

巻頭言



「先生は日馬富士問題について どう判断されてますか」

大分県医師会

副会長 織部 和宏

宴席での日馬富士がふるった、部屋は違うが同郷の貴ノ岩に対しての暴行事件は、特にテレビの報道であれ程騒がれたので知らない先生はまずいないと思います。

新聞もそうですが、特にテレビはこの件に限らず何か事が起こる度に善人、悪人、或いは加害者、被害者をあらかじめ決め、そのシナリオに沿って内容を組み、それに賛同するメンバーにコメントさせているように私には思えますが、その事について先生はどう思われてますか。

「水戸黄門」ではあるまいし、事はそう簡単に白黒がつけられるのでしょうか。

又、記者と称する人達が事件の全体像をどの程度理解しているのか。特に医療問題について、本質を分かっているのでしょうか。

今回、医療費の本体が0.55%上がることについて、日経新聞は一面に医師の収入にあたると堂々と書いています。実際は他の医療職の給料や設備投資等々にもあてられる訳で、それに占める医師の給料なんて実際は30%にも満たないのにそんな事も知らないで何と一面に書いてあるのですから、他の分野もその程度の理解レベルという事でしょう。

日本医師会もその点について十分説明していると思いますが、大変残念というか、悲しい事にその程度のレベルしか分かってもらえていないという事です。でもそれで引き下がる訳にはいかず、コツコツと上はマスコミから下は一般の人々に医療の実態を分かってもらう為には地道な広報活動しかありません。私のような医療にたずさわる地方在住の医師も常日頃、ことある事に患者様や縁ある人々に丁寧に説明するしかないと思います。

最後に一言。

昨年11月20日の報知新聞に貴ノ岩が巡業中にモンゴル出身の幕下力士に暴行を加えていたという記事が載っていました。理由は風呂の段取りが悪かったからだそうです。その力士は、日馬富士が部屋は違うが同じ一門なのでとてもかわいがり自分の指名で付け人にしていた朝日龍です。

この事からも暴力をふるわれた貴ノ岩が善良な単なる被害者ではないという事が分かります。

でもこの事はお昼のワイドショーには全く報道されておりません。

それが実際の所です。

私達医師は、一方的な報道の内容だけにとらわれず、もっと広い視野と熟慮で色々な情報を集めて物事をより客観的に判断すべきではないでしょうか。

視点



医療職の働き方改革

大分県医師会
常任理事 内田 一郎

電通に勤務する24歳の女性社員が、過剰な残業により自殺した事件が社会問題として取り上げられ、国は時間外労働規制を盛り込んだ「働き方改革実行計画」の策定を推進した。医療においても、新潟大学に勤務する女性研修医が過労により自殺した事件が大きく取り上げられた。働き方改革については、今後の医療の在り方に大きな影響を及ぼす可能性があり、すべての医療職で早急に取り組むべき課題と言える。

絶対的医師不足にともない日本の勤務医は長時間に及ぶ勤務をいとわないことで、数多くの患者を診療してきた。日本の医療は医師の過重労働無しには成り立たないのが現状である。病院勤務医の平均勤務時間は週70時間であるが、これが欧州並みに48時間に短縮されると、一日病院患者数で在院患者41万人、外来患者45万人が診られなくなる。日本医師会勤務医委員会の報告によれば、「働き方改革実行計画」に基づき労働時間が短縮されると、救急医療や外来診療の縮小、高度医療・手術の抑制など地域医療に及ぼす影響は多大であると報告している。このような動きを受け、都内のある基幹病院では勤務医の長時間労働を抑制するために、外来の診療科目・時間を大幅に縮小することを発表した。今のまま働き方改革が実行されれば、在宅医療の後方支援を担う中小病院においても同様の措置が想定され新たな波紋が広がる可能性がある。

医師の時間外労働については、医師法に基づく応召義務などの特殊性を踏まえた対応が必要との理由で改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適応することとなっている。医師の半数が地方で勤務する意思があり、20歳代の勤務医では60%に上っていたが過重な労働環境や、育児環境の整備等が障害となっていることが報告されている。医師不足の解消が働き方改革の前提となることは明白であり、医師会は医師の過重労働の実態を世論に訴え、診療報酬の引き上げや医師数増加の必要性について議論を重ねる必要があると考える。

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。会員の皆様におかれまして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7月には北部豪雨で日田が、9月の台風18号では県南が一部の医療機関で診療が出来ないほどの大規模な浸水被害を受けられました。温暖化による想定外の豪雨・暴風が世界的に発生しています。地球環境保全のためにはパリ協定遵守は必要です。協調・共助が欠落し誤解され兼ねない「何とかファースト」という言葉が昨年は日本でも流行しましたが、違和感を覚えます。

2018年度の政府予算案が約97兆7千億円と閣議決定し、税金の収入は約59兆円しかなく3分の1は国債という借金の中、社会保障関係費約32兆9千億円は確かに大きいです。しかし昨年9月末の家計や企業の金融資産は約3,000兆円あり、その内4割が現預金です。家計の増加は老後の医療費不安のための貯蓄です。消費に回せるような社会保障制度改善策を示唆しています。

さて、本年の診療・介護報酬は僅かであるが引き上げられ、日医のご努力に敬意を表します。医科では0.63%、果たして健全経営に如何ほど実利があるか疑問ですが、施設加算でなく全医療機関に恩恵がある初診料・再診料に配分されることを期待します。

相変わらず人口減少が続き新生児は前年より約3万5千人少ない約94万人です。出産適齢期の女性の減少が大きな原因らしく、国は子供を産みやすい環境整備に取り組んでいますが、僅少予算や価値観の相違で好転しません。

人口減少や25年問題で、急性期の減少、慢性期・介護世代の増加は既知の中、医師不足で地域枠を増やし、将来管理者になる為の規制も検討されています。新臨床研修医制度、7対1、地域医療構想、新専門医制度など、制度を策定しても予期した通りにはいきません。だめなら元に戻すか改善策すらない。今後AI（人工知能）による正確な診断・治療可能な時代の到来で、医師は過剰になり管理されるかもしれません。医師不足や偏在は当初の1県1医大の真の狙いを再考すれば足りることです。制度の上に制度を作るより自然に任せるのが最適と思考します。

大分県医師会では人口減少により地域医療・介護が衰退しないように基金を有効に活用しながら、健康寿命の延伸に務めるつもりです。会員の皆様のご理解ご協力をお願いします。

新年が会員にとって希望に満ちた輝かしい年になるよう祈念申し上げ年頭のご挨拶といたします。

巻頭言



国民医療を守るための総決起大会 ～健康を守る適切な診療報酬～

大分県医師会

副会長 河野幸治

平成30年度の診療報酬・介護報酬の同時改定にむけて財源を確保するために日本医師会を中心に医療関係など40団体でつくる国民医療推進協議会（会長＝横倉義武日本医師会長）が主催する「国民医療を守るための総決起大会」に参加しました。11月22日に東京の憲政記念会館に於いて全国各地から医療関係団体幹部や超党派の国会議員（大分県選出の衆議院議員衛藤征士郎代議士と穴見陽一代議士が出席、参議院議員は本会議のため欠席）ら約800名の参加者がありました。

国民の健康の増進と福祉の向上を図るため、医療・介護・保健および福祉行政の拡充強化をめざし、積極的に諸活動を推進することを目的に、2016年に本協議会が発足されています。今回の決議内容は、「国民が将来にわたり必要な医療・介護を安心して十分に受けられるための適切な財源の確保」、「国民と医療機関等の不合理な負担を強いている医療等に係る消費税問題の抜本的な解決」を要望することを決議しました。

我が国は世界有数の長寿国となってきたおり、国民皆保険制度など高度できめ細やかな医療体制を誇っています。その制度を支えるのが診療報酬であります。世間によく耳にする誤解に「診療報酬がそのまま医師の収入となるのではないか？」と言うことであります。診療報酬の中の技術料には、医師や看護師などの医療従事者や事務スタッフの人件費だけでなく、病院や診療所を運営していくための設備関係費や諸々のランニングコスト、医療機器を購入するための金額も含まれています。決して「診療報酬＝医師の収入」ではなく、国民に質の高いサービスを提供するために医療機関が適正な形で維持されていくための原資となっているのが「診療報酬」であります。

近年は、その診療報酬を低く抑える傾向が続いていましたが、ここに来て来年度の診療報酬改定では診察料や入院料など「本体」部分を引き上げる方針を固めたと一部報道がありました。詳細についてはこれから中医協で議論されることになると思われますが、それでも医療を取巻く環境は大変厳しい状況が続いています。医療費抑制のための政策により医療経営が成り立たなくなり身近に閉鎖する病院や診療所が出てきています。医師の負担が大きく、運営維持に多大なコストのかかる救急医療や在宅医療などが不足する一因にもなっています。今後、我が国では高齢化が益々進み、医療費が増大することが予測される中で、我々医療現場の苦境や医療の質の向上を考えると、医療費の抑制ありきで診療報酬の議論が進められていることに大きな懸念を抱かざるを得ません。国民の幸福の原点は「健康」であります。病に苦しむ人がいれば、何としても助けることが医療・介護関係従事者の願いであります。「必要とする医療が過不足なく受けられる社会づくり」には適正な診療報酬のあり方を考えることが欠かせません。

横倉日本医師会長の強いリーダーシップと関係する役員の方、さらには日本医師連盟推薦の羽生田俊参議、自見はなこ参議をはじめ関係する国会議員の方、特に地元選出の衆参両議院議員の方にも是非、ご理解とご協力をお願いする次第であります。

視
点

「少子化対策に期待する」

大分県医師会
常任理事 藤 本 保

平成28年度人口動態統計確定数の概況が9月に公表されました。出生数は97万6,978人で遂に100万人を下回り、死亡数は130万7,748人で前年より1万7,304人増加し、人口の自然減が進行しています。合計特殊出生率は、平成17年の1.26を最低に近年微増傾向にありましたが、平成28年(2016年)は1.44で前年(2015年)の1.45より低下しています。この少子化進行の最大の原因は出生数の減少であり、それは婚姻件数の減少及び未婚化の進行に他なりません。政府は、夫婦に求めた理想的な子どもの数(平均理想子ども数)、また、夫婦が実際に持つつもりの子どもの数(平均予定子ども数)から「希望出生率1.8」の実現に向け、2015(平成27)年10月より「一億総活躍社会」の実現に向けたプラン策定のための「一億総活躍国民会議」が開催され、2016(平成28)年6月に「ニッポン一億総活躍プラン」が閣議決定されました。

何故結婚しないのか、何故子どもが生まれないのか、平成28年度少子化社会対策白書によれば、「いずれ結婚するつもり」と考える未婚者(18~34歳)の割合は、男性85.7%、女性89.3%であり決して低くないのです。また、未婚者(25~34歳)に独身でいる理由を尋ねると、男女ともに「適当な相手にめぐりあわない」(男性:45.3%、女性:51.2%)が最も多くなっています。予定子ども数が理想子ども数を下回る夫婦の理想の子ども数を待たない理由としては、「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」(56.3%)が最も多く、「高齢で産むのが嫌だから」(39.8%)、「欲しいけれどもできないから」(23.5%)と続いています。今回の衆議院議員総選挙で与党が主張した政策の根拠になっているものと思われます。

今最も求められる少子化対策は何か。まず、これまでの政策を振り返ると、1990(平成2)年の1.57ショックを受けて文部、厚生、労働、建設の4大臣合意によるエンゼルプランが1994(平成6)年に出され、翌1995(平成7)年に緊急保育対策等5か年事業が大蔵、厚生、自治の3大臣合意により開始し、1999(平成11)年の新エンゼルプランと続き、2003(平成15)年に少子化社会対策基本法、次世代育成支援対策推進法が施行され、2005年子ども・子育て応援プラン、2006年新しい少子化対策について、2007年「子どもと家族を応援する日本」重点戦略などが次々と打ち出されました。これらの主眼は何れも保育及び育児と就業の両立支援で、すべての子育て家庭、すべての若い世代を対象としたものではありませんでした。

いちばんの問題は、若い男女が出会う機会がなく、結婚しても子どもを持ってないということであるので、この観点での対策が求められていることに着目せねばなりません。2012(平成24)年に成立した子ども・子育て関連3法に基づく「子ども・子育て支援新制度」が2015(平成27)年4月から本格施行され、「夢をつむぐ子育て支援」などの「新・三本の矢」の実現を目的とする「一億総活躍社会」の実現に向けたプラン策定等に係る審議に資するため、内閣総理大臣を議長とする

「一億総活躍国民会議」が開催され、若者の雇用安定・待遇改善、多様な保育サービスの充実、働き方改革の推進、希望する教育を阻む制約の克服等の対応策を掲げ、2016年度から2025年度の10年間のロードマップを示した「ニッポン一億総活躍プラン」が2016（平成28）年6月に閣議決定されました。

大分県におきましては、広瀬知事の「子育て満足度日本一」という目標の下、10年前から「ヘルシースタート大分」事業を開始しており、県知事が必ず参加する「大分県子ども子育て応援県民会議」では、各界の代表者や公募による県民代表から毎回有意義な提言がなされています。フィンランドの「ネウボラ」をモデルにした「子育て世代包括支援センター」構想とその実施は、大分県におけるヘルシースタート事業の7つの圏域毎の実践そのものなのです。この国の施策を現在行っている我々の施策の中に組み入れることで、さらに充実させることが出来ると期待しています。自信をもって他をリードする気概で、着実に計画を実現して行くことを願っています。幸い、効を奏しつつあるのか大分県の合計特殊出生率と出生率は増加傾向にあります。今後、このニッポン一億総活躍プランが滞りなく進行することを期待します。



視点



人生の最終段階における 意思決定支援と 事前指示

大分県医師会

常任理事 小野 隆 宏

「人は旅をする。人は旅をして、ついにわが家へもどる。人は生きる。人は生きて、ついには大地へ戻る」(イギリスの諺)

わが国の平均寿命は男女とも80歳代となり世界的な長寿国となった。大変喜ばしいことである。そして間もなく世界に類をみない超高齢・多死社会が到来する。現在約130万人の年間死亡者数が2030年には160万人を超えると予想されている。近代医学が発達する前の時代では「自然死」が当たり前であり延命治療をどうするかなど考える必要はなかったと思うが、救命、延命の医療が発達した今日では延命のための様々な施術がある。老衰状態の患者が植物状態に陥り意識がないまま胃瘻栄養、気管切開管理が行われることは決して珍しくない。延命治療がすべてよくないとは思わないが、果たして本人が望む生き方であろうか。患者が意思表示不能な状態になった場合、現実には家族が本人の気持ちを推測し医療者と十分に相談した上で方針を決定することが多いのだが、家族にとっては荷が重く決断は容易ではない。「自分自身の延命治療は希望しないが患者(夫・妻・父母等)の延命治療は希望する」・・・ありがちな話である。終末期の意思決定支援は決して医師一人で判断せず、医療チームと家族が十分に話し合い「患者にとっての最善は何か」を考えることである。なお「終末期状態」の判断は極めて重要であり慎重を期す必要がある。(複数の医師で判断することが望ましい)厚生労働省が作成した「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が大いに参考になる。

さて、「事前指示」とは疾患などで意思表示ができなくなった場合に行われる医療行為について、あらかじめ意思を表明しておくことである。事前指示には2つの要素があり一つは自分自身の意思表示、もう一つは代理意思決定者の選定である。事前指示書は遺言書ではないので家族や医療者などと話し合っ書くことが望ましく、何度でも書き直しが可能である。また、法的拘束力はない(仮に指示書に反する医療行為を行った場合でも罪に問われることはない)が内容は尊重されるべきである。事前指示は「現代の医療では不治であり死が迫っている状態」が対象であり、突発的な事故等での救急医療は対象外であることに注意すべきである。事前指示書には定型の書式はない。延命治療を希望しませんという定型文にサインをするだけのものから項目が細分化されたものまで多様である。ちなみに私が作成、使用している指示書の内容は最期を迎える場所の希望、医療行為(心肺蘇生・気管切開・人工呼吸管理・胃瘻、高カロリー一輸液等の人工栄養)の希望と意思決定代理人の項目があり、本人・家族の署名・受け取り医署名・作成年月日を記入するようにしている。終末期医療に関する意識調査結果によると事前指示の考え方に70%の国民が賛成しているが作成している人はわずか3%である。(米国30%、ドイツ12%)医の倫理のもと、患者の権利保護と医療者の法的安全性保護を両立し尊厳ある生と死を考えていくことが必要である。

巻頭言



「先生は施設基準をどう思っていますか」

大分県医師会

副会長 織部 和宏

平成30年は医療、介護報酬の同時改定があります。高齢者が増えていくので当然、自然増は毎年一兆円単位です。では、どこからその財源を持ってくるのでしょうか。以前その候補のひとつと予定されていた消費税のアップは現政権によって見送られております。

となればアップどころか減らされる可能性が大です。当然医師会は反対します。実際の所業価はともかく医師の技術料的な所だけは最低でも死守したい訳です。

ではどうするのか。

そこで、注目して欲しいのが施設基準での点数配分です。これはその規準さえ満たせば従来の基本料に加えて大幅な収入アップにつながる打ち手の小槌になるものです。

でもそれを満たす為の条件を見ると、とても厳しい内容です。

本年6月26日の日経新聞の朝刊に「砂上の安心網」という特集があり、その中で「7日の参院本会議、遺伝子検査をする病院や検査所に一定数の臨床検査技師の配置を事実上義務づける改正医療法が成立すると」「日本臨床衛生検査技師会会長を兼ねる」参議院議員の「宮島喜文氏」が笑みを浮かべたという記事が載っていました。してやったりと言う事でしょうか。

これは施設基準を満たす為には、担当の医師だけではなくて看護師や薬剤師そして場合によっては臨床検査技師が入っていなければ認めませんよと言う事です。そしてその背景には政治的なものがあり、最終的には票の力という事です。

特定看護師の成立背景やセルフメディケーションにおける薬局の新たな役割などに私はその事を強く感じます。すなわち、医師の資格だけで出来る内容がドンドンせばまって来ています。

最後に施設基準は改定の度に微妙にかわることもあり、それを見逃していると審査の時に手ひどい仕打ちを受ける事がありますので用心が必要です。でもそれを取らないと点数が増えないのも事実です。保険診療のつらい現実です。

結論として、医療は医政です。先生方、医師会の活動をこれまで以上に応援して下さい、切にお願い申し上げます。

視点



ワクチンの有効性と安全性の評価

大分県医師会

常任理事 伊藤 彰

昨年より、日本医師会の予防接種・感染症危機管理対策委員会に参加しています。

この委員会は全国の医師会から9名の委員と、厚労省健康局健康課長、同結核感染症課長、同予防接種室長、内閣官房新型インフルエンザ等対策企画官及び日本医師会の役員の方々と、予防接種と感染症に対する危機管理を行う委員会です。

この委員会で、毎回議題に上がるのが、ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンについてです。

平成25年6月14日の第2回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会と第2回薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）において、ワクチンと因果関係を特定できない持続的な疼痛がHPVワクチン接種後に特異的にみられたとの報告が集積されましたが、それまでのデータから医学的な説明が十分にできないことから、副反応であるとすれば、その発生頻度および病態等がより明らかになり、国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種を積極的に勧奨すべきではないと提言されました。

『青少年における「疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状」の受療状況に関する全国疫学調査が行われ、HPVワクチン接種歴のない者においても、HPVワクチン接種後に報告されている症状と同様の「多様な症状」を有する者が、一定数存在したと結論づけられました。しかしながら、調査実施にあたっての前提にて、HPVワクチン接種と接種後に生じた症状との因果関係について言及する調査ではないとされています。

HPVワクチンは、既に感染したウイルスを排除したり、子宮頸がんやその他の病変の進行を抑制したりする作用はありません。つまりウイルスに感染する前の感染予防が重要です。初回性交渉前の年齢層に接種することが各国において推奨されています。

先日、産経新聞の「ワクチン勧奨中止から4年」との記事がニュースサイトに転載され、それに対する匿名で書き込まれた意見には「定期的に検診を受ければ大丈夫。ワクチンは必要なし」といった内容が目立ちました。

検診は予防策というより、早期治療のための手段です。手術でがんは治せますが、影響も残ります。予防接種で感染リスクを抑える対策は理にかなっていません。予防接種法の下での接種は強制ではありません、副反応のリスクがどんなに低くても症状が出た人には深刻な問題です。一方で必要とする人には適切に接種が行われるように、積極的勧奨の中止を解く時期が近づいていると期待しています。

巻頭言



人工知能への期待と懸念

大分県医師会

会長 近藤 稔

人工知能（AI）が飛躍的に進歩し人間の知的活動の多くをAIが代替える時代が来ると言われている。将棋ソフトを積極的に活用しAI時代の申し子と言われている14才の藤井4段（中学3年）が人工知能を搭載したアプリを利用して棋力を向上させ29連勝した。また知的ゲームの囲碁ではアルファ碁の実力が人間を超え最強棋士を破った。

AIの登場でロボットの存在感が脚光を浴び、将来人間が携わる2,000種の業務の内約3割は人工知能に置き換えられ、単純労働では丸ごとロボットが代用されると言われている。

高齢社会の現在、介護従事者の不足や入浴・排泄の介助等多大な肉体的負担の軽減にも介護ロボットが注目を集めている。またコミュニケーションAIは自己学習して人間の感情を学び、落ち込んでいる人を慰め勇気づけ、独居老人の話し相手や孤独感からの解放に活用され、自動運転や居眠り・スマホ使用中の危険を警告する運転支援も可能になりそうである。

医療の分野でもビッグデータから深層学習（ディープラーニング）することにより全ての診断や難病の治療法の発見、薬物の研究等未知の解明、利便性に寄与し、進歩・発展は素晴らしい。医は仁術と言われていたがAI任せでは無味乾燥で、医師は何をすればいいのか困惑する時代が来るかも知れない。

厚労省は支払基金の業務合理化として、2020年度までに明細書の9割にAIを活用した審査を検討しているが、患者の強弱・重軽症を病名だけから判断して審査する能力があるか危惧する。

AIはビッグデータから人間を超える学習能力や判断力を獲得し、人類を上回る日が来ると言われている。意志を持ち支配者になるとは思わないが、学習の仕方では偏見に満ちた情のない邪悪なものになり、プライバシーや倫理など使い方を間違えば社会不安を招き兼ねない。

人間のコントロールを拒否し勝手な行動をさせず、悪用を防ぐためにも安全性・命令への服従等明確なルールが必要であると考えます。

2045年に訪れると予想されているAIが人間を超えてしまう瞬間・シンギュラリティが到来した後の世界は如何ようになっているか期待と懸念がある。

巻頭言



第7次医療計画と 「かかりつけ医」について

大分県医師会

副会長 河野 幸治

平成29年度大分県医療計画策定協議会が県医師会を含む医療関係者、福祉関係者及び受療関係者、有識者及び行政関係者などそれぞれの所属機関から推薦された委員との間で始まりました。現行の医療計画の趣旨としては、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を図るために策定し、医療提供の量（病床数）を管理するとともに、質の高い医療を受けられる体制を整備すること。医療機能の分化・連携を推進することにより、急性期から回復期、在宅医療に至るまで地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進することが求められています。これから関係する委員の皆様方との協議が本格的に始まりますが、地域医療を守るために大分県独自の特色ある医療計画の策定が可能となるように出来る限り努力したいと考えています。

さて、日本医師会は「かかりつけ医」を中心とした切れ目のない医療・介護の提供と推進が重要であると考えています。地域包括ケアシステム構築の中で「かかりつけ医」を中心とした「まちづくり」を目指しており、信頼される「かかりつけ医」になることにより、地域に根ざした「切れ目のない医療・介護」を地域住民に提供することを推進しています。地域包括ケアシステムのなかで特に有床診療所は、診療拠点として中心的な役割を担っており、在宅医療の後方支援のためにも欠かすことの出来ない重要な医療機関であります。それにも係わらず全国の有床診療所の減少傾向には一向に歯止めが掛かっていません。有床診療所に関連する診療報酬も全くと言って良いほど改善されておらず、医師の高齢化と共に後継者のいないことや夜勤看護師不足、さらには建物の老朽化に輪を掛けてスプリンクラー設置義務化等など、有床診療所を取り巻く環境は大変厳しい状況が続いているのが現状であります。今後は、有床診療所の持つ特性を大いに発揮できるような医療制度改革が是非必要であると考えます。

一方では、日本医師会は「高齢者の生きがいづくり」によって健康寿命を延ばすことも重要であるとの考えであります。地域の医師会として2025年を見据えた健康寿命の延伸に向けた医師会共同利用施設の取組みと地域における役割などが今後さらに重要になるものと考えます。

人口の高齢化に伴い、社会保障費は医療、介護等を中心に今後も増加することが見込まれますが、財政緊縮の立場から今後も保険給付範囲を狭める圧力が予想されます。日本医師会には、このような国民皆保険制度を揺るがす動きに対しては、厳しく対処して頂くように強く要望するものであります。（第140回 日医定例代議員会個人質問より一部抜粋）

視
点

医療は不確実

大分県医師会
常任理事 谷村 秀行

平成27年10月1日より医療事故調査制度が開始されて約1年6か月が過ぎました。まだこの制度に耳慣れないかと思いますので制度の概要を説明し現在の状況を報告したいと思います。

平成11年1月11日に横浜国立大で起きた肺手術と心臓手術の患者取り違い事件に端を発した数々の医療事故から、社会からの医療不信が増大しました。その結果、医療訴訟の増加、手術を行った産婦人科医の逮捕などの司法の介入、そして医療の萎縮が起き社会が混乱したことはご存知かと思います。この対応の1つとして医療法が改正されて出来たのが医療事故調査制度です。制度の目的は医療安全の推進、再発防止であり決して処罰を決めるものではありません。対象は「医療に起因し、又は起因すると疑われる予期せぬ死」に対してであり、その事案に対して当該医療機関は院内で事故調査委員会を設置し死因究明と問題点を見出し改善することです。その結果は遺族にお渡しするとともに、中央の医療事故調査・支援センターに報告し分析され今後の医療に役立てるのが一連の流れです。皆様のもとに4月の下旬に届いた「医療事故調査・支援センター事業報告」と「中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析」がこの制度に基づいた分析の第一報です。報告件数は昨年12月までの15か月間の統計ですが全国で487件、大分県は7件ですので全国平均でみると多い方です。九州ブロックは全国でも多い傾向です。また7件中、県医師会が支援を行ったのは4件です。

県医師会と医療事故調査制度との関係を説明します。この制度は自院内で調査することになっていきますので限界があり、また公平性の問題があります。事案が発生すると病理解剖せめて死後CTをしなければならず、小規模な医療機関ではマンパワーの不足があります。また偏った意見にならないように中立の立場から外部委員を選定、派遣しなければいけません。これを支援する団体（大学、公的病院、学会、協会等）を調整し相談をうける役目が県医師会となっています。各都道府県で関与の方法は様々ですが、大分県医師会では支援を要請された場合、死後CTや病理解剖の手配、外部委員の選定と紹介、担当役員の委員としての参加を行っています。そのため担当役員が講習会へ参加し教育を受け、各種支援団体との連携が円滑にいくように努力しています。

今後の課題ですが人材の教育と熟達です。そもそも大学時代にそんな教育を受けていなかったら視点や方法論は未熟です。また立場が違えば違う見方があります。次に支援を要請されなかった案件がどんなものかを知りたい。それが分かればまた人材や資源が増えると思います。まだまだ制度は発展途上でありどの水準まで到達するかもわかりません。司法への影響も危惧しています。

最後に、これまで院内事故調査を行いました各医療機関の真摯な態度に頭が下がります。必ず以前よりさらによい医療機関になると確信いたします。また多忙の中、外部委員として参加していただいた医師、看護師のご協力に感謝いたします。

巻頭言



長時間労働是正に思う

大分県医師会

会長 近藤 稔

医師の41.8%が週60時間超勤務しており、月100時間を超えて務めざるを得ない時も多々有り、十分な睡眠が取れず過労が重なり脳・心臓疾患による急死が報道されていたが、医療界の問題は軽視され、今回電通という企業の新入社員の過労自殺で長時間労働が注目を集め認識が高まった。

現行法では原則1日8時間週40時間と定め、残業する場合は36（サブロク）協定を結べば上限は月45時間、年360時間まで可能と定められている。しかし、罰則はなく特別条項を結べば年間6ヶ月までは年間720時間、1ヶ月当たり平均60時間可能で青天井になっていた。

今回の労働基準法改正案では2～6ヶ月間平均80時間、年間720時間まで可能で、月45時間を越えられるのは年6回までとし、繁忙期では過労死ラインである最大で月100時間未満までとする新たな残業規制で、厚労相告示を法律に格上げし罰則による強制力を持った上限規制が導入されるそうである。

医師には応招義務が課せられていて、一人前になるには10年以上の自己研鑽と生涯学習が必要である。また週末出勤や手術翌日の患者の経過確認や、宿日直業務として入院患者の急変対応や救急患者等の本来の診療業務は時間的・精神的にも束縛された時間帯であり休まることはない。しかし、宿日直の業務が当直業務か時間外業務か医師の労働と自己研鑽（勉強）の区別の解釈に労基署間で差異があり、時間外業務として解釈されると医療現場は混乱する。法施行後5年間は猶予があり勤務環境改善が検討されるが、医師不足・偏在対策を解決しない限り過労は減少せず医療崩壊がやってくる。医療の特殊性を考慮し研究開発と同様例外扱いが適切と考える。

企業では働き改革が労働生産性を改善し、成果を分配し成長と分配の好循環を図れるかも知れないが、医療費は全て公定価格で決められ、人口減少・高齢化で医療費は削減され続け、医療に携わる人の人件費割合は50.2%から46.4%まで低下している。国民が安心して医療・介護が受けられ医師の過重労働を無くすためにも診療報酬引き上げは必須と考える。国会でも診療・介護に関しては人材への投資を重視するように提言され、大臣は賃金を含めて大変重要と答弁されている。

2月24日からプレミアムフライデーが始まった。各省庁では午後3時には退庁し家族や友人と愉しく過ごす時間として率先して実行すると会見された。羨ましい。医師としての職業倫理の担保と医師の過重な労働が是正され、QOLが向上するような改善策を期待する。