

はなみずき

地域から医療を考える — 国民皆保険制度 —



医師 渡辺 一男

患者さんや職員皆様のご協力のおかげで、どうか一年が無事に過ぎました。「がんの相談」外来はまだまだ閑古鳥が鳴いていますが、その代わりに専門病院とは違った「地域のための医療」や、それらが抱えている問題が見えてきて、日々、視野が広がるを感じています。そこで、日頃の診療の中で気づいたことを、患者さんの目線で捉えて一緒に考えてみたいと思います。

こんな患者さんがいました。(Vol.11に 既述)
大家さんが「最近、閉じ籠もりがちで食事あまり摂っていないようだ。病気に違いない」と救急隊に連絡し、住人を搬送して来ました。その当人には自分が病気だとの認識がなく、大家さんも付いては来ませんでした。次に来た患者さんは「なにか大声をだしてい

て苦しうだから」と、隣人が見かねて車いすで連れて来ました。幸い、この人たちはさほど重大な病気ではなかったのですが、ご高齢で一人暮らしとあっては、家に帰せるほど軽症でもありません。しかし、入院の適否には迷いました。なぜ迷ったのか？ 国はこのような入院を「社会的入院」といって、医療から閉め出す方針だからです。わが国の医療制度は、国民の誰もが国保、社保、その他どれかの公的保険によってカバーされるという国民皆保険制度です。診療報酬は入院費、手術料、検査費、薬剤費等々と細かく項目に分けられ、それぞれが点数化されています。これが保険点数と呼ばれるもので、国はこれを2年毎に加減し配分しなおすことで、国が考える「在るべき医療」へと誘導しています。では「社会的入院」を閉め出すため

にどうしたか。保険での入院費はベッドと看護師さんの割合を基にランク付けされています。また入院日数に期限を設けて、それを越えると患者さんの病状に関係なく、経過日数だけで入院費点数が減少するシステムになっています。一般病床に患者さんが入院して、ただ点滴をしている程度では看護師さんの給与さえも払えないように入院点数を設定したのです。つまり、手術を受けたり、毎日検査や注射がたくさん必要な患者さんでないと、入院させたことで病院の経営が成り立たなくなるように設定したのです。このように医療の在り方を「収益性」だけをインセンティブとして誘導する・・・これを政策誘導型医療とよんでいます。が、こんなやり方をどう思いますか？

一方、素直に(?)誘導されてしまうか、又は逆手にとって利用したりすれば経営が上手くいくともいえます。例えば「特室料」(正確には特別療養環境室料)というのがあります。これは"患者さんの多様なニーズに応える"ために設けたとのことですが、保険診療の中で、別枠で全額患者さんから徴収することが認められています。(これを「特定療養費」といって、これを組み込んだ診療を「混合診療」といいます)

この額は自由に決められるので、聖路加国際病院などは全病棟を全て特別室で新築しました。入院案内に記載された例では一泊3万1500円です。また国立がんセンターでは最低で3万円、最高10万円とのこと。

特室料と同じ扱いのものに「高度先進医療」というのがあります。最近認められた例では稲毛の放射線医学総合研究所でやっている「がんの重粒子線治療」があります。試験的に行われた治療の成績から大変有効であることが証明されて、「混合診療」を認められました。ですから、検査費や入院費などについては3割負担で済みますが、重粒子線治療の費用のみは全額自己負担となります。その額はなんと300万円です。今、政府は新しい医療(未承認の抗がん剤や高度な医療技術など)を「混合診療」として取り込むことで、保険財源を使わずに国民の不満を反らそうとしています。でも、これで不満が和らぐと思いますか？かえって医療の場に格差を持ち込み、不満が増すだけではないでしょうか。

ところで、最近、新聞やテレビで「民間の医療保険」の広告がやけに目に付きませんか？朝日・夕刊(3/23)に「今年は医療保険改革の年」の見出しで“公的保険だけではとても安心できませんよ”とアリコ・ジャパンの全面広告がありました。つまり公的保険で

カバーしきれないリスクをビジネス・チャンスにしているわけです。これらの業界にしてみれば、そのリスクがどんどん拡大することを期待するのは当然でしょう。そもそも「病気」は全ての国民に共通するリスクです。これに備えるのは国の責務であるとの認識から昭和36年に国民皆保険制度が発足しました。まともな医療は全てこの中に取り込む。保険証一枚あればだれでも、いつでも、どこでも、僅かな負担で良質な医療が保証されてきました。その結果、低い医療費(米国の1/2)でありながら新生児の死亡率を改善し、国民病といわれた結核も克服し、世界一の長寿国になったのです。WHOの総合評価でも日本の医療はNo.1であり、ずっとそれを守り続けているのです。しかし、国は「聖域なき構造改革」を掲げて、長引く経済不況から脱出しようと、あらゆる分野に競争原理を導入しました。これには医療も例外とはせず、その方針に沿って民間医療保険の販売規制を大きく緩和したのです。今、民間保険会社は、国のお墨付きを得たことで契約率を急速に伸ばしています。「混合診療の拡大」と「保険の規制緩和」はお互いに共鳴しあって公的な保険証の価値を削っていく・・・私達、医療の場で働いている人達は皆、そのことを大変心配しています。

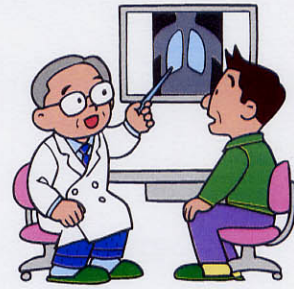
「皆保険制度」が揺らいでいることを示す例はまだあります。こんな患者さんがいました。非正規雇用で仕事をしていたのですが、体調を崩したために休むことが多くなって収入が減りました。背に腹は換えられず健康保険料が払えなくなり、その結果「短期保険証」の交付を受けることになりました。(滞納期間が1年を越えると「被保険者資格証明書」に替わります)払えなくなっても国は保険証を取り上げません。短期保険証に換えることで「無保険者」が発生する事態を回避しようとしての窮余の策なのですが、この保険証は窓口での医療費の全額支払いを義務づけています。今まで滞納していた保険料を全額払った時点で、保険がカバーする7割が返済されるシステムになっています。しかし、このように病気で収入が減った人が、滞納分保険料を完納して正規の保険証に戻れると思いますか？このような実質無保険者がどんどん増加しています。今、国は格差批判に対して「一度失敗しても再挑戦できる社会にする」と言っています。しかし、病気では無理でしょう。病気を治してそれからの話でしょう。医療は最低限のセーフティネットであり、これを担保してこそ「国民皆保険制度」だと思えます。

私も、鎗田院長も、ちょうど同じ頃に2年ほど米国

で暮らした経験があります。その折にテレビで見たCMですが・・・一家の働き手である夫がベッドで寝ており、壁の陰で悲嘆にくれている妻の姿があります。そこに元気な保険会社の社員が入ってきて、小切手を病人に手渡します。ベッドの夫の顔がパッと明るく変わり、社員に出来る限りの感謝の意を尽くしたところで保険会社の社名が大きくアップされて終わります。もう30年も前の話ですが、今でもそのシーンと社名をはっきりと覚えております。そして今、米国では営利を目的とするこの手の保険会社が、患者さんとの契約内容を基に、薬の種類や検査の内容、回数、入院

期間に至るまで全て決めているのです。

決して米国のような医療制度にしてはならない。これが私達の医療の原点であったような気がします。



「高血圧」、ちょっとした疑問



医師 松本 京一

以前、日本は脳卒中死世界一だった。高血圧を放置している人が大勢おり、脳出血が多かった。今は高血圧に関する知識は広く浸透し、長寿国となった。ありきたりのことを書いても皆様すでに知っていることばかり。詳しく書くととても退屈。なにせ血圧値の分類ですら、至適血圧、正常血圧、正常高値血圧、軽症高血圧、中等症高血圧、重症高血圧、収縮期高血圧とある。でもって、益体もないことを書いてしまいました。ご一読ください。

血圧を上げるものは酒、タバコ、コーヒー、寒さ、精神的ストレス、運動などの刺激だ。一方、血圧を下げるためには食事療法と運動療法と言う。運動がどちらにも入っているじゃないかという疑問。これは簡単、運動中は誰でも血圧が上がるが、適度な運動を習慣にすると普段の血圧は下がる。要は活動時の血圧を上げ過ぎないようにし、平均した血圧を低くするのが大事ということ。ちなみに酒の場合は飲んでる最中に上がる人と下がる人どちらもいるが、普段の血圧は高くなる。百葉の長というは呑んべいの言い出した説。熱々のご飯に塩辛いおかずはおいしいが、高血圧・心不全には良くない。食塩は1日10gまでと言う。でも疑問、食塩はあらゆる食べ物に含まれ、計算しきれない。しかも汁を含めた一杯のラーメンは食塩7gだ。10gを守るのは難しそう。「計算はしない、塩分控え

めの意識・習慣を身につける」でよいと思う。例えば、塩鮭、筋子、漬物などは塩分控えめを選び、しょっぱかったら少しにする。醤油、ソースなどはたっぷりつけず、ちょこっとにする。味噌汁はダシを多くして味噌をへらす、塩を振って食べるものは塩どレモンにしてみるなど塩味だけに頼らない工夫をする。ここでまた疑問。なんでも塩分制限が良いか、これは違う。夏は汗をかくので水分と塩分が不足しがち、また高齢者などが食事が取れないときは水分と一緒に塩分をとらないと昏睡になる。夏と高齢者は状況を判断して塩分制限。

高血圧症の多数を占める本態性高血圧は遺伝的性質。人類進化の歴史で残った性質だから何か利点があるはずという疑問。活動中の内臓・筋肉・脳などは血液をどっと心臓から送ってもらう必要がある。原始時代、突然の敵来襲があったときに自律神経の命令でおもむろに血圧が上がる普通の人より、常に血圧が高い人の方がすぐ応戦し無事、静かにしているときでも脳は活発、頭がシャープ。寿命が30～50年の平安や江戸も高血圧人有利の状況が続き、この100年で高血圧は「病氣」に分類されてしまった。高血圧に限らず、慢性病で通院されている方は「病氣を治療」という考えを「体質をコントロール」と置き換えましょう。なにしろ「配られたカードで勝負するのが人生」。

「がん治療ガイドラインについて」



副院長 小出 義雄

◆ はじめに

いろいろな方面でガイドライン（指針）づくりがさかんに行われています。

医療の分野では、診断・治療あるいは診療のガイドラインが、良性疾患・悪性疾患を問わず、各疾患別に次々に作成されており、当院における診療も各種ガイドラインに準じて行われています。

◆ 癌取り扱い規約について

がん治療（診療）ガイドラインの作成は、各臓器癌を取り扱う学会が行っていますが（例えば、胃癌治療ガイドラインは胃癌学会）、診断と治療の基盤となっているのが、各臓器癌の取り扱い規約です。

癌取り扱い規約というのは、診断と治療の記載法の細かな取り決めで、癌の進行度の診断や治療（手術・化学療法）の内容が、同一の基準で記録されるようにしたものです。従来、最も多かった胃癌の取り扱い規約ができたのが昭和37年で、現行の規約は改訂第13版ですから、診断手段の進歩や治療法の改善などに伴い、その内容も変遷しています。

癌取り扱い規約に則った記載をすれば、他の病院で手術を受けていても、癌の進み具合や手術法が、どの病院でも理解できるようになっています。また、治療成績の比較や、多施設間・長期間のデータの集積と解析が可能となっています。

癌取り扱い規約では、診断や治療の記載項目を細かく規定していますが、各進行度の癌に対して、その切除範囲や同時に摘出するリンパ節の部位などの規定はされておらず、どのような治療法を選択するかは、これまで各施設或いは術者の裁量に任されてきました。従って、同じ進行度の癌に対して、異なる術式が選択される場合もあって、遡及的にみると不適當であったということが起こっていました。

こうした不都合を排することを目的として作成されているのが次に述べるガイドラインです。

◆ がん治療(診療)ガイドライン

癌取り扱い規約は、ほぼ全ての臓器別に既に存在していますが、ガイドラインの作成が始まったのは、最近5年位のことです。標準とする治療法を推奨する根拠となる確かなデータの集積が終了して以降の作成になりますので、今年発行されたものも幾つかあります。

胃癌・大腸癌・乳癌・肺癌など主な癌の治療ガイドライン（診療ガイドラインとなっているものもある）が出揃っていますが、標準的治療とすべき治療法が定まっていない病態では、複数の選択肢を並記していることがありますし、また、診断法と治療法の進歩により、今後もしばしば改訂が行われるものと思われます。

ガイドラインは主に医療者を対象とした専門的な内容ですが、これに準じた診断と治療が行われていれば、大学・がんセンター・一般病院など、どこで診療を受けても同じということになります。

ガイドラインの詳細をお知りになりたい方には、「胃がん治療ガイドラインの解説・一般用」「大腸癌治療ガイドラインの解説・2006年版」「乳がん診療ガイドラインの解説・2006年版」など、一般向きに分かりやすい記述をしたものも発刊されています。取り扱い規約、ガイドラインとも全て金原出版の発行です。

鎗田病院研修後記



臨床研修医 五十嵐 杏子

初めまして。私は千葉県臨床研修医2年目の医師です。

日本では、2004年から医師の臨床研修必修化という制度ができました。内科・外科・救急・小児科・産婦人科・精神科などなど、医師になって最初の2年間はあちこち移動して、それぞれの臨床現場で実際に働きながら学ぶという制度です。そして2年目の医師には〔地域医療研修〕という必修の研修期間もできました。私はこの〔地域医療研修〕を、ここ鎗田病院でお世話になったのです。

与えられた時間は4週間という短さ!!これには賛否両論あるかとは思いますが、私は今自分にできることを一所懸命取り組んで、知識も技術も、そして心意気も最大限に吸収することを目標としました。

最初は院長先生の外来で勉強させて頂きました。次々に診察室に入ってくる患者さんと院長先生の会話、そこから「今何がつらいのか」を見抜き、「どういう対応が最善なのか」を考える術を、診察の合間合間でご指導頂きました。ただでさえお忙しい外来で、熱心に指導して下さい本当にありがとうございました。

また院長先生には、往診にも一緒に連れて行って頂きました。往診に伺った患者さんは、ご自宅でお元気に過ごされている方も、具合が悪くて休まれている方もそれぞれいらっしゃいましたが、院長先生の顔を見ると決まって笑顔になられていました。院長先生がかつて手術を執刀された患者さんもたくさんおられました。中には明治生まれという方や、更に100歳を超えた方もいて、「手術後にこんなに元気で暮らしてもらえるのか」と驚き半分感動半分でした。それどころか、逆に私が患者さんに励まされることが非常に多かったです。

病棟業務にも参加させて頂きました。私は3階の内科病棟にお世話になっていたのですが、先生方はもちろん、スタッフの皆さんには本当にお世話になりました。何しろ、まだまだ要領の悪い私ですので、色々ご

迷惑をおかけしたことと思います。それでも、病棟回診では先生と一緒に患者さんを診させて頂いて、検査や治療の方針を考える時に、より広い視野を持って向き合うことを学びました。また、指摘して頂かなければ気付かなかったこともたくさんありました。非常に丁寧なご指導を賜り、この場をもって御礼申し上げます。

夢を抱いてこの世界に飛び込んだ私ですが、やはり現実にはドラマのように格好いいことばかりではありません。現在の医療は当然のことながら万能ではありませんし、人間対人間の世界なので悩むことも少なくないです。けれども、身体の具合だけでなく社会的背景なども考慮しながら、患者さんと接していく先生やスタッフの方々の姿勢を間近でみることで学ぶところは非常に大きかったです。また、「地域密着」という言葉の実際を、肌で感じた4週間でもありました。

2年間という臨床研修制度が始まってまだ間もないため、これに対する意見は様々かと思えます。けれども、現時点で研修医として多くの病院（診療科）でお世話になっている私としては、色々な科の先生やスタッフの方、そしてたくさんの患者さんに出会うことができ、様々な話を聞いて広い視野を持てるようになると考えています。この制度をどう活かすかは私次第なのだと思え、あと9ヶ月、臨床研修医として研鑽を積んでいきたいです。

最後になりますが、4週間お世話になった院長先生をはじめ諸先生方、スタッフの皆様、調剤薬局の皆様、本当にありがとうございました。また、体の調子がすぐれず来院、入院された方々の回復を心よりお祈り申し上げます。

◆ 経鼻胃内視鏡を導入しました

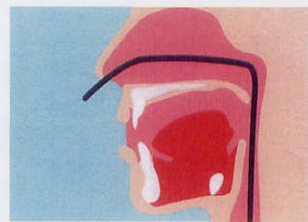
経鼻胃内視鏡を7月28日に導入しました。
「鼻」からの細い内視鏡で、楽な検査が受けられます。

● 苦痛の少ない検査を実現

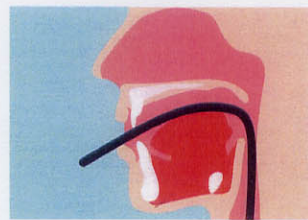
鼻からの挿入のため、内視鏡が舌根に触れることがないので、ほとんどの患者さんは吐き気もなく、心身ともに苦痛の少ない検査を受けていただきます。

● コミュニケーションで医療の質が向上

鼻から挿入なので、口が塞がれずに会話ができます。医師と患者のコミュニケーションが医療の質を向上させます。



経鼻的挿入



経口的挿入

新任医師の紹介



松本 京一
(内科・一般内科)

昭和24年10月28日生まれ 満56歳
昭和50年3月千葉大学医学部卒業
同年6月千葉大学医学部附属病院肺外科入局
あそか病院、千葉県立鶴舞病院、
千葉労災病院、千葉大学医学部附属病院、
千葉県救急医療センターに勤務
(昭和55年7月～平成18年3月)
平成18年4月より当院常勤医
内科・内科一般を担当
日本外科学会専門医・指導医
日本救急医学会専門医・認定医



炭田 正俊
(内科・消化器科)

昭和27年10月28日生まれ 満53歳
昭和53年3月千葉大学医学部卒業
同年4月千葉大学医学部附属病院
第一内科入局
船橋中央病院、千葉大学医学部附属病院、
千葉県がんセンターに勤務
(昭和59年12月～平成18年3月)
平成18年4月より当院常勤医
内科・消化器科を担当
日本内科学会認定医
日本消化器病学会専門医
日本消化器内視鏡学会専門医



菅 泰博
(外科・呼吸器外科)

昭和50年3月1日生まれ 満31歳
平成12年3月東京医科大学卒業
同年4月東京医科大学大学院入学・
外科学第1講座入局
東京医科大学病院、同八王子医療セン
ター、同霞ヶ浦病院、昭島病院に勤務
平成18年7月より当院常勤医
外科・呼吸器外科を担当
日本外科学会専門医
日本呼吸器内視鏡学会専門医



医療法人 鎗田病院

〒290-0056
千葉県市原市五井899
TEL (0436) 21-1655
FAX (0436) 21-3197

ホームページ www.yarita-hosp.or.jp
Eメール info@yarita-hosp.or.jp

編集後記

前号の「はなみずき」発行から、だいぶ期間があいてしまい申し訳ありません。

今後も少しでも皆様のお役に立てるような広報誌にしていきたいと思っておりますので、ご意見・ご感想等ございましたら、院内に設置してあります「皆様の声」にご投稿下さい。

(編集委員)