

中山間地域における救急医療の課題と展望

～いのちは誰が守るのか、厚生連医療の現場から～

調査研究部 川井 真

はじめに～救急医療を取り巻く情勢

昨今、一般外来患者が二次救急指定医療機関（入院を要する重症患者に対応できる医療機関）の窓口で診療時間外や休日、あるいは深夜に来院するケースが増加し、救急の本来機能が麻痺してしまうという現象が起こっている。また軽症患者からの救急車出動要請も増加傾向にあり、本質的な救命救急活動に支障をきたすなどの問題も生じている。救急医療に従事する医師は緊張状態から解き放たれる時間が短いうえに、現場は恒常的な人手不足の状態が続いているため——当直医の肉体的・精神的負担は著しく——バーンアウトする医師も増えているという実態がある。小児医療の観点では、小児救急疾患の特殊性（重篤な場合が多い）を考慮すると現状では不十分であり、小児医療分野における救急体制の充足と強化が急務となっている。しかしながら、医療機関を身勝手な理由でコンビニ利用する患者の増加や、理不尽な権利主張・権利行使などのクレーム対応に追われ、小児医療の現場は長時間かつ超過密労働が慢性化する傾向にある。救急体制の再構築以前に、現場を支えている医療従事者の疲弊が著しく、小児科という診療科を離れていく医師も少なくない。

地域住民の“いのち”を支えるという意味ではプライマリ・ケアも同様であるが、とりわけ救命救急医療に携わる医師は、生と死を

巡る葛藤が日常的に存在する場所に身を置いていることから、現代人の多様な価値観や死生観に翻弄されることも多い。“いのち”が形而上の存在から形而下の存在へと移行した——神話から離れて科学や経済との結びつきを強めた——時代にあっては、予期せぬ訴訟リスクも常に抱えることになった。その現実の中で彼らは“いのち”と向き合っていかなければならない。救急医療が危機的状況にあるという事実はメディアでも頻繁に取り上げられてはいるが、現時点ではまだ、この社会現象に歯止めはかかっている。もし現在、救急医療の現場が特定の医師の使命感と自己犠牲の精神だけで機能していたら、日本の社会はきわめて危うい状況に置かれていると言っている。上述したとおり、救急医療の危機が囁かれる背景には、現代を生きるわたしたちの価値観や、それに基づく行動が大きく関与している。したがって、過酷な労働条件の一時的緩和や医師不足への——緊急避難的な——人的手当では、それは対症療法としての意味はあっても、この現象を作り出している根本的なメカニズムの改善あるいは社会的病理を救急医療から取り除くための治療にはならないのだろう。わたしたちはまず、現代の救急医療現場を取り巻く多くの問題に目を向け、その現実を真摯に受け止める必要がある。この問題は政府の政策課題であると同時に、まさに社会学的な課題でもある。

一方、救急医療システムの問題解決に向け

た体制面の改革を模索する動きも現れている。厚生労働省は平成21年6月5日、都道府県が地域の医療課題の解決に向けて策定する「地域医療再生計画」を支援するため、平成21年度補正予算により「地域医療再生臨時特例交付金」を確保し、都道府県に交付することを発表した。これにより希望する都道府県は、精緻かつ論理的な地域医療再生計画（案）を策定して厚生労働省に提出することで、審議を経て、計画実施に必要となる——「地域医療再生基金」を構成するための——交付金を受領することになった。これは従来からの都道府県医療計画とは一線を画す、新たな財政支援を伴うダイナミックな政策的な戦略推進プランである。

対象となる地域は二次医療圏（一般的な医療サービスを提供する医療圏で複数の市町村を一単位として認定する）で、当初予算総額は3,100億円である。計画実施期間は平成25年までの5年間となっているが、基金事業終了後の継続性を担保するため、急性期医療の安定化や効率化の進捗、病床機能分化および在宅医療推進の状況など、年度ごとに分析と評価を行い、その継続的な取り組みを通じて事業の一貫性を維持することが条件になっている。

都道府県における地域医療再生基金事業の主たる目的は「地域における安定的な医師の確保」と「持続可能な救急医療体制の確立」にあり、この相関する2つの課題解決に向けてようやく国が一步踏み出したと見ることができる。着目すべきは「地域医療再生計画においては、個々の医療機関が直面する課題を解決することだけでなく、地域医療全体が直

面する課題を解決することを目的とする」との説明が明記されていることであり、これは医療機関同士の利害を超えて地域の全体最適を実現せよ、という意味に受け取ることができる。

救急医療には本来、医療機関が相互に情報を共有できるシステム環境や、地域全体を面として把握できるようなネットワーク型社会のデザイン、そして、救急の出口となるリハビリテーション病院や在宅医療、あるいは特別養護老人ホームや介護老人保健施設などとの関係強化により、常に患者の動線を確認できるシームレスな機能的連携ならびに医療圏における情報と意識の共有という重要なテーマがある。とりわけ高齢化が顕著な中山間地域では、患者の療養の長期化は不可避となるため、後方連携病院がなければ救急はボトルネックに陥り、患者の流れは院内で滞留してしまう。理想を言えば、地域医療連携を超えた産学官民の社会連携が求められているということになるのだろう。

都道府県における地域医療再生計画のタイムスケジュールと進捗状況についての詳細は不明だが、昨年末に厚生労働省から交付金額の内示があり、その後の申請手続きを経て、都道府県への交付が決定されたのは今年に入ってからのことである。したがって、現実的な事業計画がスタートしたのは今年度に至ってからと言ってもいいだろう。

現場からのメッセージ～救急医療の実情

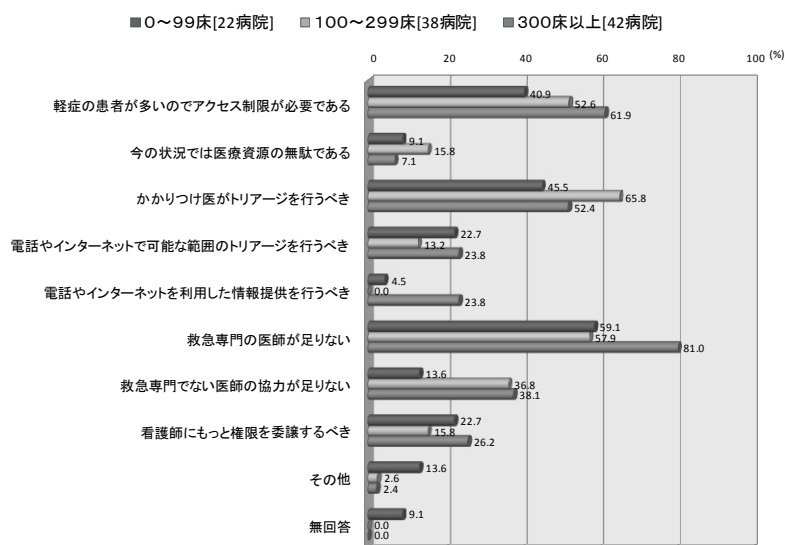
さて、地域医療再生計画の実施に伴い、昨年来、都道府県では医療再生に向けた水面下

での動きが活発化し始めた。これを契機に、上述したような多様な社会問題を抱える救急医療の実態、とりわけ中山間地域が抱える問題を把握するため、昨年度の調査研究事業で全国の厚生連病院に——中山間地域における救急医療の実態に関する意識調査を含む——アンケート調査の協力を依頼している。現代救急医療が抱える諸問題は広範で多岐にわたるが、ここでは中山間地域に特有の普遍的な問題が存在する可能性を探りながら、まずは現場からの声を真摯に受け止めてみることに主眼を置きたいと思う。なぜなら、救急医療を取り巻く社会学的問題の解決には、情報を共有することで“真実の発見”と“気づき”をもたらし、行動変容へと結びつけるリスク・コミュニケーションという手法が、その糸口を見出すうえで重要になると考えるからである。本研究報告はリスク・コミュニケーションを実施するためのインフラ整備でもある。

・救急医療の諸問題

【図 1】は救急医療に関する現場の問題意識を尋ねたものである。選択肢には「患者のモラルの低下」と「医師不足」に関連する項目を挙げ、この2つの基本問題に対する現場の意識を確認することを目的に行った。全体では『救急専門の医師が足りない』という回答が最も多く、病床規模別にみると300床以上の医療機関の約8割が選択している。しかしながら、『軽症の患者が多いのでアクセス制限が必要である』や『かかりつけ医がトリアージを行うべき』という回答も平均すると50%を超えており、なかでも100床～299床の医療機関では『かかりつけ医がトリアージを行うべき』との回答が65%と、全項目中で最も高い選択率を示している。大半が二次救急指定医療機関であることを勘案すれば、24時間365日に及ぶコンビニ利用、あるいは大病院志向による診療所離れという問題が存在することを端的に示した結果であろう。

図 1 救急医療の危機に関する意見 [複数回答] (N=102)



【表1】は本設問に対する自由意見を記載したものである。回答には、患者のモラルや意識の低下が直接あるいは間接的に救急医療の現場に負荷をかけている事実や、業務負荷

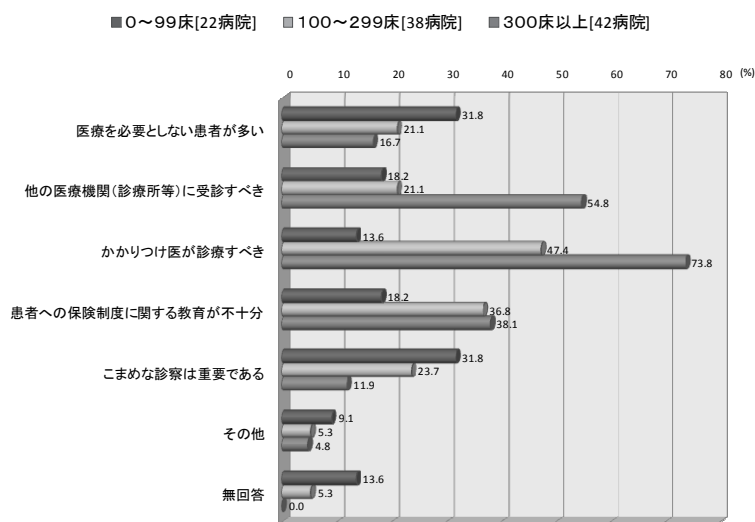
表1 救急医療の危機に関する意見・[自由意見]

1	医療サービスは公共的資産であり、安易な受診が救急医療の崩壊につながることを受診者が認識することが必要。夜間の方が待ち時間が少ないなどの理由で救急医療を利用することは問題がある。
2	かかりつけ医（開業医）と勤務医の役割分担（連携）が重要。またアメリカ並みに看護師等が医療行為を行なえる範囲を増やすことで医師の負担を軽減することが必要。
3	医師の絶対数を増やすことが現状医療界のかかえる課題の解決策である。
4	医師の専門外を診たがらない状況、患者の専門医受診の希望が強い状況が増加すれば、救急はいくら医師がいても十分にはならないと思う。
5	質問選択肢N0.4（電話やインターネットで可能な範囲のトリアージを行うべき）について 医師は24時間365日働けということか？（最も良くない意見） ①救急の適応を正確に判断することは難しい。手遅れになるよりは無駄な受診が望ましい。 ②十分な救急提供体制をつくる必要がある。現状は不足。 ③その上で市民に対する啓蒙、情報提供活動が必要。お金も沢山いる。
6	メディアや社会への問題提起が必要（医療側からメディアを利用して現状の問題点を提起する必要がある）。
7	一次二次三次救急とは何かを、もっと市民に知らせる必要がある。

のバランスを考える意味でも、かかりつけ医と勤務医の役割分担ならびに看護師の高度活用が必要になっているという現実、また医師の絶対数が不足していることが諸問題の根源であるといった指摘もある。さらに、医師及び患者の専門志向を止めない限り根本的な問題の解決はあり得ないといった意見や、患者擁護の立場から不十分な救急体制に問題があることを指摘する声、またメディアの役割とその活用に活路を求める意見や、教育と情報発信の機会を増やすことの必要性など、柔軟な視点から多角的に考察されており参考にするべき意見である。現状を打開するためには、これらの問題と向き合いながら丁寧な解決策を模索していく必要があるのだろう。

そこで、少しだけ視点を変えて、これと類似した問題について見解を尋ねてみることにした。【図2】は「頻回の外来受診」、すなわち医療機関は頻繁に外来を訪れる患者をどのように見ているかについて尋ねたものである。患者の大病院志向は医師を中心に医療機関

図2 頻回の外来受診に関する意見 [複数回答] (N=102)



関全体の業務負荷を増している。この問題は医療の機能分化を考える上でも重要である。全体では『かかりつけ医が診療すべき』が最も多く、この数字を押し上げているのは300床以上の医療機関である。まさに国民の大病院志向が露呈した結果とみてもいいのかもしれない。興味深いのは、100床未満の医療機関で『医療を必要としない患者が多い』と『こまめな診察は重要である』という対極にある回答が同率で最も多かったことである。あくまでも推測である

が、中山間地域では医療機関の数も少なく、生活環境や行政サービスの限界、あるいは高齢化問題などで、医療保険制度では許容されない社会的入院なども赤字覚悟で受け入れざるを得ないケースがある。この数字は「社会的使命」と「過酷な労働環境」の狭間で葛藤する医療機関の姿が映し出された結果と考えてもいいのかもしれない。

【表 2】は本設問における自由回答である。医療者として患者のニーズにはできる限り応えたいとしながらも、現実問題として機能分化の必要性を認めざるを得ないといった意見や、頻回受診患者の心の問題にまで踏み込ん

で現代社会に潜むリスクを指摘し、診断の重要性を再認識すべきとする意見、また社会教育の重要性とその欠落によるモラル低下を指摘する意見もあれば、一方では、頻回受診は重症化を予防して医療経済効果を高めるので、患者負担を軽減してでも推進すべきといった意見もあり大変興味深い。これからの医療保険制度のあり方や運営方法に関する議論にも波及していく問題かもしれない。さらに、クレーマーと真正の病を見分けることの大切さを強調しながら、医療者としてのあるべき姿を示したもののや、情報の非対称が存在するなかで、もしメディアがミスリードすれば、社会にはコンフリクトが生じてリスクも増大させるといった指摘もある。また最後の、看護師や保健師への権限移譲と活躍の場の拡大などに関しては、たしかに今後の課題でもある。

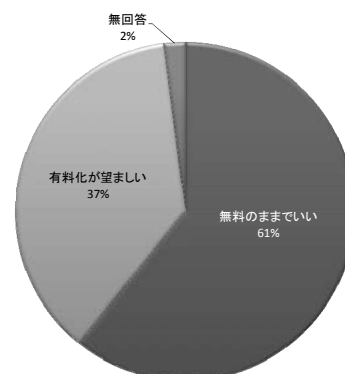
・救急車の利用料金

次の設問は救急車の利用に関するものである。先進諸外国では、救急車が公的サービスと民間サービスの両面から運営されている国が少なくない。そこで【図 3】は救急車の使用における有料化の是非について尋ねたもの

表 2 頻回の外来受診に関する意見・[自由意見]

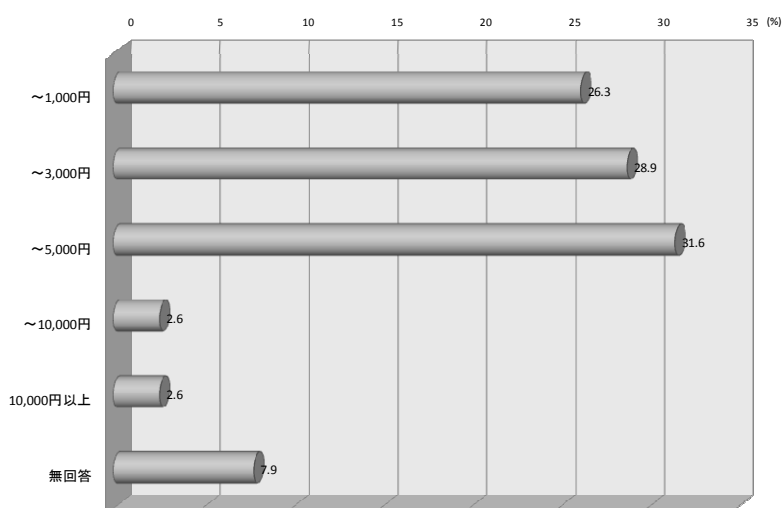
1	患者のニーズに対応すべきであるが、医療資源に限界があるので高度専門病院とプライマリケアを担う病院への受診を振り分けることが全体の効率化になると思う。
2	①頻回に来院する患者は、家庭内・地域内で疎外感の強い人が多い。外来で本人の話を聞いてやると、頻回の来院は減少することが多い。したがって、その対策として、本人の家庭内・地域内での実状を把握する必要がある。 ②また、執拗な訴えを持つ患者内には重大な病気があることが多く、こまめな診療が必要。
3	俗に言うコンビニ化現象が目立つ。医療の社会資源としての認識やモラル不足。
4	慢性疾患などは、重症化する前にこまめに診察することがかえって医療費を抑制できるのではないか。長野県原村では高齢者、児童、生徒の窓口支払いが村の負担により無料化となっている。早めに安心して医療機関を受診できる土壌があり、結果同村の医療費は長野県で最少である。従って、こまめな診察と共に医療費負担の軽減も必要ではないか。
5	基本的には医療側に責任があると思う。特殊なクレーマーは別として、症状や悩みに対応することは医療の基本である。①クレーマーには厳しい態度で臨む②その他に対しては、しっかりした分かりやすい説明や対応をする。
6	救急外来の状況を理解していない患者層。受診を権利と考える患者の受診拒否ができない。メディアが権利意識をあおっている面がある。供給体制の未整備状況へコンビニ受診の増加。医師と患者側の病状認識の差がクレームにつながっている。
7	指導は必要であるが、医療を必要としない患者が多い。もっと看護師や保健師の機能を拡大生かすべきである（医師会が現在抵抗している）。

図 3 救急車有料化の是非 (N=102)



である。結果としては、予想に反して40%近い医療機関が『有料化が望ましい』と回答している。ただ、昨今の救急医療現場の実態を勘案すれば、ここに現れた数字にどれだけの真意が込められているかについては疑わしく、ある意味で、これは現場の悲鳴が数値化されたものとも考えることもできる。たしかに有料化することで一定のトリージング効果は期待できるものの、少なからず救える命を失う危険が潜んでいることも無視できないからである。さらなる調査が必要であろう。そこで参考に、もし救急車に使用料金を設定するとしたら相当する金額はいくらかを尋ねてみた。その結果については【図4】のとおりである。『有料化が望ましい』と回答した医療機関の9割弱は5,000円以内と回答している。

図4 救急車の使用料金 (N=38)

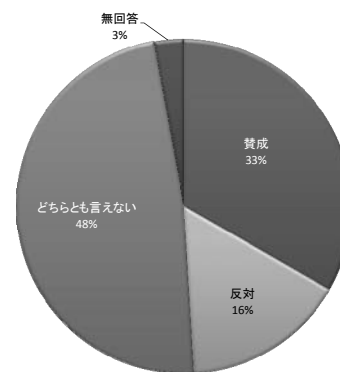


た。しかしながら、賛成意見が全体の1/3に達し、これは想定していた数字を大きく上回るものであった。参考として、病床規模別にクロス集計を取ってみると、『賛成』の数字を押し上げているのは300床以上の医療機関である。余談になるが、今後の中山間地域における医療制度の方向性については——中核病院が管轄する医療圏を一区画とした——患者登録制による人頭請支払い方式というものが一つの選択肢になり得ると感じている。中

・機能分化とかかりつけ医制度

さて、ここからは救急医療と機能分化の問題に焦点を当て、かかりつけ医制度に関する厚生連病院の見解を確認していきたいと思う。ここでは少し踏み込んで、英国家庭医制度 (GP ; General Practitioner) を参考に、地域における患者登録制となる「かかりつけ医制度」の導入の賛否を尋ねてみることにした。本設問に対する回答は【図5】のとおりである。予想したとおり、制度導入の方法と運営上の諸問題などを整理することなく、かなり漠然とした設問にしているため、『どちらとも言えない』という回答が約半数に上っ

図5 患者登録制の『かかりつけ医』制度に関する賛否 (N=102)



山間地域は向後20～30年をどう乗り切っていくのか、柔軟な思考が求められている。各選択理由については【表3】のとおりである。

表3 患者登録制の「かかりつけ医」制度に関する賛否・[理由]

N0	回答N0	患者登録制の「かかりつけ医」制度に関する賛否・[理由]
1	3 不明	登録制は高齢者のみで、幼児・小児はフリーアクセスで。
2	2 反対	選択の権利を狭めることにより、受診機会の遅延が懸念される。
3	3 不明	制度の運用自体がはっきりしていない。
4	3 不明	機能していない。「かかりつけ医」の患者が理解していない。
5	1 賛成	患者にとって安心感がある。他の医療機関を渡り歩かない。医療費の無駄が省ける。
6	2 反対	患者の選択権を奪うことになる。
7	3 不明	地域での往診医および医療機関の地理的・数的分布によって体制の質が違ってくると思う。
8	3 不明	かかりつけ医の診療技術に差があっても患者は分からない。
9	3 不明	かかりつけ医をつくるのは望ましいが、かかりつけ医の負担にも考慮すべき。
10	3 不明	プライマリケアの基本的知識・技量の担保が条件。
11	2 反対	患者の受診医療機関の自由選択が失われる。
12	3 不明	開業医の数が少ない。
13	1 賛成	外来は診療所（開業医）、入院は病院という役割分担が大切なので。
14	2 反対	自由なアクセスができなくなる。
15	3 不明	現状では、国民への説明と理解が不十分である為、判断しかねる。
16	1 賛成	病院の外来数及び救急外来受診者数の減少につながる事が期待される。
17	3 反対	表裏一体で、メリット、デメリットがあり制度を十分検討しないと必要な医療を制限してしまうケースも出る。
18	2 反対	開業医のレベルに差があり、一律に規定すべきではない。
19	2 反対	登録制ではフリーアクセスが妨げられる。
20	2 反対	フリーアクセスの制限となってしまうから。
21	1 賛成	総合医としてかかりつけ医の教育が必要。
22	3 不明	まだ定着しておらず判断はできない。
23	1 賛成	治療と予防両面からかかりつけ医は必要だと思う。
24	3 不明	かかりつけ医制度に矛盾がある。
25	2 反対	患者の偏りが出るのではないか。
26	3 不明	メリット・デメリット共に同意が得られない。
27	1 賛成	トリアージが必要である。

この問題についての正解はないため、ここに記載される選択理由が大変参考になる。どのような制度も一長一短があるということだろう。さらに、この設問に関する自由意見もいただいているので【表4】にその内容を示す。設問の曖昧性を補足するような貴重な意見である。

表4 患者登録制の「かかりつけ医」制度について・[自由意見]

1	かかりつけ医として、内科・小児科・外科・整形外科の一般的な知識が必要と考えられる。
2	基本的には賛成だが、かかりつけ医としてプライマリケアを専門的にこなせる医師が少ない。
3	山間僻地では、医師の数も専門医も不足しており見通しがよくありません。かかりつけ医制度は、都市部の医師数、専門医の多い所では有効と考えますが、中山間地ではどんな病気でも診なければならぬ。地域によって状況が異なるため全国一律の制度としては疑問が残る。
4	かかりつけ医の過剰な負担がなく、患者が自由にかかりつけ医を選べる制度を前提に賛成。
5	さまざまな問題提起を行い国民的議論が必要。
6	かかりつけ医制度が本格化してくると、開業医に対する負担が大きすぎるようになる。開業医が疲弊する社会現象が出てくるので何らかの対策が必要である。

次に、診療所かかりつけ医が行う診療の守備範囲についての考えを確認した。結果については【図6】のとおりである。最も多かったのは『内科・小児科・外科・整形外科』の4診療科であり、約1/4の医療機関が選択している。回答は想像した以上に分散したが、補足すると、300床以上の医療機関において最も選択数が多かったのは『内科・小児科・外科・整形外科・お産を扱う産婦人科・皮膚科・眼科・耳鼻科』で、ほぼ2割に達していた。この結果の背景にも、頻回の外来受診や夜間救急窓口のコンビニ利用等の問題があるように思われる。診療所かかりつけ医には「総合診療医」としての期待がかかっているわけだ

が、さて、この総合診療医という概念がまた難しい。臓器を診る専門医に対して人間を診る総合診療医であるとか、地域医療において横断的かつ全人的医療を行うのが総合診療医であるという話は聞かすが、この説明により、総合診療という分野のイメージだけは感覚的に理解できる。しかしながら、その適格性を何を持って判断するのかについては漠然としている。内科であれ、整形外科であれ、医師という仕事が生身の人間と向き合う職業である以上、社会経験や泥臭い人間関係のなかで——人格や人間性の涵養、経験的知識や感性を磨くという意味も含め——学ぶことも多いと思われる。ゆえに単に学問的知識を広く浅く身につけるといえるのではないだろう。総合診療医への期待は大きいので、今後の展開と発展を見守りたいと思う。続けて診療所かかりつけ医が担う機能について確認したところ、結果は【図7】が示すとおり『胸部X-P（レントゲン）』と『ECG（心電図）』がほぼ同率で多く、どちらも8割を超えた。この結果は病床規模別にみても同様であった。ただ、『腹部エコー』について補足すると、この全体数値は300床以上の医療機関が大幅に引き下げているものである。

図6 診療所『かかりつけ医』の診断の守備範囲について (N=102)

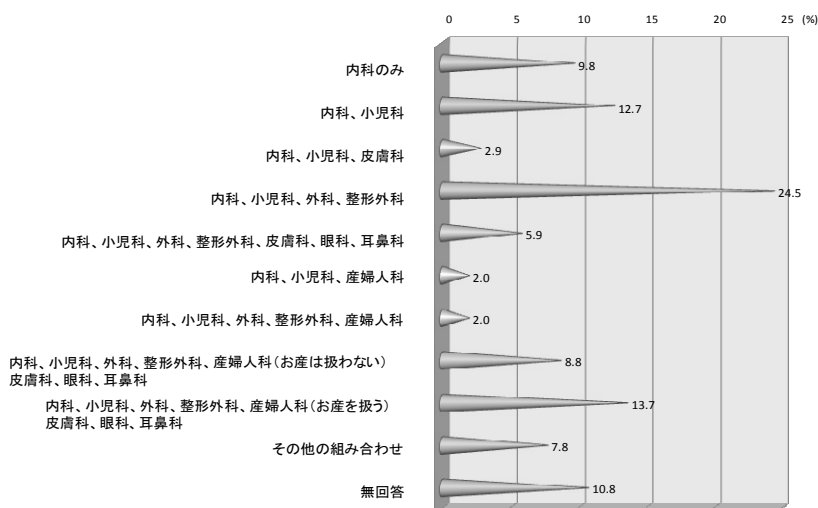
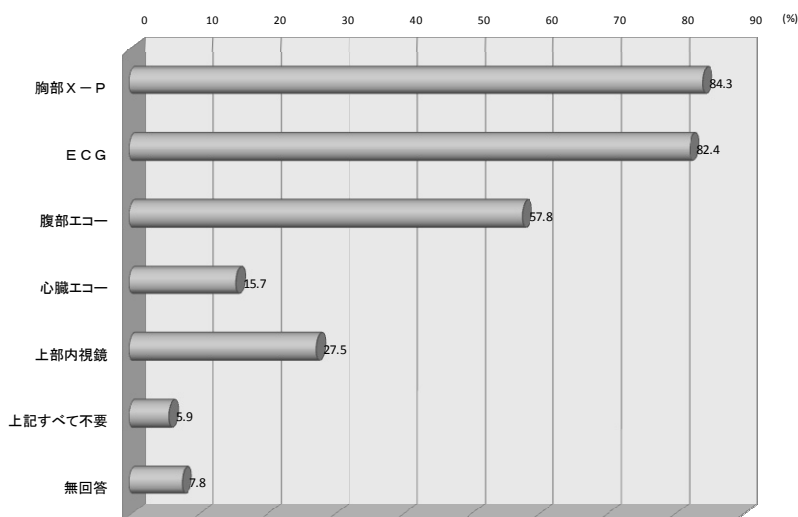


図7 診療所『かかりつけ医』が担う機能について (N=102)



・救急医療とアフターフォロー

次は救急医療の出口対策とアフターケアの取り組みでもあり、とりわけ高齢社会においてニーズが高まると考えられる「在宅訪問リハビリ」に関する取り組みを確認していきたいと思う。在宅訪問リハビリに対する厚生連

病院の取り組み状況は【図8】のとおりである。この割合は病床規模別に見てもほぼ同様と断言していい。在宅医療を実施している78医療機関のうちの約半数は既に在宅訪問リハビリを行っていることがわかった。そこで在宅訪問リハビリを提供する患者の主要疾患を尋ねたものが【図9】である。『脳血管疾患』が最も多く、100～299床の医療機関（17病院）では100%という結果になっている。また『神経難病』の数字を押し上げているのは300床以上の医療機関であり、9割近い医療機関が神経難病患者の在宅訪問リハビリを実施していることがわかった。『骨折』と『脊髄損傷』も全体平均では5割を超えている。どちらも100～299床の医療機関が最も多い。また100床未満の医療機関を中心に『その他』の選択数も多く、具体的な疾患名を確認すると『リウマチ』や『変形性膝関節症』、あるいは『脳性麻痺』や『廃用症候群』などが目立つ。全体的にみるとかなり多様な疾患を在宅訪問リハビリで対応している。昨今、人口の高齢化に伴いロコモティブシンドローム（運動器の障害のために要介護となる危険性の高い状態）への関心が高まっている。運動器の障害もまさに“サイレントオルガン”であり障害が一定程度進むまでは症状が現れづらい。とりわけ女性の介護移行は運動器の衰えに端を発することが多く、高齢化率が顕著に高

図8 在宅訪問リハビリの取り組み(N=78)

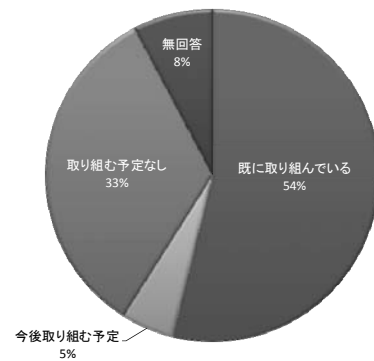
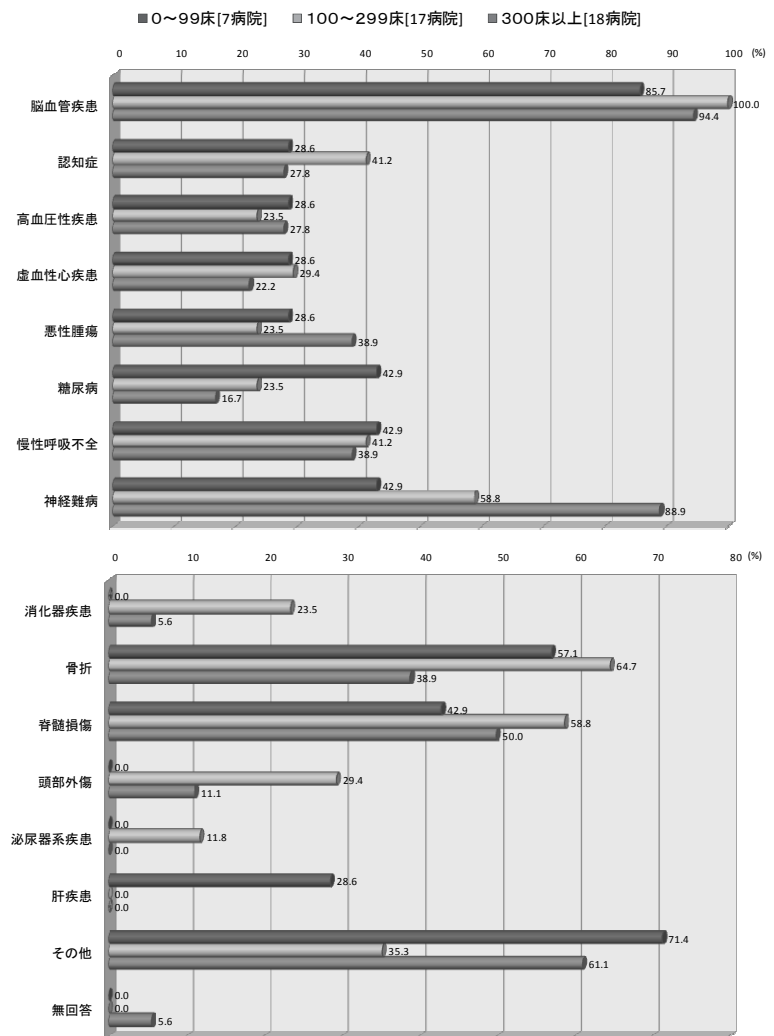


図9 在宅訪問リハビリ患者の主要疾患【複数回答】(N=42)



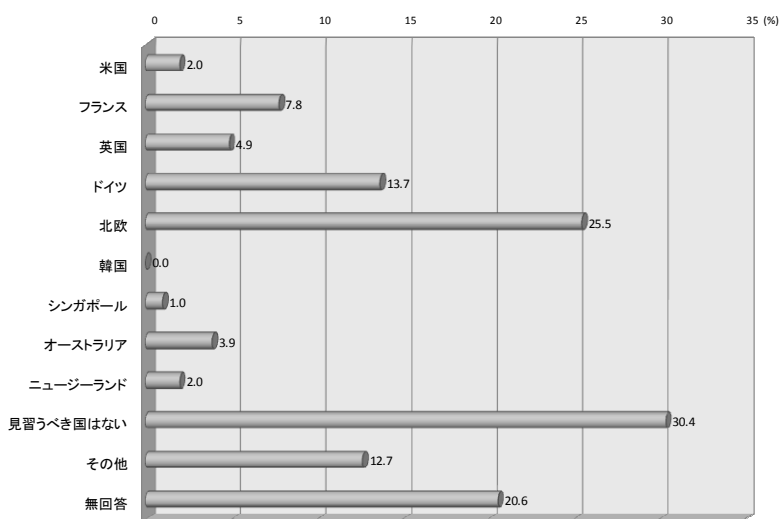
い中山間地域においては、在宅訪問りハビリへのニーズは今後ますます高まっていくものと思われる。

わが国の医療制度の方向性

そこで最後に、わが国の救急医療を取り巻く医療制度全体に対する考えを尋ねてみることにした。救急医療のあり方は、その国の医療制度の方向性に少なからず影響を受ける。先進諸国は20世紀の半ばから福祉国家へと大きく舵を切ったが、たとえばデンマーク出身の社会学者エスピン・アンデルセン（Gøsta Esping Andersen）が提唱した「福祉レジーム論」でも指摘されるとおり、保健・医療・介護・福祉に対する各国の取り組みと重点政策は一律ではない。とりわけ福祉政策に重点を置く国々では、わが国と比較して救急医療や高度医療への意識が高いとはいえない。無尽蔵に存在し得ない限られた財政のなかで、5つの巨悪（窮乏・疾病・無知・不潔・無為）へのアプローチは——国民負担率の多寡や社会保障予算の全体比率の問題も含めて——各国の価値観と意識がその配分を決することになる。そのような現実を踏まえ、地域医療の現場から社会保障政策に潜む隠された問題点を探ることを意図して尋ねたものである。

設問については「日本が見習うとしたらどこの国の医療制度か」というもので、複数選択であるが、できる限り選択理由を記載していただくようお願いしている。まず統計的な結果については【図10】のとおりであり、

図10 見習うべき外国の医療制度〔複数回答〕（N＝102）



『見習うべき国はない（日本の制度が理想的である）』が最も多かった。たしかに高負担・高福祉を貫く北欧諸国の評価は高いが、北ヨーロッパの国々は社会保障・社会福祉を包括的に、また税を基本財源として運営されているため、医療制度という限定的な観点では比較が難しい。医療制度の財政基盤を主に保険で支えながら「アクセス」、「コスト」、「クオリティ」のバランスを維持している日本のシステムは、ある意味できわめて自律的かつ独創的である。

回答の選択理由については、とても具体的に丁寧な解説をいただいている。これからの地域医療の方向性を模索する上でも——貴重な意見として——参考になるとと思われる。そこで各医療機関からの回答をランダムにまとめたものが【表5】である。趣旨を違えることのないよう、文面については原文そのままに掲載している。表中の「回答N0」欄の数字は表題下の国番号を示している。

表 5 見習うべき外国の医療制度・[選択理由]

- | | |
|---------|-----------------------------|
| 1. 米国 | 7. シンガポール |
| 2. フランス | 8. オーストラリア |
| 3. 英国 | 9. ニュージーランド |
| 4. ドイツ | 10. 見習うべき国はない（日本の制度が理想的である） |
| 5. 北欧 | 11. その他（ ） |
| 6. 韓国 | |

病院	回答NO	見習うべき外国の医療制度・[選択理由]
1	3	1990年代以降、大胆な医療制度改革を行い、効果をあげつつある。一次医療として総合診療医がトリアージし、病院への受診抑制として機能している。機能を分化させている。医師の待遇改善面など見習うべき。
2	4	医師の配置や専門の選択などは、ある程度行政からの規制があつて良い。
3	5	公費による手厚い医療福祉を実施しているため。
4	5	医療と福祉が充実している。
5	2, 8	高齢者福祉政策の充実。
6	10	日本の保険医療は世界一の成果を取めている。一部の修正が必要なだけである。
7	4	医師の地域別適正配置および裁判外医療審判制度。
8	3, 4, 5	日本の医療制度は開業医を中心に発展した経緯がある。特に有床診療所が社会的入院（現在の介護施設に類似した役割）を果たしてきたこともある。国の医療政策も開業医の力を借りながら改善してきたと思われる。反対も多いが、現在の勤務医と開業医の問題の改善策として（ドイツのように）地域によって開業医の数を制限する必要があると思う。
9	2, 4, 10	ドイツの医師会制度（体制）は自浄能力をもち、日本も導入した方が良い。
10	11	日本の従来制度を基に発展させるべきだと思う。
11	4, 5, 9	国の将来の人口動態を見据えた政策が行なわれ、効果的に国民教育とサービスの併用充実を図っているところが理由。
12	3	「公平・無料・国営を貫く英国の医療改革」参照。
13	4	国民皆保険制度であり、一般医療から高度医療まで高質な精度を保っている。学問先行より臨床を先行させている。定額医療制度を導入することにより、医療の効率化を図りつつ、質の向上を実現するシステムを構築している。
14	5	高齢者がいても障害者がいても安心して生活ができ、また未来を託せるある程度福祉の充実した社会。
15	11	日本の制度で良いが、医師の絶対数を多くすると同時に、診療科による偏在等をなくして医師不足を解消するような仕組みが必要。
16	10	諸外国に比べ日本は所得に対して直接・間接税から負担割合を一定額に抑えている。しかし現状は、医療保険制度の多様化により、負担額が増加している。税の投入を元に戻し、社会保障費全体の底上げをすることが課題である。他国は医療費、社会保障費だけで考えると日本の制度より良く見えるが、消費税の負担割合が突出しており国民1人1人の負担を考えると疑問が残る。
17	4, 5	国民の健康・福祉・生命を守ることが国にとって最も重要で基本であると思うので。
18	11	一長一短である。重要なのは、国民の理解と協力。
19	5	保障が充実しているから。
20	11	他国の医療制度の詳細が不明であり判断できない。
21	4	病院・診療所の開設には、行政が指導してその地域の医療状況（人口・必要度など）に応じて許可を与える（医療・資源の無駄を省くことができる）。
22	10	理想的であるかは別として、それぞれの国が問題をかかえています。すぐに医療機関にかかる点では日本の制度を元により良くしていく考えの方が良い。
23	5	医療制度として北欧型の高負担・高福祉が良い。
24	2, 4, 5, 10	北欧を高福祉、ドイツ・フランスを中福祉とすれば、日本は低福祉。日本の国民負担をドイツ・フランス並みに上げ、中福祉を目指すべきである。制度そのものの直輸入は反対。国民皆保険制度・自由開業医制度を保つことは必須。
25	2, 3, 5	開業医の役割が明確である。開業するために総合診療医の資格が必要とされている。勤務医を過剰労働させない、医師の家庭を犠牲にしない体制ができています。医療と介護は別で、介護に対する国の投資が明確で充分投資されている。
26	10	日本独自の国民性があり、世界の模範となるべき制度を作る。
27	5	医療制度が充実しており、全国民が平等に医療を受けられるので、安心して暮らすことができる。
28	10	日本の国民皆保険制度は、世界に誇れる制度であり、より健全な運営を図るための対策を講じるべきだと思います。

結びに代えて

いのちを脅かされることのない安全で安心な生活環境は、そもそも誰かに提供してもらうものではないのだろう。過去を振り返れば、中山間地域の多くは無医村を経験し、医療環境の整備が生活欲求を満たすうえでいかに大切であるかを体験的に学んだ。たとえ時代の後押しがあったとしても、いま存在する医療環境は住民が知恵を出し合い協力し合って創り出した地域の社会的共通資本であり、それは地域社会の財産である。ただ、医療が高度化・専門化するなかで、いつの頃からか高度医療を提供する医療機関は住民の暮らしから乖離し、科学技術の粋を結集した“不思議の城”と化してしまった感もある。だからこそ、医療を提供する者とその恩恵を受ける者との関係性を真摯に考えなければならない時代が到来しているのだと思う。医療が身近にあることが豊かな生活をデザインするために不可欠であると考え、またそれを望むならば、地域医療、とりわけ地域の救急医療を支えている人々が抱える問題をたとえ僅かでも理解しようとする努力、あるいは知ろうとする姿勢が大切になるのだろう。

一方、産業構造の変化と人口の急速な高齢化により都市と農村の生活格差は拡大している。「ひと」、「もの」、「かね」は都市部へと集中し、農村部、とりわけ中山間地域は生産労働人口の流出による高齢化と人口減少が顕著である。経営学的な視座に立てば医療機関経営も例に漏れることなく人口規模に大きく依存している。現状を放置すれば、中山間地域の医療の衰退は火を見るより明らかである。

もはや中央集権的な医療政策で国全体のバランスを維持することは難しくなった。ゆえに疑いなく、地域医療再生計画実行のために組まれた補正予算には、住民のエンパワーメントと社会イノベーションへの期待が込められている。地域医療のあり方は地域で決する時代が到来したと言ってもいいのだろう。いま都道府県は、短期計画として、これまでの医療体制に潜む無駄を省き、医療の効率性を高め、限りある医療資源の機能の最大化を実現しなければならない。また一方で、医療機関の経営を支えるための財政支援も、とりわけ中山間地域では必要になるだろう。そして中長期的には、地域再生と持続可能社会への構想を具体化し、住民総意の下で実行に移す必要がある。

しかしながら、救急医療システムはいのちのセーフティネットであると同時に、反面それは従属人口指数が上昇を続ける中山間地域ではコストファクターという印象も強まる。地域に必要な病床機能を正確に把握し、地域医療の全体最適を求めるなかで効果的な機能配備を検討しなければならないだろう。その過程では医療機関の集約化や、あるいは社会保障特区を検討せざるを得ないケースも現れるかもしれない。いずれにしても、救急医療は安全で安心な日々の暮らしを根底で支えている。たしかに課題は山積しているが、豊かな未来を創造するのは現代を生きるわたしたちであることを再度ここで確認し、誰もが当事者意識を持って、医療現場からの声にも耳を傾け、共に知恵を出し合い協力して、壊れかかったセーフティネットの修復に取りかかることが求められているように思えてならない。