

巻頭言



「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」制度

大分県医師会

副会長 内田 一郎

令和4年12月に厚労省の社会保障審議会は医療提供体制の改革案を大筋でまとめました。新たに検討された「かかりつけ医機能」制度には2つの重要なポイントがあります。「報告制度の創設による機能の充実・強化」と「医療機能情報提供制度の拡充」の二本柱で構成されています。この改正案は、次期国会で審議されることになります。

その内容は、「かかりつけ医」の定義を「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談などを行う機能」と医療法に明記し、2025年度をめどに個々の医療機関の機能を報告させるとしています。これに対して日医松本会長は定例会見において、「かかりつけ医はあくまでも患者さん自身が選ぶものであり、あらかじめ誰かに決められるものではない」と従来からの日本医師会の考えを述べ、フリーアクセスにおいて国民がこの制度を活用し、適切な医療機関を自ら選択できるような支援を行っていくことが重要になると強調しました。また、医師も「日医かかりつけ医機能研修制度」受講することなど、自己研鑽の重要性も改めて強調し、その上で、地域を面として支えるため、地域医師会が役割分担をしながら連携を進めていくと述べています。

具体的な地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージとしては、慢性疾患を有する高齢者の場合、①外来医療を提供する ②休日・夜間の対応 ③入退院時の支援 ④在宅医療 ⑤介護サービス等との連携の5項目について、自院単独あるいは他院との連携で可能かどうかの報告を求めるとし、この報告を基に地域での協議の上で都道府県に報告され、第8次医療計画の中間見直しに反映される想定となっています。

②や④は365日対応が求められますが、診療所単独では困難なため、複数の診療所とグループを作り、訪問看護ステーション等との連携を強化するなどの対策が必要になります。在宅医療では急変時の後送病院の確保が重要で、かかりつけ医と民間の中小病院との連携が必要になります。⑤では介護事業者との連携が必要になります。

手上げた個々の医療機関の医療機能情報を、都道府県が住民に公開する「医療機能情報提供制度」が開始され、それを参考に、かかりつけ医機能を希望した住民が自らかかりつけ医を選択できるようになれば、医療の現場で様々な混乱が生じる可能性をはらんでいます。

国が進める地域医療構想、医師偏在対策、医師の働き方改革と並行して、外来医療機能報告が整備されようとしています。国民皆保険の根幹をなすフリーアクセス性が崩壊しかねない制度化には断固反対し、注視していくことが必要ではないでしょうか？

視点



いまさら2025年問題を考える

大分県医師会
常任理事 谷村 秀行

2023年が始まりました。もうすぐ2025年を迎えます。以前は頻りに耳にしていた2025年問題、最近はあまり耳にしませんがいまさら感はありますが改めて考えてみました。

そもそも2025年問題とは何？になりますが、日本は第2次世界大戦後の1947年～1949年にベビーブームが起こります。1年間で約268万人の赤ちゃんがこの3年毎年生まれました。私の時代の出生数は163万人、2022年は80万人を切るので現在の3倍以上でしょう。団塊の世代と呼ばれるこの世代が75歳以上、後期高齢者になるのが2025年問題です。高齢者が増えると医療費が上昇する、これを実質増加、自然増加と言われるものですが、経済的に支えきれないとの問題です。

現在の日本の医療費ですが2020年度は43兆円ほどです。国家予算が約103兆円でしたのでこれでは支えきれないと思いますが、個人負担、保険料の国民負担を除く国庫からは実際は約11兆円の支出です。これに地方負担を加えると約16兆5千億円。103兆円中11兆円ですので、高齢者が多い日本での医療費ですから国際的にはトップのコストパフォーマンスと断言していいと思います。それでも足りないのです。乾いた雑巾からさらに一滴でも絞り取るしかないのです。

これを解決するには収入を増やし、支出を減らすしかありません。

収入を増やすには

- (1) 税金を増やす 消費税を増やすなど
- (2) 個人負担を増やす 既に75歳以上の負担を2割に上げました。他に受診する度に払うワンコイン制(500円)の導入など考えられます。
- (3) 保険料をあげる 既に高額と言われてます。

支出を減らすには

- (1) 単価を減らす、(2) 回数を減らす、(3) 分母を減らす
- 診療費を下げて、受診回数を減らし、アクセス制限をする(85才以上の透析はしないなど)が考えられます。

世界のトップクラスの医療体制を大きく変えることは非常に危険を伴います。これ以上良い見本がないからです。改善するつもりが、悪化するかもしれません。これを断行するのか？それとも上記したことをやるのか？このままでは無理な状態です。

私ならあるところから取るしかないと思いますがどうでしょうか？

年頭所感

大分県医師会
会長 河野幸治

明けましておめでとうございます。会員の皆様方には健やかな新年をお迎えのこととお慶び申し上げます。

昨年11月25日～27日にかけて第122回九州医師会総会・医学会並びに7つの分科会を担当県として無事終えることが出来、誠にありがとうございました。県医師会役員をはじめ事務職員、並びに関係する会員の皆様方には心より感謝申し上げます。特に、医学会に於いて特別講演をお願いした大分大学医学部消化器・小児外科学講座 猪股雅史教授と川島整形外科病院 理事長川島真人先生には、大変素晴らしい心に残る内容の講演であり、厚くお礼を申し上げます。

さて、3年に亘って続いていますCOVID-19感染により、年末年始も多くの医療機関の皆様方は発熱外来やコロナ患者の入院治療、ホテル療養への対応などはもちろん、自宅療養や施設療養の支援・治療にもご尽力頂いており、大変お忙しい毎日であったこととお察し致します。長引くコロナ禍により、地域の中核病院や基幹病院では入院や手術等の制限、また診療所に於いても感染を恐れた受診控え等、さらには物価高騰や円安が惹起する各方面での費用の増大は経営面での厳しさを加速してきています。運営面でも人材の確保困難等も加わり大変厳しい状況に置かれています。

また、政府が進めようとしています「かかりつけ医」の制度化は、国民皆保険制度の根幹を成すフリーアクセス制の崩壊に繋がることとなり、絶対に反対です。さらに、オンラインでの資格確認やオンライン診療、処方箋の電子化などは十分な準備期間や説明を行わず、拙速に実施しようとしていることに大いに疑念を抱かずにはられません。

2024年度から施行されます医師の働き方改革は、医師の地域偏在や診療科偏在対策を含む医師確保計画や地域医療構想、医療計画などとともに密接に相関しています。従って、今回の新型コロナウイルス感染症など有事における人材確保・育成・リスクマネジメント等を含め、地域の実情を把握した上で、適切な運用が協議検討されることが必要です。医療・介護現場における看護師、准看護師等の人材不足も深刻な問題であり、過不足ない適切な医療提供体制や地域包括ケアシステム構築のためにも安定的な看護師、准看護師等の養成及び確保は喫緊の課題であります。その他にもまだまだ解決しないといけない多くの問題点が山積しており、県医師会と致しましても各地域の医師会の皆様とこれまで以上に一致団結していかないとなりません。県医師会に対しまして、ご意見ご要望等がありましたら、どのようなことでも良いのでご連絡ください。

年末にかけてコロナウイルス感染が県内ばかりでなく全国的に急拡大し、皆様方の日々の診療に大きな負担が掛かっており、早く落ち着いてくれることを願うばかりです。

今年一年が皆様方にとりまして、より良い年となりますようご祈念申し上げ年頭のご挨拶とさせていただきます。本年もどうぞよろしくお願い致します。

巻頭言



—“守る”・医師会—

大分県医師会

副会長 植山茂宏

直近のほぼ3年間は、新型コロナウイルス感染症に翻弄され続けました。医学界の見解も毎回変身を繰り返し、伴って政治・行政も理解に苦しむ決定を度々医療界と国民に示し続けました。医師会内部も激動の世情の中、2回の日医会長選挙にてそれぞれ新会長が選出され、直近の3代の日本医師会会長はそれぞれ他の追随を許さない秀逸な特長があり私どもの草の根の医師会員から見てもご苦勞の跡が忍ばれます。

さて、私も県医師会に加えていただき半年が経ちました。浅い経歴で総論的な私見を筆にすることはおこがましいことと思いますが、県医師会の最高幹部の基本方針とそれぞれの郡市医師会長の方々の意見を拝聴するたびに感慨を新たにすることがあります。

県医師会の使命は、各郡市等医師会が抱える一つ一つの問題解決を地道に支援することに注力しつつ、常に日医を始めとする中央の医療情勢・政策の変化のいち早い収集に努め、対応した具体的解決策の伝達を図ることにあると思います。その連携のスピードが死命を制することが少なくないと考えます。そのためには、各地区医師会の詳細な情報（問題提起）が非常に重要です。具体的にお名前を挙げますと、過疎地域を抱える岡野豊後大野市医師会長からのオンライン顔認証システム導入の解決がほぼ困難な現状の提議、大分郡市医師会代表後藤県医師会理事の郡市における看護師確保の至難さ、島村佐伯市医師会長からの医師会立看護学校運営の直面する問題など、多岐にわたる重大な障害を耳にする機会がありました。一方で怠りなく医政への貢献の実績を積み重ねている中津市医師会西博子副会長の講話を拝聴することができ、具体的な指南を得ることができました。

ここで改めて県医師会ならびに郡市等医師会の存在意義を考えてみました。それは“守ること”です。市民県民の命と健康を守る、片や県医師会は全郡市等医師会組織を守る、最も根本的な事は全医師会員の生活の糧を死守すること、このことに尽きるのではないのでしょうか。新聞紙面を賑わすような派手なことではありません。今現在、一般会員の先生方が、日々現場で続けられている誇り高い日本の地域医療を今後も守り続けることそのものと思念します。生涯自国に攻め入られたことがない武田信玄が、戦さが負けそうになると部下の指揮官達が常に号令していた言葉“まあんまるになって防げ”と指示し続けた逸話があります。日医・県医・郡市等医師会が意識を一つにすることは自明の理ですが、“言うは易く行は難し”が如く徹底することが望まれます。終わりになりましたが、紙面になり難い、もちろん県医師会も含まれますが各郡市等医師会の役員の方々、ならびに事務局の方々が縁の下で最大限のご尽力を続けて頂いていることを書き添えて私の拙稿を終わらせていただきます。

蛇足ですが、私自身来年度は医療情勢が好転する見通しを強く持っております。“奇貨居くべし”との古言どおり、一瞬のチャンスを見失わず現在と将来への布石を忘れずに行うことを肝に銘じたいと考えます。

視
点

働き方改革と男女共同参画

大分県医師会

常任理事 貞 永 明 美

SDGs（国連が2030年までに達成することを提唱している持続可能な開発目標）の17のゴールの1つに「ジェンダー平等」が掲げられている。日本のジェンダーギャップ指数（男女格差の度合いを示す指標—2022年7月世界経済フォーラムで発表—）は、0.650で146カ国中116位と最低レベルで、東アジア太平洋地域で最下位となっている。

女性医師数は1970年、11,319人（全体の9.5%）で2020年77,546人（全体の22.8%）と右肩上りに増加しているが、OECD（経済協力開発機構）加盟34カ国中における日本の女性医師比率は最下位となっている。

労働人口減少に伴い労働力としての女性の労働力が期待され、男女共同参画の推進、男女雇用機会均等法の視点として女性の労働力の評価であるが、働き方改革を通して、女性が働く事が、労働力そのものの質の向上として、また、女性が意思決定の場につく事で新しいマーケティングに繋がるという女性の活躍が期待されている。

そのような中、女性のパフォーマンスが落ちるとされている時期がある。妊娠・出産・さらには子育ての時期である。

家庭の中の仕事については圧倒的に女性が抱えている時間が長い。女性の健康と社会保障からみると、これからの日本は、支える側の人口を増やさなければならない。介護の問題もあり、これからの社会づくりには女性特有の疾患に専門的に対応する女性医師が意思決定に携わる事が必要と第5次男女共同参画基本計画に明記された。

働き方改革は長時間労働の是正（過重労働による「過労死」をなくすことが直接的な動機となっているが）で始まったが、地方の救急体制・周産期医療はぎりぎりの過重労働で何とか維持されている状況の中、数字や形を決めて無理やり働き方を当てはめるのは経済的にも地域医療的にも難しい。

はじめは医師不足対策として女性医師支援が始まったように、平等社会実現のためにも男性医師とともに、ワークライフバランスを考え、医療者としての社会貢献とともに、自己実現を考えつつ、女性医師支援推進より、具体的になってきた課題と男女平等の視点はずさずに考え、働き方を改革する必要がある。家庭内のタスクシェアリングも大切な切り口である。男性の育休取得促進の法改正もなされたところである。

大分県医師会も今年度4月に「男女共同参画フォーラム」全国大会が大分で開催され、多様な働き方を学ぶ機会があり、大学、県と共にオール大分として考える機会にもなった。

大分県も、今年度、大学の女性医師キャリア支援センターの女性医師復帰事業を支援している。働き方改革を男女共同参画推進と共に考え、働きかけていきたいと考える。

巻頭言



医療機関勤務環境評価センターの設置と宿日直勤務許可について

大分県医師会

副会長 内田 一郎

働き方改革において、診療に従事する勤務医については、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方改革を目指して検討が行われ、規制の具体的な在り方、労働時間短縮策について一定の結論が出されました。その中で、年間1,860時間までの時間外労働が例外的に認められる医療機関（B・C水準医療機関）の指定に向けて、中立公正な第三者組織である医療機関勤務環境評価センター「以下、評価センター」の設置が決まり、日本医師会はこの評価センターの指定を受けました。医療機関から提出された「医師勤務時間短縮計画」に基づいて、労務管理体制、労働時間の削減状況（労務管理等実施の成果）や労働時間短縮に向けた取組を分析し、評価するしくみが構築されました。

評価センターでは現在、サーベイヤーの養成研修を開始し、医療サーベイヤー（病院における管理職経験者）203名、労務管理サーベイヤー（社労士会推薦）172名が指名されました。サーベイヤーは各々1名ずつ2名一組で評価を行います。評価センターの業務スケジュールにおいて、2022～2023年はすべてのB・C水準医療機関の評価の受審が必要になります。原則、書面審査ですが評価のうち1項目でもD評価になった医療機関はサーベイヤーによる訪問評価を行うことになります。2024年以降は3年間で1クールとして1回、訪問評価を受けることで更新されます。またB・C指定の変更時も随時評価が必要になります。

いっぽう、医師の宿日直については内容を検討し、宿日直許可を取得することが必要になります。この宿日直許可申請については「断続的な宿直または日直勤務許可申請書」を労働基準監督署に提出後、監督官の現地調査（対象医師へのヒアリング等）が行われます。宿日直の状況が常態としてほとんど労働する必要のないものであると確認されますと労働基準監督署長の許可があります。

県医師会としても医師の働き方改革は最重点課題と位置づけ、会員への情報提供や指定のための支援体制を整備していきます。大学など院外から宿日直の応援を受けている病院は、速やかに宿日直許可の取得を進めていただきたいと思います。

巻頭言



大分県地域医療構想調整会議について

大分県医師会

会長 河野 幸治

新型コロナウイルス感染症の第7波は、9月に入り少しピークアウトしそうな状況となったが、政府は新型コロナウイルス感染者の全数把握方法の見直し策を打ち出してきた。夏休みやお盆の人の流れのためによる感染拡大に歯止めがかからない時期に、緊急的な対応として業務が逼迫する医療機関や保健所の現場負担の軽減を重視した形ではあるが、届け出の対象を65歳以上の高齢者や基礎疾患のある人、妊婦さんらに限定するかどうかの判断は自治体に委ねるとした。ところが、今度は9月半ばまでに全国一律で「定点調査」とするなど、官邸の方針は二転三転し、抜本的な見直しとは程遠い内容となっている。健康観察の対象から外される重症化リスクの低い患者が急変することも考えられるため、このような患者の健康管理をどう支援するかなど課題も多く、我々県医師会は全数把握を続けることに決定したが、一方では入力内容を必要最小限に絞ることも必要ではないかと考える。今後、県と十分協議したうえで大分県に合った良いものに作り上げたいと考えている。いずれにしても、まずは感染をこれ以上増やさないようにすること、小児を含む若い世代の人のワクチン接種の推進、そして何よりも内服薬の早期承認などが挙げられる。

このような中で、「令和4年度第1回大分県地域医療構想調整会議」が9月1日にZoom会議ではあるが3年振りに開催された。議題として「民間医療機関を含めた具体的対応方針の策定について」と「2022年度定量的病床機能分類の進捗」があり、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が認識されたことや、医師の時間外労働の上限規制を遵守しながら、同時に地域の医療提供体制の維持・確保を行うためには、地域全体での質の高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図る取組みを進めることが重要であることが追加され、2022年度（令和4年度）においては、民間医療機関や有床診療所を含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うこととされた。これまで公立・公的病院においてのみ2025年を見据え、構想地域において担うべき医療機関としての役割や医療機能ごとの病床数を含んだ具体的対応方針を検討することになっていたが、とうとう民間病院と有床診療所が地域医療構想調整会議での検証の対象になってきた。さらに、報告として病医院理事長・院長ならびに病医院の経営幹部職員を対象とした「大分県地域医療構想を踏まえた今後の経営戦略セミナー」が、県の主導で民間の株式会社日本経営の講師により10月27日に開催されることになっている。いよいよ民間病院や有床診療所に厚労省は手を付けてきた。これからが医師会としての正念場となる。

視
点

マイナンバーカード保険証の明るい未来？

大分県医師会

常任理事 吉賀 攝

厚生労働省は2023年4月より従来の健康保険証を原則廃止し、すべての医療機関や薬局に対し、健康保険証とマイナンバーカードを紐付けた「マイナ保険証」のシステム導入を義務づけた。日本医師会は社会保障審議会で、各医療機関に対応可能なパソコンなどの環境整備が不十分である事や導入後の維持費負担が増大する懸念がある、などを理由に、拙速な導入に難色を示し「対応できない医療機関は保険診療を止めろということか？」と迫った。しかし医療の質と効率を向上させるためには必要という多数意見に、導入義務化が決定してしまった。

そもそも現時点ではマイナンバーカードの普及が十分でなく、高齢者にはパスワードの管理や、5年毎に訪れるマイナンバーカードの電子証明書を更新（原則代理人は不可）、などハードルが高いことも問題だ。しかし国はマイナンバーカードの普及のためにマイナポイントという金券（保険証と紐付ければ7,500ポイント(円)受け取れる）を、そして導入医療機関には診療報酬の加算を付け、強行突破の姿勢である。さらに医療機関の事務作業の軽減や、患者が同意すれば他の医療機関での処方内容や特定健診などの検査結果を医療機関が参照することが出来るなどの利便性も強調しているのだが現時点でも医療機関側は導入に腰が引けているという印象が否めない。

さてここで今回はもう一つの制度が同時進行していることに着目したい。それは常時双方向通信によるオンライン資格確認の構築だ。すなわちマイナンバーカード保険証を用いて保険証の資格確認を自動的に行おうというものだ。顔認証機能の付いたマイナンバーカード読み取り装置を導入した医療機関も多いだろうが、この装置を導入することにより、医療機関と支払基金や国保中央会のオンライン等資格確認システムに接続し資格確認を行うことが出来る。さらに電子カルテシステムに接続していればマイナンバーカードを使わなくても、各医療機関に受診する度に電子カルテシステムから自動的に前述の資格確認システムに照会され、保険証の資格確認が行われるようになっている。これにより定期的に患者へ保険証を提示させなくても資格確認が行える。

とても便利なシステムだ、という意見もあるが、これはリアルタイムに医療機関の診療内容を監視するシステム構築の一里塚と私は考える。現在は保険証の資格確認のみだが、今後ネットワークの通信速度や容量が飛躍的に向上し、巨大なデータ処理能力のコンピュータを持つてすれば、医療機関の電子カルテと連動したリアルタイム医療機関監視システム、リアルタイム患者受診監視システムの構築も可能となってしまう。一時接続で月一回まとめてデータを送るオンラインレセプト請求とはレベルが違う常時接続の双方向通信が構築されようとしている。

今や街角に数多く設置された監視カメラ、この常に監視されているという状況を不快と感ずる人もいるが犯罪抑止には一定の効果があるので概ね容認されている。同様に近い将来医療の効率化、適正化の名の下に医療機関の電子カルテの診療内容や検査所見を常時監視し、AI（人工知能）が個々の医療機関に向けてリアルタイムに「適正な診療をアドバイスする」システムを構築することも可能であろう。現在の社保や国保のレセプト審査、行政の個別指導とは異なるレベルの審査が行われる日も遠くないのではないか。このような問題は有効性や利便性を全面に出されるので、それが不快だからという理由で正面切って異を唱えにくい状況であるが、制度の本当のねらいは何かを俯瞰することも必要だ。

視
点

「QOL」雑感

大分県医師会

常任理事 井上 雅 公

昨今医療を取り巻く環境がめまぐるしく変化する中、「QOL (Quality of Life)」のフレーズは医療のみならず地域包括ケアやACP(Advance Care Planning) など、多くの領域で目にすることが多くなり専門職以外の一般の方の関心も深くなってきています。

QOLとはなんぞや、と問うたときポイントになるのは「Life」というフレーズの捉え方だと考えます。私が市民の方への講演などでQOLのお話をする際は、Lifeの和訳としてよく「生命(いのち)」、「生活(くらし)」、「人生(いきがい)」の3つを挙げさせていただいています。もしかすると私たち専門職、特に医師は今まで生命を守ることを第一に教育されてきており、QOLを多面的に捉えることがちょっと苦手かもしれません。

さて、我が国がこれからますます加速していく高齢化社会でQOLの維持・向上をどう実現していけば良いでしょうか。前段で述べたLifeの3つの意味を社会の中での取り組みに当てはめると、ちょっと乱暴かもしれませんが「生命」は医療、「生活」は介護・福祉、そして「人生」はACPになるのではないかと考えます。現在地域で取り組まれている地域包括ケアはまさにこの複眼的なQOL向上を目指すものではないでしょうか。

これからの時代、住民の方々のQOL向上に向けて医師会は組織として行政や他の専門職、地域団体と協働して地域包括ケアに取り組むことが重要な事は論を待たないと思いますが、地域医療を担う第一線の医師の方々こそが大きな力になっていただけると期待しています。

日々の日常診療の中で、病気だけでなく患者さんの背景にある生活に想いを馳せていただき、そしてきっかけがあればもう一步踏み込んでその方の持つ人生観、死生観の相談相手にまでなっていれば患者さんのQOLは格段に高まるのではないのでしょうか。

いろいろ大変なことばかり起きている世の中ですが、患者さんのQOLと医療者のQOP (Quality of Practice)、共に高め合いながら診療を続けていけたらと願う今日この頃です。



巻頭言



「医政なくして医療なし」

大分県医師会

副会長 河野 幸治

「医政なくして医療なし」、このことは医師会入会時先輩の先生方から口うるさく指導を受けた。特に、国政選挙や市長選挙の時には班（チーム）を組んで近隣の医療機関に個別訪問による投票依頼を行った経験が頭の中に残っている。しかしながら昨今は、院内に貼るポスターの場所も考えないと選挙違反となる。ましてやサポーターの登録をお願いするのも一苦勞である。個人情報との関係もあり、住所や電話番号を記入するのを躊躇する人が増えてきた。我々も時代に合った選挙活動を行うことを考える時期に来ていることは事実である。

さて、国民皆保険制度を基盤とした持続可能な社会保障制度を実現するには、安定した医療機関の経営が重要である。この2年間、新型コロナウイルス感染の影響により医療機関の経営は大変厳しい状況となった。経営の安定化は医療従事者の処遇改善にもつながるが、私の診療所である小児科医療機関は新型コロナウイルス感染前に比べ収入は4割減となっている。安心して医療に従事できる体制を守っていくことは、国民への安全で安心な医療の提供と直結する。そのためには、医療制度を熟知する医師の国会議員が不可欠である。

自見はなこ参議院議員の活躍は、成育基本法や改正母子保健法（産後ケアの法制化）、脳卒中・循環器病対策や難聴対策の推進など我々や国民にとって重要な政策を全力投球で実現してくれた頼りになる議員である。選挙で当選した議員の票が多ければ多いほど医師会から要望したことが国会に認められ、スムーズに議論が進むことは常識のことである。しかしながら、多くの医師会員を見てみると、残念ながら選挙に無関心の会員が増えてきており、選挙に医師が無関心になることは自分で自分の首を絞めているようなものである。3年前の参議院議員選挙では医師の得票数より看護師、薬剤師議員の得票数の方が多かった。結果として、今回の診療報酬改定では看護の処遇改善の特例的対応とリフィル処方箋の導入などが実現し、我々医科は実質わずか0.03%のプラス改定のみ過ぎなかった。診療報酬の改定率は、中医協で議論されるが最終的には官邸、内閣、政権与党、関係議員が関係し決着する。我々が考える医療政策を実現させるためにも医政活動は不可欠である。選挙結果は医療機関の経営に直結するため、我々医師連盟が総力を挙げ、一致団結して頑張ろうではありませんか！

視
点



COVID-19のその後の経過と 後遺症の問題

大分県医師会

常任理事 田代 幹雄

「COVID-19にどう対応する」を大分県医師会会報（2020年5月 第788号）に書いて丁度2年になる。2020年5月は、第1波のピークを過ぎ、うまく対応すれば収束するのではと淡い希望を持っていたが、2年間続くどころか、変異株が拡大し、第6波の状態である。デルタ株による第5波は感染者が重篤化し易いため恐れられたが、オミクロン株による第6波は感染力は強いものの、重篤化し死亡するのは大部分が「基礎疾患を持つ70代以上」との分析結果が出たためか、第6波のピークを過ぎた後、経済の回復を求めて、国は「まん延防止等重点措置」を2022年3月21日までで解除した。しかし、その後、3月下旬より新規感染者数は全国的に漸増傾向にあり、いつ「第7波到来」と表現されるかという状況にある。オミクロン株自体がBA・1からBA・2〔より強い感染力（1.26倍）の派生型〕に、東京では約7割、大分県も5割弱に置き換わっているという情報もあり、「第7波到来」はほぼ確実と推定されている。我々の希望としては、第6波で収束することであるが、以下の表の第1波～第6波のピーク時の新規感染者数の推移（第6波は第1波の145倍）を見れば、よほど画期的な治療薬、予防法等が出現しない限り、第6波で劇的に収束すると考えるのは無理なようである。次の第7波のピークが第6波より小さくなり、さらに以後の波のピークが段々小さくなって収束するというのが自然なパターンである。

3回目のワクチンが、BA・2に対しても十分有用であるとのデータが出てきており、3回目のワクチン接種率を考慮すると、現時点で最も必要なことは、活動範囲が広く、感染率の高い若年者の3回目接種を増やすことであろう。ちなみに3月末時点の全国の3回目ワクチン接種率は、65歳以上では81.9%とまあまあだが、全体では41.0%とまだ不十分な状況である（特に10代、20代）。

全国の新型コロナウイルス感染症における第1～6波のピーク時の新規感染者数/日

	第1波	第2波	第3波	第4波	第5波	第6波
ピーク時の新規 感染者数/日	720	1,605	7,956	7,234	25,995	104,472
	4月11日	8月7日	1月8日	5月8日	8月20日	2月3日
	2020年		2021年			2022年
第1波に対する割合	1	2	11	10	36	145

若い人たちに訴えたいことは、「あなたたちは罹っても命を失うことはまずないでしょうが、3回目のワクチン接種を是非行って他人にうつさないことと自分の後遺症に十分気を付けてください。」という点であろう。

COVID-19の後遺症には、倦怠感、頭痛、脱毛、集中力低下、息切れ、呼吸困難、嗅覚異常等、色々あるが、デルタ株まではワクチンを2回接種した人の後遺症は少なかったが、オミクロン株になると2回接種した人でも後遺症が多くなったという報告がある。さらに後遺症を訴えた人のうち、①倦怠感を訴える人が多い、②短期間で悪化するという特徴があり、「重度の倦怠感による休職」の割合が第5波は約4割であったのに対し、第6波では6割に増加したという。後遺症の中にはなかなか改善がみられず、半年以上、中には1年以上通院を継続している人もいるという（3か月以上継続54%）。

COVID-19対策として、画期的な治療薬等の研究は最も重要であるが、3年目に入り、後遺症で苦しむ人がかなり増えていることが分かった。

後遺症の研究に、アメリカは約1,300億円、イギリスは約30億円かけているが、わが日本はこれから約2億円の予算をつけるとのことである。

1,300億円は無理としてもイギリス並の30億円程度は必要ではないだろうか。



巻頭言



コロナとロシアのウクライナ侵攻が示唆するもの

大分県医師会

会長 近藤 稔

厚生労働省の2021年の人口動態統計によると出生数は前年より3.4%減の約84万人、死亡数は約145万人で約61万人の自然減少である。このまま人口減少が続くと、現在約1億2,500万人の人口が、2050年には9,500万人、2100年には6,400万人と推計されている。

産業の空洞化で職場がなく、日本の若い世代は非正規労働者として低賃金に甘んじるしかなく、結婚出来る環境にない。2019年の日本の合計特殊出生率は1.36人と減少し、今回の新型コロナウイルス感染拡大で、結婚、妊娠控えや非婚化が増え、1人も子どもを産まない女性が25～30%に達している。

プーチン大統領はウクライナ侵攻で、東部のルガンスク、ドネツク両州には親ロシア人が住み、親ロシア派武装集団が支配しているウクライナ国家の中に、ロシアの人民共和国を独立国として承認した。スペインの村では人が都会へ流出し廃墟となった村全体が売りに出され、外国の金持ちから買われていると聞く。

日本もこのまま人口減少による働き手不足を理由に、大国一国からだけ多数の労働者移住を図れば、50年、100年後にはウクライナの例のように、日本国内に独立国家が承認されないとも限らない。

また、新型コロナウイルスが日本に感染拡大した初期には人工呼吸器やマスク等が不足し、入手困難であった。今回はプーチン大統領のウクライナ侵攻により、半導体が輸入困難で自動車を始めデジタル製品の生産が低下し、食料輸入にも支障が出ている。日本の食糧自給率は37%で年々減少し、耕作放棄地は琵琶湖面積の5.7倍、耕地面積の8%に達し、輸入に依存している。農業・畜産・漁業に従事する人が減ればそれぞれに技術を要し、一朝一夕に生産はできず、気候変動・国際情勢如何により食糧不足に陥る。

政府は先端技術の国外流出を防ぎ、国益確保のために経済安全保障推進法案を閣議決定した。日本の企業には484兆円の内部留保金がある。今後外国の人件費は高くなり、日本が安くなる可能性が大きい。企業はコロナ・ウクライナ情勢を教訓として、国家の安全・発展のため、人口減少が著しい地方に起業し、医薬品・医療機器や高度技術・先端技術製品の生産拠点・サプライチェーンの国内回帰・地方への分散化を促進し、人口増に寄与してくれることを念願する。

(記 令和4年3月30日)