

開業医にとっての地域・在宅医療

「地域医療の国際化」推進を

医療法人アスカ会 菅波内科医院院長 菅波 茂

「国際化」という言葉は、今や時代のはやり言葉です。事実、日本の近い将来の方向性を示唆しています。開業医も「地域医療の国際化」をいろんな角度から検討する時が来ています。

新聞紙上に「国際化」という字を見てなんとなく医療の外の世界は騒がしいなと思っても、自分たちとは関係がないことと軽くいなしていると思います。本当にそうでしょうか。世の中の現象は単独に存在するものはなく、常に有機的に関連しあっていると考えるのが自然でしょう。開業医の「地域医療の国際化」を簡単にいえば、開業医が日常的に行っている医療を、国際的な視野から再評価して、世の中（国内国外共に）により貢献できるように研究開発していくことだと思います。開業医の日常活動を具体的に考えてみましょう。

日本で“さん”付けで呼ばれている職業は非常に人々にとっ

て心理的に身近な存在です。例えば、お巡りさん、お医者さん、看護婦さん、お菓子屋さん、薬屋さん、八百屋さんなどです。心理的に身近だということは、人々の日常生活空間の中に常にいる存在であることです。

この“お医者さん”とはまさに開業医のことです。地域コミュニティの人々の世界は「日常空間にいる、さん付けで呼ばれている職業」の従事者を通して、より専門的な広がりのある世界と接点を持っています。

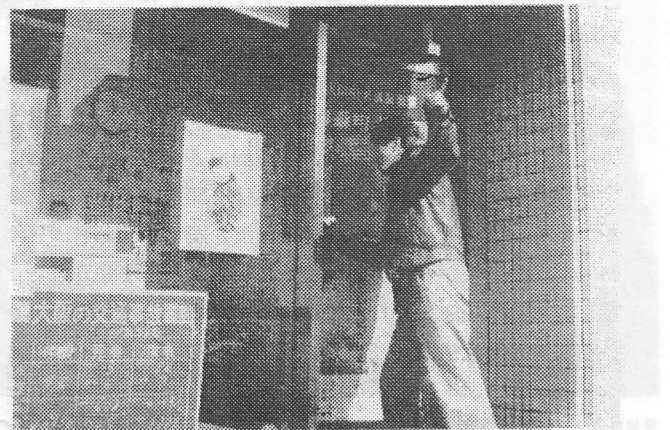
「日常空間にいる、さん付けで呼ばれている職業」の人たちが意外とその大切な役割を自覚していません。



現在、世界で安全な都市は東京と同じくシンガポールです。ご存じのようにシンガポールでは、ほとんどすべてのものが旧宗主国イギリスの社会システムを取り入れています。そのシンガポールで最近取り入れられたのが警察の派出所システムです。

これこそ世界に誇る日本の治安の良さの根源と結論を出したわけです。派出所勤務のお巡りさんは落とし物、捜し物、道聞き、夫婦ゲンカ、ありとあらゆる困り事やめめ事の相談、解決にのっています。この濃厚な人間関係のなかで得られる情報で、治安維持に努力しているわけです。見落としはいけないのが、治安維持の目的に対して警察庁を頂点として派出所にいたるまでの組織がシステムとして完成していることです。

似て非なるのが開業医の集団です。地域コミュニティで開業医はお巡りさんに負けず劣らずよろず事の相談、解決にのっています。夜も走り回ることがあります。特徴はそれが地域コミュニティ次元での自己完結システムになっていることです。もう一つの特徴は、地域コミュニティに派出所は一カ所だけですが、開業医は数でも複数、専門別でも複数存在してお互いに競争しています。派出所には机と電話があれば十分ですが、開業医はある程度必要な医療設備を自己完結と競争



派出所で道をたずねる市民

の両面から持たなければいけません。地域コミュニティの住民が選択権を持っているわけですから。

地域コミュニティの開業医の集まりが「地区医師会」です。「地区医師会」は開業医間の調整と地域コミュニティに対する保健医療面での統括的な支援責任を持っています。

まず「地区医師会」の特徴について述べてみます。

現在の「地区医師会」は会員の利益擁護と地域コミュニティへの保健医療面で関係諸機関との統括的な調整、支援を日常活動として行っています。

世界各国の開業医と日本の開業医を比較しますと、大きな違いがあります。日本以外の国々の開業医は家庭医といって、広く浅く日常診療に必要な科目を研修して開業をします。患者さんの状況によって専門医に紹介します。日本の開業医はまず専門分野を研修した後、開業して日常診療に必要な科目を地域状況によって自己研修します。従って日本以外の国の

開業医集団は家庭医の集団ですが、日本では開業医の集団は専門医の集団となります。従って、地域の開業医の集団を「地区医師会」という時、「地区医師会」は地域空間としての総合病院機能を持っていることになります。すなわち、日本の開業医は個々に分離すると不完全さを露呈しますが、「地区医師会」として集団になりますと、強力な医療機能を発揮します。



立ち並ぶ医療機関の看板（神戸市）

超高齢化社会の到来に備えて、この強力な「地区医師会」でなければならない役割があります。

下記のごとくです。

- 1) 医学生・勤務医の教育
- 2) プライマリヘルスケアへの住民参加
- 3) 地域コミュニティ住民の保健医療データベース

最初に医学生の教育について述べます。

プライマリケアの特徴は患者さんの生活と密接にかかわり合っているところにあります。医療技術プラスアルファです。このアルファの部分は学問になりにくく、医療機関内だけでは解決できないことがたくさんあります。したがって、大学や研修病院のカリキュラムに組みにくいところです。

最近、医学部生や若い医師たちの開業医志向が著しく減少しているのは開業資金だけの問題でしょうか。プライマリケアにふれる教育、機会がなく、その面白さを味わえないのも大きな問題だと思います。大学—病院—開業医というヒエラルキーも、開業医がなんら医学・医療に関する「教育」に携わっていないという現実を反映している気がします。世界に冠たる「学歴社会」の日本では、教育に携わっていないかいは大きな意味があります。

次に地域コミュニティ住民のプライマリケアへの参加について考えてみたいと思います。

日本の保険制度は、世界で類がないほど高いレベルにあります。優秀な行政能力と勤勉な国民性が貢献しています。これには企業の健保組合をもとにした社会保険と、市町村をも

「地区医師会」が主体となって、医学生のためにプライマリケア実習プログラムを組んで実施する必要性を感じます。このプログラムは単なる医療技術志向でなく、地域コミュニティにおける保健医療問題解決志向が必要です。これは同時に「地区医師会」のアイデンティティー自体を問直す作業にもなってきます。

現在、生涯教育が花盛りです。厚生省も国立病院に地域医療研修センター併設をすすめています。ただし、これは「地域の医療技術」を向上させることが目的で、開業医の医療技術向上のためです。勤務医のための「地域医療」の研修が目的ではありません。本当に病診連携を促進するためには病院サイドもプライマリケアを理解する必要があります。この相互理解・交流が実現してはじめて、地域医療システムは内容的に完成に向かい地域医療のレベル向上が達成できます。したがって、「地区医師会」による病院勤務医のためのプライマリケア研修教育の実施が必要です。

「地区医師会」は専門医の集団であることに加えて、医療技術プラスアルファの蓄積があります。

とにした国民保険があります。高齢者、零細自営業者など比較的社会条件の悪い人たちが加入しているのが国民保険です。財政状態が赤字になりやすく、その分は税金で補填されています。

この国民保険を担当しているのが市町村の住民課です。住民課の興味は健康増進・疾病予防にむけて住民参加をいかにして促進するかということです。

保険制度下の診療支払をめぐる、支払基金と医師会は過去には対立を繰り返してきました。マスコミの医師たたきがその傷口を広げてきました。最近、厚生省の保険局長がいみじくも言っているように、レセプト審査強化による国保財政の適正化も限界が見え出しています。

日本を広く見渡してみますと、すでに住民参加に成功している所があります。それは国保診療所を発展させて、第2次と第3次医療を完備させた病院を中心に運営されているシステムです。現在、日本の地域医療のモデルといわれているところはほとんどそうです。特徴としては、国保診療所が設置されたという事実が裏付けるように、農村の閉鎖的社會で競争的医療機関がなく、町村行政と2人3脚でかなり大胆な予算執行とマンパワー動員が可能であった農村型地域医療の成功例です。当然ここでは結果として国保財政を含めた町村財政は改善されています。

都市型地域医療ではまだ成功例がみられません。農村型地

最後に「地区医師会」が地域コミュニティ住民の保健医療情報を構築・運営することの重要性を考えたいと思います。

第一次医療法改正での地域医療計画の策定を契機に、各都道府県が積極的に地域の保健医療に関するデータを収集・把握するようになりました。

行政が地域医療情報を独占するのはいかなるものでしょうか。なによりも決定的なことは行政の有する情報が医療機関によるプライマリケア実施に還元されていないことです。また、病診連携の推進により、地域患者医療情報は大病院（主として官公立病院でやはり行政サイド）に集中します。同様に役に立ちません。今後は、「地区医師会」による地域コミュニティに対する保健医療面での統括的な支援もきちっとした情報分析にもとづいて行われるべきです。

「地区医師会」のデータベースを構築するための基本情報は下記のごとくです。

- 1) 医薬分業による薬歴簿
- 2) 検査センターへの外注による血液/尿/痰等検査結果
- 3) 医療機関での病歴

地区医師会参加医療機関の上記データをプールすることに

域医療の成功例は、都市とは条件が違いすぎて応用できません。都市型地域医療の参考例として、アメリカのHMO（Health Maintenance Organization）という組織があります。基本的には医療供給設備と医師、それに保険者の機能を一体化したものです。加入者は毎月定額の会費を払い、病気や怪我に見舞われた場合には、指定の医師または医療機関で治療を行います。そのほか、検診など予防医療やリハビリテーションも行います。国保に類似した営利企業形態です。最近では財政赤字を計上する組織も多く、その勢いは退潮気味であるといわれています。

国保財政適正化の決め手は、地域コミュニティ住民のプライマリケアへの参加しかありません。この住民参加の決定的要因は開業医と地域コミュニティ住民との関係、すなわち、主治医—患者の信頼関係です。この信頼関係を軸に「地区医師会」、市町村住民課、マスコミがスクラムを組んで前進するのが現実的方法論かと思えます。

都市型地域医療はわが国独自の「地区医師会」を核にしたネットワーク型の研究開発によって素晴らしいものができる予感がします。



レセプトコンピュータ入力風景

によって基本的な地域コミュニティ保健医療情報のデータベースができます。これに行政や職場での検診結果や病診連携先の病院のデータが追加されれば完璧です。データ入力、1)

2) 3) の日常業務にパソコン使用することにより簡単になります。ではこのデータベースはどのように利用できるのでしょうか。

- 1) 複数主治医制
- 2) 薬の多重投与防止
- 3) 過剰検査削減
- 4) 夜間/休日診療支援
- 5) 健康増進/疾病管理対策
- 6) Pharmaco-Epidemiology実施
- 7) 地域コミュニティ住民生涯データベース
- 8) その他

原則は、主治医である開業医と患者さんである地域コミュニティ住民の間の診療行為による保健医療情報を、発生時点でデータベース化して、地域コミュニティの保健医療活動に有効に利用していくということです。俗に言えば、データのリサイクル運動です。

この知的所有権は「地区医師会」と地域コミュニティに属します。この段階にいたって初めて「地区医師会」は地域コミュニティと運命共同体になれます。

「医師会が地域医療・福祉のリーダーシップを取らなければならない」という使命感が実現可能となってきます。

以上のことをまとめますと、「派出所」システムが世界の治安モデルになってきているように、「地区医師会」システムも新たな展開によって世界の地域医療モデルになる可能性があるということです。



参考例として、岡山県御津医師会主導による「ゴールドコミュニティ」（一宮地区寝たきり老人入浴運営委員会）について述べます。

(理念)

一宮地区の高齢化社会に対応した地域福祉ケアの具体的対策として、寝たきり老人とそれに準じた障害者の入浴サービスに地域ぐるみで取り組むことにより、住みやすく明るい郷土づくりに貢献する。

(目標)

- 1) 寝たきり老人および障害者の身体的負担の軽減
- 2) 家族の負担の軽減
- 3) 入浴に関する安全性の向上（主治医の直接関与）
- 4) 地域各種団体による地域福祉ケアの直接展開
- 5) 商業資本による地域医療/福祉への参入を防止

(対象)

一宮地区の寝たきり老人とそれに準じた障害者

(組織)

- 1) 名称：ゴールドコミュニティ（一宮地区寝たきり老人入浴運営委員会）
- 2) 構成団体：一宮地区3学区連合町内会
一宮地区3学区愛育委員会
一宮地区3学区婦人会
一宮地区3学区老人クラブ
一宮地区民生委員協議会
平津学区シルバーコミュニティ
中山/馬屋下学区シルバーコミュニティ
一宮商工会青年部
御津医師会入浴委員会
岡山市役所一宮支所

この組織を簡潔にいえば、主治医—患者関係を軸に、地区医師会と地域コミュニティ各種団体がスクラムを組んでいるということです。

菅波 茂（すがなみ・しげる）氏

1972年、岡山大学医学部卒業。1977年、同大医学部公衆衛生学大学院卒業。同年、神原病院勤務。1981年5月、現在地に開業。医療法人アス力会理事長。著書に「アジアの伝統医学PART I」がある。

＜菅波医院：〒701-12 岡山市橋津310の1＞