

地域医療連携室報

地域医療支援病院への道

松山赤十字病院 院長 洲上 忠彦



地域医療機関の皆様方には日頃より当院に対する暖かいご支援を賜り感謝致しております。お陰様で、地域医療支援病院要件の最難関であった年平均の紹介率が本年3月末で60%を超え全ての要件がクリアできました。4月21日付で松山市保健所に申請し、5月19日開催された愛媛県医療審議会（会長：久野県医師会長、委員20名）を満場一致で通過し、5月23日付で加戸知事から「地域医療支援病院」名称使用の承認を受けました。

その過程を振り返ります。平成9年11月に白石名誉院長が県下で初めて地域医療連携室を設置されました。その目的は本誌1号に自ら書かれていますが、地域医療機関とのより強い医療連携の構築で、最終目標は医療法第4条（平成10年4月施行）に基づく地域医療支援病院でした。白石名誉院長はその設置に先立ち市医師会とも綿密な打ち合わせを行われていました。私がその室長に任ぜられました。私がこまめな道は平坦ではなく実に7年半を有しました。紹介率の年次推移を図に示しますが、連携室発足時は19.2%で、支援病院の要件は80%超（平成16年に紹介率60%超かつ逆紹介率30%超に要件緩和）で夢のまた夢でした。

さらには、当院の診療内容をかなりつけ医の先生方に知っていただくのが先決と、平成10年9月に地域医療連携室報第1号を発刊しました。また、連携を深めるにはお互いの顔が見え意見を交換できる場が必要であるとの判断で、平成11年8月に第1回地域医療連携室懇談会を開催しました。これらの会を通じて、かかりつけ医の先生方が一番困っておられるのは、当院の休日、時間外の診療であって、かかりつけ

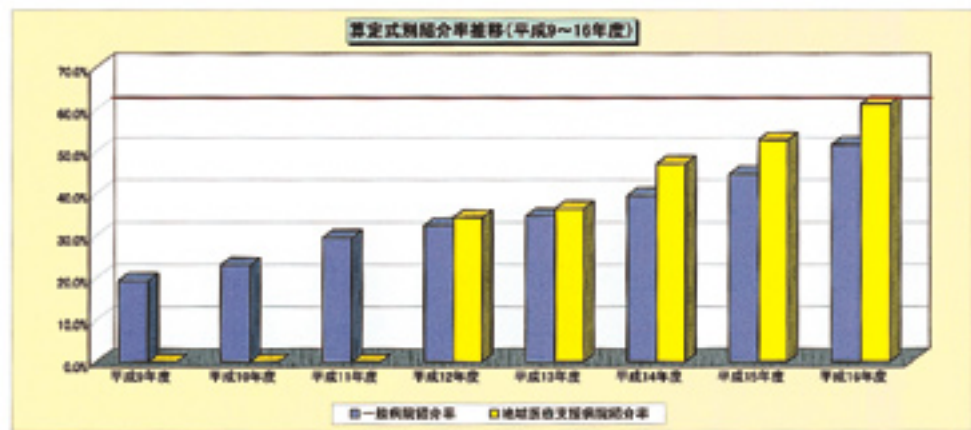
た。そこで、紹介率を上げるにはどうすればよいのかとの暗中模索が始まりました。先ずは、当院への紹介の多い先生方にお集まりいただき当院への要望・苦情をお聞きしました（本誌2号）。その主たるものは、①患者さんが帰ってこないことがある、②返事がないまたは遅いことがある、③患者さんを怒鳴りつける医師がいる、④疾患によっては質の低い診療科がある、等でした。いずれも円滑な医療連携のためにあってはならないことで、院内で積極的な改善への取り組みを開始しました。

医を365日24時間支援する救急患者受け入れ体制の整備が急務だと強く感じました。当院は輪番制の救急病院であり院内調整に時間を要しましたが、平成15年になりようやくかかりつけ医から担当医へ直通の各種ホットライン（CUCU、脳卒中、その他疾患）が開設できました。これにより、多くの医療機関から当院は「かかりつけ医の急性期後方支援病院」としての信頼感が急速に増したように思われます。また、平成15年8月には松山私立病院協会（有志）と「当院の慢性期後方支援病院」としての円滑な連携を結ぶ目的で病・病連携懇談会を開催しました。また、医師間のみの連携ではこれ以上の発展は望めないとの発

想で、それまで看護部主催で行っていた在宅医療を含めた病診・病連携の勉強会を病院主催とし、平成16年3月に「よりよい地域医療連携を目指して」をテーマとした諸機関・他職種合同研修会を開催しました。実に71施設233名の出席があり、看護師をはじめ多くの医療職が医師以上に地域医療連携に関心を持っておられることが分りました。

さらに、以前よりかかりつけ医の先生方と幾つかの診療科が勉強会を個別に行っていました。が、それに加えて平成16年6月から院内で統一したかかりつけ医の先生方への生涯教育を目的とした勉強会（日赤イブニングセミナー、ナレッジセミナー等）を定期的に開催するよう

年度別	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度
一般病院紹介率	19.2%	22.9%	29.4%	32.3%	34.5%	39.4%	44.5%	51.5%
地域医療支援病院紹介率	—	—	—	34.2%	36.3%	47.0%	52.6%	61.2%



にしました。好評で多くの先生方に受講していただいています。このような一歩一歩の積み重ねで徐々に紹介率が向上してきましたが、地域医療連携は医療機関同士のために行うのではなく住民のために行うのであり、最終的には地域住民の理解を得なければなりません。そこで、平成16年8月に地域住民を対象とした第1回地域医療連携フォーラムを松山市総合コミュニティセンターで開催しました。「在宅医療に向けた取り組み」「医療連携の現状」をテーマとしましたが、補助椅子を追加する程の盛況で1000名を超える参加者があり、地域住民の関心の高さが実感でき、さらに当院の進んできた方向が間違っていないことが確信できました。今年も2回目を7月16日（土）に市民会館で開催予定です。

以上の如く、地域医療支援病院への道は、それまでに当院が採ってきた自己完結型を主体とした医療から地域完結型医療へと大きく転換する道であり、職員に始まり、地域医療機関、最終的には地域住民に当院の取り組みを理解していただくための苦難の道でした。その過程において非難の声も聞きましたが、ようやく白石名誉院長が掲げられた最終目標に到達しました。

当院は地域医療支援病院となりましたが、大きな責任を負った訳で、その名称を汚さぬように新たなスタートをきります。当院の理念は「人道、博愛、奉仕の赤十字精神に基づき、医療を通じて、地域社会に貢献します」です。地域の住民、医療機関に満足していただけのように、時代に即した「安全・安心で良質な医療の提供」を常に心がけ、より信頼される病院となる努力を続けます。残念なのは、「日赤は、医療機関、患者さんの抱え込みをやって、一人勝ちを狙っている」との声の一部にあることです。当院の意図は地域医療機関と連携を取り、「何時でも、何処でも、患者さんの病状、利便性に応じて、地域住民が満足できる医療を受けられる」ことにあります。愛媛県下でも多くの医療機関が連携室を設置され医療連携への取り組みを開始されているとお聞きしています。その動きが医療機関のためでなく地域住民のためのものであれば、愛媛は地域完結型医療の先進地として全国のモデル地区となれると思います。地域完結型医療への取り組みは、本来は医師会の役割であり、松山市医師会では検討されていますが、未だ機は熟しておらず、近い将来に医師会がその責務を果たされることを期待しています。当院の意図を曲解されることなく、益々のご支援よろしくお願い致します。

と考えられます。胸腔鏡手術に固執するメリットはあまりないのかもしれませんが。デメリットは、傷が小さいことによる大出血への対応が充分でないことで、術者へのストレスもかなりあります。内視鏡手術はこの十数年進歩してきました

第7回 日赤イブニングセミナー

緑内障の基礎知識と最近の話題



眼科部長 兎玉 俊夫

だけは知っていたいただきたい急性緑内障の症状と治療（応急処置）についてお話しします。急性緑内障発作の主症状は眼痛ですが、頭痛や嘔吐を伴うことが多いためにくも膜下出血や急性腹症と誤ることも少なからずあるようです。

今回の日赤イブニングセミナーでは、今や「ありふれた病気」であり、かつ「失明に至る可能性のある病気」という認識が必要な「緑内障」の基礎知識と最近の話題を紹介いたします。

1. 眼科救急疾患としての急性緑内障発作

第一次救急の担当医としてこれ

したが、更に進化を遂げるでしょう。ロボット手術など提案されています。現在やっていることは過渡期と考えられ、より安全でストレスのない器具、装置が開発されることを願って止みません。

「Ophthalmology」(2004年9月号)に掲載された多治見スタディーの結果を紹介して、開放隅緑内障について解説しました。

内障薬物療法の実際と手術術式について解説するとともに、緑内障治療薬の全身的副作用やアトロピンなど緑内障発作の医原性誘因についても解説しました。

3. 緑内障治療のポイント
緑内障の治療は病気の進行を抑えることが目標であり、具体的には眼圧を下げることで。眼圧を下げるには点眼治療とレーザーや手術により房水の流出を変える方法がありますが、点眼薬の開発により薬物療法だけで眼圧をコントロールできる症例が多くなっております。緑

内障はいつたん発症したら、完治の難しい眼疾患です。そのため治療のポイントは緑内障の視機能障害の進行をおさえることが重要となります。早期発見、早期治療が緑内障の治療の基本であり、今回のイブニングセミナーをご聴講頂いた先生方に少しでも緑内障という眼疾患の理解を深めていただければ望外の喜びです。

第8回 日赤イブニングセミナー

糖尿病の薬物療法について



内科 近藤 しおり

平成16年度最後の日赤イブニングセミナーにおいて、糖尿病の薬物療法についてお話ししましたのでその内容をご報告します。

糖尿病患者は増加の一途をたどり合併症による医療費の増加は社会問題にもなっています。合併症の治療も大切ですが、今後は合併症の予防、すなわち糖尿病の早期発見と糖尿病のコントロールによる合併症の予防が主眼となります。

今回はご開業の先生方が多く診られている2型糖尿病について述べました。糖尿病の治療の中心は外来です。近年糖尿病薬は種類も増え選択に迷われる事も多いと思います。新しく開発された薬が必

満例を除く。

これらの基本療法の徹底でもコントロール不十分な場合、薬物療法を考えます。現在糖尿病治療薬には3つのグループがあります。

- ①膵β細胞に作用しインスリン分泌を促進するもの。SU剤（オイグルコン、グリミクロン、アマリールなど）、速効型インスリン分泌促進剤（スターシスやグルファストなどのグリニド系）があります。
- ②αグルコシダーゼ阻害剤（αGI・グルコバイ、ベイスン）
- ③インスリン抵抗性改善剤であるビグアナイド（グリコランなど）やチアゾリジン系（アクトス）

肥満のある人にはαGIやインスリン抵抗性改善剤が適応と思われます。また、グリニド系はインスリン初期分泌相の改善があり注目されています。インスリン分泌には分泌初期のスパイク状の第1相とそれに続く緩やかな第2相があり、糖尿病の人のインスリン分泌パターンの特徴は第1相の消失であるといわれています。その為、失われた第1相を改善するグリニド系は肥満を招きにくく有効である場合があります。しかし、SU剤を長く内服していた人ではグリニド系は無効であることが多く注意が必要です。また、グリニド系はSU受容体に結合するのでSU剤との併用はあまり意味がないようです。

また、グリメピリド（アマリール）はSU剤の中では一番新しく開発された薬ですが、血糖降下作用が一番強い訳では無いようです。他のSU剤使用が長い2次無効に使用した場合、逆にコントロールが悪化する事もあります。

薬物療法開始後、体重が減り血糖値が改善すれば薬の減量や変更など適宜していく必要があります。

問題となるのは当初効果のあった薬剤が効かなくなっていく

るいわゆる「2次無効」の状態です。こうなると①入院のうえ食事療法の徹底を図る。それでも改善しない場合は、②強化インスリン療法で糖尿病を解除した後、内服薬に切り替える事が必要となります。

糖尿病診療のメインは外来です。松山地域の糖尿病医療における当院の役割は、①初回治療の方の精査加療・教育と、②SU剤2次無効例のコントロール、③合併症のため入院を要する例の治療であると考えています。治療方針が定まり外来治療となった段階でかかりつけ医の先生方へ逆紹介し治療継続して戴き、コントロールが悪化したり、合併症が生じた場合には再度御紹介戴く事を理想と考えております。糖尿病診療こそ、病診連携が大切であると考えます。当科では2週間の糖尿病教育入院、2泊3日のインスリン導入入院（食事療法の徹底のためには最低14日間はおかれますので本来は2週間が望ましいのですが）などありますが、患者さん個々の事情にあわせて入院、外来とも対応します。糖尿病外来は近藤、和泉、岡田が担当しております（岡田は総合外来も担当）。今度とも宜しくお願い申し上げます。

