研修医からみた医師会の役割

新潟大学医歯学総合病院 精神科　大竹雅也

私は2018年4月より新潟大学医歯学総合病院を基幹病院とするプログラムで研修を開始し、その他に協力型病院と地域病院として新潟市内の2病院で研修してきた。研修期間中特に感じたのは、病院に勤務する医師が非常に多忙であり、人によってはほぼ毎日病院に出勤していることだった。

過重労働は新潟県に限った問題ではないが、新潟県は人口当たりの医師数が少なく、他の都道府県よりも状況は悪いと思われる。特に昨今では過重労働と過労死などの問題から働き方改革が叫ばれており、労働時間の適正化は社会的な潮流となっている。現在のところ医療現場では、時間外の患者・患者家族に対する病状説明の見直しや、勤務時間外の会議の削減、有給休暇取得の義務化などが行われている。研修していた病院でも上記の様な方策がとられていたが、そもそも仕事量が非常に多いためにあまり労働時間の削減に結び付いていない場合がしばしばあった。

現在、医師の勤務時間削減のために様々な負担軽減策がとられている。負担軽減のために行う他の専門職へのタスクシフト・タスクシェアもその一つである。研修した病院では、特にリハビリの分野でタスクシフトが進んでいた。例えば嚥下リハビリでは、医師が細かい指示を出さずとも、言語聴覚士が嚥下機能の回復に向けて多くの業務を行っている。そのため、医師がやらなければならない作業が減るだけでなく、言語聴覚士という別の専門家を介することで、より質の高い医療が可能となっている。

しかし、全ての病院、全ての職種でタスクシフト・タスクシェアが進んでいる訳ではない。その上、現在の医師が行っている業務のうち医師のみに許された高度な専門知識・技術を必要としない業務も相当数ある。そこで、医師会が先導しタスクシフト・タスクシェアができると考えている。具体的には、全ての医療職を対象とした勉強会の拡充や、専門性の高いメディカルスタッフの育成支援などがあると思う。

また、厚生労働省の報告書にもあるように働き方改革は医療従事者、行政のみならず、市民、民間企業にも変化を求めている。市民には上手な医療のかかり方を求め、企業には従業員の健康を守り、健康状態に合わせた柔軟な働き方を要求している。最近は耐性菌の問題から風邪症状に対して安易に抗生物質を求めないように啓発がされているが、もっと一般的な受診の仕方にも変化の余地があると考えている。

研修中の経験では、夜間や休日に患者が緊急性のない症状で診察を求めてくることがしばしばあった。そのときにできる診察を一通り行って翌日日中の受診を指示しても、本人が改善したと自己判断して受診しないケースもあった。特に普段医療機関に行くことがない人たちは、日中診療所に行く感覚で病院を受診したり、場合によっては救急要請したりすることもある。

このような人たちの多くは悪意があって高次医療機関を受診している訳ではなく、単に医療機関の役割分担を知らないために来院していると思われる。現時点でも、インターネット上で調べれば自分がいる地域の休日夜間診療所や当番の診療所を探すことは容易である。しかし、時間や心に余裕のない中で正しい情報を取捨選択し、それを実行することができない場合もある。従って、普段から医療や医学に関する知識を学び、もしもの時に役立てるようにすることが重要ではないかと考える。

テレビ、新聞などのマスメディアを利用した啓発は以前から行われている。更に踏み込んで、医師会が学校教育や、母子教育の場で医療の利用の仕方について啓発することが可能ではないかと考えている。マスメディアによる啓発でも、情報弱者のもとに正しく伝わらないおそれがある。しかし、教育現場で行うことで、ほぼすべての人に届けることができる。市民の医療に対するリテラシーの向上で、不要不急の受診が減り、上手な受診は医師の負担軽減だけでなく、患者の金銭的、時間的負担や、国や保険者の負担軽減にも繋がる。

ちょうど2年間の研修期間中に過重労働が問題となり、今までの働き方を変えなければならない変革の時代となった。しかし、医師の勤務時間を単純に減らすだけでは、医療の質が低下し、十分な医療が提供できなくなる可能性がある。医療の質を保ちつつ医師の負担軽減を図っていく必要があると考える。

医師会への提言

新潟大学医歯学総合病院 精神科　根井仁平

新潟大学医歯学総合病院精神科の根井です。私が2年弱の研修医生活の中で新潟県の医療へ提言したいと思ったことが二つあります。

まず、第一に私が提案したいのは新潟の救急医療現場における病院間の連携の強化と指揮系統の統一です。私は研修期間中、新潟市内の2次救急病院で当直しました。その際、近隣にある3次救急の病院とどちらが救急車の患者を引き受けるかで揉め、受け入れ病院の決定までに時間がかかることが時折ありました。また、その時の病院間のやり取りは患者搬送中の救急車内の救急隊員を介して間接的に行われていました。

私が問題だと思った点は、まず、第一に患者の受け入れに関する決定権が2つの病院で同等でどちらかに優位性がないため、患者の状態が2次救急病院か3次救急病院が引き受けるか明瞭でない場合には、その時の病院の施設、余剰病床数などを考慮してどちらが患者を引き受けるか妥協点を探るように話し合わなければいけない点です。加えて、両病院間の話し合いのやり取りは救急隊員を介して間接的に行われているため、会話が伝聞によるものとなってしまい誤解が生じやすいと思いました。また、やり取りを媒介する救急隊員が医療の専門家ではないので誤解が生じやすい状態であると感じました。

以上の問題点を解決するため、私が提案したいのは一連の地域の各救急病院の医療施設、余剰病床数、各病院の繁忙の度合いなどの情報を得た地域の救急医療を包括する機関が救急体制を中央でコントロールすれば良いと考えました。機関の長には情報や患者の状態を十分に把握できる医師を据え、この医師が収容病院の決定権を持ち、さらに各病院の救急担当医間の連絡はこの機関の長である医師を交え、直接行うことで収容病院の決定がスムースに行え、病院間のやり取りにおける誤解が生じることもなくなると考えます。機関の運営資金の捻出や人材の確保などの問題がありますが、搬送時間の短縮や患者の状態に適した救急病院への搬送の実現が期待でき、地域とそこに暮らす患者にとって利益になるであろうと考えます。

第二に私が提案したいのは、統合失調症など精神科領域の難治性疾患の患者宅への定期的な訪問による状態把握の必要性です。私の専攻は精神科であり、2年間の研修期間の最初の3ヶ月を大学病院の精神科で研修し、最後の3ヶ月も精神科で研修しました。私が2019年12月末に研修で同科に戻ってきた際に、研修当初の3ヶ月間に精神科病棟に入院していた患者の見知った顔を3～4人見つけて驚きました。患者のほとんどが症状が再燃した統合失調症の患者でした。統合失調症の再発に最も大きく関与するのは服薬アドヒアランスの欠如です。統合失調症の薬の副作用で眠気や太ったりすることがあり、薬を飲むのを辞めた結果、症状が再燃することが多いです。再発との関連でもう一つの要因は家族による感情表出です。家族による批判的なコメント、敵意が強い場合は患者の情動面が不安定となり、症状が再燃することがあります。予防のため新潟大学の精神科においても入院中の心理教育など行っており、服薬アドヒアランスの重要性を教えたり、訪問看護を行なったりしていますが効果は十分でないように考えます。

この問題を解決するため、私は寛解し通院が途絶えがちになった統合失調症患者に対して十分な教育を受け専門的知識を持った訪問員が訪れ、服薬状況や家庭環境を確認する制度があれば良いのではないかと考えました。訪問員が自宅を訪れ、患者の状態、服薬状況を確認し、患者の状態や服薬状況に問題があれば簡易的な指導を行い、服薬と通院の再開を患者本人と家族に対して促します。人材の確保などの問題はありますが、訪問を行うことで、早期治療に結びつき、状態の増悪を未然に防止するだけでなく、再度の入院加療の必要がなくなることにより、医療資源の有効活用に繋がると考えます。

以上が、私が医師会に提言したいことでした。ここでは改良した方が良い点ばかりを述べましたが、それ以上に新潟の医療の素晴らしさを感じた2年間でした。

編集後記

今回は医師会で新設した研修医奨励賞を取りあげました。

津川病院研修で『人住む所医療あり』を体験した地域医療の重要性について、タスクシェア・シフトを含めた医師の働き方改革に関して、そして救急医療体制と精神疾患患者さんに対する提言等、現場で体験し考察した率直な意見に感心しました。

コロナ感染症で今までと違う思考、行動が求められ、今後世の中の構造的変化も避けられないようです。われわれ医師の意見を集約し、要望を実現するために、医師会の存在はより一層重要になると思います。この変化に対応するためにも、研修医を含め若手医師の医師会への理解と参加が進むことを期待します。

（矢尻）