

室、難聴幼児通園施設各1施設で指導・訓練が行われていた。教育関係（ことばの教室、難聴教室、聾学校教育相談など）は徳島県20施設（ことばの教室11施設、難聴教室2施設など）、愛媛県19施設（ことばの教室15施設、難聴教室2施設など）と多く、香川県11施設（ことばの教室2施設、難聴教室7施設など）、高知県3施設（ことばの教室2施設など）と少なかった。なお、小・中学校のことばの教室・難聴教室以外として、徳島県では幼稚園にことばの教室が5施設設置されており、香川県では市の教育センターにことばの教室が1施設設置されていた。また、高知県では市の教育研究所でことばの教室を開設していた。

#### 4) 言語聴覚障害児に関わっている専門職（表4）

愛媛県49名、香川県40名、徳島35名、高知県25名であった。その内医療関係者は香川県7名、愛媛県5名、高知県4名、徳島県1名であった。施設数と専門職員数に違いがあるのは、愛媛県、高知県、徳島県ともに、すべて一人職場であるのに対して、香川県は4施設とも複数職場であったためである。医療+福祉関係者は香川県7名、高知県2名、徳島県2名であった。どの職場も複数職場であった。保健関係（保健所など）者は高知県5名、香川県3名であった。高知県ではことばの教室の教諭2名が隔週と県外からの専門職が隔月保健福祉センターで指導・訓練にあたっていた。また、同じことばの教室の教諭が年3回程度保健所で指導・訓練にあたっていた。香川県では通園施設の教諭2名が保健所で指導・訓練にあたっていた。また、別の保健所で県外からの専門職が月1回指導・訓練にあたっていた。福祉関係は愛媛県、香川県各6名、高知県3名であった。愛媛県では県・市の福祉センターで各1名、障害児の通園施設4施設で各1名が指導・訓練に携わっていた。香川県では障害児の通園施設2名、難聴幼児通園施設4名が指導・訓練に携わっていた。また、高知県では幼児ことばの教室1名、難聴幼児通園施設2名が指導・訓練に携

わっていた。教育関係者（ことばの教室、難聴教室、聾学校教育相談など）は愛媛県38名、徳島県32名と多く、香川県17名、高知県11名と少なかった。なお、小・中学校のことばの教室・難聴教室以外として、徳島県では幼稚園のことばの教室で7名が指導・訓練にあたっていた。香川県では市の教育センターにことばの教室で2名が指導・訓練にあたっていた。また、高知県では市の教育研究所のことばの教室で1名が指導・訓練にあたっていた。

#### (2) 四国各県の状況

##### 1) 言語聴覚障害者の指導・訓練を行っている施設（図1）

###### ・徳島県

マップのように、医療7施設（100%）のみであった。地域別にみると、小松島市3施設、徳島市2施設、鳴門市1施設、麻植郡（鴨島町）1施設であった。徳島市を中心とした東部地区に7施設全部が集中していた。

###### ・香川県

マップのように、医療9施設（90.0%）、医療+福祉1施設（10.0%）であった。地域別にみると、高松市4施設、坂出市2施設、木田郡（三木町）2施設、丸亀市、三豊郡（豊浜町）各1施設であった。

###### ・愛媛県

マップのように、医療11施設（100%）のみであった。地域別にみると、松山市、今治市、伊予郡（砥部町、松前町）各2施設、伊予市、新居浜市、西条市、温泉郡（川内町）、北宇和郡（広見町）各1施設であった。

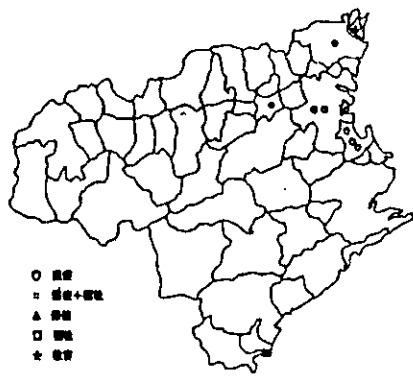
###### ・高知県

マップのように、医療15施設（93.8%）、保健1施設（6.2%）であった。地域別にみると、高知市8施設、高岡郡（越知町、窪川町）2施設、安芸市、宿毛市、須崎市、中村市、吾川郡（伊野町）、長岡郡（本山町）各1施設であった。

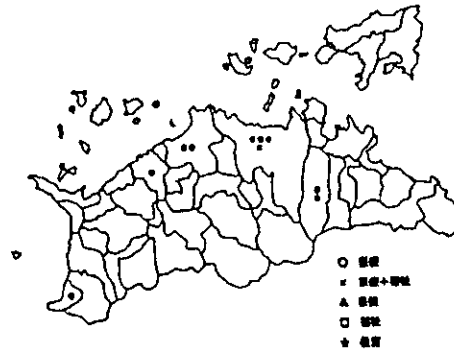
##### 2) 言語聴覚障害児に関わっている専門職（図2）

###### ・徳島県

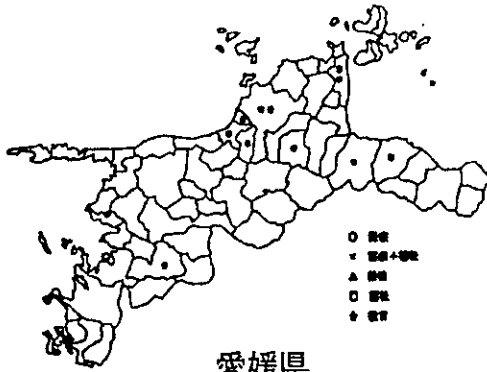
マップのように、医療11名（100%）全員



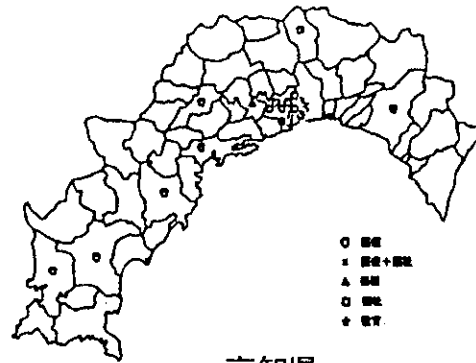
徳島県



香川県

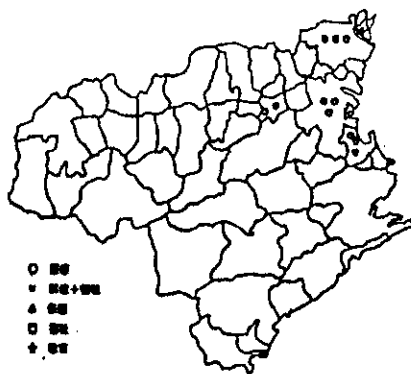


愛媛県

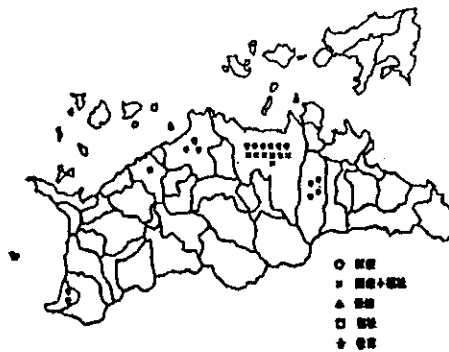


高知県

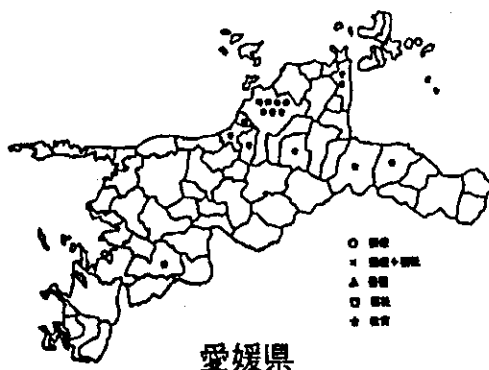
図1 言語聴覚障害者の指導・訓練を行っている施設



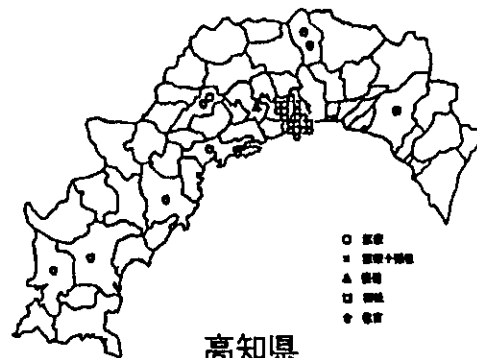
徳島県



香川県

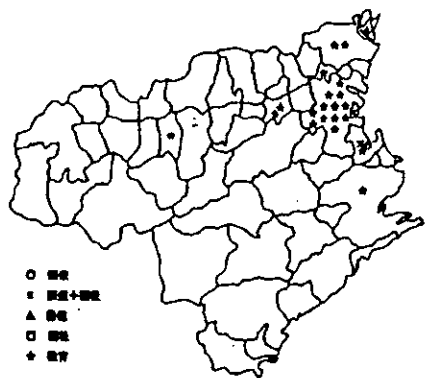


愛媛県

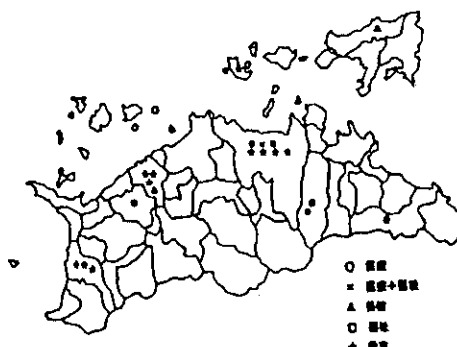


高知県

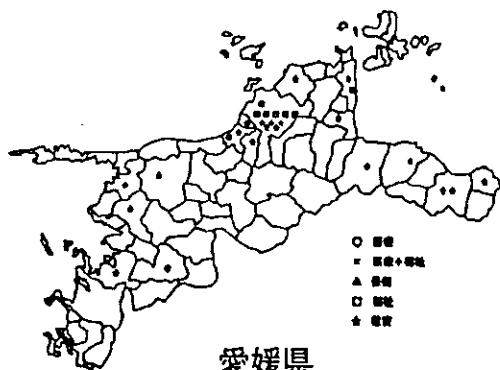
図2 言語聴覚障害者に関わっている専門職



徳島県



香川県

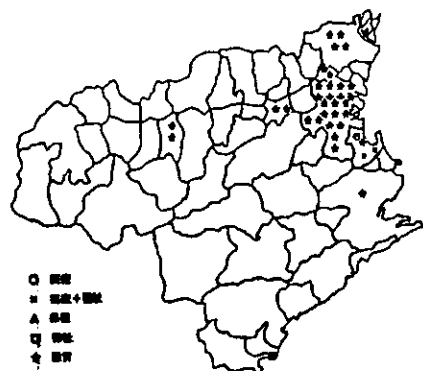


愛媛県

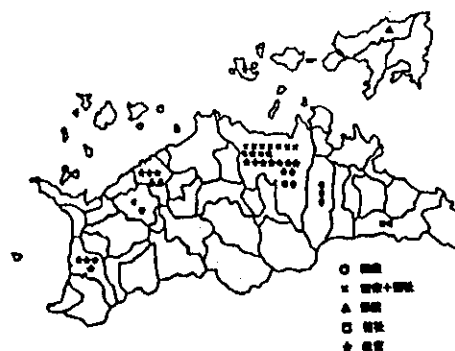


高知県

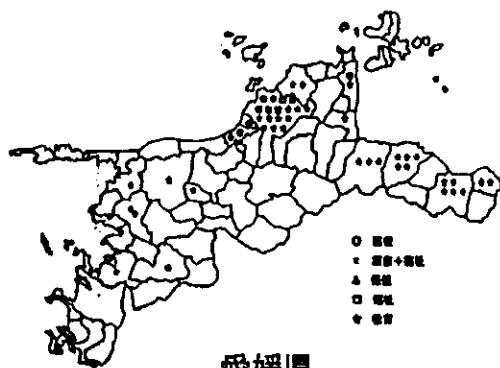
図3 言語聴覚障害児の訓練・指導を行っている施設



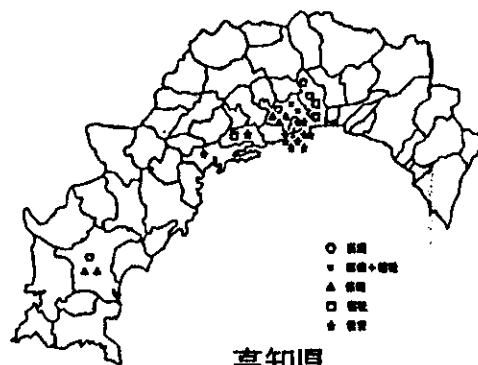
徳島県



香川県



愛媛県



高知県

図4 言語聴覚障害児に関わっている専門職

であった。地域別にみると、徳島市、小松島市、鳴門市各 3 名、麻植郡（鴨島町）2 名である。専門職に関しても施設同様徳島市を中心とした東部地区に 11 名と集中しており、西部地区は 1 名もいない状況であった。

・香川県

マップのように、医療 16 名（69.6%）、医療＋福祉 7 名（30.4%）であった。地域別にみると、高松市 13 名、木田郡（三木町）4 名、坂出市 3 名、三豊郡（豊浜町）2 名、丸亀市 1 名であった。

・愛媛県

マップのように、医療 16 名（100%）全員であった。地域別にみると、松山市 7 名、今治市、伊予郡（砥部町、松前町）各 2 名、新居浜市、伊予市、西条市、温泉郡（川内町）、北宇和郡（広見町）各 1 名であった。

・高知県

マップのように、医療 25 名（96.2%）、保健 1 名（3.8%）であった。地域別にみると、高知市 16 名、高岡郡（越知町、窪川町）3 名、長岡郡（本山町）2 名、安芸市、宿毛市、須崎市、中村市、吾川郡（伊野町）各 1 名であった。

3) 言語聴覚障害児の指導・訓練を行っている施設（図 3）

・徳島県

マップのように、教育が 20 施設（90.8%）を占めており、医療、医療＋福祉施設は各 1 施設（4.6%）のみであった。また、地域別にみても、人口 26 万都市徳島市に 12 施設と集中しているが、小松島市 3 施設、鳴門市 2 施設、麻植郡（鴨島町）2 施設、阿南市 1 施設、美馬郡（貞光町）1 施設であり、徳島市を中心とした周辺地域に 21 施設と集中しており、西部地区は美馬郡（貞光町）1 施設のみであった。

・香川県

マップのように、教育が 11 施設（55.0%）を占めていた。それ以外に医療 4 施設（20.0%）、福祉、保健各 2 施設（10.0%）、医療＋福祉 1 施設（5.0%）もみられた。また、地域別にみると、人口 32 万人都市高松市に 7 施設、丸亀市、観音寺市各 3 施設、木

田郡（三木町）2 施設、善通寺市、大川郡（白鳥町）、小豆郡（土庄町）、香川郡（直島町）各 1 施設であった。県下全域に施設が点在している状況であった。

・愛媛県

マップのように、教育が 19 施設（65.5%）を占めていた。それ以外に福祉 6 施設（20.7%）、医療 4 施設（13.8%）もみられた。また、地域別にみると、人口 45 万人都市松山市に 11 施設と集中しているが、今治市、伊予市、伊予三島市各 2 施設、川之江市、新居浜市、西条市、東予市、北条市、大洲市、八幡浜市、宇和島市、伊予郡、喜多郡、北宇和郡、東宇和郡各 1 施設であった。一応、県下全域に施設が点在していた。

・高知県

マップのように、教育 3 施設（27.3%）医療 3 施設（27.3%）、福祉 2 施設（18.2%）、保健 2 施設（18.2%）、医療＋福祉 1 施設（9.0%）を占めていた。また、地域別にみると、人口 31 万人都市高知市に 5 施設、南国市、土佐市、中村市各 2 施設、須崎市 1 施設であった。高知市を中心とした中部地区に集中していて、東部地区、西部地区には施設が少ない状況がみられた。特に東部地区は 1 施設もない状況であった。

4) 言語聴覚障害児に関わっている専門職（図 4）

・徳島県

マップのように、教育が 32 名（91.4%）を占めており、医療＋福祉施設 2 名（5.7%）、医療 1 名（2.9%）であった。また地域別にみると、徳島市 20 名、小松島市 4 名、鳴門市 4 名、麻植郡（鴨島町）2 名、美馬郡（貞光町）2 名、阿南市 1 名であった。専門職に関しても施設同様徳島市を中心とした東部地区に 33 名と集中しており、西部地区は美馬郡（貞光町）2 名のみであった。

・香川県

マップのように、教育が 17 名（42.5%）を占めていた。それ以外に医療、医療＋福祉各 7 名（17.5%）、福祉 6 名（15.0%）、保健 3 名（7.5%）であった。また、地域別にみると、高松市 22 名、丸亀市 5 名、観音寺市 4

名、木田郡（三木町）3名、善通寺市、大川郡（白鳥町）各2名、小豆郡（土庄町）、香川郡（直島町）各1名であった。県下全域に専門職が配置されている状況であった。

・愛媛県

マップのように、教育が38名（77.6%）を占めていた。それ以外に福祉6名（12.2%）、医療5名（10.2%）であった。また、地域別にみると、松山市17名、伊予三島市、新居浜市各5名、伊予市4名、西条市3名、今治市、川之江市、北条市、東宇和郡各2名、東予市、大洲市、八幡浜市、宇和島市、伊予郡、喜多郡、北宇和郡、各1名であった。県下全域に専門職が配置されている状況であった。

・高知県

マップのように、教育11名（44.0%）、保健5名（20.0%）、医療4名（16.0%）、福祉3名（12.0%）、医療+福祉2名（8.0%）であった。また、地域別にみると、高知市15名、南国市4名、中村市2名、土佐市2名、須崎市1名である。専門職に関しても施設同様、高知市を中心とした中部地区に集中していて、東部地区、西部地区には専門職が少ない状況がみられた。特に東部地区は一人もない状況であった。

#### 4. 考 察

(1) 言語聴覚士が保健・医療・福祉・教育の連携においてはたす役割の可能性

・言語聴覚障害児の場合

言語聴覚障害児は個人においてその様相は異なるけれどもことばの問題、すなわちコミュニケーションの問題を抱えていることが多い。従って何らかのコミュニティに属している限り、つまり他者と関わる状況にいる限りその問題というものが浮かび上がってくる可能性があることになる。言語聴覚士はそのような問題をもつ言語聴覚障害児に比較的早期から関わりが多く、中には乳児期から幼児期をへて学童期、青少年期まで、1個人と連続性を持って関わっていくことも希ではなく、そのような特性を活かして言語聴覚士が保健・医療・福祉・教育の連携をはかることに一役担うことが可能なのではないかと思

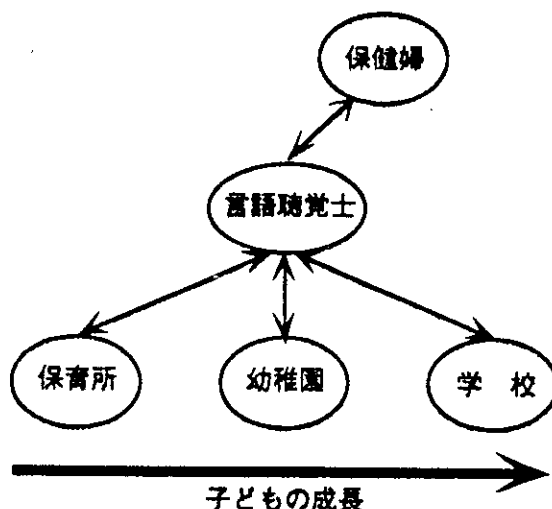


図5 言語聴覚士の役割

われる。

例えば、図5の場合である。保健婦からの紹介で言語聴覚障害児が言語聴覚士のもとへくる。もしその子が保育所に通っているとすると、保護者の了解のもとに言語聴覚士は担当保母と情報交換が可能になる。つまり言語聴覚士側からはその子どもの発達段階および言語能力についての専門的見解や、訓練での目標とある程度の予後、そしてその子どもとの関わり方を伝えることができ、保母側からは集団におけるその子の他の友達との関わり方や保母との関わり方などの情報を得ることができる。子どもの障害についての情報を保護者、保健婦、言語聴覚士、保母が共有することにより、子どもに対して一貫した関わり方が可能となることは、その子どもの発達を保障するという考え方からも大切なことであると思われる。さらに当然のことながら子どもは、その成長に伴い、幼稚園、小学校と所属するコミュニティが変化していく。その時に何が一番問題になるかというとその子についての情報が、異なる機関同士で引き継がれているかどうかということである。言語聴覚士が自分の専門分野における情報はもとより、保護者からの情報、保健婦からの情報、その子が以前所属していた機関の情報などを持っている場合、保護者の了解のもと、新しく所属する機関にその子の情報を提供するこ

とも可能になるのである。

#### ・言語聴覚障害者の場合

言語聴覚障害者の場合、入院期間中の言語療法が終了すると現在のところ、社会復帰、自宅復帰後外来にて訓練を継続、自宅復帰後地域の病院で訓練を継続、自宅復帰後地域のデイサービスやデイケアを利用、老健施設への入所などの選択肢がある。いずれにせよやはり新たに所属する機関やコミュニティに対して家族の方の了承の上、情報を提供し連絡を密に取ることは大切なことである。

#### (2) 四国の現状

日本言語療法士協会がさまざまな視点を考慮し試算した結果、日本の言語聴覚障害児・者の数は人口の 4.4 % (527 万人) と推定されている<sup>16)</sup>。これらの人々のニーズを満たすためには、全国で約 3 万人の言語聴覚障害児・者に関わる専門職が必要になるが、現状は約 5200 人 (医療：2000、福祉：200、教育：3000) に留まっている。また、単位人口当たりの日本の言語聴覚障害児・者に関わる専門職の数は、アメリカのおよそ 7 分の 1 (10 万人当たり数、アメリカ：29.6、日本：4.3) とされており、日本の言語聴覚障害に対するサービスはアメリカに比べると、立ち遅れている現状にあることがうかがえる。

日本言語療法士協会の試算をもとに、四国地方の言語聴覚障害児・者の数を算出すると、約 18 万人いると推定できる。これらの人々のニーズをみたすためには、約 1000 人の言語聴覚障害児・者に関わる専門職が必要になる。しかしながら、現在、四国地方で、言語聴覚障害児・者に関わる専門職は 225 人しかおらず、言語聴覚障害児・者に指導・訓練を行っている施設は 126 施設しかないという現状である。このことは、言語聴覚障害児・者への最低限のサービスも十分に行われていないのではないかということが示唆される。四国における成人の言語聴覚療法サービスの現状をみると、四国全体で 44 施設 76 名で対応しており、小児のそれは 82 施設 149 名で対応しているおり、言語聴覚障害児・者

の最低限のニーズにも応えられない状況にあると考えられる。

#### (3) 今後の展望

人口の多い県庁所在地周辺に施設・専門職ともに集中する傾向はある程度はやむをえない現象とはいえ、極端に差がある状況 (特に徳島県) については何らかの対策が必要と思われる。

言語聴覚障害者の場合、脳血管障害 (身体的ハンディキャップを持った人が多い) および高齢者が多いことを常に考慮した対応が要求される。地域リハビリテーションが推進されようとしている今日においては、言語聴覚障害者が生活している地域に、言語聴覚療法のサービスが受けられる施設・専門職の確保が必要と思われる。

また、施設のない地区の言語聴覚障害児は、2～3 時間かけて、施設のある場所に通わなければならないという現状を改善する必要がある。その子どもが生まれ、育った地域で、適切な言語聴覚療法のサービスが受けられるようにしていかなければならない。子どもの言語発達や言語聴覚障害児の発達保障という視点から考えると、早期発見・早期療育という考え方は非常に重要であり、教育機関だけではなく保健・医療・福祉関係機関での、言語聴覚療法のサービスの提供を拡大・充実させていく必要があると考える。現状の教育施設では、就学後の子どもたちを主対象としている (もちろん、乳幼児を対象にしている施設もある)。しかし、笠井ら<sup>18)</sup>、林ら<sup>19)</sup>は、軽度～中等度の言語発達の遅れや軽度～中等度難聴の子どもたちは 1 歳 6 か月児健診で発見可能であると報告しており、また福永<sup>20)</sup>は健診後、保健指導や後のフォロー体制を整えるということが重要であると指摘している。事実、多くの研究者によって、重度の言語発達の遅れや高度難聴に対する早期療育 (0 歳児から) の有効性については自明のものになっている。つまり、言語聴覚障害児へのサービスの開始が就学後では遅すぎるのである。もっと早い段階から言語聴覚障害児へのサービスが提供されなければならない。障害

がある、ないにかかわらず、早期から子どもたちの発達保障を行っていくための援助体系が構築されることが必要になってくる。そのためには、保健施設（保健所など）、医療施設（総合病院など）、福祉施設（障害児通園施設など）などに、言語聴覚障害児のための施設・専門職を積極的に配置して、対応していかなければならない。そして、保健・医療・福祉・教育が密接な連携をはかって、言語聴覚障害児を含むすべての子どもたちの発達保障を行っていかなければならない。

今回の調査によって、言語聴覚障害児・者に関係する保健・医療・福祉・教育関係者にとっては、施設や専門職についての正確な情報を得ることができたと考える。これらの情報を共有化していくことで各機関の密接な連携が十分に取れるようになれば、言語聴覚障害児・者に対するサービスの充実に役立つのではないかと考えられる。

## 5. おわりに

今回の調査は、あくまでも、四国4県における言語聴覚障害児・者に関する社会資源の量的側面に焦点をおいたものである。真の言語聴覚障害児・者に対するサービスの向上を考えていくためには、保健・医療・福祉・教育の連携を十分に図った上で、社会資源の質的側面に焦点を当てた調査を実施していく必要があると思われる。

## 文 献

- 1) 中園康夫、清水貞夫編訳。ノーマライゼーション—社会福祉サービスの本質—。東京：学苑社、1982。
- 2) 中園康夫、小田兼三監訳。ノーマライゼーションの展開。東京：学苑社、1994。
- 3) 中園康夫、小田兼三、清水隆則共訳。障害者と自由。東京：中央法規出版、1995。
- 4) 山本和儀編著。ノーマライゼーションの町づくり。東京：医歯薬出版、1993。
- 5) 山本和儀編。リハビリテーション介護福祉論。東京：医歯薬出版、1996。
- 6) 日本言語療法士協会編。日本言語療法士協会会員名簿。日本言語療法士協会、1994；83-88。
- 7) 徳島県教育会編。徳島県学事関係職員録。徳島県教育会、1997。
- 8) 香川県教育関係職員録編集委員会編。香川県教育関係職員録。香川県教育関係職員録編集委員会、1997。
- 9) 愛媛県教育会編。愛媛県教育関係職員録。愛媛県教育会、1997。
- 10) 高知県教育委員会事務局編。高知県教員関係職員名簿。高知県教育委員会事務局、1997。
- 11) 徳島県立聾学校編。平成9年度学校要覧。徳島県立聾学校、1997。
- 12) 香川県立聾学校編。平成9年度学校要覧。香川県立聾学校、1997。
- 13) 愛媛県立松山聾学校編。平成9年度学校要覧。愛媛県立松山聾学校、1997。
- 14) 愛媛県立宇和聾学校編。平成9年度学校要覧。愛媛県立宇和聾学校、1997。
- 15) 高知県立高知聾学校編。平成9年度学校要覧。高知県立高知聾学校、1997。
- 16) 立石恒雄。法制化促進は医療 ST の社会的義務。言語聴覚療法、1994；10：207-218。
- 17) 森 寿子編。日本の ST の国家資格化をどのような形で考えるか。医療言語聴覚士養成校連絡会議、1994。
- 18) 笠井新一郎、福永一郎、鈴木 啓、他。1歳6か月児の聴覚・言語健診を試みて。四国公衛誌、1997；42：185-193。
- 19) 林 直美、笠井新一郎、福永一郎、他。1歳6か月児の聴覚・言語発達健診の試み—香川県大川郡での実践から—。四国公衛誌、1997；42：166-172。
- 20) 福永一郎。地域における小児耳鼻咽喉科保健医療対策の推進方策。耳展、1993；36：643-649。

4. 保健・福祉サービスとの連携を踏まえた  
診療連携に関する研究



厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）  
分担研究報告書

保健・福祉サービスとの連携を踏まえた診療連携に関する医療管理学的研究

分担研究者 武田 則昭 香川医科大学人間環境医学講座 医療管理学 助教授

**研究要旨：**今回、当分担研究班では、香川県の医療関係者（医師）に保健行政サービス推進過程における地域保健、医療、福祉の連携と病病・病診連携の現状、およびそれらの阻害要因と促進要因に関して調査を行い、以下の結果を得た。調査対象医師および関係医療機関の概要については、全国の医師会に所属する医師や全国的に登録されている医師の状況と大きく異なる傾向はなかった。

日常診療における医療機関同士の連携は比較的とれてきたが、他の保健医療福祉関連機関については不十分な状況にあった。その内容は患者についての依頼や連絡がほとんどで診療に比較的直結する事項に関するものが多かった。市町内外を問わず、診療所、病院では定期的に連絡する何らかのシステムに対する要望がかなり高いことが窺えた。医療機関（病-病、病-診）の連携体制のあり方では、それぞれの機関の自主性を尊重する事を基本にしながら、医療機関相互の調整や住民の意見を反映することを理想としていた。また、医療機関（病-病、病-診）の連携体制の中で住民の意見を確保する方策では、医療側がイニシアチブを取りながら、住民の意見を確保していく方法を基本としていた。一方、医療と保健や福祉との連携では、医療機関相互の連携と比較すると、医療関係者以外のイニシアチブを認める傾向であった。

公的介護保険制度導入後の、各職種の教育内容の違いにより医療・保健・福祉の連携を困難にするものでは、問題や課題の捉え方や処理方法およびその際の意志等の疎通への不安、医師の側での医療・保健・福祉の連携を困難にするものでは、医療以外の保健や福祉について医師の側に基礎的な知識がないことや色々な社会局面を多面的、広角的に捉えることを苦手としていること、サービス提供で医療・保健・福祉の連携を困難にするものでは、人、物、財源の問題の他に、保健・福祉サービスに関する問題点やそれらの理解が不十分なため生じたと考えられるもの、医療・保健・福祉の連携でその推進に有効と思われる解決策では、多職種の関連する事項についての医師の教育、啓発とこれからの医師に対する教育・養成の必要性をそれぞれ多く挙げていた。

公的介護保険制度導入後に日常診療で、医療機関側から連絡を取る機会が増加する機関では、市町内の診療所、市町内外の病院を挙げていたが、保健所、市町の保健センター、市町役場の保健衛生担当課については、あまり連携が強まるとは考えていなかった。

回答者の所属医療機関の規模（無床、19床以下、20床以上）別には、規模の大きい施設にいる医師の方が、相互の連絡の重要性、保健、福祉に関する基礎知識のなさの認識、保健・福祉サービスの手続きや人・物・財源における諸問題や困難性、プライマリ・ヘルスケアについての教育や他職種とのスキルミックス等の必要性、公的介護保険制度導入後の医療・保健・福祉の連携で、連絡を取る機会が増える機関で「市町内（外）の診療所」、「保健所」、「市町の福祉課」、「社会福祉協議会」、「福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設」を挙げる傾向にあったが、所属医療機関の付属施設の有無別、勤務形態別では大きな違いが少ない傾向にあった。

#### A. はじめに

公的介護保険制度の施行を目前に医療側から見た、医療、保健、福祉の連携状況は極めて重要であるにもかかわらず、その基礎的資料は少

ない現状がある。さらに、地域において高齢者の介護や福祉活動を効率的かつ有効に展開するためには、保健所や市町村の保健医療福祉行政機関との有機的な連携が必要と考えられてい

る。そこで、今回報告者らはA県下の医師に対し、病院と診療所およびその他の機関との連携の現状と認識について調査を行った。その内、本報告書では病-病、病-診、診-診連携を中心にそれらの現状認識、連携を進める上での阻害要因と促進要因について検討したので報告する。

## B. 研究方法

保健行政サービスの医療と保健・福祉との連携、公的介護保険制度導入後の医療・保健・福祉の連携、病院関係機関・関係者同士の課題や問題点について、医師会会員の現状認識を中心に調査した。

調査方法：香川県医師会所属医師1,730人から、地域別に香川県医師会会員が掲載されている会員名簿（平成10年7月1日現在）より、地域別に3人に1人を系統抽出して得られた577人を調査対象とした。なお、調査票は本報告書の巻末に示した。

調査票は、医療・保健・福祉の連携、公的介護保険制度導入後の医療・保健・福祉の連携で構成した。調査はアンケート調査とし、郵送法で行った。回収についても、返信用封筒にて無記名で行った。調査期間は1999年1月で、577人の内、調査票が9名配達されず、返送されたものは311人、その内、回答のなかったものは6人で、有効回答は305人で、回収率は54.8%（311人/568人）であった。

質問は以下に挙げた質問事項で構成した。

### 1) 日常診療における医療・保健・福祉の連携状況

(1) 医療機関と保健医療福祉関連機関との連絡の機会についての現状

(2) 連絡内容

(3) 医療機関と保健医療福祉関連機関との連絡の必要性

### 2) 医療・保健・福祉領域の情報

(1) 日常診療で提供してほしい情報内容

(2) 保健医療福祉関連情報のとりまとめの希望機関

(3) 保健医療福祉関連情報のとりまとめの希望職種

(4) 日常診療や地域活動で得られた各種情

報の保健・福祉機関への提供（個人情報 個人情報以外）に関する意識、内容

(5) 日常診療や地域活動で得られた各種情報の他の医療機関への提供（個人情報 個人情報以外）に関する意識、内容

### 3) 医療と保健・福祉の機関の連携体制

(1) 連携のあり方

(2) 住民参加を確保する方策

### 4) 医療と医療（病-病、病-診）の連携体制

(1) 連携のあり方

(2) 住民参加を確保する方策

### 5) 公的介護保険制度導入後の、医療・保健・福祉の連携

(1) 各職種の教育内容の違いにより連携を困難にするもの

(2) 医師の側での連携を困難にするもの

(3) サービス提供で連携を困難にするもの

(4) 連携推進に有効と思われる解決策

(5) 日常診療で、医療機関側から連絡を取る機会が増加する機関で構成した（濃沼、久道、大道ら一部引用）。

その内、本研究では、「保健-福祉サービスを踏まえた診療連携に関する研究」を中心に検討を行った。

統計的解析は、各項目毎の単純集計を基本に集計した。また、問題となる事項については、規模（無床、19床以下、20床以上）別、付属施設（在宅介護支援センター、老人保健施設、療養型病床群、デイ・ケアセンター、ナイト・ケアセンター、訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム、老人ホーム、老人病院、その他）の施設の有無別、勤務形態（病院勤務医、診療所勤務医、診療所院長、病院院長）別にそれぞれクロス検定し、カイ二乗検定を行った。複数回答については、クロス集計の必要な事項については、単一回答に加工後、同様にしてクロス集計し、検定した。

なお、本文中の%は不明・非該当を除いた割合で示した。

## C. 研究結果

調査対象医師および関係医療機関の概要

回答者の性別は、男86.5%、女13.5%であった。年齢の平均（標準偏差）は55.7（13.4）歳

で、50歳未満42.0%、50歳以上65歳未満31.4%、65歳以上26.7%であった。医師経験年数の平均（標準偏差）は29.9（13.8）歳であった。

勤務形態は、診療所院長53.3%、病院勤務医26.2%、その他7.6%、診療所勤務医6.6%、病院院長6.3%の順であった。

規模は、無床40.6%、19床以下24.6%、200-499床以下11.6%、500床以上8.9%、100床以下8.2%、100-199床以下6.1%の順であった。

付属施設は、なし68.2%、あり31.8%であった。ありでは、療養型病床群、訪問看護ステーション、老人保健施設、デイ・ケアセンター、在宅介護支援センター、その他、特別養護老人ホーム、老人病院、ナイト・ケアセンター、老人ホームの順であった（複数回答）。

診療科では、内科一般50.7%、小児科18.4%、消化器内科18.4%、外科一般17.1%、整形外科14.8%、循環器内科12.2%、以下、呼吸器内科、産婦人科、その他の診療科、皮膚科、消化器外科、研究・教育・行政分野、その他の内科、麻酔科、眼科、精神科、泌尿器科、その他の外科、呼吸器外科、循環器外科の順であった。

#### 1) 日常診療における医療・保健・福祉の連携状況

(1) 日常診療における医療機関と保健医療福祉関連機関との連絡の機会についての現状

市町内（外）の診療所では月一回程度以上あり45.4（24.0）%、年に数回16.4（19.8）%、不定期にあり32.4（37.2）%で、なしは5.7（19.0）%であった（表1）。

市町内（外）の病院では月一回程度以上あり49.6（40.3）%、年に数回16.9（18.6）%、不定期にあり26.5（31.9）%で、なしは7.0（9.1）%であった（表2）。

一方、保健所では月一回程度以上あり8.5%、年に数回19.4%、不定期にあり39.9%で、なしは29.0%であった。市町の保健センター、市町役場の保健衛生担当課では月一回程度以上あり18.4%、年に数回19.6%、不定期にあり32.9%で、なしは29.0%であった。市町の福祉課、市の福祉事務所では月一回程度以上あり22.4%、年に数回15.8%、不定期にあり40.2%で、なしは21.6%であった。市町の社会福祉協議会では

月一回程度以上あり4.2%、年に数回11.3%、不定期にあり25.2%で、なしは59.2%であった。福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設では月一回程度以上あり16.9%、年に数回16.4%、不定期にあり28.8%で、なしは43.2%であった。

(2) 日常診療における医療機関と保健医療福祉関連機関との連絡の内容

患者についての依頼や連絡97.6%、保健福祉の制度や公費負担関係41.7%、医師会など地域医療に関する連絡36.8%、情報入手22.6%、その他3.5%の順であった（複数回答）（表3）。

(3) 日常診療における医療機関と保健医療福祉関連機関との連絡の必要性

市町内（外）の診療所では定期的に連絡するシステム必要あり19.8（10.7）%、必要に応じて連絡するシステム必要あり64.5（62.8）%で、現状では連絡するシステムの必要なしは15.7（26.4）%であった（表4）。

市町内（外）の病院では定期的に連絡するシステム必要あり23.9（14.6）%、必要に応じて連絡するシステム必要あり62.5（65.6）%で、現状では連絡するシステムの必要なしは13.5（19.8）%であった（表5）。

一方、保健所では定期的に連絡するシステム必要あり12.5%、必要に応じて連絡するシステム必要あり67.3%で、現状では連絡するシステムの必要なしは20.2%であった。市町の保健センター、保健衛生担当課では定期的に連絡するシステム必要あり19.2%、必要に応じて連絡するシステム必要あり62.7%で、現状では連絡するシステムの必要なしは18.0%であった。市町の福祉課、市の福祉事務所では定期的に連絡するシステム必要あり7.9%、必要に応じて連絡するシステム必要あり61.3%で、現状では連絡するシステムの必要なしは30.8%であった。福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設では定期的に連絡するシステム必要あり17.7%、必要に応じて連絡するシステム必要あり58.5%で、現状では連絡するシステムの必要なしは23.8%であった。

#### 2) 医療と医療（病-病、病-診）の連携体制

(1) 連携のあり方

1位（表6）は「各機関の自主性と独立性に

任せるが、特定の機関で調整を行いながら地域での活動計画を作成し、関係の各機関に実施を促す」>「地域活動は各機関の自主性と独立性に任せ、必要に応じて必要な機関の間のみで連絡を取り合う」>「各々自主的な活動を行いながら、住民組織を含めた話し合う場を持ちあって、地域での活動を企画し、各機関がその話し合いの結果に基づいて活動する」>「一元的に地域で企画し、その企画に基づいて関係の各機関が活動する」、2位(表7)は「各機関の自主性と独立性に任せるが、特定の機関で調整を行いながら地域での活動計画を作成し、関係の各機関に実施を促す」>各々自主的な活動を行いながら、住民組織を含めた話し合う場を持ちあって、地域での活動を企画し、各機関がその話し合いの結果に基づいて活動する」>「地域活動は各機関の自主性と独立性に任せ、必要に応じて必要な機関の間のみで連絡を取り合う」>「一元的に地域で企画し、その企画に基づいて関係の各機関が活動する」、3位(表8)は「各々自主的な活動を行いながら、住民組織を含めた話し合う場を持ちあって、地域での活動を企画し、各機関がその話し合いの結果に基づいて活動する」>「地域活動は各機関の自主性と独立性に任せ、必要に応じて必要な機関の間のみで連絡を取り合う」>「一元的に地域で企画し、その企画に基づいて関係の各機関が活動する」>「各機関の自主性と独立性に任せるが、特定の機関で調整を行いながら地域での活動計画を作成し、関係の各機関に実施を促す」の順であった。

一方、医療と保健、福祉との連携では、1位は「一元的に地域で企画し、その企画に基づいて関係の各機関が活動する」>「各々自主的な活動を行いながら、住民組織を含めた話し合う場を持ちあって、地域での活動を企画し、各機関がその話し合いの結果に基づいて活動する」>「各機関の自主性と独立性に任せるが、特定の機関で調整を行いながら地域での活動計画を作成し、関係の各機関に実施を促す」>「地域活動は各機関の自主性と独立性に任せ、必要に応じて必要な機関の間のみで連絡を取り合う」の順であった。

## (2) 住民の意見を確保する方策

1位(表9)は「医師会などの専門集団が、住民の意見を採り入れて連携体制に反映させる」>「各機関の援助のもとで、住民代表が集まる会を持ち、そこで理想の地域の状態を思い描き、議論して「地域住民が求める保健医療福祉の状態」を目標に定め、それによって保健利用福祉の各機関が実行可能な活動を企画実施する」>「行政機関が、住民の意見を採り入れて連携体制に反映させる」>「保健医療福祉関係者の協議会などで、住民組織の参加を得て連携体制を話し合う」、2位(表10)は「保健医療福祉関係者の協議会などで、住民組織の参加を得て連携体制を話し合う」>「医師会などの専門集団が、住民の意見を採り入れて連携体制に反映させる」>「行政機関が、住民の意見を採り入れて連携体制に反映させる」>「各機関の援助のもとで、住民代表が集まる会を持ち、そこで理想の地域の状態を思い描き、議論して「地域住民が求める保健医療福祉の状態」を目標に定め、それによって保健利用福祉の各機関が実行可能な活動を企画実施する」、3位(表11)は「保健医療福祉関係者の協議会などで、住民組織の参加を得て連携体制を話し合う」>「医師会などの専門集団が、住民の意見を採り入れて連携体制に反映させる」>「行政機関が、住民の意見を採り入れて連携体制に反映させる」>「各機関の援助のもとで、住民代表が集まる会を持ち、そこで理想の地域の状態を思い描き、議論して「地域住民が求める保健医療福祉の状態」を目標に定め、それによって保健利用福祉の各機関が実行可能な活動を企画実施する」の順であった。

一方、医療と保健、福祉との連携では、1位は「各機関の援助のもとで、住民代表が集まる会を持ち、そこで理想の地域の状態を思い描き、議論して「地域住民が求める保健医療福祉の状態」を目標に定め、それによって保健利用福祉の各機関が実行可能な活動を企画実施する」>「医師会などの専門集団が、住民の意見を採り入れて連携体制に反映させる」>「行政機関が、住民の意見を採り入れて連携体制に反映させる」>「保健医療福祉関係者の協議会などで、住民組織の参加を得て連携体制を話し合う」の順であった。

### 3) 公的介護保険制度導入後の、医療・保健・福祉の連携

(1)各職種の教育内容の違いにより連携を困難にするもの

「ケースが抱えている問題の捉え方が異なる」56.9%、「問題解決の優先順位が異なる」49.5%、「コミュニケーション・ギャップが生じる」42.3%、「お互いが自己主張し、相手の分野に関心を持たない」35.6%、「意見交換に門戸を閉ざし、自分たちだけで仕事をしようとする」30.2%、「コミュニケーション・ギャップを埋めようとする努力が期待できない」19.2%、「わからない」10.0%、「そのようなことは問題にならない」6.8%の順であった(複数回答)(表12)。

(2)医師の側での連携を困難にするもの

「医療の提供はできるが、福祉に関する基礎知識がない」60.3%、「医療の提供はできるが、保健に関する基礎知識がない」42.9%、「トータルに人間を扱うことが難しい」25.9%、「情報伝達の技術が未熟で、誤解を生じる」23.4%、「トータルに人間を見ることが難しい」23.0%、「健康の決定要因の内、環境要因が解らない」19.5%、「健康の決定要因の内、行動的要因が解らない」16.0%、「何が問題なのかわからない」14.9%、「そのようなことは問題にならない」10.6%、「わからない」9.2%の順であった(複数回答)(表13)。

(3)サービス提供で連携を困難にするもの

「人手に限界がある」63.6%、「財源に限界がある」56.0%、「医療サービスは必要時に希望通り提供できるが、福祉サービスは手続きが複雑で利用しにくい」43.0%、「設備に限界がある」42.3%、「医療サービスは必要時に希望通り提供できるが、保健サービスは手続きが複雑で利用しにくい」34.4%、「医療資源は整備されているが、福祉サービスが極端に少ない」25.1%、「医療資源は整備されているが、保健サービスが極端に少ない」19.2%、「わからない」8.9%、「何が問題なのかわからない」6.5%、「そのようなことはおこらない」2.7%の順であった(複数回答)(表14)。

(4)連携推進に有効と思われる解決策

「医療・保健・福祉問題について他職種と検

討し、同じ視点でものが考えられるようにする」49.1%、「医療分野の人材に、プライマリ・ヘルスケアに重点を置いた教育を行う」44.6%、

「福祉分野の人材に、プライマリ・ヘルスケアに重点を置いた教育を行う」39.8%、「保健分野の人材に、プライマリ・ヘルスケアに重点を置いた教育を行う」34.6%、「医学教育の改革を行う」31.1%、「医療・保健・福祉問題について他職種と検討し、スキルミックスする」30.8%、「医療・保健・福祉関係者の予防に関する関心や理解を高める」30.4%、「わからない」11.8%、「そのようなものはない」2.1%の順であった(複数回答)(表15)。

(5)日常診療で、医療機関側から連絡を取る機会が増加する機関

市町内(外)の診療所では月一回程度以上あり44.5(27.1)%、年に数回17.4(20.3)%、不定期にあり33.2(35.2)%で、なしは4.9(7.4)%であった(表16)。

市町内(外)の病院では月一回程度以上あり49.2(34.8)%、年に数回17.4(22.4)%、不定期にあり29.5(32.8)%で、なしは3.9(10.0)%であった(表17)。

一方、保健所では月一回程度以上あり15.5%、年に数回28.2%、不定期にあり43.3%で、なしは13.0%であった。市町の保健センター、市町役場の保健衛生担当課では月一回程度以上あり33.1%、年に数回24.8%、不定期にあり31.5%で、なしは10.6%であった。市町の福祉課、市の福祉事務所では月一回程度以上あり31.7%、年に数回26.2%、不定期にあり33.3%で、なしは8.7%であった。市町の社会福祉協議会では月一回程度以上あり17.3%、年に数回22.6%、不定期にあり34.5%で、なしは25.7%であった。福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設では月一回程度以上あり30.8%、年に数回19.0%、不定期にあり30.4%で、なしは19.8%であった。

4)回答者の所属医療機関の規模(無床、19床以下、20床以上)別検討

いずれの付属施設についても、20床以上、19床以下、無床の順で多く差があったが、無床ではほとんどそのような施設を有していなかつ

た。

日常診療で保健所への連絡頻度は、なしが無床40.2%、有床（19床以下29.1%、20床以上25.6%）で、月一回以上が20床以上では14.4%と他の2者に比較して多いなど規模別に有意の差があった。

市町内（外）での診療所との連絡頻度は、なしが無床9.7（27.5）%、有床（19床以下1.7（18.6）%、20床以上3.3（9.2）%）で、月一回以上が20床以上56.5（40.2）%、19床以下41.7（20.3）%、無床36.9（11.0）%など規模別に有意の差があった（表18）。

なお、市町内外の病院については有意の差がなかった（表19）。

教育内容の違いで連携が困難になる事項では、無床、20床以上と19床以下で回答状況が異なっており、「そのようなことは問題にならない」3.6%、5.3%と13.4%、「ケースが抱えている問題の捉え方が異なる」60.0%、67.4%と38.8%、「わからない」10.9%、4.2%と17.9%で有意の差があった（表20）。

医師の側で医療・保健・福祉の連携を困難にする事項では、無床、19床以下、20床以上で回答状況が異なっており、「医療の提供はできるが、保健に関する基礎知識がない」37.8%、29.9%、57.9%、「医療の提供はできるが、福祉に関する基礎知識がない」62.2%、45.8%、71.6%で有意の差があった（表21）。

サービス提供で医療・保健・福祉の連携を困難にする事項では、無床、19床以下、20床以上で回答状況が異なっており、「医療サービスは必要時に希望通り提供できるが、福祉サービスは手続きが複雑で利用しにくい」40.7%、50.0%、39.8%、「財源に限界がある」47.8%、54.3%、65.3%、「設備に限界がある」33.6%、44.3%、50.0%、「人手に限界がある」62.8%、48.6%、74.5%で有意の差があった（表22）。

医療・保健・福祉の連携推進に有効と思われる解決策では、無床、19床以下、20床以上で回答状況が異なっており、「医療分野の人材に、プライマリ・ヘルスケアに重点を置いた教育を行う」36.6%、38.6%、57.7%、「保健分野の人材に、プライマリ・ヘルスケアに重点を置いた教育を行う」28.6%、30.0%、46.4%、「医

療・保健・福祉問題について他職種と検討し、スキルミックスする」27.7%、21.4%、39.2%、「医療・保健・福祉問題について他職種と検討し、同じ視点でものが考えられるようにする」42.9%、42.9%、58.8%、「わからない」16.1%、17.1%、4.1%で有意の差があった（表23）。

公的介護保険制度導入後の医療・保健・福祉の連携で、連絡を取る機会が増える機関では、無床、19床以下、20床以上で回答状況が異なっており、「市町内（外）の診療所」月1回以上36.2（17.8）%、38.3（21.1）%、58.6（41.0）%、なし7.5（23.3）%、3.3（21.1）%、3.5（7.2）%などとなっており、有意の差があった（表24）。一方、「保健所」月1回以上7.7%、11.1%、24.7%、なし16.5%、14.8%、9.0%、「市町の福祉課」月1回以上23.5%、30.6%、42.5%、なし10.2%、11.3%、5.7%、「社会福祉協議会」月1回以上16.9%、11.1%、22.5%、なし34.8%、33.3%、10.0%、「福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設」月1回以上22.1%、16.1%、52.4%、なし26.3%、26.8%、8.5%などとなっており有意の差があった。

5)回答者の所属医療機関の付属施設（在宅介護支援センター、老人保健施設、療養型病床群、デイ・ケアセンター、ナイト・ケアセンター、訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム、老人ホーム、老人病院、その他）の有無別検討

市町内（外）での診療所、病院との連絡頻度は、施設の有無で有意の差がなかった（表25、26）。

一方、日常診療で保健所への連絡頻度は、なしが付属施設あり16.9%、付属施設なし38.4%で、月一回以上が付属施設あり14.3%、付属施設なし6.1%など付属施設の有無で有意の差があった。

日常診療で福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設への連絡頻度は、なしが付属施設あり26.0%、付属施設なし51.2%で、月一回以上が付属施設あり26.0%、付属施設なし13.1%など付属施設の有無で有意の差があった。

教育内容の違いで連携が困難になる事項では、施設の有無で有意の差がなかった。

医師の側で医療・保健・福祉の連携を困難にする事項では、施設の有無で有意の差がなかった。

サービス提供で医療・保健・福祉の連携を困難にする事項では、施設の有無で有意の差がなかった。

医療・保健・福祉の連携推進に有効と思われる解決策では、付属施設あり、なしで状況が異なっており、「医療分野の人材に、プライマリ・ヘルスケアに重点を置いた教育を行う」51.7%、41.3%、「医療・保健・福祉問題について他職種と検討し、同じ視点でものが考えられるようにする」58.4%、43.9%で有意の差があった(表27)。

公的介護保険制度導入後の医療・保健・福祉の連携で、連絡を取る機会が増える機関では、「市町内(外)の診療所」、「市町内(外)の病院」で付属施設の有無別に差がなかった。

一方、他の施設との連携では施設の有無別に状況が異なっており、「保健所」月1回以上22.2%、11.8%、なし6.2%、17.0%、「市町の福祉課」月1回以上44.0%、25.6%、なし3.6%、11.6%、「社会福祉協議会」月1回以上29.7%、11.5%、なし14.9%、31.8%、「福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設」月1回以上47.4%、22.6%、なし6.4%、27.1%などなっており有意の差があった。

#### 6) 回答者の勤務形態(病院勤務、診療所勤務、診療所院長、病院院長、その他)別検討

市町外での診療所との連絡頻度は、なしが病院勤務医11.4%、診療所勤務医12.5%、診療所院長25.0%、病院院長該当者なし、その他36.4%で、月一回以上が病院勤務医35.7%、診療所勤務医12.5%、診療所院長14.1%、病院院長62.5%、その他18.2%など勤務形態で有意の差があった。なお、市町内(外)での病院との連絡頻度は有意の差がなかった。

一方、日常診療で保健所等他の機関への連絡頻度は有意の差がなかった。

教育内容の違いで連携が困難になる事項では、施設の有無で有意の差がなかった。

医師の側で医療・保健・福祉の連携を困難にする事項では、勤務形態で有意の差がなかった。

サービス提供で医療・保健・福祉の連携を困難にする事項では、勤務形態で有意の差がなかった。

医療・保健・福祉の連携推進に有効と思われる解決策では、勤務形態で有意の差がなかった。

公的介護保険制度導入後の医療・保健・福祉の連携で、連絡を取る機会が増える機関では、「市町内の診療所」、「市町内の病院」で勤務形態による有意の差はなかったが、「市町外の診療所」、「市町外の病院」では有意の差があった。

一方、他の施設との連携では勤務形態(病院勤務、診療所勤務、診療所院長、病院院長、その他)の違いにより状況が異なっており、「保健所」月1回以上22.7%、6.3%、8.2%、36.8%、30.8%、なし9.1%、6.3%、17.2%、10.5%、7.7%、「市町の福祉課」月1回以上36.4%、11.8%、27.4%、55.6%、35.7%、なし6.1%、23.5%、8.9%、5.6%、7.1%、「社会福祉協議会」月1回以上15.0%、13.3%、14.0%、41.2%、27.3%、なし11.7%、33.3%、34.7%、5.9%、27.3%、「福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設」月1回以上42.9%、12.5%、20.5%、76.5%、33.3%、なし9.5%、31.3%、26.0%、5.9%、16.7%などなっており有意の差があった。

#### D. 考察

##### 調査対象医師および関係医療機関の概要

回答者の性別は、全国の届け出医師の平均値(平成6年)女12.7%とほぼ同様の傾向であった。今回の年齢分布では、全国の年齢平均47.2歳に比較して若干高齢の傾向であったが、これは医師会加入の医師であり、また診療所の開設者が多く含まれており、その全国の平均年齢が59.7歳であることを考え併せるとほぼ妥当な結果と考えられる。

勤務形態は、全国届け出医師数の状況(平成6年)に比較すると、医師会会員の状況を反映して診療所院長が若干多い傾向で、勤務医の割合が低い傾向が窺える。

付属施設はあるものが3割強で、療養型病床群、訪問看護ステーション、老人保健施設、が

主たるものであった。

診療科では、全国値（平成2年）と比較してほぼ同様の傾向であった。

#### 1) 日常診療における医療・保健・福祉の連携状況

##### (1) 日常診療における医療機関と保健医療福祉関連機関との連絡の機会についての現状

市町内の診療所との連絡は半数近くが月一回程度以上となっており、なしは少なく、比較的相互に連絡がとれている状況であった。しかしながら、市町外の診療所については、市町内に比較するとかなりその割合は低い状況であった。

市町内の病院との連絡は半数近くが月一回程度以上となっており、また、市町外の病院においてもほぼ同様の傾向で、病院との連絡は比較的とれている状況であった。

病一病、病一診など病院と医療機関との連携は市町内外を問わず、比較的とれていたが、診一診、診一病など診療所との連携は市町外ではややとれていない状況であった。

しかしながら、保健所、市町の保健センター、市町役場の保健衛生担当課、市町の福祉課、市の福祉事務所ではなしが2-3割前後、市町の社会福祉協議会、福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設ではなしが4-5割前後で病一病、病一診連携に比較すると低迷していた。

##### (2) 日常診療における医療機関と保健医療福祉関連機関との連絡の内容

患者についての依頼や連絡がほとんどで診療に比較的直結する事に関するものが多かった。他には、保健福祉の制度や公費負担関係、医師会など地域医療に関する連絡など手続き等に関連する連絡が多いことが窺える。

##### (3) 日常診療における医療機関と保健医療福祉関連機関との連絡の必要性

市町内外を問わず、診療所、病院では定期的に連絡する何らかのシステムの必要がありとするものが8割前後で、システムに対する要望がかなり高いことが窺える。

以上の診療所、病院に比較して保健所、市町の保健センター、保健衛生担当課、市町の福祉

課、市の福祉事務所、福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設との連携もほぼ同様であったが、その必要性を感じない割合がやや高い傾向であった。

#### 2) 医療と医療（病一病、病一診）の連携体制

##### (1) 連携のあり方

「各機関の自主性と独立性に任せるが、特定の機関で調整を行いながら地域での活動計画を作成し、関係の各機関に実施を促す」、「地域活動は各機関の自主性と独立性に任せ、必要に応じて必要な機関の間のみで連絡を取り合う」、「各々自主的な活動を行いながら、住民組織を含めた話し合う場を持ちあって、地域での活動を企画し、各機関がその話し合いの結果に基づいて活動する」の順で、それぞれの機関の自主性を尊重する事を基本にしながら、相互の調整や住民の意見を反映することを理想としていた。一方、「一元的に地域で企画し、その企画に基づいて関係の各機関が活動する」を支持する割合は低かった。

##### (2) 住民の意見を確保する方策

「医師会などの専門集団が、住民の意見を採り入れて連携体制に反映させる」、「各機関の援助のもとで、住民代表が集まる会を持ち、そこで理想の地域の状態を思い描き、議論して「地域住民が求める保健医療福祉の状態」を目標に定め、それに従って保健利用福祉の各機関が実行可能な活動を企画実施する」が主たるもので、医療側がイニシアチブを取りながら、住民の意見を確保していく方法を基本としていた。一方、「行政機関が、住民の意見を採り入れて連携体制に反映させる」、「保健医療福祉関係者の協議会などで、住民組織の参加を得て連携体制を話し合う」など、行政機関や医療側以外の関係諸機関がイニシアチブを取りながら住民の意見を確保する方法を支持する割合は低かった。

一方、医療と保健、福祉との連携では、「各機関の援助のもとで、住民代表が集まる会を持ち、そこで理想の地域の状態を思い描き、議論して「地域住民が求める保健医療福祉の状態」を目標に定め、それに従って保健利用福祉の各機関が実行可能な活動を企画実施する」、「医師会などの専門集団が、住民の意見を採り入れて連携体制に反映させる」等が上位で、「行政機



関が、住民の意見を採り入れて連携体制に反映させる」、「保健医療福祉関係者の協議会などで、住民組織の参加を得て連携体制を話し合う」等が続き、医療－医療の連携に比較すると、医療関係者以外のイニシアチブを認める傾向であった。

### 3) 公的介護保険制度導入後の、医療・保健・福祉の連携

(1) 各職種の教育内容の違いにより連携を困難にするもの

「ケースが抱えている問題の捉え方が異なる」、「問題解決の優先順位が異なる」、「コミュニケーション・ギャップが生じる」、「お互いが自己主張し、相手の分野に関心を持たない」、「意見交換に門戸を閉ざし、自分たちだけで仕事をしようとする」、「コミュニケーション・ギャップを埋めようとする努力が期待できない」が主たるもので、問題の捉え方やの処理方法やその際の意志や意図の疎通に不安を有しているものが多いことが窺える。今後は、異職種のもの同士が職場以外に、色々な問題について意見交換等ができるよう接触する機会を広げる必要がある。

(2) 医師の側での連携を困難にするもの

「医療の提供はできるが、福祉に関する基礎知識がない」、「医療の提供はできるが、保健に関する基礎知識がない」、「トータルに人間を扱うことが難しい」、「情報伝達の技術が未熟で、誤解を生じる」、「トータルに人間を見ることが難しい」等が主たるもので、医療以外の保健や福祉について基礎的な知識がないことや色々な社会局面を多面的、広角的に捉えることを苦手としている傾向が窺える。この様な不安や意識は、公的介護保険制度等に求められる多職種の共同理解、作業では大きな阻害要因になることが懸念されるため、その解決が求められる。一方、医師の側での、その状況に関する認識が比較的醸成されていることは把握できたが、それらを解決する意欲や行動については、本結果からは類推の域を出ないが、その必要性を医師が感じていけるような行政や社会の関わりが今後さらに求められる。

(3) サービス提供で連携を困難にするもの

「人手に限界がある」、「財源に限界がある」、

「設備に限界がある」など人、物、財源を挙げていることは今の時勢柄当然と思われる結果である。しかしながら、「医療サービスは必要時に希望通り提供できるが、福祉サービスは手続きが複雑で利用しにくい」、「医療サービスは必要時に希望通り提供できるが、保健サービスは手続きが複雑で利用しにくい」、「医療資源は整備されているが、福祉サービスが極端に少ない」、「医療資源は整備されているが、保健サービスが極端に少ない」など保健・福祉サービスに関する問題点やそれらの理解が不十分なため生じたと考えられるものも比較的多くあり、この点については関係諸機関の現状の理解と工夫、特に医師への啓発普及が今後一層必要と思われる。

(4) 連携推進に有効と思われる解決策

「医療・保健・福祉問題について他職種と検討し、同じ視点でものが考えられるようにする」、「医療分野の人材に、プライマリ・ヘルスケアに重点を置いた教育を行う」、「福祉分野の人材に、プライマリ・ヘルスケアに重点を置いた教育を行う」、「保健分野の人材に、プライマリ・ヘルスケアに重点を置いた教育を行う」、「医学教育の改革を行う」、「医療・保健・福祉問題について他職種と検討し、スキルミックスする」、「医療・保健・福祉関係者の予防に関する関心や理解を高める」などで、既述した結果とも共通の問題も浮き彫りにされているが、多職種の関連する事項についての医師の教育、啓発とこれからの医師に対する教育の必要性を挙げる傾向にあった。医師の側にその必要性を痛感している状況が窺われ、医学教育関係者、行政、保健医療福祉関係諸機関、医師会などが積極的に取り組んでいけば活路は開ける状況にあることが窺える。

(5) 公的介護保険制度施行後に日常診療で、医療機関側から連絡を取る機会が増加する機関  
市町内の診療所、市町内外の病院と連携の機会が増加し、それらに比較すると市町外の診療所との連携はそれほどでないとする傾向で、今後益々、診－診、病－診、病－病連携が必要と認識していることが窺える。特にその傾向は、地域内で考えられていることが窺え、地域における医療機関相互の連携は今後益々活発になる

ことが窺われる。また、その効率的、有効な展開のためにも、日常の相互理解が益々必要性を増すことが予測される。

しかしながら、保健所、市町の保健センター、市町役場の保健衛生担当課については、あまり連携が強まるとは考えておらず、市町の福祉課、市の福祉事務所、市町の社会福祉協議会、福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設では今後益々連携が必要と考えている傾向が窺われる。この様な機会に、医師が福祉や保健に一層積極的に関心を持ち、理解を深めていけるよう、この時期を適宜捉え、適切なアプローチをする必要があると思われる。

#### 4) 回答者の所属医療機関の規模（無床、19床以下、20床以上）別検討

有床の病院、診療所では日常診療で保健所への連絡は比較的とれているが、無床の診療所ではとれていないところが多く見られる。かかりつけ医や保健所の今後の関わり重要性を考えると、無床の医師に対して啓発等が必要と思われる。

市町内（外）での診療所については、保健所同様、規模の大きい方で連絡が取れていたが、病院については市町内外を問わず、連絡の重要性は認識される傾向である。今後、公的介護保険制度が施行されると、病院との連絡だけでなく、診療所との連絡についても連絡が密にとれるよう、情報システムも含め、改善のための工夫が必要となる。

教育内容の違いで連携が困難になる事項では、規模の大きい施設にいる医師の方が比較的意識が低い状況にあることが窺える。

医師の側で医療・保健・福祉の連携を困難にする事項では、規模の大きい施設にいる医師の方が保健、福祉に関する基礎知識のなさを認識している状況が窺える。

サービス提供で医療・保健・福祉の連携を困難にする事項では、規模の大きい施設にいる医師の方が保健、福祉サービスの手続き、人・物・財源における困難性を自覚している傾向であった。

医療・保健・福祉の連携推進に有効と思われる解決策では、規模の大きい施設にいる医師の

方がプライマリ・ヘルスケアの教育、他職種とのスキルミックス等を挙げており、現在、これからの教育・啓発の必要性を挙げている。

公的介護保険制度導入後の医療・保健・福祉の連携で、連絡を取る機会が増える機関では、規模の大きい施設にいる医師の方が、「市町内（外）の診療所」、「保健所」、「市町の福祉課」、「社会福祉協議会」、「福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設」を挙げており、多職種との連携の必要性を意識していることが窺える。

#### 5) 回答者の所属医療機関の付属施設（在宅介護支援センター、老人保健施設、療養型病床群、デイ・ケアセンター、ナイト・ケアセンター、訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム、老人ホーム、老人病院、その他）の有無別検討

多職種や他の保健医療福祉関連諸機関との連携や連絡の必要性への意識や認識の違いは、付属施設の有無は規模別の違いに比較すると顕著ではなかった。

また、その問題の捉え方や解決点についても、それほど大きい違いはなかったが、付属施設のある医療関係機関に所属する医師の方に、若干その意識の傾向が窺えた。

公的介護保険制度導入後の医療・保健・福祉の連携では、診療所、病院については付属施設の有無別に違いはなかったが、「保健所」、「市町の福祉課」、「社会福祉協議会」、「福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設」で連携が深まるとするものは付属施設ありの方に多かった。

#### 6) 回答者の勤務形態（病院勤務、診療所勤務、診療所院長、病院院長、その他）別検討

病一病・病一診・診一診、保健・医療・福祉の連携に関しては、勤務形態の別による違いはあまりみられなかった。しかしながら、公的介護保険制度導入後の医療・保健・福祉の連携で、連絡を取る機会が増える機関では、「保健所」、「市町の福祉課」、「社会福祉協議会」、「福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設」では病院勤務者が診療所勤務者に

比較して総じて多くなると予測する傾向であった。

## E. 結 論

調査対象医師および関係医療機関の概要については、全国の医師会に所属する医師や全国的な医師の状況と大きく異なる傾向はなかった。

1. 日常診療における医療機関同士の連携は比較的とれてきたが、他の保健医療福祉関連機関（保健所、市町の保健センター、市町役場の保健衛生担当課、市町の福祉課、市の福祉事務所）については不十分な状況にあった。

2. 日常診療における医療機関と保健医療福祉関連機関との連絡の内容では患者についての依頼や連絡がほとんどで診療に比較的直結する事に関するものが多かった。

3. 市町内外を問わず、診療所、病院では定期的に連絡する何らかのシステムの必要ありとするものが8割前後で、システムに対する要望がかなり高いことが窺えた。

4. 医療機関（病-病、病-診）の連携体制のあり方では、それぞれの機関の自主性を尊重する事を基本にしながら、相互の調整や住民の意見を反映することを理想としていた。

5. 医療機関（病-病、病-診）の連携体制の中で住民の意見を確保する方策では、医療側がイニシアチブを取りながら、住民の意見を確保していく方法を基本としていた。一方、医療と保健、福祉との連携では、医療-医療の連携に比較すると、医療関係者以外のイニシアチブを認める傾向であった。

6. 公的介護保険制度導入後の、各職種の教育内容の違いにより医療・保健・福祉の連携を困難にするものでは、問題や課題の捉え方や処理方法およびその際の意志や意図の疎通に不安を有していることを挙げるものが多いことが窺えた。

7. 公的介護保険制度導入後の、医師の側での医療・保健・福祉の連携を困難にするものでは、医療以外の保健や福祉について医師の側に基礎的な知識がないことや色々な社会局面を多面的、広角的に捉えることを苦手としていることを挙げる傾向が窺えた。

8. 公的介護保険制度導入後のサービス提供で

医療・保健・福祉の連携を困難にするものでは、人、物、財源の問題の他に、保健・福祉サービスに関する問題点やそれらの理解が不十分なため生じたと考えられるものも比較的多く挙げられていた。

9. 公的介護保険制度導入後、医療・保健・福祉の連携でその推進に有効と思われる解決策では、多職種の関連する事項についての医師の教育、啓発とこれからの医師に対する教育・養成の必要性を挙げる傾向にあった。

10. 公的介護保険制度導入後に日常診療で、医療機関側から連絡を取る機会が増加する機関では、市町内の診療所、市町内外の病院と連携の機会が増加し、それらに比較すると市町外の診療所との連携はそれほどでないとする傾向で、今後益々、診-診、病-診、病-病連携が必要と認識していることが窺えた。しかしながら、保健所、市町の保健センター、市町役場の保健衛生担当課については、あまり連携が強まるとは考えていなかった。

11. 回答者の所属医療機関の規模（無床、19床以下、20床以上）別には、規模の大きい施設にいる医師の方が、医療機関相互の連絡の重要性、保健、福祉に関する基礎知識のなさの認識、保健・福祉サービスの手続き、人・物・財源における困難性、プライマリ・ヘルスケアの教育や他職種とのスキルミックス等の必要性、公的介護保険制度導入後の医療・保健・福祉の連携で、連絡を取る機会が増える機関で「市町内（外）の診療所」、「保健所」、「市町の福祉課」、「社会福祉協議会」、「福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設」を挙げる傾向にあった。

12. 回答者の所属医療機関の付属施設（在宅介護支援センター、老人保健施設、療養型病床群、デイ・ケアセンター、ナイト・ケアセンター、訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム、老人ホーム、老人病院、その他）の有無別による、多職種や他の保健医療福祉関連諸機関との連携や連絡の必要性への意識や認識の違いは、付属施設の有無は規模別の違いに比較すると顕著ではなかった。なお、公的介護保険制度導入後の医療・保健・福祉の連携では、診療所、病院については付属施設の有無別に違いは

なかったが、「保健所」、「市町の福祉課」、「社会福祉協議会」、「福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設」で連携が深まるとするものは付属施設ありの方に多かった。

13. 回答者の勤務形態（病院勤務、診療所勤務、診療所院長、病院院長、その他）別には、病-病・病-診・診-診、保健・医療・福祉の連携に関しては、勤務形態の別による違いはあまりみられなかった。一方、公的介護保険制度導入後の医療・保健・福祉の連携で、連絡を取る機会が増える機関では、「保健所」、「市町の福祉

課」、「社会福祉協議会」、「福祉施設、在宅介護支援センター、リハビリテーション施設」では病院勤務者が診療所勤務者に比較して総じて多くなると予測する傾向であった。

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的所有権の取得状況

なし