

地域医療再生

—理学療法士・作業療法士・看護師などの人材育成を中心に—

宮治 眞 藤原奈佳子
加藤 憲 天野 寛
小林三太郎 勝山貴美子
三田 勝己

プロローグ

地域医療とりわけ病院医療が崩壊の危機に瀕している。中核は医師不足だが、このことは当然コメディカル・スタッフといわれる事務系をも含む医療関連の理学療法士、作業療法士、薬剤師、看護師などの実務業務に影響を与える。本稿は地域医療再生の考え方、あり方を基盤にして、医療関連職種として理学療法士、作業療法士、看護師などの人材育成を地域医療の立場から論ずる。なお、本稿は星城大学および愛知県医師会の Reconstruction Of Community medicine (ROC) プロジェクトを中心に共同研究として現在進行中の研究であるが、ここでは医療関連職種の法を中心に、看護師の数などをモデルに、地域医療・病院医療の考え方、あり方を論述し、現時点における著者らの研究ノートとして今後の展望を述べる。

1. 医療法から（昭和二十三年七月三十日法律第二百五号）

最終改正：平成二〇年五月二日法律第三〇号：

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO205.html>

医療法の地域医療に関わる法的な主な点は以下のように定められている。

第十六条の二 地域医療支援病院の管理者は、厚生労働省令の定めるところ

により、次に掲げる事項を行なわなければならない。

- 一 ・・・・、当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させること。
- 二 救急医療を提供すること。
- 三 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行なわせること。

1. 小括

地域医療再生のためのキーワードは「医療従事者の診療、研究又は研修」「救急医療」「地域の医療従事者の資質の向上」である。しかし、地域の定義はなく、現実的には「地域医療支援病院」の存在がある種の地域を想定している。さらに「・・・その他の医療従事者」と規定はされているが、リハビリテーション医学の一つの柱である理学療法士、作業療法士は文言としては表出していない。「救急医療」は地域医療の崩壊との関連において、どう考えていくのか、さらに地域医療が崩壊の危機に瀕している現状をみれば「地域の医療従事者の資質の向上」は問題意識としては極めて重大である。

第二節 医療計画

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

- 三 医療連携体制における医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項
- 四 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として・・・治療又は予防に係る事業に関する事項
- 七 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
- 八 医療の安全の確保に関する事項

十三 前各号に掲げるもののほか、医療提供体制の確保に関し必要な事項

3 都道府県は、・・・、次に掲げる事項に配慮しなければならない。

二 医療連携体制の構築の内容が、患者が退院後においても継続的に適切な医療を受けることができることを確保するものであること。

三 医療連携体制の構築の内容が、医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含むものであること。

四 医療連携体制が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されること。

2. 小括

「医療計画」は「地域の実情」「医療連携体制における医療機能」「生活習慣病その他の国民の健康の保持」「医療の安全の確保」「医療連携体制の構築の内容が、医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含む」などが要となる。地域医療崩壊の一つの要因は各種医療従事者の数と偏在である。「地域の実情」は地勢的な要因として捉えられるべきで、県庁所在地、衛星都市周辺、中山間部、半島などがあげられる。「医療連携体制における医療機能」は「医療連携体制の構築の内容が、医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含む」と表裏一体である。保健・医療・福祉の各施設が何を特徴として機能分化し連携するかである。これが地域医療再生という「まちづくり」に進展しなければ、再生はおぼつかないだろう。

医育機関としての本学の立場に立つなら、リハビリテーションにせよ、(医療)経営にせよ、どのような人材を輩出するかに直結する。たとえば「生活習慣病その他の国民の健康の保持」の観点に立てば、メタボ健診を持ち出すまでもなく、スポーツ医学、スポーツマネジメントなどがあげられよう。最大の難問

は「医療の安全の確保」である。すでに現況は医師以外の医療従事者に対しても、医療訴訟が起きている。たとえ訴訟に関わらずとも、看護学、リハビリテーション学における「転倒・転落」は高齢社会における医療の質の面からも喫緊の課題である。

第五章 医療提供体制の確保

第一節 基本方針

第三十条の三 厚生労働大臣は、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保（以下「医療提供体制の確保」という。）を図るための基本的な方針（以下「基本方針」という。）を定めるものとする。

二 医療提供体制の確保に関する調査及び研究に関する基本的な事項

五 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する基本的な事項

六 ……医療計画の作成及び医療計画に基づく事業の実施状況の評価に関する基本的な事項

3. 小括

医療提供体制の「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保」は当然である。課題の一つが「医療提供体制の確保に関する調査及び研究」であり、冒頭記した県医師会レベルでの嚆矢である ROC はこの背景を負っており、この延長線上に本学をも含めた各大学からの研究人材を集積している。他方、地域住民が現状の地域医療崩壊をどのように把握しているか、は不詳の面があり、住民の意識調査が不可避である。ROC は本学の地勢的な位置をも配慮して、東海市の住民調査、半田市立半田病院の時間外救急患者の実態調査はすでに実施済みであり、現在知多厚生病院の時間外救急患者の実態調査を実施中である。これを踏まえて「医療計画に基づく事業の実施状況の評価」である。

II. 理学療法士及び作業療法士法から

<http://www.houko.com/00/01/S40/137.HTM>

理学療法士及び作業療法士法については職能について法は以下のように定めている。

(この法律の目的) 第1条 この法律は、理学療法士及び作業療法士の資格を定めるとともに、その業務が、適正に運用されるように規律し、もって医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。

(定義) 第2条 この法律で「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

2 この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。

3 この法律で「理学療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行なうことを業とする者をいう。《改正》平11法160

4 この法律で「作業療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行なうことを業とする者をいう。《改正》平11法160

(業務) 第15条 理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる。《改正》平13法153

2 理学療法士が、病院若しくは診療所において、又は医師の具体的な指示を受けて、理学療法として行なうマッサージについては、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)第1条の規

定は、適用しない。

3 前2項の規定は、第7条第1項の規定により理学療法士又は作業療法士の名称の使用の停止を命ぜられている者については、適用しない。

4. 小括

法に規定された「理学療法士」、「作業療法士」による「理学療法」「作業療法」の職務は一定の意味をもつが、現場においては両者の区分は極めて曖昧である。看護師との関係でいえば「保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる」である。しかも「理学療法」も「作業療法」も「医師の指示の下」が前提である。地域医療における人材活用の面からは職能内容そのものについては再検討が望まれる。

実はこの職能の間隙の課題はあらゆる医療従事者間の職種にあり、一人の人間を極めて科学的な非科学的統合体である生活者としてみる場合、それを支援する医療従事者間の職能シームレスの問題に還元される。そもそも根源的に医療とは何か、にまでも及ぶ。次に述べる看護師と理学療法士、作業療法士との間にも同様の問題があり、お互いの領域における重複を是認しないかぎり解決は難しいが、多分、法がもっとも苦手とする分野ともいえる。

Ⅲ. 保健師助産師看護師法から

<http://www.houko.com/00/01/S23/203.HTM>

保健師助産師看護師については職能について法は以下のように定めている。

第5条 この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。《改正》平11法160 《改正》平13法153

第6条 この法律において「准看護師」とは、都道府県知事の免許を受けて、

医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定することを行うことを業とする者をいう。

5. 小括

「看護師」についても前述小括4と同様だが、在宅医療・療養を含む地域医療の視点が若干薄弱であるし、「准看護師」の存在は賛否両論がある。産科における「助産師」と「看護師」による内診の問題もある。また「准看護師」が「看護師」の指示を受けてという点が、職能シームレスと不可分に結びつく。この構造はまったく同様に、いわゆるチーム医療においても医師を頂点とするヒエラルキーの形成に深く影を落としている。

これらの是非論は、多職種チーム・ケア (Multidisciplinary Team Care) の指導性の問題であり、病院においては組織論、医療マネジメント論である。とくに地域医療を考察する場合に無視できない点である。無視できない点からすれば、「保健師」による「保健指導」という予防の問題も難しい。広義の医療における予防の問題は科学的根拠に基づく証明が容易にはえられにくいからである。メタボ健診やスポーツ医学に関わる課題であるし、先に指摘した「転倒・転落」の課題もこの予防の範疇である。これらのことは人材の育成、活用の面からも今後の地域医療にとって避けて通れない。

IV. 理学療法士業務指針(日本理学療法士協会、平成7年12月9日制定)

から <http://www.soc.nii.ac.jp/jpta/02-association/katsudo/teikan/028-30.pdf>

・今日、理学療法士の業務の場は、療養所、診療所、一般病院、らい病院、精神病院、老人病院等の医療機関、老人保健施設および社会福祉施設に併設される医療機関のみにとどまらず、理学療法の知識・技術に立脚し地域活動、学校、社会福祉施設などの保健・福祉にかかわるあらゆる分野にわたっている。・

【指導】

5. 理学療法士は、理学療法の実施にあたり次のような指導を行う。

- 1) 理学療法士は、リハビリテーション・医療において、対象者の基本的動作能力の維持・向上を図るため、対象者・家族に指導を行う。
- 2) 理学療法士は、対象者が退院する際には必要に応じて、対象者や家族に退院時の指導を行う。
- 3) 理学療法士は、必要に応じて対象者を訪問し、指導する。
- 4) 理学療法士は、地域社会や公共団体の地域保健・福祉計画の策定に協力する。

特記事項

1. 理学療法士の業務は、作業療法士の業務と最も関連の強いものであり、治療の場に於いてはそれぞれに専門性を活かした役割を担っている。理学療法士業務と作業療法士業務の共通領域には日常生活に必要な動作の訓練や生活環境の調整(家屋改造への指導等)があり、対象者のより良い生活実現のために各々の役割分担を事前に調整し有機的に業務を遂行するようつとめる。

6. 小括

職能団体が自らの業務指針を作成することは必須である。しかし現行の医療が多職種チーム・ケアに移行しつつあることに鑑みれば、「作業療法士業務」との「役割分担を事前に調整し有機的に業務を遂行する」整合性のみならず、看護師や薬剤師などとの整合性を担保しておくことが肝要である。これは「特記事項」というより、目的や「指導」そのものに包含されるべき性質を有しているだろう。役割分担という専門分化性と人間を生活者として総合的に観察する統合性とは往々にして相反する任務になりがちである。医師のみならず、看護師の専門分化、理学療法士や作業療法士も同様の陥穽をもつことになりはしないか。

逆に、医療の基盤共通性からみれば、たとえば薬剤師は現在、臨床薬剤師と呼称されているように、リハビリテーション医学や看護学も含めて薬剤の有害

事象は医療のあらゆる分野において、注意喚起されるものでなければならぬからである。いわゆるヒヤリ・ハット事例の半数近くが薬剤に基因するものであることは医療安全の基盤共通性であり、医療従事者が熟知しておくべき実態である。

V. 医療法に基づく人員配置標準から

医療従事者の人員配置を拾い上げたものが表1である。一般病院の理学療法士、作業療法士についていえば、「適当数」とある。看護師数との各種対比でみれば、さらに少子高齢の時代を考えればもっと考察されてしかるべきである。

表1 医療施設別、病床区分別の人員配置標準について

	病床区分	職 種							
		医 師	歯科医師 (歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科の入院患者を有する場合)	薬剤師	看護師及び 准看護師	看護 補助者	栄養士	診療放射線技 師、事務員そ の他従業員	理学療法士 作業療法士
一般病院	一般	16 : 1	16 : 1	70 : 1	3 : 1	—	病床数 100 以上の病院 に1人	適当数	適当数
	療養	48 : 1	16 : 1	150 : 1	4 : 1 (注1)	4 : 1 (注1)			
	外来	40 : 1 (注2)	病院の実状に 応じて必要と認 められる数	取扱処方せ んの数 75 : 1	30 : 1	—			
特定機能病 院	入院 (病床区分 による区別 はなし)	すべて (歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科口腔 外科を除く) の入院患者	歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科 口腔外科の入院 患者	すべての入 院患者	すべての入 院患者	—	管理栄養 士1人	適当数	—
	外来	8 : 1	8 : 1	30 : 1	2 : 1	30 : 1			
療養病床を有 する診療所		1人	—	—	4 : 1 (注1)	4 : 1 (注1)	—	適当数(事務 員その他の 従業者)	—

(注1) 療養病床の再編成に伴い省令改正。平成24年3月31日までは、従来の標準である「6 : 1」が認められている。

(注2) 耳鼻咽喉科、眼科に係る一般病院の医師配置標準は、80 : 1である。

出典：第1回医療施設体系のあり方に関する検討会（平成18年7月12日）事務局提出資料 資料2 医療法に基づく人員配置標準について

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0323-9b.pdf>

7. 小括

一般病院、特定機能病院、療養病床を有する診療所の3施設はまさに地域医

療の縮図である。職種からみると「看護師及び准看護師」は厚生白書として数値があげられているが、人員配置からみると前記3施設について「診療放射線技師、事務員その他従業員」は「適当数」となっていること、同様にみると「理学療法士、作業療法士」については、一般病院のみが適当数で、その他の2つの施設は「一」になっている。留意点は個々の記載内容ではなく、多分、著者たちの調べた範囲ではあるが、地域医療の各施設にとって適切な数、人員配置が十分に研究として検討されていない点である。地域医療を考察する盲点の一つで、リハビリテーション学の問題の深刻さが潜んでいる認識である。

VI. 医療提供体制の改革のビジョン—「医療提供体制の改革に関する検討チーム」まとめ—から 平成15年8月 厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/04/h0430-3.html>

医療を担う人材の確保と資質の向上

○ 医師等の臨床研修の必修化に向けた対応、医療を担う人材の確保と資質の向上、時代の要請に応じた看護の在り方の見直しと資質の向上

8. 小括

詳細は省くが、地域医療崩壊の誘因の一つに「医師等の臨床研修の必修化」があげられるが、本質とはいいいにくい。考察的にいえば医学医療の専門分化により、また患者の側がより高度な医療を求めてきているから、要するに患者一人の医療に手間隙がかかるようになってきている。また患者への説明に要する時間も増加している。医師不足の根幹であり、背後には社会保障にかける国家的な費用の少なさに象徴される。したがって、臨床研修制度と地域医療の危機を直結することは妥当性を欠く。ここでは「医師等の臨床研修の必修化」としており、薬剤師、看護師などさらには理学療法士、作業療法士にも同じ隘路が推察される。「医師等の…」曖昧模範な表現ではあるが、何よりも「時代の要請」

が確かな重みをもつこともまた確かである。

VII. 「国民衛生の動向（2008年、第55巻第9号）」から

届出医療関係者数と率（p.181 表7）

医師、看護師など以外の医療従事者養成所数と入学定員の推移（p.194 表27）からみると、理学療法士（平成19年施設数221、入学定員11830人）、作業療法士（平成19年施設数170、入学定員7336人）、免許取得者は理学療法士が58672人、作業療法士が38097人は下記に記載（p.194文中）されているが、看護師にみられるような都道府県別、就職状況は不詳である。

平成18年保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）、結果（就業医療関係者）の概況；

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb14GS50.nsf/0/b03e7414bf0c32df492573290009acd5/\\$FILE/20070731_2shiryu.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb14GS50.nsf/0/b03e7414bf0c32df492573290009acd5/$FILE/20070731_2shiryu.pdf)

9. 小括

医療に関わる各種の公的調査において、よく引用される「国民衛生の動向」の内容であり、研究者はここからの数値などを用いて研究を実施する。著者らもこのような立場から検索すると、医師、歯科医師、薬剤師数は『医師・歯科医師・薬剤師調査』で、保健師、助産師、看護師、准看護師、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師の数は『保健・衛生行政業務報告』に掲載されているが、理学療法士、作業療法士の記載はない。それゆえであろうか届出医療関係者数と率（p.181 表7）に理学療法士、作業療法士が職種として見られない。いうまでもなく、地域医療を再生するに当り、不十分な位置づけといわざるをえない。

医師養成の入学定員を急遽増加させる政策が明らかにされ、地域枠という言葉も用いられている現況がある。著者らも愛知県下の都市医師会長にアンケー

表2 看護職員数の都道府県分布（指標 1,2,3）と卒業生の就職状況（指標 4）

注：看護関係統計資料集、平成 19 年、日本看護協会出版会編集、日本看護協会出版会（東京）発行、2008 年 1 月 30 日第 1 刷発行に基づき著者らが次の指標を算出した。(1) 指標 1. 病床 100 対看護職員数 (2) 指標 2. 人口 1 万対病床数 (3) 指標 3. 人口 1 万対看護職員数 (4) 指標 4. 卒業生の県内就職率（％）

ト調査を実施するとともに、併せて直接のインタビュー調査を実施中である。明らかになりつつあることは、地域医療の特性には①地勢特性、②医療事情経緯特性、③病院特性、が存在している。かつ、地域医療再生のためにはどうしても各種人材の数が基盤にならざるをえない。表2はこのような視点から愛知県の看護師数と卒業生の就職状況を著者らが算出した指標である。

指標1からは愛知県の病床100対看護職員数は53.9で6位(1位は滋賀県の57.4)で、病床あたりの看護職員数は多い。指標2からは人口1万対病床数95.8で44位(1位は高知県の244.7)で、人口あたりの病床数が少ない。指標3からは人口1万対看護職員数51.6で44位(1位は高知県の111.9)で、人口あたりの職員数が少ない。指標4からは卒業生の県内就職率(%)は86.7%で2位(1位は北海道の92.21%)で、県内就職率が高い。このような解析を試みるなら、愛知県内の地勢特性、世相を反映するであろう経年的な推移、背後には人材育成を担う、看護学部やリハビリテーション学部のあり方、医学部でいえば「地域枠」の定員数の課題である。大学、学部を問わず「地域医療学講座？」の重要性を示唆する。ここでの焦点は看護師で示したような理学療法士や作業療法士の数値が見出せないことである。

VIII. 住民の意識変革としての各種標語からみた職能

地域医療再生には住民の意識変革も大切で、2つ具体的事例、1.医療ミスを防ぐ20か条から、2.名古屋市の敬老手帳から、を提示したい。

1. 医療ミスを防ぐ20か条；AHRQ Pub.No.00・PO38 Sept.2000

20 Tips to Help Prevent Medical Errors

★あなたには何ができるか？ 自分の健康に関心を持つ

① ミスを防ぐもっともよい方法は、あなたが医療チームの一員となることです。

★くすりについて

② 担当医師が全員あなたの今飲んでるすべての薬を知っているかどうか確

認しよう。

- ③ あなたがアレルギーや副作用を起こした薬を担当医が知っているかどうか確認しよう。
- ④ 医師の書いた処方箋をあなたも読めるかどうか確認しよう
- ⑤ 処方箋や薬を受け取ったとき、理解できる言葉で薬についての情報を聞こう。
- ⑥ 薬局で薬をもらうときは「これは確かに私の担当医の処方箋による薬か？」を訊ねよう。
- ⑦ 用法ラベルなどで、用法・用量に疑問を感じたら、率直に訊ねよう。
- ⑧ 液剤を量るよい方法は何か薬剤師に訊ねよう。また、用法が分からないときも訊ねよう。
- ⑨ あなたの薬の副作用について、文書で情報を求めよう。

★入院について

- ⑩ できれば、あなたと同じ治療や手術を受けた患者さんの多い病院にしよう。
- ⑪ 入院中はあなたに接触するすべての医療関係者に手を洗ったかどうか訊ねよう。
- ⑫ 退院時には、在宅治療計画について医師の説明を求めよう。

★手術について

- ⑬ 手術の場合は、自分の手術について担当医・手術医の同意を確認し、明確に内容を理解するようにしよう。

★その他

- ⑭ 疑問、質問があれば率直に聞こう。
- ⑮ 誰かあなたの健康に責任を持って全体的に管理できる家庭医などを持とう。
- ⑯ 携わる医療従事者が全員あなたの病状の重要な情報を知っているか確認しよう。
- ⑰ 家族や友人などあなたの問題を一緒に主張し、かつ励ましてくれる人を持つ

とう。

- ⑱ 「もっと」知るということは必ずしもよりよいことではない。
- ⑲ 検査で「便りが悪いのはよい便り」だと思わないほうがいい。
- ⑳ あなたの治療を医師や看護師、また信頼筋から情報を得たりして学ぼう。

10. 小括

率直な感想は、ぎょっとせざるをえない。時代に即応していない、米国の標語である点、本邦の事情と同一に論じられるか、などの問題もある。だが住民に意識変革を促すことは、逆にみると、医療従事者のあり方を規定する。しかし、その規定は科学的根拠に基づいて立証されるべきである。世界レベルでみれば患者の権利を記したリスボン宣言を引き出すまでもなく、医師はもとより、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士などの職能集団が、この標語にどのように取り組むべきかである。この標語の科学的裏づけを確認し、評価を見定めることこそ、地域医療再生の研究であり、職能集団の責務である。患者の側がキャッチフレーズとするとき、医療の側の対応は生半可ではすまされない。地域医療再生はこれの中で実施されるべきものといえよう。

2. 名古屋市の敬老手帳(2005年)健康な高齢期のために：いつも自分の健康状態の確認を(このような症状のあるときはまず医師にみてもらいましょう)

- 体重が急に減ったり増えたりする。○疲れが長く残る。食欲がない。
- 夜よくねむれない。○顔がはれぼったく、足がむくむ。
- 坂道、階段で息切れや動機がする。○物忘れが目立つ。

11. 小括

医療の面からはある種当然のように思える。重要な点はこれらが定性的な表現であるために、コメディカル・スタッフの立場からはこれを定量的かつ経時

的推移を問いただすこと、の重要性である。これらは一つひとつ厳密に医療的考察をすると易しい問題ではない。たとえば「疲れが長く残る」ことの病態的意義に思いを致せるか否か、である。簡単な標語の裏に潜む医療的な難題である。むしろ生活の中にこそ真意と解決策が見出されるのかもしれないという、その感性の育成は医療従事者の側の教育課題である。

IX. 介護保険制度の視点から

介護保険は地域医療の面からみると、医師以上に看護師、理学療法士、作業療法士などの任務が大きい。以下のように例示されている。

(1) 在宅サービスを利用できるサービス内容；①訪問介護、②訪問入浴介護、③訪問看護、④訪問リハビリテーション、⑤通所介護、⑥通所リハビリテーション、⑦短期入所生活介護、⑧短期入所療養介護、⑨居宅療養指導管理、⑩認知症高齢者グループホーム、⑪特定施設入所者生活介護、⑫福祉用具の貸与、⑬福祉用具の購入費の支給、⑭住宅改修費の支給、⑮生活援助型配食サービス、である。(2) 施設サービスを利用できるサービス内容；①介護老人福祉施設、②介護老人保健施設、③介護療養型医療施設、である。

12. 小括

明らかに狭義の医療というより、福祉への転換であり、看護師、理学療法士、作業療法士などのコメディカル・スタッフの任務の理論武装が必要である。福祉の医療化か医療の福祉化かを峻別すべきであろう。一瞥だけでは、職能とどのように機能分化するのか、不詳の部分が多い。地域医療が自助・互助・公助の立場である以上、日常の診療に劣らず要となりうる。看護師、理学療法士、作業療法士などの専門職能の立場から福祉、生活への転換を検証しておくべきことは間違いなからう。

X. 地域医療再生のための小括（1～12）の総括

1. 社会事象把握としての地域医療

方法は（1）法律・経済、（2）科学・技術、（3）教育・倫理、の3つの観点が基盤である。したがって、解決の方法はこの3つの観点が螺旋して調和していることである。地域医療の葉脈は1）まちづくりの立場から：①ものづくり ②ことづくり ③ひとづくり、2）保健・医療・福祉の連繋の立場から：①縦断組織・システム ②横断組織・システム ③斜断組織・システム、3）地域における施設（医療系/教育系）の存立の立場から：①安全の発信地であること ②教育（教育・研修・学習）の双方向発信地であること ③（健康）文化の発信地であること、に要約される。

2. 地域医療の背後にあるもの

生活者からみる地域医療は1）保健から医療へ、2）医療から福祉へ、3）福祉から生活へ、という個人史の面をもつ。社会の仕組みとしては（1）公益、（2）私益、そして（3）地域益、が存在しなければならない。地域益を優先して担保する概念は国際障害者分類が図示する機能障害、参加、活動が基本であろう。上田敏が指摘する Quality Of Life (QOL) の具体例はより実際的である。ユニバーサル・デザインの考え方は、地域の生活者に視点をおくならば、医療関連の職種にかかわらず根底的な視点である。

3. 地域医療における医療関連の人材育成

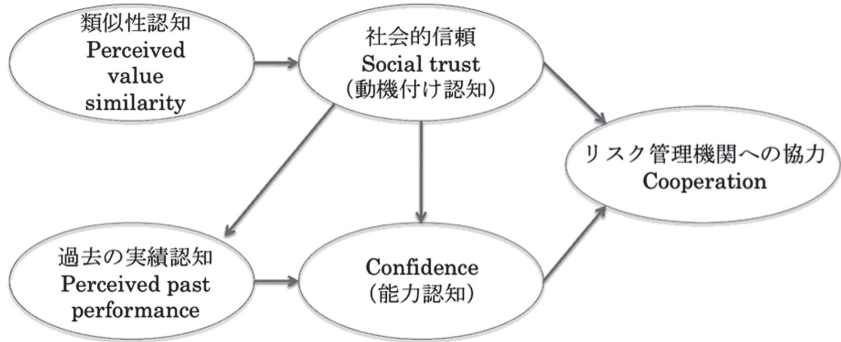
まずは枠組みによって、人材育成の考え方があり方としても微妙に異なることの確認を前提とする。1）地域の医療従事者の資質の向上を基本に据えての地域医療再生の再確認である。2）医療の提供側からみると、2つの命題①医療の安全の確保であるし、②医療における機能分化と連携、がある。3）地域住民の保健・医療・福祉に関わる地域医療崩壊の危機に関する意識と多要因を

もつ地域医療の研究である。4)各医療従事者の職能は法律で規定されているが、現実の患者の側がもつ非科学的統合体としての生活者人間への関わり方で、具体的な職能シームレスの有り様の課題である。5)生活者人間への関わり方は、多職種チーム・ケアの問題であり、各職能間における人材育成の共通性と個別性を考慮しなければならない。6)このような職能シームレスの有り様の問題は、指導性を中心とする組織論である。とくに地域医療においては病院医療とは異なる視点が模索されて当然である。7)広く用いられる国民衛生の動向にあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師があるにも関わらず、理学療法士、作業療法士の数字が不掲載なのか、疑問を払拭できない。8)地域医療再生のための施策のために具体的な定量的な数字が必要であるが、現行では医師、看護師以外、たとえば理学療法士、作業療法士に関わるこの点の数字は不明瞭といわざるをえない。著者らは看護師を例示して、全国の看護師の分布ならびに各種の指標さらには卒業生の県内就職率などを算出したが、理学療法士や作業療法士に対してもこのような各種の考察と検証が不可避である。

エピローグ

本稿は主に医療「提供」体制の視点から医療従事者の人材育成を主に論じた。しかし、地域医療の再生となると医療「受療」体制の視点も忘れてはならない。なぜならば、地域医療とは提供側である医療従事者と受療側といえる地域住民との信頼関係が前提であり、それなくして地域医療は成立しない。信頼における Trust, Confidence and Cooperation (TCC) モデル (図1) を踏まえれば、価値の類似を感じられることにより、信頼醸造につながり、それが協力体制に繋がる。地域医療再生はこの協力体制が必要である。では、価値の類似を感じられるには、どうすれば良いのか。ひとつは、医療従事者の「正しさ」は地域住民に「正しく」伝わらなければ「正しく」ならないということ認識した上で、医療従事者の考えを地域住民に伝える必要があるということである。それが少

図1 Trust, Confidence and Cooperation (TCC) モデル



出典：中谷内一也『安全。でも、安心できない…—信頼をめぐる心理学』ちくま新書(2008) 184 頁 より一部改変

なくとも、地域住民が医療従事者との価値の類似を判断する材料になる。価値が類似しない話であれば、類似し得ない理由を自問し、それでも医療従事者が信ずる「正しさ」を貫く必要があるのか判断することとなろう。それがプロフェッショナリズムといえよう。ただし、少なくともその判断が地域住民のためであるならば、楽観的かもしれないが、地域住民を志向しているという点でその価値は理解されるものである。もしされないのであれば、スキルとしてのコミュニケーションの課題となろう。

具体的に述べれば、理学療法士や作業療法士あるいは薬剤師や看護師がチーム医療の一員として何をするのかということに対し、地域住民がその行為に対し価値の類似を感じ得ないというならば、たとえ信頼性の高いスキルを持ち合わせていたとしても、その職種との信頼醸造にはつながらず、ひいては協力体制が得られないということになる。医療において協力体制が得られないということは、治療効果が期待通りにならない可能性を意味する。このように、治療効果を望むのであれば、まず医療専門職種（プロフェッション）が自らの職能を多職種チーム・ケアの中で検討・検証し、それを地域住民に伝え、価値の

類似を考え、協力体制の確立を目指すことになろう。そして同様な視点をマクロに拡大すれば、地域医療における協力体制の確立、つまりは地域医療再生への道となろう。