

【診療所新時代】
いまこそ
診療所の時代！

第26回

地域を楽しもう

地域医療に求められる 「持続性」「継続性」「普遍性」

広島県・北広島町国保雄鹿原診療所長

東條環樹

はじめに

北広島町芸北地域は西中国山地の西端に位置し、島根県との県境を形成している。筆者が勤務する芸北ホリスティックセンターはいわゆる総合施設であり、町合併を経てその役割に少なからず変化はあるものの、地域包括ケアシステムのコアであるべきと自負している。平成13年春に赴任して以来、振り返ればあっという間であった15年間の取り組みと現状、今後の課題を提示したい。

北広島町芸北地域の概要

北広島町芸北地域（旧芸北町）は海拔700mを超える集落もあり、県内随一の豪雪地帯である。かつてはスキー産業で栄えたが、このところのレジャー人口減少により、高冷地野菜などの第一次産業を高齢者が支える典型的な少子高齢化、過疎の地域となっている。平成18年に芸北町は他の3町と合併し北広島町となったが、現在行政、商業の中心となった千代田地区までは40km、積雪期には片道1時間以上かかる。平成29年5月末の統計では、町全体の人口1万9,122人のうち芸北地域は2,320人と約8分の1、高齢化率も町全体37%と比べて約10%高い47%である。

例に漏れず子ども世代、生産世代の減少も深刻で、5年前にはエリア内の5小学校が1校に統合され、1

図 地域概要



つの中学校、1つの高等学校（分校）も生徒減少に悩んでいる。その中で地域の将来を担う次世代を育てようという行政、教育、地域の意思を地域における医療機関としてサポートする取り組みも後述の如く行っている。また、冬季の積雪は高齢者独居（特に女性）を困難とし、積雪期間のみ都市部の家族宅で過ごされたり、他地域の高齢者施設に転出されたりする事例も多い。高齢者医療、介護を地域のみでは完結できない現実を前向きに捉え、より広域での多事業所、多職種連携を目標にしている（図）。

総合施設としての 芸北ホリスティックセンター

筆者がセンター長を務める芸北ホリスティックセン



写真1-1 施設外観

ターは医療、保健、福祉が一体となった、いわゆる総合施設として平成6年、芸北地域に開設された。前センター長の吉見昭宏医師の卓越したアイデア、先見性に加え、県内外の多くの国診協関係者から示唆をいただいたとお聞きしている。保健部門、福祉部門にはそれぞれの専門スタッフがあり、医療部門も雄鹿原診療所、常勤の歯科医師のいる歯科診療所に加え、10km離れた八幡地区に北広島町八幡診療所も運営している。入院施設を持たない中山間地の無床診療所ではあるが、約2,300人が住む地域全体を視野に入れた地域包括ケアの中心施設を自負している。

15年前の赴任当時、人口約3,000人に対し旧芸北町には開業医が2件あり、それぞれ地域と役割を分担してはいたものの、いわゆる総合施設である芸北ホリステックセンターとその医療部門である雄鹿原診療所は自ずと町の医療行政の中心的な役割を担っていた。医学部卒業後5年目で自治医科大学卒業生の義務としてのへき地勤務であった。実際、地域で医療専門職として過ごし始め、それまで医学部6年間と初期研修を含む臨床経験と知識がいかに偏ったものか、そして社会の中で普遍的でないかを実感することになった。

自分に足りないことは何か、地域で医療をすることの意義などを日々思いめぐらした中で、最も難しく、かつ自分のためにも地域のためにもなることは、地域そして医療に対するモチベーションを高く保つことであるとの結論に至った。その上でメタボリックシンドロームの早期発見・強力介入、慢性呼吸器疾患への介入、がんの早期発見・診断、終末期を含む在宅ケアと



写真1-2 外来風景

いう4つのテーマを自分自身に掲げた。この領域は本気でやると決め、研修会、学会などにも参加し、診療所、地域でも積極的に講演会、勉強会を企画、実施した。そのいくつかを紹介したい(写真1-1、1-2)。

早期診断・介入、 重症化予防のための健診充実

現在、当地域の健診受診率は70%を超える。全国平均は46%程度、北広島町の他地域が20~40%であることを考えると、突出した数字である。幸い自施設は保健専門職と同じ屋根の下で日々顔を合わせ、昼食の弁当を一緒に食べるなど公私ともに連携を図っており、その利点を生かした成果の一つと捉えている。

健診の受診率を上げるための肝は「住民に健診の意義を理解してもらう」ことでは？ 概念はわかってもそれに向かって具体的に何をするかが難しいのである。筆者の取り組みの一つは「自分が見落とす危険性を伝える」ことで、具体的には糖尿病や高血圧などの慢性疾患でフォロー中の住民に対し、「あなたの今治療中の病気に関してはきっちり治療ができていますが、他の病気やがんなどがゆっくり進んでいてもわかりません。健診を受けることでそれらがわかる可能性が上がりますよ」という説明。



写真 2-1 健診時の診療所



写真 2-2 健診結果説明会

「自分の診察を受けていれば健診なんか受ける必要はない」という自信満々な医師は、超優秀なのではなく見落としの恐ろしさを知らず、そしてその患者の死亡診断書を書くのは自分ではないと思っているのであろう。自分がかかりつけ医としてその方の最期を見届ける覚悟で日常診療をしているので、筆者は必ず健診受診を勧める。

地域の数か所で巡回健診が行われ、診療所も数日間健診会場となる。また、行政サービスとして健診結果説明会が各地域で開かれるのだが、そこで異常値がありながらも医療に結びついていない住民へ、自施設の保健専門職が強力に介入する。その把握能力、追跡能力たるや相当なもので、ほぼ逃げきれないらしい。医師の役割は嫌々受診する、もしくはばつが悪そうに来院するそれら住民に対してwelcomeの姿勢で接することである。「来るのは嫌だったでしょうが、これから一緒に頑張りましょう！」と初診は笑顔で迎えるが、2回目以降は早速厳しくなったりもする。

定期受診者は次回予約を必ず入れるので、一度当診療所につながってしまえば、それ以降の受診勧奨はスムーズになる。もう一つの修行とも呼べる取り組みは健診結果を電子カルテにテンキー入力することである。いくら口頭で「健診は大切ですよ」と伝えても、それを持参された結果が診察記録に残っていなければ「ホントに大切な？」と思われてしまう。持参された結果はすべての項目を診察終了後に夜なべをして医師が自らテンキー入力する。これは住民への感謝、礼儀でもある。この行為ですべての項目、すべての数字

が少なくとも脊髄反射レベル以上で認識されるはずである。

地域医療の研修会などで健診受診率が異様に高いことの理由を聞かれた時には、これを答えるようにしている。中には「そんなことで健診受診率が上がるのですか？」ととぼけた質問をされることもあるが、「では逆にお聞きしますが、1シーズン400~500人の健診結果を15年間入力し続けることができますか？」と返すとほぼ皆が「できません」と答える。しかしテンキー入力ができない医師はいないわけで、「しません」が正しい回答ではないか。受診率向上のための余計な予算立てがなくとも、住民啓発という王道を辿りながら健診受診率を上昇させることはできる。しかしそれには膨大な労力と絶えない情熱が必要とされる（写真2-1、2-2）。

在宅医療、施設終末期ケアの実践と発展

現代はほとんどの人が病院で死んでいるが、かつては自宅での死もごく一般的であった。昭和51年に在宅死を上回った病院死はその後増加を続け、ここ数年は80%前後で推移している。本来病院での入院医療は治癒、症状改善を目指した積極的な治療が目的であり、その尺度の下に提供する医療行為が決められる。ホスピス施設や緩和ケア病棟などを除いては、終末期といえども一般医療と同様の尺度、価値観、生命観で医療が提供されてしまう恐れがある。これまでは当然と思われた行為だが、これからも許されることなのか、再



写真 3-1 高齢者施設研修会



写真 3-2 多職種連携研修会

考されるべき時期であろう。

団塊の世代が死亡年齢に突入する2030年、入院病床数が抑制され続けている現状では、積極的な治療を必要とする患者に一般病床が割り当て得られるのが当然であり、その対象から外れる終末期患者が病院からあふれることは明らかである。これは十余年後には来る現実であるが、そのために今出来ることは何か？ 芸北地域でも自分が赴任した10年前は在宅で老衰の高齢者が家族に見守られて、という最期は稀ながらあったが、悪性疾患や難病を罹患した住民が在宅で療養するという事はなかった。医療スタッフも急変や死に対する漠然とした不安感が強く、住民も在宅で最期を過ごすという選択肢を選べない地域であった。

また、自分自身も臨床経験が浅い上に、今でこそ専門領域として認識されつつあるが、当時地域医療、在宅緩和医療に関しての情報は少なく、診療所スタッフと悩みながら、ときによつかりながら経験を積んでいた。今思えば患者、家族も頼りない主治医、在宅ケアチームによくつきあってくれたと思う。

さらに新たな取り組みとして、平成21年度半ばから地域で唯一の特別養護老人ホームの担当医となったことを機に、この施設でも積極的な看取りを提案し、実践してきた。これまでは急変が起これば医療機関に救急搬送し、悪い状態の入所者に対峙してケアする経験がなかったスタッフからは当初強く抵抗された。しかし看取りの経験を重ねるうちに、介護士としてのやりがいを見いだしたり、医療専門職とは異なる視点からの細やかな配慮をしてもらえるようになったりと、驚

くほど劇的に施設全体が変わっていった。現在では地域で終末期ケアをするにあたって欠くことの出来ない存在である。

エリア内での多事業所、多職種参加の研修会も定期的開催している。講師はいろいろな分野から招いている。学校の教員だったり、地元の寺院の住職だったり、もちろん各事業所内の専門職だったり。皆知り合いという状況でのプレゼンテーションはほどよい緊張感をもたらし、その後のグループディスカッションも盛り上がる。その後は懇親会でよりお互いをわかり合う努力を深夜遅くまでしている(写真3-1、3-2)。

地域で看取りの文化を醸成する

在宅と施設終末期ケアを本格的に開始してから5年を過ぎた頃から徐々にスキルがあがり、年間10例程度看取ることが出来るようになってきたが、そこで頭打ちとなった。そこで見えてきたのは、この山間部においても「看取りの文化」が廃れてしまっている現実であった。近隣に入院できる医療機関がないにも関わらず、住民の意識として「死ぬのは病院」という概念が出来上がってしまっていた。

一度廃れた文化を再興するには何らかの積極的な働きかけが必要であり、以来年余にわたって在宅ケアチームの発展的維持とは別立てで住民への情報提供、学習会の開催、教育講演などを地道に行ってきた。「自宅で最期まで過ごせる、それにはおらが町の診療所に頼めば良い」という想いが地域全体に浸透しはじめ、

在宅療養に関してのセカンドオピニオンから主治医変更に至る例も出始めた。また、病院勤務医へのアプローチも平行して行った。短い病院勤務医経験であるが、終末期に近づき有効な手だてがなくなった患者への回診がおろそかになってしまった苦い思い出がある。

診療所医師となり、病院勤務医との紹介状でのやり取りや研修会などでの交流の中で、どんな疾患で、いかなる病期でも必ず在宅で最期まで診るということ伝え続け、他医療機関からの紹介、転医も増えてきた。病院主治医からもある程度安心して任せてもらえるのではないかと。

在宅、施設での看取りはひとつの特殊な領域であり、経験、高い倫理感に加えて熱い思いを背景とした冷静な判断が必要とされる。自分が日々口にしてるのは「出来ることをあえてしない慎みをもつ」、「何もしいことを納得してくれる家族との関係づくり」である。Medical scienceとして正しい行為が必ずしも医療の現場で正しいとは限らず、特に在宅で、今まさに人生の最期を迎えようとしている患者とその家族を前にすればなおさらである。

Evidence basedであることをexcuseに深慮なく治療を開始したり、自分が出るとい理由で苦痛を増しうる手技を実施したりすることは厳に慎まなければならない。できるのにしないことを選択するのは、その逆よりも医師にとってきわめて居心地の悪いことだが、何より患者、家族の想いを大切にすべきである。十分な時間をかけ、誠意を持って対応すれば必ず理解してもらえ、その後はゆったりとした穏やかな時間が流れ始める。さらに、「急変はしばしば急変でなく、急変は必ずしも救急ではない」ことをいかにスタッフ、家族に理解してもらおうかが医療機関外で終末期患者をケアする上では重要となる。

適切な時期にわかりやすい言葉で症状変化を説明していれば、患者や家族にとってその変化は急変ではなくひとつの通過点に過ぎない。たとえば、終末期に経口摂取が不能となったときの点滴処置に関して、ていねいに説明して家族の納得が得られていれば、気道分泌物を増加させて本人と介護する家族の苦痛を増す可能性の高い処置を切望することは稀である。また、在



写真4 住民研修会

宅終末期ケアにおいて最良の結果は本人、家族ともに穏やかに最期を迎えることである。そして在宅療養の継続不能に至る要因は患者本人よりむしろ、刻々と死に向かって進んで行く患者に対する不安と疲労が募ってしまった家族である。

インフォームド・コンセントという単語はあまりに一般的になったが、受け手の合意や理解がどのレベルで出来ているのだろうか。情報を一方的に伝えるだけではなく、それぞれの状態変化が示す事柄を理解してもらい、家族がそれを受け止め死を納得する、その上で穏やかな気持ちになることこそが、在宅緩和ケアの本質なのではないかと感じている。在宅ケアチームは常に家族にも関心を持たなくてはならない。

現在、在宅と老人保健施設で年間20例前後の看取りをしている。地区住民死亡数の4～5割を看取っている計算になり、在宅医療や緩和ケア専門でなく、外来業務に加え保健業務も行っているへき地無床診療所としては、かなりのレベルを保っているのではないかと自負している（写真4）。

次世代を育てる

都市部では「子どもの声がうるさいので近隣に幼児施設を作るな」という住民意見があるやに聞くが、過疎地域での子どもの声は地域の活力、高齢者の元気の素であるのは間違いない。しかし、社会背景と時代の流れにより若年者人口の減少は悲しいほど着実である。貴重な子どもをいかに健やかに育てるかは、診療



写真 5-1 小学校で死の教育



写真 5-2 小学校での認知症教育

所の重要なミッションの一つと捉えている。小児科医不在の地域で診療所では、無理のない範囲で子どもの診察も行っている。

小児科を専門としない地域のかかりつけ医として、「小児科診療は小児科医に任せて、自分は子どもを診る」がモットーである。その姿勢で、日常診療の9割程度は対応することができる。「専門ではないですが、本気です」の姿勢で気管支喘息をはじめとする慢性疾患の治療を継続し、成長に従ってout glowしていく過程を診ることができるのは、地域医療の魅力の一つである。

加えて地域の3校（高校、中学校、小学校各1）と2保育園の校医、園医を務めている。いずれも全校生徒が100人に足りない小規模校であるが、それだからこそ生徒個人の把握が可能で、養護教諭とも常に連絡を取り合い「地域の宝」を育む思いを共有している。そのような関係性が出来上がったことにより、生徒に対して命の尊厳や認知症に関しての特別授業講師を頼まれるなどのユニークな取り組みに発展している。わが子とそのひとりとして聞いている状況は独特の緊張感をもたらすが、地域の宝である子どもの成長を見守る医療、筆者にとっては地域医療の醍醐味である（写真5-1、5-2）。

外部への発信の取り組みと 地域医療教育の場としてのへき地診療所

長年地域で持続的で継続性のある取り組みを続け、いくつかの顕彰を受けることと前後して、徐々に外部

へ発信する機会が増えてきた。10年ほど前、ようやく地域におけるヘルスプロモーションや在宅医療、終末期医療がシステム化できてきた頃に仲間うちの勉強会で発表したところ、ある先輩医師から「そこまで頑張っただけ出来上がりつつあるモデルケースを、どうしてもっと広めようと思わないのだ？ 外部に向けて発信すべし！」と諭された。正直に言ってそれまでは学会には参加しても積極的には演題を出さず、広域での研修会世話役や委員会の委員になることも上手に避けていた。

しかし、それ以降は参加する学会では必ず演題を出して発表することとし、地域での役員や委員の就任要請にはyes manとなって承諾し続けた。特に学会発表は入念に準備し、プレゼンテーションの練習も繰り返す。「楽しい、素晴らしい発表だった！ ぜひ今度うちの施設（地域）で講演してよ！」とaudienceから反応してもらうことが目標で、思惑通りに声をかけてもらえることが増えてきた。

ここ2～3年は年間30回程度、講演や発表、各種研修会のコーディネイトをしている。北海道から沖縄まで出かけ（その間はかなり疎な地域もあるが）、各地の医療事情をつぶさに見聞できることで、逆に自らの地域課題を明らかとする助けになる。各地の名物、うまいものを堪能し、腹部皮下脂肪を増やさないことがもう一つの苦勞ではある。

現在の臨床研修カリキュラムでは総合診療、地域医療が組み込まれていく好ましい流れがあり、この数年で当診療所にも多くの研修医、医学生が訪れてくれるようになってきた。地域志向型で将来、総合医療を目



写真 6-1 研修医教育



写真 6-3 海外研修生.



写真 6-2 学生教育

指す若人のみならず、全員が対象であることに意味があると考えます。地域医療、地域包括ケアを楽しく伝えられるように努めているが、正直なところ繁忙を極める日常業務でそれらに十分対応できているかといえば、反省点も多い。

少し変わったところでは、将来地元大学医学部の地域枠を狙う高校生や、来春にリベンジを果たそうとしている浪人生、それから外国の医療専門職、大学教員や行政職などが訪れてくれる。それらの受け入れを可能にするために日々英会話のスキルアップはもちろん、マクロな視点からの日本の医療の特性、他国と比較した時の特徴やこれから直面する課題についても知識を持ち合わせておく必要がある。時間が足りない。

広域での地域医療体制構築や、もう少し広い対象として広島県全体の在宅医療、終末期医療、多職種協働の実践の仕組みづくりにも声をかけていただく

ことが増えてきた。高齢者医療や老老介護、独居老人のみならず、医療や介護へのアクセス困難はこれまで田舎の問題と捉えられていたが、今後は急速に都市部の問題となっていく。決して成功事例ではないが多少は早めにスタートを切り、皆が洗礼を受けるであろう失敗を体験し、それをなんとか乗り越えようと努力し続けている先進地域として、これからも情報を発信していきたい（写真 6-1、6-2、6-3）。

おわりに

地域医療には「持続性」「継続性」「普遍性」が求められると最近思う。精力的な取り組みでも長く続けられる「持続性」が必要で、先進的な取り組みでも次世代にバトンを渡すことができる「継続性」がなければ一代で終わってしまう。それらは医師が一人で孤軍奮闘しても叶えられるものではなく、多職種、多事業所が緩く、それでも熱く結びついたシステムとして稼働することが必須だと考える。そして、その柔軟かつ弾力のあるシステムが時々変化しながら長く存在し続けていることこそ意味があるのではない。

筆者たちの取り組みとその成果は地域特性に基づいた特殊な事例としてとらわれがちだが、この地区に特異な事柄ではなく、今後日本中で適応可能な、拡げていくべき一つの理想であると考えます。これが最後の「普遍性」である。