

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

診療所所長として、病院の救急外来および当直業務を担うことで、 より地域医療に貢献できる

長 哲太郎¹

要旨

大阪市淀川区にあるファミリークリニックなごみ（以下FCなごみ）は、大阪市西淀川区にある西淀病院と同一法人である。2017年4月から筆者は、FCなごみの業務と並行して、週1度の西淀病院の救急外来と病棟当直を担うことになった。診療所外来および訪問診療を行う中で、地域における多数の病院の特徴や紹介のハードルを理解した。西淀病院の救急外来を担当する際には、診療所側の紹介する側の気持ちなどを理解し、よりコミュニケーション豊かに病診連携できるようになった。都市部の往診患者を診る時を具体例にして、総合診療医がプライマリヘルスケアにおけるコーディネーター・ハブの役割を担っていることを述べ、そして、その役割を担うそのためには、同時期に異なるセッティングで診療することが効果的であると考え報告する。

【事例の概要】

1. 取り組みの背景、導入の経緯

筆者が所属する、淀川勤労者厚生協会（以下、淀協）は、西淀病院（216床）、診療所、老健施設、小規模多機能型居宅介護、訪問看護ステーション、デイサービスといった、中小規模の医療・介護事業を、大阪市西淀川区・淀川区に展開している。淀協の診療所所長は、地域の外来診療および訪問診療を担当し、西淀病院での診療を担うことは少なかった。しかし、西淀病院の当直体制が厳しいため、筆者が2017年に診療所所長として就任する際には、病院の当直業務および救急外来診療を担うことになった。この取り組みは、いわば苦肉の策であり、特に医師の生涯教育としての効果を狙っているわけではなかった。

診療所所長が、病院救急外来および、病院当直の勤務をすることは、病院の勤務シフトに照らし合わせ、多数の医師の調整する必要があるため、業務が煩雑化したり、当直明けには診療所の診療ができないといったデメリットがある。しかし、医師個人と

しては、病棟医療（受け持ち患者はなく、初療および緊急対応のみ）も担当することで、緊急処置についてもスキルを保つことができ、自分の病棟対応がどうだったのかをカルテレビューすることができるので、自分の臨床的力量を上げるメリットがある。また病診連携の観点からは、診療所外来と病院外来を担う医師が同じ医師であれば、患者背景の掌握や地域への理解があるわけで、シームレスな対応を救急外来を担うことのメリットは大きい。もちろん、診療所外来と病院外来の医師が異なる場合がほとんどだと思われるが、診療所と病院との有機的な連携を可能にするのは、「規範的統合¹⁾」と言われている。つまり、価値観や患者観が共有され、総合診療がインクルーシブ（包括的）な専門医療であることが共通認識としてあれば、よりシームレスな医療が患者に提供できる。

地域の診療所で診療するほど、地域の医療資源についての情報が入ってくる。診療所はいわば、プライマリ・ケアの主戦場であるので、患者は、未分化の状態（未診断や素性の良くわからない）でやってくる。そのような患者に対して見立てをつけ、適切な医療・介護サービスを調整するのが診療所医師の

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

役割だ。入院医療が必要と判断した場合は、どの病院に紹介するかが重要で、紹介先病院の特徴を踏まえて、例えば、合併症がない急性冠症候群が疑われるなら、単科だが診療所近くの循環器病院へなど、スムーズな入院医療が展開できるかを予測し対応する。診療所で診療を行うことは、単に入院医療や病院外来を担うだけでは得ることができない、地域の医療資源について、肌感覚でわかるようになる。こうした、地域資源を理解し、適切にコーディネートした往診事例について採り上げたい。

2. 事例の詳細

59歳男性。もともと循環器科がメインの病院に、肥大型心筋症に伴う慢性心不全で通院していた。家族内でインフルエンザAに罹患した者がいて、本人も発熱したために、X日（水曜日）に診療所（以下当院）外来を受診した。当院へは、上気道炎などで時々受診する程度であった。迅速検査の結果、インフルエンザAと判明したために、抗インフルエンザ薬および解熱鎮痛薬が投与され帰宅となった。X+3日（土曜日）に、当院へ家族から電話連絡があり、ほとんど動けない状態だということで、臨時往診することとした。訪問したところ、本人の意識は清明だが、食事・飲水はできていなかった。バイタルサインとしても、血圧が80台と普段より低下しており、尿も12時間以上出ていないため、緊急性があり、少なくとも入院が必要だと判断した。身体所見としては、頸静脈の怒張が見られ、下腿浮腫もあり、呼吸雑音を聴取した。基礎疾患より心原性ショックあるいは、循環血漿量低下によるショックも考えられ、適切な治療を受けられる病院へ、迅速に搬送する必要があると考えた。この時、3つの病院が候補に上がった。①自身が外来診療を行なっている西淀病院、②もともとのお主治医がいる循環器病院、③患者がかかったことがない3次医療センター病院、である。①の場合は、ある程度不確実で鑑別ができていない状態でも受け入れてくれる病院である。しかも、この日は診療所での業務を終えた後に、自身が救急外来および病棟当直をする予定になっており、シームレスな対応が可能ではある。しかし中小病院で、循環器医がいないために、カテテル検査をはじめとする専門的な治療はできない。循環器疾患の場合は他院転送となる。②の場合は、循環器のお主治医がいる病院で、原疾患を考えると搬送すべき病院である。しかし、土曜日のために体制上緊急透析ができないことは、これまでの紹介の経験から知っている。緊急透析が必要な場合は、他

院転送となる。③3次医療センター病院への紹介はややハードルが高く、「病態がしっかりと掴めていない状態で、『何科ですか』と問われても困ってしまう」という点がある。患者も、入院に対しては拒否的で、「できることならば、点滴で直して欲しい」という希望があった。結局患者の状態と、希望を照らし合わせて、血液検査による客観的な指標で、どの病院を選ぶか、在宅往診で診るのか判断することに合意を得た。土曜日の午後0時過ぎだったが、今から血液検査を行えば、1時間弱で結果が出る。病歴から脱水が疑われたが、身体所見は心原性ショックの可能性もあることから、あえて補液は行わず、血液検査の結果を待つこととした。その結果、 $Cre = 8.4g/dl$, $AST=3640IU$, $ALT = 1895IU$, と高度の腎機能・肝機能障害を認めた。緊急透析が必要と考えられ、③3次医療センター病院への搬送が望ましいと判断した。筆者は、往診終え、西淀病院の救急外来の勤務をしつつ、③3次医療センター病院への紹介の電話、患者への病状説明の電話、および、その後の救急車の手配など患者家族のサポートについては診療所の看護師に電話連絡で指示を出し、もともとのお主治医がいる循環器病院には、患者の経過から他院転送になったこと、診療情報の提供を求められる可能性があることを伝えた。その間は、救急外来での診療と、地域の往診患者を適切な医療へとコーディネートする作業行っていた。結局、この患者は、③の3次医療センター病院のCCUに入院し、拡張相肥大型心筋症をベースとした低心拍出症候群として対応された。利尿薬投与とカテコラミン製剤、補液により全身状態が安定したところで、②の循環器主治医のいる病院へ転院となった。

3. 成果

患者家族からは、臨時往診とその後の対応についての感謝の思いを伝えられた。また②の循環器主治医にも一報入れておいたことで、②、③の連携がスムーズだった。②の病院主治医にも「連携しやすかった」と感謝の言葉を頂いた。紹介する立場である診療所医師であるからこそ、受け入れ側の病院の医療レベルが分かっているし、病院外来を担うからこそ、受け入れ側が受け入れやすくなる条件を作ることができる。今回は、緊急性のある状態だが、焦って救急搬送すれば、搬送先から再度転送となり治療が遅れるということもありえた。在宅であえて血液検査の結果を待ち、患者家族を含めて、すべての病院で合意できる搬送先を調整し、マネジメントできたといえる。

4. 今後の展開

地域医療のコーディネーター役として、地域の患者をいかに未分化な状態で診断がつかなくても患者および家族の合意、信頼を得て、瀬戸際で間違えないマネジメントをしていく点において、病院外来と診療所外来を同時期に担うことは有用だと思われる。そうした総合診療医を地域で増やしつつ、外来での教育も担えるようになれば、地域内の他院所からの外来見学や外来研修を受け入れることができ、より地域内の病診連携や病院同士の連携が強化されていくと考えられる。

【考察】

1. 事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

家庭医の機能を簡便化して考える上で、米国立科学アカデミーの提唱したプライマリヘルスケアの定義として ACCCA (Accessibility, Comprehensiveness, Coordination, Continuity, Accountability) がある。なお、患者の背景に配慮することで診療をより質の高いものにしていくという意味で、Contextual care を Accountability の代わりに用い、家庭医を特徴づける5つの特徴を ACCCC と定義する場合もある。この5つのコンポーネントは単体で成り立つものではなく、その機能を互いの相乗効果で強化することとなり、結果として全体をもってプライマリ・ケアを特徴づけることになる²⁾。

今回の事例では、単に患者の医学的側面において、専門医との連携というだけでなく、病院機能を含めた地域の医療資源を全体的に俯瞰し、適切なケアを調整したということになる。

総合診療医に求められる7つのコンピテンシーは、①包括的統合アプローチ、②一般的な健康問題に対する診療能力、③患者中心の医療・ケア、④連携重視のマネジメント、⑤地域志向アプローチ、⑥公益に資する職業規範、⑦多様な診療の場に対応する能力、とされている。今回の事例は、主には①、④についてのコンピテンシーを発揮したものであると考えられる。このコンピテンシーをどうやって身につけていけるのかという点では、⑦の診療の場の多様性がとても重要だと考える。主に、診療所と、中小病院の救急外来と病棟当直を担うと、地域の common な疾患に対して、事前確率に応じて医療機関を患者が訪れることがわかる。これによって、診断の見立て、事前確率を見積もる力がつく。こうした見立てる力は、ローテーション研修よりも、

ランダムに見る環境である方が身につくと言われて³⁾いる。総合診療医の研修においても、総合診療Ⅰ(診療所)、総合診療Ⅱ(病院)とフィールドを変えて研鑽を積むことが求められており、効率的に上記の力量を身につけられると考えられる。

また、若手医師にとって、勤務場所を変えることは、技術を習得するため、キャリア形成の過程においてよく見られることである。今から150年前の医学の大家、ウィリアム・オスラー先生も例外ではない。オスラー先生はカナダのある地域出身であるが、何回も勤務先の病院を変えていた。周囲から求められる役割に応える、そして医学教育のシステムを立ち上げるという理由もあって、カナダのトロントからモントリオール、アメリカのフィラデルフィア、ボルチモア、そして英国のオックスフォードと、何度も異動していった。そこで北米とヨーロッパの医学教育の在り方を、実際に変えていった。外的な刺激があることで、自身の臨床を再び見つめ直すことができ、よりよいものができるのであろう。とはいえ、大きく診療の場を変化させなくても、同一法人内で、異なるセッティングで診療できるのであれば、気づきは多い。診療所の外来では、紹介先との連携の中で、地域の医療資源を学ぶ機会に恵まれる。診療所を経験すると、病院外来では、診療所から未分化な状態で患者が送られてくることに対して、背景を考えながら、平静の心をもって、救急診療に当たることができる。つまり、紹介される患者の未分化の具合に、診療所の事情をも見透かし、イライラせずに診療に当たれるかもしれない。また逆もしかりで、病院を経験しているからこそ、病態が不明な状態でも、血液培養といった検体の採取や、不要な薬剤投与を避けるなど、後方病院で困らないような初療に当たる力もつく。期間が同時期であれば、こうした病診連携における配慮がスキルとして定着し、地域資源を調整する能力も増していくと考えられる。

2. タスクシフティングの可能性(臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など)。医療や社会に与えるインパクト

1) 医療経済上のメリット

医療経済上、不要な検査・入院は財政を逼迫するわけだが、それを防ぐのは、診療所医師の役割でもある。本事例の患者が、仮に他の病院に搬送されていたら、結局は再転送になったり、病院外来で検査をされることで、余分なコストがかかったかもしれない。医療上のコストをかけずに最善の医

療を提供するという見立てをつける総合診療医は、必要な存在であると言えよう。また本事例の患者が、もう少し食事が摂れていて、全身状態が悪くなく、血液検査も過去のデータと変わらなければ、入院せず在宅でしばらくケアする選択肢もあるかもしれない。適切なケアが提供できて、入院が予防できる可能性がある状態を、Ambulatory care sensitive conditions(ACSCs)という⁴⁾。現在ACSCsの患者に対して、具体的にどのような方策をとれば、効果的に緊急入院を防ぐことができるのかについて、十分な知見が集積されていない。しかし、総合診療医が見立てを伝え、悪化時の対応について他の医療機関と密に連携できることを、患者・家族も知っていれば、不安が前景に出ての入院ということも減らせる可能性がある。限られた医療資源を熟知し、自身の診療能力と患者のニーズ、取り巻く背景を総合的に判断し、コーディネートできる医師がいることで、医療経済上のメリットは大きい。

2) 病態が未分化でも対応できる力

病院によっては、未分化なままの紹介を嫌がる場所があるのも事実である。「それは何科ですか?」ということ、地域連携室の事務職員に問われることは辛い。本事例の患者のように多臓器障害を患っている場合には、循環器内科なのか、腎臓内科なのか、それとも消化器内科なのかの判断は難しいこともあるし、多数の併存疾患がある高齢者は、一つの慢性疾患が悪化すれば、多様な症状を呈することもあり、診療科を決めて紹介するのは困難なことも多い。また、紹介のプレゼンテーションの質によっては、「現在他患に対応中です」と、患者を受け入れてくれないことも経験する。それゆえ、藤沼¹⁾が指摘するように、診療所からの不確実で未分化な状態での紹介の苦悩を理解しつつ、背景を読み取ってくれる、総合診療医が病院外来を担ってくれることは診療所医師にとって、紹介のハードルが低くなり、とても心強い。それは、病院外来を担う総合診療医に対して地域の信頼を集めることにもなるだろう。こうした不確実で未分化な状態の患者を診ることを、自身のコンピテンシーだと捉えて診療できる総合診療医は、診療所においても、病院外来においても、シームレスな連携を可能にする潤滑油のような存在で、病診連携の要であると考えられる。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

総合診療医は、その研修過程で共通項が多く、価値観や患者観が共有できている。なぜなら、診療所と病院での総合研修が義務付けられ、プログラム責任者がそれぞれのフィールドでの研修を統括しているからである。現在、総合診療研修プログラムが全国各地で立ち上げられており、総合診療がインクルーシブ(包括的)な専門医療であることについての「規範的統合」ができてきている医師が増えてくる。診療所と病院の有機的な連携をするための潤滑油となり、診療所、病院においても高いパフォーマンスを発揮し、医療の質の底上げが可能になるだろう。逆を言えば、診療所の役割と、病院の役割を分断して理解させるような質の低い研修であれば、この統合・効果は生まれない。

本報告のように、都市部では、診療所と病院での距離が近いこともあり、二つの役割が違う医療機関で同時に働くということも可能であろう。しかし、郡部においては、距離的な問題で同時期に、複数の医療機関で勤務することは難しく、診療所と病院の共通点を理解しながら地域連携を意識しつつ医療を行うことは難しいかもしれない。それでも、質の高い総合診療の専門研修を受けた者であれば、例え同時期でなくても、ある時期は病院、ある時期は診療所といったキャリアで、先述した地域資源を調整する力は身に着けることができ、地域に良質な医療を提供できると考える。

【文献】

- 1) 藤沼康樹. 「病院総合医」と「家庭医」の規範的統合. 総合診療. 2017; 27 (11): 1447
- 2) 中川貴史, 松井善典. 基盤としての統合的ケア. 東京:カイ書林;2012. 1-35. 草場鉄周. 家庭医療のエッセンス.
- 3) Walters L, Greenhill J, Richards J, et al. Outcomes of longitudinal integrated clinical placements for students, clinicians and society. Med Educ. 2012; 46; 11:1028-41. doi: 10.1111/j.1365-2923.2012.04331.x.
- 4) Longman JM, Passey ME, Ewald DP, et al. Admissions for chronic ambulatory care sensitive conditions - a useful measure of potentially preventable admission? BMC Health Serv Res. 2015; 15: 472. doi: 10.1186/s12913-015-1137-0.