

## 沖縄県医師会理事で培った貴重な経験

前沖縄県医師会 理事  
(前沖縄県立北部病院 院長) 久貝 忠男



35年近い県立病院での公務員生活を終え、半年が経とうとしている。最後は県立北部病院の院長を全うした。

同じ時期に3期6年間沖縄県公務員医師会会長を務め、そのご縁で6年間沖縄県医師会の理事を務めさせて頂いた。県医師会役員そして会員の皆様には大変お世話になりながら、大過なく任期を満了することができたと思う。私は本竹秀光先生の後任として就任し、最初は戸惑いながらも事務方の心強いサポートを拠り所に懸命に業務を遂行した。不慣れな私にとてもやさしくサポートしてくれた事務局の方々には心から感謝したい。

理事の6年間は長いようで短かったが、得た経験は貴重であった。多くの中から紙幅の都合で2~3回顧したい。

以前より医療のあり方、医療制度には関心があり、15年以上診療報酬の審査委員を務めていることや2018年に北部病院の院長に就任したことで、より病院経営を意識するようになった。それぞれの国の医療制度はその国の国民性、文化や社会の歴史的背景をもとにつくられ、それが誤っていると決めつけることはできない。一方で病院もその大きな枠の中でしか活動できない。私自身、情報に飢えていたとも言える。病院を取り巻く世の中の動きや情報に触れる機会が少なかったため、県医師会、日本医師会の動きに接触できたことは理事の役得だった。

理事着任早々の思い出は北部基幹病院の話題だった。県医師会内でも安里前会長、宮里達也前副会長が統合への強い情熱を掲げ、事あるごとに会合などで統合の重要性を訴えていたこと

は印象に残った。私自身も2017年の北部病院赴任早々に真っ只中の渦中により、翁長元知事が「早期の実現整備取り組み」を提案してから本格的に統合の話しが進んだことを記憶している。しかし、この案件は政治問題化し、よく県議会でも取り上げられた。私も院長として文教厚生委員会に出席する機会が多くあり、よく意見を求められた。与野党で丁々発止、侃侃諤諤、白熱した議論があったことをよく覚えている。「統合しても医師が集まるのか?」と散々問われた質問だが、基幹病院の3本柱は医師不足の解決、地域完結医療の構築、経営の効率化であり、医師不足の解決のため統合するのであり、統合は手段であることを理解する必要がある。

紆余曲折を経て、玉城知事の決断で2020年に合意書締結となり、その後2025年3月に定年退職を迎えるまで基本構想から基本計画、実施計画、建設場所選定まですべての工程に参加了。1つの病院ができるまでの工程に核心から関わることは大変幸運であった。またそれを機に北部の地域医療の諸課題に触れ、深く勉強する機会に恵まれた。北部病院に長く勤めていると不足や不自由が慣れっこになり、那覇・南部との格差に気づき難いことをつくづく感じた。その過程で次第に“北部のために”、“県立病院のために”と医療の在り方に強い関心が芽生えてきた。これも県立病院病院長であること、公務員医師会会长であること、そして県医師会の理事であることから導かれた役得である。

広報委員として沖縄県医師会会報の編集は意義深く、新しい院長や教授のインタビュー記事は

企画として楽しいものであった。インタビュイーとインタビュアーを選定し、日常業務や私生活、趣味に至るまで普段触れることがない話題にも事欠かなかった。また、毎月号の表紙写真は多数決での決定であったが、玄人はだしの“写真家”もいて、意外な側面を見た。

もう一つ、私の関心事は医療の安全である。そのため率先して医療事故調査のメンバーに加えてもらった。心臓外科を専門にしていることから、常に医療の安全には関心を持っていた。ともすれば手術を境に帰らぬ人となることが現実に起こるため、「患者のため一生懸命やっていること」が一瞬にして瓦解し、敵対関係に発展することもある。

診療には法的に2つの義務がある。ひとつは説明の義務。いわゆる「インフォームドコンセント（IC：説明と同意）」。しかし、医師と患者の間には情報の非対称性があり、パートナリズムになりがちだ。両者が納得できれば診療の契約となるが、現実的には患者が本当に理解しているのか難しい。しかしたくさんの注意書、同意書を山積みして「最後は患者が決めるのですよ」の態度も不誠実である。ICは信頼関係の最初の一歩にしか過ぎない。

もう一つは「注意義務」。診療には結果を予想する義務があり、予想したらそれを回避する義務がある。簡単に言えば、胸痛を診たら大動脈解離を疑う義務があり、疑ったら胸部CTを撮影する義務がある。それを怠って万が一死亡したら、責任を問われるとの理屈だ。しかし、クレームを恐れるあまり何でもかんでも検査すればいいというものではない。法的には標準的か否かである。

医療の質向上、患者中心医療を目指して「医療事故調査制度」が生まれた。医療の場で起きる予期しない死亡を対象としており、調査の目的は医療の安全の確保であって、決して個人の責任追及ではない。医学的な観点から原因を究明し、再発防止を基盤としている。一方で裁判や訴訟は医学論争ではなく、事実関係を争っているだけなのでそこに病院との認識の齟齬がある。

る。裁判をさせないようなカルテ改ざん、偽証やかばい合いなどはかえって逆効果になる。

医療安全報告制度はどの施設でも同じ判断で、病院の「自律性」に任されているが、日本医療安全調査機構の2024年の年報によると都道府県別人口100万人当たりの医療事故発生報告件数は約5倍の地域差がある。また病床規模別ではベッド数が多いほど報告件数は増加するが、500床以上の大病院（381病院）のうち制度開始から24年末まで9年間で約25%の96病院は報告がない。報告が多い地域は医療機関や県医師会などの支援団体が積極的に医療安全に取り組んでいると思われる。沖縄県は全国平均以上であるが、向上のためにはさらなる医療安全の制度改革の必要性を感じた。

検証にあたって私が心がけていることは医療行為が標準的なのか？という事だ。標準的行為は複数の選択肢があり、それを各段階で選択する。どこの段階で逸脱したのかを検証する。標準的医療行為を行ったにもかかわらず結果が死亡でもその医療行為は適切と判断される。しかし、現実的には死亡した場合、遺族の納得を得ることは難しい。県医師会は「中立・公正性」「専門性」「透明性」の立場で外部団体として事故調査を支援している。平均年4回、トータル25件ほど関わった。患者を助けたいだけでは医療の安全は守れない。ひとたび事故が発生したら、どこかに原因がある。治療が標準から逸脱しているのか？そうでないのか？原因を究明し、再発防止につなげる。これを積み上げることによって医療は質の高いものになっていく。

医療事故調査は地味で誰も触れたくないところではあるが、安全で質の高い医療を患者の元に届けるためには、今後も必要であり皆さんで共有すべきものと思っている。

最後に、昨今の厳しい病院経営である。経営を考えると医療費の問題になり、国民負担の問題となり、延いては人口減少問題に繋がって行く。医療に関わる省庁は財務省と厚労省である。財務省は国の財政健全化を優先する考えが強く、増大する社会保障費を抑制する立場から診

療報酬や病床数の見直しを求める。一方で、厚労省は医療資源を効率的に配分し、地域完結型医療を実現することが求められ、限られた財源の中で公平性と持続性可能性を保とうとする。医療費に関して「社会保障費の伸びを高齢化分に抑える」とする財政フレームは到底受け入れられない。なぜなら医療費の伸びは医療の高度化も要因であり、高度化を止めることには賛成できないからである。2025年の骨太の方針で社会保障費予算を「経済・物価動向等に踏まえた対応に相当する増加分」を勘案すると記された。2026年度の診療報酬改定で病院の収益が良くなり、国民も負担増を感じない最善策に注目している。

しかし一方で税金を払う“支え手”生産年齢人口の減少を考えるとジレンマに陥る。医療費と国民負担を上げないで診療報酬を上げることは二律背反でなかなか最適解は見つからない。やはり人口減少は最大の障壁となっているのだろう。

今回の参議院選挙で争点になった消費税減税。消費税は本来法律で社会保障の充実と安定に使われるべきもので、消費税減税に社会保障費のことがあまり触れられていない。減税を言うのは簡単だが、減税=社会保障費削減ではなく、もっと他に削減するところがあるのでなかろうか？

病院の視点からするとコロナが収束し、医療費抑制策に物価高騰×人件費高騰がかけ算のように病院経営を直撃した。さら日本の病院のうち、8割が民間病院で、政策医療の多くを公立病院が担っている。このため、公立病院には負荷がかかり、収益性を担保しにくくなっている。繰入金はあるが、なかなか仕事に見合う額ではなく、さらに今の診療報酬体系は急性期病院に厳しい。賃上げは人事委員会勧告にも従わなくてはならないが、ベースアップ評価料のみでは到底無理がある。

また、高額の医療機器や診療材料を購入する際の消費税は大きな損税であり、経営を圧迫している。最近の整備費高騰はまさに「突風」の

ように暴れている。一方でコロナ後、患者が減ったのは一時的なものだと思っていたが、そうではなかった。人口は確実に減り、行動変容で必ずしも病院にくる必要性がなくなった。今やるべきことはとにかく“出血”を止めること。経営は医療の質と量を最良化するための重要な手段であり、決して目的ではない。すなわち経営の悪化は質の低下にも繋がり、絶対に回避すべきである。No Margin, No Mission.

しかし、ここまで経営状況が悪くなると自助努力ではどうしようもない。

今後、公立病院がどうあるべきか？地域全体の将来需要と他院を含めた供給の視点が必要になる。自分たちが全てを賄うという意識を抑え、削れるところを削らないと、どの病院も生き残れなくなる。同一地域で同一医療を官民病院が担うのは地域全体から見ると使命感や正義とは言えない。また、自病院での完結を目指すあまり、さまざまな無駄が生じる。患者を取り合うのではなく、集約化により機能分化・連携強化しないと医療が成り立たないことをコロナが教えてくれた。医療制度、医療機関機能といった本来隠れていた問題に目を向けるべき時がきている。

統合・再編は政治的な思惑も絡むので本当に難しい。さまざまなしがらみを調整しながら患者も医療従事者も来たいと思うようなレベルの高いマグネットホスピタルを作つて、周辺病院と三位一体で地域医療構想を進めるべきだろう。

宮仕えを辞めて半年近く、水や雲の大自然の中で、花に囲まれて眠る。日頃から夢想していた無官の気楽さを夢見ていたが、頼まれもしないのに国や県の医療の行く末を案じている。

「老兵は死なず、ただ去り行くのみ」であるが、昨今の地域偏在解消やリカレン教育など高齢医師への期待感は高まり、老兵はまだまだ、消えることも去ることもできそうにない。

今後、長年培った知識や経験を診療に、経営に役立てたいと胸に秘めている。