

## 開業医医療研究会報告

## 民商健診とかかりつけ医

森 博彦

森内科医院

## はじめに

地域中小企業住民の健診は、大企業が行なっている従業員の定期検査とは違い、検査内容も検査のための時間も、充分にある訳ではない。

皆、自営業で生活がかかっているので、健診のために仕事を大ぴらに休むほどの閑人など一人もいないのである。多忙な時間を縫って受診する人が多いので、健診はいつも夕時から始まることになる。血液検査も出来るだけ空腹で、と思うのだが仕事をしながら絶食など出来る訳がなく、検査結果はかなりの誤差を覚悟して判定しなければならない。

以上のようなハンデがあるにもかかわらず、健診事業が今後も継続されねばならない最大の理由は、このような機会がなければ定期的な診察を受ける方が非常に少ないのではないかと危惧するからである。また健診事業に付随した病気のよろず相談を担当してみると「かかりつけ医」を持っている方が非常に少ないことが判ってきた。

勿論、健診者は、年々、高齢者が増加してきているので一般の開業医にいろんな病気で受診しての方も多いはずである。ゆえに健康の保全、あるいは継続的な治療を効率よく続けるためには、第一に、受診者の自覚を促す、第二に、助言と加療を担当する「かかりつけ医師」が必要である。健診はこのような医療システムを受診者に紹介し、理解して頂く絶好の機会であると考え、ここにおいては、健診の結果判ったことと、その後の患者フォローについての私見を述べる。

## 1. 健診の内容

名古屋市の成人基本検査を中心にして、便鮮血

反応や血液検査を追加して施行した(表1)。

## 2. 健診の結果判ったこと

1991年と1993年での健診受診者は、90名(1991)から124名(1993)と増加傾向が続いて

表1 千種民商との健診の内容

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| (1) 問診                         |  |
| (2) 理学的検査                      |  |
| (3) 身長、体重                      |  |
| (4) 血圧                         |  |
| -----                          |  |
| (5) 検尿(糖、蛋白、潜血)                |  |
| -----                          |  |
| (6) 検便(潜血反応)*                  |  |
| -----                          |  |
| (7) 血液検査                       |  |
| ① 肝機能検査(GOT)                   |  |
| ②    "    (GPT)                |  |
| ③    "    ( $\gamma$ -GTP)     |  |
| ④ 総コレステロール                     |  |
| ⑤ HDL-コレステロール                  |  |
| ⑥ 中性脂肪                         |  |
| ⑦ クレアチニン                       |  |
| ⑧ 血糖(随時血糖)                     |  |
| ⑨ 貧血(赤血球数)                     |  |
| ⑩   " (血色素)                    |  |
| ⑪   " (ヘマトクリット値)               |  |
| (追加項目)                         |  |
| ① LDH*、② 尿酸窒素(BUN)*、③ 尿酸(UA)*、 |  |
| ④ ナトリウム*、⑤ クロール*、⑥ カリウム*、      |  |
| ⑦ 総蛋白*、⑧ アルブミン*、⑨ 総ビリルビン*、     |  |
| ⑩ アルカリフォスファターゼ*、⑪ 血清アミラーゼ*、    |  |
| ⑫ TTT*、⑬ ZTT*、⑭ コリンエステラーゼ*     |  |
| -----                          |  |
| (8) 心電図                        |  |

(注) \*印は、名古屋市の成人基本健診項目以外の検査。

表2 民商会員と健診者の割合 (1993年) (人)

	千種区	名東区	合計
自営業者の数	9,704	6,229	15,933
上記のうち民商の 対象者数A	6,500	3,500	10,000
民商会員数B	563	251	814
組織率 (B/A)×100	8.7%	7.2%	8.1%
民商会員のうち 共済会員数C	629	215	844
健診受診者数D	99	25	124
民商の受診対象者の うち健診受診者の 割合 (C/D)×100	15.7%	11.6%	14.7%

※民商の対象は従業員が5人以下の事業所

いるが、地域の共済会員数との割合(受診率)は、表2に示すように、千種区と名東区の平均では約14%(1993)と余り高いとはいえない。

健診結果(表3-A・B)は、受診者の15%(1991)と35%(1993)が要治療の方であった。要観察と精密検査が必要な方は42%(1991)、36%(1993)。異常なしは1991年の43%から1993年の30%と著明に低下していた。疾病の種類としては高血圧、心疾患、高脂血症が多く、特に1993年度では高脂血症の割合が32%と極めて高く、高年齢化と食生活の変化が大きな影響を与えていることが推察される。

全体として1991年度の“異常なし”と“観察と要精密検査”の方が減少しその分1991年度の“要治療”の割合が増加している。

毎年新しい健診受診者が、全て疾病を持っている訳ではないので、要治療者の増加は受診者の高齢化が大きな要因ではないかと考えている。

3. 民商健診から得たもの

地域の民商の対象者に対する民商会員数(組織率)が2区で平均が約8%と低いため(表2)、健診の結果を住民全体に拡大して統計処理するには対象者が少なすぎる。故に、ここでは個人的な印象をもって結果を述べるに留める。

35歳以上(受診者の90%以上)の受診者が多かったので、現在一般血液検査に加え、上部消化管悪

表3 A 健診結果 (1991年)

	合計	百分比	A	B	C	D	E
①受診者計	90名	100%	29名	15名	10名	15名	21名
②総合所見							
(1)異常なし	39名	43.3%	10名	8名	4名	6名	11名
(2)要観察	28名	31.1%	5名	5名	4名	6名	8名
(3)精密検査	10名	11.1%	8名	0名	0名	2名	0名
(4)要治療	13名	14.4%	6名	2名	2名	1名	2名
③診断名							
(1)高血圧	14名	15.6%	7名	2名	1名	2名	2名
(2)心疾患	5名	5.6%	0名	2名	2名	1名	0名
(3)貧血症	5名	5.6%	4名	0名	0名	0名	1名
(4)肝疾患	6名	6.7%	3名	0名	2名	1名	0名
(5)糖尿病	5名	5.6%	1名	2名	1名	1名	0名
(6)その他	25名	27.8%	7名	0名	4名	4名	10名

高脂血症  
高感  
肥  
高脂血症  
尿酸  
高コレステロール血症  
肥満症

表3 B 健診結果 (1993年) (%以外は人数)

	合計	百分比 (%)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	備考
①受診者計	124		26	11	17	8	9	19	25	4	5	
②総合所見												市全体%
(1)異常なし	37	29.8	6	3	7	2	1	3	10	1	4	32.2
(2)要観察	27	21.8	4	3	5	2	0	2	8	2	1	21.7
(3)精密検査	18	14.5	8	5	0	1	0	3	0	1	0	16.0
(4)要治療	44	35.5	10	0	5	3	8	1	7	0	0	30.1
③診断名												
(1)高血圧	25	20.2	3	0	1	2	5	10	3	1	0	
(2)心疾患	25	20.2	2	5	1	0	5	9	2	1	0	
(3)貧血症	8	6.5	4	0	1	1	0	1	0	0	0	
(4)肝疾患	15	12.1	5	0	4	1	1	0	2	2	0	
(5)糖尿病	10	8.1	2	0	0	0	2	3	3	0	0	
(6)高脂血症	40	32.3	10	5	6	3	5	4	4	3	0	
(7)腎疾患	6	4.8	1	0	0	0	0	4	0	1	0	
(8)その他	13	10.5	7	0	0	0	0	0	5	0	1	

性腫瘍の早期発見をめざして胃腸透視か胃カメラを追加したいところである。

しかし経済的理由と時間制約でなかなか難しい。いろんな受診者と話していて皆一様に訴える

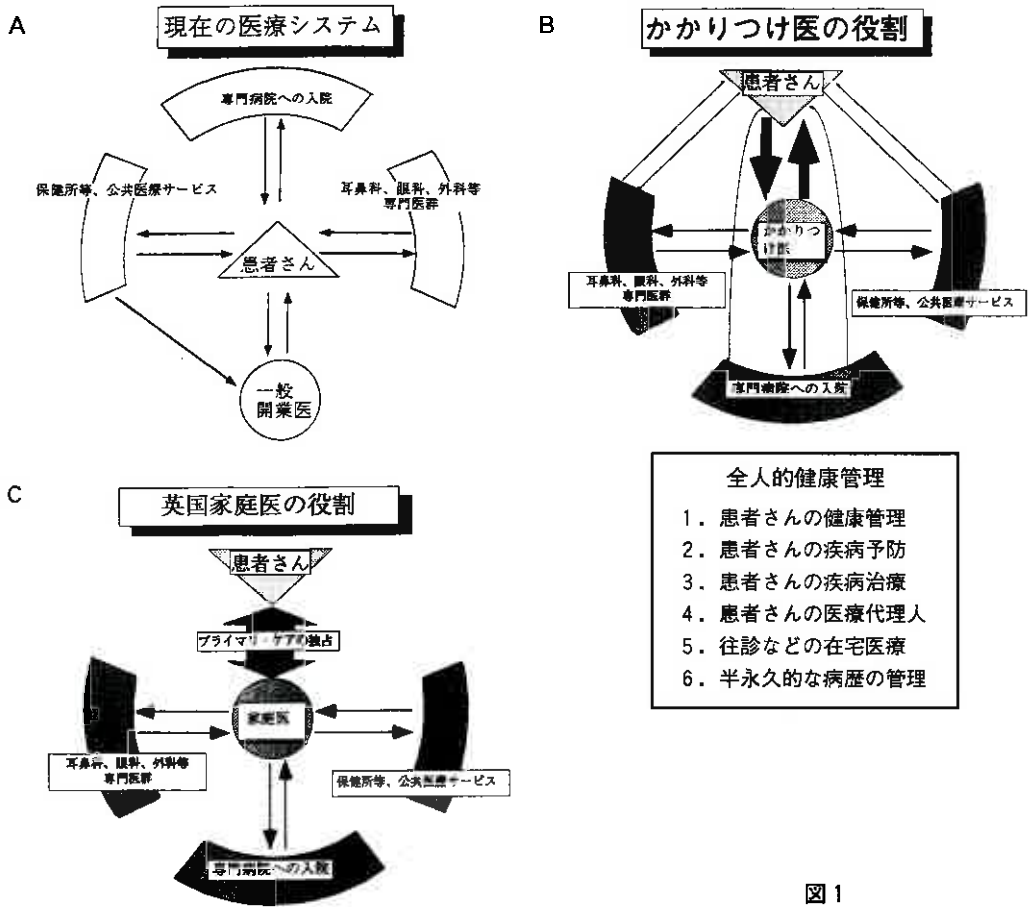


図 1



図 2

のは、このような制度がないと自発的に健康診断を受ける機会、ほぼ皆無であるということだ。慢性の病気をすでに持って見える方は、診療所や

病院での定期診察が健康診断の一部になっているが、健康な人は、自覚症状が出ない限りまず診療所で受診しないので、発見が遅れることになる。

そこで、私は、(図1-A・B・C)を使い機会あるごとに家庭医(かかりつけ医)をより理想化したものの機能を根気よく説明し、風邪や一寸体調を崩したときなどに“かかりつけ”の先生を気軽に受診し診察してもらおうとよいと奨めている。これによって病気の早期発見がある程度可能になるだろう。その際、服用している薬の名前と副作用、病名等を健康手帳(図2)に記入してもらい自ら保持すること、複数の医療機関を受診する際には必ず紹介状と健康手帳を持参するとよい事等、併せて説明することになっている。

特に、患者が医師に支払う診察料や薬代の7割

以上は各種保険によって賄われているが、この7割も、結局は患者自身が色々な税金で支払っていることを納得してもらう必要がある。ここからコストベネフィット(能率よく治療する考え)の概念が生まれてくるのである。同じ治療効果があるのなら安く上げるのが名医である、という世界の常識が全く通用しない国がこの日本なので、機会あるごとに微弱ながら啓蒙活動をしている。健診の際の僅かな時間でも啓蒙効果は充分あり、事実、何人かは、“かかりつけ医”を決め、眠っていた健康手帳を有効に使うって診療情報を集めるようになった。

このように、民商健診は、地域の人々に診療所の果たすべき役割が、治療のみならず健康の保全(予防)にあることを宣伝する絶好の機会であると考えられる。

#### 4. 日本の“かかりつけ医”と英国の家庭医

“かかりつけ医”も家庭医も基本的に、人間性に優れ、外来患者の90%以上の方の病状に初期対応出来る技量を持たねばならない。

しかしながら、現代の“かかりつけ医”は、一昔前の一医院完結型の診療形態をとるのはむしろ稀で、患者の容態に応じて入院、専門医への紹介、診診連携、外部への検査依頼や在宅医療と、また患者および家族の意思、生活状況、さらに経済状態を考慮した上、迅速で的確な選択をしなければならない。

図1-Aは、現在の一般的な開業医が医療環境の中に占める位置を表している。矢は情報の方向を示し、矢の太さは情報の量を定性的に代弁している。患者さんは勝手に複数の病院、診療所を受診し、複数の投薬、検査を受けているにもかかわらず、どの医師も患者さんの全体像を知る事が出来ない。これは患者情報が集中化されず、情報が散逸しているからである。

一方、図1-Bは、日本の家庭医が果たすべき職務を英国のモデルから移植し、多少の変更を加えたものであるが、これは、現在の日本の医療制度下でも充分可能である。

現在の医療システムと比較すると、英国の家庭

医(図1-C)の占める場所と、情報の量が違う事が理解できる。英国での、家庭医と患者の間の契約は、堅固で患者は家庭医を介してしか高度医療を受けることが出来ないが、“かかりつけ医”には、このような医師と患者間の契約はなく、両者は信頼によってのみ結ばれていることになる。

医師への支払いは英国では95%が国から、5%が患者さんから直接徴収で賄われるが、この分は減税されるので実質的に無料である。一方、日本では保険の種類によって、0~30%が患者から徴収されている。

両者のシステムはそれぞれに問題があり、必ずしも優劣は付けがたいが、一人当たりの年間医療費が米国の数分の一しかない英国が、国民の医療満足度では米国の4倍もあるという事実は、医療システムを有効に動かすノウハウが大きな違いとなっているようだ。

英国の著名な家庭医であるジョンフライ<sup>1)</sup>は、患者の要求は、常に、提供出来る医療サービスを凌駕するものである、と看破している。限りある財源下で良質の医療サービスを提供するにはどこかで妥協点を見つけ、システムを効率よく稼働させる以外手はないようである。

#### 5. 健診と診診連携(診療所間の連携)

“かかりつけ医機能”を十分に発揮するためには診診連携が必要なことは先に述べた通りである。民商健診で要治療と診断された方は本来“かかりつけ医”に相談すべきであるが、そういう人に限って“かかりつけ医”を持っておらず、この段階での脱落が意外と多いのも確かである。そこで、患者さんの近くで診診連携を組んでいる先生を具体的に指名し、紹介状を書いてあげれば、まず一度は受診して頂けると思う。あとは、先生との相性だけである。

このように複数の医師で形成する診診連携は、①地域医療を面としてカバーできる、②患者さんの医師を選択する幅が広がる、③外科、神経科等他の診療科との連携が容易にできる、という利点を持っている。

当地域では、1993年4月より内科、泌尿科、

表4 診療連携に関する覚え書

<p>〈当診診療連携システムの名称〉 本システムは「内高A診療連携」と称する。</p> <p>〈当診診療連携システムの目的〉 (1)当該診療所間の親睦を計ること。 (2)各々診療所の特徴を生かした医療連携を組むことにより、地域住民に健康保全と疾病と予防、さらに継続的な医療を提供する。 (3)セカンド・オピニオン制度を導入することや種々の医療情報を共有することによってお互いに医療の質の向上を目指す。 (4)当診診療連携システムは、在宅医療の受け皿の機能を果たす。</p> <p>〈当診診療連携システムの機能〉 (1)当診診療連携に参加している診療所が、何らかの理由で休診した場合には、依頼によって他の診療所はそれぞれにおいて、依頼患者の継続治療を出来得る限り助けるものとする。但し、休診していた診療所が再開した場合には、さきの患者はすみやかに元の診療所に再び紹介されねばならない。 (2)救急の医療体制が必要な場合、依頼があれば、当診診療連携に参加している医師は、出来得る限りすみやかな人的</p>	<p>あるいは物質的な援助を惜しまぬこと。</p> <p>(3)当該診療所間での医療に関する相談(セカンド・オピニオン)には各々出来得る限りの協力をし、その内容は患者及び部外者には決して洩してはならない。 (4)当診診療連携に参加する診療所は、それぞれの診療所の機能紹介を具体的に公開し、必要な場合、機具、薬あるいは施設など提供しお互い助け合うものとする。 (5)診療所間の患者往診依頼は、出来得る限り時間調節し、お互い協力し合うこと。車馬賃は、当該主治医が相談して決定するものとする。 (6)当診診療連携システムと契約基幹病院との連携に関する覚え書は、別項に定める。</p> <p>〈当診診療連携システムの入会と脱会〉 (1)入会は、当会員の2/3以上の賛成が得られれば許されるものとする。 (2)脱会は、脱会しようとする会員の意志表示のみで許される。 〈覚え書の改正〉 (1)改正は参加医療機関の代表の2/3以上の賛成をもって成される。</p>
--	--

表5

〈連携診療所往診機能一覧〉										
診療所名	往診	得意とする分野・信念				往診の受け入れ条件(診診、病診)				
池下クリニック	可	鬱病・神経症・自律神経失調				診診＝相談・紹介主治医の同行 病診＝事前の相談				
勝野外科	可	胃腸科・理学療法				診診＝事前の相談 病診＝事前の相談				
高田内科	可	循環器・在宅医療				診診＝事前の相談 病診＝事前の相談				
森内科	可	在宅医療・家庭医機能の充実				診診＝紹介状と相談 病診＝相談・紹介状・後方病院確保				
吉田子供クリニック	可	小児科一般・アレルギー疾患一般・漢方				診診＝事前の相談 病診＝事前の相談				
野口クリニック	可	泌尿器全般・特に神経因性膀胱など排尿障害				診診・病診共＝紹介状または事前の相談				
〈貸し出し可能な救急用品・装置と可能な処置〉										
診療所名	ポータブルO2吸入器	アンビューバッグ	気管挿管用具	エラスター針	ポータブルECG	ポータブルEコー	導尿バッグ式	小外科的処置	ポータブル吸引	パルスO2メータ
池下クリニック	(当院では、専門の特殊性からEEGなどの検査は可能ですが、救急対応はしておりません)									
勝野外科	○	○	○				△	○	○	
高田内科	○	○	○		○		○		○	
森内科	○	○	○	○	○	○	○		○	○
吉田子供クリニック		○	○						○	
野口クリニック	○	○	○	○			○	○		

○：対応可、△：不十分ながら対応可、空＝対応不可

表6 当医院のコンセプト

当院は、家庭医 (General Practitioner) の機能を十分発揮することを目標としており、とりわけ往診による在宅医療を最重要視しております。当院では、家庭医を目指しているため、あえて専門は標榜していませんが、一般的な急性および慢性疾患は、全て充分に加療、そして管理できると自負しております。

**A) 人間の致死率は未だ100%であり、“如何に死ぬか”は“如何に生きるか”と同じように重要な問題であると考えております。**

**B) コスト・ベネフィットの重視**

出来るだけ検査は少なく、投薬も効果が確認された必要最小限なものに限定するつもりです。

**C) 情報の共有、還元、保存**

診断名、検査データ、投薬内容等の医療情報は、希望する全ての患者さんに還元し、重複薬物投与、重複検査を出来るかぎり減らしております。電子カルテにより半永久的に検査データを随時検索可能状態で保存し、必要に応じて提供いたします。

**D) 患者さんには自由に医師を選ぶ権利がある事を知っています。**

転医を希望される患者さんには、理由の如何を問わず出来るだけの情報をさしあげるつもりです。

**E) 種々の診診連携や病診連携を積極的に組み、多様な病態に対応出来る最善の処置をとることが出来るシステムを持っています。また保健所・社会福祉事務所との連携も出来るだけ密にし、地域社会の健康の増進に役立つつもりです。私的な在宅医療支援との連携も積極的に行なっております。**

#### 〈在宅医療と往診〉

在宅医療・往診で可能な処置・サービスは別紙の各種管理以外には、

- 1) 点滴、輸血
- 2) エアーマット貸し出し
- 3) 通院用電気スクーター貸し出し
- 4) 歯科との診診連携・理髪師派遣
- 5) 定期的な訪問看護婦・訪問薬剤師・訪問栄養士の派遣
- 6) 在宅総合診療科、24時間連携オンコール体制、をとっています。

在宅酸素療法、経口栄養管理、在宅人工呼吸管理、インスリン自己注射管理、在宅寝たきり処置が可能ですが、受け入れ患者人数に制限があります。

静脈栄養管理は条件が整えば可能ですが、腹膜灌流、自己疼痛管理は施行しておりません。

在宅医療で重症の患者さんが多い時など、当院の能力上、新たな患者受け入れが困難場合があります。この場合、他の診療所を紹介するように努めさせていただきますので、あらかじめお問い合わせください。

小児科、外科、神経科等六つの診療所で診診連携を組んでいるが、その目的は3項目に集約出来る。第一に相互の親睦を計ること、第二にセカンド・オピニオン制の導入と救急対応備品の公開、第三に在宅医療の受け皿の機能を果たす、というものである。そのために、各診療所は各々の持つ基本的機能の公開と理念の表明をしている(表4、5、6)。

また2ヶ月に一度、定期的に談話会を開き、互いの問題点や共通の患者さんの治療方針等について意見交換をしている。

将来、このような診療所間の連携は、地域の医療レベルを向上させるためにも、住民の健康を継続的に管理するにも、有効な医療システムではないかと考える。

#### 〔文 献〕

- 1) ジョン・フライ：プラマリケアとは何か—医療への新しいアプローチ。日野原重明・紀伊国献三訳、医学書院。1981。