

各県における人口・医療機能・受療割合等データ

福井県	福井・坂井	奥越	丹南	嶺南	全体
人口(人)	413,307	64,804	194,247	149,234	821,592
面積(km ²)	957	1,126	1,007	1,099	4,189
人口密度(人)	432	58	193	136	196

岐阜県	岐阜	西濃	中濃	東濃	飛騨	全体
人口(人)	802,218	391,637	388,877	358,884	165,610	2,107,226
面積(km ²)	993	1,433	2,455	1,563	4,177	10,621
人口密度(人)	808	273	158	230	40	198

三重県	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	全体
人口(人)	823,631	471,317	486,168	85,847	1,866,963
面積(km ²)	1,107	1,399	2,279	992	5,777
人口密度(人)	744	337	406	266	213

滋賀県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	全体
人口(人)	323,713	301,339	149,174	233,499	153,171	165,501	53,946	1,380,343
面積(km ²)	374	207	552	647	293	763	511	3,347
人口密度(人)	866	1,456	270	361	523	217	106	412

医療圏別年齢構成

福井県	福井・坂井	奥越	丹南	嶺南	全体
15歳未満	14.7	13.1	15.2	14.9	14.7
15歳以上65歳未満	64	59.1	62.3	61.3	62.7
65歳以上	21.3	27.8	22.5	23.8	22.6

岐阜県	岐阜	西濃	中濃	東濃	飛騨	全体
15歳未満	14.7	14.7	14.4	14.2	14.2	14.5
15歳以上65歳未満	66.1	64.9	64.3	63.1	59.4	64.5
65歳以上	19.2	20.4	21.3	22.7	26.3	21

三重県	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	全体
15歳未満	15.3	13.7	13.5	12.4	14.3
15歳以上65歳未満	66.2	64.2	61.9	56.4	64.1
65歳以上	18.3	21.9	24.5	31.2	21.5

滋賀県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	全体
15歳未満	15.2	16.1	15.7	15.1	15.4	15.5	14.2	15.4
15歳以上65歳未満	67.2	69.5	67	65.5	65.5	62.5	60.8	66.5
65歳以上	17.5	14.2	17.3	19.3	19	22	25.1	18.1

医療施設数等比較

福井県	福井・坂井	奥越	丹南	嶺南	全体
100km ² あたり病院数	4.49	0.62	2.28	1.18	2.05
1病院あたり人口	9,612	9,258	8,446	11,480	9,553
100km ² あたり診療所数	34.47	3.2	10.63	9.37	13.75
1診療所あたり人口	1,252	1,800	1,815	1,449	1,426

岐阜県	岐阜	西濃	中濃	東濃	飛騨	全体
100km ² あたり病院数	4.33	1.19	0.86	0.96	0.29	1.02
1病院あたり人口	18,656	23,037	18,518	23,926	13,801	19,511
100km ² あたり診療所数	66.77	19.05	9.65	15.48	3.42	14.67
1診療所あたり人口	1,210	1,435	1,641	1,483	1,158	1,353

三重県	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	全体
100km ² あたり病院数	3.79	2.29	1.14	0.5	1.82
1病院あたり人口	19,610	14,729	18,699	17,169	17,781
100km ² あたり診療所数	53.75	28.38	18.3	7.36	25.65
1診療所あたり人口	1,384	1,187	1,166	1,176	1,260

滋賀県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	全体
100km ² あたり病院数	4.28	4.01	2.41	3.21	1.07	1.07	0.8	1.85
1病院あたり人口	20,232	20,089	16,575	19,458	38,293	41,375	17,982	22,264
100km ² あたり診療所数	70.05	114.98	13.59	21.02	33.79	13.89	7.83	28.56
1診療所あたり人口	1,236	1,266	1,989	1,717	1,547	1,561	1,349	1,444

自地域受療割合

福井県	福井・坂井	奥越	丹南	嶺南	全体
外来(H14年)	0.988	0.688	0.729	0.894	-
入院(H14年)	0.971	0.596	0.71	0.864	-

岐阜県	岐阜	西濃	中濃	東濃	飛騨	全体
入院(H18年度)	0.928	0.869	0.858	0.921	0.929	0.877
入院(H14年度)	0.931	0.872	0.734	0.912	0.919	0.88

三重県	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	全体
外来(H18年)	0.942	0.926	0.951	0.818	0.935
入院(H18年)	0.888	0.837	0.815	0.648	0.848

滋賀県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	全体
外来(H18年)	0.972	0.824	0.718	0.748	0.817	0.964	0.781	0.838
入院(H18年)	0.86	0.685	0.76	0.73	0.655	0.819	0.542	0.748

4県病院数等比較

	福井県	岐阜県	三重県	滋賀県	4県全体
病院数	86	108	105	62	361
100km ² あたり病院数	2.05	1.02	1.82	1.85	1.51
1病院あたり人口	9,553	19,511	17,781	22,264	17,108
診療所数	576	1,558	1,482	956	4,572
100km ² あたり診療所数	13.75	14.67	25.65	28.56	19.1
1診療所あたり人口	1,426	1,353	1,260	1,444	1,351
病院一般病床	6,669	12,855	11,520	10,090	41,134
1病床あたりの人口	123	164	162	137	150

「プライマリ・ケア医」に期待される機能と

その定着のための行政の役割

谷口 美穂

1. はじめに

日本は今、かつてない勢いで少子高齢化が進んでおり、社会システム全体に大きな影響を及ぼすことが懸念されている。特に医療においては、疾病構造の変化に伴い、老人医療費を中心とした医療費が今後さらに増大することが見込まれている。財政の圧迫は必至であることから、医療提供体制をはじめとする医療制度全般の見直しが喫緊の課題となっている。

高齢者は複数の疾患を併発することが多く、慢性的な経過をたどる中で容易に症状の悪化をきたし、後遺症が残ることも少なくない。そのため生活の質の向上に重点をおいた、長期的なケアが求められる。今後、高齢化の進展に伴い、医療の場は病院から地域へとその比重が移る。必然的に、患者の身近な地域で医療を提供する「プライマリ・ケア医」による医療の必要性が増すと考えられる。この「プライマリ・ケア医」に関しては、日本ではまだ明確な位置づけはされていないが、医療の効率化および医療連携の推進においても、重要な役割を担っている。

そこで、本稿では今後の高齢者社会において期待される「プライマリ・ケア医」の機能とその定着のための行政の役割について検討する。

2. 医療制度改革とプライマリ・ケア医

平成17年度の医療制度改革大綱を受け、今般の第5次改正医療法では、脳卒中やがん、小児医療対策などの主要な疾病、事業ごとに医療連携体制を構築し、それを医療計画に明示することとなった。各都道府県では、国の示した病期別（急性期、回復期、維持期等）の医療機能の基準を参考に、地域の特性を考慮しながら医療の機能分化を進め、それらの連携を図ることで、切れ目のない医療提供体制を敷くことになっている。この新たな医療計画における医療連携体制は、これまでの階層型構造の医療提供体制から、住民・患者の視点に立った医療連携体制へ転換することに主眼が置かれると共に、「医療機関完結型の医療」から「地域完結型の医療」を目指すものとなっている。

今後、機能分化が進むことにより、高度医療については、機能を集約化した中核病院が担うことになる。その一方で、開業医を中心とした地域医療の担い手には、「地域完結型の医療」の中核になることが期待され、この役割を担うのは、身近な地域で予防から治療、介護まで包括的、継続的に対応している「プライマリ・ケア医」であると考えられる。そして、この「プライマリ・ケア医」と高度な医療や専門医療に特化した病院医師とが、必要に応じて地域の中でうまく連動し、循環型の地域医療を展開することが必要である。

今回の医療計画策定の中でも、開業医の役割の重視、在宅医療の推進などが求められ、その定着に向けての議論がなされているところである。そこで、地域の第一線で地域医療を担う「プライマリ・ケア医」を中心とした地域医療について考えてみたい。

3. プライマリ・ケア医とは

日本プライマリ・ケア学会によるとプライマリ・ケアとは、「国民のあらゆる健康、疾病に対し、総合的・継続的に、そして全人的に対応する地域の政策と機能」と考えられている。そして、医療における位置づけとして、「患者が最初に接する医療の段階。それが身近に容易に得られ、適切に診断処置され、また以後の療養の方向について正確な指導が与えられることを重視する概念で、そのために訓練された一般医・家庭医（プライマリ・ケア医師）がその任にあたる。」とされている。

る。5つの理念には次の表のとおり「近接性、包括性、協調性、継続性、責任性」があげられている。

表1 プライマリ・ケアの5つの理念	
近接性(Accessibility)	: ①地理的、②経済的、③時間的、④精神的
包括性(Comprehensiveness)	: ①予防から治療、リハビリテーションまで、②全人的医療、③ Common disease を中心とした全科医療、④小児から老人まで
協調性(Coordination)	: ①専門医との密接な関係、②チームメンバーとの協調、③Patient request approach (住民との協調)、④社会的医療資源の活用
継続性(Continuity)	: ①ゆりかごから墓場まで、②病気のときも健康なときも、③病気 のときは外来—病棟—外来へと継続的に
責任制(Accountability)	: ①医療内容の監査システム ②生涯教育 ③患者への十分な説明

1996年に提唱された米国医学会でも、ほぼ同様な定義がなされている。同義語として使われることの多い、「総合医」は専門分野に偏らない総合的な診療能力のある医師として用いられており、プライマリ・ケア医と重なる点も多い。

プライマリ・ケアの供給システムは国によって異なるが、例えばドイツでは住民は必ず家庭医を持ち、この家庭医が住民の疾病管理と専門医療へかかる際のゲートキーパー（橋渡し）をする役割を担っている。また、カナダやオーストラリアなどをはじめとして、多くの国が同様のシステムを持っている。これまでの多くの研究を通し、このプライマリ・ケアを志向した医療供給システムを採用することによって、無駄な受診行動の抑制、国民の医療サービスへの満足度の増加、国民のよりよい健康レベル、少ない薬剤使用などが達成されることが分かっている。そして、プライマリ・ケアを専門に担う医師（家庭医）の数が増えるほど、国全体の医療費が抑制されることも示されている。

日本はフリーアクセスが前提の医療制度であり、プライマリ・ケア医の位置づけも明確でないことから、必ずしも全ての人が自分にとってのプライマリ・ケア医を持っているわけではない。ただし、患者の身近な地域にいて、予防から治療に至る幅広い相談が気軽に出来るプライマリ・ケア医は、今後、高齢化が進み生活習慣病や慢性疾患患者が増加することが予測される日本においては、非常に重要な存在となる。

そこで、まず地域におけるプライマリ・ケア医の現状を振り返ってみたい。

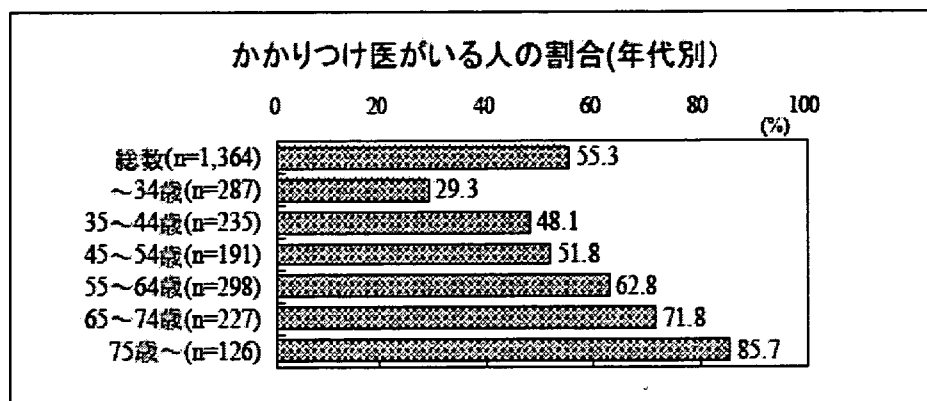
4. 日本におけるプライマリ・ケア医の現状

2004年度から導入された新臨床研修制度では、地域保健・医療の科目が必須となり、プライマリ・ケアを経験、習得するための研修体系が組まれている。しかしこれまでの日本は、諸外国のようにプライマリ・ケアを担う家庭医を養成するための全国的なシステムが確立されておらず、プライマリ・ケア医の現状に関する詳細な調査は見当たらない。

そこで、2006年度に日本医師会総合政策研究機構（以下「日医総研」という）が実施した「日本の医療に関する意識調査」の結果から、プライマリ・ケア医の現状を推察する。この調査では、日本で日常的に多用されている「かかりつけ医」という概念を用いて、医療提供者側と受療者側の意識を調査している。この調査によると、かかりつけ医のいる人は55.3%という結果になっている。年齢により差があり、高齢になるほどかかりつけ医がいる人の割合は高くなるが、全体として約半数はかかりつけ医を持っていない現状がうかがえる。

プライマリ・ケア医とかかりつけ医とは、その意味が若干異なるため、安易にこの調査結果を置き換えることは出来ないが、身近なところで提供される医療に対する意識の傾向として捉えることが出来る。前述したとおり、プライマリ・ケア医は疾病の予防からカバーするものである

が、現実の生活の中では、健康診断などでの接点があっても、個々人の生活背景や家族背景をふまえた、本来の疾病予防、保健指導がされているとは言い難い。住民側にも健康な時に身近なプライマリ・ケア医の元に健康相談に行くことは意識されていない。しかし、健康問題の経過中だけでなく、健康な時から関わる継続性がプライマリ・ケア医の専門性の一つとすれば、本来、全ての人にプライマリ・ケア医が必要と言える。



5. プライマリ・ケア医が定着していない理由

日本では、前述したとおりプライマリ・ケア医の位置づけが制度として曖昧であり、それが一般社会の中にプライマリ・ケア医が普及・定着していない一因となっている。そして制度の未確立を主因として、いくつかの理由が考えられる。前述の日医総研が実施した「日本の医療に関する意識調査」の結果を参考に、プライマリ・ケア医が日本で定着していない要因を探ってみる。

まず患者側の視点からは、『「かかりつけ医」の利点、必要性などに関する情報がない』『大病院の方がよい治療をしてくれる、緊急時にすぐ入院させてくれるという誤解、理解不足の存在』があげられる。この2点は正確な情報の不足が誤解や理解不足につながっていると考えられ、相互に関係している。

一方、医療機関や医師の側の視点からは、『医師の間での「かかりつけ医」機能の認識不足』『医師間の連携および患者情報の共有不足』などがあげられる。これも相互に関連性がある。また現状では、地域住民が求めるプライマリ・ケアの診察能力を持った医師の絶対数が少ないこと、行政の施策も十分と言えないことなどがあげられる。

このように、制度的な問題を発端として様々な問題が複雑に絡み合っている。2008年度より後期高齢者医療制度が新しく始まり、この中で主治医を登録制にする動きがあるが、まだまだ条件整備が必要な状況である。

ここで、実際にプライマリ・ケアの理念に沿った医療を地域で実践していると考えられる医師にインタビューした結果を元に、プライマリ・ケア医のあり方、求められることについて考えてみたい。

6. 地域におけるプライマリ・ケア医の取り組み

～国保直営診療所名田庄診療所医師へのインタビューから～

6-1) 名田庄診療所の概要

診療所は、旧名田庄村（現大飯町）に所在し、合併前は人口2,909人、高齢化率30%の唯一の診療所である。無床診療所（一般内科、消化器科、外科、整形外科、総合診療科）で、職員は医師1名、看護師5名、事務職員2名。外来患者数は約50人/日、訪問診療・往診は25人/週。診療所には、村の保健福祉課、社会福祉協議会の他、B型通所介護施設、高齢者生活福祉センター、母子保健指導室、機能訓練室などが併設されており、医療、保健、福祉が一体となった「あつとほむいきいき館」という保健医療福祉総合施設となっている。

6-2) 活動の特徴

予防：診療所での健康診断の他、健康教育、健康相談なども行政の保健師と共に積極的に取り組んでいる。また保健推進員・デイサービスボランティアなどの健康関連の団体育成にも力を注いでいる。旧名田庄村時代には診療所の所長と村の保健福祉課長を併任していた時期もあり、村の健康づくり活動の総責任者として企画・運営に関与。国保ヘルスアップモデル事業では、ITを駆使した保健活動を実践し、平成19年度版の厚生労働白書で先進事例として取り上げられている。

医療：プライマリ・ケアはもとより、診療所で小外科手術（皮下腫瘍切除術・術後縫合不全の再縫合など対応可能な範囲）、上部および下部内視鏡検査、内視鏡的ポリープ粘膜切除術、関節内注射、各種神経ブロック、抗がん剤の投与など幅広く対応している。それ以上に必要な処置、検査、入院等が必要な時は主に近隣の中規模病院に紹介。紹介は4～5人/週（多いと一日に3人分の紹介状を書くこともある）。以前、医師2人体制の時は、紹介先の病院で、自分が紹介した患者の手術を執刀していたこともある。（病院長の理解と受け入れ態勢、診療所側の医師の気持ち、患者側の要望や理解があれば出来る）高齢者はまたこの地域に戻ってきて診療所にかかる。住民もそれを望んでいる。

医療連携：病診連携が主。最近では地域連携室が出来、専門職員を介すことも多くなったが、状況によっては医師同士が直接話しをしている。急を要するときが大変だが、紹介状は丁寧に記載するよう心がけている。そうすれば相手側も答えてくれる。また、顔と顔がつながることも重要。

在宅医療：訪問看護師、ケアマネージャー、ホームヘルパー、デイサービス職員、役場福祉担当者、保健師、管理栄養士などと情報共有して連携。2週間に1度、関係職種が集まり、ケアカンファレンスを開催している。平成3年度～17年度の15年間での在宅看取り率42%。在宅で看取することは本人のためだけでなく、子供や孫の世代への「死の教育」にもつながることから、在宅死へのこだわりは強い。

休日、夜間：24時間、365日、診療所への電話は医師の携帯電話に転送される。可能な限り対応。

地域づくり：国保診療所の所長として就任した当初より、医療、保健、福祉関係者や住民と語る機会を持ち、幅広い分野の人材との横のつながりを築いた。村役場の保健福祉課長を兼任していた時期もあり、行政としての視点も持って、地域全体の健康レベルの向上を考えた地域づくりを実践。その時の国保診療所長と保健福祉課長の経験は、いわゆる、医療保険、介護保険という請求者側、支払い者側の両方を担う立場ともなり、村が抱える保健、医療、福祉の問題について多方面から考えるきっかけともなった。

一方で、この地域の住民の希望である、「少しでも長く自宅にいたい、自宅で介護したい」という思いを尊重し、限りある村の資源を最大限に活用した在宅医療を展開。医療、保健、福祉の多職種による連携、住民によるボランティア活動などを効果的に組み合わせ、在宅を中心とした医療とケアを継続した結果、県内で一番低い老人医療費、国保医療費地域差指数と介護保険料を達成したという結果をもたらしている。

6-3) 地域のプライマリ・ケアを担う医師として考えること

<医療システム>

コスト、クオリティ、アクセスの3つは同時には成り立たない。フリーアクセスはある程度制限する必要があるであろう。住民が選択できる形を整える必要がある。国が決めたとおりに動くだけでなく、議論の場にのせることが必要。ただし、いわゆるかかりつけ医というゲートを通らなければ病院にかかれない、とすると、かかりつけ医にも負担はかかる。かかりつけ医も主治医、副主治医として複数の医療機関で責任を持つようなシステムが考えられる。

<医療技術>

総合医的な役割に加え、サブスペシャリティとして、内視鏡・外科・整形外科・循環器

内科・呼吸器内科などの技術を持っていることも地域では役立つ。地域によって近くに中核病院がない場合などは、特にある程度の専門技術が期待される。「総合医単独」の医師と「総合医＋サブスペシャリティー」としての機能を持つ医師に分かれることが考えられ、その機能に応じた診療報酬体系も検討が必要と考える。

<往診・在宅診療>

現行の在宅療養診療所の要件は厳しすぎる。都市部で複数の診療所がグループ診療できる場合とは異なり、24時間往診できる体制を条件にされると、へき地の一人体制の診療所では無理。ただ、内容的にはここ（名田庄村診療所）でも十分に在宅療養支援を行っている。医師でなくとも、電話での対応や看護師の対応で十分なこともあり、臨機応変に対応している。

<人間性、他者（他機関）との関係性>

患者・地域に対する責任感、柔軟な思考力が必要。患者個人の健康観、地域の価値観を認めることが大切。他職種との連携においても「医師は常にリーダー」ではなく、リーダー・コーディネーター・ゴールキーパーと場面に依りて役割を変化させる柔軟さが求められる。

<地域の医療ニーズの把握>

地域の特性、住民の医療ニーズを掴むことが大事。最初からこうしよう、という構想ありきでない。どんな村で、どんな暮らしをしたいか、住民と一緒に考えてきた。小さな村だからこそ出来ないこともある。一方で、この地域で出来たことが他でもそのまま生かせるとは限らない。その地域で何が必要とされているか、である。

<今後の医師教育>

大学の医学教育の中で、早期に地域医療を体験することが必要。現実には1年の夏休みにそのような学習を取り入れている大学もある（自治医科大）。全ての大学でするとよい。

卒後研修では、いわゆる優秀なかかりつけ医とマンツーマンで診療する機会が必要。臨床研修医制度がはじまり、全ての医師が地域医療を経験することとなっているが、これを最大限に生かすことが重要である。将来専門医になったとしても、プライマリを分かっていることは、とても重要な意味がある。お互いの共通言語が増える。大学病院や臨床研修指定病院の各科をローテイトするだけでは決してプライマリ・ケアは学べない。

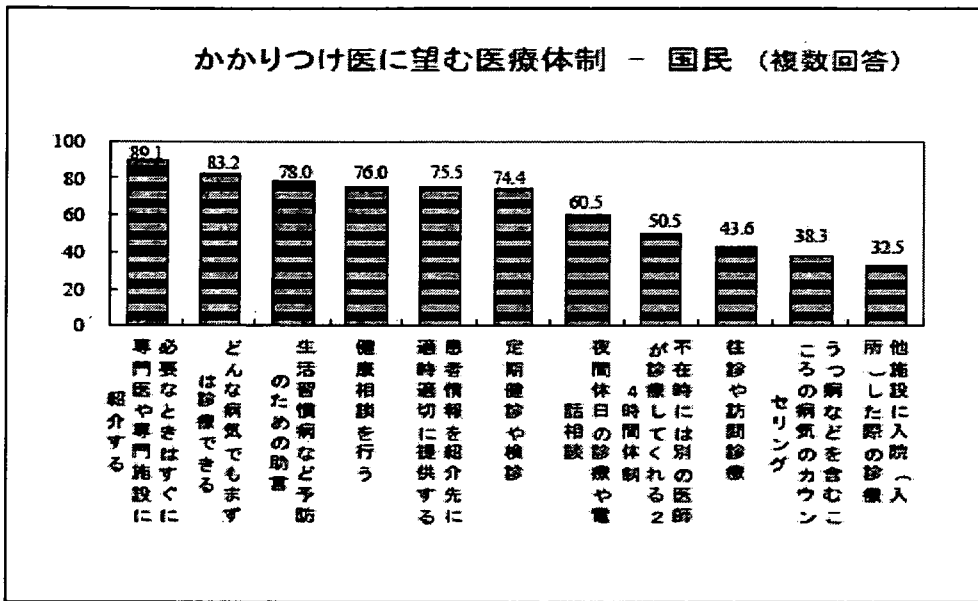
現任教育では、一人体制の診療所でも学会や研究会に参加しやすいような環境を整えることに加え、医師同士の情報交換も重要と考える。医師同士のメーリングリストは多いに役立っている。

<地域包括ケア医>

地域での実践を通して、家庭医、かかりつけ医という概念でなく、もっと幅広く地域全体の健康づくりから介護までをトータルでカバーすることが重要である。そういう意味で、これからの地域医療では「地域包括ケア医」が求められると考えている。ただ、全ての医師がそうなるべきとまでは言わない。地域のニーズとの合致が必要と考える。そして単に地域で医療を行うのではなく、医療を通じてその地域に貢献するというスタンスが重要。自分の専門は「名田庄」であると思っている。

7. プライマリ・ケア医のあり方、期待される機能について

前述の日医総研の調査結果では、国民が「かかりつけ医」に望む医療体制として次のような結果が出ている。必要時の専門医への紹介（89.1%）どのような病気でもまずは受療できること（83.2%）、生活習慣病などに対する予防（78.0%）、健康相談を行う（76.0%）などである。



これらと診療所医師へのインタビューで得られたことを合わせて、今後の日本に必要とされるプライマリ・ケア医に求められる役割について考えてみたい。

7-1) 地域の保健予防、健康づくり活動との連携

医師は、治療中の患者に対する、疾病管理上の生活指導については従来から行っている。ただし、それはあくまでも担当患者中心であり、個人の家族背景まで視野に入ったものになっているとは言い難い。ましてや、地域特有の健康問題や健康づくり計画等で目指している健康指標等を踏まえた上での指導が行われていることは、ほとんどないと言えるだろう。

しかし、地域には、そこに住んでいる住民の健康を規定する様々な要因が存在する。プライマリ・ケア医には、このような健康に悪影響を与える社会的要因も考慮して、対応する役割が期待される。そして、地域で健康づくり活動を担っている保健分野との連携を保ち、生活指導等を効果的に行うための工夫をすることが望まれる。例えば健康診断や事後指導などを実施する場合、プライマリ・ケア医と保健師が、もっと互いの役割を生かして連携する方法が考えられる。今後増加する高齢者へのアプローチを考えた場合、高齢者は医療にかかっていることが多いため、わざわざ健康診断のために健診会場へ行くよりも、日頃からかかっている医療機関で健康診断を行う方が、事後指導も含めて継続的に出来るという例もある。その上で、保健師がより生活に密着した場で医師の指導を具体化させるための生活指導を行うことが理想的である。

内服中だが生活習慣が改善していない人たちに対する生活指導のアプローチも重要であり、プライマリ・ケア医と保健師が連携して、保健指導の枠を広げることが望ましい。

地域の社会的特徴や健康問題、医療ニーズを総合的にとらえ、地域保健活動全般に係る活動にプライマリ・ケア医も関与し、地域全体の健康レベル向上にも寄与することが期待される。

7-2) Common disease（日常的な疾病）への対応

必要十分な研修を受けたプライマリ・ケア医によって、全ての疾患の8～9割までのマネジメントが完結すると言われている。高齢者は複数の疾患を併発することが多く、総合的な判断の元での医療が必要であり、不調を感じた際に、まずは気軽に相談でき何でも診てくれる医師が身近にいることは患者にとっても心強い。臓器別、疾病別などに細分化されたものではなく、高齢に伴う心身の疾患をトータルでとらえ、幅広い知識と技術により必要な治療を施す医療が望まれる。そして、このような医師がどの地域でも身近に存在することが必要である。

7-3) 医療連携

急性期の医療や専門医療が必要になった場合に、必要に応じて速やかに紹介してもらえるこ

とを患者は望んでいる。日頃から病院や診療所の医療従事者と face to face の関係を保ち、連携を維持する工夫が望まれる。

今回の医療制度改革では、急性期、回復期、慢性期という疾病の自然史に応じた医療連携が必要とされている。この基本的な流れに加え、その地域の実情に応じた連携のパターンも模索する必要がある。医療連携のコーディネータの役割は、最近ではメディカルソーシャルワーカーを中心としたコメディカルスタッフが担うことが多くなっているが、治療の最終的な責任を持つ主治医が、医療連携の重要性と必要性を理解していることが前提である。プライマリ・ケア医と専門医の双方が、互いの役割と機能を認識することが連携の推進には欠かせない。

医療機関によっては開放病床を持って診療所との連携を増やしたり、地域医療連携室を新たに設けるなどの工夫もみられるが、今後、医療ニーズが多様化することに伴い、柔軟な思考で医療連携を図る姿勢が望まれる。

7-4) 在宅医療、看取りの医療

高齢者の増加に伴い、長期療養やターミナルケアを在宅で希望する高齢者が増加し、今後ますます在宅医療の必要性が高まる。医師、看護師をはじめ、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、栄養士等、多くの医療関係者が在宅での医療に携わる。また、ホームヘルパー、ケアマネージャー、デイサービス職員などの福祉関係者も多数関わることとなる。これら、多職種、多人数のチーム医療により在宅療養を支えることとなる。プライマリ・ケア医にはこのチームの構成員が、それぞれの役割を十分に発揮できるように、見守る役割も求められる。

そして、在宅での看取りを通じて、その家族、地域にいる人たちへの「生と死の教育」をすることにもつながる。場合によっては教育者とも連携を持って、在宅死に携わった体験を生かし、生と死の教育を次世代の子供達にする役割も期待される。

7-5) 人間関係、コミュニケーション能力、地域づくりへの発展

患者本人や家族の治療に対する思いを尊重しながら医療の方針を分かりやすく伝える、ということとはもとより、外来や往診時の他愛もない会話の中で、治療へのモチベーションが高まる患者は実際に存在する。また、多職種でのチーム医療は、多様な価値観を持つ専門職との関わりでもあり、時にはチーム医療のリーダーとしてだけではない役割を担うことも考えられる。これらのことをふまえると、新臨床研修制度でも重要視されている、コミュニケーション能力はプライマリ・ケア医にとって必要不可欠のものであると言える。

さらに、地域では医療関係者はもとより、行政や福祉関係、教育、健康づくり関連団体、一般住民など、多くの方と出会う。地域に住む人々との人間関係を大事にしつつ、出会いを通じて共に地域づくりを行うという姿勢が望まれる。

8. プライマリ・ケア医（地域包括ケア医）を定着させるための論点整理（行政の役割）

これまで述べてきたように、プライマリ・ケア医は様々な機能を持って、今後の地域医療の要としての重要な役割を担うことが期待される。ではこのプライマリ・ケア医を地域に根付かせるためにはどのような方策が考えられるか。いくつかの視点から整理してみたい。

8-1) 医療提供体制

財政の破綻が懸念される今、このままフリーアクセス、低コスト、高い医療の質を維持するには限界が生じており、どこかに制限を加えざるを得ない。2008年度より後期高齢者医療制度で主治医登録制が始まるが、これはフリーアクセスに対する、一つの患者誘導施策とも考えられる。しかし、現状では制度の不透明さと準備不足が目立っており現場の混乱が生じている。

アクセスかコストかオウリティか、いずれかを選択するしかないとなった場合、一旦得られた既得権を手放すような施策への反応はかなり厳しくなることが予想される。しかし将来に渡り持続可能な医療制度を考えた場合、一時的にはある程度の制約はやむを得ない。一定の制約の中で、より効率的、効果的な医療提供体制を考え続ける必要がある。

いずれにしても、長期療養が必要な高齢者を地域で支え、かつ効率的な医療を提供するために

は、地域のプライマリ・ケア医が地域医療の要となつて、継続的な長期療養をサポートする仕組みが必要不可欠である。そして地域医療を持続させるために、一人の医師に負担がかかりすぎるようなシステムを考えなければならない。医療の機能分化・連携の推進にかかる動きにも合わせながら、主治医、副主治医制をとること、コメディカルスタッフとの役割分担や連携を進めるなど、地域の特性や資源を兼ね合わせて検討するべきであろう。

一方で、住民がどういった医療を望むのか、望む医療を維持するためには医療者、住民、行政がそれぞれの立場で何が出来るのか、何をすべきかを、正確なデータを全て開示した上で考える必要がある。根本的な問題を医療者、住民、行政がもっと真剣に考え、これらを国民的な議論に発展させて、日本の医療の向かうべき姿を明らかにすべきである。

8-2) 診療報酬制度

診療報酬制度は、その時代の情勢を踏まえて様々に変遷している。今回、後期高齢者医療制度の施行に伴い、後期高齢者を対象とした新たな診療報酬項目が盛り込まれる。この中では、外来における慢性疾患の継続的な管理や入院前後の継続的な診療、在宅医療を担う関係者間の情報共有などについての評価がされるようになってきている。これまで以上に、外来・在宅を重視した診療報酬体系となっており、一定の推進力として期待できる。

今後はさらに、予防や健康づくり活動への参画、在宅医療のトータルコーディネート状況、地域の保健医療福祉ネットワーク構築への意欲的な参加、関係職種からの相談体制の整備状況などに対する評価も必要と考える。例えば、行政の健康づくり計画や住民を対象とした健康講座などの保健活動への参加、在宅ケアに向けてのケアカンファレンスへの実施（参加）回数などを考慮してプライマリ・ケア医を段階的に認定し、それに合わせた報酬制度を検討する視点も考えられる。そしていわゆるプライマリ・ケアの5つの理念にある、「近接性、包括性、協調性、継続性、責任制」を持ち、予防から介護までをトータルで診るという、プライマリ・ケア医が評価される報酬体系を考えるべきであろう。

8-3) 患者情報の共有（IT化）

「地域のプライマリ・ケア医」を中心として医療機関が連携する場合、医師間の患者の情報の共有は不可欠である。

患者情報については、診療報酬で評価されることもあり、紹介状や診療情報提供書等を通して、これまでも医師同士での共有が図られていたが、現実的には提供される情報は限られており、医療機関の連携にとって十分なものとは言えないのが現状である。今回の法改正を受けて各県で取り組みつつある地域連携クリティカルパス（以下、地域連携パス）は、医療機関同士の共通の治療計画書であり、医師が患者情報を共有する一つのツールと言える。第5次医療計画では4疾病5事業を中心に都道府県で作成することになっており、今後、この地域連携パスを効果的に活用することが期待されている。

また、患者の医療情報については、IT化による管理・活用が現在国で検討されており、IT化によって、医療の透明性、医療コストの抑制、医療の質の向上が期待されている。具体的には医療機関間での検査情報や診療画像等を安全・円滑に情報交換することが可能となり、専門医への紹介がスムーズに出来るようになるとともに、重複・不要検査等の是正も可能となる。また個人の健診情報や診療情報を電子的に入手・管理できることで、日常の健康管理だけでなく、必要時に医療機関へ提示でき適切な医療を受けることができるようになる。

ITを利用して、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、保健センターなどと共に効果的な地域医療連携を進めている例として、千葉県「わかしおネット」があげられる。より質の高い医療の提供、服薬指導、保健指導が可能になっており、開業医の成長にもつながっているという。ITを導入するだけでは効果的な連携につながらず、ここには医師をはじめとする関係者の地域医療への熱い思いが存在するが、ITネットワークによる好例として全国から注目を浴びている。

医療情報のIT化の中には、レセプトオンライン化の取り組みや「社会保障カード」（仮称）の導入の検討なども含まれている。今後、国では平成19年3月に策定した「医療・健康・介護・福

祉分野の情報化グランドデザイン」の中で示している5ヶ年計画のアクションプランを元に、医療から福祉分野等も含めた情報化の施策、事業を展開することとなっている。都道府県においてはこれらが医療の現場にスムーズに導入されるよう、周知や講習会の開催などが必要になると考える。

また国は平成19年11月に、勤務医の負担軽減のために医師の事務を補助する「医療クラーク」を平成20年度から導入する方針を固めており、IT化に伴う電子情報の入力作業等を医療クラークに担わせることを検討している。この「医療クラーク」には国家資格は設けず、一定の医療知識や事務処理能力があることなどを条件とする方針である。都道府県においては、これのスムーズな導入に向けて、医療知識の向上や個人情報保護に関する理解を図るための研修会を開催する等、独自の施策の検討が必要になると考える。

8-4) 医師教育（プライマリ・ケア医の機能の認識不足に対して）

「プライマリ・ケア医」の役割を担うことのできる医師を育成するためには、医師自身が「プライマリ・ケア医」の重要性について理解を深める必要があり、まず医学教育の中で、その特性と重要性および存在意義を浸透させることが必要である。医学の基礎を学び始めた頃からの意識付けがその後の理解の定着に結びつく。医学教育のカリキュラムは国主導で決められていくものであるが、臨床実習や臨床研修において、病院だけでなく地域のいわゆる「プライマリ・ケア医」の下で指導を仰ぐ機会を現行よりも増やす、または必修にする等して理解を促すことも有効であると考える。

都道府県においては、例えば研修で「プライマリ・ケア医」による指導の希望がある場合に備え、県内の診療所等での受け入れ体制の整備にかかる支援を行うことが考えられる。また保健所等での公衆衛生学実習や臨床研修の機会を利用して、地域医療を担う「プライマリ・ケア医」の役割と地域連携の重要性を理解できるようなカリキュラムを組むということも有効な施策であろう。

そして実際の医療の現場では、実務を通して診療所の「プライマリ・ケア医」が地域医療の要となっていることを診療所、病院の双方の医師が理解しながら連携を深めることが必要である。これまでも「プライマリ・ケア医」制度に関する現場の医師の理解を促進するための研修会が医師会等を中心に実施されているが、多忙な病院の勤務医も多く参加が困難な場合もある。そのため、連携を充実させることで、勤務医の労働条件も軽減でき、診療所医師間との交流も促進できるようなインセンティブを組み込む必要もあると考える。

これまで、医師教育および医師の卒後教育については、都道府県はさほど関与していなかったが、今後は地域の実情やニーズに合致させた「プライマリ・ケア医」の養成を、都道府県レベルでも積極的に考えるべきであろう。現在、大学の医学部定員を地域枠として増員させる動きがあるが、これに合わせ「プライマリ・ケア医」に特化した奨学金制度なども創設し、地域の「プライマリ・ケア医」の安定的な充足、維持を図る方法もある。都道府県が責任を持って、地域医療に携わる医師を継続的に育成するための、新たなシステムを検討すべき時期にきている。

8-5) 住民教育

国民の大病院志向の背景には、大病院の方が多くの検査結果を元に正確に診断され治療するという患者の思い込みが存在すると考えられる。しかし実際は、ほとんどの疾病は「プライマリ・ケア医」による最小限の検査と治療で済むことが多い。人間の受療行動には経験知の蓄積が大きく影響しているため、本来の医療機能の持つ特徴と役割分担を、世代に応じた形であらゆる機会を通じて周知することが必要である。特に義務教育世代のカリキュラムの中に「プライマリ・ケア医」に関する内容を必須として盛り込み、早い段階から誤解が生じないような意識付けをすることが望まれると考える。例えば「プライマリ・ケア医」にかかれば、時間をかけてゆっくり納得のいくまで相談が出来る、必要なときには専門医を紹介してくれる、人生観を大事にしてくれる、といったメリットを認識させることが重要である。

また、インターネットやパンフレット等を用いて、より分かりやすく「プライマリ・ケア医」の機能と存在を住民へ周知することも必要である。

さらに、受診に関する住民からの相談窓口として、トリアージ機能を担うコールセンター（電

話相談窓口)を置くことも有用と考える。これにより、受診歴のない人がいきなり大病院を受診するということを減らすことが出来る。このコールセンターはアメリカやフィンランドにおいて適切な受診行動を促進することで医療費の抑制につながったという効果をあげている。実際の設置、運営にあたっては、地域の「プライマリ・ケア」を担う医療機関が当番制で担う、もしくは後述する保険者や地域の拠点となる病院等に委託し、病院医師や訓練された看護師等が担当し、患者を適切に割り振る形態が現実的であると考える。

8-6) 保険者との連携

平成20年度より開始される特定健診では、保険者が大きな役割と責任を担うこととなる。この新たな事業を活用して、プライマリ・ケア医の定着を図る方法も考えられる。対象者に受診方法を周知するとともに、原則、保険者が認定した一次医療機関で個別に受診させる。各人は健診受診医療機関を事前に保険者に登録し、毎年の健診を当該機関でさせることで、健診料の一部の割引を受けられるようにする。このような施策により、当該健診医療機関を健診データも保有している「プライマリ・ケア医」として育成することが出来、また患者自身も「プライマリ・ケア医」の認識がしやすくなる。保険者が健診対象者の住所地などを考慮して受診させるようにすれば、地域との関連性も生まれる。

また、健診だけでなく、事後指導も含めたフォローアップを、プライマリ・ケア医がメールや郵便等で定期的に配信するような取り組みを行うことで、定期健診の未受診者を減らすとともに、適切な受療行動を起こしやすくするという仕組みも考えられる。さらに保険者主催の健康講座や健康相談会などを開催し、プライマリ・ケア医と直接接触できる機会を設け、互いの認識をより高めるといった方法をとることも出来る。このように、プライマリ・ケア医の定着については、保険者との連携についても模索されてもよいと考える。

以上、述べてきたとおり、プライマリ・ケア医を定着させるためには、様々な側面からの検討が必要となる。医療はその専門性の高さから、有識者を中心に政策決定がなされているが、本来重要なのは医療を提供する医療者とそれを受給する住民側の双方の理解と納得である。現場の医師やメディカルスタッフの意見を真摯に受けとめること、そして地域住民の声に耳を傾けること、それらを政策に生かすことが重要である。この地域の医療ニーズはどのようなもので、将来に向けてどのように維持していくべきか、同じ土俵で議論することが求められる。今般の新しい医療計画作成にあたり、各地域では「地域医療協議会」を立ち上げて、様々な立場からの意見を本計画に反映させる試みをしている。このような場を生かし、さらに発展させていく取り組みが必要であろう。そして、地域全体で、地域医療およびプライマリ・ケア医を育むという機運を盛り上げていかなければならない。

9. 地域の「プライマリ・ケア医」と拠点病院、関係施設を連動させた地域包括医療体系の構築

診療所と病院の連携については、紹介加算や情報提供料等の診療報酬上の点数化により、連携のインセンティブとして制度化されており、またオープンシステム、セミオープンシステムといった形での取り組みも各地で始まっているが、まだ十分とは言えない。そこで「プライマリ・ケア医」を定着させ、「プライマリ・ケア」を担う地域診療所と病院との地域連携をより一層深めるための新しいシステムを考える必要がある。ここで、一つの新しいシステム「外来版オープンシステム」を提案したい。

連携のためにはお互いの信頼関係が重要であり、顔の見える関係をいかに構築するかが鍵となる。そこで以下のように「プライマリ・ケア医」と地域の拠点病院を連動させ、病診の関係をしっかり築き、かつ予防から介護までの包括性を持たせた、新たな地域包括医療体系について考えてみたい。

まず、「プライマリ・ケア医」と地域の拠点病院を連動させる方法を考えてみる。例えば、地域の拠点病院の中に「地域枠専門外来」を置き、それを内視鏡検査や難治性疾患の診断治療等、ある分野を得意とする診療所医師が担当する。診療所医師は通常は開業した診療所で「プライマリ・ケア医」として地域医療を担い、週に1回または毎日時間単位で地域の拠点病院の外来診察を行

う。加えて「地域枠外来」参加の診療所医師が拠点病院において輪番による休日、夜間の当直を担う。

この方法を取り入れることで、病院側は、専門外来を勤務医だけでなくベテラン開業医も受け持つこととなり、外来の質が向上する。またベテラン開業医と勤務医の間で技術の交流が容易になり、勤務医の教育や研修の機会が確保される。従来、外来診療に時間を費やしていた勤務医は入院患者の治療に専念できる。

診療所医師は、病院の「地域枠外来」を担当することで診療所でも対応可能な患者とのつながりができ、新規顧客の開拓にもなる。また病院への出入りが増えることで院内研修会や症例検討会への参加がしやすくなり、新しい知見の習得や技術の向上の機会が得られる。

これらにより病院、診療所の医師同士が顔の見える関係を築くことができ、これまで以上に紹介、逆紹介の流れがスムーズになる。

患者側は病院で顔見知りとなった医師に継続してかかることで、安心感が増し、病状が急変しても、バックにある病院での対応が保障されており、不安要素が減る。

このシステムをスムーズに稼働させるためには、いくつかの条件整備が必要となる。

例えば、開業医は、通常開診している時間に地域枠外来に勤務しているため、診療所の閉鎖中の収入分を病院勤務の報酬でまかなえるようにするといった契約方法の検討や、院内症例検討会等を通して、病院勤務医側も患者の状態を把握し、診療所医師の不在時に患者が来院しても対応できるようにすること等である。

外来版オープンシステムともいえるこの方法は、病診連携の医療システムの一つの方法として提案できる。(図1)

さらにこの医療システムに加えて、地域完結型医療を実践するには、地域の薬局、訪問看護ステーション、デイサービス等の福祉など、関係機関も含めた包括的な医療体系が必要となる。これらがITによって結ばれることで、患者情報の共有も可能となり、より一層効率的な医療提供体系が出来上がると考える。(図2)

一方、プライマリ・ケア医と地域の保健分野(行政)がつながりを密にすることで、地域全体の予防や健康づくりを双方が共に考え、協力して実践することが可能となる。このように考えることで、保健、医療、福祉を網羅した地域包括医療を、プライマリ・ケア医を中心として展開することが出来る。

10. まとめ

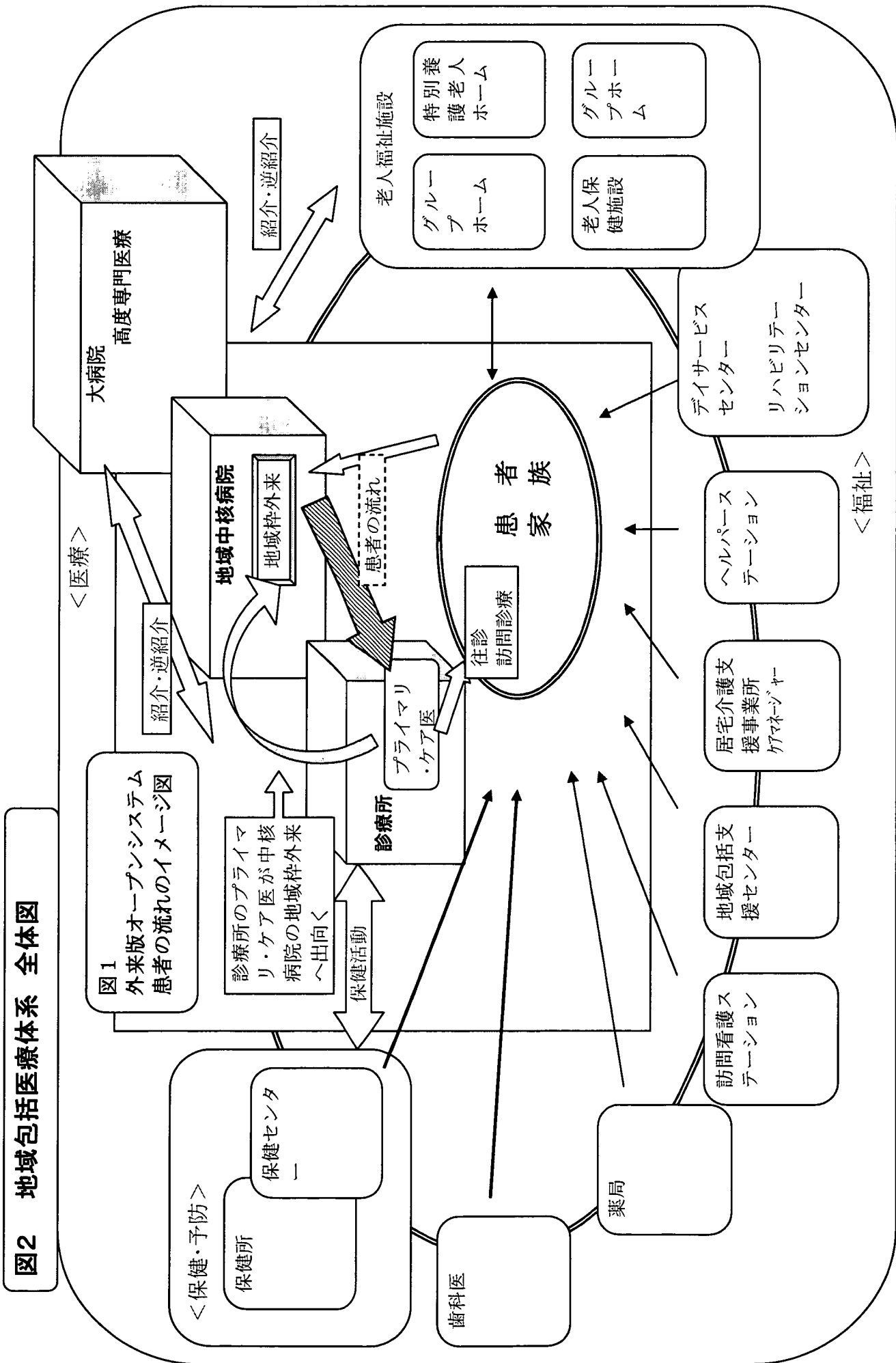
これからの高齢社会では「地域完結型」の医療が必要となり、医療の場は病院から地域へと移る。プライマリ・ケア医はその中核となって、健康づくり、疾病予防から治療、介護まで幅広くカバーする存在となることが期待される。しかし、プライマリ・ケア医は、日本においては制度的な位置づけが曖昧であるため、普及しているとは言い難い。そこでその現状と定着していない理由について、既存の調査を元に概観した。そして、福井県内の国保直診診療所医師へのインタビューを通じ、プライマリ・ケアの実践例を整理すると共に、期待される機能について検討を加えた。

効率的な医療提供システムの構築に向けて、プライマリ・ケア医を定着させるために、制度的な見直し、医師側と住民側(患者)の双方へのアプローチと共に、双方の声に耳を傾け、施策化することが重要である。

また、地域のプライマリ・ケアを担う医療機関と、急性期医療などを担う拠点病院とが連動し、かつ予防から介護までの関係機関との連携を視野に入れた、地域包括医療体系の構築が必要と考える。

以上、述べてきたとおり、期待されるプライマリ・ケア医の定着と地域包括医療体系の構築、維持のためには、医療政策を握る行政の役割も大きい。医療を取り巻く社会環境や歴史的変遷を踏まえた上で、中長期的な展望を持って政策をたてなければならない。地域の実態に合わせた医療政策の展開のために、行政には医療に精通した人材の育成と組織体制の整備を図ることが望まれる。

図2 地域包括医療体系 全体図



<参考文献>

- ・ 葛西龍樹 『家庭医療』 ライフメディコム 2002年
- ・ 平井愛山、秋山美紀 『地域医療を守れ』 岩波書店 2008年
- ・ 平井愛山 『失敗しない地域医療連携』 医学芸術社 2004年
- ・ 日本プライマリ・ケア学会編集 『プライマリ・ケア医の一日』 南山堂 2004年
- ・ 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、308-315頁
- ・ 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、316-325頁
- ・ 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、285-293頁
- ・ 藤内修二「医療制度改革の背景とその本質」『保健師ジャーナル』vol. 63, No. 4, 2007年4月 298-303頁
- ・ 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』
- ・ 岡紳爾他「地域医療連携体制の構築に関する研究事業」『平成18年度地域保健総合推進事業全国保健所長会協力事業分担事業報告書』2007年- 75 -
- ・ みずほ情報総研株式会社「地域での医療に係る機能分化・連携が与える医療施設経営への影響」、調査研究、厚生労働省医政局委託、医療施設経営安定化推進事業、2005年
- ・ 久富耕輔、中井一孝「機能分化のための一考察診療報酬制度・医療計画の見直し」『政策フォーラム』発表論文、2006年
- ・ 日本医師会、日本医師会総合政策研究機構「第2回日本の医療に関する意識調査」2007年
- ・ 日本医師会、日本医師会総合政策研究機構「医療提供体制の国際比較」2007年
- ・ 厚生労働省「厚生労働白書－医療構造改革の目指すもの－平成19年版」
- ・ 宮島俊彦「超高齢社会に向けた医療制度ビジョン」『公衆衛生』vol. 71 No. 11, 2007年11月、900-903頁
- ・ 矢崎義雄「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、904-907頁

コールセンターを通じた医療資源の有効活用

ーフィンランドのコンタクトセンターサービスの現状と日本への応用可能性

石原 明子

1. はじめに

現在日本は、世界のすべての国に先駆けて、人類未踏の超高齢社会に突入しようとしている。日本の高齢化率（65歳以上人口割合）は現在約21%であるが、今後20年間ほとくに、団塊の世代の高齢化で高齢化率が急激に増加する。国立社会保障・人口問題研究所の中位推計では、15年後の2023年には高齢化率が30%に達すると推計されている¹。医療費も増大し、このままの伸びでいくと2025年には69兆円で国民所得の13.2%になると厚生労働省は推計している²。この推計値自体にはさまざまな議論があるものの、高齢化率が上がれば、医療費と介護費が増えてくることは間違いのないことである。

医療現場では、研修医制度改革や医療訴訟の増加等に影響を受けた厳しい勤務環境を背景に、病院特に産科、小児科、急性期病院から医師が撤退するドミノ現象で、特に地方を中心に、医療特に急性期医療は崩壊の一途をたどり、惨憺たる状況となっている。医療機関の側では、特に急性期病院を中心として医師不足が深刻であるのに、一方で患者の側では、重複受診をしたり、救急受診者の数は増加という傾向がある。健康不安があるときに、専門家の援助を受けられるという体制があるのは重要なことであるが、必ずしも緊急な医師への受診（特に病院への受診）の必要がないのに受診を許容するような医療システムは、医療資源の無駄遣いである。

このように、高齢化に伴う医療需要の増加と、今日の急性期医療を中心とする医療現場への過重負担の中、医療資源の効率的活用は、日本の医療政策における喫緊の課題といえることができる。

これに対して、フィンランドでは、コンタクトセンターと呼ばれるコールセンターで、住民が医療機関を受診する前に電話によるアセスメントを行い、質の高いトリアージを行なうことにより、無駄な受診の抑制と緊急時の適切な初期手当てをすることで、医療の効率化と結果の向上に貢献している。

そこで、本研究では、フィンランドの受診前医療相談サービスの現状を調査した上で、その日本への適用可能性について、特に医療政策的観点から考察をする。

2. 方法

フィンランドのコンタクトセンターの現状調査のため、2007年9月24日から10月3日

までフィンランドを訪問し、下記機関において聞き取り調査を行った。その上で、必要な事項について文献調査を行った。

(1) コンタクトセンター会社訪問調査

フィンランドコンタクトセンターサービスを提供する2つの大きな会社 Mawell 社、Medinelvo 社にインタビュー調査を行った。

(2) 自治体と医療機関調査

救急医療への電話相談をコンタクトセンター会社にアウトソーシングしている医療機関としてオウル大学病院、利用していない自治体としてオウル市ヘルスケアセンター歯科医療部（プロジェクトマネージャー）と、Utajarvi-Vaala 自治体（医療部長）にインタビュー調査を行なった。

(3) コンタクトセンターサービスに関する研究者へのインタビュー

コンタクトセンターサービスの効果について研究をしているオウル大学病院 COE FinTelemedicum、STAKES へのインタビューを行なった。

3. フィンランドの国勢³

フィンランドの国土面積は 33.8 万 km²（日本とほぼ同じ国土面積）であり、525 万人（日本の約 20 分の 1 の人口）をもつ。国土面積の約 4 分の 1 が北極圏に位置する。歴史的には、西のスウェーデンと東のロシアの2つの列強からの強い政治的影響下にあり、第二次世界大戦後は、北欧型高福祉社会を実現した。

1980 年代の産業展開でそれまでの中心的産業であった林業から IT 工業への転換を成功させ、近年では、世界経済フォーラム（WEF）が発表する国際経済競争力の順位では、2001 年から 2004 年までと 4 年連続首位に輝き続けるなど、近年は、経済面においても世界的に注目を集める国でもある。また、2000 年の世界学力テスト第一回 PISA で首位を取るなど、国民の教育レベルの高さでも世界的注目を集めている。

4. 保健医療制度

(1) 1 次医療と 2 次・3 次医療⁴

フィンランドの保健医療システムについての行政組織としては、国のレベルで Ministry of Social Affairs and Health が司り、フィンランドにある 6 つの県行政に保健局と、その下のレベルとして 440 の市町村がある。

フィンランドでは、1 次医療と 2・3 次医療が分化されており、2 次・3 次医療を担う病院等の専門医療機関には、住民は 1 次医療機関の医師が必要と認められたとき以外は原則として直接受診することはできない。すなわち、住民は、病気や怪我をしたときには、原則的には、1 次医療を担う機関を受診することになる。

1 次医療の提供に関する責任は市町村にあると 1972 年に施行された Primary Care Act で定められている。住民は、自らの住む市町村の Health Center（自治体が運営する保健所と有床診療所の合わさったようなもの）かその支部である Health Station を受診する。住所

によって、受診すべきセンターもしくはステーションは定められている。また、1次医療については、都市部では民間の診療所もその一部を担っており、民間の診療所を受診した場合にも国民健康保険から診療報酬の60%が還付される。1次医療機関を受診するときには、日本では、予約制となっているところは少ないが、フィンランドでは、電話で予約を入れてから受診することが多い。

2次・3次医療については、5つの大学病院地区と21の医療地区（その中に15の中央病院、約40の地域の専門病院）に分けられ、その単位で専門医療が提供されるシステムになっている。2次・3次医療機関については、民間の医療機関はごくわずかである。

（2）救急医療について⁵

夜間や休日は、1次医療を担う Health Center や Health Station は閉まってしまうため、もし急病や急なけがになって受診が必要なときには、その地域ごとに定められた医療機関を受診することになる。多くの場合、その地区の2次・3次医療を担う病院が、救急医療を担っていることが多い。救急医療機関については、電話をかけてから受診する人もいれば、電話をかけずに受診する人もいる。かけずに直接受診した場合、診療拒否されることはないが、重症度が低い場合は、救急病院でのトリアージによって、長い時間（5、6時間など）またされることになることもある。

また、救急車のシステムはこれとは別にあり、112に電話をすると救急車を呼ぶことになる。人口密度が小さく遠隔医療の進んでいるフィンランドでは、とくに僻地において、救急車と病院との遠隔での診断と指示により、救急車において日本よりも多様な治療が提供されている。

5. フィンランドの e-health の現状⁶

フィンランドは電子カルテの利用がほぼ全国にいきわたっており、現在、その情報を市町村や医療地区単位だけでなく、中央に集約し医療情報の分析に役立てようという段階に入っている。電子カルテ利用率であるが、2006年時点で、全国の1次医療のヘルスセンターの96%で、21の医療地区のうち20で、そして民間医療機関の89%で、電子カルテが高い稼働率で利用されていると STAKES は報告している。電子カルテの利用率が高いということは、電子データでの医療機関間の情報のやり取りが可能になるということであり、2005年時点で、全国のヘルスセンターの45%で、そして16の医療地区で、電子データによる紹介状と退院状が用いられていた。

医療機関間の診断情報の交換も電子データで行なわれており、医療機関同士で直接やり取りされる場合もあるし、その地域のデータベースにアクセスする形で行なわれることもある。遠隔画像診断は、29%のヘルスセンターと、18の医療地区で行われていた。

このような状況の中で、後述のコンタクトセンター会社は、委託を受けた自治体のデータベースとつながっており、電話がかかってきた住民の社会保険番号でその人のデータベースにアクセスできる。そのため、必要であれば過去の医療情報を見ながら助言すること

ができるほか、コンタクトセンターで助言をした内容に関する記録と、電子カルテ情報から、介入とアウトカムに関するクオリティコントロールが一元的に可能なのである。

6. フィンランドのコンタクトセンターについて

(1) コンタクトセンターの概念と定義

コンタクトセンターの「コンタクト」とは、接触、連絡、窓口、関係といった意味の英語である。すなわちコンタクトセンターは、住民と医療機関をつなぐ窓口的な連絡係的なセンターという意味である。

コンタクトセンターでは、臨床経験の上に電話相談のトレーニングを受けた看護師が住民からの電話を受け、症状を聞き、ガイドラインにしたがってトリアージと適切な受療行動やセルフケアの助言をし、ニーズがあれば実際に医療機関に予約を入れるというサービスを行なっている。それ以外に、住民からの自治体医療サービスに関する質問や、薬の服用についての相談等に答えたり、検査結果を医療機関に変わって配信したり、自治体によっては疾病管理のサービス等を行なっている。このように、コンタクトセンターの機能は、受診前のトリアージと助言、予約を中心としながらも、多岐に渡ってきている。

これに対し、フィンランドのコンタクトセンターサービス会社として最大手といわれる Mawell 社のコンタクトセンター担当副社長の Kimmo Alaniska 氏は、コンタクトセンターを次のように定義する⁷。

ヘルスケアコンタクトセンターとは、次の定義を満たすサービスのことを言う：

- ・ヘルスケアの専門職が、利用者のヘルスケアサービスプロセスに現実的もしくはヴァーチャルにつながっているネットワークやグループとして、利用者にサービスを提供する。
- ・コンタクトセンターは医療提供の流れの中である特定の役割をもつものであり、それは、疾病管理、救急医療案内、薬についての情報、予約などのサービスを提供するものである
- ・コンタクトセンターは、独立した組織として運営される特別なコンピテンスをもつ
- ・コンタクトセンターは、利用者のコンタクトとその内容を管理することをサポートするテクノロジーを活用するものであり、またそれを新しい技術を積極的に開発展開するものである。
- ・コンタクトセンターは、目標、結果、報告、分析、組織等、独立した部分として管理される。

また、次のようにも述べる。

コンタクトセンターの基本コンセプトは、ヘルスケアサービスの質を向上させるた

めに、利用者をヘルスケア専門職とのコミュニケーションを促進する環境を提供することにある。さらに、利用者のヘルスケアサービスへのアクセスを容易にすることで、利用者自身の健康管理プロセスを向上させることを目指している⁸

(2) 成立の背景

日本では、歯科診療所では受診の予約制が採用されていることが多いが、一般診療科においては、とくに初診時においては予約をする必要がないことが多い。それに対して、フィンランドでは、従来から、初診時においても、医療機関を受診するときには、医療機関に電話をして予約をしてから受診をするというシステムとなっていた。

この予約の電話への対応は、医療機関で、看護師や医師が診療の合間に行なったり、医学的専門知識を持たない受付事務職が行なってきた。すると、①看護師や医師は、診察中には電話に出られない、②電話がかかってくれば診療が中断される ③受付の事務職が受ける場合は医学的知識に基づいた質の高い助言ができない等の問題があった⁹。

これに対して、これに対して、多くの医療機関の電話対応を一手に引き受けて、科学的知識に基づいて対応をしていくための電話対応代行の民間のコンタクトセンター会社によるサービスが出てくることとなった。

(3) コンタクトセンターの運営形態

フィンランドでは、民間の会社が自治体から委託を受けてコンタクトセンターサービスを提供している場合と、自治体自身がコンタクトセンターを運営している場合がある。

2006年の時点において、21の医療地区のうち、8の地区では、民間のコンタクトセンターに委託しており、また、7つの医療地区では地区行政の一環として公的にコンタクトセンターを運営している¹⁰。4分の1の地域では、コンタクトセンターではなく、各医療機関ごとの代表電話・受付電話で、対応を行なっているということになる。

民間のコンタクトセンター会社の最大手の2つが、Mawell社とMedineuvo社である。

(4) コンタクトセンターを通じて提供されるサービス類型とトリアージ機能

コンタクトセンターを通じて提供されているサービスには、下記のようなものが含まれる¹¹。この中で、どのサービスが提供されるかは、コンタクトセンター会社と各自治体との契約によって異なる。

- a. プライマリケア健康相談(医療相談)、治療の必要性の評価、医療機関との予約サービス
- b. 救急健康相談、治療の必要性の評価、医療機関等利用できるサービスの案内
- c. 在宅医療相談、在宅医療の医療者へのサポートサービス、物流手配サービス
- d. 製薬会社との協力による服薬や投薬に関する医療相談
- e. 自治体や民間の保健医療福祉サービス機関への予約サービス