

サステイナブルな地域医療連携体制の構築に向けての課題：岡山県倉敷市の事例調査を基に

Takahashi, Hiroshi / 高橋, 啓 / Karasawa, Katsuki / 唐澤, 克樹

(出版者 / Publisher)

法政大学サステナビリティ研究教育機構

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

サステナビリティ研究 / サステナビリティ研究

(巻 / Volume)

1

(開始ページ / Start Page)

149

(終了ページ / End Page)

162

(発行年 / Year)

2010-08-24

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00006742>

<投稿論文>

サステイナブルな地域医療連携体制の構築に向けての課題
—岡山県倉敷市の事例調査を基に—

A problem for the buildup of the sustainable community
medicine cooperation system:
A case study of Kurashiki city

高橋 啓
Hiroshi Takahashi

唐澤 克樹
Katsuki Karasawa

Abstract

In this paper, we first reviewed health system reform which started on June 2006. We then surveyed practical evidences mainly through literature search based on the preliminary studies of regional details plans of establishing health care alignment. Furthermore, we conducted interview research in Kurashiki-shi as evidences indicated that the alignment in Kurashiki-shi was better than that of other areas. As a result, we revealed that alliance was limited to between hospitals or hospitals and nursing homes, and patients' perspective was lacking.

In conclusion, we recommend that regional health care alignment to be united with town development plans, for an approach including patients.

Keywords: medical service reform, sustainable community medicine, home medical care, community medicine cooperation

要旨

2006年の医療制度改革は、高齢化を背景とした医療費負担の増大に対応し、①医療保険負担の重点化と医療サービスの質の維持向上とのバランスを図り、②効率的で良質な医療サービスに提供体制を構築しようとするものであり、③同時に実施主体としての都道府県の役割を重視している。また、医療費の財源負担の仕組みを再構築するとともに、医療機関の機能分担と連携による医療提供体制を構築しようとしたものであり、「サステイナブルな医療制度体制」を目指したものと見える。サステイナブルの概念は、これまで財源面での持続可能性を重視し、効率的な医療提供に重きが置かれてきた。しかし医療サービスのような不定形な対人サービスは、効率化がコスト削減に終始する危険がある。このため本稿では、現場における制度運用の実際

<投稿論文>

を調査し、①医療サービスの質の維持向上とバランスがとれた効率的で良質な医療サービスの提供体制となっているか、②サステナブルな医療制度体制との関係で課題が生じていないかという点に着目した。

地域連携の事例を文献により整理し、地域連携が比較的順調に行われているといわれる岡山県倉敷市を対象に、医療機関等への聞き取り調査を行い、病院相互の連携の課題、医療と介護の連携の課題を整理した。その結果、これまでの地域連携が医療機関や介護施設の連携に留まっており、患者も含めた新しい地域連携の仕組みを考案する必要があることが分かった。

キーワード：医療制度改革、サステナブルな地域医療、在宅医療、地域医療連携

0. はじめに

2006年6月に「健康保険法等一部を改正する法律」および「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」が成立し、いわゆる「医療制度改革」がスタートした。今回の医療制度改革に至った背景には、①1997年の健康保険法改正を契機とした医療保険制度の抜本の見直しに関する議論、②経済財政諮問会議において提起された「医療費の総額管理」の議論、さらには、③規制改革・民間開放推進会議において提起された医療分野への株式会社参入や医療機関の情報公開などの規制緩和論などが存在している。このような経緯を踏まえ、医療制度改革の内容は、新たな高齢者医療制度の創設から医師不足対策まで広範・多岐にわたっている。その内容を要約すれば、人口の高齢化を背景とした医療費負担の増大に対応し、①医療保険負担の重点化と医療サービスの質の維持・向上とのバランスを図り、②効率的で良質な医療サービスに提供体制を構築しようとするものであり、③同時に実施主体としての都道府県の役割を重視している。また、医療費の財源負担の仕組みを再構築するとともに、医療機関の機能分担と連携による医療提供体制を構築しようとするものと整理できる。すなわち、「サステナブル（持続可能）な医療制度体制」の構築を目指したものとみることができる。

「サステナブル」という場合、これまでの議論では、財源面での持続可能性を重視し、効率的

な医療提供に重きが置かれる傾向が見られた。しかし、医療サービスのような不定形な対人サービスは、効率化が単なるコスト削減に終始してしまう危険性がある。このため本稿では、現場における制度運用の実際を調査することを通じて、医療サービスの質の維持・向上とバランスがとれた効率的で良質な医療サービスの提供体制となっているのか、あるいは「サステナブルな医療提供体制」との関係で課題が生じていないかという点に着目し、岡山県倉敷を事例として研究を行った。

第1章では、医療制度改革の内容を概観し、第2章で地域における医療連携体制構築の具体的推進策を整理する。第3章では各地域の地域連携の実践事例を主に文献調査により整理する。第4章では、地域連携が比較的順調に行われているといわれている岡山県倉敷市を対象に、医療機関等への聞き取り調査を行い、病院相互の連携課題、医療と介護の連携課題について整理し、これまでの地域連携が医療機関や介護施設の連携にとどまっており、患者も含めた新しい地域連携の仕組みを考案する必要があることを考察する。

1. サステナブルな医療提供体制を目指した医療制度改革

1.1 医療制度改革の概要

2006年6月に「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」（第5次医療法改正）および「健康保険法等

一部を改正する法律」が成立し、いわゆる「医療制度改革」がスタートした。

2006年の医療制度改革の端緒は、1996年11月に当時の医療保険審議会が「建議書」を提出したところまで遡る。この建議書は、1997年の健康保険法改正に向けて、「21世紀初頭に目指すべき医療保険制度を提示し、これに向けた医療提供体制を含めた医療と医療保険制度全般の総合的かつ段階的な一連の改革を実施する」¹⁾ 必要があることを提言したものである。具体的には、「21世紀初頭に目指すべき医療保険制度の姿」の基本的な考え方として、①医療の質の一層の向上、医療に関する十分な情報提供と国民の選択の尊重、②国民皆保険制度の維持、給付と負担のバランスの確保、③効率化、制度間の公平、給付と負担のバランスの確保の3点を掲げている。そして、「医療の質の向上と効率化」を図るため、「医療機関の機能を明確化し、体系化を図る」、「急性期を中心とする入院医療の質の向上、在宅医療の推進を図る」、「社会的入院を解消するため、総合的な対策を講ずる」、「必要病床数の見直し、医師数等の需要の見直しを行う」、「患者に対し医療に関する正しい情報を積極的に提供する」ことなどを提言している。また、「安定した運営ができる医療保険制度の確立」を図るため、「老人保健制度に代わる新たな仕組みの創設を含め、老人医療の費用負担の仕組みを見直す」、「医療費の伸びの安定化」、「給付率の見直し」などを行うことを提言している。

しかし、高齢者の医療保険制度に関する関係者の合意形成ができず、健康保険の給付率の見直しなどの制度の部分的な改訂に終始してきた。このため、2003年からは「経済財政運営と構造改革に関する基本方針」（いわゆる「骨太の方針」）の中に医療制度改革を実施することが盛り込まれ、主に経済財政諮問会議において、国の財政負担の持続可能性の観点から医療制度の検討および医療保険制度の検討がなされてきた。またこれと同時並行的に、規制改革・民間開放推進会議において、医療提供体制の規制緩和をめぐる議論が展開され²⁾、それらの議論も踏まえて2006年の医療制

度改革が行われることとなった。

このような経緯を踏まえ、2006年の医療制度改革の内容は以下の4点に集約することができる。

- ①医療提供体制として、個別医療機関が有する機能と主要疾病等に対して果たす役割を医療計画において明確化するとともに、都道府県の主導により地域連携を推進する³⁾。また、自治体病院の財政的・人的弱体化に対応して、救急医療などの地域医療の中核となる事業を担う「社会医療法人」という新しい民間医療法人の法人格を創設した⁴⁾。
- ②医療保険の保険者に生活習慣病などの保健・予防活動を義務付けるとともに、都道府県が策定する医療費適正化計画等に基づき、療養病床の削減・入院期間の短縮などにより入院医療費の削減を図ることとなった。
- ③後期高齢者を既存医療保険から分離し、後期高齢者を対象とした新たな財政負担システム⁵⁾に基づく専門医療制度を創設した。
- ④医療計画、医療費適正化計画、地域ケア整備構想などの策定とそれら計画の実施主体としての都道府県の役割を拡大した⁶⁾。

1.2 サステイナブルな医療提供体制となるための留意点

今回の医療制度改革は、財政面での持続可能性を重視する議論に主導されたことから、「効率化」に重点が置かれている。例えば、地域連携において、個別医療機関がそれぞれの役割を明確化し、患者に十分に情報提供することは、医療提供者側の重複投資や患者側の重複受診などを回避しようとするものとみることができる。また、後期高齢者医療制度において、診療報酬の包括支払制度を導入したことは、出来高払い制度による過剰診療の防止を目的としたものとみることができる。

しかし、医療サービスのような不定形な対人サービスは、効率化が単なるコスト削減に終始してしまう危険性がある。真に「サステイナブルな医療提供体制」となるためには、効率化が医療サービスの質の維持・向上とバランスのとれたもので

<投稿論文>

あることが必要である。

サービスの質という面から医療制度改革の主要事項別の留意点をあげれば、以下の諸点をあげることができる。

- ①地域連携による医療提供に関して：医療機関の間の患者の受け渡しはうまくいくのか、必要な医療機能は「漏れ」や「抜け」がなく整備されるのか。
- ②入院医療の抑制に関して：円滑な在宅復帰はできるのか、在宅療養で十分な医療サービスが受けられるのか。
- ③後期高齢者医療制度に関して：包括支払い制度によって高齢者に十分な医療サービスが確保できるのか。
- ④都道府県の役割の拡大に関して：地域における医療サービスの企画・立案、実施、評価・改善が的確に行えるのか、市町村主体で整備・運営される介護サービス提供との円滑な協力・連携ができるのか。

これらの諸点が問題なく、地域住民にとって必要十分な医療サービスが提供されるならば、効率化と医療サービスの質の維持・向上とが同時達成できたと評価することができる。しかしそうでなければ、効率化が医療サービスの質の低下を招く結果となる。

このため、本稿では、医療ニーズの発生から在宅復帰に至る一連の過程で、医療サービス・介護サービスが切れ目なく受けられる体制が実現しているかという点を中心に、岡山県倉敷市の事例調査を通じて地域医療連携体制の現状と課題を検討することとした。

2. 地域連携の実践例

医療制度改革において目標とされた、医療機関の機能分化と地域連携による効率のかつ切れ目のない医療サービス提供体制の構築は、いくつかの地域における先進的な取り組みを基に考案されたものである。本章では、これまで「ベストプラクティス」(模範事例)とされた先進事例をいくつ

か取り上げ、地域医療連携のポイントとなった事項を整理したい。

2.1 診療所と病院との連携事例

地域医療連携においては、診療所が地域住民の身近な医療機関として初期医療サービスを提供するとともに、入院が必要な患者を病院へ紹介するという役割分担が想定されている。

(1) 千葉県立東金病院を中心とした地域医療連携

千葉県立東金病院を中心として、千葉県山武医療圏の診療所、薬局などにより糖尿病に関する地域医療連携体制が構築されている。これは、1998年に東金病院の院長に就任した平井愛山氏を中心として構築されたもので、病院を受診するような重症になる前に、地域の診療所での診察、日常の服薬により、糖尿病の重症化を未然に防止しようとするものである。地域の医療従事者と糖尿病などの生活習慣病に関する研究会を実施し、互いの医療知識を共有化することにより、インシュリン療法などの専門医の知識と技術を移転することから始まった。その後、経済産業省の補助金を得て、「わかしおネットワーク」と呼ばれる地域医療情報ネットワークを構築している。わかしおネットワークには、地域の開業医、薬剤師のみならず訪問看護師や老人保健施設なども参加しており、地域の医療・介護関係者が患者情報を電子データで共有していることから、病院に来なくとも患者の身近な診療所や薬局から適宜、適切な助言、指導を行える体制になっているという⁷⁾。

地域医療の中核となっている病院が診療所や薬局などの地域の医療機関に積極的に働きかけることにより研究会活動を中心とした地域連携体制を構築できたものと言える。また、医師に限定しないで、薬剤師や訪問看護師、老人保健施設など幅広い職種の医療・介護関係者をネットワークしたことが、地域住民にとって利用しやすい環境となったと言える。

(2) 開放病床を活用した医療連携を行う奈井江町立病院

北海道奈井江町は、札幌市から車で1時間ほどの距離にあり、地域の少ない医療資源を有効に活用するために様々な努力を行っている。

地域医療連携の試みの一つとして、奈井江町立病院では、町内の開業医が利用できる開放型共同利用病床を整備し、開業医と病院の病棟医がそれぞれ同じ患者の主治医として診療にあたることができるようになってきている。開業医は病院の医療機器を活用して検査を行うことも可能で、病院と診療所による二重投資や重複検査が回避でき、病院の入院機能を地域全体で効率的に有効活用できるメリットがある。

これは、1989年に奈井江町長から「機能不全状態にある町立病院再建についての協力と提言」を求められた地元医師会との協力によって実現したもので、「提言と企画、推進と実現に地元医師が主導的な役割を果たして」いる（方波見康夫〔2006〕：68）。

地元医師会が病院を積極的に活用しようとする意識が重要であるとともに、病院側にも施設整備を含めた協力体制の整備が必要となることを表すものであろう。

2.2 病院の機能分担に基づく連携事例

病院も、急性期病院や療養型の病院などそれぞれの役割を明確化し、機能分担と連携が求められている。脳卒中の発症直後は急性期病院に入院し、手術などの処置の終了後は回復期リハビリテーション病院へ転院して機能回復に努めるという形の連携が典型例として想定されている⁸⁾。

(1) 熊本市における急性期病院と回復期リハビリテーション病院などの地域医療連携

熊本市の地域医療連携は、「熊本方式」や「熊本モデル」と呼ばれ、病院の地域連携のモデルケースとして厚生労働省などで紹介されている。熊本市内には、大規模な基幹病院として、国立病院機構熊本医療センター（550床、救命救急センター、

地域医療支援病院）、熊本赤十字病院（450床、救命救急センター、災害基幹病院）、済生会熊本病院（400床、地域医療支援病院、災害拠点病院）、熊本大学医学部附属病院（850床）、熊本市市民病院（580床）、国家公務員共済熊本中央病院（363床）の6病院が存在している。これら6病院が中心となって、基幹病院が急性期医療を担当し、その後の亜急性期や回復期を担当するいわゆる「後方支援病院」をそれぞれネットワーク化しており、基幹病院毎に連携ネットワークを構築している点の特徴である。また、連携は施設間の連携にとどまらず、医師、看護師、リハビリテーション従事者など専門職もそれぞれに共同の研修会を実施するなど、専門職種間の情報共有と精緻化が進んでいる。

患者情報の共有し、連続した医療サービスを提供する観点から生まれたのが、地域連携クリティカルパス⁹⁾であり、熊本においては、「大腿骨頸部骨折」や「脳卒中」などの地域連携クリティカルパスが病院ネットワークの研究会活動の中から生まれている。

熊本市の地域医療連携の特徴は、市内に大規模病院をはじめ病院が多数立地することから¹⁰⁾、病院の自律的な行動として連携体制が構築された点にある。いわば、医療機関が地域の中で共存していくためにネットワーク化が進んだと見ることもできる。このため、当事者の自己評価として、連携ネットワークはできているが、「連携というマネージメントがきちんとできているか」というと、これはまだできていない。（中略）本当にその連携が患者にとってよかったのか悪かったのか、あるいは自分たちの提供している医療そのものの質を上げているのかどうかとか、その辺りの詳細な検討が必要¹¹⁾とされている。また、「コミュニティの健康を守るという考え方」が今後は重要になるという評価がなされている。

(2) 東京都北多摩南部保健医療圏における病院・介護施設の地域連携

東京都武蔵野市、三鷹市、調布市、狛江市、小金井市、府中市の6市で構成される東京都北多摩

<投稿論文>

南部保健医療圏（東京都の設定した2次医療圏）においては、武蔵野赤十字病院、杏林大学病院、東京慈恵医大第三病院、都立府中病院などの大型急性期病院が脳卒中急性期医療を提供していた。しかし、圏域内では回復期リハビリテーション病院や維持期のリハビリテーションを実施する医療機関が少なかったことから、患者が圏域外の病院へ転院を余儀なくされるケースもあったという。このため、急性期病院が中心となって「脳卒中ネットワーク研究会」を2001年に組織し、圏域内での回復期リハビリテーション病院の開設や老人保健施設におけるリハビリテーション機能の強化を働きかけた。

この結果、2001年の研究会発足から6年間で、回復期リハビリテーション病棟を有する病院が4病院（250床）整備されるとともに、強力なリハビリテーション機能を有する老人保健施設が2施設（定員200名）整備されている。当事者によれば、維持期のリハビリテーションは老人保健施設で行われており、これら介護施設の整備は市が後押ししていることから、武蔵野市などの行政と連携した効果は大きく、「患者だけでなく家族や地域が見えてきた」という感想を述べている¹²⁾。

リハビリテーション従事者の養成などを急性期病院が支援し、人材育成から地域連携を作り上げた点が特徴である。また、回復期リハビリだけでなく、患者の在宅での生活も視野に入れて、維持期のリハビリ機能の充実を図った点も特徴と言えるであろう。

(3) 奈井江町立病院と砂川市立病院の地域医療連携

奈井江町立病院（病床数96床）は2005年10月に隣接する砂川市の砂川市立病院（病床数535床）医療連携協定を締結し、医師の派遣、患者の紹介、医療情報の共有化などの地域連携に取り組んでいる。

具体的には、救急、産婦人科、急性期疾患は砂川市立病院が担当し、砂川市立病院の小児科医が奈井江町立病院に派遣されている。奈井江町立病院では砂川市民病院の初期研修医を受け入れるほか、内科・循環器科の医師が砂川市立病院の外来

を手伝っている。また、「脳卒中地域連携パス」を導入し、急性期の治療を砂川市立病院で行ったあと、回復期は奈井江町立病院に転院するという役割分担を行っている¹³⁾。

奈井江町立病院と砂川市立病院の医療連携は市町村の境界を超えた連携であり、当事者によれば、双方の自治体の首長同士、両病院の院長同士の話し合いの中で協力体制が実現する運びとなったという¹⁴⁾。地域医療連携が、公立病院の開設者である自治体の協力を得て行われた事例とみることができるであろう。

2.3 医療と介護の連携事例（尾道市医師会方式）

医療的処置がほぼ終了し、後遺症などにより介護サービスが必要となった患者に対しは、医療と介護が連携・協力して切れ目のないサービス提供が求められている。医療と介護の連携により、地域の高齢者に対して切れ目のないケアを実現している事例としては、尾道市医師会を中心として実施されている共同ケアカンファレンス方式による医療と介護の連携が有名である。

これは、「高齢者の医学管理はケアの領域に重点がおかれることが多く、フレキシブルな対応とチームアプローチが求められる」ことから、医師が中心となって、医療・介護関係の多職種により、「医療と介護の一体的サービスを地域の社会システムとして提供する」ことを目的に尾道市医師会により考案されたものである¹⁵⁾。

一般的に「尾道市医師会方式」と呼ばれるが、中心となっているのは共同ケアカンファレンスである。これは、患者の主治医の医療機関に、患者（あるいは介護保険利用者）本人、家族、主治医、看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、理学療法士、作業療法士などの多職種が参集して行われるものである。このケアカンファレンスによって、日常生活面の情報も含めて、患者（あるいは介護保険利用者）情報が関係者で共有されることにより、きめ細かいケアの実践が期待できることになる。

一回のケアカンファレンスは20分程度の短時間であると言われているが、数多くの患者のケア

カンファレンスに時間を割くことは容易ではない¹⁶⁾。このシステムを関係者に根付かせるには、地域の医師の主体的な取り組みと関係職種との協力が不可欠である。尾道市医師会ではケアカンファレンスの実務研修を継続して実施したとのことであり、地元医師会の組織的な取り組みが成功の重要なポイントであろう。

3. 倉敷における地域連携

小磯（2009）は、保健・医療・福祉が連携しながら住民にサービスを提供している全国の先進的な110事例を2次医療圏の人口規模と高齢化率との関係で、4類型に分類しているが、人口が少ない基礎自治体においては、複数の主体が「連携」するよりも、単一主体が保健・医療・福祉サービスを「統合」して提供する事例が多いとしている¹⁷⁾。一方、都市部においては、医療機関などが比較的多数存在することから、連携によるサービス提供の事例が多いとされている。

そこで、多様な主体がどのようにして連携体制を構築するのか、中核市である岡山県倉敷市を対象として、地域医療連携の現状分析と課題の整理を行うこととした。

3.1 倉敷中央病院を中心とした地域医療連携

岡山県の地域医療計画においては、倉敷市は近

隣の5市3町とともに「岡山県南西部医療圏」に位置付けられている。

倉敷市内の病院は、川崎医科大学附属病院（1,182床）と倉敷中央病院（1,135床）の二つの大病院と、300床未満の療養病床を併設した、いわゆる「ケアミックス型」の中小病院によって構成されている¹⁸⁾。

川崎医科大学附属病院は、1973年に開院した医科大学附属病院で、1994年に特定機能病院として承認されている。さらに、1999年からドクターヘリの運用を行っており、高度救命救急センターとして、岡山県の救急医療体制の中核機能を担う病院である（岡山県2008a:37）。また、倉敷中央病院は、1918年に当時・倉敷紡績株式会社の社長だった大原孫三郎によって創設され、1923年に現在地で開院した民間病院である。設立当初から「治療本位」で、高度医療の実現できる病院を目指し、倉敷紡績の従業員のみならず地域住民に対しても開かれた病院を目指したユニークな病院である。

特に、倉敷中央病院は倉敷市中心部に位置し、古くから地域医療の中心的存在であった。そのため、地域医療連携においても中核的役割を果たしている（表1）。以下、倉敷中央病院の地域医療連携の取り組みを中心に考察する。

【表1】倉敷中央病院の地域連携の取り組み

連携内容	運営開始時期	規模等
開放病床制度（内科系10床）	2002年2月	登録医 155名
地域連携小児夜間・休日診療	2005年6月	登録医 8名
在宅療養支援診療所との緊急受入	2006年4月	覚書締結 21医療機関
ハイリスク妊産婦共同管理料	2006年4月	覚書締結 5医療機関
大腿骨頸部骨折地域医療連携バス	2006年6月	連携 28医療機関
脳卒中地域医療連携バス	2008年2月	連携 22医療機関
循環器内科 心電図伝送ネットワーク	1980年	8医療機関
脳神経外科領域画像伝送ネットワーク	2000年	28医療機関
後方病院の空床情報の提供受け	2005年	10医療機関
看護連携を奨める会	2002年8月	28病院
地域医療従事者向け研修会（定期開催）	N.A.	26研修会

資料：相田（2009）十河（2009）を基に作成

<投稿論文>

3.2 診療所と病院との連携

倉敷中央病院では、2002年2月より開放病床を10床運営している。これは、登録した開業医に病院のベッドを開放（原則として、登録医が必要と考えれば入院となる）するもので、現在155名の開業医が登録しているが、実際に利用しているのは約30医療機関にとどまっている。

2005年6月からは、地域連携小児夜間・休日診療を開始している。これは、地域の小児科開業医の協力を得て、小児科開業医に夜間・休日に倉敷中央病院の救急に来て診療にあたってもらうシステムである。2009年12月の時点で8名の小児科開業医が参加し、一人当たり月9～10日程度当院での診療に当たっており、岡山等の類似制度に比べて、開業医の参加回数が多いのが特徴である。

また、2000年度から、厚生省の補助金を基にして医療画像伝送ネットワークシステムを運用している。これは、医療機器は持っているが、診断する脳外科の医師がいないような病院、診療所を対象に、画像を当院医師が読影し、所見をレポートするものである。倉敷市内外の28医療機関が参加し、年間200件程度の依頼があり、そのうち40名程度の患者が倉敷中央病院に入院してくる。入院患者数はそう多い数ではないが、倉敷中央病院では地域医療貢献として、24時間無料で対応している。なお、2009年度の紹介率は68%、逆紹介率は85%に達する見込みである（倉敷中央病院〔2009〕：2）。

3.3 病院の機能分担と連携

倉敷中央病院は、岡山県の地域医療計画において、主要疾病に関する急性期医療を行なう病院として位置づけられている。このため、急性期医療とその後の診療を行なう医療機関との円滑な連携をおこなうため、診療報酬の算定が認められている「大腿骨頸部骨折地域医療連携パス」と「脳卒中地域医療連携パス」の二つの地域医療連携パスに加えて、胃がん、大腸がん、乳がん、糖尿病、C型肝炎についても地域医療連携パスの運営を

行っている。2006年6月から運用を開始した「大腿骨頸部骨折地域医療連携パス」は岡山県南東部の「岡山ももネット」というグループと統一化された様式で運営しており、倉敷市内外の28医療機関（市内：10病院2診療所、市外：11病院5診療所）が参加している。また、2008年8月からスタートした「脳卒中地域医療連携パス」は、当院の様式が岡山県の統一様式となっており、22医療機関（市内：12病院1診療所、市外：7病院2診療所）が参加している。

地域医療連携パスを導入する前から、転院予定の患者の様子を見に来てもらう「お迎え連携」も実施している。これは、転院先の病院の看護師、ソーシャルワーカー、地域医療連携室職員などが倉敷中央病院の病棟までやってきて、転院予定の患者の状態を把握してもらうものである。患者の情報は紙ベースでやり取りしているが、実際に病棟に来て状態を把握することによって転院が円滑に行なえることから、関係者には好評である。

急性期病院とその後方連携病院という病院間の機能連携関係は、倉敷中央病院の地域連携室の主導により2005年頃より急速に進展している。具体的には、急性期医療に重点を置くという倉敷中央病院の基本方針を市内病院のキーパーソンに説明し、各病院とどのような協力関係が構築可能か、虚心坦懐に話し合ったという。この結果、倉敷中央病院が急性期を担当し、市内各病院が、その後の亜急性期や回復期を担当するという連携関係を構築することができた。市内の民間病院の中には、一般病床を回復期リハビリテーション病床に変更するところもあり、倉敷市内の人口10万人当たりの回復期リハビリテーション病床数は101床と岡山県平均52床の2倍程度の水準まで整備されてきたという。これは、急性期病院が集中する一方回復期を担当する病院が少ないというアンバランス状態にある岡山市内とは好対照となっている¹⁹⁾。

このような、地域連携の結果、倉敷中央病院の入院患者は急性期患者のウェイトが増し、平均在院日数も2004年の15.2日から2008年には12.5

日まで短縮している。しかし現在でも入院待ち患者がいるのが現状である。そのため、できるだけ平均在院日数を短縮することを目指しているものの、2009年の平均在院日数は12.3日にとどまり、平均在院日数のさらなる短縮は容易でない。転院先の受入が可能ということでも、転院について家族の了解を得るまで数日かかるということで、患者に「追い出された」という印象を持つことがないように配慮して、円滑な転院を図るのが、今後の課題となっている²⁰⁾。

3.4 医療と介護の連携

倉敷中央病院の運営主体である財団法人倉敷中央病院は、ケミックス型病院として、倉敷リバーサイド病院も運営している。倉敷中央病院よりも在宅療養や在宅介護の対象者に近い位置にある病院であるが、介護との特段の連携活動は行っていない。

一方、介護との連携ではないが、在宅療養の患者に対するバックアップとして、倉敷中央病院では、在宅患者の急性増悪時などの入院に備えて、在宅療養支援診療所との間で覚書を締結して患者の基礎データを把握している。現在、21の在宅療養支援診療所と覚書を締結し、登録患者数は187名に達している。

3.5 倉敷市における地域医療連携の評価と課題

初期医療を担う診療所と急性期医療を担う病院との連携に関しては、倉敷中央病院は様々な取り組みを行っており、地域の診療所などとの関係の強さを示す患者の紹介率、逆紹介率も高いことから、倉敷中央病院を中心とした病院と診療所の連携は順調に行われているとすることができる。

しかし、第2章でみた「わかしおネットワーク」と比較して、薬局や訪問看護ステーションなど多職種とのネットワークまでの広がりはなく、「わかしおネットワーク」が地域の患者を「面」で捉えようとしているとすれば、倉敷中央病院のような病院と診療所との関係は「点と線」の関係にとどまっていると見ることができる。

急性期病院と回復期リハビリテーション病院など、病院の機能分担に関しては、各病院の自律的な協議により倉敷中央病院を急性期病院とし、その病院がその後方連携病院となる体制が構築されている。この結果、倉敷中央病院では平均在院日数の短縮化や新入院患者数の増加などの効果が現れ、病院施設の効果的な活用ができています。

しかし、倉敷中央病院の相田俊夫常務理事は、「地域医療連携により医療機関の『競合』概念を払拭し、『共存』関係を構築することができた。しかし、これはあくまで医療機関の共存にとどまっている。転院したくないという患者に気持ちよく転院してもらうには、患者の思いを大事にしなければならない。その意味では『患者を含めた共存関係』を構築しなければならない」と述べている²¹⁾。これは、医療機関が地域の中で共存していくためにネットワーク化が進んだ熊本市の場合と類似の状況にあると見ることができる。

また、倉敷リバーサイド病院によれば、ケアミックス型病院での治療が終了した後の受け入れ先がないという課題が指摘されている。これは、倉敷市内には、①維持期リハビリテーションを行なえるリハビリテーション従事者が不足していること、②老人保健施設などの収容施設が不足していることによる²²⁾。第2章でみた東京都北多摩南部保健医療圏における病院・介護施設の地域連携では、回復期リハビリテーション病棟のみならず、その先の維持期リハビリテーションを実施する老人保健施設まで整備している。これに対し、倉敷市の場合は、急性期病院の次の段階でとどまり、維持期リハビリテーション機能が「抜け」となっている。

なお、倉敷市の介護関連施設の高齢人口10万人当たりの定員数はほぼ全国平均水準にある。ただし、内訳では、介護療養型医療施設の病床数が相対的に多く、現在進められている療養病床の再編の影響が懸念される(表2)。

<投稿論文>

【表2】 高齢人口10万人当たり介護保険施設数・定員数（平成19年10月1日現在）

	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設		地域密着型 介護老人福祉施設		定員数 病床数 合計
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	病床数	施設数	定員	
全国	23.0	1,608	13.4	1,223	10.2	431	0.4	8.0	3,270
岡山県	27.2	1,839	16.4	1,319	13.9	332	1.6	30.8	3,521
岡山市	26.5	1,685	15.1	1,416	13.6	256	-	-	3,356
倉敷市	19.0	1,604	14.6	1,381	14.6	511	-	-	3,495

(注) 高齢人口は平成17年国勢調査による

資料：厚生労働省「平成19年介護サービス施設・事業所調査」

ケアミックス型病院での治療が終了した後の受け入れ先がないという課題は、在宅療養の体制が整っていないということでもある。倉敷リバーサイド病院によれば、患者を在宅で支える家族の受入体制の問題もあるという。急性期病院の段階では早期の在宅復帰を目指している患者でも、患者家族が期待するレベルまで生活機能が回復しない、あるいは、短期間の入院にとどまる急性期病院段階では、在宅生活の現実的なイメージ想像できなかったなどの要因により、在宅復帰の困難さを訴える患者が少なくないという。

自宅の構造上の問題から、自宅での生活に困難を感じる場合も考えられるが、倉敷リバーサイド病院によれば、施設面などの環境問題はある程度解決可能であり、どちらかといえば、患者家族の負担感が大きいという²³⁾。

患者のケアは家族のみが負担するのではなく、介護保険サービスを活用して、その負担を軽減することができる。また、地域包括センターなど、各種サポートの窓口機関も存在する。それでも、在宅復帰することの困難さを訴えるということは、介護保険サービスや地域の支援システムに「漏れ」や「抜け」があることを示唆するものである。

4. まちづくりと医療：患者を含めた連携の新しいシステムを求めて

4.1 患者の生活を支えるまちづくりシステムの試み

倉敷市の場合、倉敷中央病院という急性期医療

を担う大規模病院があることから、倉敷中央病院を中心とした急性期医療前後の地域医療連携体制が構築されている。しかし、先進事例との対比では、倉敷市内外の病院と診療所が「点と線」の関係で結ばれているに過ぎず、医療・介護関係の多様な職種・機能との連携は十分ではない。また、在宅療養を支える体制も、患者に対する情報提供面も含めて十分なものではない。

倉敷市のように比較的医療機関が多数存在する大都市地域においても、地域医療連携はまだ十分なものとなっていないが、改善を図る方法としては、①地元医師会、薬剤師会など医療・介護関係の職能団体の協力、②市町村や都道府県などの自治体の協力、③地域医療連携活動を診療報酬面で支えるなどの財政的なバックアップなどが考えられる。

しかし、これらはいずれも、サービス提供側からの視点による改善策である。今後より重要となるのは、患者の視点からの検討であろう。これまでは、地域住民のうち、医療機関に通院し、あるいは入院する住民が「患者」として、医療機関から認識されていたと考えられる。今後ますます高齢者が増加することで、患者は一段と増加することが予想される。後遺症による行動障害を持った患者が地域生活を送る機会は増加している。いわば、患者の存在は、地域社会の中で日常化しているのであり、「患者の日常生活を支える」「患者の地域生活を支える」という視点で、地域医療連携の「漏れ」や「抜け」を埋めて行く必要があろう。

これは、患者の生活を支える、いわば、「まちづくり」としてシステム化されることに他ならない。

4.2 倉敷市における取り組み

川上（1992）は、医療・福祉を一体化したまちづくりを「メディコ・ポリス構想」としている。それはすなわち、医療や福祉を施設だけで行うのではなく、市民生活における一機能であることを意味する。

倉敷市は1996年に「倉敷市障害者や高齢者にやさしいまちづくり総合計画」を策定している。そこには、行政・市民・民間事業者がそれぞれの特色を生かしながら一体となって、ハードとソフトの両面からまちづくりを推進する必要性が強調されている。その具体策として、①歩道や公共施設等のバリアフリー化や安全性の確保、②生活のための情報収集や提供のためのシステムづくり（案内標識や福祉器具等の情報紹介など）、③市民への啓発や庁舎内における支援体制づくりが明記されている。

この提言から11年後の2007年に発表された「ひと、輝くまち、倉敷。」の報告書は、倉敷市の強みとして、歴史・文化・芸術、医療・福祉、教育を挙げている。また、それらが経済や産業、環境といった分野と共生したまちづくりを世代、地区、分野の隔たりなく連携していく必要性が強調されている。この中には、医療・福祉を中心としたまちづくりについても明記されている。具体的には、①ユニバーサルデザインの推進、②全市内の医療・福祉機関の充実をもとに市民団体等を活用したまちづくり、③関連諸分野との連携といった内容を踏まえた地域コミュニティづくりについての提言がなされている。

これらの提言をみると、1996年の提言では主としてハード面に重点が置かれていたのに対して、2007年の提言ではソフト面に重点が置かれており、ハードからソフトへシフトしていることが示唆できる。

こうした中で、倉敷商工会議所²⁴⁾は、2009年に医療・福祉部会を発足させた。医療・福祉部会は、

医療業、保健衛生、社会保険・社会福祉・介護事業を営む86の事業者によって構成されている²⁵⁾。その設立趣意書には、「昭和四年に設立された倉敷商工会議所も地域産業の振興という本来の役割を果たすべく活動を進めてまいりましたが、時代の変遷とともに商業・工業を中心とした地域経済振興事業だけでなく、少子高齢化社会を迎えた現在、医療・福祉・環境といった新たな視点を取り入れた総合的な町づくりが強く求められるようになりました。（中略）私達がこの地でよりクオリティーの高い生活を望むならば日常生活を支えるセキュリティを真正面にとらえていく必要がある事、それはとりもなおさず経済的に安定した生活、つまり商工業の継続的な発展とそしてもう一つは、生涯医療と福祉の充実であります。この二大要素こそが住むに値する街を創り上げる最大の要件であると信じます²⁶⁾。」と記されている。これを実現するために、商工会議所内外での意見交換や情報発信はもちろん、医療・福祉の観点から見たまちづくりに関しての政策提言を行うことを目的としている。倉敷商工会議所の山本俊夫専務理事は「質の高い生活を維持し、一層高くするために医療福祉は欠かせない。医療・福祉関係者の意見を取り入れないと、まちづくりを進めても通り一辺倒の街になってしまう。」と、その経緯と今後のあり方を述べている²⁷⁾。

医療・福祉部会は発足して間もないため、具体的な成果については、今後出てくるものと思われる。しかしこの部会が発足したことは、①商工会議所が中心となり医療・福祉事業者の考え方を取り入れようとしていること、②医療・福祉における諸問題を地域全体の問題として取り上げていること、③同時に地域住民の視点を取り入れようとしていること、④ハード面よりもソフト面に重点を置いたまちづくりを実践しようとしていることに、大きな特徴があるといえる。そもそも、商工会議所とは「商工業の総合的な改善発達を図り、兼ねて社会一般の福祉の増進に資することを目的²⁸⁾」とし、地域性、総合性、公共性、国際性といった特色をもった地域総合経済団体である。

<投稿論文>

その意味において、病院数が多いという街の特色を生かした活動をしており、社会福祉の増進に貢献しているといえよう。また、商工会議所として医療・福祉に積極的に取り組んでいる事例は全国的に見ても稀である²⁹⁾。今後は、こうした取り組みによって、異業種の意見を取り入れた新しい医療・福祉サービスの提供、患者を含めた地域連携による持続的な医療・福祉システムの構築、中心市街地の活性化やそれに伴う商店街への経済効果、人を尊重した街路整備³⁰⁾などが期待される。

4.3 患者を中心とした新しい地域連携システムの可能性—まちづくりの観点から—

倉敷市の取り組みは緒についたところである。これには評価すべき点もあるが、一方で課題も浮かび上がる。地域住民の視点からみたまちづくりを実践しようとしているものの、①患者やその家族がそれをどう考えているのか、②患者やその家族はどのようなサービスを望んでいるのか、③具体的にまちづくりの中にどのように取り込んでいくか、といった点で課題が残されている。これらの課題は、行政、商工会議所、医療・福祉事業者だけで解決できる問題ではない。患者やその家族などといった地域住民がまちづくりに参加することで解決できるものであろう。「ひと、輝くまち、倉敷。」の報告書には、倉敷市の強みとして「ボランティア団体活動が活発」であることが明記されている。また、医療・福祉が充実したまちづくりのためには、それらと連携する必要があることが明記されている。

今後は、この構想を実現できるように行政、商工会議所、医療・福祉機関、ボランティア団体が連携していくことが望まれる。互いに異なった考え方をもち組織が連携することは容易なことではないであろう。その意味で、倉敷市における取り組みは、今後さまざまな展開が予想される。しかし重要なのは、地域生活にかかわる多様な関係者の共同作業として、まちづくりにおける医療・福祉の問題を検討していくことではないだろうか。

5. 最後に

本研究においても、倉敷市の事例調査から今後の方向性に関するヒントを得た段階にとどまっている。倉敷市の調査も、介護関係者の実情調査、地元医師会や倉敷中央病院以外の医療機関の意向調査などを今後行なう必要があると考えており、地域で「健康的な生活」を考えようとしている倉敷市の取り組みと同時並行的に研究を深めていきたい。

なお、本研究にあたって、倉敷中央病院、リバーサイド病院、倉敷商工会議所のご協力を頂いた。ご多忙中にも関わらず、ご協力下さったことに改めて感謝申し上げます。また本研究は、高橋、唐澤の他に、法政大学大原社会問題研究所副所長・相田利雄を代表とし、江頭説子、大平佳男、小磯明、永田瞬、仲田秀、橋本美由紀、宮澤早苗による共同研究の成果である。

注

- 1) 厚生白書（平成9年版）
- 2) 平成13年4月に設置された「総合規制改革会議」において医療・福祉分野への民間活力の導入と競争原理の導入が議論され、同会議の後継組織である「規制改革・民間開放推進会議」においても、病院の経営主体としての株式会社参入や混合診療の解禁問題などが議論された。
- 3) がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病と救急医療、災害医療、産産期医療、小児医療、へき地医療の5事業に関して、事業別に都道府県が地域医療計画で数値目標を設定し、地域連携体制の構築に取り組むこととなった。
- 4) 社会医療法人は、「救急医療等確保事業」を担うことにより、地域において特に必要と認められる基盤的な医療サービスの安定的な提供が求められる。このため、社会医療法人の経営基盤の安定・強化の観点から、収益事業を実施することが認められるほか、社会医療法人債を発行して市場から直接資金調達が可能である。また、社会医療法人の社会保険診療事業には法人税が課されない。
- 5) 従来の老人保健制度のもとでは、患者の自己負担以外の医療費負担は、その3割を国および地方

- 自治体が負担し、7割を各保険者からの「老人医療費拠出金」によってまかっていたが、後期高齢者医療制度では、患者の自己負担以外の医療費負担の5割を国および地方自治体が負担するとともに、1割は高齢者の保険料から充てることになり、各保険者からの支援金は4割にまで圧縮されることになった。
- 6) 後期高齢者医療制度の創設とあわせて、既存の各種医療保険の保険者の再編に関する事項も定められた。具体的には、市町村を保険者とする国民健康保険は、財政基盤が脆弱であることから、都道府県単位で財政基盤充実のための共同事業を実施することとなった。また、全国健康保険協会を2008年4月に設立し、それまで社会保険庁が運営していた政府管掌健康保険の保険者としてその運営を継承させるとともに、保険料は都道府県単位で算定することとなった。これらの見直しは、保険者としての運営を実質的に都道府県単位にする布石と見ることができよう。
 - 7) 山下護「将来の医療法人の姿——第5次医療法改正案を中心に」『病院』医学書院、65巻6号、2006年6月、p14-18、p18。
 - 8) 病院に入院する前の診療所との連携が「前方連携」と呼ばれるのに対して、リハビリないし療養型の病院との連携は「後方連携」と呼ばれている。
 - 9) 地域連携クリティカルパスは、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に戻るまでの治療計画であり、診療にあたる複数の医療機関が、診療が始まる前にそれぞれの医療機関の役割分担や診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするものである。なお、地域連携クリティカルパスに基づき大腿骨頸部骨折と脳卒中の診療を行なう場合は、診療報酬の加算が行なわれており、診療報酬面でも地域連携クリティカルパスの活用を誘導している。
 - 10) 「第5次熊本県保健医療計画（平成20年度～24年度）」によれば、熊本市（二次保健医療圏）の基準病床数9,973病床に対して、既存病床数は11,764病床に達しており、1,791病床の超過となっている。
 - 11) 「安心と希望の医療確保ビジョン」第6回会議における済生会熊本病院須古院長の発言。同議事録p7。
 - 12) 平井愛山、吉田純、高橋紳一「連携は医療を救うか 点ではなく面で支える」における高橋紳一氏の発言。
 - 13) 週刊東洋経済2007年11月3日号特集記事
 - 14) 2007年12月5日に筆者（高橋）が奈井江町立病院小澤事務長（奈井江町健康ふれあい課長、奈井江町老人保健施設「健寿園」事務長兼務）に対して行った聞き取り調査での回答。
 - 15) 尾道市医師会ホームページ「尾道市医師会主治医機能支援システムの構築から——地域ケアマネジメントの標準化と尾道市医師会の挑戦」
<http://www.onomichi-med.or.jp/support/support.html>
 - 16) 2008年8月14日に筆者（高橋）が岐阜県中津川市の中津川市社会福祉協議会に対して行った聞き取り調査では、介護保険において位置づけられているケアカンファレンスに医師が参加することは稀であるという回答があった。
 - 17) 第2章で紹介した奈井江町立病院は、町役場に隣接するとともに、老人保健施設を併設している。加えて、町の健康ふれあい課長が町立病院の事務長と老人保健施設の事務長を兼務し、行政と医療、介護の施設運営が連携して行えるような配慮がなされている。また、公立みつぎ総合病院、涌谷町町民医療福祉センターなどが「ワンストップ」型のサービス提供を行っており、「人口が少ない基礎自治体での統合」の典型事例とみることができる。
 - 18) 平成18年の医療施設調査結果によれば、笠岡市内の全ての病床数は1,059床にとどまり、倉敷中央病院の全病床数を下回っている。また、倉敷市内の病院は、川崎医科大学附属病院と倉敷中央病院を除けば、すべて300床未満の規模で、この二大病院以外は、中堅・中小病院といえる。
 - 19) 2009年12月11日に倉敷中央病院地域医療センター長から聞き取り。
 - 20) 2009年12月11日に倉敷中央病院地域医療センター長から聞き取り。
 - 21) 2009年12月11日に聞き取り。
 - 22) 2009年12月11日に倉敷リバーサイド病院地域医療センター地域連携相談室長から聞き取り。
 - 23) 2009年12月11日に倉敷リバーサイド病院地域医療センター医療福祉相談室のソーシャルワーカーから聞き取り。
 - 24) 倉敷商工会議所もまた大原孫三郎によって設立された団体である。
 - 25) 2009年9月時点で86事業所が参加している。発足当初は、半数以上が商工会議所に加盟していなかったが、これを機に医療・福祉関係事業者の入会が増えた。
 - 26) 「倉敷商工会議所 医療・福祉部会設立趣意書」。下線部は筆者による。
 - 27) 2009年12月11日に倉敷商工会議所・山本俊夫

<投稿論文>

- 専務理事から聞き取り。
- 28) 商工会議所法第6条。
- 29) 筆者らが確認する限りでは、商工会議所として医療・福祉部会あるいはそれに類する部会・懇談会を設置しているのは、函館商工会議所（北海道函館市）、八戸商工会議所（青森県八戸市）、千葉商工会議所（千葉県千葉市）、豊橋商工会議所（愛知県豊橋市）である。
- 30) 木下勇は『「環境と福祉」の統合—持続可能な福祉社会の実現に向けて』の中で、日本の道路は自動車優先であり、人間が尊重されていないという道路に関する問題点を指摘している。

参考文献・資料

- 相田俊夫, 2009, 「持続可能な急性期病院の経営展開—人・ハード・ソフトづくり」『2009年12月11日倉敷中央病院プレゼンテーション資料』。
- 栄畑潤, 2007, 『医療保険の構造改革』法研。
- 方波見康夫, 2006, 『生老病死を支える』岩波書店。
- 唐澤克樹, 2008, 「商店街と医療福祉施設の融合したまちづくり—商店街再生の観点からの考察—」法政大学大学院修士論文。
- 川上武・小坂 富美子, 1992, 『戦後医療史序説—都市計画とメディコ・ポリス構想』勁草書房。
- 規制改革・民間開放推進会議, 2004, 『規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申—官製市場の開放による『民主導の経済社会の実現』』規制改革・民間開放推進会議。
- 熊本県, 2008, 『第5次熊本県保健医療計画（平成20年度～24年度）』。
- 倉敷市, 2007, 『ひと、輝くまち、倉敷』。
- 倉敷市, 2008, 『倉敷市 障害者や高齢者にやさしいまちづくり総合計画』。
- 倉敷中央病院, 2009, 『財団法人倉敷中央病院 概況（2009年11月26日作成）』。
- 小磯明, 2009, 『地域と高齢者の医療福祉』御茶ノ水書房。
- 須古博信, 2008, 「地域完結型医療の実現を目指して」『「安心と希望の医療確保ビジョン」第6回会議資料および同議事録』, 厚生労働省ホームページ, (2010年2月25日取得, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/txt/s0408-2.txt>)。
- 田中道雄・田村公一編著, 2006, 『現代の流通と政策』中央経済社。
- 十河浩史, 2009, 「倉敷中央病院 総合相談・地域医療センター」『2009年12月11日プレゼンテーション資料』。
- 平井愛山・秋山美紀, 2008, 『地域医療を守れ——『わかしおネットワーク』からの提案』岩波書店。
- 平井愛山・吉田純・高橋紳一, 2008, 「連携は医療を救うか 点ではなく面で支える」『医療関係者向けウェブサイト「MTpro」掲載座談会資料』, (2010年2月25日取得, <http://www.medical-tribune.co.jp/iryousai/sei/no3.html>)。
- 広井良典編著, 2006, 『「環境と福祉」の統合—持続可能な福祉社会の実現に向けて』有斐閣。
- 山重慎二, 2006, 「『公益法人』としての社会医療法人のあるべき姿」『病院』65(6):19-23。
- 山下護, 2006, 「将来の医療法人の姿——第5次医療法改正案を中心に」『病院』65(6):14-18。

高橋 啓 (タカハシ・ヒロシ)

法政大学大学院政策科学研究科博士後期課程

唐澤克樹 (カラサワ・カツキ)

法政大学大学院政策科学研究科博士後期課程