

沢田内科医院 ニュースレター

第 50 号

中学校1年生と高校3年生は麻しんワクチンを

麻疹(はしか)を日本からなくすために、麻しんワクチンを2回接種する計画が進行中です。1歳の誕生日が過ぎたらまず1回目のワクチン接種を行い、小学校入学前の1年間に2回目を接種します。これまでは、1回だけの接種でしたので昨年から5年間の予定で、中学校1年生と高校3年生に接種して、麻疹の流行をなくすという計画が進行中です。麻疹の流行をなくすためには、95%以上のワクチン接種率が必要です。しかし、平成21年1月末現在、弘前市の中学校1年生と高校3年生はともに、70%しか接種していません。3月末日まで、無料で受けることができます。そして、95%以上になるようにして下さい。ワクチン

を接種するのは、自分が麻疹にかからないためだけでなく、自分が暮らす社会での流行をなくし、死亡例や重篤な合併症をなくするのが目的です。最近、学校の先生になるための教育実習、看護師の実習、大学入学などで麻しんワクチン接種が必須になっています。ぜひ、麻しんワクチンを受けて下さい。



弘前市の特定健診受診券が4月下旬に送られてきます

自己負担500円の受診券は約10,000円の価値があります

昨年4月から基本健診がなくなり、メタボリックシンドロームの人を拾い上げる特定健診に変わりました。弘前市国保の特定健診は、これまでの基本健診よりも充実した健診内容になりました。しかし、勤め人の奥さんなど社会保険家族の人たちは、昨年までは基本健診を受けることができましたが、弘前市の特定健診は受けることができなくなりました。残念なことですが、社会保険家族としての特定健診内容は貧弱なものになってしまいました。この健診は、弘前市国保の保険証と「受診券」がないと受けられません。昨年夏に市役所から送られた「受診券」を失くした人がたくさんいました。再発行してもらうことができますが、再発行を依頼する自分の手間だけでなく、印刷代や送料もかかりますし、市役所の担当の人にも余計な仕事をさせることになります。

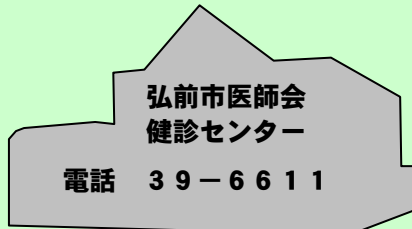
弘前市国保の「受診券」には、自己負担が500円と書か

れています。たった500円だからと思った人も多いと思います。実は、自己負担が500円ですが、健診全体の料金は約10,000円なのです。つまり、10,000円の健診を500円払えば受けられるのです。「10,000円相当の健診を自己負担500円で受けられる」、という内容がはっきり書かれていれば、「受診券」を捨ててしまう人は少なくなるのではないかと思います。そこで、弘前市国保年金課に、受診券にそのように書くように提案しました。係りの人も再発行の手間が省けますので、きっと実現すると思います。

特定健診の受診率は、基本健診に比べて低くなりました。新しい制度で混乱していたことが原因でしたが、これに伴って、胃や大腸などのがん検診を受診した人も少なくなりました。特定健診を受ける時は、同時にがん検診を受けることを勧めます。ぜひ、がん

検診を受けて下さい。特定健診とがん検診は市内の医療機関と弘前市医師会健診センターなどで受けることができます。特に、弘前市医師会健診センターでは乳がんと子宮がん検診を同時に受けることができますし、女性だけの健診日も設けています。弘前市医師会健診センターの電話は39-6611ですので、気軽にご相談下さい。

今年は4月下旬に「受診券」が弘前市から送られる予定です。そして、5月から健診を受けることができます。つまり、4月中は特



定健診を受けられないということです。これでも昨年と比べて改善されましたが、弘前市には、もう少し工夫して、1年を通して都合のいい時に受けられるようにしてもらいたいものです。とにかく、「受診券」が送られてきたら、捨てたりしないで特定健診を受けて下さい。10,000

円の価値があるのですから。これで病気が見つければ、もっともっと価値があることになります。



医師研修制度の改悪

平成16年、医学部を卒業した新人医師の臨床研修制度が変わりました。大きな変更点は二つです。一つは、マッチングと呼ばれる研修病院を決める制度が導入されたこと。二つ目は、2年間の臨床研修が義務化されたことです。

マッチングと呼ばれる制度では、研修する病院がコンピューター上で決定されます。大学病院を含めた研修病院は希望する医学生に順位をつけて登録します。一方、医学生も希望する病院に順位をつけて登録します。すべての臨床研修病院と医学生が登録すると、病院側と医学生側の希望のすり合わせがコンピューター上で行われ、医学生の研修病院が決定されます。なお、歯科医師の研修病院も同じようにマッチングで決められています。

新聞によると、このマッチングが始まってから医学生は研修病院を自由に選べるようになったと言いますが、これは間違いです。昔から医学生は研修先を自由に選べました。一部の一般病院には定員がありましたので、試験での選抜がありました。私が卒業した昭和52年当時でも、県外の大学病院や東京の一般病院へ研修に行った同期生はたくさんいました。

マッチングが始まった平成16年以前は、大学病院で研修を受ける研修医は75%でした。大学以外の一般病院で研修を受ける人が25%です。マッチングが始まってからは、

大学病院が50%、一般病院が50%となりました。新聞を見ると、多数の研修医が大学病院から一般病院へ研修先を変えたと報道されていますが、全国的に見ると、医学生4人に1人が大学病院から一般病院に研修先を変えただけなのです。ちなみに、1年間に卒業する医学生は8,000人に満たない程度です。

平成16年以前の研修制度では、大学を卒業すると自分が専門にしようとする科に直接入りました。そして、そこで医師としての研修を開始し、最終的に専門医となりました。私は弘前大学第一内科で医師としての教育を受け、血液内科と消化器内科の専門医になりました。循環器内科や内分泌内科の研修を受けたことはありません。

以上のように、従来は卒業後直ちに専門医教育を受けていたのに対して、マッチング制度による2年間の初期臨床研修の特徴は、医師としての一般的診療能力を身につけることです。私はこの制度に大賛成です。学生時代の勉強では、医師として診療する力はありません。医師になりたての時期に、一般的な診療能力を身につけることは非常に大事なことです。その上で、専門医としての研修を受けることで、しっかりした一人前の医師になることができると考えています。

新しい臨床研修制度が始まったと同時に、いわゆる医療崩壊が始まりました。大学病院に医師が集まらなくなり、大学病院から地域の病院へ医師を派遣できなくなったの

です。これを解決するために、新人医師を大学病院へ戻すことを主な目的とする臨床研修の改革が行われようとしています。現在の研修制度では、2年間に、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療などで研修を受けることになっています。新しく検討されている改定案は、内科、救急、地域医療を必修とし、残りを選択性にし、2年目から研修医が希望する専門分野に進むことができるようにするというものです。さらに、都道府県ごとに研修医の募集枠を設けて、大学病院に優先的に配分するというものです。つまり、大学病院で研修を受ける医師を増やそうとするのが目的です。

新しい研修制度が始まったのは、大学の医局を中心とした臨床研修が専門分野に偏りがちだったので、幅広い診療能力を持った医師を育てる必要があるということから始まったものです。今回の改定案は、数を制限することで研修医を強制的に移動させようとするもので、医師不足の解消を目的とした改定は、肝心の医師の質を下げってしまう可能性があると考えています。臨床研修の見直しは、患者が医師に何を求めているかという観点から議論すべきことです。患者側としては、きちんと臨床研修を

受けた診療能力が備わった医師を希望しているのであって、単に医師の数が合えばいいというものではないと思います。

若い研修医が医療過疎地域で一定期間働くことを義務化したらという議論もあります。医師が足りない地域では、医師の頭数は揃うでしょう。しかし、地域の人たちにはありがた迷惑です。診察能力がない研修医に診てもらう地域の人たちの立場はどうなんでしょうか。強制的に働かされ、義務感で診療を行う医師に診てもらう地域の人たちの気持ちは考えているのだろうか。医師がいなによりもいいではないかと言われればそれまでですが……。

地域で不足しているのは、新人の研修医ではなく、ある程度の研修を受けたいわゆる専門医レベルの医師です。単に医師免許を持っている人で頭数を揃えるのではなく、優れた初期研修を受けた医師が専門医教育を受けて地域の医療に貢献できるような制度にしてもらいたいものです。

最近の入学試験

2月の終わり頃から高校や大学の入学試験があり、新聞を見ると合格発表もしているようです。しかし、子どもが大きくなってしまったわが家では、全く話題になることがなくなりました。その昔は、新聞を見ると合格者の名前が発表されていて、近所の子どもや知人の子どもがどこそこへ入ったなどと話題になり、道で会うとお祝いを述べたものでした。

最近では、個人情報保護が近所付き合いに優先し、町内の子どもたちがどうなったのか分からなくなりました。個人情報保護は、個人を保護するという本来の意義が生かされるよりも、人と人との距離を遠くしてしまったような気がします。人類という動物の種を保存するためには、集団で生きて行かなければならないのですから、人と人との距離が遠くならないようにしなければいけないと思います。

話を元に戻しますが、私は青森県の高校入試の方法に疑問を感じています。私が子どものころは、学力試験と調査書だけ、極端に言えば学力試験の結果がすべてでした。最近の高校入試では、入試で複数の機会を与えるためとか、多様な能力を持つ子どもたちを選抜するためと称して、前期と後期に分けて選抜方法を変えています。しかし、15歳の子どもの能力をこの時点で分けて考える必要があるのでしょうか。基礎学力が不十分な15歳の子どもたちを職業高校に振り分けるだけでも私は疑問に思っていましたので、特にそのように感じます。

大部分の高校では、後期の募集人数が全体の10%程度です。新聞記事で判断すると、後期に応募するのは、前期で同じ高校を受けて不合格になった人たちが多いようです。つまり、多様な能力を持つ子どもたちとは言っても、結局は前期も後期も同じ集団から選抜されています。学力試験では測れない能力を持った子を後期で選抜するとしても、前期の90%の子と後期の10%

の子の間に実際に違いがあるのでしょうか。選抜方法が違うために、何人かの入れ替えはあるのは事実でしょうが、全体として見ると、違いはないと私は思います。

むしろ、15歳の子どもたちに不合格という挫折感を味わわせることの方が問題ではないでしょうか。結果的に目標とする学校に入学するにも関わらず不合格とい

うことを体験するのです。この事実は、卒業してもずっと付きまといまいます。また、次の目標に進むにしても、2度不合格を味わう子どもも少なくないと思います。失敗や挫折を乗り越えて、強い子どもに育つということもあるかも知れませんが、15歳の子どもたちには成功体験で、将来に向かって伸びて行って欲しいものです。失敗や挫折はもっと小さなことで体験すればいいのです。

看護師国家試験と超音波検査士認定試験その後

2月22日に看護師国家試験が終わり、3月26日の発表を待つだけになりました。沢田内科医院では3人が受験しました。試験問題は持ち帰ることができますので、自己採点することができます。国家試験は資格試験なのですが、合格最低点はその年により異なります。ですから、高得点を取れば別ですが、そこそこの点数であれば、自分の得点が大体分かっても合格したかどうか確信が持てないのです。その上、受験生心理で、自己採点で合格点を取っても、マークするのを間違えてはいないかなど、実際に合格が発表されないと心配なようです。

国家試験前の2ヶ月間はほとんど休みなく勉強しました。当直の時も、ナースステーションで問題集を広げて、仕事の合間を見て勉強していました。3人の平均年齢は39歳ですから、頭の回転も若い頃とは違います(と私は思っています)。同じことを何回も何回も繰り返します。それでも間違ってしまう。旦那さんに食事の用意をしてもらって勉強した人もいました。多分、3人とも、これほど勉強したことはなかったと思います。

最近の看護師国家試験の合格率は約90%です。去年は、51,000人が受験して46,000人が合格しました。「大多数が合格する試験なのだから、そう心配しないで」とか、「看護師不足の時代だから、国の政策としても合格率を極端に下げることはないから」と言っても、「自分がその10%に入れば・・・」と、どこまでも心配は

続くものようです。沢田内科医院では、看護師国家試験で不合格になった人が2人いますが、翌年には合格して立派に看護師として仕事をしています。不合格になっても人間性が変わるわけでもなし、次の年に再びチャレンジすればいいことです。気楽に構えましょう。

超音波検査士認定試験を受けた宇野洋子さんは、職場の中では試験勉強の仲間もなく孤軍奮闘でした。私も、試験を受けやすいように環境を整えてやる程度しか手伝いができません。試験はかなり難しかったようです。3月10日に結果が分かりました。今回は残念ながら不合格でした。超音波検査のテクニックに関しては、現在では私と同じレベルに達していますので、来年、学科試験で合格すれば認定されます。今回の受験で試験で問われることがはっきりしました。もう1年、勉強です。

さて、子育てのために途中休憩をしていた尾野真紀さんが、4月に八戸看護専門学校通信制課程へ入学します。放送大学の単位も中途半端でしたので、2年で卒業するためにはかなり頑張らなければなりません。小堀未希さんが弘前市医師会看護学院の2年生になりますので、尾野さんと小堀さんが同じ国家試験を受けることとなります。もうしばらく、職員が勉強する状況が続きます。