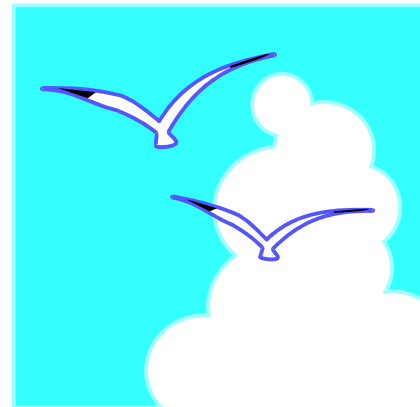


沢田内科医院 ニュースレター

第40号

久しぶりにコンサートへ出かけました

6月は2回コンサートへ出かけた。6月5日は、弘前市民会館で『トワ・エ・モア』のコンサートがあった。「♪あ〜る日突然、二人黙あ〜るの♪」などと、なつかしのメロディーに近く、予想通り観客の平均年齢は私を超えていた。最近、テンポが速い曲はイライラしてきて、静かな曲でないとなんか聴くことができなくなってしまった。脳が老化してきたためだろう。それに、コンサートの途中で立ち上がり、みんなで手を振るのも敬遠している。最後まで、ゆっくり座って聴くことができ、楽しい一夜であった。



6月10日は岩手県民会館で『平原綾香』のコンサートがあった。私が平原綾香のファンであることを知っていた盛岡に住む娘がチケットを取ってくれた。平原綾香は、少しかすれた声だが透き通った感じで、年に似合わず落ち着いた声をしている。井上陽水が上手い歌手を集めて自分の歌をカバーさせているCDにも選ばれているので本物だ。平原綾香のコンサートは立ち上がらないだろうとのことで出かけることにした。娘は仕事が忙しくて時間がとれずコンサートへは行けなかつ

た。静かな曲に浸っていたコンサートが終わりに近くなった頃、恐れていたことが起こった。前の席に座っていた観客が、立って腕を振り始めたのだ。私の前の席に座っていた、私よりもちょっと年配の人は、奥さんに支えられながら腰を押さえて立ち上がった。これに比べれば私は一人で立てる。医師会の仕事が重なり、フィットネスへもしばらく行ってなかったし、みんなと一緒に立ち上がり手を振った。いい運動になった。でも、やっぱり座って聴いていた。

厚生労働省は往診や夜間診療を開業医に求めるという

厚生労働省は、開業医（診療所）の地域で果たすべき役割として、日曜日や祝日、夜間も診療することを求めた報告書案をまとめました。2030年には75歳以上の後期高齢者が、現在の2倍近い2260万人に増えると予想されている一方で、現在は時間外や日曜日や祝日、夜間の診療を行っている診療所が減少し、身近な地域での医療に不安があると問題提起しています。

このため、開業医について、(1)地域で在宅当番医制のネットワークを構築し、日曜日などは救急センターに交代で勤務する、(2)いつでも携帯電話で連絡が取れるようにする、(3)午前中は外来、午後は往診、訪問診療を行い、(4)診療所のグループによる対応で24時間体制を確保する、といった取り組みが期待されるべきだと提言しています。

病院と開業医（診療所）の役割分担については、(1)開業医は一次的な地域医療の窓口として患者の生活を支えながら、急な発症への対応を診療所同士や病院と連携し、必要に応じて病院や老健施設を紹介する、(2)急性期の病院は、開業医から紹介された患者や急性期の患者を受け持ち、質の高い医療が24時間提供されるよう原則として入院治療と専門的な外来診療のみとする、としています。

つまり、専門治療は大病院で行い、開業医は「かかりつけ医」として24時間体制で患者を診るということです。こうした「すみわけ」は何も目新しいことではありませんが、厚生労働省が進めるこの機能分担が成功すると、大病院での「待ち時間3時間、診察3分」という事態は解消され、勤務医や看護師は過重労働か

ら解放され、さらに小児科や産科の医師不足も解消される、こんな幻想を抱かせてしまいます。

理想とされる開業医は、地域の人びとから信頼され、往診や夜間診療をいとわず、風邪から癌の早期発見まで幅広く対応できる人です。これをすべて実現することなど私にはできません。24時間体制で往診に応じる開業医には診療報酬を手厚くし、外来だけに特化し往診に取り組まない医師の報酬は抑え込み、複数の疾患を持つ患者を一人で総合的に診察できる開業医を「総合医」として認定するのだそうです。厚生労働省の狙いは金のかかる入院を減らし、在宅医療を促して総医療費を抑制することにあります。しかし、時間を問わずに往診に出向き、すべての病気をカバーする「かかりつけ医」は不可能です。

開業医は勤務医を経ていますので勤務医に比べて年齢は当然高いです。弘前市医師会ホームページで、内科小児科に掲載されている75の医療機関のうち、私よりも年上の方は40人です。外科に掲載されている20医療機関では、私よりも年上は14人です。平均年齢は60歳にはならないと思いますが、それに近い数字だと思います。つまり、普通の会社であれば、定年に達している人が約半分ということです。

この高齢者のグループに、『通常の診療の他に時間外診療を行い、いつでも携帯で連絡が取れ、グループとは

いえ24時間体制を確保し、時には休日に救急センターに勤務する』、こんなことを要求すること自体が間違っています。若い開業医にその役割を期待していても、開業した目的が変わってしまえば、その士気に大きく影響すると思います。『開業医は楽をしている』と言われる。それを目的に開業した人たちも確かにいます。しかし、勤務医を続けることがイヤになって開業した人は少なくありません。開業医を続けること自体に嫌気が差してくれば、医療崩壊はますます進行してしまいそうです。

開業医も忙しいのだとここで改めて書くことはしませんが、「国民衛生の動向(厚生統計協会、平成18年)」によると、平成14年の推計では、日本全体での1日外来患者数は、病院が195万人、開業医など一般診療所が338万人です。ちなみに、歯科医院へは115万人が通院しています。現在は、勤務医が忙しくて疲弊している状態ですが、外来患者の3分の2を担当する開業医まで疲弊し始めては、日本の医療は壊滅的です。

医療費を削減する目的で始めた介護保険制度も揺らぎ始めています。医療費を抑制し続けている政策の失敗と、医師不足への対策が遅れている政策の失敗を開業医に転化しようとしているとしか思えません。医師不足のため産科を閉鎖する病院が続いていますが、日本で生まれる子どもの約半数は開業医の許で生まれている事実を忘れてはいけません。

病歴要約を活用する

平成15年から病歴要約を作り始めました。最初は病院に勤務していた時と同様に患者さんが入院した時のまとめを作っていました。しかし、平成7年に開業してからのカルテが厚くなり、外来で診療する時だけでは患者さんの状況を把握できなくなったため、時間を割いて外来カルテを見直す必要が出てきました。そこで、継続して通院している患者さんの『病歴要約』を作ることになりました。

計画した最初の段階では、1,000人分程度で十分ではないかと予想していましたが、それを超えてもまとめが必要な患者さんのカルテがたくさん残っていました。結果として、平成19年6月30日で1,478人分を作りました。ニュースレターの記事を見ると、平成16年11月で450人分を書いていますので、その後2年半で、約1,000人分書いたこととなります。入院しただけの若い人のカル

テもありますので、必ずしもいつも通院している患者さんだけではありません。

病歴要約を作っている理由

繰り返しになりますが、病歴要約を作っている理由は、2つあります。一つは、

カルテが厚くなってきたために、これまでの病歴を十分に把握できなくなったこと。つまり、検査をしたり経過を見るべきことを見逃がしてしまっている可能性があること。もう一つは、短い診察時間で治療経過をすぐに把握することです。外来の診察時間は、「3分間診療」と言われているように非常に短いものです。この短い時間でカルテの古い部分を毎回見ていたのでは時間の無駄になります。見た瞬間に、これまでの状況をすぐに把握するためにはまとめが必要です。

余談になりますが、通院している患者さんの「3分間診療」は、新聞で言われているような「3分間診療」でないこと

は、通院している患者さんは理解しています。つまり、長い流れの中での「3分間」であり、今日初めての瞬間的な「3分間」ではないことです。

病歴要約は、ここ2年の間に受診した比較的新しい患者さんの分はまだ作っていません。当初の予定ではもっと早くできるかと思っていたのですが、本格的に取り組んだのが平成16年ですので、4年以上もかかりました。何事も同じですが、完成の領域に達してからが問題です。これは続けて行かなければ意味がありません。つまり、新しく加えると同時に、毎年更新して行かなければなりません。これまでも新しく作るとともに、2年前の分まで新しくしてきました。1年間に1,000人分の内容を新しくして行くのは、大変な時間を要します。しかし、それを続けていく価値があると考えています。1年ごとに見直すことで、きちっとした健康管理ができるからです。

病歴要約で 家庭医としての 役割を果たす

この病歴要約をカルテの見直しだけでなく、もっと発展的に使うアイデアをずっと暖めてきました。内科医

院へ通院してくる患者さんは、全身管理が必要な人が大部分です。例えば、高血圧の患者さんは、将来、脳梗塞や心筋梗塞にならないために治療を継続します。その過程で、糖尿病を合併しないか、高脂血症はないか、腎臓の働きはどうか、目は大丈夫だろうか、この他に、癌年齢の人が大部分ですので、胃癌や大腸癌などがないだろうか、がん検診を勧める必要もあります。このようなことに病歴要約が役に立ちそうです。

今作っている病歴要約は、患者さんの病歴としては不十分です。これまで私が知りえた情報しかないのは当然です。現在、他の医院に通院しながら、私が把握していないことが多いからです。患者さんは知られたくないこともありますので、この点を考慮しながら、できるだけこれまでの病歴となるようもう少し充実させる必要があります。一斉に開始するわけにはいきませんが、この病歴要約を皆さんにプリントして渡します。そして、間違っていること、足りないことを付け加えて充実したものになりたいと思っています。

家庭医 としての役割

私の役割は患者さんが健康を守ることを手助けすることです。そのためには、

病気を早期に発見すること、病気になったら私のできる範囲で治療すること、専門医に紹介すること、将来の病気を予防すること、これらを実行することです。具

体的には、高血圧症、糖尿病、高脂血症、心臓病、胃腸病、これらの治療を行い、将来、脳梗塞や心筋梗塞にならないようにすること、それと、がん検診をしっかりとやって行くということです。

来年4月からは、基本健診も、糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満、というメタボリックシンドロームを標的にした健診に変わります。糖尿病を減らすことと、脳梗塞と心筋梗塞を減らすことが最大の目的です。基本的には、市町村や健康保険組合で行う健診を受けることです。健診のデータは必ず医院へ持ってきて下さい。それを病歴要約に記載して、きちんと検査が行われているかどうかチェックできます。

男の人は、胃癌、大腸癌、肺癌、場合によっては前立腺癌、女性は、これらに加えて、乳癌と子宮癌の検診をきちんと受けていることをチェックします。これは本来、個人のレベルで行うべきことではありません。行政レベルで推進すべきことですが、現在のがん検診の受診率は15~30%と非常に低いです。病歴要約にがん検診をいつ受けたかが記載されますので、私の医院へ通院している患者さんには、がん検診をきちんと受けるようにくどいくらい話をします。

時間が足りない

これらを実践するためには時間が足りません。外来

の待ち時間を短くするために、平成17年から検査技師の宇野さんに腹部超音波検査のトレーニングを始めました。ほぼ目的を達成し、独り立ちの時期ももうすぐです。看護婦のマンパワーの一部を病棟から外来に移しました。その他、いろいろな対策を試してきましたが、決定打はなく、試行錯誤を繰り返しています。平成17年から診療時間を短くしました。私は、夕方遅くまで診療したり、休日に診療して便宜を図るなど、実際に患者さんを診察することが、良質の医療サービスを提供することだとは思っていません。病歴を見直して患者さんの状況を把握した上で、新しい知識を仕入れて技術的なことをマスターするなど医師としての研修を積んだ結果を皆さんに提供するのが重要だと思っています。そのためには、診療時間を短くする必要も出てきます。結果として良質な医療を提供できるようになります。



地域枠で医師を確保すること

私は医師になろうとして大学を選ぶ時に、自分は青森県、できれば弘前周辺で医師として生きていきたいと考え弘前大学に進みました。幸いにも望みが叶えられ、今、こうして生きています。自分が育った地域で、自分を育ててくれた人たちの中で医師として生きていけることを幸せに思っています。

最近の医師不足は深刻で、その対策として弘前大学に地元出身者を多く入れることが計画されています。地元枠を作り、弘大医学部に地元の高校生を優先的に入学させ、将来、青森県で働く医師を増やすというのが目的です。弘大医学部は地元出身者が少ないのは事実です。弘前市内で開業している医師の出身地が地元であることが多いのも事実です。ですから、地元出身者が増えれば地元に住む医師が多くなるのも確かでしょう。

新聞を読んでいると、地元出身者でなければ、青森県に残ってくれる人がいないような印象を受けます。しかし、私の周りで勤務している医師の出身地を見ると青森県以外の出身の人がたくさんいます。私の出身医局の先輩だけを見ても、弘前市立病院、黒石病院、西北中央病院など、他県出身の人たちが院長として働いています。弘大医学部で医師養成にあっている教授は大多数が他県出身者です。弘大は青森県出身者が少ないから、地域枠で他県の人たちの余地を狭くするというのは、他県出身の先生方はどんな気持ちで新聞の記事を読んでいるのでしょうか。私だったら、その地域に対して何となく疎外感を感じてしまいます。

私の知人を見ても、青森県内の高校を出て県外の医学部に進学した子ども達はたくさんいます。青森県出身で弘大医学部を卒業し、県外へ出た人たちもたくさんいます。県外出身で青森県に残ってくれた人たちもたくさんいます。日本全国の医学部が地域枠

で地域の子供達を囲い込むと、結果として今の状況と同じことになってしまうのではないかと予想しています。医師の数を増やすことをせずに、都会の子ども達の枠を地方の子ども達の枠に振り替えることが可能だろうか？これまで県外に出ていた子ども達を弘前に残すだけなのかな？これまでの制度では入れなかったが、地域枠ができたために医学部へ進学できるようになった子どもの数が増えるとは思えません。

地域枠で地元の子供達を囲い込むのは、姑息的な方法です。都会でも医師が余っているわけではありません。日本全体が医師不足なのですから、医師の数を増やすしか今の医師不足は解決しません。

ついでに書きますが、厚生労働省は医師不足の地域に対して医師を派遣すると発表しました。その記事を見て驚きました。派遣期間は、3ヶ月、6ヶ月です。これが手始めだからこれくらいでとでも言うのでしょうか。患者さんのことを全く考えていない、ただの数合わせにしか思えません。こんな期間であればむしろ来てくれなくてもいいと思っている病院は少なくないと思います。厚生労働省も対策を考えているんだということを示したいだけなのだろう。

