

財)在宅医療研究助成勇美財団（平成 19 年度後期助成研究）

## 医療過疎地域における在宅医療福祉システムの構築

千葉県山武地区の地域医療システム構築における現状分析と課題解決の事例から

研究代表者 平井愛山(千葉県立東金病院長)

共同研究者 井上由美子(城西国際大学福祉総合学部教授)

石田路子(城西国際大学福祉総合学部准教授)

藤本晴枝(NPO 地域医療を育てる会代表理事)

# 目 次

はじめに	3
I 千葉県山武地区における地域循環型医療システム	5
1) 九十九里沿岸部医療圏における医療過疎の状況	5
2) 医師不足問題の背景と実情	8
3) 医学部学生たちが希望している研修先病院	10
4) 千葉県立病院群における地域医療研修プログラム	11
5) 東金病院における地域循環型医療システムの構築	13
①地域ぐるみで医師を育成していくシステムの形成	14
②地域における病院と診療所・クリニックとの連携システムの構築	15
③地域を包括した情報ネットワークの整備-「わかしお医療ネットワーク」について	17
6) 山武医療圏の地域循環型医療システム構築における課題	21
II 住民による地域還元型医療福祉システムの方向性	22
1) 住民が支える地域医療(千葉県東金市の「NPO 地域医療を育てる会」について)	23
2) 「NPO 地域医療を育てる会」の活動の軌跡	24
3) 地域住民の在宅医療福祉システムへのニーズ調査	26
①調査の概要	26
②在宅療養介護に対し住民が感じている心配・不安	27
③地域における在宅医療福祉システムに必要な要素	31
III 岩手県宮古市における地域医療福祉システム	34
1) 市の基本的政策-「子育て支援」と「産業振興」	34
2) 「みやこ子育てプラン」-乳幼児医療費無料化、小児科診療体制整備など	35
3) 高齢者福祉-保健、医療と福祉、介護の包括的サービス	36
4) 改定介護保険制度におけるサービス利用状況	37
5) 介護保険サービス利用者の介護度に関する調査	40
6) 宮古市の地域医療福祉システム-健康維持・増進、介護予防、介護までの総合的・継続的サービス体制の確立	42
IV 医療過疎地域における在宅医療福祉システムの構築	44
1) 千葉県立東金病院を中心とした地域循環型医療システム構築の取り組み	44
2) 岩手県宮古市において実践されている地域医療福祉システム	44
3) 地域医療福祉システムの構築-「在宅療養介護」のサービス体制を確立する	45
おわりに	46

## はじめに

在宅医療と福祉サービスを統合した地域包括型の在宅医療福祉システムを構築するためには、地域内の訪問看護ステーションや福祉施設・在宅介護サービス事業所等の連携もさることながら、当該地域の病院や診療所の医師たちによる地域内クリニカルパスの活用や在宅療養および介護福祉サービスとの連携に積極的かつ継続的な地域医療への参画が大前提となる。一方で、現在、地域医療の危機として公立の地域中核病院における医師不足の問題が深刻化しており、この問題を外して在宅医療福祉システムを考えることは現実的ではないと思われる。ただし、そうした医師不足問題を抱える医療過疎地域においてこそ、いま新たな地域医療システムの構築が求められており、このときに医療と福祉が統合された地域医療福祉（＝在宅医療福祉）システムを創出し、実践していくことが不可欠なのではないかとも考えている。

今回、調査研究の対象地域として選んだ千葉県山武地区は、現在とくに東北・北海道地区をはじめ関東地区などで深刻化している医師不足問題や、公立病院における運営悪化問題に起因する医療過疎地域の典型的事例である。つまり、2004年度に導入された新医師臨床研修制度により地域への医師供給システムが激変したため、これまで大学医局から各地の病院へ派遣されていた医師が、自分の自由意志によって研修先の病院を選択できるようになった。その結果、とくに地方の公立病院で医師の数が足りなくなっているのである。

千葉県内において研修医の教育が可能な医療機関は千葉市および東京都に繋がる湾岸エリアに集中している。研修医が都会に集まるのは、医師としての十分な教育研修を受けられる病院が都会に集中していることに他ならない。その結果、医師たちが去って行った周辺地域における医療過疎化が際だっていくことになる。

千葉県山武地区では、2006年春に区域内にある県立東金病院、国保成東病院、国保大網病院についての再編成案が提出された。それは、老朽化した東金病院を廃止して中央病院を新設し、残る2病院を支援病院として運営するという山武地域医療センター構想である。この構想は、本来こうした医療過疎化している山武地区の医療環境を整備するため3病院を機能分化し、相互の連携を進めつつサービスを向上させるのが主目的であった。しかし、3月に開設許可を受けた医療センター計画は、地域住民や自治体首長らによる強い反対によって、凍結せざるを得ない状態を招いてしまった。この問題は様々な検討会等を経て2007年に終結し、先に発表された山武地域医療センター構想が実現することになった。

しかし、山武地域の医療過疎問題に関するトラブルは、起こるべくして起こった問題といえる。つまり、これまで3つの病院は山武地域を3分割して、それぞれの区域で総合病院的な役割を果たしてきたという実情があった。各地域の住民は救急・一般外来、入院等について、それぞれの病院を地元中核病院として頼ってきたことから、今回の構想で急性期医療を中央病院（東金病院）が担い、成東病院と大網病院が維持・回復期医療を担当するという機能分担の振り分けに、地域住民の医療ニーズを無視したものとして大反発が起こったのである。

こうした住民の新医療センター構想反対運動は、あくまで地元で便利な総合病院を残したいというニーズの反映であった。しかし、現状は山武地域の3病院で勤務医の大量退職が相次ぎ、担当できる診療科の数が大幅に減少しており、住民ニーズに応えられる医療サービスの提供が

難しい状況となっていたのである。例えば、2003年に成東病院に在籍していた指導医8名、研修医3名は2006年に全員退職してしまった。大網病院と東金病院の研修医も2006年には0名となり、2003年に28名いた山武地域の医師数は、現在東金病院の指導医が3名、大網病院に指導医が5名在籍しているのみとなっている。

これを見ても、山武地域の医療が崩壊の危機にあることは間違いないにもかかわらず、新医療センター構想が途中で暗礁に乗り上げてしまったのは、地域性を背景にした地域住民と各病院との利害関係および医療ニーズについての分析が不足していたこと、医師不足の深刻化が加速的に進んでいる状況で各病院が抱えている運営上の問題を据え置き、医師の研修システムや病診連携の在り方など地域医療システムの根本を見直して再編成する視点が欠けていたことなどがあげられる。

新たに、山武地域における地域医療システムの再編成を考える際には、地域住民の生活文化やライフスタイル、福祉の視点を考慮しつつ、医療と福祉が複合的に連動・連携する地域医療福祉システムを創出していくという視座が不可欠である。今回の調査研究は、Iで千葉県東金病院を中心とした地域循環型医療システムの構築について、その背景、経緯および実践内容を分析し、考察している。IIは住民による地域還元型医療福祉システムの方向性について、「NPO地域医療を育てる会」の活動の軌跡を追うとともに、山武地区住民を対象としたアンケート調査に基づき、地域住民の医療福祉システムに関するニーズについて分析した結果をまとめている。

IIIでは岩手県宮古市における地域医療福祉システムを取り上げている。岩手県宮古市は、千葉県東金市と同じくらいの人口規模をもつ地方都市で、優れて率先的に市独自の地域医療福祉システムの構築を進めてきた自治体である。宮古市の子育て支援や高齢者生活支援等のサービス内容で、とくに乳幼児医療費無料化、小児科診療体制、さらに健康指導から介護予防、介護サービス利用まで一貫した保健・医療・介護・福祉サービスなどは、これから新しい地域医療福祉システムを構築していこうとしている東金市をはじめとする山武地区にとって参考にすべき点が数多くあると思われる。

最後に、IVで医療過疎地域における在宅医療福祉システムの構築について、本調査研究から分析・考察された内容をまとめてある。

## I 千葉県山武地区における地域循環型医療システム

千葉県は、東京から近い北西部と過疎化が進む千葉市以東の太平洋沿岸および房総半島地域との格差が大きいことが知られており、とくに九十九里沿岸地域では医療過疎化が進んでいる。千葉県山武医療圏は、千葉県の東方に位置する九十九里浜に沿った2市4町（2007年12月末現在）からなる人口20万人あまりの地域である。

この地域の医療は、中核病院である千葉県立東金病院（2008年1月現在：病床数191床、17診療科）をはじめ国保大網病院、国保成東病院など7つの病院、および約90の診療所によって担われている。地域内の医師数は180人あまりと、人口あたりの医師数としては全国平均の半分、千葉県下で最低という医師不足の地域である。

しかし、こうした問題に直面しながら、なお質の高い医療を地域住民に届けるために、地域内の医師をはじめ医療関係者が立ち上がり、頻繁な勉強会を行っている。また、通称「わかしおネットワーク」と呼ばれている電子ネットワークシステムを導入し、普及させることで、患者の検査データや診療記録など、治療の際に必要な情報を一つの病院から地域全体で共有する取り組みも進められている。

「わかしおネットワーク」は、地域の中核病院である東金病院と、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション、保健センターなどを電子カルテによるネットワークシステムで結び、地域全体を包括的な保健・医療サービスでカバーしていこうとする試みである。それは、効率的で質が高く、患者にとって安心が保障される医療の実現を目的としている。現在では、24の医療機関、8の歯科診療所に加えて、保険調剤薬局21か所、保健センター3か所、訪問看護ステーション3か所、老人保健施設2か所が参加し、患者が病院を退院した後も、地域の開業医、薬剤師、訪問看護師らがチームをつくって見守り、検査データや治療履歴を確認しながら、それぞれ適切なケアサービスを提供するシステムがつけられている。

2005年10月、千葉県立東金病院長の平井愛山医師は、千葉県の医療計画策定にあたって、①循環型地域医療連携システムの構築、および②地域完結型疾病管理プログラムの作成という2つの基本コンセプトを堂本暁子千葉県知事に提出した。平井医師らのイニシアティブによって構築されつつある、山武地区の地域循環型医療システムについて見ておきたい。

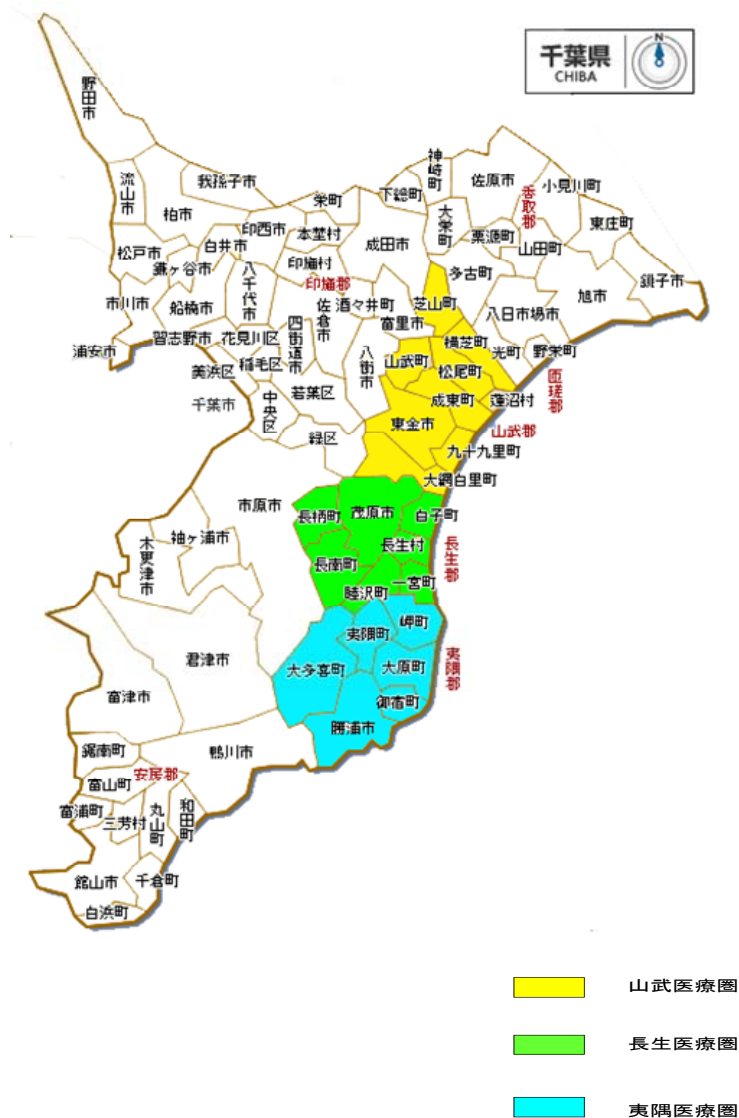
### 1) 九十九里沿岸部医療圏における医療過疎の状況

図1-1のように、千葉県の九十九里沿岸部には山武郡市、長生郡市および夷隅郡市などの地域が含まれている。この地域における医師数は人口10万人あたり約90人と、全国平均の半分以下である。千葉県における平均医師数は約125人で、最高の千葉市には約240人の医師がいるにもかかわらず、九十九里沿岸部が僅か90人というのは、千葉県内でも最低水準の地域であることがわかる（図1-3）。

千葉県下の医療機関のうち、600床以上の大規模病院は、その大部分が千葉市以西に分布している。千葉市以東の太平洋沿岸部では、香取海匠医療圏の旭中央病院と安房医療圏の亀田総合病院の2つのみである。旭中央病院と亀田総合病院の間にある地域（九十九里沿岸部）には複数の中小病院があるものの300床以上の病院としては国保成東病院、県立東金病院、国保大

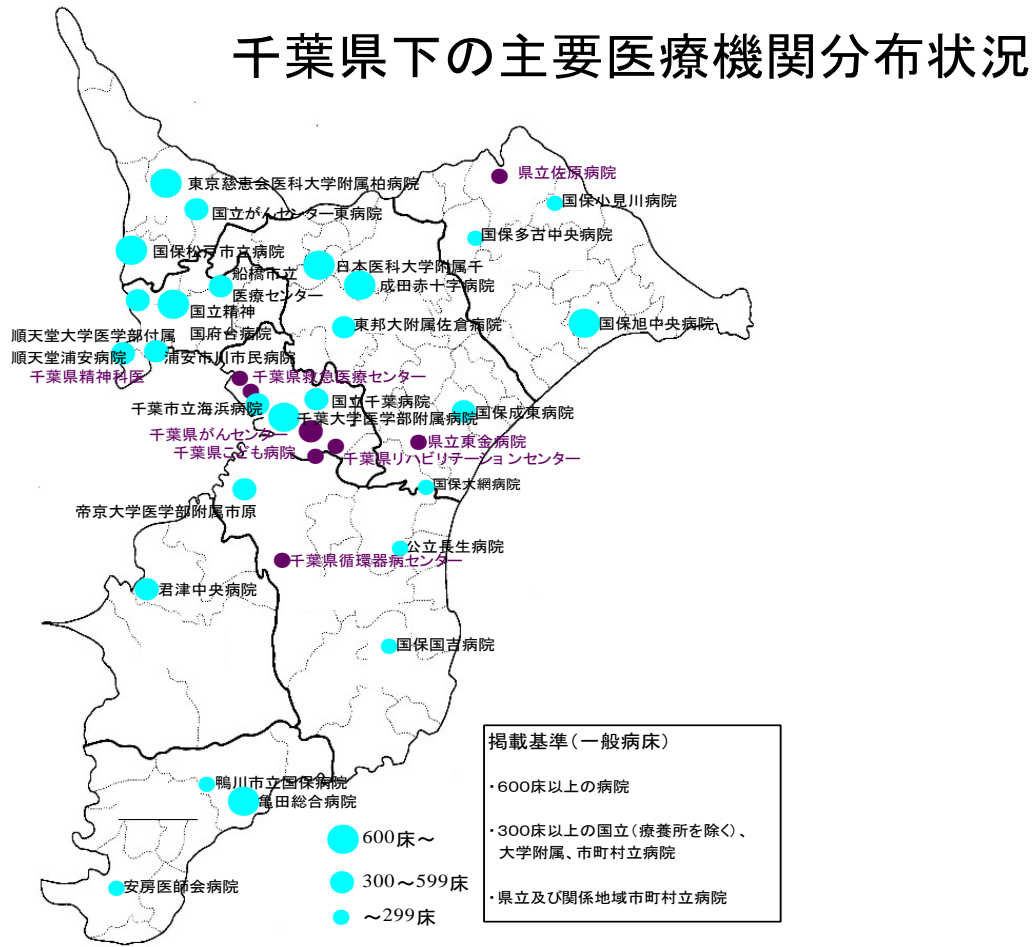
網病院、公立長生病院、国保国吉病院の 5 病院のみがあるだけで、数に限りがあることが明らかである。

図 1-1 千葉県九十九里沿岸地域（2006 年度の市町村合併前のもの）



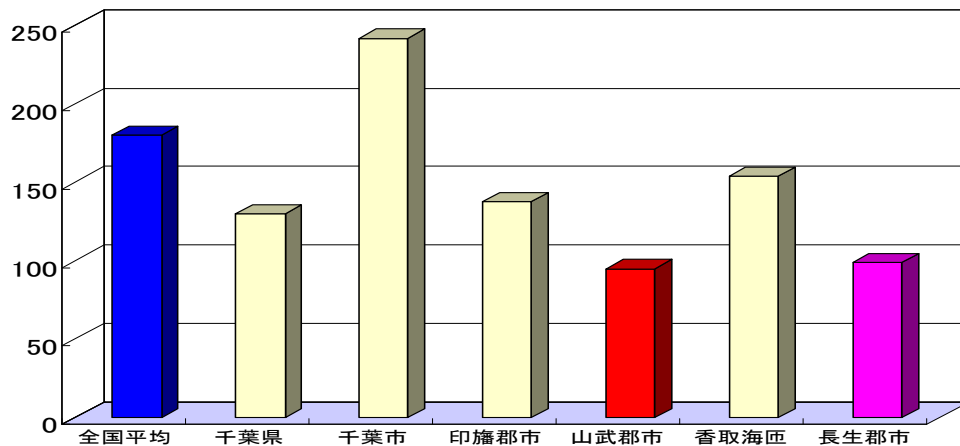
東京と隣接する市川市、浦安市、船橋市、習志野市、千葉市までの東京湾岸地域と、千葉市以東の太平洋沿岸および房総半島地域（山武医療圏、長生医療圏、夷隅医療圏を含む地域）とでは、医療サービスの提供体制に大きな格差が生じている。（図 1-2）なお、千葉県の上記 3 医療圏以外の医療圏は、千葉医療圏（千葉市）、東葛南部医療圏（市川市、船橋市、習志野市、浦安市など）、東葛北部医療圏（松戸市、柏市、野田市など）、印旛医療圏（成田市、佐倉市など）、香取海匠医療圏（銚子市、佐原市、旭市など）、安房医療圏（館山市、鴨川市など）、君津医療圏（木更津市、君津市、袖ヶ浦市など）、市原医療圏（市原市）である。

図 1-2 千葉県内における主要病院の分布状況および規模



千葉県立東金病院(平井医師)作成資料 2006年より

図 1-3 山武医療圏における医師数の不足(人口10万人に対する医師数比較)



千葉県立東金病院(平井医師)作成資料 2006年より

## 2) 医師不足問題の背景と実情

山武医療圏は、もともと大規模病院および専門病院の都市部集中をはじめ、医療機関の多くが都市周辺の開業を志向するという偏在状況の影響を受け、医療機関の絶対数が不足する地域であった。千葉市だけでなく首都東京も近いため、医師たちは都会にある病院へ流れる傾向があった。昨今、全国的に地方の医師不足問題が深刻化してくると、山武医療圏でも早速その影響を受け、例えば県立東金病院や国保成東病院などでは、勤務医が不在となったためにいくつかの診療科を閉鎖せざるを得ないという事態が生じている。

医師不足問題を引き起こした主因は、2004年から始まった新しい医師臨床研修制度の導入といわれている。この新制度によって、若手医師が臨床研修先に都市部の病院を選択する傾向が強まった。つまり、新しい臨床研修制度では、大学を卒業した医師が自ら研修を受ける病院を選択できるため、専門医、指導医が確保されている都市部の大規模病院に、専門医の資格取得を志向する多くの若手医師が集中することになったのである。

かつては、医学部卒業生の約75%が、卒業後に大学病院のいずれかの医局講座に所属し、臨床研修に取り組みながら、医局の関連病院である地方の公立病院を中心にローテーションするという講座制が一般的であった。このシステムによって、地方の病院へ若手の医師が継続的に供給される体制がとられてきた。しかし、新医師臨床研修制度において、初期研修の場として大学病院を選ぶ研修医は半数以下となってしまった。

その結果、大学病院では若手医師の数が急速に減少し、地域の公立病院に派遣している中堅クラスの医師や研修医を引き上げ、大学病院の病棟勤務に貼り付けざるを得ない状況になったのである。そして、これまで大学医局から派遣されていた医師によって定員を確保してきた地方の公立病院などで、医師数の激減という事態が生じることになった。

表 1-1 東金病院の診療科数および医師配置数の推移

2004年4月(6科21人)		2005年4月(5科17人)		2006年4月(5科11人)	
内科	10人	内科	7人	内科	3人
循環器	2	循環器	2	循環器	閉鎖
呼吸器	1	呼吸器	閉鎖	呼吸器	閉鎖
内分泌	2	内分泌	2	内分泌	2
消化器	2	腎臓内科	1	腎臓内科	1
研修医	3	研修医	2	研修医	閉鎖
外科	3人	外科	3人	外科	2人
整形外科	4人	整形外科	3人	整形外科	2人
人工透析	1人	人工透析	(腎臓内科兼務)	人工透析	(腎臓内科兼務)
産婦人科	1人	産婦人科	2人	産婦人科	2人
小児科	2人	小児科	2人	小児科	1人

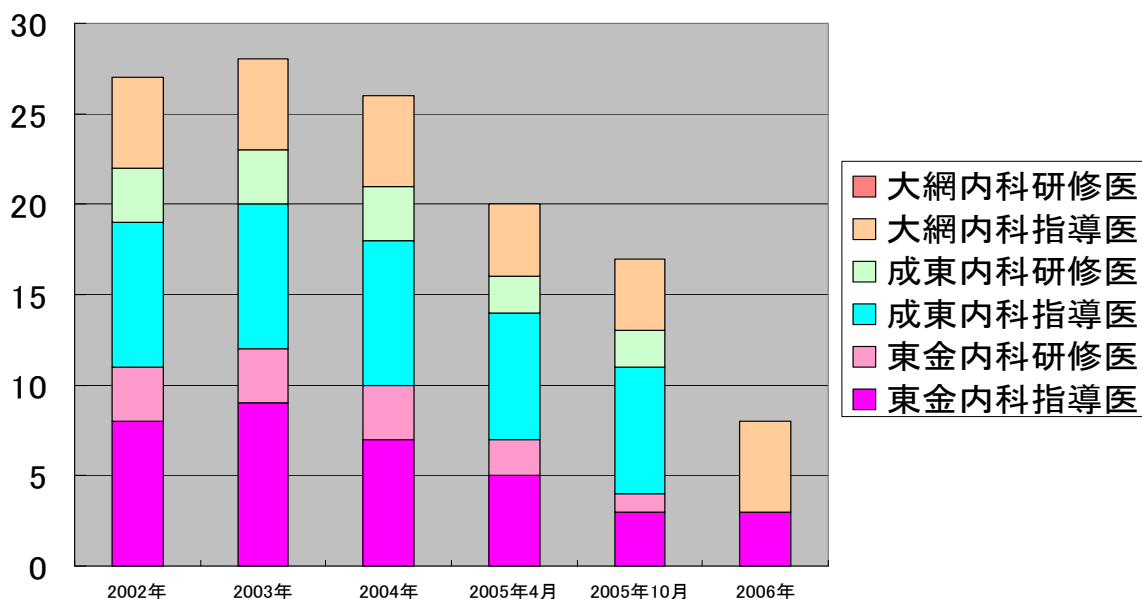
千葉県立東金病院(平井医師)作成資料2006年より

表 1-1 にあるように、東金病院において 2004 年 4 月に 21 名在籍していた医師が 2006 年 4



月には 11 名に半減してしまうという事態が生じている。循環器科や呼吸器科のように、もともと 1～2 名の医師が担当していた診療科は、担当医の退職と同時に新任の医師を配置することができず、閉鎖されることになった。この事態は東金病院のみならず、山武医療圏内の他の病院でも生じていた。図 1-4 で明らかなように、2003 年に在籍していた医療圏内の医師 28 人が、2006 年には 8 人にまで激減したのである。

図 1-4 山武医療圏の 3 病院における医師数の減少  
(人)



千葉県立東金病院（平井医師）作成資料 2006 年より

ここまでをみると、新たに設置された臨床研修医制度による過疎地域への弊害点のみが浮き彫りにされるが、もともと新制度の主たる設置目的はプライマリケア（第一次医療）ができる医師の育成を進めるということであった。これまでのように、医局講座の指示に従うことが慣例化していた場合には、若手医師たちが図らずも派遣された過疎地域の病院で恩返式的に一定期間勤務しつつ、将来は自分の希望する地域へ移動していくのが通例であった。つまり、若手医師が派遣された地域は通過地点に過ぎず、そうした医師派遣システムでは、地域社会に根付いたプライマリケアを基盤とする地域医療の質を向上させることは難しいと思われる。

新しい研修医制度は、従来の半強制的な医師派遣制度の慣習を改革して、研修の透明性と質の向上を図り、医師たちが自ら希望する専門医療スキルを磨くこと、かつ地域医療を支えるプライマリケアのスペシャリストとして、地域に貢献できる医師を育てることを目的として設けられたのである。

新しい制度では、研修施設である病院が研修内容や待遇、定員、指導医数、診療実績などを公表することが義務付けられている。医学部を卒業する学生たちは、募集要項等を閲覧して研修先を志願し、一方で研修病院は志願者の中から候補者を選定して、双方の意思が一致したと

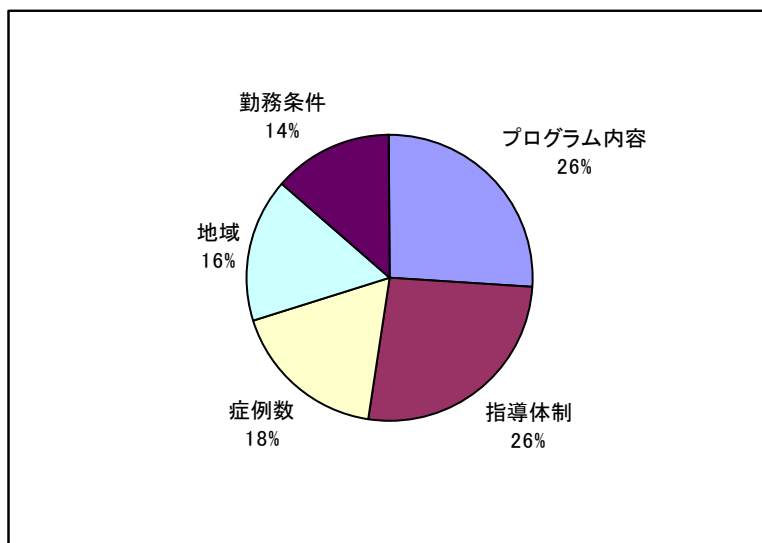
き内定が出される。これは医師の意向を優先するシステムであり、充実した研修環境で自らのスキルアップを図り、さらに地域医療における優れたプライマリケアを志す意欲的な医師を数多く輩出する仕組みといえるだろう。

### 3) 医学部学生たちが希望している研修先病院

医学生たちへ、後期研修先を選ぶ際に優先する条件として次の5つの内容（①研修プログラム内容、②指導体制、③症例数、④地域、⑤勤務条件）について調査を行った結果が図1-5である。また、同じ調査で卒業の際に取得したいのは博士号（学位）か、認定医・専門医の資格取得かを尋ねたところ、約87%の学生が専門医ライセンスの資格取得を希望していることがわかった。学位取得希望者は僅か約3%にとどまるのみであった。

つまり、医学生たちが最優先するのは、自分が受けたいと思っている研修プログラムが当該病院にあるかどうか、指導医がおり、その指導の下で自らのスキルを磨くことが可能かどうか、そして自分も将来的に専門医を目指したいということであり、必ずしも地域や勤務条件等にこだわっているのではないということである。

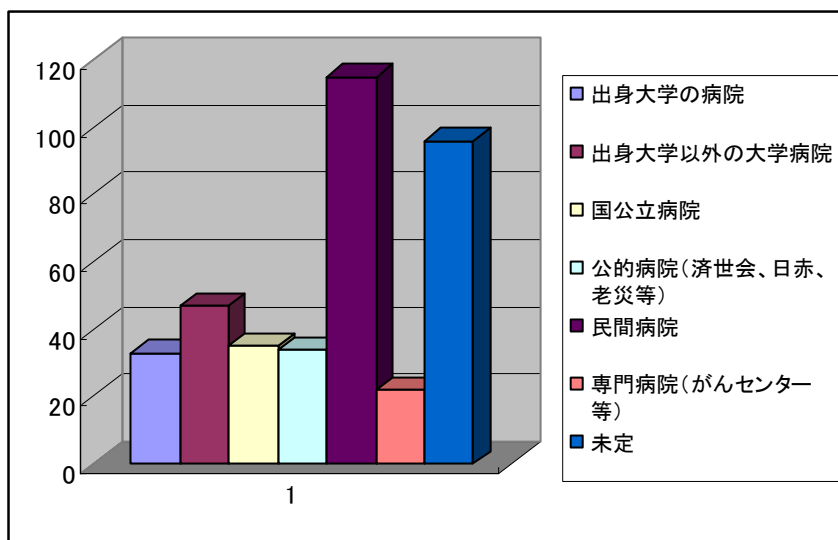
図1-5 医学部学生が後期研修先を選ぶ際に優先する条件



千葉県立東金病院（平井医師）作成資料 2006年より

また、同様にどのような病院を選ぶかを尋ねたところ、115人が民間病院をあげている。出身大学の病院は33人しか希望していない。その他、出身大学以外の大学病院希望者は47人、国公立大学病院35人、公的病院34人、専門病院22人となっている（図1-6）。このように、現在、医学生たちは専門医ライセンスが取得できる病院として、大学病院より民間病院での研修を希望していることが分かる。

図 1-6 医学部学生が後期研修先に選ぶ病院（複数回答）



千葉県立東金病院（平井医師）作成資料 2006 年より

これらのことから、新しい臨床研修医制度を通して、研修医（レジデント）たちが選択していく進路は、指導医や研修プログラムが整備され、専門医ライセンスが取得できる病院で働くことである。受け入れる側の病院が指導体制を確立し、プライマリケアに対応できる医師の育成に力を入れることで、地域医療に貢献できる医師が育っていく素地は十分にあると考えられる。

#### 4) 千葉県立病院群における地域医療研修プログラム

かつての講座制研修制度では、医師のスキルが未熟で専門性に偏りがあっても、過疎の地域に必ず医師が派遣されてくるという安心感はあった。しかし、新制度に基づいた医師研修システムは、今後も定着していくことが明らかであり、もはや従来の制度に依存した医師確保は困難であることがわかる。そうであれば、これまでの仕組みに替わる新たな研修医プログラムを開発していかなければならない。

それは、山武医療圏のような医療過疎といわれている地域であっても実践が可能であり、かつ持続的に地域に根付いていく医療システムを創出すること、まずは当該地域に医師研修が可能な医療資源を確保していくことが急務である。しかし、医療資源といっても、大規模な新しい病院や、高度な医療設備が供えられた病棟といったハード面より、医療人材の育成や医療情報のネットワークシステムといったソフト面についての開発に重点が置かれるべきであろう。なぜなら、地方自治体の逼迫した財政状況の中、優れた医療人材を集めるために巨大な費用を投入して公立の大規模病院を建設したにもかかわらず、それが医療関係者等の人権費をはじめとする諸経費の削減を招く結果となり、在籍していた医師たちが他へ転出して、病院経営が危機に瀕しているような事例が少なからずあるからである。

この点について伊関友伸は、地方にある多くの自治体で累積欠損金が増える中、運転資金が底をつき、金融機関などからの一時借り入れによって自転車操業的な運営を強いられている自

治体が目立っていることを指摘している。伊関は、2004年度の地方公営企業年鑑に触れ、全国の政令市を除く市町村立病院で、一時借入金が5億円以上の自治体は59団体、3000万円以上では181団体に達しており、中には北海道の夕張市立総合病院のように、39億円の一時借入金を抱えて経営破綻した例もあると述べている（2007年2月26日伊関友伸ブログ <http://iseki77.blog65.fc2.com/>より）。

表1-2 千葉県立病院と病床数（2008年1月現在）

病 院 名	医 療 内 容	病 床 数
がんセンター	がん医療	330床
救急医療センター	救急医療	100床
精神科医療センター	精神科救急	50床
こども病院	小児医療	200床
循環器病センター	循環器医療	200床
東金病院	地域医療	191床
佐原病院	地域医療	220床
リハビリテーションセンター	リハ医療	150床

千葉県健康福祉部資料より

表1-3 千葉県立病院群の研修プログラム

【1年目】 地域病院で6か月およびセンター病院で6か月の研修 内科・外科・救急（於：東金病院、佐原病院、循環器病センター） 内科・緩和ケア・リハビリテーション・外科・救急（於：がんセンター、救急医療センター） ※初期救急診療～3時救急診療まで連続して研修できるプログラム
【2年目】 自分の希望する診療科を選んで研修をうける 産婦人科・地域医療・保健・小児科・精神科 その他選択科目 ※産婦人科、小児科はセンター病院または地域病院のいずれも選択が可能

千葉県立東金病院（平井医師）作成資料2006年より

そうした中、千葉県では新医師臨床研修の必修化にむけて、2001年から準備が進められ、2003年には8つの県立病院からなる病院群方式で研修指定の認定が取得された。また、プロジェクトチームを結成し、研修プログラムの作成と研修指導システムの構築に着手している。表1-3にあるように、研修医は1年目で基礎研修を受け、2年目には専門研修を受けることになっている。表1-4は、研修医が受ける地域医療研修の具体的内容である。

千葉県病院群における研修医制度の特徴は、(1)県立病院群を専門医の集団に変えていくという方策の一環であること、(2)県立病院が連携して専門医を育成すること、(3)修練期間を各診療分野の専門医資格取得まで(3～6年)としていること、(4)研修医の修練期間が終了した後は、県立病院群の正規職員としての道が開かれていること、(5)研修医の修練中または修了後に海外

研修派遣の道があること、などである。

表 1-4 千葉県立病院群における地域医療研修の実際

		月	火	水	木	金	土	日
モーニング レクチャー		7:30-7:50	7:30-7:50	7:30-7:50	7:30-7:50	7:30-7:50		
モーニング カンファ		8:00-8:30	8:00-8:30	8:00-8:30	8:00-8:30	8:00-8:30		
1 週	AM	地域医療連 携室	訪問看護ス テーション	訪問看護ス テーション	訪問看護ス テーション	訪問看護ス テーション	評価	
	PM	訪問看護ス テーション ☆夜間救診	訪問看護ス テーション ☆夜間救診	訪問看護ス テーション	訪問看護ス テーション	訪問看護ス テーション	評価 ★当直	
2 週	AM	診療所実習 および往診	診療所実習 および往診	診療所実習 および往診	診療所実習 および往診	診療所実習 および往診	評価	
	PM	診療所実習 および往診	診療所実習 および往診 ☆夜間救診	診療所実習 および往診	診療所実習 および往診	診療所実習 および往診	評価 ☆夜間救診	
3 週	AM	保険薬局 実習	保険薬局 実習	保険薬局 実習	保険薬局 実習	保険薬局 実習	評価	★当直
	PM	保険薬局 実習 ☆夜間救診	保険薬局 実習	保険薬局 実習	保険薬局 実習	保険薬局 実習 ☆夜間救診		
4 週	AM	救急車同乗 実習	救急車同乗 実習	救急車同乗 実習	救急車同乗 実習	救急車同乗 実習	評価	
	PM	救急車同乗 実習	救急車同乗 実習	救急車同乗 実習 ☆夜間救診	救急車同乗 実習	救急車同乗 実習		

※モーニングレクチャー・・・毎朝、業務開始前に指導医から研修医への指導が行われる

※モーニングカンファ・・・診療前に院内スタッフで患者たちの症状及び治療・看護等に関するカンファレンスを行うこと

千葉県立東金病院（平井医師）作成資料 2006 年より

## 5) 東金病院における地域循環型医療システムの構築

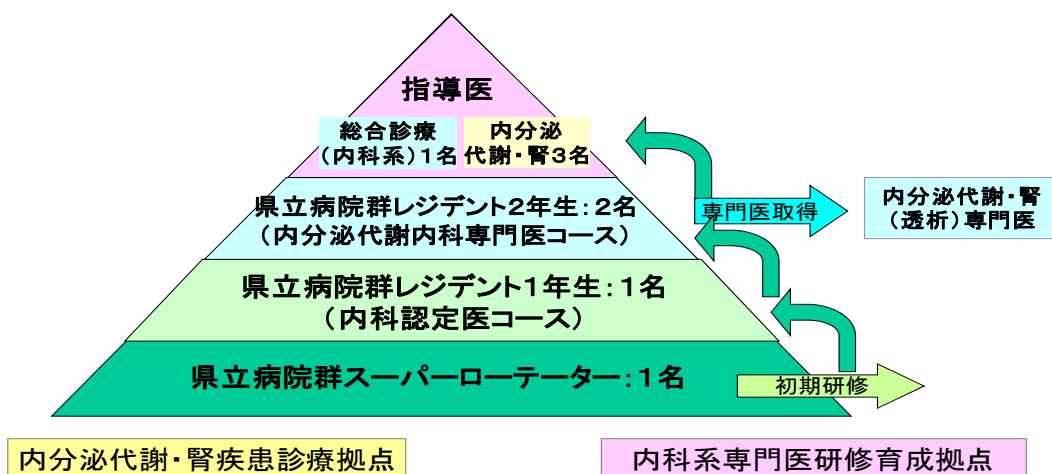
先述した全国の自治体立病院における失敗事例に学びつつ、県立東金病院でも老朽化してい

る病院建物の移転や新築問題が県議会などで議題になっている中、ハード面の整備に先駆けてソフト面の充実を図るという取り組みが始められた。1998年に東金病院に着任した平井院長を中心に、山武医療圏の医療過疎状況について早急に対処の方法を講じなければ、さらに地域医療が疲弊してしまうという危機感から、病院再建のみならず地域医療の再生を目指す長期的な改革計画が立てられることになった。

地域医療の再生に向けた東金病院の基本戦略は、(1)教育研修機能の整備・強化による医師の確保と、(2)医師数の規模に合わせた病院の最適化と効率化を図ることである。教育研修機能の整備・強化としては、関連学会の教育施設認定を取得することがあげられる。東金病院では、①内科学会教育関連病院、②内分泌学会教育病院、③透析医学会教育関連病院という3つの認定を受け、県立病院群研修医制度の運用開始に伴って安定的な医師の確保を実現していく道筋がつけられた。

一方で健全な病院経営の実現を目指し、病棟・病床規模の適正化が検討され、病院内組織の在り方や各種費用についての見直しが行われた。また、病院における収支比率および人件費率等を改善するとともに、診療機能の特化と効率化が図られた。

図 1-7 2007年度からの東金病院内科診療体制



千葉県立東金病院（平井医師）作成資料 2006年より

東金病院が地域医療の再生を目指す長期計画の柱は、①地域ぐるみで医師を育成していくシステムの形成、②地域における病院と診療所・クリニックとの連携システムの構築、③地域を包括した電子カルテ等による情報ネットワークの整備、の3つである。

### ① 地域ぐるみで医師を育成していくシステムの形成

地域で医師を育てるということは、これまで大学から派遣してもらっていた医師を地域の中核病院で育てていくということである。図 1-7 のように、東金病院では研修医たちの臨床研修病院として十分機能できる教育機能が整備されることになった。平井院長は、「地域の中核病院が教育能力を上げ、医師たちのキャリアパスを提供していくことが地域医療の前提となる」

と述べている。

現在、東金病院における地域医療研修は、a)地域医療、b)在宅医療、c)医療連携および地域医療支援、d)福祉・介護、の4分野を重点的に学ぶ研修プログラムによって実施されている。各分野についての研修内容は、以下のものである。

a)地域医療

- ・ 診療所研修：診療所におけるプライマリケアの研修
- ・ 調剤薬局研修：院外保険薬局において医薬分業等に関する研修
- ・ 救急医療研修：救急医療の最前線における研修（救急車に同乗する）
- ・ 夜間救急研修：夜間救急診療所における夜間の一次救急診療研修
- ・ 予防接種研修

b)在宅医療

- ・ 訪問診療研修：訪問による在宅診療研修（診療所医師に同行）
- ・ 訪問看護研修：訪問看護ステーションにおける訪問看護研修（看護師に同行）
- ・ 訪問介護研修：訪問入浴、訪問介護に関する研修（訪問介護スタッフに同行）
- ・ チームカンファレンス研修：退院時の在宅チームカンファレンス参加

c)医療連携および地域医療支援

- ・ 病院と地域内診療所との連携（病診連携）に関する研修
- ・ 地域共有電子カルテ・ネットワーク（わかしお医療ネットワーク）に関する研修（東金病院および山武郡市医師会診療所で実施）
- ・ 地域の医療スタッフとの研修会・症例検討会への参加・発表
- ・ 地域中核病院の地域医療支援機能および地域完結型医療に関する研修

d)福祉・介護

- ・ 病院や高齢者施設における介護研修
- ・ 長期療養型病床群における介護研修
- ・ ショートステイおよびディケア等についての介護施設研修
- ・ 特別養護老人施設等における研修

このように、研修医は病院での研修のみならず、地域にある診療所、訪問看護ステーション、保険薬局、介護施設、在宅介護サービス事業所といった多様な機関での多種にわたる研修を経験しながら、地域医療に求められるプライマリケア医としてのスキルを磨いていくのである。

## ② 地域における病院と診療所・クリニックとの連携システムの構築

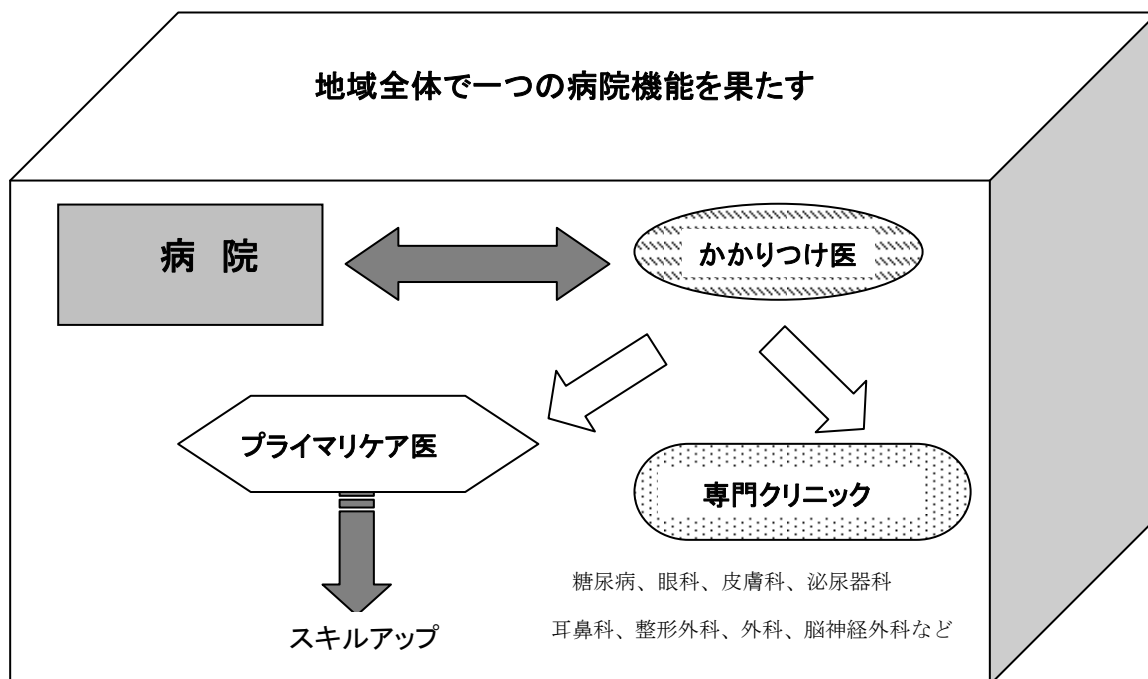
平井愛山は、地域医療について次のように定義している。「病院にいる個人を単位とするのではなく、ある特定の地域全体を単位として、その地域の中で起こる病気を地域との繋がりにおいて捉えていこうとする医療形式である。」また、「その地域でのプライマリケアや、発生する病気と地域特性との調査・予防などの公衆衛生活動も、この中に含まれる。」とも述べている。

かつて山武医療圏では、糖尿病が悪化して下肢を切断する糖尿病性壊疽の割合が全国平均の5倍にも上っていた。糖尿病性壊疽は、適切な投薬や食事治療によって進行を防ぐことは可能であったが、地域内でインスリン注射等の治療ができる糖尿病専門医の数が不足し、約1万

2000 人いたとされる糖尿病患者数について、対応可能な医師が僅かに 3 名しかいなかった。

そこで始められたのが、地域の開業医や薬剤師、栄養士等を対象とした糖尿病や生活習慣病についての講習会（「イブニングセミナー」として平日の夜に開催）、および研究会（「山武 SDM 研究会」を 2～3 ヶ月に 1 回のペースで開催；SDM とは Staged Diabetes Manegement というアメリカで開発された糖尿病管理のガイドライン）である。

図 1-8 病院、かかりつけ医、プライマリケア医、専門クリニックの関係



千葉県立東金病院（平井医師）作成資料 2006 年より

表 1-5 山武 SDM 研究会(2001 年～2004 年に 20 回開催)の成果

	1998 年 4 月	2005 年 4 月
インスリン注射療法が可能な診療所数	1 ヶ所	16 ヶ所
治療を受けている患者数	8 人	150～160 人
◎ 病院と診療所との役割分担が明確化された		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">病院（糖尿病専門外来）</div> ← 連携 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">診療所（かかりつけ医）</div>		
コントロール不良例の治療	食事療法、内服剤療法	
インスリン療法の導入	患者の外来管理	
栄養指導、療養指導	インスリン導入後の外来管理	

千葉県立東金病院（平井医師）作成資料 2006 年より

これらを通して、これまでは病院の専門医にのみ担われてきたインスリン治療の知識や技術が、地域内の診療所やクリニックに移されることになった。その結果、比較的軽い症状の患者



は診療所・クリニックが担当し、病院では重症患者に専念した治療を行うという分業体制が整備された。つまり、地域内での病院と診療所との機能連携が実質的に実現されたのである。平井愛山は、これを「地域循環型医療」と呼び、「地域完結型疾病管理モデル」のひとつと位置づけている。

### ③ 地域を包括した情報ネットワークの整備-「わかしお医療ネットワーク」について

千葉県では、2006年に策定され2008年から実施される千葉県保健医療計画において「地域連携クリティカルパス作成のための環境整備」が具体的施策展開の内容のひとつとして掲げられ、「患者の治療経過に応じた各々の診療内容や達成目標等を提示することで、診療にあたる複数の医療機関が診療計画を共有することが可能となる。『地域連携クリティカルパス』について、地域の医療機関が協働して作成するための環境整備を図ります。最も患者数が多い生活習慣病診療において、地域連携クリティカルパスを活用する取り組みとして、地域の病院と診療所を患者が双方向に循環する『循環型地域医療連携』のモデル事業を立ち上げ、地域連携クリティカルパスの有効性を多面的に解析検証します。」と説明されている。

こうした地域連携クリティカルパスの実現に有効なのが、電子カルテによる情報ネットワークシステムである。2001年末には、厚生労働省による「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」が策定され、ITを活用した新たな医療連携の姿が示された。このグランドデザインの中核となるのが、医療機関への電子カルテやレセプト電算システムの導入、および医療機関のネットワーク化である。厚生労働省は具体的プロセスとして、①医療施設の情報化、②医療施設のネットワーク化、③医療情報の有効利用、④根拠に基づく医療の支援、という4段階をあげ、2000年から積極的に予算補助事業を全国に展開している。

一方、経済産業省も医療サービスの向上に向けた一連のIT重点化施策展開を行った。その一環として、2000年度には、地域における電子カルテ・ネットワークを構築し、医療の質の向上や患者サービスの向上などの効果を検証することを目的に、『先進的IT活用による医療を中心としたネットワーク化推進事業-電子カルテを中心とした地域医療情報化-』を補正予算公募事業として行った。このプロジェクトには全国から約170件に上る多数の応募があり、最終的には26件のプロジェクトが選定された。そのひとつに選ばれたのが、東金病院および山武郡市医師会・同薬剤師会による『わかしお医療ネットワーク-先進的医療連携・遺伝子診療モデル事業』(以下「わかしおネットワーク」とする)である。

「わかしおネットワーク」は、これまでに築かれてきた東金病院や山武郡市医師会・薬剤師会などの医療関係者によるヒューマンネットワークの限界を解消すべく、最新のITを投入した医療情報ネットワークシステムを構築・整備し、生活習慣病診療の大幅なレベルアップを図ることを目的として立ち上げられた。具体的には、(1)生活習慣病診療における地域内医療機関格差の解消、(2)生活習慣病における遺伝子解析に基づくオーダーメイド医療(一人ひとりの患者に合わせた医療)の確立、(3)在宅患者データの活用による糖尿病診療の充実、(4)「わかしおネットワーク」が扱うデータの真正性の確保、及びセキュリティの確保、の4点が掲げられた。

「わかしおネットワーク」は、東金病院に地域共有電子カルテサーバを置き、15の医師会診療所、16の薬剤師会調剤薬局、16名の糖尿病患者、そして外部の遺伝子解析センターを結ん

だネットワークで構成されている。このネットワーク上で立ち上げた一連の医療連携システムは、①地域共有電子カルテを中核とした病診連携システム、②病院・診療所・調剤薬局を電子カルテでつなぐオンライン服薬指導システム、③生活習慣病の診療ガイドラインのオンライン配信と EBM（Evidence-based medicine：根拠に基づいた医療）の実践支援をめざす生活習慣病診療支援システム、④インスリン自己注射患者の自己測定血糖値に関するオンライン共有と活用により糖尿病のコントロールの改善を目指す在宅糖尿病患者支援システム、⑤遺伝子解析に基づくオーダーメイド医療を可能にする基盤整備としての個人情報保護、被験者匿名化を行う遺伝子診療支援システム、の 5 つである。

「わかしおネットワーク」は、2001 年 11 月月から 3 ヶ月間にわたり、約 800 名の患者による協力を得て以下のような実証実験を行っている。これらの実験結果は、今後の医療サービスにおける IT 活用に際して有効な調査結果であり、かつ今日の「わかしおネットワーク」の維持運営に重要な示唆を提供しているため、内容をまとめておきたい。

#### (1) 紹介・逆紹介に関する実証実験

生活習慣病患者 125 名について東金病院と 15 診療所間の紹介・逆紹介を実施し、画像を含む診療情報の共有をはじめとして、病診連携の一連の流れにおける問題点・利点に関するアンケート調査およびヒアリングが実施された。「電子カルテを用いた診療所と県立病院間の医療連携は、患者側にメリットがあると思いますか」という問いに対して、有効回答 102 名のうち 77.4%の患者が「そう思う」と回答し、電子カルテによる医療連携についての満足度が高いことが明らかとなった。

また、電子カルテの導入により医療機関への信頼感が増すとの意見が 74.6%に上り、診療情報の共有により患者に対する応対（傾聴、インフォームト・コンセント等）が良くなるという意見も 74%あった。さらに、「電子カルテによって個人の診療データが病院間で共有されることに対して、不安を感じることはありませんか」の問いに対して 69%の患者は不安を感じないとしていた。しかし、20%にあたる 21 名の患者は不安を感じており、今後は個人情報保護の徹底とセキュリティの確保に万全を期することが確認された。

#### (2) オンライン服薬指導システム

生活習慣病患者 400 名について、東金病院と 16 調剤薬局間においてオンライン服薬指導を実施し、処方意図、検査データを含む診療情報の共有をはじめとして、病診連携の一連の流れにおける問題点・利点に関してアンケート調査およびヒアリングが実施された。従来は、診察室と調剤薬局間における双方向のコミュニケーション手段が皆無であったため、質の高い服薬指導ができないという大きな問題があった。しかし、今回のシステム導入により、双方向の情報交換がはじめて可能となった。

アンケート調査には 380 名の患者が参加し、「今までの服薬説明と比較してデータを見ながらの服薬説明に満足できましたか」の質問に「そう思う」と回答した人が 91%と、きわめて高い満足度が示された。また「検査データを用いた服薬指導をこれからも受けたいと思いますか」についても 91%が満足していることがわかった。オンライン服薬指導を受けた患者の 90%以上が「病気と薬の理解が深まった」、「薬の飲み方をより理解できた」、「安心して薬が飲めるよう

になった」と回答し、さらに 80%の患者が「薬の飲み残しはなくなった」と回答している。これは、オンライン服薬指導システムが、患者の服薬コンプライアンスの向上をもたらす強力な診療支援ツールであることを示している。

しかし、「検査データの理解が深まったか」に関しては、20%の患者が「どちらともいえない」と答えており、今後服薬指導にあたる調剤薬局スタッフには、検査データの理解や病態の把握などに重点をおいた研修支援が不可欠であることが確認された。

### (3) 在宅糖尿病患者支援システム

このシステムは、iモード等を用いた在宅自己測定血糖値情報の取り込みと活用を図り、血糖コントロールの改善と合併症の発症進展の防止を目指すものである。在宅糖尿病患者が自宅、旅行先等において、自己測定した日々の血糖値情報を活用する環境を構築するため、自己測定血糖値情報を、患者本人が使用している情報機器（iモード、パソコン、FAX等）から入力を行う。それらの情報は各ネットワークを介して、東金病院の診療支援データベースサーバにデータ登録される。携帯電話（iモード）については、血糖値測定装置と接続し、自己測定血糖値情報の自動転送が行われた。転送の際には、血糖値データがSSL（Secure Socket Layer：インターネット上で情報を暗号化して送受信するプロトコル）で暗号化された自己測定血糖値情報の送信後に、在宅糖尿病患者支援システムによる測定値の分析結果、医師の指示、時系列データ等が、患者本人の使用している情報機器に返信される仕組みである。

この実験には、インスリン自己注射糖尿病患者 16名が協力し、自己測定血糖値、インスリン量を含む診療情報の共有をはじめとして、データ転送・管理の一連の流れにおける問題点・利点に関して、アンケート調査およびヒアリングが実施された。「糖尿病コントロールを以前より良好に保つ自信がある」または「どちらかといえば自信がある」と答えたのは 87.5%と、血糖コントロールの改善に有効な手段であることが示唆された。「今後も在宅糖尿病患者支援システムを利用したいと思いますか」に対して「そう思う」との回答も 87.5%ときわめて高い満足度が示された。また「有料（1000円/月）でも継続して使用したいと思いますか」についても 75%が「使用したい」と答えており、在宅糖尿病患者支援システムが、糖尿病患者において高い評価を受けていることが明らかになった。

### (4) 生活習慣病遺伝子診療支援システム

このシステムは、東金病院及び遺伝子解析施設に遺伝子解析情報サーバを設置し、IP-VPNネットワークを介して、東金病院における「遺伝子解析研究に係わる標準実施手順書」に準じた生活習慣病遺伝子診療支援システムを構築するものである。これについて、患者情報の匿名化とネットワーク上での秘匿性を確保した閉鎖型遺伝子解析情報ネットワークが必要であり、本システムを利用する東金病院の医師及び、遺伝子解析施設の職員が、サイン認証により利用者認証を行うことで、不正利用、不正アクセスが防止された。

本システムで発生するデータ（解析依頼書、患者情報、解析結果情報等）は、第三者認証機関及び原本性保証ソフトウェア等によりデータ改竄等を防止するとともに、患者本人を特定できる情報は、コンピュータ上で匿名化し、プライバシーが保護されている。遺伝子解析に基づくオーダーメイド医療を目指す遺伝子診療支援システムの実証実験に文書同意した健常ボランティアは、実際に匿名化された後に採血し、特定項目に絞った遺伝子解析が実施された。この

多数のサンプルデータを用いて、原本性・匿名化・ネットワークセキュリティの強度に関する調査が行われた。また、実験に参加した健常ボランティアを対象として、本システムの運用の適用性についてもアンケート調査が実施された。

今回のインフォームドコンセント実施以前より、遺伝子解析一般について個人情報の漏洩などの不安を持っていなかった人は 156 名（A群）、インフォームドコンセントを受けてこれからの医療に遺伝子解析が必要であるという考えに変わった人が 58 名（B群）、インフォームドコンセントを受けても内容が理解できなかったなどの理由で考え方が変わらなかった人が 44 名（C群）であった。これら 3 グループにおける、本システムを用いたオーダーメイド医療の実施について、「特に問題がない」、「やや問題がある」とした人の比率は、インフォームドコンセントの理解や受容と密接な関係が認められた。したがって、地域の病院・診療所において、市民が安心して遺伝子解析に基づくオーダーメイド医療を受けるためには、被験者の個人情報保護を担保する匿名化を完備した遺伝子解析システムの整備と、質の高いインフォームドコンセントの実践が不可欠であることが確認された。

#### (5)生活習慣病診療支援システム

電子カルテを用いた診療情報の共有化のみで、医療の平準化は不十分である。そこで、標準化された生活習慣病に関する診療ガイドラインのオンライン化を行い、医療機関格差の解消と EBM の実践が図られることになった。そのために構築された生活習慣病診療支援システムでは、①糖尿病診療は SDM (Staged Diabetes Management : 臨床病期に応じた糖尿病治療)、②高血圧診療では日本高血圧学会が 2000 年に公開した診療ガイドライン、③高脂血症診療では日本動脈硬化学会が 1997 年に公開した高脂血症診療ガイドラインの 3 つを、それぞれオンライン化した。これらを地域電子カルテサーバと連動して運用し、患者たちの診療支援が行われることになった。

平井愛山「地域における電子カルテ情報の共有化」『電子カルテってこんなもの』中山書房 2002 より

わかしおネットワークは、2002 年に千葉県個人情報保護審議会の承認を得て、同年 4 月より正式運用が開始された。同年 5 月には厚生労働省の「地域診療情報連携推進モデル事業」の対象地区（全国 2 ヶ所）に選定され、将来の電子処方箋の実現を睨んだオンライン誤投薬防止システムなど新たなシステム開発と実証実験が行われた。

千葉県では 2000 年 5 月に東金病院で起った透析事故を踏まえて、県立病院における医療事故防止体制の確立を図り、ヒューマンエラーの観点からさまざまな取り組みが行われてきた。しかし、地域の医療連携体制における医療安全確保の取り組みについては、未だ緒についたばかりの段階であり、今後は医薬分業体制下における誤投薬の防止システムの確立をはじめとして、電子カルテネットワークを活用した医療の安全を確保していく必要がある。また、個人情報保護に関しては、一層のセキュリティの確保を図るため、ネットワーク回線のセキュリティーの確保とともに、端末へのログインの場面で IC カードを利用したセキュリティーの導入や認証機能の強化を図ることが不可欠である。

東金病院のような公的医療機関は、地域における医療連携の中核的役割を果たすだけでなく、医療行政の担い手としての責務を担い、地域の緊密なヒューマンネットワークおよび電子カルテ等のデジタル化された医療情報ネットワークの構築の要になる必要がある。

## 6) 山武医療圏の地域循環型医療システム構築における課題

これまで見てきたように、県立東金病院を中心として実施・展開されてきた、病院と診療所・クリニックとの情報・機能連携、および IT を導入した電子カルテ等総合的情報ネットワークである「わかしおネットワーク」の活用による地域医療体制は、地域循環型循環医療システムの実践的モデルとして捉えることができる。

病院と診療所やクリニックとの実質的な機能連携・情報連携を実現させるためには、関わる人たちの深い信頼関係とコミュニケーションの疎通が第一条件となる。しかし、実際には病院内の医療関係者間における情報交換すら、なかなかスムーズに実現できていないことも多く、地域を包括した広い範囲で確固たるヒューマンネットワークを築いていくのは多大な労力と時間を要する作業である。山武医療圏の取り組みは、そうした障壁を乗り越え、多くの人たちが協力して地域医療の新しい仕組みを創りあげていこうとする意欲的な事例として特筆できる。

しかし、山武医療圏内の全ての病院や診療所が、上記の病診連携システムや「わかしおネットワーク」に組み込まれているわけではない。また、IT 導入についての強硬な反対意見も残っており、広域の地域で個人情報を共有する場合にプライバシー問題は避けて通れない。これらの問題を解決していくためには、現実根を下ろし始めた「地域循環型医療システム」を、これから継続・展開させていくべき戦略を立てていく必要がある。

「地域循環型医療システム」は、その提唱者である平井院長の強力なイニシアティブによって今日の段階まで押し進められてきたことは、衆目の一致しているところである。しかし、このシステムを地域に定着・浸透した持続可能なシステムに仕上げていくためには、担い手としての医師の育成が急務であると思われる。臨床医師研修制度が新しく生まれ変わった現在、東金病院の研修医が受けている地域医療研修などを通して、医師たちのキャリアパスにも大きな変革が生じてくる可能性を期待したい。

### <参考文献>

- 平井愛山「電子カルテを中核とした新たな病・診・薬連携ネットワークの構築と展開」  
INNERVISION17
- 平井愛山「電子カルテってこんなものー地域における電子カルテ情報の共有化」2002 中山書店
- 平井愛山「失敗しない地域医療連携」2004 医学芸術社
- 平井愛山・秋山美紀「地域医療を守れー「わかしおネットワーク」からの提案」2008 岩波書店
- 平井愛山「自治体病院の惨状ー崩壊から再生へ」『医学のあゆみ』222 巻 67 号
- 小松秀樹「医療崩壊ー「立ち去り型サボタージュ」とは何か」2006 朝日新聞社
- 小松秀樹「医療の限界」2007 新潮新書
- 伊関友伸「まちの病院がなくなる!?!ー地域医療の崩壊と再生」2006 時事通信社
- 秋山美紀「地域情報化の現場からーわかしお医療ネットワーク」2005.7.26 日経デジタルコア『顔  
の見える信頼関係と電子カルテで地域医療をレベルアップ』
- 千葉県 「千葉県立病院群新医師臨床研修の実施について」2004.5.6
- 千葉県 「『山武地域医療センター構想』委員会資料」2003.10.29
- 厚生労働省「医療提供体制の改革のビジョン」2003.8 月

## Ⅱ 住民による地域還元型医療福祉システムの方向性

2003年7月31日、千葉県をはじめ山武地域の市町村の行政関係者、医療・保健関係者、さらに地域住民が集まって山武地域医療センター構想策定委員会が立ち上がり、その席で山武地域医療センター建設に関する将来構想が発表された。策定委員会は、4名の千葉県会議員、東金市長、成東町長（当時）、山武町長（当時）など9名の自治体首長や、千葉大学医学部教授、保健・医療機関代表者らが委員として参加し、その他に4名の公募委員と、アドバイザー役として高齢者ホームの施設長やNPO法人代表など4名が加わって計31名で組織された。

山武地域医療センター建設に関する将来構想では、地域内の3病院（県立東金病院、国保成東病院、国保大網病院）について相互に連携しながら機能分担を図っていこうとする趣旨が次のように説明された。「県立東金病院は、建設以来34年を経て建物の老朽化が進んでいる。今回、東金病院が建て替えの時期に来ていることを契機に、中央病院として急性期医療機能を東金病院に集約し、成東病院および大網病院は慢性期医療機能を担う連携病院に位置づけて、相互の機能分担を図ることが必要である。このことにより、住民ニーズに応えられる良質で効率的な医療が地域に提供されることになる」

しかし、これまで県立東金病院、国保成東病院、国保大網病院は、山武地域を3分割して各区域で総合病院的な役割を果たしてきた実情があった。住民は、救急・一般外来、入院等について、それぞれの病院を地元中核病院として頼ってきた。それにもかかわらず、今回の構想では、急性期医療を中央病院である東金病院が担い、成東病院と大網病院は維持・回復期医療を担当するという機能分担が打ち出されたため、とくに救急病院が遠ざかってしまう成東地区の住民たちが地域の医療ニーズを無視したものとして大反発した。センター構想発表の後に選出された山武市長をはじめ反対派の主張により、山武地域医療センターにおける地域医療システムの再編構想は、以後3年余り凍結され、再三にわたる検討会や説明会、意見交換を経て、2007年によりやく実現に向けての再スタートが切られることになった。

山武地域における主要3病院の機能分担をはじめとする広域医療サービスシステムの構想は、地域医療の問題を解決するためのグランドデザインとしては適切な提案のように思われる。しかし、地元住民たちの支持が得られなかったという致命的な欠陥について、もっと深く分析してみる必要がある。つまり、例えば今回の反対運動に象徴される「これまでのように地元の病院に診てもらえなくなる」という住民たちの不安は、どこから来るのであろうか。この問題の本質は、住民たちの地域医療に関する基本的理解の不足なのではないかと思われる。

実際、住民たちがいつでも見てもらえる病院として頼ってきた成東病院は、同様の医師不足問題の煽りを受けて2006年4月には常勤の内科医師が0人になるという危機的状態に陥った（2007年までに5人の内科医が勤務する体制が整っている）。成東病院でも大学病院から医師の引き上げがあり、残った勤務医の労働状況が想像以上に過酷となったことが、常勤内科医師の全員退職を引き起こしてしまったのである。しかし、こうした事情を知らない住民は、これまで通り成東病院をクリニックや診療所と同様の手軽さで利用し続け、さらに医師たちの労働環境を悪化させていることに気付かないでいるのである。

平井愛山は、人数が不足している公立病院の勤務医たちの労働環境を、さらに過酷なものにす

るのは、地域住民による誤った受療行動であることが原因の一つであると述べている。つまり、本来は診療所やクリニックによる一次的医療の診断結果から連絡を受けて、より専門的な二次的医療を行うべき役割を担っている地域の中核病院が、現在では「いつでも、誰でも、どんな病気でも、すぐに訪ねて行って診てもらえる」便利な総合病院と見なされている状況がある。平井はこれを「地域中核病院のコンビニ化」と呼んでいる。

こうした実情を踏まえ、住民が地域に必要な医療サービスを求めるとき、医療機関に関する限られた財源やマンパワーを正しく理解した上で、どのような医療サービスの提供が地域にとって最も適切であるのか、また住民の側も受け身だけでなく、自らどのような働きかけができるのかを考えていく必要がある。ここでは、住民も地域医療を支えていく主体の一つとして捉え、住民自身が支えていく地域医療の在り方について見ていきたい。

### 1) 住民が支える地域医療(千葉県東金市の「NPO 地域医療を育てる会」について)

藤本晴枝は、当時在籍していたNPO 東金山武子育て支援センターの代表として、山武地域医療センター構想策定委員会のアドバイザー役で参加し、住民の立場から山武地域医療センターのあるべき役割と機能を考えることになった。自らも子育ての中で、救急時に子どもを看てくれる病院を探して夜間走り回ったという経験を持つ藤本は、山武地域では救急患者を地域外へ搬送する域外搬送率が約3割あり、千葉県内の他の地域をはるかに上回っていることを知って、地域内に十分な医療サービスが提供できない実情に危機感を抱いた。

藤本は、山武地域医療センター構想で主張されている「住民ニーズに応えられる良質で効率的な医療」が、住民自身の意見や要望を反映したものでなければならない、また住民が意見や要望を述べる場合には、自ら地域の医療事情などを関係者や行政から説明を受けて理解する必要があると考えた。そこで、住民をはじめ医療・福祉・行政関係者らが地域医療に関する意見を交わし、住民の声を医療、行政に届け、かつ住民に必要な情報を発信していく活動を行っていく団体「地域医療を育てる会」を、2005年4月に立ち上げたのである。これは、同年11月にNPO法人として認可され現在に至っている。

「NPO地域医療を育てる会」の理事長である藤本による挨拶文には、次のような内容が述べられている。「はじめまして、地域医療を育てる会の藤本と申します。私は、1996年に東京から東金に越してまいりました。当時幼い子どもが夜中に熱を出し、そのたびに旭市や千葉市にある救急病院に子どもを車で連れて行きました。そのころから、『近くに病院があるのに、なぜ診察をしてもらえないのだろう』と思っておりました。病院から医師が減っていることにはつきりと知ったのは、2005年1月に開かれた『山武地域医療センター構想シンポジウム』のときです。そして、そのときの会場から質問をする住民と、それに答える行政・医療関係者とのやり取りが印象に残りました。住民は『～してほしい』『～してくれない』と言い、行政や医療関係者は『理解とご協力をお願いします』を繰り返していました。住民は『～してくれ』と誰かに依存するだけでいいのでしょうか？行政や医療関係者だけが対策を考えなくてはならないのでしょうか？また、住民に『理解とご協力を』と言う専門機関は、はたして必要な情報を住民に伝えているのでしょうか？住民、行政、医療、さらには福祉や保健など様々な立場の人たちが同じ土俵の上で互いに知恵と力を出し合う関係こそが、この地域には必要なのです。そん

な対話をする場を作ろうと、様々なお立場の方々とともに『地域医療を育てる会』を作りました。地域医療を育てる会は2005年4月に会として組織し、11月にNPO法人となりました。今は21名の会員が『対話する地域医療』を育てようと活動しています。今、私たちの住む地域では病院の医師が激減し、他方では山武地域医療センター計画が協議されています。このような状況の中で、私たちはいったい何ができるのか、皆で知恵を出し合い、ともに考えてみませんか？」(<http://www.geocities.jp/haruefjmt/index.html> NPO法人地域医療を育てる会ホームページより)

## 2) 「NPO 地域医療を育てる会」の活動の軌跡

地域に根ざした医療の実現を目指すためには、医療機関を支援していく住民たちのネットワークが不可欠である。2005年4月から発足した「NPO 地域医療を育てる会」は、住民が地域の医療事情を把握し、救急車や医療機関についての正しい利用法を学び、さらには住民の力で地域医療を支える医師を育てていく方法を探っていく活動を行っている。

表 2-1 「NPO 地域医療を育てる会」の活動軌跡

年 月	活 動 内 容
2005年 4月 8日	プレ企画（「地域医療を育てる会」発足に際して）地域懇談会開催
4月 18日	第1回定例会 市民団体「地域医療を育てる会」発足
6月 20日	情報誌 CLOVER（クローバ）第1号発行
11月 28日	千葉県より NPO 法人格認証
12月 5日	NPO 法人登記 「NPO 法人地域医療を育てる会」発足
2006年 3月 25日	地域の医療を考える対話集会「対話が大事」開催
6月 5日	第1回定期総会開催
6月 25日	講演会「障がい児・者と地域医療について」開催
12月 17日	講演会「あなたならどうする？在宅介護・在宅医療 あなたの不安は何でしょう」開催
2007年 4月 30日	県立東金病院にて医師育成サポーターによる第1回レジデント研修開催
5月 14日	第2回レジデント研修開催
6月 18日	第3回レジデント研修開催
7月 13日	医療マネジメント学会にて事例発表
7月 21日	シンポジウム「地域に築く医療福祉システムー市民・専門機関・行政をつないだ協働プログラムを考えるー」開催
7月 27日	日本医学教育学会にて事例発表
8月 1日	千葉商科大学にて特別講義
8月 21日	夢と希望を創る地域医療プロジェクト（夢プロ）開始 第1回講座「地域医療の危機ーその現実と課題」開催
8月 20日	第4回レジデント研修開催
9月 10日	第5回レジデント研修開催



9月16日	夢プロ第2回講座「中核施設を支える医師の育成」開催
10月7日	夢プロ第3回講座「自治体病院改革の現状とこれから」開催
10月9日	埼玉県みさと健和病院 病院祭にて講演
10月15日	第6回レジデント研修開催
10月20日	自治医科大学 GP フォーラムにて事例発表
11月18日	夢プロ第4回講座「医療連携で地域医療を向上させるには？」開催
11月19日	千葉県職員研修会にて講演 第7回レジデント研修開催
11月30日	兵庫県にて「県立柏原病院の小児科を守る会」との交流
12月9日	さんぶ福祉ネット主催「福祉塾」にて講演
12月11日	東金商工会議所議員会館にて講演
12月17日	第8回レジデント研修開催
2008年2月17日	夢プロ第5回講座「予防医療と保健および福祉との連携」開催
2月18日	第9回レジデント研修開催
3月8日	十勝町村立診療施設協議会主催地域医療公開シンポジウム「地域で守ろう町村立病院」にて基調講演
3月16日	夢プロ第6回講座「これから目指す山武の地域医療システムと中核施設」
3月17日	第10回レジデント研修開催

表2-1を見ると、2007年から「NPO 地域医療を育てる会」が開催する講座やシンポジウムが格段に増えていることがわかる。とくに2007年4月から始まったレジデント研修には特色があり、東金病院で研修を受けている研修医（レジデント）が、地域住民の集まる場所に出席して健康や病気予防などに関する講話を行い、住民からの質問に答えるという形式がとられている。もともと、この研修は県立東金病院との共催による「病気予防のための懇話会」として位置づけられ、地域住民のための病気予防や健康増進に必要な啓発活動の一つである。これまでも、東金病院では病気予防のために医師を講師とした巡回市民講座が実施され、地域の住民への情報発信と検診が行われてきた。これは、住民にとって事前の健康チェックとなり、正しい病気予防の知識を得られる機会ともなっていた。しかし、時間の制約があるため、住民が質問をしたり、意見交換をしたりする時間が不十分であった。

そこで、レジデント研修では、指導医同席のもと、若手医師による健康講話が開かれ、その場で住民が質問をしたり、お互いに意見交換をする時間が設定された。さらには、医師の話が理解しやすかったかどうかを住民が評価し、若手医師の患者に対するコミュニケーションスキルを上げるための支援も行われている。1年にわたって実施されてきたレジデント研修では、次のような目的が掲げられている。①医師が、一般住民の医学的知識や理解度を知ることで、自らの診療場面での説明の工夫や、病気予防の啓発活動の推進に役立つ。②一般住民が、医師から正しい病気予防や健康のための情報を得ることで、健康維持・増進に役立つ。③地域の中で病気予防に対する関心を高め、健康管理や病気の早期発見につなげる。④双方向のコミュニケーションをとることで、医師と住民の間に良い関係をつくることできる。

こうした取り組みは、医療に関して素人である一般住民が、医師の育成を手伝うという新しいタイプの研修であり、医師が医学的知識のない人に、医療や病気予防について説明する技能を身につけることができるという特色を持っている。この研修によって育成された医師こそが、これからの地域医療を担う人材として相応しいと思われる。

### 3) 地域住民の在宅医療福祉システムへのニーズ調査

今回、住民が地域医療および在宅介護等に関するサービスについて、どのような不安を抱き、どのような要望を持っているのかを調査した。調査形式は、調査員が説明を加えながら質問項目を提示し、アンケート用紙に本人が記入してもらう方法を採用した。調査対象は、山武医療圏内に生活している住民で、在宅医療および介護の問題に関するシンポジウムや講座に出席した人、および地域内自治会の役員が呼びかけた人たちが中心である。

#### ① 調査の概要

<調査期間> 2007年9月～11月(2ヵ月間)

<調査対象> 山武医療圏(東金市、大網白里町)の在住の住民

<有効調査票数> 269票 (配布調査票273)

<回答者データ>

性別: 男性 125人(46.5%) 女性 144人(53.5%)

年代別: 20代 55人(20.1%) 30代 33人(12.1%) 40代 28人(10.3%)  
50代 46人(16.8%) 60代 65人(23.8%) 70代以上 36人(13.2%)

在宅介護の経験: 過去に経験あり 58人(21.2%)  
現在、介護している 15人(5.5%)  
これから経験する可能性が高い 135人(49.5%)  
これからも経験しないと思う 56人(20.5%)  
その他 5人(3.3%)

在宅介護経験者(126人)と要介護者の関係: 親世代の介護 78人(61.9%)  
配偶者の介護 12人(4.4%)  
その他の介護 36人(28.6%)

要介護者との同・別居(116人)の内訳: 同居 71人(61.2%)  
近居 25人(21.6%)  
別居 20人(17.2%)

介護認定の有無: 介護認定を受けていた 52人(52%)  
介護認定を受けていなかった 48人(48%)

認知症の症状について：症状なし	56人 (52.8%)
軽度の認知症あり	22人 (20.8%)
中重度の認知症あり	28人 (26.4%)

## ② 在宅療養介護に対し住民が感じている心配・不安

2006年12月、厚生労働省は慢性の病気を抱え長期療養が必要な患者のための病床である療養病床について、医療保険が適用される医療型が約23万床、介護保険適用の介護型が約12万床のうち、2011年度末までに介護型を全廃、2012年度末までに医療型を15万床程度に減らす目標を発表した。これについては現在でも、多くの病院を追い出されてしまう患者が「医療難民・介護難民」になるとして、医師会をはじめ医療や介護関係者からの強い反対意見や見直し請求が行われている。しかし、今後はさらに在宅おける療養介護のケースが増えていくことは否めない事実である。在宅での療養介護には、家族をはじめとしたマンパワーが前提とされる。介護保険制度の浸透によって、在宅介護サービスの利用率は高まっているが、とくに家族が引き受けざるを得ない負担については、多くの人たちが心配し、不安を感じていることは明らかである。

図2-1 在宅介護をする際に感じる心配・不安

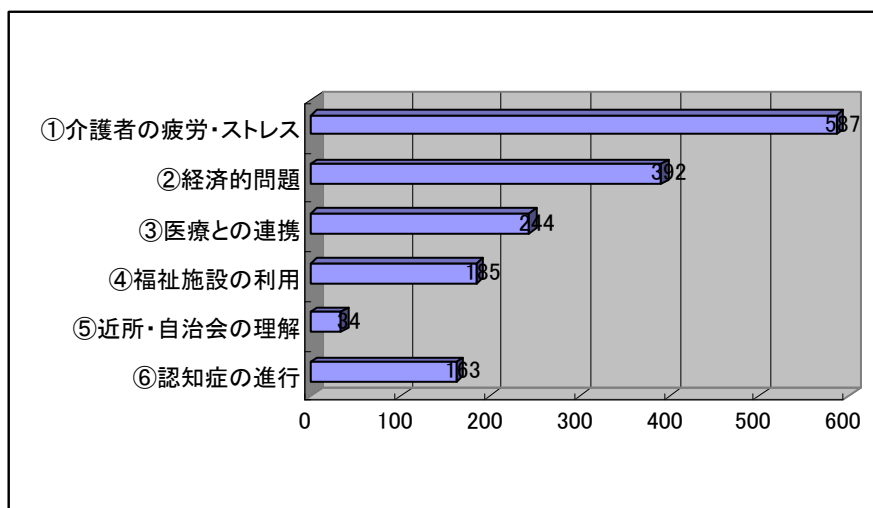


図2-1を見ると、人々が最も心配・不安を感じている点は「介護者の疲労やストレス等が嵩んで大変な苦勞を抱える」ということで、全体の36.6%を占めていた。次に「医療費や介護費等が嵩んで家計が圧迫されるという経済的問題」が24.4%である。介護にとられる時間が増ると仕事を辞めざるを得ない事態を生じることが予想され、収入は減るのに医療費や介護費が高くなり、一層介護者の精神的ストレスを高めるという結果になると考えられる（図2-2、2-3）。これについて、介護経験の有無で調べたのが図2-4である。「介護の経験がなく、これからもない」という人を100として、「過去に介護経験がある」「現在介護中」「これから介護する可能性が高い」人たちは、ともに「介護者の疲労やストレス」に関する不安や心配を強く感じており、とくに「現在介護中」の人は大きいことが分かる。一方で、経済的不安は、まだ介護を経験していない人に強く感じられていることがわかる。

図 2-2 介護者の疲労・ストレスの内容

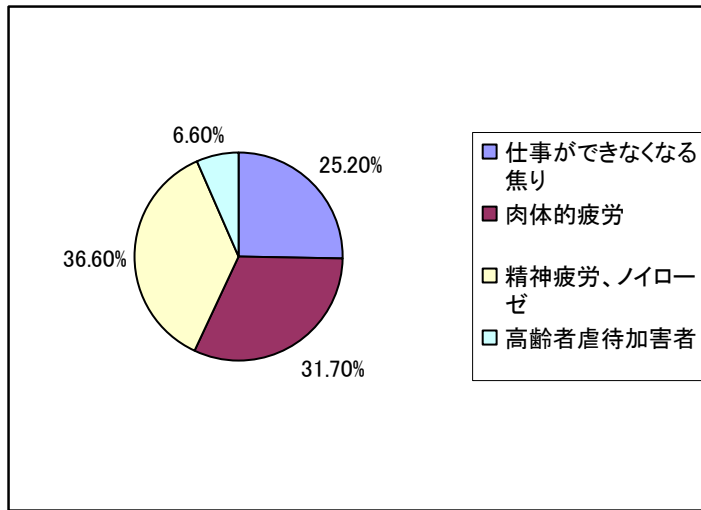


図 2-3 経済的問題

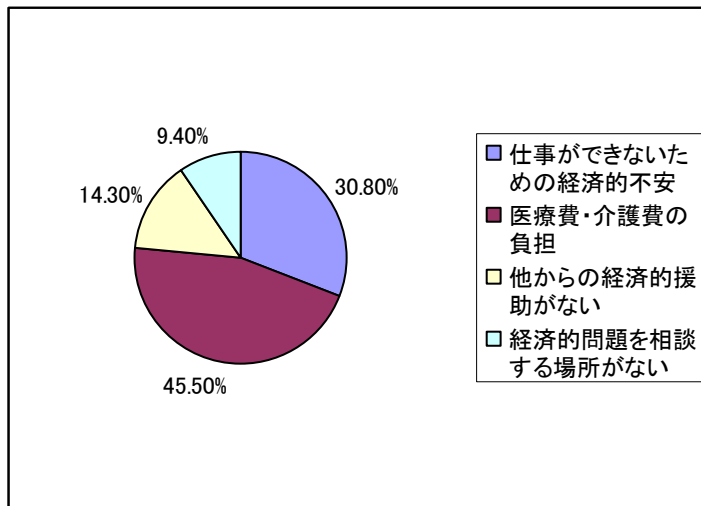


図 2-4 介護経験の有無と「疲労・ストレス」「経済問題」との関係

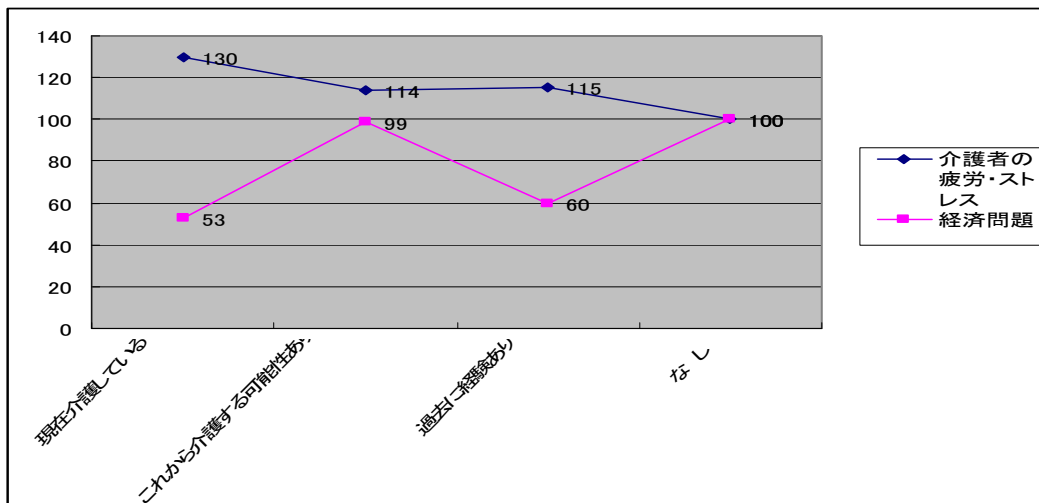


図 2-1 の「介護施設や介護サービス、福祉用具などを思い通りに利用できない」は 12.3%、在宅介護と医療（病院・診療所・訪問看護ステーション等）とのスムーズな連携が難しい」が 9.4%となっている。これらの結果の詳細を見てみると、介護施設への入所が困難なことや病院での長期入院ができないことについて心配・不安があることがわかる。（図 2-5、2-6）

施設の建設抑制や病院の退院促進は、今後も進められていくことが明らかであり、在宅における療養介護のサービス提供体制を早急に整備していく必要があると思われる。

図 2-5 医療との連携について

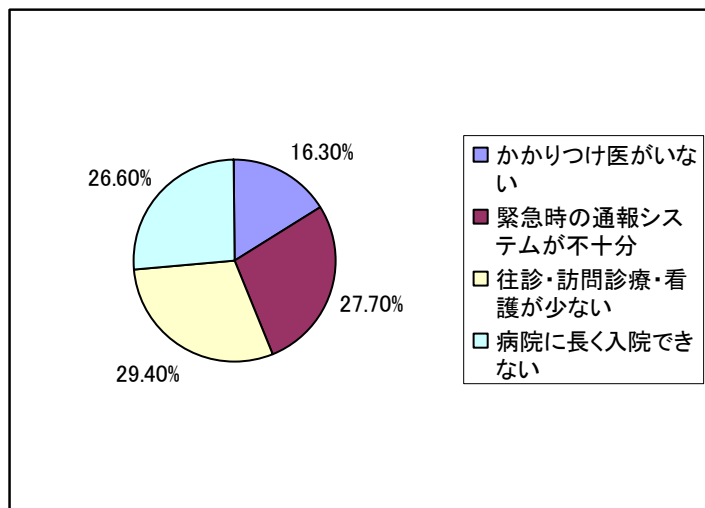
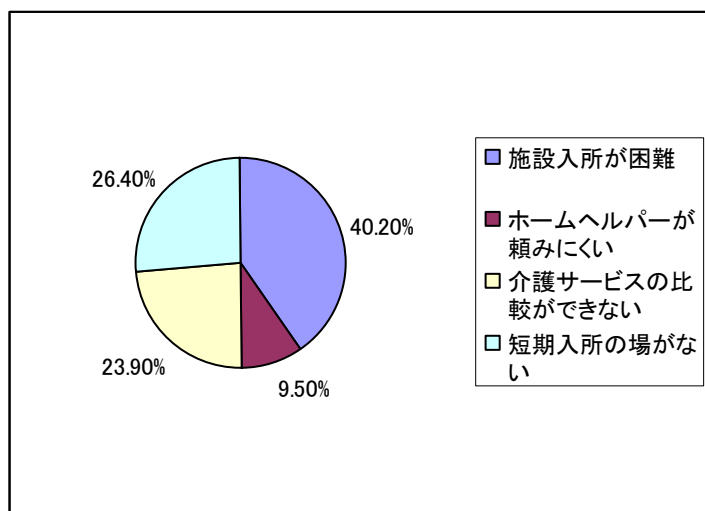


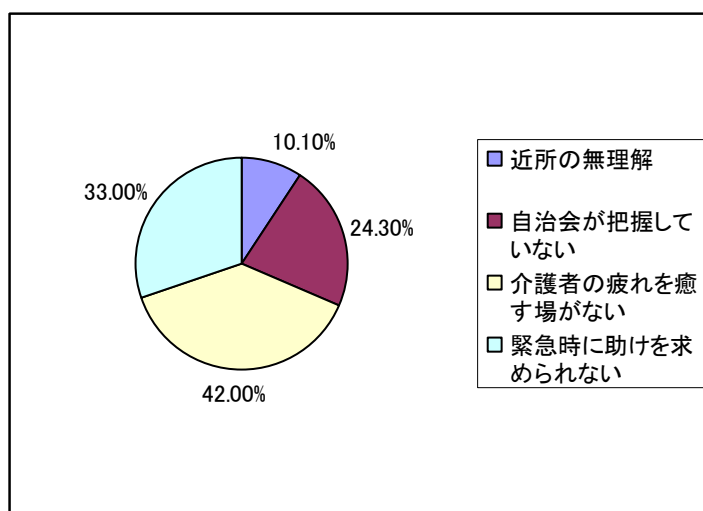
図 2-6 介護サービスの問題



一方、「近所や自治会の人たちの理解が得られない」は 2.2%と低い（図 2-1）。これは「近所や自治会からの理解が得られている」というより、現在の段階では、在宅での療養介護がほとんど家族と医療・介護の専門スタッフによるケアで担われており、近所や自治会へ支援を依頼することがなかったのではないかとと思われる。しかし、「介護者の疲労・ストレス」が最も深

刻な問題となると考えられていることから、今後の継続的な在宅療養介護を考えていく場合に、近隣との密な連絡や自治会ぐるみの支援などが見直されてくるのではないかとと思われる。図 2-7 にあるように、「介護者の疲れを癒す場」がないとする声が全体の 42%を占めている。「緊急時に助けを求められない」という 33%の意見とともに、今後、地域社会が在宅療養介護の受け皿的機能をどの程度果たせるかが鍵になってくるとと思われる。

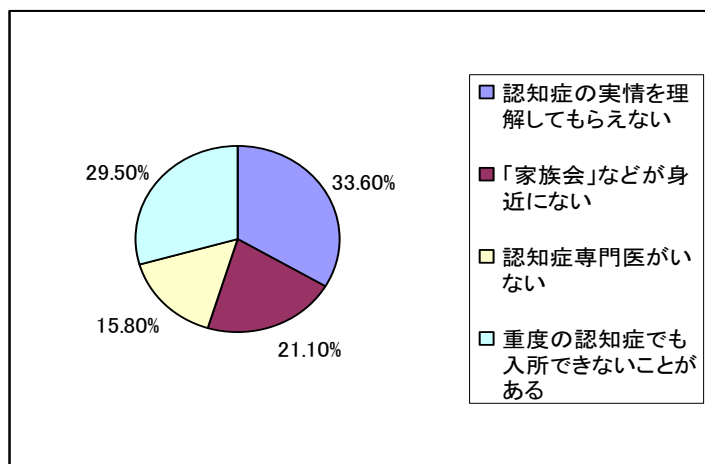
図 2-7 近隣や地域の協力



また、図 2-1 で「要介護者の認知症が進行していく際の対応がわからない」は 10.6%であるが、「重度の認知症であっても身体的な衰えが少ない場合には、施設入所を断られる」「認知症の実情を知らない人たちの無理解」に心配・不安を感じている人が多い。(図 2-8)

認知症高齢者の増加は、これからの在宅療養介護の中でも深刻な問題の一つである。これからの地域医療福祉サービスシステムを確立していくにあたって、施設サービスの一つであるデイサービスやデイケアを組み込んでいながら、認知症高齢者を地域でどのようにケアできるかという対策の内容が、地域の医療福祉レベルを測る指標のひとつになると考えられる。

図 2-8 認知症への対応



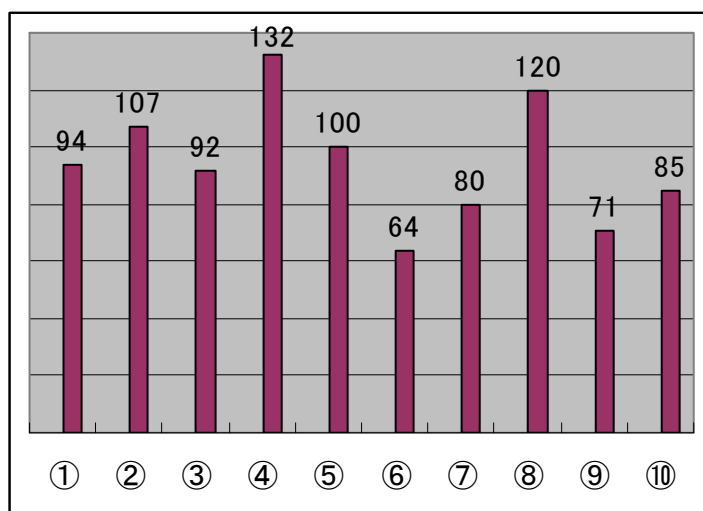
### ③ 地域における在宅医療福祉システムに必要な要素

アンケート調査では、在宅療養介護を中心にして住民が地域の医療福祉サービスに何を求めているかについて聞いている。在宅医療福祉システムに必要な要素として、図2-9の①から⑩に掲げられた内容を取り上げ、必要性の高い項目を複数回答で選択してもらった。また、図2-10は、①から⑩まで内容を図示したものである。

住民が最も強く求めているものは、「④何かあれば早速かかりつけ医が往診してくれたり、定期的に訪問診療してくれる」で132ポイント、次が「⑧長期にわたって待機しなくても施設への入所ができるようになる」120ポイントであった。さらに「②入院したとき、病状だけでなく入院期間や費用、その他心配事等の相談に乗ってくれる」107ポイントと続いている。

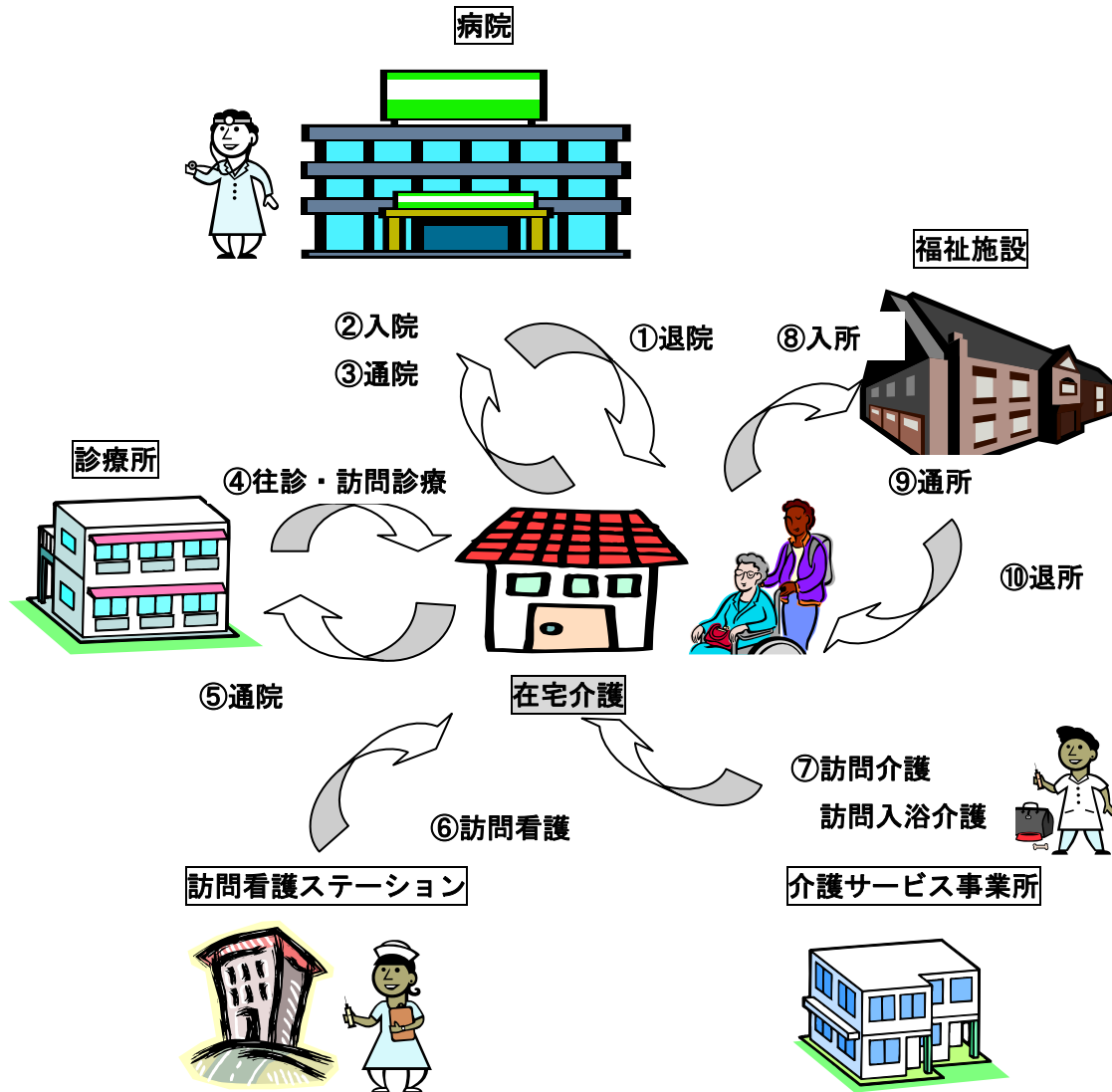
まず、在宅療養介護について、かかりつけ医による往診、訪問診療への希望が高いことがわかった。厚生労働省は、在宅療養患者への支援強化を目的とした在宅療養支援診療所の新設を、2006年度の診療報酬改定の際に発表した。在宅療養支援診療所には、在宅におけるターミナルケアについても加算があり、24時間体制で往診や訪問看護サービスを提供する、今後の在宅療養に不可欠な医療機関として位置づけられている。しかし、現状ではまだ数が少なく、今後、地域の中核病院との連携システムを確立しつつ、診療所の新規開設を促進していく必要がある。

図2-9 在宅医療福祉システムに必要な要素



- ①退院する際、どのように在宅で療養していくかを専門職が解決してくれる
- ②入院したとき、病状だけでなく入院期間や費用、その他心配事等の相談に乗ってくれる
- ③病院に通う場合、待ち時間が短縮され、十分な診療時間が確保される
- ④何かあれば早速かかりつけ医が往診してくれたり、定期的に訪問診療してくれる
- ⑤病気やケガなど全てにわたり相談できる総合医として身近にかかりつけ医が確保できる
- ⑥必要ときに、いつでも訪問看護に来てもらえる
- ⑦必要ときに、いつでも訪問介護や訪問入浴介護に来てもらえる
- ⑧長期にわたって待機しなくても、施設へ入所ができるようになる
- ⑨福祉施設へ通っている場合に、滞在時間の延長や一時的な短期入所が自由に行える
- ⑩リハビリ等を終えて自宅に戻った際、専門職が在宅生活への復帰をサポートしてくれる

図 2-10 地域における医療・福祉の総合サービスについて



また、施設入所に関する長い待機期間の解消を求める声が強いが、これからも大規模な福祉施設の建設は難しく、入所者定員数の拡大も期待できないのが実情である。厚生労働省の方針では、今後は規模の小さいグループホーム（認知症対応型共同生活介護）や小規模多機能型居住介護等による地域密着型サービスを展開していくことに重点が置かれている。2007年4月現在で、グループホームにおけるサービス受給者は143万2000人、小規模多機能型施設は2万9500人であり、今後の増えていく傾向にある。しかし、施設でのサービス受給者数984万4400人と比較すると、人数的には施設入所者が圧倒的に多い(厚生労働省「平成18年度介護給付費実態調査結果の概況：平成18年5月～平成19年4月審査分」より)。

グループホームは少人数の家族的な雰囲気運営され、スタッフと要介護者との関係も密で認知症高齢者ケアに適しているといわれているが、入所できる人数は最大9名、小規模多機能型施設での泊まり可能な人数も5名程度であり、入所人数が限られている。



とくに重度の要介護者の施設入所は切望されているが、現実問題として容易に問題が解消されていくことを望めない。今後は、各地域で在宅における療養介護が可能になる独自のシステムづくりの方法を、知恵の集結によって考案していかなければならない。それは、先に上げたかかりつけ医の確保や訪問診療の普及を含め、「入院したとき、病状だけでなく入院期間や費用、その他心配事等の相談に乗ってくれる」ような専門的スタッフの設置を考えていくことも重要である。現在、多くの中核病院には地域連携室が設置され、そこに医療ソーシャルワーカーという専門職が配置されている場合もあるが、現状は病院内における退院促進およびケアマネジャーへの連絡などの業務内容にとどまっており、在宅療養介護を地域で受け入れていくシステムの創出に寄与する役割を担う立場にはいない。

ここでいう専門的スタッフは、地域医療と地域福祉の二つの領域をまたぎ、これから拡大していく在宅療養介護を中心として、持続可能な地域ケアの総合的サービスシステムを確立させていくオーガナイザーの役割を担うものである。また、退院後やリハビリを終えた後の在宅療養介護生活を、様々な専門職との連携によってサポートしていくコーディネーター役も兼ねている。つまり、地域における病院、診療所、訪問看護ステーションなど医療関係機関・事業所や、福祉施設、居宅サービス事業所、福祉用具貸与・販売事業者など福祉関連施設・事業所、および地域包括支援センター、自治体介護保険課・高齢福祉課・障害福祉課などとの連絡調整を行い、在宅での療養介護生活を総合的に支援していくものである。

この新しい専門職は、地域医療における病院と診療所との連絡をはじめとする医療情報に精通し、患者が適切な医療サービスを受けられるための地域における受け皿をつくる。また、ケアマネジャーとの連携により、居宅介護サービスや訪問看護、福祉用具利用サービスなど介護保険サービスの有効な運用を支えていく。つまり、これまで地域医療と在宅福祉の両領域で求められていた医療と福祉のサービス連携を担う統合的サービスマネジャーであり、さらに在宅療養者の地域生活を保障するための地域ケアサービスシステムを創りだすプロデューサーでもある。これを、新たな地域医療福祉に係る専門職として「地域医療福祉コンダクター (CMCC; Community Medical Care Conductor)」と名付けたいと思う。これについては、最後にもう一度述べることにする。

## <参考文献・他>

NPO法人地域医療を育てる会ホームページ<http://www.geocities.jp/haruefjmt/index.html>

山武地域医療センター基本計画策定委員会「山武地域医療センターの整備・運営についての基本方針」2005年3月

厚生労働省「医療制度改革試案」2003

内閣府 「医療制度改革大綱」2001年11月

京都新聞 『介護のじかん』「療養型病院 廃止方針、戸惑いと不安」2006.4.29

読売新聞 「若手医師育成、住民サポートー千葉県立東金病院」2007.5.1

毎日新聞 「医師確保：研修充実、若手戻る 千葉県立東金病院ー住民も育成支援」2007.5.15

医療ニュース「在宅医療推進で『在宅療養支援診療所』を新設」2006.1.12

厚生労働省「平成18年度介護給付費実態調査結果の概況：平成18年5月～平成19年4月審査分」

### Ⅲ 岩手県宮古市における地域医療福祉システム

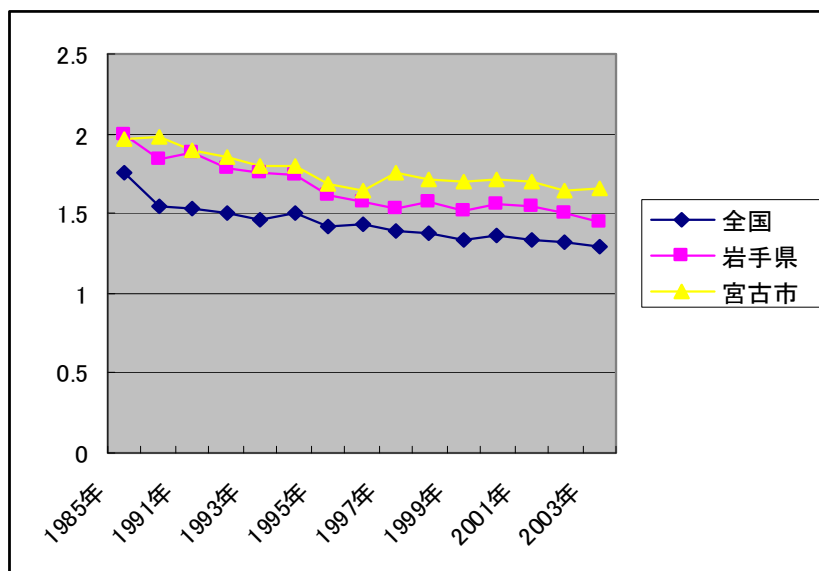
岩手県宮古市は本州最東端の町として知られ、東に太平洋、西に北上山地をのぞむ岩手県沿岸部の中央に位置する人口約6万人の小都市である。三陸漁場を擁し、国内外の大型商船が行き交う国際的漁港があり、風光明媚な陸中海岸国立公園の中心地でもある。

2005年6月に旧宮古市と田老町、新里村が合併して新たに宮古市が誕生した。宮古市は行革先進自治体としても知られ、合併によって旧三市町村の10名の特別職（市長、助役、収入役及び教育長）を3名に減らし、年間報酬額を約9500万円削減した。市議会議員数も21名減の30名となり、年5000万円の削減となった。さらに、一般職員数も合併後15年間で約30%減らす予定が立てられており、その15年間で合計47億3000万円余りの人件費削減効果が見込まれている。

#### 1) 市の基本的政策—「子育て支援」と「産業振興」

1997年の当選以降、再選を経て新宮古市長となった熊坂義裕氏は、新市経営の大きな柱として「子育て支援」と「産業振興」を掲げている。旧宮古市は、2003年に次世代育成支援地域行動計画の先行策定モデル自治体に選定され、さらに2004年には子育て支援総合モデル自治体にも選定されており、子育て支援対策にいち早く取り組んできた。

図3-1 合計特殊出生率（全国、岩手県、宮古市比較）



宮古市『みやこ子育てプラン 21』取組事例集 p1 より

宮古市の2003年度の合計特殊出生率は1.66で、全国平均1.29、岩手県平均1.45と比較しても高いことがわかる。こうした状況を維持・支援していくために、「安心して子育てできる最良の環境を整え、子育てしながらずっと暮らしていくために家族が収入を得る場を増やす」という合意が合併協議会で出来上がり、子育て支援小委員会が設置された。そこでは、新市にお

ける保育料の設定や子育て支援施策の推進について議論が交わされ、小委員会による子育て支援計画は、新市がスタートしてから着実に実行されている。

具体的には、宮古市の保育料が合併直後の7月より岩手県内13市の中で一番安くなった。旧宮古市の平均的減免率が28%であったのに比較して、新市は42%の減免率（旧新里村において実施されていた減免率に合わせる結果となった）とされたからである。保育料引き下げのための財源は、合併で減少した自治体特別職の報酬が充てられた。さらに、保育所の保育料軽減によって市内4つの私立幼稚園が影響を被らないように、2006年度より幼稚園保育料軽減補助が実施されている。これは全国的に見てもあまり例のないことであり、さらに宮古市では、幼稚園就園奨励費補助金を使っても保育所の保育料より高額となる世帯に、市独自の上乘せ補助をしている。

このように積極的な子育て支援策を講じている宮古市では、子育てに関する福祉サービスの充実が、子どもたちへの整備された医療サービス（小児科診療サービス）に裏付けられている。それは、宮古市が策定した子育て支援計画「みやこ子育てプラン」の中に反映されている。例えば、乳幼児医療費無料化や小児科診療の体制整備が言及されている点など、「みやこ子育てプラン」の特色として挙げることができる。つまり、宮古市における子育て支援は、医療と福祉が一体化されたサービスとして住民に提供されているのである。

## 2)「みやこ子育てプラン」—乳幼児医療費無料化、小児科診療体制整備など

旧宮古市の施策を引き継いで、新市でも就学前児童を対象とした乳幼児医療費の無料化が所得制限なしで行われている。これは、出生の時から小学校に入学するまでの乳幼児の医療費について、医療機関で支払った保険診療にかかる一部負担金を全額助成する乳幼児医療費給付事業である。この事業費の2005年度分実績は8400万円となっている。

2007年度現在、宮古市には県立宮古病院と3か所の開業医院に小児科専門医がおり、年間を通して小児科医療に空白日がないように連携がとられている。これまで宮古市では、休日・祝日の一次（初期）救急患者の診療について、（社）宮古医師会の医師2名が輪番制で休日急患診療所に待機することになっていたが、小児科診療は担当医の数が不足していた。しかし、診療所の患者のうち15歳未満の小児の割合が約50%を占めている現状があり、この問題を解消するため1998年6月から第3日曜日は内科診療担当医に小児科医が充てられることになった。その後、土日に診療する小児科医院が開業したことで2002年4月から休日急患診療所の小児科医診療担当日は祝日に変更された。

現在、宮古市の小児科診療は、平日に県立宮古病院および市内小児科医院（3か所）、土曜日は市内小児科医院（午前3か所、午後2か所）、日曜日は特定の小児科医院（1か所）、祝日は休日急患診療所（午前9時～午後9時）が対応することになっており、患者にとって昼の時間帯であれば365日いずれかの医療機関で診察を受けることができる体制が整えられている。なお、夜間の小児救急医療体制の確立については、「宮古保健医療圏・小児救急医療整備体制検討会」によって検討がされている。小児医療に関する事業の2005年度分実績は1844万円である。

さらに、2006年10月より出産一時金の委任払い方式が導入された。これは、国民健康保険に加入している人が出産後に出産一時金を支給される制度に関して、事前に出産費用を用意しな

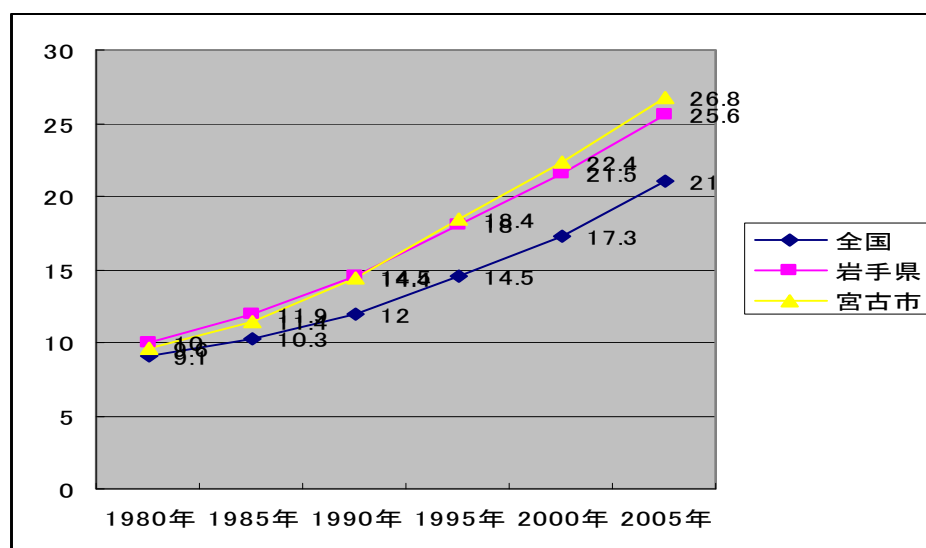
くても一時金を医療機関が受け取り、必要経費を差し引いた残額が家庭に支給されるという方法である。宮古市では出産育児一時金を、国の制度に先駆けて半年前倒しして2006年度4月から35万円の支給が実施されている。この2005年度事業費は2370万円である。また、同じく2006年4月から、県内で初めてとなる既存の保育施設における病後児保育が開始されている。

なお、これらの事業は次世代育成支援地域行動計画「みやこ子育てプラン」策定の過程で、策定委員会やワーキンググループによる議論の結果、重要度の高い事業としてプランの中に体系的に組み込まれたものである。ちなみに、2000年4月より宮古市の審議会や委員会、ワーキンググループには公募市民を入れることが原則とされ、女性委員の比率も2004年4月現在で31.9%であり、これは県内13市で第1位である。

### 3) 高齢者福祉－保健・医療と福祉、介護の包括的サービス

宮古市では、介護保険制度が始まる3か月前の2000年1月に、高齢者が健康を保持し、増進することが重要であるとして「いきいき健康都市」宣言を行っている。それに対応してマンパワーが整備され、高齢者の健康づくりが推進されてきた。

図3-2 高齢率の推移（全国、岩手県、宮古市）



『いきいきシルバーライフプラン2006』、平成17年版高齢社会白書より作成

つまり、介護保険の対象となる前段階の虚弱や閉じこもりがちな高齢者に関して、保健師や看護師が巡回訪問して状況を調べ、約1万5000人を超える高齢者を元気高齢者、要介護高齢者、入院中高齢者といった分類でそれぞれの状態が正確に把握されている。

宮古市における介護保険サービスの基盤整備として、旧宮古市では1997年から敬老祝金や家族介護手当を廃止し、この財源で「サテライト型デイサービス」や「介護用品給付事業」が実施されてきた。介護保険制度の開始前から、かつての現金給付を現物給付へ転換させる取り組みである。また、介護保険制度が始まった際には、配食サービスや移送サービスなどの上乘せ・横出しサービスが実施され、保険サービス内容の充実が図られた。

表 3-1 宮古市の総人口（年齢別）

区 分	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年
0 歳～14 歳	8,088	7,867	7,662
15 歳～64 歳	36,221	35,460	34,701
65 歳以上	16,262	16,568	16,788
総 人 口	60,571	59,895	59,151

宮古市『いきいきシルバーライフプラン 2006』p64 より

宮古市は 2004 年に高齢率が 25.1%となり、人口の 4 分の 1 以上が高齢者という状況に至っている。今後 10 年間は高齢率の上昇が見込まれ、高齢者介護に対する人々の不安が高まってきている。宮古市では「すべての高齢者が生きがいを持って生活できるよう、その支援をする」「介護を必要とする人が、住み慣れた地域の中で必要かつ十分なサービスを受けられる体制を築く」「介護を必要としない人が、将来にわたってその状態を維持できる環境を整えること」といった理念を掲げ、2006 年度から 2008 年度までの 3 年間で第 1 期とした宮古市老人保健福祉計画および介護保険事業計画（いきいきシルバーライフプラン 2006）が策定されている。計画の策定にあたっては介護保険サービス事業者 7 名、一般公募者 7 名、公益代表者 4 名の合計 18 名で構成された宮古市いきいきシルバーライフ推進協議会が組織された。

プランには高齢者を対象とした次の 4 つの柱が掲げられている。

- ① 健康づくり・健康診査や疾病予防に関する保健サービス
- ② 介護予防事業や地域包括支援センターにおける事業など地域支援事業
- ③ 在宅福祉サービスや施設福祉サービス等の高齢者福祉施策
- ④ 生きがいづくりと社会参加、

この中で特色があるのは、各項目における医療サービスとの連携である。健康づくり・疾病予防に関して、生活習慣病の予防や骨粗しょう症の予防、禁煙の推進、認知症予防などは、個人に合わせた個別の相談や助言サービスが提供されている。また、個別の健康課題を念頭に置いた健康づくり事業では、生活習慣病予防、糖尿病予防、高コレステロール予防、高血圧予防、肥満予防といった課題別の健康教室が開催されている。特に、糖尿病に関しては多くの合併症状を引き起こす原因となるため、循環器健診で要指導と判定された人には、健康相談のみならず訪問指導が行われている。

#### 4) 改定介護保険制度におけるサービス利用状況

2006 年 4 月より、予防重視型システムへの転換を柱とした改定介護保険制度が始まり、各市町村に地域包括支援センターの設置が義務付けられた。宮古市は、それまで市直営の基幹型在宅介護支援センターが機能を果たしてきた経緯から、2006 年度に直営の地域包括支援センターを 1 ヶ所立ち上げた。また、地域型在宅介護支援センターは、地域包括支援センターのサブセンターとして総合相談業務等が行われている。

宮古市の介護保険認定者数は、2007 年 12 月現在で 2,858 人（要支援 1：115 人、要支援 2：174 人、要介護 1：576 人、要介護 2：706 人、要介護 3：489 人、要介護 4：421 人、要介護 5：

377人)で、出現率は17.3%になっている。認定者数の推移をみると、2000年の1,578人から翌2001年に1,955人へ急増し、以降、毎年約250人の増加がある。出現率も2000年の11.2%から上昇を続け現在に至っている。

表3-2 宮古市の介護保険被保険者数(年齢別)

<第1号被保険者>

区 分	平成18年	平成19年	平成20年
65歳～69歳	4,469	4,461	4,440
70歳～74歳	4,107	4,138	4,178
75歳～79歳	3,478	3,533	3,537
80歳～84歳	2,358	2,493	2,598
85歳以上	1,850	1,943	2,035
小 計	16,262	16,568	16,788

<第2号被保険者>

区 分	平成18年	平成19年	平成20年
40歳～64歳	20,888	20,454	20,127

合 計	37,150	37,022	36,915
-----	--------	--------	--------

宮古市『いきいきシルバーライフプラン2006』p64より

2007年12月現在の介護保険サービス利用者数は2,238人で、うち在宅サービス利用者が1,782人(79.6%)、施設サービス利用者は456(20.4%)人である。2000年以降、在宅サービスの利用者数は増加の一途であるが、施設サービス利用者数は2002年10月以降やや減少傾向がみられる。

サービス利用率について全国、岩手県と宮古市を比べた場合に、2004年度の介護保険給付実績数では国平均が82.2%、岩手県平均が83.1%であるのに比較して、宮古市は79.1%と下回っている。特に要支援では、国平均が66.3%、県平均が70.8%であるのに対して59.1%と際立っている。

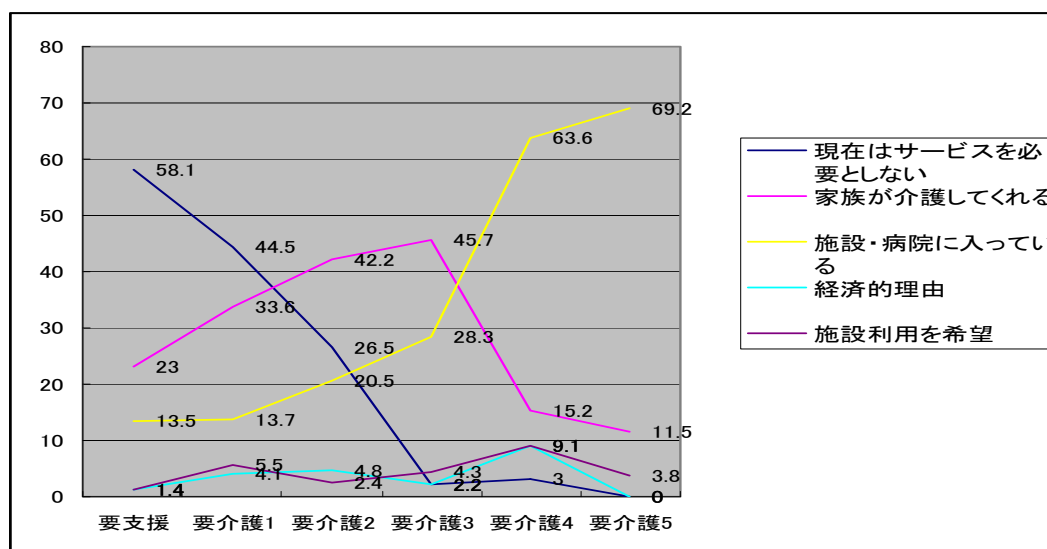
これは、表3-3および図3-3でわかるように、宮古市は老親と同居する世帯が相対的に多いこともあり、高齢者介護については介護サービスを利用せず、家族による介護を選択するという住民の意識や生活状況が影響していると考えられる。

表 3-3 高齢者のいる世帯数の推移

	全世帯	高齢者世帯	高齢者世帯の内訳		
			親族と同居	夫婦のみ	単身
1980	20,822 (100%)	5,295 (25.4%) <100%>	4,344 <82.0%>	561 <10.6%>	383 <7.2%>
1985	21,273 (100%)	6,112 (28.7%) <100%>	4,736 <77.5%>	810 <13.3%>	565 <9.2%>
1990	21,450 (100%)	7,075 (33.0%) <100%>	5,089 <71.9%>	1,137 <16.1%>	847 <12.0%>
1995	21,856 (100%)	8,372 (38.3%) <100%>	5,521 <65.9%>	1,651 <19.7%>	1,192 <14.2%>
2000	22,071 (100%)	8,850 (40.1%) <100%>	5,300 <59.9%>	1,979 <22.4%>	1,571 <17.8%>
2005	21,812 (100%)	10,602 (48.6%) <100%>	6,191 <58.4%>	2,357 <22.2%>	2,054 <19.4%>
2005 岩手県	479,302 (100%)	220,831 (46.1%) <100%>	137,895 <62.4%>	46,525 <21.1%>	36,233 <16.4%>
2005 全国	49,062,530 (100%)	17,204,473 (35.1%) <100%>	8,533,696 <49.6%>	4,779,008 <27.8%>	3,864,778 <22.5%>

国勢調査資料より作成

図 3-3 要介護度別の居宅サービスを利用しない理由



宮古市『いきいきシルバーライフプラン 2006』P37 より

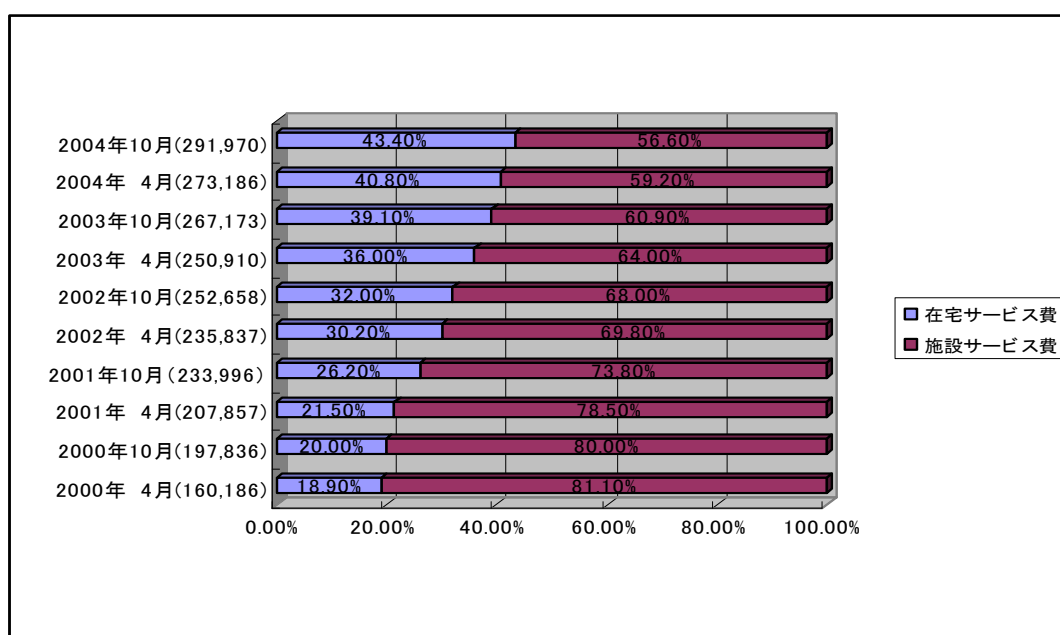
しかし、表 3-4 および図 3-4 を見ても在宅での介護サービスを利用する人が増加していることは明らかであり、今後もその傾向が強まると考えられる。

表 3-4 要支援者・要介護者数

	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年
在宅の要介護者数	2,456(81.1%)	2,558(81.3%)	2,650(81.5%)
介護保険 3 施設 入所者数	510(16.8%)	515(16.4%)	520(16.0%)
居住系サービス 利用者数	64(2.1%)	73(2.3%)	82(2.5%)
合 計	3,030(100%)	3,146(100%)	3,252(100%)
高齢者人口比 (%)	18.6%	19.0%	19.4%

宮古市『いきいきシルバーライフプラン 2006』 p65 より作成

図 3-4 在宅・施設別費用割合の推移 (2000 年 4 月～2004 年 10 月)



宮古市『いきいきシルバーライフプラン 2006』 P30 より ※ ( ) 内は給付総額 (千円)

### 5) 介護保険サービス利用者の介護度に関する調査

宮古市では、2005 年 1 月現在で介護保険サービスを利用している 1,967 人について、2002 年 1 月以降の介護度の改善、維持、悪化の状況を調査している。つまり、市が行っている保健医療と福祉および介護保険の一体的サービスの提供による効果を調べるのが目的である。こうした提供サービスに対する検証および評価は、今後の介護保険施策に不可欠なものであるが、実際には未だ行われていない自治体も多いのが実情であり、宮古市の調査は注目すべきものである。高齢者の健康状態については、飛躍的な状態改善というのはむしろまれであり、現状維持



が可能であれば介護予防等の対応策が功を奏していると評価されるべきである。ただし、健康管理や介護予防に関する情報・対応策が不備であったために介護度の低下を招いていた場合などは、介護度が改善される可能性がある。

表 3-5 要介護度別にみた介護度改善・悪化の実績

開始時	改善時	2005 年度 1 月現在の要介護度							改善 (%)	悪化 (%)
		要支援	要介護 1	2	3	4	5	総計		
要支援	要支援	86	110	19	3	2	5	225	-	61.8
要介護 1	要支援	34	8	2		1		45		
	要介護 1	-	432	111	61	30	20	654	4.9	32.2
要介護 2	要支援	1						1		
	要介護 1		70	15	6	2		93		
	2	-	-	136	78	41	24	279	19.0	40.5
要介護 3	要介護 1		18	3				21		
	2			32	5	2	1	40		
	3	-	-	-	107	66	36	209	19.6	38.9
要介護 4	要介護 1		4	1	2			7		
	2			2				2		
	3				12	13	3	28		
	4	-				116	76	192	9.2	34.5
要介護 5	要介護 1						1	1		
	2									
	3				2	2	1	5		
	4					25	5	30		
	5	-	-	-	-	-	135	135	17.0	-
総計		121	642	321	276	300	307	1,967	10.6	35.5

『いきいきシルバーライフプラン 2006』 p35 より

表 3-5 にある数字で、□に囲まれているものは「改善」、20 のように網かけになっているものは「悪化」、何も無いものは「維持」を表している。「改善」は全部で 208 件あり全体の 10.6% を占めている。とくに要介護 2 だった人が要介護 1 に改善された件数が 70 と際立っているが、その他にも要介護 3 の人が要介護 2 に改善された件数は 32、要介護 5 の人が要介護 4 になった件数は 25 という実績があげられている。

一方で、要支援から要介護 1 に悪化した人は 110、要介護 1 から要介護 2 に悪化した人は 111 と多い。さらに、要介護 2 から 3 になった人は 78、要介護 3 から 4 になった人は 66、要介護 4 から 5 になった人も 76 いる。悪化した人は全体で 699 件、全体の 35.5% を占めている。ただ

し、現状維持という人が1060件あり、これが全体の53.9%となっている。

これらの数値に関する考察は、他の自治体や全国的な平均値と比較すべきものであるが、先述したように現在のところ同様の形式で検証結果を発表している自治体数も少なく、相対的評価は難しいと思われる。ただし、2003年に日医総研は、7,878人を対象として2000年10月と2002年10月の要介護度を比較した調査を公表しており、そこでは要介護度が改善したのが全体の7.8%、維持が35.8%、悪化は29.1%であり、死亡した人が23.2%、その他（認定なし）4.1%という結果であった（日本医師会「JMA PRESS NETWORK」ニュース(2003.7.7)より）。

要介護者の介護度の悪化を防止し、できる限り維持改善を目指していく介護サービスを実現するためには、保健や医療と一体化された介護サービス体制が確立される必要がある。介護保険サービス利用者の介護度の維持・改善が促進されていけば、宮古市が実践している、地域に根差した独自の医療福祉システムが十全に機能している証となるのではないだろうか。つまり、宮古市では、要介護者一人ひとりに対して健康維持・増進を目指す保健サービス、病気治療や看護による医療サービス、そして生活を基盤にした介護および福祉サービスが、一体的、連動的に機能する地域医療福祉システムが形成されつつあると考えられる。

## 6)宮古市の地域医療福祉システム－健康維持・増進、介護予防、介護までの総合的・継続的サービス体制の確立

今後に取り組むべき課題として『いきいきシルバーライフプラン』には、次の4つの項目が挙げられている。

### 1, 総合的な介護予防体制の確立

- ・要介護者数の伸び率が後期高齢者人口の伸び率を上回っているという状況から、要介護者数を増やさないための健康維持・増進、生活習慣病予防といった健康づくりの推進が図られ、介護予防として地域支援事業の実施と介護予防効果の検証を行う。
- ・地域包括支援センターを中心とした包括的支援体制を構築し、健康づくり、介護予防から介護サービスまでの総合的・継続的サービス体制を確立する。

### 2, 自立した暮らしを継続する支援

- ・高齢者単身世帯や高齢者夫婦世帯が増加するなか、高齢者の自立支援に係る制度の周知、相談体制の充実を図る。
- ・高齢者の生きがいづくり、福祉サービスの充実、地域福祉の推進、安全・安心な生活環境づくりなど、住み慣れた地域での暮らしを継続するための支援を行う。ちなみに、宮古市では人命救助の観点から、全国に先駆けて緊急通信指令システムが整備された。これは、消防司令地図情報システムの中に、障害を持つ人や介護保険認定者などのデータがすべて登録されているものである。救急の場合や火災の通報があった時、その家に要介護者がいるかどうか、その人が寝たきりか一人暮らしなのかを事前に把握したうえで、消防車や救急車が出動できるような体制がつけられている。

### 3, 地域に根ざした介護体制の確立

- ・介護度の重度化を防止するために予防給付を実施して効果を検証する。
- ・身近な地域に多機能なサービス（通所、宿泊、訪問を複合的に利用できるサービス）を提

供できる体制づくりを推進し、地域に根ざした介護体制を確立する。

#### 4, 利用者本位のサービス提供

- ・増加する認知症高齢者に対応できるケアの充実や権利擁護の強化など、高齢者の尊厳に配慮したケア体制の確立を図る。
- ・サービス利用者の評価を活用して、サービス事業者への助言・指導、ケアマネジャーの支援など、介護サービスの質の向上を図り、適切な介護認定および介護給付適正化の推進など、利用者本位のサービス提供を行う。

とくに「1, 総合的な介護予防体制の確立」は、宮古市が高齢者施策において地域における保健医療と福祉および介護を包括的に捉えて支援体制を築いていくという方向性が示されているものである。つまり、高齢者が必要とするサービスは、制度上、保健、医療、福祉および介護保険にまたがっていることを明記したうえで、地域包括支援センターを中核とした庁内組織間の情報共有を積極的に行い、利用者に対しては有用な助言や情報提供を進め、各分野のサービス提供機関との調整を図りつつ、質の高いサービスを効率的に創り出していく体制が目指されている。

このように、宮古市における現在の地域医療福祉システムは、市長をはじめとする行政機関の積極的なサービス体制整備の推進と、「宮古市いきいきシルバーライフ推進協議会」に代表される住民参画による計画策定等の協働によって形成されてきたものといえる。

#### <参考文献>

- 宮古市保健福祉部健康課 「平成 18 年度保健事業実績報告書」 2007
- 宮古市・宮古市健康づくり推進協議会 「平成 17 年度市民の健康づくり」 2006
- 熊坂義裕 資料「宮古市の福祉政策について」 2004
- 熊坂義裕 市町村長リレーインタビュー 『森・川・海とひとが共生する安らぎのまち』 宮古市  
河川 2006-8 月号
- ぎょうせい総合研究所 「宮古市要介護度改善に関する調査結果」 2005
- 宮古市生活福祉部地域福祉課 「みやこ子育てプラン 21 取組事例集」 2005 年 3 月
- 宮古市保健福祉部介護保険課 「いきいきシルバーライフプラン 2006」 2006 年 3 月
- 宮古市保健福祉部介護保険課 「宮古市の介護保険 2005 年 3 月末現在」 2005
- 岩手県保健医療部 「平成 17 年度 岩手の老人保健 第 4・5 章」 2006
- 岩手県保健医療部 「健康いわて 21 プラン 2001~2010」 2001
- 岩手県保健医療部 「いわていきいきプラン 2006~2008」 2006

## IV 医療過疎地域における在宅医療福祉システムの構築

本研究では、医療過疎地域とされる千葉県山武地区を対象地とした在宅医療福祉システムの構築について考察し、在宅医療と福祉サービスを統合した地域包括型の在宅医療福祉システムをどのように構築していくかを考察した。山武医療圏で実践されている地域循環型医療サービスのシステム形成が、今後は在宅福祉サービスに拡大して展開するとき、医療と介護の連結部分として在宅療養介護の領域が重要になってくる。この在宅療養介護サービス体制の確立が、本研究の主テーマである在宅医療福祉システムの中核的なテーマになると考えられる。

### 1) 千葉県立東金病院を中心とした地域循環型医療システム構築の取り組み

千葉県立東金病院を拠点として、当該地域内の病院や診療所による地域内クリニカルパス(広域電子カルテによる患者・治療情報の共有)の活用、およびプライマリケア医師向け専門治療マニュアルの定期的研修会については、「わかしお医療ネットワーク」プロジェクトが経済産業省および厚生労働省のモデル事業として導入され、医師配置数が全国平均の半分以下、糖尿病合併症による下肢切断が全国平均の5倍にのぼっていた千葉県山武医療圏で、インスリン療法の患者受け入れ診療所の数が大幅に増加し、病院の専門外来から地域のかかりつけ診療所への専門医療技術の移転が実現された。

これは、深刻な医師不足問題に対応する一つの方法として、広域電子カルテの活用および地域中核病院とかかりつけ医診療所との役割分担・連携システムの構築が有効であること示すものであり、地域循環型医療サービスの具体的な実践事例として取り上げることができる。また、従来の大学病院医局講座を軸にした医師供給システムが機能しなくなりつつある現状に対して、地域の中核病院に専門医教育が可能な医師を確保しながら、総合医としてプライマリケアを担当できる医師の育成に努めるとともに、地域医療の実践的研修を通して「地域で医師を育てていく」新たな人材育成の方法が検討されている。

そのひとつであるレジデント研修では、若手医師による健康講話で医師の話が理解しやすかったかどうかを住民が評価し、若手医師の患者に対するコミュニケーションスキルを上げるという取り組みも行われている。東金病院で実施されてきたレジデント研修では、医師が一般住民の医学的知識や理解度を知ることができ、住民も医師から正しい病気予防や健康のための情報を得ることができるという双方向のコミュニケーションを可能にした。このことが、地域における病気予防に対する関心の高まりや、健康管理、病気の早期発見等の効果につながっていくと考えられる。

今回の調査研究の中で、地域医療を住民の手で支えていくという視点から、NPO 法人「地域医療を育てる会」との共催によるシンポジウムを開催し、住民参画による求められるべき地域医療の在り方、および住民による地域医療の支援方法などを考えるためのディスカッションを通して、地域に根差した医療福祉システムの構築方法を探った。医師、看護師、薬剤師など医療関係者と、市民グループとの共同研修会、シンポジウム等の開催によるディスカッションや広報活動によって、地域医療を医療関係者のみならず住民の主体的参画で支えていく必要性が訴えられ、とくに在宅医療の推進について住民の理解と協力を求めていく活動から、地域住民

の受療行動への自主規制などに影響を与えていくことの重要性が明らかになった。

## 2) 岩手県宮古市において実践されている地域医療福祉システム

今回、東金市と人口が同規模の地方都市である岩手県宮古市を調査し、比較研究を行うための情報収集を行った。宮古市は、自治体が基本的施策のひとつとして医療と福祉の一体化を掲げ、市独自の地域医療福祉システムを積極的に構築している事例である。1997年に当選した宮古市長の熊坂義裕氏は、施策の柱として「子育て支援」と「産業振興」を掲げ、とくに子育て支援については市独自の医療福祉施策を打ち出している点が着目される。例えば、子育てに関する福祉サービスが乳幼児医療費無料化や小児科診療の体制整備と一体化されているところに特徴がある。宮古市は、2004年に国の子育て支援総合モデル自治体に選定されている。

また、宮古市の老人保健福祉計画および介護保険事業計画（いきいきシルバーライフプラン2006）には、総合的な介護予防体制の確立という目標が掲げられ、宮古市が高齢者施策において地域における保健医療と福祉および介護を包括的に捉えて支援体制を築いていくという方向性が示されている。高齢者が必要とするサービスは制度上、保健、医療、福祉および介護保険にまたがっているため、地域包括支援センターを中核とした庁内組織間の情報共有を積極的に行い、利用者に対しては有用な助言や情報提供を進め、各分野のサービス提供機関との調整を図りつつ、質の高いサービスを効率的に創り出していく体制が目指されている。

## 3) 地域医療福祉システムの構築—「在宅療養介護」のサービス体制を確立する

これまで調査してきた山武医療圏における地域循環型医療システムの形成過程から、医療サービスは、展開として在宅介護をはじめとする福祉サービスに連動することが明らかである。そこで、在宅療養（医療）と在宅介護（福祉）が重複する領域である「在宅療養介護」の受け皿となる仕組みを、地域でどのようにつくっていくかという点に着目し、地域における医療（＝療養）と福祉（＝介護）の一体化を目指す地域医療福祉システムの具体的な内容について検討したいと思う。

図4-1 地域循環型医療サービスと地域還元型医療福祉サービス（モデル図）

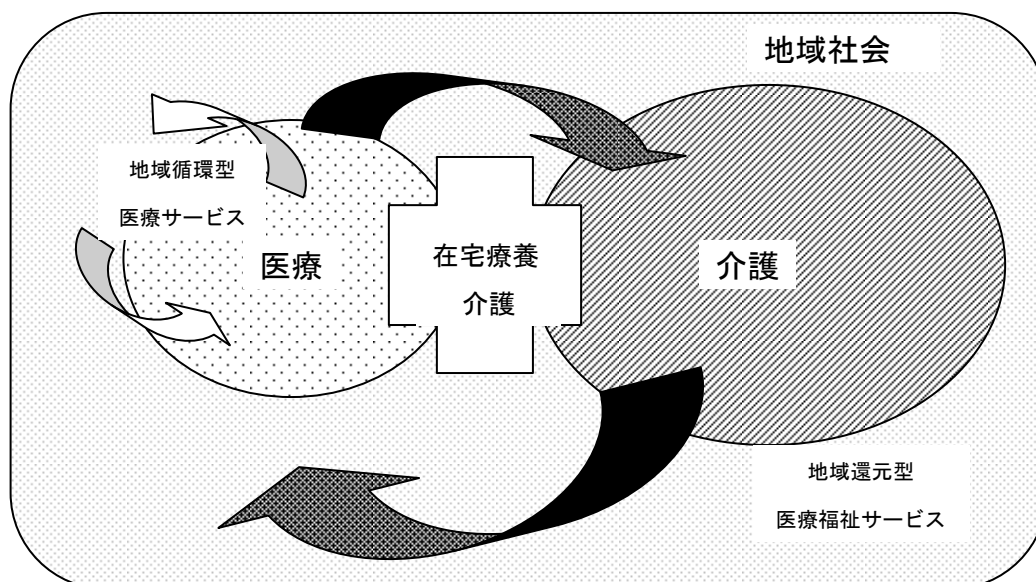


図4-1は、地域医療福祉システムの概念図である。この図では、地域循環型サービスを実践している医療が、在宅療養介護サービス体制の確立を通して介護とつながることが示されている。一方、介護は医療と比較してサービス内容が地域の生活領域により深く関わっており、在宅療養介護サービス体制の確立が、患者やその家族にとって地域生活の継続可能性をより高くするものと考えられる。また、地域で誰もが安心して療養介護生活をおくれるという在宅療養介護サービスの保障は、患者や家族、その他の住民による医療および福祉サービスの利用に関する意識や態度に大きな影響を与えることになる。

つまり、より良い在宅療養介護サービスを提供されるためには、個人的ニーズを超えた地域社会レベルのニーズを把握したうえで、無駄のない適切なサービスを選択すべきであるという判断が優先され、患者の受療行動や要介護者のサービス利用選択などが是正されるという結果が生じてくると考えられる。こうした内容を含む医療福祉サービスは、地域循環型医療サービスを包含した地域還元型医療福祉サービスということができるのではないだろうか。

地域還元型医療福祉サービスシステムは、住民をはじめ医療関係者や介護福祉事業者、行政、その他関連機関・事業所など、多様な主体の参画によって築き上げていくべきものであり、地域における新たな医療福祉システムの構築は、地域医療および地域福祉の再編であると同時に、地域そのものの再生につながっていくものとして捉えておくことが重要である。

#### <参考文献>

- 石田路子 「ピープルズ セキュリティー住民がつくるコミュニティの生活安全保障システム」  
ふくろう出版 2006
- 石田路子 「地域における保健・医療・福祉の連携システム」『介護福祉研究』第13巻第1号  
中四国介護福祉学会 2005
- 石田路子 「介護のしくみ」日本実業出版社 2007
- 石田路子 「地域福祉と保健医療」『地域福祉分析論』井村圭荘・谷川和昭編著 学文社 2005
- 平川毅彦ほか 「グローバリゼーションと医療・福祉」文化書房博文社 2002
- 川本隆史 「ケアの社会倫理学－医療・看護・介護・教育をつなぐ」有斐閣選書 2005
- 田中晴人・熱田一信編著「総合医療福祉論」ミネルヴァ書房 2002
- R. A. ボールダー「マネジドケアとは何か」ミネルヴァ書房 2004

## おわりに

本研究のテーマに掲げてきた在宅医療福祉システムの確立には、地域再生を目指す新たなシステム形成の企画が含まれており、これを実体的に推進するための新しい人材を養成する必要がある。つまり、それは、地域医療と地域福祉をつなぎ、在宅療養介護を中心とした地域ケアの総合的サービスシステムを確立させていくオーガナイザーであり、様々な専門職との連携によって在宅療養介護生活をサポートしていくコーディネーターである。また、医療と福祉のサービス連携を担うサービスマネジャーであり、在宅療養者の地域生活を保障するための地域ケアサービスシステムを創り出すプロデューサーでもある。

この新たな在宅医療福祉サービスを担う専門職について、「地域医療福祉コンダクター (CMCC; Community Medical Care Conductor)」と名付けたいと考えている。「地域医療福祉コンダクター (CMCC)」は、人が生まれてから死に至るまで、その Life (生命・生活・人生) を全うするために必要な医療、保健および福祉の切れ目のないサービスを十全に受けることができるように、「地域」「医療」「福祉」を不可分かつ一体的に提供する役割を担うものとして構想している。そして、将来的に CMCC を養成するプログラムを開発し、当該サービスシステムに資する人材を継続的に確保することによって、地域医療福祉の十全なサービス体制を確立することを目指したいと思う。

CMCC は、地域医療における病院と診療所との連絡をはじめとする医療情報に精通し、患者が適切な医療サービスを受けられるための地域における受け皿をつくるという重要な役割を担っている。またケアマネジャーとの連携により、居宅介護サービスや訪問看護、福祉用具利用サービスなど介護保険サービスの有効な運用を支えていくという役割もある。

また、CMCC は医療分野の医療ソーシャルワーカー (MSW) や、福祉分野のケアマネジャーなど従来の専門職と有機的につながりつつ、在宅療養者が地域において医療福祉サービスを切れ目なく受けて生活していくことができるように統合的なサービス提供を行う。それだけでなく、地域にある様々な資源を掘り起こしながら独自の医療福祉システムを築いていくためのキーパーソンとして、行政や保健機関、さらに地域住民との連携システムを創りあげていく役割を担うものである。

医療・保健・福祉に関するマネジメント能力、コーディネート能力、プロデュース能力を身につけた新しい専門職としての CMCC は、地域の再生にも寄与する、今後の超高齢社会に不可欠な人材であると思われる。とくに医療過疎地域における在宅医療福祉システムの構築を進めていくにあたって、並行して新しい専門職人材の育成プログラムを考案していく必要がある。

※この論文は財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成によるものです。