

医療過疎医療圏における地域医療福祉システムの構築 －千葉県山武医療圏の事例調査から－

石 田 路 子

1．千葉県山武医療圏における医療過疎化の現状

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、地域内の病院、診療所など医療機関や、訪問看護ステーション、福祉施設、在宅介護サービス事業所等との連携が第一前提となる。さらに、医療機関による地域内クリニカルパスの活用、退院後の患者を対象とする在宅療養と介護福祉サービスとの連携へ積極的かつ継続的に関わる専門職スタッフの参画姿勢も不可欠である。しかし一方で、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、このこと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。

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、医療と福祉が統合された地域医療福祉システムを新たに創出していくことで、状況からの脱却を図るチャンスがあるとも考えられる。千葉県山武医療圏は、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の一つでもあり、ここでの新たな地域医療福祉システムの構築に関する研究は、他の医療過疎地域における問題解決の方法に示唆を提供できるものと思われる。

平成16年度に導入された新医師臨床研修制度により、山武地区のみならず全国的に地域医療を担う医師供給システムが激変した。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は、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。多くの若手医師は自らの専門性を磨くため、都市に集中している専門病院での研修を選択するようになり、大学病院に残る医師が不足する事態が発生した。大学病院では、急ぎ地方に派遣していた医師を引き上げざるを得なくなり、その結果、地方にある公立病院で医師の数が激減したのである。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まっている。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。その影響を受けて、山武地区を含む周辺地域で医療過疎化が際だっていく状況が引き起こされている。

2．山武地域医療センター構想の問題点

千葉県山武医療圏では、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、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が発表された。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つの病院を急性期救急医療対応病院と維持回復期および療養期対応病院に機能分化し、相互の連携を進めて地域内のサービスを向上させるという目的を持っていた。しかし、3月に開設許可を受けた山

武地域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が続き、いったんは解決の方向でセンター建設が再決定していたが、2008年2月に計画断念と新聞報道され、問題はさらに難航の様相を呈している。

こうした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であるといえる。つまり、医療圏内の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として大反発が起こったのである。しかし、現状は山武地域の3病院でも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いた。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、2005年には東金病院の指導医が3名、大網病院に指導医が5名在籍するのみに激減した。

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。こうした危機的状態であるにもかかわらず、医療センター構想が途中挫折してしまう結果となったのは、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率的に進んでいる状況で、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という、抜本的な地域医療再編の視点が欠けていたことなどがあげられる。

ここで、改めて地域医療の仕組みを考えると、原点に返って今後の地域社会に求められる地域医療のあるべき形を構想しなければならない。そこには、医療のみならず介護を含む福祉サービスに連動した総合的な医療福祉サービスシステムに関するグランドデザインが必要である。つまり、医療および福祉関係機関・スタッフが複合的に連動・連携し、かつ地域住民がそれを支援していく形での新たな地域医療福祉（＝在宅医療福祉）システムの創出を目指す方向性である。

3．千葉県における保健医療計画

山武医療圏の医療過疎化問題を考える際に、千葉県内の医療サービス格差の現状を知っておく必要がある。千葉県は死亡率、平均在院日数、一人当たり平均医療費などで示される健康水準に関して、全国比較では優位に位置する県とされている。しかし、県内の高齢者人口についてみると、団塊世代が高齢期を迎えるころから急増することが予測されており、平成27年には県人口の4人に一人が高齢者となるなど、高齢人口の増加率は埼玉県について全国第2位となっている。こうした状況を考慮し、県の保健医療に関する施策方針は、健康増進から疾病の予防、診断、治療、リハビリテーションにいたる総合的な保健医療供給体制を確立していくことが目指されている。

表1 千葉県二次医療圏 基準病床数一覧

二次保健医療圏	基準病床数(a)	既存病床数(b)	差(b - a)
千葉	7,163	7,052	- 111
東葛南部	9,244	10,859	1,615
東葛北部	8,991	8,217	- 774
印旛山武	7,305	6,953	- 352
香取海匝	2,913	2,986	73
夷隅長生	1,617	1,996	379
安房	2,030	1,967	- 63
君津	2,366	2,324	- 42
市原	2,020	2,064	44
計	43,649	44,418	769

差(b - a)は病床の過不足を表し、不足分は今後の病床整備が可能となる

既存病床数は平成 18 年 3 月 31 日現在の値

千葉県保健医療計画は昭和 63 年に策定され、以降、平成 3 年、8 年、13 年に全面改訂がされ、平成 18 年に第 4 次の改定が行われている。今回の保健医療計画は、「県民一人ひとりが、健やかに地域で暮らし、心豊かに長寿を全うできる総合的な保健医療福祉システムづくり」を基本理念とし、平成 18 年度から 22 年度までの 5 年間に計画期間としている。千葉県内の保健医療圏は 9 つ(千葉、東葛南部、東葛北部、印旛山武、香取海匝、夷隅長生、安房、君津、市原)の二次保健医療圏に分かれている。県全域で算定される精神・結核・感染症病床以外は、医療圏ごとに圏域内の病床目標である基準病床数(一般・療養)が算定されている。

千葉県の第 4 次保健医療計画における基本的施策は、以下の 4 つの柱に沿ったものが提示されている。

) 質の高い保健医療提供体制の構築

疾病の予防から診断、治療、リハビリテーションに至るまで、県民のニーズに応じた多様なサービスを、地域において一貫して提供する県民本位の保健医療サービスを実現する。

) 健康づくりの推進

個人の健康度の改善や生活の質の向上を目指して、県民一人ひとりが健康づくりに向けた主体的な取り組みを継続的に実施できるための支援を推進する。

) 保健・医療・福祉の連携確保

子どもやその親、高齢者、障害者に対して適切な保健医療サービスを提供するとともに、保健・医療・福祉の各分野における資源が有機的に連携することで、効率的で一貫したサービスを提供できるよう、人材の養成の確保や拠点の整備を進めていく。

) 安全と生活を守る環境づくり

県民の健康と生活環境を守るため、食品や医薬品等の安全・安心の確保、健康を脅かす健康危機事案等への対策を推進する。

さらに、この保健医療計画は、平成 18 年 3 月に策定された千葉県高齢者保健福祉計画をはじめとする県の関連計画との整合を図るものとされている。

4 . 千葉県保健医療計画が目指す保健医療サービス体制

地域における医療福祉システムの構築を構想する場合には、前述の基本施策に関する 4 つの柱のうち、とくに) 質の高い保健医療提供体制の構築、および) 保健・医療・福祉の連携確保が重要になってくるように思われる。それぞれの施策内容について、さらに詳細を見ておきたい。

まず、質の高い保健医療提供体制の構築については、地域医療の機能分化と連携、救急医療体制等の整備、各種疾病対策等の推進、生活習慣病を中心とした千葉県の健康・医療ビジョンという 4 項目が掲げられている。

) 地域医療の機能分化と連携

医療機能の充実・・・プライマリケアの推進、二・三次医療体制の確立、山武地域医療センター構想の推進

地域医療連携の推進・・・地域医療支援病院の整備、地域医療ネットワークの構築、地域連携クリティカルパス作成のための環境整備、自治体病院間の共同事業の取り組み支援

医薬分業体制の充実・・・医薬分業の啓発、医薬品情報等の提供、かかりつけ薬局の啓発

) 救急医療体制等の整備

救急医療体制等の整備・・・初期救急医療体制の推進、二次救急医療体制の充実、三次救急医療体制の整備、救急医療の連携の推進、救急医療情報の提供、救急医療の適正利用についての普及啓発

小児救急医療体制・・・小児救急医療体制の整備・充実、県こども病院の役割の強化、小児救急電話相談事業の実施、小児科医へのバックアップ体制、小児救急に関する情報発信

周産期医療体制・・・周産期医療体制の整備推進

病院前救護体制・・・応急処置に関する知識・技術の普及、救急救命士の養成・確保、メディカルコントロール協議会の活動推進、ドクターカー・ドクターヘリの活用

災害時医療体制・・・災害拠点病院の整備、災害派遣医療チーム(DMAT)の体制整備、地域保健医療救護拠点の整備、医薬品等の備蓄体制の整備、広域災害・救急医療情報システムの整備、航空機災害に対する医療救護体制の整備、医療救護体制の確保と医療救護マニュアルの整備、防災訓練の実施

) 各種疾病対策等の推進

がん対策・・・がんの早期発見、がん診療拠点病院の整備促進、がん専門医の人材育成、がん情報提供ネットワーク構築の推進、がん研究の強化、予後(術後)の回復期ケアの充実、緩和ケアの充実、がん登録事業の充実、総合的ながん対策の推進

心疾患対策・・・健康づくり・体力づくりの推進、老人保健事業の推進、地域保健・職域保健の連携
推進、AEDの啓発普及

脳血管疾患対策・・・健康づくり・体力づくりの推進、老人保健事業の推進、地域保健・職域保健の
連携推進、地域リハビリテーション支援体制の整備

糖尿病対策・・・健康づくり・体力づくりの推進、老人保健事業の推進、地域保健・職域保健の連携
推進、糖尿病に対する地域医療連携体制の構築

結核対策・・・正しい知識の普及啓発、結核の再発と結核菌の多剤耐性化の防止、結核病床の整備

エイズ対策・・・正しい知識の普及啓発、相談体制の充実、検査体制の充実、医療提供体制の整備

感染症対策・・・感染症の発生予防及び蔓延防止対策の推進、感染症医療機関の整備、予防接種
体制の整備と接種率の向上、新たな感染症への対応、情報の収集還元の推進、感
染症法改正への対応

難病対策・・・難病相談・支援センターを中心とした総合的な支援体制の構築、入院及び短期入所
施設の確保、在宅福祉の推進、難病相談事業の充実、治療研究事業の推進

臓器移植対策・・・臓器移植の普及啓発

性差を踏まえた対策・・・女性専用外来の充実、女性の健康支援、男性の健康支援、性差を踏まえ
た総合診療の普及、健康課題に対する基礎データの収集・分析

歯科保健医療対策・・・千葉県口腔保健センターの活用、歯科保健に関する知識の普及啓発、母子
歯科保健医療の充実、学校歯科保健の充実、成人・老人歯科保健医療の充
実、障害者等の歯科保健医療の推進

メンタルヘルス対策・・・こころの健康づくりの推進、精神医療対策の推進、精神科救急医療の強化
充実、社会復帰対策の推進

リハビリテーション対策・・・地域リハビリテーション支援体制の整備、予防的リハビリテーションの推進、
人材の活用・資質の向上、更生医療の円滑な運営と利用者負担の軽減

在宅ケア対策・・・訪問診療の充実、訪問看護の推進と充実、在宅療養ネットワークシステムの構築、
在宅療養を支える専門職の人材育成

) 生活習慣病を中心とした千葉県の健康・医療ビジョン

予防面におけるシステム、医療面におけるシステム、研究面におけるシステム - 健康福祉総合研究所
(仮)構想。

また、保健・医療・福祉の連携に関しては、保健・医療・福祉の連携、人材の養成確保、連携拠点の整備
の3項目が掲げられている。

1, 保健・医療・福祉の連携

母子保健医療福祉対策・・・安心・快適な妊娠・出産・育児のための体制の充実、周産期保健医療
システムの推進、専門的相談体制の整備、地域母子保健体制の充実、
児童虐待の早期発見・早期対応のためのネットワークの整備、虐待を
受けた子どもや虐待をした親への支援

高齢者保健医療福祉対策・・・介護予防事業等の充実強化、認知症高齢者施策の充実強化

障害者保健医療福祉対策・・・地域における相談・支援体制の充実・強化、訪問看護事業所と居宅介護事業所との連携、医療法人の空きベッドを活用したショートステイ事業の推進、医療的ケアが必要な障害者が生活できるグループホームの普及、医療費負担の軽減

2, 人材の養成確保

医師・・・医師確保対策の推進、医師の診療科偏在対策、医師の地域偏在対策

歯科医師・・・歯科医師生涯教育の充実、高齢者等の歯科治療のための研修会の充実、臨床研修施設の整備

薬剤師・・・研修制度の充実、就業の促進、公益活動の実施、6年制の導入に伴う薬学部学生の実習受け入れ体制の整備

看護職員・・・看護師等の養成確保、再就業の促進と離職防止対策、人材確保と看護に関する普及啓発、職種別看護職員の資質の向上、継続教育の支援、研修体制の整備・充実、県立保健医療大学(仮称)の開設

栄養士・・・管理栄養士・栄養士の市町村への配置推進、管理栄養士・栄養士の資質向上

その他の保健医療従事者・・・人材の確保及び資質の向上

3, 連携拠点の整備

健康福祉センター・・・広域・専門・技術的業務の推進、専門的人材の確保と資質の向上、健康危機管理の拠点整備、生活習慣病対策の推進、地域福祉の推進

市町村保健センター・・・市町村保健センターの整備

衛生研究所・・・健康福祉総合研究所(仮称)構想の推進、健康福祉リソースセンター事業の強化、健康危機対策機能の強化、地域保健関係者等に対する研修の充実

これらから、千葉県保健医療計画が目指す保健医療サービス体制の全体像が浮かび上がってくる。しかし、千葉県は平成27年までの高齢率急上昇を見据え、こうした保健医療サービスが、とくに在宅において介護福祉サービス等に連動し、退院患者の日常生活の自立的支援を保障していくという一体的な地域医療福祉サービスを想定していくことが不可欠である。そのためにも、今後はさらに高齢者保健福祉計画、障害者福祉計画、地域福祉計画等との綿密な擦り合わせが必要である。

5. 千葉県の保健医療環境の現状

1) 千葉県の人口構造及び人口動態

平成17年の国勢調査によれば、千葉県の人口は6,056,159人(男性3,029,018人、女性3,027,141人)で、全国第6位の人口規模である。人口増加率は前年調査時の平成12年より2.2%増となっており、全国増加率0.7%を1.5ポイント上回って全国第6位の増加率となっている。人口密度も1平方km当たり1,174人で、全国の人口密度343人を大きく上回って全国第6位である。

県人口を年齢階級別に年少人口、生産年齢人口、老年人口の3区分で見ると、平成12年にそれぞれ14.2%、71.6%、14.1%であったものが、平成16年には13.6%、69.6%、16.8%と変化しており、平成16年には年少人口を老年人口が上回るようになっている。また、生産年齢人口は72.9%を占めていた平成7年から減少し始めて現在に至っている。しかし、高齢率は全国平均が20%を超えるときに、千葉県ではまだ16.8%にとどまっている。

千葉県の平成16年度の出生数は52,983人で、平成15年の52,789人より194人増加している。しかし、合計特殊出生率は平成16年で1.22であり、全国の1.29に対し0.07ポイント低く、全国第40位となっている。一方、平成16年の死亡数は41,641人で平成15年より1,062人増加している。人口1000人に対する死亡率は7.0で、全国平均の8.2に対して1.2ポイント低く、全国44位となっている。また、死因順位は全国と同じく第1位悪性新生物(死亡総数に占める割合32.2%)、第2位心疾患(同16.5%)、第3位脳血管疾患(同12.5%)であり、これらで死亡総数の61.2%(全国59.1%)を占めている。さらに、人口10万人に対する死亡者数(死亡率)を上位3死因について見てみると、悪性新生物は224.5(全国253.9)、心疾患115.3(全国126.5)、脳血管疾患87.3(全国102.3)であり、いずれも全国平均より低くなっている。

2) 千葉県の医療資源

表2は、医療資源(施設及び人材等)の数について全国平均と比較したものである。これを見ると、千葉県の医療資源量は、歯科診療所および歯科医師、薬剤師の数を除いて全国平均からはるかに低い水準にあることがわかる。さらに、医療資源の絶対量の不足に関しては、千葉県内でも地域格差が拡大しつつあり、地域によって医療機関の数や病床数に差が生じている。この状況は、県内の二次医療圏ごとの数値を比較するとわかりやすい。

表3は、県内の保健医療圏ごとに人口10万人に対する数値について、全国平均値を1.000とした場合に算出される数値で比較一覧したものである。病院数、病床数、救急告示病院数、集中治療管理室(ICU)病床数、新生児集中治療管理室(NICU)病床数を取り上げて比較してみると、安房医療圏が全国平均と比べて医療資源が優れて確保されている地域であることがわかる。これは、鴨川市にある亀田総合病院が担っている部分も大きいと思われるが、千葉県全体を見渡した場合は、ICU病床数は約90%弱、病院数や病床数、救急告示病院数、NICU病床数は全国平均の約70%にとどまっており、これからも千葉県の医療資源の不足状況がわかる。

表2 医療資源に関する千葉県と全国平均との比較

医療資源	実数	人口10万人に対する数値		全国順位
		千葉県	全国	
病院	291	4.8	7.1	45位
療養・一般病床		703.5	988.1	45位
療養病床		163.6	273.7	42位
一般病床		539.9	714.4	46位
精神病床		221.0	278.0	40位
一般診療所	3,626	60.0	75.3	43位
診療所病床		75.5	141.8	39位
歯科診療所	3,033	50.2	52.1	12位
薬局	2,050	34.0	39.1	38位
介護老人保健施設	109	10.7	12.6	40位
入所定員数	10,634	1047.7	1135.7	38位
介護老人福祉施設	178	17.5	21.3	43位
入所定員数	12,176	1199.6	1462.2	44位
介護療養型医療施設	83	8.2	14.9	38位
病床数	3,662	360.8	558.5	38位
訪問看護ステーション	175	17.9	20.9	37位
医師	9,179	152.0	206.1	45位
歯科医師	4,489	74.3	74.6	10位
薬剤師	10,657	176.5	189.0	18位
保健師	1,513	25.1	30.7	41位
助産師	965	16.0	19.8	42位
看護師	24,842	411.4	595.4	46位
准看護師	11,907	197.2	302.3	44位

(厚生省)平成16年医療施設調査、平成16年介護サービス施設・事業所調査、
平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査、平成16年衛生行政報告例より

表3 保健医療圏別の人口10万対病院数、病床数に関する全国平均との割合

	千葉	東葛南 部	東葛北 部	印旛山 武	香取海 匠	夷隅長 生	安房	君津	市原	県計
病院 数	0.736	0.546	0.609	0.530	0.992	0.973	1.560	0.904	0.700	0.680
病床 数	0.843	0.617	0.643	0.653	0.914	0.747	1.449	0.726	0.723	0.716
救急 告示 病院	0.720	0.500	0.697	0.548	1.017	1.100	1.665	0.919	0.853	0.704
ICU	1.548	0.277	0.786	0.623	0.138	0.501	2.039	1.662	2.989	0.873
NICU	1.396	0.301	0.563	0.416	1.016		5.406	1.109		0.722

表の数値は全国平均値を1.000とした場合の値 平成15年医療施設調査から算出

3) 千葉県の二次保健医療圏

二次保健医療圏は、医療法第30条の3第2項第1号の規定に基づく区域で、特殊な医療を除く病院病床の整備を図るべき地域的単位として設定されるものである。二次保健医療圏において、医療機関相互の機能分担に基づく連携から、包括的な保健医療サービスが提供されなければならない。二次保健医療圏域内で、住民は短時間に適正な保健医療サービスを受けることが可能になっているという想定である。

二次保健医療の設定は、地理的条件や自然的条件、日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮しながら、一体の区域として入院に係る医療提供体制が整っていると認められるものを単位としている。また、患者の受療状況、基幹的機能を果たすことができる医療機関の有無、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等、県の行政機関の管轄区域、学区等の既存の圏域との整合性などが総合的に考慮される。千葉県では、平成16年9月に現在の9つの二次保健医療圏が設定されている。

表4は千葉県の二次保健医療圏について、人口、面積及び構成市町村を一覧したものである。千葉県は現在人口の伸び率が全国平均の3倍強であるが、とくに千葉保健医療圏や東葛南部保健医療圏の人口は、県平均を上回る伸び率となっている。一方で、安房保健医療圏、香取海匠保健医療圏、君津保健医療圏では人口が減少しており、県内における人口分布にも格差が生じていることがわかる。

このことから、先の表3で千葉保健医療圏や東葛南部保健医療圏において病院数や病床数が不足しているのは、増加している人口に対して医療資源の量的増加が追いついていないことが反映していると考えられる。これに対して、印旛山武保健医療圏の病院数が全国平均に対する割合0.530、病床数0.653であるという数値には、この地域の絶対的な医療資源不足が如実に表われているということが読み取れ、千葉保健医療圏や東葛南部保健医療圏における医療資源不足とは性格が異なっている点を押さえておきたい。

表4 千葉県内の二次医療圏(人口及び面積比較)

保健医療圏	平成 12 年度人口	平成 17 年度人口	人口伸び率	面積 (平方 km)	構成市町村
千葉	887,164	924,353	4.19%	272.08	千葉市
東葛南部	1,557,157	1,633,827	4.92%	253.84	市川市、船橋市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市
東葛北部	1,268,076	1,288,600	1.62%	358.24	松戸市、野田市、柏市、流山市、我孫子市
印旛山武	891,369	907,768	1.84%	1,119.48	成田市、佐倉市、東金市、四街道市、八街市、印西市、白井市、富里町、山武市、大網白里町、九十九里町、芝山町、横芝光
香取海匝	325,156	314,908	- 3.15%	716.56	銚子市、旭市、香取市、匝瑳市、多古町、東庄
夷隅長生	246,129	242,481	- 1.48%	733.45	茂原市、勝浦市、いすみ市、大多喜町、御宿町、白子町、長生村
安房	146,740	141,525	- 3.55%	576.89	館山市、鴨川市、南房総市、鋸南町
君津	326,276	322,456	- 1.17%	757.81	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市
市原	278,218	280,241	0.73%	368.20	市原市
県合計	5,926,285	6,056,159	2.19%	5,156.51	36市17町3村
全国	126,925,843	127,756,815	0.65%		

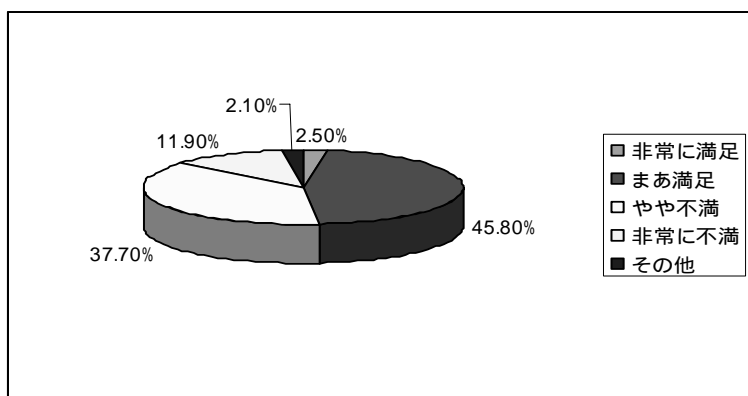
国勢調査(総務省)、平成 17 年度千葉県人口調査、平成 16 年全国市町村別面積調(国土地理院)より

4) 千葉県民の医療への満足度

人口に比べて全国平均をはるかに下回る医療資源の絶対量の少なさは、県民の医療サービスに対する不安や不満を生じさせる原因となる。千葉県が平成 17 年 8 月に実施した県政に関する世論調査では、要望事項として「医療サービス体制を整備する」を選んだ人の割合が 17.6%であった。これは、「高齢者の福祉を充実する」(21.5%)、「災害から県民を守る」(21.0%)に次いで第 3 位に掲げられている。

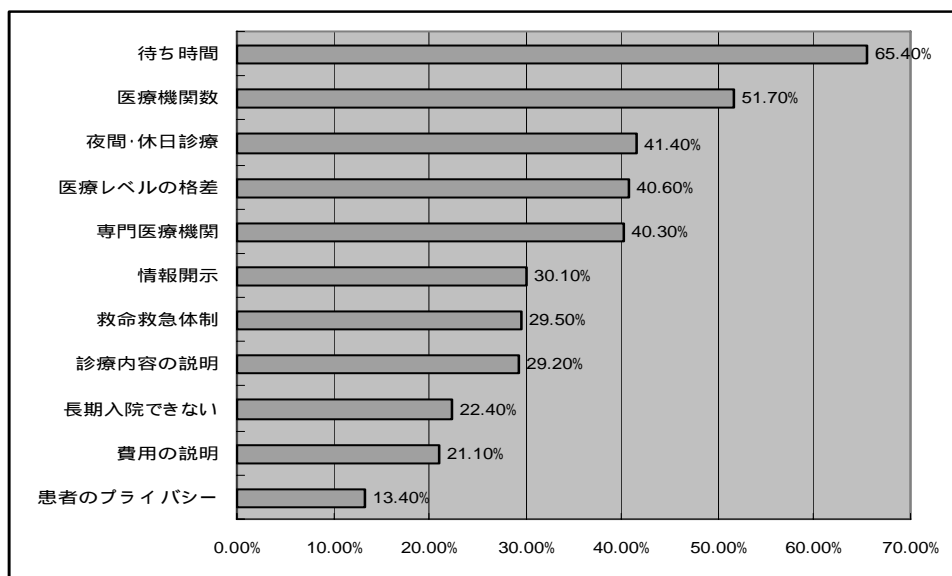
また千葉県は、平成 18 年 2 月に「医療に関する千葉県民意識調査」を実施している。この調査は、20 歳以上の男女 2,700 人を対象に行われたもので、回収率 49.6%となっている。この調査によれば、医療の現状について「非常に満足している」「まあ満足している」の合計は48.3%、「非常に不満である」「やや不満である」の合計が 49.7%と、ほぼ全体を二分する結果となっている。このうち、とくに県民の不満として上がっている内容は、「待ち時間が長い」が 65.4%と最も多く、次いで「医療機関数が不十分」51.7%、「夜間・休日診療体制が不十分」41.4%、「医療機関の間でレベルの差が大きい」40.6%、「各疾患に対応した専門の医療機関が不十分」40.3%となっている。やはり、医療資源の絶対量の不足を案じている県民が少なからず居ることがわかる。

図 1 医療の現状に関する満足度



医療に関する千葉県民意識調査(平成 18 年)

図 2 医療の現状に対する不満の内容



医療に関する千葉県民意識調査(平成 18 年)

さらに、今後充実してほしい医療分野については、「がん専門医療」が 37.1%と最も高くなっている。次いで、「救命救急医療」30.5%、「糖尿病、高血圧症などの慢性疾患医療」が 29.6%、「長期療養者のための入院医療」24.4%、「小児医療」24.2%と続いている。がん専門医療に関しては、千葉市中央区にある千葉県がんセンターが中心的な役割を果たしている。また、救急医療体制は、救急患者が症状の程度に応じて適切な医療が受けられるように、初期救急医療、二次救急医療、三次救急医療に分かれた体系的なシステムによって対応している。

5) 救急医療体制の現状

初期診療を行い、手術や入院治療が必要な救急患者を第二次救急医療施設に転送する役割を担うのが初期救急医療である。千葉県の初期救急医療は、市町村等が地区医師会の協力を得て在宅当番医制や、夜間・休日診療所などがある。また、入院や手術を必要とする救急患者に対処するための後方医療施設である二次救急医療は、病院等のグループによる病院群輪番制や、県内に 8 箇所設置されている千葉県独自の救急基幹センターが対応するようになっている。心筋梗塞、脳卒中、頭部損傷等の重篤救急患者の救命救急を受け持つ三次救急医療は、24 時間応需体制がとられている 9 箇所の救命救急センターが担っている。

さらに、その中で広範囲熱傷、指肢切断等の特殊疾病患者に対する救命医療を行うことができる高度救命救急センターとして、千葉市にある千葉県救急医療センターが認定されている。また、平成 13 年 10 月から日本医科大学千葉北総病院にドクターヘリが配備され、重篤患者の救命率向上や後遺症の軽減を図るために、医療行為を行いながら長距離を短時間で搬送することが可能になっている。ドクターヘリは、平成 14 年度の出動件数が 461 件であったが、平成 16 年度には 669 件になっている。

表 5 千葉県内の救急センター一覧

救急基幹センター(第二次)	救命救急センター(第三次)	高度救命救急
浦安市川市民病院(東葛南部)	旭中央病院(香取海匠)	千葉県救急医療センター(千葉)
川鉄千葉病院(千葉)	君津中央病院(君津)	
慈恵会柏病院(東葛北部)	亀田総合病院(安房)	
帝京市原病院(市原)	松戸市立病院(東葛北部)	
公立長生病院(夷隅長生)	成田赤十字病院(印旛山武)	
県立佐原病院(香取海匠)	船橋市立医療センター(東葛南部)	
県立東金病院(印旛山武)	日本医科大千葉北総病院(印旛山武)	
県循環器センター(市原)	順天堂浦安病院(東葛南部)	

平成 16 年の救急隊による救急患者搬送の人員数は 229,843 人であったが、その内で重症患者は約 10%、中等症患者は約 40%、入院を必要としない軽症患者は約 50%を占めるという報告がある。これは、軽症の患者であっても二次や三次の救急医療機関を受診する患者が多いことを表しており、こうした傾向は本来の救急診療に支障をきたす結果につながることになる。限られた救急医療資源を有効に活用するためにも、救急医療体制の体系的仕組みや適正な利用方法について、住民への普及啓発を徹底していくことが必要である。

表6 救命救急に関する施策の評価指標

指標名	現状(平成17年度)	目標(平成22年度)
救命救急センター設置数	9箇所(7医療圏)	10箇所(8医療圏)
初期救急医療体制の整備	1市3町で未整備	未整備地域の解消
二次救急医療体制の整備	2市1町で未整備	未整備地域の解消

また、小児救急医療は一般の救急医療とは異なり、小児患者が自分の症状を伝えられない場合が多く、保護者の疾病に関する知識不足などから初期の軽症患者が重篤患者に混じって救急病院に集中する傾向があり、小児救急病院の負担を大きくしている。平成16年末現在で、千葉県内の小児医療従事医師数は524人であり、人口10万人に対して8.7人と全国平均の11.5人をはるかに下回っている。また、県全体の小児科医師数が不足しているだけでなく、地域による小児科医の偏在があり、小児科について診療報酬の改善要望や小児科以外の医師の活用などのバックアップが必要とされている。

千葉県では、二次小児救急医療について病院群による輪番制(6地区)や3箇所の小児救急医療拠点病院(旭中央病院、君津中央病院、亀田総合病院)が対応しており、三次小児救急医療は、千葉県救急医療センターを除く8箇所の救命救急センターや千葉県子ども病院が担っている。

先の報告で、救急搬送された患者のうち小児患者は全体の12.9%を占めるが、その内の軽症患者は74.6%にもものぼっている。こうした問題状況を解決していくために、初期の小児救急については在宅当番制や夜間・休日急病診療所の整備を図り、それとともに小児を抱える親たちへの小児医療及び小児救急に関する啓発を進めていく必要がある。

6. 印旛山武保健医療圏について - 山武地区における医療過疎化への対策

1) 印旛山武保健医療圏の特色

表7-1 印旛山武保健医療圏における医療資源(医療機関)

	医療機関等数			
	病院 (人口10万人対)	一般診療所 (人口10万人対)	歯科診療所 (人口10万人対)	薬局 (人口10万人対)
圏域	34 (3.8)	502 (55.5)	413 (45.6)	313 (34.5)
全県	289 (4.8)	3,679 (60.9)	3,060 (50.6)	2,065 (34.1)

平成17年千葉県病院名簿 平成17年千葉県統計年鑑

印旛山武保健医療圏は、9つある千葉県内の保健医療圏の中で一番広域の面積をもっている。この保健医療圏は、成田市、佐倉市、四街道市、八街市、富里市、八街市、印西市、白井市、栄町、酒々井町、印旛村の8市2町1村からなる印旛地区と、東金市、山武市、大網白里町、九十九里町、芝山町、横芝光町の2市4町からなる山武地区の2つの異なる地区から構成されている。もともと、この2地区は地域性や文化的背景

などの性格も異にしており、山武地区に暮らす住民の一般的な感覚は、文化的交流や、交通をはじめとする日常生活の行動範囲などから、むしろ隣接する夷隅長生保健医療圏との関係のほうがより密接であるといわれている。

表 7 - 2 印旛山武保健医療圏における医療資源（病床）

	病 床 数			
	一般病床 (人口 10 万人対)	療養病床 (人口 10 万人対)	精神病床 (人口 10 万人対)	結核病床 (人口 10 万人対)
圏 域	4,170 (460.8)	1,702 (188.1)	1,844 (203.8)	59 (6.5)
全 県	32,182 (532.5)	10,742 (177.7)	13,336 (220.7)	381 (6.3)

平成 17 年千葉県病院名簿 医療整備課調べ

表 7 - 3 印旛山武保健医療圏における医療資源（医療従事者）

	医 療 従 事 者 等 数						
	医 師	歯科医師	薬 剤 師	保 健 師	助 産 師	看 護 師	准看護師
	人 口 10 万人対	人 口 10 万人対	人 口 10 万人対	人 口 10 万人対	人 口 10 万人対	人 口 10 万人対	人 口 10 万人対
圏 域	1,195 (131.9)	520 (57.4)	1,427 (157.5)	250 (27.3)	121 (13.2)	3,508 (383.7)	1,674 (183.1)
全 県	9,179 (152.0)	4,489 (74.3)	10,657 (176.5)	1,513 (25.1)	965 (16.0)	24,842 (411.4)	11,907 (197.2)

平成 16 年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)、平成 16 年衛生行政報告例(厚生労働省)から作成

千葉県内でも病院をはじめ医療機関について最も医療資源の乏しい地区のひとつである山武地区を、印旛地区と組み合わせて保健医療圏とすることによって、表面的には二次保健医療圏間における格差は軽減されることになる。しかし、実質的な地域住民の生活においては、山武地区の乏しい医療資源の問題が未解決のまま放置されているといっても過言ではない。具体的には、山武郡大網白里町に住む住民が夜間に救急病院を探した際、車なら 30 分以内で駆け込める長生病院(夷隅長生保険医療圏)ではなく、1 時間半以上も車を飛ばして成田赤十字病院(印旛山武医療圏)へ行かなければならなかったというケースが報告されていたが、それに類似したことが頻繁にあるという実情である。

つまり、わが国でも最先端の医療設備を保有しているとされる日本医科大学付属千葉北総病院(印旛村)や、県救命救急センターのある成田赤十字病院(成田市)、さらに救急告示病院が 13 箇所、その他の病院も 11 箇所ある印旛地区に比べて、救急基幹センターである千葉県立東金病院のほかは、救急告知病院が 3 箇所、その他の病院が 4 箇所しかない山武地区は、医療資源に大きな格差のあることが歴然としている。つまり、地域の医療過疎問題を考えるとき、行政的に設置された二次保健医療圏だけでなく、実質的な住民生活レベ

ルから見た医療資源の実情を照合した状況分析が不可欠である。

いずれにしても、印旛地区の医療資源を含めた印旛山武保健医療圏における医療資源は、なお千葉県内でも低い水準にとどまっていることは表7からわかる。

2) 山武地区における医療過疎化の現状と対応策

千葉県内の大規模病院は、その多くが千葉市以西に分布しており、太平洋湾岸部の大病院は旭中央病院と亀田総合病院の2つのみで、九十九里沿岸部は複数の中小病院があるだけである。とくに県立東金病院がある山武医療圏は、人口10万人対の医師数が約80人と全国平均の半分しかいない。さらに東金病院は、平成16年に21名いた医師(その内、内科医師が10名)が平成17年に17名(その内、内科医師が7名)となり、平成18年4月には11名(その内、内科医師が3名)に半減している。同年、山武医療圏にある国保成東病院は内科常勤医師が0名となってしまった。山武医療圏内の3つの公立病院(県立東金病院、国保成東病院、国保大網病院)の内科勤務医は、平成16年から18年までに28名から8名へ激減したのである。

この現象は、先に述べた新医師臨床研修制度に大きな影響を受けている。千葉県でも初期臨床研修は、大学病院から市中病院、とくに千葉市や千葉市以西の大規模研修病院へという流れが定着し、従来のように千葉大学のみで地域医療を担う自治体立病院の勤務医を供給することが困難な状態になった。現在、千葉県内で初期臨床研修医を受け入れることができる病院の大部分は千葉市以西にあり、九十九里沿岸部で初期臨床研修医を受け入れられるのは県立東金病院のみとなっている。

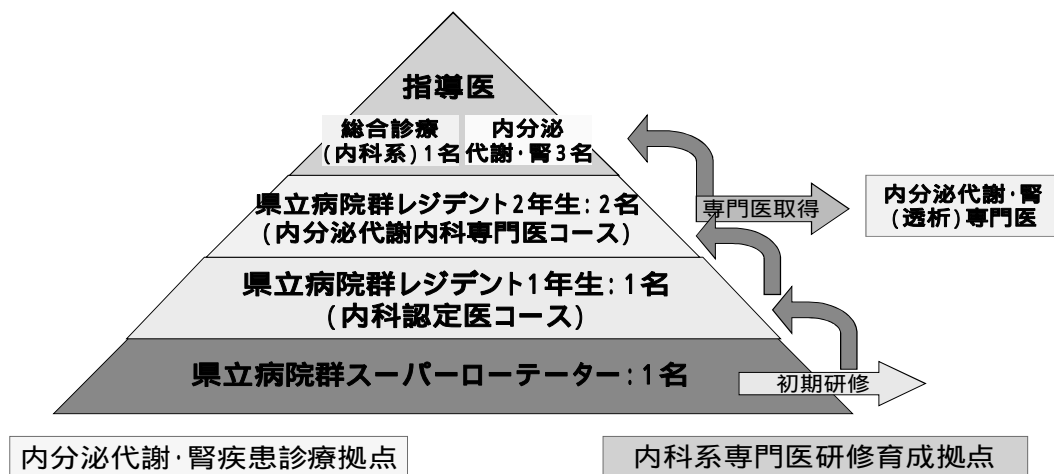
平井愛山は、平成10年4月に千葉県立東金病院院長に就任した当初から、山武地区を含む九十九里沿岸部における医療過疎の問題解決に取り組んできた。平井は、医師の人材育成基盤に極端な地域格差が生じている状況に危機感を持ち、医師不足問題の本質は大学医局依存型の医師派遣システムの終焉であることと、臨床研修病院の偏在という地域医療システムの構造的な問題であることを指摘している。そして、医師不足問題を表層的にとらえるのではなく、地域医療の再構築を通じた地域再生を見据えるべきであると主張している。

平井は、医師の派遣を大学病院等に依頼するのではなく、地域で医師を育てていく方向に転換し、当該地域に若手医師の研修拠点と研修システムの整備が急務であり、効果的な政策の立案と実践が不可欠であると述べている。千葉県では8つの県立病院が連携して医師の前期研修を受け入れるプロジェクトが立ち上げられ、現在は1年に15名のスーパーローテートを受け入れている。スーパーローテートとは、研修医が2年間に内科、外科、産婦人科、神経精神科、小児科、救命救急などをまわる研修方式で、総合医を育成するためのものである。このプロジェクトの特徴は、県立病院が連携して自前で専門医を育てていくということである。これによって、研修医は専門医の資格取得までの身分が保証され、資格取得後の正規職員としての道、もしくは海外研修の道が開かれている。

3) 千葉県立東金病院の取り組み

県立東金病院では、山武地域医療センター問題が紛糾する中、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。平井を中心に、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。

図3 平成19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)作成資料 2006 年より

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、内科学会教育関連病院、内分泌学会教育病院、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。

東金病院が地域医療の再生を目指す長期計画の柱は、地域ぐるみで医師を育成していくシステムの形成、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、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。

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3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」と主張している。

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、以下のようなものである。

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イケア等についての介護施設研修
- ・ 特別養護老人ホーム等における研修

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。

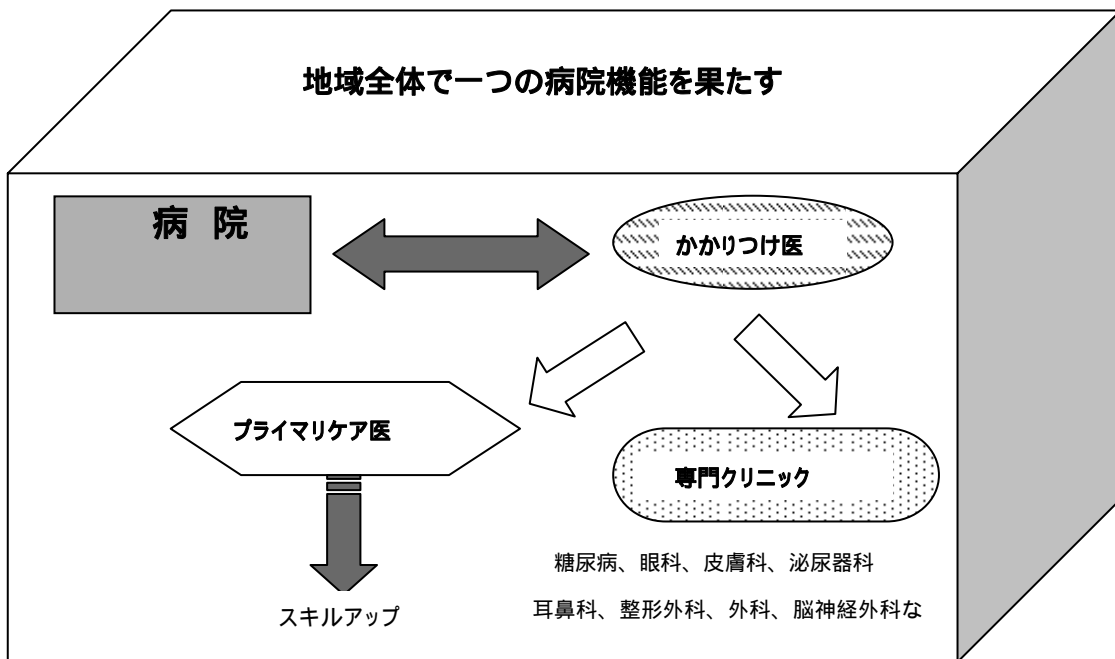
4) 地域循環型医療 - 病院と診療所・クリニックとの連携システム

平井は、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 Management 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4 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)作成資料 2006年より

表8 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		
病院(糖尿病専門外来)	連携	診療所(かかりつけ医)
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)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。

5) 地域循環型医療 - 地域を包括した情報ネットワークの整備

平成 18 年に策定され、平成 20 年から実施の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。平成 13 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、医療施設の情報化、医療施設のネットワーク化、医療情報の有効利用、根拠に基づく医療の支援、という4段階をあげ、平成 12 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、平成 12 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都市医師会・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都市医師会・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、地域共有電子カルテを中核とした病診連携システム、病院・診療所・調剤薬局を電子カルテでつなくオンライン服薬指導システム、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、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、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、平成14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。

千葉県では平成12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。

7. 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と展望

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、現実に根を下ろし始めた「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。

そして、さらに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。東金病院で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研修プログラムが組み込まれている。

この研修プログラムでは、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、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が行われている。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。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。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。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。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。

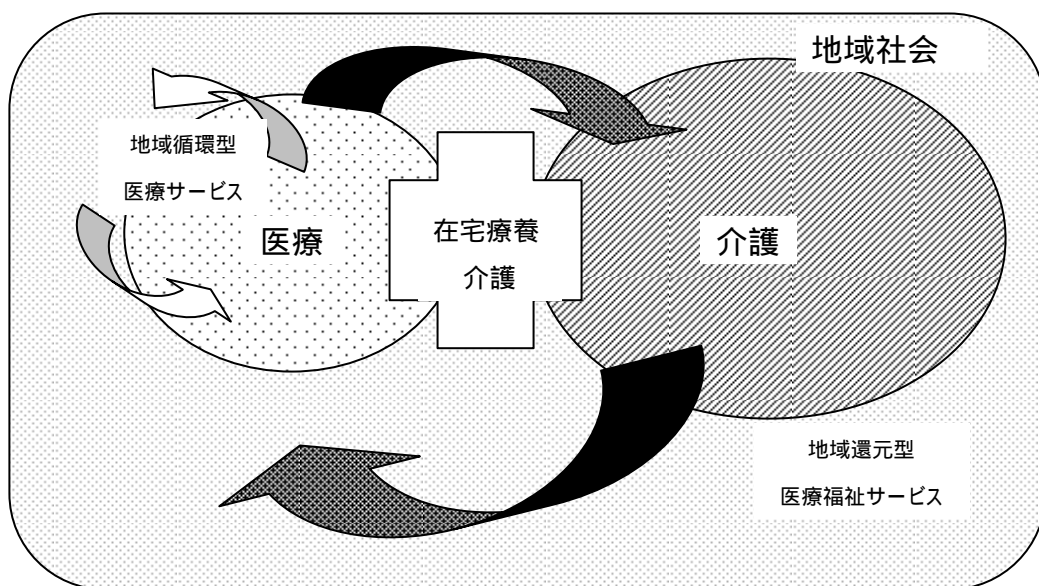
こうした取り組みは、医療に関して素人である一般住民が、医師の育成を手伝うという新しいタイプの研修であり、医師が医学的知識のない人に、医療や病気予防について説明する技能を身につけることができるという特色を持っている。この研修によって育成された医師こそが、これからの地域医療を担う人材として相応しいと思われる。

8 . 地域医療福祉システムの構築 - 「在宅療養介護」サービス体制の確立

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5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。

図5 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)



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え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。

A construction of a community based medical care system in the medical depopulated areas - From the field investigation of Sanbu area in Ciba prefecture -

Michiko Ishida

Abstract

Sanbu area in Chiba prefecture has been known as one of medical depopulated areas in Japan. Therefore, the home medical care in the area should be promoted in combinations with home cares and welfare services. In short, it will be a key issue to consider how to build up a system to make use of practically combined home medical care services in the community.

It is also necessary to grasp of not only an individual need, but the whole area's needs towards medical welfare services, and study about attitudes of medical service recipients and their selections of care services. It is natural that residents, health care practitioners, nursing welfare entrepreneurs, local administration, and related organizations and facilities are demanded to cooperate to form a new medical care system in the community. In other word, the trial to form a new system can be thought a reorganization of the existing medical care system, as well as a reconstruction of the community itself.