



## 日本プライマリ・ケア連合学会の今後

大分県医師会

常任理事 吉賀 攝

平成22年4月に日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会の3学会は『人々が健康な生活を営むことができるように、地域住民とのつながりを大切に、継続的で包括的な保健・医療・福祉の実践及び学術活動を行うことを目的(定款より)』として日本プライマリ・ケア連合学会に統合した。

合併以前は、開業医、歯科医師、薬剤師、看護師などを会員とした地域ケアを重視する日本プライマリ・ケア学会、またプライマリ・ケアに特化した家庭医療の専門医養成を目指し若手医師などで構成されていた日本家庭医療学会、さらに大学病院や大規模病院の総合診療科勤務医で構成され、教育、研究に重点を置いていた日本総合診療医学会のように、それぞれの学会は独自の路線で活動を行っていた。これら背景の異なる三学会が公益のためとはいえ小異を捨て大同団結することは容易ではなく、現時点では未だ同床異夢の印象が強い。細部については今後時間をかけて調整が必要だが、ここでは現在会の中に横たわる思惑とも言える部分について私見を述べてみたい。

全ての診療科に広がりをもった知識は初期治療、地域医療などには必須であり、それを推し進めるプライマリ・ケアの考えには誰も異論はないはずである。また大学の総合医研修でも地域医療や老人医療・介護などへの取り組みも行っており、中小病院や開業医が行うプライマリ・ケアの方向性との間に大きな隔たりがあるとは思えない。しかし一方では連合会内部の会員間で「専門医」の考え方に微妙な意見の相違があるのも事実である。

家庭の医療を中心にプライマリ・ケアを考えている医師は自己研鑽の証として専門医等の資格を考えている向きが多いようだ。しかし別の考えを持つ者もいる。一般社会では単科の専門医指向が強く、総合医に対する認知度は十分とは言えない。専門医の要求水準が高まり、各科の専門医資格取得の難度が上がりつつあるなかで、若手医師は彼らの地位や将来の職域確保のために専門医取得を目指すのは当然であろう。彼らにとって所属する学会から専門医という肩書きを得られないなら、所属の意義は半減してしまう。だからこそ学会が彼らの知識や能力を対外的に担保する「専門医資格」が必要と考えるのだ。

最近では色々な専門医が乱立気味だが、先の連合会九州支部総会でも、総合医(generalist)の専門医(specialist)資格という矛盾を指摘し、その必要性を疑問視する意見が出ていたのも頷ける。さらに一部で総合医の専門医化は将来、受診抑制に利用されるといった懸念を示す意見もある。

今後、日本プライマリ・ケア連合学会が一つの学会としての地位を確立するために専門医制度は避けて通れない問題であろう。しかし医師会の生涯教育などと連携協力して、地域にあって自己研鑽を目指す全ての実臨床家にも門戸を広げ、学習の機会を用意するという懐の深さをもって、専門医の特権化を目的としない事を示すべきであろう。現在内部では総論賛成各論反対の部分もあり、しばらく調整が必要だが、私は時間がかかるもののいずれこれらの問題は解決していくと考えている。これからまだ長い道のりがあるだろうが、会員各位のご理解とご協力をお願いしたい。



## 地域包括ケアシステムについて

大分県医師会  
副会長 嶋田 丞

社会保障審議会の介護保険部会は、13回の審議を経て、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けての指針である「介護保険制度の見直しに関する意見」を報告書に纏めた。

我が国は高齢者の単独世帯30%、夫婦世帯34%と高齢者だけの世帯が増え、孤独死、老老介護等の問題も起こり、家族や地域社会は変貌している。高齢者の尊厳と自立支援を保ちながら、地域全体で支え介護することが必要となっている。これらの解決の為、「地域包括ケアシステム」が纏められたが、これは平成24年度の診療報酬・介護報酬同時改定の根幹となっている。その理念は年を取っても自分が住み慣れた地域で生活を続けたいという希望に対し、日常生活圏域において医療、介護、予防、住まい、生活支援が切れ目無く一体的に提供されることである。

このシステムの主たるものは「24時間対応定期巡回・随時対応サービス」の創設で、医療ニーズと要介護度の高い場合には看護と介護の同伴による巡回型の訪問が考えられている。しかし、訪問看護師は不足しており、夜間・深夜の勤務態勢は作れるのか？、ケアマネジメントに則れば支給限度額で収まるのか？、民間会社に参入を認めるのか？、多くの課題がある。

複数のサービスを一体的に提供できる「複合型サービス」もあげられている。小規模多機能居宅介護、グループホームそして高齢者住宅等と訪問看護サービスの提供があげられているが、訪問看護ステーションの規模は小さく、訪問看護に携わる看護職の希望が少ないのがネックとなっている。中小病院や有床診療所など既存資源の活用が今後重要視されている。

療養病床の介護型は、廃止が3年間先延ばしにされているが、この間には要介護、要医療の高齢者が増加するので療養病床が必要とされている。しかし、看護配置25:1の療養病棟入院基本料2は経過措置が11年度末で切れるので、転換などの対応が急務であろう。

介護保険施設では、特養など高齢化が進み、中等度、重度の救急患者も増加しており、施設から病院へ、そして看取りも増えている。施設内の整備をするか、外付けの医療提供システムを作るかが議論されている。老健では入所者の高齢化の進行で在宅復帰機能を担ってきた老健に二分化が見られる。リハビリ機能に特化し入所期間の短い短期型と終の棲家としての機能を持つ長期型で、後者は本来の機能を十分に発揮できない状況にあり、介護報酬も機能に着目した評価が検討されると思われる。

痰の吸引を介護福祉士が研修を受け行えるようにすると当初は議論されていたが、最終的には吸引だけでなく胃瘻等の経管栄養も一定研修を終了した介護職員等，ヘルパーであっても可能であると総理大臣の指示により拡大された。これは実質的違法性阻却を行っている方も研修を受ければ可能となり医療行為とは言えなくなっている。

一方，介護福祉士会は質の高いサービスを提供でき，医療連携のキーパンとなれる指導力を持つ認定介護福祉士を創設することになった。

NP（ナースプラクティショナー），特定看護師，認定介護福祉士など本来の職種が持つ機能から拡大した資格は医療を不安定としかねない。職域の問題は微妙であるが，チーム医療にとってマイナスである。

医療，介護に携わる職種はお互いの職業を知り，理解し，尊重し，垣根を低くして連携することが大切であり，領域を侵しては多職種協働は成り立たず，地域包括ケアシステムの実現は出来ない。特にNPについては，慎重な行動を期待したいものである。





## 年頭所感

大分県医師会

会長 嶋津 義久

明けましておめでとうございます。会員の皆様にはお健やかに新年を迎えられたこととお慶び申し上げます。

一昨年、新型コロナウイルスが治まり、ホッと一息入れていたところ、昨年11月にノロウイルスが大流行し始めました。「大分県でノロウイルスとみられる感染性胃腸炎が11月8日～14日の1週間で一定点当たり30.22人となり、全国の都道府県で最悪となった」と報道されました。しかし、本県の対応は極めて早く、大きな混乱も無く終息に向かっています。医師会と行政が連携して、発生当初からの確な対策に乗り出したことが大きな成果を生み出したのだと考えます。新型コロナウイルス流行時も行政と医師会がタッグを組んでその対策にあたり、模範的な好結果を生み出したと評価されました。宮崎県で発生した「口蹄疫」は本県では発生しませんでした。感染症の対策の出遅れが、取り返しのつかない不幸な結果を来すことが教訓として強く印象に残りました。行政と医療関係機関との緊密な連携の必要性が再確認されたわけであり、今年もインフルエンザの流行期が訪れますから、的確・迅速な対応ができる態勢を組み上げておきたいと考えています。

さて、積年の医療費抑制策で医療機関は疲弊しきって、経営不振のための閉院や倒産が次々に起こることが案じられます。一昨年、民主党政権に変わり、明るい光が差し込んでくることを期待しましたが、診療報酬はネットで0.19%アップにとどまり、民主党の公約は何だったのかと失望の声があがりました。しかし、現在の税収では、何党が政権を担っても財源不足が足かせになって、必要不可欠の政策が実行できない状況であります。民主党の「税と社会保障の抜本改革調査会」（会長=藤井裕久・元財務相）は12月6日、社会保障の財源として消費税の重要性を指摘し、「政府は一刻も早く税制の改革に着手すべきだ」としています。自民党も12月9日に「税制改正の基本的考え方」として、消費税について「社会保障給付と少子化対策の費用に全額を充て、税率を当面10%とする」と発表しました。私は10年以上前から、社会保障費の財源確保のためには、日本だけが特殊な国では有り得ないのだから、先進国の税制を見習って消費税率アップが必要だと訴えてきました。ようやくその機運が盛り上がり、政策の軌道修正が出来そうでよかったと思っています。

今後、早い時期に税制改革が行われて社会保障費の財源確保が実現し、国民の生命と健康が保証される国家になることを念願し、年頭所感と致します。



## 2010年を回顧して

大分県医師会

副会長 近藤 稔

師走となり残日も少なくなった。振り返ってみると今年一年善悪を含めいろんなニュースが多かった気がする。昨年の衆議院選挙で民主党が大勝しその際の一部医師会の功績が評価されたのか、社会保障費2,200億円の抑制は撤廃され、平成22年度診療費改定はネットで0.19%増、医科は1.74%増と僅かではあるが引き上げられた。急性期入院医療には概ね4,000億円配分されたが、診療所の再診料は引き下げられ、30%減算、受診抑制等でその経営は相変わらず苦しく、期待した民主党のマニフェストは実現されていない。本体引き上げの成果か否か、4月1日の日医代議員選挙で原中先生が会長に選出され、副会長、常任理事も決まりキャビネット制でなかったが新執行部がスタートした。却って有能な先生が選出された気もする。政党に偏することなく厚労省の官僚と日本医師会が共に議論し、国民および医療機関から見て継続可能な充実した医療を目指し活躍されていると聞き期待がふくらむ。

一方、国民から圧倒的支持を受けた鳩山前首相が、普天間飛行場移設問題の迷走と政治とカネで6月2日に退陣し、菅内閣が発足した。しかし7月11日の参議院選挙で民主党は惨敗し、日医推薦の立候補者も残念ながら3人とも落選した。9月7日には尖閣諸島沖で中国漁船が故意に衝突する事件が発生し、責任転嫁する中国の高圧的な態度に日本政府は右往左往するだけで、毅然とした措置を期待したが、後手後手の優柔不断ですり寄るような対応に国民は怒りと不安を抱いている。ロシアのメドベージェフ大統領の北方領土訪問もしかり。その様なとき、北朝鮮軍が韓国の延坪島に向け砲弾を撃った。対照的に韓国の李明博大統領は即刻決然とした厳しい対応で臨み、黄海で米韓合同演習を実施し、北朝鮮は米韓の軍事力に圧倒され沈黙している。あわや戦争かと緊迫の中、日本政府には緊張感がなく初動対応は遅い。以前、大地震の発生にも拘わらずゴルフを続行し危機管理不足を指摘され、国民の非難に耐えかね辞職した首相が居た。日本の指導者は平和だけを求めているのか、有時の危機管理を欠き弱腰で、世界から軽視されている気がして嘆かわしいかぎりである。

菅首相の支持率は低下する一方で、国民の支持を失った内閣での国威、景気の回復は可能か。長期にわたる経済不況で国民は疲弊し、窓口負担が払えず、患者自身が検査、治療、投薬を断っているケースが報告されている。生活苦で保険料が支払えない世帯や、家庭を持ってない若者が保険料を滞納し、国民皆保険の堅持も難しくなりつつある。平時の安全保障と言われる社会保障も財源難で見直しが行き詰まり、愚痴を言いたくなる1年であった。2011年には日本の躍進と弱者のために強い日医と強い政府を切望する。

皆様良い年をお迎えください。



## 医療における教育と指示

大分県医師会  
常任理事 釘 宮 誠 司

最近、指示の重みをこれほどまでに感じる事はありません。

医師や看護師といった医療従事者の不足は全国的に深刻な問題です。しかし、それはある時期の施策によって人為的に発生した医師の偏在がその一因ではないかと考えます。

平成17年4月に医学部卒業後の新しい研修医制度が導入されました。その内容はご案内の通りマッチングと称して研修医は研修先の医療機関の情報をパソコン上で検索し申し込み、研修先の同意で決定するものです。つまり研修医は任意に研修先を決めることができるようになったわけです。研修医は情報の中から自ら希望する研修先を見つけるわけですから制度導入以前に比べると、極めて自由で平等と言えます。しかし、その結果人気の矛先は大都市や高度に専門化された医療機関に集中することで、研修医の偏在を招いたわけです。研修終了後にも地域の実情にあった医師の配置は必要なわけですが、これも任意な選択に任せただけですから医師の偏在が増々加速する事は明確です。

臨床医には「二つの道」があります。一つは医療の最先端をリードする研究や実践を行う医療機関で働く道で、もう一つは地方で地道に地域を支える医療機関で働く道です。この二つの道の選択も任意に行わせるとどちらかに偏在してしまい、日本の医療は成り立たなくなります。私達が医学生だった頃、入学当初はどんな医者になるかなど何も考えていませんでしたが、卒業の頃には自分の進むべき道が決まっていました。そして、医局の悪しき風習はともかくとしても、医局に入局するとそこには管理された研修と研修医師の配置がありました。ところが現在は、この医局の研修システムは完全に崩壊し今や修復困難な状況とのことです。

誰かが具体的な指示を教育の早期から行い「二つの道」の選択も教育の中ですり込み、卒業の後は構造化された巧みな指示で日本の医療の発展と安定を作り上げる必要があります。それは医育に携わる者の責任であり、国の責任であり、日本の医療に携わる我々全員の責任でもあります。

看護師においても同様のメカニズムで偏在が発生し、看護師不足が続いています。また、医療技術の進歩や看護教育の向上を受けて看護師が行う医療行為の範囲や役割は「医師の指示のもと」という現行法で拡大させる議論は大いにすべきですが、医師の指示なしに医療行為を行う看護師(NP)の創設は責任の所在を含めて現場の混乱を招くものと考えます。

お恥ずかしい話ですが、目に入れても痛くない娘は私の後継となるべく精神科医となりましたが、その後の指示を怠ったため、つまり「一緒に働こう」と言わなかったため、赴任先で相手を見つけ幸せになりました。

医療における教育に自由や任意がもてはやされる中、指示の重みを強く感じる次第で、我々は日本の医療に対し早急に全体を見据えた適切な指示をすべき時期にあると考えます。



## 医療と介護のはざまの課題 - 介護保険の視点で -

大分県医師会  
副会長 嶋田 丞

平成24年度の診療報酬、介護報酬の同時改定を迎えて医療と介護のはざまには多くの課題がある。社会保障審議会の介護保険部会は今年度9回開催され、給付の在り方として施設・住まいから検討を始め、介護保険施設、ユニット・多床室、特養の医療、有料老人ホーム・高齢者賃貸住宅、地域密着型サービス、介護保険料、人材確保と処遇、情報公開サービス、指導監視などが議論された。介護給付費分科会は4回開催され、ユニット型と多床室の問題が議論されまとめられた。又、介護職員等によるたん吸引の為の制度の在り方に関する検討会では7月末には制度の在り方、研修方法等の意見がとりまとめられた。

介護療養病床の削減は平成17年に厚労省から発表された「療養病床における医療提供体制に関する調査」で調査結果を恣意的に入れ替えて医療療養と介護療養病床には同じ特性の人が入院、社会的入院が多く医師は必要ないとされて削減が法律化された。現在まで全国的にも転換は進んでなく、廃止をどこまで延ばすかが課題となっている。この程日医の働きかけもあって医療課と老健課が別々でなく共同で療養病床の横断調査を行った。その結果は介護療養と医療療養、転換老健と従来型老健は全く違う患者特性であり、転換老健と介護療養は患者特性は同じで医療依存度は高いという結果が出た。この結果を踏まえて厚労省は介護療養病床を存続させられると思われる。転換老健への誘導は介護報酬を安上がりにすることが目的であり、今後は転換させられたところが希望すれば元に戻れるようにしておくべきであろう。そして機能が複雑化してしまった介護保険施設を利用者のニーズに合わせて整理する必要もある。

喀痰吸引と胃瘻を介護職が42～50時間の研修を受ければ実施出来るように法律化が図られている。日医はこれを医行為から外す方法を主張してきたが、厚労省は研修を受けて資格を与え、医行為をさせるという考えである。資格を取ると責任が発生することになり、介護職は望んでないのが本音である。

医行為は医師の指示の下での行為であるべきで、受ける側の安心・安全を考慮すべきであろう。又、これには場所限定がついており、特養・老健・グループホーム、有料老人ホームなどでしか出来ず、介護療養病床は外れているが、その理由は病院として24時間医師・看護職がいるからとされている。

特別養護老人ホームの配置医師，外付けの医療についての議論がある。介護保険の発足時に掲げられたことは，それぞれの介護・医療の依存度は3施設(特養，老健，介護療養型病床)では違いがあり，ケアプランに沿って必要な人が必要なところに入ることになっていたはずで，行政側には3施設を一体化し，すべて訪問診療，訪問看護，訪問介護を外付けとするような危険性のある考えもしている。我々は特養の配置医師，老健の施設長の医師がどのような医療をどこまで提供出来るかを検討すべきであり，医師も看護職も24時間，365日施設内に居ることは困難である。施設の中で入所者が十分に適切な医療が受けられるように「みだりに」などの規制をなくして訪問診療，訪問看護などの外付けの医療で補うことが最良の方法である。

介護付き，医療付きの高齢者住宅，有料老人ホーム，宅老所などが問題となっている。行政はこれらを多様な住まいとして政策的に進めているが，なかには介護の通所サービス，訪問介護とセットで居宅を提供し，限度額いっぱい介護サービスを行っているところもある。都市においては貧困ビジネスと言われるように高齢者住宅と結びついた在宅医療専門の診療所も見受けられる様になり，医療のモラルハザードの危険性もはらんでいる。

現状では大きな問題となっていないが，本来の在宅への訪問診療，訪問看護の在り方が規制されてはならない。行き場の無い医療難民，介護難民となった人々には救い手であるかもしれない。社会問題として我々は医師としてどうするかが課題であり，患者さんに適切な医療ケアが提供されていけば良いが，民間ビジネスによって損なわれていけば対策が必要であり，それには地域の医師会として監視も必要であろう。

問われているのは適切なケアプランが作成されているか，利用者の真のニーズに沿ったケアマネジメントを行うべきケアマネジャーの責任，特に施設内のケアマネジャーの在り方が問われている。

その他に，家族のレスパイトと称しての「お泊まりデイサービス」，「一人訪問看護ステーション」などの思いつきの話題もある。特に24時間・365日働く事を求められている医師・看護職，多忙のなか主治医意見書を書かされている勤務医などの負担軽減を次の医療・介護の同時改定では求めていきたい。





## 医療現場の常識と官僚の非常識

大分県医師会

副会長 近藤 稔

近年、厚労省はさすが優秀な官僚だけあって、社会通念上常識的には考えられない制度を考案するものである。4月の診療報酬改定で一番得心が行かない不合理は、地域医療貢献加算と他医療機関受診時の30%減算である。過去においても再診料や消炎鎮痛処置の月内逓減性が施行されたが、医学的根拠に乏しく見直された。5分間ルールも、医療現場から多くの矛盾を指摘され4月に改定された。朝令暮改的な受け入れられない制度より、鼓舞するものを作れと諫言したい。今回のも医療現場を預かる医師から見れば責任感と意欲を削ぐ非常識な改定である。地域医療には全診療所が貢献しているにも拘らず、施設基準や縛りを設定し差別や分断を図っている。入院基本料も、青本によると療養環境(寝具等)の提供、看護師等の確保、医学的管理の確保等に対する評価で算定出来ると記載されている。入院中の患者が他の医療機関を受診しても医療環境等に変わりはない。予約されている歯科治療や専門外の診療を勧めるのは医者の方の常識である。一方でセカンドオピニオンを推進しておき乍ら片方で減算する非常識をどう説明するのか。前参議院の小池晃氏の質問に中医協で合意を受けた上で決定したこと故、早期の見直しはしないと云うのが政府の答弁であり、中医協で診療側代表も合意したとは信じられない。診療報酬を無理に削減する為に考えた姑息的非常識な方法としか思われない。仙石官房長官は行政刷新担当相当時、平成21年12月の医療フォーラムで診療報酬の国費負担は四分の一程度でそれほど大騒ぎする額ではない。度重なるマイナス改定で診療報酬を低くすれば、窓口負担が少なく国民は喜ぶがこのような論理が間違いだったと正論を述べられている。

今回の改定で大学病院や大規模急性期病院は経営が改善している。良い事である。しかし小規模病院と診療所は苦戦している。ピラミットに頂上があるのは底辺の基礎が安定しているからで、各地域に根差し地域医療を支えている診療所を軽視することなく、全ての医療機関の底上げが安心と安全な地域医療の確保には必須の対策である。

9月に九州ブロックの各種協議会が開催される。医療保険対策協議会での協議題は全県から地域医療貢献加算と入院基本料の減算の不合理と撤廃が提案されている。恐らく全国でも同様と思う。それだけ問題が多い非常識な改定で、改めるに憚ることなく早期の常識的な見直しを期待したい。



## 今回の参議院選挙に思う

大分県医師会

会長 嶋津義久

今回の参議院選挙は、与党の敗北、野党の躍進の結果に終わった。与党・民主党の敗北は、菅直人総理の消費税発言が主原因だと報道されているが、そのような単純な理由によるものとは考え難い。消費税に関する準備無しの無頓着な発言が国民の反感を買ったことは否めないが、もっと根本的な民主党体質が問題視されたのだと受けとめるべきではなからうか？ その第一は、民主党に政権担当能力があるのか？ 第二に、閣僚を含めて民主党内部の発言の不一致、第三に、子ども手当や授業料の無料化、高速料金の引き下げなど、バラマキ予算に不安感を覚えたのではないかと推測せざるを得ない。消費税アップに関しては、国家財政を苦慮する多くの政治家を始め企業関係者はもとより、多くの国民がその必要性を認識し始めていると考えられる。ただ、十分な検討期間と国民への説得が必須であることは論を待たない。税収不足の中、バラマキ予算を推進すれば国債の増発に頼らざるを得ないことは明白であり、「国家百年の計」を熟慮すれば一定の付加価値税(消費税)の必要性は避けて通れない筈である。諸外国をみても付加価値税率が5%以下の国は、マレーシア、パナマ、日本だけである。先進国は全て15%以上で、アジアでも殆んどの国が10%以上であることを国民に周知すべきだと考える。

今回の参議院選挙では、日本医師連盟の推薦・支援の3名が全員落選した。3名の獲得票数は合計僅か170,188票で、07年に落選した武見敬三氏1人分の得票にも及ばず組織力の急落ぶりを示している。1977年に福島茂夫氏が127万票を獲得し、その後も80万票程度を集めていた実績を考えると“何故か？”と首を傾げざるを得ない。マスコミ報道でも「日医の組織力急落 - 特定政党支持から撤退も - 」「日医連の3候補共倒れ - 参院議員不在に - 」などと書かれている。日医連の原中勝征委員長は「国民のみなさまが、日本医師会はもっと地に足をつけて、医療の再生により国民の安心と安全を守る政策を自らがしっかりと打ち出ささいという、強いメッセージを下さったものと受け止めます。国民のみなさまの声に耳を傾け、日本の医療のあるべき姿を描く決意を新たにしました」と述べている。日本歯科医師連盟が候補を1人に絞り議席を確保したことを考えると、日医連執行部が現在の日医の力量を的確に判断し得なかったことと複数候補を擁立したこと等は反省しなければならないだろう。しかし、日医会員は、日医連の対応を詮索する前に自らの考え方や行動を再考すべきだと考える。何故か！ 医療政策も最終的には政治決着であり、政治を無視しては何も出来ないことを自覚しなければならないからである。



## 生活を支える医療を目指して

大分県医師会  
副会長 嶋田 丞

2年毎の診療報酬改定と3年毎の介護報酬改定は6年に一度の同時改定となり、平成24年度がそれにあたる。次回改定の共通のテーマは「医療と介護の連携とその見直し」である。社保審の介護保険部会では制度の改定にあたり、地域包括ケア研究会の報告書に沿って検討を始めた。

報告では「地域包括ケアシステム」は、中学校区を単位とする日常生活圏で医療・介護・福祉・生活支援サービスが一体的かつ適切に利用出来る提供体制とされている。この背景には自助・互助・共助・公助があり、ニーズに対応した住居の提供と共に自立支援に向けたケアマネジメントを推進し、24時間・365日・短時間巡回型の訪問サービスや小規模多機能居宅介護機能の必要性をあげている。

高齢者の在宅生活を支える為には、住み慣れた地域の特性を考慮しつつ、夜間対応、訪問看護・介護、往診・訪問診療、そしてショートステイなどの整備が必要とされる。

介護保険施設の再編も検討されている。各施設を一元化して最終的には住居として位置付ける方向にある。急性期医療から回復期・慢性期病床を経て介護保険施設に至る流れがあるが、施設は二つのタイプに分けられる。在宅復帰を支援する「リハビリ強化型の介護保険施設」と見守り・生活支援サービス機能を持つ「従来型の介護保険施設」である。前者は医療色の強い療養病床を示していると思われる。しかし、将来的には在宅での医療と介護を必要とする高齢者の増加が予想されることから現在進められている療養病床の削減・再編は中止し再考を必要とする。

後者は老人保健施設の一部と特別養護老人ホームが対象で集合住宅化が図られている。見守り・生活支援だけの要介護度の低い入所者ならば内部の介護福祉士やヘルパーで対応出来るが、現状は病気が重症化していく入所者が多く、医療の必要な者にとって安心出来る状況にはなっていない。

高齢化が進み、施設、在宅を問わず医療と介護を必要とする高齢者が増加している。施設の入所者も医療依存度は高くなり、喀痰吸引や胃瘻を必要とする者も多い。これらは基礎的な医療ケアとして研修を受けた介護福祉士に担わせるつもりであるが、対象者は人間として必要な医療を受ける権利を失っている。いつでも、どこでも必要な医療を

受けることが出来る為には施設内で不足する医療を外部から調達する必要がある。医療のない介護は有り得ず、生活支援を考えない医療もあり得ない。

続く不況と先の診療報酬の制約的な改定の影響を受けて急性期病院以外の医療機関は患者数の減少と共に医療収入も減少している。平成24年度の医療・介護の同時改定の方角は在宅医療が中心となることは明らかで、地域で生活を続ける高齢者は医療と介護が共に連携して提供が可能な施設・医療機関・居宅を求めるようになり、医療機関側の取り組みを迫られている。

医療機関は将来に向けてどのように事業展開をしていくべきかが課題である。それには医療行政の目指す方向と高齢者を中心とする患者のニーズに沿ったものが重要で、医療のみに特化せず、地域での生活の安全が担保出来る介護に対し理解と取り組みが必要となっている。

中小病院や有床診療所の療養病床は削減することなく活用し、その機能を活かすべきである。有床診療所は一部の一般病床を先の介護保険改定で認められた、短期入所療養介護（ショートステイ）や日帰りの預かりに活用し、在宅療養者の急性病変や家族のレスパイトなどに使うことも求められる。

この程、東京都は医療法人・社会福祉法人・株式会社に対し、医療機関・訪問看護ステーション・ヘルパーステーションを核とした医療・介護連携型の高齢者専用賃貸住宅のモデル事業を募集し、予算をつけた。診療所が今後在宅医療を展開していくならば、訪問診療だけでなく、自院の患者の為に、そして地域住民の為に、疾病を持ち、介護を必要とする高齢者を対象とする集合住宅、高専賃を医療機関と合策、隣接して建設する道もある。入居者にケアマネジメントに基づいて医療・看護・介護を外付けで提供すれば、病気にも生活にも安心出来、計画性を持った療養生活が担保出来る。

介護保険施設や有料老人ホーム・グループホーム・ケアハウスなどで対応出来ない胃瘻・在宅酸素・癌の終末期であってもかかりつけ医の近くの居宅で住み続けることが出来、医療機関は訪問看護と連携を取りながら、訪問診療や往診を続けることが出来る。地域で生活出来なくなった独居老人、老老介護の患者さんにも対応出来ると思われる。

米国のナーシングホームの日本版を目指す、厚労省も医療のアクセスが良い居宅を推奨していることから、将来的には介護保険が適用されることを期待している。我々がこれまでやってきた医療に介護を添えるだけで、全人的な視点に立つことが出来、患者さんの信頼を得ることが出来るのではないかと。



## 学校保健学校医大会で思うこと

大分県医師会

副会長 近藤 稔

全国学校保健学校医大会等で小中学生の性の問題、児童への虐待等の講演を聞き社会環境の大きな変化に驚嘆する事ばかりである。小中高校生の性交経験が中学生は1割、高校生では3割と聞いて驚くが、小学生でも経験していると聞くと言葉を失う。経験に比例し18才以下の若年者の妊娠や人工妊娠中絶、性感染症の増加を伴っている。若年化した理由は性道徳規範の希薄化や無知、無防備、携帯電話の普及等で低年齢化が一挙に加速したと考えられている。

予防対策は社会的条件が整うまで性交による妊娠と性感染症に対する教育の繰り返しと医師の指導が必要と聞く。

また児童に対する犯罪被害も増加している。以前ある小学校で外部からの侵入者によって児童が殺害され、以後セーフスクールを目指し、防犯機器の整備、通用門の2重チェック等々ハード面の整備がされているが万全ではない。子供同志の犯罪や大人による虐待もあり社会から隔離するだけでは防げない。子供の教育には親とその家庭環境が重要な要素を有しているはずだが、少子化では溺愛し善悪の躰が出来ない家庭もある。親に言えない性の乱れや虐めも、子供同志で打ち明け相談するには兄弟姉妹は多い方が良い。一人っ子ではそれが出来ない。子供が心身ともに健康的に成長するためには子沢山が一番と考える。

民主党政権になって少子化対策の一環として子供手当が一人月13,000円支給された。アンケート調査によると、子供の将来の為の貯蓄、通園料や授業料、日常生活の補填等に使用されるらしく、大金をかけても子供増は期待出来ず天下の愚策だと言う意見もある。保育サービスや育児休業等現物給付を望む声が多い。第一子は手当無しでも育てる親の義務がある。第二子には育児等の現物給付の二分の一、第三子以上は高校まで全部国が面倒見るぐらいにしないと子供は増えない。また子供が多い家庭のマンションや一戸建ての家で、三世代同居している家には税制で優遇し、育児や生活に困窮することのないよう国が支援すれば少子化の解消や性の乱れ、犯罪の予防に繋がるのではないかと信ずる。また高校生は全寮制にし、携帯電話は持たせず必要なときは手紙を書かせ、生徒同志の対話で善悪を判断させ集団生活を体験させる。親の意見には耳を貸さなくても友達同志では違う。子供の教育には良い友達、良い先輩後輩との交わりが良策だと思う。大人も援助交際をしない、それと分かる未成年にホテルの提供をしない、親が虐待しない等社会全体で子供達を守ると言う大人の倫理、社会規範も必要と思考する。現在の為政者には恥を知らない人もいるが、日本古来の恥を知る人間になるような子供を育てる社会になる事を望みたい。



## 診療明細書発行は誰のため

大分県医師会  
常任理事 田代 幹雄

本年4月から、領収書に加え、診療明細書発行が医療機関に原則義務化された。医療の透明化と患者への情報提供が名目である。議論に十分な時間を費やし診療現場の意見も反映された決定ならば異論はないが、患者代表の仮面を被った支払い側代表の感情的な涙の訴えによって、弊害が十分検討されることもなく短期間に決まった。要望した本人は「医療を良くしたい」と主張しているが、本当だろうか。本当の理由は、1964～1994年の血液製剤による薬害肝炎や今後の医療事故等の際の証明、証拠保存に加え、検査や薬剤使用を制限することによって、医療費を減らすことに主眼をおいていると推測される。医療というものは不確実性が極めて大きく、病気が一見同じに見えても背景が一人ひとり異なっており、除外診断のための検査や確率の高い合併症を発症させないための薬剤投与等が必要であること、すなわち患者一人ひとりの診断と治療は推理小説1冊を紐解くに等しく、試行錯誤の連続であることなどをまったく理解できていない。

始まったからには、不同意ながらも我々医療関係者は、弊害をできるだけ少なくすることに努めなくてはならない。特に診断途中の患者さんが除外診断のための検査名等を自ら調べて疑心暗鬼になり、自殺するようなことがないように十分な配慮が必要になる。また、「希望する」患者さんだけに発行するのであれば大切に保存するだろうが、「不要といわない」すべての人に発行するため、粗末な扱いによる紛失によって個人情報漏洩する事態も無視できない。ただでさえ疲弊している医療関係者には、さらに大きな悩みが加わることになる。

まだまだ多くの弊害が想定されるが、遅くとも半年後には、具体的な弊害や良かった点、対象患者に対する発行割合等を検証し、本当に無駄でなかったかどうかの詳細なデータを厚労省は国民に提供する義務がある。

検証されるまでは、日本の診療報酬が他国に比べ、如何に安いかを知ってもらうことに我々も活用したい。1) 初診料 270点(米国の家庭医：1,200点、専門医：3,000～5,000点)、2) 再診料 69点(米国の家庭医：850点)、3) 心電図検査 130点(米国の家庭医：1,300点)というように、日医に正確なデータを提供してもらい、明細書に併記をしてはどうだろうか。ソフトの変更に費用を費やしたくない方は、別紙の形で提供してはどうか。これくらいしないと腹の虫がおさまらない。



## 結核予防全国大会に出席して

大分県医師会

会長 嶋津 義久

第61回結核予防全国大会が平成22年3月18～19日の両日、鳥取県で開催されたが、その研鑽集会に出席して若干の知見を得たので報告する。

開催県の鳥取県は弥生時代の「青谷上寺地遺跡」<sup>あおやかみじち</sup>から弥生人の「脊椎カリエス」の骨が発掘され、日本最古の結核症例として注目を集めている由。結核が古代から存在していた証拠であり、古代人が結核と闘ってきた歴史をよみがえらせるように思う。

現在、結核は「過去の病気」と考えている国民が多いが、1年間に2万5千人が新しく結核を発症しており、決して過去の病気ではなく、重要な感染症であることに変わりはない。特に、高齢者結核の再発、多剤耐性結核の発生、住所不定者や外国人など結核ハイリスク層の感染など、結核対策の一層の充実・強化が求められている。自治体別の新結核患者数をみると、東京都、大阪府、愛知県、埼玉県、千葉県、兵庫県などの大都市が突出して多く、秋田県、島根県、福井県、山梨県、鳥取県などが少数である。年齢を問わず発病し易いハイリスク者には、ホームレス、小規模事業労働者、日雇い労働者、高蔓延国からの入国者などがあげられており、その対策が緊急課題である。有効な対策として、正確な疫学指標、有病率、死亡率の調査があげられているが、結核に携る人材育成、国民に対する適切な知識の普及、更には、医療機関、保健所、社会福祉施設等を結ぶ地域連携体制の強化と地域DOTS(直接服薬確認療法)の強力な推進が必要だと結論づけられている。

我が国の蔓延率は10万人対700人(1950年代) 19人(2008年)と劇的に減少を遂げているが、10万人対10人以下の「低蔓延国」には至っていない。現在「中蔓延国」にランクされているが、「低蔓延国」に向けた検討と努力がエネルギーで行われている。結核予防会は2010年のキャッチフレーズ「イノベーションで結核対策を加速しよう!」を掲げ、ストップ結核大使にビートたけし氏を任命して、彼の写真と言葉「他人ごととは思えないね。結核は、現代の病気だ。」を広く広報している。

これらの活動は評価するが、結核病床の減少や結核を診療できる医師の減少が心配である。今回の講演の中で「研修医に質問したら、結核の講義は殆んど受けていないし、結核に対する関心も極めて薄いことが判明した」との話に些か動揺した。