

【資 料】

A赤十字病院の包括的地域連携モデルの研究

ー 地域診断とフォーカスグループインタビューによる地域健康課題分析 ー

眞 崎 直 子^{*1}, 松 原 みゆき^{*1}, 森 本 千代子^{*1}, 雛 倉 恵 美^{*2}
片 山 覚^{*2}, 森 マツエ^{*1}, 林 真 二^{*1}

【要 旨】

急速な高齢化が進み、医療崩壊に直面した地域における医療・保健・福祉の連携推進体制を明らかにすることを目的とした。方法は、コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる地域診断およびA赤十字病院職員10名へのフォーカス・グループインタビュー（FGI）による質的記述的研究である。地域診断では、T二次医療圏では少子高齢化が進んでおり、医師不足により、診療機能が低下していたが、行政との協働による医療を守る地域づくりのための住民運動が活発化し、回復傾向であった。FGIからA赤十字病院では、職員体制・ITシステムの充実により患者に寄り添う機会が増え、＜患者と繋がっていることを実感＞していた。予防から在宅まで包括的ケアを目指しており、＜地域をアセスメント＞する必要性を感じていた。医療・保健・福祉の連携体制を推進するためには、行政、住民が一体となって地域全体の健康づくりや予防活動に取り組むことが重要であると考えられた。

【キーワード】 包括的地域連携, 地域診断, 医療崩壊

I. 緒 言

高齢者人口の増加、医療技術の進歩による医療費の高騰に伴い、在宅ケアが推進されている。国の在宅医療・介護あんしん2012では、「在宅医療・介護」の推進に向け、各都道府県で「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示することになっている（山岸暁美, 2012）。それに伴い、医療機関の変革が求められている。そのため、各医療機関における在宅移行について、検討することが必要となってくると思われる。そこで、地域特性を生かした病院変革のあり方を考えるため、医療機関から見た地域診断を行い、PDCA（Plan-Do-Check-Action）サイクルでの地域連携推進体制を構築するため、A赤十字病院を協力病院として、医療依存度の高い患者や家族の在宅ケアへのニーズから病院のあり方を考える。

2008年に施行された「全国医療費適正化計画」により、各都道府県は、医療の効率的な提供を推進すべく、療養病床の再編成、医療機関の機能分化・連携、在宅医療・地域ケアの推進をはかり、「療養病床の削減」と「平均在院日数の短縮」に関する数値

目標を設定・達成することが求められている。一方で、医療機関は、病床機能別運営を推奨されており、その地域のニーズにあった医療提供が求められている。しかしながら、急速な高齢化は地域や医療機関を疲弊させ、その変革方法がわからないまま、医療崩壊の危機に陥っている状態であるところが多い（柳川、三浦、内田、佐野, 2012）。

そこで、今回、医療機関から見た地域診断を行い、地域のニーズを把握し、地域の関係機関と連携をとるためのシステムのあり方を明らかにすることを目的に、高齢化が進んだ地域であるT二次医療圏域のA赤十字病院の地域連携推進関係職員を対象にフォーカスグループインタビューを行い、医療・保健・福祉の連携体制を考えた。

今回の結果により、早期退院等在宅ケア推進の流れに、地域が対応できるシステムづくりを推進し、行政や保健師等地域の社会資源を生かした地域連携推進体制の構築における赤十字医療機関の役割を明らかにすることを検討した。

* 1 日本赤十字広島看護大学

* 2 柏原赤十字病院

II. 研究目的

医療機関から見た地域診断を行い、地域のニーズを把握し、地域の関係機関と連携をとるためのシステムのあり方を明らかにし、高齢化の進んだ地域の医療・保健・福祉の連携体制を考える。

III. 研究方法

1) 研究デザイン

地域診断は、既存統計による。なお、既存統計とは、厚生労働省やH県、T市、S市がインターネット等で一般に公表している統計データを使用した。フォーカスグループインタビューによる質的記述的研究デザイン

2) 研究対象

研究対象地域は、A 赤十字病院（以下 A 病院とする。）および T 二次医療圏域（以下 T 圏域とする。）である。また、研究対象者は、A 病院の地域連携推進関係職員である。

3) データ収集期間

平成24年8月～平成24年12月

4) データ収集方法

- (1) 対象である A 赤十字病院の T 圏域の地域診断として、既存データ分析を行った。
- (2) A 病院の地域連携推進関係職員10名へのフォーカスグループインタビューを行った。データ収集は、1 回60分程度グループインタビューで、フォーカスグループインタビュー法を用いて行った。フォーカスグループインタビューは、研究対象者の同意を得て、IC レコーダーに録音した。まず、インタビュー内容は、インタビューガイドを作成し、「A 病院の課題」「A 病院の役割」「地域連携体制の課題」「地域の健康課題とそれに対する準備・対応」について、語ってもらった。

5) データ分析方法

収集した量的・質的データを基に研究者間で分析を行った。

- (1) 地域診断は、既存統計資料を使って、T 圏域の保健・医療・福祉に関するデータを収集した。収集したデータをコミュニティ・アズ・パートナーモデルに基づき分析を行った。
- (2) インタビュー結果は録音内容をすべて逐語録に起こし、本研究における地域連携体制の構築における A 病院の役割を踏まえ、質的帰納的に分析した。分析手順として、まず、面接を行った研究者が分析し、次に3名の共同研究者で、繰り返し分析を行った。得られたデータをまとまりのある意味にコード化し、コードを意味内容の類似性、

相違性を検討しながら分類をした。さらに分類したコードに共通性を見出し、抽象度を上げてカテゴリー化し命名した。

6) 研究の倫理的配慮

本研究は、日本赤十字広島看護大学研究倫理審査委員会の倫理審査を受け、承認を得て実施した（審査番号1211平成24年9月5日）。対象者に対して、調査依頼時および調査時に研究概要、目的、方法、安全性、プライバシーの保護、研究対象者の利益及び医療・看護上の貢献、同意撤回の自由等を書面と口頭で説明し同意を得た。

表 1. 研究対象者の背景

研究対象者	性別	職種	職歴	病棟の特徴
A	男	保健師	8年	地域連携室
B	女	外来看護師長	20年	外来
C	女	外来看護係長	23年	外来
D	女	訪問看護ステーション師長	30年	訪問看護
E	女	訪問看護ステーション看護師	15年	訪問看護
F	女	介護支援専門員	8年	居宅介護支援事業所
G	女	病棟師長	25年	外科内科混合
H	女	病棟師長	20年	内科
I	女	事務職	27年	医療支援室
J	女	ソーシャルワーカー	7年	地域連携室

V. 結 果

1. 研究対象者の背景

研究対象者は、10名で、男性1名、女性9名であり、職種、経験年数は表1のとおりである。年齢の平均は44.3歳、経験年数の平均は、18.3年である。

2. 地域診断の結果

既存統計を使って、地域診断を行った（兵庫県丹波県民局丹波健康福祉事務所、2013；兵庫県健康福祉部医務課、2012）（表2）。

コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる地域診断結果をA病院職員とディスカッションを行った。その検討内容は、「地域診断は、地域の強みや弱みをしっかり見極めることが大切で、地域の人々のニーズを把握することが重要であると感じた。」「病院の中だけで地域を見ているとわからなかったが、量的データから自分たちが感じている地域の課題が見えてくる。」「T 圏域の特徴として、高齢化、過疎化が進んでおり、家族の介護離れもある。高齢化の進んだ地域で、健康づくりや介護予防も視野に入れる必要があり、赤十字病院の果たす役割は大き

表2 コミュニティ・アズ・パートナーモデルによる T 圏域の地域診断

I. 地域と住民

	関連するデータ（アセスメント含）
歴史	奈良時代に、「T の国」として6郡で編成されていた。明治時代の廃藩置県で、2郡はH県に、残りの4郡はK県にそれぞれ編入された。2郡のうち、平成11年4月に4町が合併し「S市」となり、平成16年11月には6町が合併し「T市」となり、現在に至っている。
人口統計	T 圏域は、平成24年現在111,205人で県総人口の約20%を占めている。人口は減少傾向が続いている。高齢者数、高齢者率とも年々上昇傾向で、平成22年度には28.7%になっている。世帯数は年々増加しており、核家族が最も多い。しかし、全国やH県全体と比べると一世帯当たりの人数も多く、3世代世帯が占める割合も高い（平成22年）。一人暮らし高齢者の割合は、全高齢者の10%強であり、県全体に比べると低い（平成22年）。死亡数は、県の人口千対9.23に比べ、12.9と高い（平成23年）。死因別では、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順に高い（平成21年）。推移をみると、増加傾向にあるのが、悪性新生物、心疾患のほか肺炎も徐々に増加している。疾病分類別推計入院患者数をみると、精神及び行動の障害が最も多く、次いで循環器系疾患、呼吸器疾患、悪性新生物の順である（平成23年）T 圏域の人口は減少するものの、罹患率の高い高齢者の増加により、患者数および入院患者数は減少することはないと推測される。
住民の様子	「医療を守るT会議」が発足し、自治会、連合婦人会、青年会議所、商工会、社会福祉協議会などがT 圏域の自治会や関係団体が参画し、かりつけ医を持つ運動の推進やコンビニ受診の抑制など、適切な受診行動の普及啓発を行っている。住民活動が盛んで、病院ボランティアや小児科を守る会などの活動がある。
価値と信条	盆地が多く、昼夜の気温差が大きい独特の気候風土に育てられた「黒大豆」、「栗」、「松茸」などは、全国的に知られるTブランドがある。長亡き後の織田家一族、徳川家康が城を築いた地、春日局の生誕地など、戦国武将の時代にも遡る文化と気質が息づいている。

II. 地域を構成する要素

	関連するデータ（アセスメント含）
物理的環境	H 県の中東部に位置する。阪神大都市圏から車で約1時間以内にありながら、山林面積が約75%を占める。日本列島の中間的な気候を示している。S市とT市の2市からなり、H県総面積の約10%を占めている。
保健医療と社会福祉	自圏域への入院割合は、県下で最も低い。疾患別にみると自圏域への入院割合が約8割を占めているのは、消化器疾患、呼吸器疾患である。医療施設数をみると病院8、診療所85、一般診療所87、歯科診療所49である。人口10万対の病院数は7.0でH県全体の6.3に比べて多い。人口10万対の医療施設に従事する医師数は165.7人（平成22年）で、県下で3番目に少ない。人口あたりの医師数の減少率が県下で最も高いが、公立・公的病院は2カ所あり公立・公的2病院の常勤医師数は、平成24年は回復傾向にある 救急体制は、2次救急の圏域外搬送割合は約3割で、ほぼ横ばいで推移しており、疾患別では脳血管疾患が圏域外搬送の約2割と最も多くなっている。3次救急については、脳卒中や重症外傷患者などの重篤患者はT 圏域では対応できないため、他圏域に搬送している。平成22年にドクターヘリが就航し、他圏域への搬送時間の大幅な短縮ができている。A 赤十字病院が所在するT市では、「健康寿命日本一」プロジェクトとして、市民主体の健康づくり、こころの健康づくり、たばこ対策の推進を行っている。圏域内の第1号被保険者要介護認定率は17.9%（平成24年）。できる限り住みなれた家庭で生活が継続できるように介護予防の推進や在宅サービスの充実を図っている。
経済	第3次産業が最も多く、約50%を占める。第1次、第2次産業の割合が県全体に比べ高い。
安全と交通	鉄道や幹線道路が整備されている。モータリゼーションの進展などにより公共交通機関の利用者が減少し、特に路線バスの減便が著しく、受診や保健福祉サービスの利用に支障がある公共交通不便地域もある。A 赤十字病院は、最寄りの駅が近く平地のため、受診しやすい環境がある。
政治と行政	県は、保健医療計画、少子高齢社会福祉ビジョン、介護保険事業支援計画、障害者福祉プランなどを策定し、安全安心な健康福祉社会の実現に向けて取り組んでいる。
教育	学びを楽しみ、確かな学力を身につけた子どもを育てるには、学校での授業の充実とともに家庭での子どもの学び方や生活の仕方が大きく関連しており、教育委員会では、家庭での学習の支援について学校と家庭が共に考え、学び続ける力を育むことを支援している。圏域内に小学校25ヶ所、中学校7ヶ所ある。（平成25年）
情報・コミュニケーション	住んでいる地域で、頼りになる知り合いが近所にいる人、異なる世代の人とつきあいがある人の割合、心の豊かさを育む教育が行われていると思う人の割合、地域活動・ボランティア活動をしている割合が、県全体より高い。（平成25年「兵庫の豊かさ指標」県民意識調査）
レクリエーション	毎月第1日曜日はウォーキングの日に設定したり、名所巡りウォーキングマップなどが作成され、健康づくりを行う場所が整備されている。

くなっている。」であった。

コミュニティ・アズ・パートナーモデルの分析によって、病院職員が感じている地域の実情とかけ離れておらず、A 病院の取り組むべき方向性として、予防・外来・入院・在宅まで包括的ケアに向けて取り組む方向が見出された。具体的には、呼吸器疾患など高齢者に起こりやすい疾病への予防を含めた治療、3世代同居の高齢者への在宅支援、健康づくりへの意識の高さから地域住民への健康づくり支援であった。

3. フォーカスグループインタビュー結果

データ分析の結果から、8つのカテゴリーと29の

サブカテゴリーが抽出された（表3）。以下、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは<>、語りの内容の一例を「」と表す。

（1）病院の現状と課題

A 病院における【病院の現状と課題】では、<医師不足>、<ベッドコントロールの難しさ>、<患者の再入院が多い>、<在宅に戻れる患者が少ない>、<ケアが反映されないことによる看護師の消極的な思い>、<行政や開業医など地域との連携の難しさ>の6つのサブカテゴリーで生成されていた。

「せっかく退院になったと思ったら、すぐに再入

表3 赤十字病院職員が捉える地域や病院の現状と課題

カテゴリー	サブカテゴリー
病院の現状と課題	医師不足
	患者の再入院が多い
	ベッドコントロールの難しさ
	在宅に戻れる患者が少ない
	ケアが反映されないことによる看護師の消極的な思い
	行政や開業医など地域との連携の難しさ
職員が捉えている地域の現状	3世代の家族が多い
	人のつながりがある
	高齢者は自分でセルフケアをしながら生活している
	社会的弱者の行き場がない
職員が捉えている患者の声	赤十字病院としての期待がある
	敷居が低い病院と思っている
	急性期病院であることを認識している
職員の強み	赤十字病院としての使命
	できることをやろうとする主体性のある職員の多さ
	院内の多職種連携体制の確立
	地域・在宅と関わった経験者の存在
院内の取り組み	職員体制の整備
	情報連絡システムの整備
実感する病院の変化	患者のベッドサイドに向かう時間の増加
	患者に密着した関わりが増えた実感
	患者とつながっている実感
アセスメントをする	地域のアセスメント
	病院の機能のアセスメント
	入院患者の特性のアセスメント
	在宅療養者のニーズの評価
連携をする	職員の協働を強める
	行政と協働する
	開業医と連携する

院となって、悲しい思いをしました。』、「在宅に戻れる患者が少ないと感じ、常にベッドコントロールが厳しい状況で、自分たちが行ったケアの意味を考えます」、「保健所（県）や市の保健師さんという関係を築いていますが、行政は異動があるので、一から作り直しということもあります。』、「A病院の医師が不足しているため、A病院医師が往診とか在宅診療するのではなく地域の先生と連携をとってやっていこうと、進めていっていたが、地域の先生に在宅療養支援診療所加算をとってもらおうとすると、患者負担も多くなるという意見もあり、なかなか進まない。」というように、＜患者の再入院が多い＞、＜在宅に戻れる患者が少ない＞、＜ケアが反映されないことによる看護師の消極的な思い＞、＜行政や

開業医など地域との連携の難しさ＞、＜医師不足＞、＜ベッドコントロールの難しさ＞があった。

（2）職員が捉えている地域の現状

【職員が捉えている地域の現状】では、＜3世代の家族が多い＞、＜人のつながりがある＞、＜高齢者は自分でセルフケアをしながら生活をしている＞、＜社会的弱者の行き場がない＞があった。

「退院支援を行っている、3世代同居が多く、一見受け入れはよさそうなのですが、実際には若い人は仕事に出ており、介護する人がいない状況が多いです。』、「A病院が医療崩壊の危機になった時に、住民の人たちが立ち上がってサポートしてもらいました。人のつながりを感じました。』、「かなり高齢の方（90歳代）が病院の階段を昇降して回復しよう

としたり、訪問看護で過疎地だったのですが、農業をされ、独居で自分の健康状態を守ろうと工夫されています。」「貧困者や認知症、障害のある人の社会的弱者と呼ばれる人たちの行き場のないことです。常に関係機関と連携を図りながら行き場を探すのに苦労します。」という言葉から、＜3世代の家族が多い＞、＜人のつながりがある＞、＜高齢者は自分でセルフケアをしながら生活をしている＞、＜社会的弱者の行き場がない＞があった。

（３）職員が捉えている患者の声

【職員が捉えている患者の声】では、＜赤十字病院としての期待がある＞、＜敷居が低い病院と思っている＞、＜急性期病院であることを認識している＞があった。

「A病院が危機的状況になった時に、“私たちの病院だから一緒に守ろうと思いますよ”と言われたことで、地域の人々にとって赤十字病院への期待が大きいのだと再確認しました。」「救急外来にこられた患者が、“ここは敷居が高くないからな・・・”といわれていた。そういう風に感じてもらえるように、この２年間地域に密着した関わりをしてきた成果かなと思う。地域と密着したいという赤十字の思いを地域の皆さんが感じていただけて求めておられるというのを感じる。私も一員として、地域の皆さんに還元できたらいいと思う。求められていることに答えていけるような取り組みを続けてやっていきたい。」「患者さんからは、“A病院は急性期の病院だから長くはいられないんだよね。”と言われ、患者さんに当院の役割が理解されていると思いました。」ということから、＜赤十字病院としての期待がある＞、＜敷居が低い病院と思っている＞、＜急性期病院であることを認識している＞が導かれた。

（４）職員の強み

【職員の強み】では、＜赤十字病院としての使命＞、＜できることをやろうとする主体性のある職員の多さ＞、＜院内の多職種連携体制の確立＞、＜地域・在宅と関わった経験者の存在＞があった。

「職員全体が赤十字病院としての使命を感じていて、震災の時も全員が自分にできることをしようと率先して行っていました。」「医療崩壊の危機に直面した時、院内で多職種連携体制を強化していきました。A病院の強みが引き出せたと思います。」「地域の保健師を経験してA病院に来ましたが、地域や在宅と関わった経験のある人たちの多さで、助けられています。」という語りから、＜赤十字病院としての使命＞、＜できることをやろうとする主体性のある職員の多さ＞、＜院内の多職種連携体制の確

立＞、＜地域・在宅と関わった経験者の存在＞が生成された。

（５）院内の取り組み

【院内の取り組み】では、＜職員体制の整備＞、＜情報連絡システムの整備＞であった。

「危機的状態になった時取り組んだのが、職員体制です。夜間電話相談にしても、看護師が最初にインテークし、医師につなぎます。その際相談者と三者で通話ができるようにいたしました。そうすることで医師の考えていること、相談対応を職員が学ぶことができ、質の向上につながりました。」「訪問看護では、在宅現場と主治医との連携をどうとるのが課題です。特に過疎地域で、広域に対応していますので。現在クラウド型のシステムにより、在宅と病院との情報連絡システムができつつあります。」の言葉から、＜職員体制の整備＞、＜情報連絡システムの整備＞が導かれた。

（６）実感する病院の変化

【実感する病院の変化】では、＜患者のベッドサイドに向かう時間の増加＞、＜患者に密接した関わりが増えた実感＞、＜患者とつながっている実感＞であった。

「救急外来に患者さんが交換を通さずに直接電話をでき、相談する体制を作っていることを患者さんに伝えている。不安なことがあったら、直接かけてこられる。看護師が話しをすることによって、安心され、受診に至らないケースもあり、わざわざ受診しなくても不安が軽減した、楽になったといって喜んで電話を切られた。・・・中略・・・患者・医師・看護師が三者通話できるようになっており、患者さんと医師が話しているのを看護師が聞いていることができ、患者さんが医師と話をすることで安心されている様子を感じ、看護師が患者の変化を感じることができる。」「看護師が不足して患者さんを寝たきりにせざるを得ない状況があって、まずリハビリスタッフを増やし、専門職支援（医師・看護師）のために事務を入れてくれた。それによって、看護師が患者サイドにいける時間が増えたことは大きく、現場にいて楽しくなってきた。」の語りから、＜患者のベッドサイドに向かう時間の増加＞、＜患者に密接した関わりが増えた実感＞、＜患者とつながっている実感＞が生成された。

（７）アセスメントをする

【アセスメントをする】では、＜地域のアセスメント＞、＜病院の機能のアセスメント＞、＜入院患者の特性のアセスメント＞、＜在宅療養者のニーズの評価＞を行うこととしている。

「地域診断は地域の強みや弱みとかをしっかりと見極めて、T圏域の強み、地域の人たちのニーズを知ることが大切だと感じた。外来看護における外来の患者さんの特性で、今患者さんにすべきことはなにかといつも考えていたが、もっと患者さんのことを知って、T圏域の中で生活をしている患者さんを詳しく知らない、という看護を提供するかわからない。」「この病院は、誤嚥性肺炎を繰り返し入院してくる患者に対して、スタッフがケアの質を上げ、地域ではどうやろうかという取り組みをしている。スタッフは自分たちの行った看護はなんだったんだろうと思う。」「在宅を進めているが、ご家族は施設をといわれることが多い。まんざらそれを責められない。在宅に帰ると最初はしんどいけども、慣れると見てよかったねということも多々あったので、本人や家族に投げかけていきたいと思う。」「地域に帰ることを前提で入院を受け入れて、戻っていただくためにどうしたらよいかというアセスメントが私たちに必要だと思う。地域に帰るには何が必要か、私たちが評価として出来ていないところがあるかなと思った。地域に何があるのか把握しないといけないと思った。」から、＜地域のアセスメント＞、＜病院の機能のアセスメント＞、＜入院患者の特性のアセスメント＞、＜在宅療養者のニーズの評価＞が導かれた。

(8) 連携をする

【連携をする】では、＜職員の協働を強める＞、＜行政と協働する＞、＜開業医と連携する＞であった。

「病院内の人たちの取り組みへの協働を促進する活動をしたと思う。業務の中で思うことは、独居や身寄りのない人、経済的に豊かでない人が、すぐに退院してくださいということが増えてきている。それをどうするかを考えていきたい。」「病棟で退院調整を行っているが、なかなか在宅に戻れる人が少なくなっている。訪問看護につなげるように計画するが、いったん入院期間がある程度長くなると家族の介護離れがあり、看ようという気にならなくなり、施設を申し込みされる人が多い。結局、私たちも待つ姿勢になってしまう。そういう人たちでベッドが埋まってしまう。施設に入られても、リターンをすることが多く、同じ患者の繰り返しになりがちである。どんな人が施設待ちをしているのかなど分析し、職員全体で取り組んでいかないとけない。」「病棟では、在院日数が延びてくると、何日以内に退院させないと、早く退院させたいという思いの中で、家族関係や医師との調整が必要であ

る。」「地域は保健所が区画整備され、地域の中に医療者がかかわっていることが少なく、医療間の連携が簡単ではない。今、各病院の看護部長同士で交流、院長が医師会、開業医と連携を強化している。」の言葉より、＜職員の協働を強める＞、＜行政と協働する＞、＜開業医と連携する＞が導かれた。

VI. 考 察

地域診断の手法を使った地域把握をし、医療現場から地域連携を図ることを目的に研究を行った。

地域診断では、対象地域の少子高齢化が急速に進んでいる実態が明らかになった。地域の健康課題を医療現場に取り入れていくことが医療・保健・福祉の連携に寄与すると思われた。

インタビューに応じた職員は、ITシステムの充実により患者に寄り添う機会が増え＜患者とつながっている実感＞を持っていた。業務の中で、3世代家族が多く住民同士のつながりが強い＜人のつながりがある＞と思っており、統計資料の分析結果とほぼ一致していた。また、地域住民が持つ＜赤十字病院としての期待がある＞に答えることが＜赤十字病院としての使命＞であると自覚し、＜院内の多種連携の確立＞を強みとして仕事をしていた。一方、病院の課題は、同じ＜患者の再入院が多い＞など、＜ベッドコントロールの難しさ＞、＜在宅に戻れる患者が少ない＞ことを上げていた。A病院は、予防・外来・入院・在宅まで包括的ケアを目指しており、そのためには＜地域のアセスメント＞、＜病院の機能のアセスメント＞、＜入院患者の特性のアセスメント＞をする必要性を痛感していた。地域医療推進には不可欠な＜開業医と連携する＞や＜行政と協働する＞といった【連携をする】ことについての難しさに悩んでいた。

これら地域診断とA病院職員からみた地域と病院の課題を検討した。すなわち、既存データによる量的把握とインタビューという質的データによる重層的に地域の健康課題を可視化することを試みた。

1. 既存データの地域診断から見えてきたこと

T二次医療圏域の地域診断を行った。T二次医療圏域は、少子高齢化が進展しており、過疎化した地域もある。平成16年に医療崩壊の危機的状況になり、住民が一丸となって地域医療の再生へ動き出し、今でもそのボランティア活動が続いている。この取り組みを言語化し、可視化することで、今後多くの日本の地域で起こるであろう医療崩壊の危機を未然に防ぐ手立てになるのではないかと考えた。

その予防的対応としては、常に住民と対話してい

くことが重要であると思われた。行政やボランティアと共に歩いていくことである。そのためには、地域特性など地域診断を示しながら、高齢化が進み、3世代同居による介護や医療依存度の高いケアをどうサポートしていくかを検討することである。A病院では、いち早くそのことに気づき、クラウド型の訪問看護カルテ等地域の開業医と連携を図るツールを導入している。これらの最新機器を使いながら、地域特性に応じた医療・看護を展開することが医療には求められていると示唆された。

2. 職員へのインタビュー結果から

A病院は、診療機能の回復や医療サービスの向上への努力をする一方、職員は地域住民の声を感覚的に捉え、それに応えようと前向きな姿勢が見られた。医療機関が地域医療をさらに推進するための方策を検討するためには、地域の特性・住民のニーズなどを量的・質的に分析し、把握することが重要である。

医療では、医師会との定例連携クリニカルパスなどを導入し、地域でのネットワーク作りを行っている地域もあり（山田，2012）、A病院でも開業医との連携体制を整備している。今後は地域の医療機関との連携体制を強化していくことが求められていると思われる。

また、地域住民が安心して医療を受けることができるためには、医療・福祉・健康づくりの政策がバランスよく展開され、住民の参加が望まれる。地域住民・行政・医療機関が各々の役割を発揮し協働するといった強みを活かした取り組みが必要であり、多職種連携を住民を巻き込んだ形の地域全体でつくることが重要である（栗原他，2013）。

現在、わが国では多くの地域で高齢化が進展しており、その1つとして、在宅ケアを中心とした取り組みが行われている（岩永，2013）。多死社会を迎える今日、医療機関の果たす役割は急速に多様化しており、看取り体制の構築に向けた地域ごとの連携体制をつくることが求められている（堀越，桑原，田口，永田，村嶋，2013）。

A病院では、地域住民の赤十字病院への期待を受けながら、住民と共に地域全体の疾病予防や患者のQOLの向上に努めていた。これら赤十字病院への期待を強みとして、今後も病院、行政、住民が一体となって地域全体の健康づくりや予防活動に取り組むことが重要であると考えられた。

Ⅶ. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、一赤十字病院での取り組みであることから一般化することは困難であろう。しかし、先

進的な取り組みに関しては、われわれはそこから学ぶことも重要であると考えた。今後は、住民から見た医療や行政関係者から見た医療機関への期待について、検討する予定である。

Ⅷ. 結 論

1. T圏域の地域診断を行った。医療崩壊の危機的状況になり、住民が一丸となって地域医療の再生へ動き出し、今でもそのボランティア活動が続いている。この取り組みを言語化し、可視化することで今後多くの日本の地域で起こるであろう医療崩壊の危機を未然に防ぐ手立てになるのではないかと考えた。医療に住民参加を呼びかけ、行政も含めた「予防」を切り口に協働のまちづくりに医療機関が中心となっていくことが今後の高齢化社会に向けた形ではないかと示唆された。
2. 医療崩壊の危機を乗り越えたA赤十字病院職員のインタビューを行った。そこからは、赤十字への期待を感じつつ、病院の現状と課題を分析していた。これらの気づきを職員間で共有することが重要であると思われた。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快くご協力頂きました研究対象者の皆様に心よりお礼申し上げます。

本研究は、第72回日本公衆衛生学会総会において発表したものに、加筆修正を行ったものである。

文 献

- 堀越直子，桑原雄樹，田口敦子，永田智子，村嶋幸代（2013）. 離島で暮らす高齢者の在宅療養・死亡場所にかかわる特徴 入院施設の有無に着目して. 日本公衆衛生雑誌60(7) 412-421.
- 兵庫県丹波県民局丹波健康福祉事務所（2013）. 兵庫県健康づくり推進実施計画丹波圏域計画.
- 兵庫県健康福祉部医務課（2012）. 丹波市域の医療の現状と課題 丹波市域の今後の医療提供体制のあり方に関する検討会（第1回）資料.
- 岩永美香（2013）. 在宅ケアシート導入による地域連携への取り組み 看護師の意識変化を通して. 日本眼科看護研究会研究発表抄録，（28）123-125.
- 栗原由紀夫，大熊貴子，平田優子，杉山清子，高橋弥生，野中美保子，宮本 光也，山本規貴，杉山総子，米山武義（2013）. 多職種による地域連携の構築を目的として設立したネットワークの活動ー口腔ケアネットワーク(三島)ー. 老年歯学，27(4)

49-54.
柳川拓三, 三浦仁志, 内田敦子, 佐野静子 (2012).
医療崩壊に対する県民運動「医療を守る丹波会議」
によるアプローチ. 日本公衆衛生学会総会抄録
集, (71) 536.

山岸暁美 (2012). これからの在宅医療・介護におけ
る在宅医療連携拠点の必要性. Nursing Today,
12: 66-68.
山田明美 (2012). 連携担当者人材育成. 日本クリ
ニカルパス学会誌, 14(2) 167-168.

A study on a comprehensive regional cooperation model for Red Cross Hospital A: analysis of community health issues through community diagnosis and focus group interviews

Naoko MASAKI^{*1}, Miyuki MATSUBARA^{*1}, Chiyoko MORIMOTO^{*1}, Emi HINAKURA^{*2}
Satoru KATAYAMA^{*2}, Matsue MORI^{*1}, Shinji HAYASHI^{*1}

Abstract:

The present study aimed to elucidate systems for promoting cooperation among medical care, health care, and welfare in communities facing the breakdown of medical care due to the rapidly aging society. Regarding methods, a qualitative descriptive study consisting of community diagnosis using the Community as Partner model and focus group interviews (FGI) conducted on 10 staff at Red Cross Hospital A was conducted. Community diagnosis showed that although the secondary medical region T was facing an aging population with a declining birth rate, as well as a reduced capacity to provide treatment due to a shortage of physicians, the residents had become more actively engaged in activities for the establishment of a community that protected medical care through cooperation with the government, and a tendency toward recovery was seen. The FGI showed both that at Red Cross Hospital A, due to enhancement of staff and IT systems, the number of opportunities to interact closely with patients had increased, and that staff members “recognized their connections to patients”. Staff members aimed to provide comprehensive care from prevention to homecare, and felt the need for “community assessment”. To promote a system of cooperation among medical care, health care, and welfare, it was considered important for the government and residents to work together to engage in health promotion and prevention activities in the community as a whole.

Keywords:

comprehensive regional cooperation, community diagnosis, medical crisis

* 1 Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing * 2 Kaibara Red Cross Hospital