

第17回  
優秀研究表彰  
研究論文集

第52回全国国保地域医療学会  
平成24年10月 於・熊本県熊本市



平成25年10月

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

# 優秀研究表彰創設にあたって

昭和37年2月24日、第1回国保医学会学術集会在東京・新宿の安田生命ホールで開催された。このときの記念すべき会誌によれば、全国の国保直診数は病院500、診療所2,500、勤務医師数5,000名であり、参加者数378名、演題数36題であった。

国保直診の理念は、昭和13年の国保制度発足のときから“予防と治療の一体化”を図ることにあり、第1回学術集会においても地域医療に関する演題が多くみられる。

学会のメインテーマは、そのときどきの時代に応じたものであり、最近数年間は“地域包括ケアシステムの構築”“保健・医療・福祉の連携”“高齢社会における国保直診の役割と機能を探ること”を課題としてプログラムが組まれている。

演題分類も「保健活動」「福祉活動」「在宅ケア」「入院サービス」「臨床」「歯科」「臨床検査」「薬局」「運営管理」と幅が広い。

初期の頃は医師中心であったこの学会も、やがて保健婦、看護婦をはじめとするあらゆる職種の方々が参加するようになり、学会の名称も第12回（昭和47年岩手学会）から国保地域医療学会、第22回（昭和57年福岡学会）から「全国国保地域医療学会」と改称され今日に至っている。

第36回（平成8年愛媛学会）の研究発表は224題、示説12題となり、いずれも日頃の研究と実践の成果であり、その中には他の模範となるものが数多く見受けられるところから、平成8年10月の理事会、総会に諮り、優秀研究数点を会長表彰することとなったものである。

今回、第37回広島学会開会式の席上において、研究グループの座長として6名の方が表彰されるが、受賞者の皆さんには、再度、論文を提出していただき、ここに「第1回国保地域医療学会優秀研究表彰研究論文集」として、学会参加者全員に配布することとした。ここに、その研究努力を讃えるとともに、全国の国保直診の仲間たちにこの研究成果を今後の保健医療福祉活動に役立てるようお願いしたい。

最後に、栄えある第1回の表彰を受けられた皆さんに重ねて敬意を表するとともに、優秀研究表彰候補を推薦いただいた座長の皆さんと審査委員会の皆さんに感謝の意を表します。

平成9年10月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会  
会長 山口昇

# 第17回優秀研究表彰にあたって

全国国民健康保険診療施設協議会では会員各位の日ごろの活動や研究努力を讃えるとともに、全国の国保直診の仲間たちにこの研究成果を今後の保健・医療・介護・福祉活動に役立てもらうために特に優れた研究発表を表彰することとしております。(全国国保地域医療学会優秀研究表彰要綱 平成10年4月23日より施行)

その要綱に従い、昨年の第52回熊本学会において発表された研究発表302題のなかから、座長より推薦された61題について、国診協の優秀研究選出委員会で厳正に審査して参りました。その結果、第53回全国国保地域医療学会(島根県・鳥取県共同開催)開会式にて最優秀研究1点、優秀研究5点を表彰することになりました。

## 〈最優秀研究〉

「グリーンケア訪問」を通して在宅での看取りを考える～家で死ぬためにやっておきたい10のこと～

富山県・かみいち総合病院家庭医療センター 看護師 大野 知代子

在宅での看取る家族の不安を取り除くための連携体制や情報共有体制を確立したことは、今後の在宅での看取りについて医療者・住民に多くの啓発を与えることが評価されました。

## 〈優秀研究〉

①東日本大震災における糖尿病の受療分析 ～国保レセプトを用いた受療率の比較～

宮城県・宮城県国民健康保険団体連合会 専門員 鈴木 寿則

「レセプト全疾病分析システム」の利用により地域住民の健康維持・増進することを目的として、科学的根拠に基づき特定健康診査及び特定保健指導や保険事業を推進する有効な研究であることが評価されました。

②医療、行政、住民、大学の連携による福井県高浜町の地域医療改革・第4報

～住民有志団体がもたらす医療満足度への効果～

福井県・高浜町国民健康保険和田診療所 医師 井階 友貴

医療、行政、住民、団体の連携により次世代の医療の担い手を生み出そうとする動き等新しいモデルを目指しており、今後の医療と住民の関係のあり方を示唆する取り組みが評価されました。

③地域医療データバンクからみた患者の受療動向における地域特性分析

栃木県・自治医科大学医学部 講師 藍原 雅一

一定の地域における被保険者全体の受療動向を一目でわかるようにした実績が素晴らしく、今後の保健医療政策に活用できる可能性がおおきいことが評価されました。

④南砺における「地域包括医療・ケア」の構築

富山県・南砺市民病院 医師 南 眞司

超高齢化、過疎化の進む南砺市において、医療の課題等への病院や行政の取組を検証し、今後の「地域包括医療・ケア」構築の方向性を明らかにしたことが評価されました。

⑤医師の地域赴任に必要な条件 ～「赤ひげバンク」招聘医師のアンケート調査から～

島根県・奥出雲町健康づくり推進室 事務 横田 和男

地域に赴任する医師のニーズを詳細に分析し、適切な赴任先を選定し、アフターケアも充分に行っている。きめ細やかな対応とコーディネーターの配置等他の地域でも大変有用であることが評価されました。

今回選考された研究は、いずれも関係多職種職員による連携に加えて、地域住民参加による事業に取り組んでおり、国保直診が目指している地域包括医療・ケアの実践に基づく素晴らしい研究であります。ここに、表彰を受けられる皆様に衷心より敬意を表するとともに、今後もさらに研究を深め、全国に発信していただきますよう御期待申し上げます。

国保直診を取り巻く環境は、医師、看護師不足が国保直診の存続に影響を与えかねないほど深刻化してきましたが、このような中でも、関係者が切磋琢磨し、数多くの発表、優秀な研究が寄せられたことに深く感謝申し上げます。

国保直診は、地域の保健、医療、介護、福祉の担い手として、今後も輝き続けるため、第53回全国国保地域医療学会（島根県・鳥取県共催）においても多くの貴重な研究発表が行われることを確信しております。

平成 25 年 10 月

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会  
会 長 青 沼 孝 徳

# 目 次

優秀研究表彰創設にあたって .....	1
第17回優秀研究表彰にあたって .....	2
審 査 評 .....	6
－ 研 究 論 文 －	
● 最優秀【演題 No.172】	
演題名：「グリーンケア訪問」を通して在宅での看取りを考える .....	10
発表者：富山県・かみいち総合病院家庭医療センター 看護師 .....	大野知代子
● 優 秀【演題 No.115】	
演題名：東日本大震災における糖尿病の受療分析 .....	16
発表者：宮城県・宮城県国民健康保険団体連合会 専門員 .....	鈴木 寿則
● 優 秀【演題 No.131】	
演題名：医療、行政、大学の連携による福井県高浜町の地域医療改革 .....	25
発表者：福井県・高浜町国民健康保険和田診療所 医師 .....	井階 友貴
● 優 秀【演題 No.176】	
演題名：地域医療データベースから見た患者の受療動向における地域特性分析 .....	31
発表者：栃木県・自治医科大学地域医療学センター 講師 .....	藍原 雅一
● 優 秀【演題 No.271】	
演題名：南砺市における「地域包括医療・ケア」の構築 .....	42
発表者：富山県・南砺市民病院 医師 .....	南 眞司

● 優 秀【演題 No.302】

演題名：医師の地域赴任に必要な条件 .....	48
発表者：島根県・奥出雲町健康づくり推進室 事務 .....	横田 和男

－ 付 －

1. 全国国保地域医療学会開催規程 .....	54
2. 全国国保地域医療学会優秀研究表彰要綱 .....	56
3. 第52回全国国保地域医療学会結果報告書 .....	57
4. 優秀研究選出委員会委員名簿 .....	61
5. 全国国保地域医療学会優秀研究表彰受賞者一覧 .....	62

最優秀

【研究発表分類：在宅医療・ケア／演題 No.172】

## 「グリーンケア訪問」を通して在宅での看取りを考える ～家で死ぬためにやっておきたい10のこと～

富山県・かみいち総合病院家庭医療センター 看護師

大野 知代子

これからの多死社会を迎え在宅で死を迎える人が相当多くなることが予想される中、本研究は在宅での看取りについて多くの示唆を与えるものである。終末期を在宅で過ごした患者の家族への質問調査とスタッフカンファレンスから「在宅で看取りを行うための10項目のチェックリスト」や「死が近づいているおおよそのサイン」「亡くなっ

ていることを示すサイン」などの死の準備教育のためのリーフレットを作成した。これらの成果物により今後の在宅で看取りについて医療者・住民に多くの啓発を与えるものである。今後全国的にその取り組みが期待されており、先駆的取り組みである。

優秀

【研究発表分類：保健事業／演題 No.115】

## 東日本大震災における糖尿病の受療分析 ～国保レセプトを用いた受療率の比較～

宮城県・宮城県国民健康保険団体連合会 専門員

鈴木 寿則

東日本大震災が地域住民の健康にどのように影響を与えたかを検証し、震災後の地域住民の健康状態を統計的に把握、地域受療率比較において糖尿病及び糖尿病関連疾患・医療機関を受診した者の割合や男女別に受療地域を比較分析し、震災による影響を定量的に明らかにした。今後被災地の

復興にあたり「レセプト全疾病分析システム」の利用により地域住民の健康維持・増進することを目的として、科学的根拠に基づき特定健康診査及び特定保健指導や保険事業を推進する有効な立案・実行へと研究が期待される研究である。

優秀

【研究発表分類：連携・施設内チーム医療／演題 No.131】

## 医療、行政、大学の連携による 福井県高浜町の地域医療改革・第4報 ～住民有志団体がもたらす医療満足度への効果～

福井県・高浜町国民健康保険和田診療所 医師

井階 友貴

高浜町では平成21年から3年間にわたり、地域医療のために何が出来るか住民自らが考え、地域医療の質の向上や住民の医療満足度の向上をめざし、住民が中心となり、地域医療フォーラムや意見交換会を開催するなどの取り組みを行ってきた。医療・行政・大学の連携により住民発運動等の成

果として、医療に関心の高い住民が増え、次世代の医療の担い手を生み出そうとする動きと、3者の協働の輪を広げていき、新しいモデルを目指すという研究は、今後の医療と住民の関係のあり方を示唆する発表である。

優秀

【研究発表分類：行政／演題 No.176】

## 地域医療データバンクからみた患者の 受療動向における地域特性分析

栃木県・自治医科大学医学部 講師

藍原 雅一

地域医療の資源の有効活用分析は、全国の地域医療の現状を把握し地域医療を体系化し、地域医療の向上・発展へ向けて行政の地域医療支援となり、社会の多様なニーズに対応するため、各領域を従来の専門性の枠を乗り越え情報を統合することができる。医療崩壊から医療再生への取り組みとしても「地域医療データバンクの構築」・管理・運営・地域医療情報等の地域医療支援システムの

開発により大規模な定量的なデータを可視化し、広域的な患者の受療動向を分析し疾病によって受療範囲が明確で医療期間に変化があることを確認できている。国民一人一人が願う健康とは、国保直診が行うべき保健・医療・福祉に関する活動及び経営の合理化に関し医療資源の効率的利用法は適切な地域医療圏の医療政策に期待できる発表である。





【研究発表分類：行政、診療施設の運営・管理／演題 No.271】

## 南砺における「地域包括医療・ケア」の構築

富山県・南砺市民病院 医師

南 眞司

超高齢化、過疎化が進む南砺市において、医療の課題等への病院や行政の取組を検証し、今後の「地域包括医療・ケア」構築の方向性を明らかにした。住民の自助努力の育成をベースとして、共助（医療・介護保険、在宅支援整備）、公助（行政福祉サービスの充実）とともに、互助（地域住

民の意識改革と協力）による住民参加型ネットワーク作りの取り組みについて報告した。今後、地域包括支援センターを中心に、医療・保健・介護・福祉の連携システムを国保直診医療機関を核として構築するとき、行政・住民と共に取り組むことの重要性を示したことを評価した発表である。



【研究発表分類：ワークショップ 医師・看護師確保の取組み／演題 No.302】

## 医師の地域赴任に必要な条件

～「赤ひげバンク」招聘医師のアンケート調査から～

島根県・奥出雲町健康づくり推進室 事務

横田 和男

医師確保に地域全体で取り組んでいる素晴らしい実践である。赤ひげバンクにより島根県に赴任した医師のニーズをアンケート調査で詳細に分析し、適切な赴任先を選定し、アフターケアも充分に行っている。きめ細やかな対応をする姿勢や地

域医療支援コーディネーターの配置等、他の地域でも大変参考になる有用な発表である。また、大学で「地域医療支援コーディネーター」を育成するという取り組みは素晴らしく、今後の可能性を強く感じる。

# 研究論文

# 「グリーフケア訪問」を通して在宅での看取りを考える

～家で死ぬためにやっておきたい10のこと～

○大野知代子<sup>1)</sup>・萩原美紀子<sup>2)</sup>・佐藤幸浩<sup>3)</sup>  
岸美津子<sup>1)</sup>・村本晃一<sup>4)</sup>・森口せつ子<sup>1)</sup>

## I. はじめに

A病院の家庭医療センターでは、訪問診療を受け、終末期を在宅で過ごした患者家族に対し、多職種による「グリーフケア訪問」を行っている。訪問によって「悲嘆（GRIEF）」を支えると同時に、訪問診療のふりかえりと終結を目的としている。訪問時には調査票をもとに家族の思いを聴取し、訪問後にふりかえりのためのスタッフカンファレンスを行っているが、終末期の在宅療養・看取りについて、患者家族はさまざまな思いを抱えていることがわかる。

今回、「グリーフケア訪問」での質問調査票から見えてくるものを抽出し、今後の看取りについて考え、在宅療養を支援するための課題と方向性を検討したので報告する。

## I. 目的

「グリーフケア訪問」を通して在宅での看取りを考え、患者・家族が安心して終末期を過ごす事ができるよう、在宅療養支援について考える。

## II. 用語の定義

グリーフケア訪問：A病院からの訪問診療を受け、終末期を在宅で過ごした患者の家族に対して行う遺族への訪問のこと。

## III. 方法

1. 期間：H21年4月1日～H24年5月31日
2. 対象：終末期を在宅で過ごした患者17名の家族
3. 調査方法：A病院で作成した質問調査票を用いた面接調査
4. 訪問スタッフ：主治医・訪問診療に同行していた看護師・退院支援に関わった医療ソーシャルワーカー（以下MSW）・ケアマネジャー・リハビリ担当者・病棟での担当看護師・研修医
5. 調査内容：

### ①家族への質問調査項目

【在宅療養中の患者さんの様子】【在宅で終末期を支えていた時の気持ち】【現在の気持ち】の3項目について家族から積極的傾聴を行う。

### ②スタッフカンファレンスの内容

【在宅へ移行する時期は適切であったか】【医療上の対処は適切であったか】【各種症状による苦痛の緩和は適切であったか】【告知・病状説明は適切であったか】【患者・家族の精神的

安定は保たれていたか】【医療スタッフ・他職種とのチーム連携はとれていたか】【臨終時の対処は適切であったか】【家族の満足度はどうだったか】【問題点・今後の課題など】の8項目についてふりかえりを行う。

6. 倫理的配慮：グリーンケア訪問時に質問票を用いることを口頭で伝えるとともに、研究における主旨、個人が特定されることがないように配慮することを伝え、了解を得た。

個人情報については訪問診療開始時に書面での同意を得ている。

## IV. 結果

### 1. 対象者の属性

対象者の病名は、癌が11名、廃用症候群が6名であった。年代は、60代が3名、70代が4名、80代が6名、90代が4名であった。また、亡くなられた場所は自宅が14名、病院が2名、施設（ショートステイ中）が1名であった。主介護者は妻が6名、長男が2名、長女が5名、長男の嫁が4名であった。

2. 家族への質問調査の結果は表2にまとめた。

【在宅療養中の患者の様子】については「退院し、自宅のベッドに寝かせ、『帰ってきたね』と声をかけると何も言わずにただ涙をポロポロと流した。嬉しかったんだと思う」「穏やかに過ごしていた」という言葉が聞かれたように、自宅に帰りたがっていた患者の希望に沿えたことが家族の心の中には満足感として残っている発言が多かった。【在宅で終末期を支えていた時の気持ち】は、「以前にも姑を看取ったことがあったので、できると思っていた」「副主治医がいたから大丈夫と思った」という意見が聞かれ、在宅で介護をすることへの責任感や不安感があったことが伺われた。

【現在の気持ち】では、「家に居たいと思う父の願いを叶えてあげることができて良かった。自分としては、やり遂げた、と思っている」

表1 在宅で看取りを行うためのチェックリスト

在宅で看取りを行うためのチェック項目	
<input type="checkbox"/>	本人または家族が希望している。
<input type="checkbox"/>	在宅で療養を行うための介護力を確認している。(介護保険の導入)
<input type="checkbox"/>	ケアマネと連携がとれている。 (事業所名・担当ケアマネ名 )
<input type="checkbox"/>	訪問看護と連携がとれている。 (ステーション名 )
<input type="checkbox"/>	訪問診療または往診医は確保されている。 (医師名 )
<input type="checkbox"/>	病院の担当直に急変時の体制についての連絡がされている。
<input type="checkbox"/>	主治医から救急隊への連絡がされている。 (在宅での看取りを前提にした患者だが、急変時病院搬送の可能性のあること)
<input type="checkbox"/>	看取り体制を調整してある。(副主治医の有無・なければ家庭医療センターで調整) (副主治医名 )
<input type="checkbox"/>	家族に急変時の対応についてリーフレットを用いた説明がされている。
<input type="checkbox"/>	DNARについて理解していただいている。(同意書を記載していただく)

『『今』がどのくらいの段階なのかわからなかった。あとどのくらいの命なのか、どのくらいまで生きていられるのか教えてほしかった。』という意見が聞かれ、在宅で看取ることができたことへの達成感が伺われると同時に看取りの経験がないための不安感があったことがわかった。

3. スタッフカンファレンスの結果は表3にまとめた。

4. 家族から聴取した、在宅に戻った患者の様子や家族が看取りを支えていた時から現在までの気持ちの結果、およびスタッフカンファレンスでのふりかえりをふまえて、在宅で看取りを希望する患者・家族を支えるために、在宅で看取りを行うための10項目のチェックリスト(表1)を作成した。

5. 同時に家族への死の準備教育のためのリーフレット(図1・図2)や緊急時に慌てないための連絡方法や看取りのための体制を整えてあることをわかりやすく図式化したものを(図3)作成し患者家族へ渡すこととした。リーフレットをもとに死の過程を説明した患者家族からは「死

ぬまでの経過を教えてもらってからは、何度も読み返しては「ああ、本当に書いてある通りになるんだな」と、ひとつひとつに納得した。不安がなくなった。」との声が聞かれた。

## V. 考 察

「グリーンケア訪問」で、患者家族に面接調査を行い、積極的傾聴を行った結果、どの家族も在宅で看取りを行ったことに対する満足度は高いと思われた。秋山は「在宅で看取することは、経験した人の多くは『大変なこともあったけれど看取れてよかった』と思えるようになれるが、いざその渦中にある人にとっては、場合によってはかなりのストレスを抱えることになる<sup>1)</sup>」と述べている。

【在宅で終末期を支えていた時の気持ち】の中に「夜間、呼ばれる声や動く音などが気になり、不眠になった。だんだん衰えていく親を見ていると不安と嫌悪感が湧き、精神的に不安定になり、精神科を受診した方がいいのではないかとまで思った。ストレスで頭と体がバラバラになったような気がした。」という言葉が聞かれたように、患者のみではなく在宅療養を支えている家族へのサポート体制も整えていく必要があることを痛感した。

また、自宅での看取りが少なくなっている昨今、身内の死に対峙することは恐怖を伴うことでもあると考えられる。川越らは、「死の教育が十分なされないままに死を迎えると、静かに死を見つめ、穏やかにお別れを告げることができなくなる。そのようなことがないように、私たちは『死の教育』を行うようにしている<sup>2)</sup>」と述べている。

そこで今回、死の準備教育としてリーフレットを作成し、死の過程についての具体的な知識を伝えることにした。リーフレットをもとに死の過程を説明した患者家族からは「死ぬまでの経過を教えてもらってからは、何度も読み返しては、ああ、本当に書いてある通りになるんだな。ひとつひとつに納得した。不安がなくなった。」との声が聞かれたことから、看取りの期間に寄り添う家族の不安や戸惑いを和ら

### 死が近づいているおおよそのサイン

死亡1週間前くらい	死亡前48時間以内
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ トイレに行けなくなる</li> <li>□ 水分が飲めなくなる</li> <li>□ 尿量が減ってくる</li> <li>□ 発語が減ってくる</li> <li>□ 見かけが急激に弱ってくる</li> <li>□ 眼の勢いがなくなってくる</li> <li>□ おかしなことを言ったり、無意味な行動をとったりする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 一日中反応が少なくなってくる</li> <li>□ 呼吸が不規則になってくる</li> <li>□ ゼロゼロという呼吸になってくる</li> <li>□ 手足が冷たくなってくる</li> <li>□ 手足の皮膚の色が紫色になってくる</li> <li>□ 冷や汗が出現する</li> <li>□ 顔の『相』が変わる</li> <li>□ 身の置きどころがないかのように手足をバタバタさせる。</li> </ul>

図1 死の準備教育のためのリーフレット1

### 亡くなっていることを示すサイン

- 脈が触れない
- 心臓の拍動がない
- 胸の動きがなくなり、息をする音が聞こえない
- まぶたが半分開き、目を開けてみると瞳孔が大きく開いている
- あごがゆるみ、口が半分開いている

図2 死の準備教育のためのリーフレット2

げることができたのではないかと考えている。

また、スタッフカンファレンス時に問題として挙げられていた看取りの不備を改善するために、在宅での看取りを行うための10項目のチェックリストと緊急時の連絡方法・看取りの体制についての説明を作成したことで関係者間での看取り体制の情報共有をはかることができたと考える。

## IV. 結 論

「グリーンケア訪問」では、患者さんの終末期において残された家族がどんな心の状態で過ごしていたのかを知ることができる。そして、患者が人生のまとめの場所として選んだ在宅での看取りを支援するにはどのように療養体制を整えていけばいいのか、退院支援や訪問診療における私たち自身のふりかえりの機会となった。

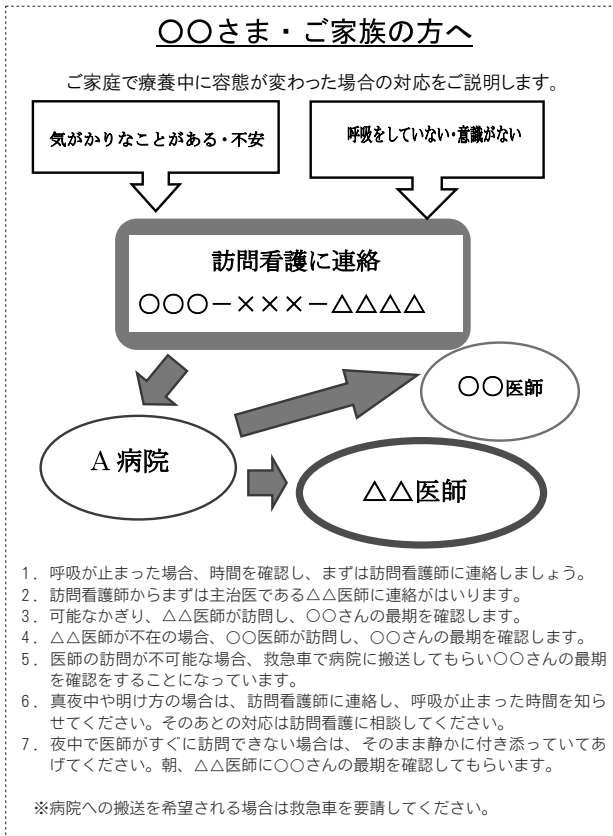


図3 緊急時の連絡方法・看取りの体制について

家族への質問調査の中で終末期に向き合う不安、多職種間の連携の不備や在宅での看取りに対する近隣住民からの中傷に対する不安の声が聞かれた。

終末期に向き合う不安については死の過程についての具体的な状態を伝えることにより、看取りの期間に寄り添う家族の不安や戸惑いを和らげることができた。

今後の課題としては、在宅療養を支援する多職種間の連携作り、在宅での看取りに対する住民の意識を高めるための啓蒙をさらに行っていく必要があると考えられる。

〈文 献〉

1) 秋山正子「看取りまでに発生する諸問題とその対応 家で死ぬための医療とケア 在宅看取り学の実践」第1版 第1刷 新田國夫編著 医歯薬出版株式会社 p.43, 2007.



写真1 グリーフケア訪問の様子



写真2 多職種でグリーフケア訪問に参加

2) 川越厚, 川越博美「家で看取るということ」末期がん患者をケアする在宅ホスピスの真実 講談社 第1刷 p.176, 2005.

3) 池永昌之「死が近づいてから死亡までの病態と症状緩和」死を看取る1週間 第1版 第3刷 柏木哲夫, 今仲孝信監修 医学書院 p.25, 2002.

4) アルフォンス・デーケン「悲嘆のプロセス—残された家族へのケア」死への準備教育 第2巻 死を看取る 第1版 19刷 メジカルフレンド社.

5) 高橋繁行「看取りのとき」かけがえのない人の死に向き合う 凸版印刷.

6) 「実践から学ぶ死が近づく人へのケア」家族のケアのポイント 臨死期のケアの実際 宮崎和歌子監修 コミュニティケア 2004年5月臨時増刊号 日本看護協会 pp.15-75.

表2 家族への質問調査項目

在宅療養中の患者さんの様子	苦しそうだったが、病院に戻りたいとはいわなかった。家に居たいと言っていた。
	穏やかだった。
	家に帰ってきたことを喜んでいて。
	一時的に元気になった。
	大好きな庭を眺めて過ごしていた。
	孫が来ると嬉しそうだった。入院中は近くに寄らなかつた孫だったが、家に帰ってからはベッドのそばまで行き、話しかけていた。
	退院して家のベッドに寝かせ、「帰ってきたね」と声をかけたら何も言わずにただ涙をポロポロと流した。嬉しかったんだと思う。
	とても穏やかに過ごしていた。学校から帰ってくるひ孫の顔を見ると素晴らしい笑顔になったのが印象的だった。
	元気になるとうとする根性があったのだろう、入院中は寝たきりだったのに家に帰ると歩いていた。
	訪問診療で先生に会えることを楽しみにしていた。先生が来てくれると一時だけでも元気になったようにみえた。
在宅で終末期を支えていた時の気持ち	家に居たいという希望だった。訪問診療や訪問看護を心待ちにし、支えにしていた。
	以前にも姑を看取ったことがあったのでできると思っていた。
	家に帰りたいたと言っていたので連れてきて良かったと思った。親戚からも「家に居る方がいい顔になった」と言われ、嬉しかった。
	在宅療養の仕組みなどが良くわからなくて不安な時期もあったが、訪問看護さんがよく話を聞いてくれたので助かった。
	夜は母の布団の中で眠った。少しでも傍にいてやりたいと思った。
	長い期間だったら看れない。
	最期は会いたい人には全て会えたと思う。みんなが声をかけたり、頭を撫でて行ったりした。
	訪問診療で状態を伝えてくれた通りの経過をたどったと思う。だから不安は感じなかった
	副主治医にも関わってもらったので、なにがあっても大丈夫。という気持ちになった。
	夜間、呼ばれる声や動く音などが気になり、不眠になった。だんだん衰えていく親を見ていると不安と嫌悪感が湧き、精神的に不安定になり、精神科を受診した方がいいのではないかとまで思った。ストレスで頭と体がバラバラになったような気がした。
	本人が望んでいたことだったので、なんとか最期まで家で過ごさせてやりたいと思った。先生が「今日あたり…」と言ってくれたので、会わせたい人すべてに顔をみせることができたことは良かった。
	一生懸命だった。不安よりも、何とか見ていかないと…。という気持ちだった。
	亡くなる2～3日前には入院して病院で亡くなってほしいと思っていた。家で亡くなると警察が入って大変なことになると思っていた。
亡くなった時に先生が来てくれて本当に嬉しかった。	
施設に行くたびに熱をだしていたので、自分が看護してみようと思った。	
母の臨終をきっかけに、家族のつながり、夫婦のつながりを改めて考え、本当にいいものだった。	
近所の人から「A病院」で大丈夫なのかと聞かれ、嫌な気持ちになった。	
退院してすぐのころは不安だった。熱が出たことで訪問看護にすぐ連絡してしまった。	
死ぬまでの経過を教えてもらってからは、何度も読み返しては「ああ、本当に書いてある通りになるんだな」と、ひとつひとつ納得した。不安がなくなった。	
現在の気持ち	「今」がどのくらいの段階なのかわからなかった。あとどのくらいの命なのか、どのくらいまで生きていられるのか教えてほしかった。
	季節がよかった。寒かったり暑かったりしたら無理だったろうと思う
	以前、姑を看取った経験があったから、不安感が少なかったんだと思う。
	人が死ぬということを家族で見守ることができた。母を看取ることができたことは、自分の人生の中で最も喜ばしい出来事の一つだった。本当に嬉しかった。
	終末医療とはどういうことなのか、初めて分かった。
	自分で精いっぱいやった、十分介護したと思う。満足。
	いつもと様子が違うと気付いた時、パニックになってしまった。訪問看護さんやケアマネさんにしょっちゅう電話していたのにその時に限って何も思いつかなかった。
	訪問診療の予定の前日に亡くなった。亡くなる前に訪問診療に来てもらえれば良かった。
	今回、父を家で看取ることができたが、タイミングがあわないと在宅での看取りはなかなか難しいと思う。一人では介護できない。精神的・身体的不安が大きい。家族全員の協力が不可欠。家族全員が働いていたら看取りはできなかったと思う。
	家に連れ帰らずに父が亡くなっていたら後悔したと思う。
	最期まで点滴をしなかったが、本当に点滴をしなくてよかったのか悩むことがある。
	家で人が亡くなるということが当たり前じゃなくなっているが、家で看取るということは残されたものにとっても満足のいく出来事だった。これからも一人でも多く上市町民が家で亡くなることができるよう、体制を整えていってほしい。

表3 スタッフカンファレンスの結果

<p>【在宅へ移行する時期は適切であったか】【医療上の対処は適切であったか】【各種症状による苦痛の緩和は適切であったか】【告知・病状説明は適切であったか】【患者・家族の精神的安定は保たれていたか】【医療スタッフ・他職種とのチーム連携はとれていたか】【臨終時の対処は適切であったか】【家族の満足度はどうだったか】【問題点・今後の課題など】</p>
在宅療養が2カ月を超えると家族の介護負担が大きくなる。
告知は家族の希望に添って行うことが多い。
終末期における点滴の有用性についての意識にズレがある。
退院後の初回訪問は家族の不安を考えると退院後1週間以内に行うべきである。
訪問看護との連携は密にとられていたが、ケアマネとの連携は希薄だった。
死亡診断書の渡し方について。
家族に対しての死の準備教育、看取りの教育ができていなかった。
死亡までの期間があまりにも短く、訪問開始から1回しか行けなかった。もう少し早く訪問診療を導入すればよかった。
副主治医（開業医）が看取りを行った。しかし、医師の居住地が町外であり、休日は看取りの対応が大変だったのではないかと。
在宅での疼痛コントロールについて検討する必要がある。
急変時の対処について、患者家族にリーフレットを渡し、慌てないで対処できるように説明した。訪問看護・ケアマネにも同様のものを渡し、共通の認識とすることにした。
本人の意志がしっかりしており、自宅へ帰りたと言った時に退院し、在宅へ移行することができた。
下肢の浮腫に対する苦痛があったため、PTが訪問し、リンパ浮腫に対する処置を行った。劇的に浮腫が引き、本人も家族もとても喜んでいて。
幻覚・せん妄状態が出た時にどう対応すればよいか。
家族の介護負担からくるストレスが大きかった。
看取り時の訪問看護への連絡の不備。
家族が患者の病状の受け入れをすることができず、混乱していた。死期や経過説明について家族にわかりやすく説明していくことが必要。
退院前にカンファレンスの場を2回もつことができ、状態の経過に沿った話し合いの場を持つことができた。
在宅へ移行してからのST訪問について。
家族の思いが先走り、MSWと相談する暇もなく退院してしまった。介護保険のサービスが整わないままの退院となってしまった。
家族が在宅療養の継続に迷いが生じたとき、訪問看護から適切な言葉かけがあったら最期まで家に居ることができたのではないかと。
適切な時期での在宅移行。
呼吸が停止してからの救急搬送だった。日当直への急変時の対応についての連絡が不十分だった。
死期の予測ができていなかった。
余命の予測をいかに上手に家族へ伝えるか。
看取り体制についてのリーフレットを作る。



# 東日本大震災における糖尿病の受療分析

## － 国保レセプトを用いた受療率の比較 －

○鈴木寿則<sup>1), 2)</sup>・田中政俊<sup>1)</sup>・渡邊鋭一<sup>1)</sup>・佐藤智浩<sup>1)</sup>・高橋俊介<sup>1)</sup>

### 1. 背景

#### 1) 東日本大震災による被害状況

2011（平成23）年3月11日（金）14時46分に発生した東日本大震災は、三陸沖を震源とし、観測史上最大のマグニチュード9.0を記録した。この地震により宮城県北部で最大震度7、宮城県南部・中部、福島県中通り・浜通り、茨城県北部・南部および栃木県北部・南部で震度6強が観測された。

また、この地震で大規模な津波が発生し、津波観測施設では、最大で9.3メートル以上の津波を観測するなど、岩手県、宮城県、福島県の東北3県を中心に東日本の広い地域に甚大な被害が生じた。特に、宮城県沿岸部では、津波による被害が甚大であった。

わが国では、災害直後の対策として災害対策基本法が規定されており、災害時における国、都道府県、市町村などの立場と責任を明確にしている<sup>1)</sup>。しかし、今回の東日本大震災では、災害対応の第一次責任を担う市町村が壊滅したことにより、これらの仕組みがほとんど機能しなかったことが指摘されている<sup>2)</sup>。それは、東日本大震災が、これまでの大災害と大きく異なり、津波によって岩手県大槌町、岩手県陸前高田市、岩手県釜石市、宮城県南三陸町、宮

城県女川町、宮城県巨理町など、防災対策の中心となる庁舎が被災し、行政機能が喪失または著しく低下したためである<sup>3)</sup>。

被災による建物等の損害は、庁舎だけにとどまらず、東北3県の医療機関は、380病院中300が被害を受け、うち11病院が全壊した。また、6,531一般・歯科診療所中1,174が被害を受け、うち167施設が全壊した（平成23年4月19日時点）<sup>4)</sup>。そのため、震災発生直後は、心血管疾患や肺炎などによる救急搬送人数が震災前の同時期より倍増していたことも報告されている<sup>5)</sup>。

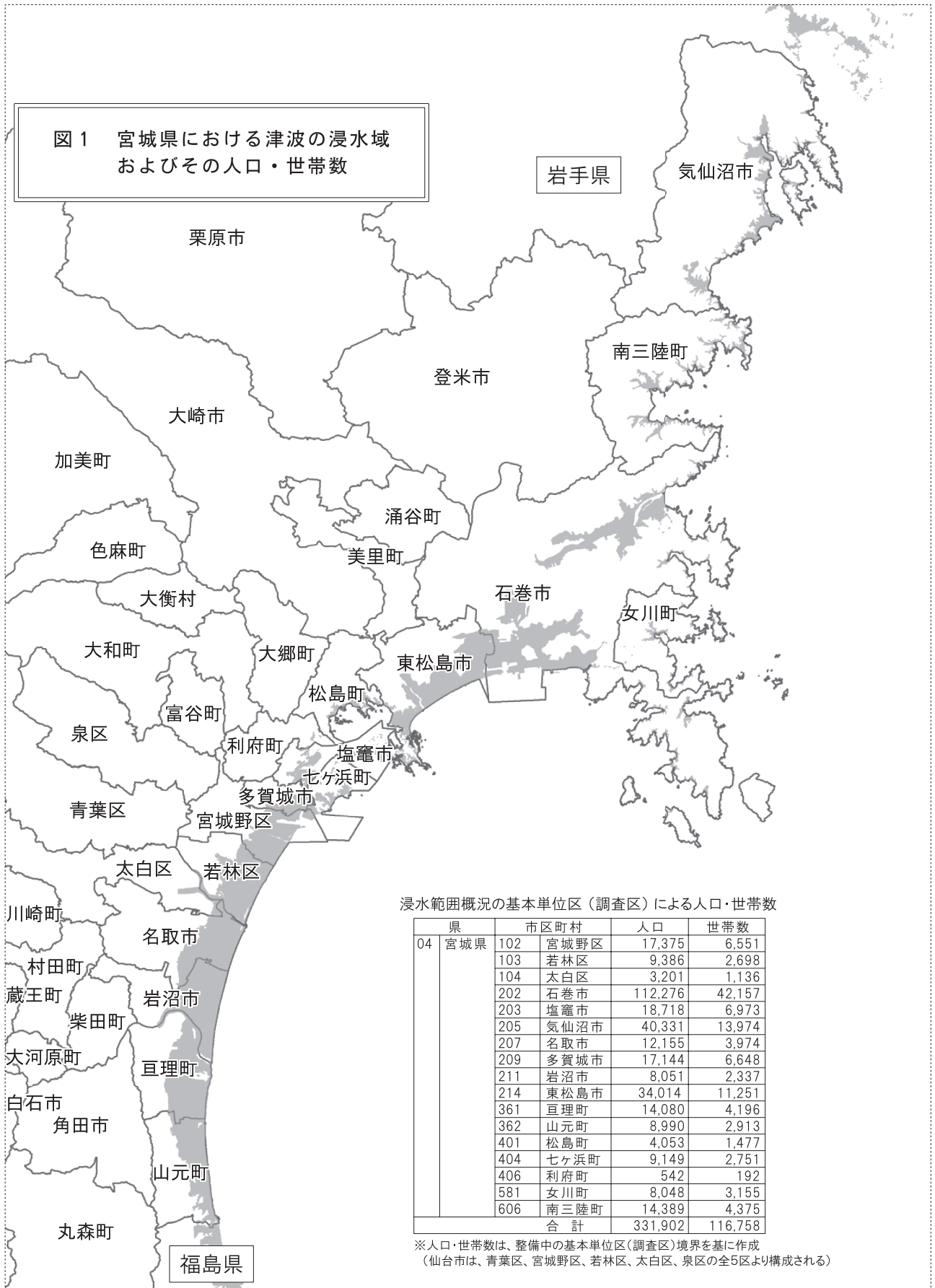
被害の程度を示す指標として、内閣府は、東日本大震災による被害額の推計を算出している<sup>6)</sup>。その結果、倒壊した建築物等が約1兆4千億円、ライフライン施設が約1兆3千億円、社会基盤設備やその他の被害額総計は、約16兆9千億円（東京電力福島第一原発の事故による被害を含まない）になり、阪神・淡路大震災における被害推計額の約6兆3千億円と比較して約1.76倍にもなったと報告している。

また、総務省統計局は、津波の浸水による直接的な被害の規模として推定浸水域にかかる人口等を調査している（図1）<sup>7)</sup>。その結果、仙台市の約3万人をはじめ、宮城県北部の沿岸部である石巻市は約11万2千人、気仙沼市は約4万人、東松島市は約3万4千人となり、宮城県で合計約33万2千人と多数にのぼった。

1) 宮城県国民健康保険団体連合会

2) 仙台白百合女子大学 人間学部健康栄養学科

図1 宮城県における津波の浸水域  
およびその人口・世帯数



浸水範囲概況の基本単位数（調査区）による人口・世帯数

県	市区町村	人口	世帯数
04 宮城県	102 宮城野区	17,375	6,551
	103 若林区	9,386	2,698
	104 太白区	3,201	1,136
	202 石巻市	112,276	42,157
	203 塩竈市	18,718	6,973
	205 気仙沼市	40,331	13,974
	207 名取市	12,155	3,974
	209 多賀城市	17,144	6,648
	211 岩沼市	8,051	2,337
	214 東松島市	34,014	11,251
	361 亶理町	14,080	4,196
	362 山元町	8,990	2,913
	401 松島町	4,053	1,477
	404 七ヶ浜町	9,149	2,751
	406 利府町	542	192
	581 女川町	8,048	3,155
	606 南三陸町	14,389	4,375
合 計		331,902	116,758

※人口・世帯数は、整備中の基本単位数（調査区）境界を基に作成  
（仙台市は、青葉区、宮城野区、若林区、太白区、泉区の全5区より構成される）

出典：総務省統計局統計調査部地理情報室：宮城県の浸水範囲状況にかかる基本的単位数（調査区）による人口・世帯数（一部改変）

## 2) 東日本大震災による健康への影響

東日本大震災の発生から2ヵ月を経ても、宮城県北部の沿岸部では、庁舎のみならず公立病院等も津波の被害を受けているため、医療機関による医療提供の確保が困難であった。

宮城県石巻市では、多くの地域で復旧が進み始めた一方で、同市雄勝町および北上町は「無医地域」となっていた。また、石巻医療圏では回復が著しい地域と、復旧から取り残された地域との二極化が進み、地元の医療機関が回復していないため、救護チームが残っている状態であった<sup>8)</sup>。東日本大震災による被害は、その後も地域住民の生活、健康等に大きな影響を及ぼしていた。

宮城県の地元紙では、被災者が直面しているさまざまな問題を取り上げ、その一つとして、長期化する避難生活により、被災者がどのような健康リスクに直面しているのかを報道している（平成23年5月21付）。そこでは、震災そのもののショック、集団生活のストレス、運動不足などから避難所の高齢者の8割が高血圧で、うち3割は震災後に発症していると報じた<sup>9)</sup>。

また、震災直後の被災地での栄養状態についての調査報告もなされている<sup>10)</sup>。それによると、宮城県女川町の避難所において、震災翌日3月12日から4月30日までの7週間にわたり、食事記録および写真記録法による食事調査の結果、エネルギーおよび各栄養素は、国が示した量に至らず、住民の長期的な栄養不足が身体に与える影響を論じている。さらに、避難生活が長期化する場合は、災害急性期の栄養不良状態から、特に腎疾患、糖尿病合併症、心疾患、高血圧などのリスクが増加し、避難所生活では高血圧症の悪化、糖尿病、肺炎、廃用症候群、要介護の進行などのハイリスク者に対する栄養対策も指摘されている<sup>11)</sup>。

## 2. 目的

本研究の目的は、東日本大震災が、被災地である宮城県に居住する住民にどのような影響を与えたの

かを分析、検証するために、震災後における地域住民の健康状態を定量的に把握することである。

そのために、平成23年5月における宮城県内の国民健康保険の加入者全員を対象として、国民健康保険診療報酬明細書（レセプト）の傷病名欄から糖尿病および糖尿病関連疾患の有無を明らかにした。さらに、市町村等（保険者）別、男女別に国民健康保険の被保険者数と受療者数から受療率を算出し、市町村等間で比較を行った。

同様に、震災前の平成22年5月における受療率を、市町村等別、男女別に算出した。

## 3. 方法

### 1) 宮城県国民健康保険団体連合会によるレセプト全疾病分析システム

本研究の分析にあたっては、宮城県国民健康保険団体連合会が開発した「レセプト全疾病分析システム（レセプト1件当たり最大15疾病まで把握し、疾病分類として中分類の他、宮城県国民健康保険団体連合会が独自に細分化した54疾病を追加している）」を用いた。このシステムにより、レセプト記載上の糖尿病および糖尿病関連疾患を把握した。

本システムは、平成7年度より一部の市町村を対象に実施していたが、2007（平成19）年度より、宮城県内全ての国民健康保険被保険者を対象としたデータシステムを構築している<sup>12)</sup>。

### 2) 対象

本研究の対象は、平成23年5月時点における宮城県内の全市町村および3組合（医師国民健康保険組合、歯科医師国民健康保険組合、建設業国民健康保険組合）の国民健康保険の加入者全員68万9,714人である。そのうち、平成23年5月1日から同月31日までの期間に保険医療機関を受診した33万8,460人から、糖尿病および糖尿病関連疾患（糖尿病、糖尿病性高血圧、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害、糖尿病性白内障、糖尿病性網膜症、I型糖尿病、II型糖尿病、糖尿病性壊疽）がレセプトの傷病名欄に記

載されている者（以下、糖尿病患者とする）6万5,351人を分析対象とした。

また、平成23年の東日本大震災の影響を比較し、検証するため、震災前の平成22年5月時点における国民健康保険の加入者全員66万8,200人を対象とし、同様の分析を行った。

### 3) 解析方法

本研究で使用した「レセプト全疾病分析システム」によるデータ内容は、保険者コード、性別（男性・女性）、年齢（歳）、傷病名（レセプト1件につき最大15傷病まで把握）である。これらのレセプトデータを使用した統計解析は、以下の三点である。

第一に、平成23年5月時点における市町村等の被保険者のうち、糖尿病および糖尿病関連疾患により保険医療機関を受診した者の割合（粗受療率）を市町村等別、男女別に算出した。

第二に、粗受療率を基に市町村等の比較を行う場合、医療機関への受診は当該市町村等の年齢構成を考慮しなければならない。そのため、平成17年「国勢調査」における宮城県の年齢構成を基準人口とし、直接法による年齢調整受療率を市町村等別、男女別に算出した。

第三に、東日本大震災の影響を検証するために、平成22年5月（震災前）時点の国民健康保険被保険者全員66万8,200人、同じく平成23年5月（震災後）時点の68万621人、延べ134万8,821人を対象とした分析を行った。ここでは、第一の分析と同様に、保険医療機関において受療した糖尿病患者の抽出を行った。その結果、平成22年度の対象者は6万6,302人

（男性：3万5,961人、女性：3万341人）となった。そこで、市町村等別に糖尿病の粗受療率を男女別に算出し、震災前後の比較を行うべく、平成22年の粗受療率を1.0（基準）とした平成23年の粗受療率の伸び比を分析した。

### 4) 倫理面への配慮

当該データの解析に当たり、個人情報の保護および疫学研究に関する倫理指針の趣旨に鑑み、解析対象者である国民健康保険加入者の個人同定情報として氏名、記番・員番（または個人番号）、生年月日、受診した保険医療機関（医療機関名および医療機関コード）等を削除し、連結不可能匿名化にしている。

さらに、分析研究者が、宮城県国民健康保険団体連合会の疾病分析等専門員としてレセプトデータ分析等の委嘱を受け、データの取り扱いに関する守秘義務等の遵守を徹底化している。また、データ等を分析する際に、時間的および場所的限定を徹底し、情報の管理、目的外利用の禁止の手続きを経て、研究対象者に一切の不利益が生じないように取り扱っている。

## 4. 研究結果

### 1) 分析対象者の基本特性

本研究における分析対象者（平成23年5月診療分）の基本特性として、表1に糖尿病または糖尿病関連疾患による受療者（以下、「糖尿病患者」とする）の性別と年齢階級を示す。男女ともに、40歳から44歳までの階級から年齢の増加とともに糖尿病の受療

表1 糖尿病患者の状況

年齢(歳)	男性(%)	女性(%)	合計(%)
39歳以下	656 (2.2)	448 (1.5)	1,104 (1.7)
40-44	599 (1.7)	298 (1.0)	897 (1.4)
45-49	922 (2.5)	457 (1.5)	1,379 (2.1)
50-54	1,510 (4.2)	903 (3.0)	2,413 (3.7)
55-59	3,074 (8.6)	2,385 (8.0)	5,459 (8.6)
60-64	7,840 (22.0)	6,581 (22.1)	14,421 (22.1)
65-69	9,628 (27.1)	8,143 (27.4)	17,771 (27.2)
70-74	11,360 (31.9)	10,547 (31.9)	21,907 (33.5)
合計	35,589	29,762	65,351

率が高くなった。また、男女ともに70歳から74歳までの年齢階級がもっとも多く（男女とも31.9%）、次いで65歳から69歳までの年齢階級が多かった（男性：27.1%、女性：27.4%）。

## 2) 糖尿病患者の粗受療率および年齢調整受療率

表2に、平成23年5月診療分の糖尿病患者の粗受療率を、市町村等別、男女別に示す。全体の傾向と

して、女性と比較して男性の受療率が高かった。

表3および図2に、糖尿病患者の年齢調整受療率を、市町村等別、性別に示す。糖尿病の年齢調整受療率は高い順に、男性では大河原町（7.80%）、松島町（7.49%）、白石市（7.36%）であった。同様に、女性では七ヶ宿町（9.63%）、白石市（6.94%）、松島町（6.75%）であった。男女別で分析した結果、松島町および白石市は、他の市町村等と比較して男

表2 糖尿病の粗受療率（%）

保険者	男性	女性	保険者	男性	女性
仙台市	11.12	8.09	七ヶ浜町	11.65	10.34
石巻市	8.92	7.70	利府町	11.24	8.13
塩竈市	12.47	10.89	大和町	8.98	8.55
気仙沼市	9.57	8.25	大郷町	11.54	9.62
白石市	14.48	14.01	富谷町	11.83	8.70
名取市	12.31	10.36	大衡村	11.49	9.76
角田市	11.19	9.29	色麻町	8.87	10.92
多賀城市	10.83	9.16	涌谷町	9.28	8.78
岩沼市	11.31	8.62	女川町	10.36	9.84
蔵王町	10.80	8.86	加美町	10.01	8.76
七ヶ宿町	12.99	19.83	栗原市	12.48	11.48
大河原町	14.53	12.28	登米市	9.70	9.14
村田町	10.88	8.35	東松島市	8.91	7.75
柴田町	13.23	9.64	美里町	10.60	9.66
川崎町	10.56	7.55	南三陸町	4.45	3.69
丸森町	10.71	10.36	大崎市	10.89	9.49
亘理町	11.98	9.64	歯科医師国保	4.95	1.16
山元町	9.02	8.85	医師国保	3.67	1.73
松島町	14.34	15.29	建設国保	7.21	6.67

表3 糖尿病の年齢調整受療率（%）

保険者	男性	女性	保険者	男性	女性
仙台市	6.54	4.42	七ヶ浜町	6.46	5.14
石巻市	5.08	4.03	利府町	6.01	4.43
塩竈市	6.43	5.44	大和町	5.56	5.12
気仙沼市	5.03	4.30	大郷町	5.96	5.28
白石市	7.36	6.94	富谷町	6.42	4.69
名取市	6.98	5.49	大衡村	6.85	5.24
角田市	6.11	4.93	色麻町	5.39	5.71
多賀城市	6.36	4.68	涌谷町	5.62	4.65
岩沼市	6.23	4.69	女川町	5.94	5.19
蔵王町	5.95	4.38	加美町	5.62	4.61
七ヶ宿町	6.70	9.63	栗原市	6.58	5.79
大河原町	7.80	6.11	登米市	5.77	5.13
村田町	5.68	4.57	東松島市	5.41	4.58
柴田町	6.58	5.08	美里町	5.47	4.78
川崎町	6.15	4.52	南三陸町	2.86	2.56
丸森町	5.61	5.40	大崎市	6.24	5.18
亘理町	6.39	5.15	歯科医師国保	6.20	2.46
山元町	4.58	4.33	医師国保	3.29	2.23
松島町	7.49	6.75	建設国保	7.21	6.67

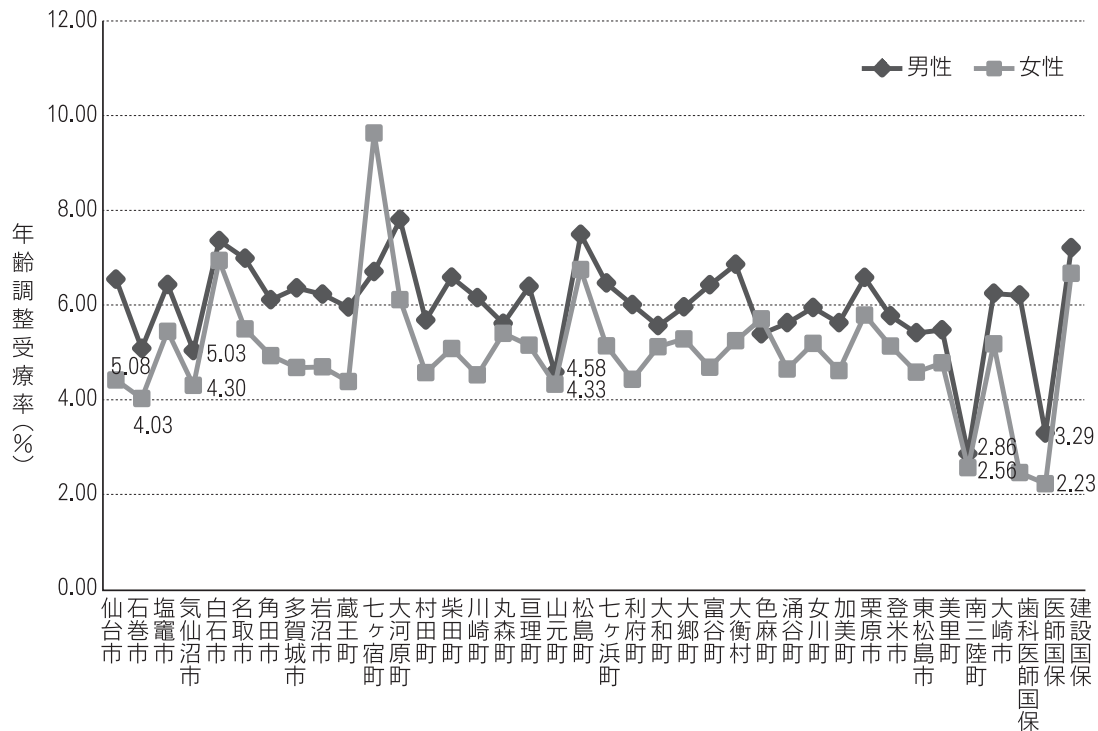


図2 糖尿病の年齢調整受療率 (%)

女ともに高い率の傾向がみられた。

一方、南三陸町、医師国保組合、山元町、気仙沼市、そして石巻市は、他の市町村等と比較して男女ともに低い傾向がみられた。男性において、年齢調整受療率が最も高い大河原町と、最も低い南三陸町(2.86%)とを比較すると2.73倍の格差があった。同様に、女性において最も高い七ヶ宿町と、最も低い医師国保組合(2.23%)とを比較すると4.32倍の格差があった。

### 3) 糖尿病粗受療率の伸び比(平成22年(震災前)と平成23年(震災後))

表4および図3に、平成22年と比較した平成23年の糖尿病および糖尿病関連疾患の粗受療率の伸び比を示す。最も高かったのは、男性で七ヶ宿町(1.20)、女性で大河原町となった(1.15)。

一方、伸び比が最も低かったのは、男女ともに南三陸町(男性:0.47、女性:0.41)であった。その他、石巻市(男性:0.80、女性:0.79)、気仙沼市(男性:0.75、女性:0.73)、女川町(男性:0.80、女性:0.71)なども他市町村等と比較して低い結果

となった。

## 5. 考察

本研究は、宮城県国民健康保険団体連合会が構築した「レセプト全疾病分析システム」によるレセプトデータを使用し、平成22年5月時点における宮城県内の全市町村および3組合の国民健康保険加入者全員66万8,200人、同様に平成23年5月時点における国民健康保険加入者全員68万621人、延べ134万8,821人を対象に、当該年の5月1日から同月31日までに保険医療機関を受療した者のうち、糖尿病および糖尿病関連疾患による受療率の分析を行ったものである。

本研究は、対象を宮城県内の国民健康保険加入者全員とし、そのなかで1ヵ月間にレセプトの提出があったすべての者を分析したものであり、この悉皆性に最大の特徴がある。わが国の医療費統計をはじめとする従来の主傷病登録(主たる傷病のみをデータとして登録)では、把握できる疾病が1つに限定されているため、糖尿病などの基礎疾患等の保有状

表4 糖尿病の粗受療率（％）の推移

保険者	男 性			女 性		
	平成22年	平成23年	前年比	平成22年	平成23年	前年比
仙台市	11.09	11.12	1.00	8.24	8.09	0.98
石巻市	11.14	8.92	0.80	9.79	7.70	0.79
塩竈市	13.24	12.47	0.94	11.03	10.89	0.99
気仙沼市	12.69	9.57	0.75	11.25	8.25	0.73
白石市	13.62	14.48	1.06	12.73	14.01	1.10
名取市	12.13	12.31	1.01	10.28	10.36	1.01
角田市	10.52	11.19	1.06	9.19	9.29	1.01
多賀城市	11.58	10.83	0.94	9.35	9.16	0.98
岩沼市	11.19	11.31	1.01	8.55	8.62	1.01
蔵王町	10.54	10.80	1.02	9.47	8.86	0.94
七ヶ宿町	10.85	12.99	1.20	19.03	19.83	1.04
大河原町	13.31	14.53	1.09	10.69	12.28	1.15
村田町	10.39	10.88	1.05	7.53	8.35	1.11
柴田町	12.53	13.23	1.06	10.01	9.64	0.96
川崎町	9.98	10.56	1.06	6.83	7.55	1.10
丸森町	10.07	10.71	1.06	9.89	10.36	1.05
亘理町	10.89	11.98	1.10	9.83	9.64	0.98
山元町	10.26	9.02	0.88	8.86	8.85	1.00
松島町	14.20	14.34	1.01	14.21	15.29	1.08
七ヶ浜町	11.82	11.65	0.99	10.54	10.34	0.98
利府町	12.44	11.24	0.90	8.14	8.13	1.00
大和町	9.32	8.98	0.96	7.82	8.55	1.09
大郷町	11.13	11.54	1.04	10.10	9.62	0.95
富谷町	11.69	11.83	1.01	8.54	8.70	1.02
大衡村	11.19	11.49	1.03	9.59	9.76	1.02
色麻町	8.71	8.87	1.02	10.49	10.92	1.04
涌谷町	9.65	9.28	0.96	8.37	8.78	1.05
女川町	12.92	10.36	0.80	13.87	9.84	0.71
加美町	9.95	10.01	1.01	8.64	8.76	1.01
栗原市	12.09	12.48	1.03	10.65	11.48	1.08
登米市	9.43	9.70	1.03	9.00	9.14	1.02
東松島市	9.45	8.91	0.94	8.16	7.75	0.95
美里町	9.95	10.60	1.07	10.29	9.66	0.94
南三陸町	9.44	4.45	0.47	8.94	3.69	0.41
大崎市	10.36	10.89	1.05	9.18	9.49	1.03
歯科医師国保	5.36	4.95	0.92	1.20	1.16	0.96
医師国保	3.93	3.67	0.93	1.77	1.73	0.97
建設国保	7.43	7.21	0.97	7.20	6.67	0.93





被災地における経年的な疾病の把握、分析、検証を行い、結果等を公表することが、復興の一助になると考えられる。

## 6. 結 論

東日本大震災による津波の被害が甚大であった宮城県北部の沿岸部は、震災後、他市町村等と比較し、糖尿病および糖尿病関連疾患の年齢調整受療率が低くなった。また、震災後の平成23年5月時点の糖尿病および糖尿病関連疾患の粗受療率について、震災前の平成22年5月時点と比較した伸び比では、他の市町村等と比較し、宮城県北部の沿岸部が低かったことが明らかになった。

なお、本研究は、厚生労働科学研究費補助金 政策総合研究（統計情報総合研究）「東日本大震災等の大災害と保健医療統計の分析・評価・推計に関する研究」の一環としても行っている。

## 付 言

この度、平成23年3月11日の東日本大震災で被災された皆様に衷心によりお見舞い申し上げます。また、全国の皆様から多くのご支援、ご芳情を賜りますことに、宮城県民の一人として厚く御礼を申し上げます。

### 〈参考文献〉

- 1) 昭和36年11月15日法律第223号.
- 2) 津久井進：大災害と法. 岩波新書, 32-38, 2012.
- 3) 外岡秀俊：3.11 複合被災. 岩波新書, 69-74, 2012.
- 4) 厚生労働省（編）：平成23年版 厚生労働白書, 144, 2011.

- 5) Tatsuo Aoki, Yoshihiro Fukumoto, Satoshi Yasuda, et al: The Great East Japan Earthquake Disaster and cardiovascular diseases. *European Heart Journal*, 133, 2796-2803, 2012.
- 6) 内閣府（防災担当）：東日本大震災における被害額の推計について（平成23年6月24日発表）.
- 7) 総務省統計局統計調査部地理情報室：宮城県の浸水範囲概況に係る基本単位区（調査区）による人口・世帯数. 平成22年.
- 8) 石井正：東日本大震災 石巻災害医療の全記録. 講談社ブルーバックス, 190-193, 2012.
- 9) 河北新報社：河北新報のいちばん長い日 震災下の地元紙. *文藝春秋*, 252-255, 2011.
- 10) 佐々木裕子：東日本大震災時の避難所における栄養・食生活状況と管理栄養士としての支援について. *仙台白百合女子大学紀要*第16号, 103-118, 2011.
- 11) 國井修（編）：災害時の公衆衛生—私たちにできること—. 南山堂, 165-169, 2012.
- 12) 鈴木寿則, 遠藤彰, 齋藤雄悦, 他：国保レセプトを用いた脳血管疾患および心疾患の要因分析. *全国国保地域医療学会第14回優秀研究表彰研究論文集*, 26-32, 2010.
- 13) 鈴木寿則：全疾病分析と主病疾病分析の相違. *全疾病分析事業 平成25年3月*, 23-31, 宮城県国民健康保険団体連合会：2013.
- 14) 上原鳴夫（編）：東日本大震災における保健医療救護活動の記録と教訓. 小井土雄一, 近藤久禎, 市原正行, 他：東日本大震災におけるDMAT活動の課題と今後の対応策. *東日本大震災における保健医療救護活動の記録と教訓*, 2-8. じほう, 2012.
- 15) 震災対応セミナー実行委員会（編）：3.11大震災の記録 中央省庁・被災自治体・各士業等の対応：民事法研究会, 141-156, 2012.
- 16) 厚生労働省保健局医療課：東北地方太平洋沖地震および長野県北部の地震に関連する診療報酬の取扱いについて. 平成23年4月1日, 事務連絡.

# 医療、行政、大学の連携による 福井県高浜町の地域医療改革・第4報

～住民有志団体がもたらす医療満足度への効果～

○井階友貴・鈴木友輔・武藤 理・細川知江子・寺澤秀一

## 1. 背景

福井県高浜町は北陸の最西端に位置し、人口11,500人程度の、きれいな海岸や原子力発電所で有名な町である。町内の医療機関は社会保険高浜病院（115床）、内科開業医と当院のみである。

世界一の長寿国・日本において、近年、「医師不足」、「診療科閉鎖」、「医師の引きあげ」、「たらい回し」などの、いわゆる「医療崩壊」に集約される問題が扱われ、特に地方で問題が顕著化していることが多い。予てより日本の地域医療は、住民の信頼を集める医師たちの献身的な勤務に支えられていた。しかし時代は移り変わり、医療技術の進歩に見合わない未熟な人材育成制度や、過酷な勤務による医師の疲弊と立ち去り、医師の都市部志向ならびに患者の専門医志向などにより、現場の尽力・心意気だけで地域を支えることは限界に達していた。破裂寸前の医療状況に引き金を引いたと言われるのが、平成16年からの新医師臨床研修制度である。システム自体は、地域で働く者のプライマリ・ケア医としての能力を向上させるものであったが、この変革により大学医局に研修医が集まらず、人材不足からいわゆる医師の引きあげが起り、医局からの人材派遣で

医療を維持できていた地方の医療機関が次々と崩壊した。これらは都市部よりも地方で起りやすい事象であり、主に地方で医療崩壊が急速に起こったことは言うまでもない。

このことは高浜町も例外ではなかった。社会保険高浜病院は、平成13年には最大11名の医師が常勤していたが、平成20年には常勤医3名という危機的状況となった。非常勤医を常勤換算した数字でも、当時の人口10万人当たりの医師数は105人（福井県嶺南地域153人、福井県218人、全国216人）（厚生省および福井県のデータより）であり、医師不足の深刻さが伺える。医師の減少に伴い医療機能は縮小し、残った医師は過酷な勤務を避けられなくなった。

過去と現在を比較した住民は現在の町内医療機関に満足せず、移動能力のある住民たちは近隣の小浜市と京都府舞鶴市にかかるようになったが、近隣市でも診療科の閉鎖や外来受診制限、大学病院からの綱渡り状態の人事など、抱える問題は大きく、いつ破綻して共倒れ状態となってもおかしくない状態まで追い込まれていた。

そのような地域医療崩壊の現場に立ち、高浜町は平成20年8月に地域医療再生のためのワーキンググループを立ち上げ、「高浜の医療と福祉を支える人づくり。～高浜の医療は、地域が育て、地域が守る。～」をモットーに、地域医療再生アクションプランを提言、その実動部隊として、市町村単独では全国

で初となる医学部寄附講座「地域プライマリケア講座」を福井大学に設立した。

高浜町では、町長や町議会をはじめ、地方自治体としては全国的に珍しく行政の医療支援の意向が明確であり、また人口1万人程度の町ではあるが保健課保健師の健康増進への意欲や保健福祉センター内での保健・医療・福祉の連携は誇れるものであるが、一方で問題点も多く含有している。高浜町の分析および動向から、我々は地域志向型ケアの指針を立てるに当たり、特に優先順位の高い問題を以下の通り抽出・集約した。

### (1) 医師の不足、特に地域医療・家庭医療に特化した医師の不足

ただ単に物理的に医師が不足していることだけでなく、地域で求められるプライマリ・ケア機能（あらゆる健康・疾病に対して総合的・継続的・全人的に対応する機能）をもって、地域住民と地域医療者、地域医療機関と中核病院をつなぐ役割が、地域を志向する町内医師の懸命の努力によってもなお、医師の不足によって担いきれていないことが問題である。

### (2) 住民の地域医療の不適切な理解および無関心

町内の医師数の減少や全国的な専門医志向などが相乗効果を生んでか、住民の町内の医療に対する信頼は低く、そのことが何でも町外医療機関にかかるなどの不適切・非効率的な受療行動につながっている。また、地域医療問題に限らず、健康増進や介護などを含めた町の福利厚生に決して主体的にかかわろうとしているとは言えず、行政や医療関係者に任せている傾向が否めない。

このような問題を打開するため、我々はただ単に診療を行うだけでなく、3K（医学教育、住民啓発、調査研究）に尽力することにした。

## 2. 目的

地域医療教育の効果についての報告は散在する<sup>1)</sup>が、質の評価に深く言及したものは少ない。また、保健分野での住民啓発の効果についての報告は多数ある<sup>2)</sup>ものの、地域医療分野での報告は数・質とも

に限られている。今回、町としても地域プライマリケア講座としても力を入れていきたい「住民啓発」について、住民から住民に向けて、住民の主体的な活動を通して医療の現状を啓発することで、住民の医療満足度、安心度、信頼度に効果が表れるかを検討し、医療・行政・住民・大学の連携が地域医療再生のためにできることを提言する。

## 3. たかはま地域医療サポーターの会

前述の通り、高浜町民の無関心に対して、住民が主体的に地域の医療ニーズを議論してほしいことや、専門医とかかりつけ医の連携を理解して適切な受療行動をしてほしいことなどを、筆者は和田診療所の立場で町の広報誌や地域医療フォーラム開催などの方法にて訴えていた。しかし、効果や反応は思った以上に悪く、すぐに限界を感じるに至ってしまった。

このことの原因を省察してみると、簡単に挙げることができる。それは、医療に関心のない住民に対し、医療者の立場で訴えかけていたからである。誰でも、関心のない人物の言うことに耳を傾けることはないだろう。この経験の中で、住民から住民への情報発信の重要性を痛感した。そこで、町行政と町内医療者の主催で平成21年7月に開催された第1回高浜町地域医療フォーラムにおいて、住民として地域を自治していくような主体的な活動の必要性を述べ、このような活動についての話し合いの場を設定したところ、15名の住民が参加された。こうして、平成21年9月9日、「たかはま地域医療サポーターの会」が誕生したのである。

我々はオブザーバーとして、会の発足から運営まで、その活動内容設定や活動支援などを一貫して行っている。

たかはま地域医療サポーターの会は、地域医療問題を医療者や行政のせいだけにせず、地域の主役である住民が自分たちにできることを模索し、実行する団体である。月1回の医療座談会で、メンバーが集まって勉強会を開き、できることや行動案を議論

している。

会の活動の方針として、次の3 “ない” を掲げている。

1. 無理しない
2. 批判しない
3. 消滅しない

メンバー全員が仕事や家庭を持ちながら、無理なく活動を続け、住民から住民へのアプローチを創造的に継続していくことを目指している。

また、会が住民へ発信する内容の方針として、『地域医療を守り育てる五か条』(表1)を提言され、以下に述べる様々な方法で住民から住民の啓発活動を行っている。

#### 高浜町地域医療フォーラム

第1回のフォーラムは前述の通り高浜町および当講座にて企画運営したが、第2回からは地域医療サポーターの会が企画や運営にも関わり開催した。テーマの決定や講演者などの出演者、広報、当日の司会などを担当した。

#### 啓発ビデオ・パンフレット

「地域医療を守り育てる五か条」の「二、かかりつけを持とう」に関するシナリオによるドラマ形式の啓発ビデオ。脚本、出演、監修全てがサポーターで行う。地元のケーブルテレビ局のご厚意で制作協力いただいた。ビデオの後半では「地域医療を守り育てる五か条」を紹介。

このビデオおよび「地域医療を守り育てる五か条」のパンフレットをもとに、地域医療フォーラムや地区別サロン、PTA 総会、民政児童委員総会などでサポーターらが直接訴えかけた(図1)。

#### 救急蘇生講習会

救急蘇生講習会として、Basic Life Support と AED の使い方を、職業が救急救命士のサポーターの主導のもと開催した。また、町内で同様の講習が開かれる会場に出向き、講習会の前に啓発ビデオやパンフレットによる啓発活動を行った。参加者には会のロゴ入りのフェイスシールド(人工呼吸時の感染予防具)を配布した(図2)。

表1 地域医療を守り育てる五か条

#### 一、かんしん(関心)を持とう。

- ・まずは知るところからすべては始まります。「自分はまちの医療にかかっていないから関係ない」というあなた、あなたが20年後、車を運転できなくなったら?あるいはあなたのご家族は? 関係ない人などいない、それが地域医療です。

#### 二、かかりつけを持とう。

- ・どんなときにも大きな病院の専門医にかかるのではなく、まずは何でも相談できる「かかりつけ」を探しましょう。かかりつけ医は大きな病院と連携しています。医療機関に大きな負担となるコンビニ受診は控えましょう。

#### 三、からだづくりに取り組もう。

- ・あなたが病気にならずに病院・診療所のお世話にならなかつたら、医師の業務は減り、余裕が生まれます。日ごろの食事や運動習慣を見直す、健康診断・がん検診を受けるなど、住民ができる健康増進は多いです。

#### 四、がくせい(学生)教育に協力しよう。

- ・志高く地域医療の現場に研修に来られる医学生さん、研修医の先生の気持ちを折らないよう、気持ちよく診察を受け、励ましの言葉をかけましょう。彼らが指導医とともにレベルの高い医療を提供していることも理解して下さい。

#### 五、かんしゃ(感謝)の気持ちを伝えよう。

- ・膨大な業務や患者の心ない言葉に、医療者の心と体はボロボロです。崇め奉るのではなく、人と人との関係として当然わき上がる感謝の気持ちを忘れずに伝えてください。感謝の言葉が、医療者を元気づけます。



図1 啓発ビデオを用いた啓発の様子



図2 救急蘇生講習会の様子とフェイスシールド



図3 救急受診チャート「かけはし」



図4 かけはしメールBOX

### 救急受診チャート「かけはし」

急な病気やケガの時にどのような症状なら救急車を呼ぶべき／時間外受診すべきかを、症状別にチャート図で表したものを、サポーターの、住民の安心のためにという思いから発案された。全年齢対応のこの手のチャートは全国的に珍しく、町内に全戸配布され、全国へ向けてホームページ<sup>3)</sup>上で公開されている本チャートは、町民あるいは国民の安心の生活に寄与できるものと考えられる。監修を福井大学医学部地域プライマリケア講座および福井大学医学部附属病院救急・総合診療部で担当(図3)。ホームページ上で実費相当での譲渡も受け付けており、県外の市町村からの大口注文も受けている。

### 住民－医療者 意見交換会

まずサポーターである自分たちが町の医療のことを知ろうという思いから発案された企画。平成23年度までで計3回開催され、サポーターと高浜病院職員との意見が交わされた。サポーターへは、住民との架け橋になって欲しい、苦情や感謝などの患者の思いを伝えて欲しいという意見が、病院職員へは、

感謝の意と、院内の情報をより開示して欲しいという意見が寄せられた。

### 機関紙の発行

会の活動をより広く知ってもらうために、機関紙「地域医療サポサポ通信」を発行している。内容は、サポーターの活動紹介、町内医師紹介、町内医師持ち回りの健康コラム、などである。全戸配布や新聞チラシ折り込みなど、効率的な配布方法を模索中である。季刊で、取材・編集など会のメンバーで行っている。

### かけはしメールBOX

町の医療で疑問に思ったこと、町の医療に伝えたいこと、言いたいけどなかなか言いにくいことを、町民を代表し医療者を代理して答えるという、住民と医療者をつなぐためのメールボックスを、町内のドラッグストアに配置した(図4)。苦情を言いあう関係でなく、建設的な意見交換ができるツールとして考案された。

### その他

全国の住民有志団体への視察活動や住民活動全国

シンポジウムへの参加、地域福祉講演会の開催などの活動を行った。

## 4. 住民啓発の効果

### A. 対象

高浜町民より年齢分布別無作為に抽出した1,000名。

### B. 方法

活動が本格化する前の平成22年6月と活動が軌道に乗った平成24年2月の2回、「たかはま地域医療サポーターの会」の啓発内容の周知度（以下「周知度」）および医療満足度などの意識をアンケート調査郵送で実施した。前後の比較をt検定にて行った。

周知度は、「知らない」「名前だけ知っている」「活動内容まで知っている」の3段階で応えていただいた。医療満足度、安心度、信頼度は、10cmのVASにて問うた。

### C. 結果

アンケートの回収率は、1回目が32.0%、2回目が34.0%であった。周知度は16.2%から46.4%と有意に上昇し（ $p < 0.001$ ）、医療満足度も53.5から57.7と上昇していた（ $p = 0.043$ ）（図5、6）。

また、周知度の高い群の医療満足度は低い群より有意に高かった（知らない群－名前だけ知っている群で $p = 0.005$ 、知らない群－活動内容も知っている群で $p < 0.001$ ）（図7）。このことは、ただ時間経過の中で町民の医療満足度が向上しただけでなく、住民有志団体の活動がこの効果をもたらした可能性があることを示唆している。

### D. 考察

以上より、住民有志団体による住民啓発活動は、住民の医療満足度を上昇させる可能性が示唆された。住民の力が医療を改善することに言及した、地域に共通して関連深く新しい知見である。今回の取り組みの評価は、同様の地域医療問題に悩む地域に対し

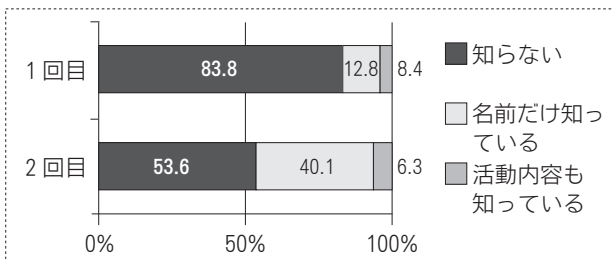


図5 「たかはま地域医療サポーターの会」の周知度

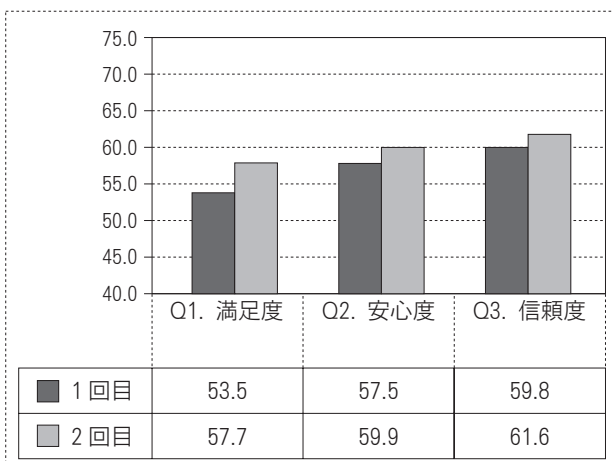


図6 住民の意識

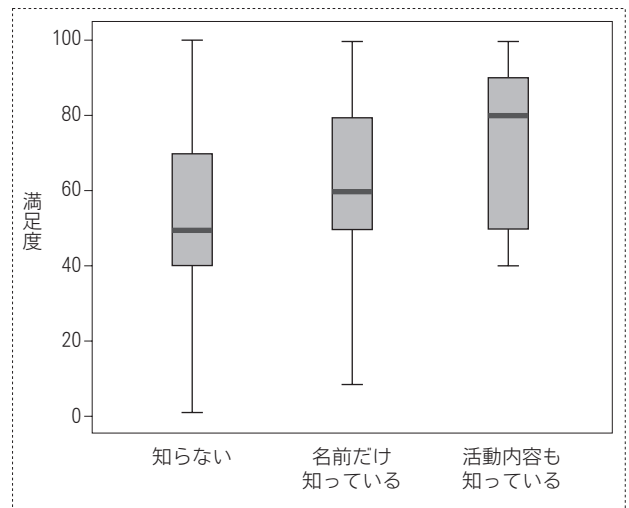


図7 周知度と満足度

て、住民主導の地域医療問題解決法としてアクションプランを提示できたことになり、地域医療の主役である住民が問題を考えていくという根本的な問題解決方法が初めて評価された、非常に意義のあるものであると考えている。

## 5. 結 論

高浜町では、医療・行政・大学がお互いに必要なものを供給しながら連携し、住民を支えていくモデルが確立しつつある。そのモデルをもとに、医学教育と住民啓発を行うことで、地域の医師や医療に主体的な住民といった次世代の医療の担い手を輩出でき、地域医療システムの根本的な改革が見込まれると考えられた（図8）。その中で誕生した「たかはま地域医療サポーター」や意識の高い町民が、町民と医療者との架け橋となり、相互に意識を高めあいながら地域医療を向上させている。また、このモデルを実現するためには多くの理解者が必要である。そのためにもまず核となるそれぞれの立場の者がつながり（“かけはし”づくり＝「和」の拡大）、核となった者が次第に同志を増やしていく（“なかま”づくり＝「輪」の拡大）方法が、この3年間の取り組みの中で感じた成功の秘訣である（図9）。

地域医療再生のモデル事業となりうる福井県高浜町の住民、行政、医療者の共働が、地域医療問題に奮闘する全国各地に広がることを、心より願っている。

### 〈参考文献〉

- 1) 川城麻里, 桐ヶ谷大淳, 中村泰之, 畑野秀樹: 地域包括ケアにおける地域医療研修. 治療, 91:1483-86, 2009
- 2) 古賀香代子, 城戸美智代, 竹下友博, 板井美奈子: 地域生活支援センターふれあいの地域へ向けた取り組みーともに生きる地域づくり会議をとおしてー. 病院・地域精神医学, 48:65-66, 2005
- 3) たかはま地域医療サポーターの会 ホームページ  
URL: <http://www.acahun.com/>

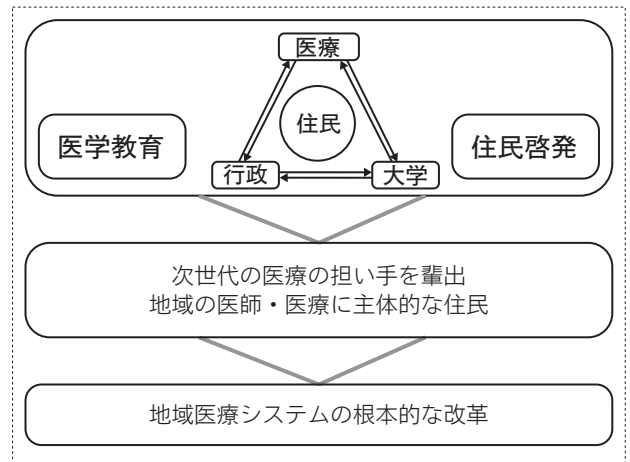
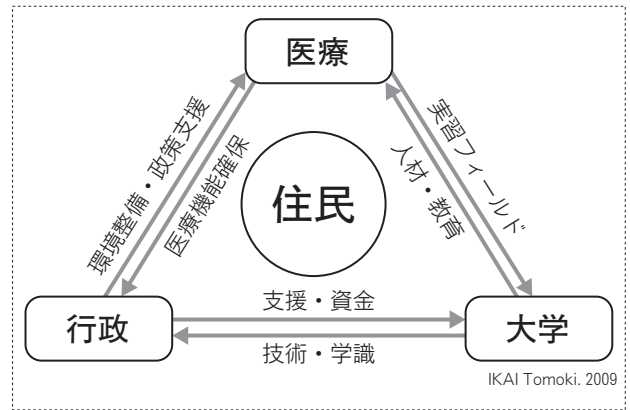


図8 高浜町における地域医療モデル

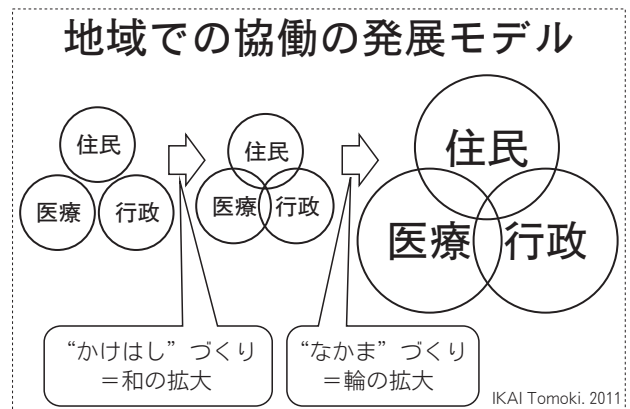


図9 “かけはし”づくりと“なかま”づくり

# 地域医療データバンクから見た 患者の受領動向における地域特性分析

○ 藍原雅一・岡山雅信・中村剛史・大嶽浩司・梶井英治

## 1. 背景

今後多くの地域では、住民数の減少、高齢者人口の増加とともに、必要となる老人医療、在宅医療の確保、医療機関の偏在、医師の診療科偏在による医師不足問題等、医療の効率化を考えなければ、地域医療は崩壊するとも言われている。さらに、地域の医療ニーズは、各地域によってさまざまであり、町丁字単位での地域医療解析により、地域住民の需要に基づき医療資源を配置することが必要不可欠な状況にある。町丁字単位での地域医療解析は、地域情報（3次元位置情報）とレセプト情報等からの疾病情報が重要なファクターとなる。

その解析を可能にするため、自治医科大学地域医療学センターでは、全国の地域医療の現状を把握・分析し、地域医療を体系化したものを「地域医療データバンク」に構築して、自治体に対して情報提供することにより、地域医療の向上・発展へ向けた地域医療行政の支援を目指すとともに、今日の社会の多様なニーズに対応するため、保健、医療、福祉の各領域を従来の専門性の枠を乗り越え情報を統合することのできる環境を作り出すことを目指している。このような背景の中、医療機関への患者アクセシビ

リティについての研究について、我が国でも諸外国と同様に研究が多くなされるようになり、医療機関の機能分化、医療連携の促進による患者の医療機関へのアクセシビリティが重視されている。医療機関までの距離、医療機関の特性等、患者が医療機関を選択する理由はきわめて多彩であり、患者は必ずしも近隣の医療機関を受診していない。そのため、医療計画等の策定においても、住民の受療動向を把握することは重要である。

本研究では、GIS（Geographic Information system）解析を用いて、患者受療動向の解析結果の可視化を行うことにより、行政において活用できる資料を提供できるように地域医療データバンクのデータから都道府県及び市町村における5疾病の受療動向を比較し、地域による受療行動に差異があるかを検証した。

## 2. 方法

国民健康保険団体連合会及び後期高齢者医療広域連合14県の2010年度5月期患者調査レセプトデータから、保険者ごとの患者受療医療機関を5疾病ごとに抽出し、受療動向の分析およびGISによる空間統計分析の分布指向性分析（Directional Distribution）をArcGIS 10.1により解析を行った。

分布指向性分析とは、GISの中でX方向とY方



向で個別に標準距離を計算し、これらの2つの測度により、フィーチャの分布を囲む楕円の軸が定義される。この方法では、平均中心からのX座標とY座標の標準偏差が算出され、楕円の軸が定義されるため、この楕円は「標準偏差楕円」と呼ばれる。この楕円により、フィーチャの分布が引き延ばされて、特定の向きを示しているかどうかを確認することができる。地図上にフィーチャを描画することでおおよその向きを把握することもできるが、標準偏差楕円を使用すると、トレンドが明確に示される。(図1)

### 3. 結果

脳卒中(入院)の県別比較では、群馬県は前橋・高崎市を中心としたほぼ丸い円内に脳卒中の受療患者は集中しているが、茨城県は北茨城から東京都心まで一直線に受療医療機関が並び、標準偏差楕円は、群馬県より大きく表示された。静岡県では、海岸線の都市に受療患者は集中している傾向があった。(図2)

秋田県及び岩手県の脳卒中(入院・入院外)は、両県とも県全体に受療傾向がみられ、秋田県は秋田市に受療が集中し、岩手県は、内陸の都市に集中していた。(図3)

福井県及び滋賀県の脳卒中(入院・入院外)は、福井県は福井市、鯖江市、越前市、敦賀市、小浜市の人口集中地区に患者受療は集中していた。滋賀県は琵琶湖の湖畔の都市に患者受療は集中しており、どちらの県も人口集中地区に患者受療動向は集中していた。(図4)

鳥取県及び島根県の脳卒中(入院・入院外)は、鳥取県が鳥取市、倉吉市、米子市に患者受療は集中しているのに対し、島根県は、県全域に患者受療があり、海岸線の都市に受療者は多い傾向を示していた。両県の標準偏差楕円は、ほぼ同じような傾向を示していた。(図5)

広島県、岡山県及び高知県の脳卒中(入院・入院外)は、広島県、岡山県、高知県とも県内での受療

がほとんどを占めているが、広島県は姫路から下関、岡山県は大阪から広島と広域に広がってはいるが、対象地区はずれていた。受療動向の分布が高知市に集中している高知県と広島県、岡山県の標準偏差楕円は、ほぼ同じような傾向を示していた。(図6)

新潟県、山梨県の脳卒中(入院・入院外)は、新潟県は、新潟市と長岡市を中心として患者の受療動向が集中しているのに対し、山梨県は甲府市に患者受療動向が一極集中していた。標準偏差楕円は、新潟県では、ほぼ県域と同じ大きさになっているのに対し、山梨県は東京等の患者受療に引っ張られて県よりも大きな標準偏差楕円となっていた。(図7)

市町村における5疾患の比較では、疾病ごとに標準偏差楕円の傾向は、疾患により受療動向が明確に変化することが確認された。これは、市町村における患者動向だけでなく、県全体における患者の受療動向でも同じことが確認された。(図8)

### 4. 考察

地域医療データバンクからの地域医療解析により、脳卒中の入院患者の標準偏差楕円は、「県庁所在地を中心とした円状の傾向」では、群馬県、福井県、高知県、新潟県、「直線状の傾向」には、茨城県、静岡県、「県全体の傾向」には、秋田県、島根県、岡山県、広島県、「ドーナツ状の傾向」には、岩手県と滋賀県、「2ないし3カ所に集中の傾向」には、鳥取県と山梨県に大きく5つの傾向に区分された。さらに、群馬県に対しての5疾病別比較においては、脳卒中<急性心筋梗塞<糖尿病<悪性新生物<精神疾患の順に受療行動の範囲が広がっていることが検証された。これにより、その地域の医療需要等が明確にされた。GISを活用して視覚化することで、疾患ごとの地域ごとのおおよその特定が確認できるようになった。地域医療計画等の策定に、定量的なデータからのエビデンスのある情報に基づいて計画策定が行政においても活用ができるものとする。

また、標準偏差楕円の傾向を見てわかるように、

多くの県では県域を超えた受療が多く見られているので、受療動向の実態を踏まえ、県内だけで完結する計画策定ではなく、隣接する県外の医療機関とも相互連携する地域医療計画を策定することが重要になると考える。さらに、地域医療計画等の策定に、定量的なデータからのエビデンスのある情報に基づいて計画策定が行われることが重要であると考え。今までの金太郎あめ的な地域医療計画策定からその地域の特性を反映させた行政政策が重要になると考える。

## 5. 結 論

地域医療データバンクを活用して、大規模な定量的なデータを可視化することにより、広域的な患者の受療動向の分析が可能となる。これにより、医療資源の効率的利用方法や適切な地域医療圏の設定等

の医療政策立案に貢献できると考える。

本研究における、受療行動範囲の地域差には、さまざまな要因が影響しており、それぞれの県在地勢・形状の違い、県の都市分布ないし人口集中の違い、県の道路や医療機関といった社会整備基盤の違い、周辺地域（山梨にとっての東京、山陽地方にとっての大阪）のインフラの違い等の現実社会の影響を受けていると想定される。

そのため今後の研究では、要因の影響及び施設単位の患者受療動向や、隣接県を含めた広域的な解析を行う予定である。

これらを検証することで「地域差」の機序解明に貢献すると期待される。

本研究は JSPS 科研費 基盤研究（A）23249027 の助成を受けたものです。

標準偏差楕円は、次のように計算される。

$$SDE_x = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{X})^2}{n}} \quad \dots\dots\dots (1)$$

$$SDE_y = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{Y})^2}{n}}$$

「x1」と「y1」はフィーチャ1の座標、「{X, Y}」はフィーチャの地理的中心、「n」はフィーチャの総数。

回転角度は、次のように計算される。

$$\tan \theta = \frac{A + B}{C} \quad \dots\dots\dots (2)$$

$$A = \left( \sum_{i=1}^n \tilde{x}_i^2 - \sum_{i=1}^n \tilde{y}_i^2 \right)$$

$$B = \sqrt{\left( \sum_{i=1}^n \tilde{x}_i^2 - \sum_{i=1}^n \tilde{y}_i^2 \right)^2 + 4 \left( \sum_{i=1}^n \tilde{x}_i \tilde{y}_i \right)^2}$$

$$C = 2 \sum_{i=1}^n \tilde{x}_i \tilde{y}_i$$

「x1」と「y1」は地理的中心のXY座標の偏差。

X軸とY軸の標準偏差は、次のように計算される。

$$\sigma_x = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (\tilde{x}_i \cos \theta - \tilde{y}_i \sin \theta)^2}{n}} \quad \dots\dots\dots (3)$$

$$\sigma_y = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (\tilde{x}_i \sin \theta - \tilde{y}_i \cos \theta)^2}{n}}$$

図1 標準楕円の計算式



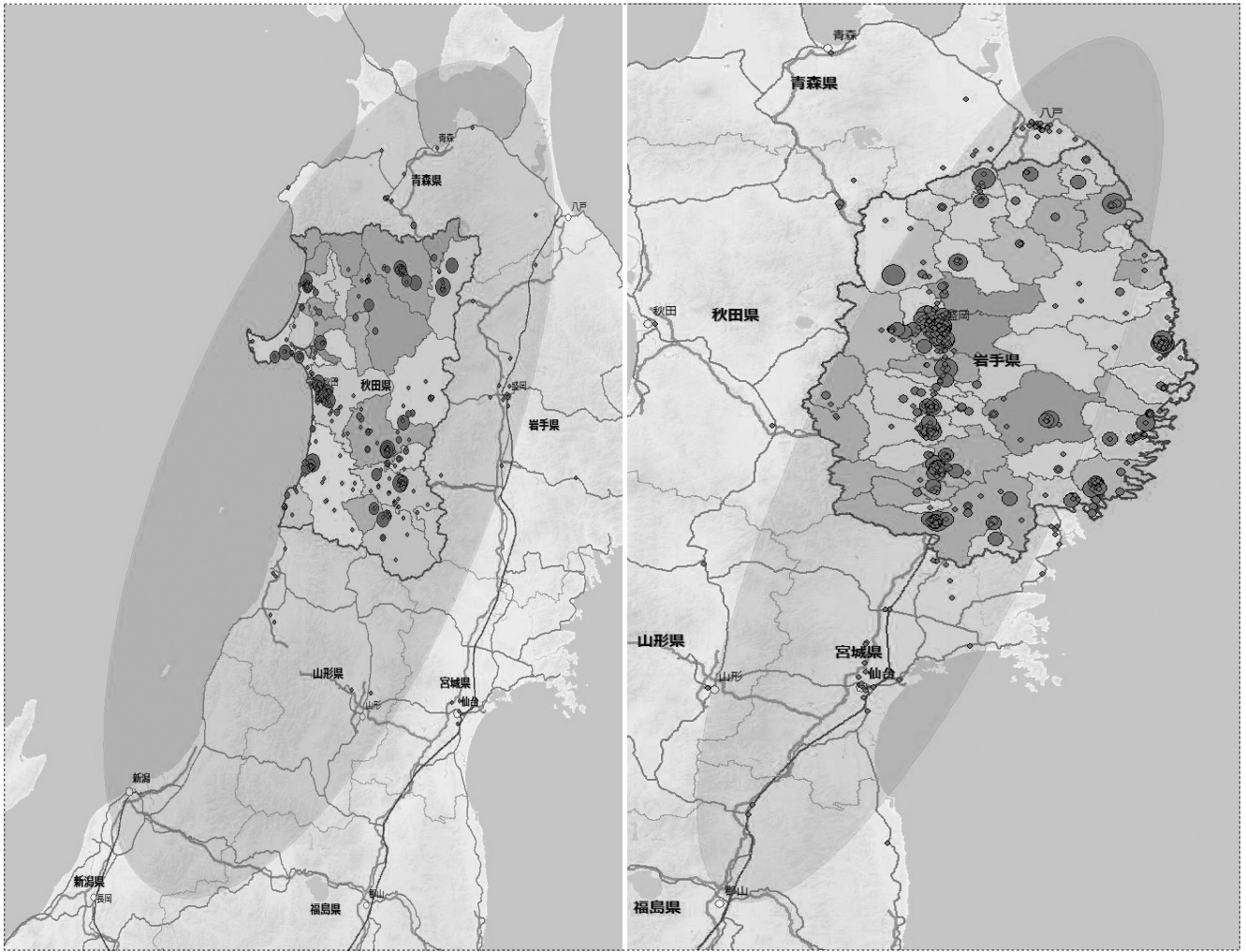


图3 秋田・岩手 脳卒中（入院・入院外）

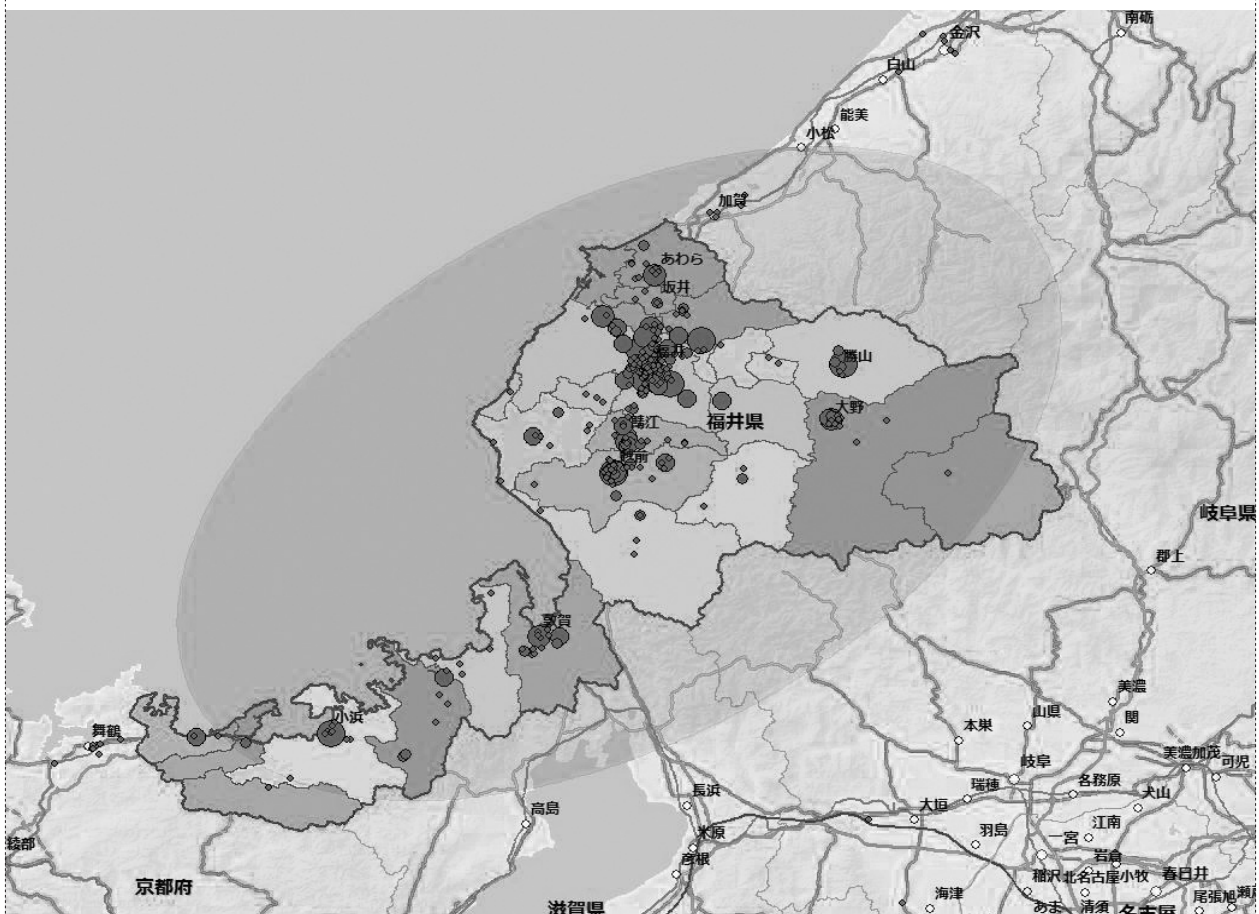
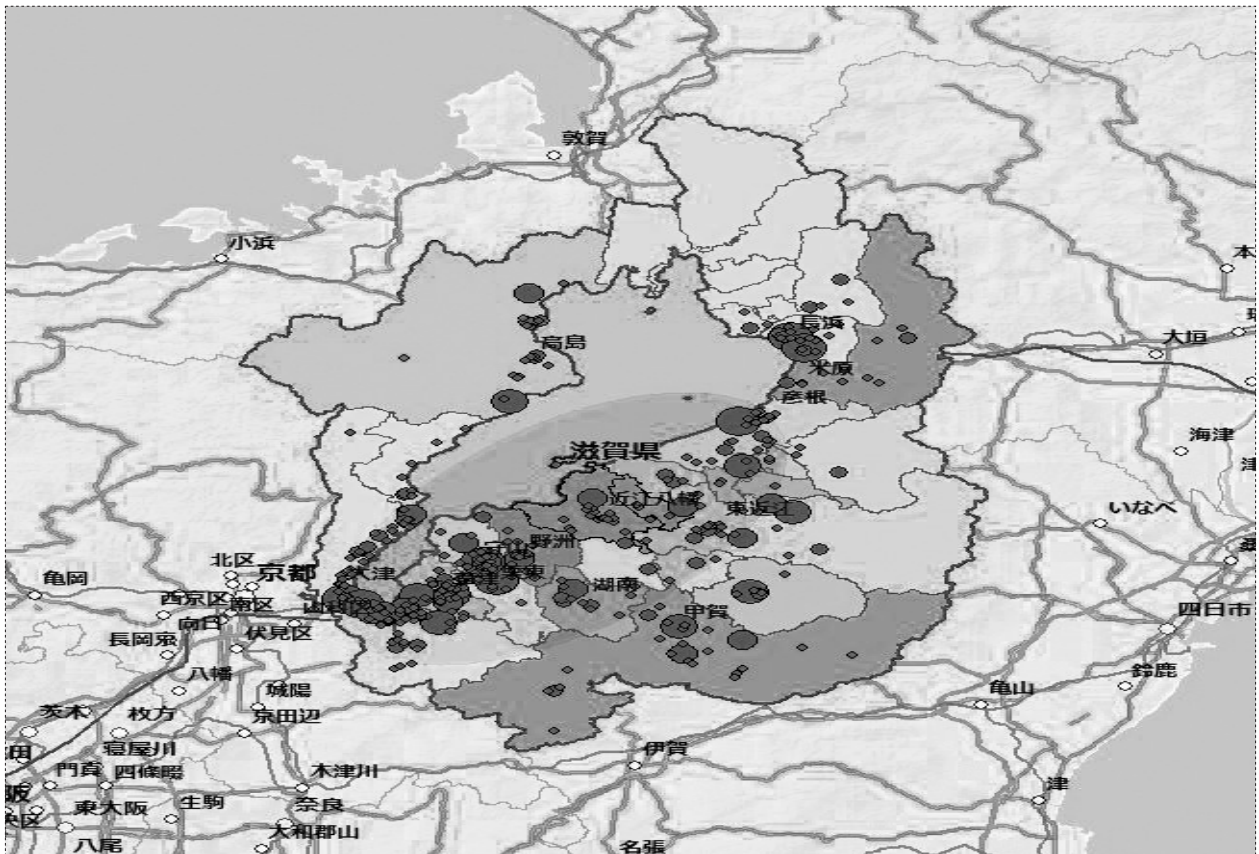


図4 福井・滋賀 脳卒中（入院・入院外）

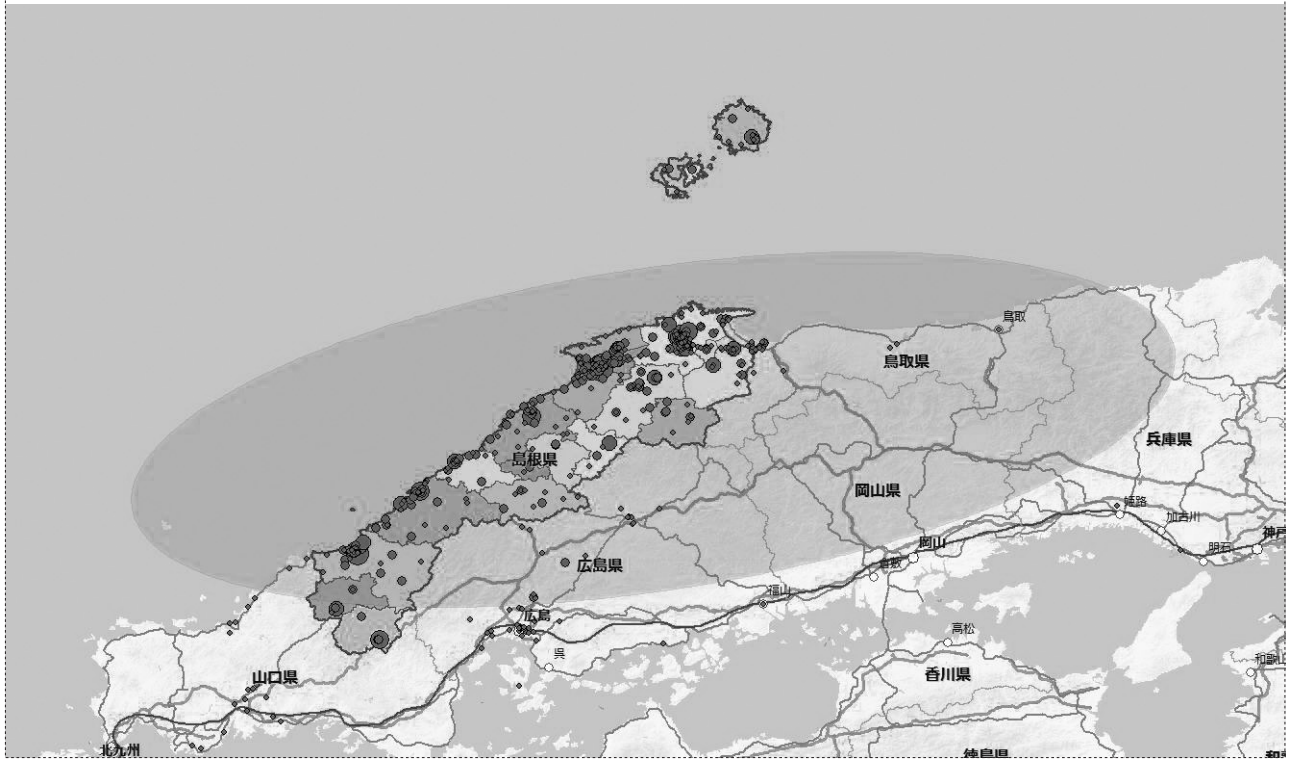
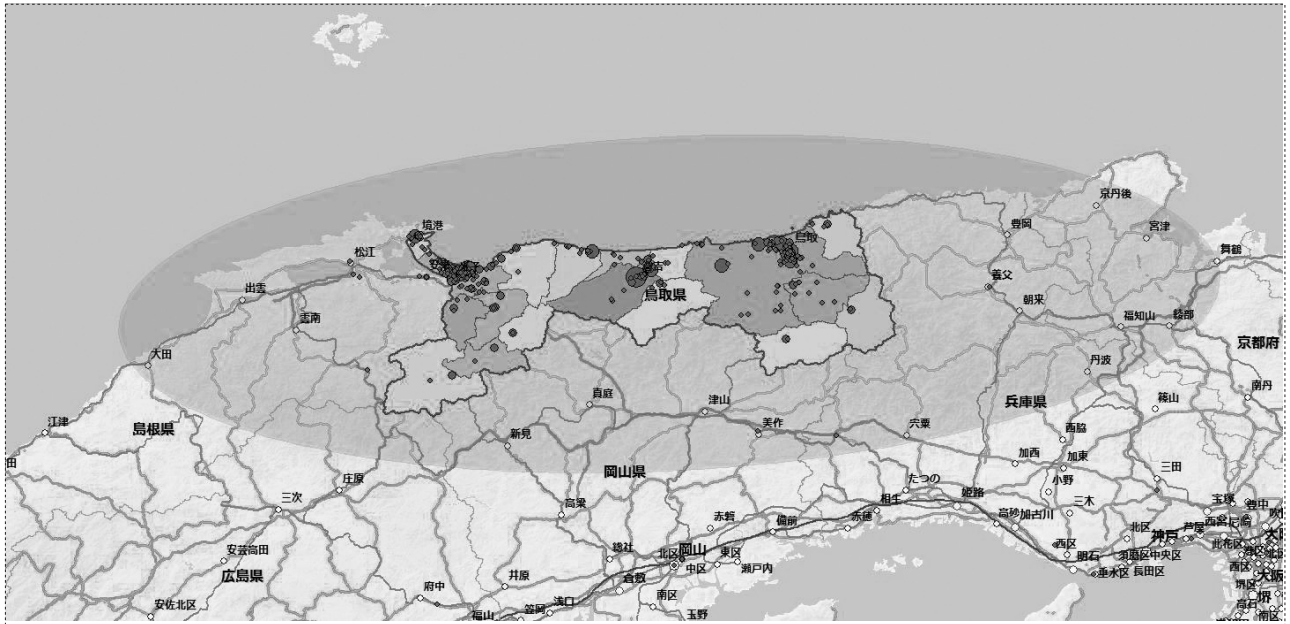


图5 鳥取・島根 脳卒中（入院・入院外）

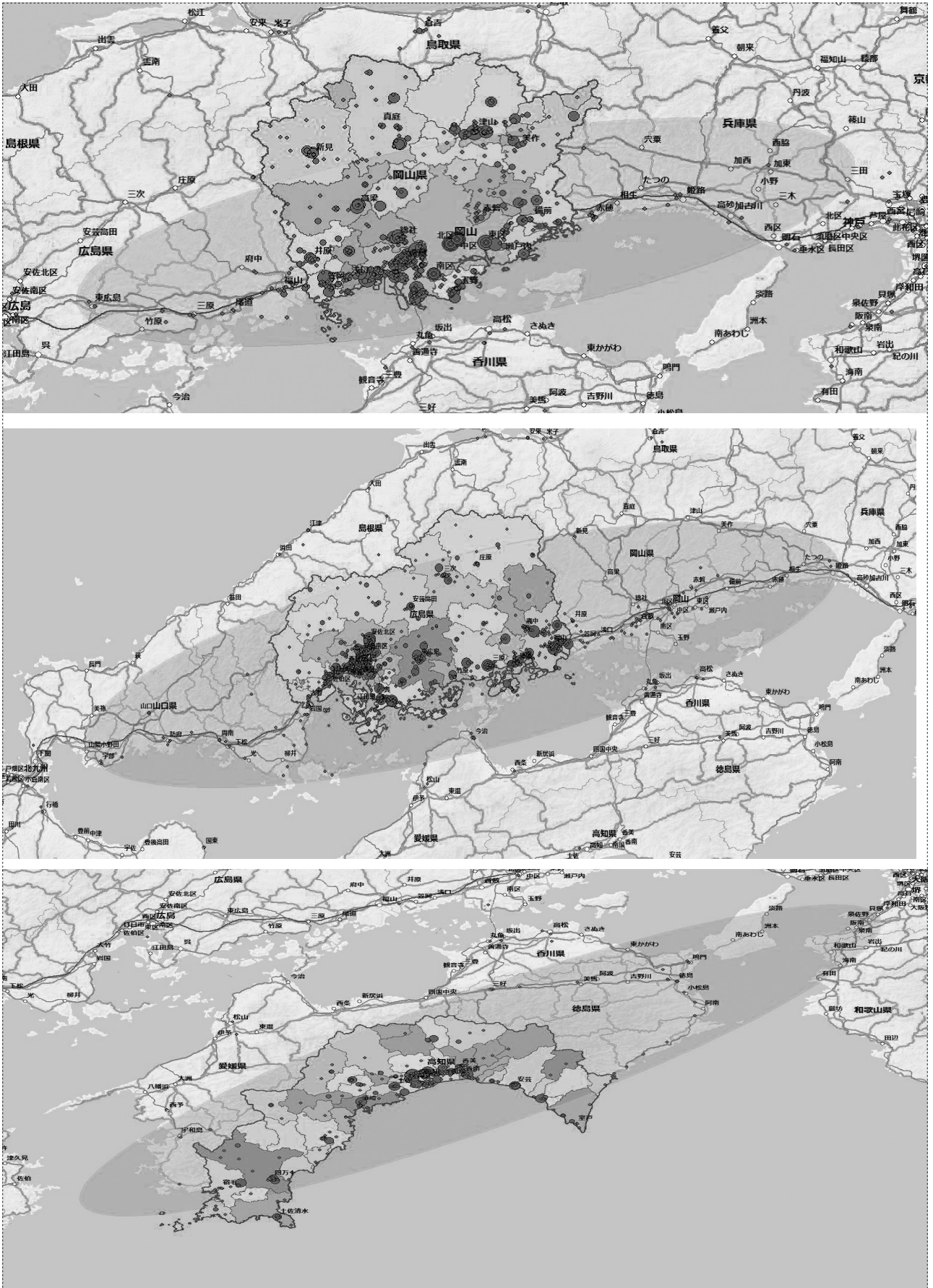


図6 岡山・広島・高知 脳卒中（入院・入院外）



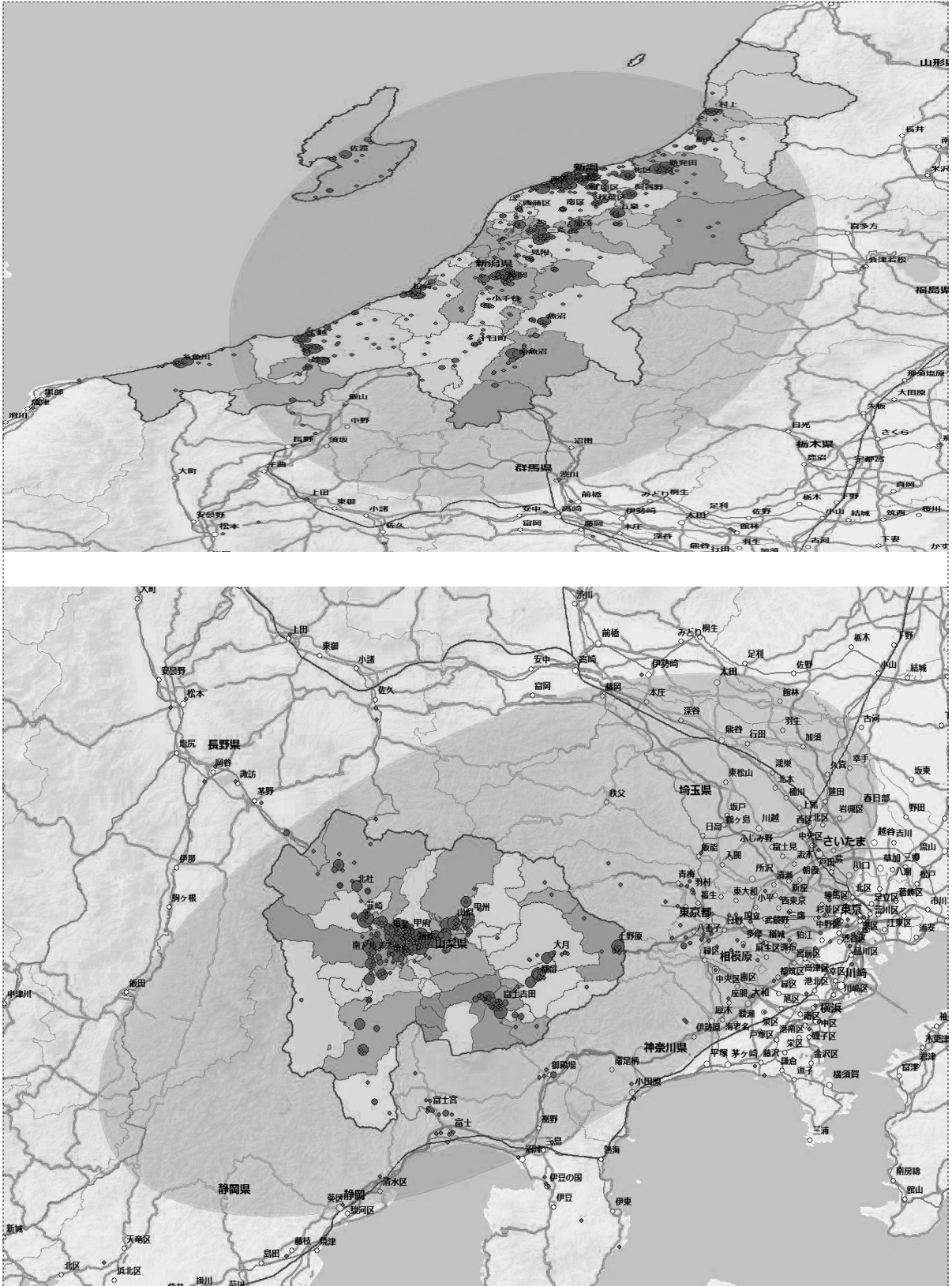


図7 新潟・山梨 脳卒中（入院・入院外）

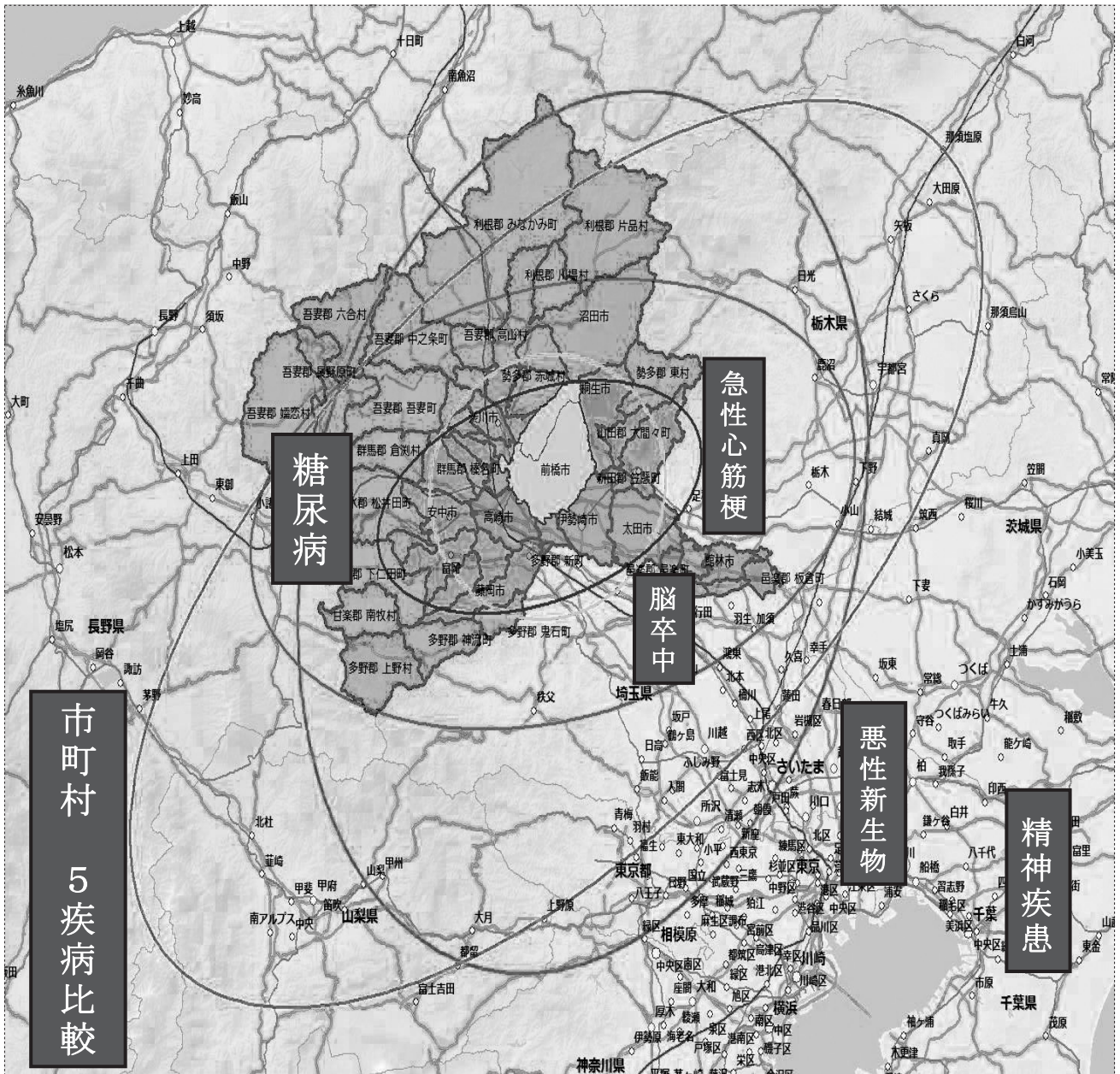


図 8

# 南砺市における「地域包括医療・ケア」の構築

○南 眞司<sup>1)</sup>・石崎良夫<sup>1)</sup>・品川俊治<sup>1)</sup>・手丸理恵<sup>1)</sup>・石岡 威<sup>1)</sup>  
 上田美津子<sup>1)</sup>・堀尾欣三<sup>1)</sup>・中山繁實<sup>2)</sup>・仲筋武智<sup>2)</sup>

## 1. はじめに

散居村で有名な砺波平野が広がる富山県の南西端に位置する4町4村が、平成16年11月に合併し南砺市が誕生した。琵琶湖に匹敵する広大な面積のうち約8割が1,000m級の森林が占める中山間地で、合併時の人口約5.9万人、高齢化率約28.5%から平成25年4月には人口約5.5万人、高齢化率32.3%と過疎化、超高齢化が進行している。現在、病気や介護への支援が増大する75歳以上高齢者が1万人を超え、今後高齢化率は40%に至ると推定され、富山県全体で約5年、富山市に約10年、全国に約20年先行し、超高齢社会への対応が求められる<sup>1)</sup>。

合併前、町村立医療機関は3病院と4診療所があり、いずれも医師、看護師不足で赤字経営だった。合併前より各医療機関のあり方や運営方針の協議が不十分な事もあり、現在も医療行政として総合的一体的運営は困難な状況である。平成18年度から20年度まで医師不足が一層進み、南砺市民病院は常勤医17名から15名、公立南砺中央病院は14名から11名に減少し、福野病院は平成20年2月常勤医3名が全員退職した。その結果、公立南砺中央病院で1病棟(52床)が閉鎖、福野病院(50床)は診療所化され

南砺市全体で420床の内約100床が消失、旧井口村診療所も平成19年3月に休止され、医療提供体制は脆弱化した(図1)。この状況において南砺市民病院や南砺市の医療行政の最大の目標は、障害高齢者や介護家族が住み慣れた地域で医療や介護を受け、住民が安心して暮す事ができる地域医療の再構築だった。

## 2. 目的と方法

南砺市の状況から、南砺市民病院の役割を患者・家族のQOL向上と住民の安全安心な生活を守る事とし、創造すべき体制を「地域包括医療・ケア」と

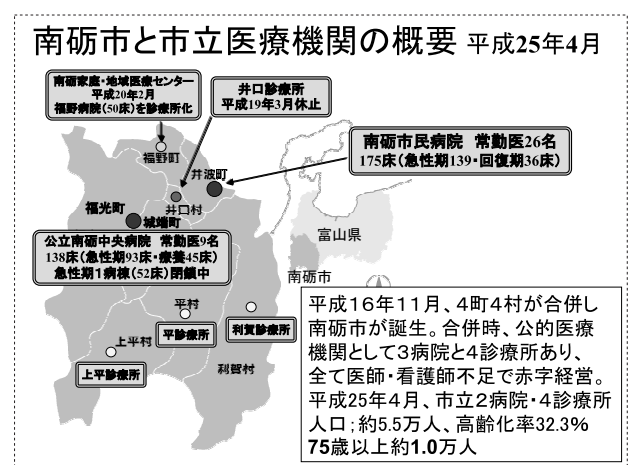


図1

1) 南砺市民病院

2) 南砺市地域包括医療・ケア局

した。地域包括医療・ケアでは、保健活動は勿論、生涯に渡り住民が病気や障害で支援を必要とした時、医師、看護師、コメディカルと介護・福祉職等全ての関係者が連携し、医療や介護福祉に取り組む事が求められる。この多職種連携機能が治療と共に患者・家族の生活（QOL）の課題や状況に合った支援を可能とし、結果として家族は絆を結び各々の役割や生き甲斐、優しさの構築に繋がる。多職種が連携し事例に取り組む事で、専門職の育成だけでなく信頼と絆が結ばれる。これら一連の活動こそ超高齢社会に必要とされる地域包括医療・ケア構築と共に、総合診療医等の専門職の確保と育成に寄与すると考えた。合併以降山積する医療等の課題解決に向け、南砺市の医療行政等と共に取り組みを行ってきたが、より一層完成度の高い「南砺型地域包括医療・ケア」構築に向け、これまでの取り組みを検証した。

### 3. 結果

#### 1) 南砺市民病院の立ち位置や担う役割の確立

平成19年度、超高齢化、過疎化の進む南砺市で、医師、看護師不足の南砺市民病院がどのような立ち位置でどのような役割を担うべきかを多くの職員と共に検討した。その結果、国保直診病院として患者・家族のQOL向上と住民の安全・安心を守るため、疾病と障害と生活支援へ多職種が係わる医療体制を

構築する事とした。当院で対応困難な事例は高次機能病院へ、開業医・診療所で提供すべき医療は各々紹介し、南砺市民病院は1次・2次救急、急性期入院、回復期リハビリ、在宅医療（訪問診療）や終末期医療・ケア等多職種連携を必要とし、高次機能病院や開業医では対応困難な医療を担うとした。病院の理念は「医療・保健・福祉活動を通じて市民の健康で豊かな生活に貢献します」とし、行動目標は「患者・家族に寄り添い住民と共に歩む医療」とし、達成目標は「幸せに生涯を過せる街づくりを市民と共に」と明示した（図2）。これらの目標達成に向け、これまでの取り組みを基礎に地域包括医療・ケアの基本認識や機能の再構築を行った。

#### 2) 患者・家族が安心して自宅生活できる南砺型地域包括医療・ケアの構築

##### ① 公立井波総合病院時代の地域包括医療・在宅医療を南砺市民病院につなぎ進化

合併前の公立井波総合病院時代から、入院治療で病気が改善安定しても認知症や寝たきり等で生活支援が必要となる高齢患者も多く、本人の自宅生活希望に対し、家族が高齢等色々な理由で自宅介護が困難な場合に度々遭遇した。我々は「社会貢献された高齢者を不幸にはしていないし、支える家族も犠牲にはしていない」との認識から、医療保険・介護保険サービス（共助）と患者・家族の協力（自助）

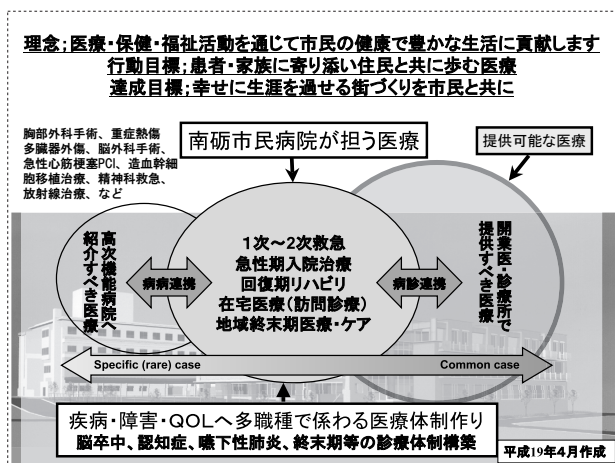


図 2

表 1

公立井波総合病院(現、南砺市民病院)の地域包括医療・在宅医療の歴史	
昭和59年	1月; 不定期訪問看護開始、訪問診療開始
昭和60年	7月; 定期的医師訪問診療開始、在宅診療療法開始
昭和63年	12月; 訪問リハビリテーション開始
平成2年	4月; 地域医療室開設
平成4年	4月; 病院増改築完成、住み好みのための家庭訪問開始
平成6年	4月; 病院併設井波町在宅介護支援センター開設
平成7年	6月; 井波町高齢者サービス調整チーム実務者会議開始
平成7年	4月; 医療ソーシャルワーカー(MSW)採用
平成10年	4月; 介護福祉士採用
平成11年	10月; 第一回介護支援専門員試験8名合格
平成11年	4月; 言語聴覚士(ST)採用
平成11年	5月; 脳卒中患者会「夢みの会」設立
平成11年	9月; 居宅介護支援事業者認定(在宅センター、病院、訪問看護)
平成11年	10月; 病院併設井波町訪問看護ステーション開設
平成12年	1月; 井波町訪問看護ステーションに訪問リハビリテーション部門開設
平成12年	4月; 訪問介護部門開設、配食サービス開始
平成13年	4月; 回復期リハビリテーション学術病棟開設、社会復帰支援システム委員会開設
平成14年	1月; 地域リハビリ広域支援センター指定(研学会・勉強会・運営会議開設)
平成14年	4月; 病院増改築にて保健福祉医療部創設
平成15年	4月; 井波町地域福祉支援センター創設、地域リハビリテーション推進委員会
平成16年	1月; デイケアセンター、パワーリハビリテーション開設
平成16年	4月; 病院増改築完成、回復期リハビリテーション病棟開設

のもと、地域包括医療や在宅医療を整備した(表1)。合併後も超高齢化する南砺市で、共助・自助機能の向上と共に、新たに医療と連携する福祉・行政サービス(公助)機能と住民がお互い様の思いで助け合う(互助)文化の創造が必要と考えた。基本認識を「幸せな生活(QOL)を支える地域を、医療や行政等の専門職が基礎を作り、住民がお互い様の思いで活動し、家族や地域の絆を強くし構築する」とした。この南砺型地域包括医療・ケア構築のポイントは共助・自助・公助・互助の4つの「助け合い」を地域で作りあげる事である。

②南砺型地域包括医療・ケア構築は共助・自助・公助・互助、4つの「助け合い」

・共助は医療・介護保険での在宅支援サービス

南砺市は富山県内でも突出した訪問看護件数が示すように、人工呼吸器や中心静脈栄養管理等の高度医療から全介助状態の利用者に至るまで、充実した訪問看護体制で在宅支援を行っている。南砺市民病院内に市立訪問看護ステーションや在宅介護支援センター等を併設し、当院と人事交流する看護師やリハビリストップ等が協力し活躍している(図3)。

・自助は本人の努力と家族の協力

当院は支援が必要な患者の退院時に、本人や家族と共に多職種が病状や退院後の課題を共有し自宅復帰の準備を行う。退院後も悪化時は必

ず責任を持って入院を受けると説明し、20年以上継続し実行してきた事で住民との信頼関係が構築されている。この取り組みを通し、住民が自助努力する文化が定着しただけでなく、当院の医師、看護師等の医療者が、重度の障害でも介護負担軽減等の支援体制整備を行えば在宅復帰は可能なのだとの認識を共有した(図4)。平成22年度の調査で寝た切りや全介助に近い脳卒中入院患者の約75%が自宅退院され、近隣の総合病院より自宅退院比率が非常に高く、充実した在宅支援サービスと地道に自助を育んだ結果と考えられた。

・公助は南砺市の福祉や行政サービス

平成21年度、南砺市で開催された富山県国保地域医療学会で、鳥取県日南病院の高見院長から「町は大きなホスピタル」の講演を聞き、在宅医療の現状と課題に関するパネルディスカッションも行った。出席した南砺市長を始め行政や医療の責任者が南砺型地域包括医療・ケア構築への認識を共有した。平成22年9月より、「地域包括医療・ケアワーキング会議」を毎月開催し、包括医療・ケアの課題分析と解決策の提案を行い、その提案等を受け3カ月毎に南砺市長も参加する「医療協議会」が開催されている。医療と行政等の課題解決に向けたシステムの構築により、南砺市の医療と介護・福祉の連

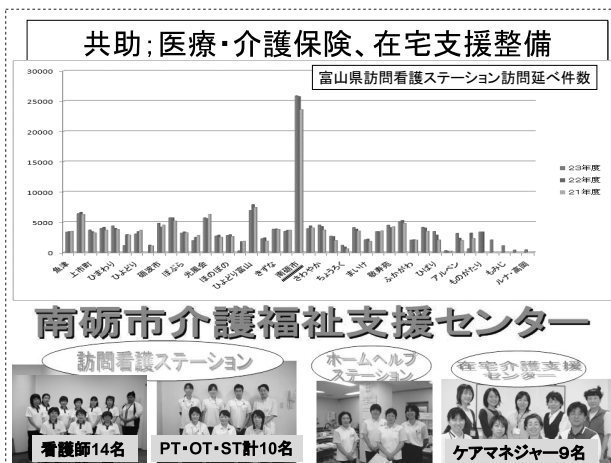


図3



図4

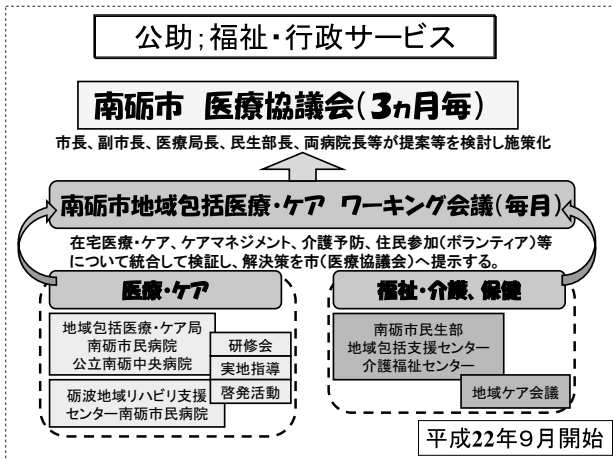


図 5

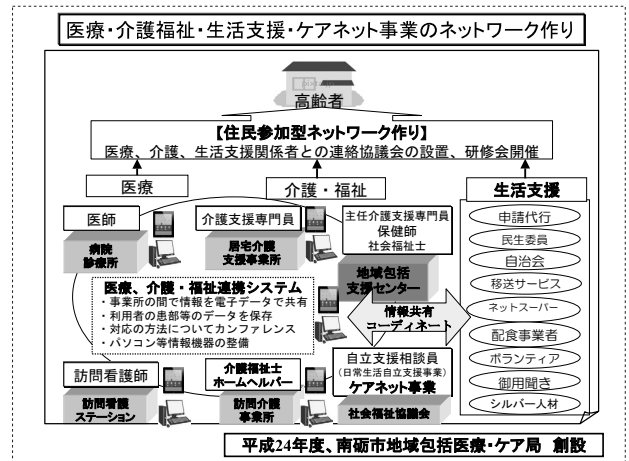


図 7

**互助; 地域住民の意識改革とネットワーク作り**

地域医療再生マイスター養成講座  
4期、166名のマイスターを育成

平成21年10月; 第1期開講  
定員: 約50名  
医療局5名、医師5名、看護師/保健師10名、福祉職10名、診療技術職5名、住民15名 (婦人会10名、女性職員5名)

第4回 南砺の地域医療を守り育てる会

【グループの活動報告】  
①家庭医・総合診療医育成の状況 NANTO家庭医養成プログラム  
②南砺市ナースプラクティショナー ナース養成講習会 訪問看護・リハビリグループ  
③住民健診受診率向上活動 五箇山婦人会グループ  
④認知症ネットワークの会 地域包括支援センターグループ  
⑤認知症の家族を支援する会 ケアマネジャーグループ

図 6

携強化や生活支援整備等公助サービスの充実、南砺市民病院の歯科口腔外科開設等の成果に繋がった (図 5)。

・ 互助は「お互い様」の思いでの地域住民の活動

平成21年10月、医療局が富山大学総合診療部と協力し、地域医療再生の人材育成を目的にマイスター養成講座を開始した。平成24年度の4期まで166名を養成し、マイスターが「南砺の地域医療を守り育てる会」を立ち上げ、継続的な研修やグループでの活動を行っている (図 6)。医療や行政等だけでなく、市民レベルでの人材育成とネットワーク化が進み、平成25年10月に南砺市で介護保険推進全国サミットが開催されるまでに発展した。

3) より完成度の高い南砺市地域包括医療・ケアの構築を目指して

①「地域包括医療・ケア局」で一人暮らし高齢者も安心して暮せる街づくり

市立医療機関と訪問看護ステーションを管理していた医療局は、平成24年度地域包括支援センターや各種介護・福祉施設も統一的に管轄する「地域包括医療・ケア局」に再編された。一人暮らし高齢者や老老世帯の増加が顕著な南砺市で、医療、介護・福祉等の連携強化と生活支援を一体的に管理運営し、地域包括ケアを展開できる環境が整った。一人暮らし高齢者が、思い出のある自宅や地域で暮し人生を終える街づくりを目指し、地域包括支援センターを中心に医療・介護・福祉の専門職の支援と連携で安全を支え、地域密着の生活支援で安心を支え、近所の人達 (ケアネット事業) や時々訪れる家族の見守りで笑顔を支える住民参加型ネットワーク作りに取り組んでいる (図 7)。

②総合診療医と専門医が協働し超高齢社会の QOL を支援する病院づくり

超高齢社会では多くの病気や障害を合併する高齢患者が増加し、幅広い診療能力で患者の QOL が向上する診療を行い、患者・家族へ全人的に対応できる総合診療医が求められる。総合診療医は専門医に専門領域の診療支援を依頼し、患者へ確かな医療の提供と自身の診療能力向上も得られる。専門医は専

門外来と専門領域の入院患者の診療に専念でき、両者が協働し超高齢社会でQOLを支援する病院となる。この協働には総合診療医の能力向上が必要であり、幅広い診療能力と共に多職種で解決すべき臨床課題にチームリーダーとして臨床研究に取り組む事も求められる。富山大学総合診療部の協力のもと「NANTO 家庭医養成プログラム」で5名の後期研修医の育成を行い、総合診療医を目指す初期研修医も4名集まり、常勤医が平成25年度26名まで増加した。良い地域包括医療・ケアの構築と共に人材の確保と育成こそ地域医療継続に不可欠である。

### ③最期まで美味しく安全に食べる事ができる地域の構築

脳卒中や認知症高齢者等では、摂食嚥下障害に伴い胃瘻造設の是非等の課題がある。当院では平成17年度終末期医療の基本指針を策定し、摂食嚥下障害等へチーム医療で関わり、嚥下性肺炎対策プロジェクト<sup>2)</sup>や終末期医療の取り組み<sup>3)</sup>等を学会に発表し高く評価された。美味しく食べて人生を終える地域作りを目指し、平成23年9月に当院に歯科口腔外科を開設し、摂食嚥下対策の専門職がほぼ充足された。安易に胃瘻等に頼るのではなく、経口摂取可能な期間を延長する医療を目指し、平成24年度から多職種連携での臨床研究を開始した。研究テーマは「認知症高齢者摂食障害例に対するクリニカルパスを用いた包括的介入の効果」であり、日本プライマリ・ケア連合学会の研究助成も取得し、平成27年度までにその成果が得られると期待している。

## 4. 考 察

当院は合併前の公立井波総合病院時代から地域包括医療や在宅医療を推進してきた。合併後、南砺市民病院として新たに市長や医療行政と共に、「患者・家族のQOL向上と住民の安全安心を守り、家族や地域の絆を結ぶ」南砺型地域包括医療・ケアの構築に努めた。高度な医療が必要でも、一人暮らし障害高齢者でも、在宅で支援できる体制はほぼ整備され、患者・家族や住民の意識も徐々にお互い様の思いが

形成されている。今後も着実に南砺型地域包括医療・ケア構築に努力すると共に、残る課題への取り組みも必要である。

### ①市立医療機関の総合的一体的運営

市立医療機関のユニフォーム統一と共通番号による同一電子カルテシステムは導入されたが、各医療機関のあり方や運営方針の検討が不十分で、総合的一体的運営は困難な状況です。少ない医師や看護師等の専門職を守り、南砺市の財政負担を軽減するためにも、医師、看護師や医療機器等の資源を集中させ、診療レベル向上と在院日数の短縮に努め、多くの疾患や障害を有する患者様を多数受け入れる事が可能な中核的病院を構築すべきです。その上で広大で超高齢化の進行する南砺市の住民の利便性と診療の質の担保等を、南砺市立医療機関の総合的一体的運営で守る事が肝要です。

### ②地域包括医療・ケア局、特に地域包括支援センターの機能強化

南砺市の地域包括医療・ケア全体の課題分析、解決策立案と実行が求められ、現在の地域包括医療ケアワーキング会議や医療協議会と共に、南砺市の保健・医療・福祉介護や生活支援、住居等、地域包括ケア構築に関与する全ての組織や専門職等をネットワーク化する必要がある。介護予防事業や介護プラン作成等を軽減し、総合的プラン作りと南砺市全体に必要な連携の構築や人材育成を推進できる人材の確保と組織編制が必要です。

### ③「定期巡回・随時対応介護サービス」や「小規模多機能型居宅介護」の整備

南砺市は介護力の無い家庭を想定していなかったが、一人暮らし高齢者や老老世帯の増加に対し、今後は24時間対応の在宅介護支援体制の整備が必要である。最優先課題は専門性の高い介護職の確保と育成であり、専門職として一人で利用者に対応するため、信頼構築や守秘義務等モラルが強く求められる。基本的役割である生活や障害への支援に加え、利用者の役割や生きがい作り等QOL向上に寄与する事や、状態悪化時の認知と適切に医療職へ引き継ぐ機能を付加する事で、介護職の意識や社会的ステータスの

向上が期待できる。

## 5. 結 語

当院が行政や保健・福祉等と共に活動した結果、平成25年度に「介護保険推進全国サミット in なんと」の開催が決定し、平成24年度より市長の決断で「医療局」が「地域包括医療・ケア局」に再編された。医療だけでなく介護・福祉等の専門職の連携、機能強化と生活支援を地域包括支援センターを中心に一体的に管理運営し、南砺市に新たな地域包括医療・ケアを展開できる環境が整った。超高齢化する南砺市の住民を守るため、医療、介護・福祉や地域包括ケアに係わる各種団体等の関係者と、「幸せに

生涯を過せる街づくりを市民と共に」の思いを共有し、今後も南砺型地域包括医療・ケア構築に努める必要がある。

### 〈参考資料〉

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所、「日本の市区町村別将来推計人口」平成20年12月推計。
- 2) 荒幡昌久，栗山政人，米山宏，南眞司：高齢者嚥下性肺炎に対する包括的診療チーム介入試験．日本老年医学会雑誌2011；48：63-70.
- 3) 荒幡昌久，南眞司，米山宏，清澤泰午，大浦誠，ほか：終末期カンファレンスで診断された終末期症例の予後調査．第16回優秀研究表彰研究論文集，公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会，東京，2012.



# 医師の地域赴任に必要な条件

～「赤ひげバンク」招聘医師のアンケート調査から～

○横田和男

## 1. はじめに

近年、地域医療が危機的な状況にあるといわれている。特に全国の中山間地域や離島の病院において、医師不足による診療科の廃止や病棟の縮小・閉鎖、さらには病院の診療所化や閉院などの状況が発生している。

島根県の状況を人口10万人あたり医師数でみると、平成20年の調査では七つの二次医療圏のうち、出雲、松江医療圏以外ではすべて全国平均を下回り、医師の実数も平成14年と平成20年との対比では出雲、松江圏以外で減少している。(図1)

島根県においては県内の医師確保のためにいろいろな施策が実施されてきた。平成14年度からは「赤ひげバンク」制度を創設し、島根県の地域医療に関心のある医師や医療従事者、医学生らに地域医療に関する情報提供を行っている。

また島根県内勤務を希望する登録者に対しては積極的に出張面談を行うとともに、県内への「地域医療視察ツアー」などにより、希望にマッチする医療機関を紹介している。

「赤ひげバンク」への登録医師数は337名(平成23年4月1日現在)、島根県内への招聘医師数は85名

となり(平成23年10月調査時点)、この施策の成果が徐々に表れてきた。

## 2. 目的

地域への医師招聘・定着に資する施策を明らかにするために、「赤ひげバンク」により島根県へ赴任した医師に対しアンケート調査を実施し、医師が地域に赴任する上で必要な条件について検討した。また現在の満足度についても調査した。

なおこの調査研究は、筆者が島根大学大学院医学系研究科修士課程における研究テーマのひとつとして、島根県医療政策課の協力を得て取り組んだものである。

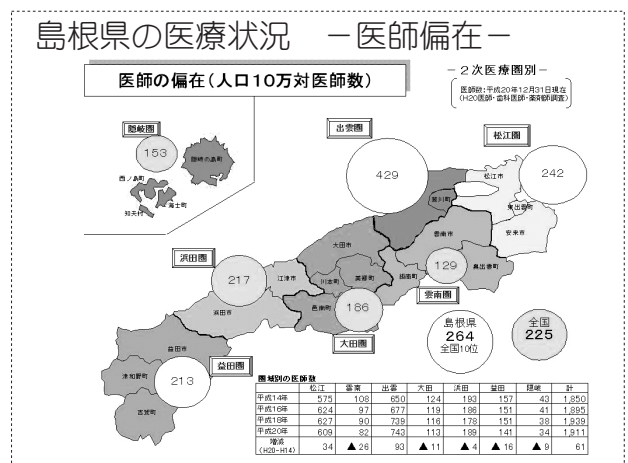


図1 (島根県 HP より)

### 3. 対象と方法

#### (1) 対象

平成14年度から調査時点までに「赤ひげバンク」関連で島根県へ赴任した医師85名のうち、非常勤勤務医師及びすでに退職した医師等を除く52名。

#### (2) 方法

対象医師に対し、島根県医療政策課と島根大学地域医療教育学講座との連名で無記名自記式アンケート用紙を発送し（勤務先宛）、専用封筒による返送を依頼した。

#### (3) 内容

①医師個人の背景：赤ひげバンク等の情報収集の方法、年齢、卒後年数、赴任にあたり家族が同行したかどうか、子どもの状況、現在の勤務地、赴任後年数、今後の希望など

②赴任にあたり重視した項目（37項目）

○診療内容等に関する7項目

○勤務条件に関する5項目

○勤務環境に関する8項目

○生活環境、地域の状況に関する14項目

○その他3項目

③項目ごと及び全体としての現在の満足度

④「現在抱えている課題など」文章による自由記載

「医師個人の背景」については項目ごとに提示した選択肢から回答を求めた。

「赴任にあたり重視した項目」については、「重視した」から「重視せず」までの4段階の選択肢から回答を求め、解析にあたっては、「重視した」を3点、「ある程度重視した」を2点、「あまり重視せず」を1点、「重視せず」を0点として、項目ごとに平均点を算出することにより指標化し、重視度を比較した。

「項目ごと及び全体としての現在の満足度」については、「満足」から「不満」までの4段階の選択肢から回答を求め、「満足」を3点、「ほぼ満足」を2点、「あまり満足でない」を1点、「不満」を0点として項目ごとに平均点を

算出することにより指標化し、満足度を比較した。

### 4. 結果

#### (1) 回収率

対象者52名中32名より回答を得た。回収率は62%であった。

#### (2) 医師個人の背景

①「赤ひげバンクや島根県の求人についての情報を何から得られましたか」の質問には、「島根県ホームページ」から49%、「知人などから聞いた」が19%となっており、「専門誌」や「インターネットの医師紹介業者」からの情報収集はそれぞれ3%（1名）とわずかであった。

②「年齢」は、「30歳未満」が3%、「30歳代」が36%、「40歳代」が32%、「50歳代」が16%、「60歳以上」が13%で、各年齢層に分布していた。

③「卒後年数」は、「5年未満」はなく、「5～9年」が29%、「10～19年」が42%、「20～29年」が13%、「30年以上」が16%であった。

④「島根県への赴任にあたり、奥さん（ご主人）や子どもさんは一緒に来られましたか」という質問への回答は、「単身赴任」が48%（うち独身者16%含む）、「配偶者・子ども同行」が16%、「配偶者のみ同行」が23%、「子どものみ同行」が13%であった。

⑤「現在の勤務先について」に対する回答は、「200床以上の病院」が55%、「診療所」が23%、「100～199床の病院」が13%、「100床未満の病院」が6%、「その他」が3%であった。

⑥「赴任して何年目ですか」に対する回答は、「1年目」が26%、「2～3年目」が61%、「4年以上」が13%であった。

⑦「今の職場での勤務を続けてもよいと思いますか」に対する回答は、「ずっと続けたい」が23%、「当面続けたい」が70%、「あまり続けたくない」が7%となり、回答者の9割以上が今後も継続勤務を希望するという結果であった。

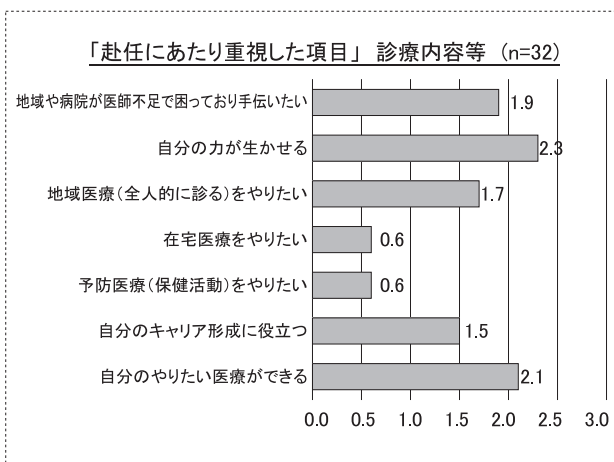


図 2

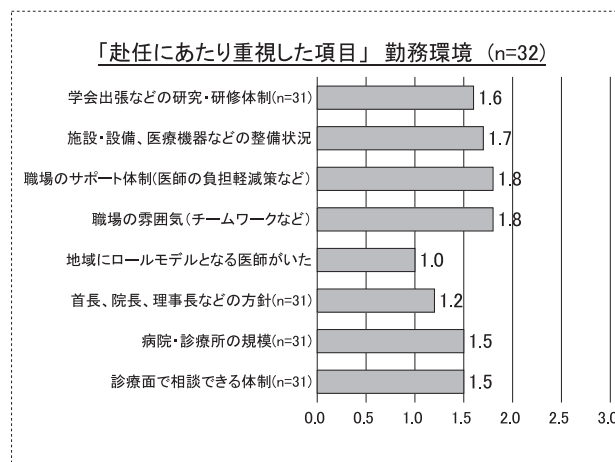


図 4

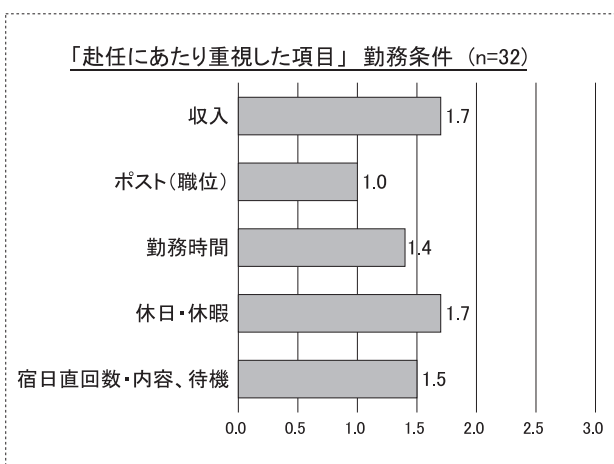


図 3

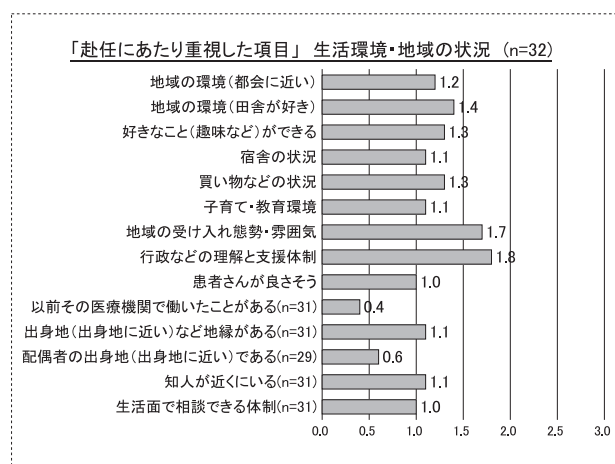


図 5

### (3) 「赴任にあたり重視した項目」

- ① 「診療内容等」の項目では、「自分の力が生かせる」が最も高く、「自分のやりたい医療ができる」、「地域や病院が医師不足で困っており手伝いたい」、「地域医療(全人的に診る)をやりたい」と続いている。「在宅医療をやりたい」や「予防医療(保健活動)をやりたい」は低い点数であった(図2)。
- ② 「勤務条件」の項目に関しては、「収入」、「休日・休暇」の項目が比較的高かった。「ポスト(職位)」はあまり重視されていない(図3)。
- ③ 「勤務環境」の項目では、点数の高いほうから「職場のサポート体制(医師の負担軽減策など)」、「職場の雰囲気(チームワークなど)」、「施設・設備、医療機器などの整備状況」、「学会出張な

どの研究・研修体制」の順となり、「首長、院長、理事長などの方針」、「地域にロールモデルとなる医師がいた」の点数は低い結果であった(図4)。

- ④ 「生活環境、地域の状況」の項目では、「行政などの理解と支援体制」、「地域の受け入れ態勢・雰囲気」の点数が高く、他には平均値を超えたものはなかった。(図5)。
- ⑤ 「その他」の項目で、行政や病院の考え方、熱意・対応について尋ねたところ、いずれも点数が高く、特に「行政(県・市町村)の熱意・対応」を重視する結果であった(図6)。

「赴任にあたり重視した項目」の全37項目について、点数の高い項目から10項目を取り上げた(表1)。

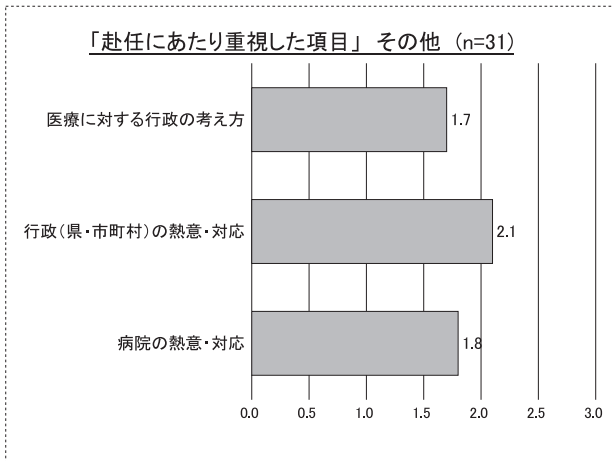


図 6

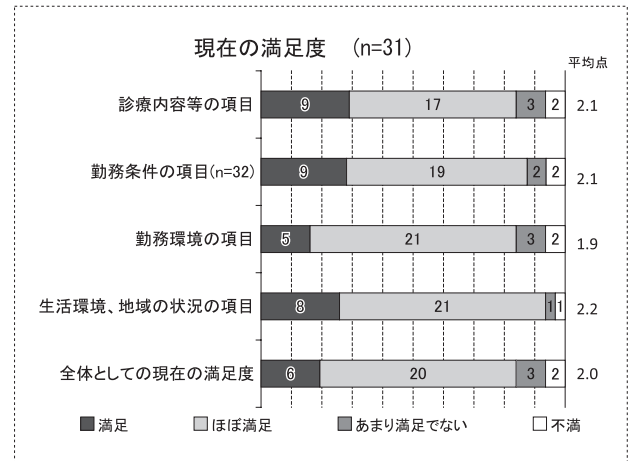


図 7

表 1

順位	項目	点数
1	自分の力が生かせる	2.3
2	自分のやりたい医療ができる	2.1
3	行政(県・市町村)の熱意・対応	2.1
4	(地域や病院が)医師不足で困っており手伝いたい	1.9
5	病院の熱意・対応	1.8
6	職場のサポート体制(医師の負担軽減策など)	1.8
7	職場の雰囲気(チームワークなど)	1.8
8	行政などの理解と支援体制	1.8
9	地域医療(全人的に診る)をやりたい	1.7
10	収入	1.7

最も重視されたのは「自分の力が生かせる」であった。次に「やりたい医療ができる」、「行政の熱意・対応」、「地域や病院が医師不足で困っており手伝いたい」、「病院の熱意・対応」、「職場のサポート体制(医師の負担軽減策など)」、「職場の雰囲気(チームワークなど)」、「行政などの理解と支援体制」、「地域医療(全人的に診る)をやりたい」、「収入」と続いた。これら10項目の内訳としては、「診療内容」に関する項目が4項目、「勤務環境」、「その他」から2項目ずつ、「勤務条件」、「生活環境、地域の状況」から1項目ずつとなっている。

#### (4) 「現在の満足度」

満足度に関しては、項目グループごとに見ても、全体として見ても「満足」、「ほぼ満足」が8割以上を占め、平均点も2点前後となっており、概ね赴任

後の満足度は高いという結果であった(図7)。このことは、9割以上の医師が「今の職場での勤務を続けたい」と回答したアンケート結果と一致している。

#### (5) 自由記載欄

自由記載欄では、赴任にあたり不安に思ったこととして、「相談相手がいるだろうか」、「休みがもらえるだろうか」、「1人体制でどこまでできるのか、後送病院との連携はとれるだろうか」などがあつた。

また、赴任後の課題として、「仕事がどんどん増えていて、こなせるか心配」、「勤務が過酷であるが相談先はない」、「赴任後、定着のためのフォローがない」などの意見があつた。

一方、島根県の医師確保対策は「都道府県の中で最も熱心な印象がある」という意見もあつた。

## 5. 考 察

今回の調査により、医師が地域へ赴任するにあたり重視する項目と、それほど重視しない項目とが明らかになった。

重視する項目に対する回答として「自分の力が生かせる」、「やりたい医療ができる」などがあげられ、このことから考察すると、医師は自分の持つ力を発揮してやりたい医療に取り組みたいという気持ちが強く、そのような夢と希望をかなえることができるかどうかという点を最も重視していることが示され

た。そして「地域医療をやりたい」が重視されたことから、島根県の地域医療に携わることで、夢と希望がかなえられると考えた医師も多いということが分かった。

また、医師不足で困っているところで自分の力を役立てたいという、医師としての使命感が満たされるかどうかということを重視していることが分かった。

そして、「行政の熱意・対応」、「病院の熱意・対応」が重視されたという結果からは、医師招聘に対する行政や病院の熱意・対応の重要性が、「職場のサポート体制（医師の負担軽減策など）」、「職場の雰囲気（チームワークなど）」、「行政などの理解と支援体制」などが重視されたことから、赴任後の医師への理解と支援や、働きやすい環境かどうかということが重要であるということが示唆された。

勤務条件や生活環境に関しては、今回の調査結果では「収入」以外はそれほど重視された項目とはならなかった。

これらのことから、医師が地域に赴任し定着するために必要なことを、具体的に検討すると次のようなことが考えられる。

まず、行政（市町村）は、その地域における医療提供体制の方向性と目標を明確にし、その実現のために地域医療機関とともに、地域の医療体制整備を進めることが大切である。その中で地域医療機関の役割が明確になれば、どのような医師に赴任して欲しいのかも明確になる。例えば地域中核病院であれば、その規模により、いわゆる「専門医」や、「専門性を持つ総合医」が求められ、地域診療所であれば、いわゆる「総合医」や「家庭医」「プライマリケア医」が求められることが多い。このことで、地域赴任を考える医師にとっては、そこへ赴任することで自分の力が生かせるのか、やりたい医療ができるのかについての判断が容易になり、行政にとっても、必要とする医師へのアプローチが効率的、効果的になると考えられる。

次に、市町村や地域医療機関は、自ら熱意を持って医師招聘活動に取り組みねばならないことが、

「行政の熱意・対応」や「病院の熱意・対応」を重視したというアンケート結果から示唆されている。あわせて「職場のサポート体制（医師の負担軽減策など）」や「職場の雰囲気（チームワークなど）」、「行政などの理解と支援体制」を重視したという結果からは、赴任後の医師に対する理解や支援、働きやすい環境整備が重要であるという結果も出ている。赴任した医師にとっては知人などがいないところでの生活や勤務であることを理解し、相談相手として1人の人が継続的にフォローできるような体制をとることも検討する必要がある。

また、医師が働きやすく生活しやすい環境を作るには、地域住民の役割も大切である。アンケートでは、「地域の受け入れ態勢・雰囲気」を重視するという結果が出ており、地域住民が医療の現状や医師の仕事を理解し、仕事や生活がしやすい環境を整えることが、地域に医師を呼ぶために必要なことだと考えられる。

アンケートの自由記載欄に、1人体制の診療科に赴任してどこまでできるのか、また、後送病院との連携が取れるのか、が不安であるとの意見があった。このことは、大学病院などの圏域中核病院が地域医療機関に対し患者さんの紹介・逆紹介や診療上のサポートなどを積極的に行うことが、地域医療機関へ赴任した医師の不安を軽減することにつながるということを示唆している。赴任した医師が孤立せずに、安心して医療を行うためにも重要なことであると考えられる。

## 6. 課題

今回のアンケート調査の結果からは、現在の満足度について概ね良好な結果が得られ、今後も現在の勤務を続けたいという回答が9割以上を占めた。しかし今回の対象者には不満を感じてすでに退職した医師は含まれていないため、この結果は当然のことであるとも考えられる。つまり、回答者は比較的満足度の高い集団であるという偏りがある。従って、回答しなかった医師や、退職した医師の考えや満足

度を検討することも重要である。

そのためには、赴任後一定の時期に面談を実施し、不満などを聴取することが必要で、その結果、対応可能なことについてはすばやく対処し、定着につなげていく必要がある。

また、医師が自分自身の夢や希望、使命感を重視していることは分かったが、医師の考えや思いだけを全面的に受け入れることができる場合というのは少ないと考えられる。その地域なり医療機関なりが必要としている医療との兼ね合いや、職場における他のスタッフとの業務や意見の調整が必ず発生するはずである。この点は赴任前にお互いに十分話し合い、納得できるようにしておく必要がある。医師を招聘できれば良いということだけでは、赴任後の不

満につながり、せっかく赴任した医師が定着できないことにもなりかねない。

さらに、今回のアンケート調査で医師の個人的な背景としていくつかの項目を尋ねたが、それ以外にも、例えば出身地（都会かへき地かなど）や出身校、地域医療に触れる機会（学生時代に地域医療実習を受けたなど）があったかどうかなど、医師の地域赴任に関係するのではないかと思われる要因がある。そのような項目と関連させて調査・分析することは、医師の地域赴任を進める施策を検討するうえで参考になると考えられる。

以上の課題について今後調査研究を行い、医師招聘・定着のための施策につなげることが必要である。

# 全国国保地域医療学会開催規程

制定 平成25年2月22日

(開催目的)

第1条 国民健康保険制度並びに地域包括医療・ケアの理念に則り、国民健康保険診療施設関係者等が参集し、地域医療及び地域包括医療・ケアの実践の方策を探求するとともに、相互理解と研鑽を図ることを目的とする。

(参加者の範囲)

第2条 国民健康保険診療施設に勤務する全ての職員及び国民健康保険関係者並びに国民健康保険の発展に志を同じくするものとする。

(学会の名称)

第3条 学会の名称は、回次数を冠し、全国国保地域医療学会とする。

(主催)

第4条 全国国保地域医療学会（以下「学会」という。）は、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（以下「本会」という。）及び次の団体が共同して主催する。

(1) 公益社団法人国民健康保険中央会（以下「中央会」という。）

(2) 開催都道府県の国民健康保険団体連合会

(3) 開催地の都道府県協議会（公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会都道府県協議会・ブロック協議会設置規程（平成24年4月1日施行）に規定する協議会をいう。）

(協賛及び後援)

第5条 学会の開催にあたっては、関係団体の協賛及び後援を依頼することができる。

(学会長)

第6条 学会の回次ごとに学会長1名を置く。

2 学会長は、本会の会長が指名し、理事会に報告する。

3 学会長は、学会開催に関する重要事項について、会長と協議しなければならない。

4 学会長は、本会の役員会に出席し、学会運営の円滑化を図るものとする。

(学会の内容)

第7条 学会の内容は、研究発表、宿題報告、部会報告、特別講演、国保直診開設者サミット、パネルディスカッション、シンポジウム、自由討議及び市民公開講座並びに展示会等とする。

(分科会)

第8条 学会は、別に分科会を設定することができる。

(開催地の選定)

第9条 学会の開催地については、本会、中央会、都道府県協議会及び国保連合会地方協議会が協議のうえ選定する。

(運営委員会)

第10条 学会運営の万全を期するため、回次ごとに開催都道府県に運営委員会を設置する。

2 運営委員会委員の選任については、学会長が管理する。

3 運営委員会は、この規程の定めるところにより、学会開催要領及び演題募集要項を決定する。

(事務局)

第11条 学会の回次ごとに、その事務を担当するため、事務局を置く。

2 前項の事務局は、第4条第1項2号又は第3号の団体に置く。

(経費)

第12条 学会開催に要する経費は、参加者負担金、主催者負担金及びその他の収入金をもってこれに充てる。

(委任)

第13条 この規程に定めるもののほか、学会開催に関し必要な事項は、会長が定める。

附 則

1 この規程は、平成25年2月22日から施行し、平成24年4月1日から適用する。

2 学会の回次数は、平成23年度以前からの学会の回次数を継続して冠するものとする。



# 全国国保地域医療学会優秀研究表彰要綱

## (目的)

第1条 この要綱は、全国国保地域医療学会（以下「学会」という。）における発表のうち、特に優れていると認められるもの（以下「優秀研究」という。）について会長表彰を行うために必要な事項を定めることを目的とする。

## (表彰)

第2条 会長は、学会の回次ごとに優秀研究を表彰する。

- 2 優秀研究は、最優秀1点、優秀5点とする。
- 3 前項の規定にかかわらず、会長は、学会の発展に寄与した研究について特別に表彰することができる。
- 4 優秀研究は、次に開催される学会において表彰するほか、本会が発行する機関誌等に論文を掲載する。
- 5 前項の表彰は、表彰状に記念品を添えて行う。

## (選出)

第3条 優秀研究の選出は「優秀研究表彰選出委員会」（以下「委員会」という。）において行う。

- 2 委員会の構成及び委員の委嘱に関しては会長が別に定める。
- 3 選出の基準及び手順については委員会において定める。

## (実施規程)

第4条 この要綱の実施について必要な事項は会長が定める。

### 附 則

- 1 この要綱は、平成8年12月4日から実施する。
- 2 表彰は第36回から行う。

### 附 則

- 1 この要綱は、平成10年4月23日から施行する。
- 2 この要綱は、第37回から適用する。

# 第52回全国国保地域医療学会結果報告書

- 1 会 期 平成24年10月5日(金)～6日(土)
- 2 会 場 市民会館崇城大学ホール・熊本市国際交流会館
- 3 参加者 学 会 2,144名 (うち市民公開講座：一般市民650名)  
交流会 746名

- 4 メインテーマ 「地域包括医療・ケアに新しい風を」  
～火の国くまもとから吹きわたる～

## 5 学会内容

### 【1日目】

#### (1) 特別講演

演 題：「患者と医療者が協働する医療を目指して」  
講 師：山 口 育 子 (NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長)  
司 会 者：富 永 芳 徳 (国診協常任顧問／滋賀県：公立甲賀病院長)

#### (2) 宿題報告

演 題：「都市へ地域包括医療・ケアを伝えるには」  
報 告 者：高 見 徹 (国診協理事／鳥取県：日南町国保日南病院長)  
司 会 者：青 沼 孝 徳 (国診協会長／宮城県：涌谷町町民医療福祉センター長)

#### (3) 国保直診開設者サミット

テ ー マ：「いま、国保直診に期待されること」  
～開設の原点から未来へ～

司 会 者：北 良 治 (国診協理事・開設者委員会委員長／北海道：奈井江町長)  
" 赤 木 重 典 (国診協副会長／京都府：京丹後市立久美浜病院長)

助 言 者：中 村 博 治 (厚生労働省保険局国民健康保険課長)

発 言 者：菊 田 彦 市 (宮崎県：美郷町長)  
" 川 端 祐 樹 (熊本県：上天草市長)  
" 阿 部 吉 弘 (国診協常務理事／山形県：小国町立病院長)  
" 後 藤 忠 雄 (岐阜県：郡上市地域医療センター国保和良診療所長)

特別発言者：北 野 邦 俊 (熊本県：国保水俣市立総合医療センター名誉院長)  
" 山 口 昇 (国診協常任顧問／広島県：公立みつぎ総合病院名誉院長・特別顧問)

## 【2日目】

### (4) シンポジウム

テ ー マ：「地域包括医療・ケアに新しい風を」

～住み慣れた地域で安心して暮らせるために～

司 会 者：前 沢 政 次（国診協理事／北海道：京極町国保診療所長）

〃 金 丸 吉 昌（国診協常務理事／宮崎県：美郷町地域包括医療局総院長）

助 言 者：渡 辺 俊 介（東京女子医科大学教授／国際医療福祉大学大学院教授）

発 言 者：水 本 誠 一（熊本県：山都町包括医療センター国保そよう病院長）

〃 千 葉 昌 子（宮城県：涌谷町地域包括支援センター副センター長兼看護部長）

〃 木 原 泰 代（熊本県：和水町健康福祉課保健予防係長）

〃 竹 本 久 司（静岡県：小地域福祉活動「相月分校」校長）

特別発言者：柴 田 雅 人（国保中央会理事長）

〃 山 口 昇（国診協常任顧問／広島県：公立みつき総合病院名誉院長・特別顧問）

### (5) 市民公開講座

演 題：「こころ・と・からだ」

講 師：五 木 寛 之（作家）

司 会 者：鳥 越 義 継（第52回全国国保地域医療学会副学会長／熊本県：熊本市立植木病院長）

### (6) 研究発表 一般演題 289題（口演発表 143題、ポスター討論 146題）

	演題分類	演題数		演題分類	演題数
1	臨床	24	13	行政	6
2	看護	60	14	施設内チーム医療	6
3	薬剤	4	15	連携	20
4	臨床検査	5	16	教育	21
5	放射線	6	17	保健事業	17
6	栄養管理	8	18	感染防御	7
7	リハビリ	12	19	安全管理	12
8	歯科・口腔	10	20	ターミナルケア	3
9	ボランティア	1	21	患者サービス	4
10	介護	7	22	情報開示・IT	1
11	在宅医療・ケア	25	23	医師・看護師の確保	0
12	診療施設の運営・管理	10	24	その他	20

(7) 研究発表 ワークショップ 演題数 13題

①在宅ケア・在宅リハについて (4題)

座 長：松 坂 誠 應 (長崎県：長崎大学大学院教授)  
〃 村 上 重 紀 (広島県：公立みつき総合病院参与)

②摂食・嚥下・口腔ケアについて (5題)

座 長：菊 谷 武 (東京都：日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーションセンター長)  
〃 三 上 隆 浩 (島根県：飯南町立飯南病院長)

③医師・看護師確保の取組みについて (4題)

座 長：阿波谷 敏 英 (高知大学医学部家庭医療学講座教授)  
〃 小 野 剛 (秋田県：市立大森病院長)

(8) 参加型ワークショップ (KJ法)

テ ー マ：「住み慣れた地域で安心して暮らせるためには」  
ディレクター： 岩 崎 榮 (NPO 法人卒後臨床研修評価機構専務理事)  
タスクフォース：佐々木 学 (長野県：売木村国民健康保険診療所長)  
中 村 伸 一 (福井県：おおい町国民健康保険名田庄診療所長)  
森 安 浩 子 (香川県：三豊総合病院副院長兼看護部長)  
竹 内 嘉 伸 (富山県：南砺市民病院地域医療連携科主任)

グループワーク出席者 37名

【Aグループ】	〈地域連携の問題を考える〉	11名
【Bグループ】	〈チーム医療の効果的推進のためのノウハウを考える〉	7名
【Cグループ】	〈病院職員の地域への支援のあり方考える〉	9名
【Dグループ】	〈地域で安心して暮らすための方策を考える〉	10名

(9) 教育セミナー

①今、なぜ「土からの医療」か

講 師：竹 熊 宜 孝（熊本県：公立菊池養生園診療所名誉園長）

司 会 者：永 利 憲 一（熊本県国保八代市立病院長）

②口のリハビリテーションとしての医科歯科連携

講 師：栗 原 正 紀（社団法人是真会理事長／長崎県：長崎リハビリテーション病院長）

司 会 者：押 淵 徹（長崎県：国保平戸市民病院長）

③生活を支える医療につなぐ～看護マネジメントを体系化する～

講 師：宇都宮 宏 子（在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス代表）

司 会 者：白 川 和 豊（国診協理事／香川県：三豊総合病院長）

④熊本における脳卒中地域連携の現状 －2025年に向けての課題－

講 師：平 田 好 文（熊本県：熊本託麻台病院長）

司 会 者：永 吉 正 和（熊本県：天草市病院事業管理者兼国保天草市立河浦病院）

⑤誤嚥、呼吸不全とともに満足な人生を過ごす地域の実践 －在宅から地域連携・啓発まで－

講 師：井 上 登 太（NPO グリーンタウン呼吸嚥下研究グループ理事長）

司 会 者：新 鞍 誠（香川県：三豊市国保財田診療所長）

⑥今、地域医療に求められるもの

講 師：黒 田 豊（熊本大学医学部附属病院地域医療システム学寄附講座特任教授）

司 会 者：坂 本 英 世（熊本県：小国公立病院長）

## 6 会 議

(1) 運営委員会（1回）

(2) 実行委員会（4回）

(3) 学術部会（4回）

(4) 事務部会（2回）

(5) 学会長と事務局の打合せ 随 時

(6) 国診協役職員と事務局の打合せ //

# 優秀研究選出委員会委員名簿

(平成25年4月1日現在)

担当副会長	押 淵 徹	(総務企画委員会担当副会長)
委員長	福 山 悦 男	(総務企画委員会委員長)
副委員長	小 野 剛	(総務企画委員会副委員長／調査研究委員会委員長)
委員	白 川 和 豊	(総務企画委員会委員)
委員	三 上 恵 只	(総務企画委員会委員)
委員	濱 口 實	(総務企画委員会委員)
委員	後 藤 忠 雄	(総務企画委員会委員)
委員	荻 野 健 次	(総務企画委員会委員／施設経営委員会委員長)
委員	占 部 秀 徳	(総務企画委員会委員)
委員	柁 井 眞 二	(総務企画委員会委員／地域医療・学術委員会委員長)
委員	金 丸 吉 昌	(広報情報委員会委員長)
委員	林 拓 男	(地域ケア委員会委員長)
委員	奥 山 秀 樹	(歯科保健部会部会長)
委員	森 安 浩 子	(看護・介護部会部会長)

# 全国国保地域医療学会優秀研究表彰 受賞者一覧

第1回（平成9年）～第16回（平成24年）

（表彰状及び記念品）

賞 状

最優秀・優秀

殿

第〇〇回全国地域医療学会におけるあなたの研究が最優秀・優秀と認められました。よって、ここに表彰します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会  
会 長 ○ ○ ○ ○

記念品

（表 彰）

## ●第1回

- ・発表 第36回全国国保地域医療学会 平成8年10月 愛媛県松山市
- ・表彰 第37回全国国保地域医療学会 平成9年10月 広島県広島市
- ・演題 研究発表224題 示説12題
- ・推薦 36題（座長等推薦）
- ・表彰 優秀6点

【優 秀】 渡 部 つや子 山形県・小国町立病院

「在宅ケアチームでのケアプランの策定を試みて」

【優 秀】 松 生 達 岩手県・新里村国保診療所

「新里村要介護者情報システムの歯科的活用」

【優 秀】 近 藤 龍 雄 長野県・飯田市立病院

「重度脳性小児麻痺児に対する座位保持について」

【優 秀】 奥 野 正 孝 栃木県・自治医科大学地域医療学

「へき地診療所における薬剤の副作用及および服薬状況の実態」

【優 秀】 村 上 元 庸 滋賀県・水口町国保水口市民病院

「大腿骨頸部骨折と骨塩量の関係」

【優 秀】 高 原 完 祐 愛媛県・新宮村国保診療所

「愛媛県の国保診療施設における在宅ケアの現状と問題点」

## ●第2回

- ・発表 第37回全国国保地域医療学会 平成9年10月 広島県広島市
- ・表彰 第38回全国国保地域医療学会 平成10年10月 宮崎県宮崎市
- ・演題 研究発表229題 示説12題
- ・推薦 37題（座長等推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点 特別賞1点

【最優秀】 今村 一美 熊本県・国保龍ヶ岳町立上天草総合病院

「廃品を利用したウォータークッションを利用して」

【優秀】 塩田 真紀 兵庫県・五色町国保五色診療所

「入院前後の生活状況から見た高齢者の看護・ケアの課題」

【優秀】 藤岡 智恵 広島県・公立三次中央病院

「運動機能障害を持つ患者とその家族に対する退院へのアプローチのあり方」

【優秀】 奥野 正孝 栃木県・自治医科大学地域医療学

「複数診療所を複数医師で運営する新しい試み」

【優秀】 木村 幸博 岩手県・国保川井中央診療所

「ゆいとりネットワークのその後〈第3報〉」

【優秀】 中田 和明 兵庫県・村岡町国保兎塚・川会歯科診療所

「『8020の里』づくりーパート1 母子歯科保健」

【特別賞】 疋田 善平 高知県・佐賀町国保拳ノ川診療所

「満足死の会〈第6報〉」

## ●第3回

- ・発表 第38回全国国保地域医療学会 平成10年10月 宮崎県宮崎市
- ・表彰 第39回全国国保地域医療学会 平成11年10月 岐阜県岐阜市
- ・演題 研究発表234題 示説10題
- ・推薦 32題（座長等推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 高木 宏明 長野県・組合立諏訪中央病院

「地域ケアにおける感染対策」

【優秀】 赤木 重典 京都府・久美浜町国保久美浜病院

「大病院に近接する中小規模国保直診病院の在り方」

【優秀】 山内 香織 香川県・三豊総合病院

「在宅患者家族への遠隔医療導入の効果」

【優秀】 大野 喜美子 岐阜県・和良村老人保健施設

「お蚕様がやってきた」

【優秀】 馬場 孝 広島県・加計町国保病院

「老人性痴呆疾患センター業務の一環として行ったホームページを利用した痴呆相談」

【優秀】 松木 蘭和也 鹿児島県・下甕村国保直営手打診療所

「離島医療と医療情報」



#### ●第4回

- ・発表 第39回国保地域医療学会 平成11年10月 岐阜県岐阜市
- ・表彰 第40回国保地域医療学会 平成12年9月 東京都千代田区
- ・演題 研究発表252題 示説10題
- ・推薦 25題（座長等推薦）
- ・表彰 優秀6点

- 【優秀】 畑 伸 秀 富山県・新湊市民病院  
「富山県における自殺背景が病苦等とされた調査検討」
- 【優秀】 高木 宏明 長野県・組合立諏訪中央病院  
「地域のケアシステム構築に向けた当院在宅部門のかかわり」
- 【優秀】 木村 年秀 全国国民健康保険診療施設協議会歯科保健部会  
「在宅要介護高齢者への投薬状況と薬剤の口腔への影響について」
- 【優秀】 黒河 祐子 富山県・市立砺波総合病院  
「服薬指導におけるクリニカルパスの活用」
- 【優秀】 佐竹 香 山形県・おぐに訪問看護ステーション  
「『口から食べる』ことへの支援」
- 【優秀】 小野 稲子 宮城県・涌谷町町民医療福祉センター  
「思春期からの健康づくりを考える」

#### ●第5回

- ・発表 第40回国保地域医療学会 平成12年9月 東京都千代田区
- ・表彰 第41回国保地域医療学会 平成13年9月 青森県青森市
- ・演題 研究発表225題 示説16題
- ・推薦 28題（座長等推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

- 【最優秀】 南 友子 和歌山県・橋本市訪問看護ステーション  
「在宅死への鍵」
- 【優秀】 三浦 しげ子 岩手県・藤沢町保健センター  
「『やる気のある人を応援する健康教室』を実施して」
- 【優秀】 栗田 睦子 兵庫県・大屋町国保大屋診療所  
「オオヤレポートⅡ インターネットと訪問看護」
- 【優秀】 大原 昌樹 香川県・三豊総合病院  
「香川県における高齢者在宅介護基盤整備状況の市町村格差〈第2報〉」
- 【優秀】 能登 明子 富山県・黒部市民病院  
「外来患者への思いやりのある看護をめざす」
- 【優秀】 児珠 はつえ 山形県・朝日町立病院  
「ルーチンワークとしてのおむつ交換を見直す」

## ●第6回

- ・発表 第41回国保地域医療学会 平成13年9月 青森県青森市
- ・表彰 第42回国保地域医療学会 平成14年10月 滋賀県大津市
- ・演題 研究発表215題 示説21題
- ・推薦 19題（座長等推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 日高月枝 広島県・加計町国民健康保険病院  
「老人性痴呆病棟での抑制廃止への取り組み」

【優秀】 鷹野和美 広島県・広島県立保健福祉大学  
「訪問調査における『家族参加』に関する一考察」

【優秀】 太田千絵 岐阜県・坂下町国民健康保険坂下病院  
「看護部門における電子カルテシステム活用への取り組み」

【優秀】 南温 岐阜県・和良村国民健康保険歯科総合センター  
「村独自の、新しい歯科健診ソフトを開発してみた」

【優秀】 佐々木学 長野県・泰阜村診療所  
「病院死 特養死 そして在宅死」

## ●第7回

- ・発表 第42回国保地域医療学会 平成14年10月 滋賀県大津市
- ・表彰 第43回国保地域医療学会 平成15年10月 香川県高松市
- ・演題 研究発表216題 示説19題
- ・推薦 18題（座長等推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 小道雅之 兵庫県・五色町健康福祉総合センター暮らしと健康を考える自主組織連絡協議会  
「公私協働による健やかな町づくり～住民の自主組織の歩みと活動内容」

【優秀】 平野有希恵 富山県・黒部市民病院  
「地域開業医との連携による糖尿病教育入院の現状」

【優秀】 加藤華子 岩手県・国保藤沢町民病院  
「VFの検討～栄養管理室の立場から～」

【優秀】 安達稔 大分県・佐賀関町国保病院  
「薬剤師の院外活動への参加とその評価」

【優秀】 竹内宏 高知県・高知県健康福祉部国保福祉指導課国保老健班  
「国保直営診療所の運営を考える～診療報酬の請求事務等について～」

【優秀】 阿部靖子 山形県・小国町立病院  
「ナースがするリハビリ～生活に密着したリハビリテーションの一考察～」

【優秀】 高橋正夫 北海道・本別町  
「住民と協働した痴呆性高齢者ケアシステムの構築をめざして」

## ●第8回

- ・発表 第43回国保地域医療学会 平成15年9月 香川県高松市
- ・表彰 第44回国保地域医療学会 平成16年10月 福岡県福岡市
- ・演題 研究発表228題 示説17題
- ・推薦 26題（座長等推薦）
- ・表彰 優秀6点

- 【優秀】丸山 恵一 長野県・波田総合病院  
「MEセンターにおけるリスクマネジメントへの取り組み」
- 【優秀】加藤 京治 岐阜県・和良村介護老人保健施設  
「当院における『入所期間』の考察」
- 【優秀】年徳 裕美 長崎県・国保平戸市民病院  
「当院における地域療育支援体制のあゆみと今後の課題」
- 【優秀】菊池 真美子 岩手県・国保藤沢町民病院  
「摂食・嚥下障害への取り組み」
- 【優秀】原 さゆり 岐阜県・坂下町国保坂下病院  
「電子カルテ導入に伴う看護業務の変化と意識調査」
- 【優秀】倉知 圓 富山県・公立井波総合病院  
「電子カルテにおける診療記録の問題点」

## ●第9回

- ・発表 第44回国保地域医療学会 平成16年10月 福岡県福岡市
- ・表彰 第45回国保地域医療学会 平成17年9月 北海道札幌市
- ・演題 研究発表246題
- ・推薦 47題（座長等推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

- 【最優秀】平棟 章二 広島県・公立みつぎ総合病院  
「口腔機能を利用した意思表示装置へのアプローチ」
- 【優秀】竹内 江津子 兵庫県・五色町国保五色診療所  
「五色診療所におけるNST活動」
- 【優秀】阿部 顕治 島根県・弥栄村国保診療所  
「市町村合併に対応したへき地診療所連合体の展望と課題」
- 【優秀】甲斐 義久 熊本県・柏歯科診療所  
「『2本チャチャチャ、歯磨き茶茶茶』作戦～蘇陽町における歯科保健～」
- 【優秀】土岐 順子 長野県・泰阜村社会福祉協議会  
「在宅福祉の泰阜が試みた施設的在宅」
- 【優秀】船越 樹 青森県・一部事務組合下北医療センター国保大間病院  
「へき地国保医療施設における医学生教育への取り組み～医師臨床研修必修化に向けて～」

## ●第10回

- ・発表 第45回国保地域医療学会 平成17年9月 北海道札幌市
- ・表彰 第46回国保地域医療学会 平成18年10月 広島県広島市
- ・演題 研究発表255題
- ・推薦 57題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 齊 藤 稔 哲 島根県・浜田市国保波佐診療所

「市町村合併に対応したへき地診療所連合体の展望と課題〈第2報〉」

【優 秀】 吉 岡 和 晃 北海道・せたな町瀬棚国保医科診療所

「ニコチンパッチの公費助成の試み～瀬棚町のタバコ健康被害対策～」

【優 秀】 藤 森 史 子 鳥取県・江府町福祉保健課

「血清ペプシノゲン法を用いたふるいわけ胃がん検診～中山間地小規模自治体における取り組み～」

【優 秀】 川 畑 智 熊本県・芦北町社会福祉協議会

「熊本県芦北圏域における介護予防への取り組み」

【優 秀】 成 瀬 彰 愛知県・一宮市立木曾川市民病院

「透析室における災害対策の取り組み」

【優 秀】 大 石 典 史 長崎県・国保平戸市民病院

「当院における転倒予防事業への関わり〈第2報〉」

## ●第11回

- ・発表 第46回国保地域医療学会 平成18年10月 広島県広島市
- ・表彰 第47回国保地域医療学会 平成19年10月 石川県金沢市
- ・演題 研究発表255題
- ・推薦 45題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 藤 原 美 輪 兵庫県・稲美町健康福祉課

「『失敗しないダイエット教室』への挑戦～個別健康支援プログラムの効果～」

【優 秀】 同 道 正 行 京都府・京都医療センター臨床研究センター

「国保ヘルスアップモデル事業：働き盛り世代の生活習慣改善に有効なプログラムの開発」

【優 秀】 戸 田 康 治 岡山県・新見市哲西支局市民福祉課

「新見市哲西地域におけるミニデイサービス事業の成果」

【優 秀】 前 田 千 鶴 代 兵庫県・洲本市国保五色診療所

「五色診療所における褥瘡対策－『NST との連携』と『穴あきラップ療法』の効果」

【優 秀】 小 野 正 人 埼玉県・国保町立小鹿野中央病院

「地域の公的病院が核を担う健康増進システムの構築・運営について－埼玉県・小鹿野町の試み－」

## ●第12回

- ・発表 第47回全国国保地域医療学会 平成19年10月 石川県金沢市
- ・表彰 第48回全国国保地域医療学会 平成20年10月 神奈川県横浜市
- ・演題 研究発表265題
- ・推薦 35題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀4点

- 【最優秀】 中村伸一 福井県・おおい町国保名田庄診療所  
「無床である名田庄診療所での悪性腫瘍との関わり」
- 【優秀】 深澤範子 岩手県・遠野市国保宮守歯科診療所  
「パタカラを使用した口腔周囲筋エキササイズとその効果について」
- 【優秀】 室谷伸子 広島県・公立みつぎ総合病院  
「急性期病棟の抑制によるリスクの軽減をはかる～マニュアル作成と基準の見直し～」
- 【優秀】 上田智恵子 香川県・内海病院  
「在宅で最期を看取る介護者の困難と乗り越えた要因」
- 【優秀】 長谷川照子 鳥取県・日南町福祉保健課  
「地域における自殺対策の取り組み～鳥取県・日南町こころのセーフティネット事業～」

## ●第13回

- ・発表 第48回全国国保地域医療学会 平成20年10月 神奈川県横浜市
- ・表彰 第49回全国国保地域医療学会 平成21年10月 宮城県仙台市
- ・演題 研究発表265題
- ・推薦 35題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

- 【最優秀】 土川権三郎 岐阜県・高山市国保丹生川診療所  
「高山市丹生川地域における在宅緩和ケア10年のまとめ」
- 【優秀】 西尾晃 岐阜県・中津川市国保坂下病院  
「補助器具を用いたイノレットによる片麻痺患者へのインスリン導入」
- 【優秀】 木村年秀 香川県・三豊総合病院  
「特定健診・特定保健指導における歯科からのアプローチ～観音寺市国保ヘルスアップ事業における歯科指導の試み～」
- 【優秀】 松原美由紀 岐阜県・国保飛騨市民病院  
「咀嚼・嚥下困難患者への取り組み」
- 【優秀】 田儀英昭 京都府・京丹后市立久美浜病院  
「へき地でも専門性を持った総合医として～医師としてもモチベーションを維持しながら地域医療を行うには～」
- 【優秀】 大原昌樹 香川県・綾川町国保陶病院  
「在宅版地域連携クリティカルパスを作成して～香川シームレス研究会活動をとおして～」

## ●第14回

- ・発表 第49回全国国保地域医療学会 平成21年10月 宮城県仙台市
- ・表彰 第50回全国国保地域医療学会 平成22年10月 京都府京都市
- ・演題 研究発表253題
- ・推薦 43題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

- 【最優秀】 阿部 顕治 島根県・浜田市国保診療所連合会  
「新臨床研修制度における国保診療所の役割と展望～第1報 中山間地域包括研修センターを開設して～」
- 【優秀】 松嶋 大 岩手県・国保藤沢町民病院  
「「住民との対話」を通じて作る地域医療」
- 【優秀】 小野 歩 高知県・国保大月病院  
「地域における心房細動（AF）患者のワルファリン服用率と脳梗塞発症件数の推移」
- 【優秀】 鈴木 寿則 宮城県・宮城県国民健康保険団体連合会  
「国保レセプトを用いた脳血管疾患および心疾患の要因分析」
- 【優秀】 竹内 嘉伸 富山県・南砺市民病院  
「在宅ケア推進に向けた介護支援専門員および医療機関との連携について」
- 【優秀】 池田 恵 宮崎県・国保高原病院  
「誤嚥性肺炎の予防をめざした口腔ケアの取り組み～口腔ケアチームを立ち上げて～」

## ●第15回

- ・発表 第50回全国国保地域医療学会 平成22年10月 京都府京都市
- ・表彰 第51回全国国保地域医療学会 平成23年11月 高知県高知市
- ・演題 研究発表357題
- ・推薦 55題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

- 【最優秀】 足立 圭司 京都府・京丹後市立久美浜病院  
「特別養護老人ホームにおけるオーラルヘルスケア・マネジメントの効果について」
- 【優秀】 衣川 とも子 京都府・国民健康保険新大江病院  
「高齢者にも経鼻内視鏡は有用か？」
- 【優秀】 櫻井 好枝 千葉県・鋸南町地域包括支援センター  
「認知症予防に重点をおいた鋸南町の介護予防の取り組みと効果」
- 【優秀】 白木 澄子 長野県・松本市立波田総合病院  
「当院の医師事務作業補助業務への取り組み」
- 【優秀】 岡 美由樹 広島県・公立みつぎ総合病院  
「地域における栄養支援体制の構築と在宅NSTの活動」
- 【優秀】 中桶 了太 長崎県・国民健康保険平戸市民病院  
「平戸と長崎大学で育てる地域医療～5年間の取り組み～」

●第16回

- ・発表 第51回全国国保地域医療学会 平成23年11月 高知県高知市
- ・表彰 第52回全国国保地域医療学会 平成24年10月 熊本県熊本市
- ・演題 研究発表283題
- ・推薦 50題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 荒 幡 昌 久 富山県・南砺市民病院

「終末期カンファレンスで診断された終末期症例の予後調査」

【優 秀】 井 階 友 貴 福井県・高浜町国民健康保険和田診療所

「医療、行政、大学の連携による福井県高浜町の地域医療改革」

【優 秀】 舟 山 鮎 美 山形県・小国町立病院

「ミキサー食をボタン型 PEG から注入できた」

【優 秀】 西 尾 晃 岐阜県・国民健康保険坂下病院

「補助器具と改良説明書を用いた高齢者のインスリン治療継続への試み」

【優 秀】 東 條 環 樹 広島県・北広島町雄鹿原診療所

「特別養護老人ホームでの看取り」

【優 秀】 鷲 尾 憲 文 岡山県・鏡野町国保富齒科診療所

「鏡野町における口腔ケア・口腔機能維持向上の普及活動の効果」





---

---

# 第17回優秀研究表彰 研究論文集

平成25年10月

発行所 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会  
〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセレントビル4階  
電話 (03) 6809-2466 FAX (03) 6809-2499  
<http://www.kokushinkyo.or.jp>

発行人 青 沼 孝 徳

制作・印刷 株式会社 白峰社

---