

## 健康



那覇市医師会  
喜久村 徳進

「平成10年のWHO執行理事会(総会の下部機関において、WHO憲章全体の見直し作業の中で、「健康」の定義を「完全な肉体的 (physical)、精神的 (mental)、Spiritual及び社会的 (social) 福祉の Dynamicな状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」

“Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”  
と改める(下線部追加)ことが議論された。

WHO健康の定義

ます。霊的問題は健康を考える場合重要な要素である、と多くの国が検討を始めています。

四つの要素となっている肉体と精神は相互に作用し、肉体と社会・肉体と霊も又相互作用をしています。精神と肉体・精神と社会・精神と霊もお互いに影響し合っています。社会と肉体・社会と精神・社会と霊も同様に関連があり、霊と肉体・霊と精神・霊と社会も相互作用をしております。健康状態をみる場合、この四つの要素を指標とします。この要素は一見別々のように見えますが、健康という一点に集約されています。WHOは昭和26年に決めた定義に追加して、平成10年からスピリチュアルという新しい概念を取り入れる事を議論しています。

### (1) 定義

健康 (Health) は四つの要素からなり、肉体的・精神的・社会的・霊的状态をそれぞれみて判断いたします。肉体や精神が日頃とちがいか何となく違和感を感じる時、我々は近医を受診し主な訴えを聞いてもらいます。医師は、問診し更に血液・生理・CT・レントゲン等の検査結果から病気を鑑別診断し治療の方針を決めます。誰もが肉体的・精神的な体調の異常には気付きますが、霊的健康は、西洋医学中心に考える最近の医療では捕らえにくいものとなってい

### (2) スリム化

肉体・精神・社会・霊的に健康である為には、各要素を全体的な視野から見渡して判断する事が必要です。漢字の熟語を少し軟らかく書き直すと肉体は「体」精神は「心」であり、言葉に円みができ、易しい感じでスーッと受け入れる事ができます。地球温暖化は進み、拡大膨張する日常生活には飽食の波が押し寄せて生活習慣病が表出し、健康はどんどん害されています。獲得すべきものと捨てざるものを分別し、スリム化を計る必要があります。

生きていく上でより良く、より多くの物が欲しいと目標を立てるのは全ての命あるものに共通しています。しかし、あまり背伸びをして生きると何らかの歪みが生じてくる恐れがありま

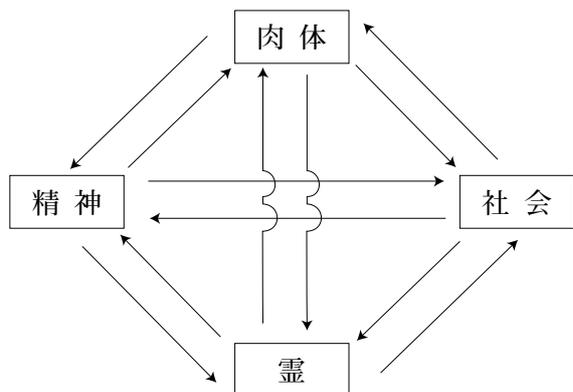


図1 健康の四つの要素

す。年相応の体の訓練ができていない人は、無理な日常生活を送ってしまいます。一方、ストレスは増大しつつあり、心の病を予防するセルフ・ケアは重要です。不安定な社会と如何に向き合うべきか決断を迫られています。社会人として、目指す一つに技術の向上とそれに見合う報酬を得る事があります。これらは追えば追うほど逃げてしまうので、ある時点で自分の目標を定めながら肩の荷を降ろす必要があります。物事に対する執着心が少なくなるにつれ人間は日々健全になり、物心両面のスリム化は健康問題解決のキー・ポイントになると思っています。

**(3) 健康度指数**

どういう状態を「健やか」というのか、いま一つ明確ではありません。体の具合が悪いとか、心の調子が優れないのは本人が一番自覚しており、医師も客観的判断が下せません。社会という言葉の説明を小学生辞典で調べてみますと「共同のくらしをしている人間のあつまり・世の中・世間・仲間」とあり社会的関係の中の健康は理解できます。霊については宗教的側面を持っており、なかなか納得しにくいものです。世界保健機関「WHO」が平成10年に健康の定義で提案したスピリチュアルの用語を用いることを厚労省・日本政府は保留していますが反対する国はありません。表1、表2、表3は誰もが簡単に、健康バランスがわかるように考案された健康度指数です。

体・心・社会・霊の四つの要素を縦に書き、評価点数は横に算用数字で1・2・3・4・5とし合計得点で健康度を評価いたします。自己記入を原則とし評価点数を表2のように決めます。

健康度指数の合計点数・割合%と評価の関係は表3のようになります。

健康度指数の合計が18点以上では割合は90%以上となり評価は「特に良い・V」とします。指数の合計が15点以上17点以下では割合は75%から85%の間にあるので「良い・IV」とし、指数の合計が12点から14点では割合が60%から70%の間になり評価は「普通・III」

となります。指数の合計が8点から11点になると割合は40%から55%の間にあり評価は「悪い・II」とし指数の合計が7点以下だと割合

健康状態	1 (特に良い)	2 (良い)	3 (普通)	4 (悪い)	5 (特に悪い)
体 (肉体)					
心 (精神)					
社会					
霊					

表1 健康度指数

評価点数5 … は特に良い
〃 4 … は良い
〃 3 … は普通
〃 2 … は悪い
〃 1 … は特に悪い

表2 評価点数

合計点数	割合%	評 価
20点	100	特に良い・V
19点	95	
18点	90	
17点	85	良 い・IV
16点	80	
15点	75	
14点	70	普 通・III
13点	65	
12点	60	
11点	55	悪 い・II
10点	50	
9点	45	
8点	40	特に悪い・I
7点	35	
6点	30	
5点	25	
4点	20	

表3 合計点数・割合・評価

いは35%以下となるので評価は「特に悪い・I」と判断します。

#### (4) 健康度指数の年代別推移

健康度指数を私の人生に当て嵌め、年代別に考えてみます。体は○印・心は□印・社会は△印・霊は×印とし、健康度指数を年代別に折れ線グラフに書き入れてみますと、過去のこと現在のこと、そして未来への生命の流れが理解できます。

誕生後、数年間は体・心・社会・霊に包まれ総てに満足しており、合計点数は20点となります。(体)は30代までは「特に良い」状態ですが、40代より「普通」となり、60代に入って「良い」状態に戻っています。(心)は20代より不安定となり60代に入ってから落ち着きを取り戻します。(社会)的健康の必要性を強く感じるのは40代です。地位・名声・給与も良く経済的に又家庭的にも安定していますが、何となく気力・体力が落ち、仕事の能率が少し落ちる時期です。(霊)的健康がぐんぐん伸びるのを体感するのは60代に入ってからです。体・心・社会・霊的健康が最も望ましい世界に向かって歩んでいるのが解ります。

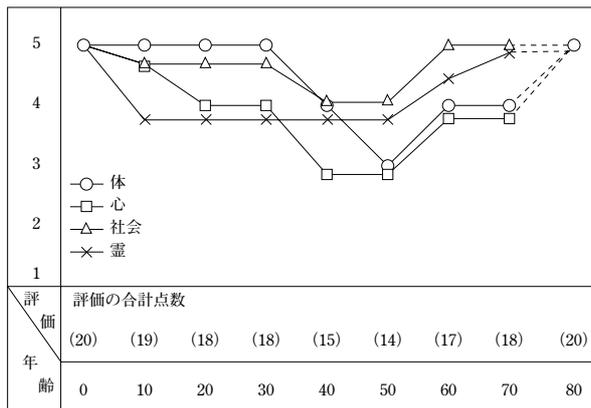


表4 年代別健康度指数の推移

#### (5) 霊 (マブイ)

WHOの健康に関する委員会では議論されたスピリチュアルの日本語訳を政府は躊躇しておりますが、スピリチュアルは講演・テレビ等でブームになり一人歩きをしています。全米ホスピ

ス協会はホスピスの定義にスピリチュアルケアという言葉を取り入れており、日本語では霊的ケアと訳されています。ホスピスの現場では霊的概念を持たなければいけないのでしょうか。霊とは「たましい」のことで琉球文化では「マブヤー・マブイ」と呼ばれ体の中から出たり、体の中に入ったりするものである、と信じられています。ビックリするような事があるとその場にマブイを落とすそうです。離脱したマブイをもとの体に戻す為にお年寄りと一緒に現場に行き「マブイ込め」をしてもらいます。「マブヤー・マブヤー・ウーティクーヨー」(たましいよ・たましいよ・追いかけて来て下さい。)と唱えながら周辺の空気を胸に引き寄せ、手を合わせ大地に触れた手を眉間に擦り込み「マブヤー込め」をします。霊・魂・マブイと言うと別の世界の話に聞こえますが、WHOの健康の定義に霊という概念が入ってきたのですから一人ひとりが受け止める姿勢が必要かと思われま。ホスピスでは緩和ケアの中で霊的健康を重視していますが宗教色を含んでいます。ホスピスという言葉は社会に認知されていますが日常生活で語られることは少なく、霊は話題にされないのが現状です。霊的健康の目安を決める必要がありますがなかなか掴みにくく理解しにくい分野です。臨床医師は西洋医学を中心に学んで卒業するので体の治療は内科外科、心は心療内科、霊的ケアはホスピスとそれぞれ振り分け、健康の定義の要素である社会・霊については不得手です。治療方針を決める時、最終学歴・家族構成・年取・既往歴・宗教等の背景をみるのは必要ですが、社会や霊の問題に足を踏み入れると出口が解らなくなるのでそれは個人的問題としてほとんど触れないのが現状だと思います。霊は心の奥深い所で揺れており、たどり着くには哲学・宗教が導いてくれますが、内容を知るには一人ひとりが体感する以外ありません。

#### (6) 足ることを知る (諺)

健康は国家・宗教・職業・貧富の垣根を集り

越えて一人ひとり平等に与えられています。私たちは人生の目標を社会・書物から学んで取り入れますが、それが本物であるか否かは一步距離を置いて考える必要があります、自分の基準をしっかり持たないといつも何かに急かされる気持ちになり満足感は軽くなります。体・心・社会・霊的健康の姿をイメージして各々の基準を持つ必要があり、「足ることを知る」人は健康に相当近づいていると考えます。頭で理解する事と体で感じる事には大きな差があり、健康目標と健康満足度は違います。社会に共通する考えが必ずしも正しいとは言えません。我々の注意は

周囲に向けられますが自己の魂を見つめつづける時間はやや少ないと思います。自分を慈しむ心は健康の指針となり、又、与えられた事をあがまま受け入れ、感謝の気持ちを温めながら人生を送るのも健やかさの目安になるかと思えます。共同体の中で時には争い傷つけ合うこともあります。もしも相手に心の傷を与えたなら、それを自分の痛みとして引き受け感じる繊細な神経も、又、霊的健康にとって重要な意味を持っています。「足ることを知る」という諺は体・心・社会・霊的健康を得る近道である、と教えているような気がいたします。



マチュピチュ

医師不足と新臨床研修制度



ハートライフ病院内科  
佐久川 廣

医師不足、特に勤務医の不足が問題になっています。過疎地での医師不足はより切実ですが、都市部でも不足しています。厚生労働省の[医師の需給に関する検討会]の報告によると、わが国の医師は毎年7,700人誕生し、退職数を差し引くと年間約4,000名の割合で増加しつつあるとのこと。医師の数は増加しているはずなのにどうして医師不足が起こっているのでしょうか？その原因はいろいろ言われています：①新臨床研修制度になってから大学医局の入局者が減り、医局の医師派遣機能が低下したこと、②女性医師が相対的に増加し、結婚や出産を契機に職場を離れること（さらには一旦離職した女性医師が職場復帰するための環境が整っていないこと）、③若手医師が生活の質を考慮するようになり、肉体的負担の大きい診療科（外科、小児科、産婦人科など）を敬遠するようになった、などです。医師の数が増加しているのは確かですが、それ以上に高齢者の増加による需要が増えています。そして何より救急の現場の医師は全体の医師の増加にもかかわらず減っています。

今から30年以上前に地域の医師不足を是正するために全国に医学部を新設しました。国立の医学部の中で最後にできたのが、琉球大学で

す。琉球大学の最初の卒業生が1987年の春です。その第一期生も45歳以上になります。45歳というのはそろそろ急性期病院での勤務が負担に感じるようになり、特に当直の仕事は肉体的につらくなります。多くの医師が40代で開業したり、あるいは急性期病院以外の勤務先をみつけて去っていきます。

今は大学を含めてどの病院も医師不足という問題を抱えています。特に新しい臨床研修制度になってから医師不足が顕著になりました。今の研修制度の問題点は卒業して2年間は一人前として扱わないことです。研修医は常に指導医の監視下に診療しなければなりません。指導医は指導医でこれまで以上に教育に力をいれなければならないというプレッシャーを与えられています。最初の頃は誰もが3年目になれば、研修医も一人前になり、スタッフも増えて、仕事が楽になると考えたと思います。しかし実際は新臨床研修制度になって4年目になりますが、医療現場、特に急性期病院の人手不足は解消されていません。それはどうしてかという新しい後期研修医が残ってもそれ以上にベテラン（40歳以上）の医師が急性期病院を去っていくからです。日本全国の医学部の定員が20年前から変わっていませんので、急性期病院で働く25歳～45歳の医師数はほぼ横ばいといえるでしょう。医学部の定員を地方であるいは地方枠で増員するという計画もありますが、現在の医師不足を解消にはならないと思われます。

御存知のように現在の研修制度は2004年にスタートしました。これまで、専門医の育成が中心であった大学医局研修制度を廃止して、common diseaseを診れる医師を育成しようという狙いがありました。多くの医学部の卒業生が大学を離れて（もちろん大半は大学に残って研修しましたが）一般病院で研修生活を始めました。この研修制度はいいところもたくさんあります。しかし問題点も多く、特に医師不足、勤務医の過重労働という副作用をもたらしました。

新しい研修制度では、多くの様々な症例を経験することにより、より実践に役立つ医師の養成が可能になりました。これまでの専門以外は何も知らない医師を育てる傾向にあった大学中心の研修制度の弊害を改めることができたと思

います。例えば、私が大学で内科の外来をやっていた頃、眼科の若い医師から転移の検索目的で患者を紹介されたことがあります。私はその眼科領域の癌がどの臓器に転移しやすいのかという知識もありませんし、どう返事を書いているのか悩みました。通常、肺に転移しやすいのであれば取り敢えず胸写をオーダーすればよいですし、肝臓に転移しやすい癌であれば腹部エコーを検査すれば済むことです。今上げたのは極端な例だと思いますし、もちろん、眼科だけに限ったことではありません。しかしながら、以前の研修システムはこのような極端な医師を育てる土壤があったということは確かです。新しい研修システムになってから、特に将来内科、外科といったメジャーの診療科以外に進む医師にとって、よりよい初期研修ができていないのは間違いありません。では、将来メジャーの診療科を目指す者にとってはどうでしょうか。

私は内科の医局に入局しました。入局したのは1981年ですが、その頃から私が所属していた医局（琉球大学の第一内科）では各科をローテートする研修制度をとっていました。私が入局した頃は2年間大学で研修して、基本的な知識と技能を習得した後に関連病院に派遣されました。その後、関連病院も増え、これらの病院からの医師派遣要請が強くなり、2年目から関連病院に出向することが当たり前になりました。医師一人あたりの症例数が少ない大学で2年間研修するより、関連病院で多くの症例を経験した方が早く一人前になりますので、研修医にとっても関連病院にとっても好都合でした。ただ研修医にとっては試練でもありました。大学で主に慢性疾患の診療をしていた経験のない医師がいきなり急性期病院で一人前の医師として働くことになるのですから、そのギャップはかなり大きいものでした。しかしながら、2年目の研修医はそこで大きく成長し、1年が経過すればほぼ自立して診療できるようになりました。

従来の研修制度で内科の教室に入局した場合と今の研修制度で後期研修に内科を選択した場合を比較すると、卒業3年目の時点では従来の研修制度で育った内科医の臨床能力が優れていると感じます。今の研修制度では、特に民間や公立の急性期病院で研修した場合、1年目から

多くの症例数を経験できますし、急速に臨床能力がつけます。1年目の後半の研修医の能力を従来の内科医局に入局した研修医と比較するとはるかに現在の研修制度における研修医が優れていると思います。しかしながら、問題は2年目の過ごし方です。今の研修制度では、2年目に多くの科をローテートすることになります。小児科や産婦人科、地域医療、精神科、脳神経外科、等々、多くの領域を、しかも1～2ヶ月という短いスパンで回るようになります。確かにいろいろな事を経験することは多少とも将来に役立つでしょうが、臨床医としての能力は残念ながら停滞してしまうことが多いように思われます。今の研修制度の大きな問題は2年目にスキルアップする制度になっていないことです。せつかく1年目で力をつけながら、2年目で緩んでしまうという現象が起っています。従来の大学医局での研修は1年目がぬるま湯状態で、2年目に大きなギャップを感じながら、不安とともに急性期病院で1年間過ごし、飛躍的に臨床能力が向上しました。その結果、3年目の時点では、一人前として任せられる内科医に成長しました。今の後期研修医はこれから内科医として鍛えていかなければならないと感じます。

繰り返しますが、今の研修制度の大きな問題は2年目の過ごし方です。2年目になって学生の時に経験したように各科をローテートします。もちろん、学生の頃と比べて知識も経験も積んでいますので、同じようなローテーションではありませんが、研修医のスキルアップにもならないと感じます。つまり、このような研修制度は医師不足の原因になっているばかりではなく、研修医にとってもあまり益がないと思われれます。

厚生労働省は2008年度の概算要求の中に、医師確保対策などの関連経費として765億円を組み入れました。また、勤務医の過重労働対策として、交代勤務制などを徹底して過重労働を解消した病院に補助金を支給する事業に13億円の予算を当てているとのこと。しかしながら、このような対策で勤務医の労働環境が改善するか疑問です。一番の問題は人手不足で、これは都市部も農村部も同じ問題を抱えています。東北、北海道を中心に地方の勤務医不足が

取り上げられています。都市部も医師が余っているわけではありません。全体に足りないのです。また、過重労働の対策を採っている病院に補助金を出すということですが、交代勤務制が採れる病院は相対的に医師の数に余裕があるところで、元来ぎりぎりのスタッフで診療している病院では交代制勤務そのものが難しいと思われれます。

現在の研修制度を見直し、医師不足を緩和させるために以下の提案をしたいと思います。①臨床研修を1年間にし、2年目より専門研修とする。つまり、現在の後期研修を1年繰り上げるのです。それによって全国で7千名以上の医療スタッフが確保できます。1年間の研修の内容は現在行われているように、内科、外科、麻酔科、救急という分野でよいと思います。1年のローテーションが終了すれば、一人前として十分診療ができます。もちろん、2年目の場合、当直などは上級医師のサポートが必要です。

一年目のメジャー領域だけだと小児科や産婦人科の研修がなくなり、それ以外の診療科もローテートしないこととなります。当然、これらの科の医師から反発を招く可能性があります。ローテーションで回ってこなければ自分のところのよさをアピールすることが出来ないという意見も出るかと思われれます。しかしながら、1ヶ月ローテーションしても単に体験実習のようなものになりがちですし、受け入れる側も教え甲斐がないのではないのでしょうか。研修医も研修医で内科、外科を回って興味があればそこに残るでしょうし、内科、外科の仕事がきつと思う人はより生活の質を担保できる診療科を選択するようになると思います。

初期研修を1年間とし、後期研修を繰り上げて開始することにより、2年目の研修医のスキルアップにもなり、何よりも疲弊している急性期医療の現場が救われます。現在急性期病院で働いている医師にとって過労死は他人事でなくなりつつあります。今の状態を放置しておけば、過労死はさらに増えるでしょう。過労死とまではいなくても、燃え尽きて現場から離れていく医師は後を絶ちません。急性期病院の医療は崩壊しつつあります。財政的な問題よりも

医師不足が原因です。研修医制度を見直すだけで、崩壊は止められます。また、それが最も効果的で確実な方法です。

もう一つの提案として、②研修医が1人でできる仕事の範囲を拡大する。現在の研修制度では、研修医が行った医療行為を、逐一指導医がチェックしています。これはある意味当たり前のことですが、もう少し、研修医に任せられる仕事を増やす必要があります。現在は、医師の業務の過剰を是正するために他業種に医療行為の一部を委譲することが真剣に議論されています。例えば、アメリカでは一部の薬の処方を見護師が行うことができます。また、日本でも救急救命士が気管内挿管を行うことができるようになりました。現在の研修制度ではほとんど全ての医療行為が指導医のチェックの対象になります。例えば、研修医は血液製剤の確認作業もやってはいけなくなっています。血液製剤のチェックは、血液型と製剤番号を確認するだけの作業ですから、小学生でも教えればできます。それを医学部を卒業して、さらに医師国家試験をパスした優秀な研修医ができないはずはありません。血液製剤の誤認は重篤な医療事故につながりますので、注意深くチェックする必要がありますが、しかし、どうして研修医がしてはいけないのでしょうか。恐らく間違える確率は研修医も指導医も同等です。われわれの病院でも、血液製剤を抱えた看護師が、手持ち無沙汰にしている研修医の前を素通りして、忙しく外来診療している指導医の許に血液製剤確認のお願いをしている光景をよく目にします。

医師不足は現在の研修制度を見直すだけで、かなり改善すると思われれます。年間7,700名の医師が誕生します。2年目から後期研修をスタートさせれば7千名以上の医療スタッフが一気に増えることとなります。もちろん、今の2年目の研修医が何の貢献もしていないわけではありません。恐らく労働力とし本来の実力の半分は提供しているでしょう。したがって、単純に7千名以上の労働力が供給されるわけではありませんが、疲弊した急性期医療を救うことができます。研修医制度は一刻も早く見直すべきです。地域医療が崩壊する前に。