

平成 30 年 6 月 28 日現在

機関番号：25405

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2016～2017

課題番号：16H07138

研究課題名(和文)医療の地域展開を含む地域ケアの成立条件に関する研究

研究課題名(英文)Conditions for Establishing Community-based Care System: Onomichi Case Study

研究代表者

高間 沙織(Takama, Saori)

尾道市立大学・経済情報学部・講師

研究者番号：20782030

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,500,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、医療の地域展開を含む地域ケアの成立条件を広島県尾道市の事例から明らかにすることである。方法として、文献・資料調査と聞き取り調査から、どのように地域ケアが築かれ、その成立には何が肝要であったのかを歴史的に整理する作業を採用した。調査の結果、尾道市の地域ケアの成立には、(1)地域特性、(2)医師会の権威、(3)理念の共有・浸透を促す巧みな戦略という3点が影響する可能性が抽出された。本研究における(1)は尾道に限られた特性だが、(2)及び(3)は他地域の地域ケア成立においても考慮の余地がある項目といえるだろう。

研究成果の概要(英文)：This study analyzed why the Onomichi Medical Association method was developed in the central area in Onomichi by conducting interviews and investigating historical documents. Based on the surveys, three points emerged: historical local ties, local doctors' authority frequent and effective training, and motivation. These three points came together very nicely in the specific case of Onomichi. Number one is the result of small-town circumstances. Numbers two and three could be emulated wherever there is a local medical association. Fortunately, for Japan, local medical practitioners have long been organized in associations. They are already used to discussing local healthcare, sharing medical knowledge, and training together. Accordingly, it would be a waste not to use the functions of local medical associations as a primary resource.

研究分野：社会保障

キーワード：医師会 地域ケア

1. 研究開始当初の背景

近年、支援を要する人々の処遇の場を病院から地域へ移行させ、地域で人々を支える仕組みを構築すること、すなわち地域ケアの成立が喫緊の政策課題となっている。

しかし、地域ケアへの移行には課題も多い。その課題の一つに、人々の処遇の場が、病院から病院を含む地域へと移行し難いということが挙げられる。その背景には、以下の理由が考えられる。

第一に、人々の地域での生活を支えるためには、要支援者の刻々と変化する状況に応じて、関わる主体及び関わり方の柔軟な調整(=「個別コーディネート」と、要支援者の住まう地域を持続、乃至よりよいものとするための複数主体間の関わり方の調整(=「地域コーディネート」)が要請されるが、地域にある複数の主体の牽引役となって、個別コーディネート及び地域コーディネートをできるような主体が見つかりにくいという理由である。実際、そうしたコーディネーターの有無によって、地域ケアの成立と存続に地域差が生じていることは各所で指摘されている(宮本 2014)。

第二に、治療医学に依拠した従来型の支援の仕組みの中核にある医師たちの協力が得られにくいという理由である。よく知られているように、日本の医師は、概して開業医と勤務医に大別される。元来、前者は自身の開業する病医院での臨床と経営、後者は勤務先での専門的な治療に主たる責務がある。ゆえに、地域でのケアのために連携の要請があっても、前者であれば、自身の患者の個別コーディネートの要請には協力しうるが、地域コーディネートの要請には時間的余裕や経済合理性に見合うものでなければ期待できない。一方、後者であれば、個別コーディネートの要請には診療情報の提供という程度でしか関わらないであろうし、地域コーディネートの要請に応じてそれに参画するという考えがそもそも念頭にないであろう。したがって、たとえ必要があっても、医師どうしの連携、医師とその他の職種との連携、医師とその他の主体との連携が円滑にできていると言い切れる地域は多くはない。

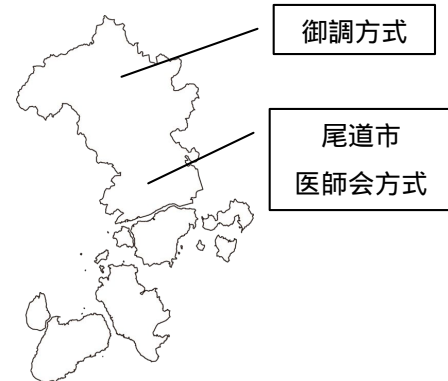
2. 研究の目的

一方、以上のような個別コーディネート及び地域コーディネートの牽引役の不在問題や、開業医及び勤務医の協力が得られにくいという問題を独自の方法で克服している実践例が各所で紹介されるようになってきている。

そこで本研究は、そうした実践事例の一つであり、国の政策に先駆けて独自の仕組みを発展させた広島県尾道市の地域ケアの実践例に着目し、制度的な後ろ盾が少ない時代であっても、尾道市では、なぜ、そして、どのように上記の課題を克服した地域ケアが成立するに至ったのかという課題を究明する。

尾道市の地域ケアの事例研究を通して、同じような課題を抱える他地域に有意義な示唆の提示することが本研究の目的である。

3. 研究の方法



尾道市の地域ケアは、公文書等において、北部の「御調方式」、中心部の「尾道市医師会方式」、島嶼部の「因島医師会方式」と三つに大別されている。

申請当初の計画では、「御調方式」及び「尾道市医師会方式」の二つを検討する予定であった。しかし、地域ケアにおける医師らの説得方法を検討したい本研究にとって、複数の個人開業医診療所及び二つの公的急性期病院が存立する中心部に成立した尾道市医師会方式こそ、優先して追究すべき事例であると考え、助成期間2年間は、そちらの検討に焦点を絞った。

方法として、文献・史資料調査、聞き取り調査、参与観察を採用したが、具体的には以下の手順で研究を進めた。

まず、『尾道市史』や『統計おのみち』、『尾道市高齢者福祉計画』、『病院要覧』などから、尾道市の歴史、風土、産業、人口、高齢化率の推移、医療機関の状況などの基本情報を整理した。

並行して、尾道市医師会方式の成立の旗振り役である片山壽医師(片山医院院長、元尾道市医師会会長)にアポイントメントを取り、尾道市医師会方式成立前後の苦労や工夫などについて聞き取り調査を複数回実施した。

片山医師の協力によって尾道市医師会方式の特徴の一つであるケアカンファレンスの参与観察を継続的に実施することができた。参与観察の結果は、毎回フィールドノートに記録し、尾道市医師会方式の地域ケアにとってケアカンファレンスはどのような機能があるのかを考察した。

加えて、尾道市医師会方式の成立に協力した専門職及び住民に対して60分~90分の聞き取り調査を実施した。主な対象は、開業医、病院薬剤師、病院ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、訪問看護ステーション看護師、介護老人保健施設管理者、小規模多機能居宅介護事業所管理者、個人開業歯科医師、社会福祉協議会職員、民生・児童委員などである。

聞き取り調査の結果、尾道市医師会方式の成立には、(1)地域特性、(2)医師会の権威、(3)理念の共有・浸透を促す巧みな戦略の3点があったのではないかという仮説が浮上し、その3点を精査するために、さらなる聞き取り調査及び史資料調査を進めた。

4. 研究成果

以上の文献・史資料調査、聞き取り調査、参与観察から、尾道市医師会方式とは何か、なぜ尾道市医師会方式は成立したのか、他地域への示唆は何か、の3点について以下の知見が得られている。

尾道市医師会方式とは何か

先に指摘したように、病院中心の支援の仕組みから病院を含む地域ケアへの移行には、地域における個別コーディネート及び地域コーディネートの課題を克服する必要がある。調査を通して、尾道市医師会方式とは、以下のかたちで個別コーディネート及び地域コーディネートを実践する地域ケアのかたちであると指摘することができる。

○個別コーディネート

尾道市医師会方式で個別コーディネートの核となっているのは、開業医らの引き受ける「在宅主治医」という役割と、それを中心とした「ケアカンファレンス」の開催である。

在宅主治医とは、Multiple functions(多様な連携と診療機能)、Flexibility(柔軟性、全人的支援)、Accountability(説明責任)という尾道市医師会が1994年に提唱した主治医機能三原則を全うしようとする開業医をさす。

尾道市医師会方式では、開業医が要支援者の在宅主治医となり、上記の三つの主治医機能を発揮しながら要支援者の地域での生活を複数主体間の連携によって支援できるようにケアカンファレンス(以下、CC)を開催している。

CCは、概して、在宅から急性期病院への入院時、急性期から回復期病院・施設への転院・転所時、回復期から在宅への復帰時、在宅での調整時などに実施され、そこでは要支援者がどんな状態なのか、そのためにどのような配慮や介入が必要なのかの情報共有がされている。開催場所は、病院や施設からの退院・退所時ならばそれらの施設で、在宅療養時ならば在宅主治医の診療所や要支援者の自宅などである。

招集される主体は、毎回、要支援者の状態に応じて柔軟に調整される。病院や施設でのCCならばそれらの施設の地域連携室などが、在宅調整時のCCならば要支援者のケアマネジャーなどが、在宅主治医の助言を受けながら招集する主体を選定し、日時を調整・連絡している。それぞれ多忙ななか参加するため、15分～20分程度を原則としている。

とりわけ、在宅調整時のCCで在宅主治医

の専門とは異なる治療が必要な際に他の診療所の開業医の参加がある点、病院退院時のCCで病院勤務医の参加がある点、行政保健との連携が必要な際に保健師の参加がある点、要支援者に家族がいない場合民生委員などの参加がある点などは、尾道市医師会方式の強みであろう。

このように、尾道市医師会方式では、開業医が在宅主治医となってCCが開催されることで、要支援者の変化する状態に応じて、開業医どうし、開業医と病院勤務医、開業医と他職種、開業医と行政保健、開業医と住民などの連携が柔軟に個別コーディネートされている。

○地域コーディネート

一方、尾道市医師会方式では、各種のプロジェクトというかたちで次のような地域コーディネートも展開されている。

例えば、地域の子育て支援のために1998年から立ち上げられたのが「尾道市医師会エンゼルプロジェクト」である。これは妊娠期から就学前までの母子の抱える諸問題に対応するため、先の実主治医機能とケアカンファレンスを軸とする個別コーディネートの仕組みを子育て支援にまで活用しようとするプロジェクトである。妊娠期から日本版エディンバラ産後うつ病自己評価票を用いたアセスメントを行い、課題を抱えた妊婦に対して介入が必要であれば、産婦人科や小児科開業医、病院の産婦人科・小児科医、精神科医、保健師、助産師、子育て支援課、児童委員などから最適な主体を選別し、関わり方を調整しながら支援していく。こうした調整は、介護保険制度のもと主に高齢者の生活を支えるために推進されているものだが、尾道市医師会方式ではそれを高齢者以外の支援にも拡充し、より包括的な仕組みを構築しようとしている。

さらに、こうした子育て支援を学童期にまで拡充させ「STD・AIDSプロジェクト委員会」を立ち上げている。これは、性行為年齢の若年化を受けて、医師会が保健所や学校とともに学童期の児童・生徒に対してSTD・AIDSの危険性を啓蒙する取り組みである。委員会は、医師会、保健所、PTA 連合会、中学・高校・養護学校の関係者などで構成され、尾道市立市民病院の思春期相談士の資格を持つ看護師が学校でSTA・AIDSについて教育講演を行えるようにした。2007年にはより多くの人々が参加できる市民公開講座の規模にまで発展し、今日でも継続して開催されている。

以上のように、医師会が地域の人びとの暮らしをよりよくするために必要なものは何かを考慮し、その必要を満たすために複数の主体に働きかけ、それらの関わり方を提案・設計していく地域コーディネートが尾道市医師会方式では実施されている。

なぜ尾道市医師会方式は成立したのか

では、なぜ尾道市中心部では、個別コーディネート及び地域コーディネートを伴う地域ケアが成立しえたのだろうか。

先述のように、専門職や住民に実施した聞き取り調査のデータを整理すると、(1)地域特性、(2)医師会の権威、(3)理念の共有・浸透を促す巧みな戦略、という3点が尾道市医師会方式の成立に関わっていた可能性がある。具体的には、以下の通りである。

(1)地域特性

尾道市医師会のCCやさまざまなプロジェクトが実際に実施されるには、医師とその他の専門職、住民といった多様な主体の参加が必要である。そのことについて史料や聞き取り調査を続けるうちに、尾道では歴史的に、各主体がローカルなレベルの呼びかけに比較的柔軟に応じ、エリア活動に参加する地域特性がある可能性が浮上している。

例えば、『尾道市医師会史』には当時の医師たちが地域の医師間の親睦を深め医学の研修につとめるために、明治期には「杏林講」、大正期には「竹林講」という会合を頻繁に開催していた旨が記載されている(尾道市医師会1967)。今日でも地域規模の研修会が開催されれば多くの医師会員の参加を確認することができる。

住民の参加については、高齢化と人口減少によって減退しつつあるが、未だ保健推進員や民生・児童委員の活動が活発なエリアもある。例えば三成地区などでは、ボランティアが回覧板を通して情報を流せば、地域の多くの住民の参加を見込むことができる。

(2)医師会の権威

尾道市医師会方式へのさまざまな主体の参加と協働には、尾道市医師会の権威も関係している。

尾道市医師会には、廿日会といわれる毎月20日に開催される医師たちが集う飲み会があり、そこが若手や地域に新規に参入してきた医師とベテランの医師をつなげる場となっている。それ以外にも、同じ出身高校や医学部ごとの会合なども開催され、親睦を深める機会が多く用意されている。

さらに、尾道市医師会方式の旗振り役となったのは、尾道に三代続く医院の院長であり、2000年から2012年まで尾道市医師会会長を務めた片山壽医師であった。片山医院以外にも尾道には三代続く医院が残っており、彼らが医師会活動を牽引する存在となっている。

上記のようなかたちで、先輩・後輩として医師同士がつながる場があるだけでなく、地域に由緒ある家系の医師が他の専門職や住民に働きかけることで、尾道市医師会方式に多様な主体の参加が促された可能性がある。

(3)理念の共有・浸透を促す巧みな戦略

加えて、尾道市医師会方式を成立には、旗振り役となった片山医師による巧みな戦略があったといえる。

片山医師は1990年に尾道市医師会の救急担当理事になると、地域の救命救急体制を整えるために、急性期病院と医科歯科の診療所、消防、警察、海上保安部、保健所など複数の主体に働きかけ10か月にわたって協議を重ねた。そして、1991年に市内どこへでも7分以内に麻酔科専門医が急行できる連携型救命救急体制(=「尾道市医師会救急蘇生委員会」)を稼働させた。

この救急蘇生委員会の準備のために複数の主体が集ってともに協議を重ねた経験は、その後、尾道市医師会方式がさまざまな主体の参加と連携を実現していく重要な基盤となった。

なぜなら、この経験を通して、片山医師をはじめ尾道市医師会の医師らによる個別コーディネートへの参加要請や、地域をよりよいものとするために尾道市医師会が提案する地域コーディネートへの参加要請に協調的に応じる姿勢が、地域の複数の主体に定着していったからである。

こうして片山医師は、救急蘇生委員会によって連携の基盤を整え、尾道市医師会方式の要となる主治医機能三原則の理念共有や、CCを浸透させるための研修を繰り返し実施した。そして、地域でCCの開催率が順調に上がってくると、それを活かして各種のプロジェクトも実施するようになり、地域コーディネートの範囲を拡大したのである。

すなわち、尾道市医師会方式の地域ケアの成立の背景には、(1)元来、尾道市医師会と尾道という地域に、医師及び住民の参加が活発な実践があって、それが継承されてきたこと(=地域特性)、(2)今日でも若手とベテランの医師同士がつながり参加を促すための交流があり、同時に、医師会や医師とその他の専門職・住民には権力の非対称性があって、それらが医師とその他の主体の参加に影響していること(=医師会の権威)、(3)上記の基盤を活かして、理念やCCを浸透させるための研修が巧みな手順で繰り返し実施されたこと(=理念の共有・浸透を促す巧みな戦略)、以上の3点が少なからず関わっていた可能性がある。

他地域への示唆

以上の考察を通して、他地域への若干の示唆を述べたい。

冒頭で指摘したように、今日要請される地域ケアの成立には、複数の主体の牽引役となって、個別コーディネート及び地域コーディネートをできるような主体が見つかりにくいこと、そして、医師が説得され難く、医師どうしの連携、医師とその他の職種との連携、医師とその他の主体との連携がしにくいと

いう二つの課題がある。

そうしたなか尾道市医師会方式の地域ケア成立の考察からいえるのは、上記の課題の克服への実践をファシリテートする主体としての「地区医師会機能の活用可能性」である。確かに、本研究が具体化した(1)については尾道に限った地域特性であり、他地域に同じような条件があるとは言い難いが、(2)及び(3)については、他地域でも考慮の余地があるのではないだろうか。

というのも、(2)地区医師会というのは程度の差はあれ各地で組織されており、医師同士をつなぎ、その権力の非対称性から、医師以外のその他の主体にとって影響力のある組織であり、それを活かして(3)地域に合った戦略を地区医師会が働きかけていくというのも不可能ではないはずだからである。

一方、もちろん留意しなければならないのは、(2)医師会の権威の用い方である。尾道市医師会方式がさまざまな主体の参加を上げたのは、中心的な医師たちがその権威及び権力の非対称性に自覚的であり、人々の生活を支えるためには医師だけの力では及ばず、適切な個別コーディネートのためには、多様な主体の協働によるチームの編成が重要であるという認識があったためである。

以上をふまえて、地域ケアの成立において、個別コーディネート及び地域コーディネートの課題や医師たちの説得という課題を抱える他地域でも、「地区医師会機能の活用可能性」を検討してみてもいいかもしれない。

<参考文献>

宮本太郎編(2014)『地域包括ケアと生活保障の再編 新しい「支え合い」システムを創る』明石出版

片山壽(2009)『父の背中の地域医療「尾道方式」の真髄 カンファレンスがつくる地域包括ケアシステム』社会保険研究所

尾道市医師会編(1967)『尾道市医師会史』

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計2件)

[1] 高間沙織「地域連携における医師会自治の機能 尾道市医師会方式を事例として」『地域ケアリング』第20巻第3号、pp.98-102、2018年3月

[2] 高間沙織「書評 しかし、誰が、どのように分配してきたのか 同和政策・地域有力者・都市大阪」『保健医療社会学論集』第28巻、pp.89-90、2018年

〔学会発表〕(計4件)

[1] Saori Takama, “The Role of Local Medical Associations in Community-based Care”, The 15th East Asian Social Policy

Conference, University of Bristol, July 2018

[2] Saori Takama, “Role of Medical Practitioners in Integrated Community Care Systems: Onomichi Case Study”, UK-Japan Seminar on the Politics and Practices of ‘Low Fertility and Ageing Population’ in Post-War Japan, University of Manchester, January 2017

[3] Saori Takama, “Conditions for Establishing an Integrated Community Care System: Onomichi Case Study”, Keio Young Scholars’ Workshop on the History of Medicine, Disease, and the Body 2016, Tokyo, September 2016

[4] 高間沙織「地域包括ケアにおける医師会の役割 尾道市医師会方式を事例として」、京阪奈社会学研究会、大阪、2016年10月

〔図書〕(計1件)

[1] 高間沙織「戦後日本における病床供給の構造」『明日へ翔ぶ - 人文社会学への新視点 - 4』2017年3月19日初版発行
PP.241-264

6. 研究組織

(1)研究代表者

高間 沙織 (TAKAMA, Saori)

尾道市立大学・経済情報学部・講師

研究者番号：20782030