

総合診療医による小規模多機能病院

—内向き診療から家^{うち}向き診療への転換—

石塚恒夫

茨城県 笠間市立病院長

はじめに

—笠間市の現状—

笠間市は茨城県中部に位置し、平成18年3月に旧笠間市・友部町・岩間町が合併してできた市である。笠間稲荷神社の鳥居前町・旧笠間城の城下町であり、笠間焼の陶器市に多くの観光客が訪れる県内有数の観光地ともなっている。総人口は平成29年10月現在約7万5,700人で減少傾向にあるが、65歳以上人口は増加している。そのため高齢化率は28.3%と増加傾向にあり、要介護者数・介護給付費も年々増加している。

笠間市は人口27万人の県庁所在地である水戸市に隣接し、医療圏は水戸第二次保健医療圏に属している。500床（一般475床・結核25床）の茨城県立中央病院が、市内唯一の総合病院である。当院を含む市内の他の医療機関にとって、茨城県立中央病院との連携が最重要課題になっている。

現在の笠間市立病院

—地域小規模多機能型病院としての役割—

国保直診の笠間市立病院（写真1）は、一般30床の今どき珍しい小病院である。高度急性期を担う茨城県立中央病院が約2kmの距離にあり、小規模ながら地域に密着した多機能型病院として機能分化・連携を図っている。

平成18年の市町村合併時には、私を含め常勤医2名の状態が続き、病床利用率40%程度と医業収益が減少傾向にあった。存続意義や経営形態が問われ、平成19年6月から20年3月に「笠間市立病院のあり方検討委員会」が開催された。公立病院改革プランに示された民間病院が担えない役割を求められたが、笠間市は過疎地ではないし、救急や高度先進医療を担うことも困難であった。そんな中で当院が主張したのは、在宅医療が不足している笠間市で当院が在宅医療を推進しながら後方支援病院の役割も担うことであった。平成20



写真1 当院外観

年8月に実施された住民アンケートで存続を希望する回答が多くあり、指定管理者等への経営形態変更や県立中央病院との再編・ネットワーク化も視野に、地方公営企業法一部適用のまま存続の方針となった。

平成26年から訪問看護・訪問リハビリテーションを開始し、多職種で連携する在宅医療体制を整え始めた。同時に病棟リハビリテーションを担うセラピストや社会福祉士を採用することで、在宅復帰支援体制も強化した。平成29年からは訪問看護をステーション化（訪問看護ステーションかさま）し、居宅介護支援事業所（ケアプランセンターかさま）も併設するなど在宅医療の体制整備は加速している。

今までも地域の訪問看護ステーションとの連携はあったものの、連携は十分とは言えなかった。併設された訪問看護ステーションを持つことで、週1回の定期カンファレンス以外にもこまめな情報交換が可能になり、末期がん患者・非がん末期患者など、重症患者の看取りなどもスムーズに行えるようになってきている。

在宅復帰支援には入院時より在宅復帰の可能性を評価することが大切であり、どの程度までの日常生活動作なら在宅復帰が可能であるのか家族と話し合うことが必要である。家族の介護力が十分であれば胃ろう栄養・おむつ排泄でも在宅復帰可能なこともあるが、多くの場合は歩けないまでも経口摂取・排泄の自立が条件になる。トイレ排泄は無理でも、ポータブル排泄が可能ならどうか、排泄自立は無理でも一部介助ならどうかなど、家族と交渉することも大事である。たとえ歩けなくても、経口摂取と排泄だけは何とかできるように、病棟でリハビリテーションができるようになったのは大きな利点となった。病棟と訪問リハビリテーションが連携することにより、切れ目のないリハビリテーションが実践できるようになっている。

平成26年度からは筑波大学附属病院総合診療科への寄付講座として、「かさま地域医療教育ステーション」事業が開始されている（写真2）。平成26年度から常勤指導医を招聘することができ、平成28年度から「つくば家庭医・病院総合医プログラム」の後期研修医が派遣開始されている。平成29年度は常勤医5名となり、診療の量とともに質も向上することができている。高齢脆弱患者を外来・入院・在宅と包括的・継続的に、しか



写真2 筑波との連携

も多職種で診療できる環境が評価されたものと考えられる。

平成27年度からは県立中央病院との人事交流が開始され、現在は2名ずつの看護師と1名の放射線技師が対象になっている。看護局長を派遣していただくことで、当院の看護師長等が認定看護管理者研修を受けることが可能となるなど、意識改革が進んでいる。また、看護局長自らが師長とともに週1回定期的に県立中央病院を訪問することで、ポストアキュート患者の紹介も促進され、病床利用率も常に70%を超えるなど経営黒字化につながっている。

友部町国保病院時代

—地域における役割の模索—

昭和21年終戦まで、筑波航空隊下士官集会所として利用されていた土地に、当院は水戸協同病院友部分院として開設された。昭和24年に周辺市町村事務組合により伝染病隔離病舎が併設され、結核診療を担った時期もあった。昭和34年に友部町が買収することで友部町国保病院と改名され、昭和54年に現在の30床の病院が新築された。

平成9年に循環器専門医の前院長を招聘するにあたり、循環器診療を充実させるため心臓カテーテル室・CT室を増設し、放射線技師の増員・臨床検査技師の新規採用が行われた。しかし、県立中央病院との棲み分けはできなかつたため業績は振るわず、平成14年度には1億5千万円の一般会計繰入金が発生するに至った。それを受けて、「友部町国保病院のあり方検討委員会」が平成15年1月から12月にかけて開催された。前院長は療養病床を併設することでの経営改善を主張

したが、受け入れられることはなく平成16年7月末に辞任することとなった。

その後任がいまま私が院長代理となり、平成16年12月地域密着型小規模多機能病院としての病院理念を公表した。しかし、平成26年度に筑波大学総合診療科との連携が進むまで、常勤医師2名の厳しい状況が続くことになった。しかしそのような中でも訪問診療を継続し「もの忘れ外来」など新たな取り組みもしていたことが、現在の状況改善につながったのではないかと考える。

「地域医療センターかさま」の未来

—総合診療医教育の役割と課題—

平成30年4月に、当院は現在開発の遅れている友部駅北側に新築移転する。それに伴い現在ある30床のうち、とりあえず半分程度を一般病床から地域包括ケア病床に移行する予定である。在宅などからのサブアキュート患者や県立中央病院などからのポストアキュート患者を主な対象とし、病棟リハビリテーションなどにより在宅復帰支援する役割を鮮明にすることになる。将来的に病棟リハビリテーションを行うセラピストが充足されれば、すべて地域包括ケア病床の「地域包括ケア病院」になることも考えている。そのためには地域医療連携が進むことが必要であり、現在も多く残る慢性期病床移行までの経過観察入院（「ワンクッション入院」と呼んでいる）は減らしていくべきだろう。入院したものの、認知症などでリハビリテーション平均2単位以上実施困難なことも多く、在宅復帰も困難な場合に速やかに受入れてくれる病床や施設の確保も課題となるだろう。

また地域包括支援センター・保健センター・病児保育室と合築されることで、「地域医療センターかさま」として保健・医療・福祉の連携強化を目指すことになる。「患者を診る」だけでなく「地域を診る」のも、総合診療医の大きな役割である。超高齢社会を迎え、認知症など治らない患者が地域に急増している。多職種による支援困難事例検討会や認知症初期集中支援チーム・道路交通法改正による運転免許更新時の認知症診断など、当院が地域包括支援センターと連携する機会がどんどん増えている。当院に認知症専門医はいな

いが、認知症の対応はすべての医師が行うべきものと考えている。私も総合診療医として認知症サポート医の研修を受け、「もの忘れ外来」の枠を設けて対応している。また糖尿病は認知症の原因であり、透析への重症化予防は喫緊の課題である。糖尿病も専門医だけでなく、すべての医師が対応すべき疾患である。健康教室や保健センターと綿密に連携した健診後の経過観察などが、当院の大きな役割になるだろう。

当院の在宅医療は質・量ともに充実してきているものの、地域の開業医の先生方との連携が不十分である。茨城県も在宅医療を担う医師のグループ化による24時間・365日の診療体制構築を推進しているが、笠間市ではまだ訪問診療を行う開業医の先生方が少ない。当院が後方支援病院（後方ベッド）になることで開業医の先生方の負担を減らし、笠間市の在宅医療推進に貢献したい。これから多死社会を迎えるにあたり在宅等での看取りは大きな課題になるので、グループ化とその支援は必ず必要になると考えている。少なくとも24時間体制の訪問看護が入っていれば、訪問看護と連携することで、緊急時でもある程度の情報収集は可能だろう。

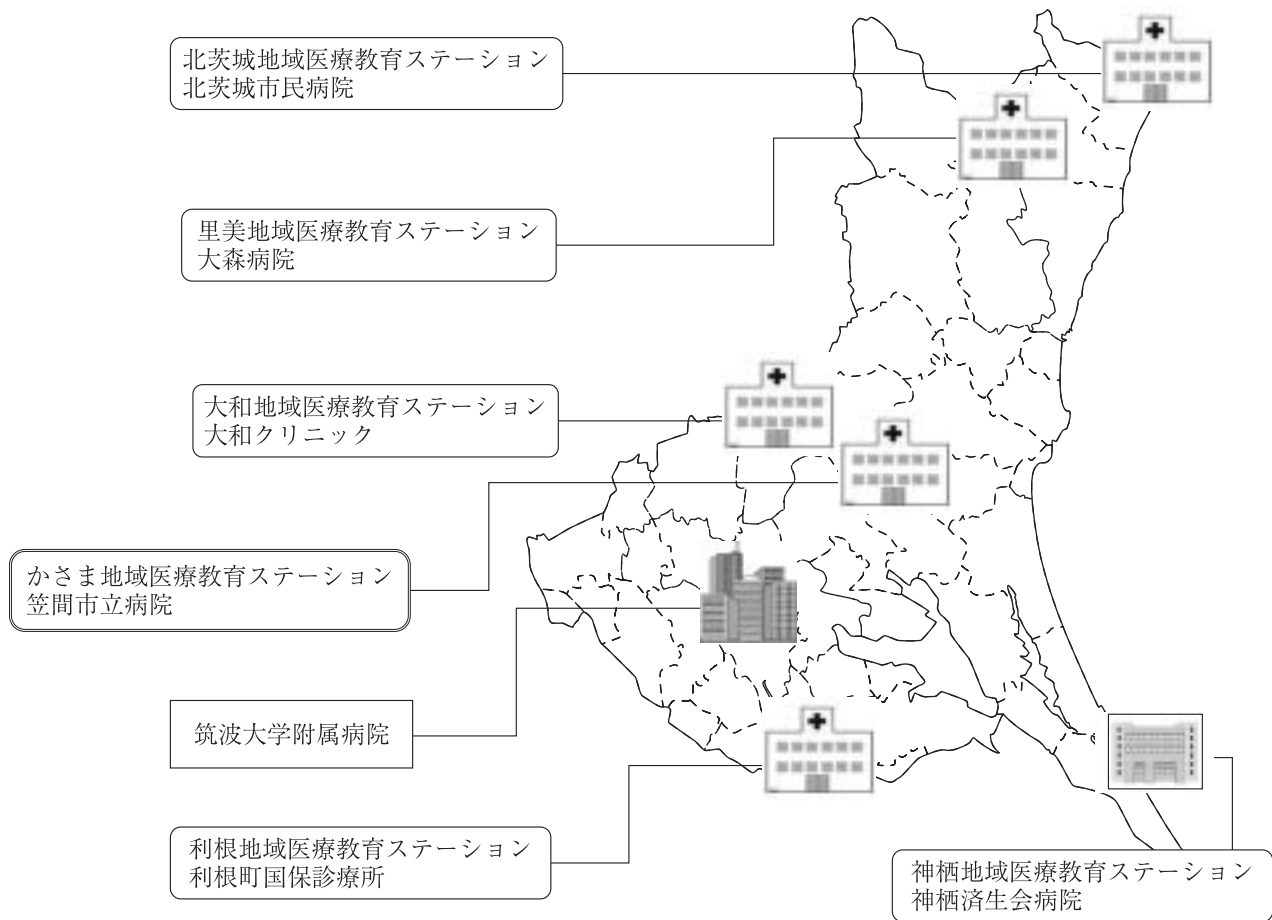
新築移転に加え、電子カルテが新規導入され放射線機器もデジタル化されるため、莫大な減価償却費により経営状態の悪化は避けられない。しかし何より大切なのは医師確保であり、筑波大学附属病院総合診療科との連携を保つことで「総合診療医の病院」になることである。外来・入院・在宅と包括的・継続的な診療を行えること・保健や福祉など行政と連携できることが、総合診療医を養成するフィールドとして自慢できるようにしたい。医師確保なくして収益の確保は不可能であり、これからの医師確保には「教育」がキーワードになると考えている（図）。「かさま地域医療教育ステーション」に派遣されてくる総合診療後期研修医や指導医の中から、笠間市職員として継続して勤務してもらえる医師が現れることを期待する。

おわりに

—内向き診療から家向き診療へ—

今回、当院の歴史を振り返る機会を得て、さまざまな出来事があったと改めて思った。そして一人でも医

図 各地区の教育ステーション



師が投げ出せば潰れるような状況から、現在何とか抜け出しつつあるのには2つのポイントがあった。1つ目は笠間市に在宅医療を支援する地域密着型病院が必要であると思いつき、それが今やっと時流に乗ったことである。2つ目は自分ができることをするのではなく、自分が求められることをできるようにしてきたことである。それは認知症診療でもあるし、在宅医療でもある。しかし今振り返ると、一番の分岐点は笠間市の平日夜間・日曜外来（一次救急）を当院で受け入れたことではないだろうか。

平成21年に新型インフルエンザ大流行時に、県立中央病院の救急外来がパンク寸前になったことをきっかけに、笠間市に一次救急を担う平日夜間・日曜外来開設が求められた。当初は県立中央病院内に外来スペースを設けて実施することが検討されたが、県立中央病院と笠間市医師会の双方の反対意見が出て頓挫してしまった。そこで県立中央病院にも近い当院で、採血・X線検査なしの一次救急を行うことになった。必要が

あれば県立中央病院に紹介することで、折り合いが合ったのである。もちろん、医師は医師会と県立中央病院からも派遣されるので、当院は基本的に場所を提供し環境を整える役目を担った。もちろんそれなりの負担や気遣いを必要としたのであるが、初めて病院を外に開いたという印象であった。

この後から歯車がうまく回り始めたようであり、前述のように訪問看護やリハビリテーション・退院支援を担う社会福祉士などの職員が充足された。当院の笠間市からの評価が上がったために、さまざまな要求が通りやすくなったのではないかと考えている。また、総合診療の学生実習施設を探していた筑波大学附属病院総合診療科の前野哲博教授に茨城県が当院を紹介してくれたのも、平日夜間・日曜診療を受け入れた病院だからだと聞いた。現在、インフルエンザシーズン以外は利用者があまりいなくて赤字が問題になっている平日夜間・日曜診療であるが、その当時にはわからなかった当院の分岐点だったのだ。

平成22年度の平日夜間・日曜外来の開始とともに学生実習の受入れが開始され、非常勤で週2日程度であったが指導医も派遣された。このおかげで私以外のもう一人の常勤医が産休に入った時にも、訪問診療を継続しながら何とか乗り切ることができた。この学生実習引き受けが、平成26年度からの「かさま地域医療教育ステーション」開設による後期研修医派遣・指導医常勤化につながったのである。

実習に来る学生さんと飲む機会も増えたが、総合診療医と専門医の違いについてよく質問される。「専門医は自分のできることをできるように周囲に働きかけるが、総合診療医は周囲から求められていることをできるようにする」と答える。総合病院の総合診療医は診断困難な症例を診断する「ドクターG」的役割を求められるが、地域ではそれぞれの実情に合わせることになるため型にはまらない多様性を持つ。笠間市の場合は在宅診療だったのだらうと、今ならそう思える。

自分のできることだけをやるのを「内向きの医療」とするならば、外から（地域から）求められることをできるようにするのが「^{うち}家向きの医療」であると考え。地域の中で求められる自院の役割をしっかりと認識し、自分たちがどの分野で頑張るのかを決める。その分野の患者さんは、大変な時でも断らないように努力する。また紹介を受けた患者さんは「^{うち}家向きの患者さん」と思われているのだと受け止め、その時は無理でも断らなくてすむように努力する。そうすることで役割分担が進み、地域の実情に合わせた総合診療が実践できるのだと考える。

当院のような小規模な国保直診病院はもうほとんどなくなってきたと思われるが、小さければ小さいなりに小回りの利く医療を実践できるのだと思う。役割が終わったら要らなくなるのではなく、役割を探して生き残る道もあるのではないか。昔は当院で結核の診療もしていたのだと思うと、先人から励まされているような気がした。

