

Ⅱ 先進事例・有識者等インタビュー調査

1. 調査の概要

(調査目的、対象および調査方法)

各地域における先進的取り組み事例やネットワーク 11 箇所及び医療界を主導している団体幹部、有識者 5 名の計 16 組織・個人を対象に、取り組み実践の概要、かかりつけ医機能の実装のために必要な取り組みや医療提供体制のあり方に関する問題意識等について、対面によるインタビュー調査を実施した。

インタビューは原則対面(一部 WEB)で行い、録音した音声データは、外部に委託し逐語録を作成した。逐語録から、作業班において効果的な体制や実践に共通する要素や今後の取組に繋がる論点について整理した応接録を作成し、得られた知見をもとに課題の抽出を行った。

本報告には、インタビュー対象者の同意を得た上ですべての応接録を掲載した。

(調査期間) 令和 5 年 11 月 22 日～令和 6 年 1 月 22 日

(調査事項)

- ① 取り組み・実践の概要(体制・組織・財源等)
- ② 体制構築にあたって課題となったこと、特に医療を超えるネットワーク構築に際して課題となったこととそれをどうやって乗り越えたか
- ③ かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義についての考え方
- ④ 医療提供体制、特に地域医療の体制についての問題意識
- ⑤ かかりつけ医機能の実装のために必要な取り組み(医療側・利用者側・行政側)についての考え方
- ⑥ かかりつけ医機能の実装(制度化)に関する要望

なお、調査票は報告書巻末参考2に示した。

2. 調査結果

2-1. 先進事例(実践組織・実践者)インタビュー

福井県医師会（池端幸彦県医師会長）

2023年11月22日

<コロナ前から確立していた行政との緊密な連携>

コロナ前の地域包括ケアとして、福井県医師会では在宅サポートセンターに取り組んでいた。福井県でこれがうまく運んだ理由としては、県と県医師会のタッグが非常に良かったことが挙げられる。当時は県庁の中で地域包括ケアと介護が断絶することが多かった。そこで、平成27年に、その垣根を取り払って、在宅サポートチーム作ってもらった。それぞれ地域医療課と介護保険を担当する長寿福祉課から職員を出して、同じフロアに島を作り、そこでその人たちと医師会が常に連携を取って進めることをスタートした。これが一番のポイントだ。国も在宅医療・介護連携推進事業を推進していたところ、その流れの中でこういう体制が県庁の中にできた。

当時は県庁の中もぎくしゃくしていて、市町村に至っては全くお互いを知らないという感じで分かれていた。また、医師会と連携することについても、介護保険は介護保険、医療は医療で、それぞれ別の課がカウンターパートだった。そこで、上述したように在宅のためのグループを作り、地域包括ケアと在宅医療を全てここで練って、ここに県医師会が絡んでいくことになった。そしてサポートセンターを医師会の委託事業という形で医師会に置いた。委託事業は、往々にして予算だけ付けて中身は丸投げになることが多いが、Wardサポートセンターには、常に県の職員がそこに入って、ともに議論した。

厚生省は在宅医療と介護の連携体制作りについて、県や市町村に指示をして、補助金も付けたが必ずしもうまくできていなかった。在宅医療・介護連携事業は、最初、医政局で作ったが、医政局の予算が続かず、老健局がそれを引き取った。つまり、老健局の地域支援事業の中でやるという格好に補助金を移した。補助金の出し手が変わると、それを受ける県や基礎自治体では、それが医療ではなくて介護だということで主体が変わってしまう。医療部局ではなく介護部局あるいは福祉部局に補助金が流れることになる。そうすると、例えば、在宅が抜け落ちるということが起こる。

さらに役所の人事は3年ぐらいで替わってしまう。医師会としては、ようやく関係ができて、また一からになってしまうので徒労感がある。そこで、両方を合体させて、そこでずっとやり続けようという話になり、平成27年にサポートセンターが立ち上がった。そこから、エンディングノートや、自治体入退院支援ルールや、フレイル予防等の医療と介護の連携でやらなければならない事業がスタートしていった。これが今も続いている。

我々は、事業はできても予算は取ってこられない。それをこのサポートセンターの中にいる

職員が、これは予算化できるかもしれないと言って提案していく。また、これとは別にケアマネや看護職等の多職種とも協働していかなければならない。そのため、このサポートセンターの中には、薬剤師会、看護協会、ケアマネ協会等からも人を出してもらった。

また県医師会の側でも、私が介護保険担当理事だったが、在宅療養も一緒にやることになっていたし、地域に戻れば県の在宅介護支援専門員協会の会長だった。さらには地域包括ケアセンター協議会の会長と訪問看護推進協議会の会長も兼務していた。

また、地域包括支援センターは、人口 10 万人の越前市に6つある。福井県全体では 40 程度ある。運営は委託がほとんどだ。特に福井市は全てを委託でやってしまったので、ばらばらになってしまった。そこで、まとめる機関が必要だと、我々が盛んに言って、ようやく基幹型を作ってくれた。やはり、基幹型が1つあればあとの委託はやりやすい。全部を医療法人委託にすると、どうしても抱え込んでしまったりする。そういうことがあったので、自然に一体的にやろうということになった。リハ協会もそれに関わってくれている。県庁でこういう体制ができて、医師会がコミットした後は、多職種が集まって体制ができあがっていく過程はスムーズだった。

<地域行政における医療と介護のねじれを下からの積み上げで克服>

その延長でコロナ対応も福井県はうまくいった。行政と医師会、そして多職種の経験値がコロナで生きた。コロナの前にちゃんと体制を作っていた所はコロナでもうまくいっている。福井はその実例だ。在宅医療・介護連携事業を通して連携の作法を体験していたので、コロナという別のシナリオが来ても、それに対応できた。コロナで福井モデルと言われているのは、そういうベースがあったからだ。

ただし、そもそもは、補助金を老健局に移した段階で地方ではねじれが起きてしまった。しかも、医療は基本的に県の体制だが、介護は市町村になる。老健事業になってしまうと、在宅は基本的に市町村が実働部隊だから、市町村と医師会がまったく離れてしまった。

また、具体的な取り組みとしては、福井県版のエンディングノートの作成と、福井県入退院支援ルールがある。これらを作るのに2、3年かかった。まず各地域で、それぞれ多職種が保健所単位で集まり、患者や利用者のアンケートを採るところから始めた。ケアマネや病院団体の地域連携室を交えて、何回も議論して立ち上げていった事業だ。

福井県入退院支援ルールでは、介護保険を持っている人が、急性期病院に入院したらその3日以内に情報を必ず上げることをルール化したものだ。それに対応して、退院するときにも3日以内に返すこともルール化されている。今では 90 パーセント以上達成されている。そのルールを作るのにも、2年程度かけて各医療圏を回って情報を収集し、最終的に県全体でまとめてルール化した。そのため、スタートした時点ですぐにこのルールが稼働した。上から良いものを、良いからやれと言われても、実際にはなかなか動かない。下から、ルール作りそのものにみんながかかると、多少時間はかかるが動くものが作れる。

エンディングノートも入退院支援ルールも県の事業だ。入退院支援については、そこに市町村が保健所単位の医療圏ごとに絡んでくる。エンディングノートはあくまで県が中心だ。入退院支援ルールに関しては、県庁所在地と過疎地域等、地域ごとに状況が違うので市町村

の役割が大きい。

<医療者が主体となったコロナ対応>

コロナ対応は、機動性が重要だった。福井県は3月に第1例が発生して、4月上旬には対人口比で東京よりも多いぐらいに感染者が増えた。入院コーディネートセンターを県庁に置いたが、そこに医師会代表、看護協会代表、急性期病院代表、学識経験者の大学教授、そして担当部局の課長がそこに集まって、それで毎日会議をした。そこに集まった人は、全て決定権を持っている人たちだ。そのため、事案を持ち帰るのではなく、そこで決めることができた。形上は行政権限執行なので、行政の中に置かざるを得なかったが、実態としては、行政だけでは決めようがないことがいっぱいあった。

コロナ本部自体も、県庁の中に集中してスペースを取って各部局を全部集めた。その一角に入院コーディネートセンターができた。この中心はDMATの医師・看護師と事務局であり保健師は一切離れていた。保健師はフィールドに出て、誰と誰が接触した等の情報収集にあっていた。

DMATの医師は急性期の基幹病院の医師だ。当時は、入院は基幹病院だったので、そこと顔の見える連携ができる人が入院コーディネートセンターとして、直接、電話した。保健師に言われても、却って誰も受け取らないまま、医師同士で話をさせた方が早い。これが可能だったのは、従前から行政との連携、多職種との連携のベースがあったからこそだ。我々医療者が入院も司ることに対して、県は抵抗しなかった。また、コロナに関しては知事がそれを英断してくれたので、自由にやれた。もちろんバトルもあったがなんでも言える関係が元からあったこと自体が大事だ。

コロナ用に特別に新しい情報基盤が入ったということはない。福井県のICTはあくまでも病連携、病診連携からスタートしている。さらにそれを在宅に広げる運用がこれから始まるが、普通のタブレット使ってやるものだ。

<医療者をどのように巻き込んでいったか>

行政との連携を進めるときに、1つの体制を先に作ろうと思ってもなかなか難しい。絵はいくらでも描けるが、やっぱり具体的な事業を動かしながらその体制を固めていかなければ実のある経験にならない。エンディングノートをみんな作ることによって、人とのつながりもできるし、課題も見えてくる。

ただし、そういう事業へのかかわり方は、医師や医師会の会員の間でも濃淡がある。非常に興味を持ってやってくれる人と、俺は知らんよという人がいる。よく、2・6・2と言うが、最初の2をいかに動かすかが大事だ。2が動けばそのあとの6が付いてくる。そこからあとは捨ててもいい。

それでも、例えば入退院支援ルールについて郡市医師会がコミットしていると、興味がない人があとから「何これ？」と疑問を呈してきたりする。ルールだと言っても、内心ではうるさいなと思っても、周りがそれで動いていると、そのうちに、ああそういうものかとなじんでくる。大学病院等の急性期病院の医師でも、徐々にそれが当たり前になってくる。そのためには、

各基幹病院の医局会で講演したり、大学で講演したりして普及させる努力を惜しんではいけない。

<福井県の地域医療に元から根付いていたかかりつけ医機能>

県と医師会の関係は、私が医師会に入った頃は悪くはなかったが、その後はそうでもなくなった。しかし、ある時、衛生局の老健事業が始まり、それが転機になって改善した。また、医師会の開業医は、都会と違って、自分の患者を大事にする気持ちが強く、かかりつけ医機能が元から根付いていた。都市部のような9時-5時のビル診は、福井にはまずない。

夜中でも呼ばれれば大急ぎでパジャマから着替えて出ていくとか、一杯飲んでいても風邪薬を出しに行くようなことをやってきた。そういう赤ひげっぼいのが残っていた。傾向としては福井県の中でも福井市内と他は多少違うし、医師個人によっても違いはある。福井市にも、在宅医グループがあり、そこがかなり積極的に関わってくれる。どんな会にも当てはまることだが、嬉々としてリーダーシップを取る人がいることは何より重要だ。

<地域のリーダーとしての医師会の役割>

予算化されていたので、医師会以外に、歯科医師会等からもサポートセンターに参加してもらっていた。しかし、それらは、在宅に関しては形式的な参加にとどまっていた。連絡協議会という外形はあったが、実質的には医師会が動いていた。また事業ごとの連携についても、各事業連絡協議会として年に1回会合があるが、普段はそれぞれの事業をやる中で、ツーカーでやっているので連絡協議会自体が事業を動かしているわけではない。その中でもやはり医師会が動くことが重要で、県がいろいろな絵を描いてくるが、医師会が仕切っていると言うと、みんな協力する。

運営協議会の事務局は医師会から担当を1人つけてその機能を担う。県側も1人つけるので、担当2人で事務局になる。どちらも専従ではないが、それでも医師会が事務局を持てば、どうにか他はついてくる。

これ以外に、私が立ち上げた地域支援部会と基幹病院地域連携ワーキンググループがある。これは各基幹病院の地域連携室を集めたものだ。病病連携や病診連携は、みんな共通の課題を持っている。ここに慢性期や回復期の地域連携室も集まり、お互いに問題提起して、顔の見える連携をしようと思ってやっている。そうやってだんだん裾野が広がったところに、コロナが来た。

<コロナの初期には無力だった既存の地域連携>

しかし、この体制もコロナの初期には全く役に立たなかった。未知の、とんでもないウイルスが来たと、みんなが舞い上がってしまった。その中では築き上げた連携も機能しなかった。医師もみんな逃げた。福井県は2020年3月18日に第1例が出た。それから1週間ではばばっと増え、4月上旬に50人ぐらいになった。今から思えば、たったの50人だ。それでも、確保病床が75床しかなかったので、いっぱいになったらどうしようとても心配した。そのときは、県庁からも全く情報がなかった。県からは4月4日に私に電話があり、宿泊施設で療養する場

所を作りたいと言ってきた。それが最初のコロナの関係の電話だった。「何それ？病院じゃないの？」と聞いたら、「病院はもう、感染症病棟がいっぱいなので。」ということだった。協力依頼の内容としては、そこに療養している感染者が、コロナ以外の病気を発症した時に、かかりつけ医のように診療しに行ってほしいということだった。そして、常駐でなくてもいいから医師を派遣してほしいのと、ゾーニングを手伝ってほしいということだった。そうして、訳も分からず県の宿泊施設に行った。

福井県は、大学病院と県立病院と済生会病院と日赤の4つが基幹病院で、あとは地域に中小病院が散らばっている。当初は日赤と県立病院しかコロナを受けておらず、感染症病棟が溢れそうになっており、もうどうしていいかわからないという状況だった。そこに当時の鈴木康弘医務技監から私に電話がかかってきて「知事から自衛隊の要請が来ているのだが、福井はどうなっているのか？」と聞かれた。

杉本知事は、代わったばかりの知事で、総務省出身だということもあり、自衛隊を要請していた。患者を県外に搬送しなければならないということだった。鈴木医務技監からは、「自衛隊要請について医師会が関わっているのか？」と問われたので、「全く関わっていない。」と説明した。「ではリエゾンを2人送るから、それと調整しながら対処せよ」ということになった。そして、厚労省から来てもらった2人に福井県の状況を見てもらったら、今のやり方ではだめだということになった。もっと病床を空けられるはずだし、それを何とかしなければいけないということで、4月6日の月曜日の午後に、緊急で病院長会議をやった。そこに病院長と事務長と看護部長が集まった。そうすると、そこでかんかんがくがくの議論になった。

うちはもうこれ以上受けられないとか、うちは陰圧室がないから無理だとか、うちは呼吸専門医がないからとか、それぞれができない理由を並べ立てた。しまいには県立病院の看護部長が「これ以上また県立病院で受けろと言われるのであれば、私はもう帰れません。」とか言って泣きだした。その会議の進行は県庁がしていたが、とても県庁ではまとめきれなかった。そこで「じゃあこの辺で。」と言って会議を打ち切ろうとしたので、私が、「ちょっと待ってくれ。今、この議論を結論を得ないままやめたら、もう終わっちゃうから。」と言った。そして、とにかく3日間それぞれで考えて、3日後に再度集まることになった。その時に、できない理由ではなく、必ず何かお土産を持ってきなさいという話をした。私も怒っていたから強引に言った。

そうすると次に集まったときには、みんなちょっと冷静になって、うちは3床空ける、4床空けるという風になっていった。それと同時に、県医師会は何をしてくれるのかと問われたので、「県医師会はPCR検査させていただきます。」と勝手に言ってしまった。そうやって、少しずつ機能分担をしようという流れができていった。ただし、それは県医師会の理事に諮ったわけではなかった。最初、誰がしてくれるのか不安はあったが、副会長は協力してくれるだろうと思っていたので、私と副会長で始めた。そして役員には外科が多かったのが外科医もやってくれるだろうと期待をかけていた。そういう人間たちで役割を引き受けていった。そのうち他の役員にも広がっていった。

<DMAT 医師による入院差配の確立>

しかし、その3日後には、入院が再度溢れてしまった。そこで、厚労省からのリエゾンの職員から「DMATを使う手もある。」と提案を受け、知事もそれに乗った。そうしてDMATが入院

体制を仕切った。DMATの医師が患者を診て、県立病院のあそこが空いているはずだとか、ここは済生会病院にお願いするという形で捌いていった。そのときに、もう一つよかったことは、大学病院の病院長を県医師会の副会長にしていたことだ。その人が気骨のある方で、「うちで1病棟、空けるからみんな入れろ。」と言って、大学病院にキャパシティを確保してくれた。2020年4月の段階で1棟空けたのは英断だったと思う。後で聞くと、中では大変だったということだが、頭が下がる。大学がそこまでやると、みんな空けないわけにいかない。それで病床確保が進んでいった。また、段階的な病床運用にしようというのも、国が言い出す前に県でやっていた。

<発熱外来の広がり>

発熱外来ができたのは、第3波の頃からだ。これも最初はみんな、うちはできないと言って、かかりつけの患者でも診られない、できない、どっか行きなさいと言っていた。それを放置すると、やる所はやるが、やらない所はやらないということになる。これが固定化すると、患者が一部の医療機関の外来に集中してしまう。これはさすがにまずいという認識が広がって、自分たちもやらなければならないという流れができた。特に自分これまで診てきた患者だけは大事にしようということで、自分の患者だけは発熱診療をするという形がどんどん増えていった。

また、医療者のトレーニングが必要ということで、県に立ち上がったPCRセンターに来てもらった。強制ではないものの、そういう経験を通して、こうすればいいのかというのが分かって帰っていくと、ぽちぽちと、あそこでもやってる、こっちでもやってるという形で広がっていった。そういう広がりを見て、うちもそろそろやんなきゃいけないかなとなっていく。発熱外来はそうやって広がっていった。かかりつけ医が自分の患者を大事にするという思いは持っているからこそ一気に広がったともいえる。福井県には530程度の医療機関があるが、470ぐらいが発熱外来をやった。

そのため、かかりつけ医機能が生きてきたのは少し落ち着いてからということになる。最初の頃は全然役に立たなかった。患者は検査に行くのも怖い、私たちもどうしていいか分からない。PPEの着方すら感染管理認定看護師に来てもらうまでまともにできなかった。特に最初はタイベックだったので、着方と脱ぎ方も分からなかった。感染症法体系の下では、陽性が出たら全員入院が原則だったから、やる方は大変だった。しかも、接触者を追いかけて濃厚接触者でも2週間缶詰にしていた。

<コロナに対する在宅診療の広がり>

コロナに対する在宅も、最初はハードルが高かった。特に過疎地は難しかった。発熱外来も、県庁所在地の福井市内が一番多かった。在宅については、福井市がどうしようかと聞いてきて、結局ファストドクターを入れることになった。しかし、ファストドクターが独占的に在宅を請け負うことには反対した。福井市医師会の医師に、ファストドクターは全部入ると言っているがそれでいいかと聞くと、それは困るという。それなら自分たちでちゃんと動きなさいという話をした。KISA2隊の方にも講演にも来てもらった。京都でのKISA2隊の地域での活動につい

て話をしてもらった。KISA2 隊でも本格的には第5波ぐらいから動いたようだ。在宅が増えて、全員入院の建前を実質的に放棄した時期だ。福井県でもずっと全員入院でやっていたが、途中からがらっと変えた。KISA2 隊に指導してもらって、ようやくかかりつけ医機能が生きてきた。

この時期もう1つ問題だったのは、介護施設のクラスターだった。嘱託医の多くが高齢で、クラスターが起こっていてもなかなか自ら対応しようとしない。そのため、我々の方から、そこに職員を派遣する事業を始めた。さらに、在宅をやっていると自信を持てた医師には手を挙げてもらって在宅診療にあたってもらった。ここでももちろん研修会をやった。そうする中で、今までのベースが生きてきた。安全性が確保されて、自分でもできると分かれば、みんな動いてくれる。

<県が入院を仕切ったのは最初の1カ月だけ>

法律上は患者のさばきも含めて保健所がすることになっているのかもしれないが、保健所のオペレーションは最初の1カ月でやめた。その代わりに、県一括で、県庁の中にある入院コーディネートセンターが全部仕切った。保健師は関わっていない。県での一括管理なので、嶺南と呼ばれる県西部から県中央の福江市まで運ぶこともあったが、とにかく全員入院になっていたもので、どうにか病院に收容しようとした。県庁の入院コーディネートセンターと言っても、県庁職員はそこには全くノータッチだ。事務的にはタッチするが、コーディネートは一切しない。実質的なコーディネートは各基幹病院の DMAT の医師がした。第7波にはそれも解散して、あとはお互い病診でやるようになった。それで、何にも問題ない。県が実質的なコーディネートをやったのは、最初の1カ月だけだ。

そのうちだんだん、危険性や重症度が低いことが分かってきたので、慢性期や回復期病棟でも受けるようになってきた。その差配も、医師同士のコミュニケーションでやった。病院長会議を何回か定期的に開催して大枠の方向性を定めて、あとは個別のケースをやり取りした。2回目の病院長会議からは頼まれたので、全部私が司会をした。県の副部長が非常に優秀で、私も地域医療構想でよく知った人だったのでやりやすかった。

ファストドクターの存在は多義的だった。入院しきれなくなったときに、「ファストドクターが来るけどどうする？それでいいの？」、「あとは自分たち考えて。」と地域医師会に言って判断を任せた。福江市医師会内で話があって、自分たちで回そうということで手挙げして、在宅に行く人がちゃんと出てきたし、それで回った。そのときには、もう発熱外来をみんながやっていたから、多少なりともコロナを診た経験を持っていたことが大きい。コロナの患者と言っても、そう大したことない人が多いということを知っていた。

<コロナ診療の通常診療への移行>

コロナの外来診療についても、場所は分けていたが、それ以外はほとんど通常診療として扱えるようになっていた。午前11時から発熱外来、午後4時から発熱外来というのを設けて、普通の通院をやるという体制が、7割以上の医療機関で取れていた。基本的に県からの特別な補助金はなしでこれをやった。年末年始やお盆の時期は、発熱外来を開業医が輪番

制で回した。年末年始の時は県が少し補助をプラスアルファしてくれた。このようにできていたからこそ、そのままスムーズに平時に移行できた。

最も重要なことは、発熱外来を内科系会員の8割以上が実施したことだ。それはかかりつけ機能として当たり前だ。何でも5割を超すと一気に広がる。もちろんそこに到達するまでには、様々な障害があった。ネガティブな声に引っ張られて消極的な姿勢を示す人ももちろんいた。発熱外来研修会やワクチンの研修会等の地道な研修会を細かくやっていくことで、それを変えていった。ワクチンについても、すったもんだした時期があった。福井県では、大規模接種会場よりもかかりつけ医が中心に接種した。大規模接種会場も最初はもちろん用意したし、企業からの要請があった所に医師会が行くこともあった。しかしスタッフを5、6人は集めなければならないので大変だ。むしろ大規模会場を作っても空きが出てきたので、だんだんやらなくなった。それよりも各診療所が少しずつやっていくようになった。接種も医師が行った。東京の状況をテレビで見た限りでは都市部では看護師に打たせているところが多かったようだが。

<感染対策の支援要員の派遣によるクラスター対応>

特養等の施設の対応が大変だった。クラスターが起きても、そこにいる看護師は感染管理の専門知識を持った感染管理認定看護師ではない。しかも看護師の数が少ない。介護職員はPPEの着方も分からない。私は、最初にクラスターになった所に呼ばれて支援に行ったが、一目見て、これは大変だ、支援がないと駄目だと思った。結局、このままでは収束しないだろうということで、県と相談して、そこには専門チームが入って支援した。まず各介護施設に集まってもらって勉強会をやった。また、施設の嘱託医が自分では行きたがらないケースがあった。そのときはこちらから支援要員として看護師と医師の派遣事業を始めた。その派遣について多少の補助金は付いたが、通常の診療の合間を縫って行ってくれる人がいた。

<若い医師に地域医療の経験を>

福井県医師会には約1200人の会員がいて、うち800人は開業医だ。この800人の中から発熱外来に参加したのが7割程度で、往診や応援にまで動いてくれたのは数十人だった。既存の在宅医療の専門の医療機関としては、オレンジグループという大きなところがある。それ以外には、福井市内に往診専門クリニックが2つあるだけだ。そういう中から往診に手を挙げる医師が数十人出たのは評価すべきだろう。

こういう開業医は、午前中は通常の診療をして午後から往診にでるというパターンをとった。これは奇しくも日本医師会が推奨している「午後から地域へ」¹⁾の実践だった。そのような医師会のキャンペーンにも関わらず、在宅医療をやる開業医の数は増えていない。多少、新規参入があっても、高齢でリタイアする方が多い。そのため、うちは小さな病院だが病院で在宅を引き受けざるを得ないケースが増えている。これからは、中小病院が在宅にも入っていかなければならないだろう。

¹⁾「在宅医療 午後から地域へ」日本医師会雑誌 139:特別号(1) 2010

当院では以前から研修医を受け入れている。大学病院や基幹病院に所属している、研修医が地域医療の研修で1カ月来る。今年も5、6人来ています。みんな興味を持ってやってくれる。医師の仕事をしたと思って医師になり、患者に対応する。その姿を見ていると、皆資質としてはそれで十分だ。人が好きであればいい。人が好きでないとさすがにまずい。基本的な資質以上に、風土が大事だ。研修医にはいつも1カ月後にプレゼンしてもらおうが、みんなが言うのは、慢性期や在宅ってどういうことをやっているのかが分からなかったということだ。来てみたら、これだけ患者に近い所で、患者の話を聞いて、患者が何を望んでいるかを聞いて、それを具現化している。その重要性を、みんなが感じていく。そうであるならば、かかりつけ機能を発揮するような風土があれば求められる医師は育っていくはずだ。

私は、そこが遠いようでいて、一番手っ取り早いのではないかと思っている。サブスペの前に、強制的にでも1年間、初期研修が終わったらどこかの地域で働かせればいいのか。今、基幹病院にいる初期研修医でも地域医療に回らないことがある。後期研修でもいいから半年でも回ってもらえば地域医療の何たるかを見ることができる。その中で、地域医療を面白いと感じる医師も増えてくるだろうし、それが地域医療人材の確保につながっていくのではないか。卒前・卒後の教育の中で、もっと実地の地域医療の研修をやるべきだ。いかにかかりつけ医機能の議論をしようとも、若い医師にまで届いていない。そもそも大学や研修病院の指導医が、地域医療のことを全然知らない。そこが問題だ。

<即戦力養成のためのリカレント研修>

ただし、若い学生や研修医を育てると言っても時間がかかる。それと同時に、もう少し上の年代の、これから開業してくる人にどういう研修を提供するのも考えなければならない。開業してすんなりなじんでいく医師も中にはいるが、慢性期の世界に来るとカルチャーショックを受ける医師もいる。そういう医師が学ぶ機会があるといい。

確かにかかりつけ医に要求される資質や能力は言い出せばいっぱい出てくる。しかし、これだけ高齢者が増えてくると、あまり高いハードルを掛けて絞り込むのは問題の解決策にならない。間口を広く取って、希望する人に対してリカレント研修や生涯教育を通じてかかりつけ医になれるように誘導していくことが必要だ。そういう中で、とにかくまずは現場に出てもらうのが一番だ。大学教授が大学を辞めて地域に来ると、「意外に、慢性期でもちゃんと医療やってるのね。」などと言われたりするが、何言ってるんですかと言いたくなる。とは言えずごくギャップがあるのは事実だろうから、とにかく現場に出ただけのが一番ではないか。急性期で仕事してきた医師も、学問的には知識を持っているはずだ。慢性期はこうで、在宅はこうで、介護保険はどうでという話は、それなりにいろんな所から入って来て聞いたことはある。地域医療構想で、患者を地域に返さなければいけないという場面も経験があるだろう。しかし、それでも実体験に勝るものはない。

<地域医療の担い手のマッチングの必要性>

もうすでに地域医療をやりたいという志を持っている人をどう教育するかは、あまり大きな問題ではない。難しいのは、どうやって興味持ってもらうかだ。今の開業医の年齢はすでに高

いのでこの先辞めていく。それを補って余りある人が地域医療に新たに参入してくれないと困る。東京等の都市部のことは分からないが、福井で言えば、在宅や慢性期は、病院も含めて、医師のニーズがまだある。それでも、マッチングができていない。やりたいと思っても、どこに行けばいいのか、今のところ分からない人が多い。こういう潜在的な希望者と地域医療の担い手を求めている地域のニーズがうまくマッチングできる制度があるといい。

在宅でよくある感染症や認知症の診方等は、まずはその場に行ってみて、患者を目の前にして学ぶことが多い。認知症の症状を字面で見ていてもなかなかわからないし、実際にどうい患者を、どこまで自分で抱えて、どこからケアマネに渡すとかといったことは、実践でしか学びようがない。

<地域医療における中小病院を中心とした連携の必要性>

かかりつけ医機能の議論をすると、24 時間対応が無理だから自分は手を挙げられないということをする人がいるが、ソロプラクティスを前提にするからそういう話になる。ソロプラクティスで 24 時間やるのは確かに無理だ。だからグループプラクティスにすればいいという意見もあるが、そんなにすぐに移行できない。そうすると、おのずと連携という話なる。在宅に限らず、病院機能でさえも、連携でなければこれからの医療はうまくいかない。ところが、お山の大将でいたい人が多いのでこれが進まない。もっとお尻に火が付かないとそこは進んでいかないのではないか。

すでに連携方針で動いている所は、すでに患者が減りだして、地域の医療提供体制がオーバースペックになって、そのままでは共倒れになるというところが多い。誰かが調整しなければ座して待つのみになってしまう。その場合、地域の大きな法人が吸収して、系列化していく。あるいは水平連携で診療所が組み合う。うまくいっているところも中にはあるが、うまくいっていないところもある。現状認識が多少違っていたりすると、途端に進まなくなる。

当院は小さな病院で、一応、在宅診療もやっている。本当は地域の診療所と連携して、当院で診ている在宅患者のやり取りをしたいと思うが、声を掛けてもなかなか進まない。患者を取った、取られたということになってしまう警戒心が解けない。そのため、施設とは連携できるが、病診連携が進まない。私にとってもこの連携という部分は簡単ではない。そこで、これからは、複数の医師がいる中小病院が在宅を診て、日中だけの開業医がいればそこと連携するという形がいいのではないか。24 時間 365 日を本当に実現しようとするれば中小病院を軸にしないと無理だろう。在宅診療が伸びないのも仕方がない。

直接院外にもアウトリーチできるような中小病院が各地域包括支援センターに、1つぐらいあればちょうどいい。開業医による在宅をベースにする場合でも、夜間と土日だけはこっちで往診に行くよと、中小病院が言えればいい。そこからさらに急性増悪したら入院させることもできる。

その一方で家族の負担を考えると、ワンストップも大事だ。90 歳、100 歳となってくると、患者の側も大学病院の医療を受けたいとは思っていない。ちゃんと生存できる範囲で治療してもらえればそれでいい。がんが見つかったからと言って、胃を切らないケースもある。

<施設が空くからと言って在宅から無理やり施設に入れるのはナンセンス>

また、福井県では、すでに施設がだんだん空いてきている。昔は在宅で粘って、施設に入れなかったようなケースでも、施設が空いているからどんどん入れてしまえる。ただし、これはリソースの無駄遣いだから施設を維持するために不必要な患者を在宅から無理やり施設に移すのは本末転倒だ。病床でさえ減らすという議論をしているのに、不要な施設を温存するのはナンセンスだ。不要な施設は閉めるべきだ。

<医療知識を持ったケアマネの必要性>

医療に関しては、医療版の看多機みたいな感じで診ていて、自分の許容範囲を超えて自分で診られない状態であれば救急車で高次搬送することになる。しかし、ほとんど高齢者は高度急性期病院での治療を希望していない。したがって、そこは中小病院に任せてしまえばいい。少なくとも、一旦つなぎとしてでも中小病院で引き受ければいい。

在宅の24時間対応については、医師よりも訪問看護師の役割が大きい。訪問介護、小多機、看多機といったものを上手に組み合わせていけばいい。これはケアマネの仕事だ。ところが、そのケアマネがどんどん減っている。介護保険制度ができた当初は、ケアマネには看護職が想定されていたが、報酬設定の組み合わせの帰結として、介護職の上りポストとして定着してしまった。しかし、介護職では医師とスムーズに話ができない。

また、ケアマネの職務内容としても、よろず相談所のようになっているので、忙しいし、めんどろな話がいっぱい持ち込まれる。そうすると、よほど在宅好きな人はともかくとして、看護師はなりたがらない。現状では、ケアマネの9割が介護職だ。最初の頃は、柔整師等でもケアマネになる人が多かったが、医療の知識がないと本当は困る。高齢で、重い併存症もある。要介護4や5と言え、医療ニーズがない人はいない。大きな居宅介護支援事業所なら10人程度のケアマネがいるが、そういう人材を病院の病棟に受け入れて医療の勉強をさせないと、全然、マネジメントが画一化されない。

<患者側のデジタル化の課題>

また、今後の課題としては、遠隔診療やオンラインのテクノロジーの活用がある。しかし、患者の多くが医療DXに付いてこられないという問題がある。医療側がついてきていないという問題もなくはないが、これはまだやれと言え、何とかなるだろう。医師が足りない中でデジタルについてこられない患者にそれでもアプローチしていくには、特定看護師等の他職種が行くか、それも無理ならサ高住等を集めるしかない。地方ではこの手の集住がもう始まっている。高齢者の数は減るが、医療側も減る。その途中経過で、対処法は変わってくるだろう。

また、オンライン問診のようなものも出てきているが、それでも高齢者は、医師の顔を見て、手を握ってという診療を希望することが多い。若い人ならスマホで済ますこともできるかもしれないが、それでも対面診療自体が必要な場面は残るだろう。リフィルが進まないのも、医師に会いに来なくていいというよりも、むしろ来たい人がいっぱいいたからだ。

<受診過多は患者の問題だが、それも改善されつつある>

フリーアクセスの弊害や多受診を問題にする向きもあるが、それは医療者に対して言うのではなく、患者に対して言えばいい。以前はドクターショッピングが問題視されることもあったが、そういう受診はコロナでだいぶ減った。コロナの初期には、医師が患者にちゃんと受診してくださいとお願いしても、怖いからと来なくなった。その後も、患者は行かなくても大丈夫だと考えるようになった。

<かかりつけ医機能における予防・未病のとらえ方>

診療報酬はあくまでも医療行為に対するものだし、保険給付は保険事故が起きたことに対するものだ。そうすると予防は本来別のものだ。それを基本としつつ、予防というプラスアルファが患者にとって価値があるということで、それを全部含めてカバーしてくれるかかりつけ医機能を考えようという形で議論になっている。

予防の部分を保険で給付するのであれば介護保険のように要支援レベルを設定して、そこに点数をつけるしかない。包括は難しいだろう。ちゃんとやっているかどうかをチェックしようがない。下手に予防加算を作っても、意義があいまいになるので結局その制度は長続きしない。とにかく、かかりつけ医機能の報酬は難しい問題だ。ここをあえて制度的に手当てする必要はないのではないか。

今の状態でも、田舎では普通の開業医がかかりつけ医機能のような形でやっている。学校検診等の地域の保健事業もやっている。特定研修生の健診も、予防注射もやっている。医師会の立場の医師と言えば、すでに我々は責任を持って自分の患者と地域を診ている。制度化だと言われても今更の話だ。

変えるべきなのは、都市部の9時-5時のビル診じゃないのか。それと田舎の開業医はやっていることが違う。勤労者の予防は、産業医がいるではないか。それは、健保連が自分たちの組合員と産業医をつないでかかりつけ医機能にしたらい。ただし、そこに費用を固定でつければ、医療財政の負担が大きすぎる。国民一人10万円の人頭払いなら、それだけで12兆円だ。

<既存制度の中でかかりつけ医機能を充実させることは可能>

今の制度のままでも、今日からお願いしさえすれば、かかりつけ医になる。それで十分できるのではないか。コロナでも、健康な人がかかりつけ医だと思って行ったらワクチンを打ってもらえなかったという意見も聞くが、これは果たしてかかりつけ医側だけの問題だろうか。患者側にも考えるべきことがあるのではないか。かかりつけ医というからには、事前に1回ぐらい、健診で異常値が出たときにでも受診して、よろしくお願ひしますという関係が必要なのではないか。

かかりつけ医機能に関して、医師や医療機関の性善説と性悪説を国はどのように考えているのだろうか。私は制度化で縛るのは反対だ。ただし、かかりつけ機能というのはこういうものということも国も我々も国民に広く知らせて、なるべく自分のかかりつけ医を持ちましょうと啓

発すべきだ。それを地道にやっていけば、かかりつけ医機能を担わない医療機関が淘汰されていく。また、患者が選択できるようにかかりつけ医のマッチング制度があればいい。相性もあるので、お見合いのようなことをしないと分からない。私がいつも言うのは「かかりつけ医は自分と馬が合うのが一番。あなたは一目ぼれ派？それともじっくり派？」だ。

自分のかかりつけ医を見つける努力を国民側もするし、医療側もそれに応える。そういう風土作りをしていった方がいい。制度で縛れば、お金は幾ら付くんだという話になるだけだ。

医療機関同士で患者の情報をやり取りすることも重要だ。私も時々、患者に言って聞かせることがある。勝手に他の病院に行くのではなく、なぜ一言言ってくれなかったのかと。私が紹介状を書けば、もっといい返事が返ってくるはずだからと。ただし、これは今の制度でもある程度できる。基幹病院としても患者に対して普段どこか通院している所があるかと聞いて、あると言えばそこに問い合わせればいい。患者に一言聞いて、情報提供をしあえばいい。特に最近では、地域連携室がすごく発達したので、そういうこともやりやすくなった。実際に、大学病院等に救急車で運ばれた患者について、急に辛いと言っているが、どういう薬を飲んでましたか？という問い合わせが来ることも増えた。それをきちんとやらないと、患者からもすぐに敬遠されるようになる。

医療情報基盤としては、福井県ではすでにネットワークができています。病院のカルテが見られる。そのため、病院側がカルテを書く際にすごく緊張すると言っていた。もうすぐ電子カルテを、HAR ファイルで統一する。5年後ぐらいには簡易型の電カルを無償提供する。

難しく制度で縛るよりも、かかりつけ医を持ちましょうというPR だけやればいい。コロナで、かかりつけ医を持つことが大事だという考えは以前よりも広まった。診療報酬の誘導で大きな病院が外来をだいぶ手放すようになってきた。時々私のところにも、症状が安定しているから地域の医療機関で診てもらいなさいと言われて紹介されてくる患者がいる。福井県の基幹病院は4つとも紹介受診重点医療機関になっており、この800点がやはり大きい。

松戸市在宅医療・介護連携推進センター(川越正平市医師会長・在宅医療・介護連携推進センター長)

2023年11月29日

<医療・介護連携のプラットフォームとなった松戸市医師会の会議体>

私が松戸市医師会で在宅ケアの担当理事になったのは2014年度で、そのときから在宅の委員会は月に1回開催してきた。その頃、県の受託事業の関係から、市の歯科医師会と薬剤師会と幣会と一緒に実施するようになったことがきっかけとなり、在宅ケアに関して三師会体制で議論する形ができた。さらに、医師会側から松戸市の担当課に参加をお願いし、出席いただけるようになった。つまり、松戸市の場合、医師会の会議体が主導する形で、地域包括ケアシステムのコアが形成されたということだ。当時は訪問看護の団体がなかったが、市医師会が組織化に向けて後方支援した。団体ができてからは、その委員会に連絡協議会の会長に定例出席するようにしていただいた。ケアマネジャーの組織化も支援し、そこから約5年かけて、医療・介護関係のほぼ全ての職種の団体や事業者団体が出来上がっていった。現在では、全ての職種の団体の代表者が出席する形が整っている。

<地元医師会の支援による医療・介護関係団体の設立>

団体設立について振り返ると、訪問看護の場合は、県医師会の事業として多職種連携の推進に取り組んだものだった。実際には当時市内に約20あった訪問看護ステーションの所長を招集して、医師会向けに事業所の自己紹介のスピーチをしてもらった後、懇親会をした。その会の準備のために、半年前から主だった所長とその会をどう実現させるかという話し合いを進めた。会の内容や、医師会のかかりつけ医に配布する市内の訪問看護事業所に関するハンドブックを作ることを企画した。一緒に考えて作ったアンケートフォーマットに、個々の訪問看護事業所の売り(得意分野、看取り等の実績、訪問可能なエリア等)を各事業所の方に答えていただいた。それらをきれいに印刷してバインダーに挟み、医師会員に1冊ずつ配布した。そうした地道な積み重ねが基盤となり、半年後に正式に訪問看護連絡協議会の設立大会を開催できた。最初の約2年間、私の診療所であるあおぞら診療所で2カ月に1回の役員会を、私が同席する形でサポートした。

団体の立ち上げには事務局機能が重要だ。何に取り組むか、どのように議論を進めるかをフォローアップし続けた。完全に自立的にできるようになってからは、お任せしている。訪問看護以外の医療系の団体については、医師会からお願いして設立を進めていただいた。介護系の場合は、市の介護保険課から促していただいて、意外とトントンと設立できた。とはいえ、団体にもしっかり稼働しているところと、存在してはいるものの活動がプアなところがある。

<医療にとどまらない行政との関係>

松戸市の担当課とは常にやり取りをしている。松戸市は人口50万人の市に1医師会とい

う適度の規模、1対1の関係という条件も幸いしているかもしれない。小さ過ぎても大き過ぎても同じことはできないかもしれない。それから、私自身、医師会の在宅ケア担当理事のあて職として、介護保険運営協議会の会長職を引き継いだ。市の介護保険担当部署とは密接なやりとりや、医師会の担当者として主導的・主体的に議論もさせていただいていた。その経緯もあり、その翌年から地域ケア会議が正式に立ち上がり、その会長にも就いた。介護保険運営協議会と地域ケア会議の両方の会議体の長を医師会の担当理事や医師会会長が担うことが一般的かどうかはわからない。もしかしたら医療ではないという考え方もあるかもしれないが、障害者福祉計画推進協議会という会議体についても、歴代の市医師会会長が担当してきた経緯がある。事務局である担当課とは緊密に連携をとっている。

<医師会員の協力・意識>

松戸市医師会の医師会員数は約400人で、A会員が240人だ。松戸市は、県内の他の自治体に比べて、もともと在宅医療をやっている開業医が多い地域だと思う。2015年度末に地域サポート医の募集をかけた時には、医師会がやることだからよいことだろうという会員からの信頼もあったものと思われ、自分圏域のことなら協力すると賛同下さった開業医が18人もいた。それ以前にも、市から医師会に、主治医がいない患者に主治医意見書を書いてくれる医師を推薦してほしいと話があったときも、圏域ごとに開業医が手を挙げてスムーズに担当医師を推薦することができた経緯があった。会員医師が大変協力的で恵まれた地域だと思っている。また、医師会が会員向けに年に1回の在宅医療に関するアンケート調査を行い、在宅医療をやっている開業医のリストを作成・更新している。これは、主治医がいない住人に在宅医療をお願いする際にも有用であり、ケアマネジャー等の他の職種も閲覧できる。在宅医療をやると答えた医師は50人ほどいる。機能強化型か、在支診か、看取の実績はどうか、専門の診療科は何かなどが掲載されている。我々医師自身にとっても、皮膚科往診など、専門訪問診療に対応して下さる医療機関を探す際に助けになる。医師会としても必要なものなので、年に1回更新している。診療所が約220施設、そのうち110-120施設ぐらいが内科標榜で、そのうち建前上在宅医療をやると回答したところが50施設で、実際やっているところは約40施設、内科標榜の3分の1程度と捉えている。

平成23年に医政局の在宅医療連携拠点事業が全国10カ所でスタートした際、あおぞら診療所がそのうちの1カ所の医療機関として受託した。会員と多職種協働の事例検討会を年に4回して顔の見える関係づくりを進めた。行政もかかりつけ医も参加して取り組みを進めた。

<コロナに対する取り組み>

医師会報に、コロナに対する松戸市医師会の3年間の取り組みの振り返りを記している。会員や市長に報告するために作成したものだ。発熱診療にどうやって皆が尻込みしないで取り組んでいったのか、ワクチン接種をいかにきちんと遂行するのか、在宅患者対応、クラスター対応等、非常に対応が難しかったところについて振り返った。

例えば2020年4月、医師会としてPCR検査センターを市立病院の駐車場に設けた。少な

くとも千葉県では松戸市の取り組みが最初だった。4月1日か2日が初回だったと思う。早いタイミングで、とにかくにも、分からないながらやり始めた。また、医師会としても、発熱診療に取り組んでくれる会員医師が1人でも増えないとどうにもならないだろうという危機感から、診療ガイドを松戸市医師会として独自に作り、会員向けの説明会を複数回開催し、会員の心理ハードルをできるだけ下げる努力を行った。第3波の2020年/2021年の年末年始には、もう少し具体的な診療の仕方や薬の使い方等の説明会を開催した。

市医師会内の協力体制の構築にも取り組んだ。会員には、アンケート調査でどんな診療なら可能かを、3年の間に何度か尋ねている。例えば、検体採取まで可能だとか、オンライン等を用いた診察だけなら可能だとか、対応可能な診療の範囲を聞いた。これらのアンケートをベースに、非対面診療だけできるという開業医が検体採取を必要とした場合には、検体を採取できる医療機関に依頼できるように紐づける仕組みである「診療検査協力機関ネットワーク」を作り上げた。可能な限り、みんなで地域を守る仕組みを提案した結果、40~50がそのネットワークに入った。諸般の事情により、それぞれ対応できる範囲が違うのは仕方がないが、できるところまではやっていただくというスタンスだった。

流行レベルの判定も、市医師会独自で実施した。会員の医療機関に1週間に1回、その週のPCRと抗原検査の実績報告をしていただき、どこの診療所で何件検査をして何件陽性だったかを、2年半ぐらい継続して把握した。県の統計にはタイムラグがあったし、自地域の流行のトレンドをリアルタイムに把握する必要があると考えた。どの医療機関がどのぐらいやってくれているのかが分るのもメリットだった。病院の検査件数が1週間に最大約2000件、診療所の検査件数の合計が約2000件で、病院の発熱外来機能と診療所の発熱外来機能の総計がほぼ1:1だった。このような状況を、研修会のときなどに小出しに地域の開業医にフィードバックした。この狙いは、まだやってない少数派が「自分もやらなきゃな。」と思うようになることだった。県の発熱外来に手挙げしてしまうと、患者が集中してパンクするという危惧もあったため、徐々に広げていくように配慮した。2020年12月に患者が来なかったとしても発熱外来の補助金が付くことになった。しかし、後になってもっと大きな波になった時期があったことを考慮すれば、その時点で患者の来院数を正確に予想できなかったと思う。

当時、患者がオーバーフローして、保健所がさばききれないままに在宅に患者があふれた。特に第6波、第7波のときは、あまりにも自宅療養の方からの相談依頼が多く、市役所にも病院にも開業医にも電話が殺到して電話が鳴りやまない事態になった。そこで、医師会事務局で患者を診療可能な医療機関にマッチングする仕組みを作った。自分の症状等の個人情報を入力して申し込むと、医師会事務局が最寄りの対応可能な機関を紹介するという、本来、保健所がなすべき仕事を医師会として承ったというか勝手にやった。1日に最大50-60件の申し込みがあり、申し込み総数は791件だった。うち自力で受診先を確保できて辞退した患者もあったが(242名)、最終的なマッチング件数は479件にのぼった(87%のマッチングを成就)。これにより松戸市医師会事務局が多なる労を担ってくれた。ホームページ等についての予算は市が付けてくれたが、作業は事務局長と6人の松戸市医師会職員の合計7人で行い、多くの残業も厭わずに取り組んでくれた。

なお、在宅での患者を診るべき状況下に関して話し合うため、保健所長と3市の医師会が集まる意見交換会が3年間に3回開催された。保健所は県の機関であり松戸市を含む3市をカバーしており、松戸市だけを診ているわけではない。そのこともあってか、松戸市に関して

はあまり機能しなかった。その結果、医師会独自の活動が多くなった。保健所は入院させなければならぬ人の受け皿を探すことや、健康観察はやっていたかもしれないが、一番負荷がかかっていたのは救急隊ではないかと思われる。他方、救急隊も病床に空きがなく、県外や自宅から遠方に搬送したケースや、不搬送になったケースも少なからず発生した。

<クラスター発生時の対応と通常診療への影響>

クラスター対応については、我々医師会が直接フロントに立っていたわけではない。感染のセンター機能を担う600床の松戸市立総合医療センターという市立病院が、感染症拠点病院として、県からのクラスター対策の依頼に対応していた。2022年は30回以上も支援するなど、この病院の感染症科が中心に対応してくれた。なお、真面目な施設の嘱託医や地域のかかりつけ医もクラスター対応に当たった。まったく相談に乗らなかった一部の嘱託医の話も確かに耳にしたが、少なくとも私の周辺の医師は皆、かかりつけの患者がコロナになっても診ないなどというのは道義上あり得ないというスタンスだった。他の職種も同様の意識で業務に従事してくれた。このような協力体制のもと、コロナで相当なりソースを取られたものの、通常診療の体制は、結果的には問題なく乗り越えることができた。その分、それぞれの医療機関職員には相当の負荷がかかった形にはなったと思う。

<夜間・時間外を含む在宅療養者への対応>

夜間・時間外の大規模在宅との契約については、冷静に考えた方がいいのではないかと。当時テレビでファストドクターが往診している様子がよく報道されたが、訪問する必要がないように思える場面も多かった。何らかの対応が必要だが行く必要がない場合は、別の方法を考えるべきだ。特に不安への対応は、違った方法があるのではないかと。我々医師会としては、必要なネットワークやマッチングを行うなかで、いったん関わった患者については、療養解除になるまで相談に乗り続けることができるよう体制を構築し、対応し続けた。

一方で、千葉県の方針は最後までよく分からなかった。県からのアンケートは「往診してくれますか?」「往診してくれませんか?」という聞き方でしか来ない。どこまでできるのかを聞いてくれないので、仮にやると名乗り出たら何でもかんでも頼んでくるのではと疑心暗鬼になった会員も多かったと思われる。他方、2021年に、医師会側から、要介護者の方が在宅療養を余儀なくされている状況があるなら、コロナの在宅医療と主治医機能については相談に乗るので、その枠組みを作ってほしいと保健所に提案したが、とうとう返事はなかった。松戸保健所独自には決定権がないということだったのだろう。

<コロナで構築した体制維持について>

松戸市はコロナ前から築いてきた体制の延長線上で、コロナに対応できていた。そのため、特段、平時にこれをどうやって維持するかという問題設定自体が成り立たないかもしれない。各医療機関からの報告によると、発熱診療への参加の比率は徐々に上がっていった。これは、かつて在宅医療に取り組む医療機関が段々増えたときのような状況だった。コロナで発熱診

療取り組む医療機関が増えたのも、何らかの要請があってそれに気概がある開業医が先に応え、そのことによって培ったノウハウを、それぞれの開業医の意気込みが徐々に伝わる形で横展開していった。その時に、郡市医師会というつながりが有効に作用したのかもしれない。もちろん、適切に医療にアクセスできなかった市民も一定数存在したとは思いますが、そのような問題がそれほど顕在化はしなかったのは、地域の関係者の協力のお陰だと思う。

<オンライン診療の活用>

コロナに対して、私の診療所であるあおぞら診療所では検査の検体採取以外はほとんどオンラインで対応した。その方が楽だった。高血圧の定期的な処方を中心の患者等は特にそう。そもそも持病がない人がコロナになった場合、ほぼオンラインで解決する。逆に在宅医療は難しい。我々がやっている在宅医療は、ほぼ99パーセント対面診療だ。要介護4など要介護度が重度になると、基本的にオンラインでバイタルデータを取って、それをチェックすればおしまいというわけにはいかない。医療はバイタルサインが分かればできるというものではない。特に在宅医療や介護においては、「今日は何、食べたの?」とか「おしっこ、うんち出てるの?」など、日常生活の様子や様々な変化を察知して、状態変化を予測し、課題の根本を整えることが肝要だ。むしろその人の生活が分かることの方が重要だ。もともと医師と患者に関係性があればオンラインで確認すれば済むこともあるので、ハイブリッドでの診療は十分あり得ると思うが、オンラインのみでは厳しい。また、少なくとも2023年現在の後期高齢者のリテラシーでは、オンライン診療の実現・普及は、当分実現困難ではないかと思っている。

<会員同士の協力・連携の難しさ>

うちの地域でもいいことづくめではなかった。例えば、2022年はじめの時点で、松戸市内には小児科の医療機関が16あるが、発熱診療に参加したのは半分弱だった。そうすると、診てくれる所に患者が殺到してしまいたちまち悲鳴が上がった。診ないところは、発熱患者の殺到等の影響はあまり受けていない状況だった。診たくないという開業医にも何らかの事情、理由があるわけだが、診ない診療慮に断られて患者が押し寄せてきた側の医師からすると、非常に面白くないと感じたとのことだった。しかし、いざというときに診てくれなかったことが、長い目で見ると後々に響いて来る恐れもある。どの医師が信用できるのか親も学んだはずだ。

さらに、松戸市医師会では交代で出動する夜間小児急病センターを市からの委託を受けて運営しているが、そこでコロナの検査するのかもしれないのかという論争が起こった。それが地域の医療者間の関係の悪化に一層の拍車をかけた。内容というよりもはや感情の問題になってしまった。こんな失礼なことを言われたなどと対立は激化し、非常に寒い雰囲気になってしまった。内科や耳鼻科は、少しずつ皆で診ていこうという風にならないうまくいったのだが、小児科においてはうまくいかなかった。おそらくまだ関係の修復はできてない。未来にも禍根が残りそうだ。

<かかりつけ医に求められる資質・要素>

かかりつけ医に求められる資質をひとことという、地域を1つの病院と考え、患者を中心

に置いて、地域の医療・介護と連携してみんなで支えていく一員であるということだと考えている。ただし、医師会員とお付き合いをされていて感じるのは、特に在宅医療等をあまり早いタイミングで強調しすぎると、在宅医療をやっていない開業医の腰が引けてしまうということが生じる。そこで、糖尿病の地域連携パスのように、誰も文句を言わないものをまずは提案して、それは確かにやった方がいいよねと、多くの賛成を得ていくことが重要だ。発熱診療でもそうだったが、5割を超える医療機関がやるようになったら、誰も周りを見渡して、やる方に認識に変化がしていくものだ。

戦術的な話になるが、かかりつけ医機能強化のためには、最初から在宅医療ばかり前面に出すのは、ハレーションを生み逆効果なのではないかと思っている。自分がたまたま在宅医療をやっていることもあって、医師会長として在宅医療を強調しているよう受け取られないよう留意している。最初は糖尿病をしっかりやりましょう、次に発熱診療も断らないで対応しましょう、かかりつけの患者から依頼されたら、最後まで面倒見ましょうと、一段ずつ要所を突き詰めつつ、薄皮をはがすように深化させていく過程を重視して進めている。いずれ、在宅医療に目を向けてくれる開業医が増えていくことを期待している。

かかりつけ医として医療・介護連携を進めるうえで、認識の差があることも課題だ。例えば2023年12月に地域包括支援センターを利用しようという医師向けの研修会を企画している。地域サポート医として手助けしてくれる開業医がいるお陰で、15か所の地域包括支援センターで地域サポート医が機能していて、貴重な地域の財産となっている。その一方で、「地域包括支援センターって何？」とおっしゃる開業医も少なからずいる。2023年になっても内科を標榜する開業医が社会的処方や地域包括を知らない開業医がいることは、正直残念に思っている。

「未病」への対応も重要な要素ではないか。我々医師の思考回路では、往々にして、高血圧、高脂血症、糖尿病のようなすでに診断された疾患の管理が仕事だと認識してしまう。目の前の患者が骨粗しょう症であることに気付いていなかったり、自分の専門外の領域の問題については、そもそも感知できていないということもしばしば起こる。結果として、気づくべき未病について、誰も診ていないという事態が起こり得る。そうすると、患者が骨折して初めて骨粗しょう症が顕在化することになる。しかし、通常の外来診療だけで、フレイル、筋肉減少、骨粗しょう症等を診られるかという、糖尿病以上に難しいと思う。ただし、在宅医療のノウハウがあれば、要介護になった人を多数診ている経験から、骨折しないために本当は何をすればよかったのか逆算して考えることができるようになる。自分のかかりつけの患者は最後まで面倒を見ようというところに在宅医療の価値がある。未病の気づきは、専門か専門外かという問題ではなく、他の誰でもないかかりつけ医である自分だからこそ気づくことができるものだ。その価値が多くの開業医にもいずれ納得いただけるのではないかとと思っている。

<かかりつけ医機能の第1歩としての糖尿病対策への取り組み>

2024年1月に刊行する松戸市医師会報のあいさつは、糖尿病診療を例に、自分の主治医医療機関が単独で全ての診療を関係するのは難しいということを書いている。その上で、地域医療支援病院とは何かということについても書いた。病院には管理栄養士がいて外来栄養食事指導をしてくれる一方で、かかりつけ医の医療機関には管理栄養士はいないことが多

い。かかりつけ医の診療所で糖尿病の栄養指導をと言っても、3分だか 10 分だかの外来診療の中で、医師が栄養指導をして終わりというスタイルが多い。この患者を病院に紹介して外来栄養食事指導を何度か受けてもらい、再び主治医にも返してもらうような連携を進めていきたい。市内の2つの病院に、外来栄養食事指導の体制や、開業医からの依頼を受けていただけるキャパシティーを聞くと、両病院とも十分に可能と回答している。その状況を会員に知らせるとともに、病院の管理栄養士を活用していただくよう案内した。

2022 年の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定の議論において、特定健診の検査データに沿ったフローチャートについての議論が4年間も行われていた。しかし、この議論には待ったをかけた。かかりつけ医は、検診か診療かと分け隔てせず、双方混ぜこぜで診ている。健診/診療という区分けではなく、問題となる糖尿病の状態にもとづく支援をリスト化する方向で再整理した。そして、特定保健指導ではないが、診療の際に同じような要件に該当する患者には、行政の保健師や管理栄養士が、例えば6カ月間で3回程度の保健指導をするという枠組みを設けていただいた。よりリスクが高い患者やインスリン使っている患者には病院の管理栄養を紹介し、指導してもらうよう層別化してうまく地域の資源を使う方向にした。内科、眼科、歯科との連携も必要だ。松戸市医師会の中でも内科医と眼科医が交流する機会はめったにないので、そういうものを仕掛けていかないといけない。同様に、医師会と歯科医師会でもやらないといけないだろう。国際医療センターの NDP を用いた 441 万人データを解析した論文が出ているが¹、糖尿病治療薬の処方を受けている患者 441 万人のうち眼科受診しているのは 47%だったという。歯周病をコントロールしたら血糖が改良することは広く知られているが、歯科にどれだけの患者を紹介したか、歯科と連携ができているのかというと、さらにお寒い状況なのではないかと思っている。

糖尿病性疾患について、1つの医療機関だけではなく、病院の管理栄養士や場合によっては行政専門職まで、多様な人的資源が必要だ。以前から市内の各病院がかかりつけ患者向けに勉強会や教育入院、糖尿病教室等の様々な取り組みをしているが、今は、かかりつけの患者でなくても他の医療機関の企画に参加することもできる。実施日程・内容等の一覧表もできていて、何月何日にどんなテーマで、どこでやっているかがわかる。とにかく一医療機関だけでは地域のニーズに応えきれないという前提に立って、お互いに助け合うしかない。ただし、今後、高齢者の増加が見込まれる中、医療提供に必要な人的資源には限りがある。簡単ではないかもしれないが、医師にしかできない業務に注力することは大事であり、ある程度のタスクシフトは必要になると思う。問題ない場合は訪問診療の回数を2回から1回に減らす、医師の代わりに訪問看護が出動するなどのメリハリも必要だろう。いろんな手を重ねていくしかない。今後急速に後期高齢者が増えて多疾病によるトラブルも増えていくだろう。いずれにしても、将来の仕事量は増えると思われるので。

¹ https://toranomon.kkr.or.jp/cms/info/files/d8980c620d5f6853fadca5aa086fd41a_1.pdf

社会医療法人祐愛会織田病院(織田正道理事長・全日本病院協会副会長)

2023年12月4日

<「治し支える医療」の担い手>

地域に密着した医療機関として、民間中小病院の役割は地域包括ケアシステムを支える機能が重要だ。そのような病院には、総合診療医(以下、総合医)が中心の診療システムの方が地域との連携は円滑だ。患者の年齢構成として、今後85歳以上の患者が増えてくるので、臓器別専門医(以下、専門医)だけの大病院に連れていくのでは効率が悪く、地域の中小病院でいかに高齢患者を診ていくのかということを考えなければならない。

地域において中小病院の強みは、多職種がいることだ。多職種を使って地域にネットワークを作ることがポイントとなる。当院は、10km圏内およそ10万人の人口を対象としている。当院の病床数は111床で、中病院の中でも小さい方だ。25年前から開放型病院にしており、現在登録医が50名いる。最初に開放型病院の許可を受けた時は登録医が60名いたが、高齢により閉院される診療所があり数が減った。地域の診療所は、子供が医師であったとしても承継されないケースが増えた。隣町の太良町は、以前は1万人以上の人口があり、町立病院と診療所が6ヶ所あったが、今では診療所は1ヶ所のみとなった。

当院には常勤医師が32名いる。看護単位は7対1、平均在院日数は11.8日だ。111床の病床数に対し、新規の入院患者は年間3200人。そのため、病床稼働率は99.3%となり、病床はフル稼働している状況だ。当院の1番の特徴は総合医を中心としていることだ。佐賀大学医学部(旧佐賀医科大学)は、その創設時から、国立大学の中で初めて総合診療部を設けた。これは創設者であり初代学長であった古川哲二先生が、将来を見据えた取り組みであった。当時からジェネラリストを育てていくということが基本にあった。そういう中で、実践教育のフィールドとして、地域にねざした病院を探す必要があった。当時、私は大学にいてその話を聞いていた。私の病院(以下、当院)がある佐賀県鹿島市には公立病院が無い。そこでそれに見合うような病院作りをしたいという思いがあった。そこで、佐賀医大の総合診療部のフィールドとしても当院を活用してもらうように願い出た。その際に、大学からの条件は、毎年の診療統計を詳細に分析しディスクロージャーすることであった。現在、佐賀大学医学部の地域総合診療センターが当院の中に置かれている。おそらく国立大学の中で地域の民間病院をこのように総合医の育成の場としているところはあまりないのではないかと。当然ではあるが、当院は「民間病院であっても社会の公器である」との考えで公益性のある社会医療法人となっている。

当院においては、総合医が診療の中心となっていることで、大学から派遣される専門医の医師にも大きな影響がある。今回の新型コロナに関しても当初総合医が中心となっていたが、総合医の負担が重くなっているのを傍で見ていた他科の医師たちが自発的に「自分らもやるよ」という形で診療科の壁を超え自発的な協力があつた。大学にいれば臓器別の医局であるが、当院に派遣されてくると、すべての診療科が同じ医局にあり、さらに若い医師が多いこともあり、専門医であっても自然とゼネラルマインドが身についていく。総合医とは、基本的

にマインドの問題だ。全身を診ようというマインドがあれば、専門がなんであれ総合医になれると思う。

佐賀県南部医療圏にはもともと人口 20 万人ぐらいであったが、現在は 15 万人程度まで減少している。基幹病院は 399 床の NHO 嬉野医療センターがあり、それに加えて各市町に 200 床未満の救急指定病院がある。これらの中小病院がそれぞれの地域で大きな役割を果たしている。特に 85 歳以上の高齢者救急の受け入れは中小病院が担っている。また、当院は前述の如く開放型病床を有しており登録医は医療圏全体に散らばっている。ただし、年間 120 件以上紹介してくれる登録医は当院から 10km 圏内が多い。

<地域密着型中小病院としての役割>

当院の役割としては、85 歳以上の高齢患者が増えてきたこともあり、外来診療は地域の診療所にできるだけ担っていただくようにしている。その代わりに、24 時間 365 日、在宅からの救急患者は断らないようにしている。なお、当院で手に負えない疾患は大学病院または嬉野医療センターに紹介している。次いで、当院の CT、MRI の共同利用が年間 800 件ぐらいあり、登録医にこれ等の医療機器を使っている。

もう一つの役割は、大学病院や嬉野医療センターで治療が終わった患者の受け入れだ。当院に一時的に入院する患者もいるが、多くは紹介元の登録医に帰すようにしている。

さらに、介護等のサービス事業者からの紹介もある。介護従事者の中には医療のことを全く知らない方もおられるので、当院で勉強会を定期的に行い学びの機会を用意している。それに出席し信頼関係ができた事業者は全面的にバックアップしている。新型コロナでもクラスターが発生した事業所もあったが、その際当院の感染管理認定看護師を派遣し支援した。

<85 歳の壁>

我々の地域で 85 歳以上人口が急増したのは 2012 年だ。85 歳以上人口が急増すると、当然ながら 85 歳以上の救急搬送も増えるし、新規入院患者も増えた。

前述したように、当院の入院患者は、年間で 3200 人程度だ。そのうち 85 歳以上は、15 年ぐらい前までは 1 割にも満たなかった。しかし、今や 3 割に近くになっている。10 年から 15 年の間に、医療の対象者が大きく変わってしまった。それを考えると都会のように戦後に一気に人口が集中した地域はこれから 85 歳以上が増え、今後瞬く間に人口構成が変わることは間違いなく、その対応策は急がなくてはならない。

実際に、国全体のデータをみても、85 歳以上患者の救急搬送が増えている。そのため、85 歳以上人口の問題は、我々の地域だけではなく、全国的なものだ。85 歳以上の難しさは、配偶者も高齢であり利用可能な交通手段の制約が大きいことだ。また、その家族が遠方にいることも多い。さらに、問題になるのは入院した後の退院支援だ。75 歳前後の患者は、退院支援が必要な割合は 1 割から 2 割に過ぎない。しかし、85 歳以上患者では要介護や認知症の割合が高く、退院支援が必要な患者が一気に増える。全国の平均在院日数を機能別に見ると DPC の急性期病棟は 11 日程度だが、回復期が 50 日ぐらいで、慢性期が 200 日ぐらい

だ。このように急性期は病床回転のスピードが他の機能に比べ早く、自ずと在宅へ帰られるケースが増える。産業医大の松田先生のデータでは、脳梗塞や骨折では回復期への転院転棟が多いのに比べ、高齢患者で最も疾患が多い心不全や一般の肺炎、嚥下性肺炎、といった疾患は直接在宅にもどられるケースが多い。

<入院から退院直後まで患者を支える>

そこで当院の取り組みについて紹介する。重要なことは、いかにして在宅に帰すかという取り組みを、入院と同時に始めることだ。ある程度治ってから退院支援を始めるのでは、2~3週間余分に時間がかかる。当院では入院と同時に多職種協働のフラット型チーム(以下、多職種協働)で入退院支援を行い、その情報は共有化できるようにデジタル化し、各部署で同時に見られるようにしている。

次に重要なのが、退院直後の管理だ。入院期間中にどんなにリハビリをしても、栄養状態をよくしても、退院直後の管理ができないと、85歳以上の患者では、またすぐにADLが下がってしまい、再入院ということになる。

この在宅での管理は、メディカルベースキャンプ(以下、MBC)チームが中心である。ここでも患者情報は共有化されるようにICTのシステムを導入している。さらに地域と共に支える一貫として、オンライン診療を進めるとともに介護分野にも連携の輪を広げている。在宅から入院し退院支援を受けた患者の転帰だが、昨年は、1118名が自宅から当院に入院し、自宅に帰ったのは912名と8割以上になる。残りの2割弱は、他院への転院や、施設への転所、また死亡退院である。なお、MBCに関しては詳しく後述する。

<入院直後から始める多職種協働フラット型チームの退院支援>

退院支援は多職種協働で行う。医師の指示の下に動くピラミッド型チーム(以下、ピラミッド型)では円滑な退院支援は難しい。医療はそもそもチームで提供するものだし、医師だけでできるものではない。特に近年は医師も業務が増え多忙である。医療技術の習得、抗癌剤や新薬さらには後発品を含め多種目薬剤の把握、増え続ける記録類の処理、患者高齢化に伴うリスク増加等である。よって医師が2週間足らずの入院期間で退院後のことまで対応することは難しい。よって医師に任せるだけでは退院後のケアの継続が望めない。また、ケアマネジャー(以下、CM)も多忙な医師に直接連絡が取り難い。よって「治し支える時代」においては、入院当初から多職種協働で退院支援をすすめ、適切なタイミングで、CMと連携をとることが重要である。それらを進めるためには、多職種が病棟に専従することである。薬剤師も管理栄養士も、薬局や栄養士室ではなく、病棟にいてもらう。タスクシェア、タスクシフトとして様々な取り組みが各地で行われているが、どういうルールでやるかというよりも、病棟にいて多職種が互いに顔の見える関係を作ることが重要だ。それができない限り、タスクシェアもタスクシフトも難しい。高知県の近森病院が高度急性期でこの多職種協働でやっていたのを参考にして、当院は入退院支援を多職種協働ですすめている。

多職種協働においては、病棟にメディカルソーシャルワーカー(以下、MSW)も専従しているのでCMは連携が取りやすい。ピラミッド型の時は、医師は忙しくて病棟にいる時間が少な

く連絡が取り難かった。しかし、多職種協働によりCMは、医師以外の専門職との連絡で知りたい情報を把握できるようになった。なお、当院では、職種別にユニフォームの色を変えて、患者や院外の者にもわかりやすいようにしている。

さらに、病棟内においても、異なる職種間で知識を共有することで、職種の壁を超え患者情報を得ることができるようになり、より有機的な補完関係が出来上がった。以前は、PHSで「〇〇はどうだろうか」と相談していたが、今は目の前にいるので、「この患者さんこうだけどどうしたらいいだろう」と対面で相談して、すぐに対応できる。また医師にとっても退院調整等の業務から開放され働き方改革が進む中、業務改革としても効果的である。

さて、職種を問わず、患者の状態を把握するためにはフィジカルアセスメント教育は重要である。また、多職種が一緒に回診することで従来と違う視点で患者を把握することができるようになる。例えば管理栄養士も、実際に褥瘡回診で褥瘡の状態を実際に見ることで、肌感覚で栄養状態をつかむことができるようになる。そして、病棟にすることで、患者本人だけでなく患者家族とも顔を合わせられる機会も増えた。さらに、異なる職種で知識を共有することもできる。指示を出すのはあくまでも医師だが、医師に対して栄養量やタンパク量の負荷の提案をするようになる。医師も提案を受けて指示を変更する。多職種が病棟にすることで様々な情報が医師に入ってくる。また、これまで受け身だった専門職の行動が、提案したり積極的にコミュニケーションをとったりする能動的なものに変わった。

入院したら最初の1週間で、問題点の洗い出しのためにスクリーニングをする。退院支援担当のリエゾンナースがこのスクリーニングを担う。1次、2次、3次のスクリーニングを行い、これらによって退院支援を受ける対象者を決定する。その後治療と並行して、チームアプローチで退院支援を行う。最も重要なことは退院後もケアの継続を図ることだ。ケアを継続させるためには、多職種が患者に寄り添い、職種の壁をできるだけ除いて、それぞれの知識をフルに発揮できるようにしていくことが重要となる。

<退院支援のための ICT、スマートベッド、人材育成>

そして ICT によって作業を効率化することが重要だ。患者情報を一元化・共有化するためにはもちろん電子カルテが基本だ。ただし、電子カルテには、膨大な量の情報があるため、そのままでは活用しづらい、そこで入院支援のデータベースを作り、そこに退院支援に必要な情報だけを抽出し、それを見れば比較的簡単に情報が得られるようにしている。また、スクリーニング時の電子カルテ入力ではできるだけ現場の負担をかけないように、チェック方式やプルダウンにし、それが時系列で出てくるようにしている。それによって、入院前の状況、入院時の状況、1次から3次スクリーニングの状況等を比較しながら退院支援に役立てる。また、電子カルテのデスクトップのクラウド化も行っている。その理由は、多様なデバイスを活用でき在宅にも電子カルテを持ち込めるというメリットがあるからだ。患者情報は仮想化されているため情報が抜き取られることはない。このほか、現場の負担を軽くするため、RPA(Robotic Process Automation)の導入や、バイタルの記録を迅速に出来るように、体温計、血圧計、血糖測定などが Bluetooth 活用によりベッドサイドの受信機から直接電子カルテに入力できるようになっている。現在、スマートベット(眠りスキャン)は病院や介護施設で活用されているケースが多い。これを導入したことによって、当院の夜勤の看護師の休憩時間が長時間取れる

ようになった。導入前と導入後で比較すると、導入前は休憩が30分未満しか取れない割合が多かったが、導入後激減し、現在、夜勤者のほとんどが休息时间90分取れるようになった。

看護師の特定行為研修を2017年に開始した。我々が重視しているのは、在宅・慢性期領域だ。現在までに、在宅・慢性期領域は11名が特定行為研修を修了している。この人材を病棟と訪問看護ステーションに配置している。あくまでも医師の手順書により動くが、こういう人材が在宅部門にいと医師も安心だ。

<退院直後の在宅医療を支援する“MBC”>

入院からのケアの継続を図るために、MBCとして様々な見守りの仕組みに取り組んできた。特に、退院直後の2週間をいかに診ていくかという課題に対して、MBCがフォローすることにした。MBCを受ける対象患者は、主に特別訪問看護指示書(退院直後の2週間)、ターミナル、難病(パーキンソン等)、HOT等の特別管理加算患者等の在宅医療支援が必要な患者である。また、85歳以上の患者は、介護保険の認定を受けている割合が5割近くおり、介護保険を使うケースも多い。

・MBCの遠隔見守り

MBCが所属する連携センターは、病棟と同じように各専門職が職種の壁を取り除いている。多職種が一緒の場所にいることで、常に顔が見える関係ができる。なお、退院直後の在宅患者において夜間・深夜帯も含めて業務が多いのが、安否確認、服薬確認、見守りの3業務であり、これに対して毎回訪問せずに済むようにICTを活用した。ただし、診療報酬での請求は行っていない。このICTでの“お声がけ機能”は、高齢者の場合、自宅のテレビが使い慣れているためテレビを活用した。ただし、ルーターなど装置をつけるのに手がかかる上、高額であったため、新型コロナ感染拡大後はスマートフォンに切り替えている。退院後2週間が経過すると多くの患者は高齢であっても日常生活に戻れるようになる例が多く、そのまま在宅というよりも、通院や通所に移行する患者が多い。

我々は様々な在宅患者の見守り装置を導入している。例えば熱中症の多くが屋内で起こっているため、患者の自宅に温度センサーを取り付け室温管理も行う。また、スマートベッドのセンサーを自宅ベッドに取り付け、VPN(Virtual Private Network)を介して情報を連携センターのモニターに送り、睡眠状態や呼吸、心拍もリアルタイムで把握できるようにした。これまで病棟使用だったものを在宅に持ち込んだ。これまでもバイタル把握などにスマートウォッチなどの試みをしてきたが、充電の際に取り外すため継続した管理には向かなかった。そこでスマートベッドを使ってはどうかということになった。また、新型コロナ禍において、終末期の患者を在宅で看取る例が増えた。なぜなら、入院すると厳重な面会制限があったために、患者家族が在宅での看取りを希望されるケースが増えたことが要因だ。このような患者は在宅でのスマートベッド導入により、病院側でも患者のバイタルが把握可能となった。例えばこの患者は、退院直後の呼吸状態はほぼ正常だったが、それが徐々に除呼吸になってきているということもリアルタイムでわかる。また、散布図で見ることできる。このようなICT機器を使う

と、心肺停止の状況まで、病院にいながらも把握できる。こういったモニタリングをしながら、必要に応じて訪問看護師や医師が訪問することで、効率よく在宅医療が提供できるようになった。家族からも、このような見守りが病院側で行われていることで安心との声も多い。このようなデータをMBCのスタッフは共有することになる。

<当院におけるオンライン診療の経緯>

通信情報機器での診療が、医師法に抵触しなくなったのが1997年だ。そこで1999年に在宅患者を見守ることを目的に遠隔診療を開始した。それは介護保険制度は介護を必要とする状態になっても、できるだけ従来の生活が続けられるように社会全体で支えることを目的としていたためでそれに対応できるようにするためだった。その頃は今のようインターネットがなく電話回線のISDN(統合デジタル通信網)を使った。やり始めてみると、当時の情報基盤でも十分に効果を実感することができ、在宅医療に適していると感じた。

ただし、通信技術の問題で、当時としては回線負荷がかかりすぎたし、画像の質も悪かった。そして何より、導入費用が高額だった。当時は、診療報酬の対象ではなかったの、それをすべて当院の持ち出しでやった。なお、当時は地域の診療所も在宅をやられなかったの、こういうものを導入してでも、なんとか患者を安心して在宅に帰せるようにとの思いだった。今でこそ、地域の診療所も在宅をされるが、当時は「在宅医療が必要になった患者は病院側で診てくれ」というようなことが多かった。その後、インターネットの進歩は著しく、今はスマートフォン(以下、スマホ)で遠隔診療が行えるようになった。しかも、様々なアプリケーションが出来、予約から診療、処方、決済までできるようになった。ただし、多くの高齢者本人はスマホを扱いきれないので、あくまでも家族の付添いが必要だ。また、家族が一緒であればバイタルデータも送ることができ非常に便利だ。さらに、画像も鮮明になってきており、患者の顔の表情まで分かる。医師側も遠隔診療に比較的スムーズに取り組めるようになった。褥瘡の状態も遠隔診療で、訪問看護師が側にいれば処置の指示することもできる。特に寝たきりの患者においては、来院したり、医師が訪問したりしなくても十分対応できる。現在当院のオンライン診療患者を年齢別で見ると80代以上が3割近くいる。これ等の患者は、付添う家族が病院まで連れて行くのは半日ばかりで大変だとのことでオンライン診療を希望される。満足度調査でも評価は高い。ただし、当院では患者や家族と信頼関係のない初診患者にはオンライン診療は行っていない。家族関係等の患者背景や情報も分からないでオンライン診療は慎重でなければならない。

・院内においてオンライン診療を推進するために

医師がオンライン診療を行う際、ドクタークラークが傍にいて医師のサポート体制をとり円滑に進むようにしている。診療は想定した時間通り進まないことも多い。特にオンライン診療の場合、時間調節や予約などを医師一人でやると煩雑で患者一人にかかる時間も長くなる。そこで、負担軽減のためにドクタークラークがサポートに付くことで、医師もストレスなくオンライン診療が行えるようになった。現在、7診療科25名の医師がオンライン診療を行っている。

<新型コロナウイルス感染症(以下、新型コロナ)への対応>

・新型コロナ発生初期

当院は、2020年の国内発生直後に佐賀県が新型コロナ対応のため独自に新設した「特定二次救急医療機関」に指定された。新型コロナ患者は大学病院はじめ公立・公的病院が受け入れ、それ以外の二次救急を可能な限り当院が受け入れるという役割分担だ。この要請を受けたのが2020年4月のことだ。この要請により新型コロナ対応での当院の役割が明確になった。実際に発生初期、当院ではPCR検査がすぐにはできなかったため、新型コロナ患者やその疑い患者が当院を受診しても対応できない状況だった。そこで新型コロナ以外の二次救急受け入れを強化した。新型コロナにおいては、当医療圏では、NHO 嬉野医療センターが受け入れを開始した。

・発熱外来、PCR検査、AI問診、ICT活用、ワクチン接種、クラスター対策

2020年11月PCR検査も可能になると共に、協力医療機関になった。発熱外来においては、AI問診を取り入れた。PCR検査ができるようになると、協力医療機関としての負担は軽くなった。さらに、佐賀市内にあるホテル等の新型コロナ受入れ施設のオンライン診療を担当した。

新型コロナによってICT活用が一気に進んだ。診療においては、対面を避けるためにオンライン診療が増え、発熱外来においては、ICTの活用が本格化した。入院は新型コロナ病棟にICT機器を設置しフルに活用して対応した。

ワクチン接種が2021年に始まってから、当院では、日曜、祝祭日を含め積極的に市民への接種を行った。その後、後方支援医療機関となってからは、本格的にコロナ患者の入院を受け入れた。さらに、自宅療養のオンラインやクラスター施設に対する感染管理認定感染看護師の派遣も行った。クラスター発生は特養と、規模の小さい在老所が多かった。

・入院受け入れとオミクロン株、在宅フォロー

2022年になると、当院は、重点医療機関として20床の受け入れ態勢を整えた。我々にとって幸運だったのは、デルタ株までは致死率がかなり高かったが、オミクロン株ではそれが低下したことだ。また、この頃になると治療薬も使えた。さらに受け入れ医療機関の裾野が広がり、多くの医療機関が受け入れを始めた。そのことによって、個別の医療機関の負担が軽減された。

新型コロナの入院受け入れ総数は619名で、2022年度が特に多かった。これはオミクロン株による高齢者の感染が多かったことを反映している。この頃になると、高齢者は公的病院等の基幹病院に送るのではなく、なるだけ地域の医療機関で診ていくことになった。時に高齢患者の死亡例もあったが、遠くの医療機関に運ぶよりも、できるだけ当院で診るという方針で臨んだ。なお、PCR検査は発熱外来及び入院を含めて1万6000件に上った。ピーク時は、土日もフル回転で対応した。高齢者を地域の医療機関で診るようになり、自宅療養への移行が円滑になった。当院では自宅療養に際しての訪問看護も担当した。

・新型コロナの実績

オンライン診療の実績としては、コロナの宿泊施設のオンライン診療が91件で、新型コロナ以外の一般患者のオンライン診療が7000件だった。中には、病院に来るのが怖いのでオンライン診療を希望する患者が多かった。今はまた通院も増えてきているが、感染拡大時は若い人でもオンラインを希望する患者が多かった。もっとも、前述したように、新患は基本的にオンラインは行わなかった。その他、ワクチン接種が2万回、クラスター施設へのスタッフ派遣が24施設だった。

・新型コロナによるICTリテラシーの向上

パルスオキシメーター等の在宅での活用については、遠隔診療開始時から行っていたが、一般にその活用が浸透したのは、やはり新型コロナを経てのことだ。医療現場でのICTの活用については、医療側の働きかけも必要だが、それにもましてサービスを受ける側のリテラシーが必要になる。高齢者においても、その周囲にそれを支える家族がいて初めて使えるようになる。新型コロナの経験を通して、ICTの利便性に多くの人に触れ、全体的なリテラシーが上がった。それまでは、健康管理のためだといっても全く興味を示さなかった人が多かった。スマホがあればいろんなことができるということに多くの人気がついた。それは大きな変化のチャンスになっている。今後は、様々なウェアラブル端末が出てくるだろうし、逆に患者側から「病院がなんでできないの」と問われるはずだ。しかしこのことは、新しい状況をもたらす可能性がある。それは患者のリテラシーの二極化だ。すでに、Apple Watchで自分の心電図を見る人も増えている。そうすると、患者側のリテラシーのばらつきの幅が非常に大きくなる。ICTを使い慣れた人とすべて医師任せという人との二極化が進む。

・佐賀県でのコロナ対応がうまくいった要因

新型コロナに話を戻すと、都会では患者数が病院の収容人数を大幅に超えたこともあったが、佐賀県はその問題は比較的小さかった。県の総人口が80万人程度であり、大学病院と県医療センターが地理的に県の中心部にありアクセスが良好だ。重症の患者はそこに集中させ、あとは地域に分散させた。オーバーフローし始めたのは、オミクロン株に置き換わってからの第7波、第8波だ。その時には、重点医療機関も増え、また在宅での対応が可能になっていた。オミクロン株になる前の段階を凌いだのは、前述したように新型コロナの医療機関と、二次救急を引き受ける医療機関を区分して役割分担を明確にしたことも大きい。県知事が総務省にいた頃に、他県で感染対策の経験をしていたことで、そういう知識を持っていたからではないかと思う。コロナが始まって直ちに県庁に「プロジェクトM」という対策チームを結成され、有機的に対応可能な仕組みを作った。そのチームリーダーとして佐賀大学救急部の阪本雄一郎教授が指名された。そして発生後間もない2020年4月の段階で新型コロナ対応病院や特定二次救急病院などの役割分担が行われた。なお、このような役割分担が比較的スムーズに行えたもう1つの要因として、佐賀県は元々医療機関同士の役割分担、連携が上手くいき地域医療構想が進んでいたことが挙げられる。三次の救命救急センターは前述した大学

病院と県医療センターが担当し、当医療圏内の基幹病院として嬉野医療センターがあり平時から連携が円滑であった。当院は周辺市町も含めた二次医療機関としての役割を担っている。中でも高齢者救急が圧倒的に増えてきているが、そのような患者は当院のような地域に根差した二次医療機関が受ける。そのような役割分担が、新型コロナ以前から確立していた。

<高齢者救急における中小病院の役割>

当院の医療設備としてはそれほど重装備にしているわけではない。検査機器としてCT、MRIはあるが、それ以上の高額医療機器は置いていない。高齢者救急は重症患者もいるし、人手もかかるが、地域に密着した医療機関の役割として、積極的に受け入れている。それは地域や在宅ネットワークと顔の見える関係があり、連携や移行がスムーズなことが挙げられる。これからの地域医療には、当院のような地域に根差した二次救急の役割が大きくなるのではないだろうか。

国立社会保障・人口問題研究所による将来推計人口では、2035年には、85歳以上の人口が一千万人を超える。85歳以上の高齢者は複数の疾患を抱えると共に要介護・認知症の割合が5割を超えてくる。そのような時代に必要なのは地域に密着した二次救急病院であることは間違いない。今後、救命救急センターなど高度医療の三次救急は集約化されていくべきだ。しかし、高齢者救急ははじめ二次救急の役割が大きくなるのは間違いなく、そのような病院は、各地域に分散してあることが重要だ。入退院を繰り返す85歳以上の患者が増える時代にあって、入院はできるだけ自分の住んでいる地域にあり、在宅や介護との円滑な連携が取れる体制構築が必要であることは論を俟たない。

現在、全国調査で三次救急病院の救急搬送件数の年間平均が5000人から1万人になっている。これを是正するためには、地域の二次救急の重要性を国が認識し支援することだ。

・佐賀県医療機関情報・救急医療情報システム「99さがネット」

佐賀県には、「99さがネット」というシステムがあり、県内の救急搬送の状況、各医療機関の応需状況や搬送実績などリアルタイムで詳細に分かり、搬送実績モニターでは、各病院が、何時にどのような救急患者を受け入れたか、その患者の年齢、性別、緊急度などが分かるようになっている。また、各病院の受け入れ不可の状況も分かり、不可の理由なども見える化されている。例えば当院のある鹿島市で救急が発生しているにもかかわらず、別の地区に運んだということも見える。これにより、当院でも救急受け入れを現場任せにしないで、このシステムを使い、救急を断っている場合、不可になった理由などを確認し、それを分析している。これは救急体制のあり方を見直すのに非常に役に立つ。

・中小病院の役割と機能

前述したように85歳以上の患者が増加する時代、地域における中小病院の役割は大きい。病床規模は小さくとも、複数の医師がおり、看護師はじめ多くの専門職がおり多職種協働

の有機的組織として柔軟に対応できるからである。

外来診療においては、比較的遠隔から通院している85歳以上の高齢患者は外来通院が困難になるケースが増えている。そのような高齢患者は、近隣の診療所に逆紹介し、二人主治医性を取っている。その際に、紹介先の先生や、患者家族にも、緊急時は何時でも当院で受け入れることを確約する。そのためには信頼関係が必要だ。当院は111床の病院ではあるが30名以上の常勤医師がいること、そして総合診療医が対応の中核を担っているため診療のウイングが広い。しかし、全国の中小病院の中には医師10人程度でやっている病院も多い。このような病院は、二次救急も、新型コロナ入院も、発熱外来も、ワクチン接種も、すべて行うという訳にはいかないが、地域の他の医療機関と連携し役割分担することで、それらの責務を果たすことが可能である。

・開放型病床では共同指導料はあまり算定されず

また、当院は、民間病院でありながら開放型病床を持っているが、共同指導料はほとんど算定していない。地域の開放型病床の登録医が、入院患者を回診に来られても、共同指導料は請求しようとされない。診療報酬上は登録医が請求しないと発生しない。ただし、紹介した登録医が回診にすれば患者は大変喜ぶし、退院後も円滑に登録医に返すことができるというメリットがある。登録医の回診は診療報酬が目的ではなく患者との信頼関係維持を重視しているということだ。

・当院の収益構造

入院部門が収益の7割程度を占めているので、病床利用率85%~87%が損益分岐点だ。そのため、病床はフルに回転にしなければならない。以前は入院と外来の収益割合は同程度であったが、現在は逆紹介を積極的に行い外来の割合が減少している。

ただし、当院は紹介受診重点医療機関にはなっていない。それは200床未満であるため診療報酬上のメリットがないことと、当院周囲に住む患者のかかりつけ医機能も重要な責務であると考えているからである。

・法人を超えた情報連携のハードル

2014年から佐賀県診療情報地域連携システムができ医療情報を開示する病院が15医療機関あり当院もその一つである。また、閲覧だけの医療機関は417医療機関あり医療機関同士の医療情報のやり取りはかなり進んでいる。

ただし、介護サービス等との情報連携は進んでいない。法人内ではデジタル化した情報基盤があるが、それ以外のところは紙ベースでの共有にとどまっている。それは近隣の介護サービスの多くでデジタル化が遅れているのも一因である。

・介護予防、未病対策

地域に対する保健・予防分野の活動として「いつまでも元気で活躍できるエイジレス社会をめざし、生活習慣病の予防・改善、さらにロコモティブシンドロームの予防に継続的に取り組む」を、当法人の保健・予防分野の実践目標としている。当院健康管理センターが中心となり、一般市民向けに健康をテーマとする「市民公開講座」を恒例化(毎月)、さらに地域の中小企業や地域公民館に出向いて、生活習慣病予備軍、生活習慣病患者に対するサポート、生活習慣病の知識の習得などの活動を積極的に行っている。また、ロコモティブシンドロームやフレイルなど、介護分野との連携も推進し、疾病予防・介護予防等を中心に、ウォーキング教室や健康に関する総合的な啓発活動を行っている。これらの活動の中で人気があるのが、当法人の職員で結成された「ゆうあい一座」(佐賀にわか劇団)である。各地の施設、病院、学校などで年 30 回に亘る公演活動をしており、健康問題以外にも「振り込め詐欺予防」など社会問題もテーマにするなど、各地域の老人クラブからの公演依頼が多い。

ドック・健診活動も多岐にわたり、人間ドック、専門ドック(脳・肺・乳腺ドック)、2次検診へ積極的に取り組み、雇用時検診、企業健診、海外派遣時の健診、および行政と協力した特定健診保健指導・移動健診(公民館にて特定健診施行)なども積極的に行っている。

・医療介護連携

法人として介護分野にもウイングを広げている。特に認知症高齢者や要介護高齢者が、介護度が重くなっても対応できるように、介護老人保健施設や地域密着型サービスを中心として、介護予防から重度要介護までのあらゆる介護レベルに対応可能な施設群を揃えたエリアである「ゆうあいビレッジ」建設に取り組んできた。また、行政との連携を円滑にするために市が運営する地域包括支援センターに当法人のケアマネジャーを出向させている。さて、「ゆうあいビレッジ」は、当院から距離にして2km、車で5分の場所にある。総面積は8,000坪。その中に介護老人保健施設(80床)を中心に、グループホーム3棟(27床)、特定施設(27床)、小規模多機能(定員29名)、サテライト小規模多機能(定員19名)、デイケア(50名×2ヶ所)、フィットネス(20名)、居宅介護支援事業所など、介護予防から重度要介護までの対応を体系的に整備し、あらゆる生活支援機能を可能としている。また、地域の交通の利便性を加味して市内全体を7つに区割りし、その区画道路沿いに他法人とも協力して7ヶ所の認知症対応デイサービスを設けている。これは、認知症高齢者が退院後も生活の場である自宅の近くで安心して介護サービスを受けることができるようにしたものである。このデイサービスは医療との円滑な連携も視野に入れており認知症患者や家族を支える役割は大きく、地域の認知症カフェ的な役割もしている。

<かかりつけ医機能報告制がもたらす見える化というメリット>

かかりつけ医機能に関しては、報告制度が新しくできるが、これによって各医療機関がどのような機能を担うのかがオープンになる。例えば在宅医療、休日夜間の対応、介護サービスとの連携などを公表した上で、それぞれの地域での具体的な課題を考えることができるようになるだろう。さらに近隣の医療圏、自治体と比較することで、「隣の町はこんな取り組みが行

われている」とか、「隣の町は医療機関同士が協力して夜間対応できるようになった」など近隣市町の取り組みや経験を学ぶことができるようになる。かかりつけ医機能は、基本的には自治体単位で考えるべきものだが、情報が見えるか化されることで、その取り組みの議論がしやすくなるのではないかと。

医療機関がそれぞれ個々に行動するよりも、かかりつけ医機能は自治体単位の面連携で考えた方がいい。それは二次医療圏よりもさらに小さな単位だから、医師同士も日常的に顔を合わせる機会が多いはずだ。かかりつけ医機能の見える化を通して、さらに連携や役割分担が進むことが期待される。報告のあり方はいま議論されているところではあるが、そういう報告された情報をどのように活用するかが、今後問われる。

<地方における人材確保の困難>

地方は、労働人口の減少が顕著になっており、医療・介護分野での人材確保が切実な問題となっている。九州では医師会立看護学校は定員割れが常習化しており、5年後、10年後を見据えるとさらに厳しい状況になることが予測される。地域によっては、すでに人材不足のために病棟削減や閉院を余儀なくされる状況が生まれている。

<改正感染症法と今後の感染症リスク>

2024年4月1日に改正感染症法が施行され、新たに協定締結医療機関が創設される。医療機関は、県からの依頼があればその協定を結ぶかどうかの交渉自体には応じなければならない。そうすると、民間病院であっても、実質的に協定を結ぶ可能性がある。その時に、十分な補償がないまま、民間病院に過度な負担がかからないようにしなければならない。今回の新型コロナでは、当院が入院を担うことになったのはオミクロン株以降だった。しかし、ヨーロッパのように発生初期の段階で大規模な流行になった場合、医療人にも多数の死傷者が出ることも考えられる。その場合に、民間病院が新興感染症診療の前線に立つことになるとしても、民間病院に適応されるのは労務災害であり、公務災害ではない。公務災害の場合には、補償以外に遺族特別援護金などがあるが、労災では不十分だ。民間病院も公務員並みにしないと、スタッフに「感染リスクの高い診療の前面に立て」とは言えない。

これから起こる新興感染症の予測はつかないが、グローバルの流れはこれからも続くので、そういったリスクも織り込んで、我々病院経営者は自院の立ち位置を考えていかなければならない時代だと考える。

2023年12月6日

<当院におけるコロナ前の診療体制～感染症の診療は当たり前>

当院は、地域医療での戦いが、生活習慣病ではなく感染症だった時代からずっと医療をやっている。そのため、感染症対策は、かかりつけ医の一番重要な使命だと理解している。コロナ前には、例えばインフルエンザが大流行した時には、当院では抗原検査による当時の診療をかなりたくさん行い、タミフルの処方発行枚は三次救急がある新潟市民病院を超えるほどだった。大体インフルエンザ A 型が 11 月末頃から流行し始め、年が明けて3月頃から新学期始以降にかけてインフルエンザ B 型のピークがやってくる。インフルエンザでも肺炎になることがあるが、軽い肺炎についても在宅で診ていた。ラピアクタ等のインフルエンザの点滴薬も使用した。残念ながらインフルエンザの肺炎で看取った患者も、実際にいた。私どもにとって感染症の診療を行うことは、外来でも在宅でも極めて自然なことだ。これまでのインフルエンザ等の感染症に日常的に取り組んできたことが、結果的にはコロナの備えになったと思う。コロナ発生時点で、当院は PPE が予め準備できていた。防護服もあった。防護服、手袋、マスク、全て準備できていた。

ただし、職員の安全確保の必要性から PPE をさらに買い足そうとしたら、これがもうどこにも在庫がないということで、ゴミ袋や中国製の雨合羽等を大量に買い込んだ。大量のロッドで中国から仕入れるしかなかったので、アリババや Amazon を使った。とにかく倉庫を造ってどんどん仕入れた。エタノールも一斗缶で仕入れた。さらにワンボックスカーを1台購入し、これに検査キットを並べてドライブスルーで、検査をぶんぶん回した。宿泊療養先に患者を送るために使ったり、寒さなか PCR 検査を待つ人のための場所として開放したりした。本当にやる気があれば工夫次第だ。感染症用の車両は最終的には2台になった。医院を改造して職員の休憩室と感染症用の診察室を2つ造り、今はそこで診ているので、車はなくす予定だ。オンライン診療もやって、新潟市では一応、自宅療養死ゼロ人だった。

<新潟市南区での在宅医療>

医療界の風潮として、在宅医療を特別視というか区別している理由があまりよく分からない。我々の子どもの頃は、開業医はみんな午前外来診療をして、午後に往診に行くのが普通だった。それが昔からの医療の原点だ。外来をやって往診して、予防医学を行うことという基本は何も変わっていない。往診に診療報酬が付いてきたただけのことだ。昔からある、極当たり前の普通の医療の姿だと思っている。

ただし、私たちのように在宅医療をやっている人間からすると、初診の在宅は、まずあり得ない。それをやるのはすごく怖いことだ。かかりつけの患者で、家族背景等の全て分かっている状態で行くのと比べて、初診で保険証も分からない状態で在宅に診療に行くというのは、正直全く恐怖感が違う。すでに介護と福祉が入っているような患者であれば訪問できる。他職種が入っていることで患者背景が分かるし、万が一のときの引き取り先が存在する可能性が高いのでやってもよいだろう。これは、検視とちょっと似ている。何かあっても警察が必ず後ろ盾

になってくれるという安心感がある。例えば地域で協定を締結すれば、行政の後押しが多少なりとも入るので、そこでの初診の往診についての安心感は、通常の初診の往診とはちょっと違うかもしれない。

医師会活動では、看取り当番というものがある。新潟市医師会が音頭を取って、西蒲区と南区、私のいた白根市、南区等の地区の医師会が合同で看取り当番を決めている。この日はもし万が一のことがあったらこの医師が看取るということで、当番の名簿が毎月ファックスで送られてくる。実際に私も他の医師の患者を看取ったことがある。患者もそういうものだと分かっている。事前に、「この日ちょっと僕不在になるので、当番の誰々先生が来るかもしれない。」と伝えると、どここの何々先生ねと分かっている。もっとも、主治医が帰ってくるまでは結構命が持つという法則のようなものがある、もう10年ぐらいやっているが意外と出番はない。

看取り当番に限らず、学会で出かける日だけ、この日だけお願いできるかと医師会員から電話かかってくる時などは、お互いに融通して対応する。どの患者に注意が必要かなどのやり取りをして、その日は他の医師の患者へも備えておく。

<地域の医療提供体制等の現状>

当院自身の診療圏としては、人口約7万人¹を想定しているが、新潟市全体の人口は約80万人だ。高齢化が著しく進んでいる地域もあり、大通南は平均年齢が70歳ぐらい、大通黄金はニューカマーが多く平均年齢が45から50歳ぐらいだ。新潟県全体としては人口減少しているが、一部の地域、例えば新潟市内の地価が安い町では団地の建設が進み、新潟で唯一、人口が増加している地域もある。

現在の三次救急体制は、新潟大学病院と新潟市民病院という2施設が担っている。新潟市民病院、白根病院、約15の無床診療所が、誤嚥性肺炎ぐらいまでをカバーしている。ただ、熊本をモデルケースに、あともう2施設は必要だと考えている。そうすると、済生会新潟病院を2.5次救急医療化し、済生会新潟県央基幹院を救急の拠点にして4施設になればと思っている。他方、どっちつかずの救急病院は、誤嚥性肺炎等の高齢者医療や地域包括ケアの中で機能を発揮する病院に転換をしてもらおう。そして、救急病院のバックベッド化し、私どもが行う在宅医療についても受け入れてもらう形にしようと思っている。今後は、2.5次救急については済生会新潟病院に救急機能を集積させ、現在の救急車台数を、5,000台から8,000台に増やそうとしている。

ただし、近い将来では今ある15の診療所の多くが医師の高齢化などでリタイアし、数が減ってくる。今はそれなりにカバーできていて、ある程度のことであれば、バックベッドも一応機能している。しかし、診療所の数が減れば、今後の往診・訪問診療等の体制はどうなるのか。

¹ 南区が人口4万6000人、黒崎地区が2万5000人で合計約7万人

恐らく鍵は、今ある診療所の機能強化と、訪問看護ステーションの中規模化・大規模化と、病院の在宅医療の参入で、それしか打開策がないと思っている。何よりプライマリケアを担う医師はどんどんいなくなってくるだろう。この地域の在宅医療に関しては、医師が看護師の補助的な機能を勉強して、特定行為看護師を最大限に活用する手しかないだろうと思う。

<通常診療を詰め込みすぎないことで感染症対応が可能になる>

感染症の流行期に生活習慣病に注力して診療していると、感染症に割くリソースがなくなってしまう。そのため、必ず診療に余白を取っていた。具体的には、生活習慣病の降圧薬や脂質異常の薬については90日処方等の長期処方にする事で、感染の流行が急に発生してもそのサージを吸収できるようにした。つまり「精いっぱい医療はしない」ことで、リソースを感染症にも充てられるようにした。経営的にも、それで問題はなかった。

私自身は、診療所の上階に住んでいる。例えば、午前8時に内視鏡をやって、その後外来を片付けて、昼休みに往診で2、3名診て、午後外来をして2階の家に帰るだけだ。在宅医療については、医師1人で全部行う。運転も自分で行う。スズキのジムニーは最強だ。どこにでも行ける。なお、当院は、医師3人で、大体2診体制でやっている。ひと月の来院患者数は約2,500人で、年間では約3万人位だ。今日は、医師2人体制で、来院患者数は約160人だった。看護師は、訪問看護に5人、院内には常勤2人だ。院内の2人の看護師には、往診には同行させていない。

<ICTは便利な道具の1つ>

オンライン診療についてもなにか特別視されている感が否めないが、別にオンラインも飛び道具の1つに過ぎない。何とかして医療を届けたいという局面においては、近くにある便利なものを使おうと思うことは自然のなりゆきだ。当院の最初の標語はスマートクリニックだった。スマートフォンのように便利なクリニックになろうと思ったのが、そもそもの発端だ。嫌みな意味合いもあるので公言はしていないが、スマートフォンみたいな、いろんなことができるクリニックになろうと思っている。やはりガジェットは面白い。こういったものをどんどん入れてくと効率化していく。

コロナ渦において、行政との連携は重要だった。県庁からオンライン診療の要請があったのに当院にはデバイスも何にもなかった。幸い、元々面識があり、やる気のある部長が県庁にいて、相談すれば必要な対応を迅速に進めてくれた。彼は、必要な備品を購入するための相談にのってくれ、オンラインにも知識が深いので、必要性を認めてくれて、診療に必要な液晶パネルのモニター複数台の購入を認めてくれた。日曜日もずっとオンライン続けていたので、自分の寝室に設置し、結果的に新潟県の長い海岸線に沿って、上は村上から下は上越まで、内陸は魚沼までのエリアの患者を1回に200人ぐらいオンラインで診ていた。パンをかじりながら、モニターに向かって、わーっとしゃべって、どんどん処方箋を発行し、薬局探してぼんぼん送っていた。

昔は、かんじき履いて往診していたのが、馬になり²、現代は自動車だ。地域で医療をやっ

² 馬車も使ったらしい。

ていると、患者に対して医療を届けようと思えば、飛び道具として、役に立つ民生品なら、何でも使おうと思うものだ。新潟県は広大なので、もうオンライン診療をやらないと無理だ。また、佐渡の外海府は防衛上の重要な地域で、入間の分屯地にレーダーがあったと思うが、そこから人がどんどんいなくなっている。最初、周辺の異常に気付くのは実は民間防衛だったりもするが、いまや診療所が1か所だけしかない。自宅で死ねば3日後に発見されるというような場所になってしまっていて、そこを何とかできないかと思っている。もうちょっとウェアブルが発達したら、みんなのバイタルを的確に感知するようなシステムを県の予算で何とか入れられないかと思案している。

<人間関係をベースにした多職種連携>

当地において「顔の見える関係」とは、医師会員同志の繋がりが密で、本当にお酒の趣味から何から何まで全部知っている関係だ。既にお互いのことをよく知っている。以前から医師会がかなり頻繁に飲み会を開いてきた。私は東京から新潟に移って間もない時期は、こういった会合がすごくつらかった。東京の人間だったで、密な人間関係が暑苦しく感じた。いつも同じ割烹で同じ料理も同じ。いつも同じ顔で酔っ払ったおじいちゃんの介抱をしなければいけないというつらさだ。ところが最近では、コミュニケーションの形成には、意外にそういう機会も必要なのかなと思うようになってきた。

もともと南区に医療福祉協議会というものがあり、そこで地域包括ケアをいかに作っていくかを協議することができる。また、南区で区民講座を開いて地域住民を啓発する活動も行っている。こういう場では、必ず多職種に出会うことができる。200人も集まってこのような活動を続けていくと、もうほとんど知っている顔だらけで、この医師は今こんなことやっているとか、往診をもうちょっとできるようになりそうだとか、あらゆる情報が入ってくる。そうなると別段、コロナ等の何かイレギュラーな事象が起こったからといって特別なことをするのではなく、これまでと同じように、108年間同じように平時でやってきたことをやり続けるという形に落ち着く。

<情報は患者のためのもの>

新潟市医師会では、医療・介護連携を支える仕組みとして「SWAN ネット」³という地域医療情報連携ネットワークを構築し、活用している。地域内の病院、医科診療所、歯科診療所、薬局、介護サービス事業所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等が患者の情報を共有することができる、地域包括ケアに対応したヘルスケア SNS を運用している。音頭を取ったのは、当時の新潟県副会長で、産婦人科の開業医でありながら地域包括ケアの推進に熱心な方で、白根総合病院の顧問であり、県議会議員のご子息であり、大変地域に顔が利く方だった。確かにお互い協力して助け合わなければやっていけない地域

³2013-2015 年度に地域医療再生基金を活用して実施された在宅医療連携モデル事業で導入したネットワークが基である。SWAN ネットで共有するのは、患者基本情報や既往歴、アレルギー、所見、処方、処置等の情報だ。これらをパソコンやタブレット端末で閲覧、入力できる。また、医師の「診療情報提供書」「主治医意見書」「訪問看護指示書」、薬剤師の「訪問薬剤管理指導・報告書」、ケアマネジャーの「介護サービス利用申込書」等、多くの文書テンプレートが用意されており、SWAN ネット上に蓄積した情報から各種文書の作成や管理が簡単にできるため、業務効率化にも寄与しているという。

だが、キーパーソンの存在は大きい。キーパーソンの存在によって、こういった連携システムが作られたという側面はあると思う。

運用しているのは、山形県の鶴岡地区医師会等も導入している Net4U というシステムだ。電子カルテに初診の患者を入れると Net4U CONNECT という機能で、さっと患者共有の中にアップされる。かかりつけ医側で判断してキーオープンにすると他の医師や看護師もデータを閲覧することができるようになる。共有設定を誰にするかは、要するに、かかりつけ医側で決める。

情報連携の話になると、例えば東京では情報はプロパティ（財産）、つまり個人の資本という感覚で情報を取り扱う前提で話が進んでしまう。私のような新潟の人間、すなわち東京から新潟側に行った人間からすると、東京の方が特殊なのではないかを感じる。新潟での我々の医療の実践を、108 年と一貫して口にしているが、医療の原形は全く変わらないものだ。人々の助け合い、患者情報に対する姿勢、つましやかな命に対する姿勢だ。これらは、日本人の根幹に不変に内在しているはずなのに、実は都市がそうした価値観を麻痺させているように思える。

ICT には危険性もある。地域連携や ICT 化を、全てを解決する魔法だと勘違いしている人も多い。よく理解しないままどんどん進めていったところ、莫大なランニングコストがかかった挙句、各地で潰れてしまっている。時に渡ってはいけな橋もある。恐らく先行者利益はあるのだろうが、それに費やした無用なエネルギーは、決して国家のためにならない。もう少し落ち着いて社会の中でどっしりと考えるべきだ。

要するに人の繋がりがまずあって、その上に情報共有システムを乗せ、実際に使う。案外、複雑なものはいらない。大規模な地域連携システムを導入しなくても、実際は Evernote で共有すれば十分だという考え方もある。国が絡むとセキュリティーの問題があるため特別なシステムになってしまうが、民生品で既に社会実装されているもの、例えば LINE 等の活用できるものをどんどん医療の世界に取り込んでしまえば、費用をかけずにいろんなことができる。医療専用品にすると開発費が膨らんでしまう。

例えば私が今使っているのは IVR（自動音声応答装置）による自動応答機能だ。あれも普通の民間企業の製品だ。それから、ボイスワープ、転送電話等、使えるものは何でも使う。今の世の中、便利なものがたくさん存在している。うちの AI 電話対応は、そのまま話し言葉を Chat Gpt で AI 要約までしてくれる。意味が分かりやすく、ちゃんとした分かりやすい文章に起こされる。こうなると LINE 等はもはや面倒に感じてしまう。今後 1、2 年で音声入力の時代が来るのではないか。やはりどうしても「すみません・・・」「お世話になっています・・・」「3.5 リッターで・・・」などのメッセージを入力するよりも、音声 AI で簡単に処理してくれて、医師と患者が診察室で対話しているところを、しっかりと記録を取りながらサマリーまで作ってくれるといいなと思う。そういう患者とのやりとりが集積され、その中からの確かなキーワードを拾って、バイタルデータを見ていくと、容体急変のリスクのあるタイミングにアラートを発することができるなどの可能性に期待したい。

<医師の教育に社会的な要素を>

私自身がこうした地域医療をやり始めたのは、実は霞が関での経験が基になっている。2001年まで医政局指導課にいたが、そのときの記憶がすごく残っていた。自分を臨床医と行政のハイブリッドだと思って、考え方にあまり垣根を作らず考えている。よく言われる医療介護の複合ニーズには、確かに一人の患者を中心にすると医療も介護も境目なく対応しなければいけない。その時に、様々な立場の人とコミュニケーションできる素地がなければ全く話にならない。私はたまたまではあるが、霞が関での教育を受けたので、行政の人とも、循環器の臨床医としても専門の先生方とも、地域の看護師ともフラットな目線で話ができる。医学教育の中にそういったコミュニケーション・スキルを教える時間があってもよいのではないか。また、医学教育や看護教育には、医療経済や医療行政の知識を教える要素があまりにもない。なにも知らないまま現場に入って医師としての専門教育を受けると、地域社会の中に入ってからほとんど使い物にならない、ということが起こる。

医学部を出て、病院に入って、いざ開業してやってみて在宅医療の過酷な現場に面喰って逃げ出してしまう医師が結構多い。もう22時以降は電話してくれるなどなる。そういう医師もいるということを見聞きする。できれば医学教育の段階から、人間の生活を支えるというのは医療だけではない、いろんな職業の方がいて、みんなが一人の患者の生活を支えていて、医師もその一員なのだという覚悟を決めるような教育をしていただきたい。

民間の診療所であっても、やはり社会の公器だ。それが解っていない師があまりにも多過ぎる。これが、かかりつけ医機能が進展しない理由なのではないかと思っている。

<将来への迷い>

当地において、何か特段こういう体制やネットワークを作るというより、「一生懸命、医者やるんだ！」と手を挙げた人間がいれば、自然に体制が出来上がってくる。108年前から、全く同じように、普通に医療を粛々とやってきた。

先述のように、新潟市の総人口は2022年現在で約81.2万人で高齢化率は23.2%だが、30年後の2052年には約14.4万人減の約66.8万人で高齢化率は37.3%になると推計されている。5年後、10年後を考えたときに、今の体制で回し切れるかちょっと厳しいのではないかと懸念を持っている。地域全体の高齢化が進むこともあるし十数カ所の診療所が維持できない可能性がある。私自身も歳を取っていくので、それを考えると今から減患をしようと思って、主として90日処方になっているが、それでもこれだけの患者が来院する。どうやって入り口を閉めたらいいのかなと思案している。初診を断るわけにもいかず、そこが一番の悩みどころだ。私自身は、まだ何とか熱意はあるが、事務職員などは退職意向を示している。「コロナで、ちょっと疲れた。」と。

自分の医師としての幕の引き方を考えることもある。何か、積極的に地域の中に入っていないやり方というのがあるのではないかと。例えば、あえて在宅医療をしないとか。24時間対応を取らないとか、そういうことで地域の住民からはちょっと距離を置くようなやり方があるもしれない。ただ、そうは言っても、我々は108年間続く地域医療の中で、ただひたすらに患者に向き合うことしかかやっていない。一体どういう引き方があるのかが皆目分からない(笑)。

<変わらない医療への思い>

私の医療観を少しお話しする。医療というものは、人間の日々の生活から発生したものであり、行政が形を決められるのではない。診療報酬が形を決めるわけでもない。訪問診療も、かかりつけ医機能についても、“お上に言われてやることじゃない”という信念を持っている。108年前から国民皆保険の前から医療をやっている我々からすれば、行政の人々は後から医療に参入してきたお客さんだ。今でも十分医師として、納得して、幸せにやっているからあまりいらんことするな、法律をこねくり回すなというのが本音だ。1つの法律ができる、それを現場と擦り合わせるために現場の医師は皆疲弊するものだ。制度や点数を新設するたびに、点数に囚われた診療しかしない輩が出てくる。結果的に変に診療報酬に誘導されて、本来廃れてはならない部分まで損なうことになる。もうこれ以上いじるなというのが私の本音だ。2年に1度の診療報酬改定は頻回に過ぎるのではないか。

患者対医師の間の関係性は全く揺るがない。地域にある医療の専門家も変わらない。制度に何となく誘導されたとしても、医療の根幹は恐らく未来永劫、変わらないと強く思っている。訪問診療という制度上の診療行為ができたから、訪問診療料を取るようになった。しかしそうすると、自己負担が多くなるので、そんな患者から取れない。そう考え、私どもも訪問診療料が新設されても、往診料しか取っていなかった。制度が変わっても、医師が一番優先するのは、患者だ。それは108年間何も変わらない。

2023年12月13日

<地方における医療機関の再編の必要>

地方では、地域の過疎化、高齢化、そして人手不足が都市部に比べて20年ぐらい早く進んでいる。当地域では2008年に大型公的病院同士が合併した。525床の県立病院と400床の市立病院の合併だった。再編前の両病院病床数は974床あったが、この15年間で4割を削減した。両病院の完全機能分化と運営形態を地方独立行政法人としてことで、統合再編後の病院の運営、経営は劇的に好転した。過疎高齢化が急激に進む当地区の取り組みは、地域の医療介護提供体制をその中で持続可能なものにするために行った一連の事業の中に位置づけられ、連携推進法人の設立もこの延長線上にある。

現在の病院機構医師数は統合再編前の両病院医師数よりも67人増えた。医師数だけ見れば中規模病院がもう1つできたぐらいの規模になった。また、業務量が増えた割には、新患者数や延べ外来患者数、延べ入院患者数は大幅に減少する一方、新入院患者数は徐々に増えていった。再編前と昨年度を比較すると、在院日数は6日程度短縮され、入院単価は2倍強となり外来単価も2.23倍となった。都市部では珍しくもない単価だが、過疎高齢化の加速する地域でこれを維持するのは年々難しくなっている。人件費比率は16.7ポイント減少して42.8%、医業収支比率は15.7P増加して107.4%となった。地方でも病院再編と急性期医療の集約化、カバーする地域の広域化、という急性期医療体制の今後の在り方を地方でも証明できたと考えている。問題はその持続可能性だ。

一方、新入院患者数は2011年までは増えていったが、その後は過疎化の進行に伴い1.5パーセントぐらいずつ毎年徐々に減ってきていた。統合再編が完了した平成23年から28年まで、年-1.5%の減少となっていたが、新入院患者の居住地域をみると、地元北庄内からの患者数は年-3.1%ほど減ってきていた。推計より減少が緩やかなのは、医療圏南部からの患者流入が増えているためで、医療圏全体からの患者流出は殆ど無いので、これは過疎化による医療需要縮小を反映したものと判断される。

令和4年の厚労省第8次医療計画検討会の2次医療圏推計人口資料によると、25年を100として、庄内2次医療圏の2040年人口は20万を割り込んで19万1千人あまりとなる。65歳以上高齢者人口も1割弱減少し、15~65歳の世代は3割近く減少する。同じ資料の入院、外来、在宅患者数の推計によると、医療需要は第1次団塊の世代が寿命を迎える2030年以降、さらに急速に縮小し、介護需要もこれに遅れて同様の経過をたどる。

再編統合後数年は業務量が増えて経営も安定したが、このまま過疎、需要減少が進めば、同じやり方では2030年あたりを境にして更なる急激な需要減と担い手確保が限界を迎えることは明らかである。これは現在進行中の確実な近未来で、2次医療圏の医療介護提供体制をそれに向けて早急に再構築しないと地域の医療介護提供体制は早晚崩壊すると考えた。

<地域医療構想の限界>

医療、介護を取り巻く現状についての個人的意見を言うなら、過剰病床適正化と医療提供体制構築という課題に対し、地域医療構想実現への指導力強化を促す国と、都道府県の認識には現在もかなり乖離がある。とりわけ公的病院の統合再編を行おうとするとすぐ政治問題化する場合が多く、都道府県知事の指導勧告などが出されたケースは皆無だ。

現行の調整会議を踏まえた自主的取り組みは殆ど機能不全状態で、薄く広い医療機関の配置は医師の偏在と不足、担い手不足を生み、地域の医療、介護の持続性維持はいまや残り時間が限られた危機管理レベルにある。

<地域内の消耗戦からの脱却、そして利害調整>

我々の地域の話に戻るが、消耗戦をやっていたのでは話にならない。

平成 27 年頃から、地域医師会、病院医師などの集まりで次のような意見を述べた。

・病院機構単体の経営計画は今後成り立たない ・運営主体が独立したまま機能分担しようとしても利害が衝突してうまくいかない ・持続性確保には、必要な医療介護に係る費用を地域全体の連結で最適化を目指すべき

こうしたなかから、地域医療連携推進法人制度を活用した新たな仕組みの構築を私から提案した。

消耗戦はつまるところ、重複投資の結果、地域から資金を流出させることだ。資金流出を止めて地域で還流する仕組みを作れば持続可能体制づくりの原資として活用可能なものなる。これを提案した頃は我々の山形県酒田市病院機構の内部留保も 200 億を超えていた。剰余金も一定程度積み上がり、これをどういう形で地域全体に還流させていくかを考えた。持続可能な医療介護提供体制を確保するために、運命共同体的な事業体を作り、適切な業務調整と機能分担を行うことで、結果として地域包括ケア実現のために地域の診療報酬、介護報酬を再配分するような形を作れるのではないかと考えた。

必要とされている介護施設や病院が持続不可能な状態では、結局は地域全体の医療介護提供も持続不可能となる。地域に住む現場の当事者、我々だけが出来ることだ～という話をした。大演説をぶったわけだ。

たまたま、当時、私が地区医師会長をしていたので、まずは医師会で話をまとめようということになった。病院機構は説明すれば理解を得られるという思いはあった。地域医療構想の地域における主な現場キャスティングは三師会で、地域医療連携推進法人の不可欠メンバーとして絶対に必要と考えた。そこで、歯科医師会、薬剤師会にも声を掛け、どちらからも理解を得た。当初はまず参加法人として酒田市内の 2 病院(機構リハ病院を入れて 3 病院)と三師会、介護事業所を運営する社会福祉法人を対象にした。

酒田市には病院が 5 か所あるが、急性期一般病床を持つ病院は当院以外には健友会本間病院しかない。あとは精神科病院 2、病院機構の運営する酒田リハビリテーション病院となる。医療圏で見ると、当病院機構のほかに急性期 2 次医療機関は 4 病院だが、当面は医療圏

北部の酒田市で立ち上げることとして準備に入った。

<業務調整、すなわち“すみ分け”>

医師会に対しては当初、地域医療連携推進法人制度創設前の日本再興戦略改定 2014（平成 26 年 6 月閣議決定）で非営利 HDC 型法人の創設が提唱されていた時期であったことから、これを活用した非営利の事業体設立を提唱していた。連携から一歩踏み込んだ地域一帯でのガバナンスの建付けをこの制度を活用することで機能させ、実際の医療・介護にかかる課題に対し、地域包括ケアを現場に落とし込む際の課題と対応、これに連動した参加法人の持続的経営維持のための業務調整を提案した。業務調整とすみ分けは現場にとってはほとんど同義語だが、持続経営していなければ意味を失うので、経営できるようなすみ分けをするという意味も再配分という言葉の中に込めている。

地域医療連携推進法人制度は厚労省の「医療法人の事業展開に関する検討会」などで平成 27 年国会提出、同年の改正医療法で成立している。これを踏まえて、当地区ではまず本間病院と業務調整委員会を作り、地域医療連携推進法人設立の前にこれを立ち上げた。その際に、事業概況の他に財務諸表を全部出し合うことを提案した。本間病院はこれに同意され、その結果、病院事業の経営悪化により債務超過になっていることが判明した。特に病院事業部分の赤字をそのままにしておく日本海総合病院の業務管理にも重大な影響が出兼ねないことが強く懸念された。本間病院には、病院機構の業務管理と本間病院の事業継続は強く関連性があることを率直に話した。組織が違う中での業務の連携、すみ分け、機能分化は、特に我々のような近未来の過疎化、高齢化が進む地域では一体運営が必須であることを説明した。そこで最初に、本間病院の経営支援を考えた。まず民間医局に依存していた高額な応援医師費用の節減のため、病院機構医師による支援を前倒しで出向させた。

他に、維持透析安定期に入った患者は原則本間病院へ全て紹介し、日本海総合は高リスク、不安定な維持透析患者を受け持つことにした。このため、本間病院の透析室拡大と稼働率を5割上げる必要があったが、これに要するスタッフは日本海総合から出向させ、手術は段階的に日本海総合へ集約化することなどが合意された。

<地域全体の財務体質改善のための人材融通>

連携推進法人事業の中でこれを進めたことは、本間病院の資金調達にも有利に働いた。本間病院はこれまでは設備投資をしたくても取引金融機関からの融資がなかなか進まなかったというが、日本海 HCN 加盟とその事業ということが金融機関に評価されたことで、透析室拡充の資金調達が得られた。本間病院によれば連携推進法人参加は地域ブランドの強化に役立っているという。

他に、このことで不足する臨床工学技士や看護師も病院機構から出向させた。給与については、出向の形で給与は病院機構が支払う。本間病院は自法人の給与体系に応じた額を病院機構に入金するが、病院機構の給与が総じて高いので給与差額が生じる。差額は年間で1000万円から2000万円になったが、差額の上乗せは免除された。それはその後の連携推進法人設立後の他法人への出向に際しても同様に行っている。直近の出向職員は看護師が中

心で人数にすると6人だが、多いときは8人から10人ぐらいが出向した。

看護師には出向理由を明確に説明し、中小病院がどういう状況にあるか、自身の目できちんと学んでくることを伝えている。出向期間は1年と限定し、看護職の管理職になるためのキャリアパスの一部との位置づけで看護部と認識を共有している。看護部長にも、将来の幹部候補生を選抜するよう指示した。急性期病院の看護師はキッチンと仕事ができるんだと向こうにも思われるような人を出してくれるよう頼んだ。このような経験は、本間病院だけでなく、他の介護施設等にも出向させるときにも役に立った。

また、新型コロナ蔓延時の時にも感染専門看護師を地域の病院や介護施設に派遣したが、精神科病院におけるクラスター発生時のゾーニング設定や幹線防御のノウハウ伝達に大変有用で、短期間に感染を抑え込む大きな原動力として機能した。何よりもこうした人事交流を通じて、各病院、施設間との垣根が格段に低くなり、日常的に法人間で共同作業する素地が生まれたことが最大の成果であったと考えている。

<ちようかいネットの成り立ち>

情報共有については、2011年から地域医療情報共有システム“ちようかいネット”を運営している。「ちようかいネット」はID-Linkを利用した、庄内地域の医療情報ネットワークサービスだが、現在では日本海HCNの必要不可欠なインフラとなっている。複数の病院システムを、患者をキーとして一覧で表示するシステムで共有用の固定IDを付与することで情報共有を可能にしている。参加施設は令和5年3月末現在で県内19病院、78診療所、22歯科診療所、25薬局、20老健・障害者支援施設、18訪問看護ステーション、71福祉施設、その他4施設が参加しており、医療圏の66診療所がheavy userである。このシステムの特徴は、病院医師の診療録を医療圏の5病院が当初から全て開示していることで、画像データのダウンロード利用も許可している。他にもEMS機能による病院間救急対応や、検診センターと連携して過去5年間の検体検査、画像を一覧表示、画像データのダウンロード利用も許可している。これまでの登録患者数は本年1月で65,488人、2次医療圏人口の24.8%になっている。

ちようかいネットで最もアクセス頻度の高いコンテンツは圧倒的に医師記録で、医師の診断治療過程、家族、患者への説明内容等が最も需要が高く、アクセス件数は他のコンテンツの100倍になっている。

とりわけ、訪問看護STは入院から在宅に戻る際の情報収集、医師記録の閲覧頻度が高くなっており、事前に情報収集してから退院前カンファランスが出来るので、カンファランス時間が以前の半分になった～などの効果が出ている。

また、以前は家族を通して医師の説明内容を聞いたりしていたことが、直接カルテからの情報取得が可能となり、業務が格段に効率化されたとの声が寄せられている。

介護事業所も、医師との連絡調整はいつもストレスのかかる業務で苦労するそうだが、診療録の全面開示はこれを完全に解消している。医師記載部分以外にも処方や検査結果等も確認でき、訪問時に活用できるし、介護施設もいちいち薬を確かめてメモする手間暇が省ける。今後の深刻な担い手不足を考えると、この分野の労働生産性向上は地方の最重要項目

の一つで、全面開示はそのために必須と考えている。

<情報開示の整備は一気に進める>

医師記録開示には病院医師からの反対が多いというが、政府筋からの視察があった時に、「なぜ、これが出来たのか？」と聞かれた。答えになっているか分からないが、公開するコンテンツ範囲の検討など、関連委員会を一切作らず独断で決めたことだ〜と答えた、

検討会を作ると、あつてはならないこと、公開してはならない理由を山のように挙げてくることになる。そのことが分かっていたので、多少の迷いはあつたが振り切って独断で決めた。設置主体の違う事業体が共通の情報公開範囲を決めようとすると、少しずつ違う互いのシキタリを優先させることになり、公開する範囲も妥協の最終産物で使い物にならないものになってしまう。共有が目的なのに情報が流れない事態があちこちで起こっている。

当地域のシステムでは、情報公開義務があるのは病院だけだ。診療所は電子カルテのところもあれば、紙カルテのところもあるので、参照するだけだ。病院のコンテンツ開示範囲を伝える場として、病院医師の定時的な連絡会議がある。当時は病院長も兼任していたので私から、「皆さん、どうでしょうかね」と意見を聞くようなことはせず、一言、「そうするから」で終わり。医師達はあつけにとられたのか、ポカンとしていた。ただ、病院医師達も使っているうちにメリットの方が遥かに大きいことが分かってきた。クリニックも「ものすごく便利」との意見がそのうち多勢となった。地区医師会長などはこれまでの紹介状の概念が全く変わったと言ってくれた。病院で説明された内容を正確に理解している患者や家族は、吾々が考えているよりもはるかに少ないことも分かった。開業医は紹介患者の、病院での状況が患者からあとで聞き取りをするよりもつぶさにわかる。

患者には、開業医や訪問看護、介護施設の職員が閲覧できることを説明し、それに同意してもらおう。情報共有には患者の同意が条件でアクセス権を持っている関連施設職員が閲覧可能で、誰でも自由にみられるというものではないことも事前にリーフレットや口頭で丁寧に説明しており、メリットの方が遥かに大きいことを理解頂くようにしている。

一方、退院後に逆紹介された側の開業医もまた病院医師記録が見られることで、病院の説明を時間をかけて患者、家族に補足説明してくれていることも分かった。病院医師からも時間が経つにつれて、ほとんど不平不満が出なくなった。紹介状にいちいち詳細な返事を書く必要がなくなったことなども大きい。当初は、紙ベースで残しておかないと診療報酬が算定できないのでプリントアウトしたものを残してはいるが、いかにも日本らしいルールだ。

面と向かって反対を言われたことはないが、運用直後にはある診療科医師が仲間内での反対の声があつたとは聞いている。しかし、その当の医師がその後開業したが、今では一番のヘビーユーザーだ。

クリニックの医師は紹介した患者の病院入院後の状況を毎日チェック出来る。ノート機能を使って主治医とディスカッションも可能で、そのことでこれまで一度もトラブルは起きてない。地区医師会長がいうには、水洗トイレみたいなもので、一度使い出したらもう手放せない、ちよukaiネット以前と以後で地域医療の風景は全く違ってしまったと評価している。

<情報共有は医療のみならず薬局や介護にも？>

診療所や訪問看護ステーション等の医療系だけでなく、介護施設もほとんど全施設が入っている。薬局は、もともと調剤情報共有システムが2016年11月から動いている。

地域の調剤薬局調剤情報をクラウド化して共有するものだが、重複、禁忌、相互作用薬剤をリアルタイムに検知し、アラートを出すことで調剤薬局の疑義紹介や指導、ポリファーマシーの解消、地域Fのデータ補足に活用していた。このシステムの2次データ解析を行ったところ、2019年の重複47,443件(13%)併用禁忌0.4%、21年も重複発生4万件以上、併用禁忌が0.3%発生していた。多剤処方件数は19年、6剤以上39.3%、10剤以上13.6%、21年、6剤以上41.6%、10剤以上14.3%とむしろ増加傾向だった。調剤薬局はチェック画面から疑義紹介などを行う。

本システムは、連携推進法人事業、地域フォーミュラ(以下地域F)において、地域の保険調剤薬局の処方薬が把握できることで、地域Fの達成状況も概ね把握が可能だ。

地域Fについては、本格的な推進を図ろうとしていたタイミングで、新型コロナの蔓延が始まった。当時、ジェネリック医薬品メーカーの不祥事もあり、原薬の流通網なども不安定になっていたため、推奨選定薬剤の入手困難等の事態も起きたが、最近は流通状況も以前ほどの困難は改善されつつある。

当地域での地域Fによる経済効果を纏めると、47調剤薬局の試算では年間1億2800万ほどの削減効果があったと推測される。北庄内の院外処方率と人口比率などから試算すると、全国で行った場合の年間推計削減額は9品目で約2500億円となるが、処方件数、薬剤数量は増えているにもかかわらず総薬剤費用は削減されており、薬価引き下げを割り引いても実際の削減効果はこの数値よりかなり上乘せされると思われる。

先発医薬品について自己負担を増やすという案が出ているようだが、それが実際決まれば推奨薬を促す方向に作用するだろうから、期待を持って見ている。

地域Fでは推奨薬でない薬品が処方されると日本海総合病院では電子カルテに自動アラートが出るようになっている。このことで当院では急激に推奨薬処方が多くなった。医師は先発医薬品に強いこだわりがあるというより、使い慣れている～という要因の方が強いように思える。

現在進められている電子処方箋については、当初、全国4か所でモデル事業が開始され、当地域もその一つになった。当院では電子処方箋が4割になっているが、電子処方箋では重複投与や併用禁忌があると処方段階で画面に表示されリアルタイムチェック可能となるので当地域の調剤情報共有システムも新段階に入るかもしれないと期待している。

<地方における地域医療、介護の担い手の高齢化>

今後の人口減、高齢者数自体も減少する時代に入れば、医療介護需要も急激な縮小時代に入る。利害調整で乗り切れる時代はとうに過ぎて、ことは国の未来をどう構想するかという時代の曲がり角、残り時間の無い危機管理ともいべき局面だ。先日も医療DXについてある医大で話す機会があったが、高齢医師が変化について行けず抵抗するという意見があっ

た。私も高齢者だが、未来は若者のためのものであり、高齢者は次世代の人達が生き延びるためにこそ余生を使うべきだと思っている。

話を戻すと、電子カルテ共有について、全開業医が参加する運用は、現段階では困難と思われる。日本全体では、開業医自体は年 1.2%くらいの割合で増えているらしいが、これは都市部の話で、我々のような地方では新規開業は少なく、医師会 A 会員自体が高齢化している。2023 年夏に地区医が調査したところでは、地区医師会の平均年齢は過去 20 年間で8歳増えていた。在宅について、看取り加算まで算定している診療所はこの地域に6カ所あるが、在宅患者を 100 人以上抱えているのは3人しかいない。そのうちの2人は 2025 年には自身が後期高齢者に入る。事業継承についてアンケート調査では、医療県北部、16 万人程度地域の約 90 診療所のうち、5年以内に 15 の診療所が閉院、10 年以内に 29 の診療所が引退する可能性が極めて高いことが判明した。この推計どおりだと、10 年後には3割の診療所が閉院することになる。新規開業がなければ医師会の平均年齢が 75 歳になる。仮に 80 歳以上の開業医が生きて、まだ仕事をしていると仮定しても、81 歳以上の現役開業医が 21 名、76 歳以上の後期高齢開業医師は 44 名となり、現実にはあり得ない未来だ。

現在の延長線で地域の医療の維持、持続は不可能で、全く新しい方式を模索せざるを得ない～というのが地区医師会の結論だった。

これに対応するために、我々の地域も病院では再任用制度も運用し、勤務医の定年も 65 歳から 70 歳に引き上げられた。

今後は外来機能の報告制度や、かかりつけ医制度も始まる。地方では病院がかかりつけ医機能のある程度は代行せざるを得ない状況に追い込まれつつあり、都市部と地方で同一に制度を適用されることにはかなりの懸念を抱いている。一方で、クリニック(開業医)の専門性をどこまで規定するかも曖昧なままだ。

例えば白内障の手術だけを専門にやることで経営的に潤っているらしい？眼科医院は多い。上下部消化管の内視鏡的粘膜切除術等、病院よりも卓越した技術を持つ開業医は珍しくないし、それで集患する医院があっても良いとは思いますが、内視鏡的手術手技に伴うリスクに対して、フルセットの安全整備をどこまで用意しなければならないのかは、診療所では決まっていない。リスクはあるが何か起きたら病院に紹介すれば良いというだけでは、病院の立場としては割り切れないものも感じる。

かかりつけ医機能の制度整備を見ると、ナースプラクティショナー(NP)の育成も視野に入れていると思える。かかりつけ医機能報告をどういう形にするかにもよるが、かかりつけ医機能を医療におけるケアマネージャー的な役割と記している。今のところは NP との境界が判然としない。英国のような完全登録制、支払方式についても、人頭制、包括制等？が検討されている？気配も少し感じる。

<連携推進法人による主体的なコロナ対応>

コロナについては、酒田地区医師会は、発熱外来に積極的に取り組んだ。また、オンライン診療も実際に機能した。2020 年4月に山形県で第1号の患者が出た後、連携推進法人日本海 HCN で直ちに理事会を開催、当時、不足していた感染関連物資を参加法人間相互で供給

し合うことを決めた。不足している所には医師会と当病院機構から必要な物を拠出した。連携推進法人内でも精神科山容病院にクラスターが発生した。同院理事長からは発生直後に直ちに病院機構の私に報告が入り、当機構からは直ちに感染管理認定看護師を派遣して、病院病室の見取り図をもらって、病院機構に選任対応事務局を立ち上げ、派遣専門看護師とチームを作り、グリーンゾーンとレッドゾーンを分離することから作業が始まった。必要な物品は病院機構から持ち込んだ。同じやり方で、介護施設等にも感染管理認定看護師が出向し、さらには、不足しているスタッフの補充に、精神科医師や放射線技師を当院から派遣した。全体の対応事務局も日本海総合病院の中に置いて、当院の事務員が専任で対応した。

入院患者の調整については、毎日、保健所が仕切り役となり関係機関でオンライン会議が開催された。診療所で陽性者、酸素吸入が必要、入院という場面では、保健所行政も了解のもと、行政手続きに優先させて診療所と病院で先に直接やり取りをして、地域全体のチームワークは保たれた。感染ピーク時には7割ぐらいが事後報告だった。物品や患者発生状況、病床稼働情報は毎日連携推進法人間で共有し、参加病院では医師の移動を可能な限り制限することや遠方からの見舞いなども共同で制限をかけた。コロナ病床は、日本海総合病院では40床を用意した。当時、日本海総合病院では病床41床を休床していたので、その分がコロナ病床となり、多い時で7割ぐらいの稼働率となった。

重傷者対応として、ECMO稼働のためにICUの2室を分離した。

精神科病院の山容病院クラスターについては、すぐに亡くなりそうな人はいなかったもので、山容病院の中に事実上の感染病床を作り、患者を移さずにその場で治療を行った。

前に述べた対応などからクラスター発生後からの二次感染は見られず3週間で終息宣言を出すことが出来た。これと対照的な事例があった。鶴岡市と酒田市の間に同じ民間の精神科病院があり、そこでもクラスターが発生した。行政からの計画による支援業務には病院機構としても参加したが、院内全体にコロナがまん延してしまった。最終的に終息するまで2カ月半ぐらいを要し、グリーンゾーンとレッドゾーンの分離も十分でなかったためか、支援に入った看護師の一人が院内感染するなどして明暗が分かれた。

< 今後はさらに困難な時代になる >

人口減少は今後加速していく。高齢者数自体も減り外来。入院需要も縮小していく。

需要大収縮の中で病院統合再編やカバーする医療圏の広域化が早急に見込めなければ、病院側もある程度ダウンサイズを織り込みながらやっていかなければならない。現在の連携推進法人の形から、さらにもう一段、踏み込んだ形を考えないとならないだろう。しかし、持続性の確保という意味では即効的な解決方法がないように思える。

時代背景としては、インフレが今後進むだろうということがある。近いうちに金利を上げざるを得ない場面が必ず来ると思うが、債務残高がGDPの260%を超える我が国の金利の引き上げは、支出の抑制大改革とセットの話だ。社会保障、とりわけ、医療費効率化は避けられないだろう。この時代背景を置いて各論を考えないと、これからの建付けはできないと考えて

いる。

<大学病院は別法人化し、地域の中核病院と統合・連携を図るべき>

今後は地方の国立大学の医学部も合併再編していくのではないかと考えている。少子化がこれだけ進めば、大学数の調整も避けられない。2024年から始まる働き方改革がまずはポイントだ。

当院は、地元の山形大学と東北大学の関連病院だ。とりわけ地元の山形大学にとっては、大学病院の医師の生活給を関連病院に派遣することで他大学同様、これまで手当てがされてきた。しかし、それができなくなれば、大学病院自体からも医師数が流れてしまう可能性すらある。

私的な思い付き程度の話だがこれに対する対応策として、大学病院を大学本体から切り離して外出したらどうかと考えている。別法人化した大学病院と、例えば山形県・酒田市病院機構が新しい事業体を作る。診療、教育、研究が大学の業務なので、うち、診療と教育に関する部分を基幹病院と分担する。この形なら、出向の形で人事交換ができる。さらには、別法人化した大学病院では、医師を教育職ではなくて医療職として採用することができる。また、新しい共同事業体に地域医療構想、働き方改革、医師の偏在対策の三位一体改革を動かす役割をある程度委譲し、地域ごとに医師適正配置が達成されるように、基幹病院にその地域のハブ機能を持たせるのはどうか。この場合、別法人化した新しい大学病院との新しい事業体によって病院の統合再編プランも、地域包括ケアの現場への落とし込みに沿って進めることにする。調整会議の機能をある程度新事業体に移管するやり方だ。都道府県も、関連議会も、新事業体にある程度下駄を預けることで身動き取れない状態から解放されるだろう。この立て付けなら 2045 年ぐらいまでの急場はしのげるかもしれない。

<医師業務を合理的に選択すれば、タスクシフトになる>

人口当たり医師数は、厚労省のデータを見ると、2033 年辺りに OECD 平均ぐらいになると言われるが、別データでは早ければ 2028 年頃には医師需給状況が反転するとも言われる。これは推計通りの人口減少と、今と同じペースで医師を養成するという仮定におけるデータだ。ただし、医師の数が人口当たりで増えても、日本の医師の過重労働は大きな問題のままで、これを緩和するためにもタスクシフトは必要だ。

私は病院の統合再編前の 1998 年市立酒田病院長に就任したが、当時の医師が夜間、処方箋を書きに病院に来なければならないとか、輸血の針を刺しに来ることなどが行われていた。これに対応するため、院長就任時に業務改善委員会を立ち上げた。

院長を座長として各職域からの委員で構成、各職域、全職員からの個別提案や、専用メールアドレスに随時送られてくる提案に対して協議決定する。医師、看護師の負担軽減、リハビリ、薬剤部の業務拡大、血液製剤の一元管理、論文、学会発表のバックアップ体制、未収金の未然防止対策など、様々の提案がここで実現し、各部署が互いに支えあう仕組み作りが機能した。そのことで医師をフリーにすることができ、病院の業務発信機能の多くを抱える医師がより多くの医療に費やせる時間が増え、病院経営も飛躍的に改善した。当時はタスクシフト

という言葉は殆ど使われていなかったが、働きやすい病院との評価が出てきて、病院に医師がぼつぼつ集まり出した。タスクシフトとは専門職に係る法規定をクリアしたうえで、

多職種間の垣根を効率的に調整して労働生産性を最大にするための強力な方策であるとの時に思った。

<連携推進法人を成り立たせる文化>

地域医療連携推進法人制度発足当初、連携以上、統合未満という言葉が良く使われた。

我々の地域における地域医療連携推進法人設立は、前に述べたように医療介護提供体制を何とか持続可能なものにするために行った一連の事業、2008年の県立、市立の病院統合、独法化、2011年地域医療情報共有システム「ちようかいネット」運用、2018年市立八幡病院無床診療所化と独法への編入、から2018年の地域医療連携推進法人日本海 HCN 設立に至り、事業はいまなおその途上にある。病院統合は特に公的病院の場合、経営状態の悪化、厳しい見通しがきっかけになる場合が多いが、政治問題化するケースも多いので今なお容易ではない。我々の地域で行われた病院統合には地区医師会の強い後押しがあり、その後の診療情報の共有システムも単なる情報共有ではなく、考え方や文化を共有するためのツールだったと今になると思う。

それが根付くまでにちょっと時間はかかるが、一旦始まってしまえば新しいステージに進んだことを、これに関わる全ての人達が実感できる。

ただし、それができたのは、プレーヤーの少ない地方だったからというもあるだろう。都市部はプレーヤーが多過ぎるのに加えて、今はまだ需要が拡大する時期なので、差し迫った危機感の風景は地方の我々とは違うのだろう。ただ、2030年以降の戦後団塊世代がこの世を離れる頃には、都市部でも大縮小時代が急峻なカーブで起こりそうな気がする。

一方、情報がオープンになり過ぎると困る人たちもいるだろう。都市部の医師の感覚だと、診療録は顧客情報だから、それ自体が財産ともいえるのかもしれない。しかし、医療に関する顧客情報は、本来患者のもので、あえて広げるなら支払い側である保険者のものと個人的には思う。

我々の地方は良くも悪しくも都市部の20年先を進んでいる。タスクシフトも医療DXも積極的に活用しないと先に進めない状況にあるからだ。都市部はまだ消耗戦を続ける体力も市場需要もあるのだろうが、地方はそうはいかない。先延ばしは更なる地方の衰退と莫大な費用の浪費を齎すだけだ。

<持ち分の放棄と債務整理>

連携推進法人が地域である程度の寡占が許される代償が非営利だと率直に説明した。それ故、日本海 HCN は参加法人の持ち分を原則すべて放棄することも義務付けている。

平成18年医療法改正で19年度以降は持ち分あり医療法人の新規設立は出来ないことになり、H26年度の認定医療法人制度創設、29年度から出資者の持ち分放棄に伴う贈与税

非課税措置導入、認定法人への移行期限延長、等々、これまで持ち分なしへ移行を国が強く促す流れが続いてきたが、HCNは、持ち分無し法人への手法や移行手順、手続き支援も行ってきた。当初、持ち分のあった参加3法人は現在全て持ち分なしへ移行が完了している。

参加法人には複合事業を抱える法人もあり、債務整理や借り換え、個別の施設の再編や整理などにも支援を行っている。金融機関やファンド、大手の全国展開する事業所に引き受けを委託するケースも多いと思うが、地域に必要なものが必ずしも残されるわけではない。

最後に地域医療連携推進法人運営のポイントを思いつくまま述べてみる。

特に地方の急性期病院は今や広域で集約化しないと事業が成り立たない時代に入りつつある。これには慢性期、回復期の役割分担がセットで進むことが不可欠だが、当地域が纏まることが出来たのは、実現不可能と思われた公立2病院統合とその後の劇的経営改善、このことで地域医療構想を前に進める原資が蓄積され、これを直接、間接に地域に還流させたことで、参加法人の経営改善と持続性を実証したことに対する信頼が根底にある。

基幹病院が経営難を打開するために連携法人を作ろうとしているだけ～と思われたら、役割分担も成果も期待出来ない。

機能する医療連携推進法人設立には、関係者が地域の現実に向き合うための必要なデータの可視化、共有が必要で、消耗戦を終わりにして地域最適化をどう構築するか、当事者達の危機管理センスとデザインが美しく調和しているかがカギだ。

後を引き継ぐ人たちに少しでもマシなものが残せるように、今後の活動を引き継ぎたいと考えている。

董仙会恵寿総合病院(神野正博理事長(全日本病院協会副会長))

2023年12月14日

<過疎地では医療の供給過剰になっている分、コロナのニーズを吸収できた>

私たちの地域は人口がどんどん減っている。高齢化率も40パーセントだ。そういうところでは、実はコロナのときに何も困ってない。感染者が困るほど発生することはなかった。ゼロではないが、既存のリソースで完璧にカバーできた。都会では病院に収容しきれなくて、在宅にせざるを得ないということがあちこちで起こったが、七尾市ではそういうことは全く起こらなかった。この地域では、コロナで必要な人は全て病院に入院できた。それはいわゆる感染症指定医療機関や大学病院ではなく、地域の急性期病院での収容だ。

能登中部の七尾市は人口5万を切ってしまった。高齢化率は上述した通り40パーセントだ。そこに恵寿総合病院が426床あり、隣に公立病院が430床ある。そのため、リソースとしては多過ぎる。それをこれからどうしていくかというのは非常に大きな問題だが、コロナの時にはこれが幸いした。両病院で余裕をもって収容できたからだ。両病院とも1病棟40床程度を空けていた。病院全体のおよそ1割だ。しかし、40床分空けたとしても、そのまま40床がコロナになったわけではない。実際には20床程度がコロナに使われた。そのため、全体の0.5パーセントぐらいがコロナに取られたことになる。

施設のクラスターに関しては、重症患者は全て病院に連れてきたが、それ以外は各施設に留まってもらった。その代わりに病院から感染対策や感染症診療の指導に行った。また、Teamsで情報共有した。私たちの法人は全部Teamsで情報共有している。このTeamsを介して、当院の感染症の医師と看護師が様々な指導をする。状況に応じて、施設入所している患者に処方して、それを取りに来るように指示した。その時の現場はそれなりに混乱しているように見えたが、都会の話と比べると平和に済んだ。

<コロナという不可抗力による病床削減の効果>

今、コロナが落ち着いて、全国の病院で病床稼働率が下がっている。当院も、この3年何カ月の間40床分1病棟を急性期から外していた。そうすると、残った病床で一般の医療を回す習慣が付いてしまった。コロナの間それで回せてしまったので、コロナが終わり病棟が元に戻ってきても、案外ないままでもやっていける形になってしまった。在院日数を含めた様々なフローが1病棟がない前提でいつの間にかできてしまっていたのだ。

人員の問題も多少ある。コロナ中は誰も辞めなかったが、コロナが終わってからいっぱい辞めた。これは全国で起きている。コロナが終わってコロナ病棟をもとの急性期病床に戻したら、今度は人がいない。県立病院でも同様のことが起きている。コロナ中は、責任感があるので辞めづらい。コロナが明けて、ほっとしたとこでバーンアウトしている。もっと給料がいい所に行くという人たちもちろんいる。また、熊本などでは、半導体工場など他の産業にも医療系の有資格者の雇用が取られている。

しかし、見方を変えれば、地域の医療体制としてはこれで案外十分できてしまっているとも言える。稼働率の数字だけ見れば下がっているが、それはあまり本質的ではないのではないか。コロナ前の在院日数は15から16日だったのが、今は10日程度だ。新入院患者は今のほうが多い。それでも、病棟はがらがらという世界が、あちこちに出てきている。うちもそうだ。人口減少地域は、もともと人口減少に合わせて病床を削減しなければならないという潜在的問題があった。その中で、期せずしてコロナでそれが進んだ。国としては願ったり叶ったりだろう。

コロナに病床を取られて、一般病床の効率が上がって、コロナが終わってみると、この40床は別になくても回るということになった。しかも、その病棟でバーンアウトした人も辞めているが、もはやそれもいらぬ。そういう形でダウンサイジングすることになったとて、経営的にも回るので問題ない。そうしてみると、急性期に関しては、稼働率という指標自体の意味がなくなる。新入院患者数の方が収入に直結する。新入院患者が多くて在院日数が短ければ、DPC単価は高いから、病棟ががらがらでも収益は出る。もちろん回復期や慢性期は、やはり稼働率だが、こういったことは、コロナで変わったところだ。期せずして選択と集中になった。病床削減に抗っていた者としてはしゃくだが、休棟している病床はいずれ返上してもいいかなと思っている。地域医療構想は、自然とそうなるので、事業構想もそれに合わせることになる。

ただし、今後の感染症危機への備えとして、医療計画でこういった病床をバッファーとして維持する価値はあるかもしれない。それがサージキャパシティの1つの回答になるのではないか。もちろん、箱だけあっても人がいなければ機能しないが、当院の元コロナ病棟にはナースコールもベッドサイドモニターも酸素も付いているから、それなりの価値は残っている。

病院団体の立場としては、全国的ないろんなケースを総合しなければならず、病院経営は苦しいと言っているが、急性期病院で、新入院患者数が増えて、在院日数が短くなったところは、実は収益が上がっている。二極化していると言ってもいい。在院日数が短く、どんどん回せる病院と、そうではない病院との二極化だ。平均すると少し赤字が多いだろうが、個別に見ると違う姿がある。

<過疎地での非効率性>

人口についてだが、七尾市のさらに北に能登北部というところがある。その人口密度が54人/km²だ。全国平均が340人/km²だからものすごく少ない。七尾の周辺はもう少しいるが、それでも全国の3分の1ぐらいだ。今後さらにどんどん減っていく。その中で、どう医療を行っていくのかということになると、都会型とは違うやり方が必要になる。

高齢化も進んでおり、病院にかかっていなくても要介護者になっていることもある。七尾市から能登半島突端の珠洲市までまだ80km以上ある。しかも、高速道路ではなく一般道だ。この広大な能登北部地域に、病院は公立病院が4つと民間病院が1つある。公立病院はどんどんベッドを減らして、医師もいなくなっている。開業医はどんどん高齢化して、子息が医師になっても帰ってこない。そうすると、ここの能登北部に関しては、在宅は無理だ。在宅に診に行く人がいない。医師が高齢化しているだけでなく看護師もいない。訪問看護ステーションは一応あるが面積が広い中に点在しているので効率は非常に悪い。片道30分、40分行って、訪

問看護して帰ってくる。1日3カ所が限界だ。この七尾市周辺は、能登北部よりは街だが、それでも在宅で訪問診療している医師が一番若くて50歳だ。若い人はいない。ほとんどは70代の医師が何とか訪問診療している。訪問看護ステーションはあるが七尾市内でのサービスが精いっぱいだ。七尾市には島もあるが、島の端っこまで行くのに40分はかかる。また、富山県境まで行くのにもやはり30分以上かかる。その地域の人たちを訪問看護してくださいと言っても誰も引き受けてくれない。市内にある訪問看護ステーションでは対応できない。そう考えると、今後は能登北部に関しては集めるしかない。集住だ。患者は自分で通院することもできないし、送迎する人すらいない。バスの運転手もないし、タクシーの運転手もない。コミュニティそのものが実質的に消滅していて、ぽつんと一軒家になっているところすらある。集落、コミュニティは存続していても、風前の灯になっている。もうお祭りが成り立たない。要するに、小児科、産科というリプロダクティブヘルスの担い手がなくなった時点で、そのコミュニティの将来的な消滅は実質的に規定されてしまう。能登北部に産科医は1人しかいないので、その灯が消えかかっている。その産科医がいなくなれば、そこから先は、全くの白地になっていく。今は助産師がまだ少しいるからその産科医と合わせて、少しは子供が生まれている。

これは医療にとどまらない話だ。ぽつんと一軒家でも電力会社は電気を通さなければいけないし、NTTも電話線を取り付けなければいけない。こういう地域ではオンラインは使いにくい。だから郵便局のATMでさえ、ISDNか普通の電話線で動かしている。ATMは数字だけだから、そういう前時代的なもので何とか事足りる。こんな過疎地に、NTTもまともな光ファイバーを敷設できないからMaaSでパラボナアンテナを付けたら、衛星電話を付けた車が行ってオンラインをやるしかない。海岸線がかなり長いので本来は国防上の問題もあるはずだ。今のままではどこから上陸されても分からない。人が住んでいれば、敵が来たと分かるが。

<過疎地の急性期病院の役割>

そういう現実の中での、地域包括ケアを考えないといけない。都市型とは状況が全く違う。当院は能登で唯一の地域医療支援病院であり、紹介受診重点病院機関だ。そのため、当院が直接あれこれやるのはちょっと筋じゃないと思っている。今、紹介率が95.7パーセントで、逆紹介率が100パーセントちょっとという状況で、無理やりにも地域に返している。しかし、これから患者を返す先がなくなっていく。だからこそ今は無理やり返している。私が市の医師会長だったときに、会員から、「先生のところ中心に、これから在宅やりましょうよ」って言うから、「ばかもの。君たちがやらなきゃどうすんだ。」と言って突き返した。その当時、私たち自身がアウトリーチして在宅をやってもいいかなとちらっと思ったが、それをやったら鴨川における亀田総合病院と同じになって丸抱えすることになる。鴨川では亀田が在宅部隊をたくさん持っている。他に誰も関与しないから仕方がない。しかし、これはニワトリたまごだが、誰もやる人がいないから亀田がやっているが、亀田が全部やるので誰も来なくなる。

うちは亀田と違ってやらない選択をした。君たちがやってくださいと言って投げまくってきた。しかし、すでに患者の中に、うちの病院がかかりつけ医だと思っている人がたくさんいる。患者を地域に返しても、返した人を行きっぱなしにはしない。3か月に1回、または半年に1回外来で診て、何かあれば入院も取る。そうすれば返された地域の側も安心だし、患者も安心だ。一応システムとして、石川県にはいしかわ診療情報共有ネットワークやNECのID-Linkが入っている。その中に657の医療機関が入っている。全く使わないところも数十パーセント

あるが、半分以上は使っているし、ヘビーユーザーもいっぱいいる。我々と紹介・逆紹介をやっている開業医は70代でも意外にヘビーユーザーだ。すでに自前で患者をいっぱい持っている診療所は我々とも疎遠だし、そもそもあまり患者を診ていない開業医はこのID-Linkも使っていない。

<オープンなPHR、開放病床、共同利用>

また、当院ではPHRを2017年からやっている。患者もスマホやタブレットで医療情報を見られる。誰に見せてもいい。対クリニックだけではなく、対介護施設、対接骨院、対鍼灸院、対フィットネス、どこにでもあなたが見せたい人に、あなたの責任で見せていいというシステムだ。自分の情報だから、うちはセキュリティーには関係がない。情報を持っているあなたが、あなたのセキュリティーで、必要な人に見せてくださいという仕組みだ。うち以外のところが書き込むのはテキストや写メを撮るぐらいだ。PHRそのものへの書き込みではないが、写メぐらいは向こうからも共有できる。

開放病床については、以前は10床程度登録していたが開業医が使わなくなった。うちの隣にある公立能登総合病院の出身の整形外科医がいて、以前はその医師が手術患者を連れて行って手術していたのをはた目で見ている。しかし、その医師も今はもう歳を取ったので全くやらなくなった。CTやMRIの共同利用は、診療所の開業医が使って診療をして、請求は全額そちらで行うという形でやっている。言うなればCTの使用料を病院に支払う仕組みだ。本来のオープンな開放病床とは、共同利用と同様に、例えば手術室を使って、自分で執刀してもいいし他人に頼んでもいいが、自分の患者を手術するという構成だ。アメリカ的だが、それは日本の患者の感覚からいって無理だろう。

<研修場所としての家庭医クリニック>

また、うちの法人では、病院の前に家庭医のクリニックを持っている。ミシガンにいた日本人のファミリードクターを探して連れてきた。これは、もともとは外来診療の研修の面倒を見てもらうために連れてきたのだが、結局病院の前に外来クリニックを作ってしまった。病院とは分けて、家庭医療をやってもらっている。その中で訪問診療もできる範囲でやってもらっている。しかし、家庭医の科目をやっているが、全くかかりつけ医機能ではない。病院で複数の診療科にかかっている患者で、大したことのない病気の患者のフォローが中心だ。外科と糖尿病内科と消化器内科と高血圧で循環器とにかかっているような患者を、病院の外来で診ていくのも大変だからそこに回す。患者としてもいくつも受診するのも大変だし、1人の医師に診てもらった方が楽だ。そこは研修医をうまく使ってやっている。ただし、そこは、それで稼ごうというのではなく、ほとんど研修機能が目的だ。教育機関のような形で、ファミリーメディスン、家庭医療クリニックをやっている。当院の場合、積極的に地域包括ケアの中心的役割を担うかと言えばそういうわけではない。

<医療・介護のエコシステム>

うちは、そのクリニックも含めて、地域に4つのクリニックがある。それに加えて、老健、特養、サ高住、ケアハウスがある。社会福祉法人も含めて一体でやっている。その中で、うちにかかった患者に関しては、エコシステムとして完全に面倒を見るという形をとっている。そのことによって、この地域の医療のシェアは40パーセントぐらいになる。介護のシェアはもう少し高いはずだ。6割ぐらいはあるのではないか。

公立病院もあるので、そこも重要なプレーヤーだ。診療所は、診療科によって紹介先を適宜選択している。民間病院としては営業活動も行う。お得意さんとばかり仲良くするのではなく、紹介率が悪いところこそ重点的に医師が行く。90パーセント以上の紹介率を頂くために、それをやらなければ維持できない。診療科によっては、そもそも診療所がないものがあり、それは全部直入になるので全体の紹介率としては下がる。それゆえに、紹介受診重点医療機関の要件は柔軟に解する余地も認められている。

地域の介護の実情を見ると、デイケアやデイサービス等、細かいものを入れると地域に30程度の拠点があるが、これらが少しずつ閉鎖している。理由は高齢者そのものが減ってきたからだ。特に、通える高齢者が減ってきた。そうすると稼働率が悪くなる。うちも同じような通所介護施設を2つ持っていたが1つを閉鎖した。近接する地域に、同じようなものを行きがかり上作ってしまった。介護職員を確保することも大変なので、統合することで必要な人数も減らせた。2022年も1カ所減らしたし、2023年12月にも間もなく小規模多機能をさらに1つ減らす。少しずつ撤退している。

<未病対策はかかりつけ医機能として現実味なし>

予防や未病対策としては、Foot活というものをやっている。転倒防止が目的だ。介護職員が中心となって、高齢者の足を鍛えている。アップルウォッチのような形で見える化しても、自分で見るのは歩数ぐらいだ。PHRもしかりだが、高機能のデバイスを与えても、その機能を全部使いこなそうとするのはよほどの健康オタクだけだ。実はうちの健康保険組合も10万歩チャレンジと言って、いっぱい歩いた人には賞品あげるなどやっているが、ほとんどは最初だけで習慣化しない。未病という部分に人々の目を向けさせて、高いモチベーションで自分の健康を作らせるのは難しい。日本は医療へのアクセスが良い分、自分で健康管理をするという感覚が育ちにくいかもしれない。その意味で、未病まで含めたかかりつけ医機能の議論は現実味がないと思っている。もちろん特定健診の結果に対して特定保健指導をすることは1つの役割だが、それ以上に予防的に介入するといってもどれくらい効果があるかはっきりしない。そもそも、特定保健指導の効果すら怪しい。アドバイスを素直に聞くような人は、特定保健指導を受けなくても自分でやっている。

随分昔に刑務所の医師をしていたことがある。そこで受刑者の健康管理をしていた。例えば糖尿病でカロリー制限するとして、1日1200カロリーと命じると、本当にそれ以上食べられないので、完璧に管理できる。高血圧の減塩食も同じだ。お腹がすいて、隣の受刑者からご飯を取ったら、刑務官がピーッ！と笛を吹き「懲罰。」と言って縄で縛られる。そうすると、糖尿病も高血圧もすごくよくなる。生活習慣で病気が治るということをとってもリアルに体験した。普通の診療で患者に「最近、血圧が高いけど、ちゃんと減塩してますか？」と聞くと、「先生、みそ汁は半分にしています。」と言うが、本当は濃い味のをいっぱい食べていたりする。

刑務所での勤務経験でそういうことが分かるようになった。

<介護を含めた地域医療構想>

地域医療構想としては、病床の話だけをしていても仕方がない。急性期、回復期、高齢者施設、さらにデイサービス、ヘルパーなどの在宅サービス、訪問診療こういった全体像を詰める必要がある。特に、介護サービスをすでに受けている利用者の健康管理は、医療の仕事になってくるだろう。例えば、デイサービスの利用者が、急に調子が悪くなったら、急性期でぱつと診るようなことだ。

<過疎地での医療・介護のコングロマリットの中のかかりつけ医機能>

その時の情報共有が大事だ。うちの法人内では、デイサービスのデイケアも、クリニックも、全部一患者一カルテだ。記録を見れば、デイサービスではどんな状態だったかがすぐわかる。デイケアに行って血圧がどうだったか、どんなリハビリしているか、そういった情報が病院でもすぐに分かる。医療は医療、介護は介護という縦割りではこれからは回っていかない。

我々は、高齢者の多い地域において、点ではなく、面で展開している。面の中で狭い所に拠点を積極的に作ってやっている。しかし、点でサービスを提供する法人や、プレーヤーが非常に多い東京都内のようなところでは同じことはできないだろう。我々は、田舎型として面で行っているのだから、このような共通の情報基盤が持てる。

また、情報基盤の統一は経営母体が単一だからこそそのメリットだ。しかし、単一の経営母体でも情報基盤がバラバラのところはある。うちは理事長が私一人で、命令一下でやる。我々のような包括的なモデルでは、多くのプレーヤーのハブとしてかかりつけ医機能はあまり必要がない。医療、介護、福祉複合体そのものが、あなたをかかりつけ医として見ている、という形になる。

そのため、患者に必要なサービスを分配するのが、医師である必要はない。その中心はケアマネでもいいし、訪問看護師でもいい。利用者が受給しているサービスの内容によってもかかりつけ医機能の主役は変わってくる。ただし、その前提として、情報の一元管理がある。

<過疎地での地域独占の必然>

人口が減っていけば、サービスの提供者が淘汰されるから、一種の自然独占が生まれる。もちろん、他の事業者と一緒にやってもいいが、命令一下のようにスムーズに意思決定できないかもしれない。ガバナンスはどうしても甘くなる。

また、我々の方から、サービスの受給者を、救急やコロナの場面で自分たちの患者かそうでないかで差別することはない。しかし、例えば、老健の病床が1つ空いて誰か1人入れるというときに、恵寿総合病院にずっと昔からかかっているという患者を優先することもある。これは当然のことで、お商売はみんなそうだ。もちろん、3つ病床が空いていて、2人はうちのかか

りつけで1人は別のところなら、3人どうぞということになる。

実際には、患者の方が意識している。ANAカードを持っていれば全日空に乗るし、JALカードを持っていたら日本航空に乗る。PONTAカードを持っていればローソンに行く。恵寿カードを持っていたらうちの老健に入ろうとする。

そしてこれからは、さらに人口が減っていくことを考えなければならない。しかし、行政と20年後の話をしようとしてもなかなか本気の話にならない。やはり、20年先まで市長をやろうという人はなかなかいない。今の田舎の行政は、インバウンドや観光客をいかに呼んでくるかというところに一番の関心がある。工場を持ってくるのはもう諦めている。今はとにかくいかに観光客を国内外から連れてくるかを考えている。

七尾市も人口が5万人を切って、小学校、中学校、高校も統合して、クラスも減らしている。車通学になるから、子供の肥満率が高い。小学校でもスクールバスか、おばあちゃん、おじいちゃんの車で通っている。アメリカみたいだ。私も地元にいると太るばかりだ。東京に来たらよく歩くが、地元では本当に歩かない。

<情報基盤整備の歩み>

情報システム自体は1996年に導入したが、カルテを統合したのは2006年だ。1998年には全施設オンラインにしていた。まだ光ファイバーがない時代で能登の山間部ではISDNもなかった。電力会社が有線をたくさん持っているので、それでできた。さらに2000年に介護保険が始まった年に、コールセンターを作った。コールセンターの職員は、画面を見れば、介護利用者であろうが、医療利用者であろうが、全部一画面で分かるという仕組みにした。そのため、医療の予約、介護の予約、キャンセル、そして医療の相談、介護の相談を、全部コールセンターでやることにした。システム更新は5年ごとにやっている。

今年は医療に520台のスマホを入れて、PHSは全て廃止した。固定電話もすべて廃止。こういうものは、徐々にやっつけては駄目で一気に進める。さらに2024年には介護施設にもスマホを300台入れて、PHSと固定電話を廃止にする。音声入力についても、医学辞書付きの音声入力を導入したが、若い看護師は案外使わない。なぜかと聞くと、むしろ音声入力の方が遅いという。彼らはフリック入力でするので早い。医師が患者にインフォームド・コンセントのための説明をするときにも、横で看護師が聞いて、フリック入力ですらと入力する。さらには、ベンチャー企業と一緒に看護サマリーをAIで作ることも始めている。在院日数30日のときであれば、サマリーは月に1枚書けばよかったが、在院日数が10日になると月に3枚書かなければならない。そのため、それにかかる時間を3分の1にしなければならない。こういったものを全部AIにしまおうと思っている。

書式の統一について、医療介護を統一した共通シートを導入した時に、みんなの意見を入れてものすごく長い定型様式ができた。しかし、多くの項目はそのうち誰にも使われなくなった。使われなくなった項目をどんどん外していったら、A4で1枚ぐらいになった。それだけは必ずどこに行っても見られるようにしている。

<地域の医療をどこまで維持するか>

開業医が高齢化して診療所が閉まっていくときに、人口も減って患者が減っていれば、その診療を無理して維持する意味がない。したがって、人口がある程度減ったら集住にして、医療資源については選択と集中にせざるを得ない。人口減少は確かに大きな課題だが、その中で医療機関を無理やり維持するのではなく、淘汰されていくので調整できる。

また高齢者の集住については、サ高住や公営住宅になる。それは個々人の資産によっても変わってくる。市街地に公営住宅を作れば、入居者は買い物等の経済活動もするので受け入れる側にもメリットがある。我々としても、そういうところに訪問看護師を回しても、効率がいい。

人口が1000人を切るようなコミュニティでは、診療所は経営的に成り立たない。そういうところは、オンライン診療に加えて、送迎の手段を確保すれば何とか住み続けられる人もいるかもしれない。ただし、七尾市ですら市街地の商店がどんどんなくなっている。今のところまだ街中にスーパーも、肉屋さんも、魚屋さんもある。そして、病院もある。しかし、もう少しすると、こういう街を構成しているものがなくなっていく可能性がある。そうなれば、街中集住すら難しくなる。

オンラインについては、コロナの経験がヒントになる。コロナの濃厚接触者となった医師が病院に出てこれないときに、病院に来た患者を医師は自宅からオンライン診療した。患者は病院にいるので血液や尿検査も可能だし、CTもMRIも撮像できる。医師が自宅で画像や検査データを見られればいい。恐らく、これが能登北部のこれからの医療の形になる。しかし、これについては、厚労省保険局医療課から電話がかかってきて「診察室に医師がいないとだめだ」と言われた。診察室も十数室あるから、どこかには医師はいる。しかし、現行のルールでは、処方や指示は医師が診察室にいないといけないということだった。そんなルールは時代に合わないし、今後変わっていくだろう。コロナのときは、これ以外に仕方がなかった。

医療法人社団のぞみの朋 日野のぞみクリニック(望月諭理事長)

2023年12月21日

<18万人の人口、3つの診療所、800人の在宅患者>

コロナの時、東京では感染者を病院に収容しきれなくなり、自宅療養者が多数発生した。このような事態に対し、地域の開業医がどれだけ積極的に往診をしたかというのは、地域の医療提供体制の構造による。日野市は、訪問診療のキープレイヤーが3医療機関に決まっている。各医療機関の在宅患者数は約200人程度だ。そうすると、18万人の市の人口に対し、多く見積もっても700枠から800枠しか往診の提供能力がない。在宅療養支援診療所が夜間帯のバックアップも自前でやるには、最低でも医師2人から3人が必要だからだ。

そうすると経営的に、最低200人ぐらいの患者がいないと、その体制を一医療機関で構築できない。それが日野市のほう、3つの医療機関がそれをやって、逆に外来の診療所は、応診をやるところと連携していこうというような形で、10年前からやっている。訪問診療をやっている診療所と医師会で積極的に連携していく形ができた地域だ。

2011年頃に、森久保先生が日野市医師会長だった頃にそのような構想が出され、そのときにちょうど私が、もともと在宅でまちづくりをしたいと思っていたので始めた。医師会に入って始めたが、当初は、他の開業医が担う訪問診療の枠として、100枠を残した。ところが、外来診療を中心にやっている開業医では、訪問診療に回れる数が10人から20人で限界となってしまう。20人の訪問診療をすると、負担が大きくなり外来の診療が止まってしまう。日野市医師会の会員数が100人程度であり、数人ずつの訪問診療を担当してもらうことを想定して100枠を医師会枠としたが、実際は100枠はこなせなかった。当時は、夜間体制が大変だから訪問診療できないという診療所が多かった。

<夜間診療が在宅診療の壁>

その当時、在宅医療が広がりにくかった要因は2つある。1つは、通常の外来診療に従事している開業医にとって、訪問診療によって、利益を食われてしまうのではないかという恐れがあったこと。そしてもう1つは、夜間帯が大変だというものだった。しかし、その後の経過を見ていると、やらない医師は、どんな体制をとってもやらない。

医師会の会員もみんなが若いわけではなく、例えば60代になっていて、診療所の収益構造がしっかりしていて、経済的に回っているところで、特に何代もその地域でやっているところは、患者もついているので、あえて新しく在宅をやろうという発想にならない。よほど新しい事業を展開していこうと考えない限り、一から訪問診療をする時間的なゆとりもないし、医師一人体制では無理だし、そこに医師を雇い入れてやるかと言えば確かに難しい。

そうした経緯の中で、日野市では、在宅医療を専門にする医療機関とやらない医療機関で完全に分かれるような線引きができた。そして、日野市の中で訪問診療の提供数としては十分に充足されている。逆に提供数が過剰になってしまうと、取り合いになったり連携もとれなくなったりする恐れが出てくる。おそらく23区はそういう状況になっているのだろう。日野市の

場合は、必要な医療がほぼ日野市内で完結しており、日野市の外にはあまり出ない。

<在宅と病院との関係>

日野市の中では、訪問診療の提供数をある程度早い段階から把握しつつ、取り合いができるだけ起こらないように気を使ってきた。一医療機関ごとに200人程度の患者数となるように、どこかが過剰に大きくならないように強く意識して進めた。当院は、当時から相談員を入れたりして、多職種の連携に力を入れて訪問診療していた。そうすると、どんどん当院ばかりに集まって来てしまう。当院が増えすぎてバランスが崩れないように、10年間無広告でやってきた。地域の口コミだけだ。

日野市には、急性期病院は、日野市立病院と花輪病院の2つがある。入院が必要になれば、基本的にはそのどちらかをお願いする。この地域の医療機関は、当院のことを知っているし、こちらがきちんと診察して、入院適用があれば取ってくれる。在宅に限らず外来で診ている患者であっても入院適用がある時に、入院できる体制がなければ医療は崩壊してしまう。在宅の患者でも入院適用があれば入院させられることはできる。特別に、在宅患者用の病床が確保されている必要は感じない。

この地域の特性として、がんの終末期の患者だけは病院が手を離す傾向がある。がんを治療する医師と、緩和ケアをする医師とは本来専門性が違う。治療している最中は、治療医が緩和ケアを行うが、治療ができなくなった瞬間に緩和もやらないと、外に出されることになる。他の医療機関に受け渡された場合でも、治療専門だということで緩和ケアが抜け落ちることがある。

急性期の機能を守るためにやむをえない側面もあるが、本来は急性期病院の下に小さな病院があって、そこに患者を回すなど、段階的に落とせる形をとるべきだ。23区ではそういうモデルが提示されている。日野市にはそのような中間の病院がないので、そういう機能をもった病床がないことが困る点ではある。多摩南部地域病院という急性期病院があるが、ここには緩和ケア病棟がある。この病院の取り組みとして興味深いのは、1回受診すると、何かあったときは必ず受けるという保証がされることだ。在宅で診ていたがんの末期の患者が突然入院した場合でも、ここに数日で取ってもらえる。その保証があるだけで家族も安心することができ、実際に紹介する患者の9割はそのような形の入院を使わない。最期まで自宅で過ごす。我々に紹介してもらった病院でも以降は全然取らないと明確に言うところもあるので、それは、在宅で診る側の安心材料でもある。

初期の頃、病院からがんの終末期の患者の依頼があった時に、何かあったとき自分たちで診ることを約束できなければ、受けないと言ってしばらくやっていた。日野市立病院は、地域の病院であり、何かあったときは必ず取ると言ってくれた。だからといって再入院の必要が生じたときには、必ず日野市立病院をお願いするわけではなく、患者の意向や病状に応じて、ホスピスや上述した多摩南部地域病院に送る場合もあった。しかし、こういう条件を出していると、日野市外の周りの病院から、当院に対してNGを出されてしまった。日野市内の他の在宅医療機関は、そのような条件を出さないのだから、当院も結局そのような条件は出さなくなった。もっとも、顔が見える関係が築けている病院との連携であれば、治療している医師の顔も見えているのであまり大きな問題は起きない。そのため、バックネット必要性は感じなくな

た。そのような安全ネットが必要になりうるのは、がんだけだろう。他の疾患は、厳格な管理が必要という理由で訪問診療が入っているような場合には、そもそも元の病院がついてることがほとんどだ。もともと専門医が診て治療していた状況から、だんだん通院ができなくなって訪問に移行してくるようなケースだ。そういう患者に関しては、入院が必要になれば、その時点で一時的にその病院に戻せばいい。そういう患者を病院も断らない。また、脳梗塞や心筋梗塞が訪問診療している患者に起こった場合でも、もちろん病院は断らない。訪問診療をしている段階で、あらかじめベッドが確保されていなければ不安だということはない。

実際には、訪問診療でちゃんと管理していれば、入院が必要になるケース自体が少ない。外来で通院してくる患者が通院できなくなって訪問診療に切り替わっているのも、そういう患者が直ちに入院するかと言えばそんなことはない。自宅で治療して進行を止められるものが多い。本当に入院させなければならぬ疾患自体に限られてくる。また、もっと病院がたくさんある地域の訪問診療なら、急変したらすぐ病院ということができるし、そういうところでは在宅医療は確かに楽にはなるが、そうではない地域では「そんなに簡単に病院に入院できない」という前提で考えることになる。日野市は病院の資源がある程度限られている分、在宅の体制の質がより高いものになっているのではないかと思う。

<在宅と多職種>

また、訪問診療でしっかり管理していくと、患者が救急を呼ぶことも少なくなるし、訪問診療自体の負担も減る。地域の3分の1の訪問診療を担っていると、訪問看護やケアマネージャーなど、地域の中の医療・介護にかかわる人材の動きが分かってくる。例えば、ケアマネージャーが、それまで外来診療所に通院していた患者が徐々に体調が悪くなっていって、急変しやすい状態になったら、そろそろ訪問診療に切り替えてはどうか、ということを提案してくるということがコロナの前の時点ですでにできていた。

多職種の連携をより効率化させて、全ての職種が患者をできるだけ急変させない対応をとれば、地域の中で夜間に救急や往診が必要になるケースは減らせるはずだと思っていた。ただし、コロナは全然違う状況になってしまった。

訪問看護の事業者は十数カ所ある。かつては日野市医師会が訪問看護ステーションを持っており、そこから派生した看護師が、他の訪問看護ステーションを作ったりして増えた。それ以外には、地域の病院にいた看護師が作ったものもある。看護師がオーナーであることが多い。早い段階から訪問看護が作られ、質と志が高い。そのため、99パーセントの事業者は、24時間動ける。動く訪問看護ステーションだといえる。他の地域だと、葬儀屋や一般企業が参入しているが、管理者が地域に根差した医療者であることは重要だ。もちろんそういったところでも、管理者の能力によっては、質が高いところもあるが、日野市ではもともと看護師が訪問看護ステーションを創設しており、訪問看護をちゃんと経験して思いがある人たちが作っているため、結構しっかりしたステーションになっている。

<コロナ禍で進んだ訪問看護の世代交代<

もっとも、訪問看護ステーションができて20年が経過し、このコロナの間に代替わりが進ん

だ。ケアマネージャーも定年などで、創成期の担い手が入れ替わってきている。新しいケアマネージャーがトップになると、どういう動きをしたらいいかと迷うことが出てくる。それに対して、元の人アドバイザー的な機能を果たしている。コロナの間に代替わりが進んで、さらに直接会える機会が亡くなったので顔の見える関係がとても希薄になってしまった。そのため、体感ではコロナ前よりも日野市の地域包括ケアシステムのレベルがぐっと落ちたと感じている。

<コロナに対する往診>

コロナ禍ではまず患者の絶対数が増える。病院が2つしかないので、必然的に在宅で診なければならぬ患者が増える。さらに、コロナ以外の診療に関しても、在宅で対処しなければならない人が余分に出てくる。そうすると今までの体制では回りきれなくなる。

日野市は、最初、感染者の増加速度がゆっくりだったので、いわば対岸の火事だった。そのため保健所の機能で入院が必要な場合の入院先も探せていたし、入院に至らない場合の健康観察についても保健所の職員が訪問しきれていた。

しかし、1日50件以上コロナが出るようになると、さすがに保健所の機能がパンクしてしまった。それ以前に、日野市医師会が、ボックス型のコロナ検査や、往診以外の発熱外来をやっていた。しかしいよいよ自宅療養する患者の往診が足りなくなってきたということで、日野市医師会長から私のところにかできないかという相談が来た。しかし、人口18万人のエリアの700人の在宅患者を3医療機関でカバーする訪問診療体制になっていたところ、それ以上訪問を増やすのは物理的に無理だ。

平時の訪問診療体制の延長で18万人のフルの往診を全部カバーするのは物理的に難しい。当院以外に訪問診療を行っている他の2つの医療機関も、私より年齢的にも10歳上の医師が訪問しており、業務を激増させることは無理だ。特に夜間帯まで全部カバーできない。ただし、それでもやらなければいけない状況だったので、できるところだけでもやろうということで、昼間の時間帯や、週の中で3日だけという形でコロナ患者への訪問診療を行うようになった。

具体的には、保健所からホットラインが医師会に入ってから、医師会に医師が集合し、そこで防護服を着て訪問看護ステーションから看護師を1人つけて行くという体制を作った。看護師は訪問看護ステーションの協議会に協力していただいた。さらに往診用の車は行政から補助金を頂いて買った。往診医を当院だけにしなかったのは、例え当院ができなくなったとしても持続可能なシステムにするためだ。そのために、他の医師が手上げして参画できる体制にした。そうすると、これまで往診したことのない医師も医師会に来て車に乗って防護服をきて往診に行ってくれた。

こういったことが割合にスムーズにできたのは、10年間ずっとまちづくりを医師会と行政でやってきた経験があるからだ。行政は、毎年人が変わるが、私はこれまでの経緯を全て知っているので行政にも重宝されるし、尊重される。そうすると、いざというときに、こういうことでやろうよと言えば、すぐに動く。現日野市医師会長も、行政と緊密に意見交換している。そういう平時からの関係性の中から、コロナの往診体制を作るにあたって、医師会側からは当初保健師を出してほしいという要望も出した。行政側からは、保健師は派遣できないが、その代

わり補助金は出せるということで、往診の車両を買ってこの体制を作るようになった。

<訪問看護との連携>

また訪問看護との連携を進めるため、私の法人ではあえて訪問看護ステーションを作っていない。また横の団体を作った方がいいということで、訪問看護協議会ができている。さらにその訪問看護協議会と日野市医師会で地域包括ケアショート協定というものを書面で結んでいる。何かあったときに、お互いに助け合うことを約束するものだ。これに加えて、行政と医師会も同じ内容の協定を結んでいる。ただ、約束しても法的な強制力があるわけではなく、あくまで顔の見える関係の中での紳士協定だ。そして上述したように、日野市医師会自身が訪問看護ステーションを持っているので、そこは必ず連携が取れることになる。医師会の訪問看護ステーションも、協議会の中で仕事をしているので、医師会の訪問看護ステーションがやるなら、うちもやるよという形ができた。

ただし、コロナの往診に看護師を付けてほしいと協議会に要請したときに、参加してくれるところと、絶対に参加しないところがあった。もともと医師会から派遣しているところや比較的大規模でやっているところは、必要性を理解しているため協力してくれた。ちょうどその頃、訪問看護師も往診の必要があれば行かなければならない、強制的にでもそうしなければならぬみたいな話が入ってきた頃だった。そうであるなら、自分たちが知らないところに行くよりも、地域の医師と一緒にいった方が自分たちも安心だという判断もあったと思う。そうして全面的な協力が得られるようになっていった。

地域の中で物事を進めるときは、みんながウィンウィンにならないとなかなかうまく進んでいかない。どこか誰かに何かひずみがあったり、誰かが大変な形になると大体うまく回っていかない。そういう体制を整えて、一応医師会に手伝ってくれる開業医を募ったが、結局誰もいないので私がやっていた。

訪問診療の診療内容は、フェーズによって確かに変わっていったが、最初の頃は、日野市は患者数がとても少なかった。そのため、保健所対応で事足りていたので我々自身の出番はなかった。2020年冬から2021年にかけての第3波、第4波ぐらいから訪問診療の出番になってきた。

<在宅診療として求められること>

私には、もともとの日野市のまちづくりの中で考えてきたことがある。日野市の中でかかりつけ医ができる在宅が広がるようにしたいということだ。そもそもかかりつけ医が在宅医療をやるべきだというのが根本的にあったはずだ。輸血や人工呼吸管理や専門の医療機関でなければできないものを、地域の中でできるようにしてしまうと、それまで外来診療をやってきた開業医が手出しできない訪問診療になってしまう。訪問診療を外来診療をやっている医師にも参画してもらえないものにするためには、もちろんその医師が透析や輸血のプロフェッショナルであればいいと思うが、一般的な医師ができる体制にしたいと思った。そのため、あまり高度なことは一切やらず展開してきた。とはいえ、人工呼吸の患者がたまに来ることもあるが。

在宅でも病院と変わらない医療ができるということを主張する人もいるが、それは専門性として、在宅医療を専門に提供している特殊な医療機関でなければ無理だ。在宅医療の基本的な提供者側を一般のかかりつけ医だとすると、病院と同じという水準を求めることは非現実的だ。

日野市の場合、第5波までは、保健所でほとんど対応できた。しかし、第6波から保健所がパンクし始め、入院できない人が在宅に溢れ始めた。その頃になると、流行株がオミクロン株に置き換わり、病原性も落ちて、ワクチンもかなり行き渡っていた。そのため、対応はしやすかった。仮に、もっと早い段階で、都内と同じくらいの流行が日野市で起こっていたら、対応ももっと大変になっていただろう。我々には、その間にいろんな地域のいい取り組みを見ながら、その中でいいところを取り込んで体制を作っていけるゆとりがあった。

保健所は、南多摩医療園の複数の市をカバーしている南多摩保健所だ。保健所が基礎自治体に直結していない。そのため、毎月、定例的に行政と保健所と医師会で連絡会を持って情報共有した。

<ファストドクターの導入>

第6波以降、日野市でもいよいよオーバーフローした。しかし、夜の対応までは私一人ではできなかった。そこで、結局、地域の中にそういう人材がいないと判断せざるを得なかった。他の地域どうだろうと見てみると、やれてるところはやれていたが、大規模在宅がある地域でも実はパンクしていた。大規模在宅も、東京都医師会から手伝ってほしいと要請されて、そこで初めてみんな動き始めて、どうにか体制を作って対応しようとしていた。その時に、ちょうどファストドクターが出てきた。

ファストドクターのビジネスモデルは興味深い。往診だけで日野市をカバーしきることはできない。例えば私のクリニックで1人往診の医師を非常勤で雇って日野市に展開しようとしても、ペイしない。だとしても、ペイさせようと訪問の患者を増やせば、地域のバランスが壊れてしまう。今以上に地域の中で、うちがたくさん牛耳って自分のところでやる方法もあるが、それをすれば地域が壊れてしまう。それを考えたときに、必要な部分だけを切り取って入れられないかなというのが1つの発想だった。

逆に、ファストドクターのビジネスモデルで欠点だと思うこともある。ファストドクターは医師を集める、人材派遣会社のようなものだ。ファストドクターとして、医師と運転手と往診ができるパッケージを持っている。それを地域の医療法人に名義貸しのようにして、その医療法人として診察するという形をとる。

これで、何が起るかというと、例えば国立に医師派遣の拠点がおり、その医師らがファストドクターとして日野市に入ってきたときに、そこで診察をしてもその情報が地元の医療機関にフィードバックされない。情報の共有が不十分だと、どこでコロナが発生していて、誰が濃厚接触者かということが負えなくなる。そのことによって、また別の濃厚接触者が生まれてしまうことになる。

<ファストドクターとの連携における日野市モデル>

このような問題に関して、日野市のルールを整備するよう行政に要望した。その結果、介護施設でコロナが発生したら、その情報を行政がリスト化してMCSでみんなに流すということがかなり初めの段階に決められた。そのときに、コロナの患者を診察した後に他職種や他のセクションに情報が流れないと、その後の患者のサポートができない。今までは、地域包括ケアシステムで往診する際に、当院は特に連携を重視しているため相談員を5、6人置いて、患者のことを全部他職種に流すようにしてきた。ファストドクターを入れると、それが全然できない診察になってしまった。

ファストドクターを入れるときに、まず代表の菊池医師のところに行ってファストドクターがどういうモデルかという話を聞いた。訪問診療に従事している医師のバックアップサポートをする業者は以前からある。ファストドクターが面白いのは、初見で救急患者の診察に行くところだ。そのような形は、コロナの初期には、ファストドクターしかなかった。

菊池代表と話をして、ファストドクターが当院に入るにあたっては、当院がファストドクターの代理店になることになった。そして、ファストドクターが診療した情報は全部うちに入るようになった。そうすれば、それを地域に還元できる。最初は、ファストドクターの対応が、どの程度の質かも分からなかった。ファストドクターが往診に行かない分については、当院でフォローすることもできた。また、ファストドクターは0歳からどんな患者でも行く。条件なしで呼ばれたら行くのがファストドクターではある。しかし、地域の医療資源を考えて、日野市の場合は当院が代理店となっているので、うちの場合は20歳以上の患者に限定したり、すでに訪問診療を受けている患者には行かせないということもできる。

そういう形で条件付けを代理店としてやった上で、地域の中でどのぐらいそれが必要かっていうのを試すことをこちらから菊池代表に提案した。

この条件でできることになって、これは非常に役に立つと思った。夜間帯の訪問診療は課題だったからだ。弱小診療所で、どうにか2人体制にしても、夜は全くカバーできない。それをカバーする体制を地域の中で作ろうとすると、他の地域に展開して、ある程度事業基盤を大きくして、さらにもう一人雇える形を作らなければならない。しかしそれは他の地域を荒らしに行くことになってしまう。

ただし、実際にはもうそんなに在宅のパイは残っていない。そう考えたときに、課題となっている夜間だけを切り取ってカバーを付けられる効果は大きい。それでファストドクターと連携してやるようになった。従来のファストドクターは、代理店は置かずに、自分たちで全部やっていたが、地域の代理店を置くことで情報も地域に残るようになった。

こうすると、医師会で様々なことをするときにも全面的に支えることができるようになる。いろんな事業が回りやすくなる。ただし、勝手にはできないので、やるときには医師会の歴代の会長4人ぐらいに話をして、こういう救急体制を、こういう形でやりたいが、いかがかという話をした。

ファストドクター側も、代理店を間接的に変えるだけなので、収益は一切変わらない。地域としても、自分たちのリソースではできないので、利害が一致して、一気にシステムが回る。行政としても、自宅療養者が増えてくると往診体制をつくる必要があるという話になる。初め

は当院がつなぎ役になって、20歳以上限定でパイロットでやってみた。

私は、自己負担がないからと言って小児に盲目的になんでもかんでも行くのはおかしいと思っている。そのため、まずは20歳以上に限定して、しかも最初はファストドクターの質がどの程度か分からないので、基本的にはケアマネージャーと訪問看護師からの依頼に絞って対応することにした。ケアマネージャーと訪問看護師からの依頼であれば当院がフォローできるし、患者からの依頼を全部直接受けってしまうとパンクしたり、ファストドクター側の提供をこちらで把握しきれなくなる恐れがあったからだ。

いきなりファストドクターが診るというのはなく、ファーストタッチは地域で行って、その後を必要に応じてファストドクターにお願いするという形だ。そのやり方を地域の協議会を通じて周知して、対応し始めた。そのときはコロナ以外も全部診るという形で、試験的にやって数カ月実施した。そして、ある程度運用し慣れたところで、日野市医師会のコロナ応診ステーションの夜間帯にも導入した。ここでも手上げ方式にして、協力者を募った。そうすると、他の在宅療養支援診療所も、手上げはできないが昼間の看護師は出すと言ってくれた。そうして、夜間にうちが呼ばれたときに、昼間の方を手伝ってくれるようになった。その頃になると、若い開業医の中からも協力者が出てきた。ただし、夜だけは手上げがゼロなので、当院が手上げをして、裏側でファストドクターがバックアウトするという体制になった。

そして、形式的には、呼ばれた時にはファストドクターの人材を当院が雇用する形態をとった。これは、ファストドクターのもともとの形だ。これは、往診して行って帰ってくる間だけ医師に対する雇用契約だ。したがって、当院から給料を払い、源泉徴収も出す。この契約形態で、補助金なしで、診療報酬だけで回ることを最初に確認してやり始めた。ただし、今はもうコロナの一時的な加算が減算されているので、1回あたりマイナス5000円ぐらいになっている。それでも、診療情報は当院に全部残る。それがあから翌日にかかりつけ医に報告できる。やっていく中で分かったことだが、一番依頼が多いのは訪問看護師からのものだ。

<訪問診療を整備することで救急を減らせる>

もちろん訪問診療してるところも地域の中で完結しているので、ほとんどが地域の病院の外來か、または地域外の大きな病院に通院している患者の対応が、訪問看護師のところでは止まってしまう。指示書は出ているので訪問看護師が行くが、そこからの対応が止まって困ってしまう。そこで、そういうケースに対して、来てもらえないかと依頼されるパターンが多かった。もしこれを放置すれば、この患者は救急に行くしかない。逆に言えば、こういうパターンで救急車が呼ばれてしまっていたのも多かったはずだ。

また、事例を見ていくと、夜中の便秘等もある。こういったものは、地域の中でケアマネージャーを再教育して、夜間帯対応ができる訪問看護師を入れておけば大丈夫だから、救急を呼ぶ必要がなくなる。地域包括ケアシステムの中の当院で救急を提供しているからこそ地域の問題が明確になり、それを直せる。

しかも、医師会で手上げをするときに、当院は絶対にやってあげられる。バックアップがあるから。仮に他の開業医が手上げをしたら、うちは引けばいい。そうしたら地域の医療資源を壊さずにできる。これを医師会で直してしまうと、誰も他の開業医はやらなくなってしまう。基

本的に、当院でなければできないのではなく、地域の中でそれが恒久的に回っていく形を作った方がいい。この形なら夜の往診体制も作れる。そして、これをコロナが終わった今も続けている。

<地域の拠点+ファストドクター>

ファストドクターは、エリアごとに往診が必要な数を集めていってそれなりに成り立つ形を作っている。また、子供でも診るなど、往診の垣根をかなり下げている。ともすると、守備範囲が広い分、診療の質が下がりそうになるが、それを教育システムをしっかりとしたり、中の評価システムを工夫して対応している。また、日頃、病院に勤務している救急医が基本なので、ファーストタッチに慣れているというもある。実際うちで見ている限り、質が悪いとは思わない。対応もどんどん上がっているというか、ブラッシュアップされている。

ただし、単発でファストドクターだけで成り立つものでもない。今、よく分からない医療法人が在宅診療を提供している例もあるが、まずは地域包括ケアシステムの中で地域の拠点になる在宅診療の提供者とファストドクターが連携を組んで往診の体制を作れば、本来、不必要な往診は減るはずだ。

日野市でファストドクターを入れるときに、ただ単に入れると言っていたら、おそらく認められなかっただろう。当院が背負って入れる形にすることで責任の取りようがある。1枚皮をかぶせて地域の中に入れれば、ここだけばつんと切ることできる。多分、そうしないと拒否反応は強い。ファストドクター自体は、全て往診しますという体制なので、そのまま入れると、本当にめちゃくちゃになってしまう。

まずは多職種で連携してできるだけ昼間に対応しようという形にする。そうすれば、通常の訪問患者の急変ほとんどないから何とかなる。看取りはもちろんあるが、それ以外のものはほとんど看護師対応や電話だけで済んでしまう。そのため、医者が往診しなければならないケースはほとんどない。ただし、コロナのときには、救急の往診がそれなりにあったので状況は少し違ったが。そういう地域の拠点なしに、何でもかんでもファストドクターが知らないところから来てしまうということに対しては我々も警戒感があつた。勝手に日野市に入って来られるぐらいだったらということでのこの形になった。

困ったら全部そこに投げればいいという形で入れてしまうと、地域の職種の質がどんどん下がってしまう。急変に対して、そこに解決策があると考え、誰も診なくなってしまう。それもあって、早めにうまく組み込んでしまおうと考えた。

このモデルが動き始めると、ファストドクターの方も前向きに態度が変わった。初めにこの形を提案した時はおそらくそれがどう展開するか想像できていなかったのではないかと。我々としても、この形でなければ夜間帯のコロナの対応はできなかった。その意味で、すごくいい体制だと思っている。

<保健所・行政の役割と地域の枠組み>

軽症者の自宅療養者に対する重症化モニタリングは保健所が行った。我々としては、あく

まで医療的に必要な往診の部分を上記のような形で凌いだ。重症化しているのに、保健所の手が回らないような事例には、当院が直接で往診した。今、患者がどこにどれぐらいいるといったような、地域全体のリアルタイムのコロナ状況の把握は、保健所と市が連動してやっていた。

行政の援助としては、まず市が往診用の車を買ってくれた。これ以外には、往診を体制作ることに関して、東京都から補助金が出た。

コロナ以前からあった地域の枠組みとしては、訪問看護の協議会と医師会との連携が重要だった。当院としても、自分のところだけで抱えて勉強会みたいなものをしないようにしている。勉強会をするにしても、在宅医療推進協議会というところに各協議会のメンバーが集まって、顔の見える形で行う。在宅医療推進協議会の意思決定機関で、例えば、今度認知症の専門的な勉強会をしようかということを決める。ただし、ケアマネージャーや介護事業所は介護保険を介した横のつながりなので、協議会に皆入っているが、訪問看護師やステーションは協議会に入らないところも多少はある。訪問看護ステーションは、今、17もある。

最近日野市で事業を始めたところに聞くと、日野市は癒着がないと言う。他の地域では、自分の患者を集めるために、決まった訪問看護と手を組んでお互いに患者を回し合いするらしい。訪問看護が病院にみんなぶら下がっていい、患者を回すように依頼するが、その時にケアマネージャーも抱えてしまえば、介護保険の導入から訪問看護の導入、そして訪問診療の導入まで自分のところで回せる。都内はこういうモデルが多くなっている。そのため、あとから訪問看護ステーションが入っても患者を取れない。これに対して、ただ日野市は比較的開かれている。もちろん本当に質が悪ければ使われないが。

<競合か連携か>

都内では、患者の取り合いが激化しているが日野市は18万人の人口で医師会員が100人という規模感で均衡しているように見える。通常の外来でも、経営が成り立つ。医師会員同士で顔が見えているというのもあるが、患者を取った取られたという話は全然ない。ただし、私が初めに在宅医療を提供し始めた頃は、バランスをすごく気にした。当院は紹介状を受け取ると、訪問したら全部返している。また、患者が亡くなった時にも紹介元に連絡する。そうすることで、あなたの患者さんがこっちに来たということを伝えることができる。

また、当院は訪問診療を専門に近い形で提供している。日野市では2世代、3世代、その紹介元の外来に通っている患者のおばあちゃんが、たまたま訪問になるだけなので、取った取られたにならない。他の家族は向こうに残っている。

ある意味で、慣習としてのかかりつけ医がかなり固定している。また、町全体で見ても、人口の入りと出が、そこまで激しくない。ただし、最近では、昔は田んぼだったところが商業施設になったり建物が建ったりすることもある。新しいマンションが建つと、その下はみんな診療所になったりもする。その形の方が融資を受けやすかったり、金利が有利になったりすることがあるのではないか。

また、日野は中央線で特別快速だと30分で都内まで出られる。そうすると、中央線沿線を含めて域外の病院を受診する患者も多い。例えば、がんセンターでがんの治療をしていた患者が日野に帰ってくると、地域内の私立病院にワンクッション置きつつ、うちが入ったりということもある。または、多摩南部地域病院を入れることもある。そのマネジメントはうちです。そういうマネジメント在宅療養支援診療所の専門性だと思っている。そういうところに長けてることが、特化型の在宅療養支援診療所の良さだ。この専門性は、感覚的には整形外科や眼科と同じだ。在宅科みたいなイメージ。このマネジメントはやっていないと分からない。外来のかかりつけ医では、多摩南部地域病院の機能をどう組み合わせるかという発想まで持てないはずだ。これは相当のバリエーションを経験して初めてできるようになる。病院に連携室という退院支援の窓口があるように、在宅の療養環境調整の窓口みたいなところが在宅療養支援診療所だ。

医療法人博仁会(鈴木邦彦理事長(茨城県医師会長))

2023年12月28日

<コロナ以前の県と県医師会での協力>

私が茨城県医師会会長になったのは2020年の6月だ。これはちょうどコロナの第1波と第2波の間に当たる。そのため、第1波の時は私は会長職ではなかったが、本県では以前から、県から県医師会に地域ケア推進センターの委託を受けており、在宅医療の体制構築を進めていた。

ただし、以前は、茨城県独自に医療提供施設のグループ化推進事業を行っており、国が進めている在支診や在支病と少し考え方が違ったため、これに参画している医師らからも、やっても診療報酬等に結び付かないという意見があった。そのため、うまくいく所といかない所があった。グループをつくと一定額は受け取れるということで、形だけ作られて、実態としてはあまり活動的ではない所も少なくなく、結局そのまま終了した。

<コロナにおける地域包括ケアの枠組みと行政との連携>

私は、県医師会に就任する前は、日本医師会の事実上の、初代の地域包括ケア担当・かかりつけ医担当ということでもあった。そのため、地域包括ケアシステムをしっかりと県内に根付かせる必要があると思い取り組んできた。そして、コロナ禍となり、2020年冬の第3波のときに、急性期の医療機関だけでは対応し切れないという事態に直面した。そのときに、急性期以外のいわば後方の病院の機能の重要性を改めて認識した。このことは、感染禍にあっても、急性期だけではなく、地域医療構想全体の視点、そして在宅や介護をも含めた地域包括ケアシステムをきちんと整備しておくことの重要性を確認させるものだった。

このような認識の下、体制を強化した。茨城県では、東京や大阪のような大流行は起こらず、入院を待ってる間に自宅で亡くなるケースはなかった。しかし、それでも中には軽症ということで自宅に戻った患者が急変したというようなことはあった。

茨城県では、基本的に県医師会と県の緊密な連携体制ができたと考えている。以前は、どちらかという県が決めたものを医師会に持ってきて、それをそのまま受け取るという感じのようだったが、私が会長になってからは、協議をしながら作っていく形を取っている。その上で、決まったものには協力するというようにしてきた。コロナは、状況が目まぐるしく変わり、切羽詰まった状況だったが、流行のピーク時には県の担当者も週に何度も県医師会まで来て、協議しながらスピード感を持って進めていった。

また、このころは、日本医師会との月1回程度の担当理事連絡協議会というものがあり、これも直接、日医や厚労省の担当者との意見交換できたので非常に有効だった。これは、必ずしも県医師会長が出ることは求められていない会議だったが、私は必ずこれに出て、毎回多くの質問をさせていただいて、現場での課題をそこでかなり解決することができた。

さらに、郡市医師会に対しては新型コロナウイルス感染症対策郡市区医師会長会議を作

り、ピーク時には2週間に1回程度の頻度で行った。これ以外にも、特養、老健、県庁、保健所を含めてコロナ感染症地域医療介護連携推進会議を作り、ピーク時には週1回程度開催した。これを通して、介護施設での受け入れを呼び掛けたり、保健所との連携の問題点を調整したりした。

さらには、県庁の対策本部会議もあった。これにより、県庁と医師会で細かい対応を協議し、決定したものは連名ですぐその日のうちに通知を出すというようなことを繰り返した。また、入院受け入れを主にしていた大規模病院については大規模病院連絡協議会を作って、ピーク時には2週間に1回程度開催しながら、課題の対応に行政と一緒に取り組んだ。かなり逼迫したときには悲鳴や怒号が飛び交うこともあったが、こういった会議体を通して、状況を多くの機関で把握し、改善して行くことができた。

地域ケア推進センターは2023年度から地域包括ケア推進センターになっているが、もともと地域包括ケアシステム構築のために県医師会で地域包括ケア推進センター運営会議とを毎週行っていたが、これにもコロナの議題を追加して、在宅医療、訪問看護、介護等について県の担当者と話し合った。

私がかねてから地域医療構想の実現、地域包括ケアシステムの構築、かかりつけ医機能の充実強化は、三位一体の取り組みとして必要だと言ってきた。そして、県医師会はまさに多職種連携のまとめ役になる必要があるとも考えてきた。医療機関の機能分化と連携をここでしっかりと進める必要があり、コロナを奇貨としてその必要性が改めて明確になった。コロナの中で走りながら体制を構築していったが、それが地域医療構想や地域包括ケアシステムの構築にもつながってきているのではないかと思っている。

<コロナ診療の態勢づくり>

コロナの診療は、重症から中等症のⅠ及びⅡ、軽症、無症状とあったが、それに応じて、入院受け入れ病院が45、後方支援病院が32、治療が終わった後に受け入れる老健が50、特養が59といった具合に、様々な機能を募集しつつ体制作りを行ってきた。さらに、ワクチン接種も個別、集団と実施主体を確保していった。個別接種では880の医療機関が参画した。また、診療検査医療機関は700機関を確保し、メディカルチェックを行う医療機関や地域外来検査センターを設置できる郡市医師会等々も募集して作っていった。

最初によくわからなかったコロナの病態も徐々に明らかになり、無症状、軽症、中等症Ⅰ、Ⅱ、重症という分類ができるようになった。茨城県の場合は在宅医療の資源が少ないため、県は宿泊療養を充実させるという方針を採用した。実際に、ピーク時には1000名以上の受け入れの体制が取られた。これに加えて、県は、臨時医療施設を設置し、何とか入院が逼迫しないように、在宅も対応困難とならないように対処した。県医師会からも各医療機関に対して協力を呼びかけ、徐々に協力する医療機関が増えていった。このような体制は、走りながら作ったことになる。しかし、結果として、医療機関の機能分割や連携が進むことになり、地域医療構想及び地域包括ケアシステムの構築も進んだ。

茨城県では、当初は感染者が少なかったため、陽性者全員を入院させていた。徐々に逼迫の度合いに応じて在宅まで必要になった。問題になったのは、在宅療養が治療の場なの

か、つなぎの場なのかという位置づけについてコンセンサスが取れなかったことだ。この問題は、地域の在宅医療の資源量に依存する問題だ。陽性者の管理に関して、当初は基本的に入院とし、次に宿泊療養ということで対応していたが、在宅をこの中でどのように位置づけてその役割を求めるのかは、全体の医療資源とのバランスの問題になる。茨城県のコロナ対応を概観すると、基本的には地域医療構想と地域包括ケアシステムとかかりつけ医機能がしっかり構築できているかどうかということがコロナ対応にも大きく影響したといえる。

未知の感染症については、病態が分からないときと分かってからでは違う。コロナについては、最初は分からなかった。さらに感染症法の体系の中で扱われることになったため、保健所が個別の患者についても多くの決定をすることになった。そのため、我々現場の医療者としても限られたことしかできなかった。

日本では、医師会員も呼びかけに応じて、徐々に協力してくれるところが増えた。イギリスは公営医療だから国が補償することになるのだろうが、フランスやドイツでも十分な補償の体制がセットでなければ医療提供体制を確保できていない。フランスでは前年の入院の報酬は補償するとか、あるいはドイツの開業医でも万が一感染して診療できなくなってもその間の収入を補償するというのがセットになっていた。やはりわが国でもそれはセットであることを前提にすべきだろう。

今後、新たな感染症が起きた場合のことを考えなければならないが、今度の感染症法の改正では、どうも今回のコロナと同じような場合のみの想定となっているようだ。しかし、実際にそうとは限らないので、病態が分からないような新しい感染症が大流行した場合にどうするかという問題がある。最初に診る特定の医療機関は決まっているが、そこがすぐにヨーロッパ各国のようにいっぱいになったときにどうするかを予め考えておかなければならない。改正感染症法の想定では、一般の医療機関は、流行が始まってから6カ月以内ぐらいに受け入れればよいという事になっていたとしても、特定の医療機関がすぐにいっぱいになったので受け入れてくれと言われることも考えられる。そうなった場合、一般の医療機関では、なかなか体制が整わない中では難しいのではないか。むしろ、全く同じパターンで来ることの方が考えにくいと思われるので、柔軟かつ迅速な対応が必要だろう。

現時点でも、コロナはインフルエンザと同様に流行が起こっている。以前のような嚴重な感染対策の体制にはしていないが、引き続き警戒している。診療を継続しなければ経営が成り立たないので、診療を継続しながら感染対策と通常診療も行っていくという体制をとっている。

わが国のコロナ対応として、一般医療との両立が前提になっていた。そのため、コロナに割ける病床がなかなか足りないという問題があったが、イギリスもフランスも流行が大きかったため、一般医療は後回しにして対応した。フランスの病院にも視察に行ったが、急性期の大病院では、緊急診療以外は全てコロナの入院に対応して、がんの手術やその他の治療も全部後回しにされたとのことだった。そういったことが日本で許されるかどうか。また、フランスの高齢者施設にも視察に行ったが、重症化しても病院へは搬送しないという対応が取られた。その場合、気道確保しないまま沈黙をして看取ったとのことだ。これは、安楽死とも言い得るものだが、そういうことが日本でできるかどうか。いずれにしても、日本とは大きな違いがある。

日本は、高齢者にも優しい医療、介護の提供体制となっている。また、コロナ流行下においても、一般医療との両立を大前提とした。それで乗り越えられたのは、例えばマスク着用に見て取れるように、国民の感染対策への協力があり、そのお陰でロックダウンのような強力な措置をせずに済んだということもある。しかし、さらに強い感染力かつ強い病原性の感染症が来た場合にどうするのかということについては、今回のコロナの対応だけからは読み切れないものがある。

<大病院と地域密着型中小病院という機能分化、そして連携>

私のかねてからの持論だが、400床以上の大病院は特定機能病院を目指し、200床以上の大病院は地域医療支援病院を目指し、200床未満の中小病院は診療報酬上だが在宅療養支援病院を目指すべきだ。在宅療養支援病院は、地域包括ケアを支える地域密着型中小病院と言ってもいい。在宅療養支援病院(以下「在支病」という。)について、今は診療報酬のみの位置付けしかないが、医療法上の位置付けもされるべきだろう。

地域医療構想については、従来は病床機能の議論として急性期を減らして回復期を増やすという話を中心だった。しかし、急性期と回復期のどこで線を引くかによって元々ある病床の位置づけが変わるだけで、そこにエネルギーを費やしても意味がない。それよりも病院機能の機能分化と連携が必要だろう。

まず、地域包括ケアを支える地域密着型中小病院としての在支病の役割が重要だ。地域密着型中小病院は地域包括ケアシステムにおいては多職種のマンパワーを地域に派遣して、まちづくりの中心となれる。また、地域医療構想においては高度急性期の大病院と共に病院の2つの軸の1つになる。そして、かかりつけ医機能については、ソロプラクティスの診療所がわが国には多いが、そこを支援して地域を面で支える。これは日医が主張していることでもあるが、地域密着型中小病院はその中心となれる存在だ。

2024年度の診療報酬改定については、各方面が努力した結果ではあるが、物価高騰と賃金の引き上げを考えれば、必ずしも十分とは言えず、これから経営不安を抱きながら、2年ごとの改定がどうなるかによって考えるしかない。そうすると、先々縛られることにはなかなか手を出せないというマインドになる。

ただし、我々は、地域密着型中小病院の在支病であり、これまで通り、私どもがやってきたようなまちづくりへの参画を行っていく。これは、地域包括ケアシステムの究極の形だと思っている。さらに『病院』の2023年11月号にも論文を書いたが、もう少し医療法人制度を柔軟にすべきだ。今は、何もかも駄目といったように縛り過ぎだ。

医療機関をソーシャルビジネスの担い手としてもっと柔軟に考えるべきだ。例えば、コミュニティーカフェのようなものも認められていない。収益事業だから認められないという論理だが、社会医療法人には認められている。医療機関に関して、少々縛り過ぎだと思っている。これと関連しては、医療法人制度改革も必要で、政府の財源が乏しいのであれば、もっと自活、自立できるように持分ありの医療法人にも収益事業を認めるべきだ。収益性を問題にして、社会医療法人に認められているものを持分ありの医療法人に認めないのはおかしい。

<地域医療構想、地域包括ケア、かかりつけ医機能という三位一体>

在支病には三つのタイプがある。すなわち、医療型、医療介護型、医療介護生活型だ。2022年3月に四病協の支援を得て連絡協議会を作った。上述したように、地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想の実現とかかりつけ医機能の充実強化という三位一体の取り組みが必要だ。かかりつけ医機能についてはかかりつけ医機能報告制度が出来てからになるが、地域医療構想と地域包括ケアシステムについては、現段階で決まっているものに関して県と協議しながら進めている。

地域包括ケアシステムは毎週県と協議しているし、多職種の24団体とも連携して体制作りをしている。本県は在宅医療圏も市町村を基本単位として設定された。そして「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」も「在宅医療に必要な連携を担う医療機関」もほぼ決まっているので、これを中心に構築していこうということになっている。

地域医療構想は、上述したように高度急性期の大病院と地域密着型中小病院の2つを軸として、茨城県では、特に水戸地区の5大病院とこども病院を含めた6つの地域医療支援病院の再編統合が必要だと考えている。しかし、第7次医療計画のときはこれが全く動かなかった。私が県医師会長として独自に意見交換会をこれまでに9回開催して意見を集約し、つい先頃、第8次医療計画に一定の文言を書き込むことができた。

今後の日本に必要な医療というのは、私が2010年に日医の常任理事になった頃から基本的には変わってない。それは、高度急性期医療と地域密着型医療であり、地域密着型医療を確保するためには、かかりつけ医機能の充実強化と既存資源である中小病院と診療所の活用がカギになる。

郡市区医師会が900ぐらいあるが、それぞれかかりつけ医機能を持つ中小病院、診療所が在支病・在支診になれる所はなっていたら、在宅をできるだけ総合的に支援する体制を整備しなければならない。かかりつけ医機能の担い手ができる範囲で在宅医療を担い、すなわち24時間の対応が難しいということであれば、可能な所だけでもやっていたら、24時間対応ができるという所は有床・無床の在支診や在支病となっていたらという形が考えられる。医療機関同士が緩やかなグループがチームを作って、全体として入院も含めた24時間の体制を作るのがいいだろう。急性期の大病院はその外側で二次医療圏の最後の砦になっていた。

高齢者医療と介護は一体化していくが、それが地域包括ケアであり、地元の常陸大宮市は高齢化率が39パーセントなので、2040年、2050年の平均的な日本の姿だ。このような地域では、地域包括ケアは既に必須となっているが、その担い手はかかりつけ医だ。これを育成するために2016年度、日医かかりつけ医機能研修制度が創設された。私が日医の常任理事であった時にはこれを担当した。このようなかかりつけ医機能を担うのは、200床未満の中小病院や診療所が中心となるべきだろう。病院全体の7割は中小病院だ。また、民間病院だけで見ればその割合は8割になる。中小病院がかかりつけ医機能の中心を担わなければならないだろう。

<垂直連携から水平連携へ>

従来の連携のあり方は、急性期の大病院から順に降りてきて、かかりつけ医が一番下の機関となる垂直連携が想定されていた。この連携の中で、患者は歩いて退院するという時代が続いた。しかし、今は高齢者が多くなり、患者は複数の病気を持っていて、1つの病気が治っても他の病気も治ったわけではない。このような背景の中で、かかりつけ医にはぜひ多職種を取りまとめるリーダーになっていただきたい。そして、そのための勉強を継続していただきたい。

その上で訪問看護師や地域包括支援センター、ケアマネージャー等々と同じ目線で連携する水平連携が中心になってくる。急性期の大病院はその外側で二次医療圏の最後の砦になっていただきたい。私が県医師会長となってから、地域ケア推進センターを地域包括ケア推進センターに改め、3人の推進員、すなわちベテランのケアマネージャー、PT、看護師に常勤で入っていただいた。以前は県庁も医療と介護という形で縦割りになっていたが、機構改革がなされ保健医療部に地域包括ケア推進室が新たに設置されて、介護を医療の側でみることができるようになった。そして、県と医師会で毎週、年50回程度の運営会議を行っている。さらに、2023年度から県医師会に地域包括ケア研修センターを独自に設置した。これを活用して、実際に研修が始まっている。先日もACPに関する研修を行ったところだ。そういった実践を24団体と連携して行っている。

コロナの経験を経てウェブで行う会議が一般化した。県庁との毎週の会議もウェブを活用して行っている。これに加えて2カ月に1回の頻度で連携会議を行い、年に2回は全体会議を行って、年に1回は茨城地域包括ケア学会も開催している。さらに地域包括ケア推進センターに郡市等医師会市町村連携協議会もあり、ここで在宅医療圏や「在宅医療において積極的役割を担う医療機関連」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の機能、役割を県内で推進をしていこうという話をしている。これらを核に地域包括ケアシステムを進めればよいと考えている。このように多職種や市町村とのつながり密になってきている。

また、繰り返しになるが400床以上の大病院は高度急性期と急性期に特化するべきだ。その一方で、200床未満の中小病院は単科専門病院か、慢性期病院以外は地域包括ケアを支える病院になるべきだ。その中間、すなわち200床から400床規模の病院はどちらの方向性に向かうかを選択する必要がある。われわれのような地域密着型中小病院や有床診療所は、従来の急性期の大病院との連携や、診療所の在宅支援だけではなく、行政や介護との連携もしていかなければならない。さらに、医師会や地域への人材派遣とまちづくりの参加も、地域密着型中小病院には求められる。これは、急性期の大病院とは全く違う役割だ。これがないと超高齢社会を乗り切る体制は作れない。これは絶対必要だ。

<感染症有事を踏まえた病院の機能分化>

今、県医師会長として大病院、中小病院の枠組みをさらに精緻化している。コロナ禍を経た今、人口50万～100万に1カ所の高度急性期大病院が必要だ。それは高度急性期の入院医療に特化したICUなどの高機能病床が10パーセント以上ある病院だ。200人以上の医師をそろえて、新型コロナの重症患者を10人以上入院させられる病院でもある。これまで、茨城県内では筑波大学附属病院がこれに当たるが、実際には10人以上診た病院は県内にはなかった。茨城県内の病院は、全て4人以下しか受け入れていない。

その次のカテゴリーが人口 10 万から 20 万に1ヶ所の広域急性期病院だ。市民病院や民間の大病院がこれに当たる。そして、中小病院は慢性期病院や単科専門病院以外は地域包括ケアを支える地域密着型病院にならないといけない。このような中小病院は、人口2万～4万に1カ所を目安として分散化する必要がある。すなわち高度急性期病院の集約化と地域包括ケアを支える地域密着型中小病院の分散化の両方が必要だ。私は茨城県医師会長として水戸医療圏の5大病院にこども病院を加えた6つの地域医療支援病院の再編統合も絶対にやらなければならないと考えている。そのために県医師会で独自に9回に及ぶ意見交換会を開催し、ようやく第8医療計画に話を進めるということを書き込むことができた。こういった問題は、黙っていれば現状維持になってしまう。それは大病院についてもしかりだ。また県知事から地域医療の実情を知らないままに一方的に進められても困るので、一回、お断りしたこともある。とにかく合意形成の中でやらなければ地域医療構想にはならない。

地域共生社会、2040年の地域包括ケアシステムの構築実現のために進んでいくわけだが、地域医療構想としては上述したような高度急性期大病院の計画的整備による集約化と、地域包括ケアを支える地域密着型中小病院の分散化と、かかりつけ医機能のさらなる充実強化の、この三位一体の取り組みが必要である。それを進めるために、どういう具体的な財源が必要で、その中でどういう医師の偏在対策をやって行くのかを同時に打ち出す必要がある。その上で、地域にどのような診療科をどのように配置していくのかを構想していかなければならない。ただ診療報酬を上げてくれと言うだけでは次の改定はもっと厳しくなるのではないか。それがうまくできなければ、公的国民皆保険の転換点になる恐れもある。実際、すでに「管理された混合診療」とも言われる評価療養や選定療養などが拡大されてく流れがあるが、予算を絞る発想だけでいけば、今後、そういう方向に行かざるを得ない局面が出てくる可能性がある。

<かかりつけ医機能の担い手>

かかりつけ医機能の担い手は、地域包括ケアシステムの担い手でもある。患者にとっては身近な存在であり、利便性が重要だ、そのため、無駄を省いた上でそれらへのフリーアクセスは維持する必要がある。その一方で、今後のかかりつけ医機能の担い手はハードルが上がるので、医師が1人でこなすのは難しい。医師自身が地方では高齢化しているので、ICT化、医療DXにも対応し切れずに辞めてしまう医師もいる状況だ。

かかりつけ医機能の有力な担い手としては、在支病がある。さらに有床診療所である在支診だ。それから総合診療医の医師が行っているグループプラクティスの診療所もこれを担うことが期待される。グループプラクティスの診療所も在支診になればいい。このような担い手がソロプラクティスの診療所と連携して地域医療を確保することが、これからのやり方だ。在宅医療圏は、茨城県では市町村単位なので地域包括ケアと連携しやすい。その有床、無床の診療所、中小病院が中心となる。中小病院の一部は二次救急になればよい。私の病院も救急告示を受けており、年間220件以上の救急車を受けている。

常陸大宮市内には、常陸大宮済生会病院という公的急性期病院が1つある。ここで救急車を年間で1200件ぐらい受けている。3万7500人の人口規模では、それ以外のところが救急車を頑張って受けても大きな数字にはならない。ただ、看護師の処遇改善の要件に救急搬送

件数が年間で200台を超えることが定められているのでこれが目標になっている。

また、在宅医療圏には積極的な役割を担う医療機関と連携を担う拠点ができるが、それを中心に介護との連携を含めた地域包括ケアシステムが構築されていくのではないかと。今まで在宅医療は自由で、ある意味では無秩序でもあったが、今後はそれらを中心にネットワークが作りやすくなるのではないかと。そして、二次医療圏の大規模な二次救急の医療機関と、さらに三次救急を担う高度急性期病院の存在を前提に、こうした連携の体制を作っていく。診療報酬や介護報酬は、そのためにこれだけ必要であるとか、地域偏在や診療科偏在はこれぐらいいは是正しなければならないとか、そういった総合的な議論と、そのための費用を同時に議論していかなければならない。そういう方向に持っていわずに、毎年財務省に引き下げを迫られるだけでは現場のやる気をなくさせることになってしまう。それらについては次の改定に向けて、我々も発信していかなければならない。

<感染禍における各種会議体の整理>

コロナ以前から郡市等医師会長会議は元々定期的開かれていたが、それを新型コロナ対策に特化した形で何度も開催した。地域ケア推進センターもコロナ以前からあり、在宅医療の推進を担っていたが、地域包括ケア推進センターに改編した。それらとは別に、コロナ初期に県が新型コロナ対策協議会を作ったが、これは状況に追いついた議論ができないものだった。状況を後追いする形になってしまっていた。そのため、途中から不定期開催となり、事実上やらなくなった。全部後追いになるものはやっても意味がない。政府分科会のメンバーでもあった岡部信彦先生にも入っていただいております、それなりに重要性はあったが、現実がどんどん進行して行くので、日程調整して集まってやるようなゆとりがなかった。その代わりに、新型コロナウイルス感染症対策本部会議という名称で、県庁から担当者が週に2回も3回も県医師会に来て協議をして、決まればその日のうちに連名で通知を出すという事をしていましたが、これはかなり機能した。

ブロックの郡市医師会長を集めた地域医療介護連携推進会議には、介護との連携があるので老健や特養の代表と県庁の担当者が入ったが、ここでは具体的に各自何人受けるか、何床空けるかという具体的な議論をした。あるいは、県に対する要望もここで出された。また、郡市等医師会長会議では、診療検査医療機関を増やすようにという依頼もした。郡市医師会として会員に働き掛けをしていただくことを依頼した。ワクチン接種も然りだ。この地域医療介護連携推進会議ができたのは、当初は医療と介護がつながっていなかったからだ。第3波のときに医療だけでなく介護も一緒に考えないと、病院があふれてしまうという事で、介護と連携するようになった。受け皿を少しでも増やすために連携推進会議を作って、老健と特養にその受け皿を確保した。また、後方の受け入れ病院も整備した。

<クラスター対策>

クラスター対策としては、県がクラスター対策班を作って、筑波大学の感染症の教授を中心に準備した。そこに連絡すれば、感染管理認定看護師等を派遣してくれるという仕組みだった。その連絡は保健所が仲介した。

しかし、コロナも後半になってくると、クラスターの経験等により、スタッフの知識も蓄積されて自分たちで対処できるようになった。あちこちでクラスターが発生するようになると、大学病院からの感染管理認定看護師派遣も追いつかなくなった。そのため、逆に我々の病院の中のある程度経験を積んだ看護師を介護施設に派遣する形になっていった。コロナ初期は、介護施設は全部入院させて欲しいと言っていたが、そうもいかない状況になって、最後の頃は施設内で治療することもあった。

<地域医療から構成する感染症有事対応>

コロナの教訓は、実はそこある。指定感染症なので、最初は全員入院させるところから始まった。感染者が発生したら保健所に登録して、全員病院に送り込むという形だ。法律上そうなっているからそうするのだが、現実問題として、それだとすぐにオーバーフローしてしまう。そうすると、どこかで重症度判定をして、本当に重症の患者だけ入院させなければいけない。最初は病態も分からない未知の感染症で、急に悪くなって死亡するケースもあり大騒ぎになったが、だからと言ってとにかくみんな病院だとなると医療提供体制は破綻してしまう。それで病床がオーバーフローしたら、患者は在宅やホテルで療養することになった。医師会としてはこういった人たちの健康状態を管理するという業務もあった。

このように、オーバーフローした中で、在宅を含めて、地域である程度支える形をつくらないとコロナ診療を維持できないという経験をした。今後、例えば2040年になって同様の状態が発生しても、全て病院で受けることは今以上にできなくなるだろう。そうすると、在宅を含めた地域の形をある程度作らないと、逆に病院の機能を維持できなくなる。これからの医療を考える上でもコロナの議論が必要なのは、そのような在宅を含めて地域で支えることをしないと、医療全体が機能不全を起こすからだ。

そうすると、感染症は病院の側から発想しがちだが、逆に地域から考えていくことの重要性に気づかされる。なるだけ在宅で支え、様々な重層的な体制を作り、最後、本当に必要な人だけ入院させるという流れだ。これは、下から上に流れるような提供体制の絵柄であり、これこそが地域包括ケアシステムだ。

さらに言えば、入院するにしても、できるだけ生活の場から近い所に短期間という発想が必要だ。今回のコロナでは、茨城県において、大病院がそれなりに受けられると言ったのは、元々病床が空いていたからだ。病床稼働率は7割5分程度だ。それで空床確保料をたくさんもらうことになったが、結局看護師がいないからという理由で、その空床がうまく活用されなかった。

<地域包括ケア推進センター>

今、地域包括ケア推進センターを県から県医師会への委託事業として行っている。これは県単位で実施しているものだ。市町村は県から情報を受け取り、郡市医師会は県医師会の決定事項を受け取る。ところが、介護は市町村単位で動いているため、介護に近接している在宅医療も含めて、市町村単位での意思決定の流れを作らないとうまく回らないという問題があった。しかし、今般、在宅医療圏が設定されて、茨城県は基本的に市町村単位になるの

で、その枠組みが使えるのではないかと期待している。実際には、在宅医療や訪問看護は地域包括ケア推進センターに24団体がつながっており、そこで議論して進めていく。

茨城県では、在宅医療介護連携推進事業の相談窓口は半分強は地域包括支援センターへの委託になっている。そのうち直営が3分の2ぐらいで、3分の1ぐらいが特養等だ。機能してない所もあるが、最初から目先が効くところは郡市医師会や医療機関に委託している。医療機関との連携があるところは総じて機能している。

在支病連絡協議会を作ったのは、日本の病院は7割が中小病院で、民間病院ではその割合は8割だからだ。在支病としての役割をしっかりと持たないと、淘汰されてしまう。病院が多過ぎるから、中小病院から淘汰しようということになってしまう。ところが、超高齢社会では、当院のような地域密着型中小病院がないと、全て在宅で診るということになってしまう。私のところのような高齢化が進んだ地域では、家族介護力も不十分であることが多く、医療機関の側から在宅での療養を提案しても断られる。80代や90代の老夫婦が多い地域では無理だ。

<かかりつけ医機能の担い手としての中小病院>

今になってかかりつけ医機能の議論が華々しくされているが、私自身は昔ながらのかかりつけ医だと思っている。私が大学医局にいたときには、最初は大病院だが、その次には地方の病院に勤務することになる。特に地方の小さな病院に行くと、総合的な診療を求められる。多様な疾患を、全部診るよう求められる。そういう中で、月齢3月の小児から診ていた。地元常陸大宮に戻ってからも、市内に小児科の開業医はいない、整形の開業医もないという時代が続いた。そのため、そういう多様な診療をしてきた。

しかし、それぞれ眼科の医師が開業し、整形の医師が開業し、小児科のある急性期の公的病院ができて小児科の外来も整備されていった。そうすると、患者の意識も変わってくる。ニーズの中心が、一般的な内科をある程度幅広く診られるところに集約されてくる。それがかかりつけ医のイメージだろう。小児を診てもいいが少なくともこの地域ではニーズがない。

また、地域偏在と診療科偏在があり、それをどうするか。ドイツでは、需要計画(Bedarfsplanung)による規制があるが、開業の自由とフリーアクセスが二者択一になる局面がくる可能性はある。地域偏在や診療科偏在を放置すれば、そういう問題になりかねない。

今の常陸大宮市の人口は3万7000人ぐらいだが、20年経つと、おそらくもう2割ぐらい減るだろう。新しい医師を安定的に確保できずに20年経てば、今いる医師が20年歳を取るだけだ。私が、三位一体の改革が必要だと盛んに主張しているのは、1つは平時の高度医療と、コロナのような感染に備えた高度急性期大病院の計画的整備による集約化のためだ。もう1つは、超高齢社会を乗り切るために地域密集型中小病院を分散化して、それぞれが地域包括ケアにおいて核にならないといけないと考えているからだ。地域密集型中小病院は、多職種連携のまとめ役であり、そういうマンパワーを持っているからこそ地域に人が出せる。

全体として人口は減るので、事業者としては圏域を拡大していく形になる。一方で人手不足などで閉まっていく医療機関も出てくる。これは一種の淘汰であり、この淘汰を通してある程度集約化していくことになる。東京は例外として、地域の中でダウンサイジングしつつ、生き残りを図ることになる。いずれにせよ閉院するなり、ベッドを減らすなりするところが出てくる。す

で、病院がベッドを減らすと補助金が出る。ダウンサイズしたいところは、人口が減って利用者が少なくなるということもあるが、それよりも職員が確保できるかどうかが現実的な問題になることが多い。健康運動指導士でも整体に取られて医療現場に来る人材は減っている。また、介護はブラックなイメージがありさらに深刻だ。

ある程度職員数がないと研修もできないし、休みも出せないし、人材育成もできない。余裕がなくなりどんどんブラックになってしまう。それではますます人が来てくれなくなる。すでに介護そのサイクルに入ってしまった、若い人にブラックだと認識されてしまっている。

<必要に迫られた医療介護連携とその実際>

我々は自分のグループ内だけは医療と介護が全部つながるように仕組みを作った。国として進まないから、必要に迫られて自分たちだけで作った。これには相当な費用がかかる。最新のICTの機器の導入や更新があり、リース料だけで月800万円もかかりこれが利益を圧迫している。昨今は、物価高騰で、電気代だけでも月に600万円ぐらいの増となっているのに。

また、電子カルテは、一旦1つのシステムを入れると離れられないので、全国共通基盤に期待している。我々自身はクラウドでやられるのだったらやりたいと考えていたが、ベンダーの方が今回は従来型でということでクラウドにはならなかった。利益をできるだけ長く確保したいということだろう。技術的な問題は我々の世界の話ではないので、ある意味でベンダーに取り込まれてしまっている。

ただ、情報基盤の共通化と言っても、共有しなければならない情報はそんなに多くない。なにもカルテ情報を全部共有しなければならないわけでもない。みんなが使う情報はだいたい決まっている。このことは、医療と介護をつなぐだけときだけの問題ではなく、リハとつないだり、栄養とつないだり、というときにも当てはまる。必要な情報はそれぞれ限られる。今はそれをつなぐたびに何百万という持ち出しを要するので、医療機関任せになっている限りよほどの必要に迫られないとなかなか進まない。

医療法人社団悠翔会(佐々木淳理事長)

2024年1月11日

<常時 8500 人の在宅患者(うち 4000 人の施設患者)を抱える>

我々は、2006年に創業したときから、在宅医療に特化、最適化した形で動いてきた。外来診療もなくはないが、基本的には訪問診療としてできるだけ多機能に対応できる体制作りをしてきた。コロナ前の2019年の段階で、18クリニックあり、医師は100人程度いた。そのうちの半分が常勤で、半分が非常勤だった。都内には8つの診療所があり、法人全体で常時8500人、都内は1クリニックあたり常時平均250人くらいを診ている。アクティブな患者が常時8500人くらいいるという意味だ。毎年3000人から4000人の新しい患者がエントリーして、2500人から3500人が出ていく。出ていくのは看取りが大半だ。特養の患者は訪問には行っているが管理料は取らないのでこの数には入らない。

施設在宅については、2022年度は7300人で、2023年度は今の時点(2024年1月)で8400人程度だ。新規が約3300人で、終了が約3000人だ。在宅の終了の7割は死亡による。死亡以外には転居がある。これは例えば老人ホームに入ったなどだ。さらには入院してそのまま帰ってこられない患者もいる。

施設入所者は平均で2.5年の年数になる。居宅は大きく2群あり、半分ががんで、もう半分が老年症候群だ。老年症候群は、要介護2や3で始まると5年、10年、15年と長くなる場合もある。がんの患者は、通院できなくなってからだと、長くて2カ月だ。そのため全体でみると非常にばらつきがある。在宅緩和ケアという要素と、高齢者ケアのお手伝い、そして難病や医療的ケア児、そして精神疾患も一部いる。

<在宅医療とその類似形態の違い>

がん患者はたくさんいるし、患者自身も家族に負担をかけたくないと思っている。その一方で病院は看取りまではしたくない。積極的な治療をしなくなったら追い出したい。そのため、最近のがん患者の退院支援のファーストチョイスは「ホスピスホーム」と分類されることのある看取り特化型施設ではないか。これは在宅ではない。施設入所で入居金も安い。医療保険だと上限があるので、負担が少ない。サ高住よりも暮らしの要素がなく、多くの施設ではベッドの上で死ぬまで身体的ケアされるだけ。そのため、ニーズが合わない人もいる。訪問看護が入れ放題なので、ビジネスモデルとしては価値があるはずだ。医療を外付けにできることの問題点だが、ヘルパーがやればいいところまで訪問看護師がやって訪問看護で算定していくので、すごい金額になっているはずだ。1日に何回も訪問看護が行ける。そのため、1カ月で軽く100万円くらいいくのではないか。在宅で診ると、在宅がん総合診療料で診ても50万円もいかない。

難病だと、人工呼吸器を付けると年単位になる。我々も在宅で気管切開の人工呼吸器のついた患者を診ることもある。以前は喀痰吸引の負担も大きかったが、最近は、持続吸引チューブがあったりして、上手にやるとそんなに大きな介護負担なくできる。気管切開してしまう

と声が出なくなるので、みんな喉頭気管分離してしまう。そうすれば誤嚥が起こらない。口の中から入るものは全て食道に行くようになる。そうすれば、口から食べ物をある程度、入れられる人もいます。そういうADL、そういうクオリティー・オブ・ライフを選択する方もいます。在宅で人工呼吸器を付けている難病の患者は結構アクティブだ。その一方で、施設だと、ただ淡々と胃ろうから栄養が行くというようなケースが多い。それだと自立支援になっていないのもどかしい。

<往診により救急や入院を減らす>

診療実績に話を戻すと、去年は年間14万件的診療を行った。そのうち11万件が定期診療、緊急対応が3万5000件で、うち3分の1が緊急往診だ。入院の抑制を頑張りたい。そのために歯科チームや栄養チームがある。急変を減らしたいと思っていたが、患者1人当たりで見ると2020年が5.41件だったのが、2021年には5.90件、2022年には6.70件と増えてしまった。これはコロナの影響があるので仕方がない。入院に関しては、患者1人当たりの年間平均の入院回数は2020年が0.49回、2021年が0.47回、2022年が0.50回だ。年間の平均入院日数は2020年が12.5日、2021年が11.7日、2022年が13.1日だ。我々の患者の在宅医療導入前の、直近1年間の平均入院日数が41日だ。在宅を提供している我々の患者の平均在日数は13.1日なので、在宅導入前の3分の1ぐらいになる。

<特養での治療と看取り>

年間看取りの件数は1400人ぐらいで、法人別では全国でも最も多い。特養は法人全体で16カ所あるが、介入してチーム一体でやっていけば、看取りは結構できる。特養での看取りは、嘱託医が看取りを積極的に受け入れるようになると、100%近くできるようになる。

特養の半分ぐらいが事実上医療法人によって経営されている。それにも関わらず実態的に特養での看取りが進まないのは、特養の嘱託医の多くが非常勤で、月曜日の午前中だけというような形が多いからだ。嘱託医が出勤しているときに、100人の入居者のうち25人ずつ分けて診て、薬を出して、そのときたまたま具合悪い人がいたら診るというような感じだ。それ以外の時間に患者が悪くなれば、病院に連れて行くケースが多い。これだと特養での看取りができないし、救急搬送が減らない。そこで、我々は、施設在宅医療と同じように月1回全員の顔を見る。何かあったら24時間電話に出る。必要があれば往診に行く。施設の看護師と相談して、この人はもう看取りだろうという人は積極的に治療しないが、肺炎だけどうしよう、でも治療してあげた方がいいというケースは、内服でできるなら内服で治療するし、内服でできないけど頑張りたい、でも、病院には連れて行きたくないという場合には、場合によっては施設で点滴したり、酸素投与したりする。そうすると1週間ぐらいで案外回復する。

他所では施設で点滴することに抵抗があるとも聞かすが、結局慣れの問題だ。施設の看護師のモチベーションもファクターだ。病院での仕事は難しいため施設で働いているという看護師も、残念ながらいる。一方で、病棟での看護業務は医師に支配されてつまらないと言って施

設に来る看護師もいる。特養だと医師の関わりが希薄だから、逆に自分たちが主体的に活躍できる。そういう理由で積極的に施設看護を選ぶ看護師もいる。そういった人たちが中核になっている施設は、ACP や看取り看護加算の要件である最終方向性についても、看護師が家族と話して決めていて、医師には署名だけしてくれという感じのこともある。業務の本質はケアだから、それが自然だ。そういうふうにチームを育てていくことが大事だが、課題はコストだ。

<特養でのコストが課題>

80 人の施設では、我々は1カ月約 30 万円を嘱託医の報酬として受け取っている。夜の電話対応や主治医による往診対応は基本的に請求できない。80 人で 30 万円だと 1 人当たりは 3750 円になる。しかし、老健局の調査によると、入居者 1 人当たり 2000 円から多い所で 1 万円ぐらい出している所もある。系列から医師を出して、看取りもやるし急変もさせないといって系列の病院と施設の中で患者を回せば、特養も施設稼働率が上がるし、加算が取れるので、多少高く医師の人件費にかかってもペイする。しかし、80 人診て 30 万円だと、医師側からみると特定施設の患者単価の 3 分の 1 ぐらいしかない。しかも、往診に呼ばれても請求できないとなると、手抜きしたくなる人もいだろう。そのため、他の施設類型と同じように外付けで訪問診療を入れられるようにすればいい。

例えば、私自身川口市の特定施設に行っており、1カ所で 54 人を診ている。全員分の主治医を私がやっている。これまでの主治医がいても、入居したときにいろんな医師がばらばら来られると連携が煩雑になるので、施設の連携医に一元化する。確かに医師を選ぶのは患者だが、患者から選ばれるような診療をきちんとやっていけば、誰も文句は言わない。逆に看護師や薬剤師と顔の見える信頼関係がきちりある方が患者利益は大きくなる。ベネッセ等は多くて 3 施設ぐらいの中から選ばせているが、特養もそうすればいい。

<コロナも通常診療の延長線上で対応>

コロナが始まった 2020 年初頭は、とにかく感染拡大を広げないことを第一に萎縮しながらケアをしていた。しかし、そのときでも基本的には通常の訪問診療の形態をやっていた。当時は、発熱患者は通常の医療機関では診ずに、発熱外来で診るものだという一応のルールがあった。しかし、我々の患者はしばしば発熱する。肺炎と尿路感染が多いからだ。そのため熱が出たからといって発熱外来というわけにはいかず、基本的には自分たちで訪問診療して、病歴等を見ながら、コロナが疑わしいときは保健所に相談して PPE をもらって PCR の検体を採取して保健所に提出するというようなことを最初はやっていた。しかし、そのうちそれもやっつけられないので、アメリカから研究用の試剤を輸入して試したりもしたが、信頼度が低く、結局、運用できなかった。第 2 波では、1 人コロナの看取りも経験した。そのときはかなり大変で、訪問看護師が何カ所か当たってようやく 1 カ所受け入れ先を見付けてくれたが、最終的には患者は併発した肺炎で亡くなった。亡くなった後は葬儀業者が方々当たってくれて、患者の自宅できちんと対処してくれた。この症例については、『内科』という雑誌に投稿した。訪問看護は、うちは全て外連携だが、最近そこに課題を感じている。

<第5波の城東エリアでのニーズ>

本格的に具合が悪い人たちが出てきたのは、2021年夏の第5波だ。オリンピックがあった時で、我々は東京都医師会の広域支援の委託を受けた。8月10日の正午から受け始めたが、都内だけで24人の医師がいたので1人の医者が3件コロナの往診をするだけで75件ぐらいを1日にカバーできるという目算だった。そこで当初は、できるだけ早いうちに安定している患者を診察して、コロナ対応できる時間を捻出しようと思っていた。ところが実際には、緊急依頼の地域的偏在があった。特に、城東エリアの、足立区、葛飾区、江戸川区、隅田区、江東区辺りからのコールが多かった。そのエリアでは、足立区と隅田区と葛飾区の3箇所に診療所があったのだが、ここに依頼が集中した。その理由は定かではないが、他のエリアでは、別の医療機関が頑張っていたからかもしれない。患者の発生自体は、実は中央区や大田区等もかなり出ていたが地域の医師会がここぞというところで矜持を見せた所がかなりある。しかし中には、どこも受けてくれないというエリアもあった。結局、かかりつけ医が受けないと、医師会で受けてくれないかという話になって、そこで受けられないとなると広域支援に回ってくる。そのため、かかりつけ医も対応しない、医師会も対応しないというのが、城東5区だった。

<広域支援を引き受けると通常診療が回らなくなった>

時々中野や練馬からも応援が来たが、それだけではとても追いつかない。ニーズと供給の桁が1桁違う。そういうわけで城東の3クリニックでの通常診療が成り立たなくなった。これではやっていけないというので、8月の中旬には、東京が大変なんだと全国の医師に呼びかけた。余力があったら来てくださいと言って医師を集めて、3列のコロナ専従ルートという診療枠を作った。これは医師、看護師、ドライバーの3人一組往診に向かうというものだった。

<沖縄のコールセンター>

東京中の保健所から電話がかかってくるので、それをばらばらに受けるのは大変だから、沖縄にコールセンターを設けて、そこで一元的に受けた。連絡を受けると、カルテを立ち上げ、どんな処置が必要かを事前にヒアリングして、どの診療チームが対応するかを決めて、上記の3人一組のユニットを派遣した。例えば、低酸素血症で点滴も必要だということをお知らせし、あらかじめ聞いた上で酸素濃縮器や点滴セットを準備して派遣した。その情報の整理は、コールセンターの看護師が行った。

この沖縄のコールセンターは、普段は在宅で使っていた機能だった。我々は、月に2、3万枚の書類を出さなければならないところ、それを各クリニックでばらばらに印刷して、三つ折りにして、封筒に入れるのは効率が悪い。そこで、それを全部沖縄のコールセンターでやってしまうことにした。クラウド型の電子カルテなのでそれができる。コロナの専従ルートの派遣について、そのコールセンターの電話対応機能を使った。東京都の委託事業を、コールセンターで受けて、そこから実働部隊に指令を下して往診に行き、往診に行った後保健所に返す。さらに、保健所で行うフォローアップが大変そうだったので、初診で我々が行った患者は、そこ

から先は他の在宅の患者と同じように、基本的に 24 時間対応で何かあったらファーストコール、何かあったら再往診という感じで、その人たちが元気になるか、あるいはベッドが空いて入院できるかまでカバーするというをやった。

<酸素投与も在宅で>

保健所とは、初診で診に行った患者に我々の緊急連絡先を渡して、実際に電話がかかってきて対処が生じたときに保健所に報告するという形で事前に話を付けていた。初診時には、発生届を我々が書くことになるが、最初の1カ月で、東京都内で 400 人超の発生届を出すことになった。そのうちの6割が中等症以上、つまり、酸素が必要な人たちで、40 台ぐらいの酸素濃縮器を車に積んで在宅患者に用いた。40 台の運用なので、回復したら回収して、消毒してまた次の患者に使うという形だった。その酸素濃縮器は、一度使うと結核等があるとまずいので、オーバーホールするのが通例だが、それをやっている余裕はなかった。オーバーホールには1カ月程度かかるが、40 台を借りて2、3日使ってオーバーホールに1カ月かけると街中から酸素濃縮器が消える。そこで日本環境感染学会と相談して、こういう状況なので外側の消毒だけで次に使っていいことになった¹。2台のレンタカーを借り、事務スタッフが2人ずつ乗って、回収して届けた。酸素供給業者は感染を怖がって患者の建物の入り口までしか届けてくれなかった。そのため、東京都から借りた濃縮器も含めて、我々自身で届けた。

居宅以外にも、船の科学館という場所の医療機能強化型宿泊療養施設の 37 床のマネジメントも我々に任せてもらった。船の科学館の宿泊療養施設は、本来は下り施設として設置された。回復した患者をそこにどんどん出すはずだったのに、病院から患者が全然出てこず、結局入院待ちの患者を入れることになった。しかし、それでも最大で 10 人ぐらいしか入らなかったのも、非常にもったいなかった。

<専従チームの役割とロジスティックス>

全国から集まった医師による在宅の専従ルートがオーバーフローしたときは、もともと働いている医師がカバーした。広域支援で我々が担当することになっていた区は、我々以外に広域支援のチームがなかったのも、断りようがなかった。全国から集めた医師による専従チームは、城東地区だけではなく都内全体を回った。1日に2、3件であれば、既存のチームで十分に対処できたが、5件、10 件となってくるととても回りきれないので専従チームに頼るしかなかった。

そのロジスティックについては、今、どこに誰が走っているかということがそれぞれのスマホの位置情報で共有されており、かつそれぞれのステータスは Google のスプレッドシートを使って記録されていた。患者が来ると患者のカルテのリンクが貼られて、どのステータスまで行ったかが順次記録されていった。もともと Google ワークスペースという業務管理システムを導入していたし、カレンダーもチャットも共有していたし、Google Meet もいつでもできた。デジタルカルテもクラウドなので、どこからでもアクセスできた。

¹ http://www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content_id=406

<リソースの半分をコロナに充てた>

ルート自体は我々の対策本部が、その場その場でオペレートした。実際にオペレートしていたのは、ソーシャルワーカーだ。うちにはソーシャルワーカーだけで35人いる。医師、看護師、ソーシャルワーカー等、通常の診療リソースを半分ぐらいに削って、その分をコロナに充てた。コロナ以外の在宅診療については、人的リソースを待機させることも必要なので、それがコロナに取られるとその分のサービスは縮小せざるを得なかった。

特に、当時は在宅モニタリングの技術が今ほどなかった。そのため、こちらからプッシュで状態確認の連絡をしなければならなかった。これは、全国の保健所がやっていたことと同じだ。看護師を常時4人配置して、いわゆる在宅入院の状態になっていた100人程度の感染者に、1日、3回、4回と電話をかけて状態をチェックしていた。そうすると、1日に400件-500件電話をかけることになる。1件の電話が5分で済んだとしても、2500分だ。とても1人では対処しきれないので4人でこれを行った。状態の変化がありそうな人は、訪問看護師に伝えて、訪問してもらったり、我々自身で往診に行ったりした。薬が必要なら、みよの台薬局グループに届けてもらった。2021年8月の一番大変な時期に在宅医療で動いてくれた薬局はみよの台薬局だけだった。本当に夜の8時、9時でも届けてくれた。他は全部だめだった。薬のデリバリーはみよの台薬局が動いてくれて何とかだった。最初の頃は、我々自身でデカドロンやアセトアミノフェンを手配し自分たちで届けていたが、そんなことはいつまでもやっていられない。途中から、みよの台薬局にお手伝いしてもらうようになった。本当にこれは表彰ものだ。彼ら自身はアピールしないが、本当に素晴らしい人たちだ。

<搬送困難事例>

我々は千葉県でも診療しているが、千葉県はさらに大変だった。コロナ晩期になっても2割ぐらいしか発熱者に対応しない状況が続いていた。とにかく担い手がいなかった。我々は千葉市の稲毛区に拠点があるが、四街道市まで行った。挙句は、千葉県から直接、電話がかかってきて、九十九里まで行った。

千葉県でも1クリニックあたり1日に10件から20件の出動要請があり大変厳しかった。我々は、柏市、流山市、船橋市、千葉市に診療拠点があるが、船橋市が最も大変だった。市川市や船橋市は病院に入れられない患者が多く、第5波ではトータルで800人程度診た。そのうち1人が亡くなったが、それは船橋の独居の患者だった。初診時にSpO2が78パーセントしかなく、入院しないと断ったが、救急車が来て、6時間かけても搬送先が見つからず、結局、また戻ってきてその日の夜に亡くなった。それまでは、搬送困難事例は千葉からでも湘南鎌倉総合病院まで運んでいたが、その時は湘南鎌倉もダメだった。我々の患者があるとき骨折したのだが、発熱があったので念のために調べたらコロナ陽性で、千葉の病院はどこも受けてくれなかった。茨城も駄目、東京も駄目となった時に、駄目元で湘南鎌倉にお願いしたら、来ていいよって言われて行ったということもあった。千葉から湾岸線をずっと行って横浜新道から湘南まで連れて行った。あの頃は、本当に厳しい時代だった。救急車は当然千葉市の救急車で走ったので、救急隊のリソースが本当にもったいなかった。1人運ぶのに6時間かけ

て搬送先を探して、3時間かけて搬送して、3時間かけて戻ってくるのはばかげている。全体で見ると日本のコロナ対応では、医療アクセスに大きな問題はなかったという見方もあるようだが、局所局所で見ると、相当厳しいケースは確かにあった。

<搬送困難の非効率性、在宅医療の効率性>

日本の搬送困難事例があまりなかったという評価が一部に出てきてしまうのは、コロナに対応した現場の医療者が頑張りすぎるからかもしれない。そこまでして搬送しようと頑張るのは日本ぐらいかもしれない。しかしそれには相当のリソースが取られる。相当のリソースを取られて、通常診療を縮小することになる。これを穴埋めするために、新たに往診に入ってくれる臨時の戦力も雇用しなければならず、かなりの費用がかかった。2カ月で4000万円ほどの運営コストが追加でかかった。それが2021年の8月、9月のことだ。

しかし、当時はコロナの診療報酬は、病床が中心だったので、在宅に対してはあまり特別な加算がなかった。実際、我々の診療収入は、東京都からの補助を含めて1800万円程度だった。そのため2200万円の赤字になった。しかし、これは見方を変えれば4000万円の投資で800人の患者を自宅で安全に見られることを示していたともいえる。つまり5万円の在宅管理で中等症のコロナ患者の在宅管理ができることになる。仮に中等症を病院に入院させていれば1泊でその5万円は飛んで行ってしまう。やはり在宅はコスパがいい。緊急事態宣言下のICUの病床確保には1500万円を付けたことから考えれば相当に安い。そのため、2200万円ぐらい穴埋めしてくれと東京都にお願いしたが難しく、クラウドファンディングをしたら3000万円が集まった。

<保健所による対応は第3波で放棄>

第5波当時は、コロナを受け入れる病床が非常に限られていた。病院は割り当てられたコロナ部分がオーバーフローすると、他のベッドが空いていても、決して入れようとしなかった。そのため、そこから溢れた本来入院すべき患者を在宅で見るとはなかった。

現場は、「2類相当だからとにかく保健所」という法律に即した考え方を、第3波の時点でもう捨てていた。第3波の時には、高齢者施設のクラスターが多数出て、保健所の指示待ちになると1週間ぐらい待つことになってしまっていた。それでは遅すぎるので、クラスターが起こったときには保健所に一言「こっちで全数調査、やりますよ。」と連絡した。そうすると、向こうから「それでは、2階分は全員、お願いします。」とか「全館お願いします。」といった指示が来た。また、ゾーニングやコホーティングもこっちに任せますと言ってもらった。そういう形で、保健所がオーバーフローしたら、結局こっちに仕事を頼んでくれるというのは第3波で経験していた。そのため、第5波のときも確実に保健所がオーバーフローしていたし、フォローしきれていなかったのだから、あとはこっちで診ますよと言って早めに引き取った。実は、第2波の看取りのときも、原則は入院だが事情がこうだという話をしたら、仕方ないねということになり、特別に在宅のまま看取ることを許可してくれた。兵庫県のように、絶対に例外は認めない、あくまで全員入院だと言っていた自治体もあったが、その柔軟さは保健所によっても違った。そういう意味で東京は非常にフレキシブルだった。

現場の医療者が、自分たち自身で決めていくという発想になったのは、第3波の2020年12月ぐらいからだ。あの頃から、施設でクラスターが起こっても保健所が全く回りきらなくなった。我々が施設在宅で行っている所でも小規模なクラスターが起こった。数名のスタッフが発熱して、フロアからも2人が発熱してという、あの頃はもう超緊張だった。その頃はまだワクチンもなかった。

ワクチン接種は、我々は基本的にかかりつけ医であり、その患者の唯一の主治医なので、できるだけ早いタイミングで全員が打てるようにした。1軒1軒、患者の居室まで行って打ってきた。ただし、最初は揺らすとか、溶かしたらすぐ使えとか様々な制約があったので、結構大変だった。そのような規制もそのうちラフになってきて、取り扱いは楽になった。最初の頃の、冷凍保存の条件に対応できない医療機関は結構あった。その場合、連携する施設の事業者からまとめてお願いできないかとうちに相談があった。また、この事務所の周りはオフィスばかりなので、職域接種が始まったときは、方々から連絡がきて打ってこないかと言われた。そのため、職域接種も2万件ぐらいやった。オフィスに出張して、ビルごとまとめて打った。そうこうしてコロナも後半になってくると、コロナ診療に参加してくれる医療機関がどんどん増えていった。

コロナ以前から磨いた診療スタイルをベースにコロナを乗り切った

我々にはコロナ以前から在宅のスキームがあり、それがコロナ対応の骨格になったが、コロナによるデマンドのサージに対しては、応急的に人を雇い入れて対応した。そのような人材は、コロナが終わればリリースする形でもあったが、通常のリソースの半分をコロナに振り向けるというリソースのアロケーションが柔軟にできたという側面もある。

我々は、もともと肺炎を自宅で治療することにも慣れていたので、家で酸素や点滴をすることにも誰も違和感がなかった。もちろん、未知の感染症という認識はあったから恐怖感もあった。また、自分自身は若いとしても、家に帰れば高齢者や障害者の同居者がいるスタッフもいたので、フロントラインに出るスタッフと、後方支援に行くスタッフは分けて、みんながストレスを感じないように配置転換をしたりもした。それでも、実は、コロナ対応期間中は、スタッフは1人も感染していない。1人の感染もなく、私生活での感染もなかった。本当にみんなが慎重に行動してくれた結果だ。私自身もまだ1回も感染したことがない。診療の上でのリスクはコントロールしやすい。スタッフは慣れてくると上手にできる。不慣れな人たちは多少危ないかもしれないが、慣れれば十分にマネージできる。

<社会的困難者、認知症患者のコロナ診療>

ただし、難しさもある。私自身、先ほど紹介したコロナ専従ルートの子に2週間ぐらい連続で乗り、1日に10件程度回った。我々が診察することになった患者には、社会的困難者が多かった。我々が診た患者の25パーセントは外国人で、日本語ができない人たちだった。また、特に千葉で多かったのは、入院させたが暴れるので返しますという認知症患者や発達障害の子たちだった。レムデシビルが始まっているが、仕方ないと言って途中で帰ってしまう。挿管、ECMOだと鎮静されているので関係ないが、中等症で酸素が要るという場合には、そう

いう問題が起こる。特に高齢者はやはりせん妄を高率に起こすし、それを受けたコロナ病床はなかなか大変だったと思う。

心配だからと入院するが、入院した人たちの方が予後が悪い印象だ。みんな10キロぐらい体重が落ちて帰ってくるが、在宅だと普通にヘルパーが頑張ってお飯を食べさせてくれるから、案外痩せない。病棟だとそこまで丁寧な食支援を一人ひとりに対して行うのは無理だ。食べられなければ仕方がないと、点滴になってしまう。

<インフルエンザと同等に扱うことで現場の日常性を回復>

そして、5類になって以降は、淡々と元に戻っている。ただし、東京都医師会の委託で、コロナのフォローアップをする事業は継続して受託している。これは場合によっては往診も含めて行うというものだ。しかし、ここ4カ月は1件も電話がかかってきていない。高齢者施設からも全然呼ばれない。そろそろ要らないのではないかと思う。

今は施設でもみんな、コロナとインフルのデュアル検査キットを持っている。発熱があれば彼ら自身で調べて陽性であれば、向こうから電話してくるだけだ。これまでも施設はインフル対応をずっとやってきたはずだから当然それぐらいできる。なので、今はみんなコロナを特別視はしていない。

先日私が嘱託医をしている160人の特養で、敬老の日にあるフロアですでに感染者が数名出ていた中、施設長と家族会が相談して「今年は敬老会、やります。」と言って、開催した。そうすると、その後どっと20人ぐらいの感染者が出た。しかし、死者は出なかったし、もうそれでいいんじゃないか、という感じで日常に戻っている。今は日々の診療のオペレーション自体は、東京都のラインをオープンにしているだけで、専従ルートももうない。

<医師以外の担い手を中心とした在宅医療の可能性>

我々のような大規模在宅は、基本的には都市部のモデルだ。これに、どれくらい汎用性があるかということを考えてみたい。もっと広域に在宅医療がカバーできるのではないかという期待もある。その時に、医師確保が重要なファクターとなる。しかし、私自身は、そもそも今の日本の在宅は、医師による在宅医療が出しゃばり過ぎていると思っている。こんなに医師による医療はいらない。

様々な国に見学に行くと、医師が月2回、患者の家に行くなんて国はない。実は、我々はインドのムンバイとデリーでも在宅ケアをやっている。現時点で、4500人程の在宅高齢者を診ている。訪問介護と訪問看護と訪問リハと訪問診療だ。インドでは病気の治療もラフなので、医療依存度が高い患者が多い。気管切開や胃ろうも多い。日本なら訪問診療が入って、毎週医師が行くような患者でも、主治医の診察はオンラインだ。その代わりに、看護師が頻回に行って、何かあったら医師と相談し、医師が行っても仕方ないものは入院になる。そのため、応診を呼ぼうという考えがそのものがあまりない。そもそも、在宅医療が保険でカバーされていないこともあるが、4500人もの要介護高齢者を診ているのに訪問診療を定期的に行う患者は150人しかいない。日本の老人ホームであれば、50人の入居者いれば45人は訪問診療が入

る。限られた予算の中で収めないといけないので、医師を月2回呼んでしまうと、看護師を呼べなくなりケアが成り立たなくなる。そうすると、医師ではなく看護師を取る。

私が担当している在宅では、コロナ対応の時期に軽症者を月1に思い切って減らしてみた。月1にしたら急変が2倍になるかといえば、ならない。急変が増えるかどうかは患者の特性に依存する。急変しやすい人はしっかり診て、急変しにくい人は月1でもいいし隔月でもいい。一律に介護の訪問診察について月2回を原則にしているのはおかしい。要介護高齢者は脆弱だから月2回は診ないといけないとみんな言うが、あれは口実だと思う。我々は、月2回と月1回でデータを取ったが、患者を選べば急変や入院のリスクに差はなかった。もちろん、がん患者が月1というのはどうかと思うし、週3回行かなければならない人も中にはいる。今は患者側も1割負担で月2回来ても6000円なら安いので来てほしいと思っているが、これが3割負担になって医師が1回来て1万円となると、タクシーに乗って通うのと変わらなくなる。インドでは、看護師しかいなくてもみんなほどほどに平和に急変せずに家で暮らしている。薬も薬剤師が届けてくれる。

<医師へのアクセシビリティに拘らなくてもいい>

確かに、日本は過去60年間、保険証1枚で、医師は呼べば来る、行けば診てくれる存在だったので、医師へのアクセスがものすごくいいのは間違いない。患者が増え続ける中で、このアクセシビリティが維持できるのか疑問に思われるかもしれない。しかし、団塊の世代、つまり私の親世代は、おそらく医師を月2回も家に呼びたいと思わない。うちの母親は、医師の息子がいるのに、体の具合が悪くなったときにChat-GPTに聞いている。「Chat-GPTに聞いたら、憩室炎じゃないかって言ってるんだが。」と私に言って来て、「どういう症状なの？」と聞くと、確かに憩室炎かもしれない。それではということで、一応、病院に行ったら、本当に憩室炎だった。「おまえに聞かなくていいな、もう。」とこの先もなっていきそうだ。

患者数だけ見れば確かに増え続けているが、患者が2倍になるからといって医師が2倍必要かというところではない。これから出てくるテクノロジーを使えば、患者1人当たりに提供すべき、割くべき医療リソースは3分の1ぐらいになる。それを前提に、地域のプライマリケア医やソロ・プラクティス診療所と我々で最適な役割分担ができればいい。その中では、看護と介護を強化することに予算を回した方が、より多くの患者に必要なサービスを提供できるだろう。

患者の状態が安定してくると、診療予定表で、月に2回丸を付けてカレンダーを渡すのに抵抗がある。3カ月たっても、薬も全然変わらない。「お変わりないですね。」と一言言って終わってしまう。そこで、「もう月1回でも大丈夫ですかね。」とこちらが言うと、患者も「大丈夫です。」と言ってくれる。在宅の導入期は不安定だが、特に高齢者の安定期は、医師が来てもやることがない。それは患者も分かってくるし、逆に医師が出しゃばって余計に介入すると、ケアマネや訪問看護師としても、めんどろなことを言われて、どうしようと考えてしまう。そういう医師が悩みの種になってしまうようなケースが、実は少なくない。

<患者が求めている安心を提供するためのグループ化とテクノロジー>

患者が本当に求めているのは安心感だ。何かあったとき連絡が付いて、入院したくないと言ったときに家で診てもらえるという安心感だ。そのため、これができる余力を確保していることがチームでやっている我々ストロングポイントだ。入院以外の選択肢を、在宅患者に急変時、増悪時に示せることに強みがある。

コロナ対応のときには、まだ十分ではなかったが、最近ではベッドセンサー等がものすごく発達したのでこれがますます可能になっている。呼吸数も分かるので肺炎治療がうまくいっているかどうかスマホで判断できる。すでにそれを実装している佐賀県の織田病院に見学に行き、その後、パラマウントに連絡して、3つのクリニックで、パラマウントから6台を試験的に借りている。

3つのクリニックで、2台ずつ運用している。例えば、睡眠薬の調整にも使えるし、心不全の在宅管理にも使えるし、肺炎の治療がうまくいっているかもわかる。さらに言えば、亡くなったのも分かる。その手前で、危ないと思ったらこっちからプッシュで行くこともできる。従来は連絡が来ないと対処しようがなかったが、少しおかしかったらこちらから電話して連絡がつかなかったら行ってしまってもできる。こういうことができるようになってくると、入院と在宅のはざまがなくなっていく。場所が違うだけになってくる。

さらには、よくある質問と答えをチャットボットに覚えさせれば、医師に電話する感覚でクリニックに連絡してもらって、それにチャットボットが応答する。これで9割は捌ける。こういうものが将来的には必ず出てくる。その時に、仕事を取られると思うのではなく、楽になるというふう考えた方がいい。医師でなければできない、医師だからできる、と思いこんでいる医師がたくさんいる。AIやロボティクスが進化してくると、自分が出しやばらない方が、患者が幸せになる領域が増えてくる。内視鏡診断も、CT画像診断もそうなる。現時点でも、AIがブレーンCTで隣がんを診断できる。私はもともと消化器内科医なのでCTの読影もだいぶやったが、あれはやはりビッグデータがあるからこそできる。医師は人間にしかできないことにフォーカスしていくべきだ。

<大規模在宅と既存の医療者>

我々のような新しい存在を既存の医師会がどう受け入れていくかも課題だ。東京都医師会はずごくいいが、その1つ下の地域の医師会はまだまだ閉鎖的だ。例えば、我々は某区に診療所があったが、それを閉めた。当時のその区の地区医師会の会長は、我々のことを受け入れないとはっきり言ってきた。医師会にも入れてもらえなかった。任意団体なのに。ワクチンの供給もブロックされたが、隣接区にも診療所があったので、そっちで発注して打った。そういうことをしてくる。

<メディアの報道と実情の乖離>

地域の医師会の中でも、発信が上手な所と下手な所がある。例えば、ある市にはカリスマ

ティックなスポークスマンがいて、市名を冠したモデルを称して宣伝しているが実際はあまり機能していない。某区も、今回のコロナで結構うまくいったと言っているが、広域支援チームに流れてくる患者はその区がかなり多かった。メディアで伝わっている部分と実情には大きな差がある。逆に、みよの台薬局は地味だが素晴らしい活躍をしていた。

<在宅医療は在宅医とケアマネ、訪問看護師との有機的つながりが鍵>

在宅の患者を一定の数で見ているのはおそらく大規模と在宅診だけだ。我々は2次在宅と言っているのだが、重症患者を受け入れて知り合ったケアマネは、軽症の患者も紹介してくる。東京は大病院がかりつけ医機能医療機関だという住人がいる。そのため、在宅医のかりつけというのはフレキシブルな場合も多い。しかし、医師会や都が仕組みを作っても、地域包括ケアシステムと同じで、結局は有機的なつながりが大事になる。

例えば、我々の都内の1つひとつの診療圏は半径2、3キロだ。全部で8つのクリニックがあるが、隙間はたくさんある。もともとは全部つながっており、2006年当初は千代田区にあった診療所1で23区を診ていた。その後、1つの診療所がカバーする範囲をどんどん小さくして、全体でみると穴だらけになった。しかし、地域に密着して仲のいいケアマネ、仲のいい訪問看護師とあうんの呼吸で仕事をしようとすると、やはり2、3キロになる。2、3キロといっても、この中に何十という事業所があり、その全てとはお付き合いできない。そのため、やはり仲のいい所と組むことになる。そうすると、港区だけでも、本当に仲のいい連携のレイヤーが幾つもできて、それが重なり合って、何となく一定の範囲がカバーされていくことになる。これはシステムではなく、有機的なネットワークと言うべきだろう。田舎なら病院が1個しかないし、そこをハブにしたエコシステムが完成するが、東京ではそれは絶対に無理だ。

<連携のためには情報の共有が不可欠>

今、医師会で24時間対応というものをやっているが、在宅医療をやっている医師のすべてが医師会に入っているわけでもないし、医師会の事業だったとしてもそれに全会員が協力するわけでもない。そもそも、私が疑問なのは、患者情報が共有できないと、夜間対応に行っても、結局、よく分からないから救急車で病院に行こうということになってしまうのではないかと。我々は今、地域の在宅医から、16のクリニックで3000人程度の患者を休日夜間お預かりしている。その医師らと連携する前提条件は、同じ電子カルテを使うことだ。休日夜間は電子カルテをオープンにしてもらっている。これによって我々は、元の主治医がどういう診療をやっているか分かるし、診療した後に自分たちがカルテを書くこともできる。こうして初めて連続したケアができる。

しかし、夜間往診サービスの多くはそうではなく、コールセンターが診療依頼を受け付け、医師がその指示に基づいて往診する。かかりつけ医や前医からの診療情報は把握できず、患者の状況は行ってみないと分からない。単発の往診になるのか、それとも主治医がいる場合には、患者のコンテキストも含めてきちんと把握した上で往診が行われるべきだ。ただの救急であればバイタルサインを見て判断すればいいが、98歳のおばあちゃんが誤嚥性肺炎だった場合には、そのまま看取りになることもある。この人を救急搬送すべきか、家で診るべき

かは、やはりこれまでの対応の積み重ねの引継ぎがないと分からない。

<在宅医に必要な資質、能力、知識>

夜間往診サービスに従事する医師は、基本的にはエージェントからの紹介医師だけだ。我々は、夜は常勤を休ませている。うちの当直メンバーは、平均8年間働いている。在宅医療とはこういうものなのか、医学モデルで判断するなどか、一定のトレーニングをして、イエローカードが出る医師は基本的に採用しない。在宅医療の患者の休日夜間対応は、医学知識だけでは難しく、コミュニケーションスキルや看取りの作法がある。その辺が紹介の医師を採用していたのではなかなか難しい。夜間往診サービスの中には1300人の医師を擁すると標榜しているところもあるが、その全員がそれをできるのかと言うと無理だろう。

一方で、当直連携基盤という会社もあって、この会社は連携する医療機関の休日夜間対応を支援する。当直支援にあたっては、その医療機関とのカルテ共有が前提になっている。いくつものカルテに対応できるようになっていて、診療アシスタントも在宅医療のプロがつくのでかなりナラティブで、かつ自宅でできる処置は自宅でやってくれる。この会社は、実は、千葉で我々が一緒に立ち上げた会社が母体になっている。千葉に診療所がなかった頃に、千葉のある在宅医師が1人在宅医だったが、妊娠して夜間対応ができなくなった。そこで相談を受けた我々が東京でやっているこの夜間対応の枠組みを千葉に輸出して、この会社のサービス基盤を作りをお手伝いさせていただいた。カルテの共有と、トレーニングされた医療専門職という特質を担保した。または、医師が未熟であればコメディカルをつける。我々の仕事はUberとは違う。

在宅をやる上で、適性のない医師もいる。ポイントはコミュニケーション力と共感力だ。それができない人は基本的に雇い入れない。面接で怪しいと思ったら取らない。この人はいけそうだと思う、お付き合いし始めても、やっぱりちょっと違うと思えばリリースする。

在宅患者の多くは基本的に完全な治癒が見込めない。そうすると、コミュニケーションを援助の力にできるかどうか全てだ。コミュ力がない医師は、治療力がないのと一緒だから、採用しない。しかし、医師の中には、そういう問題を抱えた人が一定数いる。若い世代は比較的少ない気もするが、私の世代から上は、結構、独特な人がいっぱいいる。そのため、雇い始めるときはかなり慎重になる。面談でいいかもと思ったら一応、診療に同行してもらって、コメディカルに見てもらっていけるかどうかを判断する。在宅は、何より患者の人生へのリスペクトがないとできない。入院や外来だと医師の側が患者をジャッジしがちだ。あなたの生き方は間違っているみたいだ。何でタバコ吸っているんだとか、どうしてあのときやめなかったんだとか。在宅でそれを言っても仕方がない。タバコ、好きなんですねと言って、それでおしまいだ。そのあたりが求められる特性としてある。

うすき石仏ねっと(舛友一洋曰杵市医師会立コスモス病院副院長・医療福祉統合センター長)

2024年1月23日

<コロナ以前の医療介護連携>

曰杵市におけるコロナ前の地域連携や地域包括ケアとしては、平成24年ごろから実施していた在宅医療と介護の連携事業がある。これは厚労省の事業でもあって、プロジェクトZと呼んでいたものだ。この中に、情報連携であるうすき石仏ねっともある。この中で、行政ともタッグを組んで連携事業を進めてきた。これを始めた初年度は、厚労省から予算がついて、その後の3年間は県から予算がついた。その後の平成28年からは全国一斉に実施されることになったので、市からの予算に切り替わった。その連携拠点事業の中心は、曰杵の場合は医師会立病院であるコスモス病院だが、各事業所と一緒にあって曰杵市の在宅医療介護連携は進められている。

予算の使途としては、会議費や、様々な勉強会の実費、そして在宅医療のためのツール開発、パンフレット作製等の項目がある。ただし、コロナの間は集まって何かをするということが全くできなくなった。そのため、コロナの間は、各事業所や有料老人ホームなどに対して、コロナに対しての支援としてこれを使った。介護施設等からは、コロナに対してどのように対処しているのかが全く分からないという声があった。そこで、まず、コロナとはどういう病気かや、基本的な対策はこうだということを我々が伝えていった。それまでの連携で培った顔が見える関係を使って、そういったお手伝いを進めていった。コロナ最初期において、まだZoom等の遠隔コミュニケーションツールを使っていなかった時期に、相当ディスタンスをとって集まって研修を行ったこともあった。

<県庁所在地周辺市としての曰杵市の医療>

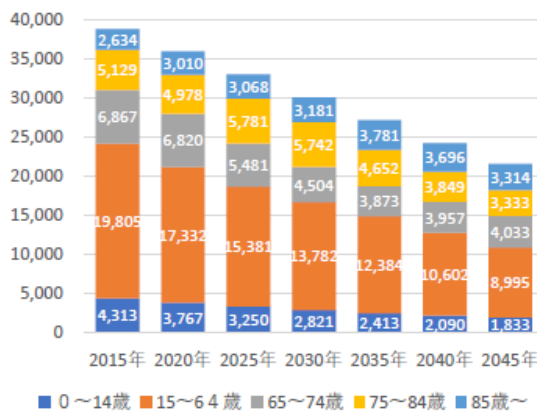
曰杵市は3万6000人程度の小さな町で、高齢化率は40パーセント程度だ。移住に力を入れていて、住みたい田舎ベストランキングではまあまあ上位の方に入っている。基幹産業は、漁業・農業に加えて造船業としょうゆ製造がある。他の地方の町と同様、どんどん学生が減っている。移住してくる人もいるが、自然減の方が勝つので人口はどんどん減っている(図1)。

臼杵市における将来推計人口について

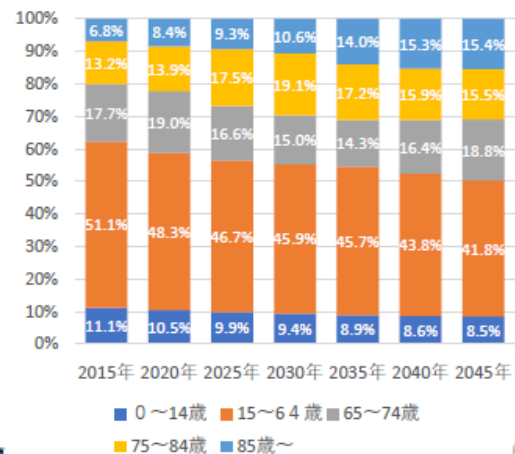
- 2025年には、第一次ベビーブーム世代（1947～1949年生）、いわゆる“団塊の世代”が後期高齢者（75歳）の年齢に達します。
- 2040年には、第二次ベビーブーム世代（1971年～1974年）が前期高齢者（65歳）に達します。
- 2025年以降、後期高齢者の急増はやや緩やかになりますが、**85歳以上人口の割合は増加**していきます。人口減少の課題に加え、**85歳以上人口の増加と15～64歳の生産年齢人口の急減**を踏まえた施策の展開が求められます。

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
総人口	38,748	35,907	32,961	30,030	27,103	24,194	21,508

【世代別の人口推移】



【世代別の構成比率】



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成30（2018）年推計）に基づいて試算

6

図1 臼杵市の人口の推移

コスモス病院は、臼杵市内唯一の急性期病院であって、拠点病院であって、医師会立病院だ。紹介率は90パーセント以上だ。医師は17人しかおらず、多くないので、紹介患者以外は受けない。そのため、ほとんどが紹介となっている。地理的には大分市に隣接している。当院自身では高度急性期は行わず、それが必要な場合は全て大分市に送っている。その代わり早期にリハビリで帰ってきてもらう。地域住民にとっては、当院が入り口であり出口であるという形になっている。救急車も受け入れているが、一定以上の重症疾患であれば大分市に送って、早く帰してもらっている。大分市までは車で30分だ。ドクヘリなら15分だ。離島はない。

最初から当院が地域包括ケアの中心としてやってきた。訪問看護ステーションや居宅介護支援センター等が同じ敷地の中にある。

臼杵市医師会立コスモス病院



図2 コスモス病院の敷地内にある各種センター

<うすき石仏ねっと～双方向性というコンセプト>

医療情報というと、大きな病院のカルテを開業医が見ることができるというのが多くのあり方だろう。我々は、様々な職種が出してきたデータを様々な職種が見ればよいという形で当初からスタートした。そこが、他のネットワークとは違うところだ。

うすき石仏ねっと

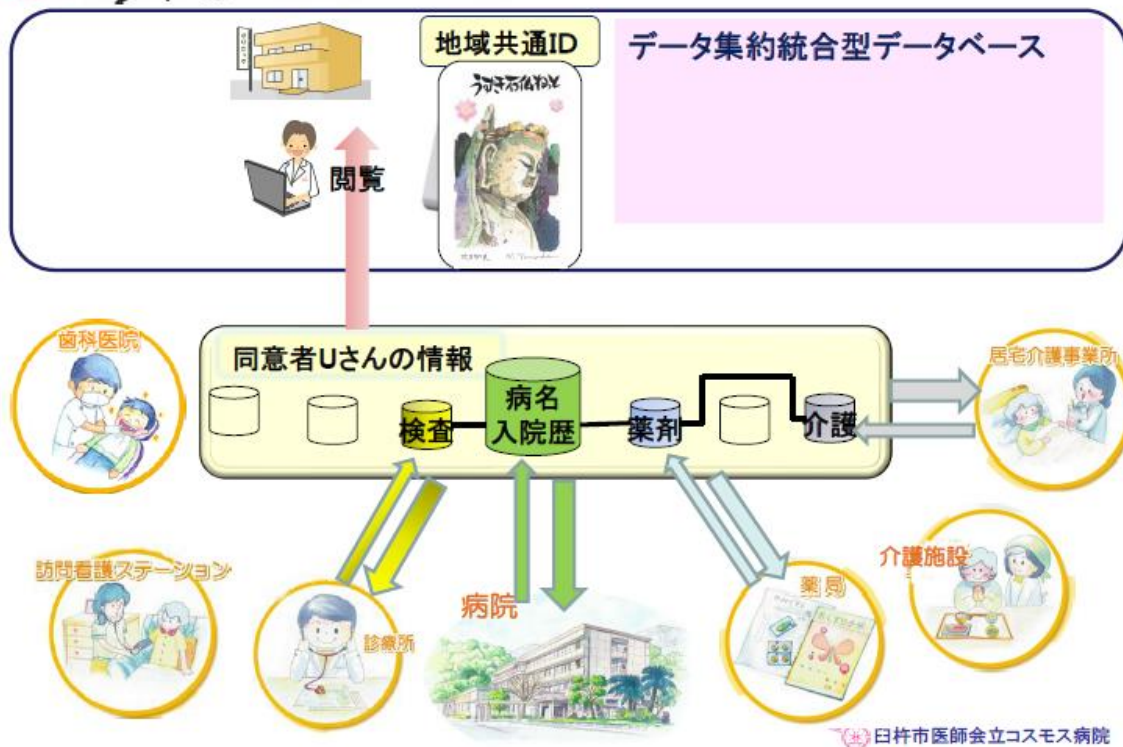


図3 うすき石仏ねっとの概念図

図3に示すように、例えばUさんという患者に対して、様々な職種からデータが出され、それが結び付けられる。そして、Uさんはカードを持っていて、このカードを読み込めば、初めて受診する歯科医院でもUさんのこれまでの情報を見ることができる。また、初めて受診した歯科医院のカルテとカードのIDを紐付ければ、順次情報が共有されていく。結び付けるところを増やせば増やすほど、緊急の必要があったときにも役立つ仕組みになっていく。このようにして、様々な職種から情報が集まって来る形になっている。

<検査データの一元的管理という基盤>

他の地域の医療情報ネットワークの実践の話聞いたときに、大病院のデータを地域の開業医が見るだけの一方的な共有ではダメだと思った。情報基盤を作るなら、もっと様々な職種から情報が集められるような仕組みにしなければと話し合った。臼杵では、もともと医師会立病院であるコスモス病院が地域の検査センターとして機能していた。コスモス病院が、地域の開業医から検査オーダーを受けて、その結果を返すとともに、そのデータを一元的に管理・集積していた。2000年ぐらいからそのような検査の運用をしていた。こういった経験から、様々な職種や機関からデータを集めて管理するという基盤があった。

血液検査だけではなく、臼杵の診療所は、少し特殊なものは画像も全てここで撮っていた。

それだけこの医師会立病院が、元から地域全体の医療の屋台骨になっていた。今は、もう少し、自立的にできる病院ができたが、以前はなかった。そのため、今でも臼杵で救急車を受け入れる病院はほぼうちだけだ。そういう意味で、小さな町の特殊性っていうのは確かにある。

<閉鎖型ネットワーク>

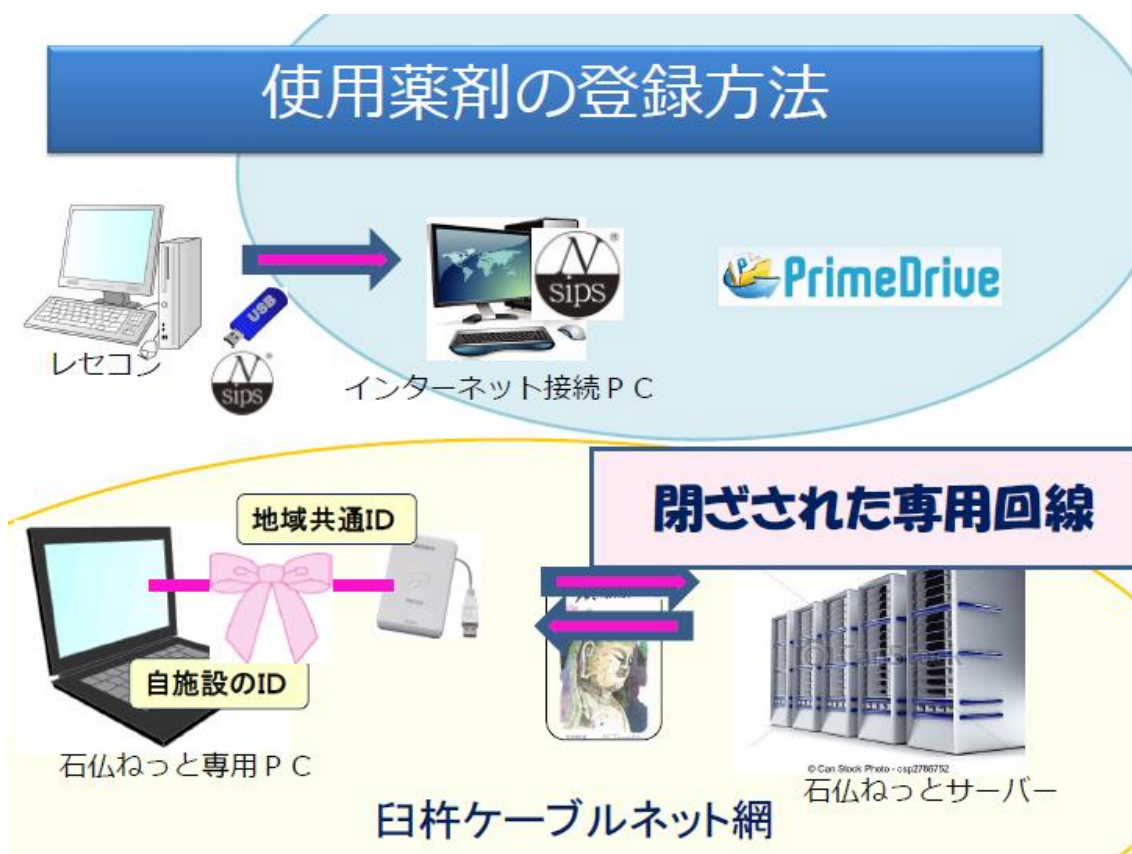


図4 石仏ねっとの回線

この情報ネットワークは、インターネットの中ではやっていない。臼杵ケーブルネットという、いわば閉ざされたネットワークだ。これは、まだインターネットの安全性が分からなかった時代にスタートしたためである。臼杵市の協力の下に、臼杵ケーブルネット内で実施することができた。調剤薬局の情報については、インターネットを介して Prime Drive というソフトバンクのサービスがあるのだが、そこは閉ざされた専用線で結んでいただいて、インターネットからデータを取ってくることができる仕組みが確立した。現時点では、閉ざされたネットワークの中でやり続けるという選択をしている。

<高い参加率>

ただ今、拡充中

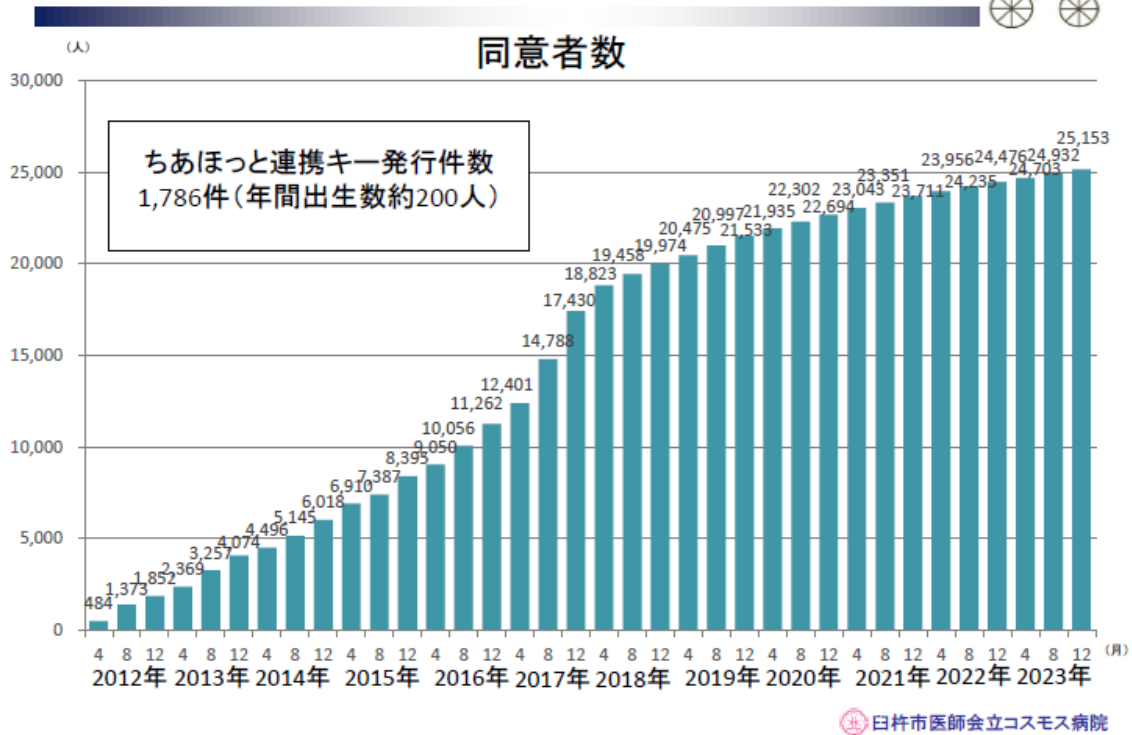


図5 住民の石仏ねっとへの参加人数の推移

行政が参加していることの効果でもあるが、3万6000人の町の中で2万5000枚以上のカードを発行しており、参加率はかなり高い。行政の情報を出したり、ワクチンの情報も一緒に共有するので、特に子どもの参加率が高い。図6に示すように、医療機関のカバー率も非常に高い。

情報共有施設数



稼働数(同意数)/総数

- 医療機関 **26 (29) / 32**
- 調剤薬局 **16 (17) / 17**
- 歯科医院 **18 (18) / 19**
- 福祉施設 **6 (6) / 6**
- 訪問看護 **2 (3) / 3**
- 介護事業所 **20 (21) / 21**
- 公的機関

臼杵消防署
 地域包括支援センター
 臼杵市役所
 大分県中部保健所



- 市民健康管理センター

臼杵市医師会立コスモス病院

図6 医療機関の石仏ねっとへの参加数

出生する子どもたちは、皆母子手帳を持つが、母子保健のデータも入ってくるので、生まれる前からの記載や、1歳半健診や三者訪問等、ずっと追っていく。そのような行政が入力するデータについては、その子どもにとってのPHRのような形になっていく。そして、それを保護者も見ることができる。

市内には産科が1軒しかないので、津久見市と臼杵市の子どもたちはほぼそこで生まれている。大分市で生まれる子どもたちもいるが、小児科も市内に1軒しかないので、どこかの時点で必ず入ってくる。しかも、1歳6カ月健診は臼杵市が実施するため、ほぼ全ての方に加入をして頂いている。稼働して5、6年になるが、5歳以下の子供についてはほぼ100パーセントの方に加入して頂いている。漏れることがあるのは、転入のところぐらいだ。転入してきた子どもについては、県外、域外で生まれた場合には、それを遡ってデータ収集することはしていない。域内の医療機関や健診等を受けたところからの蓄積になる。

<検査、処方、タイムリーサマリー、そして救急における共有>

検査結果参照 画面

検査日: 20140829 患者番号: 2011 受付番号: 20140829-097 結果 | 時系列 | グラフ | レポート | 画像 | 心電図

白 黄色 (ウスキロ) 検査セット 依頼項目

生年月日 昭和37年 7月 7日 年齢 52 性別 男

[1][2][3] 全ての項目を表示する 全て選択 | 全て解除

項目/依頼科	20140215	20140408	20140408	20140415	20140502	20140606	20140718	20140829
	藤野循環器	コスモス病院	コスモス病院	藤野循環器	浜辺内科	前尾眼科	吉田医院	コスモス病院
γ-GTP	14			13	11	10	12	12
CPK				113	123	124	101	88
AST				21	21	21	20	20
ALT				10	9	9	14	8
				123	91	95	80	106
				66.2	68.1	61.7	55.8	60.8
				74.1	79.2	85.3	L 83.0	L 69.5
				12.7	16.9	13.9	17.3	14.4
				H 0.78	H 0.84	H 0.73	H 0.73	0.77
				3.4	3.5	3.3	4.3	4.0
Na		139		142	140	141	139	143
K		4.7		4.2	4.4	4.2	4.0	4.3
Cl		106		107	104	104	105	107
血糖(院内)	H 258			150	130	143	183	135
血糖時間		85分		150分	60分	100分	110分	80分
HbA1c		H 7.3			H 7.2	H 6.9	H 6.9	H 7.0
eGFR		L 32		L 77	L 70	L 82	L 82	L 83
1日塩分摂取量			11.4	8.4	6.7	7.6	7.3	7.0

異なる医療機関の検査結果も時系列で表示 健診データも!

図7 検査結果の表示例

図7のように、異なる医療機関のデータも時系列で見ることができる。画像も、当院のデータ画像のビューワーと同じものを入れているので見られる。心エコーのような動画も同様だ。当院は医師会立病院であり、開業医が画像検査をオーダーしてきて、何らかの急性疾患があった場合には、患者を当院から動かさずにそのまま入院させることもある。

電子化お薬手帳

The screenshot displays a web-based interface for a digital medication diary. At the top, there is a header with a patient ID (21720 (10004776)), a heart icon, and vital signs (blood pressure, bleeding, pulse) with status indicators. A sidebar on the left contains navigation buttons for various medical services like '検査結果参照' (Check test results), '患者情報' (Patient info), '医療連携' (Medical collaboration), etc. The main area is titled '薬歴情報' (Medication history) and shows a table of prescriptions with columns for '処方日' (Prescription date), '入外' (In/Out), and '種別' (Type). A pop-up window titled '薬剤情報 (DI)' (Drug information) is overlaid on the table, showing detailed information for 'メトグルコ錠 2.50mg' (Metoprolol tablets 2.50mg), including its generic name, formulation, and manufacturer.

処方日	入外	種別
2016-05-25	院外	処方
2016-04-27	院外	処方
2016-03-30	院外	処方
2016-03-02	院外	処方
2016-02-01	院外	処方
2015-12-30	院外	処方
2015-12-04	院外	処方
2015-11-09	院外	処方
2015-10-02	院外	処方
2015-09-11	院外	処方
2015-08-17	院外	処方
2015-08-16	院外	処方
2015-08-07	院外	処方
2015-07-10	院外	処方
2015-06-26	院外	処方
2015-06-18	院外	処方
2015-06-04	院外	処方
2015-05-07	院外	処方
2015-04-02	院外	処方

薬剤情報 (DI)	
基本情報	
製剤名	メトグルコ錠 2.50mg
一般名	メトホルミン塩酸塩錠 (2)
一般名 (処方)	【錠】メトホルミン塩酸塩錠 2.50mg
規格単位	2.50mg 1錠
薬効分類	ビッグアイト系降糖剤
先薬/後薬	先薬品
配合成分	
剤形	錠
規格区分	製剤品
承認年月日	2010年1月20日
収載年月日	2010年4月16日
添付文書年月	2010年3月
薬価	9.90
製薬会社	大日本住友
販売会社名	

図8 投薬内容の表示例

投薬に関しても、異なる医療機関の処方内容を見ることができる。そこから、医療機関をクリックすれば、そのときの情報に飛ぶ。薬をクリックすれば、ドラッグインフォメーションも当然見られる。コスモス病院のカルテから自動的に吐き出されていく情報は、医師が書いたタイムリーなサマリーだ。

消防署通信指令室 閲覧画面

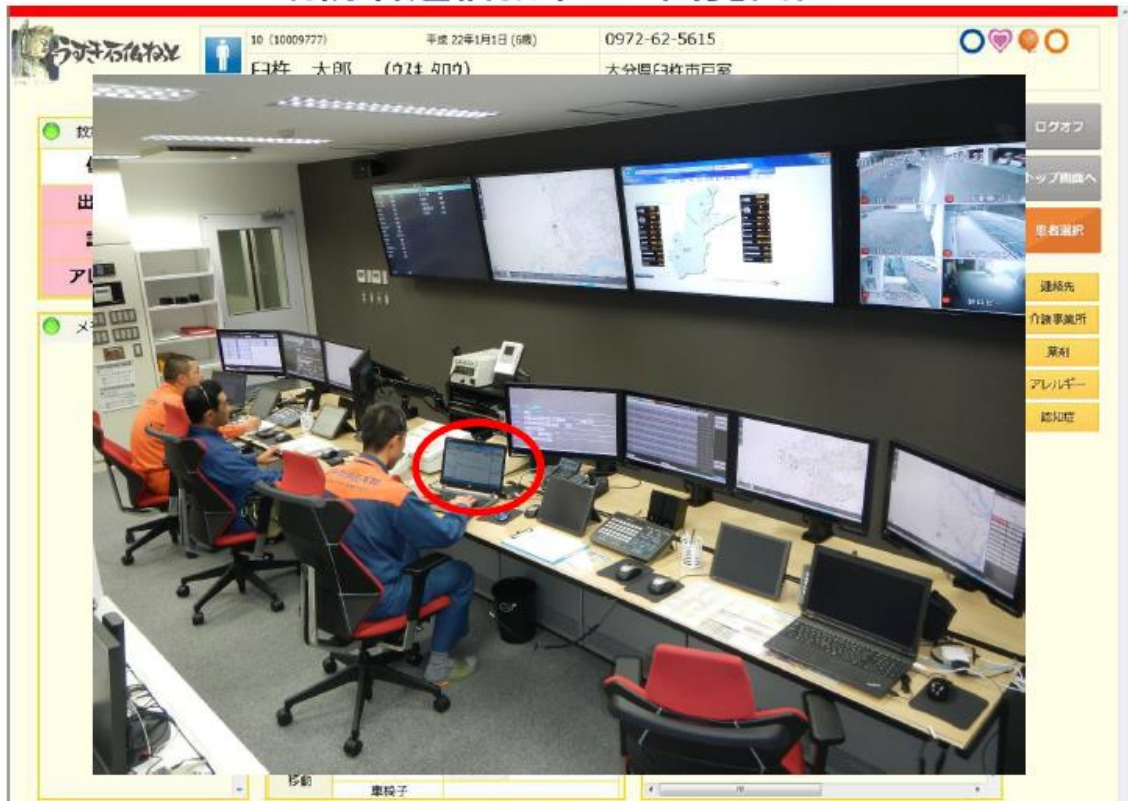


図9 消防署通信指令室

現場滞在時間の短縮

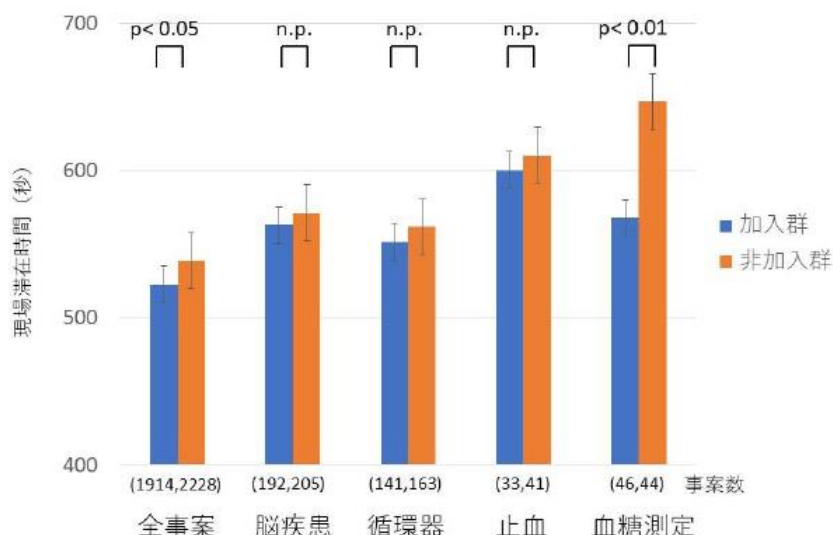


図 10 救急の現場滞在時間

図9に示すように、このような画面は消防署の通信指令室でも見ることができる。119 番号の電話を受けている人の横で、名前、住所、電話番号等で検索するとみることができる。また、図 10 に示す通り、救急隊が事前に患者情報を得て現場に向かうことで、現場での滞在時間が短くなる効果がある。

<必要な情報は職種によって違う>

しかし、医療情報がたくさんあればいいというものではない。職種によって必要な情報が変わる。そこで、ケアマネが見る情報、医師が見る情報という形でレイヤーを分けている。職種によって必要な情報のパターンが違うので、事業者や機関に参加していただくときに、その形の情報共有になることについて同意をいただく。

例えば、薬局では、ひとりの患者に対する複数の医療機関からの処方があった場合でも、それを一括で見ることができる。もちろん、医師も見ることができるが、医師よりも薬局で簡単に見られることの方が重要だ。そこで、ポリファーマシーの確認が行われる。薬局の薬剤師が、同系薬の重複等があった場合に、メールでフィードバックする。こうすることで、重複処方が大幅に減少するという効果が出ている。

大分市の医療機関にかかっている人と石仏ねっとに入っている人を比べると、大分市にか

かっている患者の方が重複処方が明らかに多い。これは、薬剤師からのフィードバックだけではなく、おそらく医師が見て注意しているためでもあると考えられる。

消防署通信指令室 閲覧画面

緊急用アラート項目

- 低血糖
- 出血傾向
- 認知症
- アレルギー

調剤情報より自動判定

既往歴

1	糖尿病
3	慢性硬膜下血腫

自立度

介護歴 (2016-06-30) 要介護 5

自立度 (2016-06-30)

障害高齢者日常生活自立度	認知症高齢者日常生活自立度
C1	I

A D L (2016-06-30)

食事	一部介助	排洩	オムツ
移動		意思伝達	可
	車椅子		

かかりつけ医

1	丸岡脳外科	丸岡 伸比古
2	三好泌尿科	三好 慎行
3	丸岡脳外科	丸岡 伸比古
4	元村整形外科	元村 勝次
5	コスモス病院	小川 聡
6	藤野循環器	藤野 孝雄

図 11 消防署通信指令室が確認する自動アラート

また、図 11 に示すように、出血傾向や低血糖をきたす可能性のある処方箋は自動判定されて、点滅するようになっている。個々の薬品の名前を羅列しても意味がないからだ。このような情報が救急活動に生かされている。

<地域連携パス>

糖尿病連携パス画面

コメント

2016/08/16 17:06:30 近藤 誠哉

約-2kgの体重減量を認め、おかげさまで良好な血糖、血圧、脂質管理の維持を確認しました。
 昨年8月に大分循環器病院でCAGを実施して頂き、#4PD 75%狭窄に対し嚴重経過観察、3年後の2018年8月に再検査の予定と
 伺っております。
 UCGでは心尖部ASH(HCM)、AR中等度を認めましたが、心不全傾向は認めておりません。
 腎症は尿中微量アルブミンの消失より、2期から1期に改善を認めております。塩分味覚値は正常範囲。(ソルセイブ 0.8g)で
 あり、減塩状況も良好のようです。
 動脈硬化所見は軽度～中等度 (max IMT 2.1mm) であり、こちらも嚴重にフォローアップとしております。
 次回も1年後 (2017/07/19) に再診を予定しております。
 近藤誠哉 拝

	HbA1c	%	6.8	6.9	7.1	7.1	7.1
検体検査	LDL-CHO	mg/dl	65.9				77.9
	eGFR	ml/min/1.732	84				73
	U-A1B	mg/g・Cr	38.0				13.2
	U-PRO	g/g Cr					
	一日糖分	g	9.3				6.5
	BNP	PG/ML					
頭動脈 エコー	肥厚度右	mm	1.67				2.10
	肥厚度左	mm	1.26				1.79
画像検査				●			
フットケア							
栄養指導			●				
服薬検査							
歯周病							
コメント			●	●			

図 13 糖尿病連携パス

また、検体情報、医薬、歯科連携、介護連携、に加えて健診や子育てのデータも入ってくる。このような情報基盤の整備を、疾患を対象とした連携パスにも応用している。中でも糖尿病が最も活用されており、糖尿病の連携手帳をデジタル化している。

普段は開業医が診て、当院が1年に1回だけ診るなどの形がある。当院で診たときには、図 13にあるような形で医師がコメントを記載する。調剤薬局もこれを参考にして、かかりつけ医と情報共有して、患者をフォローしていける。仮に、かかりつけ医が病院からのコメントを見落としたり無視したりしていても、薬剤師が「病院の医師のコメントはこうなっている」と伝えることで調整されていく。そしてそのことが、適正な処方等につながる。透明性が高まり、かかりつけ医任せにしない医療を実現できる。多職種が見るといのはそういうことだ。

疾病有病率

— 臼杵市
— 大分県平均

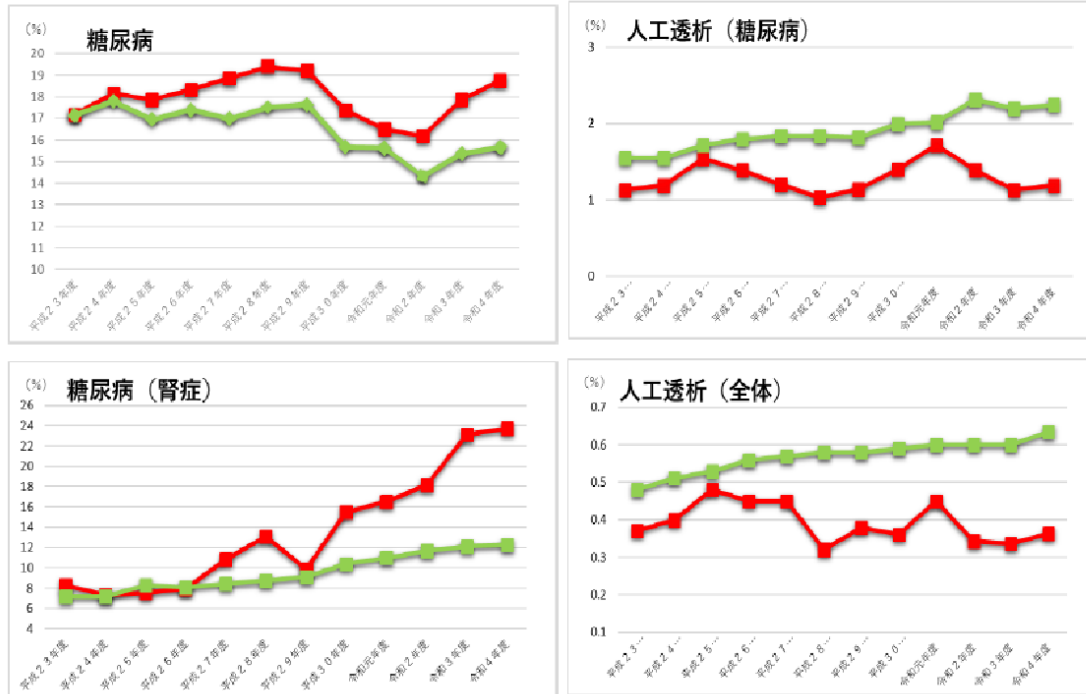


図 14 糖尿病関連の有病率

石仏ねっとの効果だけではないだろうが、糖尿病患者の腎症が進まないように、透析の患者が減るように変化してきている。こういった取り組みが評価されて、厚労省が作った『糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き』に臼杵の取り組みが紹介された。

<メール機能>

石仏メール活用 かかりつけ歯科医師 ⇔ 病院歯科衛生士

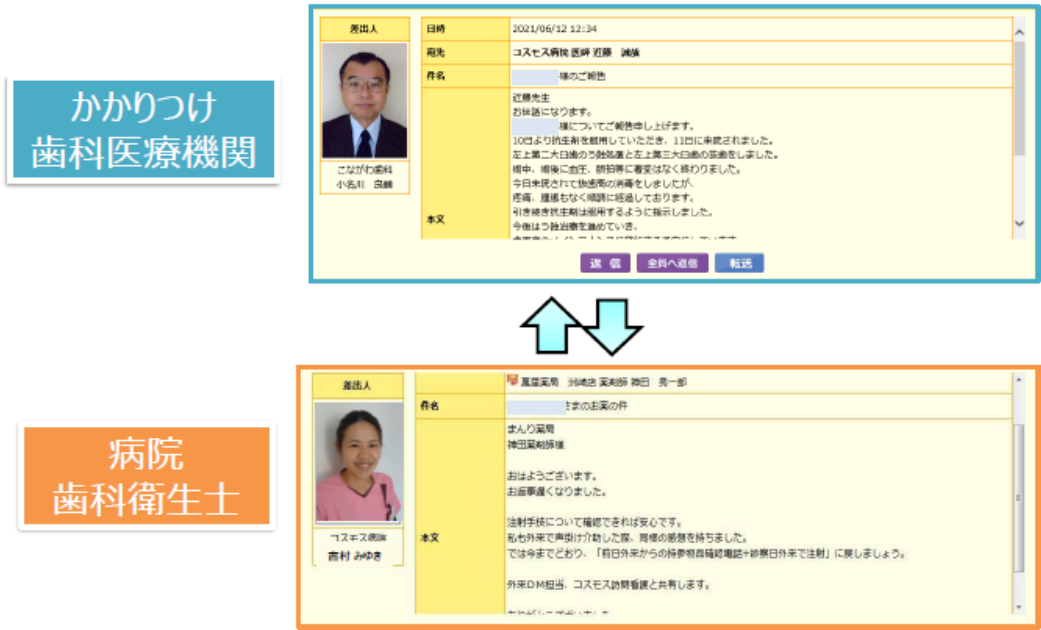


図 15 石仏メール

また、職種を超えて情報交換をする中で、メール機能が最もよく使われている。図 15 は歯科の例だが、糖尿病連携でも特に頻りに病院の看護師とかかりつけ医がメールのやりとりをしている。

<子育てアプリとの連携、そして PHR>

また、子育て支援アプリとも連携している。母子手帳の電子化というイメージだ。行政が予防接種のデータをここに連結する。エムティーアイという企業との連携だが、個人情報エムティーアイに渡すわけではない。別に同意書に署名いただいて、連携キーを発行して、子育て支援アプリと同期させる。エムティーアイの母子モという標準のアプリがあり、そのアプリ上で郵便番号を入れたときに臼杵であることを認識して、その連携キーを入れる画面が出てくる。その連携キーを基に、先ほどの Prime Drive を使って、あるいはオンラインストレージのメニューでつないで、そこのオンラインストレージ上でデータのやりとりをしている。

予防接種管理

予防接種履歴

予防接種情報

No.	接種内容	1回	2回	3回	4回
1	四種混合ワクチン	●	●	●	●
2	三種混合ワクチン	●	●	●	●
3	三種混合ワクチン	●	●	●	●
4	二種混合ワクチン	●	●	●	●
5	子宮頸がんワクチン	●	●	●	●
6	BCG	●	●	●	●
7	小学校入学前	●	●	●	●
8	小学校入学前	●	●	●	●
9	中学校入学前	●	●	●	●
10	中学校入学前	●	●	●	●
11	高1入学前	●	●	●	●
12	高1入学前	●	●	●	●
13	高1入学前	●	●	●	●
14	高1入学前	●	●	●	●
15	日本脳炎	●	●	●	●
16	日本脳炎	●	●	●	●
17	麻疹	●	●	●	●

市からの情報発信



図 16 ワクチン接種管理

これによって保護者はワクチンのスケジュール等の情報を見ることができ、どのワクチンを打っても、自分で入力しなくても、行政から自動的に情報が入ってくる。子どもが2人、3人いても、スケジュールの管理がアプリ上でできるので、保護者には非常に評判がいい。

どうしても予防接種をしない保護者を市の保健師はフォローしたい。また、プッシュ通知で、次はこの区域、この予防接種ですよと知らせたい。市外で接種を受けても、全部その履歴が入っているので、保護者は自分で何もしなくてもその情報が通知されてくる。都市部では人数も多いし、出入りも激しいのでフォローが難しいだろうが、地方ではこういう形が可能だ。

② 手帳文化を活かしたPHR～生涯データの活用  総務省
MIC Ministry of Internal Affairs and Communications

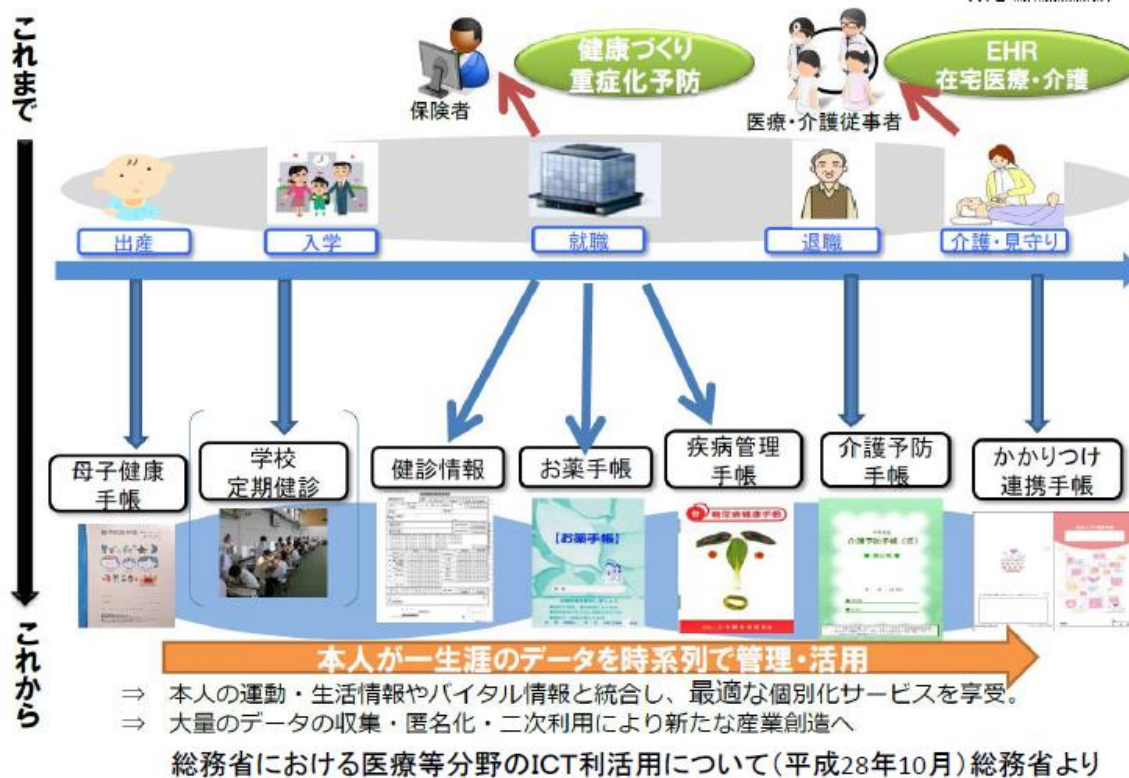


図 17 生涯にわたる PHR のイメージ

健診以降のデータは共有されているので、あとは学童検診が共有されれば、住人ひとりのデータは一生分が蓄えられていくことになる。そして、やがてはそれを自分で管理することになる。

運営

うすき石仏ねっこの運営は行政、医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネ協会の代表とで行っている。予算は行政と医師会が半分ずつ出し合っている。立ち上げのときは国や県からの予算や、様々な基金からも支援をいただいた。現在の年間の全体経費が 2500 万円だ。市と医師会がそれぞれ 900 万円ずつ拠出して、残りを参加施設の参加費で賅っている。参加費は、診療所は月 5000 円、病院は規模によるが月 1 万円から 3 万円、調剤薬局は 3000 円、歯科医院は 3000 円、居宅介護支援事業所は 1000 円等々だ。今、オンプレでサーバーを置いているので、そこに更新費が必要になる。そういう費用に対しては、年間予算の 2500 万円の中から 135 万円ずつを積み立てて、それを 7 年計画で、サーバーの更新費用に充てる。今年度、仮想化でサーバー更新したが、次回はクラウド化する構想を持っている。

市民が持つカードについては、市の市民カードと同じように、市が負担している。カード自体

は、石仏ねっと事務局が発行しているが、受け付けは、市でも参加施設どこでもできる。記入された申込書が事務局に送られてきて、事務局でカードを発行して渡す。利用者からは発行時は無料であるが、再発行時に 500 円の実費を負担いただいている。カードは、FeliCa カードだ。Suica 等の交通系カードと同じで非接触型だ。最終的には、マイナンバーカードにくっつけていくことになるだろう。当初からそれを見据えてきた。国は必ず国民総背番号制にするとやってきた。

使用実績 2019 -薬剤師-

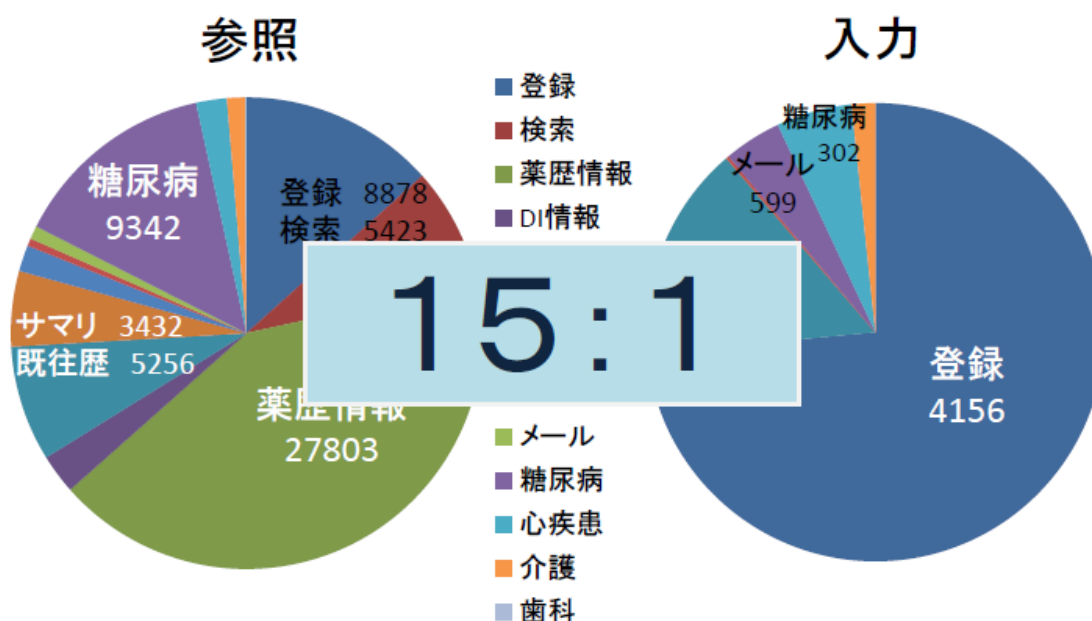


図 18 薬剤師による参照と入力の内訳

石仏ねっとを最も利用しているのは薬剤師だ。薬剤師は、当然ながら薬歴をよく見ているし、意外に糖尿病連携も見ている。薬剤師がこれを活用することで、重複処方が減っていく。大分市と比べると全然違う。

<ケアマネによる入力と活用という課題>

このネットワークシステムの課題は、ケアマネ達からの入力が2度手間になっていることだ。自動的に取ってくるフォーマットがないので、2度打ちしなければならない。そのため、協力的な人は打ってくれるとしても、個人差が出てくる。

また、ケアマネによる活用自体も不十分だ。最初は使っていても、だんだん使わなくなる。どうやってケアマネたちとつながるのが一番の課題だ。医療情報にも多様な情報があるが、これが勝手に入ってきて、勝手に結び付いていくという形では使えない。管理されないといけない。しかし、ケアマネたちの情報をどうやって共有するのかという部分が、正直分からない。

ケアマネにとって必要な情報とは何か。そして、どんな情報をもっているのか。それを整理しないと行けない。地域ケア会議の資料に出て来る「アセスメントの情報」というものをよく見ると、これは医療の情報で、石仏ねっとにすでに入っている情報だということもある。これをうまく整理して、見やすく、分かりやすくなるような仕組みにすればいいのかなと今は考えている。

例えば、以前に処方管理の方法を示す画面を作っていたが、ケアマネたちはこれを見ないという。理由を聞くと、薬剤師が書いた言葉がケアマネたちには分からないとのことだった。ケアマネたちに分かる言葉で書き直してみると、分かるようになった。そういう些細な問題が実際には重要になるので、伝わる言葉で書かなければならない。

また、逆に、ケアマネたちの情報をどう取り込んでくるかということに関しては、Wiseman いうものを使っているところが多い。Wiseman 以外には、厚生労働省がやっている LIFE もある。しかし、LIFE については、相当力がある事業所でないと入力できない。臼杵の介護関係者の9割5分は入力していない。また、出した情報を見ても、医療側が必要な情報はあまりなく、国が健康を分析するための情報ばかりだ。正直言ってこれを生かせるかどうか、まだよく分からない。今のところ入れている施設は少ないし、その情報をもったとしても果たして医療に生かせるだろうかという疑問を持っている。

新しい取り組み

ケアプランの取り込み

ケアプランデータ連携システムの業務フローについて(2/2)

【ケアプランデータ(実績)の連携 業務フロー図】

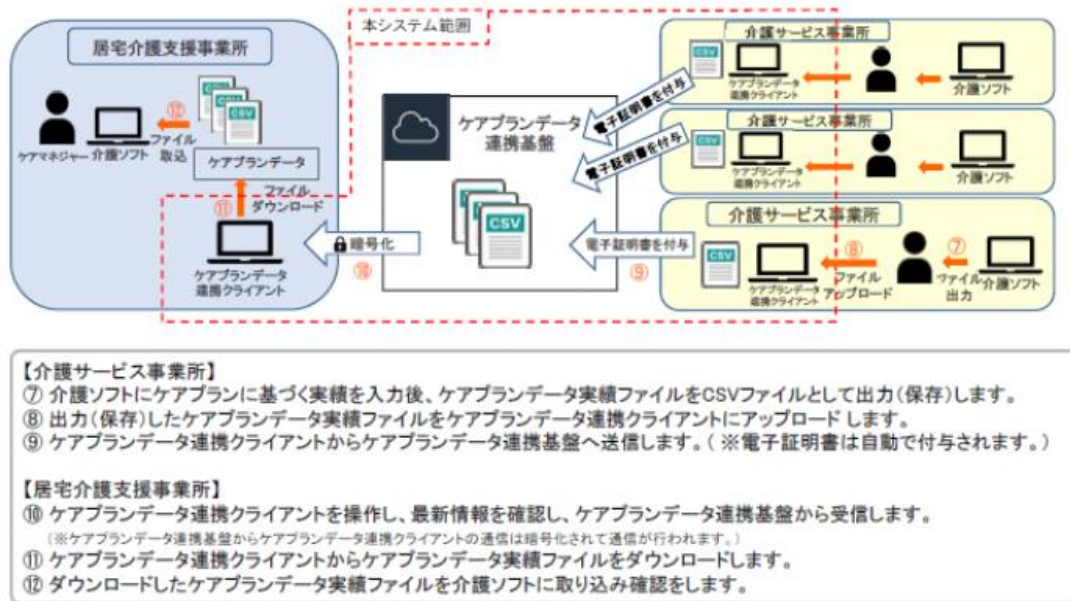


図 19 ケアプラン連携システム用ケアプランデータとの連携

今、我々はコロナの後の変化として、新年度に向けて新しいことに挑戦しようとしている。その1つが、ケアプランを、ケアマネたちの仕組みの中から取ってくるというものだ。6割のケアマネが作っているケアプランのデータ連携システムが令和5年度4月から標準化され、第1表、第2表、第6表、第7表は出せるようになった。これによって、介護のシステムベンダーに頼らなくても吐き出せるので、これを石仏ねっとに取り込もうということで、先ほどの Prime Drive のオンラインスペースを使って石仏ねっとに自動収集する。第3表の週間予定表は、使用側としても1週間で何曜日どこに行っているのかなというぐらいは見えていたが、第1表、第2表は、看護師等もあまり見ることがなかった。少しずつ、こういうものが標準化され、どんどん取り込んでいけるようになるのではないかと。介護には標準で処理する機能があまりないので、クラウドから標準になったものはどんどん取り込めるようにしていこうと計画している。さらに、認定審査会のデータを認定審査会前に取り込むことも検討している。

スコアそのものもそうだが、一応、6分ごとに標準時間とか、樹形図上、キーになる所はフラッグが立つように作ってある。確かにフルアセスメントしてないところが多いが、要介護認定表上である程度、状態像と悪化のリスクがある所が示されるはずだ。あれをうまく行政側で標準化していけば、医療側に共有する意味のある情報はある程度、整備して標準化できるのでは

ないか。それがあれば、ケアマネがプランを立てるときも、どのサービスをどう組むかということとで考える上で役に立つはずだ。ただし、われわれがそれをやるか、DX が追い付くのか、そこがまだ見極められていない。

介護情報表示の改修



図 20 画面案

令和6年度の予定としては、介護との連携 WG に沿った改修を行う。これまで、医療側から介護に送る情報として、ケアマネはどこ見ていいかわからないという問題があったので、ケアマネが見やすい画面で、必要な情報を1画面で見られるような形にしたい。図 20 は、試しに様々な情報を貼り付けたのでごちゃごちゃしているが、ケアマネたちにこういう画面を作ってもらって、自分たちが必要な情報を見やすくしていこうと思っている。

栄養・摂食嚥下チーム

様 食事情報用紙		年 月 日 更新			
記入者:					
食事 区分	容易にかめる	歯ぐきでつぶせる	舌でつぶせる	かまなくてよい	
柔らかさ・サイズ	繊維が少なくやわらかい 2cm 程度の大きさ	箸やスプーンで切れるやわらかさ 1.5cm 程度の大きさ	ミンチ状に細かく刻んだ大きさ	べたつかずまとまりのある ピューレペーストミキサーの状態	
飲み込み	飲み込んで飲み込める	嚥む力が強いが飲み込める	嚥むことができ 舌で送り込み飲み込める	嚥む動作や飲み込み力が 嚥っている人に適している	
ごはん	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ベースト粥	
おかず	<input type="checkbox"/> 軟菜 厚焼き卵	<input type="checkbox"/> 刻み だし巻き卵	<input type="checkbox"/> 粒小刻み ス克蘭ブル エッグ	<input type="checkbox"/> ベースト やわらかい 苺碗蒸 (苺なし)	
補助食品	Jelly	トミミ 水分()cc に対して()1本			
() () ()	<input type="checkbox"/> 濃い(ケチャップ状) <input type="checkbox"/> 中間(はちみつ状) <input type="checkbox"/> 薄い(フレンチドレッシング状) <input type="checkbox"/> なし				

図 21 栄養・摂食チームの画面

栄養・摂食嚥下に関しては、写真も入れて、誰が見ても分かるような画面にしようとしている。どういうふうにして食べさせるのかとかいうのに関しても、分かる言葉で分かるように書く。これが重要だ。

動画による指示説明

さらに、石仏ねっとの中で動画のアーカイブも作ろうと考えている。食べるときの角度とか、食べさせ方とか、この柔らかさとかいうのは動画で見せる。移動の仕方や、胃ろうの使い方も絵や動画で見せる。YouTube の時代になって、みんな、文字を見るより動画で学ぶスタイルになっている。こういうものは、臼杵市だけでやってももったいないので、隣の大分市、由布市内の行政と3師会で協議会を設立し 2024 年7月より連携する予定である。

<周辺市との連携>

おおいた医療ネットワークは、大分リンクという。大分リンク自体は、ID-Link を活用したもので、大きな病院のカルテを開業医が見られればよいという典型的なものだが、大分 DC として、データはちゃんと集めている。そこで石仏ねっとで集めているような、ケアプランの上の1から6までの情報を集めて利活用する。見るだけでいい情報と集める情報を分けて考えるのが大分ネットの特徴だ。

イメージとしては、集めることについては、1から6についての情報は集める、そして、見ることについては、病院の中にある電子カルテを、カード1つで見れば良い、という感じだ。しかし、これもどこかで変わっていくだろう。集めている以上は、利活用して、救急に活かそうというような発想が出てくるはずだ。やがては、歯科医やケアマネにも入ってもらって、スマホで見、管理するという時代になっていく。

うすき石仏ねっと側から見れば、臼杵からでもカードをかざせば大分の情報が見られるので便利になる。車で30分で大分まで行けるので、実は運転できる臼杵市民の多くが大分市の医療機関にかかっている。そのため、大分の病院の情報が見られるのは臼杵市民にとっても非常にいいことだと考えて、市長も協力してくれる。こういった形で広がっていく中で、やがて各市町村ごとに参加していただいて、広がっていくといいなと思っている。

救急と在宅看取りへの応用



図 22 消防署通信指令室での表示画面中の ACP

図 22 のように、消防署での表示画面に ACP についての情報を書けるようにしている。何でも書けるようにしたら、医療従事者は、例えば「在宅看取りの見込みであること」や、「主治医が対応できなかった場合の死因病名の指示」などを書くようになっていた。消防署にこういう情報を送っておけば、不必要な心肺蘇生をされなくて済むということを考えていた。しかし、実際はこういう患者は救急車を呼ばなくなる。そして、在宅看取りが増えてくる。特に、コロナの影響もあり、面会謝絶で病院でひっそり死ぬよりは家に連れて帰って看取りたいという人が増えてきた。当院の医師らもそれに同意して、わざわざ入院させるのではなく、自宅まで看取

りに行ってくれるようになった。

また、患者が通院できなくなった場合、開業医は引き続き自分で在宅診療をし続けるか、それとも在宅医療のプロである在宅医に任せるか2つの選択肢があり、開業医の対応は半々だ。在宅はしないという医師もいるし、最後まで自分で責任を持ちたいという医師もいる。もちろん、終末期で鎮痛等が必要になる場合は、病院に丸投げになることもあるが、それでいいと思っている。そもそも看取りに関しては、開業医によって対応が分かれるし、第8次医療計画にも書かれている通り、開業医が診られない部分が出てきたら全部当院に放り込んできてもらえれば、うちが対応したいと考えている。

通院できなくなったら診ないという医師らの患者は、当院で引き受けるしかないということで、在宅医療支援チームをコロナの間に作った。患者が、自宅での療養を希望すれば、その手伝いをする。その結果、在宅医療専従の医師を作った。こういった形でいつでもどこでも行けるようにした。レントゲンも在宅で撮れるようにした。

自分らしい生き方を支えるということをいかに効率的にやっていくかというのが、うちの病院に課されている使命だ。本人らしさを支えるという考え方の下、介護も、在宅医療も、病院もICTを介してつながっていくというのがわれわれのモットーだ。

垂直的連携と水平的連携

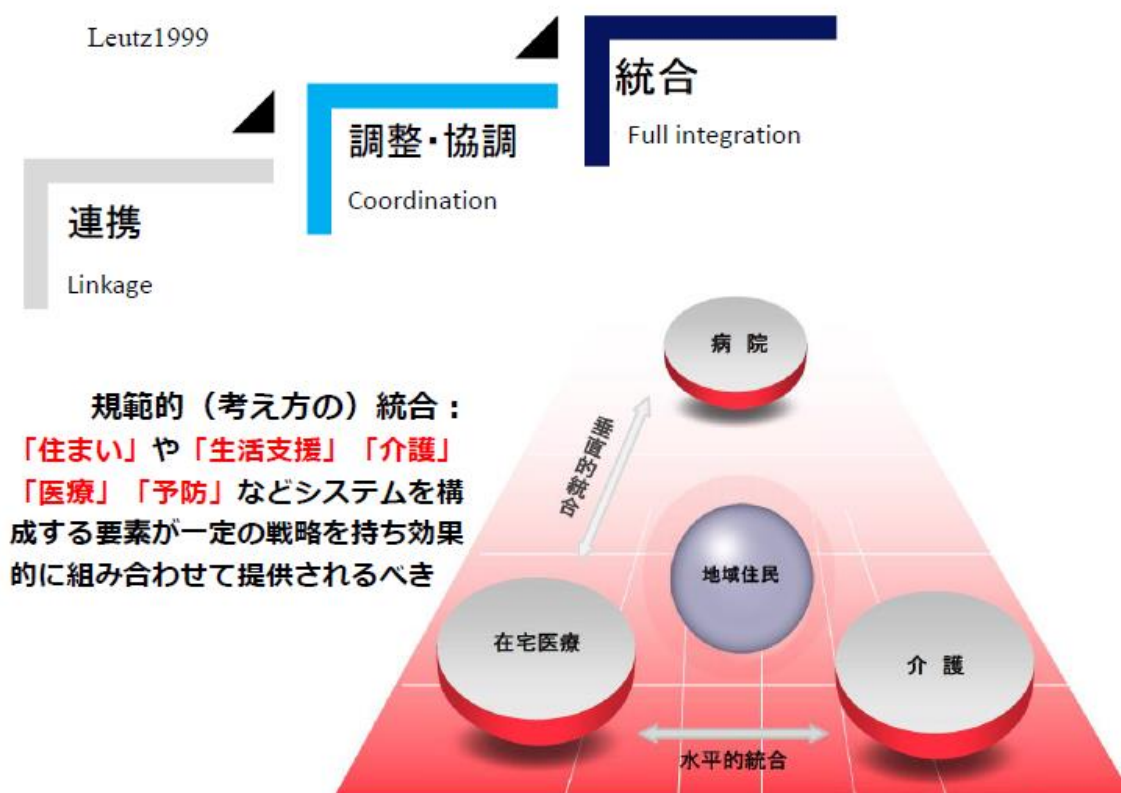


図 23 垂直的統合と水平的統合

垂直的統合と水平的統合を進めた情報ネットワークは、最終的には地域の電子カルテになると思っている。ケアマネや訪問看護、そしてかかりつけ医は日々の情報共有を行うところ、ネットワークはそのための連絡ノートだ。

MCS が一気に呵成にやっているように、多職種の LINE のような連絡ノートと両輪で走らないと、うまくいかないだろう。ケアマネが利用者をケアする上ではホットな情報が必要だが、医療の情報はその時点でのアセスメントの情報が弱い場合がある。双方のいいところを理解した上で、ケアマネに活用していただくことが必要だ。それは、われわれのシステムだけでは難しいだろう。

うちの病院は、そもそもがどんどん外に出ていく病院で、まずリハビリスタッフも外に出ていてデイサービス、デイケアのスタッフに助言するし、栄養士だって外に出ていっている。ケアマネと意見交換する会議等で、ケアマネたちに対して、患者の体重が落ちたとか何かおかしいと思ったら、すぐうちの病院の連携室に相談してくるように言っている。プレフレイルで、ちょっと弱った状態で入院しても、全身状態をケアして帰していける仕組みを作っている。

介護の段階で弱っていくよりも、一旦医療に引き取って食べ方、食べさせ方の指導を少し手伝ったら良くなるケースがある。それに加えて、運動の仕方もしリハビリで指導して自宅に帰していく。

これは必ずしも、医療が介護を上から教育するという話ではなく、両者の機能をうまく活用するということだ。その時にカギになるのは、NP というか、優れた訪問看護師だ。優れた訪問看護師が、つなぎの人材になる。臼杵には訪問看護ステーションが3つある。一番大きいのがうちの事業所である医師会立訪問看護ステーションだ。

人生会議を考える大分県民の会というものを立ち上げて、大分県中に ACP を広げていくためのファシリテーターを育てようというプログラムを推進している。結局、ACP を進めて、本人の意向に沿った医療を、最善の医療を提供するには、中間の、医療も介護も分かったファシリテーターを増やさないといけない。具体的には、そのファシリテーターにはケアマネや、訪看や、かかりつけ医がなっていくが、そういう人材を育てたいと思っている。先日の地域包括ケア学会で課題になったようなことは、うちでまあまあ取り組んでいるなど思いながら聞いていた。

<臼杵でのコロナ>

コロナの時期は確かに大変だったが、広域搬送しなければならないような症例はあまりなかった。当院がコロナを全部引き受けたので、臼杵市の救急隊は恵まれていたと思う。

その一方で、課題としてこの石仏ねっとはあまり役に立たなかった。受診そのものが下がっていたし、石仏ねっからは、コロナに関連する情報はあまり出なかった。そういう意味では、医療と介護がつながっている情報基盤ではあるものの、それがコロナに役に立ったということではなかった。ただし、Zoom のネット会議であったり、動画の共有であったり、コロナがなければ思い付かなかったような発想はあって、これは今後活かす。

入院だけでなく、発熱外来も当院でやった。病院の敷地内にプレハブを建てて、そこで診療した。当初は開業医にも来てもらって、輪番制で発熱外来を回した。そのうち当院の医師だけでやるようになった。結局、それに対応できてしまったということだ。

入院については、時期によっても違うが、5床から10床程度のコロナエリアを作って専任のスタッフを決めて対応した。一番ひどいときは包括ケア病棟をコロナ病棟にして対応した。紹介もかなり減り、患者が来なくなったので、コロナ以外の患者が減った分、1病棟当てても問題なかった。最大で18人のコロナ入院があった。コロナの場合、4床室でも1人や2人しか入れられないから、通常の稼働率と比べるとかなり低いが、人手をとられるので、病床をフルに使うことはできなかった。中には、ECMOが必要ということで大分市の3次救急病院に送ったこともあった。最初は、死亡率が5パーセントだと言われていたので、本当に怖かった。そのうち簡易陰圧装置の設置等のスタッフを守る仕組みもできていったので、少しずつ変化しながらコロナを乗り切っていたかなと思っている。当院のスタンスとして、ノーと言わないのが基本なので、やれと言われれば、話し合いをしながらでもなんとかやってしまったという感じだ。

また、臼杵市には中部保健所という保健所があり、ここが臼杵、津久見、由布をカバーしている。保健所長とは平時からいつもやりとりしていたので、コロナ中も密に話し合いながら進めることができた。

最初はコロナは全員当院に入院させていたが、ホテルが空くようになってからは、軽症者はホテルに入れた。そして、そのフォローアップは保健所が県としてこれをした。

豊田地域医療センター(大杉泰弘副院長・近藤敬太総合診療科在宅医療支援センター長)

2024年1月26日

<かかりつけ医機能と中小病院>

200床未満の中小病院が存在することで、地域の開業医がよりかかりつけ医機能を発揮しやすくなるのではないかと考えている。そのための軸として総合診療医を養成していかなければならない。新専門医制度で若い専門医としての総合診療医を養成するだけでなく、総合診療をしたいと思っているリカレント組もたくさんいる。我々のところに入ってくる人材の中にもそういう者が多い。こういう人材を巻き込んでいくことによって、地域のかかりつけ医機能が確保されるのではないかと考えている。

当院は、増床して190床であり、いわゆる200床未満の中小病院だ。以前は、特徴のない自治体系の病院だった。第三セクターであり豊田市がオーナーで、政策医療もやってきたが、結局、魅力のない病院になっていた。地域の人口が高齢化していくのが分かっているが、在宅もしていなかった。医師確保は、医局依存で、頼んでも医局からは人が来ないという状況だった。さらに赤字体質でもあった。それがそのように変わっていったかを説明したい。

私がここ来たのは2015年だ。総合診療科を2人の医師で始めた。今は100人ぐらいの集団になっている。藤田医大からは毎年20人ぐらいが、総合診療に入ってくる。ここ何年も、数としては日本で一番多い。

日本には5800も中小病院があるのに価値がないと思われる。まずは、中小病院を魅力あるものにしなければならない。また、総合診療自体も若手を中心に魅力的な診療科と受け止められるようになっていく。この2つが、うまくファンクションすると、日本の医療を変えられる。

<開業医の仕事>

私自身は医師になって20年目で、父親が開業医だった。そのため、開業医に何ができるかよく分かっているつもりだ。実家も週にふたコマ手伝っている。父親は75歳で、かかりつけ医機能を担おうという気概はあれど、年齢のこともあり限界がある。半径800メートルどう守るかみたいな世界観でやっていて、できることとできないことがある。

コロナの時、かかりつけ医すら発熱外来をやらないのはどういうことだという議論があった。あれは別に、サボりたくてサボっていたわけではないと思う。うちの親は、発熱外来を頑張っていたが、かといって、医師会の一人ひとり、小さなクリニックまですべからくみんなができるかという多分できない。それを感情的に批判するのは、私は違うと思う。別の解決法を考えるべきだ。私自身は、最強の開業医になろうと思って医者をやってきた。総合診療ができる前に、家庭医療を福岡の飯塚病院で学んだ。私が、最強の開業医になりたいと思ったのは、自分で責任を取っていきたくて思ったからだ。

<中小病院のポテンシャル>

5800の中小病院で、医療費を15兆円程度使っている。診療所も大病院も同じぐらい金額を使っている。それにも関わらず、中小病院でどんな医療がなされているかとか、どんな医師が必要かとか、さらに国民目線言えば、そこで何がされているかを全然みんな知らない。ここに光をあてたい。

豊田地域医療センターは1980年にできた。地域医療センターという地域医療にとって良い名前をもらっているが、その当時は第2次ベビーブームだったので、地域の子どもたちの病気を診ることが地域医療への期待だった。その当時のそのようなニーズには確かに応えたが、それをそのまま惰性的に40年やり続けていた。人口が高齢化して、在宅医療が大事で、地域包括ケアが大事なのに、それを自分たちでやる事ができず静観するだけの病院になってしまっていた。これを変えてかないといけないということで、私が、2015年に招へいされた。病院を変えることを求められた。

やろうとしたことは、1つは地域にかけがえのない病院になること。そして専門医ではなく、総合診療医を中心に、医局人事から脱却すること。一応、藤田という意味では枠組みは変わっていないが、在宅を立ち上げて、若手を教育することを中心にやってきた。

在宅の立ち上げに関しては、診療所を立ち上げるのと同じで、歯を食いしばってやるだけで難しい話ではない。在宅の収益が伸びていく中で、病院が変わっていくきっかけができた。当時は私だけ特別若かったが、私の言うことを聞いてくれる人がだんだん増えてきた。そういう人が徐々に増えて、豊田地域医療センターが改革されていった。

大病院にはない中小病院でこそその学びが総合診療にはある。医療業界の成功パターンは、医師を継続的に採用し続けることができることだ。大学医局が、いまだに力を持っているのは、そこに一番のキャリアがあると医師が信じているからだ。そこに行けばいい教育が受けられて、いい学位が取れて、専門医が取れて、いい患者がいて、競争的資金も獲得できる。医師のキャリアというものは大学病院に集まっていると信じているから、人が集まり、魅力的で在り続ける。

一方で、開業医は、自分自身を雇っているわけで、自分が頑張ることが自分に返ってくるし、それが魅力となる。しかし、中小病院はそのどちらでもない。そのため、いい病院にするためには、いい医師を集める方法が必要だ。医師がどこに集まるかという、給料かライフバランスかキャリアだ。既存18科、外科や小児科や脳外科にとって中小病院は、最先端医療をやる場ではないので、キャリアとして魅力的であることが難しい。それが総合診療に限って言えば、実は地域こそが最先端医療となれる可能性がある。それをマーケティングすれば、若い医師はここに集まる可能性があるのではないかという仮説を立てて、我々はトライしてきた。

<総合診療をいかに魅力あるものにするか>

総合診療業界でよく言われる、モデル人口1000人の話がある。その中に、老若男女がバランスよくいる。日本でもイギリスでもそうだったが、860人が、風邪をひいたとか、咳が出たとか、背中が痛くなり始めたと言って医療機関を受診する。その人たちがどこに受診したかを見

ると、診療所は 307 人、大学病院に入院したのはたった 1 人だった。このたった 1 人の人たちを 1000 人集めて診ているのが、例えば藤田医科大学で、100 万人を代表した 1000 人を診て、残りの 99 万 9000 人を診ていないということもできる。

大学病院に 10 年もいると、それだけで医療が分かったような顔をするようになるものだが、本当に必要な地域医療は、そこにはない。我々は、大多数の大学病院には行かない患者を診ている。今までも、そういうことしてきた病院はもちろんあったが、我々が示している違いは、ここにロールモデルがいて、キャリアパスがあって、きらきらした人がいて、ここに行くことがカッコいいんだということを若手たちに示していくことだ。それを、我々はこの 9 年間、たくさんやってきた。

ちなみに、総合診療専門医ができたというタイミングは重要だ。今、地域医療をカッコいいと思ってくれる人たちが増えている。多くの人が入ってきてくれる窓が開いているので、我々はそこを頑張りたいと思っている。総合診療科の課題は、2割の学生が総合診療医になりたいと言ってるのに、実際には2%しかないという点だ。この 18%をいかに埋めるかというのが勝負で、2割の医師が総合診療医になれば、OECD 各国に並ぶところまで行ける。しかし、たった2%で、毎年 200 人しかならない現状をどう変えるか。それが、我々藤田医科大の総合診療科、豊田地域医療センターの総合診療科として、最も重視しているポイントだ。

<総合診療の教育>

教育は、とにかく指導医と専攻医が一定の時間、在宅医療も含めて、夜間も一緒に行動する。最初は靴の並べ方から丁寧に教える。40 歳になってからやるような医療だというのは思い込みで、26 歳の人間が地域で活躍するという未来がとても大事だと私は信じている。適切な教育を適切なタイミングで適切に行うことによって、非常に難しい、難易度の高い在宅医療というものを 28 歳ぐらいでできるようになる。それは、教育の仕方とモチベーションとの合成だ。

急性期医療への対応も重要であるため、岡崎医療センターという藤田医大のもう1つの病院で研修する。これに対して、地域の総合診療は、豊田地域医療センターやその他で研修する。とにかく、一人ひとりに対して丁寧にフィードバックしていく。また、週に1回、レジデントデーというものがある。内科、在宅、開業等からコアレクチャーとして、1年間、カリキュラムを作って学ばせる。そのようにして、総合診療医を育成していくことをやっている。

専攻医が今 50 人ぐらいいるが、こんなに小さな病院に若い医師が集まるようになったのは良い教育やキャリアを示すのと同時にマーケティングをきちんとやって来たからだ。ペルソナが重要だ。我々は、かなり丁寧にペルソナ像を設定している。例えば、親が開業していて、兄弟は医師ではなくて、自分だけが医師で、父が消化器内科で、自分は地域の市中病院で研修医をしているが内視鏡の技術が必要と思いつつも、父と話す時「内視鏡はできた方がいいんじゃない？」と言われるものの、実際にやっている件数は週に1件か2件で、父も 65 歳ぐらいで、この先そんなに長いことやるわけではない、という具合だ。そういうタイプの人結構いっぱいいる。

様々なペルソナがあるが、その人たちがどういう喜びがあって、悲しさがあって、プログラム

に何を期待していて、実際見学に来たときに、どういう声を掛けると、うちに入る可能性が高まって、どういうフォローを後すべきかということ、とにかく丁寧にする。

また、見学に来てもらわないと始まらない。見学に来るまでのターゲットは1学年で1万人ぐらいいるが、この人たちに認知してもらうために何をやるか。興味関心を持ってもらうために何をやるか。見学に来てもらうために何をやるか。見学に来た人に対して、どういうフォローをするかといったことを、ユーザーファネルパネルというか、想定している人たちに対して戦略を立てる。

<病院改革>

私に来て2年半で、40歳のときに副院長になって、そこから病院の改革を、かなりグリップしてやってきた。地域の中小病院には、働かないおじさんおばさんが多数いるが、辞められたら困るので強気に出られなくて、働かないままになっていることがままある。

: 病床管理は看護師が行う

例えば、火曜日にしか、入院は取らないという医師がいる。そういう人がいると、結局、6日間ベッド空いてしまって、単価3万円としても20万ぐらいロスしてしまう。そういったことが原因で、低い病床稼働率だった。これを今は、看護師に強い権限を与えて、病床稼働率が最大化するように運用している。医師には入院も退院も日を決める権限はないというルールになっている。退院する状態であるとか、入院する状態であるとかは医師が決めるが、そこから先の具体的な日取りは、権限を持った看護師が決める。たとえその日に担当医が不在であっても、その医師の責任で他の医師に申し送らなければならない。

そうすると、病床稼働率もかなり上がる。コロナのときに病床稼働率を少し下げたが、今でも基本的には90パーセントをしっかりと超えている。3年でこのぐらいまでできるようになって、収入も25億6000万円ぐらいまで倍増した。以前は150床で収入が12億円で、赤字が2億5000万ぐらい出ていた。増床したことも合わさって、かなり高いところまで売り上げが伸びてきている。

平均在院日数については、一般病床は約12日だ。ただし、地域包括ケアとか回復期リハがある。病床配置は、一般床が50床、地ケアが100床、あとは回リハという形だ。療養病床はなくした。回リハの単価は4万2000円ぐらいだ。一般床は3万8000円だったのを、オペを増やして4万円に乗るぐらいになってきた。地ケアは3万3000円ぐらいだ。

<総合診療の人材育成の成果>

2018年総合診療を3年やって、初めて卒業生が出た。この病院としての専門性が何なのかということが、みんな、ようやく分かってきた。中小病院という名前が悪い。大病院に設備で負け、人間の数で負け、やってる医療の質で負けている、という感じがある。我々は大病院と競合する価値ではないということ、明確に打ち出している。ドメインが違うということだ。

我々の病院は、総合診療を中心として急性期と在宅医療をつなぐ地域包括ケアの拠点だ。

言い換えれば、超急性期以外は我々がやる。ワンストップでやる。超急性期はこの辺りでは、トヨタ記念病院や豊田厚生病院になるが、集中治療等は彼らに任せる。超プライマリケアのところは、地域の別の医療機関に任せる。それ以外は子どもから高齢者まで我々がやる。それが総合診療医としての役割だし、総合診療医がたくさんいる病院としての役割だ。そういう病院をコミュニティ・ホスピタルと、我々は名付けた。これは豊田市議会でも同趣旨の発言をした。

豊田加茂医師会の開業医を支えるというスキームがスタートしている。夜間のオンコール等、まだ完全にできていない部分はあるが、盆や正月は我々がカバーするという仕組みがあるできている。さらにエコーなどの医師会の開業医に必要なに応じて貸し出すこともしている。豊田市は多少財政的に余裕があるので、補助金を付けながらやっている。

<中小病院としての総合診療に必要な能力>

4、5年が経って、こういう形で病院が変わってきて、新しいビジョンを病院全体に示せるようになった。また、総合診療が育ってきた。外来、在宅、病棟等の各部門の責任者として、総合診療もマトリクス型で入っている。看護師、事務、リハという中に、病棟チームという横串が入るといった組織構造になっている。そのようにして、一応、病院改革は5年間で達成して、戦う病院に変わった。医師も増えてきた。そして、このタイミングでパンデミックが来た。

コロナにおいて我々の病院の役割は、超急性期と開業医の先生がやってること以外の全部だった。コロナについて何をしなければならぬかは、おのずから明確になった。

かかりつけ医機能の具体的内容として、総合診療的要素に加えて、チーム運営や医療機関同士の調整、また訪問看護や在宅サービスをどう入れていくかというマネジメントも必要だ。介護保険にはケアマネがあるが、医療にはそれが無い。しかも、そういう教育は医学部教育の中ではほとんどされない。それゆえに、総合診療の専門研修で学ぶこととして、コーディネーターというものがある。これが我々の専門性の1つだ。その患者にとって何が一番必要で、それを実現するために介護や福祉を含めた多職種をどうやってつなぐかということが、我々の能力であり、それをスキルとして勉強する。それが、いわゆる GP やかかりつけ医に求められるものだ。

それを介護の立場や在宅の立場から見た時に、そういう多職種連携の感性がある人となない人がいる。多くの OECD の加盟国には、GP 的な医師が2、3割はいると言われている。医師というのは、医学という専門知識を持ったプロフェッショナルだ。その医学という専門知に秀でた人材の中の2、3割は、コンサルティング能力あるいはコーディネーター能力を持った人たちであるはずだ。専門家集団として集まっているとしても、その中の2、3割はそういう人であるからこそ、ジェネラリストがある程度確保できるはずだ。

20～30年前のイギリスでは、専門医になれない医師が総合診療医になると言われていた。そこで NHS が中心になって、イギリスの医療にとって一番役に立つのは GP だというエビデンスをどんどん作っていった。それで変わっていったのではないかと。

大きな機能を担っている日本の中小病院に人が集まらず、また承継されずに、脆弱化していくのではないかと懸念も聞かれるが、その点については私はそれほど悲観的ではない。

これは、総合診療の我々が頑張っているからだ。若手に魅力的に見せ、入ってくるように仕向けて、もともとレガシーがあったところをさらに盛り上げている。我々が今頑張っている感覚から言えば、2パーセントしか新しく入って来ないような程度の魅力ではない。潜在的には2割の人は、総合診療医になりたいと思いつけているはずだし、そういう人たちが中小病院を担っていける。

医学生の段階だけでなく、研修医の段階でも2割は総合診療の志望者がいるはずだと思っている。我々の周囲では、実際に2割が入ってきている。

若い医師の診療科選択において、ゲームチェンジが起きている。今後の総合診療の売りを考えたときに、今までなら保守的な人は選ばなかった。今までは、例えば消化器内科で医局に入って、大学に残れなかったら開業する。それが一番堅実なやり方だった。しかし、それが徐々に崩れてきているのではないか。

医局に関しては、一県一大学のところは、医局が隠然たる力をもっている。しかし、名古屋、東京、大阪、福岡等は、大学が四つとか三つ以上ある。こういうところは、相当流動的になっている。結局、医局に恐怖心を抱いてるかどうか、結構、いまだに大きい。

将来開業しようと少しでも思っているのであれば、逆に、最初から総合診療やっておいた方がいいと若い医師が思うようになってきている。藤田医大の卒業生でも、3年目から医局に入って、やりたいことはもちろんあると思う。一方で、やりたくないこともいっぱいあるはずだ。そこで我慢するよりも、総合診療に来た方がいろんなことを学べるし、自由に開業もできる。大学は、結局のところ、大学の中に残るか、開業するかぐらいしか道がない。医局によっては、ポストがないから外の病院もないので、大学に残らなければ開業しかない。教授も外から来るし、主要病院のポストもない。それなら最初から総合診療のほうがいいかもしれないという価値観が生まれつつある。

それが、ここなら第3の選択肢ができる。それが中小病院だ。中小病院で、ちゃんとキャリアが描けるというのを、私は見せていきたい。中小病院が若手で超楽しくて、やりがいがあって、カッコいいってものにしたいと思っている。

それが今、現実になってきている。地元の間人から見ても、以前のこの病院は機能がわかりにくかった。それが10年で大きく変わった。医師が若返って、周囲の医療機関からも頼られるようになった。豊田地域医療センターがあるから、豊田市の間人は助かっていると言われるようになった。在宅もしっかりやるし、急性期から見ても頼れるし、クリニックから見ても頼れる。そういう評価をいただけるようになった。そしてもちろん、我々の方も地域の他の医療機関を頼る。今の当院の姿を見て初めて、中小病院が対等の立場に立てた感じがした。

<中小病院としてのコロナ対応>

総合診療やGPの専門性が高くないように見えるのは、その時代のニーズベースだからだ。例えば、コロナ対応に関して、超急性期病院がコロナ診療を請け負うようになった時に、我々が何をやったかという、大小さまざまなことがあったが、初期の頃はとにかくPCRだった。ドライブスルーを含め、1日に200件程度やった。開業医の先生方にはまだ無理だったし、トヨタ記念病院などの超急性期病院は、そういうことやっている余裕もなかった。さらにこれも初

期だが、コロナ往診もやった。ロジも回らなくなっていたので、酸素も自分たちで持って行って、お茶やOS-1等の飲み物まで持って行っていった。大塚製薬とコラボして、OS-1を配りまくった。さらにワクチンも、当初は開業医だけで捌ききれない部分を、我々が担った。結局、3万件ぐらい接種した。なぜこれができるかという、病院が変革されていて、コミュニティ・ホスピタルがやるべきことを、看護師も事務も含めてみんなが認識していたからだ。当然、反対はあったが、病院の立ち位置が明確になっていたことで役割を果たせた。

我々ができたのは、医師も含めて病院として固まって意思決定できる体制になっていたからだ。総合診療医が、ある意味で専門性がそれ程高くないことから可塑性が比較的あり、様々なことに対応できるので、発熱外来に1日で400人が来てもそれを何とかこなせた。それを高齢の開業医の先生が、正月返上で発熱外来をやるというのは、私はやめた方がいいと思っている。その分は、我々がやればよい。

うち以外の医療機関がそれをやることで、その医療機関が本来担っている機能が落ちてしまうことの方が、医療提供体制の問題として重大だ。また、トヨタ記念病院や豊田厚生病院のような超急性期病院が発熱外来をやると、その分のマンパワーを割かれてしまう。あるいはコロナのクラスターが起こって、オペが止まるなどの懸念も出てくる。そういう病院は、発熱外来をやるのではなく、手術や内視鏡をたくさんこなすべきだ。開業医の仕事と超急性期病院の仕事の間にあるものについては、我々中小病院がやる。こういう病院があることによって、急性期側も、地域の開業医側も、自分たちがもともと持っている機能を維持しやすくなる。それこそが我々の価値だ。これはコロナに限った話ではなく、通常診療においても、そういうものがたくさんある。

コロナにおいて、これで良かったと思えることと、これを変えてほしいと思うことが、表裏の問題として1つある。偶然にも我々は豊田市の第三セクター病院だったので、我々がコロナ診療の一旦を担うことが公的に自明視されていた。逐一詳しい説明をしなくてもできた。おそらく、一民間病院であれば、我々が果たしたこういう役割を、市と保健所に相談しながら行政のカウンターパートナーになれるかという、難しかったはずだ。その点、我々の立場は有利だった。

当院をコロナの在宅医療の拠点にすることについても同じだ。地域の医師会を飛び越えて中小病院が在宅をやるというのは、一民間病院であれば難しかったはずだ。行政とのカウンターパートは、通常は医師会という集団しかないが、それ以外のカウンターパートナーになれるような仕組みが必要だろう。

また、当院には可塑性がある分、コロナ診療に全振りすることもできた。しかし、そこから通常診療に戻すときに、経営的リスクを抱えることになる。去年まではコロナ補助金で黒字だったが、市の病院なので、単年度会計で前の年が黒字だからといって次の年にすごい赤字でいいというわけにいかない。その辺りが結構難しく、ソフトランディングする仕組みが欲しい。

<総合診療に必要なマネジメント能力の涵養>

これからの総合診療の中で必要な教育として、マネジメント能力の育成支援がある。これまでの医学教育の中にはマネジメント能力の要素が全くない。大上段のマネジメントの話も重

要だが、一方で、5年目ぐらいの医師が、周囲の医師や看護師にどうやってちゃんと動いてもらうかみたいなことを何も考える機会がないことが問題だ。人や組織はどうやって動かすのかとか、お金の考え方等を学ぶ機会を作っていきたい。

例えば、あなたが在宅部門の責任者だとして、単年度の赤字が2500万円出ているというときに、これにどう手を打ちますかと問う。何も教育を受けていないと、みんな何も答えられない。しかし、一定の教育をすることによって、マーケティング、売り上げ管理、アカウントティングといったことを学べる。医師の基礎能力は高いので、学ぶとできるようになる。そういったマーケティング・アカウント・オペレーション戦略みたいなことを、今、グロービス経営大学院の田久保副学長と一緒に作ろうとしている。次のステップとして、これを大学の教育の中に、少しだけでも組み込めるようになるといいなと思っている。

さらに、日本の病院は、ファミリービジネスとしての側面がある。その中でどうやって事業承継するかという点も重要だ。開業医の息子としての私自身の例を出して、経営権とお金の問題、勘定の問題をどのようにマネジメントするかということをお話している。その中には、メインバンクの支店長とコミュニケーションとりましょうとか、一見些末に思えることまで言っている。親子承継であっても、経営の細かいことに関するコミュニケーションが取れていないことが多い。しかし、承継がスムーズになされないと地域医療に影響が出てしまう。

2-2. 有識者(医療界オピニオンリーダー・研究者)インタビュー

横倉義武 元日本医師会会長・社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院 理事長

2023年11月22日

<かかりつけ医像、医師像>

かかりつけ医として求められる資質・能力というのは、基本的には医師に求められている基本的な資質であろう。総合的に患者さんや生活者を見る姿勢、専門的解決能力、コミュニケーション能力、多職種能力などが重要である。その一方で、医師とは何をする者かということについては、医師法第1条に、『医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする』と規定されている。

2013年に医療界の統一見解として出された日医・四病協の合同提言¹には、医師法1条に規定された医師像を踏まえたうえでの、かかりつけ医像が示されている。例えば、家族との信頼関係とか、患者の生活背景を把握した適切な診療、保健指導等だ。

さらに、医学教育のコア・カリキュラム²というのがあり、これが令和4年度に改訂された。その中に、やはり医師・歯科医師に求められる基本的な資質・能力を共通化するという趣旨の下、10項目の大きな項目が設けられている(表1)。プロフェッショナリズムとか、総合的に患者・生活者を見る姿勢、生涯にわたって共に学ぶ姿勢等だ。これらをしっかり医学教育の中でやっていくこと、そしてその理解を十分にさせていくことが必要だ。その上で、医師法に規定する医師とは何たるかということについて合致させながらかかりつけ医のあり方を考える必要がある。

私の世代以降のいつの時代からか、このような基本姿勢が軽視され、診断治療に医学教育の比重が大きく置かれていたという反省がある。それをいわゆる卒後教育あるいは生涯教育の中で、かかりつけ医の機能として、学びなおすことが重要であろうというふうに思っている。日医かかりつけ医機能研修制度をスタートさせたのはそのような要請に応えるためだ。

¹ https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf

² https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/116/toushin/mext_01280.html

略称	「医師として求められる基本的な資質・能力」
PR	プロフェッショナリズム(Professionalism)
GE	総合的に患者・生活者をみる姿勢(Generalism)
LL	生涯にわたって共に学ぶ姿勢(Lifelong Learning)
RE	科学的探究(Research)
PS	専門知識に基づいた問題解決能力(Problem Solving)
IT	情報・科学技術を活かす能力(Information Technology)
CS	患者ケアのための診療技能(Clinical Skills)
CM	コミュニケーション能力(Communication)
IP	多職種連携能力(Interprofessional Collaboration)
SO	社会における医療の役割の理解(Medicine in Society)

表1 『医学教育モデル・コア・カリキュラム 令和4年度改訂版』に記載された10項目の「医師として求められる基本的な資質・能力」⁷

<コミュニティと医療>

今の医療を考えたとき、より社会が、個に分化されているという点に注意する必要がある。かつては、個人個人が地域のコミュニティに包摂されていた。多くの場合、どういう家族背景を持っているか、どういう仕事をしているか、どういう生活をしているかといったことを踏まえたうえで、医師が患者と向き合うことが比較的容易にできた。現在では、個人とコミュニティの関係が大きく変容しており、かつてのようにはいかない。

しかし、健康を守るという意味では、やはり置かれた社会環境、その人の生活環境というものには健康に大きな影響を与える。私自身、卒業して外科医としてずっと暮らしてきたが、その中で特に、患者がどういう生活をしているか、どういう職業なのかということは、必ず把握をしなければいけないことを、上司から指導を受けた。そのことの重要性は今も変わっていない。むしろ、社会が分断されるから、なおさらのこと、そういったことが必要ではないか。

その必要性の上で、以前のあり方と今の状況の違いに配慮しないといけない。かつての開業医の先生は、患者個人ではなく、その家族も丸ごと日常的に関わるような形が多かった。地理的にも近い所にいた。医師自身やその家族も地域の構成員だったし、医師がいわば地域に溶け込んでいるような空間だった。ところが、ある頃から、専門医志向が強くなり、勤務医志向が強くなった。開業するにせよ、ある程度専門的なバックグラウンドを身に付けて開業することになる。

コア・カリキュラムに掲げられた医師に共通の基本的な資質を、医学教育の中できちんと教えなければいけない。総合診療科の教育の中で人材育成も進んでいるが、そういった人材が十分な数現場に出てくるには、さらに10年、15年かかる。そうすると、もう既に出来上がった人たち、すなわち、今の30代、40代の医師に、今後、5年、10年のうちに地域に出て活躍してもらいながら、卒後教育でこれをカバーしていくことになる。

そして、実際には、診療をする中で患者に教えられながら勉強していくという側面がある。準備された研修の中で勉強していくことももちろん大事だが、郡市区医師会のような小さな単位での情報交換や、地域のことを学ぶ中で、自分自身が地域の中に溶け込むことで分かるよ

うなことがある。

福岡県では、全国に先駆けてかかりつけ医研修をスタートさせた。私が福岡県医師会長になる 2006 年頃のことだ。研修を始めたきっかけは、ある都市部地域の開業医たちから、若い開業した医師が常に狭い専門領域だけしかやらないので、もっと広い医療を勉強する場を医師会でつくってほしいという要望があったためだ。新しく開業する若い医師らに、地域の開業医とはどういうものかということ教えるようなプログラムとしてスタートさせた。

また、こういった小さな単位での学びの場は、地域によっては昔からあった。私が地域医師会に入った 1980 年代には、地域医師会で、月に1回や、週に1回といった様々な形で定期的に勉強する場があった。それは、自分の専門外の疾患の問題を勉強する場でもあったし、レントゲンや心電図読み方などの基本に立ち返った勉強会などもあった。その中で、医師が集まって、講習会を聞くだけでなく、地域の課題などについても大いに議論してきた。医師会の基本はそういうところにあると私は思っている。

患者がどういう背景を持っているのかを考えなければ、分からないことも多い。私は大牟田医師会に所属しているが、ここはいわゆる公害の町だった³。公害ぜんそくがあるが、これも医師会でみんなで話す中で、これはおかしいねということで分かった。化学工場の従業員に膀胱がんが多いという事もあった。第一線の医療の現場から、そういったことが見えてくることもある。水俣病の研究でも、医師会活動の中で、なにかおかしいよねという話の中で浮かび上がってきたものがある。こういった役割は、我々が思い描くかかりつけ医機能そのものだ。

これをもっと一般的に言い直すと、病気になってからのコミットメントではなく、その前の、未病や、フレイルや、健康診断、要するに日常生活のところからコミットして関わっているというのが重要ということになる。

昔、ある地域で赤痢が出たことがある。よく調べると、そこでは井戸水を使っており、さらにその何メートルか離れた所に便所があった。調べてみると、配水管が破れていて、それが汚染の原因になっていたということがあった。こういった経験と言うのは、事前に学ぶことがなかなかできないもので、OJT として勉強していくしかない。だから開業してから学ぶことというのがものすごく大きい。

病院に勤務しているときは、診る患者さんは割と限られて、それも自分の専門領域にある程度限定された患者しか診ない。しかし、地域の開業医はそういう訳にはいかない。だから、こういうかかりつけ医機能の話を地域の医師会の医師たちにすると、皆さん、いまさら何を言うのかみたいなことになる。

しかし、最近では何となく専門医のほうが偉いという感覚があり、地域の中で広く患者を診るということに対する評価が低かった。専門診療科といわれる眼科、耳鼻科、皮膚科といった診療科と、全身を見る内科、外科といった診療科の役割を、開業医のレベルにおいても、同列に議論することは現状では困難になっている。医師というベースがあって、その上に専門が積み上がっているというイメージで、医学教育のコア・カリキュラムに書かれているように、その土台のところをまずはきちんと教育することがやはり欠かせない。

³大牟田市は 1973 年に制定された公害健康被害補償法によって、第1種指定地域に指定されていた。

https://www.erca.go.jp/fukakin/y_tebiki/pdf/sankou_1.pdf

<機関としてのかかりつけ医機能>

2013年の日医・四病協合同提言⁶では、「住まい、医療、介護、予防、生活支援が、日常生活の場で一体的に提供できる」という地域包括ケアシステムの中で、「かかりつけ医」がその中心的な役割を担う仕組みの構築が重要」と書いた。ここにいう“かかりつけ医”は機関と考えるべきだろう。

実は、医師会の1つの機能として、いわゆる個人開業医のサポートというものがある。連携のフィールドとして医師会がある。病院であれば、個々の医師が個別に機能するのではなく補う合う機能があるが、個人開業の場合は当然にそうなるわけではない。そこで、医師会として、例えば24時間対応も連携しながら回していくという可能になる。海外の事例を見ると開業形態もグループプラクティスになっている。

日本の場合は、従来個人開業医は、それぞれライバルだから連携が難しかった。競合するからだ。診療報酬も、個別の医療機関に対して付く。グループで何かしても、グループに支払われるわけではない。その一方で、開業医の評価を患者がするという関係が生まれるという側面もあった。

ただ、このことは、医療機関の資源の豊富なところと豊富でないところで違いがある。私がいるような地方では、医療資源が少ない。限られた医療資源の中で、ある程度のサービスを提供し続けるためには、タスクを合理化しないとイケない。そのために重要なのは情報の共有になる。しかし、開業医にとって、医療情報は顧客情報だから、なかなか競合他者と共有することにハードルがあり、当然には進まない。そのため、PHRなどの患者さんの情報連携のベースは、医療機関ごとにそれを作るのではなく、行政と医師会が協力してその基盤を作らないといけない。

PHRについて、多くの企業が作り始めている。PHRを作ることで一見バラバラの情報を独占し、大きな力を持つということもあり得る。デジタル庁は、仕組みとしては、個人が自分で管理して、必要に応じて他者に提供するというスキームにしているが、国民のリテラシーがそこまでついてこないだろう。そうすると、国民一人ひとりが、バラバラのシステムを持ち歩くのではなく、基本的なプラットフォームは、一種のプッシュ型で行政が作るしかないのではないか。少なくともインフラ部分は行政が作らないといけないと思う。そうでないと、どこか大きな病院が情報を全部抱え込むスタイルになる。

情報は囲い込みの道具でもあるが、そもそも医療資源が限られている過疎地では、自然独占の形でそういう情報の一括管理が進んでいる。健診も介護も、全部一括して管理することになる。しかも、地方では人の出入りがそれほど激しくないから、個々人の情報が蓄積されていく。実際、佐賀県の織田先生の病院は、介護情報を含めて全部持っている。今の制度の中では、地方の基幹病院は、あの形を目指すことになるだろう。

<情報技術と在宅医療>

在宅医療については、都市部と中山間地・過疎地を分けて考える必要がある。中山間地・

過疎地では、開業医自体がかなり減っていることが大きな問題だ。他方で、東京等の大都市は今から高齢化が進んでくる。それに従って医療ニーズが、急増する。それにもかかわらず、開業医が、駅前診療所ばかりで生活の場に、少ないという傾向がある。つまり、医療ニーズの変化に医療提供の形が十分に追いついていないように思える。

人口が高齢化して通院ができなくなった患者が増えれば、在宅医療が社会を支えることになる。高齢化が進めば、在宅医療をしないと医療機関も生き残れなくなるのではないか。勤労世代は、東京都心部のような職場の近くで受診することもできるだろうが、リタイアすれば住んでいる地域での受診になるし、さらに高齢化すれば家に来てもらうしかない。

そういう意味で、時間と空間を超越する医療をやらなきゃいけない。オンライン診療や遠隔診療もその中に入ってくる。コロナでそれが進んだ。特に、ウェアラブルデバイスはこれからもっと発展する。全部オンラインで飛ばせるわけだから。そして、AIも進歩してくる。そうすると、いわゆる診断という分野については、医師が直接タッチしなくてもできるようになってくる。それは医師が取って代わられるっていうのではなく、そうやって医療を省力化するという方法論の問題と考えるべきだ。方向性としては、前さばきは機械がして、医師が直接医療行為をすることの中で、処置とか手術というものの比重が大きくなるだろう。ただし、機械は責任を取れない。それは医師の仕事であり、それを担保することは必ず必要になる。機械はあくまで道具だから。

しかし、今のところ、うちの地域でオンラインを希望する人は少ない。高齢者の人はやはり対面診療を好む。情報だけ入力して、それでアドバイスだけ送られても、やはり不安になる。信頼関係を前提にしたオンライン診療なら違うかもしれないが。

<医師の役割の広がり>

そして、医師は患者が病気になってから初めて診断治療をするだけの役割ではなく、住民の健康を作っていくという役割をもっと引き受けるべきだ。情報技術の発展に合わせて、健康管理の段階から関わるということその仕事として位置づけるべきではないか。ただし、その役割に対する報酬をどのように当てるのかはかなり難しい問題だ。

これまでも、介護保険が始まった時に予防事業は市町村事業として行われたが、その後介護保険に組み込んだ。しかし、サービスのニーズが発生してからそれを給付するというのではない予防について、しかも個人に個別に給付するというよりは、ある程度の集団に対して給付するというスキームを立てるのは、かなり難しい作業のように思える。医師の役割として公衆衛生的な健康管理的要素を考えるべきだとは思いますが、報酬のつけ方は簡単ではない。地域包括診療加算は1つの方法だが、これを今後どうしていくのか、このままいくのか、かなり難問だ。

公衆衛生や産業保健と合わせて財源を作るという事も考えられるが、過疎地と都市部で問題状況が違う事には注意が必要だ。過疎地は、市町村事業で医師を招聘しなければならぬが、都市部はそういう事をする必要はない。自由開業制度の枠の中ではそういう議論になる。人口当たりの医師数は欧州に比べると日本は、少ない。その分、日本では偏在の問題が起きやすいが、それだけに自由開業制度そのものをどうするかと言う議論にもなりかねない。

日本よりも医師数の多いドイツは、既に需要計画という偏在対策をやっている。

しかし、専門職の偏在問題は、医師に限らず、弁護士や公認会計士でも実はある。しかし、医療は、物理的な近接性が他の専門職よりも必要になる。医師は、それ自体社会資源であり、公的に養成してもいる。

終戦後、旧国民健康保険法の時代から国民健康保険診療所と言うものがあつた。今も国保直営診療所があるが、かつては農村部にたくさんあつた。農村部での医療の提供を確保するために、政策的に医師を全国に配置していったのだ。

その頃は、割引診療と言って、1点10円ではなく、例えば7円にするということが認められていた。国保は保険料を集めて、小さな診療所を各地に建てて、医師に給料を払う。割引診療にしても、支払うのも支払われるのも国保だから特に問題にならない。そうやって、医療の提供を公的に、政策的に確保してきた。その中で、保健師も雇って、公衆衛生的な活動をかなりやっていた。それが、市町村に移管されて今に至っている。今、地方で過疎が進んでくると、今ある国保の直営診療所がすごく重要になってくる。過疎が進んだところでは、民に任せていたら医療提供体制が空洞化するから、また、かつてのようにそこをもう一度作らなければならないかもしれない。そして、これは、今は診療所だけではなく、病院の問題でもある。

<医師、医療機関、行政、患者への提言>

医師は、総合診療能力を涵養していく必要がある。その中で、AIの進歩によって機械によるサポートが充実していくと考えられる。また、基本姿勢として患者に寄り添うという事が全ての医師に必要なである。

医療機関は、地域における機能を発揮しなければならず、地域の医師会はそれを調整する役割を負う。

行政は、地域の医療機関に対し、情報を適切に流していくということが必要だ。特に高齢化の中では、医療介護連携が重要になるため、地域における種々の医療介護の情報提供と、やはり過疎地域に対する手当てどのように実施するのかという課題がある。

患者は、かかりつけ医を持つことが自分の健康管理に非常に重要であると認識をする必要がある。ある意味で、非常にわがままになった患者も一部にいて、不必要に時間外診療の受診をしたり、救急車である必要がないのに救急車を呼んだりというようなことがある。限りある財源であり人的資源なので、皆が効率や継続性を考えておかないといけない。

相澤孝夫 日本病院会会長・社会医療法人財団相澤病院理事長

2023年12月5日

<医療提供体制の基本的あり方と求められるべきかかりつけ医機能>

これからの医療提供体制、とりわけかかりつけ医機能について考えるときに、医療機関単位で何かをするかを考えるのではなく、地域で守っていくという考え方が大事だ。現状では、地域の中にある病院と、1つひとつ総合的な役割を担える医師を養成するとして、総合診療医を1人ひとり養成していたのでは間に合わない。

重要なのは、地域の住民ニーズだ。地域の住民が医療に求めているのは、医師として、まず診察してほしいということだ。あるいは、ここがおかしいという訴えに対して、専門職としての医学的な判断を下すことだ。そうでなければ、医療の非専門家である患者の判断が大きく間違ってしまうこともあるし、的外れなことも起きる。

このようなニーズに応えるためには、患者の訴えと症状を踏まえ、ある程度の診察を行った上で、医学的な判断をして、患者という医学の非専門家に医学的判断はこうだということを示すことが最低限必要だ。このような最初に診る診療医がきちんと対応しなければいけない症状等はいわゆるコモディージェズと言う形で列挙されている。少なくとも、そういうものに対応できるという事が最低条件であるべきだ。

確かに、総合診療医あるいは総合医と呼ばれる医師はそのような知識や技能を持ち、かかりつけ医として想定されることが多いが、そのイメージが立場や論者によって違う。ともすると、様々な状況に対処できるスーパードクターがかかりつけ医として想定されることもあるが、全てを1人の医師がこなす必要はない。医療法1条の4第3項には「医師及び歯科医師は、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するため、必要に応じ、医療を受ける者を他の医療提供施設に紹介(す)・・・るよう努めなければならない。」と規定されている。そのため、かかりつけ医として重要なことは、その判断をできるということであって、何もかもに1人で対処できるという事ではない。

これまででも、患者と信頼関係を構築した上で、そのようにきちんとした医学的な判断をして、それを説明できるコミュニケーション能力を発揮した診療をしてきた医師はいたし、今更制度化や届け出制と言われてもあまりすることは変わらないということも多い。

問題は、そういう医師ばかりではなく、患者としても、皆がそういう医師との信頼関係を築けている訳ではないということだ。そのすそ野を広げていくということがまずは重要だ。あまり高いレベルを最初から求めると、結局多くの人がそういうかかりつけ医機能の恩恵を却って受けることができなくなる。

そのため、かかりつけ医機能を段階的に考える必要がある。何を基本的な機能として、何を発展的な機能とするのかについては、医師会や患者団体の方々ともしっかりと意見調整をしないといけない問題だ。国民はかかりつけ医は必ず持てとか、必ずこの中から登録しろとかいう

形で決めてもきちんと機能しないだろう。患者が自由にかかりつけ医を選べるというだけで勝手に質の向上が図れるという訳にはいかない。

その一方で、既に開業している医師は全てかかりつけ医だというのも違う。一定の質の担保を図る必要がある。病院会の立場としては、開業医の診療について不満が出ることもある。十分な診察をせずに患者を門前払いにして、紹介することなしに「あの病院に行きなさい」という事を言って十分な対応をしない、というような例だ。このような形の診療は、基本的なかかりつけ医機能とは言えない。

このような問題は、診療科ごとの専門意識に起因することが多い。例えば、整形外科で膝関節の変形性関節症で通院していた患者が、「ちょっと胸が苦しいんですけど診てください。」と言って受診しようとした場合に、全く相談に乗ってくれないということが起こる。患者としてはその医師がかかりつけ医だと思っているため、不満に思うことになる。こういう患者が公立病院等の初診外来を受診すると、病歴聴取するところから始めなければならなくなり、初診外来を担当する医師らからも不満が出る。そのような経験をしている病院勤務医らからは、開業医がもれなくかかりつけ医として認められていくことに抵抗感が出る。

本来、医師一般のあり方の問題ともいえるが、とりわけかかりつけ医機能を考える上では、まずは患者の訴えを受け止めて、相談に乗るということが必要だ。仮に、基本的なかかりつけ医機能の内容を定めれば、先の例に挙げたような専門外の訴えを持った患者を門前払いしてしまう整形外科医は手を挙げないということになる。その機能を担うつもりがないのに手を上げるべきではない。

逆に言えば、全ての開業医、診療所がかかりつけ医機能を担う必要はない。整形外科の専門診療所があってもいいし、地域の病院もそういう認識をすればいい。病院としても、そのような専門外来をやってもらえれば、病院の外来患者が減るから助かるし、そういう医療機関も必要だ。これは機能分化の問題であるから、通院している患者が勘違いしないようにするための方法を考えれば済む。

むしろ難しいのは、一定の専門性はあっても、かかりつけ医機能も担う意思があるという医師をどのように活用するかという問題だ。そういう医師に対してどのような教育・研修を提供していくのか。いきなり大量の知識や技術を習得させようとしても無理がある。

求められる機能にもいくつかフェーズがあり、地域の状況も違う。一人一人の医師を理想的な状態に持っていくのは無理だとしても、例えば日本医師会がやっているような、かかりつけ医の研修制度等で、少しでもボトムアップしつつ、間口を広く取って、関心を持ってもらうという方法がある。研修を通じて、かかりつけ医機能とは、こういうサービスの提供のことであるという事を広く知ってもらうという取り組みもある。しかし、専門診療所を開業している医師の中で、そこまでも行かない医師がいたときに、その医師をかかりつけ医機能の担い手とみなすのかどうか。国民や我々病院側も考えていかなければならない。

<機関としてのかかりつけ医>

もう1つの重要な点は、かかりつけ医機能の担い手を医師個人ではなく機関として考えることだ。例えば、病診連携、診診連携、情報連携、入退院支援、あるいは医療介護連携等は医師個人の問題というより、診療所あるいは病院という医療機関としての機能の問題だ。その上で、一人開業の場合は、機関と言っても結局は個人になるので、それを面あるいはシステムとして考えることが必要だ。時間外受診の問題や、患者が退院したときも必ず切れ目なくつながらるようにするなどという課題についても、まずは機関の問題ととらえた上での面やシステムを考えなければならない。

地域として、そのシステムを築くことが重要だ。私の病院では、地域の開業医の医師が海外旅行に行きたいというときにも、その穴埋めをやっている。同様に、土日は対応できないという医療機関が地域にあれば、その時は私の病院で対応するというこもやっている。地域のリソースに応じた仕組みのあり方は様々だろうが、そういう補完的なシステムをきちんと地域の中で整備することが大事だ。

医療機関同士の平時からの連携がなく、地域の専門診療科の開業医が専門外の患者を門前払いしてそのことについて公立病院等の医師が不満を募らせているという状況の中では、ある時、「今度、海外に1週間旅行に行くのでよろしく。」と急に言われてもできない。地域の医師会や、そこにある病院、診療所が話し合っ、その仕組みをつくって運用するという事が必要になる。地域の医療を守るという目的の下に、医療介護総合確保基金の下で、そういう仕組みを作らなければならない。こういうシステムがないと、個々の医療機関だけではかかりつけ医機能は果たせない。

そして、とりわけ地域包括ケアの中で、ソロプラクティスの医師にとっては、重症化した時にスムーズに患者を入院させられる入院機能が不可欠になる。バックアップとしての入院機能がないと、地域包括ケアはまとまらない¹。

そして、この問題は、診療所にとどまらない。これからとりわけ地方で開業医が減っていくと考えられる中で、中小病院がかかりつけ医機能のフロントに立つようなケースが多くなると考えられる。そうすると、この問題の射程は、病病連携や病院と介護の連携の問題にもなる。私は以前から、地域に密着した中小病院がかかりつけ医機能を持って、地域の開業医と連携をして地域を守っていく仕組みをつくるべきだと考えている。

私の病院が今よりも小規模だった頃、開業医が在宅で診ている患者が亡くなっても、ソロプラクティスだとその医師に連絡がつかないということがあった。そういうことが何度かあったので、そういったときは私たちの病院に連絡してくれれば、私たちの病院から医師が出向くという仕組みを作って、何人が看取りをやった。地方では、これから開業医が一層高齢化して数が減るので、病院側からアウトリーチしないといけない場面が増えるだろう。

このように、病院も一緒になって地域を守るという姿勢がますます重要になる。1つの診療所や、1つの病院だけでは、全部は守りきれない。中小病院だけで、全部の患者を診ると言っ

ても、十分に目が届かないし、やりきれない。そこにある診療所が、1つでも2つでも、連携に
関与することができれば、お互いにすごく助かる。そのため、そういう仕組みを作るという事が
必要だし、それに何らかの予算を付けられないかと考えている。これは、地域包括ケアを強
化充実という事につながるはずだ。

<地方での連携に必要な情報連携>

しかし、連携を考える上でも、東京のような都市部と地方は分ける必要がある。都市部は、
医療圏自体が成立しにくいし、医療機関同士が競合関係にあるから、連携が進まない。他
方、地方では連携が欠かせない。その連携の手段として、患者の医療情報について共有して
いく必要がある。自分の病院の中で、他科のカルテを見るような気軽さで、他の医療機関で
の情報が見られるような情報基盤が必要になる。そうすると、医療情報基盤の整備は、個々
の医療機関ごとの問題ではなく、ある程度公的に整備する必要があるだろう。

在宅療養の患者について最も情報を持っているのは訪問看護師だ。休日夜間に急変があ
った場合、こういった情報が事前にあるかどうかが非常に重要だ。そのような情報基盤を作る
取り組みには、補助金もつけられて様々な取り組みが各地でなされてきたが、うまくいって
いないものも多い。

最初のうちは、面白がって見ている、そのうち見なくなる。実は、利用者にとって、全部を
見られるようにする必要はなく、必要な時にコンパクトにまとめた情報だけが見られれば
いい。例えば、排せつ自立や居宅で栄養管理ができているかと言った情報だ。システムを作る
時には、あれもこれも入れよう、となるが、いざ出来上がってみると誰も使わなくなるとい
うことがよくある。本当に必要な情報を絞り込むという発想が必要だ。

<地域連携の前提となる信頼関係>

地域連携の中でのかかりつけ医機能を考えると、普段その患者について中心的に診察して
いる医師以外の医師が診療を担当する場面が出てくる。その時に、「来週来てもらう医師は、
信頼のおける医師で、こちらからもしっかり頼んでおきます。」というコミュニケーションを患者
やその家族としておくと、初めて対面する患者でもスムーズに診療できる。これは、医師患者
間の信頼関係の問題であると同時に、医師同士の信頼関係の問題でもある。医師同士が情
報を共有しているという事が、患者の安心につながるからだ。

かかりつけ医機能がないと、例えば開業医が2週間海外旅行に行くので診療所をその間閉
めるとなった時に、それを知らずに患者が診療所を尋ねると(あるいは事前にネットで診療所
のサイトを見に行くと)、「〇〇月××日まで休診」と書かれた札が吊るされていたりすること
になる。そうすると、患者は一旦放置される。それでも、ある程度の都市部なら医療機関は他
にもあるため、ネット検索して、順番に電話することになる。

しかし、そうやって必要な情報を簡単に調べて、自分のニーズに合わせてすぐに医療機関

を選定するには、ある程度のリテラシーが必要となり、それがうまくできない患者もいる。特に、独居高齢者は、たとえ近所に医療機関が複数あるとしても、自分がそもそも行こうと思っていた医療機関が休診していた場合、途端にどうしていいか分からなくなってしまうということが起こる。

<地域医療の担い手不足>

現在、開業医の平均年齢は 60 歳以上だ²。そして、2040 年過ぎには日本の高齢者人口は 4000 万人に迫ると予測されている³。今既に開業して地域医療を支えている医師のかなりの部分が、この高齢者人口のピーク時にはいないことになる。そうすると、基本的に次の世代の医師が、地域に新規参入しないと持たない。

しかし、これが簡単ではない。高齢化した患者の中には通院自体が難しくなる患者も多くなるため、医療側がアウトリーチしなければならないが、地方ではそれに対応する医師数自体も少なくなるところが出てくる。そうすると、対面でなくてもいいことは対面ではない方法を取らざるをえない。そういう必要から、医療を IT 化してオンライン診療、遠隔診療を入れていかなければならない。また、他職種へのタスクシフトも必要になる。医師だけでこれまで通りの職務内容をこなすのは、早晚難しくなる。

現状でも既に、地方の市町村から医師がいなくなっている。そのため、患者が遠くから病院に通ってくるが、これは患者にとってものすごく労力のかかることだ。現状でも、それを遠隔診療で代替させることに挑戦しているが、必ずしもうまく行っていない。私の地域である松本市とそれ以外の市町村とで、遠隔診療を進める推進委員会を作り、地域の医師会にも相談して、参画する医師を募ろうという流れができつつある。しかし、それにも費用がかかる。広い地域を守ろうという取組なので県などに公的な予算を組んでいただく必要がある。現時点で、医療の前線に立つ医師が 80 歳以上であることもあるなど、この問題は喫緊の課題になっている。

加えて、過疎地では、親子承継ができないことが多い。開業医の子息が医師になったとしても、都市部で就職することが多く、過疎地での医療を引き継ぐ人がいない。特に地方の中核都市の周辺にある市町村でそのような問題が起こっている。その町の小さな病院を、その地域の医療の拠点にしていかなければ、その地域が人の住めない場所になってしまう。地方都の中核的な都市にある比較的大きな病院から、少しでも医師を配置して何とか医療の提供を維持するということがすでに実践されている。自然豊かな地域で住民が安心して暮らしていくために、その町としてやっていくために、医療は欠くことのできない最低限の社会インフラだ。しかし、その医療がぼろぼろになっている。何とかしてくれという切実な悲鳴が届いている。本当に悲惨だ。

<人口減少地域での医療>

人口減少地域の中での医療をどう考えるかは、少なくとも2つの視点がある。1つは、人をどれくらい配置するのか、あるいはどうやって配置するのかという問題だが、これは根本的な問題で簡単ではない。もう1つは、ある種の弥縫策だが、ITによる負担の軽減だ。負担は、医療側の負担だけでなく、患者側の負担でもある。慢性呼吸器疾患で酸素在宅酸素が導入されている高齢者を数週に1回通院させることはできない。足腰が立たなくなったら、いよいよ家でタブレット見ながら、「今どうですか？」という医療をしなければならない。定期処方をするだけならそれでも事足りる。その時に、パルスオキシメーターが家にあって、それで酸素飽和度が何パーセントかが分かればなおいい。地方で診療所が、ぼこぼこなくなっていく実態を知っていると、その必要性がよくわかる。

そして、それに準じた方法として私が実践しているのは、訪問看護師を間に入れるやり方だ。いわゆるD to P with Nだ。しかし、これもある程度の仕組みを整えなければ、医師を配置できない。

<かかりつけ医機能を担うアセットとしての病院>

このことをかかりつけ医機能の文脈で考え直す必要がある。かかりつけ医機能というと、地域に根を張った診療所とそこで医療に従事する医師を想像しがちだ。しかし、診療所に医師を張り付けることができなくなれば、周辺の中核都市のある程度規模の大きい病院から、短期間毎の医師配置をして、地域を守るという形を織り込まないといけない。そうすると、かかりつけ医機能の担い手としては、ステレオタイプな地域の診療所形だけでなく、むしろ中核的な病院の機能の中に一部取り込まないといけないかもしれない。それは、中核的病院の持っている急性期医療の機能とは別の機能だ。

これを何とかしてしなければ、過疎地の診療所はなくなっていく。今のところ小規模の病院がまだ残っているところが多い。こういったまだ残っている小規模病院をどうしていくのかが、これからの戦略として重要だろう。かかりつけ医の問題を考えるとときには、医師偏在の問題を同時に考えないといけない。

人口2000人ぐらいの小さな集落の診療所で、医師自身が高齢化して承継者もないからということで、診療所は丸ごと寄付するからどうにか誰かやってくれないかということまで言っているところすらある。そういったところに医師を派遣して何とかその診療所の機能を維持したとしても、そのあとも人口はどんどん減っていく。そうすると、医療需要もなくなっていく。診療所としての収益性も悪くなるから、民間でそれを維持するのはかなり難しくなる。こういうところは、遠隔診療ももちろんやるが、それ以上に訪問看護師や保健師を活用してやっていこうというのが、上述したwith Nで、P with Nだ。

すでに人口が1万人を切っているような町は、これから先50パーセント以上の人口減とな

る。1万人なら5000人になり、2000人なら1000人になる。場合によっては1000人以下になるかもしれない。そうなるとコミュニティ自体が維持できない。そういう見通しの中でどういう医療提供体制を考えるのか、という問いを我々は考えなければならない。

<集住の可能性>

一方で、そういう田舎の高齢者は地方の中核市や都市部に集まって暮らすという選択肢も必要になってくる。2000年頃に地方都市の多くで小児科と産科というようなりプロダクティブヘルスの担い手が減ったりなくなってしまったが、こういった地域では、人口を維持すること自体がすでに困難になっている。

東京をはじめとする都市部ではマンションがどんどん建てられているが、地方の中核都市でも同じことが起きている。これを買っているのは、田舎の高齢者だそうだ。70歳を過ぎると、そのあとのことが心配になるということだろう。住み慣れた場所だとしても、介護や医療に不安があると田舎を後にして、少し大きな町でマンションを買って住むということもやむを得ない。地方と言っても県庁所在地のような市は、移住の受け皿になっている。高齢者は、医療や介護があまりに手薄いと、それを不安に感じてどんどん移住してくる。東京や大阪のような全く知らない場所に行くのではなくて、ある程度土地勘のある中核都市に。

したがって、それを受け止める中核都市の側でも、そういう文脈を踏まえてかかりつけ医機能を考えないといけない。医療圏と言っても、どのぐらいまでなら買い物に行くかといった、人の暮らしの実態を反映した生活圏が基になる。コミュニティがずっと存続していくという前提の中でかかりつけ医機能の実装化を議論しても、その前提が当てはまらないたくさん地域がある。コミュニティ自体の変動性があり、またその中にある個々人も年齢に応じて住まう場所が変わる可能性がある。そういった、マクロな視点とミクロな視点を合わせつつ、コミュニティをどう閉じていくのかということがリアルな問題となっている。

その意味で、地域包括ケアは都市構造そのもののリモデリングだともいえる。コンパクトシティの形成や少子化社会の中での町づくり戦略を議論すると必ず出てくるのは、福祉と医療の町づくりであり、これはすなわち地域包括ケアだ。だから、人口減少地域での地域包括ケアやその中でのかかりつけ医機能というのは、ある種の撤退戦略ともいえる。それをきちんと考えずに、コントロールされない撤退戦のままでは、かなりたいへんなことになってしまう。

日本の医療提供体制の基礎部分は、人口が増える時代の中で形作られた。自由開業制を背景に、病院も病床も増やしてきた。診療報酬をきちんとつければ実際に病院も増えたとし、開業もできた。しかし今必要なことは、引き潮の中での撤退戦略だ。この中で、どうするのかというビジョンを描かなければならない。

地域の中核的な病院が様々なところを支援することによって、初めて町が成り立っていく。私自身は、そういう役割をむしろ積極的に目指してやってきた。診療所の医師とも連携する

し、近隣の小さな病院ともやりとりする。そうすることで、地域を守っていくことこそ私がやりた
いことだった。

<広域での連携の必要性とかかりつけ医機能>

例えば、人口6万人程度の地方都市でも、市内に急性期病院が存在しないところがある。
慢性期の病院と老健施設しかないのでリソースとしてはかなり心許ない。これまで頑張ってい
た地域密着型の中小病院があったが、経営的に行き詰ってしまった。それで、医師を派遣し
てくれないかと相談を受けたので支援しているが、経営を見てみるとかなり厳しい。

近隣のもう少し大きな町まで行けば急性期医療も受けられるが、車で3、40分はかかる。
こういった地域の医療をどのように支えられるだろうか。急性期の入院は、とりあえず近隣都
市まで行ってもらうしかないが、外来機能と、そこまで重症ではない病態の患者を一旦引き受
けるような機能はその地域内で完結させなければならない。救急と言っても、ひとまず軽症な
患者であれば、取りあえず診療して、処方に対応できるとか、入院だとかを判断できるような
機能が必要だ。それぐらいの機能がないと市民は困る。今から、入院の急性期も含めた病院
を作るなんてできない。そうすると、もともとある地域密着型中小病院を何とか維持しなけれ
ばいけない。そのときに、どんな機能を持った方がいいのかという取捨選択が大事だ。

地方では、中核的な都市にある程度大きな病院が、周辺都市まで医療人材の人的援助を
して地域の医療を支えるという形がかなり出てきている。そうしないと医療が回らなくなってし
まうからだ。地方のある程度の規模を持った病院は、かなり広域な地域全体を見ているという
感じになってくる。診療所や周辺都市の4、50床の小さな病院に医師を派遣して、かなり広域
のエリアの医療を維持するということをやらざるを得ない状況にすでになっている。そして、4、
50床の小さな病院というのは、どう考えてもかかりつけ医機能を持たないと存在意義がなくな
ってしまう。そのことを、あらかじめ経営の上でも織り込まないといけない。

こういった医療資源の厳しさは、現在進行形で加速している。かろうじて残っている小さな病
院の周辺においても、あの診療所は来年閉じるとか、お隣は医師がもう80歳だということが
ある。そして、残っているのは、耳鼻科と眼科だけだということになると、住人も必要なサービ
スをもはや受けられないと認識してくる。こういったことが、人口6万人ぐらいの地方都市で起
こっている。ものすごい田舎の特別な話というわけではない。

そういった町の小さな医療機関が、急性期医療の提供をしなくなった後も、かかりつけ医機
能へのシフトがうまく行われず、何もかも中核都市の大病院へ送ってきってしまう状態に陥るこ
とがある。地域の住民として、せめて最初のワンクッションだけでも地域内で医療を受けられ
たら利便性はかなり上がる。そのためには、冒頭に述べたような医学的な判断をある程度広
い疾患について体系的にできる能力が必要だ。医師の判断として、これは自分の所で大丈夫
だとか、これはちょっと入院が必要だとか、これはあそこの病院に私から紹介するから行くよ
うにという指示ができる医師でなければ、住民は困る。本当にちょっとしたことで全部大きな

町まで行かなければならないとすると、住民にとっては大きな負担だ。

ところが、そういった機能をこれまで担ってきた地域の中小病院の存続があちこちで危うくなっている。人材確保がハードルになる。医師を募集しても全然来ない。人繰りをどうにかしてくれと相談を受けるが、人を派遣するだけでは問題は解決しない。まず、かかりつけ医としての機能をきちんと持たないと十分な役割を果たせない。

そして、中小病院で人材確保が難しいのは医師に限ったことではない。薬剤師や放射線技師も集まらない。そのため、どこかがプールした人材を出すしかない。人材の偏りということであれば、医療職だけでなく弁護士や他の職種にも言えるが、医療は弁護士業務とは違い、患者との物理的近さがどうしても必要だ。オンラインが代替する余地は、弁護士よりも小さい。

<地域における在宅支援体制の重要性とかかりつけ医機能>

私の病院の近隣の市で人口が7万人のところがある。そこには、病院が2つしかないのも、やはり医療のリソースは潤沢とは言えない。私たちの病院では、こういった地域からも救急で患者を受ける。その患者の病気がある程度癒えて退院させるときに、その地域の病院に返そうとしても、なかなか余裕がなく受けてもらえないことが多い。そこで地域の開業医にお願いすることになる。しかし、在宅のサービスがないと開業医がいるというだけでは患者を地域に返せない。そこで、我々の方で訪問看護ステーションを置いて、地域の開業医をバックアップすることで初めて患者を地域に返すことができる。訪問看護師が、2週間に1回程度開業医の医師に情報共有して退院後の患者を診ている。

訪問看護だけではない、介護サービスも同様だ。地域の開業医が持っていない在宅のサービスをこちらで補って、医療的な部分は開業医にお願いして、そうやって初めて患者を地域に返せる。そういった部分まで我々が一生懸命支援することで、急性期としての役割もより果たせるようになる。地域包括ケアにはこういう形もあるということだ。その時に、どんな開業医にお願いできるかと言えば、やはり全身をちゃんと診られる医師にお願いすることになる。それができなければ、いかに在宅を支援しても患者を地域に返すことはできない。そういう意味で、地域にある介護サービスや訪問看護といった機能を使いつつ、急性期病院からの退院患者を受け止めることができるような機能も、かかりつけ医機能の重要な側面だ。

このような広域の医療に対する大きな役割は、本来、地域医療支援病院の役割である。現状では、必ずしもそのように機能していないが、地域医療支援病院を定めた医療法の趣旨に鑑みれば、単に診療報酬の話に閉じ込めるべきではない。地域医療支援病院と都道府県等の行政主体が、きちんと話し合っ、役割と予算を明確化した上で広域の医療を守っていく形にするべきだろう。

¹ 2014 年度診療報酬改定で在宅療養後方支援病院が創設され、200 床以上の病院で、在宅療養中の患者が緊急時に入院を希望する病院として事前登録することが診療報酬上制度化された。2022 年で 444 施設まで増えている。<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001120008.pdf>

² 直近の調査(2020 年)では、診療所の医師の平均年齢は 60.2 歳となっている。<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450026&tstat=000001135683&cycle=7&tclass1=000001163706&tclass2=000001163709&tclass3val=0>

³ 直近の調査(『日本の将来推計人口:令和5年推計』人口問題研究資料第 347 号)によれば、65 歳以上人口がピークを迎えるのは 2043 年で、3 千 953 万人に達する見込みとなっている。

西田伸一 東京都医師会理事・調布市医師会長

2023年12月15日

<他職種間連携の前に同職種間連携>

まず、東京都におけるコロナ前の地域連携は、地域によって差はあるものの総じていえばあまり進んでいなかった。それぞれの地区で、機能強化型の在宅療養支援診療所が連携型、単独型を含めて進んでいくことに期待を寄せていたが、結果的には数が伸び悩んでしまった。連携が必ずしも有機的なものにならずに、加算を取るためだけのものになってしまっていた。介護保険制度が始まって以来、多職種連携はずっと言われていて、顔の見える連携を実現するために各地区で様々な連携会議等の催しをやって、それについて行政の予算も付いた。そして、そのことによって顔の見える連携がある程度出来たが、結局、顔が見えても有効な議論ができるどころまで到達していない。事例検討会や懇親会では皆、楽しく話せる。しかし、個別の患者、利用者に対して各職種が対等に議論できるかということ、そこがなかなかできていない。

また、介護関係者の入れ替わりが非常に激しいことも問題を難しくしている。地域密着型の、2.5人でぎりぎりやってるような訪問看護ステーションの生き残りが難しくなっている。一方で、巨大な企業があちこちにサテライトを作っている。そのため、人員配置もどんどん変わっていく。そういうところが増えると、看護師が誰かが全然分からない。こちらからは、顔もわからないし、どういうキャリアを持った人で、どこまで分かっているのかが全く分からない。

医療介護連携という言葉だけが歴然としてあるが、なかなか実効性が伴っていない。多職種連携はこれまでも随分言われてきたが、コロナ禍を経験して分かったことは、まずは同職種連携が本当に重要だということだ。例えば、ある利用者がいて、そこに入っているある訪問看護ステーション内で感染が広がったとする。そうした場合に、他のステーションが代行する必要がある。そういう地域での同職種のネットワークが重要だ。訪問看護だけでなく、訪問介護や医療もしかりだ。そういった意味で、むしろ地域の職種毎のネットワークをこれから充実させていかなければならない。多職種連携の前に同職種連携が必要であることをコロナ禍で痛感した。

<地域包括ケアの姿が未だに見えない>

超高齢多死社会になり、一方で、入院受療率を下げようとする状況下で、地域医療構想ができていく。東京都では、まだまだ利用者数が増えており、当分病床削減まではいかない。今後増加する要介護高齢者を、地域のどこで受けとめるのが課題となっている。それに対する1つの提案が地域包括ケアシステムだが、これまた、その姿が未だに見えない。学者が唱えるように「地域で支える。」というのは分かる。しかし、国民にとって地域包括ケアシステムの必然性が見えない。地区行政が挙げてくる地域包括ケアシステムの好事例は、町づくりや集いの場という断片的な要素ばかりだ。全体的な有機的つながりが見えない。

一部のボランティアに依存していて、その人が倒れたらその地域の地域包括ケアシステム

なんてなくなってしまうような例ばかりだ。我々医療者が地域包括ケアシステムをどうしていくかと考えるときには、医療者として地域包括ケアシステムの中で何が出来るかを考えなければならない。医師が町づくりを考えても仕方がない。仕方がないなどという言い方は不適切だが、まずやらなければならないことは、地域の医療のネットワークを確立することだ。医師のネットワークを作って、その上で、きちんと他職種とつながっていくことだ。そうすることで、地域包括ケアシステム構築を担うことができているのではないか。そこに行政が手当てする住まいの問題や生活困窮の問題に医療からも関与していけばいい。そういう組み立てをしていかないといけない。

<福祉行政の視点と医療の視点の違い>

行政の福祉の話にしても、医療と福祉の視点の違いを感じることもある。例えば、認知症患者の場合、行政の福祉関係者は、当事者の安全性や周囲への配慮を重視して関わることが多い。私から見ると、その人の人権や意思決定支援などの踏み込んだ視点が欠けているように思えることがある。ある独居の認知症の方がいて、俺は絶対ここで死ぬんだと言っているとする。そこに行政の福祉関係者が入ってくると、安全策を第一に考えて、パターンリズムによる対応を取ろうとしがちだ。しかし、本来的な認知症ケアや認知症支援というのはそういうものではないのではないかと。本人の意思をいかに尊重できるかというところが必要はずだ。そこがどうも行政による福祉には欠けているように見える。福祉、介護、看護を含む医療等様々な公共サービスが関わるときに、そのベクトルが1つに向いていない場面が、これまではあった。私の地元で、ゴミ屋敷の認知症の独居の人に関わると、ほとんどこんな感じだ。医療と福祉の連携は、本当に大事な問題だと思う。

健常者と比較して知的障がい者の寿命が短いと言われている。多くの社会サービスに接する機会はあるのに、それが病気の早期発見という方向につながっていないからだ。そのような点は、これから改善していかないといけない。障がい者の地域への移行がどんどん進んでいるので、なおさらこれを地域医療の大きな課題としてとらえる必要があり、医療者の側に障がい福祉の理解が足りないという問題がある。高齢者福祉と比較し、障害児者の公衆衛生事業についての立ち遅れが存在する。

<東京では医療圏を観念できない>

また、東京ではこれからも患者は増え続ける。住民の多くは、移動もかなり自由にできるので、医療圏と言っても圏域の中で患者が収まらない。個々の医療機関は、かなり広い地域の中で機能的に競合している。一方で診療内容を狭く設定しても、経営的に成り立つのであえて手を広げる必要もない。あえて誰かと連携するとか、協調するとかしなくてもいい。連携すると、却って面倒くさくなるので猶更進まない。地方と東京では、問題状況が全然違う。東京では同職種の連携のハードルが非常に高い。

開業医には二通りの志がある。1つは、専門医として専門性に特化した診療を行う開業医だ。日本の医師養成は専門医教育からスタートするので、開業するにあたって、専門医として開業する医師がいる。もう1つは、総合診療を強く意識して開業する医師だ。現在の平均を

見ると40歳過ぎで開業して、そこから、地域を意識しつつ、自分一人で進化していく。ベースが外科であっても、糖尿病の勉強をし、子どものワクチンを勉強し、在宅医療を勉強し、あとは自己流でやっていく。医師会の勉強会等にも出席して、そういうものを吸収して、自分なりのスタイルを作っていく。それが、今の開業医の平均年齢である60歳ぐらいになっている。20年かかってそういうスタイルを作るのだ。

<総合診療型の開業医をつないでネットワークを作る>

そういう総合診療型の志を持った開業医は、地域のニーズや時代のニーズをある程度意識している。このような医師は、在宅医療もネットワークでやる必要があることを理解できる。開業医の平均年齢が60歳という状況で、自分自身も高齢化していくので、これからはちゃんと連携していかないとやっていけないと分かっている。そういう開業医が、地区ごとに何パーセントかづついる。定量的には測りづらいが、決して少なくないはずだ。この人たちが、どうやってネットワークを作るか。地区によっては、カリスマ的な医師がこの指止まれでやっていくところもあるし、あるいは医師会が主体になってやっていくところもある。

確かに、一人ぼっちでやっていってもどうにかなるが、そういう地域を意識している医師が見ているのは経営できるかどうかだけではない。だからこそ、全く、尺に合わない仕事でもやる。そういう医師が、今回のコロナ禍でも活躍した。むしろ、コロナがきっかけになって、連携が進んだところもある。ただし、その場合でも、誰かキーマンがいることが多い。

ただし、潜在的に地域のこれからを見ている開業医がどれだけいるかがなかなかわからない。どう分布しているのかもわからない。そういう人たちを、どうやって制度的に評価してつなげていくかはまだできていない。

しかし、地域医療を考える以上、たとえ東京であってもネットワークは必要だ。24時間対応は1人ではできない。ネットワークで誰かに助けてもらおうか、病院と組むかが必要だ。エネルギーを使ってそれを準備して踏み出す開業医もいるが、地域なら地域で、そういう形を作らないといけない。無理をしなくても、医療者としての矜持にも合い、ちゃんと経営的にも成り立ち、人間らしい自分の生活も維持できるという形にしないといけない。それと同時に、患者にも考えてもらわなければならないことがたくさんある。保険証1枚あれば何でも自由でいいのかは考えないといけない。これは、東京都医師会の尾崎会長が強調しているヘルスリテラシーの確立だ。

しかし、まずは医師だ。現状では一人ひとりでお山の大将でやっているところがまだまだ多い。それでも、在宅患者を抱えれば夜がある。皆、そこを何とかしたいと思っているが、それでもつながっていない。それをどうやってつなぐかが、地区医師会の大きな役割であり課題だ。地区医師会として、在宅や病診連携への取組の意思を持っていたり具体的な支援を始めたところもあるが、その進め方は標準化されていない。まだまだ、個々の医師任せになっているところが多い。しかし、医師の生活の質を守るためにも、ネットワークは必要だ。主治医に副主治医を付けたり、連携型の在支診を整備することはできたが、まだ越えられない壁がある。それは、みんな昼間は仕事をしているということからくる壁だ。システム的に連携が組まれたとしても、いざというときに頼めない。仲よくなればなるほど、自分が行けないとき、夜にたたき起こして頼むなんてできない。我々も、10年以上前から仲間と組んで、毎月ミ

ーティングもやってすごく仲がいいが、行ってくれとはほとんど言えない。そういう中で、いつまでたっても在宅医療の実質的な 24 時間体制が確保できない。

<ネットワークを補完する新しい事業形態>

そうこうしている中で、在宅専門の医療機関が増えてきて、彼らのがんの終末期や複数の医療デバイスがついているような患者を担当するようになってきた。それはそれでいいが、それでも、既存の医療機関がかかりつけで診ている患者に 24 時間対応が必要になることもある。そういう場合のためにも、今ある様々な医療形態の在宅医療資源のネットワークが必要だ。そのために、まずはそれぞれの役割分担を明確にしなくてはならない。かかりつけ医機能や在宅医を自負している開業医の中には、大規模在宅や休日夜間専門の往診事業者は営利主義だとか、質が悪いと言って受け入れようとしない医師がまだ多い。

当然質の担保は大前提だが、時代のニーズを無視してはいけない。例えば、休日夜間専門の往診事業者について言えば、あれはもともと在宅救急医学会の発想でできたものだ。今、増えている軽症高齢者の無駄な救急搬送を減らすためには、若い救急医がアウトリーチすればいいだろうという発想から始まっている。しかし、そういうそもそもの趣旨とかけ離れた使われ方もされるようになってきている。例えば、働く親にとって、子供が夜中に熱を出したときに、翌日仕事を休んで子どもを連れて行かなくても、夜のうちに呼んでしまえばいいや、便利だな、となる。かかりつけ医の方からすれば、何で、夜に呼んじゃったの？ 今日、私のところに来てくれればいいのに、という評価になる。一番大事なところの不要な救急搬送を減らすとか、昼間に働いている開業医の夜の時間帯をどうサポートするかという、2点について休日夜間専門の往診事業者の必要性が発生している。そのことが十分理解されていない。そういうことをやるのが、我々、都道府県医師会の仕事だと思っている。

この点については、今後も引き続き取り組んでいく予定だ。公立昭和病院の坂本哲也院長や在宅救急医学会の横田裕行代表理事、そして有賀徹労働者健康安全機構理事長にも入っていただき、休日夜間専門の往診事業者に限らず、救急医療という観点からも、新しい事業形態の医療資源がどうあるべきか、また、我々がどうそれに関わっていくべきかを、議論することになっている。

東京都内には独居高齢者がすごく多い。その人たちの中で、かかりつけ医や医療そのものにつながっていない人がたくさんいる。そういう人たちの医療ニーズに対して、休日夜間専門の往診事業者が入って行って、彼らが、近隣の地域の医師に紹介するということをしていけば、お互いウィンウィンになる。ニーズの掘り起こし作業と、不要な救急を減らすための役割を彼らが同時に担うことに対する期待はある。そこを、もっと表に出していけば、従来の医療機関とうまく連携していけるのではないか。東京には医療機関も多く医療資源がどこよりも豊富にあると言われているが、患者が医療機関を直接受診出来ない場合は救急車を呼ぶ以外に患者が医療機関につながる機会がない。これは、リソースがたくさんあるとかないとかということとは必ずしも関係がない。

私は、#7119 に休日夜間専門の往診事業者をくっ付けてしまえばいいのではないかと思っている。#7119 も、すごく件数が多い。しかも、その場で解決しないこともいくらでもある。その時に、医療の必要性が否定できないと、結局、救急車を呼びなさいということになってしまう。

そこで、ファストドクターにつなぐというチャンネルを1つ作れば、かなり公共性の高い仕事もできるはずだ。

とはいえ、そこはむしろ行政の問題だ。うまくやればフランスの SAMU のような形でできるかもしれない。もちろん、実際には、公費でどこまでまかなうべきなのかという議論も必要だし、事業者が考えなければならないこともあるだろう。しかし、いいところを伸ばして、社会の中で役割を果たしてもらおうような形でやっていかなければならない。マーケット志向が先行して、大きな宣伝を打って、利用者に直接訴えかけるようなことをすれば不必要な医療を公的に賄うことになりかねないので歯止めが必要だ。保険診療でやる以上は療担規則の規制の順守が必要だ。営業に任せると、そういうことがいいかげんになってしまう。

コロナの時に、休日夜間専門の往診事業者が実際に大活躍した事実はあるし評価すべきだ。その一方で、東京都が、コロナ禍の自宅療養者支援を一律に休日夜間専門の往診事業者に委託すると言ってきた時には反対した。かかりつけ医機能を担っている地域の開業医で、なにも言われなくても淡々と地域のコロナ患者を診察していた人も少なからずいたからだ。それが十分全体をカバーできるものになっていなかったのなら、それを補うための地区医師会ごとのシステムを作るから、そのバックアップを休日夜間専門の往診事業者にお願いするやり方にしよう提案した。休日夜間専門の往診事業者が出てくるのは、実態的なニーズがあるからだという点は我々としてもきちんと評価しなければならない。

<メガ在宅と既存のリソースの組み合わせ>

その上で、休日夜間専門の往診事業者が地域の医師ときちんと組むことや、情報連携をきちんとするといった課題はある。扱い方を間違えると、地域医療を壊しかねない。しかし、休日夜間専門の往診事業者以上に、既存の医療との組み合わせが難しいのは大規模在宅だろう。休日夜間専門の往診事業者は地域の医師が動けない時間に動くから直接かち合わないが、大規模在宅はもろにバッティングしかねない。もっとも、これも取った取られたの話だけしていても仕方がない。大規模在宅も、既存のかかりつけ医の在宅医もどちらも必要なものだから、うまく組み合わせないといけない。

かかりつけ医機能を担っている開業医は、患者に対して「何かあったときには連絡しなさい。」と言ってあげられることが大事だ。そういったからと言って実際に電話がかかってくることはそれほど多くはないし、昼間きちんと診ていれば、夜に電話が来るかどうかは、ある程度分かる。本当に必要なときは、かかりつけ医が救急車を呼ぶこともできる。

24 時間の往診体制は分業すればいい。ただし、患者の連絡は受けなければいけない。そこは、最低限やらなければならない。それが、契約している訪問看護ステーションでも構わない。

メガ在宅の多くは 24 時間電話を受ける、サービス担当者会議にも顔を出し、MSW も置く。それを完結できているから、彼らが他職種から頼りにされている。

ただし、医師側に高い要求をすることの副作用もある。そういう大変な責任のある労働を自

分はやりたくないという医師が一定数出てくる。医師会にも入らない。医師会に入れば、いろんな余計なことが回ってくる。しかし、責任ある労働を忌避するばかりの医師を育成してしまうことは間違いだ。そのためにも、赤ひげを言いつぎない方がいい。どういう医師が求められているのかという社会のニーズと、それをシステムとして準備することを考えないといけない。これを医師の資質や心掛けという精神論にしてはいけない。

<メガ在宅の合理性>

夜間対応への特化を言い直せば、集約するということだ。それを専門でやる人たちに任せの方が、リソース的には明らかに合理的だ。休日夜間専門の往診事業者もメガ在宅もリソースの配分の仕方としては合理的だから、必ずそういうものが出てくる。後は、既存のリソースである我々自身が、そことどうやってうまくつながっていくかだ。

恐らく、専門特化した業態の運営者は、既存のかかりつけ医の患者を取ろうとは思っていないはずだ。そんなことをしなくても、潜在的なニーズはいくらでもある。彼ら自身は取るつもりがないのに患者がそっちに行ってしまうことについては、他の職種の人たちがそちらに誘導しているという点を考える必要がある。例えば、病院から退院するときの MSW やケアマネジャーや訪看が、1馬力でやっている開業医では 24 時間対応ができそうにないから、こっちに持っていかうという形で、患者を誘導していることがある。

東京都医師会の地域医療構想調整会議の在宅医療ワーキングにおいても、この手の話が非常に多い。他職種を介して患者を持っていかれるという話が必ず出てくる。そうすると、地域の開業医の一部も、モチベーションが維持できずに在宅をやめる。この問題が、在宅の重要性が言われてからもう 20 年も経つのに全然解決されていない。この問題にスポットが当たっていない。

もちろん個別のケースでの違いはある。例えば、日野市では在宅のキープレイヤーが望月諭医師(日野のぞみクリニック)ら数人に限られており、地域も狭いので、非常に分かりやすい。しかし、もう少し大きな圏域になると、もっとぐちゃぐちゃになってくる。

<ケアマネとかかりつけ医のすれ違い>

ケアマネが主治医を飛び越えて在宅専門医に患者を持って行くようなことも起こっている。例えば居宅療養管理指導¹は医師が、通院困難な要支援・要介護状態の利用者の居宅を、同意を得て訪問し、心身の状況や置かれている環境などを把握した上で、可能な限りその居宅において、有する能力に応じた、自立した日常生活を営むことができるよう、療養上の管理・指導・助言等を行い、利用者の療養生活の向上を図るものである²。これについて、新しい利用者を受け持ったケアマネが、主治医の意向を聞かずに自己判断で別の医師につなげようとしてしまうことがある。

これは、医師とケアマネがきちんと情報共有できていれば防げることではある。しかし現実には、主治医が知らないうちに、そういう動きになっていることがある。この医師は一人開業医で、高齢で、24 時間対応は無理なので、24 時間対応可能な医師に連れていかうなどと思っ

てしまう。そういうボタンの掛け違いが起きている。いわばケアマネが医師を選ぶということだ。どこの圏域で議論しても、必ずこのような患者の行方不明事件が出てくる。

主治医の側からすると、このあいだまで外来に通ってきていたのにいつの間にか患者が来なくなる。どうしてかとケアマネに聞いたら、この人は ADL の問題があるから、24 時間対応可能な在宅医を付けた方がいいだろうと自分が判断して主治医を変えたと言う。そういう変更は、ケアマネからはなかなか主治医には言いにくい。だから、いつの間にか移行していて、後で主治医が気付いて愕然とする。

元の一人医師体制の開業医の方は、患者を取られたという意識をメガ在宅に対して持つてしまう。こういうことが起こってしまうのはお互いに原因があるし、誰かが調整しないとイケない。ただ恨み言を言うのではなく、現実的に即した解決方法をみんなで考える必要がある。

<新しいプレーヤーをどう受け入れるか>

既存の開業医の側も、どうやったらメガ在宅とうまく付き合っていけるのかということを考えていないとイケない。1つは、在宅の新しいプレーヤーが最近では医師会に入ってくるようになったが、まだまだ少ない。そのため、彼らの顔が見えてこない。さらに地区医師会で、これからの時代のニーズを考えて、全体的な資源の配分を考えなければならない。例えば調布市では、調布市の在宅医療の機能を、24 時間対応機能を含めて、どうやって確保したらいいのかを調整する会議体を作っている。地区医師会側から、様々な資源を取り込んで、ネットワークや会議体作っていく必要がある。

その時にメガ在宅がどこの医師会に入るのかが問題になりうるが、結論から言えばどこでもいい。拠点のあるところでもいいしそうでなくてもいい。とにかく何らかの関係のあるところに入れば、医師会でどういう情報共有がされるかが彼らにもわかる。むしろ重要なのは、医師会の側が、その人をちゃんと受け入れることだ。調布市の私のチームには、世田谷の在宅医も入れている。医師会の中の活動にも入ってくれているし、会議体にも入ってくれている。彼らにとってみれば、調布市の患者も多いのでそこに絡めるのは願ったりだ。医師会以外に、実際に動いてる人たちのネットワークも必要だが、それについても、できれば医師会が音頭取りをした方がいいと私は思っている。

いろんなタイプの医療資源をかき集めてネットワークを作る必要があるが、東京はこの手の同職種連携が一番難しいかもしれない。また、東京都内でも 23 区と多摩地区だと状況が違う。23 区の中でも、千代田区や港区だと昼間の人口と夜の人口が違うので非常に特殊だ。多摩について言えば、西多摩圏域はかなり困難な状況だ。それより東側は、八王子にしても立川にしても、在宅医はたくさんいる。それぞれ、それなりに今回のコロナをきっかけにしてネットワークを組み始めている。それはいい流れだ。

西多摩は、そもそも医療資源がかなり少ない。それでもこの度、西多摩医師会が東京都の在宅医療推進強化事業を手掛けることになった。どうしてくれるか楽しみにしている。

<東京における介護と医療の人材不足>

医療介護連携に関しては、介護側の人材不足の問題がある。この点は、全国老人保健施設協会の平川博之副会長が常々指摘している。外国人人材も賃金の安い日本には来てくれないだろう。ヘルパーも高齢化している。

また、東京でも開業医の後継者問題はある。かつてのような世襲が少なくなっている。我々の世代までは2代目というのが多かったが、その後がない。そうすると、親子承継によってソロプラクティスを継続するよりもM&Aになるのではないか。それでも、今ある医療機関は地域のために残したい。そうするためにはちゃんとやってくれる人に引き継ぐしかない。

楽観的な見通しをあえて言えば、今後は、地域医療を意識している若い医師が複数で開業してくるのではないかと期待している。総合診療科で鍛えられた若い医師が開業すると、彼らは最初から在宅医療のことが分かって開業するので、1人では無理であることを理解している。今後は、複数の医師が一緒になって開業するスタイルが増えるのではないか。

むしろ、人口構成の変化が起こる前のスタイルの開業医が、今の世の中の急激な変化についていけない状態になっている。一方で、そこを的確にキャッチアップした人たちがどんどん開業している。黙っていてもそういうふううまくいくのではないか。ただし、移行期においては、従来からのスタイルの医師にも頑張ってもらわなくてはいけない。2060年ぐらいになって、高齢化率も40パーセントぐらいで落ち着いた社会になれば、医療提供体制もそんなに複雑にならないはずだ。今が踏ん張りどころだと思う。

1 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000660333.pdf>

2 <https://www.tokyo.med.or.jp/docs/handbook/265-285.pdf>

崎真規 株式会社日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング部門ヘルスケア・事業創造グループ 副部長／上席主任研究員／シニアマネジャー

2024年1月16日

<患者・国民の視点から考えるかかりつけ医機能>

まず、かかりつけ医機能を担う医師に求められるものについてだが、私、医師の集団ではなく、実際に医療機関を持っているわけでもないので、あまり医師の資質や能力を大上段に述べる立場にはない。それを前提に、患者の視点や国民の視点で考えていくと、患者との信頼関係という点は、やはり重要だ。患者は、たとえその医師の専門外であったとしても、最も身近な医療者としてかかりつけ医であるからこそ相談したいこともある。患者がその説明を聞いて一通り安心できるということが、かかりつけ医の機能としては必要だと思う。

そのためにネットワークを使ったり、チームで行ったりすることを前提として、かかりつけ医の医師の、そのような雰囲気や位置づけが重要だ。実際にはかかりつけ医以外の医師でもそういう形で患者と接していて、かかりつけ医という位置づけを持った医師と著しく違うのかと言われれば、それは何とも言えない。ただし、それでも国民がそのようなかかりつけ医像を共有するような文化を醸成できればよりいいのではないか。一人ひとりの医師の実態的あり方というより、患者側、国民側から見たときの認識としてそのようなかかりつけ医像を持つことが大事なのではないかと考えている。

<在宅機能の重要性>

2つ目が、かかりつけ医機能を担う医療機関に求められることに関して、特に在宅医療が重要だ。患者が住居から車で10分くらい駆けつけられるのかどうかというような距離的な問題を考えていくと、医師が少なくなってくる地域においては、在宅の在り方が非常に問題になってくる。かかりつけ医機能というからには、在宅の機能は必須だろう。ただし、現実には必ずしもできないというところも多々出てくると考えられるし、近くに病院や診療所がないという地域もあるだろう。そういった場合は、連携という課題にもつながる。

在宅医療体制の将来像は、医療提供全体に関わる課題でもあるが、まずは、都市部と過疎地で分けて考えていく必要がある。全国一律でのかかりつけ医の姿や、かかりつけ医機能の姿と言ってしまうと、実態とかけ離れてしまうのではないか。まず、そのように課題を分けて考えていく必要がある。

<都市部と地方での問題の整理>

都市部は、多くの医療機関があるからこそ、連携があまり進んでいないところも多い。各医療機関だけでなく薬局等を含めて、どういうチームをつくっていくのかというのが重要になってくる。

一方で、過疎地ではすでに医師をはじめとする医療者が少なくなってしまう。そのた

めチームで支えたいと思ってもチームを構成する人材が十分ではないこともある。そういった地域では、その地域に合わせた工夫が必要だ。例えば、愛知県の藤田医科大学の先生方と一緒に過疎地を回ってみたことがあるが、診療所もこれからなくなってしまうと見込まれる地域では、社会福祉協議会や地域コミュニティの方が、地域で徘徊している人がいないかといった情報を共有しつつ、何とか地域の情報を集めて少し離れた場所にいる医師と連携しながら地域を見ている。

その一方で、地域の医療者のボランティア精神だけでやっていけるのかという点については考えていく必要がある。地域医療を支える人材を、医師だけではなく、医療従事者、さらには、住民の方自身の中からもサポートに回っていただく体制が必要になるだろう。医師だけを考えていてもできないし、1つの病院だけの体制でも非常に難しい。

<医療以外のサービスの役割>

医療以外での地域サービス全般に関わる課題という点については、児童虐待を受けている方や障がい者の問題に関心を持っている。両者の複合型として、児童の障がい者が大人になったときにどのようにサポートしていくのかといった問題もある。さらに、生活困窮者やフレイル高齢者といった悩みを抱える方を、如何にして行政の担当者が認識し、適切に介入するかという問題もある。今は、地域で悩みを抱える方への早期介入を行政が手作業で行っているので効率が悪い。地域の住人とも協力して、問題が発生する前にサポートする必要がある。このような医療以外の地域サービスを通して、悩みを抱える方について、総合的かつフォーカス的に早期に把握して、的確に介入していくことが必要だ。

<医療情報基盤整備の議論に欠けている視点>

また、情報連携については、様々な整備が進んでいるが、今の議論がグランドデザインよりもシステムの論点に偏っていると思っている。システムやデータベースをどのように構築するのかという点に議論が集中しているように見えてしまい、患者や国民から見たときに、何がどの場面でもどう変わるのかというのが、もう少し分かるようにした方がいいのではないか。エストニアの企業や保健組合の方から昨年(2023年)聞いたところによると、国民に対して「こんな情報を取れたらいいのでは？」というのを提示して、それに対して国民が「いいね」となったものについてやるというような流れだったとのことだ。日本でも、もう少し国民に対する見せ方を工夫して、関心を持てるような形で進めるべきだ。

今議論している内容がおかしいというよりは、国民を巻き込んでいく意味で、もっと違ったやり方があるのではないかというふうに思っている。

<実態に即して制度論を展開するべき>

かかりつけ医機能をどのように評価するのかという点について、最も危惧しているのは、医師の負担をさらに加重してしまうのではないかという点だ。診療所の医師は、1日に40人前後の患者さんを見なければ経営が成り立たないと聞いているが、より時間を割くようなことに

なりはしまいか。かかりつけ医機能を果たしていく上で、現状の40人、50人を診察しなければならない状況の中で、難しさもあるのではないか。1日にどの程度の患者を診察するのかを踏まえた上で、かかりつけ医機能を求めるのかという点を把握する必要がある。それをしないまま制度や支払方式を先に議論してしまうと、実態とずれてしまう。現状の40人、50人を1日診ていくというモデルの中でかかりつけ医機能を考えるのか、それとも30人程度で考えるのか。それを考えて初めて、それに見合った支払制度の検討ができる。

他の国の制度をそのまままねる必要はまったくない。日本独自でしっかりと設計していけばいい。上述した1日あたりどれくらいの患者を回していくのかといった点についても、日本の文脈で考えた上で、それに合った制度を考えていく必要がある。

<非医療的なサービスも含めた調整はだれが行うべきか>

医療以外という点については、かかりつけ医機能と多職種連携ということになる。多職種連携の必要性に関する議論としては、いくつかの切り口がある。1つは、疾病構造が変わってきていて慢性疾患を基礎疾患として持っている高齢者が多いという点だ。患者ごとに診ていくと、慢性疾患が少しずつ進んでいくことになるが、そういう中での、医学管理が必要だ。

こういった患者をなるべく入院させずに地域で診ていける態勢が望ましい。その代わり、容態が急変した時には確実に入院できればいい。入院のリソースが限られる地域では特にそのような形で在宅での療養を続けられるとよい。こういった患者は、医療以外のさまざまなサポートが必要だし、それができれば医療もうまくいくという構造になってくる。

実際に、在宅医療を受けている患者は、介護サービスをはじめ栄養管理や口腔ケア等の様々なサービスが必要になる。いわば合わせ技で、1人の人間を支えることになっていく。医療機関の立場からしても、自分の患者について確実に診療を継続するためには、多職種の協力が必要だ。

そのような様々な機能を束ねていく役割が必要だ。介護にはケアマネジャー(以下、「ケアマネ」という。)がいて、この人がいろいろな調整する。医療におけるケアマネ的なマネジメント機能をかかりつけ医機能と考えると、それは直接的な診療、つまり従来の狭い意味での医療から離れて、それ以外のサービスへの調整を包括的に行うということになる。かかりつけ医機能では、このような役割を医療の一部とすることになるが、もちろんそれを1人でできなければ、様々な仕組みを作ることになる。

そのようなコンテキストで多職種連携の話を考えて、どういう仕組みを作っていけばいいのだろうか。患者側の立場からすると、例えば、介護のことを考えると、状態が変わってサービスを変えたりいろんな調整をしたりするようなケアマネが、看護師に2回来てもらいましょうとか、投薬の管理をお願いしましょうとか、あるいは、外出支援があるのでヘルパーによる外出支援を1回入れましょうとか、リハビリを入れましょうとか、といったことを主治医と相談しながら組み立てるということをやっている。

これを医療にぐっと引き付けて、より医療的な内容について、そういうことをやると考えてもいいし、今ケアマネがやってるようなことを医療も含めてやるという考え方もあり得る。しかし、これはいずれにしても従来通りの診療だけの医療ではない。それを医学管理と言えなくもな

いが、従来認識されてきた診療とは違う。厚労省も、介護との連携や在宅支援と言っているが、それをかけつけ医機能の柱に立てると考えるのかどうか。このような機能は、むしろ医療の外へ出して、別の仕組みでやるべきではないかという主張もある。

医師は、基本的には、慢性疾患の患者の医学管理を行う者であって、その延長線上で、診療連携や、病診連携をやりつつ、夜間対応のために、例えば在宅診療サービスの提供者と連携するなどの形が生まれてきている。これは、厚労省が法律で書いているような、基本的な慢性疾患患者の医学管理というコンテキストを前提として、それをチームでやるということにフォーカスしたものだ。これは、医師の仕事は疾患を診るところに軸足があるという考え方だ。他方で、さらにそれを超えて、むしろ在宅を中心に考えると、多職種の連携の中で、いいケアマネと繋がって、訪問看護とも連携をしてネットワークを自分で作っていくという視点もある。様々な種類のサービスの、トータルを管理する中で自分の医療もやっていくというものだ。これらの役割を全部かけつけ医のみで行う仕事であるとする、地域のリソースを引っ張ってくるのも医師の仕事となってくる。これでは、医師の仕事はかなり増えてしまう。

今ですら忙しい医師に果たしてできるのかという実現性の問題がまずある。さらに、そのような相談がたくさん来た場合でも断れないという制度上の建付けになったとして、それは我々国民が目指していたかけつけ医機能なのかという疑問が出てくる。そのような実現性の問題はありつつも、機能としてだけ見れば、医師が様々なサービスをしっかりグリップするのは、あるべき姿でもある。

現実の医師は、そこまで手が回らないという事実はあるし、特にソロプラクティスの場合、全部自分でリソースを用意するというのは難しい。現実には機能しないのであれば、それを機能させるような仕組みをさらに考えないといけない。

<機能の分離と連携>

医療行為を医師が行うことについては法的な裏付けがあり医師が責任を持って行うべきものだが、それ以外のものについては、チームの中で共有はするものの全ての個別の指示を医師が行う形にすべきではない。1人の医師に全て任せられた形での多職種連携はうまくいかないだろう。

多職種連携の方向性についても、ぶつ切りの専門性を寄せ集めた多職種連携ではなく、チームとしてのつながり、ないしは何かあったときにきちんと連携していくということが基本としてあるべきだ。特に都市部では、医療機関同士で顧客である患者を取り合っている現状がある中で、個々の患者をチームで支えているという共通の価値観、ないしは土台、あるいはチームとしてのつながりがないといけない。それがあつた上での多職種連携という形が重要だ。そうすることで初めて面で支えることにつながっていく。多職種がまさに面で支えていくんだという価値観を共有しなければならぬし、何らかのそれを支える仕組みなり制度を構想しないといけない。

個別疾患に関しては、クリティカルパスが導入されており、例えば脳卒中であれば、急性期で入って、そのあとリハに入るといった形の連携パスがある。個別疾患としてみればすでに整備されているようにも見えるが、高齢者はそもそも、複数疾患を持っていて、在宅をベースに

様々なニーズに応える必要がある。往々にして複数の医療機関にかかっているこれらの患者をどうやって地域で支えていくか。現状では、一旦病院に入ると、その後、どうなっているのが他のサービスの提供者からは分からなくなってしまうことがある。それを避けるためには、患者の診療情報がある程度一元的に管理されている必要がある。

<連携のための情報共有>

その点イギリスは、NHS が患者情報を一元的に管理している。そして、GP は、自分の登録患者がどの病院に入院しても、すべてのデータが見ることができる。NHS とは直接関係のない民間病院を患者が受診した場合でも、NHS が情報を管理することになっている。

これには、壮大なシステムがあつて莫大な予算を付けて、人も配置してやっている。それは、日本としても学ぶべきところがある。日本の場合、現状ではプラクティカルに使い勝手がいい、使う側の立場に立ったシステムがあまりできていない。情報を集めるために集めているという側面がある。システムはできでも入力するのに手間がかかり、ほとんど見ないから放ったらかしとなるシステムがいっぱいある。そうすると、かかりつけ医機能の担い手が、患者について包括的な相談に応じるといってもうまいかない。

かかりつけ医機能として重要なのは、患者の必要に応じて確実に医療その他のサービスにつなげることができるというゲートオープナーとしての機能だ。そのため、その地域にあるリソースを最大限活用してチームを作っていかなければならない。すでにゲートオープナーとしての機能を担っているところもあるが、より多くの地域でそのような連携ができるようにしなければならない。そのためには、他職種側との連携の基盤となるようなデータ共有が重要だ。

<ソーシャルワークとしてのかかりつけ医機能と中小病院>

かかりつけ医機能として強調されることが多い点として、その社会的機能がある。具体的には、医療介護連携や医療福祉連携だ。これは従来の診療を中心とした医療に比較するとソーシャルワークの性格が強い。海外ではレントゲン一枚撮るのにもかかりつけ医で自己完結しない。検査センターや放射線科開業医にわざわざもう一度患者が出向く必要がある。それと比べると、多くのことがワンストップで片付く日本の診療所は、患者にとって利便性が高い。日本の国民は、この医療への期待を手放さないだろう。

そうすると、医療機関がかかりつけ医機能を新たに持つとしても、現状ある医療の期待と並行して、これを満たしていく必要がある。それは、1人の医師のみでは無理だろう。医師が包括的な立場に立つとしても、連携をしながらも、権限を他職種に移譲していく形にならざるを得ない。そうすると、それを担うピボットとして、病院、特に中小病院が想定されることになる。中小病院を、多機能にして、ケアミックスも含めて、バックグラウンドの入院機能もあり、それなりに足回りがよくて、アウトリーチもできるセクションを備えている形にしていく必要があるし、そうなりつつある。そういう医療機関が、訪問看護や地域の在宅の医師や包括ケアの仕組みとも連絡が取れているという形にしていかなければならない。

そのような機能を期待される中小病院においては、単に病床のある医療機関という以上の

意味を持って来る。病院だからといって、急性期病院から回ってくる患者を、療養型で診ているというだけでは不十分で、病院自体が地域に対して、相当程度アウトリーチできるような機能を持っていなければならない。そうしなければ患者も来ないし、患者のニーズにも応えられない。そして、開業医との関係もきちんと組んでいる必要がある。患者を地域に確実に返すことができなければ開業医の方も患者を紹介してこなくなる。中小病院にとっては、開業医との連携がマストということになる。

そのときに、患者すなわち地域の住民が、どの開業医あるいは医療機関を中心にしたチームを頼りにできるのか。それは、1人の医師だけに支えてもらっている必要はなく、複数のプレーヤーがいてもいいわけだが、それらのサービスの提供者に自分を支えてもらっているということを認識できるということが重要だ。

<未病、予防段階におけるかかりつけ医機能>

さらに、まだ病気が顕在化していない元気な人については、現状では医師に関わることはほとんどない。しかし、その中には放置すれば慢性疾患が進行してしまうという患者もいる。現役世代の日常的な健康管理に関して、精神的な不調も含めてかかりつけ医がかかわれる部分があるのではないか。

勤労者は、自宅には寝に帰るだけということもあり得るし、自宅のある地域で過ごすのは土日だけという可能性もある。そういった人にとっては、産業医の方が健康管理には役立ちやすいし、健康診断のデータを踏まえて日常的な健康指導をすることもできる。これは、未病・予防という範疇のもので、疾病に対する給付を目的とした医療保険の話というより保健・公衆衛生の話になる。このような要素まで織り込んで考えるとき、かかりつけ医機能の姿やその担い手はどうあるべきかを改めて考え直す必要がある。

現時点では、ひとまずすでに疾病を抱えている人に対象を絞ってかかりつけ医機能の議論が進められているし、その中心は高齢者の問題になっている。しかし、潜在的には、国民全体の健康管理をどう考えていくのかという問題設定は今後もあり得る。その時に、鍵になるのは、健康な段階からの健康情報の蓄積だ。我々は、健康・診断情報の活用については、企業の経営者や人事部の担当者に、慢性疾患予防等について、アプリを人事部なり健保なりで購入して、社員に使わせてはどうかという話をしている。その時によく言われるのは、そこに投資しても社員が慢性疾患を顕在化させたり悪化させたりするのは会社を辞めた後だろう、というものだ。そのために企業がなぜ費用を負担しないといけないのかという話になる。これは企業側の本音だろう。健康管理は地道な取組であり、その効果はずっと後に出てくる。社会人人生の中で効果が見えにくいところに、難しさがある。

現実可能性は一旦脇に置いて議論すれば、健診データを、患者自身の身近なかかりつけ医に持って行って共有した上で、企業の産業医の方との間に自然な連携ができることが望ましい。現状では、産業医と身近なかかりつけ医の連携が不十分であることも少なくないと考えられ、面で支えている身近な医療チームに健康診断の内容が自動的に共有されるということが十分にできていない。仮にそういう仕組みがあれば、自然と健康な人をも補足できるのではないか。

例えば中部電力がすでに取り組んでいるもので、電力スマートメーターの電力使用実績データとAIにより独居者のフレイル状態を検知するというものがある。電気量や水道量の変化といったところから、住人自身は手間をかけて情報を提示することなく、それによって特段医療機関へかかっていなかった人へのアプローチができるような仕組みづくりの可能性が生まれている。能動的に健康な人に自ら情報を出してもらうというやり方だけでは難しい。

<日本で情報基盤整備が簡単ではない訳>

日本は終身雇用が一般的であったかつてとは違い、勤労者が必ずしも同じ会社に定年までいるわけではない。5年たったらいなくなるということが当然に起こる。そういった環境の中では、そもそも健保組合が会社内で組合を持っていること自体の意味がゆらぐかもしれない。そうすると、医療情報は、結局、一人ひとりが持つ形にするしかないのではないか。そしてその情報の使い方は自分が持って、必要なときに、医療機関等に情報を開示・提供するという形だ。

そのときに、標準的なフォーマットを作ることは必要だろう。PHR アプリのようなものがあって、スマホの中でそれが管理できて、医師がそれを見ることができるというものだ。マイナポータルのようなところに、任意でアプリを入れて連携させるなどが必要になる。

松田晋哉(産業医科大学教授)

2024年1月25日

<都市部と地方で異なるかかりつけ医機能のあり方>

かかりつけ医機能報告制度が今後始まり、制度としては確かに動くだろう。しかし、これによって実質的に何か将来的に役割を果たすかと言えば、今のままでは難しいと思う。それは、結局、かかりつけ医の定義がすごく曖昧だからだ。日本のかかりつけ医に対する考え方については、欧米は参考にならない。要するに多くの国民は、内科のかかりつけ医、整形外科のかかりつけ医、耳鼻科のかかりつけ医、眼科のかかりつけ医という形で、診療科に応じて自分のかかりつけ医を持つことになるのではないか。

加えて、現状でも地域ごとの医療資源の配置の差によって、医療サービスの受給の仕方に大きな差が出てしまっている。そのため、これを一元的に何らかの仕組みで定めることはとても難しい。日本医師会も強い抵抗をするはずだ。そのため、欧米的なかかりつけ医、すなわち家庭医的なものを日本に作るのは当分は難しい。ただし、医療資源がすごく少ない地域では、実質的に内科や外科の医師が、いわゆるヨーロッパのGPのように機能しているので、そういうところでは欧米的なかかりつけ医に近いものができる可能性はある。

都市部では、そもそも患者が単一のかかりつけ医を持つことを望んでいない。COMLの山口さんの意見を聞いてもそう言っている。1人のGP的なかかりつけ医を持つよりも、都市部では状態に応じて自由に選べるという仕組みの方が望ましいということをおっしゃられた。これはおそらく、日本の今の都市部の住民の一般的な医療に対する考え方だろう。

そうすると、地方と都市部では物事を分けて考えていかなければいけないのではないかと。地方はリカレント研修を含めて、幅広く診ることができるような総合診療的な医師を作っていくか、配置していくかということが課題になる。それに対して、都市部は他科の診療所があることを前提に、それをどうネットワーク化して総合診療的にやっていくかを考えることになる。

その実例が、かつての福岡にあった。まだパソコン通信の時代に、福岡市の東区で、例えば内科医師が自分が診ている患者について、例えば、どうも皮膚科の疾患があるとなると、そこで画像を撮って、それをパソコン通信で送って石明の同僚である他の皮膚科の開業医にこれは何でしょうと聞く。そのような、診療所レベルでの相互コンサルティングの仕組みがあった。その中で、他の医師の意見も聞きながら、内科の医師が皮膚科の診断もするという仕組みだ。もちろん、場合によっては紹介することもやったが、その手前の形としてそういうバーチャルなポリクリニックみたいなものがすでにあった。これを今後どうやっていくのかということが、都市部でのかかりつけ医のあり方としては現実的なラインだろう。

そのひな形になるのが、品川区の医師会がやったバーチャルな診察室ではないか。これは、もともとはコロナ対応として、品川区の医師会が作ったものだ。医師会が、ネット上に自分たちの診察室をバーチャルに立ち上げ、そこに患者が登録して、手が空いた先生がオンライン上でその患者を診るという仕組みだった。もともとはコロナに対する臨時的対応だったが、これを各地の医師会がきちんとオーガナイズして、内科の診察をした患者でも、皮膚科的にどうだろうとか、耳鼻科的にどうだろうということがあった場合に、コンサルティングをバー

チャルな中でできるのではないか。そのようにして相互参照できる仕組みを通して、ネットワークで相互に患者を診る仕組みだ。このネットワークに対して予算を付けることはすごく難しそうなので、ネットを使った相互参照のところに相談加算を付けてやっていくのが1つのやり方ではないか。

<かかりつけ医機能を考える上でも診療科偏在対策が急務>

ただし、根本的な問題として、診療科別の医師数の制限をしないといけないのではないか。今のように医師の診療科選択をまったく自由にしていると、本当に必要な内科や一般外科がすごく少なくなってしまう。特に、今、多くの大学で内科を希望する新卒者が減ってしまっている。この状況でかかりつけ医制度みたいなものをきちんとやっていくのは難しいだろう。その意味で、もう少し内科に人が行く仕組みにしていけないといけない。1学年で1大学分ぐらいが美容形成に行ってしまう今の状況はあまりにも異常だ。

医学教育自体がプライマリ・ケアからどんどん外れていってしまっており、これを何とかしなければならぬ。そのためには、医師のキャリアをトータルで見る仕組みがないとプライマリ・ケアの人材を増やせない。その意味で、かかりつけ医機能報告制度はいいとしても、ベースとなる人づくりのところをどうするかという話をやらないとまずい。

また、専門医制度も見直しが必要だ。地方の現場の医師たちが今、何に苦勞しているかというと、若い医師らが皆サブスペシャリティを第一優先に考えるので、サブスペが取れるところ以外は来てくれないということだ。サブスペを追及することはプライマリ・ケアとは基本的に逆の方向になる。サブスペに軸足を置いた今の医学教育や卒後臨床研修体系は、これから必要になってくる総合診療ができる医師を作ることから離れてしまっている。このことに対して、大学病院の医師らは、ほとんど理解できていない。地方の医師たちはみんな気付いているが、大学病院は気づいていない。もちろん、専門医であってもいいが、専門医でありながらも幅広く診療できることが必要だ。これまでも、整形外科で大腿骨頸部骨折の患者が来れば、その患者には認知症も、糖尿病も、高血圧もあるので、本当はトータルに診れなければいけなかった。しかし、サブスペを追及することだけに集中してしまえば、整形外科医は基本的に手術だけしか考えなくなる。

そうすると、専門医でありながら患者をトータルで診ることができる能力は身につかない。専門医であるとしても、それとは別にトータルで診療できる力を付ける教育や臨床研修の枠組みをもう一回、考え直さないといけないのではないか。今の若い医師らの心理的特性を見ていると、彼らがサブスペ以外を選択することは基本的には難しいだろうと思われる。それは医学教育の問題であり、学生には申し訳ないが、大学病院でポリクリを各科別にやっていたら、どうしてもああなってしまう。大学病院にいる医師に、かかりつけ医機能と言っても、おそらく全くイメージできてないだろう。大学の医師とは最も縁遠いところにある問題になっている。かかりつけ医機能どころか、介護保険もよく知らない。大学の中でのキャリアパスを考えると、そんなことには興味を持たないほうが有利だとさえ言える。

そうすると、大学の医学部に変化を求めるのはますます難しくなる。それでいて、大学医学部と卒後の臨床研修体制を連続的に考えないと、報告制度ができたとしても、日本的なかかりつけ医制度はきちんと動いていかない。ここに難しさがある。

平成 16 年に臨床研修制度ができたときの一応の趣旨として、プライマリ・ケアの能力を備えた医師を養成し、それをベースにそこから専門性をやりたい人はやってねという立て付けではあった。しかし、それも結局、大学側からの申し入れで、ほとんどの部分が選択になって、幅広に診るための養成期間は短縮されてしまった。そうやって、臨床初期研修のプライマリ・ケアという部分が骨抜きになって、実質的には1つの科を専攻する形になってしまっている。そこを変えないと、基本的な担い手が育たないから、かかりつけ医機能の報告制度だけではどうにもならない。加えて私が危機感を感じているのは、上述したように地方では、ある意味で、ヨーロッパ的なかかりつけ医がいるが、そのような医師を承継する人がいないことだ。絶滅危惧種になってしまっている。

だからこそ、まだ彼らが機能している間に、そこでどうやって医師を育てるか。特に将来、開業医になる医師は幅広に診療することが求められる。そのため、開業医になる医師はそういうところである程度、研修することができれば随分違うはずだ。

フィールドの中で、大学を出たぐらいの若い医師らがキャリアを積む場所がもっとあっていいという側面も否定はできないが、それよりも、30 代の後半から 40 代の前半にかけての先生たちがリカレント研修として幅広に見ることができる研修の場が必要なのではないか。本来は、開業する前に幅広に診る訓練をすることを義務付ける方がいいくらいだ。そういった訓練の義務化を前提として、内科・外科とそれ以外との間で、初診料、再診料、価格に差をつけるということも一案ではないか。

ドイツではハウスアルツトと呼ばれる家庭医は3カ月ごとの包括という診療報酬体系を取っているが、専門外来の診療所は基本的には出来高だ。診療科によって、診療報酬体系自体が全く違う。ドイツにも、専門医の資格を持ちながら、家庭医でもあるという医師がいるが、どちらもある一定の研修を受けていないとその報酬自体を請求できない。

日本においては、実質的に今、かかりつけ医をやっている内科や一般外科や小児科の医師がもう少し経済的に優遇される仕組みを作って、そこにもう少し人が行くようにしないといけなのではないか。逆に言えば全身を診ない診療科の報酬はちょっと付けすぎなのかもしれない。

その意味で、地方で、いわゆるヨーロッパ的なかかりつけ医の形で動いている医師らをどう評価してあげるか。そして、都市部でのネットワークを評価する。この2本立てでやっていくべきだ。ドクターコト一的に、あまりにも極端な個人の卓越した力でかろうじてもっているような仕組みは、その人が辞めたらすぐにつぶれてしまうのでよくない。人が変わってもずっと続いていく仕組みにしないといけない。

<“開業医”の類型>

近頃は、様々なパタンの開業形態が出てきている。実質的にチェーン化されていて比較的安定した形で就職する医師が増えてきている。一種の雇われ診療所長だ。診療所にはいくつかの形態があるが、いわゆる医療法人が造っていくパターンと、社会福祉法人が造っていくパターンがある。さらに、介護事業者が診療所を併設して、そこに雇われ院長で入る形も増えている。この形だと、かなり安定的に患者も確保できるので、リスクが少ない。

開業するための初期投資が高く、なかなか単独では厳しくなっているという背景もある。かつては、開業資金は銀行からの融資も受けやすかったが、今はそんなに甘くない。診療所で開業した医師が結局、患者が足りなくて当直をしている例もあるぐらいだ。そのため、新しい診療所の在り方を考えなければいけない。その可能性の1つは、ポリクリニックのような大規模診療所だ。

ビル診の中には、他人が持っているテナントが全部居抜きになっていて、そこに雇われ院長で入るといったパターンがあるが、実際には契約期間とノルマで縛られることになる。そうすると、地域医療への貢献はほぼ期待できない。従来的な意味で本当にきちんと開業している医師は、ちゃんとそこに住んでいることが多い。要するに地域に対して責任を持つという形で開業している。

また、最近では、開業医でも医師会に入らない若い医師が増えている。メリットがないし、むしろ学校医や認定審査会等の仕事を押し付けられるから嫌だという理由だ。開業する年齢としては40歳ぐらいが多い。外科系はもう少し遅いかもかもしれないが、内科だと結局、あまりポストが病院にないので、それぐらいで見切って開業してくる。

外科の医師は、やはりずっと手術をやっていたいという気持ちが強いので、病院にそれなりにみんなちゃんと張り付けてくれる。内科は外科に比べれば飽きてしまう傾向がある。糖尿病にしても高血圧にしても、疾患の進行は緩やかだし、目の前でドラスティックに状態が変わることは少ない。その一方で、別の見方をすれば、最も安定的に患者がいるのが内科ということでもある。しかしだからこそ、病院に勤めている意義がはっきりせず、同じことなら開業してしまおうとなるのかもしれない。

東京のような都市部では、こういう開業医はこれから先もある程度確保できるだろう。そのため卒後臨床研修で内科にある程度の人数が入ってくれば、将来かかりつけ医として機能してくれるであろう開業内科医は、それなりに確保できるはずだ。今の一番の問題は内科に入ってくる医師そのものが少なくなってしまったことだ。

<大学医学部の講座制の問題>

大学の講座が臓器別に再編されていることも、かかりつけ医機能を担う医師の養成を阻害している。必要に応じた大学講座の再編は、他の国も医学部に限らず常にやっている。日本はむしろ、もともとあった講座をつぶして再編するというよりはやりにくい文化があった。その一方で、医学部は、オタク文化的に、細かくすればするほど喜ぶ人たちが集っている社会でもある。その結果、講座再編は、やるとしても臓器別でなされることになってしまった。内科系も外科系も臓器別で分けてしまった。昔は1内科、2内科、3内科とあって、診療領域も重なっていた。それぞれに循環器も消化器もあった。それは無駄ではないかということで臓器別再編になったが、今ここにきてそれ振り返ってみると、あのままの方がよかったのではないかと思える。

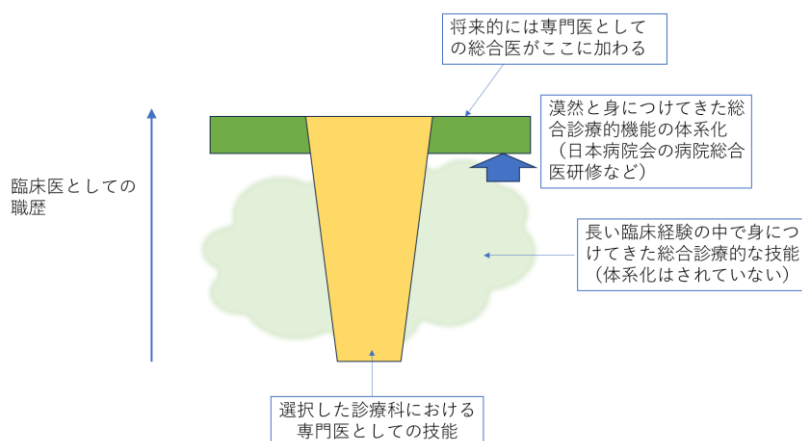
ドイツは診療科別に医師の定員があり、開業の枠も診療科ごとに決まっている。しかし、その診療科はざっくりと、内科、小児科という程度の分類であり、臓器別単位にまで細分化され

ているわけではない。しかし、日本において、5年後、10年後、15年後にそれがドイツのように変わるとも思えない。そうすると現有戦力で配置されてくる医師をどう方向付けるかという議論になる。そのためには、開業の手前の段階でのリカレント研修の仕組みを作ることが必要だろう。また、実際に開業すれば、患者を選べるわけではないので、ひとまずそれなりに患者に対応しなければならなくなる。そういう中で、OJTとして教育されるという側面も実際にはある。何はともあれ地域医療に人が入ってくる、開業してくる流れを作らないといけない。中山間地等の過疎地の医療や在宅もそうだが、そこに人が行くという入り口をしっかりと確保できるかが鍵だ。

<日本型のかかりつけ医の確保とリカレント研修>

図 総合医の確保私案

総合医の確保私案



専門医としての総合診療医と、総合診療的な技能をもった各診療科の専門医が重層的にかかりつけ医体制を構築していくのが、日本的な解決策であると考えます。

図は、総合医、すなわち「幅広く診療できる医師」の確保に関する私案だ。各々の医師の軸として、専門医の技能を自身の職歴の中で培い深めていくのだが、長い臨床経験の中では否応なく様々な患者に対応することになる。しかし、そのような経験だけでは、そこで得た知識は十分に体系化されていない。それをどこかできちんと体系化することによって、T字型の医師を作っていく。この形が最も現実的なのではないか。

最初から総合医を選ぶ人を必要な数確保することはできないかもしれないが、例えば、泌尿器科はかなり幅広く診ることが求められる診療科だ。婦人科もしかりだ。眼科は確かに特殊だが、耳鼻科でも実は結構、幅広く診ている。そうすると、いつの間にか幅広く身に付けてる知識をリカレント研修できちんと体系化して、専門を持ちながら幅広く診ることができる医師を作る仕組みを整備するのが日本的な総合医の確保なのではないかと、私は考えてい

る。

これはイギリスの GPwSI (GP with Special Interest) に近い。日本の開業医で、かかりつけ医機能をすでに担っている医師にはこういう医師が多い。日本の雇用形態の中にこのような存在をどう織り込んでいくのかを考える必要はあるが、日本の個々の開業医は世界的に見ても非常に熱心に勉強し続けている。

迅速診断を例にとっても、その仕組みを分からずに使っている医師はあまりいない。みんな理解して使っている。薬についてもしかりだ。カナダに行ったときに、カナダの医師は臨床研修で覚えた薬をずっと使い続けると話していた。日本もそういう医師も少しはいるが、日本の開業医は新しい薬をどんどん使っている。使い過ぎるくらい使っている。

しかし、エビデンスがない薬をずっと使い続けることの方が問題が大きい。日本で開業医が新しい薬を使うのは、使えるように研修しているからこそだ。そのようなある程度の実臨床に基づく経験値としての知識を多くの開業医は持っている。あとは、それをうまく体系化する手立てがあればいい。だからこそ、リカレント研修の仕組みが重要だ。ありがちな研修会のような座学で、寝ても寝ていなくても、そこにいれば単位がもらえるという仕組みでは十分ではない。実践的なリカレント研修が必要だ。

その点、全日病や回復リハビリテーション協会はずごく実践的なことやっている。全日病は信頼のおける先生方が責任者になってプログラムを組んできたのでこれが可能だった。それをずっとやり続けている。さらに、全日病の学会では若手のリーダーを育てる研修会もかなり積極的にやっている。回復リハはさらに踏み込んでいる。回復リハは全職種に対して様々な研修をかけていて、その内容もかなり実践的だ。日本にはそのようなベースがある。これは他の国では基本的にないものだ。

専門医としてキャリアを積み上げて来た医師でも、リカレント研修で何を学ぶかの枠組みをうまく作れば、幅広の臨床経験は知らず知らずに積んでいるので、学びなおすことは可能だ。そのようなリカレント研修を経て、専門医を持ちながら総合医的に働くことができる医師を日本は作ることができる。そこがおそらく落としどころになるだろう。その上で、個々の医師・医療機関同士をネットワーク化していった面としてかかりつけ医機能を地域的に整備すればいい。それに加えて、欲を言えば、そういうものを病診連携の中で統括するようなオープンホスピタルが地域に1つずつあるとさらにいいのになとは思ふ。

<慢性期をプールにしたエリアネットワーク>

ネットワークについては、競合医療機関が多数ある都市部とそれがない地方は分けて考えなければならない。地方と地方の中核都市ぐらいをベースに、まずは情報連携の基盤を作っていく。

他方で、情報連携はルールがあるようでないから、競合している都市部では難しい。結局、今度のコロナを契機に都市部で何が起きたかということ、ファストドクターのようなスポットで診療の穴を埋めていくところと、大規模在宅、そしてチェーン。こういった従来にはなかった形のプロバイダーの台頭だ。そのような動きの中でも、介護系の人たちが中心になっていこうとみている。今の患者の流れは、慢性期のプールがあって、そこから高齢者救急のような形

で急性期病院に入っている。そうすると、急性期からの出口が必ず必要になる。そうやってループができています。慢性期のプールをベースに、プライマリ・ケアが急性期の橋渡しをするような枠組みができつつある。

都市部はそういう形で進んでいこう。これと並列の問題として、介護との連携が都市部では重要になる。都市部ではもう療養病床を作れないからだ。もちろん、介護施設もそんなに造れないが、かといって、サ高住に入れるような資金も資産もない高齢者はたくさんいる。どうか、家はある、あるいは都営住宅に住んでいるという高齢者をエリア的なネットでカバーしようとする、在宅サービスとクリニックと何かあったときに受け入れることができるショートステイ機能を持った介護施設と、地域包括ケア病棟という組み合わせになってくる。それで患者を回しているのが今の東京の半分だ。最近はどんどんそういう形になってきている。

患者がたくさんいるところはそれを支える市場性が担保されるから、そういうビジネスモデルが成り立ちうる。診療所もその中に組み込まれているから、その診療所の医師と言っても開業医ではなく、基本的には病院の法人職員だ。基本給プラスボーナスという形で雇用される存在だ。同じ法人でやる場合もあるし、別に法人をつくり直す場合もある。実態は株式会社の資本でそれができているものもある。一定の資本力や組織力が必要なので、株式会社がやることもあるが、社福がやることも当然考えられる。大規模社会福祉法人が、例えば、デイサービスやデイケアの隣にクリニックを併設して、法人は違うけれども、そこで実質的に雇われ医師を院長として運営しているような形だ。これが都市部での、新しいかかりつけ医機能の形として動いていくんだと思う。

このような都市型のかかりつけ医機能のあり様を背景に、療養病床の差額ベッド化や在宅介護・在宅医療のはみ出し部分をサービスのプロバイダーと結びつけた民間保険でカバーする形が広がる可能性がある。これは一種のかかりつけ医機能をてこにした会員制型医療・介護だ。かかりつけ医機能の実態は、地域や公的保険でどこまでをカバーするのかということとも関連して、かなり大きな振幅で振動するものだ。そのため、日本では、なかなか「かかりつけ医機能」を一意に定義できない。

<母子保健をモデルにしたかかりつけ医機能>

それでも、小児と高齢者はまだ考えようがある。問題は、その真ん中だ。真ん中は産業医がその役割を担うとも言われるが、産業医の対象は安衛法でカバーされている勤労者だけだから、その年代のすべての国民をもれなくカバーするわけではない。

しかし、産業医が果たしている役割に着目することには意味がある。産業医は日常的な健康管理や予防のマネジメントをやっている。勤労者が持ってきた検査結果を見て、彼らが分からないことをアドバイスしている。このような関わり方にも一定の役割がある。その意味で、特定健診や特定保健指導を、かかりつけ医機能の枠組みで使えばいいと思っている。勤労者に対しては、特定健診・特定保健指導がかかりつけ医機能を具現化しているともいえる。これを診療所でやれるようになれば、それがかかりつけ機能を果たしている診療所になるだろう。特定健診・特定保健指導を軸にして、小児科の母子健診をモデルにした仕組みにすべきだ。

例えば、医師会立病院で健診を受けてもらって、その後のフォローアップもするということができれば、医師会立病院も生きてくる。だから、生活習慣病を管理するという役割を医師会病院の1つの柱にすればいいのではないかと話をしたところ、熊本医師会が採用してくれた。そして、その形を熊本医師会でずっとやってきたが、それ以上理解が進まず、全国的な動きにならなかった。これは本当にもったいない。

現時点でのかかりつけ医機能は、高齢者の話ばかりしているが、本当はそういう全人的な、全世代の健康管理を考えていく必要がある。若い人にとってはそっちの方が大事だ。母子健康手帳にしても、学校保健のデータにしても、産業保健のデータにしても、それから特定健診データにしても、誰が一番、管理してくれてありがたいかと言えば、それはかかりつけの医師だ。それぞれの地域の医師会が健診データをきちんと生涯にわたって管理してあげることが喜ばれるはずだ。さらに、マイナンバーがうまく使えれば、住所が変わっても移動した先の医師会で管理してもらえる。

大分県臼杵市の石仏ネットはまさにそれやっている。行政と組んで、母子保健のデータが医師会病院で管理されて、それをアプリに落として親が見られるようにしている。健診の意義とは本来そういうことのはずだ。そこにこそかかりつけ医機能を考える1つのポイントがあると思っている。

また、子どもの話をすると、小児科の医師らで学校医をやっている医師らはすごく悩んでいる。見つけている健康異常に対して十分に対応できてないからだ。それは何かというと、メンタルだ。メンタルヘルスに問題を抱えた子供が多い。しかし、メンタルの子たちが支援学級に安易に送られている。支援学級にいる間はまだいいとしても、学童保育に行ったら学童保育でメンタル面を見てくれる人が誰もいない。そのため、どんどん状態が悪くなって、引きこもりになっていっている。学校保健をやっている医師らはそこに気が付いているが、今の学校保健の枠組みではそこから先に踏み込めない。そもそも学童保育の指導員は、多くが非常勤すなわちアルバイトだ。支援学級の方でも十分にケアできていない。

フランスでは、障害を持った子たちに対して、一人ひとりきちんと評価をして、社会に包摂していくために何が必要なのかというプログラムを個別に作って、それを実施していく。その情報を教員とかかりつけ医と産業医が共有して、その子たちがちゃんと自立できるように支援する。そういうのがちゃんとできるのがかかりつけ医機能だしかかりつけ医制度だと私は思っている。

また、地域に対して責任を持つのと同時に、目の前の患者に対しても責任を持つのがかかりつけ医の仕事だ。そうすると、かかりつけ医の一番重要な機能は、調整になる。相手が小児であれば、その子に欠けているものに対して、その医師自身が自分で提供できないサービスを確実にリソースを探してつなげていってあげることだ。イギリスの仕組みが必ずしもいい訳ではないが、ソーシャル・プレスクライビングという形でつなげるという役割が医師の役割として位置づけられていることは学ぶべき点だ。これは、イギリスではリンクワーカーと呼ばれる役割だが、かかりつけ医の一番重要な機能はリンクワーカーとしっかりつながっていることだと思う。医療のケアマネといってもいい。

小児科医は以前からそれができている。なぜできているかというと、それは母子健康手帳があるからだ。これをベースに、行政や保健師が入ってきてくれて、新人の開業医の小児科

医でも、それを通じてどんどん学んでいく。高齢者のところで、同じような役割を作るなら、それは介護保険になる。介護保険をうまく軸にして、主治医意見書を書く医師が、その患者にとって必要なサービスとリソースをある程度見渡せないといけない。かかりつけ医が主治医意見書を書くことによって、リンクワーカーであるケアマネージャーに確実に繋がっていく。今後のかかりつけ医機能の成否は、その実態をどう担保していくかという点にかかっているのではないだろうか。

そうすると障害も同じように考えられる。学校保健がそのような役割を担えるはずだ。そういう機能まで織り込んでかかりつけ医機能を位置づけるべきだ。だから、私は、日本のかかりつけ医制度を考えるための重要な基盤ないしは基礎はそのほとんどが母子保健にあると思っている。母子保健でやっている仕組みをどううまく他の課題に展開していくのかということを考えていかないといけない。

3. 結果分析～インタビュー調査から得られた知見～

○ かかりつけ医／かかりつけ医機能についての基本的理解

本研究のヒアリングでは、かかりつけ医/かかりつけ医機能そのものへの理解について、幾人かの識者が言及した。

<診療能力の幅の広さ、総合診療能力、患者に寄り添う姿勢、在宅医療の実践>

日本病院会会長の相澤孝夫氏は、患者の訴えを聞いてその相談に乗る、という基本姿勢は全ての医師に求められる基本的資質であるとしつつ、求められるかかりつけ医の能力として、第一に診療能力の幅の広さを挙げた。その上で、医療法1条の4第3項に言及し、専門医や急性期病院に適切に紹介する能力を強調している。かかりつけ医に求められる能力、という視点からは、相澤氏は総合診療能力を重視している。

同時に、病診の連携という視点からも、病院から患者を地域に返す際、患者のかかりつけ医となる者の能力として、患者の全身を診ることができることの必要性を強調した。

松戸市医師会長の川越正平氏は、かかりつけ医機能の重要な要素として在宅医療の重要性を指摘している。その上で、開業医(地域の医師)にいきなり在宅医療への本格的な参画を求めるべきではない、とも述べている。

川越氏自身は、これまで熱心に在宅医療を実践し、また地元医師会において在宅医療の基盤づくりに奔走してきたことで知られる。しかし、川越氏は、かかりつけ医機能強化のためには、最初から在宅医療ばかり前面に出すのはハレーションを生み逆効果なのではないか、とし、「最初は糖尿病をしっかりとやりましょう、次に発熱診療も断らないで対応しましょう、かかりつけの患者から依頼されたら、最後まで面倒見ましょうと、一段ずつ要所を突き詰めつつ、薄皮をはがすように深化させていく過程」を重視し、最終的には「在宅医療に目を向けてくれる開業医が増えていくことを期待している。」とした。

この点については、福井県医師会長の池端氏も、「確かにかかりつけ医に要求される資質や能力は言い出せばいっぱい出てくる。しかし、これだけ高齢者が増えてくると、あまり高いハードルを掛けて絞り込むのは問題の解決策にならない。間口を広く取って、希望する人に対してリカレント研修や生涯教育を通じてかかりつけ医になれるように誘導していくことが必要だ。そういう中で、とにかくまずは現場に出てもらうのが一番だ」と述べている。

<連携と協働で実装する「かかりつけ医機能」>

確かに、茨城県医師会長の鈴木邦彦氏が繰り返し述べているように、かかりつけ医機能は、地域医療構想や地域包括ケアシステム、さらには在宅医療・在宅介護に関する諸制度とも連動し、医療の枠にとどまらず、行政との付き合いも含めたかなり射程の広い機能である。

また、在宅医療に代表されるように、医療機能としても外縁が広く、実践していく上で医師・医療機関に相当の負担をもたらす面もある。

学ぶべきこと、なすべきことは極めて広範で、ソロ・プラクティスの診療所が単独でこの機能全てを担うのはごく一部の例外を除いて現実的に不可能であろう。そのため、かかりつけ医・かかりつけ医機能の社会実装、という観点からは、一方では個々の医療機関ができることから始めて担える機能を其々に拡大していくような支援・誘導を行いつつ、同時に地域全体として必要な機能を発揮していけるような医療機関相互の連携、多機関・多職種との協働の契機を作っていく、という多面的なアプローチが必要になる。

<医師・医療機関と患者市民との信頼関係の重要性>

また、日本総研上席主任研究員の川崎真規氏は、非医療者・患者の立場からかかりつけ医像を語った。その中で川崎氏は、患者との信頼関係があることの重要性を指摘した。その上で、たとえ専門外であっても、一通り患者の話を受け止めて患者に安心を与えることができる存在であることを求めた。これは、相澤氏が医師一般の素養として言及した内容にほぼ同じである。

本調査研究事業の郡市区医師会アンケート調査結果でも、かかりつけ医となる医師・医療機関に求められる機能・役割として「患者家族との信頼関係(なんでも相談できる、コミュニケーション能力)」をあげる回答が最も多く、81.3%になっている。

この点に関連して、この研究事業と同時期に大阪府医師会調査委員会が実施した医療機関・府民双方を対象としたかかりつけ医についての意識調査(*)の結果が興味深い。

かかりつけ医のイメージについて、「なんでも相談できる」「長年通院している」「必要な時に専門医・専門医療機関を紹介してくれる」といった「信頼関係」「コミュニケーション能力」に関わる項目について両者とも高い回答があり、かつ両者の間で共有されている一方、「健康相談」「夜間・時間外対応」「往診・訪問診療」については両者の間に意識の差があり、あまり共有されていない。

(*「「かかりつけ医」のイメージは医師と府民の理解に相違がある～大阪府医師会調査委員会の調査結果から」 岩本伸一大阪府医師会調査委員会委員長 社会保険旬報 2014年3月1日号)

<地域によって大きく異なるかかりつけ医・かかりつけ医機能の姿>

産業医科大学教授の松田晋哉氏は、日本のかかりつけ医のあり方について、欧米のモデルは必ずしも参考にならないとした上で、都市部と地方でかかりつけ医そのものの姿を分けて考える必要性を提唱している。

都市部においては、医療機関が多く存在しており、多くの場合患者は自分の疾患ごと(診療科ごと)にかかりつけ医を持つことが可能であるとして、個人の医療(疾患)全般に包括的に責任を持つ存在としてのかかりつけ医がない、ということを指摘している。

ここでいう「診療科ごとのかかりつけ医」は、日常用語としての「主治医」に近いものといえるが、このような診療科ごとの“かかりつけ医”というあり方が生まれる論拠として、松田氏は、都市部の場合、医療資源が豊富であることから患者・住民自身が必ずしも単一のかかりつけ医を望んでいないことを挙げている。

これは、医療資源が潤沢で患者側の選択の幅が大きい東京などの大都市部特有の現象であり、大都市部以外の多くの日本の地域ではこのような事象は見ることがない。

大きく言えば都市部と地方、さらに細かく見ていけば将来の人口動態、高齢化の進行、医療資源の現状と将来予測等々によって、かかりつけ医の姿、かかりつけ医機能の実装のあり方は大きく異なる。今回のインタビューでも、東京都医師会で在宅医療を担当する西田理事の状況認識と、中山間地、あるいは過疎地で地域医療を担っている織田氏や小柳氏などの状況認識はかなり異なっており、コロナ禍での医療逼迫の起き方、それへの対処法策もまた大きく異なっていたことは今回のインタビューの中でも確認することができた。

松田氏は、医療資源が少ない地域においては、内科や外科を中心に地域の医療機関の多くが、すでにいわゆるヨーロッパ型の GP のように機能している実態がある、と指摘している。

地方においては、地域の医療機関はすでに相当程度かかりつけ医としての機能を果たしている(担っている)という指摘は、福井県医師会長の池端幸彦氏や新潟県医師会理事の小柳亮氏をはじめ、東京以外の実地医家である複数のヒアリング対象者が同様の指摘をしていたことから裏付けられる。

このことは、人口減少・少子高齢化の先進地域である地方が置かれている現実が、医療機関にそのような機能役割を持つことを求めている、ということでもある。

地方が置かれている状況は、いずれ都市部も直面することになる。少子高齢化が進行する我が国における医療提供体制の将来像を考えれば、かかりつけ医・かかりつけ医機能の社会実装は日本全体にとって避けて通れない課題になる、ということであろう。

かかりつけ医・かかりつけ医機能の社会実装のための戦略

川越氏や池端氏の指摘は、かかりつけ医としての能力やかかりつけ医機能の実装に向けた具体的な提案であるが、現実には即した取り組みを進めることの重要性を指摘しているものでもある。

この点に関連して、一昨年の医療法改正案の検討時に、かかりつけ医が担うべき機能を法令上列挙し、報告を行った医療機関のうち一定の基準を満たしている医療機関だけを「特定かかりつけ医機能医療機関」として承認し別に位置つける、という案が財政当局から提起された経緯がある。

この案は、審議会プロセス等の検討の過程で最終的に改正法案に盛り込まれるには至らなかったが、このような発想の出発点は、かかりつけ医・かかりつけ医機能の実装を「受診適

正化を通じた医療費抑制」という視点で理解するところであり、その意味では同様の主張は繰り返し提起される可能性がある。

かかりつけ医となる医師、かかりつけ医機能を担う医療機関には一定の水準(質的水準)が求められることは当然であり、誰でもなれるというものではない。実践の意思と機能役割を担う力量双方が必要である。しかしそれは個々の医師や医療機関だけで達成するものではないし、できるものでもない。

政策論、すなわちかかりつけ医機能の社会実装を実現する観点からは、現実的に戦略を考えることが必要になる。

そもそも、現行制度においてかかりつけ医の対象となる「慢性疾患を有する高齢者その他継続的に医療を必要とする者」だけでも数百万人の規模で存在しており、ほとんどの者は現に医療機関との関わりを有している。

かかりつけ医機能の社会実装におけるキーワードは、多くの有識者が指摘するように、チームアプローチである。重要なのはいかにして連携によって必要なかかりつけ医機能を地域住民に提供するかであって、だからこそこの問題について「地域完結」「面で支える」「ゾーンディフェンス」といったキーワードが語られるのである。

殊更に個々のかかりつけ医・かかりつけ医療機関についてのハードルを上げて入り口を狭めることは、社会実装を進める上ではむしろマイナスにしか働かないことを銘記すべきである。

2023年の医療法改正、そしてそれを受けた省令改正によって制度化されるかかりつけ医機能報告制度において、かかりつけ医機能にかかる報告項目として必要な事項(かかりつけ医機能の要素)が整理されることとなるが、重要なのは報告された個々の医療機関の機能ではなく、かかりつけ医機能を地域全体として提供し得るための体制(地域の医療資源の連携・協働の仕組み)をいかに構築するかであり、個々の医療機関の機能を高めるとともに、どうそれを組み合わせ、連携させて地域全体をカバーできる「面としてのかかりつけ医機能」を実装していくか、つまりシステムの構築について具体的政策論、制度論を組み立てていくことである。

(付論) かかりつけ医機能の担い手の養成

本報告書の主題からは少し離れるが、かかりつけ医機能の担い手(=かかりつけ医)の養成について、インタビューの中で少なからず言及があったので、この点について付論として記述する。

日本病院会会長の相澤氏は、開業医一般がもれなくかかりつけ医としてそのまま認められていくことに疑義を示した。

地方において、既存の地域医療の担い手の多くがすでに実質的なかかりつけ医機能を担っている実態があることは認めつつ、地域全体として、将来に向けて持続可能な形でのかかりつけ医機能を担保していくためには、体系的なかかりつけ医機能の担い手の養成が不可欠である、とした。

産業医科大学教授の松田氏は、かかりつけ医機能の担い手の養成確保について、医学部教育とリカレント研修の2つのステージを示した。

松田氏は、現在の医学部教育と卒業臨床研修が総合的な診療能力の涵養に失敗していると指摘し、その原因として、臓器別の大学講座を挙げた。その中で、松田氏は、幅広い疾患を学ぶシステムとして、かつてのナンバー内科、ナンバー外科における診療・研究領域の重なりが意外に有意義だったのではないかという趣旨の証言をしている。さらに松田氏は、「現状では専門領域の細分化が進み、医学教育自体もそれを前提とする形になっており、その結果、かかりつけ医機能が大学医学部と最も縁遠いものになっている。」、「このような大学医学部での実態と並行して、本来プライマリ・ケアの担い手の養成を企図して始まったはずの卒業臨床研修制度の趣旨もまた骨抜きにされている。」として、現状では大学及びその影響下にある卒業研修に変化を求めるのは難しいという悲観的見通しを示した。

福井県医師会長の池端氏もまた、卒業研修で地域医療の取り扱いが小さすぎると主張し、半年から1年の地域医療従事の義務化というアイデアを示した。

医師になって早い段階での地域医療の経験を積ませるべきだという主張自体には傾聴すべきものがある。池端氏によれば、地域医療の一端に触れることができた初期研修医が口をそろえて「慢性期や在宅が何をやっているところか知らなかった。」と言っているという。

池端氏からは、若い医師も、地域医療の実態を見る機会さえあればその魅力を理解してくれるという自信・信念が感じられる。

他方、松田氏はむしろ、30代後半から40代にかけてのリカレント研修に期待を寄せている。幅広い疾患に対処するためのシステムティックなリカレント研修を開業医に課すという制度や、そのような研修の診療報酬上での評価などによってかかりつけ医機能の実質を担保することを提案している。

専門医としてのキャリアパスの中での臨床経験にも敬意を払い、その経験に一定の積極的意義を見出しつつも、それだけでは不十分であり、準備された研修によって体系化される必要があるという形で問題点を切り取っている。

松田氏のリカレント研修論が示しているこの臨床経験への敬意という要素は、リカレント研修の成否を考える上で重要であるように思われる。

かかりつけ医機能の担い手あるいは総合診療医の養成という文脈で、卒業研修及びリカレント研修の両方に関する独自の取り組みに強い自信を示したのは豊田地域医療センター

副院長の大杉泰弘氏である。大杉氏は、総合診療医の養成について、中小病院の優位性を強調するとともに、ロールモデルを示すことの重要性を指摘した。大杉氏は、医療需要の大半がいわゆるコモン・ディゼーズであることを指摘して、総合診療の幅広さ、奥行きを強調するとともに、総合診療の専門性としてコーディネーション能力を挙げた。そして、総合診療の養成課程そのものをブランディングすることで、多くの新規研修希望者を獲得し、そのエネルギーで地域での役割を拡充していると証言した。

いずれにせよ、この問題は「社会から求められる医師の資質能力」をどのように考え、それをどうやって担保し実現していくか、という問題であり、医学教育にせよリカレント研修・現任研修にせよ、基本的にはプロフェッショナルオートノミーとして医療界自身が考えるべき課題であろう。

○ かかりつけ医機能を担う医療機関とは～かかりつけ医機能は誰が担うのか～

これまで、かかりつけ医を巡る議論においては、肯定的・否定的どちらの立場からの議論でも、かかりつけ医＝開業医（診療所）という暗黙の前提で議論が進んできたきらいがある。

しかし、かかりつけ医の議論を、かかりつけ医療機関が担うべき機能の社会実装、という視点で捉えれば、かかりつけ医機能の担い手は当然に開業医（診療所）に限定される、というものではない。

実際、ヒアリング対象となった先進事例の実践者からは、それぞれの実践に基づく多様な意見が提示された。

大杉氏は、かかりつけ医機能は地域の診療所が担うものであることを前提として、病院の総合診療医はその連携の相手方になる、とした。日本海ヘルスケアネット代表理事の栗谷義樹氏も、病院あるいは病院勤務医自体をかかりつけ医の担い手（主たる担い手）とは見なしていない。また、池端氏も福井県でのかかりつけ医の担い手は「普通の開業医」と述べた。

一方、茨城県医師会長の鈴木氏は、ソロ・プラクティスの診療所が多い日本の医療事情に鑑みて、診療所単独でかかりつけ医機能を担うことは困難であり、地域密着型中小病院が、それらをつなぎ合わせるハブとしてかかりつけ医機能を担いうる（＝支える）存在であると指摘した。

全日本病院協会副会長の織田正道氏も、地域の外来診療を担う医療機関がかかりつけ医機能の担い手であるとしつつ、地域の中核的な中小病院である自施設もまたかかりつけ医機能の一翼を担う存在であると述べた。

恵寿総合病院理事長の神野正博氏は、人口減少地域における医療・介護の総合的なプロバイダーによるエコシステムが確立している場合には、連携やコーディネーションに力点があるかかりつけ医機能は、むしろ必要性を感じないと述べた。これは、かかりつけ医機能が、地域の医療・介護にかかわる複数の提供主体の「連携のための機能」であるところ、急性期から慢性期まで、また医療から介護まで、同一の経営主体の下でそれが提供されている場合には、複数プレイヤー間の連携を想定すること自体が不要となるため、と理解できる。

この問題は、病診機能が未分化でかつ圧倒的多数の医療機関(病院・診療所)が民間所有であるという日本の医療提供体制の特殊性と、フリーアクセスを基本とする日本の医療制度の姿と大きく関係し、かつ、地域によって医療資源の分布が大きく異なっていることから、一概に決めつけることが難しい問題でもある。

○ 地域ごとの実態の違いを踏まえた医療提供体制

医療提供体制のあり方について、都市部とそれ以外で分けて考えるべきとする考え方に多くのヒアリング対象者が言及した。

産業医科大学教授の松田氏は、地域内での連携について、競合医療機関が多数ある都市部とそれが少ない地方は分けて考えなければならないとした。また、日本海ヘルスケアネット代表理事の栗谷氏も、都市部はプレイヤーが多過ぎるのに加えて、プレイヤー同士が競合し、患者を取り合う構図になっていると指摘した。東京都医師会理事の西田伸一氏も、「田舎と東京では、問題状況が全然違う。東京では同職種の連携のハードルが非常に高い。」と述べた。

このような都市部と地方の違いは、医療機関の連携以前に、その前提となる医療提供体制のあり方論、将来像の議論を提起する。

都市部と地方の医療状況の違いは、医療圏という概念の成立の成否とも関連する。東京圏では「医療圏」という概念自体が成立しない、ということは多くの識者が指摘しており、東京都自身も東京での医療圏単位の医療計画策定の困難さを認めている。

日本病院会会長の相澤氏も、都市部は医療圏そのものが成立しないと述べており、東京都医師会理事の西田氏は、都市部の患者の性質からこのことを説明している。

都市部の住人は、移動が自由かつ広範であるため、行政が定めた医療圏に患者の受診行動が収まらない。個々の医療機関は、かなり広域の診療圏を持ち、相互に機能的に競合している。このような患者の可動性を前提とした広範囲での競合は、都市部の医療機関が診療領域をかなり狭く設定することを可能にする。巨大な人口規模の都市部において広範囲の住

民を診療対象にすることができれば、特に外来診療を中心に展開する開業医は、あれもこれもする必要はなく、得意なことに特化して診療しても、十分に経営が成り立つ。そのような医療機関の側からは、全人的な診療を提供するインセンティブは経営的にも医師の業務量的にもほとんどなく、あえて他の医療・介護サービスの提供者と連携や協調する必要性も見出し難い。

このように、医療圏概念自体が成立しない状況下では、地域の連携は進みにくい、というわけである。

しかし、中長期の視点から考えると、東京都においても高齢者人口は増大し続ける。むしろ東京こそ高齢者人口の爆発的増大が今後さらに進んでいく。移動能力を持ってない高齢者人口が絶対数で当分は増え続ける中で、これら高齢者の医療ニーズを受け止めるためには、「総合診療型の志」を持った開業医が必要になる、と西田氏は強調する。

都市部は、医療資源が豊富でプロバイダーの層が分厚いことから、医療提供が手薄になる可能性が軽視されがちだが、医療圏が成立しないことで地域連携の基盤が形成しづらく、その結果、移動手段に制約のある高齢者や障害者の医療や介護がピットフォールになる可能性がある。

他方、地方は、今後急速に人口減少が進み、現在のような医師偏在・医療資源偏在がある中では、医療の担い手そのものも確保できなくなっていく可能性が高い。

過疎地における「移動難民」「買物難民」がすでに大きな問題になっているが、医療についても今後その担い手を公的に支えることを政策的に積極的に進めるのかどうか、ということが問題になる。

しかし、具体的にどのような提供体制の形を考えるのか。医療需要が回復する見込みのない地域に公的負担で医療機関(公立病院)を置き続けるのか、それがいつまで可能なのか。

オンライン診療や遠隔診療など IT 技術を駆使した新しい医療提供の形を考えるのか、地域そのもののダウンサイジング(コンパクトシティ)に合わせて医療機関を集約していくのか。財政問題も絡み合うかなり政治的にも複雑な連立方程式の問題となる。

日本のほとんどの地域が人口減少を迎え、この難問が早晩先送りできなくなるところまで来ていることは確かであり、現時点での都市部—人口集中地域とそれ以外—多くは人口減少地域という区分だけではなく、それぞれの地域の将来人口や高齢化の進展の見通し、現在及び将来における医療資源の充足度などの多元的な要素を踏まえた精緻な政策とそれを実行していく政治力が必要になるだろう。

○ 情報基盤連携

かかりつけ医・かかりつけ医機能の実装のためには、医療介護情報連携基盤の構築は、

その前提条件と言ってもよい位重要であり、先進事例の実践を見ると、やり方はさまざまであるが、いずれも実用に耐えうる機動的な情報連携基盤を具備している。

民間資本への依存度が高い日本の医療提供体制の中では、都市部であるか地方であるかを問わず、情報は資本に等しい重要性を持つ。

小柳氏は、東京と新潟での実臨床家及び行政官僚としての自身の経験に基づいて、情報のプロパティとしての性質は、地方よりも都市部でより強いと述べた¹。このような情報そのものが持つ価値のあり様について、都市部とそれ以外の地方という2つの類型に分けて整理・分析を行なってみたい。

地方での情報連携

地方での情報連携の必要性は、医療機関が少ない中で医療提供の能力を最大化する必要があることによることが多い。長野県松本市に自施設の拠点を置く相澤氏は、地方では医療そのものの連携が必要であり、その医療の連携の手段として情報連携が必要であるとした。また、山形県酒田市で地域医療連携推進法人を率いる栗谷氏は、情報連携の必要性を労働生産性の観点から論じ、その具体例として、病院に入院していた患者が退院するにあたり、在宅サービスを準備したり、介護施設に入所したりする場合に、訪問看護師や介護施設職員がいちいち処方内容をメモする手間が省略できるというメリットを例示している。

このような無駄の省略は、医療・介護の提供者が需要に対して少ないがためにより必要となっているものと言える。

それと同時に、栗谷氏は、情報連携を前提とした業務調整の意義を強調している。医療需要がすでに減り始めている過疎地においては、医療提供のあり方が、とりわけ急性期の機能についてオーバースペックになるという問題が起こる。この時に、それぞれのプレーヤーが全く独立して生存戦略を立てると消耗戦になる可能性が高い。消耗戦とは、需要が減少する中で、同じような機能の病院が、同じような高額医療機器を入れるなど、重複投資・過剰投資・過当競争を展開して共倒れになり、結局地域医療が守れなくなる事態が生じることを指す。

しかし、このような患者獲得のための消耗戦を続ける限りにおいては、患者の医療情報は病院にとって確かに財産であり、当然に公開の対象とはならない。そのため、情報連携を進める前提として、その先にある業務整理が見えていなければならない。裏返して言えば、ダウンサイジングという生存戦略への合意を形成できれば、情報連携は一気に進むし、情報連携

¹ただし、小柳氏自身は、情報は患者のものという患者情報そのものの本来の性質を重視しており、「地方であることを条件に医療情報は共有可能となる。」とは述べていない。その意味で、小柳氏は、都市部と地方という地理的違いが情報の財産性を分ける根拠であるという主張そのものに反対していると言える。

が進むことで機能分化・連携・機能整理も進む、ということになる。

日本総研の川崎氏は、非医療者の立場から、情報連携基盤の整備が進むことで、「患者や国民から見たときに、何がどの場面でどう変わるのかというのが、もう少し分かった方がいい」と述べている。情報連携を手段として何をを目指すのかという問いに対する答えは、医療者に対するものと、患者・国民に対するものでその力点が異なると思われるが、政策として情報連携基盤の整備を掲げるのであれば、そのどちらに対しても説得力のある回答があるべきであろう。

人口減少に伴い医療機関の数自体が減少し、その結果一定の地域独占が進んでいる地域では、情報基盤の問題は、同一法人内の多職種間の情報共有の問題になる。

佐賀県鹿島市の織田病院や石川県七尾市の恵寿総合病院の実践においては、法人内の情報共有が高度に進化している。同一法人グループ内での情報連携は、意思決定が一元化されているしそもそも日常業務上の連携もあるので基盤整備は円滑に進みやすい。しかし他面、このようなシステムは外に対しては開放的であるとは言えない場合が多く、実際、織田病院では、他の法人と患者情報をやり取りする場合は、紙ベースで行われるとのことであった。

同一の法人グループによるエコシステム化が進めば、他の法人と情報共有する必要性そのものが減少するので、ある意味当然のことと考えられる。

恵寿総合病院の神野氏によれば、氏が理事長を務める法人グループの患者については、2017年からPHRを確立している。法人グループで保有する患者情報を患者自身が保持し、それを患者自身の責任で管理する。患者は、同法人グループにある自身の情報を自分で見ることもできるし、自分の責任で誰にでも一恵寿総合病院グループ外の医療機関などにでも一見せてもいい。

恵寿総合病院グループのシステムは、非常にオープンなものであるが、このシステムをPHRと言い得る、つまり患者の情報がほぼこの記録で網羅されている、と言い得るのは、その患者の医療・介護サービスが同一法人でほぼ完結していると言えるからである。

恵寿総合病院グループは、基幹病院である恵寿総合病院に加えて、4つの診療所、老健、特養、サ高住、ケアハウスを保有し、社会福祉法人を含めて一体的に運営しているという。その結果、七尾市での医療需要の4割、介護需要の6割を担っているとのことである。

織田病院の織田氏もまた、情報連携の問題は、自施設内での多職種連携の場面の問題である、としている。織田病院では、多職種共同のフラット型チームによって、入院と同時に退院支援が始まる。また、入院中の患者以外にも、在宅医療の現場でクラウド上の病院の電子カルテが使えるのはもちろんのこと、在宅医療にスマートベッドを導入し、患者の呼吸数まで各職種がタブレットで常時把握できる。織田病院のある鹿島市内に、訪問看護ステーションは織田病院にしかなく、ヘルパーステーションも同一グループのものしかほぼ使われないという。

非常に興味深い例として大分県臼杵市のうすき石仏ねつとがある。

臼杵市医師会立コスモス病院副院長である舩友一洋氏によれば、臼杵市では地域全体の医療機関・介護事業者・調剤薬局のほとんどを包含する地域情報ネットワークであるうすき石仏ねつとが確立している。この情報連携基盤は、救急・消防を含む行政とも情報が共有されており、事前情報があることで救急車の現場滞在時間が短くなっているという。また、他の圏域と比べると処方重複も少ないなどポリファーマシー問題の解決策としても成果を上げている。そして、臼杵市内に関してはほとんどの関係機関の情報が患者の持っているカード1つで一元管理されており、乳幼児検診や予防接種記録など母子手帳に記載される母子保健データも紐付いていて、実質的にPHRとして機能しているという。

うすき石仏ねつとの例は、医療・介護サービス提供が寡占状態になっているわけでもない中で、医師会立病院が地域の唯一の中核的病院として存在し、その医師会立病院を中心とした地域網羅的な情報連携基盤を構築しているというものである。

以上、地方での情報連携のあり様をまとめると、以下のような3類型になると考えられる。

まず、顧客情報としての医療情報の経済的価値は地方でも当てはまるものの、医療連携あるいは医療・介護連携の必要性がより強いいため、連携に舵を切らざるを得ない地域がある。その時の「連携」の意味が2種類あり、1つはプレイヤーが少ないがために業務を効率化し、無駄を省略し、互助的に機能分化していくための連携である。これが1つ目の類型になる。そしてもう1つは、すでに減少段階に入った医療ニーズに対してオーバースペックとなっている医療提供体制をダウンサイズするための前提としての連携であり、これが第2の類型になる。明確に区分できるものではないが、第1類型はかかりつけ医機能においてより重視されるべき連携であり、第2類型は急性期医療において顕著となりがちな問題である。

そして、上記のいずれにも当てはめにくいのが、実質的に同一法人グループ内で発展しているきわめて高度な情報連携であり、これが第3類型である。これは、三次救急以外の医療をかなり広範に提供し、また介護を含めた在宅サービスまでを一元的に持っているような総合的プロバイダーの内部での情報共有であり、その意味で本来の意味での他者を想定した「地域連携」ではない。

医療・介護サービス提供の独占寡占状態を前提とした医療・介護のエコシステムとも呼べるもので、日本の過疎地の多くでは、こういったエコシステムの提供者が地域に根を張った民間資本や国保直営診療施設(広島県御調町(現尾道市)の御調総合病院が有名である)などによって形成されていることが多い。恵寿総合病院や織田病院の例は、民間病院であっても、その担い手が地域に密着した民間資本であるであれば地域の信頼にどこまでも応えうる存在として地域を支えているという例である。

そして、独占・寡占を前提としない極めて稀な成功例として、うすき石仏ねつとがある。

都市部での情報連携

このような地方での情報連携のあり様に対して、都市部での情報連携はその意義が異なる。

産業医科大学教授の松田氏は、患者が診療科ごとに複数の“主治医—かかりつけ医”を持っていることを前提に、都市部では、医療機関同士が相互にコンサルテーションできるようなネットワークを形成する必要性を主張した。

松田氏は、コロナ対策として品川区医師会が行ったバーチャル診療室の例を挙げて、異なる診療科の医師がオンライン上で自由にコンサルテーションしうるシステムの普及を提唱した。これは、患者のそれまでの病歴や治療歴に関する情報を共有するというよりも、それぞれの医師の専門知をバーチャル診療所と言うテクノロジーを介して効率よく患者に投下できることに主眼がある。その意味で、患者情報の連携と言うよりは、医師側の情報の連携である。

都市部における患者情報の連携としては、在宅コロナ患者の夜間・休日診療にファストドクターを導入した日野のぞみクリニック理事長の望月諭氏の経験が興味深い。

ファストドクターは、いわゆる大規模在宅救急の新しい担い手として、病床のオーバーフローに伴い在宅療養せざるを得なくなった在宅コロナ患者の夜間・休日診療で大きな存在感を示した。望月氏によれば、2022 年年明けから春にかけての第6波では、日野市においても地域の既存のリソースだけでコロナの在宅医療をカバーしきることが不可能となり、特に夜間・休日の在宅診療に関しては、ファストドクターが非常に役立ったとのことであった。

望月氏の説明によると、ファストドクターのビジネスモデルは、地域の医療リソースで対応できないところだけを部分的に切り取って、その部分だけの診療を行うというもので、この限りにおいて既存の医療リソース同士のバランスを崩すことなく、また、既存リソースが新たな人員を雇入れるなどのより大きな資本投資をする必要もないという利点があった。

その一方で、スポットで入ったファストドクターの行った診療の記録が、地域の既存リソースのどこにも共有されないということが課題だった東京都医師会理事の西田氏も、大都市にはファストドクターのような形態のサービスが必要であるとしつつ、情報連携を課題として挙げている。この課題は、とりわけコロナという公衆衛生上も重要な感染症においては無視できないものだった。患者の症状や検査結果によって、隔離期間や対象とするべき接触歴の範囲が変わってしまうからである。

そこで、日野市においてファストドクターを導入するにあたり、望月氏の診療所が窓口となり、ファストドクターから派遣される医師を臨時的職員として派遣する形が取られた。そうすることで、ファストドクターによる診療の診療録が残るのみならず、診療の内容がチェックできるので地域の医療機関の理解も得やすくなったとのことであった。そして、その診療録をもとにして、夜間・休日以外の診療を継続的に地域の医療機関で継続することもできた。このよう

に、ファストドクターを導入するにあたって地域の診療所をいわば代理店として一枚かませる方式は、日野市モデルともいべきもので、既存リソースとの競合を懸念する他の地域の参考にもなると考えられる。

○ 医師偏在対策とかかりつけ医機能

かかりつけ医機能の裏表の論点として、医師の偏在対策に言及した識者も複数あった。茨城県医師会長の鈴木氏は、急性期病院の整理と、地域包括ケアシステムを支える地域密着型中小病院の分散化と、これからのかかりつけ医機能の充実の三位一体という持論に加えて、医師の偏在対策を打ち出す必要性を主張している。

具体的な医師偏在対策として、日本海ヘルスケアネット代表理事の栗谷氏は、大学病院を大学本体から切り離して別法人化するという案を示している。その上で、既存の市中の医療機関と新しい事業体を作れば、大学病院の人材プールを、人事交換の形で地域医療に活用できると述べた。

これに似たものとして、日本病院会会長の相澤氏は、大規模民間病院が持っている人材プールから周辺の過疎地の医療機関に人材配置するという自らの実践を語った。民間病院でも、周辺地域にまで人繰り出来るような強い人的基盤を有している医療機関が存在する地域では、相澤氏の実践を参考できるものと思われる。

○ かかりつけ医機能とフリーアクセス

鈴木氏は、医師偏在対策のコンテキストでドイツの需要計画に触れ、その延長線で、今後日本でも開業の自由とフリーアクセスが二者択一になる局面がくる可能性に言及した。

フリーアクセスの問題は取り扱いが極めて難しい問題である。

今回のインタビューではこの問題に言及した対象者は鈴木氏だけだったのでここでは多くの紙幅を割くことはしないが、現在のフリーアクセスは、国民の選択の自由と医療へのかかりやすさを最優先に組み立てられた仕組みである。このことは見方を変えれば専門職のサポート・情報提供なしに自身の健康管理や医療サービス利用の決定を個々の国民の責任に委ねている仕組みとも言える。

これから2040年に向けて複数の慢性疾患を持つ高齢者はさらに増加していく。今後高齢期を迎える中高年を含め、患者の状態にあった医療を受けるために、身近な地域において、一般的な健康問題への対応をはじめ、日常的に相談に応じ、継続的、診療科横断的に患者を診るとともに、適切な他の医療機関を紹介する機能には国民の強いニーズ・関心がある。

先に紹介した大阪府医師会のアンケート調査でも、このことは明らかである。

患者・利用者の立場に立って最適な医療サービス利用を継続的に支援する専門職、すなわちかかりつけ医の存在は、医療資源の効率的利用を通じた費用の適正化という観点のみならず、患者自身にとって最適の医療サービス利用を保障するという意味で、フリーアクセスのもとでの我が国医療制度にあってはむしろ必要不可欠なものであり、さらに言えば「患者中心の医療・生活」を最適の資源分配・最適のコストで実現するシステムの実現は、国民にとっても、医療者にとっても、保険者にとっても望ましいことのはずである。

であるとするのなら、必要な医療サービスが保障されることを大前提に、国民の側での医療サービス利用のあり方についても、専門職による支援を前提とした何らかのルール化を考えることが必要であろう。

この問題は、「サービスの選択・利用保障」と「無駄なき適時適切な受診」を両立させる交点がどこにあるのか、という議論でもある。

ちなみに、英国におけるかかりつけ医である GP の機能について、NHS は「地域社会における医療との最初の接点」と説明している。つまりかかりつけ医とは Gate Opener であって Gate Keeper ではない。日本のように医療サービスへのアクセスが極めて良好な国ではあまりイメージできないかもしれないが、「適切かつ必要な医療サービスへの道筋を保障する」のがかかりつけ医機能であるということをここで強調しておく。

○ 在宅医療・在宅介護、タスクシフト

人口の高齢化を前提にかかりつけ医機能の充実を図る上で、在宅医療は必須の機能であり、在宅介護等の介護サービスや日常生活支援をも視野に入れた在宅サービスの役割についても視野に入れて議論しなければならない。この点も多くの対象者が強調していた点である。

日本病院会会長で長野県松本市に拠点を持つ相澤氏は、急性期総合病院の立場から、在宅サービスがないと患者を地域に返せないという問題点を指摘している。患者の住む地域の病院が急性期病院から退院する患者をひとまず引き受ける機能を有していない場合、地域の開業医を中心に患者の在宅サービスを整える必要がある。相澤氏は、自らがこういった地域に訪問看護ステーションを設置して、その地域の開業医を側面から支えることで、ようやく患者を退院させることができるようになっていくという自身の実践を語った。

在宅支援、という視点からすれば、診療所であれ地域の中小病院であれ、日常的な医療を担うという意味でも、急性期病院から退院してくる患者の受け皿という意味でも、地域において必要な在宅支援機能を持たなければ、かかりつけ機能を発揮することはできない。

在宅支援機能は、もちろん医療だけではない。訪問看護、訪問介護をはじめとする在宅介護サービス、日常支援のサービスがなければ住民の在宅での療養生活は成り立たない。

地域に必要なサービスを用意することと、そのサービスを機動的に組み立てて在宅生活を継続的に支援していく伴走機能が重要であり、かかりつけ医療機関には、自らがその一部を

担うと同時に、それを支えるハブとしての機能が求められる。

他方、今後、人的物的医療資源に大きな制約がかかる中で、増大する医療介護需要にどうやって応えていくかを考えると、専門職種間のタスクシフト、ICTなどの先端技術の活用は必須になっていく。

患者の在宅療養生活支援をICT技術を活用した病院の機能拡張によって実現している佐賀県鹿島市の織田病院の取組は、おそらく日本で最も先進的な取組の1つであると考えられる。

患者の自宅にスマートベッドを導入するなど、ICTを駆使して、遠隔で夜間・日中を問わず患者の状態を把握し、これを、メディカルベースキャンプという職種横断的な体制によって運用している。これによって、患者の体温が担当チームのタブレットで把握され、患者が熱中症になりそうかどうかも分かる。また、眠りスキャンという機能によって、患者の睡眠状態や呼吸数なども、あたかも患者が病院に入院しているかの如く把握できる。

こうすることで、医療従事者の数が必ずしも多くない地域にあつて、訪問回数を減らしながら、緻密な患者管理を実現させている。また、患者と医療者が遠隔で話をするときにも、最近まで患者の自宅のテレビに病院側の姿を映してコミュニケーションを取っていたとのことだが、現在はそれをスマートフォンに切り替える形で尚にバージョンアップが図られている。

在宅でのスマートベッドの導入については、悠翔会理事長の佐々木氏も言及しており、遠隔でのモニタリングのテクノロジーが今後ますます在宅の現場に実装されていくと考えられる。

<行政との連携の重要性>

福井県医師会長の池端氏によれば、福井県では、県医師会と県とが在宅サポートセンターを設置して、行政機関内のみならず地元医師会とも連携する体制がコロナ前から整備されていた。

この体制の構築に際しては、従来の県の体制では、介護と医療の担当部局が分かれており、さらには医療は県、介護は市町村という役割分担があつたため、その一体的な対応が十分ではないという課題があつた。特に、国が進める在宅医療・介護連携推進事業の所掌が、途中で厚生労働省医政局から老健局に移管したために、県においても事務を所掌する部局が変わり、在宅事業の受け渡しがスムーズにいかなかった地域があつたという。

とはいえ、このような平時からの取組が、コロナという応用問題に対応する際にも大きく役に立ったという。福井県では、コロナ患者の入院コーディネートについて、基幹的急性期病院の医師らを中心とする医療者自身が実質的に差配していくという特殊な形態がとられた。

このような行政を介さない、医療者自身が主体となる入院の差配は、感染症法その他の関連法令が予定した標準的な対応ではないが、保健所を中心とする対応能力が追い付かない

状況が多発したため、医療機関が実質的にこれを代替するという方法が採られた地域は他にも見られた。山形県の栗谷氏も「基本的には自分たちでやった。」と述べている。

池端氏は、このような応用的な対処の仕方が可能だったのは、それ以前からの地域行政との連携の経験があったために認められたもの、と語った。

<新たな医療提供の形態～大規模在宅・休日夜間専門往診～>

コロナを契機に、特に都市部の在宅医療の現場で強い存在感を示したのは、大規模在宅と呼ばれる往診専門医療機関と休日夜間(時間外)の往診を担った医師グループである。

本研究においては、悠翔会とファストドクターという2つの具体的主体への言及があった。そのうち、悠翔会については、佐々木理事長にインタビューを行った。

医療や介護の担い手が豊富であると思われがちな都市部においても、がん等の看取りや、高齢者の老年症候群へのニーズがこれまで十分に手当てされていなかった。悠翔会は2006年に事業を開始し、基本的に在宅診療に特化して事業を拡大してきた。また、難病患者に対しても、気管切開及び喉頭分離した患者に対して、持続吸引等のテクノロジーを導入して医療者や介護者の負担を軽減しつつ、経口摂取を希望する患者にそれを提供することを実現している。これは、喉頭分離という手術やテクノロジーの潜在的価値が、在宅サービスの現場で新たに引き出されたものと言える。

このようなサービスの提供者は、既存の在宅医療の担い手の中にも当然存在したが、それを大規模に展開することで切れ目のない形で提供できるというスケールメリットを生かしている点で、従来にはなかった形であると言えるだろう。

ファストドクターについては、今回のインタビューの直接の対象とはなっていなかったが、東京都日野市での実際の活動について、当地で在宅診療所を開業している望月氏に聞くことができた。望月氏は、平時の在宅診療について、18万人の人口を抱える日野市にあって、800人の在宅患者のサービスを、3つの診療所が担っていることを紹介した。日野市におけるコロナに対するファストドクターの導入に関しては都市部での情報連携の解説部分ですでに述べた通りだが、既存のリソースとのハレーションを回避するために望月氏が行った緻密な根回しや工夫の重用性は改めて指摘したい。

松戸市医師会長の川越氏は、夜間・時間外の大規模在宅との契約については冷静に考えた方がいいのではないかとし、何らかの対応が必要でも医師が訪問する必要がない場合には別の方法を考えるべきで、特に不安への対応は違った方法があるのではないかと指摘している。

この点について望月氏は、地域包括ケアシステムの中で地域の拠点になる在宅診療の提供者とファストドクターが連携を組んで往診の体制を作れば、本来、不必要な往診は減るは

ずだ、と発言している。

東京都医師会理事の西田氏は、大規模在宅事業者や夜間休日専門の往診事業者といういわば新しい医療の担い手と、既存の担い手を「どちらも必要なもの」としたうえで、両者の組み合わせを「誰かが調整しないとイケない」とした。

○まとめ

今回のヒアリングでは、時間の許す限り多くの識者にその経験と見識を伺うことができた。

インタビュー対象者は、それぞれの立場から今後のかかりつけ医機能の充実や多職種連携についての示唆に富む発言を行ったが、本稿を締めるにあたり、元日本医師会会長の横倉義武氏の発言を中心に総括する。

まず、かかりつけ医機能の基本的理解として、横倉氏は、医師法1条及び2013年の日医・四病協合同提言に言及しつつ、「生活背景を把握した上での診療、保健指導」を強調した。その上で、2022年に改定された医学教育のコア・カリキュラムを紹介した。横倉氏は、その中でも特に、「総合的に患者・生活者をみる姿勢」と「生涯にわたって共に学ぶ姿勢」に力点を置いた。

また、かかりつけ医機能の涵養に関して、横倉氏はこれを「学びなおすもの」とした上で、その具体的手段として自らが手掛けた日医かかりつけ医機能研修制度を紹介した。これは、30代から40代という一定のキャリアを積んだ医師に対する卒後教育が必要とする基本的認識に基づいた具体策である。

横倉氏のこの卒後教育論の背景には、もはや総合診療医の育成を待ってられないという時的切迫性についての問題意識がある。横倉氏が創始したこのような具体策を、どのように発展させていくのかという課題が我々の社会に与えられているのではないかと考えられる。

横倉氏は、問題状況に応じて医療提供体制を再構築する必要性も示唆している。まず、一般論として「医療機関の資源の豊富なところと豊富でないところ」の違いを踏まえるべきとした上で、過疎地での医療を如何に支えるべきかという問題提起をしている。具体的には、かつての農村での医療提供を担った国保診療所を例示した上で、「過疎が進んだところでは、民に任せていたら医療提供体制が空洞化するから、また、かつてのようにそこをもう一度作らなければならないかもしれない。」と過疎地での医療機関を公的に支える政策案に言及した。このような問題提起は、これからの医療のあり方を考える上で、最も重要なテーマとなると考えられる。

さらに、情報連携に関しては、「開業医にとって、医療情報は顧客情報」という、この問題の核心に触れている。この核心的要素は、原則的に都市部とその他の地方で異なることがない普遍的なものである。情報が資本との同価値性を有することは、都市部での連携基盤の困難を説明するものであるのは当然として、その他の地方での情報連携の3類型、①すなわち人手不足を補うための情報連携、②業務整理の前提としての情報連携、③エコシステム内の情報連携、のいずれにおいてもその前提であると言える。

その上で、横倉氏は、情報連携の必要性を、医療の担い手不足が顕著な地域におけるタスクの合理化の前提条件として説明した。このような横倉氏の問題意識は、医師偏在の問題にも通じる。横倉氏は、専門職の偏在は医師に限らず弁護士その他にも見られることに同意しつつ、医療がフィジカルな近接性をどうしても必要とするサービスであること、そして医師の養成が公的資源を相当程度投入して行われていることに鑑みて、「医師は、それ自体社会資源」という見解を示している。この見解は、医師をいかなる存在として見るかという横倉氏の根本的な医師哲学を表したものであり、本研究で検討された諸課題全体を照らす価値であると言える。