

## 「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する意見

松江病院院長 岸本晃男

## 2 地域で支える医療の推進

- (1) 救急医療の改善策の推進
- (2) 「地域完結型医療」の推進

国民に、初期・二次・三次救急の区別を理解してもらい、その方向へ導びく事も大切であり、その広報が、今どおしても必要ではあるが、あくまで初期・二次・三次救急という区別は我々医療提供者側の論理であり救急患者は自ら初期・二次・三次救急と区別が出来るものではなく「具合が悪いから、すぐ診てほしい」という事で医療機関へ行くものである。そこで、全ての医療機関が、救急患者を受けとめてあげる姿勢も必要である。その為には、全ての医師が、後期研修の中で総合医として養成される必要がある。そしてその養成の中心はトリアージ能力である。

「救急医療機関」が地域医療ネットワークの中で行っている役割は、『地域医療のトリアージ』である。具体的には①自院に搬入される救急患者の収容の外に②救命救急センター等からの重症度は尚高いが、慢性化した三次救急患者（E x. 呼吸器装着患者など）の受け入れ——（三次救急病院の「満床回避」の為）③初期救急医療（医師会、行政等が行っている夜間診療・区民健診・住民スポーツ大会等）の後方収容がある。しかし②は人手もかかり神経を使う医療であるにもかかわらず診療報酬上は逡減等もあり、中小病院を圧迫している。③については（2）「地域完結型医療」にも関係しているので現在行っている江戸川区方式を以下に述べる。

「地域医療」は、まず地域医療ニーズの正確な把握が大切である。当区では、その住民の不満は、「夜間小児救急医療が不十分である」と分かった時点、すなわち昭和48年より、各「中小救急病院の医療機能」を明確にした上で『医師会夜間診療所』を開設した。以来現在まで午後9時より翌朝6時まで、「初期小児・内科救急医療」を行っている。受診者は、年間約11000名、この二次収容は区内中小救急病院が行ない、三次収容は、4大学病院・2都立病院でバックアップしている。つまり、当区では、この「夜間救急診療所」が地域の内科・小児科のトリアージを行っており、地域の外科系（産婦人科も含む）及び一般救急患者のトリアージは、中小救急病院が行っている。これにより住民の不満は一応の解決をみた。又、当区では、この「夜間救急診療所」のスタッフ確保にも、長年つちかかってきたこれ等中小救急病院の経験を生かしている。しかし、これら中小救急病院の医師・看護師は、安い報酬で、労働時間も長く、夜間多忙をきわめ、さらに「医師研修制度」、「7：1看護」導入等が決定的ダメージとなり、当直医師・看護師の確保はむつかしく、常勤医師・看護師の当直が増え、慢性期介護施設を持たない急性期中小病院の経営は、危機的状況にあり、これ等中小救急病院がなくなると地域で行っている現行の住民サービス体制は

おり、まずはこれ等を増やす事が基本である。この1つの方法として、——→コメディカル養成期間中、1年間は共通に学ばせ（E x. 医学進学過程の様に）2年目から看護師・PT・レントゲン技師等専門分野に分かれて学ばせる方が、ニーズの変動などにも対応でき合理的である。コメディカルも増加すれば、急性期病院・亜急性期病院・長期療養施設間との、正しいトリアージも、スムーズな収容も可能となり「地域完結型医療」の大きな前進となる。

さらに救急診療が可能な医師養成の為には前期・後期臨床研修中に、数ヶ月の救急実習と、その後一定年齢（E x. 40才）は、いかなる診療科になろうとも一定期間の救急実習を義務づける事も必要になるであろう。（地域での救急医の育成の為）上記救急医療の連携が定着すれば、救急のみでなく、全ての医療はおのずと「地域完結型医療」となる

### （3）在宅医療の推進

以前より中小病院では、「医療機関だけでなく、住まいを念頭におく」発想で医療を行っているが、少子高齢化が進んでいる我が国では、家庭で介護する年代も、まさに働き手そのものであり、介護の体制を作っておかねば（e x 外国人の受け入れ等）在宅医療の進みが遅い。

### （4）地域医療の充実・遠隔医療の推進

地域に医師を派遣する場合「たりない医師の穴うめ」的な方法は、現場にそぐわない。まず中核病院で「総合医」を中心とする医師を養成して、確保しておき、地域からの要請があった場合、複数の医師（当直体制が組める様に）を派遣するシステムが必要である。

# ご説明資料

公立大学法人 福島県立医科大学 医学部

地域・家庭医療部

教授・部長 葛西龍樹



〒960-1295 福島市光が丘1番地  
TEL: 024-547-1515 FAX: 024-547-1516  
e-mail: [ryukikas@fmu.ac.jp](mailto:ryukikas@fmu.ac.jp)  
HomePage: <http://www.fmu.ac.jp/home/comfam/>

Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University: R Kassai 2008

## 私の経歴 1

葛西龍樹(かつさい・りゅうき)

- 1984 北海道大学医学部卒業
- 1990 British Columbia大学(カナダ)家庭医療科レジデント
- 1992 カナダ家庭医学会 認定家庭医療学専門医課程を修了
- 1992 川崎医科大学 総合臨床医学 講師
- 1996 北海道家庭医療学センターを創設、10年間所長を務め  
日本初となる本格的な家庭医養成研修システムを構築
- 2006 福島県立医科大学 医学部教授 地域・家庭医療部 部長  
県内に広がる地域を基盤とした県単位の広域家庭医養成  
システムを構築して、現在に至る

## 私の経歴 2

家庭医として臨床研究のエビデンスを評価・活用する立場から英国医師会出版部の Clinical Evidence 編集委員 (1999～)、British Medical Journal 編集委員、および BMJ Knowledge アドバイザー (2004～) を務める

家庭医療の分野での国際貢献により、英国家庭医学会 から 名誉正会員・専門医 (MRCGP) の認定を受ける (2005)

日本家庭医療学会 副代表理事を務め (2003～)、大会長 として 第23回日本家庭医療学会学術集会 を主宰 (2008)

医療情報関係では、医療情報サービス事業 運営委員 (日本医療機能評価機構)、クリニカル・エビデンス日本語版 編集委員長 (医学書院) を務める

主な著書に「家庭医療 ～家庭医をめざす人・家庭医と働く人のために～」(ライフメディコム刊 2002年)、「スタンダード家庭医療マニュアル」(永井書店 2005年) など

2

## 「家庭医療」とは？

どのような問題にもすぐに対応し  
家族と地域の広がりの中で  
疾患の背景にある問題を重視しながら  
病気を持つひとを人間として理解し  
からだとこころをバランスよくケアし  
利用者との継続したパートナーシップを築き  
そのケアに関わる多くの人と協力して  
地域の健康ネットワークを創り  
十分な説明と情報の提供を行うことに責任を持つ  
家庭医によって提供される  
医療サービスです

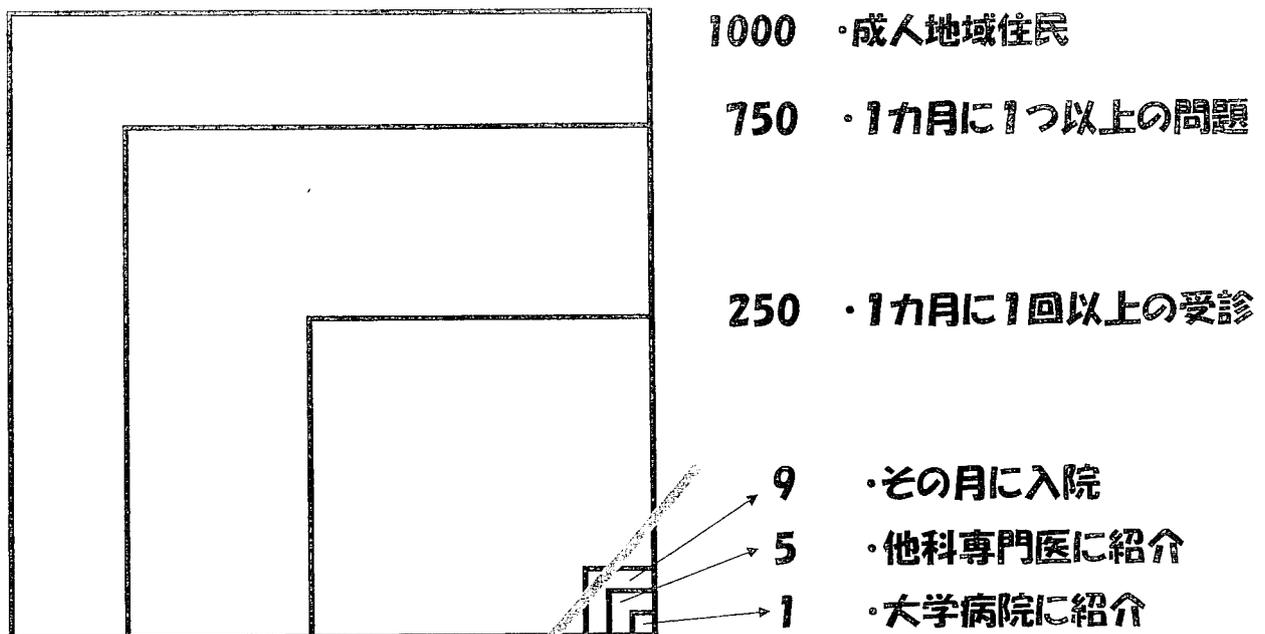
# 「家庭医」とは？

「家庭医」とは、健康問題や病気の8割を占める「日常よく遭遇する状態」を適切にケアすることができ、各科専門医やケアに関わる人々と連携し、患者の気持ち、家族の事情、地域の特性を考慮した、エビデンスに基づく「患者中心の医療」を実践できる医師をいう。

「家庭医療」は、ヨーロッパ(英国、オランダ、デンマーク)、北米(カナダ)、アジア・オセアニア(シンガポール、香港、マレーシア、オーストラリア)、アフリカ(南アフリカ)では、医療制度上も医学教育制度上も確立している専門分野である。

## 地域に起きる健康問題の行方

(White KL, Williams F, Greenberg B: N Engl J Med, 1961)



# 二種類の医師がいたら良い

## 家庭医

- よくある健康問題
- 初期像から対応
- 主として外来・在宅
- エピソードを越えて継続
- 時間を使う
- 多数の患者
- 家族・地域の背景
- 健康因を重視
- 個別健康維持・増進

## 各科専門医

- まれな疾患
- 経過中に紹介される
- 主として入院
- エピソードごと
- 高度先進医療を使う
- 限られた患者
- 生物・病理的背景
- 病因を重視
- 集団検診

## 家庭医と各科専門医がいて協働したら (家庭医療先進国で示されていること)

- ヘルスケア要求の90%に有効・安全に対応できる
- 検査、紹介、治療のコストを減らせる
- 病院とスペシャリストは必須の仕事に集中できる
- 患者の満足度が増加する
- 健康についての不平等が改善する  
(貧 vs. 富、都市 vs. 地方)
- 医療におけるサイエンスとアートのバランスをとる

[Neighbour R (2007) *Family Medicine: the speciality of community generalism.*]

# 家庭医と各科専門医がいて協働したら (日本で期待されること)

- 住民の受療パターンが改善する
  - 賢い「コンビニ受診」の普及
- 病院勤務医のQOLが向上する
  - 立ち去り型開業の減少
- 基幹病院における各科専門医の不足を緩和
  - 各科専門医療の質が向上
- 効率的なケア提供 → 無駄な医療が減少
- 長寿医療、予防、在宅医療のマンパワー確保
- 「地域医療枠」医学生へ目指すキャリアパスを提示

## 福島医科大学モデルの特長

優れた連携の基盤がある(新エネルギー・産業技術総合開発機構NEDO採択事業、医療ITネットワーク、医療スーパー特区申請)

地域医療のニーズへ応えるため、専攻分野を超えた教授たちによるプロジェクト・チームが組織され、良く機能した「地域に生き、地域で働く」家庭医を県内各地域を舞台に養成することを全学で、そして県行政でバックアップした(町村行政も協力している)

附属病院だけでなく、県内に広がる地域を実践・教育活動のフィールドとし、設立母体の異なる多くの医療機関から参加・協力を引き出せた

日本最大の家庭医療国際ネットワークからの支援を受け世界標準の質を目指すことができる

# 家庭医療の質追求

プライマリ・ケア再考－英国家庭医制度から学ぶ

①プライマリ・ケア診療の質追求

②家庭医の役割・倫理教育と規制 — 特に医師免許更新制度を巡って

[葛西龍樹, 富塚太郎 (2008) 日本医事新報 2月9日・5月31日号]

## Quality and Outcomes Framework (QOF) “pay-for-performance”

人口46万の地域、糖尿病16,867人、2004年4月→2006年3月

BMI 73→89%

喫煙 44→95%

HbA1c 75→94%

網膜症スクリーニング 47→84%

末梢の脈拍 22→81%

末梢神経障害検査 22→81%

血圧 87→97%

微量アルブミン検査 7→77%

血清クレアチニン 81→94%

血清コレステロール 78→93%

[目標達成の改善]

□ 禁煙アドバイス

□ HbA1c

□ 血圧

□ ACE阻害薬使用

□ 総コレステロール

□ インフルエンザ予防接種

[Tahrani (2007) *Br J Gen Pract*]

## 具体的な提言

広域(都道府県単位以上)におよぶ公益性の高いシステムを構築して、家庭医と家庭医療指導医を多数養成する

大学、医療機関、住民、行政、医師会の協働ができる先進モデルを核とする

「国民のニーズに応える」質の高い家庭医の教育・評価・認定システムの構築を支援する

地域で頑張っている医師が報われる政策に期待します