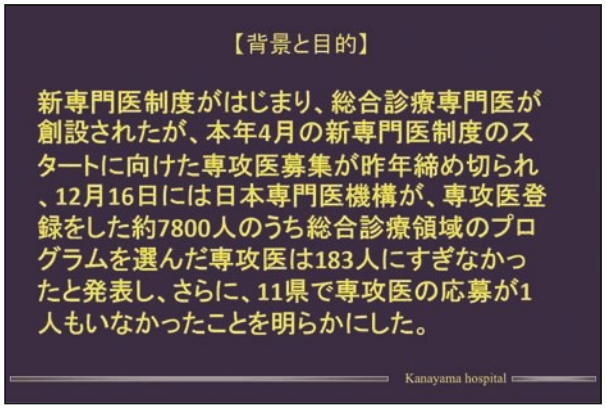
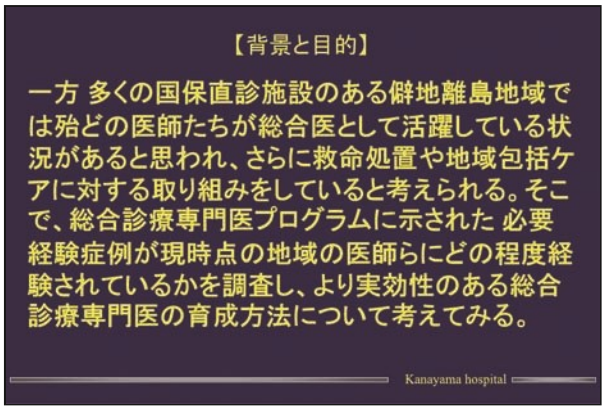
演題 217	**【岐阜県国保診療施設協議会共同研究】 国保直診施設医師の総合診療力について**
	発　表　者　須原　貴志（岐阜県　下呂市立金山病院）

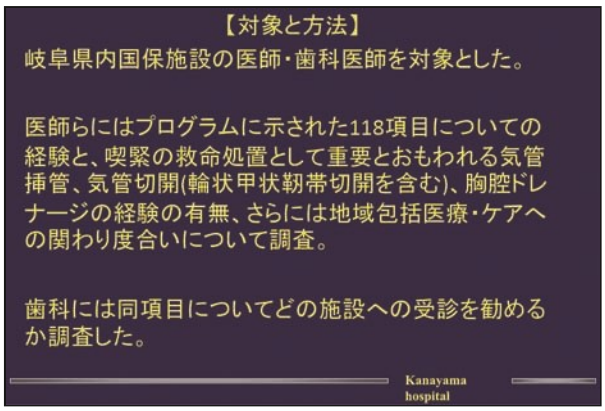
これは当院の外観と外科のスタッフ、そして勉強にきていた地域研修医と学生達です。病院は99床、私の素性は外科です。



さて、新専門医制度がはじまり、総合診療専門医が創設されたのですが、本年４月の新専門医制度のスタートに向けた専攻医募集が昨年締め切られ、昨年12月16日に日本専門医機構は専攻医登録をした約7800人のうち総合診療領域のプログラムを選んだ専攻医は183人にすぎなかったと発表され、さらに11県で専攻医の応募が１人もいなかったことを明らかにされました。

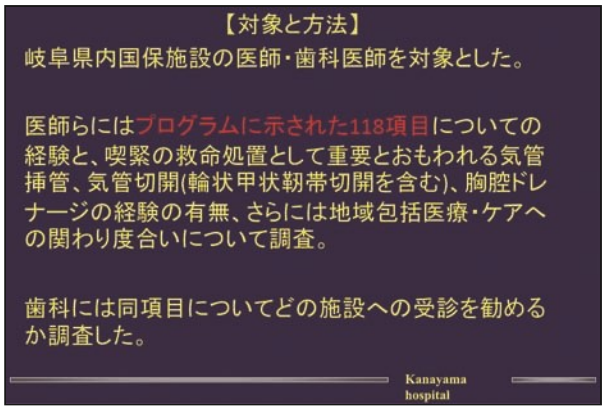


一方多くの国保直診施設のある僻地離島地域では殆どの医師たちが総合医として活躍している状況があると思われ、さらに救命処置や地域包括ケアに対する取り組みをしていると考えられます。そこで、総合診療専門医プログラムに示された必要経験症例が現時点の地域の医師らにどの程度経験されているかを調査し、より実効性のある総合診療専門医の育成方法について考えてみました。

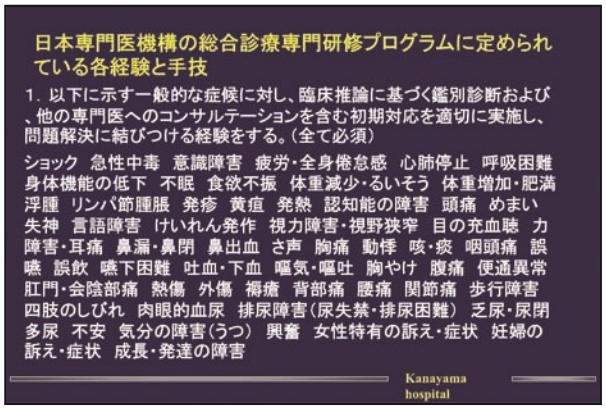


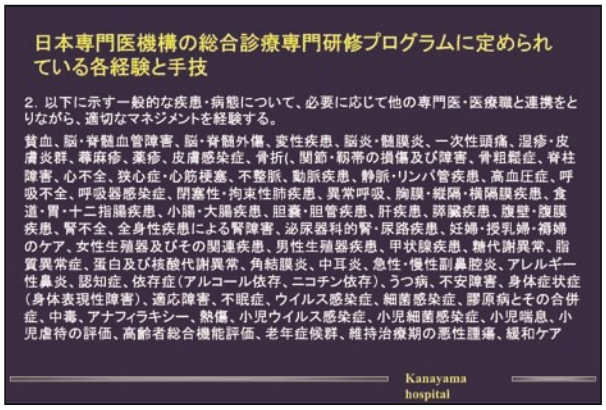
岐阜県内国保施設の医師・歯科医師を対象としまして、医師らにはプログラムに示された118項目についての経験と、喫緊の救命処置として重要とおもわれる気管挿管、気管切開・・これには輪状甲状靭帯切開も含まれます、そして胸腔ドレナージの経験の有無、さらには地域包括医療・ケアへの関わり度合いについて調査しました。

歯科には同項目についてどの施設への受診を勧めるか調査しました。

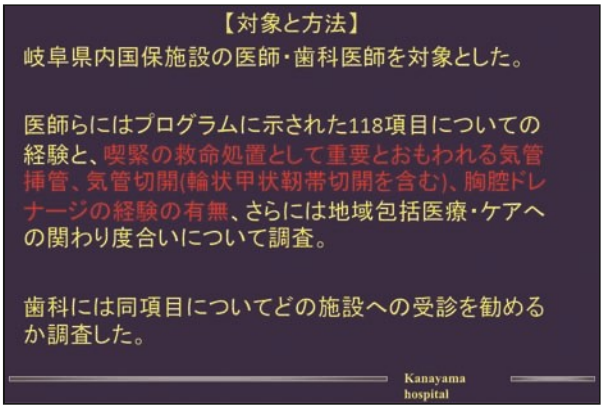


総合診療専門医プログラムに示された118項目とは・・・

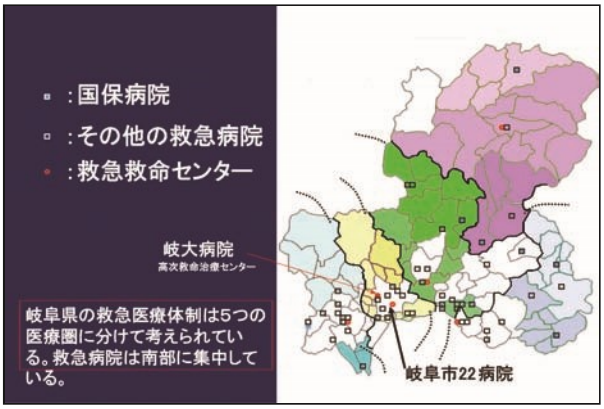


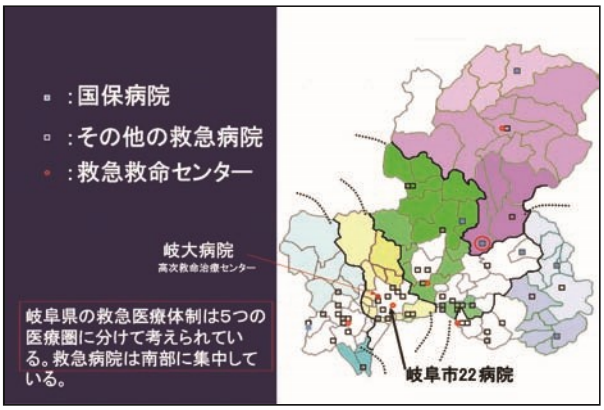


・・・ざっとこんなところです。

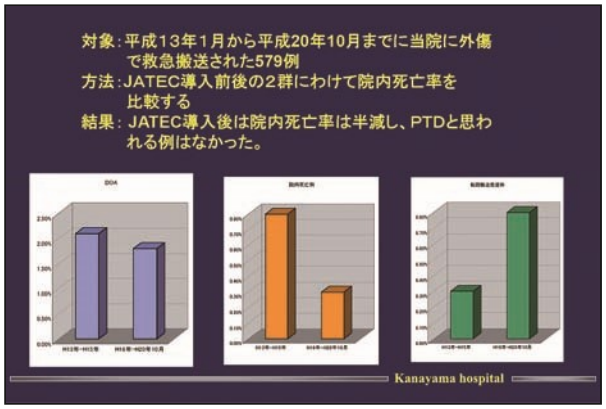


一方、気管挿管、気管切開、輪状甲状靭帯切開、胸腔ドレナージについては私のこだわりです。

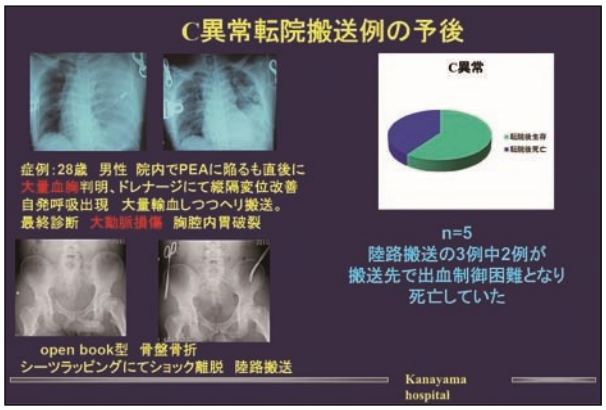




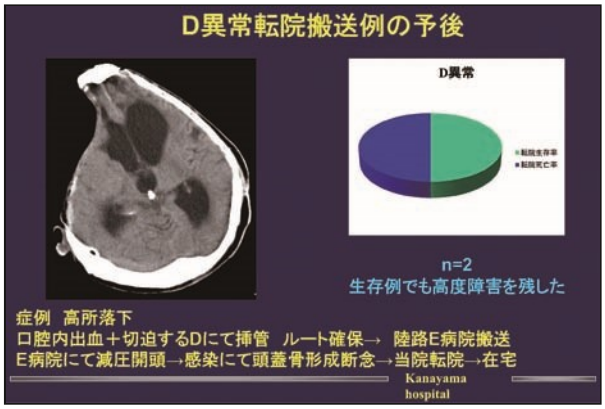
当院は周囲30km 圏内に病院というものがない小施設でして、救急については、いかなる重症であろうと見境なく送られて参ります。



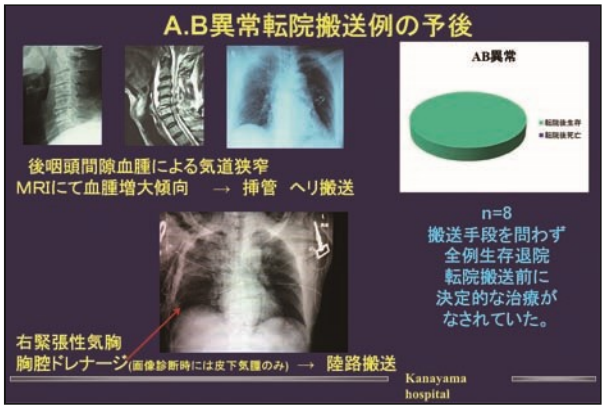
そこで重症外傷についてはJATEC を導入しました。その結果、院内や搬送途中で心肺停止に陥っていた例をなんとか高次施設まで状態を維持して高次施設まで搬送出来るようになりました。・・・搬送しても見込みがない例については当院内で看取ってます。



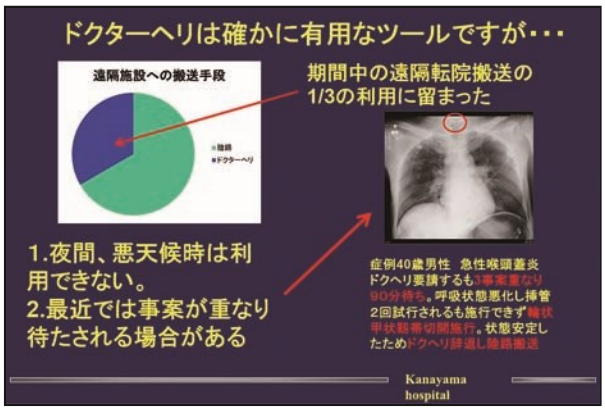
ところが、C の異常、すなわち出血性ショックの場合は　搬送先で４割方が亡くなってしまいます。つまり我々が輸液や輸血で状態をもたせていても、時間経過とともに、どんどん出血傾向がすすんでしまうのです。さらにいえば出血傾向については輸液や輸血も増悪因子です。



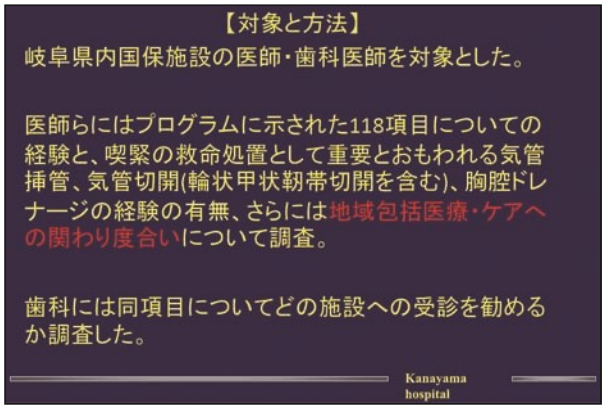
さらに、D の異常、すなわち中枢神経系の異常にいたっては半数が搬送先でお亡くなりで、残る半数も社会復帰はかないませんでした。



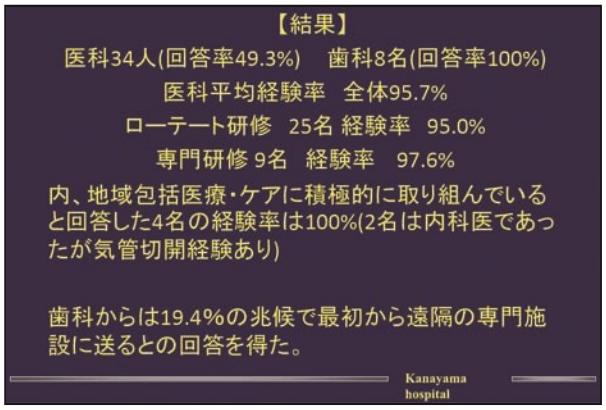
一方で A、B の異常、すなわち気道と呼吸の異常では、搬送先で亡くなった例はなく、全例社会復帰出来てます。当院での確実な気道確保や緊張性気胸に対する脱気によって状態が安定化したからです。もっといえば当院で決定的な治療がなされているといえます。これらの処置は行わないとその場で死亡しますし、早期に出来れば社会復帰します。ですからこれらだけは僻地にいても医師の技術として持っていた方がよいと考えた次第です。



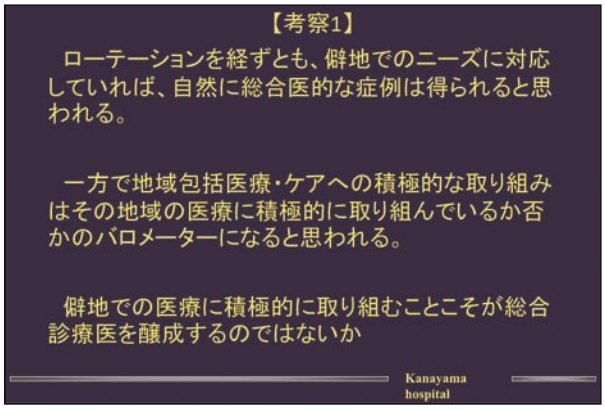
これらの手技はドクヘリの先生にやっていただけければよいと思われるかもしれませんが、ドクヘリは夜間悪天候には飛ばないので、全転院搬送例の1/3しか利用できておりません。最近では事案が重なって待たされることがあり、この急性喉頭蓋炎の例ではドクヘリが３事案重なり90分待ちとのことで、結局、当院医師が輪状甲状靭帯切開を行い、状態安定したためドクヘリは辞退しました。



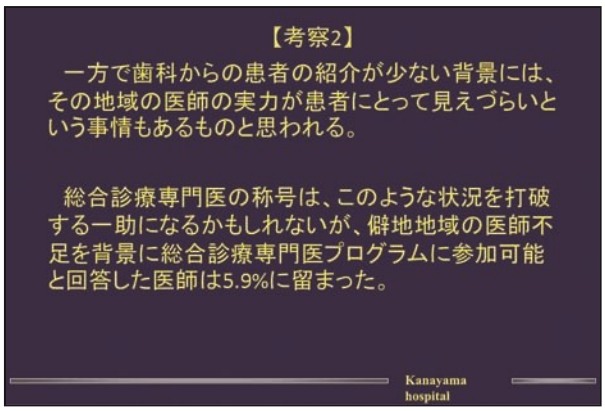
地域包括医療・ケアへの関わりについては、専門医機構の先生の御講演を拝聴した際、総合診療専門医に望まれる役割とお聞きしましたので入れてみました。



結果ですが、医科からは約半数から回答を、歯科からは全員から回答を得ました。医科の経験率は平均で95.7%であり、ローテート研修（ここには新臨研も入るのですが）の先生方よりも専門研修の先生方の方がむしろ経験率が高く、その中で地域包括医療・ケアに積極的に取り組んでいると回答した４名の経験率は100%でして、内２名は内科医であっても気管切開の経験がありました。一方で、歯科からは19.4%の兆候で最初から遠隔の専門施設に送るとのことでして、あまり評価されていないなと感じました。



ローテーションを経ずとも、僻地でのニーズに長く対応していれば、自然に総合医的な症例は得られると思われます。なぜならば専門研修ということはベテラン医師であることを意味しているからです。少なくとも新臨研世代ではない。一方で地域包括医療・ケアへの積極的な取り組みはその地域の医療に積極的に取り組んでいるか否かのバロメーターになります。すなわち、僻地での医療に積極的に取り組むことこそが総合診療医を醸成するのではないかと思われます。

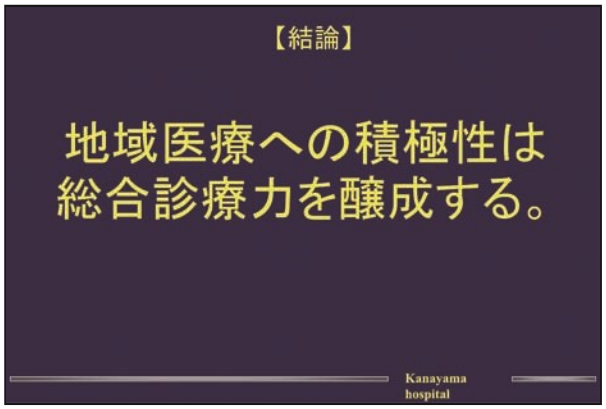


一方で歯科からの患者の紹介が少ない背景には、その地域の医師の実力が患者にとって見えづらいという事情もあるものと思われます。総合診療専門医の称号は、このような状況を打破する一助になるかもしれませんが、僻地地域の医師不足を背景に今から総合診療専門医プログラムに参加可能と回答した医師は5.9%に留まりました。自分がいなくなればその地域に医師

がいなくなるからです。

先ず隗より始めよ‼　と申します。古代中国の燕の王様が相談役、隗に賢者を集めるにはどうすればよいかと相談したら、隗はまず自分から優遇するように言った。そうしたら全国から賢者が集まってきたということです。

僻地の医師不足に対して、色々な制度を作ってもよいですが、まずやるべき事は今、そこにいる先生方を大事にすること、即ち、その先生方の能力をリスペクトしてそれなりの処遇を与えることではないでしょうか。総合診療専門医の活躍が期待される場での今の先生方がリスペクトされないような状況では、若い人たちはだれも総合診療専門医など目指しません。総合診療専門医をカリキュラム制で習得できる道はあるそうですが、そのハードルは高いです。もっとカリキュラム制を拡充して、僻地地域で勤務したまま総合診療専門医を習得できる道を開いた方がよいと思います。



結語はスライドの如くです。

御清聴ありがとうございました。