

はなみずき

夜間・休日の医療（続き）



院長 鎗田 努

市原市の夜間、休日の医療体制や現況について、これまで何回か書いてきました。現場の医療は、良い制度や体制が（国にも市原市にも）あり、医師（医療関係者）がプロとしての責任感や義務感をもって信頼に答える努力をし、患者さんは「病気」という好ましくない非日常から抜け出す為に医師の協力を得て頑張るということがあって、はじめて正常に動くと思っています。現在の市原市の夜間、休日の輪番制は、私の父の代の今から50年くらい前に他市に先がけて取り入れられました。夜間の体制としては今でも優れていると思っていますが、昨今の医療崩壊と関連して多くの問

題が噴出しています。このままでは早晚、茂原・長生地区のように（月のうち、13～14日の夜間医療が同地区でできず、市原市などの近隣地区に依頼している）なりかねません。現在から将来にわたって行うことが可能な体制を考え、患者さんに時間外や夜間の医療について理解してもらい、医師はもう少し頑張ることがどうしても必要です。今回も鎗田病院の医師というより医師会長の立場からの文章になってしまいました。私が日頃発言していることなどについて少し書いてみます。

9月は祝日が2日もありますので休日は7日となり、

二次当番表を作る医師会事務局は大変苦勞していました。輪番制に休日もなんとか参加できると言ってくれているのは、長谷川、辰巳、五井、鎗田の4病院にすぎません。現在は医師会の事業として二次当番の輪番制は8つの民間病院で回し、月に1回は公立病院に参加をお願いしています。どの病院も人的余裕はギリギリですので、(残念ながら当院も8月から看護師数が減り、「開かずの病室」ができてしまいました)休日がつづいたり、輪番の間隔が短すぎますと、今度はそれぞれの病院での勤務表が作れなくなりますので、医師会事務局には多くの要求がよせられます。参加施設が一つでも減れば、この輪番は維持できないギリギリの状況ですので、なだめたり、お願いしたりしているのが現状です。

市原市内で医療に係わっている医師のほとんどが医師会に加入していますので(会員数約260名)、検診や救急等の日常診療以外の医療も、医師会が中心となって自分達のできることはやるのが当然と思っています。医師個人個人も、現場医療に携わっている以上、時間を争う緊急医療に辛い思い出をいくつも持っているのが普通です(昨年私も、深夜に心筋梗塞を発症されたご婦人が「迷惑をかけては」と朝まで苦しいのを我慢して、早朝に来院された直後にショックとなり亡くなれるという忘れられない経験をしています)ので、翌日まで待ってはいけない急病、激しい痛み(結石発作など)や呼吸困難などで、本当に苦しんでいる患者さんが受診先がなかったり、遠慮したりで、病状の悪化を招く事態は避けなければならないという強い思いがあります。

数年前に市原市医療協議会(市議、行政、学識経験者、医歯薬の代表で構成されている)の先進地医療視察で行った船橋市立医療センターで、大病院の専門チームがその夜のうちに活動しなければ救命できない救急は、船橋市ですら年10例前後に過ぎないと聞かされました(実際の当番の現場では、専門医の管理下においてはほしいと当番の医師が思うことは、もう少し多いと思いますが)。とすれば、医師会員と民間病院が急病センターと二次当番を担当し、後方病院として少し前までは帝京大病院が自主的に頑張ってくれていた市原市の体制は悪いものではなかったと考えています。

しかし、15号にも書きましたように、昨年4月の厚

労省の医療制度改革により、民間病院は、日常業務以外の人手のいる仕事を行う活力を失ってきていますし、2.5次として自主的に(又は医師の義務として)頑張ってくれていた市内の大病院が、種々の理由で救急の受け入れに消極的になってしまったりで、この体制を維持するのはかなり困難になってきました。(市原市には救急基幹病院として、三次救急を受け入れる施設は制度上はありませんので、後方待機はその病院の自主性に頼ざるを得ません)。その上、夜間に来院する患者の要求量は、夜間にもかかわらず専門医を求めたり、その夜のうちに全て済まさなければ気がすまなかったり(「明日は会社があるのだ」や「明日は運動会があるのだから」など)と、医療側の弱体化と反比例するように増加しています。患者さんも少し我慢し、医師も少し無理して頑張ることで成り立っているのが現状の制度ですが、すでにどちらにとっても見直す時期にきているようです。しかし患者さんにも医師にも満足できる時間外診療には、膨大な設備と多数の専門スタッフを抱える施設が数多く必要で、千葉県が県救急医療センターを手放したがっているという話が度々聞かれることから分かるように、多大の財政負担を要します。為政者は「医療に使える財源は限られている」と常に発言していますし、医師不足や看護師不足(前号でも書きましたが、新しい看護基準1:7を制定した厚労省は、政策的に看護師不足をわざわざ造り出し医療破壊を計画をするのはなぜでしょう)で医療の供給体制はほぼ壊れていますから、抜本的解決策など不可能なことです。市原市の時間外診療が茂原・長生のようにならない為に医師会内では「将来の救急を考える会」などを作って話し合っています。行政ができる範囲で財政的援助をし、患者さんに現状の理解を願ひ、医師会は現在あるマンパワーを最大限に活用する方法を考える以外に対応策はありません。このないないづくしの中でやれることは、①時間外診療の定点づくりと②救急の広域化しかないと私は考え、いろいろな機会をとらえて提案してきました。定点では、市原市全体の時間外診療や一次救急は全て行う。(かかりつけ医が対応してくれる患者さんはこの限りではありません)。市原市は広いので、定点はできれば二箇所づくり、一箇所を重装備とし、ここに専門を異にする4~5人の医師が輪番で参加してチームをつくる。一

晩だけの入院病室をもつこととし、翌日にも入院継続の必要な患者さんはしかるべき病院に転院とする。重装備は昼間は検診等に利用する。そして大切なことは定点で対応困難な翌日では間に合わない救急疾患に備えて、疾患毎に後方待機病院を用意し、行政は財政的補填（特に待機費用。いつ起こるか分からない救急の為に必要人員を確保しておかなければならないことが、救急医療の金がかかる理由の一つです）と、踏み倒し（救急車は連れてくるのが仕事です。踏み倒しに対して補償する制度はありません。このため当番をやめたいという大病院が出てきています。）や暴力に対して力を貸すというものです。夜間の診療の現場には、相談する人がいなくて心配なために来院し結果としては不要であった方もいます。相談相手のいない核家族対策も大切で、千葉県は小児科医による夜間の小児急病電話相談をはじめました。松本市では、保育所単位で母親への小児急病講習会をやっていると聞きました。地味ではあるが、こういう活動も救急医療の助けになっていくはずです。

ほとんどの普通の患者さんは、夜間に受診しようか悩んだ末にすまなそうに来院されます。時には遠慮しすぎて翌日まで我慢してしまう人もおり、医師の方がかえって申し訳なく思ってしまう程です。しかし最近では夜だからとはじめから悪用しようと考えている人や、まわりの事情などを一切考えずに自分勝手に文句ばかり言う人が少なからずおり、現場の精力の大半がこういう人に費やされているのは困りものです。多大の迷惑を受けているために、夜間は特に過剰に反応してしまう医療機関が増えており、普通の患者さんが「割を食う」のは変なものです。41週妊婦の救急隊からの診療要請（電話）を、多くの医療機関が断った柏市のケースも、なんと断ったかはともかく「かかりつけ医がない」ということに反応したためではないかと考えています。産科医は自分の施設で妊婦健診を受けている人には、24時間対応を基本的に約束していると思っています。妊婦健診を受けていない出産では、感染症（ウイルス肝炎やエイズ等）がチェックされていないので、新生児はもとより医療従事者も危険にさらされます。妊娠中毒症や胎児奇形などが伴っていれば母体及び新生児のリスクは非常に高いことになり、問題があれば訴えられることも多いので、緊急で

かなり複雑な検査までが行える施設を除いては、産科医が見も知らぬ患者に非常に神経質になっても不思議ではありません。

数名の専門を異にする医師でチームを作らざるを得ないと考えている理由は、ほとんどの患者さんは日中の医療との違いを理解して来院してくれますが、ごく一部の患者の専門医指向（特に小児科など）や強すぎる要求は、現在の一つの夜間当番病院の1～2名の医師では対応できず、そしてこういう人達や要求は増え続けているからです。私も深夜に小児を診察して「前医の治療のままで様子をみましょう」と話したところ、親の望む結果ではなかったのか、小児科専門医でないためなのか、目の前で救急車を要請する電話をかけられたことがあります。市原市には専門医の診療や入院が必要な小児の為に、病室をもつ3病院による小児緊急輪番制があり、他地域の医師会などからはうらやましがられていますが、やはり危機的状況です。3病院の小児科医から連名で医師会長（と救急隊と市の福祉部長）に要望書が出されています。話し合いで定めたルール通り（1才未満児は直接小児輪番で診察するが、1才以上はまず当番医で診療して、必要と判断された時に転院とする）に行われなければ、小児科医の過労がたまり、「この制度の維持は困難」というものです。患者さんからの電話での問い合わせなどでは先の私のケースのような経験が多かれ少なかれある二次当番医はつい億劫になってしまい、小児輪番病院に直接行くよう話してしまう場合などあります。患者さんも1回の診療ですみますので、救急隊に強く要請して直接受診してしまい、当番病院とトラブルになったこともあります。制度はつくることも難しいことですが、目的通りに維持するのはもっと難しいと思っています。

こうして定点等の設備を造っても、マンパワー不足である小児科や専門的処置のできる施設の少ない脳外科などは、広域で対応するしかないと考えています。上記のことは私が折にふれ発言していることですが、医師会員でも救急に対する考え方は色々ありますので、なんとかまとめたたいと考えていますが、まだ医師会全体の意見にはなっていません。行政は他地区の時間外診療の現状を知ったり、市原市民病院問題で苦労したりでかなり救急医療に危機感を強めていますので、最近積極的に医師会との話し合いに応じてくれてきて

います。知恵をあつめていけばもっと良い方法（方策）が出てくるかも知れません。しかし定点と広域化ができたとしても台数の限られている救急車（千葉市25台、市原市9台）の正しい利用の問題が残ります。すでに茂原地域では問題になっていることですが、必要なときに救急車が遠方に出払ってしまっている危険が指摘されています。千葉市は平成18年に42045人の搬送者のうち25670人が打撲や擦過傷などの軽症であったと報告しています。どうして良いか分からず、救急車を要請することも含まれているはずで一概に責められることではないと思いますが、横浜市では救急車の不要な利用で、重症者発生時に救急車が出払っていたケースが2000件近くあり、現在罰則規定までも検討中と聞いています。タクシー代りの利用に有料化を検討している自治体は多いと聞きます。逆に救急車使用を遠慮してかえって重症化してしまう方も沢山おられます。最近では社会と自己との係り合いの姿勢は、あまりにも千差万別にすぎますので、夜間診療や救急のように社会資源の乏しい領域では、つつましく真面目に生きている人達が馬鹿をみかねません。行政の仕事の第一は、普通の住民が普通に暮らせるようにと守っていくことであると思います。役職上市原市のいくつかの会議に出っていますが、極端な人の極端な要求に振り回されて普通の人を置き去られていると感ずることが時にあります。最近ではニーズ（Needs：必要な事）とデマンズ（Demands：要求事）の区別も曖昧です。行政・市民・医療者が同じ土俵で現状や救急医療のあり方を議論し、市民にきちんと伝えていく必要を強く感じています。

このままでは定点ができたとしても、これからの市原市の救急や時間外診療には、「トリアージ」を取り入れざるを得ないと私達医師会は腹をくくりはじめています。「必要な人に必要な医療を」は、口で言うほどたやすい事ではありませんし、持てる力を集中しなければなりません。医師がこういう事を言い出すと、マスコミなどはまた医師不信などとあおり立てるかもしれませんが、「トリアージ」は救急の先進国である欧米では「救急の常識」となっていることです。「トリアージ」とは災害医療から生まれた言葉で「優先順位」をつけ、患者さんの救急度（重症度、必要度）に応じて診療が行われる事を意味します。市原市議会は数年前まで海

外視察を行っていました。医療視察で欧州に行かれた医師で市議であった中野先生の話では、救急の現場で「トリアージ」は徹底しており、救急性がないと判断されるとひどい時には全く無視されようっておかれる事すらあるそうです。前にも書きましたが、介護保険やコンビニに対し日本人と彼らはまったく別の発想ですし、自己責任の考え方も長年の文化も違いますので、単純にそれを良しとするのはどうかとは思いますが、「救急や時間外診療とは本来はこういうもので、明日で間に合うことは明日すれば良い」との考えを私達は持ちはじめています。しかし、医療の必要な患者さんが、病院へ遠慮することなどはもちろん無用のことで、それではかえって困ってしまいますが。余談となりますが、マドリードの市民病院で、同行の議員が「黒字か赤字か」と質問したところ、医療を経済から考える習慣のない相手方が質問の意味を理解できず、通訳が困っていたとも中野先生は話していました。成熟した社会（国）で、国の予算が正しい方向に使われれば、医療は経済的発想とは無縁のところにあることを面白く感じました。

日本の医療がおかしくなり救急体制も壊れそうな状況なので、この種のことを書きはじめますと暗い話をグズグズ書いて不愉快な思いをさせて申し訳ありません。医師は余計な事に精力をついやさず、本来の医療に専念する事が一番です。若い医師達が腰が引けて積極的に医療に取り組めないとしたら、それは長年現場で医療を行ってきた私達の世代の責任でもあると考え、この困った状況改善に努力したいと思います。患者さんとの間に良い人間関係が築けて、医師が生きがいをもって医療に取り組めば、必然的に義務感や責任感も生まれ、良い医療環境を取り戻せると考えています。幸い鎗田病院は多くの人達（患者さん）に支えられて医療を行うことができています。通院中の患者さんに、時間外に異変が起きた場合にはできる限り（どうしても必要な検査や治療ができないと判断した場合などを除いて）対応させていただく姿勢は堅持していくつもりです。これからも地域のお役に立てるよう頑張ってまいりますので、よろしくご指導お願い申し上げます。

地域から医療を考える

— 「医療」と「診療」のちがひ —



医師 渡辺一男

私がいた県立がんセンターには、3人の診療部長の上に医療局長という役職がありました。その任に就いたとき、「医療」と「診療」とはどう違うのかとの素朴な疑問が浮かびました。診療部長はそれぞれ病棟、外来、中央部門（検査 手術場 診断 他）を担当し、そこでの「診療」が上手く行われるように調整するのが仕事です。ですから、なにも迷うことなく務めてきました。では医療局長が担当する「医療」とはなんでしょうか？ もちろん、病院経営を考えたり、医療事故防止、院内感染症対策、個人情報管理 等々、病院全体に関わる問題に対応するのも医療局長の仕事でしょう。（現実にはこれが全てですが）でも、これらもそれぞれの切り口から見た「診療」上の問題であって、「医療」の一部でしかないように思われます。では、なにか？ …… ヒントは医療者に対する昔からの戒めの中にありました。私たち診療に携わる者は、「病気を診ずして 病人を診よ」と教えられましたし、また社会もそれを期待しています。このことは、患者さんは肉体的な病の他にいろいろな社会的背景を担っていて、それが病んでいるかもしれないからです。それらを、丸ごと一人の病人として（最近では全人的などと云いますが）受け入れて診療する …… これが「病人を診る」ということで、まさに「医療」局長に期待されるスタンスなのでしょう。しかし、残念ながら、この「医療」は一局長などに負えるものではありません。なぜなら（ここからが本題です）そもそも日本の場合、「医療」制度は国が決めています。医師や病院のベッド数、使える薬、その量、検査や手術など診療の価値（保険点数）等々、全てとって良いでしょう。このことは、この国では「医療」は国の責任

において行い、病院はその内の「診療」だけを担当させてもらっているといえます。つまり「医療」マイナス「診療」の部分は国が担いますと約束している訳ですが、実はここが大問題なのです。ご存じのように、バブル崩壊後の混乱と、景気の低迷から脱却するために、国は経済優先の政策を推し進め、その結果、国民の生活に格差が生じ、広がりつつあります。今、その格差の問題が地域の病院に押し寄せています。貧しく疲れ切った患者さんが、救急車で担ぎ込まれる。多くは病で職を失い、収入を絶たれ、苛立っている。健保もなく、治療費が払えない退院する先がない等々。職員はその対応に振り回され、疲れ果てて辞めていく。残る人への過重労働、医師不足、経営破綻生き残るための救急患者受け入れ拒否（患者選別） …… これらは診療ではなく、国の担当するはずの「医療」つまり、年金、介護、健保、休業補償、生活保護 等々、社会保障の問題です。それなのに、国はその予算にシーリングを設けて毎年、毎年、削り続けているのです。これでは医療は崩壊します。

参議院選のあとの「ねじれ国会」の煽りもあって、国もいろいろと対応策を考えてはいるようです。最近の新聞報道から取り上げてみますと

*医療費の財源不足の問題に対しては、75歳以上の老人達から「後期高齢者医療制度」と称して、介護保険料のほかに、また保険料を徴収する制度を導入します。しかし、高齢者が増えて医療費が増え続けるからといって、そのリスクの高い人達だけを対象に負担を求め …… これが「保険」という名に値するのでしょうか？ 一方、医療費をも含む社会保障費予算には概算要求基準（シーリング）を設けて、2200億円を減ら

しています。このしわ寄せは医療現場を直撃し、ますます窮地に追い込むだけです。

* 治療費が払われない未収金問題に対しては、病院が債権化してローン会社へ売却することを認める案が検討されています。会社はローンを組んで、元利の支払いをあの手この手で迫るわけです。つまり、経済弱者の問題として捉えるべきものを、「払えるのに 払わない」というモラルの問題にすり替えています。背景にある格差の問題、無保険や無年金者の増加などの現実を見ないで、弱者を切り捨てるのでは、それこそモラルの崩壊を招くことになります。

* 自治体病院の医師不足対策に対しては、相変わらず診療報酬の付け替え（餌蒔き政策）で対応しようとしています。つまり、医師の足りない診療科の診療点数を上げ、代わりに他の科のそれを引き下げる訳です。「めりはりを付ける」というのですが、これでは病院の収益は変わりません。それに医師の給与は診療科を問わず同じで、医療職（1）という給与表で決められていますので、当該科の医師の待遇も改善しません。患者さんを全人的に、チームで治療する職種であるからには、当然のことと思います。日本の医師の数が足りないのは、国際比較からして明らかです。しかし、本音は金のかかる高齢者の「医療費を抑制するには 医者の数とベッド数を減らすことが肝要」としてきた政策が根本にあるのです。それを改めずに「医師は不足ではなく 偏在だ」と主張し、不足している部分へ餌を蒔けば、それにつられて寄ってくると、医師を魚ぐらいにしか考えていないのが問題なのです。朝日（11/27）によると、医師不足の地域を「特区」に指定して（日本の医師免許を持たない）外国の医師の無資格就労を認める案を、舛添大臣に要望した知事がいたそうです。まったく、悪い冗談としか思えません。

なぜ、こんな事態に立ち至ったのでしょうか？

国は今、地域で起こっている医療の実態を知らないからです。つまり、この人達は医療（病院や医者）を選べるのです。元気に所信方針演説をやった人が、翌日には病気だといって入院できるのですから、彼らに

は、未だになにも不都合なことは起こっていないのです。直接の担当官庁である厚労省は、上意下達であって、現場の意見を聞く耳を持っていません。ですから上意、この場合は政府の意向「骨太の方針」にある「社会保障費の切り詰め」を骨格とし、それに諮問会議、例えば中医協（中央社会保険医療協議会）からの意見を民意として加味して政策を作っています。こういった会議が「国民の耳」を代表する訳ですが、その委員は時の政府が選ぶのですから、多くは肩書きのオンパレードであったり、国民の受けねらいで選ばれることが多く、実際に医療現場を見たり、経験したりした人はごく少数派です。例えば、患者被害者の会のメンバーなどが登用され -- 医者は油断も隙もない悪人との猜疑心の塊のような人が加わり -- 執拗に、個々の診療を詳述する領収書の発行を義務づけることを主張したりする。でも、この「言うは易く行うは難し」であることを、自己の経験をもとに反論できる人は委員にいないのです。私も偉くはありませんが、「当て職」という形で色々と委員を務めました。しかし、その私にしても、本当に「医療現場」を実感したのは鎗田病院に来てからです。つまり、地域での診療経験のない人達がいくら議論してみても、「群盲象を撫でる」にすぎません。

この「医療の危機」が、国や一般の人々に伝わらない理由の一つは、マスメディアがその役割を果たしていないことにあります。マスメディアは国民の知る権利にこたえて、物事をいろいろな切り口から多面的に伝えることが役目です。そうしてこそ、国民はこの件への国の政策の是非を正しく判断できるわけですから、その責任は重大です。ところが、テレビは視聴率を上げるために、ニュース番組のバラエティー・ショウ化が花盛りで、どこの局でも顔の売れたお茶の間評論家、政治家が登場して、既に報道されたネタで当たり障りなく盛り上がり感想を言い合う。これが電波に乗って、あたかも民意であるかのように、津々浦々を駆けめぐる。これでは奥の深い議論の育つ余地が全くありません。

最近では、病院が盲目の患者さんを公園に放置してきたことを話題にして世論をかき立て、病院に非難を集中させました。病院に、長期の入院を制限させているのは、国が決めた診療報酬制度であり、これに逆らえば経営が成り立たない仕組みにしています。病院としては自己防衛として止むに止まれぬことだったのでしょう。一方、患者さんについては、失明は糖尿病によるもので、この病気は新たな国民病といってよいほど、その対応は社会的な難問です。生涯にわたっての治療と自己管理が必要なため、特に社会的弱者にとっては背負いきれない病気なのです。病院、患者両者にとって死活問題であり、背景には国の社会保障政策の根幹に関わる問題があるのです。ところで、国が目指す(?)米国であった似たような事件が朝日(4/11)に載っていました。カリフォルニア州では、病院が貧しい入院患者を路上に遺棄する事件が多発するので、それを禁じる法案を州議会が審議しているとのこと。既に州境を越えて捨てるのを禁止する法律はあるのだそうです。なにかとすると米国を見習いたがる日本の指導者達も、こと医療に関しては自分たちの国が世界一であることを忘れず、今の医療の危機から目を背けないで欲しいものです。

もう一つ例を上げれば、薬害肝炎の問題です。国の責任問題は別としても、厚労大臣の無知(あるいは戦略?)により、肝炎はインターフェロンで完全に治るかのような錯覚を与えています。これをメディアは、単なる拡声器のごとくそのまま報道する。実際は、一年間、毎週一回注射に通い、副作用も多い薬を毎日飲み続けても、半分の人には治らない。それでも薬品として認められるのは、他に治療方法がないからです。この上っ滑りな議論をもとに政策が決められていくのは、大変心配です。治療効果に過大な期待を持たれては、診療の場が混乱します。

では、どうしたら良いのでしょうか? 私は「道州制」の導入は、考える価値があると思います。医療のような社会福祉政策は、その地域に密着した場に「聞く耳」と「あたま」を持って、政策を決めた方が良い

と考えるからです。このことについては国も考えていますが、まだまだ道遠しの感があります。

しかし、なんと云っても、この崩壊に瀕した医療に最も重い責任を負うのは医師そのものです。特に、最も患者さんの近くにおいて、地域の実情を把握しているはずの医師会は、いったい何をしていたのでしょくか? 族議員を使って時の権力にすり寄り、少しでも保険点数の改訂で斟酌を加えて貰うことを期待してきた。その上、贈賄で捕まったり。だから患者さんは患者を信用しないし、国は魚ぐらいにしか思っていないのでしょく。

幸いなことに、今年は「選挙の年」と云われています。医師会は、地域医療の担い手として、また専門家として「日本の医療制度は かくあるべし」との独自の政策を掲げるべきです。これらの政策を、各政党がどれだけ採用し、マニフェストに載せるか -- これです支持政党を決めると宣言すれば良いのです。この政策を、国民にきちんと説明することで、医療に対する理解を深め、それを力に政策を実行へと導く、これが医師会のやるべきことではしょく。

日本国憲法は、その第25条で「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と謳っています。この国の医療制度が、このことを具現化するものでなければ、医学上のどんなに素晴らしい発見、研究も価値がかすんでしまいます。先日、新聞は一斉に京都大学のグループによる「万能細胞作成に成功」のニュースを報じました。朝日新聞(11/23)は社説で「日本からの大きな一歩だ」と絶賛していましたが、はたしてこれが人類の未来に夢を与えるでしょうか? 日米(企業)の競争、つまり資本の投下、特許の奪い合いが始まり、そして仮に実用化されたとしても、開発費を回収し利益を上げるために高価な治療法が生み出され、夢も金次第となるのではないのでしょうか。朝日のこの記事のすぐ隣に接して「年金の不払い者には 健康保険証を取り上げる法律が 4月から実施へ」とありました。まったく腹立たしい限りです。

健診でなければできない サービスを目指します



健診センター長 里村洋一

1. 健診とは

改めて問われることでもないとは思いますが、健康診断とは何かということをはっきりさせておきましょう。Wikipedia（インターネット上の百科事典）を検索してみると、「健康診断（けんこうしんだん）とは、診察および各種の検査で健康状態を評価することで健康の維持や疾患の予防・早期発見に役立つものである。健診・健康診査とも呼ばれる。特定の疾患の発見を目的としたものは検診とよばれる」とあります。最後の一項にある「検診」についての定義はまことに明快で、これまで「健診」と呼んだり、「検診」と称したりで、その区別があいまいだと感じていた方にとっては、目からうろこではなかったかと思います。どちらも「けんしん」と発音するのですから、混乱するのも無理ないことでしょうか、これで、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診などで「検診」が使われている理由がはっきりしました。それでは、メタボリック症候群という特定の状態を発見するための特定健診はどうして「検診」ではないのでしょうか。またしても混乱してしまいそうですが、これについては後半で述べることにしましょう。

健康診断と同じように人口に膾炙している言葉に、「人間ドック」があります。何かと型苦しい医療用語の中では、かなりふざけた感じのする言葉ですが、それだけに人々に親しみを持って受け入れられたのではないかと思います。これが、「人間ドック学会」という日本病院会の主宰する学会の公式な名称としても使われているのは興味あるところですね。このような健診の形式が始まった昭和30年ごろには、「短期入院精密身体検査」という長たらしい名前を与えられていたと

いうことですから、学会にとって、人間ドックという名称で呼ぶことにした人は、勲章を差し上げてもいいほどの功績者でしょう。

ところで、ドックという言葉も現代の日本語では、元来の「船を建造したり修理したりする設備」という意味よりもこの人間ドックにまつわる意味のほうが主流になってしまった感があります。そのおかげか、ドックかドッグかがわかりにくくなり、市原市内の某病院の看板にも堂々と「人間ドッグ」と書かれています。おそらく看板屋さんが間違えて書いてしまったのではないかと思います。長い間、訂正されていない状況を見ると、病院側も気がついていないのではないのでしょうか。

人間ドックの由来は、明治初期の大将大山巖が「人間も船と同じで時々ドックに入って検査しないといかん」と語ったということから採ったとの一説があります。大山巖は陸軍大将ですから、その彼から、むしろ海軍に親しみのあるはずの言葉が出たというのものにやらおかしい気もしますが、真相のほどはわかりません。Wikipediaは、「自覚症状の有無に関係なく定期的に病院・診療所に赴き、身体各部位の精密検査を受けて、普段気がつきにくい疾患や臓器の異常や健康度などをチェックする健康診断の一種」と定義しています。定義とは言いながら、ドックという名称にはあまりぴったりしない硬い文章だと思いませんか。Wikipediaには専門の執筆者がいるわけではなく、基本的には投稿者の自由な記載に任されているので、内容をチェックする編集者はいるものの、文章のスタイルまでは関与せず、記述者の表現が生かされています。この投稿者はきっと簡潔を旨とする人なのでしょう。

2. 健診センターの仕事

さて、鎗田病院健診センターはどのような仕事をしているか、簡単に紹介しておきます。鎗田病院では、従来から診療科の医師の兼務でセンターが運用されていましたが、筆者と渡辺攻ドクターとの二人が専任で、週の前半と後半を分担するようになった平成16年からは、常時健診を受け入れることができるようになり、以来、毎年15%程度受診者の数を増やしてきました。平成18年の集計では、平均で毎月約270件の健診を行い、そのうち約22%が一日人間ドック、企業の定期健診、有機溶剤や石綿などの特定の有害物質のための特殊健診、当院の定期職員健診などを含めた事業所の法定健診が約45%、残りの約33%が市原市の市民基本健康診査やその他の個人健診でした。当院の立地条件から当然のことでしょうが、ドックの半分以上が企業の組合からの補助を伴うものであることを考え合わせると、企業健診の比重が高いのが特徴といえます。19年度はこれに乳がん検診が加わって、6月から11月にかけては二人の医師では手に余るほどの忙しさになりました。

センターの健診メニューは、人間ドックのサービス提供を目標として作られています。何しろ、「ドック」というのは、体の隅から隅までくまなく点検して、悪いところを洗いざらい調べ上げる、というのが元の趣旨ですから、受診者は病院に2泊あるいは3泊して、検査三昧の日々を過ごすスケジュールを与えられる、というのが当初のスタイルでした。今日では、そんなに時間を取れる受診者も少なく、また、検査方法の進歩で、時間をかけなくとも必要な検査をほとんど網羅できるようになったので、一泊2日のコースか、宿泊なしの一日ドックが主流になっています。それでも、人間ドックのサービスを不満のない形で提供しようとするれば、中規模の病院の検査設備・機能のほとんどすべてを必要とします。ドックをちゃんと遂行することができれば、それは他の形式の健診もほとんど漏れなくやれるということなのです。鎗田病院の健診センターは発展途上ですから、このような機能のすべてを

自前で保持するわけにはいきません。検体検査にしても生理検査や画像検査にしても、その大半が病院の機能を借りて運用されています。しかし、健診センターの入り口は、病院の外來玄関とは別に、その脇に設けてあります、せめて入り口なりと病院とは独立した体裁にしたいというのが趣旨です。人間ドック学会の機能評価では、できるだけ病院機能から独立しているということが求められており、将来は学会に認定された施設として運用したいという、院長の意思が反映されたものです。

3. 質の良いサービスをめざして

このように、センターと呼ぶにはまだまだ不十分ですが、設備や機能とは別に、サービスの質については独自の工夫を凝らすことができます。実は、健診センターの専任医師を引き受けるに際して、私と渡辺ドクターとの間で、申し合わせた基本的な合意事項があります。それは、一般の診療ではどうしてもおろそかになりがちな、受診者との対話を最重点に置こう、ということです。病気の治療を目的とする一般診療では、患者さんの都合や意思を軽視してでも遂行しなければならない場合もありますし、次に苦痛を抱えながら待っている人のことを考えれば、時には3分診療と悪口を言われるのを覚悟で切り捨てざるを得ないこともあります。一方、健診では、ほとんどその必要がありません。予約受診で一人ひとりに時間を十分に確保することが可能です。受診した方が気にしている問題をじっくりと聞きだし、検査結果を参照しながら、その人の生活態度や健康に対する関心の程度に応じて、丁寧にアドバイスを与え、時には、検査結果の解釈の仕方や治療法の原理まで細かに説明をする機会を持つことができます。私たちは、この利点を生かして受診者に心から喜んでもらえるサービスを提供することにしようではないか。これが二人の合意でした。以来、ほぼ4年間、くじけないでその実現に努めてきたつもりです。もちろん、まったく健康体の若者にくどくどと説教をたれる必要はありません、日ごろ健康に注意を

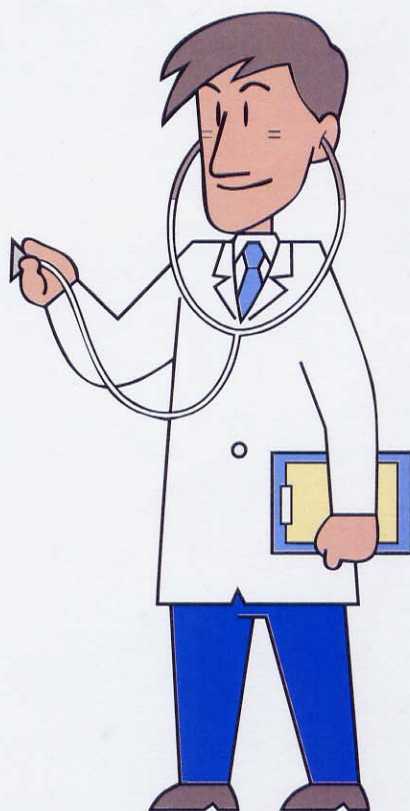
し、適切な運動と正しい食生活を維持している模範的な老人にも余計なアドバイスはいりません。しかし、医療機関に通いながら、漫然と薬の服用を続けていたり、医師のアドバイスを他人事のように聞き流しているような受診者には、納得のいく説明と説得力のある提案が必要です。それぞれの受診者が本気でそうしたいと思わなければ、どんな警告も無駄になってしまうからです。

4. 健診の新しい流れ

メタボリック症候群という言葉と一緒に、既に良く知られていることですが、平成20年度から「特定健診」と名づけられた新しい健診の体制がスタートします。これまでの生活習慣病という概念をさらに煮詰めて、将来の心臓や脳の血管障害につながるメタボリック症候群に絞り込んで対象者を見つけ出し、早めに予防処置を講じる。これによって、国民の健康を保持し同時に医療費の削減を果たそう、というのが厚生労働省の目論見です。メタボリック症候群について、ここで改めて説明することはしませんが、要するに、高血圧、高脂血、高血糖の3要素の組み合わせで危険度を推定するというもので、取り立ててあたらしい病気の概念が現れたというわけではありません。特定の病気の発見ではないから「検診」ではなく「健診」なのだ、と、冒頭に書いた疑問への解答を説明できます。特徴は、むしろ健診結果が出てから後の対策にあります。健診機関は、その人の危険度の程度に応じて生活改善の計画を立てて、その経過をモニターし、結果を評価するという役割を求められます。これを特定保健指導と呼んでいます。この方向は、私たちが目指してきた健診サービスの質と共通しており、好ましいものといえるのですが、その実施は健診事業にとっての大変革を意味しています。大雑把に言えば、治療が必要な人を見つけ出し、医療機関への受診を勧めてそれでおしまい、というのがこれまでの健診の役割でしたが、医療機関での治療までは必要としない中間段階の人々に、自己調整の指導をしそれを観察しなければならないことに

なります。健診が検査の機能だけではすまなくなるといのが大変革だという理由です。

当センターでもその対応を鋭意検討しています。とりあえず懸案だったコンピュータシステムを新しくします。健診記録は電子カルテにして情報の効率的な利用を図るのが目的です。何しろ、健診結果は電子ファイルで提供すべしというのが厚労省の指示ですから。保健指導は現有の医師や看護師だけでは実施できそうもありません。保健師や管理栄養士の参加が必須でしょう。医師も私たち二人では手に余るかも知れません。健診センターはこの特定健診をきっかけに、新たな体制を求められているといえましょう。



肝細胞癌の診療



医師 炭田正俊

(1) 早期診断への取り組み

肝細胞癌は肝臓に初発する癌の約95%を占めます。約80%に肝硬変を合併することから外科的切除にも制限があり、そのため古くから内科の医者がその治療に関わることが多く非切除療法の発展につながってきました。昭和53年頃より経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)、昭和58年には当時在籍していた千葉大学第一内科の研究室で同級生の発案により始まった経皮的エタノール注入療法(PEI)、その後マイクロ波治療(PMCT)、ラジオ波治療(RFA)と続き、最近では超音波治療(HIFU)が試みられています。これら治療法の対象としては、広範に拡がっていない小さな癌(通常3cm、3個以内と云われています)であることが望ましいため早期診断が重要となってきます。肝細胞癌の約80%はC型肝炎が原因となっており肝細胞癌の原因の大多数を占めます。それ以外にB型肝炎に起因するものが約15%(B、Cの重複感染もみられます)、B型肝炎、C型肝炎が共に認められない場合が5~10%にみられます。これらB型肝炎、C型肝炎にかかっている肝細胞癌になりやすいグループ(ハイリスクグループ)に対して、定期的に超音波検査、造影CT検査、採血による腫瘍マーカーのチェック等を行なうことにより、肝細胞癌の早期診断が可能となっていますが、10%前後の非B非C型肝炎を背景とした肝細胞癌の早期診断が問題となります。ウィルスマーカーがまだ見つからないこれら10%程度の症例の拾い上げには、健康診断などの超音波検査に頼らざるを得ないというのが現状です。

5年生存率が40~50%とまだまだ良くない治療成績の向上のためにも、早期診断が重要となります。いろいろな腹部症状を訴えて来院された患者さんに対して、身体に負担の少ない超音波検査の活用を積極的に行なっていく必要があると感じています。

ビタミンCを上手にとる方法



栄養科長 安藤美和子

はじめまして。平成19年8月より栄養科に勤務しております安藤です。

朝夜と日中の寒暖の差が激しいと風邪など体調を崩す方が多いと思います。しっかりと体調を整えておきたいものです。

ビタミンCは、肌の為に良いと聞きますが、風邪の予防にもとても良いんです。今の時期、みかんやイチゴなどおいしいので上手にビタミンCが取れるように考えてみたいと思います。

1. ビタミンCは食後に取る

よく果物は、「食事の後に食べましょう」などといいますが、とても理にかなったことなのです。同じ摂取でも空腹時は、短時間の摂取なので過剰分はすぐ尿として排泄されてしまいます。反対に満腹時は、吸収速度が遅い為、吸収しながらビタミンCも消費され余分にビタミンCを吸収することが出来ます。

吸収量をもみても満腹時に比べて1.6倍も多い吸収量になります。

2. 3回に分けて取る

ビタミンCは、体内に蓄えておくことが出来ません。1度にたくさん入ったとしても過剰分は2、3時間で体外に排出されてしまいます。

3. ビタミンCは熱に弱い

水溶性のビタミンは熱に弱い為、煮込み料理よりも炒め物や生で食べるのが良い。

4. 蛋白質と一緒に取る

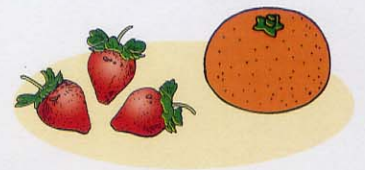
蛋白質から作られるコラーゲンは、血管や筋肉を丈夫に保ち肌の潤い効果にも注目がありますが、コラーゲンを生成時にはビタミンCの存在は欠かせません。

5. ビタミンCは、酸化に注意

空気中の酸素と結びついて酸化してしまうので、野菜などは長期保存はむいていません。出来るだけ、取りたての新鮮なものを食べるようにしましょう。

これらのことに、出来るだけ注意をしながらこれからも風邪をひかないような元気な体を作りましょう。

栄養科では、皆様のご意見を取り入れ、おいしく食べやすい食事を目指してまいります。



朝ごはん



3階病棟師長
石渡 聖子

みなさん、毎朝きちんと朝ごはんを食べていますか？
時間がないとか、食欲がないからとか、一人暮らしだからといっ
て、ちゃんと朝食をとらない人が増加していますよね。

でも朝食を抜くということは、体はもちろん、脳にも悪い影響を与えてしまうと言
うことをご存知でしたか？

朝食を抜いた時、なんかイライラしちゃったり、集中力がなくて勉強も仕事もはか
どらない時ってありませんか？

これは脳のエネルギーが不足していることが原因なんです。



脳はものを考えたり、記憶をしたりするだけではなく、体の各
器官に指令を出して体を動かすなど、生命の維持するために、と
ても大事な器官なんです。

脳の活動エネルギーは主としてブドウ糖なのですが、実は体内
には大量に貯蔵しておくことができないので、すぐに不足しち
やうんです。

ですから、夜寝ている間は栄養補給されなく、朝の脳はエネルギー欠乏状態となっ
てしまって、脳は正常に働かず、集中力や記憶力も低下してしまいます。

では、朝食に何を食べればいいのか？ズバリ「ごはん」です！

「ごはん」は粒食なので、ゆっくり消化・吸収されることで徐々に血糖値を上げ、長
時間維持しますので、脳にとって非常に安定したブドウ糖の供給源といえるんです。

しっかり朝ごはんを食べて、頭も心もおなかもゆとりを持って出かけるようにすれば、
1日シャキッ！と過ごせるようになりますよ！

みなさんも明日からは、きちんと朝ごはんを食べて、勉強や仕事をがんばりましょう。

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

これからも本院理念の「医学は科学」であるとい
う姿勢で研修に勤め、技術の修練と新しいチャ
レンジを続け、地域の皆様に一層信頼される病院
になるよう、職員一同努力いたします。

今後も「はなみずき」ご愛読くださるよう
お願いします。

(編集委員)