

中山間地域における地域医療の課題

－地域医療構想から見た新見市の現状と課題－

大竹 晴佳*・岡 京子・松本 百合美・三上 ゆみ

新見公立短期大学地域福祉学科

(2016年11月30日受理)

第6次医療法改正に伴い、都道府県の医療計画には地域医療構想を盛り込むことが必須となった。今後は急性期から慢性期までの機能分化がさらに進むと同時に、住民の医療ニーズに基づいた地域医療体制の構築が求められる。中でも今後、慢性期医療は病院の中だけでなく地域へも展開の場が広がることが想定されており、住民の身近なところで「もしもの場合」に対応できる連携が必要である。このような政策の流れの中で、岡山県の中山間地域にある新見市が抱える課題は、医療資源の不足と偏在の中で、慢性期から急性期までが連携した地域医療体制をいかに構築していくかということである。現在、遠隔医療システムや、多職種連携のための様々な先進的な取り組みが行われているが、今後はそうした試みをさらに深化させ、地域で急変に気づき合う社会関係までも連携の視野に入れながら、「地域づくり」として地域医療体制の構築を進めていくことが必要である。

(キーワード) 地域医療構想, 地域包括ケアシステム, 医療と介護の連携, 中山間地域, 地域づくり

1. 本稿の目的

本稿の目的は、地域医療構想を読み解くことを通して、岡山県の中山間地域にある新見市の地域医療における現状と課題について考察することである。

岡山県では2015(平成27)年度の検討を経て、2016-2017(平成28-29)年度を期間とした第7次岡山県保健医療計画が策定され、現在、計画が進行中である。医療法改正により、都道府県の医療計画には地域医療構想が盛り込まれることが必須となったが、その実現のためには地域包括ケアシステムの構築が不可欠であり、様々な職種が垣根を越えて協働することが求められている。医療法はこれまで6回の改正が行われてきたが、地域医療構想の策定が必須となった第6次改正は、これまでの地域医療体制における機能分化と連携をよりいっそう進めると同時に、医療の展開する場を病院だけでなく地域に開放させていくことをねらったものであり、地域医療の体系化は新たな段階に入ったともいえる。

一方、地域で暮らす住民にとって、医療の充実は安心の源であるが、地理的に条件不利な中山間地域においては医療資源は不足しがちであり、住民の「もしもの場合」に対する不安は大きい。医療提供体制のさらなる機能分化と連携を目指す地域医療構想は、中山間地域でどのように展開されていくだろうか。また現在、地域ではどのような動きが見られるのだろうか。本稿は岡山県の中山間地域にある

新見市の現状と課題について、地域医療構想から読み解いてみたい。

以下、第2節では地域医療構想の策定が必須となった第6次医療法改正をこれまでの医療法の流れの中に位置づけながら、地域医療に関する政策がどのような段階にあるのかを確認する。第3節では病床機能報告に基づいて策定された岡山県の地域医療構想を読み解き、新見市が属する高梁・新見医療圏の課題を挙げる。続く第4節では、新見市が抱える地域医療の課題に対し、医師会を中心にすでに取り組まれていることを先進事例として挙げる。第5節では医療資源の不足と偏在に悩む中山間地域の新見市で、今後地域医療体制を充実させていく上でさらに必要なことについて考える。以上を通して、病院間および専門職どうしの連携にとどまらず、地域での暮らしを支える社会関係に根差した、地域包括ケアシステム構築の必要性について考察してみたい。

2. 地域医療構想とは何か

1) 医療法改正の流れ

はじめに地域医療構想が策定されるようになった背景を振り返り、そのねらいを整理しておこう。先述のように地域医療構想が策定されるようになったのは医療法の第6次改正以降である。1948年に制定された医療法が初めて改正されたのは1985年であり、制定後40年近く改正が行われ

*連絡先: 大竹晴佳 新見公立短期大学地域福祉学科 718-8585 新見市西方1263-2

なかったという経緯がある。

戦後復興の途上にある1948年に制定された医療法のねらいは、医療機関の量的な整備と、医療水準の確保であった。医療法は、一定の水準を満たした民間医療機関に自由に開業させるという方法により、上記2つの目的を同時に、そして早急に達成しようとしたのであった。その結果、高度成長期を通して医療機関の量的な整備は確保された一方で、医療提供体制は医療資源の偏在や非効率性といった問題を抱え、それらをコントロールするしくみを欠いたまま量的拡大が進む、という状況が1980年代まで続くこととなった。

こうした問題への対応として、1985年に第1次医療法改正が行われた。その目的は医療資源の偏在を是正し、効率的な活用を図るために医療機関の連携を図っていくことであり、そのために医療計画を策定することが都道府県に義務づけられた。日本の医療提供体制は、このときによりやく体系的な整備のための第一歩を踏み出したのであり、医療計画はその手段として導入されたのであった。

その後、第5次改正までの医療計画では、医療圏ごとに基準病床数を設定することで民間医療機関の自由な開業を制御しようとしてきた。医療計画では、二次医療圏ごとに「一般病床」および「療養病床」の数が、三次医療圏ごとに「結核病床」、「精神病床」、「感染症病床」の数が設定され、当該医療圏に不足している種類の病床の整備を促進するとともに、過剰な病床をこれ以上増加させないという抑制の機能を果たしてきた。その結果、2015年度にはどの3次医療圏（すなわち都道府県）においても、5種類の病床が過不足なく整備されるに至った。

第1次医療法改正以降、医療計画によって医療資源の偏在を是正し医療提供体制の効率化を誘導しようという試みは、今日まで継続して続けられてきた。その意味では2014年の第6次医療法改正もこの延長線上にあると言える。しかしながらこの改正はこれまでとは異なり、医療資源の効率的な活用に向けてさらに一歩進めようとした内容のものとなっている。その方策として導入されたのが病床機能報告制度である。

2) 病床機能報告制度の内容とそのねらい

第6次改正で導入された病床機能報告制度は、それまでの「一般病床」および「療養病床」について、さらに機能分化を進めようとするものである。病院は自身が現在持つ病床について、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」のいずれの機能を持つのかを都道府県に報告することが義務付けられることになった。また同時に、将来はどの機能の病床として稼働していることが見込まれるか、という計画も併せて報告しなければならない。そのねらいは、将来の医療ニーズの予測に基づいて、機能面においても、また病床数としても、ニーズにあった医療提供体制を

構築することにある。それはすなわち医療機関が、自身が持つ病床の機能を、医療ニーズの推計に合わせて転換させたり、数を減らしたりすることが求められていくことも意味する。第5次改正までの基準病床数の設定という方策は、「これ以上の開設を抑制する」ことはできても、「今ある病床の転換や削減」までをも迫るものではなかった。もちろん民間医療機関に対し行政の計画による歯止めがどこまで効くのかは定かではないが、医療資源の効率的な活用に向けて、少なくともこれまでの医療計画が目指してきた水準から、さらに一歩踏み込んだ目的を掲げるようになったことは間違いない。

また、医療資源の効率的な活用は、機能分化の進展だけでは達成できない。病床機能報告制度だけでなく、地域医療構想が併せて導入されたねらいは、機能分化した医療資源の連携を図ることにある。これまでも5疾病5事業ごとに、第3次医療圏ごとの広域的な連携が考案されてきたが、地域医療構想がねらいとする連携は、このような疾病ごとまたは事業ごとにおける病院間の連携にとどまるものではない。目指されているのは「高度急性期」から「回復期」まで、患者の状態に合わせて医療機関が連携して対応すること、さらに「慢性期」医療を展開する場として、病院だけでなく在宅や施設といった地域が想定されているということである。このような意味での連携と体系化を打ち出す役割を担うのが地域医療構想であり、病床機能報告制度と両輪となって、医療資源の効率的な活用へと誘導しようというのがそのねらいである。

3. 地域医療構想から見た新見市の現状

1) 急性期医療の状況

では岡山県の第7次岡山県保健医療計画（2016年4月）における地域医療構想策定をめぐる議論の中から、本稿の対象である新見市の状況を見てみよう。なお参考とするのは地域医療構想そのものだけでなく、その基礎資料となった病床機能報告の初回の結果、および地域医療構想策定に向けて検討を重ねた「岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会」の報告書等のデータや議論の内容も含む。

まず岡山県の2次医療圏の概要についてであるが、岡山県には5つの2次医療圏があり、そのうち県南東部医療圏と県南西部医療圏に医療機関が集中している。本稿が取り上げる新見市を含む高梁・新見医療圏、真庭医療圏および津山・英田医療圏の3つは岡山県北に位置する中山間地域である。このように都市部が中心の県南と、中山間地域に広がる県北の3医療圏の傾向の違いは大きく、特に急性期医療についてはそれが顕著である。

病床機能報告制度の運用は2014年10月から始まったが、それによれば全国平均で高度急性期と急性期が全体の62.6%を占めていた。岡山県では県南東部医療圏と県南西

表 1 2014（平成 26）年 7 月 1 日時点での病床の機能区分別の病床数（許可病床）

| | 高度 急性期 (A) % | 急性期 (B) % | (A+B) % | 回復期 % | 慢性期 % | 無回答 % |
|----------|--------------------|--------------|------------|----------|----------|----------|
| 全国 | 15.5 | 47.1 | (62.6) | 8.9 | 28.5 | 0.0 |
| 岡山県 | 21.3 | 39.4 | (60.7) | 10.8 | 26.0 | 2.4 |
| 県南東部医療圏 | 21.9 | 43.3 | (65.2) | 9.4 | 23.2 | 2.3 |
| 県南西部医療圏 | 24.2 | 34.4 | (58.6) | 12.4 | 25.8 | 3.1 |
| 津山・英田医療圏 | 21.4 | 32.2 | (53.6) | 11.1 | 33.7 | 1.7 |
| 真庭医療圏 | 0.0 | 56.3 | (56.3) | 8.1 | 32.7 | 2.8 |
| 高梁・新見医療圏 | 0.0 | 46.4 | (46.4) | 13.9 | 39.7 | 0.0 |

出所：第 7 次岡山県保健医療計画 p34

部医療圏における急性期医療の割合がこれに近く、6割前後となっている一方で、県北の3医療圏における急性期医療の割合は低く、特に高梁・新見医療圏では46.4%となっている。

救急医療に関して、5つの医療圏の中でも高梁・新見医療圏が特に問題を抱えていることを示すデータは他にもある。圏域内で医療を完結できるかどうかの指標である「自己完結率」を見てみると、救命救急入院では県南の2つの医療圏では9割以上、津山・英田医療圏が8割以上、真庭が6割である一方で、高梁・新見医療圏は3割の自己完結率となっている。

同様の課題は救急搬送時間を比較してもわかる。覚知から収容までの平均時間を見てみると、高梁・新見医療圏では53.2分だが、他の4医療圏では33～36分のあいだとなっている。高梁・新見医療圏の救急搬送時間を年齢区分別に見ると、高齢者は48.0分だが、新生児・乳幼児が64.0分となっている。どこに時間がとられているかというと、覚知から現場到着までの時間は5医療圏で大きな差はない。高梁・

新見医療圏では、その後の現場到着から収容までの時間がかかっている。特に新生児・乳幼児については他の4医療圏が25～28分で収容されている一方で、高梁・新見医療圏では57.5分となっており、30分前後もの差が生じている。

高梁・新見医療圏の二次救急医療体制について見てみると、休日の日中には病院群輪番制度により高梁では3病院、新見では4病院が対応している。夜間は救急告示制度に加え各医療機関スタッフが対応しているが、特に新見では医療スタッフの不足が深刻な状態にあり、時間外には圏域外の二次救急医療機関へ搬送したり、圏域外の医療機関を直接受診する患者も少なくないという。また、高梁・新見医療圏では重傷患者の搬送について、日中はドクターヘリの活用が行われているが、夜間は他の手段による搬送が必要とされている。

救急医療に関しては、圏域内で完結できない医療の割合が高いこともあり、圏域を超えた連携をいかにスムーズに行うかが大きな課題である。まさに県という単位で広域的に取り組んでいかなければならない。だが「もしもの場合」を不安に思う地域住民の医療ニーズを考えると、救急医療においても、より地域に密着した形で備えることはできそうである。次節ではその前に、慢性期医療の状況について見ておこう。

2) 慢性期医療とは何か

2025年の医療機能別必要病床数の推計で、慢性期の療養病床は24.2万～28.5万床程度と予測されている。この推計は、現在、療養型病床に入院している患者のうち軽度の人（医療区分1）の7割が退院し、在宅や介護施設への入所へ移行することを前提としており、これとあわせて慢性期医療が展開される場として、療養病床への入院だけでなく、在宅や介護施設へも広げることが想定されている。つまりこのような政策が、軽度患者の病院からの追い出しとなるかどうかは、慢性期医療が病院の外でも展開される地域医療体制の構築ができるかどうかによるのである。

表 2 医療圏別にみた救急医療の状況

| | 自己 完結率 | 救急搬送 時間（※） （分） |
|----------|-----------|----------------------|
| 岡山県 | — | 34.8 |
| 県南東部医療圏 | 9 割以上 | 34.4 |
| 県南西部医療圏 | 9 割以上 | 33.4 |
| 津山・英田医療圏 | 8 割以上 | 36.6 |
| 真庭医療圏 | 6 割以上 | 36.0 |
| 高梁・新見医療圏 | 3 割 | 53.2 |

※覚知から収容平均の時間

出所：岡山地域医療構想・包括ケアシステム
研究会報告書 p317 より作成

慢性期の医療が、病院だけでなく在宅や介護施設でも展開されるとはどういうことだろうか。岡山県地域医療構想・包括ケアシステム研究会による報告書は、これまでの療養病床は医療の提供だけでなく「安心を保証する機能」をも持ってきたと述べている¹⁾。慢性期医療を療養病床に限らずに、在宅や介護施設でも展開するというのは、「安心を保証する機能」を地域に開放していくという発想が必要だ、というのである。

表3は岡山県の2次医療圏別に見た自宅で亡くなられた方の割合である。これによれば、高梁・新見医療圏のそれは8.0%で、全国平均の12.8%を下回るだけでなく岡山県内の他の医療圏と比べてもその割合が最も低い。このことは高梁・新見医療圏において、慢性期の中でも終末期の医療ニーズへの対応がほぼ病院内でなされていて、地域における展開は遅れていることを示しており、今後の大きな課題であることを意味している。

表3 自宅で亡くなられた方の割合（％）

| | |
|----------|------|
| 全国 | 12.8 |
| 岡山県 | 11.5 |
| 県南東部医療圏 | 12.2 |
| 県南西部医療圏 | 11.0 |
| 津山・英田医療圏 | 10.7 |
| 真庭医療圏 | 14.9 |
| 高梁・新見医療圏 | 8.0 |

出所：岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会報告書 p155

慢性期の医療対応の場を、病院だけでなく在宅や施設に広げていくためには、何かあった時に医療が対応できる体制づくりが必要である。例えば高齢者施設に入所する認知症の人等が肺炎や心不全、骨折等を発症し救急医療が必要になった場合に、「どのように地域で一貫性をもって診ていくのか」²⁾を考え、対応していくことが求められる。つまり地域における慢性期医療の展開は、病院外で起こる救急ニーズへの対応と表裏一体であるといえる。

そこで期待されているのが、急性期と在宅療養をつなぐ回復期病床である。2014年の診療報酬改定では地域包括ケア病床も誕生した。地域包括ケア病床は、①急性期病床からの患者受け入れ機能、②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ機能、③在宅生活への復帰支援機能、という3つの機能を持つことが期待されており、在宅で起きた「もしもの場合」の対応と、その後の在宅復帰の支援を旨とする。しかし2014年7月の病床機能報告によると回復期病床は最も不足している病床であり、岡山県下のすべての医療圏で2025

年に向けて増床が必要とされている。急性期病床から回復期病床は容易ではないと言われるが³⁾、地域包括ケア病床の新設等を受けた今後の動きを期待したい。

表4 回復期病床の病床数の現状と推計

| | 2014 年の病 床数① | 2025年の 必要病床数 の推計② | ②／① |
|----------|--------------------|-------------------------|--------|
| 岡山県 | 2,606 | 6,480 | 248.7% |
| 県南東部医療圏 | 1,129 | 2,927 | 259.3% |
| 県南西部医療圏 | 1,077 | 2,761 | 256.4% |
| 津山・英田医療圏 | 232 | 483 | 208.2% |
| 真庭医療圏 | 55 | 175 | 318.2% |
| 高梁・新見医療圏 | 113 | 134 | 118.6% |

出所：第7次岡山県保健医療計画 p41 第5章

4. 新見市における先進的な取組み

1) 新見医師会を中心とした取組み

以上のように新見市では多くの課題を抱えているが、すでに2008（平成20）年頃から新見医師会を中心に様々な取り組みが行われてきている。

例えば新見市では全国的にも早くから光ファイバーケーブルの全戸敷設を達成しているが、これを利用した「遠隔在宅医療支援システム（新見あんしんねっと事業）」の実証実験が、新見医師会を中心に続けられている⁴⁾。新見市内の医療資源は地域的に偏在しており、医療機関が市の中心部に集中しているため、山間部や介護施設に入所している居住者の在宅診療への対応が必要である。また診療所で往診や外来を担う医師に対し、専門的知識を必要とする疾患に対する対応や救急対応への支援も必要である。「遠隔在宅医療支援システム（新見あんしんねっと事業）」はICTを用いた遠隔医療でこうした課題に対応していこうという試みであり、全国からの注目も集めている。

山間部の在宅や施設の居住者への在宅医療というニーズに対し、医師不足の中で対応していかなければならないということもあり、病院・医師と施設や在宅生活を支える関係者との連携は大きな課題である。こうした課題に対し新見市では、多職種連携を円滑にするツールも早くから開発されてきた。医師会、連絡協議会、介護支援専門員連絡協議会が協力して作成した「新見版情報共有書」はその一つである。病院から在宅復帰への切れ目のない情報発信、医療から介護へのスムーズな情報の移行をねらったものであり「医療と介護を結ぶツール」である。さらにこれを、より多職種で連携し、情報をリアルタイムで共有できるように開発されたのが「在宅医療・介護多職種連携ツール

Z連携」というクラウド型サービスである。在宅医療に関わるメンバー間で上述の「新見版情報共有書」および「岡山ケアマネ協会（在宅）医療との連携シート」を共有することができるというものが、簡単な操作で安全に情報を共有できると現在注目されている。

2011年には新見市地域医療ミーティング推進協議会が立ち上がり、医療従事者の確保に向けたフェアの開催や、看護学生奨学支援金給付制度の創設などを行っている。また医療従事者と地域住民が座談会形式で地域医療について理解を深め合う「ふれあいミーティング」なども興味深い試みである。また2012年には医師、訪問看護師、ケアマネジャー、介護関係者など、各関係機関の連携を図るため「在宅医療連携拠点まんさく」が開所し、医療・介護の連携拠点として多職種間で情報共有などに取り組んでいる。2015年には「新見地域入退院支援ルールの手引き」が作成された。入退院にあたって病院担当者と在宅担当者（ケアマネジャー）が連携をとり、切れ目のない支援を提供できる情報共有のルール設定を目指したものである。「新見地域の医療と介護を必要とする高齢者が、住み慣れた場所で一日でも長く過ごせるための地域包括ケアシステム構築の一環」としての活用が謳われている。

2) 救急時における専門職連携に向けた取り組み

新見市地域医療ミーティング推進協議会の事業で現在注目されているのが、2014年から協議が開始され、2015年に第1回目が実施された「シミュレーショントレーニング」である。これは医療職のスキルアップと医療教育環境向上のための指導者養成を掲げたもので、医師や看護師が容態が急変した患者に適切な初期治療を施し、現場での医療技術を向上させようという目的で、岡山大学医療人キャリアセンターMUSCATが同協議会、岡山県看護協会新見支部などと共催で行っている。2016年5月末に行われた第5回目のトレーニングでは、リハビリ指導を受けていた患者の容態が急変し、理学療法士が近くの病棟に急報するという場面が設定されており、急性心筋梗塞や急性心不全などの想定された症状に合わせた処置を行う上でそれぞれの専門職が気をつけるべきことなどを学ぶというトレーニングが行われた。このような研修はIPE（Interprofessional Education; 多職種連携教育）と呼ばれるが、注目されている理由はこれを地域の実情に応じて行ったところにある。例えば「急性心筋梗塞」のシミュレーションでは、市内の救急指定病院へ転送するといったシナリオの後のことも検討され、市内にはいない循環器の専門医の診療が必要となったらどうするか、などの意見交換も行われた⁵⁾。

さらに2016年10月には医療関係者にとどまらず、医療職と介護職との連携を図るトレーニングが行われた。要介護状態にある高齢者は多くの疾患を持ち、いつ体調の急変が起きてもおかしくない。しかし特別養護老人ホームでは夜

間は看護職が不在となるため、急変時の初期の対応は介護職が受け持つことになる。この回では介護福祉施設等の介護現場を想定し、容態の急変を介護職員が発見した場合の初期対応から救急搬送までのシミュレーショントレーニングが行われた。

5. 医療と介護が連携した地域づくりを目指して

以上のように新見市では医療資源の不足と偏在に対し、専門職どうしの連携を強化して対応しようという試みがなされている。しかし中山間地域を取り巻く状況と今後の医療のあり方を踏まえてみると、その連携をさらに深化させる必要があると言えるだろう。

慢性期医療を療養病床に限らずに、在宅や介護施設でも展開する、という今後の地域医療のあり方を踏まえて求められていることは、これまで病院が担ってきた「安心を保証する機能」を地域に開放していくことである。岡山県地域医療構想・包括ケアシステム研究会による報告書はこのことを「地域全体を病棟化していく」⁶⁾と表現している。在宅の療養者にとって「家が病室で道路が病棟の廊下」⁷⁾と考えられるような安心感の提供である。このような展望は、中山間地域の住民にとってはいまだ現実感がないだろう。しかし慢性期医療を病院の外でも進めていくという政策が、軽度患者の病院からの追い出しとならないためには、こうした安心感を広げていくための地域医療体制の構築が不可欠となっていくのである。

そのためには地域で生活支援を展開している介護との連携が必須である。この場合の医療と介護との連携は、単に医療職と介護職の連携にとどまるものではない。地域包括ケアシステムの構築と地域医療とが一体となった「地域づくり」を視野に入れたものである。地域包括ケアシステムの中心は居住の場、すなわち「住まい」であり、医療と介護の展開する場である。例えば地域で、認知症の高齢者がどのような日常を過ごしており、誰が支援しているか。「もしもの時」に対応できるのは身近にいる誰なのか。その場に居合わせた人はどのような対応を取ればよいのか、その後は誰が駆けつけるのか。駆けつけた先にどのような救急医療の対応が用意されているのか。偶然その場に遭遇した地域住民や、施設の職員が、手だてもないまま立ちすくむことのないように、身近な顔見知りの関係から、圏域外への救急搬送も視野に入れた広域的なネットワークまで体系的に構築されることが重要である。「医療は単独では機能しない。それは介護や住宅政策など他の社会政策との協働を必要とする。特に高度高齢社会においては地域包括ケアとの連動性が強く意識されなければならない。」⁸⁾とあるように、地域医療体制の構築は、慢性期医療から救急医療といった病院間の連携、また医療職と看護職・介護職といった専門職間の連携にとどまらず、「住まい」の中

心として、そこに住まう人びとを医療と介護が支える地域包括ケアシステムの構築とセットで行われなくてはならないのである。

新見市の旧哲西町では、哲西町診療所を中心にその試みがすでに全国に先駆けて行われている。診療所の目標には、地域のかかりつけ医として「あらゆる科の一次医療＝決して専門ではないから断るといった医療ではなく何でも診る医療」と「いつでも診る医療＝24時間365日体制」が掲げられ、診療所が旧哲西町役場（2005年の市町村合併後は新見市役所哲西支局）内に置かれていることから、役場当直を通じいつでも相談にのれる医療を展開している。同じ建物（きらめき広場・哲西）には在宅福祉を支えるサービス事業所や図書館、文化ホール、認定こども園が入っており、行政と医療、福祉、文化が一体となった町の拠点となっている。これまで多くの研修医や医大実習生、看護実習生を受け入れてきたが、地域医療はまず地域の生活を知ることからという理念に基づき、実習生は地域医療の実践として地域の視察も必ず行っている。交通手段がないことや、我慢をして診療所に行くことができない独居の高齢者などについては、保健師やケアマネジャーがその医療ニーズを把握し、診療所に伝え、訪問診療を行うという連携が取れている。きらめき広場と称する複合施設の創設は、「診療所を行政の中心に置く」ということが明確に意図されていることであり、市町村合併を経た現在でもNPO法人となつてまちづくりが進められている。

地域医療の構築を地域づくりと一体となつて行うことは、地域再生のモデルにもなり得ると言われており、先駆的な取り組みをしている市町村は他にもいくつか挙げられる。例えば愛知県の三河中山間地域の足助地区は、山深いところにあり過疎・高齢化と恒常的な医師不足が課題の地域であるが、足助病院を中心とした「三河中山間地域で安心して暮らし続けるための健康ネットワーク研究会」を立ち上げて様々な試みを行っている。そして、その着眼点は徹底して住民の生活ニーズに置かれている。例えば行政区画としての自治体の枠組みと、医療圏の設定にズレがあることから、住民の生活圏を「地域」として位置づけ直し、住民と地域中核病院を結び付ける連携のシステムを構築したり、また、医療・福祉・介護・保健サービスが効率的に提供されるまちづくりのためには人の移動手段が大きな課題であることから、複合輸送サービスの試行を行ったり、というように、その試みはもはや医療の枠組みを超えて展開されている⁹⁾。また高知県の土佐清水市では、地域の基幹病院まで車で1時間という立地から地域医療の構築が必然となり、多職種協働の取組みが本格化した。医療資源が限られた状況の中で、協働することで初めて住民に満足したサービスを提供することが可能になる、ということを経験し、医療と介護の専門職、そして地域住民が共有したことで「地域再建のための医療連携という協力体制」¹⁰⁾が構築さ

れたという。

新見市の医療資源に関する条件は、岡山県下の他の圏域と比べても厳しい状況にある中で、前節で見たように専門職の連携を強化する様々な試みが行われている。これをさらに住民の生活ニーズに根差して、関係者が柔軟に連携し合うことで、健康で安心して暮らし続けるための地域づくりも視野に入れた試みに深化させることが求められる。旧哲西町の取組みは新見市内でそれが可能であることを示しているし、市内には身近な支え合いを保持しようと住民主体の地域福祉としての試みを重ねている地域が多く見られる。介護に関しては高梁・新見医療圏が岡山県下5医療圏の中で最も満足度が高いという調査結果もある¹¹⁾。新見市ですぐに見られるこれらの動きと連携を図ることを通して、最期まで安心して暮らし続けることのできる地域づくりへ踏み出すことができるのではないだろうか。哲西町のように診療所中心の連携だけでなく、介護が要となる連携のあり方も模索できるかもしれない。地域医療体制の構築を求めた医療法改正をその契機としていきたい。

文末脚注

- 1) 岡山県医師会（2016）p243参照。
- 2) 同上p34参照。
- 3) 河谷はるみ（2016）参照。
- 4) 2004（平成16）年から新見医師会が中心となつて、遠隔医療システムの構築に取り組んでいる。新見市では2008（平成20）年に市内全戸に光ファイバーが敷設されている。市内の4病院と16診療所、11介護施設にテレビ電話が設置され、訪問看護師が患者宅を訪ね、携帯型テレビ電話端末を持ち込み、医師が診察を行う仕組みとなっており、介護施設入所者の健康管理にも利用されている。
- 5) 週刊医学界新聞2016.6.27.No.3180参照。
- 6) 岡山県医師会（2016）p33参照。
- 7) 同上p230参照。
- 8) 同上p242参照。
- 9) 「三河中山間地域で安心して暮らし続けるための健康ネットワーク研究会」の試みについては、川井(2011)133-139を参照。
- 10) 中野（2014）245参照。
- 11) 岡山県が岡山大学大学院医歯学総合研究科社会環境生命科学専攻疫学・衛生学分野に委託して行った「地域の状況に応じた医療・介護供給体制構築のための調査報告書（2016年3月）」によれば、「介護サービスが充実していると思いますか」という問いに対し、高梁・新見医療圏在住の住民は「そう思う」「やや思う」を合わせて35.6%と、5医療圏のうちもっともその割合が高い。県南東部医療圏では28.1%、県南西部26.0%、真庭28.1%、津

山・英田27.1%，県全域では27.4%である。この調査は、市町村が年齢階級別にランダムサンプリングで抽出した調査対象者6,606人（40歳以上の岡山県民，男女）に配付され，3,059人が回答した（回答率46.3%，2015年6月～9月実施）。高梁・新見医療圏の地域内の差異を考慮しなければならないこと，また，実際に介護を必要としている人に問うているわけではないこと，に留意しなければならないが，医療資源の不足に対し，介護資源の活用の余地が大きいこと，また介護資源の活用の期待への大きさを示すものとして見ることはできるのではないだろうか。

文献

岡山県：第7次岡山県保健医療計画．2016.4

岡山県医師会：岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会報告書（平成27年度 地域包括ケア体制整備支援事業）．2016.3

岡山県・岡山大学大学院医歯学総合研究科社会環境生命科学専攻疫学・衛生学分野：地域の状況に応じた医療・介護供給体制構築のための調査報告書．2016.3

川井真：農山村地域の「いのち」と「くらし」を支える『新しい公共』のデザイン ～保健・医療基盤の再生に向けた社会連携モデルの可能性について～．JA共済総合研究所，創立20周年記念論文集，2011.8.

川井真：地域医療と協同組合～現代農村社会におけるヘルスケア・インフラストラクチャーに関する一考察～. JA共済総合研究所，共済総研レポート，No.107，2010.2.

河谷はるみ：在宅医療を担う医療体制の在り方. 九州看護福祉大学紀要，16（1）,25-30,2016

自治医科大学：地域研修医療機関 岡山県新見市哲西町診療所

http://www.jichi.ac.jp/chiikik/training/oka_tessei.html
（2016.9.24.最終アクセス）

週刊医学界新聞2016.6.27. No.3180

中野知美：在宅医療は地域づくり!! 土佐清水市における在宅医療連携拠点事業 ～過疎地域モデルを目指した取り組み. 日本老年医学会雑誌，51（3），243-246，2014

新見市地域医療ミーティング推進協議会：新見市の医療を考える 新見市地域医療ミーティング推進協議会の取組から．2014.2

NPOきらめき広場：地域情報誌「きらりら」．各月号，岡山県新見市哲西町

<http://www.npo-kirameki.jp/index.html>（2016.9.24.最終アクセス）