

# 視座

## 医療の効率性

宮城県医師会理事

菅原盛家

医療の効率ということについて考えてみたい。勿論これは地域条件、診療科、開業医、勤務医の違い、その医師の経験年数等によって多大な差があることは理解している。自身の例を出すのは大変恐縮ではあるが、多くの内科系開業医の先生とは類似性が多いと思われるので敢えて提示させていただきます。

私の外来診療にあつては午前中50人弱程度、午後も同程度で、平均1時間12人、1人5分程度の診療ということになる。血圧測定に始まり、体調の聞き取り、聴打診があり、さらにレ線、CT検査、エコー、採血、検尿などがあり、その合間に内視鏡検査を行い、結構忙しい。ときには他医院、病院への紹介状記載もある。最後に署名、捺印となる。このような状況は開院当初からあまり変化が無く、ただ、自身の高齢化に伴い、記憶力が減退、ダッシュ力の低下、夜間診療の対応力激減という形でブレーキがかかってきている。

このような忙しい状況は他の先生方も同様と思われるが、さらに学校検診、あるいは産業医巡視に赴かれ、警察医であれば、死体検案に呼び出されることもある。さらに理事であれば定期的な医師会活動がこれに加わる。また研究活動、講演活動に大忙しの先生方もおられることでしょう。

病院勤務医師では、外来診療、あるいは検査中にも病棟からの呼び出し、ときには臨終への立ち会いもあり、家族への説明と同意も必要であり、外来だけ診ていればいいというわけにはいかない。勤務医の場合には夜勤明けで翌日そのまま、日中診療に突入する場合も多い（代休ありというも名ばかり）。特に産婦人科の先生方などこのような診療形態が常態化しておられると思う。

このような観点に立つなら、医師の過重勤務は限界に達していると思われる。このような状況は医師の偏在が問題になっている僻地ほどひどくなっている（医師の過重労働対策は5年後を目処に答申が出るとのこと）。

さて近年は2025年問題を契機として、在宅診療の重要性が広く論じられるようになってきた。この在宅診療の重要性は主に厚労省が言い出してきたことである。この方向性は建前が主で、本音が語られることはほとんど無い。

かつて多くのアンケートで、患者さんに「何処で亡くなりたいですか」というものがあり、多くの患者さんあるいは高齢者は「住み慣れた自宅の畳の上で」という返答が多かった。だが、そういう答えは当然である。アンケート時点では返答者自身が、痛みも呼吸苦も無い状態だからである。

厚労省は国民のアンケートをバネにし、国民の要望に応える形で病院死から在宅死希望者の増加を図ることに成功した。厚労省の真の目的は医療費削減であるから（入院させれば多額の医療費が生じる）、

患者がひっそりと在宅で死んでいくのが一番医療費がかからない終わり様なのである。

しかし臨死の現実はその単純にはいかない。身体各所の果てしない疼痛（癌性）、呼吸苦、腹満などが生じ、死の恐怖に襲われれば、患者本人はもとより家族（特に普段病人を見ていない遠隔地在住の娘息子）は、病院での治療で、苦痛からの解放を願うことになる。なんで家（在宅）で苦しませているんだという批判（特に嫁さんへの）も生じる。世間体も田舎では大きな問題となる。

それを支える為、在宅診療および看取りということになるが、その効率性は非常に弱く、また担当医の負担も大きいと思われる。冒頭に医師の仕事状況を細々と記したのは、多くの先生方が、自院での業務が多忙ゆえ、自院を離れられないという事由を理解していただく為である。また自宅と診療所が離れているのが常態化している昨今、夜間救急往診などは到底無理という診療所も多くなってきている。同伴してくれる看護師確保も難しい。

さらに効率性を削ぐ要因として、患者から次の患者への移動時間が大きいということもある。私の住む市では端から端まで片道1.5時間を要する。移動時間が本当にもったいないと感じる。仙台市内にあってはさらに交通手段の確保、あるいは医師が飲酒をしてしまった場合なども大きな問題となろう。

また在宅診療の場合、病人を支える家族パワーというのが必要である。厚労省の調査でも、要介護者帯では要介護者、介護支援者ともに65歳以上というのが55%近くを占め、75歳以上同士というのも3割を超えたという報道があった（増える老老介護—産経新聞）。また高齢者の免許返上も喫緊の課題であり、買い出し困難にて食料確保すら困難となる。かように老人世帯の生活力が急激に奪われているのが現状である。弱った一人暮らし老人（親）のために、月に一回札幌から、あるいは埼玉から、八戸から宮城の地に交互に支援にくる姉妹（娘）さんもおられる。

私の考える効率性向上とは、体調の悪い、しかも移動手段の無い高齢者、病人は一か所（マンション、デイサービス施設）に集める、その中央に診療所を置くという考えである。同時に給食配送センターなどがあれば非常に望ましい。病院のような高度な診療体制は必要が無くとも（病状に応じては入院もしていただく）、除痛だけはきっちりとやってもらう、そのような施設ができればいいなと考えているのだが、国はサービス付き高齢者住宅（本当の意味でのサ高住）は認めておらず（重症化すると追い出されるのなら終の棲家とは言えない）。さらに特定の医師の専従は認めていない（患者の囲い込みになるという理由で2015年から運用厳格化）。このようながんじがらめの行政ではうまくいくはずがない。

むしろ非現実的と思われるのが、『地域包括ケアシステムの姿』で取り上げられる図式である（ほとんどの先生方ご覧になっておられると思う、ネットで容易に閲覧可）。私は地域包括ケアシステムを否定する者ではないが、その煩雑性、冗長性に信頼を置くことはできない。そのイメージ画像は老人世帯を中心に、医療、介護、行政、ケアマネなどがグルリと取り囲み、互いに情報を共有する図式となっている。一見素晴らしいシステムのように見えるが、問題はその中心となる老人世帯の数が膨大であり、数百世帯にもなること、しかもバラバラな地域に点在し、中心にある要医療、要介護者が、老老介護であったり、独居老人である。しかも移動手段が無く、経済的にも苦しい著しく生活力の低下した方々なのである。その彼らと日々連絡を取り合いながら多種多様なニーズに応じていく膨大な作業に対して、私は驚倒し、腕組みしながら見守っているのが現状である。医療供給側では、病医院を問わず、その在宅診療への対応力（往診力）は乏しい。またもう一方で期待されている介護サービスに関しても、参入する労働者も減少傾向にあると伺っている（待遇が悪く仕事にモチベーションを保てずかなりの離職者が出ている）。行政は介護施設を作るのには熱心であるが、地域包括ケアシステムの中身を充実させていくにはまだまだ工夫が足りないと思われる。

