

住民の立場に立った 保健・福祉・医療の連携

〔奈井江町の健康と福祉のまちづくり〕



札幌と旭川のちょうど中間に位置する空知郡奈井江町。

これまで奈井江町では、自治体初の老人保健施設の整備、福祉をテーマとした国際交流、町立病院を町内の開業医に開放する病診連携^{※1}、さらに介護保険導入に当たって、近隣市町^{※2}といち早く空知中部広域

連合を設置するなど、健康と福祉のまちづくりを進めてきたまちとして知られています。

これらの取り組みは、1980年代後半に町長に就任した北良治氏のリーダーシップによって実現されてきたといえるでしょう。

そこで、今回は北町長に健康と福祉のまちづくりを積極的に進めてきた、その思いをお聞きするとともに、これまでの奈井江町の取り組みについてご紹介していきます。

健康と福祉のまちづくりの経験を生かし、医療問題や市町村合併などさまざまな分野で、各種の委員を務める奈井江町の北町長。



自らの経験がまちづくりの原点に

奈井江町は砂川町（現砂川市）から'44年に分村し、'50年に町制が施行された開基60年ほどのまちです。'72年、まちに最後に残った炭鉱で爆発事故が起き、翌年閉山。'60年には人口が最高の18,458人に達しましたが、現在は過疎化が進み、約7千人となっています。

北良治町長は、'75年に町議会議員に就任し、副議長、議長を務めてきましたが、'86年の議員3期目の任期途中で町長選に出馬し、当選。現在で5期目を迎えています。

「町長に就任して、まず取り組んだのが、老人保健施設『健寿苑』の建設でした。

私が健康と福祉のまちづくりを掲げてきた原点には、母の存在が大きいのです。私の母は、あまり体が丈夫ではなく、ある時、高い所から落ちて頭を打ってしまったのです。それからは認知症の症状が現れるようになり、夜にははいかいしたり、わけの分からないことをいうようになってしまいました。私は仕事がありますし、家内の負担も大きいので、町内の病院に入院させることにしました。しかし、病室が8人部屋だったので、同室の患者さんに迷惑をかけるようになってしまい、どうしようもなくなって札幌の病院に転院させることにしたのです。

ある時、母を札幌まで見舞いに行くと、驚いたことに母は手足を縛られていました。そして、私の顔を見るなり、『どうして私をこんなところに入れたのか』と深刻な表情で訴えてきました。その時、私は全身の血が逆流するような思いで、どうしてこんなところに入院させてしまったのかと深く反省しました。医者と相談の上、しばらくして母を連れて戻ったのですが、これがまた大変でした。町内には母を受け入れてくれる施設がありません。もちろん当時は在宅サービスも

※2 広域連合

都道府県や市町村の区域を越えて設立できる広域行政機構のことで、'95年6月から施行された制度によって設立が可能となった。広域連合議会および連合長は構成自治体の有権者による直接選挙が構成自治体の議会の選挙で選出する。また、自治体と同様に広域連合の住民に直接請求の権利を認めている。ゴミ処理や消防などの分野で導入されている一部事務組合よりも独自性の高い行政運営が可能といわれている。

※1 病診連携

かかりつけ医がいる開業医院（診療所）と、病院との連携。

ありません。そうこうしているうちに、母は亡くなってしまいました。

それからしばらくして、私は町長選に出馬することになりました。急なことだったので、公約なんて考えていませんでしたが、その時に母との思い出がよみがえってきました。これから高齢化時代を迎える。みんな私と同じような経験をするだろう。だから福祉の充実が最も重要だと。そして、もう一つ考えたことは住民の信頼を回復していこうということでした。この2点を訴えて、住民の支持を受けることができました。

町長就任後、とにかくその2点を実現していこうと、最初に取り組んだのが健寿苑です。

当時、老人施設等は地域住民と少し離れた地域に立地しているものがほとんどでしたが、北町長は「子どもの姿を見るだけで母が元気になった」という自らの経験から、できるだけ街の中に、そして「保健・福祉・医療の連携を」という思いから、奈井江町立国民健康保険病院に併設する形を取りました。施設内は明るく、廊下も広くゆったりとした空間とするなど、今では当たり前のことですが、利用する側の立場に立った配慮のなされた施設でした。



町役場前に掲げられた「健康と福祉のまち宣言」。

多くを学んだフィンランドとの国際交流

健寿苑完成の翌'89年、町立国保病院の老朽化に伴って、町では今後の地域医療を広く検討するために「地域医療懇話会」を設置し、地元開業医や議員も一緒になって検討が進められました。また、同年には国による高齢者保健福祉推進10カ年計画（ゴールドプラン）が策定されたこともあり、奈井江町でも将来を見据えたまちづくりを目指していこうと検討が始まります。'90年の国勢調査では、全国と全道の平均高齢化率が共に12.0%であるのに対し、奈井江町では17.1%とやや高く、超高齢化の時代が来ることが予測されました。そこで、高齢化に対応したまちづくりの必要性が強く認識されたのです。

多面的に高齢化福祉を見据えていこうと、次に取り組んだのが国際交流でした。町では、'93年に「高齢者・障害者にやさしい町づくりのための国際交流計画」を策定しました。

「保健・福祉・医療の連携は頭の中にあっただけですが、もっといろいろと勉強してみたいと思うようになって、ある時、当時の厚生省の方に私の思いを申し上げたら『日本はこれからヨーロッパ型の高齢者対策、福祉の推進が必要だ。施設を建てるだけでなく、本当の意味の福祉に取り組むべきだ』と賛同をいただきました。そこで、互いに学びあえるような交流先を紹介してほしいと依頼したところ、フィンランドのハウスヤルビ町を紹介いただいて、それから視察団や研修職員の派遣など、交流が始まりました」。

ハウスヤルビ町は、首都ヘルシンキから北へ約85km、農業と製造業が中心の町で、面積は奈井江町の約4倍ですが、人口は約8千人。この町と'95年に友好都市の提携を結び、これまで毎年交流を行っています。当初から町民・議会・行政の三者が同じ視点に立ったまちづくりを進めていこうと、派遣団も三



国保病院に併設された「健寿苑」が奈井江町のまちづくりのスタートだった。

者で構成してきました。その結果、さまざまなまちづくり施策を進めていく上でも、住民の理解が得やすい環境づくりが整ってきたといえます。

「フィンランドで学んだことは、福祉に重要なことは“自立”ということでした。少し高いところにある物を取る時は、日本だとだれかが取ってあげるでしょう。でも、フィンランドでは、隣で頑張ると応援するだけ。自力で取ってもらうことが重要で、ハードではなくソフトの福祉なのです。これが本当の福祉なのだと思います。

また、フィンランドでは福祉施設と病院が一体になっていました。やはり、医療と福祉の連携、それに保健を合わせていくことは間違っていないと確信しました。保健・福祉・医療が充実すると地域が安定します。住民にとって住みやすいまちになりますから、そこに産業も根付きます。

町内には工業団地があり、そこに住友電気工業(株)が全額出資した北海道住電精密(株)が立地しています。かなりの投資と雇用拡大を図っていただいております。町にとっても大きな柱になりました。住友電工の4代目社長からは『保健・福祉・医療がしっかりしているので、社員と家族が安心して住める。会社を大きくしても安心だ』とうれしいお言葉をいただきました。これまでやってきたことは間違いではなかったと思いました。

保健・福祉・医療は、まちづくりの基盤です。それには“自立”が求められます。行政も、住民も、地域も自立しなければなりません。そのための原点は人づくりです。歳をとっても、病気になっても、自立の気持ちを持ち続けることが私の理想です」。

ハウスヤルビ町との友好都市提携前年の'94年、奈井江町は開町50年式典にて「健康と福祉のまち宣言」を行い、奈井江町のまちづくりの方向性が明確に打ち出されました。以来、奈井江町では、健康と福祉・医療に関するさまざまな先進的な取り組みを進め、全



病診連携の拠点、奈井江町の国保病院（外観と受付の様子）。

国的に注目される存在になっています。

例えば、健寿苑では、いち早くデイケアサービスに取り組み、フィンランドで学んだことを生かして自立を助けるための計画、現在のケアプランのモデルとなるものを導入。介護保険制度を構築する上での貴重なモデルとなったのです。

地元開業医の発案で病診連携開放型共同利用病院に

町では'89年から町立国保病院の老朽化に伴って地域医療懇話会を設置し、今後の地域医療についての検討が進められていました。改築に伴って住民の声を聞いたところ、病院の存続を強く求める声が多く、これを尊重する形で議論が進められました。懇話会では、地元開業医も一緒になって検討していただいたことから、病診連携のアイデアが出されました。地元開業医で、北海道医師会の常任理事も務められた方波見康雄かたばみやすお氏の発案でした。

そして、町立国保病院は、'95年に全面改築され、病診連携開放型共同利用病院として位置付けられました。これは、96ある病床のうち12床を開業医に開放するほか、病院内にあるCTスキャンやエコーなどの高度医療機器・病院検査施設を開業医と共同利用するというものです。検査施設の生化学分析等については、町立国保病院の職員が検体の受け取りと返却で、開業医院と町立国保病院を毎日2往復しています。昨年の実績では、病床利用は1日平均10.1人とほぼ満床で、CTスキャンの利用は延べ20件、検査施設の利用は7,517件となっています。



国保病院内には、地元開業医が利用できる「地域医療連携室」がある。

開業医に開放された病床に入院する患者の主治医はそのまま開業医が担当し、町立国保病院の医師は副主治医となります。主治医は回診にも対応してくれるので、町内にある二つの診療所の医師が町立病院に通ってきてくれるのです。

病診連携が導入できた背景には、地元開業医の前向きな姿勢がありました。入院となると、患者はどうしても大きな病院となって、砂川や美唄などの病院に行ってしまう傾向があります。しかし、開業医としてはこれまで診てきた患者ですから、目が届かない入院中の診療は気がかりでもあります。退院後も入院していた病院に通院してしまうというジレンマもあったのです。

こうした経験から、率先して病診連携を進めていきたいと考えていたようです。導入前には、空知医師会の理解を得ることに時間がかかったそうですが、事前に方波見氏が医師会に根回しをしてくれたこと、行政が主導したのではなく、開業医側が希望していることなどが伝わって、理解を得ることができました。

現在、開業医と町立病院の医師間で意思疎通が図られ、情報伝達の徹底などで、良好な病診連携が確立されています。病診連携を導入しても、開業医と受入病院の関係がぎくしゃくしてしまえば立ち消えになってしまう心配もありましたが、開業医側が積極的に病診連携を進めていく姿勢が現在の成功につながっています。

さらに、病診連携だけでなく、福祉施設との連携で、かかりつけ医制度も導入しています。健寿苑のほか、'96年に完成した老人総合福祉施設「やすらぎの家」の特別養護老人ホームの入所者も従来から診て

いた医師が診療を担当するもので、医療に対する安心感を与えています。

介護保険制度導入に向けて広域連合を設置

'96年、奈井江町は健寿苑でのケアプラン導入が評価され、浦臼町と共同で公的介護保険モデル事業地区に指定されます。浦臼町が無医地区になったことで、奈井江町の病診連携やかかりつけ医制度を開放、医療面での連携を進めていたことから、2町で進めることになったのです。同年には公的介護保険 IC カード導入開発モデル地区にも指定されます。

浦臼町と共同で進めたモデル事業が、介護保険制度導入に向けた広域連合設置の原点となりました。

「介護保険が導入されても医師がいないと要介護認定の審査ができないと、浦臼町長に相談を受けたことがあり、それなら連携して一緒にやろうということになりました。このことを方波見先生にお話したら積極的に支援してくれました。病診連携に率先して取り組んでくれた方ですから、その時の経験なのでしょう。実験的に始めてみたら、『小さなまちは人材が少ないけれど、それを重ね合わせることは素晴らしいことだ』と強く後押ししてくれました。

モデル事業翌年の中空知地区の町長会議ではほかの町がうちと浦臼の取り組みに興味を示してくれました。それなら一緒に勉強しましょうということで、同年に奈井江町、浦臼町、新十津川町、上砂川町、雨竜町の中空知5町で介護保険の共同研究を進めようということになり、翌年には5町に加えて歌志内市が加わった1市5町で『空知中部広域連合』^{※3}を設立することになったのです。

当初、職員たちは連携といっても、介護認定審査だけを共同で行うのだろうと考えていたそうです。ところが、介護保険は実績がない新しい制度ですから、せつかくやるのであれば保険者として取り組んでいけ



老人総合福祉施設「やすらぎの家」には特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービスセンターの機能がある。高齢や障害で生活に不安のある高齢者の単身者か夫婦2人が生活できる高齢者生活福祉センター「ひだまり」も隣接。



※3 空知中部広域連合

歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町の1市5町で'98年7月に設立。連合長は北奈井江町長で、職員は各市町からの出向職員を中心に現在22名（うち臨時職員7名）で構成されている。

ないのかと構想が膨らんでいきました。

そこで大きな問題となったのが、介護保険料です。各市町別に試算した介護保険料は大きな開きがあったのです。とはいえ、認定だけが一緒で、サービスも料金もまちまちとなれば、サービスを受ける住民も納得がいかないでしょう。介護保険料の平準化をどのように図っていくかが課題となりました。

「いろいろ検討をした結果、やはり政策的な支援をいただきたいと思って、当時の厚生省や自治省に事情をお話ししましたら、広域連合で進めることを評価してくれ、また交付金などの政策的な支援を検討してくれたのです」。

当時は広域連合に馴染みがなく、一部事務組合方式も検討したものの、介護という住民が直接受けるサービスにかかわるものであることから、直接請求ができ、権限委譲も可能で、規約改正も自らできる広域連合方式を取るということで1市5町が合意、北海道への申請、許可とトントン拍子に話が進みました。

介護保険における広域連合の設置は全国で初めてで、このことを高く評価した厚生省は全国へ情報を発信、他府県でも多くの介護保険を所掌する広域連合が生まれています。

また、広域で取り組むことは別の面での利点もありました。

「連携することで認定制度に透明性が出てきます。クローズでやってしまうと、かかりつけ医になっている先生だから認定度合いを高く設定したと思われがちですが、いろいろな医師がかかわることで公平さが分かるわけです」。

結局、空知中部広域連合を設立したことで、認定調査の平準化と認定審査の公平性、介護保険料の平準化、行財政の効率化が図られることになり、加えて、「広域連合という共同の形で取り組むことで各市町間の壁を取り払い、いろいろな面で協調性が出

てきたように思います」と、北町長はその成果を振り返ります。

国民健康保険と老人保健も広域連合で

介護保険を広域連合でやっていこうという話が決まったころには、国民健康保険も広域連合でできるのではないかという話が進んでいました。しかし、介護保険とは違ってこれまでの実績があります。そこで、広域連合を設立した翌年4月から奈井江町と浦臼町で、まずパイロット事業（広域国保事業）として実証実験をすることになりました。2町での実験結果は保険料にも大きな差がなく、広域運用も可能という結果になりましたが、残りの1市3町に広げていくには反発がありました。すでに他市町の保険料や保険給付費の実績を知っている住民や議員から保険料が高くなるのではという懸念が寄せられたのです。

しかし、翌年には雨竜町が保険給付費を自賄いとし、事務のみを広域連合で受け持つという枠組みで加入することが決まりました。その際、各市町の国民健康保険担当係では老人保健事業も担当していたことから、事務の効率化や財政効果を上げるためには老人保健事業についても広域連合で実施することが望ましいということになり、この時点で3町は医療に限った老人保健事業を広域連合で行うことになりました。

また、国は国民健康保険の広域化に関連して国保保険者広域化支援の補助金を新設していたのですが、これが'02年度から貸付制度へ移行することとなり、前年度中に残りの1市2町も国民健康保険に加入することが決定。この補助金を保険料格差の調整資金として活用する方式で、1市5町の国民健康保険事業の広域化が実現しました。同時に、老人保健に関しても広域化が実現され、'01年に広域連合による介護保険・国民健康保険・老人保健（医療等に限る）

の3事業実施がスタートすることになりました。それぞれのまちの思惑がある中で、広域連合という難しい組織を束ねていくことは非常に難しいもので、加えて実績のある国民健康保険事業を組み込んでいくには厳しい場面もあったはず。

「北海道はフロンティア精神がありますが、歴史が浅いこともあってか、まちを作ってきたのは自分たちだという誇りがあるのです。それが連携を生む土壌を薄めているというか、隣のまちとの絆を築きにくくしているのだと思います。それでも、各町が納得して、協調精神のもとでここまで発展できたことは素晴らしいことだと思っています。小さなまちでも連携し合ってやっていけるという実績を作り上げたと思っています」。

退職者医療の国庫負担が全額市町村負担になるなど、医療制度が大きく変化したことから保険料の平準化が難しくなり、昨年から国民健康保険については事務のみを広域連合で行う自賄い方式に逆行しているという残念な状況ですが、「長期的な視点に立って、事業の一本化を目指して検討していきたい」と空知中部広域連合の堀則文事務局長はいいます。

また、広域連合では行財政改革、地方分権、道州制議論の流れの中で、北海道に対して権限委譲の要望を出し、'02年には「居宅サービス事業者の訪問介護、訪問入浴、通所介護と居宅介護支援事業者」の指定、変更届の受理、事業者に対する運営指導等の権限が委譲されています。現在も介護保険に関する可能な限りの権限委譲について要望しており、現場の声を積極的に北海道のみならず国に対しても発しています。

広域連合の設立によって、介護認定の公平性や介護調査の平準化（統一化）、行財政スリム化による行政コストの削減などのほか、市町間の情報共有化による行政のレベルアップやサービスの広域化による格差是正とサービスの幅が広がるなど、広域連合による

メリットが見られており、空知中部広域連合の存在は、これからの行政運営を考える貴重な体験として誇れるものになっています。

先進的なモデル事業地区として

奈井江町では、'96年に介護保険モデル事業地区に指定された後も、全国的先進地として'01年に「介護予防筋力増進運動指導モデル事業」（全国で4カ所）、'03年に「地域における包括的な保健・医療に関するモデル事業」（全国3カ所）、'04年に「介護保険制度改正に向けた介護予防モデル事業（要支援から要介護1までを対象とした筋力トレーニング事業）」など、介護関連のさまざまなモデル事業地区として先進的な事業に取り組んでいます。中でも、今年度まで3カ年の計画で進められている「地域における包括的な保健・医療に関するモデル事業」は、病診連携が評価されたもので、これまで行ってきた開業医への病床開放や高度医療機器の共同利用のほか、モデル事業となったことで新しく医科医師と歯科医師との間で診療情報を共有するシステムづくりや地域医療を充実するための^{*4}クリニカルパス作成に向けての検証などが行われています。

多くのモデル事業を経験することで、事業そのものの効果が上がるだけでなく、職員のレベルアップや模索していた取り組みを実験できるなどの効果も現れています。モデル事業地区に指定されたことで、今まで病院にあまり縁のなかった若い世代の住民が「奈井江町で病診連携をやっている」という認知拡大にもつながったといえます。

これまでの取り組みが花開き、相乗効果となって、今さまざまな成果が見られています。

保健・福祉・医療の充実が北海道を創る

「介護保険導入に当たっては、多くの市町村が不

※4 クリニカルパス

主に入院時に患者さんに手渡される診療スケジュール表のことを指す。病気を治す上で必要な治療・検査やケアなどをタテ軸に、時間軸（日付）をヨコ軸に取り作る。アメリカで始まったシステムで、日本には'90年代半ばに導入された。担当医師によって診療方針が違う場合もあるが、それを各病院で標準化することが必要となる。検査や手術、退院の時期などが患者に分かり、入院生活の不安解消につながる。医療スタッフにとっても、チームとしての医療サービスがスムーズに提供できるようになり、患者と医療スタッフ両者のための羅針盤の役割を果たす。

安を持っていたようですが、私は市町村が運営することに信念を持っていました。それは現場が責任を持たなければ駄目だということです。国民年金保険料だって、'02年から徴収業務が市町村から国に移管されるようになって徴収率がぐんと下がりました。市町村の職員は現場を駆け回っていますから、だれがいつ家にいるのか、家族のだれに言えばいいのか分かっています。国がやるから責任がなくなって楽になるかもしれませんが、現場に任せて地域の実態に合わせて進めなければ駄目です。

一昨年奈井江町では、市町村合併問題について住民投票を行い、当面合併をしない選択をしました。

それは同時に、自らの責任において改革を進めることを意味します。

現在奈井江町には520戸の公営住宅がありますが、前年度分の家賃収納率100%を達成することができました。やはり自立意識が大切なのです。

北海道の行財政改革も同じです。今、北海道では道州制や市町村合併など、いろいろな議論が巻き起こっていますが、道改革、支庁改革、市町村再編など、これらを同時に進めるべきです。北海道が本気でやる気になれば、市町村だって真剣になります。

北海道の地方は医師不足で大変です。名義貸して逮捕者まで出しています。'04年に新しく新医師臨床研修制度が導入されたことで、将来的にはその成果が出てくるでしょうが、当面はまだ困っています。制度の導入で、ユニークな取り組みをしているような病院に目が向くようになるなど、よい成果も見られていますが、逆に医師を派遣していた大学で人材が不足して、引き揚げてしまうという問題も出ています。将来的には、自治体病院のあり方そのものを変えていく必要があると考えています。

全道にもれなく医師を派遣することはそう簡単ではありません。したがって、拠点病院を作って機能分

化し、みんなで地域医療を支えていくような仕組みが必要です。モデルになる地域は今のところありませんが、近い将来、この地域がそのモデルになることを考えています。病診連携を発展させて、病病連携を進め、協力し合って役割分担し、機能させていくことが大切です。医療分野も重点化、集中化です。そして高度医療、救急医療がどこにいても完遂できるようにしていくことがこれからの病院体制で重要なことでしょう。北海道もそこに切り込んで北海道の地域医療を考えるべきです。

また、市町村合併のあり方もやはり地域医療を中心にしたものになっていかなければならないと思っています。単に生活圏が一緒だからということではなく、まず医療圏をどう構築していくかを考えて、その中で住民が安心して住める地域を住民が納得する形で構築していくことが大切です。

北海道は保健・福祉・医療に関して、国にとっても貴重な地域です。四季があり、自然の中で生活でき、安心して安全な食料もたくさん生産されています。そういうところに優れた医療ゾーンがあれば、その周辺に優れた医療研究産業とサービスが根付くでしょう。保健・福祉・医療だけでなく、もっと広い意味で食をはじめとする地域包括システムをこの北海道で創り上げていくことが私の夢です」。

地域づくりや市町村合併などの行財政改革を考えていく上でも、地域医療をどう構築していくかは大きなテーマです。地域医療を住民が納得する形で実現するには、地域のトップがビジョンを持ち、医療関係者と連携し、現場の声を広く発信しながら取り組んでいくことが重要といえるでしょう。奈井江町の経験はそのことを語っています。