

## 第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

### 都市部の中小規模病院における地域包括ケア時代への貢献－病院施設長として

大島民旗<sup>1</sup> 福島 啓<sup>1</sup> 落合甲太<sup>1</sup>

#### 要旨

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

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

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

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

#### ①取り組みの背景

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

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



図1

1. 一般財団法人淀川勤労者厚生協会附属西淀病院

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

## ②導入の経緯と内容および成果

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

### A. 総合外来開設

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

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

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

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

### B. 高齢者診療に強い病院づくり

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

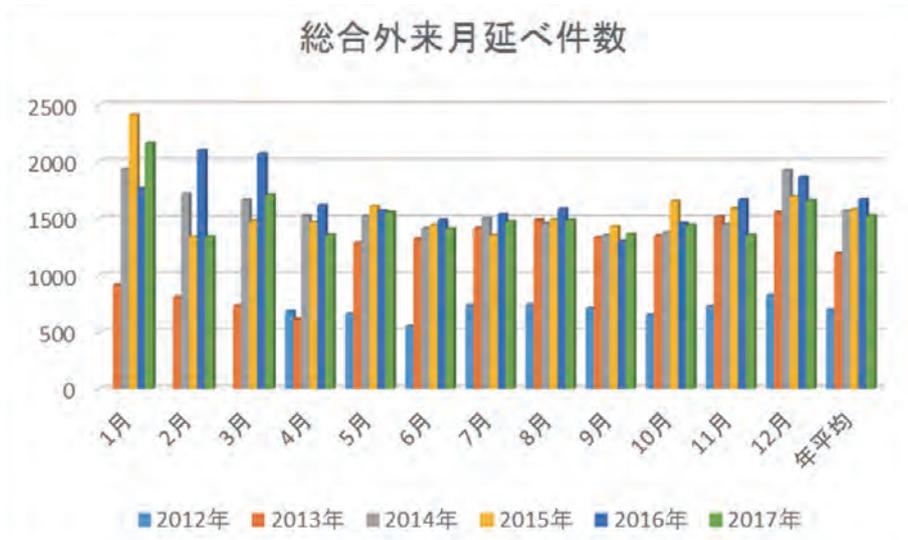


図 2

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

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

また入院患者のせん妄発症予防に Inoue が開発し

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

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



図3 (内科的愁訴を黄色、それ以外を緑で表示)

表1

都道府県別の高齢者(75歳以上)人口の推移

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

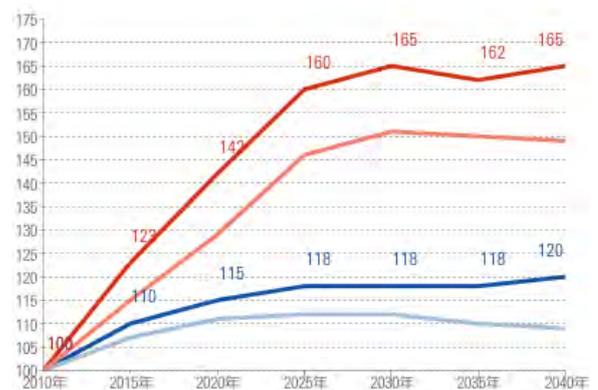


図4 濃赤:介護需要西淀川区, 薄赤:介護需要全国, 濃青:医療需要西淀川区, 薄青:医療需要全国

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

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

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

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

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

表2 高齢者のポリファーマシー介入前後の変化

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



※被写体はすべて職員

図5

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

### C. 地域の健康づくりへの寄与

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

### ③今後の展開

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

表3 せん妄・転倒発生率の変化

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

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

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

### 考察

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

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

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

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

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

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

## 文献

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