

藤沼 康樹<sup>\*2</sup>

## 1. プライマリ・ケア担当総合診療医としての「家庭医」とは

主として診療所を拠点として地域基盤型プライマリ・ケアを担当する総合診療医は、日本以外の国では、general practitioner (GP)、あるいは family doctor (家庭医) と呼ばれている。GP / 家庭医の役割に関しては、個々の国の体制やヘルスケアシステムを超えて、ほぼ統一した見解が以下のように存在する。

- 診療所における非選択的なプライマリ・ケア外来診療（医療の入り口）
- 継続的なケアを提供
- 予防医療、ヘルス・プロモーションの提供
- 各種ケアのコーディネーション
- 家族の相談役
- 地域の健康問題へのアプローチ

さらに、日本の医療をとりまく状況を勘案した際に、GP / 家庭医の重要な役割として「在宅医療の提供」が求められていることは特筆すべきことであろう。

この論考では、これらの GP / 家庭医の役割が、日本（特に都市部）の高齢者のプライマリ・ケアに必要とされる理由について、高齢者救急とその周辺、過度の専門分化の弊害としてのプライマリ・ケアの分断等の視点を中心に考えてみたい。

## 2. 2025 年問題と高齢者医療

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推

計人口」によると、2015 年には「ベビーブーム世代」が前期高齢者（65～74 歳）に到達し、その 10 年後（2025 年）には高齢者人口は約 3,500 万人に達すると推計されている。これまでの高齢化の問題は、高齢化の進展の「速さ」の問題であったが、2015 年以降は、高齢者数の「多さ」が問題となる。

必然的に年間死亡者数は今後急増し、2015 年には約 140 万人（うち 65 歳以上約 120 万人）、2025 年には約 160 万人（うち 65 歳以上約 140 万人）に達すると見込まれる。そして、今後急速に高齢化が進むと見込まれるのは、首都圏をはじめとする都市部である。今後、高齢者の「住まい」の問題等、従来と異なる問題が顕在化すると見込まれる。都市部における高齢社会の問題は、高齢化率ではなく、高齢者の絶対数の爆発的増加にある。

この状況に対して、ヘルスケアシステムはどう対応すべきかについて、高齢者救急と在宅医療の現場において、家庭医が有効に機能することが必要であると各方面から指摘されている。

## 3. 高齢者救急と総合診療

日本においては、以下のような事例にしばしば遭遇する。

事例：89 歳女性。高血圧、CKD で近医通院中。夫と二人暮らし。

1 カ月前から、軟便 3-4 回 / 日。2 週間前から、嘔気、食欲低下。かかりつけ医での血液検査では変化なし。今月で 3 回目の救急受診となった。救急車は夫が要請しており、今回は入院の準備をしてきた。結果的にはうつ状態、多剤投薬に起因する食思不振であった。結果的に医学的入院適応はなかったが、家での介護が困難とのことで入院となった。

<sup>\*1</sup> Aging Society and General Practitioner

<sup>\*2</sup> Yasuki Fujinuma 医療福祉生協連家庭医療学開発センター

救急搬入の各種統計によると、高齢者の救急件数は非常に多く、また救命処置や入院治療を要する重症例も当然多くなる。同時に、入院の必要のない救急搬送も実は相当数にのぼり、それらが救急体制の非効率化を招いている実態があることも事実である。例えば、上記の事例のように、結果的に入院適応の病状ではないが、諸事情による自宅に帰れない高齢者に対して、退院援助ならぬ「帰宅援助」部門が必要なのではないかといわれるほどである。

海外でも高齢者救急は、通常の救急医学だけでは対応できない独自の領域（geriatric emergency）とされている。例えば、米国救急医学会の高齢者救急の質指標は意外にも以下の3領域に集約されている<sup>1)</sup>。

- 認知機能の評価（高齢者の機能評価が不十分であることを反映）
- 痛みのマネジメント（高齢者の救急患者の痛みへの対応が不十分であることを反映）
- 紹介先との連携（施設やかかりつけ医との情報の伝達などが不十分であることを反映）

日本でも実は同様の状態が予想される。プライマリ・ケアの場面で生活機能が低下している高齢者の評価が不十分で予期的な対策ができていない、あるいは、コミュニティの近隣性低下の中で、様々な不安や心配に対する日常的な相談相手が不足していることも不適切な救急の原因として指摘されている。実際に高齢化率の高い東京都内団地に、敷居のひくい相談場所（「暮らしの保健室」）をつくることで、その団地からの救急搬送件数が減少したという事例もある<sup>2)</sup>。

高齢者は様々な健康問題を複合的にかかえている。例えば、ある82歳の女性は、軽度の認知障害、不眠、白内障、難聴、骨粗鬆症、腰痛と膝関節痛があり、さらに糖尿病、高血圧症、心不全で投薬を受け下剤を常用している。足の爪の変形があり、冬になると体のあちこちがかゆくなる。健診では、貧血が指摘されており、消化管の精査をすすめられている。エレベーターのない団地の4階に住み、外に出ることが少ない。夫は進行した

前立腺がんで、入退院を繰り返している。

この患者がある日家族につれられて受診することになる。主訴は尿失禁と食欲不振である。実は最近心不全症状がすこし悪化したため、循環器の担当医は利尿剤を少し増量していた。そのため、夜間の尿量が増し、腰痛、膝関節痛のために、もともと低下していた移動能力の限界が明らかになり、トイレまで間に合わなくなった。本人はそのことを悩み、食事がすまなくなっていた。地域における高齢者医療においては、医学的診断が問題解決に直接つながるのは50%程度である<sup>3)</sup>。心不全、移動能力の低下、鬱状態といった病態生理学的な因果関係がない健康問題が累積して生じているこの女性を適切にケアできるのが、老年医学に精通した家庭医であるといえよう。結果的に、この患者が不要な救急車要請することを未然に防ぐことになる。

#### 4. ambulatory care-sensitive conditions と家庭医

高齢者が入院することは、それ自体が機能低下のリスクになるため、できるだけ避けたいところである。北米あるいはヨーロッパでは、入院せずに済んだ可能性のある事例の研究から、プライマリ・ケアの現場で適切にマネジメントすることで、不必要な入院を防ぐことができる可能性のある状態を ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs) と呼び、研究がすすめられている<sup>4)</sup>。ACSCs の分類は以下のとおりである。

- 悪化や再燃を防ぐことのできる慢性疾患
- 早期介入により重症化を防ぐことのできる急性期疾患
- 予防接種等の処置により発症自体を防ぐことのできる疾患

ACSCs で不適切な入院となる頻度は乳幼児と高齢者に多い<sup>5)</sup>。特に高齢者に関しては疾患自体のコントロールや、予防接種の頻度を上げること重要だが、「入院を予防する」上でむしろ心理社会経済的な問題が重要となり、医師の技量というよりも、有効なチームの形成や、コミュニティ

のサポート力などがキーになる場面が多い。

Freud ら<sup>6)</sup>は、ドイツのある地域の特設病院における入院患者の中で、ACSCs と判断された 104 事例をとりあげ、紹介元の家庭医に「この入院は防ぎ得たか？」というテーマでインタビュー調査を行うという非常に興味深い質的研究を行った。その結果として、プライマリ・ケアの現場及び医療政策への提案として以下のような意見を提示している。

- 患者の社会的背景、服薬アドヒランス、セルフマネジメント能力などを評価し、ACSCs で入院のリスクの高い患者を同定すること。
- 処方定期的に直すこと。
- 入院のリスクの高い患者には定期的に電話で状態を聞くこと。
- 患者及び介護者にセルフマネジメントについて教育すること。とくに症状悪化時の対応法
- 患者に必要なソーシャルサポートシステムや地域リソースを探索すること
- TV 電話や遠隔モニタリングの導入
- 患者にかかわる各セクターとの日常的なコミュニケーションを強化する
- ACSCs で入院となった責任は各セクターで共有すべきで、プライマリ・ケア現場のみに帰すべきでないという合意形成する
- ACSCs に関するデータの継続的集積
- 医療者教育において異文化コミュニケーション教育を重視

こうした提言は、日本においても十分に当てはまるどころであり、これらのスキルをそなえた家庭医を地域に配置することが、高齢者救急や入院に伴う地域拠点病院への負担を軽減することにつながるだろう。

## 5. 都市部における高齢者プライマリ・ケアの分断と家庭医

都市部では、大きな人口を背景にして、専門性を前面に出した診療所が非常に多く、また経営的にも成立可能となっている。また公共交通機関の発達により比較的遠方の病院へのアクセスが容易

である。したがって、一人の患者が複数以上の診療所や病院に通院することが可能である。例えば、以下のような患者はそれほど珍しくない。

事例：75 歳男性 72 歳の妻と二人暮らし

問題リスト

1. 糖尿病・高血圧：A 内科医院（糖尿病専門医）にて経口血糖降下剤処方
  2. 心房細動：B 病院循環器内科にて抗凝固薬処方
  3. 変形性膝関節症：C 整形外科医院にて NSAIDs 処方及び物理療法
  4. 皮脂欠乏性湿疹：D 皮膚科医院にて軟膏処方
  5. 白内障：E 眼科医院にて保存的治療
- そして、ものわすれがひどいことが気になり、F 病院神経内科受診する予定。

こうした事例では、健康問題ごとにそれぞれの領域の専門医の受診を患者が希望しているというよりは、しばしば大規模病院において「過度の専門分化」の弊害として指摘される事態が、都市部ではプライマリ・ケアの現場で生じていると考えたほうがよい。この患者においては主治医、言い換えれば「すべてのケアを俯瞰的にコーディネートする役割」を果たす医師がはっきりしない。しかも、この患者は生活機能が低下してきており、今後移動能力の低下や経済状態の悪化により、各診療施設への通院が困難になり、不十分なケアしか受けられなくなる可能性が高い。

日本の総合診療医／家庭医の外来診療能力として日本プライマリ・ケア連合学会では、以下のコンピテンシーを設定している。

- 頻度の高い健康問題に対応し、相談にのり、適切な問題解決、あるいは安定化をはかることができ、必要な場合は専門家に紹介することができる。
- 健康問題は臓器、年齢、性別によって制限されず、また生物医学的アプローチと心理社会的なアプローチをバランスよく組み合わせた外来診療の枠組みを使うことができる。

- 頻度の高い慢性疾患のケアができる。

家庭医は、この事例のような複数の健康問題を抱える患者の主治医として有効に機能できるはずである。北米で取り組まれている家庭医とそのチームが医療システム上の「我が家」として機能する Medical Home<sup>7)</sup>のコンセプトは、実は高齢社会日本の都市部にこそ必要となっている。

## 6. 在宅医療と家庭医

DPC の影響や在院日数の短縮傾向もあり、医療需要度の高い在宅高齢患者が増えてきている。また、がん、非がんともに end-of-life care を在宅で受けたいという高齢者のニーズも高まっている。特に、非がん患者の下降期慢性疾患ケアと緩和ケアについての検討も始まっており<sup>8)</sup>、地域の家庭医や保健師・看護師も含めて、チームで取り組む課題として今後重視されていくだろう。

在宅医療の現場では検査や治療に関する制約があり、病歴や身体診察と簡易な検査により意思決定を迫られる場合も多く、病院医療のみのトレーニングでは対応できない事例も多い。通常の高齢者内科等に加えて、緩和ケアのスキルや臨床倫理的な判断力も必要となるため、独自のトレーニングが必要である。日本の総合診療医／家庭医養成においては、在宅医療のセッティングでの研修を重視している所以である。

## 7. 高齢者のヘルス・プロモーションと家庭医

高齢社会のポジティブな側面も強調しておきたい。

事例：81 歳女性

これまで定期的に通院を必要とする疾患は指摘されていない。今日は健診で来院した。地元のコーラスに参加しており、今月末にその発表会を控えている。

この女性のように生活機能が高く、いきいきと自立した高齢者に対しては、標準的な生活機能スクリーニング法（ADL あるいは IADL の調査）は、機能障害を見つけ出すのにさして有効ではないだろう。このような高齢者の生活状態を評価するためには、例えばゴルフ、釣り、ボランティア

など、高齢者が普段楽しんでいる趣味や活動を確認し、定期的にその趣味についてたずねることである。このような趣味や活動について、「advanced activity of daily living (AADL)」という言葉が使われる<sup>9)</sup>。そして、これらの活動は高齢者の QOL、生きがい、スピリチュアリティに深く関係している。また、もし高齢者がこのような活動をやめてしまうような場合は、早期の機能低下（認知症、尿失禁、聴力低下など）を示唆しているといえる。地域の元気な高齢者の AADL を維持することは、健康の維持生成、すなわちヘルス・プロモーションそのものであり、住民の身近で、継続的にケアをする立場にいる家庭医の存在が必然的に重要となる。

## 8. まとめ：高齢者のプライマリ・ケアを担う家庭医のコンピテンシー

高齢者医療領域の総合診療医、GP／家庭医のコンピテンシー（臨床能力）については海外でも各種検討されている<sup>10)</sup>。筆者は、日本における都市型プライマリ・ケアを担う総合診療医は、世界的に標準とされる GP／家庭医のコンピテンシーに加えて、以下に領域を強化すべきであると考えている。

- 高齢者医学（geriatrics）の実践能力
- 在宅医学、特に end-of-life ケアの能力
- 高齢者の主治医として機能するための、コーディネート能力

爆発的な高齢者人口の増大、格差の拡大、都市部の国際化などの動向を踏まえると、地域基盤型プライマリ・ケアを担当する家庭医の役割は相当に大きい。現在のプライマリ・ケア担当とされる医師の総合診療領域の再トレーニングなども含めて、マンパワーの確保を進めることが急務である。

## ■文 献

- 1) Terrell, Kevin M., et al. Quality indicators for geriatric emergency care. *Acad Emerg Med* 2009;

- 16(5): 441-9.
- 2) 平成 24 年度「在宅医療連携拠点事業成果報告」(株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション)
- 3) Fried LP, Storer DJ, King DE, et al. Diagnosis of illness presentation in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1991; **39**: 117-23.
- 4) Purdy S, Griffin T, Salisbury C, et al. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health* 2009; **123**(2): 169-73.
- 5) Purdy S. Avoiding hospital admissions. What does the research say? The King's Fund, December 2010.
- 6) Freund T, Campbell SM, Geissler S, et al. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Ann Fam Med* 2013; **11**(4): 363-70.
- 7) Calman NS, Hauser D, Weiss. L, et al. Becoming a Patient-Centered Medical Home: A 9-Year Transition for a Network of Federally Qualified Health Centers. *Ann Fam Med* 2013; **11**Suppl 1: 68-73.
- 8) 谷本 真理子: エンドオブライフを生きる下降期慢性疾患患者のセルフケアのありようーケアを導く患者理解の視点抽出の試み, 千葉看護学会会誌 2012; **18**(2): 9-16.
- 9) Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, et al. A hierarchical exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *J Am Geriatr Soc* 1990; **38**(8): 855.
- 10) Gehl S, Helm R, Lillich D, et al. Asynchronous Geriatric Education (A.G.E.): Training Family Physicians to Care for Older Adults, Society of Teachers of Medicine Annual Spring Conference, San Francisco, CA (04/26/2006 - 04/30/2006) (Available on fmdrl)