

ト医の役割としては、

(1) 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案

(2) かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医（推進医師）との連携体制の構築

(3) 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力であり、地域における「連携」の推進役を期待されている。

本研究では認知症サポート医を中心とした在宅医療、地域でのケアの医療資源の地理的分布について、Voronoi 分析を用いて検討することを目的とした。

B. 方法

地図情報分析ソフトウェアとして GIS Market Planner (PASC0) を用いた。分析地域は向日市に設定し、250m メッシュで市内をカバーした。Layer としては鉄道、道路を含めた地図情報に、総人口、65歳以上の人口を用いた。本研究では認知症関連の医療資源を拠点とした。「認知症応援マップ 平成23年3月版」から、医療資源として認知症かかりつけ医、居宅支援事業所、訪問介護施設、訪問看護ステーション、短期入所施設の住所情報を用いた。

Voronoi 分析については、距離空間内の有限部分集合 $P = \{p_1, p_2, \dots, p_n\}$ および、距離関数 d に対して

$$V(p_i) = \{p \mid d(p, p_i) \leq d(p, p_j), j \neq i\}$$

で構成される領域 $V(p_i)$ を p_i の Voronoi 領域と定義した。また、 $\{V(p_1), V(p_2), \dots, V(p_n)\}$ を Voronoi 図として画像処理を行った。この領域は各医療資源の拠点の領域を表すと考え、医療資源のカテゴリーによりそれぞれ Voronoi 図を作成し、その地理的特徴を比較分析した。

C. 結果

分析した医療資源別の分布の特徴として、かかりつけ医は他の医療資源に比べて市街中心部に分布していることが明らかになった。Voronoi 分析の結果では、認知症かかりつけ医については母点から 100 m~1000 m の広がりがあり、市街中心部から離れるに従い医療機関までの距離が増加する傾向があった。

もともと広域の分布となったのが訪問看護ステーションであったが、その分布は市内をほぼ均等にカバーするものであった。居宅支援事業所、訪問介護施設、短期入所施設についても市内での分布はほぼ均一であった。

D. 考察

本研究の結果から地図情報上のVoronoi分析が在宅高齢者のリスク管理に有用であることが明らかになった。さらに、得られた分布図から、各医療資源の対策部分が明らかになり、どの職種が何を行うかについて明らかにでき、実際の在宅医療現場に応じたmultidisciplinaryの多職種連携の効率化に寄与した。

在宅患者への対応は個々の生活パターン、生活環境、家族親戚のアクセス状況により、複雑な要素により規定されており、本研究のように認知症の日常生活におけるリスクマネジメントは容易ではない。本研究により、在宅医療における医療資源の適正配分の分析手法としてVoronoi分析は多職種連携にとり有用な方法と考えられた。また、今後、近隣市町村の医療資源を加味して広い視野で施行することにより、より詳細なリスクの洗い出しと、細かいマネジメントが可能となると考えられた。

特に在宅医療などの多くのステークホルダーが複雑に存在する場面では、各職種のやるべき業務とクライアント（患者・家族）のニーズとの間にかい離が生まれがちである。この点からも地図情報による分析は医療資源の最適配分に応用できることが期待される。

今回の検討では認知症かかりつけ医の極端な市街地への集中が明らかになった。これは患者の交通アクセスへの利便性を反映したものと考えられるが、一方で市の周辺部では広

いVoronoi領域を持つ医院も存在した。かかりつけ医の分布と他の医療資源の分布の差異の原因については明らかではないが、患者の外来受診が主体である施設と在宅往診・訪問が主体の施設の差を表現している可能性がある。今後認知症の地域支援を考える上で「患者へ」及び「患者から」のアクセス方法の要素も重要な因子となると考えられた。

E. 結論

1. 地図情報分析による医療資源と地理情報のマッチング手法は、今後の在宅患者における高齢症候群（認知症、嚥下障害など）について有用な分析方法であった。
2. 特にVoronoi法は多職種連携の効率化に資すると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

予定あり

2. 学会発表

1. Md. Ismail Tareque, Kazuo Kawahara, Makiko Sugawa. Active ageing index and elderly abuse in northwestern region of

Bangladesh. European Population conference 2010. Viena. 2010

2. 河原和夫、長谷川敏彦. 医療資源の適正配分と医療連携の在り方(シンポジウム1). 第69回日本公衆衛生学会総会. 東京. 平成22年10月28日.

3. 河原和夫. 保健医療をめぐる公共政策の課題と現実. 公衆衛生活動の遂行能力向上セミナー. 第69回日本公衆衛生学会総会. 東京. 平成22年10月29日.

4. 島陽一、河合隆志、上杉睦美、久代和加子、川内敦文、玄運官、中村究、河原和夫. 現行医療計画における精神保健医療に関する記載状況の分析(第69回日本公衆衛生学会総会2010年10月)

5. 島陽一、上杉睦美、川内敦文、玄運官、中村究、河合隆志、河原和夫. 現行医療計画からみた総合病院精神科医療に求められる医療提供体制についての検討. 第23回日本総合病院精神医学会総会. 東京. 平成22年11

月27日

6. 島陽一、河合隆志、上杉睦美、久代和加子、川内敦文、玄運官、中村究、河原和夫. 現行医療計画における精神保健医療に関する記載状況の分析. 第69回日本公衆衛生学会総会. 東京. 平成22年10月28日

7. 島陽一、河原和夫. 刑事施設における後発医薬品導入に関する意識調査. 第57回日本矯正医学会総会. 東京. 平成22年10月29日

8. 池田大輔、河原和夫、大友康裕. 「地理情報システム(GIS)を用いた首都直下型地震発生時の広域医療搬送についての一考察」第15回日本集団災害医学会総会. 千葉県千葉市. 2010年2月12日、13日

G. 知的所有権の取得状況

該当なし。

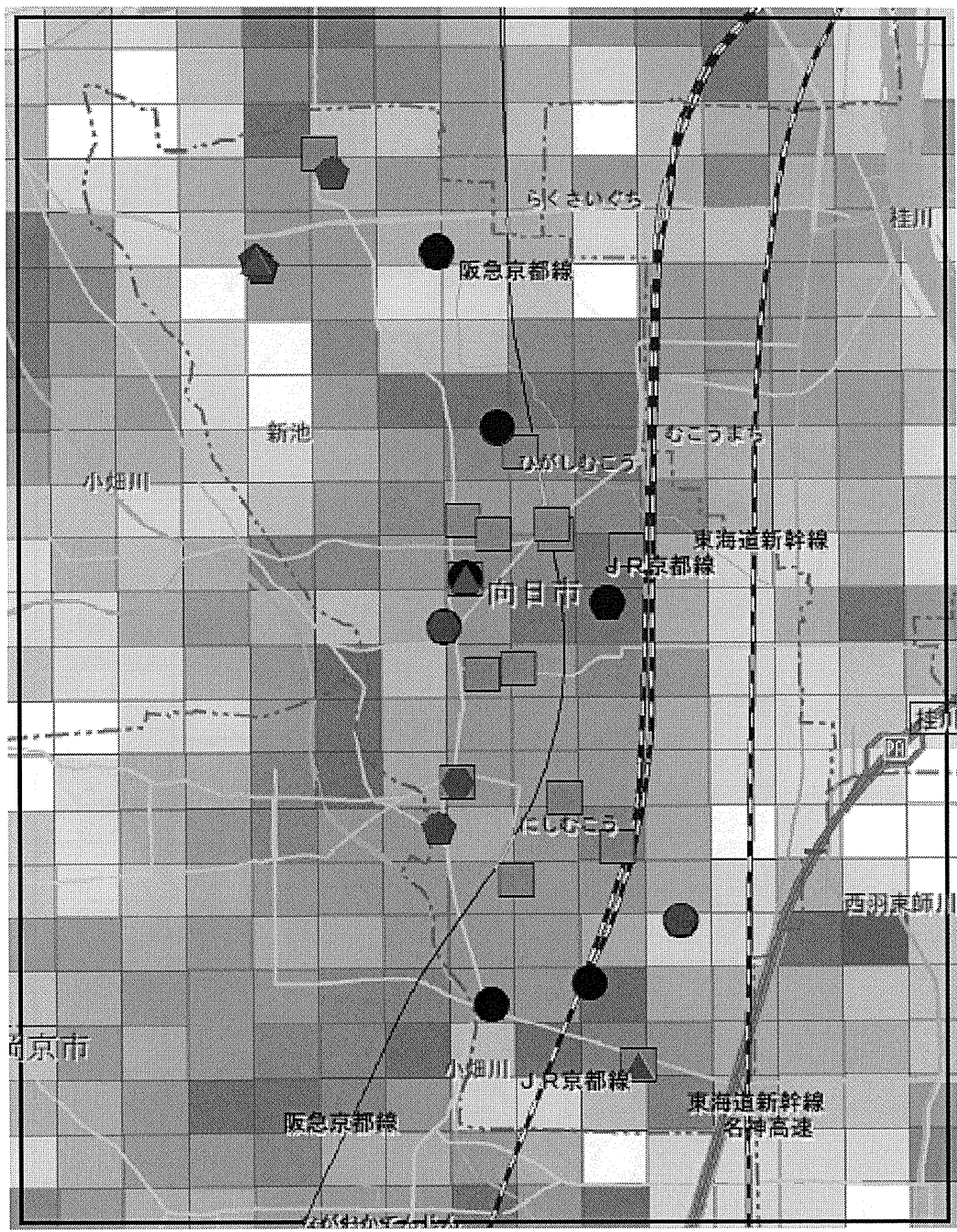


図1. 向日市の認知症支援施設のマッピング

- 認知症かかりつけ医
- 訪問介護施設
- ▲ 訪問看護ステーション
- ◆ 居宅介護支援事業所
- ◼ 短期入所施設（ショートステイ）

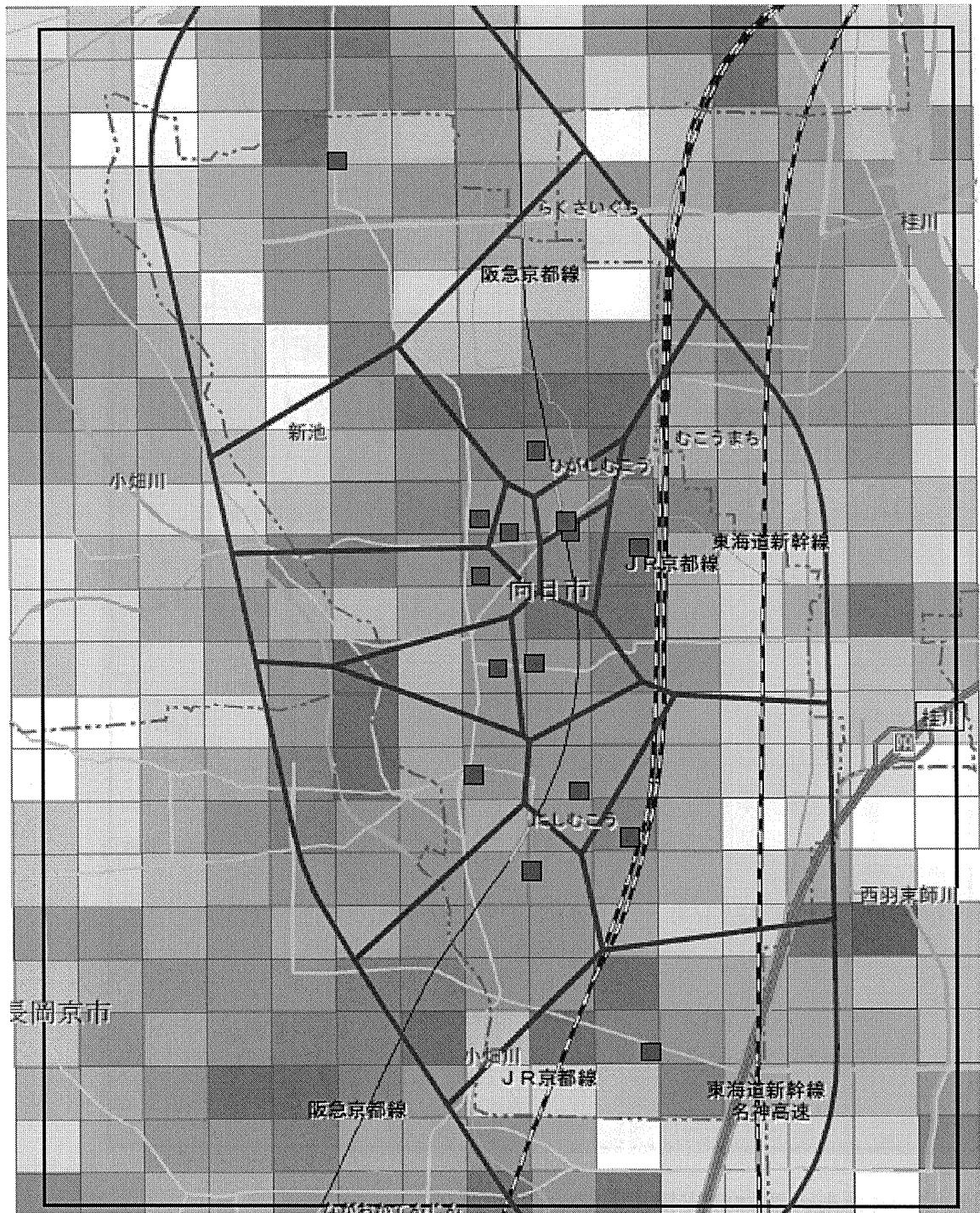


図 2. 認知症かかりつけ医の Voronoi 分析

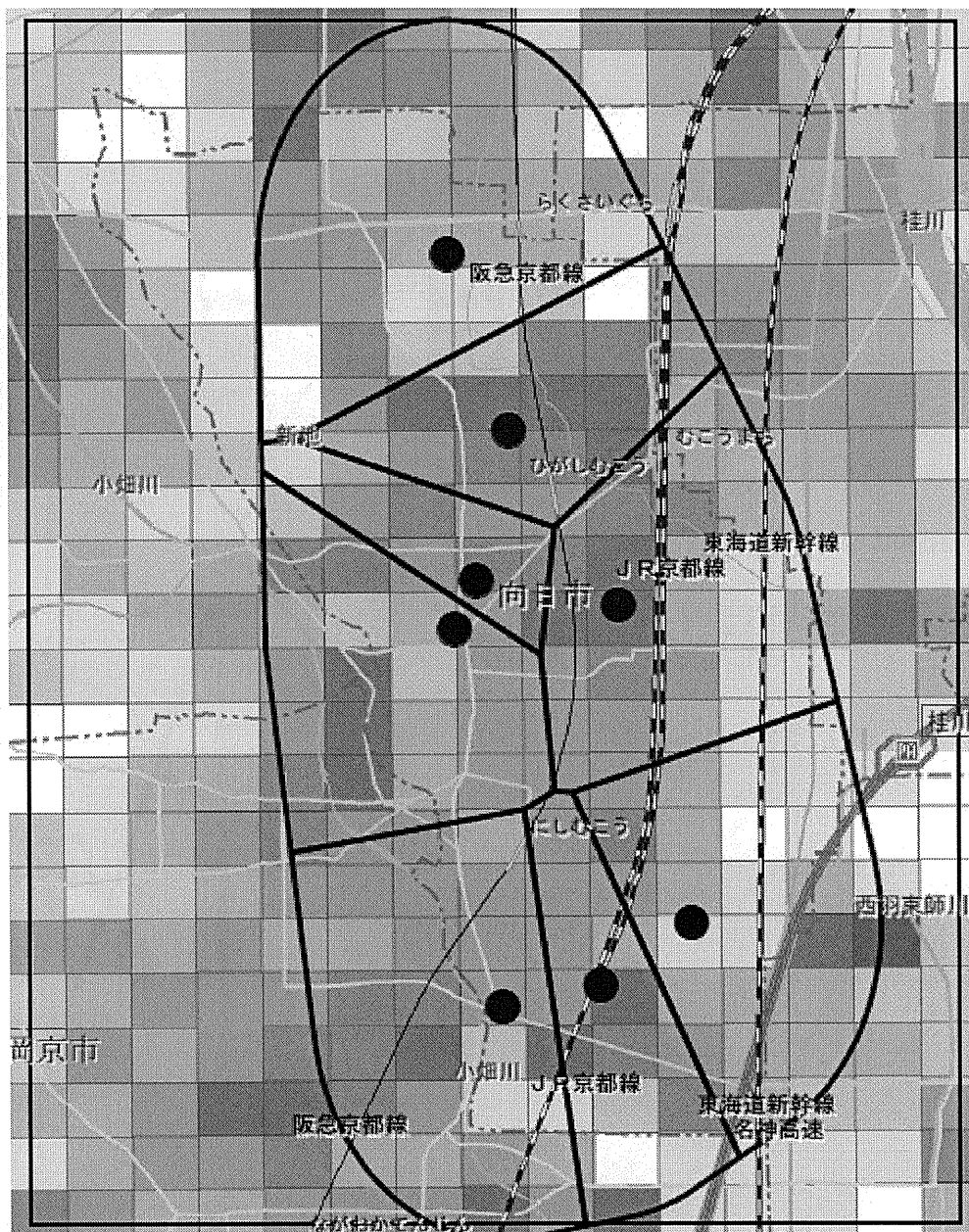


図 3. 訪問介護施設の Voronoi 分析

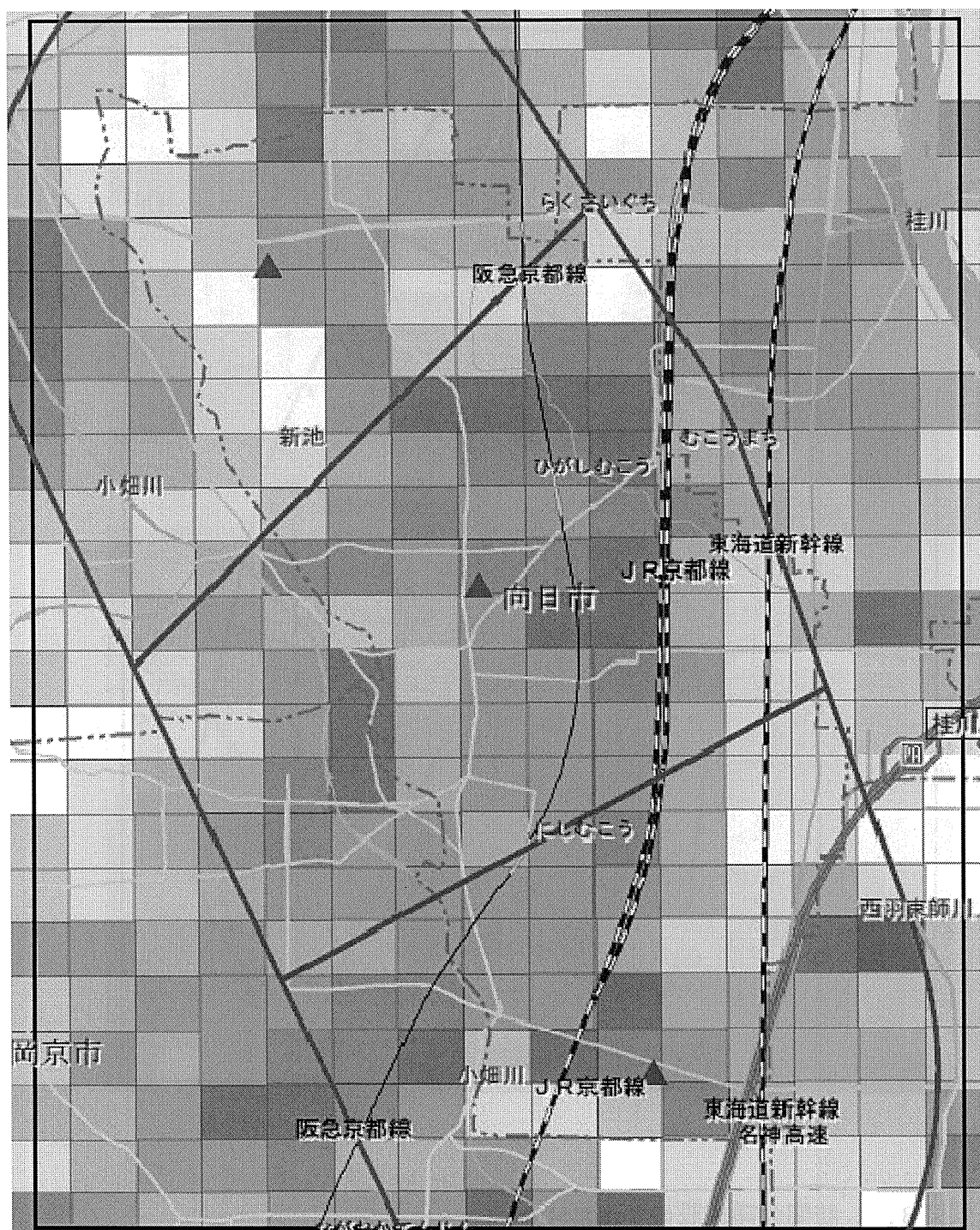


図4. 訪問看護ステーションの Voronoi 分析

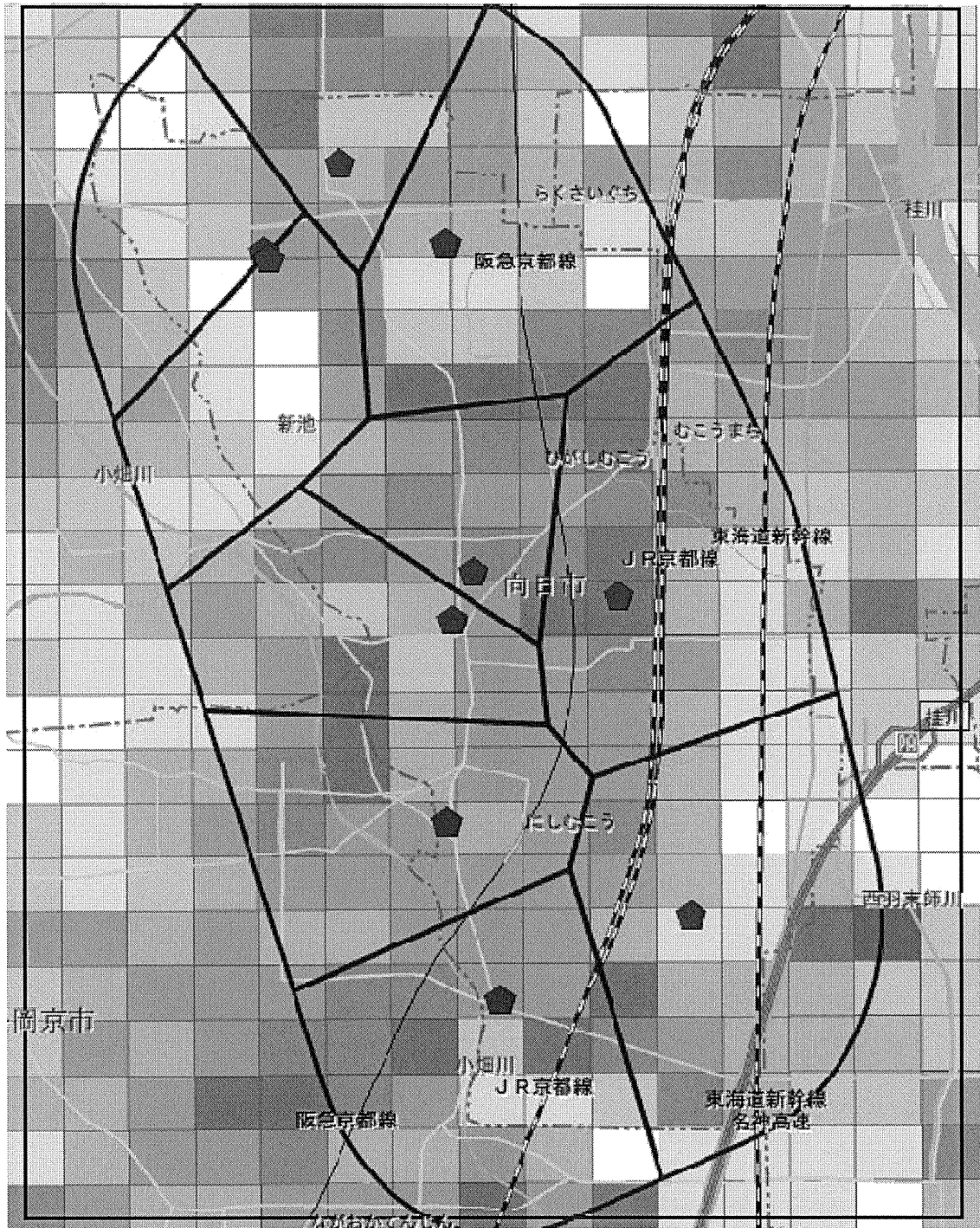


図5. 介護支援事業所の Voronoi 分析

平成22年度～23年度 厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業)
分担研究報告書

都市型医療・福祉連携の最適化に関する検討

研究協力者

太田 充胤 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野プロジェクト・
セメスター学生医学部医学科4年生

研究分担者

河原 和夫 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授

研究要旨

【背景と目的】

我が国の医療計画では、急速に進行する少子化・高齢化を踏まえ、二次医療圏単位に必要な医療・福祉を効率的かつ効果的に提供する「地域連携」「地域完結」の考え方が提唱されている。本研究の目的は、東京という特殊な地域においてこの計画の方針を見直し、改めて資源を評価することで、都市型医療・福祉連携の最適解を導くことである。

【方法】

厚生労働省や各種機関が提供する統計データから、東京都内の医療・福祉資源量を島しょを除く12の二次医療圏単位で整理した。各資源を患者の療養サイクルのどの段階に位置するのかで分類し、各段階の資源保有量について、偏差値と変動係数を用いて資源の偏りを評価した。また各段階の偏差値を平均した総合偏差値を比較し、医療・福祉連携全体に係る圏域内充足度を評価した。

【結果】

医療資源では、高い診療報酬が算定される急性期資源ほど都市部に偏在し、

診療報酬が低い慢性期資源ほど辺縁部に分布していることが明らかになった。

福祉資源では、医療と比べ変動係数の小さい項目が多く見られた。特養やショートステイについては慢性期医療資源と同様の偏在が見られたものの、特定施設（有料老人ホームやケアハウス等）においては偏在が緩やかで、偏在パターンも特養等とは異なっていた。また訪問介護、デイサービス、地域密着型サービスのように、提供範囲が狭く地域性の高い福祉サービスでは偏在が見られなかった。

【考察】

上記の偏在を前提とすれば、東京都の医療連携は二次医療圏を超えて構想されるべきものであるとも言える。ただし、現実の患者移動に従うならば、連携の範囲は東京都を超え首都圏全域に広げられなければならない、かくも巨大な連携が国の標榜する「切れ目のない医療」を提供できるかという問題は残る。

医療サービスそのものだけでなく、患者を診る「人」のつながりにもまた切れ目があってはならない。圏域を超えて患者を追跡できる医療者の育成や追跡のための情報システム構築、首都圏全域の資源を掌握し、適切なマネジメントを行うことのできる人材の育成等が急がれる。

また、偏在の解消に成功しつつある福祉のあり方から、医療は学ぶべきである。「人」のつながりを自然に維持できる二次医療圏単位での資源充実を図るべく、医療においても介護と同様、地域別の報酬設定や市場原理の導入を行い、偏在の緩和を図ることを提案する。

A. 背景と目的

我が国で急速に進行する高齢化は、医療・福祉業界においてサービスを必要とする高齢者が増加していくことを意味する。このことは、今後も医療費が膨張を続けることを決定づけるばかりでなく、医療・福祉の供給能力の向上が急務であることをも示唆している。医療施設・福祉施設のキャパシティに限りがあることや、少子化の進行による生産労働人口の減少が続くことを踏まえれば、既にある社会資源を最大限活用した効率のよい医療

システムを構築していく必要があるといえよう。

限られた資源で十分なサービスを提供するためには、医療・福祉の最終目的を完治に置くよりもむしろ、連携体制の中で患者を滞りなく循環させ、最終的には日常生活に復帰させることを重視せねばならない。これを踏まえ国の医療計画では、二次医療圏単位で必要な医療・介護を効率的かつ効果的に提供する「地域医療連携」「地域完結型医療」を提唱している。

本研究の目的は、東京という特殊な

地域においてこの計画の方針を見直し、医療費の必要以上の投入を避けつつ、十分な医療・介護サービスを提供できる連携のあり方について考察することである。このために、まず東京都の医療・福祉資源の現状を把握し、その課題と改善策について検討する。

B. 方法

厚生労働省や各種機関が提供する統計データから、東京都内の医療・福祉資源量を島しょを除く 12 の二次医療圏単位で整理した。次に各種の資源保有量について、変動係数と二次医療圏ごとの偏差値を算出し、都内の資源偏在を評価した。さらに各資源の偏差値を平均した総合偏差値を比較し、医療・福祉連携全体に係る圏域内充足度を評価した。

1) 医療資源

都内の医療機関を、治療サイクルのどの段階を担っているかで分類した。各段階に属する病院の病床数を二次圏域別に合計し、都内でどのような偏在が見られるかを検証した。

分類は政府の推計¹を参考とし、医療機関ごとの平均在院日数を基準として以下のとおり行った。各医療機関の病床数と平均在院日数については、東京都の医療機能情報提供制度「ひまわり」を参照した。

¹ 内閣官房 社会保障改革に関する集中検討会議 第 10 回参考資料 1「医療・介護に係る長期推計」2011.6

また、株式会社 WELLNESS の提供する二次医療圏データベースシステム²を参照し、各圏域の回復期リハ病棟における病床数を比較した。

2) 介護資源

各圏域の介護老人福祉施設（以下特養）、介護老人保健施設（以下老健）、特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、適合型高齢者専用賃貸住宅）、ショートステイ（医療保険適用のものもここに含めた）、訪問介護および訪問入浴介護、通所リハ対応医療機関、通所介護対応福祉事業者、地域密着型サービスおよび地域密着型予防サービス³について、上と同様の検証を行った。特養および老健の収容数については、株式会社 WELLNESS の提供するデータベース⁴を参照した。それ以外の資源については「WAMNET」⁵および「福ナビ」⁶を参照した

3) 医療従事者

「ひまわり」を参照し、各圏域の主な医療従事者数を集計した。主な医療従事者とは、医師、看護師、その他の看護職員、PT、OT、ST、MSW であ

² 株式会社 WELLNESS 「2次医療圏サマリーデータ（作万理さん）Ver3.0.0」2012.1

³ 地域密着型サービス、地域密着型介護予防サービスに含まれる事業種別については WAMNET を参照のこと

⁴ 株式会社 WELLNESS 「全国特別養護老人ホーム一覧データ Ver2.0.0」および「全国老人保健施設一覧データ Ver2.0.0」 共に 2012.1

⁵ 独立行政法人医療福祉機構による、福祉・保健・医療の情報提供サービス。

⁶ 東京都による福祉情報公表サービス

る。

| | | | |
|------|---------------|----------------------|-----------|
| | 25 日以下 | 25 日より長く 100 日以下 | 100 日より長い |
| 一般病床 | 急性期型 | 亜急性期・回復期 型 | 慢性期型 |
| | 100 日以下 | 100 日より長く 180 日以下 | 180 日より長い |
| 療養病床 | 亜急性期・回復期 型 | 慢性期型 | 長期ニーズ |

上記の項目について資源の整理を行い、人口⁷や圏域内の平均在院日数⁸、圏域内完結率⁹などと比較しつつ、圏域ごとに資源の充足度を評価した。

C. 結果

都内の資源分布について、帯グラフ上で 12 圏域ごとに色分けして示した（図 1～3）。また、資源量について偏差値と変動係数で評価したものを表に示した（表 1）。

1) 都内の資源偏在について

一般病床では、急性期資源ほど都心部（とりわけ区中央部）に、慢性期資源ほど辺縁部（下町や多摩地区）に集中していることが明らかになった。また介護資源では、老健、特養、特定施設、ショートステイなど大規模施設を要するにおいて辺縁部への偏在が顕

著であった。ただし、特定施設は北多摩南部にもっとも多く、他の資源とは異なる偏在パターンを示していた。在宅期資源においては、医療保険の適用下である訪問リハや通所リハにおいて同様に辺縁部への偏在が見られた。

偏在度が比較的小さかったのは、回復期リハ病床と、訪問介護・通所介護・地域密着型サービスといったサービス提供範囲の狭い在宅期介護資源であった。とりわけ在宅期介護資源においては、人口 10 万対資源量で見た変動係数がいずれも 0.2 前後と、他の資源に比べて明らかに小さかった。

医療従事者数では、医師および看護師が急性期医療資源と対応する偏在を示し、その他の看護職員では慢性期医療資源と対応する偏在があった。PT、OT、ST は必ずしも医療資源と対応しない形の偏在があり、MSW は急性期、慢性期いずれかにおいて秀でた医療圏で多くみられる傾向があった。

2) 圏域別充足度について

圏域内での資源充足度について、人

⁷ 平成 22 年国勢調査

⁸ 平成 20 年患者調査

⁹ 平成 20 年患者調査

口 10 万対資源量についての偏差値を比較した。総合偏差値は北多摩南部（57.3）、西多摩（56.3）、区中央部（53.8）の順に高かった。

区中央部は急性期資源で 80 を超える充実ぶりであるがその他の項目では振るわず、総合偏差値では 53.8 で都内 2 位だった。

西多摩では総合偏差値は高いものの、急性期の偏差値は 40 台と振るわなかった。他に総合偏差値 50 を超える地域に区東北部、北多摩北部、北多摩南部などの圏域があったが、いずれも同様に慢性期資源・介護資源に特化した圏域であった。

こうした中で、人口比の総合偏差値においても 57.6 と突出し、なおかつ急性期資源も 56.4 と充実しているのが北多摩南部医療圏であった。同圏域では 50 を下回る項目が長期療養病床、回復期リハ病床、MSW の 3 項目のみであり、圏域内でバランスよく資源を充足している唯一の圏域となった。

D. 考察

1) 結果の解釈に関して

医療資源の偏在の要因は、その偏在パターンから、地価や人件費の違いであると推測される。すなわち、地価や人件費の高い都心部においては、診療報酬の高い急性期病床中心の病院でなければ経営が難しい。その結果として、急性期の資源が都心に集中し、それを補う形で地価の安い辺縁部に慢性期の資源が展開されているのでは

ないかということである。一定の条件下で十分な診療報酬を保障されている回復期リハ病床の病床では比較的偏在の少ないことが、その推測を裏付けている。

老健、特養といった介護資源の偏在についても同様の推測が成り立つ。ただし、ここでは老健や特養と異なる偏在パターンを見せる特定施設の分布に注目せねばならない。両者の最大の違いは、資源が市場原理に則って分布しているか否かであろう。特養ではその運営主体の多くが社会福祉法人であるのに対し、後者には今多くの株式会社が入参し始めているところである。当然ながら後者では前者に比べ、需要と人口分布に見合った資源の供給が起りやすく、高価な地価や人件費の影響も受けにくいのではないかと考えることができる。

また、介護報酬では地価の影響を軽減するため、地域別に単価が設定されている。在宅期の介護資源が人口に沿って極めて合理的に分布していることは、この施策が正しかったことを意味する。介護の行政単位が市区町村であり、その中での資源充足を要求する国の計画においては、こうした施策が極めて効果的であると言える。ただし、現状でも地域別単価の差別化は十分とは言えず、都心部での報酬の順次引き上げが検討され続けている。

医療従事者の偏在に関しては、医療資源の偏在を反映しているものと思われる。急性期病床と慢性期病床の配置基準の差に従い、急性期病床の多い

ところに医師、看護師が集中している。また、慢性期病床の多いところほどその他の看護職員が多く見られる。これらの偏在は病床の偏在と共に論じられるべきであろう。また、PT、OT、ST については急性期から維持期に至るまで幅広く必要とされる職種であるが、人数の多い圏域と少ない圏域の差が顕著である。病床の偏在とはパターンが異なることから、圏域ごとの取り組みの程度を反映したものではないかと推測される。

2) 都市型医療・福祉連携の問題点

今回の結果からは、診療報酬の高い急性期病床が都心に一極集中し、診療報酬の安い慢性期病床や大型介護施設が辺縁部に分布しているという、二極化の構造が明らかである。医療・福祉連携のフロー全てを自らの圏域内で完結させられる圏域は、おそらく北多摩南部医療圏くらいのものである。

同圏域に所属する武蔵野赤十字病院の関係者によれば、それは資源の新たな投入によるものではなく、既存の資源における機能分化の促進によるものであった。かつては同病院の周囲に集中していた何件かの中小急性期病院が、地域連携の理念の中で回復期病院に転向し、後方支援を担うようになったという¹⁰。こうした事例は、もともとは急性期資源の集中する地区であっても、いたずらに新たな資源を

投入することなく、バランスのとれた配置に変えていくことが可能であることを示すものである。

しかしその一方で、同圏域が一般病床における医療の圏内完結率において東京都平均を下回っているという事実も見過ごすことはできない¹¹。同じく東京都平均を下回るのは区中央部、区西南部、区西部と、いずれも交通の便のよい地域である。中央線、山手線の南側、井の頭線に囲まれたこれらの地域では、必然的に患者の圏外流出が頻繁に起こっているものと推測される。

東京都の特殊性はまさにこの点にあるのであって、上記のような地域ではたとえ圏域内の医療資源が豊富であっても、患者が圏域内に留まろうとするとは限らず、また圏域外へ移動すること自体が容易だということである。

東京都における資源の偏在を不動の前提として受け止めるならば、東京都の医療連携は二次医療圏を超えて構想されるべきものであるとも言える。ただし、東京都の急性期医療を利用しているのは都民ばかりではない。実際に起こっている患者移動を踏まえれば、連携の想定範囲は首都圏全域に広げられなければならない¹²。

かくも巨大な連携が、はたして「医療連携」のそもそもの理念を汲むもの

¹⁰ インタビュー調査や文献調査から。「座談会 北多摩南部医療圏における脳卒中診療連携と地域リハビリテーション」『病院新時代 27 号』2006 などを参照のこと。

¹¹ 平成 20 年患者調査

¹² 患者調査における患者住所地・施設所在地比較を参照のこと。都内での圏域間移動のみならず、埼玉県、神奈川県など近隣の県からも、一定数の患者が流入していることが明らかである

であり得るかという問題がある。武蔵野赤十字病院リハビリテーション科の高橋伸一氏は「医療連携の質は、患者と後方施設のマッチングの適切さに表れる」と語っているし、地域医療連携の第一人者である愛媛大学の櫃本真幸氏は「医療連携の本質はリソースマネジメントである」と言う。彼等の実感のこもった言葉は、適切な医療連携が質の高いマネジメントなしでは行われえないことを示唆している。

連携の各ステップの従事者が連携構想全体の資源を把握し、それぞれの性質や特徴を熟知していなければ適切なマッチングを行うことは難しい。急性期医師が回復期に入った患者を継続して管理できるか、かかりつけ医が在宅期に入った患者の情報を急性期医師に継続して伝えられるかという問題がある。「切れ目のない医療」とは、単にサービスが途切れないことのみならず、こうした「人」の連続性をも含むものではなからうか。

仮に首都圏全域での大連携を前提とするならば、その広大な圏域とそこに含まれる資源や患者を見渡すことのできる人材の育成が不可欠であるし、その中を移動する患者の情報追跡システムの整備もなされなければならない。言うまでもなく、そのいずれも現時点では達成されていない。

都市部におけるもう 1 つの問題は、同一圏域内に同じ性質の医療資源が集中しているために、連携よりも競争を重視せざるを得ない場合があるの

ではないかということである。

ここで問題となるのは、集中した医療資源の性質が完全に一致するのか、あるいは圏域内で機能分化が起こっているのかという点である。恵上博文¹³によれば、「大都市型医療連携」は「病院の機能分化ではなく、人脈や系列による連携」と「機能分化した専門病院が複数あり、機能に沿ったゆるやかな連携」の 2 通りがあるという。

後者なら集中している資源が重複なく有効に使われていることを意味するが、前者であれば資源のだぶつきがある可能性を孕んでいる。本研究では扱わなかったが、急性期資源の集中する都心部において、診療科の分化が起こっているのか、あるいは各病院がそれぞれ主要な診療科を揃えているのかを調査することは、東京都の連携最適化を考える上で有益であろう。

3) 資源の再配分について

上記のように、東京都における連携は、国の医療計画で想定されているよりも広い視点で行われる必要がある。しかし、連携の効率や患者にとっての利便性を考えれば、地域で医療・福祉が完結するに越したことはない。以下では圏域内でのバランスの良い資源充足を図るための、偏在緩和策について検討する。

医療資源の偏在は、(1)のとおり地価や人件費の差によるところが大きいと推測される。医療では在宅期の介護

¹³ 恵上博文「地域医療連携体制の構築と評価に関する研究班からの報告」2010

資源や特定施設のやり方に学び、地域別の診療報酬設定や、市場原理の部分的な導入について検討していかねばならない。市場原理の導入とは、具体的にはアメニティの向上と混合診療の解禁である。とりわけ後者の是非については様々な議論があるためここでは詳しく扱わないが、いずれにせよこれらの要素が、需要と人口分布に応じた合理的な資源配分に寄与することは間違いない。

医療においても、その土地の事情やターゲットの層に応じてサービス価格を上乗せできることになれば、地価・人件費といった問題はある程度解決する可能性がある。都心部であっても慢性期医療に対する需要は辺縁部と同様にあるはずである。その需要に応える形で、新たなサービス提供者の参入が見込める。またこうした市場化は、今後の超高齢化社会を支える新たなサービス体系の創出にも大いに寄与することであろう。

市場原理の導入という点では、老健・特養についても同様である。現在両者は多くの場合、非営利団体である社会福祉法人によって、社会奉仕の理念の下で運営されている。資源の再配分を図るならば、まずその建前を疑う必要があるかもしれない。高齢者が日本の富の大部分を保有している今日のような状況で、全ての介護施設が低所得者向けの奉仕の発想で運営していく理由は必ずしもないのではないか。一部の低所得者の存在に対しては

十分な配慮をした上でならば、営利団体による運営を促すような施策があってもよいと考えられる。

E. 結び

今回の研究では、東京都の医療・福祉が都市部と辺縁部の役割分担の下に成立しており、首都圏全体で大規模な連携の構造を成していることが明らかになった。東京都の医療・福祉機関やその従事者は、この巨大な圏域の中で大規模な患者移動が起きていることに常に意識的でなければならぬし、その移動を潤滑に、適切にすべく努力を払わねばならない。

これと同時に、顔の見える二次医療圏内の連携を重視していくべきであるのは言うまでもない。地域の医療・福祉機関同士、その従事者同士が、顔の見える距離で積極的にコミュニケーションを深めていかねばならない。また、連携構造最適化のために機能分化を明確にし、自らの施設の資源を適切な資源に転換することについても検討していくべきである。

【謝辞】

本研究を行うにあたり、終始ご協力いただいた河原先生、菅河先生をはじめとする政策科学研究室の皆さま、また突然のインタビューに快く応じてくださった武蔵野赤十字病院の高橋先生、庄司さん、武蔵野市役所の伊藤さん、愛媛大学医学部の櫃本先生に、

厚く御礼申し上げます。

【参考文献】

▼統計データ

1. 厚生労働省「平成 20 年患者調査」
2008

2. 統計局「国勢調査」2010

3. 東京都「医療機関案内サービス
ひまわり」

<http://www.himawari.metro.tokyo.jp/qq/qq13tomnlt.asp>

4. 独立行政法人医療福祉機構
「WAMNET」

<http://www.wam.go.jp/>

5. 東京都「東京福祉ナビゲーション
介護サービス情報公表システム」

[http://www.tokyo-jkc.jp/kaigosip/
Top.do](http://www.tokyo-jkc.jp/kaigosip/Top.do)

6. 株式会社 wellness の提供する各種
データベース

[http://www.wellness.co.jp/siteope-
ration/msd/](http://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/)

▼医療計画に関して

7. 東京都「東京都医療機能実態調査」
2006

8. 内閣官房「医療・介護に係る長期
推計」社会保障改革に関する集中検討

会議参考資料 2011

[http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/sy-
akaihosyou/syutyukento/dai10/siry-
ou1-2.pdf](http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai10/siryou1-2.pdf)

9. 東京都多摩府中保健所「地域保健
医療推進プラン」2011

[http://www.fukushihoken.metro.tok-
yo.jp/tamafuchu/plan/](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/tamafuchu/plan/)

▼診療報酬に関して

10. 財団法人医療保険業務研究協会
『診療報酬点数と早見表』2010

11. 日本看護協会『診療報酬・介護報
酬の手引—平成 21・22 年改定対応』
2010

12. 田辺三菱製薬「診療報酬はやわか
りマニュアル」2010

[http://di.mt-pharma.co.jp/medic-
inal/manual/](http://di.mt-pharma.co.jp/medicinal/manual/)

▼先行研究

13. 恵上博文「地域医療連携体制の構
築と評価に関する研究班からの報告」
2010

14. 庄司幸恵「地域完結型ヘルスケア
システム構築への提言 ～北多
摩南部脳卒中ネットワークの活
動をふまえて～」2008

図1 病床分布

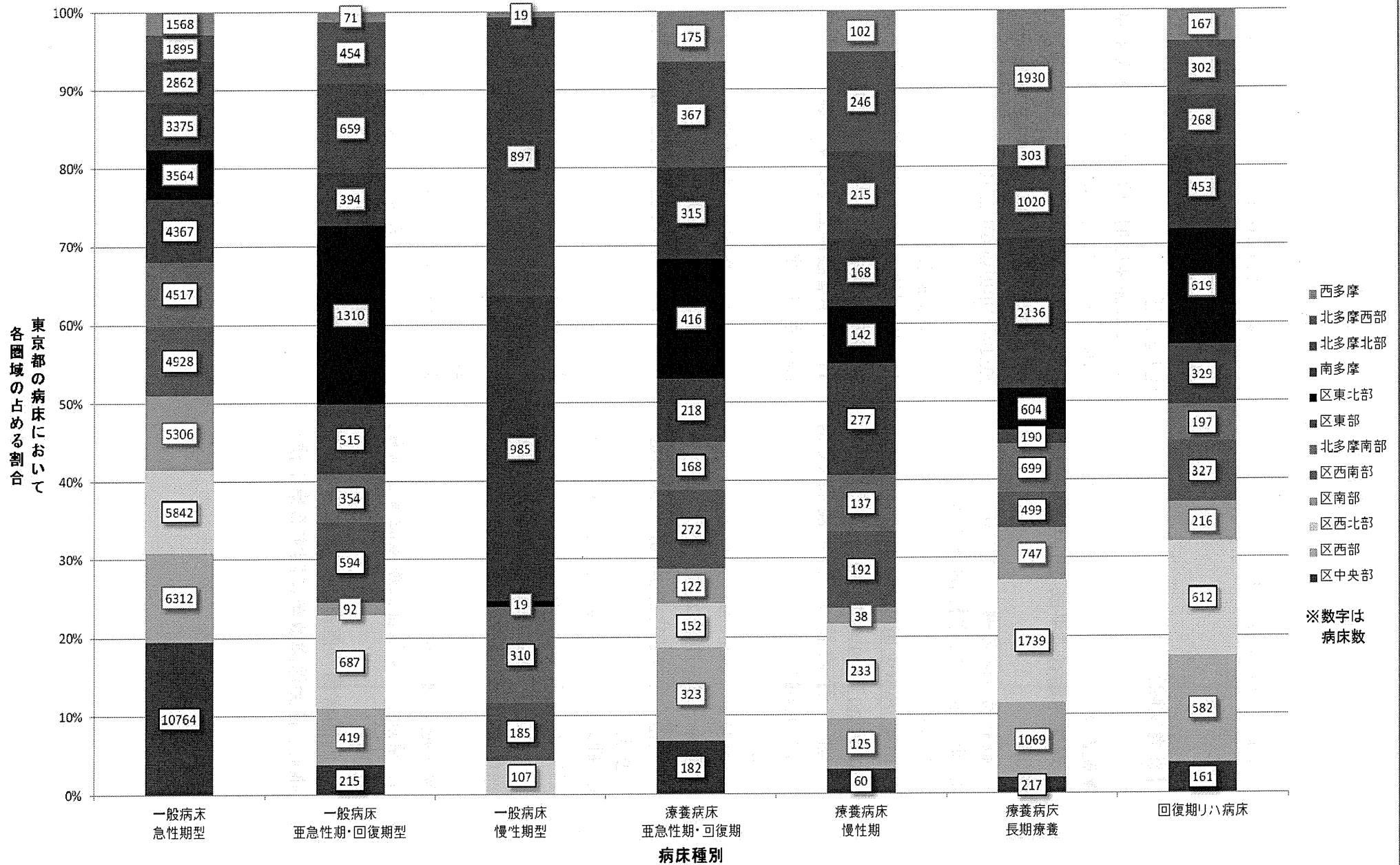


図2 介護資源分布

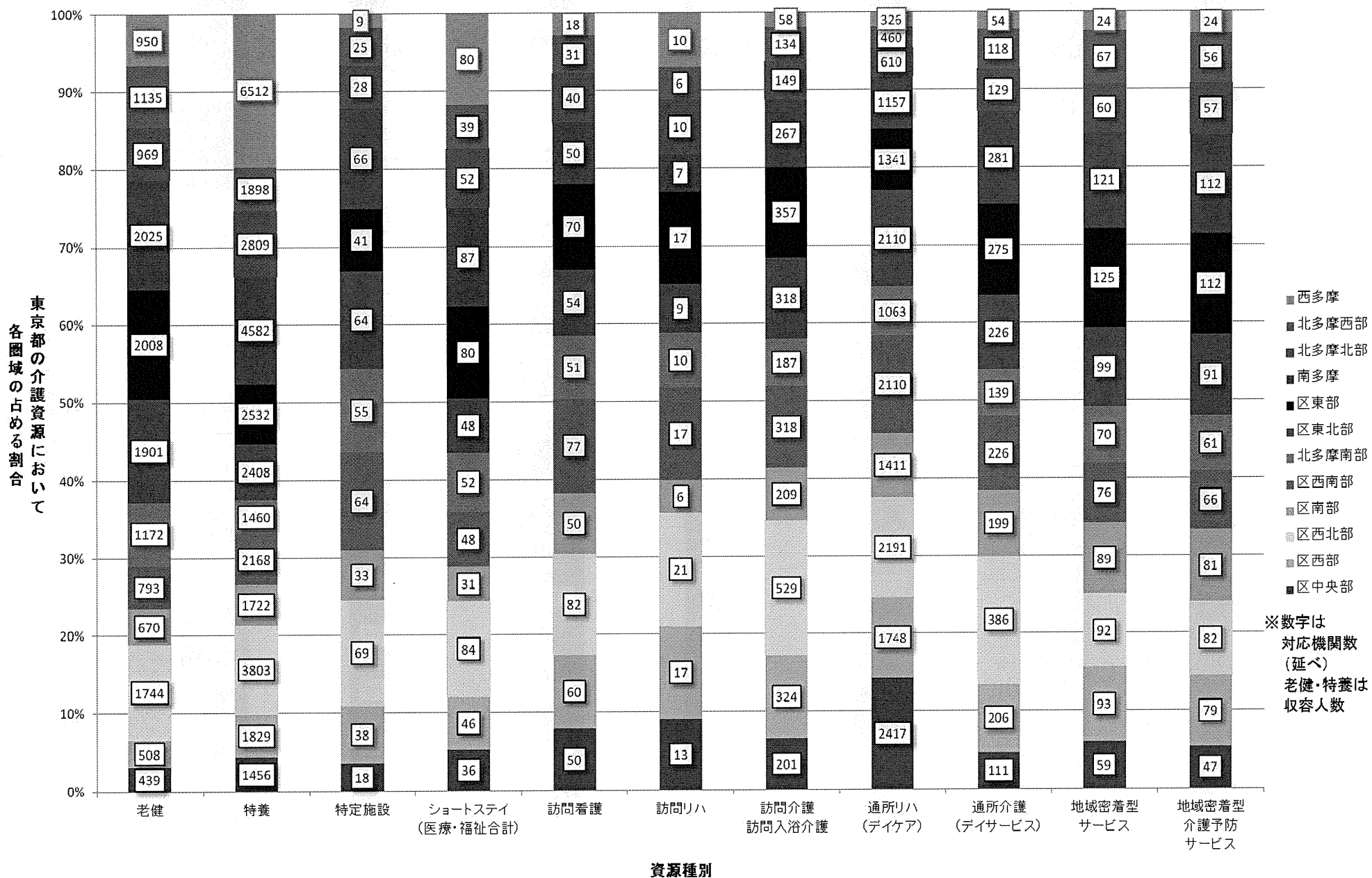


図3 医療従事者分布

