



医療法人 啓信会
京都きづ川病院

冬 2010 vol. 25

季刊 すまいる

smile ☺



正月
正月の「正」には年の初めという意味がある。寒い時期を正月として、やがて来る春を迎えようとする、ごく自然な発想からきたものである。年の初めの祝いはどこの国にもあるが、わが国の場合は農耕民族的である。日本人の豊作への願望が元日の光の中に神の实在を信ずるに至った歴史は想像にかたくな



節分
昔は春夏秋冬の分かれめが節分だったが、いまでは春の節分だけが行事として残っている。節分にはヒイラギの小枝に鱈の頭を挿して門口に飾る。その鋭い刺で鬼を追い払うというもの。その様は紀貫之の「土佐日記」にも登場する。「今日はみやこのみぞ思いやらるる。小家の門のしりくべ縄のなよしの頭、ひひら木ら、いかにぞとそいあへなる」



(問い合わせ) 長浜市役所 観光振興課
電話 0794-6214111

ウメ・梅・うめ
長浜盆梅展は昭和二十七年からはじまり、開花時期三百鉢の中から九十鉢を選んで展示される新春の風物詩である。なかには高さ三メートルにおよぶ巨木や四百年を超える古木もあり、その規模は称賛にあたいする。写真は長浜の盆梅のなかで最も歳を重ねている八重咲き紅梅の「不老」。



天女伝説の湖
びわ湖の北、四方を山に囲まれた静かで神秘的な湖、余呉湖。天女が水浴びに舞い降り、羽衣をなくして帰れなくなったという羽衣伝説が伝えられ、今でも羽衣をかけた衣掛柳が残っている。とくに雪につつまれた冬景色は一服のすみ絵を見るようだ。



トラ年
トラはシベリア南部からインド、中央アジア、コーカサス、イラン北部、スマトラ、ジャワ、バリ島に分布する。さて、今年、十二支に登場するトラの故郷はどこだ？

謹賀新年

30年の節目をむかえて

新年あけましておめでとございます。

2010年は京都きづ川病院にとりましては創立30周年の年にあたります。1980年に100床の病院としてスタートし、何回かの増改築ののち、313床の現在の病院になりました。2004年に新館を増築後に回復期リハビリテーション病棟も開設し、急性期から慢性期のリハビリテーションにいたるまで一貫した治療がおこなえるようになっていきます。

当院は設立当初より救急医療に力をいれながら、高度な医療にも対応できるよう努力をつづけてまいりました。比較的早くより脳外科医の24時間勤務体制を導入し、今日まで継続して脳卒中などにすばやく治療を行っています。内科では心筋梗塞などの循環器疾患や吐血などの消化器疾患に対して迅速に対応し、外科や整形外科も麻酔科の協力を得て、多くの救急疾患に対する臨時手術をおこなってきました。

これからも救急医療は当院のおおきな診療の柱であり、救急部救急専門医を中心に病院を挙げて取り組んでいきたいとおもいます。

また救急診療のみならず一般診療においても、患者さまのさまざまなニーズに応えることができるよう各診療科が連携をとり、それぞれの専門性を生かしながら地域の病院としてさらに信頼していただけるよう、努力を続けていきたいと思えます。

病院が誕生して今日までの30年で医療情勢も、また社会も変化しています。地域が求める病院の役割をあらためて認識し、近隣の開業医の先生方や大学病院との連携を深めて、より良い医療を提供してまいります。

30年の節目に当たり、設立時からの病院理念である「献身と信頼」の言葉をもう一度胸にきざみ、さらなる飛躍をめざして職員一同より一層努めてまいります。



京都きづ川病院

院長

丸山 恭平



激動する社会に 看護はどう応えるか

前社団法人日本看護協会 常任理事
たかがい 恵美子氏



09年 京都きづ川病院文化月間行事 秋の文化講演会

日本の高齢化は世界に類を見ない速度で進行しています。20年後には3人に1人が65歳以上になると言われている現在、医療の担い手である看護師のかかえる問題を軸に、今後も持続可能な社会保障制度のありかたについて、前社団法人日本看護協会常任理事、たかがい恵美子さんにお話を伺いました。

将来の社会保障の担い手達を守る為に何ができるのか

私は中学生の頃、安心できる社会づくりに何かの形で貢献する生き方がしたいと考えました。それを実現する仕事、それが私にとって看護でした。色々な反対もされましたが、この仕事、絶対なくてはならない仕事です。そして何より私自身が自分の

人生を存分に生きて行ける、そういう仕事であると思ひ、ずっと看護の仕事をして来ました。この仕事が大好きで、誇りに思っているからです。3年前、厚生労働省に勤務させて頂いていた頃、年金問題、食の偽装の問題、無差別暴力事件や弱い者をターゲットにした搾取など、あらゆる問題が社会不安を煽っていました。その頃から私は「日本は大きな転換点に立っているんじゃないかな、今働く、これから働こうとする社会保障の担い手達を守る仕事をしなくてはいけないんじゃないか」そう思うようになりました。例えば看護職は、今全国で働いているだけで133万人です。先輩方、子育て中の仲間、看護学生を合わせると220万人。この一人一人を失いたくない、失う訳にはいかないと思っています。

日本は2005年から人口が減り始めました。新しい時代に対応できる備えをしなければならぬ時にきています。これまでの20年間、日本は世界中から「あんなすごい勢いで高齢化する国、社会保障が保つ訳ない、国民皆保険の制度が保つ訳ない、経済が破綻するだろう」と言われて来ました。しかし現在、数々の課題はあるけれども曲がりなりにも社会保障制度、経済、国民皆保険は維持されています。問題はここから先、これからは総人口が大きく大きく減っていくことです。今までと大きく違うのは働き手が減るとのこと。これまで体験して来なかった新しい局面をむ

かえているのです。働き手が減る時代、生まれる子供がもつと減る時代、3人に1人が65歳以上になる、その時はたった20年後です。あつと言ふ間だと思ふんですよ、20年。向う時にはすごく遠くに感じると思ふんですけれども、過ぎてみるとあつという間に私達の3人に1人が65歳という時代になる。その時の為に何を留意して行かなければいけないのか。実はこれを問ひかけ、提案して行く事ができるのが、今現在社会保障の第一線に携わつておられる一人一人だと思います。そして私は今、その一人一人を守りたい、大切な社会の財産である一人一人を失わない為に今しなければならぬ事を一つずつやって行きたい気持ちです。

今後の社会保障を維持する為の看護職の人数とは

この先、看護職員を1年間にどの位増やして行けばいいのか、それを現実的にするにはどうしたらいいのか。それが現実にならない時に医療体制をどう変えなければいけないのかという事を業界を上げて、国民を上げて議論しなければならぬ。社会保障のしくみが今のままだと仮定すると、20年後に必要な看護職を確保するには、1年に2万人、4万人、介護職は4万人、6万人ずつ増やしていかなければならないとされています。実は看護職は人材確保法が制定されて以来、急激に働いている数自体が増えて参りました。国の支援などもちろんあつて、業界を上げて看護職員を増やして来たのです。そして今は133万3

000人が働いています。ここに至るまでの10年間で増やすことができた看護職員の数を一年あたりにならすと、およそ1万3000人です。1万3000人ずつしか増やせなかった、1万3000人も増やす事ができた、どつちでしょう？ 私は1万3000人も増やして来たというのが順当じゃないかなという風に思っています。でも現実的にこの先必要とされるのは、その倍以上の数字だと言ふ事を見せつけられた時、私は目の前がまっ暗になりました。世間一般に言われている休職中の看護士の職場復帰も、そう簡単に運ぶ話ではありません。

現在、求められるケアの量とケアの技術、これはものすごい勢いでアップして来ていますので、臨床で働いているナース達も考えるより先に行動しないと仕事の間合わない、実際のケアをする一方、後輩の指導、新しい医療技術の習得と、休み時間まで削っているような状況です。この先この様な個人の善意に委ねられた状況のままで果たして社会保障を維持する事ができるのか、破綻してしまうんじゃないかという危機感を覚えるんです。

看護士の就業形態の多様化をめざして

雇用する形態の事、働き方の事、それ自体を本当は国民全体で考えて行かなければいけないと思つています。実は看護職というのは働く女性全体の中の12、3人に1人ぐらいの数なんです。ではその人達がいつたいていどう働き方をしているのかを

知つて愕然としました。日本はヨーロッパと比較すると女性の就業率は非常に低いんです。そして20代後半から40代までの女性が働いていない。これが大きな特徴です。つまり子供を産み育てる年代の時は仕事に出られないという事です。ヨーロッパでは男女共同参画あるいは子育て支援を政策的にどんだん入れ込んでいって、女性の社会参加、経済活動への参加を高くしつつ出生率を上げていく政策に成功してきています。日本もここを変えていかなければなりません。看護職の仕事は全国どこへ行つても年代にかかわらず働く場所のある仕事。にもかかわらず世の中の一般女性がおかれている環境と同じ現実があります。この所、私達おおいに疑問に思つてそして問題提起しなければいけないと思つています。医師1人に対してほしい5人から6人の割合で看護職は働いています。そして24時間365日、ずっと働き続けている。そういう仕事です。看護職の就業形態を変えて行く事ができたら、日本の働く女性全体の働き方が変わつて来ると思うのですがどうでしょうか？

男女が同じように経済活動に参加できるようになる突破口として看護職に光を当てたいと思つています。看護職発、日本の女性の働き方を変える。具体的にはどういう風な働き方かと言いますと、これまでフルで帯で働ける人を職員として何人かかえるかというのが病院経営の基本だった。でも平成18年の4月1日から看護実質配置という仕組みが導入され、今はどの位の看護の手が投入されているか、その厚さに

よつて診療報酬が支払われるという仕組みになつて来ました。実はこの事によつて、フルに働く、短時間で4時間ずつ毎日働く、夜だけ、日中と夜、ほんのちよつと、そういう働き方を選択するという事ができるようになつてきました。病院の収益の三分の二ちよつとを占める入院による収益。この入院基本料のグレードを決めるのに使う一番大きな物差し、これが看護職員の実質配置ですから、看護職員をしつかり確保、配置する事が最も大切な事になつてくる訳なんです。その人達が辞めずに働き続ける事ができる様な環境を作る、そういう事をして行かないと皆離れて行つてしまつたり、仕事ができるところまで育つたところで他の所に行つてしまつたりします。これまでのようなフルタイム、全速力の働き方だけでなく、半分の働き方、三分の一、四分の一の働き方ができる環境を作る事が大切ではないでしょうか。

これからの新しい医療提供の仕組みとは

現在、医療不足という話が言われています。医師が足りない、1・5倍増やしたいんですよ。医師1人に対して看護職5~6人の比率で日本の医療提供は保たれています。という事になると看護職員1・5倍増やせるのか？ これほとんど無理だと思ひます。過去10年、ならして1年あたり増やす事ができたのは1万3000人。この先2万人まで行く事はできたとしても一年に4万人まで増



やすという事は相当難しいと思います。しかも医療技術は日々進歩していく。これからどういう風にならねばならないのか。どういう風に対応策を考えていくのか。日本独自の制度である国民皆保険。コンセプトは必要な医療を全国どこに居ても保険証1枚で適正な形で提供する。こういうコンセプトになっておりますが、果たしてそうでしょうか。一つは診療科の問題です。大学を卒業し、病院に入る、あるいは卒後臨床研修制度を利用し、その中でローテーションしながら自分の専門科を決めて、いこう、所属を見つけていこうとする時、どうやって専門分野をしばりこんでいるのでしょうか。私が東京医科歯科大学に居た頃、医学生の間では内科を目ざして

いました。学生の志向する診療科を選んで、そこに出ていくという風な仕組みになっていきます。そうすると、5000人養成しても1万人養成しても、地域の中では、あそこにも内科、ここにも内科、そこにも内科、でも産科と小児科はありません。そんな事が起こりうるんだと思うんです。

そしてもう一つ、日本の医療機関の設立主体ですね。国公立の医療機関というのは実はほんの一部です。大多数が民間の医療機関です。大多数が50床から300床ぐらいで、500床以上は極わずかです。実はこれが日本の標準です。そしてそういう所が各地域に根ざして、その地域におられる方の命と健康を支えている。これが日本の医療提供なんですよ。けれども、果たしてそれが本当に必要なサービスを提供するというコンセプトに合致しているかどうかを医療従事者自身が考える時だと思えます。その街で利用できる医療機関がそれぞれ特性を生かした医療を提供し、街全体を見て行くにはどのような配分をして行くのが本当に合理的、効果的なんじゃないでしょうか。おそらくそういった事をこれから皆で考えて行かなくては行けないんじゃないかなと思えます。

地域のニーズに応じた医療提供を考える

最近私、全国の医療機関を歩かせて頂いて、第一線の状況をお伺いする事が多

くなって来たんですね。例えば小豆島、急性期の病院で入院しておられる方の平均年齢が76歳なんです。そして職員の平均年齢が56歳。なんと60歳を超えて月9回の夜勤をしております。おっしゃいました。「助けて」と言われました。左渡に行きました時に、ここは職員の平均年齢がもうちょっと若かったですけれども同じ様な事をおっしゃっていました。若い人が入って来ない、若者が働ける場所が無い、都会に出た後輩達が戻ってこない、この様な状況でいつまで働き続けられるのか、どうやってこの技術を継承して行ったらいいんだろうか。このような事を第一線のナース達がおっしゃっているんですよ。これは特別な姿じゃないと思えます。10年後20年後、全国津々浦々で見られる状況じゃないかなと思えます。

それから公立病院の閉鎖の問題、これは愕然とする状況の病院がたくさんあります。公立の病院で経営が立ち行かなくなり、赤字補填の道が閉ざされると長期の療養を必要とされる方の受け皿だけは用意して、あとのところは閉鎖。それと同時に次に起こるのが職員の解雇です。地域に他の医療機関ありませんから、皆職を失います。

制度作りの場に居ると、とにかく見るのは平均なんです。平均の水準に合わせて制度って作られているんですよ。もう少し地域の特性とか住んでいる人達が必要とする医療、それに見合う様なサービス提供の仕組みをこれから導入してい

かなければとしまじみ感じています。そして日本の皆保険の制度というのは、全国一律の料金、そして保険料も収入に応じてスライドみたいな状況になっていまして、けれども、1人あたりが使用する医療費って言うのも地域別、世代別にも相当差があります。各地域で提供されている様々な事が本当にその地域にお住まいの方々の医療ニーズに合うものとして計画的に練られ、分析された上で提供されているのかどうか。この所はまだ目ききが足りないんじゃないか、それをやって行けないと年に1兆円ずつ増えて行く社会保障費に歯止めはかけられないし、私達一人一人が納得のいく拠出をし続けられないと思えます。このままだ黙々と走って行けばいいと言う状況ではないのだと私は思います。

看取りへの対応と認知症対策

先に発表された総死亡者数は113万人でした。この数、前年は111万人と公表されました。さらにその前の年は108万と公表されました。108万、111万、113万、年を追うごとに1年間に亡くなる方の総数が万単位で増えていく。たった20年後にはこれが1.5倍に増えますよと予測されています。マスコミでは170万死時代と書かれています。165万人が1年間に亡くなるという時代がすぐ目の前まで来ています。日本国内には178万の入院病床がありますが、これ



たかがい 恵美子

(たかがい えみこ)

前社団法人日本看護協会 常任理事

(学歴)

埼玉県立衛生短期大学
埼玉県立衛生短期大学専攻科
国立公衆衛生院専攻課程
東京医科歯科大学医学部保健衛生学科
WHOエイズコントロールケア研修
東京医科歯科大学大学院博士課程前期
東京医科歯科大学大学院博士課程後期(中退)

(主な職歴)

- 急性期医療：社会保険埼玉中央病院、虎の門病院で、外科、血液内科等病棟で急性期チーム医療に従事
- 地域保健：宮城県の保健所、精神保健福祉センターで障害者と家族の保健指導に従事
- 研究教育：東京都老人総合研究所、結核研究所、東京医科歯科大学講師等
- 国際保健協力：アフリカでHIV感染の予防教育と感染者ケア活動に参加
- 厚生労働省：保健師等の増員5カ年計画の実現、がん対策アクションプラン2005とりまとめ、診療報酬改定で7対1の創設、褥瘡ハイリスク患者ケア加算など看護技術の評価の創設、訪問看護事業の活性化方針の提案等を行う

が全て亡くなる事を前提とした医療機関なのかと言うとそうでは無いですよね。治療をする場所として今、用意されています。治療が必要でない方は出て下さいというのがこれまでの医療政策だったと思います。私はそろそろその発想を変えなければいけないと思っています。北の方にいくと「越冬入院」「田植え待ち入院」というのがあります。極端な例かも知れませんが、必ずしも治療を要する状態の入院かと言われるとそうで無い場合もあるのです。比較的軽度で在宅療養されている高齢者の方々が救急車で運ばれて来る。この内6割から7割は入院となっています。理由は脱水や肺炎の疑いです。救急車が足りない、医者が足りないと言う前にもう少しサービス提供の仕組みを見直してはどうでしょうか。在宅の訪問看護や訪問診療の道もあるはずなんです。今の医療機関の数とサービス提供のあり方、今のままで足りないし、働き方も変えなきゃいけないかなと思っています。治療主体に特化した入院病床

と、看護主体にして療養するものに変えていく。そして看取りは主にこちらでやって行く事を考えなければ「足りない」という風に思います。

例えば特別養護老人ホーム、全国で今40万床ありますけれども待機している方が30万人だと言うんですね。終の棲家と言いつつ本当に最期を送れる場所にはなっていない。安心の最期の場所はいつになったら得られるのだろうか。20年後になって急に考える、準備するのではもう手遅れです。最期の看取りをしつかりできる様な場所、その必要数はだいたい50万床分だと思えます。例えば今の医療機関には無い新しい日本版のナーシングホームみたいな形で用意する。あるいは訪問看護&訪問診療という地域のお届け型のサービスで見ていく。平成18年に在宅療養支援診療所という仕組みができました。全国で1万人の先生方が地域内の看取りを支える事に手を挙げて下さいました。単純計算ではそれらの施設で月に1人看取って下されば、年間12万人の

在宅死が可能になる筈。けれども在宅死の数、増えていきません。1人で24時間365日すべてをカバーして、最期の最期の看取りまでというのはやはり無理がある。訪問看護と契約し、医用材料や薬を配達してくれる薬屋さんと提携して、4〜5人でチームを組んで皆様のお住まいのそばで最期の看取りまでを見ていく様な療養型の看取り医療、こういったものをしっかりと組み立てていく事が必要になって来るかなと言う気がしています。医療の分野の専門職だけで成り立つ医療ではなく、他の業種の方々と手を組んで効率的なサービス提供をして行く必要があると思えます。

それから認知症の問題です。気がついてから周りに100万人単位で認知症の方が増えて来る、これがこれからの日本では避けられないか、皆どういう風に動ける様にしていくのかを考える。それが今だと思っています。その為に必要になって来る、様々な施設類型の転換、あるいは病床数

やサービス提供の見直し、そういう事だと思えます。

看護職の技術水準の向上に見合った評価と制度化

今看護職の技術水準、非常に上がって来ている。しかしNPを含め出来る範囲だけ広がって身分はそのまま、報酬は上がらない、そしてそのサービスだけ求められるのでは第一線の立場に立つたナース達が苦しむだけだと思ってしまうんです。それに見合う身分保障、あるいは報酬評価を併せて考えなきゃいけない。NPの問題が制度化される話を進めるのであれば、それにもなって大きくなるリスクをカバーする損害賠償などの制度も必要だと思えます。日本の医療、介護、保健、福祉、これから本当にならなくて参ります。冷静な議論を様々な立場の方々としながら次の時代の社会保障をしっかりと作って行く仕事を一生懸命に行きたいと思っています。ぜひ皆様にも色々なお知恵を頂き一緒に考えながら提案させて頂きたいと思っております。

本日は有難うございました。

2009年 10月3日
於：京都ホテルオークラ「京都きつ川病院 文化月間行事 秋の講演会」

日本赤十字社副社長・元厚生労働事務次官

大塚義治氏

医療政策の動向と 地域医療の展望

時代の流れや政治環境の変化によって内容が大きく左右される医療制度。元厚生労働事務次官として、これまでの医療制度に道を作った来られたお立場から、今の医療制度をどのように認識し、今後どのように見通せば良いのかをお伺いします。

医療を取り巻く環境の変化

近年、医療を巡る問題が大きな社会問題、政治問題になりました。世界でも日本でも政治や経済、社会保障や医療が大きく変化しています。医療は健康や命に直接係わる国民の最大の関心事ですから、大きな議論になるのは当然です。

ただその背景には、様々な環境の変化があります。最も大きな背景に人口構造の変化、少子高齢化と言われる社会構造の変化がありますし、社会保障、医療といえども経済・財政の動きがダイレクトに影響する。医療は人の力で運営する仕事ですから、人的な医療資源の分野の変化も大きい。更には患者としての要求水準が非常に高くなっている事に代表される様に、医療を巡る国民の意識や価値観も変化しつつあります。そして、この医療問題は世界各国どこでも苦慮し苦心しているテーマだといえます。

09年 京都きづ川病院文化月間行事 秋の文化講演会

公的医療保険の仕組みと財源の確保

私の行政官の経歴の中で、医療保険を担当していた時期が比較的長かったため、そのあたりから入らせて頂きます。

基本に戻る様で恐縮ですが、公的医療保険の機能は、一つには医療に関するリスク、病気や怪我をした場合のリスクを分散するということがある。社会保障ですから、所得再分配という経済的な機能ももちろん持っています。そして私が特に強調したいもう一つの機能が、医療に関する安定的な資金を調達する事、これが公的医療保険の大事な機能だと思っております。保険料を集めて医療機関にお支払いする。医療機関側は、保険からきちんとお金が支払われるということで心配なく医療サービスを提供できる。それが国民や被保険者の福利向上に役立つ、というわけです。しかし、当然のことながら、必要な財源が無ければこの仕組みはうまく動かない。逆に言えば、十分なサービスの確保の為に、どうしても財源というものを考えざるを得ないという事です。だからこそ、公的医療保険を巡る関係者、患者や国民自身も含め、企業や事業主、国・地方などの公共団体が費用負担を巡って厳しい議論を毎年の様積み重ねて今日に至っているわけです。

資料で、昭和55年、平成2年、平成19年の数字を見ますと、その負担比率は結構変わっています。昭和55年はプリミティブな国保と健保の時代、平成2年は老



今日に至る 医療費引き下げの背景

費は決して高くない。保険料も、欧米諸国に比べればまだまだ低い方です。

平成に入りバブルが崩壊し、その後長い長い経済不況に苦しんだ時期がありました。「失われた10年」といわれる時代です。

医療費負担者のそれぞれが、経済的に非常に疲弊した時期でした。そんな時期に私たちが実際に関わった政策を、一種のケーススタディーと言う意味合いでご紹介したいと思います。平成14年の医療保険制度改正で、今日に至る医療費削減のはしりになったと言えるものです。制度改正の最大の背景は、医療保険財政の悪化、窮迫です。

医療費の支払いが出来なくなる可能性も現実にあった、大変厳しい状況でした。現在も深刻な経済環境にありますが、当時とはというと、経済成長率は0.8%のマイナス、失業率はそれまでの史上最悪で完全失業率5.4%。公務員の給与は2%の減。特に大きかったのが、政府予算編成上の制約です。小泉総理が国債発行額を30兆円に抑えるという方針を明言し、その前提で考えると、どうしても社会保障関係費を2600億削減しないと予算が組めない。

医療保険制度の抜本的な改革の要請という政治的、社会的な情勢もありましたが、この時期の政治課題は何よりもまず不良債権処理を通じて経済不況を脱出し、財政健全化を図ること。それが国としての最大の政策目標、政治課題だと位置付けられた。医療も大事だが、まず経済的な対応

が優先だという政治判断だったわけですから。当時、小泉総理が三方一両損と表現された改正内容は、本人自己負担を3割に、医療費は史上初めて診療報酬そのものを1.3%引き下げる、そして保険料はかなり引き上げるといったものでした。特に診療報酬の引き下げは、この後3回、4回と数年にわたって続くことになりました。

この頃小泉総理が、増税してもいいから削減はやめて欲しいと言われる状況になるまで歳出は徹底的にカットしないとけなると発言して少々論議を呼びました。私は、これはある意味では正鵠を突いた発言だと思っています。つまり、費用負担は嫌だ、しかし十分なサービスはほしいというのはは通らない。国民自身がそういう認識を持たないと、サービスの拡充など望めないと意味で言われたのだらうと思います。

とは言え、医療費の縮減が続けば、必然的にその影響が生じてきます。特に病院勤務医、看護師、病院経営にかなりのしわ寄せが出てきた。当時もそういう事が起こるという意識がなかったわけではありませんが、正直に言えば、私自身、その影響の度合いを甘く見ていたのではないかと言われても仕方がない。現実には、それ以上に深刻な状況が出てきたわけですから。

社会保障制度の強化の方向

こうした現状に医療現場からも問題提起の声がいくつも上がり、政治や政府のレベルでも議論が始まりました。平成20年の一月には社会保障国民会議が設置され、その提言では、社会保障制度の強化

人保健制度が出来、サラリーマンは自己負担1割の時代。平成19年は各制度共通で3割負担が原則という時代です。公費は国・地方を合わせるとそんなに変わっていないが、国の負担が減って地方が増える傾向がある。保険料は、事業主と被保険者、両方合わせると少し減り、しかも事業主がかなり減り、被保険者の負担が上がると言う変化が見てとれます。

振り返ると、昭和40年代後半から急激に医療費が伸びはじめました。このまま爆発的に増え続けると保険財政が大変になるという事で、行政としてはずっと抑制ぎみな運営方針を取ってきたと言っていると思います。それでも一貫して医療費は増え、診療報酬もプラス改訂が続く。その財源はどうしたのかといえば、いろいろな知恵や工夫を編み出して財源確保を図ってきたと言っているのが実体です。大雑把に言うと、負担

可能な方に来るだけ負担して貰うとか、少しでも先送りする方策を講じるとか、患者負担増も多少は我慢して頂く。それでも伸びが安定しないと医療費そのものの縮減にも取りかかる。例えば、かつては薬剤費のウエイトが高かったたので、その縮減がターゲットになった。医療費の約3割だった薬剤費が今は2割ですから、だいぶ結果も出てきました。こんな事で財源調達をよってきたのですが、基本的には経済成長によつて何とか賄われてきたと言えます。

それでも、国の予算における医療費のウエイトは決して小さくない。2009年の当初予算でも、一般会計予算88兆の内、一般歳出という政策的な経費が50兆円、その約半分が社会保障関係費で、医療費が9兆円、年金が10兆円。これに比し、文部科学振興費が5兆円、防衛費も5兆円です。ただし、外国に比べれば医療

が必要であり、そのためには財源措置が必要だという事が明確に主張されました。その前提として、医療提供体制については、医療の機能分化を進め、急性期医療を中心に資源を投入し、できるだけ入院期間を減らして家庭復帰、社会復帰を早める。その為に在宅医療、在宅介護の充実を図る。そして、こういうサービスをもし求めて行くならば、消費税率換算で3%か4%の負担増を覚悟しなければならぬ、という内容です。

この提言には、個人的には概ね賛同出来ると思っております。実は、医療体制についてのこの方向性自体は、そんなに目新しいものではない。負担増に関して思い切った踏み込んだ提案をしていることが目新しいわけで、問題はそれを進めていく具体的な方法論と言う事になります。

我が国の医療体制は、諸外国に比べ病床数かなり多く、ベッド当たりのスタッフ数が著しく少ないという特徴があります。では何故今こうした特色が出来てきたのかといえば、一つには歴史的背景があります。戦後我が国の医療体制は急速に整備されましたが、その際、福祉部門の立ち遅れを民間を中心とした医療部門がカバーするという経緯がありました。第二に、患者が受診する医療機関を自由に選べるフリーアクセス、医療機関を自由に開設出来る自由開業医制、この二つが今日の我が国の医療を形作る大きな要素となっています。私はこの二つの基本原理の価値は高く評価すべきだと思っております。しかしこの二つを大事にするならば、それに伴うコストもかかる

と言う事を了解しなければならぬ。もちろん他方で、出来るだけ効率的で無駄の少ない、使い勝手の良い医療体制、地域医療システムを作る努力をする事は、医療関係者の大きな責務だろうと思えます。

地域医療再生への取り組み

では、患者の選択、医療機関の開業はまったくフリーであるべきかといえは、ソフトな規制、あるいは誘導的な政策は必要です。これまでも地域医療計画とか、診療報酬や補助金で方向付けをするとかの施策は講じられています。一昨年には、地方交付税を使って財政支援をする公立病院改革ガイドラインがまとめられましたし、今年に入って地域医療再生基金が補正予算で計上されました。この二つは、医療施設の統合や再編、ネットワーク化などに財政支援措置を講ずるという点に大きな意味があります。

地域医療再編についても、いろいろな方法がある。一つは、医療施設そのものを統廃合も含め再編するというアプローチであり、医療機関の連携、ネットワークを強めるという形のアプローチもある。三つ目に、私は医療ヘアカセスする側からのアプローチというのも大事なテーマではないかと思っております。

統廃合のポイントとしては、地域住民の理解が不可欠です。財政問題、労働問題、関連する大学医学部などのバックアップ、地方公共団体の指導力等、様々な条件が前提になりますからそう簡単ではない。日赤病院も地域医療確保に資す

るものであれば、これを拒むものではありません。しかし、まずは各地域、各施設の判断を極力重視する事を基本に、最終的にはケースバイケースで対応しなければならぬと考えています。

また、施設はそのまま維持しながら医療施設が連携し、地域医療の効率化や機能強化を図る方法も、既に様々な取組みの実例が出てきています。「施設完結型から地域完結型へ」とか「バーチャル統合」などと表現されるものです。あるいは、IT時代ですから、その技術とクリティカルパスと言う手法を活用したり、コディネーター的な人を置いて連携を図るといような取り組みもある。地域の医療機関の在り方も、意識も、以前とは随分変わって来た様な気がします。

地域医療をめぐる若干のコメント

これら地域医療の再編について若干のコメントを加えますと、まず、地域の医療関係者が中心となったものでなければ絶対に進まないということ。二つ目に、地域医療確保全体の責任は、やはり行政自治体にある、ということ。公立病院改革が、ややもすると自治体の負担を軽くするものというふうに取り扱われることがあるが、それは間違いだと思えます。更に、これらの方策を進めるためには、何らかの財政措置が必要だということも加えておきたいと思えます。

もうひとつ、私が大事だと思っている医療へのアクセスということについて申

し上げますと、最近、旭川赤十字病院でドクターヘリの配備が行われました。ドクターヘリは分かりやすい例ですが、アクセスの確保というのはそういうことだけではない。私の個人的な体験ですが、私が育ったのは栃木県の間部で、いわゆる無医村でした。常日頃かかれる医療機関はゼロ。当時は決して珍しくない環境で、住民もそういうものだと思つていました。今日も、医療機関の状況は当時とほとんど変わっていませんが、住民自身は医療に不足を感じていない。それは道路の状況が当時と全く違うからです。当時は何時間も掛かった町の病院まで、今は車なら20分で行ける。アクセスさえ確保出来れば、住民には安心感がある。こういう医療へのアクセスルートの整備ということ重要な施策として考えてもいいのではないか。それは取りも直さず総合的な地域づくりということになる。それゆえに、医療の確保には地方自治体の役割が大きいと私は思うのです。もうひとつ大事なのが、医療機関と患者両者の関係だと思えます。患者側にも考えてもらうべき事が結構ある。

医師不足、看護師不足の問題にも簡単に触れたいのですが、雇用確保と言う意味では、これから医療、介護分野の役割は大きい。ただ長期的に考えると、少子化が進む中で、医療にだけ多くの人材を回せるかといえはそれは難しい。量を増やせば質の問題も出て来ます。また医師数、看護師数を増やすとすれば、必ず費用の問題が出てくる。そういった総合的な議論をしながら当面の措置を考えて行

かなければならない。特に看護師を中心に、医療関係職種役割・業務分担を見直して行く必要があるのではないかと考えています。例えば、在宅医療・介護分野で看護師がもっと柔軟に、充分に活躍出来る仕組みが考えられてもいいのではないのでしょうか。

政権交代による医療政策の変化と今後の財源問題

課題は尽きませんが、いま、様々な変化が起こっています。最大の変化は政権交代という出来事であり、医療政策も当然変わる可能性がある。民主党のマニフェストでは、医療機関の診療報酬を増額する、あるいは医師の養成数を1.5倍にする、といった事を含め、全体として医療政策に重点を置くことがかなり強調されています。更に「詳細版」の医療提供体制の整備という項目では、医療機関への財政支援、勤務医交代制の導入、不払い残業はやめる、看護師等の業務内容を拡大する、医療事務員の導入を進めるなどとされ、診療報酬は医療費対GDP比をOECD加盟国平均に引き上げると書かれています。地域医療を守る医療機関、公的な病院、国立・公立・日赤・厚生年金病院等は削減しないという記述もある。

全体に医療費・医療政策を重視する、診療報酬の増額も考えると読みとれますが、まだ具体的ではないので、実際はこれからの様子を見なければなりません。診療報酬については、来年度に限って、

期待を込めて言えば、ある程度の格好はつくのではないかと。しかし、中・長期的にその政策を維持するとなると、どうしても財源問題が浮上して来ます。そしてこれには、様々な議論があるわけです。

例えば、日本経済新聞の社説は、医療の効率化の余地はまだ大きいのではないかとという論調です。経団連も、非効率や無駄の排除、診療報酬の見直しや病床の適正化などの取り組みを優先し、公的給付は極力抑制すべき、負担増の前にやるべき事があると言っています。

これに対し、社会保障国民会議委員の権丈・慶応大教授は、保険料というものをもう少し重要な財源として考えていいのではないかと言う事も含め、財源無くしてサービスの改善はないと強調されています。当面の事も気にはなりますが、中期的には、財源問題は確かにやっかいですけれども、避けては通れない。その点については、私も同意見です。

医療問題に関する個人的な感想——まともに代えて

全国に92の赤十字病院があり、災害救援・国際協力など公的病院としての役割を果たそうという命題に取り組んでおりますが、経営状況はなかなか厳しい。こうした事も頭に置きながら、最後のまとめとして、医療問題についての個人的な感想を述べたいと思います。

一つには、サービスと負担、どちらを選ぶかの選択を、国民ももうばちばち迫られているということです。無駄の排除

が先という意見は、実際には現状維持先送りの議論と同じことになってしまふ。無駄の排除と効率化は進めながらも、あくまでも負担の問題を正面から議論しなければいけない時期だろうと思います。

また、民間中心の我が国の医療体制の中でも、医療サービスは一種の公共財だという目でみるべきであり、それを国民の共通認識にする事が大事ではなからうか。医師や看護師、医療サービスの従事者だけに高い倫理性や献身性を求める風潮があるのがたいへん気になります。

私が最近特に思うのは、地域あるいは地域社会そのものが非常に弱体化しているのではないかとということです。崩れかけていると言ってもいい。そういう中で、医療だけは完全に確保しろといっても、それは困難だと思っております。医療確保のためにも、地域そのものを再生する、医療へのアクセス側からの整備をするといった、視点を変えた施策がもっと重要視されるべきだし、その意味で自治体の役割がより重要なものとして見直されて

いいと思っています。そして最後に、医療現場から上がる声のインパクト、影響力は想像以上に大きく、逆に言うと、医療現場から大いに発言すべきだということです。

本日は医療関係の方々のご参加が多いとお聞きしております。日々のご苦勞に心からの敬意と感謝を申し上げます。まだまだ厳しい環境が続くと思いますが、是非ご自身の健康にもご留意頂き、地域医療の為に一層のご尽力をお願いして私の話を終わらせていただきます。まことに有り難うございました。



大塚義治
(おおつか よしはる)

日本赤十字社副社長・元厚生労働事務次官

1970 (昭和45)年 東京大学法学部卒業
同年4月 厚生省入省

- 保健医療局整備課長
- 保険局国民健康保険課長
- 大臣官房老人保健福祉部企画課長
- 年金局企画課長
- 大臣官房会計課長
- 大臣官房審議官(健康政策、医療保険担当)
- 厚生大臣官房長
- 老人保健福祉局長
- 厚生労働省保険局長
- 厚生労働審議官
- 厚生労働事務次官

2004 (平成16)年 退官(厚生労働省顧問)
2005 (平成17)年 日本赤十字社副社長・
日本赤十字学園理事長

2009年 10月31日
於…京都ホテルオークラ「京都きつ川
病院 文化月間行事 秋の講演会」

併設施設・京都きづ川病院 健康管理センター



名誉院長・健康管理センター所長
横田 敬

■ 京都府南部初の健康管理センター30周年

当院健康管理センターは人間ドックを主目的に病院開院と同時に開設され、来年4月1日には30周年を迎えることになります。「艦船が帰港しドックで船体の点検整備をして新しい航海に備える」と同様の目的で、人間も一定期間が経てば身体状況を広範にして入念に点検検査を行うために入院して健康診断することが「人間ドック」という愛称で行われるようになったのが昭和34年(国立東京第一病院)でした。

以来、漸次全国的に普及し、現在では全国津々浦々の医療機関で、行われるようになってきていますが、当院が開院したころ、京都府南部で人間ドックを主とした健診施設としては当院が初めてでした。

■ 脳ドック検診の開設

健康管理センターの人間ドック事業が漸次進展していく中で、平成3年11月に当院にもMRI機器が導入設置され、それを期に平成5年7月からは、脳ドック検診も開始されました。日本で脳ドック検診が始まったのは昭和63年ごろからでしたので、当健康管理センターの脳ドック検診は比較的早い時期に始められたことになります。

■ 疾病の早期発見、早期治療を目的に疾病発症の早期予防にも視点を置いた健診

人間ドックの主たる目的は、重大にして特に致命的な疾病を早期に発見し、早期に治療して、重大なあるいは致命的事態に至ることを予防することでした。そういう意味ではドック検診は成人病対策として死亡率高位の癌疾患、脳卒中、心臓疾患の重症化予防に一定の効果を果たしてきましたが、現今当健康管理センターでは後述の特定健診の主旨も取り入れ、生活習慣病・重大疾病の発症予防にも視点を置いたドック検診を実施しています。

■ 生活習慣病予防対策・特定健診の実施

生活の利便性の向上、食生活の豊かさに伴い、いわゆる成人病罹患者は増加傾向をたどり、かつては成人病といわれた疾病も近年ではその発症が生活習慣に起因する、あるいは誘引となっているとして、現在では生活習慣病と呼称されるようになりました。そして生活習慣の改善が生活習慣病の発症予防になるという観点から生活習慣病予備軍の掘り起こしに主眼を置いた健診が行われるようになりました。それが厚生労働省が昨年4月から始めた特定健診です。つまりは生活習慣病になりそうな人(生活習慣病予備軍該当者)を早めに見つけだして、その発症を予防することで生活習慣病患者を減らすことを目的にした健診です。当院健康管理センターでも昨年4月から特定健診を実施しています。

【人間ドック担当医師】

- 所長
横田 敬
- 非常勤
鯉江 久昭
飯塚 康公
谷口 成美

【脳ドック担当医師】

- 脳卒中・神経疾患センター顧問
武内 重二
- 非常勤
高垣 政雄
笠井 祥子
松本 吉史
真屋 キヨミ



病院内の行事や予定などのお知らせです。
また、病院のホームページでは、最新の情報を掲載していますので、
ぜひご覧ください。

啓信会

ウェブ検索

<http://kyoto-keishinkai.or.jp>

2010年 3月オープン予定 新規事業

- 小規模多機能ホームリエゾン羽束師
- グループホームリエゾン羽束師
- ヘルパーステーションリエゾン羽束師
- デイサービスセンターリエゾン羽束師
- ケアプランセンターリエゾン羽束師

地域密着型
サービス



〒612-8486
京都市伏見区羽束師古川町168-1
(お問い合わせ先) リエゾン羽束師 準備室
TEL0774-55-8922 (直通)

2010年度

きづ川病院文化講演会のお知らせ

春の講演会

日時 2010年 6月26日(土) 14:00

場所 芝蘭会館 稲盛ホール

講師 **西澤 寛俊** 氏 全日本病院協会会長
中央社会保険医療協議会委員

秋の講演会

日時 2010年 10月9日(土) 14:00

場所 京都プラトンホテル

講師 **山折 哲雄** 氏 宗教学者

賀正

京都四條病院

京都きづ川病院

きづ川クリニック

介護老人保健施設 萌木の村

啓信会 介護事業所



医療法人

啓信会

京都きづ川病院

〒610-0101 城陽市平川西六反 26-1 TEL 0774-54-1111 FAX 0774-54-1119
URL <http://kyoto-keishinkai.or.jp/kizugawa>