

## 特集 地域包括ケアで輝く病院

地域包括ケアシステム構築に  
求められる病院と自治体  
それぞれの役割と連携

南 眞司

- 高齢化、少子・人口減少社会の富山県南砺市で、医療崩壊の危機に直面した。患者・家族のQOL向上を目指し、疾病・障害・生活課題の解決と支援体制を構築し克服した。
- 独居・老老世帯増加に伴う家族介護力の低下を、介護人材育成による24時間型在宅介護の整備で補い、在宅医療との連携で在宅生活の限界点を引き上げた。
- 地域で安全に最期まで暮らすための病院医療や在宅医療・介護連携の構築が、超高齢化と人口減少が進む地域住民の安心と幸せにまだ結び付いていない。地域包括ケアシステムの完成には、住民が支え合う温かいまちづくりが必要である。

## はじめに

地域包括ケアシステムは「地域共生社会・安心して暮らせるまち」づくりを目指している。そのために「本人の選択と本人・家族の心構え」「すまいとすまい方」「介護予防・生活支援」「医療・看護」「介護・リハビリ」「保健・福祉」のシステムを作り上げる必要がある。現時点で全てを完成した地域はなく、各地域の医療や介護・福祉などの状況と、高齢化や人口減少の推移、生活環境や住民の思いも考慮してシステムを構築する必要がある。

自治体は地域の状況と住民の意向などを確認し、地域包括ケアシステム構築に向けての計画作成と実行を担う。病院は自院が担う医療に必要な医師、看護師、PT・OT・ST（以下、リハビリ職）らの採用にとどまら

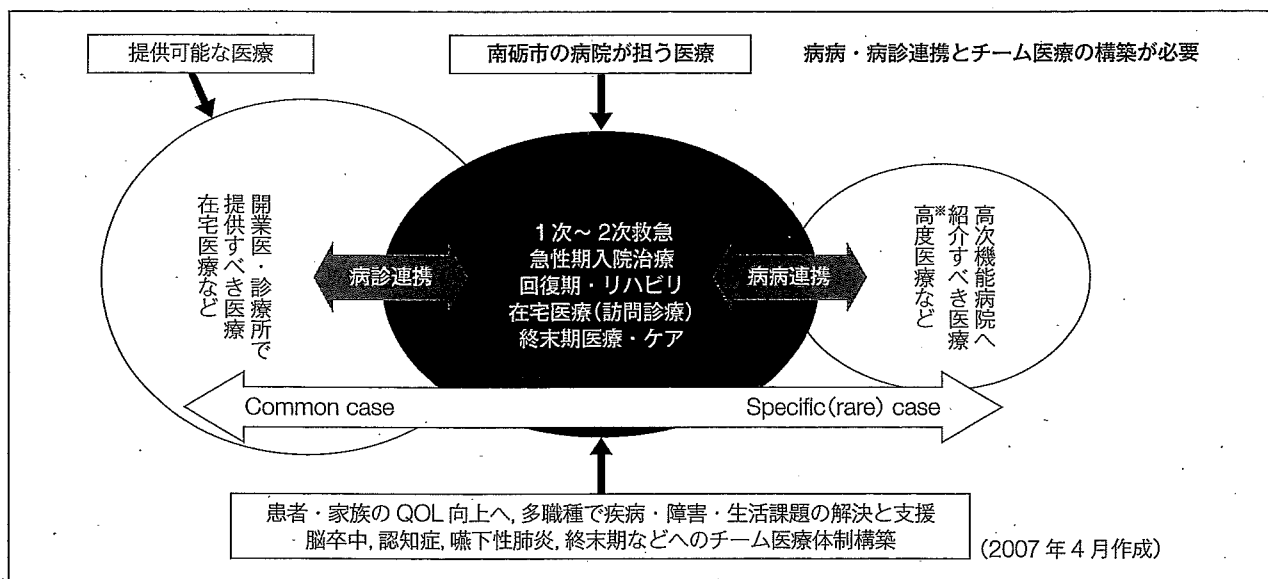
ず、地域包括ケアに重要な在宅医療・介護の充実のため、自治体と連携し医療系人材の確保と育成を支援する。

本稿では、富山県南砺市で南砺市民病院（175床、うち急性期7:1看護体制2病棟48床・48床、回復期リハビリテーション1病棟36床、地域包括ケア1病棟43床、以下、当院）と市役所が協力し、医療崩壊の危機を克服し、在宅医療・介護連携を構築し、地域包括ケアを住民と共に進めてきた取り組みを紹介する。当院が市立病院で自治体と連携しやすかった面はあるが、全国各地の病院や自治体が果たすべきそれぞれの役割や連携の参考になれば幸いである。

医療崩壊の危機に直面した南砺市の  
病院医療再生と在宅医療の取り組み高齢化・少子化・人口減少が急速に進む  
南砺市の病院に求められる役割と連携

南砺市は富山県の南西部に位置し、2004年11月、4

みなみ しんじ 前・南砺市民病院長／南砺市政策参与  
☎932-0212 富山県南砺市山斐36-2  
minami.shinji@city.nanto.lg.jp



■図1 市立病院の立ち位置と担うべき医療

※胸部外科手術，重症熱傷，多臓器外傷，脳外科手術，急性心筋梗塞PCI，造血幹細胞移植治療，精神科救急，放射線治療，など

町4村が合併し誕生した。琵琶湖に匹敵する広大な面積のうち、約8割を森林が占める中山間地域である。合併後の約15年間で人口は約5.9万人から約5.0万人、高齢化率は約27.6%から37.7%となり、過疎化、超高齢化が進行した。合併時、国保直診の当院は地域包括ケアに取り組んでいたが、医師不足や赤字経営など課題も多かった。

当院に求められた役割は、超高齢社会に対応する外来・入院診療機能の再構築と24時間型救急医療の継続だった。そこで、高齢者医療に求められる「治し支える医療」を担う総合診療医の育成と、患者・家族のQOL向上に多職種で疾病・障害・生活課題の解決と支援を行うチーム医療を構築した。また、2次医療圏ごとの「地域医療構想」において、当院で担えない高度医療と開業医・診療所が担う医療を明確化し、機能分化と連携に努めている(図1)。南砺市には市立の2病院(当院と公立南砺中央病院)があるが、2016年12月南砺市立病院あり方検討委員会で、経営統合を図り病院機能の集約と分担を進めていくことにしている。

### 高齢者医療や救急医療を担う人材の確保と育成

2004年度に始まった新医師臨床研修制度の影響で、当院も常勤医が2008年度15名に減少した。当院は当

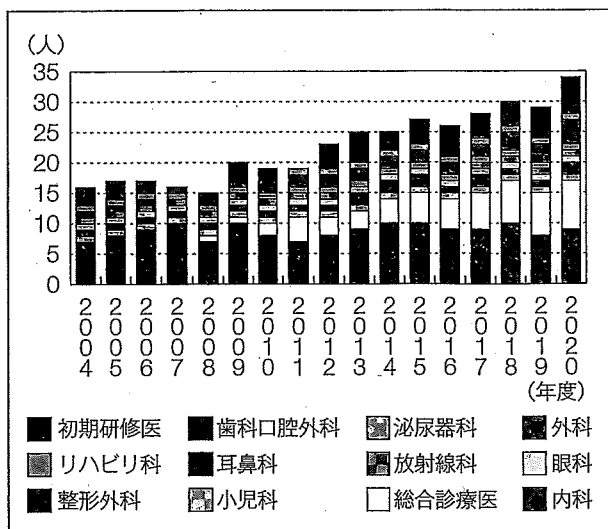
初より初期研修医制度に参加したが、育成は2009年度にマッチした2名の研修医から始まった。2011年度、総合診療医の育成に向け、富山大学総合診療部と連携し後期研修を開始した。この取り組みが功を奏し、現在では常勤医が総合診療医らの増加で30名近くになり(図2)、24時間型救急医療の継続が可能となった。

2007年度、入院頻度が高い誤嚥性肺炎対策として、医師や看護師、リハビリ職らでプロジェクトチームを創設した。カンファレンスなどで疾病や障害を共有し、統一的な治療やケアを包括的に提供し、退院後の再発生存率を約50%改善した(図3)<sup>1)</sup>。その後、摂食嚥下障害で経口摂取困難な認知症入院患者へチーム診療を提供し、約半数の患者が経口摂取可能となる実績を挙げている<sup>2)</sup>。このような診療が評価され、医師だけでなく看護師やリハビリ職らも多く当院の勤務を希望し、医療崩壊の危機は回避された。

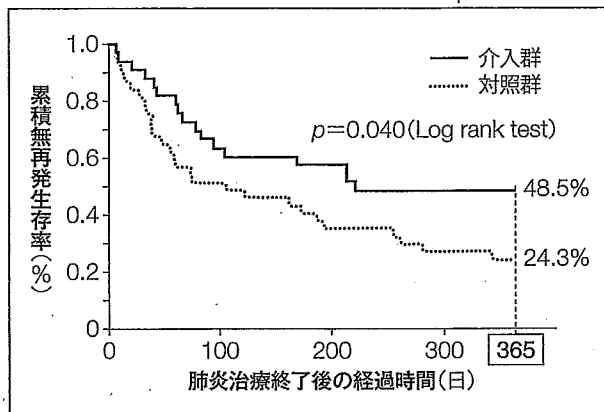
院内でチーム医療を提供し、疾病や障害が中重度の患者でも退院が可能となり、その多くが自宅退院を希望した。増加する自宅療養の中重度患者のため、南砺市で訪問診療や訪問看護などの在宅医療の構築が求められた。

### 住民が求める在宅医療の構築と病院の役割

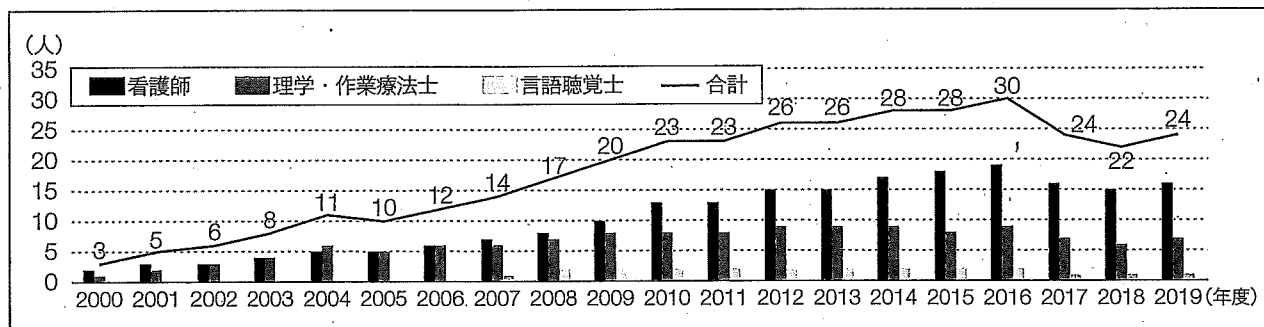
当院の在宅医療の始まりは、神経難病患者へ医師が



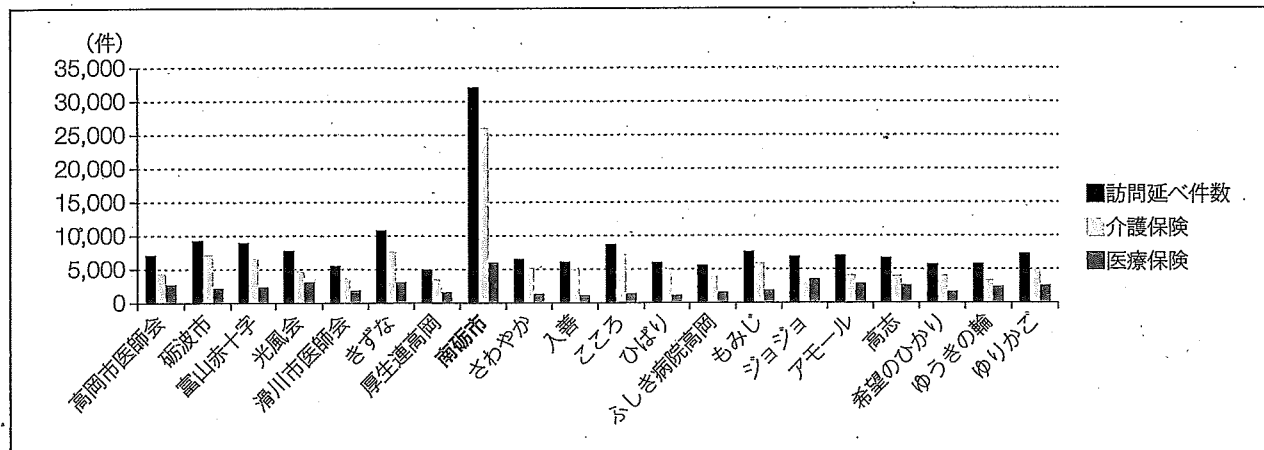
■図2 南砺市民病院常勤医の推移  
総合診療医を目指す初期研修医・後期研修医が増加



■図3 高齢者誤嚥性肺炎に対する包括的診療チーム介入試験結果  
出所：文献1)



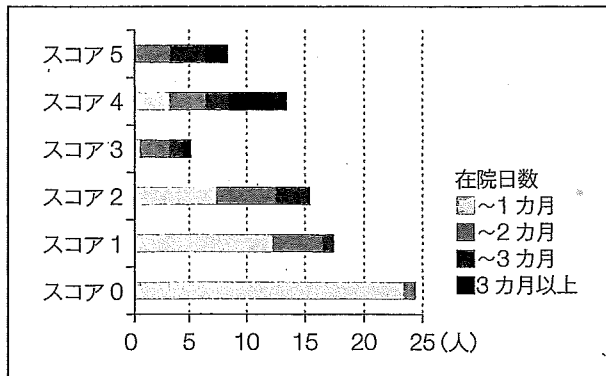
■図4 南砺市訪問看護ステーション職員数の推移  
出所：南砺市訪問看護ステーション資料



■図5 富山県内の訪問看護ステーション実績  
南砺市訪問看護ステーションが圧倒的多数の在宅訪問で在宅医療を支えている。  
出所：富山県訪問看護ステーション連絡協議会資料より

自宅訪問した1984年である。2000年度、当院から看護師2名と理学療法士1名を異動させ、訪問看護ステーション(当院併設)を開設した。当院から異動した

スタッフを2~3年で人事交流するシステムや訪問看護ステーションでの採用などで人材の確保と育成に努め、現在の陣容まで拡充し24時間体制の訪問看護を整



■図6 脳卒中患者の重症度別南砺市民病院からの自宅退院数(2010年度)  
日本版modified Rankin Scaleスコア5(重度の障害)・4(中等度~重度の障害)患者の自宅復帰率は約75%  
出所:富山県砺波厚生センター地域リハビリテーション連絡協議会資料より

備した(図4, 5)。開業医や当院総合診療医の訪問診療と連携し、重度脳卒中患者が自宅に退院でき、痛末期や寝たきりでも自宅で最期を迎えられる在宅医療を構築した(図6, 7)。

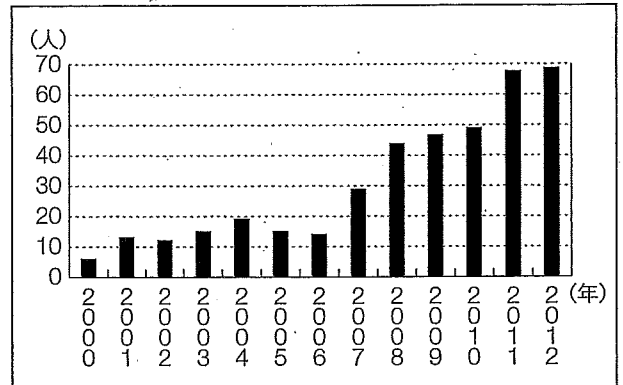
中重度患者が在宅で暮らす状況を踏まえ、どのような患者も断らない24時間型救急医療の提供と在宅医療チームへの支援が当院の役割となっている。院内で摂食嚥下障害の診療機能が高くても、在宅での対応が不十分なら退院が困難であり、退院後短期間で再発入院が懸念される。このため当院では、訪問診療医や訪問看護師らの確保と育成を通し、在宅医療の質向上に努めている。

### 独居・老老世帯などを在宅介護で支え、在宅医療と連携し在宅生活限界点を引き上げ

#### 介護人材の育成と24時間型在宅介護サービスの構築

南砺市は少子化と若者の流出により、近年独居・老老世帯が増加し、家族の生活支援や介護力が顕著に低下した。2014年2月、独居の認知症の方が自宅での生活がかなわず、子どもが暮らす関東の施設に入所した。南砺市の地域包括ケアシステムの課題は、独居・老老世帯を24時間自宅で支える介護体制とその担い手である介護職の育成だった。

2014年度、担当の地域包括ケア課は、特別養護老人



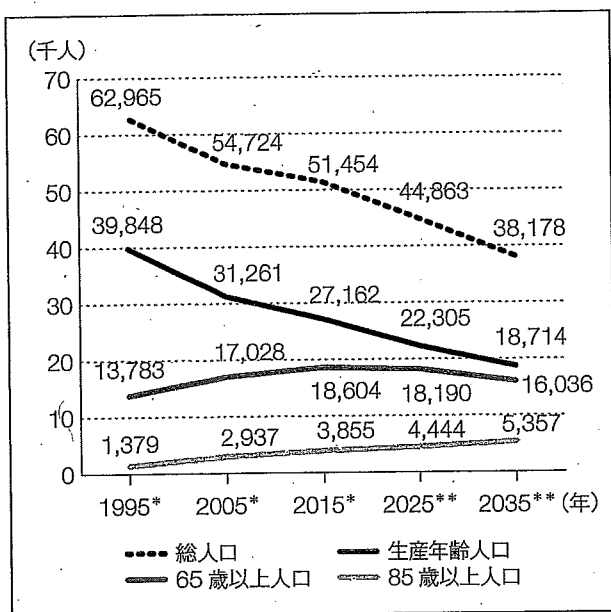
■図7 南砺市訪問看護ステーションの自宅看取り数の推移  
出所:南砺市訪問看護ステーション資料

ホームなどの指定管理を受託する社会福祉法人福寿会に、定期巡回随時対応型訪問介護看護サービス(以下、定期巡回サービス)と介護職員初任者研修の創設を要請した。福寿会は2015年度初任者研修を開始し、5年間で59名の介護職を育成し、27名が福寿会に入職した。2016年度、育成した介護職らで定期巡回サービスを開始し、2018年度に南砺市平野部全域に展開し、現在は40名以上の独居・老老世帯などを支えている。在宅医療と連携し、独居・老老世帯の痛末期や寝たきりでも自宅で暮らし、人生をしまえる南砺市の基盤が整った。

#### 在宅介護と在宅医療の連携で自宅生活の限界点を改善

自宅生活の継続を阻害する原因は、疾病の悪化や障害に伴うADL・IADL低下と生活支援環境の未整備などであり、互いに影響する関係にある。24時間の在宅介護体制も在宅医療との連携が不備であれば、状態悪化や生活課題への適切な対応が困難となる。介護職は、医療職と共に生活課題の背景を評価し、適切なケアの提供とともに病状悪化時には医療職との連携が求められる。医療職も、介護職が患者・家族のQOL向上に不可欠なチーム員と認識し、支援・協力すべきである。

2002年度から医療・介護連携を目指し、当院で医療職や介護職らへ疾病や障害などの研修を毎月開催している。2016年度から開始された南砺市の地域ケア個別会議やサービス担当者会議では、当院の医療職らが参



■図8 南砺市の人口推移

\*: 国勢調査結果より

\*\* : 国立社会保障・人口問題研究所の予測より

加し協力している。例えば、「91歳男性、要介護3、認知症、慢性心不全などで内服と訪問看護、定期巡回サービス、デイサービスなどを利用し自宅で独居生活」という事例では、サービス担当者会議で本人の意向（自宅で自由に暮らしたい）を聞き、医師より病状と服薬や食事・運動および注意すべき症状などを説明するとともに、定期巡回サービスの介護職は内服や食事などの工夫、注意すべき症状と悪化時の訪問看護への連絡を再確認した。その結果、過去3年間、心不全と意識消失などで3度入院したが、迅速な対応で早期に自宅退院でき、本人の望む自宅生活が継続できている。

### 在宅医療・介護の体制整備に関する自治体の責務と病院の役割

在宅医療と在宅介護の連携による在宅生活限界点の引き上げは、地域包括ケアの深化であり、住民のQOL向上に寄与する。自治体は地域包括ケアシステム構築の責任者であるが、市町村は通常、医療職や介護職の育成機能を有していない。南砺市は、在宅医療を市立病院の当院などと連携して整備し、在宅介護は介護職育成と定期巡回サービス創設を社会福祉法人に要請して整備に努めた。自治体は地域包括ケアシステムの現状と課題を認識し、病院や事業所などと協力し課題解

決に努める責務がある。

病院に在宅医療・介護体制の整備義務はないが、病院機能に直結する「時々入院、いつもは自宅」の支援体制が必要であり、整備へ協力が求められる。当院の看護師やリハビリ職は訪問看護ステーションとの人事交流により、在宅医療を実践できる環境にある。在宅医療を経験した医師や看護師、リハビリ職が、病院と在宅チームの架け橋になっている。在宅を担う一般の事業所は医療職の確保と育成に課題があり、病院の協力が在宅チームの整備と良好な連携につながる。病院は、在宅医療・介護体制整備に協力しつつ、自院に求められる救急や外来・入院医療のあり方を確立すべきである。

### 地域包括ケアシステムの完成へ、住民が支え合う温かいまちづくり

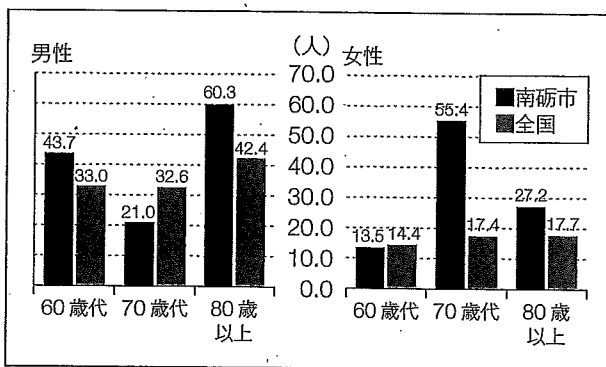
#### 高齢者が生きがいを持ち元気になる 介護予防・生活支援活動への取り組み

南砺市は、介護認定率が2019年10月現在、18.6%に上昇し、今後要介護者が増える85歳人口が増加し、支える生産年齢人口が減少する(図8)。2014年度に行った南砺市での高齢者ニーズ調査で、高齢者のケア活動は「生きがい」や「自尊心」などにつながり<sup>3)</sup>、3年後の2017年度調査で「健康寿命の延伸」にも有意に寄与した<sup>4)</sup>。

2017年と2018年に、南砺市の行政職と専門職が市内31の旧小学校区ごとの住民意見交換会に出向き、介護予防・生活支援活動の推進と地域課題を住民同士で解決する「小規模多機能自治」の必要性などを説明した。2019年度、南砺市の週1運動サロンはまだ22カ所だが、当院のリハビリ職がフレイルトレーナーとなり、有志の高齢者をサポーターとして養成し、介護予防活動の拡大を目指している。南砺市は、介護予防で健康寿命を延伸し、介護保険費用負担の削減と少ない専門職の業務軽減に取り組む。

#### 高齢者の不安や苦悩を専門職らが支え、住民が寄り添うまちづくりへの取り組み

南砺市の60歳以上高齢者の自殺率は、2016年までの5年間で全国より約40%高かった(図9)。特に70歳

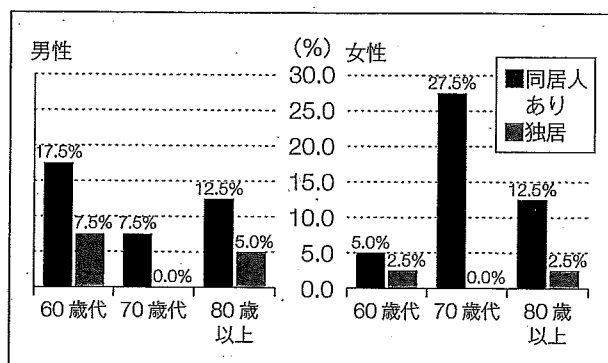


■図9 60歳以上男女別自殺死亡率(2012~2016年平均)  
※10万人比率  
出所:警察庁「自殺統計」

代女性は約3倍も高く、全員が家族と同居だった(図10)。2017年度の南砺市高齢者ニーズ調査で、障害度の上昇に伴い「幸せ度」の比率が減少し、要介護5認定者では11.7%が「とても不幸」と答えた。病院医療や在宅医療・在宅介護が整備された南砺市でも、寝たきりや認知症への不安や苦悩から不幸と感じ、家族に「迷惑をかけたくない」との思いで自殺を選択する現実がある。健康寿命を伸ばしても、人生の終盤では虚弱になり他者の世話を受け、最期を迎えることは必然である。虚弱は生活を不自由・不便にするが不幸にはしない。高齢者は老いや病を受け入れ、できることは行い、できないことは世話を受けて感謝し、家族や地域と絆を結ぶことが大切である。本人の思いに専門職や家族らが寄り添い、住民が温かく見守り、全ての住民が幸せに暮らせる南砺市が必要である。

南砺市の地域包括ケアの課題は、行政や専門職に依存的な住民の意識や行動と考えられる。自助・互助としての介護予防や生活支援活動は、住民自らの健康寿命と生きがいにつながる。意識と行動の変革へ、自分事として地域活動に参加する取り組みを行政や専門職が側面から支援している。

2019年4月、南砺市全域で「小規模多機能自治」が



■図10 南砺市60歳以上自殺死者 男女別世帯状況(2012~2016年)  
出所:警察庁「自殺統計」

開始された。温かい支え合いから高齢者も幸せを感じ、暮らす住民が誇りと愛着を持てる「まちづくり」に取り組んでいる。時間はかかるが、南砺市は病院と自治体が連携し地域包括ケアシステムの完成へ着実に前進している。

## ■ おわりに

さまざまな疾病や障害を抱えても、最期まで尊厳を持って自宅や地域で暮らせる地域包括ケアは住民の希望であり、システム構築は自治体の責務である。そのために疾病・障害・生活課題への解決と支援を、初期から最期まで適切に対応できる仕組み作りが必要である。

病院は、24時間の救急医療で安全と安心を提供し、QOL向上を目指す医療職の育成とチーム医療の提供で幸せを確保する。地域包括ケアで輝く病院は、今後も急速に変化する医療環境へ適切に対応し、増大する地域包括ケアのニーズに取り組む必要がある。

病院と自治体は互いの役割を發揮し連携し、人類が経験したことのない超高齢・少子・人口減少社会を支え合う、温かい地域共生社会を構築し次世代につなぐことが求められる。

## 文献

- 1) 荒幡昌久, 栗山政人, 米山宏, 他: 高齢者嚥下性肺炎に対する包括的診療チーム介入試験. 日老医誌48:63-70, 2011
- 2) Arahata M, Makoto Oura, Yuka Tomiyama, et al: A comprehensive intervention following the clinical pathway of eating and swallowing disorder in the elderly with dementia: historically controlled study. BMC Geriatrics 17:146, 2017
- 3) 黒岩祥太, 北啓一朗, 渡辺史子, 他: 高齢者によるケア活動は、生きがいにつながるのか? 日プライマリケア連会誌39:116-121, 2016
- 4) 日老医誌. 投稿中