

4 都市近郊病院での実践

森 俊介

(1) 基本理念

①地域医療とは

厳密に『地域医療』の定義をすることは難しいかもしれないが、少なくとも、何をもって『地域』というのかがはっきりしないと、『地域医療』そのものも焦点がボケてしまうことになる。市町村老人保健福祉計画の策定が義務づけられて以来、特に福祉、保健の分野では各自治体毎に考える風潮になって来たので、ここでは基本的には各行政単位を地域と考えて、その地域（行政単位）における、医療について述べることにする。ただし、人口規模の大きい自治体では、住民の生活圏すなわち中学校区を1単位として考える方が、よりキメの細かい計画を立てることができると思われるので、その視点で述べることにする。

『医療』の定義を『人々の命と健康と人権を守る』行為であるとする、ここで言う『地域医療』とは、『ある行政単位で、人々の命と健康と人権を守る行い』と言うことになる。しかし、現在のように高齢化した社会では、『医療』を展開する場合、医療のみで完結することはまず不可能である。すなわち、保健、福祉の人的および社会的資源との連携なしには、医療は展開出来ないとと言っても過言ではない。そのためには、まず地域内に医療、保健、福祉の人的および社会資源を適正に配置しなければならないことになる。しかし、現在の日本の医療が基本的に営利事業としての経営が認められ、自由開業性、出来高払い、独立採算性の原則に則っている以上、事業に有利な地区に医療施設が集中する傾向にあるのはやむを得ないことである。従って、医療資源を『適正に配置』することは極めて困難なことであり、医療資源の地域格差が生れる結果になる。このような地域格差を無くすため公的医療機関が存在するのであるが、それらの多くは立地条件が悪い場合が多く、さらに不採算部門をも担っている関係で経営的にも厳しく、ほとんどの公立医療機関が赤字を計上しているのが現状である。もちろん公的病院には国から地方交付税に上乗せされて補助金がつけられているが、人件費の高騰や設備投資に診療報酬がついて行けず、厳しい経営を余儀なくされている。従って、各自治体も採算性を無視してまで(既存の病院はともかくとして)、新しい病院や診療施設を設置することに対して消極的にならざるを得ない。

保健の分野は当然、営利事業ではなく自治体が責任をもって行わなければならない事業であるので、必要な資源（人的、社会的）の蓄積や適正配置は、全国の先進地区に見られるように、首長の責任において、やろうと思えば十分に可能なことである。しかし、先進地があるということは、後進地域が存在するということの意味し、ここでも市町村間の格差が問題になって来ている。

地域医療と最も関係の深い老人福祉は、本来営利と関係のない分野であったはずであるが、『公的介護保険制度』で示されたように、日本の高齢者福祉の制度の中に公的資金と民間の資金を投入する方向が示された。このことは福祉にも営利の面をある程度認めることになり、今後福祉施設が営利目的に運営される危険があると同時に、より資本力の強い企業体が福祉の分野に参入してくることが予想される。

この様に、そのよって立つ法律も運営方式も全く違う医療と保健と福祉が連携することは言われるように簡単なことではない。

以上の現状を踏まえ、都市近郊の病院で地域住民の『命と健康と人権を守る』医療を、保健と福祉と連携しながら、どのように展開して行くのかというのがこの章のテーマである。

②新しい保健、医療、福祉の連携の概念の確立

『医療と保健と福祉の連携』と言う言葉はかなり以前から用いられて来たが、その概念は時代と共に変わって来たことをまず認識しておかなければならない。すなわち、その目的によって連携の形態、あるいは概念そのものが全く違ったものになってくるのである。感染症対策が国家的課題であった戦後の日本においては、この3者の連携の目的は、結核に代表される感染症を撲滅し、これらの疾病による国家的損失を最小限度に食い止めることであった。そしてその方法は、保健部門による住民教育と検診によって患者を早期発見し、医療側による早期治療に結び付け、早期に社会（生産現場）に復帰させるというものである。そして社会復帰までの期間、患者及びその家族の生活を（十分とまでは行かないまでも）福祉によって保障するというものであった。この連携の形態は、言わばリレー方式による保健、医療、福祉の連携である。この方式はその目的を達成するという意味においては大成功であったし、コストベネフィットアナリシス（CBA）と言う経済学的手法によって、その経済的効果も十分に証明された。このリレー方式による連携は、保健→医療→福祉というルールに患者さんを乗せ、労働市場に送り返す一方通行の流れで、患者さんを中心とした3者のカンファレンス等は不必要で、連絡票で情報を流せば、それぞれの分野の中で自己完結してしまう制度であった。

ところが昭和48年のオイルショック以降、経済成長率の低迷にもかかわらず、医療費の高騰のみが目立つ時代になった。それは高度経済成長の時代に医療が高齢者福祉の肩代わりをして、老人を医療施設に収容して来た矛盾が一挙に吹き出して来たための現象であった。そのため、『医療費の高騰がこのまま続く』ことは国家経済上好ましくないとの判断から、医療費抑制の政策が取られることになる。それは、医療の必要でない老人を医療施設から出ていただき、基本的に在宅で見て行こうという方針である。家庭の介護力の低下に対しては、ヘルパーとデイサービス、福祉施設でのショートステイ等で対応する、いわゆるゴールドプランである。地域の中に老人の受け入れ態勢ができた後に、『在宅の方針』を打ち出すべきであったと思われるが、医療、保健、福祉の3者が本来の守備範囲をしっかりと守ることによって、連携を取るという基本的な考え方に立ち返って来たといっても良いと思う。すなわち高齢社会における連携の目的は、『高齢者の命と生活の質を保障すること』に変わってしまったのである。そして、その目的のために、保健、医療、福祉の3者が、それぞれの立場で、お年寄りを支えるという考え方である。感染症対策の連携をリレー方式であるとする、この老人を支えるシステムはおみこし方式による連携であると言える。この『おみこし』の由来は、この3者（場合によっては、ボランティア、家族を含めた5者）が、立場の違いはあっても、時間的にも空間的にも同時に支える場を共有しているということである。このように、時代とともに連携の目的や概念が変わってしまったことをまず理解していない限り、現在我々に求められている高齢社会における地域医療は展開できないと思われる。

③地域完結型の社会資源の構築

①で述べたように、医療と保健と福祉の社会資源の中で、保健に関する施設のみが行政の手によって意図的に、適正に配置できる施設である。従って、その利点を最大限に利用して、連携システムを構築するのが賢明で確実な方法であると思われる。経済基盤が弱く大きな施設を作ることのできない自治体は、地域内に存在するさまざまな公共の資源を利用することも考えるべきである。例えば、各地区に存在する公民館に入浴施設を増設することによってデイサービスを展開することもできるはずであるし、19床を有する診療所のベッドを老人のためのグループホームや小規模のデイケア、ナーシングホームに転用することも可能であろう。少なくともお年寄りが、その生まれ育った地区の中で、『安心して生活し、そして、死んで行けるシステム』を整えるべきであると考えている。それを私達は、地域完結型、あるいは生活圏完結型のシステムの構築と呼んでいる。

また、高度医療の提供できる医療施設や、さまざまな福祉器具を展示したり、その普及を図るための福祉センターなどの建設と維持運営には巨額の費用を要するので、無理をしてまで各自治体に備える必要はない。中核都市を中心にした広域圏の中で計画し、その一員として、利用することも考えなければならない。例えば、長崎市を中心とした、1市10カ町の集合体としての長崎広域圏として、必要な社会資源を確保することも可能であろう。各自治体はその恩恵に浴するだけでなく、費用を分担することも考えなければならない。

(2) 具体的な展開

琴海町は、長崎市（人口44万）と佐世保市（人口25万）に挟まれた人口1万2,500の町である。いずれの都市の中心部にも車で約1時間で行くことのできる距離にあるため、ベッドタウンとして人口が少しずつ増えて来ている。町の医療資源としては、61床の町立病院、35床の個人病院、有床の診療所1と無床診療所2、歯科診療所5がある。町の保健施設としては、B、C型のデイサービス、町立病院のデイケアと個人診療所のデイケアが各1カ所ある。福祉施設としては、町立の50床の養護老人ホームと特別養護老人ホームがある。老人保健施設は、私達の町には無いが、隣町にはそれぞれ、数箇所存在しているため、当面は町内につくることを考えず、それらの施設を利用させていただいている。これらの施設の利用の調整役を町立病院に併設されている在宅介護支援センターが担当している。人的資源としては、社会福祉協議会に常勤、非常勤合わせて31人のヘルパー、役場に3人の保健婦、2人の訪問看護婦、デイサービスセンターのスタッフと年間を通じてそれを支えてくれる延千数百人のボランティア、各医療機関の在宅医療のスタッフがいる。これらの社会的資源や人的資源は、市町村老人保健福祉計画の策定が義務づけられる以前から、琴海町独自に立てた『琴海町保健医療福祉計画』に従って蓄積して来た資源である。これらの資源を使って現在活動を行っている。

①救急医療

町内の医療機関では町立病院と個人病院が救急医療の指定を受けているが、1次救急および2次救急がやっとなのである。町内での救急に関しては、とりあえず当院に連絡が入ることになっている。例えば、脳卒中で搬入されて来た患者さんがCTの結果、手術または専門的な治療が必要と判断された場合は、長崎あるいは佐世保市内の脳外科のある病院に転送するようになっている。手術が必要でない場合は原則として当院での急性期の治療とリハビリの後、在宅リハ、地域リハにまで結び付けている。急性腹症で緊急手術が必要な場合は、緊急度に応じ臨機応変に対応している。心筋こうそく等の場合はCCUのある病院に心電図をファックで送り指示を仰ぐ態勢をとっている。町が国道を中心に細長く伸びている関係で、交通外傷が多発している。搬送されてくる患者さんが町外の場合は、それぞれの出身地の近くの都市に転送をすることになっている。町内の場合は出来る限り緊急手術にも対応するようにしている。

②一般医療

町立病院には常勤で内科2、外科1、整形外科1、小児科1の医師が診療に当たっており、非常勤として週に1日、精神科、循環器内科が開設されている。2週に1回の割合で、大学より婦人科が来院し、子宮がん検診と入院患者さんの診察に当たっている。また放射線科の医師は週に1回ではあるが、CTの読影、検診のダブルチェックのためお願いしている。スタッフの少ない病院であるが、待機手術のできる疾患に関しては大学や関連病院の応援を得て、できるだけ当院で対応するようにしている。転移のはっきりしているガンなどの手術に関しては、大学病院や長崎市内の高度医療を担い得る病院へお願いしている。内視鏡的ポリペクトミー、胆のう摘出術は日常に行われている。大たい骨のけい部骨折は年間約20—25例が当院で行われる。

眼科、耳鼻科、婦人科、皮膚科は住民のニーズの多い診療科であるが、町内には専門医がないので町外の診療施設に

依存せざるを得ない。しかし眼科と婦人科に関しては、町立病院の移転新築の際にぜひ開設したいと考えている。

③生活習慣病のコントロール

高血圧、糖尿病などの生活習慣病に関しては、日常診療の中でコントロールするとともに、夜間の健康教室でも指導、教育をしている。健康教室に関しては後述する予定であるが、地区の公民館で夜間8時頃より行っており、年間にして150—200回行われている。すべての医師が順番を決めて講師として出席している。

住民検診に関しては、従来の集団検診方式と施設検診方式を併用しているが、最近では施設検診の割合が多くなってきている。それは、町内の医師会の先生方との連携をより強固にすること、さらにかかりつけの先生に改めて診察してもらう方がよいとの判断に基づいている。胃ガン、肺ガン、大腸ガン、乳がん検診も同時に行っている。診療所で行った胸部レントゲン写真やMDLのフィルムは医師会の読影会でダブルチェックしている。結果は3枚複写になっており、住民、役場、医療機関に保管されるようになっている。役場ではこの結果を、中央電算室で個人データとして蓄積し、10年間分はいつでも、端末から引き出せるようにしている（データは検診結果のみならず、すべての個人情報が入れているので、その扱いは慎重にしなければならないのは当然である）。

④老人医療および在宅医療

現在もっとも力を入れている分野でもある。病院では毎週1回在宅患者のカンファレンスと症例検討会を行っている。参加者は医師、看護婦、理学療法士、社会福祉士、など在宅医療にかかわっている全てのメンバーが参加し、個々の患者さんに必要なサービスの提供を検討し実行に移している。町の福祉、環境保健係との合同の検討会は、この会とは別に2週に1回づつ行われる。その会には町内の在宅医療を行っている全ての医療機関、福祉施設、ヘルパー、保健婦が参加することになっている。この会が実質上町内のケヤカンファレンスである。在宅介護支援センターでは、福祉台帳がつくられ、すべての高齢者の情報を把握している。リスクが高いと判断されるケースに関しては、申請の出る前にサービスの紹介や必要機器の説明をし、サービスを提供する場合もある。住民からの福祉機器やサービスの申請に対しては、できるだけ迅速に対応しなければならない。そのために、在宅介護支援センターの職員が申請と同時に家庭訪問をして、早急にサービスを開始できる体勢が取れるようになった。在宅介護支援センターだけで住民の要請に応じることができない場合は、センターの主催するケヤ会議に諮られ、週間のサービススケジュールをつくり、それに従って医療、保健、福祉、ボランティアが、それぞれの分担を決めて、単独にあるいは一緒に同行してサービスを提供している。例えば、ジョクソウ等で入浴が本当に必要な方には、毎日でも行える態勢が整っている。その場合も、在宅入浴、施設入浴、など様々な方法を選択することもできるようにしている。

また、歯科医療に関しては、町内のキーパーソンの歯科の先生に連絡すると、主治医が決まっていない場合は、その患者さんの最も近くの先生に連絡が行き、担当してもらうことになる。町立病院の歯科衛生士が、まずその患者さんのうちに派遣され、その状態を歯科医師に報告し、その結果を聞いて医師自身が往診するか、歯科衛生士の処置に任せるかを判断することになっている。

⑤障害者問題

a. 身体障害

身体障害に関しては、町単独では対応できにくい分野である。広域圏あるいは長崎県全体で考えて行かねばならない問題である。長崎市内に存在する、障害福祉センター、職業訓練センターなどと連絡を取りながら、個人に合った方法を検討することになる。ある一定の期間訓練が済むと、就職が決まるまでの間、町のデイセンターで手伝って頂くこともある。

b. 精神障害

ノーマリゼーションの過程の中で最もハードルの高い分野であると思われるが、保健婦の20数年に及ぶ活動の成果で、精神障害者の方々の公設の小規模作業所が住宅団地の中心部に完成した。現在知的障害者の方も含めて、毎日10数人が通所で作業をしている。そこには、住民のボランティアの方々も協力して頂いている。さらに、精神障害者の社会復帰になくはない、グループホームも町が提供している。今後作業所ならびにグループホームの運営が課題になってくると思われるが、地域住民が参加した運営委員会が重要な役割を果たすものと期待している。

d. 痴ほう問題

核家族および家庭の介護力の低下とともに、痴ほうの問題が重要になって来た。現在、3箇所のデイサービスとデイケアでなんとか対応しているが、今後大きな問題になってくるのは目に見えている。現在、デイサービスセンターや養護老人ホームを利用したナイトサービスや、夜間に2人のヘルパーを、問題行動（はいかい、異常行動）を起こしている痴ほうのお年寄りのいる家庭へ派遣する制度などを検討し、試行している段階である。将来的には、痴ほうのお年寄りを、家族とともに見てゆける小規模のグループホームが必要になってくると考えている。できれば公設でと考えているが、診療所の19床のベッドを利用させて頂く方法、幼稚園や保育所の空いた部屋を利用する方法などを検討している。この場合、4—5人の痴ほうのある老人をヘルパー2人と家族1人の3人程度で、夜間見てゆく見る方法である（家族も4—5日に1回、その施設に泊まって、世話をするということになる）。

(3) 将来展望

私たちは『安心して死ねる町づくり』をスローガンに、この10年間運動を展開して来た。それは『どのような町に住みたいか』、『どのような町をつくってゆかなければならないか』を住民と共に考える運動でもあった。年間150—200回に及ぶ地区の公民館での夜間の健康教室を通じて、『今しなければならぬこと』、『今私たちにできることは何か』を訴え続けて来た。その結果が、人口1万2千人の町で千数百人に及ぶボランティアとなって現れて来たし、精神障害者の小規模作業所やグループホームとして結実したのであると自負している。現在『安心して死ねる町』ができたとはとても言えないが、少なくとも、この路線に何かがあるような確かな手ごたえを感じている。2年前から、健康教室と並行して月に1回ずつではあるが、『あたりまえの社会を考える会』を開催してきた。あたりまえの社会とは、地域社会の中には、背が高い人や低い人がいるように、精神や身体に障害がある人、痴ほうの人もある、それが自然で、当たり前であると言う考え方である。障害はその人がもっている特性に過ぎないということを全ての住民が本当に理解し、支え合い、共生できる社会の実現に向けて今後も運動を持続してゆきたいと思っている。そしてその運動の中心に町立病院を据えた展開をしてゆきたい。