

# 西多摩医師会報

1985年2月1日

148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・村山 正昭

TEL.(0428)23-2171(代)

荒巻 武彦 石井 好明

栗原 琢磨

小林 杏一 堀田 洋夫

渡辺 良友

昭和59年11月21日、「東京・西多摩地域医療計画-1984-」が発表されました。この計画は、西多摩医師会地域医療委員会(植田 稔委員長)が、救急休日委員会等の協力のもとに、西多摩地域圏内の医療に関する優先的課題を中心に実施して行くための方策を集約的に検討したものであり、西多摩医師会理事会、東京都医師会地域医療推進委員会、同理事会の承認を得ています。

この計画を策定するにあたり、多くの資料が綿密に検討されました。引用された諸論文の中でも、東京大学医学部保健管理学教室講師 羽牟俊一先生から多くの貴重な示唆を得たため、西多摩医師会理事会では、あらためて羽牟先生の講演を聞くことになり、2月5日、青梅、和田市にお招きしました。予定を上まわる多数の出席者がありました。当日の講演内容の詳細を以下に掲載します。

(地域医療委員会・広報部会報編集委員会)

## ハイテク時代の地域医療

—在宅医療を支える情報化社会—

東京大学医学部 保健管理学教室 羽牟 俊 一

昨今、21世紀が現実感をもって語られるようになってまいりました。

考えて見れば、あと15年でそれを迎える訳でありますから、現実感が強まってくることは当然の事でありましょう。

21世紀の地域医療について考える時、忘れてはならない大きな「二つの潮流」があります。

その一つは、「高齢化社会への急激な移行」であり、二つ目は、エレクトロニクスとバイオテクノロジーを中心に、高齢化社会への移行を上回るスピードで進展する「社会のハイテク化」であると言えます。

私これからお話しする事は、なにも目新しい事ではありません。

用意した資料も皆様方が日頃、目にされておられる「新聞、雑誌、TV」等の一般的なメディア

で報道されているものばかりであります。

この公表された事実、あるいは資料等を丹念に読み、多少の考察を加えて考えて見ると、まさに高齢化社会が社会のハイテク化とリンクして進展する今日の社会の状況を物語っていると言えます。

本日は、そのような視点から、私なりの考えを若干加えて、お話を致したいと考えております。

### 1 確実に進む高齢化社会

さて、話の順序としてお集りの皆様には釈迦に説法になりますが、一応おさらいの意味で、現在の医療をとりまく社会的環境を眺めて見たいと思います。

第一点目は、既に言い古されている感じではありますが、先ず我国の高齢化社会への移行であります。

(2)

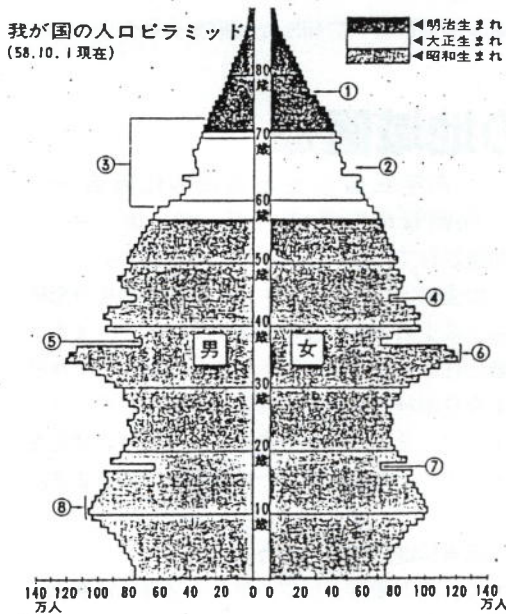
昭和59年に発表された「昭和58年10月1日現在・推計人口（総理府）」によると、我国の総人口は11,948万人となりましたが、その増加率は0.67%にすぎず戦時その他を除くと、史上最低の記録を更新いたしました。

全体としての人口増加率が足踏み状態であるのに、65歳以上いわゆる老年人口が総人口に占める割合は、前回調査を0.2%上回り、合計9.8%と長期増加傾向に拍車がかかっています。

これとは对象的に、出生児数は年々減少傾向をたどっており、その結果「図-1」に見るように人口ピラミッドの裾野が狭まって、もはやそれはピラミッドと言うより、〈ちょうちん型〉と言う方がふさわしいと言えましょう。

「図-2」に示しております「厚生省人口問題研究所」の推計によれば、老年人口の比率は昭和118年、いまから60年後には、22.2%で最大割合に到達、昭和150年で19~20%で安定すると予測しております。

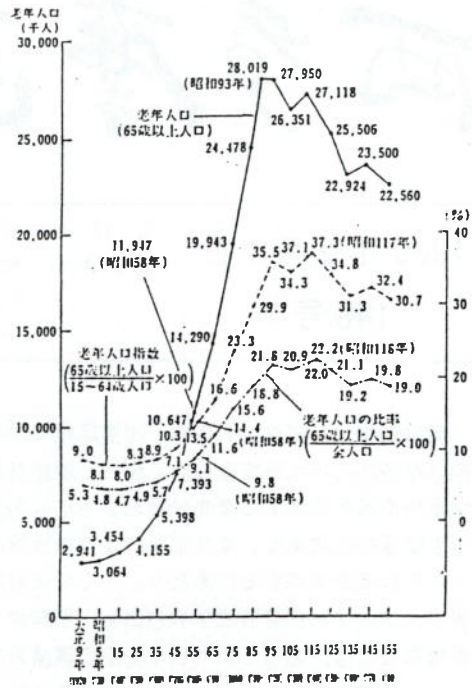
図-1



- ①77歳：明治39年のえうま
- ②64-65歳：大正7-8年のスペイン風邪の流行
- ③第2次世界大戦の影響
- ④44歳：日中事変の動員による昭和13-14年出生減
- ⑤37-38歳：終戦前後における出生減
- ⑥34-36歳：昭和22-24年の第1次ベビーブーム＝「団塊の世代」
- ⑦17歳：昭和41年のえうま
- ⑧9-12歳：昭和46-49年の第2次ベビーブーム

図-2

老年人口・老年人口指数・老年人口の比率の推移



資料 昭和55年までは総理府(統計局)「国勢調査、昭和58年は総理府(統計局)推計(9月15日現在)、将来推計は厚生省(人口問題研究所)「日本の将来人口新推計」(昭和56年11月 中位推計)

ここで、もうひとつ注意しておかねばならないことは、高齢化の異常な速さであります。

「図-3」のグラフに示されるような急ピッチで、我国は、他の欧米先進諸国のどこよりも速いスピードで、5人に1人が65歳以上の老人という社会に向かいつつあります。

さて、社会の高齢化に伴い、さまざまな問題が生起していますが、その最も端的な例が、国民医療費であると言えましょう。

「図-4」「表-1」には、56年度までしか示してありませんが、厚生省が昨年8月に発表した「昭和57年度国民医療費推計」を見てみると、医療費の総額は13兆8659億円に達し、同年の対GNP比で5.19%、1人当たりの国民所得の6.55%を占めるに至りました。

このような医療費増加の要素として、OECD(経済協力開発機構)は次のような現状分析をしております。

- ① 人口構造の急激な高齢化

- ② 社会生活の変化に伴う疾病構造の変化
  - ③ 医学・医療技術そのものの高度化
  - ④ 公的医療制度が発展の限界点に達したこと
  - ⑤ 加入者所得の実質的向上
  - ⑥ 医療サービスの持つ労働集約的性格 等
- が考えられると報告しています。

これらの要因が複合して莫大な医療費となっている訳ですが、我国における最大の要因はなんといっても、①の高齢化であると言えます。

従って、これから先も、国民医療費の増加傾向は止まることはないと予測されます。

図-3 老年人口比率の国際比較

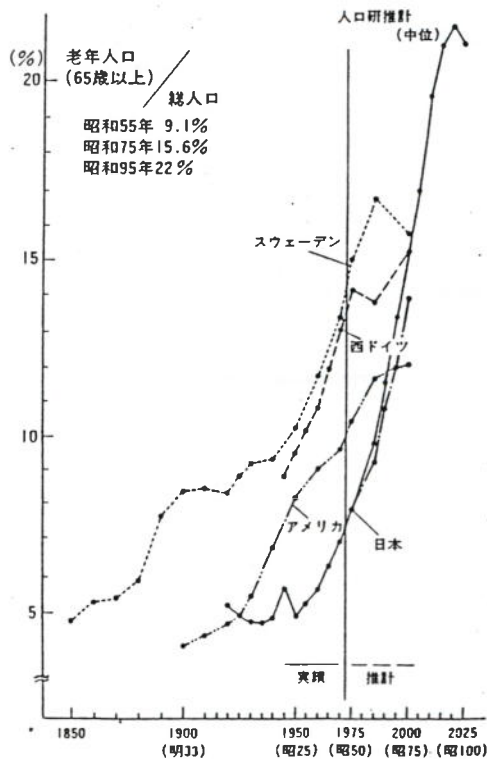


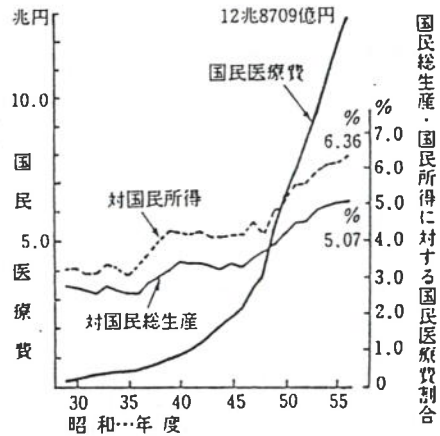
表-1

国民医療費の推移

年度	総額	対前年度伸び率		国民一人当たり医療費		対国民総生産		対国民所得	
		億円	%	千円	%	%	%		
36	5,130		25.3	5.4	2.58		3.26		
40	11,224		19.5	11.4	3.35		4.22		
45	24,962		20.1	24.1	3.32		4.10		
50	64,779		20.4	57.9	4.27		5.26		
51	66,664		18.4	67.8	4.50		5.54		
52	85,686		11.4	75.1	4.54		5.61		
53	100,042		16.8	86.9	4.84		6.00		
54	109,510		9.5	94.3	4.93		6.16		
55	119,805		9.4	103.5	5.01		6.18		
56	128,709		7.4	109.2	5.07		6.36		

(注)国民皆保険になった昭和36年度以降(厚生省調べ)

図-4 国民医療費の年次推移



「表-2」は、昭和58年12月発表の「国民医療費の将来推計」であります。このままの割合で高齢人口が増えて行くと、昭和95年度には65歳以上の医療費が、65歳未満の人口の総医療費を上回ると予測しています。

表-2

国民医療費の将来推計

		58年度 (子推)	65年度	75年度	95年度
国民医療費	65歳未満	兆円 10.10	15.70	29.46	103.81
	65歳以上	4.43	8.48	22.26	118.76
	計	14.53	24.18	51.72	222.57
国保	65歳未満	兆円 2.77	5.14	8.70	27.86
	65歳以上	2.63	5.34	14.02	74.82
	計	5.40	10.48	22.72	102.68
その他	65歳未満	兆円 7.33	10.56	20.76	75.95
	65歳以上	1.80	3.14	8.24	43.94
	計	9.13	13.70	29.00	119.89
国民医療費に占める国保の割合		37.2%	43.4	43.9	46.1

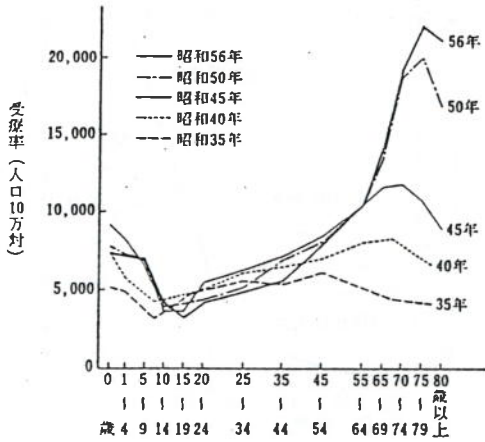
一方、「図-5」に見るように、昭和45年を境として高齢者の受療率は急激な伸びを示しました。

その結果「図-6」のとおり、人口構成比からいくと10%に満たない高齢者が、国民医療費の30%を占めるに至りました。

老人は病気がちであって、その為に必要な医療を受ける事は、決して「悪い事」ではなく、問題は、この莫大な医療費を誰がどうやって負担するかであります。

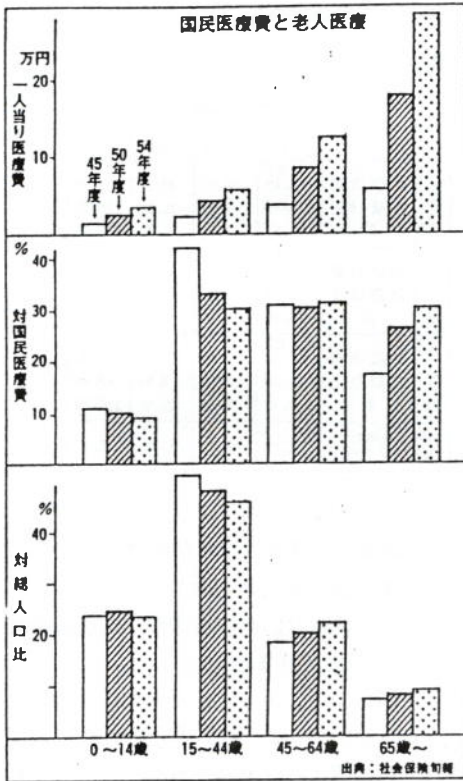
こうした事態を受け政府は異例とも言える速さで「老人保健法」を成立させ、昭和58年2月から施行しました。

図-5 年齢階級別にみた受療率(人口10万対)の年次推移



資料：厚生省統計情報部「患者調査」

図-6



出典：社会保険庁編

同法は、受診抑制策としての面が余りにも前面に強く出過ぎており、現実には受療行動抑制の効果をあげ、また併せて導入された「特例許可病院」の在り方を含め、施行後2年を経過した今日も、医療を受ける側は勿論のこと、医療を提供する側にとっても、余り評判の良い法律であるとは言えません。

しかしながら、医療費の一部個人負担を骨子とするこの法律は、医療費のアンバランスな急成長に、既に歯どめをかける効果が出てきている訳であります。

一方「図-7」「表-3」により、年金と医療費との関係を見てみると、昨年8月に公表された「57年度の社会保障給付費」によれば政府の医療費抑制策と、年金制度の成熟が影響を示し、10年前の給付費と比較すると、年金は10.9倍で、医療費の4.4倍と比較して見ると2倍半の高度成長を示し、56年度に初めて年金が医療費を上まわり、その差はさらに広がったとされています。

高齢化社会における福祉に対する負担の在り方を暗示しているといえるデータであります。

図-7

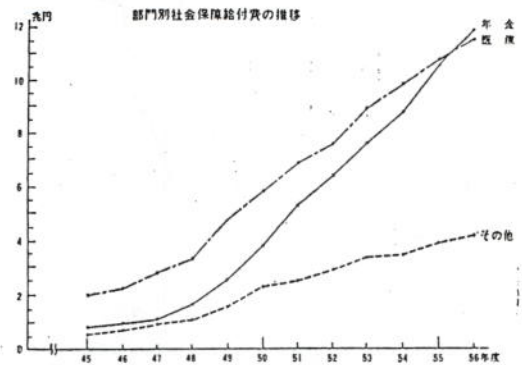


表-3

	社会保障給付費の推移 (単位：億円)				国民所得 B	A/B (%)
	比	計	医療	年金		
昭和40年度	16,037 (100)	9,137 (57.0)	3,508 (21.9)	3,392 (21.2)	266,045	6.03
45	25,239 (100)	20,758 (82.9)	8,152 (32.1)	6,329 (24.7)	408,754	5.79
50	116,726 (100)	56,861 (48.7)	37,639 (32.2)	22,207 (19.0)	1,231,843	9.48
56	273,578 (100)	114,424 (41.8)	117,519 (43.0)	41,635 (15.2)	2,024,296	13.51

厚生省政策課調べ

(注) 1. 「その他」とは、生活扶助、傷病手当金、失業給付等である。  
2. ( ) 内は増減比である。

## 2 求められる自律・自助の精神

「老人保健法」あるいは「健康保険法改正」は野党の反対は勿論、与党の中でも賛否両論があり、さらに与党を支持している医師会も、強い反対の意を表明したことは記憶に新しいところです。

しかし、次のような国民の意識の変革について見過ごすことが出来ないと云えます。

総理府が、昭和58年に発表した「社会福祉に関する世論調査」によると（高齢化社会の到来に対し不安感を持っている者が全体の67%）に達し、特に問題意識としては（年金の給付や負担が不安とする者・64%）（老人の健康、医療が不安とする者・60%）等に強い関心を示しております。

国民にとって、この問題がいかに切実であるかの表れと言えましょう。

また、国家財政の逼迫下、政府が進めようとしている〈高福祉・高負担〉政策について、どのように評価しているかをみると「社会福祉を充実させるため」には、（税金が高くなっても止むを得ないとする者・25%）（税金が高くなることは賛成できないとする者・42%）と反対が多いが、（一概にいえないとする者・28%）を占め、これらの数値は、過去の調査と比較しても余り変わっていません。

一方「受益者負担の導入」については（賛成とする者・46%）（反対とする者・19%）となっており、前回調査に比べ、賛成者がやや増加の傾向を示しております。

この受益者負担に賛成する者の割合が、前回調査に比べ、増加の傾向にあるということも見過ごせないものがあります。

欧米社会には、もともとキリスト教、特にプロテスタントの生活倫理が深く根づいており、市民一人一人が、〈自立を前提として自分の生活を守り、それでカバー出来ない部分を行政が補う〉ということが、社会生活の基本ルールとなっており最近では、ややすすんでいる傾向にあるが、いわゆるWASP（White Anglo Saxon and Protestant）の伝統はまだ生きていと言えましょう。

だが、伝統の違いからか我国においては、従来福祉といえば、〈お上が与える善政〉という受け取り方をされ、福祉の充実・医療費の給付の全てを、行政サービスに頼る傾向が顕著であったことを考えると「税金が高くなってもやむをえない」

という者が1/4おり、「一概に言えない」とする者を合せると全体の1/2を占めさらに「受益者負担導入賛成者の増加傾向」があるという調査結果は注目に値いすると言えます。

ところで我国の憲法は、その前文において①平和主義 ②国民主権 ③民主主義的政治機構 ④基本的人権の四つを人類普遍の原理として高く掲げ、その前文を受けて、第25条では〔生存権、国の社会的使命〕として「①すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と規定しております。

最低限度とはどの程度を指すものなのか、常に議論の分かれるところですが、同条は続けて「②国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と国の責務を明確に宣言しています。

憲法の前文と、第25条だけを見ると、国は国民に対し「少なくとも最低限度を保障」し、さらに「その向上、増進を義務づけ」しているだけのような感を与えており、これが〈お上が与える善政〉という受け止め方の一因でありましょう。

しかし、憲法第12条においては「この憲法が国民に保障する自由及び権利は、国民の不断の努力によって、これを保持しなければならない。」と規定し、さらに第13条において（すべての国民は、個人として尊重されるが、その権利の行使については公共の福祉に反しない限り、立法その他国政の上で最大に尊重される）とされております。

つまり、福祉の向上について国も最大の努力を重ねる事は当然であります、その前提として国民に対しても「不断の努力」を義務づけている事を見逃してはならないと言えます。

このような観点から先ほどの調査を見ると、国民の一人一人が従来の余りにも行政の政策に寄りかかりすぎていた姿勢を反省し、それではいけない、という自覚に目覚めてきていることを物語っているのではないのでしょうか。

健全な市民社会の基本は、あくまでも市民一人一人の自立・自助の精神がそれを支えるという事を忘れてはならないのであります。

特に、医療という側面から近未来社会を展望するとき、このことが、あらゆる面での基本原則であろうと考えるものであります。

国民の健康確保の問題の主人公は、あくまでも

(6)

国民であって、医師をはじめとする専門家集団と行政の施策はあくまでも国民の自立・自助をサポートする立場にしか過ぎないのであります。

### 3 「尊厳死」

#### 自律精神の最終選択枝

1 昨年、ベストセラーになった「メガトレンド」を書いたJ・ネイスビッツによれば、新しい技術が社会に導入される時には、いつでも平衡をとり戻そうとする人間的な反応、即ち「ハイタッチ」現象が生じ、新技術「ハイテック」は、これなしでは拒絶されてしまうと説いております。

ここで、我国の出生と死亡についての施設内での割合を「表-4, 5」によって見てみますと、出生はほぼ全数が、死亡は過半数が施設内と言う傾向を示し、それも年代を逐うごとに顕著となって来ています。

表-4 赤ちゃん誕生「場所」の変化

	実 数	施設内(%)	施設外(%)
1950 (昭和25)	2,337,507	4.6	95.4
1955 ( + 30)	1,730,692	17.6	82.4
1960 ( + 35)	1,606,041	50.1	49.9
1965 ( + 40)	1,823,697	84.0	16.0
1970 ( + 45)	1,934,239	96.1	3.9
1975 ( + 50)	1,901,440	98.8	1.2
1976 ( + 51)	1,832,617	99.0	1.0

(注) 厚生省監修「母子衛生のまなす統計」による。  
出典-藤田氏一著「お産革命」25頁より。

表-5 日本人の「死に場所」の変化

	死亡実数	施設内(%)	施設外(%)
1947 (昭和22)	1,138,238	9.2	90.8
1950 ( + 25)	904,876	11.1	88.9
1955 ( + 30)	693,523	15.4	84.6
1960 ( + 35)	706,599	21.9	78.1
1965 ( + 40)	200,438	28.6	71.4
1970 ( + 45)	712,962	37.5	62.5
1975 ( + 50)	702,275	46.7	53.3
1978 ( + 53)	695,821	52.7	47.3

(注) 厚生省「人口動態統計」による。  
出典-藤田氏一著「お産革命」86頁より。

出生は新しい生命の誕生であり、また、周産期における母子の安全の確保のため、今後とも施設内分娩は完全に定着するとみてよいし、またその必要性については異論を唱える声は少ないと言っ

てよいでしょう。

問題は、死亡の場所であります。技術の進歩のおごりや、医科学者の好奇心等による〈いたずらな延命〉があると言っては言いすぎかもしれませんが、チューブ、パイプ、点滴、酸素 TENT、ペースメーカー等の機器をシステム化した、生命維持装置の中で、ただ単に生物学的に生きているという〈植物人間〉としての生存が、果して人間として幸福でありましょか？

技術の進歩を否定するものではなく、また医師を始めとする医療従事者が、使命感として持つ〈可能性のある限りの救命の努力〉をも理解したうえでなお疑問を持たざるを得ない一面がある、つまり、適正な生存・尊厳ある死とはなにかという事であります。

ここで、関連するいくつかの国内の動きに目を向けてみたいと思います。

昭和58年4月、厚生大臣の私的諮問機関として発足した〈生命と倫理に関する懇談会〉で、人間の生死・倫理と先端技術の有りかたについて検討が開始され、また「第21回日本医学会総会」のシンポジウムでは、〈いたずらな延命は酷〉として、終末臨床について疑問を問ひかける提言がなされました。その一部を引用してみます。

聖路加国際病院・西村昴三小児科部長は「学童年齢に達した子供は、医師や両親がいかに隠そうと、病棟の雰囲気や会話の盗み聞きなどで病名や自分の死期を予期しており、がんの子供の心理的孤立感や周囲の秘密主義によって死が近付くほど強くなる。また、子供は（おうちに帰りたい……）と泣きながら死んでいく。

せめて末期の希望はかなえてやりたい。

そのために自宅で麻薬の大量使用を認めるなどの法的な措置が必要である。」と発言されました。

次に、淀川キリスト教病院の柏木哲夫精神神経科部長は「末期がん患者の心臓が停止すると、医師は家族を病室外に出して、心臓マッサージにとりかかるが、再び動きだしても、せいぜい数時間から数日の命にすぎない。その間、単に患者に苦痛を与えるだけではないか。

そのような場合には蘇生術を用いるべきではないし、死期が近い患者にはあえてつらい検査を強いるべきではない。」と言われました。

安楽死についても、関係団体での法制化の運動が始まっております。

生存と死亡に関するいくつかの潮流を紹介してきましたが、いずれにしても医療技術の進歩と、高齢化社会への移行がいま、人間としての本来の在り方について、根本的な見直しが必要とされております。

同時にこれは、さきに述べた人間としての自立・自助の精神の究極にある「最終選択枝の問題」であるということも出来るのではないのでしょうか。

4 医学の発展を支える周辺技術

近年の医療・医学技術の進歩は目覚ましいものがあり、科学（と化学）技術の発展に支えられ、バイオテクノロジーやエレクトロニクス等の成果が十分活用され、遺伝子操作、臓器移植、人工臓器、体外受精等の話題が専門誌は勿論のことTV・新聞などのマスコミを盛んに賑わしております。

「表-6」は、科学技術庁が発表した「21世紀初めまでの技術予測」であります。重要課題のトップグループに保健・医療関連の分野の研究が目白押しとなっており、西暦2000年頃には、人類の最大の悲願の一つであるがんの予防・撲滅も夢ではないと予測されるようになってきました。

また「図-8」に示されるように、我国のバイオテクノロジー関連企業の「現状及び将来の研究開発分野」についての動向を見てみても、圧倒的に医薬品に関連する分野が多いことが示され、既に昨年5月、我国におけるバイオテクノロジーを利用した医薬品の第1号として「血栓溶解剤」が保険薬価に収載・告示されたため、複数の製薬会社により商品化されました。

これを皮切りに製薬各社が開発にしのぎを削ることは明らかであります。

ところで、我国の科学技術の研究開発体制は、どの分野においても、基礎的部門がアキレス腱であります。しかしことバイオテクノロジーの面については、味噌や醤油などの伝統的な発酵技術の積み重ねがあり、いざ企業化する段階となると純粋技術に強い欧米を凌駕する傾向を示しており、このような視点から見ると、我々の予想をはるかに

に上まわる早さで、バイオテクノロジーを応用した医薬品が実用化されてくるに違いありません。

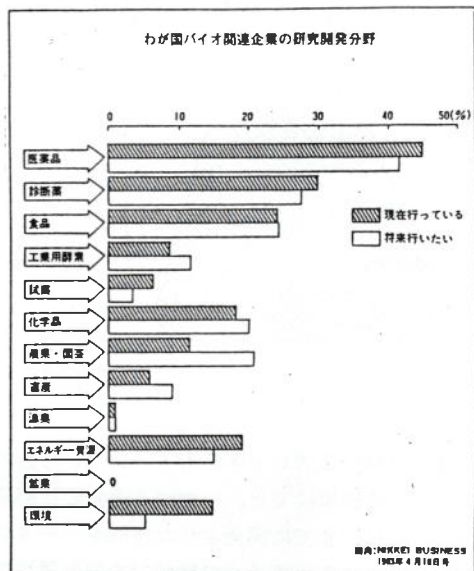
表-6

今後30年間の技術予測(保健・医療、ライフサイエンス)

課題	重要度の割合	実現時期
各種のがんに対する発がん因子が明らかにされ、発がんを予防するような生活が広く行われるようになる	88	2004年
LSI(大規模集積回路)が発達して肝臓の各種診断装置が目ざましい発展をみせ、がんを始めとする各種疾患の早期診断が可能となる	82	1997年
集団検診の技術の進歩により各種疾患の早期診断が可能となる	82	1994年
血液、尿の分析によりがんの早期診断が可能となる	84	1997年
医薬品の有効性や安全性(変異原性、催奇形性、毒性)に関し、簡便で迅速、確実な検定法が開発される	80	1998年
胃がん、結がんのような固形がんにも有効な化学療法剤が開発される	93	1999年
現在用いられている治療法に加えて重粒子線、レーザー光線、高熱療法などの手段が開発されて悪性腫瘍の治療が著しく進歩する	87	1994年
心筋障害に対する外科的治療が大幅に進歩する	87	1996年
脳卒中をほぼ完全に直し、回復させる治療方法が開発される	83	2010年
動脈硬化を非常に有効に治療する薬剤が開発される	91	2001年
肝炎をはじめとするウイルス疾患が容易に治療できるようなウイルス疾患に対する薬が一般に使用されるようになる	89	1999年
各種人工臓器は非常に小型化、簡便化し、自宅でも使用できるようになる	84	1999年
各地に必要なに応じて技術医療センターが作られ、ゲーターはすべて中央の医療センターで解析され、どんな地方でも適切な救急医療が受けられるようなシステムが確立する	81	1996年
重症疾患患者を適切な設備をもった施設に移送するルートが確保される	81	1993年
抗原構造が明らかにされ、それをモデルにした安全な人工ワクチンが合成される	83	1992年
細胞のがん化の順序が解明され、がんの予防が可能となる	93	2001年
免疫応答の機構が解明され、免疫現象を薬剤によって調節できるようになる	88	1995年
抗ウイルス剤によるウイルス疾患の治療が普及する	86	1993年
がん細胞の特性が分子生物学的に解明され、正しい分化の方向に誘導して正常化させることが可能となる	88	2004年
がんの転移を防ぐ有効な手段が開発される	96	1999年

科学技術庁調べ

図-8



調査: 科学技術庁 調査期間: 1992年4月15日

さて、高度に科学技術の発展した現代は、人々が心の底から求めているものは、最も基本的な、人間の生命と安全に関する技術の進歩であることに注目する必要があります。

かつてのように、少しでも生活を豊かにそして社会生活を高度にする為の「物」を作り出す技術への希望は陰をひそめ、ハイテク社会におけるハイタッチの傾向、すなわち高度技術社会が進むと、より人間的なふれあいのあるテクノロジーが求められるという傾向が、既に我が国にも現れてきております。

しかし、こうしたハイタッチな技術ほど基礎的であり、難しい問題を抱えています。

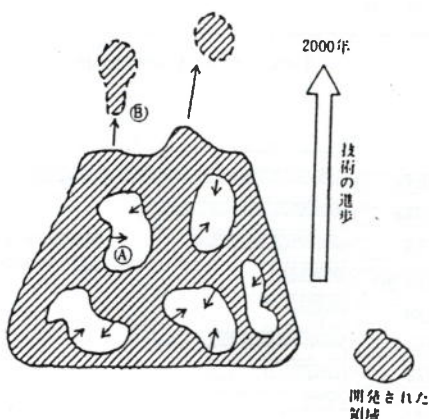
それは極めて当然な事で、地上で最も複雑かつ高度なシステムである人間に近づくほど、神の隠している謎あるいは「しかけ」に触れる事になるからであると言えます。

同じ技術開発の困難さでも、従来の延長線上で超えられる困難と、まったく新しい発見や発明がなくては越えられない困難というものが科学には存在します。

このまったく新しい発明、発見をともなう新技術開発がブレークスルー（突破）と言われるもので、「図9」を御覧下さい。

図-9

### 技術進歩のイメージ



科学の発展するプロセスをイメージ化したものですが、この図でゆくと、いわゆる通常の技術開発というのは、すでに開発された技術をベースに、その周辺ににじみ出るような格好で未開発領域を

埋めてゆくもの、ということができます。

この未開発領域を埋めている時期は一見、開発のスピードがひどく鈍っているかのような印象を与える、つまり一種の停滞期といえますが、やがてこれを打破する力が働く時が来る。

これが「ブレークスルー」と言われる動きであり図でいえば、ちょうどハネたインクの一滴が上方に飛びだしたように小さな斜線の丸を書く動き、これが全体の斜線の部分を上方に引き上げる働きを行うのであります。

今後のバイオテクノロジーにおける技術開発の方向はまさにこのようにして弾みがつき、そして加速されてゆく訳であります。

先端技術の応用による新しい製品の開発、実用化は人類の未来にとってまことに結構な事ではありますが、反面で医療技術の発展には、手離して喜んでばかりはおれない危険な面も有る事を我々は知っております。

優れた技術は積極的に取り入れられるべきではあるが、ことは人の生命と健康に関する技術の社会的適応であり、倫理上の問題も忘れる訳にはいかないのであり、科学技術庁という技術官庁が、人間の尊厳の問題を検討し始めているという方向が何よりもその傾向を雄弁に物語っていると言えます。

技術だけが突出する事の無いよう、広く社会に受け入れられる技術として十分に吟味される必要があると思うのであります。

昨年、次のような外電が伝えられました。

！ロンドン・4月25日・AFP・時事！

「不妊に悩む白人夫婦が、第三者から提供された精子による人工受精で子供をもうけたが、どうしたわけか、生まれてきたのはなんと黒人の赤ん坊だった。」

### 5 弾みを増す情報社会化

科学技術の進歩、特に先ほど述べたバイオテクノロジーの進歩と、それを上回って発展する今日の半導体・通信技術の発達、今後の医療の世界にも、少なからぬインパクトを与えております。

現在、我々医療関係者の周辺にも情報化の波が怒濤のごとく押しよせ「INS, LAN, New Media」等の言葉が氾濫し、また「VAN」の所管を巡り、通産省と郵政省が政策論争をそっ



ちのけにしてメンツのみを争い、マスコミの話題をさらったのもつい最近のことでした。

昨年9月には、三鷹市で「INS」の実験がスタートし、11月には「キャプテン・システム」の商用サービスも始まり、今まで概念的に言われていた「高度情報社会」が我々の目に見える形となって現われてきました。

皮肉なことには同月、世田谷の電話ケーブルの火災事故が発生し、情報化社会の以外な脆弱性も露呈されました。

ところで〔今日の社会においては「情報社会化」はもう概念などというものではなく、もはやそれは現実なのである。〕という言葉があります。

「図-10」、昭和57年度通信白書のデータでは「昭和56年度の我国の経済成長率は実質で2.8%、名目でも5.2%にすぎないが通信サービスの総生産額の前年比増加率は7.7%に達した」とされております。

日本の情報化を示すデータの一つとしては、情報メディアの発達があげられます。

この狭い日本の国土の中で、いまやTVや電話のない家庭を探し出す事は容易なことではありません。

57年度末の数字ですが、NHKテレビの受信契約者は3040万世帯、これは全世帯数の82%、電話加入者は4110万加入、新聞の発行部数にいたっては昭和52年に既にアメリカを抜き去り6300万部と自由世界第一の新聞王国でありますし、情報化社会に不可欠なコンピュータの設置台数でも昭和55年度で、73,000台となりアメリカに次ぐ世界第2位の保有国になっております。

いずれにしても、日本は既に世界でも一、二を争う情報メディアの発達した国家であると言える訳であります。

この日本の情報化社会に、さらに新たなインパクトを与えているのが最近の「New Media 革命」と言われる動向であります。

New Mediaとは、文字通り情報メディア革命で、エレクトロニクスの技術発展を背景に、既存のメディア同志の融合が行われたり、光ファイバーなどの新たな通信技術とコンピュータなどの情報処理技術との融合が行われた結果、新たに双方向TVを始めとする多彩なメディアが出現し、実用化が始まっております。

「表-7」「図-11, 12, 13」で、資料を示しておきました。

図-10

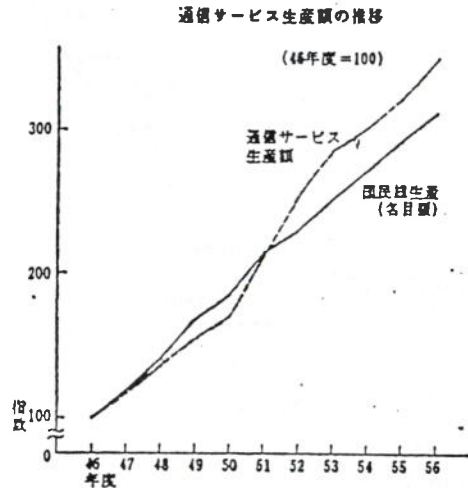


表-7

既存メディア・ニューメディア一覧表

	既存メディア	ニューメディア
(1) 無線系メディア	ラジオ、テレビ	文字放送、静止画放送、衛星放送、テレビ音声多重放送、文字多重放送、ファクシミリ放送
(2) 有線系メディア	電信、電話、テレックス	キャプテンシステム、双方向CATV(有線テレビ)、テレビ電話、テレビ会議、ファクシミリ、INS(高度情報通信システム)、画像伝送システム(VRS)
(3) パッケージ系メディア	レコード、ビデオテープ	ビデオディスク(VHD)、コンパクトディスク(CD)、デジタルオーディオディスク(DAD)、フロッピーディスク
(4) その他のメディア	手紙、新聞、雑誌、タイプライター	電子郵便、電波新聞、電送新聞、ワードプロセッサ、パソコン

図-11

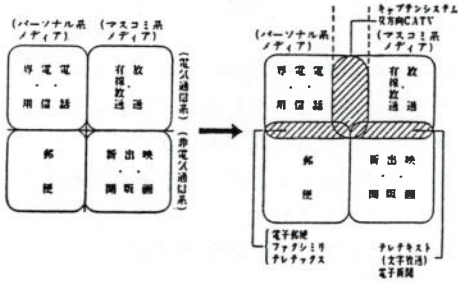
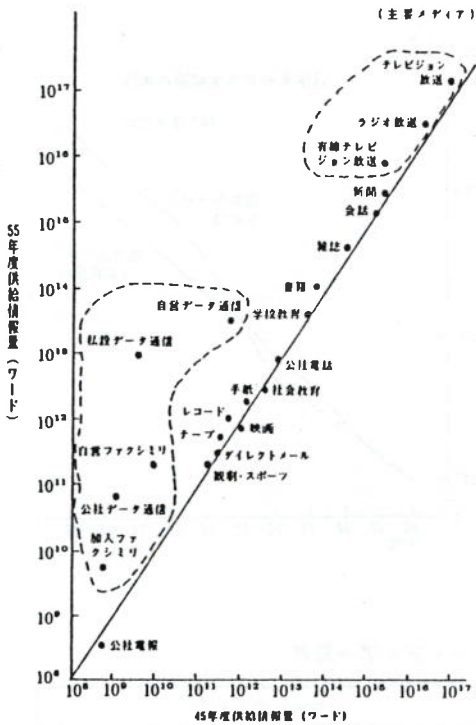


図-11 情報通信メディアの融合  
「データ通信(1982年1月号)」による。  
(注) 斜線部分は新しいメディアを示す。

図-12 メディア別供給情報量の変化

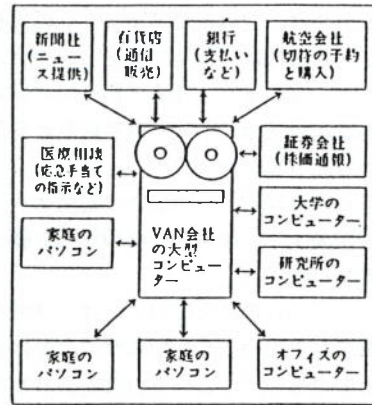


(注) 加入ファクシミリは1950年度値。  
通信白書(昭和57年版)による。

New Mediaの出現は、ただ単にこれまであった情報メディアの範中を越え、その便利さと性能が我々の情報社会をより一層変貌させていくものであります。

その旗頭はCATVで、さらにINSに代表される通信ネットワークの整備、発達そして商用化であり、そしてコンピュータ・ネットワークの留

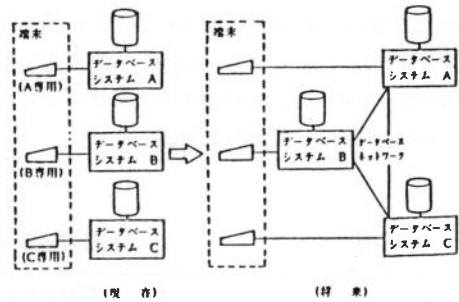
図-13 VANの構成



まることを知らない進展は、我々の想像を遙かに越えて発展しています。

各種のデータベース「図-14」が整備され、通信衛星星を利用して世界各国と情報交換が行われる一方で、我々の周囲にもOAやHA化が進みつつあり、100チャンネルを上回る情報が双方向に送受可能なCATV網の利用がすでに地域レベルでの実験段階に入っており、高齢化社会への移行を上回って情報化社会へ進展しつつあります。

図-14 データベースシステムのネットワーク化



医療の分野においても、人命の安全確保という観点から常に半歩遅れで導入され、既にI. C. U, C. C. U, N. I. C. Uは日常化され、またS. H. I. Sは既に実用段階に入っております。

医療機器の分野においても、身近な例についてみると、心電図電話伝送システムという形で機器と通信技術の一体化が実用化され、日常的な医療機器のME化が進んでいます。

しかしここで忘れてならないことは、このME化の動向は、当然ですが医療コストの高騰につながる一面があることです。

我国の医療経済制度は「収入」は社会化された統制経済（診療報酬制度）によっており、老人保健法また健康保健法の改正に見られるように国家財政の動向により政府にコントロールされます。

これに対し「支出」は自由主義経済の市場メカニズムに左右されるというシステムになっており、今後の低成長経済下での医療経済環境を考えると、新しい高額な医療器機の導入は、資本調達力を持つ組織でないと不可能となりましょう。

また、政府による高額医療器機適正配置の検討も始まっており、大規模な医療機関への技術集積傾向がますます強化され、ハードとしての機能面からみる限りにおいて、医療機関の格差がますます拡大されつつあります。

このような動向が、もともとブランド志向が強い我国の国民に影響を与え、その受療行動に変化をもたらし、病状の程度とは関係なく近所の開業医よりも遠くて、しかも長時間待たされる事を承知のうえで重装備の大病院での受診を指向するようになって来ています。

#### \* I N S Information Network System

L A N Local Area Network

V A N Value Added Network

O A Office Automation

H A Home Automation

C A T V Cable TV (Common Antena TeleVision)

S. H. I. S 共同利用型病院情報システム

### 6 高度情報化社会の地域医療

昨年は「New Media元年」といわれ、先ほど触れましたが、武蔵野/三鷹地区では、INSの大規模な実験が開始され、まさに21世紀の市民生活の在り方が模索されようとしております。

私も市民モニターの一人としてこの実験に参加いたしますが、敏感な企業は社員を当地区に居住させ、やはり実験の対象とされている丸の内、霞が関地域にある本社との間で各種の実験を試みる体制を整えており、そのため、市内のアパートやマンションには既に、空き室がなくなっていると

言われております。

日本電信電話公社はINSについて次のように説明しています。

「INSとは、通信のすべての段階をデジタル化することによってコンピュータと通信を融合し、情報の処理、蓄積、伝達を効率的、経済的に達成させようとする総合通信システムで、電話以外にデータや図形、文字、映像など多彩なメディアを、1つのネットワークで提供するシステム」で今後の普及の見通しは「1982年～86年 武蔵野三鷹地区で試行、1985年 科学万博で実施、2000年には全国規模でINSが成熟する」と予測しており、医療への適用については、

- ① 日常の健康管理や予防の充実として、・地域のホームドクターと家庭の接触密度の向上・老人家庭等の在宅ケア・1人の医師の受持範囲の拡大・地理的制約のカバー等が可能となり、
- ② 医療機関相互の密接な連携の為、・1次、2次、3次の役割分担と相互連携の推進を推進し、
- ③ 診療/治療の情報提供としては、・医療情報の容易な検索が容易となり、
- ④ 病院経営の情報提供により、・多角的な経営情報の容易な検索と分析そして、
- ⑤ 教育/研究のための情報提供等が出来るようになるとしています。

具体的なサービスの内容は「図-15, 16」に示してありますが、〔2000年〕冒頭申し上げたように、もう間もなくであります。

〔医療機関相互の密接な連携〕これも必要性が叫ばれて久しいものがあります。「必要である」と言われながらもなかなか実現しなかった〔密接な連携〕もINSのお陰で、すぐにでも実現の可能性が強くなってきたような気配がします。

「電電公社」が提供できるとしている各種の情報サービスは必ずしもINSを利用しなくても、実現可能な面も多いのですが、現在の〔One Way Communication〕から〔Two Way Communication〕へ、あるいは、〔三者間での同時通話/情報伝達〕等が可能となれば、より一層促進されることは間違いないでしょう。

INSの推進・普及は「アナログ電話網の普及に限界がきたことを考慮した、公社のサバイバル戦略」が本来の目的であり、必ずしも「国家レベル」での政策ではありません。

図-15

高度情報通信システム概念図

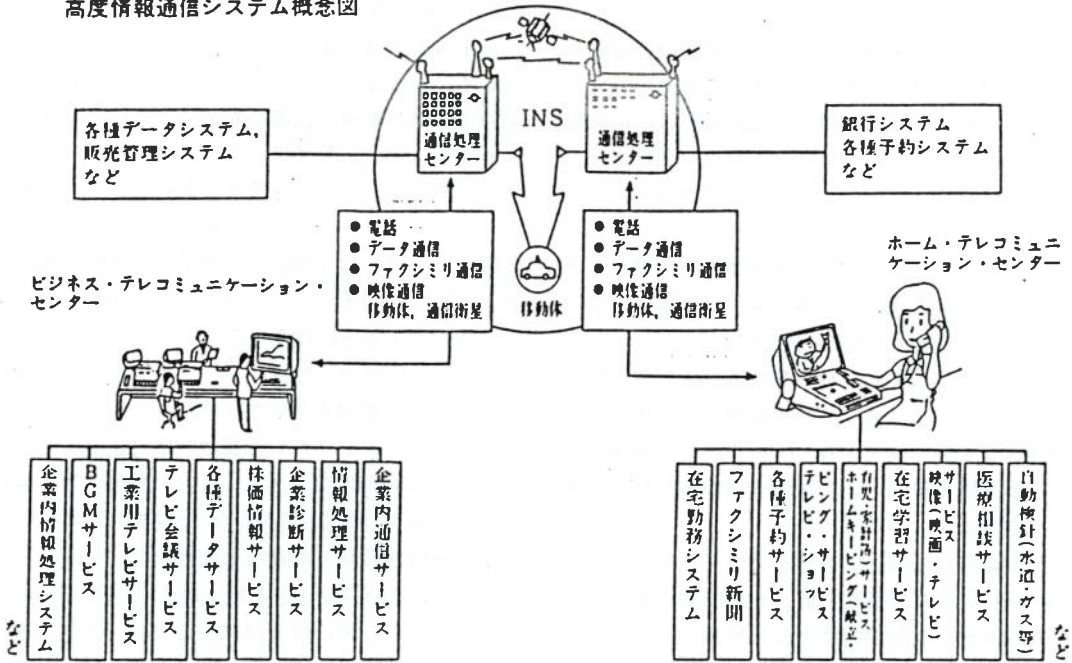


図-16

INSによる医療情報サービスの方向



電電公社(データ通信システムによるものは除く)

また、公社は(このようなことができますよ)といっているだけで、実際に利用(する)のか(しない)のかは我々ユーザー側の選択に係っている事は言うまでもありません。

黙っていても公社の方で、「医療に関する情報システムの全てをお膳立て」してくれる訳ではありません。

また、システムの開発及び運用に関するコスト、特に〔ユーザー側に設置される端末装置の値段〕及び〔サービスを受けた量に応じて支払う使用料〕の問題は、医療システムへの導入にあたっては他の商業ベースへの導入に較べ決定的な問題点となっておりまます。

「情報」は、作成するにせよ、利用するにせよ、「ただ」ではありませんし、いくら便利であるいは有効なシステムであっても、そのために必要な「端末装置」が高級乗用車なみの値段であって、医療機関側はともかく例えば(寝たきり老人の家庭等)では負担しきれないと考えられます。

このような点で、私が一番心配している点は、本年4月からスタートする「公社の民営移行」であります。

民間活力が導入され、市場原理、競争原理が働き、より良いサービスが期待される反面で「公社」であればこそ、仮に採算が見込めない分野についても「公」のもつ役割として、有る程度の責任を

果してくれるのではないかと期待が持てるのですが、採算確保を至上命題あるいは株主への利益配当を最終目標とする「企業」に移行された場合、単に提供できるサブシステムの一つに過ぎない

「医療」は採算上の面から、切り捨てられるのではないかという不安を拭いさる事が出来ません。

現に始まったINSの実験でも、モニターの圧倒的多数はいわゆる企業であり、一般市民の中に不満があることも否定できません。

実際の運用について考えてみましょう。

「在宅患者の病室」を例に考えてみると、患者が通常療養している部屋にTVスタジオ並の照明（現在は、1,000ルクスが必要）を期待する訳にも行かないでありましょう。

また、現在モニターに提供される「TV電話」の精度では医療には使いものにならないレベルであり、場合によれば（映像の解像力）により患者の顔色が左右され、誤診を招くかもしれません。

三鷹市医師会では今後「高品位TV」が開発され実用に供されるまでの間、先ず会員同士の通話のみに利用し、患者さんの自宅との通話は当分見合わせる事としております。

また、医療への適用範囲の選択にもよりますが「医療を受ける側」にとって、余りにもメカニカルなタッチでは拒否反応もおきてくるでしょう。

病める人々にとって、やはりヒューマンタッチな医療こそが望ましいのであって、「INSを利用しての医療」は当然の事ながら、あくまでも「補助手段」に過ぎず、医師と患者の直接の触れあい（つまりハイタッチな医療）こそが望ましい事は、言うまでもありません。

さらに、法律上の問題も無視できないものがあり、例えば、ビデオスクリーンを通しての診療行為の適法性（これは現行医師法第20条違反となる）あるいは診療報酬との兼ね合い等、多くの問題が含まれております。

また、保健福祉体系との係りについても、現在では予測も出来ないような問題点が顕在化して、関係者をあわてさせる事態が起るかもしれません。

考えてゆけば行くほど、数多くの問題点が内在しているが、高齢化社会への移行はもちろん「高度情報化社会」の発展は、避けえないものであります。

従って（問題点が多いから、すべてが解決され

たあとに利用しよう）という傍観者の姿勢をとるのではなく、我々医療関係者も積極的に参加し、問題の発見・解決そして、よりよいシステムづくりに力を合わせて行く必要があると言えます。

試行に参加すればこそ、より専門的な立場からの問題指摘もできるでしょうし、また、仮に法律上の問題点が明らかとなった場合には「法改正」の働きかけをする事も必要になって来るでしょう。

専門の立場から問題点を提起し、〔法を実態に合わせる姿勢〕を持ち続ける事も大切であります。

なぜならば「法」は、絶対と言いきってよい程、将来の先取はせず、必ず社会現象の後追いに終始するという事を我々は、体験的に知っているからであります。

## 7 情報ネットワークと在宅医療

5.で述べたような情報化社会へ進みつつある現状を考えれば、これからの地域医療体系の基本は、現在の「施設中心の医療」から脱却し、情報ネットワークの構築による「情報の移動を中心とするソフトな医療」へと発想を転換する必要があると考えるものであります。

高度に発達した情報化社会では、INSを利用した各種のNew Mediaの発達・普及により我々は在宅勤務が可能となり、人は通勤から解放され、余暇を活用し人間らしい生活をゆとりをもって送れる時代が目の前に迫っていると言われております。

トフラーが＜第三の波＞で描いてみせた時代が、いよいよ目の前に迫ってきているようですが、そうした時代を目前にして「いや、そうはならないのではないか」という意見も出されて来ました。

明治大学・川井良介講師は、58年3月東京で開催された（文化行政シンポジウム）で、次のような興味ある報告を行っています。

在宅勤務が普及する事のメリットをいくつか挙げたのちに（在宅勤務をサラリーマンがどう受けとめているのか）というアンケート調査の結果を披露いたしました。

「毎日在宅で勤務したい」という全面肯定派は、8.6%、そして「週1日～2日出勤あとは在宅勤務」という人は16.6%であり、ここまでを在宅勤務賛成派としても25%に過ぎず、在宅勤務否定派が72%となっております。

全面肯定派の内訳をみると、専門職・技術職が14.2%であり、事務関係の職は一番少なく5.6%となっております。

そして賛成派の中でも特徴的なのは、30代以降の女性が比較的高い傾向を示しているという結果が出ております。

在宅勤務は、必ずしも、サラリーマンには歓迎されておらず、通勤ということがハンディキャップになっている高年令者・身体が不自由な人達あるいは共稼ぎの女性といった人にとって、より広い雇用機会を提供することに有効であるに過ぎないと言えます。

では、なぜ多くの人々が在宅勤務を望まないのかということを考えてみると、やはり人間というもの生きていくうえで、人とのコミュニケーションがどうしても重要視されているからであると考えられます。

勿論それ以外にも理由はいくつも考えられますが、人と人との関係、人と話をすることの重要性、これらを人々は無意識のうちに知っているのでありましょう。

仕事が終わった後の赤ちょうちんということもあるでしょうし、また、話し方教室に来ている人達のかかなりの部分が、話し方技術の習得のために来ているのではなく、実は人と話したいから来ているという事も聞いています。

一方雇用者側の意識はどうでしょうか。

日本経営者協会の調査によると「特定の部門、特定の職務なら可能」という回答は10%にすぎず残りは程度の差はあるが、圧倒的に否定論が多くなっております。

いずれの調査でも、在宅勤務肯定派は意外に少なく、否定派が多いというこの現状、案外こんなところが人間の本性でありましょう。

<第三の波>の訪れは必ずしも在宅勤務を促進させないということについて、アメリカでの傾向をJ. ネイスピッツも指摘しており、しかもその理由も殆ど似通っていて、人種・国家とは関係なく、人間にとってコミュニケーションがいかに大切なものであるのか認識を新たにさせられました。

科学者の情報獲得経路について、どのような手段を重視しているかというアメリカでの調査を「表-8」に示してありますが、学会とか専門紙からと言うのではなく、なんと仲間のおしゃ

べり」という拍子抜けするような手段がトップとなっています。

表-8

50人のアメリカの科学者 (35) (グラスとノアウッド調査)

仲間のおしゃべり	23 (%)
いつも参照するある雑誌から	22
購読しているある雑誌から	8
他論文での引用から	7
覚えていない一般的な背景から	6
著者から送られた別刷	6
アブストラクト・サービス	5
同じ研究室の仲間から	4
参考書・教科書から	4
レビュー論文から	4
会議での報告から	3
偶然に	3
授業でもらった文献リスト	2
索引サービス	1
公式なグループ討議から	1
書籍リストから	1
	100 (%)

(出典/情報としての出版)

ここにもコミュニケーションの大切さが表れていると言えます。

在宅勤務という概念は、医療の場面で考えると、それとは反対に収容医療即ち、〈入院〉という事にあてはまると思われれます。

確かに入院時の医療行為そのものは、密度の濃い集中的な手段が講じられ、さらに生活をコントロールされることでより、治療効果はあげられる利点があります。

しかし、その反面で家族や世間一般から引き離され取り残されていくという結果が派生します。

在宅勤務では、通勤の苦労や、人間関係のわずらわしさがかわりに、通勤電車の車内吊り広告を見て世相を感じたり、あるいは季節の移り変りを生活実感として感ずる事も出来ないでしょうし、また同僚と〈赤ちょうちんの暖簾〉をくぐることもできないこととなります。

ニューメディアの発達により、氾濫する情報の中から、受け手が選択するようになり必要な情報を必要な時に取り出せるようになるといわれていますが、しかし、一見無駄なように見える通勤に要する時間にもそれなりの効用がままたあり、車中での中づり広告、駅頭で配られるビラ・チラシ等の中に案外役にたつヒントを見出す事があります。

「表-8」をもう一度見てみると〈覚えていない一般的な背景から〉と〈偶然に〉という回答を合わせると約1割を占めており、情報化時代においてさえ、必要な情報を得る為には、意図的に情報を選択するだけでは、不十分であることを物語っ

ています。

在宅勤務は、五体満足な人々にとっては、あまり歓迎されないのではないかとことは見てきた通りですが「病気」や「障害」を持つ人々にとってはこの＜第三の波＞は非常な福音をもたらす事となるでしょう。

「表-6」で示した技術予測では、1990年代の後半には「プライマリケアにおいて、双方向TV等を用いて医師の必要とする情報を短時間で供給するシステムが確立」され「患者の医療データの伝送システムが病院間でネットワーク化」され「開業医はホームドクターとして、地域住民の健康の保全を図り、病院は紹介により治療するというシステムが一般化」し、「医療要員の省力化と医療費用の節減を図る為、医療用ロボットが普及する」等の技術予測もなされております。

CATV網の普及により、在宅診療が可能になったらどうでしょうか。

まず、障害を持っている病人や怪我人にとって、本当に必要な場合以外の入院あるいは通院の苦痛から解放される直接的な利点が考えられます。

「老人保健法」が目指すもう一本の柱〈入院医療から、地域や家庭における医療への転換〉も、システムによるサポートの面から実現の可能性が高まって来ています。

本格的な高齢化社会では、病気を持ちながら生活をして行く事が当たり前の事、つまり言葉を替えれば＜疾病の日常化＞が当然の事と成り、こうした時代にあっては、病気になるごとに病院に収容されているは、たまったものではありません。

病院自体もパンクするでしょうし、患者自身も生活の基盤を失い、人間としての豊かな生活も失わざるを得ない事となってしまいます。

地域医療とは「すべてを包括した、一つの生活に即した医療の体系(田中 恒男・東大医)」であると考えれば、収容医療から在宅医療への転換は当然のことであり、情報システムの発達はそれを十分可能とさせるレベルに達しつつあり、進展する高齢化社会は、それを必然的なものとしております。

しかしながら、地域の人々のあたたかい手によって、支援される在宅医療の推進によって、解決すべき多くの問題点も在る事も否定出来ません。

「現在の我国の居住環境・家屋構造で、はたし

て病人の在宅を可能とする居住空間が確保できるのか」また「家庭内看護力の確保は心配ないか」そして「家庭で患者を看護している場合の優遇税制といった社会システム上の問題」そして、医療を提供する側にとって「生活指導・訪問看護等の診療行為が採算の取れるような評価がなされていないといった診療報酬の問題」等、解決すべき点は余りにも多く、考えようによっては絶望的さえあります。

しかし、高齢化社会への入口にすでに一步踏みこんでいる我々にとって、いつかは誰かが考えなくてはならない問題点であります。

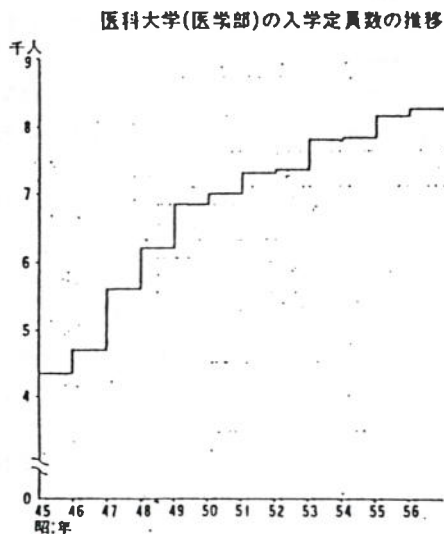
来たるべき高齢化社会では、病気と共存しながら、地域の中で患者としてのみではなく、自立した市民として、自らの位置を確保する「気迫のある老人」をつくりださなければなりません。

このような栄光ある人間の老後を支援し、保証するものこそ、在宅医療の使命と言えるものであり、言葉を替えて言えば「品質の良い在宅医療の実践こそがプライマリケアの実践そのものである」と言い切っても過言ではありません。

## 8 見直される近所のお医者さん

「図-17」に示されるように近年、医学部に入学する学生数は8,000人を超える時代になり、医師過剰時代の問題が論議されるようになって参りました。

図-17



この調子で医師が増加するとしたら、ごく近い将来医師が巷にあふれる時代になると予測する向きもあります。

現に政府は医学部の新設や定員増に厳しい措置を検討しつつあり、昨年の衆議院予算委員会で、渡部厚生大臣は、予想される医師過剰時代を前に「医師目標数」を見直す方針を表明しました。

しかし、問題はそれだけではないのであって、医療技術における技術革新、メディカル・エレクトロニクスとよばれる昨今のめざましい医療技術の進歩が、医師の世界にも大きな影響をもたらしているのです。

CTの設置は、今日ではちょっとした病院なら当たり前ですし、超音波診断装置やNMRといったさらに高度でそしてそれ故に高額なエレクトロニクス医療機器がどしどし医療機関に導入されつつあります。

先に述べた事の繰り返しになりますが、こうした新しい機器の導入は、大きな資本調達能力を持つ組織のみが可能となってきます。

一般に大規模な病院になればなるほど高度で専門的な医療技術を確認することが出来、医療機器というハードな面において、大規模な医療機関への技術集積傾向がますます強化されつつあります。

医療機関の格差が広がれば、医療を受ける側としては、当然の選択として「大規模な病院」へと押しかけ、その結果 病院の窓口は人々であふれ、医師は食事の暇もないほどテンテコ舞となり、一方、患者は遠い道のりを無理して病院にたどり着いたものの、長時間待たされへきえきさせられるという状況が出現しています。

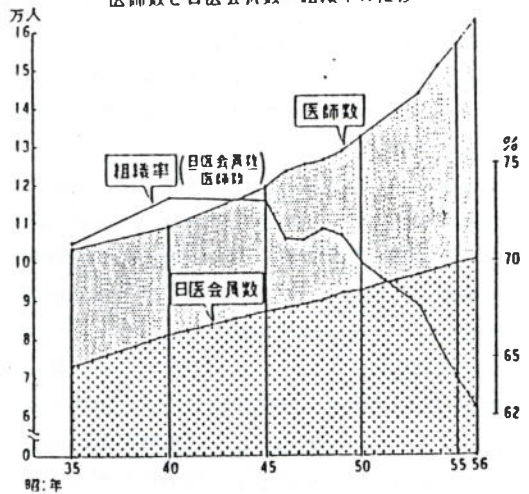
無論、その反対に地域の小規模な開業医は閑古鳥が鳴き、巷にあふれた医師が今度は本当にあふれてしまうでしょう。

医師数の増加傾向は、医療を受ける側から見れば選択の中が拡がり、メリットが生じてくる反面、選択される側の医師にとってはいかに生き残るかという競争社会となって来ております。

また「図-18」に示されるように、現在増加する医師の大部分は病院に務める勤務医となり、開業医を中心とする日本医師会の組織率は、年々、相対的に低下しているのも、こうした傾向を反映しての事でありましょう。

図-18

医師数と日医会員数・組織率の推移



しかし、国民医療の中心が大病院に一方的に片寄ってしまうということは、少なくとも健全な医療の在りかたとは言えません。

先にも述べたごとく、来たるべき高齢化社会では「病気を持ちながら生活する」ことが当り前の時代となる訳で、こうした時代にいちいち遠くの病院まで足を運ぶのでは、それこそ「生活」は破壊されてしまいます。

自立した強い老後などは有りえない事になってしまう訳で、やはり常に人々の身近にあって市民の健康管理に責任を持つ医師の存在が必要なのであります。

また、高齢化社会は医療を受ける側のみに押し寄せているのではなく、当然ながら、医療を提供する側の医師も年をとるのであり、新卒の医師の問題もさることながら、高齢化した医師の働く場所の確保が、ごく近い将来、深刻な問題となって来るに違いありません。

「図-19」に示されるように、特に開業医の高齢化が目立ち、ここに着目した厚生省は「開業医の復権」と称して「家庭医制度」の検討を始めています。

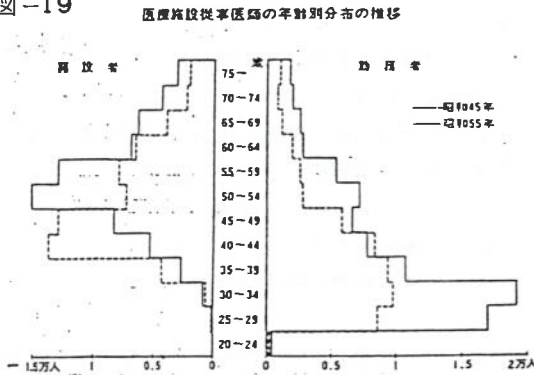
さて、皆様は十分御承知の事ですが「老人保健法」では、40才以上を対象として各種の保健事業が実施され、その経過を「健康手帳」に記録する事とされています。

この記載についても、いろいろと問題点がありますが、個人の健康に関する情報の宝庫であるこ



の「手帳」をセキュリティに十分注意した上で「磁気ファイル化」すれば、市民個々の健康状態が、必要に応じて的確に把握出来るようになって参ります。

図-19



これを「市民の健康に関するデータベース」として活用することが可能となり、地域における〔保健/医療のサービス〕は飛躍的に向上するであります。

当然のことながら、この「データ」は患者自身のものであり、プライバシー保護との関連で一般公開データとしての制限はありますし、また記録される情報も単に「検査結果の数値のみ」ではあまり意味を持ちません。

つまりその数値がその人にとってどのような意味をもつかという解釈、コメントが加えられたものでなければ有効には活用できないということをお忘れてはなりません。

しかし、今後の地域医療はこの「健康データの移動」が、先に述べた「情報システムに支えられたソフトな医療」の中心となって来るでしょう。

こうした市民個々の日常的な健康管理は、極めて重要な仕事ではあるが、必ずしも大病院のみの仕事ではある必要はなく、むしろ、その大部分は地域の第一線でプライマリケア（人々の生活の中で基本的に必要とされる医療）を担っている医師つまり皆様方の責務であります。

そのためには、地域医療の中心的存在である開業医・中小病院を支援するための情報・文献検索的な応用領域を持つ、医療情報システムの確立がぜひ必要となって来ます。

先に述べた「CATVと超大型コンピュータを組合せてシステム化」すれば、技術的には問題は

なく、このような近代的な医療情報システムに支えられた「近所のお医者さん」は、再び地域住民の信頼を取り戻し、いままで以上に頼りがいのある存在となるでしょう。

最新の医療技術、そして高度な医療機器を備えた大病院には、それを本当に必要とする時だけ速やかに利用できれば良いのであって、確定診断が終了した患者、急性期を脱した患者は、身近なホームドクターとしての存在である地域の医師による暖かいそして心のこもった（ハイテックに支えられるハイタッチな）医療サービスの提供を受けることがより望ましいことなのであります。

むしろ、そのためにはまた医師自身、これから厳しさを増す医療環境の中で、常に最新の情報に接し、新しい技術を身につける努力を怠ってはならず、また、同時に厳しく己を律して、地域の人々の信頼をかちえる努力も今以上に必要となって来ます。

最近のことですが、我が国の医療にはQuality Assurance（品質管理）が欠けているという指摘が行われるようになって来ました。

考えさせられる点であります。 「必要な時の収容医療」と「適切な在宅医療」との間での情報交換がルール化されれば、地域における医療情報がオープン化され、品質の向上が期待されます。

また、医療を受ける側にしても患者としての在り方・心構え・医学に係る教養知識等言ってみれば「クライアント学」とでも言うべきものを身につける必要があります。

なんでもかんでも有名な大病院でなければ、安心できないというような信仰は早晩棄てさらないと、いかに情報化された近代的な医療システムも、その力を十分発揮することは出来ないからです。

そのような観点から、今改めて患者教育、衛生教育の必要性が新しい視点で見直され、重要視されてきている。そのツールとして、INS、CATVなどの持つ双方向性のメディアの持つ特性は注目すべきであります。

## 9 在宅医療はプライマリケアの実践

国民の生活・福祉の向上を支えるうえで、重要な位置を占める分野である医学は、今後とも日進月歩の発達をとげ、ますます高度化・細分化していく傾向にあります。一方でその動向に見直し

の気運も生じて来ております。

W・H・Oは「むやみに高度・高額の医療を普及させる前に予防に重点をおき、日常生活の中で健康を維持する体制を強化・普及させる」という事に力を注いでいます。

「試験管ベビー」や「臓器移植」などの高度な医療技術も大切には違いありません。

がしかし、地球的な規模で考えるならば、発展途上国や未開発地域での生活環境の改善あるいはアフリカ諸国で深刻な問題となっている食料危機の解決の方が先決であります。

また、医師過剰という問題も一部の先進諸国のみの事であり、世界的に見ればまだまだ足りないのであります。

我国においても、バイオエシックス(生命倫理)が叫ばれ、「プライマリケアの充実」の必要性が唱えられるようになって参りました。

大規模な病院での先端技術を駆使した医療、これももちろん大切なことですが、普通の人々にとっては、日常生活の中で基本的に必要とされる医療こそが、健康を守る上で最も大切なのではないかという考え方が改めて唱えられている訳であります。

たしかに我々の生活環境において既に感染症等は克服され急性疾患での死亡は減少しておりますが、日常生活の中で、病気がもっと早くから正確にわかっていたらという事態はよくあります。

こうした、常日頃からの健康管理を初めとする地域医療の充実こそが、来たるべき高齢化社会において、最も必要とされる医療でありましょう。

そしてプライマリケアの充実を図るためには、その前提として高度専門医療機関や中間施設との連携を計る為の「地域医療計画」の確立が欠かせません。

そのような意味で、今回、西多摩医師会が地域医療計画を策定され、地域の医療ニーズに的確に対応されようとしている姿勢に敬意を表するものであります。

「老人保健法」の施行、「健康保険法」の改正そして今国会で審議されるであろう「医療法の改正」という国の動向もさることながら、一般市民にとってより身近な「自治体」の動き、具体的には東京都が進めている新しい福祉政策にも新しい動きが伺えます。

二期目の選挙を目前にしたの鈴木知事は「福祉見直し」についてのインタビューに対して「従来の福祉は基本的に貨幣的サービスと(施設)収容主義だった。今は収容も必要だが、同時に家族、地域、ボランティアによる福祉サービスが重要だ。家庭やコミュニティにおける福祉には、施設サービスには替えられない暖かさがある。」と語り、その施策の具体化の一つとして「東京都長期計画に基づく地域病院の整備」にあたって設置された「東京都病院構想懇談会」では、

- (1) 病院のもつ機能・器機の地域への開放
- (2) 在宅ケア支援システム
- (3) 保健・医療に関する情報センター設置

そして、  
(4) 公設民営(民間活力導入)方式 等の新しい運営方式が検討され、昨年10月に知事に対し答申がなされました。

その答申の概略をイメージ的に表現すれば、次のような感じになると思います。

患者は普段は家に居ながら、地域の医師の指導の下、老人保健法の施行をきっかけとしてシステム化された(現状では「される必要がある」という方が適切か)訪問看護制度に支援され、家族やボランティアの暖かい看護のもとにある。

地域の医師は、「情報センター」から様々な医療情報の提供を受け、患者の症状に応じ開放された病院の助けを借りることも出来、必要な場合には、病院に収容し高度な医療技術を施す事も出来る。

そして症状が安定した患者は、市民としてまた地域に帰って来る。

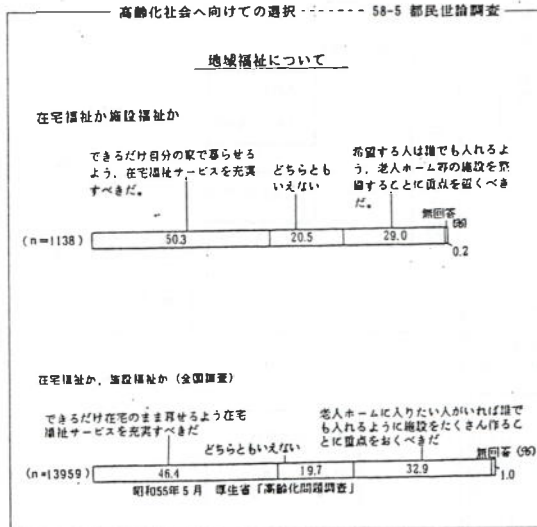
いずれにしても、地域社会と家庭における日常生活の中での医療・福祉を中心に据え、その充実を凶ろうというわけでありませぬ。

東京都は一自治体にすぎませんが、首都である東京の政策の動向が、他府県に少なからぬ影響を及ぼすことは、過去の事例に照らしてみても明らかであります。

昭和58年5月に実施された「高齢化社会に関する都民世論調査」の結果によると、(老後を大半の都民が悲観し、増税や年金のカットも覚悟)しているとされ、あまり明るい期待感を持っていないのですが、しかし、その中で注目すべき事は、地域福祉について(施設福祉か在宅福祉か)とい

う選択についての項目の結果を見てみると、「図-20」にあるように、やはり多くの人々は、施設に収容され世間から隔離されることを本当は望んではいないといえます。

図-20



幸いなことに、地域医療を支える中心的な存在である我が国の開業医のレベルは高く、せいぜい聴診器あるいは血圧計位しか備えていない欧米の一般医師に比べてみると、高度な技術を持ち、内視鏡やレントゲン装置あるいは一部にはCTまでも駆使している例もあります。

また、出身医局との連携や開業するまで勤務していた病院との連絡もあり、町の小さな診療所だから不安だという心配は少ないと言えます。

日本医師会会長に就任した羽田春兎氏は、その政策ビジョンに「包括医療体制の確立」と共に「情報化時代への対応」を掲げておられます。

今後とも周辺科学の著しい発達に支えられ、我が国の医療技術は留まるところなく発展して行くのであります。

がしかし、加齢現象のもたらす慢性疾患の増加・疾病の日常化は避けることは出来ないし、むしろ高齢化が進むことによって増加の一途をたどるに違いありません。

今後の地域医療は必然的に「訪問看護に支えられた在宅医療」がその中心になって参りましょう。

勿論そのシステムのバックアップ体制としては高度な医療機関との連携システムが確立されてい

る必要は当然であり、このような、近未来の地域医療システムを図示したものが「図-21」であります。

この図は南多摩医師会の小松先生が作られた物を拝借いたしておりますが、このようなイメージになるのではないかと考えております。

昨年7月に発表された「58年度保健衛生基礎調査」によると「家族全員が診てもらっているという(家庭医機能)をもつ医師」は、全世帯の37%。

また「期待される家庭医像」を尋ねたところ、最も多かったのは「夜間、休日でも診てくれる医師」63%、次いで「病状や治療方法を十分に説明してくれる医師」55%、そして「必要な時に専門医を紹介してくれる医師」53%となっています。

さらに地域医療に対する要望を聞いたところ「夜間・休日診療の充実」が60%でトップ、「難しい病気を診てもらえる専門病院の設立」は32%に過ぎません。

この結果を解釈すると、市民は高度な専門病院の整備もさることながら、やはり身近な所でのプライマリアケアを、そして休日夜間における制度の充実を求めていると言えます。

このような傾向に対し厚生省は素早い対応を示し、昭和60年度予算の目だまの一つとして「家庭医制度の充実」を図るための経費を計上しております。

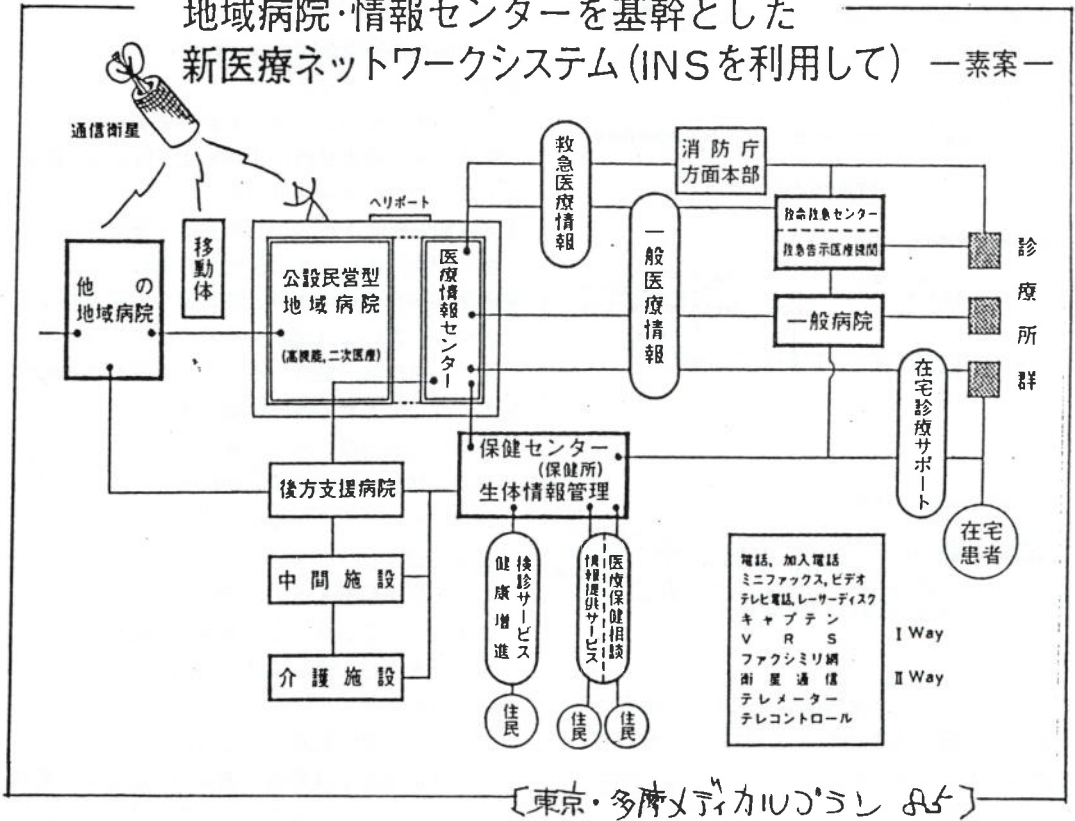
この「家庭医制度」の持つ問題点についてはいずれ東京都医師会地域医療推進委員会の報告が出されますのでここでは触れません。

医療技術の進歩に対するこうした全世界的な考え方の流れは、ある一つの方向を向いているように思えます。

それは、先にも述べた「メガトレンド」を書いたJ・ネイスピッツのいうハイテック・ハイタッチという一つの大きな流れであり、今日の医療技術の急激な発達、医療におけるハイテックな過程とするならば、これに対するWHOの「予防に重点を」という呼び掛けも、我国の「プライマリアケアの充実」という考えも、都の新しい地域医療福祉についての考えかたも、そして多くの市民が求めている地域医療の在りかた、あるいは家庭医制度の充実についても、ハイテックな動きに対する人間的な反応としてのハイタッチの過程であると言えます。

図-21

### 地域病院・情報センターを基幹とした 新医療ネットワークシステム(INSを利用して) —素案—



ハイテックに対するハイタッチの新しい波、この未来へ向かって流れる新しい潮流を見逃してはなりません。

我々は今まさに、高齢化社会への入口をくぐり抜けたこの時期に、この押し寄せる潮流の大きなうねりに呑み込まれることなくどうサーフしていくのか、という選択の岐路に立たされているといえます。

本日は、私ごとき若輩者に、日頃考えている事の一端を披露させて頂く機会を与えて下さり、誠に有難うございました。

不慣れな為、お分かりにくい点多かったのではないかと反省致しております。

その点をお詫びして、話を終らせて頂きます。

有難うございました。

## 各部より

初の3者（青梅労働基準監督署幹部、青梅労働基準協会幹部、西多摩医師会産業医部役員）連絡協議会開催さる

産業医部 高木 直

去る11月29日 第4回、労働基準監督署と西多摩医師会産業医部との連絡協議会が西多摩医師会館に於て、開催されたが、今回より初めて、青梅労働基準協会が参加し、ここに、念願の3者連絡協議会が実現した。

この日、労監側より、本村署長、中沢専門官、労基協会側より、金枝事務局長、西多摩医師会側より、高木産業医部長、塩沢、森両、産業医担当理事が出席して協議会が開かれた。

昭昭58年3月、国は、「産業医を中心とした産業保健活動の推進」と題する通達を行い、この中で、地域の医師会、事業者団体、地区労働基準監督署の3者の協議会を発足させる事が、真に地域に密着した、密度の高い産業保健活動の健全な育成に不可欠として、この実現を強く要請してきた。

しかし、この通達後、約1年を経た昭和59年6月現在に於ても、東京都医師会施行のアンケート調査によれば、都内の各地域でも3者を交えた、協議会を発足させたのは、わずかに3ヶ所に過ぎず、2者協議会ですら、8ヶ所に過ぎない。

この事を考えると、通達後、約1年半にして当地区で早くも3者協議会にこぎつけた事は、今後の当医師会の産業保健活動の展開を考える時、意義のある事と言えよう。

会は、まず、医師会側より、現在の医師会の産業医活動の状況に触れ、本年6月に行った当会産業医部員と事業所間の契約書内容の規格化の推進状況、及び、報酬に関する協定料金の実施状況についてのアンケート調査結果（別号掲載）の説明がなされた。また、都医指導による小企業（従

業員50人未満）における健診状況把握のためのアンケートについても説明がなされた。

次いで、労監側より、まず、今回の労基協会参加の労をとられた、署長より金枝事務局長の紹介があり、次いで、署の業務概況の説明に入り、特に西多摩管内は広大な面積を有し比較的歴史の新しい工業団地の造成後、大中小の企業が、陸続として、進出し、時代の超先端企業の急激な発展に象徴されるように、管内の産業は活発な展開を示しつつあり、VDT作業に代表される新たな健康障害の発現も予測され、労働者の健康に及ぼす影響も多様化してきた事を指摘し、更に、人口の高令化を考慮し、中高年労働者のヘルスケアも重要な課題になってきているとして、ここに健康管理の面から、真に地域の産業活動に密着した対応にこたえるためにも、本協議会の今后が注目されるとの意見があった。

次に、今回、初めて参加した、労基協会側の金枝事務局長より、挨拶につづいて、労基協会の組織、構成についての説明があり、会の中に衛生部会がもうけられており、この構成メンバーの説明がなされた。また、現在協会加入会員数は約600あり、この内青梅地区が約4割を占めるとの事であった。最後に、これを機に、本連絡協議会に積極的に応ずる旨発言があった。

以上今回は、ほぼ各自の現状報告が主であったが、労基協会の新たな参加を得た事は今後の本会の活動に大きな影響を与え、更に円滑な産業保健活動に貢献する事大であろうと考えられる。

以上

## 公衆衛生

松原 貞一

1 ヘルス事業実施状況（都医公衆衛生部）  
都医師会公衆衛生部は昨年に続き、61年度完全実施を目標に努力を続けている区市町村のへ

ルス事業の実施状況を調査し、将来展望の資料として答申した。

a 回答数	特別区	34
	多摩地区	28

h 訪問指導  
行政実施医師会協力型が殆んどであった。

b 健康手帖	特別区	多摩地区	
	1. 従来通り	18	25
	2. 作り直し	26	3

2 つつが虫病患者の発生	患者数	昭50年	昭55年	昭58年
	東京都	9	13	66人
	全国	12	212	672人

健診結果の手帖記入はたて前としては老人本人が記入することになっているが、殆んど無記入が現状である。約3~4割の医師会が担当医記入を指導している。

久しく診ることもなかったつつが虫病が増加して来ているとの報告があり、昨年暮町田市の農家の老人が発病急に身じかな問題となった。刺されると数日以内に水疱・発赤・潰瘍・疹皮など「刺し口」と称される局所反応が起り、続いて1~2週間後に発熱を主体とした全身症状が起る。抗生剤はテトラサイクリンが有効である。臨床症状を理解していると比較的診断もつき易いが、知らないとペニシリン・セファム系中心の治療学では難治となり易い。

c 節目健診

約半数の区市町村で節目健診を実施、65才以下を対象に組み入れようとする積極的な努力が伺える。

3 異型肺炎

昨年は異型肺炎が多く、数年前に比べて全国平均で4.5倍、横浜市などでは27.7倍という増加振りであった。

d 胃がん健診

多くの区市町村が法定外の40才以下を健診対象としており、検診期間は特別区では検査センターなど固定方式が多いためか約半数が通年実施、多摩地区では検診車を利用している所の多い為か定められた期間に実施している所が多い。

年令別にみると

e 子宮がん検診

通年実施は特別区で約1/3・多摩地区0であった。

年 齢(才)	0	1~4	5~9	10~14	15~
患者数(%)	1.5	30.3	48.9	13.8	5.3

f 健康教育・健康相談

殆んどが行政実施医師会協力型で、医師会が無関係という所も2~3割あった。

幼児~小学児童の罹患が多い。

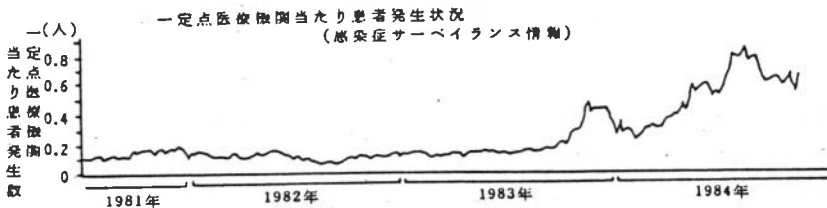
異型肺炎は、細菌性の定型肺炎に対する名称で、胸部X線写真で一過性肺長潤を呈する非細菌性肺炎という概念で包括される。病原体としては、肺炎マイコプラズマによるものが多いが、これ以外にアデノウイルスをはじめ種々のウイルス・クラミジアなどによって起るとされている。

g 機能訓練

	特別区	多摩地区	
リハビリ・センター	ある	13	15
	ない	21	13

(病原微生物検出情報より)

センターはあるが医師会無関係という回答が特別区に3割、多摩地区に6割あった。



文 芸

早春賦 小泉新策

とざされし 長き寒さも ようやくりに  
 日あしのびたり 日々にぬくもりに  
 野の梅も 日だまるところ 二つ三つ  
 白き蕾の ふくらみて見ゆ  
 さいはひに 二ヶ月振りの 雨しどど  
 草木 芽吹かむ 恵み興えて  
 水仙や 白花猫の目 犬ふぐり  
 早や 咲き 野草の野辺に見ゆ佳し  
 税申告 頭の痛き 時来る  
 税収既に 大型 消費ならずや  
 保険外の 地域医療の報酬も  
 元で 源泉し 更に上乘せ課税すなり  
 減点し 要せし資材の損耗も  
 認められざる これ不合理  
 税制は 他産業より 苛酷なり  
 福祉国家とは 名のみにしてか

診療報酬明細書返戻状況

11月分

返 戻 理 理		医 科 (乙表) 件 数			
		青 梅	福 生	秋 川	西多摩
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	30	13	15	31
2	旧証の記号○番号	22	13	11	19
3	患者名、生年又は生年月のもれ	0	3	1	4
4	傷病名のもれ	0	1	0	2
5	診療月分、診療開始日、診療実日数、転帰のもれ	1	5	0	4
6	診察料(初診、再診、往診又は時間外等の表示)のもれ	0	0	0	3
7	診療月と診療開始日及び初診料の不一致	1	1	1	5
8	診療実日数と診察回数又は処方回数との不一致	3	0	1	4
9	投薬○注射(薬名、規格単位、用量、回数)の不備	0	0	0	1
10	処置○手術○検査○X線(薬名、回数、内訳)の不備	2	0	0	0
11	入院料の不備	0	4	3	0
12	点数欄記入もれ又は点数算出根拠不明	1	1	0	0
13	契約外(国保、国鉄、公費等)	0	0	0	4
14	症状詳記(診療内容及び方針の説明等付せん参照)	0	2	0	0
15	医療機関(薬局)の申し出によるもの	0	0	0	0
16	その他	0	0	2	1
	計	60	43	34	78

### 理事会報告

#### 1月臨時理事会

昭和60年1月16日(水) 7:30 P.M. ~  
西多摩医師会館

#### I 報告事項

1. 瀬戸岡会長より
  - 「東京、西多摩医療計画 - 1984 -」を日医、都医、各地区医師会、管内自治体、消防署、議員等に配布した。
  - 一部の私立病院が、自ら保有する胃癌検診車の「活用」を管内自治体首長宛に申し入れている。
2. 保険部(木野村理事)
  - 2月中に講習会の予定
3. 福祉部(植田 理事)
  - 1月17日福祉部委員会: 新年会打合せ
4. 学校医部(東 理事)
  - 学校医意識調査、管内小中学校養護教諭意識調査集計報告
5. 学術部(塩沢 理事)
  - 1月24日(木)学術講演会、終了後委員会
6. 胃がん検診検討委員会について

(西村副会長)

- 1月14日委員会開催し前回資料を若干訂正

#### II 協議事項

1. 「多摩地区保健所における胃がん検診に関する医師会との協議」について
  - 都医より福井理事、山口課長を招き意見交換
2. アフリカ飢餓人民救済のための救護金について
  - 1口2,000円、何口でも  
期限2月8日迄 — 全員賛成承認 —
3. その他
  - 都医地区会長協議会に植田理事階席(西多摩地域医療計画-1984-に関して)
  - 「保健所胃がん検診」について、医療協を開催する
  - 入退会  
— 以上、全員賛成、承認 —
4. 医政関連連事項について報告と協議
  - 都議選、秋川市長選挙候補者の推せんについて

— 以上 —

### 同好会だより

#### 第45回西医ゴルフ研修会

昭和60年1月19日~20日

川奈G.C.

場所柄暖かいのは当然として、その上無風、快晴という絶好のコンディションに恵れ、ハーフ30台を出した人が3名もおりました。

小生はOBを4発も出し、不本意な成績でしたが、車中(今回も宮川先生の御厚意でマイクロバスを出して頂きました)、新年会(伊東・海女屋)、二次会と十分に酒も飲めまし、楽しいゴルフ会でした。

たまたま、昨年、今年と医師会の新年会と同じになってしまいましたが、来年はこのような事にならないようにする為、植田福祉部長にお願いしておきました。(ゴルフは1月25日(土)~26日(日)の予定です。)

なお、新ハンは大嶽(栄)11、内山(淳)30、内山(大)15となりました。

(足立)

	O	I	G	HD	N	
大嶽(栄)	39	43	82	14	68	優勝
内山(淳)	55	47	102	33	69	準優勝
内山(大)	43	43	86	16	70	3
足立	46	44	90	17	73	4
松原	49	46	95	21	74	5
藤田	46	39	85	11	74	6
高水(文)	38	43	81	6	75	7
宮川	45	43	88	11	77	8
野村	44	51	95	16	79	9
鈴木	45	47	92	13	79	10
高水(武)	53	54	107	20	87	11
杉本	59	51	110	20	90	12



- 国保「被保険者証」の更新に伴う記号番号の変更
- つつが虫病患者の発生について
- 会報

- 診療報酬点数改正講習会開催要綱
- 診療報酬点数改正に伴う講習会開催について
- 改正診療報酬点数表参考資料
- 診療報酬点数表選択届の提出について

## あ と が き

昨年元旦、初日の出を御岳で迎えました。眞暗な森の中を登り着いて、武蔵野の涯にたなびく雲の上に眞赤な太陽が出現した瞬間、原始的な亢奮を覚えました。帰途、道が再び森に没する前に見渡すと、いつの間にか雲が消えた関東平野の向う側に、筑波山が浮かんでいました。

「鳴呼山は筑波嶺 つばね ち天低く立てれども  
いのちめな い ふ命哉ながらえて 吾終に登りたる」

これは、幼時くる病にかかり、晩年、人々に助けられて、初めて久恋の筑波山に登った横瀬夜雨と云う詩人の感動だそうです。

「私が(エベレストの)頂上で決意したことは、五大陸の中でただひとつ、まだ登っていないマッキンリーの単独登山だった。

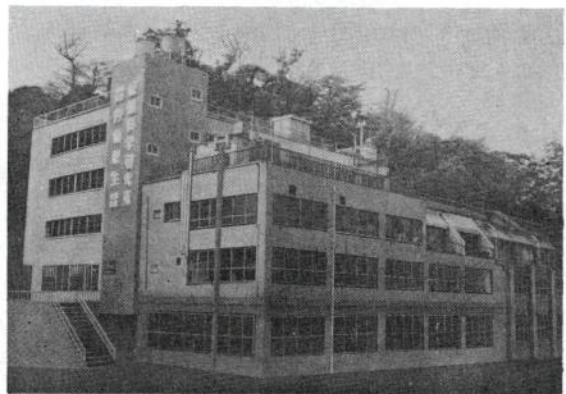
そして、マッキンリーの頂に立つと、夢はさらにふくらんできた。

五大陸の最高峰に登れたのだから、(南極大陸の最高峰)ピンソン・マシフにも機会があったら登ってみたいと思うのは欲張りであろうか。」

これは昨年2月、マッキンリーで消息を絶った登山家植村直己氏の手記です。このふたつは両極端かも知れませんが、いろいろな山登りがあるのですね。植村氏も「どんな小さなハイキングの山であっても、登る人自身が登り終えた後も強く心に残る登山がほんとうだと思う。」と述べていますが、僕も自分なりの山歩きがつつげられるように、自転車通勤や、病院の階段のほりにはげみたいと思っています。(石井 好明)

## 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。(データー通信システム)
- 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

1 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。