

大阪商業大学学術情報リポジトリ

地域冠政策方式の再定位 ―小児救急医療に係る熊本方式を事例として―

メタデータ	言語: ja 出版者: 大阪商業大学商経学会 公開日: 2015-03-02 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 初谷, 勇, HATSUTANI, Isamu メールアドレス: 所属:
URL	https://ouc.repo.nii.ac.jp/records/35

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



地域冠政策方式の再定位

— 小児救急医療に係る「熊本方式」を事例として —

初 谷 勇

はじめに

- 1 小児救急医療と熊本の医療
- 2 「熊本方式」の創造、展開、評価
- 3 「熊本方式」の課題と解決の方向性
- 4 地域冠政策方式としての意義と再定位

おわりに

はじめに

筆者は、近年、地域ブランドの形成や管理、地域ブランド政策の概念を理論的に検討し、全国の自治体における地域ブランド政策の調査研究を行うことにより、地域政策もまた地域ブランドとなり得ること、また、地域政策が地域ブランドとなる「地域政策ブランド」のうち、待機児童に係る「横浜方式」など、地域の公共政策の様々な領域において多数存在する地域名を冠した政策方式を、「地域冠政策方式」と命名することができること、さらに、自治体の政策革新の説明に地域ブランド政策の概念が有益であることなどを明らかにしてきた¹⁾。こうした地域冠政策方式は、国の規制や制度とは独立、並行して展開するものが少なくなく、国の政策創造を先導し、自治体を含む地域の様々な主体による政策革新の契機ともなっている²⁾。

本論では、ある時代に先進性を高く評価された地域冠政策方式が、地域政策ブランドとしてその価値を減衰させ、存続させ難くする危機に瀕した場合に、社会経済情勢の変化を踏まえて、その意義を評価しつつ新たな政策文脈の中でいかに再定位していくかという問題について検討する。検討に際して取り上げる事例は、1980年代に熊本において生み出された小児救急医療に係る「熊本方式」である。地域冠政策方式の意義の評価と再定位は、当該方式を担う当事者はもとより、同様の立場にある全国の地域政策担当者にとっても共通する問題関心であり、事例研究から得られる示唆は、そうした問題関心に応えるものと考えられる。

以下では、公共的課題としての小児救急医療に対する政策対応の経緯を顧みたとで、熊本

1) 初谷勇 [2012d]、同 [2014] 参照。

2) 地域冠政策方式について、初谷 [2010a]、同 [2010b]、同 [2011]、同 [2012a]、同 [2012b]、同 [2012c]、同 [2012d] 等。

の医療環境、医療資源の特徴について概観する(1)。次に、「熊本方式」が創造され展開してきた状況と、同方式に対する評価を整理する(2)。さらに、今日「熊本方式」が直面している課題について、地域固有の要素等を考慮しつつ検討した上で、それらの課題解決の方向性について考察する(3)。以上を通じて、地域冠政策方式の意義と再定位についての政策的な含意や示唆を得ることとしたい。

1 小児救急医療と熊本の医療

1.1 小児救急医療

救急医療は直接患者の生死に関わる医療であることから、地域の医療機関が連携し、地域全体で救急患者を円滑に受け入れられる救急医療体制を構築する必要性がある³⁾。しかし、救急利用の大幅な増加、軽症患者の二次・三次救急医療機関の直接受診に伴う病院の受入能力の限界、救急医療を担う病院勤務医の過酷な執務環境下での疲弊、急性期を脱した救急患者が救急医療機関から転院できないに伴う新規救急患者の受入困難など、救急医療の確保とその利用の適正化については、多年にわたり様々な課題が指摘されてきた⁴⁾。

小児医療の分野でも救急医療は喫緊の課題とされている。先進国間比較で我が国の1～4歳児死亡率が高いことから、重篤な小児患者に対する救急医療等の確保、また、入院を要する小児救急医療体制が未整備の地域の改善、さらに、小児の入院救急医療機関にかかる患者の9割以上が軽症であるとされることから、症状に応じた適切な初期小児救急の確保等が強く求められている⁵⁾。こうした要請に対し、政府としても一定の政策対応が図られてきているが、事態の抜本的な改善には至っていない。

課題解決に向けた学界の動きとして、例えば日本小児科学会は2004年、「小児医療提供体制の改革ビジョン」を策定し、①効率的な小児医療提供体制へ向けての構造改革、②広域医療圏における小児救急体制の整備、③労働基準法等に準拠した小児科医勤務環境の実現という3つのポイント(集約化と重点化)による改革ビジョンを示し、医療資源を共に育む共通認識の必要性を説いた⁶⁾。また、同学会小児救急委員会は、2010年には小児救急で望まれる体制について一次、二次、三次救急医療体制と慢性期患者対応について4項目の提言を行ない⁷⁾、このうち一次救急医療体制については、「医療(育児)相談に特化した#8000の充実、診療所と病院の地域での連携による時間外診療の充実、また、時間外診療所は病院併設型が望ましい」としている⁸⁾。

積年の小児救急医療体制の課題は、概ね次の2点に整理されている。第一に、医療資源の

3) 厚生労働省「平成24年度全国医政関係主管課長会議」資料(指導課) 52頁。

4) 同上、52-57頁。なお、国では2013年2月、救急医療体制のあり方に関する検討会を設置し、検討結果がとりまとめられている(厚生労働省[2014])。小児救急医療については、同報告書の第2(3、11)第3(「4. 小児救急医療における救急医療機関との連携について」)を参照。

5) 厚生労働省「平成24年度全国医政関係主管課長会議」資料(指導課) 58-59頁。

6) 日本小児医学会理事会、小児医療改革・救急プロジェクトチーム[2005] また、桑原[2010] 1004頁。

7) 桑原[2010] 1003-1004頁。

8) 同上、1003頁。

課題である。一つの区域で一次（初期）から三次までの救急医療が連携、完結できる地域は限定されていること、時間外や夜間診療に対応できる小児科医の不足⁹⁾、小児科医の地域偏在¹⁰⁾等が挙げられる。第二に、患者側・保護者側の課題である。急病への不安や焦慮、強い専門医志向から時間外救急医療を受診する結果、不要不急の夜間休日の受診が増加することが指摘されている¹¹⁾。

1.2 熊本の医療

次に、熊本の医療の概況を見てみよう。熊本市は、全国の政令指定都市の中では、人口1,000人当たりの医師数が3.8人と京都市、岡山市に次いで3位¹²⁾であり、人口1,000人当たりの病床数は24.9と全国1位で、全国平均（13.9）の2倍近い。市では行政計画においても「恵まれた医療資源」を標榜し、その例示の筆頭に「休日夜間急患センターを設置し、小児科、内科、外科で365日24時間いつでも受診できる初期救急体制を整備してい」ることを挙げている¹³⁾。休日夜間急患センターとは、「外来で対処できる患者の救急医療を確保することを目的として、休日や夜間に診療を行っている医療機関」をいうが、同市では熊本地域医療センターと熊本赤十字病院が該当する¹⁴⁾。

同市には熊本県内でも医療資源が集中しており、県内からも熊本市内で治療を受ける割合が高く、集積する症例は医療技術の向上にもつながるものと言われている。七つの拠点病院（熊本赤十字病院、済生会熊本病院、熊本大学医学部附属病院、国立病院機構熊本医療センター、熊本市市民病院、熊本中央病院（国家公務員共済）、熊本地域医療センター）があり、いわば競争の連携により互いに切磋琢磨しつつ各々の特徴のある専門分野を育てている。

また、熊本県内には県下全域の重症救急患者に対応する3つの救命救急センターがあり（熊本赤十字病院、済生会熊本病院、国立病院機構熊本医療センター）、年間6,000～7,000台の救急車の受入れを行なっている。医療機関への受入れ紹介回数は「1回」が90%を越え、「2回」まででほぼ救急受入れができており、「断らない医療」を標榜し得ている¹⁵⁾。

熊本市では、こうした国内有数の医療資源を活かすため、2011年から市内の7公的医療機関の病院長と県、市の医師会長、医療関連企業や化学及血清療法研究所（化血研）等民間研究所代表ら13名で構成する「くまもと医療都市ネットワーク懇話会」を設置した¹⁶⁾。懇話会設置は、幸山政史市長が3期目の公約に掲げていたもので、年3回の議論を経て2012年3月、「熊本医療都市2012グランドデザイン」（以下「グランドデザイン」という）を策定した¹⁷⁾。

グランドデザインでは、10年間のビジョンとして、①「最先端の医療技術を発信する九州の医療拠点都市」、②「機能分化と連携によって質の高い医療を提供できる都市」、③「高齢

9) 医師総数における女性医師の割合は17%であるのに対し、病院勤務の小児科医では32%を超えており、出産、育児により救急業務に従事しにくい状況が、小児救急担当医師不足に拍車をかけているとの指摘がある。田中〔2006〕68頁。

10) 桑原〔2010〕1001～1002頁。

11) 同上、1002頁。

12) 熊本市〔2012a〕18頁。

13) 同上、2頁。

14) 同上、42頁。

15) 以上の熊本の医療事情について、熊本市医療政策課ヒアリング（2013年3月）と同市資料による。

16) 「熊本日日新聞」2011年5月14日、朝刊。

者や障がい者などが住みなれた地域でいきいきと暮らせる都市」の三つの柱を掲げている。救急医療については、上記②に、場合により救急現場にドクターが救急車に乗って行き、現場で治療を始めるワークステーション（ドクターカー）が盛り込まれている。

こうした「医療拠点都市」としての訴求は、県内向けにとどまらない。市役所の課名にもされている「シティプロモーション」の一環として、県外に向けても積極的に発信されている。例えば、同市のシティプロモーション媒体の広報誌（『わくわくが始まる本』）では、教育、産業と並べて医療の頁を設け、「安心の救急医療体制」を筆頭に掲げ、小児科、内科、外科の「24時間365日安心の救急」（熊本方式）や、医療機関への受入照会回数の全国比を掲げ、「たらいまわしのない救急医療」等を強調している¹⁸⁾。

また、このグランドデザインでは、小児救急医療に関する課題として、わが国の新生児死亡率が世界で最も低く、乳児死亡率も世界第3位の低さであるものの、1歳～4歳児の幼児死亡率は世界17位で先進諸国の中では高い状況であること、熊本市の幼児死亡率も同様であり、グランドデザイン策定当時、県内に無かった小児専用集中治療室（PICU）の整備など、今後、救急を含む小児医療の拡充が必要としている¹⁹⁾。

こうしたグランドデザインの方、市が近年力を入れているのは少子高齢化の進行に伴う在宅医療への対応、とりわけ医療と介護（例えばかかりつけ医とケアマネジャー）の連携であり、いかに多職種連携による最良のケアプラン、在宅医療プランの提供へつなげるかという問題である。2013年1月からは「在宅ドクターネット」（医師会の医師らを中心とする任意団体）にファシリテーターとしての協力も得て「在宅医療介護に関わる多職種連携研修会」が、市全域で2回、次いで5区役所単位に分かれて連続開催されている²⁰⁾。

2 「熊本方式」の創造、展開、評価

2.1 「熊本方式」の創造

以上のような全国的な小児救急医療の課題と熊本の医療の現況を踏まえた上で、本論の主題である「熊本方式」の創造、展開、評価について見てみたい。

17) 幸山市長は1期目（2002年11月～）・2期目（2006年11月～）の実績を踏まえ、3期目（2010年11月～）に向けた公約：「挑戦元年・市民の皆様への新たな約束 くまもと再デザイン宣言「選ばれる都市へ」（2010年10月）の「Ⅱ．もっと暮らしやすさを実感できるまちを実現します」において、「⑥誰もが健康で暮らせるまちづくり」として「ア．くまもと医療都市ネットワーク懇話会（仮称）の設置」と「イ．プレホスピタルケアの充実」を掲げた。またウェブサイトでは「公約4 そして、選ばれるまちへ」で、「暮らす場所として市民の皆さまに、日本一暮らしやすい政令市を実感していただくとともに、美味しい水、豊かな緑、整った教育や医療環境といった人が暮らす場所としての熊本市の優位性を国内外に強くアピールし、定住人口の増加にも繋げていきます。」とした。なお、同市長は2014年6月、4期目不出馬を宣言。2014年11月16日、熊本市長選挙が執行され、大西一史（元熊本県議会議員）が当選した。

18) 熊本市〔2012b〕、35頁。こうした「医療」による都市のブランド価値形成を目指す動きとして、神戸医療産業都市構想がある。1995年の阪神淡路大震災の被害と経済不況から神戸市を再活性化させるため、1998年から基本構想の検討が開始された。明石〔2009〕参照。

19) 熊本市〔2012a〕、4頁、7頁。その後、2012年5月に、熊本赤十字病院に、総合救命救急センターと24時間対応可能な小児専用集中治療室（PICU）を全国で初めて併設した「こども医療センター」が開設された。一般病床50床、PICU6床で、原則として15歳未満の全診療科の患者の受入れを行っている。

20) 熊本市医療政策課へのインタビュー（2013年3月）による。

「熊本方式」とは、熊本市の夜間・休日小児救急医療において、同市単独の委託事業として行なわれてきた地域連携型小児救急医療体制をいう。1981年11月、熊本市医師会設立による熊本地域医療センター医師会病院²¹⁾（165床）開院とともに開始され、小児科開業医、大学小児科医及び医師会病院小児科勤務医の三者が一体となった二次病院（小児救急拠点病院）併設型の「三位一体体制」を特長とする²²⁾。当番制による対応は「出務式」といわれる²³⁾。元来、内科、小児科、外科の3診療科の地域連携型救急医療体制をいうが、発足当初から「小児科の存在が市民への大きなアピールポイントであった」ことから、小児救急医療の熊本方式として知名度を上げたものである²⁴⁾。

熊本方式の前身は、1975・76年度の市医師会による年末年始の診療対応²⁵⁾と、1977年度に始まった市行政による休日夜間急患受入れ対応²⁶⁾に遡り、上記医師会病院の開院を機会に両者の取り組みを合流させて、市から市医師会に一体的に委託することとしたものである。1978年後半から熊本地域医療センターの建築が実現性を強める中、新たに可能となる救急医療体制の検討を経て、センター開設とともに、医師会員の出勤協力の下に内科、小児科、外科、整形外科の休日並びに夜間の急患診療が開始された。患者数の関係で1年後に整形外科はオンコールの自宅待機に変更したが、その後、深夜当直には熊本大学医局からの協力も得て、全国的にも珍しい内科、小児科、外科の3診療科を1カ所で24時間対応する体制が整備された²⁷⁾。

この体制の「理念」は、医師会病院当事者によれば、①グループ診療（身体的、精神的余裕を生み、「仲間うちの患者」という意識の醸成、ときには良い意味での「相互監視」（ピアオピニオン））、②生涯学習（初期救急は「症例の宝庫」であり、月例の症例検討会を開催）、③アドボカシー（活動を通じ地域小児科医が小児の代弁者として社会参加機会を得る）の3点に要約されている²⁸⁾。

もとよりこうした独自性の高い方式を先進的に創造し、長年にわたり継承し得るのは、理念だけでできるものではない。熊本方式を支えた要素として次のような点も見逃せない。まず、医師間の人的ネットワークである。熊本では医学部を擁する熊本大学が二つの小児科教室を有し²⁹⁾、その卒業生で構成される組織「芝蘭会」の人的つながりが強固に形成されてい

21) 熊本地域医療センターの住所：熊本市本荘5-16-10、病床数：165床、診療科目：内科・外科・小児科・麻酔科・放射線科の5科。その後、1987年4月、62床増床し227床となり、脳神経外科を増設して現在に至る。なお、開設時の正式名称は、「社団法人熊本市医師会熊本地域医療センター」。熊本市医師会は1907（明治40）年11月に設立され、1947年11月社団法人熊本市医師会が設立された。2013年4月、一般社団法人熊本市医師会に移行したことから、現在は「一般社団法人熊本市医師会熊本地域医療センター」。病院名について、廣田〔2013〕参照。

22) 後藤〔2005〕810頁。

23) 「熊本日日新聞」、2009年6月12日、朝刊（後藤善隆センター小児科部長の談による）。

24) 島添〔2003〕28頁。

25) 1975・76年度に、小児科については医師会立診療所である成人病検査センターに小児科全員が出勤して診療するとともに、内科・外科等については在宅医方式を併用し、医師会事務局に情報センターを設けて医師会員や一般の照会に対応した。

26) 1977年7月、熊本保健所内休日夜間急患診療所を設置し、医師会員の小児科医・内科医各1名が出勤した。

27) 熊本市医師会編〔2008〕72頁及び熊本市医療政策課に対するインタビュー（2013年3月）による。なお、この方式を「熊本方式」と呼んだのは、センター開設当初の熊本市医師会正副会長らが講演の中で述べたのが最初ではないかと推察される（同センターに対するインタビュー（2011年9月）による）。

28) 後藤〔2005〕811頁。

ること、また、上記医師会病院設立を中心となって主導した当時の医師会正副会長が共に小児科医であったこと³⁰⁾、さらに、上記の「①グループ診療」、つまりグループ化による救急医療業務の分担制が個々の医師の時間的、労力的、精神的負担を大きく軽減し得たことである。その他、熊本方式の発足当初は、開業医も診療所と住居が一体の者が多く、ネットワークを組みやすかったことも指摘されている³¹⁾。

2.2 「熊本方式」の展開

1981年の熊本地域医療センターの開院から重ねられてきた方式は、開設20年目の2001年为例に見てみると、熊本市と近隣の開業医35人のほか、熊本大学小児科医局からの派遣医（大学院生を含む）15人が出動協力医として支えるグループ診療体制がとられている。開業医（平均年齢52.5歳）は、休日前などを除き19:00から23:00の準夜帯を担当し、23:00から翌朝8:00までの深夜帯は派遣医が担当する（派遣医の報酬は開業医の約2倍）。医師会病院が併設されていることから、入院が必要な患者を別の病院に転送することが少なく済むメリットも指摘されている。2001年度の休日・夜間小児科受診者は一日平均50人に上り、混雑待ち時間が1～2時間に及ぶこともあったという³²⁾。

次に、その2年後、2003年のセンター担当者の記述を見ると、年間小児救急外来患者数21,000～23,000人について熊本方式による出動協力医が対応することにより、センター小児科の常勤医3～4名は入院児の管理に専念することが可能となっていた。当時の深夜帯（月30～31回）の担当内訳は、熊本大学小児科：15回、同発達小児科：8回と派遣医が計23回、センター常勤スタッフ：3回、若手（40歳代まで）開業医：残り4～5回であった³³⁾。

こうした歴年の関係者の取り組みにもかかわらず、2010年以降、熊本方式の存続を脅かす現象が顕現してくる。患者家族が、酒に酔って受診の順番にクレームをつけたり、治療行為に対し暴言を吐き、ときには暴力に及ぶなどの事例が深刻化した。繰り返される医師への非難に、複数の医師から「やりがいがない」、「やめたい」という声が上がりはじめた。センター側は「ほぼすべての小児科医で支えている熊本方式がいったん崩れれば再構築は困難」、「医師一人ひとりの使命感で成り立つ仕組みであることを市民にも理解してほしい」と訴えている³⁴⁾。

毎年度末に開催されている「地域医療センター医師会病院出動協力医総会」の記録によると、2010年3月には出動協力医の人数は減少傾向にあり、特に内科の減少が顕著である一方、休日夜間診療を求める患者は増加しており、「全国から注目されている熊本市医師会と熊本市で実施している熊本市休日・夜間急患診療業務が永続することを熱望する」と記されている³⁵⁾。翌2011年3月には、熊本市保健所長から、熊本方式が「全国的に高い評価をうけ

29) なお、熊本大学医学部附属病院では、2014年4月から「発達小児科」と「小児科」を統合し、「小児科」とした。

30) 以上2点について、島添[2003] 28-29頁。芝蘭会は、熊本市内および周辺の小児科開業医と勤務医の親睦会として1953年に組織され、強い結束は市医師会内で他科の医師より「圧力団体」とまで言われる存在となっていたという。

31) 熊本市医療政策課へのインタビュー（2013年3月）による。

32) 「熊本日日新聞」、2001年12月11日(日)、朝刊。

33) 島添[2003] 31頁。

34) 「熊本日日新聞」2010年12月29日、朝刊。後藤善隆センター副院長談による。

ており、充実した熊本市の医療・救急体制に大いに寄与しており市民に安心感を与えていることに感謝」の挨拶が述べられる一方、センターとしては「出勤協力の枠を埋めるのに大変苦勞しているのが現状」で、「埋まらない枠には医師会病院の勤務医や担当理事」が入り負担が増加しているため、未出勤の医師に参加を呼びかけている³⁶⁾。続く2011年11月には、大学からの派遣医の減少枠を常勤医で補充できなくなった内科について、「熊本市に限らず熊本県内外に広く、内科医師の募集を行い」、「幸いにも、久留米、北九州、佐賀、宮崎から」の応募を得て10月から出勤を得たことが、出勤協力医連絡室から報告されている³⁷⁾。次いで2012年3月には、執行部の見解として、（近く）「開設される日赤小児科が圏域の初期急患児のすべてに対応することは「不可能」であると思われること」から、「出勤協力医を含めた」センター（医師会病院）小児科が「初期・2次救急に専念することが熊本赤十字病院・子ども医療センターが十全な役割を発揮する必要条件と思われる」とする。そして、2011年度には県外10名の医師に出勤依頼をしたが、「今後、この熊本方式としての救急医療をどう運営していくか早急に検討し対応していかなければ」との問題意識が示されている³⁸⁾。しかしその1年後の2013年3月には、依然として「出勤協力医の減少傾向」と「とりわけ内科の出勤枠を埋めるのに大変苦勞している現状」が報告され、2014年3月の記録も熊本方式の存続のため、医師への出勤協力呼びかけが繰り返されているに留まる³⁹⁾。

センターにおいて「熊本方式」継続のための努力が続けられる中、前掲のとおり熊本市では2011年に「くまもと医療都市ネットワーク懇話会」を設置し、「くまもと医療都市2012グランドデザイン」を策定した。同「グランドデザイン」では、「5．目指すべき姿（2）機能分化と連携によって質の高い医療を提供できる都市」の「救急医療の充実」の項で、小児救急について、重篤な小児救急患者に対応する救急医療体制の整備にふれ⁴⁰⁾、「6．具体的な取り組み」の対応部分で、「2）医師養成」として救急医の養成、「3）プレホスピタルケアの充実」として消防救急隊の医療機関配置により協働で救急救命にあたる「救急ワークステーション」の設置が掲げられている⁴¹⁾が、「出務式」をどうしていくのかについては特に言及されていない。

2012年度第1回懇話会（8月）での「グランドデザイン」実現に向けた意見交換において、熊本地域医療センター院長は、市が力を入れる「在宅医療」重視の流れは趨勢としては当然と理解を示しつつも、患者の視点からは疑問を呈している。県外から参画した学識委員からの「急性期医療では『熊本モデル』が有名であるが、在宅ケアにおいても『熊本モデル』を作ってほしい」との意見に対し、同院長は「（在宅ケアの）『熊本モデル』については、どういうものがよいのか考えてみたい」と述べている⁴²⁾。

35) 「熊本地域医療センターだより」2010年4月号、2－3頁（高瀬直善事務長）。

36) 同上、2011年4月号、3頁（同事務長）。

37) 同上、2011年11月号、3頁（有田哲正地域医療連携室長）。

38) 同上、2012年4月号、3頁（内野節夫総務課長）。

39) 同上、2013年4月号、3頁、2014年4月号、4頁（いずれも竹原恵慈総務課長補佐）。

40) 熊本市〔2012a〕、6－7頁。

41) 同上、12－13頁。

42) 同懇談会議事録（要旨）参照。同意見中の「熊本モデル」は「熊本方式」のことと推察される。

2.3 「熊本方式」の評価

上記のように展開され知名度を上げた小児救急医療の「熊本方式」は、年々厳しさを増す環境の中で、熊本市からセンターへの委託事業としてなお存続、維持されている。30年以上にわたり継承される「熊本方式」はどのように評価されているのだろうか。既に前掲の「展開」においてふれた点もあるが、複数の主体の視点からの評価を瞥見してみたい。

第一に、医師会病院関係者の自己評価である。同センター開院10周年の1992年、副院長は「開院以来、24時間救急医療体制を堅持して来ている。休祭日昼間帯と準夜帯は主として会員に、深夜帯は小児科の一部を除き大学の各医局にお願いするという、全国的にみても大変ユニークな体制で内科、小児科、外科の救急診療に対処してきた。…今日まで200余名の会員と大学医局のご理解とご協力により、順調に推移してきた」と実績を自賛している。しかしその一方で、既に「会員の高齢化とともに、少しずつ出勤辞退者が増え、休祭日や年末年始等のスケジュール作りに支障が出始めて」おり、「新規開業の先生方にも極力ご協力をお願いして、多くの先生方に多忙のなかにも出勤していただいている」が、「若い先生方の開業しやすい環境作りや開業に伴う財政的な不安を少なくするよう医師会としても一層の努力が必要」(副院長)との認識も示している⁴³⁾。

開設から27年を経た2009年6月、「みんなで支えよう、小児救急」をメインテーマとして第23回日本小児救急医学会が熊本市で開催された。当時、全国で約250カ所以上の小児初期救急施設が熊本に習い「出務式」を採用するなど広範な政策波及が見られる中、大会会長を務めた熊本地域医療センターの後藤善隆小児科部長は、意図して「熊本方式」の「再検討」を提言した。その趣意は、出務式はいわば人的・財政的に限られた医療資源による次善の(しかし、開設当時では最善の)対応であり、小児救急は本来、外傷、急病、子育て支援、成長する子どもの早期リハビリなど広範囲の知識と技術を具えた専門の小児救急医と設備による対応が必要であること、また、小児救急医を養成し国内で小児救急医制度を確立するよう訴えるところにあった⁴⁴⁾。このように、熊本地域医療センターの当事者の間では、熊本方式に対する高い自己評価が終始うかがえるものの、他方では、政策方式として継続していく上での課題認識が既に開始10年目には見られ、2000年代に入ると派遣医、次いで開業医の出動が得にくくなり、維持継続の困難性が顕著になるにつれ危機意識も高まりを見せ、より望ましい新たな政策方式に向けた提案がなされるようになってきている。

第二に、熊本の域外の医師からの評価はどうか。2001年、北九州市立八幡病院の市川光太郎小児科部長(日本小児救急医学会代表幹事)は、熊本方式について「独自の取り組みは高く評価できる。ただ長期的には、地域人口50万～100万人に1カ所、ER(救急救命室)機能を持つ新しい形の基幹病院を構築することが理想」と、初期診療から入院治療までをカバーした小児救急の(成人救急とは)別枠のシステムが必要と説いている⁴⁵⁾。

第三に、地元のメディアの評価である。例として熊本日日新聞が熊本方式について報道した記事をすべて検索すると、報道は1990年代初めから現れ、熊本方式の独自性に対する高い

43) (社)熊本市医師会、熊本地域医療センター医師会病院[1992] 103頁。

44) 「熊本日日新聞」2009年8月12日、朝刊。

45) 「熊本日日新聞」2001年12月25日、朝刊。同旨の詳論として、市川、森内[2006] 市川[2008] 市川[2011a] 市川[2011b] 参照。

評価とともに、存続させる上での医療側、受診側、行政側の問題が様々な角度から取材、指摘されており、小児救急の問題に読者の関心を喚起しようとしてきた姿勢がうかがえる。

第四に、行政の評価はどうか。全国から熊本方式への視察が相次ぐなか、厚生省（厚生労働省）関係者も熊本を訪れ同方式について聴取するなど関心を寄せ、その後、診療報酬の計算式など医療政策に反映されたことが報告されている。また、センターとともに熊本方式を推進してきた熊本市は、前掲のとおりセンターに対する事業委託者の立場から、医療側の積年の努力に謝意を呈し続けており、傑出した政策方式としてシティプロモーションにその存在を利活用し続けている⁴⁶⁾。

このように、熊本方式は、1990年代から2000年代にかけて外部からは高く評価され、政策学習の対象とされ続けている。一方、同方式を支える当事者からは、その安定的な継続について危機感が示され、存続のための不断の自助努力が払われつつ、一方で新たな政策を目指す声も生じている。

3 「熊本方式」の課題と解決の方向性

3.1 「熊本方式」の課題

熊本市域の小児科医の協働と連携により継承されてきた熊本方式の課題には、熊本に限らず全国的に小児救急医療が直面している課題と、熊本ならではの地域固有の課題がある。

まず第一に、全国的に小児救急医療が直面している課題としては、既に様々な形で論じられているが、それらを通覧すると、概ね次のように整理することができる⁴⁷⁾。

一つは、そもそも医療制度・医療経済面からみた小児医療の不採算性である。小児患者は、入院する患者が少なく、季節により患者数の変動が激しく、入院してもすぐ退院し、入院生活や検査、処置に看護職員の人手を要する。外来の受療率は低くないものの、やはり患者数に季節変動があり、急性疾患が多く慢性患者が少なく、通院期間が短い特性がある。その結果、医療費は65歳以上の10分の1以下と著しく低い⁴⁸⁾。二つ目に、医療側の問題として、病院については、医療経済の悪化による小児科閉鎖が挙げられる。また、医師については、①一部病院小児科への患者集中による小児科医の疲弊、②救急患者を診療する小児科医不足、③医学部新卒者における小児科志望者の減少、④個人主義的傾向等が指摘されている。三つ目に、受診側の問題として、保護者・患児について、①質の高い医療を希望する意識変容、②知識不足からの不安増大、③受診抑制がかからないこと（コンビニ受診、夜型生活、比較的安価）、④一部の個人主義や強い権利意識の増大（いわゆる「モンスター・ペイシエント」等）が挙げられる⁴⁹⁾。四つ目に、行政については、行政関係者の小児救急医療問題に対する理解や認識の不足も指摘されている。

46) このほか、2001年7月、熊本県救急医療専門委員会は熊本方式を積極的に評価する提言を出している。「熊本日日新聞」2001年12月16日、朝刊。

47) 田中一成〔2002〕762頁、田中哲郎〔2005〕793－795頁等参照。

48) 田中哲郎〔2006〕69頁。

49) モンスター・ペイシエントについて、南〔2008〕村上智彦〔2013〕122－134頁。

これら一般的に指摘される課題のうち特に三つ目の受診側の問題については、前述のとおり、熊本方式の展開過程でもみられることが報道されている。二つ目の医療側の病院の問題などは、熊本市内では前掲のとおり全国有数の医療資源の存在ゆえに、市民に深刻に認識されていない可能性はあるが、対象を県域に広げて考えれば、熊本市への医療資源の集中の裏返しとして、同県の熊本市以外の地域では同様の状況にあるともいえる。

第二に、熊本ならではの地域固有の課題はどうか。一つには、熊本方式当事者の内部環境の問題として、会員医師の高齢化と世代交代による若い世代の医師間での個人主義の台頭により、熊本方式を支えてきた「グループ化」の前提となる人的ネットワークの紐帯が従来ほど堅固なものではなくなってきているとの指摘がある⁵⁰⁾。既に開院10周年の1992年の段階で、医師会病院関係者の危機感と事態改善のための対応の必要性について認識が示されていたが⁵¹⁾、それから20年を経て、懸念されていた傾向がいよいよ本格的に昂進し、顕在化しつつある段階にあるといえよう。二つ目に、こうした状況に対し、市行政は、民設民営の医師会病院への市単費による委託について、「本来市がすべきことをしていただいている」と、熊本方式を高く評価し尊重する姿勢を見せているが、同方式の「維持」については、行政としてイニシアティブを取るのではなく、あくまで医師会、大学、開業医等同方式を連携して支える民間当事者の取り組みに期待し、可能な範囲での側面的支援を行う意向を示すに留めている⁵²⁾。

3.2 「熊本方式」の課題解決の方向性

上記のような熊本方式の課題を解決できる道はあるのだろうか。まず、一般的課題解決については、全国レベルでは前掲のように小児救急医療体制の「集中化」に向けた再編が活路として期待されているものの、課題解決への視界が開かれているとは言い難い。

一方、熊本固有の課題の解決についてはどうか。熊本方式を支える人的資源については、2004年に新医師臨床研修制度（診療に従事しようとする医師は、2年以上の臨床研修を受けなければならない）の必修化により、大学からの医師派遣が低下したほか、開業医らの意識変化などによる人的ネットワークの紐帯の弛緩や空洞化が顕著である。また、グランドデザインなどを見ても、行政主導を要する当面喫緊の在宅医療の推進等により、市行政における政策課題としての優先度の分散や後退も見受けられる。こうした課題の解決の方向性について、その手がかりを地域ブランド政策論にも求めて検討してみたい。

4 地域冠政策方式としての意義と再定位

4.1 地域ブランドとしての政策：「地域冠政策方式」⁵³⁾

今日、地域ブランド戦略は、産品振興はもとより魅力ある地域空間の創出や地域の複合す

50) 地域医療センターインタビュー（2011年9月）による。

51) (社)熊本市医師会、熊本地域医療センター医師会病院 [1992]、103頁。

52) 熊本市医療政策課でのインタビュー（2013年3月）による。

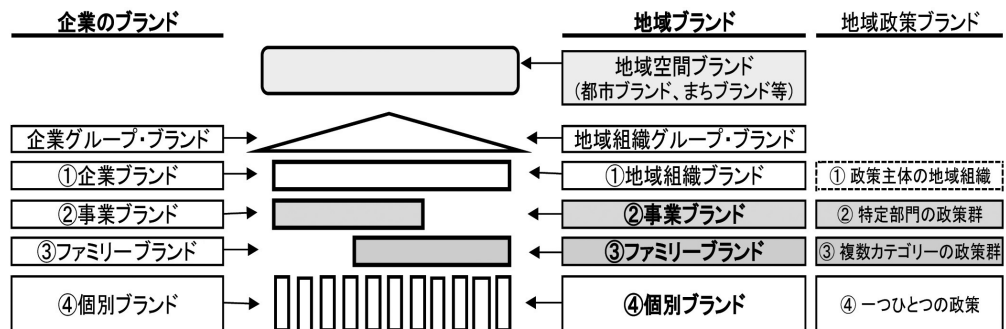
53) 本節の記述については、初谷 [2012c] 等での筆者の考え方を再掲している。

る公共的課題の解決、地域活性の回復等を目指す公共政策として展開されており、地域の事情や特性を反映して多彩な様相を呈している。自治体においても公共経営や地域経営の視点が求められるようになるに従い、地域ブランドはその経営資源のうち情報的資源として重視されるようになってきている⁵⁴⁾。

そこで、筆者は第一に、「地域ブランド」を「ある地域が有する多様な財やサービスなどの地域資源のうち、地域内外の人々から積極的な評価や支持を集め、新たな多面的価値を創造し、当該地域のイメージ向上や活性化に資するもの」と捉えている。

ブランドの階層は、企業の場合、一般に商品・サービスを束ねる単位に従い、上位から①企業ブランド、②事業ブランド、③ファミリーブランド、④個別ブランドの4階層で捉えられる（実務上「①（ないし②）」と「④（ないし③）」の2階層とする例もある）。企業のブランドにおける、企業、事業、ファミリー、個別などのブランド階層はあくまで雛型であり、どのレベルまで規定するかは業種や事業構造により異なる。地域ブランドの場合も、ブランド化の対象が、①組織そのものか（地域組織ブランド）、②当該組織の特定事業（部門）の製品やサービスすべてか（事業ブランド）、③複数のカテゴリーに属する製品・サービス群か（ファミリーブランド）、④製品・サービスの一つひとつか（個別ブランド）により、階層を区分し得る。図1では、企業のブランドと対比させて地域ブランドの階層を示した。

図1 企業のブランドと地域ブランドの体系比較（イメージ図）



（出所）筆者作成。企業のブランドについては青木ほか編著（2000）第10章を参照。

地域ブランドの場合、①地域組織ブランドの上位には、企業グループ・ブランドに対応する地域組織グループ・ブランドが、さらにその上位には、企業のブランドには対応する階層がない地域空間ブランド（都市ブランド・まちブランド等）がある。

第二に、地域ブランド政策の対象としてブランド化が図られる地域資源には、自然資源の加工品が含まれるのと同様に、多様な地域資源を組成要素とする地域政策も含まれると考える。地域では、常にさまざまな主体により数多の地域政策が形成され実施されているが、その中で優れて革新的で独自性を有する政策が創造された場合、その地域政策が地域ブランドとして立ち上がり、持続的な競争優位性（Sustainable Competitive Advantage; SCA）を獲

54) 原田 [2010] 74-75頁。

得ることがある。このように、「地域ブランド化された地域政策」は「地域政策ブランド」と呼ぶことができる⁵⁵⁾。

このように、地域ブランド化された地域政策を地域政策ブランドとして捉える意義として、地域政策の本来効果に加えてその地域ブランド効果の側面も合わせて把握することにより、地域や自治体の政策革新の動態を、より自律的、創造的なものとして説明することができるようになることが挙げられる⁵⁶⁾。

こうした地域政策ブランドの場合、②事業ブランドは特定部門の政策群すべて、③ファミリーブランドは複数のカテゴリーに属する政策群、④個別ブランドは一つひとつの政策についてのブランドを意味することになる。地域政策ブランドの一種である「地域冠政策方式」は②から④のいずれかに該当するが、冠せられた地域名が地域組織（自治体）を強く連想させるときは、①地域組織（自治体組織）ブランドの性格も併有するものといえる。

地域政策ブランドの機能と効果には、①識別（標識）、②出所表示・品質保証、③意味づけ・象徴という一般的な3機能に加え、域内と域外にわたり人的効果、物的効果、社会関係効果がある。表1にはこれらの機能と効果を掲げている。

表1 地域ブランドの機能と効果

機能	効果		
		域内効果	域外効果
①識別(標識)	(1)人的効果	・(ブーメラン効果により)住民満足度を高め、郷土愛や誇り、帰属意識を回復、醸成。	・潜在的住民への訴求度を高め、交流人口さらには定住人口として誘引・定着を企図。人材、新住民の獲得。
②出所表示・品質保証	(2)物的効果	・税収増(ブランドプレミアム効果)による財政改善。	・域外収入確保(ブランドプレミアム効果)による財政改善。
③意味づけ・象徴		・地域経済活性化、振興。 ・域内での投資の喚起。	・域外からの投資誘引や企業誘致(市場価値創造効果)。
	(3)社会関係効果	・域内の構成主体間の信頼、紐帯を強化(ソーシャル・キャピタルの形成)。	・域外の主体との信頼、紐帯を強化(ソーシャル・キャピタルの形成)。

(出所) 関ほか編著〔2007〕、169頁を参照、加筆の上、筆者作成。

地域政策ブランドの場合、地域政策であることによる効果（以下「本来効果」という）に加え、ブランド化されることにより、上記のブランドの3機能や各効果（以下「ブランド効果」という）が上乘せされ期待される。例えば、域内の住民を専ら対象として実施された政策が顕著な本来効果を上げることで、域外の住民に訴求して移住を促した場合、それをブランド効果と見ることができる。また、専ら域内効果を発揮する地域政策ブランドもあれば、域内効果に加えて域外に効果を及ぼす地域政策ブランドもある。いかなる効果を目指して地域政策ブランドを創造するかは、その地域・自治体の主体的な選択に基づく。

55) 同上、16－18頁。

56) 同上参照。

4. 2 再定位

上記の枠組みに基づいて考えるならば、熊本方式は、図1の②特定部門の政策群、③複数カテゴリーの政策群、④一つひとつの政策に対応させて述べるならば、熊本市の②「医療政策群」における、③「小児救急医療政策群」の中の、④「地域連携型小児救急医療体制（市単費委託事業）」のレベルに築かれてきた傑出した地域冠政策方式であるといえることができる。

その機能や効果としては、表1の域内の人的効果（市民のセイフティネットとして定住継続の動機づけになる等）、域外の人的効果（市域外からの受診者数の累増等）、域内の社会関係効果（非営利法人（医師会）の設立に係る公的医療機関と大学医局や開業医ら専門職業人材のネットワーク構築）などの点で特に優っていたものと考えられる。

熊本方式の課題解決策を検討することは、ある地域政策ブランドがその政策の組成要素のいくつかの点で競争優位性が減衰する危機に見舞われたときに、いかに地域ブランドとして再構築するかという問題として捉えることができる。課題解決に向けては、まず第一に、地域ブランド政策の基礎となっている本来政策の再建が求められる。この観点からは、まず医療側において、本政策で不可欠な協力出動医師人材の登録・確保が挙げられる。研修制度の変化もあり大学からの派遣には多くを期待できない現在、世代交代の進む開業医との大学同窓縁を超えた新たな地縁あるいは知縁による連携体制の構築が不可欠である。市としても、熊本方式の存続を支持し、その成果を利用し続けるのであれば、市医師会への事業委託にあたって、県外も含む広域からの医師人材調達に係る所要経費等戦略的な予算措置が要請されよう。外部人材にとっての誘因を経済面だけでなく新たに開発、設定するとともに、医療に係る人材派遣事業者も含め様々な人材供給主体と緊密な協働を開拓する必要があるだろう。

第二に、地域ブランド政策としての再検討である。熊本方式は、地域ブランド階層から見れば、④一つひとつの政策のレベルの地域政策ブランドに該当するが、地域空間ブランドとして「医療拠点都市」を標榜する熊本市の立場からは、②医療政策レベルや③救急医療政策レベルで新たな「熊本方式」を創造する方向へ、医師会との協働事業を展開する方策も考えられる。熊本方式の地域ブランド価値を医療機関、大学、開業医らの地域連携型である点に見出すならば、例えば同じ小児医療分野や、あるいは現下の重点政策である在宅医療の分野などにおいて新たな地域連携型の熊本方式を創造するなどの方途である。その際、従来の地域連携型小児救急医療体制としての熊本方式は、30年強の実績をもっていったん総括し、関係者の多年の努力を顕彰した上で、現有資源で可能な量的レベルに事業内容を移行させることも検討対象となろう。むしろ、そのように現存する医療資源を新たな地域ブランド政策の開発や展開に集約化し、③の医療政策レベルあるいは④の救急医療政策レベルで、「医療拠点都市・熊本」（地域空間ブランド）を支える新たな「熊本方式」（地域政策ブランド）の創出に関わっていく方策も考えられる。

ブランド価値の崩壊に係る先行研究では、ブランドを衰退させる要因として、①ブランド戦略の失敗（本来のブランド価値を損なうブランド戦略の発動によって、これまで築き上げてきたブランド・イメージを崩壊させること）、②社会環境からの影響（環境や安全面からの組織の社会的責任や法令遵守の姿勢が求められることにより、当該ブランドの存立自体に

影響が出ること) ③情報価値の軽視・無視(組織内外の様々な情報上の価値を適切に遣り取りできず、結果として情報価値の重要性を認識できないという情報伝達課題をクリアできずに価値喪失を招くこと)が指摘されている⁵⁷⁾。熊本方式は、②と③の要因にさらされている⁵⁸⁾。

関係者に過重な奉仕を求め続けることにより「名を重視するあまり実を失う」ことのないよう、名を捨てずに実も維持する戦略的な対応が求められる段階に来ていると考えられる。小児救急医療の熊本方式に取り組んできた関係者の功労を高く評価しつつ、社会環境の変化を見定め、地域政策としての地域連携型小児救急医療体制については無理のないレベルに集約し、医療分野での地域政策ブランドとしての熊本方式の保持・発展方策の検討に関係者は力を注ぐ必要があるのではないだろうか。

おわりに

以上、本論では、ある時代以降、先進性、独自性を高く評価され、相当年数にわたり競争優位性を保ってきた地域冠政策方式が、当該政策主体を取り巻く外部環境や、その組織の内部環境の変化によって、政策方式の組成要素の減衰という事態に直面した場合に、その意義を評価しつつ新たな政策文脈の中でいかに再定位していくかという問題について検討した。熊本方式の実績と帰趨は、医療拠点都市・熊本の地域ブランド政策、シティプロモーション戦略においてはもとより、類似の課題を抱える都市や地域の地域ブランド政策に多くの示唆を与える事例ではないかと考えられる。

謝辞

本研究を進めるに当たり、熊本地域医療センター、熊本市医療政策課の担当者の皆様にはインタビュー調査等でご教示ご協力を賜りました。厚く御礼申し上げます。

【参考文献】

- 青木幸弘、岸志津江、田中洋編著 [2000] 『ブランド構築と広告戦略』 日経広告研究所。
- 明石照久 [2009] 「都市の再活性化戦略について－神戸医療産業都市構想の事例から－」 『アドミニストレーション』 第16巻第2号、1－19頁。
- 市川光太郎、森内浩幸 [2006] 「小児救急医療の現状と課題－より良い小児救急医療提供はいかにあるべきか」 『日本病院会雑誌』、53巻9号、1258－1277頁。

57) 平山 [2012]、148－149頁。

58) 熊本地域医療センターでは、2014年度も市民向けの公開講座で「小児の休日夜間救急医療の現状」と題して熊本方式が30年以上継続していることの意義と受診状況を伝えた上で「これからも「熊本方式」は続いていくの?」とし、「問題がないわけではありません...／・開業小児科医の高齢化、・小児科医の不足/現在、いろいろな工夫を試みながら、なんとか熊本方式を続けようと奮闘中です...」と危機の周知と市民の理解を求めているが、配布資料の表現では、センターの自助努力は伝えられても、市民が存続のためにみずから、あるいはセンターや市に対して何をする必要があるのかは訴求され難いように思われる。

- 市川光太郎 [2008] 「小児科における救急医療の現状と展望－理想的な小児救急医療体制はだれが
つくるべきか」『医学のあゆみ』、226巻9号（通号2715号） 730－736頁。
- 市川光太郎 [2011a] 「小児救急医療の現状と問題点－総合小児救急医学の体系化を目指して」『小
児科臨床』、64巻4号（通号761号） 547－553頁。
- 市川光太郎 [2011b] 「小児救急の本質とあるべき姿」『小児科臨床』、64巻4号（通号761号）
539－546頁。
- 熊本県 [2013] 『第6次熊本県保健医療計画』 熊本県。
- 熊本市 [2012a] 『くまもと医療都市2012 グランドデザイン ～安心を支え、未来を拓く「医療拠
点都市」～』 熊本市、くまもと医療都市ネットワーク懇話会（2012年3月）。
- 熊本市 [2012b] 『わくわくがはじまる本』 熊本市。
- 熊本市医師会編 [2008] 『熊本市医師会百周年記念誌』 熊本市医師会。
- (社)熊本市医師会、熊本地域医療センター医師会病院 [1992] 『開院10周年記念誌』 熊本地域医療セ
ンター医師会病院。
- 桑原正彦 [2010] 「小児救急医療の課題と成果」『公衆衛生』、74巻12号、1000－1004頁。
- 厚生労働省 [2014] 「救急医療体制等のあり方に関する検討会 報告書」（平成26年2月）。
- 後藤善隆 [2005] 「「地域医療における特色ある小児救急の取り組み 熊本方式」『日医雑誌』 第134
巻第5号、810－812頁。
- 島添健輔 [2003] 「小児救急医療の危機を先取りしてきた『熊本方式』の現状と課題－その先進性
と、今後の問題点についての考察」『月刊保団連』、通号785号、28－31頁。
- 関満博・(財)日本都市センター編 [2007] 『新「地域」ブランド戦略－合併後の市町村の取り組み
－』 日本経済新聞出版社。
- 田中一成 [2002] 「行政の立場からみた小児救急医療」『日本医師会雑誌』、128巻5号、759－762
頁。
- 田中哲郎 [2005] 「小児救急が問題となる社会的背景」『日本医師会雑誌』、134巻5号、793－796
頁。
- 田中哲郎 [2006] 「小児救急医療体制の整備のために」『都市問題』、97巻2号、67－73頁。
- 日本小児医学会理事会、小児医療改革・救急プロジェクトチーム [2005] 「わが国の小児医療・救
急医療体制の改革に向けて「小児医療提供体制の改革ビジョン」」『日本小児科学会雑誌』、109
巻3号、387－401頁。2005.3.
- 初谷勇 [2010a] 「「政策方式」の創造と展開－地域ブランド政策の観点から－」、『地方自治研究』
Vol.25 No.1、14－27頁。
- 初谷勇 [2010b] 「地域ブランドとしての「政策方式」－その意義と課題」、『日本公共政策学会2010
年度研究大会 報告論文集』、531－543頁。
- 初谷勇 [2011] 「地域ブランドの構造、形成と管理－グリーンツーリズムを事例として－」、『地方
自治研究』 Vol.26 No.1、1－16頁。
- 初谷勇 [2012a] 「地域ブランド・マネジメント－「鳥取方式®」の芝生化」を事例として－」『地方
自治研究』 Vol.27 No.1、29－42頁。
- 初谷勇 [2012b] 『公共マネジメントとNPO政策』 ぎょうせい。
- 初谷勇 [2012c] 「第4章 地域ブランド政策とは何か」 田中道雄・白石善章・濱田恵三編著

[2012]『地域ブランド論』同文館出版、57-70頁。

初谷勇 [2012d]「地域ブランド政策の理論と実践に関する比較政策研究」(科学研究費助成事業(科学研究費助成金)研究成果報告書)(2009-2011年、基盤研究(C))。

初谷勇 [2014]「地域ブランド政策と「地域冠政策方式」」『地域と社会』第17号、41-94頁。

平山弘 [2012]「第9章 地域資源ブランドの価値創造と崩壊からみえてくるもの」田中道雄・白石善章・濱田恵三編著 [2012]『地域ブランド論』同文館出版、139-157頁。

廣田昌彦 [2013]「病院の名前」「熊本地域医療センターだより」2013年2月号、2頁。

原田将 [2010]『ブランド管理論』白桃書房。

南俊秀 [2008]『モンスター・ペイシエント：崩壊する医療現場』(角川SSC新書;053) 角川SSコミュニケーションズ。

村上智彦 [2013]『医療にたかるな』、新潮社。

以上のほか、「熊本日日新聞」、「熊本地域医療センターだより」を参照した。

【インタビュー】

2011年9月15日、熊本地域医療センター医師会病院総務課。

2013年3月18日、熊本市健康福祉こども医療政策局医療政策課。

【ウェブサイト】

厚生労働省「平成24年度全国医政関係主管課長会議」資料(指導課) 2013年3月4日。(厚生労働省ウェブサイト：<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002woxm.html>、2013年8月31日閲覧)

幸山政史ウェブサイト：<http://www.kohyama-office.com/pledge/index.html> (2014年8月31日閲覧)