

## 公立森町病院の地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み



### はじめに

当院は、静岡県西部にある森町が単独で運営している 131 床の町立病院である。森町は、北部に広大な中山間地を抱え、人口 19,200 人、高齢化率は 2025 年の日本全体の平均高齢化率予測とほぼ同じ 30.2% である（平成 27 年 4 月 1 日）。当院は、小さな町の自治体立病院として、近隣医療機関・介護施設との連携を重視しつつ生活圏の医療に取り組んできた。地域住民の安心を支えるため、救急患者の受入れや在宅医療に取り組み、また、病院に隣接して建設した家庭医療クリニックとの連携、住民有志の会との協働などにも取り組んできた。昨年度地域包括ケア病床を導入し、今後さらに地域包括ケアシステムの中心的役割を目指している。これまでの当院の取り組みについて紹介する。

### 地域の概要

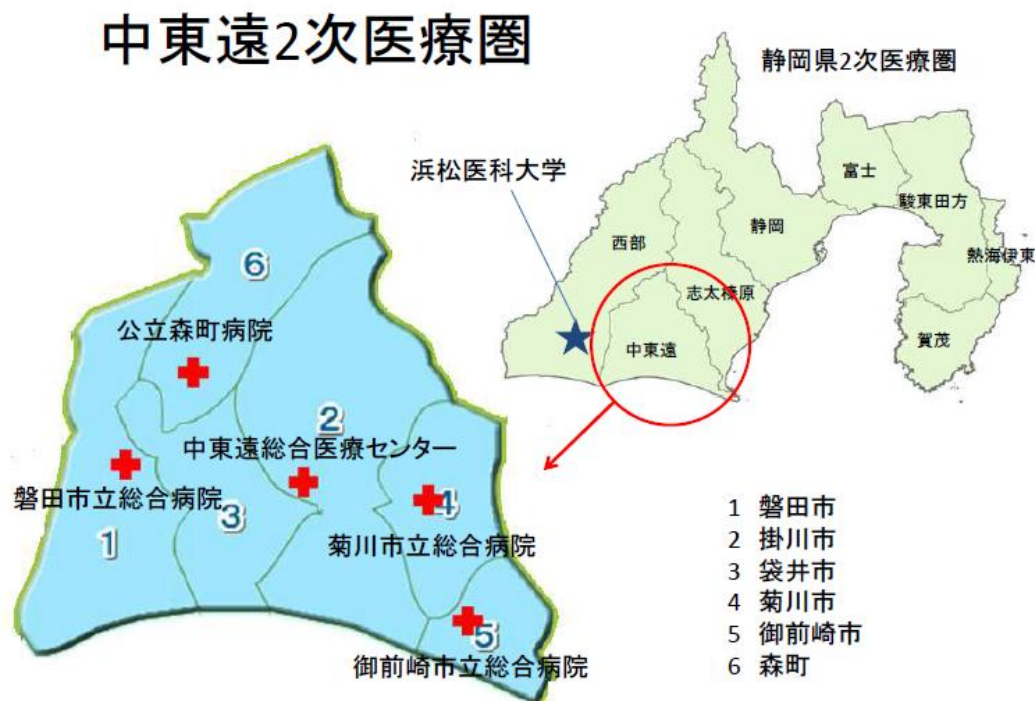
静岡県は東部、中部、西部の 3 つのエリアに分けられる。西部地区は古くは遠江、現在は遠州と呼ばれ、西は愛知県と接し、遠州灘を底辺とし、長野県と接する北部の山岳地帯を頂点する三角形を形作っている。西部地区はその真ん中を南北に流れる天竜川によって東西に分けられ、西側は県内唯一の医学部をもつ浜松医科大学のある西遠地域である。天竜川で浜松市と隔てられる東の地域が当院の置かれた中東遠地域である。中東遠地域は、御前崎から天竜川までの遠州灘を底辺とし、森町北部の山岳地帯を頂点とする三角形を形成し、ちょうど静岡県西部地区と相似形をなしている。中東遠地域は県内八つの二次医療圏の一つでもあり、磐田市、袋井市、掛川市、菊川市、御前崎市、そして森町と 6 つの市町で構成される人口 46 万人あまりの地域である。

森町は、中東遠 2 次医療圏の北部に扇の要のように位置し、磐田市、袋井市、掛川市と接している。東海道線沿線からは外れているが、平成 24 年 4 月に静岡県内に新東名高速道路が開通し、森町には森掛川インターチェンジと遠州森町パーキングエリア（スマートインターチェンジ）の二つのインターチェンジがあり、当院はその中間に位置する。また、奥浜名湖を中心に、東海道線掛川駅と新所原駅をつなぐ天竜浜名湖鉄道が森町内を通じ、平成 27 年 3 月 14 日に、当院の敷地に接して森町病院前駅が新設された。

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の祭りで奉納される十二段舞楽は、国の重要無形民族文化財にも指定され、1300年の伝統を伝えている。毎年11月に行われる「森の大祭」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。祭り以外にもさまざまな町内の行事や奉仕活動などを通じて住民同士のつながりが強い土地柄である。

静岡県内で急性期医療を担ってきたのは、主に各市町が運営する公立病院であり、民間の医療機関が少ないことが本県の特徴である。中東遠地域でも平成24年度までは、各市町がそれぞれ運営する6つの公立病院が急性期医療を担ってきた。平成25年5月1日に袋井市立袋井市民病院と掛川市立総合病院が統合し、掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センターが新たに開設し、以後5つの公立病院が連携して地域の急性期医療を担っている。現在、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、御前崎市立総合病院がそれを補完する医療を担う方向で、公立病院の機能分化と連携が進んでいる（図1）。

図1



#### 公立森町病院のあゆみ

当院の沿革は、昭和33年に厚生連経営の静岡県厚生農業協同組合周智病院を町が買収し、「公立周智病院」としたことに始まり、昭和34年に「公立森町病院」が建設された。以後

地域の中核病院の役割を担ってきた。平成 3 年に病院として訪問看護を開始、平成 4 年から医師も訪問診療に携わるようになった。その後建物が老朽化し、地域の医療ニーズに応えられなくなったことから、平成 9 年に現在の病院への建て替えが行われた。

新病院は一般病床 140 床、内科・外科・整形外科・小児科・耳鼻咽喉科・眼科・歯科口腔外科の標榜科目で急性期病院として業務を開始し、町内の特別養護老人ホームや平成 17 年に病院隣接地に建てられた老人保健施設との連携体制を構築してきた。平成 15 年に泌尿器科が常勤体制となり、同年オーダーリングシステムを導入し、地域の急性期医療を担う体制がようやく整ってきた。

しかしながら、その後全国的に医師不足が表面化し、当院でも平成 17 年から耳鼻科、眼科、泌尿器科が非常勤体制となった。そこで、新たに皮膚科の外来診療を開始、以後浜松医科大学や近隣医療機関の協力を得て、徐々に専門外来を充実させ、常勤医師は頻度の多い身近な疾患に対応し、専門的な医療については、近隣医療機関や非常勤の専門外来医師との連携で対応するよう体制を整備してきた。救急医療については、平成 18 年度から森町の開業医にも週 1 回当院の救急外来に参加してもらうこととなった。

また、当院では平成 12 年度以来毎年、公立森町病院部署別目標発表会を開催してきた。当初は院内各部署の目標管理がその目的であったが、町長はじめ役場の課長、町議会議員、さらに町民有志の病院ボランティアにも参加を呼びかけた。その結果、この会が病院の実状を町民に伝える情報公開の場として重要な意味を持つようになってきた。

平成 20 年 1 月には高度急性期医療機能を目指す磐田市立総合病院との業務提携を結び、当院は地域一般急性期、亜急性期、在宅診療など生活圏の医療を担う方向で役割分担を進めてきた。平成 21 年度に当院では 4 人部屋の病室 8 床分をリハビリ訓練室とし、個室 1 床を言語聴覚訓練室として回復期リハビリテーション病棟を開設し、近隣病院から亜急性期の患者を受け入れるなど、機能分化はさらに進んだ。

平成 22 年度から家庭医養成プログラムに取り組み、平成 23 年 12 月病院に隣接して、森町家庭医療クリニックと森町訪問看護ステーションを一体化した森町家庭医療センターを建設した。平成 26 年 2 月に電子カルテを導入し、同年 10 月森町家庭医療クリニックの電子カルテとの統合を行った。

#### 家庭医養成プログラム

磐田市立総合病院初期研修医の地域医療研修を受け入れたことをきっかけに、若手医師の育成のため、当院と磐田市立総合病院、そして菊川市立総合病院の 3 病院と 3 つの自治体が共同で家庭医養成に取り組むこととなり、平成 22 年度から米国ミシガン大学家庭医療学講座の協力を得て、後期研修としての静岡家庭医養成プログラムが開始した。菊川市と森町に家庭医療クリニックを建設し、全国から集まったレジデントが二つのサイトに分かれ、そこで継続的診療を行いながら、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。地域に密着した病院だからこそできる総合的診療能力を持つ医師の育成の場を

提供するだけでなく、磐田市立総合病院が専門的医療を、当院が地域の一般急性期、亜急性期医療の入院機能を、さらに家庭医療クリニックが外来と在宅医療の専門的機能を担うことで、3階建ての医療提供体制を構築することで、地域に新たな医療を提供することも当院の目的の一つである。このプログラムには平成25年4月から御前崎市立総合病院も参加している。

当初、住民にとって家庭医という名称はなじみがなく、戸惑いの声も多くみられたが、町内各戸に配備された同報無線機による広報や、住民向け講演会を繰り返すことなどで次第に家庭医の認知度も上がり、今では多くの住民が病院の外来と家庭医療クリニックを使い分けることができるようになってきている。この間、住民有志によって立ち上げられた「森町病院友の会」との協働が、極めて重要な役割を果たしてきた。

#### 住民有志の会

当院では、平成21年度から3か年の第1次公立森町病院経営改革プランを策定し、救急医療を始めとした地域一般急性期医療、亜急性期病床及び回復期リハビリテーション病棟、さらに地域で継続的に医療を提供するための在宅医療などに取り組んだ。

この経営改革プランに取り組む過程で、病院、行政機関だけでなく、住民もまた、それぞれの立場がそれぞれの役割を果たしていこうとする気運が醸成された。

そして平成22年9月に、住民自ら健康管理について学ぶこと、また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6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。

また「森町病院友の会」は、浜松医科大学地域医療学講座の支援を受け、袋井市の「NPO法人ブライツ」や掛川市の「f.a.n 地域医療を育む会」とともに地域医療支援ネットワーク協議会を立ち上げ、各市町でシンポジウムを開催するなど、住民が地域医療について考えるきっかけとなる活動もしてきた。それらの活動の結果、御前崎市、磐田市、菊川市にもそれぞれ「御前崎市地域医療を育む会」、「地域医療いわた」、「菊川市地域医療を守る会」などが次々に立ち上げられた。平成26年度までに中東遠地域すべての市町に地域医療を考える住民の会が設立され、地域医療支援ネットワークを通じて各市町の住民が互いに情報を共有することで今後の地域医療を支える大きな力となることが期待される。

#### 在宅医療連携拠点事業

当院は、平成24年度からは3か年計画で第2次経営改革プランに取り組んだ。第2次経営改革プランの目玉は、在宅医療連携拠点としての役割の強化である。平成24年度に当院と森町家庭医療クリニックが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な在宅医療支援システム作りに取り組んだ。その一つとして新たな職

種として在宅医療コーディネーターの育成に取り組み、在宅医療の専門部署として家庭医療センター内に在宅医療支援室を設置した。在宅医療コーディネーターの業務は、医師の訪問診療補助業務だけでなく、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、在宅医療に関わる相談業務等であり、家庭医レジデントがローテーションで交代しても、在宅患者に継続的な医療を提供できるようサポートしている。

また、年1回の在宅医療研究会、年3回の多職種合同カンファレンスの開催も在宅医療支援室が中心となって行ってきた。この会には医師、歯科医師、看護師、ケアマネージャー、薬剤師、介護施設職員、包括支援センター職員、事務職、行政職員、さらに地域の民生委員なども参加し、在宅医療に関する諸問題についてグループディスカッションなどを行ってきた。多職種合同カンファレンスは、在宅医療に関わる地域の医療、介護資源を知り、それぞれの役割を理解することで連携がしやすくなるなど、いわゆる顔の見える関係構築には有効な手段であると思われた。

当院は在宅医療連携拠点としての役割に重点をおき、それまで当院が担ってきた森町の在宅医療は次第に家庭医療クリニックの役割に移行してきた。在宅医療の場では専門性よりも総合的診療能力が求められることが多く、今後さらにその担い手としての家庭医の役割に期待したい。

病院の主たる役割は、やはり入院機能であり、急性期の入院は、治療を最優先として生活の場そのものを病棟に移すことである。しかしながら在宅医療の対象者となる患者は癌末期の患者や終末期高齢患者など病状の回復が困難な患者が多く、むしろ療養生活において個人の価値観を重視するものが多い。必ずしも治癒を希望しない患者が急性期病棟に入院したりすることで、結果として患者の期待にそぐわない医療となる可能性もある。

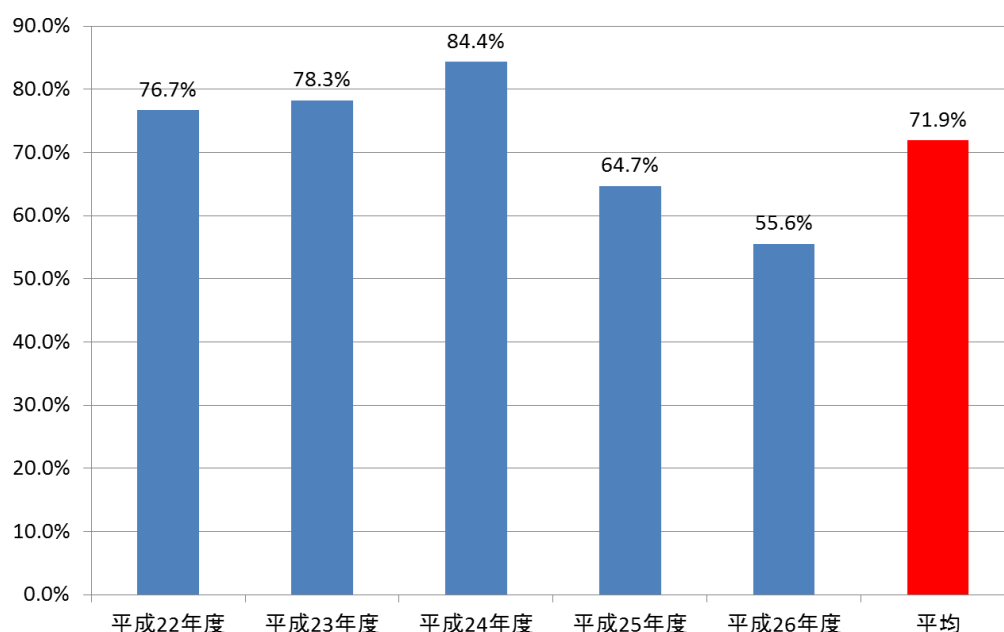
一方、当院が行った一般住民向けアンケート調査によると、在宅医療を継続するうえでの課題として、患者家族・介護者への支援体制と、症状が悪化した時の医療対応についての不安が最も多かった。退院支援の調査でも同様の結果であり、在宅医療を普及させるためには、介護者の負担軽減や、急変時の対応に対する患者、家族の不安を軽減させるよう在宅医療を支え、必ずしも根治を目的としない入院機能も必要であると思われた。当院では在宅患者にも必要な場合は入院という選択肢も提示してきた。できるだけ在宅療養を継続しつつ、最終的に家での看取りが困難な場合は、入院での看取りも選択肢として提供してきた。しかしながら当院で訪問診療を行っている患者の平成22年度から26年度の5年間における在宅看取り率の平均は71.9%だったことから、導入時にたとえ不安があったとしても、多くの患者が最期まで自宅で過ごせているという事実がある(図2)。したがって退院支援時に、必用時は入院も可能であることを提示しつつ、患者家族と一つのチームとなって、まずはできることからやってみようという姿勢を持つことが必要と思われた。

だが当院においては年度ごとに在宅看取り率が低下しており、患者を介護する家族も高齢化し、自宅での介護がますます困難となってきたことがうかがえる(図2)。今後は必ずしも病状の回復を目的としないが突発的な状態変化に対応できる入院機能を明確にし、

「ときどき入院ほぼ在宅」の実現を目指すことが必要と思われた。そこで当院では、在宅医療を支える入院機能として、昨年度制度化された地域包括ケア病床の導入に取り組んだ。

図 2

## 訪問診療患者の在宅看取り率 森町病院・森町家庭医療クリニック



### 地域包括ケア病床の導入

当院は、平成 11 年に退院後の患者を適切な療養の場に繋げることを目的として地域医療支援室を設置し、退院支援に力を入れてきた。後に医療連携、介護施設との連携、退院支援の情報が集約されるよう地域医療支援室と医療相談室、医事課病診連携係を一体化して地域医療連携室とした。その後地域医療連携室の在宅医療部門を在宅医療支援室に移行し、現在地域医療連携室を中心とした退院支援委員会が、病棟看護師全員の退院支援能力を高めるよう支援している。

当院の特性として、何らかの退院支援が必要な高齢者の緊急入院が多いことが挙げられる。当院はこれまで DPC 適用の急性期病棟 93 床（うち亜急性期病床 4 床）、回復期リハビリテーション病棟 38 床を運営してきた。回復期リハビリテーション病棟の平成 26 年度の実績では ADL3 点以上の改善率 80%、在宅復帰率 91%であり、リハビリテーション意欲のある多くの患者の在宅復帰を可能としている。一方、認知症などで積極的リハビリテーションが難しい患者については、これまで退院調整のために亜急性期病床を活用して老健施

設や療養型医療機関に繋げることが多かった。

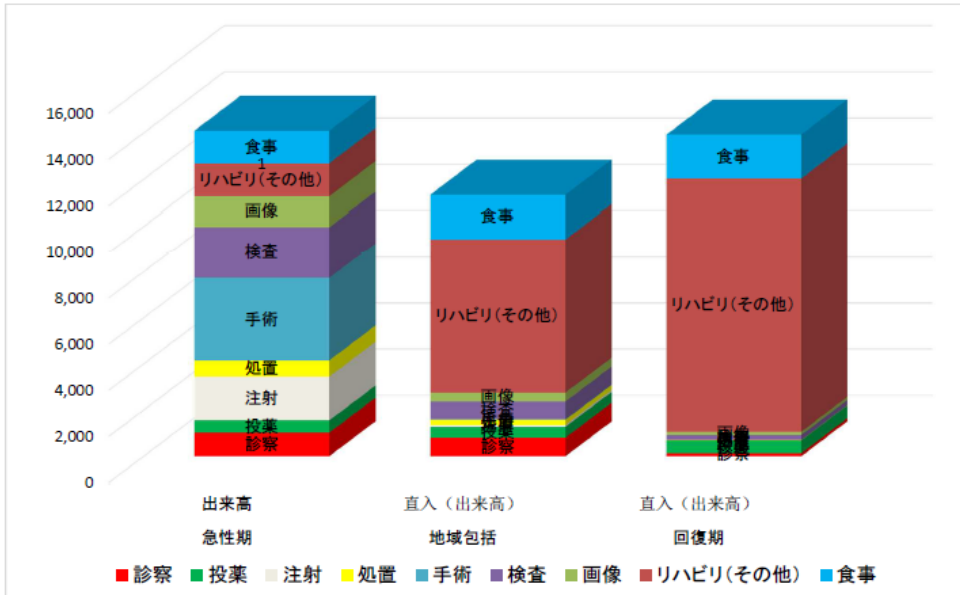
平成 26 年度診療報酬改定で地域包括ケア病棟が新設されたが、当院では 200 床以下の病院で認められている病床単位での導入を行うこととし、平成 26 年 6 月に 4 床導入し、亜急性期病床は廃止して、その後しだいに増床し、現在 21 床を運用している。平成 26 年 6 月から平成 27 年 5 月までの地域包括ケア病床入院患者延べ 190 人の内、当院の一般病棟から 152 名 (80.0%)、他院から 21 名 (11.1%)、自宅から 15 名 (7.9%)、その他 2 名 (1.1%) という入院経路であった。

亜急性期機能として当院では回復期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。当院の地域包括ケア病床と回復期について、実際の病床機能を出来高算定に置き換えて分析してみた (図 3)。急性期、地域包括ケア、回復期の順に明らかに画像や検査、処置などの比率が少なくなり、リハビリテーションの比率が多くなっている。入院患者の平均年齢は、急性期 74.9 歳、回復期リハビリテーション病棟 79.5 歳、地域包括ケア病床 84.2 歳と地域包括ケア病床の年齢層が高くなっている。リハビリテーションの 1 日あたり実施単位数は、回復期リハビリテーション病棟では一人平均 6 単位であるが、地域包括ケア病床では一人平均 2.2 単位であった。地域包括ケア病床患者の 91% にリハビリテーションを実施し、在宅復帰率は 82% であった。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することで在宅復帰に繋げている。高齢でも意欲があればリハビリテーションでの機能改善が期待できるが、加齢とともに意欲自体を維持することが難しくなる。今後さらに高齢化が進み、認知症の患者も増えることが予想され、家族に向けたケアの指導などのためにも地域包括ケア病床が有効であると思われる。

図 3

## 急性期/地域包括/回復期単価(日)分析

#すべて出来高換算 #データ期間 2014/06-2015/05



### 地域包括ケアシステムの構築に向けて

地域包括ケアシステムとは、人々が住み慣れた地域で最期までその人らしく過ごすことを支える仕組みである。そのためには自助、互助の仕組みが基本であり、専門職はあくまでそれを支援する立場である。そもそも医療とは、人が生まれて死ぬまでの過程で、自助の努力だけでは自立が困難で支援が必要とされ、その必要に応えるために構築されたシステムである。すなわち基本的な目的は自立支援であり、その必要に応えることこそが医療の役割である。何が必要とされるかは時代とともに変化する。医療技術の進歩とともに救命率は改善したが、その一方で何らかの障害を持ちながらの生活を余儀なくされる人々も増えている。また、医学の発展は病気の仕組みをしだいに解明し、予防についての知見も集積されつつある。重症化した患者を回復させることも医療の重要な役割ではあるが、そのためには多くの医療資源の投入を必要とする。限られた医療資源を有効活用するためには、疾病を予防し、あるいは早期発見、早期治療により重症化を防ぐことに重点を置いた方が効率的であり人々の幸福にもつながる。高齢化の進んだ森町での当院の役割は、疾病の重症化を防ぐことであり、救急患者をまずは受け入れる敷居の低い入院機能も必要である。

平成 22 年の厚生労働省発表による都道府県別健康寿命では、静岡県は男性 2 位、女性 1 位という結果であった。また 65 歳から元気で自立して暮らせる期間を静岡県が独自に、介護認定の情報、死亡の情報をもとに生命表を用いて毎年算出する「お達者度」では、森町は県内 35 市町の中で、平成 22 年は男性 2 位、女性 1 位、平成 23 年は男性 1 位、女性 4



位、そして平成 24 年は男女とも 1 位という結果であった。このことは、当院と家庭医療クリニックの連携による外来機能強化や救急患者の受け入れによる疾病への早期介入、地域住民との協働なども結果に一役買っているものと考え。何よりも地域住民の自発的活動が重要と思われ、病院ボランティアや森町病院友の会だけでなく、町の保健福祉課と地域包括支援センターによる「元気もりもりサポーター養成講座」、一人 100 円で参加できる「100 サロン (いちまるまるサロン)」や空き店舗を利用した「森のこかげ」と称する高齢者の集いの場の提供など、さまざまな自助、互助を支援する取り組みがなされてきた。

地域包括ケアシステムが個人の自立を支援する仕組みであるならば、医療の立場に求められるのは住民が適切に選択できるよう、適切な選択肢と情報を提示することである。日ごろの健康管理、急性疾患への対応、リハビリテーションや再発予防、そして最期までその人らしさを支える在宅医療など、必要に応じて選択できる仕組み作りが大切である。医療・介護は人と人との関わりから生まれる力を引き出すシステムである。地域包括ケアシステムを支える医療機能としては予防と健康管理が大切であり、今後さらに全人的医療を担う家庭医の役割が重要になってくるものと思われる。また重症化した場合のバックアップがあってこそ当院での救急受入れも可能となる。したがって地域包括ケアシステムそのものを支える医療機能と、それをさらに外から支える、広域の受け皿としての高度医療との連携体制構築も重要である。

## 100サロン



おわりに

当院はこれまで連携をキーワードに地域医療に取り組んできたが、連携システムの構築のためには、それぞれの役割を明確にし、それぞれがその役割を果たすこと、重なり合う領域を補完し合うこと、任せるときは任せ、頼られればいつでも受け入れることなどが大切である。またそのためには、地域の情報を集約しコーディネートする事務局機能も必要であり、そのシステムを有効に機能させるためには、お互いに顔の見える関係構築が必要である。そのような考え方に立って当院はこれまで改革に取り組んできた。当院は町立病院であり、訪問看護ステーションや地域包括支援センターも町の直営であることから病院と一体的な連携が取りやすいという強みがある。しかしながら経営については、いまだ町からの繰入金に頼る部分が多い。これまで森町は重要な政策として病院経営に取り組んできたが、今後も住民が納得できる医療機能を効率的に提供し続けることができるかが当院にとっての課題である。

同時に地域包括ケアシステムを構築するためには、地域住民のやる気と覚悟を基本としながらも、それを支えるために専門職が連携し、地域住民と情報を共有することで一体的に取り組むことが大切である。当院は今後も、「地域とともに在る病院」をめざして、医療の立場から地域包括ケアシステム構築に取り組んでいきたいと考えている。