

1. 家庭医療・へき地医療の立場から

山田 隆司

Key words：家庭医，総合医，へき地医療，高齢者医療

（日老医誌 2009；46：35-37）

はじめに

筆者は自治医科大学を卒業し、へき地医療に従事してきた経験を持つ。へき地、離島では当然のことながら患者は医師を選べない。医師も受診する患者の健康問題や障害を選んで対応することはできない。患者のフリーアクセスは極端に制限され、医師は年中終日オンコール状態である。医療サービスの利用者、提供者という立場から見れば互いに最も劣悪な環境と言えるかもしれない。しかしそこに最低の地域医療の実情が繰り広げられているかといえは実は必ずしもそうではない。互いに我慢しあいながらも信頼という他には変えがたい成果を獲得している地域が珍しくないのだ。

高齢者医療は地域医療の中で中心的な課題である。へき地医療から高齢者医療のこれからを紐解くヒントを探りたい。

地域における高齢者の受療の実態

へき地診療所では高齢者に限らず、患者のほとんどは診療科に関係なく、すべての健康問題で受診することになる。そのため高齢者のすべての健康問題の入り口を知ることが可能となる。ひとりの医師で対応できることは限られており紹介を繰り返すことになるものの、一応すべての経緯を知ることができる。図1は一人の高齢者の十数年にわたる病歴である。図の斜線で示した部分は専門医に紹介した時期であるが、入院など専門的な医療を必要とした場合を除いて、安定した状況での管理は必ずしも専門的な知識、技術を必要とするわけではない。これが都市部では安定した時期でも専門医の管理下におか

れることが珍しくなく、結果として臓器ごとに複数の専門医に管理されることがごく普通となっている。高齢者はこれらの疾患で毎月複数の専門外来を受診することになり、時に十種類を越す内服薬の処方を受けることになる。そこでの治療的介入の優先順位をつけることは時に困難で、一般的な単一疾患を持つ若年患者と同様な介入が漫然と年余わたって続けられることも珍しくない。へき地ではこれを一人の医師が担うことになるが、いったいどちらが高齢者にとって質の高い管理であろうか？

高齢者医療の特徴

（ア）複数の臓器にわたる健康問題

高齢者は上記のごとく複数の老化とも密接に関係した健康問題を併せ持つことが多い。また高血圧や骨粗鬆症のように治癒を目指すというより、一生その疾病を背負いつつ生活上支障ないよう支援することが望まれる慢性的な健康問題が多い。

（イ）終末期に近い

高齢者は他のどの世代より終末期に近いことは疑いのない事実である。医療現場においては必ずしも延命がすべてではなく、看取りを意識したケアが求められることもしばしばである。終末期と判断し延命に繋がらないケアを提供する際には本人、家族の意思等が尊重されることになるが、実際の医療現場では多くの倫理的問題を抱えている。

（ウ）個別性が強い

高齢者の愁訴は、時に自分なりの解釈モデルがあり患者固有の健康観や疾病観が影響していることが少なくない。血圧に対する認識や便通に関する過度のこだわりなど、疾病特有の症状というよりも、個々の患者の健康問題に関する思いを理解しないと適切な介入ができないことも多い。同一疾患でも個々の患者にとって起こる症状は千差万別で、特に高齢者では疾病特有の症状が出にく

いった関係は培えない。患者側も自分を守ってくれるのは一人の医師であること、その医師は完全ではないこと、自分にとって最適でなくとも自分からの関係の持ち方次第で適切な支援が得られることなどを了解することが重要である。

高齢者医療を担う総合医

上記のように高齢者医療での質の高さとは単に疾病管理の上での客観的な医療行為の質の高さではなく、個々の患者にとってのその生活面から見た全体的な評価による質の高さである。これを実現できるのは高次の医療機関での専門外来ではなく、地域に密着した医療機関においてである。そこに従事する一次の総合的な診療能力を持った医師（総合医・家庭医）によってこそ実現できる

高次医療		一次医療
特殊重症疾患	対象疾患	日常病
確定期	病期	病初期
専門的検査	診断法	基本的診察
先端治療	治療	一般的治療
専門分野	疾病	全科包括的
重症救急対応	時間外	オンコール対応
入院主体	診療形態	外来主体
短期	診療期間	長期
患者単一	診療対象	患者家族全員

図2 専門医療と総合医療の役割分担

のである。図2は専門医療と総合医療のそれぞれの役割分担を示しているが、一次医療の特徴をわきまえ、その機能を果たせる医療体制の充実が望まれる。

総合医の育成

これまでは専門医療に適した医師の育成が主体で、総合的に診療する医師の育成は重視されてこなかった。初期臨床研修でスーパーローテート方式が採用され、行き過ぎた専門教育が是正はされたが、今後さらに重要なのは専門医の診療の幅を広げることよりも、総合的に診療する医師を専門的に育成することである。専門医の基礎的診療能力の幅を広げることは学部教育の変更（卒前臨床実習の大幅な導入など）で改善されよう。

図3はそのモデルを示したもののだが、筆者はスーパーローテート方式の初期臨床研修はすべての医師に必修化する必要はなく、総合医を目指す医師にのみ必修とすることを提案したい。必修化がもたらした医師不足の影響を半減できる即効的処方箋と考える。

まとめ

専門医療への過度な期待と依存で日本の高齢者医療は歪んだ方向に向かったという側面は否めない。真に質の高い高齢者医療を実現するためには、あくまで医療サービスの受け手である高齢者を中心とした医療のグランドデザインを再構築する必要がある。それに際して各関係者がそれぞれの利害や権益を乗り越えて、真に国民の立場に立った議論をすることが求められている。

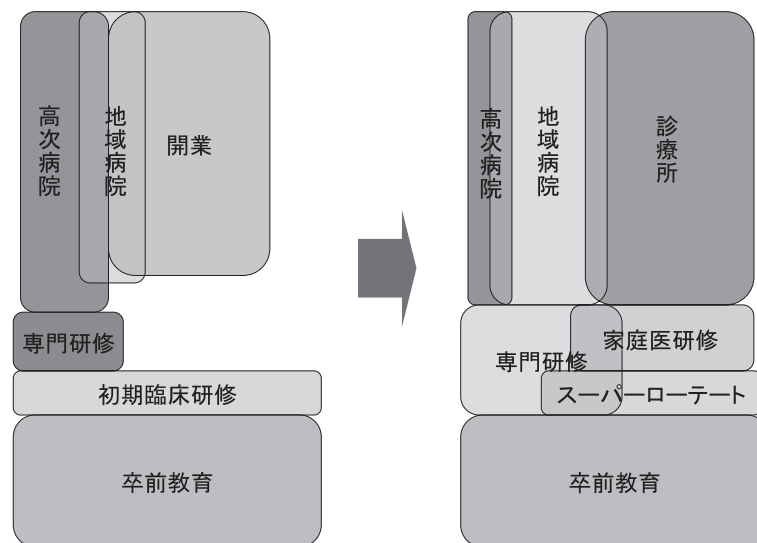


図3 今後の卒後研修