



平成23年度の課題

(診療報酬・介護報酬, ナース・プラクティショナー, 総合医)

大分県医師会

副会長 嶋田 丞

平成23年度も終えようとしているが、今年度医療界で話題となったいくつかを取り上げてみた。

今年度は診療報酬、介護報酬の同時改定がありその骨子が発表され、現在省令などで肉付けされている。診療報酬改定の重点課題は、勤務医の負担軽減と在宅医療の充実で、勤務医の負担軽減の為に診療所の時間外対応の実績によって5点、3点、1点が再診料に加算される。在宅医療の充実としてはとても算定出来ない様な条件を付けた在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院を評価し、従来型は減算されている。

介護報酬改定は基本的な視点で地域包括ケアシステムの基盤強化があげられ、地域密着型サービスとして定期巡回、随時対応サービス、複合型サービスが特に推奨されているが、訪問看護だけの医療では機能しない。介護保険施設だけでなく、高齢者向け住宅や有料老人ホームなどの在宅においても高齢者の要介護者は増加しており、要介護度の上昇と共に疾病も重症化し、訪問診療等の外部からの医療提供が求められている。胃瘻、透析、緩和ケアの在り方、看取りも考えねばならない超高齢者への医療提供の構築も目前に迫っている。在宅医療と在宅介護（在宅療養）への取り組みは必須であるが、かけ声や理論だけに終わらず、地域医師会で具体的な方法を考える時である。

県医師会で長期に亘って取り組んできた課題にNP問題がある。NP(ナース・プラクティショナー)は米国で看護師をベースに生まれた職種で、「診療看護師」と訳されるが、これを真似て我が国でも看護師の特定能力認証制度を経てNPが作られようとしている。平成20年に本県の看護大学の修士課程にプライマリ・ケアを基にしたNP養成コースが出来てから、ずっと県医師会は日医も巻き込んで反対の立場をとってきた。NPの必要性について推進者は、医療は全て医師の指示の下となっているが看護教育は高度化して、大学院教育も行われており、プライマリ・ケア等は看護師が担当できるもので医師不足の解消にも貢献できる。またNPは医師と連携し協働して特定の医行為ができるマニュアルを作成することで、それに沿った医行為を行えるようにする。高等教育を受けた看護師は医師の指示に従っていると自律(自立と称してない)できず、地位向上にはならないと述べている。日医の副会長は「国家資格の上にまた国家資格を作ろうとしている。看護師という国家資格にプライドがない、看護職の内からの反対もあり、医師の中でも創設を求めているのは一部である」と述べている。特に在宅医療においてNPは医師、訪看ステーションとの連携、協働した形態を目標としており、NPの訪看ステーションでの開業を意識しているのではないか。それでは我々の診療所と変わらなくなる。

一方、厚労省の「専門医の在り方に関する検討会」では、総合医、診療総合医などの議論が続けられているが、その立場によって解釈に差がある。聖路加国際病院長の福井氏は、総合医とは頻度の高い疾病と障害それから予防、保健、福祉などの幅広い問題について、適切な初期対応と必要な継続医療を全人的視点から提供できる医師であり、初期臨床研修後に総合医コースを設け、認定試験を行うとの意見である。

日本プライマリ・ケア連合学会の前沢氏は、高齢者の増加で認知症や複数の疾病を持つ患者に対応できる医師が必要、患者、家族中心の考えで中小病院、診療所で総合的に診療にあたる家庭医療専門医を養成。また大病院や都市部で幅広い診療を担う病院総合医も考えている。

両者は何れも専門医としての総合医を想定しているが、大病院や大学病院での振り分け機能を持つ総合医と、地域でのかかりつけ医機能を持つ中小病院、診療所の初期診療、在宅医療、介護などに携わる総合医に二分される。日本医師会は平成22年度まで日本プライマリ・ケア連合学会と生涯教育で連携していたはずであるが、その後の方向は明らかではない。総合医の議論は研修医制度が始まってからは厚労省主導で行われており、我々医師会側もこの議論に直ちに参加する必要がある。

近い将来、総合的な診療が出来る専門医資格を持つ若い医師が地域医療の分野で増加してくることが予想されるが、我々も診療所で待つ医療から在宅医療、介護へと積極的に関わっていく総合診療医への路を目指すことが必要であろう。

相変わらずとりとめの無い駄文で終わるが、私にとって最後の巻頭言の為、御容赦願いたい。





理想と現実の狭間で苦悩する現場

大分県医師会

常任理事 田代 幹雄

理想を設定し、それに向かって工夫・努力しなければ進歩はない。現実には甘えているだけでは自分のためにも他人のためにもならない。これについては、誰も「NO」とは言わないだろう。問題は誰が理想を設定するかである。設定するのはあくまでも本人である。他人、特に品格も感じさせず、権力の要素だけを持ち、現場に対して無知で現場のことを全く考慮しようとしぬ他人の設定した理想には、よほど共感する要素がなければ反発こそすれ、協力しようとは思わない。

「多床室は人が死ぬ場所ではない。多床室では人間の尊厳を守れない。」というある介護保険制度生みの親の一人の考えのもと、国は特養のユニット型個室を強力的に推進している。現実には経済財政状況等から低所得者が一層増加し、費用負担の少ない多床室の待機者の方が多というデータがあるのにである。低所得であるがために入所できない方がむしろ人権問題ではないのか。さらに、入所者の要介護度も重度化し、医療の必要度が高い人ばかりになっている。マンツーマンで介護できるほどのスタッフの確保、低所得者でも入所できる自己負担、全産業の平均給与の7割しか支給されていない介護スタッフに仕事に見合った妥当な給与を与えても経営が成り立つ介護報酬等の3条件が満たされればユニット型は理想ともいえるが、現在の乏しいスタッフで介護している現状、また少子化による今後の介護スタッフ確保の困難さを考えれば、急変を早く発見するためにも個室よりも多床室の方がむしろ望ましいと考えるが、間違いだろうか。国はさらに今後特養のみならず介護施設の多床室にも居住費負担を課し、それをユニット型推進の費用に充てようと計画している。この一点豪華主義は誰のためであろうか（推進者が特養に入所するとは考えにくい）、またはたして現実に則した施策なのであろうか。この現実を直視し、ユニット型に加え多床室の整備も並行して行っている東京都など賢明な自治体も少しずつ出てきているのは救いである。大分県も平成23年度よりユニット型と並行して多床室の整備にもわずかながら補助金が出ていることが確認できた（県基金：9床、市補助：40床）。

医療と介護の現場にいる立場として、3Kの仕事は文句も言わず日々頑張ってくれているスタッフには感謝以外の言葉は見つからない。

現時点でも介護職は低収入のため結婚もままならず、離職率も高い。今後の超高齢社会を考えると、若い人たちが仕方なくではなく、やりがいのある就職対象として真剣に検討したくなるような待遇、地位を今のうちに確立しておく必要がある。今のままでは、介護保険制度そのものが少子化推進策と見なされても仕方がない。介護保険の生みの親といわれる方々には現実にそぐわない理想を追い求めるのではなく、是非この点を真剣に考えられて、政策に反映していただきたい。



年頭所感

大分県医師会

会長 嶋津義久

会員の皆様には、お健やかに新年をお迎えになられたことと存じます。今年は、国民の「絆」を強化する年にしなければならないと考えます。

昨年は大変な年でした。3月11日に発生しました「東日本大震災」は、1000年に一度と言われるマグニチュード9の巨大地震と巨大津波を惹き起こし、さらに、東京電力福島第一原発事故をも惹起した国難とも言える大災害であります。福島第一原発事故では、多くの住民が住みなれた家を追われ、余儀なく避難生活をさせられており、先行きも全く不透明な状況が続いています。放射線汚染による動植物への影響により、農業、畜産業、漁業などは生産活動が極端に制限されており、風評被害も加わって、生産性はどん底に陥っています。このような原発事故による放射線汚染は、地域住民はもとより、日本全土に脅威と不安を撒き散らし、世界各国にも大きな衝撃と重大な警告を及ぼしています。各県がDMATを送り込みましたが、負傷者よりも死亡者が多く、医療活動が殆んど機能しない状況であったため、日本医師会は既に組織していたJMATを各県医師会に依頼して次々に派遣し、被災地域の医療活動に貢献してまいりました。大分県医師会もJMATを5チーム派遣しました。また、日本医師会が呼びかけた義援金も、大分県医師会は予想を大きく上回る4,836万円の浄財を集めることができ、日医に送付しました。会員の皆様に深く感謝いたしております。今は唯、被災地の一日も早い復旧・復興を祈るばかりであります。

昨年来、大きな関心事になっています「受診時定額負担の導入」は、受診時僅か100円の負担で大した問題では無いと軽視する意見もあるが、患者さんに更なる負担を求めることになり、医療保険制度の根幹を揺るがす大問題であります。日医が実施しました署名活動では、773万人の反対署名を集めることができています。また、賛否両論の「TPP交渉」を医療人の立場で考えると、若し公的医療保険がTPPの対象となれば、医療の市場化を招く事態になり、わが国の優れた公的医療保険制度を崩壊へと導くことになるかと危惧します。

国民医療推進協議会が平成23年12月9日に「日本の医療を守るための総決起大会」を開催し、だれもが等しく医療を受けられるわが国の国民皆保険制度を守るために、受診時定額負担とTPPを断固阻止しなければならない主旨の決議を採択しました。世界に冠たるわが国の優れた医療制度を壊さないために、国の冷静な判断を願うばかりであります。

今年は、災害もなく、感染症の大流行もなく、疲弊しきっている医療機関を再生させるために、診療報酬のプラス改定が行われ、希望の持てる年になることを祈りつつ、年頭所感と致します。

(平成23年12月19日 記)



どうなるのか明日の日本

大分県医師会

副会長 近藤 稔

東日本大震災、日本列島の大雨被害、トルコの大地震、タイの大洪水による都市の水没、ユーロ圏における財政危機での政権交代、アラブの春以降中東情勢の不安定、TPP等々国際的にも今年ほど不安と困難に直面した年はなかった。特に東日本大震災で永年築き上げてきた街と家族、人の絆や思い出、文化等が一瞬にして壊滅し未だ原発の収束、被災地復興の兆しも見えない。年内に冷温停止が達成できると発表されているが、専門家には異論もあり、国民の大多数も信じたいが根拠がない。国の具体的施策が見えない。

日医や県医の講習会で人間の体内にはカリウム40、炭素14が含まれ、この二つの核種から合計約6,000ベクレルが放出されていて、例えばバナナ1本食べるとカリウムから2,000ベクレルつまり約0.1 μ Sv被曝すると教えられた。年間に自然放射線を1.5mSv、その他東京大分を飛行機で往復する度に被曝が加算されると初めて知った。胸部XPで0.14mSv、腰椎で1.8mSv被曝するが、放射線と日常生活のリスクを比較すると喫煙2,370日、体重過多が985日、飲酒が130日、自然放射線が8日、医療診断X線が6日短命になるらしく日常生活での健康管理が如何に大切かが分かる。チェルノブイリ事故から25年、30キロ圏内は立ち入り禁止であったため、現在はガンや奇形のない動物天国になっているらしい。短時間にたくさんの線量を被曝することが問題で、福島県産の農産物や海産物、環境放射線で健康被害が出ることは無く、担当大臣がひんしゅくを買ったが、放射性物質が接触で移ることも遺伝的影響も無いそうです。しかし国民の無理解で風評被害は治まっていない。国際的に評価の高かった日本人の気質が泣いている。「がんばろう日本」はどこへ行ったのか。放射線をむやみに怖がらず、正しい知識をもって怖がるのが大切と放射線衛生学の先生は講演されている。

今、TPP参加の是非で国論は二分している。医療だけに関して言えば国民皆保険制度が堅持できない限り反対である。「いつでも、どこでも、だれでも」良質で安全な医療が受けられる公的保険のお陰で長寿社会が実現した。TPP参加で混合診療は原則禁止との最高裁判決も米国のルールで制度が覆るかも知れない。株式会社は配当のため医療を営利化し、混合診療の全面解禁は、医学の進歩で享受できた先進医療を保険診療に収載せず高止まりさせ、低所得の国民は高度の医療を受けられなくなる可能性がある。新しい手術法や先端技術、治療法も知的権益保護の下、日本で利用するとき対価が必要になるかも知れない。自由は時には暴走し格差社会を生む。野田首相は「世界に誇る医療制度、美しい農村」は断固守り抜くと主張されている。来年の希望として信じたい。若々しいブータン国王夫妻が来日され、GNPは低くてもGNHは最高と聞き清々しい気持ちになった。

会員の皆様、どうぞ良い年をお迎え下さい。



安全と安心 - 放射線による健康への影響をどのように伝えるか -

大分県医師会

常任理事 藤 本 保

東日本大震災に伴う福島第一原子力発電所から放出された環境中の放射性物質により、福島県においては風評被害が深刻化し、全国的に子どもの健康に対する不安が生じている。先日、私のところにも東京から避難してきたという方が、子どもの熱が下がらないということで受診した。肺炎の疑いがあるから胸のレントゲン写真を撮りたいと告げると、もうすでにこの子は1年間に許容される放射線量の『1ミリシーベルト』を東京で浴びているので撮らないでほしいと拒否された。しかも、その話の中で今回の福島原発の事故による放射線量は、広島原爆の20数倍で、チェルノブイリの何倍とか言って、先生知らないのですかと呆れられた。何をか言わん、逆に、私の方が呆れ果てた。何と無知で、如何に好い加減な情報が氾濫していることか、正しい知識と正確な情報が必要である。

このような中、10月26日(水) 18時30分から、大分県医師会は平成23年度日本医師会生涯教育講座に、産業医科大学医学部放射線衛生学講座講師、岡崎龍史先生をお招きし「福島第一原発事故による放射線影響の今後の予測」 - 疫学あるいは実験データから考えられること - という講演を開催、放射線の基礎知識が明解になり、過去の放射線被曝の実例から科学的根拠を示され、それまでの不安を払拭した。また、10月28日(金) 16:00~18:30、静岡市において文部科学省主催、(財)日本学校保健会、(社)日本医師会、(社)日本学校歯科医会、(社)日本薬剤師会、日本学校薬剤師会、静岡県教育委員会共催で放射線に関する研修会が開催され、(1)「放射線と健康への影響」独立行政法人 放射線医学総合研究所 理事 赤石真言(内科医師) (2)「学校で放射線を教えるためには」独立行政法人 放射線医学総合研究所放射線防護研究センター 規制科学研究プログラムリーダー 米原英典(工学部卒)の両先生による講演があった。この研修会の趣旨は、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、都道府県教育委員会及び市区町村教育委員会の保健担当者等を対象に、学校における放射線による健康影響等を含む基礎的事項についての講演、健康相談及び保健指導に資することであり、全国各地から多くの参加があった。文部科学省は放射線等に関する副読本を小学生用、中学生用、高等学校用の3種類作成し、併せて教師用の解説書も作り、子どもたちの発達に応じ、放射線等について学び、自ら考え、判断する力を育成することが重要と考えている。

これらの講演に共通することは、今回の事故は人体に影響を及ぼす程ではないということであるが、放射性物質、放射線の人体への影響について正しく理解されておらず、必要以上に怖がり、子どもへの影響を心配している。我々地域に根差す医師は、地域の人々に科学的に正しい知識を与え、どのような影響が起こりうるのかを理解できるように分かりやすく教え、適切な対処法を指導することができねばならない。一方、国家及びマスコミは正確な情報を速やかに伝えることで、不適切な表現で不安を煽ってはならない。



「男はつらいよ、開業医はもっとつらいよ」

大分県医師会
常任理事 織 部 和 宏

最近は何の業界を見ても明るいニュースは何もないように思える。特に気になるのは若い人程未来に希望が持たなくなっていると言う事である。

我が医療界もしており、特に診療所の経営は苦しくなる一方である

その事に対して政治家やマスコミも本当の実情を認めようとしないうちに私には思える。

いつもワンパターンに「大病院の先生方は朝から晩まで働き過労状態であり、給料は安い。開業医は楽をして儲けている。その証拠にベンツなどの高級車を乗り回しているじゃないか」と言われる。もっと虚心坦懐に診療所の現場を見て欲しいと思う。

先日、開業したばかりのある若い先生が「先生、私はマスコミに騙されました。病院勤めは当直や救急の患者が多く、リスクも高いので、楽しく稼ごうと思って診療所を開業しました。ところが当初予想した程患者は来ず、家賃や従業員の給料は払わない訳にはいかない。経営の事、将来の事を考えると胸が苦しくて眠れなくなりました」と言っていたのが印象的であった。

現在、診療所で経営がうまくいっているのは3分の1位ではなかろうか。

又、モンスターペイシエントが最近は無ナギ昇りに増えてきており、その対応に対してもかなりのストレスになるし、医療行為上少しでもミスがあるとすぐ裁判になる可能性がある。

医師法上、正当な理由が無ければ、将来揉めそうな患者や嫌な患者の診療を断る訳にはいかないのが更につらい所である。又、第21条でこちらにミスが無いと思われても不慮の亡くなり方が起こると警察に逮捕されたり、取り調べを受ける時代となってきた。

しかし、こんな状況を手をこまねいてボヤクばかりでは事態は悪くなるばかりである。何とか打破していくためには医師のひとりひとりが一致団結して、医師会の活動に協力していただきたい。

又、会長が日頃おっしゃっておられるように「医療は医政」であるし、最後は政治決着であるので、医師連盟の活動にも積極的に参加していただきたく切にお願い申し上げる。



タバコと酒

大分県医師会

会長 嶋津義久

タバコと酒は、代表的な嗜好品であるが、健康に及ぼす影響を考えると大きな差があると言える。即ち、危険因子（リスクファクター）がタバコは増加し、酒は減少しつつあるように見える。タバコには推奨すべき点が殆んど無いが、酒にはその量と飲み方によってはプラス効果があると考えられている。

「タバコをやめよう」と呼びかける禁煙運動の歴史を紐解くと、昭和63年に世界保健機構(WHO)が定めた「世界禁煙デー」(5月31日)に始まる。わが国では5月31日～6月6日の1週間を「禁煙週間」として様々な催しが行われているし、「健康日本21」にも禁煙が取り上げられている。しかし、わが国の禁煙に対する取り組みは、必ずしも積極的とは言えないように思える。「財務省がJT株の67%を保有しており、有力な天下り先にもなっていることから禁煙運動に力が入らないのだ」と指摘する政治家もいる。

タバコが肺癌をはじめ種々の疾患の主要な原因になっていることは、すでに科学的に証明されていて、その対策が大きな社会問題になっている。即ち、肺癌、咽頭癌、食道癌などの悪性腫瘍の他、虚血性心疾患、脳血管疾患、COPDなどの主要原因とされていて、タバコの被害によると考えられる医療費は、年間1兆2,000億円にのぼると試算されている。さらに、喫煙が低出生体重児や流産・早産などの危険因子であることも指摘されていて、少子化問題との絡みからしてもその対策は焦眉の急である。

酒もアルコール依存症や肝臓障害、免疫機能障害などの弊害が指摘されているが、適量の飲酒は、循環器疾患や脳血管障害などの生活習慣病の予防の他、認知症の予防などの効果があることが示されてきて、「酒は百薬の長」との古くからの言い伝えが復活しているように感じられる。

それを実証する「アルコールの科学研究」も進んでおり、様々な報告がなされている。文献で調べた一部を紹介しておく、「アセトアルデヒドに血管拡張作用」～アルコールは、アルコール脱水素酵素によりアセトアルデヒドに分解される。アセトアルデヒドは脳内の情報伝達を阻害し、悪酔いの原因と考えられていたが、血管拡張作用があることが判明した。「アデノシン効果」～核酸の1種で、生物のRNAの中に含まれている。血管は、強い驚きや心配事などのストレスが加わると収縮する。これはノルアドレナリンの作用だが、アデノシンがこの作用を阻止して血管を拡張する。「癌に対する抵抗力をつける」～酒粕の中に癌に対する抵抗力をつけるグルコサミンが存在する。グルコサミンにNK(ナチュラルキラー細胞)の活性化作用があり、NK細胞は、癌細胞を殺す作用がある。「HDLコレステロールを増やす」～心筋梗塞や虚血性心疾患を予防する作用がある。

以上、タバコと酒について、知りえた情報を列記してみたが「タバコは全面的にやめることが望ましい」、「酒は適量飲酒であれば(百薬の長)となり得る可能性がある」との結論に達した。



特別養護老人ホーム入所待機者

大分県医師会

常任理事 新 森 義 信

初めに大分県の年齢別人口を見てみると、平成22年国勢調査では、65歳以上の老年人口は309,100人で、割合は26%となる。平成2年と比べると20年間で老年人口は118,000人の増加で、割合は10.5ポイントも上昇している。15歳以上65歳未満の生産年齢人口は723,600人で、3.3人に1人が65歳以上の老年になる。

老齢人口割合は全国で15番目、九州では鹿児島、宮崎に次いで3番目となっている。

このように国勢調査の度に大分県の総人口は減少しているが、老年人口は増加している。逆に15歳から65歳未満の生産年齢人口は減少している。

介護施設である特別養護老人ホームが抱えている問題点を考えてみると

1施設当たり平均入所申込者は220.0人(平成23年3月医療経済研究機構の報告書より)。

旧主治医から施設配置医師へと主治医が変わる。

医療依存度の高い入所者が増加し、いわゆる簡単な医療では手に負えなくなっている。

急変時に救急病院へ救急搬送することがある。

については、平成23年3月財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究』報告書 上智大学栃本一三郎教授によると1施設当たり入所申込者220.0人で、優先して入所させるべき人は23.9人、10.8%に過ぎない。実際に申込者の中には、複数施設に重複して申込んだ人や、入所の意向はないがとりあえず申込んだ人、辞退の連絡をしていない人が多く含まれているためである。

については、施設入所前に長年にわたり診てもらった主治医が、入所後も主治医となるのが入所者にとっても家族にとっても絶対に安心である。是非検討していただきたい問題である。

については、入所者の家族と施設と配置医師の良好な関係が築かれなくては解決できない奥の深い問題が多く含まれている。

現在、大分県内には特別養護老人ホームは82施設で5,220人収容、その内地域密着型(入所定員が29人以下、ユニット型が推奨で家族的サービスが期待される)8施設で、232人となっている。

優先して入所させるべき人が1施設当たり10.8%で、23.9人抱えていることになる。23.9人が全員入所できるまでに約2年はゆっくりかかるのが現実である。年々、無床化が進む有床診療所のベッドを地域密着型特別養護老人ホームとして利用するのが一番理想的だと思っている。これら診療所のほとんどは在宅療養支援診療所で住み慣れた自宅で、家族に囲まれ、安心して在宅療養が受けられるよう支援する医療機関なのです。地域に根ざした有床診療所が受け皿となり、優先して入所させるべき人を2年も待たせずに入所させることができるなら、新しく特別養護老人ホームを造らずに既存のこれら有床診療所を使わない手はないと思うがいかがでしょうか。





高齢者向け住宅とかかりつけ医の対応

大分県医師会

副会長 嶋田 丞

今後、超高齢化が進み、高齢者が地域で安心して生活し続ける為には、地域包括ケアシステムの構築が必要であり、適切な医療・介護を適切な時に、適切な居場所で受けられることが高齢者、国民の権利である。この程、政府は「高齢者の居住の安定確保に関する法律」を一部改正して有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅等の呼称を変更して、「サービス付き高齢者向け住宅」として一本化し、県知事の登録制度とした。

欧米の介護施設、ケア付き住宅で65歳以上の高齢者の居住率は介護施設4~6%、ケア付き住宅4~8%であるが、日本は介護保険3施設3.4%、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、高専賃などと合わせても僅か1.4%しかなく、ケア付き住宅の整備が不十分であるとして高齢者住宅を推進している。

高齢者の増加に対応して介護保険3施設を増やすと、介護財源は不足し介護保険料の上昇も避けられない。保険料をこれ以上引き上げない為には、在宅療養が好ましく、地域の支援によって在宅での生活を推進することが増加する高齢者対策となる。在宅での生活は居住費と食費が自己負担であり、高齢者住宅であってもサービス付き高齢者住宅や外付けの介護サービスで済まされ、効率的な施策として今後、強く推進されるであろう。現在、居宅としては自分の家に住む自宅と、アパートなどの集合住宅に住む居宅、有料老人ホームや宅老所などの自室と共有部分を持つ共同生活の居宅があり、これらは一括して居宅として描かれているが、医療と同じように介護保険でも自宅と居宅を分けて評価する考えもある。

ここ数年、国の施策を先取りして県内では有料老人ホームや宅老所が急増している。介護保険利用の高齢者が入居対象となっており、介護保険施設の入所者よりも民間の老人ホーム等の入居者の方が多い地域もあり、自宅で生活する高齢者は減少しており、特にひとり暮らしの生活保護の高齢者がターゲットとなっているのは問題である。

行政も生活保護費の支給限度額内であれば、生活の質など問わず、お世話の手間も省けると考えているのではないか。有料老人ホーム等にとってはどの部分で利益を得るのかが問題である。入所者を関係ある、隣接する介護サービス事業所に通所介護に通わせ、居宅では訪問介護のサービスを提供する。有料老人ホーム等にとって、抱え込んで介護サービスを提供することで十分な利益が生まれるが、これは関西で摘発された「貧困ビジネス」に類似しているのではないだろうか。

この良し悪しはケアマネジメントにあり、所属するケアマネジャーが我田引水的に訪問介護、通所介護だけの画一的なケアプランを作成しているならば、本来の利用者本位のケアマネジメントに反する行為となり資格を問われることになりかねない。

我々医療提供者にとって、囑託医制度のない有料老人ホーム、宅老所などの入居者の往診、訪問診療は注意を払うべきである。基本的に患者本位の考え方が必要で、長期間かかりつけ医として診てきた医師の主治医としての役割は尊重されるべきであり、有料老人ホーム等の経営者やケアマネジャーから頼まれたからと言って安易に訪問診療を引き受けるべきでない。既に県内においてかかりつけ医と訪問診療を専門とする医師とのトラブルが発生している。また、かかりつけ医からでなくケアマネジャー、訪問看護からの依頼が多いというデータもあり、必要な事は患者さんの意志、判断出来ないなら家族の意志による主治医の選択を尊重することである。ケアマネジャーも人間全体のマネジメントを任された訳ではない。

今後も介護サービス付きの高齢者住宅の建設が進められるが、サービスの中には「診療所」も含まれており、有床・無床診療所は補助金をもらって「診療所付き高齢者住宅」を建設することも可能である。医療必要度の高い高齢者を入居させると共に、自院の患者さんを看取りまで診ることは、医師として満足感が生まれる。1人での対応が無理ならば、隣組の診療所や地域の医師会単位で高齢者住宅を建設し、外付けで医療や介護を提供すれば、疾病をかかえ継続した医療を必要とする高齢者にとって理想的な在宅療養生活の支援となると思う。

* 介護保険の詳細については、9ページに「次回の介護保険改定について」を掲載しています。





東日本大震災の教訓を生かせ

大分県医師会

副会長 近藤 稔

あの日から早3ヶ月程になる。愛する家族や親族を失い、被災された人達の避難生活は長引き、収入も途絶え支援金も滞り、劣悪な生活環境に耐えざるを得ない悲惨な生活の中での家族や故郷への思いを聞く度に涙が出る。福島原発は収束の糸口すら見えない。大都市へのエネルギー供給のため原発を受け入れ、交付金で街は豊かに活性化したが、今不条理に苦しんでおられる。ウランの原子核(1兆分の1センチ)に中性子がぶつかると核分裂が起こりこの時エネルギーが放出され熱に変わる。1グラムウランの核分裂は石炭3トンや石油2,000リットルに相当するエネルギーらしい。僅か1グラムでどうして膨大なエネルギーが発生するのか凡人には不思議で理解できない。現在世界は毎日1,100万トンの石油、80億立方メートルの天然ガス、1,600万トンの石炭を消費し、100年待たずに天然資源は勿論、ウランも枯渇すると言われている。現在69億の世界人口は平成50年には90億人に達し電力の使用量が増えるのは明白である。将来の為にも枯渇する原発よりも永久に再生可能な太陽光、風力等の自然エネルギーへの転換が急務で、安全で効率的な技術革新を科学者に期待したい。

先日久し振りに学会に出席しようと上京したところ、参会者が一堂に会して行う従来形式の学術総会は中止されていた。一方私が宿泊したホテルでは第97回日本医学会総会は開催されていた。開催するのも止めるのも夫々一理ある。東日本大震災の直後、自粛は日本人の美德と考えられ上野の花見や各種のイベント、日本医学会総会等も中止された。現在震災直後の自粛ムードは薄れつつあるが個人消費は回復していないらしい。出張をはじめ会議、学会、研究会等の開催が控えめの中、外国人旅行者数は減少し、交通機関やホテルの利用客が激減しているのが上京してみると分かる。全てに自粛ムードが蔓延すればがんばれと言うかけ声だけでは早期復興は期待できず、景気減速に拍車をかける。今は自粛ムードを止め、各種コンサート、学会等震災前と同じく通常どおりに開催し、人の流れ経済の流れを活発化させることも大切な復興支援の一助と考える。

もし、今回の津波が首都圏を直撃していたとすれば、恐らく司令塔を失い国家機能は麻痺していたに違いない。近未来に東海地震や首都直下型地震の発生確率は87%と予測され、M7.3で85万棟の家屋が破壊され112兆円の経済被害が出ると言われている。それでも東京に政治、行政、金融、人材等が集中して良いのか。東日本大震災の教訓を生かし、日本が沈没しないため既得権益、利害得失を度外視し過密都市東京への一極集中の是正、首都機能の分散移転等を現実化させる好機である。国は子々孫々のために天の声を真摯に受け止め対策を講ずるべきと思う。



パターナリズム批判への疑問

大分県医師会

常任理事 阿南茂啓

パターナリズム(Paternalism)とは強い立場にある者が、弱い立場にある者の利益になるようにと、本人の意思に反して行動に介入・干渉することをいい「父権主義」「温情主義」などといわれます。社会生活のさまざまな局面で見られます。たとえば、国家と国民(政治、国家権力)、国際政治(先進国と開発途上国)、そして専門家と素人(情報の非対称、医師と患者)など。

医療の現場では、情報の非対称性・専門性を自分の能力と過信する傲慢な考えの医師がいるのではないかと、医師と患者の関係をパターナリズムとして批判・告発されることになりました。ヒポクラテスの誓いもすっとんでしまいました。そして、米国における患者の権利章典の制定へと発展します。現在はインフォームド・コンセントを重視することで、この問題の解決を図ろうとしています。

私は、基本的にはパターナリズム批判を否定するものではありませんが、子どもの診療で、毎日のようにパターナリズムが頭をもたげます。

嘔吐、下痢の激しい子どもに、点滴が必要だと告げても、母親は絶対いや。一方で、子どもは嫌がっているのに、ちょっと元気がないから点滴を、という母親に、必要ないことを納得してもらったと思ったら、受付で、点滴してくれる病院に行きますと、捨てぜりふで帰ります。インフルエンザが大流行している時期、高熱、頭痛などで、やっと座っている子どもに、症状や周囲の状況から、間違いないから、検査なしですぐインフルエンザの薬を飲もうねと提案すると、子どもは母親の顔をじっと見ますが、母親は絶対だめと言って、苦しそうな子どもを引っ張って帰ります。インフォームド・コンセントは成立しません。

子どもは社会的に権利主体と認められていませんから、子どもの意思決定は、主にその親が(代行)することになります。親が子どもに善意で対応するのは当然のことですが、虐待などの話を聞きますと、全ての親がそうであるとは言えません。たとえ善意であっても、それが子どもの利益・幸福につながっているのかどうか、疑わしい場合もあります。

親の権利だけが認められて、子どものそれが認められないとすれば、たとえそれがパターナリズムであっても、積極的な介入が認められてもいいのではないかと、むしろ必要な場合があるのではないのでしょうか。特に虐待の場合は必要不可欠とさえ言えます。精神科診療の現場でも同じような問題があると思います。純粹無垢な子どもの診療の場に、こんな面倒な話を持ち込みたくないし、むづかしい理論は分かりませんが、子どもの医療現場においてはパターナリズム批判が、必ずしも当たらない場合があると考えます。

医療においてもパターナリズムは絶対悪ではない、パターナリズムはどっこい生きていてほしいと思うのですが、いかがでしょうか。



東日本大震災

大分県医師会

会長 嶋津 義久

私は、3月11日、14時46分に起きた「東日本大震災」の時に東京都内に居て恐怖と不便を強いられ、様々な不安な思いをしましたので、記憶の薄れぬ内に記録しておきたいと筆を取りました(3月16日記)。

当日、会議が終わり、地下鉄銀座線「青山一丁目」駅の地下ホームに立っていたら突然大きな揺れが起きました。ホーム上の皆さんがどよめきましたが、構内掲示に「安全確認が終わり次第運転を再開します」と出たのでそのまま待っていたら、30分位して再び大きな揺れが起こり、天井から水滴が落ち始めました。危険を感じて駅の外に出ましたら、人、人、人の山、ようやくの思いでタクシーを拾いホテルに向かいました。運転手の話では、「JR、私鉄、地下鉄の全てが停まってしまったので車が混雑しています」とのこと。長時間かかってホテルに着きましたがホテルのエレベーターは動かず、非常階段を上下することになりました。医師会や自宅に電話をしましたが、全く通じない状況、室内でテレビをつけて驚きました。巨大地震とそれに惹起された大津波によって大災害が起こり、多くの死者や行方不明者の出ている状況、コンビナート火災、更に、福島第一原発の事故を知り、夢ではないのか？現実に起こっているのか？と自分の目を疑いました。20～30分間隔で余震が起こり、服を着たままでベッドに横たわり不安な一夜を過ごしました。

翌日は九州医師会連合会の会議で鹿児島島に向かいましたが、ホテルから羽田空港まで日頃の3倍の時間を要しました。3月14日に日医の監事会・理事会で再度上京しましたが、計画停電でJRや地下鉄の運行が制限され、ビルのエレベーターも使用できず、若干の不便さを感じました。しかし、全てを失った被災者の惨めな避難生活、水や食事の不足、寒さの中の苦痛の生活を考えると都内の比較的落ち着いた状況に感謝しなければと思いました。

日医は、東日本大震災に対する「日本医師会災害対策本部」を設置しており、地震＋津波＋被ばく医療、JMATの対応すべき事象、被災地復興緊急支援金などについて、具体的な検討が行われていました。被災地の中小医療機関は大部分が機能を喪失しており、災害拠点病院も医薬品不足や燃料不足のために十分な医療提供態勢が組めなくなっていることを知り、愕然としました。

今回の巨大地震・大津波は想像を絶する自然災害であり、世界各国の理解や支援は当然得られると思いますが、原発事故に対する各国の厳しい目は無視できないのではないかと気がかりです。安全に対する日本の技術力の評価に影を落とさなければよいかと懸念しています。自動車産業をはじめとする製造業企業も機能が障害されて、操業を停止している状況ですし、株価の大幅な下落が起こっていて経済界も混乱に陥りつつあります。国民の総力を挙げて全ての事業の機能回復に取り組まなければならないわけですが、緻密な日本人の能力と知恵、実行力で必ず目的を達成できると信じています。

繰り返される余震の続く中、昨夜10時30分に静岡東部で震度6強の地震がありました。次々に起こる余震や新たな地震と福島原発の重大事故に国民は打ちひしがれています。

このような悲痛な国内状況の中、大震災の翌朝に八戸市の病院で男児が生まれました。懐中電灯下でのお産でしたが、無事に出産したと報道されていました。「暗闇の中 命の光 母はひとりぼっちじゃない」この記事に涙が止まりませんでした。

完全復興に何年かかるかわかりませんが、1日も早くインフラが整備され、被災者の日常生活が旧に復し、街が活気を取り戻すことを祈っています。被災された方々に心よりお見舞いを申し上げ、亡くなられた方々のご冥福をお祈りして筆を置きます。



がんばれ日本