

4 地域医療と福祉の連携、充実について

色平哲郎氏は、JA 長野厚生連佐久総合病院の医師として長年、地域の現場で医療に携わってこられた。氏からこの経験を踏まえた地域医療と福祉の連携、充実、医療の現状、課題などについてのご見解を伺った。

1. 最近の医療、福祉の話題をめぐって

- 薬価は、合衆国では日本の約3倍、ヨーロッパだったら半分くらい、日本は世界では真ん中くらいである。世界ではHIV治療薬の薬価は10年ほどの間に百分の一に下がった。このことはHIV患者の生存率にも寄与している。一般論としては、薬価は安い方がいいが、安すぎるとイノベーション(innovation:新製品の開発)がかからない、この矛盾をどういうようにするのかということをも是非考えていく必要がある。
- 生活保護の不正受給が問題となっているが、日本の社会保障のトータル100兆円のうち、生活保護費は3兆円超で、そのうち不正受給は、1%以下である。例えば全額捕捉されていないとして10倍だとしても10%以下で、働いて所得を得ることができる世帯は13%くらいしかない。財政のことを考えることは大事だが、諸外国と保護率を比較して日本は圧倒的に低く、まだまだすくい上げられていない人がいると思われる状況について考えなければならない。
- 国民皆保険というのは、51年前に日本で導入された。信州佐久病院ではかつて「医者泥棒」という言葉があった。皆保険が実現される前においては、農民達は医師の診察を受けるととてつもない医療費を要求され、薬代も高かった。田畑を手放さなければならないような時代があった。このような経過を経て国民皆保険は導入されたものであり、みなさんが守り育てるものとして考えていくことが大事である。

2. 人々の医者への期待について

- 人々が医者に対して、“当てにしない、期待しない、諦める”という信条を失った場合、人々は安易に高水準のサービスを求めてモンスター化しやすい。実際には等身大の外科医が良心的に医療をしているし、内科医が努力している。完璧を求めれば医療制度の持続可能性が難しくなる。

- 人々のメディアリテラシーが日本では未発達なので、テレビに出てきたような医師に診察してもらえないのは自分が不運だからで、どこかに素晴らしい医師がいるに違いないと思ってしまう。また、人間の死亡率は100%であるにもかかわらず、人間の死亡率が0%であるという間違っただけの確信を持った患者や家族が増え、患者がよくなるのは医師や治療法や病院が悪いと考えるようになり、様々な問題を引き起こしている。
- 目の前で人が生まれたり死んだりする経験が乏しくなっているため、メディカルリテラシー、ケアリテラシーが育ちにくい。言葉や文章では通じないようなところをメディアのコミックで感じ取ることで、ケアのあり方、子どもの感覚が伝わるのではないかと。老人ケアでは「ヘルプマン!」、子供の虐待等について「ちいさいひと」というコミックがある。

3. 医者にとっての経験の大切さ

- 日本の中でも最も高齢化が進んだ山の村で、10年以上看取りを含む医療をさせていただいた経験は、自分のことを「お医者さんではないお坊さんです」と言わざるを得ないようなことにつながっている。高齢者に対しては、治療をするというよりむしろ看取るというような経験をたくさんさせていただいた。そういった中で、自分がいかに社会に目を見開いていなかったのかということを感じるようになった。
- 期待される水準の医師になるためにはどういう教育をすればよいのかと尋ねられると、若いうちにフィリピンや途上国に行くことを勧めている。貧しかった時代のことは今の日本では中々わからない。私のところには15年間で2千人程の医学生、看護学生が来ているが、お年寄りと一緒にあった農作業体験などを通じて地域のことを学んでもらってきた。そのうちの200人くらいの学生にフィリピン、バングラデシュ等の途上国へ行ってもらった。日本の中で見えないものを途上国の社会矛盾の中で、ひもじさの中で感じ取ってきて欲しいと考えてのことだ。

4. おわりに

- 最近では地域のデータも小学校区ごとにとれるようになり、その研究の結果、「お互い様」、「お陰様」と声を掛け合うようなソーシャルキャピタルが住民の間であるかどうかの差異によって、認知症が出にくい、出ても大きな問題を起こさないといった違いがあることがわかってきた。日本の各地域で「お互い様」、「お陰様」と声を掛け合うような雰囲気が増えていけばと思っている。
- 個人間の社会格差が開いている韓国では、今年の1月に協同組合基本法がで

きた。5人集まって手を挙げれば協同組合を作ることができるとのことである。韓国では結社をつくることを政府として促すようにしなければ、国民が生き抜くことができにくい世の中になったそうである。戦前の日本の労働者、農民をめぐる状況を彷彿させるような出来事である。今の日本は状況が違うが、今後、皆保険や薬価の問題からセーフティネットに穴が開いたり、生活保護による十分な保護を受けることができないといった問題が出てくることのないよう、また、子ども達が自殺に追い込まれるといったことが起きないように、多くの関係者が力を発揮してもらいたいと思っている。

以上の話を伺った後、質疑応答、意見交換が行われたので、以下に主なものを掲載する。

〈質問〉 長野の医療費が低いことの要因はどのようなところにあるのか。

〈回答〉 医療費の現状と改革について日本の医療費は、他の OECD 諸国と比較した場合、案外安めであるが、医療費の支出が地域によって差が大きすぎることで国際的に有名である。長野県の医療費がなぜ低いかということであるが、「念のために」と言って患者を検査するようなことはしないということが挙げられる。長野の医師はそういうことで金を儲けることを恥だと思っている。その一方で、診療報酬に計算されない形であっても診察をした患者への配慮は欠かさない。例えば白衣を脱いで患者の様子を見に行ったりする。また、予防医療にも力を入れている。佐久病院を創設した若月先生は、劇でもって塩が多く入った食事は健康に悪いと言って回り、発症率の高かった脳卒中がどんどん減った。予防してしまったら今の日本の医療制度では出来高払いなので医師は困る。にもかかわらず予防医療に力をいれるのは、減塩や肥満についての生活指導をしてくれる方がありがたいという農協の先達の期待があったからであろう。医療関係者は構造的にいつも監視されチェックされているということかもしれない。

佐久総合病院は年間二百数十億円の収入があるが、県費はドクターヘリ分の約1億円のみである。これに対し、長野県立病院は約二百億円の収入のうち県費が50億円入っている。この差はどこから生じているかはよく分からないが、JAの病院では人件費が抑制気味である。看護師の給料も安目で病院が運営できているが、地元出身の女性が親のそばで働くことができるという条件を重視して、看護師となり病院に就職しているということがある。

〈質問〉 現在の診療報酬制度、薬価のあり方について課題があると思われるが、ご見解を伺いたい。

〈回答〉 内科医は患者から話を十分に聞いたら8割方は診断はつく。その上でさらに検査をするか、他科に回すかどうかである。患者の話を聞いて、診断はこうだ、多分こうなのだからこの薬はいらない、というように展開した方がその医師にとって経済的インセンティブになるような制度があるとよい。

医療について、コストとアクセスとクオリティはトレードオフ関係になっている。コストとアクセスと取るとクオリティが劣るなど、このうち二つしか取れない。日本は比較的バランスがいいが、巧まずしてやってきたもので、現状では崩壊しかけてきている。もう少し医療にお金を入れていく必要がある。その際、その使途も見極めていかななくてはいけないと感じている。

医療費を増やしてもらいたいという気持ちは、医師会にも我々にもある。TPP

を導入した場合、医療費は確実に増える。ただ、増え方が問題である。薬価だけが増えると医療機関に入るお金の量は増えるが、お金はそのまま病院を素通りしていく。財務省が全体に杵をかけた時、薬価ばかりが膨らめば人件費にまともに響いてくる。医師の給与を下げられないとすれば看護師の給料に影響し、病棟が崩壊することになりかねない。介護方面の待遇改善に少しでもお金を回すように政治はリーダーシップを発揮して欲しい。

〈質問〉 医療保険の制度、運用等についてどのようにお考えになっているか。

〈回答〉 ストレプトマイシン（結核治療に用いられた最初の抗生物質）が入ってきて、若者の命が救われ医療費がかからなくなったことを第一次医療技術革新という。日本人は戦後まずこのことを経験したので、医療に対してすごく期待するようになった。その後、生活習慣病の時代になり、その治療のための第二次医療技術革新は費用が高く、ベッドも増える。

医療保険は建て増しを複雑に加えた制度となっており、きちんと見直したいと何度も考えた。しかし、へたに見直すよりは現状維持がいいように思う。ケアについて世界でいくつかの方式がある中で、オランダモデルに関心を持っている。歴史的に組みあげられた折衷様式が人々の期待度を裏切らないでうまく持続できるのではないか。根本的な改革を行うことのリスクが大きすぎると思っている。ヨーロッパでは医療保険を含めた制度をソーシャルプロテクションと言うようになっている。この中では、第一に雇用保障、第二に生活保護（公的扶助）、第三に社会サービスがくる。社会サービスは、1が所得保障、2が保健医療、3が住宅、4が教育だが、新しい範疇として保育と介護と障害者のケアがある。これは現代的な課題であり、第5の社会サービスと呼ばれている。ヨーロッパのような理念を元に制度を組みあげるのであれば良いが、そうでないなら一概に制度改変がよいと勧められない。

〈質問〉 医療費が増える要因に医療の高度化もあると考えるが、どうか。

〈回答〉 医療費がなぜ増えるのかということについては、ニューハウスの研究がある。この研究によると、医師数はある程度増えても医療費への影響はゼロである。高齢化の寄与率は4～5%で許容範囲内である。GDP増の寄与率は14～15%。生産性の較差も14～15%。結論は「わからない」とされた。経済学的には分析不能ということである。しかし、考えてみるとイノベーションによって医療費が増えているのは明らかであり、これをどこまで組み込むかが診療報酬の最大のテーマにならなければならない。高額となるので国民の合意形成が必要である。

20年程前、合衆国では、お金をケアにかけるかイノベーションにかけるか

公的な議論があり、イノベーションにかけた。ヨーロッパモデルではケアにかけている。いつもケアにかければいいというわけではなく、イノベーションは大事である。そのバランスを考えつつ、公平に公開で議論する場が日本にはないと感じている。

〈質問〉 地域で医師の確保が大きな課題となっているが、ご見解を伺いたい。

〈回答〉 10年前、長野県の第4次保健医療計画の検討の場で、医師不足が現実存在すると発言した。メディアはまだ気が付いておらず、医師会は認めていなかった。同計画の策定過程では医師不足があることを書き込むことにほとんど精力を費やした。

医療崩壊を医師達は地理的偏在、科別偏在であると言っているが、それは医大の教授会が科別の編成になっているからであって、県全体の医療をプロフェッショナル集団としてきちんと責任を持つような機関になっているかどうか、医大や医師会は社会からの要請に応えきれているかどうかという問題である。

〈質問〉 地域における医師不足の対策の一つとして、学生さん達に田舎の問題とかを伝えていく仕組みのようなものがあつたらよいように思われるが、ご見解を伺いたい。

〈回答〉 どういう人間を医師にしていくべきかぜひ考えないといけない。医師はコミュニケーションが全てである。中高年になるとマネジメントが医師の大きな仕事になる。

私は、この15年間で2千人程の医学生・看護学生に農山村というのはどういう所かということをお伝えするようにしてきた。こういうことは他ではあまり行われていないようだ。農山村の人はこういう想いで、こういう仕事をやっているのだということをお伝える回路が日本の教育の中にはほとんどない。医学生は放っておくと都会出身者ばかりになってしまうので、ここを誰かが繋がないとどうにもならない。

学生の中にはマザー・テレサのところに行ってもらった者もいる。そういった経験を積むことで、今の日本がどのくらい恵まれているのか考えることもできるようになると思う。知っている人でないと感情移入できないということがある。日本の若者にこのような経験をしてもらい、仲間づくりもしてもらうように仕向けてきた。

オーナーシップが農民にある所では「あの先生は鼻が高い」と言われるととても10年はいることができない。こういうところで研修医を修行させると案外いいのではないか。

「金持ちより心持ち」ということを学生が少しでも考えるような機会を医学教

育にもっと組み込むようにすべきである。

〈質問〉 地域における医療と介護の連携の現状をどう見ているか。

〈回答〉 佐久病院は大病院であるにもかかわらず在宅ケア部門で 300 人の訪問診療に取り組んでいるので、患者は在宅か入院か選ぶことができる。看護と介護はケアという意味では同じものである。医師でさえ本来、ケアワーカーの一員でなければいけない。国内のベッド数が減っている状況では、最後に看取られて死んでいくことになる老人にとって「死に場所」が減ってきていることは明らかである。病院に居続けたいとしても、病気ではないのであれば病院から出ていくように求められる。病院にいさえすれば何とかなるなんてことは全然ない。住宅政策、交通政策、人の生き甲斐、魂の問題、幸せ感というような領域について医師では対処が困難である。