

謝 辞

脳血管障害新潟地域連携バス作成に当たって、新潟大学脳研究所神経内科 赤岩 靖久先生及び、立川総合病院神経内科、高野弘基先生に深謝致します。

参 考 文 献

- 1) 平田好文：脳卒中地域連携クリティカルパス—熊本方式—。治療 90: 830-838, 2008.
- 2) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(2006年版)。埼玉, 国立保健医療科学院施設科学部, 30, 2007.
- 3) 勝尾信一：バリエーションはどう整理・分析されているか。整形外科看護 9: 25-33, 2004.
- 4) 木村慎二, 佐藤 豊, 工藤由理, 崎村陽子, 遠藤直人：脳血管障害新潟地域連携バスの現状と問題点。Jpn J Rehabil Med (Suppl 46) S368, 2009.
- 5) 青木可奈, 大谷 博, 石川 肇, 中園 清, 村澤章：回復期リハビリテーション病棟における脳卒中地域連携バス導入後の変化。Jpn J Rehabil Med (Suppl 46) S367, 2009.

3 過疎地の医療における連携

吉 嶺 文 俊

新潟県立津川病院

Collaboration in the Medical Care of the Depopulation Area

Fumitoshi YOSHIMINE

Niigata Prefectural Tsugawa Hospital

要 旨

過疎地における地域医療では、都市部と異なり少ない資源をいかに有効活用できるかという命題に常にさらされている。阿賀町における在宅医療を中心とした連携は一定の成果を挙げているが、社会情勢の変化に左右されない持続可能な体制を目指すとするれば、医療者、行政そして住民の意識改革を着実に実施していく必要がある。

キーワード：在宅医療、巡回診療、健康ファイル、連携ノート、ナイトスクール

はじめに

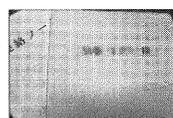
高齢化率40%を超える過疎地の医療では医師不足が大きな課題であるが、コメディカルおよび

ケアスタッフ不足も深刻であり早急な解決は今のところ望めない。都市部と異なり不便性、非効率性は明らかであり、限られた資源を工面しながら何とか住民生活を守っているのが現状である。平

Reprint requests to: Fumitoshi YOSHIMINE
Niigata Prefectural Tsugawa Hospital
200 Tsugawa Agamachi,
Higashikanbara - gun 959 - 4497 Japan

別刷請求先：〒959-4497 東蒲原郡阿賀町津川200
新潟県立津川病院 吉嶺文俊

肝心なことは あなた自身のカルテ (健康ファイル) を持ち歩くことです



1. あなたの病気の経過が迅速に確実に伝わるようになります。
2. 必要のない(ムダな)検査やおくすりがだんだんわかってきます。
3. 自分自身の体や心への理解が深まります。

自分の情報を自分で管理するツールとして情報のファイル化を試みた。介護保険利用者が使用していた介護施設との連携ノートが基になっている。最近では介護保険利用者以外の外来通院患者や健康な住民への普及啓発をナイトスクール等にて行っている。

図 健康ファイル

成 14 年以降の阿賀町における地域医療及びケア体制の変遷を 3 ステージに区切って振り返りつつ、過疎地の医療における連携の方向性を探る。

ステージ 1 充電期 2002 - 2004

従来型医療システム（出来高払い）を活用した患者増加と赤字減少・・・住民の信頼獲得作戦

平成 14 年（2002）年当時の東蒲原郡は 4 つの町村から成り立ち、町村営診療所をもつ鹿瀬町と三川村、津川病院のある津川町そして巡回診療が唯一実施されていた上川村というように医療事情がそれぞれ異なっていた。2003 年度より「在宅生活を支えるための病院医療」を津川病院の理念とし、診療内容の見直しを行い郡外に流れていた患者層の確保に力を注いだ。その結果 2002 年度から 2004 年度にかけて病床利用率は 79.3 % から 90.2 % に上昇し、平均在院日数は 19.8 日から 18.7 日に減少した。それに伴い入院患者一人当たりの診療収入、外来患者一人当たりの診療収入、職員給与比率、経常収支比率、医業収支比率などの各指標も公立病院平均レベル以上に改善した。しかし医師も含めた職員数は横ばいであり救急医療等

による職員の負担は増大した¹⁾。

ステージ 2 改革準備期 2005 - 2007

阿賀町診療所および町立訪問看護ステーションの稼働そして医療ユートピア構想の提案・・・しかし意外と動かない“町”

2005. 3 に 4 町村は合併して阿賀町となるも医療体制の大きな変更はなく、鹿瀬町診療所医師の退職や開業医の廃業などにより町内の医師数は減少しプライマリケア機能は低下した。さらに近隣医療施設の救急医療休止による当院救急部門の繁忙化は職員をさらに疲労困憊させ職場環境は劣悪となった。しかし 2005 年に県外から大学教授退官後の医師が鹿瀬診療所へ、2007 年にはエルダー医（県立病院退職後においても引き続き県民医療に寄与し指導助言する医師。2007 年 10 月新潟県立病院局にて創設された。http://www.pref.niigata.lg.jp/byoingyomu/1192120253586.html）が上川診療所に赴任しプライマリケア機能は著しく向上した。2006 年 10 月には阿賀町直営の訪問看護ステーションが開設され在宅医療はさらに充実し、“社会的入院”症例だけでなく、気管切開による

人工呼吸器管理, 在宅酸素, 在宅腹膜透析などの医療処置・医療機器使用症例などの在宅医療が可能となった。訪問診療及び訪問看護利用者数は阿賀町全体で200例を超えるようになり, 長期入院患者は激減し病床利用率は低下し在院日数はさらに短縮した²⁾。津川病院はへき地拠点病院であり不採算部分はある程度補填されるものの, 現在の診療報酬制度において病院事業経営は当然のごとく悪化した。2007年には総務省の公立病院改革ガイドライン³⁾が示され不採算地区の公立病院でも経営状況が問われる時代となった。また県立と町立という二つの公立機関における連携は迅速な変化にははなはだ不適であり, 「公立」機関そのものも, ①医療の目的が明瞭とならない, ②現場の長に権限が委譲されないので指導力が発揮できない, ③必要な分野に医療資源を強力配分できない, ④人材の登用が難しい, ⑤病院経営のプロが育たない, ⑥職員共通の目標が描き難いなどの問題を内包しており内部改革が非常に困難な状況にある。そこで阿賀町診療所の医師らと地域医療体制のあり方を検討し阿賀町ユートピア構想を町に提案した。その概要は, 阿賀町に存在する医療機関を統合し, 公設民営の1病院・4診療所を設置し, 24時間の救急対応, 在宅医療および全人的医療の推進, 重装備を持たず身の丈にあったコンパクトな医療提供, そして社会医療法人制度の活用等による黒字経営を目指すというものであった。しかしこの提案は阿賀町長をはじめとする自治体職員や町議会議員および阿賀町住民の大半の賛同が得られぬまま現在に至っている。

ステージ3改革開始期 2008 -

訪問診療およびへき地巡回診療の見直し, 連携ノートによる他職種連携, ナイトスクール開始・・・住民・マスコミへの働きかけ

阿賀町への医療体制変革の提案が頓挫したことより, トップダウンの経営母体変更ではなく, 住民および行政職員の意識変革による新しい医療体制の構築という堅実なアプローチを試みることにした。診療所は在宅医療, 病院は救急医療および

表 ナイトスクール阿賀町参加状況

	集会所	日時	参加者	スタッフ
1	東山(広手)	8月26日	12	7
2	中山	9月3日	11	7
3	豊実	9月5日	7	3
4	小手茂	9月16日	10	5
5	室谷	10月8日	16	7
6	黒倉	10月15日	13	5
7	丸淵	10月16日	12	7
8	大尾	10月22日	11	5
9	狐の嫁入り屋敷	11月1日	35	4
10	東山2回目(面倉)	11月12日	11	6
11	室谷2回目	11月18日	8	6
12	黒倉2回目	12月10日	16	7
13	丸淵2回目	12月17日	6	5
14	大尾2回目	1月15日	9	7
15	徳石	2月4日	8	4
16	さわやかホーム角神	2月16日	100	4
17	船渡	2月18日	21	5
18	馬取	3月4日	17	4
19	鍵取	3月18日	7	7
20	蝉	3月23日	12	8
21	菱湯	4月2日	13	6
22	社会福祉協議会総会	4月16日	80	3
23	麦生野	4月16日	10	5
24	室谷3回目	4月27日	12	14
25	押手	5月21日	9	6

平成20年8月に開始した各集落ごとの健康講話及び座談会をナイトスクールとして主に行政区ごとに実施したところ, 総計で25回, 延べ参加者数はスタッフ147名, 住民466名であった(平成21年5月末現在)。

入院医療という役割分担を明確にし, その第一歩として鹿瀬および上川地区の一部の巡回診療を町立診療所へ移行した。約20年間の巡回診療はへき地拠点病院のいわゆる“目玉”(看板業務)として重要な位置にあり, その移行は津川病院としては最も大きな使命の見直しであった。また2004年から始まった新医師臨床研修制度により2005

年より研修医が当地を訪れるようになり、総合医養成⁴⁾の場として阿賀町を活用してもらうことにより医師不足の改善にもつながっている。スタッフ増加などにより訪問看護や訪問リハビリテーションは充実し、へき地の患者宅までの訪問薬剤指導が開始されたことにより多職種間の連携が求められるようになった。そこで以前から介護保険利用者において使用されている「連携ノート」の活用を徹底し、さらにそれを基に介護保険利用者以外の巡回診療利用者を対象として「健康ファイル」という自己管理のためのツールを考案した。現在そのファイルに関して介護保険を利用していない外来・入院患者、小児も含む若年者、さらには阿賀町全住民への普及啓発を図ることにした(図)。

2008年8月より阿賀町内の集会所において「ナイトスクール」と称して診療所の医師と協働して夜のボランティア座談会を開始した。この目的は医療者と住民がともに医療崩壊に対する理解を深め、医療崩壊に対する住民の意見を募り、一緒にこれからの医療の在り方を模索しながら、いま医療者が行うべきこと、いま住民が行うべきことを明らかにしていこうというものである。医師による健康講話だけでなく車座となり医師・患者という立場ではなく阿賀町住民としての率直な意見交換を行い、健康ファイルの意義や使用方法についても説明している。2009年5月現在、住民・スタッフ合わせて延べ603名が参加した(表)。

医療連携といえばクリニカルパスが有名だが、これは医療者側からの視点による連携である。医療の質向上や医療経済の面から確かに大切ではあ

るが、患者・住民にとってその必要性は理解しづらい。患者や住民の視点からみた医療連携の理解を深めるためには、健康ファイルや連携ノートという発想が有用ではないかと考えている。

おわりに

医学・医療の進歩と医療をとりまく社会情勢変化のアンバランスがさまざまな歪みを生みだしている。医療者としては住民・患者にそのしわ寄せがいかないように最大限努力するとともに、医療者自身の職場環境の改善も念頭に入れておく必要がある。医療はサービスではなく、(医療者、行政そして住民が)みんなで協力“連携”しながら育てていくものだという認識をもつことができれば道が開けるのではないだろうか。

文 献

- 1) 吉嶺文俊：小規模病院における救急医療の負担。新潟医学会雑誌 122: 20-24, 2008.
- 2) 吉嶺文俊：病院勤務医の環境改善への取り組み、阿賀町・津川病院における取り組み。新潟医学会雑誌 123: 63-67, 2009.
- 3) 「公立病院改革ガイドライン」(平成19年12月24日付総務省自治財政局長通知) <http://www.soumu.go.jp/c-zaisei/hospital/guideline.html>
- 4) 吉嶺文俊：豊かな人間性と広い視野を持つ総合医の育成をめざして。新潟医学会雑誌 119: 589-592, 2005.