

(付属資料 2)

**地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する
ヒアリング結果の詳細**

[地域住民が期待するかかりつけ医師像に関するヒアリングの概要]

対象：地域住民が期待するかかりつけ医師像に関するアンケートの回収票から研究会が選定した医師17人

方法：聴き取りヒアリング調査

対象者は以下の通り。

北海道・更別村 更別村国民健康保険診療所 山田 康介所長
宮城県・七ヶ宿町 七ヶ宿国民健康保険診療所 長島 高宏所長
福島県・福島市 鈴木医院 鈴木 信行院長
茨城県・つくば市 飯村医院 飯村 康夫院長
栃木県・宇都宮市 ひばりクリニック 高橋 昭彦院長
東京都・江東区 亀戸大島クリニック 飯島 治院長
東京都・日野市 小松医院 小松 真院長
神奈川県・伊勢原市 坂間医院 坂間 晃院長
石川県・白山市 吉野谷診療所 橋本 宏樹所長
福井県・おおい町 おおい町国保名田庄診療所 中村 伸一所長
岐阜県・揖斐川町 山びこの郷 吉村 学センター長
滋賀県・米原市 ケアセンターいぶき 畑野 秀樹センター長
兵庫県・宝塚市 いまい内科クリニック 今井 信行院長
山口県・柳井市 最所クリニック 最所 賢一郎院長
鹿児島県・薩摩川内市 手打診療所 瀬戸上 健二郎所長
鹿児島県・与論町 パナウル診療所 古川 誠二理事長
沖縄県・北中城村 ファミリークリニックきたなかぐすく 涌波 満院長

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ 更別村国民健康保険診療所 山田康介先生 －

診療所の概要	所在する市町村	北海道更別村
	種類	有床の診療所
	主体	公立
	病床数	19
	診療科目	一般内科、小児科
	職員の数	医師3人、看護師7人、PT1人、その他6人
	届け出されている 施設基準	在宅療養支援診療所 在宅患者訪問診療料 在宅時医学総合管理料 在宅末期医療総合診療料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	70人 (うち新患3～4人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	1人 (うち新患1人)
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	2人
	1週間の訪問回数	1回
	1週間の投入時間	2時間
	課題	
24時間対応	対応の概要	外来、救急、病棟、在宅の診療全て
	対応を円滑にするための 工夫	・近隣の医療機関との連携
	課題	

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・設備を使いこなせることが重要。
- ・これくらいは現場で診てほしいと思われるものに対応すること。分野に偏りなく、赤ん坊から高齢者まで診られること。
- ・当診療所では、医師で診療科を分けておらず、全ての医師が全ての科を診るようにしている。

(2) 医療設備

- ・レントゲン、心電図、血液検査は必要と思う。内視鏡もあっても良いかもしれない（当診療所には内視鏡はない。）。
- ・CTは不要。
- ・検査センターへの外注も行っている。北海道内に検査センターは行き渡っている。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・かかりつけ医は、ゲートキーパーとしての役割が大切。診すぎず、診なさすぎず。そのためには、地域で連携のネットワークを作っておく必要がある。疾患別の地域的なクリニカル・パスも必要。
- ・急性期の診療を行ってくれる紹介先との連携が重要。
- ・帯広厚生病院は3次医療まで行っており、全科がそろっている。そこの連携は多い。そこ以外にも病院があり、連携している。
- ・病院の情報を見きわめるのも、かかりつけ医の仕事。最初は全く情報がないので、紹介状の返事の内容を見ながら、情報を得ている。帯広市内の勉強会にも参加して、専門医個人と話しをしている。
- ・紹介する病院を探すのに苦労することはあまりない。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・北海道内は専門医が減っており、大変な状況である。専門医を疲れさせないことも必要。
- ・当直制になっており、診療所には常に誰かいる。夜間、診療所に電話が来ると、当直の看護師が受けて、その場（電話）で対応してしまうことも多い。1週間で20人くらい。
- ・最近は、平日の夜に電話が来ることは少なくなった。住民にも、診療所を支えようという意識が強くなっている。

(5) 往診・在宅診療

- ・ターミナルケアは在宅では1～2人。（病棟は10人くらい）
- ・ここから村内の端までは、車で15分くらいでいける。
- ・開業医は、往診や在宅医療を行う必要がある。外来で待っているだけでは、経営的にも厳しくなっていくだろう。
- ・待合室でたくさんの患者が長時間待つ、ということは、今後のあるべき姿とは違ってい

るのではないか。

(6) 診療範囲（地域）

- ・更別村の3400人の住民が診療範囲。近隣町村から来る患者も多い。（特に小児）
- ・通院する人は、車でくる人が多い。巡回バスを利用している人もいる。

(7) 人柄

- ・まず、人の話を聞くこと。
- ・リーダーシップはいろいろなところで必要。しかし、パターンリズムはダメ。
- ・自分自身は、学生時代のバスケットボールの部活動で、チームのあり方や人間関係のあり方を学んだ気がする。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

- ・プロフェッショナリズムの部分の教育が欠けている。医師というもののあり方や使命感は大切。困っている人を助ける、困っている人の所へ行く、という使命感は必要不可欠ではないか。
- ・現在の教育では、スペシャリストではあるが、プロフェッショナルではない人が増えてしまうような気がする。
- ・若いうちから、現場を見てほしい。

(2) 卒後研修

- ・現場を見る機会を増やし、「自分もああなりたい」という先生に出会うことが必要。

(3) 生涯学習

- ・知識を得るための機会は現在も多い。
- ・スキルや技術がアップする機会はほしいと思う。
- ・地域的なつながりも重要。この地域は、国道沿いの先生方は仲がよい。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

(1) 医療提供体制

- ・後期高齢者については、フリーアクセスの制限もするべき。ゲートキーパー機能は必要。高齢者自身のメリットと医療費適正化を同時に達成できる制度が理想。
- ・若い世代まで含めて考えると、フリーアクセスの制限は少し厳しいのではないか。

- ・家庭医の数は足りない。家庭医になりたいという志を持つ人には研修の機会が必要。
- ・現存の開業医の先生方の収入を確保しながら、家庭医制度の構築を進めるべき。
- ・家庭医としての専門性を保証し、3学会が合同して、専門医としての家庭医を作っていてほしい。

(2) 診療報酬

- ・患者さんを多数さばかないと収入が増えない制度は直してほしい。
- ・当診療所でも、外来の診察は1人当たり、5～6分くらい。これでは短い。薬を出して終わり、という感じになってしまう。もっと生活場面まで見たい。
- ・特定健診が始まって、病院受診していない人には濃密な指導が入ることになった。病院に受診している人に対してどう指導していくべきか、どう報酬を付けていくべきかは今後の課題。
- ・看護師の機能に報酬が付くとよい。NHKの取材があった時も、そのことを強調した。
- ・当診療所には、正看護師2名、准看護師5名がおり、医師をサポートしてくれる。医師だけで医療しているわけではない。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

- ・北海道庁には、よく支援して頂いていると思う。
- ・村の行政について言うと、役所仕事はやめましょう、ということ。縦割りになりがちなので、関係部署が連携して仕事をするようになってほしい。
- ・経営的には、大目に見られている。診療報酬の収入が増加しており、赤字は減少しつつある。皆が納得できる赤字であれば、許容されると思う。理不尽な黒字化はよくない。無理矢理黒字化しようとする、今の事業を縮小することにつながる。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・同感する。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

- ・高齢化率は25%くらい。若い世代が多い。
- ・農業が多いが、住民は豊かである。
- ・人が温かくて、住みやすい。
- ・今後良くなっていくという希望を持てる村である。

- ・健康日本21の時に、住民調査を行っており、データを多数取った。
- ・地域の住民については、手を変え、品を変え、健康づくりを進めていくことが重要。
- ・毎年、農閑期には、村内各地区を回って講演をしており、メディアの流行になっていたり、関心の高そうな話題を中心に話しをしている。村内は13の地区に分かれている。1地区の会場に10数名程度は集まっている。
- ・自分の両親は農家出身であり、育った環境の中に農村の状況がずっとあったので、農村部に来ても違和感はなかった。
- ・更別村は自分が選んだわけではなく、家庭医療学センターのK先生が自分を選んで派遣した。
- ・家庭医療学センターが更別村を派遣先として選んだ側面もある。医者が喜んで働ける地域ではない、医者が行かないという面はある。地域全体で医者を育てる観点は必要。家庭医療学センターが医師を派遣している地域は、北海道内にいくつかある。

○その他、特記事項

- ・19床のうち、17床は療養型病床。
- ・当診療所には、10年目の医師、5年目の医師、北海道家庭医療学センターの後期研修医の3名の医師がいる。他に、研修医が来ていることが多い。
- ・訪問看護については、介護保険の訪問看護ステーションはなく、必要に応じて、当診療所から看護師が訪問している。

<山田先生の経歴>

- ・斜里町（知床の北側）の出身。
 - ・平成10年に北海道大学を卒業。カレスアライアンスで研修。
 - ・平成13年にカレスアライアンスと更別村との間で業務提携の契約が結ばれた。
 - ・平成14年に当診療所に所長として赴任。
- ・医師になろうと思ったのは、収入が良さそうだったから。高校時代にそう思うようになった。もちろん、世の中に役立つ仕事をしたいという思いもあった。
- ・自分は斜里町の診療所の医師にお世話になったので、自分もそういう医師になりたいと思った。一言で言うと、何でも相談できる医師。
- ・しかし、大学の医学教育では、診療所の医師になるための教育はなかった。偶然、日鋼記念病院で家庭医療の研修がスタートするというポスターを見て、その研修を受けようと思った。
- ・当時は、総合診療科も余りなかった。
 - ・経営的には厳しい。村の一般会計からの繰り入れをしてもらっている。建物の借入を含めると6500万円、建物の借入を除くと4000万円くらい。
 - ・村の予算は年間60億円。
 - ・来年、特養が開設される。公立ではなく、民間で作ってくれる。

<山田先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	(4:00~6:30 自己学習、事務) (7:30~8:30 診療所での勉強会)
9:00~	
10:00~	外来
11:00~	
12:00~	
13:00~	
14:00~	
15:00~	外来か病棟か訪問診療
16:00~	
17:00~	
18:00~	カンファレンス
19:00~	
20:00~	終了
21:00以降	

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ 七ヶ宿国民健康保険診療所 長島 高宏 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	宮城県七ヶ宿町
	種類	無床の診療所
	主体	公立
	病床数	0
	診療科目	一般内科
	職員の数	医師1人、看護師3人、その他3人
	届け出されている 施設基準	
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	40人 (うち新患7～8人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	5～6人
	1週間の訪問回数	0.25回
	1週間の投入時間	0.25時間
	課題	・患者の状況を予見して、計画的に実施すること
24時間対応	対応の概要	(していない)

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・基本的診察手法、レントゲン、ECG、エコー、内視鏡、救急的処置。
- ・基本的な診察ができればよいが、簡単な縫合、切開は行えるようにする。
- ・必須なのは、内科、外科、小児科、整形外科、皮膚科、心療内科、救急といったところ。産婦人科はできなくても良いと思う。
- ・自分は目や耳や診ることができない。専門科目の医師は、月1回でもよいから病院等から派遣してもらえると助かる。

(2) 医療設備

- ・レントゲン、ECG、エコー、内視鏡、救急カート、血液検査装置（末血、生化、血液ガス）
- ・血液検査装置は当診療所にはないので、ラボを利用している。どうしても検査結果が出るのは翌日になってしまうので、装置はほしい。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・医局のつながりがあればベストだが・・・。
- ・白石の刈田総合病院（公立300床）と連携している。七ヶ宿町も刈田総合病院には7%出資している。福島の藤田病院や山形の高島病院とも連携している。この3つの病院はいずれも当診療所から25kmの距離にある。勤務医との面識があまりないので、もっと面識を深めたいと思っている。
- ・医師同士の面識があるかどうかで、連携の深さはかなり変わってくると思う。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・急患には、身体的余裕がある限り基本的には対応する。
- ・夜間呼び出されるのは週2回くらい（以前北海道の病院に勤務していた時よりは頻度は少ない）。
- ・夜間対応については、当診療所には夜間・休日にも管理人がおり、24時間365日常に誰かがいるようになっているので、患者から常時電話を受けることできる。電話を受ける人は、医師（自分）に連絡して、必要に応じて対応している。看護師と一緒に対応することはあるが、看護師だけで対応することはない。
- ・夜間に熱が出たらどうすればよいか、というような最低限のことは患者側も考えておくべき。
- ・朝から子どもに熱があることが分かっているのに、親の仕事の都合で、夜間に呼び出されるようなケースもあるので、困る（本当に緊急対応が必要な患者さんに迷惑がかかるケースがあり）。

(5) 往診・在宅診療

- ・依頼があれば対応する。しかし、患者側には診療所に来られるように努力してもらおう。

在宅診療をするかどうかは、患者 ADL、家族の介護力を合わせて検討する。

- ・教育・研修の時から、依頼があれば断らないよう指導されてきた。
- ・当診療所は在宅療養支援診療所は取っていない。

(6) 診療範囲（地域）

- ・セヶ宿町内、概ね1, 800人。車で片道15分くらいの範囲。
- ・多くの患者は町内の無料バスを利用して通院している。

(7) 人柄

- ・優しさ。優しくない住民に嫌われる。
- ・傾聴の姿勢。よく話を聞くことが重要。
- ・地域医療は医療だけしていてもダメ。
- ・忍耐力と決断力が重要。何でも自分で決定して進めていかないといけない。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

- ・医師としての心構えや患者とのコミュニケーション能力向上のための教育。
- ・医師と患者がどのような関わりを持つか教える場が必要。
- ・臨床は、医師免許を取ってからでよいのではないか。それまでに教育すべき基本的なことがあると思う。

(2) 卒後研修

- ・基本的診察法の研修。
- ・内科、外科以外に小児、整形、皮膚、救急、耳鼻の知識の向上。
- ・超音波、内視鏡の研修。
- ・画像読影の研修。
- ・当診療所は刈田総合病院と協力連携しているので、刈田総合病院に来ている研修生を年間3人ほど（それぞれ1週間）受け入れている。いろいろな場面に連れ回している。研修生からは、「整形外科が必須だと痛感した」との声がよく聞かれる。

(3) 生涯学習

- ・検査技能維持のための研修会。
- ・総合病院などにいる専門医からのレクチャー。
- ・患者とのコミュニケーション能力向上の研修。
- ・リスクマネジメントの研修。
- ・医療は日々進歩しているので、常に学習する姿勢が必要。特に、患者や住民から学ぶ姿

勢は必要。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

（１）医療提供体制

- ・紹介料と逆紹介料を高くする。
- ・病院と診療所の役割をもっと明確にする。
- ・病院と診療所の役割分担を一般住民にもっと理解させるよう促す必要がある。
- ・救急車の有料化は必須。
- ・夜間、時間外加算はもっと高くするべき。

（２）診療報酬

- ・救急車の有料化は必須。
- ・夜間、時間外加算はもっと高くするべき。
- ・いきなり（紹介なしで）病院にかかる場合の初診料を高くして、簡単に病院に受診できないようにすべき。

（３）その他

- ・医師の不足による精神的疲弊が蓄積しているため、給与はもう少し安くてもよいので、医師の絶対数を増やしてほしい。

4. 上記 2・3 に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

- ・医師・看護師の免許更新制度が必要ではないか。医師・看護師は専門職として日々研鑽する必要がある。
- ・患者側（住民側）への診療マナー教育を徹底する。
- ・国民全体に関わることだが、自分の亡くなり方を想定して、決めておくことも検討して良いのではないか。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・医師・患者相互の信頼関係の構築が困難となっているこのご時世で、「かかりつけ医」の役割や意義について住民に納得してもらうのは大変な気がする（医療情報があふれており、ドクターショッピングが多い時代であるので）。
- ・医師教育よりも患者教育が必要なのではないか。
- ・当町内でも仙台の病院に受診に行く人はいる。内科を2つ受診している人もいる（専門外来なら分かるが）。

・75歳以上なら、かかりつけ医を特定することはできるのではないか。当町内でも、70代になると、当診療所をかかりつけにする割合が多いと思う。受診行動も70代を境に変化するような気がする。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

- ・中規模の民間病院がなく、公立総合病院の負担が大きい。
- ・マイナー系診療科目の担当医が不足している。
- ・本人と家族で意識が違っていることもある（どの地域でも同じだと思うが）。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

・自分が診ることのできる疾病はできる限り自分が診るようにする。患者の家族家庭環境も知っておく。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

- ・できる限り、往診の依頼に対応する。
- ・他のかかりつけ医の診療状況も把握しておく（1人で多くのクリニックにかかっている人もいる）。

○その他、特記事項

- ・自分は福島県福島市出身。
平成10年に筑波大学医学部を卒業。その頃、テレビで地域医療の医師を見て、地域医療を志すようになった。
- ・初期研修は郡山市の太田総合病院で受けた。
- ・中期研修でも、地域医療を受けたいと思い、旭川厚生病院へ行った。（北海道地域医療財団の研修に乗った。）そこでは、病院だけでなくサテライトの診療所でも訓練を受けて、多くのことを学んだ。今から思えば、理想的な研修だったと思う。
- ・平成14年から、北海道内の厚生病院を回った。山部厚生病院や佐呂間厚生病院、美深厚生病院に勤務した。
- ・平成16年12月から平成17年3月まで北海道大学の総合診療部に在席した。
- ・平成17年4月から10月まで郡山市にある太田総合病院附属太田記念病院に在籍。
- ・平成17年11月から平成19年3月まで宮城県ドクターバンク事業に参加して、みやぎ県南中核病院消化器科（宮城県大河原町）に在籍。
- ・平成19年4月から、当診療所に勤務。

<長島先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	出勤
9:00~	
10:00~	外来診療
11:00~	
12:00~	昼休み
13:00~	製薬会社MRと面談
14:00~	外来診療・訪問診療・ サテライトクリニック出張診察
15:00~	
16:00~	
17:00~	事務的作業(書類作成・決済等)
18:00~	インターネット情報収集・メール等
19:00~	帰宅
20:00~	
21:00以降	

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ 鈴木医院 鈴木信行先生 －

診療所の概要	所在する市町村	福島県福島市
	種類	無床の診療所
	主体	公立以外
	病床数	0
	診療科目	一般内科、泌尿器科、小児科
	職員の数	医師1人、看護師4人、その他3人
	届け出されている 施設基準	在宅療養支援診療所 在宅患者訪問診療料 在宅患者訪問看護・指導料 在宅時医学総合管理料 在宅末期医療総合診療料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	20～30人 (うち新患2～3人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	0～1人 (うち新患0～1人)
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	20～25人
	1週間の訪問回数	0.5～1回
	1週間の投入時間	1時間
	課題	・患者の状況を予見して、計画的に実施すること
24時間対応	対応の概要	電話対応は24時間体制 訪問診療、訪問看護も24時間体制
	対応を円滑にするための 工夫	・情報システムの活用 ・近隣の医療機関との連携
	課題	診・診連携による24時間体制の確立

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・来てくれる患者はそれぞれが心配事を持っている。自分が直接関わることができる場合には対応するが、紹介する方が良い場合には紹介している。患者さんが行き場を失うようなことにはしない。
- ・患者さんに適切な情報提供を行うことは非常に重要なこと。紹介先の病院としてどこが適切か検討したり、患者さん本人では決められないようなことを手助けするのが自分の役割と思う。
- ・自分は専門として泌尿器科を専攻した。もともと外科をやりたいかったが、胸部外科などはヒエラルキーが強固で息苦しいものを感じた。若々しく、和気あいあいとした医局を選んだら、泌尿器科になった。
- ・当時は泌尿器科が腎不全の患者さんの対応もしており、その時から全身管理をしていた。全身管理を行う中で、患者さんとメンタルな面に関わることが多くなった。当時は、メンタルな部分については精神科の医師を紹介して終わりという形が多かったが、それではいけないと思うようになった。そのきっかけは、自分が手術した患者が、ある晩うめきながら寝ていて、家族が体をさすっている姿を見た時に、自分の居場所がない（何もしてあげられない）と感じたから。その時は本当に、患者さんや家族とどのように関わればよいか分からず、何もできなかった。
- ・また、自分が手術を行う予定だった患者の自宅をたまたま通りかかった時に、入院中の患者（その家族にとっては一家の大黒柱）の退院を心待ちにしている家族の姿を見て、「漫然と医療をしていたらダメだ。患者さんと家族の生活を守らなければいけない」と痛感した。自分の都合で手術の予定日を延ばしたりしていたことを非常に反省した。それ以来、在宅で緩和医療に関わろうと決めた。
- ・患者の生活を見なければ医療はできないと思う。病院でも全人医療を行っているが、生活を断ち切った場面での話しであり、やはり生活を把握する必要がある。
- ・1996年から在宅ホスピスケアに取り組んでいる。
- ・最初は症状のコントロールに時間を費やしていた。次第にスピリチュアルな部分に関わる時間が多くなっていった。
- ・スピリチュアルな問題は、患者にとって非常に大きく、また、一人一人それぞれ現れ方が違っている。教科書だけの知識では対応できないと痛感している。
- ・かかりつけ医の機能は、患者本人だけでなく家族も含めた健康を守ることではないか。
- ・プライマリケアとターミナルケアは必須と思う。また、自分は救急センターに2年いて、非常に勉強になった。救急対応も必要なのではないかと思う。
- ・東北では冬でも部屋全体を暖めるのではなく、こたつなど一部だけ暖かくするというケースがある。低体温の患者に空気循環型のエアマットを使っていたら、使用中に死亡するケースがあった。エアマットを使わないようにしたら、そうしたケースはなくなった。絶対にそうだとは言いきれないが、エアマットの空気循環が患者の体温を奪ってしまっていたものと思われる。そうしたことも、現場での体験がないと分からないことである。

(2) 医療設備

- ・自分の往診カバンにはいろいろなものが入っているが、基本的に何も必要ない。数値で結果を見るのではなく、会話の中から状況をくみ取れるようになるし、そうでなければならぬ。
- ・検査をする場合でも、患者の生活のために行うのであって、医師のために行うのではない、ということを忘れてはいけない。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・在宅で点滴が必要な患者については、途中で針が抜けても危険がないように、皮下に点滴を行うことがあり、中心静脈栄養のケースなどでは病院の外科にお願いしてポートの埋込を処置してもらっている。
- ・原則として、患者が入院していた病院と連携をとることにしている。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・24時間対応をしている。夜間は、看護師の電話に連絡が入り、看護師の対応で済んでしまうこともある。看護師だけで済まない場合には、自分の携帯が鳴り、自分が対応することになる。
- ・家族の不安が高じて連絡してくるケースが多いが、自分が対応しなければならないケースはほとんどない。
- ・ターミナルケアの患者に呼ばれることはほとんどない。急に病態が変化した時の対応等を日頃から家族と打ちあわせているからだろう。むしろ、慢性疾患の患者が、「急に熱が39度に上がった」などということによって連絡が入るケースがある。

(5) 往診・在宅診療

- ・往診や在宅診療は必要。それを行うと、住民の意識も高まる。
- ・看取りの入院はなかなかできなくなっており、ますます在宅医療の必要性は高まると思う。
- ・医師が訪問診療できるような特養やグループホームでの看取りが増えてくるだろう。
- ・在宅で患者の面倒を見ている家族のためにはレスパイトケアも必要であり、そのために検査入院を行ったりしている。家族を休ませてあげる機会をつくることは在宅医療を続けていくためのコツである。

(6) 診療範囲（地域）

- ・半径10kmくらい。それくらいが適当。
- ・県内の中通りと浜通りの中間地帯は医師不在の地域があり、そうした地域の患者も対応している。35km離れており、近隣のキーパーソン（看護師でケアマネジャーのような人）を見つけて、様子を見て頂くようにしている。本当は、近くに医師がいて対応してもらったのがよい。

(7) 人柄

- ・患者の話をよく聞くことが重要。自分は、ふだんの診察で時間が取れない場合には、診療外に面談の時間をとって1時間弱くらいでじっくりと話を聞くようにしている（実費として2,000円頂いている）。1週間に2例くらいある。
- ・医療も生活支援であり、医療職のみではできない。医療と福祉の協力が必要。介護保険のケアマネジャーよりももっと幅広く対応できる専門職が必要。そのためには、もっとMSWを増やして地域に配置できるようにしてほしい。現在は、MSWは病院の事務職として勤務しているケースがほとんどであり、その病院の退院支援しかしていないのが実情。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

- ・自分は今、福島県立医大で講義を行っているが、在宅という医療の現場を学生の時に知ってほしい。病院の医療といかに違っているかを体験しておくことは重要である。
- ・自分自身、学生の時に在宅医療やターミナルケアの勉強をする機会はほとんどなかった。

(2) 卒後研修

- ・今、卒後研修の中で1ヵ月くらい在宅の研修を行う期間があり、そのうち1週間うちに来てもらうケースもある。
- ・病院の研修でも在宅医療の研修はあるが、病院が持っている訪問看護ステーションの看護師について体験するケースが多い。しかし、看護師と医師の動き方はやはり違っており、開業医の動きを見る機会を増やしてほしい。
- ・うちで研修を受けた実習生の中からは、「病院との違いを感じた」「在宅は本人と家族の生活を考えることが大切だと分かった」という声が出ている。
- ・研修を通して、家族への気配りや介護者の健康管理の大切さを学んでほしいと思っている。

(3) 生涯学習

- ・病院の医師も在宅の状況を知ってほしい。病院の医師が在宅の現場を知らなかったら、退院（＝在宅への復帰）を提示できないのではないかと。
- ・自分は在宅の緩和医療を行うと決めた時から、泌尿器科の専門医の認定更新はやめた。更新のためには診療を休む必要があり、開業医にとっては難しい。そうまでして更新しても、実際にはあまりメリットもない。
- ・生涯学習の機会が増えており、医師本人ひいては患者さんに本当に役に立つのかという視点で取捨選択していくべきであろう。
- ・1人前の開業医になるには、卒後10年かかる。自分自身そうだった。10年経つと、得手・不得手がなくなって、幅広い患者に対応できるようになる。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

（１）医療提供体制

- ・福島県立医大でも、紹介状がないと初診料が高い。しかし、それでも外来患者が多く、予約制度の時間が大幅にずれ込むことが多い。
- ・大学も独法化して経営を考えないといけない（とすると外来患者があまり減るのも困る）ことは分かる。大学病院の機能としての観点と経営としての観点で矛盾が生じることになる。
- ・そうした点をどのように処理していくかが重要。

（２）診療報酬

- ・出来高払いから丸めの形が多くなってきている。在宅のガン患者でも、1週間のうち3日以内の関わりのケースでは出来高払いであるが、4日以上に関わりになると丸め（1日1,500点×7日分）になる。しかし、これは医療機関のみに認められており、訪問看護ステーションを利用すると、ステーションへの支払いは丸めの中から支出しないとイケなかったり、酸素レンタルなども丸めの中から支出しなければいけない。連携している他の医師が往診した場合でも丸めの中から支払わなければならない。その結果、意外に支出が増えてしまうケースもあり、難しい面がある。（また、在宅療養支援診療所でないと丸めの算定はできない。）
- ・丸めの方式にする場合でも、実態に合わせた制度設計をしてほしい。
- ・看取りで10,000点が付くようになったが、これも明らかに誘導策であり、実態は難しい。例えば、看取りの24時間以内に診療に行っていなければ算定できないことになっているが、そんなことは難しい。
- ・活動に見合った報酬制度を作ってほしい。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

- ・国は施策に予算を付けても、3年で終わってしまうというケースが多い気がする。必要なことや大切なことは、きちんと継続してほしい。
- ・ガン対策基本法もできているが、結局無理なことが多いと思う。現場に合っていないのは、現場から発想していないからではないか。
- ・県については、現場を分からない人がプランを書いていることが問題。今現場でどのような状況になっており、どのようなネットワークが存在しているのか知ってほしい。地域の情報を把握してほしい。

○その他、特記事項

- ・自分は1947年生まれ。母親の実家がある札幌出身。
- ・昭和45年に岩手医大に入学。
- ・昭和50年に卒業して、そのまま医局に入局。
- ・昭和57年から赤十字病院に勤務。岩手医大の講師も務めた。
- ・昭和59年～60年は岩手県救急センターに勤務。
- ・昭和62年に福島に帰ってきて開業。現在に至る。

<鈴木先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	
9:00~	
10:00~	外来診療
11:00~	
12:00~	
13:00~	
14:00~	
15:00~	訪問診療
16:00~	
17:00~	
18:00~	
19:00~	カンファレンス・テレビ会議・カウンセリング ケア会議・講演会・病室訪問（退院前カウンセリング）など
20:00~	
21:00以降	

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ 飯村医院 飯村康夫先生 －

診療所の概要	所在する市町村	茨城県つくば市
	種類	無床の診療所
	主体	公立以外
	病床数	0
	診療科目	一般内科、リハビリ科、小児科
	職員の数	医師1人、看護師3人、その他13人
	届け出されている 施設基準	在宅療養支援診療所 在宅患者訪問診療料 在宅患者訪問看護・指導料 在宅時医学総合管理料 在宅末期医療総合診療料 小規模多機能型居宅介護事業所を併設
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	70～90人 (うち新患は10～15人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	数人 (うち新患は数人)
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	10人
	1週間の訪問回数	13回
	1週間の投入時間	8時間
	課題	・患者の状況を予見して、計画的に実施すること ・診療報酬上の措置
24時間対応	対応の概要	1)在宅時医学総合管理料算定の患者さんでは24時間 対応のため、連絡方法を文章化したものを配布してあ る。 2) 1)以外の患者さんでも緊急時の医師携帯の電話を 教えてある(往診や訪問診療の患者さん)
	対応を円滑にするための 工夫	・訪問看護ステーションの導入
	課題	・患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこ と

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・かかりつけ医とは、患者さんの病気全般に関して相談できる家庭医だと思う。
- ・プライマリ・ケア医として、患者さんの病気を診断できる知識と技術が必要。専門外は診られないという医師はダメ。オール・ラウンドにこなせないといけない。
- ・診療所は原則として医師1人なので、なるべくその場で解決していかないといけない。

(2) 医療設備

- ・プライマリ・ケア医として初期診断や初期治療ができる設備。CT、MRI等の高額な設備は不要。高額な機器を入れても、読影できないのでは無意味。病院の機器が活用できればそれでよい。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・自分の能力（診断および治療）の限界を常に考え、限界を超えているようだったら病院に紹介し、診断および治療をしてもらう。病院と診療所とで併診をする。併診等をするためには情報交換を密にする。紹介状は、できるだけ詳細に記入し、データを添える。
- ・どこまでが自分の限界かを知っていることは大切。
- ・紹介する病院は、患者さんの状況に応じて、検討している。紹介状を書くのは、それだけで30分くらいかかり大変だが、できる限り詳しく書けば、病院との連携もしやすくなる。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・現在の勤務時間は午前8：00～午後6：30。時間外や休日で診療所や自宅にいる時は急患に対応する。診療所を離れて遠方にいる時は、（自宅のTELが携帯に転送されるので、患者さんから連絡が入るが）近辺の救急病院に電話してお願いする。
- ・夜間に頻繁に呼び出される、という状況ではない。24時間対応している患者さんについては、あらかじめ連携先を決めており、急変時の対応も前もって決めてあるので、突発的に呼ばれることはほとんどない。

(5) 往診・在宅診療

- ・往診は求めに応じて、可能な限りするが、自宅で飲酒をした時が困ってしまう（家族に乘せていってもらえるか、患者さんの方から迎えに来てもらうか）。在宅診療も、当院のできる能力の範囲内で行っている。時間は14：00～15：30を中心に行っている。もちろん、急な往診が入ると、午後の外来診療はずれていく。

(6) 診療範囲（地域）

- ・当院では、診療所を中心として4～5kmの範囲内が主である。高齢者で交通手段のない人には、当院では送迎を車で行っているため、10km以上の人もある。送迎をはじめたのは、タクシー代がかかるので通えないという話しをある患者さんから聞いたから。

(7) 人柄

・かかりつけ医は、患者さんとコミュニケーションを取れる人でないとダメと思われる。患者さんの話をよく聞いて、こちらの考えを押し付けないこと。教育者でなく、共同行動者。その前提として、患者さんの生活の事情をよく知らないといけない。仕事の状況などもよく把握しておかねばならず、そのためにも、患者さんの話をよく聞くことが重要。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

・総合診療科での教育。総合医としての目を養う必要。病院の医師と診療所の医師は違う。
・卒前での診療所研修。
・多職種の人が参加する医療・福祉事例検討会への参加。他職種の人意見や見方に触れることは必要。医療は医師だけがやっているのではない。特に福祉との連携が重要であることを早い段階で知るべき。

(2) 卒後研修

・総合診療科での研修。
・診療所研修。患者さんの自宅での生活に触れる機会。
・多職種の人が参加する医療・福祉事例検討会への参加。QOLの向上のためにどうすればよいか、体験する必要がある。

(3) 生涯学習

・プライマリ・ケア学会等の出席。
・地域における研修会（専門のもの、また専門外でプライマリ・ケアに役立つもの）へ参加。
・開業後5年くらいかかって、1人前の開業医になるのではないか。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

(1) 医療提供体制

・かかりつけ医（家庭医）を養成する大学医学部の総合診療科がどこの大学にもあるわけでないし、あっても質のバラツキがある。卒業生がほとんど各科の専門医を目指す状況を打破するには、家庭医の魅力をもっと教育すべき。
・病院にも総合診療科が少ない。病院の医師にもその魅力をアピールする必要がある。

(2) 診療報酬

- ・かかりつけ医はプライマリ・ケア学会等で認めた専門医制にして、患者さんや家族から相談を受けた場合には、相談時間を決めて、相談に当たった場合に特別な診療報酬を支払う制度があっても良いのではないかと。5分の診察時間の中で相談に乗るのは難しい。
- ・全てを定額の登録報酬にしてしまうのは、少し問題があるのではないかと。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

- ・診療報酬面では、在宅医療関連の点数だけを上げてもらっても、患者さんの個人負担が増大して、実際には利用できない制度になっている。在宅医療では、個人負担の軽減措置を考えてほしい。
- ・病院が病院としての機能を十分に発揮するためには、外来収入を当てにせず、入院収入だけで運営できるような制度改革と財政支援が必要である。
- ・外科、産婦人科、脳外科や小児科は崩壊の危機にある。養成する医師数を増やしても、3K（きつい、きたない、きけん）の科には志望者が増えないと思う。増やす方策として、給与やその他待遇面で優遇策が必要と思われる。行政はこの面で財政支援をしてほしい。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・かかりつけ医は提言の中で説明されている内容で良いと思うが、病院の医師をかかりつけ医としている患者さんは多い。どのように説明し納得させるか、また、かかりつけ医は複数でも良いのではないかと（老人はいろいろな疾患を持っており、診療所の誰をかかりつけ医とするかを判断させる情報提供をどうするか）。
- ・かかりつけ医の資格はどうか。かかりつけ医の機能を発揮するためには、研修を要する。
- ・診療報酬体制では、登録人数に応じて定額払いにすると、人数集めに熱心で、かかりつけ医の機能を十分に果たさない医師が出てくる。かかりつけ医の機能の評価をどのようにするか。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

- ・当地は農村地帯であるが、核家族で独居老人が増え、少子化で子どもがどんどん減少している。高齢者を家族で介護できなくなっている。介護力がある家でもできるだけ施設に預けようとしている。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

・診療所を開設して20年以上経つが、患者さんがどんどん高齢化し、80歳以上の高齢者は、医療より生活支援の方が重要となっている。家庭での介護力不足を補うために、生活支援を行っている。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

・超高齢者は医療より生活支援の方が重要である。診療所の2階で介護保健施設、地域密着型の小規模多機能型介護施設でデイサービスやショートステイを行っている。

○その他、特記事項

<飯村先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	
9:00~	
10:00~	(AM8:15~) 外来診療
11:00~	
12:00~	
13:00~	
14:00~	昼食 カルテ及び書類の整理
15:00~	
16:00~	訪問診療、往診 又は地域活動(学校保健委員会、学校健診、事例 検討会、予防接種など)
17:00~	
18:00~	外来診療
19:00~	
20:00~	
21:00以降	カルテ整理、紹介状発行、主治医意見書記載等

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ ひばりクリニック 高橋 昭彦 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	栃木県宇都宮市
	種類	無床の診療所
	主体	公立以外
	病床数	0
	診療科目	一般内科、小児科、心療内科
	職員の数	医師1人、看護師3人、その他3人
	届け出されている 施設基準	在宅療養支援診療所 在宅患者訪問診療料 在宅患者訪問看護・指導料 在宅時医学総合管理料 在宅末期医療総合診療料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	10～20人 (うち新患2～4人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	0人
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	21人
	1週間の訪問回数	15回
	1週間の投入時間	15時間
	課題	・患者の状況を予見して、計画的に実施すること ・コ・メディカルの確保 ・24時間態勢の訪問看護ステーションが足りない
24時間対応	対応の概要	在宅訪問診療患者に限り対応している(在宅療養支援診療所のため)
	対応を円滑にするための 工夫	・近隣の医療機関との連携 ・ビールをノンアルコールに変えた
	課題	・患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこと ・コ・メディカルの確保 ・訪問看護ステーションにはもっと報酬がないと、24時間でとれない

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・プライマリ・ケアに尽きる。
- ・自分自身は、この地域出身ではなく、滋賀県の出身。自治医科大学で学び、もともと小児科だった。在宅医療にも関心があった。ここで開業する前は、滋賀でへき地の診療所や小児科、宇都宮の沼尾病院で在宅医療、滋賀の老健施設で勤務した。

(2) 医療設備

- ・軽装備でよい。初期投資はあまりしない方がよい。血圧計と聴診器が基本。レントゲン・心電図、腹部エコーもあればよい。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・開業医のところで抱え込まないこと。自分も近隣の病院とは良好な関係を作っている。紹介するのは済生会病院が多いが、あくまでも患者さんのご希望に沿って紹介している。自治医科大学ももちろん紹介先である。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・基本的に、午前中は外来を診察して、午後は在宅医療を行っている。夜間対応ももちろんしている。若いからできているが、在宅の24時間対応はやはり大変。
- ・夜間対応をするために、酒は飲まなくなった。
- ・夜間の連絡は、日中の対応をしっかりしているとそれ程多くはない。ガン患者からの連絡は月に何日かはある。

(5) 往診・在宅診療

- ・訪問看護ステーションとは連絡をとりあって対応している。

(6) 診療範囲（地域）

- ・半径10kmくらい。しかし20km離れた所（旧今市市）に住んでいる患者もいる。
- ・大まかにいって、宇都宮市の北西部と旧今市市くらいが診療範囲。

(7) 人柄

- ・コミュニケーション能力は重要。
- ・話すことよりも聴くことが必要。自分も8割は聴いている感じ。
- ・話しをする場合には、難しいことを分かりやすく話す能力が求められる。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

- ・コミュニケーション能力に関する教育はもっと必要。
- ・チーム力も必要。今はチームケアができないと仕事が進まない。医師が「自分が一番えらい」などと考えているのはチーム力は発揮できない。
- ・自治医科大学で受けた教育は良かったと思う。

(2) 卒後研修

- ・今から思うと、もっとホスピスケアの勉強をしておけば良かったと思う。これは学生の時からもっと勉強すべき。
- ・心療内科の勉強も重要だと（今となって）感じる。この地域でも、不登校や虐待、ドメスティックバイオレンス、パニック障害などの症状を持つ人も増えており、開業医としては、対応できる必要がある。

(3) 生涯学習

- ・毎日が勉強。患者さんの必要に応じて、勉強していく必要がある。
- ・勉強したいと思っている人には機会を与えてあげることも心がけている。研修生の受け入れは原則として行っていないが、どうしてもここに来たいという研修生がいれば受け入れている。以前、愛媛大学の学生から、「キャンプ場に泊まるから、ここで実習を受けたい」と言われたので、ホテルの宿泊費や食費をこちらで負担した。その学生には、「費用は返さなくて良いから、自分が医者になったら、若い人に同じようにしてあげてほしい」と言った。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

(1) 医療提供体制

- ・医療機関の役割分担をきっちりと行い、1次医療、2次医療、3次医療の割り振りを行っていくことが必要。しかし、フリーアクセスとはどうしても矛盾が生じてしまうのが問題。
- ・特定のエリアの中で、患者がかかりつけ医を選ぶようにすればよい。患者が集まる診療所と集まらない診療所が明確に分かれるだろう。

(2) 診療報酬

- ・午前中は15～20人くらいの外来を診察している。1人に割と時間をかけている。現在の診療報酬で問題なのは、かける時間に関わらず点数が設定されていること。小児科は5分くらいで診察が済んでしまうが、外来初診料が660点つく。話しの長い高齢者や鬱

病の患者などははるかに長い診察時間となるのに、固定的な点数しかつかない。要するに、診察に時間をかけてもかけなくても点数は固定的である。これでは、心療内科などは割が合わないのではないか（これからの日本では、ますます心療内科が求められている）。

- ・診察時間の計測は難しい面があるかもしれないが、もっと診察時間を報酬に反映してほしい。コンサルテーション・フィーを増やしていくことが求められている。

(3) その他

- ・患者が賢くなると、医師の対応も変わっていくだろう。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

- ・地域医療連携にかかわるMSWの人数が圧倒的に少ないので、MSWへの報酬を設定してほしい。もっと増やしていくと、医療を充実することができる。例えば、自治医科大学からの退院予定患者について、MSWから連絡が入って訪問すると、もうMSWが退院後まで見通したケアチームを構築しており、開業医として非常に受け入れやすい。退院前から開業医がケアカンファレンスに入れるとスムーズに在宅復帰できる。

病院によっては、退院時に患者に「主治医宛ての情報提供書をお渡しするので、退院後に在宅主治医を捜して渡してください」と言って、何もフォローしないまま退院させているケースもある。これではスムーズな在宅復帰は難しい。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・同感である。しかし、これを実現するのは難しい。臨床医が求められる機能を全て果たすのは容易ではない。

- ・実現するタイミングを考える必要があると思う。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

- ・ここに開業して、住民の人たちから「良かった」と言われるので、ある程度地域のお役には立っていると思う。

- ・しかし、診療所の患者が増えていくことが重要なのではなく、地域住民の人たちが健康になることがもっと重要なので、それを目指して活動している。

- ・宣伝もしておらず、患者さんの口コミが宣伝手段と考えている。宣伝で来る患者さんは、結局、他の医療機関に移っていってしまう傾向はあると思う。

○その他、特記事項

・開業医は初期投資を抑えることが重要。ここは、もともとあった建物を借りて、改装した。改装は地元の大工さんをお願いして、「8百万円で結構です」とのことで、だいぶ負けてもらった。その時に、「いずれ自宅を建てる時はお願いしますから」と言って、最近その約束が実現した。

<高橋先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	出勤
9:00~	
10:00~	外来診療
11:00~	
12:00~	
13:00~	外部との連絡、調整など
14:00~	昼休み
15:00~	
16:00~	在宅医療
17:00~	
18:00~	訪問看護指示書、居宅療養看護指導
19:00~	連携医療機関への情報提供書 主治医意見書、身障診断書などの書類
20:00~	帰宅、夕食、入浴
21:00以降	(22~24時：地域活動、メールでの外部とのやりとりなど)

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ 亀戸大島クリニック 飯島 治 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	東京都江東区
	種類	無床の診療所
	主体	公立以外
	病床数	0
	診療科目	整形外科
	職員の数	医師 1 人
	届け出されている 施設基準	在宅療養支援診療所 在宅患者訪問診療料 在宅時医学総合管理料 在宅末期医療総合診療料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	0 人 (全て往診・訪問診療)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	0 人 (全て往診・訪問診療)
往診・訪問診療	1 週間で往診や訪問診療 に行く患者数	30 人
	1 週間の訪問回数	30 回
	1 週間の投入時間	28 時間
	課題	・患者の状況を予見して、計画的に実施すること
24 時間対応	対応の概要	訪問診療の患者さん全員に自分の携帯電話の番号を教 えている
	対応を円滑にするための 工夫	
	課題	・患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこ と ・あまり規模を拡大しない

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・患者に対して、最高の医療技術を提供する必要あり。
- ・在野の医者であっても、学会誌を読むなどして勉強する必要あり。
- ・先生自身も学会誌などは一定量目を通しているとのこと。

(2) 医療設備

- ・かかりつけ医には重装備な医療設備は必要ない。
- ・かかりつけ医師は患者の安心のため、相談相手（＝心のケア）のために存在する。医療設備が問題ではない。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・そのかかりつけ医が知っている、最大限良いところを紹介すればいい。
- ・重要なのはネームバリューではなく、紹介先病院を紹介するかかりつけ医と患者との信頼関係。
- ・先生の主な紹介先は、出身大学の順天堂大病院もしくは東大病院。
- ・患者は必ずしもネームバリューを求めてはいない。医療費は同じなので、ある一定水準の医療機関が良いが、それよりも医師と患者の信頼関係の方が大事。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・先生は患者（約 50 人）に携帯の番号を教えているが、コンビニエンスストア状態ではない。
- ・患者とは良い人間関係ができているので、気を遣ってあまりかかってこない（先生が仕事を始めるであろう 8 時半以降にかかってくる、など）。
- ・逆に電話がかかってくるのは、緊急時でないこと（＝心の不安の解消のため）の方が多い。その場合は電話で済むことが多い。
- ・週 1、2 回は急患はある。
- ・例えば 10 回以上急患がある場合などは、別に非常勤医師を雇わなくてはやっていけない。そのようなスタンスは先生のクリニックではとっていない。

(5) 往診・在宅診療

- ・往診自体は国民のニーズであるのだから継続した方がいい。高齢者が多い診療所などは、午前中は外来をやり、午後は往診をする、というモデルで進めれば、「診てもらえない」などの不満はでないのではないかと。
- ・在宅での医療度について。要介護度 5 の割合自体は高くなってはいないため、在宅での医療度が特別高くなっているとは感じない（要介護度 5 程度の重度の患者はいずれ死亡するため）。
- ・在宅での医療度が難しくなったのは、医療の高度化と高齢化が原因。以前は死亡していた人が、医療技術の高度化に伴って生きていけるようになったため、逆に在宅での医療が

困難になった。

- ・先生の受け持ち患者は約 50 人で 9 割が高齢者（65 歳以上の高齢者⇒8～9 割。75 歳以上の後期高齢者⇒7 割以上）。
- ・開業して 7 年ほど経つが、患者の平均年齢は上がっている。

（6）診療範囲（地域）

- ・都内 4 区（江東区、江戸川区、中央区（上司からの依頼）、墨田区）。
- ・自分はリウマチや脊椎損傷が専門のため、一般的なクリニックとは違い、他病院、訪問看護ステーション、ケアマネジャーからの紹介患者が多い。
- ・自分の専門ではない場合は、すぐ別の医療機関を紹介することになっている。
- ・専門性を打ち出した地域のクリニックであるため、その分患者満足度が高い。患者が数千人おり、総合的な診断をしてくれるような一般的なかかりつけ医とは異なっている。

（7）人柄

- ・話をよく聞いてくれる医師がいい。
- ・人の話を聞く修練を積むこと、人の話を聞き出すコツを得ることが大事。
- ・人間関係が良くなれば話を引き出せる。患者に興味を持つことが大事。
- ・今の高齢者は、若い時代に（戦争や病気などで）同級生を多く亡くしている。そのため自分だけ長生きしなくてもいいという発想があり、そういう人を患者としていることを認識することも必要。

（参考文献：「健康・老化・寿命」中公新書 黒木登志夫著）

- ・高齢者の病気はほぼ治らない。治らない病気のことを話してもしょうがない。先生は必要最低限の医療の話しかしない。

【開業の経緯】

出身大学の先輩（整形外科）が、外来にかかりきりになることが多く、ひざが痛くて通院できない患者の往診を依頼された。その手伝いの中で、在宅医療の面白さを感じた。また、以前は大きな病院に勤めており、重度の患者ほど通院しなくなる傾向を感じていた（重度の患者は 3, 4 時間も病院で待てない）。そこで訪問看護ステーションを見学したところ、重度の患者で、状態が変わっても同じ薬を家族がもらいに来ている現場を目の当たりにし、問題意識を感じた。

現在の受け持ち患者数は約 50 人。60 人以上は診ないことにしている。カルテ書き等の事務作業も全て自分 1 人でやっている。この体制の方が、受け持ち患者の容態をしっかりと把握することができ、これが患者の安心感につながっている。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

（1）大学における教育

- ・医学教育は今後、長期的にみたら今よりよくなるのではないかと。前厚生労働省の M 氏が、

現在文部科学省の医学教育の改革を行っている。国のベクトルは間違っていない。

- ・学生が現場を体験する機会も増えている。しかし、医学とは全く関係ないもう少し幅の広い実習の必要性も感じる。

(2) 卒後研修

- ・今の研修制度でいいのではないか。現場としては当初想定していなかったことが起こった（大学病院に若い医師が残らなくなったなど）が、このまま落ち着くまで待てばいいのでは。崩壊したら崩壊したで、またそこから仕切りなおす。

- ・先生のクリニックでは、卒後研修の受け入れは行っていない。卒後研修は、人手があるところでやった方がいい。教えること自体が好きな人が医師には多いので、研修も負担になる。

(3) 生涯学習

- ・医師会の研修にはあまり行っていないが、仲間うちで情報共有して研究会に参加することが多い。

- ・現在1つ研究会を立ち上げている（介護保険研究会―厚生労働省 K 氏の私的研究会）。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

【医療提供体制について】

- ・人頭払いは止めたほうがいい。
- ・かかりつけ医師を選べと言われても、選ばない人が多いのではないか（介護保険改正時の特定高齢者探しの二の舞になるのでは）。
- ・患者側からかかりつけ医を登録しようとさせても難しい。
- ・中央区で一度実施したことがあるが、苦情が多かった。医師側からみても不愉快な行政対応である。かかりつけ医体制を進めるなら、現行の制度の枠組みの中で行くしかない。眼科の先生はかかりつけ医師になれないなどの矛盾が生じる。

【診療報酬について】

- ・国民、医師の両者が納得しないところに報酬をつけても意味がない。そもそも諸外国（イギリスなど）の例を見ても低報酬とわかっている。
- ・病院に来る必要がない患者を、初診料を上げるなどして（1万円程度）、制限する必要がある。

【療養病床の削減について】

- ・治療の必要のない高齢者を抑制するのは必要。国の方向性は間違っていない。
- ・ただし、ケアハウス、老人保健施設など受け皿になる施設に、それぞれの施設の要介護度に見合った患者を移す必要がある。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

【産婦人科⇒産科・婦人科に分ける】

- ・現在の産婦人科では、子宮ガンの手術をしながらお産にも対応している。
- ・お産は病気ではない。一方、婦人科は人の腹を切る外科的な要素もある。1人の医師が、異質のものを一緒に診ている現状。

【「人は必ず死ぬ」ということをはっきり言うべき】

- ・医療は不確実である。かつ高齢化の進展に伴い、治りづらい病気のみ残っている。
- ・医療訴訟が多くなると医療行為が萎縮する。そのことによって患者との壁が生じる。
- ・何かあったら訴えるという風潮をなくすべき。医療は水や空気のような自然のものではなく、工夫して作ってきたもの。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

.....
《可能でしたら、先生をかかりつけ医になさっている住民の方へ、以下の点をお伺いさせて頂きたいと存じます。》
.....

○地域住民が求めるかかりつけ医とはどのような医師ですか。

(1) 医療技術

- ・ 患者が望む最高の医療技術を提供するべき。

(2) 医療設備

- ・ 患者が安心できる程度でよい。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・ いつでもつながりのある他の医療機関を紹介できる体制を整える。
- ・ 介護サービスとの連携も重要。
- ・ 診療範囲は関係ない。患者側からしたら、隣の医師でも意思疎通が良好にできないなら行かない。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・ 必要な時に直接医師と電話できるような体制を整える。
- ・ 連絡体制より良好な人間関係の方が大事。

(5) 往診・在宅診療

<飯島先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	
9:00~	
10:00~	訪問診療
11:00~	
12:00~	
13:00~	文献に目を通す、or原稿を書く
14:00~	
15:00~	
16:00~	訪問診療
17:00~	
18:00~	
19:00~	
20:00~	
21:00以降	自宅に持ち帰った事務をする (~22:00まで)

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ 小松医院 小松 真 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	東京都日野市
	種類	無床の診療所
	主体	公立以外
	病床数	0
	診療科目	一般内科、循環器科、消化器科
	職員の数	医師2人、その他7人
	届け出されている 施設基準	在宅療養支援診療所 在宅患者訪問診療料 在宅時医学総合管理料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	60人 (うち新患5人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	2人 (うち新患0人)
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	7人
	1週間の訪問回数	7回
	1週間の投入時間	6時間
	課題	・患者の状況を予見して、計画的に実施すること ・コ・メディカルの確保
24時間対応	対応の概要	対応している
	対応を円滑にするための 工夫	・情報システムの活用 ・近隣の医療機関との連携
	課題	・コ・メディカルの確保

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・子ども（3ヵ月～）から高齢者までの日常病を診られることが必要。健康相談に応じられることも。
- ・産科、新生児（3ヵ月以下）は対象外となると思う。将来的には、医療教育の中で、周産期や産科、新生児の充実が図られれば、対象に入ってくると思うが、10年くらいかかるのではないか。

(2) 医療設備

- ・高度なものはほとんどいない。最低限のもの、すなわち、レントゲンと心電図でよい。ヨーロッパや米国の家庭医はほとんど設備を持っていない（グループ診療できちんと共同利用しているようだ）。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・疾患ごとに地域的な連携パスを作っていくことが求められる。病院内部のパスは導入されてきているが、それを地域の開業医まで開示して、活用できるようにしてほしい。特に、大腿骨骨折、脳梗塞、心筋梗塞、ガン、糖尿病は地域連携パスが必要となる。
- ・当医院は、日野市立病院とはこれまでにいろいろと連携してきている。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・当医院は医師2人体制で急患に対応している。訪問看護ステーションもあるので、夜間でも対応している。緊急時には、まず訪問看護ステーションの看護師が対応し、それでも難しい場合には、医師が対応することになる。
- ・在宅診療所にあまり特化してしまうと、周囲の先生方が馬鹿馬鹿しくなってくる。例えば、ある在宅診療所の先生は、年間280人の死亡診断書を書いているが、多すぎると思う。
- ・むしろ、全ての開業医が無理なく訪問できるようなシステムを構築していく必要がある。
- ・気になる患者（緊急の連絡がありそうな患者）については、事前に対応を予測している。
- ・昔の方が緊急度の高い連絡が多かった。今は、すぐに救急車を呼ぶようになっているので、かかりつけ医に緊急性の高い連絡が入ることは少なくなっているのではないか。日本人は救急車を呼びすぎる傾向があると思う。

(5) 往診・在宅診療

- ・病院からの退院が早くなっているため、往診の度合いが高く（重く）なっている。1週間に10人ちょっとの患者に往診している。訪問看護を上手に活用しながら在宅診療を行っている。
- ・訪問看護ステーションに医療器材を置けるようにしてほしい。現在は医療器材を置けない。医療器材を常時置いておけるような拠点をきめ細かく設置していくことが求められる。

(6) 診療範囲（地域）

- ・半径4 km くらい。車で20分くらい。今くらいが適正。

(7) 人柄

- ・志は高くないと困る。患者と生活をともにしていこうという心意気が必要。
- ・ガンの患者さんは治ることはないので、むしろ、後の人生をいかに充実して過ごすかをサポートしてあげることが重要。
- ・多くの高齢者にとっては、病気を治すことが重要なのではなく、心を受け止めてあげて、一緒に生きてゆくことが重要。そこを間違えると、過剰医療になりがち。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

- ・専門科目の教育は問題ないと思う。
- ・全人的、かつ、総合的に診ていく能力の育成が欠けている。そこが、最も求められている。
- ・人間を人間としてみる教育は必須。もっと踏み込んだ教育・研修が必要ではないか。

(2) 卒後研修

- ・2年間の卒後研修のうち、2ヶ月間は開業医等で行ってもよいことになった。それは前進であるが、2ヵ月では見学程度に終わってしまうので、もっと期間を長くしてほしい。

(3) 生涯学習

- ・日本医師会とプライマリ・ケア学会、総合診療医学会、家庭医療学会が共同で、かかりつけ医の研修プログラムを作成中。日本医師会の飯沼先生、自治医科大学の高久文麿先生、聖路加病院の福井先生が中核メンバー（卒後2年の研修の後で行うもの）。産業医のプログラムも参考にしていると思う。これができれば、生涯学習はかなり充実されると思う。
- ・開業医として十分な対応ができるようになるためには、開業してから15年かかる。地域の状況がよく分からないといけない。診察以外のことを学ぶ必要。健康教育のやり方一つとっても、経験していけないと体得できない。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

(1) 医療提供体制

- ・地域の医師会がしっかり見ていけないといけない。地域医療は、地域の医師が共同で行

っていくべき。

- ・日野市では昭和50年頃に難病の集団検診をシステム化した。これは日野市医師会の主張で導入されたものであり、浸透してきている（当時は難病の人たちは悲惨な状況に置かれていた）。
- ・ケアカンファレンスも導入されてきた。
- ・開業医と病院との連携がうまくとられるようになってきた。
- ・以上のような状況が、全国に浸透していくと良い。

(2) 診療報酬

- ・今は、病院も外来を行うようになっている。
- ・自分自身は、もともと自由化論者なので、初診料は自由化しても良いのではないかと思っている。心臓や脳神経の医師のドクターフィーをもう少し上げて良いのではないか。手術の成功率の高い先生には、高い報酬が与えられて当然と思う。診療所においても、初診料を自由化した方がよいのではないか。医師の自由度が確保されないといけない。
- ・グループ診療はどうしても進まない。ドクターフィーを適切に決めないと無理なのではないか。今は、診療報酬が医師に対してではなく診療所に支払われることになるので、配分をめぐって問題が生じやすい。

(3) その他

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

- ・行政に対しては、病院のモチベーションをはっきりさせてほしい。
- ・この病院はどういう活動やサービスを提供しているのか、現在は明確でない。
- ・病院間・病診の連携は必要である。そこに行政も参加して、地域全体で連携のシステムを作っていくことが必要である。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・ドクターフィーを考え直すことが必要。特に外科系か。
- ・後期高齢者の医療制度について、75歳以上の医療費が膨大になるのは目に見えている。何らかの歯止めは必要。後期高齢者の検査は無駄が多い。画像診断が多すぎる。月に2回もMRIをやっている患者もいる。
- ・在宅医療にシフトしていく必要がある。現在、在宅医療は、開業医の中でも一握りの人たちしか行っていない。在宅支援診療所の届け出は1万件あるが、おそらくきちんと在宅医療を行っているのは、3割くらいではないか。
- ・地域の介護を充実していくためには、急性期病床→回復期病床→老健施設という流れを作っていくべきである。急性疾患が発生した場合、急性期病床に2週間入り、その後回復期病床に3ヵ月入ってリハを行う。その後、半年程度老健施設にいて、在宅に戻っていく、

という流れをシステム化する必要がある。日本では、特に回復期病床、老健施設をもっと増やしていく必要がある。

・情報交換はしっかりとしていく必要がある。地域全体で遅れている。例えば、日常的な検査の結果は保健所に蓄積するなどして、医師が共同で利用できるようにすれば、無駄を省いて効率化できる。無駄な検査をしなくて済むようなシステムを作っていく必要。薬の情報も共有できれば、無駄は少なくなる。医師が、患者の情報を迅速にコンタクトできるような仕組みが望まれる。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

・東京のベッドタウン。昔は若い世代が多かったが、高齢化している。それに合わせて、医療活動も対応していくべきである。地域的にも診療所の活動を機動的に考えていく必要がある。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

・地域の変化に適切に対応していくこと。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

・地域の変化に適切に対応していくこと。

.....
《可能でしたら、先生をかかりつけ医になさっている住民の方へ、以下の点をお伺いさせて頂きたく存じます。》
.....

○地域住民が求めるかかりつけ医とはどのような医師ですか。

- ・生活レベル全体を見てくれる医師が必要。
- ・国保中央会の提言にある項目を備えている医師が必要。
- ・現場能力が求められる。治療だけではダメ。
- ・手軽に付き合ってくれる医師。
- ・独善的ではダメ。

○その他、特記事項

- ・自分は広島の前爆の惨状を見て、医師を志すようになった。徳島医科大学を卒業して、10年くらいは生化学の研究をしていた。国立医療センターの内科にも勤務した。
- ・開業する予定は無かったが、東京で現在の土地を手に入れて、診療所を開くことになった。
- ・生化学の分野に携わってきたので、システムチックな発想が身に付いていた。
- ・1977年に圏域全体の保健医療計画を立てた。
- ・「東京多摩メディカルプラン‘77」も作った。
- ・保健医療計画ハンドブックの策定にも参画した。
- ・医師会の仕事もいろいろした。
- ・日野市の医師会でも、仕事をいろいろした。
- ・家庭医の懇談会にも参加して、報告書を書いた。その時に10項目を作ったが、今求められているものと同じである。以前から、日本においても専門医としての家庭医を養成しなければならないと考えていた。
- ・そもそも「かかりつけ医」という言葉は世界では通用しない。日本でも最近は使われなくなりつつある。むしろ「総合医」の方がよい。もっと国民が分かる、理解しやすい言葉を考えていく必要がある。
- ・在宅医療については、在宅医療環境整備に関する検討委員会にも参画した。報告書のドラフトも作った。
- ・昭和40年頃から機能連携は言われているが、システム化は遅れている。
- ・国保中央会の提言については、包括払いが受け入れられるかどうか焦点となる。

<小松先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	(AM7:30~)
9:00~	
10:00~	外来診療
11:00~	
12:00~	
13:00~	
14:00~	訪問診療・一般往診・保育園・幼稚園・学校医等による検診、3ヶ月・1歳半・3歳児健診、予防接種。
15:00~	ケア会議・訪問看護ステーションの指導等 介護保険審査会、行政との会合、医師会への会合
16:00~	
17:00~	外来診療
18:00~	
19:00~	
20:00~	医師会研修（月に1~2回）
21:00以降	自宅研修 年10回くらい夜間診療へ出務

●21世紀型社会におけるプライマリ・ケア●

▶ 21世紀型社会とは

21世紀型社会とは、環境・安全・豊かさそして創造性・技術革新を実現する社会とされている。

環境問題は世界的規模でその対策が講じられ、安全は人間の生命を守る社会的基盤として、最優先の課題とされている。そして貧困や格差から脱出し、世界のすべての人々が生きる喜びを実感する社会、これには単に経済的な豊かさだけではなく、心の豊かさも含まれている。さらに、価値ある創造性を抱えた技術革新に向けた行動、これらが実現する社会を21世紀型社会と呼び、いま世界各国がその実現に向けてスタートラインに立ったところであるといえるだろう。そして日本は、構造改革を旗印に、そのスタートラインから一歩踏み出したところであろう。

いま、日本では少子高齢社会に向けたさまざまな施策が講じられているが、政府が進める構造改革は、まだその初期段階に過ぎず、今後多くの困難な道乗り越えねばならないだろう。

▶ プライマリ・ケアと地域社会

プライマリ・ケアが人間の健康と福祉を守る基本的な機能と政策であるとすれば、プライマリ・ケアの充実こそが、21世紀型社会の実現に極めて大きな役割を果たすものと考えられる。図に示す様に、それぞれの地域におけるプライマリ・ケアの推進と参加型の実践活動を行うことで、住民の健康と住みよい地域づくりが実現し、それが21世紀型社会の実現へ向けた第一歩となるであろう。その意味では日本プライマリ・ケア学会がこれまで行ってきた研究と実践活動はまさに正しい方向であると考ええる。

▶ プライマリ・ケアを担う医師の専門性

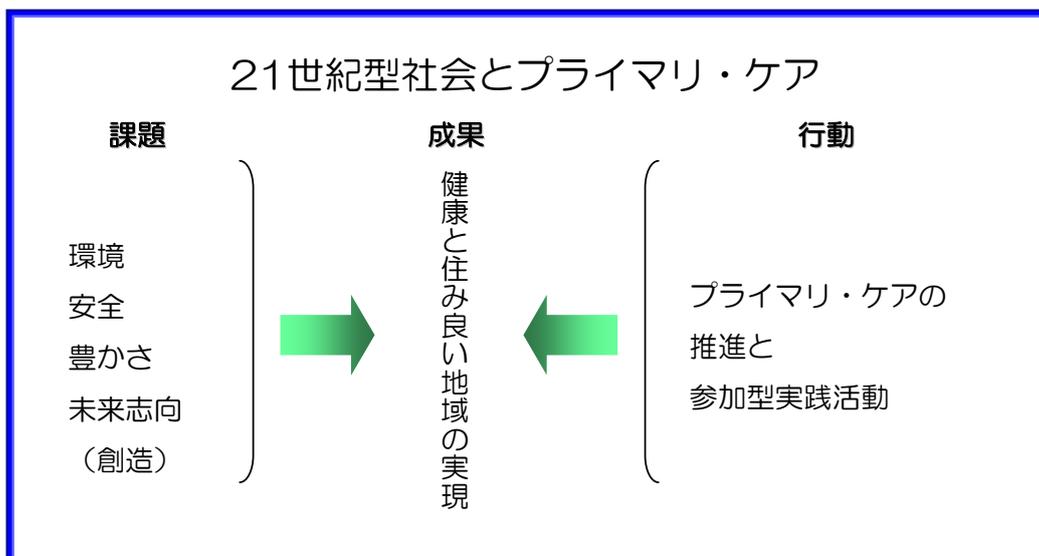
21世紀型社会では、多様な人材を必要とする。プライマリ・ケアの実践活動の中で、その中核的な役割を担うのは医師である。当学会ではこの様な医師を評価するためにすでに認定医・専門医の制度を設けているが、認定に当たっては両者共多様な事例報告と学科試験（MEQ）が課せられ、専門医にはさらに高度な実地試験（OSCE）が加わり、そのハードルの高さは日本の専門医試験で最も高いとされている。

プライマリ・ケア医の専門性の認定は、単なる技術や知識評価ではなく、地域が必要とする人材としての能力を評価の基準としている。

その能力とは、

1. コミュニケーションを常に磨く能力
2. 日常病・日常問題への対応能力
3. 相談・コンサルテーション能力
4. 医療・介護機能の連携能力
5. 地域医療（予防活動を含む）・在宅療養への対応能力
6. 教育・評価の具備能力

これらの能力に対する評価は、第三者を交えたプライマリ・ケア評価機構の設立に期待し、そこでの活動こそが、日本のプライマリ・ケアの確立と21世紀型社会の実現への基盤となるであろう。



地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ 坂間医院 坂間 晃 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	神奈川県伊勢原市
	種類	無床の診療所
	主体	公立以外
	病床数	0
	診療科目	一般内科、小児外来
	職員の数	医師2人、看護師4人、その他4人
	届け出されている 施設基準	在宅患者訪問診療料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	60人 (うち新患5人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	1人 (うち新患0.5人)
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	7～10人
	1週間の訪問回数	5～6回
	1週間の投入時間	5時間
	課題	
24時間対応	対応の概要	留守番電話にしていない。電話には自宅にいる限り対応している。
	対応を円滑にするための 工夫	
	課題	

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・専門性を持つことは重要。しかし、開業していると、やってくる患者のほとんどは内科系の疾患である。
- ・合わせて、精神の問題を持っている人も多い。必ずしも高齢だから精神の問題を持っているとは限らない。若い世代でもあり得る。家庭の問題（同居している世代間の軋轢など）や夫婦間の問題も原因となる。女性で精神的な愁訴をする人が増えている。
- ・大学や大病院で学んだ技術を振り回さず、全人的に診ることが必要。

(2) 医療設備

- ・採尿、レントゲン、心電図があればよいのでは。できればエコーもあるとよい。血液検査はラボが利用できればそれで十分。
- ・市内の開業医（神経内科）で、CTやMRIを入れた人もいるが、そこまでは必要ないのではないかと思う。CTやMRIは病院と連携できていれば、必要ないと思う。伊勢原市内は、電話やFAXで病院と連携できているので、環境は整っている。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・FAXによる仕組み、窓口を病院側に拡充してほしいと思う。
- ・伊勢原協同病院を中心とするインターネットによるネットワーク連携はあまり進んでいない。
- ・病院側にお願いしたいことは、地域の開業医の現場や在宅医療の状況を一度は見てほしい、ということ。見てくれれば、我々の状況を理解してくれると思う。
- ・現場を知らない病院勤務医からは、突拍子もないオーダーが出てきたりする。救急の患者を紹介すると、すぐに「心電図はどうか」などと聞かれる。救急のケースですぐにそう言われても、開業医の側では分からない。
- ・医学生の実習を医師会として受け入れており、教育の中で、現場を見てもらうことは必要であると考えている。臨床研修を保健所や開業医の所で行って良いことになり、東海大学から話しがあった時に、医師会としても受け入れようと思ひ、会員に諮ったところ、14の開業医からエントリーの要望があった（現在、7カ所で受け入れている）。
- ・大学側・病院側に開業医の実態が分からないことは問題。自分自身は佐久総合病院で11年間勤務していたので、そこでいろいろと学んだ（佐久総合病院は往診をするなど、外に出ることに積極的な活動をしている）。
- ・開業医は病院勤務医から転換する人が多いので、病院のことはよく分かるのだが、逆のケースはないために、ギャップがある。
- ・地域によっては、開業医間での競争が激しいケースもあるようだが、伊勢原市内では、そういうことはあまりない。患者を取った取られたというような話もほとんど聞かない。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・診療所の電話を留守番電話にせずに、誰かがいれば必ず連絡を受けるようにしている（自

分自身は毎日午前3時までは起きている)。

- ・伊勢原市内は、夜11時までは休日夜間診療所の体制が構築されている。小児科については、秦野赤十字病院にも協力してもらっている。
- ・夜中に急患が来ることはほとんどない。
- ・特養の嘱託医もしており、毎週(木)の午前中に特養に行っているが、特養の医療については問題を感じる。昼間しか医師・看護師がいないので、夜間の対応が難しい(胃瘻やインシュリン)。

(5) 往診・在宅診療

- ・開業医は往診や在宅診療を行うことが必要と考える。
- ・在宅医療の内容が高度化している傾向にある(医療度の高い患者が増えている)。
- ・がん末期の患者を2人抱えると、対応が一杯一杯になる。
- ・伊勢原市では、ALSの患者が全国に比べて多い。
- ・人工呼吸器を付けて在宅へ、という考え方はある。医療資源が限られたとすると、いろいろな考え方がある。
- ・往診は昼休みの時間に対応している。

(6) 診療範囲(地域)

- ・半径4kmくらい。
- ・伊勢原市内にも都市部と田舎があり、田舎の方には開業してくれない。

(7) 人柄

- ・腕が良ければ、性格が悪くても治療できることは確か。
- ・しかし、患者に優しい医師がよいと思う。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

- ・少ない時間の中で専門科目を学ぶことが多いので、地域医療まで広げるのは大変かもしれない。
- ・どうしても専門的なところで精一杯になる。
- ・慈恵医大でも行っているが、地域の医師会とタイアップして臨床の現場に出る機会を持つことは必要ではないか。
- ・東海大学では、特養・老健などへ1週間見学する学生実習を導入している。

(2) 卒後研修

- ・自分が卒業した頃は、インターンがなくなって、自主的なローテーション研修を仲間と作っていた。麻酔科・産婦人科・放射線科・心臓血管外科などを半年かけて回っていた。

- ・現在、厚生労働省のカリキュラムにいくつかの必修項目があるが、やはりそれらは必須である。
- ・自分自身は、25歳で卒業して、佐久総合病院に勤務した（11年間）。
- ・内科系の医師よりも、外科系の医師の方が治療実績が分かりやすいので、地域医療で成功しやすいようだ。

（3）生涯学習

- ・医師会で学術研修会を年6回行っている。
- ・それ以外に、スポンサーが加わっているものが年6回ある。
- ・循環器の会や糖尿病の会、皮膚の会など地域で盛んに実施されている。
- ・若い頃は、各学会で専門医の資格をとるために研修会によく参加していた。
- ・学生実習の受け入れも行っているが、教えることで教えられることが多いと感じる。
- ・臨床研修の受入は難しいが、学生実習の受け入れは2週間に1回のペースで受け持っている。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

- ・とにかくお金が必要。特に時間外の対応は複数の医師で関わるが必要になり、費用がかかる。
- ・夜間でも患者がそこそこ来るので、厚めの報酬を付けても良いのではないか。
- ・ただし、グループ診療は難しい。人間関係が難しいようだ。
- ・各地に医療モールもできているが、はやる診療所とはやらない診療所があるようだ。
- ・基礎医学は理学部出身の人にはかなわない。
- ・家庭医になるには卒後10年は必要。最低でも5年くらいか。
- ・医師になってから5年くらいは何でもスポンジのように吸収して、どんどん成長する。何でも治せるように思えてくる。しかし、5年目くらいに自信をうち砕くような経験をして、そこから謙虚になる。本物の家庭医になるのはそこから。
- ・2年の卒後臨床研修は短いと思う。いずれ見直しがなされるのではないか。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・同感。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

- ・自分の地域は自分がみる、と思って活動している。

.....
《可能でしたら、先生をかかりつけ医になさっている住民の方へ、以下の点をお伺いさせて頂きたいと存じます。》
.....

○地域住民が求めるかかりつけ医とはどのような医師ですか。

(1) 医療技術

- ・大切。

(2) 医療設備

- ・あまり重要ではないだろう。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・住民から見て、連携してくれることは必須。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・重要。

(5) 往診・在宅診療

- ・往診は必要。
- ・自分の周辺地域については、自動車費はタダにしている。

<坂間先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	
9:00~	
10:00~	診療
11:00~	
12:00~	
13:00~	
14:00~	医師会活動
15:00~	訪問診療
16:00~	診療
17:00~	
18:00~	
19:00~	勉強会 医師会 病診連携の会
20:00~	
21:00以降	書類書き (~AM3:00)

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ 吉野谷診療所 橋本宏樹 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	石川県白山市
	種類	無床の診療所
	主体	公立
	病床数	0
	診療科目	一般内科
	職員の数	医師1人、看護師2人
	届け出されている 施設基準	在宅療養支援診療所 在宅患者訪問診療料 在宅時医学総合管理料 在宅末期医療総合診療料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	60人 (うち新患は5人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	0.5人 (うち新患は0.25人)
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	12人
	1週間の訪問回数	15人
	1週間の投入時間	8時間
	課題	・患者の状況を予見して、計画的に実施すること
24時間対応	対応の概要	看護師の携帯電話に連絡が取れるようにして、緊急度を判断してもらう。
	対応を円滑にするための 工夫	・職員の勤務時間をローテーション ・近隣の医療機関との連携 ・訪問看護ステーションとの連携
	課題	・患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこと ・1人医師体制の限界

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・内科を中心としたプライマリケア、理想は総合診療医であろう。

(2) 医療設備

- ・レントゲン撮影、心電図、超音波検査、胃内視鏡検査などでCTなどの重装備は不要。そうした装備はどんどん進化するので、持っていても陳腐化してしまう。大きな病院と画像のやりとりもできるので、設備の面で不便は感じない（いろいろな病院から、「うちのシステムを利用してほしい」と案内が来るので、便利になった）。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・患者のニーズに応えるために、できるだけ幅広く連携を求める。
- ・産科や小児救急などの連携もできている。
- ・車で20分くらいのところに鶴来病院があり連携している。松任中央病院も車で40分くらいのところにあり、連携している。鶴来病院と松任中央病院は同一の広域事務組合が設立者である。その2つの病院は当診療所の要望をよく受け入れてくれている。もちろん、2つの病院で対応できない疾患の場合は、さらに別の病院を紹介している。
- ・ここは交通手段が少ないので、不便だが、車に乗ると大きな病院に行ける。
- ・何でもかんでも、当診療所で抱え込む必要はない。慢性疾患は当診療所で診るが、急性疾患は積極的に紹介している。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・24時間、365日が理想であるが、かかりつけ医の一人医師体制には限界がある。
- ・在宅支援診療所の申請は出しているが、当診療所で医師が自分一人なので、24時間体制は難しい。医師会が後押ししてくれればよいが、まだそういう状況ではない（車で10分くらいのところに民間の開業医も存在しており、今後、協力していければと思っている）。
- ・訪問看護ステーションも隣にある。
- ・患者から、診療所に電話がかかってきた時に、時間外や休日の場合には、携帯電話の番号を流して、そちらに電話してもらおうようにしている。その携帯電話は診療所看護師が出て、対応することになっている。自分が直接出ていく必要があるケースは、週1回ぐらい。
- ・特養の医師もしているが、特養からはよく連絡が来る。
- ・24時間・365日対応は、言葉にすると大変だが、それ程苦にはならない。住民もセーブしてくれる。ただし、いつでも対応できるように、酒は飲まないようにしている。
- ・地域が全体で、かかりつけ医を育てていくことが重要である。

(5) 往診・在宅診療

- ・往診や在宅診療に積極的に取り組むことが当然と考える。
- ・当診療所で往診している患者は20人くらいだが、それ以上になると対応が難しい。

(6) 診療範囲（地域）

- ・車でせいぜい15分以内が望ましいが、山間地の過疎地域ではそうはいかない。
- ・旧吉野谷村（1,500人）を中心に3,000人～4,000人くらいが診療圏域内の人口。今は全て白山市である。
- ・通院の手段は車が多い。コミュニティーバスも運行しており、それを利用している人も多い。特養のデイサービスに来たついでに受診していく人もいる。特養は併設ではないが、敷地内にある（平成4年に旧1町5村で設立したが、介護保険が始まったときに、民間にした。しかし、公的な雰囲気は残っている）。

(7) 人柄

- ・患者さんのいかなる悩みや苦痛をも受け入れる力量を備える。
- ・聞き上手が重要であり、あまり話さなくても、重要なことを聞き出す能力が求められる。話し上手である必要性は低い。
- ・外来患者は1日50人くらいであり、あまり診察に時間をかけるわけにはいかないが、なるべく患者の言うことに耳を傾けるようにしている。
- ・欲がないことは重要な要素かもしれない。自分自身は医師になるまでに寄り道をしてきた（サラリーマンを経験した）ので、現状に満足しており、あまり欲がない。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

- ・「地域医療」の科目を必須とし、地域に出かけるカリキュラムを立てる。
- ・卒前でも診療所・開業医の所に出すことが必要。ポリクリも現場で行うのがよい（すでにそうしているケースもあるが）。
- ・学生の時に、地域医療の現場を見ておく必要がある。

(2) 卒後研修

- ・病診連携を理解する観点からも専門医を目指す研修医にも必ず「地域医療」を必修科目として今後も継続すべき。後期研修にも「かかりつけ医」の専門コースが必要。そこで、いろいろな研修を行う必要がある。
- ・しかし、「かかりつけ医」を目指さない医師の研修からは、「地域医療」は除いても良いのではないか。単位を取るためだけに来る研修生に研修しても時間の無駄である（お互いに）。
- ・研修生の受け入れの体制づくりは難しい。今年、琉球大学の5年生が1週間この地域にいて、1日は当診療所にも来た。1週間民宿を借りて、当診療所にはレンタカーで来ていたようだ。

・学生からすると、受入をしてくれるところに行きたくなるだろう。有名なところばかりに研修生が集中してしまうのも困るし、受け入れ体制は難しい問題である。

(3) 生涯学習

- ・医師会を中心とした勉強会、情報交換の機会が望まれる（石川県内には国保直診が少ない現状がある）。
- ・県によっては、国保直診が多数あって、活発に活動しているケースもある。石川県内には国保直診が少ないので、圏内だけで情報交換することは難しい。
- ・在宅医療の発展のためには、医師会や開業医の先生方を巻き込んでいくことが必要。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

(1) 医療提供体制

- ・医師や看護師などの医療職も学校の教員のように、公務員ないしは準公務員と位置付けて、僻地や医療過疎地への人材派遣を行い、地域格差の是正を図る。誰かが責任を持って、医師を派遣することが重要である。
- ・派遣は1年くらいでは短い。1年くらいだと、責任を持って地域をみることにならないのではないか。カルテでは分からない地域の状況を把握するには数年かかる。

(2) 診療報酬

- ・かかりつけ医による診療報酬を優遇する。かかりつけ医からの紹介がない場合には、病院での保険診療が制限されるなどの措置も必要か（医師会は反対かもしれない）。

(3) その他

- ・かかりつけ医が広く社会に認知され、従来ありがちな専門医よりレベルが低く見なされないような広報活動。
- ・自分は専門医にはならなかった。専門医も素晴らしいと思うが、いろいろな立場の医師がいてよいのではないか。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

- ・医療費の抑制ばかりが目論まれているが、一律に抑制するのではなく、充填すべき分野については優遇する政策（去年の在宅医療の重視は画期的であるが、いつまで続けられるのかの懸念も感じる）。
- ・現在、医師不足が病院勤務医の疲弊をもたらしている。在宅重視が度を過ぎると、近い将来、地域のかかりつけ医の疲弊をもたらすことも危惧される。
- ・女性の勤務医が働き続けられるような環境整備も重要。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・全くその通りであると考えている。まさに、これまで我々が目指し実践してきたことと合致している。提言の内容が制度化されることを大いに期待する。
- ・この地域には特になじむと思う。地域医師が少ないと、無駄な検査をしなくて済むという面がある。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

- ・平成16年10月（市町村合併前）、旧隣村にあった開業医が閉院したままで、新たに開業するような話しはない。広範囲な地域で過疎化と高齢化が進み、医療経営の観点からは極めて効率が悪く、また交通弱者の患者さんにとっては、医療を享受するには全く不便な地域であると考えている。一方、離島とは異なって、車があれば1時間足らずで大学病院や県立中央病院などの高度先端医療を受けることもできる地域でもある。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

- ・全人的医療を提供する。すなわち、患者の目線に立って「病気を診る」のではなく「病人を診る」ことを心がけている。保健、福祉との連携を密にし、疾病予防、介護予防を重視する。医者、看護師任せの上げ膳据え膳の医療ではなく、患者、家族自身にも考え自立する医療を提供するように心がけている。
- ・保健師は旧村に1人ずつおり、健康相談などを行っている。合併前には、出前窓口相談を行っていたし、診療所便りも毎月発行していたが、合併して大きな市になったので、活動を休止している。旧村だけに行くと、「地域エゴ」と言われるので、今後の展開を検討中。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

- ・市町村合併前に旧吉野谷村の全集落を対象に「出前相談窓口」を開催し、国保診療所の役割や健康づくりについての啓蒙活動を行った。
- ・平成8年2月より立ち上げた高齢者サービス調整会議を現在も継続している。これは、担当者が月1回集合して、高齢者の処遇を取り上げてカンファレンスを行うものであり、それぞれの担当者の悩み事が共有されたり、解決されたりして、良い効果を生んでいる。
- ・本年7月、地域包括支援センターが開催した「在宅療養・介護を支えるケア体制づくり」シンポジウムに、シンポジストとして発表を行った。
- ・ただし、最も心がけていることは、無理をして自分の健康を害さないようにすること（もし今、自分が倒れたら、この地域の地域医療が崩壊するとの思いがある）。

.....
《可能でしたら、先生をかかりつけ医になさっている住民の方へ、以下の点をお伺いさせて頂きたく存じます。》
.....

○地域住民が求めるかかりつけ医とはどのような医師ですか。

<Hさん>

- ・自分は鳥越地区に住んでおり、以前はそちらの医師をかかりつけ医にしていた。こちらに移り住むようになって、しばらくは鶴来病院をかかりつけ医にしていたが、橋本先生が赴任されてから、橋本先生をかかりつけ医にしている。
- ・橋本先生は地域の出身でもあるし、良いお医者さんだと思う。
- ・地域をみてくれるお医者さんはとても重要。病院の医師は往診に来てくれない。めまいがあった時に、橋本先生に連絡したら、往診してくれて、鶴来病院を紹介してもらい、しかも先生が鶴来病院まで一緒に行ってくれた。
- ・橋本先生が近くにいると安心。夜寝る時も安心して寝られる。
- ・ある晩、具合が悪くなって、診療所に電話したら、橋本先生も奥さんも留守で、お子さんが出た。おそらく、お子さんから話しが行ったと思うが、橋本先生が帰られてから、すぐに往診に来てくれた。まさか、来てくれるとは思わなかったので、有難かった。
- ・自分は87歳で、主人が89歳。2人とも橋本先生をかかりつけ医にしている。
- ・以前、膝が痛いので松任中央病院で診てもらったら、医師が「そんなの年取ったら当たり前だ。仕事しないで寝てなさい」と言われた。内心、怒りを感じた。
- ・地域でお医者さんが、ずっといてくれることが安心。2～3年で交代していくと、住民のことがよく分かってもらえないと思う。
- ・鶴来にも家があるが、橋本先生がいるので、ここに住み続けたいと思う。

<Sさん>

- ・橋本先生が赴任される以前から、当診療所をかかりつけ医にしている。
- ・橋本先生になってからもずっとかかっている。
- ・小さな診療所なので、設備面では足りないところはあるかもしれないが、対応が難しい場合には、きちんと紹介してくれるので有難い。
- ・主人の母親が亡くなった時も、最後まで往診してくれた。介護保険のチームと橋本先生のチームが親切に対応してくれたので、安心して、家で看取ることができた。
- ・自分の母親を看取る時も安心して対応できた。橋本先生が学会出席で出張された時も、きちんと手配をして頂いていた。
- ・診療所全体を信頼している。橋本先生はもちろん、スタッフも信頼している。
- ・信頼の中心は、相談に乗ってくれること。橋本先生・スタッフの方々が相談にのってくれるので、安心であり、心の拠り所となっている。気軽に相談に応じてくれる。
- ・もちろん、患者は自分だけではないので、手短かに要件だけ聞くように心がけている。

- ・鶴来病院に行くと、半日かかるし、バス・電車代だけで2,000円かかってしまう。
- ・車で来られない住民もあり、医師が往診してくれないと困る人が多いだろう。
- ・橋本先生が疲れないか心配である。
- ・この地域は高齢者が多く、先生が住民に心を開いてくれないと、住民が心を開かない傾向がある。
- ・医師と住民の相性もあると思う。以前、2～3ヵ月くらいで出て行ってしまった医師もいた。
- ・また、人それぞれなので、住民の中には橋本先生と合わない人もいるのではないかな。でも、大多数の住民は橋本先生を信頼していると思う。
- ・住民が橋本先生に合わせていくことも必要。お互いに信頼し合うことが重要。そのためには、お互いに腹を割って話し合うこと、隠し事をしないことが必要。住民のことも受け止めてくれる心が必要。
- ・この診療所は、スタッフも信頼できる。仮に医師がとっつきにくい人の場合であってもスタッフがカバーしてくれると思う。看護師も立派な人ばかり。
- ・スタッフにも教育が行き届いている。

○その他特記事項

- ・ここに来て15年経った。京都大学工学部を卒業して一度サラリーマンになってから、30歳で金沢大学医学部に入り直して、医師になった。
- ・もともと、この場所に診療所はあった。前の医師が高齢で、継続が困難となったので、自分が赴任した。
- ・平成4年度に隣に特養ができたときに、村長（中学の同級生）と診療所のあり方についても話し合った。
- ・自分は専門医には向かないと考えた。4年くらい、医局から関連病院に派遣されて活動した。
- ・医師になった時から、地域医療を目指した。この診療所に赴任した時まで国診協を知らなかったが、いろいろな案内状が来るので、国診協の活動を知り、「自分のやりたいことはこれだ」と思った。
- ・医師不足の問題はあると思う。若い世代は辺鄙なところには定着しない。ここは、僻地・離島というわけではなく、金沢も通勤圏内であるが、やはり田舎である。
- ・研修医は、松任中央病院が管理型の研修を行っており（大学とのたすきがけ）、1ヵ月コースを当診療所でも受け入れている。当診療所には年間2～3名ほど受け入れている。卒業研修の1つである保健所研修の中でも、年間2～3日で10人ほど受け入れている。県立中央病院も1ヵ月コースのうちで2～3日を年間1人ほど受け入れている。
- ・診療所は黒字（1千万円の収益あり）。白峰にも診療所があつて、人口が少ないので黒字になりにくい。そこと合わせて収支トントンでよいのではないかと思っている。当診療所が黒字である要因の1つは、事務職にパートタイム（といっても日中通常勤務してもらっている）を複数雇用していること。

<橋本先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	検査
9:00~	
10:00~	診療
11:00~	
12:00~	昼休み
13:00~	
14:00~	往診・訪問診療
15:00~	
16:00~	
17:00~	診療
18:00~	帰宅
19:00~	夕食 インターネットで医療情報をチェック
20:00~	
21:00以降	

「ISHIN」インタビュー項目

1. 地域の診療所に勤務したきっかけ、動機

昭和57年、30歳で医学部に入学した際に、専門医を目指すのではなく、漠然とした思いではあったが地域医療に携わろうと考えていた。平成4年4月、故郷の吉野谷村で特別養護老人ホームが設置された。当時の村長が小中学校時代の同級生であり、地域医療に対する思いに共感するものがあり、吉野谷診療所に赴任した。

2. 白山麓地域における医療の現状についての認識、考え

平成16年10月、旧鳥越村にあった開業医が閉院したままで、新たに開業するような話はないようである。広範囲な地域で過疎化と高齢化が進み、医療経営の観点からは極めて効率が悪く、また交通弱者の患者さんにとっては、医療を享受するには全く不便な地域であると考え。一方、離島とは異なって、車があれば1時間足らずで大学病院や県立中央病院などの高度先端医療を受けることもできる。

3. 都市部の拠点病院と診療所の違い

診療所はプライマリケアを行いかかりつけ医の役割を担う。病院は専門医療を行い、緊急時の患者を受け入れるなど診療所を支える。診療所は急性期を過ぎた患者を病院から引き受けて慢性疾患の管理を行う。

4. 診療にあたっての心がけ

全人的医療を提供する。すなわち、患者の目線に立って「病気を診る」のではなく「病人を診る」ことに心がけている。保健、福祉との連携を密にし、疾病予防、介護予防を重視する。医者、看護師まかせの上げ膳据え膳の医療ではなく、患者、家族自身にも考え自立する医療を提供するように心がけている。

5. 在宅医療への取り組み、現状

赴任直後より訪問診療を実施した。当時より要望があれば在宅看取りを行うのが当たり前だと考えていた。平成12年に施行された介護保険にも積極的に取り組み、在宅医療が円滑に行えるようにした。昨年4月に創設された「在宅療養支援診療所」の届出をいち早く行った。地域の人々には「在宅医療」が認知され受け入れられていると思われる。もしも当院が「在宅医療」を実行しないとすると、この地域では「在宅看取り」を行う選択肢が奪われることになる。そういった意味でも当院の存在価値、やりがいがあると考え。

6. 地域医療が抱えている問題点

当地域でも限られたスタッフで24時間ぎりぎりの状態で行っている。個人の努力や犠牲に負うところがあまりにも大きいので、いずれ限界点に達するのではないかと危惧される。このようなことは、医師不足、看護師不足が問題となっている他地域での「地域医療」と合い通じるものがあるのではなかろうか。

7. 大学病院や拠点病院との連携

一昔前（私が診療所に赴任した頃）にはなかったことであるが、現在、どこの病院も病診連携を重視し、我々のような診療所をも大切に扱ってくれるのでありがたいと思っている。病院のオープン病床には登録し、病診カンファレンスなどが開催されれば出来るだけ参加するようにしている。

8. 大学病院や拠点病院に望むこと

地域医療連携室がしっかりと機能している病院とそうでない病院があるように思える。拠点病院には、私が学会などで留守にする間の代診や看取りの実行をお願いしたいのだが、現状は、解決しなければならない課題がいくつかあるようだ。

9. 医師としての「志」「夢」「目標」

特に、「志」、「夢」と言うわけではないが、大学の医局から離れて、当時変わり者と呼ばれながらも「プライマリケア」、「地域医療」を目指してやってきたことについて間違っていなかったと思う。むしろ、今となってはそれらを重要視する厚労省の施策を先取りしてきたのではと誇りすら感じている。社会的には、研究医、専門医、臨床医など様々な形態の医者が必要であるのは言うまでもない。これから医師となる若い人達には、流行に惑わされることなく、自分が本当にやりたいことを目指して欲しいと考える。私自身はこれからも大それた「目標」などはなく、必要とされる医師像を自然体で模索するのみである。

10. その他関連事項

平成19年8月

吉野谷診療所所長 橋本 宏樹

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ 名田庄診療所 中村伸一 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	福井県おおい町
	種類	無床の診療所
	主体	公立
	病床数	0
	診療科目	一般内科、消化器科、外科、整形外科、総合診療科
	職員の数	医師1人、看護師5人、その他2人
	届け出されている 施設基準	
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	50人 (うち新患は4人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	1人 (うち新患は0.5人)
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	25人
	1週間の訪問回数	30回
	1週間の投入時間	8時間
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬上の措置 ・不在時の急変への対応
24時間対応	対応の概要	24時間、365日、診療所への電話は、携帯電話に転送される。可能な限り対応している。
	対応を円滑にするための工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣の医療機関との連携
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬上の措置

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

・総合医的な役割だけでなく、サブスペシャリティーとして、内視鏡・外科・整形外科・循環器内科・呼吸器内科などの技術を持っていることも、地域においては役立つことが多い。かかりつけ医は、「総合医機能単独」の医師と「総合医＋サブスペシャリティー」の医師に分かれるであろう。

・自分の場合は、「総合医＋内視鏡医・外科医」であり、内視鏡に関しては、年間で上部（胃カメラ）約400件、下部（全大腸内視鏡）60件程度の数をこなしている。無床診療所ではあるが、これまでに早期胃癌1例、大腸癌2例の内視鏡治療を外来で行った。また、医師2名体制であった時期（平成11～16年度）には、自分でみつけた癌患者の手術を、近くの病院で執刀していた。

(2) 医療設備

・CT、MRIなどの高額医療機器は、設置場所や初期投資費用の条件もあり、かかりつけ医にかならず必要とは思えない。少なくともX線は、肺炎・骨折等の診断や健診のために必要である。エコーは、非侵襲的な検査で情報量も多いため、使いこなせなければならない。内視鏡は、スクリーニングの胃カメラ程度はできた方がよいであろう。

(3) 病院・専門外来等との連携

・最近各病院に「地域連携室」ができ、病診連携のための専門職員をおいているため、以前より連携しやすくなった。かかりつけ医は、入院治療・高度医療が必要な際は、すみやかに診療情報を提供できなければならない。数日以内に紹介すればよい場合は苦勞しないが、急を要する紹介の場合、診察を一時中断して診療情報提供書を作成しなければならない。限られた時間で、必要かつ十分な診療情報を書面にすることは、一人で診療するかかりつけ医にとっても、そう容易なことではない。

(4) 勤務時間（急患対応）

・対応可能なら、とりあえず診ることが大切である。当診療所の場合、夜間・休日でも診療所に電話をかければ、私の携帯電話に転送されるようになっている。医師個人の事情（体調不良・遠方に外出など）で診察できなくても、アドバイスや診療所看護師での対応ですむ場合も少なくない。自分が診察できなくて、他の医師の診察が必要と判断した場合は、救急病院への受診をすすめ、さらに救急病院の当直の医師または看護師に、患者の状況を伝えて診察をお願いしている。

・平成14年度の時間外・夜間件数は年間1,100件くらいあった。平成15年度に頭部の手術をしたら、（そのことを住民にはお知らせしていなかったにも関わらず）時間外・夜間件数が年間150件くらいに減少した。住民の間に「医師を守ろう」という意識は働いているのではないかと。住民が医師のことに無関心ではない、ということは重要。

(5) 往診・在宅診療

・訪問看護師・ケアマネジャー・ホームヘルパー・デイサービス職員などと情報を共有し、連携すればするほど、在宅ケアは楽になる。カンファレンスを行う手間や時間を大きくカバーするメリットがある。

・在宅療養支援診療所の要件が厳しすぎると思う。24時間往診できる体制は、当診療所のように医師1人体制だとできない。都市部で医師が複数いるケースだとできるかもしれないが。小浜地域の先生と協力を結ぶことも理論的にはあり得るが、現実には申し訳なくてできない。

(6) 診療範囲（地域）

・当診療所の場合、旧名田庄村および小浜市の一部が診療圏で、人口は約4000人である。およそ、小学校または中学校の校区程度の範囲が、かかりつけ医の診療圏であろうか？

(7) 人柄

・崇高な人格は必要ではない。自分の専門分野ではなく、患者・地域に対する責任感が必要である。柔軟な思考力は絶対に必要であり、石頭（＝医師アタマ？）はかかりつけ医に向かない。医学的価値観以外の、患者個人の健康観や地域の価値観を認めることが大切である。医学的アドバイスに従わない患者ともつきあうことができなければならない。チーム医療での他職種との連携においても「医師は常にリーダーとして他の連携するスタッフを引っ張らなければならない」と考えていると、必ず失敗する。患者（利用者）の価値観の解釈で、医師の考え方が間違っていることも少なくない。リーダー・コーディネーター・ゴールキーパー（＝最後の砦）と、場面場面に応じて役割を変化させる柔軟さが求められる。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

・早期に地域医療（都市部の開業医・へき地医療など）を体験する教育が必要であろう。自治医科大学では、1年時の夏休みに地域医療を実践する先輩医師を訪問し見学する早期体験学習が行われている。同様のカリキュラムを他大学でも組んでいただき、大学病院以外のプライマリケアを早い段階で体験するとよい。

(2) 卒後研修

・かかりつけ医と自他ともに認める医師とマンツーマンで診療する機会を増やさなければならない。当診療所では、新医師臨床研修制度の開始から、2年目の研修医を受け入れている。平成17年度3名、18年度8名、19年度10名の研修医が、それぞれ4週間コースで研修している。研修医は、指導医である私と臨床研修指定病院の研修責任者の2人

に毎日の出来事を電子メールで送り、私がそれに対するコメントを毎日返している。大変面倒な作業ではあるが、研修医の成長記録を見ているようで、やりがいがあることも事実である。

(3) 生涯学習

・日々の仕事に追われると、改まって机に座り長時間勉強する受験生のような学習法をとることや、頻繁に学会・研修会に出ることは、なかなか困難になってくる。ただし、臨床医は日々の仕事自体が学習であり、その日の疑問をしっかりと言語化して、できるだけ早期に解決していく姿勢が必要である。文献検索やEBM的手法も取り組んだ方が望ましい。私の場合、それを非常に面倒に感じるタイプなので、自分ではなかなか検索しないが、3人の優れたEBMアドバイザーと日頃から交流している。このように自分で検索しなくとも、人的ネットワークで物事を解決していくのも生涯学習にとっては重要である。学会参加や研修会出席だけが学習ではない。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

(1) 医療提供体制

・フリーアクセスをある程度制限しない限り、かかりつけ医制度は絵に描いた餅になってしまうであろう。現在でも実際に「救急患者以外は紹介状がないと診察しない」としている病院も少なくないが、病院側の応召義務についての法的問題を解決しなければならない。ただ、かかりつけ医というゲートを通さなければ病院にかかれなくなるようにすると、かかりつけ医側にも労働の負担がかかってくる。かかりつけ医も24時間、365日診療できるわけではない。私は携帯電話で対応しているし、それに対して何のストレスも感じないが、常に拘束されているようなストレスを感じる医師も多いと思われる。都市部なら、かかりつけ医も主治医・副主治医とし、複数の医療機関で責任をシェアできるようなシステムにすればよいかもしれない。しかし、へき地や離島では不可能である。

(2) 診療報酬

・Common diseaseを診療し、生活習慣の指導も行い、必要ならば病院に紹介し、看取りも行う。これだけのことなら、それほど高度な技術も優れた能力がなくても、たいいていの医師ならかかりつけ医として対応できると予想される。イギリスのGPに似た機能と思われる。ただし、かかりつけ医の中には、内視鏡・手術・化学療法・リハビリなどの知識・技術をもった医師もいる。そのような医師の知識・技術・経験が蔑ろにされるような診療報酬体系だけは避けなければならない。病院の医師が不足している地域によっては、高度医療を提供するはずの病院勤務医よりも、診療所医師の方がある分野での技術が高い場合も少なくない。かかりつけ医個人が獲得した知識・技術・経験が宝の持ち腐れにならない。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

・イギリスの GP 的なかかりつけ医機能だけでなく、専門的な技術をもった医師がかかりつけ医になっている場合、その技術に対しては相応の診療報酬が認められなければならない。例えば、高齢者医療がすべて定額払いになってしまうと、専門医的技術をもった医師は、その技術を発揮すれば発揮するほど損することになり、結局その技術を放棄してしまうことになりかねない。出来高払いと定額払いの併用ではなく、定額払いの上に他の専門性が上乘せされるようにしていただきたい。つまり、以下の3つの枠組みの診療報酬になってほしい。

- (1) かかりつけ医 (狭義のかかりつけ医) … GP 機能のみ
- (2) サブスペシャリティーを持ったかかりつけ医 … GP 機能 + α
- (3) (従来の狭義の) 専門医 … かかりつけ医ではない

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

・1-①で、「後期高齢者は原則として診療所の中からかかりつけ医を選ぶ」となっているが、へき地の中小病院の医師は、かなりかかりつけ医的な役割を果たしている。このことは、上記の「原則」からはずれるのだろうか？

・2-②で、「出来高払いと定額払いを併用する」とある。医師はかなりの割合で、若い時期には技術習得に熱心である。いったん専門医として習得した医療技術を、かかりつけ医になった後でも発揮することが診療報酬上で矛盾しないような報酬体系にしてもらいたい。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

・自分自身がこの地域で医師として1人前に育てていただいたという思いが強い。長く無医村で苦勞した歴史があるからこそ、いい意味で医師を大切にしてくれる。平成14年度、時間外・休日の急患は1098件であった。平成15年4月、私は特発性頭蓋内圧低下症による慢性硬膜下血腫で手術を受けた。平成15年度の急患は122件と大幅に減った。「医師が体調不良のため救急対応しない」などというアナウンスは全くしていないにもかかわらず、住民は受診を控えている。若い頃は、この地域を自分一人で支えていると勘違いしていた。今になって、私自身がこの地域に支えられていることを知った。

・自分は県内の三国町出身であるが、赴任した時に言葉（方言）も違っていて驚いた。今では住民の屋号が分かる。

・若い頃は旧村内の3,000人を面倒見ていると思っていたが、実は地域に育てられてきたと実感している。地域が好きであることが重要。前任者のH先生も、「自分は地域に育てられた」と言っていた。

・多くの医師は、地域医療をやりたいと思っても、失敗するケースはある。地域よりも医療に比重が大きいと失敗するのではないかと思う。地域の方が比重が大きい。

- ・自分自身、専門はこの地域であると思っている。
- ・自治医科大学のよいところは、地域の赴任を片道切符にしないところ。悪いところは、いずれは転任していくこと。両者は裏表の関係である。
- ・大都市部にも地域医療が重要である。
- ・実験的に、大都市部の医師と農村部の医師を交換するようなことをしてみてもどうか。
- ・この地域は、医師を育てる良い住民性がある。それは非常に重要なことである。旧名田庄村は、長らく無医村だったことも関係しているのではないか。
- ・尾道の医師会長の講演も聞いたが、自分の弱点をさらけ出しており、それが地域全体の信頼感につながっているものと感じた。医者と行政と住民がお互いに分かり合うことが重要。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

- ・この地域のために自分が何を提供できるかを常に考え、「医療を通じて地域社会に貢献する」ことを大切にしている。単に地域で医療することや大病院の医療を地域に持ち込むことが地域医療ではない。自分が専門的な知識を持っていない場合も、その地域に関して必要と判断したら、専門医ほどではないが必要最小限度の知識・技術を身につける柔軟さを持っていたい。地域全体が健康になるような保健活動も大切にしている。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

- ・自分が医師として1人前に育ててもらった人情味あふれるこの地域だからこそ、若い研修医もこの地域で育てられると信じて医師臨床研修に力を入れている。また、個人レベルだけではなく地域全体が健康になるように、平成15年度から、旧名田庄村保健福祉課長として国保ヘルスアップモデル事業に取り組んで来た。私たちの取り組みは、厚生労働省のヘルスアップ事業マニュアルに掲載され、さらに平成19年度の厚生労働白書にも掲載された。町村合併後の新町（おおい町）でも、ヘルスアップ事業の実施チームリーダーとなり、現在、事業を展開中である。
- ・在宅での看取りを積極的に行っており、全国で見ても、在宅で亡くなる方の割合が高い。（平成3～17年度 在宅死亡率42%）在宅で亡くなる家族を看取ると、人間は死ぬものだということが実感として分かる。死ぬということを肌で分かるということは重要。
- ・以前、役場のOBの方で、いろいろと相談に乗ってくれて、ボランティア活動もして頂いた人を看取った。定期の訪問診療を研修生と2人で行った時に、たまたま息を引き取られた。ご臨終を宣言して、死亡診断書を書いた。仕事を一緒にしてきた人を看取るのはつらいが、地域への恩返しと思っている。なお、戻ってきてから研修生が「心肺蘇生しないという同意書を取らなくて良かったんですか」と聞いてきて、驚いた。

.....
《可能でしたら、先生をかかりつけ医になさっている住民の方へ、以下の点をお伺いさせて頂きたく存じます。》
.....

○地域住民が求めるかかりつけ医とはどのような医師ですか。

< F さん >

- ・昭和6年生まれの75歳。90歳以上になる両親がいる。
- ・村役場の職員OBで、当診療所の事務長も務めたし、社協で福祉の仕事に関わった。
- ・65歳の時に胸椎の病気をしたが、中村先生に紹介して頂いて小浜病院で手術した（その時、岐阜大学の先生が赴任されていて、その先生に執刀して頂いた）。中村先生と小浜病院のコミュニケーションが良くて、とても有難かった。
- ・ずっと、中村先生をかかりつけ医にしている。
- ・中村先生は外科が専門だが、患者は内科系の病気が多いと思う。
- ・地域全体で80歳以上の高齢者が多い。

（1）医師の技術

- ・患者の話聞くことから、かかりつけ医の仕事は始まるのではないか。
- ・患者の話を聞いてくれない医師は、それだけで敬遠してしまう。
- ・患者の苦しみを聞いてくれる先生がよい。医師が「俺の言うことを聞け」と押し付けるのはよくない。
- ・中村先生はトークがうまい。2年間ラジオのDJをされていた経験があり、それが大きいと思う。人を納得させる話し方が上手。聞くことも上手。患者の言いたいことを汲み取るのが上手。
- ・かかりつけ医は聞き役に徹することが必要。聞きたいことを患者に言わせる技術が求められる。
- ・中村先生も話しをしているようで、聞いている時間が長い。短時間で、かゆいところに手の届くように聞く必要がある。
- ・中村先生は、「今日は誕生日ですね」とか「明日はお父さんの命日ですね」といった、心に響く会話が上手。自分（医師）にしか分からない患者のことを、会話に入れ込んでいくと、親しみがわくのではないか。
- ・中村先生は、講演会で出た話もよく記憶して、会話にうまく活用している。
- ・住民の中には、中村先生の話が嫌いでも中村先生にかからない人もいるが、多数の住民は中村先生のことを慕っている。
- ・中村先生は平成3年に赴任されたので、今年で16年になる。途中、県立病院に研修に行ったり、ご自身が入院して手術されたりしている。ご自身が手術されてから一段と、患者の痛みが分かるようになったのではないかと思う。
- ・始めて会った時の第一印象は「やんちゃ坊主」という印象。医師らしくない医師と思っ

た。自分の息子を見るような感じ。

- ・医師と患者が信頼関係を結べるようになることが重要。中村先生も診療所の医師というだけでなく、福祉のリーダーとしても住民の中に入ってきて頂いているので、住民からの信頼が厚い。

- ・住民を対象にした講演会のトークもうまい。医師と患者というバリアがなく、お話ししてくれる。

- ・以前は、診療所の医師でも「自分は福祉のことは分からない（ので、関わらない）」という先生もいたが、（中村先生の前任の）H先生が福祉に積極的に関与してくれるようになった。H先生もよい医師だった。

- ・旧名田庄村には、ここしか診療所がない。それもあって、三位一体の地域包括ケア事業もうまくいったと思う。15年前に三位一体のケアを始めた時には、近隣の市町村で「うちは開業医が協力してくれないので、うまくいかない」という声を聞いたことがある。

（2）医療設備

- ・設備や施設は患者にとってより、医師にとっての方が重要なのではないか。患者はあまりハード面は気にしない。

- ・最低限のことができれば、それでよいと思う。

（3）病院・専門外来等との連携

- ・紹介してくれることは重要。

- ・紹介先の多くは、小浜病院である。

- ・自分勝手に病院へ行く住民は少ないと思う。まずは中村先生にかかってから、病院を紹介してもらおうケースがほとんど。

（4）勤務時間（急患対応）

- ・24時間対応してくれるので安心。

（5）往診・在宅診療

- ・在宅にも来てくれるのでとてもよい。

（6）診療範囲（地域）

- ・旧名田庄村全域と（旧名田庄村と隣接する）小浜地域という感じか。旧名田庄村地域に人口3,000人、（旧名田庄村と隣接する）小浜地域の人口が1,000人という感じ。

（7）人柄

- ・医師と患者の関係は生理的な関係。

- ・慢性疾患では病気が治らない。長い関係を築けるかどうかポイント。

- ・中村先生は、住民の中に入ってきてもらった。ガン患者でも「中村先生に家で診てほしい」という人が多い。

- ・地域が医師に対して温かく接することも重要である。

中村先生の1日の活動状況

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	診療の準備
9:00~	午前中の外来診療
10:00~	(胃カメラ、エコー、レントゲン等の検査を含む)
11:00~	
12:00~	昼休み
13:00~	検査(大腸内視鏡など)又は小手術
14:00~	訪問診療
15:00~	午後の外来診療
16:00~	
17:00~	書類整理、文書記載 (事務的工作)
18:00~	保健福祉センター、デイサービス職員と軽い会議 と状況報告、見回りなど
19:00~	その日の診療の再チェック
20:00~	
21:00以降	携帯電話での救急患者の対応

福井県・あっとほーむいきいき館の概要

<ふれあいぬくもりセンター>

在宅で亡くなられた「Tさん」という患者さんの家族の寄付でトレーニング器具を入れた。何とかそのことを形に残したいと考え、当時はやっていた「タイタニック」から「ジムタニック」と名づけた。

<ふれあい喫茶>

デイサービス利用者が食事をとるふれあい喫茶と厨房はガラスで仕切られていて、食事をしながらボランティアの人が調理をする様子が眺められる。デイルームからふれあい喫茶までは少し歩くが、それがリハビリの役目も果たしている。腰の曲がった人が歩けない人の車いすを押してふれあい喫茶まで向かう姿はほほえましい。

<話室1・話室2>

住民の集会や老人クラブなどに使われる広い和室の話室である。

<さくら・あさがお・どんぐり・すいせん・しゃくなげ・ひまわり・くるみ>

この居住スペースは介護保険の適用ではないが、雪に閉ざされた冬場など、独力で生活できない高齢者のために用意されている。（高齢者生活福祉センター）

<デイルーム>

15人まで利用可能なB型で介護保険下で通所介護を行っている。

<事務室>

事務室はあえて奥まったところにつくった。用事がある人は奥まで入ってくればよいので、入口付近には用事のない人もいつでもたむろしているという環境を目指している。役場職員と社協職員が同居している。

<キッズルーム・母子保健指導室>

村外から嫁にきて知人の少ない母親のコミュニケーションのために“ビッグマザーの会”がつくられている。

<健康スタジオ1_機能訓練室・健康スタジオ2_健康指導室>

健診やリハビリだけにとどまらず、講演会、劇、コンサートなど多目的に利用されている。

<エントランス>

どこに行くにもこのエントランスから入る。館内は木のぬくもりのあるデザイン、材料で統一されている。

<診察室1・診察室2>

診察室の天井は吹き抜けになっていて、患者はベッドに横になると広い空間が眺められる。

<事務所>

あいうえお順に患者個人個人のファイルが並んでおり、カルテには既往歴や家族歴も書き込め、検査データも時系列的にファイルされている。

<センターコート>

センターコートと名づけられた中庭はボランティアの手による季節の花が心を和ませる。

名田庄診療所4週間プログラム例 (無床診療所＋併設施設(国保総合保健施設))

日時	曜日	午前	午後	夜
第1週 外来中心				
1	日	————	————	
2	月	オリエンテーション	外来診療	
3	火	外来診療	外来診療	
4	水	外来診療	外来診療	
5	木	外来診療	検査／小手術	ケアカンファレンス
6	金	外来診療	薬剤管理・調剤	
7	土	救急対応	救急対応	
第2週 福祉中心				
8	日	————	————	
9	月	介護保険講義	介護保険・訪問調査	
10	火	ケアマネジメント	ケアマネジメント	介護認定審査会
11	水	ホームヘルプサービス	ホームヘルプサービス	
12	木	デイサービス	デイサービス	
13	金	デイサービス	機能訓練事業	
14	土	救急対応	救急対応	
第3週 在宅ケア中心				
15	日	————	————	
16	月	外来診療	訪問診療	
17	火	訪問看護	訪問診療	
18	水	外来診療	訪問診療	
19	木	訪問看護	検査／小手術	ケアカンファレンス
20	金	外来診療	訪問診療	
21	土	救急対応	救急対応	
第4週 保健中心				
22	日	————	————	
23	月	保健事業講義	健康相談	
24	火	外来診療	地区メディアサービス	介護認定審査会
25	水	外来診療	乳幼児健診/予防接種	
26	木	国保担当者講義	健康診査	
27	金	健康相談	機能訓練事業	
28	土	ディスカッション/救急対応	————	

「在宅死」から命を学ぶ

医者になって3年目の平成3年に名田庄診療所に赴任しました。人口約3,000人、高齢化率30%の山村で唯一の医療機関。しかも医師1人だけの診療所で働くことは、経験が少なかった私にとってたいへんなプレッシャーでした。わからないことがあっても、相談できる先輩医師もいないし、当時はインターネットでの検索もできず、毎日が不安の連続でした。でも、そんな医者に診られる患者さんはもっと不安だったでしょう（笑）。

名田庄村に来て最初の数ヶ月で気づいたのは「家で死にたい」と願う高齢者が多く、また家族もできるかぎり「家で看取りたい」と考えていることでした。農業を背景にして育った住民にとっては、生活の場と生業の場を同じくした「家」に対する思いは、都会でマンション暮らしをする人たちとは比べようがありません。いまだに屋号で呼び合う風習も、家に対する強い思い入れの表れではないでしょうか。

数年が経ち、多くの方を家で看取っていくうちに、脳卒中や老衰で寝たきりになった方だけでなく、ガンで助かる見込みのない方も自宅で看取るようになってきました。

前立腺ガン末期で寝たきりの方が、自宅近くの川のせせらぎを聴きながら息を引き取っていく姿。大酒飲みで女好きなため、奥さんにさんざん苦勞をかけたご主人が、献身的な介護で大腸ガン末期の奥さんを支えた姿。肺ガン末期の方が、近所の寺に長年の念願であった多額の寄付をして、その改修工事を自らの目で確認し息を引き取った姿。どれも忘れられません。亡くなる人にとっても、残される家族にとっても、住み慣れた自宅で、残り少ない限られた時間を最期まで共有することに大きな意味があると思うのです。

周囲をさんざん手こずらせた頑固でわがままなじいさんが、奥さんに対して最期に残した言葉は、私にとっても最高の褒め言葉でした。

「これまで気ままにして悪かった。わしはここで死ねて幸せや。お前も中村先生に看取られて、ここで死ねよ。」

最近、殺人など凶悪犯罪の低年齢化が進んでいます。しかも、とんでもない事件を起したのがふだんはおとなしいふつうの子どもだったとニュースで聴くと、もはや他人事とは思えません。命の教育に力を入れていた学校でも凶悪犯罪が実際に起こっています。

もちろん、命の教育を否定するわけではありません。ですが、どんなに優秀な教師の授業や、どんなに立派な宗教家の講演を聴いても、死を実感として感じることはないでしょう。命の大切さというのは知性でなく感性の部分で知ることですから、体験として死を学ばなければわからないはずです。

それを学べるのが「在宅死」だと思うのです。自分が生活している家で、自分をかわいがってくれたおじいちゃん、おばあちゃんが息を引き取っていく。その場面を、悲しいけどせつないけど、自分の目で自分の肌で感じる。そこではじめて、死を実体験として感じ取れるのではないのでしょうか。

自宅で膵臓ガンの父親を看取った小学校教員の方が、ある日、私に話してくれました。

「父は家で死ぬことで、子どもたちに最後の教育をしてくれました。僕自身も命について多くのことを学びました。病院ではこうはいかなかったと思います。」

昔は家で生まれ、家で育ち、家で療養し、家で老い、家で死に、葬儀も家で行われ、「生・老・病・死」のすべてが家で営まれていました。最近では、病院で生まれ、「病・死」は病院で、「老」も施設で行われつつあり、家はたんなる日常生活の場となっています。日常生活の中で「死のリアリティー」を感じる場面がなくなっています。そのような環境で子どもたちが成長すると、当然ながら「生のリアリティー」も実感できなくなるでしょう。

過去15年間（平成3～17年度）に名田庄村で亡くなった方は512人、そのうち家で最期を迎えたのは216人（42%）でした。

全国的な統計では、終戦直後は9割が在宅死でしたが、その後、徐々に病院死が増加し、昭和52年を境に逆転。現在、在宅死は15%程度になっています。

在宅死が減ってきたことで、生と死のリアリティーを実体験した子どもが減り、そのことが殺人など凶悪犯罪の低年齢化を招いているように思えてしかたがありません。

私が 山間の小さな村 で「在宅死」にこだわる理由は、その死が本人だけのものではなく、子や孫の世代に命のリアリティーを伝える大切なメッセージとなるからです。

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ 山びこの郷 吉村 学 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	岐阜県揖斐川町
	種類	有床の診療所
	主体	地域医療振興協会（管理委託）
	病床数	6床
	診療科目	一般内科、外科、整形外科
	職員の数	医師2人、看護師4人、事務2人
	届け出されている 施設基準	在宅療養支援診療所 在宅患者訪問診療料 在宅患者訪問看護・指導料 在宅時医学総合管理料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 （1日当たり）	40人 （うち新患5人）
	通常時間外の外来患者数 （1日当たり）	1人
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	14人
	1週間の訪問回数	4回
	1週間の投入時間	8時間
	課題	・患者の状況を予見して、計画的に実施すること
24時間対応	対応の概要	外来、在宅問わず、24時間、365日対応している。 電話で対応しているため、当番医師をローテーション で決めている。
	対応を円滑にするための 工夫	・職員の勤務時間をローテーション
	課題	・患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこ と

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

・我々は地域で必要とされる医師の医師像（アウトカムと呼びます）を14の項目に分けて考えている。これに基づいて自己評価をしたり、教育指導する上でのめやすにしている。世界の医学教育の潮流もこのアウトカムをしっかりとたてようというものになっている。アメリカでは6つ、カナダでは7つ、イギリスでは12からなるものを挙げている。

具体的なものとしては「1. コミュニケーション能力」、「10. プロフェッショナリズム」、「14. チームワーク」など。我々もそれらを参考にして14項目立てた。今回のヒアリング調査の質問はまさしくこのアウトカムと重なるものが多いと考えている。以下に我々の14項目を列挙する。

1. コミュニケーション・人間関係能力
2. 自己学習能力
3. コモンディジーズへ対応する能力
4. 病歴聴取・身体診察能力
5. 基本的な手技
6. 患者マネジメント能力
7. 地域のニーズアセスメント能力
8. 生活者の視点で医療をとらえなおす能力
9. 地域の文化や歴史、文脈を理解する能力
10. プロフェッショナリズム（態度など含む）
11. EBM や情報収集能力
12. ヘルスプロモーション・予防医学
13. 医療倫理的な思考能力
14. ヘルスケアチームを理解・マネジメントする能力

（1）医療技術

・基本的な臨床能力をふまえた医療技術はもちろん必要である。具体的には以下に列挙するようなものがあると考えている。

・「3.地域でよくみられる疾患コモンディジーズやコモンプロブレムに対応する能力」が必要である。これは地域や外来診療でよくみられる疾患や問題について対処する能力。具体的にはよくみられる愁訴や疾患の学習経験、例えば咳、のどいた、発熱、膝の痛み、かぜ、高血圧、糖尿病、喘息、腰痛症、うつ病、心不全などである。医師の専門領域によって分け隔てしない。包括的なケアの提供。

・「4.病歴聴取や身体診察をきちんと行い、その特性についても理解し、実践できる能力」が必要である。具体的には実際の外来患者での診療、実際の入院患者での診療、実際の検診での診療、神経学的所見、整形外科的診察、フルの病歴・身体診察能力、高齢者総合評価など。

・「5.診断的、治療的な手技について理解したり、実施することができる能力」が必要である。

具体的には血圧測定、採血、筋注、皮下注、点滴ライン取、関節内穿刺・注射、創部洗浄、縫合、カルテ記載、紹介状作成、主治医意見書作成、心電図装着と判定、レントゲン撮影と読影など。

・「6.患者が抱えている問題を様々な状況に応じて、様々な点を考慮して適切にマネジメントする能力」が必要である。具体的には、自分でアセスメントすること、患者の個別の状況を捉えて検査・治療計画を提供すること、様々な状況を考慮すること、自分の能力の限界を知っていること、当地でのサービスの限界や制約を知って判断すること。

（2）医療設備

・これは診療している地域の医療環境にもよる。最低限のものでよいと考えている。これは条件になるものではないと考えている。周囲の医療資源の有効利用がむしろ大切。過剰な設備はかえって無駄かと思う。ちなみに我々の施設ではレントゲン、エコー、消化管内視鏡検査などはある。血液検査は外部業者委託である。

（3）病院・専門外来等との連携

・これはかかりつけ医の機能として最も重要な機能の一つである。自分の能力をきちんとわきまえること。謙虚になること。患者さんの意向をよく汲み取ること。紹介先に関する情報収集につとめること。病院や専門医との顔の見える関係、コミュニケーション作りにつとめることが重要。

・ここでは幸い近隣の後方病院に開放型病床システムがあり、私も登録している。紹介するとき、紹介した後に病院に行き話しをきくこと、退院に向けて調整をすることがよりスムーズになり感謝している。かかりつけ医の教育の機会ともなる。また、病院に回診に行くことで報酬1回300点がもらえる。

・ただ紹介先の選択に困ることがある。例えば近隣の病院の不整脈WPW症候群のアブレーション治療の成績は公表されていない。結果的に、ある大きな病院に2例送って失敗、小さな病院に1例送って成功とかある。また、腹部大動脈瘤AAAの最新治療についての相談をもちかけられて調べたが、やはり病院施設ごとの成績はどこにもない。紹介に苦慮することは多い。

・継続的なケア、ケアのコーディネーションが重要。

（4）勤務時間（急患対応）

・通常の診療所は月曜から金曜の午前8時から午後6時での対応になっている。われわれのところは、外来と訪問診療の対応と老健の対応を同僚と輪番で対応している。時間外の患者に対しては、この地域全体を4名で毎日当番を決めて対応している。時間外の外来患者、時間外の往診、時間外の老健対応に対応している。24時間、365日対応である。以前は一人でやっていたが、現在は複数医師体制でゆるやかなグループ診療であり、それによ

り可能になっている。

・1月に1回程度は夜間に突然呼び出されるケースがあるが、当初に比べて非常に少なくなった。住民との間で信頼関係ができてくると、呼び出される回数も減少するようだ。住民の側でセーブしてくれるようになったと実感している。

(5) 往診・在宅診療

・これも我々の主たる業務の一つである。当診療所は在宅支援診療所になっており、積極的に活動をしている。在宅でのターミナルケアも対応している。往診要請にも基本的にすべて対応している。(4)でも述べたが、必ず一人当番医師がいるのでそこで対応している。医師だけではなく、訪問看護や訪問リハビリ、訪問介護などとも連携してサービスを提供している。チームワーク、情報の共有、連携する態度やノウハウがかりつけ医には不可欠である。これは今後ますます大きくなる要素の一つであるといえる。

・特にここでは「8.生活者の視点で医療をとらえなおす能力」が必要とされる。つまり医療機関や医療の視点だけから患者の問題を捉えるのではなく、日々の生活を営む生活者の視点に立って物事を考える力。具体的には以下の通りであり、こうした点は、特に若い医師には欠落していると思う。

- 患者さんの生活の場においでしてみたことがある
- 医療機関に来るまでのことが想像できる
- 高齢者の生活の実際をみたことがある
- へき地の実際をみたことがある
- いろいろなことを想像できる
- 世間話ができる。

・これらの能力を伸ばすには、後で述べるが生活者のプロである地域住民や患者・家族に学ぶしかない。そのために地域での教育が不可欠であると考える。

(6) 診療範囲（地域）

・これも明確に規定できるものではない。限られた医療資源（医師など）を地域で有効に活用するにはどうしたらよいかとの視点に立って考えればよいと思う。私たち僻地では単独の市町村に単独の医師という図式で簡単になるが、いろいろである。町のほうではあまり積極的に往診や特に在宅ターミナルケアに参加する開業医が少ないため、最近はや請が少しずつ来ている。合併したこともあり、また地域にとって何がお役に立てるかとなると、地理的に違うからと山のほうにこもっていることはあまり得策ではないと考えている。住民や患者サイドに立って医師側が考えて対応する柔軟性が大事だと考える。我々のアウトカムでいうと、「7.地域のニーズアセスメント能力」が相当する。今働いている地域のニーズをしっかりと受け止め、判断する力とその後の行動する能力が必要である。

・当診療所の診療圏域は半径10kmであり、広い。しかも不便な地域が多い。高齢者の便利のために、自動車で巡回している（無料）。

・地域的には、在宅の患者さんの受け皿があまりない。

・開業医の先生方は往診してくれないので、われわれが往診している。

(7) 人柄

- ・これも抽象的ではあるが、人柄がよいに越したことはない。それがベストである。我々の14のアウトカムで言うと、「10.プロフェッショナリズム」が最も重なる部分であると考えられる。これは次のように定義している。「医療現場で、患者や社会から期待される知識、技術、態度、行動であり、生涯学習や能力の維持、情報通で、倫理面、誠実性、正直、利他性、他人へのサービス精神、プロ意識に徹すること、公正、他人への尊敬、自己制御」としている。人柄と表現すると、もう変更できないようなイメージがあるが、これもしっかりと成長する努力が求められている領域である。あるいは360度評価として定期的に評価されるべきである。良い点はのびし、改善点を明らかにしておく。
- ・また、謙虚であることも重要な要素である。自分の不得意な領域を明らかにして、生涯を通じて自己研鑽を続けていく自己学習能力が不可欠である。
- ・人柄については、周囲から情報をフィードバックしてもらいながら、努力して変えていくことはできる。

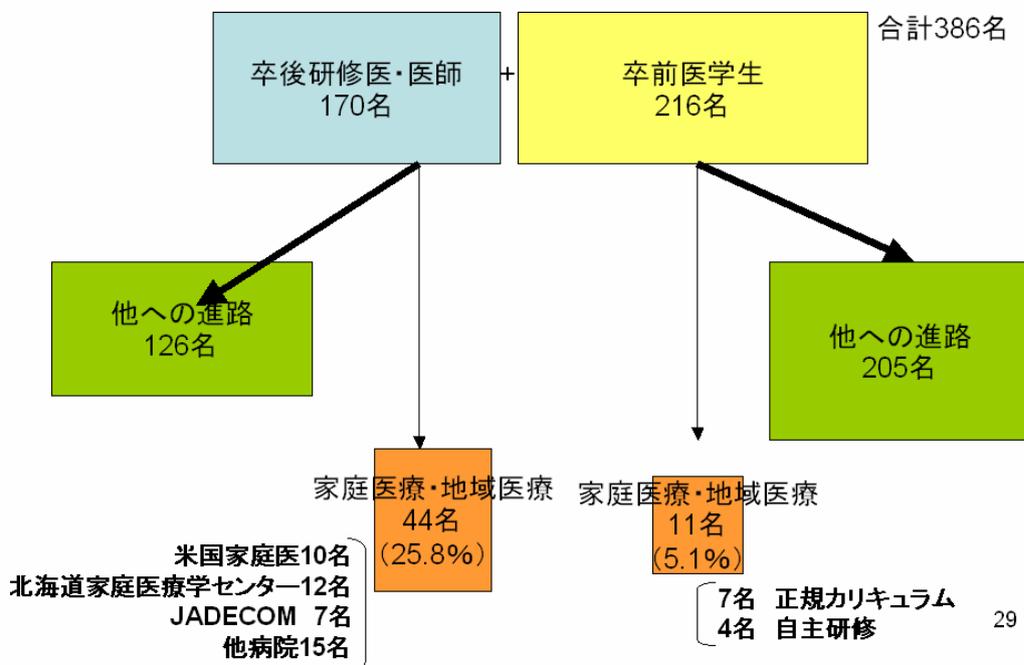
2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

- ・これはきわめて大事な点である。これまで200名超の医学生を現地で受けて教育をしてきたが、このことを実感している。医師になる以前の一般的な能力（挨拶や社会的常識など）の不十分な学生さんが多い。14のアウトカムで言うと「1.コミュニケーションの能力」や「8.生活者の視点」が乏しい。また卒前医学教育で「かかりつけ医」に接する機会がとて乏しいと思われる。来年度から地域基盤型医学教育が必修になるようであるがこれはとてもよいことである。6年間を通じて継続的に地域で学ぶ、かかりつけ医の後姿をみる機会を提供すること、そのような働きかけを積極的に大学へ促していくことは重要である。
- ・学生にとって将来のキャリアを選択する上でのひとつにあげられるようになるかもしれないし、専門医になる意向をもつ医学生にとっても意味のある経験になると思われる。思い切った卒前医学教育カリキュラムの改革を期待したい。
- ・これまでの経験からは、学生は地域医療実習を通じて、チームワークやコミュニケーションの重要性を自分の体験を通じて強く認識するとのデータがでてきている。また、このコースを選択した学生の20人に一人の割合で地域医療・総合診療を進路選択していた追跡調査がある。

8-6. 揖斐で研修した後の追跡調査

1998.4-2007.1、揖斐で研修、現時点で家庭医療・地域医療に進んだ人(推定含)の割合



- ・また教師役は医師だけでなく、いろいろなスタッフ、地域住民、患者、家族と大勢が関わるとよい。幸いこの地域では協力が得られてそのような形で展開できている。
- ・医学生のと時から、目指すべき医師像・アウトカムに沿ってきちんとした真の評価（実際の場面をできるだけ客観的に評価したもの）を受けながら卒後へつないでいくとよい。

(2) 卒後研修

・これも重要な教育の機会である。必修化されてますますその重要性が増えてきている。基本的には卒前医学教育の問題をそのまま抱えて卒後研修に突入しているので、地域医療保健研修での取り組みは学生に提供するものとあまり変わらない。しかしより責任をもって対応してもらったり、いろいろな場面に身を置くことで様々な気づきがでてくるのでそれを生かした教育が求められている。ここでは先ほどからの14のアウトカムで研修開始前に自己評価してもらい、様々な研修を一ヶ月ほど提供して最終日に評価を行い、その変化を見ている。最も成長したのは患者マネジメント能力や生活者の視点が伸びた。逆にプロフェッショナリズムや手技はほとんど変化しなかった。また研修自体の満足度は91点と高く、特にフィードバックに大きな評価を寄せていた。こちらも過去9年間での受け入れのその後の追跡調査をしているが、揖斐で実習をした4人に1人がこの領域を進路選択した。

ただ、現状では必修化研修の地域医療保健研修の約3分の1で保健所を中心とした研修になっており、研修医からは低い評価を受けている。この部分はとてももったいないと思

われるので、改善が必要ではないかと考えている。

・また、将来地域医療やかかりつけ医にならない専門医志向の研修医こそ、このような研修の機会を有効に活用すべきであると考えます。かかりつけ医と連携をするであろう人材がそのようなかかりつけ医の有様を見ておくことはとても意味のあることである。大きな病院で勤務医になるであろう人たちにも、かかりつけ医の活動を見ておいてもらうことは有効である。

(3) 生涯学習

・これも大切な能力である。特に「かかりつけ医」にはなくてはならない部分である。幅広い健康問題に対応し、自分の能力を見極め、分からない部分や苦手な部分があるからと断っているのはゲートキーパーとしてのかかりつけ医の機能が半減すると考える。疑問や苦手な部分をとらえて自ら学び成長し続けるようなことをやらないといけない。いわゆる従来の生涯教育の手法だけでは十分に機能しているとは言いがたい。我々は14の項目のうち、「2.自己学習能力」(自分や地域に必要なことを取り入れたり、新たに自分で学習したり、継続的に学習すること。文献を読むことやデータベース、各種勉強会への参加、自分での学習計画の立案実行など)を重視している。また「11.EBMや情報収集能力」(臨床上の疑問の解決のために、問題を定式化し、様々な情報源から情報収集・検索を実施し、得られた情報を批判的に吟味、目の前の患者への適用を検討して評価する能力)も大切であり重視している。

・従来この部分が弱かったと思われる。今後かかりつけ医の医療の質を担保するうえで欠かせない領域である。

・そのための具体的な作戦としては、かかりつけ医の自己学習についてきちんとポートフォリオとして記録していくこと、目指すべきかかりつけ医像(アウトカム)に照らし合わせて現状でどのような自己評価なのか、あるいは場合によっては客観的な評価(Mini-CEXや360度評価、実際の診察の録画など)を提出してみるなどを考えてはどうか。また個人的な経験からいうと、医学生や研修医の教育に関わることでずいぶん自分自身が成長した、勉強してきたと考えているので是非そのような方向へ仕向けるような仕掛け(称号・報酬・単位の獲得等)などを積極的に提言してはどうかと考えている。

・教育に関わると、「教えることによって教えられる」ことが多いと実感する。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療(医療保険)等関連制度で対応できますか?対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

(1) 医療提供体制

・現状では「かかりつけ医」を新たに育てるシステムがない。現在の開業医や診療所勤務医、病院医師が「かかりつけ医」になるのか。誰が決めるのか?患者に選んでもらう?現状では心臓の「かかりつけ医」はどこどこ、眼の「かかりつけ医」はどこどこといった感じになりそうで、よく分からない。

・市場原理で、フリーアクセスを残すと、無駄が多いような気がする。できればイギリス

やカナダのような形での家庭医をまず自分で選んで登録する。すべての健康問題の相談先は、まず家庭医としたほうがずいぶんスッキリとすると個人的には思う。これをやると、現状では大きな混乱を生じる可能性が高い。でもいずれはこの方向がベターと考えている。

- ・現在議論されている「総合医」もこれに近い形なのかもしれない。

(2) 診療報酬

・出来高払い、フリーアクセスの状況下では今のままがいいのかもしれないが、無駄が多い。ある程度登録制にして人頭払いもいいかもしれない。イギリスのように。そうすると無駄な検査をしない方向に働き、プラスアルファで特定の指標（例えば在宅死亡率、HbA1Cの達成%、喘息発作の頻度、心不全悪化率、インフルエンザワクチン接種率など）でよい成績を示せば余計に報酬などもいいかもしれない。でも現状では大変かも。

・ただ人数で単純に計算されると我々のようなへき地で、しかも過疎化がすすんでいる地域では成り立たなくなる可能性があり、それは困るかもしれない。

・先ほども述べたが地域での教育はとても重要であり、それに関する報酬は驚くほど少ないのが現状である。もっとこの点についても財源というか投資をしていかないと医師不足、特に地域での医師不足は解決しないのではないか。

- ・10年～15年の長期的視野に立って、人材育成を行う必要がある。

(3) その他

・「かかりつけ医」に近い立場の学会が、協力してきちんとした教育プログラムを作る必要がある。新しくなる医師、途中からなる医師に対して率先して教育の仕組みを提供することが急務である。専門家集団として国から言われる前に提案する必要がある。

・あと認定した後の質の保証もしっかりとする。例えば免許更新の内容（学習記録や客観的な評価方法を併用するなど）を導入するといいかもかもしれない。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

・大学教育機関への働きかけをしっかりとやって欲しい。特に地域医療教育や評価のシステムをしっかりとやる。

- ・教育病院へも地域医療保健研修をしっかりとやるように指導をする。

・地域でのかかりつけ医教育にもっと財政的な投入をする。

・医療システムの抜本的な改革、アメリカ型のスタイルではなく、家庭医をベースにしたカナダやイギリス型のモデルへの舵をきる流れを期待したい。

・地域で必要とされる医師像について、専門家集団としての医師団体がきちんと提言すべきである。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・基本的にはとてもいいと考えている。高齢者だけでなく、地域集団全体に対してもかかりつけ医として機能する部分をもう少し述べてよいのではないか。最後の部分で少し述べているが、もっと言ってよいのでは。
- ・J.W.Saultz が述べている ACCCC(access to care, comprehensive care, continuity of care, coordination of care, contextual care)、訳するとケアへのアクセス、包括的なケア、継続性、ケアのコーディネーション、文脈を踏まえたケアをキーワードとして関連する文章にくっつけてのせるとよいと思う。
- ・予防活動、健康教育、健康増進活動にも力をいれることを強調する。
- ・報酬に関しては、人数の少ないへき地などに勤務するところでは少し調整が必要と考える。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

- ・人口減少が続いており、少子高齢化が進み、地域力（地域で支え合う力）が減退してきている。高齢者を中心としたケアが主な診療の内容になっている。医療のマーケットとしては成長が見込めない、採算がとれなくなりつつある厳しい地域である。また小児や若い世代では専門医志向もあり、かつてより、かかりつけ医の機能が少し弱くなってきている印象がある。
- ・かといって撤退するわけにはいかないなので、より広域に考えてグループで展開して、より効率的な運営をしていかないといけないと考えている。
- ・年々変化してきている。住民の考え方も含めて。地域の変化をしっかりと見ながら、地域のニーズにこたえられるように努力する。

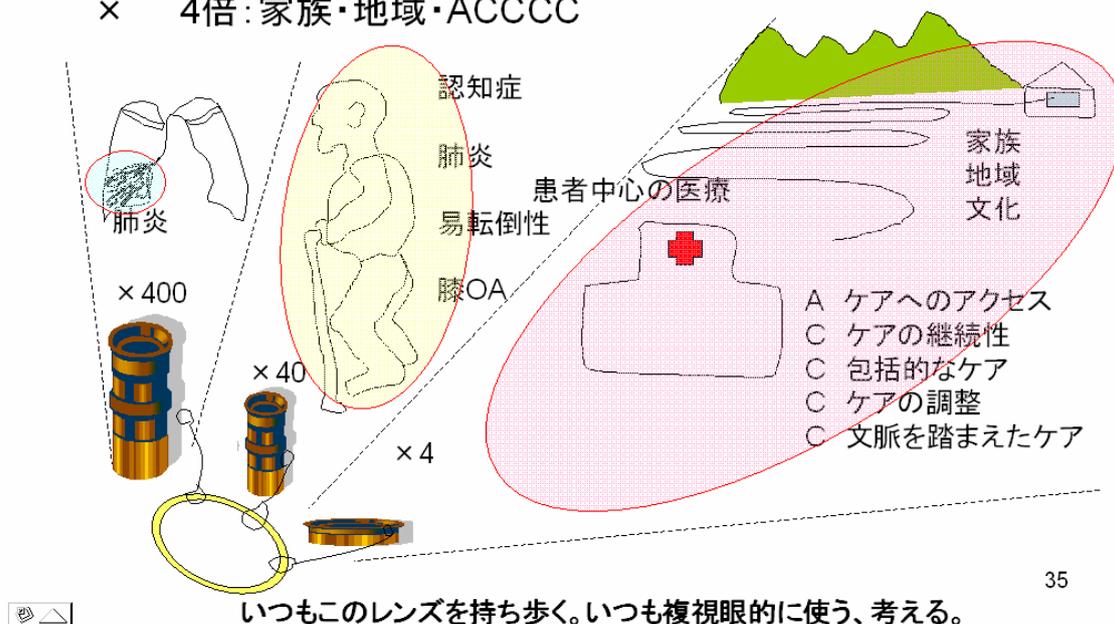
7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

- ・専門は「この地域、久瀬地区」として考えて診療している。地域に住む人すべてを気にかけるような作戦で、活動している。医療だけでなく保健医療福祉の連携も重要な手法である。限られた資源の中でどうすれば最大の成果が挙げられるかを考えながら、チームで活動するように考えている。
- ・診療所で待っているだけではだめで、でていく、でかけていく、チームでやる、という感じでやっている。
- ・14項目を頭に入れながらやる。
- ・また、「5.」で述べた ACCCC を考慮に入れた診療、倍率の違う3つのレンズをたえず持ち歩いて診療をすることを心がけている。
- ・基本的には断らない。まず受ける。その上で考える。患者中心の医療の方法を駆使して、個別性の高いケアこそ質の高いケアといえるように努力している。

・住民の人たちも、地域の医療をどうしていくか、一緒に考えていく必要がある。地域全体でかかりつけ医を育てていくことが求められる。

倍率の違うレンズを同時に持つ、手に入れる

- × 400倍：病気の原因等、
- × 40倍：体全体のこと、高齢者総合評価等
- × 4倍：家族・地域・ACCCC



35

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

・地域の住民の意見を聞くこと：積極的に地域へ出て行き、直接意見を伺う機会を作っている。老人会や各種サロンなどの機会に合わせて診療所、センターからメンバーが話をしたり聞いたりしている。

・積極的な健康教育活動：禁煙についての啓発や、認知症についての寸劇紹介や住民の意識調査などを従来より継続している。予防医学は大きな柱である。先ほどのアウトカムにも設定している。「12.ヘルスプロモーション・予防医学」が該当する。

・積極的な研究・調査活動：地元の看護大学や社会学者などと連携して地域の調査を行っている。高齢者の本音をきく調査や、地域の中の支えあいの調査や、ネットワークの状況について5-6年前から調査・発表を続けている。その結果をさらに地域での保健医療福祉に活用している。

・積極的な保健医療福祉連携：地域ケア会議を毎月開催、関係する職種（診療所医師、看護師、ヘルパー、理学療法士、行政関係者、地域包括ケアセンター、民生委員、駐在所、郵便局など）で意見交換、情報交換を実施している。また旧4村での在宅患者などの情報交換を行い、お互いの診療や時間外の対応のカバーを心がけている。またここが残りの旧3

村の拠点であるため、ここから PT や栄養士などの訪問活動を提供している。

- ・地域での積極的な研修生の受け入れ：年間 100 名前後の各職種研修性を地域で受け入れて指導している。今年施設を新しくして、2 階部分を宿泊用の施設にして研修機能を強化している。

- ・在宅支援診療所として訪問診療を展開：久瀬、藤橋、坂内、春日にそれぞれ診療所があり、相互の医師の診療支援や時間外診療の対応を協働して行っている。

- ・地域での診療の継続性を担保していく。現在この地域で診療している医師はすべてかつてこの診療所で研修を受けた人材である。9 年間で 4 名の医師確保ができた。今後とも継続して地域での教育をやっていく必要がある。

- ・地域の住民の意見を聞いたり、健康教育活動を行ったり、地域の調査を行ったり、といったことには報酬がない。でも、やらないといけないと思う。報酬が付けばもっとよい。

<吉村先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	学生教育、研修医教育 胃カメラ検査、8:30~外来診療開始
9:00~	外来診療
10:00~	
11:00~	
12:00~	
13:00~	往診又は住民検診
14:00~	老健回診、介護
15:00~	
16:00~	午後外来
17:00~	
18:00~	診療後の振り返り、学生/研修医教育
19:00~	
20:00~	待機
21:00以降	

研修の時間割

	月	火	水	木	金
7:30~8:30	移動	導入	朝勉強会	朝勉強会	
8:30~12:00		老健介護実習	訪問介護	調剤・待合室	外来・担当
12:00~13:30	施設案内	昼食	昼食	昼食	昼食
13:30~14:00	訪問診療	老健介護実習	訪問診療	後方病院回診	地域ケア会議
14:00~16:00					
16:00~18:00	外来診療		外来診療	老健診療	週間まとめ
18:00~19:00	振り返り	振り返り	振り返り	スタッフ会	週間振り返り

	月	火	水	木	金
7:30~8:30	移動	朝勉強会		朝勉強会	ACCCC
8:30~12:00		外来診療	担当	担当	まとめ作成
12:00~13:30	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
13:30~14:00	担当	予防接種	担当	レポート発表	全体振り返り
14:00~16:00		訪問・担当		訪問	
16:00~18:00	外来診療			外来診療	移動
18:00~19:00	振り返り	振り返り	振り返り	スタッフ会	

多くの方々からの評価(360度 行動に関するチームからの評価)

研修医氏名： _____ D.r. 現在の所属： _____ 研修期間：19年 月 日 ~ 年 月 日

いつも大変お世話になります。研修も終わりですので、是非とも評価にご協力をお願いします。研修医のよい行動や態度については是非コメントしてください。また気になったことやその場面などについて教えてください。できるだけ具体的にお願いします。この評価票は指導者へ送られます。あなたが記載したことについて後ですこしご連絡するかもできません。研修医はこれからの評価票からのフィードバックは受けませんが、だれが記載したかはわかりませんのでご安心ください。

態度や行動	心配なし	少し心配	とても心配になった	コメント：何か時に良かったですか？ もし研修医についてよく知らない書く事がないならそう書いてください。できるだけ具体的な行動や態度、場面について紹介してください。また一回の場面だけでなく期間中の全体についてもお願いします。
患者さん・利用者（プロとしての）信頼関係を築く 傾聴、礼儀正しさ、ケア。患者の意見を尊重し、プライバシーに配慮し、守秘義務を。	いづれかに	〇をつけてください。		
言葉によるコミュニケーション わかりやすい情報を提供。患者さんのレベルに合わせてわかりやすい言葉で説明。				
チームワーク・仲間と共に働く 他の職種を尊重し、積極的にチームで働いた。効果的に連携しコミュニケーションとっていた。支持的で公平に対応した。				
連絡がつきやすい 連絡取りやすい。責任感がある。義務をさぼらない。呼ばれたらすぐ対応。休むときは連絡をした。				
その他なんでもどうぞ				
評価したあなたのお名前： _____				日時： _____

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ ケアセンターいぶき 畑野秀樹 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	滋賀県米原市
	種類	無床の診療所
	主体	公立以外
	病床数	0
	診療科目	一般内科、循環器科、消化器科、リハビリ科、小児科
	職員の数	医師2人、看護師17人、薬剤師1人、PT3人、OT2人、その他29人
	届け出されている 施設基準	在宅療養支援診療所 在宅患者訪問診療料 在宅患者訪問看護・指導料 在宅時医学総合管理料 在宅末期医学総合診療料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	90人 (うち新患は5人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	1人 (うち新患は0人)
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	40人
	1週間の訪問回数	4回
	1週間の投入時間	12時間
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状況を予見して、計画的に実施すること ・コ・メディカルの確保 ・診療報酬上の措置
24時間対応	対応の概要	在宅訪問PTにおいて携帯電話対応(24時間)。夜、センターに電話がかかった場合には、看護師対応(老健夜勤看護師)。看護師より医師に電話。
	対応を円滑にするための工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の勤務時間をローテーション
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこと

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・内科や外科などに限らず、内科も小児科も、整形外科、小外科、心療内科、耳鼻科、眼科などを総合的に診ること。自分の能力を知っていて、自分にできることは自分で行い、できないことは専門の医師に紹介できること。
- ・耳鼻科などは自治医大時代には経験はなかったのですが、こちら（滋賀）に来てからの積み重ねで修得した。小児でも、最初は手足口病も診断できなかった。全部できるようになってから診療所でスタートしたわけではない。1度経験してから、必死に勉強をした。
- ・現在、小児科では髄膜炎くらい、整形外科では手術、骨折以外は病院へ送っていない。
- ・ご指摘のように、若い母親には小児科志向があり、内科医には診てもらいたくないという人もいますが、一次小児救急の場合には内科医の対応でもいいという。
- ・病院から診療所へ来ると「生活の中で医療が占める部分は小さい」ことが実感できる。普段の生活の中の医療は一部にすぎない。

(2) 医療設備

- ・何もいらないと思う。最低限聴診器があれば。しかし往診では、聴診器の他、血圧計、体温計、パルスオキシメーターは常時使っている。
- ・出張所には設備は本当に何もないので、若い医師は「怖い」というが、それでやれと言われればやれるものである。

(3) 病院・専門外来との連携

- ・その患者さんのかかりつけの病院を知っていること。また疾患により『どの医師』に紹介すればいいか知っていること（どの科というより、どの医師というところが重要かと思いますが）。ここの医療圏内であれば、病診連携室を使って画像診断の予約ができるし、入院・外来の予約もできる。開放型システムを利用することができる。
- ・以前は長浜市民病院では開放型システムを導入しており、多いときは60～70床が運用されていた。このときはメインの主治医が病院の医師、サブの主治医がいぶきの医師で、いぶきから週3回の回診をしていた。今は紹介制である。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・診療所にいるときは、時間外でも診る。①事務で対応→②外来看護師で対応→③医師の順に情報が来る。往診に行っていて医師がいないときは看護師が適切な指示を出すことができればいいのではないと思う。夜間は老健看護師より医師に連絡が入る。休日の対応については、診療所では限界があり、病院の救急にお願いしているのが現状である。

(5) 往診・在宅医療

- ・私たちがもっとも力を入れている部分かと思う。地域全体が病院と考えれば、ベッドは自宅であり、ナースコールは電話である。医師の回診が訪問診療となっている。地域の7

0～80人に対して訪問している。在宅療養支援診療所と届け出しており、24時間365日に対応する。医師は2名で主治医制にしているが、どうしても都合のつかないときは別の医師が対応する。携帯電話を70～80人の在宅の患者さん全員に教えている（患者さんは気を遣ってそれほど電話をかけてこないものであるが、開業医にはこの気持ちは伝わらない）。

- ・主治医制は中村副センター長と2人で在宅医療について柔軟に運用している。
- ・ご指摘のように1日7件の訪問看護は経営的には大変だが、訪問看護が在宅療養の安心感につながる。

（6）診療範囲（地域）

・畑野の診療範囲は診療所から10km以内だが、中村の診療範囲は20km以内である。市内全域および一部、長浜市内に行っている。現実的には半径5km以内が適当ではないだろうか。

・旧伊吹町6000人のかかりつけ医をしていると思っている。自分の気持ちの中での専門は伊吹である。

・乳幼児の診療は口コミで伝わっており、（旧伊吹町住民の）安心感につながっている。旧伊吹町の人には概ね来てくれる。一家全員の相談相手となることが重要であり、自分の経験では3年で名前と顔が一致し、5年で地域医療の面白さがわかってきた。14年経つと家族関係までわかっている。

（7）人柄

・横柄な態度を取らず、いつでも電話したり相談してくださいという立場である。患者さんはもとより家族の不安をできるだけ除いてあげることで、在宅での医療ができるのではないかと思う。

・自分は一期一会を信条に住民の方と接している。病院の先生ももっと気軽に患者と話せばいいと思う。センター診療所で外来をしていると「病院の先生は話を聞いてくれない」、「触ってくれない」という声を聞く。開業医は医師に患者がつき、病院はブランドに患者がつくという面があるのでは。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために

（1）大学における教育

・できるだけ早くに地域医療にふれていただくことがいいかと思う。若ければ若いほど柔軟性がある。大学1年生の時に早期体験学習をしてもらうことで、医師のイメージがわるいのではないか？例えば、自治医大では1年生から夏に地元の医療機関に2日間実習している。私自身、大学の時の毎年の2日間はとても記憶に鮮明に残っている。

・自分は学生時代、三宅島で研修して、かかりつけ医のイメージがわいた。

(2) 卒後研修

- ・現状で、若いジュニアの先生を1週間～1ヶ月単位で受け入れているが、若い先生ほど柔軟のようだ。経験を積めば積むほど医師のイメージ（特に大病院の医師）が強く、「地域包括ケア」に対しての受け入れが難しいように思う。
- ・初期研修の地域研修はとても意味があると思う。レポートは畑野のホームページに載せている『地域家週のコーナー』。
- ・若い医師には、かかりつけ医を目指すなら、「町史を読み、医療だけでなく、暮らしから入れ」と指導している。
- ・これから6ヶ月のシニアレジデントを受けることを予定している。

(3) 生涯学習

- ・医師会や学会の研修に行かせていただいている。
- ・医師会の研修で利用しているのは専門外の分野であるが、医師会の一員という意識はない。
- ・医師会の集まりでは保険点数の話になりがちで、げんなりしてしまう。もう少し医療の原点から取組みたい。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

(1) 医療提供体制

(2) 診療報酬

- ・病院が軒並み赤字に陥っており、医師離れも進み、診療所から病院に安心して患者さんを送ることが難しくなった。病院の医師も専門化してしまい、例えば、高齢者の肺炎の治療目的で入院してもらった人が、肺炎は治ったけれど偽膜性腸炎になって帰ってきたこともある。どの医師が安心か吟味して送らなければならなくなった。病院の報酬がもう少し高くなって、病院が元気になるような診療報酬が必要かと思う。
- ・病院の医師は疲れており、特にお年寄り（認知症の方など）は診たがらない。専門化し、複数の疾病に対応できていない。
- ・いい病院の使い方を模索している。総合診療医が病院にいれば、90歳で認知症で心筋梗塞の患者さんも診れる。
- ・人頭制では軽い人ばかり診る医師が出てこないか心配である。かかりつけ医を決めてしまうのは、窮屈に思う患者もいるだろうし、医師にもプレッシャーがかかるであろう。
- ・高齢者医療については、以前は月に何度往診に行っても無料とか1000円とかいう時代があったが、今は1割～3割となり、在宅療養支援診療所となっているので、月に6000円とか1万5千円とかになっていて、なかなか行けない現状がある。往診や訪問診療については、外来にかかることができない人ばかりなので、月5000円程度の定額であれば、計画的な訪問診療ができると思う。
- ・患者さんの中には「月2回来てくれるな」という方もいる。

- ・センターについて言えば、外来は儲けなし、老健はやっと黒字、在宅は儲けがでる、という状況である。在宅医療に力を入れることで町の医療費低減を図りながらセンターの経営を維持することはできる。
- ・自分たちは与えられた制度の中で活用できるものを探しており、前身の伊吹診療所時代在総診では2000万～3000万の黒字。

(3) その他

- ・要介護の人が介護保険サービスを受けて、よくなって要支援になったとたんに、ベッドを借りられなくなる制度はきついと思う。医師の意見書には、要介護1以上出さないと、この人は困ってしまうという危機感を持ちながらの記入になる。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

- ・年齢で区分するのはおかしい。例えば米原市では子ども、成人、高齢者と区分している。旧伊吹町では3人の保健師がオールラウンドに対応していたが、合併した米原市ではその3人が、保健センター（支所）が4月に閉鎖されたことで、本庁に取られてしまった。保健師も予防接種、栄養指導等の専門化してしまう傾向があるがおかしい。
- ・合併により米原市職員は疲弊している。
- ・旧伊吹町では町長が力を入れていたので、検診受診率は8割であったが、そこでは健康推進員ががんばってくれたが、米原市では保健師だけによる予防医療でやろうとしており、医師会への気苦労などで動きにくくなっている（医師会は長浜市の考え方が主導になってしまう）。
- ・保健師を介さないサロン、教養を含めた健康づくりをやろうとしており、米原市東部については、（医療だけでなく）保健も任せて欲しい。講演の際に意見を聞くと「合併はよくなかった」という反応が大半である。
- ・地域包括ケアは、医療だけでなく、スポーツ、歴史（姉川の古戦場等）、自然（伊吹山には3000種の野草）等の文化を含めた地域づくりからはじめたい。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・かかりつけ医にとってはありがたい制度だが、住民を支えるかかりつけ医の存在のない地域では難しいと思われる。特に在宅医療をしている地域が限られていて、在宅を希望しても帰ることのできない人がたくさんいるようだ。私たちの地域でも、従来から往診している地域の方は安心して要介護5でも自宅に帰って行かれるが、他地域の方は最初から家には帰れないと言われるのが現状である。在宅医療の充実には5年以上の時間と、それを支える医療スタッフ・介護スタッフの存在が必要かと思う。

・休日夜間については、かかりつけ医を通さなくても、病院の救急に受診できればいいと思う。しかし基本的には休日夜間についてもかかりつけ医と常に連絡が取れる状況は必要である。「今、〇〇へ勉強にしているから、ごめんなさい。病院の救急にかかってもらえんかな」と言えるような医師患者関係があればと思う。

・厚生労働省は在宅医療を推進しているが、簡単ではないと思う。
・医療と保健、福祉との連携について住民のイメージも変えなくてはいけない。最終的に重要なのは医師のモチベーションだと思う。旧山東町は夜間に医師がいない地域であったが、システムとしての24時間対応で住民の意識は変わる。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

・この地域の主治医でありたい。この地域の専門医でありたいと思う。認定医などは必要ないと思っている。しかし若い先生にとっては、「認定医」がないと不安だろうと思う。私は、この地域の住民6000人と全て知り合いであることを誇りに思っている。地元の太鼓祭りに家族みんなで参加したり、運動会に参加している。

・この地域にいる以上は、この地域の住民を元気にしたいと思っている。地域の観光資源となる人（ペンションや喫茶店、山小屋の人）と話し合う中で、ホームページの中で宣伝したり、施設に入っている人を連れて行ったり、地域と施設とのつながりを大事にしたいと思う。

・また、地域の人に愛される様な施設づくりとして、各地の老人会やサロンなどの集まりに呼んでいただいて、健康教室を開かせてもらうなど草の根の活動を大切にしたいと思う。

・家族とのつながりが薄れている地域が多い中、まだこの地域は家族の絆が残っている方だと思う。100歳の高齢者が自宅で療養し亡くなっていく中で、孫やひ孫がお世話をし、亡くなっていくときに親戚など20人くらいが集まって見まもりながらお別れをする。そのような高齢者の「病・老・死」を、孫やひ孫に見せることで、リセットできない「生」を大切に作る若い世代が育つと信じている。このことが30年後、60年後のこの地域を、思いやりのある元気な地域にできるのではないかと考えている。

○その他、特記事項

・「80を過ぎたら入院させない」というのがポリシー。家のほうが治りは早い。旧伊吹町の医療費が削減した原因は入院医療費の減少。

・自治医大12期卒業で中村副センター長は17期卒業。以前から一緒にやりたいと思って

いた。センターは地域医療振興協会と米原市が契約している。地域医療振興協会の俸給表では、医師は年俸制で水準は国保（直診）に近い。独立採算で儲けが出たら、2割は職員に還元するファンド、6割は設備等への再投資、2割は本部への納付となる。

- ・国保からセンターに移行して、対象患者が10倍、仕事量は3倍になった。休めないが9月には医師2名なので休暇はとれた。方向性が同じ仲間がいるということがいい。

- ・事務長は旧伊吹町の健康福祉課長。センター開設の1年前にいち早く地域医療振興協会へ転籍した。自然と畑野先生についていくという感じで看護師なども集まった。転籍の動機としては町の合併で地域医療が薄れてくることへの思いがあった。畑野先生が、かかりつけ医のモデルそのものだと思う。

畑野先生の1日の活動状況

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	(7:40~8:10 老健回診、 8:10~8:30 朝ミーティング、 8:30~9:00 検査)
9:00~	
10:00~	外来
11:00~	
12:00~	
13:00~	昼休み&老健回診
14:00~	
15:00~	往診(1日10件)
16:00~	
17:00~	
18:00~	老健回診
19:00~	書類書き
20:00~	帰宅
21:00以降	

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ いまい内科クリニック 今井信行 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	兵庫県宝塚市
	種類	無床の診療所
	主体	公立以外
	病床数	0
	診療科目	一般内科、リウマチ科、人工透析
	職員の数	医師1人、看護師10人、その他6人
	届け出されている 施設基準	在宅療養支援診療所 在宅患者訪問診療料 在宅患者訪問看護・指導料 在宅時医学総合管理料 在宅末期医療総合診療料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	30人 (うち新患1～2人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	0人
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	5～6人
	1週間の訪問回数	1回
	1週間の投入時間	4時間
	課題	・患者の状況を予見して、計画的に実施すること ・コ・メディカルの確保
24時間対応	対応の概要	在宅患者、高齢（特に独居の）患者には連絡先を教えている。
	対応を円滑にするための 工夫	・近隣の医療機関との連携 ・旅行時などは近隣医療機関と連携
	課題	・患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこと

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(0) かかりつけ医について

- ・その定義は？メインに診てもらっている医師、というくらいか。
- ・なんらかの申請、認定を受けたものを、かかりつけ医と称する？
- ・開業医の中には、耳鼻科や眼科など、マイナー科を専門にする開業医も多い。
- ・病院勤務医は、「かかりつけ医」と呼ばないのか？しかし、病院の医師にも、かかりつけ医という意識を持っている人はいる。
- ・これは新たな「開業への要求」？責務？負担？
- ・または余分な資格？費用負担？自分自身は在宅医療を実施しているが、それをやるには休みなしの状況。家族からはクレームは出ていないが、出てもおかしくない。海外旅行には行けない状況。
- ・ちなみに、自分自身は、「かかりつけ医」を自称しているし、求められている対応はすべて実践していると思う。
- ・もちろん患者の中には、通院しなくなってしまう人も少数いる。
- ・毎日のように来る患者はほとんどいない。患者さんの背景や家族状況など（広く言えば地域状況）が分かると、患者と関係を作りやすくなり、お互いに信頼が生まれることは確か。しかし、それを制度化できるかどうかは、難しいと思う。
- ・国保中央会の提言には同感であるが、日本の全ての開業医が賛成かどうかは不明。眼科や耳鼻科の医師はかかりつけ医になれるかどうか。
- ・プライマリ・ケアは大切であるが、それを推進して医療費が下がるかどうかは一概には言えない。専門医で診る方が、医療費が下がるという声も聞く。

(1) 医療技術

- ・標榜科については専門医資格を持っていることが望ましい。
- ・旧来の外科医でありながら、内科を標榜、内科医でありながら小児科医を標榜することは許されるのか？ 旧時代的ではないか。
- ・小児科は担い手が少ないという理由で許されるのか？

(2) 医療設備

- ・高額なものは不要。設備投資をすると、それを回収しようとする。
- ・かえって邪魔、有害。
- ・検査に走る。
- ・レントゲン、心電図、エコーくらいでよい。血液検査はラボが利用できればよい。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・最近の病院では、地域連携室が充実。
- ・しかし未だに、ドクターとの個人的なつながりが有用なことも多い（同窓、医局のつながりなど）自分自身も独自のルートを持っている。もっと、地域医師会がケアしていく必要がある。

- ・地域医師会の役割、病診連携の機会を増やす。
- ・神戸中央市民病院の地域連携室は有用と聞く。看護師が仲介してくれる。
- ・簡単に連携と言うが、非常に難しい。
- ・紹介状を書くと200点+αの点数がつくのはよい。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・自由開業だから、勤務時間まで決められる筋合いはないと思う。
- ・独居老人への対応（今井：携帯電話の連絡）。今年の夏に高齢者が熱中症で死去した。それ以来、全ての独居高齢者に携帯番号を教えている。透析患者や在宅ターミナルの患者にはもちろん、携帯番号を教えている。
- ・夜中にたたき起こされるようなことはほとんどない。
- ・緊急対応が必要な患者については、事前に対応を予測しているし、できるようになる。
- ・看取りも事前に予測はある程度できるが、やはり急に呼び出されることはある。
- ・高齢医師への定年制の導入など必要。65～70歳で定年とすべきではないか。

(5) 往診・在宅診療

- ・進んで行くことが望ましい。
- ・その意味で、少し高めの診療費設定はインセンティブとして有効！しかし、高くし過ぎると、患者の自己負担が増えてしまう。
- ・訪問看護ステーションの役割。現在は、訪問看護ステーションを活用していない。できていない。営利的なステーションもあるし、公務員化している（＝勤務時間や休日の対応が柔軟でない）ステーションもあるなど訪問看護ステーションにも問題があるが、法の整備も問題である。訪問看護は医療保険と介護保険の両方にまたがるサービスであるが、介護保険が優先されるために、要介護認定患者ではケアプランに組み込まれていないと活動できない。若年者でもガン末期のターミナルケアは介護保険適応になった。ターミナルケアの現場では介護保険の世界と医療保険の世界が混在し、自己負担のあり方が異なっている点は問題となろう。

また、訪問看護ステーションは医師の指示のもとに動くことになっているので、自立性が損なわれ、責任をもって仕事をしづらいつという面もある。これから在宅医療を推進していくためには、看護師の権限を強化していくとともに応分の責任も担う必要があるのではないか。訪問看護師の役割、位置づけを考えていく必要がある。

- ・在宅医療物流センター（インフラ）の整備は急務（改正薬事法！）。例えばガンの患者が在宅医療を受ける際に、点滴に付随していろいろな機材が必要になるが、そうしたものを小分けで売ってくれるところがない。卸に言うと、「1箱分からは売ることができない」などと言われ、結局無駄になることが多い。在宅医療は多品種少量サービス（一人一人状況が違い、必要な機材等も違う）なのに、今の提供体制はそれに対応していない。

(6) 診療範囲（地域）

- ・中学校区程度。車で10分くらいか。それくらいだと往診しやすい。
- ・ただし、透析の患者さんは遠方のケースもある。

(7) 人柄

- ・コミュニケーション能力、技術については取得が必要。コミュニケーション能力は医療を円滑に進めていく上で必須。
- ・自分自身は必要なことを独自に学んできた。患者から教えられてきた。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

- ・現在の臓器別診療制度。
- ・とくに、検査至上主義、検査出来高制度の保険システムでは、かかりつけ医は育たない。
- ・医療収入を上げるには、患者の話を聞くより、検査至上主義で対応する方向へインセンティブが働くのは当然。
- ・医師としての技術料（診察料）が高く設定されていなければ、ゆっくり話を聞く、理解するというような対応は育たないと思う。初診料・再診料があまりにも低い。患者をじっくりと診るには、それだけの時間が必要。
- ・現在の医学部の教育が全て間違っているわけではないと思う。医療の分野で未解決の部分も多いし、研究の医療は必要。家庭医は経験に基づいて医療を行いがちであり、経験主義的になりすぎる危険はある。その意味では、卒後すぐに家庭医になるのがよいかどうかという問題はある。

(2) 卒後研修

- ・当診療所でも、阪大病院の研修生を受け入れている。卒後1年目の人で、1ヶ月間研修を実施。在宅の現場を見てもらったり、往診についてきてもらったり。
- ・卒後研修では、ぜひ在宅の状況を見てほしい。さらに、開業医にどういう情報を流せば、動きやすいか、把握してもらうことが必要。研修の後、病院勤務医になるとしても、そうしたことを知っておいてほしい。

(3) 生涯学習

- ・地域医師会が主導して、実践的臨床的課題について、研修会を開催することが望ましい。
- ・製薬メーカー主導のような勉強会に染まることのないように。
- ・1人前の開業医になるには、卒後10年かかるという感じ。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・かかりつけ医を設定して、ある程度のゲートキーパー機能をかかりつけ医に持たせよう、フリーアクセスを制限しようというのは、いくつかの理由で機能しないと思う。
- ・日本の医療の特徴である、医師の技術料（診察料が低く、初診料 270 点、再診料 67 点）、多くの患者をこなすことで、（薄利多売）収入を確保している現状では、それぞれの開業医は忙しすぎると思われる。
- ・これで後期高齢者のかかりつけ医として、後期高齢者を登録制で引き受けることは負担が大きすぎるように思う。また地域によっては高齢者の奪い合いになるのではないか。特定の医師に患者が集中するケースも考えられる。そのアンバランスをどうするか。
- ・必ずしも高齢者の診療区内に、適切なかかりつけ医がない場合、かかりつけ医を遠方に求めることになる？
- ・介護保険では地区ごとに、地域包括支援センターができています。こうした組織に在宅の機能・体制を付加していけるとよいのではないかと。
- ・介護保険の動きと、どのように連携するのか？介護と医療と一緒に仕事をしやすい環境を作っていく必要がある。
- ・病院と診療所の役割分担は必要であり、主張し続けていくべき。例えば、病院の外来診療（初診料）を5倍にしてよいのでは。その上で、かかりつけ医からの紹介状を持っていけば安くするようにすれば、かかりつけ医を持つインセンティブが生まれる。現在、外来診療費は診療所より病院の方が低く、患者は病院へ行くようになってしまった。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

- ・戸建て住居が多く、ハイソサエティ。
- ・結構、ダブルインカムの人が多い。
- ・日中の介護者がいない。
- ・有料老人ホームなども多い。
- ・自分で自分の人生の生活設計を描いている人も多い。
- ・総じて、ゆとりのある人が多い。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

- ・生まれ育ったまち
- ・恩返し？
- ・親しまれる医院作り。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

- ・T-MEC という病診連携の会の事務局。これは、「宝塚・ミート・ザ・エキスパート・カ

ンファレンス」の略であり、要は、市内の4病院から医師を招いて、お話しを頂き、病診連携に役立てるということ（特定のメーカーをスポンサーにはしないようにしている）。

- ・医師会理事（病診連携）としての活動を行っている。
- ・リサナメント宝塚と名づけた地域住民との活動の場として、診療所を活用してもらっている。
- ・福祉メンバーとの連携も行っており、介護事業所のメンバーと交流している。

.....
《可能でしたら、先生をかかりつけ医になさっている住民の方へ、以下の点をお伺いさせて頂きたく存じます。》
.....

○地域住民が求めるかかりつけ医とはどのような医師ですか。

(1) 医療技術

- ・あまり、「これが必要」とかは感じない。
- ・安心や信頼は、医療技術や医療設備を超えたところにある。

(2) 医療設備

- ・患者からすると、あまり関係ないと思う。
- ・以前かかりつけにしていた先生は、診察室に何もなかったが、名医だった。ある時、激しい腹痛がするので、いくつかの病院を回ったが、レントゲンに何もうつらないので「何でもない」といわれた。しかし、その先生の所に行くと、触診して、すぐ「ここに石があるので重点的に調べてもらいなさい」と言われた。再度、病院に行って詳しく調べてもらうと、確かに結石があった。専門医でも分からないことがあると実感した。
- ・母が具合が悪くなった時に、病院に行くと、自分の症状が説明できないので、「どこも悪くない」と言われた。その先生の所に行くと、すぐ「これはインフルエンザです」といわれ、タミフルを処方してもらい、すぐに治った。インフルエンザの患者が増えており、待合室の状況を照らし合わせて考えれば、症状からすぐにインフルエンザだと分かったとのこと。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・かかりつけ医は病気の仕分けをしてくれることが必要。適切な病院を紹介してくれることは必須条件。病院の専門医は、患者を人間として分からないまま診療する。

(4) 勤務時間（急患対応）

・

(5) 往診・在宅診療

- ・往診してくれるということは、自宅に来てくれるということであり、暮らしの姿、生活の場を見ながらケアしてくれるということ。それが、かかりつけ医に対する信頼の基盤である。
- ・勤務医は家までは来てくれない。

(6) 診療範囲（地域）

- ・(コメントなし)

(7) 人柄

- ・パターナリズム（押し付け）を行う医師はいや。自分の意見を押し付けない先生ならよい。家庭のことに口出ししてくる先生もいや。頭ごなしに「質問するな」という先生もいや。
- ・こちらの立場で話しを聞いてくれる先生がよい。
- ・相談に乗ってくれる先生がよい。
- ・医療以外のことを気軽に話すことのできる先生がよい。例えば、オランダで暮らしていた女の子が母親が死亡して、日本に帰ってきたケース。母親の死亡をきっかけに精神が不安定になってしまったが、近くの開業医をかかりつけにするようになって、先生から「好きな子はできたか？」とか「学校は楽しい？」などと声をかけてもらっているうちに、状況が良くなった。この女の子は修学旅行のお土産を、かかりつけ医に買ってきた。これが、かかりつけ医と患者の理想的な関係ではないか。
- ・お互いに気遣いをし合う関係が重要。
- ・かかりつけ医と患者の人間的なつながりは重要。

(8) その他

- ・患者も医療の知識をもっと持つ必要がある。
- ・若い世代は、かかりつけ医を持たない人も多い。おそらく、健康で、子どもがおらず、夫婦共働きであれば、さしあたり、かかりつけ医を持つ必要はないのであろう。ウェットな人間関係を嫌う人もいる。
- ・大きな病院へ行くと待たないといけない。それは普通。
- ・血圧の薬を病院でもらって飲んでいるが、足りなくなることがあり、かかりつけ医の所に行き、「足りないのでほしい」と頼み、その分を処方してもらったが、有難かった。病院に再度行くのは、時間もかかって大変。そういう臨機応変な対応ができることが、かかりつけ医のよいところ。
- ・病院の勤務医は忙しくて、質問しても答えてくれない。待っている患者も多いので、時間を使うと気をつかう。はっきりと「質問するな」と言う勤務医もいる。
- ・やはり、かかりつけ医に相談したい。

○その他、特記事項

<病院診療所の機能分化>

- ・病院から外来機能を減らして、病院は入院重症対応で独立できるようにする。
- ・病院の外来診療費を診療所の5倍程度に設定する。
- ・地方自治体病院の赤字、崩壊。しかし、その体質からして、当然の結果ではないか。独法化に際して、退職金が支払えないという問題も発生している。

<在宅医療在宅医療と言うけれど>

- ・国は療養病床の削減を決めている。
 - ・しかし、日本の多くの自宅は十分な広さがない。
 - ・在宅医療を担うべき訪問看護ステーションは、介護保険の対応とされ、ケアマネジャーによるケアプランの元で動く。
- パート看護師の比率も高く、土、日は訪問看護業務は行わずに救急対応のみと公言するところも少なくない。
- ・さまざまな在宅医療機器を備えたまま在宅へ戻る患者も増えている。そのための医療備品を整備するのはすべて医療機関の負担であり、在庫の問題を抱える。
 - ・在宅医療を安全に進めるには、状態不安定時に緊急に入院できる設備が必須である。
 - ・このような、ないない尽くしのなかで、どうやって在宅医療が進んでいくのか。
 - ・現場の苦労を真面目に考えて欲しい。

<在宅療養支援診療所について>

- ・あまりにも、ハードルが高い。まじめにやろうと思うと負担が大きい。やりたくても手を挙げられない診療所が多いのではないか。
- ・複数医が存在するような、在宅医療に特化したような診療所でなければ、適応しないのではないか？
- ・24時間訪問看護を提供できる体制を確保し・・・という条件は、実質満たせない。
 - ◆ 対応する訪問看護ステーションが、十分な体制、理念を持っていることを前提にしすぎている？
 - ◆ 実際は、パートナーが多い。十分に該当患者の情報を把握しているとはいえない。
 - ◆ 24時間電話を受ける電話番がいるにすぎないという現状？
 - ◆ 24時間、携帯電話で連絡が取ればよいのではないか。
- ・在宅療養支援診療所にとっては、
 - ◆ 「一元的に患者情報を把握して」という言葉への解釈の相違。
 - ◆ 在宅療養支援診療所の指示にて、患家に訪問看護を行い、とある。
 - ◆ 現在の病院等で指摘されている、「看護診断」などの看護師の独自性、主体性などは全く相反する対応。
 - ◆ 診療所の指示を待って動くという、受動的な対応。

- 現実的に、夜中に患者からの連絡があった後、訪問看護ステーションに指示をして出動を要請するか???

- ・在宅療養支援診療所とそうでない診療所の、保険診療上の点数のひらきの大きさ。
- ・ターミナル加算の 10,000 点は不要。目障り。突出しすぎている。エサのように思える。
- ・むしろ、かかりつけ医が無理のない範囲で実施できるためのシステムを作っていくことが必要。

<訪問看護ステーション>

- ・公務員化している訪問看護ステーション。
- ・24 時間 365 日対応では全く無い。パートタイム職員も増えている。
- ・訪問看護ステーションの穴埋めをするのが、クリニック???
- ・訪問看護が主として、介護保険のサービスに組み込まれている現実。
- ・点滴などの医療処置をしないのが、ステーション。
- ・障害者医療制度には対応できない。
- ・訪問看護ステーション＝「血圧を測るヘルパー」
- ・「内服薬の確認」、「入浴介助」、「排便の介助」、「PT の指導によるリハビリ」
- ・それでいて、高額な設定。
- ・看護師に権限と責任を負わせるべき。それで看取りも視野に入れて対応できるように、行動させるべき。
- ・訪問看護の伸びの鈍化している現実。
- ・特に、ターミナルなどの医療保険で対応すべき病態への関わり方。
- ・医療保険と介護保険の混乱する現場。
- ・特別指示書。
- ・介護保険は 1 割負担。医療保険は 1 ～ 3 割。
- ・在宅医療を充実させるには、訪問看護を整備する必要が急務。かかりつけ医が間に入るシステムは必要。
- ・在宅療養する医療器材の充足ルート（インフラストラクチャ）の整備。
- ・薬事法の制限??ますますの障壁??例えば、高価な医療器材が余ったとしても、他の医療機関に回すことができない（地域で資源を有効活用することができない）。

<ご経歴>

- ・祖父から三代続けて開業している。開業医の状況を見て育った。
- ・地域に関わるような医師になりたいと早くから思っていた。
- ・当医院は透析を看板に掲げており、10 床ある。透析の実施が、経営の安定化に貢献している。透析という専門性・特殊性があるために、むしろ、地域にとけ込みたいという思いが強く、待合室をフローリングにしたり、地域活動の場に活用してもらったり、という工夫を行っている。それが、かかりつけ医の活動にプラスになっている。

<今井先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	透析開始
9:00~	
10:00~	
11:00~	回診、外来診療
12:00~	
13:00~	
14:00~	
15:00~	
16:00~	
17:00~	非常勤医を招いて院長は訪問診療へ。
18:00~	
19:00~	
20:00~	
21:00以降	

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ 最所クリニック院長 最所賢一郎 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	山口県柳井市
	種類	無床の診療所
	主体	公立以外
	病床数	0
	診療科目	一般内科、循環器科
	職員の数	医師1人、看護師3人
	届け出されている 施設基準	在宅療養支援診療所 在宅時医学総合管理料 在宅末期医療総合診療料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	90人 (うち新患1人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	0～2人 (うち新患1人)
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	10人
	1週間の訪問回数	15回
	1週間の投入時間	10時間
	課題	・患者の状況を予見して、計画的に実施すること ・診療報酬上の措置
24時間対応	対応の概要	24時間365日対応して往診している
	対応を円滑にするための 工夫	・近隣の医療機関との連携
	課題	・患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこと ・診療報酬上の措置

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・難しい医療技術は必要ない。難しい事例は、専門医に紹介できればよい。
- ・一般的な診療ができて、かつ、専門分野で強みを持っていれば、なおよい。
- ・自分は循環器科を専攻したので、今でも循環器科の標榜を続けているが、あまり役には立っていない。
- ・親が医師だったので、自分も自然と医師になった。

(2) 医療設備

- ・エコーはほしいが、CTスキャンは不要かもしれない。
- ・専門分野の機器は、ほしいとは思いますが不可欠ではない。報酬面でも購入できない。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・周東病院とは連携し始めている。
- ・自分も勤務医だった経験があるので分かるが、大きな病院の勤務医が地域の開業医のことを分かっていないことが問題である。
- ・勤務医は開業医を対等に見ていない。
- ・医師対医師の関係は難しい。
- ・地域の開業医間での連携はしている。
- ・地域連携に熱心に取り組んでくれる医師が、地域にもっと存在するととてもよい。そういう医師が、病院の側にも必要。病院から地域医療を推進してもらうような動きも必要である。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・自分は勤務医時代に15年間、ICUを担当していたので、開業医になれば楽になるだろうと思ったが、全く予想に反して、開業医の方が大変である。24時間365日の対応を1人で続けていくのはきつい。病院のICUは複数で担当しているので、かえって楽だと分かった。
- ・地域的に医師の少ないところもあって、その地域の患者も対応している。
- ・自分の患者は自分が守る、という意識を持っている。それが難しい場合には、病院に紹介するというスタンス。
- ・開業医が昼間だけ診る、というのではいけない。24時間対応を全ての開業医がすべきとは言わないが、ある程度は夜も診療することが求められる。
- ・柳井市では、休日当番を開業医が順番に担当しているので、よい。

(5) 往診・在宅診療

- ・開業医は往診や在宅診療を行うべきである。
- ・地域的には、開業医の数が少ないので心配している。いまの開業医の先生方も高齢の方が多く、やめていかれるケースが出てくるだろう。

(6) 診療範囲 (地域)

- ・半径30km くらいが現在の診療範囲であり、自動車で片道30分くらいの所まで、往診に出かけている (山2つを越えて行くイメージ)。これは範囲として広すぎる。本来は半径10km くらいが理想である。10km 以上になると、往診・在宅診療も移動時間がかかりすぎる。
- ・診療範囲は経営に関わる重要な事項である。

(7) 人柄

- ・開業医には最も重要なことである。自分のはじめは偏屈だったが、意識していろいろな人の声に耳を傾けるようになった。
- ・人間性を高める教育は必要不可欠だろう。鳥取大学で人格形成のカリキュラムがあると聞いたことがある。鳥取県や長野県は医師の人間教育が盛んではないかを感じる。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

- ・人間に対する接し方についての教育が欠落している。
- ・医学部に入るのが難しく、入ってからも内容が難しすぎるために、学生が勉強ばかりしている。
- ・開業医を養成するためには、コミュニケーションが重要である。自分も勤務医から開業医になって、相手の立場を考えて、人と話すようになった。
- ・当初は循環器科の専門医を目指したので、その関連で消化器のことも勉強した。しかし、総合的な家庭医になりたいと思うようになった。
- ・プライマリケア学会はすごく良いと思う。
- ・家庭医の定着は難しいが、やりがいと報酬がポイントになると思う。山間部で開業医を続けたいと思っても、経営が成り立たないのでやめてしまうケースもある。人が集まるところに医師も集まるのはやむを得ない。

(2) 卒後研修

- ・卒後研修は検討されていたときの目論見からすこし外れて、都市部集中型に変わってしまったように見える。地方で研修できるようにしてほしい。
- ・また、卒後研修を終了した医師がもっと開業医として地方に帰ってきてくれるようになってほしい。
- ・大学の間口も広げてほしい。都市部で研修を受けた医師が、地域に帰って来やすい環境を作してほしい。
- ・定員を増やすだけでは駄目。

(3) 生涯学習

・地域の医師会は頑張っていると思う。近隣の医師会同士が張り合っている。地域の講習会なども盛んに行われており、よく出席している。ただ、自分の診療が終わるのが7～8時になってしまうので、地域の講習会であっても途中からしか出られない。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

(1) 医療提供体制

・地域で開業を支援してくれる制度がないことが問題。地域活動したい医師はもっといるはずだと思うが、そうした医師への支援がない。

- ・医療機器は何をとっても高価である。
- ・医療についての産業振興策がない。

(2) 診療報酬

- ・頑張った医師が高い報酬を得る仕組みにすべきではないか。
- ・全てを定額制にしようとするのはあまり良くないのではないか。
- ・診療報酬が、医療の質を落とすようなことになってはいけない。
- ・診療報酬の問題でやめてしまう医師も多い。
- ・ジェネリック薬もなかなか浸透しない。

(3) その他

- ・自分の将来は大変だと思っている医師は多い。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

- ・診療報酬がこれ以上ダウンすると厳しい。
- ・また、2年置きの改訂は事務作業として非常に大変である。改訂に合わせてシステムも変更しなければならないので、繁雑で無駄な労力がかかる。改訂は長期的視野に立って行い、10年くらいは変更しないほしい。
- ・開業医として対応できるのは、人件費の抑制くらいであり、現状で当院でも人件費はギリギリである。これ以上、診療報酬がダウンすると経営が成り立たなくなってしまう。
- ・午前中で概ね70～80人の患者がやってくる。8：30から診療する日もあるが、12：30まで一杯一杯である。なかなか1人1人をじっくりとは診察できない。医療のクオリティーを落とさないことが重要。
- ・1日100人診療する開業医と20人診療する開業医の報酬が同じではどうかと思う。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・75歳以上を単純に人頭割りで考えてしまうと、過疎地の医師は不利になる。当院も患者の6割以上は75歳以上である。地方部に対しては、何らかの措置が必要ではないかと思う。
- ・全てを定額にするという案には、賛成しづらい。75歳以上の医療費を丸めるという案はやや無理があるのではないか。
- ・高齢者の医療費がクローズアップされるのはどうかと思う。日本の医療費は決して高くないのではないか。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

- ・3つの地域があり、それぞれ人間性が異なっている。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

- ・自分は人と接することが好きで、偶然医師をしているだけだと思っている。
- ・昔の状況を知っている開業医の中には、「(現在は) やってられない」と言っている人もいる。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

- ・24時間365日の対応を行っている。それをやるのは大変だが、それをやると患者さん・地域住民の安心になる。薬の袋に携帯電話の番号を書いているが、それを知っているだけで、安心しているという人もいる。
- ・むやみやたらに夜間に呼ばれるということはない。ある程度、この患者さんから今晚呼ばれるのではないかと予見することができる（そういう時は、診療所に泊まり込んで待機している）。

.....
《可能でしたら、先生をかかりつけ医になさっている住民の方へ、以下の点をお伺いさせて頂きたく存じます。》
.....

○地域住民が求めるかかりつけ医とはどのような医師ですか。

(1) 医療技術

- ・一般内科＋専門分野での強みではないか。

(2) 医療設備

- ・レントゲン・心電図・採血の設備と専門分野の設備。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・地域における中核病院との連携で十分。
- ・柳井市は開業医間の連携もできており、医師同士が協力的である。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・24時間・365日対応。

(5) 往診・在宅診療

- ・往診は必要。しかし、往診してくれる医師が少なくなった。

(6) 診療範囲（地域）

- ・行くための足の確保が重要。当院は診療範囲が広いので、遠い地域の人たちのために自動車の送迎を行っている。点数化されていないので、持ち出しになっている（点数化されると良い）。

(7) 人柄

- ・話しを聞いてくれる人。聞き上手であること。

<最所先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	
9:00~	
10:00~	診療
11:00~	
12:00~	
13:00~	休み
14:00~	診療
15:00~	往診
16:00~	
17:00~	診療
18:00~	
19:00~	
20:00~	休み
21:00以降	

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ 手打診療所 瀬戸上健二郎先生 －

診療所の概要	所在する市町村	鹿児島県薩摩川内市
	種類	有床の診療所
	主体	公立
	病床数	19
	診療科目	一般内科、外科、小児科
	職員の数	医師1人、看護師10人、その他11人
	届け出されている 施設基準	在宅患者訪問診療料 在宅患者訪問看護・指導料 在宅時医学総合管理料 在宅末期医療総合診療料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	51人 (うち新患は3人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	5人 (うち新患は2人)
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	5人
	1週間の訪問回数	1回
	1週間の投入時間	1時間
	課題	・診療報酬上の措置
24時間対応	対応の概要	365日あらゆる事態に24時間対応している。
	対応を円滑にするための 工夫	・近隣の医療機関との連携
	課題	・コ・メディカルの確保 ・診療報酬上の措置

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・総合医的目を持つ地域医療3年ぐらいの経験者。
- ・一般的な総合医は、周囲に専門医が存在するので、振り分ける機能がメインとなる。しかし、離島医療では、あらゆる患者が来て、それに対応していく必要がある。極力、離島内で完結した医療を行う必要がある。なお、僻地と離島は分けて考えるべき。離島（特に外海離島）は、本土と4～5日隔離されることもあり、状況が非常に厳しい。
- ・ただし、離島医療であっても、医師の専門性は大切にしてもらいたい。専門分野で向上したいという意志は重要。いろいろなことを身に付けていって、最終的にかかりつけ医になるということではよいのでは。
- ・最初から、「かかりつけ医になってください」といっても、若い医師を引きつけることはできないのではないかと。

(2) 医療設備

- ・一般的に言って、離島診療所は2つのタイプに分けられる。一つは、入院がなく外来中心の軽装備の診療所で、そこには心電図、胸部斜視、超音波など必要最小限の医療機器があればよい。
- ・もう一つは、ある程度の専門的検査や、いざという時には入院までできる有床診療所で、手打診療所はそれに該当する。特に救急医療対策は重要で、医師も複数医師制で、CTも必要不可欠になっている。救急までできれば、かなり強い医師となる。
- ・診療所でも最先端の医療ができる。手術は1部屋あればよい。いまの大病院はかえって非効率である。ここでは、人工透析も行っている。
- ・インターネットは必須。本土の病院とつないで、同じ画像を見ながら、病院の医師とディスカッションすることができる。
- ・ITカルテも鹿児島大学とつながっており、電子カルテを共有することができる。
- ・医療でも、IT機器の導入は重要である。
- ・IT機器などは、個人的なつながりで導入するものも多い。離島にもIT機器導入の予算を拡大してほしい。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・島の中でできないことは本土の病院へ送らざるを得ない。その場合、疾患により送り先はほぼ決まっている。問題になるのは心筋梗塞などのヘリ搬送だが、何時でも受け入れてくれる病院が複数あり、困ることはない。
- ・眼科や産婦人科の専門医も定期的に来てくれる。

(4) 勤務時間（急患対応）

- ・手打診療所は365日、24時間体制で、そういう意味では勤務時間はあつてなきが如しで、今年も元日から人工透析していた。とは言っても、年中忙しいわけではないから問題にはならない。

(5) 往診・在宅診療

- ・手打診療所は年中無休。
- ・ただ、在宅に関してはピーク時には60名ほどいた在宅患者が一時は1名にまで激減した。原因は患者の1割負担で、中には褥瘡のある寝たきりの患者に、来なくて良いと断られたことがあった。そんなこともあり、在宅療養支援診療所の届けもしていない。
- ・島の年寄りほとんどが3万円ほどの年金で生活しており、生活に余裕がなく、平成20年度から始まる後期高齢者医療保健制度も危惧している。

(6) 診療範囲（地域）

- ・下甑島（旧下甑村と旧鹿島村）3500名が診療範囲。

(7) 人柄

- ・住民の期待に応え、信頼を得ることが大切。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

- ・これまで大学では、地域医療に関する教育は行われていない。そもそも今までの医学教育の中には地域医療そのものが入っていなかったし、教えるにも教えられる人がいなかったのだから仕方がない。しかし、ここに来て学生時代からの地域医療教育は必要不可欠になっている。
- ・自分も6年ほど前から鹿児島大学の臨床教授として離島医療の講義をさせてもらっているが、大学にないものを提供することで相互補完的役割分担ができると思っている。
- ・プライマリケアを中心にした地域医療教育の担い手として最もふさわしいのが国保直診の医師たちだろう。
- ・自治医大のOBが活躍しており、オールラウンドにこなせるドクター達も増えつつある。

(2) 卒後研修

- ・ここでも、大学や都会の大病院にないものを提供することで相互補完的役割分担ができると思っている。事実、手打診療所には沖縄からと鹿児島大学から毎月2～3名の研修医が見えている。研修医たちにとって離島医療実習は好評で、希望者は多い。また、研修医も2年目になると戦力として貴重な存在で、離島医療の医師不足解消に大いに役立っている。
- ・かかりつけ医の研修を魅力的なものにしていくことが大切。若い医師の夢やロマンを裏切らないようにしてあげる必要がある。
- ・数年前まで高額の報酬でもなかなか応援をもらえなかったことを考えると昔日の思いである。

- ・当診療所に研修に来る医師には、まず、患者・住民と話しをするようにと言っている。話しをすることで、研修医の表情が明るく活発になる。そういうコミュニケーションが大切。

(3) 生涯学習

- ・必要であることは言うまでもない。
- ・離島にいと、自分だけ時代の流れに取り残されているのではないかという不安や恐怖が募ってくる。それを解消するためには、定期的に研修でき、学会などにも安心して参加できるような支援体制づくりが必要である。
- ・バックアップ体制としては、国が進めている僻地保健医療対策の「僻地支援機構」に期待しているが、現実には医師不足で思うように機能していない。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

(1) 医療提供体制

- ・離島医療の目標は、医療・保健・福祉全てのことを島の中で完結できることだろう。しかし、現実にはそんなことはできない。でも、できる限りのことを島の中で解決できるように努力する必要がある。特に、救急医療は大事で、そのためにはまずハード面の整備を含めた体制づくりが必要である。下甕島の場合、他に病院がなく、いわば手打診療所が最後の砦である。365日年中無休、何時でも入院ができ、大概の手術は可能であるが、そのためにいわゆる重装備診療所として複数医師制や医療機器の整備などは必要不可欠である。
- ・有床診療所は福祉の一環として機能しても良いのではないか。行き場のない人たちに対してケアをしていくことも大切な役割。在宅医療を受けられる人は、どちらかという恵まれている人。
- ・むりやり在宅医療を推進する必要はないのではないか。ガンの患者さんは在宅にこだわらず、必要に応じて入院でケアすればよいと思う。
- ・当診療所でも、かつては60人ほど在宅医療を行っていたが、患者自己負担1割が重いということで、次第に減少していき、一時は1人になっている。

(2) 診療報酬

- ・診療報酬を上げて、それが患者負担に跳ね返ってくると受診抑制につながり逆効果になりかねない。低所得のお年寄りの多い離島僻地では患者負担をいかに抑えるかが大事だと思う。
- ・現在の報酬体系は、総合医の診療を保証していない。

(3) その他

- ・地域医療の担い手として総合医なるものが話題になっている。また、総合医を目指す若

者たちも増えていて、手打診療所には腕試し的に研修に見える総合医もいる。そこで問題になるのは、大学や都会の大病院の総合診療と離島診療の違いで、つまり大病院の総合診療は「トリアージ型総合診療」であり、離島診療は「実践型総合診療」と言えるのかもしれない。

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

- ・単に経営面からの赤字か黒字かだけではなく離島医療の持つ多面性の評価をお願いしたい。また、離島医療の持つ利点を活用した魅力作りに取り組んでほしい。
- ・医師不足時代だが、医学部に入る段階で、将来は離島や僻地の医療に恵まれないところで仕事をするのを夢に描いていた人は結構いる。そのような人たちにいかにその夢を実現させるかであるが、手打診療所には鹿児島大学はもちろん、全国の大学から学生たちが研修に見えている。そのために、受け入れマンションも確保しているが、しっかりした受け入れ体制を築いてほしい。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・国保直診が今まで培ってきた地域包括医療の成果を取り入れたもので、非常に良い提言だと思う。
- ・ただし、新しい提言としては、地域住民の思いに込められるものであると同時に、制度として若い医師たちを引きつけられるかという観点も忘れてはならない。果たして、若い医師たちを引きつける魅力があるのか？

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

- ・鹿児島県には南北600kmに渡って27の有人離島がある。その中で、甑島は外海離島に属し、しかも山が急峻で非常に厳しい面がある。しかし、地域住民は人柄がよく協力的で、仕事をしていく上で非常にやりやすい。また、旧下甑村では、昭和61年に手打診療所を改築移転。職場としても働きやすい環境ができており、今にして思えば、時代を先取りした医療政策だったと思う。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

- ・信頼関係の構築。そのために日々最善を尽くすことしかない。そして、島に学び、島を楽しむといった姿勢でありたいし、地域づくりにも貢献できたらと願っている。
- ・離島医療というのは本来厳しく、辛く、時には泣きたくなることもある。しかし、それ

を乗り越えたところに離島医療の面白さややり甲斐があると思っている。つまり、歓びややり甲斐は自分で探し、自分で作り上げていくべきもので、そのためには患者に信頼される人間性と医療技術は必要不可欠だろう。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

- ・離島医療には多くの阻害因子が指摘できる。多くは本土との宿命的な格差が原因で、大きく仕事面での格差と生活面での格差に分けられるが、ここに来て人口減少に拍車がかかった感があり、更なる島力の低下が効率的医療の妨げになっている。
- ・Dr コトー効果もあって、医学生や研修医には好評で、医療を通じた地域興しに貢献できるのではないかと考えている。要は、視点を変えることで、ハンディキャップの多い離島医療も見方を変えると都会にない利点にもなりうるわけで、離島の持つ利点を生かした魅力作りに心がけたい。
- ・島全体が診療所だとは言わないが、少なくとも、家庭の一部が診療所だと思っている。だから、いつでも往診してあげる。365日いつでもである。そういう場面に研修医を付けてあげると、とても効果的な研修になる。
- ・自分が30年もこの島でやってこられたのは、離島に学ぶ姿勢があり、ある意味では離島を楽しむことができたからだと思う。旧下甕村時代には、自分がお願いしたことはそのまま行政に反映してくれた。医療機器も、要望した通りに導入してくれた。
- ・地域医療は医師1人でできるものではない。医師・住民・行政が前向きにやっという協力が重要。医師が周囲に壁を作ってはいけない。

<瀬戸上先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	出勤
9:00~	
10:00~	外来診療 回診
11:00~	CT検査、内視鏡検査等 人口透析(月、水、金)
12:00~	
13:00~	昼食
14:00~	
15:00~	午後からの外来診療 入院患者の検査
16:00~	往診、在宅 時々手術
17:00~	
18:00~	
19:00~	
20:00~	時間外、休日も24時間態勢で 急患には対応している
21:00以降	

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ パナウル診療所 古川誠二 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	鹿児島県与論町
	種類	有床の診療所
	主体	公立以外
	病床数	5
	診療科目	一般内科、外科
	職員の数	医師1人、看護師3人、その他4人
	届け出されている 施設基準	在宅療養支援診療所 在宅患者訪問診療料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	50人 (うち新患1人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	1～2人 (うち新患1人)
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療 に行く患者数	10人
	1週間の訪問回数	1回
	1週間の投入時間	1時間
	課題	・患者の状況を予見して、計画的に実施すること
24時間対応	対応の概要	電話は24時間受け付けている。
	対応を円滑にするための 工夫	・情報システムの活用
	課題	・患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこと

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

- ・ 夜、地続きで車を飛ばせば大きな病院へ搬送できるへき地と、離島ではおかれている状況は違う。
- ・ 離島では、あらゆる疾患に診療所の医師が対応しないといけないため、より高い総合診療的能力が求められる。
- ・ 1度でも対応を誤ると住民の信頼は得られない。1度、信頼を失ってしまうと取り戻せない。
- ・ わが国では諸外国のGP制度のようにはっきりした制度がなく、誰でも開業できてしまうという現状が問題である。
- ・ 開業医としての資格が必要であり、離島は1ランク上の資格が必要である。
- ・ 現在は離島での医療は社会的に評価されていない。(日本という国にとって大切な事業の一つ)
- ・ 教育については、大学、卒後研修、両方とも必要である。
- ・ 大学での実習は、現在、鹿児島大の3年、6年を受け入れている。
- ・ 卒後研修はローテートするシステムはできたが、研修体制ができていない。
- ・ 具体的には、卒後研修全体のローテートを管理・評価できる人材が必要である。沖縄では県立中央病院等でできているが、鹿児島県にはない。
- ・ 自分は離島に行くと言ったら、大学や病院の専門医にマンツーマンで教えて頂いた。大学にもそのような情熱や行動が欲しい。
- ・ 自分は元は内科であったが、外科は大阪の外科病院で勉強した。産科については友人に頼んで、帝王切開の経験を積むなどして技術を習得した(このようにすれば、総合診療能力は身につく)。
- ・ 卒後の勉強会は重要であるが、与論の場合は奄美でウィークデイで2泊3日で開催されると週の半分以上が潰れてしまう。与論では奄美に行くのも東京に行くのも時間的には同じ。
- ・ 離島では、このレベルの医療でいいというような考え方はあってはならない。
- ・ (奄美振興の)補助金ではなく、離島における医師を指導する人材を派遣するようなシステムが必要である。

(2) 医療設備

- ・ 与論の場合には、(徳洲会)病院があるので大きな設備はいらない。徳洲会にはCT、MRI等の高度機器はあり、パナウル診療所では検尿、CBC、レントゲン、心電図等の基本設備でいい。
- ・ (バックアップする病院のない)瀬戸上先生のところとは事情が違う。

(3) 病院・専門外来等との連携

- ・ 地理的には沖縄に近いが、行政管区としては鹿児島という与論の特殊性がある(県のバリア)。
- ・ 救急患者を沖縄へ搬送する際にも鹿児島の自衛隊を経由して連絡しないと派遣しても

らえない。

- ・ 医師会も鹿児島医師会にしか所属できず、沖縄の医師会からの情報は得られない。沖縄の医師会にも入れるというような柔軟な対応が欲しい。
- ・ (地域連携パスについて)現状では、こちらから徳洲会へ紹介しても返事は殆んどない。(患者を返さないという)病院の考え方は一般的に間違っている。
- ・ (地域連携は)保険制度の評価にも関わっている。オープン病院を評価すべき。
- ・ 視察したデルタ病院では院長は開業医であったが、このシステムはいい。公立病院があり周辺の医療機関が少ない地域では院長は開業医にしたほうがいい。ポイントは院長。
- ・ (そのような管理能力をもった人材育成には) GP のオーガニゼーションが管理能力をもつ医師を育てなくてはいけない。
- ・ 研修の養成システムがない。現在は派遣先の関連病院ごとに違っている。

(4) 勤務時間(急患対応)

- ・ 離島で医療に当る以上、24 時間 365 日対応は仕方ないし、当然のことと考えている。
- ・ 不在時には電話で患者への対応をしている。
- ・ 診療所同士ではメールで情報をやりとりして、コミュニケーションはとれているが、病院との連携が課題である。
- ・ 医師同士でのセカンドオピニオンを得られるという点では、グループ診療ができればそれにこしたことはない。
- ・ 古川先生不在時の代診医は、古川先生同様に外科にも対応できる同等の能力をもった医師があたる必要があり、出来る人は限られてくる。

(5) 往診・在宅診療

- ・ 離島における医療では 100%必要である。
- ・ 与論島においては、自分の家が病棟という言い方をしている。幸いにして雪による交通の遮断等もないので、島内のどこであっても 10 分あれば行ける。その意味では島全体が病棟と言ってもいい。
- ・ 地域社会、コミュニティで在宅診療を支えている。
- ・ 沖縄はヘリコプターで 30 分で搬送できる。
- ・

(6) 診療範囲(地域)

- ・ 診療圏は島全体となる。

(7) 人柄

- ・ 人柄は患者さんが判断することなので、ノーコメント
- ・ 大事なものは医師としての資質であるが、離島の開業医と(地続きの)へき地の開業医では求められる資質が違う。
- ・ 離島の開業医はどこでも入っていける能力が求められる。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

- ・ 離島にいと医師会等の勉強会に参加することも難しい。
- ・ 日本のインターネットは、米国の E·m e d c i n e 等と比べると情報の質、量ともよくない。
- ・ このような情報は国家レベルで整備して欲しい。
- ・ (こちらから出向くことは難しいので) 離島の医師を教育するほうが、島に来て欲しい。
- ・ 離島で生活をするということは、おおげさに言えば国家の領土を守ることでもあり、そのような住民の命を守るのは国家の使命である。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

- ・ 診療報酬は開業医をきちんと評価して欲しい。患者さんの生活等まで踏み込むと話す時間は絶対長くなってしまいが、現行の報酬体系では評価されない。島にはうつの患者も結構いるが 30 分以上は診察時に話さないといけない。
- ・ 人頭払いに関しては、本当は診療についての評価の第三者機関がないと駄目ではないかと思う。
- ・ 不思議と思うのが薬代が高い。何度も薬価改正をしながら製薬メーカーでは多大な利益が出ているというのがおかしい。薬の価格の決め方に疑問がある。(適正な価格の評価方法)
- ・ 新商品の投入よりも既存薬の価格を下げたい。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・ 国保中央会の提言)は理解できるが、高齢者だけ診るような印象があり違和感を感じた。高齢者は家族の一員である。
- ・ 与論島では在宅死が 100%であり、家族が支えている。
- ・ 医療には地域ごとの特徴がある。与論では予防医療に力を入れたり、タラソセラピーのような統合医療を取り込んでみたりして、海に囲まれているという地域の特徴を活かしている。
- ・ 健康づくりは画一的である必要はなく、国の医療制度担当者はこのような地域の実情を理解すべきである。
- ・ 大学での教育も、病因論しか教えていなく、健康生成論を教えることができていない。
- ・ 日本の医師会は営利団体であるが、これとは別にアカデミックな組織が必要である。

<その他>

- ・ 特定保健指導に関しては、医療機関だけで対応するものではなくフィットネス等にも視野を拡げる必要がある。
- ・ 地域で、観光、農業等あらゆる産業が関与しうる、総合的な健康づくりのシステムを作るべき。
- ・ 医師と患者の関係は近いようで遠い。
- ・ インド、ケニアの NPO で医療支援の活動をしているが、JICA の外国における評価は高い。日本の医療を世界的にも活用すべき。

<古川先生の1日の活動状況>

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	
9:00~	
10:00~	診療
11:00~	
12:00~	
13:00~	
14:00~	
15:00~	往診・訪問診療
16:00~	
17:00~	診療
18:00~	
19:00~	
20:00~	地域活動
21:00以降	

地域住民の期待に応える目指すべきかかりつけ医師像に関するヒアリング

－ ファミリークリニックきたなかぐすく 涌波 満 先生 －

診療所の概要	所在する市町村	沖縄県北中城村
	種類	無床の診療所
	主体	公立以外
	病床数	0
	診療科目	一般内科、整形外科、皮膚科、リハビリ科、小児科、心療内科
	職員の数	医師2人、看護師7人、PT2人、OT1人、その他3人
	届け出されている施設基準	在宅療養支援診療所 在宅患者訪問診療料 在宅時医学総合管理料 在宅末期医療総合診療料
外来患者数	通常時間内の外来患者数 (1日当たり)	50～60人 (うち新患5人)
	通常時間外の外来患者数 (1日当たり)	5人 (うち新患3人)
往診・訪問診療	1週間で往診や訪問診療に行く患者数	5～8人
	1週間の訪問回数	5～8回
	1週間の投入時間	6時間
	課題	・診療報酬上の措置
24時間対応	対応の概要	在宅訪問診療・訪問看護のいずれかを利用している方を対象に対応している
	対応を円滑にするための工夫	・近隣の医療機関との連携 ・訪問看護師との連携
	課題	・患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこと

1. 先生がお考えになるかかりつけ医師像について教えてください。

(1) 医療技術

・プライマリケア・診療所レベル（日本プライマリケア学会が進める研修ガイドに従う）で十分である。

(2) 医療設備

・検査周辺（尿血算、EKG、X-P（透視なし）、腹部超音波、呼吸機能、骨密度、顕微鏡など）
・処置周辺、救急（応急）周辺（AED）、各種物療器具、筋力トレーニング器具、吸入、酸素ボンベ

(3) 病院・専門外来等との連携

・病院・専門外来等との連携は必要。自分なりに安心して任せることのできる医師をリストアップできるようになってくる。

(4) 勤務時間（急患対応）

・朝8：30～夕19：30頃までは通常対応。
・週1.5日は休診。ただし、外来診療時間以外の急患対応は在宅診療、訪問看護ステーション利用者に限る。
・自分の精神的余裕を保つために、ある程度の制限は必要。

(5) 往診・在宅診療

・往診・在宅診療は行うべきであるが、本当に適応のある人に対して行うようにしている。
・閉じこもり防止、家族の介護への自覚を促すためにも外来通院は必要と考えている。

(6) 診療範囲（地域）

・往診の際、車で15～20分以内ぐらいが適当と思う。

(7) 人柄

・コミュニケーションを大切にする。聞き上手であること。
・患者の生活背景を考慮できること。

2. 目指すべきかかりつけ医師を育成するために必要な教育・研修のあり方について教えてください。

(1) 大学における教育

・4～5年生の間に地域密着の医療を実践する医師のもとで、2～3日過ごすことにより、かかりつけ医の役割を意識させるようにする。

(2) 卒後研修

- ・大学における教育と同様に初期研修において、1ヵ月ほど地域医療、介護についてOJTのレベルで関わりを持つ後期研修のコース（専門医）を学会が監督する形で整える。

(3) 生涯学習

- ・学会がシステムをしっかりと構築し、会員がその教材を定期的に勉強することで知識技能をアップデートできるようにしておく。

3. 目指すべきかかりつけ医師の体制を実現するためには、現行の医療（医療保険）等関連制度で対応できますか？対応できないとすれば、どのように見直せばよろしいですか。

(1) 医療提供体制

- ・在宅医療、特に往診、訪問診療を実践する医師が少ないと思う。

(2) 診療報酬

- ・以前のように外来型の包括医療体制の再導入を検討すべきである。
- ・検査、投薬の出来高払いは後期高齢者の外来管理にはふさわしくないと考える。

(3) その他

4. 上記2・3に関連して、行政等への要望はどのようなものがありますか。

5. 国民健康保険中央会が昨年末に公表した提言について、どのようにお考えですか。

- ・同感である。自分でもかねてより考えていたことそのものである。

6. 先生は、この地域（診療圏域）を医師の目から、どのように見えていますか。

- ・新しいことでも前向きに受け入れてくれる医師会である。
- ・介護・福祉ニーズが比較的整備されている。
- ・夫婦共働きが多い。
- ・経済的格差を感じる。

7. この地域の医師として、どのようなことを大切に医療を行っていますか。

・本人の意思、価値観を大切にし、患者とともに悩んで、方針を一緒に決定していくような関係を築いていくこと。

8. 上記の「6.」「7.」に関連して、具体的にどのような活動を行っていますか。

・診療では患者の生活背景を知るように努め、ご家族にできる限り治療に参加してもらうようにする。

< 涌波先生の1日の活動状況 >

概ねの時間	活動概要 (※診療、往診・訪問診療、事務、地域活動などの大まかな時間割を教えてください。)
8:00~	
9:00~	
10:00~	
11:00~	外来診療
12:00~	
13:00~	
14:00~	
15:00~	
16:00~	外来診療 (ただし、月・金は訪問診療、 第三水は地域活動)
17:00~	
18:00~	
19:00~	
20:00~	
21:00以降	