

<特集「地域医療を考える」>

## 地域医療 30 余年の取り組みから見えること

～連携と協働による地域づくりを～

赤 木 重 典\*

京丹後市立久美浜病院

### The Lesson Learned from the Approach to the Community Healthcare Service in More than Thirty Years

～ The Regional Development  
by the “Partnership” and “Collaboration” ～

Shigenori Akagi

*Kyotango Municipal Kumihama Hospital*

### 抄 録

少子化と人口減少社会のなかで、超高齢社会における地域医療のあり方が問われている。国は2012年を「地域包括ケア元年」と位置づけ、「社会保障・税一体改革大綱」のなかで、団塊世代の多くが後期高齢者の仲間入りをする2025年までに「地域包括ケアシステムの構築を図り、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスが受けられる社会の実現」に取り組むと述べている。過疎地に立地する京丹後市における地域医療の歴史は、医師不足に代表される絶対的な人材不足への対応と工夫の歴史である。それは、限られた人材が知恵を絞り、「連携」し「協働」することにより展開される「地域づくり」の歴史と言い換えることができる。また、この「苦難の道のり」が私たちに試練を与え、私たちの財産である「地域包括ケアシステム」を構築する原動力になったことも事実である。100の地域があれば100通りの地域医療のカタチがあると言われるなかで、京丹後市における30余年の地域医療との関わりを振り返り、地域の実情に応じた「地域包括ケアシステム」の一つのカタチを「連携」の視点から考察し報告する。

キーワード：地域医療，連携，協働，地域づくり，地域包括ケアシステム。

### Abstract

In this day and age of declining birth rate and depopulating society, it is now asked how “a community healthcare service” should be prepared for the super-aging society.

The history of community healthcare service in Kyotango City, less populated area, can be rephrased as the one that have evolved by “the Partnership” and “the Collaboration” produced by the limited

number of people beating their brains.

Looking back my involvement in the community healthcare service in this city for more than 30 years, I would like to report one of the methods of “the community comprehensive healthcare systems” regionally-adapted through the perspective of “partnership”.

**Key Words:** Community healthcare, Partnership, Collaboration, Community comprehensive healthcare systems.

## はじめに

私は、昭和53年に自治医科大学を1期生として卒業し、2年間の初期研修を京都府立医科大学第二外科学教室で終了、昭和55年4月に弥栄町国保病院（現：京丹後市立弥栄病院）に赴任、昭和62年4月に久美浜町国保久美浜病院（現：京丹後市立久美浜病院）に異動し今日に至っている。

京丹後市立久美浜病院のような国保診療施設（国保病院と国保診療所）は、その多くが国民皆保険制度の発足に伴い過疎地に設立されたため、その誕生時から医師確保や経営面に於いて「苦難の道なり」を歩んできている。最近では、平成16年4月にスタートした新医師臨床制度が、旧来の大学医局による医師派遣システムに変革を来とし、中小の国保診療施設への医師派遣に深刻な影響をもたらしている。また、平成18年度診療報酬改定で登場した「7対1入院基本料」には、都市部を中心に短期間に数多くの届け出が行われ、へき地での看護師確保は困難を極めており、「平成の大合併」も周辺部の過疎化に拍車をかけることとなり見過ごすことができない。

しかし、この「苦難の道なり」が私たちに試練を与え、私たちの財産である「地域包括ケアシステム」を構築する原動力になったことも事実である。また、それは、限られた人材が知恵を絞り、連携し協働することにより展開される「地域づくり」の歴史でもある。

国は2012年（平成24年）を「地域包括ケア元年」と位置づけ、「社会保障・税一体改革大綱」のなかで、団塊世代の多くが後期高齢者の仲間入りをする2025年までに「地域包括ケアシステ

ムの構築を図り、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスが受けられる社会の実現」に取り組むと述べている。その流れから、昨年8月に提出された国民会議の報告書に基づく「プログラム法案」（正式名称・「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」）が閣議決定され昨年末の臨時国会で成立した。また、本年6月18日には「医療介護総合確保推進法」が成立し動き始めている。注目すべきは、そのなかで、地域包括ケアシステムに関して「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有する能力に応じ、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、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」と定義された点にある。

この『地域の実情に応じて』の取り組みは、まさしく私たち国保診療施設の歴史であり、国保診療施設の取り組みに対する高い評価が法律に盛り込まれたと捉えることができるのではなかろうか。国保診療施設の取り組みは、試行錯誤と創意工夫を繰り返し、住民に安心を届けるためのシステムを模索するなかで辿り着くことができる「地域の実情に応じた地域包括医療ケアシステム」と表現されるそのカタチである。限られた人材が「連携」し、「協働」することにより導き出される「地域力の創造（マンパワーの結集）」、この頼もしい動きは「地域づくり」そのものだと考える。

100の地域があれば100通りの地域医療のカタチがあると言われるなかで、京丹後市における30余年の地域医療との関わりを振り返り、地域の実情に応じた「地域包括ケアシステム」の一つのカタチを「連携」の視点から考察し報告

する。

### 京丹後市立久美浜病院の沿革

京丹後市立久美浜病院は、昭和30年4月に旧久美浜町の橋爪地区に開設された国民健康保険直営海部診療所と、同年12月に旧久美浜町市街地である久美浜地区に開設された国民健康保険直営久美浜診療所を出発点としている。その後の改廃を経て、昭和56年4月、現在の久美浜町向町地区に診療科5科、一般病床50床の久美浜町国保久美浜病院が新設された。

コウノトリで有名な兵庫県豊岡市の公立豊岡病院（当時615床）から10kmの距離にあり、県境から僅か3km余りという立地環境に存在意義を疑問視する側面もあったようである。

そんな小さくてひ弱な自治体病院の挑戦は昭和62年秋に始まっている。丹後広域消防組合（現在の京丹後市消防本部）の開設に合わせて「救急依頼を全例受け入れる」、「診察依頼を断らない」という無謀とも思えるスローガンを掲げ、医師の負担が限りなく大きくなる取り組みをスタートさせた。医局の「やる気」はメディカル・スタッフの前向きな姿勢を引き出し、病院全体の雰囲気を一変させた。これに伴い、住民の信頼が一気に高まり、患者数が急激に増加していったことが思い出される。

平成6年4月に新館（60床）を増築、平成12年4月の介護保険制度のスタートに合わせて療養病棟（60床）を増築するなど施設の充実に努めている。平成16年4月の市町村合併に伴い京丹後市立久美浜病院に名称変更され、住民を中心に据え、住民一人ひとりの疾病予防から救急医療、日常診療、在宅医療、在宅介護までを包括的に提供する「地域包括ケアシステム」の中核を担う、地域に密着した170床の医療施設として今日を迎えている。

### 地域医療充実への取り組みと工夫

日本の医療には地域特性があり、圧倒的多数の医師数と代替医療機関が多く存在する「都市部」と、最後の砦としての姿勢が求められる「へき地」に分けて考える必要がある。

現に、市域が500平方キロと広大な京丹後市（人口約6万人）の「人口10万対医師数」は122人であり、その医療環境は極めて深刻である。

このようなへき地で、地域医療の輝く未来を再構築するためには、克服しなければならない課題が二つ存在していた。一つ目の課題は、医師不足に代表される絶対的な人材不足への対応であり、二つ目は、市町村合併により急激に拡大したエリア（コミュニティ）に地域包括ケアシステムの理念を如何にして浸透させるかである。

へき地に立地する医療機関として、早急な人材確保が困難な状況下で、現有スタッフの協働で窮状を乗り越える取り組みや、地域包括ケアシステムの理念を市全域に浸透させるための仕掛けなど、試行錯誤と創意工夫の積み重ねを、「連携」をキーワードに6つの視点から振り返る。

#### 連携 その1

##### 『医師間の支え合い』

最初の視点は、病院という組織の中の「医局」という限られた職域における連携である。限られた人材が個々の守備範囲を少しずつ広げること、小児救急に対応する過程を「医師間の支え合い」の表現で振り返る。

昭和62年秋に始まった小さくてひ弱な自治体病院の挑戦は、患者数の急激な増加につながり、昭和63年4月にはタイミングよく小児科医1人の常勤化が実現した。小児科医を迎えるに当たり、小児科医に過度な負担がかからないよう、夜間や土日の時間外受診には全員で対応しようと話し合い、「小児では事故以外の死亡は極めて稀」と「水分が入りオシッコが出ていたら大丈夫」の二つの合い言葉のもと、診療科を問わず、当直医が小児の救急・時間外診療を担当することになった。一方、この範疇から外れる症例に関しては、迷うことなく小児科医に相談するという基本的な姿勢が確認された。

並行して、医師の応援を気軽に依頼できるよう、当時の町長にお願いして、緊急医療業務手当を創設していただいた。1回の呼び出しに当直手当の25%を、それが2時間を超えると50%

を、4時間を超えると全額が支給される制度である。医師を呼び出しやすい環境の整備が、相互の協力体制による精神的負担の軽減を導き、連携や一体感の中で仕事ができているという自覚が楽しさを実感させ、広い守備範囲をカバーできることが充実感をもたらし、住民の信頼がモチベーションを高めることに繋がっていった。

結果、小児の時間外診療件数は飛躍的に増加し、平成16年度にはピークの年間4,571件を常勤小児科医1人のもとで受け入れている。小児科の岩見副院長は「楽しんで大きな仕事をさせてもらってます」と、笑顔で着任18年目を迎えている。彼以外にも、久美浜病院の屋台骨を背負う優秀な医師たちの定着が得られていて、「医師間の支え合い」は、へき地に存在する医療機関にとって、医師を迎え入れるための環境整備の一つと言いつ換えることができるのかも知れない。

## 連携 その2

### 『多職種の共通認識』

第二の視点は、連携の範囲が病院全体に広がる。院内の多職種が、問題意識を共有して課題解決に取り組み、大きな成果を導き出すことができた経験を『多職種の共通認識』と表現する。

介護保険制度がスタートした平成12年4月当時、年間3,000件前後あった久美浜訪問看護ス

テーションの訪問看護の件数が、平成16年には1,300件程度にまで減少し、ステーションの存続自体が危ぶまれる状況に陥っていた。その原因は、訪問看護と訪問介護の違いを利用者に的確に伝えることができなかったことや、病院の医師や看護師をはじめとする職員自身の訪問看護に対する認識が低かったことなどが考えられた。

平成16年11月、訪問看護を活性化させるために医師、歯科医師、看護部長、病棟看護師、訪問看護師、歯科衛生士、理学療法士、地域医療連携室、事務職員などの多職種に参加を求め「在宅支援委員会」を設置した。委員会は、「継続」「在宅医療・ケア」「看護師の受け持ち制」などをキーワードに、月1回の頻度で開催された。医師には、医師の「訪問看護指示書」がなければ訪問看護を始めることができない制度であることへの理解を求め、看護師には、看護の継続が必要と判断された場合には、受け持ち看護師の責任として躊躇することなく医師に「指示書」を書くことを依頼するよう徹底した。

図1に示すとおり成果は着実に表れ、訪問看護のみならず「在宅医療・ケア」に対する職員の認識が深まり、平成20年度には年間5,000件に迫る規模に訪問看護の件数が増加している。その背景には、訪問看護師と主治医が緊密に連

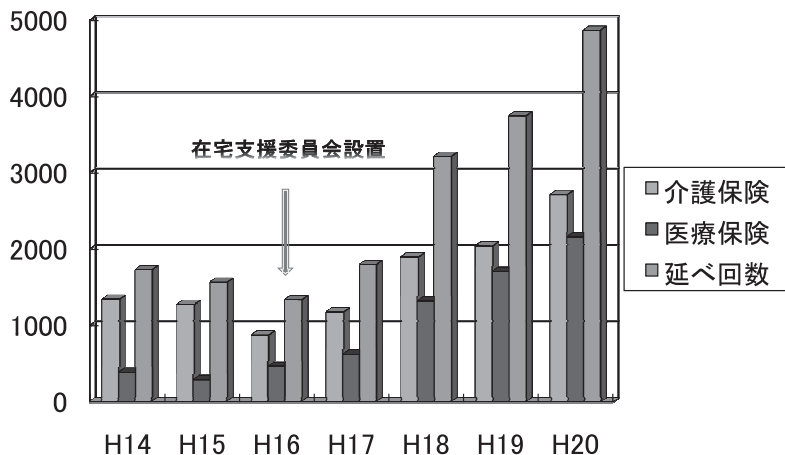


図1 久美浜訪問看護ステーション  
年度別訪問延べ回数

携して在宅療養を支えていることが住民に理解されたことがあり、大きな安心を提供することに繋がっている。今日の、24時間、365日、いつでも訪問看護師が駆けつけてくれる体制は、「在宅看取り」が最期を迎える場所として、当たり前の選択肢の一つとして存在するために必要不可欠な存在となっている。

存続自体が危ぶまれた訪問看護ステーションが、久美浜病院の経営基盤を支える一つの事業として生まれ変わり、在宅支援委員会は平成20年度末をもって発展的にその使命を終えている。

### 連携 その3

#### 『病院と施設の協働』

第三の視点では、連携の範囲を院外に広げ、病院と特別養護老人ホームが協力して誤嚥性肺炎の予防に取り組んだ、その経緯と成果を『病院と施設の協働』として伝える。

昭和63年、社会福祉法人が運営する特別養護老人ホーム「K」が久美浜病院に隣接して開設された。以降、久美浜病院がその嘱託医を担当しているが、入所者の重度化が徐々に進行することに伴い、平成12年頃には誤嚥性肺炎での入院延べ日数が年間に500日を超えていた。

この状況を心配していた当院の歯科医師が、平成14年頃からボランティアとして関わっていたが、平成16年7月からは正式に積極的な取り組みが開始された。月2回、歯科医師が、木曜日の昼食時に検食を兼ねて入所者の摂食嚥下

状況を観察し、介入が必要な方々を早期に発見、毎週水曜日の午後に歯科医師と歯科衛生士により実施される口腔ケアと摂食嚥下機能訓練に繋げている。

図2に示すとおり、誤嚥性肺炎による入院延べ日数は極端に減少している（平成17年度の増加は、一人の重度な方が入退院を繰り返されたため）。また、図3に示すように、平成18年度には一回の平均入院期間が13日と極端に短縮されていて、職員一人ひとりの誤嚥性肺炎に対する意識の向上や、きめ細かな観察により早期に治療が開始されるなど、重症化を未然に防ぐための努力が成果として表れたものと考えられる。

この経験を活かし、新たに嘱託医として関わることになった京丹後市久美浜町内の特別養護老人ホーム「Ka」において、京都大学口腔外科学教室、LION株式会社、久美浜病院により、平成22年に共同研究が行われた。その成果が集約され、平成22年10月、医歯薬出版株式会社から「オーラルケア・マネジメント実践マニュアル」として出版されている。

介護老人福祉施設における口腔ケアと摂食嚥下機能訓練による積極的な介入は、「最後まで口から食べる」ことに拘った取り組みに発展し、新たな側面での結果を導き出している。特別養護老人ホーム「Ka」においては、平成25年度に18の方が亡くなっているが、その内の

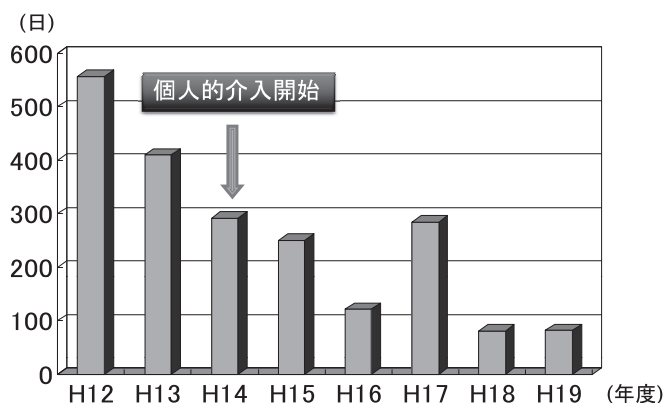


図2 特別養護老人ホーム「K」の肺炎による年度別入院延べ日数



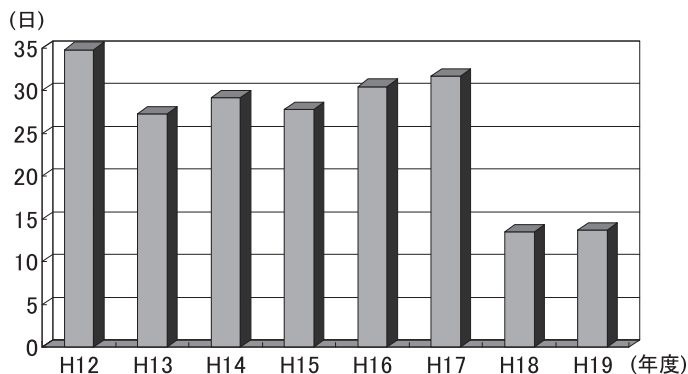


図3 特別養護老人ホーム「K」の肺炎による年度別平均入院日数

14人が施設で見守られ穏やかな最期を迎えられている。「最期まで口から食べる」ことへの拘りは、「施設看取り」を可能にする一つの要素であることが推測される。

#### 連携 その4

##### 『多施設・多職種の集い』

第四の視点は、地域包括ケアシステムの理念を京丹後市全域に浸透させるための仕掛けである。多くの施設の多くの職種が定期的に「顔を合わせる」ことができる「場」の設定を『多施設・多職種の集い』と表現する。

平成16年4月に丹後地方の6町が合併し、面積500平方キロメートル、人口6万5,000人の京丹後市が誕生した。当時、広大な市域に4病院、6特別養護老人ホーム、1養護老人ホーム、1老人保健施設、3訪問看護ステーションが存在していた。これら貴重な医療・福祉サービスの資源を有機的に結びつけ、活性化するためには、関係する職種が定期的集える「場」の提供が必要と考えた。そのためのツールとして、注目され始めていた「NST」(栄養サポートチーム)の活用を思いつき、平成17年7月に「京丹後市NST研究会」を設立、年に2回の頻度で都合10回にわたり開催した。

研究会は「地域」を意識して開催され、毎回、100人を超える参加者で賑わいを見せていた。参加者の構成は多岐にわたり、その顔ぶれから、施設間や職種間の感覚的距離が短縮され、

相互理解の深まり、情報や知識の共有、ひいては垣根が低く風通しがよくなるなどの波及効果が期待された。実際に、研究会が継続して開催されることにより、参加者の間に「ネットワーク」が構築され、「顔の見える関係」が広がりをを見せていった。

その成果として、京丹後市大宮町の人工呼吸器を装着したHちゃん(平成17年12月生まれ)の夢「家に帰りたい」は、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、障害者生活支援センター、人工呼吸器取扱業者など関係する多くの職種がネットワークを構築して受け入れ準備を進め、平成19年春に実現している。京丹後市消防本部も、救急車で自宅を訪問し、万が一に備えてのシミュレーションを行うなど安心を提供している。京丹後市の理解も深く、「京丹後市重度心身障害者及び母子・父子家庭の医療費の支給に関する条例」に内規を作成し「人工呼吸器を装着した者の訪問看護療養費」を市単費で補助する制度が創設された。この一連の様子はNHKテレビで2度にわたり放映されている。

Hちゃんは一昨年春、小学校に入学、今春には3年生に進級している。市は、専従の看護師をスクールサポーターに採用して小学校に配置し、安全の確保に努めている。この事実は、限られた人材が連携し、協働することにより「地域力」が創造された証と言えるのではなからうか。

## 連携 その5

### 『引き出し』

第五の視点は、必要な時に日本のトップレベルの医療技術を久美浜病院で提供していただける、全国の専門医との連携である。一人ひとりの専門医を『引き出し』と表現することをお許しいただきたい。

久美浜病院では「患者が動くより医師が動く方が親切」をモットーに、特殊技術を備えた医師との連携を密にしているので紹介する。

兵庫県西宮市在住の放射線科医は、平成19年度の日本対がん協会賞・個人賞を受賞されたスペシャリストである。最近では化学療法の進歩と変遷により支援をいただく機会は減っているが、肝動注化学療法が全盛だった頃には、年間に11回にわたり最先端の技術を久美浜病院で提供していただいた。

岩手県の外科医には、関西では馴染みの薄い経肛門の内視鏡下マイクロサージェリー（TEM手術）を、二泊三日の日程で遠路お越しいただき、これまでに8回、その特殊技術を提供していただいている。TEM手術は、大腸内視鏡で切除不能な直腸腺腫や早期直腸がん、直腸カルチノイドなどその適応は極めて限られているが、この手法により人工肛門増設を回避できる症例があることや、何よりも痛みを伴うことなく数日で退院される患者の笑顔にその有用性が示されている。

多くの「引き出し」を持つことは、へき地に立地する中小病院にとって、多くの専門医を必要とときに活用できることや、病院の優しさとレベルの高さを保証してくれるかけがえのない財産である。

## 連携 その6

### 『医科と歯科の一体化』

最後の視点は、医科と歯科の垣根を取り払った取り組みであり、『医科と歯科の一体化』として、へき地に立地する中小病院における医科・歯科連携の一つの在り方を伝える。

久美浜病院の歯科は、住民の要望に応じて、病院の開設時に常勤歯科医師1人を迎えて開設された。平成16年4月1日には、平成18年に

必修化される歯科医師臨床研修制度を先取りして、歯科医師臨床研修施設の指定（厚生労働省発医政第0401003号）を受けている。

歯科部門の大きな転換点は、現在の堀歯科口腔外科診療部長と私が、平成17年2月にお酒を酌み交わす機会に恵まれたところにある。彼の「住民の近くで医療がしたい」という熱い心に触れ、歯科医師派遣を継続していただいていた京都府立医科大学歯科と、新たに堀先生の派遣をお願いする京都大学口腔外科学教室のご理解をいただき、平成18年4月にその着任が実現している。

以後、口腔外科手術症例は右肩上がりに増加し、手術前精査や麻酔分野での医科・歯科連携が必然的に構築されていった。手術件数の更なる増加には、京都府立医科大学からの麻酔支援が得られ、安心できる手術環境の整備は全身麻酔下での障害者（児）の歯科治療を可能にし、平成25年度には広域から16例の全身麻酔下での症例を受け入れている。中には、一度の入院で16本の齲歯（むし歯）治療を受けられた方も経験している。

臨床実績の蓄積に伴い、平成21年10月には日本口腔外科学会専門医制度の認定関連施設の登録を受け、本年2月には日本障害者歯科学会認定医のための臨床研修施設に認定されている。

一方では、多くの学校や保育園の歯科検診を受け持ち、障害者（児）や高齢者の訪問歯科診療を展開するなど、その守備範囲は確実に広がっていて、現在では堀先生を筆頭に常勤歯科医師4名・歯科研修医2名の体制で総合的に診療に従事している。

図4より見える久美浜病院歯科・歯科口腔外科の充実過程は、へき地における歯科診療の潜在的需要の大きさを物語っている。医科と歯科が連携し、一体となった取り組みを展開することにより、住民の期待にしっかりと応えることができる体制づくりが求められていると思われる。

\*

以上、京丹後市立久美浜病院の取り組みを、「連携」をキーワードに6つの視点から報告した。

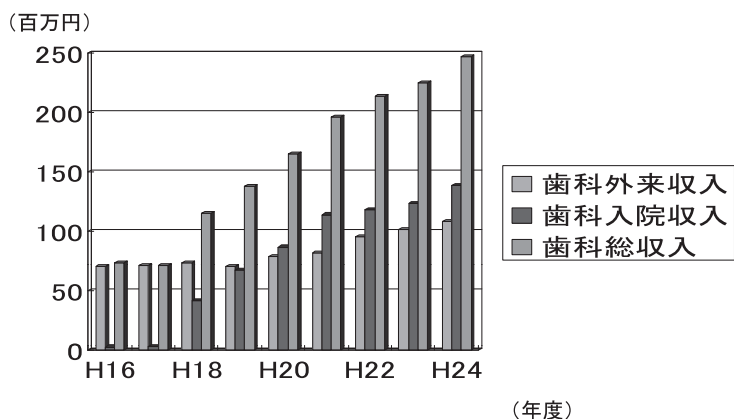


図4 京丹後市立久美浜病院  
歯科・歯科口腔外科の年度別診療報酬の推移

## おわりに

京丹後市は、「日本創成会議」の報告書で2040年に消滅する可能性があるとして予測された896自治体に含まれている。地域を守り、日本の健全なカタチを将来にわたって維持するためには、この予測を覆すための不断の努力と発想の転換が必要である。

地域社会が存在するために必要不可欠な因子が「医療」と「教育」であることには異論のないところである。今回の私の報告は、京丹後市のような自治体が生き生きと存続するための要因として、「医療と介護の更なる充実」がその役割を果たしてくれる可能性を示唆するものだと考えている。

その可能性は、社会保障制度が充実した北欧において明らかなように、「介護経費の多くの部分を占める人件費は有効に回転する資金で

あって、決して消滅する資金でない」ことを確認することで現実味を帯びてくる。医療と介護の充実が実践が可能であり、その充実が地域を活性化させ、地域に力強さと明るさをもたらす原動力となる。

高齢化のピークを迎えつつある私たちの地域で、私たち自身が幸せと安心を享受できる、温かみのある「地域づくり」が求められている。そのことが、2025年以降の国全体のあり方にしっかりとしたメッセージを伝えることになり、更には、2025年問題で取り上げられている多死社会において、私たちの地域が十二分にその役割を果たせるような、「京丹後市で最期を迎えたい」と言われる、そんな地域社会の構築が期待されている。

開示すべき潜在的利益相反状態はない。



## 著者プロフィール



赤木 重典 Shigenori Akagi

所属・職：京丹後市立久美浜病院・病院長

略 歴：1978年3月 自治医科大学医学部卒業

1978年5月 京都府立医科大学第2外科学教室研修医

1980年4月 弥栄町国保病院（現：京丹後市立弥栄病院）

1987年4月 久美浜町国保久美浜病院（現：京丹後市立久美浜病院）

1987年10月 同上 副院長

2004年4月 京丹後市立久美浜病院 副院長

2009年4月～自治医科大学 顧問指導委員

2011年4月～京丹後市立久美浜病院 病院長

2012年4月～公益社団法人・全国国保診療施設協議会 副会長

2013年4月～京都府立医科大学 特任教授

専門分野：外科

主な業績：1. 著書：赤木重典「健やかな老後～私たちにできること～」

1993年10月，京都新聞社刊

2. 赤木重典，在宅脱水患者のケア，今日の治療指針2006年版，医学書院，1110-1111.

3. 赤木重典，栄養面のケア，今日の治療指針2011年版，医学書院，1330.