

4 プライマリ・ケア教育と地域医療 — 「豊かな人間性」と「広い視野」を持つ総合医の育成をめざして—

吉嶺 文俊・太田 求磨

新潟県立津川病院内科

Education of Primary-care and Community Medicine: — Fostering Doctors with Well-rounded Character and Broad Perspective —

Fumitoshi YOSHIMINE and Kyuma OHTA

Department of Internal Medicine,
Niigata Prefectural Tsugawa Hospital

キーワード： 地域医療, チーム医療, コ・メディカル, 巡回診療, 訪問診察

はじめに

日本全体では医師過剰時代が到来したものの、新潟県の郡部における医師不足は大きな問題であり、未だ抜本的な解決策は見出せない。私たちは福島県境に接する東蒲原郡を医療圏とする県立津川病院での診療経験を通して、地域医療とプライマリ・ケア教育の問題点を検討した。

当院をとりまく現況

東蒲原郡は津川町、鹿瀬町、上川村、三川村の4つの町村（2005. 3.31 合併し阿賀町となる）からなり、人口約1万5千人と新潟市の約40分の1であるが、総面積は新潟市の約4倍と広大な山林を持つ地域である。磐越道の開通により交通アクセスは向上したものの、新潟市までの救急搬送に40分以上かかり、半径20kmに一般病院が存在し

ない。当地域に家庭医は少なく介護福祉サービスも不足しているにもかかわらず、住民の意識も都市部と同様に大病院志向が強い。さらに東蒲原郡の特徴は新潟県の中でも高齢化率（図1）と、高齢独居、高齢者世帯の割合が著しく高い（図2）ことである。

当院では、1988年4月より、無医地区（当該地区の中心から概ね4km区域内に医療機関がなく、その地区内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関または歯科医療機関を利用することができない地区）への巡回診療、すなわち「へき地診療」を積極的に実施している。そこでは各集会所において病院の外来とほぼ同様の診察機能を揃えているだけではなく、インフルエンザや肺炎球菌の予防接種や、紙芝居を用いた住民に対する啓蒙活動などの健康増進活動を実践することができる。ところが実際の巡回診療における診療時間は意外と少なく、その場で十分な検

Reprint requests to: Fumitoshi YOSHIMINE
Niigata Prefectural Tsugawa Hospital
200 Tsugawa Agamachi,
Higashikanbara 959-4497 Japan

別刷請求先： 〒959-4497 東蒲原郡阿賀町津川 200
新潟県立津川病院 吉嶺 文俊

高齢化率

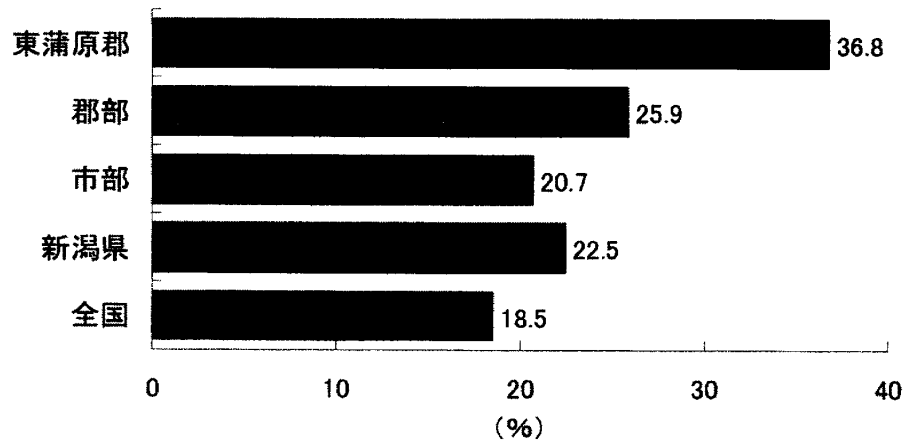


図1 東蒲原群の高齢化率
2002年度

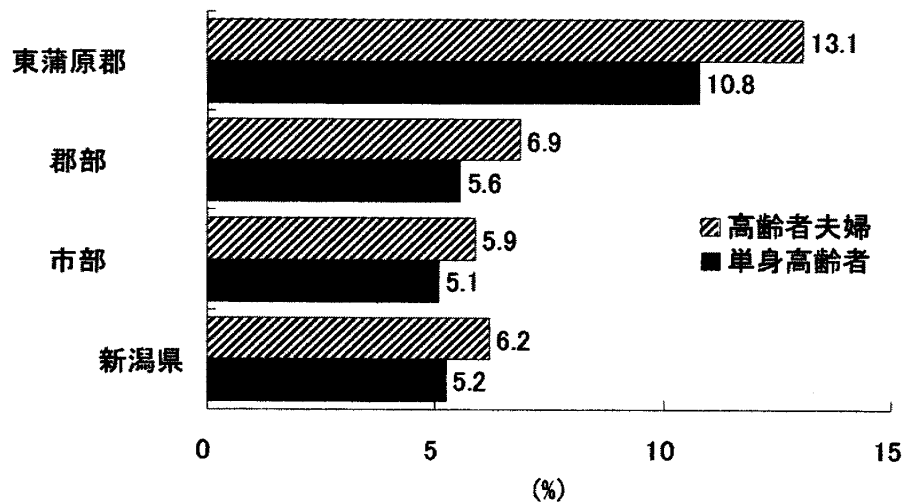


図2 東蒲原群の高齢化世帯
2002年度

査はできず医師ひとりで判断しなければならないことが多い。また近年では患者の高齢化に伴い次第に集会所まで歩いて来られない患者も増加する傾向にあり、集会所からさらに患者宅への訪問診察を実施する頻度が増えてきた。

津川病院における医療体制改革の試み

2003年4月より、院内職員の勉強会を繰り返し行いこれからの運営方針を確認した。すなわち津

川病院の将来像、当院の提供する医療のあり方等を全病院職員で考える場を設け、現状の問題点を把握し、これからの改革の方向性を検討し、その過程で職員の改革へのモチベーションを高めた。まず当面の当院の運営方針を「病院医療を通して地域医療を実施すること」、そして「医療的に安心してこの地域で住民が暮らせるようできる限りのサポートを行うこと」と明文化した。さらに病院医療の中心となる疾病群として慢性疾患の急性増悪を掲げた。それは当院の入院する患者は、在

表1 津川病院地域医療研修内容（試案）2003. 10

大項目	中項目	小項目
地域医療機関での活動	外来診療	外来診療
		慢性疾患・生活習慣病等の教育指導専門外来（喘息・呼吸不全・糖尿病など）
	入院診療	慢性疾患急性増悪時の管理（とくに後期高齢者）
		慢性疾患の教育入院（糖尿病・HOT・NPPV・COPDなど）
		脳梗塞急性期および慢性期
		寝たきり（脳血管障害）患者の急性疾患入院管理
		経管栄養の管理（胃管・EDチューブ・胃ろうなど）
		心身外来（内科疾患に伴う心身症，軽症うつ，パニック症候群，睡眠障害など）
	僻地巡回診療	上川村等への無医地区巡回診療，患者教育，予防活動
	検査業務	上部消化管
		腹部エコー
		心エコー
		下部消化管
		場合によりERCP, ERBD, BF
地域救急医療	慢性疾患急性増悪時の救急対応	
	転院の的確な判断，転送の同行，転送医療機関との連携	
	検死への対応	
	SARS・結核・インフルエンザ・麻疹等，救急における感染症への対応	
呼吸リハビリテーション	救急隊との連携，メディカルコントロール	
	Squeezing, 体位ドレナージの理解と実践, 6 MD 負荷試験の実施, NPPV/HOT の管理指導, ネプライザー吸入療法, 嚥下傷害への対処など	
在宅ケア	在宅ケアにかかわる問題点の研修	家族・介護者に生じる問題の対処在宅ケアへの移行方法
	医療保険	保険診療，訪問診療，訪問看護のマネージメント
	介護保険	介護保険の仕組みの理解 主治医意見書の作成 介護サービス計画の立案と実行
保健・予防活動	健康教育／健康学習，健康診断	健康講話／健康学習 患者教育（集団・個人）
	予防医学	乳児健診，学校検診，住民健診，予防接種
産業保健	産業医	産業医の職務と職責
コメディカル管理	教育	コメディカルスタッフの教育
	コーディネート	コメディカルスタッフのコーディネート
安全管理	セーフティマネジメント	インシデント・アクシデントの分析と対応など
地域福祉活動	施設と機能	デイケア・デイサービス
	連携	地域リハビリテーション，地域連絡会議など
地域の理解	地域の地理	自然風土，気候
	地域の社会的経済事情	経済活動，生産活動，政治風土，社会問題の理解
	地域の医療事情	医療制度，医療資源，医療費，医療機関の分析
	周辺医療機関研修	周辺の診療所，開業医等への訪問など
EBM	問題設定	問題の抽出，真のアウトカムと代理アウトカム，問題の定式化(PICO)
	情報収集	PubMedの利用，MeSH構造の理解，Clinical Evidenceの利用
	情報の吟味	妥当性の評価，Intention to Treat Analysis, Randomized Controlled Trial, etc
	患者への適用	患者への適用

宅(もしくは施設)と病院を繰り返し行き来する(いわゆるリピーター)例が多いからであった。これは今までの当院の医療方針と関係があると思われる。すなわち、具合が悪くなったら津川病院へ、なかなかよくならなかつたら(寝たきり)そしてつぎは施設へという患者の流れが当たり前であり、結果として施設入所待機者が増加し、当初は介護に熱心だった家族も頻回の入退院や長期間の入院により次第に疲弊し、介護意欲を失っていくことがよく認められたし、介護者が郡外に住んでいる場合などは、患者も郡外に転出してしまい、郡内の過疎化に拍車がかかる事態に陥っていると推測された。

このような流れを断ち切るには、慢性疾患患者が急性増悪に陥る前に積極的に介入し、受診(訪問診療)もしくは入院治療を行うことが必要と考えた。そうすることにより、患者は重症化を免れ速やかに回復し、寝たきりに陥らず(自立または坐りきり)退院することができ、再び在宅へ戻ることが可能になると推測される。そして「リピーター」にならず入院期間も短期間で済むため、家族や介護者の負担は最小限に抑えられ、介護や付き添いに伴う社会的・経済的損失も軽減し、ひいては郡外への人口流出を抑えることを阻止することも可能になると期待される。

このような運営方針で約半年間の診療経過を見たところ、訪問診療は昨年度の1.4倍、訪問看護は2.6倍に増加した。さらに入院患者数の増加のみならず在院日数は短縮されていた。これらの結果から、早期入院・早期退院の診療方針が実践されできるだけ速やかに在宅へ移行する患者が増加していると思われた。

津川病院における地域医療研修試案(表1)

2003年度の当院の体制で可能と思われる地域医療研修内容を表1に示した。当院における研修内容の中で重要と思われる点は、コ・メディカル管理に示したような積極的なチーム医療体制の推進とへき地巡回診療・訪問診療などの病院外にお

ける医療および夜間救急の初期対応と思われた。しかし研修期間が約1ヶ月と短いため、効率的に経験・習得してもらうための計画および準備が必要であり、研修のモデルとなるべき患者(とその家族)・医療者間の良好な信頼関係を多く維持しておく必要があると思われた。

21世紀の地域医療とは・・・

「みんなでやろう楽しい地域医療」

地域医療の研修を通して、「豊かな人間性」と「広い視野」をもつ「総合医」を育てることが目標であり、さらに「医療に恵まれない地域の医療を確保し、地域住民の保健・福祉の増進を図るため、医の倫理に徹し、かつ高度な臨床的実力を有し、更に進んで地域の医療・福祉に貢献する」ことが地域医療の究極の目標である。これは地域医療のアイデンティティの確立と継続性が大きな課題であり、とくに郡部の医師不足が顕著な新潟県においてはなおさらである。へき地医療は、都市部における高度専門医療と同様に最高の医療が求められているのであり、田舎だから適当な医療内容でよいということは決してはない。

21世紀の地域医療は、ボランティア精神にあふれたひとりの医師に期待する時代ではなく、医師は医療をコーディネートし、コ・メディカルや介護スタッフとともに、継続的に、できる限り最高の医療を地域に提供する義務があると思われる。いわゆる「赤ひげ先生」から「赤ひげチーム」への考え方の変更が必要ではないかと思われる。

おわりに

へき地等の郡部の地域医療は今でも医師不足であり、個人の犠牲への期待のみでは解決されなかった過去の経験から、チーム医療の確立は必須である。そのためには新しいプライマリ・ケア教育が必要であり、今後開始される医師卒後研修における地域医療担当の指導者側の責任も重大であると思われた。