

西多摩医師会報

1983年7月1日

129号

発行所・社団法人 西多摩医師会 東京都青梅市西分3-103
編集委員・菅井 義久 TEL (0428)23-2171(代)
栗原 琢磨 齊藤 信幸 塩沢 永康
高木 直 堀田 洋夫 道又 正達 村山 正昭

行革のスケープゴート 医療を直撃するマイナスシーリング

昭和58年7月4日、林厚生大臣は中曽根首相を訪ね、59年度概算要求枠に関して「マイナスシーリングでは来年度予算が組めない」と説明し、厚生省予算への特別の配慮を求めた事が新聞で報導された。理由として「人口の老令化や物価スライドの要因から医療費や年金は当然増が大きな比重を占めている」ことが挙げられている。

医療費、年金、生活保護等、国民の日常生活にとって絶対欠かす事のできない医療や社会福祉関係の予算を「行革断行」のターゲットにするという中曽根内閣の誤まった政策の矛盾が早くも露呈したものと注目される。

これらの予算の削減は、即厚生行政そのものの削減を意味し、このままでは厚生省の存在理由も問われかねないという瀬戸際で、中曽根首相のシーリング圧縮要求に耐えかねて、今度の厚相要請となった様である。

中曽根内閣の表看板の一つは「行革断行」であるが、防衛費(=軍事予算)を聖域化した行革など、はじめから大きな無理があり、各分野において大小様々な抵抗や圧力があって断行どころか「推進」もままならぬのが実情であろう。その点「医者のもうけ過ぎ」というマスコミの露先払いのおかげか、最近の医師会が「借りて来た猫の如くおとなしく、小羊の如く従順」に見えるためか、医療費を軸として厚生省予算は行革の恰好の対象になっている様である。

国民の日常生活と直接的な接点を持つ厚生行政、その最高責任者である林厚生大臣は「行革断行」内閣の閣僚としての立場と、国民の医療を守らなければならぬ立場という二つの相反する要素にはさまれてニッチもサッチも行かなくなって中曽根総理に泣きついたというところであろうか。

しかし、その厚生省も、裏へまわってビタミン剤や感冒薬を保険の対象から外したり保険の給付率の一律引き下げや入院時給食費患者負担を企図していることは厚生官僚の度重なるアドバルーンで明らかになっている。その点を見すかした様に中曽根首相は「厚生省の予算編成が大変なことはわかるが、財政事情や行革推進もあり、事務当局で、もっと詰めてほしい」と答え、何が何でも厚生省予算を削減することを示唆したと伝えられている。軍事(防衛)、米価、国会、官僚等、自らの基盤を危うくするかも知れぬ機構には手をつけず、国民一般の日常生活に直接負担をおしつけることによって形式的な「行革」を「断行」して行くところに自民党中曽根内閣の基本的姿勢が、はっきりとあらわれている。

一方では軍隊の強化、一方では国民生活の圧迫を強行する政府、その与党に対し日本医師会は自らの「代表」を送り込み、議員として当選させた。

この様な状況の下で、日本医師会は、果たして国民の医療を守ることができるのだろうか。

(堀田記)

老人保健法の行方

—公立病院の立場から—

菅井義久

老人保健法が施行されて、約5ヶ月を経過しましたが、一般公立病院における日常診療には、良きにつけ、悪きにつけ、診療所や、私立の病院に比較すると、その影響は少ないように思います。公費負担の複雑さと、それに伴うレセプトの種類増加、窓口の混雑、負担金の説明など、医療事務の仕事量の増加については、いずれの医療機関についても、同じと思われます。

しかし、老人保健法の施行に踏みきった背景に、目を向けるとき、その医療行政のあり方には、多くの疑問が残ります。本法の主眼は、言う迄もなく、「医療費の抑制」であり、それに、とってつけたような「保健事業」の2つから成っています。しかしながら、本法の目的は、究極的には、老人を対象とした医療費の抑制以外、なにもものでもありません。すなわち、患者に対し、自己負担を入れることにより、受診の抑制を図り、診療側に対しては、診療点数の包括払いや、老人病床の規定化などの策を弄して、医療費の削減を、意図しています。このことは、残念ながら、一部の営利的老人病院に対する、不信のあらわれと、言わざるを得ない部分があります。とはいえ、このような施策で、今後長期に亘り、医療費の抑制が、期待できないのは、誰の目にも明らかです。

本法は、よく言えば、「老人病院」という概念を規定することにより、今後の医療再編成と、健康保険の再検討への足がかりとも、考えられますが、病院から排除される老人患者（又は病弱老人）に対する施策、さらには老人医療そして福祉は、どうあるべきか、という議論は、全くきくことができません。いみじくも、去る6月18日、福生市健康センターで行われた、厚生省技官近藤俊之氏との討論会で、氏は、厚生行政には、「局あって、省なし」と言われ、厚生省には、大局的な医療行政は、期待できない体質のあることを示しています。

次に「保健事業」についてですが、受入れの各自治体は、予算不足と具体策の貧困さから、これもまた、多くは期待し得ず、将来への不安を、残

したまゝになっています。

従来、一般の公立病院は、老人医療に対し、極めて消極的であったことは事実です。老人患者が長期間病床を占居し、また医師の、診療上の関心が乏しいことなどによると思います。しかし、高齢化社会を迎えつゝある今日、公立病院も、老人医療を、さけて通ることはできません。公立病院が、老人医療や老人看護、さらには保健事業に参画することは、将来の医療にとって、少くとも、「better」の方向と考えます。しかし、そのためには、自治体側の理解はもちろんのこと、公立病院に対する、がんじがらめの法的規制が、大きな障害となってきます。

老人保健法 第37条（医療の制限）の項で、「医療は、自己の故意の犯罪行為により、又は故意の疾病にかかり、又は負傷した者については、当該疾病又は負傷に関しては、行わない。」とあります。これが保険局の真意なのでしょう。本項は、医療費の給付について、述べたようですが、そのような解釈はできません。ずさんな、本法発足の経緯を、うかがい知ることができます。

西多摩医師会報

来月（130号、8月）は消夏文芸
随筆特集号の予定です。

会報用原稿用紙をお送り致します
ので、多数御寄稿下さいます
様お願い致します。



座談会

未来予測 医師会と地域医療

—厚生技官との話し合い—

昭和58年6月18日 於 福生健康センター

【司会・堀田】 きょうお話を伺うのは、厚生省の医系技官で行政にたずさわっている近藤俊之先生ですが、われわれは直接厚生省の技官とお話をしあえる機会は滅多にないものであり、本日はよい機会を与えられたものと思います。近藤先生は慶応を卒業せられて、慶応病院や横浜市立市民病院の小児科で臨床をやられたあと厚生省に入省せられ、たまたま一昨年六月の点数改正のときは保険局の医療課におられて、主として検査部門を担当され、昨年一年間はWHOの奨学生としてオーストラリアのシドニーにあるニューサウスウェールズ大学の中の、WHOの医学及び保健指導者トレーニングセンターにて研修され、本年一月帰国され、現在は統計情報部衛生統計課に在籍されております。

昨年老人保健法が成立しまして、今後の医療はどんどん変わってゆくと思います。私たちは今後の医療の変化にどう対応していったらよいか考えなければならないと思います。近藤先生は同じ医者である立場から私達と考え方に共通点もあると思いますし、厚生省の行政官としての立場からまた違う面もあるかも知れません。そこで、今後の日本の医療のあり方、それに関係したものについての考え方などについてご意見を伺いし、われわれと話し合い、問題点を浮きぼりにしたいと思っております。

【近藤技官】 厚生省に入りまして考えることは、医療の現場を離れてしまいますと、どうしても実際に医療をやっている皆様と感覚がずれてしまいやすいということでもあります。それで、行政をやっていく立場から、どうしても皆様と語り合い話し合っご意見をきく機会をもつことは大切だと思っているわけでもあります。それで、今年、オーストラリアから帰りまして、日本のあちこちの医師会の方などと会ったり、地域医療に意欲をもって活躍されている方々とも話合いました。

これからお話をすることは、私個人の考え方でありまして、厚生省の公式見解ではないということとをさきにお断りしておきます。幸いにして、今、

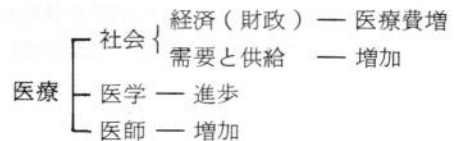
私は医療課 — そこはどちらかといえばドロドロしたところではありますが、そこをやめて衛生統計課というクリーンなところにおりますので、自由な発想や考え方に立てるわけでお話ししやすいわけでもあります。

お話をする場合、本来ならば、定義とか字句の解釈意味をはっきりさせなければならないのですが、今回は、ラフなスケッチで医療というものの全体像について述べてみたいと思います。

医療の将来展望

医療がこれから先、どうなってゆくか、将来の展望を述べてみたいと思います。医療の将来に関してどういう要因が加わるかという問題であります。医療にどういった要因がかかわり合うかについて分析してみることによって、それによって将来の予測ができるわけでもあります。

ちょっと図式を書いてみます。



医療というものを考える場合、医療は医学の社会的応用であるとするならば、一つには社会を考えなければならない。もう一つには医学を考えなければならないし、さらにもう一つにはそれを行うのは人ですからマンパワーの問題を考えなければならないわけです。この三つが医療をどう動かしていくかを考えなければならないのは当然であります。

社会というものを考える場合、一つには経済ということを考えなければならないです。お金がなければ医療は考えられません。何か余剰利益がなければ医療に回す金はないわけです。医療は再生産がきかないのであります。つまり財政の問題であります。社会という中にはもう一つ、需要と供給の問題があります。

医学ということを見ると、それを行うのは人即ち医師であります。医学の研究や技術が進歩してゆきます。それをどういう風に人が応用するか

(4)

ということでありませう。

経済の面は、保険財政は更に悪くなっていきます。国の経済状態が今までにくらべて悪くなっていくから当然です。医療費は国民総生産に対して5%を超えています。GNPの伸び率にくらべて医療費の上昇率の方が多くなっておりませう。国民医療費の限度はどの位かということになると、国民が租税と保険料をどれだけ負担できるかにかかってくるわけだ。近い将来に医療費の伸び率はGNPの伸び率以内にせざるを得ないでしょう。

需要についていいますと、人口の老令化と感染症の減少などを考えますと、この需要も変化してゆきます。

医学の進歩についていいますと、たとえば体外授精にしてもひとつの進歩でどう応用していくか、電子技術の発達にしてもどういう風に標準化していくか、標準化されれば誰でも使えるようになります。

人の問題ですが、今、人口10万に対して医師数は160ぐらいだろうと思ひます。だろうということは調査結果があいまいですから推計であるからですが、20年後には200ぐらいになります。PTだとかOTだとかほかのパラメディカルの職種もふえてきます。こういうものが医療費にからんできますから当然医療費に影響を与えてまいります。

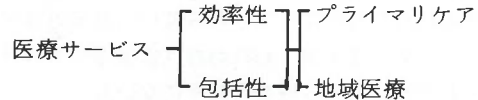
こういう状態からどうなるかです。

社会経済の面からみまますと当然医療費というものは抑制しなければならぬということになります。供給体制からみまますと、今のままではだめなんだ、ケアからケアへ、治療から予防へということになります。リハビリをどうするかということにもなります。これらは需要が変わってくるからそうなるわけでありませう。医学の方からいえば、あくなき進歩に対してそれをどこまで応用するかということになります。人の方からいえば医者かふえるのだから供給能力がふえるわけでありませう。供給過剰ということが起きた場合どうなるか問題となります。

医療の供給システムということを考えてみます。経済の問題、需要の問題、人の問題の関連で供給システムができます。このシステムで医療サービスが行われ、そのかわり合いによっていろいろと変化するわけでありませう。経済の問題だけでい

えば医療技術は成るべく進歩しない方がよいということになります。需要の面からいうと、そういう技術はどんどんふやせということになります。人即ち医師がふえればどんどん供給しようということになります。

そこで、医療サービスをどういう風にして供給してゆくかということが問題となります。



それには効率性ということが要求されます。次に包括性でなければならぬということになります。経済面でいえば、単に安ければよいというのではなく、効率性をあげてくれなくては困ることになります。需要からいえば、ケアからケアまで、予防から福祉までということになれば当然そういうものを包括しなければならぬということになります。

供給にしても需要にしても、技術の進歩にしても、医療サービスにおいては効率性と包括性が求められているというのが原則でありませう。こういうものを実現するスローガンとしてでてきたものが、プライマリケアであり、地域医療という言葉だろうと思ひます。プライマリケアといっても定義ははっきりしておりませうし、WHOのアルマータ宣言、アルマータというところでやったのですが、それには環境の問題まで含まれておりまして、人それぞれに解釈はいろいろありませう。地域医療にしても、それぞれの方が地域医療という言葉を使っております、はっきりした定義はつけられませう。ある人に言わせれば、開業医は毎日地域の人を診療していて地域に貢献しているからこれを地域医療だというでしょう。では地域医療とは何かを考えると、多くの学者がいろいろ言葉をならべておられますが何だかはっきりしませう。私は、地域医療は医療サービスにおいて効率性や包括性を強めていく上においての一つのスローガンだと解釈しております。

医師、患者に第三者の介在が必要

さて、そこで医療というものがどういう仕組みで支えられているかを考えてみます。

医療は医師対患者関係で成り立ってきております。そして社会保障の一環であります。一種の公

共財であり、公共サービスなのであります。ですから単に医師对患者の関係だけで成り立つというものではないのであります。そこに第三者というものが関与してなくてはならないのであります。

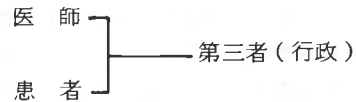
武見前日医会長は、医師と患者の間に第三者の存在を許さない、そういうことは医師と患者の人間関係をそこなうものだといっておられました。しかし、公共サービスということからいうと、私的な関係として医師と患者だけに任せるということはできない、公共的なものはあまねく社会に行きわたらせなくてはならないということになります。医師患者以外の第三者がかかわってなくてはならないわけでありませぬ。

過去において、医師患者関係は医師を頂点として患者は医師のいうことをきいておればよい、行政はだましている、患者は何もわからないのだからあれこれいうことはない、患者の自己決定権なんて問題にしなくてよい……なんていう医師の態度のあったことは否定できないと思います。

武見前会長の時代というものは、武見先生のパーソナリティによるものがあったのでしょうけれども、厚生大臣は武見先生のところへ挨拶に行く、患者団体は武見先生のところへ文句をいいに行けない。診療所の待合室にはミニ版が貼られていて行政に対して強いことをいっている。何かという予防接種をやらなとか一斉休診をするという、そういう時代があったわけですね。現在はどうかという、患者側は今までしいたげられていたものですから、何とか医者をやっつけてやろう、マスコミは何か足をすくってやろうということになります。たしかに医師の所得はふえてきておりますが、サラリーマンの何倍だとかいわれ、あるいは脱税だの不正請求だのとののしられ、たしかに経済的地位はあがっていますが反比例して社会的地位は下ってきています。医師の数はふえていきますから稀少価値もなくなる、こういう状態が過度期としての現代の姿だと思っております。

では今後どういう姿にしたらよいのだろうか。私にも判りませんが、とに角三者がうまくリンクするような形を作っていかなければいけないと思います。患者の自己決定権を医者はどう考えるかという問題があります。武見先生のいわれてきた医者のプロフェッショナルフリーダムということとは、個々の現場でどんな行為とか行動がプロフェ

ッショナルフリーダムなのか、単なるスローガンではなく具体的にはどんなものなのか。行政との関係はどんなものなのか、これも明確な説明はありません。将来、これをはっきり確立してゆかなければ三者の関係もうまくゆかないのではないかと思います。



さて、これまでに述べてきました医療の仕組み、医療サービスのあり方の上に立って、医療制度として目指す形を誰がつくってゆくか、三者の誰かです。

患者側ですが、これは消費者の立場ですけれども不可能だと思います。供給者と消費者との間に技術や知識の格差がありすぎます。医療というものが計算の確率で行えないものであり、経験則のものであります。物を買うのと違って、自分ののちにかかわるものですから平常心では対応できないわけでありませぬ。患者の欲望にも、二律背反というか建前と本音とかなり違ってきます。他人に対してはあだだといっておきながら自分の場合はこうだという場合があります。たとえばCTの場合ですが、厚生省の役人にしても、あるときは、あんなものは1万人に1人も判るかどうかだよ、やたらに使われては困るなんていいながら、自分の場合となると1万人に1人でもひょっとしたらととつてもらいたいと思ひ、そしてとつたあと、やっぱりとっておいてよかったよ、安心したよということになるわけでありませぬ。そういうわけで患者の立場となると客観的に物を考えるにくいということがあります。こういうわけで、当面は患者が住民サイドでリードしてゆくことはむずかしいと思ひます。

次に、第三者となると、一般的には行政ということになります。私は、理論的には行政としてできるのではないかと思います。患者側と医者側の間に立って、いろいろ斟酌しながらあまあうまくやってけるんじゃないかと思います。ところが通産省などと違ひまして物を扱うのではないですから、通産省は行政リードでうまくやっていますけれども、物と人の違ひでそううまくいきませぬ。しかし何とかうまくやってゆけるのではないかと思います。では、現実にはできるかどうか、過

(6)

去をふり返ってみますとできておりません。歴史をふり返って将来を予測するわけですが、過去20年間、武見前会長の時代をみますと、行政は何の指導性も発揮してきてはおりません。武見会長に引きずられてきたのかもしれませんが、高度成長にただのってきたのかもしれませんが。精神科医療でいえば、自分は一切金を出さないが保険で金をつけてくれれば精神病院はふえるだろうとか、救急医療は時間外手当を出せばやるだろうとか、その程度のこと、積極的に医療政策を進めてきたということはないわけでありませう。将来はどうなるか、過去にそういう状態があって、ポスト武見となって突然変化することはあるかどうかであります。ポスト武見となって犬が吠えるようになったことはたしかです。猫がニャーニャ泣き騒いでも虎になることはありません。そうは変らないのではないかと思います。なぜか、厚生省の内部を具体的に解剖してみますが、局あって省なしということなのです。医務局があって公衆衛生局があって保険局があっても医療行政としては統一性はないのです。

特別養護老人ホームは社会局が主管であります。医療施設ではございません。けれど医務室はおけということになっております。今、中間施設論があります。あれは医務局の主管であります。医療法に属するのであります。片方は老人福祉法で社会局なのです。局が違うから一本になることはないのです。片方は老人福祉法という法律をかかえておりますから変えたくはない、医療法は別の法律です。10年やそこらは、特養を中間施設にすることはまずあり得ないわけです。省内の大革命でもあればですが、そういうことは当分は起り得ません。

厚生省にはビジョンはない

行政側に理論があるかどうかの問題です。組織的にみて厚生省に理論はいまはない。ビジョンはあるか、いまはない。では蓄積はあるか、いまはない。蓄積で言えば、私は日本医師会の方がずっとあると思います。武見時代には日本医師会に各種の委員会をたくさん持っていました。御用学者をかかえて金を払っていたようですが、花岡体制になって委員会は消えてしまったみたいです。医師会にあればどうなっているんですかとききますと、あれはあれでおしまいですよなんていわれま

すが、私は勿体ないと思います。でも、それなりに蓄積はあります。それにくらべて厚生省には蓄積はあまりありません。それは役人は一つのポジションにながくないでクルクル回るので蓄積ができないという、日本的なキャリアのシステムがあるからです。バトンは渡しますが、二年かそこいらで渡せば、その人が五年なら五年いただけの蓄積はできないわけでありませう。

こういう言い方をしますと、だけどやっているではないかという反論もあるかと思ひます。昨年8月に保険局長に吉村さんがなってから非常にアドバルーンがあがるわけですね。最近は少し静かなようですが、ビタミン剤を保険適用から削除しようとか、給食費はやめようではないかとか、大学病院一点単値を7円にならないかとか、機能別点数表を作ってはどうかとかいろいろあります。それをよく考えてみますと、あの方の言っていることは価格政策にすぎないのです。保険局長であるためか、その限界か、ともかく価格政策のことしか言い得ないのです。価格政策では私の言っている医療システムというものは実現しません。吉村局長が就任したときのインタビューでは、各局にわたって総合的にやらなければいけないと言っております。ところが、そういう気持はあっても実際にはうまくゆきません。なぜか、局あって省なしだからです。保険局長のできることは価格政策だけだからです。価格では医療システムはできません。価格政策は失敗すると思ひます。外国ではアメリカにしても西ドイツにしても価格政策だけでやっているところはうまくいっていません。西ドイツでも医療費抑制法で、総額請負でやっておりますが中味は出来高払いで供給制度は変わっておりません。なんとか頑張っているのはアメリカのHMOですが、治療から予防まで全部保険者がやっている方式ですが、人口の数%しかカバーしていませんが、どの程度成功するか見守っている程度です。日本の価格政策は点数表です。今までは価格政策すらやっていたのです。56年の6月にやった点数改革は価格政策をとった最初のケースでした。価格政策によってその時点では医療費は下降します。しかし、下った時点からの伸び率は前と同じように上昇曲線をとります。価格政策をとっても供給の問題を変えない限り価格政策をやるとどこかが潰れます。価格政策をと

ることによって、やり方によっては診療所は残るだろうし、またやり方によっては診療所を潰そうと思えば潰れます。病院も潰れるかも知れません。価格政策では経営の問題があり、限界があると思います。私は一昨年の点数改革が価格政策としてそれ一回きりじゃないかと考えております。ところがもう一回やろうという意見もあります。ある人は、針金でいえば曲げたのですよ、もう一回やれば折れますよとっております。近似未来的には価格政策を考えながら行政を考えていくわけでして、できるだけ価格政策でない方法を考えてやっていこうとするわけですが、行政としては代案を出しにくい状況にあるわけです。行政が主導の立場でやってゆくことは困難だと思います。たとえば病床規制にしましても、今、県別で人口10万当り多いところで1000いくらか、少ないところで半分の500ちょっと、行政としては規制をしますよということはいえても多くなるのをやめさせることはできないのです。せいぜいそういうことをやりますよということで投資意欲をへらすという程度だと思えます。行政には期待できないわけでありまして。

次に医師に期待できるかということでもあります。

医師は供給によって需要をみたく立場であり適任たり得る立場であります。局あって省なしという建割からみれば医師という一つの集団が横の受け皿としての機能を果せるのではないかといえます。医師ひとりでは、对患者では力を発揮できますが、保険体制全般となるとひとりでは力を発揮することはできません。そこで、医師と医師会の問題が出てくるわけでありまして。

医師と医師会への期待

これまでに申し上げてきたところによりまして、私は、医師及び医師会に期待するよりほかに道はないということに到達したわけでありまして。

では、医師及び医師会に何ができるかということでもあります。その前に、医師はなぜ医師会に入るかという問題であります。医師個人ではプロフェッショナルな立場をまもれないから入るのか、プロフェッショナルとして力を発揮したいから医師会に入るということになるのかということなんです。医師会はどういう目的で医師をひっばってゆくのかわかりません。医師会はギルドなのか、つまり利益団体なのか。武見先生は医師会は学術専門団体

だといっておられました。なるほど、医師会の下に日本医学会があります。その下に分科会がたくさんあり、学者や研究者、勤務医が多数おられます。だが、そういう人達は皆が日本医師会の会員とは限りません。マスコミにいわせれば医師会は開業医の利益団体だといえます。一面の真理はあります。けれど、今後はそれでよいのかであります。

開業医は技術者であって同時に経営者であります。医師会が開業医の団体でもあるということは経営者なる医師の団体ということになります。医師会が学術専門団体だとすると、それは技術者の団体ということになります。

診療所と病院はどうか。診療所は医師が技術者であり同時に経営者であります。病院は医師が経営者としての姿になります。病院に勤務している医師は正に技術者であります。医師会が、医師を代表するとすると、勤務医をどうとりこむかということが問題とむります。いま、日本医師会の組織率は低下しております。勤務医が医師会に入っていないからであります。そういう人達を医師会に入れる場合、医師として共通の基盤で医師会員となれるのかということは大切であります。

武見先生は日本医師会は医師全体を統轄していると申されておられました。ところが理事会では経営者の顔になっていました。地区医師会よりしっかりせよなんていっておられました。一方、審議会なんぞにいきますと、技術者の顔になっていました。武見先生は二つの顔をもっていらっしました。それが20何年か医師会に君臨できていた一つの理由だと私は思います。

これからは、医師会をどうするか、性格をどうすべきかが問題となるので申し上げたわけでありまして。

日医と地区医師会は性格が違うわけでありまして。それぞれが社団法人で、たとえば、社団法人の都道府県の医師会があり、都市区には同格の社団法人の医師会があります。形の上では、それらは上下の関係ではなく独立しております。ですから会費にしても、皆様は、日本医師会の会費、都医師会の会費、西多摩医師会の会費という風に別々におさめていられるのだと思います。そこで、日本医師会とは何か、都道府県医師会とは何か、都市区医師会とは何か、また、どういう性格であるべ

きかを考えていただかなくてはならないと思います。中央集権か地方分権か、それによって地域医療の考え方が変わってきます。地域医療はその地域の社会的、行政的、文化的性格に合わせて行くとすれば中央集権ではだめであります。中央からはガイドラインを定めて、あとは地域地区に任せるのが現実だと思います。ポスト武見、花岡体制になってから、どうもビジョンがない、たよりないようなわけで、地域医師会が独自にやろうというという動きがあちこちにでております。日本医師会にしても地域医師会にしてもそれぞれがビジョンをもつ必要があります。老健法が成立しました。反対だ反対だといっているうちに2月1日施行となってしまうました。私はいなかったのですが、何んでも、昨年暮の12月も押しせまって、たった2日か3日で日本医師会と厚生省と話合って、バタバタと細かいことを決めてしまったということです。反対だ反対だといっております各地の医師会ではありますが、いざ施行されるとなると、市町村からいかに金をとるかという方向に顔が向いておるようです。それではだめなんです。反対を唱えるだけでなく、変革のビジョンの提示が必要なわけです。すべて長期展望と長期ビジョンが必要です。武見前会長は長期ビジョンは持っておられました。だが、医療専門家会議なんかでも、話されることは、百年先のようなことはいっておられるようだが、その間の、短期、中期目標はさっぱり判らず、雲をつかむような話なのです。だから武見先生のいうことは、医師会員には少しは判ってられる方もおられるかも知れませんが一般にはさっぱり判りません。新聞に何百万円かの意見広告を出したりしますが、一体誰が理解できるのかと思います。医者にも判る人がどれほどいるかという問題を何百万も出して勿体ない話です。

地域医療システムを考える場合、計画配置でやるか自由でやるか、公取委の問題を別としまして計画なら計画は可能であります。また、公設公営、公設民営、民設民営のどれでやるかという問題もあります。さらに、行政指導型でいくか、医師会主導でやるかの問題もあります。各地の医師会幹部の人と話をしていると、異った意見がでてきます。たとえば、北海道とか愛知県の人と話していると医師会指導型だといいます。大分のアルメイダ病院をつかった吉川さんは行政指導はだめだと

おっしゃる。ところが新潟県の人だが行政の力をかりた方がよいとおっしゃる。行政支援型なのです。地域医療を考える場合、日本医師会は日本医師会としてのレベルで考えなければならないし、地域医師会はそれぞれが自分のレベルで考えなければならないと思います。中央集権は無理であります。行政面でも同じでありまして、中央命令では無理でありまして、自治体に任せなければならないと思います。そうなりますと、地域医師会の役割は重要となってくるのであります。地域の事情を分析して方向を考えなければならないわけがあります。今後の医療システムを考える場合、地域医師会の役割は非常に重要であり、医師会の運命にかかわってくる性質があります。

医師会が、現状のまま推移し、ビジョンももたなくて、変革に対する認識もなく、何の代案も示せず、ずるずるこのままでいくとどうなるだろうか。かりに20年後、行政側はどうにもならず行きづまってしまう。医師会は頼りにならず相手として打開の話合いができないとする。そのときに一体どうなるかということです。

まず、徹底的の価格操作が行われるのであります。そして医師の公務員化が行われるのであります。医師はどんどんふえ、あり余ってあふれてきます。それをどう吸収するかということになります。医師は単なる技術提供者となります。三Kの赤字ということがいわれます。米、これは農民、農家は保護されます。つおせません。つぎに国鉄、これは新幹線もできた。もうそろそろ分割民営でいくとしようということになりました。健保、これは保険者は財産をもっておりますからしがみついていて解体されないでしょう。なんとか存続しようと頑張ります。医師—医師会はその会員たる医師を守ってはくれません。世間は、あんなもの放っておけということになります。

20年後ぐらいには、このままだと、行政はリードできないのですから、今いったような状態になってしまうだろうと思うわけです。だから、それまでに、医師会が考えて、一つの体制をつくってゆく、新しい医療システムを考える、そういう世の中では医師はどういうような存在なのか、経済的地位はどの程度でよいのか、社会的地位はほしいのかほしくないのか、福祉までどう関与するのかというような、医師の存在価値をはっきりさせ

ておかないと、将来まき込まれてアタフタすることになりはしないかということが、可成り先のことですが、私の危惧なのであります。

以上が、私の独断と偏見の分析と将来予測であります。そういう中で地域医師会というものが

何かやっていただけないだろうか、何ができるか、そこを考えていただきたいというのが私の願いなのであり、それをおききたいと思うのであります。どうもありがとうございました。

(以下次号)

事業部だより

青梅労働基準監督署幹部と西多摩医師会産業医部役員との懇談会開かる

産業医部

去る、6月30日、西多摩医師会館に於て、青梅労働基準監督署長、浅野昂文氏、同第2課長 前田七郎氏、同産業安全専門官 本田仁司氏が、労働側より又、産業医部長 小林康光、同部員、高木直、足立卓三各理事、及び、顧問として大河原周先生が出席して、懇談会が開かれた。

これは、労働安全衛生法施行後10年を経て、年年労働省の労働衛生対策が充実化し、きめの細かい施策となって企業に反映しつつある事、また、西多摩管内には、近年工業団地の誘致整備化が進み、大中小、合わせて多数の企業が、生じつつある事からして、本産業医部としても、体質を強化し、地域に根ざした産業保健活動を推進しようとの試みから、行政側との連携を深め、活発な意見交換の必要ありとの判断のもとに、開かれたものである。

席上、監督署長より、同監督署管内の業務概要が述べられた。これによると、昭和56年12月現在、西多摩管内で、産業医を選出すべき、50人以上の従業員を有する事業所数は163あり、同じく産業医は104人となっている。これらの産業医の内、専属はわずか2名にすぎず、他はすぶて、非専属である。勿論これらの産業医の中には2ヶ所以上兼ねている者があるという事になろう。

翻って、昭和57年夏期に当医師会産業医部の行った当医師会員に対するアンケート調査の結果では、33の医療機関が、嘱託医(従業員50人以下)や産業医を行っている。そして、1医療機関の受け持つ事業所数が1ヶ所とする医療機関数が、約半数、2~3ヶ所兼ね持ちの医療機関数が約1/3以下である事を考えると、監督署の把握している産業医数104人の少くとも半数以上は、当医師会員以外の医師で占められている事になる。この理由の一つとして、近年、都内又は他地域より移転

してくる企業が多く、これらの多くは移転後も、以前と同一の産業医と契約したままになっている事も考えられよう。

従って、今后、行政側と、地域に密着した産業保健活動を推進していく上で、当医師会員の関係する事業所を正確に把握する事が必要であり、この作業は、相互の資料にもとずき早速共同で行う事となった。

次に、本年度は、労働省の第6次労災防止計画の初年度にあたり、積極的な労災防止対策にのり出しており、この一環として、「産業医を中心とした、産業保健活動の推進について」と題する通達を発している。この中で、事業場における産業医活動を円滑に遂行するための環境を整えるとの見地より、都道府県レベル、また地区レベル毎に、行政、医師会、事業者団体の三者を構成メンバーとする協議組織の設置運営を呼びかけ、(イ) 産業医活動の促進に関する事、(ロ) 産業保健に関する情報の交換に関する事、(ハ) 中高年労働者の総合的な健康の保持増進に関する事、(ニ) その他地域における産業保健活動の推進に必要なと認められる事項に関する事、等を協議内容にあげている。

次に、これを受けて、小林部長は、当医師会としては、現時点において、当医師会員の産業医活動の実態を正確に把握し又、会員の意識調査及び、研修活動等を行う事が先決であるとして、当分の間、当医師会と監督署の2者だけで、懇談会形式に基づいて意見交換を行っていくのが妥当であると述べた。

また、具体的に、産業医研修活動の一環として、当分の間、参考書や、パンフレット等の配布を行い、会員の意識の動向によっては、行政側の協力を得て、講習会等も開催していく意向であると述べた。

最後に、本年9月 全国労働衛生週間準備期間中に、次回の会合を約して散会した。

労働基準行政の運営方針

58年度は第六次労災防止計画

労働省はこのほど、「昭和58年度労働基準行政の運営」について発表した。その特徴は、①58年度は労働災害の約30%の減少等を目標とした第6次労働災害防止計画の初年度に当たるので防止対策の積極的な展開を図り、従来施策の充実とともに、58年度は特に産業用ロボットによる労働災害の防止、化学工業、造船業、清掃業等の重大災害の防止等を重点対象に加えた、②最近の景気、産業の動向等に鑑み、賃金不遅払の防止等法定労働条件確保のための監督指導を強化する、③増加著しいパートタイマーの労働条件改善を図る、④中長期的対策として、従来からの対策に加え、経済社会の変化に対応した労働者保護のあり方についての調査研究、産業用ロボットの導入及びオフィスオートメーション化に対応した労働者の安全衛生対策、中高年齢労働者の心身両面からの総合的な健康づくり等を推進する — となっている。

この労働基準行政の運営方針は年度が変わるごとに労働省が示しているもの。

58年度は、新たに策定された第6次労働災害防止計画の初年度ということで、計画の推進に当たって、①労働災害防止の基本的事項に関する対策、②特定の災害・業種等における対策、③職業性疾病预防対策 — を中心に推進するとしている。

58年度労働基準行政の運営方針のうち、労働災害対策、労災補償対策の概要は次の通り。

労働災害対策の推進

(1)特定の災害、業種等における対策として、災害発生ウエイトの高い建設業等屋外型産業や中小企業の労働災害の防止、化学工業、造船業等の重大災害の防止、プレス機械等の安全の確保等、(2)職業性疾病対策として、総合的な労働衛生管理の推進、粉じん障害及び振動障害に係る総合対策の推進、清掃事業等における酸素欠乏症等の防止対策等の徹底等、(3)労働災害防止の基本的事項に関する対策として安全衛生に関する事前評価の充実、実効ある安全衛生管理体制の確立、安全衛生教育の徹底等 — を推進する。特に、産業用ロボット

による労働災害を防止するための改正労働衛生規則及び技術上の指針については、その周知徹底に努める。

このうち、(2)の職業性疾病预防対策の推進では、環境管理、作業管理及び健康管理を自主的かつ総合的に推進させ、特に適正な健康診断の実施及び優良な健康診断機関の育成を図ることとし、健診結果に基づく労働者の健康管理については、事業者と産業医との十分な連携を指導することとする。

また、労働衛生対策を推進する基盤の整備として、地域医師会その他の関係団体との連携による産業保健活動の促進、作業環境測定機関及び健診機関に対する総合的な労働衛生管理を行うことのできる機関としての活動の育成・強化を図る。

中高年齢労働者の健康づくりについては、シルバー・ヘルス・プランを推進し、集団指導に際し中高年齢労働者の健康づくりの啓蒙を行うとともに、シルバー・ヘルス・プランにおける指導者（ヘルスケア・リーダー等）の養成研修等への企業における担当者の派遣について指導に努める。

労災補償対策

業務の適正実施として、本年4月に、①林業及び鉱業の一部の収支不均衡業種の料金改正、②建設事業における賃金総額の最定に用いる労働費率の改正、③業種分類の「その他の各種事業」の分割等一部業種の再編 — を行う。

また、認定・給付等については①受給者の症状の的確な把握と実情に応じた適正な給付、②不正受給の絶滅、③労災医療に係る診療費請求の適正化及び公平を確保するための指導の強化、④迅速、適正な職業性疾病的認定 — に努める。

労働災害被災者の社会復帰の促進については、①労災病院、総合せき損センター、リハビリテーション作業所等の関連施設及び職業安定機関等の関係機関との連携強化、②事業主の意識の喚起及び各種の社会復帰援護措置の周知・活用、③林業の振動障害症状軽快者の職業復帰対策の促進 — 等に努める。なお、労働災害被災者に対し治療か

ら社会復帰に至るまで一貫した措置を行うことのできる総合リハビリテーション施設の設置計画を

引続き推進する。

1. 衛生管理者・産業医選任状況報告

(昭和56年12月31日現在)

区 分 業 種		衛生管理者・産業医専任事業場数			衛 生 管 理 者		産 業 医 数		
		衛生管理者	衛生工 学衛生 管理者	産業医	衛 生 管 理 者		学衛生 専続	非専続	
					専任	非専任			
製 造 業	1.1 食 料 品 製 造 業	4(4)	()	4		5		4	
	1.2 織 維 工 業	1(1)	()	1		2		1	
	1.3 その他の繊維製品製造業	(2)	()	1				1	
	1.4 木 材 ・ 木 製 品 製 造 業	(1)	()	1				1	
	1.5 家 具 装 備 品 製 造 業	2(2)	()	2		2		2	
	1.6 パルプ・紙・紙加工品製造業	1(2)	()	1		1		1	
	1.7 印 刷 ・ 製 本 業	2(2)	()	2		5		1	
	1.8 化 学 工 業	6(7)	()	6		6		6	
	1.9 窯業・土石製品製造業	5(6)	()	5		5		5	
	1.10 鉄 鋼 業	1(2)	()	2		2		2	
	1.11 非鉄金属製造業	4(4)	()	3		4		3	
	1.12 金 属 製 品 製 造 業	1(4)	()	1		1		1	
	1.13 一般機械器具製造業	11(16)	()	11		16		11	
	1.14 電気機械器具製造業	16(27)	2(2)	16	2	51	2	1	15
	1.15 輸送用機械器具製造業	10(11)	2(2)	9	2	19	2	1	8
	1.16 電気・ガス・水道業	3(3)	()	3		3			3
	1.17 その他の製造業	6(11)	1()	3		6	1		3
小 計		73(105)	5(4)	71	4	128	5	2	69
2	鋳 業	2(3)	()	2		2		2	
3	建 設 業	4(4)	()	4		4		4	
4	道路貨物運送業	(2)	()	1				1	
	道路旅客運送業・その他	4(4)	()	2		5		2	
6	農 林 業	(1)	()						
8	商 業	3(14)	()	6		5		6	
9	金 融 広 告 業	5(6)	()	1		8		1	
11	通 信 業	5(5)	()	5		5		5	
12	教 育 研 究 業	3(3)	1()	2		4	1	2	
13	保 健 衛 生 業	5(17)	()	7		5		7	
14	接 客 娯 楽 業	3(6)	()	1		3		1	
15	清 掃 と 殺 業	1(2)	()	1		1		1	
17	そ の 他 の 事 業	1(6)	()	1		1		1	
合 計		109(178)	6(4)	104	4	171	6	2	102

(注) ()内は衛生管理者・産業医の専任を要する事業場数

文 芸

「愚作雑詠」

小泉新策

紫陽花の 日々に色ます 一枝を
梅雨の 晴れ間に 手折り生けおく

起き出でて 雨戸を繰れば 遠山は
けぶりて 見えねほととぎす 啼く

春日社の 社の庭に 女童ら
座して 晝けり 社殿風景

昨年は 花五十二つけたる 緋牡丹も
我が病む隙に 移植し 枯らしむ

比例代表 初の投票 この日曜
我は 黙もりて 朝寝するなり

百年を 越えしと思ふ 蔓人蔘
庭師 捨てしか 跡形もなし

朝寝しつ 物思ひ居れば ふと耳に
鶯の声 朗らかにきこゆ

歌の友 一枝 絵ひし美女柳
今年は 根づきて 花数多咲く

冷温の 今朝を 喜ぶかの如く
谷わたりなど 巧みに 啼きて

我は自然主義者 自然をこよなく愛すなり
心なき 若きら 皆毀す 悲しさ

(付) 第175回東京都医師会臨時代議員会で採決された声明書

声 明 書

最近の厚生省保険官僚による医療保険制度に対する一連の財政対策は極端な医療抑制策であり、かつ、また医療費の配分の変更を画策し狡猾な世論操作を巧みに行うなど、医療担当者への財政献寄せのみを取上げるのは目に余るものがある。

然も日本医師会の対話と協調の基本精神を無視して憚らない態度は憤慨に堪えない。

今日の制度的行きづまりは昭和40年の当初に、また財政的逼迫は昭和50年の初期において既に識者の予測したところであり、医療保険制度の抜本改正が真剣に検討されてきた所以である。

従って今や現行制度の整備改正が主体となるべきものであって、それを等閑にして医療供給体制のみを問題視する同一パターンの繰返しは30年以上に及んでいることは真に遺憾である。

このことは厚生省が国民に十分な医療を提供できない証左である。

医療は広く深い医学知識と優れた技術に加えて温たい人間性が必要とされるが、この原則を充足できない制度こそ速かに改正すべきである。

これが行政当局に課せられた現下の最大の使命である。

右 声 明 す る。

昭和58年 6月15日

第175回東京都医師会臨時代議員会

協議事項

(1) ヘルス事業料金について

(2) その他

医政連委員会

2. 都医各種委員会報告

(1) 都医医事紛争等処理特別委員会報告

瀬戸岡会長

(2) 都医苦情処理委員会報告 江本副会長

(3) 都医地域医療推進委員会報告

植田理事

(4) 都医環境汚染対策委員会報告

林 理事

(5) 都医公衆衛生委員会報告

松原理事

3. 各部報告

(1) 保険担当理事連絡会報告

木野村理事

(2) 広報担当理事連絡会報告

堀田理事

(3) 学校医担当理事連絡会報告

東 理事

Ⅲ 協議事項

1. 昭和58年度多摩医学会役員推薦について

西多摩医師会から下記の5名

塩沢永康(常任幹事)

大河原周(")

大橋忠敏(幹 事)

菅井義久(")

大久保憲二(")

— 全員賛成 —

2. その他

(1) 7月役員会予定

理事協議会(7月8日)

総 務 会(7月13日)

管外理事会(7月20日)立川入船

(2) 医療懇(7月9日) 青梅四季楽

(3) びいふる配布先について

(4) 社団法人東京都組合保健施設振興協会立川診療所について

(5) 入退会員

•入会

田沢三郎(古里診療所)

高村 宏(阿伎留病院)

浅野 孝(")

近藤義之(")

中本 謙(")

山川淳二(青梅総合病院)

•退会

久保 謙(阿伎留病院)

原本富雄(")

松本万夫(青梅総合病院)

— 以上 —

訂正とおわび

西多摩医師会報第128号(1983.6.1)の記事のうち、次の項を訂正いたします。

- 5 ページ 西多摩青申医師会支部の記事中
10行目、解立を 確立に
- 9 ページ 肝の病態と肝機能検査のシェーマ
の最下段 γ -フェトプロテイン
を α -フェトプロテイン に
- 13ページ 22行目、国保委員 同上を、
保険委員 木野村幸彦に
(国保、社保委員が統合され保険委員)
- 14ページ 理事会協議事項の3、前段3を
「厚生省近藤技官と西多摩医師会
との地域医療に関する討論会につ
いて」とします。
御迷惑をおかけしたことをお詫びします
(編集委)

—あとかき— 編集子として

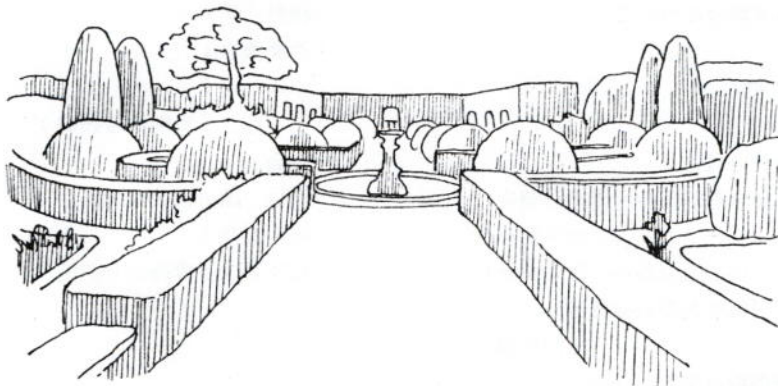
広報面では近藤俊之氏の小気味よい個性あふれる医療に対する洞察力に拍手を送る次第です。

又、広報部長、編集委員長の記事も久し振りに迫力ある会報に盛りあげてくれました。

編集面では来月号は季刊特別号ですので、沢山の御寄稿をお待ち致して居ります。特に会報編集に対する御意見を頂きたいと思えます。会報は医師会の顔であり姿勢そのものを示すものと思えます。会報編集は不偏不党でなければならぬとする持論もっています。その点、時折これで良いのかと周章狼狽することもあります。

「編集委員シッカリシロ／＼」と泉下の箱崎先輩より声がかかりそうです。

道又 正達





関東医学検査研究所

埼玉県所沢市岩岡町281-58

TEL. (0429) 23-7272(代表)

特殊検査のルーチン化を目指す

関東医学研究会グループ

関東医学検査研究所	埼玉県所沢市岩岡町281-58
埼玉臨床検査研究所	埼玉県鴻巣市天神三丁目673
群馬臨床検査センター	群馬県前橋市六供町1360-1
東京臨床検査研究所	東京都板橋区徳丸4-14-18
インターナショナルサイエンスラボ	東京都板橋区成増5-1-2
セントラル・ラボラトリー	東京都中央区日本橋兜町12-7

主要検査項目

内分泌機能検査
 生化学検査
 薬物検査
 微量金属代謝検査
 免疫血清学検査
 ウイルス検査
 血液学的検査

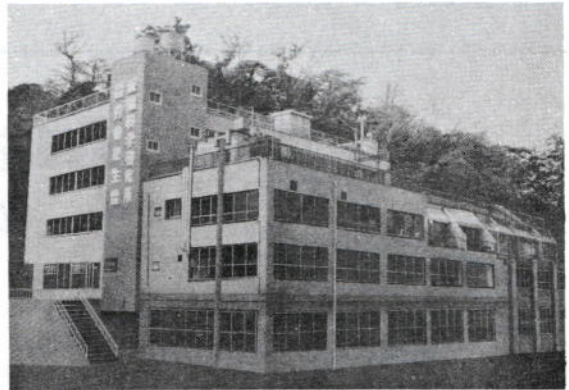
臨床検査センターの雄 保健科学研究所

横浜市保土ヶ谷区神戸町106

電話 045 (333) 1661 (大代表)

八王子市子安町3-17

電話 0426 (26) 2203・2204

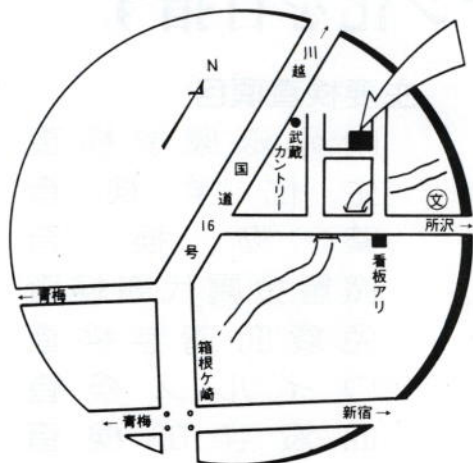


- 総合臨床検査センターとして20余年間地域医療に貢献し、絶大な信頼を頂いています。
- 完全オンラインシステム化を実現致しました。(データ通信システム)
- 関係医療機関 約 3,500ヶ所
- 広範囲な検査内容
 - 内分生物学検査●免疫学検査●ウイルス検査●生化学検査●血清学検査●血液学検査
 - 病理組織検査●細胞診検査●重金属検査●水質検査

！都川県の御得意先を毎日定期的集配致します。御一報を御待ち致しています。

期待と信頼にこたえて15年!!

検査のことなら**武蔵臨床**へ 電話一本緊急検査に応じます
学校、会社の集検にも御利用下さい



埼玉県登録衛生検査所

武蔵臨床検査所

所長 杉田 富徳

埼玉県入間市上藤沢 3 3 9 ~ 1

TEL 0429 (64) 2621(代)

くらしの知恵と情報を

ホームバンクの埼玉銀行



埼玉銀行

青梅支店 (TEL 0428-22-1101)

東青梅支店 (TEL 0428-22-2121)

青梅支店 (TEL 04288-3-2515)
奥多摩特別出張所

福生支店 (TEL 0425-51-1021)

村山支店 (TEL 0425-61-1211)

五日市支店 (TEL 0425-95-1311)

河辺支店 (TEL 0428-24-2401)