



公立森町病院の取り組み

当院は、静岡県西部にある森町が単独で運営している、急性期病棟93床、回復期リハビリテーション病棟38床の131床の町立病院である。これまで近隣医療機関や介護施設との連携に重点を置き、在宅医療も含めた生活圏での医療に取り組んできた。



病院全景

森町は、北部に広大な中山間地を抱え、平成27年4月1日時点で人口19,200人、高齢化率は2025年の日本の平均高齢化率予測とほぼ同じ30.2%である。当院は新東名高速道路の森掛川インターチェンジと、スマートインターがある遠州森町パーキングエリアのほぼ中間にあり、また今年の3月に天竜浜名湖鉄道の森町病院前駅が開設され、交通の便は比較的恵まれている。

森町は、古くから南北の塩の道、あるいは秋葉神社の参拝道として栄え、町内の天宮神社と小国神社、山名神社の祭りで奉納される三大舞楽は、国の重要無形民族文化財に指定され、毎年11月に



公立森町病院院長 中村 昌樹

行われる「森のまつり」は、遠州地方のその年の祭りの締めくくりとして三日間大いに盛り上がる。古い伝統と地縁社会の残る町である。

当院の置かれている中東遠二次医療圏は、磐田市立総合病院と中東遠総合医療センターが地域の中核的急性期医療を、当院と菊川市立総合病院、市立御前崎総合病院がそれを補完する医療を担う方向で、公立病院同士の機能分化と連携が進んでいる。

当院は、平成22年度から、磐田市立総合病院、菊川市立総合病院と連携して、静岡家庭医養成プログラムに取り組んでいる。全国から集まったレジデントは、菊川市と森町に建設した二つの家庭医療クリニックで研修し、臓器別専門研修は磐田市立総合病院で行うというものである。現在までにこのプログラムから11人のプライマリケア連合学会認定の家庭医専門医を輩出している。森町では、病院に隣接して家庭医療クリニックを建設し、当院が地域の一般急性期、亜急性期の入院機



在宅訪問診療

能を、家庭医療クリニックが外来と在宅の専門的機能を、さらに専門的医療機能は他院との連携で対応してきた。

平成22年9月に、病院と地域住民の架け橋となることを目的に、住民有志による「森町病院友の会」が設立された。この会の活動として、地区毎に年4回開催される地域懇談会は、病院職員と地域住民とが膝を交えて語り合う場となり、家庭医も含めた新たな医療提供体制に対する住民の理解を深めることにも大いに役立ってきた。専門職の役割は、地域住民が自ら適切な選択ができるよう、適切な情報と選択肢を提示することであるとし、当院は「自立を支える医療」をめざしてきた。静岡県が独自に算出した市町別お達者度では、森町は平成22年度男性2位、女性1位であり、平成23年度は男性1位、女性4位、平成24年度は男女とも1位という結果であった。この結果を踏まえ、今後さらに地域住民との連携を活かしていきたい。

当院は、平成24年度に国の在宅医療連携拠点モデル事業を受託することになり、これを契機として新たに在宅医療支援室を設置し、在宅部門における診療補助者である在宅医療コーディネーターの育成に取り組んできた。在宅医療コーディネーターは、医師の訪問診療補助業務、連携する在宅療養支援診療所や多職種間のコーディネート、在宅医療に関わる患者や家族からの相談業務等を担い、担当医が変わっても一貫した在宅医療が提供できるよう医師を支援している。また、医師、歯科医師、看護師、ケアマネジャー、薬剤師、介護施設職員、地域包括支援センター職員、行政職員、さらに地域の民生委員なども参加した多職種合同カンファレンスも在宅医療支援室が中心となって開催してきた。



多職種合同カンファレンス

平成23年10月に県医師会を中心とした静岡県在宅医療推進センターの事業として静岡県版在宅医療連携ネットワークシステムの運用が始まり、当院は平成26年2月からこのシステムに取り組んでいる。このシステムは主治医を中心とした患者ごとの多職種チームを登録し、IT機器を活用して登録したチーム内での情報共有を支援する仕組みである。当院では、カルテとは別に互いに伝えたいと思われる情報の共有に使用しており、在宅医療コーディネーターが訪問診療に同行した際、医師の診療内容を他の職種にもわかりやすい言葉で入力しているため、介護職やケアマネジャーにも情報が伝わりやすく、また、カルテとの2重記載という医師の手間を省くことで連携をより円滑にしている。

一方、病診連携、病病連携における電子カルテの情報共有は、平成23年4月に県内で始まったふじのくにバーチャルメガホスピタルのシステム「ふじのくにねっと」を活用している。これは2次医療圏毎の運用となっており、中東遠地域では5つの公立病院すべてが参加し、今年度になり5病院がすべて時間外にも対応できるようになったことで、救急医療での活用が進むことが期待されている。

当院では、「ふじのくにねっと」はあくまで電子カルテの共有に、静岡県版在宅医療連携ネットワークシステムは多職種間の情報共有にと使い分けている。電子カルテの情報をどこまで開示するかという個人情報の問題もあり、医師間とその他の職種間では共有すべき情報が異なることもあり、それぞれのシステムを使い分けることは効率的でもある。同時に、多職種合同カンファレンスなどで、互いの立場と役割を理解し、いわゆる「顔の見える関係」を構築することによってITシステムも生きてくると思われる。

昨年度、当院では、在宅医療を支える入院機能として、新たに制度化された地域包括ケア病床の導入に取り組んだ。まずは4床から開始し、しだいに増床して現在は22床を運用している。当院ではすでに回復期リハビリテーション病棟を運用していたため、地域包括ケア病床との使い分けが一つの課題であった。現在退院支援の選択肢として、積極的リハビリテーションが可能な患者には回復期リハビリテーション病棟を、そうでない患者に

は地域包括ケア病床を提示している。今後さらに認知症の患者も増えることが予想され、在宅復帰のために、患者ごとに必要なポイントに絞ったりハビリテーションや、生活支援のための家族への指導などにも地域包括ケア病床が有効であると思われる。

高齢化社会を支えるための地域包括ケアシステム構築において、当院のような中小病院の役割はますます重要になると思われる。さらに高次医療機関との連携や、地域の医師会との連携も必要不可欠である。今後も連携をキーワードに地域医療に取り組んでいきたい。

中村 昌樹（なかむら まさき）先生 ご略歴

昭和60年3月 浜松医科大学医学部 卒業
昭和60年6月 浜松医科大学第二外科 入局
平成9年4月 公立森町病院 赴任
外科部長、副院長を歴任
平成14年4月 病院長就任
現在に至る。

学会等

日本外科学会専門医
日本消化器外科学会専門医
浜松医科大学臨床教授
地域包括医療・ケア認定医
日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医
認知症サポート医