

町全体で住みやすい共生社会の実現を

村上英之

北海道・足寄町国民健康保険病院長

はじめに

足寄町は北海道十勝圏の東北部に位置し、面積が1,408.09km²（東京ドーム約3万個分、香川県の4分の3の広さ）と広大で、西側を大雪山国立公園、東側を阿寒摩周国立公園に囲まれた自然が豊かな町である（図1）。特に雌阿寒岳山麓の「オンネトー」（表紙に写真が掲載）は四季折々を彩りよく湖面に映し、周囲の森林は道内有数の天然木として豊富な森林資源を蓄えている。基幹産業は畑作、酪農、林業が中心である。自然が豊かで、「十勝晴れ」といわれる晴れの日も多く、とても過ごしやすい環境ではあるが、一方で夏は30℃近くまで気温が上がり、冬はマイナス20℃以下といった厳しい自然環境に曝され、さらに中核病院が存在する帯広市からは65kmも離れており、陸の孤島とも称されるように、北海道の地域医療の問題点を多く抱えている町でもある。人口は平成30年に7,000人を切り、高齢化率も38%と少子高齢化の進行が止まらない状況にある。

足寄町国民健康保険病院の概要と これまでの歩み

当院は昭和21年に日本医療団の診療所として開設、翌年に村立病院として設置。昭和34年に現在の足寄町国民健康保険病院に改称された。現在の施設（写真1）は平成12年11月に改築され、平成13年1月から併用を開始し、一般病床60床で運営している。診療科は内科、循環器内科、外科、消化器外科、肛門外科、婦人科、精神科、整形外科、眼科を標榜しており、4名（内科3名、外科1名）の常勤医師と7名の非常勤医師によ

図1 北海道足寄町の位置



写真1 当院外観

る診療体制となっている。平成25年には透析棟を併設し、25名ほどの維持透析患者も診ている。

町内には当院以外に2つの無床診療所があるものの、入院ベッドを有するのは当院のみであり、24時間の救急告示病院として年間約300件の救急搬送患者を受け入れている。ただし、当院で扱える医療は1～1.5次医療までであり、2次以上の高度医療を必要とする

場合は、帯広市の基幹病院に依頼する形となる。本町はその行政面積の広さから、消防への救急要請から当院に収容されるまでに1時間以上を要する地域もあり、さらに帯広市までは救急車で搬送するにも約1時間はかかることから、プライマリ・ケアとしてのトリアージなど適切な対応が求められる。一方で地域医療構想が作成される中で、当院は回復期病床機能として、急性期に脳梗塞、心筋梗塞、大腿骨頸部骨折などで基幹病院において急性期医療を受けた患者さんのリハビリ、在宅支援といった役割を担う必要性もある。

地域に根ざした病院づくり

私は平成21年に札幌医科大学地域医療支援センターからの派遣医師として、期限付きでの赴任でこの町で働くことになった。しかしながら、地域で働く中で、地域医療の問題は単に物理的な問題や人手不足という問題ではなく、地域そのものに解決しなくてはならない問題が山積していることに気づき、その一つひとつに取り組んでいるうちに10年もの歳月が流れていた。10年経っても未だ解決できていない問題もあるが、この10年で取り組んできたことを列記する。

1. 救急体制

最初に取り組んだのは救急医療体制の充実である。一次産業が盛んで、かつ観光で交通量が多いこの町において、外傷の患者を診ない日は少なくない。また、高齢者の転倒、ひとり暮らしの高齢者の急変、さらに、中高年者の心筋梗塞や脳卒中発症など、救急車で運び込まれ対応を必要とすることも多い。

当院は24時間救急告示病院として、可能な限り救急患者を受け入れているが、医療として提供できる範囲は限られており、重症外傷、熱傷、心筋梗塞、急性期の脳梗塞など、生死に一刻を争う状況には素早く判断し、高次医療圏への搬送を行う役割がある。また、本町には小児科医が不在であり、これまでも小児患者は両親が帯広市まで直接受診させる状況にあったが、当院では小児患者、さらには妊産婦もプライマリの段階で積極的に診ることとした。これらの体制を万全にしておくためには、ただ設備だけを整えておくだけでは

達成されず、日頃の看護師を含めた救急対応の訓練や消防、救命救急士との連携も大切である。

救急患者においては、想定以外での病状の変化も起こりうるため、病院の経営としては不採算となることが十分に考えられるが、町の公的な病院として救急患者を積極的に受け入れ、住民が安心して医療が受けられる体制をつくってきた。過去にはコンビニ受診の問題もあり、住民への啓発はもちろんではあるが、実はコンビニ受診の大半は医療側がもたらしている可能性があることにも気づいた。

患者さんが不安を持って救急外来を受診し、特に問題ないからといってそのまま返しても、患者さんはなぜそうなったのか納得はしない。患者さんの訴えに対して、どのような可能性であったのか、もし、同じような状況に至ったらどうすべきなのか、その点をしっかりと医療者側が伝えていくことが大切である。この取り組みは、結果的にコンビニ受診が減り、本当に医療が必要な患者さんへの対応ができる環境づくりにつながった。

2. かかりつけ医としての慢性期医療の維持

町の高齢化が年々増加する状況では、一人の患者さんが複数の疾患を有することは珍しくなく、このため複数の専門病院やクリニックを掛け持ちすることが多くみられる。専門医にかかることは患者さんの安心にもつながると思うが、時にはこのことが多くの内服薬服用につながり、いわゆるポリファーマシーの状況をつくっていることに気づかずにいることがある。

足寄から帯広市までは車で運転しても1時間、また、公共交通としてのバス利用では2時間かけないと帯広に到着できない。高齢者は帯広の通院だけで疲弊してしまう。当院では専門性にこだわることなく、高血圧や糖尿病などの生活習慣病、消化器疾患、循環器疾患、呼吸器疾患、神経難病やがん治療、さらには認知症も含め、かかりつけ医として通院する患者さんの全体像を把握し、常勤医間さらには専門医との間で情報交換をしっかりと行いながら診療に当たる体制を整えている。

さらに脳梗塞、心筋梗塞など急性期を帯広市の基幹病院で治療し、その後ADL低下に伴い、すぐに在宅には戻れない患者さんの受け入れも積極的に行い、疾患

に対するリハビリ以外に、生活に戻るためのリハビリを充実させるよう、当院に転院してからは保健師、ケアマネ、訪問看護師などとも協力して、社会的サービスを最大限利用し、本人、ご家族が希望する状況をなるべく叶えるべく協議する場を設けている。

地域におけるかかりつけ医はまさに、患者さんの生活、人生にいかに寄り添えるかが重要と考えている。

3. 予防医学と保健活動

医療の基本として、患者さんやそのご家族とのコミュニケーションは何よりも大切であると考えている。医療者は検診事業などを通して病気の発症、重症化を防ぎ、さらに住民に対して疾病予防のための啓発活動を行うこと、そして住民に病気にならないための正しい病気の知識、生活習慣の改善方法をわかりやすく伝えていくことが大切。このような対応は診療の場でももちろんではあるが、限られた時間での対応には限界があるため、老人クラブや住民説明会などの機会を病院側からも積極的に持ちかけ、住民と向きあうことが大切と考えている。

地域包括ケアへの取り組み

私が赴任した10年ほど前には、まだ地域包括ケア・システムという概念が職員などにも浸透されておらず、個々がバラバラに独自のネットワークを利用するという、いわゆる縦割り社会の状態であった。また、患者さんやそのご家族も重篤な病気を患い、帯広市の基幹病院で治療を受けることで、「ここまでやってもらったの結果だからいいか」、という捉え方で過ごしていた。確かに本町では基幹産業が主として一次産業であることから、ご家族も自分の親までも面倒見ること自体、否定的な対応であった。

当院では私が赴任すると同時に医療連携室を立ち上げ、役場の福祉課と兼務する人材を置き、患者さんやそのご家族が相談できる窓口を一本化することにした。その背景には患者さんやそのご家族が、帯広市の基幹病院に運ばれ、その後の療養をどうするかとなった際にきちんとした相談窓口がわからず、右往左往する状況があったこと。

また基幹病院との情報のやり取りもバラバラで、いざ当院に転院となった際に、時には患者さんが足寄に戻り国保病院に入れれば、施設と同じようにずっと入れることができると思い込んでしまうことなどがあった。そして何よりも患者さんが帯広市の基幹病院に入院すると、同じ十勝圏であっても患者さん自身がとてもアウェイな感じがあり、不安であるということを知り、医療連携室が先制的に基幹病院に伺い、情報交換を早めに取り掛かり、足寄に戻ってきても安心して過ごせる体制を事前に用意できる状況をつくることに取り組んだ。この取り組みは連携を円滑にさせるだけでなく、何よりも患者さんの精神的な支え、リハビリへの意欲につながる事ができた。

一方、医療機関や介護福祉施設においてもその連携はバラバラで、赴任当時の老人ホーム待機者は100名以上を超え、施設に入所するのも2～3年待ちといった状態であった。社会的サービスを希望してもすぐに導入できないなど、足寄に戻っても具体的にどのような生活を保障できるのか、基幹病院から当院に転院してからバタバタと取り組む状況であった。

現実的に当時は在宅医療をできる体制も不十分で、住民も病院依存という体質が強かったことも否めない。患者さんは足寄で過ごしたいと思っていても、ご家族からすると農繁期で仕事が忙しい、寒くなったら大変、元のADLに戻らないと面倒は見られないなど、さまざまな理由で受け入れを拒む状況であった。このため、在宅に直接戻る前に一時的な仮の宿を提供し、そこで自信をつけてから在宅に戻れる施設はどうかという発想で「生活支援長屋」という旅館型の施設を小規模多機能施設などとの複合施設として設置することになった(図2)。

「生活支援長屋」は介護申請などの手続きは必要なく、退院支援以外にも冠婚葬祭、農繁期、極寒の冬季間においてお年寄りを一人にさせておくのが心配だ、という時に一時的に生活する場を提供することができ、利用する住民も地元の施設で顔見知りと楽しく過ごせるというメリットがある。さらに、この施設ができる時期とほぼ並行して、当時足寄町にある民間病院が在宅支援診療所と老人介護施設への転換をすすめる状況になり、当院は施設、診療所のバックアップを行うとい

図2 高齢者等複合施設「むすびれっじ」



う連携の形を推し進めることができる体制が徐々に整っていった。

しかしながら、いくら箱物が揃っても実際に人が動かないことには連携は進まず、そのために何が必要かを検討したところ、医療職、介護福祉関係職の顔の見える関係づくりが足りないという結論になった。お互いどんな情報が必要で、どのような役割分担を担うのがいいのかわからず、ただお互いの顔色を伺っている、そんな状況では連携などできない。いわゆる地域医療におけるチーム医療という考え方をそれぞれの職種が持つことが必要と思われた。

そこで当院では月に2回リハビリカンファレンスを行うことから始めた(写真2)。医師の回診時の患者さんの反応と、いざリハビリを行うときの患者さんの反応は大きく異なることがあり、時にはリハビリの状況をビデオ撮影することで、看護職や行政担当者もその患者さんのADLがどれだけ改善され、今後の在宅生活が可能かどうかの判断にとっても有用であることがわかった。さらに、このカンファレンス以外にも、必要に応じ退院支援カンファレンスとして医療連携室が中心となり、多職種で協議する場を積極的に取り入れるようにした。

これらの顔の見える関係がある程度できると、今後はカンファレンスにおいて、お互いの考え方の違いなども表面化するようになってきた。医療側の思惑、介護福祉側の思惑に齟齬が見られることもあり、それらを解決するために、お互いが共通理解を示す



写真2 リハビリカンファレンス

ことのできる総合記録シートを施設側に作成してもらい、介護職も医学的な知識と一緒に勉強することで、施設利用者のちょっとした変化から病気を悪化させない対応が早期にできるようにもなった。

また、病院と施設の敷居を低くし、必要であれば施設の介護員が病院に出向き、直接的な指導を受ける、または病院側が施設を訪れ、カンファレンスや研修会を行い、ともに行動を示すことでお互いの信頼を築くことができるようになった。

今後の課題

本町における地域包括ケア・システムとは、システムをつくろう、として始めたわけではなく、その時々で必要な連携は何か、と探っていくうちに自然と出来上がってきたものである。そのため、まだ発展途上の状態である。連携がうまく実践できているケースもあるが、そうでないものもある。今後さらにこの連携をスムーズに進めていけるようお互いの職種が知恵を出し合い、連携を高めていく意識がさらに必要と思われる。

また、新たな課題も山積している。少子高齢化の状況で老老介護、単独世帯、認認介護などといった社会的サポートを多く必要とする住民が増えていく中で、それらをサポートできる人材が十分に確保されていない現状がある。これから高齢者がより多くなる2040年問題に向けて、世話を受ける人を増やさないう、介護予防事業など町全体で住みやすい共生社会を築き上げていくことが求められる。