

## 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 ～

調査研究部 川井 真

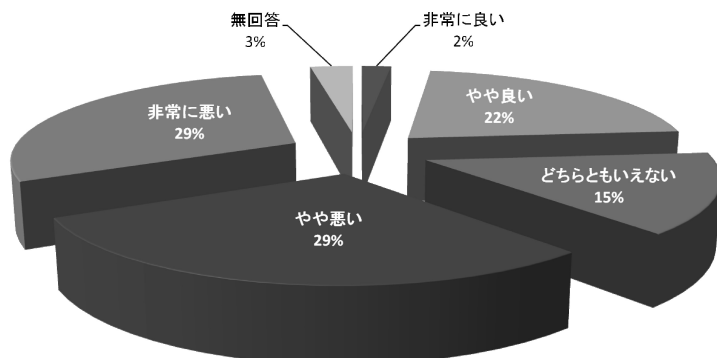
#### はじめに

現代の農村社会は高齢化と人口減少が進み、中山間地域においては産業の衰退も著しい。行政サービスの質の低下や生活環境の荒廃が同時進行するために、医療機関経営という観点からも厳しい地域であることに疑いはない。昨年実施した『農山村地域の保健医療基盤に関するアンケート』調査<sup>i</sup>の回答には、現代農村医療の実態と共に、現場の危機感も色濃く映し出されていた。【図1】は病院の財政状態について尋ねたものだが、良好との回答は2割程度であり、約6割の医療機関は不良と答えている。予想に反することなく、この結果は——地域の医療環境や地理的条件に対する病床機能及び病床規模などの検証は行っていないが——各医療機関の立地条件とほぼリンクする。非効率で高コストな社会と言われながらも、いずれの地域にもひとの暮らしと生命の営みがあり、農村地域の医療機関は住民生活の安心を担保しながら、間接的にその地の歴史や文化も守ってきた。いま、農村社会における保健医療基盤の再構築は喫緊の課題である。

超高齢社会の到来が目前に迫り、

医療政策にも大きな変化が現れている。ここ数年の政策には、地域全体をひとつの医療機関へと変容させていくようなダイナミックな企てを感じる。換言すれば、それは医療のホームグラウンドを病院から地域へと移し始めたということでもある。異なった機能を持つ複数の施設が互いに補完し合うことを推進し、医療施設と介護施設の機能的連携も視野に入ってきた。訪問看護ステーションはまさに地域のナースステーションと言ってもいい。さらに在宅療養支援診療所の新設により、個人開業医は在宅医療を推進するための中心的な役割を担わされることになった。また、保険行政におけるリスクマネジメントとしては、疾病予防のみならず介護予防という概念

【図1】 財政状況(N=102)



<sup>i</sup> 『農山村地域の保健医療基盤に関するアンケート』は、全国厚生農業協同組合連合会の協力のもとで、全国115の厚生連病院にアンケート調査を依頼し、102病院からの回答が得られたものである。

も登場し、それは自治体レベルの取り組みとして展開される。まさに地域における保健・医療・介護・福祉の連携の促進である。しかしながら、この一連の動きを眺めていて気付いたことがある。これは過去、協同組合医療が目指した姿に酷似していないだろうか。事実、現在の厚生連病院の中にも、単独で上述した取り組みすべてを具現化している医療機関がある。そこで本稿では、まず協同組合と医療の歴史を振り返り、続いて『農山村地域の保健医療基盤に関するアンケート』の結果をもとに厚生連病院の活動を照らし合わせ、最後に過去・現在・未来の時間軸をたぐり寄せながら、厚生連病院とJAグループが織り成す農村社会の保健医療基盤のあり方について考えてみたいと思う。

### 農村医療の源流

過去、農村地域の保健医療を支えてきたのは、紛れもなく協同組合であった。たしかに医療行為は人間の身体と生命に深く関わるものであるから、その高度な専門性により他産業のような資本主義的発展には限界がある。ゆえに、わが国でも医師個人による自由開業制が常に医療制度の基盤にあった。では農村地域においてなぜ、協同組合と医療が結びつくことになったのか、そこには閉塞感漂う現代社会に警鐘を鳴らすかのような、過去からのメッセージがあった。営利性を払拭できない医療制度は、拡大と発展の過程で必然とも言える社会的格差や社会的偏在という問題を生み出し、なかでも農村地域では無医村問題のみならず、住民はその経済的負担に押しつぶされることになった。農協の前身である産業組合が台頭する背景には、農民や無産階級による、医療社会化を求める住民運動があったのである。

1900年（明治33年）に制定された産業組合

法に位置づけられた「生産組合」は、1917年（大正6年）の改正でサービス業へとその準備範囲を拡張し、1921年（大正10年）には名称を「利用組合」へと変更した。産業組合による医療利用事業は、1919年（大正8年）11月、島根県鹿足郡青原村の無限責任青原村信用購買販売生産組合が医療事業を兼営したのがはじまりである。このような産業組合による医療事業兼営は緩やかに全国へと広がりをみせたが、そのほとんどは永続性を求めることができなかった。いずれも小規模でスケールメリットを活かせず、医療部門がコストファクターになってしまったことや、経営における思想基盤が脆弱であったことなどが考えられる。

医療利用事業を主たる目的とする単営の医療組合病院が設立されたのは昭和に入ってからである。この当時、世界的大恐慌はなかでも東北の農村部へと波及し、住民の生活は窮乏著しく、娘の身売りが常態化し、餓死や離散が多発し、家庭に医療が届くのは「死亡診断書」を作成するため、というのが現実であったようだ（青森県厚生連「組合病院史」）。単営の医療利用組合の草分けとなった青森県東青病院が設立された背景には、このような農民の悲痛な叫びがある。

### 医療と協同組合

現在の医療制度基盤の礎を築いたともいえる、協同組合による組合病院設立の社会的ムーブメントを創り出したのは賀川豊彦である。1931年（昭和6年）2月、本所キリスト教産業青年館内に東京医療利用組合を設立し、賀川の社会思想を核とする、社会事業としての医療がここから展開されていくことになる。当時、賀川が医療組合運動を牽引することになった直接の動機は――上述した青森県を含む東北全土を襲った農村恐慌ならびに

冷害被害などにより——さらに深刻の度を増した東北地方の医療環境を整備することが目的であった、と『協同組合を中心とする 日本農民医療運動史』（全国厚生農業協同組合連合会 編纂・発行）に記されている。また、あえて東京の地に創立事務所を構えたのは、医療組合運動を全国へと波及させるための、緻密かつ戦略的な計画に基づく行動であったとも記録されている。これにより協同組合を中心とする組合病院は全国的に拡大し、優秀な医師と高度な医療技術をもって、農村地域に都市部に勝るとも劣らない近代医療の扉を開いた。

賀川らが目指したのは医療制度のイノベーションであり、それは保険制度を融合した近代的な協同組合医療組織の設立でもあったように感じる。そのことは、医療利用組合で展開された活動がいわゆる「治療」のみならず、住民のQOL（Quality of Life；生活の質）を最優先した健康維持増進事業でもあり、地域疾病管理モデルともいえる展開を示していることから推察できる。訪問看護サービスの仕組みを取り入れ、在宅医療を実行し、そして何よりも、すべての組合員（利用者）に健康指導と保健管理を徹底したのは、明らかに医療経済を意識した科学的な取り組みである。そして当時、医療利用組合は国民健康保険の運営を代行し、保険者機能も担っている。それはまるで、近年、米国において医療コミュニティを形成し始めたIHN（Integrated Healthcare Network）<sup>ii</sup>を彷彿とさせる。賀川と共に東京医療利用組合を設立した黒川泰一は、その著書『保健政策と産業組合』で以

下のように述べる。「保険組合と開業医制度とは、特に利害相反しているのである。そこで組合自身が医療機関を経営している医療利用組合が国民保険を代行すれば、（略）予防医学的な仕事に特に経費を掛けても活動して、患者を減らすため、努力しなければならなくなる。」として、組合員のQOL向上と組合の経済利益が同方向のベクトルを持つことを示唆した発言をしている。もちろん、当時は国民皆保険制度が布かれる以前であり、高度経済成長も未経験の時代である。しかしながら、未来の豊かな社会創造に向けられたまなざしと、その志の高さに圧倒される。

終戦後、農村における戦時統制を担ってきた農業会は、GHQの農民解放指令により解散へと向かった。2年後の1947年（昭和22年）、農業協同組合法が公布されたことを契機に、医療事業はJA厚生連（昭和23年当時：全国厚生文化農業協同組合連合会）が継承した。まさに先人たちの志を受け継ぐかたちで医療事業を農協が担ったのである。ゆえに、現在でもJAグループの保健医療関連事業についてはその大半をJA厚生連が行っている。また各地のJAは——医療の周縁にある——介護事業や高齢者福祉などの生活支援を中心に活動しており、その取り組みについては各地域、各JAにより独自性が強い。JAグループとしてのビジョンはあっても、統一的あるいは同質的な活動をグループ内で強いることなく、地域のニーズに合わせた柔軟な取り組みを自主的に行っている。しかしいま、その農村地域の保健医療の核となる厚生連病院が断崖の淵に立たされている。産業構造の変化

<sup>ii</sup> 欧米の先進諸国では、医療資源の共有や医療の標準化を推進し、意思決定を一元化することで得られる医療経済効果を最大化するために、広域医療圏に存在する異なる機能を持つ医療関連施設をネットワーク化する動きが出ている。医療費償還システムを民間保険に依存している米国では、医療機関と保険会社が一体化されたサービスを行い、リスクマネジメントとしての保健事業を重視している。このような、主に地域住民がガバナンス機能を持つ地域医療ネットワークのことをIHN（Integrated Healthcare Network）という。

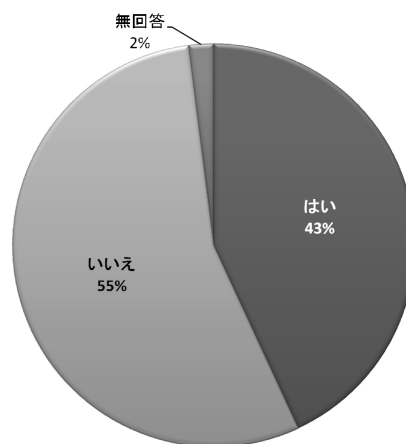
にリンケージするように出現した——過度の個人主義や利己主義、義務を伴わない権利主張の横行や死生観の変化など——ドラスティックなパラダイムシフトや、都市部に先行する急速な少子高齢化と人口の減少、あるいは戦後の都市部偏重の医療政策ならびに医療保険行政などに翻弄されながら、まさに歴史が繰り返されるかのように、多くの厚生連病院が財政難と医師不足に悲鳴をあげている。この光景を見て偉大な先人たちは何を思うのだろうか。たぶん、情報を共有し、知恵を結集して、未来をその胸中に抱きながら、農村医療の新たな地平を拓くことを希求しているのではないだろうか。

**現代農村社会を支える厚生連病院の取り組み**

ではここで、『農山村地域の保健医療基盤に関するアンケート』の回答を参考にして、厚生連病院の動向を見ていきたいと思う。本稿においては、マネジメントや財務会計といった経営面に関するものではなく、地域における他施設との関係や、在宅医療の推進によって変化し始めた地域医療と介護・福祉との関係、そこで展開される「多職種連携」の進捗状況などが把握できる回答を観察しながら、厚生連病院の活動の一端を垣間見たいと思う。

【図2】は地域医療連携パスの作成状況である。地域医療連携パスとは、入院治療から在宅療養、ひいては介護や福祉に至るまでの過程を工程管理するものである。一人の患者の治療に係わる全医療者が共有する——基本的にアナログの——情報システムという見方もできる。さらに、入院から退院までの簡素な説明を記載した「入院診療計画書」は、ここにきて疾患別の入院計画を詳細なマトリクス表にまとめた「クリティカル・パス」へと進化したが、地域医療連携パスは、このよう

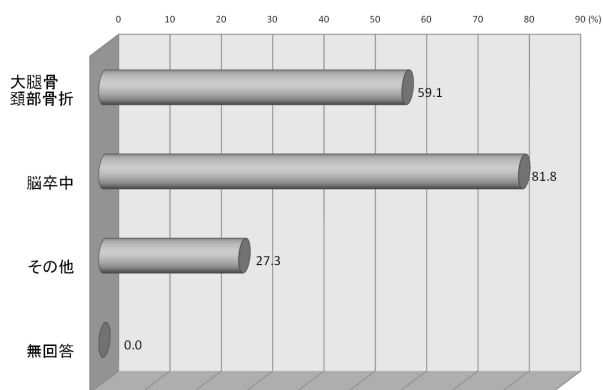
【図2】 地域連携パスの作成状況(N=102)



な院内で行われてきた治療計画を地域全体に広げるためのツールという考え方もできる。患者への安心感の提供や、限られたマンパワーの有効活用、対応の遅れや医療ミスのリスクを低減したり、高額医療機器を共同利用できることでコスト削減にも寄与するとされる。また、以上により医療経済効果も高まるものと期待されている。アンケート結果では、4割を超える厚生連病院がすでに作成しているとの回答であった。

【図3】は、選択肢に地域医療連携パスの代表的な疾患を挙げ、すでに作成しているものを選択してもらった結果である。【図2】において「すでに地域医療連携パスを作成している」と回答のあった44病院のうち、約8割

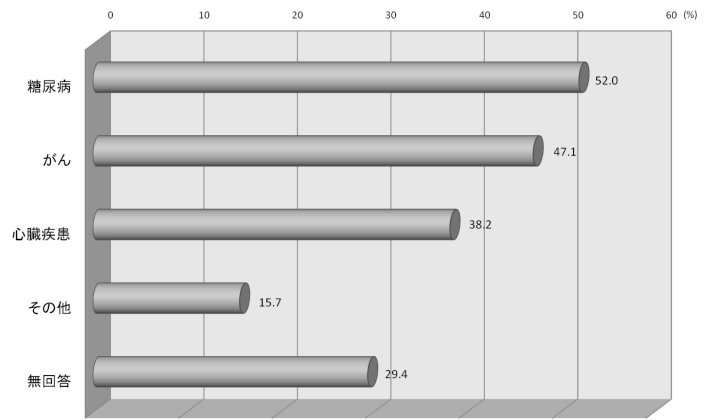
【図3】 地域連携パスを作成している疾患名[複数回答](N=44)



の厚生連病院が脳卒中地域連携パスを作成していることがわかった。大腿骨頸部骨折地域連携パスについても約6割という作成率である。この二つの疾患は、治療において連携効果が期待できる疾患であり、高齢化の進行に伴い増加していくことが予想される疾患でもあるため、社会的ニーズは高まるものと考えられる。その他の疾患の内訳については【表1】のとおりである。連携体制が整い始めるとパスの種類も増加していくことが予想される。

【図4】は地域医療連携パスが必要になると思われる疾患の種類について尋ねた結果である。選択肢には、生活習慣の改善などで重症化を防げる可能性を持つ「糖尿病」や、脳卒中と同様に死亡原因の代表でもある「がん」と「心臓疾患」を挙げた。結果としては、若干のばらつきはあるものの約半数程度の厚生

【図4】 地域連携パスが必要と思われる疾患名[複数回答](N=102)



連病院が必要になると回答している。地域医療連携パスをすでに作成している病院数が44病院であることから、この結果はある意味でわかりやすいものとなったが、期待していた結果を考えると、それは明らかに下回っていた。パスの問題点やパスに対する否定的な意見もあるものと推察できるため、この点についてはさらなる調査が必要であろう。選択肢にある「その他」の疾患については【表2】のとおりである。また、「がん」について

【表1】 地域連携パスを作成している疾患名 (その他の疾患)

1	AMI (急性心筋梗塞)
2	CKD (慢性腎臓病)
3	COPD (慢性閉塞性肺疾患)
4	C型肝炎
5	DM (糖尿病)
6	IFN (インターフェロン) 連携
7	NST (栄養サポート支援チーム) 連携
8	PCI (冠動脈形成術) 術後連携
9	ストーマケア <sup>i</sup>
10	胃癌
11	栄養パス
12	肝炎
13	緊急心臓外科手術術後連携
14	心筋梗塞
15	心不全
16	睡眠時無呼吸CPAP導入
17	大腸癌
18	肺癌

<sup>i</sup> 人工肛門や人工膀胱等のオストメイト患者のストーマによる排泄をスムーズに行えるようにケアすること。

【表2】 地域連携パスが必要と思われる疾患 (その他の疾患)

1	ぜんそく
2	胃潰瘍
3	ウイルス性肝炎
4	その他肝炎
5	その他肝疾患
6	厚生大臣が定める疾患
7	甲状腺疾患
8	腰部脊柱管狭窄症
9	骨粗鬆症
10	消化器疾患
11	大腿骨頸部骨折
12	難病
13	脳梗塞
14	その他脳血管疾患 (脳血管障害)
15	その他脳疾患

は具体名称を挙げてもらい、それをまとめたものが【表3】である。

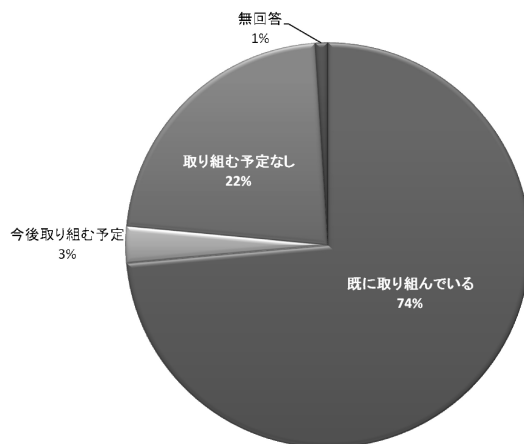
【表3】地域連携パスが必要と思われる疾患(癌の内訳)

1	胃癌 (8病院)
2	肝癌 (2病院)
3	前立腺癌 (1病院)
4	大腸癌 (10病院)
5	直腸癌 (1病院)
6	乳癌 (7病院)
7	肺癌 (7病院)
8	五大癌[胃癌・肝癌・大腸癌・乳癌・肺癌] (2病院)

【図5】は在宅医療・在宅ケアの取り組みについて尋ねた結果である。予想を上回り、74%の厚生連病院から「既に取り組んでいる」との回答があった。在宅医療・在宅ケアについては診療所に対する政府の政策誘導もあり、誰もが診療所先行で普及していくものと考えていたが、この結果は厚生連医療の特色と自己主張が反映されたものといえるのかもしれない。病院医療が在宅医療を包含するということが、専門武装された城を離れ「野に出る」ということであり、そこには当然、多様な経営的リスクも潜んでいる。住民本位の医療を目指す厚生連事業が背負う歴史的使命も見え隠れしている。

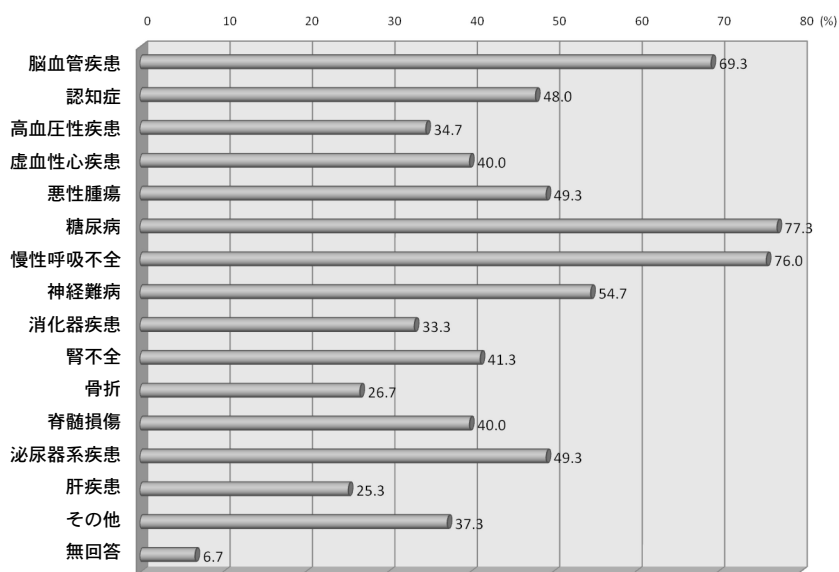
在宅医療を受けている患者の主な疾患は【図6】のとおりである。選択肢には在宅医療の研究会等で話題になる疾患を中心に、その他推定できるものを記載したが、ほぼ全体的にカバーされていることがわかった。疾患ごとの実施病院数

【図5】在宅医療・在宅ケアの取り組み (N=102)



ならびに合計患者数は【表4】のとおりである。この数字からみても、かなり自然体で在宅医療に取り組んでいることがわかる。また、その他の疾患を選択した厚生連病院が40%弱に達しているが、その内訳を【表5】に示す。本稿においては、厚生連病院が実施する在宅医療の内容にまでは踏み込まないが、調査結果からは、かなり高度な医療行為まで在宅で提供されていることがわかった。まさに地域と一体化した取り組みである。

【図6】在宅患者の主な疾患[複数回答](N=75)



【表4】在宅医療を実施する病院数および  
合計患者数 (N=75)

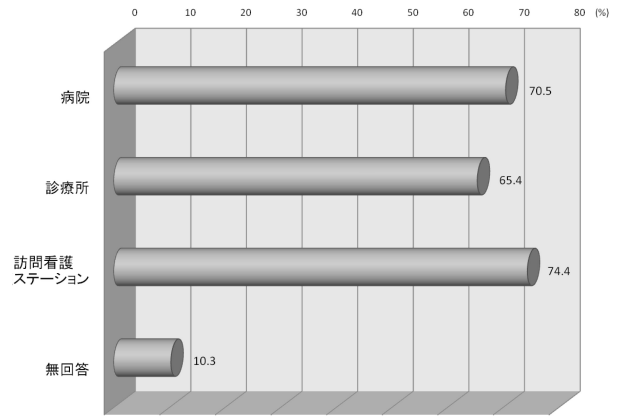
	疾患名	病院数	患者数
1	糖尿病	58	4,979
2	慢性呼吸不全	57	1,606
3	脳血管疾患	52	823
4	泌尿器系疾患	37	454
5	悪性腫瘍	37	351
6	腎不全	31	327
7	認知症	36	288
8	高血圧性疾患	26	259
9	神経難病	41	216
10	虚血性心疾患	30	181
11	消化器疾患	25	90
12	脊髄損傷	30	59
13	骨折	20	45
14	肝疾患	19	31
15	その他	28	1,150

【表5】在宅患者の主な疾患（その他の疾患）

1	褥創ケア
2	留置カテーテル管理
3	人工肛門
4	在宅患者訪問診療
5	在宅肺高血圧患者
6	在宅寝たきり患者処置指導管理
7	在宅気管切開
8	在宅悪性腫瘍患者指導管理
9	ストーマ管理
10	PTGBD（経皮経肝胆嚢ドレナージ）管理
11	PEG（胃瘻）管理
12	IVH（中心静脈栄養）ポート管理

では次に、他施設との連携の状況について見てみたいと思う。なかでも在宅医療を継続的に実施するためには——医療・介護スタッフ数にも限界があるため——多職種が目的を共有し、協力し合いながら実現していく以外に方法はない。【図7】は在宅医療の連携先となる——系列施設と外部施設を問わず——病院・診療所・訪問看護ステーションについて尋ねたものである。結果からは訪問看護ス

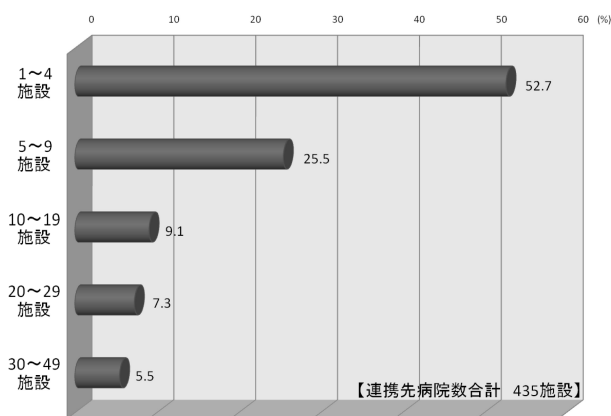
【図7】在宅医療・在宅ケアの連携先  
[複数回答] (N=78)



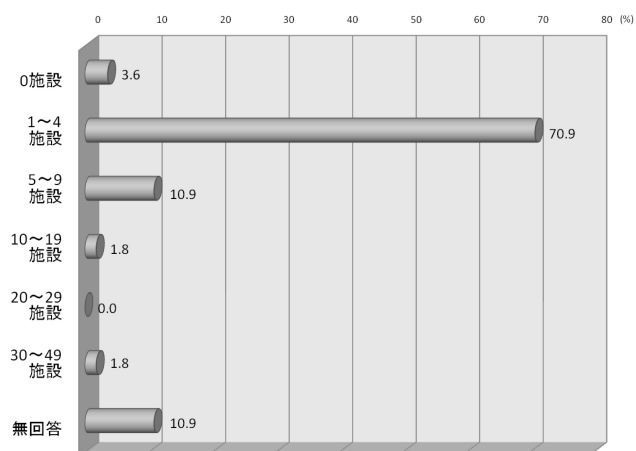
テーションの担う役割の大きさが伝わってくる。各連携施設の数については、病院は合計で435施設【図8】、診療所は合計で1,989施設【図9】、訪問看護ステーションは合計で210施設【図10】である。連携する病院において緊急時に患者の受け入れができる病院数は、1施設から4施設が圧倒的に多く70%を超えている【図11】。しかしながら、緊急受け入れができる病院が0施設との回答も3.6%存在し、実態調査が必要となろう。

連携する病院・診療所との間で診療情報の連絡に用いているツールは何か、という質問に対する回答は【図12】のとおりである。電話やFAXを使用することが多く、Eメール等のIT関連ツールは積極的には利用されていないことがわかる。この傾向は訪問看護ステーションについても同様である【図13】。また、訪問看護ステーションとの連絡方法の多くが「直接面談と直接対話」であることが、その他項目の具体的内容から把握できた。ただ、いずれの施設との連携においても、情報共有のための共通フォーマットの作成は検討されており、病院・診療所との連携においては約45%、訪問看護ステーションとの連携では約57%の厚生連病院がすでに作成している

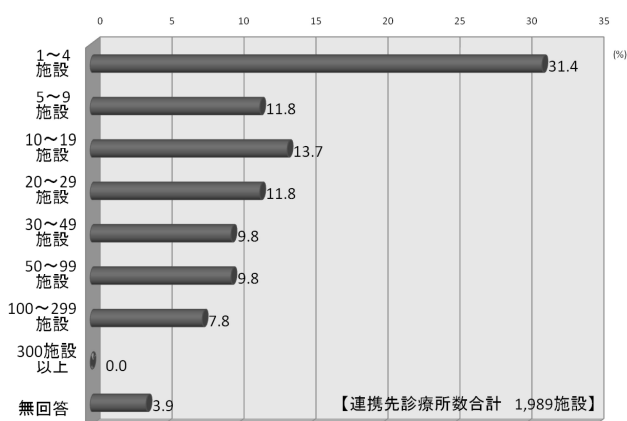
【図8】連携する施設数[病院](N=55)



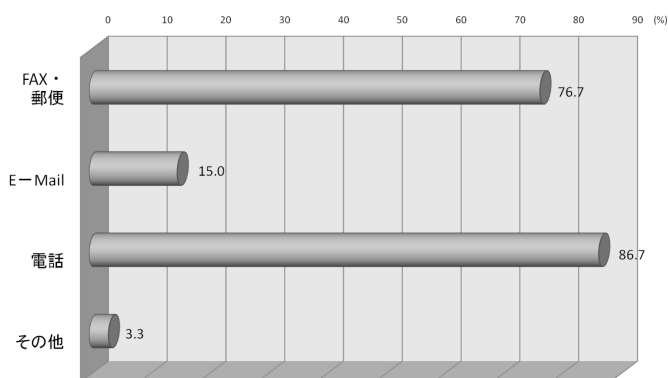
【図11】緊急時に受け入れのできる病院数(N=55)



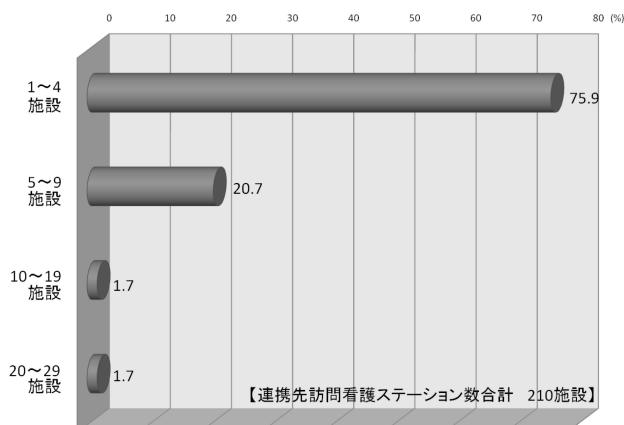
【図9】連携する施設数[診療所](N=51)



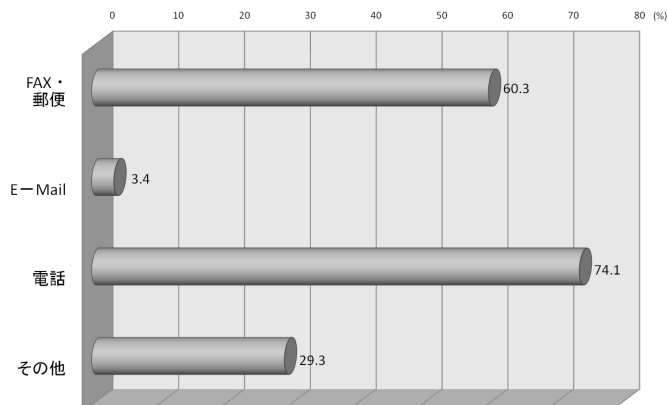
【図12】連携する病院・診療所との診療情報の連絡方法(N=60)



【図10】連携する施設数[訪問介護ステーション](N=58)



【図13】訪問介護ステーションとの診療情報の連絡方法(N=58)

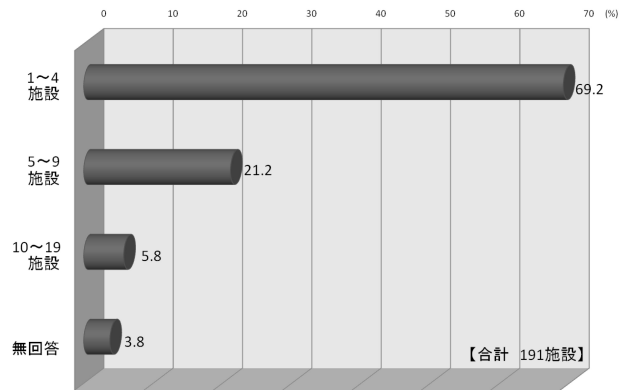




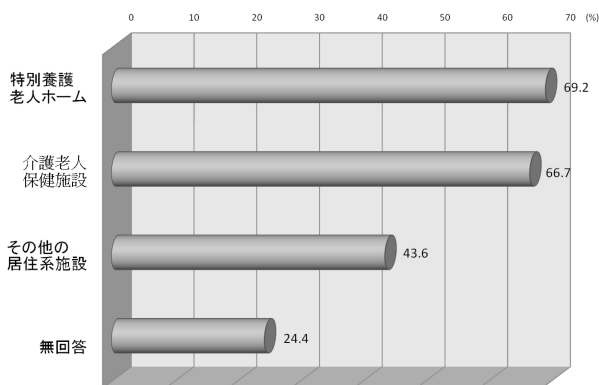
と回答している。

【図14】は介護系施設との連携の状況である。ここに示されるとおり、厚生連医療の守備範囲が保健医療から介護福祉に至るまでのすべてを網羅していることがわかる。連携する具体的な施設数については、特別養護老人ホームが合計で272施設【図15】、介護老人保健施設が合計で191施設【図16】、その他の居住系施設が合計で270施設である【図17】。しかしながら、医療と介護の連携には多くの問題が山積している。そこで介護系施設との連携状況を尋ねてみた結果が【図18】である。約3割の厚生連病院から「課題が多く不十分

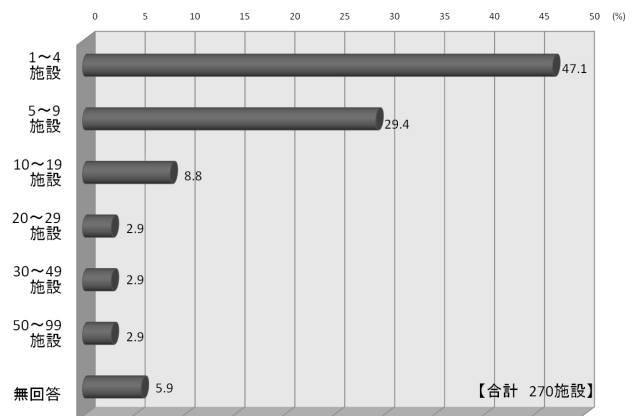
【図16】 連携する介護系施設  
[介護老人保健施設] (N=52)



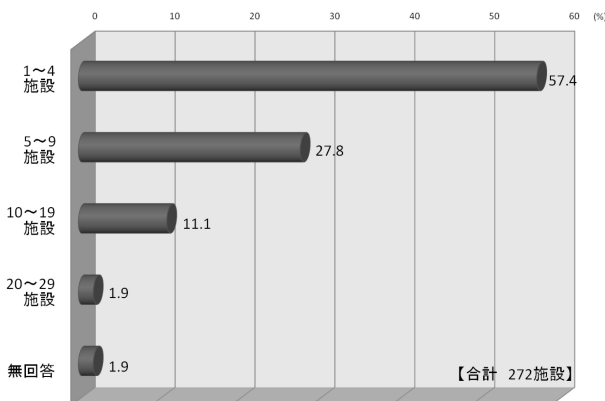
【図14】 連携する介護系施設 (N=78)



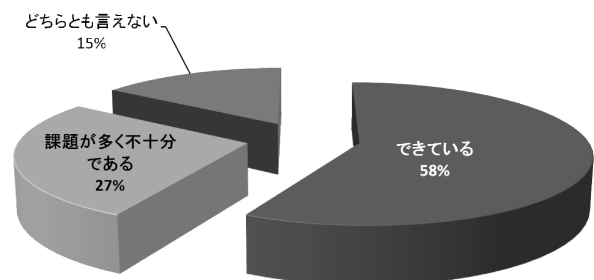
【図17】 連携する介護系施設  
[その他の居住系施設] (N=34)



【図15】 連携する介護系施設  
[特別養護老人ホーム] (N=54)



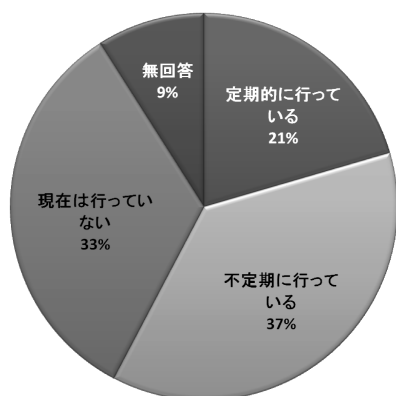
【図18】 介護施設との連携状況 (N=59)



である」との回答があった。その理由については「情報共有に費やす時間がない」と「スタッフの不足」が最も多かった。在宅医療は、介護現場に専門的な医療情報が入り込み、現場にもそれなりの対応力が求められるため、十分な時間と十分な教育体制が整わないと本質的な連携作業は難しい。今後、教育システムや情報共有のための斬新なアイデアが求められることになるだろう。

【図19】は地域カンファレンスの実施状況を尋ねた結果である。驚いたことに「定期的に行っている」と「不定期に行っている」を合算すると約6割になる。医療連携の質を維持するためにも必要な取り組みではあるが、地域カンファレンスを継続的に実施するためには、時間とスタッフの調整がきわめて難しい。医師不足や看護師不足など、年々厳しさを増す本来業務に加重される活動であり、特定のスタッフの自己犠牲の精神によって成り立っているようなことがあってはならない。現場の実態を把握することは大切である。また、地域カンファレンスの開催場所については【図20】に示すとおりである。患者宅における開催が30%を超えていることから、厚生連病院が地域に開かれた医療を行っている

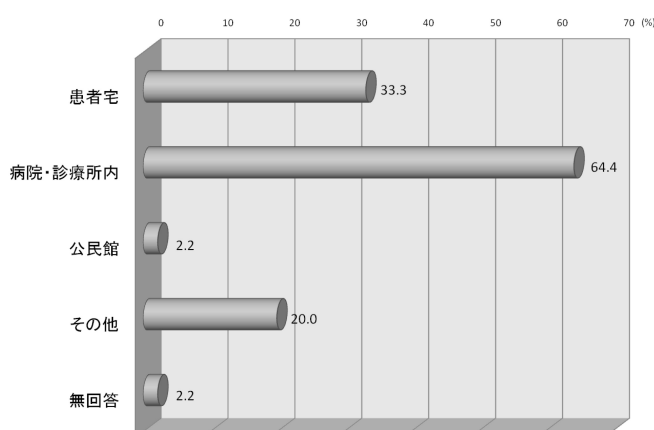
【図19】 地域カンファレンスの実施について (N=78)



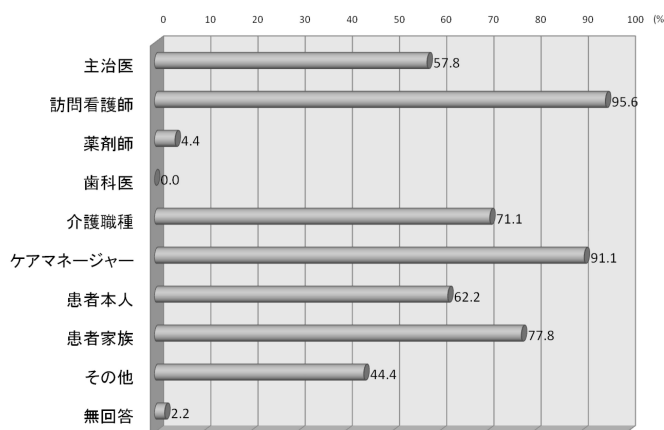
ことがわかる。地域カンファレンスに参加するスタッフの職種については【図21】のとおりである。訪問看護師とケア・マネージャー、そして患者家族が中心的な役割を担っていることがわかる。在宅医療においては患者とその家族は受け身ではない。多職種連携によるチーム医療の核であり、地域カンファレンスのメンバーでもある。

以上、地域医療連携と在宅医療・在宅ケアを中心に厚生連病院の活動を見てきたが、厚生連事業が創りだす地域の保健医療基盤は、農村社会に確かに存在していた。課題として

【図20】 地域カンファレンスの開催場所 (N=45)



【図21】 地域カンファレンスに参加する職種 (N=45)



は、限られた資源を有効に活かしながら、現在は限界領域で実現されている保健医療体制を、その質を落とすことなく、わずかでも効率的かつ効果的に機能させるための知恵が、現場に求められているということだろう。まさに農村地域には、新しい概念に基づくヘルスケア・インフラストラクチャーの創造が必要なのだろう。

### 農村医療の現在と未来

近年になって、農村地域では医療崩壊が現実味を増してきた。その要因は複合的だが、医療現場からの声を聞くと「医師不足」を挙げるものが多い（共済総研レポート106号「厚生連医療における医師不足の現状と課題」参照）。新医師臨床研修制度がパンドラの箱を開いてしまった一面があるにせよ、中心産業のみならず、医療さえもが人口の集中する都市部へとシフトしていった背景には、制度に潜む営利性と医師という職業の専門性を支えているアイデンティティが、少なからず関与しているようにも思える。しかしながら、医療崩壊は農村部特有の現象ではなく、都市部においても産科・小児科あるいは救急医療を中心に崩壊は進んでいるのである。これらの問題の背景にはいったい何があるのだろう。上述した医療利用組合と現在の病院経営との大きな相違は、地域との一体感にあるように思えてならない。医療あるいは介護のシステムを社会的インフラストラクチャーとして捉えるならば、「病院は誰のものか」あるいは「医療基盤を支えているのは誰か」の質問に迷うものはいないだろう。この短い歴史のなかで、社会機能として存在した医療（もしくは医師や病院）は、政治システムと経済システムにより運営される国家社会保障の提供機関へと変容していった。ある意味で必然の結果だが、医療ならびに介護制度に対する住民の当事者

意識も薄れてしまった。

農業を含めすべての産業は人の暮らしのうえに成り立っている。それは経済活動のみならず政治（行政）機能も同様である。振り返ってみれば、人間が自然に働きかけ、食料や部材を収穫し、それを消費し、自然へと返戻していく生命活動のサイクルは、産業革命とグローバリゼーションによるダイナミックな社会イノベーションによって大きな変容を遂げた。金融経済の発展と行政機能の拡大は、結果として多くの国民を貧困から救済し、豊かな社会を作り出したが、一方では生老病死に纏わる個人的リスクさえも、あたかも消滅したかのような錯覚を万人に与えたように思える。信頼と互助を基本とする地域活動が支えてきたものや、あるいは大いなる自然への畏怖の念が失われていく過程で、暗黙知として認識されていた「生きるための哲学」も失われてしまったのかもしれない。欧米の先進諸外国とは異なり、アニミズム（自然信仰）が基層にある日本人の宗教観は柔軟なゆえに揺らぎやすい。豊かさは一面で、神や仏も「マネー」には勝てない、という現実を暴露する結果となった。社会的変化と個人の欲求段階の上昇に伴い——生きるための哲学ともいえる——死生観にも変化が生じたと見るべきなのだろう。

昨今の風潮として、まるで他人事のように「安全だが安心できない」という空気がいたるところで感じられる。メディアで報じられる貧困や自殺、あるいは医療過誤等の不祥事に関する話題は——あくまでも第三人称の出来事として——巷に漠とした不安と不信を増幅するが、問題の本質について丁寧に解説されることは少ない。ゆえに世論は時として、特定の組織への——いじめにも似た——社会批判となって噴出することがある。このような傾向は医療崩壊や教育崩壊にも少なからず

関係しているように思える。しかしながら、急速な高齢化を背景に孤独死や認知症問題等が顕在化し始めたことで——マネーは物質的価値を満たしてくれるが、すべての問題を解決できるわけではなく——安心できる日々の暮らしを下支えしているのは人間の関係性（社会機能）であるということに、現代人はようやく気づき始めている。今後どこかで、「完全ではないが安心できる」社会を——産学官民の社会連携によって——創り出していかなければならないように思える。そこには協同組合の役割が鮮明に映し出されてくる。

医療は、その専門性の高さゆえに払拭することのできない情報の非対称性を有し、それゆえ経営学的には信頼財に位置づけられる。そのことからすれば、地域医療を健全かつ持続可能な制度として支えていくためには、地域において互酬性と信頼性を兼ね備えた社会的ネットワークが形成されていることが望ましい。そのネットワークを繋ぎとめてくれるのは「協同の理念」であろう。住民の一人ひとりが「地域医療を守る」という使命と当事者意識をもって行動し、それが住民本位の医療・介護サービスとなって具現化される必要があると思うのである。

### 協同組合によるヘルスケア・イノベーションの可能性

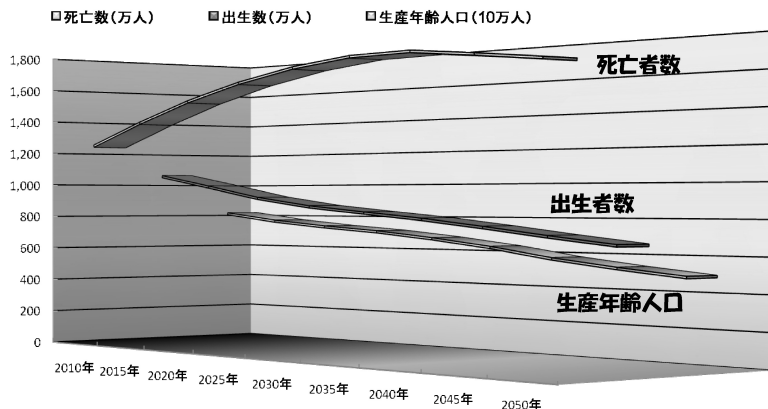
さて、では現代の農村社会において、このような社会的ネットワークを構成するためには何が必要なのだろうか。高齢化と人口減少は、農村社会を益々効率の悪い高コスト環境へと変えていくであろうし、医師や看護師の不足は医療機関の本来機能を奪うことにもなる。知恵と技術を総動員して——利便性と効

率性を高めることのできる——限りある資源とその機能を最大化するための革新的なアイデアが求められていることは明らかなようだ。

昨今、地域医療という言葉が独り歩きしているが、各地域にはその地域特有の産業構造と人口構成があり、伴って疾病構造にも相違がある。それは、地域の医療体制にも各地域の特色があって至極当然ということでもある。そして全国的に言えることは、出生率の低迷と生産年齢人口が減少するなか、わが国は多死時代を迎えざるを得ないという現実である【図22】。これは医療機能もCure [キュア]（長寿のみを目指す医療）からCare [ケア]（予防を重視し、天寿を叶える医療）へと、そのウェートを移していかなければならないことを示している。そのためにも21世紀の地域医療体制は、地域全体で情報を共有し、地域のニーズに敏感に反応できる柔軟な体制を早期に作り上げていかなければならないのだろう。

そこで、ひとつの視点として「IT」の活用が挙げられる。情報通信技術（ICT; Information and Communication Technology）は21世紀に入ってから進化を続けている。さらに

【図22】人口減少・多死時代の到来

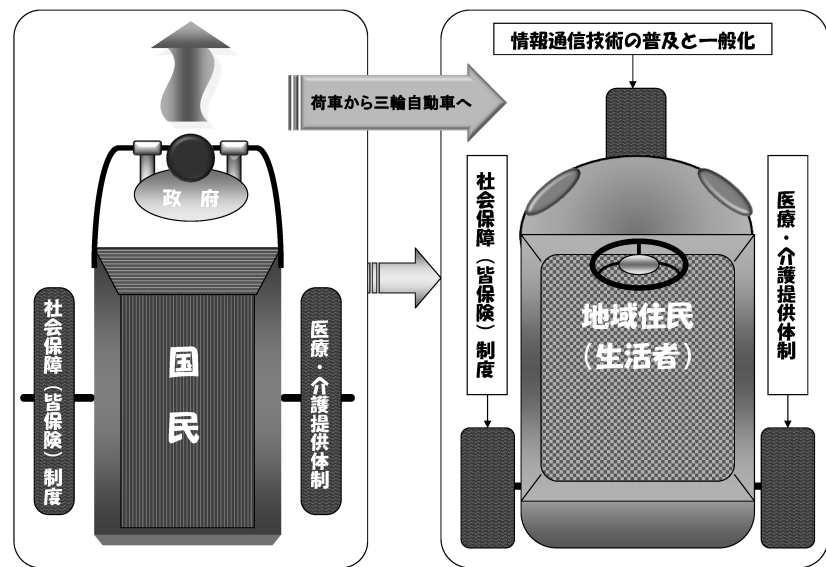


【平成21年厚生労働白書及び国立社会保障・人口問題研究所中位推計】

は、無雑作に拡散している情報リソースを整理し、インターネット上に公共的な情報基盤を創造しようとする——既存の概念を一新するような——「クラウド・コンピューティング」という技術も登場した。現在、ヘルスケア分野のクラウド・コンピューティングは、主にマイクロソフト（Health Vault<sup>iii</sup>）とグーグル（Google Health<sup>iv</sup>）の2社が統合プラットフォームとしてのヘルスケア・クラウドを提供している。それはPHR（Personal Health Record）と呼ばれる、クラウド・コンピューティング技術をヘルスケア分野に適用利用したサービスである。この仕組みを有効に活用できれば、シームレスな地域医療ネットワークを構成できるのかもしれない。それは協同組合の新たな基盤にもなり得る。これまでの医療制度は、「国民皆保険制度」と「全国的な医療提供体制」という2本の車輪をつけた荷車に国民を乗せ、それを政府が引きながら道なき道を行ってきたような感がある。しかしこれからは、「情報通信技術」という3本目の車輪を装着し、そのハンドルを地域住民が握る時代が到来するのかもしれない【図23】。

EMR（Electronic Medical Record）と呼ばれる通称「電子カルテ」は、2002年度に厚生労働省が策定した「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」により、行政主導で医療機関への積極的な導入が開始された。しかしながら、初期投資やランニング・コストに多額の費用がかかることや、医療機関経営における導入メリットが見えづらいこと、そして何よりも、導入の目的を共通認識として持ち得なかったことなどにより、普及率は低迷している。厚生連病院における電子カルテの導入状況は【図24】のとおりである<sup>v</sup>。電子カルテの導入にあたっては、初期投資費

【図23】 地域ヘルスケア・インフラストラクチャーの進化の行方は

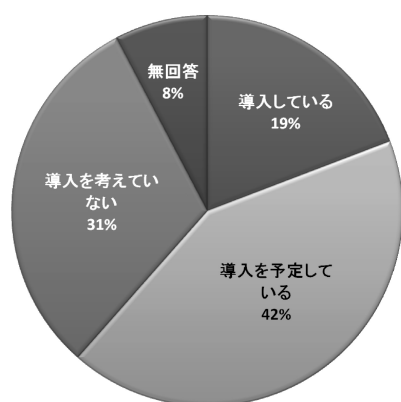


<sup>iii</sup> 個人の保健医療情報はプラットフォームに蓄積され、データの外部投入および外部提示については、本人が承認、否認することで管理をする。医療機関からは自動的に基本情報を収集することができ、また手入力することも可能である。医療機関における実際の使用例としては、入院時の処理や慢性疾患のケア、遠隔医療や周産期のケアなど多岐にわたり、なかでも予防医学に関する機能は優れている。マイクロソフトの創業者であるビルゲイツは、「テクノロジーはヘルスケアシステムのすべての問題を解決できるものではないが、医師不足のへき地や、医師の手助けを待つ数百万の人々の生活を改善する起爆剤となりえる」とコメントしている。

<sup>iv</sup> ほぼHealth Vaultと同様の機能を有する。外部の保健医療関係機関から自動的に診療記録や処方記録ならびに検査結果などを収集でき、個人データをアップロードしていくことができる。実際の使用例としては、医療機関のみならず大学や保険会社などへもネットワークを広げ、専門医や疾病の情報も検索できるようになっている。

<sup>v</sup> 本設問はすべての厚生連病院に対して行ったものではなく、DPC算定病院ならびに同準備病院からの回答であるため、対象病院数は52病院となっている。

【図24】電子カルテの導入状況(N=52)



用のほかにメンテナンス費用、専任スタッフの割り当て、必要に応じて専属SEの配置なども考慮しなければならない。病院経営にも多大な影響を与えるために、コスト・パフォーマンス評価はきわめて重要である。参考に、費用の内訳を開示していただいた中から、初期導入コストが高額な上位5病院を【表6】に示す。ただ、医療情報電子化への潮流は、国際疾病分類（ICD；International Classification of Disease）を用いた診療情報管理の一般化や、医療用語の標準化の動きを加速させ、医療の情報化に向けたインフラ整備に寄与することになった。レセプト完全オンライン化の背景にも標準化が関与している。昨今、地域医療連携の必要性が問われだ

したことを契機に、医療情報分野においてはEHR（Electronic Health Record）が話題になっている。これはまさに、電子カルテが担っていた院内情報管理を地域全体に拡大することを目的としている。医療機関の地域医療連携をベースに情報化を進め、徐々に住民個人レベルへと拡大していく方法は欧州諸国において散見される。フランスやイギリス、デンマークやカナダなどが有名である。しかしながら、このEHRも電子カルテと同様の課題を抱え、その導入にあたっては、連携先となる各施設間のシステム・メーカーの相違が最大のハードルになっている。効率化やコスト削減に追われる医療機関のインセンティブに後押しされ、一方では医療保険行政の思惑も見え隠れするなか、このような保健医療分野の情報化への大流は医療業界にイノベーションをもたらし始めている。しかしながら、この一連の医療IT化の動向で以前から気にかかっていることがある。これまでの議論の中には住民（患者やその家族）の姿がどこにもない。地域医療がどうあるべきか、あるいは、どうあって欲しいかは本来、その地域に暮らす住民に委ねられるべきものであろう。

2003年度から試行的に導入された「診断群分類包括評価を用いた入院医療費の定額支払い制度」であるDPC（Diagnosis Procedure

【表6】電子カルテ導入にかかるコスト等

	電子カルテ導入コスト (千円)	年間メンテナンス費 (千円)	専任スタッフ数 (人)	専任SE数 (人)
1	2,000,000	100,000	5	1
2	700,000	44,000	4	0
3	417,000	2,100	4	4
4	350,000	23,000	0	2
5	350,000	30,000	1	0

Combination) も、2009年度にはDPC算定病床数が——準備病院を合わせると——国内にある全一般病床数の50%を超えるに至った

【図25】。厚生連におけるDPC算定病院の数も同年度に50病院を超えていることから、医療の標準化や可視化は明らかに進み始めていることがわかる。地域における急性疾患の動向や、そこにかかる標準的コストが数値化されることで、医療保険行政も徐々に科学的根拠に立脚したものへと変わりつつあるのだろう。住民に開示できる情報の集約化はすでに始まっているのである。しかしながら、DPCデータからは地域に必要な病床機能と病床数も推定できるため、今後の地域医療計画がドラスティックな展開を示す可能性があることも、少なからず視野に入れておかなければならない。

また、慢性疾患への対応も重要なテーマである。認知症問題など高齢化に伴う社会的リスクはさらに高まるが、「高齢化率の高い農村部」に対し「圧倒的な高齢者数を抱える都市部」という構図は——両者は同一の問題を抱えながらも——政策的アプローチはまったく異なる方法を取らざるを得ないということ

でもあり、中央からの画一的な指導はもはや不可能である。地域において情報を共有するために、また情報の流動性を高め、互いに補完できる体制を構築する上で、あるいは多職種の機能的連携をサポートするためにも、革新的な情報通信手段が必要になってくる。さらに『予防は治療に勝る』の言葉どおり、住民のQOL向上と医療経済的な観点からは、地域全体に「健康価値」の認識を浸透させる努力が必要なのだろう。健康維持のための行動変容を個々人に促すのは簡単ではない。そして何よりも、医師不足や看護師不足のソリューションとして、限りある人的資源を有効に活かすためにも、情報通信技術への期待は大きい。

上述したすべてにおいて、ヘルスケア・インフラストラクチャーとしての情報通信基盤の重要性が示唆される。それも、誰もが家電製品のように手軽に利用できる、わかりやすい操作性と機能を有するものでなければならない。課題は山積しているが、偉大な先人たちが残してくれた農村の財産を崩壊させないために、知恵を結集し、真に豊かな未来を選択しなければならない。

【図25】 病床規模別：一般病床におけるDPC病床の割合

