

群馬県内科医会だより

NO.6.2003.8.18

目次

1.平成15年度群馬県内科医会総会・医学会	・・・1
2.医療市場の勝者と敗者	・・・1
3.SARS聞きかじり2	・・・3
4.感染経路	・・・4
5.遁減性は死なす	・・・5
6.在宅医療について思う	・・・5
7.自己紹介	・・・7
8.「外国語」言い換え	・・・8

群馬県内科医会総会・医学会

平成15年度の県内科医会総会・医学会は9月27日（土）午後2時よりロイヤルホテルで開催される。特別講演の演者ならびに座長は次のように決まった。

- (1) 副腎偶発腫瘍の診断と治療 座長 早川 真一先生
群馬大学内分泌糖尿病内科講師
山田 正信先生
- (2) SARSとインフルエンザ 座長 川島 崇先生
国立感染症研究所感染症情報センター長
岡部 信彦先生

医療市場の勝者と敗者

ーアメリカでは今何が起きているか

昨年、和歌山での日本臨床内科医学会の特別講演、横浜市立大学医学部教授の石川 義弘氏から。日臨内雑誌第17巻第4号の別冊をお読みになった会員もあると思うが、「市場原理の導入」について冷徹に分析しているので紹介する。

★日本のマスコミは「市場原理至上主義的」に、市場原理の「光」の部分だけを報道している。市場原理の「影」も知ったうえで、その導入を囂るべきである。

★1998年、アリゲーニ大学医学部が倒産した。日本ではなじみが薄いですが、従業員3万2千人、年商2,000億円、年間入院患者13万人のペンシルベニア州最大の医療機関であった。日本の大学医学部の10附属病院が集まった医療機関と思えば理解しやすい。

★ハーバード大学もマサチューセッツ総合病院（MGH）と、プリガム病院が合併した。両病院とも有名な名門病院であり、長らくライバルとして争って

た。

★NY州のコロンビア大学とコーネル大学の付属病院が合併した。日本で例えるなら京大病院と阪大病院が合併したようなものか。

★カルフォルニア州には、私立のスタンフォード大学と州立大学サフランシスコ校が併合された。民間の順天堂医院と公立の東京医科歯科大学医学部が合併したような出来事であるが、決して珍しい事ではない。

★米国のHMO (Health Maintenance Organization) は、株式会社形式の健康組合と認識すると、理解しやすい。

★市場原理の場では、医療は「品質に値札の付いた商品」である。良質で安全な医療は高価となり、金が無ければ低質で危険性を秘めた医療を受けざるを得ないのが原則となる。自動車を例に取れば、金持ちは頑丈な高級車に乗り、貧乏人は軽自動車に乗らされるのが、市場原理である。

★米国で制作された「ジョンQ」という映画がある。子供が先天性心疾患で心不全を来し、心臓移植が必要と診断されたが、父親が入っている医療保険(HMO)は、心臓移植費用の支払いを拒否した。これを知って怒った父親は、病院の救急センターを乗っ取り、主治医を人質に取り、息子の優先順位を上げさせ、心臓移植を実現させた。

★この映画で、子供が心不全を来す迄、その子の先天性心疾患が見逃されていた事実にも問題がある。HMOの最低保障の医療保険では、手抜き診察だったかも知れない。

★我が国の医療は公平と平等を基本理念としており、市場原理がどこまで受け入れられるか、疑問に残る。社長の医療保険では、心臓移植が受けられるが、平社員の医療保険では心臓移植が拒否される実態を、日本社会は受け入れる事が出来るか。

★米国では医師数の増加と医療技術の進歩により、「供給が需要を作り出した」。その結果が企業の医療保険費用を含む福利厚生費の高騰を招き、医療保険費が企業経営を脅かすようになった。

★理論的に医療費抑制は簡単である。先ず、(1)患者の自由診察を制限すればよい。次に(2)医者から指示方針の決定権を奪う事である。言い換えれば、保険料のランクに応じて、保険会社が治療内容に制限を加えれば済む。

★その結果が、外国人を含む金持ちはクリーブランドクリニック、メイヨークリニック、ジョンズホプキンス病院等で世界最高で最先端の医療を受ける。その反対の人は、慈善病院で研修医や医学生を主体とした治療しか選択出来ない。

★このような高度医療が受けられない貧困層の人は、医療訴訟で金を得ようとする。今や米国での医療訴訟は、一種の「富の再配分メカニズム」でもある。

★被保険者が病気になれば、医療費が必要となる。この医療費を支払わない仕組みを作れば医療費は削減出来る。保険料の範囲内で治療をまかない、これ

を越したら、医療費は医療機関に転嫁すれば医療費は抑制できる。

★そこで、医療保険会社は究極のHMOを考え出した。人頭制度の医療保険である。一人幾らで支払うので、病気が無ければ病院が儲かるが、病気が出る とそれだけ病院の持ち出しが増える仕組みである。最近カルフォルニア州で 流行り始めている。

★この医療保険制度では、病気の予防がポイントとなる。言い換えると、本来医療保険会社が負うべきリスクを、病院に転嫁した保険制度である。

★日本のマスコミは医療費の高騰を、差し迫った危機感で表現して報道する。医療費30兆円は亡国の数字のごとく紙面に踊るが、外食産業もパチンコ産業もほぼ同じ30兆円産業である事が報じられる事は無い。

★我が国の医療保険制度は、制度疲労が生じているとはいえ、未だ世界的に誇ってよい制度である。しかし、時代の変化に合わせて改革が必要である。改革には痛みを伴うが、避けては通れない。

★アメリカ型市場原理をそのまま導入する事に賛成は出来ない。違和感がある。導入したらどうなるかと、しっかりしたシュミレーションを欠いた状態での礼賛導入は、混乱をもたらすだけである。

SARS聞きかじり（2）

SARS情報をあちこちから集めた。日本医事新報、厚生労働省通達、日臨内ニュース、インターネット等から。

伝播阻止の鉄則：（1）患者の早期発見、（2）隔離、（3）接触者の徹底追跡。

人畜一体：中国広東省では“人畜一体”で生活と書いた論文があった。これに野生動物が加われば「人獣一体」となる。中国の異食は聞いていたがハクビシンまでがその対象とは始めてしまった。

ウイルスの検出：SARSコロナウイルスは、喀痰、鼻咽頭洗浄液、肺胞洗浄液、血漿、糞便から検出されている。

トロント：カナダのトロントとその周辺には中国系住民約50万人が住み、中国との往来も少なくない。香港からSARSを持ち帰った女性は、昼は親類宅で過ごし夜だけメトロポールホテル9階に泊まり、帰国後の2月24日に発症して3月5日に死亡した。

隙間：カナダでの医療関係者間の蔓延は、N95マスク装着不備による隙間からの感染と、脱衣手順の誤りからの感染であった。

防護衣：仰々しく見える防護衣も安いものではない。一着1万円以上はする。そして使い捨て。これからの季節、空調のきいた部屋以外では過ごせまい。

テント外来：シンガポールの病院では駐車場にテントを張り、レントゲン

撮影もそこです。そして疑いの疑いの無い患者のみ院内に入れ、疑いのある患者は特定医療機関に移送する。

SARSウイルス：ハクビシン6匹からSARSコロナウイルスが分離され、SARS患者の血清がこのウイルスの増殖を阻止したことが確認された。その塩基配列も、人SARSコロナウイルスに告示していた。

ウイルスの生存期間：SARS コロナウイルスはドアノブ等では少なくとも24時間、便中では4日間は生存する。37度で不活性化されるが、4度では長く生存する。

Virus：SARSコロナウイルス量は発症後10日前後が最も高いらしい。ウイルス検出のためには、気道分泌物が望ましいとか。抗体化を調べるためには、発症10日以内の発症時と20日以降のペアー血清が必要である。

コロナウイルス：風邪の原因としてのコロナウイルスは、再感染率が高いことが知られており、これがワクチン開発の困難性を示唆している。またこのウイルスのPersistent infection（持続感染）、latent infection（潜伏感染）に関してはまだ知られていない。

効果的治療？：香港で2月26日か3月26日の間に発症した50人の統計がある。患者は全員中国人。発熱と呼吸困難は必発、咳と筋肉痛は半数以上に認められた。治療としては、大量のリバピリンとステロイドを7日間投与した。死者は1人だけだった。

小児の罹患：流行性のウイルス性疾患は、一般に高齢になるほど重症化するのが普通である。SARSが小児にまれな原因はまれである。

医師法：診療を求められて、SARSを理由に断ると、医師法違反になる可能性がある。

《编者注》一応は収まり、関係者と一般国民の脳裏から消えつつある。今後は中国における風土病化が危惧される。そしてSARSなみの対応が必要なウイルス病は他にもある。N95マスクは約200円で売られている。前橋医師会の斡旋では80名の会員が購入したと聞いた。値段は180円。医療機関の安易な取り組みは、市中感染の原因となりうることを申し添えておく。

今年度の県内科医学会では国立感染症センターの岡部先生に「SARSとインフルエンザ」の講演をお願いした。これは聞き逃さない。

感染経路

SARS騒ぎでウイルス等の「感染経路」が話題となった。日本医事新報4129号（2003.6.14）に載った都立駒込病院の家城隆次先生の一文からの引用。

★個体から個体への感染は、水平感染と垂直感染に分けられる。前者は呼吸器系、消化器系、性行為、昆虫、動物の咬傷等が、後者は胎盤を介した血液や授乳等の経路がある。

★飛沫感染：咳漱やくしゃみに伴う飛沫は、ある程度の粒子サイズがあるので、1~2mで落下する。これを落下前に鼻腔や咽頭粘膜で受けて、感染

が成立する。

★空気感染：飛沫の水分が蒸発して、エアゾル状の微小粒子となり、空中を浮遊する。従って、離れた所でも感染を来す。

★接触感染：患者の分泌物や排泄物に接触して感染を来す。コロナウイルス感染症は鼻汁分泌量が多い事で知られる。

逓減制は死なず

時期的に異例の改定となったが、再診料の逓減制は6月1日から廃止された。支払い側は中医協で、（１）逓減制に問題があった事は理解する（２）2年に1回の改定ルールは変わらない、（３）包括化や病診点数格差は引き続き議論すべき、（４）頻回受診も他の方法で、今後とも抑制を図るべきである、と主張し、日本医師会委員も「基本的に異論は無い」と答えた。

—日本医事新報、4126号、2003.5.21—

《编者注》頻回受診の抑制を医療側に求めた事がそもそもの間違いでは無かったか。受診するのは患者、その患者に値下げを「差し上げた」のが失敗の原因でなかったか。

在宅医療について思う

近ごろめっきり訪問診療が少なくなった。当然とも言える環境となっている。かつて、開業一年目は閑古鳥が啼く日々であったが、一年を過ぎる頃からぼちぼち往診を依頼されるようになり、そうこうしているうちに訪問件数も増えていき、一時は5日／週も往診にさかねばならなかった。でも最近は往診も徐々に減り、今では週二日をさくに過ぎない状況となっている。それも一日に一～三件と激減している。その理由は様々ある。まず医療機関が増えたこと、在宅より病院入院希望の増えたこと、院主も高齢化しつつあることなどが思いつく。

ひるがえって在宅医療を受ける立場に立つと、求めるニーズも多様化してきており、かつ要求も多くなってきている。言葉は悪いかも知れないが、かつては、先生にはもう手を尽くしていただいたので、餓い殺してもいいからどうぞ先生の手で最後まで面倒をみてくださいなどという言葉が家族からでたが、そのようなことはもう昔の話となった。

昨今は在宅医療が叫ばれているものの、さて実践となるとクリアしなければならない問題は目の前ちらほらしている。患者（家族）のニーズと要求の多様化に加え、嫁にいった娘や孫などが時折あらぬ雑音を入れ、折角在宅介護、医療をしようとしている家族や我々に水をさすような状態がよく起こるからである。そのようなことは所謂『終末期医療』といわれる状況下になればなるほど起こり得ることである。

さて平成十二年から介護保険が実施され三年が経過した。制度から読み取れることは、在宅での自立に向けた生活援助の側面を医療がどう担うのかという

ことも役割としてあるはずである。ここで訪問看護ステーションを例にとって話を進めてみよう。訪問診療で、ある程度以上の医療行為を在宅で行うには、開業医個人の力では自ずと限界がある。そこで無床の開業医が在宅医療に取り組もうとするとき、在宅患者の居住空間を『サテライト病室』と見立て、在宅医療についてよく訓練された訪問看護ステーションよりのスタッフに指示が与えられ、しかるべき目的とする医療が行われるということが在宅医療の原点になるべきと考える。バイタルサインだけ記録して、さよならでは訪問看護とは言えず、単なる挨拶であるから（多少の意義は認めるとしても）。いやあ、看護スタッフの自前（自院）のスタッフ十分である、という方もおられるかも知れないが、在宅医療をサポートするまでの教育と訓練は大変である。ごく当たり前の医療的介助、看護は出来るとしても、心のこもった整容、単パンでの入浴介助、習熟した褥創の処置、死後の適切な処置（24時間対応の）などはたとえ訓練された病棟勤務のスタッフでさえ戸惑うに違えない。当たり前に訓練された病棟スタッフは、指示命令系統のもとでの仕事はてきぱきとこなすことができても、在宅における訪問看護としてのスタッフには適任かどうか疑問もあるところであるからである。在宅医療においては、指示された範囲を超える臨機応変の対応が日常茶飯事であるからである。だから、在宅医療を本当に考えて実践しようとするならば、訪問看護ステーションのスタッフの活用は必須の条件である。いまは仄聞しないにしても、つい先頃までは我々の仲間内でさえ、訪問看護ステーションに指示をだすと、患者が宙に浮いてしまう（とられてしまう？）などという次元の低い会話がなされていた。いま県内に80箇所を越える訪問看護ステーションが実績を残しつつある現況にあり、そのような妄想（？）に捕らわれる医師はおられないと思うがいかがであろうか。

これからの開業医療は、かつて我々の先輩がそうしてたように、より在宅医療に目をむけることが必要であり、すすんでお行わなければならないような気がする。それには在宅医療の担い手である訪問看護ステーションが24時間対応を求められることも必要であり、かつその為には必要な研鑽を怠ってはならない。さいわいなことに群馬県訪問看護ステーション連絡協議会も立ち上がり、鋭意研修会、勉強会に取り組んでいることをあえて紹介したい。また、県医師会のホームページをお借りしてHPも立ち上がっていることもPRしたい。

さて診療報酬改訂後の決算をみると、ほとんどの開業医は対前年後比は〔減〕を経験をしていると思われる。ささやかな小生の診療所（5月決算）でも10.9パーセントの減（怠けているせいですかねえ）であった。今、在宅医療を真剣に考え、いかにしたら患者の家族の必要にどう答えをだすか、そして答えるかを真剣に考えるのも開業医の務めであるように思うし、またその時期ではないかと思う。（鈴木 憲一）

の立ち上げから、いままでご苦労いただいている鈴木先生。これは先生の本音と、読ませていただきました。

自己紹介

永島先生より、何か原稿をと言われましたが、何を書いて良いのか迷ったあげく、今般、群馬県内科医会の理事に推薦戴きましたので、まずは、自己紹介をもってその責を果たさせて戴きたいと思います。

私は、前橋市で生まれ、前橋高等学校を経て、昭和40年新潟大学医学部を卒業しました。群馬大学でのインターン後、昭和41年群馬大学医学部第二内科に入局させていただきました。その時の指導医でありました伊藤 琢夫先生の縁で、第二内科の凝固研究室に配属されました。血液研究グループの指導者は、本会の顧問であります前川 正先生でした。以来、平成3年群馬大学医学部を退官するまで、主として血栓症の成因に関する研究に携わってまいりました。今回、本会の理事に推薦して戴きましたのは、研究室の大先輩であります大石 守先生でありました。私は大学以外で、臨床に携わってのは、多野病院での4ヶ月のみであります。そんな私が、臨床主体の本会の職務をまっとう出来るかどうか誠に不安ではありますが、皆様のご理解を戴きできるだけのことはしたいと思っております。

平成3年から邑楽町で開業しています。開業直接の理由は寝たきりになってしまった父の看病のためでありました。以来、10数年父は病床にあり、昨年突然死亡しました。臨床経験の少ない私に開業が務まるかどうか、今に思えば大変な賭けであったと思います。趣味は特にありませんが、よく車で旅行にでます。

私の家族は、妻と子供3人でありす。妻は、武蔵野音楽大学を卒業して、家で子供達にピアノを教えていました。長男は京都大学医学部大学院を卒業後、現在米国に留学しています。その妻も医者で、3人の孫がいます。長女は、武蔵野音楽大学卒業し、今は、太田の株式会社おぎはらの長男に嫁ぎ、やはり3人孫がいます。次女は、現在城西大学薬学部4年生で、花婿募集中です。

以上私事を長々と述べ大変恐縮しておりますが、主題として一番容易なテーマを選ばせて戴きました。ご容赦願えれば幸いです。(小林 紀夫)

《编者注》前川先生門下で凝固特に血栓症の研究一筋だった小林先生、これを契機に私ども会員に、日常診療に必要な凝固の知識をこの紙面に掲載して下さる予定です。

「外来語」言い換え提案

先日、国立国語研究所の外来語委員会というところが「外来語」言い換え提案というものを出しました。

ケーススタディー（事例研究）、シミュレーション（模擬実験）、サマリー（要約）、オンライン（回線接続）、グローバル（地球規模）、コンセプト（基本

概念)、オブザーバー(陪席者)、なるほどうまく言い換えているとは思いますが、第一印象は「みんな漢字じゃん」(これも問題のある言い方ですが、家内の癖です)でした。「漢字って中国の文字でしょ? だったらこれ英語を中国語に言い換えているだけじゃん」(家内の癖です)。

それならば中国語ではなく「やまとことば」に言い換えることはできないのでしょうか? ケーススタディー(ことがらしらべ)、無理がある。シミュレーション(ものはためし)、これは違うかな。サマリー(まとめ)、まあまあかな。グローバルは難しい。やまとことばに地球なんて概念がない。あれ「概念」は何て言い換えたらいいのかな。やはり日本語、もとい、やまとことばだけで表現(これは漢字)するのは不可能(これも漢字)のようですね。

外来語委員会の趣旨は次のように書いてあります。

『公共性の強い場で使われている外来語のなかにも、一般への定着が不十分で分かりにくいものがあります。そうした分かりにくい外来語について、分かりやすく言い換えるなどの工夫を提案し、言い換えを必要とする人々の参考に供することを目的としています。』

「理解しにくい」でなく「分かりにくい」とやまとことばで書いてあるのがさすがですね。

でもオンラインなどは分かりにくくないと思うのですが。定着が不十分なのは普段その言葉を必要としないからでしょう。外来語は今まで日本になかった概念を表すために必要だから使われているわけで、その必要性のために中国語も、ポルトガル語も、オランダ語も、ドイツ語も、英語も輸入されたのでしょうか。もうすでに外来語(中国語を含む)なしでは日本語は構成できないのですから、遠慮しないでどんどん使ってしまうのではないですか。造反有理ならぬ外来語有理。あれ、これも中国語(笑)。(大澤 英夫)

《编者注》外来語は言い換えずに、そのまま使った方が良いのではと思うことのほうが多い。hurray: 今年「フレイフレー阪神」と応援で使われる。英和辞典によれば歓喜や激励を表す言葉とある。hurrahとも書く。これを下手に言い換えていたら、フレイフレーの応援は無かったかも知れない。

(I.Nagashima)

群馬県内科医会会員各位

例年になく涼しい日が続いています。いつもの情報誌が出来ましたのでお送りします。お目通し頂ければ幸いです。今回から内科医会役員諸兄にも執筆してもらい、内容も豊かになりました。9月27日には県内科医会総会、学会が開催されます。ご出席下さいますよう、お願い申し上げます。

会長 永 島 勇