

# 西多摩医師会報

1984年9月1日

143号

発行所・社団法人 西多摩医師会

編集委員・村山 正昭

荒巻 武彦 石井 好明

小林 杏一 堀田 洋夫

東京都青梅市西分3-103

TEL.(0428)23-2171(代)

栗原 琢磨

渡辺 良友

## 福生病院の現状と将来

福生病院長 大久保 憲 二

昭和40年、私は福生病院に就職しました。もう2昔前になります。当時、福生駅から福生病院までは埃まみれの道路で病院周辺の住宅も少なかったが、現在はもう昔の面影のない市街地となりました。福生病院の内科医長となった私は、この病院で大いに臨床経験が磨かれるものと期待していました。福生病院の内科は一般病床64床、結核病床33床、計97床あり、常時80~90人の入院患者があります。疾患の種類も急性・慢性の各種のものがみられ、時に、診断、治療に悩む症例もあります。近隣の開業の諸先生から紹介患者も多数入院致します。私は、入院依頼をうけた場合は、出来るだけ速かに受入れるようにしております。当院内科には重症患者が多く、年間70人位の死亡例があります。死因は癌、脳卒中、心不全の三大死因が過半数を占め、厚生省の統計とかなり一致しております。因に昭和58年中の福生市の死亡届をみると233人の死亡の内、医療機関での死亡は186人、自宅死亡は33人、その他となっており、自宅死亡に比べて、病院での死亡者がかなり多いことがわかります。人生の終末医療の大部分が、病院に預けられるわけで、これに対処する病院スタッフの責任は重く、患者及びその家族の期待に応えるため一層の努力と心構えが必要と思われます。

さて、本年4月、私は蓮沼前院長の後任として院長に昇任致しました。現在の病院経営が従前に増して難しい時代になっていることは皆様様の御承知の通りです。私は院長就任以来、病院収支の現

状に重大な関心をもつようになりました。福生病院も他の多くの公立病院と同様、赤字体質が続いております。特に、当院は独立採算制をとっているため、赤字を出すとそれは将来の病院運営の負担となってしまいます。東京都及び国保連合会本部から度々、病院経営の健全化を図るように要請されていますが、その対策に苦慮しています。現在の私の心境は、勤務医から開業医に変わったばかりの方と同じようなものではないでしょうか。とにかく福生病院には常勤職員が250人以上働いているので、全職員がそれぞれの職務に専念出来るように、経営状態の安定は最も大切なことと考えております。福生病院の特色の一つは附属の准看護学院を持っていることです。すでに学院では550人以上の准看護婦を養成しました。彼女等は主に、西多摩の各所の医療機関で働いています。当院ではこれからも毎年40人の卒業生を送り出す予定です。福生病院にはこの学院卒業生及び生徒が多数勤めているため、院内には若いナースが多い。この春以降、関連大学から派遣医師が次々と着任したため、当院の常勤医師は20人を超え、若い医師が多くなったため医局内は活況を呈して参りました。更に来年も医師の増員を予定していますので院内体制は一段と充実するものと期待しております。病院の施設、医療機器については、きびしい財政事情から各部所の要望を調整しながら徐々に改善を行っている所です。

ここで、福生病院の使命について考えてみます

(2)

と、地理的條件から当院は西多摩の東部ブロックの中核となるように運命づけられているようです。西多摩の地域医療については、本誌の7月号に青梅市立総合病院の星院長が述べられたように病院間の連携、機能分担についての話し合いも必要です。以前、私は青梅市立総合病院内科のカンファレンスに時々出席して勉強させて頂きました。

このような病院間の交流も大変有意義であったと思っております。当院と近隣の開業の諸先生との連絡も更に緊密なものにしたいと思っております。福生病院のこれからの運営については院内の衆知を集め、院外の各方面の御意見にも耳を傾け、一步一步、病院の質の向上を図りたいと思っておりますので宜しくお願い致します。

## 文 芸

### 「中秋雑感」 小泉新策

漸あくに 炎あ熱きき夏より 抜け出でて  
涼あ風き そよぐ 白露 迎えぬ

野辺に咲く 萩も 芒も も菊も  
いよよ これより 色添うるなり

頻あ発きす 大島沖の 海あ底み 地あ震えは  
拡大なかれと 祈る ひたすら

十月より 改正の保険 動き出す  
拙速の感す 結果や 如何に

日曜の つれづれなるを 利用して  
長寿部落を 訪なひて 見し

六十四戸 九十過ぐもの 六あ人たりあり  
皆 喜びて 我を迎えり

長寿者は 凡て 簡素に 勤勉に  
土に親しみ 家族団欒

たまきらふ 仏陀 彫みて 汗流す  
緑茶 一服 心すがしも



## 座談会

……近藤俊之厚生技官を囲んで……

## 90年代開業医の生きる道

昭和 59 年 6 月 29 日 (金)

於 西多摩医師会館

〔司会堀田〕 昨年 6 月に近藤技官を迎えて座談会をしましたが、そのときはお互いに言いつけはしのような形で終わりましたが、今日は出来るだけ論議を掘下げて話しあいたいと思います。尚、近藤技官は昨年あれから、9 月には中国に行き中国の各省からの衛生行政官の研修会にて、衛生統計の講義を担当し約 3 週間出張され、今年の五月には WHO の総会に出席のため、3 週間に亘ってマニラ・コロンボ・ジュネーブへ出張されました。

〔近藤技官〕 お配りいたしましたアンケートを基にお話を進めたいと思います。(別掲)

## アンケート項目

- 1 日本の医療は効率よいといえる。
- 2 今の医療制度を基本的に変える必要はない。
- 3 自由開業医制が日本の医療制度の根幹である。
- 4 勤務医師及び開業医の所得は現在満足できるものである。
- 5 日本の社会保障制度はまだ不十分である。
- 6 日本人はまだ医者にかかりすぎる。
- 7 日本では一般に薬を多く使いすぎる。
- 8 レセプト審査はプロフェッショナルフリーダムを侵すものである。
- 9 出来高払いが必要以上の診療行為をしがちになる。
- 10 日本医師会は開業医の集りである。
- 11 医療は高度のものを含め国民全体に給付されるべきである。
- 12 これからの医療は費用対効果を最も重視すべきである。
- 13 医療はそもそも公的に供給されるべきである。
- 14 将来医師の所得は下ってもやむを得ない。
- 15 患者負担はもっと多くてよい。
- 16 療養費払いより現物給付の方がよい。
- 17 日本の医療制度で問題の一つは医療の質の管理がないことである。
- 18 大阪の中野診療所は保険医を取り消されて当然である。
- 19 患者が診療費の一部を支払うことはセルフケアの充実に役立つ。
- 20 医師会も弁護士会のように法的な裏づけをもって活動すべきである。
- 21 いずれは心臓移植も保険で給付すべきである。
- 22 脳死判定、ホスピスの導入や植物人間の対処を積極的にすべきである。
- 23 医療への行政介入は最少限にすべきである。
- 24 医師にとって経済的満足より仕事の満足を得ることが大事である。
- 25 国家予算のマイナスシーリングは堅持すべきである。
- 26 患者は受診する際自分の判断で診療科目や医師を選べる方がよい。
- 27 医師は診療にあたって費用のことをあまり考える必要はない。
- 28 保険診療では薬の使用は効果効果の範囲内である。
- 29 医師の報酬は本来は自分で定められるべきである。
- 30 これから医師会は勤務医も主力になるべきである。
- 31 保険は定期検診まで給付すべきである。
- 32 保険の給付率はだれにも同じであるべきである。
- 33 医療にも民間活力を導入すれば効率的となる。
- 34 医師の養成は社会の責任である。
- 35 医療費の公的負担を現在より増やすべきである。
- 36 世帯はかかりつけ医師をもつべきである。
- 37 医療標準を作り診療内容をチェックすべきである。
- 38 保険診療は本来的に規格診療である。
- 39 行った診療行為の経費は個々に負担すべきである。

(4)

- 40 日本では医療内容について密室性が強い。
- 41 保険診療と同時に自由診療も認めるべきである。
- 42 医療の分野にも競争原理を導入すべきである。
- 43 病院経営に企業が参画することは好ましくない。
- 44 医学部入学定員削減はまず国立大学から行なうべきである。
- 45 医療の分野にも民間保険を導入した方がよい。
- 46 かかりつけ医は簡単な外科的なこともできるべきである。
- 47 開業医は積極的に保健活動に参加すべきである。
- 48 不適性な診療について医師会は積極的に対処すべきである。
- 49 診療内容について相互にチェックするシステムを作るべきである。
- 50 報酬は技術の難易より消費した時間に比例すべきである。
- 51 病室や給食には患者の選択を入れるべきである。
- 52 医療機関の設備や病床数は規制すべきでない。
- 53 医師は臨床ばかりでなく福祉や管理者にも進出すべきである。
- 54 卒後教育は大学院でなく公的病院で行なうべきである。
- 55 病院の院長は臨床医でなくてもよい。
- 56 かかりつけ医師は日曜日でも診療に応ずることが望ましい。
- 57 病院は原則として外来診療を制限すべきである。
- 58 病院と開業医との役割分担を明確にすべきである。
- 59 平均在院日数が長いのは医者と患者の双方に原因がある。
- 60 外来診療報酬は件数払いに近づけた方がよい。
- 61 大きな病院の院長はかならずしも医師である必要はない。
- 62 病院も取り扱う患者の種類により分化するべきである。
- 63 診療所では入院を要する手術は行なわない方がよい。
- 64 保険医は准公務員としての待遇されるべきである。
- 65 専門医制度を確立すべきである。
- 66 医学博士制度を改革すべきである。
- 67 開業医は医薬分業すべきである。
- 68 これからの開業医は専門医的である必要がある。
- 69 開業医は原則として病床を必要としない。
- 70 入院診療報酬は1日当たりの報酬でよい。
- 71 開業医が病院の設備機能を利用することは難かしい。
- 72 開業医はもっと往診をする必要がある。
- 73 開業医は共同で診療所をもった方がよい。
- 74 開業医は病院の設備機器を利用できるような仕事をすべきである。
- 75 健康教育は医療費節減に効果がある。

私自身、医療について興味を持っており、自分のテーマとして研究しておりまして、開業医はどうあるべきかについて、第一線において直接患者と接しておられる皆さんの立場を理解して、とりまく環境とか将来を模索したいわけでありまして。

開業医の将来を考える場合、現在から将来に亘る全体の医療というものを考えて、その枠組の中で開業医を考えなければならぬわけでありまして。

私がアンケートを作って皆さんに書いていただいたのは、このようにいろいろの事がからみ合っているということをお知り願いたいと思ったからであります。このアンケートの内容についてはまだ完全ではありませんが、きょうの話のために今週になって作ってみたものでありまして、もう少し検討して改良したいと思っております。

#### 医療費の適正から抑制へ

私にとっては、“はるかなる56・6改定”であります。前に、私が医療課におりましたときに点数改定を担当いたしました、非常に昔の様に感ずるのであります。情勢は急に変化し、その時は適正医療という事に重きをおいて、適正とは何ぞやという事を真剣に考えましたが、今では医療抑制だけを真剣に考える時代となりました。現在で

は適正という事は殆んど考えない時代となってしまいました。大きな変り様であります。その抑制の中身は次に掲げた二つの柱であります。

(1) 公共医療費の抑制と自費(選択)医療の拡大

(2) 医療行為と需要の抑制

この医療行為の需要の削減ということは政府として一部負担を導入する以外、手をつける事は実際には出来ません。ですから、(1)の公共医療費の抑制と自費(選択)医療の拡大という事になります。これによって、政府予算から出している財源である30%少しでも減らしたいという事であり、これを具体的にいいますと、国民健康保険に対する国庫補助を減らすという事です。こんどの国会にかかっている健康保険法の改正も、公共医療費の抑制に外ならないのであります。一部負担にしましても、そこから浮く財源を退職者医療にまわすということで国はお金を出すわけではありません。この政策には医療をどんな風に良くするかといったフィロソフィーはありません。

年金と同じく、健康保険組合も一本化という事になるかも知れませんが、そこまでいく前に、医療費をどうかしなくてはならないという事なのであります。GNPの伸び率以内に医療行為の伸び率を押さえるという事ですが、これをやる良い方法はなく、ただ出来ることは、単価を上げないという事です。渡部厚生大臣は健康保険法が通ったら単価を上げるといわれておりますが、あくまでGNPの伸び率以内の話であります。そうでなかったら、老人保険法やこんどの健保法改正の主旨は崩れてしまいます。

医療費にもきたゼロサム社会

医療費もゼロサム社会であります。抛出の方が配分を変えるのですから、受取る方も配分を変えなければならなくなるわけです。合理化の考えが出てきて、稼いでいる方から稼いでない方へ向ける、即ち、開業医が稼いでいれば稼ぎの悪い病院の方へ回すとか、ゼロサム社会では当然の事が行われるのであります。こうなると鉄鋼産業ほどでないにしても、生産の拡大は期待できませんから、閉塞状態となるわけです。

そうなる私は危惧するのですが、単に医療費を抑制して配分を変えるだけでよいのだろうか、

財政当局はこれで良いと思うかもしれませんが、医療というものはこれでいいのかという事です。それで将来を考える上で現状分析を試みる必要があると思います。

効率性を追及する医療サービス

日本の医療の効率性という事を考えてみますと、日本の医療は効率性が高いのではないかと思います。5月6日号のイギリスのエコノミストをみましたら、その特集記事に13ページばかりですが、マックレーという人が依頼原稿らしいんですが、日本の医療の効率は良いと書いております。イギリスの救急車の走行の90%以上は無料のタクシー代りであるとか、アメリカでこんど試みられるDRGはよくないとか言い、日本のよいのは、Unplannedであること、即ち、計画性のない事で非常にうまくいっていると書いております。

平均寿命とか、妊婦死亡率とか、乳幼児死亡率等をみましても、日本はよいという事になってしまいうわけです。いま集めていただいたこのアンケートをみましても、皆さんそう思われております。この様に日本の医療は効率的であるとされていますが、それにも拘らず国民の間では医療不信があり、医師不信があり、いろいろ文句をいっております。それなら、どこを直したらよいか、どこに問題点があり、それをどうやって直したらよいかという建設的な意見が必要なのに、そういう議論はなされておられません。まあ、これですうまくいっているんだから、文句があっても、これでいいんじゃないかという事になっている様であります。

私の思いますのに、日本の医療はどこがいけないかという、日本の医療はゆとりがないという事がいえるのではないかと思います。医療において、ハードな面はよいとして、ソフトな面がよくない、住民に安心感がない、休日とか夜間の医療に不安がある、何かあったら何処へ行ったらよいかという情報の不安、そして、これはマスコミの影響も大きいと思いますが、医療に対して充ち足りない気持、即ち飢餓感みたいなものがあります。附添とか差額などの問題が国民の間にわだかまっております。

未来像のための現状分析



(6)

医療の未来像を考える場合次の三つを問題点として取り上げたいと思います。

- (1) 医療保障が医療保険か？
- (2) 自由開業医制度か、公的供給制度か？
- (3) 金の流れをどうするか、  
現物給付か、療養費払いか？  
出来高払いか、請負払いか？

保障か、保険かの問題があります。もう、このくらい、国民所得がふえて生活にゆとりができ、一方では政府の財政負担能力に限度があるという考えから、かならずしも保障でなくてもよいのではないかという意見もでてくるほどの状況になっております。保障的医療効果逡減という考え方がたつものであります。

サウザンドクラブとかいう、1000名位の会員で十分な医療を行おうとする保険ができる様であります。保障の足らないところは保険でという考え方であります。今度の健康保険法改正の中には特定療養費の事が定められています。これは主として大学病院などでは、一部のものが保険扱いでなく、自費と保険の併用を制度化するものであります。療養費払いという事なのであります。

次に自由開業医制の問題であります。全部○印であります。自由開業医制であれば、これは正に Unplanned であります。開業医が増えて、それで食べていけない開業医が増えても構わないのであります。食べられない開業医を何とかするとすると、これは自由開業医制とはいえなくなります。それを何とかするとすると、それは公的供給といいますが、いくらコントロールした方がよいのかという事になります。その、かねあいをどうするかという問題もあります。

次に金の流れの問題があります。具体的に申しますと、現物給付のままではいか、療養費払いにするかであります。

この様に、基本となる理念ができて、さて、未来の設計をと考えるに当って、日常の医療の個々の問題について考える必要があると思います。このアンケートにあります諸問題を考えて自分の意識を明確にする必要がありますが、皆さん、解答をお書きになりながら、あれ矛盾しちゃうなと声をお出しになっていられますが、しかし明確化させるためには避けて通れないことだと思います。本音と建前のための矛盾であります、本音と建

前を整理して選択肢をとらなくてはならないときがくるものと思います。あれも望みたいこれも望みたいという事は、これからは出来ないと思います。このアンケートには対立概念がありますが、皆さん方、矛盾した解答をどの様に組立てるかという事になるのであります。そうして始めて設計図ができるのであります。

〔司会〕 ただいま、当面の諸問題について分析をいただいたのであります、御意見を頂きたいと思います。

〔植田〕 厚生省は都道府県の関係者に医療機関の指導監査をする方針を出しておられる様であります、統制を強めようとの考えがあると思えます。将来へのプランは何かあると思えますが。

〔技官〕 去年も厚生省には何か考えがあるのではないかと盛んに言われましたが、この前お話しした様に、特にプランだとか、ビジョンはないのです。医系技官というのは二十数年前から武見先生にかくれていて、政策決定には余り関与してこなかったようです。吉村局長は二十八年組の事務官なのですが、氏は、それをずっと眺めていて、医系技官がやっている医療政策ジャダメなんだ、医療は価格政策を主体とするしかないのではないかと、ということになったのではないかと、私は流れをみていて推測するのです。勿論、医療政策は考えておられ、供給面の事も言われていますけれども、それは極めて難しくて保険局だけでは出来ないのではないかと思われて、価格政策を進められたと思うのであります。だから、昨年、私は価格政策の事をお話したのです。私の危惧している事は、価格政策による医療資源の配分で医療が混乱したりしては困るという事であります。価格政策を進めても医療の混乱がなければよいのであります。

そこで、一部負担の問題なのですが、早期受診が妨げられるという事が言われておりますが、果してそうだろうかという事です。患者は一部負担になったからといって、医者にかかりたいと思ってもかかれぬということがあるかあります。抑制といっても、この程度の一部負担で、悪い病気が手おくれになるかという事であります。「風邪は万病の元」と

いって反対する人でも、本音と建前は違うのではないかと厚生省はみているわけです。ですけれども、私は医療を守るという点から、そういう価格政策ばかりを押し進めていくと患者にも医者にも不満がでて、国民の間に医療全般に不信感が生ずる事をおそれるのであります。医療にはサービスや、きめの細かい配慮が必要なのだと思うわけでありませう。

〔植田〕 厚生省は、医師会が独自にいろいろやる様に、医師会を伸ばす法律を作ればよいのに、医療法にしたって医療法人にしたって、規制を厳しくして官僚統制を強くしています。明治以来医師会は官僚統制を厳しくされていますが、今度ますます官僚統制を強めるところにきています。

〔技官〕 医師会の独自制を縛る様な法律を作るなんていう事はひとつもありません。どこの官庁も業界と癒着していて、補償したり助成したりしていますが、規制と監督は必要なのですね。だからといって官庁がしめつけているとは言えません。

〔林〕 日本の開業医の水準は、診断設備なんか優秀だと思うのですが、これからは、CureからCareへの時代に入ると、開業医は地域の住民と密接な関係にあるので、開業医中心にやらなくてはならないと思っております。残念なのは、大学の医局なんかにおいて直ぐ開業できるという事なのです。開業医になる前に総合的な訓練が必要だと思います。

#### プライマリーケアと簡単にいうが

〔技官〕 開業医に関するこのアンケートの項目としては、54番、56番、63番、67番、68番、69番というところですよ。卒後教育は大学病院でなく公立病院でおこなうべきか、診療所では入院を要する手術は行わない方がよいは半々です。医業分業も半々です。専門医制度も半々、開業医は専門医であるべきというのは、少ない様です。病床は必要としないというのは半々です。

厚生省でも、プライマリーケアという事を言っていますが、現在のところ具体的にははっきりせず、抽象的すぎます。

開業医はプライマリーケアをやるべきだと

した場合、どんな診療内容と程度でやるかかはっきりしません。私の所で、昨年、全国1万5千世帯で調査した結果なのですが、その中で、かかりつけの医師がいるかとの項目で、都市も郡部も大体66%です。ところが、ちょっとした怪我の場合、其のかかりつけの医者にかかるかということ、都市で32%で、郡部では58%となっています。プライマリーケアとなるとこの辺のところをどう考えたらよいのかということでもあります。これについては、アンケートの46番で、かかりつけ医は簡単な外科的なこともできるべきが、圧倒的に〇印が多いのであります。となると、開業医になると、開業医になる前に何処で訓練したらよいかであります。医学博士制度は改革すべきかという問題とからんでくるのであります。皆さん〇印をつけておいでになります。そうすると、専門医の問題、学位の問題、教育研修病院の問題などがからんできます。

このようなわけで、将来の医療システムを考える場合、大前提として、幾何の公理みたいなものをつくって、その枠組の中で組立てなければいけないと思うのであります。できないは別として、そういう考え方をしてみないと、いつも言うことが変わってしまうということになるわけでありませう。

#### 日本の医療はアメリカを追うのか

〔植田〕 国家試験の問題が、3年後にオールラウンドでないといけない問題にするといわれていますが。

〔技官〕 難問奇問をなくそうとする傾向はありますが、そういう事ではなくて、問題をプール制にするということになったのです。そうすると、問題は公開しませんから、医事新報にもでないということになります。

〔西村〕 CTの問題なんか余り必要もないのですが、厚生省の方針としてこれはどうなのですか。

〔技官〕 国家試験のことは医務局の医事課でやりますが、医事課は課長が事務官でして医学の事は分かりません。そこで課長補佐が対応するわけでありませうが、仮りに私が課長補佐でいたとしても、試験委員の偉い先生方が問題を

(8)

作ってこられたのを、「先生これは……」なんてとていえたものじゃありません。

〔西村〕 厚生省はアメリカの医療をモデルにしているのではないですか。

〔技官〕 そうではありません。モデルとしてはつきり言える事は、医療保険でいきますという事だけです。それから選択医療でいきます、金の流れはこうだ、自由開業医でいきますという事、これが日本の医療です。

〔川辺〕 医療の最終的なあらわれ方は死という事ですが、社会的宗教的な背景があるわけです。日本の医療は、西欧化なのか、西欧のよい所を取り入れるのか、あるいは皆目わからないのか、私は西欧化特にアメリカ化に走っていると思います。そうなれば、ある意味で開業医切りすてという事になります。その所をお伺いしたいと思います。

〔技官〕 日本の医療のよい所は言葉で表現できない所があります。しかし、良い所は残しておこうとする姿勢はあります。プライマリーケアにしても、アメリカからきた言葉ですが今模索中です。開業医については事務官も技官も大事にしないでいけないという様に思っています。開業医がやっていけなくなったり、少なくなれば、何等かの優遇措置をしてでも存続させなければと考えています。

〔植田〕 厚生省には二分極の考え方があって、開業医は聴診器一つあればよい、あとは専門の病院にゆけばよいと考えているのじゃないかと思えます。

#### 厚生省は統制を強化するのか

〔司会〕 今、問題になっているのは医療費抑制策なのですね。厚生省には明確な政策はないとおっしゃっていますが、厚生省の政策的な考え方をお聞かせ願いたいのですが。

〔技官〕 昭和47年に閣議決定した医療基本法というのがありまして、あれを踏襲しております。もう一つ、昭和23年にできた医療法がありまして、法律というものは、やるやらないは別としまして、やれるという事を残しているのであります。ですから、医療監視にしましても、やろうと思えばいつでもやれますが、そうはできるものではありません。例えば昭和

56年に臨床検査技師等の法を改正して立入り検査が出来るようになりましたが、ではその法律に基いて、中に入って精度管理をやるかといえば全然やっていません。しかし、そういう風に法律があるから、官僚統制だというならばそれは否定しません。

〔植田〕 厚生省ではINSの研究をされている様ですが……。

〔技官〕 あれは、レインボー計画です。健康保険請求明細書をオンラインで結び、直接請求できて、疾患別点数などを知る方法ですが、アメリカのDRG計画が疾患別点数を決めたやり方がモデルになっています。これは医療費政策に関することになるわけです。

〔植田〕 今度、省内の部局が変りましたね。

〔技官〕 あれは、医務局を健康政策局とし、公衆衛生局を保健医療局にただけで、一部の課が移動しただけです。現業と政策とをわけたただけです。医療保険の担当部局は変わらず医療課は保険局のままです。もしも、医療課を健康政策局へもってくれば、供給面の施策と同じ部局になりますから、また変わったものができる可能性はあります。保険局の仕事が技官のポストにくる事は絶対にありません。

〔植田〕 老人保険だけどうして部になっているのですか。

〔技官〕 私の今いるところは、統計情報部です。課と局の中間のポストです。老人保健部の部長は事務官です。統計情報部の部長は技官です。私のいました医療課は課長が技官で、その下に技官と事務官がおります。技官は保険局では困われている形になっています。お金を握っているところは事務官です。

〔司会〕 どうも、医療政策がないとすれば、医療費で争そわなければなりませんね。

#### 医療費で議論する時代ではない

〔技官〕 いや、医師会は医療費で議論してはだめです。そういう時代ではありません。武見先生のやっていたのは、取引きは医療費でやっていたが、医療政策で議論していたのです。高度成長のときは、武見先生は医療費をかすめ取ってこられたのです。

〔司会〕 医療政策を論じても相手がないのでは……。



〔技官〕 だから、健康政策局あたりと議論すれば、同じ医者仲間だし、正論は正論で話は通じるのです。だから、全国的には無理かも知れませんが、昨年申しました様に、地域の特殊性に従って、医師会は地域医療計画を立て、地域なりの一つの医療システムを作る必要があるのであります。ですから、ある地域の開業医集団はこういう特徴をもって特色ある活動をやっているという、モデルがあってよいのではないかと思います。それを期待しております、これは私の願いです。ですから、私は、あちこちから招かれた場合には喜んで参っているわけでありませう。

〔田会〕 それは我々の望みたい所です。しかし、受け皿が無いのではないのでしょうか。

〔技官〕 厚生省の事務官の中には優秀な人がいて、医師会と話し合っ共共存しなくては行けないといっております。他の官庁の場合、業界と一緒に助成金などを取ろうとしていますが、医師会も厚生省を敵視することなく、厚生省の中にも同じ利益に立って歩調を合せてやるべきだという意見もあるので、相手は大蔵省であって、厚生省は同じ仲間だと思っただきたいのであります。医師会は、何かというと、“される”“される”と被害者意識をもたれる様ですが、厚生省だっ医師会のためにやっっており、医師会がなかったら、仕事なくなるみたいなものですし、両者は共存しなければ行けないと思っます。

〔司会〕 それは、どうでしょうかねえ。

〔技官〕 いや、そうじゃないんです。若い技官なんかでも、医師会を追いつめては行けない、厚生省も医師会も、同じ存立基盤に立っているし、互いに同じ職種であるとの考えを持っています。そう思わなかったら、厚生省はいりませぬ。大蔵省が直接医師会政策をやればよいという事になってしまいます。厚生省と医師会の関係は医療費だけではありません。医師会はずっと医療政策の事を考えなくては行けないと思っます。厚生省のどこを相手にしたらよいかの、カウンターパートですが、それは今までみたいに、医師会は、相手はいつも保険局だと思っているのが行けないのであって、健康政策局なり保健医療局を相手に

しなくては行けないと思っるのであります。地域医療や医療政策について、医師会はずっと実行面で積極的に厚生省と話し合っただきたいと思っるのであります。今後の開業医の生きる道として、私は医師会に心から期待するのであります。

〔司会〕 今、希望のもてる話がありましたか(笑)、実際はどうなんでしょうかね。

〔川辺〕 先生は政策がないといっておりますが、実際にはコントロールしやすい様にもっているんじゃないかと思っんです。

〔技官〕 どの官庁でも、運輸省なら自動車、通産省なら電気メーカーを監督指導するでしょう。それがなかったら官庁は用がなくなってしまいます。そういう様な事は政策以前の問題です。

〔司会〕 どんどん、反論してよいんじゃないかと思っんですが……。

〔木村〕 医者が足りないといっって、大学を増やして、医者が増えて食えなくなれば、今度は医者を減らす、先見の明がなかったのではないですか。そういう事に対して官庁は責任をとらないのですか。(笑)

〔技官〕 それは政策がなく対策があったからです。

〔木村〕 いや、大蔵省なんか成績優秀な人が行くといわれていますが、厚生省なんか、どっかかといっると、いいという人は行かないでしょう。だから政策を作る能力が無いんじゃないですか。

〔技官〕 それは必ずしも当っていません。例えば、ゼロシーリングの原因になった国債ですが、こんな事は十年も前に予想できたことですよ。これは失敗といえ失敗で、こういう、間違っった政策を立てたのは大蔵省のトップクラスのエリートですよ。そして、彼らは局長や次官になっています。

〔西村〕 先生ぐらゐのゼネレーションの人は何人ぐらゐいますか。

〔技官〕 技官は毎年平均5～6人はいってきます。事務官の方は上級職が十数人はいってきます。

〔西村〕 そういう方の中でディスカッションの場はあるものと思っますが、内容をお知らせ願えませぬか。(笑)

(10)

〔技官〕それが、共通の場がないんですよ。(笑)  
ほんとなんですよ。

〔西村〕先生のいうよい医療とは何なんですか。  
これが聞ければ、今日きた甲斐があります。

〔技官〕第一は、治療の結果がよければ安上がり  
ほど良いこと、第二は、患者の満足が得られ  
ることです。医者にかかって満足して安心し  
て死ぬること、これが、医療の根本だと思っ  
ます。

〔西村〕安上がりというのは何が安いのですか。

〔技官〕それは使われる資源が少なくて済むとい  
うことです。

〔西村〕医療を受ける人にとってなのですか、国  
にとってなのですか。

〔技官〕絶対的資源です。

#### 医師会と厚生省は同じ夢を

〔吉野〕開業医が、ほんとうの専門医だったら、  
こんな効率のよい安上りの医療はできないと  
思います。専門医でも開業すれば、内科でも  
小児科を診なければならぬし、中途半端な  
専門医になってしまうので、それで効率がよ  
いのです。だからといってGPは日本では、  
人々が満足しません。問題は私立の中小病院  
の位置づけです。医師会も厚生省も同じ夢を  
見る様にしたいと思います。お作りになった  
このアンケートは良くできていますね。これ  
を一つ一つ検討してやっていけば、何か夢が  
でてくると思います。厚生省の事務官が言わ  
れた様に同じ夢を見たいですね。

〔大塚宣〕私は病院経営者の立場ですが、どうも  
私のいう事は医師会ではいられない様なと  
ころがあります。私共が世論に訴える場合に、  
世論から見て不利な点があるのです。特権階  
級意識とか、地位保全の為だとかいわれてし  
まいます、私どもが医者を雇う場合、一般企  
業に比べても、社会常識から言っても高すぎ  
ます。そのところを医者も考えてみないとい  
けないと思います。医者も落ちるところまで  
落ちて、それから社会的地位が得られる様  
にならなければならないのではないかと思っ  
ます。

〔加藤〕医者は公共性のものですから、税金の研  
究をして頂きたいと思います。

〔技官〕世間が見て、医者は儲けているけれど、  
公共性があるから税金は安くしてもよいと思  
うならば、そうなるでしょうが、将来とも所  
得税率を下げることは無理でしょう。考える  
とすれば、再投資に対する投資減税でしょ  
うね。

〔山口〕健康保険組合には金が余っていますが、  
それはどうなのですか。

〔技官〕それが、今度、新設される退職者医療制  
度です。

〔佐々木〕薬価が例えば抗生物質の場合、外国で  
は数十円なのに、日本では数百円もするのは  
どうなんですか。それから、ホスピスの事  
ですが、末期の患者に点滴だの酸素だのやっ  
て苦しめています、たまには、皆やめて、酒  
でも飲ませて楽しませてはどうでしょう。

〔技官〕薬価の事はよく知りませんが、安くすれ  
ばよいというわけにはいかない様でして、国  
内で開発するには、利潤を上げさせて、それ  
を開発研究資金に回さなければならぬわけ  
です。国内で開発して輸出に回して、国益を  
上げなければならぬわけでありまして。厚生  
省が、他の官庁の様に、業者と密着している  
というのは製薬業界だけなんです。この為、  
製薬会社はボーナスは多く給料もよいです。  
それからホスピスの問題ですが、病院や診療  
所で死ぬのは53%です。これは社会的宗教的  
問題を抱えています、将来自宅で死にたい  
という希望がふえてくれば、開業医はこの問  
題を研究しなければならぬと思います。  
いわゆる在宅ケアの問題も同じです。こうい  
う問題こそ、医師会が主体性を以って独自に  
対策を建てて、行政を先どりして、必要な財  
源を手当させる様なことを、私は期待するわ  
けでございます。前回のときも、私は申し上  
げたのですが、点数問題だけで、医療課を相  
手とするのではなく、本日、申しあげました様  
に、これからは、大いに、医療課を含めて、  
健康政策局や保健医療局の技官、ときには、  
事務官とも話しあい、同じ夢を持って、今ま  
での様な、厚生省は敵だ、なんていうことを  
考え直してやって頂きたいと思うのでありま  
す。これが正しく、90年代に生きる、開業医  
の道だと思っております。

〔司会〕 私共、不勉強だったと思いますが、これからは、自分等の設計みたいなものを考えて、しっかりしたものを持って厚生省と話し合う様にしなければと思います。これを機会に、

西多摩医師会内にも、そういう事を考え研究するチャンスを持ちたいと思います。どうもありがとうございました。

## 各部より

# 公衆衛生部

松原貞一

### 1) 蜂刺症……1～2時間以内が勝負

今年はどういう理由か、スズメ蜂刺傷を診る機会が多かった。役場に連絡すると、環境衛生課であろうか、職員が早速駆けつけて来て、スズメ蜂と判るとすぐ医者に診てもらうように勧める為かも知れない。スズメ蜂は、近在を飛び交う蜂の中最も毒性が強く、民家の屋根裏などに大きな巣を作り、かつ又大変攻撃的であるので刺傷例が多い。スズメ蜂ではなかったように思うが、過日の新聞によると2刺で死亡した例があったという。かの有名な榎本姉御の“蜂のひと刺”には及ばぬも、2刺で死んだと伝えられると、患者の心配・不安も判らぬではない。蜂毒には、メリチン・フォスファリパーゼ・ヒアルロニダーゼ・セロトニン・ブラジキニンなどが含まれており、通常ミツ蜂などに集団で襲われた場合、500刺を越えると致死量に達するといわれる。局所の充血・浮腫・出血・疼痛などは当然であるが、後記するようにその処置は一般的でよく、その昔私など祖母から何ものなければ小便をつけておけばよいと教わったことを思い出す。しかし診療上問題となるのは、刺傷による蜂毒そのものによる症状より、なしる蜂毒抗原によるアナフィラキシー・ショックであり、その為時には短時間の内に死亡することが知られている。一種の抗原抗体反応が考えられるので、以前蜂刺の経験のある人は特に危険である。悪心・嘔吐・発熱・下痢・胸内苦悶・虚脱・呼吸困難・声門浮腫・痙攣を起し仮死となる。家屋内に巣があると何回も刺される機会があり、スズメ蜂は特に毒性が強いので、重症になり易い。また重症例は殆んどがアナフィラキシー・ショックであり、問題は刺傷後短時間に発症するので、2時間を越えて来院したような

患者には、先づ心配はない。治療は一般的ショックの治療と全く同様で、特に蜂毒に対する配慮の必要はなく、ステロイド剤を中心として輸液・強心剤・血圧維持・気道確保などで、ショック状態の回復を待てばよい。局所的には、10%アンモニア水塗布（濃すぎて後火傷の手当てに困惑した例を経験）重曹水の冷電法・氷のう湿布・軟膏処置で充分である。蕁麻疹が出た場合は、抗ヒスタミン剤。ミツ蜂刺傷の場合は毒針が皮内に残るそうであり、除去が必要。

スズメ蜂に限らず、アシナガ蜂・ミツ蜂・クマ蜂も、毒針を持っているのは総て“働き蜂”と称するもので、5～10月活動する働き蜂は総て雌であり、卵巣が毒袋となり毒針は産卵管の変形したものである。この働き蜂も秋には総て死に絶えるし、受精した雌蜂も秋には巣を出て、周囲の蒿の中などで冬を越すので、刺傷患者の来るのは主として夏であり、此の原稿が出る頃には問題はなくなっている予定。

（この稿をかくに当り、福生保健長末和夫先生・青梅市立総合病院内科部長坂本保己先生・羽村町保健センターにお世話になり、感謝致します。）

### 2) 食中毒

今度の夏は腸管ウイルス感染症による下痢患者が多かった。患者の多くが食中毒を心配しているが、鑑別は至難の業。せめて同じ物を食べて同じような症状を呈している者の有無をきいて、推察する位の頼りなさ。エルトル型コレラにしても、ゾンネ型赤痢にしても、症状は軽く非定型的で、培養でもしなければ診断は臨臨床的には不可能。しからば、どのような患者に培養をすべきか、見のがすとやがて集団発生となるので後で悔まなければならない。推定される

菌と潜伏時間を調べてみたが、幅がありすぎて  
 余り役に立ちそうもないが、列記してみる。

病 因	潜伏時間
コレラ	1～3日
赤痢	2～7日
腸炎ビブリオ	14～20時間
黄色ブドウ球菌	30分～6時間
サルモネラ	12～20時間
病原大腸菌	10～30時間
ボツリヌス菌	12～36時間
ウエルシュ菌	8～20時間

ふぐ毒	30分～3時間
あさり毒	1～2日
きのこ毒	1～3時間

### 学 術 部

「老人病の臨床」シリーズ、そのⅡとして、  
 「老年者の消化器疾患」について、鍋谷欣市杏林  
 大学第二外科教授の講演が、行なわれました。  
 (昭59年8月24日 西医会館)

(足立)

### 6 月 分 診 療 報 酬 明 細 書 返 戻 状 況

返 戻 理 由		医 科 ( 乙 表 ) 件 数			
		西多摩	青 梅	福 生	秋 川
1	保険者番号、記号○番号、公費負担者番号、市町村番号、受給者番号の不備又は保険者番号と記号の不一致	22	26	13	20
2	旧証の記号○番号	1	7	2	2
3	患者名、生年又は生年月のもれ	1	0	1	0
4	傷病名のもれ	0	0	1	1
5	診療月分、診療開始日、診療実日数、転帰のもれ	6	2	1	0
6	診察料(初診、再診、往診又は時間外等の表示)のもれ	0	0	1	0
7	診療月と診療開始日及び初診料の不一致	4	2	1	3
8	診療実日数と診察回数又は処方回数との不一致	10	3	1	0
9	投薬○注射(薬名、規格単位、用量、回数)の不備	2	0	1	1
10	処置○手術○検査○X線(薬名、回数、内訳)の不備	3	1	0	0
11	入院料の不備	0	0	2	0
12	点数欄記入もれ又は点数算出根拠不明	0	1	4	0
13	契約外(国保、国鉄、公費等)	0	0	3	0
14	症状詳記(診療内容及び方針の説明等付せん参照)	2	9	2	1
15	医療機関(薬局)の申し出によるもの	0	2	1	0
16	その他	0	1	1	1
計		51	54	35	29

## 理事会報告

### 7月管外理事会

昭和59年7月28日(土)

立川 入船茶屋

- I 会長あいさつ 瀬戸岡会長
- II 報告事項
1. 会長協議会報告 瀬戸岡会長
  2. 庶務担当理事連絡協議会報告 大塚理事
- III 協議事項
1. 医政連関係事項
  2. 入退会会員 承認

## 医師会日誌

医療機関数 153 病院 24  
診療所 129

会員数 266 A会員 141  
B " 125

### 会議

- 9月10日 理事協議会  
11日 会報委員会  
19日 総務会  
26日 理事会

### 講演会・その他

- 9月8日 整備会  
12日 法律相談  
15日 囲碁会  
20日 学術講演会  
27日 国保講習会

### 役員出張

- 9月5日 都医保険部委員会  
10日 都医医事紛争処理委員会  
12日 五日市保健所定例会  
13日 都医苦情処理委員会  
14日 都医地域医療推進委員会  
21日 都医会長会  
" 三多摩会長会

9月21日 都医保険部連絡会

28日 都医地域医療推進委員会

### 会員通知

- 会報
- コレラ患者発見緊急報告
- 医療用医薬品製造業における景品等の提供の制限に関する公正競争規約等の送付について
- 療養の給付に関する疑義解釈について
- 会報
- 学術研究会案内
- 厚生省の実施する昭和59年「国民健康調査」「患者調査」及び「医療施設静態調査」について
- 学術講演会資料
- 健保法改正に伴う講習会開催について

## あ と が き

猛暑の頃、羽村の堰上で子供達と水遊びをしたが、かなりの冷たさで対岸まで水中を歩くと、足首の冷たさに思わずCold Pressor testが閃めいたのである。多摩川の水温が低いのは小河内ダムからの低位放流のためであり、ダム式発電でも水温の高い高位の水を流すことは難しいらしい。このため数十億をかけて別に水路を設けたが、それもうまく機能しないと聞く。水も有資源のひとつで、古来高きより低きへ流れるの道理の通り、流路に応じて使われていれば文句は出なかったものを、トイレの水は再利用水という時代となり、利用者の利害を調整して水の再循環をはからねばならなくなった。そうしないと枯渇してしまうのではという強迫観念が蔓延しはじめたのも事実である。『湯水のごとく……を使う。』のたとえのように、その水さえ『湯水』のように使えなくなったわけか。

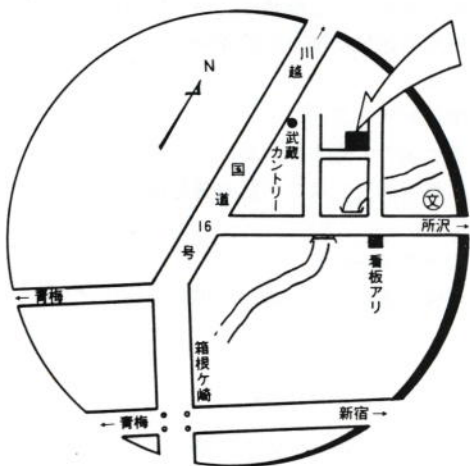
ゆえに水のみならず医療費もそうであって、水温が高かろうが低かろうが、一定の流量を保っていけばよいことになる。サービスのために金を無駄にするの身近な教訓であろうか。

(村山正昭)



# 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 339-1

TEL 0429 (64) 2621(代)

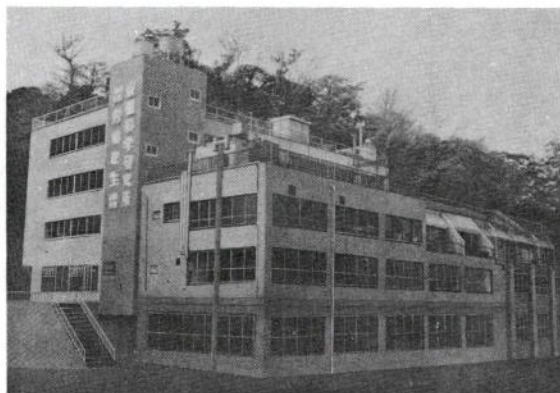
## 臨床検査センターの雄 保健科学研究所

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
  - 内分泌学検査●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に集配致します。御一報を御待ち致しています。