

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

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

中川貴史¹

要旨

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

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

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

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

①取り組みの背景

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

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

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

②導入の経緯

・寿都町の紹介

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

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

・北海道立病院から寿都町立寿都診療所へ移管

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

で、道立病院の移管問題は寿都町にとって頭の痛い大きな問題であった。

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

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

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

表1：寿都町人口の推移及び推計

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



図1

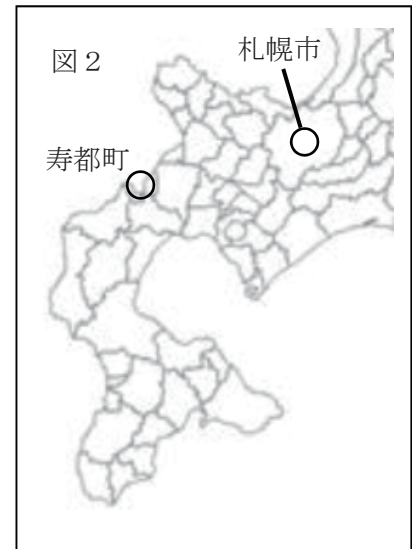


図2

表2：寿都町からの距離及び車による所要時間

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

表3：寿都診療所の歴史

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

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

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

・移管当初の体制と現在の体制の紹介

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

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

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

③事例の詳細

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

表4：寿都町立寿都診療所の職員内訳と人数

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

が、移管後からは家庭医による総合的な医療提供体制が整った。

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

Ⅰ. 診療体制

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

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

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

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

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

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

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

Ⅱ. 地域コミュニティケア

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

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

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

地理的環境への制約への対応

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

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

保健医療福祉サービス

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

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

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

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

健康教育への関わり

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

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

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

政治・行政との連携

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

を通して意見を町に述べる機会となっている。

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

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

その他の関わり

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

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

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

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

られる。

④成果

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

A. 診療所収支の実績

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

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

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

B. 町内の国民健康保険被保険者の受療動向の推移

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

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

表5：寿都町立寿都診療所の運営費推移

	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
診療所収支	△ 186,512,403	△ 179,023,210	△ 154,541,799	△ 139,156,207	△ 135,491,402	△ 123,352,988	△ 115,533,140	△ 114,420,954	△ 108,295,652	△ 116,481,210	△ 117,145,098	△ 103,956,712
道からの運営補助	127,309,000	124,858,000	114,148,000	67,197,000	59,802,000	52,690,000	45,884,000	43,784,000	0	0	0	0
地方交付税			7,100,000	24,599,000	72,407,000	73,424,000	73,528,000	73,766,000	73,857,000	73,716,000	73,818,000	74,285,000
差し引き	△ 59,203,403	△ 54,165,210	△ 33,293,799	△ 47,360,207	△ 3,282,402	2,761,012	3,878,860	3,129,046	△ 34,438,652	△ 42,765,210	△ 43,327,098	△ 29,671,712

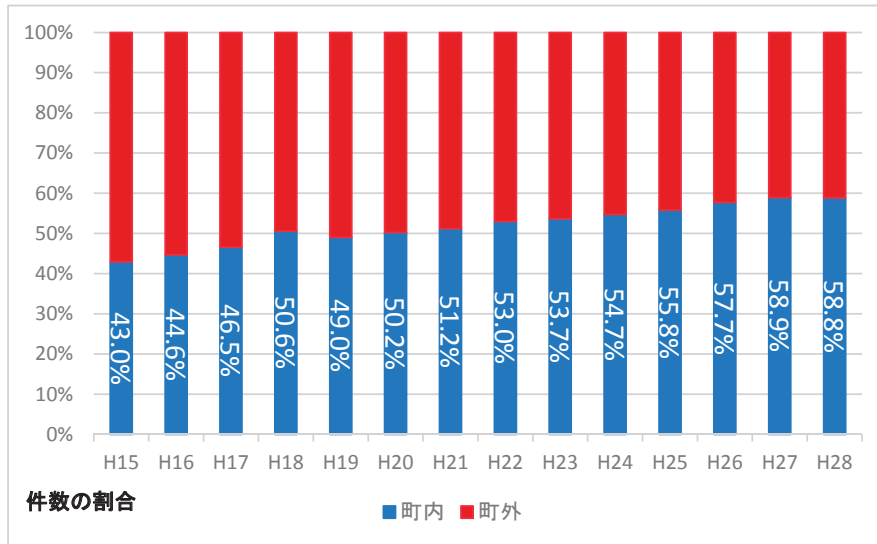


図3：町内の国民健康保険被保険者の町内外の受療件数比率の推移

表6：寿都町国民健康保険被保険者数と年齢別数

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

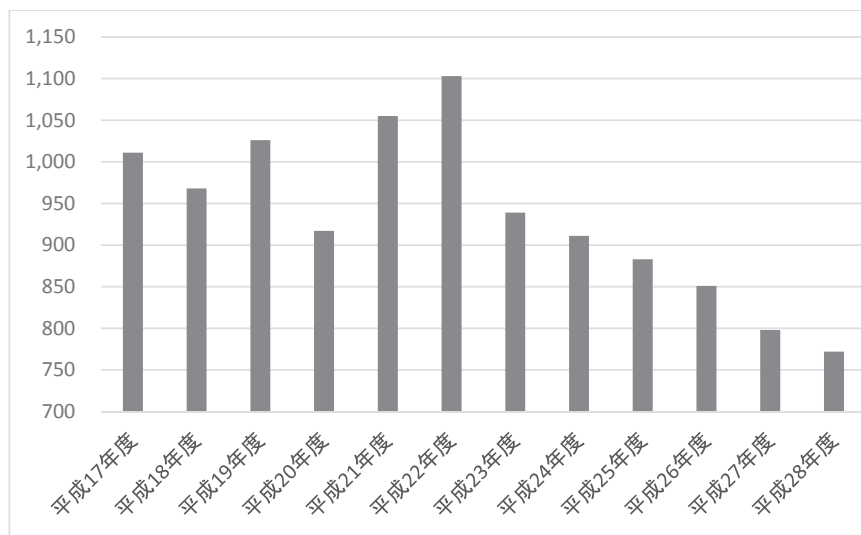


図4：休日時間外の寿都診療所における受診患者数（人／年）

最終的に平成28年度においては58.8%となっている。

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

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

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

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

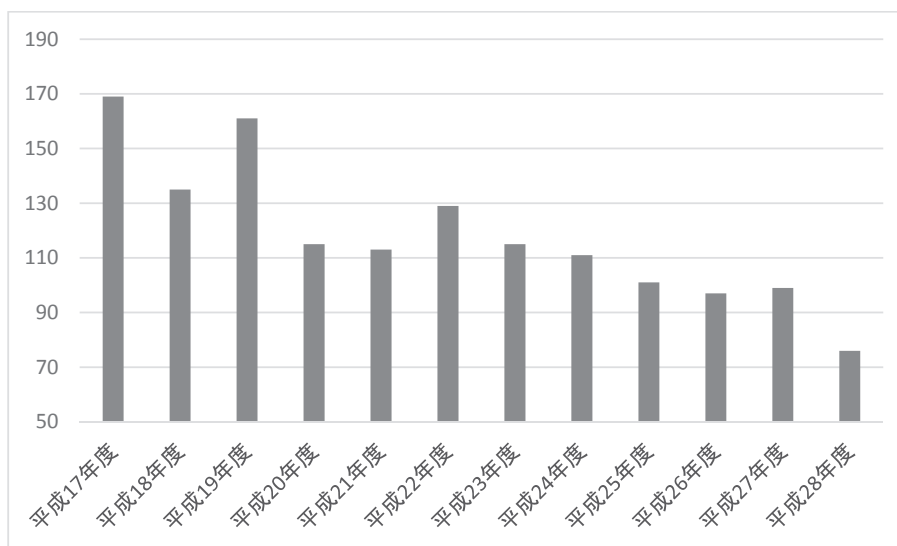


図5：寿都診療所における救急車の受け入れ台数の推移（台／年）

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

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

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

⑤今後の展開

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

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

私の場合、後輩へバトンを渡す時期を強く意識し

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

⑥ 考察

A. 事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

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

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

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

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

B. タスクシフティングの可能性

● 医師確保のパラダイムシフト（一本釣りから循環型地域医療モデルへ）

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

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

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

●スムーズかつシームレスな管理医師交代による持続可能性の追求

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

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

C. 医療や社会に与えるインパクト

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

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

D. まとめ

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

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

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

文献

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

訳. 東京: 大修館書店; 1997

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

ハンドブック. 改訂2版. 東京: 南山堂; 2017

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