

巻頭言



「先生は御自分のリスク管理が出来ていますか」

大分県医師会

副会長 織部 和宏

その電話は研修医となって半年目の私の所属する大学の医局に突然かかってきた。

でみると母の狼狽した声が耳に飛び込んできた。内容は「父が急性心不全で別府の九州大学温研に緊急入院した。父の病院には医師が一人もいなくなるので急いで帰ってこい」であった。大東亜戦争で6年間父は軍医として外地で仕事をし、最後は爆弾でふっとばされ病院船で何とか帰国し、終戦を迎えている。同級生の半分近くは戦死し、大学に復帰しても出世の道は閉ざされ祖父の死もあり止む無く開業している。そんな父の夢が病院を作る事であった。7年前に何とか42床の病院を作ったものの医師が集まらず最近は一人で頑張っていたと言う。

その夜、身重の妻をつれ急遽神戸から大分に戻った。父は結構重症であったが55才とまだ若かったので何とか1ヶ月位して退院出来た。その後、私は大学に戻り翌年大学院に入学した。父の果たせなかった夢、大学で出世して教授になるよう努力するつもりであった。

ところが、2年後に父の看病で精根尽きたのか母が54才で急死した。

結局私は大学院を中退、弟は大学を卒業と同時に傷心の父を助け、父の病院を守る為に大分に帰った。

調べた結果、父は生命保険には入っておらず、又医師会の会員福祉関係の保険にも加入していなかった。

その後、私の妻が事務長兼薬剤師として病院に勤務するようになり医師会の保険にも入れていただくよう手続きし、又父の病気で背負った莫大な借金に対しての銀行の交渉等で大変な苦勞をかけた。今でも大変申し訳なく思っている。ただし妻がその時に医師会の所得補償保険に父を入れてくれてたお蔭で父が再び悪くなった時に随分助かった。

ここからが私の結論である。

誰でも独立して事業を始めるにあたって、まさか自分が病気や事故で途中で倒れる事になるなんて夢にも思ってもいない事が多いのではなかろうか。私の父も多分そう思っていたに違いない。

しかし現実は何が起きるか分からない。そう言う事も含めたリスク管理が我々開業医には大事な事では無かろうか。

途中で倒れた時は周りの多くの人に多大な負担を与え、その人達の将来の運命を大きく変える事があり得るのである。

父が亡くなって30年以上になる。現在私は父の後を継いで開業し、又医師会の仕事もさせてもらっていて大分に戻ってきて本当に良かったと思っている。しかし今でも両親が健康で長生きし私達兄弟が大学で勉強に研究に頑張っていたらどうなっていたのだろうかと思ふ事がある。

最後にひとこと、先生の所は御自分が病気や事故で急に仕事が出来なくなった時のリスク管理が出来ておりますか。

社会資源を十分に把握する事が重要として指摘。併せて利用可能な勤務形態や支援制度の紹介などがワンストップで相談できる窓口の設置や専任スタッフの配置の重要性を盛り込んでいる。短期間正規雇用や交替勤務制などの柔軟な勤務形態。当直・時間外勤務に関して職場全体の公平感が得られるように工夫することも提言。複数主治医性やチーム医療の促進など医師全体の負担の軽減も言及している。職場以外では学会などに専門的な医学知識や診療技術の習得などのような復職・キャリア形成支援などの取り組みを求めた。日本医師会の女性医師支援センターの医師バンクなどの取り組みも紹介した。〔方向性はこれまでの日本医師会の取り組みと同様であったが、厚生労働省としてどう支援するのかの方向性の提示も欲しいところであった。〕

大分県でも男女共同参画委員会や同委員会会長の谷口邦子先生を中心とし、大学、勤務医、学生等にも実際の女性医師の声や、支援者、同僚、パートナー等の声を紹介したり活動を継続している。他県の取り組みも参考とし、関係機関と連携しながらのさらなる活動が期待される場所である。社会のシステムとして産休、育休はもちろん、男性医師の育児休暇の取得や職場復帰などが当たり前にならなければならないと思う。

多くの女性医師が求めているのは周囲の理解である。

環境が整えば子育ても仕事もしたいのである。育児、家事の負担など言い尽くされた感のある根本的な課題に目を向けなければ、数字で目標をあげてもむなしいと、〔育児休暇が取りたかった〕昔から働いている女医は思うこの頃である。



新年挨拶



年頭所感

大分県医師会

会長 近藤 稔

明けましておめでとうございます。会員ならびにご家族の皆様には健やかに新年を迎えられたこととお慶び申し上げます。

昨年は自然災害の多い1年でした。広島土砂災害では多数の犠牲者がでる最悪の災害が発生し、10月の連休には大型で強い台風19号が九州全域を暴風圏に巻き込みながら日本列島を縦断しました。

また紅葉シーズンで一般登山者が多い土曜日に御嶽山が突然水蒸気爆発し、多量の噴石や火山灰による戦後最悪の犠牲者を出す惨事が発生しました。日本は火山列島で110もの活火山があるらしく、大分県にも九重山があり予知不可能で、大規模な自然災害が発生しないことを祈願するだけです。

また自動車の排ガスや工場の排煙等による二酸化炭素排出量の増加による地球温暖化、PM2.5の発生など人間が引き起こした環境悪化で、世界の平均気温・海水温の上昇により魚の棲息海域も変化し、森も海もおかしくなっているそうです。日本には青い空・美味しい空気がまだ温存されていますが、多量の温室効果ガスを排出している国はCOP21排出削減目標を設定し遵守を切望します。

一方、昨年の最も嬉しいニュースは日本の3名の学者が2014年のノーベル物理学賞を受賞されたことです。少ない電力で明るく青色に光る発光ダイオード（LED）は液晶テレビやスマートフォンの画面等多方面で実用化され、着想から商品まで全ての課程が日本人研究者によって成し遂げられ世界に貢献されているのが誇りであり、日本のものが活性化することを期待します。

昨年4月に社会保障と税の一体改革の下、消費税が8%に引き上げられました。しかし個人消費が低迷し景気に回復の兆しがないことから、引き上げを2017年4月まで延期するとして突然の解散と第47回衆議院総選挙で、政権与党が3分の2以上の議席を獲得しました。盤石の基盤を得た政権は国会で何でも出来る状態です。政府は成長戦略に医療の規制改革を挙げていますが、人の命と健康を守る為には適切な規制は必要です。

経済財政諮問会議をはじめ各種会議における民間議員の提言が気になります。財源不足のため早速介護報酬の引き下げが検討され、医療費削減のためにビッグデータを利用して都道府県ごとに数値目標を設定し、支出額差異の適正化・抑制を図り、大胆な規制緩和や保険外併用療養制度の拡大による混合診療の全面解禁・株式会社の医療への参入等々、公的皆保険制度の維持が危惧されます。

昨年から病床機能報告制度がスタートし、本年4月から地域医療構想策定のために、2025年の医療需要の推計等が検討されています。不足している医療機能の充足は容易

ですが、人口減少社会では当然病床も相対的に過剰となり、病床機能の転換や集約化・削減も図らなければならず苦難が予想されます。

2014年の人口動態推計では出生数は約100万人に過ぎず、約26万人自然減少しており、50年後には9,000万人を割り込み、8,700万人と推計されています。平均寿命は男女とも過去最高を更新し高齢者率の上昇に比例して医療費は増加するため、健康寿命延伸も医療界の課題だと思案します。

政府は人口減少に歯止めをかける「まち・ひと・しごと創生総合戦略」を決定し、地方への若者雇用を生み出すための交付金を創設しますが、効果が現れ地方が活性化するのは遠い先の話で、創生の前に自治体も地域医療も消滅するのではないかと心配です。

以上のように医療や社会環境を取り巻く状況は厳しい中でも拘わらず、昨年年第209回臨時時代議員会で大分県医師会の役員等を再任して頂き有り難うございました。また大分県医師会が担当して開催した九州医師会総会、医学会、ならびに各種学会・記念行事等も無事終了することが出来、会員の皆様に心から感謝申し上げます。

日本医師会の横倉義武会長は会務執行に当たり「組織を強くし」「地域医療を支え」「将来の医療を考える」三つの方針を立てられ、国民と共に歩む姿勢を強調されています。先進・先端医療も大切ですが、大多数の県民が地域医療の恩恵を受けられ健康で快適な生活を過ごされていると推測します。

大分県医師会においても、各郡市医師会の現場の声を拝聴し地域医療を支えるために精進する積もりで、引き続きご協力をお願いいたします。

新年が会員の皆様にとって希望に満ちた輝かしい年になるようにご祈念申し上げ年頭所感のご挨拶といたします。



巻頭言



「障害者差別解消法」

大分県医師会

副会長 新森 義信

ノーマライゼーションとは障がい者や高齢者がほかの人々と等しく生きる社会・福祉環境の整備、実現を目指す考え方のこと。1950年代、デンマークの知的障がい者収容施設で多くの人権侵害が行われていたことに対し、行政官ニルス・バンク・ミケルセンが提唱した理念で、1959年同国で制定された知的障がい者法に盛り込まれたことから欧米諸国に広がった。1981年に国連の国際障害者年を契機に認知度を高め、現代の社会福祉の基本理念となっている。

2006年12月13日国連総会で採択された障害者権利条約（日本では**障害者の権利に関する条約**と訳す）とは、あらゆる障がい者の、尊厳と権利を保障するための人権条約である。日本は2007年に署名はしたが、障がい者差別を禁止する法律がないことを国連から指摘されていたため、まだ批准に至っていなかった。

2013年6月に第183回通常国会で障がい者に関する2つの法案が可決された。一つは、「障害者雇用促進法」の改正案。もう一つは、新法である「障害者差別解消法」で、この二つの立法は国連の障害者権利条約批准に向けた国内法整備でもあった。批准に要求される国際水準に向け一歩前進したと評価されており、現に日本国の批准は2014年1月20日付で国際連合事務局に承認されている。

「障害者雇用促進法」の改正点は「障害者の差別の禁止等」という章が新設されている。この中身は募集・採用・待遇において差別を禁止するとともに、障がい者でない者との均等な機会を確保するため、事業主に対し、施設の整備を含む「障害の特性に配慮した必要な措置」を義務づけている。施行は2016年4月からで、2018年には精神障がい者の雇用にも法的な義務となる。ここでいう「障害の特性に配慮した必要な措置」とは、障がい者が職場で働くに当たっての支障を改善するための措置を講ずることを義務づけている。ただし、当該措置が事業主に対して過重な負担を及ぼすこととなる場合を除くとされている。

例えば、車いすを利用する人に合わせて、机や作業台の高さを調整することや、知的障がいを持つ人に合わせて、口頭だけでなく分かりやすい文書・絵図を用いて説明することなどである。

新法である「障害者差別解消法」は「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」の略称である。この法律では、行政サービスを行う場合、障がい者が事実上排除されることがないように、労働以外での差別解消が目的である。この法律の施行日は2016年4月となっている。

九州では、熊本県が「障害のある人もない人も共に生きる熊本づくり条例」を2012年4月1日付で施行している。続いて沖縄県が「沖縄県障害のある人もない人も共に暮らしやすい社会づくり条例」を2013年4月1日付で施行している。長崎県は「障害のある人もない人も共に生きる平和な長崎県づくり条例」、大分県別府市は「別府市障害のある人もない人も安心して安全に暮らせる条例」を2014年4月1日付で条例を施行している。鹿児島県は2014年10月1日付で「障害のある人もない人も共に生きる鹿児島づくり条例」を施行している。

大分県においては、現在障がい及び障がいのある人に対する県民の理解を深めるとともに、障がいのある人に対する差別を解消し、差別をなくすための施策に関する事項を定めることを目的に「障がい者の差別解消に関する県条例」の制定に向けた作業を進めているところで、これから幅広い分野の関係者の意見を聞き、具体的な条例案を策定するための「条例検討協議会」を設置する段階である。

某県において、条例制定当時（平成16年9月から平成16年12月の間）に寄せられた医療関係の「障がい者差別に当たると思われる事例」を紹介する。

- 児童相談所での判定時、医師から「福祉の世話にならなければ生きていけない価値のない子供」と言われた。
- 病院にダウン症の娘を連れて行ったところ、治療の間中、「もう大きいんだから、変な声を出すんじゃない！」と言われ続けた。
- 障がい児と診断した医師から「この子のことはあきらめてもう一人産みなさい」と言われた。
- 耳が不自由なので、夜間救急病院に電話で問い合わせができない。FAX等の受付もない。すべての人が支障のない状況を作ることが先決。
- 「聴覚障がい者はうちでは診られない」と言われた。

など、まだまだ沢山記載されていたが、ほんの一部だけ紹介した。

大分県の障がい者の状況は、身体障害者手帳を所持している人は平成25年度末で、65,161人で、平成15年度と比較すると1,492人増加している。

療育手帳{知的障がい(児)者が福祉サービスを利用する時に必要な手帳で、一貫した指導・相談を行うと共に、援護措置を受けやすくすることを目的としている}を所持している人は平成25年度末で9,067人で、平成15年度と比較すると1,830人増加している。ただし、知的障がいを持っている人が、必ずしも療育手帳の交付を受けている訳ではないため、実数を把握することはできない。国の研究報告によると知的障がい者の出現率は人口の1.02%とされているため、本県では約12,000人と推計されている。

精神障害者保健福祉手帳を所持している人は平成25年度末で6,662人で、平成15年度と比較すると1,259人増加している。精神障がい者についても、必ずしも精神障害者保健福祉手帳の交付を受けているわけではなく、入院・通院(平成25年6月30日現在)により治療を受けている人は34,884人となっている。よって、大分県の身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者の合計は約112,000人で、県民の10人に1人は障がい者と推計され、今後増加傾向は続くと考えられている。

このような状況で、障がいのある人のことをしっかり理解し、障がいのある人もない人もともに安心して暮らせる社会を一日も早く作ることが、我々の責務であると思っている。

視
点

『国土の均等な発展と地域医療構想(ビジョン)』

大分県医師会

常任理事 三 倉 剛

1963年リンカーン祈念堂前でのマーチン・ルーサー・キングJr.牧師の「I have a dream」スピーチを思い起こしてみる。

同年8月28日アフリカ系アメリカ人がワシントンに集結し大行進を行なった。そこでこの有名な演説は行われた。最も感動的なスピーチの一つだと私は思う。そして今もDCには多くのアフリカ系アメリカ人が住んでいる。最近のニュースを見ると米国人種差別も完全には解決していない。それでも合衆国である。人種のミックスがこの国を発展させてきた。リンカーンやキング牧師が偉大なる修正を加えて米国憲法の理念が守られていると思う。やはり「理念なくして国は成り立たない」ということをキング牧師のスピーチから感じ取る。

翻って日本である。高度経済成長期には国土の均等な発展ということで、田舎にも立派な道路がたくさん出来た。もちろんそれは表向きの話で、様々な不均衡はあった。東九州自動車道もその一つである。それでも農免道路が田舎の隅々まで行き渡っている事実はある。経済状況が変わり、人口が減少し始め、人口の一極集中も進行し、国土の均等な発展は危機を迎えている。県内でも県都一極集中、田舎でも市中心部に集中してコンパクトシティ化を図るという計画が論議されている。資本主義だから、「選択と集中による効率化は成り行きで当然」といえばそれまでであるが、そうした中で日本という国がよって立つ理念は何であろうか。皆さんはどう考えますか？

さて我が国の医療提供体制である。いわゆる「7:1」に懲りた厚労省は、地域医療ビジョンと新たな財政支援制度(いわゆる基金)という新体制で2025年を目指すことにした。診療報酬制度だけでは厚労省が理想とする地域医療体制にならないからということである。新たな手を打った形である。なかなか凝ったお膳立てである。その前に病床機能報告制度というおまけをつけた。またその前に「自宅でない在宅=有料老人ホーム=広義の在宅」の整備といった在宅医療の地ならしも行っている。

そもそも日本国民は今後どこでどういう死に方を迎えるか？ということである。有料老人ホームや特養で広義の在宅死を迎えるか、それとも今までどおり病院で死を迎えるか？旧来の家族制度が崩壊しており純粋な自宅死などごく限られたお金持ちの家庭ぐらしかありえないのであるから、その両者しかないのである。さらに言えば高度急性期・急性期病院の平均在院日数を短縮し病院死を抑制しているから、必然的に広義の在宅死以外選択肢はない。さらに突っ込んで言えば、在宅医療というよりも訪問看護による看取りの推進という方が物事の本質を突いているかもしれない。それはそれとして、こうした考えは、どういった理念から生まれてきたのだろうか。厚労省が勝手に考えたのか？

財務省と経産省の入れ知恵か？そもそも日本医師会はどう考えているのだろうか？こうした構図を背景に、地域医療計画が進行し、さらに今回地域医療ビジョンが語られるのである。

結局われわれは叡智を結集して今後の自分達の死に対する理念を語り、そして練らなければ、死に場所も死に方も見つけられないのである。地域医療ビジョンはそのあとに付いてくるものであり、仏を作って魂を入れずでは本末転倒である。そうした議論に関して県、県医師会そして郡市医師会も待ったなしの状態と考える。



視
点

在宅医療の潮目

大分県医師会

常任理事 吉賀 攝

最近は在宅医療が隆盛である。自己注射や在宅酸素療法なども在宅医療であるが、ここでは在宅医療の中でも1992年から始まった居宅で医療を提供とする主として高齢者への訪問診療について述べる。

昔は外来通院していた高齢者が通院困難になり、医師が往診して医療を継続するという形態も珍しくなかった。一方で、医療費を圧迫する長期間の社会的入院が問題視されるようになっていた。そこで社会的入院を減らす受け皿として自宅でも医療を受けられるような制度を作った。これが訪問診療の始まりである。

在宅医療は元々高い診療報酬を設定しているが、かかりつけ医が往診などで細々と行っていた訪問診療をさらに高報酬で誘導したのだ。これは報酬改定の度に手厚くなり、「在宅療養支援診療所」の創設、「在宅時医学総合管理料」等の包括診療料を設けて、これまでかかりつけ医が手弁当で行っていた訪問診療を独立した医療形態（ビジネススタイル）にまで引き上げた。

しかし医療ビジネスとして独立可能なまで手厚くしたことにより徐々に歪みが生じ始めたのだ。

社会的入院を減らし家族と共に住み慣れた環境で治療を継続する・・・という考えは間違っていない。しかしこれは核家族化が進む多くの地域では実現が困難なのだ。結局、家族は高齢者を病院ではなく各種の老人ホームに収容することになってしまった。

訪問診療は往診と同じように一軒一軒患者の家を訪れるのだから、通常の外来診療に比べ非効率である。午後のすべて訪問診療を行ってもせいぜい一日10軒程度であろう。それを見越して一人あたりの訪問診療料を手厚く、そして入院医療費よりは安くなるように設定していた。しかし、多数の高齢者を収容する老人ホームに訪問する場合はきわめて効率的だ。無論これ自体は違法ではなく、結果として生じたものなので、そのような診療スタイルを非難するつもりはない。ところがこの辺から変質が始まった。老人ホームの開設者がその施設に訪問診療の独占をさせる見返りに金銭を要求する施設が現れた。この件は、新聞メディアにも紹介されたのでご存じの方も多いと思う。

そこで今回26年度の診療報酬改定である。今度はこれら同一の施設に居住する場合は訪問診療の報酬が大幅に減額されてしまったのだ。これがあまりに苛烈な減額であったので訪問診療を行う多くの医療機関は動揺を隠せなかった。一方で、医師の中にも在宅医療を行う医療機関があたかも暴利をむさぼっていたかのごとく、大幅な診療報酬減額はまさに天誅であるという意見を述べる者もいるが、これにも私は違和感を覚えるのだ。診療報酬を手厚くして行う誘導施策は過去に何度も「ハシゴ外し」の憂き目に遭ってきた。

今回の減額改定は単にけしからぬ医療機関を懲らしめるための施策であったのだろうか。そのような側面もあるかもしれないが、私は高齢者の在宅医療がそろそろ潮目にさしかかっているのではないかと感じている。

今回の改定で同一の施設に複数の患者を訪問する場合、報酬が減額されてしまった事と、月々のレセプト提出時に「別紙14」の添付が義務づけられた。(平成26年10月までは経過措置がありその後、レセプトに注記として記入することでこの用紙は不要となった)この書類には患者の住所(施設などの居所)、訪問診療が必要な理由、日常生活自立度などを記載する欄がある。これまで訪問診療は、外来通院が困難な患者あるいは家族の希望があれば実施することが出来た。仮に患者が歩けたとしても、要求があれば可能であった。実際、ほとんどの医師は患者本人や家族の事情を察し、必要に応じて訪問診療を行っていたはずだ。

平成19年から始まった介護保険適正化事業というのを覚えているだろうか?これは一部の業者が不適切な給付を行っていたという理由で地方自治体が率先して給付の適正化という名の締め付けを始めた事業である。ここでは利用者の同意書、給付の再評価、必要性の評価など大量の書類を要求し、医療情報の突合と縦覧点検を利用して徹底した締め付けが行われた。

今回の「別紙14」は経過措置やその後の通達で有名無実化されたが、それで安堵してはならない。今回の事を契機に、今後も「訪問診療の適正化」を錦の御旗に、在宅医療(特に訪問診療)の方針転換が進む可能性が高いのではないかと懸念している。当面は社会問題になった同一施設入居者に対する在宅医療がターゲットだが、今後はすべての患者が「別紙14」に類似した訪問診療が必要な理由や介護保険との突合を行って、在宅医療の締め上げが始まるであろう。まさに在宅医療は潮目に差し掛かったのだ。

高齢者住宅や老人ホームの充実が進み、地方ではすでに飽和しつつある。今後さらに増えてくる施設への訪問診療に今回は一定のブレーキをかけた。そして訪問診療全体に対しても一定のブレーキをかける策を講じてくるはずだ。これから何度かの診療報酬改定では本体には手を付けず、在宅医療(訪問診療)の算定要件を徐々に締め上げる方向に向かうと思われる。「別紙14」は単に一部の医療機関を懲らしめたりするためのものではない。在宅医療の先行きを示す不穏な狼煙であることを強調したい。



「総合診療専門医」について

大分県医師会

監 事 嶋 田 丞

新たな専門医制度が2015年から創設されるが、制度の中核的な役割を持つ「日本専門医機構」が第三者機関として設立された。この組織委員会は、このほど、新機構の概要を決めた。現在、約85学会に認定医、専門医が存在するが、その認定基準は各学会にまかされて、厳しいものからゆるいものまであり、評価に耐えるものだけではなかった。その為、各学会の認定・専門医制度を整理するには認定と評価に標準化が求められ、質を高めることで、専門医に対する患者側からの理解と信頼を得ることが出来る。この専門医制度の再構築の目的は提供される医療の質の担保、患者の信頼、そして受診行動への良質な指針である。第三者機関の認定ならば、信頼できる専門医として国民に認められ、評価されるであろうが、専門医にとってもプロフェッショナルとしての自覚が必要となる。

1. 総合診療専門医の創設と研修

設立時の社員は日本医師会、日本医学会、全国医学部長・病院長会議の3団体に加えて、基本診療領域18学会と総合診療領域の参加が決まった。機構の内には「総合診療専門医に関する委員会」が設置され、委員会は日本医師会、病院団体協議会、全国医学部長・病院長会議、6学会、現場の医師で構成されている。第19番目の専門医として総合診療が位置づけられたのは、2025年にピークを迎える高齢者の増加に対応できる医療提供体制の整備には、総合診療が重要な診療分野であると認められたであろう。

この程、この委員会で決まった総合診療専門医の研修プログラムの基本骨格は医学部卒業後2年間の初期臨床研修を終了した医師が対象で、3年間の研修を行うことになっている。

その内容は、内科、小児科、救急の基本診療研修を12ヶ月。病院、診療所、総合内科で総合診療に関する専門研修を18ヶ月。外科、産婦人科、整形外科、精神科などの関連診療科研修を6ヶ月行い、研修後に総合診療専門医の試験を行う。これは、かつて、日本プライマリーケア連合学会が提唱していた初期臨床研修後の総合医コースと類似している。

その他、すでに地域で活躍している医師が専門医を習得するコース、他の専門医からの移行型も検討課題となっている。

2. 厚生労働省の総合科医と総合医

総合医については2007年頃に厚生労働省医政局が総合科と総合科医（総合診療医）構想を持ち出し、厚生労働相が認定する専門医として、診療科全体での高い診療能力が

あり、患者の疾病に合う医療を選択できる能力を持ち、心のケアから終末期まで人間を総合的に診れる能力を備えた医師を想定していた。

同じ頃、保険局や老健局は後期高齢者医療制度がらみの総合医（主治医意見書を書く、地域で開業する診療所医師）を考えており、後期高齢者を総合的に診れる医師、医療だけでなく生活、健康状態も把握でき、在宅の終末期も担える医師、高齢者の生活を知り、支える医療が提供できる医師とされた。これは現在提唱されている「地域包括ケアシステム」に関わる医師像を示している。

3. 総合医に対する日本医師会の対応

2006年、日本医師会は、いわゆる総合医（総合診療医）として医師全体の診断能力を向上させ、総合的な診断能力を備え、全人的な医療を提供できる医師を養成し認定する方向を示していた。しかし、地域医師会から、疑問や慎重論が出たため、2008年には専門医としては認めず、日本医師会の生涯教育のなかで、日本プライマリー連合学会と連携した共同プログラムで「総合医」を認定する方向にあったが、現在必ずしも協調し行動しているとは言えない。これは、第三者機構である「日本専門医機構」による第19番目の専門医として総合診療医を決めたことで両者が連携する効果が薄れた為であろう。

4. 日本医師会のかかりつけ医機能

日本医師会は2012年、「かかりつけ医」とは医学的機能と社会的機能を併せ持つ医師と定義づけた。具体的には医学的機能とは日常診療では患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき医療の継続性を重視した適切な診療を行い、領域外は適切な医療機関へ紹介し、患者にとって最良の解決策を提供することである。また、社会医的機能とは、地域住民と信頼関係を構築し、地域医療、地域保健などの社会的活動、行政的活動に参加し、福祉や介護と連携し、患者が地域で生活できるよう在宅医療にも取り組むことなどである。現在、日本医師会には総合診療医の議論は少なく、地域包括ケアシステムでの「かかりつけ医」機能の充実を重視している。

5. 総合診療専門医の医師像（日本専門医機構）

日本専門医機構で考えている「総合診療専門医」の医師像は地域を支える診療所や中小病院で活躍する医師で、日常診療で頻度の高い疾病の初期対応を担当する。必要があれば機能別の専門医を紹介。自ら対応できる患者には継続して医療を担う。高齢者対応として他職種と連携して介護サービス、医療サービスを看取りも含めて包括的かつ柔軟に提供するとしている。これは、日本医師会の「かかりつけ医」の機能と大差はない。

6. 日本プライマリー連合学会の総合診療専門医への取り組み

2012年、厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」で日本プライマリー連合学会の役員による総合医に関する意見は、総合医とは、頻度の高い疾病と障害、予防、保健、福祉などの問題について適切な初期対応と必要な医療を全人的な視点で提供できる医師、初期臨床研修後に総合医コースを設け認定試験を実施する。又、他の役員の

意見は高齢者の増加で認知症や複数の疾患を持つ患者に対応する必要があり、患者・家族中心の視点で中小病院・診療所で総合的診療にあたる家庭医療専門医を養成する。加えて大病院や都市部で幅広い診療を担う病院総合医を養成するという意見があった。

現在、日本プライマリー連合学会は総合診療の専門医として相応しいものとなる為に専門医制度のバージョンアップを進めている。将来的には自らの研修プログラムに沿っていけば、先には総合診療専門医があるとしている。現在の医療技術の尺度は臓器別専門医であるが、今後は、家族・地域社会を視野に入れた全人的医療ができる総合診療専門医が必要となる。これに対して日本プライマリー連合学会の持つ、プライマリーケア認定制度、家庭医療専門医制度、病院総合医療養成プログラムをレベルアップさせて統一したプログラムをつくる方向にある。地域を支える医療を提供する学会として検討課題である「他の専門医からの移行型」を使って参加することが可能ではないか。実際に総合診療専門医の研修には家庭医療専門医の研修をベースとする、という意見も聞かれる。

7. 総合診療専門医を目指して

臨床研修医制度が始まってから大学病院の医局や大学院に残る者は減少し、研修病院以外で勤務する医師が増加している。その為に、臓器別専門医の資格を取得する機会の無い医師、初期研修後に幅広く初期診療（プライマリーケア）や家庭医療を目指す医師にとって総合診療医という専門資格を得ることは大きな魅力である。

その他の専門医からの移行も検討課題となっており、プライマリーケア認定医、家庭医療専門医、病院総合医制度を持つ日本プライマリーケア連合学会、独自の認定医・専門医制度を持つ日本臨床内科医会等が対応可能である。又、すでに地域で開業し、活躍している医師が専門医となれる道も検討されており、かかりつけ医機能を重視する日本医師会の生涯教育制度を充実することによって、かかりつけ医にも総合診療専門医への道を開くべきである。

8. 総合診療専門医とかかりつけ医

2025年をピークとする高齢者の医療需要に対応する為に、地域包括ケアのシステムを早期に地域で構築することが進められているが、その中心的役割を担うのがかかりつけ医であり、総合診療医である。国の考えている総合診療医は医療のなかで各科にわたって広く初期診療を行い、臓器別の専門医につなぐ「病院総合医」と、主として高齢者を対象とし、地域において初期診療、専門医紹介、在宅医療、看取りを行う「地域の総合診療医」の2方向の機能を持っている。この方向性の違う2つの機能を混同して議論しているので、全体像はまとまりきれない。地域で必要としているのは総合的な医療と介護の知識を併せ持ち、地域において医療・介護サービスを一体的に提供できる医師であり、総合診療医と言える。現在、各地域でそれらを実践しているのは「かかりつけ医」であり、介護の知識も持たず、患者・利用者の生活に対応できない医療だけの総合診療医は存在しない。患者にとって一番身近な存在となりうるのは総合診療医である。地域の現場の実態が軽視され、専門医の議論だけが行政主導で先行しているのは疑問に思う。総合診療の専門医については、臓器別専門医と違って慎重に議論を進める必要があろう。



「先生は医師会をどのように イメージされますか」

大分県医師会
副会長 織部 和宏

医師会という存在は外の世界ではどのように認識されてるのでしょうか。戦時中の従軍慰安婦問題の一部の誤報などで日韓関係の悪化を起こした張本人(読売新聞一面 8月4日)とされる朝日新聞で例えば医師、特に開業医や日本医師会に対して好意的に書かれた記事を見た事があるでしょうか。

医師会は開業医の利益を追求するための団体であり、大学や病院の勤務医は研究や自分達の専門領域の中で寝食を惜しんで頑張っているのに開業医は特にビル開業している無床診療所の医師はベンツに乗り研究会等の勉強会に参加せず、ゴルフ等にはそのくせ熱心で楽をして稼いでいる(某国会議員の弁)という図式が現在余りにも定着しすぎていないでしょうか。

先日日本医師会の代議員会の時だったと思いますが、奈良の先生がこんな風におっしゃっていました。「奈良の県知事の某に就任のお祝いに県の医師会を代表して御挨拶にいったら、『医師会というものは開業医の利益のための団体だろう。』と無視された。」との事です。奈良県の行政のトップにいる人もそうですが、こう言う思い込みの強い人間を自治体の首長にすると言う事はいくら住民の選挙とは言え余りにひどすぎると思いませんか。

一知半解と思い込みの強さ、何とかならないのでしょうか。

幸い我が大分県では県医師会と行政の間は歴代の役員の方の先生方の努力の賜物ですがうまくいっております。

医療法の改定が定期的に行われますので、行政との風通しをよくする事はとても大事な事です。

更に日本医師会のイメージアップの為には会員の先生方のお知恵をお借りして全力で取りくんでいく必要があります。

先生方の御協力を切にお願いする次第です。地域医療充実の為に頑張りましょう！



医師会雑感 —理事5期目を拝命して—

大分県医師会
常任理事 井上雅公

県医師会の役員をしていると医師会についていろんなご意見や質問を頂戴することが多い。まず多い質問は「医師会入会のメリット、デメリットは何か？」といったもので未入会の勤務医の先生や医学生からも尋ねられることがある。

はっきり言って医師会入会で経済的なメリットはあまりない。では何故高い会費を払ってまで医師会に入るべきなのか？

J.F.ケネディは「祖国があなたに何をしてくれるかを尋ねてはなりません、あなたが祖国のために何をできるか考えて欲しい」との名言を残しているが医師会についても「医師会が何をしてくれるか」より「医師会(を通じて地域にも)に何をできるか」といったスタンスで医師会をとらえて欲しいと考える。

医師という職業はややもすると仕事人間になりやすい。地域医療において医療という業務は大事であるが同じくらい、もしかしたらそれ以上に大切なのは地域とのつながりであろう。個人の医業に没頭していれば自ずと周りが見えにくくなるのではなかろうか。地域社会や医師仲間と繋がるツールとして医師会は地域医療に欠かせないものとする。数年前から大学で学生に話す機会を得ているがその中で「医療の力で地域を変えよう」と檄を飛ばしている。よく医療は医学の社会適応用と言われるが医師会はその医療をいかに現実に実践していくかを皆で考えていく場であると言えよう。行政との関係も会員諸氏の地域医療への考えや実践を組織として主張、提案していけるようにあるべきとの立場で積極的に取り組んでいる。

メリットデメリット論では医師会活動ははかれぬ。会員諸氏におかれては地域で医師というかけがえのないミッションを果しあるものにするため是非、医師会活動へのご理解、ご参加を切にお願いする次第である。



病床機能報告制度 (地域医療ビジョンの意図するもの)

大分県医師会

会長 近藤 稔

団塊の世代が後期高齢者となる2025年を見据えた、医療・介護サービスの提供体制を見直す地域医療・介護総合確保推進法案が6月18日成立した。主なものに病床機能報告制度がある。病院及び有床診療所は病棟ごとに高度急性期、急性期、回復期、慢性期のいずれかを選択し報告しなければならず、得られた情報に基づいて4機能ごとに基準病床数が設定され、未稼働病床は削減され過剰の病床は不足している病床への転換が削減を要請される。また医療圏ごとの入院・外来別や疾患別の患者数の推計値も算出され、地域の実情に合った医療体制の構築に向けた地域医療ビジョンを策定することになる。

また介護保険の効率化を目指し給付抑制も本法案の狙いで、介護必要度の低い要支援1、2の訪問・通所介護を市町村事業に移し、重度者へ振り向けるサービスの見直しである。自己負担割合も一定の所得がある人は2割に引き上げられる。日本の医療提供体制を偏らず、患者ニーズに応じて再編し急性期から慢性期、在宅医療を必要とする患者を24時間受け入れられるために再編すると主旨は高いが、サービスの質の低下・地域格差、施設や病院に入れない患者が生じる懸念がある。

今後、日本は少子高齢化が進行し50年後の2060年には8,700万人を割り込むと言われ、大分県内でも前年に比して約6,700人減少しており、郡部の人口増加の兆しはなく、相対的に病床数は増加することになり、疾病構造や患者ニーズの変化が予想される。国の財政危機、国民総医療費の増加を考慮すれば、安全・安心な医療・介護制度を将来に亘って維持するためには、病床機能再編・削減もやむを得ないのかもしれない。一方、病床の機能分化・連携のための事業や、在宅医療・介護サービスの充実、医療従事者等の確保・養成のために必要な事業を対象とした、新たな財政支援の新基金制度も決定した。人口比率、患者数比率で再編され、地域医療の衰退・消滅することがないように、県が設置する協議の場に県医師会も参加し、地域住民が地域の実情に応じて安心して医療・介護を享受出来るビジョンの構築と県下全域に効率面だけでなく将来に夢を描けるような事業推進に努力したい。医療審議会で最終的に決定されるため、県医師会の役割は重大である。



医療基本法そのⅢ

大分県医師会

副会長 新森 義信

第699号（平成24年12月10日）と第705号（平成25年6月10日）の大分県医師会会報に「医療基本法」「医療基本法そのⅡ」と題してそれぞれ巻頭言に書かせていただいたが、今回は第3弾として「医療基本法そのⅢ」です。前回までは、平成22年原中前日医会長より諮問を受けた「医事法をめぐる諸問題」に対する答申として、平成24年3月に日医医事法関係検討委員会より報告された「医療基本法」の制定に向けた具体的提言について紹介をし、医療基本法がなぜ必要になってきたかを書かせていただいた。

平成24年7月13日に日医医事法関係検討委員会が日医横倉義武会長より受けた諮問「医療基本法(仮称)の制定に向けた医事法の検討」に対して、平成26年3月に出された答申「医療基本法」の制定に向けた具体的提言（最終報告）について紹介をしたい。

平成23年10月に開催された日本弁護士連合会第54回人権擁護大会において、「患者の権利に関する法律の制定を求める決議」が採択され、翌24年9月には「患者の権利に関する法律大綱案の提言」が公表されたが、医療界内外におけるこれらの検討や提言の中には、日医医事法関係検討委員会が指向する基本法の理念や考え方とは必ずしも合致しないものや検討が充分尽くされたと評価しえないものも多く、日本医師会および全国のブロック医師会において平成24・25年度には医事法関係検討委員会が示した「医療基本法草案」について意見交換、シンポジウムを開催している。

シンポジウム等で示された主な意見を紹介すると、

- 1) 「医療の不確実性」について記述を盛り込むべき。
- 2) 尊厳死のあり方、終末期の対応について記述すべき。
- 3) 国民皆保険、財政問題についての言及
 - ・「財政確保」ではなく「国民皆保険の堅持」と直接的な表現にしてはどうか。
 - ・国は医療保険制度を健全に運営することに務める旨を明記すべき。
- 4) 介護を医療基本法に含めることについて
 - ・医療と介護を別立てにすると、両方の施策に不整合が生じてしまうので、介護も含めるべき。
- 5) 医療提供者の責務（と権利）
 - ・医療の倫理性についても記述すべき。
- 6) 患者の権利と責務について
 - ・患者の権利を盛り込むことは、基本法に裁判規範性を与えることになるので、慎重に。

7) 医療の理念、定義などについて

- ・医療の「均てん化」という表現も盛り込んでどうか。

8) 医療基本法の制定、議論そのものについて

- ・医療基本法は患者に「医療の正しい受け方」を伝える役割も担うので必要。
- ・基本法の理念には賛成だが、医療が荒廃しているこの時期に日医が自らこの問題に着手するには慎重であるべき。
- ・勤務医の立場からは、医療基本法は必要。

などが主な意見であった。

また、医療が有する8つの性質として「非代替性」「科学性」「平等性」「体系整備性」「規範性」「公共性」「相互扶助性」の7つに加え、対象となる個々の患者はそれぞれ固有の体質や環境因子を抱えており、たとえ同じ治療行為を異なる患者に同様に実施したとしても必ずしも一定の結果を期待することができないという「不確実性」を加えている。

今回、答申として出された報告書の「おわりに～今後の課題」として、この報告書をたたき台として参照し、「議論の一助としていただきたい」と願うものであると記載されている。課題として、対象とする範囲は「介護」や「福祉」については対象外としているがこれを広めるべきか狭めるべきか更に議論の必要があるとしている。

次に、医療関係者および患者の権利や責務に関する規定の在り方について。

これら議論と平行して現行法令を含む法律、制度をどのように整備していくのかという点についても明確な視点を定めていくことが必要であると記載されている。

本県においても歯科医師会、薬剤師会、看護協会、弁護士、患者代表の皆さんをシンポジストに迎えシンポジウムを開催し、議論を積み重ねていくことが必要である。

最後にこの法律の趣旨、目的について再確認ですが、国民の生存権及び国の社会保障の義務(憲法25条)、さらには、個人の尊重・幸福追求権(憲法13条)、法の下での平等(憲法14条)などの憲法に定められた理念を拠り所として、我が国における医療のあるべき姿の基本を確立し、その運用を図ることに求めるものとする書かれている。

医療提供者と患者の信頼関係を軸とした立派な「医療基本法」ができるよう皆様のご協力を切にお願いしたい。



日本の医療・介護は どこへ行こうとしているのか

大分県医師会

常任理事 田代幹雄

社会保障制度改革国民会議が提案した社会保障改革プログラムに沿って出された平成26年度診療報酬改定の内容は驚くべきものだった。

増える高齢者の医療・医療費をどうするかという観点で、かなり大幅で巧妙な手法を用いた改定になっており、全医療機関に大きな影響を与えると思われた。

一つは、約36万床に膨れ上がった7対1病床を2025年には半分の18万床に減らすこと、特に今回、要件を厳しくすることによって、この2年間でまず約3割の9万床が脱落することを想定している。しかし、7対1病床著増の真犯人は誰だったかは明らかだが、全く反省の弁は聞かれない。これが地域医療崩壊促進の大きな一因でもあったのに、あくまでも甘い餌に飛びついた医療機関に原因があるかのような対処法だ。

二つ目は、高齢者の医療費を減らすために以前から言い続けて来た在宅医療のさらなる強力な推進策である。その手段が鞭としての「在宅復帰率」というキーワードであり、これによって、全医療機関・介護施設等を結び付け、在宅医療の流れを無理やり推進させようとしている。しかし、本物の在宅医療がとことん行われれば、医療費はそれほど減らない、下手すれば逆に増えてしまうことを知っている彼らは確率の悪い一石二鳥を狙った。同一日に同一の建物における複数人訪問時の「在院時医学総合管理料」および「特定施設入居時等医学総合管理料」を現行の約1/4に設定した。これに対しては、「不適切事例に対応するため」と理由付けをしているが、現場からは時間的、経営面等から対応できず、今よりも規模を縮小、撤退等の声が多く出た。そのため、厚労省は条件緩和策を出してきているが、アクセルとブレーキを同時に踏んだようなもので、在宅医療が推進されるかどうかは全く不明な状況である。

今後、65歳以上の高齢世帯が2035年に4割(40.8%)を超え、高齢世帯に占める独居老人世帯も2010年30.7%から37.7%（全国の独居高齢者数は2010年の約498万人が2035年には53%増の約762万人になる見通し）、特に東京都は44%と推測されている。もう一つ忘れてならないものがある。診療する側の医師の高齢化である。日本の総医師数は、2010年の27.1万人から2035年には39.7万人に46%増加するが、60歳未満の医師数は21.6万人から25.5万人の18%増加(ただし、男性医師数は17.2万人から18.0万人と4%しか増加しない)にとどまるのに対し、60歳以上の医師数は5.5万人(医師全体の20%)から14.1万人(同36%)へと155%の大幅増となる。結局、医師数は46%増加するが、高齢医師の増加分が大きく、実働医師数はそれほど増えないことになる。現時点でも上手くいっていないのに、微増

しかししない実働医師が著増する独居高齢者をまともに在宅医療できるのか？現在の国や厚労省の鈴や鞭を使って医師を望む方向に誘導しようとする考えを改めない限り不可能と考える。2000年に介護保険制度が始まってから契約という名のもと、医療も同様に説明と書類作成に費やす時間が余りに増えすぎた。時間をかけて作成した書類は倉庫に入ったまま二度とお目にかからないものが大部分である。この書類作成のために本来の医師の仕事をする時間がかかり奪われているのが現状だ。国が本気で在宅医療が国民のためになると考えているのであれば、書類作成は最小限にし、国民にも「とことんの医療」ではなく「ほどほどの医療」で納得してもらうようにインフォームドコンセントをすべきではないか。さらに、在宅医療に必要な書類作成ソフト（PC用、タブレット用）を国が作成し、全医療機関に無料で配布すれば、医師も訪問時に説明や記入ができ、帰院してからの書類作成時間が不要となり、在宅医療が苦にならなくなるのではないか。さらなる希望は、全国共通の使いやすい電子カルテソフトの無料配布である。これをきっかけに地域連携クリニカルパスも普及するかもしれない。この程度のことで、在宅医療をやってみようかという医師が増えるのであれば安いものである。また、大部分の医師が一番に求めているものは仕事の充実感と継続であり、診療報酬の加算も無理をしなければ取れないようなものは不要と考えている。2025年に向けて、賢明なる諸氏には、鈴と鞭ではなく、医師のやる気を引き出す費用対効果の高い方策をぜひ捻り出してほしいものである。





震災教訓を活かすために

大分県医師会

会長 近藤 稔

伊予灘を震源とするマグニチュード6.2、震度5弱の強い地震が3月14日深夜2時6分頃大分に発生した。今回のような強い地震は初めてで、飛び起きたはいいが、不安で室内をうろうろしている内に治まった。3日前に東日本大震災3周年追悼式等で津波の恐怖を再認識していただけない、津波の発生はありませんとのニュースで一安心した。しかし、「津波の危険があります。高台に移動して下さい」と言われたら、どうしたんだろうかと自問すると、何の対策も用意もしてないのに気付く。入院患者の避難・誘導など地震対策のマニュアルだけは策定していても、実際に訓練をしていないと役立たない事を実感する。人手のない深夜に発生すればなおさらである。

大分県は中津から佐伯まで海岸線が長く、別府湾には活断層が通り、活断層型地震の震源は別府湾と周防灘にあり、県南は南海トラフによる巨大地震の発生が危惧されている。

過去に県内で在った大きな地震は1596年の慶長豊後地震でマグニチュード7.0?と推測され、この時瓜生島が沈んだとの伝説もある。1707年には国内最大級と言われる宝永地震、1946年の南海地震、1975年九重のホテルが被害を受けた大分県中部地震等があり、大分県は結構被害を受けている。巨大な津波は約300~700年の周期で到来しているらしいが、歴史的に西日本で繰り返し発生している東南海・南海地震の周期は100~120年で、今後30年以内に70%、50年以内に80~90%の確率で発生すると言われている。

阪神大震災以降日本は地震の活動期に入っているらしい。昨年の国の中央防災会議推計によると、千年に一度の南海巨大地震が発生すれば死者は最大32万人、避難者は950万人、経済的損失が220兆円と言う被害想定が発表され、今後10年以内に被害を8割減らす地震大綱も定められた。

マグニチュード9の南海トラフ巨大地震が発生すれば拠点病院も津波で浸水する可能性がある。大分県医師会は災害時における医療救護について大分県と協定を締結し、大分DMATの登録医療機関も21と増え災害医療の充実に向け活動中である。医療機関も大部分が市街地の中心地・平地にあり、津波で被害を蒙る恐れが大きい。今回の地震は大地震発生警告かも知れない。15分以内に高台へ避難できる手順を確認し、避難訓練を実施するなど震災の教訓を活かし、その時に備えるのが肝要である。

視
点

「女性医師支援について」

大分県医師会

常任理事

貞 永 明 美

日経メディカル2015.1月号が「子持ちでも常勤医」は当たり前！ **辞めない女医の
つくり方** を特集していた。

新研修医制度の導入をきっかけに各地で医師不足が社会的問題となり、女性医師の労働力の掘り起しが急務となり、まず取り組まれたのが日本医師会による「医師再就職支援事業」で、平成21年よりは「女性医師支援センター事業」として出発し、女性医師バンクを中心とし、臨床研修中の妊娠・出産・育児などの中断についてのルールの明文化、都道府県医師会の開催する講演会・研究会等の託児サービスの併設に対する補助、保育システム相談窓口の各都道府県医師会での設置の促進、女性医師支援センター事業ブロック会議等が行われている。また平成22年度厚生労働省が「女性医師等就労支援事業」として①相談事業②病院研修事業③就労環境整備事業に取り組み、当直免除、短時間勤務などの仕組みが導入された。各地でのばらつきはあるものの、取り組みがはじまった事は評価できると思う。

女性医師は増加の一途をたどっており、佐賀大学医学部医学科の女子学生の割合は43.6%になり、その他の大学でも30%以上を占める。また産婦人科の31.5%をはじめ皮膚科などは44.3%と女性医師の割合の多い診療科もあり、2012年の医師総数に占める女性医師の割合は19.7%だった。日本産婦人科学会の会員のように、40歳以下だと6割が女性医師という診療科もでてきた。その多くが出産・子育ての時期を迎えた事により、院内保育や短時間勤務などの就労環境の整備は以前よりは進んできたものの、いまだに様々な局面でキャリアアップを諦めざるを得ない現実や、逆に手厚い支援が同僚からの不満を生むケースもある。また最初から別扱いで、別コースの労働を提示される事もあるという。日本医師会の「男女共同参画フォーラム」での宣言でも「女性医師が勤務を継続するための環境の整備、制度の充実、施策の実践は重要である。女性医師、男性医師を問わず、安心して勤務できる環境があってこそ、初めて医師は自信と誇りを持ってその使命を果たす事ができる。」とある。さらに家庭と仕事の両立、ワーク・ライフ・バランスは、単に女性のみならず男性にとっても充実した人生を送る上で重要、そのためには社会の理解・支援が必要。医師としての使命を継続出来る様な環境整備・施策の実践は医療崩壊をくい止め、日本の医療を守るために喫緊の課題であることを宣言している。各地の具体的な取り組みも色々と報告されている。また今年23日には厚生労働省から「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」の報告書を公表し、女性医師が働き続けやすい環境作りに向けた、医療機関などの職場での取り組みと、大学、学会、日本医師会などの職場以外の取り組みの方向性について明記し、「管理者が活用できる制度や