

第1章 在宅医療の展望

1.1 在宅医療とはなにか

在宅医療は、患者の自宅等（居住空間）で行われる医療である。在宅医療は、入院医療、外来医療に次ぐ第三の医療といえる。

現在広く行われている在宅医療は、基本骨格が「訪問診療（定期的な医師訪問）」と「24時間対応」で構成される。訪問診療とは、在宅医が患者に診療期日を予告し、定期的に患者宅の訪問を行う医師のサービスである。この「現在広く行われている在宅医療」は、以前より行われていた、急病に対する「往診」とは、位置づけが異なる。「往診」とは、患者の具合が悪いときに、その要請にこたえて訪問する医師の行為である。

在宅医療を積極的に行う医師のなかでも、在宅医療の概念に対する考え方は、大きく、次の二つに分かれる。

一つは、医療従事者の訪問や24時間対応などの「医療従事者の行為」を在宅医療の中核部分としてとらえる考え方と、もう一つは、より広く、「患者自身が行うセルフケア」までを重視する考え方である。後者は、例えば、医師に相談しながら自分で薬物を使用することや、予防医学的な患者自身の努力や、会員制などのセルフケアグループを主体的に構成することまでが視野に入る。

在宅医療に携わる医療従事者は、医師のみではない。国立長寿医療センターの「在宅医療推進会議」では、医師・看護師・歯科医師・薬剤師の連携の中で在宅医療を推進しようという動きがある。将来的には、臨床放射線技師、理学療法士・作業療法士などの進出の可能性もある。ゆえに、今後の在宅医療は、多職種連携を核とした「チーム医療システム」として提供されると考えられる。

1.2 在宅医療の歴史と位置づけ

1970年ごろから高度経済成長を背景に病院数、病床数が急速に増加し始め、それと一致して往診医療を中心とした在宅での医療は消滅していった。それを顕著に示すのが、病院と病院外での死亡数の推移であり、病院外での看取りが一般的であったものが、1975年ごろを境に逆転し、病院での看取りが普通となった。

このように病院医療が推進され現在に至るが、あらためて在宅医療を見直し、制度として位置づけられたのは、1981年の自己注射指導管理料が認められたときからである。

制度としての在宅医療は、医療行為を居宅で行うことを認めるところから再出発をしたが、医療者が居宅で医療を提供するという、いわゆる本来の在宅医療とは異なるものであった。その後、高齢者の増加とともに、高齢者の介護問題を含め高齢者への在宅での対応が避けられないものとなり、1992年の医療法の改正では居宅を医療提供の場に、制度として正式に認め、本来の意味での在宅医療のスタートとなった。その後は、在宅を対象にした訪問看護ステーションが老人保健法の改正時に認められており、2006年には在宅

療養支援診療所が制度化された。現在、1万箇所以上が申請されている。

その後、在宅での医療、介護サービスの利用者は増え続けており、医療費抑制策の下での在院日数の縮小や病床数の削減と連動しての在宅医療の整備は診療報酬改定のたびに手厚くするなどの制度改正における最重要課題の一つとして位置づけられてきている。

1.3 在宅医療の提供システムの諸形態

医療モデルは、入院した人に治療を行い病院から健康体として、社会に送り出す「急性期疾患の医療モデル」から、生活習慣病のように生涯にわたる慢性疾患の増加、および救命救急医療の発達により、「身体機能障害を抱えながら地域で生活する疾患モデル」に、パラダイムシフトしている。これにより、医療が病院単体で、自己完結することは減少し、地域における「地域医療」が重要になってきた。在宅医療は、地域医療の基本をなすものである。在宅医療の分類として、「積極的在宅医療」と「消極的在宅医療」、そして「在宅ハイテクケア」と「QOL重視在宅医療」に分けられる。積極的在宅医療は「自らの意思で、住みなれた居宅にて、家族や友人、ペット、思い出の品々に囲まれ、自ら希望することを行いながら、生活する高いQOLを目指した在宅医療」であり、「どうしても在宅医療」と呼ぶこともある。一方、消極的在宅医療は、「病院・施設において、入院・入所を希望するが、本人・家族の意図に反して、病院の平均在院日数の短縮等の経営方針（病院・施設の都合）や、経済的な理由により、やむなく在宅医療を行っているもの」であり、「しかたなしに在宅医療」と呼ぶこともある。

在宅ハイテクケアは、「在宅人工呼吸器、在宅人工透析などの医療」であり、病院での入院治療に匹敵する医療を行うことができ、難病の在宅医療などで行われる。一方、QOL重視の在宅医療は、「がんの末期など、苦痛を和らげる処置・投薬は行うが、余命の延長のための処置（延命措置）を積極的にとらず、残された人生を有意義・主体的に過ごすための在宅医療」である。死を不必要に長引かせず、症状の緩和・コントロールを行う。

1.4 在宅医療を担う医療機関の分類

在宅医療の需要は多いが、在宅医療を提供する医療機関の数は、必要を満たしていない。在宅医療の需要と供給のアンバランスが生じている。在宅医療を提供する医療機関を増加させる必要がある。しかし、在宅医療提供機関は一様ではなく、多様性がある。そこで、在宅医療提供医療施設の類型化を試みる。

表1 在宅医療を担う医療機関の類型化

類型	第1類型	第2類型	第3類型	第4類型	第5類型
型	通常診療所型	在宅医療専門診療所型	All in One型	病院併設型	特定施設併設型
定義	外来を主として、午後や昼休み等を利用して在宅医療を行っている診療所	外来診療を基本的には行わず、在宅医療(訪問診療)を行う診療所	自グループ内に訪問看護ステーション、通所施設、短期入所施設をもち、また有床診療所、グループホームやケア付住宅など、特定施設など後方ベッドまでもっている診療所	従来の病院在宅医療部が、在宅療養支援診療所に対応するため、診療所を独立させたもの	有料老人ホームなどに併設される診療所
サブタイプ 小類型	常勤医1名 又は複数名	常勤医1名 又は複数名	常勤医1名 又は複数名 有床診療型	病院在宅医療部転換型 がん・神経難病専門医型	
類型の特徴	在宅医療は、外来医療の延長ととらえている	外来診療を基本的には行われず、在宅医療(訪問診療)を行う	外来機能、在宅医療、訪問看護、訪問介護、通所サービス、短期入所、入所施設(特定施設を含む)など、必要な機能を同一組織内に有している	在宅療養支援診療所が、診療報酬で認められたので、病院の対応策として、今後増加する	新規参入型であり、有料老人ホームなどを運営する企業が出資してつくる診療所が多い

患者数	5～15名程度	医師 1名当たり 70～100名	200～300名 の場合が 多い	病院在宅医療部 転換型：主として 高齢者を診 ている場合 100名程度 がん・神経難 病専門医 型：5名程度	200名前後
365日・24時間体制への対応	ネットワークづくりが必要	一般的な在宅医療専門診療所は3名以上の常勤医で、365日24時間体制の維持。常勤医師が1名では、365日24時間体制の維持は困難であり、非常勤医の活用が必要となる	訪問看護ステーションが、同一グループ内に充実しており、夜間などの365日24時間対応を行っている	有料老人ホームは、特別養護老人ホームとは異なり、夜間に看護師がいることが多く、365日24時間対応が可能である	有料老人ホームは、夜間に看護師がいる。365日24時間対応が可能
在宅療養支援診療所への対応・申請状況	一部の診療所は在宅療養支援診療所の申請に慎重であり、在宅療養支援診療所の申請状況は地区医師会により対応が異なる	在宅療養支援診療所構想のモデルになったとの考えもあり、積極的に在宅療養支援診療所の申請を行っている	対応している	在宅療養支援診療所が診療報酬で認められたので、病院が対応策として在宅医療部を独立させ診療所として申請している	積極的に参入

出典 在宅医療の諸相と方法第2巻 P122～123より抜粋

1.5 地域連携・地域包括ケアの諸相と本質

在宅医療を進める上で地域連携・地域包括ケアの体制が整っていることは必須の条件だといっても過言ではない。

1.5.1 地域連携・地域包括ケアの概念

『明日の在宅医療第5巻』の編集幹事である島崎謙治氏によると、地域連携の概念は、「地域においてケアを必要とする者のために組織や職能等を異にする関係者が行う様々な協働の形態」であるという。また、地域包括ケアの概念は、「一人ひとりの人間が、地域において尊厳をもって暮らせるように、その状態等に応じて必要となる医療や介護・福祉サービスを継続的かつ包括的に行うケアの総体」と述べている。「地域」におけるケアの「包括性」や「継続性」の確保は、病院や診療所等が適切な役割分担の下に連携する（医療連携）とともに、医師や看護師など医療関係者だけではなくケアマネジャーやホームヘルパーなど他職種が緊密かつシステムティックに連携すること（多職種連携）によって、はじめて達成できるということである。こうして地域連携と地域包括ケアの概念は結びつくことになる。

1.5.2 地域連携・地域包括ケアの多様性

地域連携・地域包括ケアの多様性に関して、第一に、地域の人口、医療資源の分布、地勢的特性、住民意識等は同一ではなく、こうした地域特性を考慮する必要がある。地域連携・地域包括ケアの先駆的地域を類型化し簡単に特徴をまとめる。第二に、「基幹病院中心型」の本質は、ハード施設（ハコモノ）の整備ではなく、地域包括ケアの理念を具体化することである。具体化するにあたって、「基幹病院中心型」の地域では、中核となる病院に関連施設を付帯させ、総合的にサービスを提供するほうが地域の実情に適合したからこそ、そういう選択を行ったと考えるべきものである。

第三に、「ネットワーク型」の場合、イニシアティブをとる主体は地域により違いがある。つまり、地域の医療資源の分布など地域特性によって地域連携システムや地域包括ケアの組み方は一様ではないこと、これは地域関係者が創意工夫を凝らしながら地域の実情に合った最適モデルを追求した結果であること、ということである。

1.5.3 地域連携・地域包括ケアの共通点

地域特性等が異なるこれらの先駆的モデルだが、次のような共通点を見出すことができる。まず、第一に、いずれの地域においても、明確なビジョンをもちリーダーシップを発揮するものが存在する。また、現行の先駆的システムが企画段階から本格軌道に乗るまで相当の年数を要している。

第二に、医療・介護・福祉の連携の本質・難しさを理解した上で、各職能間の情報共有やレベルアップを図ることの重要性を意識している。

表2 地域包括ケアの取り組みが指向されている地域の分類と特徴

類型	基幹病院 中心型	ネットワー ク型 その1	ネットワー ク型 その2	ネットワー ク型 その3	ネットワー ク型 その4
特徴	地域における基幹的病院が、高次の医療から介護・福祉システムの施設等を保有し、医療・介護・福祉の地域包括ケアシステムを指向・実践している地域	在宅主治医と病院主治医が中心となり他職種とともに「退院時ケア・カンファレンス」等を行い、更に、これらをベースに福祉団体（民生委員・社会福祉協議会）を巻き込み、医療・介護・福祉の連携ネットワークを形成している地域	地区医師会・行政・市民団体が連携し、地域の医療体制の整備、医療機関連携及び在宅医療等に関わっている地域	地区医師会等が中心となって医療・介護・福祉の連携を進めるとともに、地域医療の後方支援として必要な機能分担を基幹的な病院に働きかけている地域	急性期病院が競争の中で機能を分け合い、4病院が主導し「連携クリティカルパス」等を通じ連携を図っている地域
代表的な都市例	広島県御調町（現・尾道市）（公立みつぎ総合病院）茅野市（諏訪中央病院）旭市（国保旭中央病院）宮城県涌谷町（涌谷国民健康保険病院）	尾道市	市川市 船橋市 台東区 行政と各医療・福祉団体のキーパーソンが協議しながら医療・介護の連携を進めている地域の例...松江	静岡市 京都府 乙訓郡	熊本市

出典 在宅医療と訪問看護・地域連携第5巻 P46 を参考に筆者作成

第三に、病院と診療所との連携が重視されている。特に「連携型」の場合には、地域医師会ないし開業医と病院および勤務医と組織的に意思疎通する努力が重ねられている。

第四に、患者や住民の参加を明確に意識している。尾道市、船橋市、市川市の取り組みはその典型例である。

第五に、在宅医療が明確に意識されている。というより、尾道市・市川市・静岡市の医師会の取り組みは、患者の願いに応え在宅医療を展開させるには何が必要なのかという問題意識からスタートしたという面がある。また、「基幹病院中心型」でも、退院後に在宅ケアが必要な患者には、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、リハビリテーション科等が連携をとり在宅ケアに当たっている。

第六に、多職種の間、良い意味での「緊張感」がある。もたれあうことではなく、各専門職能者が自らの職能と責任を自覚し、その役割を適切に果たすとともに相互補完することが連携の本質である。

1.5.4 地域連携・地域包括ケアの障壁と課題

1.5.4.1 地域連携・地域包括ケアのレベル

地域連携・地域包括ケアのレベルは、具体的に4つに分類される。

表3 地域連携・地域包括ケアのレベル

レベル1

関係者が必要最小限の連絡はとるが、基本的にはばらばらに活動しており、連携の意義を認識できていないレベル

レベル2

連携の意義は抽象的には分かっており情報交換も最小限行われているが、全体を統括（コーディネート）する者がおらず連携が十分機能していないレベル

レベル3

全体を統括する者の指示のもとに、情報の共有や必要な調整等が行われており、連携が行われているといえるレベル

レベル4

全体を統括する者が個別に細部の指示を出さなくても、各機関・各職種が、目的を共有し、自分の職責や他職種等との相互補完関係を認識できており、「切れ目のない」連携が実現できているレベル

出典 在宅医療と訪問看護・地域連携第5巻 P50より抜粋

1.5.4.2 連携が進まない理由

レベル4の「切れ目のない連携」が実現できている地域は必ずしも多くはない。その理由の本質的な問題は「インターフェース・ロス」の発生である。「インターフェース・ロス」とは、元来、機種等が異なるために情報がうまく伝わらないことを意味する用語ではあるが、医療分野でも似た現象が起きる。医療機関の機能文化は、別の見方をすれば異なる組織・職種との接合が増えるということである。接合の回数が増えれば情報伝達ロスは大きくなるが、それに加え、異なる組織・職種間で情報伝達が行われる場合には、一種の「インターフェース・ロス」が発生する。

連携に当たってしばしば「情報の共有」が強調される。連携を進めるためには、連携の必要性和共通の目標を確認するだけでなく、なぜ連携が難しいのかという本質的な理由を関係者が突き詰めて考える必要がある。

1.5.4.3 連携を進めるための課題と方策

著者の島崎氏は、連携を進め地域に根付かせるためには、個々の機関や職能者ができることには限界があり、だからこそ患者の生活を支えるためには連携が必要になるのだという認識を関係者が共有するところからスタートする必要がある、連携が個々の医師やケアマネージャーといったパーソナルな関係（いわば「線の関係」）ではなく、地域全体の関係（いわば「面の関係」）を図るためには、地域における各機関や職能団体の組織的な取り組みも求められる、専門家をつなぎ合わせる者（いわば「総合性」を専門とする者）の存在が不可欠であり、それを医療政策上明確にすることである。

地域連携や地域包括ケアが進んでいる地域をみると、各機関や多職種がそれぞれの責任を自覚し職分を遂行している。そして、それらを束ねる役割を果たしている者がいる。連携がいったん軌道に乗ると、患者の満足度が高まるだけでなく、ケア提供者の役割分担がより明確され、それぞれの負担も軽減されるという好循環に入ることがみてとれる。これを束ねる役割を果たす者は、必ずしも医師に限る必要はないが、我が国における医師のステータスや医療法制の建て方（医師の指示が重視される）等を考慮すると、医師がこの役割を果たすほうがスムーズにいく場合が多いように思われる。

つまり、患者を全人的・総合的にみるマインドとスキルをもった医師を医療政策上明確に位置づけることが必要である。こうした医師は、医療に加え介護・福祉など複合的なニーズを有する者にとって、エージェント（代理人）として必要不可欠な存在である。そして、在宅医療はこうした医師の存在なくして成り立つはずもない。

1.6 在宅医療と地域医療・家庭医

家庭医療が広く実践されることは地域医療の社会にとっても大きなメリットとなる。特にニーズの高い諸項目において、訓練を受けた質の高い家庭医が地域でその役割を果たすとどのように問題が解決されるのかを述べていく。

表 4 家庭医が果たす地域での役割の特徴

類型	特徴
予防・健康維持増進	家庭医は、すべての診療場を予防・健康維持増進のために活用する。
生活習慣病	生活習慣病の予防についてはもちろんのこと、個々の生活習慣病の治療についても、家庭医は公平で広い視点から治療オプションを選択できる。
効率性・費用対効果	家庭医療の費用対効果の高さは、多くの研究(500以上の論文)によって示されている。プライマリ・ケア専門医による診療が貢献することが示されている。
在宅ケア・高齢者ケア	日本に質の高い在宅ケアを含む高齢者ケアを普及させるためには、臨床教育を受けた家庭医の要請が必須である。
終末期ケア	施設としてのホスピスを利用する場合に限定されることはなく必要に応じて、地域の他の施設内でも家庭での在宅ホスピスとしても実践できる。
こころのケア	家庭医は「からだところをバランスよくケアする」能力を習得している。精神科領域の疾患のプライマリ・ケアはもとより、その予防、家族の苦悩に対するケア、さらには身体的疾患をもつことによる心の動揺・不安などにも対応できる。
地域での医師不足・医師偏在・集約化	養成される家庭医の数が国全体として多くなると、医師の総数が同じであっても、健康や病気の問題の約8割を占める「日常よく遭遇する状態」が家庭医によって適切にケアされ、真に専門的医療が必要な場合のみ他科専門医の診療が依頼(紹介)される。
女性医師とキャリア形成	家庭医療の教育には、医療の利用者のためにケアの質を維持・向上させるための系統的な生涯教育が含まれているので、妊娠・出産・育児を経験した女性医師も家庭医としてキャリアを伸ばしていくことが比較的容易である。また、自分自身の人生のイベントをケアに役立てられるので、利用者にとっても有益である。

出典 在宅医療と人材養成・人材確保第6巻 P132～P135 を参考に筆者作成

1.6.1 家庭医療

家庭医療は、「どのような問題にもすぐに対応し、家族と地域の広がりの中で、疾患の背景にある問題を重視しながら、病気をもつ人を人間として理解し、からだところをバランスよくケアし、利用者と継続したパートナーシップを築き、そのケアに関わる多くの人と協力して、地域の健康ネットワークを創り、十分な説明と情報の提供を行うことに責任をもつ、家庭医によって提供される医療サービス」と定義される。家庭医療が発達している国々では、よく訓練された過程が健康や病気の問題の約 8 割を占める「日常よく遭遇する状態」を適切にケアすることができ、それ以外の問題では必要に応じて各科専門医やケアに関する人々と連携し、患者の気持、家族の事情、地域の特性を考慮した、エビデンスに基づく「患者中心の医療」を実践している。家庭医療において「患者中心の医療」はすでに方法として確立しており、それに基づいた臨床教育も実施されている。

1.6.2 日本で家庭医療の発展が滞ってきた理由

日本で家庭医療の発展が滞っている理由は、6 つに分類される。世界標準の家庭医療を学ばなかった、医療におけるパラダイムの（「問題を定義するのは患者である」という認識への）転換を経験できなかった、将来に向けた教育システムを構築するという視点がなかった、日本の地域の実情に合わせて展開しなかった、医療と社会のステークホルダーたちが協働できなかった、日本社会の慣習的要因としての変化を避ける風土と暗黙的意思決定が大きく影響した、ことが挙げられる。

1.7 諸外国の在宅医療

1.7.1 ある在宅ケアサービス～ニュージーランド～

日本の在宅医療は、開業医、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、訪問介護、薬局などと事業所が分割し、かつ小規模である。このため事業所間での連絡が煩雑化し事務負担が過重になっている。小規模ゆえに財務・人事・営業・研修など経営部門に人材を向けられないことも苦しい。在宅ケア用品や薬剤などの小口入手が困難なことも、重大な障害要因である。在宅患者の重症化や医療的社会的ニーズの複雑化に対応するためには、専門的なコンサルテーションのシステム化も急務である。

各国の訪問看護・在宅医療に共通する姿を、ニュージーランドの「ナースモード訪問看護協会」を例に簡潔に表にまとめる。カンタベリー州の州都クライストチャーチで最も歴史があり信頼を得ている、非営利の大規模な事業体である。

表5 ナースモード訪問看護協会の組織体制・基盤（2003年）

名称	中身
オフィス	本部と3支所を設置。本部には、在宅ケアサービス部門のほか、外来クリニック、コールセンター、在宅ケア用品ショップ、講堂や教室があり、敷地内に高齢者病院と緩和ケア・ホスピスサービス（12室）部門ももっている。
患者	年齢や疾病の制限なし。小児から高齢まで年に約1万4500人の患者に、78万5185回の訪問を行っている。
スタッフ	総職員数1350人。訪問スタッフは、地域看護師（保健活動も含む）、ケースマネージャー、サービスリエゾンナース、各専門スタッフ、身体介護（パーソナルケア）担当のケアラー（介護職）、家事援助（ホームヘルプ）担当など。勤続10年以上のベテランが多い。
医師	職員ではなく、患者の主治医（一般医）との連携を密にとる。
営業時間	24時間365日対応。訪問は8時～17時までが中心で、18時～22時は夕勤スタッフが対応。22時～翌朝8時は、コールセンターで対応。緊急対応は、市内は電話と訪問、郊外は電話で行う。
コールセンター	いくつもブースがあり、経験豊富なベテランが交代で詰めて24時間あらゆる相談に対応する。
管理部門	財務、マーケティング、情報管理、人事、支援部門（給食・配食サービス）、施設管理など充実している。在宅医療機器・物品・薬品などのサプライ部門も整っている。
職員教育	教育部門担当を置いて力を注ぐ。
ボランティア	毎月60人前後が活動し、研修・訓練が病院での活動の前に40時間のプログラムと充実している。
医療安全	患者にとってもスタッフにとっても医療安全が重要ととらえて重視している。ミスやエラーなどは、レポートを挙げて分析。安全対策も万全。
医療費	公的保険（公費負担）で賄われ、本人負担は無料。
理事会	最高経営責任者の上に理事会が方針を決める。理事は外部のボランティアで地域各界からホテルコンサルタント、行政、企業、弁護士、医療専門家など10人で構成される。

出典 在宅医療の展望第1巻 P430～P432を参考に筆者作成

1.7.2 在宅ケアの発展を促すもの

一方、諸外国の在宅医療の事業体は、多様性に富んでいる。病院など母体組織の付属、独立機関のもの。非営利の事業体で公益的な活動重視のところ、営利重視で売り上げ・利益目標をスタッフに強いところ。地域限定の活動や、全国的なヘルスケアシステムズ（保

健医療福祉を含めた総合的な事業体ネットワークで米国に多い)。訪問スタッフ数は、約50人の小規模から1000人くらいの大規模、最大級では1万人を超える。

共通していえることは、サービス部門が円滑に動くために裏方＝経営基盤がしっかり支えていることである。患者の依頼受け窓口、コールセンター、訪問スタッフのスケジューリング作成、人事・職員教育、経理・財務、病院などの営業、企画・広報、ボランティア担当部門などが活動している。

財政基盤に関しては、医療保険や公的な補助が第一の財源であるが、利用者数の変動＝収入の波に備えて安定収入（行政からの予防注射の委託など）も確保する。また、地域の人々から寄付をたくさん募ることは、費用を払えない貧困層の患者にもサービス提供するための資金としてとても必要で、大きなエネルギーを割く。募金のためのチャリティイベントとしてバザーやヨットレース、ゴルフコンペなどを主宰し、募金自体が一つのボランティア活動として行われている。

日本でもこのような経営基盤を強化させることは、地域の在宅医療ニーズにタイミングを逃さず、多種多様な職種によるサポートを適時・適切に導入するために必要である。在宅医療介護事業を展開する米国最大のNPO団体「ニューヨーク訪問介護サービス」の最高経営責任者は、発展の秘訣として、「成長の秘訣は、しっかりした マネジメント、活動基盤、サービスの質」と述べている。

1.8 在宅医療の課題

1.8.1 在宅医療の必要条件と課題

在宅医療の必要条件と課題として、第一に、マインドとスキルをもった在宅医療を担う医師の存在が不可欠である。在宅医療は、「日常生活の場における医療を支えていく」ことを本質とする。つまり、「24時間・365日」患者の立場になってそれを支えるという気構え（マインド）が要求される。同時に、マインドだけでなく多様な患者の病態等に対応できる技術（スキル）も当然必要である。

第二に、病院との連携が必要である。在宅患者が急性増悪した場合の病院の受け入れ、あるいは病院から在宅に戻る場合の適切な情報伝達、在宅患者の病態の変化等に対応した適切な診断や助言など、病院（および病院勤務医）と在宅診療医との密接な連携は不可欠である。また、病院が在宅医療を自ら実践あるいは積極的に支援しているところも少なくない。しかし、全国的にみれば、病院勤務医あるいは組織体としての病院の在宅医療に対する認識の欠如・立ち遅れは否めない。さらに地区医師会の在宅医療に対する認識や取り組みにも大きな差異がある。関係者の意識改革が求められる。

第三に、看護・介護・福祉など関係分野・関連多職種との連携が必要である。特に、訪問看護は在宅医療の必須要素である。そして、これに加え、在宅患者やその家族の様態に応じ介護や福祉関係との連携も必要になってくる。現実には、在宅診療医あるいは訪問看

護師とケアマネージャーとの信頼関係が築かれておらず、多職種連携とは程遠い状態の地域が少なくない。多職種連携が機能している地域を見ると、多職種連携を通じ個々の職種の負担の軽減や在宅医療の質が向上し、それが多職種に対する信頼を生み多職種連携がさらに強固なものになるという好循環がみてとれる。多職種連携を進めるためには、技術論の前に、それぞれの職種ができることには限界があり、在宅の患者の日常生活を支えるためには多職種連携はごく当然のことだという認識を関係者が共有する必要がある。また、多職種連携が個々の医師やケアマネージャーといったパーソナルな関係ではなく、地域全体で展開されるためには、地域における各職能団体の組織的な取り組みも求められる。

第四に、多様な形態の「住まい」が必要である。在宅医療を望んでも、現実問題として、家族介護力が十分でないといった事情のほか、自宅が狭隘であるなど住宅条件が満たされない場合も少なくない。だからといって入院が必然でないものはもとより、特別養護老人ホームへの入所という選択に直結するわけではない。在宅と入院・入所はきっちりと分かれているだけではなく、純然たる在宅（自宅）と病院・施設との間には、有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅など多様な形態がいわば「連続的」に存在するからである。つまり、「医療を受ける者の居宅等」と一括りにされている「居宅」あるいは「在宅」の概念の整理が必要になるとともに、「集住」形態における在宅医療の提供のあり方およびそれぞれに応じた診療報酬上の適切な評価もさらに検討を要する課題である。

第五に、在宅医療の客観的評価が求められる。在宅医療は病院医療に比べ、患者の満足度だけでなく医療として何が優れているのか検証していく必要がある。また、在宅医療は密室性の高い医療である。在宅医療の裾野が広がるにつれ、在宅医療の質に対する評価やその公表も一層求められることになる。評価は、国が直接行うのではなく、在宅医療を実践している在宅診療医の組織・団体（例えば全国在宅療養支援診療所連絡会）が自主的に行い国民の信頼を確保していくことが望ましい。

第六に、法律的な整理や見直しが必要である。在宅医療に限ったことではないが、患者本人の意思の確認ないしは推定の問題がある。日本国における本人と家族等の緊密な関係を考えれば、意思の推定は容認すべきだと考えるが、その前提として、利益相反の排除を含め適正な手続きの確保は不可欠である。また、在宅医療を本格的に展開していくためには、関係職種の職能の見直しも必要だと考える。例えば、痰の吸引等いわゆる「日常的医療行為」については、医療行為からの除外あるいは特別な類型を設け、一定の研修の受講や医療職の包括的な指示があること等を条件に、医師・看護職以外の者が行うことを認めることなどである。

第七に、コミュニティの再生が必要である。日本の近未来は人口構造だけでなく世帯構造が質的に変わるが、地域においてそれにどう対応するかが重要な課題となる。身寄りの無い単身高齢者世帯が抱える様々な相談に総合的に応えられる仕組みを設けることは喫緊の課題であり、リーガルサービス（法律上の相談対応）もそうした仕組みの一つに位置づけ、そのなかに成年後見制度も組み入れることも考えられる。実際、在宅医療がいわば「面

として」発展としている地域では、多職種連携にとどまらず社会福祉協議会や民生委員のほか自治会組織まで巻き込み、コミュニティづくりに取り組んでいる事例もみられる。

これらの指摘は、日本医師会が高齢者に調査した結果並びに、日医総研の調査結果からもよくわかる。

表6 高齢者の住宅での在宅医療を進めるうえでの問題点

問題点	割合 (%)
支援する家族がない	33.6
支援するヘルパー等が不足	20.5
緊急時など十分な医療提供を受けられない	11.7
在宅医療を行う医師を知らない、 または、見つからない	10.8
住宅事情（広さ、設備など）	10.3
特になし	6.7
その他、わからない	6.4

出典 日本医師会グランドデザイン 2009 を参考に筆者作成

表7 在宅療養支援診療所が、地域で在宅医療が充実するために必要と考えるもの（複数回答）

必要なもの	回答比率 (%)
緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保	51.5
24 時間体制に協力可能な医師の存在	48.9
24 時間体制の訪問看護ステーションの存在	37.3
診療報酬上の評価	35.8
入院患者が円滑に在宅移行できる病院の取り組み	32.4

出典 日医総研「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」2009 年 1 月を参考に筆者作成

1.8.2 医療政策の基本課題と在宅医療

在宅医療も医療政策の一部であり、医療政策自体が難しい舵取りを迫られている。そのような観点から、医療政策上の在宅医療の位置づけと推進手法等について考察する。医療制度は、各国の歴史・文化・経済等を反映し固有の形態を取るが、特に各国の間で相違が顕著に現れるのは、「一次医療の部分と二次とのつなぎの部分」である。欧米諸国では、家庭医と専門医が分かれているのが通例であり、家庭医ないしはプライマリ・ケアを担う医師はそれ自体独自の専門性をもった概念となっている。日本では、1985 年に「家庭医に関する懇談会」が旧厚生省に設けられたが、具体的な政策に結びつくことなく終わったのみならず、家庭医という言葉自体が忌避される状況さえも生まれることになった。なぜなら、

医師のプロフェッションの細分化と官僚統制による医療費削減を警戒する医師会の強硬な反対があり、今日でもいわゆる「総合医」に関する反発や警戒心がくすぶっている。筆者の島崎氏は、この問題について次のように考えている。

第一に、国民の大病院指向は強いが、国民の多くが望んでいるのは、初期診断の見立てやコモンディーズ（一般的な疾病）の的確な治療が行え、患者や家族が置かれている状況等を含め全人的対応ができ、必要であれば当該患者の症状等に最もふさわしい専門医を紹介し、あるいは、介護・福祉のコーディネートを行える医師である。いわゆるコンシェルジュの機能を持つ医師が一層重宝される。また、このようなタイプの医師が、医師不足が深刻な問題になっている地域が求めているタイプである

第二に、質の高い家庭医が地域で適切なケアを提供することは、患者にとって適切な医療が受けられる可能性を高めるだけではなく、医療資源の効率的配分という観点からも好ましいと考えられる。

第三に、プライマリ・ケアのあり方・展開の仕方は必ずしも一様ではない。地域の地理的条件、人口集積、住民の意識、医療資源の分布等により変わり得る。専門領域をもった開業医が横につながる形態（いわゆる「グループ診療」）、あるいは診療所の後方支援機能をもつ中小病院との連携によりプライマリ・ケア・システムを構築していくという考え方もあり得る。

第四に、医学教育上の課題がある。将来を見据え、医師の養成数の総数をどうするのか、どのような医師がどの程度必要であり、診療科や地域的にどのように配分するのかよいか、病院と診療所の配分をどうするかといったことについて、国や自治体のほか大学医学部や医療関係者が早急かつ真剣に議論するべきだと考える。また、家庭医やプライマリ・ケアについても、医学関係者の間に十分な共通理解やコンセンサスが無く、これらの位置づけが明確にされていない問題がある。プライマリ・ケアそれ自体を一つの専門領域として位置づけ、それに必要な技術・方法論を確立し、適切な指導医のもとで体系的に教育・研修を行うことが本筋である。

第2章 遠隔医療

2.1 遠隔医療の概要

遠隔医療の第一人者は、旭川医科大学学長の吉田晃敏氏である。この哲学の生まれた背景には、吉田氏自身が、若い時代に北海道における過疎とその医療の貧しさに触れる機会があったこと（幼少のころ、体があまり強くなくいろいろな病気にかかり、病院までの遠い道のりが記憶にある。病院は遠いところにあるという原体験からきている）に端を発している。そして日本の大半が過疎地で、そのような過疎地に住んでいても、世界最高水準の医療を享受できることが人間にとって大切であることを心に刻んでいる。

吉田氏の医者としての根底にある考え方や「夢と情熱」の形成に大きな影響を及ぼしたのは、ハーバード大学への留学であった。

遠隔医療とは医者と患者が距離を隔てたところでインターネットなどの通信技術を用いて診療を行なう行為である。

導入に当たっては、診断に不可欠な医療データ、端末や機器、そして薬品等を揃え、読影等が可能な医師の確保等を行うことが正確な診療を行うことが不可欠である。離島、僻地など、場所に限らず等しく診療を受ける事ができれば距離移動を行う無駄が省ける。専門医の高度な診療が受けられる。光ファイバ通信を利用すると、「遠隔診断」と「遠隔手術支援」が可能になる。「遠隔診断」という方法では、音声だけでなく光ファイバによる映像によって実物を見るのとなんら変わらない、しかも顕微鏡レベルの小さなものも拡大して鮮明な画像が伝送できて、その画面を通して医師同士の相談と正確な診断や手術支援、さらに医師と患者との親しい話し合いまでがダイレクトにできる。また、医者が行かなくても僻地で診療が行えるため、医師不足解消の方策としても期待される。

高度医療の「遠隔医療」は、光ファイバ網を利用してすでに、2007年3月現在、旭川医科大学との間での遠隔医療実施実績施設は国内38施設、海外4施設である。ここで、具体的な遠隔診断・遠隔管理を紹介する。

テレパソロジー（遠隔病理画像診断）

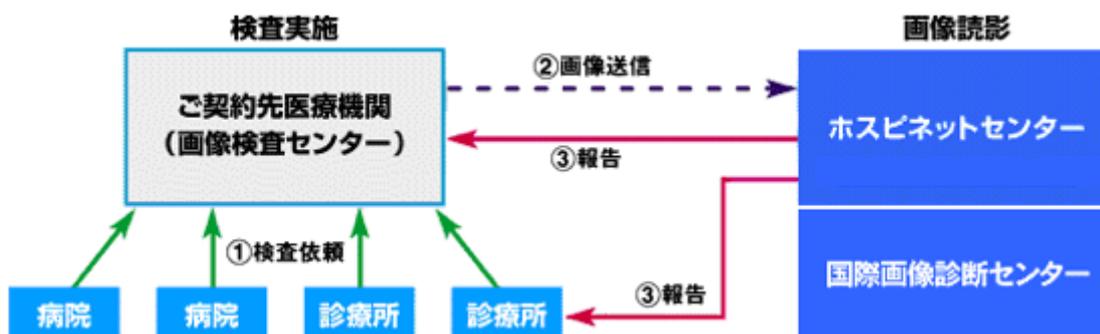
癌の手術などでは、手術部位の細胞を一部取得。その細胞を顕微鏡レベルで確認し、正常組織か病変組織かどうかの判断を下す。この判断を下すのが病理医である。現在、病理医は全国的に不足している。そこで顕微鏡にデジタルカメラを装着し、病理医に組織画像を送信、診断する。結果は即時に、依頼元医療機関へフィードバックされ、手術等に役立てられる。日本遠隔医療学会会長の村瀬澄夫氏は、「昔は、癌の細胞組織を取って郵送。二週間後に結果がわかり、再度手術する。つまり、二回手術が必要になることもあった。しかし、遠隔医療に基づく術中迅速診断を行えば、そのようなことはなくなる」とその有用性を語っている。

テレラジオロジー（遠隔放射線画像診断）

放射線画像を取得するCTやMRI。これらの画像を遠隔地にいる放射線診断医に転送し、診断する。結果は依頼元医療機関へフィードバックされ診療に役立てられる。「遠隔放射線画像診断を行わない場合、往復の移動時間で半日以上費やし、実際に医師が読影している時間は2時間といったケースもあった。またCTやMRIの普及に比べて、放射線診断医は不足しているため、放射線診断医に効率的に診断してもらうことが必要である」と村瀬氏は語っている。例えば、セコム医療システム株式会社のホスピネットの場合、複数のドクターが読影診断を担当、ホスピネットが窓口になって読影依頼を振り分けるといった仕組みもあるようである。

なお、ホスピネットとは、専門医による迅速な画像診断とネットワーク技術と組み合わせ、医療の質の向上を目指すものである。契約医療機関で撮影されたCT、MR、あるいはRIの画像データを、ネットワークを介してホスピネットセンターに送信することにより、読影の専門医が主治医の先生方の診断支援を行う。

図1 ホスピネットサービスの概念図



出典 セコム医療システム株式会社 HP

テレケア（遠隔健康管理）

健康管理端末で測定した生体情報を保健師や医師へ転送、その情報に基づく指導等を行う。例えば、トイレで排尿すると便器にセンサーがついており血糖値が自動でわかるシステム、ネットワーク対応型携帯心電計（net-AECG）で心電計の情報を随時医療機関へ転送するシステム、親の元気がわかるみまもりポットなどで独居老人の在宅確認を行うもの等がある。「健康管理端末で毎日記録を行うのは大変なので、今後は、センサー技術を有効に活用し、本人が能動的に行動しなくてもデータが取得されるようになっていく必要がある」と村瀬氏は将来像を語っている。

2.1.1 普及状況

厚生労働省の平成17年「医療施設(静態・動態)調査・病院報告」では、全病院の7.6%に相当する682病院が遠隔画像診断を行っている。遠隔病理診断については、143病院(1.6%)、在宅療養支援は83病院(0.9%)である。(表8)

また、日本遠隔医療学会誌での報告では、全国 652 の医療機関を対象に行ったアンケートで 220 の医療機関から有効回答を得、その中の 65.9%が遠隔医療の経験をもっていた。詳しい実施状況については表 9 の通り。

さらに料金については表 10 の通り。遠隔医療を依頼する医療機関の 36.7%が対価の支払いを行い、33.0%が受け取りを行っている。「主に放射線画像診断（テレラジオロジー）の読影診断が多く、1 件 2000 円前後で広がっている」と村瀬氏は語る。

表 8 遠隔医療システムの導入状況

平成 17（2005）年 10 月 1 日現在

	施設数				施設数に対する割合（%）		
	総数	遠隔画像診断	遠隔病理診断	在宅療養支援	遠隔画像診断	遠隔病理診断	在宅療養支援
病院	9026	682	143	83	7.6	1.6	0.9
精神病院	1073	10	1	3	0.9	0.1	0.3
一般病院	7952	672	142	80	8.5	1.8	1
20～49 床	1205	54	1	5	4.5	0.1	0.4
50～399 床	6025	516	90	64	8.6	1.5	1.1
400 床以上	722	102	51	11	14.1	7.1	1.5
一般診療所	97442	1061	277	885	1.1	0.3	0.9
有床	13477	315	54	154	2.3	0.4	1.1
無床	83965	746	223	731	0.9	0.3	0.9

出典 厚生労働 HP 省平成 17 年「医療施設調査・病院報告」

表 9 遠隔医療の実施状況

	依頼経験有		受託経験有	
	機関数	依頼回数/月	機関数	依頼回数/月
放射線画像診断	42	58.7	55	430.8
病理診断	29	91.6	30	6.2
カンファレンス	20	14.8	22	1.4
診療コンサルテーション	18	2	27	2.4
手術指導	9	1	9	1
カテーテルインターベーション	4	0	4	0
画像を用いたテレケア	4	0	12	3
生体情報によるテレケア	4	1	12	6

出典 2005 年 10 月 日本遠隔医療学会雑誌第 1 巻 「遠隔医療の現状と経済評価」

表 10 遠隔医療料金の現状（単位 円） 1 件当たり

	依頼支払額	受託受取額
放射線画像診断	2141.7	1393.8
病理診断	7442.4	8476.3
カンファレンス	1768.2	0
診療コンサルテーション	625	0

出典 2005 年 10 月 日本遠隔医療学会雑誌第 1 巻 「遠隔医療の現状と経済評価」

2.2 旭川医科大学及び北海道を中心にみる遠隔医療の歴史

遠隔医療の歴史を、遠隔医療の第一人者である吉田氏が学長を務める旭川医科大学及び北海道を中心に、表にまとめる。

表 11 「遠隔医療」の変遷

1994 年	10 月	旭川医科大学と余市協会病院との間で初の遠隔医療実験を実施
	12 月	旭川医科大学と旭川高砂台病院との間でフル動画伝送の研究開始
1995 年	12 月	旭川医科大学眼科と釧路赤十字病院眼科との間で本格的遠隔医療を開始
1996 年	12 月	旭川医科大学とハーバード大学スケペンス眼研究所との間で世界初のリアルタイム遠隔医療が本格始動
1997 年	11 月	旭川医科大学とハーバード大学と市立旭川病院の患者を同時に診察する「3 元国際遠隔医療」に成功
1998 年	10 月	中国・南京中医薬大学眼科との間で遠隔医療が開始
1999 年	7 月	旭川医科大学病院に国内初の全診療科に対応した「遠隔医療センター」が完成
2000 年	7 月	市立根室病院と全診療科で遠隔医療の共用を開始
2001 年	2 月	旭川市・森山病院との間で初の 3D - HD 高精細(ハイビジョン)立体動画の伝送実験を行う
2002 年	5 月	広域ネットワークを用いた病理画像伝送実験・札幌厚生病院との間で硝子体手術シュミレータの伝送実験
	12 月	札幌社会保険病院との間で産婦人科領域における遠隔医療の活用実験
2003 年	10 月	遠隔健康教育システム「北海道メディカルミュージアム」開始
2004 年	3 月	函館五稜郭病院との間で高精細手術動画伝送を開始
	12 月	離島(利尻国保中央病院)を含む 4 施設を結び 4 元遠隔医療実験を開始
2005 年	1 月	遠隔医療センターの IP 化を進める
	3 月	北海道健康管理センター(ペアーレ札幌)との間で初の IP 遠隔医療開

		始
	5月	アジア・ブロードバンド回線（ABB）を用いた遠隔医療の研究を開始
2006年	2月	ABB「3D-HD方式とブロードバンドを活用した眼科における遠隔医療の実証実験」でシンガポールに向けた高精細立体動画伝送に成功
	5月	衛星回線を用いた遠隔医療の共同実験をスカパーJSAT株式会社と開始
2007年	2月	眼科における退院後の「在宅遠隔診療」を開始
	3月	旭川医科大学との間での遠隔医療施設は国内38施設、海外4施設となる
2008年	5月	ブロードバンド地上回線の利用が困難な地域（利尻島国保中央病院・道立香深診療所（礼文）において高速無線LANを用いた遠隔医療を実証。さらに、既存の遠隔医療システムと連携した遠隔医療を実施

出典 『格差なき医療』P203～206・旭川医科大学 HP を参考に筆者作成

2.3 遠隔医療のメリット

2.3.1 患者の身体的・経済的負担の軽減

過疎地域で生活する場合、気候・地理的条件および交通体系の不備などの面で、あまりにも厳しい環境下におかれている。

過疎地域に住む人々は、近くに病院がない場合、また、重い病気を治療する場合、都市に出向かなければならない。これは、特に、お年寄りの場合、長距離移動による身体的負担はもちろん、経済的負担も少なくない。そこで、遠隔医療を用いた場合、近くに病院・診療所があればそこで治療を行うことが可能になる。患者や医師が動くのではなく、情報が動くということである。

2.3.2 過疎地の医師の期待

過疎地の医師は、財団法人北海道地域医療振興財団が96年に行ったアンケートに対して、順位としては低いですが、町村の管理者はマルチメディアを活用した地域医療の支援のための通信システムの導入を要望している。ただし、この調査でいう遠隔医療は、医療機関と患者や在宅看護先などを結ぶ通常のテレビ電話を対象としており、光ファイバ網を対象として調査をすれば、さらに順位は上がると考えられる。

また、この調査は、13年前に行った調査結果であるため、現在は、かなりの要望があるのではないかと推測される。しかし、光ファイバ網が、まだまだ過疎地域に整備されていないのも実情である。まず光ファイバを整備することが、遠隔医療実施への第一歩かもしれない。

2.3.3 医師が町村へ派遣しやすくなる・プライマリーケア教育の支援

遠隔医療による「遠隔診断システム」があれば、町村の医療機関に医師を送り込んだ大学や医療機関では、送り込んだ医師の指導ができるため、大学や基幹病院は過疎地に医師を派遣しやすくなる。町村長から、「自分よりも高い賃金を提示しても、大学は若い医者を派遣してくれない」という嘆きをよく聞く。その原因として、派遣した医師がたった一人で町村の医療機関であらゆる患者に対処しなければならない場合がある。たとえば、たった一人で町村の医療機関であらゆる患者に対処しなければならない場合がある。相談する医師もいない中で、地域医療に携わるということである。これでは恐ろしくて若い医師は過疎地に行きたがらず、大学の担当教室も行かせたいとは思わない。しかし、「遠隔診断システム」があれば、派遣先の医師は画像を大学の教室に送って相談もできる。教授以下のスタッフたちも指示をだせる。さらに、若い医師が地域医療に携わることで、「プライマリーケア教育の支援」につながる。なぜなら、過疎地は多くの患者との接し方や病気の診断方法、そして患者や看護婦との人間的な心の触れ合いを体験しながら、「プライマリーケア」と過疎地の住民を通じた心の温かさを学ぶのに非常によい場所になるからである。このように考えると、「遠隔診断システム」は、プライマリーケアの重要な受け皿になると思われる。しかし、これは、あくまでも私自身が感じていることだが、新医師臨床研修制度をなんらかの形で改正しない限り難しいのではないかと考える。なぜなら、この制度のままでは、現状、大学病院を選択する医学生は少ないため、町村に送ることは医師数の問題からみて困難ではないかと思うからである。

2.3.4 病院の共同利用

通常、患者はかかりつけのホームドクターをもっている。その患者が手術や高度の治療を受ける場合、大病院に入院することになる。その大病院が患者の住んでいる地域から遠くにある時は、いっそう不安になる。ここで、「遠隔診断システム」でホームドクターと患者が入院した大病院とがつながっているとしたら、両方の先生の間で相談ができ、必要な時には患者本人も交えて遠隔診断装置で話が出来るということになる。そうすると、患者は安心して大病院で療養に専念でき、手術も受けられる。つまり、「遠隔診断システム」は病院の共同利用と同じ効果があり、将来は本当の共同利用まで進むことも可能である。

都市の開業医と町村立病院、さらに大学病院などと「遠隔診断システム」で結ぶなら、患者が町村の医療機関に戻る（過疎化を防ぐ一つの要因になる）という効果はさらに高まり、町村の医療機関への町民の安心感も高くなると考えられる。

2.3.5 医師が常駐しない地区との連携

過疎地の診療所では、救急の患者だけでなく、老人の健康管理に「遠隔医療」は重要になる。この場合、法律を改正する必要があるが、医師が常駐しない地区の医療関連機関に

は、看護師などのコメディカル・スタッフが伝送先にいるので、まったくの素人の家庭と結ぶ「遠隔医療」と違い、効果は大である。

2.3.6 コメディカルと家庭との連携

在宅介護センターにいる看護師は絶えず、一般の家庭と関わる。在宅介護では、医療機器を患者自らまたは介護をする家族が操作する必要がある。このとき、在宅のお年寄りや介護をする人たちに医療機器の使い方を教えるとき、一度だけで理解してもらえない可能性がある。また、在宅酸素療法や、患者自身または家族などの介護人が行う服薬の仕方、栄養指導なども重要である。この領域でも、「遠隔医療」は大変効果を発揮する。

<補足>

日本経済新聞第二部 1月1日付けによると、自宅で生活する患者の状態を病院で遠隔監視するシステムの実用化が間近だそうだ。心不全患者の体内に埋め込み、心臓けいれんの発作が起きた際に電気ショックを送る「植え込み型除細動器」の最新機種は、患者の心電データを無線通信を介して随時病院に送信する。

日本では、無線型システムは保健適用外だが、将来こうした診療が一般的になる可能性はある。

第3章 予防医療と住民活動

3.1 村上智彦医師が考える地域医療（予防医療）

村上医師がめざす地域医療のかたちは、カリスマ医師を必要とせず、「普通の医師」が誰でも行える予防医療やプライマリケアの仕組みをつくることである。そして、地域医療を仕掛け（手段）とした町と地域社会の創造である。村上氏はこの考え方を、師匠である当時の自治医科大学の地域医療学教室の五十嵐教授から学び、岩手県・藤沢町、北海道・旧瀬棚町の実践そして先進的な地域医療の現場の危機の体験を通して掴み取った。村上氏が、旧瀬棚町で実践した取り組みとして、予防医療があげられる。具体的には、健康講和会の開催（多い時は、年間30回以上）肺炎球菌ワクチン・インフルエンザワクチン・禁煙パッチの公費助成である。特に、肺炎球菌ワクチンの公費助成は、日本で初めての実施だった。これらの取り組みは、行政の協力が必要不可欠であるという。当時の平田町長は、リーダーシップがあり、協力的だったと村上氏は述べている。さらに、保健師の頑張りも成功の秘訣だったという。保健師は住民に目が届き、行政事務もできたからである。しかし、村上氏は、合併後の新せたな町長と地域医療についての意見が対立し、旧瀬棚町を去った。村上氏の考え方は、「コメディカルスタッフの充実・医療従事者の連携が密にとれること・住民の医療に対する意識改革」だった。一方、新せたな町長の考え方は、「大きい病院をお金をかけてつくればお医者さんが集まって地域医療が充実する（村上, 2008）」という考えだった。村上氏は、最終的には、残り3年で医療費の公費助成を行うのが夢だった。検診を受けた人何点、予防接種を受けている人何点というように点数化して、ある点数に達したら外来での負担を半分助成する。医療費の公費助成は、究極の地域医療行政であると述べている。長い目で見ると、予算の軽減につながる。なぜなら、このような人は、病気にかけりにくいからである。要するに、町が奨励して健康づくりに励むということである。

3.2 実習で職種を超えて連携 埼玉県立大学

村上氏が考える「医療従事者の連携が密にとれること」を、実習を通してチームワークを学ぶ大学がある。埼玉県立大学だ。同大では、病院や介護施設などで実習する専門職連携演習がある。専門職連携とは、医療や福祉サービスの従事者が利用者の視点に立ち、職種を超えて連携することを指す。実習では、実際に入院している患者の情報を、本人や家族、医師からの聞き取りとカルテで集めて整理し、実行に移すわけではないが、患者の希望をくみ取った退院後の支援計画を練ったりする。実習後の学生の意見では、「看護師として、病気の面で心配な点を重視しがちだったが、患者の出来る範囲で体を動かし、生活に生かそうと考える理学療法士や作業療法士の意見に触れ、視点の違いに驚いた（看護学生）」や「チームで話し合うと、職種の間で落ちてしまった視点も分かってくる。専門性の強みは連携することで強みにかわるのでは」などの、職種間の立場や考え方の違いを超えて、

連携の大切さを理解した学生の意見が相次いだ。演習を担当する大塚眞理子教授も「医療が在宅介護などで地域に広がった今、専門職同士が対等な関係がつかれなかったり、相互理解が出来ずに専門的な立場が対立すると、利用者に統一したサービスができない。チーム医療の基礎訓練として、専門教育の中で連携を学ぶ意味は大きい。教育を通じて若手の意識を変えていくことが、未来の現場を変える原動力になる」と述べる。将来は、近隣の埼玉医科大学や女子栄養大学など、大学間の連携による実習も視野に入れている。

3.3 医師が来てくれる地域をつくる 住民のできることを その1

3.3.1 市民が医師教育に参加する

村上氏の考える「住民の意識改革」を、NPOとして実践活動している団体がある。千葉県NPO法人「地域医療を育てる会」だ。同法人の代表である藤本晴枝氏が、市民参加による取組み「医師育成サポーター制度（病院レジデント（研修）医のコミュニケーションスキル研修）」を千葉県東金病院と一緒に企画した。2007年4月から始まり、現在も続いている。若手医師の教育は一般に病院などの医療機関が行うものだが、コミュニケーション能力を高めるところで住民も貢献できるのではないかという思いから生まれた。藤本氏は、「医療側のニーズは、『若手の医師を受け入れてほしい、若手の医師を見守ってほしい』ということ。一方、患者は『ベテランの医師に診てもらいたい』と思っている。この両者のギャップは、コミュニケーションと相互理解をカギにして、ある程度解決できるのではないかと思った」と述べる。患者のニーズをさらに掘り下げていくと、きちんとコミュニケーションができる医師に診てもらうことを望んでいるということにたどりついた。これまで、医師が病気の仕組みやその予防法などを市民にわかりやすく伝えるコミュニケーションスキルは、大学では教える機会がほとんどなく、医師個人の研鑽に任されていた。病院と市民が協働して医師のコミュニケーション能力の研修支援をするというこの全く新しい取組みは、「サポーター」になる市民に対して、若手医師が講義をして、質問に答えるという機会を数回にわたって繰り返す。その様子をサポーターたちが評価する。患者とのやり取りに慣れていない若い医師にとって、市民に分かりやすく説明したり質問に答えたりすることが、基本的な診療能力であるコミュニケーション能力のトレーニングになる。サポーターたちは、医師の挨拶、声の大きさ、患者への説明への説明の仕方、分かりやすさ、アイコンタクトなど、20項目を五段階で評価する。医師教育の一環という位置づけなので、サポーターたちの評価が客観的になるように、評価方法にも工夫を凝らしている。実際に参加した医師8年目の阿部浩子医師は、「私は人前で話をするのが苦手でした。でも実際の診察の際に患者さんに質問されることも多いので、こうした場合はコミュニケーションの練習になると思います。患者さんがどんなことを考えているのかが分かるようになりました」と述べている。最初はこの研修に戸惑い緊張したというが、今は自分が医師として成長する良い機会だと前向きにとらえている。月に1回程度の頻度で行われるこの医師育成サポーターによるコミュニケーションスキル研修には、東金病院院長の平

井愛山氏も毎回オブザーバーとして同席している。研修終了後は、サポーターから回収した評価用紙に若手医師と一緒に目を通し、受け答えの方法などをアドバイスしている。平井氏も、「最初は両手でマイクを持ってマイクにしがみついているようだったが、最近は身振り手振りもまじえて説明するようになった。自信がついてきていることがよくわかる」と研修の効果を評価している。

3.3.2 予期せぬ効用

医師を育てることの「見える化」から出発したこの市民参加の研修について、「医師のコミュニケーションスキル向上のみならず、さまざまな効用があることが分かってきた」と、藤本氏は述べる。まず、研修の場が病気予防のための啓発活動の場になるということ、市民と医師の関係作りに役立つということ、さらに、市民が過去に医療に関わる中で受けた心の傷を癒される機会が得られることだという。あるサポーターは、過去に家族の看病と介護のことで苦労した経験があった。担当医の提案と患者自身の意向が折りあわず、その間で板挟みになりさまざまな葛藤を体験した。このサポーターの女性は、その時のつらかった経験を、レジデント医師のコミュニケーションスキル研修の場で話していたのだ。真摯に話を聞いていたレジデント医師が、「そんな時は私も悩むと思う」と率直にコメントを返した。このことでサポーターの心の傷が癒えたという。別のサポーターも、「こうやってなんでも話ができるということが患者と先生との間で必要だと思う」と、この研修会の意義を評価し、若い医師を温かく見守っている。藤本氏は、「医師の分かりやすい説明は、市民や地域との関係作りに重要な要素だ。この研修は、医師の士気向上のみならず、地域住民に対しても『地域で医師を育てる』意識の根付きをもたらしはじめている」と述べ、手ごたえを感じはじめている。

3.3.3 当事者の経験が行動に

NPO 法人「地域医療を育てる会」は、病院から医師がいなくなり診療科がなくなっている事実に関心を持った藤本氏が地域住民に声をかけて、2005年4月に発足した。千葉県山武郡内の住民や医療・福祉・行政関係者らが意見を交わし、住民の声を医療、行政側に届けると共に、住民に情報を発信することをミッションとして活動している。

藤本氏がこの地域で医師の大学医局への引き上げが起きていることを知ったのは、老朽化した県立東金病院の建て替えについて、地元議会の医療センター構想策定委員会の議論が始まり、新しい医療センターの建設計画が浮上していた頃だった。2005年1月に新しい医療センター構想について住民説明会が開かれ、藤本氏は出席した。医療センター計画は、その機能や運営方法でもめており、地域を二分する議論がされていた。運営については県は手を引き、周辺市町が責任を担うというプランが出されていたが、具体的な道筋は見えていなかった。藤本氏が、自らNPOを立ち上げる引き金になったのは、この説明会だった。藤本氏は言う。「もともと気になっていたのです。住民は、行政や医療機関に対して、ああ

してくれ、こうしてくれと不満を訴えるばかり。それに対して行政側も医療機関も『努力をしていますので、ご理解を』という答弁を繰り返すばかり」

行政側も医療機関側も対応策が無く困窮しているのは明らかであった。これまで、住民はサービスを受ける側であり、苦情を申し立てる側。それに対して行政や病院は答えを出す立場という対立構造が常にあった。しかし、住民が指をくわえて何かをしてもらえるのを待つ時代では、もはやなくなっている。「人の健康・命を守る」という同じ目的に向かって、住民・医療機関・行政がそれぞれの立場から意見を出しあい、知恵を絞らなくては、地域の医療は先細る一方である。藤本氏は、自分ができることから行動を起こそうと決意し、皆が同じ土俵に上がり知恵と力を出し合う関係が必要であると考え、情報発信、対話の場をつくろうと思った。

3.3.4 情報発信から始める

「地域医療を育てる会」は、毎月1回、「クローバー」というミニコミ紙を東金市全戸と山武地域合わせて2万戸の世帯に配布している。多くの住民に山武地域の医療の現状や国の医療政策の方向性を伝え、関心を持ってもらうことが、問題解決に不可欠だと感じている。住民が正しい情報を得て、状況を理解し、行動を変えることが地域医療の崩壊を食い止めることにつながるのではないかと考えている。予防啓発や地域の医療問題などをテーマに、「地域医療を育てる会」のコアメンバーが取材をして、原稿を書く。町内会の回覧板と一緒に東金市内に全戸配布されるほか、山武地域の約60箇所の薬局や医療機関、行政機関にも協力して置いてもらっている。

「クローバー」は継続して地域医療の問題を伝える以外に、地域内の診療所の医師の声を伝える。医師が日ごろどのような思いをもって、診療に当たっているのか、地域住民へのメッセージなどをインタビューしている。藤本氏が医療機関を選ぶ際には、医師の人柄や人間性、医療に対する考え方など、客観的情報だけでは知りえない人間的な部分を知りたいと思っている。マスメディアなどが伝えられない「すきま情報」を「クローバー」で伝えていきたいと取り組んでいる。

また、紙媒体による情報以外に、WEBサイトでも情報を提供している。「地域医療を育てる会」のホームページと、個人のブログである「Web CLOVER」だ。紙媒体は地域の人々への情報提供、WEBサイトやブログは活動の全国への発信が目的である。

藤本氏は、「知っている人は知らせる努力を、知らない人は知る努力をすることが大事だと思う。専門家が握っている情報を、一般の人に多く知らせていきたい。そうすることで、医療機関、行政、住民のコミュニケーションのギャップを埋めていきたい。互いが対立するのではなく、理解しあえるような情報発信を行っていきたい」と力をこめて述べている。

3.4 医師が来てくれる地域をつくる 住民のできることを その2

3.4.1 守る会発足の経緯

守る会のメンバーが、兵庫県丹波市内で唯一、小児の入院を扱う「兵庫県立柏原病院」の小児科が閉鎖の危機にあることを知ったのは2007年4月のことであった。2人しかいない柏原病院小児科の医師のうち1人が県の人事で院長に就任。現場に残されたもう1人の医師が「これ以上の負担に耐えられない」と退職の意向を示したという衝撃的な記事が地元、丹波新聞に掲載された。その後、記事を書いた足立智和記者の呼び掛けで座談会が開かれた。座談会の目的は「柏原病院小児科・産科の危機を子育て世代はどのように感じているか？」ということ、記者自身が知りたいというものだった。『そんなの困る』『何でこんなことになったの?』『これからどうしたらいいの?』母親たちからの不満めいた声が続く中、足立記者が「お医者さんの勤務がどれだけ過酷か知ってる?」と声を掛けると、その場にいた1人の母親が体験談を語り始めた。『喘息発作の子どもを連れて夜間救急を受診した。夜8時に病院に行くと、すでに30人ほどが待っていた。やっと診察の順番が回ってきたのが午前2時。入院が決まり病室に通されたのは明け方の4時だった。そのまま親子で寝てしまったが、翌朝目を覚ますと「処置しておきました」と書かれた置手紙がベッドサイドにあった。そして、翌日も普段どおりに診療を行う先生を見たとき、「先生、寝てないんだ」ということに気が付いた。「うちの子の病気のこと考えたら、柏原病院の小児科がなくなるのはほんまに困るんや・・・でも、先生のおんな姿見とったら『辞めんといて』とは、よう言わん・・・』」最後は涙声になっていた。それまで不平・不満を口にしてきた様子はガラリと変わった。彼女らは、医者の過酷な勤務実態、またその一因に、患者の無理解による「コンビニ受診」があるのだということを知った。これ以上「先生頑張って」なんて言えない。この現状をもっとたくさんの人に伝えなければならない。たとえこのまま医師が辞められても、住民に非難されるようなことになってほしくない。これまでお世話になった先生のために何ができるだろうか。あれこれ考えた末、彼女らは署名活動を始めた。5万筆を超える署名を県へ提出したものの、期待していた結果は得られなかった。行政の対応を待つ間に、医者はどんどん疲弊し、地域から立ち去ってしまうかもしれないという危機感を感じていた。子の経験を通して、彼女らは、「人任せにしても解決しない」ということを学んだ。行政に頼るだけでなく私たち自身が行動し、医者が働きやすい地域を作るしかないと感じた。医者の増員を願うだけでなく、今いる医者を大切にする地域づくりを進めていこうと決意したのだ。そして住民として出来ることを3つのスローガンに込め、活動を展開するようになった。3つのスローガンとは、コンビニ受診を控えよう、かかりつけ医を持とう、お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう、だった。

「コンビニ受診を控える」ということは決して「無理して我慢する」ということではない。ここでいうコンビニ受診とは、軽症にもかかわらず、二次救急のための夜間外来を自己都合で受診することである。本当に必要な人が必要な時に医療を受けられるように、また、病院の勤務医の負担を減らすためにも、症状に応じて病院と診療所（かかりつけ医）

を使い分けるよう呼び掛けている。『軽症の人は、より重症な人に診療の機会を譲りましょう』ということである。軽症ですぐに二次救急病院を受診するのではなく、まずは「かかりつけ医」で受診する。そのためにも普段から気軽に相談できる「かかりつけ医」を持つことが大切である。守る会が活動を始めて間もない頃、「コンビニ受診を控えよう」という呼び掛けが先行し、かかりつけ医への受診をも控えてしまう保護者が増えていると知った。症状が悪化してから受診するため、かえって柏原病院への紹介が増え、勤務医の負担になっていると市内の開業医から教わった。このことがきっかけとなり、「コンビニ受診を控えよう」「かかりつけ医を持とう」これら2つのスローガンは必ず併せて伝えるよう注意を払っている。また、医療が進歩した今、治って当たり前という思い込みはないか、具合が悪い時に、いつでも医者に診てもらって当たり前という気持ちはないだろうか、「守る会」は考えた。その考えを改め、日ごろの感謝の気持ちをきちんと伝えることがとても大切だと考えた。医者に感謝の気持ちを伝えるということを多くの人に実践してもらいたいという思いから、柏原病院小児科外来の窓口に「ありがとうポスト」を設置した。集まったメッセージは小児科前の廊下に掲示している。また、講演に招待された先でも「ありがとうメッセージ」を書いていただくことでは「ありがとうポスト」を持って、いろいろな所へ行っている。書いていただいた「ありがとうメッセージ」は一枚ずつ宛先を調べ、宛名にあるお医者さんのもとに届けている。感謝の輪（和）が全国に広がることを願って行っている。

3.4.2 啓発グッズ

「守る会」が作成した啓発グッズを紹介する。いずれも「守る会」HPから購入できる。小児救急冊子...どんなときに救急車をよべばいいのか・受診の目安チャート図・絵で見る子どもの応急処置・子どものSOS!こんなときどうする?・知っておきたい!粉薬の上手な飲ませ方・薬剤師さんのアドバイスが書かれている。(1冊100円)

図2 「小児救急冊子」



出典「県立柏原病院の小児科を守る会」HP

マグネットステッカー...3種類ある。「#8000」(1枚100円)「子どもを守ろう お医者さんを守ろう」「地域医療を守るのは 一人ひとりの心がけ」(各1枚200円)

図3 「#8000」



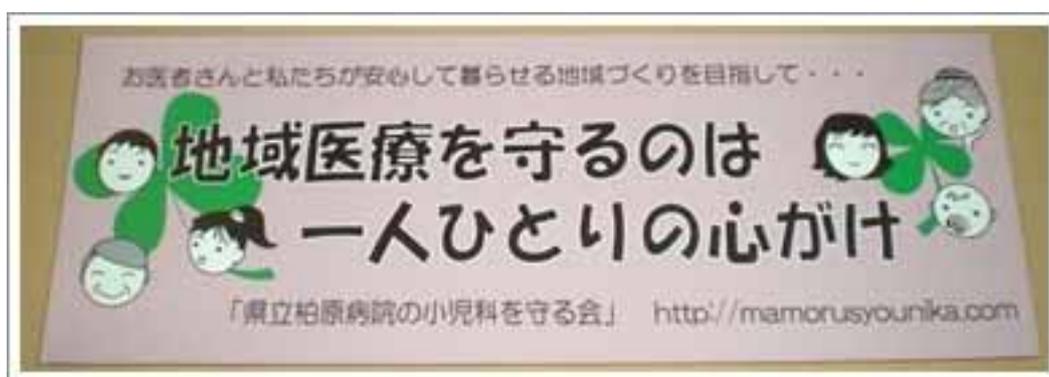
出典「県立柏原病院の小児科を守る会」HP

図4 「子どもを守ろう お医者さんを守ろう」



出典「県立柏原病院の小児科を守る会」HP

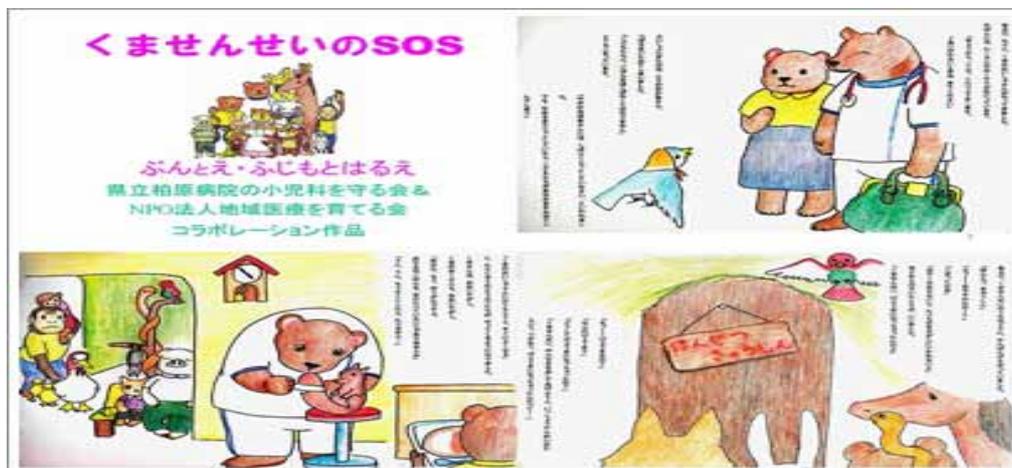
図5 「地域医療を守るのは 一人ひとりの心がけ」



出典「県立柏原病院の小児科を守る会」HP

絵本&DVD(くまさんのSOS)...この物語は千葉県東金市「NPO法人 地域医療を育てる会」とのコラボレーション作品である。子どもにも分かるストーリーで、二次救急病院と開業医の使い分けの必要性を伝えている。(1冊500円)

図6 「くまさんのSOS」



出典「県立柏原病院の小児科を守る会」HP

3.4.3 情報発信

「県立柏原病院の小児科を守る会」では、HP やブログ、メルマガ、講演会、メディアの取材・視察対応で情報発信している。ブログでは、日々の出来事や地域医療について綴っている。メルマガでは、丹羽市に関する地域医療に関するメルマガを配信している。具体的には、 休日診療所の当番医情報・夜間応急診療室、消防本部、小児救急医療電話相談の電話番号などの緊急時の問い合わせ先、 医者からの現在流行っている病気についてのアドバイス・自宅でできるケアや予防法、受診の目安など、 行政から医療講座などの案内、 Q & A、登録された人からの質問に対し、各機関からの回答を配信、 簡単お料理レシピ・親子で楽しめるイベント情報・お買い物クーポンなどのお楽しみ情報を提供している。

3.4.4 まとめ

2007 年春、産科・小児科がなくなるかもしれないと知り、先生の役に立ちたい、私たちにできることをしていこうと、子育て中の母親らが「兵庫県立柏原病院の小児科を守る会」を結成した。「自分たちに何ができるだろう？何をしたら良いのだろう？」と「守る会」は今もなお自問自答している。彼女たちは、自分たちの暮らす丹波が、安心して子どもを産み育てられる地域であり続けて欲しいという思いから活動を始めた。そのためには医者の力が不可欠であった。「子どもを守りたい、お医者さんを守りたい」その気持ちが活動の原点だった。県立柏原病院の小児科を守る会として活動を始めたが、活動を進めるうちに、小児科だけでなく、柏原病院だけでなく、「守る会」が守りたいのは、ふるさとの地域医療だと強く思うようになった。そして、医者と住民は、医療を「施すもの」と「受けるもの」という相対するものではなく、ともに力を合わせて地域の医療を作り上げていくパートナーのようなものだという気も付いた。私たち住民にできることは、今いる医者を

大切にし、働きやすい環境、医療に理解のある地域づくりを進めることだと考える。子どもも親も、そして医者も誰もが安心して暮らせる地域づくりのため、自分たちにできることを地域の人々と一緒に考えていきたいと考えている。

3.5 患者との接し方を様々な手法で学ぶ 徳島大学、岐阜大学、埼玉医科大学、京都大学

「地域医療を育てる会」で実施されているコミュニケーションスキル研修を、医学部で学ぶ授業が広がっている。徳島大学は、2006年度から、医学部の1年生に「ヒューマンコミュニケーション」の授業（実習）を始めた。実習内容は、学生がそれぞれ園児とパートナーを組み、週1度、10週にわたって交流する。実習を終えた学生からは、「喜んでもらえることがこれほどうれしいとは思わなかった」「パートナーが心の底から信じ、すべてを受け入れてくれている」と心の変化を述べている。医療教育開発センター副センター長の寺嶋吉保准教授は「今の学生は勉強はできるが、核家族化や少子化のせい、世代の違う人、特に高齢者や子供との会話が苦手な学生が多い。学生同士も互いに深く干渉しない傾向が強いが、実習で仲間意識もできてきた」と意義を強調する。

岐阜大学でも2008年度から、保育園児や妊婦、高齢者と交流する「地域体験実習」が医学科2年生の必修になった。

埼玉医科大学では、医学部の「臨床入門」の1年生の授業で、2006年から年1回、東京都杉並区立和田中学校の藤原和博校長を招き、現代社会のさまざまな課題を学ぶ「よのなか」科の授業を経験している。2007年10月に行われた授業には地域住民も参加、「安楽死の是非」も議論した。藤原氏は、「違う世代や考え方が異なる人と話す経験の重要さは、中学生も医学生も同じだ」と述べる。

京都大学では2007年度から、医学部1年生に「医療ボランティア実習」を必修化した。夏休みや授業の合間に、車椅子介助や外来の案内係、訪問看護の手伝いなどを体験する。実習に参加したある学生は、「病院が多数の人に支えられていることは、実習がなければ実感できなかったかもしれない。初心を再確認できた」という。学生は、新たな経験に敏感に反応している。

第4章 医師不足・看護師不足と医局崩壊

4.1 諸外国と比較した日本の医師不足

今日、医療崩壊は産科・小児科にとどまらず、外科・内科などあらゆる診療所でおこっていて、過労死する勤務医や、病院そのものが破たんする例も増えている。すべて人手不足が根底にある。これは、「地方の問題」とよく捉えられがちだが、何も地方に限ったことではなく、都市部でも医師不足の問題はある。

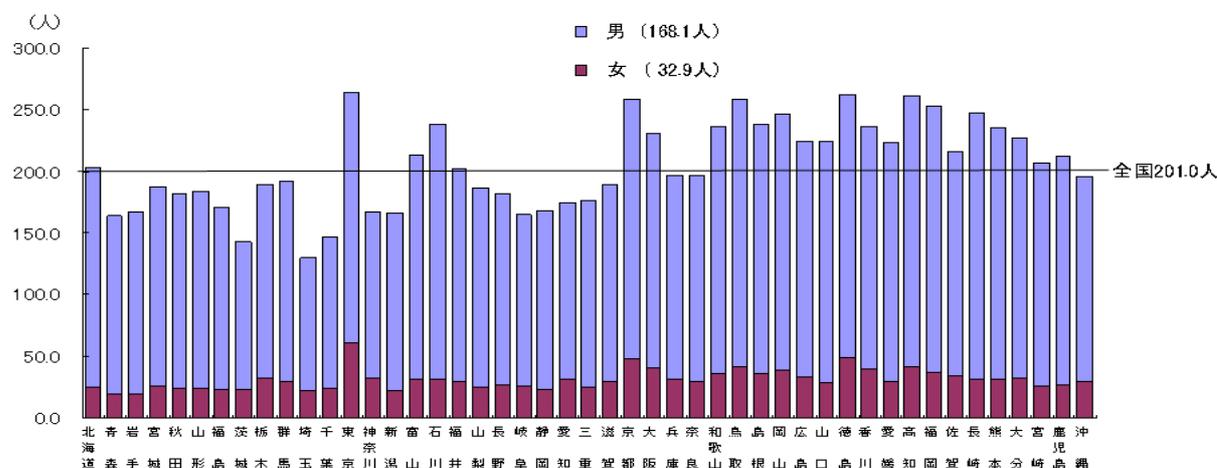
表12 OECD（経済開発機構）各国の人口千人あたりの医師数



表から、OECD に加盟している国の人口千人当たりの平均医師数が 3.1 人に対して日本は約 2.1 人とどまっている。つまり、日本の医師数は、OECD 加盟国の平均の 7 割にも届いておらず、加盟国の中では、ビリから 4 番目である。（スロバキアを除く。）

また、国内でも医師不足の実態を示すデータが出された。

表13 都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数



出典 厚生労働省 HP 2004 年 12 月 31 日現在

新聞などでは医師数の地域格差が強調され、あたかも日本の医師不足が「偏在」によって起こっているかのような印象づけがなされた。全国平均は 201 人だが、確かに各自治体で医師数にバラつきがある。しかし、表 1 より、OECD 加盟国の平均が千人当たり 3.1 人、つまり、十万人あたり 310 人ということから、日本の自治体の中で、医師数がこのラインに届いている地域は一つもないことがわかる。

ゆえに、自治体によって医師数にバラつきはあるものの、日本は東京を含めすべての地域の医師数が、世界平均を下回っているのである。この状況を「偏在」と判断するのは正しいだろうか。

通常、偏在というのは、日本のある地域で医師が集中しすぎて余っている一方、別の地域では不足して困っているという状態を指す。その場合は、医師をうまく全国に散らすことで問題は解決される。しかし、現在の日本の状況はそれとは異なる。たとえ全国の自治体の医師の割合をすべて同じにしたとしても、すべての地域で医師が不足している状況は変わらない。余っている医師など存在しない。

日本の医師不足は、世界からも懸念されている。OECD 編著の『図表で見る世界の保険医療 OECD インディケータ (2005 年度版)』に、「保険医療資源の不足が一定の国々で問題化の可能性」として、次のような 1 文が記されている。

「医師の不足が認められることは多くの国の重大な懸念である。(略)2003 年では、OECD 加盟国間で一人当たり診療医師数に大きな違いがある。これはイタリアとギリシャの人口千人当たり 4 人を超える高いものから、トルコ、メキシコ、及び韓国の人口千人当たり 2 人未満の低いものまで幅がある。一人当たり診療医師数はまた日本、カナダ、イギリス及びニュージーランドでも比較的低い。後者の国々は伝統的に医科大学の入学を規制している。」

この資料から、世界からも、医師の絶対数不足を指摘されていることがわかる。

地域医療を再生するための 1 つは、「医師養成数の増加」である。これは、中長期的視点から必要不可欠である。

4.2 過労で満身創痍の医師たち

地域医療の中心となる地方の公的病院に勤務する医師は、皆ヘトヘトになっている。厚生労働省研究班のデータでは、産科医の当直は月平均 16.7 回で、当直明けの日も働き続け、週の労働時間は平均 61 時間であった。当直を含めた超勤は月 80 時間以上、過労死寸前の労働である。医師の 3 割がこの状況である。非人間的な過重労働があり、裁判の危険も加わって、勤務医の 50～80 パーセントが病院を辞めたがっている。公的病院などの給与は低く、「超勤」を含めた労働時間で公務員医師の給与を割ると、時給は 708 円だという。

2006 年、県立奈良病院の産婦人科医は 2004～2005 年の「超勤手当」が 6 人分で 1 億

円未払いであるとし支払いを求め、訴訟を起こした。当直とは、「労働基準法」によって「ほとんど労働する必要の無い状態」とされているが、それに著しく反していた。奈良地裁は、2009年4月22日、「当直は労働基準法上の時間外労働に当たり、割増賃金の対象になる」として、奈良県に約1500万円の支払いを命じる判決を出した。

4.3 看護師不足での病院閉鎖

辞める看護師が病院医療の現場で増えている。看護師不足の主な原因は、大きく4つ挙げられている。一つ目は、病床数の多さである。表1に示したように、日本の人口当たり看護職員数はほぼ世界標準にあるが、病床数は世界標準の2~5倍も多い。すなわち、日本の看護職員は他の先進国に比較して数倍の患者の看護に当たっていることになる。最近の厚生労働省の医療改革はこの病床数の適正化を目指したものであり、そのため医療費や在院日数の削減（政策目標）、社会的入院の排除（療養病床の再編）、医療施設間の連携と集約化（医療計画）、地域における受け皿の整備（在宅療養支援診療所）が行われている。

表14 日本と諸外国の比較

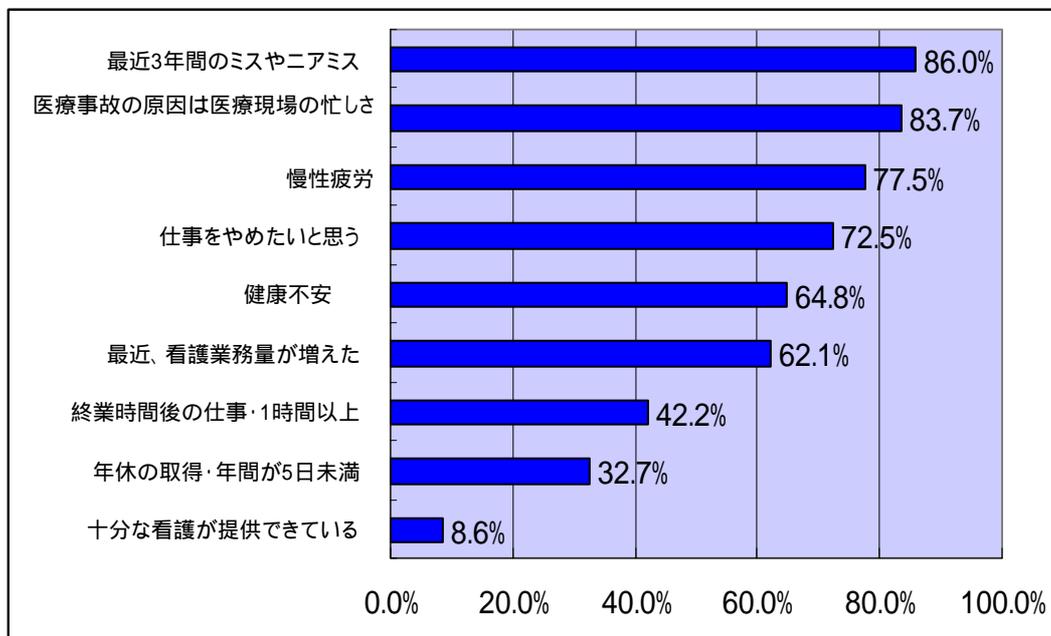
国名	人口千人当たり 病床数	病床百床当たり 看護職員数	人口千人当たり 看護職員数	平均在院日数
日本	14.3 (2003年)	54 (2002年)	7.8 (2002年)	36.4 (2003年)
ドイツ	8.9 (2002年)	108.6 (2002年)	9.7 (2003年)	10.9 (2002年)
フランス	7.7 (2003年)	91.1 (2002年)	7.3 (2003年)	13.4 (2003年)
イギリス	4.2 (2003年)	224 (2002年)	9.7 (2003年)	7.6 (2003年)
アメリカ	3.3 (2003年)	233 (2002年)	7.9 (2002年)	6.5 (2003年)

出典 病院長の独り言 HP 週間医学会新聞 第2675号より引用。一部改変。

二つ目は、看護業務の拡大である。従来、看護師の主業務はベッドサイドで患者のケアを行うことだった。最近になり、医療の高度化、複雑化に伴う医療電子機器の取り扱いや、それを用いた観察、測定、種々の療養指導などの業務が加わり、看護師の負担は増した。また、がん治療の分野などで専門的な知識や技術を必要とする診療介助も必要とされるようになり、1996年には専門看護師・認定看護師制度が始まっている。看護師の労働条件の悪化が懸念されるなか、2005年に日本医療労働組合連合会より衝撃的な「看護職員の労働

実態調査」結果が報告された（表 14）。配置人員の抜本改善をはじめとした緊急対策の必要性が指摘されている。

図 7 日本医療労働組合連合会「看護職員の労働実態調査第 1 次中間報告」まとめ



出典 病院長の独り言 HP を参照して筆者作成

三つ目は、離職率の上昇である。看護師は女性が多いこともあり、結婚、出産、配偶者の転勤などで離職する機会は少なくない。図 8 に看護師と一般労働者の離職率（年間の退職者数が職員数に占める割合）の推移を示した。数年前まで、看護師の離職率は一般労働者に比較して低値だったが、最近になりじわじわと上昇し、2004 年には一般労働者並の 13.1%に達している。上昇の理由は不明だが、看護現場の忙しさと無縁ではないと推測できる。途中で職場を離れた看護師（潜在看護師）の職場復帰支援が、看護師不足への対策の 1 つとして注目されている。

図 8 看護師の離職率の推移（一般労働者との比較）

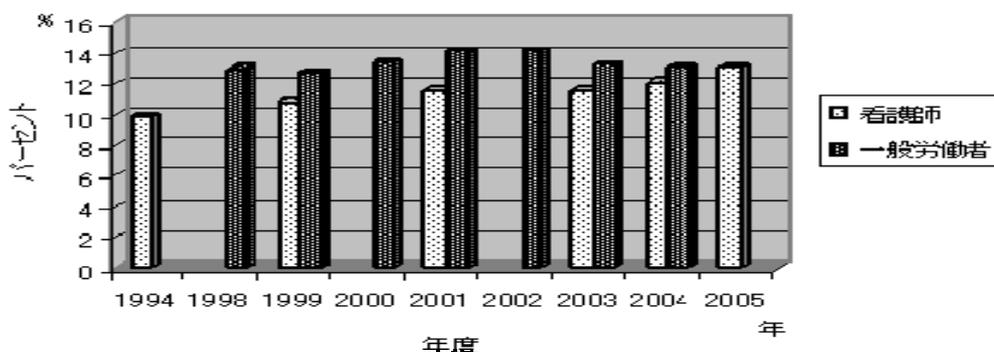


図2. 看護師の離職率の推移（一般労働者との比較）

出典 病院長の独り言 HP

四つ目は、採用困難である。看護師の需要と供給のアンバランスが指摘されて久しい。厚生労働省の「第六次看護職員需給見通し」をみても、このアンバランスが当分の間続くことは明らかである。同報告書では、看護職員の需要数は2006年の131万4千人から2010年には140万6千人となり、また、供給数は2006年末の127万2千人から2010年末には139万1千人と見込まれている。すなわち、2006年では4万2千人、見通し終了時の2010年末でも1万5千人の供給不足が見込まれている。供給不足の原因は明らかで、厚労省が政策的に看護師養成数の増員を認めていないからである。いわば絶対数の不足に加えさらに採用を難しくしている原因として看護配置に関する診療報酬上の改定が挙げられる。看護師を従来よりも多く配置すると、病院収入が増える仕組みとなったのである。その結果、特に大病院に看護必要度以上に看護師が偏在する。

4.4 地方病院の人事を行ってきた大学医局

医師の大半は、大学を卒業すると臨床研修に入る。かつては大学の臨床系医局に入り、慣行に従ってその大学の診療科だけでなく、いわゆる「関連病院」にも派遣されつつ専門分野の医術を学び、やがてそれらの「関連病院」のいずれかで幹部医師となり、一部の人は院長に進むが、多くは開業する。この間に学術的成果を挙げた少数の人は選ばれて教授に栄進した。

4.4.1 医局とは何か

大学医学部 科というとき、教授、准教授各1、助手2、他に大学病院に助手5など定員がある。これに大学院学生を加えたものが、公的には科の正規のメンバーである。しかし、実際にはそれよりもずっと多い医師が無給で所属し、全体として非公式な「医局」という組織をつくって、大学の公務である診療・研究・教育を行っている。さらに医局員OBとともに「同門会」をつくり、生涯の交わりが続いている。入局順に序列があり、助手以上の正規メンバーへの登用も、ある程度はその序列順である。大学の部外者を含む医局のほうが、公的な組織以上の存在だったのである。つまり、公務を行うのは正規メンバーだけでなく、部外者である無給医局員も同じ資格で参加していたのである。

この仕組みの中で、医師は40歳過ぎまで働き、「ジッツ支配」の駒としてあらゆる病院を経験し、留学、研究、学位の取得など経歴作りを行い、その大学内外の指導者的地位に選任され、または開業などの道を選んでゆく。医局は公的制度を凌駕する非公式の慣行だが、医局の最大の功績は、どんな田舎の小病院にでも、大学で最新の勉強をしたばかりの医師団をワンセットで供給した点であろう。医師個人にとっても、行ったきりでなく、大学を中心とする大きな人事の一環として、安心して行くことができた。この仕組みは、地方病院へのよい人材の供給源となり、一定の意義もあった。大学、関連病院、そしてかなりの程度若い医師にもメリットがあった。

4.4.2 医局による病院のジッツ支配

ジッツとはドイツ語で座席のことで、病院勤務医の定員を指す。ジッツ支配を受け入れた病院は人事権を放棄し、多くの場合、院長以下すべてのジッツの人選をある大学にゆだね、大学側の推挙する医師に辞令を出すだけとなり、研究費の寄付なども行う。科ごとに別々の大学と関連する病院もある。

独力ではよい医師を集められない病院にとって、ジッツ支配を受け入れれば院長以下、チームワークのとれた同門の医師が、大学の責任でワンセットで確保できる。大学側は、大学で最新の医療を学んだ医師を提供し、出張など臨時の空席の補填も行う。難しい患者もその大学が受け入れ、いわば関連病院群と大学とが一体となってその地方の二次医療を担当する。正規メンバーの限られた大学にとっても、給与が発生する関連病院のジッツがあれば、医師の大集団を維持できる点で貴重である。

このように、ジッツ支配は大学にも関連病院にも大きな利益のある慣行で、ほぼすべての病院がいずれかの大学に関連していた。若い医師にとっても種々の病院で多くの先輩の指導を受けられ、その間に研究、学位、留学などの経歴づくりも行い、やがて指導的立場に就くことが約束されていた。

「医局制度」と「ジッツ支配」はかなりいい仕組みで、戦前から、とくに病院が増えた戦後の日本の実情にあった形で地方医療を守っていたが、古くさい慣行であり、金銭スキャンダルも起き、封建的だ、「白い巨塔」だと、社会やマスコミの批判を浴び続けてきた。若手医師の間でも、40歳過ぎまでこの仕組みに縛られたくないという意見が多く聞かれるようになった。

4.4.3 医局の欠点

医局は医師の運命共同体であり、対外的には排他的な人事システムをとっていた。医局の最大の欠点は、専門医しか養成できない点である。ある狭い分野だけで100点をとる専門医も必要ではあるが、どんな問題も60~70点をとれるゼネラリストも必要であり、国民の立場からすると、医師である限り、目洗いから分娩、公衆衛生まで、どんな問題でも一定水準の能力を期待できることが、医療への信頼となる。

4.4.4 崩れるジッツ支配と地方病院の医師不足

新医師臨床研修制度により、良い待遇のできる大都市の大病院に新卒医師が大量に流れ、東大など一部のブランド校を除くと、大学を研修先を選ぶ新卒医師は少なくなった。このため大学病院の医局も多くの人材を確保することが出来ず、これまで通りのジッツ支配は続けられなくなった。

医局制度とジッツ支配は「白い巨塔」と批判されてきたが、大学で最新の勉強をした若い医師が、どんあに条件の悪い地方病院にも送り込まれ、一年勤めたら次には大都市に戻されるなど、大学側で人事の公平さを確保した優れた機能もあった。

第5章 医療のあり方とは 総論

医療のあり方を考えるうえで、私は、次の4つが根本原則になると考える。それは、意識改革、地域に応じた医療活動、地域連携・地域包括ケア、子どもを介した家庭教育である。これらを、この章では詳しく記述する。

5.1 意識改革

1～3章において、在宅医療・遠隔医療・予防医療について記述してきたが、これらがスムーズに行われる要因の大きな一つに、「医師（医療従事者）・患者、双方の意識改革」があげられる。特に、患者の意識改革は重要である。4章でも触れたように、現在、「コンビニ受診」や安易な救急車の利用など、患者のモラルの問題が取りざたされている。このような状態であれば、いくら「在宅医療・遠隔医療・予防医療」を推進しようとしても、全く効果は現れないだろう。その障害要因が皮肉にも、恩恵を受けるはずの「患者」となってしまう。ゆえに、患者が医師・医療従事者に尊敬の念を持って、診てもらうことが重要である。そして、一言「ありがとうございました」などと礼の一言を言うだけでも、医師・医療従事者には、うれしいことだと思う。

私自身も、意識改革の一つとして、予防医療の実践の意味もこめて、現在定期的に歯科検診を行っている。きっかけは、大学生になって虫歯になり、大変痛いつらい思いをしたからである。今までは、虫歯になったことがほとんどなかったのも、ショックな出来事だった。それ以降、歯科医に勧められたこともあり、定期的に健診を実施している。そのおかげで、現在まで健康な歯を保っている。歯の定期検診は、3か月に1回（私が通院している歯科での目安）と、忙しい現代人でも比較的容易に健診を受けることができるのではないだろうか。また、歯磨き指導などのアドバイスも受けることができる。実際、私自身も歯磨き指導を受け、歯磨きがうまくなったと歯科衛生士の方にお褒めの言葉をいただいた。

他にも、予防や早期発見を目的とした健診は、人間ドッグやがん検診、また市民を対象にした無料の検査など、数多くある。

これらの健診は、保険証が使える、また、場合によっては補助金もおりる。もちろん、歯科検診も保険証が使える。このように、保険証を使用でき、補助金も活用できるケースもあるので、自分の健康のために健診を積極的に活用してみてもどうだろうか。自分の健康は、自分で守らなければならないのである。手遅れになったら、悔やんでも悔やみきれないだろう。

また、誤解を恐れずに記述するが、医師や医療従事者の意識改革も必要だと感じる。幸いにも、私自身がかかりつけ医としてお世話になっている医師や医療従事者の方々は、患者である私自身の立場に立って親身になって診療してくださっているので、大変ありがたく感じている。しかし、中には、そうでない方々もいらっしゃるという話をたまに耳にする。医師や医療従事者と患者が、お互いのことを知ってもらおう・知り合おうという姿勢が大事なのではないかと考える。

5.2 地域に応じた医療活動とは何か

大都市と過疎地域での医療活動は違う。大都市では、交通の便も良く医療機関へ行くことが概ね容易である。一方、過疎地域では、近辺に医療機関がないことも珍しくない。そのため、医療機関へ行くことが困難な場合が多い。ゆえに、過疎地域では、医師が患者宅に出向く在宅医療が実践されている。この、医師が患者宅に出向く医療行為は、大都市では、一般的に行われていない。しかし、大都市でも在宅医療を希望している患者は、少なからずいるのではないだろうか。

また、「大都市と過疎地域」といった違いだけではなく、生活圏の違いにも地域に応じた医療活動（予防医療）が必要である。例えば、すすきのや歌舞伎町などの商業地と一般家庭が住む住宅街では、方法が違ってくる。商業地で働く風俗嬢やホストやホステス・キャバクラ嬢は、大抵、夜遅い時間帯から朝方まで働いている。生活のリズムが一般的な生活と違う。そのため、健康維持が比較的難しいと推測される。だから、例えば、医療機関が各店舗に出向いて、早朝の定期健康診断、健康セミナーを開催したらどうだろうか。そうすれば、健康に対する意識が高まり、自己管理能力が高まる。一方、住宅街での医療活動はどうだろうか。ここでは、主婦や高齢者を対象として考察する。主婦や高齢者に向けては、それぞれの目的にあった健康セミナーを、近くの公民館等で集団で行う。家族の健康維持に向けた食事や体力づくりの話をする。そうすれば、健康に対する意識が向上し、自己管理能力が高まる。また、「主婦と高齢者のつながり」が生まれ、交流が深まる。これは、地域の活性化にもつながる。

地域に応じた医療活動とは、究極を言うならば、「その地域の患者のニーズにあった医療行為を提供すること」ではないだろうか。

つまり、理想論であることは重々承知しているが、『患者が、医療行為をどこで、どのような形態で治療をしたいのかを選択できること』が良いということである。

5.3 地域連携・地域包括ケアの重要性

地域連携・地域包括ケアが実践されることは、とても重要である。なぜならば、これらが実践されている地域は、横のつながりがとても強いいため、在宅医療や遠隔医療が本格的に行われても、スムーズに実践されやすいからだ。1章でも述べたが、これらの先進的な地域では、病院と診療所との連携が重視されていて、患者や住民の参加、在宅医療が明確に意識されている。ひいては、このような取り組みは、医療について先進的なまちづくりを行っている地域であると評価される。

僻地においても、地域連携・地域包括ケアが重要であることはいうまでもない。僻地において、地域連携を行うには、遠隔医療や電子カルテの活用がより重要となってくる。遠隔医療で情報を共有、治療の指示を双方向で行う。そして、その内容を、双方の医療機関で電子カルテを用いて記録・保存する。実際に、埼玉県では、ある小さな診療所と大病院が電子カルテを用いて情報を共有して、地域連携システムを導入している。将来的には、

全国的に普及するのではないだろうか。

5.4 子どもを介した家庭教育

医療のあり方を考察する上で、「子ども」を介した家庭教育が考えられる。子どもをもつ親は、子どもがいうことは意外と耳に入りやすいと推測する。医療従事者が話すものよりも、子どもが聞いた話を子どもから聞いたほうが耳に残りやすいかもしれない。子どもに対して、予防医療の話をするためのメリットはこれだけではない。幼少期からの予防医療の啓発を行うことは、将来の健康増進につながる。幼少期からの教育は、環境先進国といわれるドイツでも行われている。ドイツでも、環境に対する意識を幼少期のころから教育され、環境意識を高めている。その結果が、環境先進国といわれる要因の一部にある。日本国も、予防医療に対する意識を高めて、健康先進国を目指してみてもいいだろうか。

終章 考察

地域医療再生のカギは、「医師養成数の増加」ももちろん必要不可欠だが、病院中心型医療から地域連携システム型医療への移行という視点が大変重要視されると考える。

終戦後から我が国が作り上げてきた医療提供体制が大きく変化しようとしている。この変化は、戦後我が国の医療提供体制を支えてきた医療のあり方に関わる根源的な意味を持つ変化である。変化は人の誕生から死までの生老病死に関わる全てを病院で完結することができるという病院中心の病院完結型の医療から、地域全体で診ていく医療、日常生活を基本に置いたなかに医療を位置づけ、すなわち地域の関連資源をすべて使用して、地域のなかでの連携を基本に置いた地域連携によるネットワーク型、システム型医療への変化である。

地域での施設を含む、居宅での在宅医療を核として関係者が連携して役割分担をし、必要なときに必要な医療の提供ができるように、切れ目の無い継続的な医療を地域のあらゆる医療資源を使っていかに有効に効率よく運用していくかという、地域で完結するシステムとしての医療が求められる。この変化は、医療経済的な財の限界（国の医療費抑制政策による病院の深刻な経営不振）という直接的な要因によるものだけではなく、人口構造が高齢、少子、人口減少に急速に向かっているなかでの医療提供体制の変化であり、医療そのもののあり方に関わる医療提供の理念の変化でもある。

すなわち、病院で完結する医療とは、社会から隔離された病院という場で、治療を最優先させる医療で、生活を優先させる場の中にある医療ではなかった。これが今までの我が国が構築してきた医療体制であった。したがって、変化の方向は治療の場に生活があるという医療提供体制から、患者の生活を中心とした生活のなかにある医療提供体制への変化であるということもできる。

医師が一人前になるには、10年以上かかる。そのためにも、遠隔医療・予防医療を用いて、21世紀の地域医療が確立されることを望んでいる。実際、政府としても本格的に遠隔医療について考えている。2009年12月24日、総務省・渡辺周副大臣が旭川医科大学に視察に来道され、遠隔医療の重要性を述べている。そして、住民の意識改革も重要なひとつである。医師の人数は限られていて神様ではない、かかりつけ医を持つといった意識を持たなければならない。21世紀に赤ひげの医師など存在しないし、期待もしてはいけない。

近い将来、患者が、従来の通院型の治療、積極的な意味での在宅医療での治療を選択できる医療システムが構築されることを望む。