚生労働省. 2011. <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/10/> (参照2016-12-13)
5. 平成22年 国勢調査. 総務省. 2011. <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/> (参照2016-12-13)
6. 平成23年度全国母子世帯等調査結果報告. 厚生労働省. 2012. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-katei/boshi-setai_h23/ (参照2016-12-13)
7. 平成24年就業構造基本調査の概要, 結果等. 総務省. 2013. <http://www.stat.go.jp/data/shugyou/2012/index2.htm> (参照2016-12-13)
8. 平成25年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況. 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info03_h25.html (参照2016-12-13)
9. 平成25年 国民生活基礎調査の概要. 厚生労働省. 2014. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/> (参照2016-12-13)
10. 平成26年 患者調査の概況. 厚生労働省. 2015. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/> (参照2016-12-13)
11. 平成27年人口動態統計月報年計(概数)の概況. 厚生労働省. 2016. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai15/> (参照2016-12-13)
12. 平成27年中における自殺の状況(参考図表). 内閣府自殺対策推進室. 2016. https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H27/H27_jisatunoukyouyou_03.pdf (参照2016-12-13)
13. 平成27年版自殺対策白書. 内閣府. 2015.
14. 平成27年版 厚生労働白書. 厚生労働省. 2015. <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/15/> (参照2016-12-13)

15. 自殺の統計：地域における自殺の基礎資料（平成26）．内閣府．2015. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000138840.html>（参照2016-12-13）
16. 国立がん研究センター，がん情報サービス．「がん登録・統計」地域がん登録全国推計によるがん罹患データ（2012年）
17. 国立社会保障・人口問題研究所．第14回出生動向基本調査 結婚と出産に関する全国調査 夫婦調査の概要（2010年）．www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou14/doukou14.pdf（参照2016-12-13）
18. 近藤克則編著．健康の社会的決定要因 疾患・状態別「健康格差」レビュー．一般財団法人 日本公衆衛生協会．2013.
19. BYERS, Tim E., et al. The impact of socioeconomic status on survival after cancer in the United States. *Cancer*. 2008, vol.113(3), p. 582-591.
20. DEROGATIS, Leonard R., et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 1983, vol.249(6), p. 751-757.
21. FUJINO, Yoshihisa, et al. A nationwide cohort study of educational background and major causes of death among the elderly population in Japan. *Preventive medicine*. 2005, vol.40(4), p. 444-451.
22. FUKUDA, Y.; NAKAMURA, K.; TAKANO, T. Reduced likelihood of cancer screening among women in urban areas and with low socio-economic status: a multilevel analysis in Japan. *Public Health*. 2005, vol.119(10), p. 875-884.
23. Long-term survival and conditional survival of cancer patients in Japan using population-based cancer registry data. Ito Y, Miyashiro I, Ito H, Hosono S, Chihara D, Nakata-Yamada K, Nakayama M, Matsuzaka M, Hattori M, Sugiyama H, Oze I, Tanaka R, Nomura E, Nishino Y, Matsuda T, Ioka A, Tsukuma H, Nakayama T; the J-CANSIS Research Group. *Cancer Science*. 2014, vol.105(11), p. 1480-1486.
24. PASSIK, Steven D., et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 1998, vol.16(4), p. 1594-1600.
25. UEDA, Kimiko, et al. Socioeconomic factors and cancer incidence, mortality, and survival in a metropolitan area of Japan: A cross - sectional ecological study. *Cancer science*. 2005, vol.96(10), p. 684-688.
26. UEDA, Kimiko; KAWACHI, Ichiro; TSUKUMA, Hideaki. Cervical and corpus cancer survival disparities by socioeconomic status in a metropolitan area of Japan. *Cancer science*. 2006, vol. 97(4), p. 283-291.

第IV章

1. 健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究．厚生労働科学研究費補助金）．2013. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21/kenkounippon21/data01.html（参照：2017-1-17）
2. 国保直診の紹介 地域包括ケアシステムとは．公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会．<http://www.kokushinkyoo.or.jp/tabid/110/Default.aspx>（参照2016-12-13）
3. 厚生白書（平成7年版）．1995. http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/（参照：2017-1-17）
4. 第1回全国在宅医療会議（平成28年7月6日）在宅医療にかかる地域別データ集．厚生労働省．<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>（参照：2017-1-17）
5. 平成26年（2014）医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況．厚生労働省．2014. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/>（参照：2017-1-17）
6. 平成25年 国民生活基礎調査の概要．厚生労働省．2013. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/>

k-tyosa13/ (参照：2017-1-17)

7. 平成25年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業. 地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研究事業. 事例を通じて, 我がまちの地域包括ケアを考えよう 「地域包括ケアシステム」 事例集成 ～できること探しの素材集～ http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf (参照：2017-1-17)
8. 平成27年簡易生命表の概況について. 厚生労働省. 2015. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life15/> (参照：2017-1-17)

第V章

1. 朝日新聞 聞蔵Ⅱビジュアル
2. 中央社会保険医療協議会資料 在宅医療（その1）について（2015年2月18日）. 厚生労働省. 2015
3. 中央社会保険医療協議会資料「在宅医療（その3）」（2015年10月7日）. 厚生労働省. 2015.
4. 人口動態調査. 厚生労働省. 2014.
5. 人口動態統計月報年計（概況）. 厚生労働省. 2015.
6. 平成28年高齢社会白書. 内閣府. 2016.
7. 自治医科大学地域医療学センター. 看取りに関する情報提供のあり方. 2016
8. 毎日新聞 毎索
9. 日本経済新聞 日経テレコン21
10. 産経新聞 産経新聞ニュース検索サービス
11. 終末期医療に関する調査. 厚生労働省. 2008.
12. 読売新聞 ヨミダス歴史館
13. 在宅医療の最近の動向. 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf (参照 2016- 12-07)

参考文献 第2部

1. 藍原雅一, 梶井英治. 地域医療情報を集約した次世代型地域医療データベースの構築とビックデータの活用. 実験医学別冊, 羊土社. 2016, vol.34 (5), p. 166-172.
2. 地域医療再生プロジェクト部門報告書, 自治医科大学地域医療再生プロジェクト部門. 2013-03.
3. 地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウム 2009 報告書. 財団法人地域社会振興財団.
4. 地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウム 2010 報告書. 財団法人地域社会振興財団.
5. 地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウム 2011 報告書. 財団法人地域社会振興財団.
6. 地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウム 2012 報告書. 公益財団法人地域社会振興財団.
7. 地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウム 2013 報告書. 公益財団法人地域社会振興財団.
8. 地域医療を守り・育てる住民活動全国シンポジウム 2014 報告書. 公益財団法人地域社会振興財団.
9. 大学における地域医療の充実のための取組 (地域枠) に関する調査. 文部科学省医学教育課. 2015-05.
http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2015/12/17/1324090_19_1.pdf (参照 2016-12-13)
10. 第七次看護職員需給見通しに関する検討会. 第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書. 厚生労働省. 2010-12-21. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000z68f-img/2r9852000000z6df.pdf> (参照 2016-09-01)
11. 春山早苗, 江角伸吾, 関山友子, 他. わが国のへき地診療所における看護活動の特徴. - 2003年, 2008年, 2013年の比較から -. 日本ルーラルナース学会誌. 2015, vol.10, p. 1-13.
12. 石川鎮清, 藍原雅一. 人工知能(AI)をコアとした総合診療支援システムの開発と今後の展開. 月刊新医療. 2016, p. 138-141.
13. 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会. <http://primary-care.or.jp/>. (参照 2016-12-13)
14. 自治医科大学地域医療学センター 10周年記念誌 2004 ~ 2014, 自治医科大学地域医療学センター, センター長 梶井英治, 2015-04.
15. 梶井英治, 森田喜紀. 第11次へき地保健医療計画の検証. 社会保険旬報. 2015-06-21, vol. 2607, p. 16-23.
16. 梶井英治, 前田隆浩, 谷憲治, 他. 第11次都道府県へき地保健医療計画の実行支援とその評価に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業) 平成24年度 総括研究報告書. 2013, p.136-153.
17. 厚生労働省医政局看護課. 第七次看護職員需給見通しと現状について, 第1回看護職員需給見通しに関する検討会資料4-2. 厚生労働省. 2014-12-01 http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000067082_1.pdf, (参照 2016-09-01) .
18. 厚生労働省医政局地域医療計画課. 医療法第25条に基づく病院に対する立入検査結果 (平成24年度) . 厚生労働省 . 2015-03-20. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000077973.pdf>, (参照 2016-09-01)
19. 未来医療研究人材養成拠点形成事業. 文部科学省. http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/1332981.htm (参照 2016-12-13)
20. モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会, モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会, 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. 文部科学省. 2011-03.
21. 長崎県上五島病院 五島列島 SHIMA ナース研修プログラム <http://www.kamigoto-hospital.jp/shimanurse/>

content/program.html (参照 2016-12-13)

22. 中村伸一. 総合診療専門医制度. 月刊地域医学. 2015, vol.29(11), p. 17-24.
23. 日本医学教育学会 監修: 医学教育白書 2014年版 ('11 ~ '14). 2014. 篠原出版, 東京.
24. 岡本朋, et al. 総合診療科外来における頻度の高い症状 臨床研修の到達目標についての検討. プライマリ・ケア. 2007, vol.30, p. 197-204.
25. 関山友子, 湯山美杉, 江角伸吾, 他. ヘき地診療所に勤務する看護師が認識した看護活動に関連する困難感. 日本ルーラルナースング学会誌. 2015, vol.10, p. 31-39.
26. 高久史磨, 山田隆司. 新専門医制度について, 今考えるべきこと. 月刊地域医学. 2016, vol.30(10), 2-7.
27. 竹島太郎, 関根沙耶花, 熊田真樹, 三瀬順一, 梶井英治. 第2回日本プライマリ・ケア連合学術集会, 本邦のプライマリ・ケア診療における研究デザインの特徴~学会抄録より~. 第2回日本プライマリ・ケア連合学術集会プログラム・抄録集. 2011, p. 220.
28. 塚本友栄, 関山友子, 島田裕子, 他. ヘき地医療拠点病院看護職の現状とヘき地診療所看護職支援との関連. 日本ルーラルナースング学会誌. 2011, vol.6, p. 17-33.
29. 山田隆司, et al. 日常病・日常的健康問題とは ICPC (プライマリ・ケア国際分類) を用いた診療統計から (第1報). プライマリ・ケア. 2000, vol. 23(1), p. 80-89.
30. 山城清二. 大学総合診療部-特別企画 総合診療のcore valueと活躍の場. 総合診療医学 2005, vol.10, 61-67.
31. 2011 地域医療フォーラム報告書. 自治医科大学地域医療フォーラム実行委員会. 2011.
32. 2012 地域医療フォーラム報告書. 自治医科大学地域医療フォーラム実行委員会. 2012.
33. 2013 地域医療フォーラム報告書. 自治医科大学地域医療フォーラム実行委員会. 2013.
34. Fukui T, et al. Study design, statistical method, and level of evidence in Japanese and American clinical journals. J Epidemiol, 2002, vol.12(3), p. 266-70.
35. Fukui T, et al. The ecology of medical care in Japan. JMAJ. 2005, vol.48(4), p. 163-167.
36. Kikuchi, M.; Goto, M.; Yakushinji, M. et al. Educational Effects of Dispatch of Nurses to Hospitals in Rural Area on their Nursing Practice Competence. Japan Journal of Rural and Remote Area Nursing. 2006, vol.1, p. 18-24.
37. Long, K. A.; Weinert, C. "Rural Nursing : Developing The Theory Base". Rural Nursing-Concepts, Theory, and Practice. Winters, C. A. ed. 4th ed., New York, Springer Publishing Company, 2013, p. 9-10.
38. Matsumoto M, Kajii E. Health policy. 2009, vol. 90(2-3), p. 125-132.
39. Ray WA. Improving automated database studies. Epidemiology 2011, vol.22(3), p. 302-304.
40. Sox HC, et al. Comparative effectiveness research: challenges for medical journals. J Clin Epidemiol 2010, vol.63(8), p. 862-864.
41. Sturmer T, et al. Nonexperimental comparative effectiveness research using linked healthcare databases. Epidemiology, 2011, vol.22(3), p. 298-301.
42. Takeshima T, et al: Reasons for encounter and diagnoses of new outpatients at a small community hospital in Japan: an observational study. Int J Gen Med. 2014, vol. 5(7), p. 259-269.
43. Tunis SR, J. Benner, and M. McClellan. Comparative effectiveness research: Policy context, methods development and research infrastructure. Stat Med. 2010, vol.29(19), p. 1963-1976.

コラム

1. 阿江竜介, 中村好一, 坪井聡, 古城隆雄, 吉田穂波, 北村邦夫. わが国における自傷行為の実態 2010年度全国調査データの解析. 日本公衆衛生雑誌. 2012, vol.59(9), p. 665-674.
2. 第7回男女の生活と意識に関する調査 (一般社団法人日本家族計画協会) <http://www.jfpa.or.jp/paper/main/000047.html#1> (参照2017-1-23)
3. 合計特殊出生率について (厚生労働省) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai11/sankou01.html> (参照2017-1-23)
4. 国民衛生の動向 (2016/2017年) 一般財団法人厚生労働統計協会. 東京. 奥村印刷株式会社, 2017, vol.63(9), p. 58-77, 89.
5. 産科医療補償制度 (公益財団法人日本医療機能評価機構) <http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/> (参照2017-1-23)
6. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. Am J Psychiatry 1983, vol.140(7), p. 867-72.
7. Skegg K. Self-harm. Lancet 2005, vol.366, p. 1471-83.

地域医療白書第4号

編集後記

今回、第4号のテーマは、「新しい地域医療のかたち ～みんなで作る地域医療のなかで～」です。

人が生まれ、死を迎えるまでの一生には、病気やけがで医療と関わる機会があります。しかし毎日を健康に過ごしている時は、医療を意識する機会は少ないのではないのでしょうか。実は人生の中で「医療」こそ、本当に身近な存在であり、それぞれ異なった地域で生きている私達は、さまざまなかたちで地域医療と関係していきます。

健康に過ごしている時こそ「地域医療」を身近に感じ、考え、意識して欲しいとの思い、そして地域医療を必要とした時に、本白書が少しでも役立って欲しいという願いから、約5年間をかけて作り上げてきました。

第1部、第I章では「妊娠～幼児」、第II章では「小学生～高校生」、第III章では「就業者」、第IV章では「退職後」、第V章では「終末期」、第VI章では「地域社会のなかで地域医療が果たす役割」と構成しており、第2部では地域医療白書第3号で挙げた「安心して暮らせる地域医療」のその後を追跡しております。

本白書作成に際し、全国の地方自治体、医療機関、福祉施設、医療関係者、福祉関係者等、そしてそれぞれの施設を利用されている方とご家族の方々に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、本白書作成に携わった編集委員、並びにご協力いただいた方々は以下の通りです。

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	阿江 竜介	(自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門 講師)
	上原 里程	(栃木県宇都宮市保健福祉部 保健所長)
	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 講師)
	小谷 和彦	(自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 教授)
	小松 憲一	(自治医科大学地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門 特命助教)
	角川 志穂	(自治医科大学看護学部母性看護学 准教授)
	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 講師)
	塚本 友栄	(自治医科大学看護学部地域看護学 准教授)
	中村 剛史	(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 講師)
	森田 喜紀	(鹿児島県立大島病院 総合内科部長兼副臨床研修センター長)
執筆協力者	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)
	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 教授)
	田村 敦子	(自治医科大学看護学部小児看護学 講師)
	千葉 理恵	(兵庫県立大学地域ケア開発研究所地域ケア実践研究部門 准教授)
	春山 早苗	(自治医科大学看護学部 学部長)
	松山 泰	(自治医科大学医学教育センター 講師)
監修者	松原 茂樹	(自治医科大学医学部産科婦人科学 教授)
調査協力者	青木さぎ里	(自治医科大学看護学部地域看護学 助教)
	荒川さゆり	(元自治医科大学看護学部母性看護学 助教)
	篠原有美子	(元自治医科大学看護学部母性看護学 助教)
	柴山 真里	(元自治医科大学看護学部母性看護学 助教)
	清水みどり	(自治医科大学看護学部老年看護学 講師)
	鈴木久美子	(自治医科大学看護学部地域看護学 准教授)
アドバイザー	小池 創一	(自治医科大学地域医療学センター地域医療政策部門 教授)
事務局	秋間 香	(公益財団法人地域社会振興財団)
	悴田 晃禎	(自治医科大学経営管理課 課長)
	熊倉 盛男	(自治医科大学さいたま医療センター企画経営部企画経営室 室長)
	関口 勝	(公益財団法人地域社会振興財団 事務局次長)
	高山 淳一	(自治医科大学地域医療推進課 課長)
	戸口 健	(自治医科大学地域医療推進課 課長補佐)
	西尾 尚子	(自治医科大学地域医療学センター)
	屋代 光昭	(自治医科大学経営管理課保安支援室 室長)

50音順

() 内 2017 (平成29) 年3月1日現在

本白書は自治医科大学と(公財)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 4 号

2017（平成 29）年 3 月 1 日

発行者 学校法人自治医科大学
理事長 大 石 利 雄

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
