

小国公立病院の片岡と申します。

本日は、お話させていただく機会を与えていただきありがとうございます。

じつは、坂本院長から今日の講演のお話を頂いたときは、どんな会かあまり知らされずに、軽い気持ちで受けてしまいまして、こんな大変な会とは思ってもみませんでした。本当に私が30分もお話してよいのか、実はちょっと冷や汗がでているのですが、小国の多職種連携の現状について、お話させていただきます。

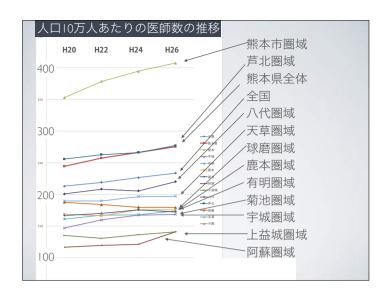


小国公立病院は小国町と南小国町の病院です。

態本県の最北端に位置します。

この地図、熊本は真っ赤で、小国は真っ白ですが、この色分けは、人口に対する医師の数です。

真っ白ということは、人口あたりの医師数が県下でトップクラスに少ないということを示します。



推移をみても阿蘇圏域は、最下位をキープしています。 阿蘇の中でも、小国のグラフはこの位置です。 地域の医師不足を語らせたら、どこにも負けません。



小国公立病院の概略を説明します。

もちろん、小国で唯一の総合病院です。しかし

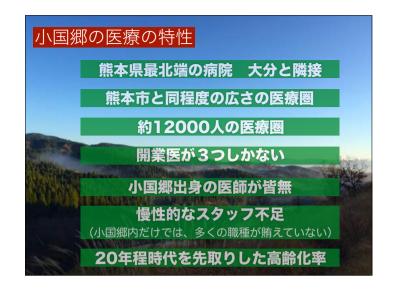
平成26年の4月に、常勤の脳外科医と小児科医が退職し、とうとう、常勤医が外科と内科のみとなりました。

その分、多くの非常勤医師に来て頂いており、ありがたい反面、経営状態としては厳しくなってきております。

ベッド数は75床、全て一般病床で、13:1、出来高算定です。

外来は、1日に約200名程度、入院は約50名。

併設施設として、老健と訪問看護ステーションを持っています。

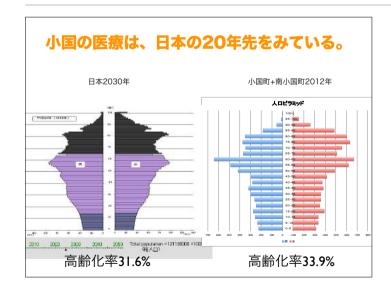


小国郷の医療特性を列記しています。

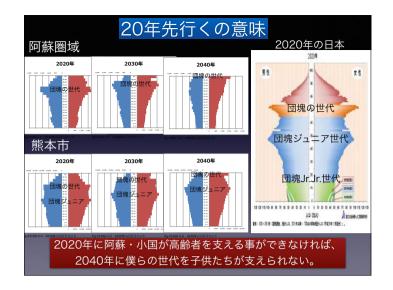
当院は熊本県最北端の病院で大分と隣接しています。医療圏は、熊本市と同程度の広さで、約12000人が生活しています。開業医が3つしかないので、救急病院 兼かかりつけ医としての役割も担っています。

小国には、小国郷出身の医師が一人もいないという末期的異常事態が発生しています。同時に、他の職種も慢性的に不足しており、小国内だけでは、医療スタッフが 賄えなくなっています。

そして、さらに、高齢化率は20年時代を先取りしています。



本当に20年先かと思われるかもしれませんが、これは私が赴任した頃に、自分で描いてみた人口ピラミッドですが、日本の20年後とソックリでビックリしました。 高齢化率もほぼ20年後の日本と同等です。



20年先行くの意味をもう少し掘り下げてみますと、阿蘇の2020年と熊本の2040年の人口ピラミッドかなりカタチが似ています。

都市部は団塊の世代と同等の人口のピークがあり、この団塊ジュニア世代(つまり 僕らの世代)がいるので、何とか団塊の世代を支えられているという構図が見て取れます。しかし、田舎には、僕らの世代が都会に出たっきり田舎に戻らないので、団塊の世代を支える人数が不足しており、結果逆三角形の人口ピラミッドとなっています。都市部では、20年後には、団塊の世代はこの世をご卒業され、僕らの団塊ジュニア世代が高齢者となります。ここで困ったことには、僕らの世代の子供が少ないのです。第2時ベビーブームの親が、第3時ベビーブームを作れなかった為に、自分達の世話をしてくれる子供の人口が不足しており、結果都会でも逆三角形になってしまいます。

つまり、2020年に阿蘇や小国で高齢者を支える仕組みを作れなければ、2040年に僕らの子供たちが、僕らの世代を支えられない、という事になります。今、僕らの世代がやらねばならないことは、団塊の世代の豊富な資本を使い、田舎に高齢者を支えるシステムや施設を作ること、そして、20-30年後にその施設に僕らの世代が入り、子供たちの世代に迷惑をかけないこと、の様な気がしており、これが、私が今小国で一生懸命にシステム作りに取り組んでいる、大きな理由の1つなのかもしれません。



これは、介護需要と医療需要の予測をプロットしたものです。都市部では介護需要が今後どんどんのびていきますが、医療需要はほぼ現状で推移します。しかし田舎に行けば行くほど、介護・医療の需要は伸びず、むしろ縮小していきます。医療だけではなく、人口は減り、社会事態が縮小していくとも言われています。縮小していく社会で医療・介護がどうあるべきかという問題は、このグラフをみても、地方の方が最先端なのです。

小国公立病院の医療連携 ー 連携が不可欠

- 併設機関 おぐに老人保健施設 おぐに訪問看護ステーション
- 小国郷の診療所との連携
- 高次医療機関との連携 Dr.ヘリ (月に平均1~2件)
- 医療・介護業界の多職種の連携
- 行政・他業種との連携

ここまで小国郷の現状についてお話してきました。

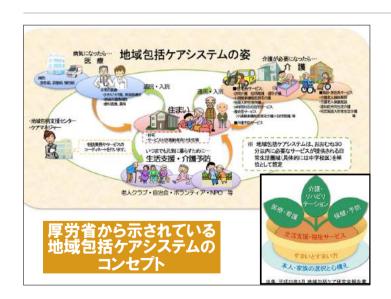
少子高齢化が高度に起こっており、縮小していっている社会。これは地域の問題ではなく、実は日本の問題を先取りしているということ。

この日本の最先端の問題を、人とお金と時間の制限がある中で、なんとかマネージ していく必要があるのですが、院内で完結できない範囲は、外にお願いするしかあ りません。つまりあらゆるレベルで連携が不可欠なのです。

具体的には、併設機関である、老健や訪問看護との連携はもちろん、小国郷内の診療との連携、そして大学病院などの熊本の大病院との連携、こういうものなしにはやっていけません。

特に、Dr.ヘリで迅速に患者搬送できることは、町民にとっても医師にとても心強いことです。

こういう、日常的な医療連携は小国の医療では必須なので、おかげさまで比較的う



これは、厚労省から示されている、よく見るまんがです。

漫画に書くのはカンタンですが、どうやって実現するかは、地域に任されているというのが、地域包括ケアシステムです。地域を悩ます、大変な漫画です。



その漫画を小国で実現しようと立ち上げられたのが、小国郷医療福祉あんしんネットワークです。平成26年から活動を開始、3年半が経ちました。

このほっとオレンジは、昨年4月までの2年間の活動を紙媒体でまとめたもので、 あんしんネットワークを知ってもらう為に、各部落に配布しました。

最近、あんしんネットワークのロゴマークができまして、子供と大人と高齢者をネットワークで愛が包んでいるといったマークになっています。



これは、ホームページとfacebookですが、活動はボランティアベースなので、ホームページも委託せずに、自作し、地道に存在意義をアピールしていっています。 その中に、記された、参加機関です。行政・社協・介護施設・病院・薬局など、ほぼ全ての小国内の医療・介護・福祉関係の機関が参加しています。数えると44もの機関が関与しています。



活動内容を、ほっとオレンジで少し紹介します。住民向けのフォーラムを年に1~2回、高齢者のファッションショーやメディカルツーリズムのスタッフとして協力し、新聞にも掲載されました。



定期的に、全体の会合や出前ミニ講座や事例検討会も行っており、全体の連携を計っています。活動の一部を紹介します。

認知症カフェ「ひとよこい」

平成27年6月にオープン(わずか3ヶ月の準備期間)

多施設・多職種の共同のボランティア運営

公立病院敷地内の施設をD.I.Y.でリフォームしてカフェに

あんしんネットワークのシンボル的位置づけ



まず、小国では、認知症カフェを、このあんしんネットワークでボランティア運営 しています。

これは、平成27年6月にオープンしたのですが、わずか3ヶ月の準備期間で、もの すごいスピードでオープンが実現しました。

特徴は、多施設・多職種が協力して運営しているということ。

そして、公立病院の敷地内にオープンしているので、患者さんが利用されたり、病院スタッフが利用したりと、人が集まりやすいことです。

この「ひとよこい」は、あんしんネットワークのシンボル的な位置づけとなっています。

ケア情報共有シート(H28年11月より本運用開始)



問題点

病院や施設に入るとき、出るときなど、 施設・職種・人により連携情報の 質・量に差があった。

連携ケア情報の統一化・共有

- 生活の場がかわるとき(入院・施設入所・退院で居宅など)に、シートを作成し、 スムーズな連携をはかる。小国郷全体で共通の書式を使用し、連携情報の質をそる える。
- 現場の多職種が提案し、小国町・南小国町に承認された、両町の行政公認の公式の情報共有 → 紙ベースで運用開始し、後にIT化の予定あり

<対象者>

介護サービスと障害福祉サービスを利用されている方など <共有する情報>

生活状況、身体状況、かかりつけ医や薬剤などの医療情報、治療経過など

もう一つ取り組みをご紹介します。

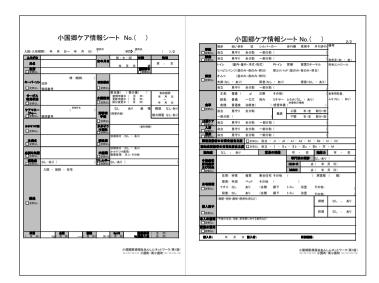
ケア情報共有シートです。

病院や施設に入ったり出たりする時に、情報のやり取りを行うのですが、その際に、 施設・職種・人により、連携するときの情報の質や量に差がある事が多く、問題と なっていました。そこで、

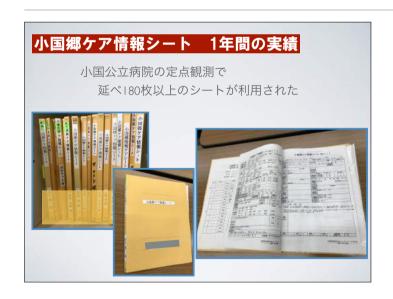
小国郷のネットワーク内での、連携情報の統一化と共有を試みています。

このシートの形式を作成するにあたり、現場の多くの職種と、行政にも入ってもらいましたので、両町行政公認の情報共有が可能となりました。

まずは、紙運用から開始し、来年度にはIT化を行う予定です。



A4の紙の表裏に必要十分な情報を書いて、生活の場が移る時(入退院時や施設入所時)にファイルにはさんでいきます



公立病院の定点観測で、1年間で延べ180枚以上のシートが利用されました。 移動が多かった人は、10枚以上のシートが挟まれている人もいます。

「一を使用した情報共有 「ファイルメーカーサーバーを立ち上げる VPNルーターを使用して、セキュリティを確保する。自由度高いが、セキュリティの担保を自分でしなければならないのがネック知識がないと、保守ができない。 Medical Care Station MCSは、全国180ヶ所以上の医師会で正式採用されてる。テキスト、画像、動画、ファイルの供覧が可能無料、webベースなので携帯やタブレットでも使用可能 Cybozu Live (サイボウズLive) グループウェア グループで使用するSNSの様なサービスグループでの作業に使用しやすい2012年11月に無料でのグループ人数制限が20名→300名に大幅拡大

次に、この紙ベースの情報共有をIT化しようとしています。

できるだけ安価にできる方法で、3つのインフラを考えていたのですが、この中で、メディカルケアステーションを選択しようとしているところです。

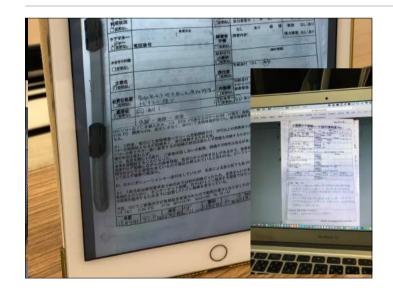


メディカルケアステーションは、全国の180の医師会,24000の施設で利用されている、無料の情報共有システムです。



これで共有できるのは、テキスト、画像、動画、ファイルです。 患者さんに紐つけて、これらを共有できます。

webベースで、携帯で直接画像や動画がとれるのが、ミソです。



これで、ケア情報シートを写真で撮影すれば、それだけで共有できるというカンタンさ。それも、パソコンでも携帯でもタブレットでも同じものが見られます。



電子カルテを写真で撮影すると、必要な情報のみを共有することができます。 電子情報をクラウドに吸い上げるシステムを導入すると数千万規模の投資と毎年の 維持費が必要ですが、このやり方だと、ほぼコストゼロで情報共有が可能です。 インフラは既にそろっているので、あとは、足並みをそろえ、システム化するのみ です。実はこれが一番のハードルになります。あんしんネットワークの情報共有チー ムが概念についてくるのを「待つ」という時間が必要で、このプロセスをとること により、上から降りてきたものではなく、みんなで作りあげたモノになるのです。

小国郷での在宅・施設看取りのシステム化の取組み

平成28年末より「在宅・施設看取り」という地域課題に対して解決策を探るべく、勉強会・議論を重ねてきている。

平成28年12月 在宅看取りの事例検討

各事業所の状況把握

地域の課題抽出

平成29年1月 抽出された地域課題に対する対策検討

看取りに関する警察・救急隊との議論

平成29年2月 看取りに関する法的な勉強会

平成29年3月 死と看取りに関する住民フォーラム開催

あんしんネットワークの取組のなかで、平成28年末から、小国郷での在宅または施 設看取りという課題に対して解決策をみんなで考えているところです。

取組の当初は専門職で考えてきましたが、ここらで、医療職以外の町の方々にも考えて頂きたいということで、今年3月に住民フォーラムを開催しました。



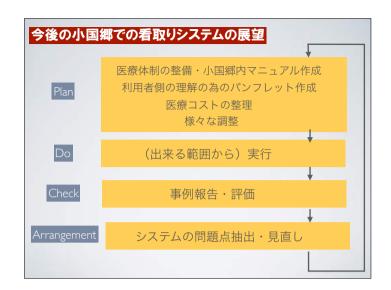
「自分の死について考える~終活のススメ」というインパクトのあるタイトルをつけたところ、350名以上の住民の方が参加されました。予想以上に住民のみなさんが関心を持っている事に、驚かされました。フォーラムの内容は、小国で非常勤医師をされていた、熊本で在宅クリニックを開業された、松本武敏先生の講演と、エンディングノートの説明を広瀬さんにしていただき、後半は、シンポジウムで住民の方を交えて、ディスカッションを行いました。

<小国郷での在宅・施設看取りの課題>

- 1) 看取りを行う医師の不足 公立病院の医師だけではマンパワーが不十分 開業医の先生とチームを作る?
- 2) 心肺停止時、死亡確認する医師がいないときの搬送 24時間体制がつくれるならば、それに越したことはない。 往診で死亡確認する医師がいない時のスタンダードをつくる 小国郷で行程を統一した方が町民の受け入れがよいと思われる。
- 3) 看取りに関する、医療・介護スタッフの知識・知見不足 資料の共有 自学を薦める 勉強会の開催 マニュアルの作成
- 4) 看取りに関する地域住民への情報提供・啓蒙 講演会を開催する パンフレットを作成する
- 5) 看取られる本人の生前意思の確認 エンディングノート
- 6) 他職種間の情報共有手段 IT化することも念頭に置くが、紙ベースでも可能
- 7) 看取りをする時のコスト (対価) → 複雑なので整理が必要

あんしんネットワークで、専門職で議論をして、でてきた、小国郷での在宅施設看取りに関する課題です。

これらの課題の解決に向けて、一歩ずつ前身していっているところです。



この第1回目のフォーラムは、小国郷での看取りシステムを考えていく第一歩と位置付けし、その後、様々な議論の後、準備・調整を行い、実行、そして、評価し、見直していくというプロセスを重ねていく事により、よりよい、小国らしい、看取りのシステムが出来上がっていくのではないかと考えています。



ということで、今年2回めのフォーラムを11/11に行う事になりました。

今回もタイトルは同じ「じぶんの死について考える」、サブタイトルは〜小国郷らしいミトリのカタチ〜とし、前回よりもより、自分の死を具体的に考えていただく 内容にしようと、プロジェクトチームで準備しているところです。

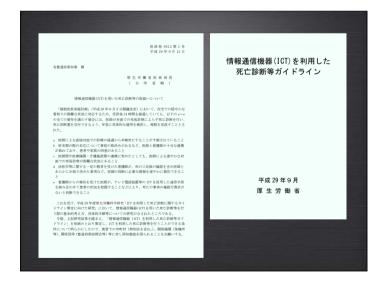
小国郷版エンディングノート

小国郷で生きて逝くノート

一般的なエンディングノート項目に、 地域特有の事項を加える

- ・組内の仕事
- ・家の管理(空き家を増やさない為に)
 - ・死後の山の管理
 - ・死後の田畑の管理
- ・地域特有の葬儀のしきたりの扱い

その中で、今回は、小国郷版のエンディングノートを作ってみようということになり、今内容について急いでツメているところです。先月の全体の会合でワークショップを行い、一般的なエンディングノート項目に、小国特有の事項を加えようということになりました。今、印刷物を作成しているところで、来週の会合で40名位で自分たちがまずでエンディングノートを書いてみようという、ワークをやる事になっています。まずは、主催者が「じぶんの死について考えてみる」ということです。



小国では、休日に動ける医師が公立病院の当直医1人になってしまう為、在宅や施設での看取りのシステム作りはハードルが高いものがありました。

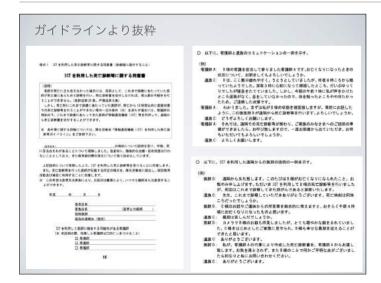
これまでは、休日は、心肺停止状態のご遺体を毛布にくるんで家族の車で病院に運んでもらい、病院で死亡診断をするという手段しか存在せず、家族も医療者もストレスフルな看取りを余儀なくされていました。実は、これが、小国の看取りシステム横築する上で、最も重要なポイントの1つでした。

しかし、つい先日、厚労省から、ICTを利用した死亡診断書ガイドラインが発表され、これで解決の糸口が掴めそうな印象です。

第2章 ICTを利用した死亡診断等を行う際の要件

- O ICT を利用した死亡診断等を行うためには、次に示す(a)-(e)すべての要件を満たすことを要する(「規制改革実施計画」平成28年6月2日闡議決定)。
- (a) 医師による直接対面での診療の経過から早晩死亡することが予測されていること
- (b) 終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師と十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること
- (c) 医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対 面での死後診察が困難な状況にあること
- (d) 法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師と あらかじめ決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること
- (e) 看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等のICTを活用した通信手段を組み合わせて患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること

基本的にはもちろん、医師が直接対面で死亡診断をすることが望ましいのですが、 小国の様なやむを得ない事情で、事前に家族の同意がとれている場合は、現場の訪問看護師と連携をし、テレビ電話とメールを使用して、死亡診断書を発行できるというものです。ご批判もあるでしょうが、亡くなった方を毛布でくるんで病院に運ぶよりはずっとましだと、私は思います。



このガイドラインには、同意書のテンプレートも付いており、また、遺族と看護師のやり取り、遺族と医師のやり取りの一例まで挙げてあり、実に懇切丁寧です。 ご興味のある方は、一読ください。

<小国郷での在宅・施設看取りの課題>

1) 看取りを行う医師の不足

公立病院の医師だけではマンパワーが不十分 開業医の先生とチームを作る?

2) 心肺停止時、死亡確認する医師がいないときの搬送

24時間体制がつくれるならば、それに越したことはない。 往診で死亡確認する医師がいない時のスタンダードをつくる 小国郷で行程を統一した方が町民の受け入れがよいと思われる。

- 3) 看取りに関する、医療・介護スタッフの知識・知見不足 資料の共有 自学を薦める 勉強会の開催 マニュアルの作成
- 4) 看取りに関する地域住民への情報提供・啓蒙 講演会を開催する パンフレットを作成する
- 5) 看取られる本人の生前意思の確認 エンディングノート
- 6) 他職種間の情報共有手段

IT化することも念頭に置くが、紙ベースでも可能

7) 看取りをする時のコスト (対価) → 複雑なので整理が必要

今回のフォーラムを開催するにあたり、看取りの課題の、2) -6) ぐらいまでは解決のメドがたってくるのではないかと、考えています。あとは、医師の説得という難題が残りますが、医師数が少ないので何とかなるのではないか、と考えております。

地域課題

慢性的な医療スタッフ不足

小国郷内に療養型病床がほとんどない

小国郷内に施設の病床数が不足

在宅支援 → 在宅での看取りシステムの整備

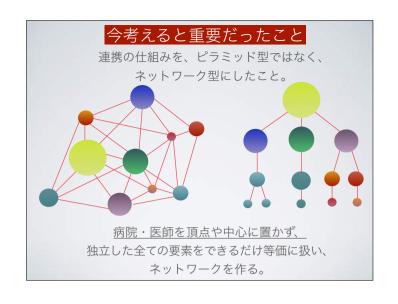


地域包括ケアシステム

システムは降ってくるものではない。ないものはない。 現存の地域資源を組み合わせ、システムを構築する。 不足分は地域の知恵と人のつながりで補う。 今、いくつか紹介したことは、地域課題を地道に解決しようとする一例ですが、 小国では、医療・介護に関する地域課題は山積みで一つ一つ解決していかないと、 一寸先は闇です。

これらを、地域の長所を用いて、お金をかけずに解決していく事が地域包括ケアに 求められています。

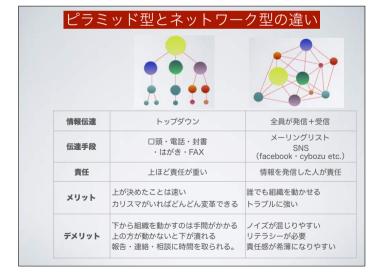
このシステムは、上から降ってくるものではなく、地域の現場の人が、資源を組み合わせ、システムを構築する必要があります。ないものはないので、不足しているものは、地域の知恵と人のつながりで補う必要があります。



小国では、このあんしんネットワークがうまく機能しているので、地域包括ケアシステムが現場主体で構築されています。

上手く言ったのは、偶然ではあるのですが、今考えると重要だったことは、連携の 仕組みをネットワーク型にしたことが功を奏したと考えます。つまり、病院や医師 を頂点や中心におこなかった事は、とても重要だったと思います。

ケアのシステムは生活のシステムです。公立病院や医師は、生活の要素の一部にし か過ぎないので、ケアを中心にすべきなのです。



ピラミッド型とネットワーク型の違いをまとめてみました。

ピラミッド型は上が決めた事は早く実行できますが、下から組織を動かすのは手間がかかります。ネットワーク型は、情報を発信した人が誰でも組織を動かせるのですが、ノイズが混じりやすく、情報の取捨選択は受け手側に任されています。

最近はネット社会が成熟してきたので、受け手側のリテラシーがある程度確立サれてきており、ネットワーク型の方が小回りがきいたスピーディーな動きができる様になってきています。

縮小していく社会

縮小戦略 > 成長戦略

コンパクトシティ

広い範囲を短時間で行き来するための整備ではなく 歩いて暮らせる、コンパクトなまちづくり

メディカル・モール

高齢者の生活と医療・介護・行政を一体化する

ある程度完結する小さい単位のモールを ネットワークで結びつける さて、少し話題がかわりまして、縮小していく社会の話をします。

地域は既にかなりの縮小フェーズに入っていますし、日本全体も縮小していくのは 目に見えています。偉い人達が未だに、成長成長と言っている意味が、僕らの世代 にはわかりません。

今後の世界は、成長戦略よりも、縮小戦略の方が重要になってくると私はずっと思っています。

その中で、町づくりと医療はどの様に関わっていくべきなのか、最近よく考えます。 これは、地域包括ケアシステムを地域に丸投げされた、厚労省のお役人さんの頭の いいところかもしれません。



これは、住宅と医療介護が一体となった町づくりの一例です。

福岡の飯塚のバスターミナルに、店舗と住宅と医療施設を一体化させています。 数十メートルしか歩けない高齢者でもここだと暮らしに不自由しないでしょう。 本気になっている行政は、この様な事を既に初めています。

熊本は、今MICEを作っているところに、こんなのができればよかったのですが、 ちょっと惜しかったですねぇ。



小国に新たにビルを作るのは現実的ではないので、別の事例をご紹介します。 これは、宗教法人が運営主体ですが、健康なうちに入って、死ぬまで過ごすことが 可能な「アクティブシニアタウン」という概念のモールです。



写真を見ると、かなりおしゃれ。 ミュージックバーやカフェ、レストラン、温泉も完備です。



よくみると、サ高住と障害者施設と大学生の住居がごちゃまぜになっています、



google mapでみてみると、約250メートルの敷地内でモールを作っている様です。



同じようなメディカルモールが熊本にないか、検索してみたところ、富合に似たようなものがあることがわかりました。これはにしくまもと病院との連携でメディカルタウンを作ろうという企画の様です。



グーグルのストリートビューでみると(最近はそこに行かなくても、小国にいながらにしてだいたいの状況がわかるので便利です)、いまのところ、A棟のみたっている様です。これから、ここにモールができていくのか、楽しみです。



これもgoogle mapでみると、250メートル四方の中に、病院、特養、アパート、 ラーメン屋があり、さらに、建設予定みたいです。仏壇店が横にあるのは、メディ カルタウンとしてはシュールで、偶然だと思いますが。



さて、我が小国町ではどうでしょうか?

町自体がコンパクトなので、公立病院から、250メートルの中に入っているものを みると、結構な医療介護施設が入ってきます。老健・訪問看護・認知症カフェ・歯 科・社協・居宅サービス、さらに、ショッピングセンターコンビニ、道の駅、バス ターミナルが入ってきます。さらにもう少し広げると、整形外科や小規模多機能施 設まで入ってしまい、拡大メディカルタウンと言っても差し支えないほどです。



ここで、黒川温泉から学ぶ事があります。

黒川温泉がここまで大きくなったのには、ストーリーとデザインがあったからだといわれています。黒川一旅館というストーリーを創り上げ、それを入湯手形、植樹、協同看板などの統一デザインで具現化しました。



ここから学ぶと、小国町 1 メディカルモールとして、共通のデザインやフォーマットはあんしんネットワークで実現しそうです。できたてホヤホヤのロゴデザインが早速活躍しそうです。ストーリーは...



この講演の準備をしていて気づいたのは、小国には既にモール化されたものがいくつか存在するのです。これは小国町にあるモールで、経営母体はバラバラですが、デイサービス、訪問看護、介護付き高齢者住宅、グループホーム、有料老人ホーム、内科のクリニック、調剤薬局が150メートルほどの1つの土地に集まっています。全ての施設があんしんネットワークに入っているので、経営母体が別でもスムーズに連携ができる様になりつつあります。



もう一箇所は南小国にあります。

ここは、町が運営する、社協と地域包括支援センター、その事業である、デイサービスと居宅サービスがあり、その横には、温泉館が設置してあります。2Fにはタイ式マッサージがあり、足つぼ押してくれます。またヨガの教室もあっています。その横には、町がつくった体験農園があり、民間のグループホームがあります。土地は沢山あるので、ここに高齢者住宅を作ると、このモールで生活が完結できるかもしれません。



いまご紹介した、無理やりですが、メディカルモールに見立てた3つの地域、それぞれ不足しているものはありますが、これをネットワークで結ぶことにより、不足しているリソースを共有することはできそうです。ハードではなく、ソフトで解決すると、最低限の資金でモールを成立させることができる気がしており、ここにも、あんしんネットワークの連携がきっと活躍します。



次のターゲットは、温泉地にメディカル・モールを新たに作ることです。 ここからは、ハード(つまり資金)が必要なので、構想ではなく、妄想の世界に入っ ていきます。



小国町は北里柴三郎先生の生誕の地ということで、記念館があります。 その横には、木魂館という宿泊可能な研修施設があり、温泉やグラウンドが整備されています。しかし、医療に関係するものはここにはなく、実は、もったいないのです。



杖立温泉は、昭和の頃の賑わいはなく、さびれた温泉街になっていますが、泉質が非常によく、元々湯治の温泉街であり、杖を立てたまま忘れていく人が多いので、 杖立と言われているという伝説があります。最近は、薬膳料理やNEO湯治というコンセプトを打ち出しており、医療との融和は難しくありません。



ここ20年ほどで全国区になった黒川温泉。南小国町の経済の拠点として揺るぎない地位を築いています。近年、小国外からの資本が多く入ってきており、下手をすると、小国の文化がよそに食われていく可能性があります。ここは小国の為に守りたい場所です。



知る人ぞしる、名湯が多い、わいた温泉郷。素敵な温泉がいくつもあります。 地熱が豊富で、杖立とならび、再生可能エネルギーによる発電でザワザワしていま す。これから開発するにはもってこい。小国の為に使いたい土地です。

「自分が老後ここで過ごしたい」というものを、 いま、自分で作る。

オグニーランド構想 小国鄉桃源鄉化構想

2020年に阿蘇・小国が高齢者を支える事ができなければ、 2040年に僕らの世代を子供たちが支えられない。



毎の彼方には もう探さない 輝くものは

いつもここに わたしのなかに みつけられたかり

こんなに魅力ある小国だからこそ、「自分が老後ここで過ごしたいというものをい ま自分で作る」という発想が生まれます。医療・介護業界では、生活困難のお年寄 りの為に施設を作っているという意識も強いかもしれませんが、自分の為に作ると なるとよりクオリティの高いモノができます。

この町づくりのコンセプトを何人かに話したら、あるひとは、それを、オグニーラ ンドとよび、ある人は、桃源郷の様だと表現しました。初めに提示した、2020年 に云々の答えはこの構想を実現するということなのかもしれません。杖立の狭い路 地裏を背戸屋といいますが、ここは千と千尋の神隠しにでてくる様な場所で、ここ を登るとお湯の神様が祀ってあります。

千と千尋の神隠しの主題歌の歌詞、これは桃源郷を歌った歌詞とのことです。 僕自信、小国で神隠しに合っている様なもんかもしれませんが。

医療と観光業の連携 ~小国の土地の力を活かす~

杖立温泉・わいた温泉・黒川温泉の温泉協会 の協力で、よそから小国郷に応援に来てくれ た医師・看護師は温泉に入り放題

> ※温泉で病気になった人は24時間、 病院で受け入れ可能

メディカルツーリズム 小国郷を旅しながら、血糖を測りまくる







さて、この妄想を実現するには、具体的構想が必要です。

医療と観光業が果たして連携できるのか?

これまでに、観光業といくつか連携を行ってきており、ご紹介します。 まずは、無料温泉券。

次に、メディカルツーリズム。これはまだ1回試みただけですが、

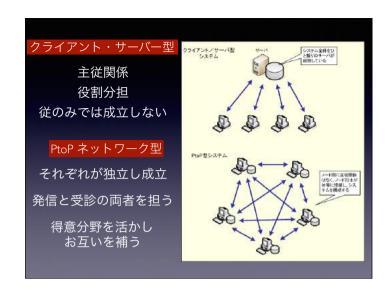


メディカルツーリズムでは、栄養士が旅館の食事を栄養計算し、メニューを少しアレンジしてもらい、糖尿病でも大丈夫な食事をだしてもらいました。さらに参加者の血糖値を測定し、食前食後でプロットしたものがこちらです。



熊大の代謝内科と熊本県の栄養士会がやっている、「ブルーサークルメニュー」というのがあり、600kcal、塩分3g以下の料理を、糖尿病の患者さんでも安心して食べられる外食として認定するものです。認定されるのは結構大変なんですが、小国の旅館でも二つの旅館のメニューが認定されており、よろづやさんの食事はメディカルツーリズムの時に開発していただきました。

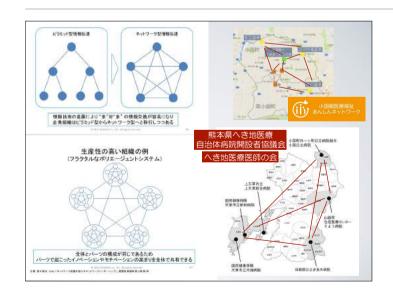
この様に、医療と観光業のコミュニケーションは少しずつ密になってきており、オ グニーランドの実現も夢物語ではない様な気がしています。



さて、今日の私の冗長な話をまとめに入ります。

システムには、サーバーにクライアントがぶら下がっている、クライアントサーバー型と、それぞれが独立し発信・受信の両者を担うPtoP型のシステムがあります。

パソコンのシステムの絵ですが、他の話にも置き換えられます。患者情報共有で もスタッフ派遣でも、話は成立します。

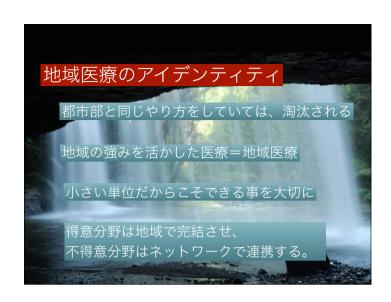


ITの発達により、ピラミッド型のクライアント・サーバー型はネットワーク型へと移行してきています。小国でもこのネットワーク型のあんしんネットワークを作る事により、小国全体の医療介護に統一感が生まれ、不足しているものを共有できる様になっています。

ネットワークの利点は、小さいネットワークを繋ぐことにより、大きなネットワークになっていくということ。

小国のネットワークの様なものが、熊本県全域ににできつつあり、これをさらに大きなネットワークでつなぎ連携するという、フラクタルなポリエージェントシステムというらしいですが、そのような事が、次に起ころうとしています。

熊本県へき地医療医師の会という会があり、11月には、へき地医療の病院開設者が小国に集い、研修会を行う事になっています。



地域医療は、ある切り口では、時代の最先端であり、都会と同じやり方をしていると、どんどん淘汰されていくという時代が既に来ています。地域医療にアイデンティティが求められ、地域の強みを活かした、地域らしい医療が必要です。

そのためには、小さいからこそ出来ることを大切に、そして、得意分野は地域で完結させ、不得意分野は連携で解決するというアプローチをすることにより、地域住民に誇れる地域医療が成立すると考えています。

まとめ

- → 小国の強みである人と人のつながりをうまく活用した、 地方独自の地域包括ケアシステムの構築を試みている。
- 都市部とは異なる、地域の特性を活かした、ケアシステムを構築することで、地域医療の存在意義が明らかになる。
- 地域で構築したシステムは、日本の20年先を先取りしたものになる可能性がある
- 小さな単位で構築したシステムを連携し、組み合わせる事により、より大きなシステムを作るという戦略を地方から取っていくことが必要である。