

はなみずき

古い考えとは思っていませんが…（そのI）

院長 鎗田 努

4月の東京医大の人事異動で、菅医師が近県のがんセンター呼吸器外科に転任になりました（代りに今井医師が赴任）。その後に2回会う機会があり、「不思議な医療ですが頑張っています。」とのことでした。検討会でみせられるレントゲンやCTは全て「肺癌」と診断された写真だけ。呼吸器内科で肺癌で手術が必要と診断された患者さんに、決められた手術をし、他の合併療法が必要と判断されればその専門に転科とする。術後の経過観察で受診し、少しでも他臓器の症状（「例えば、「腹が痛くて食欲がない」など）を訴える患者さんには、「専門医又はかかりつけ医で対応してもらいましょう」と話すのだそうです。当院のような小さな一線の病院で、患者さんの訴え（病状）を聞き、レントゲンやCTで一見すると同じようにみえる陰影から、肺炎のような治療をいそぐ疾患や、結核のように他人にうつす危険のある病気を鑑別し、検査を追加して肺癌と診断し、その組織型を決定し（肺癌は胃癌などの他臓器の癌と違って、顕微鏡的に種々の組織型（タイプ）があり、それぞれで治療法や注意点が異なっ

てくる)、診断から手術さらに後療法までを最初から同じ医師と同じチーム(外科は小出、塚本、松田、菅(今井))がかかわり、患者さんと一緒に喜んだり悲しんだりする医療を2年間行ってきた菅医師にとっては、手術目的で回ってきた患者さんに目的の手術をし、すぐ他の部署にまわす医療は新鮮な驚きだったようです。しかし現在の日本の大病院は、医師(や職員)の仕事の効率化や機器の有効活用等から、診断部門と治療部門が分れ、またそれぞれが臓器別に分れるという専門化というか分業化を目指していますので、当院の方が不思議な医療になってくるのかもしれませんが。

外科医は検査で得た所見を手術で確認出来ます。また切除した臓器と比較検討も出来ますので、診断面や治療法選択で、専門化した医療に大きく劣ることはないと思っています。分業化は大病院指向や専門医指向の強い最近の傾向にとって受け入れ易い方法とはいえ、患者さんの全体像をみないで、ベルトコンベアで自分の前にきた時だけ医師が「点」で参加する医療は、いくらその時点時点では専門とはいえ、色々問題があると私は思っています。もちろん全ての疾患を同一の基準で論じることは不可能で、例えば皮膚の切創などでは医師が「縫合」と「抜糸」という「点」で参加して大きな問題はないといえますが、癌のように長い経過を擁する疾患では、連続した治療計画をたてて医師は連続した「線」で参加すべきと考えています。その上、最近患者さんは全体に高齢化してきており、対象となる疾患以外にも高血圧とか糖尿病とかを合併しているのが普通になっていますので、合併している病気も含めて広く治療を考える必要があります。臨床の場では、患者さんが「この医師は、それなりの腕をもち、自分のことを真剣に考えてくれている」と思えてはじめて医療が成り立ちますので、「点」や「線」でなく人間関係までを含めた立体的な関係が出来てはじめて医療に成り得ると思っています。しかし現実には患者さんも医師も(特に医師は)取りまく医療環境の悪化もあり極く狭い範囲の専門にこだわる医療になってきていますので、当院が将来どう変わっていくのかわかりませんが、少なくとも私が院長の間はあまりにも専門化しすぎた医療を取り入れたいとは思っておりません。専門化しすぎた医療について一言追加すれば、現在はほとんどの疾患に「診断指針」や「治療指針」(ガイドライン)がありますので、「指針」ののっとっている限りは大きな違いのない医療になるはずで、「指針」を超える医療、これを書き換えさせるほどの医療が行えてはじめて専門と言えるのだと考えています。

もちろん当院だけで医療が完結出来るとは考えておりません。どの病院でも自分達の専門とする医療のほとんどは、自分の病院のスタッフで行うのが普通ですが、私達のまわりには、特殊な技術や深い造詣をもった医師が沢山います。こういう医師に病院の枠を越えて、当院の治療や手術に参加してもらうことは数多くあります。助け合える医師同志の人脈を広くもつことは医師の臨床技量の一つで、小出副院長も私も他の病院の手術に参加しておりました(さすがに最近には私にはお呼びがかからなくなりましたが)。他の病院の手術に参加し合ったり、意見を述べあったりするの、連続した治療計画の中で主治医が、「ここさえ乗りきれればこの治療(手術)はうまく行く」という大きな分岐点をもっている時です。参加する方は手術では患者さんにはすでに麻酔がかかっていることが多いので、「点」で参加することになってしまい、医師というより一技術者という感じです。この人脈は、同じ出身大学内とか同じ学会(例えば肺癌学会)内という非常に狭い範囲に限られてはおりますが、主治医が全体像をみているという意味でも悪い動きではないと考えて実行しております。

このように医師が動く医療がある一方で転院が必要になることもあります。当院ではこれまでは大きく別けると3つの型があり、それぞれにこちらの対応としてはすっきりしておりました。(1)当院の専門外医療、または専門であっても当院では出来ない特殊な技術や当院にない機器が必要な場合。こちらから転院をお願いした以上、転院先での治療が終わり、こちらでの治療が必要な場合は、きちんと対応させていただいております。(2)診断がきまると患者さんが、名前の知られた病院やインターネットの情報をもとに、自ら転院する場合。残念ながらこちらとはご縁がなかったということで、情報提供書を作りそれで関係を終わらせてもらっています。(3)近隣

の先生方から当院の専門性を評価いただいて患者さんを御紹介いただいた場合。信用していただいた以上は、おこたえするのが当然ですので、現場のスタッフには無理をかけてでも（例えば病床を無理にあけたりして）頑張らせていただいています。しかし昨年千葉県は「循環型医療システムの構築」を目指すという方針を打ち出しましたので、対応は複雑になってしまいました。先の菅医師の転勤先で行われている方式の拡大版で、例えば手術をする病院は手術だけをして出来るだけ早く次の病院へ転院（循環するのは患者さん）してもらおうということです。これも医療を経済（例えば、保険点数は入院期間が短いほど高く設定されている）や仕事の効率からみた方式で、循環させられる患者さんにとっても、見も知らぬ医師の行った手術の後を引き受けさせられる次の医師にとっても、喜べる制度ではありません。追い出されたと思ひ嫌々転院する患者さんは、次の医師の治療に何をされるのかと疑心暗鬼で対しますので、良い効果は得られにくく、人の気持ちも現場医療も全然理解していない人達が、頭で考えた制度だと思っています。口では「患者様」などといいながら、実際は患者さんを「物」として野球のボールのように投げる発想は、現場では思いつかないものです。関連施設という名前の転院先の開拓が大病院の院長の新しい仕事になっているのも変なものですが、こちらが日頃かなり無理を聞いてもらっている病院もあり、病院間で一筋縄ではいかない関係が生まれつつあります。

つい最近まで、「医師は病気を見るのではなく患者さんを見る」と患者さんとの人間関係を大切にすることがありましたが、最近急にどこかに行ってしまいました。現在医師は病気ですら見ないで、極く限られた一部だけを見て「点」で参加しますので、人間関係など出来っこありません。医師の側から言えば、一人の医師では手にあまる程に医療の情報が増えてきたための専門化という側面はありますが、医師の2人に1人が生涯に1度は訴えられるという現況（その陰には裁判にまでいかないトラブルが無数にあると言われる）下で、少しでも危険のあることには手を出さない姿勢になってきたことが大きいと思います。これではいくら医師を増やしても間に合いません。患者さんが主たる当事者で、医師(医療関係者)は専門の立場で助力をし、(同居している)御家族が生活面を支えるという型で現場医療は成り立っていると思っていますが、行政は「循環型」などと人間関係を壊す制度を次々と作りますし、マスコミはかなり半端な知識で無責任に医療を論じます。突然見舞いなどで現れた患者さんに直接責任のない立場の関係者が口を出して(絶対安静の時期に現れて「リハビリもしないで寝たきりにするのか」といったり)。現場を混乱させることも最近はずらしいことではなくなっています。本来は現場医療がスムーズに行われるための脇役であるべき行政やマスコミが主役になって、医療崩壊に拍車をかけている気がしてなりません。現場の医療にとって厳しい環境がつづきますが、微力であり力のおよばないことは多くあると思いますが、患者さんの方を向いた医療を実践していくつもりでおりますのでよろしくご指導お願い申し上げます。

古い考えとは思っていませんが…（そのⅡ）

菅医師は「将来のためと考え腕を磨く」と言っています。癌センターの呼吸器外科には「肺癌」の手術が集まりますので肺癌の手術、手術の生活が送れるはずですが、2年間一緒に生活をして、彼の真面目さ、努力、人柄等を高く評価していますので、大きく伸びてほしいと思っていますが、取り組み方によっては有益に働かない可能性があるかと危惧しています。当院の2年間で500例以上の手術（しかも種々の臓器の）に参加していますので、同年代の外科医より圧倒的に多い経験をしています。これに東京医大でのキャリアを加えますと、普通の外科医と

しての実力は十分あると言えます。偉そうな発言で恐縮ですが、外科医が一人立ちをして、それからさらに飛躍する条件を（１）癌センターの手術について、（２）どのようなチームに、どのような立場で参加するのか、（３）外科医の手術の質を決めるものの３点について、日頃考えていることを述べてみます（千葉大学在職時代に私は「独断と偏見」と言われていましたので、眉に唾をつけてお読みになった方が良いでしょう）。

（１）癌センターではどのような手術が行われるのか。新聞や雑誌などに「手術の症例数」をもって病院をランク付けする記事が数多くみられますが（手術の種類によっては、当院も下の方に出たりします）、医療（手術）を全く分かっていない人達による無責任な口出しであり、それによって医療は混乱させられていますので、犯罪ものだとさえ感じています。肺癌を例にとりて考えますと、早期でほとんど解剖学の教科書通りの手術と非常に進行していて例えば癌が大切な血管（例えば肺静脈）をしめつけていて、心嚢をあけて心臓（心房）の壁の一部を合併切除しなければならぬ手術とでは、時間で倍、難易度で数10倍も違います。評価するのであれば「数」ではなく「質」で行われるべきです。また手術は医師だけではなく術前・術後の治療に関わる看護師等のチーム力も考慮すべきです。症例数の多い病院が難易度の高い手術を数多くやっていたら問題はないのですが、どこの病院もスタッフ数は限られています。患者さんにとって手術は1回勝負ですので、評価を信じて評価の高いところで受けたいと思うのは当然ですので、手術数の多い病院程、殺到する早期の患者さんに追いまわられているのが現状です。

昨年まで千葉県がんセンター運営会議(千葉大前学長(外科医)と患者さん、マスコミ、NPO、癌在宅診療より代表それぞれ1名、それに在野の医師としての私とセンター長を始めとする代表職員で構成)の末席を汚していました。席上、呼吸器、上部消化管(胃など)、下部消化管(大腸など)等々と臓器を細かく分けたチームを持つ以上、危険が高く市中病院が避けたがる手術や「治療指針」を越える手術(それが患者さんのためになるのなら)を中心にすべきで、市中病院との住み分けをはっきりしないと専門性は生かせないと主張してきました。定型的な手術で忙しすぎて、「指針」通りの判断では、専門のセンターのあるべき姿ではないと思っています。ほとんどの患者さんは権威のあるところで、「指針」に従って手術不能と判断されれば納得されますが、それでは長期生存の可能性が減ってしまうことも(あくまでも可能性ですが)考えられます。以前、当時千葉大内科に勤めていた医師のお母さんの肺癌が手術不能と診断され、可能性を求めて当院にこられ手術をさせていただいたことがあります。またその当時は手術不能とされていた進行肺癌の別の患者さんに、千葉県では初めて「気管分岐部形成術」を行う機会をいただいたこともあります(この手術は麻酔技術や手術に使用する材料の進歩もあり、現在は呼吸器外科領域では行える施設が増えてきております)。これらの困難な手術を、当院のような小さな病院で行うチャンスを頂けることは外科医としては嬉しいことで、感謝して手術に取り組みましたが、困難な手術程、手術を継続するか撤退するかは紙一重であることと、ほんの些細なことが結果の成否を分けることを痛感させられています。これらの手術は個人的な人間関係に根ざして当院で行い得たことで、医療全体の体制としては逆であるべきだと考えています。

医療資源特に人的資源は限られていますので、それを効率良く使って多くの患者さんの可能性を広げるためには、医師が病院の枠をこえて手術等で協力し合い、お互いの力を認めあって仕事の住み分けをきちんとすること(外科医は口先だけではなく実際一緒に仕事をやってみないと信用しない悪い癖があります)、それをプロの意見として患者さんに納得いただく人間関係を築き直すことしかないとは私は考えています。しかし県立病院の医師(公務員)には、「バイト禁止令」というものがあって、市中病院の実際を知るチャンスはありません(こういう医師の交流はバイトではないと思いますが)。それなのに県は「循環型医療体制を構築する」と方針を決め、医療内容もそのレベルも分からない病院に患者さんを循環させるよう現場に強制しています。これまでの患者さんとの人間関係をわざわざ壊すようなもので、現場の医療を知らない人達が机上で考えた方策です。昔医師は当院では、胃癌、大腸癌、肺癌と毎日違う手術に加わっていました。症状が出てから病院を受診される方が多いので、

どうしても進行したケースが多くなります。同じ手術と言っても内容は千差万別で同じものではなく、成否はほんの些細なことで決まりますので、外科医師には素養として「手術に対する恐れ」と「微妙な差違を感じる力」が要求されると思っています。ところががんセンター呼吸器外科では肺癌（たまに縦隔腫瘍）の手術だけで、なぜか検診でみつかったような早期の患者さんが集まってくるので、定型的な手術が多くなります。経験がないので勝手な想像ですが、先の外科医の素養の対極にある「慣れと定型化one pattern」が生まれる素地があるように思えます。菅医師には手術への恐怖心を持ち続け、「指針」を書き換えるような手術を行う機会を自ら作り出し頑張ってもらいたいと思っています。（２）どんな医療チームに、どんな立場で参加するか。当然手術はチームで行われます。以前「はなみずき」に「主任になると手術がうまくなる」という言葉が大学病院の外科にあると書いたことがあります。手術にかぎっていえば、主任にはその手術をきちんと完了する患者さんに対する責任と若い医師を育てるという責任があります。術前には手術が可能かどうか、どんな術式を選ぶか、予想される難易度により誰を術者にするのかを判断しますし、術中は危険度の高い局面で術者を交代させたり、特殊な技術の持ち主（例えば血管外科医）を加えたり、又は撤退するかどうかの判断（決断）が求められます。中でも一番大切なことのひとつが、手術が必要かそして可能かの判断と考えていますが、先に述べましたように大病院の分業システムではここを内科医が行うのが私には今一つ納得出来ない点です。定型的な手術の多くはチーム内の若手に術者は回ってきます。途中で術者を取り上げられたくないの、しっかり勉強してきて抵抗するのが普通です。撤退しようとすれば判断は紙一重ですので、「もっと頑張れるはずだ」と主張する人がチーム内に必ず出てきます。チームを納得させるだけの「力量」を示すことが必要で、そうでなければ実質的な力は取って換わられてしまいます。当院での菅医師は、千葉大関係の外科医の集まりでは必ず話題にのぼる大物外科医の小出、塚本のどちらかが一緒をすることがほとんどでしたので、どうしても教えられて従う立場でした。これからはがんセンター内の地位はともかく、手術場では当然主役の役割をせざるを得ないはずと思っています。術前・術後の仕事量でも、又精神的にも、責任や苦労は増えますが、これは通り抜けなければならない道ですので頑張ってもらいたいと思っています。

（３）外科医の手術の質を決めるもの。「絵」をみていて「きれいな絵だがこれを描いた人を好きになれそうにな」と感じることもあると思います。手術でも数回一緒をすると、どんなに社会的に地位の高い人でも、マスコミ流に言えば症例数の非常に多い人でも「嫌な手術をするから、人間的にも嫌な人だと思う。（逆かも知れない）」と覚えることがたまにあります（相手の方がもっとそう思っていることの方が多いと自覚はしていますが）。友人には「お前は決めつけがすぎる」と言われていますので、これも話半分にしていただいて結構ですが、手術場のようにギリギリの状況で、ギリギリの判断をしなければならない場合には、「人間」や「生き様」がもろに出ると覚えています。結局医療はそれがどんなに進歩しようが、人間が人間に関わることを基礎にして成り立っていると思っています。

（そのⅠ）でも書きましたが医療は病んで苦しんでいる患者さんが主役で、医師（医療関係者）が専門分野の援助をし、同居している御家族が生活面で援助するのが根幹ですが、現在は側面からこれを支えるべき「制度」「マスコミ」「責任のない立場の患者さん周囲の人」がピントはずれに騒いで主役になり、医療崩壊を助長している部分も多いと感じています。病院の勤務医は「忙しすぎて疲れている」と、診療所の医師が時間外診療を行えば保険診療上金銭的に優遇するとする制度などは、医師を「金」で釣ろうとするだけでピントはずれもいいところです。これも医療を知らない人が考えそうなことです。プロは自分の仕事で疲れることはありません。医師は医療のプロですから医療では疲れません。忙しすぎるといえるのは、まったくの同時刻に違う場所で違う仕事をやらなければならないようになった時くらいです。疲れるのは数多くある会議、書かなくてはいけない書類、おかしな制度や（今年４月の医療改定で外来で、医師は患者さんと５分一緒にいて、カルテに「５分」と書けという制度が出

来ました。患者さんが着物を脱いだり着たりする時間も含めるのかなどと馬鹿な議論が行われています)、最近急激に増えている「クレーム」の対応等々の医療以外のことがほとんどです。病院の勤務医が疲れているというのなら、変な制度を造って雑用を増やしたりしないで、診療に集中させてほしいと願っています。渡辺一男医師は「千葉県がんセンター長であった頃、立場上多くの会議で医療問題や制度造りに発言していたが、本当に現場医療を理解したのはこの病院に来てからだ」と話しています。癌センター長時代に出色の医師といわれていた渡辺医師をしてすらそうですから、制度は現場医療と関係のないところで出来るものだと思います。とは言っても(Ⅰ)(Ⅱ)に書きましたように現場の医療も、大病院から始まった経済や効率優先の「コマ切れ」医療になりつつあります。そして今の日本のドライな人間関係にはこの方が良いのかも知れません。しかし当院は古くから地元にある病院として、人間関係を大切にしたい医療を目指しております。患者さんと医師は運命共同体だと思っていますので、患者さんをお客様として「患者様」と呼ぶことはこれからはないはずですが、しかし実際の医療レベルが落ちてしまえば「医師の過去完了」とか「病院の化石」と言われてしまいますので、これからは大病院に遜色のない医療を行うべく努力を続けてまいりますのでよろしく御指導お願い申し上げます。

地域から医療を考える (5) —高齢者の医療—



医師 渡辺一男

病気ひとつせず駆け抜けたせい、私は定年まで老後の不安など感じたことはありませんでした。日本は経済大国、医師であり公務員なのだからなんとかなる、だから仕事に打ち込めと。ところが現実はそんなに甘くはなかったのです。

医師の約70%は勤務医です。多くは免許証を取得してから、医局での研究研修を経て一人前の臨床医になる迄には10年以上かかります。ですから他の職種とはそれだけ遅れての正規雇用となります。これは定年までの勤続年数の差となり退職金の算定に反映されるのですが、周知のように「公務員はフルに無事勤め上げる」制度なので、医師など途中からの採用者にとっては、不公正で大いに不満の残るシステムだったのです。年金はというと、研究研修の時代はアルバイトと転勤続きで、納付期間を拾い集めてみてもやっと給付資格に届く程度。忙しい毎日でしたから、これからは「時間的なゆとりだけでも取り戻し、こころ豊かに暮らせたら」と夢見ていましたが、とんでもない、これで夫婦あとどのくらい暮らせるのか？ 不本意ながら、私にとっても定年は、老後を考える良い契機になったわけです。まず、いったいあと何年生きるのか？ これが判らないのが大問題です。当然、年金だけでは暮らせないし、長生きするほど身体は衰え働けなくなり、生活は苦しくなります。まさに、「生きていること」がリスクになるわけです。特に「もし病気になったら」との不安はだれしも逃れようもなく、これをなんとかクリアしなくては「こころ豊かな老後」など望むべくもないでしょう。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。ところが、この「健康」を保証するシステムである国民皆保険制度が、少子高齢化社会を迎えることになった今、大きく揺らいでいるのです。

この制度は、それまで自治体や業種ごとに分かれていたものを整備して、昭和36年に国民の全員が参加する

「皆」保険制度としてスタートしました。病気はだれもが罹るとは限らないけれど、しかし、だれもが罹るリスクはあります。ですから、罹ったときの負担を全体に分散することで小さくする「保険」制度としたことは、理に合ったものといえるでしょう。この制度は、当時の高度経済成長の波に乗って大変有効に機能しました。(税収も豊富でしたから、自治体の首長は医療施設の新設や充実を公約の目玉として票を集めました) かつて国民病といわれた結核や他の感染症を押さえ込み、妊産婦や新生児の診療を充実させてその死亡率を激減させました。増え続ける胃癌などの「癌」に対しても、早期発見早期治療を進めることで克服に努めてきました。その結果、日本は世界一の長寿国となり、世界保健機関 (WHO) は健康達成度の総合評価を世界第1位、平等性で第3位と、この制度を高く評価しています。

ところが、皮肉なことに、被保険者が皆、健康で長生きするというこの制度の目的が達成されるに連れて、高齢者が増加したことによる制度疲労ともいえるべき状況が見えてきました。つまり、高齢者に特有の医療というのが発生してきて、その費用がどんどん膨らんできたのです。その額は今でも11兆円と総医療費の1/3を占めているのです。国は「これを抑えなければ制度が維持できない」というのです。私も含めた高齢者にとっては、大変心配な上に肩身の狭い老後が待っているという、いやな世の中になってきたのです。

ところで、高齢化が進んだことでどんな医療費が増えたのでしょうか？ 高齢者に多い疾患といえば、生活習慣病 (高血圧 糖尿病 高脂血症 等) など受診と服薬を続ける病気、認知症や脳血管障害 (卒中 その後遺症) で入院とリハビリ、その後の介護が必要な病気、慢性臓器障害 (心不全 呼吸不全 その他) で入退院を繰り返す病気 等々であり、その特徴は生きている限りこの状況は続き、結果として医療費の増加を招く性格のものであります。しかし、これは「病気に対する診療費」であり、これこそ健康保険で約束されたものです。この費用を抑制したら、老人にとってはそこで生きることをやめろというに等しく、それこそ憲法違反です。

確かに高齢者は病気がちで、診療費はかさみます。しかし、これが問題なのではなく、根っこは別の所にあるのです。つまり、病む「老人」が置かれている社会的な背景そのものが病んでいるのです。例を上げれば良く判ります。若い人が風邪を引いても、外来治療で対処できます。でも、老人の場合は誰かが手伝わなくては病院にも来られません。熱がただけで食欲が落ち、点滴が必要になりますし、時間で薬を飲むのにも助けが必要になります。独居の場合など、仮に救急車で来院して、診療がおわっても、誰も見る人のいない家には帰せません。老夫婦が支え合って暮らしている場合などは、一方が入院すると他方も一人では暮らせないし、病気が軽快しても元には戻れません。つまり、独居であったり、老老介護であったり、不十分な所得保障 等々、老人が抱える特有の背景が診療を困難にし、医療費を膨らませているのです。老人の独居や老老介護、貧弱な年金 等々、これが医療の問題でしょうか？ 個人の自己責任で済まされる問題でしょうか？

私は何度でも云いますが、このような事態の切掛をつくったのは、小泉内閣が掲げた「骨太の方針」です。「聖域なき構造改革」と称して、地方自治体の医療への補助金カットを奨励し、老人の増加に応じて増やすべき社会保障費予算を、毎年2200億円ずつ削り続けたことです。このように高齢者を狙い撃ちした抑制政策が、その社会の余裕を失わせ、年寄りを取り巻く環境を荒廃させてしまった。これこそが高齢者の医療問題であって、そのために地域の医療は大混乱を来し、まさに崩壊に瀕しているのです。

少し脇道にそれますが、朝日新聞 (5/29) によれば、「県と千葉大とが連携して循環型医療を推進」とありました。診療施設をその機能によって分類し、患者さんを病状に応じて振り分ける。例えば専門病院での診療がおわったら地域の病院へ移し、その後は近所のクリニックで診て貰うといった内容です。しかし、このシステムには患者さんが抱える事情という視点が全く欠けています。地域の現状を見ない人達の机上の空論と云わざるを得ません。

本題に戻りますが、増え続ける医療費にたいして、これまでも国は保険制度をなん度も手直ししてきました。

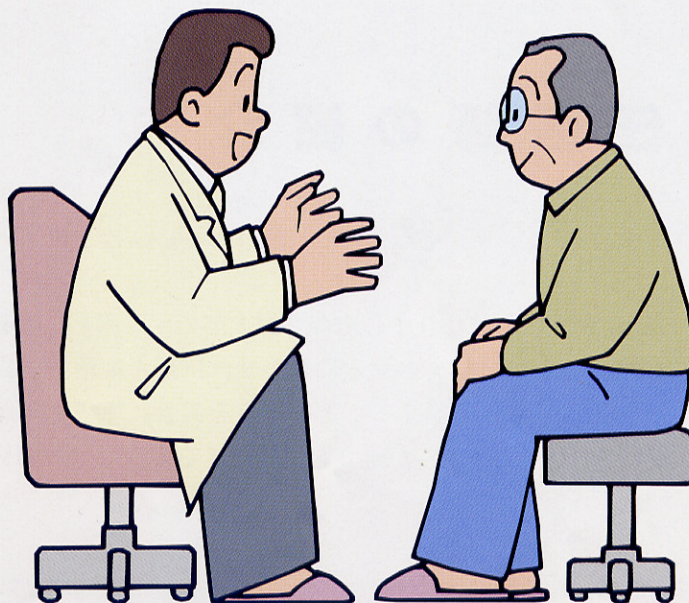
社会保障政策の柱としての保険制度ですから、個人の拠出金（保険料）を税金と同じに所得比例で徴収し、税金の投入（補助）や、受益者（自己）負担を求める等々。また、企業にも健康な労働力によって得られる利益の一部を保険に還元する制度とし、保険料の1/2を負担させるなど、皆保険の存続に努力を重ねてきたことは評価しなければなりません。また、最近では老人に特有な医療というものの存在にも気づき、その一部を「社会的入院」などと呼んで、これを別の財源で運営すべく介護保険制度を導入したりしました。これを「保険」としたのには問題があるとしても、考え方は正しかったと思います。しかし、ここまでは良かったのですが、次にやったことが「後期高齢者医療制度」の導入だったのです。国は高齢者の医療が抱える問題を分析することなく（解らないのでしょうか）、ただ75歳という年齢で線を引いてすくい上げ、それだけを別枠で扱う新制度に移してしまっただけです。決めたのは2年前でしたが、その後の高齢者を取り巻く社会環境が益々厳しくなったこともあって、世論はこぞって反発しました。これには国も少々戸惑ったようですが、「制度としては間違っていない 負担増には細かい手直しで対応する」などと云って、あくまでも存続の姿勢です。なぜなら、制度として一旦出来てしまえば、2年毎に中医協が行う診療報酬改定の中で、この部分を狙って診療内容を押さえ込める仕組みになっているからです。とにかく導入、これが厚労省の真の狙いなのです。そうなれば当然、高齢者に対する診療の質が低下することが予想されます。しかし、このような質の低下に対する批判を反らすための提案は、実はもう用意されていて、その見本は米国にあるのです。国は野党の「年寄りだけを切り離す世界に類のない制度」との批判に対して、「アメリカにもある」と反論しています。そうです。これが本音です。米国のメジケア（公的老人保険制度）を下敷きにしているのです。これは処方（薬の料金）をカバーしない不十分な制度であるうえに、米国では薬の値段も公定価格ではありません。ですから、その制度がカバーしない部分は民間の保険を買って補わなくては安心できません。そのために国は民間保険に加入することを条件に、薬価もカバーする「メジケア・アドバンテージ」という制度を導入し、そこに税金を入れて補助しているのです。こうなれば、発言力の強い富裕層の批判はかわされ、基礎的な保険のカバーする部分を押し込めることは、より容易になるでしょう。制度は一旦出来てしまうと、民間業者の既得権を生むために、後戻りできなくなります。このことが今、米国の皆保険制度導入の障害になっているという事実を、私達は反面教師とするべきでしょう。

「じゃあ この問題は どうすれば良いのだ」と云われそうですね。結局、高齢者の「診療」は医院や病院が引き受けます。しかし、それ以外の問題を医療機関に押しつけないで欲しいのです。国は増え続ける医療費の負担については、いつも「社会保障政策全体の中で見直す」と云ってきました。それなら老人が病んだ時の負担を「税金でやるべき社会保障」と、個人々が不測の病気に備える「診療」保険とにハッキリと区別して提示すべきです。その上で「税金でやるべき社会保障」については、先ず毎年2200億円削減するというシーリングを外すことです。財源の不足は税制改革で行い、消費税アップも選択肢の一つでしょう。社会保障と考えれば、リスクの低い部分から高い方へ財源を移動することも考えられます。例えば、道路の規格や延長距離を再検討するとか、平和外交に努めて防衛予算の一部を回すとかの選択肢をあげて国民にどちらを選ぶかを問うてみたらよいでしょう。国は財源不足をすぐに消費税アップにつなげ、その際にきまって「日本は北欧など福祉国家に比べて まだまだ消費税率が低いから」と強調するのですが、これにもトリックがあります。日本では、現在の消費税は5%であっても、その額は税収全体の15.4%を占めているのです。それに対してよく例に引かれる北欧、例えば消費税率が25%のスウェーデンのそれは税収の18.3%であって、それほど差がありません。その訳は、生活必需品の税率は低くするか、免除しているからです。だから国民は納得し、国を信頼して高負担を受け入れているのです。ちゃんと筋の通った提案をすれば、国民は国を信頼もし、受け入れもするという良い見本でしょう。もう一方の「診療」保険の財源不足については保険料の値上げが筋だと思います。この不足は高齢者の診療に限ったものではないのですから、全ての人が負担すべきものです。国は、このことを国民に懇切丁寧に説明したことが有ったのでしょうか？ いつ

も自己負担と保険料を分けずに説明し、「国民にこれ以上の負担は求められない」などと深入りを避けています。実は保険料の1/2の負担義務を負う企業が反対しているからでしょう。これを政府が代弁しているとしか私には思えません。

私なら 次のように説明します。医学は日進月歩です。その恩恵を受けるには、診療にたいする負担が増すのは当然です。私が医者になった頃は、未だCTやエコーも無く、町中の医院には心電図、聴診器、それにX線撮影装置があれば診療は成り立っていました。しかし、その後の診療技術の発展は目覚ましく、画像診断機器（CT、MRI、PET 等）や内視鏡などの光学機器、それに遺伝子情報の解読とそれを応用した治療法や薬の登場、臓器移植や人工透析による治療 等々が開発されました。それらの成功と引き替えに、診療には大変にお金がかかるようになったのですが、これを国民みんなで支える仕組みが健康保険制度です。私は県内の医療機関が診療報酬を請求する診療明細（レセプト）をチェックして、その診療内容が適当かどうかを審査する委員をしています。例えば、胃癌を手術した患者さんのその月の請求額は通常100~150万円程度ですが、経過がこじれたりするとその2倍ほどになります。病気の種類によっては、腎不全で透析（人工腎臓）や、大手術では大量の輸血やその他の血液製剤の投与が必要になる場合もあり、月に500~1000万円といった請求も希ではありません。こうなると保険でなければとても負いきれません。（因みに、これらは高齢者に対する診療ではありません。高齢者にはこのような診療はなされないのが一般的です。そして医療費の大半が、このような診療に費やされるのであって、高齢者にかかるものではないことも事実として認識しておく必要があります）しかし、今の保険制度の中では、これらは月額6~7万円の自己負担で済むのです。こんな夢のような保険制度で支えられてきた我が国の医療が、今、財源が足りなくなって危機に瀕しているのです。私は、以上のような事実をしっかりと説明すれば、国民はきっと保険料の引き上げに応じてくれると確信しているのですが いかがでしょうか？

我が家の2階から 私が通った母校の付属病院がよく見えます。この病棟の東側に、ほぼ同じ大きさの新棟を建てていましたが、この4月にオープンしました。病室のスペースが広がり、療養環境が大きく改善したとのこと。それは良かった 今まではいかにも狭かったからな と喜んでいたら、特別病棟も出来て1日7万円を越える部屋もあるとか。診療の場でのダブルスタンダード・・・ここへ入院した人の呼び方はやはり「患者さま」でしょうね。ちょっとガックリです。



鼻・のど・口の感染と感染症



医師 松本京一

我々の体の一部に本来そこに居てはいけない菌やウイルスやカビなど微生物がいることを“感染”と言います。例えば脳や心臓の中には一切の微生物が居てはいけないので何か検出されればそれだけで“感染”です。ただし“感染”が全て病気では無く、“感染”した人の一部に症状が出て“感染症”と言う病気になります。腸の中から大腸菌や黄色ブドウ球菌などが検出されてもよろしいがノロウイルスやコレラ菌だったら“感染”です。さらに下痢・嘔吐・腹痛など症状が出た人は“感染症”になったということになります。前記の“そこに居ても良い”大腸菌や黄色ブドウ球菌は“常在菌”と呼ばれます。鼻・のど・口の中にも“常在菌”が居て集落を作り普段は平和に暮らしております。

ずっと平和なら良いのですが、ある日病原体が外からテロリストとしてやって来ます。彼らはそれぞれが大好きな場所に貼り付き、組織の守りを破壊し侵入します。病原体に人気の高いのは上気道（鼻やのどのこと）粘膜です。これが“上気道炎”でその代表が“風邪”。厄介なことに病原体が変わっても初期症状は同じ、この為、鼻や喉の症状（上気道のカタル症状といいます）があると“風邪”と診断してしまいましたが、後で発疹が出て“はしか”だったりすることがあります。

一旦、粘膜の守りが破壊されると善良市民の“常在菌”が突然火事場泥棒を働くことがあります。風邪がこじれて気管支炎や肺炎になるような場合です。幸い、“常在菌”は一匹狼のインフルエンザウイルスのように強くはないので、大勢集まらなければ悪さが出来ません。ということは“常在菌”といえど普段から増えすぎないようにしておくことが大事。特に口の中は彼らには快適で、歯垢などヌルヌルした塊を作ってその中に大量に暮らしております。ヌルヌルは菌の塊と思ってください。歯磨き、入れ歯の手入れ、舌に付着している舌苔の掃除などで除いておきましょう。さらに、歯周病のある方は歯医者さんで治療を受けておくことをお勧めします。

新任医師の紹介



医師 今井健太郎

このたび4月1日から外科に勤務することになりました今井健太郎です。胸部・呼吸器疾患を専門として治療を行っております。また、肺癌に関しましては個々の病態に合わせ、抗がん剤治療・放射線治療・分子標的学的治療も組み合わせて行います。常に患者さんと対話することに重点を置き、患者さんが治療法をご自分のご意志で選択・決定することを尊重します。また、患者さんが何でも相談できるような信頼関係を築いていきたいと思いません。宜しくお願い致します。

平成15年3月 東京医科大学卒業

検査項目について【その1】



臨床検査技師
井田麻衣子

最近、検査結果を渡された患者さんから「検査項目の見方がわからない」という声を耳にしました。そこで、主な検査項目について簡単にご説明していきたくと思います。

まず今回は、肝機能の指標となる検査項目についてご説明致します。

TP (総蛋白)

TPとは、血清中の蛋白質の総量を示します。血清中には約7～8%の蛋白質が含まれており、それらは100種類以上の蛋白成分で構成されています。主な蛋白成分は、アルブミン (ALB) とグロブリンです。TPのほとんどは肝臓で合成され、栄養の補給や物質の輸送、免疫など重要な働きをしています。よって、肝機能障害による蛋白合成低下、栄養不良によるアルブミンの減少などにおいて低値を示します。一方、下痢・嘔吐などによる脱水状態、慢性感染症・炎症によるグロブリンの増加などにおいて高値を示します。

ALB (アルブミン)

ALBとは、TPの約60%を占める蛋白質です。ALBは肝臓で合成され、血液の浸透圧調節や体外物質の保持・運搬機能を担っています。よって、TPと同様に肝機能障害や栄養不良などにより低値となります。また、ALBが高値になることは少なく、臨床的に重要となるのは低値の場合です。

T-Bil (総ビリルビン)

ビリルビンとは、古くなった赤血球中のヘモグロビンが肝臓などで分解されてできる黄色い胆汁色素のことです。間接ビリルビンと直接ビリルビンがあり、両者を併せて総ビリルビンと呼びます。

肝機能障害や胆管障害などによりビリルビン処理能力が落ちると、T-Bilが血液中に増加し高値となります。また、値が上昇すると皮膚や粘膜が黄色となる「黄疸」が見られるようになります。一方、貧血では赤血球が少ないために低値となります。

GOT (グルタミン酸オキサロ酢酸トランスアミナーゼ)・

GPT (グルタミン酸ピルビン酸トランスアミナーゼ)

GOT及びGPTとは、蛋白質の元となるアミノ酸を合成する酵素の一つです。GOTは、主に肝臓、心筋、骨格筋に多く存在します。よって、それらの臓器の細胞に異常が起こると、血液中に漏れ出てくるため値が上昇します。GOT高値は肝障害で最も頻度が高いですが、心筋梗塞、筋肉疾患などでも高値となります。一方、GPTは肝臓にのみ多く存在します。よって、肝炎などの肝障害により高値となります。

LDH (乳酸脱水素酵素)

LDHとは、細胞内で糖がエネルギーに変わる時に働く酵素で、肝臓、心筋、骨格筋、血球など全身のあらゆる細胞に含まれています。よって、それらの細胞が障害されると血液中に漏れ出てくるため、LDHは高値になります。高値の場合は、肝疾患、心疾患 (心筋梗塞)、血液疾患 (白血病、貧血など) が考えられます。一方、低値の場合は放射線治療、糖尿病などが考えられます。

ALP (アルカリホスファターゼ)

ALPはエネルギー代謝に関わる酵素の一つで、肝臓、骨、小腸、胎盤などの細胞内に存在しています。よって、肝・胆道系疾患や骨疾患によりそれらの細胞からALPが血液中に漏れ出てくるため、値が上昇します。また、妊娠では胎盤からALPが血液中出现するため、妊娠8ヶ月以降では妊娠前の2～3倍高値になります。

γ-GTP (γ-グルタミルトランスフェラーゼ)

γ-GTPとは、GOT、GPTと同様のアミノ酸を合成する酵素の一つです。肝臓、膵臓、小腸などに存在します。よって、肝疾患などにより細胞からγ-GTPが血液中に漏れ出てくるため、値が上昇します。また、アルコール摂取量と関係があるため、アルコール摂取量が多い人は高値となります。

ストレスと上手に付き合う

現代は、ストレス社会と言われるほど、大なり、小なりストレスを感じて生活している人が少ないと思います。ストレスはどうして発生するのでしょうか？



3 階病棟看護主任
仙木 富士子

- ・対人関係がうまくいかない
- ・仕事で失敗をしてしまった
- ・他人から嫌な事を言われてしまった
- ・他人と自分を比べてしまう
- ・くよくよ考えて前向きになれない

このように、嫌な気持ちがなかなか忘れられず、落ち込んでいるとストレスが生まれてきてしまうのではないのでしょうか。

ストレスが長く続くと身体にも変化が現われてきます。首や肩こり、頭痛等の症状です。早いうちであれば軽い体操で症状は、緩和されていくのでしょうか。ストレスと上手に付き合うためのポイントは、気分転換を上手に図るとか、心身の疲れを早く取るとか、考えてみると当たり前のことばかりですが、自分に合った解消方法を見つけ、気持ちをいかにコントロールしていくのかで、毎日の生活・仕事が楽しく過ごせて、人生にも張り合いがでてくる事でしょう。常に気持ちにゆとりを持ち、切り換えができる様、前向きでいたいと思います。

最後に私の大切にしている3つの「心」を紹介します。

- ・感じる心・・・人の心の痛みや喜びを、自分の痛みや喜びとして感じる心
- ・感激する心・・・何気ない日常の気付きを大切にし、感動を共有できる感性
- ・感謝の心・・・自分にかかわるすべての人たちに感謝し、何かを学ぶ姿勢



編集後記

さまざまな医療問題が報道されています。国民が安心でき、納得できる医療制度が出来る事を願いたいと思います。

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)



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

医療法人 鎗田病院

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