

## 2 尾道市公立みつぎ総合病院の特性と役割について

公立みつぎ総合病院は、急性期医療だけでなく、健康づくり等の保健活動、在宅医療、医療後の介護、更に施設サービスまでを幅広く提供しています。

当院の医療提供体制は次のようになっています。

○経営形態・・・地方公営企業法全部適用

国民健康保険直診病院

○役割、機能・・・地域の中核的総合病院として地域医療の確保と保健・医療・介護・福祉の連携による地域包括ケアシステムを構築しています。急性期医療だけでなく、この地域にはない回復期リハビリテーション病棟や緩和ケア病棟も併設し、さらに老人保健施設等の介護保険施設や在宅ケア部門を設置して急性期から回復期、維持期（在宅、施設）までを視野に入れシームレスなサービス提供を展開しています。

○診療科目・・・内科、腎臓内科、循環器科、小児科、外科、乳腺外来、整形外科、  
(22 診療科) 脳神経外科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科、放射線科、リウマチ科、リハビリテーション科、緩和ケア科、総合診療科、透析科、禁煙外来、歯科

○病床数・・・240床

一般病床 192床

(一般病棟 176床、亜急性期病床 10床、緩和ケア病棟 6床)

療養病床 48床

(回復期リハビリ病棟 30床、医療療養病棟 18床)

○診療圏域人口 約7万人

○併設施設・・・\*介護老人保健施設「みつぎの苑」(入所 150人・通所 40人)

\*特別養護老人ホーム「ふれあい」(入所 100人)

\*保健福祉総合施設附属リハビリテーションセンター (19床)

\*ケアハウス「さつき」(入居 30人)

\*グループホーム「かえで」(入居 18人)

\*デイサービスセンター (通所 20人)

\*老人性認知症センター

\*訪問看護ステーション

\*ホームヘルパーステーション

\*地域包括支援センター

\*介護予防センター

\*高次脳機能地域支援センター

\*福祉人材研修センター

○関連施設・・・\*御調保健福祉センター

\*みつぎいきいきセンター

\*救護施設みつぎ清風園

## (1) 地域包括ケアシステムの取り組みとその成果

公立みつぎ総合病院は尾道市の北部に位置し、当院の診療圏域人口は約 7 万人、旧御調町を中心として世羅町、三原市北部、府中市西部等に囲まれた地域の中核的総合病院です。これらの診療圏域の状況については後述します（参考資料）。

### ①保健・医療・介護・福祉の連携

当院では昭和 49 年に訪問看護を開始して以来、「つくられた寝たきり」を予防し、障害高齢者の在宅生活を支援するために、病院と御調町行政が一体となり、保健・医療・介護・福祉サービスの提供に必要な拠点を整備し、地域包括医療・ケアを実践してきました。

地域包括医療・ケアとは、医療の提供だけでなく、病気の予防および病気が治った後の生活のことも包括して考え援助することです。ゴールは在宅でその人らしい質の高い生活が送れること、即ち住み慣れたところで、地域の人々と一緒に、生き生きとした健康な生活が送れることです。そのためには、保健・医療・介護・福祉サービスが総合的、一体的に提供されなければなりません。

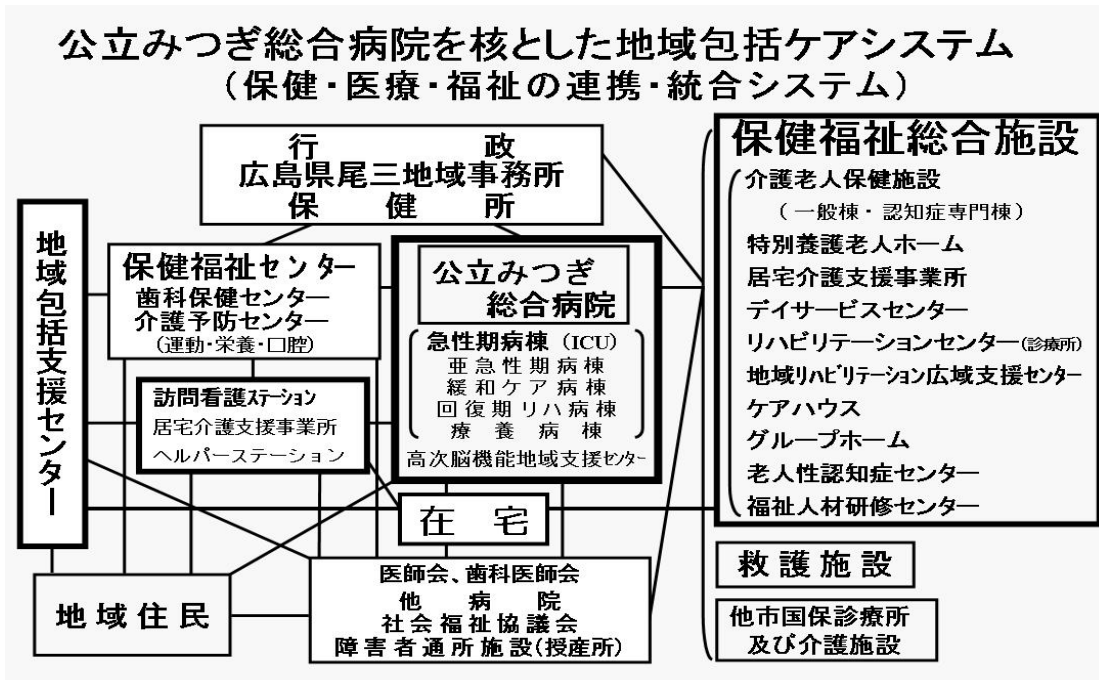
### ②病院と行政を核とする地域包括ケアシステムの構築

地域包括医療・ケアの実践は、病院単独では困難であり、行政の保健・福祉部門との連携のために、旧御調町時代の昭和 59 年に機構改革を行って保健福祉センター（当初は国保健康管理センター）の病院併設を、また平成元年より老人保健施設などを含む保健福祉総合施設の整備を行い、病院、保健福祉総合施設、行政部門である保健福祉センターの 3 つが相互に連携して運営しています（図 1）。病院は現在、病床数 240 床ですが、急性期医療を担う一般病床のみでなく、地域包括医療・ケアを実践するための機能を病院自体も持っています。当院は御調町という過疎の町にあるため、周辺に医療機関や施設が少なく、急性期から回復期・維持期の対応を自ら行う必要があります。従って、病院に回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟、療養病棟を、地域住民のニーズを踏まえて、国の医療政策に沿って開設してきました。

尾道市御調町では地域包括医療・ケアを実践してきたことにより、介護保険制度の円滑な導入が可能でした。平成 18 年 4 月、介護保険制度の見直しにより予防重視型システムへの転換が示され、介護予防実施のための新予防給付、地域支援事業が創設されましたが、今後も新しい制度の中で、地域包括医療・ケアの更なる充実強化を図っていく必要があります。

高齢者介護を社会全体で支えるためには、利用者（住民）主体の視点を持つこと、介護と医療のドッキングにより介護保険への積極的な関与を行うこと、地域のニーズにこたえる医療を展開すること、病気だけでなく「人」をみる保健・医療・介護・福祉を実践することが求められています。

図1 地域包括ケアシステム



③施設ケアと在宅ケアとの連携

在宅ケア開始のきっかけは、昭和40年代の御調町には、いわゆる「つくられた寝たきり」が多かったことです。寝たきりがつくられる要因は、介護力の不足、不適切な介護、医療・リハビリの中断、閉じこもり生活、不適切な住環境などでした。これらの要因を取り除き、寝たきりを予防するために、「寝たきりゼロ作戦」として、昭和49年から病院の訪問看護、昭和56年から訪問リハビリを開始しました。

地域包括ケアシステム運営のためには、病院・施設スタッフと地域スタッフ、また地域スタッフ同士の連携が重要です。前者のために、在宅ケア連絡会議を毎月1回実施しています。対象は前月に在宅へ退院・退所したすべてのケース、また退院・退所予定で問題あるケースで、病院・施設から在宅へ連続したケアができるようにサービス調整を行っています。後者のためには、この20年来、ケア担当者会議（ケアカンファレンス）を毎週1回行っています。この会議は、リハビリ専門職を含む在宅サービスに関与するすべてのスタッフ・機関が参加する会議で、以前は高齢者サービス調整チーム会議の実務者レベルの会議として位置付けていました。介護保険施行後は、健康づくり推進協議会に属する実務者レベルの会議として位置付け、多職種の保健・医療・介護・福祉チームがケースの「生活障害」を総合的に評価しています。

生活支援のためには多職種によるチームアプローチが必要で、ケースに対して総合的な評価と共通の方針を持つことが重要です。介護保険対象者はケアマネジャーを通して、その他の対象者は主として地区担当保健師を通して会議にあげられます。新人スタッフの教育の場として、またケースを通じた新たなサービス創成の場として役割を果たしています。更に介護保険施行後は、基幹型在宅介護支援センター、現在の地域包括支援セ

ンターを中心とした地域ケア会議としての役割も担い、ケアマネジャーの支援も行っています。尾道市との合併後も、この2つの会議は保健福祉センターが主催し、病院がサポートして継続しており、介護保険法、自立支援法などすべての住民に対応しています。

#### ④シームレスなサービスの提供

地域包括医療・ケアは本来地域完結型を理想としますが、これは地域に保健・医療・リハビリ・介護・福祉のサービス提供体制と連携システムがあること、さらに状態像に応じた必要なサービス提供が可能なのが条件です。都市部では、医療機関や介護保険施設も多く、医療機関の役割（機能）分担と連携が可能であり、また医療施設と介護保険施設との連携も可能です。しかしながら、御調町のような中山間地域（農村部）では、医療機関や介護保険施設・サービス事業所は限られており、連携しようにも相手がないことから、必要なサービスを自ら作り出していくしかない状況です。従って、病院、保健福祉総合施設、保健福祉センター、及び病院事業として行っているサービス事業所（訪問看護ステーション、ヘルパーステーションなど）が連携して、いわば病院完結型として実施せざるを得ないのが現状です。しかし、できる限り地域のかかりつけ医・ケアマネジャーと連携し、在宅サービスを利用することにより、急性期から回復期、維持期（在宅・施設）までを視野に入れたシームレスなサービス提供を展開し、地域完結型を目指しています。

#### ⑤地域連携一点から線へ、線から面へ

地域包括ケアシステムとはハードとソフトを含めた保健・医療・介護・福祉の連携システムであり、施設（医療・介護・福祉）ケアと在宅ケアとの連携システムでもあります。

施設ケアと在宅ケアとの連携には、緩和ケア病棟と在宅緩和ケアとの連携、回復期リハビリ病棟と地域（在宅）リハビリとの連携、介護保険施設（介護老人保健施設など）と在宅ケアとの連携があります。これらの連携は、「点」から「線」へ、「線」から「面」へという地域連携へ向かうことが求められており、そのためには専門職のみでなく、行政と地域住民をも含めたネットワークが必要であり、地域ぐるみの包括ケア体制が必要です。

御調町と公立みつぎ総合病院は地域のニーズに応えながら、1つずつ機能充実を図るためのソフトを作り上げ、更にそのためのハードの整備を行い、ハードとソフトの連携を図ってきましたが、これは「点」から「線」への連携でした。更に、行政及びフォーマルなサービスに加えて住民参加によるインフォーマルなサービスをも含めたネットワークの構築を目指した「線」から「面」への地域連携を図り、地域で安心、安全に生活するための生活の質を高めていく、地域ぐるみの包括ケア体制を目指しています。この連携システムは最初から完成されたものではなく、地域のニーズやそのときの時代の要請、国の方針・施策に沿って築き上げてきたものであり、結果として御調町では現在このような形で運営していますが、今後も社会の変容と共に変化していく可能性はあります。

## ⑥地域包括ケアシステムの成果

地域包括ケアシステムの成果の第 1 は、寝たきり者（重度要介護者）の減少です。昭和 40 年代には多かった寝たきり者が、地域包括ケアの実施により徐々に減少しました。これは寝たきり者が元気になって、再び歩行が可能になったのではなく（一部には廃用症候群によって寝たきりになっていた人が、適切なりハビリ・ケアを受けることによって、生活機能が改善し歩行も可能となったケースもあります）、寝たきり予備軍の人々が寝たきりになることを予防できたこと、すなわち介護予防が最大の理由です。しかし、数字としての効果が確認できるまでには約 10 年を要しました（10 年後には約 1/3 に減少。図 2）。

第 2 には、保健・医療・介護・福祉の連携・統合により、総合窓口の設置が可能となったこと、ケアミックスにより総合的・一体的なサービスの提供が可能になったことがあげられます。それまではサービスを受けようとする住民が、縦割りの保健・医療・介護・福祉の窓口をそれぞれ訪れて、サービスの申請をする必要がありました。しかし、地域包括ケアシステム構築後は、どこでも 1 つの窓口で相談すれば、あとは内部で調整が可能となり、住民にとっては、1 つの窓口で保健・医療・介護・福祉のサービスに結びつくことが可能となりました。

第 3 には、24 時間、365 日のケア体制が可能になったこと、従来病院でしか提供できなかったいわゆるハイテクの在宅医療（人工呼吸器装着、中心静脈栄養など）が可能となったことです。第 4 には、医療費の伸び率の鈍化です。御調町の老人医療費は昭和 60 年ころまでは広島県の平均より高かったのですが、その後逆転し、以後県平均より低い状態が続いています（図 3）。第 5 には、経済的な効果です。保健福祉総合施設など施設やサービス事業所などの設置により、職員の雇用にもつながり、町の活性化に貢献しています。第 6 には、地域包括ケアシステムの構築により、老後、また障害を持っても安心して住める町づくりができ、住民の QOL の向上につながっていったことが最大の成果です。次いで長期入院や重症者の減少、更に国保医療費のダウン等いくつかの効果が得られるようになってきました。中でもこれらシステム、或いは保健・医療・介護・福祉による経済効果、並びにこれらが町の活性化に大きな役割を果たしたことは大きな成果といえます。言い換えればこれらにより過疎化に歯止めがかかりつつあります。その表れとして一例をあげれば、介護・福祉の充実のために県外或いは、他市町村から移住して来られるケースが増えつつあることです。

図2

御調町における在宅老人と在宅寝たきり老人の推移

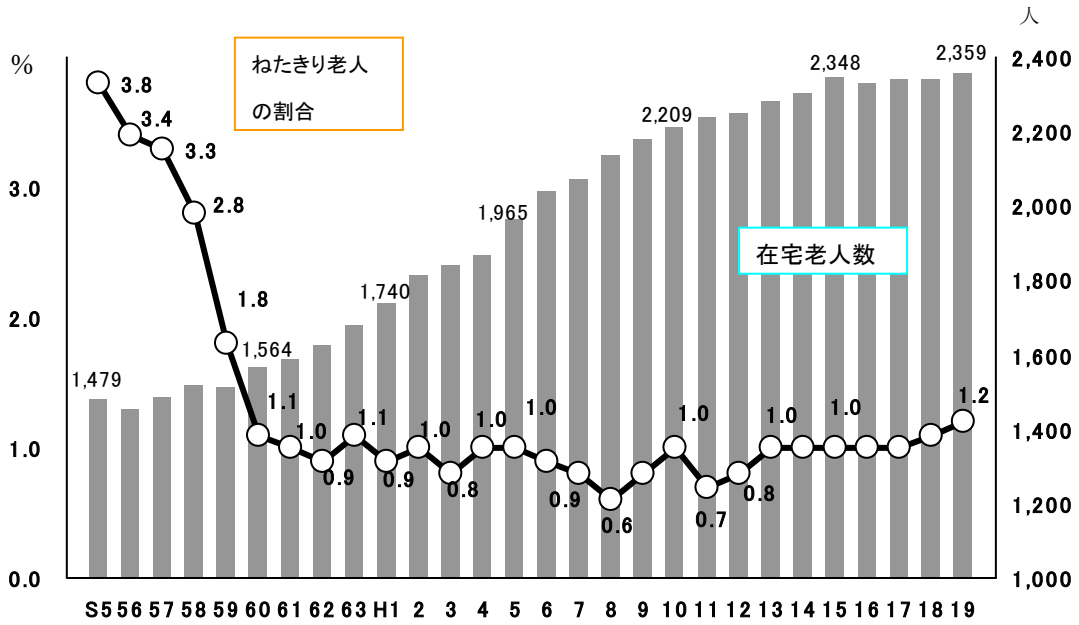
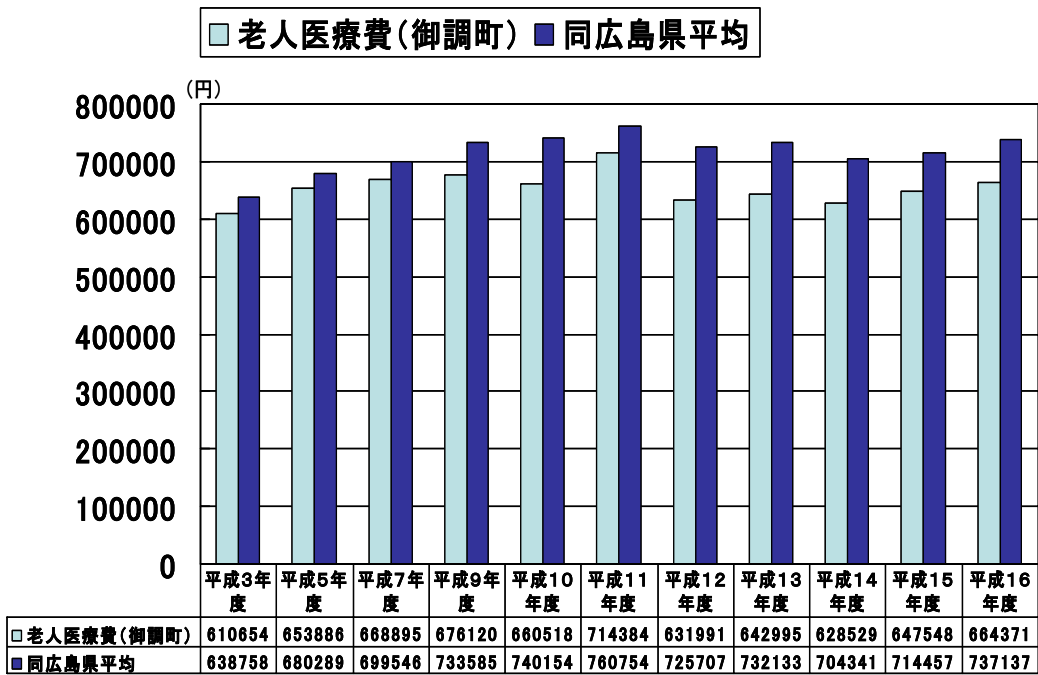


図3

御調町一人当たり老人医療費



## (2) 当院救急医療の現状

### ①救急医療における当院の位置づけと現状

尾道市内には当院をはじめ JA 尾道総合病院、尾道市立市民病院の3つの二次救急病院があります。当院は地理的に3病院のうち最も北に位置し、近隣の府中市、世羅町、三原市久井町・大和町および三次市甲奴町の一部を診療圏域に含みます。JA 尾道総合病院、尾道市立市民病院は当院から自動車です約30分の距離にあり、府中市、世羅町にある二次救急病院からも同程度の距離にあります。当院の周辺の自動車です30～40分範囲の診療圏のなか、特に北方面の救急医療体制が弱いです。尾三（尾道・三原）二次保健医療圏域内の役割として、三原市久井町・大和町、世羅町及び尾道市御調町において公立世羅中央病院とともに輪番制二次救急病院となっています（輪番制とはいえ、その多くは当病院が対応しています）。

平成19年度の救急対応件数は合計5,211件であり、主なものはICD疾病分類によると損傷及び中毒732件、呼吸器系疾患583件、循環器系疾患（心疾患、脳卒中）323件、消化器系疾患191件及び感染症・寄生虫症188件でした。救急車搬入については年間631件（昼間177件、夜間454件）であり、68%が入院治療でした。救急車の所属による内訳は、尾道消防署御調分署200件、尾道消防署北分署7件、三原消防署北部分署181件、三原消防署世羅西出張所30件、三原消防署大和出張所29件、府中消防署106件、府中消防署小塚分署17件、三次消防署甲奴出張所3件、その他58件でした。心肺停止の搬入件数は年間18件でした。また、尾道、三原の二次救急施設の参加によるメディカルコントロール協議会に参加しており、尾三圏域全般における救急医療の質向上に寄与しています。

### ②小児科、産婦人科および脳神経外科の救急医療に対する役割

当院は小児科及び産婦人科を標榜しており、それぞれ常勤医1名、常勤医2名です。小児科では主に一次～二次救急を担っていますが、当院の北方向（尾道市北部、世羅町、三次市南西部及び府中市北部）には自動車です1時間の圏内に夜間対応可能な施設がありません。常勤医が複数在籍するJA 尾道総合病院との連携のもと地域の小児救急に役割を果たしています。

産婦人科については、尾道市内の先の2病院及び府中北市民病院では分娩を取り扱っていますが、当院の北及び北西方面には車で1時間の圏内に助産院を含め、他に分娩施設はありません。

脳神経外科（常勤医2名）については、同様の北方面に24時間対応が可能な施設がなく、また神経内科専門医も皆無であり、脳外科救急対応並びに脳血管障害診療に果たす役割は大きいものがあります。当院では脳卒中患者を併せて脳神経外科が担当しますが、救急搬入後入院患者の31%、救急搬入後ICU入室患者の46%を本科が占めています。

これらの地理的問題に関して、具体的に三次市甲奴町、府中市上下町、世羅町及び三原市久井町・大和町において特にその貢献度が大きくなっています。

### (3) 当院がなくなった場合の救急医療、地域医療に与える影響

当院の診療圏域には、当院の役割・機能を代替する医療機関はなく、中でもリハビリテーションや緩和ケア機能は尾道市全域にもありません。したがって、当院がなくなった場合の救急医療、地域医療に与える影響は大きいものがあります。

#### ①救急医療

御調町をはじめとして尾道市北部、三原市、世羅町、府中市の御調町に近接する地域においては、現状に比し自動車でも20分～40分余分に移動してはじめて、当病院と同程度のレベルの救急医療を受けられます。特に、小児科、産婦人科、脳神経外科の救急領域では、世羅町、三次市南東部では、1時間以上の移動を余儀なくされるケースが生じてきます。

#### ②地域包括ケアシステム

当院を核として、町行政と共に構築してきた地域包括ケアシステムは、当院がもしなくなると、核となる病院を失うということで、システムが機能しなくなってしまう。医療・保健・介護・福祉の連携体制も崩壊し、地域での安心できる生活が確保できなくなり、地域住民への影響は計り知れないものがあります。

#### ③回復期リハビリテーション病棟

当院は平成13年5月から、回復期リハビリテーション病棟を開設し、自院からのみでなく、その約2/3の病床を周辺の急性期医療機関から、脳卒中を中心に対象患者を受け入れ、当該地域の回復期リハビリテーションの中心的役割を果たしてきました。現在でも、当院を含む医療圏域には回復期リハビリテーション病棟は他になく、当院がもしなくなった場合は、回復期リハビリテーションを必要とする脳卒中の患者が、この圏域内で、必要とするリハビリテーションを受けられなくなってしまう事態が起こることになり、その影響は非常に大きいといえます。

#### ④緩和ケア病棟

当院は平成14年4月に緩和ケア病棟を開設しました。当初はわずか5床（現在は6床）という小規模ではありますが、1床当たりの面積は広く、すべて個室で、家族の方も同室に泊まることも可能です。しかもここでのホスピスケアは在宅ホスピスと連動するもので、状態が落ち着いていれば在宅で、そうでなければホスピス病棟で療養していただくこととなります。従って本病棟に入院する患者のすべてが終の棲家というわけではありません。

緩和ケア病棟は開設4年目の平成17年度、初めて年間の実入院患者数が50名を超えました。そのうち約半数は院外からの紹介であり、終末期医療の拠点として地域住民のニーズや周辺の医療機関からの期待も増しています。一方、重症患者の占める比率が高くなるなどの理由で、自宅への一時退院率は年々減少しています。当院の緩和ケア病棟

は在宅ホスピスとの連携を重視し、可能な限り住み慣れた自宅での療養を支援しており、当院を含む二次医療圏域では唯一の緩和ケア病棟であるため、当院がなくなることによるデメリットは大きいと考えられます。

#### ⑤在宅医療

当院が掲げている地域包括医療・ケアは、病院（当院）・介護保険施設等・在宅という大きな3本柱によって支えられています。多くの住民が住み慣れた地域での生活を願っている現状からしますと、在宅医療は大変重要な存在です。訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護、訪問薬剤指導、訪問栄養指導、歯科衛生士による訪問（口腔ケア）など多岐にわたる分野に多職種がそれぞれの役割を担いつつ、訪問看護ステーションを中心に連携をとって関わっています。訪問診療に関しても、当院は週間計画に基づいて内科を中心に定期的に関わっています。これらの在宅医療のうち訪問看護・訪問リハビリの状況は表のとおりで、当院の存在は在宅部門においても重要な位置を占めています。

表 訪問看護・訪問リハビリ活動状況

年 度	訪問看護延件数		訪問（在宅）リハビリ		
	病 院 保健福祉センター	訪問看護 ステーション	実人数	延件数	※住宅改修
平成 11	3,879	6,048	369	943	70
					31
平成 12	2,650	7,048	399	1,476	8
					97
平成 13	2,816	8,046	353	1,914	3
					98
平成 14	3,304	8,945	350	1,971	2
					83
平成 15	3,288	9,268	410	2,441	5
					92
平成 16	2,842	9,592	407	2,590	5
					66
平成 17	2,853	9,147	399	2,761	3
					70
平成 18	2,988	9,021	441	2,439	6
					12
平成 19	2,498	9,512	450	2,968	2
					161

※住宅改修の上段はスタッフが実施。下段はスタッフが指導し業者実施

(4) 医師臨床研修制度等実習の受入れ（人材育成）

①医師臨床研修医の受け入れ

卒後医師臨床研修制度が平成 16 年度（当院の研修医の受け入れは 17 年度）から、卒後歯科医師臨床研修制度が平成 18 年度からそれぞれ実施され、当院もその理念を踏まえ管理型及び協力型研修病院（研修施設）としての役割を担っています。一部診療科で他病院・診療所に協力をお願いしていますが、当院及び関連施設は医科及び歯科において管理型として機能しています。また、研修の必修項目である地域保健・医療に関しては、当院が従来から地域包括医療・ケアを基本理念に置いて実践していることもあり、広島大学病院（医科・歯科）、川崎医科大学病院、J A尾道総合病院の協力型病院（施設）としても機能しています。医師・歯科医師臨床研修の研修理念は、まさに当院の理念である地域包括医療・ケアそのものであり、そういう意味では若き医師・歯科医師の良き地域医療研修の場となっています。

研修医の受入人数 (人)

		平成 17 年度	平成 18 年度	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度(予定)
医 科	管理型（2 年）			1	1	1
	協力型(1~2 ヶ月)	17	17	9	14	13
歯 科	管理型（1 年）	—	1	1	1	1
	協力型（4 か月）	—	3	3	2	2

②医師・歯科医師臨床研修制度における「地域保健・医療」の研修

医師・歯科医師臨床研修制度が始まり、従来のいわゆる大学医局制度に変化が生じ、中山間地域などの中小病院への大学病院医局からの派遣が現実として厳しい状況になっています。従って中小病院が存続していくためには独自に医師を確保していく必要があります。当院は当初から地域包括ケアシステムを基本に置き、介護施設や在宅関連業務を展開してきた他院にない特徴的な経緯があります。それ故当院の基本理念・方針に賛同する医師を確保していく方向づけが最良と考えられます。実際に、協力型研修病院として当院で2か月研修を終え、後期研修に当院を選んだ医師もいます。また、地域保健・医療に関心を持ち、管理型研修病院に当院を選んだ医師もいます。更に、歯科医師臨床研修においても、毎年管理型研修病院として当院を選ぶ歯科医師もいます。そして、当院での研修（管理型・協力型）を終えた医師・歯科医師は当院で地域包括ケアシステムを学べたことにより、「地域保健・医療」研修の意義を正しく理解する傾向がみられます。よって当院の特徴を生かすことによって、厳しい医師・歯科医師確保にむけての逆風を上昇する力に変えて更なる飛躍に結びつけるべきであると考えています。平成 22 年度から医師臨床研修制度の見直しが行われますが、地域医療は必修科目として位置づけられ、理念、到達目標とその根幹は変わりません。

### ③学生（看護、薬学、リハビリ等）実習の受入れ

看護学生実習を病院・介護老人保健施設、訪問看護ステーション、保健福祉センターの3か所で、3つの大学から受け入れているほか、薬剤部の学生実習、放射線室での学生実習、リハビリ科での学生実習等を受け入れています。

## （5）医療連携の現状と保健福祉活動

### ①地域連携（地域連携クリティカルパス）

地域連携については、地域包括医療・ケア連携室が中心となり、近隣の医療機関との病病連携、病診連携のみでなく、介護保険利用者については、担当ケアマネジャーと連携し、必要なケースには退院時にサービス担当者会議（ケアカンファレンス）を行っています。また医療的に必要なケースについては、保健福祉センター保健師が中心となり、退院後のフォローを行っています。

大腿骨頸部骨折の地域連携パスは、平成18年度より開始しました。尾道市内の急性期病院2ヶ所と当院（回復期・維持期医療）の間で使用しています。熊本方式のパスを基に一部改訂して作成し、当院附属リハビリテーションセンターと尾道市立市民病院、JA尾道総合病院との間で実施しています。平成19年度実績は、2つの管理型病院である尾道市立市民病院77件、JA尾道総合病院36件の計113件のうち、当院附属リハビリテーションセンターが受け入れたのは、16件です。

脳卒中の地域連携パスは、平成20年度より、尾道市内の医療機関の間で開始しました。また、備後脳卒中ネットワークはそれ以前より活動しており、当院も回復期リハ医療機関として参加しています。これは、福山・府中二次医療圏域、尾三二次医療圏域の両圏域にまたがっています。香川方式の連携パスを使用、一部ではCDを用いています。尾道市内に限った運用実績は、平成19年11月～20年6月まで、尾道市立市民病院29件、JA尾道総合病院27件の計56件のうち、当院が半数以上の34件を受け入れています。また、備後地区全体（人口約78万人）では、平成19年度は、尾道市立市民病院23件、JA尾道総合病院17件、大田記念病院15件など、計68件を回復期リハビリテーション病棟へ受け入れました。

### ②保健福祉活動について

健康相談、健康教育、健康診査などの保健事業および介護予防事業を保健福祉センターと病院が協力して行っています。健康相談は集会所や公民館へ保健師・管理栄養士等が出かけ行っています。健康教育は健康づくり座談会（健康わくわく21）を昭和59年度から実施しており、平成19年度は24回実施し、病院からも医師をはじめ多くの保健・医療・介護・福祉スタッフが参加しています。健康診査は総合健診、高齢者健診、母子保健などの健診を行っています。病院では、企業などからの人間ドックを年間約1600名行っていますが、平成20年度からは、一部は特定健診・特定保健指導となり、受託を開始しました。また、住民を対象に集団健診400名の特定健診、後期高齢者健診、がん健

診を行う準備をしています。

### ③健康づくり座談会（健康わくわく 21）

健康に対する住民意識の啓発および住民の健康づくりの一環として、昭和 59 年より健康づくり座談会を開始しました。これは高齢者のみでなく若い人も含めて健康教育を実施しようとするもので、夜間に保健師・国保担当者を中心に病院スタッフ（医師、歯科医師、薬剤師、療法士、栄養士、歯科衛生士、社会福祉士など）も参加して、年 24 回（月平均 2 回）実施してきました。

御調町には 7 つの公民館地区とその下に約 50 の集会所単位があります。病気の予防や健康に関する知識の啓発のため、年 1 回 7 つの公民館地区（大会場）でテーマに沿ったミニ講演会を行い、また住民からの種々の質問や相談にも応じています。残りの 17 回は、集会所（小会場）にて住民の質問を中心に車座になって行いました。高血圧、糖尿病など生活習慣病の話の他、地区毎の健診受診率を報告し健診の重要性を説明しています。また栄養士による味噌汁の塩分測定、試食会など体験学習も加えています。この大会場・小会場の方式は、約 15 年継続し健康に関する知識の普及については成果を挙げてきました。しかし、「健康日本 21」に見られるように、健康に関する知識は持っているにもかかわらず実践するかということが求められてきたため、その後はすべて集会所（小会場）で行うこととし、参加者全員が発言できるように、5～6 名を単位とするグループワークを取り入れ意見交換する方式に変更しました。21 世紀に向けての健康づくりに対応して、平成 12 年からは名称を「健康わくわく 21」に変更し、「健康みつぎ 21」の 11 の領域について、各集会所の住民の要望に応じてテーマを決め、そのテーマに沿ってスタッフが事前に打ち合わせを行い実施しています。

「健康みつぎ 21」は「健康日本 21」に介護予防と感染症予防を加えたもので、11 の領域と 98 の目標を設定しています。健康づくりと介護予防により、健康寿命の延伸を図るもので、まさに国の健康フロンティア戦略と同じ発想に基づいています。

## 「健康みつぎ 21」

### 11 の領域と 98 の目標設定



（御調町）

【参考資料】

(1) 当院診療圏域の状況

①表 1 御調町における人口推移

御調町の人口	平成 10 年	平成 20 年	平成 25 年	平成 30 年
総人口(人)	8,337	7,888	7,463	6,605
減少率(%)		△ 5.4	△ 10.5	△ 20.8

平成 10 年を基準にした場合、平成 10 年 8,377 人の住民が平成 20 年 7 月時点では 7,888 人であり、499 人 5.4%の人口減になっています。尾道市との合併（平成 17 年 3 月）から人口の減少に拍車がかかり、若者の減少、核家族化により世帯数の変動は少ないですが、独居老人や高齢者の世帯の増加が見られ、過疎化に拍車がかかることが予想されます。これに伴い、診療圏域の人口減少、高齢化に伴い通院困難な高齢者の増加で受診者数の減少が起こるものと推測されます。

②表 2 地区別外来患者数の推移

(人、%)

	平成 17 年度		平成 18 年度		平成 19 年度	
	延患者数	比率	延患者数	比率	延患者数	比率
旧御調町	83,210	41.6	75,490	39.7	76,976	41.1
尾道市	12,611	6.3	13,129	6.9	13,775	7.4
世羅町	44,524	22.3	42,396	22.3	38,136	20.4
府中市	23,902	12.0	23,853	12.6	25,252	13.5
三原市	21,973	10.9	19,827	10.4	17,270	9.2
その他	13,755	6.9	15,323	8.1	15,704	8.4
合計	199,975	100.0	190,018	100.0	187,113	100.0

※「尾道市」は旧御調町以外

平成 19 年度は泌尿器科医師 2 名体制から 1 名体制へ、産婦人科医師への応援体制の中止（平成 20 年 4 月より分娩を一時中断）、循環器内科医師の減などによる影響がありましたが、うち産婦人科は、平成 20 年 8 月より医師 2 名体制となり旧に復し、分娩を再開しています。

受診動向は御調町の受診患者数の大きな変動はありませんが、世羅町に変動があり平成 17 年度では、44,524 人 22.3%を占めていましたが、平成 19 年度では 38,136 人 20.4%で、6,388 人 14.3%減となっています。これは、過疎化だけでなく他の要因による受診者数の減少も考えられ、診療機能の確保が重要です。市町村合併を期に患者の動線の変更、専門病院へ受診する傾向に拍車がかかりつつあると推測できます。また国の政策で長期投与期間が最大 90 日になった事も要因の一つです。

3) 表3 地区別入院患者数の推移

(人、%)

	平成 17 年度		平成 18 年度		平成 19 年度	
	延患者数	比率	延患者数	比率	延患者数	比率
旧御調町	26,144	30.2	25,834	29.8	25,440	29.6
尾道市	11,042	12.8	7,782	8.9	11,075	12.9
世羅町	18,845	21.8	18,633	21.5	15,870	18.4
府中市	8,954	10.4	9,779	11.3	10,265	11.9
三原市	10,984	12.7	14,062	16.2	10,143	12.1
その他	10,510	12.1	10,672	12.3	12,988	15.1
合計	86,479	100.0	86,762	100.0	86,081	100.0

※「尾道市」は旧御調町以外

入院患者の比率は町内 30%、町外 70%となっています。外来と同様に世羅町が平成 17 年度は 18,845 人 21.8%であったのが平成 19 年度は 15,870 人 18.4%と、2,975 人 3.4%減少しています。三原市には旧三原市、久井町、大和町がありその中でも久井町、大和町の受診者の変動が激しく、合併による影響や病院の競争力の低下で患者数が変動していると推測できます。

医療スタッフの減少が加速していく中で施設基準の格上げ（入院基本料 7 : 1）、医療スタッフの質の要求（認定医、各学会、国が行う各研修の研修終了を要件に組み込む、第三者による病院機能評価の認定を要件として組み込む等）、地方では研修会に参加する時間が取れない状態で、病院の質の向上には、大都市の何倍もの努力をしている現状です。また、国は制度改革を行い、医療の安全を求めてきており、医師の確保難とも相まって、中山間地域の病院では急性期医療を継続していく事がやや難しい状態になりつつあります。

## (2) 地域包括医療・ケアの取り組みの指標（平成 19 年実績）

### ①医療・看護関係

#### ア 在宅医療

- ・ 在宅医療対象別患者数 33 名  
がん 11 名、脊髄損傷 4 名、脳卒中 7 名、難病 4 名、リウマチ 2 名、その他 5 名
- ・ 在宅訪問診療延べ回数：253 件
- ・ 在宅における看取り件数：7 名（在宅医療対象者の死亡 30 名中）

#### イ 連携関係

- ・ 疾患別の他の医療機関との連携状況：地域連携パスを実施  
大腿骨頸部骨折 16 件（平成 19 年度）：尾道市の急性期病院 2 ヶ所  
脳卒中 34 件（平成 19 年 11 月～20 年 6 月）備後地区の急性期病院 3 ヶ所
- ・ 紹介患者数：2077 件

#### ウ 訪問看護

- ・ 訪問看護ステーション設置の有無：有
- ・ 実施体制：病院・訪問看護ステーションの両者からの訪問看護  
訪問看護対象別患者数：脳卒中 91 名、整形外科疾患 88 名、心疾患 22 名、  
糖尿病 23 名、がん 22 名、その他 301 名、計 547 名
- ・ 訪問看護延べ回数：173 名、9512 件

表 4 訪問看護ステーション実施状況（訪問看護・訪問リハビリ）

年 度	実人員（人）	訪問回数内訳（回）		
		訪問リハビリ	訪問看護	合 計
平成 1 6	205	1,460	8,132	9,592
1 7	193	1,799	7,348	9,147
1 8	185	1,524	7,497	9,021
1 9	173	2,033	7,479	9,512

#### ②介護関係（平成 19 年度実績）

- ・ 介護予防：平成 18 年度より地域包括支援センターを受託し、尾道市行政部門と連携をとって住民のニーズに応じています。  
介護予防の受託件数：特定高齢者 39 名  
通所型介護予防事業：26 名  
事業効果：運動器の機能向上、低栄養予防、口腔ケアの 3 つの事業を実施することにより、対象者は 1～2 か月で体力や動作面での変化とともに、気持ちもちが前向きになるなどの精神面での変化を感じており、このことが日常生活における自信となり、活動性の向上、生活機能の低下予防となることが期待されます。この介護予防事業を通して、軽度の要介護高齢者がもう一度生活への自信を取り戻し、生き生きとした日常生活を送ることができるように支援していくことが重要です。
- ・ 訪問介護：介護保険 112 名（10,691 回）、自立支援 13 名
- ・ 通所介護：97 名、4,376 件（延べ）
- ・ 通所リハビリ：230 名、10,496 件（延べ）
- ・ 訪問リハビリ：450 名、2,968 件

#### ③住民の満足度調査

尾道市民の医療体制の充実に関する市民満足度は、42.0%（満足 7.8%。やや満足 34.2%、尾道市総合計画市民アンケート調査：平成 18 年）という結果が出ています。

平成 20 年 7 月に当院の患者に限定しての満足度調査を行った。外来患者では、男性 159 人、女性 173 人の計 332 人から回答が得られ、約 2/3 は 60 歳以上でした。当院を選んだ

理由として、「以前から通っているから」142人(43%)、「通院に便利だから」86人(26%)、「医療スタッフがよい」85人(26%)、「施設・設備が良い」85人(26%)が上位を占めました。病院職員の言葉遣いや態度について(2人)、施設・状況について(2人)、診察・治療・検査等の十分な説明について(4人)の不満は少なく、満足度は高かったが、待ち時間については不満の割合(25人)が高くなっていました。入院患者では、男性51人、女性25人の計76人から回答が得られました。当院を選んだ理由として、「以前から通っているから」28人(37%)、「医療スタッフがよい」19人(25%)、「施設・設備が良い」17人(22%)のほか、「他の医療機関からの紹介」22人(29%)、「病院の評判が良いから」22人(29%)がありました。病院職員の言葉遣いや態度について(1人)、入院生活について(1人)、施設・整備の状況について(0人)、診察・治療・検査等の十分な説明について(3人)の不満は少なく、満足度は高いものでした。