

## 第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

家庭医のグループ診療が都市部の地域包括ケアにいかに関与しているか  
～大都市圏における家庭医の有効性喜瀬守人<sup>1</sup>

## 要旨

医療生協は地域住民である組合員が中心となって組織された医療・介護・福祉の複合事業体で、多くの事業所でプライマリ・ケアを提供している。CFMD 東京（後述）は都市型診療所において質の高いプライマリ・ケアを実践することを目標として設立された組織で、2006年から日本家庭医療学会（後述）認定の家庭医療プログラムに参加し、現在は9つの診療所に21人の総合診療医が所属し、プログラムから27人の家庭医療専門医が誕生するまでになった。現在は総合診療医が中心となって、健康格差の拡大、高齢者人口の爆発的増加、プライマリ・ケアの分断など、人口構造と医療提供体制の変化によって都市部で特に大きくなる健康問題に対応するために、社会的処方の実践、統合的ケアの推進、地域住民や行政まで巻き込んだ地域包括ケアなどに対して、積極的な取り組みを続けている。

## &lt;取り組みの背景&gt;

医療生協は、医療・介護・福祉を主たる事業とする、消費生活協同組合法に基づく生活協同組合組織であり、組合員が中心となって構成されているという特徴がある。医療生協の事業形態（表1）は、地域住民でもある組合員のニーズに応える形で作り上げられており、医療・看護・介護などのケアミックスを地域で展開してきたこと、1病院あたりの平均病床が161床と比較的小規模に留まるために大学病院や市中基幹病院のような医療の専門分化が進みにくかったこと、全国規模で組織された医療関連団体としては珍しく診療所を数多く持っていることから、初期診療・幅広い健康問題への対応・継続的ケア・調整と連携<sup>2)</sup>というプライマリ・ケアの実践に適した構成だった。しかし、医療生協のこれらの特徴は、強い専門医志向とストレート研修・医局制度という旧来の医師養成システムには適合しにくく、プライマリ・ケアを実践する家庭医・総合診療医の養成に対する取り組みは十分ではなかった。

一方で、都市部におけるプライマリ・ケアの問題点として、健康格差の拡大、高齢者人口の爆発的増加に伴う諸問題、プライマリ・ケアの分断、外国人

流入による多様化への対応が挙げられる<sup>3)</sup>。特に、都市部における高齢者数の増加はこれからピークを迎え、2倍近い絶対数の増加が見込まれる中（表2）、多疾患併存multimorbidityや複雑困難事例への対応、在宅医療の推進など、医学的な問題にとどまらない包括的・継続的な問題対応能力が求められる。また、プライマリ・ケアの分断は、地域包括ケア推進の阻害要因になると考えられ、多職種連携のための協調性や地域志向性が医師にも必要になってくる。これらの役割の担い手として、都市部における総合診療医の役割はこれまで以上に重要性が高まると考えられる。

表1 医療福祉生活協同組合の概況(2017年3月末現在)<sup>1)</sup>

会員生協数	112
組合員（千人）	2,946
病院	75
病床	12,119
診療所	339
訪問看護ステーション	189
介護系施設	916

注) 介護系施設には介護老人保健施設、ヘルパーステーション、通所リハビリ事業所、通所介護事業所、居宅介護支援事業所（地域包括支援センターを含む）、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護を含む

1. 日本医療福祉生活協同組合連合会 家庭医療学開発センター

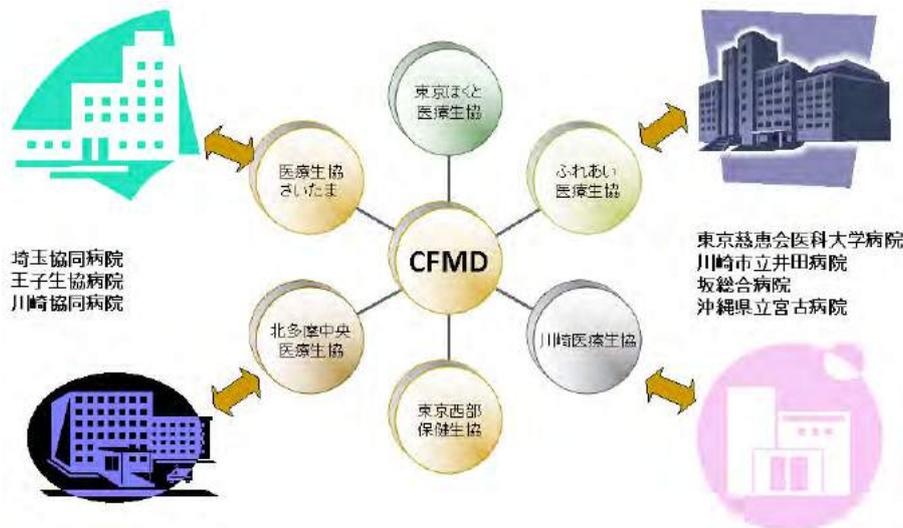


図 CFMD 家庭医療学レジデンシー・東京の構成

表 2. 都道府県別 75 歳以上人口と指数 (抜粋)<sup>4)</sup>

地域	総人口 (1,000 人)			指数 (2010 年 = 100)	
	2010 年	2025 年	2040 年	2025 年	2040 年
全国	14,194	21,786	22,230	153.5	156.6
埼玉県	589	1,177	1,198	199.7	203.3
東京都	1,234	1,977	2,139	160.2	173.3
神奈川県	794	1,485	1,592	187.2	200.7

### <導入の経緯>

2006 年度から日本家庭医療学会 (当時、現在は合併して日本プライマリ・ケア連合学会) 認定家庭医療プログラムが開始されることに先立ち、2005 年に日本生活協同組合連合会医療部会 (現・日本医療福祉生活協同組合連合会) は家庭医療学開発センター (CFMD: Centre for Family Medicine Development) を設立し、都市型総合診療医を養成する後期研修プログラムである CFMD 家庭医療学レジデンシー・東京 (以下、CFMD 東京と略) の運営を開始した。CFMD のミッションは「家庭医療の教育・研究活動、診療所開発により医療生協組合員および地域の人々の健康状態の向上に資すること」であり、医療生協に属する複数の法人がこの方針に賛同し、全国組織である CFMD と共同して後期研修プログラムを運営している。CFMD 東京は、都市部の診療所で実力を発揮できる総合診療医の養成を目標に掲げており、下記 3 項目を特に重視している<sup>5)</sup>。

- ・都市型診療所における質の高い非選択的外来診療
- ・24 時間対応を原則として、急性期及び緩和ケア対応が可能な在宅診療

- ・地域の健康度の向上をめざした、特定の人口集団へのケア

CFMD 東京の総合診療医養成の最大の特徴は、都市部かつ診療所ベースの教育を実践していることである。家庭医療専門医 (注 1) の主要な実践の場は診療所 148 人 (50.3%) と病院 146 人 (49.7%) がほぼ半分ずつであるが<sup>6)</sup>、教育施設としては圧倒的に病院ベースが主体となっている。これは、研修初期から中期にかけての病棟メインの研修を診療所では提供できない、設備や人員に十分なリソースが割けない、患者やスタッフの意識として研修のための医師を受け入れる素地が整っていない、などの理由が挙げられ、診療所は研修協力施設としての役割を担うことがほとんどであり、後期研修プログラムの中核施設として機能しているプログラムは少数である。しかし、CFMD 東京は診療所での研修機会を重視し、専攻医を教育診療所に所属させ、病棟研修がメインの時期でも必ず週半日ないし 1 日は必ず診療所での研修日 (ワンデイバック) を設定し、患者や地域との継続性を担保している。また、診療所で質の高い在宅ケアを実践するため、緩和医療のブロックローテーション研修を必須として、専攻医の対応力を高めている。

### <事例詳細>

#### 健康格差の拡大に対するソーシャル・キャピタルの活用

地域の診療所でよく遭遇する軽症の慢性疾患や不定愁訴等の問題は、医学的な処方だけでは解決できない社会的孤独や生活活動量の低下などが根底にある場合が多い。このようなときに、英国では医療者

側から社会活動等に関する「社会的処方」を行い、リンク・ワーカーが処方を受けた患者の話を聞きながら、そのニーズにかなう地域の様々な社会資源またはテーマ・コミュニティ（学習活動/園芸活動/身体活動等）とつなぐ取り組みを行い、一定の効果を得ている<sup>7)</sup>。社会的処方の取り組みは、症状の悪化や認知症の併発などを早期に予防し、医療・介護に関わる社会保障費の増大を防ぐと同時に、人々のウェルビーイングの促進に働きかけることができ、現代の日本が抱える福祉問題や医療問題にも一定の効果が得られることが期待される。

浮間診療所（東京都北区）では1993年の診療所開設以来一貫して総合診療医によるプライマリ・ケアの実践と医療者教育に取り組んでいる。新たな試みとして、地域内の複数の事業所を巻き込んで社会的処方の取り組みを行っている。具体的な活動内容としては、医療機関を受診した患者に対して社会的処方が必要と総合診療医または看護師が判断したらリンクワーカーに相談、リンクワーカーが患者に合った社会資源を提案しフォローアップするという方法を取っている。ステイクホルダーとして診療所の他に、地域基幹病院の総合診療科、地域包括支援センター、介護事業所が関わっている。我が国において社会的処方の取り組みはまだ始まったばかりであり、今後の活動で何らかの成果を出していきたい。プライマリ・ケアの分断に対する統合的ケアの促進

我が国における地域包括ケアの理論的基盤として、地域基盤型ケア（community-based care）と統合的ケア（integrated care）の2つのコンセプトがある<sup>8)</sup>。この理論を用いて都市部の地域包括ケアを考えたとき、地域基盤型ケアの視点から見ると従来型のコミュニティの衰退が目立ち、統合的ケアの視点からはケアの分断による様々な問題が生じている。総合診療医はこの理論を十分理解して活用することができ、地域包括ケアをより有効な形で運用できると考えられる。一例として、2つの診療所の活動を紹介する。

久地診療所（神奈川県川崎市）では、久地地域に同診療所の他にも介護老人保健施設、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所が集結しており、定期的な事業内容の報告とすり合わせ、ITを活用した患者情報の共有、介護保険未導入の虚弱高齢者や要緊急事例などへの迅速な連絡と対応、訪問診療患者の定期的なカンファレンスなどを実施している。これは、統合的ケアの活動レベルにおいては組織的統

合を、またサービス内容においては水平統合の促進を意図したものであり、今後さらにこの意図に賛同する組織を巻き込んで地域への影響力を高める、すなわち、組織・専門家集団・個人の間での価値観・文化・視点を共有する規範的統合（normative integration）を進めることが今後の必須課題と考えている。

大井協同診療所（埼玉県ふじみ野市）では、「地域（まち）で暮らすを支援する」ための地域包括ケアステーションと自診療所を位置付け、総合診療医である所長の積極的なリーダーシップのもと、包括的な取り組みを行っている。医療・介護事業としては、①行政・医師会からの委託事業：認知症サポート医、校医活動、介護認定審査会など、②かかりつけ医事業：認知症相談外来、地域包括診療料・認知症地域包括診療料算定、連携強化型在宅療養支援診療所、障害者施設等協力医など、③福祉サービス：無料低額診療事業、多世代コミュニティキッチン（こども食堂）、認知症カフェ（ふじみ野市登録事業）など、特に健康弱者となりやすい高齢者や幼小児、生活困窮者、障害者への対応を重視して地域住民の幅広い層へアプローチしている。また、医療生協組合員を主体とした活動として、市内を7つの地域（支部）に分け、支部ごとに「居場所づくり（安心ルーム）」「健康づくり（健康サロン）」などに取り組み、支えあう活動を拡げている。有償ボランティア「くらしサポーター制度」も開始し、草取り、受診同行などを開始した。

#### 在宅医療のニーズ拡大への対応

都市部では、訪問診療のニーズが絶対的に増加しており、診療所での在宅医療を展開することが求められているが、在宅療養支援診療所の届出数は横ばいで、かつ一施設あたりの訪問診療患者数は10人未満が最多となっているなど、その広がりにはまだ課題が多い<sup>9)</sup>。また、都市部では大規模に在宅医療を展開するいわゆる在宅専門クリニックも増えてきているが、前述の状況を鑑みて、このような専門クリニックだけでは拡大するニーズに十分対応できないと考えられ、一般的な診療所でも訪問診療を引き受けていく、裾野の広がりが必要となる。総合診療医は、家庭や生活といった在宅医療でより必要性の高いニーズへの関心が高く、包括的な診療能力を有していることから、その担い手としてポテンシャルが高い。このような背景から、CFMD東京では、がん・非がんの終末期在宅ケアまで対応できる高いスキルを持った医師を養成することを主要な目標の

一つに掲げ、専攻医に3か月間の緩和ケア専門研修のローテーションを義務付けたほか、後期研修修了後にさらに在宅医療のコンピテンシーを高められるように在宅フェローシップを設立し、増大する都市部の在宅医療ニーズに耐えうる教育体制を確立している。

### <成果>

CFMD 東京は、10年間の家庭医・総合診療医養成の中で、9つの教育診療所に21人の常勤医を配置するまでになった(表3)。後期研修修了後に外部に活躍の場を求めたものを含めると総勢30人が後期研修プログラムを修了し、そのうちまだ専門医試験を受けていない3人を除く27人全員が日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医を取得している。診療所基盤型の後期研修プログラムとしては全国的にも珍しく、都市部のみで構成されているものとしては唯一である。

女性や他診療科専門医取得後のコンバートが多いのも特徴で、修了生30人中15人が女性、10人がコンバートである。この要因はいくつか考えられるが、女性が多いのは自身や家族のライフイベント(結婚・出産、夫の仕事、子供の就学など)で都市部に根を下ろしている者が多いこと、病院勤務に比べて夜間休日の負担が少ないこと、他診療科からのコンバートについては病棟での医師としての基礎体力養成よりもプライマリ・ケアの現場に近い診療所で研修ニーズが高いこと、などが挙げられる。

在宅医療については、すべての教育診療所が在宅療養支援診療所として在宅看取りまで実施しており、一般的な診療所と比べてレベルの高い在宅医療

を地域に提供できていると考える。CFMD 東京の教育診療所では、指導医と専攻医がチームとなって在宅医療を担当する体制となるため、一般的なソロの開業医と比べて在宅医療を展開する上でのハードルが低いのが利点である。また、再三述べたとおり、同一法人内に介護・福祉の事業所を展開しているという強みも、在宅医療を展開する上で貴重なアドバンテージとなっている。

### <今後の展開>

今後は都市部における地域包括ケアのモデルとなりうるような、ハイレベルなプライマリ・ケアの実践を目指していきたい。地域基盤型ケアについては、ソーシャル・キャピタルを積極的に活用できるシステムを構築し、貧困や社会的排除などの健康の社会的決定要因にアプローチしていく。医療生協の組合員活動も積極的に活用したい。統合的ケアについては、法人内の事業所間連携をベースに、地域の医療・介護・福祉事業所を巻き込んだ規範的統合を最終的なゴールと定めている。また、診療所が地域住民を対象としたパネル・マネジメントを実践するために、他職種への積極的な権限委譲も重要な鍵となってくる。複雑でない慢性疾患管理などは看護師が主体になり、ソーシャル・キャピタルの活用は事務職員や介護福祉職が担い手になれるように教育していく。

### <考察>

本報告では、CFMD 東京の実践の場である都市部の地域医療の問題について述べてきた。特に、高齢者の健康問題の特徴である多疾患併存や複雑性の

表3. CFMD の体制と訪問診療実績(2018年3月現在)

教育診療所	医師		2016年度 在宅診療実績			在宅療養支援診療所	
	常勤医	専門/認定医	月間平均管理件数	月間平均訪問件数	年間看取り数	従来型	機能強化型
A 東京都北区	3	3	102	182	7		○
B 東京都足立区	3	2	65	81	4		○
C 神奈川県川崎市	3	2	62	100	9		○
D 神奈川県川崎市	3	2	64	101	4		○
E 神奈川県川崎市	1	1	97	94	3	○	
F 東京都杉並区	2	2	53	76	2		○
G 埼玉県ふじみ野市	2	1	73	116	15		○
H 東京都北区	2	1	30	29	2		○
I 東京都小金井市	2	2	200	117	25		○

注)専門/認定医とは、日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医または家庭医療専門医を指す。

高い事例に対して、総合診療医の特性である包括性（診療範囲の広さ）や協調性（他職種・他事業所との連携）が有効と考える。在宅医療についても、家庭医療専門医の69.0%が在宅医療に従事している<sup>6)</sup>という他領域の専門医にはみられない大きな特徴を持ち、今後の在宅医療ニーズ拡大への対応策のひとつになると考えられる。また、プライマリ・ケアの分断は医療機関を複数選択しやすい都市部で起こりやすい問題であるが、PCMH（Patient-centered Medical Home）<sup>10)</sup>でも示されているように、プライマリ・ケアを制度的に統合することで提供する医療の質を改善させることができる。ただし、これは診療報酬上の評価も含めた取り組みによって実現したものであり、今後我が国でも制度への組み込みが検討されるべきであると考え。

一方、今後都市部で予想される高齢者人口の増加に伴う医療ニーズの増加は、総合診療医の養成だけでは不十分であろう。プライマリ・ケアの実践は疾病中心から生活中心へすでに変化しつつあり、これに対応するのは医師よりも看護・介護職など多職種のほうがより適切な場合も多い。地域での多職種連携を推進するためには、医師から多職種へのエンパワーメントを推進することが即効性の高い方策になりうる。総合診療医の養成と多職種へのエンパワーメントを組み合わせることでより質の高い医療を提供することができると思う。

## <文献>

1) 日本医療福祉生活協同組合連合会ウェブサイトより

組織概要（2018年3月14日確認）<http://www.hew.coop/about#gaiyo>

- 2) Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York, NY: Oxford University Press; 1992)
- 3) 藤沼康樹著・監修・編集：省察：大都市の総合診療（「ジェネラリスト教育コンソーシアム」）。191 p, 2015, カイ書林。
- 4) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来人口推計（平成25（2013）年3月推計）-平成22（2010）～52（2040）年-
- 5) 日本医療福祉生活協同組合連合会家庭医療学開発センターウェブサイト <http://cfmd.jp/cfmd/iryougaku/>
- 6) 遠井敬大ら：家庭医療専門医の活動に関する実態調査。日本プライマリ・ケア連合学会誌 2016;39(4)243-249)
- 7) Grant C, Goodenough T, Harvey I, et al. A randomized controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. BMJ 2000;320:419-23)
- 8) 筒井孝子：パネリスト発表 地域包括ケアシステムにおける Integrated care 理論の応用とマネジメント。医療と社会 2015;24(4)381-392)
- 9) 厚生労働省：在宅医療 保険極医療課調べ（平成27年7月1日時点）<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000161550> pdf
- 10) American Academy of Family Physicians: Medical Home（2018年5月5日最終確認）<https://www.aafp.org/practice-management/transformation/pcmh.html>