

はなみずき

地域から医療を考える（6） —畏縮する医療—



医師 渡辺一男

今、地域で最も必要とされるのは2次救急の指定病院、つまり入院治療もできる病院です。この高齢化が進む中、ベッドが無くては救急を引き受けられません。しかし、皮肉なことに、そんな患者さんが増えるにつれて、2次救急の担い手だった病院が、どんどん消えていくのです。銚子市立総合病院（393床）が経営難から昨年9月末で休業、未だに引き受け手がありません。山武郡の救急態勢建て直しを目指す地域医療センター構想も、支持母体となる市町村が負担を嫌って抜け落ちて、建つかどうかわかりません。市原地区でも、2年余り前に病棟を閉めた いちはら市民病院（37床）が引き受け手を公募中と新聞が伝えていました。また、すぐご近所の南総病院も閉めました。県から3次救急（重症で専門的治療に対応）を頼まれた労災病院や循環器病センターは、それを理由に2次の救急からは一歩引き気味です。

でも、親の代から、その理念に「地域に根ざし 地域の役に立つ病院」を掲げて頑張ってきた鎗田病院ですから、ずーっと診てきた患者さんが「歳をとったから」とか「重症だから」といって診療を断るわけにはいかない

のです。救急だって、1次も2次も診るし、3次だって呼吸器や消化器の病気ならどこにも負けないとの心意気で頑張っています。でも、近頃は少々疲れてきているのも事実です。救急医療は苦勞が多い上に採算もとれない・・・だから行政が税金で補助して運営する病院（自治体病院）が受け持ってきた。それが今、鎗田病院のように地域で頑張っている個人病院に、そのしわ寄せが覆い被さってきています。こんなことはどう考えてもおかしいし、長く続けられるはずもないのです。

自治体病院から医師が去っていく・・・なぜでしょう？ 現在、毎年約7000人の医師が誕生していますが、一方で6000人弱の医師が新たにベッドを持たない開業（クリニック）へと向かっています。この流れが止められなければ やがて地域に「ベッドを持つ病院」が無くなってしまおうでしょう。

昨年 10/4 東京で、容体が急変した妊婦さんが多くの病院に受け入れを断られ、脳内出血で亡くなるという痛ましい事故が報じられました。都知事と厚労相との間で責任の押し付け合いがありました。この事件に特徴的だったことは、医師を有効に活用するために、石原知事が救急医療革命として7年前に立ち上げた「東京ER」第1号病院（都立墨東病院）を初め、医師が偏在して多いはずの大都会にある7つもの病院が次々に受け入れを断ったということです。つまり、医師不足や連絡体制の不備では説明がつかなかったのです。では、なにがあったのでしょうか？ 今回の事件では、それぞれの病院は「満床」「当直医が不在」「別の急患に対応中」等々の理由で受け入れを断っていますが、「出来れば 関わりたくない」というのが本音でしょう。実は、医療者のこのような心理には背景となる重大な事件があったのです。

それは、皆さんも記憶に新しいと思いますが、福島県の立大野病院で起こった医療事故のことです。概略は04/12/17 癒着性前置胎盤の妊婦さんが帝王切開手術を受けたのですが、出血多量で亡くなりました。そして1年2ヶ月も経過した 06/2/18 執刀した産科医師が、いきなり業務上過失致死の疑いで逮捕されました。約1ヶ月間、代用監獄（警察署の留置所）に身柄を拘束された後、そのまま起訴されたのです。この事故は大変稀な上に、判断の難しいケースでしたので、普通でしたら謝罪し、慰謝料を払って示談になるのですが、なぜ起訴されたのでしょうか？ 記録を辿ってみますと、検察が起訴に踏み切る根拠としたのは、事故調査委員会の、あたかも判断に誤りが有ったかに書かれた「報告書」の内容でした。しかし、問題はこの報告書がどの様にまとめられたかです。これには、県から委員会に対して「損害賠償保険の適応を配慮して検討するように」との要請があったことが判っています。この要請とはどのような意味を持つのか・・・ 県立病院時代の私にも思い当たる苦い経験があります。

がんの手術を受けて暫く経ってから、他の場所に再発を疑わせる影が見つかった患者さんがいました。このがんの場合は、再発でも治療の方法があるので その部分に針を刺して細胞を採って検査をしました。結果はがんの転移ではなかったのですが、検査の後に片側の四肢が少し麻痺してしまいました。患者さんの「こんなはずではなかった」との申し立てに対して、病院としては専門家による調査委員会を設けて調査を依頼し、診療に過失（ミス）はなかったとの結論を得て、県に報告しました。ところが、意外なことに県は 担当医師に「非」を認めるように迫ったのです。それも頭ごなしに「ミスだ ミスだ」と。その訳は、県の財政難です。時には数千万を超える示談金や賠償金が必要になる医療事故に対して、県は損害賠償保険に加入しているのですが、その支払いには、当方のミスを認める必要があるのです。その保険金を当てにして、情けないことに、診療を担当した医師個人に「ミス」を求めたのです。幸いなことに千葉県の例では、患者さんの麻痺は暫くして完全に治りましたので、医師の逮捕には至りませんでした。ところが、福島県立大野病院の場合は、この「事故報告書」の中にあつた主治医の反省点をもって「過失」とみなして逮捕、そして起訴へと進んだのです。

本来、自治体病院での医療行為にたいする責任は、個々の医療者よりは行政上のトップ、つまり県なら知事が負うべきものとされていました。だから、皆が協力し合う（言い換えれば全員の能力を結集した）チーム医療が良

しとされ、その中で若い人の研修や、リスクの高い先端医療、また 負担の大きい過疎地の診療や救急医療 等々が行われてきたのです。ですから、この大野病院の医療訴訟のように、県立病院での業務で医師個人の責任が問われるということは、その大前提を覆す大事件だったのです。

全国の医療者、特に外科系の医師は、息を詰めてこの事件の成り行きを見守っていました。学会や医師会なども、逮捕を非難する声明を出しました。しかし、マスコミは内容を良く吟味することなく、「またしても 医療ミス」等々と 書き立て、お茶の間テレビもこれに流されました。

くどいようですが、ここでもう一度考えて見て下さい。いったい、自治体病院が担ってきた医療とはどのようなものでしょう？ 過疎地でも全科に対応できる総合病院、高価な機材やマンパワーを要する先端医療、常に万全な態勢が必要な救急医療 等々、これらは採算がとれず、民間ではやれない医療です。しかし、これら全てを皆保険制度の中でやるためには、受け皿となる自治体病院をつくらざるを得なかったわけです。そして現在、これらの病院の90%以上が予算不足に陥っているのです。これを「非効率だから」と責められますか？

むしろ、これは現行の医療制度を維持するのに必要な経費と認め、「予算化」に努めるのが筋でしょう。それなのに、あの小泉・竹中の「聖域なき構造改革」は、これを「非効率」と切り捨て、補助金を削ってまで「変えること」を迫りました。県も財政難を口実に、その尻馬に乗って組織の一員である1医師に 全責任を押しつけたのです。リスクの高い手術や救急の診療を引き受けて、その結果が悪ければ責任は担当した個人へくる。これではだれもが「できたら避けたい」と思うでしょう。自治体が担うべき医療が畏縮（恐れ縮まる）するのは 当然の帰結です。

大野病院の場合も裁判で明らかになったように、事故には「過失」と判断されるものはなにも有りませんでした。昨年 8/20 福島地裁において、起訴から2年6カ月もの年月を要して無罪との判決が出され、そのまま確定しました。

この裁判では主に「医療行為の結果にたいして 業務上過失致死罪が問えるか」といった問題に焦点があてられ、検察が起訴の根拠とした「事故報告書」がどのように書かれたのかの議論は少なかったように思います。しかし「自治体病院で働く医師を その組織が守ってくれない」ということ・・・この事実が、医師不足の進む中で頑張ってきた医師たちに与えた不安と失望は計り知れないでしょう。

東京での「妊婦受け入れ拒否」事件以後も、全国では色々な救急患者に係わる同様の悲劇はあとを絶ちません。ここに至って、さすがに国も対応せざるを得ず、産科や小児科の医師の手当の引き上げや、受入れ可能な病院のネットワークの整備や強化 等々を打ち出しました。しかし、そのどれもが見当違いで、根っこの「医療の畏縮」を緩和する策にはなっていません。ではどうすれば良いのでしょうか？「畏縮」による救急医療体制の崩壊を止めるには、先ずその担い手である自治体病院を立て直すことです。それには 1)赤字の全額を 必要経費と認識して 予算化すること 2)事故の責任は 自治体の長(首長)が負うと宣言すること・・・これだけで十分です。医学部の定員を増やすことでも、せつかく出来た研修医制度を改善することでも、医師の給与を増額することでもありません。

最近、このことでちょっと嬉しい話を聞きました。暮れに県立病院の運営責任者と話す機会がありました。彼が県立がんセンターの幹部職員と、医師不足への対応や経営等について面談したのですが、その際に医師の給与を引き上げる提案をしたそうです。すると彼らは「有りがたい話ですが 自分たちは結構です。もし やるのなら 若い人達の待遇を改善してやって下さい」と応えたそうです。私は4年ほど前にその施設を退職したのですが、別れの挨拶のおわりを「医療はソロバンでやるものではない 志しでやるものです どうか忘れないで」と結びました。今回、後輩達の応えを聞いて「その通りだ 良く云った」と 希望が湧いてきました。

関節リウマチ



医師 瀬田 龍行

はじめに

関節リウマチは手や足をはじめとする全身の関節に炎症がおり、治療をしないと関節の変形や破壊が進行して、最終的に関節の機能障害が起こる病気です。日本における関節リウマチの患者数は約70万人といわれており、男性より女性に約3倍多く認められます。一般的には高齢者の病気だと思われているようですが、多くは25歳—50歳で発症し、10歳台での発症も少なくありません。原因はまだ不明ですが、通常は病原体などから体を守る免疫システムが、なんらかの理由で自分自身を攻撃してしまうために発症する自己免疫疾患であると考えられています。つまり、関節リウマチは免疫システムが自分自身の関節を攻撃・破壊してしまう病気です。

症状

関節の痛みと腫れが出現して数週間から数ヶ月の間に徐々に悪化します。全身のほぼ全ての関節に症状が出現する可能性があります。初期には手の指や足の指、手首、足首などの小さな関節に症状が現れるのが典型的で、左右の同じ部位の関節が侵されるのが特徴です。また、炎症を起こした関節はこわばり感を伴うことが多く、特に起床時などの関節をしばらく動かさないうちにみられます。発熱を伴うこともありますが、血管の炎症を合併した特殊な関節リウマチを除いては基本的に微熱でいどに留まります。これらの症状は未治療でも軽快することがありますが、関節リウマチであれば必ずまた悪くなり、少しずつ関節の破壊が進行していきます。

診断

関節リウマチは関節の診察所見（腫れている関節の部位、腫れ方など）、関節痛やこわばりなどの持続時間、関節のレントゲン所見、炎症反応やリウマチ因子などの血液検査所見を基に総合的に診断します。リウマチ因子は関節リウマチを代表する血液検査項目ですが、リウマチ因子が陽性だからといっても必ず関節リウマチというわけではありません。健康な人の中でも約10%程度がリウマチ因子陽性であり、逆に関節リウマチと診断された方でも約30%がリウマチ因子陰性であると言われています。従って、関節リウマチは検査値のみでは診断できません。また、発症初期では症状が軽くて関節リウマチの診断に至らないこともあります。そのような場合には症状の経過を観察することも必要となります。

治療（薬物療法）

関節リウマチの治療の目標は関節の痛みを取るだけでなく、関節破壊の進行を止めることでもあります。残念ながら現在関節リウマチに使用している薬では、一度壊れてしまった関節を元に戻すことはできません。一部の関節破壊は手術によって元に近い状態に戻すことができますが、やはり完全に元通りになるわけではありません。従って、関節の破壊が進行する前に治療を開始することが重要です。関節リウマチに用いられる内服薬には、非ステロイド性抗炎症薬、副腎皮質ステロイド薬、抗リウマチ薬などがあります。以前の関節リウマチの治療はマイルドな非ステロイド性抗炎症薬から始めて、効果が不十分な時はより強力な抗リウマチ薬や副腎皮質ステロイド薬に段階的に変更していくものでした。しかし、その治療では抗リウマチ薬を使用するのが遅くなり関節破壊が進んでしまうことがわかり、最近では発症の初期から積極的に抗リウマチ薬を使用するようになりました。近年、従来の治療薬よりはるかに効果がある関節リウマチの治療薬がたくさん開発されており、関節リウマチの治療が大きく変わってきています。しかし、様々な制約によりこれら新規治療薬が一般に普及するにはもう少し時間がかかりそうです。

終わりに

関節の痛みや腫れなどの症状は様々な病気や外傷で出現するので、関節リウマチ以外の疾患の鑑別も必要となります。ご心配な症状がある方は、火曜日午後の膠原病外来をぜひ受診下さい。

検査項目について【その2】



臨床検査技師
井田麻衣子

前回、肝機能の指標となる検査項目についてご説明致しました。

今回は、糖尿病、高脂血症の指標となる検査項目についてご説明致します。

【糖尿病検査】

GLU (グルコース)

血中のグルコース（ブドウ糖）濃度を「血糖値」といい、糖尿病の基本的な検査です。

GLUは、血液循環により全身をめぐるうちに各臓器細胞に取り込まれて代謝を受け、細胞活動のエネルギー源となります。代謝により、空腹時血糖値は60～110mg/dlの範囲に保たれていますが、そのバランスが崩れると高血糖や低血糖となります。

食事の前後で大きく変動しますが、空腹時血糖値が126mg/dl以上または随時血糖値が200mg/dl以上の場合は糖尿病が強く疑われます。健常人でも食後は126mg/dl以上となりますが、通常160mg/dlを超えることはありません。

HbA1c (グリコヘモグロビン)

HbA1cとは、赤血球中のヘモグロビン（Hb）にグルコースが結合したものです。

HbA1c値は、全ヘモグロビン量に対するグルコースが結合したヘモグロビンの割合を百分率（%）で表示したものです。血糖値が高い状態が続くと上昇するため、過去1～2ヶ月の平均血糖値を示します。糖尿病の長期コントロールの指標として用いられています。

【高脂血症検査】

T-Cho (総コレステロール)

総コレステロールは、HDLコレステロール（善玉コレステロール）、LDLコレステロール（悪玉コレステロール）、VLDLコレステロールを含む血清脂質の総濃度です。

コレステロールは、ホルモン、血管壁、細胞膜の材料となる必要不可欠なものです。動物性蛋白質を取りすぎると血中のコレステロールが上昇して高コレステロール血症となり、全身の動脈に蓄積して動脈硬化を引き起こします。さらに、心筋梗塞、狭心症、脳卒中などの病気の原因となる危険性があります。T-Cho値は食事により大きな影響を受けますが、220mg/dl以上で高脂血症が疑われます。

HDL-Cho (HDLコレステロール)

HDL-Choとは、HDL（高比重リポ蛋白）中のコレステロール含有量を示します。

HDL-Choは、血管内壁にへばりついて動脈硬化を引き起こすコレステロールを引き抜いて、肝臓まで運ぶ働きをしています。このことからHDL-Choは「善玉コレステロール」と呼ばれています。

高脂血症、動脈硬化症の危険因子として問題とされるのは、低値（40mg/dl未満）の場合であり、一般に女性では男性より高値となります。

HDL-ChoはT-Choと関係しており、HDL-Choが低値でもT-Choが低値であれば問題はありません。逆に、HDL-Choが高値でもT-Choが著しく高値の場合は運動や食事で改善することが必要です。

LDL-Cho (LDLコレステロール)

LDL-Choとは、LDL（低比重リポ蛋白）中のコレステロール含有量を示します。

LDL-Choは、細胞内に取り込まれなかった余剰なコレステロールを血管内に放置し、動脈硬化を引き起こす原因となるため、「悪玉コレステロール」と呼ばれています。

LDL-Choが140mg/dl以上の場合、高脂血症、動脈硬化症の危険因子として問題とされます。

これまでは、悪玉、善玉を区別せずにT-Cho値が220mg/dlを超えると高コレステロール血症と呼ばれ、治療の対象とされてきました。しかし、実際に心筋梗塞や脳卒中を起こすリスクが高いのは、コレステロールの中でも、LDL-Choが高い人です。このため、LDL-Choの管理を重要視するようになりました。

TG (トリグリセリド)

TGは中性脂肪とも呼ばれ、糖質、炭水化物、動物性脂肪などが主な原料で、肝臓でつくられます。これらの原料を多く取りすぎると、皮下脂肪の主成分として蓄積されます。

人間の体が活動するとき、第一のエネルギー源となるのはブドウ糖です。そのブドウ糖が不足してくると、貯蔵されていた脂肪が分解されてエネルギーとして使われます。しかし、血液中のTGやコレステロールが増えすぎる（高脂血症）と、動脈硬化の危険が高まります。（TG値150mg/dl以上）

TGは、食事の影響が大きいため、注意が必要です。また、加齢により増加し、男性は女性より高値ですが、60歳以上では性差が少なくなります。

オーダーエントリーシステムの導入を検討しています

オーダーエントリーシステム（通称：オーダーリングシステム）とは

検査・処方などに関わる情報伝達システムのことです。

このシステムを導入することの長所は、病院の一部業務にパソコンを使用して電子化するため情報循環をより早く正確にすることができます。

オーダーリングシステムの場合、関連部門の業務も連動しているパソコンに入力するようになります。



2階病棟看護師主任
大野 昭子

患者さん側からみたメリット

- ・従来医師が紙に書いていたオーダー（検査内容や処方箋）が、診療から医事会計にかかわる処理・業務が一貫して行われることになるので受付から診療・会計までの待ち時間の短縮ができます。
- ・検査結果の情報等がより早くわかりやすく表示できるようになるため、医師からの説明もよりわかりやすいものになります。
- ・診療情報の電子化に伴い地域の他医療機関との連携がとりやすくなります。

患者さんへのお願い

これから導入されるシステムは、当院にとって全く新しいものですので、不慣れな内は入力に時間がかかるなど少なからず患者さんにご迷惑をかけることもあるとは思いますが、スムーズに運用できるようになれば、これまで以上に患者さんとのコミュニケーションをとっていくことができるようになります。ご理解とご協力のほどよろしくお願いします。



編集後記

院内に設置している「皆様の声」に広報誌（はなみずき）を読み、院長先生がずっと今迄の医療を続けて下さるがぎり私共も大きな安心を持って生活出来ますと書かれた投書がありました。今後も皆様のお役に立てるような病院作りにつとめてまいりますので、皆様のご意見をお待ちしております。

（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