

巻頭言



先生は今回の新型コロナウイルス感染の流行についてどう考えますか

大分県医師会
副会長 織部 和宏

現在、連日、新聞・テレビ等のマスコミで新型コロナウイルスの世界的な大流行への懸念が報道され、それに携わった医師の死亡まで含めると、亡くなる方が結構でて来ており、不安が巷にうずまいております。

歴史をふり返ると、私達人類は過去多くの疫病を体験し、それによって多くの人が亡くなり、場合によっては歴史の流れが大きく変わった事もあります。

私は現在漢方を専門に開業しておりますが、そのバイブルとも言うべき専門書の傷寒論に、中国で紀元後200年頃に伝染病が流行り、その著者の一族が7割位亡くなったという記載があり、この本が著されるきっかけになったと序文にあります。その為、やがて後漢が力を失い三国志の時代になって行きました。

ヨーロッパでは、紀元前430年頃のアテネの疫病を始めとして何と言っても14世紀の黒死病が有名で人口が半減したそうですし、キリスト教での神への信仰や神父達の無力さが証明され、後のイタリアのルネッサンスに影響を及ぼした事は、自明の理です。特に、きわめつけは1918～19年のインフルエンザの世界的な大流行でしょう。第1次世界大戦を終結させる程の猛威をふるった訳ですから。

今度の新型コロナウイルスが今後どの程度まで世界に拡がって行くのか想像が付きませんが、21世紀の科学技術や政治の力をもってしても果して解決できるのでしょうか。

心配なのは初期の症状が「かぜ」そっくりな事です。日本は国民皆保険でフリーアクセスなので「かぜ」位のつもりで気楽に我々一般開業医を受診する可能性があります。又、誰かが感染源として認定された場合、その人が周囲の人からバッシングを受ける可能性が最近の世間の人達を見ているとあります。その事は東日本大震災から都会に逃れてきた人達へのイジメぶりからみても十分考えられます。

感染症を含め、病気は誰もが希んでかかっている訳ではありません。我々医師はそういう立場の人達を守る事も義務ではないでしょうか。

そこであらためてお伺いします。

先生は、今度の新型コロナウイルス感染の流行についてどう考えていますか。

視
点

インバウンドと医療

大分県医師会
常任理事 内田 一郎

政府は成長戦略2019において外国人観光客に対する医療の確保を課題に上げ、「観光客自身の適切な費用負担を前提に、不安を感じることなく適切な医療を受けられる環境を整備し、在留外国人にも共通する点は同様の取り組みを行う」としている。医療通訳者・医療コーディネーターの配置、問診票などの多言語化に加えて、受け入れ可能な医療機関のリスト作成、電話医療通訳サービスや外国人患者の受け入れマニュアル作成など多岐にわたった施策が検討されている。近い将来、通訳機能を備えたタブレット端末の普及や、職員の語学力アップ等の取り組みが必要になるかもしれない。

昨年のラグビーW杯では、外国人訪問客への受入体制に県医師会も積極的に関わりながら、インバウンド需要における医療体制整備の必要性を身近な問題として体感できた。医療・観光・行政などが連携して増加するインバウンド需要へのワンストップ対応が強化されれば、医療・介護現場への外国人人材の受け入れや医療ツーリズムなど、新たなニーズへの対応も可能となる。まず、地域の課題を協議する場の設置からはじめ、官民一体となってインバウンド受入体制の整備に取り組むことが必要と考える。

ラグビーW杯期間中は欧州やオセアニアから多くの観光客が県内を訪れ、2ヶ月間にわたり盛りあがりを見せた。彼らのお目当てはラグビー観戦や温泉、散策であり、ビール片手に大柄な外国人が夜の街を闊歩する様子には畏怖の念さえ抱いたほどだ。たとえば別府市にはAPUなどの外国人留学生やその家族をもてなす文化が根付いている。県内外の企業に就職する卒業生も多く、このような環境がインバウンドを呼び込む素地になっている。加えて国際クラスのリゾート&スパなど外資や国内の高級ホテルも参入し、外国人滞在客の受け皿は飛躍的に整備された。今後も継続してインバウンドを呼び込むためにも、われわれ医師会会員が積極的に地域の受け皿づくりに参加することが必要ではないだろうか。

年頭所感

大分県医師会
会長 近藤 稔

会員の皆様には令和になって初めての新年を健やかに迎えられたこととお慶び申し上げます。

昨年も気候変動、温暖化による自然災害が世界規模で発生し、12月にCOP25が開催されたにも拘わらず、温室効果ガス排出量1位2位の大国は対策強化に応じず、今世紀末には氷河が溶け、平均海面水位が1.1メートル上昇し、漁獲量は24%減少すると言われている。世界の指導者を自認するなら金で買えない行動を期待する。

大分県でも近年洪水被害が発生し、南海トラフも危惧され、各郡市医師会と連携・協力して具体的な訓練を実施する時機と考えている。

2019年の出生数は86万4千人、死亡数は137万6千人と51万2千人自然減少している。一方、医師数は32万7,210人、前年に比べ7,730人増加し、医師不足が信じがたく、医師偏在に問題があると推測する。将来高齢者の自然減と出生数減少により医師過剰も危惧され、ローテートしながら地域医療を支える制度が解決の一助と信じる。

また、看護師・介護福祉士等の医療従事者不足も深刻である。EPA、在留資格「介護」、特定技能等の介護に従事する外国人受け入れ制度があっても、日本語学習支援、生活支援、宗教、文化など課題が多い。近年アジア諸外国の急速な経済成長に伴い、自国での需要が高まり、日本を希望する人材は減りつつあり、日本における地域医療・介護の人手不足が予測される。

厚労省は2025年に向けて地域医療構想推進のため、診療実績の多少や隣接医療機関の有無で判断し、424の公立・公的病院に再編統合報告を求めている。地域住民にとっては、安心して医療サービスが受けられる病院は不可欠である。人口が減少し供給過剰になる地域が出てくるのは間違いないが、実情を考慮して調整会議で決めることが大事である。

以上のように人口減少が多方面に負の影響を及ぼしている。少子化対策の解決は多々要因があり難しいと思うが、政府の英知を期待したい。

診療報酬が僅かに引き上げられたとは言え、医療環境は相変わらず厳しい。

令和2年が新しい時代の幕開けとなり、会員にとって希望に満ちた輝かしい年になるよう祈念し年頭のご挨拶といたします。

巻頭言



地域医療構想について

大分県医師会
副会長 河野 幸治

厚生労働省で9月26日に開催された「地域医療構想に関するワーキンググループ」において、具体的対応方針の再検証を要請する公立・公的医療機関等424病院がリスト化され、公表された。大分県でも1つの公立病院と2つの医師会病院の3つの医療機関が対象となった。そのことで、関係する会員ばかりでなく、地域住民に対しても大きな混乱が生じる結果となった。今後、県の人口減少に伴い、現在の病床数が過剰となり、機能の変更や縮小をしないとイケない地域が出てくるかもしれないが、一部のマスコミ報道では「ダウンサイジング」の趣旨が省略されて「再編・統合」という言葉のみが先走ったことにより、地域住民が「近くの病院がなくなるのではないか」という懸念を抱いたことも大きな混乱のひとつになったと思われる。

民間病院がまず地域に必要な医療機能に合わせた医療を提供し、その機能を補完するのが公立・公的病院の役割であるとする。民間病院は自らの経営責任の下、オウンリスクで経営しており、憲法で定められた財産権もある。

高齢者人口の増加には地域差があり、地域のニーズや人口減少に応じて、病床の機能は変化する。急激な病床削減や再編・統合は地域医療に混乱をもたらすことは間違いない。地域においてしっかりと議論した上で、患者や地域住民を不安にさせることがないように、そのためのソフトランディングが必要となる。今後も各圏域での地域医療構想調整会議において、今回の分析方法だけでは判断し得ない地域の実情を加えながら議論を行い、現場の先生方の真の意見を尊重し県医師会として県と協議して行く考えである。

さて、財務省は2020年度の診療報酬改定で国民医療費の抑制を図るためには、診療報酬のマイナス改定は不可欠であると主張している。一方では技術料や人件費にあたる「本体部分」はプラス改定により、働き方改革を後押ししたいとの考えでもある。本体部分は2008年度の改定以降、6回連続プラス改定となっており、前回の2018年度は0.55%の引き上げであったが、薬価を引き下げることで全体としては0.9%のマイナス改定となった。来年の改定では本体部分がどの程度のプラス改定で薬価はどの程度のマイナス改定になるのかまだはっきり解らないが、全体としてはマイナス改定になる可能性が強い。先輩の先生方からは「医政なくして医療なし」と厳しく指導を受けて来たが、正にこれからが日本医師会の政治力が試されることになるものとする。

会員の先生方には、国政選挙など医政への関心をもっと強く持って頂くよう切に望むものである。

視
点

がん教育が始まりました

大分県医師会
常任理事 藤 本 保

日本は生涯で2人に1人ががんにかかり、年間に3人に1人ががんで亡くなっています。しかし、今やがんはもう不治の病ではなく、検診による早期発見・早期治療で9割が治る時代です。ところが、国民のがんに関する知識は乏しいのが実情で、がんを必要以上に怖がることやがん検診の低さが指摘されているのです。このような状況に対して、子どものころからがんに対して正しい知識を伝えることが必要であると考えられています。

2006年のがん対策基本法が制定され、がん対策推進協議会の設置が定められ、がんの予防及び早期発見の推進、がん医療の均てん化の促進、がん研究の推進等が掲げられ、居住する地域に関わらず科学的知見に基づき適切な医療を受けられる体制が整えられています。がんに対する正しい知識を普及するために、2016年12月に成立した改正がん対策基本法に「がんに関する教育の推進」が新たに記載され、文部科学省は新学習要領に「がん教育」を明記し、外部講師を用いたがん教育ガイドラインを公表しました。国は、第3期がん対策推進基本計画において、平成29年度からの6年間に外部講師の活用を整備し、がん教育の充実を図ることとしています。小学校、中学校では平成30年度から、高等学校では平成31年度から新学習指導要領に対応したがん教育を実施せねばなりません。大分県においても、第3期大分県がん対策推進計画にがん教育が明記され、平成30年度から外部講師を活用したがん教育が高等学校で実施され、小・中学校ではモデル校による実践が開始し、順次拡大実施し、令和4年度からは全ての学校で外部講師を活用することが計画されています。県教育委員会は文部科学省のがん教育総合支援事業を受託して大分県がん教育総合支援事業を行い、大分県がん教育推進連絡協議会を年2回開催しており、がん教育研修会を実施しています。大分県医師会においては、本年8月3日、4日に担当県として開催した九州ブロック学校保健・学校医大会・九州学校検診協議会でがん教育をテーマとして取り上げ、シンポジウムを行いました。また、10月30日には大分県医師会学校保健研修会で大分大学医学部小児科、大分子ども急性救急疾患学部門医療・研究事業教授 末延聡一先生による「児童生徒へのがん教育について：学校保健関係者が知っておくべき事」と題した特別講演を行いました。

我々学校医が外部講師としてがん教育に携わるうえでの留意点が、がん教育ガイドラインに示されています。学校医の職務執行の準則には、学校保健計画及び学校安全計画の立案に参加することと示されており、学校の年間の保健計画の中で、自らが授業を受け持つ場合や授業の主体の教師のアドバイザーとしての役割、他の外部講師（特にがん専門医）の紹介や仲介を担うことが出来るであろうと思います。ガイドラインには、発達段階に応じた指導を行わねばならないと示され、小学校ではがんを通じて健康と命の大切さを育むこと、中学校、高等学校では科学的な根拠に基づく理解をすることを主なねらいとすると示されています。授業の教材は、文部科学省、日本対がん協会、日本医師会のホームページにアクセスすれば素晴らしいものが準備されていますので適宜活用することができます。

視点



専攻医シーリング制度を憂う

大分県医師会

常任理事 三島 康典

最終的な「新専門医資格取得を目指す研修医」(専攻医)シーリング数(採用数の上限)が決定したことで、来年度の専攻医募集がようやく10月15日から開始されます。これまで、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡などで19領域中の14の基本領域(外科、産婦人科、病理、臨床検査、総合診療を除く)でシーリングが設定されましたが、都会への集中や診療科偏在の是正に有効な仕組みとなっていないと問題視されていました。そこで、来年度は「都道府県別・診療科別の必要医師数」(厚生労働省推計)をベースにした新たなシーリングが導入されることになりました。これまでのシーリング対象外診療科に救急科が加えられたため、シーリング対象診療科は13の基本領域となります。本年5月に公表された当初案で大分県においては、精神科、泌尿器科、放射線科、麻酔科がシーリング対象診療科となっていました。麻酔科を生業としている私にとって、大分県の麻酔科にシーリングが掛かるというのは、些か奇妙な感じを受けましたが、私が麻酔科医になった1993年から見るとその数はほぼ倍になっているという統計があります。加えて、厚労省の計算によると大分県の麻酔科医の充足率(医師数/必要医師数)は1.00と、少なくともなく、また多くもないといった状況のようです。しかしながら、肌感覚として未だ充足している感はなく、現場感覚のない決定に不満を抱いていました。ところが、9月24日に専門医機構修正後のシーリング数というのが発表になりました。その結果、なんと大分県においては麻酔科のみならず、当初案のシーリング対象診療科全てが、対象外となりました。同様に多くの都道府県・診療科からシーリングが外されました。あの騒ぎは一体何だったのでしょうか?各学会や都道府県の地域医療対策協議会などから猛反発を受けたことは想像に難くありません。極端なのはリハビリテーション科で当初案は20の都府県がシーリング対象となっていました。最終的に東京都のみとなったようです。

シーリング対象となっている場合、シーリング対象外の県と連携プログラムを組み合わせることでシーリング数+連携プログラム数の専攻医を募集・採用することが可能となります。お隣の福岡県は13診療科中、8診療科がシーリング対象となっており、シーリングから外れた大分県内の医療機関とプログラムを連携することが考えられます。しかし、この場合、専攻医は一定期間、大分県内の医療機関で研鑽を積むわけですが、期間が終了すると再び戻ってしまうことにもなり、専攻医はいても専門医が居つかない状況が生まれるのではないかとこの事が危惧されます。このシーリングのシステムは、入り口の議論ばかりで出口が考慮されていないと言われるのはこういうところに理由があるのでしょうか。今回のシステムの変更点で、来年度の専攻医シーリングにおいて、地域枠採用の医師については、都道府県が「この医師は地域医療確保にとって不可欠である」と判断した場合は、シーリングとは別枠(シーリングの外)で採用することが可能となったということは興味深い決定ではないでしょうか。現在、大分大学では地域枠募集は13人となっています。今後、シーリングシステムはまだ迷走を続け、そして我々は翻弄されることなのでしょう。しかし、地域枠の定員が増えれば、シーリングに影響されない、地域で活躍する医師を少しでも多く育成できるようになるのかもしれませんが。

巻頭言



「先生は医療情報を どのようにして手に入れていますか」

大分県医師会
副会長 織部 和宏

アフリカで現在流行しているエボラ出血熱をはじめ、色々な感染症が国際社会の脅威となっております。

ただ、これ等の感染症は衛生環境が悪く医療設備が整っていない所で流行していますので或る程度は納得出来ますが、問題は麻疹が世界で大流行している事です。WHOの報告によると、2019年1月から7月までの患者数が128ヶ国で何と36万人余りにのぼり、更にショックなのは、世界で最も医療が進んでいると考えられる米国の全米30州で1,100人を越えたという事です。この国はワクチンによる予防接種を徹底的にやる事で2000年には根絶宣言をしておりました。

なぜこんな事が起きたのでしょうか。それはインターネットが発達し情報が瞬時に世界にそして個人に行きわたる時代になったからです。

大事なのは情報といっても正しい内容のものばかりでは無いという現実がありますが、アメリカではトランプ氏が大統領になって以来、フェイクニュースという言葉が私達一般ピープルにも浸透して来ましたが、問題は新聞やラジオ、テレビ等大勢の人の目にふれる手段と違い、インターネットのSNS(交流サイト)に対してその情報の真偽を判断する力を私達一般ピープルは持っていないという事です。

アメリカで麻疹が流行した原因のひとつに、このSNSにワクチンの危険性を指摘したニセ情報があふれ、それを信じた親達が予防接種をためらい拒否した結果でした。これを専門用語ではワクチンヘジタンシーと言っています。日本だってそれに近い現実が起きています。子宮頸がんワクチンや風疹ワクチンの問題です。

日本の医療制度は、学校保健を始め医療関係者と人々が比較的身近な所にいますので、私達医療人は正しい医療情報をしっかり伝えて、しかも色々な面で実践していく義務があると私は考えています。

その為にはインターネットを初め、真偽を含め色々な情報が溢れているこの時代には正しい情報をしっかり取り入れておく事が大切だと思います。そこで先生にお尋ねします。先生は医療情報(正しい)をどのような手段で手に入れていますか。

最後に、日本医師会や県医師会そして郡市医師会こそ正しい医療情報の発信元として頑張っていかなければならないと思っています。

視点



医師の働き方改革 ～時間外労働年間1,860時間までの上限規制を考える～

大分県医師会

常任理事 岩波 栄逸

はじめに、ここで言う医師とは病院勤務医のことである。個人でも法人でも開業医については就業時間をどう考えるか実測困難なので除外する。また、時間の使用は万人に与えられた共通の権利であり、拘束とは万人が認めるストレス要因であることを前提に話を進めたい。

働き方改革とあるので“現状は宜しくない”ということである。端的に言えば、勤務医は過酷な長時間労働を強いられていると理解される。ただし、一般の会社と異なり社長や上司の監視の下、従業員はどんなに時間が掛かっても最後までノルマをこなせというものではない。医師は患者側からの要請、期待に応えるため多くの時間を使う上、細かく規定された保険診療上のルールに則り正確に医療を遂行し且つ診療経過を厳格に記載しなければならないため、長時間労働となってしまうのは当然の帰依と言える。

また、医療には働く現場の条件によって時間をコントロールしにくい事情がある。研修医や高度技術習得中の医師は限られた時間内に多くの事を学ぶ必要があり、長時間労働イコール悪とは言えない。研修医の頃、なぜか帰宅しにくく夜おそくまで病棟に残っていると、様々な事態に遭遇し大変勉強になったと実感している医師は多いはずである。また、へき地医療や在宅医療を行っている医療機関では人員不足や訪診に費やす時間のため、時間短縮が困難であるし、救急救命センター機能を持つ病院でも難しい状況と考えられる。

さて、厚労省医政局は平成29年に約10万名の勤務医を対象に“医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査”を行い、回収率16%、15,677名から回答があった。その結果、なんと驚くことに40%近くの勤務医が一般職でいうところの過労死ライン月当たり80時間を超えて時間外労働をしていたのである。さらに、その内10%は160時間以上で、勤務医の10人に1人は過労死ラインの2倍も働いていた。この過労死ライン2倍の時間外労働は概ね年間1,860時間に相当し、新聞紙上でクローズアップされ勤務医の過酷さをアピールする結果となった。

この労働時間を数字だけで比較すると勤務医は最悪の職業となってしまうが、一般職業と異なり病院勤務医には当直（宿直）や日直の義務があり、計算上必然的に長時間勤務となる。当直を週1回すると、時間外12時間（午後6時から翌朝午前6時まで）で4週（月）当たり48時間の時間外が発生する。加えて通常日勤時に2時間の時間外労働を週4回行えば月32（2×4×4）時間となり合計月80時間の時間外過労死ラインに達する。さらに日曜日・祝祭日の日直や当直も毎月加えれば過労死ラインを軽く越える。勿論、当直や日直の時間拘束はそれ自体相当なストレスであり、とりわけ救急対応をしている医療機関においては心身ともに過酷な重労働で、熟練した医師でさえも呑気に働ける現場ではない。医師が職業人として十分な能力を発揮し続けるには、過酷な長時間労働を改めなければならない。

このように、そもそも時間の掛かる業態の医療において“医師の働き方改革”を実行するにはどのようにすればよいのか？厚労省の検討委員会では、2024年4月まで5年をかけて、年間1,860時間を超えて時間外労働をする勤務医（全体の約10%）をそれ以下とし、2024年以降、集中的技能向上水準対象業務に従事する医師を除き、研修医を含めた全勤務医の時間外労働を年間960時間（月80時間×12か月）以下となるよう、医療機関・医療界・行政をあげて全力で取り組むという方針を出した。現状の医療体制を拙速に変更できないので5年間の猶予を設定したが、5年目以降の改革期間については不明である。

労働時間を短縮する方法論として、タスクシフティングやタスクシェアを推奨するとある。研修を受けた看護師に一部の仕事を特定医療行為として任せることや記述専任のクラーク等を活用し医師の作業時間を短縮するとか、医師同士で仕事を上手に分担して無駄を省こうというものである。しかし、これでは他者に仕事を託すだけで全体の仕事量を減らすことにはならないばかりか、連携を図る余分な手続きが必要となり、結果として仕事量が増幅連鎖しかねない。さらには、人件費の発生が不可分である。

まず検討すべきは仕事全体量の縮小策である。患者対応への労力削減法として医療事情の啓発活動、そして厳格かつ複雑すぎる保険診療の簡素化や手続きの単純化が必要である。現状では、査定されない診療を行うために費やす時間と神経の消耗が大変なストレスと考える。医療に専念できる環境を作ることで、医師は時間をより有効に使い、身に着けてきた専門性を発揮できるのである。個人的な考えではあるが、自分で有効に時間をコントロールすることほどストレスの少ないことはない。

時間外労働年間1,860時間は余りに強烈な数値であるし、960時間でも一般職では過労死ラインである。職業の特性上病院勤務医にこれをそのまま当てはめることはできないが、時間は万人に共通なスケールである。実効性があり意味のある“医師の働き方改革”が実行されなければ、今後医師になる優秀な人材が減少し、不毛な業界へ転落しそうである。

巻頭言



年金制度に思う

大分県医師会

会長 近藤 稔

政府は財源不足で予算編成の度に健全化する立場から医療費抑制策が検討される。国民医療費は公費・患者負担・保険料の合計で、2016年度が約42兆円、その内公費として約16兆円（社会保障関係費の約2分の1）が支出されている。2018年度の医療費を含めた社会保障関係費は約33兆円あり、その内の年金制度について考えてみた。

公的年金制度は1942年に労働者年金制度が創設され、以降厚生年金保険や自営業者等を対象とした国民年金等の制度が確立した。

現役世代が負担する保険料を高齢者の年金に充てる世代間扶養が基本で、20才から60才までの全ての者に加入義務がある国民年金を1階部分とし、厚生年金・共済年金は上乘せとなる2階部分になる。

団塊の世代が働き盛りだった時代は納付される保険料が給付より多く、毎年度のように積立金が増えていて、貯まった積立金は財政投融资の一環として、社会資本整備や現役世代の福祉向上のため住宅融資や年金保養施設グリーンピアの資金となった。しかし杜撰な経営等により平成13年にすべての施設は廃止されたが、建設資金・返済金利・維持管理費・赤字補填・解体費用等に約5,000億円が流用され、保険金の無駄使いと物議を醸した。

現在は年金積立金管理運用独立行政法人（GPIF）が2006年に設立され、約150兆6,630億円が国内外の株式・国債に投資運用され、得た収益は年金給付の財源として国庫に納められている。累積収益は約56兆7千億円あり、2018年度第3四半期は約14兆8千億円の損失を出したが、過去の収益金のため約42兆円は残っていて、年金制度が破綻することは無いと言われている。100年後も制度存続のため、5年に一度様々なケースを想定し財政検証されているが、投資は誰かが利益を享受し誰かが損する訳で、突発的な世界的金融危機（第2のリーマンショック）が起きれば、

資産の損失もあり得る。AIの活用を期待したいが、ある程度は確実な積立金として貯めておいた方が良い気がしないでもない。

2018年度の給付総額は55.1兆円で、その内の38.5兆円は現役世代が納付した保険料収入で、残りの12.7兆円は税金を投入し、不足分は年金積立金である。

人口減少高齢化により年金受給者が増える一方、現役世代が減少していく将来、制度の維持や若い世代の年金受給可能かが心配されている。

財政制度審議会では社会保障関係費抑制の一つに、医薬品の保険給付の制限や医療・介護保険の自己負担引き上げ等が検討されているが、年金だけで生活している弱者切り捨ては避けて欲しい。国民が安心して老後が迎えられる最低限の医療・介護サービス支給も国の大切な責務である。

また、受給開始年齢の引き上げや高齢富裕層の基礎年金給付停止が検討された。国会議員をはじめ大企業の高所得者層は秘書任せで、受給しているか否かご存じないと思う。年金受給が無くても日常生活に支障無い高齢就業者、高齢富裕層は社会貢献として可視化の下、年金給付を停止しても良いと愚考する。

人生100年時代、老後を如何に豊に暮らすかは重要な問題である。65才は若く、退職後夫婦2人が老後30年間生きるためには金融庁の報告では月25万円として9,000万円必要であるが、収入は公的年金が約8,000万円しかない。ローンの返済などに老後資金として2,000万円必要と金融庁は試算しているが、保有している国民は少なく不安に思ったと推測する。

年金制度維持のために、保険料率の段階的引き上げと高齢者の給付抑制、支給開始年齢の引き上げ、年金給付を抑えるマクロ経済スライド導入等が検討されている。

それより、高齢で就業希望者に雇用の場を提供すれば、保険料の収入増と心身の健康・健康寿命の延伸にも大事だと考える。

巻頭言



「子どもの数，38年連続減少 — 少子化対策としての成育基本法に期待する —

大分県医師会

副会長 河野 幸治

新天皇が5月1日に即位され、元号も「平成」から「令和」となって新しい時代が始まり1ヶ月が経過した。「令和」の出典は万葉集の序文とされ、色んな解釈はあるようだがインターネットで検索すると、「人々が美しく心を寄せ合う中で文化が生まれ育つ。梅の花のように日本人が明日への希望を咲かせる国でありますように。」とあった。いずれにしても「令和」の時代が、我々にとって戦争や災害のない平和で安心・安全な時代となって欲しいと切に望むものである。

新天皇即位による国民的行事により、4月28日から5月6日までの9日間、我々がこれまで経験したことのない大型連休となった。それぞれの地域の医療機関は入院や外来患者の対応に大変であったと推察するが、県医師会には取り立てて県や各郡市区医師会からこの期間でのトラブルの報告もなく、ほっとしている所である。

さて、総務省がまとめた4月1日時点での人口推計によると、日本の14歳以下の子ども（外国人も含む）は、前年度より18万人少ない1,533万人と38年連続で減少したとのことである。総人口に占める割合は12.1%で45年連続の低下。いずれも比較可能な1950年以降、過去最低を更新しているとのこと、少子化に歯止めが掛からない深刻な状況が続いている。子どものいない社会は必ず滅びることは先人たちが証明していることでもある。

昨年12月に成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律、「成育基本法」が公布された。これは母親が妊娠期から切れ目のない医療、福祉の提供を目指す法律で、子どもの健やかな成長、包括的な子育て支援を実現することにある。基本的施策として、○成育過程にある者・妊産婦の医療、○成育過程にある者・妊産婦の保健、○成育過程における心身の健康等に関する教育・普及啓発、○予防接種等に関する記録の収集等の体制整備、○成育過程にある者の死亡の原因に関する情報の収集等に関する体制整備、○調査研究などが挙げられている。

この基本法のもとに次代の社会を担う成育過程にある者の個人としての尊厳が重んじられ、妊娠期からの切れ目のない支援を受けながら、その心身の健やかな成育の確保を行うため、従来の主な政策、今後期待される政策を連携させ、理念を持った包括的な前進を期待する。

「成育基本法」が我が国の少子化対策の大きな柱となり、38年間減少し続けている子どもの数の減少に歯止めの掛かることを大いに期待する。



風疹はワクチンで予防可能な感染症です

大分県医師会

常任理事 伊藤 彰

2019年第1～13週の風疹累計患者数は1,112人となり、1,000人を超えました。2014年の報告以来、先天性風疹症候群の報告はありませんでしたが、2019年第4週に1人報告されました。

「風しんに関する特定感染症予防指針」では、「早期に先天性風疹症候群の発生をなくすとともに、令和2年度まで風疹の排除を達成すること」を目標としています。

現在の風疹の感染拡大を防止するためには、30～50代の男性に蓄積した感受性者を早急に減少させる必要があります。このため厚生労働省は2019年～2021年度末の約3年にかけて、これまで風疹の定期接種を受ける機会がなかった昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性を対象に、風疹の抗体検査を前置した上で、定期接種を行うことを発表しました。

2018年1月から職業記載欄が届出票に追加されています。現時点では、特に配慮が必要な職種として医療関係者が11人（看護師5人、薬局勤務2人、検査技師1人、看護助手1人、歯科医院勤務1人、リハビリ職員1人）、保育士が9人、教職員が12人、消防士が3人報告されています。

報告患者の94%が成人で、男性が女性の3.6倍多く、男性患者の年齢中央値は40歳で、特に30～40代の男性に多く、女性患者の年齢中央値は30歳で、特に妊娠出産年齢である20～30代に多くなっています。

予防接種法に基づいて、約5,000人規模で毎年行われている感染症流行予測調査の2017年度の結果を見ますと、成人男性は30代後半（抗体保有率（HI抗体価1：8以上）：84%）、40代（同：77～82%）、50代前半（同：76%）で抗体保有率が低くなっています。2019年の風疹患者報告の中心も、この年齢層の成人男性であることから、この集団に対する対策が必要です。

今回の定期接種は第5期として位置づけられ、市町村がクーポン券を作成する予定ですが、現在のところ遅れています。多くの会員の先生方がこの事業に参加して頂けると幸いです。



介護人材確保に思う

大分県医師会

会長 近藤 稔

少子高齢化・人口減少により働く人が減少し、全業界が人手不足で窮するなど日本社会のありようが大きく変化している。

都道府県が推計した第7期介護保険事業計画を見ると、介護人材は2020年度末には約216万人、2025年度には約245万人必要とされ、2025年度までには毎年約6万人以上の介護人材を確保しなければならない。日本の介護福祉養成施設校でも入学者数が年々減少し、定員17,730人に対し、入学者数は7,835人と44.2%程度であり、介護人材確保が厳しい。そのため外国人労働者の受け入れを拡大する入国管理法改正案が昨年成立し、平成31年4月1日から施行された。

「特定技能Ⅰ号」には介護業務が含まれていて、在留期間は5年で、初年度5千人、5年間に介護業の5～6万人を上限に受け入れる予定である。

しかし従来、外国人の介護人材活用にはEPA・在留資格「介護」・技能実習制度があったが、現在までEPAが約500名、在留資格介護が約180名と1,000人にも満たない。政府は介護業に初年度5,000人、5年まで累計5万～6万と見込んで制定した新たな特定技能制度であるが、諸外国の給与も上昇し、人材の奪い合いの現在、報酬額の増額、生活支援の強化・待遇改善しても、充足するか疑問である。

看護職員も2016年には約166万人、2025年には約200万人必要とされ、地域では看護職員不足で地域医療を維持するのは厳しい。人口減少で外国人もさほど充てにならなければ、元気な高齢者に期待するしかない。

現行制度では希望すれば65才まで働ける。厚生労働省の2018年の高齢者雇用状況では、60才以上の労働者は約362万人、このうち70才以上は約46万人と働く意欲のある70才以上の定年後高齢者が増加していて、政府は継続雇用年齢を70才までに引き上げる方向で法改正を検討している。しかし充足する望みは少ない。

医療・介護ニーズを減らすには、健康寿命延伸を図り、元気で長生きできる社会的支援の構築と同時に50年、100年先を見越して人口増に繋がる抜本的・効果的な施策を国に期待する。