



信友会会報

2009年4月

<<3月例会より>>

2008年度最後の信友会3月例会を迎え、キリスト者が遣わされている社会を見直す会の第3弾として、新潟県で医療活動を行っている渡辺雅晴兄にその活動をお話しいただき、また、現在問題になっている地域医療についてもお話いただいた。

信友会 3月例会

「本音の地域医療」

渡辺 雅晴兄



私は、高校に入る時に医学を学ぶ目的で新潟県大潟町の開業医の家から上京した。親戚の平野家に下宿して勉学に励みつつ阿佐ヶ谷教会に出席した。牧愛会に属し高校2年の1964年のイースターに大村勇牧師から洗礼を受けた。牧愛会や昭和医大に入学してからは共励会に属して教会活動を行った。1973年には医師免許を取得し、東京女子医科大学に就職して麻酔科教室に属して医療活動を行った。教会では、70年安保などで荒れていた時代の地の塩会長を引き受け、第1回の大島藤倉学園のワークキャンプに参加したことも良い思い出になっている。

医師になってから15年間麻酔医師として勤務していたが、父から再三新潟に戻って家業の医院を継がないかとの申し出を受けた。内科の十分な研鑽を行っておらず不安があったが、地域医療を担う覚悟を決めて、大潟町の医院を引き継いだ。大潟町は、新潟県の南部に位置しているが、平成17年に13町村が上越市に合併人口21万人の都市となった。高齢化率は25%ほどである。大潟区は、人口1万1千人で、病院1箇所、医院4箇所を医療を展開している。

現在の私の医療活動を紹介しますと、本来の内科・小児科の診療に加えて、地域連携パスによる在宅医療、老人施設の配置医師及び産業医など地域に根ざした医療活動を行っている。

1. 在宅医療配置

在宅医療は、従来は総合病院が全ての診療等を行う施設完結型医療であったが、地域医療連携の地域完結型医療に変わり、診療所もこの一翼を担うことになった。いわゆる地域連携パスは、病気の発症から治療、リハビリ、福祉を加え社会復帰までを多くの医療機関がチームを作って、住み慣れた地域で患者のために行う医療活動のことである。

現在、患者が病院で亡くなる比率は8割であるが、身近の人々に囲まれて自分の家で最後を迎えたいという希望を適えるため、高度な医療機器を使用して行う手術などは中核病院で行い、在宅の医療は地域の診療所が受け持ち往診や緩和医療を含む診療を行いつつ最後を看取る制度である。この地域連携パスは、現在骨折や脳卒中に適用されており、これから腎臓病やガンのパスが加わることになっている。この制度における在宅医療支援診療所が分担する要件は、一定の医療水準を備え、24時間対応、緊急時の往診と治療など高い水準が要求される。

現在、私は20名ほどの患者を持って在宅医療を行っている。今年度は3名のお年寄りが亡くなられたが、2人は自宅で、1人は病院であった。自宅で死亡された方の家族からは適切な診療と看取りで感謝されたが、病院で亡くなった方は、私の留守の間に急変し救急車で搬送しようとしたがその時点で死亡した。病院で検死が行われ、家族に迷惑をかける結果になった。かつては40名ほどの在宅患者を持っていたが、人間的な尊厳を保ちつつ診療するには、20人程

度の在宅患者数が丁度良い人数であると思っている。

2. 老人ホームとのかかわり

この地域には、上越頸城福祉会が運営する「特別養護老人ホームしおさいの里」(定員100名)があり、これに、身体障害者療護施設さいはま園(20名)、デイサービスセンターゆりかご荘(30名)やショートステイを16名くらい収容できる施設を加えた複合施設になっている。

現在、私は「特別養護老人ホームしおさいの里」を中心とした、この複合施設の配置医師として関わっている。この施設は、日常的に介護が必要で、自宅で援助が受けられない人が対象になる。ただし、医療を必要とする人は入所できない。この施設では介護を受けながらも生活の場であるので、入所者一人一人の生活を大切に、合計100名ほどの職員を配置して、夜間は6人体制、1人で15名程度入所者を見ている。入所者は、食事内容、入浴など生活上の十分な配慮がなされ、個人の尊厳が守られた生活を送っている。

しおさいの里の平均介護度は要介護4で、要介護4は自分で食事がかろうじてできる程度である。現在のこの施設の待機人数は446名で収容能力はかなり足りない。受け入れの順番は介護度の高さなどによっている。また、年間の退所(死亡)数は20~30名で、65%は園内で、残りは病院で亡くなっている。

この施設には常勤の医師がおらず、医師2人が配置医師として診療している。この施設での医療行為は、経管栄養管理、カテーテル交換、人工肛門処置、インシュリン注射などである。医師の業務としては、10項目に渡り、回診、急変時の往診、外部機関との連絡などと共に、家族への病状や治療方法の説明、終末期の説明がある。家族とはめったに会う機会がないので、治療方法や終末期の説明には言葉を選び、細心の注意を払うのでたいへんである。入退所時の判定会議には、医師の意見が強く反映されることが多いので会議には出ず、意見を求められたときのみ返答している。



渡辺医院の全景

施設での課題は、関連病院との連

携と調整、看護職不在時の対応、主治医不在時の対応などである。施設には、些細な病状の変化でも呼び出され、50人の入院患者を抱えているのと同様であり、気が休まらない。また、点滴や医療器具の費用は、施設に請求できないので持ち出しになる。後任の医師を探しても引き受け手がなく、当面引き受けざるを得ないであろう。

3. 休日・平日夜間診療

この地区でも夜間の救急外来受診が多くなった。大病院で軽度の症状に対する対応が求められ本来の診療に支障をきたす状況になってきた。このため、医師会は、小児等に対し休日に加えて平日夜間診療を始めた。夜間に何かがあったときには、夜間診療所で診察して、薬は原則1日分渡して翌日はかかりつけの医院に行かせる制度である。制度が始まって最初の診療担当を私が行ったが、その日は患者が7人であった。その後この制度は定着し、今では1年間に夜間診療所で350名の増加、大病院で2,000名の患者の減少がみられ着々と成果をあげている。

4. 産業医としての活動

現在、私は、社員600名、関連会社を入れて800名ほどの製造業の会社の産業医を引き受けている。ご多分にもれず、今回の不況の中で240人の派遣社員等がリストラされたようである。

産業医の仕事は、安全衛生委員会での指導、職場巡視、健康相談などである。健康保険組合と提携してインフルエンザ注射の接種を行うなどかなり多忙である。職域健診などによる有所見率は全国平均で50%であるが上越地区では62%と高い結果になっている。

最近の職場での問題は、長時間労働、メンタルヘルスが挙げられる。現在11名がメンタルな問題で休業している。これらの人の職場復帰のための面接には時間がかかり、神経を使う。

5. 医師会活動

私は現在、上越医師会に属し、副会長を拝命している。会員は260名である。医師会には13の部門と上越地域医療センター病院部があるが、この活動には結構手がかかり、頻繁に会合がある。不慣れなIT化推進部の会合にまで顔を出さねばならず苦労している。

6. 地域医療の問題

最近の医師法改正による臨床研修制度の導入は、医師不足を生じさせている。大学は、地方に派遣していた医師の引き揚げを行い、また、医師の中央への偏在を起している。このため、地方の中核病院の医師不足は顕著になり、各地で中核病院の休止がしばしば報道されている。この地方の中核病院である上越地域医療センター病院は、自治医大と提携して医師を確保しているが、大学からの医師の引き揚げや短期間で帰ってしまう現象があり医師の確保に大変苦労している。最近で



は医師を派遣会社から受け入れるようになっており、この場合もフルタイムでは確保できずに半日とか、1日泊まりでの診療が珍しくない。大潟区は、人口とのバランスからみて1病院と4医院の体制であり医療の連携が取れているので恵まれている方であろう。

7. 終わりに

阿佐ヶ谷教会には、創立記念日、イースター、クリスマスには必ず、そのほか東京での学会などに合わせて可能な限り出席することにして、年間7~8回になる。東京に出かける時には、在宅患者や施設で急を要する可能性のある患者には、前もって代わりの医師に依頼するなど万全の対応をして出て来ることにしている。沢山の老人を抱えているいろいろな種類の診療をしなければならない地方の医院の宿命とも言える。今回も3名ほどの患者に問題がありながら出てきている。連絡を取りながら対応してなるべく早く帰らなければならない。

渡辺医院は、1990年に医院の建築をしたが、定礎式に大宮溥先生に出席いただいて9月22日に竣工して今日に至っている。

以上申しあげた通り、新潟県の地方医師として、在宅医療、老人ホーム、産業医などの分野をカバーしつつ医師会活動も行っている。新潟へ帰って20年が経つが、これまで私が一人前になるまで病気もせず導いてくれた父に、学生時代にお世話になった平野家の皆さんに、私にとって足りない部分を補いつつ支えてくれた妻に感謝申し上げたい。そしてこれからも、神さまの命ずるままに地域の医療活動に励んで行きたいと思っている。

以上

(文責:玉澤武之)

