

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

Editorial

井階友貴¹

日本は医療の専門性を高めることで世界的な医療先進国になったが、総合診療分野に関しては後進国である。世界に類を見ない高齢化、今後見込まれる医療需要の爆発的増加、人口減少や社会格差の進行などにより、総合診療医の役割が注目されるようになり、ようやくその育成も国を挙げて始まった。その効果・意義については、今後の調査が待たれるところであるが、既に先進的な取り組みを展開している総合診療医のはたらきについて、その取り組みの詳細およびエッセンスを広く共有することは、育成の過程をより意義のあるものにするために非常に重要である。

また同時に、将来総合診療医の役割や総合診療医育成の効果・意義について、さまざまな根拠が十分に蓄積されたとしても、日本全国地域ごとに、医療資源、人口構成、人口密度、地域性など、諸々の条件が異なるのは明白であり、地域にとってふさわしい医療を提供すべき総合診療医の目指す姿や取り組みが、全国一律にマニュアル化・ガイドライン化さ

れたとしても、それだけに頼ることは正解でないと想像される。そんな折に重要になるのも、全国の取り組みを広く集積し、そこから総合診療医のコンピテンシーを紡いで共有することであると考える。

本事例集は、全国各地の総合診療医による先駆的な病院、在宅／診療所、地域連携、教育、研究の取り組みについて、その取り組みの背景と導入経緯から、取り組みの成果や今後の展開までを詳細に示したうえで、考察として、総合診療医としての専門性、総合診療医によるタスクシフティング、医療や社会に与えるインパクト、他の地域での応用可能性についてまとめあげたものである。本事例集こそ上記2つの目的にかなったものであり、今後このような事例が益々集積され、更新・共有されるようなシステムが発展・継続することを願ってやまない。

最後に、日々の忙しい総合診療医としての業務の中で、貴重な時間を割いて事例を提供いただいた先生方に深く感謝の意を表します。

1. 福井大学 医学部 地域プライマリケア講座

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

過疎高齢化が進む奈良県南部の医療再編において
総合診療医が果たした役割とインパクト明石陽介¹ 松本昌美¹

要旨

過疎高齢化が進む南和医療圏では医療機能が低下し地域の医療ニーズに応えることが困難な状況にあった。そこで我々は平成25年4月に五條病院において総合診療を実践する総合内科を立ち上げ、地域医療再生への取り組みを開始した。(1)総合内科体制構築、(2)副直制度導入、(3)救急受け入れ医師の負担軽減の工夫、(4)臨床指標の掲示、(5)在宅医療支援室立ち上げ、(6)救急消防機関との連携などの取り組みにより、救急医療機能の向上や臓器別専門医の負担軽減や専門性の発揮、在宅医療の推進、地域に求められる病院機能の発展につながった。また病院運営にも大きく貢献しえた。ただ外科系診療機能の向上や地域全体の受け入れ能力の改善には限界もあり、平成28年4月に開始された公立3病院の統合再編による新体制に大きな期待が寄せられた。新体制においても総合内科は地域の医療ニーズに基づき業務の選択と集中を行ない、地域医療再生の取り組みを推進している。

①取り組みの背景

奈良県南西部の1市3町8村から成る南和医療圏は、吉野大峯の山々を始めとする山間へき地を抱え、奈良県の面積の64%と広大なエリアを占めている。しかし人口は県全体の5.5%にすぎず、高齢化率も平成27年時点で36.6%と高く、過疎化と高齢化が特徴の地域である。当時この地域には県立五條病院（五條市；160床）、町立大淀病院（大淀町；155床）、国保吉野病院（吉野町；98床）と3つの公立病院が存在したが、いずれも急性期を担い、医療資源は分散し、医師看護師の減少や診療科の縮小などに伴って医療機能が徐々に低下していた。その結果、地域の救急搬送は3病院で全体の半数以下しか受け入れることが出来ず、回復期・慢性期を含めると、この医療圏の患者の約6割が他の医療圏に流出していた。平成18年には町立大淀病院に入院していた妊婦が脳出血を起こし、より充実した医療機関への転院を試みるも19の病院で断られて死亡するという事件が起こった。この搬送困難事例を契機に

南和医療圏の医療体制を見直す機運は一気に高まり、南和公立3病院の機能再編の議論が始まった。

②導入の経緯

奈良県と12の自治体による公立3病院の統合再編の取り組みは地域の医療再生への大きな処方箋になるものと期待されたが、高齢者を中心として増加する目の前の患者への対応や、地域医療再生への期待は切羽詰まった状態であり、一刻も早い対応が必要とされていた。また、地域の「今」の医療を支えることを諦めた状態で基幹3病院が単純に統合再編するだけでは、新病院を実際に運用する医師や看護師を始めとする職員が救急医療への対応や地域を支える医療の展開において、円滑に対応できないことが想定された。医療圏の真の再生には、地域を支える病院および職員自体の「文化が変わる」ことが最も重要であり、安易な医師招聘などの案は、「医療再生は誰かが来てやってくれるもの」という考えに繋がり、むしろ良い方略とは言えないと考えられた。そこで県立五條病院において、平成24年4月から従来のスタッフの中で組織改編し指導医2名、

1. 南奈良総合医療センター 総合内科／在宅医療支援センター／へき地医療支援センター

卒後3年目の若手医師1名で総合内科体制を意図し活動を開始し、平成25年4月に総合内科を立ち上げ、地域医療の再編・再生への取り組みを開始した。筆者は奈良県立医科大学から消化器病専門医、消化器内視鏡専門医として赴任していたが、南和のへき地診療所で5年にわたる総合診療の経験があり、南和地域の医療ニーズを深く知っていたため、総合診療を実践する総合内科の中核スタッフに任命された。任務遂行にあたり、地域の公立基幹病院であること、基本的に全診療科が地元医大からの派遣医師であること、病院が中規模であることなどから、市立福知山市民病院総合内科の取り組みが当院の新体制構築に大きなヒントを与えてくれると考え、香川恵造院長に同院での数日間の研修を依頼した。福知山での取り組みを川島篤志先生にご教授いただき、意見交換する中であらためて総合内科体制が地域医療再生の一助になると思われた。

③事例の詳細、④成果

奈良県立五條病院はへき地医療拠点病院、災害拠点病院に指定されていた地域の公立基幹病院であった。病床は160床（急性期DPC125床、障害者等35床）、常勤医師が24人と比較的規模の小さな病院であった。同院は自治医科大学卒業医師のへき地診療所赴任前の研修病院として卒後3年目の若手医師の受け入れを年間1-3名行っていたが、彼らは従来は内科に所属し担当症例毎に各指導医の個別の指導を受け診療を行っていた。内科の常勤医師は原則として全て奈良県立医科大学消化器内分分泌代謝内科学講座からの派遣であり、消化器病専門医、消化器内視鏡専門医が中心であった。外科系医師についても複数の消化器外科医が大学から派遣されていたため、病院スタッフの特色を生かすべく平成20年からは、消化器病センターを設置し、南和地域の消化器疾患において吐下血や黄疸などの緊急事案も含め大きな役割を果たした。一方、他の臓器疾患に関しては一般内科として可能な範囲での受け入れにとどまっていた。また、内科系当直は1名体制であり、救急受け入れは臓器別専門医であるスタッフに大きな負担となっていた。特に救急現場は疾患が多岐にわたり時間的な猶予の無い中で専門的判断を迫られることも多く、安全安心な医療の観点から自院でどのような疾患でも受け入れようとする事自体の是非が議論になることもあり一層の地域救急医療機能の低下の可能性をも秘めていた。また、入院診療においても、従来から慣習として単独主治医制を

敷いており、救急受け入れを行なった医師がそのまま主治医として“責任をもって”継続して病棟での治療を担当することとなっていた。そのため、病棟患者の急変や家族説明の必要性などがあれば、救急担当にあたっている時間帯であっても、救急受け入れをストップせざるをえない状況であった。救急において非専門領域の重症患者を入院させたり、複数の緊急入院をさせた際には、担当医の心理的・肉体的負担は大きいものとなり、次の救急受け入れの意欲が減少する負のサイクルに陥っていた。この状況を改善すべく、我々は総合内科の立ち上げを契機に、救急事案を中心として病院運営上の様々な取り組みを行なった。

【検証1】限られた医療資源のへき地の自治体病院において、地域の救急医療機能向上のために行なった総合内科の立ち上げを含む6つの取り組みとその効果について検証した。【取り組み】(1)総合内科体制：多くの愁訴や多臓器に疾病を抱える高齢者や、高齢者を中心とした救急患者への対応を主として、従来の内科の枠組みを改変して平成25年4月よりへき地医療などで豊富な臨床経験を持つ指導医3名とレジデント4名で総合診療を実践する総合内科体制を開始した。総合内科はチーム診療制を導入し、屋根瓦式の指導体制を構築したため、重症入院患者の対応も従来に比し容易となった。また、これまで臓器別専門医が大きな負担に感じていた平日日勤帯の「内科系の初診外来」と「救急外来」を総合内科が全て担当した。(2)副直制度：総合内科体制を構築したといっても、あくまで平日日勤帯のことであり、休日や夜間の当直体制の改革も急務であると考えられた。1年を通して時間外を全て複数医師体制にすることが本来望ましいと思われたが、当直回数増加による医師負担や、病院の人件費増加など多くの問題点が見受けられ現状では困難と判断した。その頃に洛和会丸太町病院の二宮清院長および総合内科の上田剛士先生に数日間の研修を快諾いただいた。総合内科の取り組みについて新たに様々なヒントや刺激を得て、南和の医療事情に適した救急受け入れの改善策を検討した。その結果、南和地域の救急事案の多くが22:00までに偏っており、深夜帯(22:00-5:00)になると都市部の救急とは異なり極端にニーズが減少するという特徴があったため、医師の負担も考慮し、平日夜間は主として若手医師が担当し、救急診療の需要が多い準夜帯(17:15~21:15)には指導医(副直医)を重ねて配置し部分的

に複数医師体制とする副直制度を導入した。深夜帯は当該指導医がオンコールとなることで夜間の困難症例の当直医師からの相談先や責任体制が明確になり、若手医師からの支持も得られた。また休日には地域の医療ニーズが大きいと考えられたため、指導医と若手医師の終日2人体制とし救急機能の向上を図るとともに教育・研修にも十分配慮した。(3) 救急受け入れ医師の負担軽減：救急受け入れを行なった医師が原則として入院主治医を継続するという慣例を改め、当直明けの平日日勤帯の朝に、医師の負担の偏りや専門性に配慮して、増加した救急入院患者の適切な振り分けを徹底し救急受け入れ医師の負担軽減を図った。また平日午後の救急搬送受け入れに関して、受け入れ医師の1回あたりの担当枠が12:00から17:15であったのを、①12:00-15:00、②15:00-17:15に分け、受け入れ担当医師を交代させた。医師は短い時間の救急当番は増加するが“負担感”の軽減などに繋がり、複数の救急車受け入れに対応しやすくなり医師の増員によらない非常に有効な手法となった。(4) 臨床指標の掲示：現場スタッフが十分に知り得なかった新入院・救急搬送受け入れ件数、病床稼働率などの指標を連日医局などに掲示し、活動内容と成果の「見える化」を図り、日々の会話の中で救急医療の話題が増えるように、また成果が実感できるようにスタッフの救急医療への意識の向上に努めた。(5) 在宅医療支援室：過疎高齢化の進む広大な南和地域では、在宅医療体制が充分ではなかったこともあり、医療やケアを必要とする高齢者が最期まで自宅で過ごすことが困難な状況があった。そこで地域の医師会とも十分に相談の上、在宅医療支援室を開設し、住み慣れた自宅で最期まで自分らしく過ごせるように、癌の末期など医療ニーズの高い患者を中心に訪問診療を開始した。実績を重ねる中で、結果的に救急受け入れなどで増加する入院患者のスムーズな退院調整や地域連携にも大きく貢献することとなった。(6) 救急消防機関との連携：これまで病院サイドは救急受け入れを断ることも多く、救急消防機関も受け入れをしてもらうため病状を過少に申告することが見受けられるなどお互いの信頼関係は崩れていた。総合内科の立ち上げ、およびそれに伴う救急受け入れの向上やその体制についての検討において関係の再構築に着手した。特に総合内科医師が発足メンバーとなった災害拠点病院としてのDMAT創設を契機に、相互訓練や大規模な研修会を開催。お互いの信頼関係の醸成を行なった。また病院及び救急消防メンバーとの大

規模合同懇親会を開催するなど「顔の見える関係」の構築に努めた。

【結果】常勤医師数は平成16年をピークに減少し、救急受け入れも減少の一途であったが、救急搬送受け入れ件数が平成24年の1020件から1331件と30%増加した。特に当直帯の救急搬送受け入れ件数は712件から976件と37%増加し、当直帯入院患者数も466件から590件と27%増加した(図1-1、1-2)。受け入れ患者の科別の内訳も分析したが、救急受け入れの多くは内科系に偏っており(約85%)、増加の多くも内科系であり、外科系の受け入れは総合内科体制の構築によっても改善はみられなかった(図1-3)。当該消防からの救急要請の断り理由についても分析したが、断る件数自体が年間180件と減少し、その断り理由においても、「ベッド満床」という理由や、救急受け入れ「ストップ中」という明確な理由なく断ることは3件のみと激減した(図1-4)。南和地域全体の救急搬送の受け入れ状況の分析も行なった。南和の救急車出動件数自体は4606件と増加傾向にある中においては、五條病院の救急受け入れ機能の向上の影響は限定的であり、地域全体で捉えれば受け入れ機能の「維持」とどまった(図1-5)。

【結語】限られた医療資源の中で行なった総合内科体

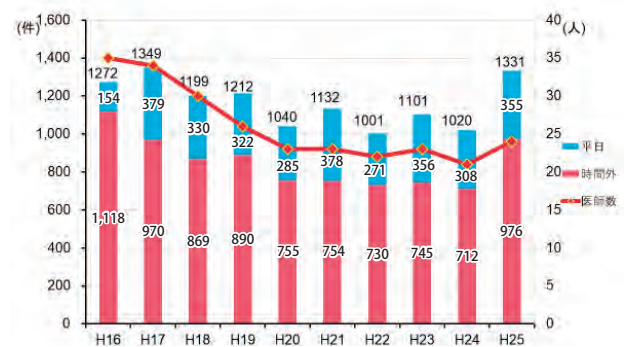


図1-1 救急搬送受け入れと医師数の推移

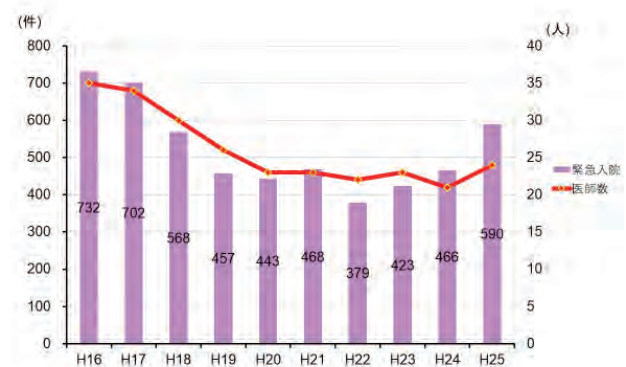


図1-2 当直帯緊急入院と医師数の推移

制や副直制度などの救急医療体制強化の取り組みは救急医療機能向上に有効であることが示唆された。

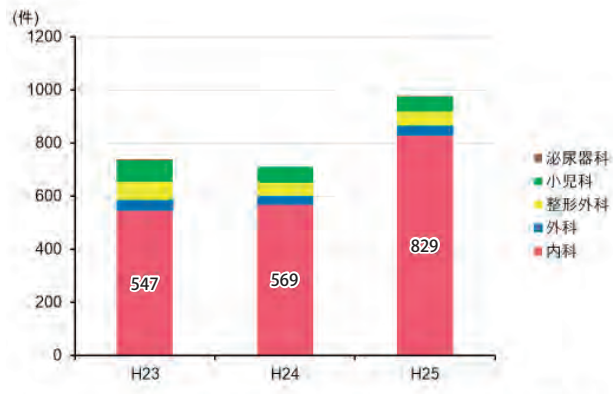


図 1-3 当直帯科別救急搬送受け入れ件数

また救急担当医師や臓器別専門医の負担軽減にも繋がり、相互にメリットのある持続可能な取り組みであると考えられた。また総合診療を実践する総合内科の創設は災害医療活動や在宅医療支援活動、病院の業務改善の文化構築など地域に求められる病院機能の発展向上に大きく貢献する可能性を持つものと考えられた。ただ、総合内科の取り組みには力不足の部分も露見した。この時点では、外科系を含む診療機能の向上には大きく貢献しえず、また地域全体の観点で捉えると、自院の総合内科体制の発展のみで地域を支えることは困難で、併せて進んでいる病院の統合再編の動きは必須であると考えられた。

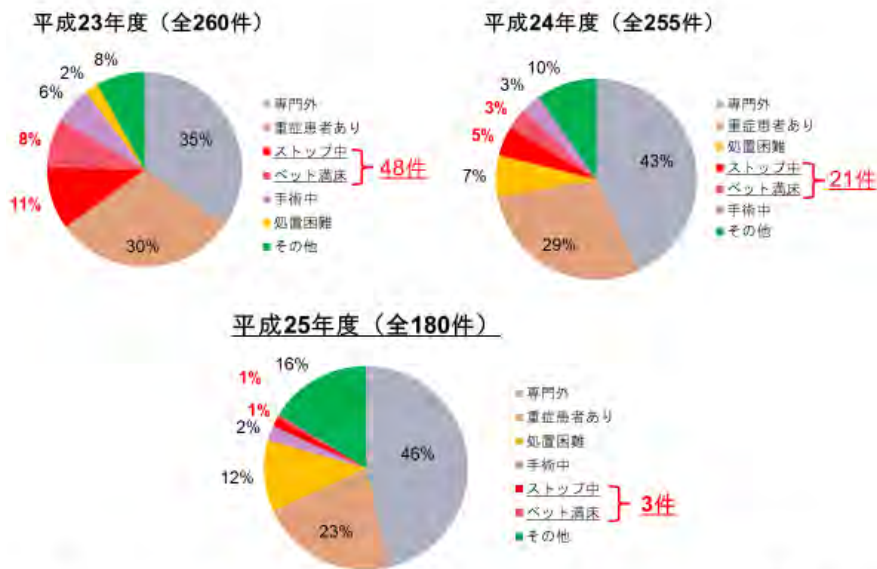


図 1-4 五條消防からの救急要請断り件数と理由

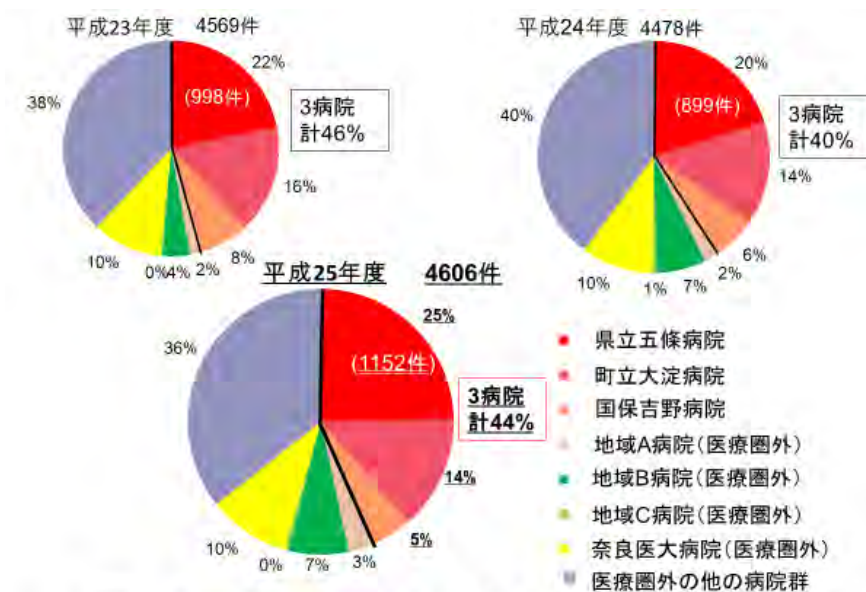


図 1-5 南和地域救急搬送の受け入れ状況

【検証2】高齢化が進む地域における総合内科の立ち上げがもたらす影響は、より広範でインパクトがあるものと考え、地域医療全体や病院経営などに与える影響などについても検討した。

【方法】総合内科は立ち上げ以降、内科系初診、時間外/救急搬送患者診療、入院診療、在宅訪問診療などに業務内容を徐々に拡大した。それら総合内科が担当する入院患者の疾患分類や特徴、救急車搬送件数や緊急入院数、また消化器病センターを有する病院としての医療指標としての消化器内視鏡件数や消化器外科手術件数、在宅訪問診療件数、病床稼働率や診療報酬の変化などについて検討した。

【結果】(1)平成26年度の内科全体の入院患者は1342人であった。そのうち総合内科は488人、消化器内科は868人を担当した。疾患内訳において、消化器疾患は総合内科で19%、消化器内科で52%であった。消化器病センターを有し消化器病専門医が多い当院で、総合内科は多様な疾患を担当することで消化器病専門医の診療負担の軽減および専門性の発揮に貢献した(図2-1)。(2)救急車搬送件数は1503件と、立ち上げ前の平成24年度と比し47%増加した。特に当直帯の搬送が1072件と51%増加し、当直帯入院も713件と54%増加した。当直帯の緊急入院の増加からも当院の取り組みがコンビニ受診を助長しているのではなく中等症以上の救急事案の受け入れ増加に貢献していることが明確となった(図2-2)。(3)上部消化管内視鏡検査は1686件から1887件に増加、下部消化管内視鏡検査は644件から687件に増加した。(4)消化器外科手術の件数は158件から253件と増加し緊急手術の増加も認められた。これらは消化器病専門医が専門性を発揮しやすい体制となったことを示唆している(図2-3)。(5)在宅訪問診療件数と利用者数に関して、癌や神経難病の患者を中心に年間250件の訪問診療をおこなった。地域包括ケアの概念のもとで求められる多様

なニーズに応える体制が整備されることとなった(図2-4)。(6)病床稼働率と医業収益の推移に関して、低迷していた病床稼働率は71%から85%に上昇し、医業収益は入院収益の30%増を中心に全体で約16%増加した(図2-5)。

【結語】総合診療を実践する総合内科の立ち上げにより、多様な地域の医療ニーズに応えることが可能となり、高齢化が進む地域の急性期病院・専門性を活かした消化器病センターとしての医療機能の向上に繋がった。また、それらの取り組みは病院運営にも大きく貢献をしようことが示唆された。

五條病院は、統合再編後に病院改修などで1年間

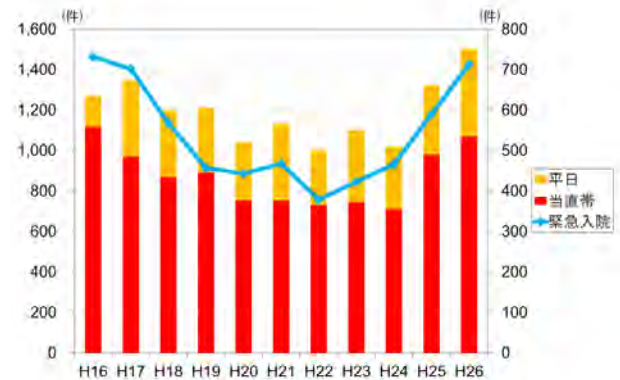


図2-2 救急車受け入れと時間外緊急入院

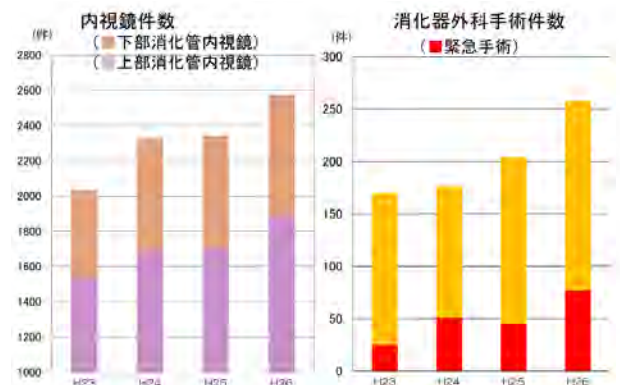


図2-3 内視鏡件数と消化器外科手術件数

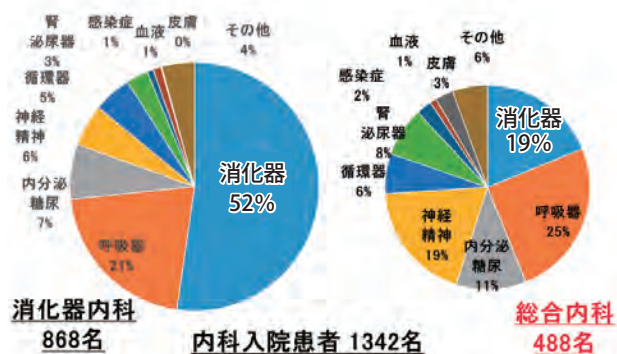


図2-1 内科入院患者の疾患内訳

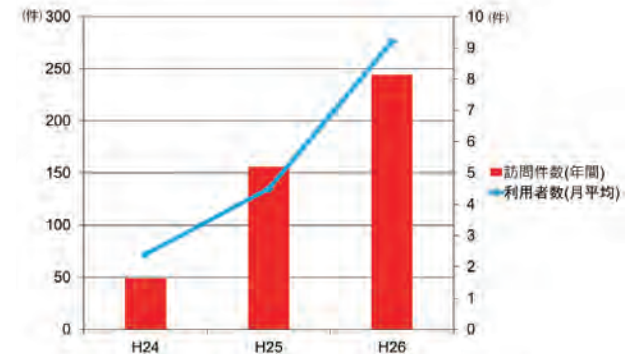


図2-4 在宅訪問診療件数と利用者数

閉院することが決定された。そのため平成27年度の年度末には入院患者の受け入れを戦略的に停止し、病棟を順次閉鎖。新病院移行の際には入院患者数は1名となり、その転院が最初の業務で新体制をスタートさせたが、救急を中心とした医療機能の維持向上に対する病院を挙げてのこれまでの取り組みや気運は新病院に明確に引き継がれた。

⑤今後の展開

平成28年4月に「南和の医療は南和で守る」を基本理念に掲げ、新たに建てた南奈良総合医療センター（232床）に急性期を集約し、五條病院（90床）と吉野病院（96床）の2病院を回復期・療養期とする南和の医療体制の再構築（計418床）が行なわれた。新体制発足以来、救急搬送受け入れ件数は年間4104件、月平均342件と、平成27年度の3病院（五條・大淀・吉野）の受け入れ月平均174件と比べ大幅に増加した。科別の分析においても外科系救急搬送が37%と以前と比し高い割合を占めた。入院患者推移と稼働状況については緊急入院を中心に大きく改善し、病床稼働率は88.8%、診療単価は47000円超と想定を越える高い水準で推移している（図3-1、3-2、3-3）。これまで展開してきた総合内科体制の継続発展に加え、新しい設備の導入や救急専門医の赴任を始めとする医療系職員の補強などで、地域の医療ニーズに応える体制が南和に構築された。新体制発足にあたり、総合内科は満たされたニーズなどを再検討、業務内容を新たなニーズにあわせてシフトさせた。救急車の受け入れについては救急専門医に統括を依頼し、総合内科は幅広い守備範囲を活かし救急ウォークイン外来の対応と内科系初診外来を担当することとした。災害医療活動は奈良県DMATコーディネーターである災害医療に造詣の深い医師の赴任を機に同医師を中心とした体制

に移行した。在宅医療/へき地医療支援においても医師配置をより手厚くした。またこれまでの地域医療研修の受け入れの実績や総合内科の専門性を活かし、医学生/研修医教育の充実などに注力した。特に、臨床研修指定病院の認可を目指しプログラムの作成やプランニングに注力。平成31年度から基幹型の臨床研修プログラムの認可を得ることとなった（南和まるごと研修）。この研修においてもこれまで行ってきた地域全体を見据えた医療提供などを十分に活かして、地域の医療ニーズに耳を傾けることのできる研修医教育を推し進めていきたいと考えている。



図 3-1 救急搬送受け入れ件数（南奈良総合医療 C）

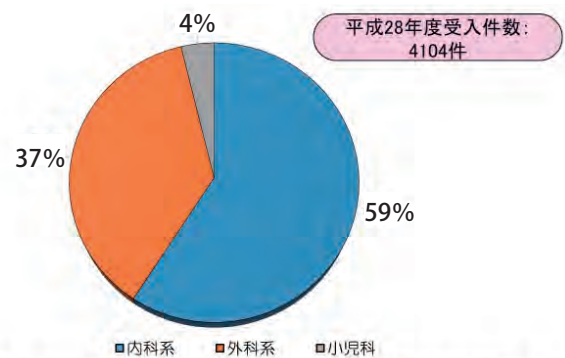


図 3-2 科別救急搬送受け入れ割合（南奈良総合医療 C）



図 2-5 病床稼働率と医業収益の推移

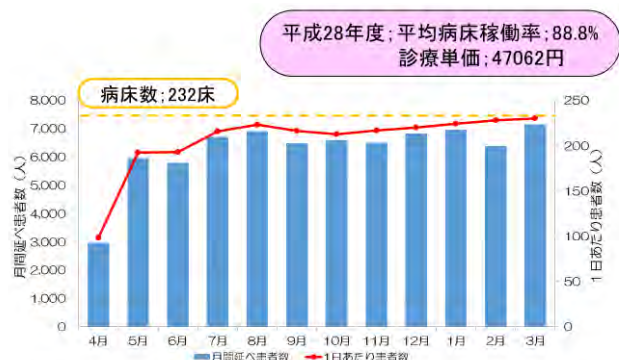


図 3-3 入院患者推移と稼働状況（南奈良総合医療 C）

【考察】

①事例に総合診療医の専門性がどう活かされたか；

総合診療医を特徴づける資質・能力（コアコンピテンシー）としては、患者や家族背景にまで配慮した診療姿勢、多様でかつ多臓器にわたる複雑な事例への対応、拡がりのある多職種協働のチーム医療の追求、地域のニーズに耳を傾けアプローチする姿勢、高い倫理観と自己研鑽や教育への強い意識、外来・救急・病棟・在宅を問わない多様なセッティングでの活動などがあげられる¹⁾²⁾。地域医療崩壊が叫ばれる高齢過疎化地域において総合診療医の特性は非常に大きな力になりうる。特に、地域のニーズを積極的に把握して自らを柔軟に変化させ、そのニーズに応えようとする「ニーズ主義」は地域医療再生の重要な要素となるものと考え、南和での医療再生の取り組みにおいても、総合内科は、救急医療、在宅医療、災害医療、教育研修機能、診療システムの改善など多くのニーズに寄り添って変革のサイクルを回し続けた。結果として病院全体の変革の大きな契機となった。ニーズに合わせるという点で、総合内科がよいのか外科的などところまで守備範囲を持つ総合診療科がよいのかという議論もあるが、筆者はどちらでもよいと考える。総合診療医はコアコンピテンシーを備えていることこそが重要であり、医療においてどこの臓器や疾患を守備範囲に持つかということは、最重要の問題ではない。まずは現実的に可能な範囲で部門を立ち上げることが重要と考える。当院では中核となる医師が内科系であったことと、立ち上げ時点で外科系専門医のバックアップ体制が十分に構築できないと判断し、総合内科での体制をスタートさせた。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）；

総合診療医単独での頑張りも地域医療再生への処方箋として一定の効果が期待されるが、地域により大きなインパクトを与えるには臓器別専門医の増員や機能強化などは欠かすことが出来ない。ただ臓器別専門医をやみくもに増加させるだけでは、結果的に不得意な領域や非専門領域の仕事もその臓器別専門医に回ることとなり、疲弊や不安、モチベーションの低下につながるものと考えられる。地域を効率的に支えるためには、臓器別専門医が総合診療医とともに手を携えて取り組むことが重要で不可欠である。お互いにwin-winの関係が構築されることが望ましい。総合診療医は臓器別専門医の負担軽減に努め、一方でコンサルトを通して臓器別専門医に多く

の診療ノウハウを伝授してもらおう。それはまさに、生涯学習／医学教育の実践の場である。また、多職種連携の姿勢は総合診療医のコアコンピテンシーの1つである。医師同士の各科の連携、他部門との連携、他施設との連携、地域の住民や自治体との連携など総合診療医の志向する連携は地域医療再生の大きな力となる。

③医療や社会に与えるインパクト；

総合診療医の活躍は病院活性化に直結する。総合診療医はニーズ主義の特性から、必ずや地域の声に耳を傾け、広い視野で地域全体を俯瞰的に見ようとする。地域に求められる病院でありたいと願う病院運営サイドの意向に総合診療医の特性は親和性が高い。地域医療崩壊といわれるが、へき地山間地での実態は「地域崩壊」の一断面をみているに過ぎず我々は限界を感じることも多い。ただ、地域医療崩壊が「地域崩壊」そのものを加速させていることは間違いないと思われる。街づくりにおいても医療再生は重要な関心事であり、医療再生への取り組みを通して地域崩壊のスピードを遅らせ、地域の活性化や雇用などにつなげる可能性に期待される。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

我々の取り組みは他の医療資源に乏しい地域にとってインパクトがあるかもしれない。いわゆる卓越した“ドクターG”が居なくても、地域のニーズに耳を傾ける姿勢、応える努力、そして信念をもって事に当たることで地域医療を再生し得る可能性があることを提示できたと考える。総合内科／総合診療科の立ち上げを通して地域医療再生を成し得るのに必要なファクターは何か。必要条件として、1) 地域医療再生に動く中核医師の存在、2) トップの明確な意志と指示、3) 地域の大きなニーズ、この3要件が揃うことが挙げられる。もちろんこうなりたいと願う鮮明なビジョンとともに、絶望的な状況下においてもその構想がいつか必ずや実現しうると信じていることが出来る強い気持ちが必要である。何があっても実現してみせるとの強い決意を持った中核医師がいなければ総合内科／総合診療科の立ち上げやその発展は成し得ないのは誰もが同意すると考える。それとともに、病院組織のトップの理解や力強いサポートは絶対に欠かすことのできない要件である。とくに総合内科／総合診療科立ち上げにおいては、マンパワーが整わない状況が予想され、臓器別専門医が診るのか総合診療医が診るのかなどのやりとりが毎日のように行われる。組織が軌道に乗る

までは温かい庇護のもとで立ち上げることが重要である。誰もが診たくない患者や疾患を押しつけられ続けるだけといった夢のない総合内科／総合診療科にならないような組織ビルディングの時期の保護は必須であると考える。そして地域のニーズについては大きければ大きいほどよい。そのニーズが総合診療医の正統性を証明し背中を押してくれることになる。地域のニーズに応える医療を展開していることこそが、我々を真の総合診療医たらしめている。南和地域には上記の要件が整っていた。地域医療崩壊の瀬戸際まで追い込まれて生じた地域の医療再生への切迫した期待、県立五條病院の松本昌美院長（現南奈良総合医療センター院長）の熱い信念と情熱・一貫した力強いリーダーシップの存在、奈良県を中心とした各自治体・県知事をはじめとした各首長の強いサポートの存在、地域住民の理解と協力、そして決して派手なキャリアはなくても地域の大きな医療ニーズによってその価値を高められそれに応えたいと願った総合診療医の存在。特に多岐にわたる一見無謀とも思われる様々な取り組みを力強く温かくバックアップし導いていただいた院長の存在は、総合内科発足の大きな基盤となった。我々は恵まれていたのかもしれない。しかし上記の3要件は他の地域でも十分に整いうるのではないだろうか。

【まとめ】

地域医療再生において、総合内科／総合診療科の立ち上げは有効な方略であると考えられる。ただしその立ち上げだけでは地域医療再生は成し得ない。総合診療を実践する総合内科／総合診療科が行なう業務改善の様々な取り組みが他科や多職種に波及し、その共鳴が総合的に病院運営を変えていく、病院文化を変えていくものとする。総合診療医が本質的に持つ、自己の研鑽や日々の変革への意欲、そして自分の出来ることを地域に与えるのではなく、自分を地域のニーズに合わせて変えていくニーズ主義の観点、これらが地域医療再生のきっかけになりうるということが示唆された。

文献

- 1) 総合診療専門研修プログラム整備基準. 東京：日本専門医機構；7 July 2017. Available from: <http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
- 2) 専門医・認定医認定制度要綱. 東京：日本プライマリケア連合学会；26 March 2017. Available from: <http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/senmonininteiyouko.pdf>

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

病院における総合内科発足の効果

和田幹生¹ 川島篤志²

要旨

市立福知山市民病院では平成20年秋に総合内科が発足し、平日日中の内科初診や内科系救急、及び、常勤の臓器別専門医が不在の内科領域の入院診療の大部分を担当している。また、整形外科の高齢入院患者の既往症や合併症対策を担い、研修医教育にも中心的に取り組んでいる。これらにより、臓器別専門医の専門外領域の診療負担が大幅に減少し、高齢者の入院患者の在院日数が短縮し、若手医師の増加にもつながった。さらに、大江分院が家庭医を中心として発足したことで、市民病院の退院調整期間が短縮し、地域で必要な在宅医療が充実した。総合診療医の存在は、医師不足にも対応しながら、臓器別専門医の働きやすさにも関連し、地域で提供される医療の向上にもつながる可能性がある。これらの実現のためには、総合診療医のマンパワー、臓器別専門医と総合診療医がお互いを認め合う関係性、医療機関内外の理解が必要であると考えられる。

1. 緒言

福知山市は、京都府北部の人口8万人弱の地方都市である。市立福知山市民病院は、病床数354床（回復期44床を含む）、地域で唯一の基幹病院であり、周辺地域を合わせて約10万人の医療圏をカバーしている。平成20年秋、総合内科医として長年の実績を持つ医師1名（本論文の著者の一人である川島篤志）が新たに赴任し、医師2名で総合内科が立ち上がった。平成21年には複数の家庭医療専門医を含む8名で再編され、以後、年度によって多少の人数の増減はあるものの、概ね同規模で運営されている。

市立福知山市民病院大江分院（以下、大江分院）は、福知山市の農村地域にある72床（療養病床28床を含む）の病院である。経営が困難となった国保病院を引きついで、2015年に市立福知山市民病院との強力な連携のもとに開院し、総合内科から転籍した家庭医を中心に地域の医療を担っている。本論文では、市立福知山市民病院に総合内科が設立されたことによってもたらされた効果、総合内科の病院内での役割、総合内科が中心となって行なった

取り組みによる成果、及び、総合内科医・家庭医を中心に配置して大江分院が開院したことによる効果などについて論ずることにした。

2. 事例の概要

①総合内科の発足とその効果

市立福知山市民病院では、総合内科が設立されるまで、医師は、大学医局から派遣される臓器別専門医が大半で、各科の医師数は科によってさまざまであった。常勤医が3人以上いて独自にオンコール体制がとれる消化器内科や循環器内科、常勤医2人の血液内科がある一方で、呼吸器内科や神経科医、糖尿病内科は、週に1-3日程度で勤務する非常勤医師のみで、膠原病内科や感染症科などは医師そのものが不在であった。このため、常勤医が不在の領域に関する入院診療などは、各臓器別専門医が自分たちの領域外の疾患として個別に対応せざるを得ない状態であった。

これに対し、医師数の不足と診療科の偏在の中において、臨床の守備範囲が広く、プライマリ・ケア全般に関わることが可能なジェネラリストの存在が極めて有用であるとの考え¹の元、高齢化社会を見据え複雑な疾患に対応すると共に教育エンジンとし

1. 市立福知山市民病院 大江分院 地域医療研修センター

2. 市立福知山市民病院 研究研修センター／総合内科

ての機能を果たすべく総合内科が設立されることとなった。

総合内科が本格稼働した平成21年度以降、平日日勤帯の大部分の内科初診外来と内科系救急は総合内科が担当している。また、当院に常勤医がいない専門内科領域に属する疾患の脳卒中や呼吸器疾患、感染症診療などは、総合内科がチームとして一元的に診療している。さらに、まれな疾患、どの専門内科にも属さない疾患や複数の専門内科にまたがる複雑な症例などでは、各専門内科との意見を調整しつつ、総合内科が主体的に診療にあたることが多い。

総合診療医の専門性の一つとして診断学が挙げられるであろう。適切な病歴聴取・身体所見から鑑別をあげて診断に至る過程は研修医や若手医師の教育面でも重要である。総合内科では、日々行うベッドサイド回診や毎夕で実施する症例検討を通じて、教育的な環境を提供している。

さらに、教育面では、数か月毎に行われる外部講師による教育講演会、救急や感染症などについての定期的な勉強会、日々の臨床から発生する疑問を解決するための臨床研究などは、総合内科がその発足後に中心となって取り組むことで定着してきたものである。

A) 入院診療への効果：入院期間の短縮に寄与

高齢化が進む日本社会では、入院患者に占める高齢者の割合は高い。高齢者の入院で多い疾患として、例えば、肺炎、脳梗塞、慢性心不全の急性増悪などが挙げられる。高齢者がこれらの疾患で入院せざるを得なくなった場合、疾患そのものや入院生活をきっかけに日常生活動作（ADL）が低下し、急性期治療が終了しても元の生活に戻れなくなることもある。そのため、退院調整に時間を要し入院期間が長くなってしまふ可能性がある。これらの患者では、入院の早い段階から、退院後の生活状況を意識して多職種と連携することは欠かせないであろう。

当院では、心不全は、総合内科発足前も発足後も循環器内科が担当していた。一方、肺炎や脳梗塞は、総合内科発足前は、内科系の常勤医が自身の専門外の疾患として対応しており、総合内科発足後は、ほぼ全てを総合内科の医師が診療にあたった。そこで、それぞれの疾患における入院期間を総合内科発足前後で比較した²。その結果、総合内科の発足前後において、心不全患者では入院期間に有意差を認めなかったのに対し、肺炎では21.6日から16.0日に（ $p<0.001$ ）、脳梗塞では24.2日が19.9日に（ $p<0.001$ ）入院期間が減少したことが分かった。

これは、平均在院日数の短縮が求められる急性期病院という点においても、きわめて有意義な結果であると言える。

B) 臓器別専門医の負担への寄与と負担感の軽減

総合内科が発足して数年後の平成25年4月～平成26年10月に総合内科で入院加療した症例の疾患傾向を調査し、常勤医が3名以上の臓器別専門科の疾患、常勤医が1-2名の臓器別専門科の疾患、外来だけを担当する非常勤医のみの科の疾患及び当該領域の専門医不在の疾患に分類した³。その結果、調査期間に1921症例の総合内科入院があり、そのうちの1652症例が外来だけを担当する非常勤医のみの科の疾患及び当該領域の専門医不在の疾患であった。これらの疾患は、総合内科発足以前には各臓器別専門常勤医が担当しており、総合内科がなければ、臓器別専門常勤医一人当たり年間約65症例の専門外診療の必要性が生じていたことに相当する。

また、平成23年春には、総合内科が発足する前後での臓器別専門医の診療負担感についての調査を行った⁴。対象は、総合内科が立ち上がる半年前である平成20年春の段階で、既に、当院に内科系の臓器別専門医として勤務しており、総合内科が一定数の医師数で再編された平成21年春以降も勤務し、平成23年春に退職した医師である。退職した医師を対象としたのは、市立福知山市民病院との直接的な利害関係のない中立的な立場での調査とすることが望ましいと判断したためである。調査は半構造化質問紙を使用し回答者を匿名化して行った。対象となったのは内科系の臓器別専門医4名であった。このうち3人が、総合内科発足以前に担当していた日中の内科系救急や初診外来に対して肯定的には捉えていなかった。そして4人全員が、総合内科発足後に救急や初診の負担が減少し、入院診療を含めた専門外診療の負担が減少して、自身の専門領域への意欲が向上するとともに専門領域に集中できるようになったと回答した。さらに、感染症診療や常勤医不在であった呼吸器疾患、脳梗塞、糖尿病などの診療の質が改善されたと4人全員が回答した。

C) 卒後教育への寄与

初期臨床研修が2004年に必修化となり、当院でも当初から臨床研修病院とはなっていた。しかしながら、研修医の集まりは必ずしも良好ではなく、総合内科発足直前の2008年春の段階でも管理型1名と大学とのたすきがけ2名に留まっていた。

総合内科の発足後、日々の臨床はもとより外部講師による教育講演会や院内勉強会など研修体制の

充実が図られた。総合内科が本格稼働した翌年の2010年には管理型で1年目2年目共に4人とたすきがけの2人で計10人となり、以後も募集人員に対するフルマッチが続き、常に初期研修医が12人前後で維持されている。これに呼応するようにして学生の見学や実習希望も増加しており⁵、総合内科発足後は若手が集まる病院へと変革を遂げた。さらに、若手が集まることにより病院が活性化し、病院全体の底上げにもつながっている。

②虚弱高齢者への取り組みの一例：整形外科プロジェクト

いわゆる虚弱高齢者では、転倒により大腿骨や腰椎などの骨折を受傷し整形外科に入院となることも多い。この数は年々増加しており、例えば大腿骨近位部骨折の場合、2007年の全国調査で年間15万件程度に達している⁶。このような患者の入院加療では、早期に手術加療およびリハビリテーションを行うことで受傷前に近いADLを獲得することが目標となる。しかしながら、他の身体機能も障害されていることも多く、合併症や既往症の増悪などにより、臥床期間が長期間となって歩行能力などの獲得に支障を来し、入院期間が延びてしまうこともある。そこで、平成26年7月から、整形外科の高齢の入院患者を対象として、内服の調整・整理、合併症・既往症に対する治療、退院後の加療に対する計画の策定に総合内科の医師が関与することにした。これを整形外科プロジェクトと名付けた。

大腿骨近位部骨折で手術加療を行った患者を対象として、整形外科プロジェクトによる介入の前で、術後に回復期リハビリ病棟に転棟するまでの期間及び全入院期間を比較した⁷。比較対象期間は、整形外科プロジェクト開始前が平成26年1月～6月、プロジェクト開始後が平成27年1月～6月である。対象となった症例は、それぞれ72例と76例で、平均年齢は、いずれも83.9歳で差はなかった。プロジェクトの開始前後で、回復期リハビリ病棟に転倒するまでの期間は21.9日から14.4日 ($p<0.05$) に、全入院期間は49.3日から35.6日 ($p<0.05$) に大幅に減少していた。

整形外科には若年者の入院患者もあるため、整形外科プロジェクトの整形外科の入院患者全体への影響は限定的とはなるが、それでも、平均在院日数について、整形外科プロジェクトが開始される前の平成25年度が23.2日だったのに対し、整形外科プロジェクトが開始となった平成26年度は20.9日、翌27年度は20.3日と短縮を認めていた。さらに、平

成28年度及び29年度は整形外科プロジェクトが中断していたが、この時には23.3日と23.6日で整形外科プロジェクト開始前の水準に戻っていた。

③大江分院の発足：家庭医が中心となった医師構成への転換により訪問診療件数が増加し、市立福知山市民病院の急性期入院期間の短縮にも寄与

大江分院の前身である国保病院の医師は、院長をはじめ臓器別専門医を中心に構成されていた。大江分院があるのは農村地域であり、地域に密着した中小の病院における医療は慢性疾患の管理が主体となりうる。このため、臓器別専門医がその専門性を発揮できる場面は限定的であり、当該地域で求められる医療に必ずしも十分に対応できず、結果として赤字が蓄積されてきたともいえるであろう。

これに対し、大江分院として発足した後、医師は市立福知山市民病院の総合内科から転籍した家庭医療専門医や専攻医などを中心とした構成になった。これにより、「住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる」基盤づくりとして、公共交通機関も少ない地域性にも配慮して、在宅医療なども含め、地域で求められる様々な健康問題に対応できる体制を確立した。同時に、入院患者においては、市立福知山市民病院とも連携し、複数の健康問題をもつ入院患者への対応とともに退院後の在宅復帰とその後の生活を意識した多職種連携にも力を入れた。

訪問診療件数は、大江分院の発足前後で、月平均で14件から80件超に増加し、その後も同等の件数で推移している。月平均の往診件数は5-6件から10-15件に増加、年間の在宅見取り件数も数件から10件前後に増加した。

急性期病院にとっては後方病院となる地域の病院において、社会的背景を考慮しつつ様々な社会資源との連携も良好な医師が主体となって診療してれば、急性期から亜急性期への診療も連携がとりやすく感じるであろう。同じ医療文化をもつ医療機関ともなればなおのことさらである。そこで、肺炎及び尿路感染症の治療を主たる目的として市立福知山市民病院の総合内科に入院した65歳以上の患者を対象として、大江分院発足前（2014年8月～2015年3月）と発足後（2015年4月～7月）で急性期治療期間及び退院調整期間を比較した⁸。総合内科での入院治療は前述の通り上級医を中心したチームで行っているが、入院日から各チームや総合内科全体での症例検討を経て主治医が退院可能と判断した日までを急性期治療期間、退院可能と判断した日から実際に退院となった日までを退院調整期間と定義した。

調査の結果、対象となった症例は、大江分院発足前後で12例と16例であった。急性期治療期間は、大江分院発足の前後で有意差を認めなかったが（発足前13.0日、発足後14.8日、 $p=0.328$ ）、退院調整期間は大江分院発足前が15.4日で設立後が7.4日と有意に短かった（ $p=0.048$ ）。

3. 考察

市立福知山市民病院における総合内科の発足は、担当する疾患の高齢者の入院期間の短縮、臓器別専門医の負担の軽減、研修医数の増加などに関連していた。また、総合内科が整形外科の高齢入院患者に介入する整形外科プロジェクトにより、手術患者の術後の回復期病棟転棟までの期間や全入院期間が短縮された。さらに、大江分院が発足して総合内科と源を同一にする医師が中心となったことで在宅診療の患者が増加し、市立福知山市民病院の総合内科の高齢患者の一部で退院調整期間が短縮された。これらの結果について、いくつかの点を考察した。

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

病院における総合診療部門で求められる専門性の一つに、高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケアがあげられている⁹。患者の医学的側面だけでなく、心理社会的な側面にも配慮し、様々なコンテクストを理解した上で、患者・家族との共通の理解基盤を構築し、同時に地域の特性に応じて多職種とも必要かつ十分な連携をとりながら最適な医療を提供していくことは、臓器別とは異なる高い専門性が必要である。

高齢者の肺炎の多くは誤嚥性であり、誤嚥性肺炎の発症にはフレイルの進行やADL低下も大きく寄与している。脳血管障害の場合、発症を機にADLが大きく低下する場合も多い。これらの患者では生活環境などの調整を十分に行わないと退院そのものが難しく、その調整には相応の時間と適切な連携が必要である。市立福知山市民病院の総合内科の各医師はこれらを常に意識している。チームで対応している日常の診療では、症例検討などで話題になることも多く、入院患者に対しては入院直後から退院後の生活を見据えた診療を行っている。このことが、総合内科発足後の肺炎および脳梗塞では入院期間の短縮に寄与したと考えられる。

加齢に伴いフレイルになると種々のストレスに対して身体機能障害や健康障害を起しやすくなる¹⁰。これがさらに進むと転倒を来し、大腿骨

頸部などの骨折を受傷して整形外科に入院となることもある。このような患者の場合、他の身体機能も障害されていることが多く、手術が問題なく終了し、その後のリハビリテーションが上手くいっても、元の生活に戻るということが困難となる可能性があるのは、先の肺炎での入院と同じである。さらに、合併症や既往症が悪化する場合もあろう。このため、患者の様々なコンテクストを理解しながら多職種との連携をとり、内科的疾患を含め包括的に対応することが、入院期間の短縮にもつながる。しかしながら、整形外科医が日々の忙しい手術の合間をぬって、これらを行うことがかなりの負担となることは想像に難くない。このため、整形外科プロジェクトとして総合内科が整形外科の高齢者入院患者に関与し、総合診療医としての専門性を合わせて発揮することで入院期間の短縮につながった。

②タスクシフティングの可能性

市立福知山市民病院では、平日日中の内科系の救急や初診外来の大部分を総合内科が担当している。入院診療においても、臓器別専門医が、自身の専門以外の分野の疾患を担当することは大きく減少し、負担感の改善につながった。医師におけるいわゆるタスクシフティングが有効に働いたと考えられる。これにより臓器別専門医の負担感も大幅に減少したといえる。整形外科プロジェクトでは、このタスクシフティングが内科系だけでなく、外科系疾患の入院マネジメントにおいても有効な可能性が示唆された。スペシャリスト臓器別専門医は、ジェネラリスト総合診療医の存在で専門領域に専念できることとなり、病院全体として医療レベルや効率性が向上することが期待されるであろう¹。

③医療や社会に与えるインパクト

急性期病院における入院期間の短縮は、医療費の削減に寄与することが期待でき、地域で限りある医療資源を有効に利用することにもつながるであろう。入院期間の短縮は、大江分院が発足したことによっても市立福知山市民病院の入院症例で認められた。家庭医を中心とした医師構成の大江分院は、急性期医療にも良い影響を与えると同時に、亜急性期から慢性期・在宅看取りまでを担うことで、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようにという地域包括ケアシステムの充実にもつながっているといえる。

総合診療医の存在によりタスクシフティングが進むことで、医療レベルや効率性が向上する可能性があることは前述の通りである。一方、当院の総合内

科では、入院診療を初めとして、診療にチームとして取り組んでいる。様々な疾患において、日常的になされるケースディスカッションを通じて、地域での若手医師の教育を担いつつ、総合内科としても、より高度な医療が提供されていると考えられる。

当院では、総合内科が出来たことにより、病院内に新しい風がもたらされた。この風は、総合内科内に留まるものではなく、院内他科への新しい風にもつながり、病院全体の活性化にもつながっている。さらに、地域診療所との窓口となりうる新患外来・救急外来、また高齢者を中心とした退院支援や再入院となりうる場合も視野に入れた入院診療を総合診療医が中心となって担うことによって、地域診療所へも少なからず良い影響をもたらしているであろう¹¹⁾。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

最後に、当院での事例を元に、他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項について検討してみたい。

一つは、総合診療医がチームを構成できるだけのマンパワーの確保である。一定規模を確保することで、それぞれの地域での科の偏在にも対応して臓器別専門医と win-win の関係を築くことが出来る。しかしながら、実際にはこれが難しい場合は多いであろう。市立福知山市民病院では、幹部による「教育力のない病院に未来はない」という危機感のもと、最初は提供されることが期待される教育的環境に、総合内科の発足後は実際に提供されている教育内容に惹かれて多くの若手医師が集まってきた。次に、臓器別専門医と総合診療医がお互いをきちんと認めあう関係性である。ただし一部には、自身が経験していないシステムには保守的で容易に受け入れられない臓器別専門医もいるであろう。これは、実際、病院総合医が継続出来ていない施設でみられることの一つでもある。このため、場合によってはトップダウンにより、院内での十分な統制が取られることも必要である。三つめは地域での理解である。高齢化した社会においては、一人の患者が複数の健康問題を抱えて複雑化している場合も少なくない。地域の疾病構造と限られた医療資源の中でどう対応出来るかを、医療機関内外のいわゆるステークホルダーとなる人々が正しく認識することも重要であろう。

各地域の実情に合わせて、これら全て、あるいはある程度を満たすことにより、多くの地域で同じように実現可能であろう。

一定規模の総合診療医が存在することにより、地域の医師不足にも対応しながら臓器別専門医もより働きやすくなり、これにより地域に住む住民に提供される医療が、より適切に形成されうると考えた。

文献

- 1) 香川恵造. 医療マネジメントを駆使した地域医療の活性化. 日本医療マネジメント学会雑誌. 2011;12(3):148-155.
- 2) Wada M, Nishiyama D, Kawashima A, Fujiwara M, Kagawa K. Effects of Establishing a Department of General Internal Medicine on the Length of Hospitalization. *Internal medicine*. 2015;54(17):2161-2165.
- 3) 西村加奈子, 渡邊力也, 和田幹生, 川島篤志, 小牧稔之, 香川恵造. 地域基幹病院における総合内科の役割－入院症例の疾患傾向の検討－. 第6回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 2015; つくば市.
- 4) 西谷重紀, 和田幹生, 川城麻里, et al. 専門医からみた地域基幹病院における総合内科について. 第2回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 2011; 北海道.
- 5) 西山大地, 和田幹生, 川城麻里, et al. 地域基幹病院における研修・教育の取り組みと見学・実習生の推移. 第2回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 2011; 北海道.
- 6) Orimo H, Yaegashi Y, Onoda T, Fukushima Y, Hosoi T, Sakata K. Hip fracture incidence in Japan: estimates of new patients in 2007 and 20-year trends. *Archives of osteoporosis*. 2009;4(1-2):71-77.
- 7) 金村斉, 中村紳一郎, 川島篤志, 北村友一, 佐々木健太郎, 木田圭重. 総合内科医の介入による大腿骨近位部骨折の治療成績. 第89回日本整形外科学会学術総会; 2016.
- 8) 和田幹生, 片岡祐. 市立福知山市民病院の高齢者の社会的入院は大江分院設立により減少した. 市立福知山市民病院医学雑誌. 2017;2:9-14.
- 9) 一般社団法人日本専門医機構. 総合診療専門研修プログラム整備基準. 東京: 2017; available from <http://www.japan-senmon-i.jp/comprehensive/index.html>. Accessed March/5, 2018.
- 10) 葛谷雅文. 超高齢社会におけるサルコペニアとフレイル. 日本内科学会雑誌. 2015;104(12):2602-2607.
- 11) 日本プライマリ・ケア連合学会. 地域全体で総合診療のレベルをあげていく. 総合診療医という選択. 2016; available from <http://sogoshinryo.jp/voice/ks06/>. Accessed March/5, 2018.

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

横浜市保土ヶ谷区における総合診療の実践ならびに地域包括ケアシステム・地域基盤型医学教育の展望に関する報告

八百壮大¹

要旨

本報告は、独立行政法人地域医療機能推進機構（以下 JCHO）横浜保土ヶ谷中央病院総合診療科の活動と、今後の展望についての報告である。都市部では、少子・高齢・多死社会を筆頭に、在留外国人の増加や格差の拡大など、社会情勢は複雑化しており、病院に求められる機能や人材は絶えず変化している。同院に2015年4月から開設された総合診療科が2018年2月までの間に、法人や病院の沿革とともに歩んできた過程についてまとめ、著者（プライマリ・ケア連合学会家庭医療専門医）が研鑽した長野県佐久市・南佐久群での農村医療研修の強みを省察し、都市型の地域包括ケアシステムならびに地域基盤型医学教育の今後の展望について考察し報告をする。

事例の概要

1. 横浜市における医療需要の変遷

首都圏は、団塊世代（1947年から1949年生まれ）が75歳以上の後期高齢者となる、いわゆる2025年問題に向け、地域包括ケアシステムの構築が急務であるとされる。国立社会保障・人口問題研究所の推計¹⁾によれば、横浜市の将来人口推計の年齢別割合は、65歳以上と75歳以上でみると、2025年で27.3%と16.7%、2030年で29.4%と17.8%、2035年で32.3%と18.3%であり、2025年以降も右肩上がりに増加することがわかり、医療を実践する医療機関側とそれを統制する医療政策側の双方において、長期的な戦略が必要である。

全国的に医療需要は急性期医療に加え、多疾患合併高齢者の慢性期医療や人生の最終段階における緩和ケアへと変化しており、急性期医療も慢性疾患の増悪をカバーすることが増えるため、一般市中病院で提供する医療には介護や緩和ケアを統合したケアモデルの導入が必須である。一方で、二木は、その著書『地域包括ケアと地域医療連携』において、後期高齢者が急増しても急性期医療のニーズが減ら

ず、21世紀も「病院の世紀」が続くと判断し、高齢者の二次救急（病院）受け入れ体制は地域包括ケアと不可分である点を指摘している。その理由には日本の後期高齢者が他国と比較し、極めて健康であり、約7割が健康意識が「よい」か「ふつう」と回答していると指摘している。健康な後期高齢者の急性疾患に対し、最初から「支える医療」のみにすることは社会的に許されず、後期高齢者に対し、病院は「治し・支える医療」を提供する必要がある²⁾。また、病病連携や病診連携の他、多様化する高齢者施設群とのネットワークの構築も重要であり、人生の最後あるいはそれに近い安定期をどこで迎えるかは重要な論点である。横浜市でも介護施設や在宅医療の需要が増しており、横浜市医療局は、主に医師会と協働して横浜市在宅医療連携拠点事業を開始し、2013年の西区を皮切りに2016年5月までに全区に、主に医師会立訪問看護ステーション内に開設した。

このような変化に伴い、病院の病床区分においても従来の高度急性期・急性期から、回復期あるいは亜急性期への需要が高まっており、2014年の診療報酬改定では地域包括ケア病棟が新設された。実際、「地域医療構想」においても、現在の不均衡な病床バランスを是正する取り組みが望まれており、特

1. 独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）横浜保土ヶ谷中央病院 総合診療科

に回復期の病床（地域包括ケア病床を含む）の増床が見込まれている。神奈川県地域医療構想³⁾によれば、2015年時点で、横浜市全体の高度急性期・急性期の病床数が15915床（70%）、回復期が2057床（9%）に対し、2025年には前者が14874床（49%）、後者が8883床（29%）必要となっており、地域の医療ニーズに応じた病院の組織変革が急務であることがわかる。2018年度の診療報酬・介護報酬の同時改定においても、地域包括ケア病床や在宅医療にインセンティブのつく制度設計がなされ、国策として地域包括ケアシステムを推進しており、今後、各地における医療実践の動向は注目される。

2. 横浜市保土ヶ谷区と横浜保土ヶ谷中央病院周辺の概要

横浜市の中央部に位置する保土ヶ谷区は、人口約20万人で平均年齢は46.52歳であり、65歳以上高齢化率は25.9%と現時点でも横浜市全区平均よりやや高く、今後も高齢化が急速に進んでいく地域である⁴⁾。

1955年に開設された旧船員保険会横浜船員保険病院は、2014年にJCHOに統合され、横浜保土ヶ谷中央病院と改名された。現在244床の一般急性期病院であり、横浜市中心街から比較的近距离にありながら、交通アクセスの悪い入り組んだ高台に位置しているという独特の地理的条件を有している。歴史的には、1955年3月に、当時、戦後でありながら尚も増加しつつある船員の結核対策の一環として開設された。これは周囲と隔離された場所にあることの一因と考えられている。開院当初は船員の結核治療中心の病院であったが、1959年をピークに結核患者は年々減少傾向を示し、病床稼働率も低下したことから、兼ねてから要望のあった船員のための整形外科治療やリハビリテーション等に重点を置いた病院にするため、また、海上医学研究所や医療無線センター等の施設を付属させ、船員保険の特色ある病院への変革の要求を満たすため、再建整備が成されていった。その後は1976年には、糖尿病患者やその合併症としての腎不全患者の増加に対し透析室の設置が行われ、現在に続いている⁵⁾。開院以後、近隣の釜台町、常盤台町、羽沢町、仏向町、峰岡町、川島町の地域医療を60年以上担ってきた歴史を持ち、今後も前述の高齢化に代表される社会からの要求に対応すべく、組織改革が求められている。

尚、病院周辺には第二次世界大戦前から日本ゴルフ界の草分けの名門ゴルフ場である程ヶ谷カントリークラブが大正11年から開業していたが、近年

その敷地は横浜国立大学となり、長い年月をかけて常盤台地区のまちづくりの主軸となっていた。病院周辺は学生や教職員、外国人留学生が多く居住する住宅街となっている。常盤台地区連合町内会誌では、少子高齢化の進む常盤台地区において、今後重要なのは「地域の支え合い」であり、まちづくりとともに歩んできた横浜国立大学の若い学生の感性も取り入れた活動が重要であると述べられている⁵⁾。

3. JCHOの発足と横浜保土ヶ谷中央病院総合診療科

JCHOは、5事業（救急医療、災害医療、僻地医療、周産期医療、小児医療）、5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）、リハビリテーションその他地域において必要とされる医療及び介護を提供する機能の確保を図ることを目的とし、全国の社会保険病院等（社会保険病院、厚生年金病院、船員保険病院）が、年金・健康保険福祉施設整理機構法の改正により、2014年4月に独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）が改組され発足した、全国57病院、26介護老人保健施設等からなる独立行政法人である。

法人の理念として、「地域の住民、行政、関係機関と連携し地域医療の改革を進め安心して暮らせる地域づくりに貢献すること」を挙げている。また、法人としてそのような医療のプレイヤーとなる総合診療医の育成を重視しており、2017年4月からは法人独自の「JCHO版総合医プログラム」をスタートした。

横浜保土ヶ谷中央病院も2015年4月より、JCHOの理念である地域医療のさらなる拡充を目的とし、総合診療科を設置し、筆者（プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医）が専任医師として招聘された。常勤医師1名体制で開始し、2018年3月現在に至る。以下に総合診療科の活動内容と成果について報告し、今後の展開を考察する。

事例の詳細（活動状況）

横浜保土ヶ谷中央病院も上述の社会からの需要とJCHOの改革に従い、2016年9月に地域包括ケア病棟を31床開設し、一般急性期医療後の在宅復帰支援やレスパイト入院等の在宅医療の受け皿としての機能、三次医療機関や単科専門病院からの転院後リハビリテーションと退院支援といった、回復期や維持期医療に取り組んでいる。地域包括ケア病棟の病床稼働率は75%~100%で、高齢者の骨折後のリハビリテーションや、急性疾患後の廃用症候群へのリ

ハビリテーションと介護保険制度を使った在宅復帰支援の数が多いが、従来は「その診療科の常勤専門医がいなかったこと」を理由に診る機会が限られていた筋萎縮性側索硬化症やパーキンソン病などの神経難病の方、気管切開後で在宅人工呼吸器を使用している方、統合失調症の方、脳外傷後高次脳機能障害の方の受け入れも行っている。地域包括ケア病棟で診る患者の中には、がん専門病院と在宅医療診療所との間で人生の最終段階のケアを行い、在宅看取りへ繋いだ膵臓癌の方や、間質性肺炎進行期にいる高齢者に病棟での緩和ケアを提供し家族に感謝された事例などがあり、通常的一般病棟よりも疾患特異性が低く、ケアのバリエーションの幅が広い。従来的一般急性期病棟における臓器別看護としての役割から配置転換となった看護師からは、「療養上の世話が増えることで当初戸惑いがあったものの、生活に密着した視点を持った看護を続けるうちに、看護そのものの理念や楽しさへの気づきから、やり甲斐を感じている」という声がある。また、横浜保土ヶ谷中央病院は、地域包括ケア病棟が受け皿となりやすい、在宅診療所の療養患者を平均100名程度カバーしている病院附属訪問看護ステーションを有しており、近隣地域の在宅医療を支え、今後もさらなる連携が期待されている。

在宅医療を行う診療所や訪問看護師、ケアマネジャーからの急な外来受診・入院依頼や、他医療機関からの転院リハビリ・社会資源調整のニーズが高まるにつれ、円滑な前方連携・後方連携を集約化する

必要性が増してきており、2017年6月より入院支援部門として、従来の地域連携室や医療相談室を統合、大幅に改変し、患者サポートセンターを設置した。従来は事務員やソーシャルワーカーが単独で行っていた業務に、入院支援専属の看護師が加わり、ベッドコントロール部門とも協働して情報共有をし、早期からの入院支援を行うことで外来・入院医療の効率化を目指している。

これらの新しいシステム作りには、主に看護部による協力のもと、総合診療科がサポートをし、実務も行って来た。例えば、レスパイトや転院の依頼が発生した場合の患者家族との面談によるスクリーニングを外来機能に持たせている。そして、可能な限り臓器を特定できない多種多様な健康問題に対処すべく、営業日には毎日外来診療を行っている。これにより、生物学的問題点以外に家族を含む心理社会的な評価が加わるため、入院した後から患者ケアに関する情報の不一致が起こりにくいと考えている。また、地域包括ケア病棟の運営においても、手術などで忙しい他科主治医を代行して多職種カンファレンスで情報のまとめ役となり、他科専門医と高齢者施設または在宅医療の間に立つハブとしての業務も行っている。

まとめると、総合診療科は病院の中で、近隣住民の入口と出口に立ち、最初と最後の拠り所となる診療・組織改革に関わることができているといえる。

このような沿革の中、総合診療科の受け持つ外来の紹介件数は年々増しており、平成27年74件、平

2017年度 総合診療科 診療実績 (2018年3月時点)

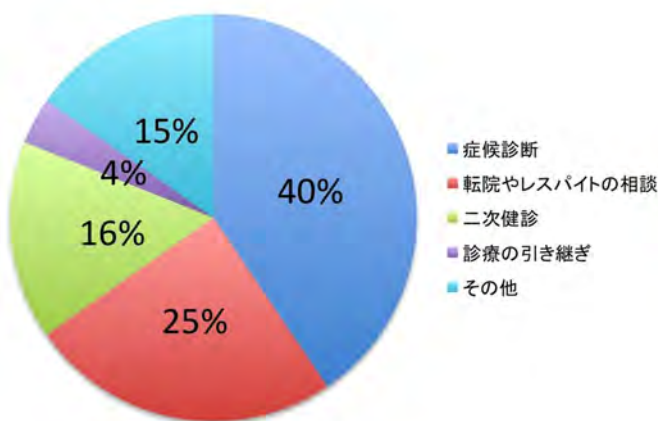


図1. 外来紹介患者 205名の割合

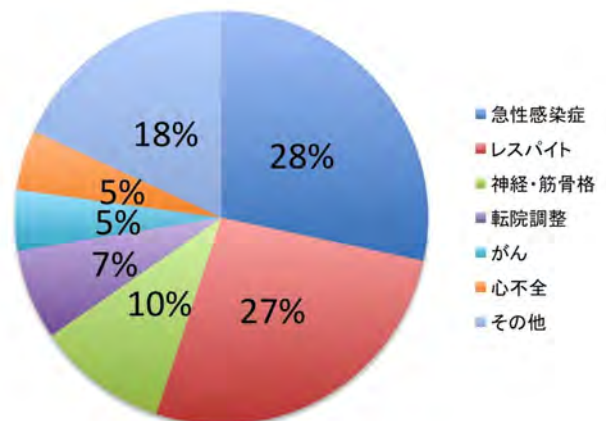


図2. 入院患者 127名の割合

成 28 年 101 件、平成 29 年 3 月 2 日現在 205 件である。総合診療外来に出る頻度が週 0.5 単位、1.0 単位、2.0 単位（午前または午後を 0.5 単位とする）と年々増しているため、一般診療も含めた紹介件数が増えるのは当然ではあるが、その内訳は高齢者多疾患並存状態で紹介先専門医の指定が難しい場合（誤嚥性肺炎や食思不振など）、レスパイト入院前の家族面談が多くを占めており、高齢者の地域包括ケアに関連する領域のニーズが高いことが実践を通して良くわかる。現状ではレスパイト入院は月に数件と多くはないため、すべて総合診療科で受け持っているが、内容を見て徐々に他科専門医への協力も依頼しはじめている。

また、総合診療科では 1 日平均 10 名程度の入院病棟症例を担当しており、2017 年 4 月 1 日から 2018 年 3 月 5 日現在までで 127 名の担当患者がいる。その内訳は、誤嚥性肺炎や尿路感染症、胆道感染症に代表される急性感染症（特に夜間救急受診等）、障がい・認知症高齢者のレスパイト入院、神経・筋骨格系（リウマチ性疾患含む）、高次医療機関からの転院・リハビリや社会資源の調整、がんの終末期におけるケアや在宅療養調整、心不全診療の順に多い。「その他」の項目には臨床推論能力の試される診断困難事例（リウマチ・膠原病、血液疾患、感染症等）が含まれている。入院の多くは複雑性の高い多疾患併存状態の高齢者であるが、精神的問題を抱えた若年層の診療も少数行なった。

総合診療医ならではの問題解決の実例としては、複数のプロブレムに優先順位をつけ、薬剤を減薬・調整し、口腔ケアの介入や適切な姿勢、認知機能のアセスメントを行うことで、誤嚥性肺炎の再入院なく 1 年後に施設で最期を迎えた方、既に造設してあった中心静脈ポートの感染を何度も起こしている状態の方に対し、持続する感染がありながらも本人や家族の価値観を尊重し在宅医と連携して看取った方などが挙げられる。また、人生の最終段階における栄養療法に関しては、後期高齢者の嚥下障害のある患者に対し、総合診療科で胃瘻や中心静脈栄養の方針となった方はこの 3 年間で 0 名であった。個人的価値観からそのように誘導せずとも、中心静脈栄養も含めて人工栄養療法が選択されなかった。「食べられなくなったら胃瘻や中心静脈ラインを作成し療養型病院に転院してもらおう」という、従来型の病院医療の価値観を見直し、摂食・嚥下に関する基本的な考え方と見通し、本人・家族のコンテキストを組み、地域での看取りについて患者家族と伴走し熟

慮してきた姿勢がもたらした結果と考えている。

大都市では他科専門医へのアクセスが比較的充実しているため、臓器特異的な問題を扱う必要性は少ないが、例えば糖尿病診療や心不全診療を見ても、原疾患増悪の背景に、本人のみならず、家族の介護問題が関与している場合などの複雑性が増すケースにおいては、投薬という生物学的なアプローチにとどまらない、心理・社会的に多面的な介入がなされるため、患者にとってもメリットが大きいと考えられ、病棟看護師や他科専門医からも介入を依頼されるケースが少なくない。同様に、後期高齢者になって発症した関節リウマチや造血器悪性腫瘍、脳卒中などの診療においても、自院に専門医がいなくとも、特に患者家族の専門医受診希望がない場合には全体を調整し、「治し・支える医療」の役割を担っている。

最後に、このような総合診療医の活動の重要性を、世代を超えて、医学生や看護学生、研修医、そして他科専門医に伝えていく地域医療教育にも赴任当初から着手しており、横浜市立大学医学部での医学生臨床講義、医学生地域医療実習の受け入れ、初期臨床研修医地域医療枠の短期受け入れ、新専門医制度における総合診療専門医育成プログラムの横浜市立大学との協力型施設としての役割、そして JCHO 版病院総合医育成プログラム関連施設という役割も担っている。いずれも、歴史は浅くこれから発展が望まれる教育活動ではあるが、横浜市立大学医学部での授業の感想カードには、「総合診療は人工知能に変えられない領域である」「病気だけではなく障害とどう向き合うか考えさせられた」「できないことよりもできることを探す大切さを学んだ」といったポジティブな感想、医学生実習のレポートには、「横浜においても高齢化が進行し、病床数が不足している今だからこそ、患者さんやご家族のニーズに応えながら患者さんの自宅においてその生活を支える地域医療がさらに求められていると感じた。」「丁寧に診察すればするほど信頼され、最終的には必要な話を聞くことができるという言葉が印象的であった。いわゆる身体所見などは検査が十二分にできる環境では軽視されがちであるが、患者と接すれば接するほど一番重要な情報を得られやすくなるということである」という感想が述べられ、初期研修医の地域医療研修では、「地域医療は都会においても実践することができる」というコメントを貰っており、それぞれ短期間の関わりでも若い世代へのインパクトを与えられていると実感している。

若手への教育活動も重要だが、従来の価値観を持つ他科専門医に対してどのように総合診療の重要性を伝えていくかは万国共通の課題である。英国家庭医療学会（Royal College of General Practitioners）の公式文書、「メディカルジェネラリズム—なぜ全人的医療の専門性が重要なのか—（プライマリ・ケア連合学会翻訳）」によれば⁷⁾、バーチャル回診、ケア・カンファレンス、地域を基盤としたチーム会議、および電子通信手段の活用などにより、総合診療医と専門医のコミュニケーションを改善することが目標とされている。総合診療医は病院に存在しながら、より病院の外を向いた患者背景へ関わりをし、患者と専門家、患者と社会資源、患者と家族をつないでいくことが重要であると考えられ、自らの市場価値を実例として重ね、歴史を築いていく以外に近道はない。

考察と今後の展開

横浜保土ヶ谷中央病院は、現在まで病院からの在宅医療を実施していないが、今後そのニーズが急速に高まることは前述の横浜市全体の統計上も明らかである。近隣の在宅医療対応診療所の数も少なく、付属訪問看護ステーションとの円滑な連携の観点からも徐々に話を進めていく必要があるが、そのためには総合診療を行う人材のマンパワーの確保が重要である。特に現在は医師確保を大学医局の人事による臓器別専門医に頼っており、1年～2年で医師は大きく入れ変わる。これにより、生物学的側面以外の周辺事情は、医師による包括的継続性が担保されにくい。また、各科医局のローテーターとして派遣される医師達は自分の専門分野の知識・技能を高めることを優先するのが当然のため、時間を割いて生活に密着した活動に注力することが難しいことも理解できる。このような状況は、今後我が国で総合診療専門医の数が増えていくに連れ解消されていくかもしれないが、日本専門医機構による総合診療専門医プログラムの開始が2018年4月からであり、当面は現状が長く続くことが予想される。

この問題に対処する一つの方法として、筆者が研鑽した長野県の佐久総合病院での農村医療研修における、僻地診療所研修をヒントにしたいと考えている。長野県南佐久群川上村（人口約4000人）の川上村診療所では、訪問看護師が複数名で24時間体制で村民を支えており、また、診療日には毎日、診療所に併設されている役場と他職種での患者申し送りが行われており、経過の長い患者の変化を多職種で

包括的に把握できている。彼らが地域の看取り文化の継承に貢献しており、全国的にも高い在宅看取り率である。包括的継続性の担保を医師以外の職種がチームで担い、医師が交代あるいは不在でも、地域で生活する患者にとっての伴走者が存在するという文化である。

都市部と僻地との大きな違いは、医療機関、介護施設、行政組織など、ケアの提供者が無数にあり、全体の統括が容易ではないことであるが、その穴を埋めるであろう情報科学技術も、目前までできがっている時代である。総務省によれば、2020年東京オリンピックに向け、5G回線の全国的な整備がなされていく計画がある⁸⁾。超高速回線やIoTデバイスを用いた、円滑なコミュニケーションツールや映像技術を診療に活用していくことも期待されており、時間やマンパワー不足を補う一助になる可能性がある。例えば英国では、こうした遠隔技術（telemedicine）の技術に総合診療医が関与することにより、土日の救急入院を減らすエビデンスが出されている他、救急隊が救急患者搬送に際し、医療情報のネットワークにアクセスできる権利を持ち、心肺停止時のDNAR指示の有無の確認がとれるというシステムも既に行われている。わが国でも2018年度の診療報酬改定において、遠隔診療の診療報酬が追加され、今後この領域の発展が期待されている。

診療圏の地域包括ケアシステムというネットワークが構築することにより、その仕組みの中で、医学生や研修医、そして若手医師が包括的統合アプローチの重要性を環境から学んでいける卒前・卒後教育の場を作り、大学病院や他の高度急性期病院とは特色の異なる、中山間地の包括ケアを擬似した地域基盤型医学教育という学習の場を付加価値としていきたい。

60年以上、同じ病院が当該地域に存在してきた歴史は非常に貴重であり、歴史的にも、そして地理的にもこのような地域基盤型医学教育を行う素養は備わっていると考えられる。高齢患者の中には長年通院してきた近隣の方が多く、中には過去に病院職員として勤務歴のある人達も少なくはない。地域住民として病院に良質な医療とケアを期待する声を聞く機会も多い。こういった声を拾い上げ、住民参加型の医療モデルを大都市であっても構築することを今後の展望としている。そのために、今後、病院と地域ケアプラザとの情報交換、病院から地域ケア会議への出席、病院から医師会主導の保土ヶ谷区在宅

医療連携拠点事業との連携や行政の生活支援コーディネーター等との情報連携を重ねるなど、外部にネットワークを構築することが大切である。

地域包括ケアシステムはそれぞれの地域のコンテクストによって行われる内容が大きく異なるものであるが、地域単位で行われる取り組みが良い業績をうめば、行政的な介入にも繋げられうる。例えば、総合診療医による入院医療費抑制効果や再入院率低下に対する効果、認知症ケアコミュニティの生み出す価値についてなど、社会に与えるインパクトを診療圏でのエビデンスとして発信する必要がある、ここに近隣の大学群と連携したプライマリ・ケア関連研究を行う意義があると考えている。

ところで、上杉らは、大学開放への今日的期待について、専門家・細分化された知識を直線的に発展するだけでなく、多様な専門分野の知識を学際的に組み合わせ、新しい市場や新サービス、新しい知的水平を拓いていく力を学生に習得させると同時に、2012年に発表された「大学改革実行プラン」で掲げられた大学の「センターオブコミュニティ（COC）」機能の強化が代表するように地域再生、地域活性化に対する大学機能が求められている、と述べている⁷⁾。また、大学が持つ研究と教育の機能は、広く地域・社会に公開されるべきであり、また地域・社会からのニーズに応えるように機能する大学開放が追求されるべきである、とも述べている⁷⁾。これらの記述は、前述の常盤台地区連合町内会が横浜国立大学に求めている姿勢そのものである。そして、「地域で安心して暮らすまちづくり」に、医療が関わらない理由はない。

横浜市には公立医科大学、医学以外の多分野に関わる国立大学を有しており、前者は長らく横浜保土ヶ谷中央病院（旧船員保険病院）への医師派遣を行ってきた歴史を持ち、後者は同院に隣接する地域のまちづくりの拠点であるという特徴を持つ。これらコミュニティの知の拠点と医療との協同により、安心して暮らせる地域を作り上げていくことが長期的に重要な課題である。

さらに言えば、高齢多死社会の次に問題となる社会課題について、早期から取り組む必要性があることも触れておきたい。都市部で起きているもう一つの課題として、在留外国人数の増加が挙げられる。法務省の2017年6月の統計¹⁰⁾によれば、横浜市の在留外国人数は92117名で全国有数である。その内訳は、中国人、韓国人の他、東南アジア諸国や南米、北米など多岐に渡る。普段の診療の中でも、ア

ジア諸国の外国人留学生や労働者の数も少なくはなく、英語以外の言語でのコミュニケーションが必要とされることもある。また、横浜保土ヶ谷中央病院で実施している船舶医療無線での緊急医療相談の内訳においても、アジアからの労働者が多いことがわかっている。今後も東京オリンピックを期に、訪日外国人、在留外国人は増加していく可能性があるが、市内で外国人診療に準備のできている医療機関は決して多くはない。言語や文化のギャップによって、立場の弱い方達が差別されない、安心して暮らせる社会を目指すこともまた、新にグローバルな視点を持った地域医療と言えるのではないだろうか。

横浜保土ヶ谷中央病院総合診療科は、高齢者の地域包括ケアシステムにおける役割をきっかけとし、複雑化する社会・国際化する医療の中で必要とされる総合診療医を、地域住民とともに築き上げていく。

文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の地域別将来人口推計. 東京: 国立社会保障・人口問題研究所; May 2013. [not revised; cited 13 May 2018]. Available from: <http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/3kekka/Municipalities.asp>
- 2) 二本立. 地域包括ケアと地域医療連携. 第1版. 東京: 勁草書房; 2015年10月10日. p14
- 3) 神奈川県保健福祉局. 神奈川県地域医療構想. 神奈川: 神奈川県保健福祉局; 2016年10月31日. [not revised; cited 13 May 2018] Available from: <http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f535356/p1081122.html#>
- 4) 横浜市統計ポータルサイト. 年齢(各歳・5歳階級別)別・男女別人口—保土ヶ谷区. 横浜市: 政策局総務部統計情報課; 2018年1月1日. [not revised; cited 13 May 2018]. Available from: <http://www.city.yokohama.lg.jp/ex/stat/jinko/age/new/hodogaya-j.html>
- 5) 船員保険会. 船員保険会50年史. 東京: 社会保険研究所; 1992年11月21日
- 6) 常盤台地区連合町内会. 郷土の歴史と常盤台連40年. 横浜: 常盤台地区連合町内会; 2013年3月. [not revised; cited 13 May 2018]. Available from: <http://www.tokiwadai-yokohama.jp/>
- 7) 英国家庭医学会. メディカル・ジェネラリズム - なぜ全人的医療の専門性が重要なのか -. 英国: 英国家庭医学会 (訳: 日本プライマリ・ケア連合学会「メディカル・ジェネラリズム」翻訳チーム); 2012年3月. [not revised; cited 13 May 2018]. Available from:

https://www.primary-care.or.jp/imp_news/pdf/20160721.pdf

- 8) 総務省. 平成 29 年版情報通信白書. 東京：総務省；2017 年 7 月. [not revised；cited 13 May 2018]. Availablefrom： <http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h29/pdf/29honpen.pdf>
- 9) 上杉高實, 香川正弘, 河村能男, 編. 大学はコミュ

ニティの知の拠点となれるか. 初版. 京都市：ミネルヴァ書房；2016 年 9 月 20 日. p149-p151.

- 10) 法務省. 在留外国人統計. 東京：法務省；2017 年 11 月 20 日. [not revised；cited 13 May 2018]. Availablefrom： https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&stat_infid=000031642068&id=000001196143

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

総合診療医が地域の急性期病院に与える効果について ～高知県立あき総合病院の取り組み～

的場 俊¹

要旨

高知県東部地域（以下、安芸保健医療圏）の急性期の医療を担う高知県立あき総合病院において、初めての総合診療医が赴任して6年が経過した。直近の10年間のデータをもとに、総合診療医の赴任前後で、院内の診療状況や病院の医業収支の変化、スタッフの数と雰囲気はどう変化したのか、高知県東部地域の救急医療はどう変わったのか、「総合診療医が果たしてきた役割」という視点で、可能な限りの院内外の診療データを用いて分析を行った。結果、総合診療医は、病院内の各診療科を連携し、医学生、初期臨床研修医や専攻医への教育・共働し、病院を活性化し、病院の収支を回復することに貢献できた。また高知県東部地域の救急医療についても、回復の一助となっていると考えられた。

【事例の概要】

① 取り組みの背景

＜あき総合病院概要＞

高知県は人口73万人（2015年国勢調査より）、四国地方の中でも南に位置し、四万十川に代表される豊かな自然に恵まれた県である。当院の所在する安芸市は県中央にある高知市から東へ40キロに位置し、土佐湾と四国山地に囲まれた県東部の中核都

市で、穏やかな気候に恵まれ、ナス、柚子の栽培やチリメンジャコ漁が盛んである。人口は1.7万人、高齢化率は約37%と高い。

当院は、安芸市のみならず、高知県東部の安芸保健医療圏全体の急性期医療を担う病院である。安芸保健医療圏は、2市4町3村からなる面積7,103km²、人口5万人の地域である（図1）¹⁾。圏内には、約40の医療機関があるが、公立医療機関は当院と馬路村



図1. 高知県の保健医療圏（文献3より）

1. 高知県立あき総合病院 内科

の2診療所のみで、他はすべて民間医療機関によって支えられている。

＜病院の沿革＞

当院の前身の県立安芸病院は、昭和26年に内科、外科、産婦人科でスタートし、精神科、小児科、眼科、耳鼻科、整形外科、麻酔科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、胸部心臓血管外科などを開設し、診療を行っていた。また、県立芸陽病院は昭和30年、安芸病院に開設されていた精神科が独立し精神科単科病院として診療を行っていた。平成24年4月、2つの県立病院が再び統合され、現在のあき総合病院となった。病床270床（一般130床、精神90床、包括ケア45病床、結核5床）の総合病院である（写真1）。平成26年4月建物が改築・リニューアルオープンされ、実習で訪れる高知大学学生からも好



写真1. 高知県立あき総合病院

評である。平成29年4月時点で常勤医師数32名、診療科目は内科、循環器科、消化器科、呼吸器科、外科、小児科、産婦人科、整形外科、脳外科、耳鼻科、眼科、泌尿器科、麻酔科、放射線科、精神科の15の診療科と地域の小～中規模の急性期を担う基幹病院としては比較的恵まれている。

＜病院の課題 地域の課題＞

当施設は地方都市にある「急性期を担う基幹病院」である。しかしながら、当地域も全国の地方都市と同様、急速な人口減と高齢化の波に飲まれその影響を受けざるを得なかった。地域で新規に開業するクリニックが減り、在野で踏ん張っていただいている医師が高齢化し、診療所機能が衰退していった。

また高知県東部地域の病院に勤務する医師数全体も減少の一途で、平成16年厚労省による医師・歯科医師・薬剤師調査で高知県東部地域の病院勤務医数は、人口10万人あたり88人と偏差値43と全国平均を大きく下回っていた（図2）。その後、4つあった急性期医療を担う病院はここ10年あまりの間に、次第に医師確保困難となり、うち一つの急性期病院が平成29年4月に病床廃止、平成30年1月に廃院となってしまった。当院も勤務医師数減少の煽りを受け、平成23年には医師数19名にまで減少していた（図3）。一方、安芸市を含む、高知県東部地域には在宅医療を行う医師が少なく、また訪問看護の件数も極端に少なく、自宅で生活できなくなった高齢者や障害者、認知症の方は、市外の施設や療

高知県二次医療圏ごとの病院勤務医数



図2. 高知県二次医療圏ごとの病院勤務医数

養型病床に移らざるを得ない状況であった²⁾。

さらに、圏域内には長期に療養するための療養型病床や老健施設、特養など介護保険施設、グループホームやケアハウス、サービス付高齢者住宅などの施設は需要が高く、常に待機待ちの状況であった²⁾。そのため当院は「急性期を担う基幹病院」の役割が第一義であるものの、このような自宅退院困難者への受け皿の不足や病院勤務医師数の深刻な減少のために、急性期病院としての役割を十分に果たせないジレンマに陥っていた。

②導入の経緯

<総合診療医の赴任>

高知県では病床が中心部に集中しており周辺地域の医師数が不足している(図2)。県中央部では医師が増加してもそれ以外の地域では減少し続けているという地域偏在が存在し、とりわけ郡部の公立病院や民間の基幹的病院での医師不足が急速に進み、病院機能の維持に支障が生じている状況である³⁾。特に若手医師の減少が著しく、今後の地域医療の維持が極めて厳しい状況となっている³⁾。その対策として高知県は以前から、病院GP (general physician) 養成のための拠点として、あき総合病院を位置付け⁴⁾、ここに指導医として、地域で長く活動してきた自治医大卒業医師にあき総合病院への赴任を要請していた。東部地域の医療の再生と、保健福祉との協力関係の構築、そして若手医師育成の3つの目標を持ち、最初の総合診療医として1名(現当院総合内科部長)が平成24年4月あき総合病院内科医として着任、診療開始した。

③事例の詳細

<総合診療医の診療実績>

いわゆる「なんでも屋」の総合診療医として内科に所属し、外来や、救急外来業務、当直業務、入院患者の診療を担当した。しかし当院にとって、総合診療医を迎えるのは初めてことであり、当初は、着

任した医師はもとより、病院スタッフも「この医師は何が専門で、何を診療できるのか」という戸惑いが見られた。総合診療医の特性の一つは、姿をその環境に応じて柔軟に対応できることである。ある程度の内視鏡検査や放射線科のインターベンションの技術は持ち合わせていたが、あえてそれを封印し、日々の診療をコツコツこなすことに専念した。そして依頼された診療は可能な限り断らないことを心がけた。総合診療医の診療のレベルを評価するすべは難しいが、常に目の前にいる患者さんに対して良い医療をしようと心がけることが全てである。

初年度平成24年度には300人の患者さんの主治医となったが、その後は、初期臨床研修医や専攻医ら若手医師とともに診療にあたり、年々担当患者は増加し、平成28年以降年間500人を超える患者さんの主治医としてチーム医療を行なった(図4)。担当した疾患は多岐にわたり、専門医とともに、幅広く診療に当たっているが、その中でも多いのは肺炎、尿路感染、悪性腫瘍、心不全、腎臓病などである(図5)。年々、肺炎・誤嚥性肺炎の頻度が高まっているが、この原因は高齢化と認知症患者の増加、寝たきり患者の増加が原因と考えられる。当院に呼吸器科の常勤が1名しかいないため、また誤嚥性肺炎は、急性期の治療のみならず、嚥下機能評価や嚥下リハビリ、在宅、施設への退院調整など、総合的な対応が必要なため、当科が担当することの多い疾患である。また、尿路感染症・腎臓病を担当することも多くなっている。これは当院の泌尿器科の常勤が1名と人数が少なく、透析を含め担当する疾病が増加しているため、それをカバーする必要があることにも一因があった。年度ごとに内訳が少しずつ変化する理由としては、その年度の担当科の医師が少ない場合や、専門科の業務量が多すぎて手がまわらないときにこれらをカバーするためである。総合診療医の疾患特異性は特にないが、比較的得意なのは、多彩な病歴を持つ高齢者や、生活歴や複雑な家庭事情のある若年から壮年者の診療である。そうい

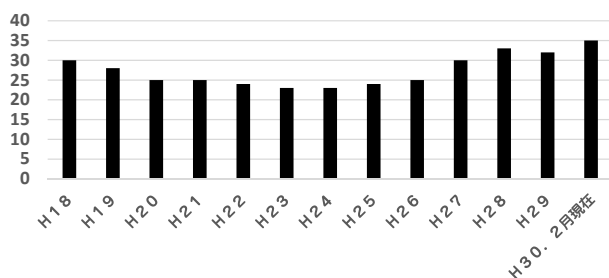


図3. あき総合病院常勤医師数

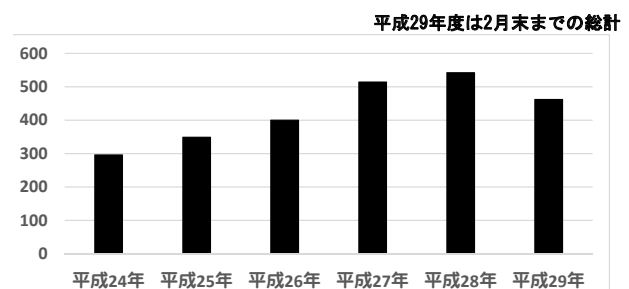


図4. 総合診療科入院患者

う患者に対する治療手段は、専門医が勧める治療が必ずしも本人にとってベストではないことが多く、柔軟な対応が求められる場合、最も活躍するのが総合診療医と言える。

<毎朝の「朝のカンファレンス」と毎月の「画像症例検討会」>

院内の各専門科は15の診療科があり、地域の小都市の中規模の病院としては比較的充実しているが、各科1-4名と少人数のため、その特徴を生かすことを心がけた。各科の垣根を取り除き、お互いに助け合って診療するために、前日に入院した「全科の患者」について毎朝8時5分からの朝のカンファレンスを毎日主催し、総合診療医が司会を担当し、各臓器別専門医との情報共有と並びにディスカッションを行った(写真2)。入院時ルーチンで施行された、血液生化学一般採血や心電図、胸部写真を吟味することで、見逃されている疾患をチェックする機能も果たしたため、他の診療科の医師からも好評である。

この毎朝の入院患者ミーティングは、他の診療科の医師だけでなく、学生や研修医に大変好評であった。全科の患者さんがどのような過程で入院に至ったかが把握でき、またカルテ回診とはいえ、骨折や脳卒中、感染症などの症例の画像や病歴が毎日10~15例ほど見られるため、中規模病院における臨床の実態に沿った総合的な学習に大変役立つ。

また、当科は地域開業医から多数の紹介を受けているが、それらの中から意義深い症例について、毎月第3木曜日に「画像症例検討会」を開催している。当院の各科の専門医と総合医はもとより、室戸市から芸西村までの東部地域の開業医、民間病院の医師たちに参加していただき、当院での急性期医療、かかりつけ医受診時の患者の様子などについての情報交換を行っている。これは各科目の垣根を取り除くとともに、診療所や民間病院で奮闘されている医師と懇親を深め、さらには研修医や学生の教育の場にもなっている。

一方、高知県の県立病院としては初めての試みであるが、在宅や施設での看取りを総合診療医が行なっている。自院の訪問看護及び他院の訪問看護ス



写真2. 朝カンファレンス

図5. 入院患者主病名

	平成 24	平成 25	平成 26	平成 27	平成 28	平成 29
肺炎	78	97	103	121	141	137
尿路感染症	13	16	23	39	39	47
腎臓病	7	14	13	17	8	21
心不全	20	19	8	18	24	19
肝疾患	6	7	7	11	17	17
消化管出血	0	11	14	14	9	17
悪性腫瘍	22	22	28	30	35	16
脱水症	4	0	6	10	15	14
糖尿病	11	5	7	13	8	14
軟部組織感染症	0	5	7	5	7	12
胆管炎・胆のう炎	6	10	5	20	22	12
敗血症	4	0	13	18	13	10
胃腸炎	10	9	15	35	30	7
膝炎	0	0	0	0	0	6
慢性呼吸不全	0	0	0	6	8	6
気管支喘息	4	7	8	0	10	5
めまい症	3	12	0	0	0	5
偽痛風	0	0	0	0	0	4
低体温	0	0	0	0	0	4
その他	82	78	100	116	120	89

ーションと密に連絡を取りつつ、癌終末期だけでなく、老衰で在宅看取りの希望のある患者さんやご家族への支援もこの5年間続けており、毎年5～10人程度の看取りを実践している。

平成25年に当院はこれまでの病院の取り組みが評価され、また総合診療医が認定医資格を有することもあって、地域包括医療・ケア認定施設となっている。

平成25年4月より当院も訪問診療を開始。（最初は総合診療医1名で立ち上げ）。同じ年の6月から病院の所在する安芸市で、安芸市包括支援センターとの2ヶ月に1回の情報交換会（初めて市との共同事業）を立ち上げるようになった。2年間の熟成期間を置いたのち平成27年度よりいよいよ安芸市在宅医療・介護連携推進事業プロジェクト会議が立ち上がり、県立病院として同事業に参加することになった。

<教育体制>

もともと高知県では極端な医師の偏在と病院勤務医の数の不足の対策として、県立病院での若手医師育成の構想が練られていた。平成24年に総合診療医が赴任後、平成25年より初期臨床研修医（地域医療研修）の受け入れを開始。高知大学からの医学生実習を拡充した。総合診療医、家庭医の育成を目指して日本プライマリ・ケア連合学会認定（Ver.2）「高知県立病院群総合医・家庭医養成後期研修プログラム」を開始した。当プログラムは高知県西部の急性期医療の拠点である県立幡多けんみん病院（高知県宿毛市）と高知県東部にある県立あき総合病院が共同で総合診療医・家庭医を養成するプログラムであり、平成27年度から専攻医を迎え、現在6名（当院では3名）が所属している。また、平成28年度からは管理型臨床研修病院に昇格し、10年ぶりに初期研修医2名が研修をスタートした。若手医師の持つエネルギーが病院の活性化にも好影響を与えている。また医学生への教育にも力を入れ、医学生

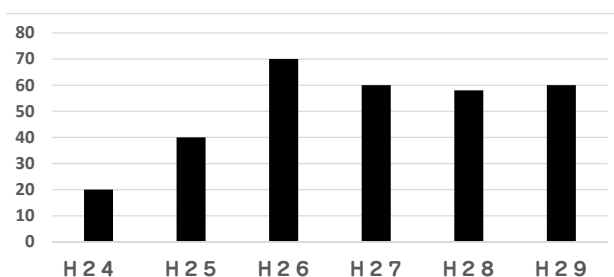


図6. 医学生実習受入数

の学生実習の受け入れも積極的に行ってきた。高知大学医学部が学外実習として行われる、クリニカルクラークシップ（1週間の泊まり込み学外実習）と並行して、高知大学総合診療部から依頼された平成25年度から総合内科実習（外来問診実習）を開始した。平成24年度は内科を含む受け入れ人数は全体で20名だったが、平成25年度から総合内科実習の受け入れを開始後は、年間の学生受け入れ総数は毎年約60人にまで増加している（図6）。

平成29年度からは高知大学医学部家庭医療学講座から、さらに臨床経験20年の総合診療内科医1名が派遣され、待望の2名の指導医体制となり、外来・入院・訪問の診療と若手医師や医学生への教育を行なっているところである。平成30年度からは家庭医療専門医コースを終えた当院の専攻医が、常勤として病院総合医として赴任予定となり、少しずつではあるがスタッフも充実しつつあり、総合診療の系譜を引き継いでもらえることを期待している。

④効果

<総合診療医が地域の急性期の総合病院における効果について>

1) 安芸圏域内救急搬送人数

過去13年間安芸圏域内救急搬送人数及び当院への搬送数、また当院への搬送占有率の推移（図7）を示す。記録が残っている平成16年の全数2877人中1441人（当院の占める割合50.1%）から下降線を辿り、平成23年には全数3067人中867人（26.6%）と件数では約600人の減少、占有率では約半分まで減少した。平成24年4月に総合診療医1名が常勤として赴任して以来、初期臨床研修医や専攻医など若手医師の増加、また他の専門医の医師数増加により、順調に救急搬送数は回復し、赴任後6年目の平成29年度は全圏域内搬送数3528人中1760人（49.9%）まで回復している。

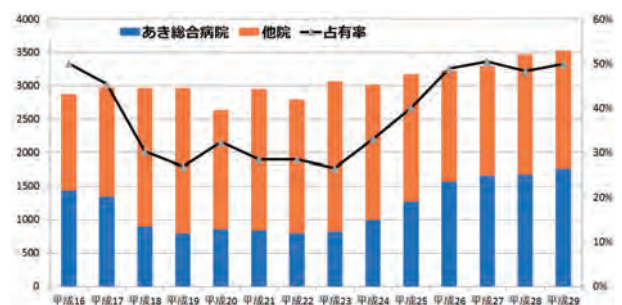


図7. 高知県東部地域救急搬送人数

2) 常勤医師数

医師数については、図3に示すとおり、平成18年30名いた常勤医師が次第に減少し、平成23年には18名まで落ち込んだ。平成24年4月以降、常勤医師数は増加し、平成29年4月には32名まで回復した。1名の総合診療医を中心に、協力型臨床研修病院として、他院の初期研修医を積極的に受け入れた結果、平成28年度より基幹型病院となり、平成29年4月より初期臨床研修医5名が赴任している(図8)。平成27年度より総合医・家庭医養成後期研修プログラムを開始し、常勤として3年間で3名が在籍しており(図9)、平成29年4月より待望の総合診療指導医2名体制となった。

初期臨床研修医や、専攻医を受け入れ、教育することで、病院内の雰囲気活性化し、もともと持っていた病院としての力量を蘇らせることに成功した。また直接働き手ではないものの、将来の医療の担い手の医学生を積極的に受け入れることも極めて重要である。学生時代1日だけ病院実習にきた学生が、その時の印象が良かったということで、初期臨床研修医として赴任するケースも見られるようになってきている。

3) 病院トップの理解の重要性

病院長も、病院内を活性化する働きをする総合診療医を積極的に評価、活用するようになり、総合診療医はあたかも「グリーンベレーのように(院長表現)活躍するイメージを持つようになり、病院内外で声明し評価した。このように職場のトップが、総合診療医の働きを評価したことも総合診療医の活躍の場を与えることに非常に大きく後押ししたと思われる。このようにして、落ち込んでいた救急搬送人数は、総合診療医や若手医師を中心に、病院全体が活性化して増加することとなった。

図8. 初期臨床研修医受入数

	H24	H25	H26	H27	H28	H29
基幹型					3	5
協力型	1	12	15	23	8	7
計	1	12	15	23	11	12

H28年度から基幹型病院指定

図9. 専攻医受け入れ人数

	H27	H28	H29
専攻医受入数	2	3	2

<総合診療医が病院の収益に与える影響について>

平成19年から記録に残るデータより算出したところ、当院では毎年4億から7億円超の純利益の損失が続いていた(図10)。平成24年度総合診療医が赴任後、救急搬入症例の増加や、研修医を含む若手医師数の増加するに従って、純利益は回復基調と変化し、平成26年4月に新病院開院後、平成27年に初めて純利益が黒字転換。平成28年度こそやや損益となったが、平成29年度も黒字見込み(平成30年2月末)となっている。これは新病院の建物や官舎が新しくなり、若手の医師に注目され、赴任のためのハードルが下がったことも大きな一因であろう。しかし同時に、赴任してきた若手の医師は、総合診療医がかつて、医学生や初期臨床研修医時代に教えてきた医師が半数近くおり、関係性が非常に良好で、意思疎通がしやすいという環境だったことも一因である。総合診療医は前述の通り、赴任した翌年の平成25年度より、全科医師を対象として合同の画像症例検討会を毎月実施してきた。また毎朝、全科医師を対象とした合同の朝カンファレンスを4年間実施継続している。このような試みが、科同士の垣根を解消し、意思疎通を円滑にする働きをすることで、他科の医師も仕事がしやすい、赴任しやすい状況を作っているものと考えられる。このような地道な取り組みは具体的な数値に表すことは難しいが、現在の病院全体の活性化を引き出し、病院の収支の改善に結びついている原因の一つと考えられる。

⑤今後の展開

当院では現在、総合診療医と臓器別専門医とがお互いに助け合い、地域の急性期病院で順調に共同している。しかしながら今後、総合診療医の真価が問われるのは、総合病院における総合診療医の継続性、すなわち「後継者育成」が最大のポイントである。この6年間に徐々にできてきた総合診療医によ

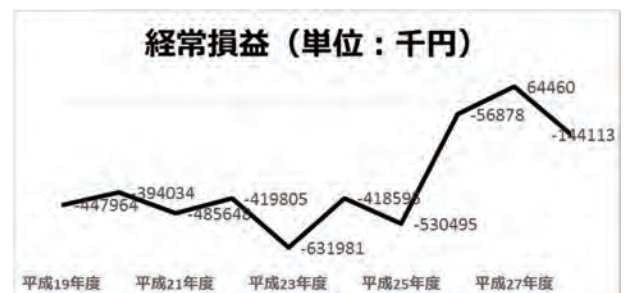


図10. 病院経常損益

る病院全体の活性化は、次の総合診療医の世代に引き継いでこそ、初めて本当に評価されるのではないかと考えている。そのための「総合診療の魂」を引き継ぐ「人づくり」が最優先課題である。

【考察】

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

もっとも専門性が生かされる場面は、訴えに関わらずまずは断らずに相談を受け、総合的な立場で対応を示すことである。具体的に多いのは、臓器別専門医が苦手とする、脱水や発熱、関節痛などで動けなくなった高齢者の入院管理や、誤嚥性肺炎、尿路感染、あるいは診断に苦慮する病状に対しての診療であろう。さらに総合診療医は各専門医やコメディカルスタッフの力量をうまく生かして、問題点を解決することが重要である。それはまさにサッカーで言うところの「ボランチ」の役割である。具体的には、朝の全科カンファレンスや各病棟での多職種合同カンファレンスの実施などがその現場である。確かに病院の必要に応じて、専門医の代わりに内視鏡検査や各種インターベンション処置をしたり、サポートをすることも大変喜ばれるのだが、どちらかというと、臓器別専門医がやりたくない、しかし比較的頻度の多い疾患を、その患者さんの背景を考慮して対応を行うことができることが最も総合診療医の専門性が生かされる場面であろう。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

上記①に示すような業務を通じてコメディカルスタッフとの交流や関係性ができれば、各職種の力を引き出すことが可能となる。例えば、嚥下機能障害の患者さんに対して、言語療法士にとってもっともよい相談相手になることができ、彼らのモチベーションのアップにつながっている。また各臓器別専門医が普段見逃しやすい、入院時の胸部写真や心電図、血液検査データの異常所見を、総合診療医が司会する毎朝のカンファレンスで、全科の入院患者をチェックし、見逃しがないかチェックすることができる。基本的な検査や臨床症状から想定される疾患を提示することにより、本来の疾患を治療する際に役立ち、各科から好評を得ている。また、他科の入院患者さんでも、術後の肺炎や尿路感染症、薬剤の副作用、発熱や食欲不振などで困っているケースに対して、総合診療医が積極的に関わっていくことで臓器別専門医の負担の軽減にもつながっている。

③医療や社会に与えるインパクト

総合診療医と共同して診療した経験のない臓器別専門医にとって、総合診療医の力量は未知であるために、最初は著しく戸惑いが見られる。また看護師などコメディカルスタッフにとっても同様である。しかしながら、1年間一緒に働くことで、「役に立つ総合診療医」の姿を認識することができ、総合診療医に対する偏見は少しずつ軽減されていくことがわかる。また「患者さんの背景を考えた医療」を地域の総合病院の現場で見せることは、学生、初期臨床研修医、専攻医にとってたいへん魅力的に映るようで、専攻医や初期臨床研修医のみならず、医学生の当院への病院実習の希望が後を絶たない。そのような若手医師・学生の求心力を示すことがまた、病院管理者から見ても、経営的に良好と判断されるため、総合診療医に対して好感を持って考えていただけるようになってきた。社会的には、院内外で一緒に仕事をすることが多いケアマネジャーや地域包括センター職員、行政の問題に対して共同して対応することが多い保健所職員との関係も極めて良好である。今まで当院とは関係の薄かった保健福祉機関との関係性が良好になり、両者をつなぐ架け橋として、大きな期待をされるようになってきている。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

総合診療による地域の急性期病の活性化は、日本のどの地域でも同様に実現することができる。しかしながら条件として必要なものも確かに存在する。そのためには①診療と教育に対するモチベーションの高い総合診療・家庭医療指導医が最低1名、②担当部署長あるいは病院長の理解とバックアップ、最低限この2つは必須である。しかし、6年間の活動の中で痛感したことは、この2者だけではやはり不足である。ソフト面でどうしても必要なもう一つのピース、③総合診療・家庭医療領域における指導的な役割を果たす機関の存在（ポर्टフォリオや振り返りなど、学問的な裏付けを持ち、指導的役割を果たす）に関わっていただくことが不可欠である。さらにハード面としては、病院及び諸機関の事務的手続きの窓口や相談相手（事務的機能）の積極的な関わりが必須と思われる。この4者が揃えば、どの地域でも実現可能であると言える。

<結語>

地域の総合病院において、総合診療医は病院内の各診療科と連携し、医学生、初期臨床研修医や専攻

医の教育・共同することにより、病院の雰囲気を活性化し、病院の収支を回復することができた。また落ち込んでいた東部地域圏内の救急医療を回復させることができた。

<文献>

- 1) 高知県地域医療再生計画 平成 26 年 3 月改訂 高知県
- 2) 高知県地域医療構想 高知県保健医療計画（別冊）平成 28 年 12 月 p40-41
- 3) 高知県担当課 健康福祉部医師確保推進課 医師不足への対応提案・要望先 文部科学省・厚生労働省
- 4) 高知県立病院改革プラン 安芸病院アクションプラン 平成 22 年 3 月 高知県公営企業局 県立病院課・県立安芸病院

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

都市部の中小規模病院における地域包括ケア時代への貢献－病院施設長として

大島民旗¹ 福島 啓¹ 落合甲太¹

要旨

日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医である筆頭著者が都市部の中規模病院の施設長になり、その後取り組んできた内容を紹介する。

地域の連携病院として症状にかかわらず診療する総合外来を開設し、かかりやすさを追求した結果、患者件数の増加をもたらした。また「高齢者診療に強い病院」を方針に掲げ、高齢者委員会を開催し、ユマニチュードの普及、せん妄の予防介入、ポリファーマシーに対する介入、アドバンス・ケア・プランニングの普及に取り組んだ。結果として高齢入院患者のせん妄発生率の低下（14%→9%）をもたらした。

さらにWHO（世界保健機関）の提唱するHPH（ヘルス・プロモートイング・ホスピタル&ヘルス・サービス）ネットワークに加盟し、地域住民のヘルスプロモーションを目的に、スクエアステップの実施、小学校での防煙教室の開催などを行った。

総合診療医が病院施設長となることで、外来・入院ともより幅広い、医療の提供のみならずケアも意識した方向に進めることができ、地域の健康増進活動を含め、地域包括ケア時代に求められる中小規模病院の役割を推進することが容易となる。

①取り組みの背景

当院は大阪市西北部に位置する218床のケアミックス型病院（一般病棟2病棟108床、地域包括ケア病棟54床、回復期リハビリテーション病棟56床）である。病床規模としては厚生労働省の過去の定義では中病院に該当するが¹⁾、当病院の半径5kmには病床規模500床以上の大規模病院が4つあるなど林立している状況で、地域における役割としては小病院と考えられる。また機能的にも循環器分野のイン

ターベンション、外科の開腹手術といった高度医療は行っていない。厚生労働省は、2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進するとしている²⁾（図1）。この中での当院のような病院は患者住民の自宅や高齢者施設と急性期病院をつなぐ、日常



図1

1. 一般財団法人淀川勤労者厚生協会附属西淀病院

の医療を提供する「連携病院」として、いわゆるサブアキュート、ポストアキュート機能を果たすことが求められている。筆者は日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医・大阪家庭医療センターセンター長として、2006年よりファミリークリニックなごみ（大阪市淀川区）の院長に就任し家庭医療後期研修プログラムの運営と家庭医療専門医の育成に携わった。その後2013年より当院病院長となり、地域の連携病院のモデルとなるべく活動を行ってきたため、その内容を報告する。

②導入の経緯と内容および成果

病院施設長として取り組んだ内容は、A. 総合外来の開設、B. 高齢者診療に強い病院づくり、C. 地域住民の健康づくりへの寄与、に大きく分けられる。それぞれの内容と成果について解説する。

A. 総合外来開設

日本のように総合診療医でない専門医が地域で開業する形態が主流となっている状況は、一人の患者の複数科受診が珍しくない。そのことは主治医機能の不明瞭化、ポリファーマシーの問題など課題が大きく、患者が何らかの症状を有したときに「まずかかる科」としての総合診療医の役割は今後も増していくことと思われる。

当院はこれまで内科二次救急告示病院として救急搬送受け入れと、内科救急外来としての初診受け入れの役割を担ってきたが、家庭医療専門医が一定配属されたことを機に、「総合外来」として内科に限らず広く患者の訴えに対応する外来を2013年5月に開設した。診療体制は、午前は救急対応医師1名とウォークイン対応医師2名、午後は救急対応医師1

名とウォークイン対応医師1名を配置した。ウォークイン対応医師のうち1名は極力日本プライマリ・ケア連合学会認定医、日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医が診療を行った。

結果として、受診者数は開設以来インフルエンザの流行期のずれによる波はあるが、外来患者数は2013年から2016年にかけて増加傾向となっている（図2）。また、プライマリ・ケアのセッティングで有用と言われている、愁訴や病名、診療行為についての世界共通のコード分類であるプライマリ・ケア国際分類（International Classification of Primary Care : ICPC）-2³⁾に沿って当院総合外来を受診した患者の訴えを分類した。内科的な訴え（ICPC-2のA（全身及び部位が特定できない）、B（血液）、D（消化器）、K（循環器）、N（神経）、R（呼吸器）、T（内分泌、代謝、栄養））に該当するもの全体が82.0%であったが、それ以外にL（筋骨格）、U（泌尿器）、S（皮膚）、P（心理、精神）などの訴えも一定の割合で出現した（図3）。

B. 高齢者診療に強い病院づくり

日本は今後人口減少に向かっていくことが予測されているが、都市部では当分高齢者人口が著しく増加することが予想されている⁴⁾（表1）。当病院のある大阪市西淀川区も、介護需要はもちろんのこと、医療需要も2025年に向け漸増し、2040年まで減らないことが予想されている⁵⁾（図4）。入院医療においても高齢者の占める割合は今後ますます増加することが予想され、高齢者が入院した時に発生しやすいせん妄の予防、ポリファーマシーへの介入、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning、以下ACPと略、将来に備えて患者・家族とケア全

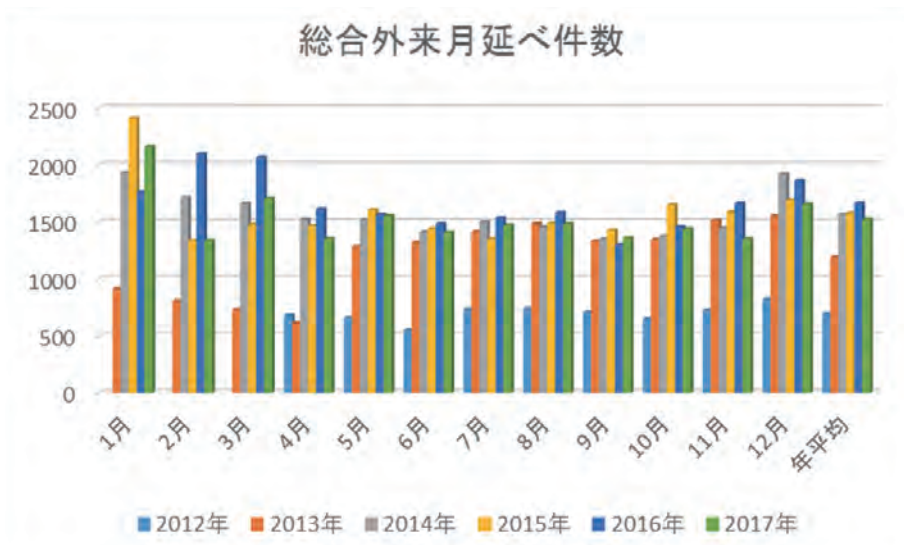


図 2

体の目標・治療について話し合う過程)の普及などは医療費の過剰な増加を防ぐうえでも重要性を増していくものと思われる。

当院は2014年度より病院方針に「高齢者診療に強い病院」を目指すことを掲げ、そのために必要な活動として、筆者が委員長として先頭に立ち2014年3月より多職種型の高齢者委員会を開催した。月1回定例会議を行い、その中で高齢認知症患者に対する接し方を体系化した「ユマニチュード」の学習⁶⁾を行った。そしてその内容を病棟、外来などの診療場面で生かせるように月1回計8号のユマニチュード紹介ポスター作製を行い(図5)、並行して外部講師を招聘しての講演会を開催した。以降は毎年新入職員のオリエンテーション時に医師・看護師だけでなく事務職員も含めた全新入職員対象のユマニチュード講習会を開催している。

また入院患者のせん妄発症予防に Inoue が開発し

たHELP(=Hospital Ender Life Program)⁷⁾の内容を参考に、当院で実施可能な内容を検討し、70歳以上の重症者、意識障害でない患者に対して7つの介入項目を設定した。7つの介入項目は、①「せん妄の予防と対策について」のパンフレットを患者・家族に渡し説明を行う、②眼鏡・義歯・補聴器の持参と着用を促す、③睡眠への援助：睡眠状況の観察を行い、日中の覚醒を促す、④レクリエーションの支援：アクティビティ、⑤見当識をつける(リアリティーオリエンテーション)、⑥夜間持続点滴中止：転倒予防のため夜間のルート類を最小限にする、⑦ADL低下予防・早期リハビリオーダー(リハビリテーション科による医師への働きかけ)、とした。

高齢者にはポリファーマシー(5剤以上の薬剤使用)が多く、ポリファーマシーによって不適切となる可能性のある薬物使用(Potentially inappropriate medications:PIM)がもたらされ、薬物有害事象

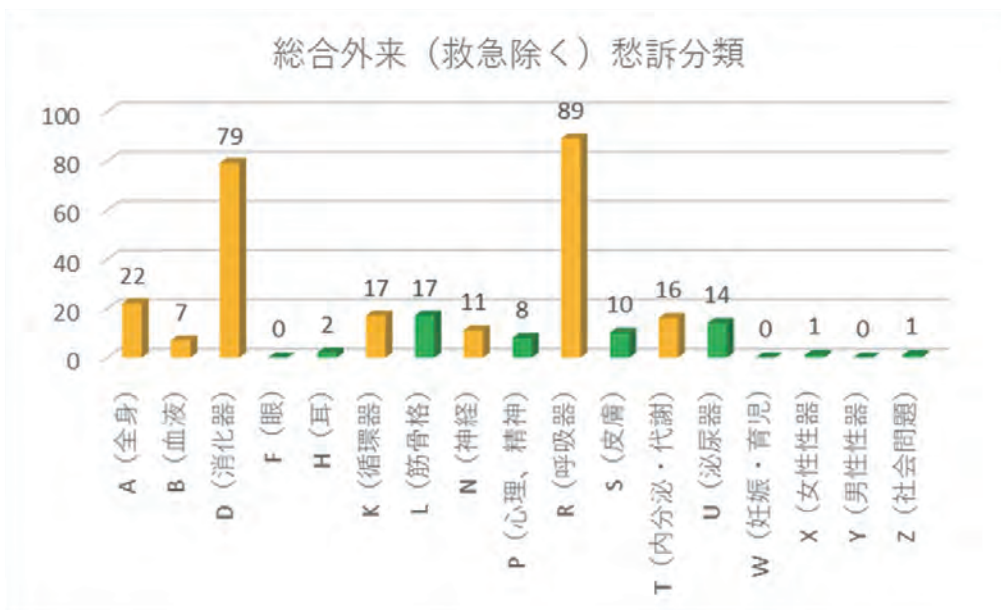


図3 (内科的愁訴を黄色、それ以外を緑で表示)

表1

	2010年時点の 高齢者人口(万人)	2025年時点の 高齢者人口(万人)	増加数 (万人)	増加率	順位
埼玉県	58.9	117.7	58.8	+100%	1
千葉県	56.3	108.2	52.0	+92%	2
神奈川県	79.4	148.5	69.2	+87%	3
大阪府	84.3	152.8	68.5	+81%	4
愛知県	66.0	116.6	50.6	+77%	5
(東京都)	123.4	197.7	74.3	+60%	(8)
岩手県	19.3	23.4	4.1	+21%	43
秋田県	17.5	20.5	3.0	+17%	44
鹿児島県	25.4	29.5	4.1	+16%	45
鳥取県	11.9	13.7	1.8	+15%	46
山形県	18.1	20.7	2.6	+14%	47
全国	1,419.4	2,178.6	759.2	+53%	



図4 濃赤:介護需要西淀川区, 薄赤:介護需要全国, 濃青:医療需要西淀川区, 薄青:医療需要全国

(Adverse drug event : ADE)が増加することが知られている。当院の日本プライマリ・ケア連合学会指導医と薬剤師が協力し、薬剤師が患者または家族に面談を実施した患者について、下記の減量・中止基準に基づいて薬剤継続服用の必要性について主治医に情報提供し、その後の医師による処方変更の有無を確認した。減量・中止情報提供基準は以下の通りとした：①疾病・病態によらず一般に使用を避けることが望ましい薬剤（スルピリド、第一世代抗ヒスタミン薬など）、②特定の疾病・病態において使用を避けることが望ましい薬剤（糖尿病でのクエチアピンなど）、③アドヒアランス不良、もしくは処方目的の不明な薬剤。

上記の介入を行った後、評価を2015年10月～11月（介入前）と2016年10月～11月（介入後）について西淀病院を退院した65歳以上の患者を対象として比較したところ、入院時と退院時の比較では介入前群では退院時のほうが処方薬剤数が増えていたのに対し、介入後群では変化がなかった（ $p=0.004$ ）。またPIMの処方数は介入後群で入院時よりも退院時のほうがより減る傾向にあった（ $p=0.006$ ）（表2）。

ACPについては2017年6月16日に川口篤也氏（函館陵北病院・総合診療科）を招きACPワークショップを開催した。参加者は60名で、ACPの在り方についてロールプレイを交え、有意義な研修となった。また病院内で月1回定期的に全職種参加型の臨床倫理カンファレンスを開催している。カンファレンスには「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」をバランスよく検討できる臨床倫理4分割表⁸⁾を用いた。そのカンファレンスの司会を家

庭医療専門医もしくは家庭医療後期研修中の専攻医が担い、病院職員の終末期医療に対する考え方を醸成するようにした。実際に当院に入院した死亡退院となった患者について調査したところ、2017年8月から12月にかけて71名が入院中に死亡していたが、そのうち75歳以上の患者58名においては52名（90.0%）の患者で、患者本人もしくはご家族から心肺停止前に心肺停止時の方針が確認されていた。その中で100%の方が挿管人工呼吸、心臓マッサージといった救命処置を希望されず、DNAR（Do not Attempt Resuscitation）の方針となっていた。死亡前に心肺蘇生処置を施行された患者は8名で、うちACPが不明なために心肺蘇生処置を施行した患者が6名であった。

以上に述べた高齢者に対する取り組み全体の評価として、せん妄発生率、入院日数を比較した。せん妄発生率については、①70歳以上、②意識障害や人工呼吸など重症でない、③クリニカルパスなどで48時間以内に退院する患者でない、患者を対象に、

表2 高齢者のポリファーマシー介入前後の変化

	介入前群	介入後群	
性別（男/女）	144/186	165/222	NS
平均年齢（歳）	79.8	80.6	NS
入院期間中央値（日）	21	20	NS
入院時の薬剤数	6.72	6.49	
入院中の薬剤数変化	+0.38	-0.01	$p = 0.004$
入院時PIMあり	164 (50%)	202 (52%)	
入院時PIM数	1.68	1.74	
入院中のPIM減少	-0.16	-0.30	$p = 0.006$
増加薬剤PIM数	33	42	



※被写体はすべて職員

図5

2013年に実施した先行調査時と、2017年の介入後調査を比較すると、せん妄発生率が14%から9%に低下した。同時期に測定した転倒発生率は11%から13%と低下しなかったが、両期間中の転倒発生報告方法が簡素化されており、そのことが結果に影響した可能性があった。またせん妄発生患者は入院日数、転倒発生率とも全体より高い傾向にあった(表3)。

C. 地域の健康づくりへの寄与

もともと当院は地域での健康講座や町のスーパーマーケット前での血圧チェックなど、病院外の地域での健康づくり活動は行っていたが、それをさらに確かにする意味でも、2014年にWHO(世界保健機構)が推進するHPH(=Health Promoting Hospitals & Health Services)ネットワークに加盟した。地域住民の健康づくりの一環として、小学生に対する小学校での防煙教室の開催(別に野口愛が詳細事例報告, P.392)、禁煙推進学術ネットワークが推進する毎月22日(数字の2が白鳥の形に似ていることから、「スワンスワン(吸わん吸わん)」=「禁煙の日」)の病院周辺のポイ捨てたばこ回収活動、高齢者に対するスクエアステップ⁹⁾の普及活動などを行った。スクエアステップは高齢者の要介護化予防(転倒予防・認知機能向上)をはじめ、あらゆる年齢層の体力づくり・仲間づくり、アスリートの競技力向上とコンディショニングにまで適用が可能とされているが、当院では主に高齢者の要介護課予防の目的で行われることが多く、2016年12月14日より開始し、2017年12月末までで延べ開催回数107回、延べ参加者数は1471人となっている。

③今後の展開

今後も引き続き、都市部の連携病院として、サブアキュート、ポストアキュート機能を果たしていく必要があることは明らかである。

表3 せん妄・転倒発生率の変化

	先行調査 (2013年1月28日~6 月30日)	介入後調査 (2017年3月27日~ 月31日)
患者数	751	518
男/女	333/418 (44.3%)	236/281 (45.5%)
平均年齢(歳)	80.7	81.4
せん妄発生率	14%	9%
平均在院日数	21.0	16.3
せん妄発生患者平均入院日数	24.5	29.3
転倒発生率	11%	13%
せん妄患者転倒発生率	19%	33%

総合診療機能は2018年度よりさらに家庭医療専門医の増員が見込めるため、すべての診察を日本プライマリ・ケア連合学会指導医もしくは家庭医療専門医、家庭医療後期研修医もしくは総合診療専門研修専攻医が担当することになる。

高齢者診療に対する取り組みは、認知症高齢者の家族のケアを中心にした「認知症カフェ」の開催を病院内だけでなく地域でも行うこと、引き続き高齢者診療のスキルアップ、ACPの普及のため地域の福祉・介護関係者も含めた学習の場の提供を計画している。

考察

今回モデル事業の募集にあたり、筆者自身が院長となってから取り組んできた内容を振り返った。総合診療以外の専門医の働き場は、現在の専門医制度が進んでくれば、資格更新の条件から大規模病院に集中していく可能性がある。そのことは過疎地においては領域別専門医の不足から医療崩壊が懸念されているところであるが、都市部においては大規模病院においては総合診療以外の専門医が集中し、中小規模病院においては総合診療医を中心に連携の役割を果たすことが望ましいと考える。総合診療医は日本専門医機構の定めた整備基準の「領域専門医の使命」でも、「日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど、保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら、地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する使命を担う。」とされている通り¹⁰⁾、診断・治療に偏重せず医療資源の効率的配分に資するものと思われる。

診療所の検査機器で解決しない健康問題に対して、直接大規模病院に紹介受診することは、科のたらい回しや必要以上に過剰な検査、診断の遅れを招く危険があり、当院のような小規模病院で大規模病院でないと対応できない病態かどうかを適切に見極めることは、他の領域の専門医の負担軽減につながる可能性がある。

また高齢入院患者に発生することの多いせん妄は、入院期間の延長、発生後の死亡率の増加をもたらすことが知られており¹¹⁾、予防介入は重要である。大規模病院では入院患者の主病の治療にあたる医師に精神科医師がかかわることが多いが、どちらかと言えば問題発生後の対応になりやすく、入院時から

せん妄発生予防のアプローチを他の医療職と協同し行うことが、精神科常勤医師のいない中小規模病院においては必要となり、その旗振り役として総合診療専門医が最も適していると思われる。またACPの普及は患者本人の望まない延命治療に対する防止策となり、日頃から医療者と患者側で話し合っておくことが望ましいが、通常の診療所での定期通院中には十分実施されていないのが実情であり、当院のような病院の受診時に話題にすることも、ACP推進の一助になると思われる。

また総合診療医の専門知識として、整備基準が定められるように「地域包括ケア推進の担い手として積極的な役割を果たしつつ、医療機関を受診していない人も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。」とあるが、この住民全体へのアプローチは総合診療医が個人として活動するには限界があり、病院自体の姿勢としてそうした行動を連携病院の必須の役割と位置づけることがより重要である。

以上、筆頭著者が病院施設長になることにより都市部の中小規模病院である当院が行ったことを紹介した。日本では全病院中300床以下の病院が全体の82%を占めており¹²⁾地域包括ケア時代の今後、全国に総合診療医の中小病院施設長が増えることによって、病院全体が患者ニーズに対する総合的な対応、地域の全住民を対象とした地域全体の健康向上をより積極的に進めることが可能となると思われる。

文献

- 1) 厚生労働省. 平成14年度受療行動調査の概要(確定)調査の概要. 東京: 厚生労働省; 16 Mar 2016 [sited 17 Mar 2018] Availablefrom: www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/14/dl/kakutei-tyousa-gaiyo.pdf
- 2) 厚生労働省. 福祉介護地域包括ケアシステム. 東京: 厚生労働省; [sited 17 Mar 2018] Availablefrom: http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
- 3) International Classification of Primary Care ICPC-2-R, Revised second edition, WONCA International Classification Committee, Oxford University Press 2005; ISBN 978-019-856857-5
- 4) 厚生労働省老健局. 都市部の高齢化対策に関する検討会資料2 都市部の高齢者対策の現状. 東京: 厚生労働省老健局; 20 May 2013 [sited 17 Mar 2018] Availablefrom: <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032exf-att/2r98520000032f26.pdf>
- 5) JMAP 地域医療システム. 地域別統計. 東京: 日本医師会; [sited 17 Mar 2018] Availablefrom: <http://jmap.jp/cities/detail/city/27113>
- 6) ロゼット マレスコッティ, イヴ ジネスト著. ユマニチュード入門. 第1版, 本田美和子訳, 東京, 医学書院, 2014年
- 7) Inoue SK, et al. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. Journal of the American Geriatrics Society ; 01 Dec 2000, 48(12): 697-1706
- 8) AR Jonsen, M Siegler, WJ Winslade. Clinical Ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine, McGraw-Hill. Inc. Health Professions Division, New York, 1992
- 9) Shigematsu R, Okura T, Sakai T, et al. Square-stepping exercise versus strength and balance training for fall risk factors. Aging Clin Exp Res 2008; 20: 19-24.
- 10) 日本専門医機構. 総合診療プログラム整備基準. 東京; 7 July 2017 [sited 17 Mar 2018] Availablefrom: <http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
- 11) Ely EW, Shintani A, Truman B, et al: Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. JAMA 2004; 291: 1753-1762
- 12) 厚生労働省第3回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会. 東京; 11 Jan 2013 [sited 17 Mar 2018] Availablefrom: <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002rad0-att/2r9852000002skuh.pdf>

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

総合診療（家庭医療）により小病院の経営を再建し、 医師確保や地域の多職種連携に貢献した事例

吉田 伸¹ 本田宜久²

要旨

ベッド数96床の公立颯田病院は、老朽化と4億円超の累積赤字に加え、大学の医師派遣終了により運営困難となった。経営再建と新病院建設等を条件に2008年に飯塚市より医療法人博愛会に経営委譲された。米国医師の教育支援も受け、飯塚病院から派遣された医師を中心に総合診療（家庭医療）の専門医育成を開始。結果、常勤医は3名から14名に増加した。小児から高齢者まで、予防からケガの処置まで幅広く対応する総合診療外来、病棟でのリハビリテーションや社会調整、通院困難者への在宅医療を切れ目なく提供し収益も大幅に改善し、2012年に新病院も竣工した。同年厚労省在宅医療拠点事業を受託し、多職種連携を深め地域包括ケアの発展に貢献した。英語論文投稿や国際学会発表も行い、欧米、アジア各国の医師たちが見学に訪れるようになった。当院を卒業した医師たちも各地で同様の病院改革を行っており、中小病院をコミュニティ・ホスピタルと位置づける再生モデルの一つとなった。

（取り組みの背景）

颯田病院は96床の小病院で、福岡県の筑豊地域にある人口13万人、高齢化率30.1%の飯塚市の北端にある。病院周辺の高齢化率は2017年で38.3%とさらに高い¹⁾。1959年に颯田町立病院が開設され、1967年に竣工した建物には内科のみならず外科、整形外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科も抱える地域のミニ総合病院であった²⁾。2005年、颯田町が飯塚市と合併し市立病院となったが、大学医局派遣医師の減少に伴い各科の診療は縮小され、2007年末には常勤医が院長を含めて全員退職することになった。しかし、地域住民のニーズとしては医療資源が少ない地域であることから病院存続が望まれており、複数の疾患をもつ高齢者への内科的な対応だけでなく、外科、泌尿器科、眼科、耳鼻科領域の診療や小児診療の対応も求められていた³⁾。しかし、病床の半分は空床で建物は老朽化し4億円を超える累積赤字を計上していた⁴⁾。それぞれの領域

別専門医を雇用することは、大学からの医師派遣が困難になってきている現状からは難しく、また、収益的にも採算が見込めない状況であった。公立病院として運営を継続すると毎年2億円以上の赤字を計上し続けることが危惧され、また、医師確保のめども立っていなかった。

以上の状況から飯塚市は民間への経営移譲により病院を継続する方針を決定した。病院の経営状態を改善し、3年以内に病院を建て替えること等の条件で、颯田病院は麻生グループの医療法人である博愛会に経営移譲されることになった。

同時期、筑豊唯一の救命センターを擁し20年の臨床研修医制度の実績をもつ同グループの飯塚病院（1048床）では、卒後2年間の初期研修後の医師に対してより専門性の高い教育を提供する後期研修にも注力し始めていた。同院の初期研修を修了した医師の中には、内科領域のみならず小児診療や皮膚診療、整形外科診療、在宅医療などを総合的に学ぶことを志向する者が、さらなる研修先を求めて他地域へ転職することも見られていた。このような状況から大病院だけで提供する総合診療ではなく、かかり

1. 飯塚病院 総合診療科／飯塚・颯田総合診療専門研修プログラム 臨床教育部

2. 医療法人博愛会 颯田病院

つけ医としてのプライマリ・ケアや地域医療を提供する形で総合診療医の育成プログラムが必要とされるようになり、実際の診療の場として連携する小病院やクリニックが必要と感じられていた。

また、当時筑豊地域には急性期医療終了後のリハビリテーションを提供する医療機関が不足していた⁵⁾。回復期のケアを必要とする患者が筑豊外の医療機関へ転院せざるを得ない現実もあり、リハビリテーション病床の不足は解決すべき地域医療課題でもあった。

このような状況を背景として、2008年4月1日医療法人である博愛会としての穎田病院の運営が始まった。院長については同院呼吸器内科所属ではあったが総合診療科で後期研修を行い、救命センターでの幅広い診療も長く経験した医師が引き受け、診療の質と経営の再建を両立する使命を担った。

(導入の経緯)

穎田病院は飯塚病院より車で15分の距離にある。経営再建にあたり、病床規模10倍の飯塚病院と競合するよりも互いの機能を補完しあうことが戦略的にも地域課題の解決にも重要と考えられた。急性期基幹病院が行わない機能を補完することを重要な戦略とした。すなわち、かかりつけ医としての「プライマリ・ケア診療、回復期リハビリテーションや社会調整、在宅医療」などの機能であり、それは総合診療（家庭医療）に非常に親和性が高い診療領域であるため、質の高い臨床教育を提供する病院になることで常勤医師を集めることができると考えた。最終的に常勤医師として飯塚病院の総合診療科より主に総合内科の経験を積んだ医師数名が交代で穎田病院に派遣されることになった。

一方、高い水準で教育を提供できる人材を如何に獲得するかが課題であった。そこで元九州大学医学部教授で米国での診療経験から幅広い人脈をもつ飯塚病院臨床研修顧問の尽力により、ピッツバーグ大学メディカルセンターの家庭医療学部教授、Jeannette E. South - Paul 医師が紹介された。South-Paul 医師は当時家庭医療を教育する海外の連携事業パートナーを探しており、地方病院ではあるが進取精神にあふれ生き活きと学び診療する飯塚病院の研修医と指導医を視察し連携を決断した。

こうして基幹病院である飯塚病院と研修ローテーション先の穎田病院を軸とし、ピッツバーグ大学メディカルセンター（UPMC）指導医の協力の下、世界レベルの家庭医療（総合診療）教育を提供するべ

く飯塚・穎田家庭医療プログラムが設立された。飯塚病院総合診療科井村洋部長をプログラム責任者として日本プライマリ・ケア連合学会に承認され、2008年の穎田病院再出発と同時に研修がスタートした（UPMCとの正式な契約は2009年）⁶⁾。



図 調印式



図 教育セッション後の記念写真

事例の詳細

(研修プログラムによる専門研修の成功とその影響)

2008年 - 2011年は主に飯塚病院臨床初期研修の修了者から毎年1名の専攻医が加入した。UPMCの家庭医療指導医が年6回、1回2週間招聘され、ティーチングラウンドとレクチャー、症例ディスカッションにより家庭医療の教育を実施した。専攻医らは初めての英語によるディスカッションで半ば頭痛を感じながらも、米国指導医の指導から、家庭医療（総合診療）のコンセプトや具体的な診療の方法を学んだ。

具体的には

“貴方の担当患者が亡くなくても、あなたが診る家族はなくなるしない”

“Care the Caregiver（介護者をケアせよ）”

という言葉から、個人のみならず家族を継続的かつ包括的にケアを提供する姿勢を学び、また、

“醤油を食卓に置かない”

といった分かりやすく実行しやすい生活指導の方法などを学んだ。このときの新鮮な驚きと学びを、“ピッツだより”として病院ホームページ⁷⁾と日本プライマリ・ケア連合学会のメーリングリストに配信し、同じく家庭医を志す日本の同年代医師と共有した。

このような教育により医師数が増えるにつれて組織的なリクルート活動も開始でき、2012年には初めて飯塚病院以外の初期研修を修了した若手医師4名がプログラムに参加した。以後毎年概ね4名の新規専攻医獲得に成功している。結果、常勤医は2008年の3名から2017年には14名へと増加した。より組織化された指導体制が必要となり、UPMC指導医との教育プログラムの目標は従来の診療各論のディスカッションよりも、どう質の高い家庭医療プログラムを指導医チームで運営するかにシフトした。同センターと新たに提携された年1回、10日間のピッツバーグで開催されるFaculty Development(指導医養成)コースへ若手指導医を派遣し、教育能力の組織化に努めた。

結果として多くの専攻医の先輩がいる環境、家庭医が学びながら診療できている現場は若手医師にとっては専門的な指導の機会、適切適量な診療業務の割り当て、ロールモデルとの出会いに繋がり、また多くの医師によるワークシェアリングを通し家事・育児・病気療養のため診療カバーを行う体制も確保した。プログラム設立から2018年3月まで当家庭医療プログラムは10名の修了者中10名が日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療専門医を取得し、2018年3月時点で在籍する家庭医療専攻医は11名であり、九州最大規模の家庭医療プログラムとなっている。また、本プログラムに占める女性医師の割合は29%(17名中5名)、女性スタッフ医の出産・育児休暇を経ての復帰支援は述べ3回を数え、男女の共同参画、適切なワークライフバランスを維持しているといえる。

家庭医の貢献は穎田病院内にとどまらず、飯塚病院救命センターや医師会急患センターで小児科も診られる夜間休日の救急外来診療医の役割も果たしている。筑豊地区での乳児健診事業もプログラム開設時より担い始め、現在は年間およそ70回前後の健診を引き受けている。これらは、地域の小児科専門医や医師会開業医の負担軽減に寄与していると考えられる。婦人科診療に関しても穎田病院内に2016年より婦人科外来を設け、高齢者の婦人科感染症や

子宮頸がん検診などを地域産婦人科医の指導のもとで家庭医が実施する体制を形成しつつある。

これらの診療および教育体制を維持し、また改善および学術活動による発信もしていくために、家庭医の研修修了後もさらに学び続けられる制度を構築した。2014年度より日本在宅医学会の専門研修施設の認定も得、2017年度末までに在宅専門フェロシップに計5名が参加し、3名が専門医を取得している。また、2016年度より京都大学医学部附属病院臨床研究教育・研修部の協力をえて臨床研修フェロシップも開始し、現在2名の家庭医療専門医が研究フェロとして、穎田病院で勤務しながら研究活動を行っている。

(病院の再建と地域の多職種連携への貢献)

このような、個々の医師の家庭医(総合診療医)としての研修を拡充することと併行し、穎田病院のアイデンティティ確立にも努めてきた。2008年7月に開催した院内の穎田病院将来構想発表会において、“小病院は老人の墓場ではない。後方病院でもない。地域医療の最前線である。”というメッセージを打ち出した。急性期医療を縮小し、かかりつけ外来、リハビリテーション、在宅医療へ医療の軸足をうつすことが、負け組の医療ではなく地域医療の尊い使命であることを医師のみならず、看護師やリハビリテーションセラピスト、事務職員に至るまで多職種に浸透させた。このメッセージについては、2012年に福岡で開催された第3回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会においても、「小病院における病院総合医の役割を考える」シンポジウム⁴⁾の中で発表し、急性期病棟医療や救急外来診療以外の「小規模医療機関における医療サービスとは何か」を上記のコンセプトで説明した。

この将来構想に沿って、外来・病棟・在宅医療のワンストップサービスを提供できる体制⁸⁾が構築された。小児から高齢者まで、予防からケガの処置まで幅広く対応する総合診療外来のみならず、回復期病棟でのリハビリテーションや地域包括ケア病棟、そして大規模な在宅医療センターにおいて通院困難な虚弱高齢者や進行癌患者に対して外来・病棟・在宅医療という3つの診療スタイルで継続的チーム医療を提供することが可能となった。また、飯塚病院腎臓内科からの応援医師で地域の透析ニーズに答えるべく43床の透析センターも2009年に開設した。以上のような施策の結果として収益も改善し、2010年以降毎年5%以上の黒字決算が続き、飯塚市との約束通り3年以内に新病院着工を果たし、2012年5



月に竣工した（左：旧病院 右：新病院）。

同年には厚労省の在宅医療拠点事業に採択され、市や地域医師会の協力を得て多職種連携研修会を開催し、事例検討会やワークショップなどを盛り込みながら、地域の多職種の「顔の見える」関係づくりに尽力した⁹⁾。この研修会は医師会や市が主体となって事業を継続し、現在も飯塚地域の地域包括ケアシステム構築のため、主要なカンファレンス、会議、研修会を開催している。結果として穎田病院の在宅医療も拡大し、患者数・在宅看取り（施設含む）数は年々増大し、福岡県有数の在宅医療支援病院として2017年度には年間100名を超える在宅看取りを行った。このような活動を背景に、在宅看取りと病院見取りでのコスト比較研究も行い英文論文の投稿を行った¹⁰⁾。

成果

2008年度～2017年度の家庭医療（総合診療専門研修）プログラムおよび穎田病院の成果は以下の通り。

<人材の部（資格取得の重複あり）>

穎田病院職員数

2008年度 69名→2017年度 249名

常勤換算穎田病院医師数

2008年度 3名→2017年度 14名

家庭医療専攻医加入（2008年-2017年） 21名

うち 家庭医療専門医取得者 10名

取得者の進路：穎田病院に残留 4名

新規開業 1名

継承開業 2名

大学入局 2名

近隣医療機関勤務 1名

総合内科専門医取得 4名

在宅フェローシップ加入 5名

うち 在宅専門医取得済 3名

臨床研究フェローシップ加入 2名

<診療の部> 2008年度 2016年度

平均一日入院患者数 50.6名 91.5名

平均一日外来受診数 100名 117名※

訪問診療在医総管／施医総管算定患者数

28名 301名

在宅看取り患者数（居宅+施設）

11名 98名

※2008年度と2016年度比較すると外来患者数は微増だが、外来単価は約2千円、外来収益は約1億円増加している。当時は分包機の性能上14日処方しかできなかったが、現在は長期処方が可能となっていることが要因と考えられる。

<経営の部> 2008年 2016年

総収益 5.8億円 21.6億円

（2010年以來、経常黒字を継続している）

<地域への貢献>

2012年度に厚生労働省在宅拠点事業を受託し、地域の多職種連携と地域包括ケアシステム構築に貢献した。以降、地域医師会や地方自治体が行う以下の事業、協議会等に参画し、継続的に地域の多職種の「顔の見える関係づくり」に貢献している¹¹⁾。

2012年度 厚生労働省 在宅医療連携拠点事業

2013年度 福岡県高齢者地域支え合い体制づくり事業

地域医療再生交付金在宅医療推進事業

2014年度 地域医療再生交付金在宅医療推進事業

福岡県地域ケア会議推進支援事業

新たな財政支援制度在宅医療推進事業

社会福祉振興助成事業“認知症で悩む方

と家族の支援に関する事業”

2015 年度 在宅医療介護連携推進事業
2016 年度 2017 年度
飯塚地域 5 ブロック地域包括ケア推進協
議会

<国際的な貢献>

・論文発表

Kentaro Kinjo et al. Cost of physician-led home visit care (Zaitaku care) compared with hospital care at the end of life in Japan. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17: 40. Published online 2017 Jan 17.⁹⁾

・海外講演

Yoshida S. The financial and clinical perspectives of Japanese community-based integrated care and the physician-led home visit care (Zaitaku Care), Global Conference on Integrated Care, Singapore, Feb. 2018

(考察と今後の展開)

①事例に総合診療医の専門性がどう活かされたか

穎田病院の事例は、急性期病院で初期研修や後期研修として救急医療や一般内科病棟を経験した若手医師のうち、地域医療に将来従事したいがすぐに開業などの経営責任を負うことまでは難しいという考えを持つものに対して、コミュニティホスピタル(中小病院に地域医療のコンセプトを与えたもの、後述)という中間の場でチーム医療による診療安全と教育機会を提供し、結果的に医師確保を果たしたと考える。そこで重視される専門性であるが、日本専門医機構が提唱する総合診療専門研修が目標とする資質・能力は以下の7つである¹²⁾。

- 1) 包括的統合アプローチ
- 2) 一般的な健康問題に対する診療能力
- 3) 患者中心の医療・ケア
- 4) 連携重視のマネジメント
- 5) 地域包括ケアを含む地域施行アプローチ
- 6) 公益に資する職業規範
- 7) 多様な診療の場に対応する能力

この点についてコミュニティ・ホスピタルは、病棟では主に高齢者を対象として患者・家族の意向、時に急変時対応に関する Advance Care Planning (ACP)を交えながら院内の多職種と協働して亜急性期・社会調整・リハビリテーションを基軸とするケアを提供し、外来ではプライマリ・ケアとして幅広い年齢の住民に内科領域のみならず整形・外傷・小児科・婦人科も含めた初療・再診にあたり、在宅医療では医療介護福祉と連携しながら患者・家族中

心の地域包括ケアを提供できる。そして、外来・病棟・在宅の診療サービスを自前で取り扱っているため、認知症の診断から看取りまで、担癌患者の在宅医療からレスパイト入院までに代表されるような継続的ケアを提供でき、これは学びたい専攻医にとっては長期的な視点で自らの担当患者の診療に責任をもつことにつながり、患者家族にとっては担当医師の提案を通して様々な診療の場を選択でき、かつ総合診療医チームによる継続的な診療を受けられることになる。そして病院であるため指導医も含めスタッフを多く抱えることができ、専攻医は日々のプレゼンテーションを通して様々な先輩医師や職種が長年の業務で培った職業規範について教わる機会も増え、これらの対話により学び合う組織文化の醸成にも繋がる。つまり、コミュニティ・ホスピタルでは住民や周辺医療機関から求められる医療サービスと総合診療専門研修の専門性、そして診療・研修のサステイナビリティが合致すると考える。

今後の課題は地域の診療所と行政との更なる連携強化である。コミュニティ・ホスピタルにおける総合診療医の限界として、検査機器の豊富な外来と病棟、そして大規模な在宅センターを有するが故に医学的に重症かつ不安定な患者が集まりやすい傾向にある。より生活に根ざしたかかりつけ先としてのプライマリ・ケア外来を提供している地域開業医や、医師会・行政の主導する公益性の高い地域保健事業などにコミュニティホスピタルの総合診療医たちは参加してその趣旨を学び、人員の供給や教育体制の構築、そして事業分担・連携に努めていく必要があると感じている。(吉田)

②タスクシフティングの可能性(臓器別専門医の負担軽減、他業種連携)

厚労省は2017年の新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会の報告書¹³⁾において、医師の働き方調査を元に、多くの医師は、潜在的には地方での勤務に魅力を感じ、キャリア形成や生活への支障を来す要素が除かれれば、地方で従事する可能性が多く秘められていることを意味すると報告している。つまり、本事例は地方都市の私立中小病院が医師にどのような働き方を提供できたかというテーマを包含している。穎田病院を研修・診療の拠点となす飯塚・穎田家庭医療/総合診療専門研修プログラムは平成30年4月時点で、指導医の平均年齢が39.5歳(男性67%、女性34%)であり、穎田病院勤務中に男性医師が延べ5回、女性医師が2回妊娠・出産・育児を経験して

いる。専攻医は平均年齢 29.6 歳（男性 62%，女性 38%）であり、当プログラム在籍中に妊娠・出産のうへ、時短勤務で復職を果たしながら育児を続ける専攻医もいる。つまり、前項のような専門性を発揮した診療と研修のため地方にやってきた医師は、同時に多くのライフイベントに直面する世代でもあり、その組織的対応が欠かせない。一方で医師のキャリア意識に関しては年齢が高くなるごとに変化し、より多様化する¹³⁾。穎田病院でも外来・在宅・病棟診療のトリプルタスクに加え、内部運営・研修教育・地域保健・体外連携などの各活動が年を重ねるごとに増えていく。これらを両立すべく、穎田病院では半日一コマを基本単位として様々な業務を各自に割り当てる緻密な勤務表をドクター・セクレタリーと共に作成しており、仕事のクラスター化を通じたワークシェアリングを実践している。また、年休消化が業務目標となっており、管理者や指導医自らが育児のために半休をとり、業務引き継ぎを行いながら専攻医たちにも休暇取得の支援をすることでワークライフバランスを奨励する勤務文化の醸成に努めている。また、夜勤に関しては以前より専攻医に対して月の上限を定め、内部で超過しないように交代する体制をとっていたが、2017 年からの労働基準監督署の指導を通して穎田病院での夜間勤務者はその後平日日勤帯の業務免除ができるようにシフト表を改変し、対応を試行している。まとめると医師の労務管理には、理念と技量を整えた医師集団によるワークシェアリングが必要であり、その方策として現場で医師を育成する総合診療専門研修プログラムを運営することと、個々の業務量と内容を可視化するシフト管理体制を採用してきた。

上記のような総合診療医本体の労務整備と併行しながら、我々は以下のような多職種および臓器別専門医に対するタスクシフティングを試みてきた。

- ・ 穎田病院の回復期リハビリテーション病棟では 2012 年より総合内科医 1 名が病棟患者 30 名の主治医を務め、回復期リハビリテーション入院料 2 の目標を達成し続けてきたが、当該医師退任に伴い 2018 年 4 月より家庭医 4 名と院長による病棟診療体制に移行した
- ・ 透析患者の入院担当を家庭医が担当し、土曜日透析回診も行うことで透析医の業務負担が軽減した
- ・ 直近 10 年間、飯塚病院の救急センター小児外来を家庭医が週 2 コマ実施することで小児科勤務医の夜間診療負担を軽減し、また乳幼児健診を年間 40 回ほど家庭医が実施することで地域の開業小

児科医の負担軽減に貢献している

- ・ 当プログラムの家庭医が飯塚医師会急患センターの当直を年間約 80 日、飯塚病院救命センターの救急車当直を年間約 120 日請け負っており、2 次～3 次の幅広い地域救急医療に貢献している。また、穎田病院が在宅医療を提供する患者は 9 割が ACP を実施し事前指示書に内容を記載しているため、急変時に不適切な救命センター搬送が発生しづらく、発生しても細かな引き継ぎを在宅直医師が行うため救急担当医師の診療負担が軽減する
- 今後の課題としては、総合診療医のチームを率い、教育・研究・労務・経営・連携の 5 点をそれぞれマネジメントする管理者の育成がある。穎田病院では 2018 年 4 月より新たに医長、診療センター長制を導入し、待遇・専門教育・役割分担の整備を加速した。これら管理医師の 33% が女性であり、個人および労働者としての幅広い権利を擁護しつつ地域医療のプロフェッショナルたる医師を育成し医療機関を維持する体制の具現化を目指している。（吉田）

③医療や社会に与えるインパクト

公的機関が維持できなくなった病院を民間移譲という形で継続に成功したことは医療や社会に与えるインパクトが大きいと考える。医療機関は社会に必要なインフラである。時に採算性を度外視しても地域に必要な医療を提供しなければならない場合もあり、それが公営の医療機関が多い理由でもあろう。実際、2016 年度の公立病院の経営状況によると經常収支が赤字の病院は全体の 61.7% であった¹⁴⁾。また、黒字と言っても一般会計繰入金を収益に含めた結果であることも多く、繰入金を除けば医業費用は医業収支を大きく上回っていることが現状である¹⁵⁾。このような状況で、財政に余裕のない小さな自治体が病院事業を継続することは難しく、当時人口 7 千人の旧穎田町の公立病院であった穎田病院の存続が難しくなったことは自然の流れであると考えられる。

民間病院として医療法人博愛会穎田病院が病院事業を再建するにあたり、総合診療を中心とした医療を提供することを経営戦略とした。

高齢化の進む地域に住み、複数の疾患を有した高齢者が、複数の専門医に通院することが難しくなってきた。公共交通機関を使うことも容易ではなく、子息も仕事の都合で送迎は容易ではない。通院はタクシーを利用することが多くなり、年金が収入の多くを占める世帯の金銭的負担を考えると、医療

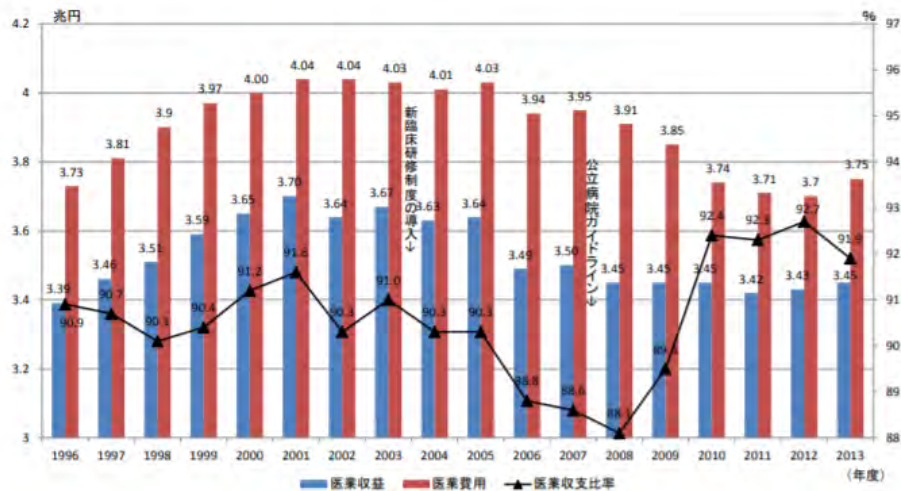


図 自治体病院医療収益・支出（一般会計繰入金除く）¹⁵⁾

頤田病院における医療市場 Segmentation & Targeting

少子高齢社会

Long Tail

総合診療が幅広く対応

Segmentation & Targeting

- Majority
 - 老年医学
- Minority=Long Tail
 - 少数の若年者
 - 小児科
 - 外傷
 - 皮膚
 - 健診

<http://list-icori-design.com/?p=426>

筑豊医療環境の3C分析 Customer Competitor Company

顧客

高齢化率>30%、過疎化

- 夫婦とも複数の疾患に罹患
- 子供は市外、県外が多い
- 患者も家族も通院が困難

【KBF】Key Buying Factor 「できれば1カ所で終わらせたい」

質・コスト・アクセスのうち、アクセスも重視されてきた

競争

近隣の民間病院、公立病院等

【ビジネス特性】

- 複数の担当医で細分化
- 高度に専門分化された医療
- 高齢者1人に複数専門医が必要
- 入院と外来の担当医が違う

自社

【KSF】Key Success Factor = 成功の鍵

「1カ所で診療を完結できる便利な医療・ケアシステムの構築」

幅広い診療能力を持つ医師が、継続的かつ包括的にケアを提供する

図 頤田病院の経営再建戦略

の質，コストと同様以上に，アクセスが重要になってきた時代といえる。一か所の医療機関で幅広く様々な疾患をケアできることが，頤田病院の経営再建にあたり重要な価値提供になると考えた。一方で，ニーズが必ずしも多くない小児や外傷・皮膚領域などの診療や健康診断などを各専門医が担うことは，採用が難しいだけでなく，採算も合わない。しかし，総合診療医が複数の疾患を同時に対応し，重症・希少な疾患については非常勤の専門医や近隣の総合病院へ紹介する連携で，採算に見合う体制を構築できた。

このような環境分析から総合診療を中心とした経営再建を戦略の中心におくこととしたが，その方針をスムーズに運営できたのは，民間経営ならではのスピード感ある柔軟な意思決定ができたことが大きいと考えられる。（本田）

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要

な事項

ここまで頤田病院の総合診療医が院内外で地域医療に貢献してきた事例を述べてきたが，このような中小病院をどう呼称すべきか定義されたものがない。筆者らはコミュニティ・ホスピタルと呼んでいる。頤田病院の経営再建による新病院建築が落成した際，以下のように投稿したのが初出である。「外来での疾病予防からレスパイトを含めた入院診療，退院後の往診まで引き受ける病院機能を構築できたことで，より包括的に，より継続的に医療とケアを提供する Community Hospital としての魅力を，中小病院に創り出すことに成功したのである。」¹⁶⁾ この呼称はシンガポールでも使用されており，リハビリテーションを含む回復期のケア，創傷のケアや緩和ケアのみならず，外来リハビリテーション，時には訪問看護や訪問医療も提供されている¹⁷⁾。また，欧州においてもプライマリ・ケアのみならず二



図 コミュニティ・ホスピタル・ジャパン ログとデザインコンセプト

DESIGN CONCEPT

「コミュニティホスピタル」という、これまでの医療業界に根付く既存概念にとらわれず、医療体制そのものを見直し、改革していくという姿勢をそのままロゴマークにも落とし込みました。

5つの正方形は現代の「医療」のシンボルイメージとなっている十字ラインからきており、これらを展開することによって「医療体制を改革し、どんな場面でも柔軟に対応できる」といったメッセージが込められています。

ロゴマークの展開は「5つの正方形を使う」というルールにのみ基づき、様々な形を変え、人や地域、状況、時代といったそれぞれに合わせて常に適応していくことができます。

次医療、長期的ケアに貢献する Community Hospital が存在している¹⁸⁾。このことから、筆者らはコミュニティ・ホスピタルという概念が日本のみならず世界の高齢社会の課題解決に役立つ病院の概念だと理解できた。そして2018年1月、颯田病院とシンガポールの St. Luke's Hospital は相互に学びあうべく Memory Of Understanding を交わした。

さらに大きな展望として、筆者らは颯田病院の成功を独り一病院のものに留めるのではなく日本に広げ、さらには遅れて高齢社会を迎える国々にも貢献することを志している。

日本全国に8600ある病院のうち5600の病院が200床以下の病床数であり、多くの病院が人材不足と赤字に悩んでいる¹⁹⁾。そのような病院は医療が必要とされていない地域にあるわけではなく、医療ニーズはあっても医師が集まらないために必要な医療を提供できないことが収益悪化につながっている。皮膚科、小児科、耳鼻咽喉科、整形外科、外科、泌尿器科、産婦人科、リハビリテーション科など各専門医師を招聘することはさらに困難である。また、一方で多くの国民が人生の最後をなるべく「自宅で療養したい」と願っている²⁰⁾が、各領域の専門医が分野ごとに適切な医療を提供することは現実的に難しい。颯田病院の事例で示したように、予防医療やかかりつけ医診療、自宅退院を支援する回復期医療やリハビリテーション、在宅医療を含めた継続的なケアや地域包括ケアを、総合診療医が切れ目なく提供することが地域課題の解決に有用であり、このような対応ができる病院こそが地域コミュニティに根差す中小病院のモデルでなりうるだろう。

地域に総合診療医が在籍する病院が存在する意義は大きい。その人材育成として、飯塚・颯田家庭医療プログラムも新専門医制度に合わせるため飯塚・

颯田総合診療専門研修プログラムを併設し、日本専門医機構の認可を得て2018年4月より新たに4人の専攻医を迎えて総合診療I研修を颯田病院、飯塚病院と西日本各地のへき地離島医療機関の連携により実施する予定である。

そして、そのような重要な使命を担う中小病院を全国に広げたい思いで、2016年Community Hospital Japan と題した活動を4病院（颯田病院、金井病院、豊田地域医療センター、森の里病院）の有志で開始した。いずれの病院にも颯田病院での研修を修了した医師が在籍しており、その経験を生かして病院運営に貢献している。200床未満の病院で、総合診療医が様々なニーズに応えるべく診療に従事し、教育を受け、研究を行い、地域の健康や繁栄に貢献する。そのような明るい未来を日本中で実現したい。今後は、上記病院のアクティビティーやデータの集計、経営改善の学会報告などを継続して行う予定である。いずれは4病院のみならず、共通の価値をもつ全国各地の中小病院にコミュニティ・ホスピタル・ジャパン活動に参加いただき、医療の質と経営を両立した病院が地域に根差し、総合診療医とともに地域、日本、世界の健康と繁栄に貢献すべく活動を続けていきたい。（本田）

文献

- 1) 飯塚市 高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画 [2018~2020年度] 原案. 飯塚市; Mar 2018 [not revised, cited 3 April 2018]. Available from : <https://www.city.iizuka.lg.jp/koureisoumu/documents/ikennbosyuujigyoukeikaku.pdf>
- 2) 颯田病院ホームページ. 飯塚市, 医療法人博愛会颯田病院 [revised 2018, cited 31 March 2018]. Available from : <http://www.kaita-hospital.jp/outline/history.html>

- 3) 飯塚市議会病院・老人ホーム対策特別委員会会議録平成19年1月16日. 飯塚市: 飯塚市議会; 1 January 2007. [revised 2 March 2015, cited 5 April 2018]. Available from : <https://www.city.iizuka.lg.jp/giji/shise/gikai/kaigiroku/h18nendo/documents/10.pdf>
- 4) ワークショップ14: 病院総合医の集い - 小病院の病院総合医の役割を考える 本田宜久 日本プライマリ・ケア連合学会誌 35 巻 (2012) 4 号 p. 326-327
- 5) 福岡県医師会ホームページ 飯塚医療圏における地域医療構想策定のための模擬調整会議. 福岡県: 福岡県医師会; August 2015 [not revised, cited 4 April 2018]. Available from : <https://www.fukuoka.med.or.jp/chiikiiryokousou/09.pdf>
- 6) 飯塚病院ホームページ ピッツバーグ大学メディカルセンターとの研修教育契約について. 飯塚市: 飯塚病院 [not revised, cited 4 April 2018]. Available from : <https://aih-net.com/about/kaigai/upmc.html>
- 7) 穎田病院ホームページ ピッツバーグからの学び. 飯塚市: 博愛会穎田病院; September 2014 [not revised, cited 4 April 2018]. Available from : <http://www.kaita-hospital.jp/learning-from-pittsburgh/>
- 8) 吉田伸. 地方都市の小病院で学ぶ - 飯塚・穎田家庭医療プログラム. 飯塚市: 穎田病院; 2016年. 348-353. (草場鉄周. 総合診療専門医シリーズ4 総合診療専門研修の手引き 何をどう教え学ぶか 工夫と実例)
- 9) 平成24年度在宅医療連携拠点事業成果報告 福岡県飯塚市穎田病院. 愛知県: 国立長寿医療研究センター; 2012 [not revised, cited 4 April 2018]. Available from : <http://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/zaitaku/suisin/kyoten/h24hokoku.html>
- 10) Kentaro Kinjo et al. Cost of physician-led home visit care (Zaitaku care) compared with hospital care at the end of life in Japan. BMC Health Serv Res. 2017; 17: 40. Published online 2017 Jan 17.
- 11) 穎田病院, 飯塚医師会, 飯塚市役所. 在宅医療先進地域情報フェスタ2014資料『飯塚地区におけるZAITAKU推進活動の取組み - 医師会・市町村を中心とし, 多職種協働による推進体制の構築 -』. 福岡県: 穎田病院, 飯塚医師会, 飯塚市役所; 2014年 [not revised, cited 4 April 2018]. Available from : http://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/zaitaku/suisin/jinzaikusei/h26/kensyu_doc2.html
- 12) 日本専門医機構, 総合診療専門研修プログラム整備基準, 日本専門医機構; 2014年 [not revised, cited 21 April 2018]. Available from : <http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
- 13) 厚生労働省医政局, 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書, 東京都: 厚生労働省; 2017年 [not revised, cited 21 April 2018]. Available from : <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161081.pdf>
- 14) 日本経済新聞 電子版 経済欄記事, 公立病院の6割16年度, 病院数は最少, 東京都, 日本経済新聞; 2018年1月8日, [not revised, cited 21 April]. Available from : <https://r.nikkei.com/article/DGXMZO25434510Y8A100C1NN1000?unlock=1&s=3>
- 15) 内閣府政策統括官(経済財政分析担当), 政策課題分析シリーズ10 公立病院改革の経済・財政効果について - 「地方公営企業年鑑」による個票データを用いた分析 -, 東京都, 内閣府; 2017年8月, [not revised, cited 21 April], Available from : <http://www5.cao.go.jp/keizai3/seisakukadai.html>
- 16) 本田宜久. 【寄稿】家庭医療による病院再建と米国式外来への変革 [週間医学会新聞]. 東京都: 医学書院; 第2990号 2012年8月20日 [not revised, cited 4 April 2018]. Available from : http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02990_03
- 17) Community Hospital care Handbook for Patients. Singapore : Singapore Ministry of Health ; 2017. [not revised, cited 4 April 2018]. Available from : https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/Publications/educational_resources/2016/community-hospital-care-handbook-for-patients.html
- 18) E. Pitchforth, E. Nolte, J. Corbett et al, Community hospitals and their services in the NHS: identifying transferable learning from international developments - scoping review, systematic review, country reports and case studies, Health Services and Delivery Research, Vol.5(19) June 2017.
- 19) 厚生労働省. 病院収支調査の結果. 東京都: 厚生労働省; 1999年. [not revised, cited 4 April 2018]. Available from : <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyou/igyoukeiei/syushityousa/11nen/tyousakekka.html>
- 20) 厚生労働省医政局指導課. 第7回医療計画の見直し等に関する検討会資料 在宅医療について. 東京都: 厚生労働省; 31 October 2011. [revised 1 November 2011, cited 4 April 2018]. Available from : <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001tfc5-att/2r9852000001tfdm.pdf>

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

総合診療医が赴任することにより町内でかかりつけ医を持つ割合が増えた

雨森正記¹

要旨

目的：総合診療医が赴任することにより、町内でかかりつけ医を持つ住民の割合が増えたかどうか探ることを目的とした

方法：滋賀県東近江地域で2年毎に行われていた「まちづくり意識調査」の中の受診している医療機関の地域別割合の推移を検討することにより、総合診療医が町に赴任してから町内の医療機関に受診する住民の割合がどのように変化したかを検討した。

結果：町内の医療機関に受診していた町民の割合は、総合診療医が赴任する前の平成元年3月には18%だったものが徐々に増加し、平成13年3月には30%に増加していた。

結論：総合診療医が町に赴任することで、遠方の病院まで受診していた住民が減り、身近にかかりつけ医を持つようになるという住民の受診行動が変化した。

1. 事例の概要

①取り組みの背景

身近に何でも相談できる総合診療医がいる人ほど寿命が長く、また幸福感が高いと報告されている¹⁾。これまでわが国では、住民が普段かかり慣れている医療機関の医師を「かかりつけ医」と呼んでいたが、その医師の対応出来る範囲の個人差が大きく、十分に機能しているとは言いがたい地域も認められる。総合診療医は、地域で活動することで幅広い診療を行えるということで注目されているが、実際に地域に赴任した場合に、どのように地域住民の受診行動の変化があるかということを示した報告は少ない²⁾。

②導入の経緯

滋賀県竜王町は表1に示すような農村地域で、町内の医療機関は竜王町国民健康保険診療所（以下国保診療所と略す）と他に2件の開業医があるのみの医療機関に乏しい地域であった。平成元年3月に行われた調査では、竜王町では町民が町内の医療機関をかかりつけ医としていることが少なく、隣の近江八幡市の医療機関をかかりつけ医にしていることが多いのが特徴であった³⁾。

筆者は自治医科大学を卒業後、多科ローテイトを行い、総合診療医としてのトレーニングを受けた後に平成元年（1989年）に滋賀県より竜王町にある国保診療所に派遣された。派遣された後は、通常の外來診療以外に在宅医療、学校医、園医、小児の予防接種や地域保健行政にも関与し住民の「かかりつけ医」となるように心がけてきた。

平成元年から13年までの町内の医療機関の推移を表2に示した。筆者が竜王町に赴任した当時は、国保診療所以外にA医院、B医院の2箇所の開業医師がいた。平成4年に2名とも相次いで亡くなり、平成5年にC医院（泌尿器科専門医）が開業するまでの1年間は国保診療所で筆者1名の時期があった。その後平成7年にU医師（筆者と同じ自治医科大学卒業の総合診療医）が国保診療所に赴任

表1 竜王町の概要（2018年1月）

総人口：12177人 男 6230, 女 5897
世帯数：4263
高齢化率：22%
滋賀県の東南部湖東平野に位置し、東に雪野山、西に鏡山という2つの山に囲まれている。総面積の30%を水田が占めており、農業のまちとして知られているほか、埋蔵文化財や史跡、社寺など歴史的遺産が豊富に存在しています。
（竜王町政要覧より）

1. 医療法人社団弓削メディカルクリニック／滋賀家庭医療学センター

表2 竜王町内の医療機関の推移

平成元年	国保診療所	A 医院	B 医院
↓	↓	↓	↓
平成4年	↓	閉院	閉院
↓	↓	↓	↓
平成5年	↓	弓削出	C 医院
↓	↓	↓	↓
平成7年	↓	弓削M	↓
↓	↓	↓	↓
平成11年	↓	↓	↓
↓	↓	↓	↓
平成13年	↓	↓	↓

弓削出：竜王町国民健康保険診療所弓削出張所
弓削M：弓削メディカルクリニック

し、筆者はA医院の跡地に新規に開設された国保診療所弓削出張所に移動となった。それにより竜王町内では2診療所にて総合診療医が活動することになった。筆者は平成11年には国保診療所弓削出張所を買取る形で弓削メディカルクリニック（以下当院と略す）を開業して現在に至っている。

③事例の詳細

平成元年から13年の頃は、平成の市町村合併の前であり、竜王町を含む滋賀県東近江地域は2市7町（近江八幡市、八日市市、竜王町、日野町、安土町、永源寺町、蒲生町、能登川町、五個荘町）からなっていた。東近江地域では、滋賀県統計協会中部支部が昭和47年以来2年毎に「まちづくり意識調査」を行ってきた（表3）³⁻⁹⁾。調査方法は、無作為抽出によるアンケート調査で、満20歳以上の男女個人を調査対象とし、住民基本台帳より無作為に抽出され、郵送法にて調査が行われてきた。

まちづくり意識調査の中の質問項目に「買い物などはどこでされるか？」というのがあり、「医療機関」という質問が継続して行われてきた。その項目の推移を観察し総合診療医が赴任することで町民が身近に「かかりつけ医」を持ったかどうかを検討した。同じ調査にある町民の食料品の購入地域の変動を比較対象とした。

④成果

まちづくり意識調査の中の買い物調査による医療機関受診地域の変化を図1に示した。また比較として食料品の項目を図2に示した。筆者の赴任する前の平成元年3月には竜王町の住民のわずか18%しか町内の医療機関をかかりつけとしていなかった。赴任後は徐々に増加し、平成13年3月には町民の30%が町内の医療機関をかかりつけとしていた。その一方で食料品の買い物は徐々に竜王町が減少し近江八幡市が増加していた。

表3 まちづくり意識調査

- ①目的：滋賀県東近江地域管内住民の生活と当面する課題などについて住民の意識、意向を調査し、市町、広域行政を進める上での参考資料とする
- ②調査機関：滋賀県統計協会中部支部（東近江支部）
- ③対象地域：滋賀県東近江地域
- ④対象：満20歳以上の男女個人
- ⑤頻度：2年毎
- ⑥住民基本台帳より無作為抽出
- ⑦抽出率4%
- ⑧調査方法：郵送法
- ⑨実施日：対象年の12月1日

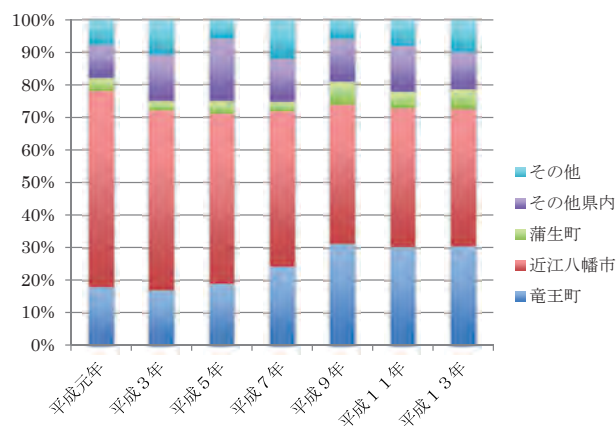


図1 普段利用している医療機関の所在地

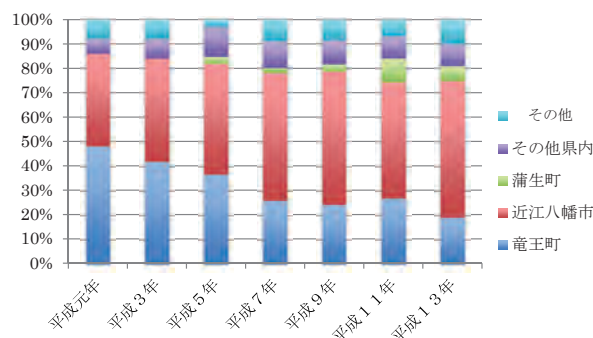


図2 普段食料品を購入している地域

⑤今後の展開

町民が身近に「かかりつけ医」を持ってもらうことは町の医療福祉にとって重要な事には変わりはない。今回参考にしたまちづくり意識調査は平成13年が最後に行われていないことから、今後町の地域医療福祉計画の作成のための調査を行う際に「かかりつけ医」がいるかどうか、身近な町内にいるかどうかの項目も加えてもらい経時的な変化を観察出来るように行政にも働きかけている。

2. 考察

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

竜王町は昭和33年に国保診療所が開設されて以来、国保診療所と開業医2件の医療機関3件体制となっていた。筆者は平成元年（1989年）4月に竜王町国民健康保険診療所に赴任以後、総合診療医として幅広い外来診察、在宅医療、学校医、乳幼児健診、予防医療などの業務を行い、また病院との連携（病診連携）にも努めてきた。それらの業務を行う事で、遠方まで通院していた方が自発的に国保診療所に来院されたことや、近江八幡市内の病院からの逆紹介が増えたことを多々経験し、次第に「かかりつけ医」として認識されるようになったと感じていた。

今回の調査により、総合診療医である筆者が赴任後10年ほどで、町民の町内での「かかりつけ医」を持つ割合が10%以上増加していたことがわかり、筆者が個人で抱えていた認識が裏付けられた。今回検討したまちづくり意識調査は平成13年が最後となっている。平成26年より国保診療所の医師派遣がなくなったため、当院が指定管理を受け、当院より医師の派遣を行っている。現在の当院と国保診療所を合わせた毎月受診患者数は、その頃に比べて2倍以上になっていることを考えると現在は少なくとも50%以上の町民が町内の医療機関をかかりつけ医としているものと推測される。

また、筆者が赴任する以前の国保診療所にはK医大より消化器内科専門の医師が派遣されてきた経緯があった。総合診療医が赴任することで地域住民の受診行動が変わったということは、地域のかかりつけ医として総合診療医の専門性が好ましい方向に働き、そのことが住民からも認識されたものと考えられる。

②タスクシフティングの可能性

総合診療医が地域で活動することによって病院指向であった住民の意識が「かかりつけ医」へとシフトしたことが今回の検討で確認された。幅広い疾患、病状に対応出来る総合診療医が地域で活動することにより、病院で科別の臓器別専門医に受診していた住民が地域の総合診療医に定期受診するようになった。それにより臓器別専門医には何らかの変化があったときのみ受診することになり、臓器別専門医の負担は軽減されるとともに、多科の受診をしていた住民の負担も軽減するのは明らかである。

③医療や社会に与えるインパクト

今回、食料品の買い物調査を比較として示した。近隣の近江八幡市に量販店が次々できたことにより町内での食料品の買い物が激減したことを示してい

ると考えられる。主に食料品の調達は若年層の自動車の運転が出来てより安く大量に購入するという行動様式を表していると考えられる。それに対して、医療は特に必要な乳幼児、小児、高齢者の行動様式は食料品と異なっており、より身近に幅広い相談できる医療機関を望まれており、そういった社会の要望に総合診療医が応えることができることを示した例と考えられる。このことにより病院から診療所へそして在宅へという流れが、総合診療医が地域で活動することにより円滑にすすむというインパクトは非常に大きいものと思われる。

④他の地域での応用の可能性とその実現のために必要な事項

他の地域でも、総合診療医が地域で活動することにより地域でのかかりつけ医になることは十分に可能と思われる。ただ地域での医師の仕事は、外来診察、在宅医療など多種にわたり、また在宅医療の担い手としては24時間365日の対応を求められるなど、過重労働となる危険性がある。そのようなことを防ぐために医師の働き方改革が進められている。今後、その様な活動を実現するには、医師一人で診療所をおこなうのではなく、複数医師によるグループ診療を進めていくことが必要だと考える。

文献

- 1) Kinmonth, A, L et al. Randomised controlled trial of patient centered care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. BMJ. 2013; 317:1202-1208.
- 2) 小菅瑠香, 河合慎介. 家庭医療診療所の整備に伴う医療圏の受診同行の分析-静岡県菊川市の事例-日本プライマリ・ケア連合学会誌 2017; 40:38-43
- 3) 第9回まちづくり意識調査 平成元年3月 滋賀県統計協会中部支部
- 4) 第10回まちづくり意識調査 平成3年3月 滋賀県統計協会中部支部
- 5) 第11回まちづくり意識調査 平成5年3月 滋賀県統計協会中部支部
- 6) 第12回まちづくり意識調査 平成7年3月 滋賀県統計協会中部支部
- 7) 第13回まちづくり意識調査 平成9年3月 滋賀県統計協会中部支部
- 8) 第14回まちづくり意識調査 平成11年3月 滋賀県統計協会東近江支部
- 9) 第15回まちづくり意識調査 平成13年3月 滋賀県統計協会東近江支部

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

複数の総合診療医のグループ診療で在宅看取り率県内1位の町になった

雨森正記¹ 大竹要生¹ 三砂雅裕¹ 辻岡洋人¹
喜多理香¹ 永嶋有希子¹ 中村琢弥¹ 田村祐樹¹

要旨

目的：滋賀県竜王町にある医療法人社団弓削メディカルクリニック（以下当院）では、複数の総合診療医と専攻医によるグループ診療を行い24時間365日の在宅医療の対応を行っている。複数の総合診療医のグループ診療を行う事で各医師の負担を減らし、在宅看取りが増加することを証明することを目的とした。

方法：当院の在宅看取り数の推移、竜王町の在宅看取り率の推移、竜王町の県内での在宅看取り率の順位について検討した。

成果：当院での年間の在宅での看取り数は40名を越えるようになり、これまで少なかった特別養護老人ホームや認知症対応グループホームといった施設での看取りも増加していた。竜王町では毎年20%前後の自宅死亡率となっており、平成28年には滋賀県の市町の中で第1位になっていた。

結論：複数の総合診療医のグループ診療を行う事で、各医師の負担を減らす一方で在宅看取りを増やすことが出来る。

1. 事例の概要

①取り組みの背景

かつての我が国では、最期は自宅で迎える事が多かったが、次第に病院で死亡することが多くなり、1970年代になるとその割合は逆転し、平成27年には自宅で最期を迎える割合は全国平均で12.7%にまで減少している¹⁾。しかし、最近では、その人らしい最期を迎えたいと希望される方が多くなってきたことや、超高齢社会、多死社会を迎えるにあたって病院の適切な利用の仕方が問題となっており、在宅での看取りを行う事が注目されている。

その一方で、医師の過重労働が常態化されているのが問題となっており、医師の働き方改革が差し迫った問題となっている。在宅医療の現場で望まれる24時間365日の対応と医師の過重労働の問題とは矛盾する問題でもあり、在宅での看取りまで行う診療所は、診療所全体の4.7%にすぎないと報告さ

れている¹⁾。

医療法人社団弓削メディカルクリニック/滋賀家庭医療学センター（以下当院と略す）では複数の総合診療医と専攻医によるグループ診療を行っている。総合診療医が在宅医療を行う事で、幅広い病態への対応が可能となり、診療レベルの平均化が行われ、またグループ診療を行う事で、休日夜間は交替制にすることが可能となり、一見矛盾している24時間365日の対応と医師の過重労働の軽減とを可能にしている。今回は、その取り組みと成果について

表1 竜王町の概要（2018年1月）

総人口：12177人 男 6230、女 5897
世帯数：4263
高齢化率：22%
滋賀県の東南部湖東平野に位置し、東に雪野山、西に鏡山という2つの山に囲まれている。総面積の30%を水田が占めており、農業のまちとして知られているほか、埋蔵文化財や史跡、社寺など歴史的遺産が豊富に存在しています。
（竜王町政要覧より）

1. 医療法人社団弓削メディカルクリニック/滋賀家庭医療学センター

報告する。

②導入の経緯

滋賀県竜王町は表1に示すような農村地域である。筆頭著者の雨森は平成元年（1989年）に竜王町に赴任し以後29年間同町で診療を行っている。赴任当初より在宅医療を行ってきた。2000年までは医師一人で診療を行い、年平均18名の在宅看取りを行っていた。その後総合診療医、総合診療専攻医（家庭医療専攻医）を雇用することで総合診療医のグループ診療を行ってきた。なお竜王町内で在宅医療を提供している医療機関は当院のみである。

③事例の詳細

当院において訪問診察、往診を行っている医師は総合診療医6名（専門医3名、専攻医3名、うち常勤3名、非常勤3名）、非常勤の緩和ケア専門医1名の計7名である。

2018年1月現在の当院の在宅患者数を表2に示す。自宅へ訪問診察している患者は78名、施設131名である。同月の訪問診察は208件（自宅98件、施設110件）、往診33件（自宅8件、施設25件）であった。

夜間、休日には担当医が往診用携帯電話を交替で所持している。2016年の1年間に176件の着信があり、電話での対応のみで済んだことが70件（40%）、休日夜間の臨時往診が必要であったものが106件（60%）であった。

④成果

過去10年間の当院の在宅看取り件数を死亡場所別に示したのが図1である。過去4年で急速に看取

り件数が増加しており、年間40名を越えるようになって来ている。これは特に特別養護老人ホームや認知症対応グループホームなどの施設での看取りの件数が増加していることによるものである。

表2 当院の在宅患者（2018年1月）

自宅	78名
施設	131名
認知症対応グループホーム	81名
特別養護老人ホーム	50名
訪問診察	208件
自宅	98件
施設	110件
往診	33件
自宅	8件
施設	25件

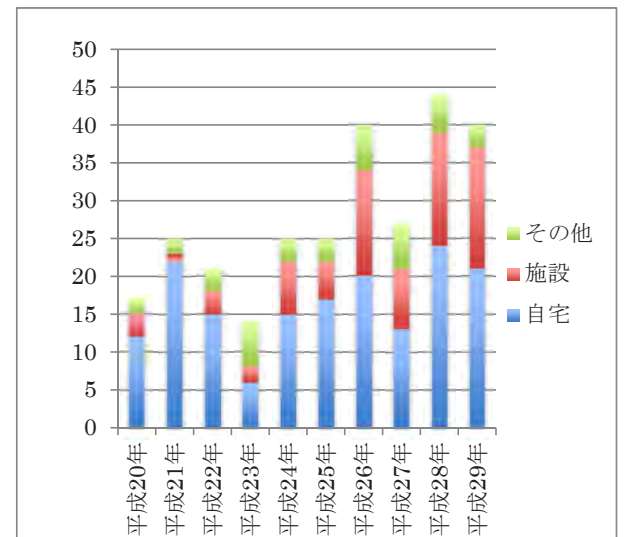


図1 当院の死亡場所別看取り数

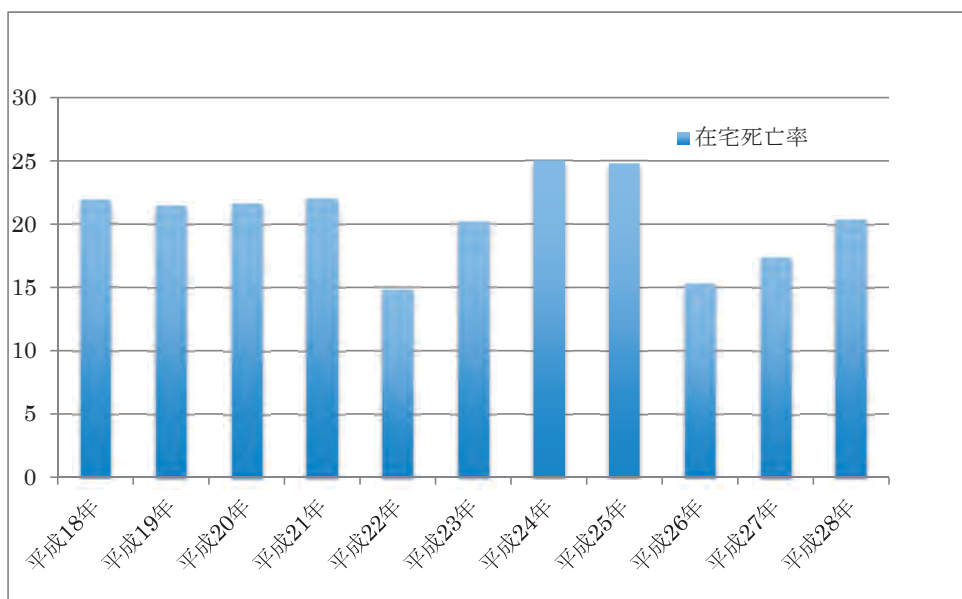


図2 竜王町年度別自宅死亡率の推移

また人口動態統計による竜王町の平成18年から28年までの「自宅」死亡率を図2に示した。年による変動はあるが、竜王町では平均20%の自宅死亡率となっていた。

また平成28年度の滋賀県の市町別「自宅」死亡率を図3に示した。平成28年度は滋賀県の市町の中で竜王町が最も自宅死亡率が高い町となっていた。また平成24年から28年までの過去5年間で、竜王町は3回1位となっていた。

⑤今後の展開

竜王町内の在宅医療は当院のみで全てを網羅している状況になっている。現在の当院の在宅患者は竜王町内だけでなく近江八幡市東部の地域からの依頼も多くなっている。近江八幡市東部の馬淵地区、武佐地区は医療機関不足地域となっている。今後はそれらの地域の在宅医療についても対応出来るように人員の調整を行いたいと考えている。

2. 考察

①事例に総合診療医の専門性がどう活かされたか

在宅医療を必要とする患者は、多数の問題を複合的に抱えているため、在宅医療を行う医師は、幅広い疾患、問題に対応出来る能力が必要とされている。また医師以外の多職種で連携して対応しなければいけないため、医学医療以外の知識も必要とされる。総合診療医は、そのような知識、技術、態度を備えており、在宅医療を担う医師として相応しいと

考えられる。

欧米の総合診療医（家庭医）の間では、同じ守備範囲である総合診療医が複数でひとつの診療所になかで医療を提供するというグループ診療が主流となっている。総合診療医のグループ診療では、診療の守備範囲が同じであるがゆえに、休養や病気、出産や様々なイベントで医師が休暇を取る場合に、同僚に委託して診療の質を維持しながら無理なく休めることが出来る。また夜間や休日を順番に担当することで、医師の負担がかなり軽減される²⁾。当院では、まさにこの形態を踏襲している。当院では総合診療医のグループ診療をとることにより、24時間365日の在宅医療の提供をしながら、各医師の負担を軽減することができているといえる。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

在宅医療を推進することで不必要な入院を減らし、必要な時のみ臓器別専門医を受診することで臓器別専門医の負担を減らす事は可能である。また在宅医療では一人の患者について多職種での連携をとりながら支える必要がある。患者の病状により、訪問看護など多職種での連携を行うことで、医師の過重労働を減らす事ができると考えられる。

③医療や社会に与えるインパクト

これまで我が国の地域医療では、診療所のほとんどが医師1名のソロ診療を行ってきた。そして、これまでの我が国で行われてきた複数医師によるグ

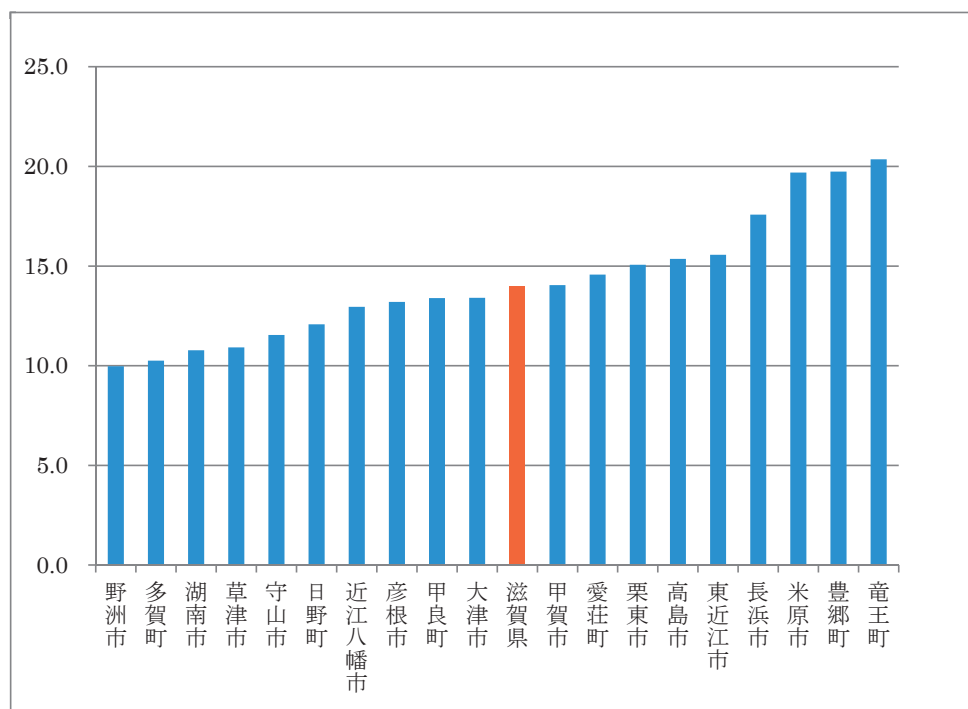


図3 平成28年滋賀縣市町別自宅死亡率

グループ診療は、メディカルモールのような、様々な専門家の医師が1カ所に集まってスペースを共有するという形態をとることが多かった³⁾。そのため、お互いの診療を交替することはできなかった。

医師の過重労働が問題になってきている昨今の情勢で、医師個人の負担を減らした上で24時間365日の対応が必要な在宅医療を行うためには、特定の分野のみの診療に特化した臓器別専門医ではなく、当院のような複数の総合診療医が交替制をとれるグループ診療を行うことが必要となる。当院の事例は、医師にも地域住民にもお互いにメリットのある事例であり、医療界に与えるインパクトは大きいのではないかと考える。

また竜王町は、当院において24時間365日の在宅医療を実現していることから、「安心して最期まで暮らすことができるまち⁴⁾」としてアピールしている。地域社会でのまちづくりにも貢献することができていると思われる。

④他の地域での応用の可能性とその実現のために必要な事項

複数の総合診療医のグループ診療は他の地域でも有用であり、十分に応用可能であると考えられる。その実現のために必要な事は、何より総合診療医の確保ということである。当院は、これまで家庭医療、総

合診療専門医の養成機関として、研修医、家庭医療専攻医の指導を行う事で発展してきた経緯がある。2018年度より総合診療専門医の養成が始まる。その中では「総合診療専門研修Ⅰ」という診療所研修が必修となっている。今後は、総合診療専門研修Ⅰの診療所研修の一環として、診療所で専攻医の教育を行う事から総合診療医のグループ診療を進めていくのもひとつの案かと考える。

文献

- 1) 【テーマ1】看取り参考資料 厚生労働省www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku.../0000156003.pdf (参照 2018/03/01)
- 2) 武田伸二. へき地でのグループ診療. 日本プライマリ・ケア連合学会会誌. 2010; 33: 126
- 3) 寺崎仁. グループ診療とは. クリニカルプラクティス. 2006; 25: 6-9
- 4) 西田秀治. 自宅で最期まで暮らすことができるまち・竜王町. 滋賀報知新聞. 2017: 17919; 平成29年9月23日

謝辞

貴重な資料の提供を頂きました滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課中村恭子氏に深謝いたします。

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

総合診療医の関わりにより、地域内施設での看取り数が増加した

三砂雅裕¹ 大竹要生¹ 辻岡洋人¹ 喜多理香¹
永嶋有希子¹ 田村祐樹¹ 中村琢弥¹ 雨森正記¹

要旨

目的：総合診療医が関わることで、地域内施設における看取り数が変化したかどうかを調べた

方法：家庭医・総合診療医のグループ診療を行なっている医療法人社団弓削メディカルクリニック（以下当院）が嘱託医となっている認知症対応グループホーム（以下GH）・特別養護老人ホームにアンケート調査を行い、看取り数がどのように変化したかを検討した。

成果：当院が嘱託として関わった特別養護老人ホームにおいて、年間の施設内看取り数が7.2人から9.3人に増加した。

結論：総合診療医が施設に対して関わることで、施設内での看取り数が増加した可能性が示唆された。

1. 事例の概要

①取り組みの背景

「2025年問題」と言われる様に75歳以上の高齢者数は、2025年には2179万人に膨れ上がると推定されている¹⁾。また1950年代から病院で亡くなる人の割合が増加し、現在は80%に及ぶとされる。一方で終末期の療養場所への希望に関する回答としては75%の人が、終末期は「可能であれば病院以外」の場所での療養を希望している。このことから、自宅も含めた特別養護老人ホーム・GHなどの施設での看取りの割合を増やしていかなければ、今後の多死社会を乗り切ることはできないと考えられる。しかし現状では、医療スタッフの少ない介護施設では病状悪化に伴い、病院への救急搬送を行っている。施設ではなく病院で亡くなるが多くなることで、救急医療を含む急性期医療に過大な負担を招いている。

総合診療医は地域で幅広い診療を行えることで注目されているが、総合診療医の診療所が介護施設に関わることで実際に看取り数に着目した報告は少な

い。当院は複数の総合診療医によるグループでの診療を行うことで夜間コールに適宜対応している。今回、そのようなグループ診療を行うことにより、安心して施設内での看取りに繋がり、件数増加へと至ったと考えられるため報告する。

②導入の経緯

滋賀県蒲生郡竜王町は表1に示すような農村地域である。地域内で在宅医療を行なっている医療機関は当院のみである。竜王町唯一の特別養護老人ホームである施設に対しては平成26年4月より嘱託が開始となっている。

現在当院は、外来診療、在宅医療に加えて特別養護老人ホーム1施設、認知症対応GH9施設の嘱託医として複数の医師によりグループにて診療を行っている。訪問看護とも連携し、複数の医師により24時間365日緊急往診対応を可能にしている。

③事例の詳細

現在当院では訪問診療を行っている医師は総合診療医6名（専門医3名専攻医3名）である。認知症対応GHに対しては基本的に月1回の定期訪問診療を行っている。それらの施設の多くが当院併設の訪問看護ステーションと契約しているため、訪問看護

1. 医療法人社団弓削メディカルクリニック／滋賀家庭医療学センター

師と情報交換を密に行いながら診療にあたっている。特別養護老人ホームに対しては複数の医師が交替で週一回の定期回診の機会を設けており、50名の入所患者の診療にあたっている。また発熱等の臨時診察が必要な患者も24時間365日緊急往診対応に加えて定期的に回診時に適宜フォローをしている。施設入所時には必ず当院において家族面談を行い、高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment）を前提に問診、身体診察を行う。更に今後起こりうる急病時の意思決定を聴取し、可能な範囲内で決定しサマリーに追加することで情報共有を徹底している。

今回、認知症対応GH（9施設）及び特別養護老人ホーム（1施設）に対して書面にて年度別の「施設内看取り数」、「病院搬送数」、「その他」に分けて死

表1 竜王町の概要（2018年1月）

<p>総人口：12177人 男6230、女5897 世帯数：4263 高齢化率：22% 滋賀県の東南部湖東平野に位置し、東に雪野山、西に鏡山という2つの山に囲まれている。総面積の30%を水田が占めており、農業のまちとして知られているほか、埋蔵文化財や史跡、社寺など歴史的遺産が豊富に存在しています。 （竜王町政要覧より）</p>
--

亡場所についてのアンケートを行なった。

④成果

図1は当院の平成20年～29年での自宅以外での在宅看取り数の推移である。特に平成26年から嘱託が始まった竜王町唯一の特別養護老人ホーム、認知症対応GHでの看取り数が増加していた。

図2は当院が平成26年4月より嘱託医となっている特別養護老人ホームでの年間施設内看取り数の推移である。平成26年度以前は内科医師1名による嘱託であったため、休日夜間に関しては急変時には診療をすることなく救急搬送が指示されていた。当院介入前は、施設内看取り数は年平均7.2人であったが、介入後は9.3人と増加していた。

図3は現在当院が嘱託している各GHの過去10年間の年間平均看取り数である。1施設はアンケートの返答がなく詳細不明、施設Hは未だ看取りは行っていない。それ以外の各GHはいずれも当院嘱託前は看取りを行なっていなかった。当院の嘱託開始後は、いずれも積極的な看取りを行いつつある。

また表2は「お看取り」をされるようになっての施設職員の意見の結果である。

以上の結果から当院が介入を開始することでGH内での看取りを多くの施設にて実現していることが示された。

⑤今後の展開

特別養護老人ホームには何らかの疾病や障害を抱えた介護を必要とする高齢者が入所しており退所者の7割は死亡退所であることも踏まえると「終の住処」としての役割が求められている^{2,4)}。また新オレンジプランではGHには認知症ケアの「地域の拠点」としての機能が期待されている³⁾。

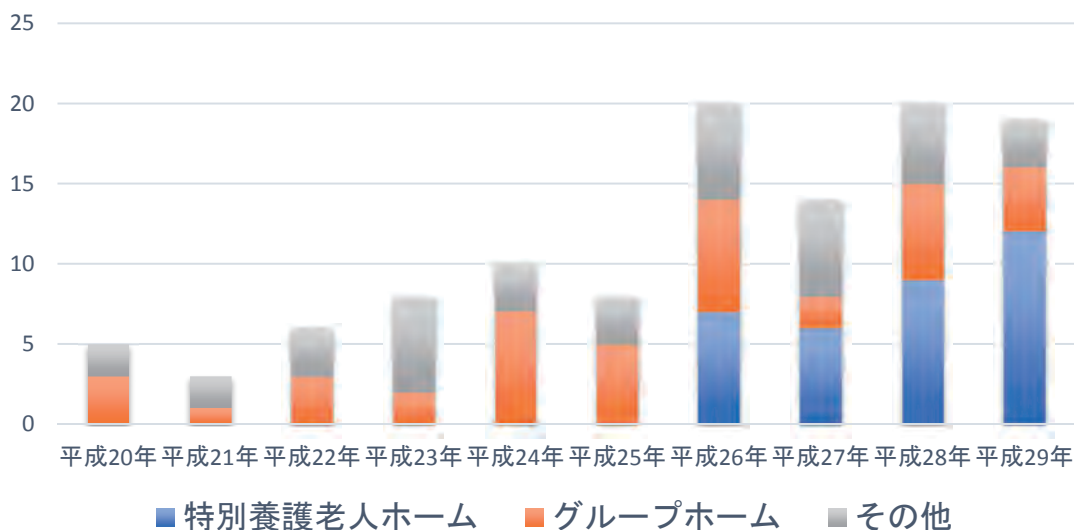


図1 当院の自宅以外での在宅看取り数の推移

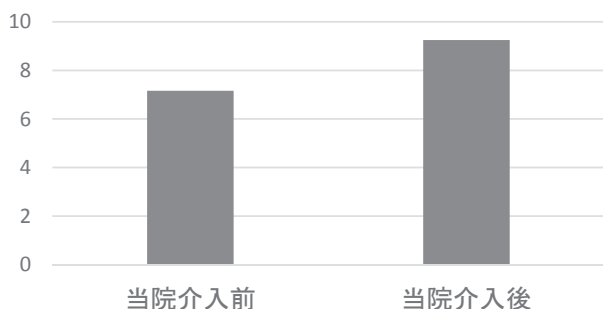


図2 当院の介入前後での年間施設（特別養護老人ホーム）内看取り数平均の変化

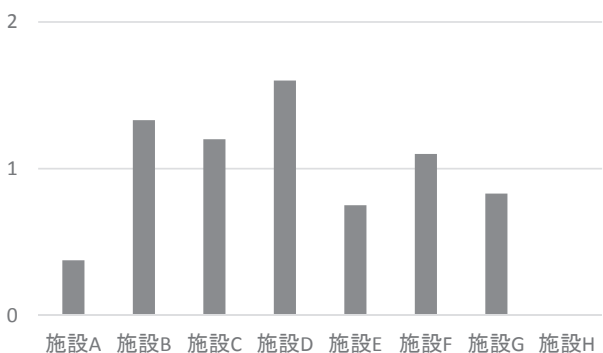


図3 当院介入後の施設（GH）別の年間看取り数

当院はこれまでに主に嘱託を行なっている GH 職員に対して、心肺蘇生法や看取りについての勉強会を開催してきた。施設機能を高めることは「安心して最期まで過ごせるまち」としてその地域全体の機能を高めることに繋がる。看取りについてのアンケートを踏まえ、これからも定期的な勉強会の開催では施設間での症例検討や、施設内での看取り後の「振り返り」を適宜行うことでスタッフ側への心理面での配慮、今後の看取りへの動機付けなどを含めた地域内でのヘルスケアチームの構築を目指していきたいと考えている。

2. 考察

①事例に総合診療医の専門性がどう活かされたか

総合診療医には診療地域全体に対して、診療所一体となって地域機能を高める能力があるとされている。当院では施設の職員に対して単回の勉強会の開催だけに留まらず、前述したチーム形成、そのチームの自律的・持続的発展を促す趣旨の勉強会を複数回、長期間に渡って行なってきた。その上で施設職員との信頼関係の上で施設限界も踏まえて、患者本人・家族と対話を繰り返し療養場所について協議を重ねている。その結果として施設での看取り増加に繋がったと考える。

表2 「お看取り」をされるようになっての施設職員の意見

- ・ 住み慣れた場所で最期を過ごして頂いてやりがいを感じる
- ・ 24 時間 365 日バックアップ体制は心強い
- ・ 今後も継続して看取りをしていきたい
- ・ 最期の場所として御本人の苦痛を考えた時に設備面での施設限界を感じる時もある

総合診療医は医師間のみならず、施設職員、ケアマネージャー含めた多職種連携を上手に行えることが専門性の一つであり、その能力を活かして看取りに繋げられたのだと考えられた。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

地域において施設内看取りを可能にしていく体制を作ることは、不必要な救急搬送による急性期病院の負担減、及び臓器別専門医の負担減に繋がると考えられる。

また先述したように地域内の施設では高齢化に伴い、手厚いケアが必要な入所者が多い。そのため施設内職員、看護師、ケアマネージャーなどと連携し本人・家族にとって適切な形を探っている。

③医療や社会に与えるインパクト

これまでの地域医療に従事した診療所医師は1人で外来、施設嘱託医などの診療にあたってきた。特に現在当院が関わっている特別養護老人ホームでは、平成26年度以前は1人医師による嘱託であったため、土日祝に関しては緊急往診体制ではなく、有事は基本的には病院搬送という手段が取られていた。当院介入後はグループ診療である一つの強みを生かし、24時間365日体制となっている。また当院は訪問看護ステーションも院内に併設しており、各GHと契約している。訪問看護師とも毎日情報交換を行い、診療にあたっており情報を共有している。その結果、患者本人・家族の意思決定をより反映し施設内での住み慣れた場所での看取りに繋がったのではないかと考えることができる。

④他の地域での応用の可能性とその実現のために必要な事項

当院のように複数の総合診療医がグループ診療により診療にあたっている地域はまだ少ない。当院の体制の様な選択肢があることを周知させ、医療界全体で総合診療医を養成することが大切である。

特に看取りなど、終末期については学生時代から問題意識付けは重要であるために医学教育の中での

総合診療医についての学習機会の積極的創出が必要ではないかと考える。

文献

- 1) 厚生労働省. 今後の高齢者人口の見通しについて. 東京: 厚生労働省; http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-1.pdf
- 2) みずほ情報総研株式会社. 地域包括ケアシステムにおける特別養護老人ホームの実態・役割に関する調査研究事業 2016年3月 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136601.pdf>
- 3) 厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン). http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/01_1.pdf
- 4) 三菱総合研究所. 特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン 2007年3月 http://www.mri.co.jp/project_related/hansen/uploadfiles/HLUkouseih18_3.pdf

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

在宅診療医が地域病院の緩和ケア病棟でチーム医療を実践しているケース

舟槻晋吾¹

要旨

診療所から病院へ派遣された医師が、地域の癌末期患者を支えるチーム医療を実践している例を紹介する。

松戸市の在宅診療所であるあおぞら診療所は、同市の東松戸病院緩和ケア病棟に、週に二日医師を派遣している。そのため、東松戸病院では医師不足が軽減するとともに、あおぞら診療所は自宅から緩和ケア病棟へ入院される方に一貫した療養生活を提供できるようになった。また、今年度は、一旦緩和ケア病棟に入院したものの自宅療養を希望される方を、退院後もあおぞら診療所の訪問診療により自宅で最後まで支える例も散見されるようになった。地域包括ケア時代において地域の方を治し支える包括的・継続的な在宅医療は重視されており、その役割は総合診療と重なる部分も大きい。総合診療医はその専門性を生かし、すみ分けを通して臓器別専門医の負担軽減を担うばかりではなく、地域に住む本人や家族にも満足 of いく医療を提供できると思われる。

【事例の概要】

①取り組みの背景

あおぞら診療所は、千葉県松戸市にある在宅診療を行う医療機関である。訪問診療の対象は、虚弱、認知症、脳卒中後遺症、神経難病など高齢者や慢性疾患を抱える方が多い。一方、新規の依頼は癌末期の方が多く、緩和ケアを提供する機会も多い。

東松戸病院は松戸市にある病院であり、主に在宅支援機能と回復期以降の医療を提供し、介護老人保健施設を併設している。また、平成27年10月には癌末期の方を対象にした20床の緩和ケア病棟が新規に開設された。

癌の終末期を自宅で過ごすためにあおぞら診療所に紹介される方の中には、家族の介護力不足や本人の翻意などで最後は入院となるケースもある程度存在する。一方、そのような方が終末期を過ごす緩和ケア病棟は不足している。そのため、入院するまでにはある程度の時間が必要となる。また、入院により主治医が交代することに不安を抱く療養中の方や家族も多い。

そこで、在宅と病院で生じている問題を解決する方法として、あおぞら診療所の在宅診療医が地域の緩和ケア病棟で勤務することが想起された。また、その結果、癌治療では手術、化学療法、緩和ケアと医師が変わることが多いものの、終末期では同じ医師が一貫性のある医療を提供することも期待された。

②導入の経緯

数年前から、あおぞら診療所と東松戸病院の院長、地域のがん拠点病院であるがんセンター東病院緩和医療科医長が定期的に会議を行い、松戸市で癌を患う方の地域連携について相談していた。その後、東松戸病院では医師が不足しているものの緩和ケア病棟を立ち上げることになり、一方、あおぞら診療所も、在宅療養中の方を支援する病院のベッドである「バックベッド」として病院との連携を模索していた。そこで、双方の課題を満たす手段として、あおぞら診療所から緩和ケアに精通した医師を、東松戸病院に派遣する考えが生まれた。

そして、この構想は平成26年4月に実行に移された。当初は、あおぞら診療所の医師が週4日東松戸病院に勤務していた。その後、平成27年4月か

1. 医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所

らは週 2.5 日勤務する体制となり、軌道に乗った現在では週 2 日となっている。

③事例の詳細

東松戸病院の特定の一人の医師とあおぞら診療所から派遣される複数の医師がひとつのチームを組み、東松戸病院の緩和ケア病棟などを担当する。主治医は、その中の東松戸病院の医師が務める。あおぞら診療所の医師が勤務する日は、その主治医が直接病棟業務に携わることはない。そのため、診療所からの医師が担当医として医療を行う。緩和ケア病棟内で、そのチームが担当する方は 10 名程度である。チーム内の情報共有は、カルテだけではなく、診療した方すべての概要を記載したメモの形で共有する。

東松戸病院であおぞら診療所の医師は、8 時半の緩和ケア病棟での看護師申し送りに参加する。そこで、前述のメモを参考に前日の状況を把握したうえで、病棟回診を行い、看護師や病棟薬剤師の意見を参考に疼痛コントロールなどを行う。担当する日に、入院患者があれば、主治医の代わりとして、本人や家族に対応する。また、必要に応じて、診療情報提供書や入院要約の作成も行う。さらに、せん妄やうつなどの精神症状については、精神科医へのリエゾンや臨床心理士と意見交換も行う。また、栄養を心配するものの十分に食事が取れない方には管理栄養士、がんリハビリテーションについては理学療法士、作業療法士、言語聴覚士らと相談する。また、あおぞら診療所が訪問診療を行っている在宅の末期癌の方で、看取りは東松戸病院緩和ケア病棟を希望されている場合は、病棟の医療ソーシャルワーカーに、現在の病態、予想される入院時期などを報告している。

また、緩和ケア病棟以外に、あおぞら診療所で訪問している在宅療養中の方が、家族の介護負担軽減のための短期間入院する言わば「レスパイト入院」する場合には、主治医と協力して病棟業務を行い、自宅では行えない検査などを行うこともある。

④成果

東松戸病院緩和ケア病棟で、病棟主治医と在宅診療医がチーム医療を行うことにより、在宅から病棟まで一貫した医療を提供することができるようになった。東松戸病院では、主治医が手を離せない時でも、あおぞら診療所の医師が担当医となるため、入院受けの医師が不足することが少なくなった。また、あおぞら診療所は、東松戸病院への患者の紹介が順調になった。認知症を伴う癌の方の終末期に、

やむを得ず急性期病院に搬送していた際には、拘束となることもあったが、東松戸病院では看護ケアが行き届いているため、拘束がほぼなくなった。特にレスパイト入院においては、以前は自宅に戻ると ADL が低下することもあったが、東松戸病院を利用開始後は、ADL を維持して戻るようになった。

あおぞら診療所から東松戸病院へ紹介した癌末期の患者数は、平成 26 年度 7 人、平成 27 年度 7 人、平成 28 年度 23 人と増加している。また、レスパイト入院についても、平成 26 年度 12 人、平成 27 年度 13 人、平成 28 年度 23 人と同様の傾向を示している。

また、他院からの紹介で東松戸病院緩和ケア病棟に入院していたが、希望により自宅に戻るケースが平成 29 年度に初めて 4 件あり、そのすべてがあおぞら診療所に紹介された。

⑤今後の展開

癌の方は、終末期において、つらさや痛みがないようにして欲しいと希望される。自宅や病棟など療養場所に関わらず、その要望が達成できる環境を作ることは重要である。今後も終末期まで一貫した医療を提供するために、病院との連携を進めていくとともに、緩和ケア病棟に入院したものの、自宅に戻りたい方には、在宅での医療を提供できるようにしていきたい。

【考察】

①事例に総合診療医の専門性がどうかされたか

日本では、急速に高齢化が進行しており、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。そのため、厚生労働省では、2025 年を目途に高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している¹⁾。

また、疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し自分らしい生活を続けるために、地域の連携を介して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要であり、多職種協働により一体的な体制を構築するための取組も推進されている²⁾。

さらに、高齢化の進展に伴い疾病構造が変化していく中で、「治す医療」から「治し支える医療」への転換が必要とされている³⁾。

これらを踏まえ、健康にかかわる諸問題について適切に対応する医師の需要がより高くなることから、総合的な診療能力を有し、地域医療を支える医師として総合医療専門医が、医師の専門医制度の中の基本診療領域に新たに加えられた。そこで必要される資質や能力としては、1 包括的統合アプローチ、2 一般的な健康問題に対する診療能力、3 人間中心の医療・ケア、4 連携重視のマネジメント、5 地域包括ケアシステムを含む地域志向アプローチ、6 公益に資する職業規範、7 多様な診療の場に対応する能力が挙げられている。

なお、この資質や能力は、日本プライマリ・ケア連合学会が認定する「人々が健康な生活を営むことができるように地域住民とのつながりを大切にしたい、継続的で包括的な保健・医療・福祉の実践及び学術活動を行える医師としての家庭医療専門医」とも関連している。

今回の事例は、地域の癌末期の方を最後まで支えるために、在宅診療所から緩和ケア病棟に派遣されている医師の姿である。癌の終末期においては、病気を治すことではなく、自宅や病院など療養場所に関わらず、辛さを和らげより良い生活を送ることができるように支援していくことが望まれる。本人を含め家族が一般的に想像している癌終末期の痛みによる辛さは、鎮痛薬の投与でコントロールできることが多い。一方、今までの人生への後悔、栄養が必要と思いつつも食事が摂れない自分への苛立ちや日常生活で介助を要する無念、将来に対する不安から生じる辛さは、薬の投与だけでは改善しない。その解決として必要なのは、医師・患者関係の継続性を踏まえた医療の提供や家族への癌予防の啓発、栄養士/歯科衛生士や介護支援専門員などを含めた多職種との連携、病棟や在宅に関わらず適切な医療の提供である。これらは、総合診療医を特徴づける、包括的統合アプローチ、連携重視のマネジメント、多様な診療の場に対応する能力と密接に関連していると言えよう。

②タスクシフティングの可能性

臓器別専門医は、どちらかと言うと「治す」医療を目指してきたのに対し、地域で活動する総合診療医は「支える」医療も行う。この違いは、医学的に解決すべき課題として、「治す」医療では疾患が最優先する一方、「支える」医療では、疾患の治療だけでなく、ADLの維持、リハビリテーション、介護保険を含めた社会保障制度、疾患の予防なども併存することに反映される。

この事例において、緩和ケアを熟知した医師が病院に潤沢にいれば、問題はなかったかもしれない。しかし、緩和医療専門医は全国で178名(2010年4月1日～2017年4月1日認定)⁴⁾であり、絶対数は不足している。そのため、東松戸病院では、外科、呼吸器内科、一般内科の医師が本来の専門とは異なる緩和ケアにも従事せざるを得なかった。もちろん、従来の専門治療の延長であれば問題ないが、癌末期においては、身体的/心理的/社会的/スピリチュアルな側面を持つ全人的苦痛に対処せねばならない。そこで、必要となるのは、特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で対処できる能力であり、それこそが総合診療医の最も得意とするところである。また、臓器別専門医と協力して、癌末期の方が意識していない緩和ケアの導入を支援することや家族も対象として不安を和らげることが望まれるが、これらは総合診療医の特徴である。一般的な健康問題に対応する診断能力や人間中心の医療・ケアが生かされるであろう。さらに、総合診療医は、地域志向アプローチとして、病院だけでなく、診療所や在宅でも研修した経験により、症状改善のための医療を受けるのに最も適した療養場所を助言することもできよう。

③医療や社会に与えるインパクト

終末期の医療に関する2017年度の意識調査で、最後を迎えたい場所を考える際に重視することを複数回答で聞いたところ、「家族などの負担にならない」が73.3%で最も多く、次いで「体や心の苦痛なく過ごせる」が57.1%、「経済的な負担が少ない」が55.2%であった。また、どこで終末期の医療を受けたいかについても病気の状態で異なることもわかり、末期がんでは「自宅」が47.4%と最多だったのに対し、心臓病では「医療機関」が48.0%、認知症では「介護施設」が51.0%と最も多かった⁵⁾。

今後も癌で最期を迎える方が増えることを踏まえると、自宅を療養場所とする人が増えることが予想される。しかし、癌による体動困難や食思不振で癌治療をしていた病院に入院している方の中には、介護負担を考え自宅に戻ることをあきらめ長期療養型病院や緩和ケア病院に転院となるケースもありえよう。しかし、それらの病院に転院しても本人の体調が安定した場合、再度病院が受け入れることがわかれば、一旦退院し一定期間だけでも在宅診療医のサポートのもと自宅で介護をしようとする家族も増えるのではないだろうか。

療養に際して、自宅では「自由」が、医療施設で

は「安全」がより重視される。ただ、そのレベルは、自宅や医療施設ごとに異なる。そこで、様々な療養場所を実際に知っている医師が、具体的にそれぞれの良さを説明することで、本人や家族がよりよい選択を行えると期待できる。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

政策の後押しもあり、在宅診療所は増加し、そこに従事する医師も増えつつある。一方、病院では十分な数の医師を確保できないところもある。その均衡をきたすために、両者が妥協する体制は、すべての地域で検討に値すると思われる。

その実現のためには、病院の臓器別専門医の主治医が医療に集中できる体制が必要である。総合診療医は、この体制作りにおいても、前述した専門性の一つである連携重視のマネジメントを生かし貢献で

きうるであろう。

【文献】

- 1) 厚生労働省、地域包括ケアシステム、http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kai-go_koureisha/chiiki-houkatsu/
- 2) 厚生労働省老健局老人保健課、在宅医療・介護推進連携事業について 平成27年度第3回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議
- 3) 飯島勝矢、地域包括ケア時代のこれからの在宅医療 G ノート；Vol2No1：11-20
- 4) 日本緩和医療学会専門医名簿
- 5) 厚生労働省「平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果」、日本経済新聞2018年2月23日夕刊

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

都市中心地に設立した公設公営診療所での総合診療医

三浦太郎¹

要旨

＜事例の概要＞富山市では2017年からまちなか診療所を運営している。本事業は、富山市と富山大学の協働により行われた。活動のモデルとして、たまねぎモデルを用いた5つの活動を行っている。地域医療機関への在宅医療支援、山間農村部への訪問診療、病院との相互理解促進、在宅で暮らせる文化づくり、人材育成である。

＜考察＞総合診療医は地域志向型ケアを実践する能力を有している。そのため本事例では、市の在宅医療の普及という課題について具体案を提案・遂行できた。また、多職種の特性を理解していたため、多職種への関わりをスムーズに出来た。まちなか診療所が出来たことで、かかりつけ医や病院の臓器別専門医の負担を軽減出来てきていると思われる。自治体が総合診療医を育成している大学や医療機関と組むことが出来れば他地域でも現実性が高いと思われる。

＜事例の概要＞

1 取り組みの背景

富山市では2017年4月より公設公営の在宅専門診療所である「まちなか診療所」を開設した。

背景としては、富山市では在宅医療が浸透していなかった事（中核市以上の都市での在宅死率がワースト2）と、今後望まなくても在宅で過ごさざるを得ない将来が予測されることがあげられる。

富山市では在宅医療が浸透していなかった事に関して、2つの要因が考えられる。1つ目は、富山市では全国と比較して在宅療養診療所が少ないことである。そのため、24時間365日対応で診療が難しかった。2つ目は、在宅医療に対する理解が住民や病院の方々に不足していることである。富山市では家で亡くなるのが当たり前ではない。家で亡くなったら警察が呼ばれるのではないかという誤解や、病院に連れて行かないと、きちんとと見ていないと親戚に言われてしまうと話されることもある。また、介護施設が中核市の中でもっとも整備されている（1万人あたり424床）こともあり、在宅で過ごされる方が元々少ないという地域性もある。病院で

も在宅で看取るということが当たり前ではない。在宅では疼痛緩和は出来ないだろうという誤解を話されたり、家で面倒を見る側は大変そうなので、できるだけギリギリまで病院で経過を見ようという話が聞かれたりする。

将来的には、望まなくても在宅で過ごさざるを得ない時期がやってくると予測される。現在は患者・家族が強く望んだ方だけ在宅で終末期を過ごしている。今後2025年に向けて病床の機能分化が行われ、急性期病棟が減少する。また、超高齢社会のため、亡くなる方が増加し続けることから、強く望まなくとも在宅で過ごさざるを得なくなる現実に直面するだろう。在宅医療の質を向上させ、住民にも在宅で医療を受けながら生活するというを **positive** に捉えられる文化を醸成する必要がある。

2 導入の経緯

富山市では中心市街地の小学校跡地を活用し、地域包括ケアの拠点となる施設を計画していた。機能の一つとして、富山市の在宅医療についての浸透が乏しいことから在宅医療を振興する機能を持つことを計画した。中心市街地は人口が集積し、高齢化と独居・核家族の増加により今後医療・福祉の需要が増加することが予測された¹⁾。在宅医療を振興する

1. 富山市まちなか診療所

機能を持つにあたり、富山大学附属病院総合診療部へ協力を仰いだ。

設立の準備は富山市と富山大学附属病院総合診療部の協働で行われた。富山大学附属病院総合診療部は診療所設立に向け、在宅ケアの成功事例であるオランダの訪問看護事業体である Buurtzorg²⁾へ学ぶことと、富山市寄附講座富山プライマリ・ケア講座での活動を行った。

Buurtzorg については、継続的に学ぶ機会を設けた。2014年にオランダから幹部を招きビュートゾルフ・フォーラム in Toyama を開催した。2014年、2015年と富山市・富山大学附属病院・富山県看護協会がオランダに赴き、Buurtzorg の実際について学んだ。2015年 Buurtzorg の実践を日本に応用することを目的とした一般社団法人オレンジクロスの主催する地域包括ケアステーション実証開発プロジェクトに富山市・富山大学附属病院・富山県看護協会が参加をした。

2013年10月より、富山市寄附講座富山プライマリ・ケア講座を設立した。富山プライマリ・ケア講座では富山市中央保健福祉センター保健師との協働と富山多職種連携教育プロジェクトとやまいびーの活動を2つの柱とした。富山市中心市街地の医療・福祉の実情を知るために、富山市中央保健センターでの保健活動に参画した。地域の健康教育に計画段階から参画したり、医療になかなかつなぐことが出来ない住民への訪問を行ったりした。対象人口の複雑さを背景に、多職種連携教育の重要性が増していることから、とやま多職種連携教育プロジェクトとやまいびーを開催した。富山県内には複数の医療福祉系学校があるが、学校を超えて学び合う機会はなかったことが背景にあった。各学校の多職種連携担当の教員を通じて、多職種の学生を集め、2014年より年4回程度の勉強会を開催している。2018年2月現在、延べ900人強の参加をいただき実務者の参加も増えている。

診療所設立にあたり市からの打診に応じて、計画段階から準備を重ねた。富山市・医師会・富山大学とのワーキンググループが開催された。在宅医療を振興するために、機能強化型在宅療養支援診療所に准じた機能を持つ在宅専門診療所としておこなうこととした。総合診療医3名で運営し、24時間365日相談・往診可能な体制をとっている。2017年4月より実運用を開始した。全国で初の都市中心部に出来た公設公営の在宅専門診療所となった。

3 事例の詳細

活動のモデルとして地域ケアにおいて利用者の自律を支援するために用いている buurtzorg onion model (たまねぎモデル)を用いた。たまねぎモデルは患者にたいして自らサービスとして提供する共助を行うだけではなく、患者家族、地域にアプローチをして自助・互助力を高め自律を促すというものである。公的診療所として実臨床だけではなく、自助・互助・共助・公助いずれにも寄与する活動計画を立てた。

現在、大きく分けて5つの活動を行っている。地域医療機関の在宅医療支援、山間農村部への訪問診療、病院との相互理解促進、在宅で最期まで暮らせる文化づくり、将来在宅医医療を担う人材育成である。

地域医療機関の在宅医療支援：富山市では一人で開業をしながら外来診療を行っている医師が多い。そのため、訪問時間に制約があり、終末期などで状態に変化が起りやすい時期には往診や訪問診療が頻繁になると対応が困難になることがあった。そのような段階に至った方を紹介いただき、診療をしている。一時的に頻繁に訪問診療が必要になったが、訪問の頻度が少なく安定するようになった段階で紹介元へ再紹介も行っている。頻繁な訪問診療が予め予測されることから、訪問診療導入時よりまちなか診療所が関わっている方に関しても、医療・社会的に落ち着いた段階で、地域医療機関への紹介も現在



図1 まちなか診療所のたまねぎモデル

検討中である。

山間農村部への訪問診療：富山市は市町村合併により市域が拡大し、旧町村には山間農村部が多く見られる。そのような地域は過疎化が進行し、医療機関の閉院もみうけられる。交通手段がなく、独歩が出来る方へは地域医療機関が通院バスを運行し通院をされているが、通院が難しくなると自宅で生活を継続することが困難となる現状があった。地元の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーション、調剤薬局と協力し、在宅医療を提供している。急変による救急搬送が予測される場合には在宅に帰るにあたり、地元消防との打ち合わせも行ったりしている。

病院との相互理解促進：病院との相互理解の促進のため、積極的に病院と情報交換を行っている。元来、病院から診療所へは診療情報提供書や地域医療ネットワークシステムを通して、病院での診療を知ることが出来るが、診療所での診療を病院から知る機会がなかった。自宅に帰ることが出来る方が自宅退院を希望されても転院や施設入所に至った方も存在すると考えた。まちなか診療所では、病院から紹介を頂いた患者さんについて、本人・家族の承諾を得られた場合に積極的に在宅での診療の経過をお伝えしている。お亡くなりになられた後にも、在宅チームで病院を訪れデスカンファランスを開催している。「在宅で疼痛のコントロールが出来るのですね」や「在宅ではこういう治療は継続しにくいのですね」というような意見も聞かれ、病院側からも在宅医療への理解が深まっているように感じている。富山市民病院の地域医療機関との地域連携部署である、ふれあい地域医療センターと毎月1回通院・入院患者さんについての相談会を開催している。

在宅で最期まで暮らせる文化づくり：在宅で最期まで暮らせる文化づくりに貢献するために、住民や医療福祉職を対象とした在宅医療に関する講演活動を行っている。市内様々な訪問看護ステーションや薬局と協働することを行っている。これらの事業所と密に情報交換を重ねることで、富山市内の在宅医療の質の向上と安定的な提供体制に寄与することが出来ればと考えている。

将来在宅医療を担う人材育成：在宅医療に関心のある人材の育成に積極的に関わっている。まちなか診療所は「とやま総合診療医養成プログラム」に参画し、総合診療医の育成に取り組んでいる。週1回他院で研修中の専攻医が診療所を訪れ、診療同行や普段の診察の省察を行っている。富山大学附属病

院とやま総合診療イノベーションセンターが基幹施設として育成をしている「ものがたり在宅医療フェロシップ」のコーディネートを行っている。2018年度からは富山県看護協会との共同事業で、病院勤務の看護師の診療所看護師体験を行う予定である。初期研修医や学生の受け入れも積極的に行っている。

4 成果

平成30年2月までの状況をお伝えする。

訪問診療では医療依存度が高い方を受け持ち、機能強化型在宅療養支援診療所を申請予定である。2017年4月から2018年2月までの間に26人の在宅看取りを行っている。訪問診療患者の内訳は4割が癌、3割が脳血管、1割が神経難病、認知症である。高度な医療を必要な方も受け入れている。NPPV1例、人工呼吸器2例、腹膜透析1例、麻薬持続輸液9例、在宅酸素12件、中心静脈栄養2件、気管切開患者4件、胃瘻交換6件である。

地域医療機関の在宅医療支援は一定数ニーズがあった。地域包括支援センターから介護への橋渡し役を期待された。延べ37名の臨時対応依頼があった。会議、出張時の対応依頼他、地域包括支援センターより介護を必要としているが医療機関にかかることが出来ず、主治医意見書の作成を依頼されることもあった。

在宅で最期まで暮らせる文化づくりのため、41回の講演を行った。市の出前講座として、地区長寿会などで地域包括支援センターの利用法、介護保険、在宅医療についてお話をしたり、地域包括支援センターなどからの依頼により、地域の医療福祉に関わる方々へ、在宅医療や多職種連携についてお話をしたりした。

将来在宅医療を担う人材育成のため、とやま総合診療医養成プログラムでは2名の専攻医が毎週1回診療所を訪れ、日々の診療の振り返りや診療同行を行っている。また、毎月の勉強会の開催をコーディネートしている。ものがたり在宅医療フェロシップでは、現在2名のフェローが他診療所で研修しており、毎月の勉強会やフェロシップ合宿をコーディネートしている。

最終的アウトカムは当市における在宅死の増加である。毎年10月に市町村ごとの在宅死の割合が厚生労働省から公表される。全国的な在宅市率の上昇率を超える在宅死率の伸びが認められると当診療所で行った活動の意義があったと考えられる。

5 今後の展開

今後、市内に民間の在宅を主に行う診療所が増加したら公の診療所としての役割に変化が起こるだろうと考えている。在宅終末期への訪問診療などを、公がおこなう必然性がなくなり、在宅を主に行う診療所間のコーディネート機能や今まで在宅医療と繋がりがなかった領域への在宅医療の提供が期待されてくるだろう。今まで在宅医療と繋がりがなかった領域としては、障害福祉領域や小児領域を想定している。障害福祉領域では、障害を抱えながら地域で過ごされる方が増え、また高齢化に伴い、併存疾患を多く抱えるようになってきている。また、小児領域では、NICUやGCUを退院して在宅で生活する方が増え、当市では定期的な診療は大きな病院で行っている事が多い。マイナートラブル時に往診してもらえない医療機関がなく困っているという意見を聞くことから、地域小児科医と病院小児科医の橋渡しとしての役割がありそうである。

都市中心部の公設公営の診療所は全国はじめての試みであることから、他地域で計画されたときにはモデルとして参考にされるだろう。他地域でも実施可能な運用形態で、実践を重ねていく必要がある。

<考察>

1 事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

地域志向型ケアを実践できる総合診療医のため、市の在宅医療の普及について具体的な案を提案でき、遂行できた。また、総合診療医は多職種の特徴を理解しており、多職種への関わりをスムーズに出来た。今後、役割が変化することに対応できうる診

療の幅の広さも、総合診療医ならではのであろう。

2 タスクシフティングの可能性

かかりつけ医の負担軽減と、病院の臓器別専門医の負担軽減を期待できる。複雑で頻回訪問が必要な患者さんを当診療所に委ねていただくことで、かかりつけ医の負担を軽減している。一人で診られるところまで診療することから、役割分担がなされてくると思われる。また、今まで病院で臓器別診療医が終末期まで診ていただいていたことが、在宅での医療を知っていただくことで、診療を委ねていただくことが出来、負担を軽減できている。

3 医療や社会に与えるインパクト

都市中心部に日本で初めての公設公営の在宅専門診療所として公が直接一次診療を行う役割を示している。

4 他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

まちなか診療所は、モデルケースとして全国各地の自治体職員や議会から視察に来られている。地域志向型ケアを理解している総合診療医で行っているからこそ出来た事業であるため、総合診療医を育成している大学や医療機関と自治体が組むことが出来れば現実可能性が高まると思われる。

文献

- 1) 地方都市の在宅医療 コンパクトシティ政策を進める
地方都市と在宅医療。在宅新療0→100 8. 703-708,
へるす出版, 東京, 2016
- 2) 堀田聰子:Buurtzorg 解体新書。訪問看護と介護 19.
440-448, 医学書院, 東京, 2014

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

家庭医診療所の在宅医療における役割 ～家庭医診療所の開業後3年の訪問診療のまとめ～

花房徹郎¹

要旨

当院は、淀川勤労者厚生協会所属の診療所として、2014年12月に大阪市淀川区に新しく開業した診療所である。当院の医療圏である淀川区は、人口17万と市内3位。高齢化率は約20%、独居高齢者40%と全国平均と比較しても高い。また、新大阪近郊ということもあり、医療機関が密集している地域でもある。法人の主な医療圏である西淀川区からは距離的に離れている。開業して約3年が経過したが、特に訪問診療部門での地域のニーズが高く、管理件数が飛躍的に増加している。当院での訪問診療の取り組みを振り返り、家庭医療専門医（総合診療専門医）が、在宅医療の要求が今後も高まると予想される都市部において、在宅医療の役割を果たす一つの可能性となりうると考えられたため報告する。

【事例の詳細】

1. 取り組みの背景と導入の経緯

当院は、淀川勤労者厚生協会所属の診療所として、2014年12月に大阪市淀川区に新しく開業した無床診療所である。所属法人である淀川勤労者厚生協会は西淀病院を中心として、1病院5診療所を有しており、当院は強化型在宅支援診療所である。所長には家庭医療専門医（筆者）を配置し、標榜科は内科、小児科である。同じ建物内に同法人の居宅、訪問看護、訪問介護が同居している。

当院は、病院のサテライト診療所としての位置付けとして開設されたが、当院の開設された淀川区は、病院からは距離的にも遠い地域に当たるため、法人としては医療の空白地域となる。当院の医療圏である淀川区は、人口17万と市内3位。高齢化率は約20%、独居高齢者40%と全国平均と比較しても高い¹⁾。また、新大阪近郊ということもあり、医療機関が密集している地域でもある。高い高齢化率や、独居高齢者の割合の高さから潜在的な在宅医療のニーズが高いと考え、訪問診療の受け皿としての役割を強化することを診療所のビジョンの一つとして掲げた。

開設当初、訪問診療管理件数は、開設前から法人内の他診療所よりエリアを広げて管理していた件数の引き継ぎで14件であった。診療体制は医師2名で週4単位である。在宅支援診療所であることから24時間対応となっている。緊急時対応のファーストコールは診療所看護師で、常勤看護師2名で輪番制である。

2. 事例の詳細

訪問診療数の増加のために診療所として以下の事に取り組んだ。①総合診療医の特性を生かし、小児障害児や人工呼吸器管理など高度な医療管理を要する症例、地域包括支援センターが抱える地域の「困難事例」など症例にとらわれずに「断らない」ということを院内でも徹底した。②同じ建物内に同法人の介護事業所（居宅、訪問看護、訪問介護事業所）が同居しており、垣根の低いチームとしての利点を地域に打ち出した。③その一方で、法人病院と医療圏が異なり、また都会の特徴として医療機関や介護事業所、施設などが溢れる地域である。法人内で症例を完結させるのではなく、地域の医療圏単位で、中核病院や他介護事業所との連携を強めるために、営業活動を定期的に行い、紹介患者については、綿密な情報のやり取りや、退院前カンファレンスに参加するなどした。④法人のバックベッドがあり、強化

1. 一般財団法人淀川勤労者厚生協会附属ファミリークリニック
あい／大阪家庭医療センター

型在宅支援診療所として、医師も複数体制でバックアップが期待できることも24時間対応をする上で大きな利点としてアピールした。

3. 成果

開設当初、訪問診療管理件数は14件であったが、2年目には26件、3年目には51件と年々倍増しており、2018年2月現在で75件となっており(図1)、全件数の約37%が施設の患者であった。当院における訪問診療の新規依頼数と訪問診療開始後の中止転帰数(死亡、入院、施設入所など)の内訳は図の通りである。新規依頼もあるが、その半分ほど中止もあり、コンスタントな患者層の入れ替わりがある(図2)。

症例の医療区分ごとの内訳では、医療区分3が7名(約9%)、医療区分2が12名(約16%)、医療区分1が56名(約75%)であった。疾患の主病名の内訳では、認知症が27名、廃用症候群が17名、神経疾患8名、悪性腫瘍が5名、呼吸器疾患5名、心疾患4名、その他9名であった。

訪問診療の依頼元は、法人外総合病院や、医療圏にある施設、ケアマネージャーや訪問看護からの紹介、家族からの相談など、法人病院以外からの紹介が8割を占めており、法人で完結するのではなく、地域からのニーズも一定あることがうかがえた(図3)。

診療所看護師時間外出動回数の月平均は、2015年度は1.1回(9か月間のデータ)、2016年度は4.6回、2017年度3.8回であった。

開業後の3年間で19例の在宅での看取りも行っている。在宅患者の全死亡は47例であり、看取り率は38.3%であった(大阪市の自宅死は17%²⁾。

新規中止の推移

年度	2014	2015	2016	2017
新規	18件	33件	49件	50件
中止	0件	15件	29件	27件
在宅看取り	0件	7件	8件	4件

図2

訪問診療依頼元

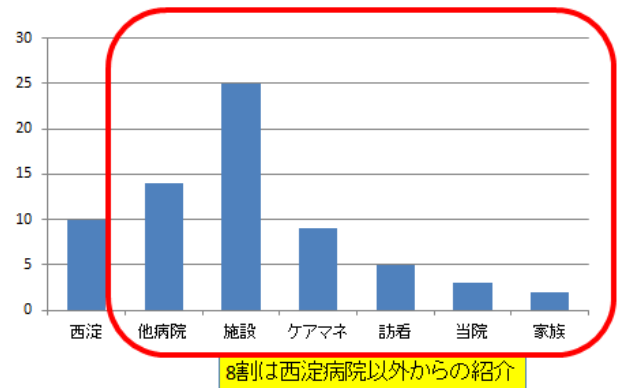


図3

訪問診療管理件数

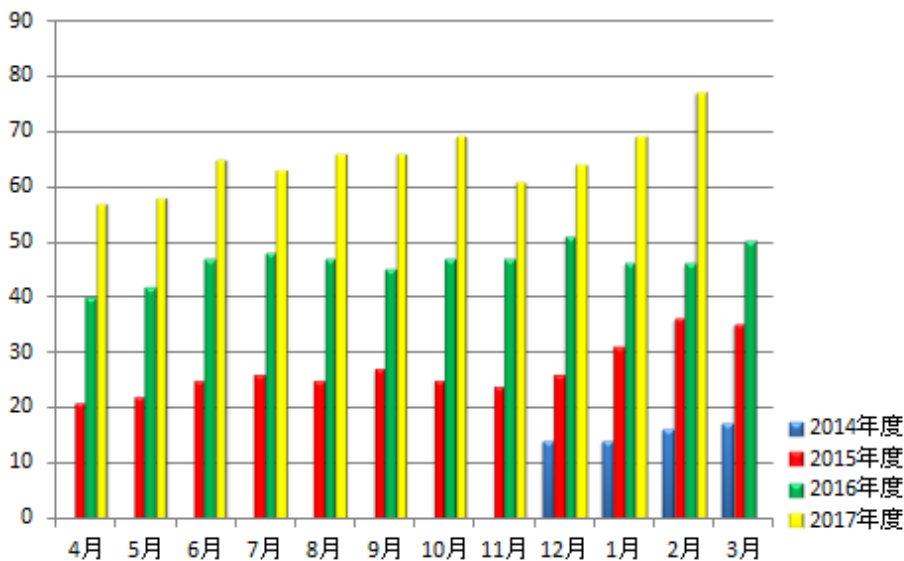


図1

疾患の内訳では、約6割が悪性腫瘍（12例）、約3割が老衰（6例）であった。

在宅療養患者では、医学的に複数の健康問題を抱えているケース、経済的な問題や延命治療など倫理的問題をはらむケースも多い。また、多職種や、病院診療所、他事業所とのきめ細やかな連携に対応する能力も要求される。

具体的な症例につき、紹介する。（症例1）79歳女性。主病名は廃用症候群、慢性腰痛症だが、人格の問題があり被害的な言動が多く、ケアする多職種が精神的な負担を抱えていたケース。当院が訪問診療で介入後、人格的な背景については精神科コンサルトを行い、複数回の多職種カンファレンスで本人へのケアの仕方やそれぞれの職種の役割を統一した。被害的な言動はしばしば見られるが、ケアの仕方や接し方を統一したことで情動は安定化していると考えられ、経過をみられている。

（症例2）77歳男性。独居。陳旧性心筋梗塞、慢性心不全、糖尿病、アトピー性皮膚炎などで遠方の総合病院の循環器内科、糖尿病内科、皮膚科へそれぞれ通院しているが、糖尿病コントロール不良、しばしば皮膚状態や胸部症状の悪化や転倒などで救急搬送されていたケース。当院が訪問診療で関わり、医療的には各診療科や訪問看護やヘルパーとの密な連絡を行い、（こまめな体重評価や水分摂取、症状の早期発見、共有ノートの利用など）緊急入院や救急外来受診の回数を減らしている。

（症例3）90代女性。レビー小体型認知症のターミナルで老衰の経過の方。3人の子に支えられ、在宅での看取りをご希望されたが、看取りの過程で点滴の要否、摂食の可否、入院の要否や吸引の有無などで家族間での意見の相違や、経過とともに思いの揺れが生じた。訪問看護師とも細かい情報共有を行い、その場面ごとに訪問看護や診療所も交えた病状説明を行い、最終的に自宅でお看取りをすることができた。

訪問診療による収益は当院の外来収益の約半分以上を占めることも多く、診療所の経営面からみても中心的な役割を担っている。

4. 今後の展開

24時間365日の質を担保した医療サービスの提供のために、現在は医師体制については法人や関連診療所に依存しているところも大きいため、診療所内でのグループ診療体制の確立を目指している。また、診療所の継続性や後継者育成の観点から、総合診療専門医を輩出する研修施設としての位置づけ

（初期研修の地域医療研修や、総合診療専門医プログラムの専攻医受け入れ）を法人と連携して行っていきたいと考えている。

【考察】

都市部における75歳以上の高齢者の急増は、介護保険制度が施行された2000年当時より警鐘が鳴らされており、特に要介護状態や認知症の人の割合の高い後期高齢者の急増が見込まれている。厚生労働省の資料によると、都市部の地域特性として、多くの高齢者が狭い範囲に集住していること、集合住宅等で局地的に高齢化が進展すること、地域とのつながりが弱く、孤立しがちであることなどが挙げられている³⁾。都市部における高齢者の急増と医療提供体制の見直しに伴い、在宅で医療介護を必要とされる人が増加している。在宅医療を支える拠点として、緊急時の往診や看取りなどの役割を積極的に果たす在宅療養支援診療所の整備や機能強化が地域社会から求められているとしても過言ではない。

一方、在宅医療を支える医療体制だけを見ても、マンパワー不足や緊急入院先の不足、24時間365日対応の問題、医療依存度の高い患者の増加など課題も多い現状がある⁴⁾。

本事例では、訪問診療件数を増加させることができた背景として、マンパワーがあることや、相談しやすいバックベッドを有していることが挙げられた。診療所で訪問診療に関わる医師は2名であるが、強化型として提携している法人内の病院や別の診療所群に複数の家庭医療専門医や総合内科医を配置している。訪問診療患者の担当主治医が学会や出張等で緊急出勤が出来ないケースなどは、他の診療所の医師と相談も可能であり、連携して24時間365日体制を可能にしている。バックベッドがあることで、緊急入院の対応のみならず、例えば緊急性は高くないが、社会的に入院が必要なケースの相談もしやすいことも大きな利点と考えている。また、家庭医療専門医に必要とされる能力として、頻度の高い健康問題に対応し相談に乗れること、生物医学的なアプローチと心理社会的なアプローチをバランスよく組み合わせた診療を行うこと、多職種協働の取り組みができることなどが挙げられている⁵⁾。前述の事例でも紹介したように在宅療養患者では、医学的に複数の健康問題を抱えているケース、経済的な問題や延命治療など倫理的問題をはらむケースも多い。また、多職種や病院診療所、他事業所とのきめ細やかな連携に対応する能力も要求される。在

在宅医療が、前述したような家庭医療専門医（総合診療専門医）の専門性を生かしやすいセッティングであったことも訪問診療の依頼の増加した一つの要因として考えられた。

一方で、診療所看護師が緊急時のファーストコールとなっており、時間外の出動回数が増加している。在宅患者数や、重症度が高まっていることが要因と考えられ、診療所看護師の負担増に繋がっている。いわゆる携帯当番の輪番制や出動翌日の勤務保障の実施や、都市部独特の数多くの訪問看護ステーションや施設との連携を進めるなど、診療所看護師の負担を軽減させるための方策を進めることが喫緊の課題となっている。

本事例を振り返って、3年間という限られた期間でもあり、課題も残してはいる中ではあるが、家庭医療専門医（総合診療専門医）が、在宅医療の要求が今後も高まると予想される都市部において、在宅医療の役割を果たす一つの可能性となりうると考えられた。

当院は、患者の満足度や法人や診療所の経営的な視点や数の評価のみならず、地域包括ケアの枠組み

の中で、在宅医療を支える歯車の一つとして機能することを目指している。そのためにも、今後は今以上に中核病院や医師会、行政などと積極的に連携することや、診療所として在宅医療の質を高めることに努めていきたい。

文献

- 1) 大阪市淀川区役所 地域福祉推進ビジョン 大阪 大阪市淀川区役所；27 Dec 2013 <http://www.city.osaka.lg.jp/yodogawa/page/0000248498.html>
- 2) 厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集 東京 厚生労働省；22 Nov 2017 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000185771.xlsx>
- 3) 「都市部の強みを生かした地域包括ケアシステムの構築」（都市部の高齢化対策に関する検討会報告書）
- 4) 在宅医療の現状と課題 川越正平 日本内科学会雑誌第103巻第12号 2014年
- 5) 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会専門医・認定医認定制度要綱

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

在宅現場の経験と多職種との討論が総合診療マインドを育成する

沼沢祥行¹

要旨

在宅現場や地域総合病院での経験を生かし、総合診療医となる1つのキャリアパスを例示する。たとえば、①神経内科専門研修と並行する形で、在宅療養支援診療所に非常勤勤務での関り続け、②診療所や地域総合病院で、リハビリテーションスタッフを始めとした多職種と日々討論を重ね、③得られた経験をいくつかの学会・論文報告や、在宅医療に関連した総説の執筆につなげるなどの種々の経験を重ねるなどを経て、④総合診療医として継続性・近接性・包括性を意識した臨床へつなげることである。プライマリ・ケアの5つの理念である“ACCCA”を体得・体現する場として在宅医療の現場があり、総合診療医の育成と総合診療マインドを持った各専門診療科医師が相補的に連動して動くことが有効であり、両者の育成の主軸を担うのが総合診療医であろうと考える。

事例の概要

1. 取り組みの背景：地域医療研修で得た気づき

平成18年に東京医科歯科大学医学部を卒業後、新臨床研修制度下において、東京医科歯科大学のプログラム3を選択した。地域医療、小児科、産婦人科、精神科の各1か月以外は大学で2年間研修を行うプログラムであった。研修医2年目、千葉県松戸市の千葉健愛会あおぞら診療所 (<http://aozora-clinic.or.jp/>)で、1か月間の地域医療研修を行った。

地域医療研修前から、東京医科歯科大学の神経内科へ入局することを決めていたが、あおぞら診療所における1か月の研修で、「在宅の現場で学ぶこと」と「在宅医療に専門医が関わる意義があること」の2つがあると理解した(図1)。在宅現場とは、医師にとっては“アウェイ”である患者さんの“ホーム”であり、外来で得られるものとは大きく異なる豊富な情報があることが実感された。

一方で、“神経内科”という専門性を在宅現場で生かせる可能性が想定できた。神経内科医が診る主要な疾患は、例えば一般病院では脳梗塞の患者が多く、また、大学病院のようなところでは神経難病が代表的であるが、いずれも、ADL・IADLが下が

り、種々の精神・高次脳機能障害を呈する。必然的に、リハビリテーションスタッフ、MSWなど、多職種との関わりが日常となる。例えば回復期リハビ

現場で在宅医療の重要性を実感した経験事例

研修医2年目の地域医療研修
訪問診療(定期)、往診(臨時)を1か月経験

癌のend stage、認知症、いわゆる神経難病など

- 多発性硬化症の慢性期
膀胱留置カテーテル/畳をいざって動く
- 筋萎縮性側索硬化症
人工呼吸器の導入直後例
NIPPVを導入し呼吸苦に対するオピオイド使用例

あらゆる疾患の方を在宅医療が支えている現実を知る

図 1a

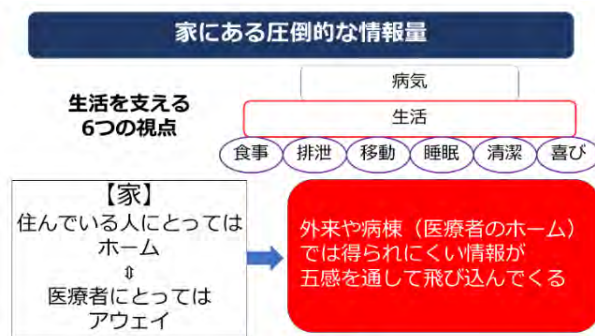


図 1b

1. 東京医科歯科大学医学部附属病院 総合診療科/千葉健愛会あおぞら診療所

リテーションや療養型病床の適応、直接自宅へ独歩帰宅できるか、自動車運転は再開できるか、職場復帰は可能なのか、などの判断や対応は、日常的な多職種連携を必要とする。これらの経験は、在宅現場でも生かせると想定できた。

2. 導入の経緯：あおぞら診療所の非常勤勤務を神経内科入局と同時に開始

医師3年目に東京医科歯科大学神経内科へ入局した。在宅医療の「現場」で経験・研鑽を積むことを希望していることを医局に伝え、外勤先としてあおぞら診療所（在宅療養支援診療所）での非常勤勤務を開始した。このように、専門診療科の研修と並行し、在宅医療現場の経験を積むことなど、非常勤勤務を単なる「バイト」という捉え方ではなく、経験を積むフィールドと捉えることが、視野を多方面へ広げる可能性へとつながる。

3. 事例の詳細

3-1-1. 在宅非常勤医師として勤務

あおぞら診療所での非常勤勤務を開始し、週に半日ないし1日の勤務を断続的に5年継続した。医師4～7年目に茨城県取手市のJAとりで総合医療センター（<http://www.toride-medical.or.jp/>）の神経内科医員として勤務した期間は、あおぞら診療所に勤務できなかったが、同院の神経内科は一部の患者に対して訪問診療を行っており、在宅の現場経験を継続することができた。また、医師8～10年目の大学院在学中は1日を通したあおぞら診療所の勤務を継続することができ、休日オンコールの経験も重ねることができた。

あおぞら診療所では、多職種で毎日患者情報共有とディスカッションを行うため、非常勤医師が直接訪問したことの無い患者の状況についても知ることができ、ディスカッションを通した学びが得られた。

そのほか、ICTを利用することで、非常勤勤務日以外でもコメント・ディスカッションすることで、できるだけ切れ目なく情報を把握できるよう、いわゆる“Continuity（継続性）”を意識した。

3-1-2. 神経難病を通して、慢性疾患の継続的ケアを長期にわたり経験

治療が不十分なパーキンソン病（PD）患者、簡単なリハビリの指導や椅子の調整などを行うだけで姿勢・構音・嚥下の改善を見たPD患者のほか、ほとんど自律神経症状しか認めない時期から、筋強剛が出現し、寝たきりとなるまでの多系統萎縮症患者、人工呼吸器導入時期から約10年をフォロー

することができた筋萎縮性側索硬化症患者（ALS）などを始めとして、いわゆる神経難病の長期経過をフォローし、その変化や都度生じる問題点、意思決定支援などに関わる経験ができた。これは、短期間に関連病院を医局人事でローテートするだけでは得難い経験であり、“Accessibility（近接性）”、や“Comprehensiveness（包括性）”、“Accountability（責任性）”などが意識された。

3-1-3. 多職種との日々の討論から学び着想を得る

JAとりで総合医療センターに勤務する間、特にリハビリテーションスタッフ（リハスタッフ）やMSWの仕事の重要性を実感した。

入院の多くは脳梗塞であったが、麻痺のほか、失語、失行、失認など種々の高次脳機能障害を呈する。神経内科医は必ずしも高次脳機能障害が得意ではなく、詳細な評価には、作業療法士（OT）や言語聴覚士、神経心理士の力が必要となる。特に、ADLのみならず、IADLを評価し、それを「治療」につなげるOTの役割は極めて大きいことが明らかであった。リハスタッフと日々討論し、その経過の中で高次脳機能障害について学びながら、リハスタッフがどのようなアプローチで回復期へつなげるのか、はたまた在宅へ帰すアセスメントをするのか、医師の範疇では対応しきれないことに、多職種の力が必須であることを実感した。また、それをマネジメントすることは、いわゆる“Coordination（協調性）”のトレーニングであり、体現であった。

さらに、多職種との仕事を、学会・論文報告としてまとめていくことを意識した。これは、“Accountability（責任性）”ともつながる。また、自分自身の大学院の研究テーマとして高次脳機能障害を選択し、リハスタッフとの日々のディスカッションから得た着想を元に、臨床研究の計画を立案した。

3-1-4. 他職種・学生向けの勉強会の講師

① 歯科衛生士の勉強会“なずなの会”で、2015年度に3回の講師を務め、神経疾患の自然史、認知症、脳梗塞に関して講演を行った。それぞれ、講演に引き続いて、関連する内容もしない内容も自由に質疑応答する時間を確保した。

② 2017年4月、東京医科歯科大学の学生で構成されるプライマリ・ケア研究会“iPag”（<http://tmduipag.wixsite.com/ipag2013>）で、在宅医療に関する講義を行い、質疑応答を行った。学生の関心の高さを実感することとなった。

③ 2017年9月、東京医科歯科大学医学部附属病院

在宅医療と大学病院での医療の「違い」について

「違い」は「医者の解釈・都合」

自分の働く病院の玄関を患者が出れば、「退院」。
しかし、果たして、**自宅の玄関をその人は入れるのか？**
「転院」は「入院継続」であって「退院」ではないのでは？

【大学 もしくは 一般総合病院】
専門家集団。専門領域の「疾患」をベースに、外来主科、入院科が決まる。
付随する問題点については、専門家から他の専門家にコンサルテーション。
⇒結果的に、多数の科を受診、多数の処方・・・しかし主治医は誰?????
誰が意思決定支援の中核を担う????

【いわゆる在宅医療】
生活がベースにある。予後がどのように経過するか、疾患の「軌道」を武器に意思決定を行う。

図 2a

連携について

連携するのは医療職だけではない。
医療介護連携、病診連携、診診連携、医科術科連携、・・・

言葉で「連携」というのはたやすいが、現実には簡単ではない。
診療情報提供書を書いて送れば、伝わる????

退院時に、訪問診療医に書面を送れば、万事移行できる????
「訪問リハをお願いします」と言えば適切なリハが十分量投入できる？

疾患だけを見ていて、ADLの低下に一体だれが気づき、
だれが適切なリハを投入するのか。

「通所リハに週に2日間行っています」
＝「リハに行かない日が週に5日間あります」
顔の見える関係の構築と継続が最も大事!!! 単語を知っても意味がない。

図 2b

- どの医療現場もそうであろうが、解決すべき問題は山積み。
- どの臨床現場においても、**生活を見る（観る）という視点**。
(疾患を知る必要があるが、疾患だけではない)
- 介護職の力を知る。
- ADLとは？QOLとは？高次脳機能障害とは？リハビリテーションとは？
- 摂食嚥下障害とは？訪問歯科・歯科衛生士とは？栄養とは？
・緩和ケアは、治療ができないから移行する、というものではない
・栄養なきリハビリテーションは、単なる消耗
- 平成30年、診療報酬と介護報酬の同時改訂（制度設計も変わっていく）
- 統合する力、総合力、包括的な理解
、、、、、数え上げればきりはないが、、、、

図 2c

の医療福祉支援室が主催する院内勉強会において、在宅に関する講演を、「生活の視点」というタイトルで行った。スライドの一部を図2a, b, cに示す。「生活の視点」や「疾病の軌道」について解説し、在宅医療について興味をもって学んでほしいことを主たるメッセージとした。講演後のアンケートではおおむね好評という結果を得たが、医師の参加は乏しく、今後継続する場合にはアナウンスの仕方も含めて検討を重ねる必要があると考えた。

これらの講演で意識したことは、いずれも「生活の視点」と「疾病の軌道」の重要性を伝えることであるが、いわゆる“ACCCA”と連動する概念と捉えら

れる。

3-1-5. 在宅医学会への関わり

在宅医学会第20回記念大会（2018年4月29日、30日に開催予定）の組織委員会に関わっている。同記念大会では、「最期まで患者に責任性を果たすための二人主治医制～専門・総合、病院・地域の融合を目指して～」というシンポジウムで、「神経内科と二人主治医制」について登壇する予定である。また、神経疾患の長期フォロー経験などを活かし（3-1-2参照）、「動きのぎこちなさや認知機能障害を有する患者をどう支えるか」というシンポジウムで事例検討のシンポジウムに登壇する。また、記念大会の情報提供を目的に、東京医科歯科大学医科同窓会会報（2018年1月：No. 278）、東京医科歯科大学歯科同窓会会報（2018年2月：No. 204）に寄稿した。

3-1-6. 歯学部教育への展開

2017年11月に、東京医科歯科大学の歯学部保健衛生学科と歯学部歯科において、神経疾患に関する講義をそれぞれ担当した。歯科医・歯科衛生士が食支援に関わる必要があることを、“在宅の現場感”をもって伝えることを目指した。しかし、現場を見たことがない場合では想像しにくいことが明らかであり、未来の歯科衛生士に在宅現場に触れる機会を提供する方法を考えたい。こうした歯科・歯科衛生士への教育に総合診療医が関わり、コーディネート・マネジメントすることには意義があると考えられる。

4. 成果

4-1. 在宅非常勤勤務経験をもとに、総合診療的視点を踏まえた神経内科領域の報告

神経内科領域に関連する簡単な症例報告をした^{1,2)}。また、パーキンソン病の総説³⁾、また在宅医療に関するテキストでパーキンソン病^{4,5)}やALS⁴⁾に関する記事を担当した。

4-2. 他職種の発表をサポート

4-2-1. MSWの発表

脳梗塞で入院し感覚性失語が後遺した患者に対し、市長申立てによる成年後見制度を活用し対応にあたった事例を経験した。担当MSWを主とした取り組みとその経過を基にマニュアルを作成し、社会的に孤立した患者に関しての課題が明確化されたため、第60回日本農村医学会学術総会（2011年11月）で報告した⁶⁾。

4-2-2. リハスタッフの発表

脳卒中患者を担当するリハスタッフは、必然的に多くの高次脳機能障害へ対応を行うことになる。こ

れらを形にするため、リハスタッフによる症例報告等に関わった。言語聴覚士による失語症例⁷⁾や失書症例⁸⁾の報告のほか、脳梗塞患者の注意機能を、観察行動評価を用いて評価し、歩行の自立をより正確に評価できるか多数例で検討した報告を理学療法士が行い⁹⁾、論文化を目指している（投稿準備中）。

4-2-3. 歯科衛生士の発表

神経学会学術大会での発表は医師のみであったが、2015年の第56回大会から、「メディカルスタッフポスターセッション」として、メディカルスタッフによる発表の場が設けられた。

第56回大会で訪問歯科衛生士が、“摂食嚥下に関する在宅医療スタッフへの情報提供のあり方について～在宅神経難病患者に対する歯科衛生士の関わりから～”というタイトルで、神経内科医への提言も含め報告を行い（<https://www.neurology-jp.org/sokaitiho/neuro2015/html/medicalstaff/img/medicalposter.pdf>）、第57回大会で病院歯科衛生士が、皮膚筋炎患者への関りを報告したが¹⁰⁾、これらの発表をサポートした。そのほか、前記した“なぜなの会”に関する簡単な活動報告を行った¹¹⁾。

4-3. 神経学会での座長の経験

あおぞら診療所の川越正平院長と共同で、第56回日本神経学会学術大会（2015年5月新潟）の公募シンポジウムに応募し、融合採用という形で「社会の中の神経学6 新しい難病基本法のもと、地域での神経難病医療への現実的な対応を探る」において座長の1人を務めた¹²⁾。

5. 今後の展開

東京医科歯科大学医学部附属病院に総合診療科が新設されることとなり、平成30年度より、同診療科の立ち上げに関わることとした。これは、神経内科専門と在宅非常勤の経験を生かすためのプランであり、当初、地域医療研修の在宅現場で感じたことと直接リンクする。神経内科にアンカリングし、在宅非常勤の経験を生かして総合診療医として新たな挑戦を行いたい。

大学においては病棟・診療科横断的な役割を果たすことが求められ、また大学と地域をつなぐ役割を求められるものと考えているが、具現化するにはいくつものハードルがあると想定される。ここには、“現場”である地域にどっぷりとつかる経験を積むこと、現場における未解決な多くの臨床命題に対して解答を出す臨床研究を組むことの両者が必要であると考えている。

考察

1. 事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

在宅現場で経験を積むこと、神経内科という専門性を持ちつつも、ジェネラルな領域の中でそれを生かそうと努力すること、多職種と日々事例に関して討論を行うことなどが、「総合診療マインド」をつけることにつながった1つの例を示した。また、いずれの活動も、Accessibility（近接性）、Comprehensiveness（包括性）、Continuity（継続性）、Coordination（協調性）、Accountability（責任性）の5つの要素、いわゆる“ACCCA”が生かされていると考える。

総合診療マインドの育成や臨床の質の向上は、あらゆる臨床場面を経験することで得られると考える。例えば、病院勤務の神経内科医は、がんに伴う自己免疫疾患として神経・筋に症状を呈する傍腫瘍症候群の主治医とはなっても、がん治療そのものを行う主治医となることはまずない。したがって、必然的にオピオイドの使用を含め、がん緩和ケアについて学ぶ機会が乏しい。一方で在宅現場に勤める限り、がん緩和ケアや在宅看取りを経験することができる。神経難病はもちろん、心不全などの他の領域も含め、いわゆる非がんの緩和ケアを実践するとしても、がん緩和ケアの経験が有効ないし必須であろうことは自明である。また、非がんの緩和ケアそのものも在宅現場で経験できる。

各専門診療科の若手医師の多くは、医局人事のもと急性期病院を中心としたローテーションを行い、疾患の診断に至るプロセス、初期治療、高度先進医療などを経験する一方で、慢性期を経験する機会は、まったく得られないか、少なくとも乏しいことが多い。慢性に経過する疾患を長期間フォローすることを経験する、多岐に渡る疾患を持ち、複雑な背景をもった患者の診療を経験するとともに、その人の生活の場を目の当たりにして、医療ではどうにもならない問題に直面することで医療介護連携の必要性を実感する、などの点でも在宅現場の経験が有用である。

本事例は、在宅現場の経験が総合診療マインドや総合診療医の育成につながることを示す1例と考える。総合診療専門研修プログラム整備基準¹³⁾に記載のある、1. 包括的統合アプローチ、2. 一般的な健康問題に対する診療能力、3. 患者中心の医療・ケア、4. 連携重視のマネジメント、5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、6. 公益に資する職業規範、7. 多様な診療の場に対応する能力や、いわ

ゆる“ACCCA”で要約されるプライマ・ケアの5つの理念を体得し、また体現する場として在宅が大きなフィールドとなる。また、在宅現場の経験を持った各専門診療科の医師は、その専門医療を提供する場においても、生活を見据え、長期の予測に基づいた医療・介護の提供をマネジメントできるだろう。

2. タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

ここでいうタスクシフティングは、いわゆる総合診療医が診療科横断的・病棟横断的に関わることで、臓器別専門医の負担は軽減し、多職種連携の推進につながることを想定していると考えるが、概念を一步進めて、総合診療医としての能力を持った臓器別専門医が増えることで、総合診療医と臓器別専門医（各専門診療科）がより相補的に、連動して臨床・教育・研究に貢献することができると考えられる。

3. 医療や社会に与えるインパクト

ACCCAを意識した、総合診療医としての活動の1例を示した。そして、神経内科にアンカリングし、在宅医療現場で研鑽を積むことで総合診療マインドを身に付け、総合診療科にトランスファーするという道を例示した。各診療科の専門医が臨床研鑽を積む中で、どのように総合診療マインドを身に着け、現場に生かし、新たな臨床命題を解決していくかの1つのヒントにもなると考える。専門医療を提供するにあたって、なにを地域へシフトすべきか、専門医はどこに集中すべきかを呈示する一つのモデルになり得るであろう。しかし、これまでの活動のみでは、“1例”でしかなく、今後の活動で“実績”を出して初めての意味のあるインパクトを与えうると考える。

4. 他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

各診療科の専門医となりながら、並行して在宅や慢性期などを通して総合診療に関する研修・研鑽ができるシステムが構築できれば、「総合診療医としての能力を持つ各科専門医」が作られるはずである。これは、狭義の総合診療医とは異なるが、地域によっては、いわゆる総合診療専門医よりも必要とされるかもしれない。また、総合診療医としての能力を持つ各専門診療科の医師が相補的に働くことで、総合診療医の専門性がより広く生かされることが想定される。総合診療医は“狭義の”総合診療医の育成だけでなく、各専門診療科の医師に総合診療医としての能力を育成する臨床実践を示し、その教育に

貢献することが大きな仕事の1つとなるだろう。

ここには、外来、病棟のみならず、在宅現場の経験を行うことが有用である。患者さんを退院させようとしたときに、なかなか上手くいかずに苦勞する経験や、救急医療の受け手側として、どこまでどんな医療をすればいいんだと真剣に悩んだり、複雑な事情を知って呆然としたりという経験は誰しもあると予想する。これには、“在宅のノウハウ”，すなわち「疾病の軌道」を把握し、疾病を持つ患者さんの「生活」を意識する視点を身につけることが大きな武器になると考える。

しかし、病院に勤める医師全てが在宅現場を経験することは不可能で、「病院と地域をつなぐ」ためには「二人主治医制」を採用することが早道であろうと考える。すなわち、病院の専門医と在宅医（かかりつけ医）がタッグを組んで、複雑な背景を持つ患者さんに伴走し、支え、意思決定支援を行う方法である。詳細は、川越先生による最近の総説^{14,15)}を参照されたい。この二人主治医制の推進にも、総合診療医が大きな役割を果たすだろう。

一方で、総合診療医、各診療科専門医とも、可能な限り在宅現場を経験する、複数の臨床場面を経験することが必要で、常勤として勤めることが難しくとも、非常勤として関わるなど、種々の方法を地域のリソースや実情に応じて模索していくことが求められる。このとき、勤務する診療所においては、実臨床経験のみならず、臨床研究も組めるフィールドであることが望ましいと考える。

今後は、総合診療医（家庭医療専門医）の育成と、総合診療医としての能力を持った各専門診療科医師の育成の両立が必要であり、総合診療医は両者の育成に貢献することが必要だろう。

文献

- 1) 沼沢祥行, 川越正平, 水澤英洋. Duloxetine が多系統萎縮症の嚥下障害に対して一定の効果がある可能性. 神経内科. 2014; 80 (5) : 617.
- 2) 沼沢祥行, 川越正平, 横田隆徳. Parkinson 病患者の自宅にある錯視の原因. 内科. 2016; 118 (6) : 1154.
- 3) 沼沢祥行. プライマリケア・マスターコース マンスリーレクチャー 在宅医療はじめの一步 (第34回) パーキンソン病. 日本医事新報. 2014; (4681) : 47-51.
- 4) 沼沢祥行. TODAY'S THERAPY 2018 今日の治療指針 私はこう治療している Volume 60. 医学書院,

2018.01 神経難病患者のケア

- 5) 沼沢祥行. パーキンソン病. 在宅医療バイブル 第2版 *in press*
- 6) 後藤優貴, 後藤朝子, 大勝まり, 他. 社会的孤立患者に対する市長申し立て成年後見制度の活用. 日本農村医学会雑誌. 2011; 60 (3): 344.
- 7) 熊谷征大, 関理絵, 井上朋子, 他. ウェルニッケ失語例における喚語過程の分析. 茨城県農村医学会雑誌. 2013; 26: 137.
- 8) 荻部友里, 関理絵, 沼沢祥行. 右側頭葉病変により呼称障害と漢字に強い失読失書を呈した1症例. 高次脳機能研究. 2015; 35 (1): 60.
- 9) 井上桂輔, 沼沢祥行, 箱守正樹, 他. 急性期脳梗塞患者の歩行自立度決定における Moss Attention Rating Scale の有用性について. 高次脳機能研究. 2015; 35 (1): 53-54.
- 10) 野島矩子, 古谷友里, 百瀬文雄, 他. 皮膚筋炎治療中に生じた特異的な口腔粘膜炎2症例に対する歯科衛生士の関わり. 臨床神経学. 2016; 56: S264.
- 11) 山口朱見, 沼沢祥行. 「なずなの会」活動報告. デンタルハイジーン. 2015; 35 (9): 1032.
- 12) 沼沢祥行, 成田有吾. 臨床神経学. 2015; 55: S33.
- 13) 日本専門医機構. 「総合診療専門研修プログラム整備基準」の掲載について. 東京: 日本専門医機構; 10 July 2017. [not revised; cited 7 Apr 2018]. Available from: http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/26/12/1354186.htm
- 14) 川越正平. 理想の内科医像 患者の人生に寄り添い, 病院と地域をつなぐ医師 開業医として在宅医療に取り組んでいる立場から. 日本内科学会雑誌. 2017; 106: 2054-2057.
- 15) 川越正平. 進行がん患者を看取りまで支える在宅医療. 日本外科学会雑誌. 2017; 118: 551-555.

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

職員とのチームで物忘れ外来を開設し、高齢者のケアに貢献した事例

石井大介¹

要旨

高齢化のすすむ都市部の地域において、認知症をもつ患者に対する診療や包括的なケアの整備は喫緊の課題となっている。このたび、筆者が院長を務める診療所の外来において、それまで手つかずであった認知症診療のシステム構築に、職員と共に悩みながら時間をかけて取り組んだ。当初は認知症診療の仕組み作りを目指した活動だったが、チームマネジメントと質改善を意識した実践が職員の成長を促し、地域において多職種との協働を生み、結果として高齢者の包括的な診療とケアに役立ったと考えたため報告する。

1. 事例の背景

現在、我が国の高齢化は世界的でも類をみない速度で進んでおり、高齢化社会が抱える問題についても様々なメディアで取り上げられている。2025年には、国民3人に1人以上が65歳以上の高齢者となり、医療・介護の問題、社会保障の問題、住まいに関する問題などさまざまな問題が表面化すると言われている。厚生労働省老健局の『都市部の高齢化対策の現状』¹⁾によると、こうした急速な高齢化の影響は大都市圏において顕著に現れることが懸念されており、地域包括ケアや日常生活支援総合事業といった高齢者の暮らしを支えるためのシステム整備が急務となっている。

厚生労働省の『平成28年国民生活基礎調査の概況』²⁾によると、高齢者が要介護状態になる原因として認知症が脳卒中と並び上位を占めている。2025年には65歳以上の高齢者の認知症患者数は700万人を超え、5人に1人に達する見込みであり、高齢者の健康と暮らしの問題を扱う上で認知症は避けて通れない重要なテーマとなっている。

2. 導入の経緯

筆者は、2012年に人口50万人の市にある診療所の院長として就任した。従来、非常勤医師でつなぎ、主に内科の慢性疾患診療が中心の診療所であっ

たが、担当医が頻繁に交代したため継続的で包括的な診療が行われていなかった。高齢の患者が多く認知症や物忘れに関する相談はあったが、全く対応できていなかった。認知症について職員の知識もほとんど無い状況であったが、日々の診療の中で物忘れに関するニーズは多くの職員が感じており、なんとか認知症の診療ができないかという提案が職員から持ち上がったのを機に、このテーマに取り掛かることとなった。

3. 事例の詳細

プロジェクトの開始にあたり、筆者をリーダーとして看護師2名と事務員1名とともに「認知症ケアチーム」を立ち上げた。他院の物忘れ外来を見学し、メンバーで準備にむけてアイデアを出し合い、「物忘れ外来」の診療枠の確保、問診票の作成、診断から治療までの流れ、調剤薬局への治療薬の手配など準備を進めた。職員むけの学習会も定期的で開催し、通院患者のうち物忘れについての相談があった方から診療を開始した。慣れない業務に戸惑いながら、最初は一例ずつ時間をかけて診療を進めた。実際の診療内容に関しては『認知症のステージアプローチ』³⁾を参考に、①診断結果を患者家族とシェアし、継続的にフォローアップしていくこと、②ADL・IADLを中心に生活機能の評価を行い、身体合併症やBPSDに対する介入を行うこと、③ケアマネジャーと連携し生活の支援、家族のケアを行う

1. はなぞの生協診療所

こと、を3つの柱として実践していった。認知症の鑑別に悩む症例や若年発症の認知症を疑う症例、BPSDの対応に難渋するケースや患者・家族の不安が強い場合などは、必要に応じて地域の認知症疾患医療センターに紹介し、認知症専門医と連携しながらかかりつけ医として継続的な診療を担った。

途中、予診や患者情報聴き取りのマニュアル化、プライバシーに配慮したスペースの確保、余裕をもった人員配置など、運用上の問題が出るたびに改善を加えていった。診療の進め方について2か月に1回チームメンバーで振り返り、良かった点や反省点とその原因、改善策について協議を重ねた。診療所の機関誌での宣伝や患者家族の口コミ効果もあり、少しずつ相談の数は増えていき、物忘れ外来を開設後1年間で18名の方の認知症の診断と治療を経験した。

診療の流れが一定確立し、職員の認知症への関心が高まるにつれ、新たな課題が浮かび上がってきた。開設当初は、患者本人や家族から物忘れの相談を受けたケースや、職員が認知症ではないかと疑ったケースを対象に精査を行っていたが、ふだんの診察では気付かずに年数が経ってから認知症が判明するケースを少なからず経験した。認知症は早期の段階で発見し介入することが重要とされており、認知症をスクリーニングする仕組みが望ましいと考えたが、日常業務の中で全ての患者に認知症の評価を行うことは難しく、職員もこれには消極的であった。チームメンバーとも相談し、次の段階に進むには時期尚早だと判断し、新たな計画は時間をかけて練直すこととなった。

当院での物忘れ外来が徐々に地域でも認知されるようになり、地域包括支援センターや介護支援事業所からも患者を紹介されるようになった。とくに、独居で身寄りがいない方、家族が遠方で疎遠となっている方、貧困で生活が破綻している方、精神疾患の合併が疑われる方、財産管理が困難となっている方など、いわゆる困難事例とされるケースの診察依頼が相次ぎ、地域のケアマネジャー、コミュニティソーシャルワーカー（CSW）、市役所の高齢者福祉課の職員といった方達と面談したり連絡を取り合ったりする機会が増え、地域住民の暮らしを支えている多職種との顔の見える関係が少しずつ構築されていった。

職員も認知症診療の業務に慣れ、患者の生活史の聴取や家族の悩み相談などを自主的に行ってくれるようになってきた。困難事例のカンファレンスを通

じて、物忘れだけでなく広く高齢者特有の健康問題への関心が高まる中で、より多面的な評価の仕組みがほしいという声が職員の中から出始めた。そこで改めて職員と高齢者診療のあり方について議論し、既存の認知症ケアチームを刷新し新たに「高齢者ケアチーム」を編制して、高齢者を包括的にケアすることを目的としたプロジェクトを立ち上げた。チームは「高齢者の暮らしを支える診療所に！」をスローガンに、高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment:CGA）に取り組むこととなった。CGAは老年医学分野で発展し、高齢者医療において「生活機能」「精神・心理」「社会・環境」の3つの側面から患者の生活機能障害を評価し包括的に介入するための手法である。具体的には、医療福祉生協連の『高齢者にやさしい診療所ツールキット』⁴⁾の「10分間スクリーニング」を改変したもの（図1）を使用し、75歳以上の定期通院患者を対象として、物忘れやうつ、転倒、尿失禁などのスクリーニング検査を実施するものである。物忘れのスクリーニングで陽性だった人を対象に認知症の精査を追加することで効率的に認知症を診断できる流れを作った。

4. 成果と今後の展開

目標は「1年間で対象者の6割にスクリーニングを実施すること」とし、対象者のリストアップと実行計画の作成を行い、患者・家族への説明と同意のもとに開始した。途中、認知症の診断・治療だけでなくスクリーニング結果をどう診療に活用するかを話し合ったり、メンバーの気付きや提案を取り入れたりプロセスを修正していく過程で、プロジェクトの目的が徐々に職員に浸透していき、患者のケア内容が厚みを増していくのが実感できた。プロジェクト開始から1年後、目標であった6割以上の対象者にスクリーニングを実施することができ、認知症と診断された患者は累計77名となった。認知症をもつ患者のケアに関心を持つ職員が増え、ユマニチュードなど外部研修で学んだケア方法の実践や院内のユニバーサルデザイン、バリアフリー化など新たな改善の取り組みも生まれ、認知症診療の幅が大きく広がった。高齢者ケアチームによる定期的な学習会（図2）には、診療所に併設する介護支援事業所や通所リハビリテーションの職員、送迎車の運転手も参加し、現場の声を反映した活発なディスカッションが行われるようになってきた。現在、認知症サポーター養成講座やオレンジカフェなど、地域住民と共同での企画が職員主導で進んでいる。



図2 高齢者ケアチームによる学習会の様子

【考察】

1. 事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか
 認知症をもつ患者の診療とケアにおいて、我々総合診療医の果たすべき役割は何かという問いかけは非常に重要である。認知症の診断と標準的な治療に関する知識は最低限身に付けておくべきであるが、認知症の進行に伴って生じる身体精神機能の低下やADLの低下、また患者を介護する家族の疲弊といった問題に対応するためには、老年医学やリハビリテーションの知識に加えて介護保険・福祉サービスなど制度に関する知識も必要となる。最新の医学的知識を備えたうえで、看護、介護、福祉分野の専

★歩行の様子を観察して記載 (MC) はなぞの生協診療所

10分間スクリーニング		評価日 年 月 日	聞き取り者	医師	ツール選択
名前	()歳 男・女 同伴者()				
今日は何月何日ですか？()月()日	○・×				
記憶力の検査です。これから3つの言葉を言います。私に続いて言ってみてください。 「鉛筆・トラック・本」今の3つの言葉を後でまた聞きますので覚えておいてください。					
はい・いいえの太字を選択した場合はツールへとんでください。					
1人で歩くことができますか？	はい・いいえ				ツール7 ※介護保険申請状況を 75歳聞き取りで再確認
家の掃除などの仕事ができますか？	はい・いいえ				
1人で買い物に行くことができますか？	はい・いいえ				
1人で車やバスや電車で出かけることができますか？	はい・いいえ				
1人で入浴ができますか？	はい・いいえ				
1人で着替えができますか？	はい・いいえ				
最近転んだことがありますか？	はい・いいえ				ツール6
★歩行の様子を聞き取り者が自由記載 <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 前傾姿勢 <input type="checkbox"/> 小刻み歩行 <input type="checkbox"/> すり足歩行 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 異常なし					
トイレに行こうと思って間に合わなかったことはありますか？	はい・いいえ				ツール5
トイレのことが気になって日常生活に不自由することがありますか？	はい・いいえ				
悲しくなったり、気分が落ち込むことがよくありますか？	はい・いいえ				ツール4
食事は摂れていますか？	はい・いいえ				※精密検査の状況確認 ※栄養指導などの検討
食事の量に変化はありましたか？	はい・いいえ	増・減			
体重の変化はありましたか？	はい・いいえ	増・減	現在の体重()kg 身長()cm 6か月前の体重()kg		
最近テレビや電話が聞こえづらいと思ったことがありますか？	はい・いいえ		補聴器使用 有・無 耳鼻科受診 有・無		必要に応じて医師と相談
目が見えづらくて、日常生活に不自由することがありますか？	はい・いいえ		眼鏡使用 有・無 眼科受診 有・無		必要に応じて医師と相談
一番初めにお伝えした3つの言葉を思い出してください。 ※ヒント無し すべて言えること			いくつ言えたか記入		0~1個→ツール2 2~3個→正常
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> 個		
毎日の楽しみや趣味などがありますか？ その他自由記載					

図1 当院で使用している「10分間スクリーニング問診票」

門家といったフォーマルな資源のみならず、患者の隣人や友人といったインフォーマルな資源も総動員し、チームで関わることにより、幅広く包括的なケアの提供が可能となるであろう。

認知症をもつ患者とその家族が抱える問題は非常に複雑で多様性に富んでおり、神経心理学的検査において同程度の認知機能を示す患者においても、個々の患者の生き立ちや性格、価値観、家族の状況、経済的な状況によってアプローチの方法はまったく異なるものとなる。医学的に妥当と思われる方針が本人の意向とぶつかったり、本人のQOLを重視した提案が家族の考えや経済状況から受け入れられなかったりと倫理的な判断を求められるケースも少なくない。本人の判断能力が著しく低下し代理人となるべき人がいない場合は、関わりのある人たちで話し合い多角的な視点から最善と思われる道を選択する姿勢が求められる。

こうした正解のないジレンマを抱えた複雑な問題を扱う臨床家は、時にリーダーとしてイニシアチブを取り、時には多職種の調整役として機能するといった変幻自在の能力が要求されるが、そのような臨床の知識は、『患者中心の医療の方法』⁵⁾、『家族志向のプライマリ・ケア』⁶⁾といった書籍に詳細に記載されており、総合診療・家庭医療の専門研修カリキュラムの中で一定のトレーニングにより獲得されるスキルである。

2. タスクシフティングの可能性

認知症診療では専門医との連携は診療の質を保つためにも欠かせない。とくに画像診断の技術は日進月歩の発展を見せており、認知症の鑑別診断に迷う場合や非典型的な経過をたどる場合などは積極的に専門医に紹介し助言を求めるとよい。早い時期から専門医にも患者を知っておいてもらうことにより、経過の中でBPSDが悪化した際など相談がスムーズにいくといったメリットもある。とはいえ、専門医への紹介が必要となったケースは全患者のうち1割以下と少数であり、認知症患者の9割以上は診療所で対応が可能だと思われる。認知症専門医は数が少なく地域における貴重な存在であり、より専門的な対応が必要なケースに専念してもらいたい。比較的軽症の認知症患者の診療を総合診療医が中心になって担うことにより、今後急増する高齢者の認知症に広く対応することが可能になるのではないかと思う。

また、本事例のように地域における多職種をコーディネートできる能力は、総合診療医を特徴づける

プライマリ・ケアのACCCA⁷⁾のうちのCoordinationに関わる能力であり、認知症にまつわる連携においては、病院専門医と診療所総合医の連携（病診連携）の他、医師と医師以外のヘルスケア関連多職種の連携（多職種連携）、地域における行政職、住民団体等との連携、ひいては患者家族や本人との連携まで、多岐に亘る連携能力が求められる。このことは、認知症の連携の輪に総合診療医が核として存在することにより、患者や家族に良質のケアが提供できると同時に、関係する多職種・行政職の負担を減らし、持続可能な認知症ケアシステムの確立にも寄与することができるものである。

3. 医療や社会に与えるインパクト

冒頭にも述べたように、認知症ケアはこれからの日本や世界にとって喫緊の課題であると同時に、ヘルスケアの抱える課題の大きな1つの柱になることが自明である。どの地域においても例外なく発生するこの非常にありふれた課題に立ち向かうためには、その地域にある資源を俯瞰し、地域の高齢者をBiologicalな視点だけでなく、Socialな視点からも全人的に評価し、広範囲の連携をもとに構築される認知症ケアシステムが、地域ごとに展開される必要がある。我々の取り組みのように、総合診療医は各地の認知症ケアの取り組みのイニシアチブをとるにふさわしい存在と考えており、総合診療医が医療や社会に与えるインパクトはこれ以上なく大きいものであると信じてやまない。

4. 他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

前述の通り、認知症に関連する地域ぐるみの取り組みが日本全国どの地域でも取り組まれるべきものであることは、疑いようがない。その実現のためには、総合診療医の能力、特にCoordinationの能力を持った医師を各地に配置することが望ましい。ヘルスケア分野においてリーダーシップを発揮しやすい医師が、総合診療医としての研修を経て、高齢者を総合的に評価できる能力や地域をコーディネートする能力を身に付け赴任することは、どの地域にとっても望ましいことであるとする。

5. おわりに

今回のプロジェクトを進めるうえでとりわけ強く感じたのは、教育・学習の環境を整備することの大切さであった。教育というと指導者が学習者に何かを教える構図を思い浮かべるかもしれないが、ここでいう教育はチームメンバー同士の双方向的な学び合いのことである。当初は認知症に関する職員の知

識が乏しく、筆者が音頭をとって学習会を開催したり診療システムを作ったりしていたが、徐々に職員が業務に慣れるにつれ権限を移譲していき、後半はプロジェクトの運営のほとんどをメンバーに任せるようにしていった。

代わりに筆者が力を注いだのはビジョンの共有と時間の保証である。プロジェクトを開始する前から何度も職員と話し合い、認知症診療の目的とその先のイメージについてできるだけ明確なビジョンを描き、繰り返し職員に伝えるように工夫をした。また、異なる職種からなるプロジェクトメンバーが業務時間内に集まって会議や学習会を開催できるように、各職場の管理者に協力を仰ぎ勤務調整をしてもらったりした。職員にとって認知症は未知のテーマであったが、「物忘れで困っている患者の要望に応えたい」という共通の思いから物忘れ外来の導入がスムーズに進み、後半で新たに立ち上げた高齢者ケアチームは「広く高齢者の困り事に応えたい」というビジョンのもと、多くの職員を巻き込んでアイデアを出し合い、楽しみながら新しい企画を実現しプロジェクトを発展させていった。このビジョンの共有と学習のための時間の保証は、メンバーのモチベーションを高めプロジェクトを推進する大きな原動力となる2つの要因であり、職員全体の力量アップを図るうえでとくに関心をはらうべきものだと筆者は考えている。

認知症をもつ患者の診療とケアにおいて総合診療医が果たす役割と大切にすべき価値観について考察した。高齢化とともに認知症患者の急激な増加が予

想されるわが国において、総合診療医の需要は今後ますます高まっていくものと思われる。当院においても物忘れ外来を第一歩として、CGAで得たデータをもとに高齢者の包括的なケアシステムの構築へと発展させ、その一端を担っていきたい。

文献

- 1) 厚生労働省老健局. 都市部の高齢化対策の現状. 東京：厚生労働省；20 May 2013. [not revised；cited 30 March 2018]. Available from：
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032exf-att/2r98520000032f26.pdf>
- 2) 厚生労働省. 平成28年国民生活基礎調査の概況. 東京：厚生労働省；27 June 2017. [not revised；cited 30 March 2018]. Available from：
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf>
- 3) 平原佐斗司：医療と看護の質を向上させる認知症のステージアプローチ入門，第1版，中央法規，p.2-268，2016
- 4) WHO：高齢者にやさしい診療所ツールキット，第1版，日本生協連医療部会家庭医療学開発センター訳，萌文社，2009
- 5) Stewart M. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rd ed, Radcliffe Medical Press 2014
- 6) 松下明監訳. 家族志向のプライマリ・ケア. シュプリンガー；2006.
- 7) IOM. A Manpower Policy for Primary Health Care. 1978. DOI: 10.17226/9932

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

家庭医のグループ診療が都市部の地域包括ケアにいかに関与しているか ～大都市圏における家庭医の有効性

喜瀬守人¹

要旨

医療生協は地域住民である組合員が中心となって組織された医療・介護・福祉の複合事業体で、多くの事業所でプライマリ・ケアを提供している。CFMD 東京（後述）は都市型診療所において質の高いプライマリ・ケアを実践することを目標として設立された組織で、2006年から日本家庭医療学会（後述）認定の家庭医療プログラムに参加し、現在は9つの診療所に21人の総合診療医が所属し、プログラムから27人の家庭医療専門医が誕生するまでになった。現在は総合診療医が中心となって、健康格差の拡大、高齢者人口の爆発的増加、プライマリ・ケアの分断など、人口構造と医療提供体制の変化によって都市部で特に大きくなる健康問題に対応するために、社会的処方の実践、統合的ケアの推進、地域住民や行政まで巻き込んだ地域包括ケアなどに対して、積極的な取り組みを続けている。

<取り組みの背景>

医療生協は、医療・介護・福祉を主たる事業とする、消費生活協同組合法に基づく生活協同組合組織であり、組合員が中心となって構成されているという特徴がある。医療生協の事業形態（表1）は、地域住民でもある組合員のニーズに応える形で作り上げられており、医療・看護・介護などのケアミックスを地域で展開してきたこと、1病院あたりの平均病床が161床と比較的小規模に留まるために大学病院や市中基幹病院のような医療の専門分化が進みにくかったこと、全国規模で組織された医療関連団体としては珍しく診療所を数多く持っていることから、初期診療・幅広い健康問題への対応・継続的ケア・調整と連携²⁾というプライマリ・ケアの実践に適した構成だった。しかし、医療生協のこれらの特徴は、強い専門医志向とストレート研修・医局制度という旧来の医師養成システムには適合しにくく、プライマリ・ケアを実践する家庭医・総合診療医の養成に対する取り組みは十分ではなかった。

一方で、都市部におけるプライマリ・ケアの問題点として、健康格差の拡大、高齢者人口の爆発的増加に伴う諸問題、プライマリ・ケアの分断、外国人

流入による多様化への対応が挙げられる³⁾。特に、都市部における高齢者数の増加はこれからピークを迎え、2倍近い絶対数の増加が見込まれる中（表2）、多疾患併存multimorbidityや複雑困難事例への対応、在宅医療の推進など、医学的な問題にとどまらない包括的・継続的な問題対応能力が求められる。また、プライマリ・ケアの分断は、地域包括ケア推進の阻害要因になると考えられ、多職種連携のための協調性や地域志向性が医師にも必要になってくる。これらの役割の担い手として、都市部における総合診療医の役割はこれまで以上に重要性が高まると考えられる。

表1 医療福祉生活協同組合の概況(2017年3月末現在)¹⁾

会員生協数	112
組合員(千人)	2,946
病院	75
病床	12,119
診療所	339
訪問看護ステーション	189
介護系施設	916

注) 介護系施設には介護老人保健施設、ヘルパーステーション、通所リハビリ事業所、通所介護事業所、居宅介護支援事業所(地域包括支援センターを含む)、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護を含む

1. 日本医療福祉生活協同組合連合会 家庭医療学開発センター

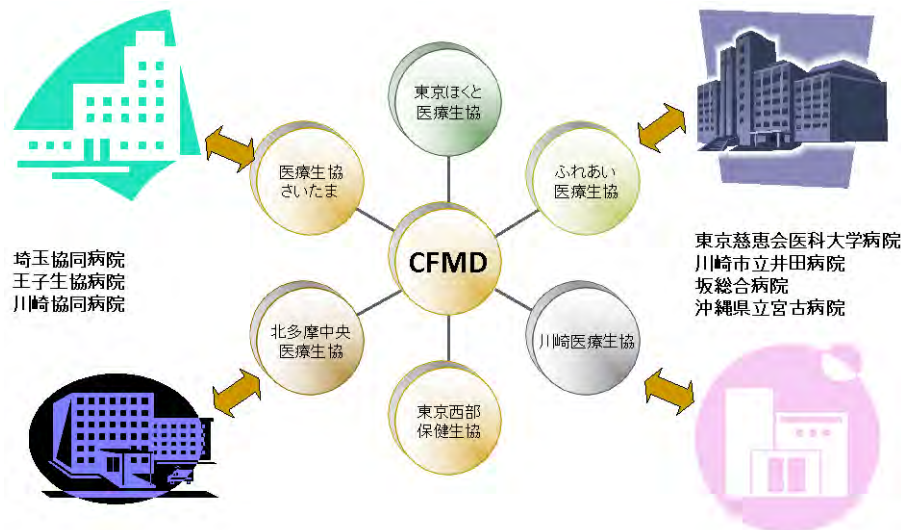


図 CFMD 家庭医療学レジデンシー・東京の構成

表 2. 都道府県別 75 歳以上人口と指数 (抜粋)⁴⁾

地域	総人口 (1,000 人)			指数 (2010 年 = 100)	
	2010 年	2025 年	2040 年	2025 年	2040 年
全国	14,194	21,786	22,230	153.5	156.6
埼玉県	589	1,177	1,198	199.7	203.3
東京都	1,234	1,977	2,139	160.2	173.3
神奈川県	794	1,485	1,592	187.2	200.7

<導入の経緯>

2006 年度から日本家庭医療学会 (当時、現在は合併して日本プライマリ・ケア連合学会) 認定家庭医療プログラムが開始されることに先立ち、2005 年に日本生活協同組合連合会医療部会 (現・日本医療福祉生活協同組合連合会) は家庭医療学開発センター (CFMD: Centre for Family Medicine Development) を設立し、都市型総合診療医を養成する後期研修プログラムである CFMD 家庭医療学レジデンシー・東京 (以下、CFMD 東京と略) の運営を開始した。CFMD のミッションは「家庭医療の教育・研究活動、診療所開発により医療生協組合員および地域の人々の健康状態の向上に資すること」であり、医療生協に属する複数の法人がこの方針に賛同し、全国組織である CFMD と共同して後期研修プログラムを運営している。CFMD 東京は、都市部の診療所で実力を発揮できる総合診療医の養成を目標に掲げており、下記 3 項目を特に重視している⁵⁾。

- ・都市型診療所における質の高い非選択的外来診療
- ・24 時間対応を原則として、急性期及び緩和ケア対応が可能な在宅診療

- ・地域の健康度の向上をめざした、特定の人口集団へのケア

CFMD 東京の総合診療医養成の最大の特徴は、都市部かつ診療所ベースの教育を実践していることである。家庭医療専門医 (注 1) の主要な実践の場は診療所 148 人 (50.3%) と病院 146 人 (49.7%) がほぼ半分ずつであるが⁶⁾、教育施設としては圧倒的に病院ベースが主体となっている。これは、研修初期から中期にかけての病棟メインの研修を診療所では提供できない、設備や人員に十分なリソースが割けない、患者やスタッフの意識として研修のための医師を受け入れる素地が整っていない、などの理由が挙げられ、診療所は研修協力施設としての役割を担うことがほとんどであり、後期研修プログラムの中核施設として機能しているプログラムは少数である。しかし、CFMD 東京は診療所での研修機会を重視し、専攻医を教育診療所に所属させ、病棟研修がメインの時期でも必ず過半日ないし 1 日は必ず診療所での研修日 (ワンデイバック) を設定し、患者や地域との継続性を担保している。また、診療所で質の高い在宅ケアを実践するため、緩和医療のブロックローテーション研修を必須として、専攻医の対応力を高めている。

<事例詳細>

健康格差の拡大に対するソーシャル・キャピタルの活用

地域の診療所でよく遭遇する軽症の慢性疾患や不定愁訴等の問題は、医学的な処方だけでは解決できない社会的孤独や生活活動量の低下などが根底にある場合が多い。このようなときに、英国では医療者

側から社会活動等に関する「社会的処方」を行い、リンク・ワーカーが処方を受けた患者の話を聞きながら、そのニーズにかなう地域の様々な社会資源またはテーマ・コミュニティ（学習活動/園芸活動/身体活動等）とつなぐ取り組みを行い、一定の効果を得ている⁷⁾。社会的処方の取り組みは、症状の悪化や認知症の併発などを早期に予防し、医療・介護に関わる社会保障費の増大を防ぐと同時に、人々のウェルビーイングの促進に働きかけることができ、現代の日本が抱える福祉問題や医療問題にも一定の効果が得られることが期待される。

浮間診療所（東京都北区）では1993年の診療所開設以来一貫して総合診療医によるプライマリ・ケアの実践と医療者教育に取り組んでいる。新たな試みとして、地域内の複数の事業所を巻き込んで社会的処方の取り組みを行っている。具体的な活動内容としては、医療機関を受診した患者に対して社会的処方が必要と総合診療医または看護師が判断したらリンクワーカーに相談、リンクワーカーが患者に合った社会資源を提案しフォローアップするという方法を取っている。ステイクホルダーとして診療所の他に、地域基幹病院の総合診療科、地域包括支援センター、介護事業所が関わっている。我が国において社会的処方の取り組みはまだ始まったばかりであり、今後の活動で何らかの成果を出していきたい。プライマリ・ケアの分断に対する統合的ケアの促進

我が国における地域包括ケアの理論的基盤として、地域基盤型ケア（community-based care）と統合的ケア（integrated care）の2つのコンセプトがある⁸⁾。この理論を用いて都市部の地域包括ケアを考えたとき、地域基盤型ケアの視点から見ると従来型のコミュニティの衰退が目立ち、統合的ケアの視点からはケアの分断による様々な問題が生じている。総合診療医はこの理論を十分理解して活用することができ、地域包括ケアをより有効な形で運用できると考えられる。一例として、2つの診療所の活動を紹介する。

久地診療所（神奈川県川崎市）では、久地地域に同診療所の他にも介護老人保健施設、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所が集結しており、定期的な事業内容の報告とすり合わせ、ITを活用した患者情報の共有、介護保険未導入の虚弱高齢者や要緊急事例などへの迅速な連絡と対応、訪問診療患者の定期的なカンファレンスなどを実施している。これは、統合的ケアの活動レベルにおいては組織的統

合を、またサービス内容においては水平統合の促進を意図したものであり、今後さらにこの意図に賛同する組織を巻き込んで地域への影響力を高める、すなわち、組織・専門家集団・個人の間での価値観・文化・視点を共有する規範的統合（normative integration）を進めることが今後の必須課題と考えている。

大井協同診療所（埼玉県ふじみ野市）では、「地域（まち）で暮らすを支援する」ための地域包括ケアステーションと自診療所を位置付け、総合診療医である所長の積極的なリーダーシップのもと、包括的な取り組みを行っている。医療・介護事業としては、①行政・医師会からの委託事業：認知症サポート医、校医活動、介護認定審査会など、②かかりつけ医事業：認知症相談外来、地域包括診療料・認知症地域包括診療料算定、連携強化型在宅療養支援診療所、障害者施設等協力医など、③福祉サービス：無料低額診療事業、多世代コミュニティキッチン（こども食堂）、認知症カフェ（ふじみ野市登録事業）など、特に健康弱者となりやすい高齢者や幼小児、生活困窮者、障害者への対応を重視して地域住民の幅広い層へアプローチしている。また、医療生協組合員を主体とした活動として、市内を7つの地域（支部）に分け、支部ごとに「居場所づくり（安心ルーム）」「健康づくり（健康サロン）」などに取り組み、支えあう活動を拡げている。有償ボランティア「くらしサポーター制度」も開始し、草取り、受診同行などを開始した。

在宅医療のニーズ拡大への対応

都市部では、訪問診療のニーズが絶対的に増加しており、診療所での在宅医療を展開することが求められているが、在宅療養支援診療所の届出数は横ばいで、かつ一施設あたりの訪問診療患者数は10人未満が最多となっているなど、その広がりにはまだ課題が多い⁹⁾。また、都市部では大規模に在宅医療を展開するいわゆる在宅専門クリニックも増えてきているが、前述の状況を鑑みて、このような専門クリニックだけでは拡大するニーズに十分対応できないと考えられ、一般的な診療所でも訪問診療を引き受けていく、裾野の広がりが必要となる。総合診療医は、家庭や生活といった在宅医療でより必要性の高いニーズへの関心が高く、包括的な診療能力を有していることから、その担い手としてポテンシャルが高い。このような背景から、CFMD東京では、がん・非がんの終末期在宅ケアまで対応できる高いスキルを持った医師を養成することを主要な目標の

一つに掲げ、専攻医に3か月間の緩和ケア専門研修のローテーションを義務付けたほか、後期研修修了後にさらに在宅医療のコンピテンシーを高められるように在宅フェローシップを設立し、増大する都市部の在宅医療ニーズに耐えうる教育体制を確立している。

<成果>

CFMD 東京は、10年間の家庭医・総合診療医養成の中で、9つの教育診療所に21人の常勤医を配置するまでになった(表3)。後期研修修了後に外部に活躍の場を求めたものを含めると総勢30人が後期研修プログラムを修了し、そのうちまだ専門医試験を受けていない3人を除く27人全員が日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医を取得している。診療所基盤型の後期研修プログラムとしては全国的にも珍しく、都市部のみで構成されているものとしては唯一である。

女性や他診療科専門医取得後のコンバートが多いのも特徴で、修了生30人中15人が女性、10人がコンバートである。この要因はいくつか考えられるが、女性が多いのは自身や家族のライフイベント(結婚・出産、夫の仕事、子供の就学など)で都市部に根を下ろしている者が多いこと、病院勤務に比べて夜間休日の負担が少ないこと、他診療科からのコンバートについては病棟での医師としての基礎体力養成よりもプライマリ・ケアの現場に近い診療所で研修ニーズが高いこと、などが挙げられる。

在宅医療については、すべての教育診療所が在宅療養支援診療所として在宅看取りまで実施しており、一般的な診療所と比べてレベルの高い在宅医療

を地域に提供できていると考える。CFMD 東京の教育診療所では、指導医と専攻医がチームとなって在宅医療を担当する体制となるため、一般的なソロの開業医と比べて在宅医療を展開する上でのハードルが低いのが利点である。また、再三述べたとおり、同一法人内に介護・福祉の事業所を展開しているという強みも、在宅医療を展開する上で貴重なアドバンテージとなっている。

<今後の展開>

今後は都市部における地域包括ケアのモデルとなりうるような、ハイレベルなプライマリ・ケアの実践を目指していきたい。地域基盤型ケアについては、ソーシャル・キャピタルを積極的に活用できるシステムを構築し、貧困や社会的排除などの健康の社会的決定要因にアプローチしていく。医療生協の組合員活動も積極的に活用したい。統合的ケアについては、法人内の事業所間連携をベースに、地域の医療・介護・福祉事業所を巻き込んだ規範的統合を最終的なゴールと定めている。また、診療所が地域住民を対象としたパネル・マネジメントを実践するために、他職種への積極的な権限委譲も重要な鍵となってくる。複雑でない慢性疾患管理などは看護師が主体になり、ソーシャル・キャピタルの活用は事務職員や介護福祉職が担い手になれるように教育していく。

<考察>

本報告では、CFMD 東京の実践の場である都市部の地域医療の問題について述べてきた。特に、高齢者の健康問題の特徴である多疾患併存や複雑性の

表3. CFMD の体制と訪問診療実績(2018年3月現在)

教育診療所	医師		2016年度 在宅診療実績			在宅療養支援診療所	
	常勤医	専門/ 認定医	月間平均 管理件数	月間平均 訪問件数	年間 看取り数	従来型	機能強化型
A 東京都北区	3	3	102	182	7		○
B 東京都足立区	3	2	65	81	4		○
C 神奈川県川崎市	3	2	62	100	9		○
D 神奈川県川崎市	3	2	64	101	4		○
E 神奈川県川崎市	1	1	97	94	3	○	
F 東京都杉並区	2	2	53	76	2		○
G 埼玉県ふじみ野市	2	1	73	116	15		○
H 東京都北区	2	1	30	29	2		○
I 東京都小金井市	2	2	200	117	25		○

注)専門/認定医とは、日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医または家庭医療専門医を指す。

高い事例に対して、総合診療医の特性である包括性（診療範囲の広さ）や協調性（他職種・他事業所との連携）が有効と考える。在宅医療についても、家庭医療専門医の69.0%が在宅医療に従事している⁶⁾という他領域の専門医にはみられない大きな特徴を持ち、今後の在宅医療ニーズ拡大への対応策のひとつになると考えられる。また、プライマリ・ケアの分断は医療機関を複数選択しやすい都市部で起こりやすい問題であるが、PCMH（Patient-centered Medical Home）¹⁰⁾でも示されているように、プライマリ・ケアを制度的に統合することで提供する医療の質を改善させることができる。ただし、これは診療報酬上の評価も含めた取り組みによって実現したものであり、今後我が国でも制度への組み込みが検討されるべきであると考えられる。

一方、今後都市部で予想される高齢者人口の増加に伴う医療ニーズの増加は、総合診療医の養成だけでは不十分であろう。プライマリ・ケアの実践は疾病中心から生活中心へすでに変化しつつあり、これに対応するのは医師よりも看護・介護職など多職種のほうがより適切な場合も多い。地域での多職種連携を推進するためには、医師から多職種へのエンパワーメントを推進することが即効性の高い方策になりうる。総合診療医の養成と多職種へのエンパワーメントを組み合わせることにより質の高い医療を提供することができると思われる。

<文献>

1) 日本医療福祉生活協同組合連合会ウェブサイトより

組織概要（2018年3月14日確認）<http://www.hew.coop/about#gaiyo>

- 2) Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York, NY: Oxford University Press; 1992)
- 3) 藤沼康樹著・監修・編集：省察：大都市の総合診療（「ジェネラリスト教育コンソーシアム」）。191 p, 2015, カイ書林。
- 4) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来人口推計（平成25（2013）年3月推計）-平成22（2010）～52（2040）年-
- 5) 日本医療福祉生活協同組合連合会家庭医療学開発センターウェブサイト <http://cfmd.jp/cfmd/iryougaku/>
- 6) 遠井敬大ら：家庭医療専門医の活動に関する実態調査。日本プライマリ・ケア連合学会誌 2016;39(4)243-249)
- 7) Grant C, Goodenough T, Harvey I, et al. A randomized controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. BMJ 2000;320:419-23)
- 8) 筒井孝子：パネリスト発表 地域包括ケアシステムにおける Integrated care 理論の応用とマネジメント。医療と社会 2015;24(4)381-392)
- 9) 厚生労働省：在宅医療 保険極医療課調べ（平成27年7月1日時点）<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000161550> pdf
- 10) American Academy of Family Physicians: Medical Home（2018年5月5日最終確認）<https://www.aafp.org/practice-management/transformation/pcmh.html>

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

沖縄県における総合診療医の「島医者」としての活動1

沖縄県がどのように「島医者」を確保してきたのか

本村和久¹

要旨

沖縄戦の後の深刻な医師不足の中で、公衆衛生看護婦駐在制度や離島へき地限定の医師免許と言える医介輔制度が離島の保健医療環境を支えた。その後、1967年から沖縄県立中部病院での卒後医師養成がはじまり、離島への医師派遣も徐々に広がっていった。現在は、沖縄県立病院が展開する離島診療を単独で行うために特化した家庭医療専門医プログラム・総合診療専門研修プログラムの在籍者・卒業生で16ある県立離島診療所がカバーされている。総合診療医の教育に力を入れることが、離島医療の人材確保に重要であり、離島診療所での経験がさらに総合診療の幅を広げるものになるであろう。

はじめに

沖縄県は39の有人離島があり¹⁾、宮古島と石垣島、久米島にはそれぞれ県立病院や公立病院が設置され、16島に県立診療所、4島に町村立診療所が設置されている。16の県立診療所と2つの町村立診療所においては、医師の配置は1人だけである。16の県立診療所医師のほとんどは、沖縄県立中部病院や沖縄県立南部医療センター・子ども医療センターの後期研修プログラムの一環として赴任している²⁾。

ここでは、16の沖縄県立診療所において島で唯一の医師として働く「島医者」について以下の3つのポイントに分けて事例の紹介を行いたい。

- 1) 沖縄県がどのように「島医者」を確保してきたのか
- 2) 島医者はどのような仕事をしているのか～伊平屋村の実践事例～
- 3) 島医者のサポート体制にはどのようなものがあるのか

本稿では沖縄県がどのように「島医者」を確保してきたのかについて述べる。

①取り組みの背景

1. 第二次世界大戦後の混乱

1945年の沖縄戦で民間人と日米両軍と合わせた死者は約20万人といわれる犠牲者が出た³⁾。

沖縄戦直後の医師数は6名のみ、1946年でも沖縄全体で64名であった⁴⁾。戦後5年経過した1950年時点でも医師数は131人で、医師不足の状態が続いていた⁵⁾。壊滅的な環境の中でマラリアや結核の蔓延等深刻な問題があり、特に広大な海域に点在する離島は無医地区状態であった⁶⁾。

2. 公衆衛生看護婦駐在制度

戦後の深刻な状況下で、公衆衛生を担う重要な制度であったのが、1951年に導入された公衆衛生看護婦駐在制度である。保健所所属の公衆衛生看護婦（現在の保健師）が住民の身近な所に駐在し、担当地域の全ての住民を対象にして保健活動を行った⁷⁾。この駐在制度では、医療や交通事情の悪い沖縄県の広い海域の小さい島々にも公衆衛生看護婦が配置され、効果的な活動を推進する手段となっていた⁸⁾。

3. 医介輔制度

医師不足を補うため、米国統治下の中、米国民政府は、軍隊で衛生兵としての経験を有する者などの医療業務経験者に対して医師助手（Assistant Doctor）という名称をあたえて医療業務に従事させ

1. 沖縄県立中部病院 総合診療科

た。その後1951年には、離島へき地限定の医師免許と言える医介輔（Medical Service Man）の資格審査を施行、126名の医介輔が誕生した⁷⁾。医介輔は、離島医療に貢献したが、資格には「一代限り」、「現地開業」などの条件があり、2008年に医介輔の宮里善昌氏が廃業、介輔制度は消滅した⁹⁾。

②導入の経緯 ③事例の詳細 ④成果

医師確保のため、本土の大学医学部留学制度が整備され1952年～1972年までに1,352名が送り出された。しかし、医学部卒業後、医師としての研修先が不足していることもあり、沖縄への帰還率は30%まで低下した。この状況下で、1966年に米国政府は5年計画で15万ドル計上、沖縄県立中部病院を研修病院にすることを決定、1967年にハワイ大学から指導医を招いての臨床研修開始となった¹⁰⁾。

沖縄県立中部病院では、総合診療に限らず内科や外科、小児科、産婦人科、救急など、初期研修から専攻医研修まで広く卒後研修を行っている。この50年間での卒業生は1000人を超えており、例年、初期研修医は1学年29名がフルマッチしており、専攻医数も1学年で20名前後である。

特徴は、しっかりとした指導体制のもと研修医が主体性を持ちつつ研修できることや海外からの指導招聘など多様な教育機会を多く持てる点である。研修医は入院でも外来でも主治医として機能しているが、どの科でも1日1～2回の指導医による回診があり、当直時間でも1日2～3回の回診を行っている。専攻医3年目以降では県立宮古、八重山、北部病院といった地域基幹病院で独り立ちした医師として勤務する場合が多く、研修期間中に専攻医の医療レベルを高める良い意味でプレッシャーがどの科でも指導医、専攻医にあると感じている。

公衆衛生看護婦、医介輔によって主に支えられてきた離島の保健医療だが、徐々に医師養成が進む中、医師が赴任するようになった。1978年に自治医科大学1期生が誕生、自治医大卒業生研修プログラムが開始された。その後、1996年には、自治医大卒業生研修プログラムとともに、プライマリ・ケア医コースが自治医大卒業生以外の研修プログラム（初期研修2年間→離島診療所単独診療1年間、計3年間）としても開始された¹¹⁾。また、2006年には、日本家庭医療学会（現日本プライマリ・ケア連合学会）からプログラム認定を受けて、家庭医療専門医を育成することが出来るようになった。その後、沖

縄県立南部医療センター・こども病院、沖縄県立宮古病院でも家庭医療専門医を育成するようになっていく。

2016年と2017年は16離島診療所のうち、すべてが沖縄県立中部病院のプログラムの出身者となっている。毎年、本プログラム採用に関して約10名程度の応募があり、実際に採用される専攻医数は1学年で5～6人平均である。これは市中病院としては全国最大規模の家庭医療専門医を育てるプログラムであり、20名以上の家庭医療専門医を輩出している。

⑤今後の展開について

2018年度から総合診療専門医制度が開始となった。沖縄県立中部病院におけるプログラムは、いままでの家庭医療専門医プログラムを踏襲し、専攻医1年目、2年目で主に病院での研修を行い、3年目で離島診療所に単独で赴任することになる。離島診療所で単独診療を行うためには、内科、救急、小児科の他に、整形外科、外科、産婦人科、皮膚科など多科ローテーションを行い、島の医療ニーズに合わせた医療技術の習得を行っている。また、単独診療前の4週間程度、離島診療所医師と一緒に研修を行う期間を設けており、離島で実際にながら必要かを実体験することもできる。その後、専攻医という研修中の医師が離島診療所で単独診療することになるが、沖縄県立中部病院の指導医は週一回のWeb会議による振り返りや3ヶ月に一回の直接訪問での指導などを行っている。

このプログラムが無いと沖縄県立の離島診療所の人材確保が困難になる。総合診療医の教育にさらに力を入れ、魅力的な総合診療研修プログラムとし、今後も総合診療医をしっかりと確保する必要がある。また、研修プログラムを修了した医師が国内外を問わず活躍している現状からは、離島診療所での経験がさらに総合診療の幅を広げるものになると思っている。

<考察>

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

島で唯一人の医師として行う離島診療所での診療は、総合診療医の専門性の中で発揮されるものである。多様な疾患に対応するだけでなく、家族の健康問題や地域の保健医療にも関わる（具体例は船戸論文参照、P.367）ため、総合診療医の学問的背景となる家庭医療学的アプローチ¹²⁾を学び実践する必

要がある。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減，多職種連携など）

③医療や社会に与えるインパクト

離島診療所においては，看護師，保健師，行政の保健医療担当者などの連携の中で仕事を行うため，多職種連携が特に重要となる。沖縄県立の離島診療所は島に必要不可欠な医療を提供する唯一の医療機関であり，今後もその重要性は変わらない。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

離島へき地での医師確保対策として，医師研修と離島へき地勤務を一体化する方法論は有用であることが，沖縄県の研修プログラムが証明していると思うが，いままで人材確保が出来たのは，島医者として働くことの魅力，公衆衛生看護婦や医介輔といった先人たちの努力，沖縄県における医師養成の取り組みがあってこそその結果と考えている。他の地域での応用可能性には十分にあると思うが，専攻医を育てることができる確固たる教育システムの構築が鍵であろう。

文献

- 1) 沖縄県 離島関係資料（平成 27 年 1 月）<http://www.pref.okinawa.jp/site/kikaku/chiikirito/ritoshinko/documents/chapter1h27.pdf>
- 2) 沖縄県立中部病院 総合診療研修プログラム，<https://chubuweb.hosp.pref.okinawa.jp/unihawaii/pro>

gram_pri.pdf

- 3) 沖縄県援護課発表 1976 年 3 月。 <http://www.peace-museum.pref.okinawa.jp/heiwigakusyu/kyozai/qa/q2.html>
 - 4) 沖縄県保健医療部。平成 27 年衛生統計年報（衛生統計編）。 <http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/iryoseisaku/kikaku/toukei/vs/h27/documents/h27eiseitoukei.pdf>
 - 5) Masao Maeshiro, et al. A History of the University of Hawai'i Postgraduate Medical Education Program at Okinawa Chubu Hospital, 1966–2012. *Hawaii J Med Public Health*. 2014 Jun; 73(6): 191–194.
 - 6) 松田ヒロ子. 近代沖縄の医療と台湾：沖縄県出身者の植民地医学校への進学. 「移民研究」第 9 号 2013.9
 - 7) 国際協力事業団 国際協力総合研修所. 援助手法調査研究「沖縄の地域保健医療における開発経験と途上国への適用」報告書. 2000 年 3 月. http://open_jica.report.jica.go.jp/pdf/11587102.pdf
 - 8) 大嶺千枝子. 占領期に行われた保健婦駐在の制度比較に関する史的考察. 沖縄県立看護大学紀要第 2 号（2001 年 2 月）
 - 9) 2008 年 11 月 19 日琉球新報
 - 10) 安次嶺馨. 良医の水脈 ～沖縄県立中部病院の群像有限公司 ボーダーインク 2016 年
 - 11) 太田龍一，島袋彰ら. 地域ケアの実践知. 月刊誌「治療」 2018 年 3 月 Vol.100 No.3 南山堂
 - 12) Thomas R. Freeman. *McWhinney's Textbook of Family Medicine Oxford Univ Pr*; 2016/3/4
- ホームページの最終閲覧日はいずれも 2018 年 4 月 15 日

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

沖縄県における総合診療医の「島医者」としての活動2

島医者はどのような仕事をしているのか

～伊平屋村の実践事例～

船戸真史¹

要旨

伊平屋村は沖縄県最北端に位置する有人離島であり、筆者は村内で勤務する唯一の医師、即ち島医者（しまいしゃ）である。本島への医療アクセスが地理的に限られていることから、島医者には島民全ての健康問題に対応する幅広い診療能力が求められており、更に学校保健、感染対策、終末期医療など、島内におけるヘルスケア全体に関わる幅広い役割を担っている。

筆者は卒後総合診療専攻医として研修し、2016年に赴任。直後より地域ケア会議の立ち上げに携わり、多職種連携を基本に地域課題へのアプローチを行った。2年間の活動の結果①認知症早期発見ワークショップの開催②アドバンス・ケア・プランニングの推進③B型肝炎ワクチンの接種対象拡大に貢献した。このように、総合診療医は、特に医療従事者の少ないへき地・離島において、利用可能な地域医療資源を効率化・最大化させるコミュニティリーダーとして重要な役割を果たしている。

①取り組みの背景

伊平屋島と野甫島から構成される伊平屋村は、沖縄本島の今帰仁村運天港から約40km北西の東シナ海洋上に位置する県最北端の有人離島である。さとうきび、米、肉用牛を中心に第1次産業就業者が18%を占め、島全体をサンゴ礁と瑠璃色の海に囲まれた自然豊かな島であるが、戦後人口は1975年の1,638人をピークに減少を続け、2015年の国勢調査では1,238人と過疎化が進行している¹⁾。原因の一つとして、島内には高校がないため子どもたちが中学卒業と同時に本島の高校へ進学せざるを得ず（一般に「島発ち（しまだち）」と呼ばれる）、更にそのまま島外で就職・移住する結果、生産年齢人口が低下してしまう事が考えられている。

このような理由から介護人材となる若い世代が慢性的に不足しており、特に訪問型介護サービスが提供できない点において、沖縄本島と離島の格差は深刻である²⁾。入所機能を備えた生活支援施設も常に

満床であり、高齢者は加齢や病気によって日常生活機能がわずかに低下しただけでも、島内での生活継続は困難に陥ってしまう。伊平屋村の高齢化率は26.6%³⁾と全国平均と同程度のように見える一方で、このような事情から島外転居を余儀なくされた高齢者が一定数いるという背景も考慮して解釈しなければならない。

島内の医療機関は当院のみであり、赴任した医師は島で唯一の医師、即ち「島医者（しまいしゃ）」と呼ばれる。本島への医療アクセスは1日2便のフェリーで80分を要し容易には受診できない。そのため、島医者は0歳の新生児から100歳の高齢者まで、島民全ての主訴や疾患に適切に対処する能力が求められている。同時に島の医療を代表する立場として、学校医、産業医、感染症対策、終末期医療、地域包括ケアシステムの整備など、ヘルスケアに関する幅広い役割を担っている。筆者は島医者を目指して沖縄県立中部病院にて2年間の初期臨床研修を終えた後、更に2年間同院及び沖縄県立宮古病院にて産婦人科、小児科、整形外科、皮膚科等幅広く総

1. 沖縄県立北部病院附属伊平屋診療所

合診療研修を行い、卒後5年目の2016年4月より伊平屋村に赴任した。

②導入の経緯 ③事例の詳細 ④成果

伊平屋村の主なヘルスケア担当者は住民課職員(保健師2名を含む)、ヘルパー、介護支援専門員等である。住民課職員は少ない人数で他の自治体と同数の社会保障事業を所管せねばならず、多忙である。更に非医療従事者が多く、専門外の保健医療について政策立案を行うノウハウに乏しい。ヘルパーら現場職員も人材不足により日常業務をこなすのが精一杯の状態である。

そこで筆者は2016年4月の赴任直後から地域医療構想の中核である「地域ケア会議」⁴⁾の開催を提案し、毎月ヘルスケアに関わる全職員を集めて、島の健康問題全般について話し合う場作りを行った。会議は複雑な健康問題を抱える高齢者の支援策を話し合う個別事例検討から始まったが、回を重ねるにつれて繰り返し言及されるテーマについては、次第に島全体が抱える「地域課題」へと収斂し、ヘルスケア担当者間の共通認識となった。

筆者は会議の中で主に各ステークホルダーの意見をヒアリングし調整すると共に、ヘルスケア関係者だけでは解決できない課題は積極的に行政施策として検討するよう促す役割を担った。

この取組みを2年間継続した結果、一部の地域課題に対しては具体的な施策を実践するに至った。その事例を下記に記す。

1. 認知症早期発見ワークショップの開催

筆者は日々の外来診療において認知症高齢者の易怒性や被害妄想等による介護困難について相談される機会が増えている事に気づいた。これを地域ケア会議の議題にした所、保健師も同様に認知症高齢者の徘徊について住民から訴えが挙がっている事を認識していたことが判明した。そこでこの問題の原因分析を行った所、「家族や地域が認知症の初期症状に気づかず、適切な医療機関へ繋がっていない事」が地域課題として明らかとなった。これを受け筆者は住民課と認知症初期集中支援チーム⁵⁾を結成し、2017年9月15日に認知症に関する住民参加型ワークショップを開催した。当日は民生委員、区長、駐在、共同売店店員などの多職種から参加が得られた。

ワークショップでは、筆者から認知症の症状について講演した後、日頃地域で気になっている事例の共有を行った。結果として認知症の初期症状につい

て理解を深め、早期発見にむけた連携体制の強化を行うことができた。

2. アドバンス・ケア・プランニングの推進

人生の最終段階へと向かう期間のケアにおいて、特に島内の限られた医療資源の中で「歳を重ねても最後まで島で暮らしたい」という高齢者のニーズに応えるためには、当事者や家族に加え、ケアに関わる全てのメンバーが集まって予めケアの方針について話し合う「アドバンス・ケア・プランニング⁶⁾」の実践が必要である。筆者は介護支援専門員やヘルパーに呼びかけ、高齢者に何らかのライフイベント(退院直後や施設入所時等)が生じた時を契機に面談を実施し、そこに当事者・家族と共にケア提供者として参加して頂くよう協力を要請した。

筆者赴任後、2016年4月より執筆時点(2018年2月11日)まで延べ20回の面談を行い、本人の了解が得られた場合は日本臨床倫理学会が提供する事前指示書⁷⁾の作成支援まで行った。家族やヘルパーから「当初は利用者がご飯を食べなくなると不安であったが、事前に話し合いがされているお陰で、穏やかな気持ちでケアをすることができた」との声が聞かれるようになり、成果を実感した。取り組みの結果、2年間で6名の島内看取り(内5名が老衰)を行うことができた。

3. B型肝炎ワクチンの接種対象拡大

B型肝炎ワクチン(以下HBVワクチン)は、その安全性と有効性からユニバーサル・ワクチンとして平成3年より世界保健機関から各国へ接種が勧告されているにも関わらず、日本は世界に遅れて2016年10月にようやく定期接種化された⁸⁾。しかしこの法改正は2016年4月1日以降に出生した者しか適応されず、それ以前に出生した任意接種対象者は依然としてワクチン・ギャップの影響を受けている。保健師から上記について相談を受けた筆者は、欧州のCatch up schedule⁹⁾や、19歳以下のHBV未接種者にもHBVワクチン接種が推奨されている米国のエビデンス¹⁰⁾について示し、助言を行った。結果、2011年4月1日以降に出生した者まで、5年分のHBVワクチンの任意接種費用を村が追加助成する方針が決定され、執筆時点までに延べ56名の乳幼児が無償でHBVワクチンを接種する事ができた。

⑤今後の展開

これまで本村における地域ケア会議は、厚生労働省の示す地域ケア会議の5つの機能¹¹⁾のうち「個

別課題解決機能」及び「地域課題発見機能」を有していた。そこから更に有効な対策を検討するため、筆者は2年間の活動から得られた地域課題、特に深刻化する介護人材不足をより包括的に検討する場の開催を各所へ呼びかけ、2018年12月11日に住民課課長、社会福祉協議会会長ら管理職を含む介護問題検討会を開催した。その結果、村として訪問看護職員を雇用する案がまとまり、執筆日時点で予算化と求人に向けて動き始めている。このように離島では担当者間の顔が見えやすく、必要時に集まるのが容易であることから、今後地域ケア会議は、地域課題対して速やかに対策案を打ち出せるよう「政策形成機能」としての場として活用されていく事が期待されている。

<考察>

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

筆者が研修した総合診療専門研修プログラムでは、一般的な健康問題について適切にマネジメントする能力を養うだけでなく、地域包括ケアを含む地域志向アプローチを行う資質や、多職種との連携を重視したマネジメントを行う能力を備えられる様に、島での実践を通して学びながらトレーニングを行う¹²⁾。

上記事例の通り、筆者は総合診療医として日々の診療から気づいた問題意識を地域で展開し、多職種とのコミュニケーションを深化させて地域課題を明確化し、具体策を地域住民と実践するまで主導的な役割を果たした。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

③医療や社会に与えるインパクト

このように総合診療医は、特に医療従事者の少ないへき地・離島において、利用可能な地域医療資源を効率化・最大化させるコミュニティリーダーとして重要な役割を果たしている。また、地域の健康課題を俯瞰的に捉え、それぞれの地域ニーズに合わせた柔軟性の高い政策立案支援を行う事ができるため、今後の地域医療において中核的な役割を果たす地域包括ケアシステムの整備に資する事も可能である。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

Kringos¹³⁾らの研究では、これらプライマリ・ケア機能の強化が不必要な入院の減少、社会経済不平等の改善、地域集団における健康状態の改善が相関

していることが示されており、伊平屋村で行われた金子らの研究¹⁴⁾でも、へき地・離島など高度医療へのアクセスが地理・社会的に制限された地域で総合診療医がゲートキーパーとしての役割を果たす事で、死亡率を低下させずに救急受診や入院を減少させる可能性が示唆されている。

以上より離島における総合診療医の存在は、都市-へき地間の健康格差の改善や臓器別専門医の負担軽減に繋がると期待される。

文献

- 1) 平成27年国勢調査
- 2) 沖縄タイムス 2017年9月10日. <http://www.okinawatimes.co.jp/articles/-/139957>
- 3) 沖縄県 離島関係資料（平成27年1月）. <http://www.pref.okinawa.jp/site/kikaku/chiiikirito/ritoshinko/documents/chapter1h27.pdf>
- 4) 厚生労働省HP 地域ケア会議について. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiiki-houkatsu/dl/link3-1.pdf
- 5) 厚生労働省HP 認知症初期集中支援チームについて. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000035310.pdf>
- 6) 厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 資料. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173561.pdf>
- 7) 日本臨床倫理学会. <http://square.umin.ac.jp/j-ethics/workinggroup.htm>
- 8) B型肝炎ワクチンの定期接種について. IASR Vol. 37 p. 156-157: 2016年8月号. <https://www.niid.go.jp/niid/ja/allarticles/surveillance/2347-iasr/related-articles/related-articles-438/6679-438r06.html>
- 9) Hepatitis B vaccination in Europe November 2008 - March 2009. The Health Protection Surveillance Centre European Centre for disease Control VENICE II project. http://venice.cineca.org/Report_Hepatitis_B_Vaccination.pdf
- 10) Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. Recommendations and Reports / January 12, 2018 / 67(1); 1-31. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6701a1.htm>
- 11) 安次嶺馨. 良医の水脈 ～沖縄県立中部病院の群像有限公司 ボーダーインク 2016年

- 12) 沖縄県立中部病院 総合診療研修プログラム.
https://chubuweb.hosp.pref.okinawa.jp/unihawaii/program_pri.pdf
- 13) Kringos DS, et al. Health Aff (Millwood). 2013 Apr; 32(4): 686-94.
- 14) Makoto Kaneko, et al. BMC Health Serv Res. 2017; 17: 37.
ホームページの最終閲覧日はいずれも 2018 年 4 月 15 日

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

沖縄県における総合診療医の「島医者」としての活動3 島医者のサポート体制にはどのようなものがあるのか

神山佳之¹

要旨

台風、天候不良などで容易に孤立する離島が多く存在するが、そこで働く医師はその地域で唯一の医師である。その医師たちの支援を行う「ドクタープール制度」が平成14年4月導入された。具体的な支援内容は診療所への代診業務の他に、診療所医師の研修計画や研修指導、診療所の医療支援、診療所所在市町村との連絡調整などがある。年間平均60日の代診業務を行い、後期研修プログラムの期間である離島診療所医師に対して、代診期間を利用した振り返りも行っている。また、診療所所在市町村主管課長会議にも参加し、離島診療所からの要望を伝え、これまでの課題に対する進捗状況などを確認するなど協力している。「同じ経験をしたことのある先輩として」総合診療医（家庭医療専門医）が後輩医師を教え指導していくことは、全国でも実現可能だと考える。

①取り組みの背景

沖縄県は、台風の襲来や海上時化、天候不良などで容易に孤立する離島が多く存在するという地理的特殊性がある。そこで働く医師はその地域で唯一の医師であるため、日常病といわれる疾患を中心に、急性期から終末期まで、内科疾患から軽度の外傷疾患まで年齢に関わりなく多くの疾患や健康問題に対応できる基本的臨床能力をもった総合診療医であることが要求される。

②導入の経緯

離島で勤務する医師の支援を行う「ドクタープール制度」が平成14年4月、国の第9次へき地保健医療計画に基づいて導入された¹⁾。ドクタープールの制度は「沖縄県離島医療支援事業実施要綱」の中で「離島医療支援医師」と位置づけられ、診療所への代診業務の他に、診療所医師の研修計画や研修指導、診療所の医療支援、診療所所在市町村との連絡調整などに関しての支援が重要となってくる。島医者として5年の経験を持つ筆者は2013年4月から沖縄

県福祉保健部医務課に所属し、離島医療支援医師となった（組織改編に伴い、平成29年4月1日付で保健医療部保健医療総務課に変更）。

③事例の詳細 ④成果

2013年度から2017年度の5年間に16ある県立離島診療所のうち15か所に代診に向かい、年間平均60日の代診業務を行った。

2014年度に家庭医療専門医を取得（日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医は取得済み）したことを活かし、後期研修プログラムの期間である離島診療所医師に対して、代診期間を利用した振り返りを行った。

代診期間が終了する際に、離島診療所医師との引継ぎ内容項目として、患者の申し送りや流行性疾患（インフルエンザやウイルス性胃腸炎など）の患者が発生したという注意喚起、診療所内の物品や動線に関する助言、診療所の安全管理についての助言などを含めるよう、配慮した。

また、代診期間を1日延長し、離島医師と診療時間を被せることで、日々の診療の相談以外にもレントゲン撮影後のダブルチェック、処方内容の相談な

1. 沖縄県保健医療総務課

ども受けることが可能となり（写真1）、顔の見え関係性の構築や継続に役立っている。

年に1回の診療所所在市町村主管課長会議にも参加し、離島診療所からの要望を伝え、これまでの課題に対する進捗状況などを確認するなど、診療所所在市町村と離島診療所に良い関係が築けるよう微力ながら協力している。

⑤今後の展開

現在、離島診療所医師に対する振り返りや勉強会は、Web会議システムを用いて定期的に行われている。また、日本専門医機構の総合診療専門研修プログラム整備基準に、「3か月に1回の研修先訪問を必須」とされている²⁾ことに関して、代診業務を利用し離島診療所に赴くことがサイトビジットにつながると思われる。

<考察>

- ①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか
離島で唯一の医師として勤務する島医者に対して、直接的もしくは間接的、精神的サポートは、島医者の経験のある総合診療医（家庭医療専門医）が行いやすいと考える。
- ②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

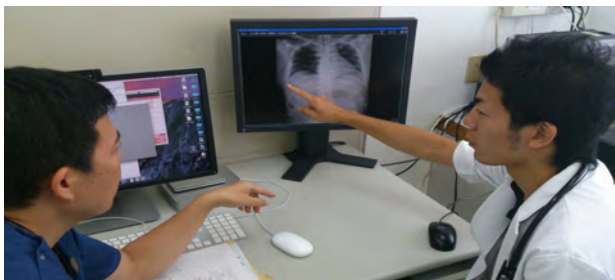


写真1 離島診療所におけるレントゲン撮影後のダブルチェック（左が筆者）

③医療や社会に与えるインパクト

島医者を支えることが、その島の医療を支えることに直結するため、サポート体制の充実が地域医療に与える影響は大きい。島医者がなんらかの事情（健康問題や住民からの圧力など）で島から出ざるを得ない状況になったときは、ドクタープール医師を含め県の離島医療関係者で、早急に代診を立てるなどの対策を講じている。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

各都道府県ではへき地保健医療計画が策定され、へき地医療支援機構や地域医療支援センターが地域医療をサポートしている^{3,4)}。その実情は各都道府県で様々であるが、多くの島嶼へき地を抱える沖縄県の取り組みは、他の地域でも応用可能なものがあると考えられる。

文献

- 1) 沖縄県 福祉保健部医務課資料. http://www.pref.okinawa.jp/imu_kokuho/hokeniryouseikaku/2-2.pdf
 - 2) 総合診療専門研修プログラム整備基準. <http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
 - 3) 厚生労働省. 医師のキャリア形成において 地域医療支援センターとへき地医療支援機構の果たす役割. 高知県へき地医療支援機構 専任担当官 澤田 努. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000075438.pdf>
 - 4) 厚生労働省. 平成24～25年度「第11次都道府県へき地保健医療計画の実行支援とその評価に関する研究」. 自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 森田喜紀. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000054906.pdf>
- ホームページの最終閲覧日はいずれも2018年4月15日

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

家庭医／総合診療医の活動が与える地域住民の受療行動変化 ～寿都町立寿都診療所における地域ケアの実践報告とその効用分析～

中川貴史¹

要旨

【背景】約3000人の北海道寿都町は多大な財政負担を抱えた道立病院を町立診療所に移管し、家庭医、総合診療医を中心とする地域医療を展開している。

【事例】家庭医、総合診療医を中心とした寿都診療所での包括的かつ継続的な家庭医療の実践、地域やコミュニティを対象とした様々な取り組みを行ってきた。

【結果】移管前年間4～5億円の赤字であったが、現在の寿都診療所においては1億円へ圧縮され、町の実質負担が3千万円弱となっている。国保被保険者中の町内医療機関受診率が平成17年度46.5%から28年度58.8%と年間約1%ずつ増加し続けている。休日時間外受診患者数が17年度1011人から28年度772人へ、救急車搬入数が17年度169件から28年度76台へと減少した。

【考察】家庭医療、総合診療により住民と医療機関との信頼関係が構築されてきた結果と考えられる。家庭医、総合診療医の増員、ならびに循環型地域医療モデルの拡充により持続可能な地域医療達成の可能性がある。

①取り組みの背景

我々北海道家庭医療学センターでは、町立の公的医療機関である寿都診療所において、平成17年5月開院当初から家庭医療・総合診療を実践している。この診療所は、地域のニーズに応えるべく24時間、365日の救急体制を確保した有床診療所として「だれもが安心してかかれ信頼される診療所」「保健福祉の支えとなる診療所」「家庭医療の中核施設となる診療所」を基本理念に運営されている。しかしながら、昨今の医療を取り巻く環境の変化、とりわけ地域人口の減少、多様化する住民ニーズ、収支バランス等によって医療機関の運営は当然のことながら容易ではない。

ここでは、筆者がこの地域において家庭医療・総合診療を実践している立場で、これまでの経過や寿都診療所を取り巻く環境、保健・医療・福祉・行政等との連携の実際を記し、結果として町民の受療行動がいかに変化してきたかを報告したい。

1. 北海道家庭医療学センター 栄町ファミリークリニック／寿都町立寿都診療所

②導入の経緯

・寿都町の紹介

寿都町は、函館市と小樽市を結ぶ海岸線のほぼ中間点に位置し、海岸線32kmの寿都湾は豊富な魚介類の産地となっている。北海道の道央圏にあたる後志（しりべし）管内にあり、近隣は島牧村、蘭越町、黒松内町と接している。札幌市との距離は約150km、車で約180分かかり、その他近隣主要都市との距離などは後述するがかなりの距離がある。

表1に示すように、人口は3,029人（平成29年3月31日現在）である。昭和35年には人口9,121人あったが、右肩下がりに減少の一途をたどり、現在に至っている。高齢化率（39.25%）も上昇し続けており、過疎化と高齢化を著実に表していることがよく分かる。医療または介護を必要とする人口が増加傾向にあり、日本における高齢化社会の縮図とも言える。

・北海道立病院から寿都町立寿都診療所へ移管

寿都診療所は、平成17年4月に道立病院（60床）の移管を町が受けて開設したものであるが、それま

で、道立病院の移管問題は寿都町にとって頭の痛い大きな問題であった。

寿都町においては、北海道が昭和54年に公表した「行政改革実施大綱」の中で、「寿都、松前、増毛の3病院については、診療圏が概ね一町に限定されているので、市町村との機能分担関係を整序する見地から、これを町に移管する。」と明示されたことを受けて、この間、他の道立病院の移管状況を見なが

ら検討してきたが、道立寿都病院の経営状況（町の財政負担の問題）や医師確保の問題などから、道との協議は進まない状況にあった。また、実際に道立病院の外来患者数は、減少の一途を辿っており、経営状況は約4億円の赤字を計上するなど、町が病院の移管を受け入れがたい大きな要因になっていた。

町としては、こうした道の計画見直しの状況や方針を受け、さらにかねてから道に要望してきた常

表1：寿都町人口の推移及び推計

区 分	平成17年度 (H18.3.31現在)	平成18年度 (H19.3.31現在)	平成19年度 (20.3.31現在)	平成20年度 (21.3.31現在)	平成21年度 (22.3.31現在)	平成22年度 (23.3.31現在)	平成23年度 (24.3.31現在)	平成24年度 (25.3.31現在)	平成25年度 (26.3.31現在)	平成26年度 (27.3.31現在)	平成27年度 (28.3.31現在)	平成28年度 (29.3.31現在)
総人口	3,751	3,696	3,650	3,575	3,487	3,411	3,348	3,328	3,271	3,171	3,094	3,029
0歳～39歳 (構成割合)	1,206 32.15%	1,205 32.60%	1,202 32.93%	1,153 32.25%	1,099 31.52%	1,079 31.63%	1,052 31.42%	1,062 31.91%	1,039 31.76%	981 30.94%	932 30.12%	886 29.25%
40歳～64歳 (構成割合)	1,300 34.66%	1,250 33.82%	1,219 33.40%	1,154 32.28%	1,129 32.38%	1,118 32.78%	1,089 32.53%	1,064 31.97%	1,034 31.61%	1,009 31.82%	972 31.42%	954 31.50%
65歳～74歳 (構成割合)	577 15.38%	569 15.40%	560 15.34%	580 16.22%	563 16.15%	524 15.36%	529 15.80%	538 16.17%	535 16.36%	525 16.56%	542 17.52%	545 17.99%
75歳以上 (構成割合)	668 17.81%	672 18.18%	669 18.33%	688 19.24%	696 19.96%	690 20.23%	678 20.25%	664 19.95%	663 20.27%	656 20.69%	648 20.94%	644 21.26%
40歳～74歳 計 (構成割合)	1,877 50.04%	1,819 49.22%	1,779 48.74%	1,734 48.50%	1,692 48.52%	1,642 48.14%	1,618 48.33%	1,602 48.14%	1,569 47.97%	1,534 48.38%	1,514 48.93%	1,499 49.49%
65歳以上 計 (構成割合)	1,245 33.19%	1,241 33.58%	1,229 33.67%	1,268 35.47%	1,259 36.11%	1,214 35.59%	1,207 36.05%	1,202 36.12%	1,198 36.62%	1,181 37.24%	1,190 38.46%	1,189 39.25%



図1

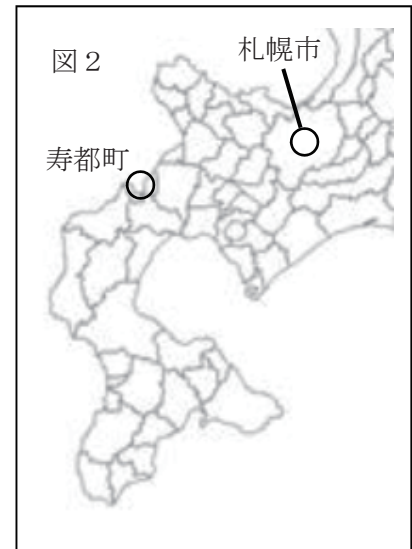


図2

表2：寿都町からの距離及び車による所要時間

市町村名	距離 (km)	所要時間
岩内町	45	約45分
八雲町	70	約1時間15分
倶知安町	75	約1時間20分
室蘭市	100	約2時間
小樽市	100	約2時間
札幌市	140	約2時間30分
函館市	140	約2時間30分

表3：寿都診療所の歴史

明治4年	開拓使庁病院として建設される
明治20年	開拓使庁病院を寿都病院として改称
明治33年	町立寿都病院へ改称
昭和19年	町から日本医療団北海道支部へ移管され日本医療団寿都病院となる
昭和23年	日本医療団北海道支部の解散により道へ移管（道立寿都病院開設）
昭和30年	病院庁舎改築（一般35床）
昭和39年	病棟増築（一般55床）
昭和54年	移転改築（一般60床）
平成17年	道立病院施設を活用して寿都町立寿都診療所開設（19床）
平成20年	移転改築

勤内科医師の配置が一向に実現しない状況なども踏まえ、平成15年度以降、医療体制のあり方（道立病院の移管問題）について議会や住民とともに検討を重ね、最終的に当時、自治体立の医療機関で先進的に家庭医療に取り組んでいた更別村国民健康保険診療所（北海道十勝管内）の情報を得て、我々家庭医が所属する北海道家庭医療学センターの関係者に積極的に働きかけ、医師に加え看護師、薬剤師、放射線技師などの必要な医療スタッフの派遣について関係医療法人と業務提携に至った。

なお、北海道家庭医療学センターでは都市部の直営診療所や地方自治体等との業務提携を行うことを通じて医師をはじめとした医療専門スタッフが各地域で家庭医療／総合診療を実践している。当センターは家庭医療の実践、専門スタッフの養成、ならびに家庭医療の普及への貢献をミッションに掲げ平成8年から活動を続けてきた。家庭医療専門研修（後期研修）を修了した者は平成29年度末時点で54名おり、現在グループ全体で家庭医療専門医25名、専攻医11名が在籍している。道内では5つの都市部診療所、3つの地方自治体立診療所、1つの病院総合診療科を運営し、道外では滋賀、京都、福岡にて医師らが診療にあたっている。

・移管当初の体制と現在の体制の紹介

平成17年度移管当初の人員体制は医師（家庭医）3名で、その構成は指導医（所長）1名と北海道家庭医療学センター 家庭医療学専門医コース シニアレジデント（後期研修医）の2名となっていた。

また、指導医は数年間の長期勤務体制で、他の研修医2名は約半年間のローテーション勤務であった。看護師は看護師長を含め10名体制。薬剤師2名、放射線技師1名の医療スタッフ総勢16名が業務提携による派遣職員であった。このほか、事務長を含む事務員3名、看護助手6名、薬剤助手1名が町職員であり、受付会計のほか診療所施設の維持運営に関するものは業務委託とした。

その後、各スタッフの所属先などの変更もあったが、平成29年度時点では医師数は4名で、所長、副所長はプライマリ・ケア連合学会認定 家庭医療専門医・指導医であり、副所長は北海道家庭医療学センター フェロシップコース受講中であり、他の医師は北海道家庭医療学センター 家庭医療専門コース 専攻医である。看護師は多少の増減はあるも最大で12名体制、看護助手6名、放射線技師1名、理学療法士1名、管理栄養士1名、薬剤助手1名、事務職員3名、受付会計5名の体制となっている。なお、2018年度からは北海道家庭医療学センターで指定管理を受け、すべてのスタッフの所属が統一され、指揮命令系統の一本化が図られる予定である。

③事例の詳細

2005年以前は内科、外科の2科のみを標榜科としていたが、新体制では家庭医療科（内科、小児科、外科）を標榜している。以前は心臓血管外科の専門医2名が内科、外科をそれぞれ担当していた

表4：寿都町立寿都診療所の職員内訳と人数

職種（人）	平成17年度（移管当初）	平成29年度現在
所長	1	1
家庭医	2（うち研修医2）	3（うちフェロー1，研修医2）
看護師	10	12
薬剤師	2	0
管理栄養士	0	1
理学療法士	0	1
放射線技師	1	1
事務員	3	3
看護助手	6	6
薬剤助手	1	1
医療事務	4	5
合計	30	34

が、移管後からは家庭医による総合的な医療提供体制が整った。

まず、家庭医・総合診療医が寿都町でⅠ. どのような診療体制を構築し外来診療、訪問診療、救急診療、入院診療を提供してきたか、ならびにⅡ. 地域やコミュニティを対象としたケアの体制を構築してきたかを報告する。

Ⅰ. 診療体制

外来診療…家庭医療外来は月曜日から金曜日まで平日の午前3診体制、午後1診体制であり、疾患の種類を問わず包括的な家庭医療・総合診療を行っている。また、出張医により、毎週火曜日午前のみ産婦人科外来、木曜日午後のみ精神科外来を行っている。検査は画像検査として単純レントゲン、CT、上部消化管内視鏡検査、エコー（腹部、心臓、表在、経膈エコー）、血液検査は各種外注が可能で、院内検査として迅速検査（インフルエンザウイルス、溶連菌、アデノウイルス、RSウイルス、ノロウイルス）、血算、生化学検査（T-Bil, AST, ALT, BUN, Cr, AMY, CRP）、血液ガス分析（電解質Na, K含む）、視覚検査、聴力検査、スパイログラム、12誘導心電図、Holter心電図、簡易ポリソムノグラフィーが施行可能である。

なお、外来患者数の年度ごとの推移を以下に示す。平成27年度まで微増傾向で推移してきたが、平成28年度は医師の勤務状況の変化もあり、長期処方を導入したことにより減少している。

訪問診療…個人宅への訪問診療、ならびにグループホームへの訪問診療にて月当たり実人数で15名前後、特別養護老人ホームへは配置医師として週1度訪問し、入所者50名に対して診療を行っている。また、臨時往診、緊急往診にも対応し、在宅見取りにも取り組んでいる。

入院診療…19床の一般病床。入院内訳としては急性疾患（特に肺炎、尿路感染、腰痛症など）、癌・非癌終末期、レスパイト目的の社会的入院、急性疾患にて他院に入院していた患者の在宅退院、もしくは施設入所などの調整目的の当院入院などが挙げられる。

救急診療…24時間、365日の診療提供体制を構築し、平日時間外、休日の診療を提供している。休日時間外は自宅待機で、救急車搬入時は救急隊

員からのファーストコールにて診療所へ向かい、救急車以外の場合は病棟にて勤務している看護師から電話連絡が入る。町内で要請のあった救急車はほぼ全例当院へ搬入されるため、1次～3次全ての外傷を含む疾病への初期対応が求められる。約8割の救急疾患へは対応可能となっている。また、年間5件程度ドクターヘリを要請し、緊急度の高い患者の救急搬送も行っている。

また、リハビリテーションに関しては理学療法士、もしくは作業療法士いずれかの1名体制として、当初外来リハビリテーションを行っていたが、現在は外来リハビリテーションは最低限のみとし、介護保険サービスとして通所リハビリテーション、ならびに訪問リハビリテーションを主として提供している。

Ⅱ. 地域コミュニティケア

地域での医療体制を考えるうえで重要となるのは地域住民の求める医療に対して包括的で継続的な診療体制の構築である。包括性を発揮するためには医療機関においてのみ活動することには限界があり、住民の医療に対するニーズを把握し、そこに様々な職種と共に解決に向けた取り組みを実践し続けていくことは不可欠である。ここ寿都町でも町民全体の健康の向上を目標に様々な活動を幅広く実践してきた。その結果として、地域住民からの信頼をある程度得ることができつつある。

今回は、Andersonらが提唱したコミュニティアズパートナーモデル¹⁾の8つサブシステムを参考に筆者が一部編集した項目に沿って記載したい。具体的には地理的環境への制約への対応、保健医療福祉サービス、健康教育への関わり、政治・行政との連携、レクリエーション、コミュニケーション・情報、安全・交通、政治・行政との連携、経済の8つの視点をもとに報告するが、紙面の都合上特に前半の4項目を詳述し、後半の4項目はその他としてまとめて記載する。そもそもこの8つのサブシステムは地域社会を構成する要素であり、住民の健康における課題が生じる際に要因となりうるものである。よって、これらに対して家庭医・総合診療医が様々な職種と協力し合い、問題点を抽出し、何らかの手立てをしていくことで町民の不安要素を取り除くことに貢献できてきたのではないかと考えられる。

	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	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
外来症へ患者数	16,373	17,121	19,458	19,919	19,844	20,983	20,851	20,074	20,526	20,925	21,567	18,280
1日当たりの患者数	67.1	70.5	79.7	81.6	82.0	86.3	85.4	82.3	83.8	85.4	89.1	75.2

地理的環境への制約への対応

実際に寿都町は前述のごとく2次、3次医療圏までの距離があるため、ある程度地域で完結できる診療体制が不可欠となる。そこで、町にとっては外来診療のみを提供するのに比較し、財政的な負担が約3倍に膨れ上がることが既に寿都町でのシミュレーションにて示されてはいたが²⁾、安心して町内で生活できるための医療体制の構築を目指し、入院医療体制、365日24時間救急受け入れが可能な救急医療体制を維持してきた。また、市街地区から距離がある地区の方々には福祉バスにて当診療所までの移動手段を確保し、通院できないの方々に関しては訪問診療を提供する体制が構築されている。

このように物理的に不利な環境を克服することは、寿都町のように僻地に位置する地域にとっては最重要課題であり、家庭医、総合診療医が幅広いセッティングにて自らの専門性を発揮できる最大のメリットとも言えるだろう。医療へのアクセスが良くない環境の中で住民の健康を守るために、地域ニーズに柔軟に対応し医療供給体制を変化させることで、多様なニーズに対応できる家庭医、総合診療医の存在はきわめて重要である。具体的には広範囲な疾患に対応する能力を有しているのはもちろん、外来のみならず、入院、救急、訪問診療といった様々なセッティングにおいて対応する能力を有している。また、診療行為のみならず地域に潜在している健康ニーズを多職種と共に分析し、計画を立案し、介入するといった地域志向型ケアに対してもトレーニングを受けている。本事例では、へき地での医療にその専門性をいかんなく発揮することにより、医療の充実につながったと考えられる。

保健医療福祉サービス

保健、介護の様々な活動を行っているが、そこで最も我々の身近にいるパートナーが町役場町民課の健康づくり係の保健師、栄養士である。彼らとは日々議論し続けてきたが、フォーマルな議論ができる場として健康づくり会議を設立した。予防接種の機会増や公費助成制度の独自展開、健診受診率向上、認知症家族の集い・認知症になりにくい街づくり宣言などの認知症対策、糖尿病重症化予防プロジェクトなどの予防などを含め健康づくり全般に関して、保健師、栄養士、運動指導士、ときには教育関係者、行政職員などと議論する会議であり、月に1度定例で開催してきた。こ

こではプロジェクトの立案から振り返りを通じたブラッシュアップといったPDCAサイクルを回し続けている。また、メンバーの共通の学習課題に対し月1回テキスト、文献抄読や事例ベースの勉強会を開催してきた。

また、地域ケア会議には必ず医師をはじめ診療所スタッフが参加している。医療、介護の枠にとられず地域住民の安心につながる取り組みを扱っていることは言うまでもないが、多くの職種が参加して活発な議論を行える場となり、お互いの職種を知り合う大切な役割も担っている。

このように協調性をもった関わりを通して、多職種と連携し物事を達成していく能力を有している家庭医、総合診療医の特徴が発揮される領域であるといえる。

健康教育への関わり

高齢者、労働者などに対して生活習慣病、認知症、外傷の予防やケアなど様々な健康講話を展開してきた。

また、寿都町での特徴的な取り組みの一つとして、幼少期～思春期、親世代へのライフスキル教育を行っている。ライフスキルとは日常生活で生じる様々な問題や要求に対して適切に対処するための心理社会能力とされる³⁾。ライフスキルが備わっていると青少年の危険行動（故意または不慮の事故に関する行動、喫煙、飲酒および薬物乱用、望まない妊娠、HIVを含む性感染症に関する性行動、不健康な食生活、運動不足）を予防できるとされ、10歳代のうちに身に付けておくべきといわれている。寿都町では我々家庭医からその情報を保健師、養護教諭といった多職種と共有し、教育活動として講演会やワークショップを小中高の児童生徒、PTA、教員等を対象として幅広く実施してきた。

教育に関する学びをしている家庭医、総合診療医は、自らの医療という専門職のみならず、地域の住民教育にも積極的に貢献できる力を有していることが分かる取り組みといえる。

政治・行政との連携

政治・行政との接点は当診療所が町立であるがゆえに様々な場面がある。公式なものだけでも寿都町国保運営協議会、寿都町介護保険運営協議会、寿都町地域包括支援センター協議会、養護老人ホーム入所判定会議、子育て支援ネットワーク協議会などが挙げられる。町から依頼を受け定例の会議などに出席し、行政側の報告、全体の議論

を通して意見を町に述べる機会となっている。

一方でこのような公式の場だけでは町としての考え、我々医療者としての考えを双方深いレベルで理解し合うことは困難である。よって、そこを意識したインフォーマルな対話が重要となるが、町長が当診療所の医局に頻繁に来室され、私自身も町長室に行くなどし、近況の報告や今後取り組みたい事業などについて意見交換を積極的に行ってきた。ここではお互いを知り、信頼関係を醸成することができた点が最大のメリットであったと感じている。

何より地域で診療をし続けていくためには interpersonal な信頼関係が不可欠である。情報の理解を経て、継続的に成功体験を積み重ねていくことで、結果として強固な信頼が得られてくるものと思われる。家庭医、総合診療医という枠を超え、人間としての関わりがときに必要であると実感した場面であった。

その他の関わり

寿都町が抱えている健康問題を様々な場面で把握することに努めてきたが、この部分はまとめて記載する。

臨床で出会う患者の状況を検討したり、町内の様々なレクリエーションに参加したり、漁業協同組合へヒアリングを行うなど日々の生活の様子を把握することに努め、さらに精密な健康情報を北海道大学大学院 医学研究院・医学院 社会医学分野 公衆衛生学教室、北海道経済産業局などと共に研究や事業を展開するチャンスにも恵まれてきた。

その結果として警察署との連携で診療所待合室での交通事故防止の呼び掛けを行ったり、健康診断の予約システムを漁師などが利用しやすくしたり、飲酒行動、アルコール摂取状況への介入ポイントを検討するなどの対策につなげられた。

このように家庭医、総合診療医は地域の情報に敏感であり、住民をはじめ様々な職種との協働が可能であることで、地域の限られた資源を有効に活用し、効率のよい介入を可能としていると考え

られる。

④成果

このように家庭医、総合診療医が地域にて医療機関での診療はもちろんのこと、その他の地域コミュニティを対象としたケアを実践してきたことで様々な成果が出ている。今回は A. 診療所収支の実績、B. 町内の国民健康保険被保険者の受療動向の推移、C. 休日時間外の診療所における受診患者数の推移、救急車の受け入れ台数の推移を示す。

A. 診療所収支の実績

家庭医療・総合診療の実践をするうえで、何より医療機関の経営上の持続可能性は基盤である。基盤が揺らぐようであれば継続性は担保できない。表5にも示すように移管を受けた北海道から当初は運営補助金が拠出されていたが、予定どおり年々減額され、平成24年をもって終了した。

また、平成21年からは国の政策見直しにより地方交付税が2年前の平成19年度と比較すると10倍以上へと増額となり寿都町をはじめとした地方自治体にとっては負担軽減となっている。結果として、一時は経営が黒字に転じていた時期もあったが、北海道からの補填金がなくなってからは数千万円の赤字となっている。

北海道からの移管を受ける以前は4、5億円の赤字を計上していた病院を引継ぎ、現在は数千万円の赤字まで圧縮できていることは一定の成果があると言ってもよいだろう。

B. 町内の国民健康保険被保険者の受療動向の推移

寿都町国民健康保険に加入している被保険者のうち、寿都町内の医療機関を受診している件数の割合を示したグラフを示す(図3)。表6に示すように寿都町の国民健康保険被保険者数は年々減少の一途をたどっており、また、後期高齢者制度が導入されてからは75歳以上の被保険者が抜けているため、実数推移ではなく、比率推移をここに示すことで年次推移をみるができるかと判断した。

移管を受けた平成17年度で町内の割合が46.5%であったものが、年々1%程度ずつ増加を示し、最

表5：寿都町立寿都診療所の運営費推移

	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	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
診療所収支	△ 186,512,403	△ 179,023,210	△ 154,541,799	△ 139,156,207	△ 135,491,402	△ 123,352,988	△ 115,533,140	△ 114,420,954	△ 108,295,652	△ 116,481,210	△ 117,145,098	△ 103,956,712
道からの運営補助	127,309,000	124,858,000	114,148,000	67,197,000	59,802,000	52,690,000	45,884,000	43,784,000	0	0	0	0
地方交付税			7,100,000	24,599,000	72,407,000	73,424,000	73,528,000	73,766,000	73,857,000	73,716,000	73,818,000	74,285,000
差し引き	△ 59,203,403	△ 54,165,210	△ 33,293,799	△ 47,360,207	△ 3,282,402	2,761,012	3,878,860	3,129,046	△ 34,438,652	△ 42,765,210	△ 43,327,098	△ 29,671,712

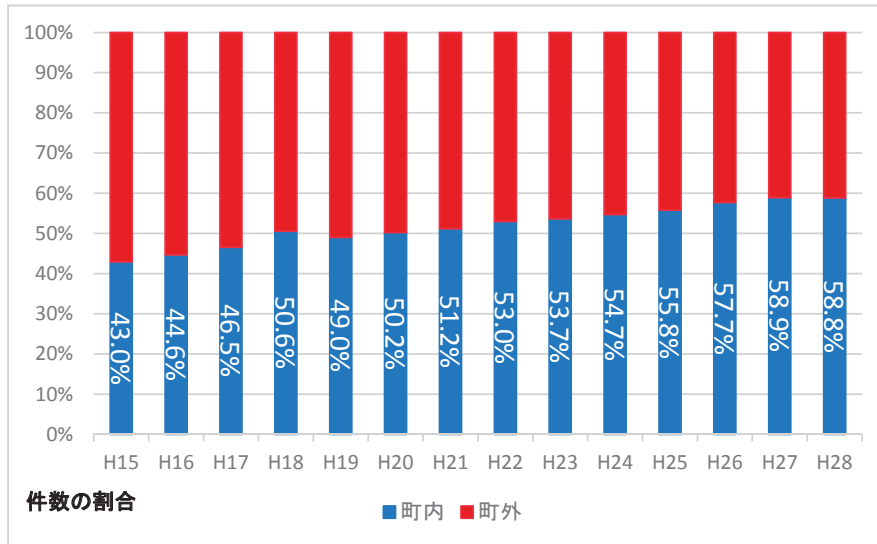


図3：町内の国民健康保険被保険者の町内外の受療件数比率の推移

表6：寿都町国民健康保険被保険者数と年齢別数

区分	平成17年度 (H18.3.31現在)	平成18年度 (H19.3.31現在)	平成19年度 (20.3.31現在)	平成20年度 (21.3.31現在)	平成21年度 (22.3.31現在)	平成22年度 (23.3.31現在)	平成23年度 (24.3.31現在)	平成24年度 (25.3.31現在)	平成25年度 (26.3.31現在)	平成26年度 (27.3.31現在)	平成27年度 (28.3.31現在)	平成28年度 (29.3.31現在)
総数 (加入割合)	1,722 45.91%	1,691 45.75%	1,689 46.27%	1,061人 29.68%	1,027人 29.45%	1,003人 29.40%	1,018人 30.41%	980人 29.45%	914人 27.94%	871人 27.46%	816人 26.37%	761人 25.12%
0歳～39歳 (19.9%)	268 15.56%	268 15.85%	251 14.86%	233人 21.96%	225人 21.91%	226人 22.53%	226人 22.20%	230人 23.47%	196人 21.44%	179人 20.55%	152人 18.63%	128人 16.82%
40歳～64歳 (19.9%)	513 29.79%	473 27.97%	473 28.00%	429人 40.43%	410人 39.92%	412人 41.08%	416人 40.86%	382人 38.98%	357人 39.06%	334人 38.35%	305人 37.38%	287人 37.71%
65歳～74歳 (19.9%)	426 24.74%	422 24.96%	432 25.58%	399人 37.61%	392人 38.17%	365人 36.39%	376人 36.94%	368人 37.55%	361人 39.50%	358人 41.10%	359人 44.00%	346人 45.47%
75歳以上 (19.9%)	515 29.91%	528 31.22%	533 31.56%	0人 0.00%	0人 0.00%	0人 0.00%	0人 0.00%	0人 0.00%	0人 0.00%	0人 0.00%	0人 0.00%	0人 0.00%
40歳～74歳 (構成割合)	939 54.53%	895 52.93%	905 53.58%	828人 78.04%	802人 78.09%	777人 77.47%	792人 77.80%	750人 76.53%	718人 78.56%	692人 79.45%	664人 81.37%	633人 83.18%

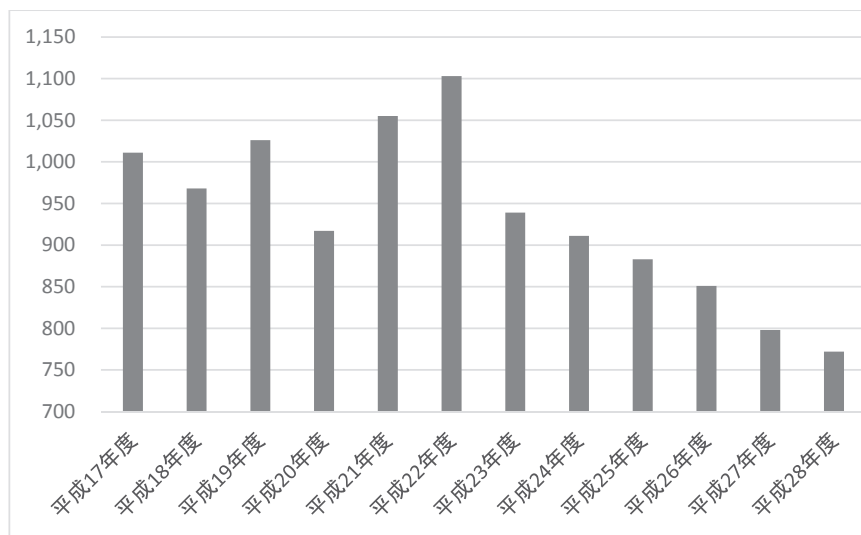


図4：休日時間外の寿都診療所における受診患者数（人／年）

最終的に平成28年度においては58.8%となっている。

C. 休日時間外の診療所における受診患者数の推移、救急車の受け入れ台数の推移

もちろん、受診が必要な患者は時間や手段を問わず受診するように促し、医療者も適切に診療を行っていくことが大前提である。何をもって適切な受診

とするかは非常に難しい問題はあるものの、休日時間外患者数・救急車受け入れ台数と地域の医療機関の種々の業務を勘案した体制づくりとの間には一定の関係性があることはご理解いただけるだろう。

図4の示すように一時は年間1000人を超える患者が休日時間外に受診していた。特に平成22年度

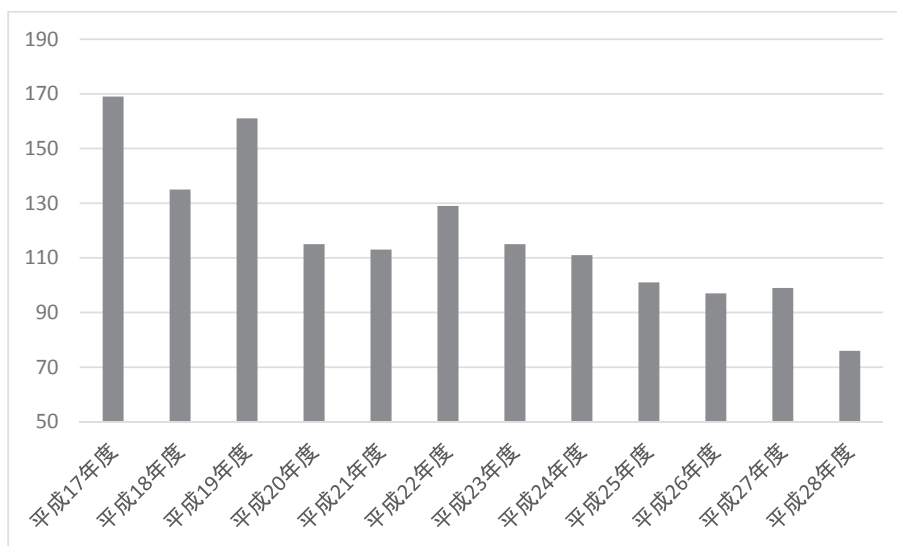


図5：寿都診療所における救急車の受け入れ台数の推移（台／年）

に関しては1100人を超えており、家庭医により24時間受診体制が確保されたことから町民としても受診の利便性を感じ、気軽に時間外診療を利用する傾向が見受けられた。しかしその後から、徐々に減少の一途をたどり、医療従事者である我々の負担の軽減へとつながっていった。これは診療所内部はもちろんのこと、外部の訪問看護、ケアマネジャーなどと連携を密にとり日々の患者ケアをこまめに行っていく体制作りが進んでいったことが一つの理由と考えられる。しかし、一番の理由として筆者は、住民と医療者との距離が縮まってきたことがあるのではないかと考えている。事前に診療所が開いている時間帯に受診してもらうことで限りある医療の人的資源を効率よく活用でき、必要な検査も適切に実施できることなどを理解してもらえようになっていった。また、何より住民と医療者が顔の見える関係になっていき、休日時間外受診をするのは申し訳ない、あまり多くの負担をかけないようにしようと住民が我々を気遣ってくれての結果であると感じている。今後はむしろ、そのような配慮が遠慮へ変わり、適切な受診を妨げることのないように配慮する必要があるかもしれない。

また、図5は寿都診療所における救急車の受け入れ台数の推移を示しているが、こちらは北海道立病院時代に周辺町村から救急車を受け入れていたこともあり、移管当初の平成17年度は年間169件と受け入れ台数が多かった。こちらも休日時間外受診患者の受療動向と同様に訪問看護師、ケアマネジャー、保健師らとの協働にて、独居高齢者、施設入所者などに対する事前の適切なケア、ならびに有症状時の

サポート体制構築が進んだことで、救急車を要請すべき病態か、そこまで重症ではない病態かのトリアージが適切に行われた結果ではなかろうか。ケアの充実の結果もあり平成28年度では当初よりも半減し年間76件にまで減少している。

⑤今後の展開

地域医療で重要なことは継続性である。一時期のみの行政や医師、他の職種の行動力で安心、安全で地域住民に受け入れられる医療体制が構築できたとしても、その後の持続可能性がなければ結果として住民にとっての安心は存在しえない。我々医療者自身は一つの地域を永遠にケアし続けることはできない。しかし、当然のことながら地域は世代を超えて脈々と時を重ねていく続いていく。一人の家庭医、総合診療医が同一地域で診療し続けられるかどうかには様々な内的、外的な要因が絡み合い、個別性の高い事情が存在している。しかし、大切なことは後に続く医師にしっかりと医療体制や地域との信頼関係、地域を大切に思う気持ちを引き継ぐことである。そして、地域ケアの最終章にして最大の仕事はバトンをつなぐことである。

実際、寿都診療所では平成29年4月より所長が筆者から後輩家庭医に引き継ぎが行われた。このように後輩にバトンを渡していくことでまた新しい視点が加わり、さらにブラッシュアップされていくことが期待できるというメリット最大気活かしつつ、刻々と変わる情勢への最適化を行っていくことが期待される。

私の場合、後輩へバトンを渡す時期を強く意識し

始めたいくつかの要因がある。一つ目は寿都診療所の10周年記念式典を開催することができ、町民をはじめ、町内外の医療関係者、行政等の方々に実践報告を感謝を込めてお伝えする機会を得た。二つ目は後進の存在である。専攻医、ならびにフェローとして私のもとで学んでくれ、目を見張る成長があった。三つ目は北海道家庭医療学センター内での筆者自身の役割の変化もあり、一診療所から道内外にある医療機関の運営、経営の一翼を担うことが求められるようになってきた。以上のように、実績を積み重ねることで一定の評価ができた後に、後進の育成に成功し、引き継ぐ者・引き継がれる者双方に発展的な役割が見いだせたタイミングで引継ぎが行われることが理想と考えられる。

⑥ 考察

A. 事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

図3に示すように平成15年では国民健康保険被保険者のうち町内医療機関の受診率43%であったのに対し、道立病院から町立診療所へ移管を受けた平成17年から年間約1%ずつ増加し続け平成28年度では58.8%にまで至っている。住民の受療行動が変化してきたことは彼らの信頼を勝ち得てきたことと言い換えられる。とかく近隣の大きな病院、もしくは都会の医療機関に対して隣の芝生は青く見えるかの如く受診していた住民が町内の医療機関を選択するような変化が起きてきた。これは家庭医、総合診療医が診療できる範囲が広く、様々な健康問題に対して対応する能力を有していることが最大の要因と思われる。また、医師だけ、もしくは医療機関だけでは解決できない問題も他機関の専門職と協働することで、より困難なケースにも対応が可能となるという点において協調性を自らの専門性と考えている家庭医、総合診療医であったからこそ対応できてきたものと考えられる。また、患者を生物医学的な側面だけで捉えるのではなく、それらの症状、疾患から来る様々な個別の病体験に丁寧に寄り添い、家族背景、地域背景などの彼らを取り巻く状況にも個別に配慮してきたことでより一層の信頼関係を築き上げてこられたのではないだろうか。

また、表5にあるように診療所単独の収支は平成17年度では186,512,403円の赤字であったが、北海道からの運営補助127,309,000円もあり寿都町の直接的な負担額は59,203,403円であった。その後、診療所単独の収支は改善の一途をたどっており、平成28年度では103,956,712円の赤字まで減少し、約8

千万円の経営改善に至っている。その中で、北海道からの運営補助は平成24年度には打ち切られている。しかし、地方交付税が現在74,285,000円得られており、寿都町の直接的な負担額は29,671,712円と減少させることに成功している。経営改善の要因としては町内の受診率向上は当然患者増にもつながったことは言うまでもない。また、家庭医、総合診療医の包括的な診療能力や多職種連携等により効率がよく、質が高い医療を提供できてきた結果ではないかと考えている。

休日時間外受診に関しては、図4に示したが平成17年度の1011人から平成22年度は1103人と増加するも、その後は減少に転じ平成28年度の772人に至るまで年々減少している。実際に寿都町の人口は平成28年度では2990人と減少してはいるが、その減少率と比しても休日時間外受診数の減少は有意なものと考えられる。図5では救急車の受け入れ台数の推移を示しているが、こちらも平成17年度の169台から平成28年度の76台まで減少しており、休日時間外受診患者数減少と同様の推移を示している。家庭医、総合診療医が住民との間で信頼関係を築き、何かあったら対応してくれるという住民自身の安心感や多職種との連携から来る日頃のケアの充実が寄与したものと考えられる。しかし、休日時間外受診者数の減少は就任後すぐに現れるのではなく、一定期間を経てから現れてきたことから、ケアの体制が構築され、住民との信頼関係ができあがるまでには一定期間を要する可能性があることを示唆している。

B. タスクシフティングの可能性

● 医師確保のパラダイムシフト（一本釣りから循環型地域医療モデルへ）

従来の地方における医師確保は、いわゆる「一本釣り」スタイルで行われることが多かった。地方自治体の首長が医療機関の維持を公約に掲げ、政治生命をかけ大学医局、その他様々な縁故を頼り医師を見つけ出し、多額の年俵を条件に何とか入職につなげるものである。

我々北海道家庭医療学センターでは「一本釣り」の医師確保ではなく、良質な教育を提供することにより若手医師を確保するシステムへの転換を行い、地域での医療機関維持に貢献ができています。北海道家庭医療学センターでは家庭医療専門医コースやフェローシップコースにて研鑽を積み専攻医（研修期間4年間）、フェロー（研修期間2年間）がそれぞれ1年間、2年間で研修するフィールドとして町立

寿都診療所のような郡部医療機関に勤務する循環型地域医療モデルを構築してきた。

●スムーズかつシームレスな管理医師交代による持続可能性の追求

前述の従来の郡部医療機関では必ずしも責任ある管理医師交代が行われないケースも散見される。循環型地域医療モデルでは研修を行っている若手医師は比較的短期間の交代であるが、管理医師は5年から10年くらいの期間での交代が理想的であろう。実際、寿都町では平成29年4月をもって所長を務めていた筆者が札幌市の当センター本部併設の栄町ファミリークリニックへ異動し、後任の今江章宏医師が新所長として着任した。一人の医師が同一地域で診療し続けられるかどうかには内的、外的な要因が絡み合い、個別性の高い事情が存在している。地域医療において重要なことは継続性であり、切れ目がなくスムーズで、住民にとっても安心な形での引継ぎは不可欠である。我々も平成28年度の1年間をかけて業務を引き継いできた。臨床における患者の引継ぎはもちろんだが、前述のごとくシステムそのものの運用に対する診療所所長の役割や心構え、寿都町との歩み方に至るまで細部にわたって知識、技術的なものだけではなく、態度的な側面にも触れながらバトンを渡した。生物心理社会モデルを重要視する家庭医、総合診療医だからこそ、医療をシステムとして捉え、地域全体の中での我々の存在を分析し、適切かつ慎重に引継ぎを行うことができたという点では、引継ぎそのものも特徴的な取り組みであったといえよう。

このように人材が循環する形で地域と信頼関係をもって歩むことができる地域医療が持続可能性という観点からも重要であり、北海道家庭医療学センターは今後もこのシステムをさらに質を追求し取り組みを続けたいと考えている。

C. 医療や社会に与えるインパクト

本事例では一時経営危機に陥った地域の中核医療機関の再建に取り組み、外来機能、入院機能、救急機能、訪問診療機能といった多機能で、さらに地域やコミュニティへの働きかけを行うことができる地域に不可欠な診療所へと変貌させることに成功した。また、移管前は年間4、5億円の赤字経営であったところから、現在では年間数千万円にまで圧縮することに成功し、さらに町民の町内受診割合が増加し、より利用しやすい医療の提供、持続可能な地域医療の姿を具現化することができた。住民が自らの自治体立の医療機関を利用することで医療機関

の経営状況は改善し、さらに医療機関を運営する自治体にとっても国保財政の支払先が自らの自治体が運営する医療機関となることで好循環が出てくるといった効用が期待できる。限られた財源の中で医療機関を運営していくことは、今後の地域の過疎化、高齢化への大きな示唆を与えるものと考えられる。

D. まとめ

寿都町における家庭医、総合診療医の実践により得られた効用について報告した。移管前年間4～5億円の赤字であったが、現在の寿都診療所においては1億円へ圧縮され、町の実質負担が3千万円弱となっている。国保被保険者中の町内医療機関受診率が平成17年度46.5%から28年度58.8%と年間約1%ずつ増加し続けている。休日時間外受診患者数が17年度1011人から28年度772人へと救急車搬入数が17年度169件から28年度76台へと減少した。

より多くの地域で家庭医、総合診療医が活躍することができることで様々な効用が期待できる可能性がある。しかし、彼らがそこで本事例のように活躍するためにはそれぞれに地域で彼らが働きやすい環境を整え、期待や悩みに耳を傾け、ともに難題を解決していくために議論するための備えが不可欠であろう。

また、何より現在の一番の課題は家庭医、総合診療医数が、地域での必要数に比べあまりにも少ないことである。本事例では北海道家庭医療学センターという一医療法人が自らの運営努力によって何とか維持できている成功事例である。他の地域でも本事例のように医療法人、大学や都道府県が主導し取り組まれている事例はあるが十分な地域をカバーできているとは言い難い。今後は都道府県単位でのセンター機能を有したシステム構築、もしくは先進事例への様々な形での支援システムの確立は急務であり、そのうえで、家庭医、総合診療医の必要数の算出、ならびにそれに向けた医師の養成システム構築、リクルートメント戦略の充実が急務である。

文献

- 1) エリザベス T. アンダーソン. コミュニティアズパートナー 地域看護が気の理論と実際. 第2版. 金川克子, 監訳. 東京: 医学書院; 2007
- 2) 中川貴史. 公的有床診療所を運営維持していく必要性とその問題点～寿都町立寿都診療所の事例～. 厚生労働科学研究費補助金 医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究 平成16年度～18年度総合研究報告書, 2007; 519-543.
- 3) WHO. ライフスキル教育プログラム. 川畑徹朗, 翻

訳. 東京: 大修館書店; 1997

- 4) 草場鉄周. 家庭医療のエッセンス. 東京: カイ書林; 2012
- 5) 松村真司. 日本プライマリ・ケア連合学会基本研修

ハンドブック. 改訂2版. 東京: 南山堂; 2017

- 6) John W. Saultz: Chapter 4 Continuity of Care. New York: McGraw-Hill; 2000. 51-78. John W. Saultz. TEXTBOOK OF FAMILY MEDICINE.