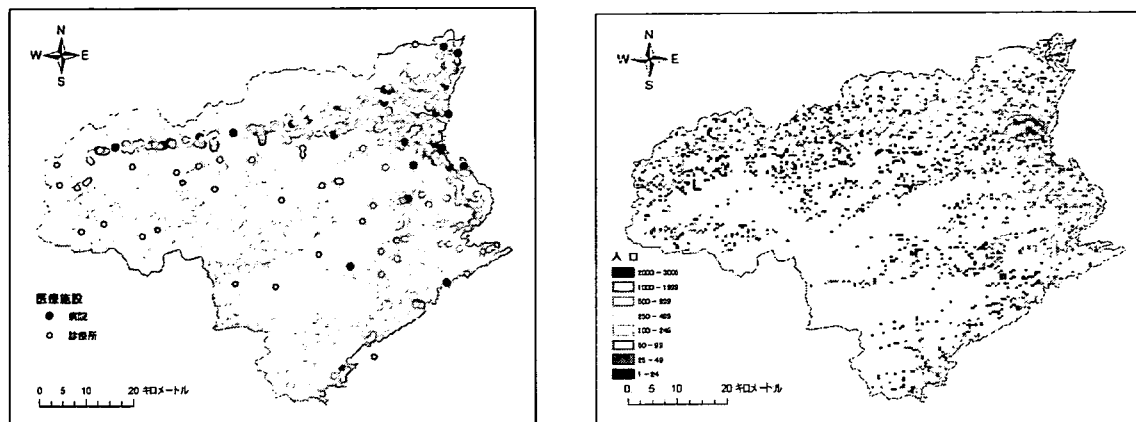


3. 研究結果

(1) 疾患別診療科への距離、時間の分布

徳島県内の医療施設（病院/診療所）831 施設の分布及び人口分布（2000 年）を示す（図 1）。平野部を中心とした人口密集地に施設が分布していることがわかる。

図 1



高齢者の外来受療数が多い診療科（内科、外科、整形外科、精神科、耳鼻科、眼科、泌尿器科、皮膚科）について、65 歳以上の居住地からの地理的アクセスを示す（表 1）。最もアクセスが良いのは内科で、平均 2.6 km、8 分、最長は精神科の平均 9.8 km、20.5 分であった。

表 1 65 歳以上住民の居住地から医療施設までの地理的アクセス

	最寄りの施設までの距離 (km)				最寄りの施設までの時間 (分)				30 分以内にある施設数			
	平均	中央値	最小	最大	平均	中央値	最小	最大	平均	中央値	最小	最大
内科	2.6	1.5	0.0	31.6	7.7	4.6	0.0	86.6	85	67	0	336
外科	3.7	2.2	0.0	35.0	9.8	6.3	0.0	94.2	30	29	0	108
整形外科	5.0	2.5	0.0	40.7	12.0	7.2	0.0	101.1	27	23	0	102
精神科	9.8	5.3	0.0	63.7	20.5	13.7	0.0	121.9	8	6	0	37
耳鼻科	8.3	4.7	0.0	52.6	18.4	12.1	0.0	103.7	9	7	0	37
眼科	9.1	4.3	0.0	67.1	19.3	11.3	0.0	127.6	10	10	0	44
泌尿器科	9.5	4.8	0.0	66.3	20.3	11.9	0.0	130.1	8	8	0	35
皮膚科	8.0	3.8	0.0	73.1	16.7	9.8	0.0	142.0	16	13	0	64

メッシュ数 (3269)

最寄りの施設までの移動時間からみたカバー率は概ね良好である（表 2）。しかし移動手段として自動車を想定していること、診療科によっては人口の 3% 近くが 60 分以上を要することから、潜在的な問題点は残っている。また移動に時間を要する地域は、いわゆる山間地域、中山間地域と一致しており、アクセスに与える地理的要因の影響が示唆された。

表2 65歳以上住民の最寄りの医療施設までの移動時間とカバー率(%)

	10分以内	20分以内	30分以内	60分以上
内科	69.3	88.7	95.1	0.4
外科	59.4	83.6	91.0	0.5
整形外科	81.7	93.0	96.7	0.3
精神科	54.1	82.5	90.2	2.1
耳鼻科	61.3	86.1	92.5	2.7
眼科	64.8	86.0	91.9	2.9
泌尿器科	63.2	84.2	90.7	2.2
皮膚科	70.6	86.6	92.1	1.7

(2) 傷病別外来受療率と地理的アクセスの関係

傷病別外来受療率と医療機関への地理的アクセスの相関係数を算出した。前述したように、眼疾患患者受療率と眼科へのアクセス(平均距離、平均所要時間)、以下、耳及び付属の疾患と耳鼻咽喉科、内分泌疾患と内科、循環器疾患と内科、精神疾患と精神科、筋骨格系疾患と整形外科の6疾患5診療科の関係である。その結果、精神疾患を除く5疾患において-0.4~-0.6の負の相関が見られ、移動距離や移動に要する時間が外来受療の抑制因子となっていることが示唆された(表3)。また地理的アクセス指標として平均距離、平均時間を取り上げたが、指標として大きな差はないと考えられた。

次に、地理的アクセス(時間)の他に外来受療率と関連があると思われる諸因子との関連を分析した(表4)。自由度調整済み決定係数は、「眼及び付属器の疾患」、「筋骨格系及び結合式の疾患」、「循環器系の疾患」で0.5を超えたが、「耳及び乳様突起の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」では0.2程度であった。地理的アクセス(平均所要時間)は「精神及び行動の障害」を除く5疾患で負の影響、すなわち外来受療抑制要因となっていることが明らかになった。また年齢は各疾患とも強い影響を及ぼしており、65-79歳までは概ね加齢とともに外来受療率は上昇するが、80歳を越えると逆に低下する疾患も見られた。

表3 65歳以上の外来受療率と平均距離・平均所要時間の相関 市町村別(n=50)

疾病	診療科	平均距離	平均所要時間
眼及び付属器の疾患	眼科	-0.403	-0.464
耳及び乳様突起の疾患	耳鼻科	-0.589	-0.570
筋骨格系及び結合組織の疾患	整形外科	-0.592	-0.569
内分泌、栄養及び代謝疾患	内科	-0.550	-0.547
循環器系の疾患	内科	-0.267	-0.206
精神及び行動の障害	精神科	0.024	0.013

表4 外来受療率に影響する諸要因

	眼及び付属器の疾患		耳及び乳様突起の疾患		筋骨格系及び結合組織の疾患		内分泌、栄養及び代謝疾患		精神及び行動の障害		循環器系の疾患	
自由度調整R2乗	0.53		0.23		0.57		0.22		0.38		0.68	
F値	26.45		8.34		33.94		7.94		16.56		53.56	
項	推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値	推定値	p値
平均所要時間	-1.5	0.089	-1.6	0.000	-18.2	0.000	-41.7	<.0001	2.0	0.170	-111.4	<.0001
高齢者単身割合	0.4	<.0001	0.1	0.003	0.0	0.889	-0.3	0.013	-0.2	0.079	-0.3	0.259
一人当たり所得	0.0	0.773	0.1	0.007	0.9	<.0001	0.1	0.532	0.2	0.055	-0.5	0.033
高齢者就業率	-6.2	0.013	-0.5	0.592	-23.1	0.000	-5.2	0.195	11.4	0.002	52.4	<.0001
老人クラブ会員数	0.1	0.436	0.0	0.769	-0.4	0.370	-0.8	0.011	0.2	0.365	-0.9	0.173
道路舗装率	7.7	<.0001	-0.7	0.193	0.4	0.910	-2.3	0.366	3.4	0.134	-18.4	0.003
年齢												
70_74歳 - 65_69歳	228.7	<.0001	5.3	0.769	703.6	<.0001	36.0	0.669	177.9	0.022	1144.0	<.0001
75_79歳 - 70_74歳	170.2	0.001	15.7	0.381	167.4	0.197	40.3	0.633	111.1	0.153	1193.2	<.0001
80_84歳 - 75_79歳	110.6	0.029	17.5	0.329	-53.1	0.682	-68.1	0.420	233.9	0.003	766.3	0.000
85歳以上 - 80_84歳	-302.2	<.0001	-93.9	<.0001	-1450	<.0001	-273.9	0.001	294.0	0.000	670.4	0.001

注: 年齢は順序カテゴリ

4. 考察

医療は近代社会の土台をなすべきもので、信頼ある医療供給体制の構築は「安心・安全で生活の質」の高い社会の実現に欠かせないものである。近年わが国においては、小児医療、産科医療の領域で供給体制の崩壊が叫ばれているが、今後確実に進む超高齢社会においては、内科、外科等の診療科の供給体制も重大な問題である。特にわが国の国土の多くを占める中山間地域においては、高齢化と過疎化が同時に進行しており、①社会基盤の脆弱化→②限界集落化→③地域崩壊→④安全な水・食料の供給力、防災力の著しい低下→⑤国土崩壊のシナリオが進行しつつある。中山間地域における医療提供体制の構築は、地域再生総合政策の中でも大きな柱のひとつであり、早急な取り組みが望まれる。本研究では、65歳以上の高齢者において、医療サービスへの地理的アクセスは外来受療抑制要因となっていることが示唆されたが、今後は地理的アクセスの許容範囲の見極め、及び高齢者医療に特化した診療科の創設と人材養成等が課題となるであろう。

なお、本研究はエコロジカル研究であり結果の解釈は注意を要する。しかし個票レベルの情報取得が、現時点では困難であり、本研究から示唆されることは意義があることと考えている。

参 考

- 1) 統計情報研究開発センター. 平成12年国勢調査境界データ
- 2) 統計情報研究開発センター. 平成12年国勢調査に関する地域メッシュ統計
- 3) 医療徳島 HP
<http://www1.pref.tokushima.jp/hoken/iryouseisaku/index.htm>
- 4) 東京大学空間情報科学研究センターCSVアドレスマッチング
<http://pc035.tkl.iis.u-tokyo.ac.jp/~sagara/geocode/index.php>
- 5) ESRI. ArcGIS9.2
- 6) 平成15年年齢階級別傷病分類統計. 徳島県国保連合

新医療計画と都道府県の役割

長谷川 友紀

要旨： 今後急速に長寿社会を迎える日本では制度の持続可能性、高齢者の健康問題の特性に応じた制度設計がなされる必要がある。本研究では、医療制度改革の状況についてレビューし、また今後の制度改革の方向性を規制改革会議の答申などをもとに明らかにした。高齢者においては、①若年者に比較して医療サービスにより得られる健康上のゲインに乏しく、反面、入院期間が長いなどコストが高く、相対として費用対効果が低いこと、②前記特徴について本人、家族が理解し、納得した上で同意を与えることが必要であるが、意思決定、同意過程において医療分野に詳しいエージェントの支援をしばし必要とすること、これについてはかかりつけ医師、あるいはケアコーディネーターが想定されるが、要件、待遇などについてはいまだ十分には議論されていないこと、③前記は、終末期医療(End Of Life)においても検討されるべきであるが、終末期医療のガイドラインなどの検討はやっとならざるに過ぎないこと、が指摘される。今後は、これらの課題についての検討は優先して行われるべきと考えられる。

1. 医療法改正と新医療計画

2006年6月に医療制度改革関連法案が国会で成立した。医療制度改革では、(1)公的医療保険の再編、(2)臨床指標を用いることによる、主要疾患を対象にした、地域レベルでの医療の質の管理(新医療計画)、(3)医療費の適正化(医療費適正化計画)、が、いずれも都道府県を単位として進められる予定である。

新医療計画では、従来のピラミッド構造をとり、その中で医療が完結するとする二次医療圏の概念に替わり、患者・かかりつけ医を中心とするネットワーク型の医療圏(日常生活医療圏)が考えられている(図1)。これは疾患により対象範囲が異なること¹、医療機関の役割分担は医療情報の公開(public reporting)に基づき自然発生的になされ、都道府県はトップダウン的に医療機関を認定・指定するのではなく、むしろ情報を整備し、医療機関間の調整業務を担うという特徴を有する²。

医療機関が整備し都道府県および一般に対して公開すべき情報は以下のように大別され

¹ 例えば、肺がんの外科治療を行うのに必要な病院が5箇所であれば、肺がんについては都道府県内に5つの日常生活医療圏が設定されることになる。

² 行政の役割は、医療機関についての情報の収集と一般への提供、地域での連携を促進するための連絡協議会の開催など、裏方的なものとなる。

る。すなわち、

- (1) 医療機関についての基本的な情報；所在やアクセス方法、設置されている診療科、入院設備、医師数、面会時間などの入院環境、夜間・時間外の受入体制など
- (2) 事実や実績に関する情報；手術件数、外来件数、実施されている診療・治療法、実施可能な検査と実施件数、医療安全などへの取組、研修・教育体制など
- (3) 治療成績（アウトカム情報）など評価に関する情報；主要疾患ごとの死亡率（5年生存率など）、主要疾患ごとの平均在院日数、再入院率、院内感染症発生率、術後合併症発生率など

上記のうち（1）、（2）については、データの作成も比較的容易であり、その公開については関係諸団体の間ではほぼ合意が得られている。（3）については、全日病としては医療への信頼樹立、質の向上の観点から、可及的速やかに情報の整備公開の制度化を希望するものであるが、データの整備に費用・時間を要することを鑑みて、当初は主要疾患を対象にして暫時対象疾患の拡大を図ること、米国で一部実施されているようにインセンティブとして質に基づく診療報酬支払いを検討すること、どのような支払い方式が良いかについてはいくつかの試行を行い長期的展望から最適法を見出していく仕組みを検討すべきこと、が必要である³。

医療費適正化計画は、PDCA サイクルに基づいて、策定（2008年）→実施、検証（2010年）→実績評価・担保措置（2012年）のスケジュールで導入される予定である。目的は、（1）糖尿病・高血圧・高脂血症の患者・予備群の減少、（2）平均在院日数の短縮である。あらかじめ設定された目標を達成できない場合には、その都道府県のみに対応される特例的な診療報酬の設定などの担保措置が設けられている⁴。

新医療計画、医療費適正化計画は、医療制度改革を実現するための代表的な政策であるが、いずれも臨床指標がその有力なツールとして用いられている（表1、図2）

³ 米国の Hospital Quality Initiative (MMA section 501(b))では、病院は入院患者の診療報酬請求に際して10の臨床指標についてのデータ提供を求められる。データ提供を行った場合にはメディケア DRG の全額を受け取ることができる（データ提供を行わなかった場合には0.4%の減額）。2004年には全病院のほぼすべて（98%）が参加している。

Premier Hospital Quality Incentive Demonstration は実験的なプロジェクトで、274病院を対象に34臨床指標についてのデータ提供を求め、最初の2年間は上位10%の病院には2%、上位11-20%の病院には1%の診療報酬増額を行う。3年目には、下位20%の病院には目標値が設定され、これを達成しない場合には1-2%（下位10%では2%、下位11-20%では1%）の診療報酬減額が行われる。

⁴ 医療保険制度の抜本改革（2003.3.28閣議決定）により、都道府県を単位として公的医療保険の再編を行い、リスク調整は都道府県内で実施する（県を越えた補助などは行わない）ことが決められている。

表1 新医療計画で用いられる指標

- ・病院・診療所数
- ・種別ごとの病床数
- ・医療従事者数
- ・健診・検診受診率
- ・精密検査受診率
- ・有病者の受診割合
- ・主要疾病ごとの総入院日数（がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞）
- ・対象患者あたりの診療科医師割合（主要な対策ごと）
- ・在宅での看取り率（主要な疾病ごと）
- ・地域連携クリティカルパスの普及状況（主要な疾病ごと）

図1 新医療計画における日常生活医療圏（図は渋谷統寿氏の作成）

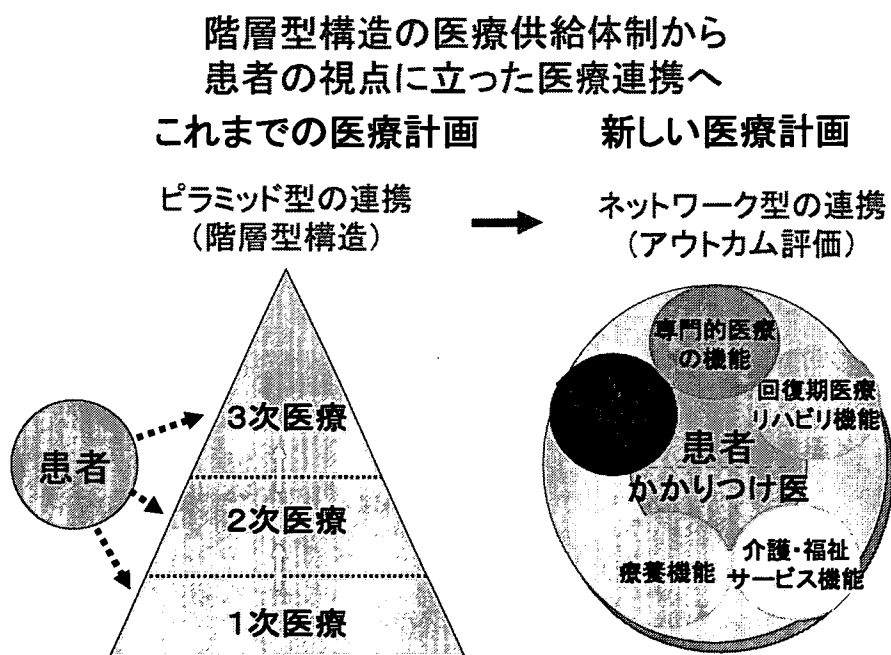
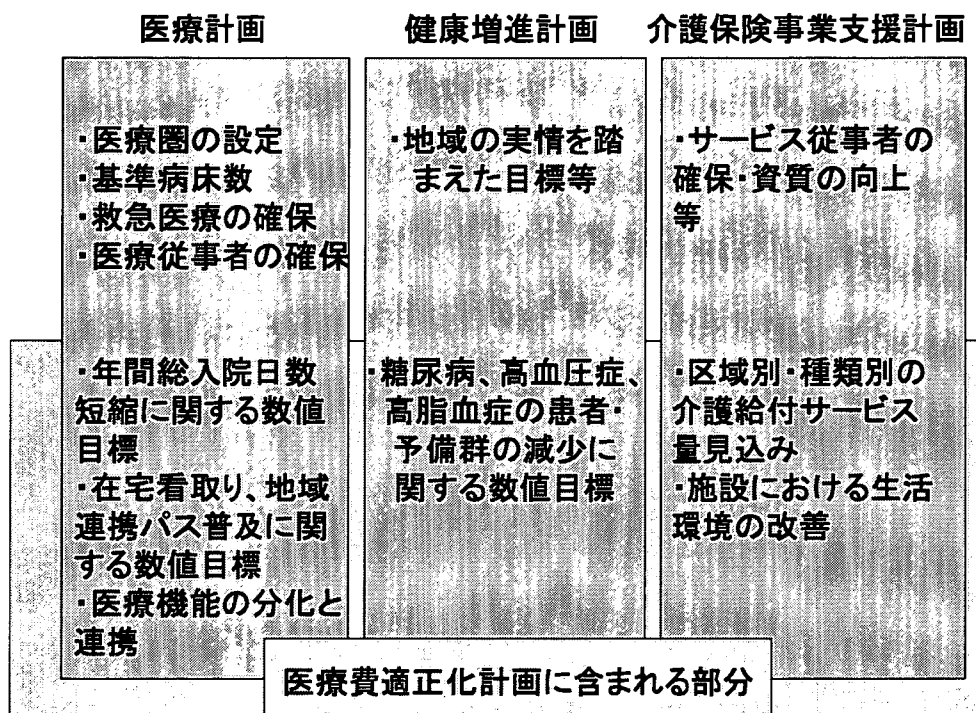


図2 医療費適正化計画とその他の計画の関係



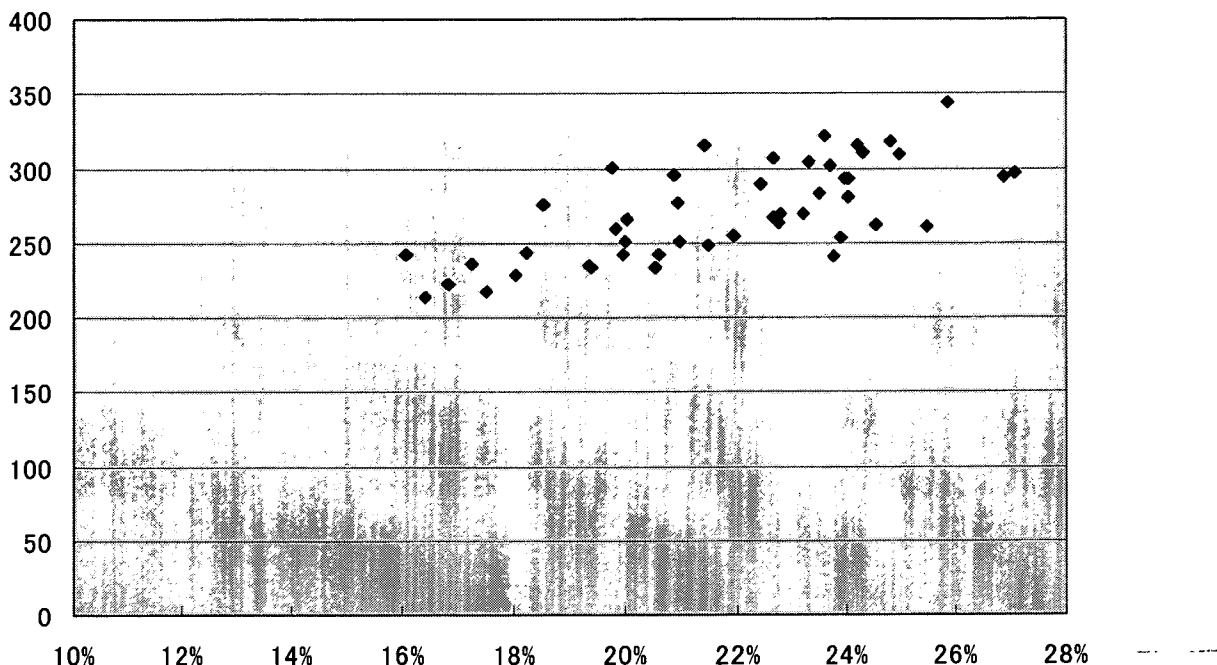
2. 都道府県の役割と医療団体の協力

医療制度改革で予定されている都道府県を単位とした公的医療保険の再編、都道府県の策定する新医療計画、および医療費適正化計画では、いずれも都道府県が主導的な役割を担うことが期待される。高齢化率、地理的状況は都道府県により大きく異なるものの（図3）、今後は都道府県間の調整は行わないことが閣議決定で既に決定されており、都道府県レベルの医療政策如何により、医療サービスの提供、負担に差異を生じる状況が想定される。

従来、医療サービス提供体制をどのように構築するか不明瞭であったものを、主体を明確にしたことは評価されるが、都道府県に医療分野の政策立案の経験が乏しいことから、担当職員に対する教育研修を積極的に実施するとともに、地域の医療機関においては都道府県とともに連絡協議会を創設し、関係団体の協同の下に地域の医療をどのように構築するかを検討する場とすることが、まず取り組むべき課題であると考えられる。

図3 都道府県別の高齢化率（65歳以上人口割合）と1人当たり医療費（2005年）

医療費が最大の鹿児島県と、最低の埼玉県では 344 千円／214 千円＝1.61 倍の差異がある



3. 長寿社会の視点から見た医療制度改革

2001年に誕生した小泉政権は、内閣府の権限・機能を強化し、総合的な政策立案部門として位置づけた。特に、経済財政諮問会議と規制改革会議が新たに設けられた。前者は、首相を議長として、国全体の経済、財政、税制のあり方について決定する機関である。後者は、諸外国に比較して明示的・非明示的規制が多く、それが経済成長の妨げとなっているとの批判に対応して、現行の規制について見直しを図る役割を有している。内閣府の権限強化、競争原理の導入により、社会の各分野で効率性の向上を図るという基本的な考えは、その後の安部、福田政権でも受け継がれている。2007年12月に規制改革会議から発表された答申では、医療分野に関して以下の提言がなされている。

(1) 医療職種の供給体制の再検討

A. 医師と他の医療従事者等の間の役割分担の在り方の見直し【平成19年中結論、平成20年度中に措置】

①外来、訪問看護においてにおいて、看護師による感冒症状、便秘、不眠など比較的軽度

な病状、あるいは高血圧症、糖尿病等の慢性疾患で病状の安定したものに対するに検査及び薬の処方の実施。

②助産師による正常分娩時の会陰切開・縫合の実施。

③介護施設内において、介護福祉士やヘルパーによるたんの吸引。

④介護福祉士やヘルパーによる胃ろうや経管栄養の取扱い。

B. 医療従事者の労働者派遣の拡大【平成 19 年度中に措置】

労働者派遣事業の適正な運営の確立及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律施行令（昭和 61 年政令第 95 号）第 2 条に規定する禁止業務から医療従事者を削除し、医師のみならず、看護師を含む医療従事者について、限定条件をつけることなく派遣が可能となるよう措置すべきである。

C. 救急救命時の応急手当に対する免責事項の明確化

救命手当への講習を国民に対して幅広く実施すること。また救急時の措置について免責との見解（緊急事務管理の概念の適応）がなされていることについて、幅広く国民に認知されるような広報活動を行うことについて検討し、措置すべきである。【平成 19 年度結論、措置】

医療従事者に関しては、ボランティアとして救命手当を行った場合の法的免責範囲について不明確な状態であることが、その積極的な関与を阻害する要因であると考えられる。これについては、例えば欧米における「善きサマリア人法」のように、医療従事者がボランティアとして救命手当を実施した場合に免責となる要件を規定するなど、法的な環境整備について、早急に検討を開始し結論を得るべきである。【平成 19 年度検討・平成 20 年度措置】

（2）医療サービスの効率化と質の向上

A. 診断群別定額払い方式（DRG-PPS）の導入【平成 19 年度中に措置】

DPC については、医療の標準化、在院日数の短縮、医療機関の機能分化・連携の促進に資するとされているが、1 日定額、出来高払いの併用であり、1 入院を単位とした診断群別定額払い方式（DRG-PPS）等の定額払いと比較して上記効果は限定的であり、あくまでも過渡的措置に過ぎない。「規制改革推進のための 3 か年計画」（平成 19 年 6 月 22 日閣議決定）を遵守し、DRG-PPS の実施に向けたロードマップを早急に作成し、実行に移すべきである。

B. 質に基づく支払いの推進【平成 20 年度検討開始】

欧米諸国の取組内容、国内における医療情報収集体制の整備状況を踏まえつつ、質に基づく支払い（Pay For Performance）の導入にむけて検討を行い、導入時期、方法などにつ

いて結論を得るべきである。

C. アウトカム情報の公開【平成 19 年度検討、平成 20 年度から平成 22 年度末までに段階的に実施】

十分な客観的データを有する国立病院、特定機能病院などの大規模医療機関からアウトカム情報の公開を義務化し、以降、段階的に義務化対象とする医療機関の範囲を拡大することについて早急に検討し、措置すべきである。併せて、医療機関におけるアウトカム情報の公表の取組が促進されるよう、診療報酬等において、インセンティブ策を検討、実施すべきである。

D. ヘルスサービスリサーチの推進【平成 19 度中に検討・措置】

質の高い、効率的な医療を実現するためには、医療に関する多種多様なデータを収集する仕組みを整備するとともに、それらのデータを元に分析を行うための、透明性・客観性の高いデータ公開の仕組みが必要であることは当然である。個人情報の保護については十分な配慮を行いつつ、個票レベルの統計資料についても一般に公開され、活用が可能となるよう、諸外国の統計資料の公開状況を参考にした上、検討し措置すべきである。

E. レセプトオンライン請求化を踏まえた傷病名と診療行為のリンク付け【平成 20 年中結論、22 年度末までに措置】

レセプトオンライン請求化の目的は、業務の効率化によるコストの劇的な削減と、審査の質の向上である。審査の質の向上とは、審査・支払いの迅速化、審査の精緻化・公平性の担保等に止まらず、電子的データの収集・蓄積・分析による EBM の推進を通じて医療そのものの高度化に貢献することにある。例えば傷病名とそれに対応する医療行為の対応関係が明らかにされ、かつ一般にも公開されることなど、その仕様決定には将来の社会全体の利便性を見据えた細心の注意を払う必要がある。したがって、早急に関係者へのヒアリングを実施した上で、検討を開始し、平成 20 年中に結論を得て、平成 23 年度からのレセプトオンライン請求の完全義務化までに、傷病名と診療行為のリンク付け作業を実施し完了させるべきである。

(3) 後発医薬品の使用促進

A. 後発薬品使用促進のための処方せん様式の変更【平成 19 年度検討、平成 20 年度措置】

日本国内で使用されている医薬品に占める後発医薬品（ジェネリック薬）の比率は現在、数量ベースで 17%、金額ベースで 5%程度に過ぎず、欧米諸国を始めとした医療先進国と比較して、際だって低い数値に留まっている。後発医薬品の更なる使用促進を図るため、処方箋様式において『後発医薬品変更可』の欄を設ける現行のポジティブチェック方式から、『後発医薬品変更不可』の欄を設けるネガティブチェック方式に変更すべきである。

調剤薬局が後発医薬品に変更する場合、薬局はその事実を医師に報告し、医師がカルテの訂正を行う必要がある。これは医師・薬局双方にとって煩雑な手続きであり、後発医薬品の普及を妨げる一因となっている。更に、同一薬剤で複数の後発医薬品が存在する場合があるが、医師が特定の後発医薬品を指定した場合には、薬局の判断で別の後発医薬品に変更することは現行では認められていない。この結果、薬局は同一薬剤であるにもかかわらず複数の後発医薬品在庫を持たねばならず、薬局にとって大きな負担になっている。薬局で後発医薬品に変更する場合においても、医師によるカルテの修正を必要としない措置を講ずるべきであり、また、後発医薬品の処方を受けた薬局が同一薬剤である異なる後発医薬品に変更できるよう措置すべきである。

B. 参照価格制度の導入検討【平成 20 年度検討・結論、平成 21 年度措置】

薬剤価格の大部分が保険給付されることや、慣れ親しんだ薬剤を変更することに対する不安などから、たとえ後発医薬品が利用可能な場合においても、患者、医師ともに後発医薬品へ変更する動機に乏しい。しかしながら、同等性が証明された同一成分の薬剤について保険償還価格を異にする合理的理由は存在しない。先発薬の特許期間終了時点においては、先発医薬品と後発医薬品の保険償還価格を同一価格とする、いわゆる参照価格制度を導入すべきである。

これらの提案は、閣議決定され国としての基本的な方向性として示されている。今後、方法論について更に検討されるとともに、高齢者医への影響について明らかにされる必要がある。特に、高齢者においては、①若年者に比較して医療サービスにより得られる健康上のゲインに乏しく、反面、入院期間が長いなどコストが高く、相対として費用対効果が低いこと、②前記特徴について本人、家族が理解し、納得した上で同意を与えることが必要であるが、意思決定、同意過程において医療分野に詳しいエージェントの支援をしばし必要とすること、これについてはかかりつけ医師、あるいはケアコーディネーターが想定されるが、要件、待遇などについてはいまだ十分には議論されていないこと、③前記は、終末期医療(End Of Life)においても検討されるべきであるが、終末期医療のガイドラインなどの検討はやっと緒についたばかりであること、が指摘される。今後は、これらの課題についての検討は優先して行われるべきと考えられる。

少子高齢社会における地域医療のあり方

—地域特性に応じた医療施策の検討

金岡 良浩

1. はじめに

現在の日本の総人口は1億2,770万人(総務省統計局平成18年10月1日現在推計人口である)。そのうち高齢者(65歳以上)人口は2,660万4千人であり総人口の20.8%を占めている。国連の人口推計によると65歳以上の高齢者人口の割合は年々増加するといわれており、2050年まで世界一の超高齢社会となる。(図-1)

この中で、昨今の医療をとりまく環境は、医師不足、地域医療の崩壊、医療費の破綻等、大きな社会問題となってきた。

このような医療問題について「少子高齢社会における地域医療のあり方」と題して、都道府県レベルでどのような施策が提案できるか、行政職員(福井県、岐阜県、三重県、滋賀県)が、各県での地域の状況と医療圏に毎の医療の現状を集約して、住民の視点を基本として、現在の地域医療にどのような課題があるか、何が求められているか、どんな社会が必要かを、国の施策とともに、都道府県で実施する施策として検討した。

その報告のなかで、特に医療情報の提供と医療の機能分化・連携に主眼をあてて要約するとともに若干の私見も検討してみた。

2. 地域医療をとりまく現状と課題

我が国の急激な少子高齢・人口減少化の進行は、社会全体に大きな影響を与えている。今後は、医療政策については、国のみではなく、都道府県においても、その地域に応じた、グランドデザインを描き、将来を検討していく必要があると考える。

この地域医療の現状と課題については、近年特に都市部と、地方間での格差問題が取り沙汰されており、その差が大きくクローズアップされてきているところである。

この原因には、

①地方から若年層が都市部に移動し、結果として高齢層が地方に残ったまま、その高齢者層の医療費が増大していつている。

②新卒の医師は新臨床研修制度により、都会の病院を希望する傾向が強く、一方で地域病院では、派遣されていた医師が大学医局に引き上げられ、残された勤務医は、疲弊し、都市部での開業等に流れるという、医師の偏在(医師不足)の悪循環が生じてきている。

このような状況の中で、国の総合的な施策とともに、各都道府県がその地域に適した医療施策を考えていく必要がある。

3. 医療制度改革と都道府県の対応

昭和23年の医療法の制定に始まり、今般、第5次の改正が行われ、その3つの柱と六つの項目が示されたところである。

<三つの柱>

①安心・信頼の医療の確保と予防の重視(患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受け

られる体制。生活習慣病対策の推進体制の構築)

- ②医療費適正化の総合的な推進
- ③超高齢化社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現
＜6つの項目＞で成り立っている。
- ①患者への情報提供
- ②機能分化・連携
- ③医師不足の対策
- ④医療安全
- ⑤医療従事者の資質の確保
- ⑥医療法人制度改革

4. 2つの検討課題

これから必要な地域医療の適当な方向性を、住民本意を基本として検討し、上記医療制度改革の内容を勘案して、都道府県行政が行うことが出来る、効果的な施策は、次の2点と考えた。

- (1) 医療施設および住民に対する、医療に関する情報を的確に提供すること。「医療に関する情報提供」
- (2) 医療機関同士の機能を適切に分化させ、連携し、効率的で、効果的な医療提供を行うこと。
「医療機能の分化・連携の推進」

さらに、この情報提供、機能分化・連携を効果的に運用するために、住民の身近にあり、既往歴等を含め、健康保持にも有効な役割をもつ鍵が、「かかりつけ医」機能であると考えた。

そして、行政の役割が、的確な視野を持ち、住民と地域医療（「かかりつけ医」を含め）を結びつけて、住民の適正な受療行動を進める主導者となることが重要である。

5. 「医療に関する情報提供」についての施策

地域特性や医療資源の量を考慮して、その規模に応じた、適切な情報を提供することが重要であり、患者の受療行動には経験知も大きな要因となることも考慮することが必要である。

その上で、求められる情報提供を次の項目に分類してみた。

- ①わかりやすい情報提供
医療情報は専門性が高く、理解が困難であるため、住民に対しては簡易な言葉で分かりやすい情報提供が必要である。
- ②信頼性のある情報提供
医療は人の生命・身体に係るサービスであるため、信頼性の高さが求められるとともに、住民がすぐに活用できる情報を提供することが重要であり、正しく迅速な情報提供が必要である。ここには行政の専門職が発信する利害のない公正な情報が必要となる。
- ③情報収集のインセンティブ
医療情報を住民に周知し、適切な受療行動に結び付けるため、行政側が意図した情報に住民がアクセスして、その意図した行動に進むような施策を行う必要がある。例えば、対話形式での分かりやすい情報提供とともに、都道府県の医療ホームページ上で、Q&Aに答えて特定の医療施設を受診すると初診料割引券が発行される等のインセンティブを組み込むことも有効である。(インターネット等の利用)
- ④世代に合わせた医療教育
病気の予防だけでなく適切な受療行動についての知識を、義務教育または高等教育において習得させる。
また、社会人に対しては、健康診断とあわせて健康教育を義務化することが有効であると考え

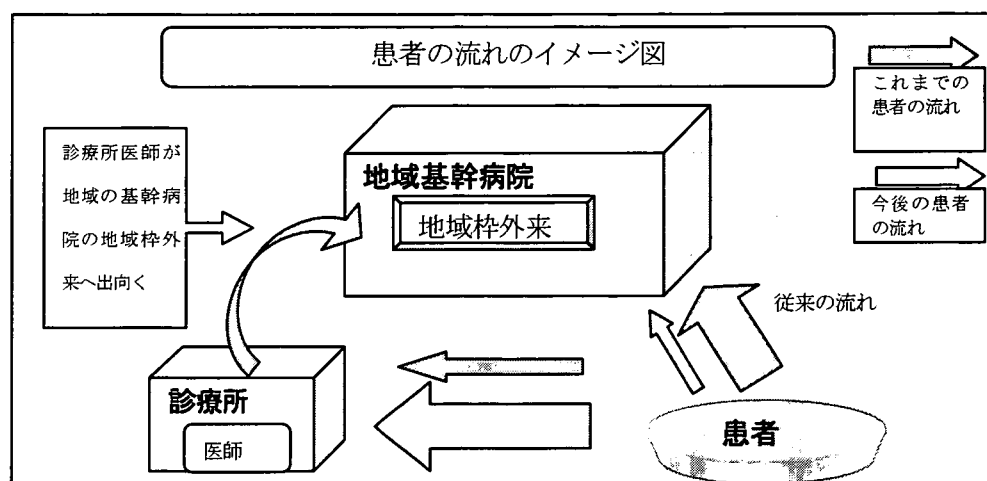
るが、その健康教育を定着させるためには、適正な受療行動をなす被保険者が多い医療保険者に対し、功行賞を与える等のインセンティブが促進させるには必要な要件になると考える。

6. 「医療機能の分化・連携の推進」についての施策

医療が高度化し、患者のニーズも多様化している現代では、一つの医療施設で全ての治療を行うことは困難であり、非効率的であるため、病院や診療所等の役割を明確化し、機能分化・連携を促進する必要がある。

地域医療の窓口として、患者の身近に「かかりつけ医」の機能を持った医師を設置すれば、この「かかりつけ医」が高度な医療や専門技術に特化した病院と連動することで循環型の地域医療を展開することができると思う。

すなわち、地域の「かかりつけ医」がプライマリーケアを担いつつ、後方連携としての基幹病院に対してトリアージ的な役割を併せもつこととする。また、この医師もこの地域中核病院に地域枠外来担当医として出向き、患者と医師同士の顔が見える包括的な医療体系の構築させることが重要である。



7. 滋賀県とその周辺の都道府県について

滋賀県および周辺県の特徴は、別添資料のとおりである。(図-3-1, 表-1-1)

現在、各県で設定されている医療圏については、同一の県内においても「人口密度、高齢化率、病院数、診療所数および100km²あたり病院数・診療数、自地域受療割合等」圏域間に大きな差があり、この圏域の差を無視した形での、統一した医療施策はなじまない。

県同士を比較すると、医療圏の設定は各県によって違い、その住民の受療行動も、周囲の医療環境の違いによって大きく違っていることが認識できたが、各医療圏の大きさ、圏域間の医療資源、受療行動等にばらつきがあり、医療圏ごとに共通した課題や特性が区切れないということである。

8. 住民本意の視点とした医療政策の提案

8-1 新しい地域類型の考え方

医療政策は各都道府県が設定した医療圏を単位として、医療計画に基づいて行われることから、医療圏の設定には、その地域の医療施設、患者の受療動向を把握することが重要である。

しかし、現時点における医療圏においては、上記のように差があるために、つぎのように、地域を区分して検討してみた。

①医療施設市場化地域

医療施設が多数存在しており、患者はその医療施設を自由に選択できる地域であり、需給体制は

市場原理に任せる施策を検討する。

②医療施設寡占化地域

医療施設がある程度揃っているものの、選択の余地はほとんどなく、寡占化している地域であり、競争による弊害を抑える施策を検討する。

③医療施設不足地域

医療施設が不足し、受療するために遠隔の他地域に出て行く必要がある地域であり、地域医療を維持していくための施策を検討する。

8-2. 地域分類の考え方

地域区分の概念

同じ医療圏に属していても地域(地区)によってその環境は違い、100 km²あたりの病院数が少ない医療圏でも、人口集中地区では医療施設がそのニーズに対応するように存在していたり、100 km²あたりの病院数が多い地域でも、病院が疎らな地域もあると思われる。

今回一つの例示をする中で、100k m²あたりの病院数を一つの基準として示したが、居住地を中心に自家用車や交通機関等の利用で、往復の移動に30分、待ち時間と診療を合わせて30分、合計1時間であれば、利便性は高いと考える。

この100 km²あたりの病院数が、自分が欲している診療科が1に満たない場合は、「医療施設不足地域」、1以上3未満であれば「医療施設寡占化地域」、3以上であれば「医療施設市場化地域」と仮定する。しかし3以上であっても、診療科目の違いや、医療の質が明らかに異なる場合は、医療施設を選択を自由に行うことが出来ず、それは「医療施設寡占化地域」と言う場合も考えられる。

また、患者が欲する医療の質(経験知から来るもの)を確保する病院がなければ、診療科があってもその人にとっては「医療施設不足地域」となる場合もある。医療ニーズにかかる利便性の認識の違いがあるので、今回はあくまでも一定の考え方の提示とした。

そこで、住民の利便性から、それに適応した範囲を設定するには、住民アンケート調査等で病院までの通院時間等の、病院を基点とした時間地図を形成した上で、その範囲がいくつ重なるかによって利便性の高低を見ることも手法である。

医療圏の中心と周辺部では明らかな環境差が出ているので、医療圏を塊として漠然と数値を検討することには問題が多いため、当該考え方と合わせて検討することを提案する。

8-3. それぞれの地域での施策

この検討は、今の医療圏のみならず、地域住民の生活圏を考慮して皆が適正に医療機関を受療できることを考慮したものであり、この尺度において「医療情報」「機能分化・連携」の施策について次の通り検討してみた。

①医療施設市場化地域における提案

- ・医療施設に関する情報を公表することによって医療施設間の競争が行われ、医療の質が高まることが期待されるが、県が提供する情報は後追いの評価となる危険性があるため、情報に対する信用性が失われないよう、情報の修正を綿密に行うこと。
- ・一方、医療施設は、自由競争による、医療の質の向上も図れる利点もあるが、反面、医療施設間の連携が損なわれる可能性があるため、行政の調整機能が重要となる。

②医療施設寡占化地域における提案

- ・医療施設が限定されており、自由競争によって、数少ない医療施設がさらに淘汰されると、医療提供体制が崩壊するおそれがあることから、医療施設の情報提供を行う際には、行政が、情報の質をコントロールすることが必要である。(公正なコントロール)
- ・地域の医療施設等を集めた地域医療協議会等を活発に機能させて、行政が地域住民のニーズを踏まえて関係機関の調整を行い、地域の中核病院を核とした医療の機能分化・連携を推進すること

が重要である。

③医療施設不足地域

- ・自地域で受療できる医療施設が限られているため、情報の量と変動が少ない。このため住民は、積極的に情報収集をしないと考えられるため、アウトリーチの活用も含めて、的確な情報と隣接する他地域の医療施設の情報もあわせて提供していき、過疎化地域の受療を確保することが必要となる。
- ・また、遠方の他地域に行かなければ受療出来ないことも想定され、それには非常に大きな労力がかかるため、行政による「搬送システム」等を整備することや、「遠隔地医療情報相談事業（仮称）」として、一般成人の医療相談を行う「保健医療情報センター（仮称）」を設置し、医療相談に適切に対応できる体制（コールセンター等）を構築する等の精度の高い対話形式の医療相談を実施することともに、「移動型簡易医療施設（仮称）」の設置や、コメディカルスタッフや福祉関係者と医療施設とが密接に連携すること等により、少ない医療資源を効果的に活用することでコストの抑制も可能と考える。

9. 「医療に関する情報提供」・「医療機能の分化・連携の推進」を機能的に行うための行政の役割

今後、地域医療の向上を図るために求められる行政の必要な体制の提案としては、医療政策に精通した専門性のある人材を育成し、その者を中心に複数体制で、短期的な事案の対処とともに、長期的な展望をもって施策を形成し、取り組むことが必要であるということである。

この専門性には、医療専門職を配置することや、健康づくり施策、高齢者施策等の「人の生活」に密着した知識も必要であるため、他の施策と横断的な連携が出来ることも重要な事項である。

そして、本庁機能と保健所機能に対しては、地域に存在する保健所機能とを専門性をもつと充実させて、医療情報をくまなく地域特性に応じて提供し、地域を巻き込む主導者となることと、その全体を包括する本庁機能との連携の充実を図ることである。

10. まとめ

以上のとおり、住民が安心、安全に医療を受療し、効率的に地域医療を提供していくためには、まず国があるべき姿を明らかにし、診療報酬の改定や必要な人材養成などの政策決定を行うことが先決となる。そして都道府県の役割は、地域のニーズを的確に把握し、住民や医療施設に対し情報提供して、地域医療の機能分化や連携のための調整機能を十分に発揮し、その必要性を理解してもらおうよう努めなければならない。

地方分権の流れの中で、医療政策において都道府県が果たすべき役割は、今後ますます求められる。

<滋賀県における地域医療の取り組みの一例>

滋賀県における、地域医療の機能分化・連携を効果的に実施している診療所の一例を紹介する。

1. 概要

地域の概要：湖北医療圏域：病院数 4 病院(1,602 床)、

診療所数 26 施設(0 床)(米原市内)(旧町の管内人口 6,000 名)(H20.3.31)

施設概要：公設民営診療所(滋賀県米原市)：(市町村合併前の町においては、その地区唯一の診療所)(図-2-1)

名称：地域包括ケアセンターいぶき

機能：併設施設として、老健、介護保険施設(通所リハビリ、訪問看護、居宅介護支援隣接施設に通所介護、訪問介護施設がある)

2. 医療実施体制と実施方法

体制：医師：3 名、看護師 21 名、介護士 25 名、理学療法士 3 名、作業療法士 2 名、薬剤

師 1 名管理栄養士 1 名 (H20. 4. 1)

実施方法 : 無医地区には出張所(4カ所)を配置し、本体の診療所を拠点として対応し、「かかりつけ医」(地域包括ケア医)が、地域医療に根ざして往診を行っている。

その上で、地域拠点の病院の地域連携室と病一診連携をとり、訪問看護および介護保険を組み合わせ、在宅医療の機能分化と介護保険の連携を図っている。

また、救急的な往診の場合も、複数の医師の勤務体制により、対応可能であり、医師の休暇も交代で取得可能である。

緊急時連絡も、患者に対して、医師自身の連絡先を伝えておいても、連絡はそれほど多くない。(医師の本来の必要性が認識されており、患者は、本当に緊急でないと、コールはしないと考える。)

3. 効果的な実施のための概念とポイント

当該診療所の概念 :

「地域で町を支援する」→「元気な地域(基礎自治体)支援、

「地域で全体を診る」→「地域支援とリハビリ」

すなわち、基礎自治体とともに、医療面について当該診療所が、地域住民をサポートすること。

医療を通して地域社会(まちづくり)に貢献すること。

併せて、臓器の治療は病院で診る、人の治療は診療所で診る。

地域周囲が顔見知りであれば、地域の皆で助け合うことが出来て住民間での連携も生まれるということ。

3つのポイント: 「地域包括ケア」・「地域のつながり」・「顔の見える医療」

病院や、併設・近隣の介護保健施設との連携とともに、患者—医師—コメディカル、医師—医師、および医療—福祉が、顔の見える連携を構築すること。(他職種協働) 地域が面による医療・福祉体系が形成され、患者から見て、この地域には医療・福祉関係者の知らない人がいない。

すなわち地域の皆が安心して生活できる。

これには医師の責任感と、地域を知っている保健師等の医療従事者が必要である。地域保健事業にも、事業実施者が、地域住民の顔を知っていることで、地域に安心感が生まれ、地域実情に応じた医療提供を行うことが必要である。

4. まとめ

この地域は、「医療施設不足地域」での医療活動の例であるが、拠点の診療所から、出張所、併設の医療・介護保険サービスにより、包括した患者のケアを1元的に行っており、隣接にある介護施設とも容易に連携が出来ていることで、医療施設が不足であっても、機能的な医療提供体制が実現できている好例であるといえる。

また、地域の拠点病院に対しては、緊急や必要が生じた場合の適切な受け入れ態勢が出来ている。

このことが、診療所から地域全体を見渡せるツールとなり、連携先(病院等)の顔も、しっかりと見えているので、信頼関係が的確に構築できる。

ただ一つの診療所では出来ないこと、ただ一人の医師では出来ないことが、地域の連携や他職種連携によって非常に効率的で効果的な医療の提供が実現できる。

今後は、医療施設市場化地域や寡占化地域においても、地域の高齢化は進んでいるので、通常の診療所の機能と、いわゆる「地域包括ケア診療所」機能も分化させて、連携することが必要である。

この場合の一案として、介護老人保健施設に「地域包括ケア診療所」機能を併設させて、地域

の病院、一般診療所および介護保険事業所等と連携することが、地域医療に効率的で有効な体制になると考えた。

その効果は、医療的には、医療入院数および社会入院数の減少や、医療需要度も減少させることができ、併せて在宅ホスピスケア、地域リハビリテーションを活性化させることができる。地域的には、地域の調和や、家庭の調和から始まり、そこから、地域社会全体の調和へ広げながらそれぞれの役割を活性化させていき、地域全体が成長する一助となるものとする。

<参考文献>

- ・「少子高齢社会における地域医療のあり方」福井・岐阜・三重・滋賀四県共同研究、2007年2月
- ・「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成18年6月21日法律第84号）」
- ・厚生労働省ホームページ
- ・総務省「平成17年国勢調査」
- ・国土地理院「平成18年全国都道府県市区町村別面積調」
- ・福井県「平成17年福井県医療施設調査」
- ・福井県「平成17年福井県医療情報調査」
- ・厚生労働省「平成17年患者調査」
- ・岐阜県「平成18年岐阜県病院名簿」
- ・岐阜県「平成17年医療施設静態調査」
- ・岐阜県「平成14年度岐阜県医療実態調査」
- ・岐阜県「平成18年度岐阜県医療実態調査」
- ・三重県「平成18年三重県医療機能実態調査報告書」
- ・三重県「平成18年三重県患者受療動向調査報告書」
- ・三重県「保健医療計画（第三次改訂）」平成15年12月
- ・滋賀県「平成18年滋賀県医療機能調査」
- ・福井県「かかりつけ医機能調査」平成19年度実施
- ・（社）滋賀県病院協会「平成18年1日患者調査」
- ・World Population Prospects: The 2004 Revision.
- ・長谷川敏彦「世界の医療制度改革-健康変革の国際的潮流」『保健医療科学』第55巻第4号、2006年
- ・石原明子、長谷川敏彦「疾病管理とその周辺-医療費適正化のために」『保健医療科学』第55巻第4号、2006年
- ・針田哲「医療提供体制と医療計画」『保健医療科学』第55巻第4号、2006年
- ・長谷川敏彦他「医療機能の分化と連携を目指した医療計画の在り方に関する研究」『厚生科学研究費補助金、平成15年度医療技術評価総合研究事業報告書』
- ・「超高齢社会における地域医療を担う医師生涯教育制度の確立」『公衆衛生』vol. 71 No. 11、2007年11月
- ・旭川医科大学病院ホームページ
- ・（社）地域医療振興協会 地域包括ケアセンターいぶきホームページ

<資料編>

図-1-1 国連推計による主要国の65歳以上人口割合：1950～2050年

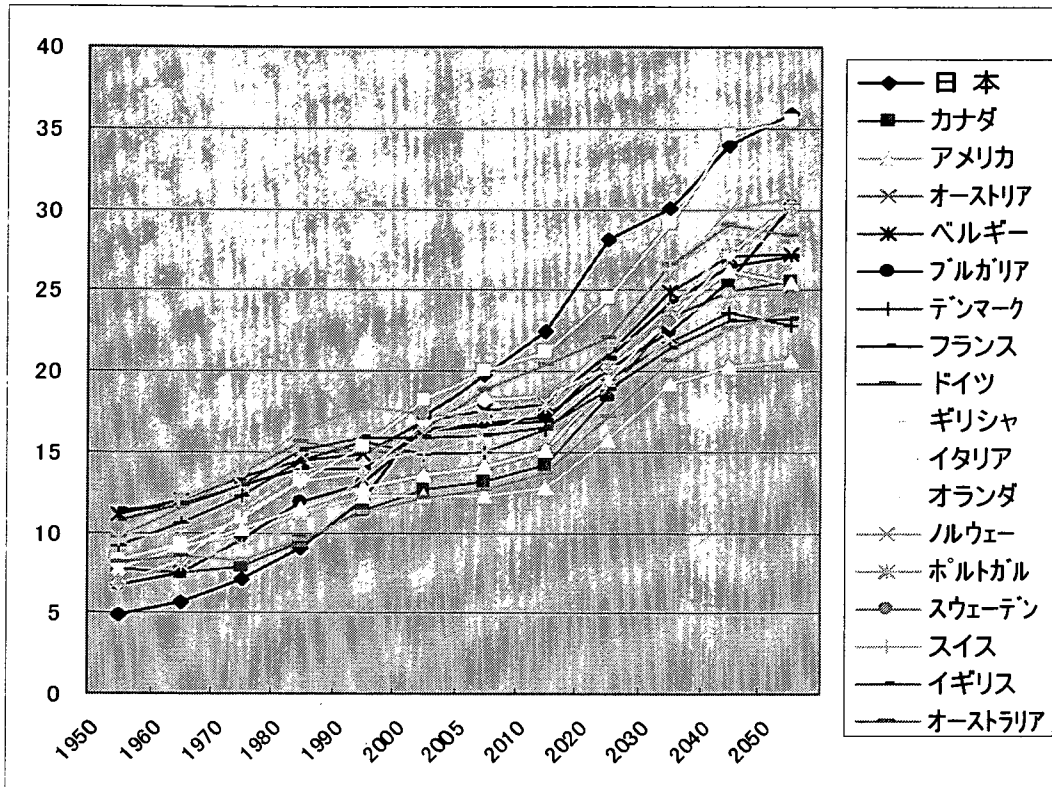
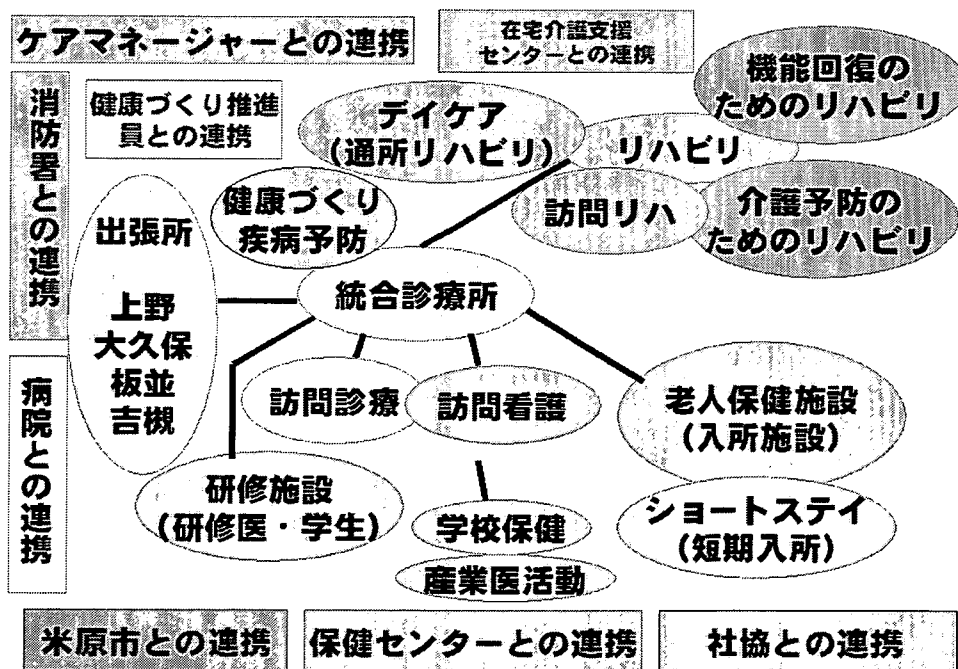


図-2-：地域包括ケアセンターいぶきの概要



地域包括ケアセンターいぶきのHPより

図-3- 滋賀県および周辺県の医療圏の状況

