

筑波大学医学専門学群同窓会



桐医会会報

1996. 3. 25 No. 38

目次

第14回桐医会総会第2部シンポジウム	1
お知らせ	26

平成 6 年度桐医会総会シンポジウム 「医療の将来」

日時：平成 6 年 5 月 21 日

場所：筑波大学医学専門学群 4 階会議室にて

発言者(発言順)，所属は当時のもの。

原田 繁(1回生)：筑波学園病院，整形外科

高椋 清(4回生)：高椋クリニック院長

大久保一郎(3回生)：厚生省官房政策課，現青森県環境保険部次長

荒木 均(1回生)：茨城県大宮，常陸大田保健所長

司会

海老原次男(2回生)：つくば双愛病院，消化器内科

掲載の遅れと、一部内容の削除のお断り；平成 7 年春の桐医会事務局の引っ越しの際、本シンポジウムのテープと原稿を紛失してしまいました。以下の内容は、それまでに入力済みのフロッピーディスクと、残っていた手書き原稿から再度入力したものです。従って、原田先生と大久保先生の前半部分と、討論の最初の箇所が欠けております。

演者の各先生方の御了解を得て、不十分ながら掲載させて頂きます。せっかくの御発言の一部の削除により発言趣旨の誤解される懸念もありますが、御容赦下さい。また掲載が大幅に遅れたことも合わせ、お詫び申し上げます。(海老原)

何の対策もなされていません。高齢者の慢性疾患に対しては成人と同様の治療や医学的管理は必要ではない、それは当然だと思います。それで、介護についての必要が認識されまして介護体制に応じた診療報酬制が導入され、医療についても定額制が導入されています。それは必要のない過剰な医療から開放されることでは、よい面なのですが、必要な医療も歳だからと見送られてしまうことはないでしょうか。そして、医療処置の必要度の高い患者の入院を断られるケースがないでしょうか。高齢者が抱える多様化しているニーズにその類型化だけで対応できるでしょうか。むしろこうしたことよりも、個々の機能の連携というものが必要なのではないでしょうか。

福祉の不十分なところを現在、医療として行い、健康保険の医療費で賄われているというところに問題があります。介助は生活援助であり、高齢者医療は他の年代と異なる特性を持つ治療という事が必要ですから、本来は治療型老人病院というところに主眼を置くべきでしょうが、治療型老人病院というところは、医療費のかかるものでありますから、ここをいかに適正にやるかということを考えねばならないわけで、治療型老人病院をなくそうという方向は間違いだと思います

在宅医療・訪問看護、これは最近重要性が指摘されて、システムのみはできる方向であります。しかし、大事なのは連携ではないでしょうか。普

段は日常的健康管理が主眼となると思います。急変時の対応には、病院との連携が必要になってきます。訪問看護婦、保健婦などが在宅医療にかかわってくるようになってきていますが、現状の看護婦、保健婦をいきなり訪問看護に動員しても何が出来るでしょうか。その活躍できる環境を作ることが必要ではないでしょうか。トレーニングシステムはどうなっているのでしょうか。そして、現在その地域にある問題点を整理して、その地域にあった連携システム作りが必要なわけです。単に、家庭かかり付け医、訪問看護婦、保健婦、訪問看護婦ステーション、医療機関の役割のみを掲示しても何の解決にもなりません。

医療経営と薬の分離に関しては厚生省は積極的にすすめて居ります。それについて医薬分業とかかれた参考資料を、見てください。医薬分業、要するに、医師と薬剤師の職能と機能の分離という事は、どこの国でもやられていますし、日本も制度上は初めからあることなのです。それをことさら厚生省は医薬分業1、2形式的分業、3機能的分類(真の分業)と書いてありますが、患者のQOL向上のためという事を前面に出して推し進められておりますが、現在推し進められている医薬分業は真の分業でしょうか。むしろ形式的分業で留まっているところが多いと思います。厚生省のあげるメリット、たくさん書いてあります。一般にいわれるメリットも書いてあります。しかし、メリットがデメリットを上回るような努力は成されているでしょうか。

我が筑波大学病院でも医薬分業がすすんでおりましたが、そのすんでいる動機は予算上の問題が大きなことではないでしょうか。また特定機能病院の施設承認をえるために、薬剤師の仕事量を減らすという面があると思われます。患者に対する思惑などどこにも感じられません。調剤薬局の問題点もあげてありますが、その解決策も考えられておりません。医薬分業推進の具体的方策もその後にいろいろ書いてありますが、この予算、この事業でなにができるのでしょうか。もう一つの資料、患者のための医薬分業というものが、これは整形外科の同門会誌に載せたものですが、これに

問題点がたくさん書いてあります。後でごらんになって下さい。この調剤報酬料の増加、例えば院内処方のときだいたい患者一人当たりの負担は400円もしないと思います。薬の値段をのぞいた報酬料だけなんですが。去年の茨城県の調剤報酬料の平均は4000円です。約十倍です。十倍医療費を払ってですね、十倍患者さんはメリットがあるのでしょうか。先ほどの国民医療費の伸びを国民所得伸びの範囲内に収めるといっている厚生省がこういった医療費の伸びを野放しとは言わないまでも、野放しに近い状態にしているわけです。医療のところに参入してきた調剤薬剤師の給料、要するに人が増えるわけですから、払う人件費が増えるのは当たり前ですが、これを医療費で貯おうとする所に問題があるのでないでしょうか。

時間がありませんのでどんどん進みますが。消費税は、医薬品、医療用材料、医療機器に対して、消費税の最終負担者は医療機関であるという矛盾点を呈しております。患者に消費税を負担させないというのはわかりますが、医療機関がそれを負担しなければならない現状というのは、現状の経営状態においては、かなりの負担を医療機関に負わせております。従って、消費税の税率を上げることは、私は賛成なのですが、消費税が3%から7%になれば、いまの医療機関は医薬分業に進まる負えません。

現在の医療機関の体質はかなり低下しています。投資をしても回収が困難です。だいたい人件費とかですね、それから、材料費そういうもので、収入と支出はほとんどです。従って、新たな投資をすれば、それに対する金利を負担する能力は医療機関にはほとんどないと思います。

今後の見通しとして、第三次医療法改正がありますが、それによって、有床診療所の小規模病院化、総合病院の廃止、診療科標準方式の変更、広告規制の緩和、医療法人の業務範囲の拡大などが諂られるでしょうし、現在増えすぎている医師の対策としては、臨床医の増加を抑制する方向、医師の労働機会の喪失。それから、新たな分野で出ていくことを見つけなければならないとか、たとえば基礎医のほうにすすむとか、そういう方向

へ進むと思われます。したがって、勤務医は早期開業する方も出てくるでしょう。かかりつけ医をめざし病診連携の方向に進んでいくとは思われますが、現在の経済誘導でいい病診連携ができるとは思いません。病院は健康保険収入以外の収入をはかろうとするでしょう。したがって、人間ドックなど各種ドックが行われていくと思います。まあ、私も骨粗鬆症ドックというのはじめたのですが、そう行った方向に進むものも出てくると思います。

今後の意見ということですが、連携が必要なのは分かって頂けたと思いますが、経済誘導ではない連携は形成されません。私も、資料に上げてます通り、整形外科医と柔道整復師との連携を試みております。紹介をするということは、単に紹介することに保険点数がつくということだけではいい紹介ができるはずがありません。従って、同じ整形外科を標榜している医者が、普段から連携をとる勉強会、柔整師との普段からの交流を、そして、住民がどういう思いをしているかという情報収集、そういうことをやるためにネットワークづくりをしているわけです。後で、これ(資料)を読んでいただければ主旨がわかると思いますが、これはただある面だけでのグループ連携ですが、いろんな各種のグループ連携が必要になってくると思います。こういったものについては、現在何の援助もありません。診療報酬にも生かされません。こういったところが私は問題だと思っております。

それから、さきにのべていたように老人保健の適正化を図るために、介助、福祉などのサービス向上をはかるようにしていますが、それが老人保健の支出を減らすのとどのような関係になっているでしょうか。福祉のために、いろんな人が介入してくることによって、健康保険で賄っていれば、医薬分業と同様に健康保険の縮小化にはなりません。そういう面についての費用は、健康保険以外でということも考えなければなりません。まあ、消費税などがそちらの方向に向いていただければ幸いですが。それと、先ほども申しましたとおり、医療機関に対する消費税の負担を早く解消して頂

きたい。

また、今の保険制度、抜本的な見直しをしなければならないのではないかどうですか。小手先だけでは、なにも改善できないと思います。わかりやすくいえば、いい表現かはわかりませんが、要するに、健康保険で国民の車を提供をしていると思えばいいんです。だんだん質のいい車、例えば高額な外車なんかがてきてそれでも健康保険制度でやらなければならないかどうか。ある種の人は自転車で我慢しなさいといわれている人もいると思います。その辺の保険制度のあり方というのを検討してはいかがでしょうか。

大学病院の研修制度も変える方向に進んでいくのではないかと思います。大学病院が、大学病院で、すべての疾患をみなければいけないかというのも疑問があります。一般診療所、地域中核病院で研修するようにして、大学病院は特殊なものを使わなければいいのではないかどうですか。そして、その財源として健康保険うんぬんだけでどうのこうのということも考え方よいと思われます。そして、地域中核病院でレジデントが供給されるようになれば、地域中核病院に対する労働力の提供にもなりますし、給与の金銭的援助も可能になると思います。

教育についても、現在の医学部は、医師養成学部と化していると思います。看護婦、放射線技師、それから介護の分野の方々、全てのパラメディカルを対象にした医学部というのもこれからのあり方ではないでしょうか。医師の教育の中には現在の健康保険制度を知る機会が現在のところありません。しかし、医師となったら、社会保険医、国民保険医であるわけです。その自分たちが仕事をして、それがどのように健康保険で賄われているか、知っている医者はほとんどいません。医薬分業が自分の身近にきても、なんらそれに対して疑問を感じない医師が多いのではないかでしょうか。医療経営にしても、学生のうちから、儲け主義ではなく、全体の流れをみる目を養う必要があると思います。以上問題点を指摘しました。

司会：数々の問題点を短い時間で指摘して頂いてありがとうございます。病院の問題点から始まっ

て、もっと広い視点からのお話で、びっくり致しました。ただ、厚生省への不満をあまり述べるのは、後で言いづらいかもしませんが、厚生省の大久保先生がいらっしゃいます、大久保先生が厚生省の代表をしていると思っているわけではありませんが、後で答えられる範囲でお願いしたいと思います。次に、高椋先生お願いいたします。

高椋：皆さん、お久しぶりでございます。原田先生がおしゃったことは、実は、私、実際にお金を全部動かしておりますから、非常に身につまされて感じているところです。お配りましたプリントの最後のNo. 8, (図略)○○ネットワークというプリントに私どものやっておりますことを示しました。僕はネットワークという言い方あまり好きではないんですけれども、一応そういうつながりを持ってやっています。私が実際、業務としてやっておりますのは、高椋クリニック。これは父親が40年前に大分県の中津と言うところに国立中津病院の副院長としてやってきました、25年前に開業いたしました。そして、4年前に私が実家に帰りまして、この老人保健施設、「創生園」というのをつくりました。いわゆる、高齢者の中間施設でございますので、リハビリテーションが当然、中心でございます。入所が80人、デイケアが1日40人から、今度1日60、最高1日100人までできるようになっております。ショートステイは、月に3人から4人ぐらい。在宅介護支援センターを前年度、平成6年の3月29日にオープン致しました。ホームヘルプとかいてありますけれども、ホームヘルプ事業は一応7月から8月ぐらいからやっていく方向で現在準備を進めております。

その他、いろんな地域の組織その他に、私も属しておりますし、あるいは、ここには書いて有りませんが、公民館や、老人クラブで講演することもありますし、また私は、中津市内のボイイスカウトの一番上におります。青年会議所にも入っております。実は、父親が一昨年亡くなりまして、このつながりが、一部途切れた時期があるのでございますけれども、どうにかこうにか、仲良くさせていただいております。

例えばボランティアグループが何かやると言え

ば、専門職のスタッフが応援に駆けつけたり、あるいは私も出向いていったり、そういう活動を、医療をしながら日夜やっているという状況です。

そして、実際上のバックアップは、医療上のバックアップは、主に国立中津病院がして下さっております。リハビリテーションのつながりは、九州労災病院と、そして、その併設であります、九州リハビリテーション大学校の先生方と仲良くさせていただいております。これは、福岡県にございます。それから、一年半くらい前からつながりができまして、東京大学医療情報部の高橋 泰先生、この方も一応政府系の委員に入ったんだろうと思いますが、共同研究、要するにフィールド研究で、現場の細かい内容を説いていくというのが私の役目のように感じまして、やらせていただいております。

クリニックのほうは、私ども、1ヶ月の収入が1350万くらいで、すこし建物を増築いたしてまして、消却があまり有りませんが、年間で言うと600万から700万くらい赤字です。有床診療所と老人保健施設で80床で、医者は2人です。私が、主に外科的なこと、整形外科もいくらか学ぶことができましたので、手術はしませんけれども、いわゆる巷の医者として有る程度のことはいたします。リハビリテーション機能は有床診療所のほうには持っておりません。手術室は作りました。要するに普通の有床診療所で、ごくまじめに内科医と外科医の二人が一所懸命にやっているつもりです。外来数が、そうですね1日に40から60ぐらいの範囲というところです。で、看護婦さんが、10人ちょっとぐらいで、1週間に一度当直ぐらいの体勢で変則2交代ができるております。その状況で、真面目に、非常に真面目にやっているつもりでも、実際上、あまり償却がなくとも、赤字が出てしまうというのが、現状だろうなと思っています。

そういう状況をある面で感じておりましたし、一方、実はその逆に、老人保健施設をつくりましたときに、その当時老人保健施設はまだ経済的見込みが立ちませんでした。その当時クリニックの方は黒字でした。そこで、父親と二人で相談いたしまして、二人の給料を30万ずつにしようじゃな

いか、そして、二人で60万くらい有れば食っていけるし、家もあるし、借財もあまりないから、こっちから2-300万くらい持ち出しさえすれば、新しい施設は何とかやっていける。とにかく、「地域のためにもやってみようじゃないか」、「やらなきゃだめだ」と考えまして、たまたま土地もありましたし、平成2年から始めまして、実は、いま、そちらの方が黒字でございます。

さらに、経済的なことをいいますと、入所だけでは、ほとんど“とんとん”です。通常、老人保健施設を新設される方たちが、入所だけでの試算見積もりでは経営成り立たない、もうぎりぎりだというのが、本当のところだと思います。ところが、私どものところには、日中だけおあずかりし、リハビリをするデイケアが非常にのびていきました、経済状況も助けられましたし、在宅の力強い受け皿にもなってくれています。

現状では、クリニックのほうは、老人保健施設に医療のこと、薬剤の調剤やなんかで援助しております。一方では、クリニックである程度になった患者さんを在宅に返すという目的のために、相当の援助を創生園、老人保健施設がしております。それにさらに、支援センターにケースワーク機能が集中しております。ケースワーカーが4人おります。リハビリテーションも4人おります。老人保健施設としては、実は、ほかに隠し玉のケースワーカーもかかえておりますので、かなり贅沢な人の使い方をしております。それも、実は、ひとえにデイケアがあるから、経済的に成り立っているというような状況であります。

皆さんは、医療上の問題点を中心にお話しされると思いましたので、少し観点をかえて話をさせて頂きたいと思います。

僕はもともと、何でもない外科医で、癌免疫の仕事を行っていたんですけども、その前の状況、なぜ、医者になろうと思ったのか。そして大学で、僕は大学8年いたんですけども、なにをしていったのか。そして医者になってからどういう経過で現在の施設を考えたか。スタッフとどういう状況で絡み合いながら、どういう仕事をしてきているかを、ちょっとお話ををして、そして、私がどうい

うところに地域的な目標をもっているかということをお話をしたいと考えております。ちょっと前置きが長くなつて申し訳有りません。

私は、要するに有床診療所のしがない町医者の子として生まれまして、姉貴がいたんですけども亡くなりまして、一人息子でした。高校の時生徒会長をしておりまして、こんなにやだと思ったことがあって、法学部を志望しておりまして、上級職になりたい、政治の世界に入りたいと実は思ってましたけれども、東京に出てきて気が変わりました。「幸せ」を追求するために、都合のいいことは、親父の力をを利用して、その上にのっかろうとおもって、筑波の医学専門学群にきたようなわけなんです。

それで、皆さん、多少ご存じだと思いますけれども、私、勉強なんて、6年ほとんどしてません。全学の委員会と学園祭、バレーボールとバンドの日々でございました。で、勉強したなというのは、実習の始まった5、6年のときぐらいと思っています。ノートを見せて下さった方々にお礼を申し上げます。私は、他学類の友人から耳学問をたくさんさせてもらいました。仲良くしていたのは、やっぱり法律関係が好きでしたのでその連中、それから情報の連中、とにかく全部の学群の方たちと、特に、代表者というので、たくさん勉強させていただきましたし、もっと極端に言えば、学長や副学長のところへ、酒瓶もって乱入したりとかという日々も、開学初期の時点ではしてありました。

その時点で考えたのは、「自分が世の中のためになにができるか」ということです。最後まで悩んだのは、中津に帰るか、それともここにおられる大久保先生のように行政に行こうかと。ですから、なぜ、中津に帰ったかと申しますと、僕はやっぱり人のことが好きなんですね。そして、その人が幸せになるのを見たいと思ってたんですね。その人です。僕はたくさんの方を自分が担当できるとは、今でも思っていません。今、スタッフに言っているのは、「何でもいい、とにかく一人づつを完璧にやっていけ」と、そして、「長い時間がかかるつてもいいから、一人づつを完璧にや

るっていけば、必ず我々にはいいものが、少しづつできていくから」であります。

医療というのは、その人の生命に、命に対して向かう、というのがまあ一般的な言い方ですが、私は、その中で、手術をしたいという気がすこしありましたので、技術を磨くということを主眼に、外科に進みました。内科の部分は実は、父親から習ったり、大分に帰ってから同級生の医者から習ったりで、全くの耳学問で、たとえば、見たことのない検査があるとか、あるいは、例えば、心カテがあるっていうと、ちょっと内緒で、ちょっとやらせてとかいって、そうやって覚えてまいりました。所属は、九州大学の生体防御医学研究所というところで、外科なんでございますけれど、7割が、癌のターミナルでありますて、ある時期には大分の県立病院というところで医局長をしながら、毎日毎日手術で、一日最高13例手術をしました。

一方では、義理の父親の老人病院に手伝いにいきました、かなり悲惨なものを見ていきました。老人保健施設をはじめたのが、寝たきりを何とか起こして、こんな悔創なんかつくらないようにしようとというのが、当初の考え方でございまして。それから発展してきたのが、リハビリの勉強で、高齢者のリハは今のリハジャダメだということになりました。それから、高齢者のターミナルケアというところに、今のところいっています。

あとは、それをうまくやっていくような、人とか情報システムをどうするか。そして、一番根本にありますのは、その人の、私は巷の歯医者でございますんで、生き様にかかわり合うを中心にしております。私は外来で、その人のプライバシーを侵害しております。お宅のお嫁さんどうして？喧嘩するときはあんたなんていう？大分弁では「くされ」っていうんですけれども、意地の悪言っちゃいけんよとか、そういうことを毎回毎回外来で繰り返しながら、その人のことを、いろんなことを聞き出してまいりまして、カルテに逐一全部書いてまいりまして、それをある時にとりまとめて、そして、そこのお嫁さんに提示させてもらいます。いろんなことも全部類推して、あ

るいは、一人暮らしの方だと一人暮らしだと問題有るよとか、いろんなこと言いながら、日々を過ごしております。

高齢者になりますと、治る治らないという発想はおかしいんですね。障害を持ちながら生きていくのです。たとえばその人の一番ボーダーラインになりますのは、ご飯をつくるのが困難になったことです。それはもう理由はいろいろあります。痴呆もあるし、身体的なもの、手の動きだとか、疾患名をつけるんだったらいくらでもあります。それとか、私はうまく歩けません。私はおむつです。私は痴呆ですというような、そういう方たちをどうするのかというところが、私の本当の観点でございます。

それで、私のことをあんまり話しても何なんですかとも。桐医会名簿をずっと見ますと、基礎の方もおられるし、大学に残っておられる方と勤務医である方、大きい病院の勤務医の方がものすごく多いんですね。それで、なんで自分でやらないのかなあ、と実は気になります。僕はもう、独立独歩で勝手にやってますんで、それで、どこに問題があるんだろうと。まあ、大学で、寄らば大樹の陰でずっとやってきて、将来きつくなるのがわかっているのに、何で自分で勝手にやらないのかなあ、と思っています。

それでちょっとNo. 2(図略)の画を書いたんですけれども。たとえば、基礎におられる方いますよね。まあ、DNAとか分子構造とか、それとか細菌とかそういう意味で。それからその下は、組織みたいなこととか、そういうつもりで絵を描いたんですけども。まあ、いわゆる基礎という方向にいきますよね。それから、専門というのが、例えば脳が専門ですか、肺が専門ですか、私は骨・関節ですか、もっと極端に言えば、私はカルシウムのなんとかが専門ですか、それをとりまとめると外科とか内科とか言うことになりますけれど、私は、なんだか人の体を分割してみているなという気がしてならないのです。

さらに申し上げれば、ここには、保健所の荒木さんおられますし、そして、大久保さんがおられます。保健というのは市町村とか、県単位の話を

しますし、大久保先生であれば、いわゆる政府的なこと、つまり行政、政治の話になってきまして、どんどんミクロからマクロへ進んでいくんですけども。その中で、供給する側の都合、例えば、政府の財政上の都合です。極端に言うと、基礎は、自分がこれが好きだからやってるだけで、実はその人のことがみえてないんですね、つまり、命がどうのといってても、極端に言うとその人がどのように生きているのかがみえていないんですね。それに、不満でもなんでもないですけれど、みえてんのかな、みえてないのかな、というところにちょっと疑問を持っています。例えば、保健所が機構としてその人の健康を守るという、それも僕は治療の一つだと思いますし、行政が、日本という国に対して、それをよくしていこうとすることもそれも治療だと思うんですが。それが、本当によい治療なのかどうじゃないのかというのが、例えば、100のうち10よくなって、10が20になってそれがよい治療かというと、実はのこりは90が80になったり、行き届いていない人が減っただけで、やっぱりこう、いつも不満なんですね。

だから、先ほどいろいろ申しましたけれど、私が好きなんで、私は町医者をしたいと。そして、僕は、こういうことを言います。私はあなたと生きていますと。あなたの都合で、あなたがどうなった、こうなったと、しおりゅう電話かかってきます。もう24時間縛られてますし、それで、僕は決して優秀な医者だと思ってませんし、医師だと思っていますけども、その人のために一所懸命すると。その一人の人のために。そしてこの一人のためにまた一人のために、とにかくできることをいろいろ考えて、僕は、医療、保健、福祉の狭間に居りますんでそれで福祉の支援の仕方から、あるいは保健所のいろんな支援の仕方からは、現場の運用は熟知しているつもりでやっております。ですから、いろんな利用の仕方を考えるには、実は、プライバシーの侵害をしないとできないのです。とにかく仲良しになっているだけなんですね。だから、これだけのことがあなたありますよ、だからこれどうですか、というインフォームドコンセントとは、ちょっと僕の取り組み方は違うん

ですね。一緒にあなたとある。人生を共有しているというふうな町医者でありたいと思って生きている訳なんです。

次が、No. 3(図略)なんですけれど。私の観点は、生活というお盆の上に患者さんが乗っていると考えてます。そしてその下に、三角錐かなんかの支点がありまして、病気になって患者さんの能力がぐーっと軽くなってくるわけですよね。軽くなってきたときにお盆は傾くでしょう。そしたら、そのときに責任者の能力がぐっとあれば、そうすればお盆をぐっと押すことができて、患者さんはお盆の外に落ちないじゃないかなと。そして、一方では、施設とか福祉能力が、そこに医療の能力がぐぐっとあって、治らん病気でも治るというようなことがあれば、お盆の傾きがおさえられて患者さんはおっこちないと。一方で、施設とか福祉能力というのは実はものすごくたくさん仕事を含んでいるんですね。あの、道路がちゃんと通っているがいかに大事か、つくばの創造期に道路が無かったことを考えてみればよくわかると思うんですけど。道路があると生活の意識、全然変わってくるんですよね。で、僕は過疎の方もやっているもんですから。それと、あとその人が住んでいる住居環境がよかったらというところもかなり関係しているんです。主にこの四つのファクターで、この患者さんという玉がですね、このお盆からかろうじて落ちないでいるというところが、僕の目の前にいつもあります。要は、このバランスをどう保つことができるかというところで。僕はいろんな制度を持ってきて、自分の力で何とかできないかというところに持ってきて、このお盆を何とか傾けないように、やっているつもりなんです。それでやっているんですけど、“命”，これオフレコにもらいたいんですけど、僕ね、長生きしろなんて絶対いわないんですよ。高齢者がほとんどでしょう、僕が扱っているのが。長生きしろなんていわないですね。とにかく、誰でも死ぬんだから一緒だっていうんですよね。それで、なんかっていうと、その人の生き方を考えるんじゃないですね、生き方じゃなくて、これオフレコですけど、その人がどのように死ぬかを考えて

います。僕は、高齢者のリハビリテーションの段階で死に方を考えています。で、死に方を考えるだけじゃなくて、かかわり合って、援助するというところに持っていくたいと思ってやっています。

それで、どういうのがいるかなって思って、4の絵(図略)を描いてきました。これが、やりたいと思っていることの簡単なシェーマです。家で寝たきり老人がいます。その人を朝の7時から夜の7時まで、送り迎えをして、デイセンターのベッドにもってまいります。そこには、その人が楽しめる土壌というのができてなきゃいけない。そして、その横には、たとえばグループホームでも、老人ホームでもなんでもいいんですけど、なおかつ、その中には福祉工場があって、地域文化センターもあり、公園みたいなものがあり、そして、家の人们たちは、例えば、山仕事や畑仕事、ある人は会社に行けます。奥さんも旦那も。その間12時間預かってやって、そして、なんとかできないか。それで、さらに+αがあるのは、12時間デイケアであずかって、そしてなおかつナイトはナイトに、夜の11時までと、朝の早朝5時からというヘルパーをかけないとおもって、それでヘルパーの組織を認可をとろうと思ってやっているわけです。

このところには、実はこの家の人们たちは、ある時に地域文化センターに、あるいはこのデイセンターに、ボランティアであるとか、そこでやっている生涯学習なんか、お花作りますとか、太極拳やってますとか、そういう所に参加してきて、その小地域単位でいいから、関わりを多く持つ。専門職が中心になるわけすけれども、ごく一般の人達と、ぐーっと関わりのもてるそういう小地域単位の完璧に近い取り組みがどうしても必要なのではないかと思ってやっています。

そのときに、我々医者の話になります。黒川先生という、近畿大学の経済学者と話した時に、先生は、「まち」造りにかなり関わっていらっしゃるんですけども、1.これをとり回していく人々が真のプロフェッショナルであるか。そしてその人们たちは、もちろん、専門職で、お金をもらいながらだけれども、non-profit、利益は関係ないけ

れど、要するに経費はもらうけれど、魅力的な仕事をやってくれるかどうか。

そして、そのやっていく仕事が地域の中で、publicな仕事かどうか。ほんのちょっとしたお金を払えば、例えば300円とか、誰でも参加できるような。ようするにclub的なものではないpublicな仕事であるかどうか。regionalにつくつていって、regional, regional, regionalをかさねていって、町のcommunityを作つて行くんだという、そういう考え方。これは、ヨーロッパに行つたときもそういう考え方でやっていたんで、あ、やっぱりそれがいいんだなと思って、それをやりたいなと思ってやっているわけです。

ちょっと長くなるので、ここを省きますけれども、あのNo. 5のプリント(図5)が現場での動きを示しています。最初は契約関係の構築をして、その後、ケースワーカーとOT・PTと。簡単に書いてますけれども、これは僕自身が、診療もなんもかんもしながら、町のこともしながら、スタッフにいつもぎやあぎやあといいながら、とり動かしています。もう5年目に入りましたんでだいぶとりまわしもしなくてもよくなつて参りました。後5年もすれば、本当のプロのスタッフもでてくるんじやないかと考えています。それで、老人保健施設で、入所とデイケアの繰り返しをやっております。デイケアはスタッフングがしっかりし、対象者の身体精神状況が一定基準に入つていれば、毎日できます。それを繰り替えしていく、あるときちょっとおかしいな、家の人が疲れてきたなどあれば、ふと入所に切り替えます。そして、それでつないでいく、どうにかこうにか、最後、オフレコです、・・ぱっくり・・という状態にもついていきたいと思っています。本当は老人保健施設では3ヶ月とか半年とかで退所しないと、おしかりを受ける程でもないんですが、指導が入ったときに、そういう人が多いとやっぱりちょっと困るんですけども。意外と「デイケア↔入所」に、それが、長くつづいていくんですね、2年・3年と続していくことがある訳ですよ。それは、困ったなと思っています。ですから、この部分はきっと、原田先生がおっ

在宅に導く創生園の運営ソフト

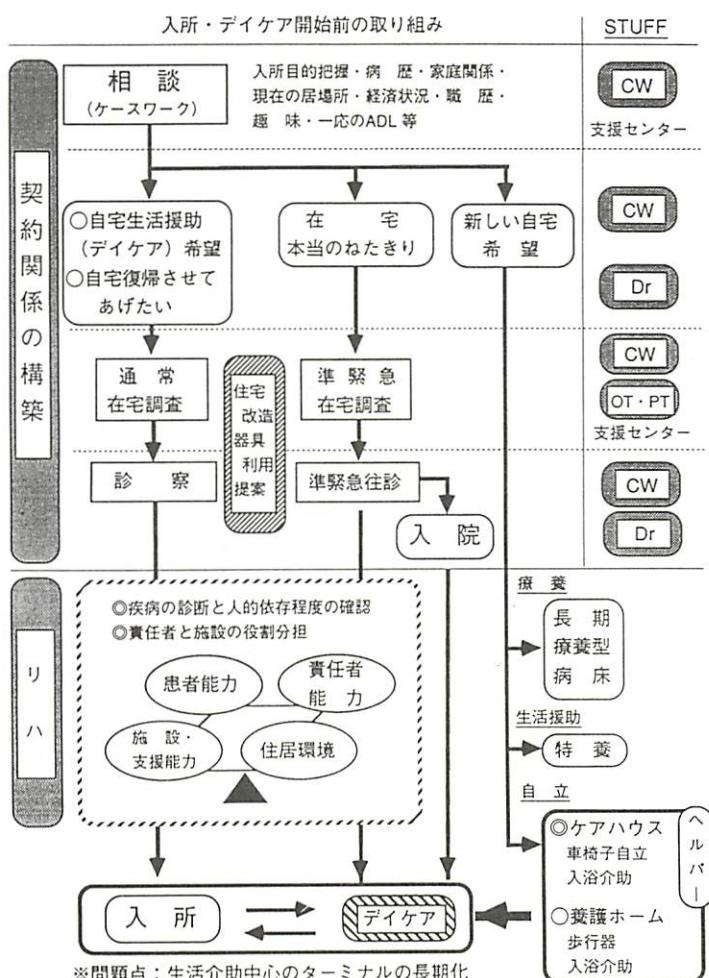


図 5

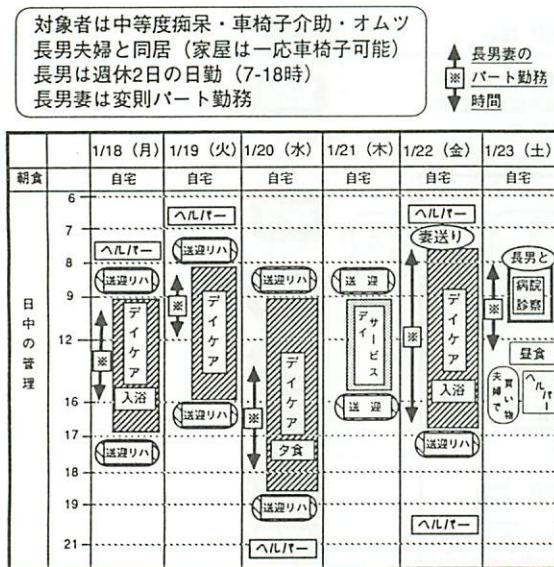
しゃったように医療上のこととかなり多くなってきて、長くなるような人については、ここの機能分類というのに、ちょっと問題があると思います。

No. 6(図6)です。あと2分で終わりにします。これは、実際やっていることの、具体的な症例なんです。ヘルパーは省いて下さい。ケースマネージメント表、大久保先生が今日持てられたものなかにもケースマネージメント表のシェーマみたいのもありますけれども、もっとこれ、綿密に作って参ります。それで、その人のとにかく、いわゆる責任者というのがありますけれど、責任者の人の勤務時間が何時から何時。それ

が、変則勤務だったら何時から何時という所を、全部カバーしまして、送り迎えリハというのがありますんで、その時間帯をきっちりカバーして、それで、まず一週間の計画をつくります。そしてそれを1週ずつ積み重ねていきます。

最後です。今度は、医者の方をどうしたらいいのかなと。我々がどういうふうに理想的にならなきゃいけないのかなということで。実は、参考だと思います。じつはこれ、私の担当の教授の、この方、おさんはおられません。あと4年ほどで退官でございます。外科ですけれども。それで、その方のライフデザインを一応、シェマライズし

【ある対象者のケースマネージメント表】



※在宅介護支援センターの中心となる仕事は上記のような
ケースマネージメント表の作製とフォローです。

※そのための連絡・調整・手続きを種々のサービス供給
機関・施設等々と連携して行います。

【在宅介護支援センターにおける連携図】

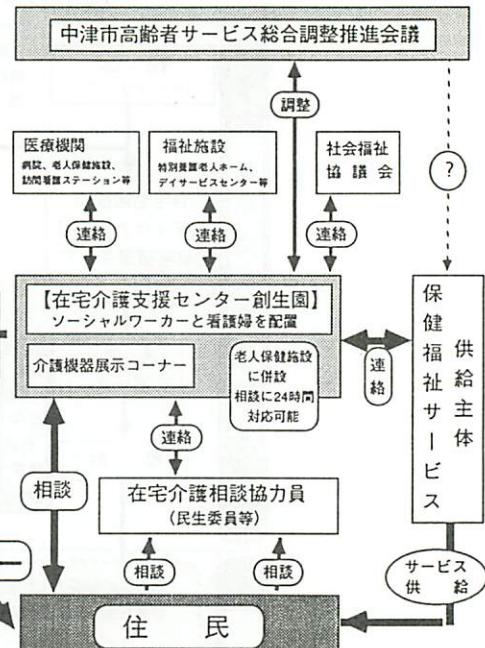


図 6

たものなんです。それで、年金の使いかた、貯金の使い方、先生、その不動産があるでしょう、それから生命保険があるでしょう。一部は、経済的なことにして、新環境を買うのにあて。ようするに、こう言いたかったんですよ。僕んとこにきて、先生、僕んとこにきたら、ボケてもいいから、車椅子になんでも、動けなくなっても、先生、あっちこっちに一部屋二部屋つくって、介護のスタッフが迎えに行って、車椅子に乗って回診すりゃいいじゃないですか。生きている限りは、ほけていようとなどにしてようと、医者は医者じゃないですから。それで給料をちょっとくらい出せますよ。それだったら、最後まで、高度痴呆患者さんの手にぎって、『あんた歳取っているな、私も歳とってるよ』って、先生、それでいいですよ。そういうシエーマなんですよ。奥さんの方は文化行事をずっとやってますから、デイケアならデイケアの方で毎日でも来ればいいんですよ。もちろん基準に入ればですけれども。そういうシエーマを作っています。

そういう状態で、まあ、苦しんでます。それでも、これでいいかなと思ってこういう話をしました。ありがとうございました。

司会：どうもありがとうございました。電話で話したときは、経営がだいぶ苦しいという話でしたけれども。苦しいと言っても、昔からの高椋君で、夢を追っている、いや実際、もう夢じゃなくて現実にしているというのがすごいなと感じました。次に厚生省で医療行政に直接関与しておられる大久保先生にお願いします。

『中断』

今後の医療の方向

厚生省大臣官房政策課 課長補佐 大久保一郎

1. 医療を取り巻く環境の変化

(1)高齢化社会の到来、若年人口の減少

(2)価値観の変化、所得の増加とニーズの多様化

- (3) 経済成長の鈍化・安定化
 - (4) 女性の社会進出、核家族化
 - (5) 科学技術の進歩
2. 今後の医療政策の基本的な考え方
- (1) 質の高い医療の確保
 - (2) 効率的かつ安定的な医療供給体制の構築
 - (3) 公平と公正の実現
3. 今後の医療供給体制の在り方
- (1) 医療施設機能の体制化
 - (2) 医療施設の近代化
 - (3) 医療経営の健全化
 - (4) 医療機能評価の客観化及び評価
 - (5) 医療周辺の質の向上
 - (6) 情報の開示
 - (7) マンパワーの確保

大久保：・・・。注意しなければならないファクターがあります。それは患者さんの価値観の変化、先ほど原田先生も既におっしゃいましたけれども、医療とはあまり関係の無い部分、我々はアメニティーという言葉を使っていますが、そういう部門についてはニーズが大変高くなっております。今まで病院に入れてもらえるだけで嬉しいといいますか、幸せなことであります。6人部屋であろうと、10人部屋だろうが文句は言わなかった。昔は病院に入ればクーラーもあったし、自宅よりもいい環境にあったかもしれません、最近の病院は老朽化てきて、自宅で療養するより悪い療養環境になっていることもあります。国民側の所得も増えてニーズが多様化したことに対して医療側が十分に対応しきれていない。当然ですが経済成長が過去のような程伸びるとは予想されません。先ほどいいましたけど、税収に期待した制度というものはつらいんじゃないかということあります。また、育児とか看護に対して、長男の嫁さんが見るということを期待した制度をつくっていたら、女性の社会進出の大きな流れから間違った方向に行ってしまいます。そういうことはあまり期待しないで済むような制度をつくっていくべきだということあります。このように、医療を取り巻く環境が著しく変化する中で、基本的

に今まで量の確保、地域医療化計画でもそうでありますましたが、量の確保をしてきました。医療の質を今度は問われる時期であるということあります。そして効率的かつ安定的な医療供給体制の構築が必要です。この効率というのはある意味では無駄の無いという意味でありますし、安定的なというのは病院が潰れたり急に建設されたりという病院経営が不安定というような状況では、やはりいい医療供給というのは出来ないだろうということで、ある程度病院経営というのも、安定的なものにしていく必要があるのかということあります。次に、公平と公正の実現とは、例えば僻地医療のように、全国的に見れば医師数は確保されているものの、地域によっては深刻な医師不足であったり、医療圈ごとに見ますと病床数は既に充足していても、実は需要との関係で見たらまだまだ足りなかったり、逆に、病床数が過少かもしれませんが実はもうニーズから見たら既にオーバーしているといったようなことがあるでしょう。そういう地域差的なものを是正というものが必要だと思います。最後に医療供給体制の今後といったものでありますが、例えば医療施設の近代化ということが書いてあります。これは病院をきれいにしましょうということで100億円の予算をつけられました。また医療経営の健全化ということでいろいろと経営的に指導していくこうということも考え、さらに医療の質ということです。医療機能評価の客観化、つまり各病院の医療機能をある程度評価していこうということです。病院としてこれから厳しい時代ですが、ある適度な競争原理というものを働かして、少なくとも悪いといわれている病院、実際に客観的にみて内容的に悪いといった病院がある程度落ちこぼれて行くシステムが必要ではないか。そして良心的に行っている高橋先生みたいな所をちゃんと評価して生き延びていくようなシステム、その評価方法を築かなくてはならない。そしてその評価に基づいた診療報酬とか財源を確保していくことが必要ではないかと思います。医療周辺の質の向上というのは、例えば給食であるとかいろいろな医療関連のサービスといったものの質を高めるこ

とでひいては医療全体の質を上げる。この辺については医療関連サービスというところで評価をしっかりとしているわけです。6番目ですが情報の開示ということで、これは大変重要なことであります。原田先生のお話にありましたけれど、これからはやはり機能連携であると思います。この機能連携に必要なことは先ず、自分たちの持っている病院の情報を公開し、お互いに共有することです。そして、お宅の病院はこうだからこういう患者はそっちに回しましょう。うちが持っている患者はお宅の病院の方がふさわしいから回すといったことが出来るような情報公開をするべきであります。そして次の段階として、その情報を適切に一般国民に公開することであります。現在の患者の大病院指向、近くの病院がどのような機能を有しているかというのはよく分からないから、とりあえず大きい病院に行くわけであります。従って、ある程度分かっておれば、自分こういう病気だから実はとなりの病院が最もふさわしい病院だということを知ることが出来ます。現状では、分からなから大きい病院へ行けばとりあえず全部見てくれるだろうというような幻想を抱いて行っているわけです。

マンパワーの確保、これは特に医師で言いますと、もう一度医師供給の予測を立てて医者の数をどのくらい減らしたらよいのか、そして増やしたらよいのか(選択肢としてはほとんど無いかもしませんが)ということであります。医者が増えるということは、ある意味では国民にとって大変いいことであります。しかし、普通の経済原理であれば、生産者側の競争と消費者側の選択により、いいところが生き残って悪いところは脱落していきます。医師の場合はそういうことになかなかならないので、やはり多すぎると医療費の高騰と医療の低下になり、結局は患者さんに対して不利益を与えることになります。医師の需給計画は、時代の流れを十分くみ取ってつくっていくというのが必要だと言うことがあります。

最後に福祉ビジョンということで今日お配りしたものを見て頂ければ結構ですが、1、2点だけ説明させて頂きます。1つは国民負担率が将来

どのくらいに達するかを予想いたしました。これに対してだれがどうやって負担するかということです。例えば消費税をどのくらいにするかなどとか、税制にまで影響の及ぶものであります。特に消費税の引き上げにこの資料が使われているのではないかとあるマスコミは大変批判しています。逆に消費税賛成派はこういう試算を元にして議論を進めることができます。将来かなり負担が予測されますが、この負担を所得税を上げることによって解決しようとすると、サラリーマン層の税の不平等感をより一層募らせるだけですから、消費税といったような広く一般の人から確実に徴収が出来るものを充実させていった方がいいだろうということになるわけです。いずれにしろ、消費税を何%上げるかという消費税議論にこの資料が使われているわけです。そして2点目ですが、介護というのがこのなかによくててきます。これから介護で特に問題なのは、高椋先生が大変その辺を感じいらっしゃると思いますが、自由に施設を選べないことです。つまり、介護は100%公費で見ている、つまり税金で見ている制度ですので、入所審査が厳しかったり、施設数が少なかつたりして、その結果、特養に入りたくても1・2年待つのは当たり前になってきています。その点医療で言えば、自分が好きな時に多少は待つかもしれません、自由に施設を選べるという大変アクセスのいいものであります。福祉については全額公費負担ということで、アクセスもままにならないようになくなっている。これをどこでもいつでも受けれる介護サービスという方向を目指す必要があります。介護は措置制度を取っておりますが、措置制度というのは、国のお金であなたを措置して施設に入れて上げようという、おカミからの発想なのです。そういう措置制度ではなくて、保険制度のような物をつくって医療保険があるように、介護サービスに介護保険のようなものを作る必要があるのではないか。常に我々の給料から保険料が天引きされていくような保険制度をつくって、財源を景気に影響を受けずに確実に確保していき、介護サービスの規模を大きくすることが必要ではないかと。これによって将来介

護に関連する市場が形成されるとなれば、恐らく官だけがやらないでも民が入ってきて官民のバランスがとれた、そしてお互いよい意味の競争の下での介護量・質に満足すべきサービスが出来るのではないかという期待があります。現在介護保険をどのようにどうつくったらしいかという議論がされているところです。少し長くなりましたがそれ以上であります。また、原田先生からの御質問・御批判については、時間があればお答えさせて頂きます。

司会：どうもありがとうございました。高椋先生の患者一人一人から見たネットワーク作りから一転して、国の将来を見通した福祉、医療から福祉への流れ、医療財源の問題ですか。最近は厚生省の話もよく分かるんですけども、なかなか医療側としては厳しい状態にあるということで、さっきの良心的な病院は生き延びられるようにしたいです。高椋先生の所は診療所が厳しい状況にある、むしろ福祉の方がよりいい状況になって、まさに厚生省の言う通りになってきているようです。次に、保健所で、国および県の政策を実際に担当されたり、あと医療行政以外にも色々な方面に携わっている荒木先生にお願いします。今所属はどうちらに変わられたのでしょうか。

荒木：今、大宮保健所長と常陸大田保健所長を兼任しています。今日は幾つか知って頂きたいことに焦点を絞って話をします。まず第一に筑波大学は茨城県内にあり、皆さんに一番かかわる問題として県内の医師の数は人口10万対で多いのか少ないのかということが問題です。平成5年度は、全国で45位で、これは最下位に近い状態です。44位は岐阜県で、茨城県がこれから医者を増やしても、茨城県は岐阜県を抜くことが出来ないという状況だそうです。つまり、茨城県内で筑波の卒業生が働くには大変都合がいいし、また、需要もあるのだという嬉しい話をしたかったということです。もう一点は、県内に医師の働く場所はちゃんと確保されているのかということです。茨城県の病院の構成を見てみると、大きな病院が無い。つまり、中小の病院が多く、トータルでの病床数としては充足しています。そういう中で皆さんにど

うしてもらいたいかというと、あまり大きな病院を志向するのではなく、小回りのきくお医者さんになって地域で働いてもらいたいのです。

あとで数字を見ながらお話ししますが、もう皆さんがそれぞれ話したので私の話すことはないのですが、保健所というところは大久保さんが話したように厚生省で政策を立案しまして、それを厚生省の中の各部局に下ろします。それから各部局に下ろしたものを、今度は各都道府県の衛生部に下ろします。各都道府県の衛生部が部内の各課に下ろします。各課に下ろしたものを保健所に下ろして実行をするという流れです。大久保さんの考えたことが私達の所まで来るとかなり変っているわけです。ただ、私達がきちんとやらない限り大久保さんは嬉しくないだろうとし、私達が現場で活動して大久保さんの考えたことが現場で生きてくると、大久保さんの生きがいになってくるのかなど考えながら、行政の末端で仕事をしています。なぜそういうところで仕事をするようになったかというと、私は社会医学系の大学院に入り精神衛生ということをやってきました。修了後、「地域に出なくてはならない」という高椋さんと同じような志を持ち、東京で採算が絶対に上がらないだろうといわれていた思春期精神科クリニックをやりました。経営的には、大変苦労をした覚えがあります。患者さんは、次から次ぎに増えてきて、どこかで歯止めをかけないといけないと考え、予防医学の必要性から、精神保健センターに入りました。しかしこの年からは、保健所の医者が足りないということで、鉢田保健所に配置され、現在で、6年になります。最近やっと大久保さんや原田さんのいっていることがよく分かってきたところです。

それでは皆さんにお配りした茨城県の保健医療指標というプリントをみてください。これには数値と全国での順位が書いてあります。茨城県の知事は全国で1番になる必要はないが、40位以下はやめてくれよ。まあ、20位ぐらいの所の順位になることと、保健指標のどこをとっても大体均等であるというような水準にならないか、という話をしています。みていただくとわかるのですが、茨

茨城県保健医療指標 (H5.12.8-医務課)

保健的要素					
項目		茨城県	全国順位	全国平均	備考
平均壽命 (2年地域別 生命表)	男	75.67歳	長い方から31位	76.04歳	4年全国 76.09
	女	81.59歳	長い方から44位	82.07歳	4年全国 82.22
年齢調整死亡率 (2年都道県別 年齢調整死亡率— 人口10万対)	男	763.1	高い方から 17位	749.7	旧 訂正死亡率
	女	450.8	高い方から 3位	423.0	
乳児死亡率(4年人口動態 統計—出生千人対)		3.8	高い方から 45位	4.5	
新生児死亡率(4年人口動 態統計—出生千人対)		2.1	高い方から 35位	2.4	
死亡率 (4年人 口動態統 計—人口 10万対)	全死因	689.9	高い方から35位	693.8	
	① 悪性新生物	172.6	高い方から40位	187.8	
	② 心疾患	140.9	高い方から37位	142.0	
	③ 脳血管疾患	107.7	高い方から26位	95.6	
	⑩ 糖尿病	8.5	高い方から23位	8.0	
合計特殊出生率(4年人口 動態統計)		1.60	高い方から22位	1.50	
通院者数(元年国民 生活基礎調査— 人口千人対 ※入院含まず)	総数	226.3	低い方から 3位	252.4	
	男	203.1	低い方から 7位	224.8	
	女	249.9	低い方から 3位	278.9	
有訴者数(元年国民 生活基礎調査— 人口千人対)	総数	223.1	低い方から 2位	274.3	
	男	201.1	低い方から 2位	245.3	
	女	245.5	低い方から 2位	302.0	
2年度国民1人当たり 医療費(推計)		139,000円	低い方から 5位	167,000円	
項目		茨城県	全国順位	全国	備考
総務庁 推計人口 4年10月 1日現在)	総人口	2,895,000	多い方から11位	124,452,000	
	老年人口(65 歳以上/総人 口:割合)	370,000 (12.8%)	多い方から 39位	16,242,000 (13.1%)	順位は割合に よる。

参考

*県内老人保健施設

23施設(入所定員 入所: 2,026人 通所: 248人)

*県内老人訪問看護ステーション

10施設

*平2.10.1国勢調査

人口(総務省)

総人口

老年人口(65歳以上
/総人口:割合)

茨城県

2,845,382

338,799

(11.9 %)

全国

123,611,167

14,894,595

(12.0 %)

多い
方から

12位

38位

医 療 的 要 素					
項 目		茨城県	全 国 順 位	全 国 平 均	備 考
病院数 (4年医療施設調査—人口10万対)	総 数	8.6 (249)	多い方から20位	8.0 (9,963)	() は実数
	総合病院	0.8 (22)	多い方から38位	0.9 (1,151)	"
	一般病院	7.7 (223)	多い方から21位	7.1 (8,877)	"
一般診療所数 (4年医療施設調査—人口10万対)		45.1 (1,305)	多い方から 46位	67.0 (83,394)	"
歯科診療所数 (4年医療施設調査—人口10万対)		37.1 (1,075)	多い方から 29位	44.2 (55,002)	"
病床数 (4年医療施設調査—人口10万対)	病 院	1,199.0 (34,710)	多い方から 33位	1,355.3 (1,686,696)	"
	一般診療所	161.2 (4,667)	多い方から34位	217.4 (270,618)	"
医師数 (4年医師歯科医師薬剤師調査—人口10万対)		122.9 (3,557人)	多い方から 45位	176.5 219,704人	() は実数
歯科医師数 (")		48.3 (1,398人)	多い方から 37位	62.2 77,416人	"
薬剤師数 (")		119.1 (3,447人)	多い方から 25位	130.2 162,021人	"
看護婦(士)数 4年厚生省報告例—人口10万対)		234.4 (6,785人)	多い方から 45位	354.6 441,309人	"
准看護婦(士)数 4年厚生省報告例—人口10万対)		248.1 (7,183人)	多い方から 37位	284.8 354,501人	"
保健婦数 (4年厚生省報告例—人口10万対)		21.2 (615人)	多い方から 35位	21.6 (26,909人)	"
歯科衛生士数 (4年厚生省報告例—人口10万対)		21.3 (617人)	多い方から 43位	35.5 (44,219人)	"
受 療 率 (2年患者調査—人口10万対)	総 数	5,340	多い方から42位	6,768	
	入 院	997	多い方から36位	1,214	
	外 来	4,343	多い方から44位	5,554	
一 般 病 床 利 用 率 (4年病院報告)		72.2% (71.3)	高い方から 47位 (47位)	81.1% (81.9)	() は前年
一 般 病 床 平 均 在 院 日 数 (4年病院報告)		29.9日 (30.4)	長い方から 42位 (42位)	36.2日 (37.2)	"
1 日 在 院 患 者 数 (4年病院報告—人口10万対)		923.0人 (933.6)	多い方から 36位 (36位)	1,123.1人 (1,134.5)	"
1 日 外 来 患 者 数 (4年病院報告—人口10万対)		1,633.0人 (1,617.6)	多い方から 30位 (27位)	1,712.1人 (1,690.5)	"

参考 理学療法士・作業療法士数 (平4年病院報告)

理学療法士：茨城県 113 全 国 9,937 作業療法士：茨城県 40 全 国 4,100

城県の保健指標というのは、かなりひどいものです。何がひどいのかといいますと、先ず右側の方の医師数というのを見て下さい。先ほども言いましたように、多い方から45位というのは、非常に医師が少ないということです。歯医者も同様です。看護婦の数も45位です。准看護婦も37位、保健婦も35位、歯科衛生士も43位というようなことです。何しろ全体的に医療従事者の数が少ないので。

それから医師数の上を見て頂きますと、病院の病床数というのがあります。先ほども言いましたように、ベッド数としては全国でも多い方から33位ですのでまあまあですが、1番上に病院数というところの総合病院というのを見ますと、これは全国で38位ということです。つまり、総合病院はないが、一般病院で何とかベッド数を確保してもらっているということです。その下の一般診療所というのを見て下さい。46位です。一般の診療所が非常に少ないということです。近ごろ「かかりつけ医」ということで診療所が地域の住民の健康管理をしていく、と言われていますが、このような状況では茨城県はなかなか実現出来ないわけです。私が前にいた保健所管内では、診療所の医師が高齢化しており、最初5人いたところが、4人になり、3人になったという市町村もあります。息子さんはお医者さんになっているのですが、高椋さんのように地元に戻ってこないのです。なぜ戻ってこないかということが茨城県の大きな問題です。

もうちょっと下の方にもう一つの特徴があります。受療率が、非常に少ないです。つまり、医療機関に行かないということです。なぜ医療機関に行かないのかという議論があります。ある人は茨城県の県民性として、我慢強いのだという人もいます。いや我慢強いからではなく、病院が少ない、近くに病院がない、大きな病院じゃないとみんな行かない等といろいろ原因は考えられるようです。このようなわけですからある面でお医者さんは欲しいし、いいお医者さんがたくさんくれば患者さんは行くだろうと思います。茨城県はこのように非常に可能性の高い地域であるということを筑波大学の方には知って頂きたい。

今お話しした3点についてもう少し詳しく見ていきますと、茨城県の医師数は、全国で45位ということです。全国平均と比べると人口10万人あたりの差がかなりあります。そしてその内訳を見ますと、茨城県は勤務医の方が多く、診療所の人の方が少ない。それからもう一つ重要な事は、地域による偏在です。医師は筑波、土浦に集中しています。そして最近の傾向として、開業される方は皆筑波の周辺にいるという事です。出来ればもっと遠くへ出て開業してもらいたいと思います。2番目に、病床数が少ない。そして病床数当たりの医師数も少ない。少ない人数で、苦しい営業をしている状況です。それから、病院数は多いのだけれども、小規模な病院が多いのです。50床以下の病院が、全国平均に比べて大変多い。そして、1病院当たりの医師数というのは全国平均で16人であるのに対し、茨城では10.9人しかいないという事です。それから、診療所の数が非常に少ない。私達が前にやっていた精神科の分野では、東京では各駅に1つずつ精神科の診療所がありますが、茨城県は県内全部でも10数カ所しかないという、全くひどい状況です。ですから皆さんが茨城県内で活躍する場所はたくさんあるということです。

それから、先程高椋先生、原田先生、大久保先生のお話にもちょくちょく出てくる問題ですが、やはり各病院と診療所が一緒に専門性を出して連携していくかなくてはならないという事です。茨城県の場合には特に地域で連携していく必要があるのではないかと思います。もう一つは、高椋先生のように医者の少ない地域に是非進出して頂きたいということです。特に耳鼻科、眼科、整形外科などの専門の診療所がありません。そういう中で、やはり皆さんのが専門性を生かして、専門的な診療所を週に1回でも2回でも結構ですので、地域で開いて頂くのが、その医療政策上の公正と公平、住民のためになるのではないかと思います。以上のような観点から皆さんの将来を設計して頂きたいなと期待しています。

司会：どうもありがとうございました。先程大久保先生から、最近の厚生省の方向性は医療から福祉へということでした。今のお話にありましたよ

うに、茨城県では医者や看護婦数が少ない。また病院も中小の病院が多いという特徴を言われましたが、福祉の方も保健所や衛生部で扱っていますよね、そういう福祉の状況は茨城県は低いのでしょうか。

荒木：福祉と医療が、保健と医療が連絡し合うことが大切です。茨城県には福祉部というのがあり、福祉の関係は福祉部がやっています。

司会：衛生部は管轄外でしたか。そういう事も知りませんでした。

荒木：ただ、最近は保健所に地域保健推進室という部署ができ、一緒に作業をやるようにしています。

司会：皆さん、どうも長らくありがとうございました。ではこれから、討議に入らさせて頂きます。

『中断』

高椋：・・・。おっしゃる通りなんです。現場にいると、病院の都合で動いているんです。患者さんの都合で動いているわけではないんです。患者さんのためではないんです。その極端な例で言いますと、いい加減な事をやっている所としっかりやっている所とでは連携できるわけがないんです。僕の中津市の近郊の、少し田舎のお医者さんがいます。この人は、午前中はちょっと診察していて、午後からは薬と注射器と注射アンプルをいっぱい持って往診を20何軒ずうーと回っています。在宅診療です。注射しますと往診料をもらいます。この人は一番税金を払っています。ところがこのDr.は、??な医療をするんです。でも在宅医です。いま流行りの在宅医です。往診をいっぱいする、これが良心的なお医者さんなのでしょうか。うちなんか、往診なんて一週間に一日です。本当に寝たきりでどうしても動かせないような患者さんに対して、往診にも行けば、訪問看護にも行けば、場合によっては訪問看護支援センターにも行っています。しかし、全然お金にならないことも多いので、やはり現場と制度が、まだ、うまく連動できていないんですよ。それが医療経営に

おいて一番の問題点です。だから良心的なお医者さんが、例えば私の同級生も開業しようとしている人もいますが、一定時間自分達はこれだけをやり、それで採算がとれるだけをやろうとします。しかしその上でどこかと連携をしたとしても、時間をとられるだけで、それ、全然採算が取れません。というのが、現場での意見です。

一つだけ、大久保先生に質問したいんですけど、7ページの表の中に、医療収支率というのがありますよね。90何%ですよね。しかしこの中には、個々の経営分析の中には、減価償却費の評価が入っていないと思うんです。この中には、減価償却がかなり終わった病院が含まれていると思うんです。減価償却が少ないと言うことは、施設をきれいにしたり、よくしたりしていないと思います。帳簿上は確かに黒字です。しかし、減価償却が少ないということは、これから先、何もできないと思います。病院を立て直したとか、良くしたといっても、収益のボリューム自体はまず上がってきませんよ。収入自体が、特にこれから上がってきてきませんよ。全体額がですね。その所を、あの、まとめた時の統計データとやはり個々の経営内容は違うんだということを、やはりもう少しオープンにしないといけないと思うんです。あの調査は本当はどうなんだということです。例えば、廊下の幅をもう少し広くとか、改造するとかして良くしたいと思っている病院が増えているのじゃないかと思うんです。多く中小病院の中で。だから、危機感を持っているから、みんな色々なことを言い出しているんじゃないかなと思ってますがどうでしょうか。

大久保：では、いくつかまとめて。まず点数で言いますと、点数による経済誘導の時代はもう終わっているのではないか。経済誘導はもう限界に来ているのではないかと考えています。ただ、我々がこれから目指すべき医療というものは、「こういう医療をやっていくといいよ」という一つの道しるべと言いますか、方向性をすると言う意味で、点数の差を付けています。決してこれで協力な経済誘導をしようというわけではない。またそういう時代は終わったたと思うんです。また逆に経済

誘導させて、経済的理由のみによって動く医者は私は正しい医者ではないと思います。高椋先生がおっしゃった様に、在宅医療で、往診で適当な医療をやっている人が儲かるかもしれません。制度的にはそういうわけにしたのですから。ただその行動変化の判断基準は、医者の資質の問題に関わることです。やはり医者自身が、最高学府を出たものとして、恥ずかしくないか、よく自分で考えることです。また制度ですから、制度を悪用する人は必ずいるでしょう。そういう人に対しては、仲間同士の監視、peer-reviewという事でやっていかなければなりません。そういうことがされず、制度を悪用する事が目立ちますと、我々がつけた点数というものが全く意味のないものとなり、結果として次回は点数を引き下げるということがあるかもしれません。

それと、この調査は日本で行われた今までの調査で民間病院としては一番サンプル数が多いのですが、あくまでマクロの話でありますから平均値であります。実態を知るにはさらに中央値とか標準偏差というものがなければなりません。高椋先生のおっしゃった減価償却の問題ですが、個々の病院はそれは大変な話だろうと思います。特に国民皆保険ができるて、特に昭和40年以降病院がだんだん増えてきました。そのような病院が丁度現在建て替え時期にきています。今まで建て替えなしで何とかやってきたのですが、この経済状況で一層厳しくなってきています。お配りした一番最後の表に建て替え状況について載せています。医療法人でいいますと、だいたい3割位がもう建て直しの時期にきていますが、実際そのうち本当に実現できるのがまたその3分の一、9.3%であります。できないのは3分の2ありますて、このうち資金難、つまり資金の問題でできないのが3分の2です。また面白いことに3分の1は将来の不安ということがあるわけなのです。今建て直して本当に病院がもうかるのかと、というより回収できるのかということです。我々は、いわゆるキャピタルといわれている部門について、今まででは減価償却ということで、ちゃんと資料に反映させてきたといつてきました。事実一部そうだったし

かし、保険局医療課(診療報酬点数を決定するところ)時代の私がそう言ってきたわけですが、保険政策局指導課(病院経営指導をするところ)という所へ移動してきた場合には、確かに反映させているかもしれません、それでは十分にカバーできていない。特に多くの病院が建て替え時期を迎える時には、今の点数のやりかたでは苦しいんではないかと思います。民間病院といえども、21世紀へ向けての社会的基盤であると考えて、公費からある程度お金をだすのはどうか。公費を出すというのは、例えば100億円の事業費をある程度基準をもうけて民間病院に補助するとか、さらに一步進んで、保険財源を使ったら。例えば医療費の20兆円のうち1%で200億円ですから、医療費の1%を病院のキャピタルに使うといった選択が、将来できるかどうかという話にもなります。ただここで、注意しなければならないのは、民間には国の金を出せないというのが、憲法にあります。そう言うと、私学助成金は何だということになりますが、どう解釈しているのか分かりませんが、幸いにも実際には民間にも出している例があります。そういう法制度的な問題もなんとかクリアし、我々としては、病院はある程度公共的なものであるとして位置づけ、公費を出して病院の手助けをして行きたいと考えています。もちろん全額を出すわけではありませんが。

診療報酬の点数は全医療機関に適用されるマクロ的な制度ですが、その制度を悪用する個々の医療機関に対しては医療Gメンが取り締まっています。医療Gメンが行える医療機関数には限界があります。従って全医療機関に対してはこの医療Gメンの今後の波及効果というものを期待するしかありません。そして最終的にはやはりお互いの医者同士での監視といいますか、まあ情報交換も含めて、監視しあうというのが必要になると思います。それと、原田先生から御質問にあった事は、消費税の話ですね。診療報酬の引き上げ幅というのは、昭和56年以前と56年以降とで大きく変わりました。56年以前は簡単に言いますと、医業費用が10%上がれば10%引き上げて欲しいと、費用スライド方式と言っております。しかし56年以降は、

医療費の適正化という事で、費用は確かに増えるけれども、収入だって増えるでしょう。ということで、収入の増をある程度推計して、その差について補填する。たとえば費用が10%増えて、収入も5%増えれば5%埋め合わせましょうという診療報酬点数のやり方をするようになった。そういう関係で伸び率が下がってきているわけあります。まあそういう方式がいいかどうかは別として、それで消費税の話に戻しますが、平成元年に消費税に関連して、薬が全部3%上がらなかつた点については、在庫が半分あれば、消費税がある意味では1.5%でいいということになります。それでその費用はどの位上がるかというとの調査を、医療課では、診療報酬改定の資料として、医療経済実態調査と言うのをずっとやってきています。高椋先生のところも調査対象となつたかもしれません、サンプル調査で医療機関を抽出してやっています。この医業費用部分については消費税込みの値段として調査されているはずです。ということは、消費税を全然見ていないとのご意見に関しては、この主張がどこまで御理解頂けるか分かりませんが、医業費用の中に消費税込みの調査をしていますから、消費税を呑み込んでいると言うことができます。この消費税議論はですね、あの実は昨日も紀伊国先生と話をしてたんですが、確かに少なくとも我々がそう言っても、誰もそう思っていないという所に問題があります。単にPR不足か、うそを我々が言っているのかについて、もう少し調査をしてみようということで、紀伊国先生が中心となる研究会では、意見が一致しております。

次に医薬分業ですが、医薬分業も、当然患者にとっては、医療機関で薬をもらうのと比較すれば費用は増えるものです。それで費用が増える分だけ、やはり原田先生がおっしゃる通りに、服薬指導もきちんと時間をかけてしてもららるし、2カ所からもらった薬の相互作用のチェックもされることになります。費用が増える分、患者が満足していれば問題ないのです。しかし、単に第二薬局的に、たとえば大学病院では薬は出さないから隣の薬局に行ってくれとか、またBという病院では

その隣の薬局に行ってくれというのであれば、全く医薬分業の意味はない。当初は医薬分業することによって、お医者さんが薬を多少は減らしてくれるからと言うことを期待していたのですが、それほどでもない。この間、ソリブジンの問題がありましたが、やはり2カ所の病院からもらう薬のチェックはそれぞれの第二薬局では不可能であります。やはりかかりつけ薬局を持つことが重要であります。先程大学病院の薬剤費の予算の制約があって、外に出しているという事実も、確かにあります。その制度を単に経済的理由で利用するかしないかは、病院のシステムの問題かもしれません。我々はいいことをやろうとした事に対して、ある程度保障してあげようということあります。制度を悪用したい人は悪用してもある程度やむを得ないが、それは他の方法で取り締まるしかない、と思っています。

原田：経済誘導していないという話ですが、医薬分業を見れば、明らかに経済誘導でしかあり得ない、と思います。それで医薬分業の制度が悪いんではなく、それを悪用する人がするかもしれないといいますけれど、医薬分業の進行具合がここ数年すごく進んでいます。それは経営状態が悪化するからです。消費税の負担が病院にかなり大きいかから進んでいるんです。それでですね、患者には健康保険の負担が10倍ですよ、10倍、茨城県ではね。こんだけ金がかかっているんだということを何も言わないで、ただ単にいい面だけを取り上げて、薬の処方料が減る効果がどれ位あるかも分からぬし、また今現在ほとんどないと思います。またダブルチェックもほとんど出来ていません。違う病院で出された薬がそのチェックを受けることは非常に大事なことだと思いますし、もう一つ大事なのは、患者のその薬の服薬状況が医者に情報としてフィードバックするということが大切なわけです。医者が出した薬を全部飲んでいると思う人が多いと思いますが、患者の方は毎日飲むとは限りません。一日おきにしか飲んでいないかもしれません。この薬はちょっと効かないから、自分で飲むのはやめとか、いくらでも言い訳あるんですね。その状況を外来の限られた時間で聞く

というのは非常に不可能なことです。医者がそれを聞いたとしても、なかなか話すらいという面があります。確かに薬剤師が時間をかけて服薬指導するというのは意味があると思いますけれども、お互いの情報交換というものを今の状況でどのようにやるのでしょうか。一番大事なその服薬指導、薬剤管理という所で、金を払っているはずのことが、単に場所を代えて時間が早いだけ、その結果10倍の金を払わせている。それが、あと10年待ったならいい面分業になりますよとか、20年たらなりますよとかなりますか。その方向に進むようには、現状ではあり得ないと思います。

大久保：ちょっと待って下さい。その10倍というのがよく分からなかったのですが。

原田：ここに調剤料の比較という表があります。各県が今年院外処方で、調剤料でいくらかかったかという平均が出ていますし、病院の平均もでています。調剤医療機関で処方した場合に、調剤技術基本料が70円かかります。いいですか。薬を出した時に、薬の料金以外に薬を処方したということで、お金とるんです。医療機関では、どんな薬をだそうが、処方箋料が70円、そして調剤料は内服薬について40円、頓服薬について10円、外服薬について20円、ということがあります。これは薬を

出す量に関係ありません。で、病院でその薬をもらった時の例として、医療機関で処方した場合には、調剤技術基本料、調剤料、処方料の合計すると、例に書いてある内服薬3剤と湿布剤を出した時に、院内処方の場合、計370円となります。茨城県の平均では400円弱です。薬のお金以外にですね。これを院外処方にした場合には、調剤技術基本料、ただ薬を出すだけで、350円です。基準調剤加算とか計量混合加算とかありますが、まあ、それは抜きにします。内服薬は一剤、一日分について60円、ですから何剤か出せば、時点によって違いますが、2剤飲み方の違う薬を出せば60円×2×処方料×処方日数をかける訳です。頓服薬、外用薬についても同様です。ですから同じ薬を出したとしてね、院外処方をした時には、病院に払う院外処方箋料740円を加算して、計2850円になる訳です。これは処方料として同じ薬を出したとして、これで言うと7.7倍ですが、さっきお話ししたように、茨城県の平均は4千円弱です。つまり同じ薬を出したとして、10倍のお金を出さないと薬をもらえないのです。だけども、それは老人の場合には自己負担はゼロですから、自分ではお金はかかりません。一割負担の人では、4千円負担が400円負担になりますから、コーヒー一杯の値

調剤報酬料の比較

医療機関の処方、調剤料

調剤技術基本料	70円
(薬剤師が常勤する医療機関において月1回算定)	
調剤料	
内服薬	40円
屯服薬	10円
外用薬	20円
処方料	240円
処方箋料(院外)	740円

医療費(患者の自己負担は保険の種類によって異なる)

医療機関で処方した場合

 調剤技術基本料+調剤料+処方料

院外処方を利用した場合

 院外処方箋料+調剤技術料(基本料+加算)+調剤料(+薬剤服用歴管理指導料)

(例) 内服薬三剤と湿布一剤を以下のように処方した場合

 OO3Tab 3x n.d.E.14T.D.

 XX3Tab 3x n.d.E.14T.D.

 OX1Tab 1x v.d.s.14T.D. 湿布剤 400g

院内処方時の医療費

 調剤技術基本料70円 処方料240円 調剤料60円 計370円

院外処方時の医療費

 院外処方箋料 740円(病院)

 調剤基本料350円 基準調剤加算120円 調剤料1640円(調剤薬局)

薬局の調剤報酬

調剤技術料	
調剤基本料	350円
基準調剤加算	120円
計量混合加算	240円
調剤料	
内服薬(1剤1日分)	60円
屯服薬(1包)	60円
外用薬(1剤)	100円
薬剤服用歴管理指導料	150円

内服薬については服用時点が同一である薬剤は1剤として算定する。また8日目以上14日目までは1日50円

計2850円(約7.7倍)

段だって、よく調剤薬局が言っていますが、実際には10倍払っているわけです。要するに場所を代えただけでこれだけかかるのは非常に無駄ではないか。これを進めるのであれば、服薬指導・薬歴管理というメリットをもっと進めていくような政策を出さなければいけないのでしょうか。

私は、この10倍が正しい、正しくないと言いたいわけではなくて、何で金がこういう風にかかるのか。それは新しい薬剤師が介入してきてその人達に金を払わなくてはいけないから、だから400円位でやったら経営が成り立たないよ、だから少し高いのはやむを得ない。けれども、その額の妥当性があるかということ。それともう一つ、そういうシステムで益がなくてはいけない。国民の質的向上を計ると言いながら、質的向上は計っていないくて、場所を代えただけで、金を取っているわけです。

司会：そうですね。確かに患者にとっては負担が大きくなっているわけですね、しかし、病院の負担つまり医者の病院経営にとっては余り関係ないようですが。

原田：いえ、病院の経営にも関係あるんですね。病院のメリットは、経営の合理化とか、薬剤師の病棟振り分けとか、院外処方箋の収入や消費税負担減とか色々あり、病院に都合がいい、つまり経営に都合がいいから進めるのであって、患者に都合がいいように進めているわけではありません。

高椋：あの、少し話が食い違ってきているようなので、大久保先生はあくまでも経済誘導の点数が絡んでいないと言っておられますがないと、原田先生はやっぱり点数で誘導されているということが、ゆがめているとの御意見ではないかと思うんですけども。原田先生、僕は、要するに個々の患者さんがということが、前提にあるわけです。一人一人が困っている患者さんです、患者が。一方で厚生省が困っているわけ。

大久保：分かりました。確かにこれ程の差があるのかどうかという所まではさすがに把握していましたが、それでは原田先生がおっしゃりたい事は、つまり、止めなさいという事ですか。

原田：いや違います。その金を払わせるのであれば、そのメリットを患者に早く持たせなさい。そういう政策を持っていなくて、何で医薬分業がいいと言うのか。今の医薬分業のシステムに悪い所があるのでしたら、早く是正すればいいわけ。けれど、現状では面分化が進むなんてことは絶対あり得ません。というのは、調剤薬局が吸収することはしょうがないが、個々の一般のOTCを扱っている薬局が、調剤する技術を持つためには、もう一回再教育しなければならない。それから、今から出てくる薬剤師を臨床薬剤師として育てなければならない。それは、年数かかっちゃいます。6年教育を今からやってたり、それから再教育するための政策というものが、医薬分業化推進事業というものが微々たる状況で、今の増加に追いつくわけがない。それに薬剤師の方でも、こんなことで医薬分業進められたれらたまりませんよ。厚生省の言う通りにはまずなりませんと、薬剤師会でも言います。せいぜい40%位であると。かかりつけ医とかかかりつけ薬局を持たせるなんて厚生省が言っても、患者の方はいやと言うかもしれませんよ。近くの薬局で薬をもらうのが何でそれがいいんだと。サービスがいい所でもらいたいし、買い物の都合がいい所でもらいたいかもしれない。駐車場のある所でとか、色々なニーズがあると思います。近くでもらいたいのではない。そのときに、あちこちもらっていたりしたら、薬歴管理はどうなるんだ、服薬指導はどうなるんだということになります。それと、もう一つの問題は、医者が処方している意図が、服薬指導なり、薬剤の指導なりの時にねじまげられている可能性がある。

大久保：それは医者と薬剤師さんとの関係の話ですね。まあそのような欠点はあるでしょう。私もけっして医薬分業をやればそれが100%いいとは思いません。それに、先生が医薬分業に対し、無意味であるとすれば、先生は医薬分業をしなければいいのであって。

な

原田：いや、僕がしなければいいんじゃなくて。病院がしたら僕は逆らえないでしょう。勤務医で

すから。

大久保：そこは、病院の内部の話ですのでよく分かりません。

原田：だから、例えば100%分業となったらどうするんですか。

大久保：分業がすべていいとは決して思いません。こうやって点数を高くしているのは、薬剤師さん達に対する期待度もあって点数を高くしている訳です。ただこの差が適切か否かは分かりません。これからのことを考えると医薬分業が100%達成されなくても、かかりつけ薬局を持ってもらうことは、決して間違っているとは思いません。少なくともかかりつけ薬局みたいなものを持って一ヵ所でちゃんと安心して薬が受けられるという制度を設け、それを利用したい人は利用すると。そして、その他の所へ行きたい人は他の薬局へ行ってもいいと思います。

原田：私は患者に選択権を与えなさいということなんです。

大久保：薬をもらう場所の選択権は当然あるわけです。

原田：だから、病院が医薬分業に皆、進めてしまっては、患者はどこの病院に行った所で、医薬分業だったら、選択権はないじゃありませんか。

大久保：行く薬局には選択権はありますよね。

原田：だから、患者が薬局を選ぶことによって、薬歴管理が、ばらばらになった場合、どうするのですか。

大久保：それでは余り意味がないのであって、一つのかかりつけ薬局を持ちましょうということを、患者に教育をする訳ですし、そういうことに十分応えられる薬剤師を作ろうということです。それは一度にはうまく行きません。確かに、これは問題がある、と言うよりは発展途上にある。で、そういう問題を見ても方向として間違っていれば、先生方の意見も、厚生省の意見も全く違うことをやっているんだったら、中止しなければいけないと思います。少なくとも、かかりつけ薬局を持って、薬歴管理をしてもらいたいという患者さんがいれば、それに対して制度的に支援してやろうというのが真意です。

原田：医薬分業がいつから始まつたのかご存じで。

大久保：医薬分業、それは昔からあります。その、武見太郎先生はずっとやっていたわけですから。

司会：話がずいぶん細かくなつて、医薬分業に入っていますけれど。確かに、細かい政策の変更に伴つて患者も医者も困るということはあるんですが。厚生省の方はもっと長い将来の事を考えてやつていらっしゃるんですよね。原田先生が上げた中には、厚生省側の医薬分業のメリットとして、望ましい事は書いてあるんですが、その中には経済的な事も含まれていると思うんですよ。そのようなことがメインではないかと思うんですが。

大久保：ですから、我々が目指そうとしている事は、あるべき姿みたいなものがあって、その方向に沿つた人に対しては、ある程度お金は保障して上げましょうという主旨です。国としては少なくとも道作りはして上げようということで、点数の設定とか、それを支援する制度を作ることをするわけです。

原田：そうではなくて、では10年後によくなつて行く方に進むのであれば、それは賛成です。

大久保：現時点で私にはアイデアがありませんので、今の制度のどこをどう変えたらいいか。どんなアイデアがあるのでしょうか、教えて頂ければ幸いです。

原田：要するに目指すところは薬歴管理と服薬指導です。それを補うものは、薬局で管理しようとしてもできないのです。患者と一緒に、処方指導とか、薬歴管理を蓄積している薬歴手帳でもいいのですが、そういう情報を収集したものを患者に持たせて移動すれば、違う所に行っても、それを出せば分かるのです。あるいは、ある地域で、それをコンピューターに入れておいて、どこの薬局に行っても引き出せるようにしておくとか。そういう方法には患者のプライバシーの問題がありますから、やり方は慎重にしなければなりませんけれども。情報管理をいかに継続してやるかという事に目を向けていなければ、勝手にやっていればその内出来るだろうという方法ではダメだと思うのです。

大久保：私も先生と同じように、例えばICカードにその基礎的なデータを収集して、常にそれを持ち歩いて医療機関でアクセスするというのも、確かにこれから考えられていくでしょう。またかかりつけ薬局が十分進展されなくても、確かにそれはいいと思います。私も先生のおおっしゃる事について全く否定している訳ではないんです。立場上ある程度過大になって反対しているわけですが。まあ今の医薬分業の実態は理想の在り方から大きく乖離しているので、先生のおっしゃる通り、私も意味ないことだと思います。かなりの部分が無駄使いだと思います。

原田：実は近くの病院で、医薬分業に踏み切りました。ほとんど同じ敷地内にある第二薬局と言つていいような、大型調剤薬局を入れて、そこに引き込むことが、まかり通っています。厚生省も、調剤に出している量が何%以上だったら、第二薬局と言いますよと、色々指導していますけれども、もう少し適切にやっていかないといけないと思います。それと私が一番心配なのが、備蓄の問題です。今回の改訂で商品名ではなくて一般名で出せるようにして、備蓄を減らそうという考えがありますけれども、厚生省のどなたかが、ゾロ商品は同種同効として認められないというペーパー出して、その危険性を指摘していますよ。薬局側は、商品名で出されたものを、備蓄がないから、同種同効ということで同じ一般名のものを出すかもしれない。その辺の問題とか、患者さんにとって、色々な問題があるわけですよ。そのところを、もう少し実際のところを、考えてみないと、単に医薬分業の方針、理念だけ出しても、理念に追いついていかないことが多いと…。

司会：すみません。お話を余り、細かくなってしまいますと、何が問題なのか分からなくなってしまうので、座長として話の方向を修正したいのですが。

高椋：海老原先生、ここへみんなが集まったのは、各々の立場、例えば、病院とか診療所とか現場で考えるのと、厚生省と、保健所とかで考えるのと、色々あると思うのだけれど、もう一通りの話は話したわけでしょう。だから電話でもおっしゃって

たけれど、ここで、例えば同級生はどうなって欲しいとか、後輩はどういうところへいってほしいとか。

司会：それは最後にやろうと思ってます。さっき、荒木先生から、各医療政策は、厚生省から各県にいって、それから保健所にまわって、それがまた我々医療側とか、事務部門に関係してくるように伺いました。そこに、実際医療に携わっている我々の意見というものはなかなか、行政側に述べる機会もないでの、原田先生は大久保先生が厚生省の代表のような形でおっしゃったと思うのですけれど。そういう場を是非、大久保先生、あちこちで開かれたらよろしんじないかと思いますが、そういう努力はなされているのでしょうか。実際、このような福祉ビジョンとかを見ましても、福祉は関係していますが、医療側の意見とかいうものが、どこまで入っているんだろうという疑問はあるんですけど。厚生省としても、そういう意見を取り入れる機会は多いのでしょうか。

大久保、審議会を作ったりしますが、結局そのメンバーを誰にするかということになります。厚生省として考えるのは、医療の代表として誰を選定するかということです。このビジョンでは、日本医師会の副会長の坂上先生しか出ていませんが、例えば、さらに病院側の代表者を選ぶとか考えられます。ただこれは現場の先生方にいわせますと、そんな代表者、例えば、病院協会の副会長とかなんかを入れても、それは我々の声とは違うんだという意見もよく聞かれます。そこは我々行政側の限界といいますか、そこは各業界が調整して、業界の意見をまとめて出てくる、出してくると言うことも間接的な吸い上げといいますか、意見の聴取をやるわけです。それ以外で、積極的にこちらからということは、非公式で色々な会があれば行きますけれども、公式な場で、本当に第一線で働いている先生方と直に議論するということは、まずないです。

司会：ぜひ、こういう会で出たことを、大久保先生は官僚のトップの方々もかなり御存知でしょうから、原田先生の御意見も反映して頂ければと思います。

大久保：もちろん、われわれは現場から遠く離れていて、ある意味では机上の空論に陥りやすいですから、そういう先生方の御意見は勿論、判断の重要な材料となります。ただ、我々はそのときバランス感覚といいますか、先生方の意見も確かに貴重なのですが、これは全医療の中のどれ位の位置づけになっているかということを知らなければなりません。正しいかどうかは別として、やはり、医師会とか病院会という「ふるい」を通した意見に偏る傾向にあります。

司会：もし機会がありましたら、原田先生の主張した事をいっている方もいらっしゃると伝えていただければと。

原田：ずいぶん細かいことも言いましたけれども、大事な事は、日々の診療だけではなくて、色々連携するためにとか、ゆとりを持って、みんなで話し合う機会があって、いい医療環境を作るのにはどうすればいいのか、考え合う環境作りが必要なんですね。だからそういう意味で、みんなで考えていい方向へ向いていくようにしなければならない。締め付けで、こっちの方が点数高いよとか、そういう形で別の方向へもっていっても、余り実行力はない。むしろ、こういったみんなで話し合える場作り、というのが医療現場でも必要でないかと思っています。

高椋：ですから、いいですか。こういう場は非常に大切だと思うんですよ。だから例えばこういった環境作りとか、先生が病院で話し合える場作り、環境作りをしましょうと言った時、じゃあ病院側は何ができるんだ、行政側は何ができるんだ、保健所は何をやりましょうと。そういう役割分担と言いますが、お互いの立場で、それを作っていくために何をやっていくのかという議論は非常に建設的でいいのではないかと思います。

原田：高椋先生、一言だけ。昔、医者というのは経済的に余裕がありました。だから少々の金かせぎはいいや、ということがあったんですよ。その余裕を持って患者さんを診て、余裕持ってやりましょうという医者が多かったんです。ですが、経営的にどうかなという話が出るようになってきますと、一つ一つの保険点数が気になる。人件費

の問題が気になる。お客様が気になる。などと、細かい事が全部気になってきて医療を、保険点数上厳しく落ちがないようにやっていくしかないかなと、考えざるを得ないような状況になってきていると思います。また、仕事の幅を余分な事に手を出そうとしても、そんなもの一銭にもならないし、余裕もないからやってもしょうがない、というのが、かなりベースにあるのではないかと思っています。

司会：最後になりますけれども、先程高椋先生のアドバイスにもありましたけれども、同窓生や学生はこれからどうしていけばいいんだ、というのがありました。もともと、この主題というのは学生側の意見から出てきたことなんです。学生実習なんかであちこちで見聞きすると、医者の将来は暗いらしいと言うのです。これは本当に恐ろしいことです。医学部を出たら8割は医者になっている状況で、彼らが医者になって本当に職にあるんだろうかという不安が出てきていることは、かなり大変な事だと思うんですよ。そこで、最後に一言ずつ、特に学生に対して、医者として将来まだあるんだと、どういう方向に向かっていったらあるんだとか、そういうことを何かありましたら、原田先生からお伺いします。

原田：どういうのを医者と考えるのかによりますが、今まで思ってきたような医者の在り方というのは、今後減ってきます。ただし、医療という面で言うと、先程から出ているように、色々な所に関係してくるわけですから、患者さんにどういう所で接していくかと言う点に、自分なりに考えをもっていけば、まだまだ入っていける分野はあると思います。もう少し患者さんとの人間的な付き合い方をみて、広い面での医療というのを考えが必要となってくると思います。

司会：では高椋先生どうですか。

高椋：かなり、意見は似かよっていると思いますけれども、単純なパターンの医者はダメですね。一言で申し上げれば、優秀な医者にならないと食えない。優秀な医者というのは、例えば大学病院にいるのだったら、これは私だけ、私以外の人に出来ないという風な医者。また例えば公的な病

院に勤めるのなら、やっぱりあの先生がいないと、やっぱりあの先生に最後は説明してもらい、あの先生の手にかからないと、と言われるような医者。あるいは中小の病院であっても、それだけの本当に役割を担えるような医者。同じく臨床で、僕みたいに町医者であったら、もうあの先生と一緒に生きて、あの先生に死亡診断書を書いてもらいたいと思われるような医者。中途半端に、単純に何となく大学に残って、何となくしてたらどうにかかるだろうというのは、早く辞めるべきですね。

そして、さらに求めるのならば、医療をするというが、医者としてのイメージの中心にくるだろうけれども、例えばここにおられる先生方のように色々な経過で保健所長をやっておられる先生もいらっしゃるし、厚生省にお勤めになっている先生もいらっしゃる。やはりそれだけの意思を持って、なおかつ夢というのが医者になることではなくて、もっと大きな夢を持って、本当に役立つ、自分が身を捨てても本当に役に立つんだという、そういう意思が大事だと思います。例えば、手塚治虫さんは医者なんだけれども漫画を書いて、漫画でなんだという方もいいだろし、私は医者なんだけれども、政治家になりたいというのが出てきてもいいだろし、そういう大きな夢を持って、医学だけの事にとらわれずに人間の事、人間の事というと哲学から宗教から、何から今まで全部含めて、そういう所にこれから医者は、これは学生さんだけに言うのではなくて、我々の年代もやはり展開していかなくてはならない。そうでないと、何のために一所懸命勉強してきたのか、単に成績がよかつただけでは使い用がないような気がしてなりません。

司会：では大久保先生、どうですか。国民全体を考える上で、これから医者はどういう医者がいいか。どういう方向へ進んで行くか。お話全体がそうだったものですから。今後学生さんが余り暗くならないような、期待できるような進み方についてお願ひします。

大久保：私の立場から一番気になっているのが、開業医の平均年齢は60歳を迎えてますが、その開業医達が辞めた後、誰がその地域でプライ

マリーケアを担っていくかという点であります。今の医学教育が果たして、地域レベルのお医者さん達に対して正しい評価をしているのか。医学教育のなかで、みんな大学教授になろうというのは、まあ言い過ぎかもしれません、そういう傾向がないわけではありません。我々としてバランスを考えた場合に、当然教授になる人もいていいし、超スペシャリストになる人もいていいですけれども、これから開業して地域でプライマリーケアを担っていく人をぜひ育てて行きたい。そういう方向に興味を持っている学生には、将来自分の目指す所がどのような所かを知って頂きたいと思います。そのためには、開業医さんの研修とか、開業医さんがどういう仕事をしているのか、どういう苦労があるのかということを、さらに患者さん的一番生の声が聞かれる場所ですから、研修の場としても、ぜひ取り入れて、大学病院だけでの研修だけではなくて、地域での研修というものが必要です。高度医療だけではなくて、広く地域レベルでの視野と観点を持ったお医者さんになって欲しいと思います。

司会：ありがとうございました。荒木先生、茨城県で医者になる分には、まだ余裕があるということでしたが、どうでしょうか。どういう方向に向かうと、これから医者として生き延びていけるというのか、幸せになるのかという点で、いかがですか、医者という同業者としては。

荒木：楽しい話をしようと思って、話題を絞って持っていました。それで、さっきの原田先生の話にもあったんですが、話し合いの環境作りが大切だと思います。つくば市や、土浦の国立霞ヶ浦病院などでは先生方が、地域ネットワークを作って医療カンファレンスを開いています。あれは、大変評価されて、今年から県全体で見ならおうということで、予算もつきました。医療カンファレンスも6年から10年位、かなり長くやってますね。最初から予算をつけようと言うのではなく、皆さんの努力できちんと継続していただくと、そういうのが必ずどこかに聞こえて、実を結んでいくのではないかと思います。それで急ぐのであれば、大久保さんあたりに、こういうのをやっているよと、

宣伝していただければ早く世に伝わると思います。今日私は、原田先生が整形外科と柔道整復師とがグループ連携を行っていると聞いて、すごく面白いと思いました。ですから、やっている事を、もっとみんなが広めていくと、住民のためになる政策ができるてくるのかなと私は感じています。これから増々いろんな世界に出て行って、自分のやっている事を広めて頂ければと思います。

司会：ありがとうございました。本日はこういう会になると余り予想してませんでした。私は普通の勤務医なんですが、保険点数のことは気にしていて、病院にとってはいい医者でないかと思っていますが、皆さんはもっと広く患者の事を考え、あるいは国のこと、将来の事を考えていらっしゃいました、今日はこういう色々な話を伺えるとは思っていませんでした。

原田先生は色々言いたい事が少しは伝わっただろし、高椋先生はこれほど色んな事をやっていとは思っていませんでした。これが同窓会の人達にも、何かのモデルケースとして役立てていけるとありがたいと思います。大久保先生には、厚生省の代表のような役回りとなってしまい、申し

訳ありませんでした。

大久保：恐らく、厚生省の代表として、何か色々と追求されるのではないかと思っていました。こういうことは慣れておりますが、私もまだ未熟者で多少エキサイトした所もあり、反省しております。

司会：こういった方々が、我々同窓生のなかにもいらっしゃる事は、頗もしく感じます。どうもありがとうございました。それから荒木先生も、色々なことをやっていらっしゃった方だと存じておりましたけれども、しばらく茨城県にいらっしゃるとのこと、これからも何かと情報を頂ければと思います。

時間も一時間程オーバーしております。聴衆は少なかったのですが、各先生の熱弁は会報にも載りますので、会員の方々にも何かの参考になればいいと存じます。本日はどうもありがとうございました。

第15回総会・シンポジウムの詳細については、次号の会報でお知らせ致します。

第16回桐医会総会・シンポジウムのお知らせ

日時：5月18日(土), 14:00～予定

場所：医学専門学群棟4A-411

シンポジウム

議題「ポストトレジデントを考える」

司会 堀 孝文(7回生)

桐医会会報 第38号
発行日 1996年3月25日発行
発行者 山口 高史 編集 桐医会
〒350 茨城県つくば市天王台1-1-1
筑波大学医学専門学群学生担当氣付
印刷・製本 株式会社 イセブ