

Move

vol. 10

変化にいち早く **MOVE** するための情報誌

CATCH THE “MOVE”

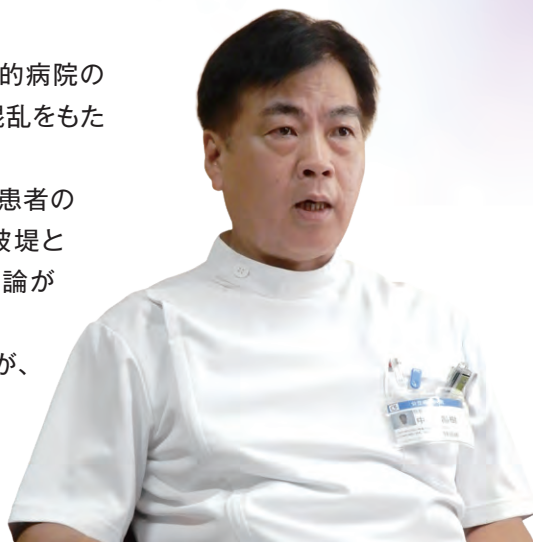
公立森町病院

中小規模の病院が取り組む 地域包括ケア

再編統合を含めた「機能の再検証」を求める全国の公立・公的病院のリストが厚生労働省によって突然、発表され、各地域に大きな混乱をもたらしたことは記憶に新しいところです。

しかし、いま、公立病院の多くが、新型コロナウイルス感染症患者の受け皿として大きな役割を果たし、医療崩壊を食い止める防波堤となっています。地域医療構想に伴う病床再編にはさらなる議論が必要となりそうです。

特に、中小病院の在り方については正解が見えない状況ですが、「地域包括ケアシステム」という言葉がまだ浸透していなかった約20年前から、地域包括ケアに取り組んできた公立病院が静岡県周智郡にあります。今回は、公立森町病院の中村昌樹院長にお話をうかがいました。



公立森町病院 院長 中村 昌樹 先生

- 中小病院に求められる生活者を支える医療
- 在宅支援のキーパーソン「在宅医療コーディネーター」
- 「子宮の中から天国まで」支援する家庭医の育成

生活者を支える医療に取り組む

——新公立森町病院が完成した1997年に浜松医科大学から外科部長として着任、5年後の2002年に院長に就任されましたが、当時どのような危機感を抱いていたのでしょうか。

中村先生 私が院長に就任した2002年当時、中小病院の役割がいまいで、医療連携に関してもどのような立ち位置で振る舞えばよいのか、正直なところ困惑していました。それに対して、急性期病院は集約化する方向性が見え始めたところで、慢性期の機能もある程度、明確になっている状況でした。急性期と慢性期の中間であるサブアキュートとポストアキュートの役割が制度上、位置付けられていなかった中で、私は経営の舵取りを任されたのです。中小病院のモデルになるような病院を構築しなければならないと漠然と考えていました。

1997年に当院に着任したときは「病院があっても医療なし」というか、医療が行き渡っていないと感じました。患者さんは皆、症状が悪化し、重症化してから来院していたので、結果として手術件数が増えていました。1年目は正月休みもなく、毎日のように吐血騒ぎや緊急の内視鏡治療が続き、院長に就任するまでの5年間は「野戦病院」のような状況で疲れ果てていたのが実情です。

手術件数が増えたため、経営的には良かったのかも知れません。しかし、それは正しいことではありません。重症化した患者さんを救命できたとしても、何かしらの後遺症を抱えることになります。残念ながら、救命できないこともあります。働く医師たちも時間外に呼び出され、プライベートを犠牲にしていました。このような正しくない医療ではなく、日ごろから医療が地域に行き渡っていれば、医療提供者側も患者さん側もハッピーだろうと考えました。

そこで、院長就任後は、当院で可能な範囲の医療はワンストップで提供し、それ以外の医療機能は近隣の病院と連携することにしました。幸いにも、近隣には連携先として磐田市立総合病院、袋井市立袋井市民病院と掛川市立総合病院（現・中東遠総合医療センター）という400～500床以上の病院が3つもありました。

地域医療のキーワードは「連携」であると考えています。このことを院内に周知するとともに、退院後の継続的な医療を提供する必要性を感じていたことから、在宅医療に力を入れました。在宅医療に取り組むことで、さらに、介護施設や慢性期医療を提供する病院など多くの



病院・施設との「連携」が新たな課題として見えてきました。

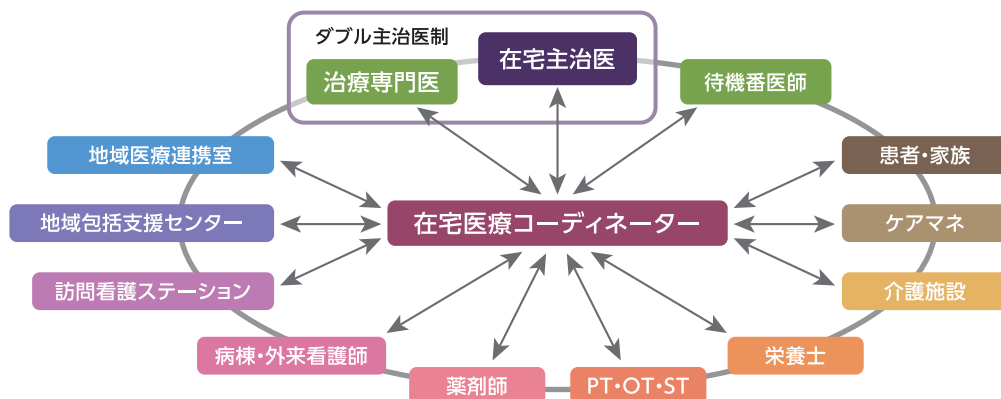
——当時は「地域包括ケア」という言葉も定着していない状況だったかと思います。院長就任当初から明確なビジョンを描いていたのでしょうか。

中村先生 地域包括ケアという言葉聞いたとき、「当院が目指している方向性と同じだ」と思いました。われわれは「生活圏の医療」を提供する立場です。生活者が怪我や病気になると、生活を継続できなくなります。そのバックアップシステムとして医療があるという考えです。救急・入院・外来、いずれの医療機能においても「生活者を生活の場に返し、生活者を支える」という視点が重要です。これが地域包括ケアシステムの在るべき姿だと思います。また、在宅だけでは療養できない人のために、他の選択肢を提供することもわれわれの役割です。院長就任後、2003年に設置した地域医療連携室を中心として、生活者を支える視点で連携体制を構築してきたことが、結果的に地域包括ケアシステムにつながったと考えています。

——2012年に地域医療連携室から在宅医療関連業務を切り離し、「在宅医療支援室」を設置。その狙いは。

中村先生 地域医療連携室は、訪問診療の補助業務を含め、数多くの連携施設との調整作業が集約されたことで、業務が煩雑になっていました。在宅医療連携拠点事業（厚生労働省）において、当院がモデル事業の指定を受けたことをきっかけに在宅医療支援室「さざんか」を設置し、連携室から在宅医療関連業務を切り離すとともに、医師の訪問診療に看護師を同行させることをやめました。医師には医師の専門性、看護師には看護師

図1 ■ 在宅医療コーディネーターの役割



在宅医療コーディネーターの役割

- ★訪問診療の補助業務（訪問診療の日程調整、移動の補助、必要物品の準備、訪問診療の記録補助、患者情報管理など）
- ★患者、家族により近い立場の相談相手、専門職種への情報伝達
- ★24時間コール・センターの役割
- ★多職種合同カンファレンスの設定、その他在宅医療全般の地域の相談窓口

出典：公立森町病院提供資料

の専門性を、違う視点で発揮してもらいたいと考えたからです。若い医師が看護師に依存してほしくないという思いもありましたし、何よりも、それまでは同行していた看護師が担っていた在宅医療における医師の補助業務（事前の訪問計画や患者・家族との調整など）を担うのは看護師である必要はなく、在宅医療のコーディネーターが担えばよいと考えたからです。そこで、在宅医療コーディネーター（図1）を事務職として育成しようと思いました。ただし、医療の知識がまったくない人に任せるのには無理があります。そのため、当院を退職後に地域包括支援センターに勤めていた元看護師長に、在宅医療コーディネーターを育成する役割を担ってもらえないかと相談しました。彼女を室長として、2人の医療ソーシャルワーカー（MSW）を配置し、まず有資格者だけで在宅医療コーディネーターとしての下地を作ってもらいました。現在は無資格の事務職の人にも任せています。また、これには、若者に職場を提供するという狙いもあります。若い人の職場がないと、地域の人口は減り続けてしまいますから。感触としては、在宅医療コーディネーターは女性のほうが向いているようです。患者・家族に対する気遣いなど、細かいところに気付く能力が男性より優れているのかもしれません。

——在宅医療コーディネーターを育成するに当たり、ガイドブックのようなものは作成されたのでしょうか。

中村先生 いわゆる業務手順書のようなものは作成しましたが、教科書的なものが特にあるわけではありません。教科書的なもので「こうあるべきだ」と示すのではなく、自分で考えながら患者さんに臨機応変に対応してもらいたいと思っています。私を含め医師や看護師など

の医療従事者は、自分たちの専門性から見た視点で患者さんとコミュニケーションを取りがちです。しかし、生活者である患者さんにとっては「そんなことを言われてもね…」ということが多々あります。そのため、在宅医療コーディネーターには、むしろ普通の人感覚を求めています。患者さんやご家族により近い感覚を持って、判断してもらいたいと思っています。

また、24時間の電話対応も在宅医療コーディネーターにお願いしています。患者・家族からの相談を受け、主治医につなぎます。主治医が不在の場合は、待機している他の医師に患者さんの状況を伝えます。最近では、診療報酬でも在宅におけるチーム医療を評価していますが、当院では以前からチームで在宅医療に対応しています。1人の主治医だけが患者さんの情報を把握するのではなく、在宅医療支援室に情報を集約し、チームで診ていくというコンセプトです。同時に、多職種合同カンファレンスも始めました。在宅医療に携わる介護職員や行政、ケアマネジャーを含めた、顔が見える関係作りです。このほか、関連する研究会などの準備も在宅医療コーディネーターに担ってもらいました。2020年は新型コロナウイルス感染症の拡大の影響で実施できませんでしたが、また再開したいと思っています。

——薬剤師との連携も在宅医療コーディネーターの業務の一環なのでしょうか。

中村先生 その通りです。当院では、病院の薬剤師が在宅薬剤管理指導を実施していますが、対象患者が増加したこともあり、在宅医療支援室に薬剤師を専任として配置しました。在宅医療における薬剤管理指導はもちろんのこと、医師に対する処方提案も行っています。薬剤師

以外の在宅医療支援室のメンバー（在宅医療コーディネーター）は専従です。診療報酬によるインセンティブはありませんが、いまでは欠かせない部署であり、重要な人材です。

深い絆で結ばれた 各医療機関・施設との連携

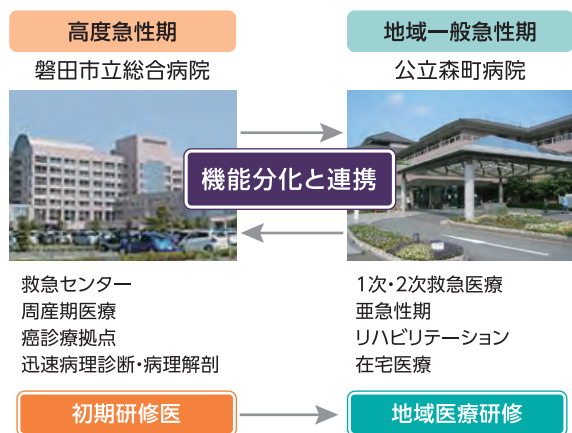
——冒頭で公立病院間の連携について触れていただきましたが、役割分担や連携体制はどのように作上げたのでしょうか。連携協定のようなものを結んだのでしょうか。

中村先生 この地域の特殊性の1つとして、急性期医療に関しては主に6つの公立病院が担っていたことが挙げられます。そのため、以前から公立病院同士が集まった院長・事務長会議のような情報共有の場が年に2回程度、設けられていました。会議後の懇親会では、各病院の院長が本音をぶつけ合い、お互いの立場の理解が進んでいました。この関係性が連携体制構築の下地になったと思います。

2006年、医師不足によってこの地域の救急医療体制が危機的な状況を迎えた際にも、各公立病院の院長と各市長・町長が一堂に会し、救急医療体制について話し合いました。医師不足に悩む病院からは、救急医療を制限せざるを得ないという声もあったことから、地域住民に向けて「コンビニ受診」を控えてもらうことを、首長と各病院長の連名で広報することになりました。

2008年1月、当院は、急性期医療を担うことを明確にしていた磐田市立総合病院と「医療連携及び協力に関する協定」を結びました（図2）。磐田市立総合病院が高度急性期、当院が在宅医療を、それぞれ機能分担すると

図2 ■ 磐田市立総合病院との「病病連携」



出典：公立森町病院提供資料

いう内容です。

また、2013年に袋井市立袋井市民病院と掛川市立総合病院が統合して中東遠総合医療センター（500床）となった際にも、他の病院長たちはこの公立病院の再編統合に協力して支援することを話し合いました。この地域では、各病院の経営状況から課題までお互いに知り尽くすほど公立病院間の情報共有が進んでおり、地域医療構想によって国から機能分化を要請される以前から、機能分化と連携が構築されていたのです。院長・事務長会議はいまでも続いており、看護部や診療技術部ごとにつながる会など、情報共有の輪を拡大し続けています。

——公立病院同士の連携が深い絆で結ばれていることがわかりました。地域医療連携推進法人のような病院間の人材交流の取り組みは行われているのでしょうか。

中村先生 人材交流というところまでは踏み込んでいませんが、磐田市立総合病院の研修医が当院の在宅医療（地域医療研修）を経験することが、先ほど触れた連携協定に含まれています。中東遠総合医療センターとも同様の連携をしています。これによって、研修医たちは、当院の立場・状況がある程度、理解し、それぞれの病院に戻ります。当院の医師がどのようなことを期待して磐田市立総合病院や中東遠総合医療センターに患者さんを紹介するのか、そして当院に患者さんを戻せばどのような医療が提供されるのか、ということを研修中につかんでもらうことが目的です。

——地域の医師会や介護施設との連携の構築は多くの地域で課題とされています。ご苦労された点や工夫された点を教えてください。

中村先生 介護施設に関しては、新病院への移転以前から町内にあった特別養護老人ホームに、当院の医師を週1回派遣していました。しかし、当時は医療と介護のすみ分けを両者とも理解できずに「特養に看護師がいるなら、医療的なことはある程度できるはず」「がんを診断されたのであれば、それは医療サイドの役割」というように、押し付け合いの形になってしまっていたというのが正直なところでした。

連携は押し付け合いでは成り立ちません。お互いにカバーできるところをカバーし合うのが連携ではないかと考えて、院長に就任してからは、介護施設に週1回、自ら往診することにしました。すると、現場の問題がよく見えるようになったのです。例えば、看取りの問題です。がん患者さんに対して、介護施設の職員はとても不安な感情を抱いていたことがわかりました。そこで、医療がきち

んとバックアップするから心配する必要はないことを伝えました。すると、3日間ぐらいの短期間の点滴など、ある程度の医療的な管理も介護施設にやっていただけるようになりました。お互いに何が違うのか、ということを理解することに努め、立ち位置を明確にしつつカバーし合う関係ができ始めています。これは自ら往診しなければ見えなかったことです。

その後、病院から退院させたくても退院できない高齢者が増えてきたことから、介護老人保健施設「風の杜」が設立されました。同施設との連携体制を早期に構築するために、当院から看護師を送り出しました。さらには、同施設がグループホームを始めたことをきっかけに、私が月に1回訪問するようになりました。認知症になると家族は慌ててしまい、それによって患者さんはますます追い詰められてしまうのですが、グループホームに移ると患者さんが笑顔で過ごすようになっていました。これも病院の中にいるだけではわからなかったことです。病院側から垣根を取り払って歩み寄れば、お互いに働きやすくなることを体感しました。

地域の医師会（磐周医師会）との関係については、当院もかかりつけ医機能を担う立場にあり、在宅医療も支援できることから連携が円滑に進んでいますし、私自身も郡市医師会理事として参加しています。2006年に医師不足に伴う救急医療体制の維持が課題になったことは先ほど触れましたが、森町も同様な状況でした。森町には開業医も少なく、広大な中山間地を持つ地域であるため、町立病院である当院には1次・2次救急への対応が求められていました。そこで、町内にある6つの診療所と月1回、定期的に話し合った結果、診療所の医師が週1回、18時から22時まで救急外来業務に参加してくださることになり、病院の勤務医の負担が軽減しました。勤務医の負担が大きかったことから、週1回だけでも本当に助かりました。この取り組みは2020年3月まで継続され、厚生労働省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」の中でも紹介されています。

一方、2011年12月に森町家庭医療クリニックを開業しました。医師の高齢化とともに後継者問題が深刻化する中で、森町のよう

な地域には公的なクリニックが必要ではないかと考えたからです。

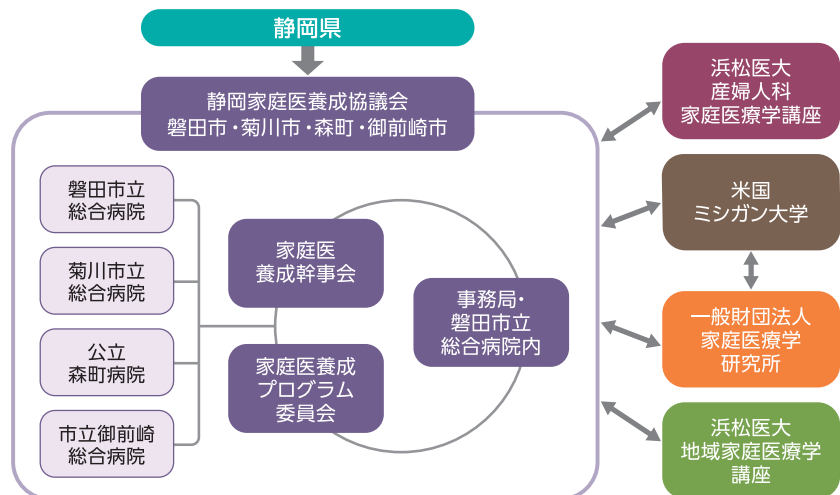
「子宮の中から天国まで」支援する家庭医の養成

—— 森町家庭医療クリニックは連携や在宅医療に加え、家庭医の養成も目的にされたとうかがいました。

中村先生 磐田市立総合病院と連携協定を結ぶ1年ほど前から、同病院の初期研修医の地域医療枠を当院で受けるようになりました。その際に感じたことは、在宅医療の現場は若手医師を育てる上で大切な要素が詰まっている、ということです。入院中の患者さんは、医師にとって「病名のついた患者さん」ということになります。ところが、在宅に戻ると、そこには1人の「生活者」がいるわけです。それによって、1人の生活者を診る視点が養われます。医療・検査機器がない中で、生活者として何に困っているのかを判断することが求められるため、若手医師にとって貴重な学びの機会になります。

医師不足の中にあって、医師を呼ぶために森町がどのような価値を提供できるだろうか、と考えたとき「ジェネralistの養成」であるという結論に至ったのですが、そのタイミングでミシガン大学医学部家庭医療科のマイク・フェターズ教授が森町を訪れてくれました。教授は「中東遠エリア、特に森町は家庭医にとって良い環境だと思う」と仰ってください、それを契機に指導医の紹介も受けながら2010年に「静岡家庭医養成プログラム」をスタートしました（図3）。また、2011年には地域医療再生基金を活用し、森町家庭医療クリニック内に森町家庭医療センターを設置しました。

図3 ■ 静岡家庭医養成プログラムの仕組み



出典：公立森町病院提供資料

図4 ■ 地域住民との交流、行政との連携

住民向け在宅医療講演会(H24.9.8)



いばらき診療所
照沼秀也先生の
住民向け講演会
「在宅医療ってなあに」
多くの住民が参加した

森町病院友の会主催の地域懇談会 (H24.11.17 三倉地区)

この回から町の保健福祉課長も同席
森町を6地区ごとに、年間通して合計6回
地区懇談会を開催



森町同報無線

毎月15日森町内各
戸に配布された同
報無線機を通じて、
在宅医療について
の広報を行った



静岡県総合防災訓練 森町会場 (H24.9.2)



行政・住民ともに森町家庭医療センター(救護所)・森町病院
(救護病院)で訓練を行った

住民向けパンフレット作成

在宅医療についてのパンフレットの後に
在宅医療Q&A集も作成し各戸配布した



地域医療連絡協議会

H24年1月地域医療全般について協議するため、森町の保健福祉課、地域包括支援センター職員、訪問看護ステーション職員、森町病院職員、森町家庭医療クリニック所長が委員となり、副町長をオブザーバーとして協議会が立ち上がった。H25年度の議題は、災害対策と在宅医療に集約された(H25年度は4回開催)。訪問看護ステーションが中心となり在宅患者への災害マニュアルを作成した

出典：公立森町病院提供資料

家庭医と聞くと、在宅医療やプライマリケアをイメージするかと思います。しかし、マイク・フェーターズ教授に教えていただいた家庭医とは、乳幼児から思春期の子ども、そして高齢者まで、家庭全体を診るジェネラリストであるということでした。そのため、妊婦健診もしますし、お産は産婦人科医と連携して行うなど、本物の家庭医の養成にチャレンジしてみることにしたのです。産婦人科を持つ菊川市立総合病院と浜松医科大学の支援を受けながら「子宮の中から天国まで」をキャッチフレーズにした「浜松医科大学総合診療プログラム」(静岡家庭医養成プログラム:SFM)を完成させることができました。

森町はいまや、家庭医なくして成り立たない状況です。森町家庭医療センターがなければ、当院は閉院していたと言っても過言ではありません。そして、嬉しいことに、専攻医の先生たちも森町に残ってくれるようになったのです。

——静岡家庭医養成プログラムがスタートした2010年、住民の有志によって「森町病院友の会」が設立されています。これはどのような経緯だったのでしょうか。

中村先生 友の会設立以前から病院ボランティアは存在していましたが、総務省による「公立病院改革ガイドライン」が発出された2007年を契機に友の会が設立されました。当時、「町から病院がなくなる」というテーマのテレビ番組で、当院が取材先に選ばれました。地域に必

要とされている病院が森町にあると紹介されると同時に、ガイドラインの方向性が正しいのか視聴者に訴えかけるような内容で、「地域医療は医療従事者と住民と行政がそれぞれの役割を果たさなければ成り立たない」という主旨のメッセージが放映されました。その番組を見ていた住民たちが「自分たちにやれることはないか」と有志が集まったことがきっかけです。ネーミングも「支える会」や「守る会」ではなく「友の会」、つまり同列であることを表しています。

まず、勉強会から始め、町内を6地区に分けて地域医療懇談会を開催し、私も毎回参加しました。「何でも専門家に任せにしてはいけない」「地域に医療があるのは当たり前ではない」「自分たちもやれることをやらなければならない」と、友の会メンバーが地域との橋渡しをしてくれたおかげで、住民が在宅医療や家庭医の仕組みをすんなりと受け入れてくれたのです(図4)。友の会は森町病院にとって大きな財産です。その後、周辺の地域にも住民の会が発足するようになりました。病院経営は目先の数字に追われることはありません。自らが提供する医療によって住民が救われるようなものでなければならないと考えています。

——10年以上にわたって友の会の活動が続いているのは、お互いのできることに取り組んでいるからなのですね。

中村先生 数年前から中山間地域への巡回診療を始めたのですが、巡回診療所まで通うことが大変だという住民の方がいたところ、友の会の方たちが自然と送迎を支援してくれるようになり、この活動が社会福祉協議会の送迎支援事業につながったということがあります。他県の経営者などから「こういう活動は長続きしない。なぜ、こんなに続いているのか」とよく聞かれるのですが、1つの新たな取り組みがさらに新しいことにつながるといふ、好循環を生む流れがこれまでの活動を通じてできていたのだと思います。

地域包括ケア病棟の活用で機能が明確化

——森町病院における入院医療では、地域包括ケア病棟をどのように活用されていますか。

中村先生 地域包括ケア病棟が制度化された2014年度、回復期リハビリテーション病棟とどのように使い分けられよいか悩み、先進的に取り組んでいた病院からもヒアリングさせていただきました。高齢の患者さんが増える中、すべての患者さんが回復期リハで積極的なリハビリを行えるわけではありませんし、そもそも本人の意欲がないとリハビリはできません。そのようなリハビリをする意欲がない高齢者や認知症の患者さんでも、生活の場にきちんと復帰できるようにするために、地域包括ケア病棟を活用できるのではないかと考えました。

地域包括ケアが目指す「ときどき入院、ほぼ在宅」を実現するためにも、地域包括ケア病棟が有効です。最初は4床からスタートし、最終的に48床まで増やして病棟単位にしました。急性期病棟と回復期病棟、地域包括ケア病棟の3つに分けたところ、それぞれの病棟の役割が明確になり、職員にとっても「自分の役割はこれだ」と



公立森町病院

認識しやすくなり、病棟間の連携も円滑になりました。

当院の地域包括ケア病棟の患者さんの約5割はご自宅からの入院です(図5)。継続的に在宅医療を実施している患者さんの肺炎が悪化して入院が必要になったようなケースに、地域包括ケア病棟は適しています。

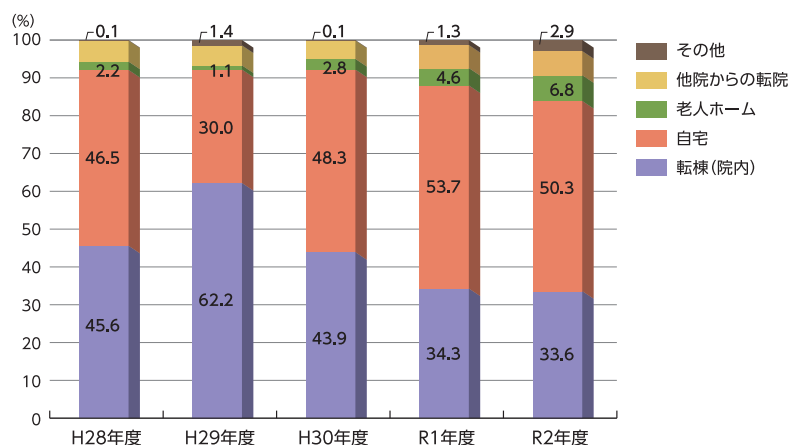
——今後の目標・課題についてお聞かせください。

中村先生 目標は、全世代型の地域包括ケアシステムの構築です。森町は新型コロナウイルス感染症の拡大を比較的、抑えることができています。若い世代の中には医療にあまり関心がない人がまだ多いのが現状です。つい最近、子育て世代向けのシンポジウムを開催した際も、われわれの活動に対する認知度が低いことがわかりました。これほど恵まれた地域包括ケアの環境は他にないと自負していたのですが、住民、特に若い世代への情報提供がまだまだ足りないと実感しました。子育て支援をきっかけとして、若い世代への取り組みも考えていきたいと思っています。

また、高齢になって病状を悪化させてから病院に来るよりも、40～50歳代から生活習慣病を管理することの大切さをはじめ、全世代に医療が必要なときに行き渡るような仕組みを整えていかなければならないと考えています。そのためには、後継者、若手の育成も重要です。

医療より割が良い仕事は世の中にたくさんあると思いますが、それでも医療にやりがいを感じて集まってくれるのは「地域の中で自分にできることがあるはずだ」と、地域全体を見る視点を持ってくれているからではないでしょうか。今後は地域全体から社会全体、そしてグローバルに物事を捉えられる人材が集まる、魅力的な地域作りに貢献し続けたいと思っています。

図5 ■ 森町病院における地域包括ケア病棟入院経路別割合



出典：公立森町病院提供資料

INVENTING FOR LIFE

人々の生命を救い
人生を健やかにするために、挑みつづける。

最先端の医薬品の創造。それは長く険しい道のりです。

懸命な研究開発の99%以上は実を結ばない現実。

でも、決してあきらめない。

あなたや、あなたの大切な人の「いのち」のために、

革新的な新薬とワクチンの発見、開発、提供を

私たちは続けていきます。



MSD製薬

INVENTING FOR LIFE

MSD株式会社 www.msd.co.jp 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア