

## 地域包括医療・ケアに関する地域医療誌への掲載一覧

タイトル	執筆者	掲載日	現在の経営形態
「意欲ある若い医師を直診へ」の期待	宮崎県・西郷村国保病院長 現・美郷町国保西郷病院 金丸吉昌	H17.3 (42・4)	一部適用
地方公営企業法「全適」までの歩み	徳島県・つるぎ町立半田病院事業管理者（院長兼務） 三村経夫	H17.9 (43・2)	全部適用
地域包括ケアの道のりとその成果	京都府・京丹後市立久美浜病院長 奥田聖介	H19.1 (44・3)	一部適用
市立医療機関の運営統合めざした「南砺市医療局」の設置	富山県・南砺市医療局管理者／南砺市民病院長 倉知圓	H19.6 (45・1)	一部適用
住民が満足できる環境づくりをめざして	岡山県・備前市国保市立吉永病院長 荻野健次	H20.1 (45・3)	一部適用



宮崎県・西郷村国保病院長

金丸吉昌

# 「意欲ある若い医師を直診へ」の期待

## ▶ 私の地域医療の歴史

西郷村国保病院へ勤務して14年目を迎えている。無医地区での診療を志し、医学部へ入学。そして、卒業後11年目からの地域医療のスタートであった。無我夢中で毎日の診療を行った。地域に慣れそして地域に根ざして、患者中心の医療を心がけてきた。

この間、全国の国保診療施設の先生方の地域医療実践に関する情報を参考にしながら、また、当地ならではの状況も考えながら実践を重ねてきた。いろいろと試行もした。学校保健、職域保健、一次予防、二次予防、福祉との関わり等……。包括ケアシステムの確立に向けて、努力もした。それでも、目に見えての効果があがっているのかどうかはわからないのが率直な気持ちだ。ある地域医療の先輩医師の「20年続けると少しわかってくるかも」という言葉を改めて思い出しているところだ。

平成14年4月、待望の新病院（ベッド数27床）が完成した（写真1）。いままでの足りなかった点を大いに解決できた。明るく、あったかく、そしてやさしいことを基本のコンセプトとして建築できた。また、新たな医療サービスとして、慢性維持透析医療を開始した。近隣には透析医療機関はなく、離れたところ（片道で1～2時間かかる）に行かなければ、透析の治療を受けることができなかった。今回、当院が始めたことで、少しでもこの状況が解消されたのではないと思う。

もちろん、簡単に、透析医療ができるようになったわけではない。「ゼロ」からのスタートであった。ま

ず、普通ならまずあり得ないことだと思うが、同じ二次医療圏内で開業されている民間の透析医療機関の院長先生の全面的な支援がなければ、実現できなかったのではないかと、感謝の気持ちでいっぱいである。たとえば、必要な医療スタッフの当院への派遣、当院職員の研修の受け入れ、院長先生自らの応援等……。現在、サービスを開始して3年を経過し、近隣3村から13名の患者さんが利用されている。

さらに、救急の備えとして、思い切って屋上にヘリポートを設置した（写真2）。村長の英断のおかげで実現できた。これまでは、本村の救急輸送体制は、専門救急隊員による救急車輸送ではなく、役場職員の交代での救急車運転による体制で支えられてきた。大いに感謝しているところであるが、さらにヘリコプターによる救急輸送の選択肢を持つことは、災害時に対する備えを含め、また広域的に対応できる点においても、大変役に立つことになっていると思っている。

事実、先日、実際に屋上ヘリポートからの離発着の必要な救急患者の発生があった。近くの県立病院まで、通常、救急車で約1時間かかるところを、わずか10分足らずで送ることができた。改めてヘリコプター輸送のすばらしさを感じた。また同時に、屋上ヘリポートの利便性を痛感したところである。

## ▶ 地域医療継続に不可欠な「絆」

このごろは社会の価値観も多様化してきている。このことは過疎地であっても同様である。ただ幸いにも、人と人との絆がいまだ壊れずに残っている。地域共同

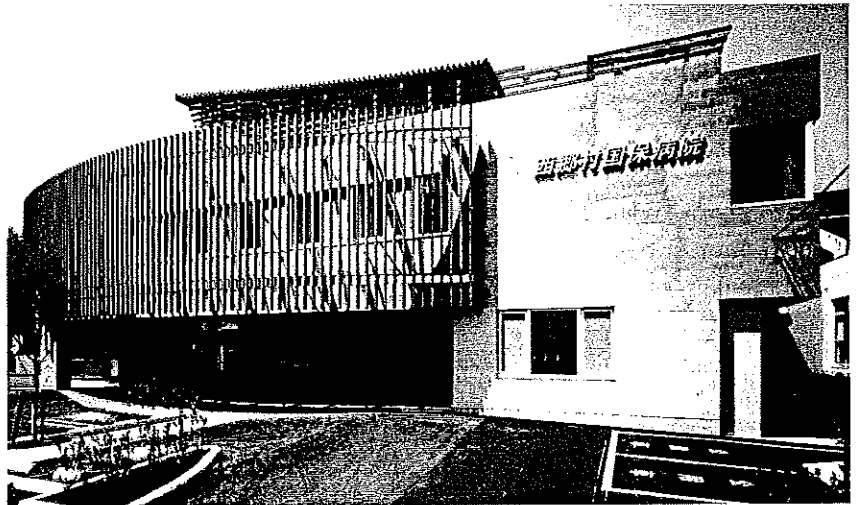


写真1 新病院の正面

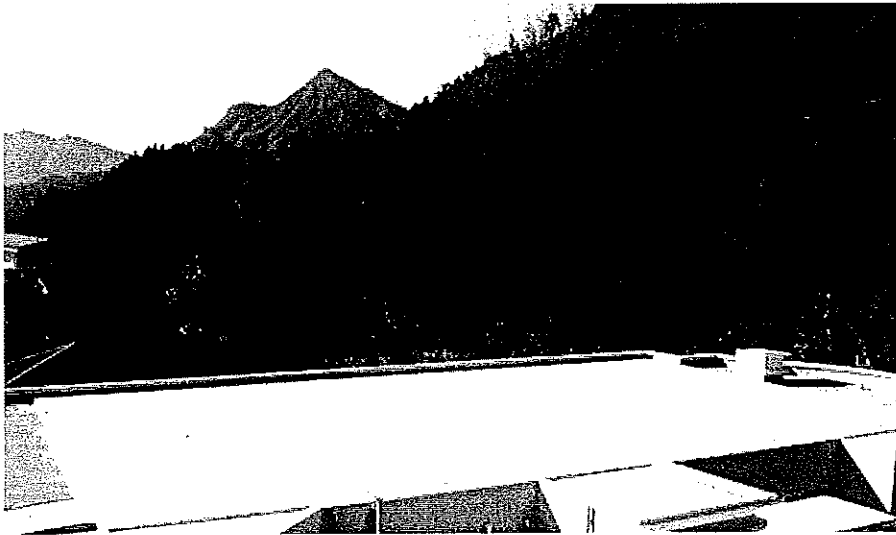


写真2 屋上ヘリポート。周囲の山の様子から  
当院の立地条件がうかがえる

体的存在は、いま改めて国がめざしてきているところではないかとも考えているが、それが本村にも十分残っている。田舎独特の絆の深さゆえに嫌われている部分ではあるにしても、全体を考えると、人が人として、その人らしく生きていけるためには、いろいろなかたちでの絆の存在は大きなものがあると思う。家族の絆、組織の絆、地域の絆等々……。そして、地域包括医療のもっとも中心にこの絆があるのではないだろうか。そのうえで、患者－医師間、患者－医療従事者間、患者－医療機関間の信頼関係の構築が大切になってくると思う。しかしこのことの達成は、短い期間ではむずかしい。最低でも5年ぐらいいかかるのではないかなと思っている。

また、地域包括医療を継続していくためには、職員

との間での地域医療に対する共通認識の確立は当然であるが、市町村立病院ならではのかもしれないが、事務長、師長、総務課長、助役、収入役、教育長もきわめてに大切な存在である。そのうえで、市町村長との信頼関係がポイントとなる。どんなに医療技術が高くても、これらの間での良好な人間関係、信頼関係がなければ地域医療の継続は厳しい。

なかでも、医師自身の家族との絆が最大のポイントではないだろうか。いままでの先輩たちの地域医療の現実の姿には、自己犠牲的要素も大いにあったのではないかなと思う。私自身、家族の理解と協力があり、単身赴任のなかでの地域医療の継続となった。この姿がよかったかどうか、一人の人生として考えると複雑な思いがあるのも正直なところではあるが、この家族と

の関係は大きなポイントである。

## ▶ 医師確保と救急医療体制

さて、最近いろいろな事情が重なった結果と思われるが、医師の確保が非常に困難となってきた。地域医療の現実の厳しさゆえだろうか、これからの若い医師の専門医志向のなかでは、地域医療は厳しいのか、地域医療の魅力がないのか、薄らいでいるのか……。いろいろな要因があるのかもしれない。

いずれにしても、地域医療の現場では医師が不足しているのは現実である。各医療機関が、その確保に向けて、できる対策を立てて必死に動いてはいるものの、現実には「厳しい」のひと言である。さらに、自治体立の医療機関の経営の厳しさと相重なって、この課題を解決するためには、地域医療の現場における思い切った医療提供体制の変革が求められているのかもしれない。たとえば、小病院から有床診療所への変更、有床診療所から無床診療所への変更など。

しかし、この問題の解決は一つの医療機関だけでは厳しいのが実情だろう。ある程度の広域的な医療連携・役割の見直しなどで、ある種の医療の効率化、人と物とお金の効率化も図らなければならないのかもしれない。

そのなかでも大きな課題は、救急医療に対する体制の整備だと思う。これまでの歴史をみると、かつては、それぞれのかかりつけ医療機関で一次救急医療を担ってきたが、このごろでは、都市部では病々連携、病診連携が進み、救急医療体制も整備・充実され、広域的に救急医療のサービスが行われてきているようである。過疎地、へき地、離島の現場においてもそのことがうまくできると、もしかしたら、解決の一つになるのかもしれない。現代の風潮から、また、人々の医療に対して求める価値観からしても、ごく限られた施設で、ごく限られたスタッフで救急医療を担うにはあまりにも無理があり、そして過酷ではないのかと思われる。ある意味で限界かもしれない。

しかしながら、救急医療は地域医療の根幹の一つでもあり、地域住民からも、しっかりと、このことを共

通認識として理解を得ることが必要だろう。現実としては、どういう体制で、広域的に地域のなかに救急の拠点をつくり、そこに救急を集約し、そして、その救急施設への輸送の確保ができるかがポイントかもしれない。広域救急の考えに基づき、広い山間へき地においてもその工夫が大いに必要なことではないだろうか。

## ▶ 医療が「核」として機能するには

また、地域包括医療、地域包括ケアシステムのなかで、医療はやはり、どうしても核となる位置づけになると思う。したがって、核としての医療の確保は、さらに、住民にとっての安心と安全の基本となる医療の確保は、絶対的に必要となる。そして、どのような内容がその地域において現実に必要な姿かを、医療提供者側の立場と、そこに暮らす住民の側の立場で、お互いに検討し、すり合わせを行わなければならない。もし、その考え方が大きく違ったら、核としての存在意義を発揮することは厳しいだろう。この点について、いま改めて、住民の身近なところでの議論が必要とされていると思う。

そういった二人三脚的關係を医療提供者の立場と、利用者での立場である住民とがつくりあげていく医療を、これからも、その医療の原点として位置づけしていかなければ、地域包括医療の安定・継続は厳しいのではないだろうか。

ただ、忘れてはならないのが、高齢社会の現実は、過疎地ではとくに進んでいるという点である。高齢者一人暮らしもあり、高齢者だけの世帯も多く、集落が散在していて、とくに、いざというときの救急の搬送のシステムをどうつくれるかが、やはり大きな課題だ。このことは地震、火災等の災害発生時にも共通のこととなるのかもしれない。その点、当院に屋上ヘリポートが設置されたことでさまざまな事態に対応できるようになり、大きな意味を持ってくるものと思われる。

いま、各地域において市町村合併が大きく進んでいる。その流れのなかで、いろいろな意味において、国保直診の役割が改めて問われていると思う。その継続・存続においても、これまで以上の活発な議論が出

てくと思われる。このことも、国保直診のあり方検討会のなかで大いに検討していかなければならない点ではないだろうか。国保直診の経営の厳しさと、医師確保の厳しさと、地域における役割とを、どう解決し、整理していけるのか、いまこそ現実的な議論が必要だろう。理想はもちろん高くある必要はあるが、現実の厳しさのなかでの議論が必要であるし、その議論には利用者の視点、利用者の参画が絶対的に必須となる。むしろ、その議論の過程のなかで、ある種の二人三脚の共通認識が深まっていくことも期待できるのではないだろうか。

### ▶ いまこそ直診の役割・使命の発揮を

介護保険の改正のポイントの一つとして、介護予防の強化があげられている。また、健康日本21、健康増進法などで、国はいままで以上に、健康づくり、疾病予防に力を入れてきている。一方、疾病予防も介護予防も、国保直診は普段の業務の一環として、今日まで、地域包括医療の実践をとおして実施してきたところである。いま、まさに、国保直診の本来の使命の発揮が問われているのではないだろうか。

### ▶ 「地域医療」を専門分野に

ここまで述べたことを押さえながら、そのうえで、必要な、そして財政上も許される無理のないなかでの医師の確保がどうしたら可能になるのかの、問題解決の議論を併行していくことが必要かと考える。さらに地域の魅力、各医療機関の魅力をどのようにしたら高めていけるのかも問われてくる。

医師の専門医志向はますます高まると思われる。それを前提とするならば、地域医療そのものを専門分野の一つとして位置づけることは、現実的対策の大きな一つではないだろうか。逆に、このことの検討と合わせて、もし望むならば、地域医療の現場でも希望する専門医をめざせるようになれば、これもまた地域医療の魅力となるのかもしれない。それができるように、どのように工夫していけばいいのかについて検討する価値はあると思うし、すでにあちこちで始まっている

と思われる。さらに、日常の生活習慣病を含むいわゆるプライマリ・ケアを担うかかりつけ医として、かかりつけ医療機関としての役割を発揮し、地域包括医療システムを確立・強化することと、救急体制の広域的整備をしっかりとすることが必要かと考える。

### ▶ 住民と議論し首長の決断を

いろいろと述べてきたが、まとめると、これからの地域医療は、医療者と患者との信頼関係のなかで、おのおのの共通の努力と理解によって、よりよい方向に向かっていくのではないかと思う。

したがって、いま必要なことは、現実の課題をすべて地域住民との議論のなかで出しきり、できることを一つひとつ解決していくことだろう。そうでなければ、せっかくつくりあげてきた地域包括医療が壊れていくのを、黙って見過ごすことになる可能性も出くるおそれがある。

これらのことは同時に、行政上の大きな課題でもあるので、内部でしっかりと意見を集約し、そして最終的には、トップである市町村長の、時としては大きな英断を、あるいは苦渋の決断を得て、現場での役割を発揮していけたらいいのではないかと考えている。

いずれにしても、先の見えない医師確保の厳しさは現実であり、そのむずかしさは、しばらくは続きそうである。いろいろな対策の効果が出るにはある一定の期間は必要であろうし、それまでの間、待たなければならない。いつの日か、地域医療に志のある、意欲のある医師たちが、次々と全国の国保直診に勤務し始める日が訪れることを期待したい。

しかし、ただ待つわけではない。いまわれわれにできることはというと、少し大変なことではあるが、医学部の学生のクリニカル・クラークシップを積極的に受け入れ、また研修医の教育の一端を担いながら、これからの医師のスタート地点での関わりをとおして、彼らとありのままに語り合うことではないだろうか。そして、その語り合いをとおして、もしかしたら地域医療の原点についての共通理解を、自然と深めていくのではないだろうか。

# 地方公営企業法「全通」までの歩み

三村経夫

徳島県・つるぎ町立半田病院事業管理者（院長兼務）

## つるぎ町の概要

つるぎ町は平成17年3月1日に、旧半田町・貞光町・一字村の2町1村が合併した人口1万2,486人（平成17年7月1日現在）、予算規模約82億円の新都である。本町は徳島市から西へ約50kmの吉野川中流域に位置し、面積194.8km<sup>2</sup>、高齢化率36.6%（平成17年3月31日現在）の静かな町である。町の北側には吉野川が東西に流れ、川に沿ってJR徳島本線、国道192号線、徳島自動車道が通っている。南側には剣山（1955m）をはじめ1000m以上の山々が連なっている。

産業としては清流と寒冷の気候を利用した半田素麺が有名であるが、他にこれといった基幹産業は見あたらない。

## 半田病院の概要

### 1. 診療圏および病院の沿革

当病院は徳島県西部の美馬郡にあり、1町1市の人口約4万8千人を診療圏としている。そのうち65歳以上の高齢者比率は30%以上となっており、典型的な過疎地である。なお、病院の受診者の約7割が診療圏の住民であることから、地域密着型の病院といえる。

当病院は昭和24年4月に、町国保組合直営施設として、当初は外科のみで診療を開始した。昭和25年1月に町立半田病院と改称し、以後、産婦人科、耳鼻咽喉

科、内科が増設された。昭和61年には小児科医常勤化、平成元年には整形外科医常勤化となり、同時にリハビリテーション施設を増築した。また、平成5年4月には給食部門を業務委託とした。平成6年から私が第7代院長としての大役を担っている。その後、平成11年には総合福祉施設を併設する本館および病棟増改築が完成した（写真）。さらに平成14年に泌尿器科を増設し、平成16年6月より透析医療を開始している。

そして平成17年3月1日には、町村合併に伴い公営企業法全部適用した「つるぎ町立半田病院」として認可を受けた。このようにここ数年来、急激に変動してきた感がある。

### 2. 施設の概要

診療科目は内科、外科、整形外科、産婦人科、小児科、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科である。常勤医16名で、耳鼻咽喉科、

写真 町立半田病院の全景



表1 半田病院の経営指数

	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度
外来患者数(人)	95,375	84,796	85,090	89,729
入院患者数(人)	45,803	46,705	46,517	44,497
一般病床利用率(%)	97.9	102.5	99.1	96.8
一般病床平均在院日数(日)	18.4	19.8	16.2	15.3
患者一人当たり1日医業収益(入院)(円)	26,027	25,996	26,517	28,349
患者一人当たり1日医業収益(外来)(円)	5,955	5,901	6,312	6,405
経常収支比率(%)	97.9	94.9	98.4	100.1
医業収支比率(%)	98.2	95.2	98.7	101.4
医業収益に対する給与比率(%)	61.8	63.9	62.8	61.2
他会計繰入金対医業収益比率(%)	6.4	6.1	6.7	5.7
実質収益対経常費用比率(%)	92.0	89.4	92.2	94.7

患者一人1当たり医業収益(入院)には療養病床も含む。

眼科、放射線科は週2～3回のパート医により診療が行われている。その他、薬剤師3名、放射線技師5名、検査技師4名、理学療法士4名、管理栄養士1名、臨床工学技士2名、看護師69名、准看護師22名、看護助手12名、事務職21名で全職員数は160名(非常勤職員含む)となっており、病床数は134床(医療型療養病床30床)である。また、厨房、清掃は業務委託し、医事の一部も業務委託している。

外来患者数は平成13年度が1日平均389人であったが、14年度に行われた診療報酬改定の影響により当年度は患者数が346人まで落ち込んだ。しかし、その後は毎年増加し17年度(8月まで)は1日平均385人と平成13年の実績まで回復している。一方、外来の患者一人1日当たり医業収益は13年度が5,955円であったが、平成17年度(6月まで)は7,158円(95%院外処方)まで増加した。診療単価の上昇した要因としては、①時間外患者数の増加、②一人当たりの外来通院日数の減少、③透析医療の開始——などが考えられる。

平成13年度の一般病床利用率は97.9%で、療養病床(30床)を含めた利用率は93.6%、一般病床の平均在院日数は18.4日であった。16年度には病床利用率が低下した反面、平均在院日数は15.3日と短縮した。また、17年度(8月まで)の一般病床利用率は98.4%、平均在院日数は15.0日である。平均在院日数の短縮化の要

因は、①徳島県は全国と比較すると老健施設等が多く、退院後の受け入れ施設が整っている、②分娩件数が増加した、③クリニカルパスが整備されつつある、④診療圏の拡大と急性期疾患の増加により入院病床確保が困難な場合があり、医療職員の入院に対する考え方に変化が生じた——などがあげられよう。

経営状況は、昭和62年度までは慢性的な赤字に陥っていたが、昭和63年度に旧自治省指導による健全化計画を作成し、昭和63年度以降は好転した。しかし、平成8年度から再度赤字に転落した。しかし、この2～3年間は経営も安定しており、平成16年度はわずかではあるが黒字化した(表1)。

なお参考までに、当院は以下の施設認定を受けている。

- 臨床研修病院(協力型)
- 救急公示病院
- 災害拠点病院
- へき地医療支援病院
- 日本医療機能評価機構認定病院

**全部適用まで**

相次ぐ診療報酬の改定により、病院を取り巻く環境は非常に厳しさを増している。去る8月に厚生労働省



表2 地方公営企業法の全部適用の状況

区 分	全部適用団体	管理者設置	院長と兼務	院長以外の医師	病 院 数
都道府県	18	17	0	11	120
指定都市	5	5	1	3	12
市	34	30	18	9	41
町村	11	7	3	1	11
一部事務組合	1	1	1	0	1
合計	69	60	23	24	185

(平成17年4月1日現在。全国自治体病院協議会調べ)

は、平成15年度国民医療費が前年度から5,863億円増え、過去最高の31兆5,375億円であったと発表した。公的医療保険の給付費が現行のままなら、2025年度に59兆円に膨らむ見通しで、財政圧迫が懸念されている。そのため、平成18年度予算の概算要求基準において、社会保障関係費は自然増分8,000億円のうち医療費抑制策を中心に2,200億円を削減する予定である。平成18年度の診療報酬改定は平均在院日数の短縮化、一部長期入院患者の食費・居住費の自己負担化など、病院・患者双方にとっても相当な負担増は避けられない情勢である。また、市町村合併を行ったとしても、もともと市町村の財政基盤には困難なものがある。この3月に3町村が合併し誕生したつるぎ町も人口は約1万2,500人で、病院職員を除く町職員数は同規模町村の約2倍にあたる300人を抱え、財政的にも非常に厳しいものがある。

このような情勢のもと当病院は、国によるさらなる医療費抑制政策、町財政の緊迫化から予想される病院に対する繰入金減額の可能性等を考慮し、公営企業法一部適用よりも組織的にも財政的にも独立性が強く経営責任が明確にされた公営企業法全部適用の道を選択した。

## 1. 公営企業法全部適用病院とは

全部適用病院の財務規定は一部適用病院と同様であるが、異なる点としては、①管理者の設置、②管理者の権限、③職員団体の結成、④政治活動、⑤給与の決定権限——などがある。管理者は首長から任命された任期4年の特別職で、地方公営企業の業務に関して、

首長から一般的な指揮監督は受けず、企業経営に対して相当広範な独自の権限を有している（長に留保された権限以外）。また、管理者には人事考課を考慮した独自の給与体系も決定できる。そして、管理者には民間からの登用、医師以外の職種からの登用、院長の兼任も可能であり、議会に出席することが義務づけられている。

平成17年4月1日現在、地方公営企業の全部適用を受けている事業体は69団体で、病院数は185病院である（表2）。このうち、管理者を設置しているのは60団体で、47団体が医師の管理者である（表3）。最近はこの全部適用病院に移行する病院が少しずつ増加してきている（表4）。

## 2. 全部適用までの過程

平成15年3月に報告された「半田病院経営診断報告書」（全国自治体病院協議会）では、当病院の今後のあり方として13項目が提言された。その項目のみ列記すると、①改正医療法への対応、②ケアミックス型病院としてのあり方、③人工透析設備の導入、④病歴部門の充実、⑤医療提供体制のあり方、⑥「地方公営企業法全部適用」および「地方公営企業独立行政法人化」、⑦基本理念の再確認、⑧経営方針の明確化、⑨臨床研修病院への対応、⑩医師の役割と医師の確保、⑪職員配置について、⑫事務職の人事について、⑬広域化の検討——であった。

全部適用については、次のように記載されている。

「全部適用し、事業管理者を設置した場合、管理者にはほとんどの権限が首長から委譲されることにより、

表3 地方公営企業法全部適用の国保病院

No.	都道府県	国 保 病 院 名	病 床 数	管理者の医師資格			管理者非設置 または 市長村長
				有		無	
				院長兼務	院長以外		
1	北 海 道	猿払村国保病院	28床				○
2	岩 手 県	水沢市国保水沢病院	303床	○			
3	岩 手 県	国保藤沢町立病院	54床	○			
4	秋 田 県	横手市立大森病院(H17.10全適予定)	150床		○		
5	山 形 県	白鷹町立病院	70床	○			
6	千 葉 県	国保旭中央病院	956床	○			
7	千 葉 県	国保松戸市立病院	631床			○	
8	東 京 都	国保町立八丈病院	54床			○	
9	富 山 県	氷見市民病院	368床	○			
10	長 野 県	佐久穂町立千曲病院	117床				○
11	長 野 県	波田総合病院	215床		○		
12	滋 賀 県	公立能登川病院	120床				○
13	和歌山県	橋本市市民病院	255床				○
14	鳥 取 県	智頭町国保智頭病院	144床			○	
15	鳥 取 県	日南町国保日南病院	160床		○		
16	鳥 取 県	岩美町国保岩美病院	99床			○	
17	鳥 取 県	南部町国保西伯病院	210床			○	
18	島 根 県	安来市立病院	217床	○			
19	岡 山 県	岡山市立せのお病院	75床		○		
20	岡 山 県	岡山市立金川病院	60床		○		
21	岡 山 県	井原市立美星病院	40床		○		
22	岡 山 県	組合立国保福渡病院	60床				○
23	広 島 県	公立みつぎ総合病院	240床		○		
24	山 口 県	光市立大和総合病院	280床	○			
25	山 口 県	周防大島町立大島病院	99床			○	
26	山 口 県	周防大島町立東和病院	131床			○	
27	山 口 県	周防大島町立橘病院	36床			○	
28	徳 島 県	つるぎ町立半田病院	134床	○			

(平成17年8月9日国診協調べ等を参考)

病院の経営責任の明確化、経営の自立性、職員の意識の高揚等が図られる等のメリットがある。職員給与についても病院事務独自の基準を設けることが可能であり、とくに医師に対して手当の部分で能率給を主体とした病院独自の給与体系を取り入れることができる」。

報告書が提出された3月の時点において、首長・病

院および労働組合の幹部は全適の概要を認識したと思われる。

一方、平成15年度前半ごろから、病院の経営上相容れない人事・採用が行われるようになった。再々、町三役との話し合いが持たれたが、改善がなされなかったため、私は9月25日に辞表を提出した次第である。

表 4 国保病院の移管状況

	都道府県	変更前病院名	変更後の運営主体	日 付
移 譲	北海道	砂原国保病院	医療法人	平成10年 4 月
	山梨県	石和町国保峡東病院	医療法人	平成14年10月
	徳島県	鳴門市立板東病院	医療法人	平成15年12月
	大分県	佐賀関町国保病院	医療法人	平成16年10月
公 設 民 営	茨城県	東海村立東海病院	地域医療振興協会	平成18年予定
	山梨県	勝沼町勝沼病院	厚生病院	平成 2 年
	京都府	大江町国保大江病院	医療法人	平成17年 4 月
	山口県	豊浦町立病院	済生会	平成12年 7 月
	香川県	高瀬町立香川病院	医師会	平成12年 2 月
独立行政法人	長崎県	江迎町立北松中央病院	非公務員型	平成17年 4 月

(医療経営財務協会による)

10月6日にそのことについて、医師全員出席の医局会が開かれ、次のような意見が集約された。

「いま、公立病院においては独立行政法人化にあるなか、今後、半田病院が公営企業法全部適用に向かうのであれば、三村院長に留任をお願いして、医局員一同協力していく。嘆願書は三村院長に対して留任の嘆願書を提出することとする」。

その後、事務長と町三役の打ち合わせが再々行われ、意見調整が行われたと思われる。そして、10月24日に次の条件で辞表を撤回した。①事務部の適正な人事異動と人員整理、②公営企業法全部適用に向かう、③外部有識者を含めた経営委員会の発足——である。

こうして、平成15年12月8日から労働組合執行部との間で全部適用についての協議が始まった。まず、私から今後の医療情勢・全部適用の概要を説明し、次の4案を検討するように組合に提示した。①公営企業法一部適用のまま進み、経営が思わしくなければ民営化への道、②公営企業法全部適用の道、③地方独立行政法人の道、④民営化への道。

その後、組合は全部適用の学習会を開いたり、病院の執行部との協議を繰り返し、平成16年6月28日に組合総会を開催し、病院から示された公営企業法全部適用の道に同意した。その間、町長の出席のもとに職員集会を2回開き、職員から「職員の身分は」、「町からの繰入金はいままでどおりか」、「人事考課は」、「事務

部門の異動は」等の質問が出された。

半田町議会も平成16年2月に、全員協議会等で全部適用について2回審議された。その内容としては「管理者を誰にするか」、「患者の病院に対するクレームを病院で解決できるのか」などの議論があったと聞いている。

病院経営委員会は、病院幹部職員がオブザーバーとして出席のもとに、平成16年5月26日から12月6日までの間に4回開催された。外部委員には総務省病院経営アドバイザーの茨常則氏、三重県病院事業庁総括マネージャーの山本浩和氏、半田町議会議長、半田町収入役の四氏を交えて、病院のあり方、方向性等を議論してきた。全部適用については「開設者と病院長とは話し合う機会をつねに持ち、関係を密にしていけることが大切である」、「全部適用となれば、議会対策はますます重要な問題となる」、「職員は従来の病院経営のままでは病院が存続できないことを職員一人ひとりが自覚し、経営に参画していくことが必要である」、「今後の経営方針として、全適の大原則である年俸制度は導入すべきである」などの意見が出されたあと、全部適用への移行について、委員全員の同意が得られた。

公営企業法全部適用への移行時期についての議論が町三役、病院幹部との間で行われ、町村合併する平成17年3月1日と決まった。平成16年10月27日の合併協議会に全部適用を議題として提出した。その審議内容

は「全適すれば、黒字経営は可能か」、「現時点の病院の累積赤字、企業債残高はどうするのか」、「一般会計からの繰入金は地方交付税算入分のみとする」、「職員の給与体系はどうするのか」、「全適後の職員の身分は」、「事務職員の役場との人事交流はむやみにすべきでない」、「管理者を誰にするのか」等の意見がだされたあと、病院運営を公営企業法全部適用することが承認された。



三位一体改革が進行するなか、国による医療費抑制政策はさらに強力に行われるであろう。また、市町村財政も非常に緊迫している状況にあるとき、自治体病院が市町村の繰入金に依存していく時代は終わりつつある。金融機関が淘汰されたように、病院淘汰の時代に入った感さえある。今後、それぞれの病院が生き残り策を真剣に考えなければならない時期がきた。その

手段として、全部適用、独立行政法人、公設民営化等が考えられる。

首長と病院長との考え方にも相違がある。首長は公選の人であり、地域住民感情に左右され、ときには地域住民の就職まで心配しなければならない。他方、病院長は優秀な人材を確保・雇用し、病院を発展させていかなければならない。とくに、首長と管理者（病院長）との密な話し合いは必要であろう。しかし、病院運営上の重要な課題で対立すれば、管理者は病院を去らなければならないであろう。また、経営状況が悪くなれば、当然去らねばならない。

半田病院が全部適用になってから、6か月が過ぎた。病院経営はいまのところ安定している。そして、病院運営も管理者に権限が移行されたため小回りが効き、運営しやすくなった。しかしながら、まだ全部適用を理解していない人も一部にはあり、完全な公営企業法全部適用までにはもう少し時間がかかりそうである。

京都府・京丹後市立久美浜病院長

奥田聖介

# 地域包括ケアの道のりとその成果

## ▶ はじめに

私の郷里である京都府・久美浜町の国保久美浜病院（現在の京丹後市立久美浜病院）に勤務して25年目を迎えている。当院は昭和56年に開院し、開院2年目の昭和57年から勤務し現在に至っている。当院に勤務する前は、京都市内の病院に勤務していたが、当時の町長（井尻 武氏）から、「国保久美浜病院に2年でも3年でもいいから、なんとか帰ってきてもらえないだろうか」との要請を受け、かなりの迷いもあったが、以前から郷里である久美浜町への愛着も強くあって、当院にお世話になることになった。この25年間に病院開設者である町長は3人替わり、平成16年には市町村合併により名称も京丹後市立久美浜病院となり時代の変遷を感じている。

赴任当時は診療科5科、病床数50床であったが、平成6年および平成12年の増改築により、診療科13科、病床数170床となり現在に至っている。このように当院が発展してきた背景には、当院が取り組んできた地域包括ケアに、病院開設者である3人の町長からの理解が得られ病院をバックアップしていただいたこと、また議会の理解が得られたこと、当院の職員の理解と協力が得られたこと、地域包括ケアを実践するにあたって行政（とくに保健師）や地域住民（ボランティアである健康推進委員）との緊密な連携ができたことがあげられる。

地域包括ケアにより、地域住民は健康で長生きし、医療費は安くてすみ、その結果、国保税は安くなり、地域住民にとってもっとも望ましい結果がもたらされることが実証され、改めて地域包括ケアのすばらしさ

を実感している。今後とも病院と行政、地域住民と連携して、地域包括ケアをさらに推進して行きたいと思っている。

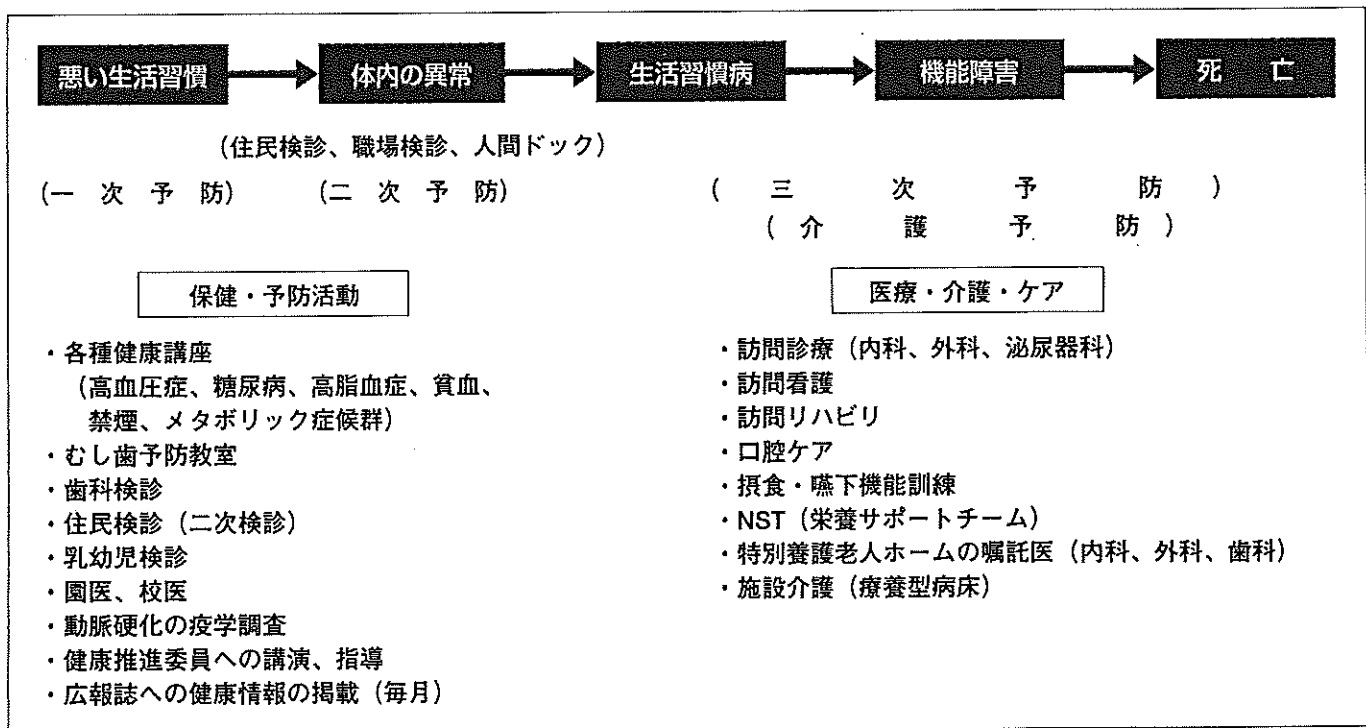
当院が取り組んできた地域包括ケアの経過、地域包括ケア推進するためのキーポイント、地域包括ケアによる地域住民の健康度と医療経済に及ぼす成果、今後の地域包括ケアの課題について私見を述べてみたい。

## ▶ 当院における地域包括ケアの経過

当院に赴任する前は「地域医療」に関しての知識や経験はなく、「地域包括ケア」に関してもまったく知らずに当院に赴任したが、赴任したその年に町長、病院事務長、保健課長と地域医療の先進地へ視察に行き、このなかで医療と保健との連携の重要性を学び、「このような医療があるのだ」と“目からうろこ”で大変感動したことをいまでも憶えている。さらに、全国国保地域医療学会に積極的に参加し、地域住民が求めている医療をできるだけ知るようにした。また、赴任したその年に久美浜町国保運営協議会委員に任命され、国保会計について勉強する機会を得ることができ、そこから、国保直診としての病院のあり方を学んだ。

このようにして得られた結論は、病院のあり方として、医療だけにとどまらずに検診や健康教室等の予防活動に病院も積極的に関与することの重要性であった。さらに、病院と行政と地域住民との連携の重要性であった。当初は医療と保健との連携を行ってきたが、当町の高齢化とともに介護を要する高齢者が年々増加してきた。しかしながら、受け入れる在宅では一人暮らしとか、高齢者夫婦だけの家庭が年々増加し、在宅での介護が大きな課題となってきた。このような折、平

図1 久美浜病院における地域包括ケア



成2年に京都府の訪問看護在宅ケアモデル事業が開始され、当院が府下で最初の指定を受け、平成3年から当院の訪問看護、さらに訪問リハビリによる在宅ケアを開始した。

当院の地域包括ケアは、昭和57年からの医療と保健との連携、平成3年からさらに福祉(介護)が加わり、地域包括ケアとして発展して現在に至っている。この間の保健・予防活動や医療・介護・ケアの内容に関しては、国診協や先進地の情報を取り入れながら、年とともに充実発展しつつ現在に至っている。

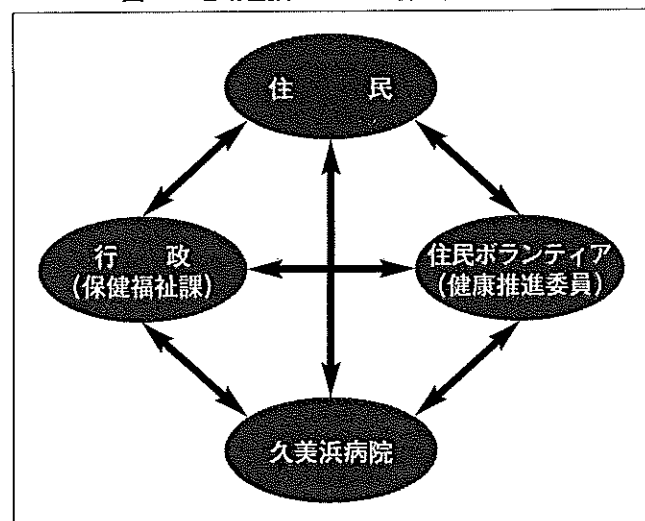
当院が行っている地域包括ケアは図1のとおりである。図に示した保健・予防活動や医療・介護・ケアを行うことにより、図の矢印を右に進めないようにすることが地域包括ケアの目的であると考えている。

## ▶ 地域包括ケア推進のキーポイント

地域包括ケアの推進には、①開設者である町長(現在は市長)、②議会、③病院(病院職員)、④行政(とくに保健師)、⑤地域住民——のそれぞれの理解と協力と連携が重要である。当院においてはそれぞれが良好にでき、その結果、地域包括ケアが推進できたものと思っている。

とくに、当院のすべての医師が地域包括ケアに対し

図2 地域包括ケアの理解と住民参加



での意識が高く、保健・予防活動や医療・介護・ケアに対して積極的に関与し、病院職員へのリーダー的存在として地域包括ケアの推進に大きな力となっている。

行政と病院との連携では、保健福祉課の保健師と病院との連携が緊密に行われ、さらに保健師の熱心な保健活動が地域包括ケアの推進に大きく関与している。

また、当町では住民のボランティアである健康推進委員制度があり、71地区に89名の健康推進委員を配置し、その地区の健康づくりのリーダー的存在として活躍され、また行政と住民の橋渡し役でもあり、地域

包括ケアの発展に大きな役割を担ってきた。地域包括ケアを推進するためには、このような住民の参加がぜひとも必要である。図2が示すように、地域包括ケアを推進するためには、地域住民、健康推進委員のような住民のボランティア、行政（とくに保健師）、病院の四者の理解と協力と連携が大変重要であると思う。

## ▶ 地域包括ケア成果－住民の健康度

当院が行ってきた地域包括ケアの成果を住民の健康度の指標として、標準化死亡比と100歳以上の高齢者の比率から検討した。

### 1. 標準化死亡比からの成果

標準化死亡比は、年齢構成の影響を除いて死亡率を全国と比較したもので、基準値を100としそれより小さいほど死亡率が低く健康状態がよいことを意味している。京都府下54市町村区（京都市：11区、京都市を除く市町村：43）で比較すると、男性の標準化死亡比は、久美浜町は85で、京都府下54市町村区のなかでもっとも低い。このことは、54市町村区のなかでもっとも死亡率が低く、健康度が高いことを示している。

女性は、久美浜町の女性が89で、京都府下54市町村区で3番目に低く、男性と同様に女性も健康度が高いことを示している。

### 2. 100歳以上の高齢者からの成果

当町では100歳以上の高齢者が常時10名以上生存されているが、100歳以上の高齢者の比率を当町と全国と比較した。図3が示すように、人口10万人あたり当町は103人で、全国平均の18人と比較すると、当町の100歳以上の高齢者は全国平均より約6倍多く生存されていることが示された。

このように、標準化死亡比と100歳以上の高齢者の比率から検討した結果、地域包括ケアの成果として、住民が健康で長生きすることが示された。

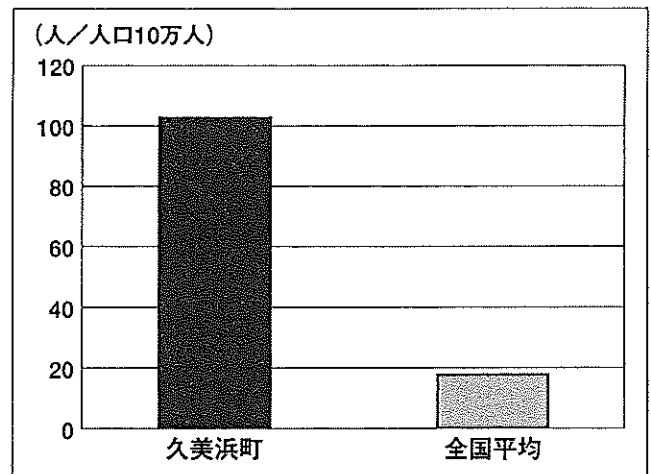
## ▶ 地域包括ケア成果－医療経済

当院が行ってきた地域包括ケアの成果を医療経済の指標として、①1人当たりの老人医療費、②1人当たりの国保税——から検討した。

### 1. 1人当たりの老人医療費からみた成果

図4は当町の1人当たりの老人医療費を、京都府の

図3 100歳以上の高齢者の比率（平成16年）



平均と年度ごとの比較を示している。平成9年度から平成15年度まで当町の1人当たりの老人医療費は京都府の平均と比べて低く、その差は約17万円である。このことは、1人当たりの老人医療費は約17万円安くしていることを示している。

### 2. 1人あたりの国保税からみた成果

京都府における1人当たりの国保税を京都府下44市町村で比較すると、当町は上位から37番目で、市町村全体の平均と比べて約1万1千円安い。

このように1人当たりの老人医療費と1人当たりの国保税から検討した結果、地域包括ケアの成果として、医療費は安くなり、その結果、国保税が安くなることが示された。

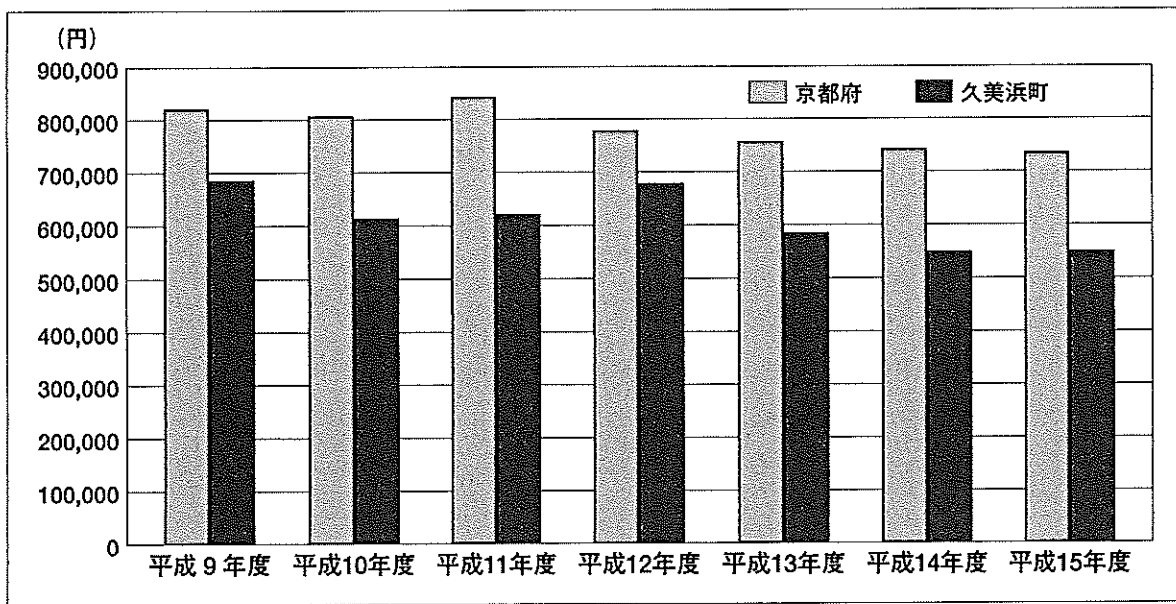
## ▶ 今後の課題

地域包括ケアを行うことによって、住民が健康で長生きし、その結果、医療費は安く、それによって国保税は安くなり、住民にとってもっとも好ましい結果がもたらされることが示され、今後も地域包括ケアをぜひとも発展・充実させたいと思っている。

しかしながら、これまでは久美浜町という限られた地域での地域包括ケアであったが、これからは市町村合併により、環境が大きく変化してきている。今後の課題として、①市町村合併による広域化、②地域包括ケアの理解と住民参加、③マンパワーの低下、とくに医師不足によるマンパワーの低下、④病院経営と国保直診の設置・運営形態——の4つをあげたい。

まず市町村合併による広域化であるが、合併により

図4 久美浜町1人当たり老人医療費（国保）



当市は非常に広域となり、当院から車で1時間30分ほどかかる地域もある。訪問診療、訪問看護等の在宅ケアを行うには、雪の季節もあり当院がすべての地域をカバーするのは困難で非効率的である。合併後の広域化に対しては地域にある国保直診（2病院、2診療所）、さらに民間医療機関を含めた地域分担、地域連携が重要で、これによって広域での地域包括ケアが可能になるものと思われる。

地域包括ケアの理解と住民参加であるが、とくに国保直診のない旧町では地域包括ケアの理解が乏しく、地域包括ケアを推進するためには、行政、議会、地域住民に地域包括ケアをアピールすることが重要である。市民への講演、行政や保健師や市議会議員との懇談会等で機会があるたびに地域包括ケアのアピールを行っている。また、当町で行ってきた健康推進委員制度による住民参加も地域包括ケアを推進するためには重要である。しかしながら、合併後この制度がなくなり、それによって住民検診の受診率が低下するなど地域包括ケアが後退している現実がある。地域包括ケアを推進発展させるためには、健康推進委員のような住民の参加がぜひとも必要である。

マンパワーの低下、とくに医師不足によるマンパワーの低下は地域包括ケアにとって大きなマイナス要因である。当地でも医師不足により救急患者の受け入れの制限、病棟の一部閉鎖、医師の過重勤務、病院経営

の悪化等の深刻な影響が出てきている。医師不足により診療だけで手いっぱいの状況で、地域包括ケアの意識があってもできない状況である。地域包括ケアを推進するためには、医師をはじめとしたマンパワーの確保が今後とも絶対に必要である。

病院経営と国保直診の設置・運営形態であるが、市町村合併による広域化により病院の評価が病院経営重視でなされる傾向にあり、地域包括ケアを含めた医療内容はあまり評価されないことに危惧を抱いている。当院においても、合併協議会さらに合併後の医療対策審議会において、地域包括ケアを含めた医療内容よりもむしろ病院経営を中心として協議され、病院の経営状態によっては設置・運営形態として、現在の公設公営以外に公設民営（指定管理者制度）等も検討することが示されている。当院の経験から、地域包括ケアを推進するためには行政と病院の緊密な連携がもっとも重要であることが実証された。行政と病院との緊密な連携ができる理想的な設置・運営形態は、設置者（行政）と病院とが一体である公設公営である。地域包括ケアによって地域住民は健康になり、医療費が安くてすみ、その結果、国保税は安くなることが実証された。この地域包括ケアの成果と病院経営とをトータルで評価し、国保直診の設置・運営形態として、行政との連携が緊密にできる公設公営をぜひとも堅持していただきたい。



# 市立医療機関の運営統合めざした 「南砺市医療局」の設置

倉知 圓

富山県・南砺市医療局管理者／南砺市民病院長

## はじめに

平成16年11月1日に井波・福野・城端・福光の4町と井口・利賀・平・上平の4村が合併し、新市・南砺市が誕生して、すでに2年半が経過した。市長がもっとも心を砕いたのは、それまでの行政体制や文化背景

の違いを克服して一体感を醸成することであったが、ここへ来て、ようやく南砺市としてのまとまりを見せつつある。そのなかにあって、諸般の事情から合併以前にはほとんど論議されなかった南砺市全体の医療提供体制についても、議会と行政のなかで関心が高まってきている。

本稿では、南砺市の医療提供体制の状況と南砺市民

図1 南砺市の誕生と医療提供体制

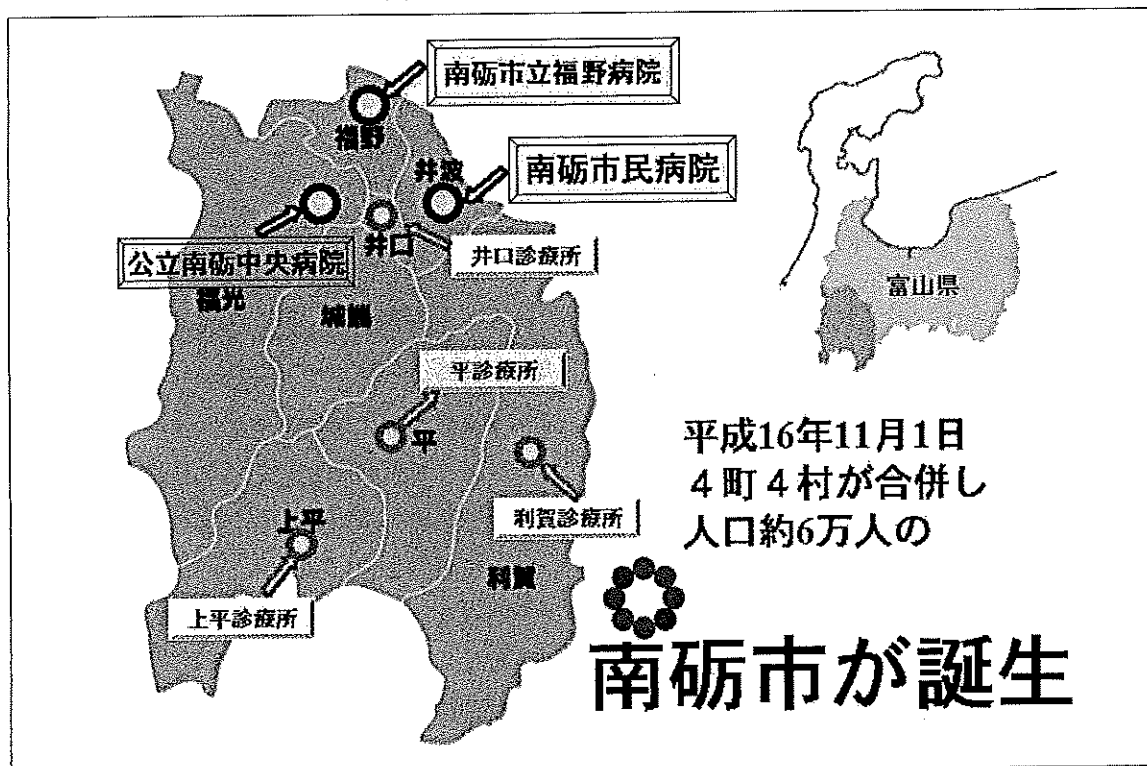
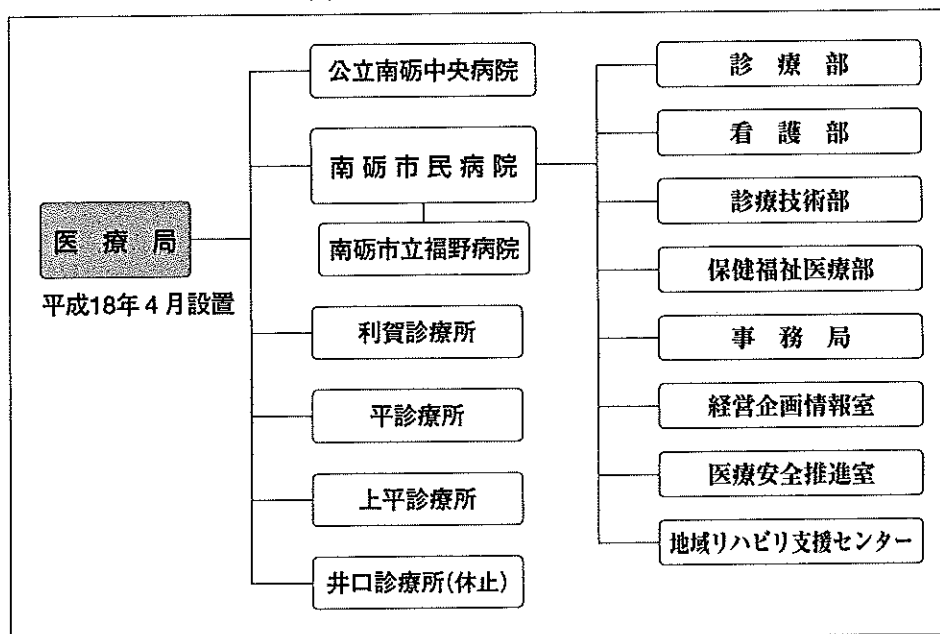


図2 南砺市立医療施設と組織



病院の現状を報告し、読者の参考に供したい。

## 南砺市の医療提供体制

### 【医療局の設置】

旧井波町に180床の南砺市民病院（旧公立井波総合病院）と旧福野町に50床の南砺市立福野病院（旧福野厚生病院）があり、さらに旧城端町・福光町・平村・上平村および岐阜県白川村で構成された広域連合立の190床（うち45床は療養病床）の公立南砺中央病院があることになった（図1）。この広域連合は、合併により南砺市と白川村で構成されることになったため、平成18年3月で連合を解消し、南砺市立病院として移管された。この結果、南砺市立の病院として3病院合計420床の病床を有することになった。南砺市の人口は約5万8,000人であるので病床数としては必ずしもオーバーではないが、分散している3病院を統括し効率的な運営をする目的で南砺市医療局を立ち上げた（図2）。

また、南砺市には、井口、利賀、平、上平の4旧村立診療所があるが、井口診療所は診療実態が週2日であり患者数も少なく、また病院に約10分の時間距離で

あるので、住民の理解を求めて平成19年3月で休止とした。さらに、残る3診療所は、国保会計の関係で南砺市民生部に所属していたが、平成19年4月から医療局管轄へ移管した。これらの組織改革は、まだ端緒に着いたばかりで、十分な成果が得られているとは言えないが、現状を提示することとする。

### 【医療局の実績と今後の目標】

医療局の構成は、医療局管理者として南砺市民病院長が兼務し、市部長級の事務局長と主幹、事務、病院経験のある嘱託職員の5名で発足し、今年度は嘱託職員として前南砺市民病院副院長・看護部長を招請し、診療所管理のために民生部から担当職員を増員した。

昨年度は、初めての設定と不慣れな職員でのスタートであったが、最初に理念と方針を明確にし、南砺市長・副市長と3病院長・事務局長および医療局で構成する南砺市医療運営会議を設置し2～3か月ごとに開催してきた。

3病院の歴史や組織風土はそれぞれ異なっており、これまでは職員交流もなく患者紹介もほとんどなかったため、最初の仕事は実態調査と問題点の洗い出しであった。南砺市民病院以外は、これまで外来患者アンケートや退院時アンケートなどもなされておらず、職

員意識調査もなかったもので、まず患者アンケートと職員意識調査を実施したが、病院間にはかなりの差異が見られた。分析結果を職員へ開示し、改善努力をいただいている。今年度に入り、部署別職場見学会を実施し、ようやく互いのよいところを学び合おうとする意識が芽生えたと感じている。お互いの研修会に自由に参加すること、院内の各種委員会のうち、重要なものから合同委員会の開催を企画しているところである。

## 医師不足と医療制度改革の影響

### 【市立福野病院の位置づけ】

さて、50床の南砺市立福野病院であるが、合併前の旧福野町議会で老朽化した病院の建て替えが決議されていたため、合併後に着工となり平成18年4月に改築竣工したが、合併後には一般病床としては不要であり療養病床として再出発する方針であった。療養病床として起債を受けた関係もあり平成19年2月に療養病床へ転換したが、3人の常勤医師のうち2人が退職したために、4月からは外来診療機能を維持することにして病床は休止せざるを得なくなった。この間に、国の療養病床削減方針が打ち出され、常勤医師が確保できない状況下で療養病床としての再開が望めない状況から、転換型老人保健施設や健康管理施設への転換の道を探っている現状である。福野病院自体は、4月から南砺市民病院の分院として位置づけ、会計も一体化することで、職員交流も円滑に行えているのは幸いである。

### 【南砺市立診療所の運営】

先に触れたように、井口診療所は休止とし3診療所の運営を医療局へ移管した。最大の目的は、包括医療システムの構築と経営改善である。

井口診療所の実態は週2回午後の限定診療で、南砺市民病院から医師を派遣していたが、受診患者は日に5人程度でアクティブ診療患者は約50人であり、市民病院へも車で約10分と近いと、議会や住民への説明を重ねて了解が得られたので平成19年3月31日で休

止（事実上廃止）となった。患者のほぼ全員と診療記録は市民病院へ移管したが、患者用バスの運行変更など、病院として最大限の協力を行った。

残る3診療所は、平診療所には地元出身の就職常勤医師が10年来頑張っているが、利賀・上平診療所は富山県から自治医科大学卒業医師が毎年交替勤務となっている。合併前にはそれぞれの村立診療所として活動していたが、合併後も市へ管轄が替わっただけで診療体制の変化はなかった。これまでの実績の検討からは、診療所としての包括医療体制を深める必要があること、経営に無駄が見られること、何よりも医療施設としての理念や将来計画が欠けており、南砺市の医療システム全体計画の中での位置づけを明確にしたいこと、などの動機で平成19年4月から医療局へ運営を移管したのである。

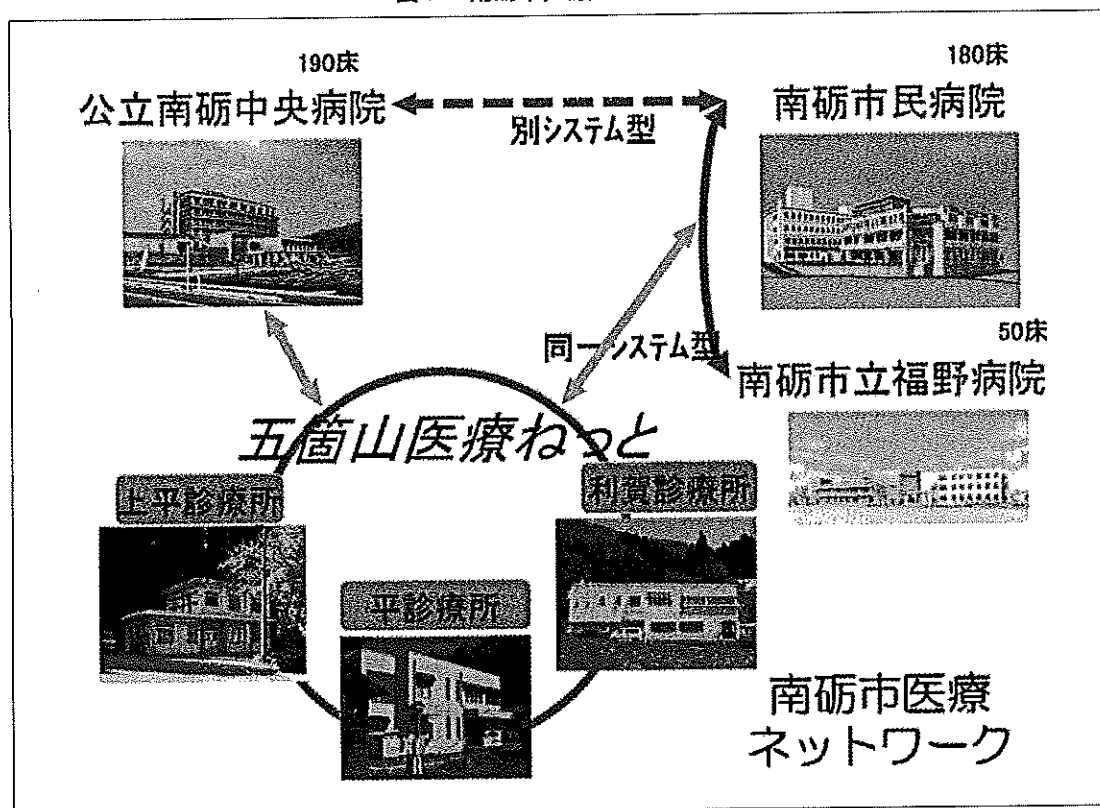
## 南砺市立医療機関の統合運営

さて、3病院と4診療所の平成18年度の決算は、いずれも赤字となり、大変厳しい現実である。このうち、3病院の建設負債分と減価償却費を引いた収支を検討すると、南砺市民病院はなんとかトントンの水準であるが、他の2病院は大幅な赤字決算であり、このままでは将来の存続が危ぶまれる状況である。

市立福野病院は、ある程度の方向性が見えてきたのだが、公立南砺中央病院の経営改善は深刻である。まず、医師不足の解消策が見えない。2年前には18人であった常勤医師が現在は11人（1人は産休中）であり、補充の見通しが立っていない。このため非常勤医師に頼らざるを得ないが、人件費を圧迫する以上に住民からの信頼に影響している。看護師不足も深刻であり、退職者の補充ができず1病棟を閉鎖している。このために、入院収入が減少し経営悪化に拍車がかかる始末である。これらの要因から医業収入の劇的な増加は見込めない以上、経費節減とスリム化が焦眉の課題となる。

経費節減と市立病院としての一体化を推進する目的で、3病院・3診療所の診療材料の統一化とSPDシステムの共同契約を実行した。関係5事業者の競争入札

図3 南砺市医療ネットワーク



としたが、南砺市民病院が契約している業者が圧倒的に低価格であったので、協議のうえ公立南砺中央病院のSPDを変更することになり、契約終了を待って本年10月に一本化となる予定である。

医薬品に関しても、可能な限り品目を整理統合し、入札価格を交換して低価格の納入に努めている。これまでは院外処方を控えてきた経緯があるが、来年度を目途に院外処方に変更するべく準備中である。

## 医療の質の向上努力

### 【第三者機関の認定】

経営改善も重要だが、本来は住民から信頼される医療システムを構築することが先決であることは論をまたない。各種学会認定施設であることも重要であるが、診療機能として現在、日本医療機能評価機構の認定やISO9001、あるいは個人情報保護認定など、第三者による評価が求められている。南砺市民病院は、平成13年に富山県下の公立病院として先頭を切って日本医療

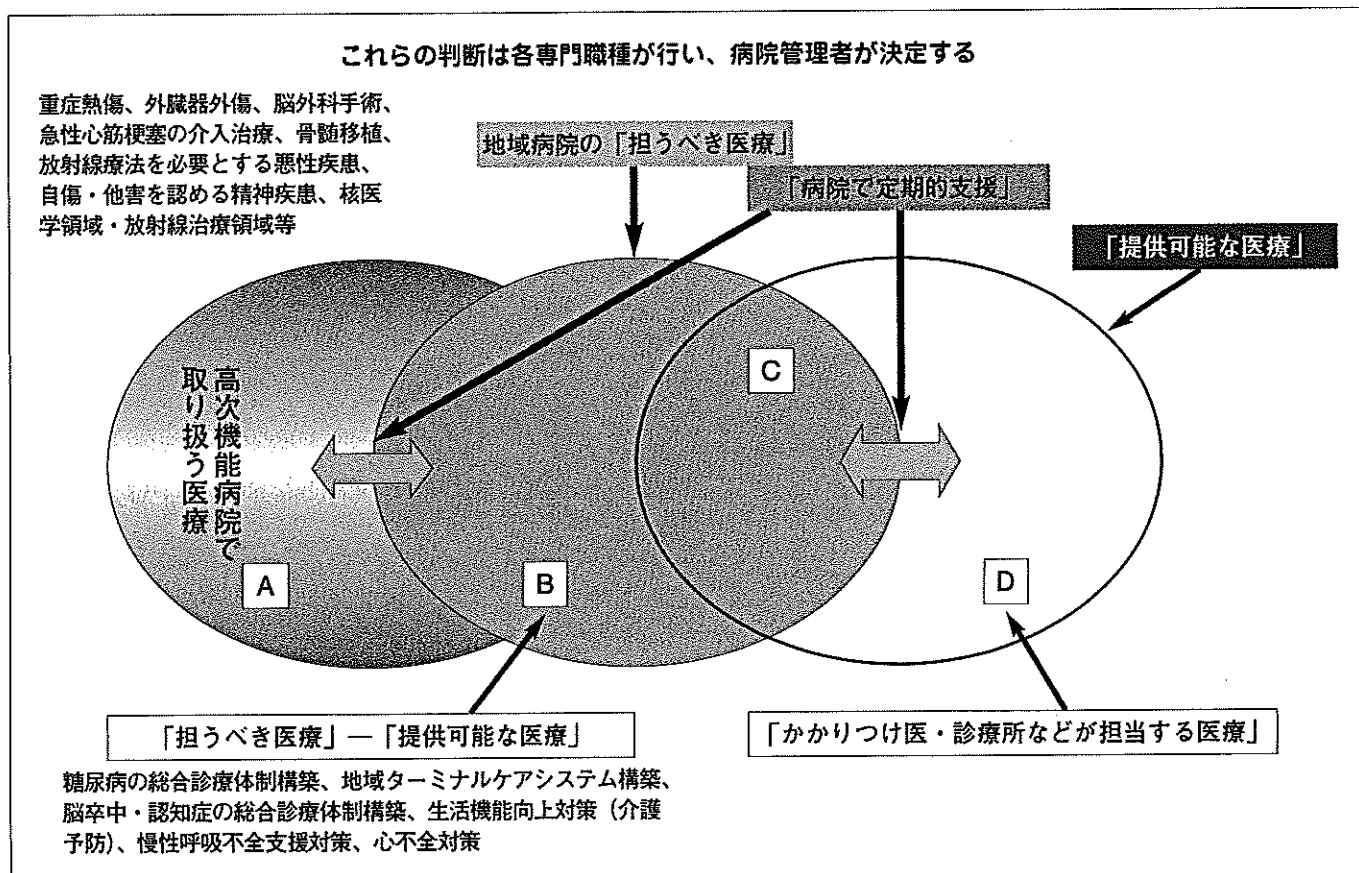
機能評価機構の認定を受けたが、昨年、いわゆるバージョンVで再審査を受け更新認定された。一方、公立南砺中央病院は未受審であり、今後の課題となっている。

また、南砺市民病院では、院内業務改善をめざした組織マネジメント手法として、平成16年から「シックスシグマ手法」を導入しているが、病院活動の課題解決や委員会活動の改善につながっている。TQMも十分に有効な手法であるが、「シックスシグマ」ではテーマをトップが提示し、ボトム的な発想でメンバーが解決に向けて定義・測定・分析・改善・管理を繰り返す手法であり、テーマによっては直接的な経営貢献も見られている。

### 【急性期医療への対応策：DPC対応】

いま、国は約90万床あるとされる一般病床（急性期病床）を約60万床で十分として、削減を図る方針である。平成10年のDRG／PPS研究から始まった急性期包括支払い制度であるが、平成15年の特定機能病院へのDPC導入から始まり、平成16年には82対象病院と

図4 地域としての医療の考え方



62試行的適用病院ならびに228調査協力病院が参入し、平成18年4月には360DPC対象病院と371準備病院となった。平成19年には準備病院へ約300病院が手あげしているとされ、これらの病床の合計病床数は40万床に迫るとされている。

すなわち、急性期医療病床数とDPC対象病床数が近似していることから、今後の急性期病床はDPC対象であることとイコールに近いと想定される。このことは、国保直診病院のなかでも中規模以上の中核病院としては無視できない現実であり、また、小規模病院でも急性期を標榜しようとしているならば、DPC対応は必須項目となろう。

## ITの活用と地域医療

昨年の第20回地域医療現地研究会でも披露したが、南砺市立病院には、それぞれ電子カルテが整備されており、ことに市民病院と福野病院および利賀診療所に

は同一システムが導入されていて、全面的な情報連携が実現している。一方、公立南砺中央病院には別システムが導入されているが、DICOM接続で画像は市民病院で読影している（図3）。

市民病院が協力病院となっている特別養護老人ホームの2施設では、市民病院と福野病院の電子カルテを共有して情報管理を実現し、施設分の院外処方を開始したところである。将来は、Web型電子カルテとして医師会とも情報連携を進める考えである。

欧米先進国ではすでに「EHR」の考え方が実用段階になっていると聞いているが、わが国ではこれからの研究段階である。めざしているのは、診療記録や健康記録を一括管理することで、疾病予防と医療費適正化に貢献しようとするものであるが、健診記録と医療機関の情報をどのように安全に長期間管理するのが課題である。

地域医療におけるITの役割は、①退院後の生活支援、②在宅療養支援と施設連携、③地域の医療機関と

の連携、④行政との連携——などがあげられよう。これらを進めるには、入院時点からの支援、異なる開設母体の施設との連携、医師会との協調などが重要であり、とりわけ行政情報との連携が鍵となる。行政が持っている住民健康情報や検査データを医療機関が活用することや、保健師記録などの共有が可能となれば、効率的な健康管理と疾病予防に貢献すると考えられる(図4)。

国は終末期医療に関してもあるべき姿を提案しているが、南砺市民病院の地域リハビリテーション広域支援センターを核にして医療機関や医師会、警察、消防などの関係機関と検討会を設けて議論してきた。その結果、共通認識のもとに「終末期医療ガイドライン南砺市版」ができあがったところである。在宅医療を受け持つ開業医師の患者が終末期となり在宅での看取りを希望される場合には、訪問看護師を介入させ、主治医が不在のときは病院医師がバックアップするシステムを構築し、すでに1例の開業医師の在宅看取りを支援したが、これからの方向であると考えている。

## 地域包括医療システムと人材育成

急性期医療と対比する意図はないが、国保直診としてもっとも重要な課題が、在宅医療の充実・推進、診療所や各種施設との密接な連携、行政機関との連携・統合運営であろう。在宅医療を推進するために必要なことは、首長の理解と病院職員の意識改革である。地方財政が逼迫している現在、行政としては人員削減案には賛成するであろうが、人員増にはおいそれとは賛成が得られない。南砺市民病院では、前身の公立井波総合病院時代から病院で育てた人材とシステムを井波町へ派遣し、「井波町高齢福祉支援センター」を展開していたが、「南砺市介護福祉支援センター」に変わってから病院職員の出向派遣人事を継続している。

これは、システム構築と発展に寄与しているだけでなく、病院職員とのコミュニケーションが円滑である直接的な要因でもある。現在の派遣は、看護師8名、社会福祉士1名、PT3名、OT3名、ST1名、事務1名にのぼっていて、訪問看護ステーション所長は元病

院看護師長を充てている。

次に人材育成が重要である。先に述べた「シックスシグマ」も、問題発見と問題解決手法を職員の身につけてもらうのが狙いであった。導入から3年を経過し、ようやく日常的な業務実行に際しても、問題提起と解決手法として役立ってきた感がある。

医師教育はもっとも重要であるが、もっとも手が付けにくい分野でもある。医師臨床研修制度では、南砺市民病院は当初から管理型臨床研修病院として登録したが、残念ながらこれまでのところ初期臨床研修医は実現していない。しかし、金沢大学や富山大学からの地域医療研修には多くの研修医師がきて包括医療を十分に学んでもらっている。

国診協と全自病が協力して設置した「地域包括医療・ケア認定制度」は始まったばかりであるが、現在10病院と6診療所、医師は26名、歯科医師は5名、コ・メディカルは92名(保留分を含む)が認定を受けている。今後拡大することを期待するが、これとは別に、国は「総合診療医師」の資格認定を想定した準備態勢に入っている。内容はまだ確定していないようだが、雛形となる日本家庭医療学会が認定する後期研修プログラムでは、その研修内容に「6か月の診療所研修」が義務化されると聞いている。これが実現するとなれば、多くの国保直診は「総合診療医師」あるいは「家庭医」の研修の受け皿として、その存在が必要不可欠となることが想定される。

この「総合診療医」や「家庭医」はいわゆる専門科を満遍なく研修しただけでは相応しくなく、総合診療医師として全人的な医療の具現者として豊富な知識と診療技術を身につけなければならないとされている。すなわち、研修場所としては、大学病院や大規模急性期病院での専門研修ではなく、まさに国保直診病院と診療所がその研修先となることが期待されているのである。

南砺市民病院では、富山大学総合診療部とタイアップして、本年から総合医をめざす後期研修プログラムを立ち上げ、1名の研修医を引き受けた。初めての試みであり、大学と本人に相談しながら研修プログラムを実践しているところである。





岡山県・備前市国保市立吉永病院長

荻野健次

# 住民が満足できる環境づくりをめざして

## ▶ はじめに

本稿の執筆依頼があり、当初は締め切りまでの時間が短いことや、平成18年3月発行の本誌の「国保直診療難局を乗り切る」というコーナーに執筆してまだ2年しか経っていないことから、新鮮さを欠くと考えお断りするつもりであった。しかしその間、合併により新市へ移行し、吉永病院も総合保健施設を併設した新病院に変わっており、その経過を含めて報告するという意味でお受けした。

私と地域包括ケアとの出会いは約16年前にさかのぼる。縁あって、国診協と関わるようになり、山口昇先生から「急性期医療のみの公的病院はいずれ淘汰される。保健や福祉を充実し、その連携・統合を推進する施設は必ず地域住民の信頼を得て生き延びる」との地域包括ケアの理念をうかがって感銘を受けた。このときから急性期医療オンリーの病院では駄目だと考えるようになったことが、私の地域包括ケアの出発点となっている。

## ▶ 吉永病院の概要

吉永病院のある吉永町は人口約5,100人、耐火煉瓦、珪石などの加工中心の町であったが、企業誘致を積極的に行った結果、現在は100人以上の従業員を持つ製造業が数社あり、昼間、企業で働く人口は2,000人弱となっている。

吉永病院も企業誘致と同じ発想で、昭和54年に40床の病院として新築された。2か所の附属診療所を抱え、

昭和55年に私が赴任したころの外来患者数は1日当たり50人にも満たない典型的な赤字病院であり、町長は赤字体質からの脱却と町からの繰入金減額を望んでいた。当時は医師不足であり、常勤医を募集しても集まらないため、私は多くの診療科の専門医（非常勤）を集めて配置し、少ない常勤医でフォローする「ミニ総合病院」とも呼べるシステムを創ろうと考えた。

幸い大学のある岡山市の中心から吉永病院までJR山陽本線で約35分と比較的近いことから、専門医の応援は可能であった。また、各種手術、検査は可能な限り病院内で実施し、医療と患者の町外への流失を防ぐことをモットーとした。そして、夜間受付窓口は午後9時まで開けておくこと、救急車の搬入は断らないことを徹底して、地域住民の信頼を得ることに腐心し、スタッフのがんばりや地元住民の後押し、さらには町議会の積極的な支援によって黒字体質に転換することができた。

昭和63年には増改築により50床に増床、その後、高度医療機器（MRI、ヘリカルCTなど）も整備し、年間手術数は全麻100例、腰麻100例、救急車による搬入は年間約300件にも達した。また土曜日診療も継続中で午前中だけでも160人前後の来院があり、外来患者数は1日平均350人ほどに伸びて、町長の目論みどおり繰入金は減額されたものの、黒字経営は続いている（図1・2）。

この結果、平成17年合併時、「備前市内3市立病院のあり方検討会」の調査では「吉永町の住民の約83%は吉永病院に通っている」と報告された。



図1 吉永病院の収益、繰入金および職員数の推移

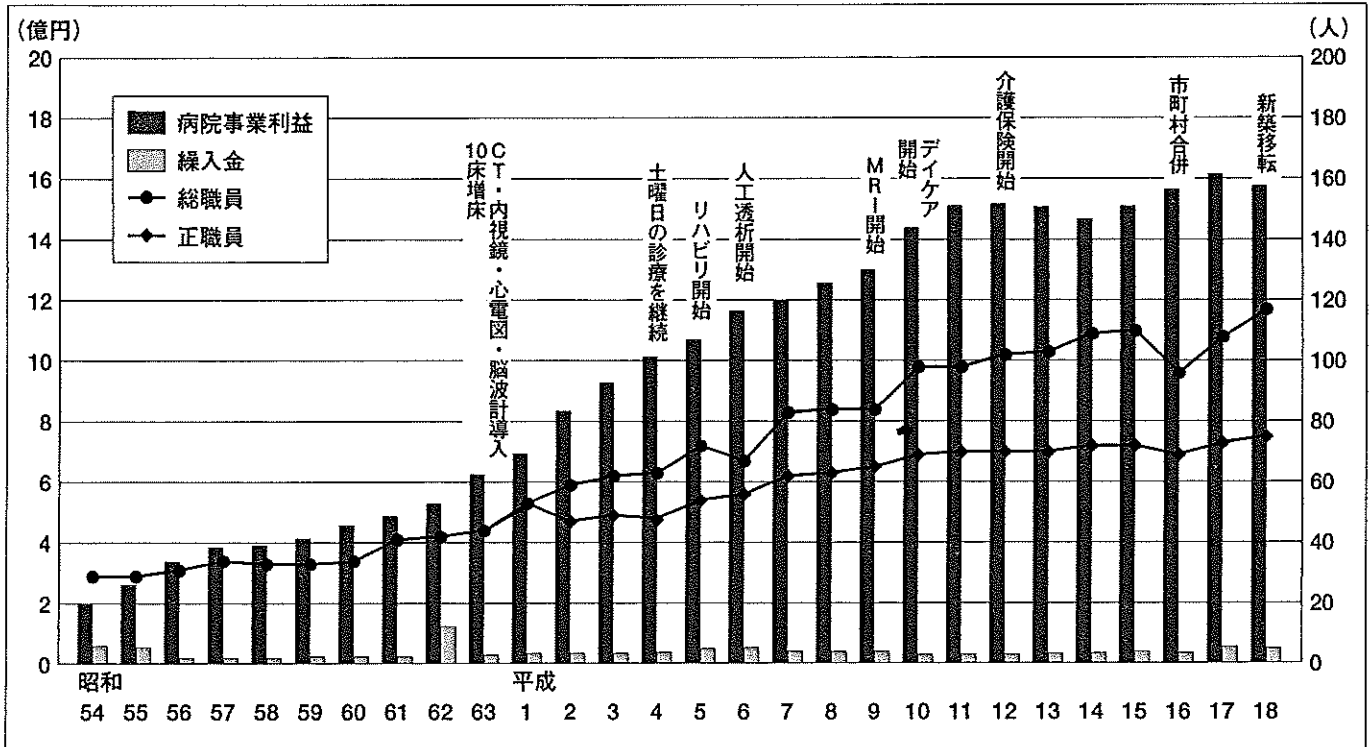


図2 吉永病院の純利益および繰入金推移

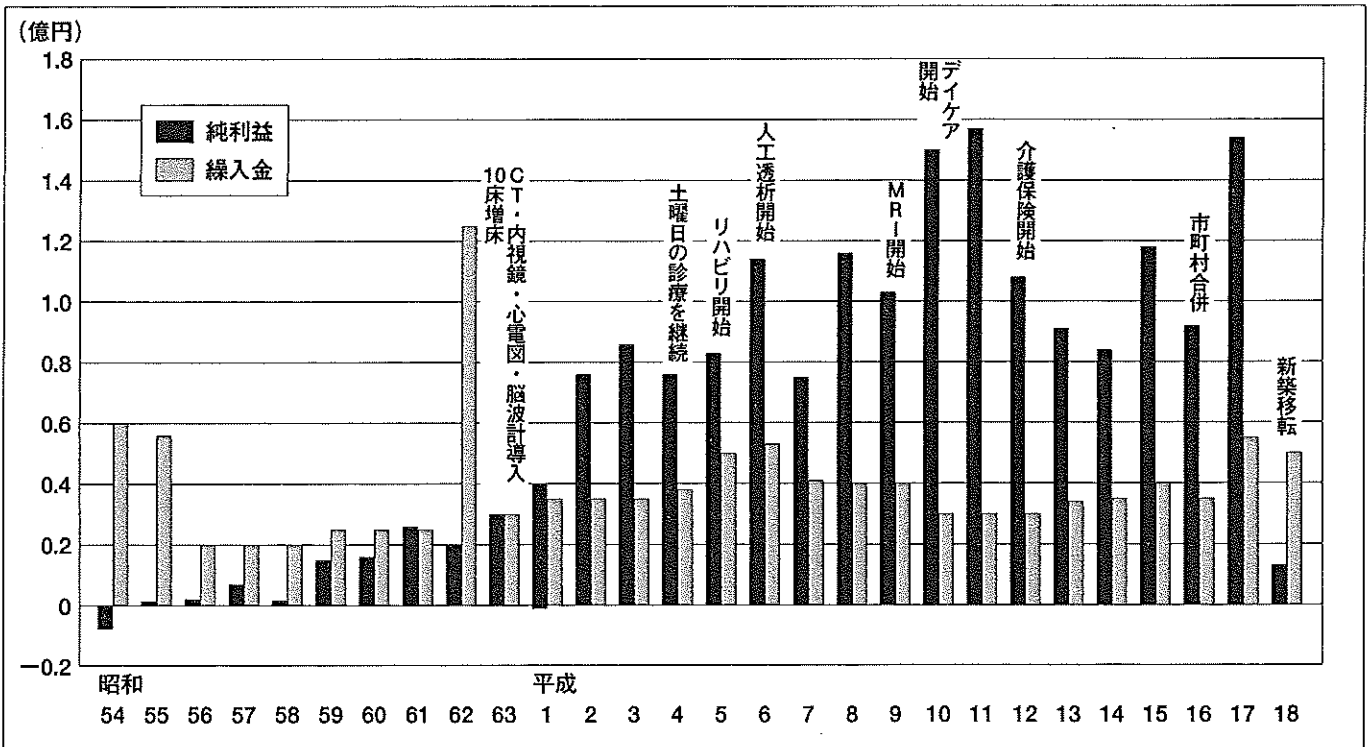
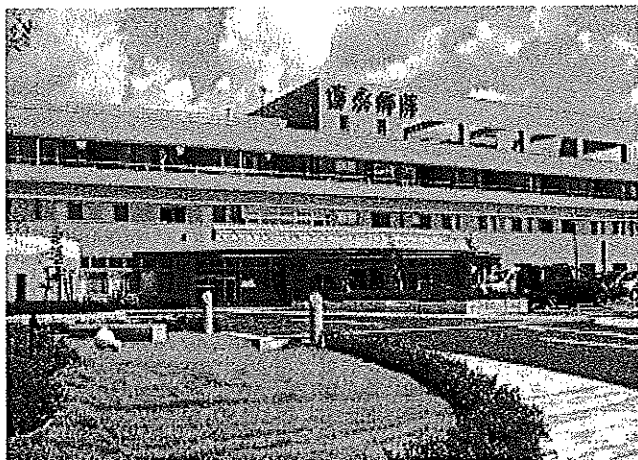


写真1 吉永病院正面



## ▶ 地域包括ケアの理念との遭遇

はじめに述べたように、約16年前に山口先生の地域包括ケアの理念に感銘を受けてから、急性期中心の病院から包括ケアを取り込んだ病院へ積極的に変身を図ることにした。

山口先生の「これから病院にはリハビリが重要な時代が来る」とのお話を聞き、まずリハビリ部門に注目、理学療法士をやっとの思いで探し、平成4年リハビリ室設置に漕ぎつけた。その後増員し、現在では理学療法士5人、作業療法士2人、言語聴覚士1人を配置するリハビリテーション科となった。

リハビリ室開設を機に通所リハビリも開設、その後、介護保険に組み込まれてデイケアセンターとして独立した。田舎の地で地域住民に必要なことは、医療・保健・介護・福祉の一体的提供であり、包括ケアで大切なことは在宅医療である。そのため、往診から訪問診療、訪問看護、訪問リハビリなどの在宅介護分野にも積極的に取り組み、地域住民のニーズにできるかぎり応えるような体制づくりに努めた。

また、吉永病院は中間施設を持たないため、地元の開業医や介護施設の方々との緊密な病診連携関係を維持していくことが大切であると考え、近隣の特別養護老人ホーム2施設、老健施設1施設、デイサービスセンター、グループホームと契約し、福祉、保健、介護が有機的に機能するよう努めた。その結果、各施設で

食物摂取が不能となった患者の内視鏡を使った胃瘻増設術や大腿骨頸部骨折などの手術も増加傾向にある。

これからは地域住民の疾病予防の啓発も重要となるため、地区の集会には積極的に参加し、メタボリックシンドロームなどの講演を行っている。

## ▶ 新病院建設

吉永町では、吉永病院が患者やスタッフの増加により手狭となり駐車場も常時満杯となっていること、病院への進入路が狭く事故が多発していたこと、JR吉永駅南側の県道沿いの地区の活性化を図るなどの理由で病院の新築移転を計画し、合併前には議会の承認も受けていた。また、国保直診の理念である地域包括ケアにさらに真剣に取り組む意思を示す意味で「地域包括ケアシステムの推進に関する議決」を行っていた。

これらの経緯を踏まえ、私は地域包括ケアシステムの確立に不可欠な総合保健施設を新病院に併設することを要望し、合併から1年後の平成18年4月24日によりやく新築開院した（写真1）。

新病院はJR吉永駅から徒歩5分、県道沿いに位置し、敷地は12,000m<sup>2</sup>、駐車場は160台収容できる。病室は多床個室の設計で、各ベッドに窓があり景色が見えるようになっている。また、バリアフリー、多目的トイレ、特殊浴室、手術室の拡張、クリーン度向上などの改善を図った。

新病院では、疾病予防の観点から検診事業にさらに積極的に取り組み、住民基本健診は年間500人以上、加えて一般住民検診、肺がん、胃がん、大腸がん、前立腺がん、子宮がん検診の体制も整えている。とくに、乳がん検診は、マンモグラフィーによる精密検診を取り入れており、岡山県下ではまだ数少ない乳がん精密検診機関に認定されている。また、人間ドッグも新たに承認を受け、本年度は政府管掌生活習慣健診等の実施機関として約150人の健診を予定している。

## ▶ 総合保健施設

新病院には、念願であった総合保健施設が併設され

写真2 「貯筋しま専科」



た。建設に当たっては山口先生をはじめ国診協に大変ご尽力をいただいた。

この総合保健施設には、各種健診スペースや大会議室に加え、吉永地域を担当する保健課と地域包括支援センター、病院からは居宅介護支援事業所、訪問看護室、通所リハビリテーション（デイケア）を配置している。当初の計画時点では、歯科検診のできる歯科保健センターをドッキングすることを考えていたが、歯科医師の問題や将来、歯科を病院内に設置する計画もあり断念した。

同じ建物のなかに保健、医療、介護が共存することは、地域にとって大変有意義なことである。それぞれの職種が離れたところで仕事をするより、一つの建物内にいれば情報の共有化が可能となり、住民の方々の利便性もよくなる。たとえば、病院に来院した方が同時に総合保健施設で介護申請や保健の相談を受けることが可能であり、主治医、ケアマネジャー、保健師、栄養士の連携がスムーズに行われることとなり、地域包括ケアシステムの基盤整備が図れたものとする。

保健課と地域包括支援センターには、保健師4人、社会福祉士1人、栄養士1名、事務職1人が配置されている。そして、健康教室、認知症講演会、介護予防教室、介護予防ケアプランの作成、ケアマネジャー個別指導・支援独居高齢者などへのあんしん電話事業など介護保険制度の地域支援事業に基づき生活習慣病予防をはじめとした健康づくりを推進している。

とくに、住民参加の健康づくり事業として実施している「貯筋しま専科」教室は、食事や運動の知識・技術の取得を中心として、自分の体力診断、健康度チェック、メタボリック講座、食事バランス講座、ヨガ、筋肉トレーニングなどを行っている（写真2）。

さらに、本年4月から岡山大学の派遣医師による精神科医療相談「心の健康相談室」が設置されている。吉永病院にも6年前まで精神科の医師が勤務していたが、いまは近隣地区を含め精神科がなくなり困っていた。この「心の健康相談室」は、大変好評であり、これまでに約20人が相談を受けている。

老健施設を持たない吉永病院では、在宅介護の要は通所リハビリ（デイケア）である。旧病院では床面積の広さから1単位20人までであったが、新病院では2単位40人までの通所が可能となったため、現在約80名、1日約27名が利用されている。そこでは、ボランティアの方々にチェロ、バイオリン、三味線、琴、マンドリン、日本舞踊など披露していただき、通所者の楽しみとなっている。

居宅介護支援事業所は、ケアマネジャー3人で主にケアプランの作成やプランを作成した方のいろいろな相談に応じている。ケアプランの作成事例は1か月約100例前後であったが、平成18年4月の改正で人数制限ができたため件数は減少している。

この施設には100人以上収容できる会議室があり、院内会議や研修会等にたびたび利用させてもらっている。旧病院にはこうした会議室がなく、カンファレンスも職員食堂や看護師詰所を使用していた。吉永病院は経営的に安定しているためか自治体からの視察研修依頼も多く、また2、3か月に一度は大学や専門家による病院講演会を開催しており、大変重宝している。

地域包括ケアを考えるうえで在宅介護サービスの提供は不可欠である。ショートステイ、デイサービス、デイケア、入浴サービス、ヘルパー派遣など多種多様のサービスが、利用者の望むように調整できて提供できれば問題はないが、中断してしまうことが多々ある。一事業所ですべて対応できれば可能と考えられるが、

法律的にも無理である。そこで、これらのサービスが継続してスムーズに提供できるような協力体制の構築が必要であり、そのためには他施設を含めた広域ケアカンファレンスの実施が必要と考える。

## ▶ 市町村合併

平成17年3月22日に吉永町、備前市、日生町が合併、新しい備前市が誕生した。岡山県の東南部に位置し、人口約4万200人。JR赤穂線沿いの旧備前市は「備前焼」で有名だが、吉永町はJR山陽本線沿い、備前市では北部に位置し、特記すべきものは少なく、岡山池田藩の藩校であった閑谷学校に一番近い駅がJR吉永駅という程度である。吉永町から備前市の中心部へのアクセスが悪いためか、吉永町の住民は山陽本線に沿って移動する傾向にあり、住民間の交流が課題となっている。

平成の大合併により、全国の国保直診のほとんどがなんらかの影響を受けている。とくに、規模の小さな診療所や病院などはその影響も大きく、この『地域医療』誌にも、行政効率の悪い地域では市町村合併により保健・医療・福祉・介護など包括ケアの質が低下してきているとの報告もある。

合併すれば、スケールメリットとリストラ効果により市町村の財政は好転し、国保直診にとっても経営上のメリットがあるはずと聞いていたが、デメリットのほうが目に付く。吉永病院でのメリットは、市が各方面から病院へ向けたバスを走らせることとなったことである。繰入金が増加することを期待したがそれもない。病院の診療圏内にある隣接の和気町では、15歳まで医療費の無料化を実施しているが、備前市は完全無料化までは実施していない。市町村合併により人口が増え、逆にこれまでのような地域に密着したきめ細かい検診などのサービスが低下している感がある。現に、吉永町の基本健診受診率は合併により少し後退しているようである。

合併した備前市には備前・日生・吉永病院と3つの市立病院があり、日生病院、吉永病院は合併と同時期

に新築された。残る備前病院も建替えを計画中であり、人口4万人の市に3つの市立病院がともに新築することになる。病床数はどの病院も100床以下である。医師不足、市の財政難、医療費の抑制策、少子高齢化の時代に本当にやっていけるのかと不安である。せっかく新築した病院なのでできるだけ経営は健全にと考えているが、吉永病院もこれまでのように黒字を維持できるか疑問である。

むしろ、東北大学の伊藤恒敏氏の推奨する医師や研修医や患者が集まる拠点病院となるマグネットホスピタルを主要都市に造るという構想のほうが本論であろう。

話は備前市に戻すが、合併した備前市の3病院は国保直診であるが、それぞれかなり温度差がある。病院のめざす機能も別々である。合併した備前市は、国診協の全国国保地域医療学会や現地研修会などへの参加はノンアカデミックとの理由で無意味であるとの意見であった。私は、この学会で国保直診が地域住民とともに包括ケアを実践している生の声が聴け、がんばっている国保直診を紹介してくれる講演を聴くのが好きである。このような学会の参加を「よし」としない考え方はそれこそ言語道断である。これでは地域包括ケアの意味も理解できないであろう。地域の国保直診の開設者や院長がどのようにがんばって包括ケアを実施しているのか実情を聴き、自分の病院に生かしていくことで住民が満足し信頼する病院を創っていけるものとする。確かに、医師が参加する学会はアカデミックな面も必要であるが、もっと大切なことは、一人の患者の全人的医療をどうするかであり、診察する際の「病気を診ずして人を見ろ」と同じ意味であろう。

昨年10月、石川県金沢市で開催された国保地域医療学会では、香川県綾川町陶病院の在宅ケア専門委員会設置などの講演、石川県富来病院のNSTで他職種連携により病院内のチームワークづくりが図られた話、さらに福井県越前町織田病院の、赤字自治体のなかで公立病院は雇用を生み出す優秀な企業であるという講演など聴いて、大きな感銘を受けた。会が終わるたび

表1 岡山県下国保病院の経営状況

病院名	年 度	病床数 (床)	純 利 益 (△純損失) (千円)	総 収 益 (千円)	うち医業収益 (千円)	うち他会計繰入金 (千円)	他会計繰入金対 医業収益比率 (%)
市立吉永病院	17年度	50	154,368	1,616,426	1,602,521	44,631	2.8
	18年度	50	12,855	1,574,933	1,542,670	38,969	2.5
A 病院	17年度	75	63,450	941,167	843,521	174,407	20.7
	18年度	75	80,783	922,699	824,508	172,279	20.9
B 病院	17年度	60	78,819	498,757	441,050	82,630	18.7
	18年度	60	34,071	477,245	410,309	98,024	23.9
C 病院	17年度	60	23,790	941,437	871,920	83,426	9.6
	18年度	60	70,050	890,686	822,766	83,748	10.2
D 病院	17年度	100	16,832	1,834,101	1,444,231	90,422	6.3
	18年度	100	105,546	1,717,229	1,348,027	68,565	5.1
E 病院	17年度	92	5,319	859,887	848,482	64,250	7.6
	18年度	92	30,064	1,181,572	1,088,122	127,877	11.8
F 病院	17年度	136	34,140	1,509,426	1,410,549	109,094	7.7
	18年度	136	129,112	1,388,315	1,294,415	103,164	8.0
G 病院	17年度	117	3,231	1,596,725	1,491,516	86,624	5.8
	18年度	117	63,692	1,588,928	1,508,811	78,900	5.2
H 病院	17年度	80	74,290	940,317	701,446	132,097	18.8
	18年度	80	105,123	924,523	792,139	140,462	17.7
I 病院	17年度	82	71,105	592,390	486,323	65,438	13.5
	18年度	82	74,804	534,808	447,805	104,868	23.4
J 病院	17年度	80	49,508	812,765	694,696	158,828	22.9
	18年度	80	27,331	750,214	646,568	146,617	22.7
K 病院	17年度	50	1,382	762,333	616,898	155,150	25.2
	18年度	50	7,493	729,250	542,353	196,909	36.3
L 病院	17年度	105	110,313	1,282,922	1,157,711	158,633	13.7
	18年度	105	17,539	1,377,645	1,185,416	216,941	18.3
M 病院	17年度	88	59,605	1,248,545	1,207,102	40,000	3.3
	18年度	88	6,108	1,173,738	1,130,835	40,000	3.5
合 計	17年度	1,175	52,546	15,437,198	13,817,966	1,445,636	10.5
	18年度	1,175	441,285	15,231,785	13,584,744	1,617,323	11.9

に私たちの病院に取り入れ、少しでもレベルアップで  
きるのではないかと考える。

市町村合併に関して鹿児島県の「ドクターコトー」  
のモデルである瀬戸上健二郎氏も『地域医療』誌に、  
市町村合併は医療・独自性の崩壊と述べている。吉永  
病院のことで恐縮であるが、年末年始は多数の患者さ  
んで外来が混雑する。休日にもかかわらず1日100人  
程度が受診するため、これを見越して12月30日の午前  
中は外来を開き、それ以外の日も外来看護師2人、薬

局1人、受付会計2人を配置し、レントゲンと検査室  
は自宅待機体制にしていた。合併前には、年末年始手  
当や待機手当などの制度があったため、少額ではある  
がその勤務に応じて支給が行われていた。しかし、合  
併後はこの手当が廃止され、他の病院と同様に休診体  
制にするよう望む声が大きくなり、吉永病院で30年続  
いてきた年末の休日外来制度が終息に向かいそうであ  
る。このように地元住民への医療や福祉、介護が後退  
していくことは残念でならない。いかに住民のために

表2 備前市立3病院の経営状況（平成18年度）

	備前病院 100床	日生病院 92床	吉永病院 50床
1. 1日平均患者数			
入院	80.1人	75.7人	47.9人
外来	226.8人	225.1人	369.3人
2. 病床利用率	80.1%	90.2%	95.9%
3. 平均在院日数	22.1日	22.9日	20.0日
4. 人件費比率	63.3%	48.0%	47.0%
5. 他会計繰入金対医業収益比率	5.1%	11.5%	2.5%
6. 実質収益対経常費用比率	90.9%	91.9%	98.6%

と思っけても、他の病院に制度を合わせるという行政の感覚では、地域医療は合併によって次第に後退していると言わざるを得ない。

町立病院の時代は、町長、助役、議会に説明し理解を得られれば大抵のことは通用した。しかし、合併して3つの市立病院の均一化が重視されると、年末年始の休日でもがんばろうとしている病院でも結局やる気がなくなってしまう。これが合併により生ずるスタッフのモチベーションの低下であり、地域住民に対するサービスの低下となり、挙句の果ては病院の経営の低下に結びつくと考える。ここで以前から唱えている独立行政法人化の要望につながるわけである。独立行政法人化に関しては、本誌平成18年3月発行の第43巻第4号で執筆したが、諸般の事情で止まっている。しかし、合併により病院の独自性が失われ、目的や機能が異なる病院を一元的な制度に押し込むことにより地域包括医療・ケアが衰退することは避けなければならない。独立行政法人化は国立病院、県立病院へと進み、いまや市立病院にも波及し、大阪市や那覇市も決定している。地方公営企業法の全適は、一自治体に複数の公立病院が存在するケースでは問題が多いことは前回の本誌に書いたところである。

## ▶ 経営問題

健全経営は地元の住民に対する責任である。とくに、新築した病院は莫大な借金をして貴重な税金をつぎ込

んだわけであるから、地元住民に対する責任は大きい。

私たちの病院は28年間黒字を続けている（図2）。これは病院のスタッフと国診協の先輩方のお陰と考えている。とくに、東京での山口先生の「国の動向」の説明や理念を聴き、病院に生かされたからと考えている。

病院の経営が安定しているためか、あるいは新築したためか各地より病院の視察が多い。先日、岡山県内にある某党派15人ほどの議員団の訪問を受けた。病院の概要や沿革などいつも説明しているが、今回は毎年1億円以上の赤字の公立病院をもつ議員さんから、いかにしたら黒字経営に持っていけるだろうかなどの経営改善に関する質問が多かった。

私は、いつもその質問に対して「私は国診協に深く関わらせてもらって以来、公立病院というものは急性期医療も大切だが、急性期を過ぎた患者さんのフォローをしっかりと、つまり包括医療をしっかりとやらないと患者さんはついてきません。地元の方々に慕われる病院づくりに努力すると自然に患者さんが増え経営も安定する。私たちの病院は早くから包括ケアの理念のもとに医療、リハビリや在宅介護に注目してやってきたことで経営がよいのでしょう」と説明している。

経営に関して物申したい。各病院の経営の赤字・黒字は不明瞭な面が多く、自治体からの繰入金の額に左右される。個々の自治体の財政力には差があり、財政力のない自治体の病院は基準どおりに繰入金を交付してもらっていないのが現状であろう。

岡山県下の国保病院の繰入金の状況を示した（表1）経営を黒字にするには、繰入金を多くすれば可能であろう。また、同じ自治体に複数の公立病院がある場合に、繰入基準に差があるのも問題であろう。経営面ばかり重視するのではなく、住民の満足度、在院日数、病床稼働率、人件費率、繰入金比率など他の指数も比べて総合的に判断すべきと考える。参考資料として、合併した新市の市立3病院のデータを示した（表2）。

総務省は、民間でできることは民間にという基本姿勢で、このほど「公立病院改革ガイドライン（案）」を示した。公立病院の経営健全化を主眼とし、経営改善

と効率化、悪化した施設の経営形態の改革についても示唆している。しかしながら、本来は良質の医療の提供がまず重視されるべきであり、住民を無視して不採算医療を切り捨てることは厳に慎むべきと考える。

## ▶ 住民の満足度

合併した平成17年度以降、備前市は施策に対する満足度や重要度について市民意識調査を実施している。その分析結果によると、平成18年、19年度いずれも備前地区、日生地区に比べ吉永地区住民の医療部門に対する満足度は高いという結果であった(図3)。救急部門の満足度においても同様に、吉永地区の住民は他の2地区に比し満足しているという結果であった。

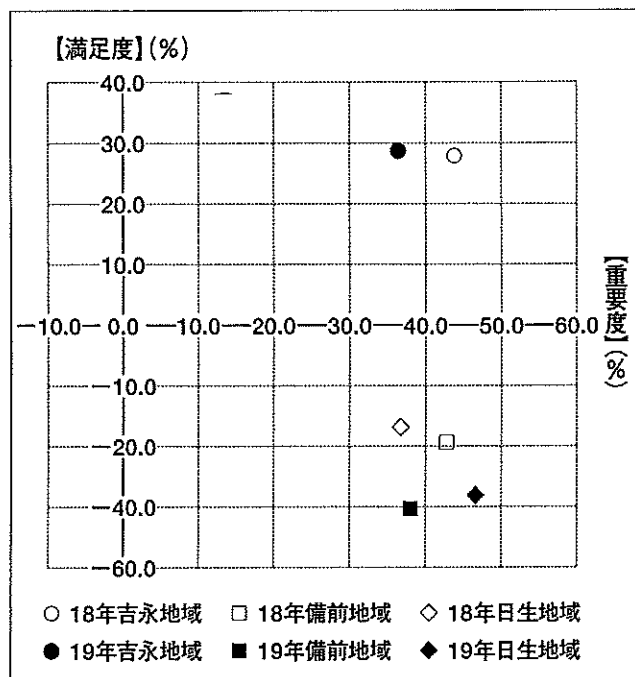
医療や救急は、住民にとって生命に関わる重要な問題であり、この結果は吉永病院のスタッフの努力と、吉永病院が他の病院に先んじて国保直診の理念である包括ケアを実践した成果であると感じている。

## ▶ まとめ

まとまりのない話になったが、私は国診協との出会いにより田舎の私たちクラスの病院がどのようにして地域に貢献すればよいのかを教えていただいた。急性期医療のみでは公的病院の将来はない、包括ケアの実践によってこそ、住民の信頼を得て必ず生き残るという理念により、少しずつ在宅部門を拡げてきた。包括ケアの目的は、住民が住み慣れた町で快適に過ごし、安心して老い、満足して終焉を迎えられるような地域(環境)を創ることであろうと思っている。

吉永病院のハード部門は完成したが、これからはソフト部門の構築である。目下の課題は在宅医療であり、とくに公立病院のため夜間や日曜、祝日の対応がむずかしい。現在、在宅看取り対応が問題視されている。先日、肝臓がん末期の75歳女性の在宅看取りを開業医から依頼され、2週間近く在宅医療を実施した。しかし、浮腫が強く補液不能、吐血あり、昼夜苦しがる状況で、家族3人が交替で患者さんのそばに付いている。昼間はなんとかスタッフが対応できるが、夜間・深夜

図3 医療施設に関する地域別満足度および重要度  
(市民意識調査による)



は在宅看取りを承諾した私の出番となる。当直医は病院外に出ることができないので、全部私一人に対応しなければならず、大量吐血で在宅管理不能となり、亡くなる1週間前に入院となった。いかに小規模病院が在宅看取りをするのがむずかしいか痛感させられた。

今後、看取りなどの在宅医療が活発に論議されると思うが、マンパワーなどの対応が大変である。政府は在宅医療を推し進めるが、深夜・休日の対応に課題が多い。医師不足や看護師不足なども追い討ちをかける。さらに医療費や介護費の抑制策、少子高齢化など多くの難問が山積みである。

また、今年は特定健診・保健指導、後期高齢者医療制度など国保直診を取り巻く環境も著しく変化することが想定される。しかし、これらの課題は一病院の問題ではなくどの国保直診にも共通である。国保直診の皆様の実践や意見を聴き、十分論議を尽くして各機関が連携をとっていかなければならない。そして、地域のニーズにできるだけ対応すべく努力して、包括ケアの理念を衰退させることなく、地域住民が満足できる環境を創っていくことを最優先したい。