

## 地域包括ケアと公立病院

—— 地域医療連携と在宅医療を中心に

2025年をめどに、整備が本格化している地域包括ケアシステム。全国に先駆けて高齢化の進む自治体の中には、すでに独自のシステムを確立しつつあるところもある。静岡県周智郡森町もそうした地域の1つで、公立森町病院を中心に医療機関・介護施設・行政など関係機関の連携を進め、病気や障がいの有無、家族構成にかかわらず、住民が安心して生活できる地域づくりを推進している。磐田市立総合病院との連携協定、研修医が活躍する家庭医療クリニックの活用など独自の取り組みをリードしてきた院長の中村昌樹氏に、地域に根ざした医療連携や在宅医療のあり方を語っていただいた。



地域の人々の生活に寄り添い  
支えることこそ  
町立病院に課せられた使命です

公立森町病院院長

中村  
昌樹  
氏



急性期医療を公立病院が担う地域。  
5つの自治体病院が  
機能分化し連携を推進しています

——まず、森町を含む中東遠保健医療圏（磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町）の特徴をお話しいただけますか。

中村 この地域の特徴の1つに、救急医療をはじめとした急性期医療を、主として公立病院が担っていることがあります。民間病院はあまり多くなく、その役割は慢性期医療や一部の専門医療が主です。

公立病院としてはもともと各自治体立の総合病院があつたのですが、2013年5月に掛川市立総合病院と袋井市立袋井市民病院が統合され、33診療科からなる中東遠総合医療センターが開設されたので現在、公立病院は5つです。このうち磐田市立総合病院と中東遠総合医療センターが急性期医療の中核的機能を担い、御前崎市立総合病院、菊川市立総合病院、そして当院がそれを補完する医療、地域に密着した医療を担う、といった機能分化が進んでいます。

この背景には、中東遠地域のもう1つの特徴もある、単位人口あたりの医師数が全国平均の約半数と非常に少ないことがあります。このような医療過疎のもとでは、機能分化により効率よく医療を提供していくしかないのも実事です。以前から、私たち公立病院の間では、「病院長事務長会」を年に2回開催し、密な情報交換と交流を重ねてきています。こうした活動がベースになって、機能分化と連携は比較的スムーズに進んできました。



在宅医療コーディネーターという  
独自の職種を設けて  
患者さんの生活を支援しています

—— そうしたなかで公立森町病院はどのような役割を果たしておられるのか、ご紹介いただけますか。

中村 当院は1959年に開院し、1997年、私が赴任した年に新病院が完成しています。標榜科目は内科、外科、整形外科、小児科、歯科口腔外科、泌尿器科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科の9科で、病床数は一般病床93床、回復期リハビリテーション病床38床の計131床です。

先ほど、地域に密着した医療と言いましたが、その代表的なものとして、在宅医療が挙げられます。当院が訪問看護を開始したのは1991年、翌年の1992年には主治医制で訪問診療も始めています。このように早期から在宅医療に取り組み、急性期を過ぎた患者さんが、その後の療養の場として療養病床や老健と並んで、希望に応じて自宅を選べるように、仕組みづくりを進めてきました。リハビリや退院支援体制を強化してきたのもその一環です。2012年度には、厚生労働省が主導した在宅医療連携拠点事業に参加し、それを機に、地域医療連携室にすべて集約していた連携に関する業務のうち、在宅医療関連業務を独立させて在宅医療支援室を設置しました。さらに、2013年には在宅医療コーディネーターという当院独自の職種を設けて、在宅移行や在宅復帰してからの生活を支援しています。

—— 在宅医療コーディネーターとは？

中村 事務職を中心に育成しているもので、医師や看護師のような専門的立場ではなく、より患者さんに近い視点で訪問診療の補助業務、相談業務、在宅医療全般の情報伝達や窓口業務を行う者です。医療職が不足するなか、医師や看護師の負担を軽減する意味でも非常に重要な役割を担っています。

—— きわめて早期に在宅医療に取り組みはじめた、その理由は何だったのでしょうか。

中村 森町の高齢化率は2015年4月1日現在、30.2%と高く、北半分がへき地に準じる振興山村指定地域で、町の中心部以上に高齢化が進んでいます。90年代初頭には、すでに通院が困難な高齢者が目立ちはじめていたこともあり、現場からの要請もあって自然に取り組みが始まったと聞いています。

—— 在宅医療関連の制度が次々新設されるなか、今でも

同じように訪問活動をされているのですか。

**中村** 医療とはシステムであり、システムである以上、時代の変化に応じて柔軟に変わっていく必要があります。近年のように在宅医療が推進されている環境では、病院の役割は在宅医療に取り組む開業医の支援にシフトすべきでしょう。しかし、この地域には在宅医がまだまだ少ない。ですから当面の使命として、当院からの訪問診療や訪問看護も継続して行っています。

——中村先生も訪問診療をされているそうですね。

**中村** はい。訪問診療を担当してみて良かったのは、多くの人が希望する在宅療養の良さや、現場の苦労が実感としてわかったことです。現場を知っているから、どのような支援が必要かもイメージできる。お互いを知って協力し合うことが有意義な連携につながります。

——救急医療にも力を入れておられます。

**中村** 一次救急、二次救急はすべて受け入れており、これも地域密着型医療を指向する当院の大変な使命と考えています。2006年度からは当院の救急部門に地区医師会の医師にも参加していただいている。

こうしたさまざまな取り組みを行うにあたり、キーワードとなっているのは「連携」です。他の医療機関との連携、介護施設との連携、多職種連携など、当院以外の人材や機関・施設と一緒にになって、地域の人々の生活圏のなかで、日々の生活を支える医療を展開しています。住民の皆さんのが安心して生活できるように、医療の入口としての救急機能を確保し、その後も継続して適切な医療や介護が受けられるよう、回復期や在宅などを含めた体制を構築してきたわけです。

**回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病床を積極的に活用しています**

——病棟に関してはどのような変遷があったのですか。

**中村** 1997年、新病院が完成した時点で3つあった病棟は

2つが内科、もう1つが混合病棟でした。しかし、急性期主体の病院では内科の入院患者は確実に減る傾向にありましたので、私が院長になった2002年に病棟再編を行い、3病棟を内科、整形外科、外科主体の混合病棟に分けました。

当院の医師数は2003年にピークを迎えましたが、2004年スタートの新医師臨床研修制度をはじめ諸条件の変化により常勤医が減り、医師以外の職種の異動などもあってマンパワーが低下。一時期は2病棟体制になってしまいました。そうした苦しい時期を乗り超えて、2009年11月に新たに設置したのが回復期リハビリテーション病棟です。中東遠地域にはそれまで回復期リハビリ病棟はなかったのですが、当院と同時に菊川と御前崎にも開設され、地域全体でリハビリに取り組む機運が高まりました。当院ではこの病棟を急性期の延長と位置づけ、ある程度まで体の機能を回復させてから生活の場に戻れるように支援しています。当院の場合、回復期リハビリを利用する患者さんは脳外科系が意外に少なく、整形外科系の人が多いこともあって、在宅復帰率は比較的高くなっています。

大学病院など超急性期病院からも患者さんを受け入れていますが、そういった患者さんに当院でリハビリを指導すると、見違えるほどに元気になります。ここでは関連する診療科の医師やリハビリ職をはじめ、場合によっては地域の歯科医師や義肢装具士などにも加わっていただいて協働しています。

——2014年度診療報酬改定で新設された地域包括ケア病床も設置されています。導入の目的は何ですか。

**中村** 先ほども申し上げたとおり、森町の高齢化率はすでに30%を超えており、慢性疾患を抱えながら暮らしている高齢者が多くおられます。そういった方々に何かあったときに柔軟に受け入れたり、介護者の負担を軽減するために利用していただいたりと、在宅生活を支援する機能を強化する一環として導入しました。200床以下の病院は病床単位で運営できますので、4床からスタートし、少しづつ増やして、いまでは21床になりました。稼働率も高く、こうした病床に対する地域のニーズの高さを実感しています。



1985年3月、浜松医科大学卒業。同年4月、第2外科に入局。社会保険浜松病院、袋井市民病院、松田病院、NTT伊豆通信病院、国立療養所天竜病院を経て、1997年より公立森町病院に勤務。2002年に院長に就任し現在に至る。

若手医師が参加しており、当院の診療においても大きな力になっています。

——修了生は地域に残ってくれていますか。

**中村** 家庭医養成プログラム修了後、全員、家庭医の専門医資格を取得し、森町家庭医療クリニックでの外来診療を継続しながら、他院で自分のさらに強化したい分野の研修を行っています。彼ら彼女らが十分な経験を積んだ後、将来的に森町に戻ってくれることを期待しているところです。

——最後に、将来の展望をお聞かせいただけますか。

**中村** 森町の高齢化は全国平均より10年ほど進んでいますが、これまで家族の同居率が高かったために、何とか高齢者の生活も維持できていました。しかし、今後は独居の高齢者や老老介護の家庭が増えることが予想され、その対策が急務です。「森町病院友の会」など住民グループとも協力しながら、地域一丸となってお互いに支え合う仕組みを強化していかなければと思っています。制度人々の生活をあてはめるのではなく、ご本人の気持ちを一番大事にしながら、みんながハッピーに安心して暮らせるように制度を活用する、という姿勢で、住民の意識改革も含めて地域づくりをさらに進めていきたいと思います。

——本日は、医療過疎や高齢化に果敢にチャレンジするお立場からの貴重なお話をありがとうございました。

# 地域づくりに意欲的に取り組む 連携をキーワードにした 在宅に至る入退院支援を核に



地域包括ケアという言葉が広く使われるようになるずっと以前から、連携をキーワードに、地域全体で住民の生活を支えるべく活動してきた公立森町病院。すでに町の高齢化率は30%を超え、医師不足も深刻化するなか、「地域医療連携室」、「在宅医療支援室」、連携事務係からなる「地域医療情報部」を中心に、地域づくりに意欲的に取り組んでいる。

## 地域連携業務を統括する 「地域医療情報部」を新設

公立森町病院の理念は、「患者さまの人の権を尊重し、心の通った医療を実践することで、地域と共に在る病院を目指します」。

「古くから在宅医療に取り組むなど町民が必要とする医療を、理念に則って実践してきたという自負があります」と、西谷勉次事務局長は同院の足跡を簡潔に紹介する。地域医療連携の核となっているのは、「地域医療情報部」である。

公立森町病院が退院支援の強化に乗り出したのが1999年。それに合わせて看護部内に地域医療支援室が開設された。その後2003年には、この地域医療支援室とMSW主体の医療相談室、医事課病診連携係が統合されて「地域医療連携室」が誕生、外部との窓口が一本化された。以来、地

域連携に関する業務はすべて同室に集約されるようになった。

また、2010年頃から在宅医療の強化を図り、在宅療養支援病院の届出、在宅医療にも積極的に取り組む森町家庭医療クリニックの開設などが相次ぎ、地域医療連携室の業務が拡大したことによって、2012年の「在宅医療連携拠点事業」(厚生労働省)への参加を機に在宅医療関連業務を独立させて「在宅医療支援室」を新設。同時に在宅医療コーディネーターの育成や地域の多職種合同カンファレンスなどを開始した。

さらに、2015年4月には地域医療連携室と在宅医療支援室に加え、地域連携関連の事務を担当する事務職4名からなる連携事務係も合わせて「地域医療情報部」を新設したのである。

同部部長を兼務する水野義仁副院長は、「地域医療連携室」といって主に前方連携、後



看護師1名、MSW  
2名が所属する地  
域医療連携室



病院の総合受付とは別に連携事務係の窓口を設置。  
紹介患者などはこちらで受付、スムーズに案内している



公立森町病院に併設されている  
森町家庭医療クリニックと森町訪  
問看護ステーション



森町家庭医療クリニックの一室。  
訪問診療から戻った医師の事務  
作業などにも使われている



リハビリテーション室。30名近くのリハビリスタッフが  
在宅復帰をサポートしている

方連携を担うイメージがあるかもしれません  
が、私たち地域医療情報部は、情報収集、  
多職種連携の場づくり、市民啓発など地域  
連携に関するあらゆる業務を幅広く担当しま  
す」と、多彩な業務を担う同部の役割を紹介  
する。

## 在宅療養を前提とした 入退院支援を担う「地域医療連携室」

2012年から地域医療連携室を務める巧麻理管理師長は、「現在の連携室の人員は看護師の私とMSW2名の計3名で、主たる業務は入退院支援と福祉相談です。2009年に回復期リハビリテーション病棟、2014年に地域包括ケア病床を設置し

たことで前方連携の範囲が二次医療圏を  
超えるケースも出てきています。そういう意味  
では入院支援業務が増えてきてはいますが、在宅医療という強みを發揮し、退院支援  
も活発に行っています」と、入退院支援の現状を話す。

巧室長によれば、森町の人口は年々少しずつ減少しているが、世帯数は増えている。「これは独居の方が増えていることを意味します。また、進行度に関係なく、認知機能に何らかの問題がある人が高齢の入院患者さんの約半数に達していることもあります」と指摘する。

同院では、患者が外来通院している段階

から在宅療養支援を意識して情報収集などを  
行っており、入院時にはあらためてスク  
リーニングを行って状況を把握、介護療養  
上の問題点やサポートポイントなどを個別  
に抽出し、退院支援につなげている。また、  
入院から1週間以内には、退院支援カン  
ファレンスを開催し、支援の方向性の検討  
を行っている。

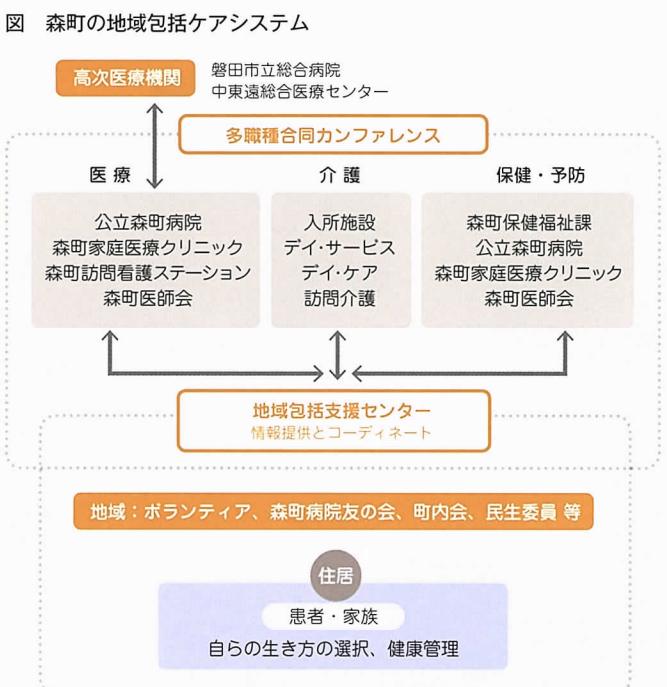
「今後は、さらに外来時における在宅療  
養支援の強化が必要になると想っています」と、巧室長は将来展望を語る。

## 情報共有など在宅関連業務の すべてを担う「在宅医療支援室」

一方、在宅医療支援室は、地域の多職



静岡県版在宅医療連携ネットワークシステムの画面。パソコン、モバイル端末、ファックスなどで患者の情報を共有している



在宅医療支援室は地域医療連携室と区別する意味で「さざかん」の愛称で呼ばれている

種間の情報共有のための情報集約・管理、診療補助業務、相談業務、在宅医療全体のコーディネートなど、在宅医療に関連する業務すべてを担っている。また、年に1回、町民向けと医療・福祉関係者向けの講演会を主催し、顔の見える関係構築のため、多職種合同カンファレンスを年3回開催している。

同室長を務めるのは、木下よし江看護師で介護支援専門員の資格も持つ。公立森町病院の手術室、病棟、外来、地域医療連携室などで経験を重ね、医療現場を退職してからは、隣接する袋井市の地域包括支援センターと居宅介護支援事業所に勤務していた。在宅医療支援室立ち上げにあたり、こうした経験が評価され白羽の矢が立った。就任後は森町家庭医療クリニックに在宅部門を立ち上げ、前述した業務や同院独自の職種である在宅医療コーディネーターの育成などに取り組んできた。

2012年度から参加した在宅医療連携拠点事業も当初はほぼ一身に担い、国主導の事業が終了してからも、自治体との協力のもとで活動を続けていた。

「在宅にかかる多職種といかに情報を共有するかが、在宅医療を円滑に行うポイントになると見え、公立森町病院と森町家庭医療クリニックは、2014年3月から静岡県



毎年、病院に新入職員を迎える時期には各部門でウエルカムボードを作成。病院ボランティアなど外部の人の投票で順位をつけて上位3部門を表彰している。部門の結束や院内の活性化にも役立っている

版在宅医療連携ネットワークシステムに参加しています。このシステムの管理も在宅医療支援室が担当しており、近隣市町村の地域包括支援センターや訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所等と情報の共有化を図っています。現在、公立森町病院95名、森町家庭医療クリニック28名の合計123名の患者さんが登録されています。患者ごと、主治医ごとのチームが構成できるなど、フレキシブルな使用が可能であり、チームごとに目的を明確にすれば有効なツールになると見えています」と木下室長。在宅患者を対象に24時間体制の電話相談も2015年4月から始めていた。

「在宅にかかる多職種といかに情報を共有するかが、在宅医療を円滑に行うポイントになると見え、公立森町病院と森町家庭医療クリニックは、2014年3月から静岡県

## 特集早わかり 理解を深めるポイント 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムの概念は介護中心から、医療及び介護の総合的な確保へと移行している。

### 医療保険で 地域包括ケア病棟を 制度化

2006(平成18)年度介護報酬改定において、地域包括ケアシステムという概念がほぼ確立し、その構築を目指して地域包括支援センターなども設置された。以後、地域包括ケアシステムの概念については、主として介護・福祉関係者の間で共有されてきた。また、地域包括ケアシステムは介護保険制度に基づいて構築するものと考えられがちであった。しかし、2013(平成25)年8月の社会保障制度改革国民会議の報告書、2014(平成26)年度診療報酬改定などを通じて、地域包括ケアシステムの概念が広がっている。

政府の社会保障制度改革国民会議は2013年8月、報告書をまとめた。以後、わが国の社会保障制度の改革は、主として同報告書の考え方に基づいて実施されている。

同報告書においては、地域包括ケアシステムの位置づけについて、次のように指摘している。

「この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる」

### 地域包括ケアシステムと 連携した民間サービスの 活用を促進

最近、地域包括ケアシステムについては、経済の活性化、ヘルスケア産業の創出という観点からも捉えられるようになってきた。政府は2015年6月30日、「日本再興戦略」(改訂2015)を閣議決定した。その中で、地域包括ケアシステムに関して、短期あるいは中期的な取り組みとして次のようなことを挙げている。

①地域包括ケアシステムと連携した民間サービスの活用を促進するため、生活支援・介護予防サービス・介護食の分野において、事業者および

【目的】  
第一条 この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

【定義】  
第二条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でそのままの能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。(後略)

地方自治体が公的保険外サービス創出にあたって参考とする「保険外サービス活用促進ガイドブック(仮称)」を策定する。

②地域包括ケアシステムや地域資源(農・食や観光等)と連携したヘルスケア産業の創出を促進する。

③国民が安心して医療・介護サービスを受けられるよう、地域包括ケアシステムの充実・強化を図り患者の利便性を高めるとともに、医療の質の向上や創薬等医療分野の研究開発環境整備、ヘルスケア産業の活性化などに資するよう、ICT化を強力に推進する。

2015年10月から、マイナンバーが全国民に通知される。それに対応した地域包括ケアシステムにおける情報化のあり方、セキュリティ対策などが、今後の大きな課題となりそうだ。

(文責:編集部)