

外来心臓病学

沢山 俊民

本稿では、まず、「外来心臓病学」の概念にはじまり、外来心臓病学に関する現況と著者の意見を述べ、次いで本院循環器内科における外来診療の実態を明らかにし、さらに心臓専門医を対象に著者が行ったアンケート結果に関して検討している。

その結果、外来心臓病診療に関する現況は、単に循環器分野のそれに限らず大学附属病院や大病院とも共通で、日本の医療体系の縮図を見るような感を抱いた。

このように、外来心臓病学は数限りない項目と問題点を包含しているが、これらをどのようなかたちで学問形態に乗せてゆくかは今後の重要な課題である。

(平成10年7月17日受理)

Out-patient Cardiology

Toshitami SAWAYAMA

Firstly, a concept called "Out-patient cardiology" is shown, and present status as well as author's comment on this problem followed by a status at the author's out patient clinic was discussed, then data obtained by cohort study from the nationwide cardiologists were analysed.

From the above-mentioned results it became clear that this problem is not only in cardiological aspect but also in all other medical fields, and the prospective study is necessary in order to improve the present situations. (Accepted on July 17, 1998) *Kawasaki Igakkaishi* 24(1): 1-5, 1998

Key Words ① Out-patient cardiology ② Medical problems in general

1. 外来心臓病学の概念

「外来心臓病学」とはいまだ聞き馴れない名称である。従来は心臓病患者の問題解決に主流であった「入院心臓病学」に対するものであろうが、小児科領域ではこの概念を基盤とする研究会が「日本外来小児科学研究会」として1991年から発足している¹⁾。

2. 外来心臓病学に関する現況と著者の意見

著者は四半世紀にわたって教授（内科部長）として週3回本学附属病院循環器内科において外来を担当しているが、そのことが関連してか、1995年、循環器病の専門誌「循環科学」の編集

委員会から「外来心臓病学」の特集を組むにあたって座談会を開き、その内容を掲載するように依頼された²⁾。その際著者が取り上げた小項目とそれらのマトメは次のようであった。

(1) 内科診療に占める循環器診療のウエイト

心臓病の臨床において外来診療は極めて大きな分野であるから、一層充実されるべきである。厚生省の患者調査では、推計患者数は消化器・循環器の2部門が他の分野に比し圧倒的に多い。しかも循環器の外来診療では、急速な基礎疾患の変遷に伴い³⁾、長期の治療やフォローアップが必要である。また循環器疾患は、患者の症状

の軽重と病態の軽重にギャップがあることにも留意して対応すべきである。

(2) 外来診療の「場」による相違

まず、病院で行う外来と診療所で行う外来とではそれぞれ長短所がある。病院外来(大学附属病院, 市中病院)でのメリットはハード・ソフト面が充実し、同時に入院医療も可能で、他科との連携が密接であるが、デメリットは、不特定多数の医師が診療する場合には患者とのコミュニケーションが不十分であり、担当医師の学会出張などによる不在もありうる。

つぎに、診療所外来は、専門医か一般医かで異なるが、メリットは担当医師が特定でき、「かかりつけ医」的な役割を有するが、デメリットは、専門領域以外の診療が制限されることがあり、病診連携が不十分な場合もあり得る。

(3) コモンテクニック(問診・身体所見・心電図・胸部レントゲン)の活用

外来診療の場で即刻施行可能なハイテク診断手技は限られているために、コモンテクニックの習熟と医療スタッフに対する教育手段が必須である。

(4) 病態の悪化と偶発症への対策と配慮

まず、「病態の悪化」への対応は、入院医療との連携で行われるが、入院患者受け入れ体制に問題がなくもない。

つぎに、偶発症への対応として、「臓器を見てヒトを見ず」という結果に終わってはいないか、つまり、循環器疾患のみに眼を奪われないよう、悪性疾患の早期発見と見逃し防止対策が必要で、このことを常に念頭に置いて診療すべきである。とくに消化管系統に対しては便潜血反応、バリウム透視検査、ファイバースコープなどがどのようになされているのか、また肺、婦人科、泌尿器、肝臓・胆嚢などの臓器にも気を配ることになるが、外来担当医によっては、それらを外部での健康診断にゆだねている場合もある。

(5) 手際よく外来診療がなされるためのノウハウ

新患者と再来患者で異なる事項もあるが、

ハイテク検査の即時性、患者は予約診療か受付順診療か、診療介助者(職種と人数)－看護婦、看護助手、ベシユライバー(書記)など－は十分か、などが問われる。

また外来での医療教育に関して、看護婦、研修医、医学生とそれに用いるメディアはどうか。さらに患者教育に関して、患者との良きコミュニケーションの手段などが要求される。

(6) 長期投薬に関する留意事項

外来では、とすれば同種・同量の薬剤が長期間投与し続けられる傾向にある。その場合、副作用や他剤との相互作用が把握されているか、また患者のコンプライアンスにも問題(勝手に服薬を中止するなど)もある。さらに薬物の中断、中止(休薬)、減量はどの程度可能なのか(とくに抗不整脈薬、抗心不全薬、抗高血圧薬、抗狭心症薬)が問題になろう。

なお詳しくはその稿を参照いただきたい²⁾。

さらにマンパワーの増加、待ち時間の短縮、診療時間的確な活用が望まれ、保険診療上の問題点(経験のある医師とない医師とで診療報酬に差がなく、とすれば未経験の医師は検査を乱発し、その方がかえって報酬や収入に直結するような現行制度)も改善されるべき課題である。

著者は、さらに「新しいテーマや問題が満載」として「外来心臓病学」を推進すべく、医療専門誌上で意見を述べている⁴⁾。

3. 本院循環器内科部長外来における診療の実態

ここに、本院循環器内科における外来心臓病診療の現況について表示しておく(Table 1)。

4. 心臓病学会役員を対象に著者が行ったアンケート結果に関する検討

著者は、平成9年8月、日本心臓病学会役員を対象に、「循環器外来の現状と問題点」を明らかにする目的でアンケート調査を行い、その結果を同年9月27日に行われた日本心臓病学会「モーニングセミナー」で公表した。なお、アンケートの回収率は77%(122通中94通)であった。

Table 1. Present status in patient care at out-patient clinic in division of cardiology (effective in March, 1998).

- (1)循環器外来担当医師数：5名（教授・助教授・3講師）
- (2)循環器外来の形態について：
- ・循環器内科外来は、月曜から金曜は毎日午前診と午後診で、土曜は午前診のみ。
 - ・教授（部長）、助教授（医長）、3講師（副医長）とも週3単位ずつで、教授は月・水・金の午前（週3単位）を担当。
 - ・診療介助者は、看護婦1人で、陪席医師はいない。
- 新患者の診療体制について：
- ・紹介患者は、教授（部長）指名の場合は本人が、循環器内科宛てや他科からの対診患者は、2診（3診）の医長ないし副医長が対応している。
- 再来患者の診療体制について：
- ・必ず曜日予約制（担当医固定制）を実施している。
 - ・診療頻度は1～2ヵ月（4～8週間）に一度で、2ヵ月に一度の場合は1ヵ月目に病状が安定していることを確認したうえで、投薬のみとする。
- (3)外来での医師・スタッフ・患者教育について：
- ・コモンテクニック（問診・身体所見・心電図・レントゲン）の活用—講師以上は経験年数が長い。
 - ・コモンテクニックの教育は、外来では不十分なため、入院患者で研修医・看護婦・医学生を対象に行い、また各種のメディア（ビデオCD、マネキン、多人数同時聴診器など）を使用している。
 - ・医学部の学生実習は病棟で行い、外来では原則として行っていない—診療に追われ、かつスペースが十分でない。
- (4)手際よく外来診療がなされるためのノウハウは：
- ・診療前に心電図と胸部レントゲン2方向の検査を済ませてもらう。
 - ・待ち時間を利用して、受付で予診用紙を渡し、該当項目にチェックをしてもらっている。
 - ・ホルター心電図、トレッドミル運動負荷、心エコー検査、心音・心機図は原則として予約制。
 - ・冠動脈疾患例には、原則として来院毎にマスター負荷心電図検査を受けてもらう。
 - ・患者の状況を把握するために、外来受付係や心電図検査技師に病状を尋ねてもらう。
 - ・時には、検査技師から電話で、「急性心筋梗塞が起きているようだ」とか、「心房細動が生じている」とか、「気分が悪いから、負荷は中止しますよ」と知らせられる。
- (5)その他の事項について
- 紹介例や悪化例の即刻入院受け入れについて
- ・病棟がディビジョン制のため、満室の場合は困難。
- 他科との連携（合併症、非心臓性偶発症への対応）について
- ・各科が殆ど常時外来診療しているため、迅速な対応は可能。
- 腹部臓器病変発生に対する検索について
- ・便潜血反応・腹部エコーを年1回程度、外部検診を勧めている。

主な集計結果を **Table 2** に示す。この表をもとに、大学教授41名（大学）と大学以外の病院役職38名（病院）との間で主な項目に差があるか否かに関して検討を加える。

職種：大学附属病院では教授41名、助教授6名、講師7名。大学以外の病院では院長10名、部長15名、顧問13名。

科の名称：「内科」と「循環器内科」の2種類で、大学に比し病院で後者が多い（51%：76%）。

循環器外来の形態に関して：外来診療の頻度は大学で1～2単位（44%）が多く、病院では2～4単位以上（37%）が多い。1単位内の診療時間は大学で3～4時間（42%）、病院は4～6時間（28%）が多い。1単位内に診療する患者数は、両者で大差はない。陪席医師は病院で少ない（54%：3%）。

手際よい外来診療のノウハウに関して：看護婦（介助者）の有無は、大学で少なく病院が多い（34%：67%）。介助の内容は病院では「問診」が多く、このことは陪席医師の有無との関連を伺わせる。

その他の事項に関して：若手医師に対する診療指導は、大学で多く病院で少ない（67%：19%）が、指導の多くは外来でなく病棟で行われている。緊急患者の即時受け入れの可能性は大学に比し病院で高い（44%：89%）。他科との連携の常時可能性は両者で変わらず。患者の待ち時間は両者で問題が多く、両者とも受付から診療までが長いという。

大学における外来での学生実習の実施度は42%で、多くが時間の問題で「見学のみに」終わるか、または入院患者を対象に行っている。

問題点や要改善項目に関して：以下の事項が

Table 2. Data on out-patient cardiology collected by nationwide cardiologists.

	全体	大学 (教授)	病院				
(1)病院の形態	N	N	N	・診療の対象			
□大学附属病院	55	40	-	□循環器系患者のみ	29	21	23
□大学以外の病院	36	-	39	□循環器系以外の患者も	20	9	16
□その他	3	1		(5)大学附属病院勤務者用項目			
(2)職種				□循環器外来での学生実習			
□教授	41			・外来での学生実習「ポリクリ」			
□助教授	6			□ yes	27	20	-
□講師	7			□ no	35	28	-
□院長	10			・診療対象者は実習対象患者のみ			
□部長	15			□ yes	3	2	-
□その他 (顧問)	13			□ no	49	36	-
(3)科の名称				・実習は別単位か同単位内か			
□循環器内科	49	18	25	□別単位として	2	2	-
□内科	33	17	8	□同じ単位内で	7	2	-
□その他	15	10	4	(6)外来での医師・患者教育			
(4)循環器外来の形態				・若手医師にコモンテクニックの指導			
・外来の頻度 - 1週何単位				□外来で教育している	23	16	3
□4単位以上	17	6	16	□外来では教育していない	25	8	13
□3単位	21	6	12	□入院患者で教育している	63	27	28
□2単位	34	18	10	(7)手際よい外来診療のノウハウ			
□1単位	16	11	2	・循環器機能検査			
□1単位未満	2	0	2	□即日可能	35	19	15
□10単位	1	0	1	□予約制	73	35	26
・診療時間				・ナースの介助			
□3時間	16	11	4	□問診	17	2	15
□4時間	25	14	7	□血圧測定	12	5	6
□5時間	15	7	7	□生活指導	15	6	8
□6時間	16	1	7	□その他	43	27	16
・1単位内の診療患者数 (平均)				・新患者用問診表の作成			
□11~20名	25	12	10	□ yes	52	25	27
□21~30	25	11	9	□ no	17	15	11
□31~	32	13	15	(8)その他の事項			
・新患者の診療体制				・即刻入院受け入れ			
□全員自分で診る	18	7	9	□常時即刻収容可能	55	18	32
□自分宛の紹介患者のみ診る	28	17	9	□可能とは限らない	35	23	4
□他のスタッフと手分けして診る	50	19	22	・他科との連携			
・再来患者の診療体制				□常時各科医師の対応可能	73	31	33
□患者と診療医が固定	86	39	34	□可能とは限らない	17	9	4
□固定していない	3	0	3	・腹部病変の検索年1回以上			
・再来患者の予約制				□便潜血反応	45	21	20
□曜日予約制である	19	9	4	□腹部エコー	28	11	16
□時間予約制である	67	30	28	□消化管X P	49	15	16
□予約制ではない	11	5	6	□消化管内視鏡	20	9	11
・陪席医師の有無				・患者の「待ち時間」に問題は			
陪席医師は				□問題なし	26	13	10
□いる	21	19	1	□問題あり	64	26	28
□いない	70	22	36	・どの時点に関してか			
・看護婦 (介助者) の有無				□診療までの時間	52	22	25
看護婦 (介助者) は				□診療終了から会計まで	24	9	11
□いる	44	14	26	□その他	3	3	
□いない	49	27	13				

浮き彫りにされた。それらは大学・病院で共通で、コンピュータの導入は却って時間の浪費につながる、患者数が多く診療時間が短い、これらの短所は悪性腫瘍発見の遅れにもつながる、多忙さと病院経営とのギャップに悩む、学生実習は見学のみで終わる、などが指摘された。

ま と め

以上、外来心臓病学の概念にはじまり、外来

心臓病学に関する著者の足跡ならびに循環器専門医の意見をまとめてみた。

その結果、この問題は単に循環器分野のそれに限らず大学附属病院や大病院とも共通で、我が国の医療体系の縮図を見るような感を抱いた。

このように、外来心臓病学は数限りない項目と問題点を包含しているが、これらをどのようなかたちで学問形態に乗せてゆくかは今後の重要な課題である。

文 献

- 1) 五十嵐正絃：日本における外来小児科学の歴史，小児内科 25（増刊号）：17-20，1993
- 2) 沢山俊民，高階経和，小林克也，木野昌也：座談会－「外来心臓病学」をめぐる，特集「外来心臓病学」，循環科学 15：44-59，1995
- 3) 沢山俊民：重症心不全－急速な基礎疾患の変遷，呼吸と循環 45：475-478，1997
- 4) 沢山俊民：「外来心臓病学」のすすめ，日経メディカル 7月15日号 p23，1995