

座談会 地域医療のあり方をめぐって

救急を中心に

医療問題は古くて新しい問題である。

市民、医者、自治体がそれぞれの立場から問題点を出し合いながらひとつのフィールドで話しあってみて。

地域での医療を十分なものにするには、診療のシステムの確立に向けてねばり強い努力を重ねる必要が指摘されている。

一 医者と市民の間柄

中村 医療問題というのは、いまさら憲法二十五条を持ちだすまでもなく、人間が生きていくことの根本にかかわる古くて新しい問題だと思えます。教育は人間の精神の領域を扱い、医療は人間存在そのものの根っ子に關与するわけで、これに無関係な人はいないし、どなたにも口がだせる。それだけにまた難しい問題も含んでいるのだらうと思えます。最近はまだとくに福祉とも関連して医療問題が注目をあびていますが、きょうはとくに地域に根ざした観点から、例えば救急医療の問題にも目をむけて忌憚のないご意見をいただき、できればそこから何

ものかをめざすということで、お話しあいを進めていただきたいと思えます。

●ケンカの中から何が

中村 最初に、堀井さん。旭区の区民会議で医療問題、休日急患診療所の問題をめぐって活発な議論がかわされたときいていますか……。

堀井 ええ。旭区ではたしか昭和四十八年の十二月に始まって、とくに四十九年の第一回区民会議では休日・夜間診療のことやタイ廻しの問題まで取りあげました。その中で議論がエスカレートしまして、お医者さんが患者の弱い立場に乗っかって儲けすぎるとか、子どもを医大に裏口入学させているとか、そんな話ま

で飛びだすようなことになりましたね。市民もお医者さんも両方が熱くなつてしまふような状態でした。

でも結局はお医者さんのほうが冷静に受けとめて、旭区医師会の中の「話を聞く会」という趣味と教養の集いを私たちが市民にも開放して、対話をつづけることにしてくださいました。その中から医療の世界の難かしさ、複雑さというものがよくわかるようになりまして、例えば健康保険制度でも、九種類もの保険があつて矛盾がいっぱいあるといったことを初めて知ったわけですね。非常に率直に、医師側はこちらの患者エゴを受けとめてくださる。こちらも先生方の立場を理解しながら要求もするということ、ホン

安倍 統 〈瀬谷区在住会社員・瀬谷区休日急患診療所分科会委員〉

阿部 豊 〈消防局救助課救急係長〉

飯島和可子 〈磯子区在住主婦・元市民病院勤務薬剤師〉

高西健二 〈小児科医師・横浜市医師会理事(救急センター担当)〉

熊田正春 〈日吉病院院長・横浜市病院協会会長〉

堀井稔子 〈旭区在住主婦・旭区救急セミナリーのそめの会代表〉

司会 中村宇一郎 〈磯子区区委部長・前港湾病院主幹〉

ネとしての両方の立場がすこしずつ接近しましてね。その中で、いま旭区民にとって何がいちばん必要かという話しあいの中から、休日急患診療所の問題がうかびあがってきたわけです。

中村 中国の毛沢東が、日本との国交回復のときに「ケンカは大いにしなさい。ケンカの中から何が生まれる」といわれたそうですが、そんな意味で最初からあまりモノ分かりがいいという必要はないんですね。それでいまではもうすっかりモノ分かりがよくなっていますか。それともまだ……。

堀井 それはやはりまだ問題は残っていますよね。お医者さんは専門家ですから、ある程度は患者の側に立って考える

ことができずけど、私どもは知識がないから、ちょっとした病気で重く感じますね。それでお医者さんに行く、こんな程度でというような場合もある。ですからそういう医師と患者というせっぱ詰まった関係ではなく、もっと日頃から例えば予防医学の知識とか医療組織のこととか、保険のしくみ、医師へのかかり方などを教えていただきたい——そういう希望の中から、私どもは地域の婦人グループとか団地の人とかでこれまでに六回、多いときは六十人ぐらい集まってお医者さんの話をきいていますから、だいぶ進んできてはいますけどね。

熊田 私もそこと呼ばれて話をしたことがあるんですが、ちょっと申上げておきますと、堀井さんのお話から、旭区の休日急患診療所が市民との対話によって生まれた、対話がなければできなかったというふうに受けとられると間違いになりませんね。対話のあるなしにかかわらず、医師会は休日急患診療所の必要性は早くから察知していました。市役所にすいぶん投書がくるし、世論の動きもあるわけで、医師会はその受けとめてすでに西、神奈川、中、港北、戸塚、金沢、瀬谷というように各区で休日急患診療所は開設しております。県下では十七カ所、医師会サイドだけで進めているんですね。そうした中で、旭区の場合たまたま

区民会議が導火線になったことは、それじたいは非常にいいことですが……。安倍 瀬谷でも区民会議の中で休日・夜間診療の問題とか、そういうニーズは話しあわれていたんですよ。そして具体化のために分科会もできたわけですが、その段階でお話のように、医師会の方からすでに態勢はできているんだといわれたわけですね。それでは土地と建物をどうするかで話し合いを進めまして、結局、土地は市に提供してもらおう、建物は医師会と市と県が三分の一ずつ負担するという形で実現しました。

つまり医師会の態勢と市民側のニーズがマッチして実現したわけです。問題は今後の運営ということで、医師会では無料でもお進めになるという。だがそれは長つづきさせるうえでムリがあると思われまます。それからもう一つ気になるのは、瀬谷区はお医者さんの絶対数が中区あたりの半分ぐらいで少ない。しかも対象が内科・小児科を中心ということになる、婦人科や耳鼻科の先生方が当番になられたときに苦勞する。さらに、二次応需、三次応需との関係はどうなるのかというように今後とも解決を計って行く問題がいくつもあるわけですね。

●医者もへばっている
中村 医師会では早くから休日急患診療

所の必要性を感じておられたといわれましたが、それはどういことが根拠だったのでしょうか。

熊田 全国的な世論もあるし、それだけじゃなく実際に診療に当たる立場から、夜間や休日の診療をどうするかは考えざるをえないことですよ。医者としてそれは当然のことですよ。

葛西 いまから十五年ぐらい前には、開業医は日曜日でも休まずに二、三十人の患者さんを診ていましたよね。しかし、当時は国民皆保険ではなく、患者の総数がいまの三分の一ぐらいでした。ところが国保の普及や福祉医療制度の実施と共に患者が急激に増え、一日に百人も二百人も診るところがめずらしくなくなってきた。本来の医療の立場からは不可能なことをやっているわけですね。そこを無理してやるために医者がどうしてもへばるわけです。以前なら夜中に患者がきてそれを診ないということはなかったけれども、いまは医者がへばっているし、それに保険請求のレセプト書きが大変なんです。一日で二百人の患者を診る医師の場合、一カ月にすると一〇〇時間位の事務量になると思います。実際は手分けをしてやるけれども、それでも開業医は夜の仕事にしているわけです。そのためにもますますへばってしまう。そういうことが一般の医師の夜間診療の態勢を崩

している大きな原因なんですよ。
中村 // 諸悪の根源は保険にあり// ですか。
葛西 そうもいえるけど、半面、おカネがないために医者にかかれないう人がなくなってきたのは保険制度の功績ですからね。
それで、あまりにも増えすぎた事務量をこなすために、医師側でも事務員の態勢を整えたり、コンピュータを利用していただいに解決の努力はしているんですよ。

二 都市化と、ホーム・ドクター

中村 飯島さんは以前は薬剤師をやっておられたそうですが、いつごろまで……。
飯島 昭和四十年までです。

中村 そうすると、ちょうどいまのお話の保険制度が確立される前後に、医療を供給する側と、それを求める市民の側との両方を経験されたわけですね。そういう医療の内と外からごらんになった立場で、どうお感じになっていますか。
飯島 そうですね。問題はたくさんありますけど……。例えば外国で普及しているようなホーム・ドクターを日本でもっと広げる必要があるんじゃないでしょうか。そうしないと、公立病院や大病院

をいくらつくっても限度があるし、有効に活用することも難かしいと思うんですよ。

いま医学部が増えて、若い医師の方たちがどんどん卒業されますね。ですから将来はそういう方たちが開業なさって、ホーム・ドクターの態勢がひろがるだろうと思いますけど、現状ではたいしたこともない病人が大病院に押しかけて、一時間待ちの三分診療」ということでしょ。待っているあいだに、子どもなんかまた悪い病気を背負いこむんじゃないかと心配になるぐらいですよ。そんな矛盾を解決するためにも、平素から信頼できるホーム・ドクターにかかれるようにすることがだいじな点だと思えます。

中村 堀井さんは旭区に何年ぐらいお住まいですか。

堀井 もう二十年近くになります。

中村 そうすると、もうホーム・ドクターをお持ちですね。

●ホームドクターとはいっても

堀井 はい。私も主人もあまりお医者さんを変えるのがきらいで、旭区に移ったばかりのころ、最初に子どもを診ていただいた先生がとても親切な方でしたから、そのままずっと信頼関係でつながっているわけです。

ですから私の場合はそれでいいんですけど、新しく越して来られた方とか、家族がみんな丈夫でお医者さんにかかる機会がない人はどうしたらいいのか。お医者さんとのコミュニケーションをどう持てばいいのか問題だと思いますね。

中村 それは問題ですね。安倍さん、そういう点、どうしたらいいとお考えですか。

安倍 さあ、基本的には健康でありながらお医者さんと関係をもつことは難しいから、やはり子どもなら子どもが病気になるたときにきっかけをつかんで、機会があるごとに相談のつてもらうしかないんじゃないですか。

熊田 地方なら問題はないんですけどね。先祖伝来ずっと住んでいる人が多いし、医者との関係が土台にあって、その上に医療というものがなりたっている。だから夜でも昼でも親身になって患者をみるんですね。

ところが、いわれたように保険制度が普及して何でもタダで安直に医者にかかれるというだけでなく、都市化の悪い影響がでて、まるで百貨店で品物選びをするようなイージーな気持ちで医者にかかっている。市民の側に医者を選ぶ権利があっても、医者には患者を選ぶ権利はないということですが、そのところに微妙な難かしい関係がからんでくるわけ

ですね。

阿部 私は旭区の古い住民の一人として申しますと、私の家にも二キロぐらい離れたところになじみのお医者さんがいますね。夜なんか年よりのぐあいが悪くなる、トラックでも何でも乗って来てもらっていました。そんな関係で、夏には医院からお中元のウチワが届いたりしましたね。

ところが十五、六年前に年よりが亡くなって以来、ずうっと病気になる者がいなくなつて、いま病人がでたらどうしようかと心配なんです。

堀井 それはみなさんが悩んでいらっしゃることですね。私の場合、子どもはもう大学生になりましたけど、私のほうが六十才をこえて、ほんとに久しぶりにお医者さんに行きますと、先生のほうから「やあ何十年ぶりですね」ということで、コミュニケーションが復活しましたけど、全然そんなつながりのない方も多いわけですからね。

中村 私のように不摂生でちよちよい医者にかかる人間はコミュニケーションがある。しかし平素から健康に気を配って、予防に努めている心がけのいい市民が十年に一度、二十年に一度、病気にかったときにこまるんですね。

堀井 そうそう。それがいちばんお気の毒で……。

葛西 田舎の医師の場合、地域の人たちは冠婚葬祭を含めて親戚づきあいなんですね。しかし、いまは隣の人にも無関心という都市化の時代になっていますが、私自身、やはり会って話をして波長が合う患者でないとおホーム・ドクターにはなりにくいですよ。

お互い人間ですから、やたらに権利意識を振りかざすような患者さんには、どうしても抵抗を感じますね。そうではなくて、ほんとうにこまっている方には単に職業意識というより人間として燃えますよ。医者が燃える患者さんでないかね。

中村 もともとお医者さん自身、それが生きがいであり、楽しみであり、天職だと思つて医者になられたわけでしょう。

熊田 そうそう。だから私は、都会での問題は二つあると思うんです。一つは人間関係。もう一つはこれから話題になると思うけど、医療の組織化の問題。この二本建てだと思つてます。

阿部 救急隊の立場で申しますと、新しい団地ができた場合、だいたい五年ぐらいは非常に救急出動が多いんですが、四、五年経つうちにめだつて減るわけですね。これはその間に各家庭がそれぞれホーム・ドクターを持つようになった結果だと思つてます。

それに同じ新しい団地でも、公団と公営を較べると公営のほうが出動要請が多

いようですね。やはり収入の関係でぎりぎり生活している家庭では、平素から医療なり予防なりに手が廻りかねる面があるんじゃないですか。

中村 それも問題ですね。それから、私の病院に救急車で運ばれてくる人にきくと、ホーム・ドクターのある人がかなりいる。でも夜は診てくれないというんですね。

阿部 ええ。そういう事例はたくさんあります。むしろホーム・ドクターから出動要請があるんですね。自分は夜なので、もう診られないからといって……。

安倍 私も夜電話したとき、もう晩酌をやっているからと断られたことがあります。そうすると、自分の立場を変えて考えれば、しようがないのとあきらめざるをえないケースもある。

葛西 当然のことですが、医療法では、酔いどれるほど酒をのんでいるときに診察することはできないことになっているんですよ。

三 休日・夜間診療の体制

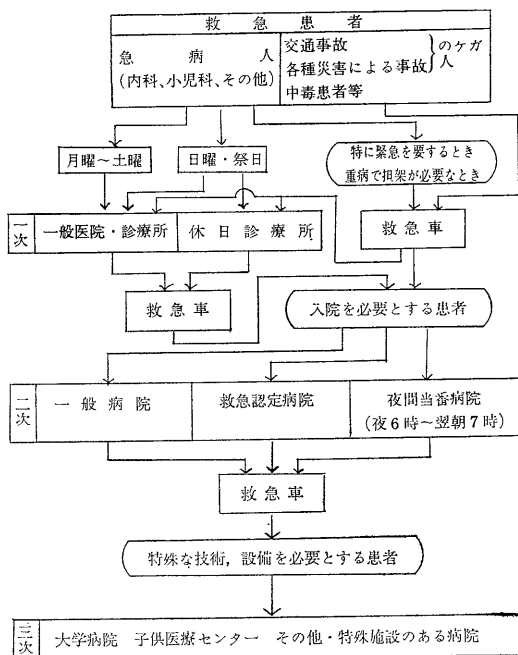
中村 市の衛生局で調べた推計では、一晩に発生する急患のほぼ四分の三はホーム・ドクターとか近所の医院で診てもらっている。だから残りの四分の一の人に對する夜間診療をどうするかが問題なん

ですね。その点、熊田先生が立役者になって進められた市内の病院による四ブロック制の夜間応需体制というのは全国的にも例のない横浜方式だといえますね。

●四ブロックの夜間輪番制

熊田 休日診療のシステムをつくるとき、私は港北区の医師会の会長でしたけど、会員の中から、二次応需の体制を早くつくりたいと休日診療も維持できないという声があがっていたし、それと同時に、夜間診療をどうするかも問題になったわけですね。市役所にもずいぶん投書がいていた。そこで、そういう動きを受けて協議会をつくって取りくんた結果、いまの横浜市の病院協会による四ブロックに夜間輪番制ができたけれども、その当初から、これだけで全部をみるとはいっていません。ホーム・ドクターとか、協力病院といって夜間救急に応じてもらえるところをまずやってもらって、それでもなおかつこまる場合に輪番で病院に来てもらうわけですね。だから、今夜の輪番がだれかということ、市民には公表しないんです。初めから公表しておくと、それほど緊急性のない患者が屋の仕事を終わって風呂へでも入ってから行って診てもらおうかと(笑)、そうなたら、かならずこのシステムは崩れますよね。

図一 横浜市の救急医療体制



この輪番制は内科と小児科が中心で外科は救急告示病院を利用してもらいます。科は救急告示病院の数に非非常に少ないものです。しかしとにかく、現実に対応できるようにするために、横浜市を四ブロックに分けて、ブロックごとで輪番制をとることにしたわけですね。

中村 そのブロック内の当番病院が期待どおりに機能しているかどうか。阿部さん、救急隊の目でみてどうですか。

阿部 私ども当初は「話がちがう」といって、熊田先生にもかみついたりしてご迷惑をおかけしたんですが……(笑)。とにかく救急隊としては、出動要請があ

るとすぐ当番病院に連絡するというふうにと当初は理解してました。ところが、いまお話のようにこれは「最後の手段」として、その前にまず近所の病院から照会するという申しあわせになったわけですね。現在ではできるだけそういうふうになっていきます。

それに当番病院のほうでは、ブロック制だからブロック内だけを処理すればいいと考えがちだし、一つのブロックの当番病院が「満タン」になってしまつと、あとは例えは港湾病院しかないということとで一晩に二十人も集中することがあるんです。当直の先生からずいぶん叱られ

ますけど。

ですから、輪番制のほかに再来年あたりから夜間救急センターもできるわけですが、それができて、例えば戸塚区や旭区あたりからかならず連れていくのではなく、近所ですまずお願いするのが基本になると思います。

●輪番制への危惧

中村 昭和五十年の三月にこの四ブロック制が発足して二年あまりですが、率直に申しますと、私は当初からいろんな問題点に危惧を抱いていたんです。

というのは、まずお話のように横浜市では特に小児科の医師が不足して当直医をおけないところが増えてきている。ブロック別に濃淡があつて、医療機関の多い地区に集中するので、極端な場合、当番病院をタライ廻しせざるをえなくなる。また、今夜は当番ではないからというので、従来は診てくれた人が診なくなる可能性もある。もう一つ、発足のときに原則は二次応需だといっていたけれども、実際には初めての患者がほとんどやってくるので、救急の病院というよりも「夜間病院」になりかねない。——そういうデメリットも当初から予想されたわけですね。それらの点が現在までにどうなってきたか……。

熊田 おっしゃるとおりで、そういう問

題点は医師側の夜間救急協議会が議論すべきことですが、一おう私見を申し上げますと、たしかに小児科医がすくない。絶対数がすくないから、例えば内科医が小児科を診ればというんだけれども、じつはこれが医療過誤の問題につながるわけですよ。ちよつとミスがあると、内科のくせに小児科を診たのはけしからんといつて騒がれるし、事故があつたときの賠償金額も大きくなっている。いきおい医師側も慎重になり、分科を厳密にせざるをえないんです。それでますます小児科医の絶対数不足の矛盾がでる。

そこで、私が初め四ブロック制を考えたときには、全ブロックを一つのものとみて、大病院を頂点にして中病院、小病院をそれに組みあわせていく。そういう構想でした。しかし、実際にはブロックごとに輪番を編成するようになった。そしてこの二年間にある程度まではそういう方向で編成されてきたけれども、今後はもっときめ細かに夜間救急に対応できる目標での再編成を考えたいと思つてい

るんです。現状はまだ輪番病院への当直医が外科だけになるようなケースさえ生じていますが、これは早急に整理して実情にあつたきめ細かな態勢にしていき

くなつてきたんじゃないですか。以前のよう

に十何軒も廻つたとか、そんなことはいまはないと思

います。阿部 ええ。去年は日曜日に六回というの

が最高でした。たまたま患者が市役所の課長で、火事

のときに目に目消火液が入つて……。

熊田 それは眼科で、まだ態勢がないんですよ。

阿部 だから、極端なタライ廻しはなくなつたけれど、一度目に行つたところ

でだめという件数は逆に増えているんで

すね。結局いまの医療体制ではタライ廻しは

なくならないと思うんですが、それは応

需側の組織化がまだ進んでいないからで

しょうね。例えば私も実際の話、電話

話だけではだめで強引に連れて行って引

受けてもらつている。そういうとき、自分の顔をみたら断わりきれないだろうという、そういう医師との人間関係で仕事を

する面が大きいわけですね。

熊田 現実にはそれはあるけれども、しかし一挙に何もかも完璧にというより、現

在のこのシステムを崩さないで、ここから

積みあげていくことがだいじだと思

います。例えば実際問題としては、ほんとうに

救急車で運んで入院させる必要がある患

者は、六分の一か七分の一なんです。

熊田 かならずしも絶対数の不足だけでは

なく、組織の再編成によって解決でき

る問題も多いわけですね。それを一つず

つ着実に進めていきたい。例えばいま医

師会で進めている夜間救急センターの構

想にしても、私も委員の一人として一日も早く完成させなければいけないと思つ

熊田 マスコミだけでなく、市の衛生局

がどうしてもやりたいといった以外は、県もどこもみんな絶対不可能だといってましたね。でもそれをやらないと開業医の先生方も奮起できないということでも夢中になってやりぬいてきたんですよ。

葛西 とにかく、二年位前までは私が医師会の会合にて夜おそく帰ると、時どき家の前に救急車がとまって待っていたこともありました。四ブロックの二次応需病院ができたせいでしょうか、全然それが来なくなりましたね。救急車が私の家の前を通ってもとまらなくなりました。不思議なくらいなんですよ。

中村 私も当番日には院長先生みずから泊りこみでやっていたけど熱心な方を知っているんですが、その先生が、当番日以外は安心して外出したり本を読めるようになったとおっしゃっていましたね。

四 夜間救急センターの構想

葛西 それから夜間救急センターの話ですが、いま横浜市医師会では桜木町の駅前に古いビルを借りて、その三階に事務所をおいているんです。以前は交通局の倉庫だったとかで幽霊がでそうな古いビルだけど、それでも何しろ立地条件がいい。そこで、こんどそれを建て替えて夜間急病センターと情報センターをつくら

うというわけです。

そのために医師会では救急医療等システム推進協議会とか、あるいは救急医療センター研究班を組織して具体化を進めています。その構想の概略を申し上げます。毎日午後七時から朝の七時まで診察するわけです。当初は内科医三名、小児科医二名という計画を考えています。また、眼科や耳鼻科についてもある程度の企画をし、一晩かぎりですが入院設備もつくる予定です。そして日曜日は朝の九時から翌朝七時まで診察のようにしたい。

そういうプランに基づいて二年以内に実施の目標を進め、一次応需の患者さんを受けとめられるようにしたいと考えています。

飯島 その組織の主体はどこでしょうか。

葛西 横浜市医師会です。

堀井 医師会が自発的に考えになったことで、行政とか市民の声があったからとか、そういうことではないんですか。

熊田 もちろん大いに関係があります

よ。市民から市長に投書がいくものから、何とか対策を考えようということ。で医師会にお話があったわけです。

阿部 昭和四十五年のことですね。

熊田 そこで私たちも加わっているいろいろ議論をし、各科の学会にも諮問したりして練りあげてきた結論なんです。

輪番制との関係でいいますと、これは

あの制度をつくった構想に含まれるわけ。で、とりあえず輪番でやるが、できるだけ早急に組織的な救急体制にしていくという考え方に基づいているわけです。

安倍 いまはまだ準備段階ということですが、将来はさらに各ブロック別のセンターということもお考えでしょうか。

熊田 その点は現在進んでいる南部病院構想なども一環と考えられるし、近い将来、港北ニュータウンにできる病院なども含めていいんです。

葛西 とにかく大変なおカネがかかる問題だし、将来の全体計画は市長にきく以外ないわけです。医師会に何十億もおカネを集めてやれといわれてもムリだし、市の衛生局が構想をたててバックアップしないと……。

中村 それから、お話の救急センターが

できた場合、開業医の先生方は休日なり夜間の診療をやめてしまうのかどうか。この点、市民の方の大きな関心事だと思

いますか……。

葛西 このセンターは市内でたった一つですから、これだけで休日なり夜間の需要を完全に消化できるものではありません。だから、実現後も一般の医師の態勢が極端に大きく変わることはないと思

いますよ。

安倍 将来を考えると、これは総合病院に関連しませんが。瀬谷区の医師会のお話ですと、将来ブロック別に総合病院ができたら現在の休日急患診療所はそちらにバトン・タッチするということですか……。

熊田 それはちがいますね。市民の方はいとも簡単に、市民病院とか港湾病院に救急部門を設けて医師を詰めさせたいと考えています。しかし、自分の医学的に関心や個人生活も犠牲にして夜間だけ専門に働くような医師は実際問題として集まるはずがないんですよ。

●望まれる診療システムの確立

安倍 そこで総合病院の在り方の問題ですが、これが例えば心臓手術のような複雑高度な技術なり装置を要する患者だけを扱い、それ以外は一般の開業医が診るようにすべきだという意見がありますね。

熊田 そのことが、外国の例をみても医療体系の本来の機能ですよ。しかし、日本では総合病院が何から何までみな診ているわけです。

堀井 患者のほうから、たいした病気でなくとも総合病院を選ばなければ、この点は市民の中でよく話し合いをして、合理的な考え方をひろげないといけないと思

いますね。

な病気でまずはその医師に診てもらい、それから小病院に行き、そこで処置できないときは中病院、さらに大病院というシステムがスムーズに運営できればいいんだけど、日本では開業医のグループと病院のグループが別々になっていて、しかも病院グループの中でもそれぞれの病院が自主的にやっていますよね。まあ横浜では、輪番制などをきっかけて互いに話しあって、多少は改善されていますけどね。

それから現在でも、初めに小児科でみて、すぐ手術が必要となれば、これは外科ですよ。われわれの救急システムに外科は含まないといって切離すわけにはいかない。国が設けた外科の告示病院もからんでくる。そのほか、婦人科はどうか、眼科をどうするか、耳鼻科は、精神科は——というようなことの整備をこれから一緒になってやる必要があるんですね。また、二次のほかに特殊疾患というのが。例えば脳の手術なり心臓の手術なりというのは、どの総合病院でもできるわけではない。だからこの特殊疾患の場合の救急体制の整備も考えていかないと、ほんとうの安心できる医療体制にはならないわけです。

五———だいにコミュニケーション

ン

中村 お話のように医療の現状には問題が多いのですが、そういうシステムマッチな整備をめざす一里塚として、まず何から改善していったらいいか。飯島さんどうでしょう。

飯島 救急の問題ひとつ見ましても、さつき熊田先生がいわれたように、救急をほんとうに必要としない人までが安易な使い方をします。そういう点で、市民側にも大いに反省すべきことがあるように思っています。それとろんな組織や制度を考えていただいてありがたいのですが、内側からみますと、お医者さんの世界ほど激しい学問のあるところはすくないようです。それをもってスムーズに運営していたらどうか。もう一つ根本に、人間的なコミュニケーションの問題があるんじゃないでしょうか。

熊田 その点、横浜にはまず心配はないですよ。あなたの場合、大阪で経験なされたようですが、例えばある都市では医療情報がコンピュータでシステム化されていますね。ところが夜になると、どの病院もぜんぶ満床の赤ランプがつくのでコンピュータの意味がなくなっている。そこで大阪では医師の夜間診療を法的に義務づけようという声がでて、大阪の医師会は猛反撃をしている。まあそんな問題は、横浜は輪番制があるから起きないわけですね。

阿部 大阪府の情報センターは大阪市の消防局でも情報を受けていますが、市側が期待できるものはあまりないようで、逆に消防から情報を出すことがありません。北海道の札幌がうまく運営していますけど、あそこではシステム以前の問題として、全道の医師を北大出身者で占めるといふ特殊なコミュニケーションの基盤があるんですね。だから横浜市でも医師会、病院協会、それと行政のコミュニケーションが基本で、それを援け、整理するための情報システムを考えるべきだと思います。

安倍 基本的には医療に關しての情報処理の活用は事務処理の簡略化と、それに「一時間待ちの三分診療」という現実があるのですから、待ち時間を利用して問診をコンピュータであらかじめ行うなどのことが考えられる。要するにお医者さんの機能を効率化して、その能力をより生かすためのものですよ。

葛西 それは医師側でも考えているんです。つまり患者のいろんな自覚症状をカードに書いてもらってコンピュータに入れると、あなたの場合こういふ疑いがあるとか、処方はこちらだということがアウト・プットされてくる。将来それは実現できうことですよ。

熊田 そのほかにテレホン・ドクターの話もですが、私は病院ごとにテレ

ホン・ドクターを雇うより、むしろテレビで医師と患者の両方を写しながら対面診療をやるほうが効果的だと思いますね。

中村 他都市にはテレホン・サービスを実施しているところもありますが、横浜市はやっていませんね。電話一本の問診だけだと、医療がこれだけ専門化され分科している中で万一の過誤を生じたときにどうするか、そのへんの問題で医師側に踏みきれないものがあるようです。

熊田 だから将来テレビ・テレホンにでもなれば、医者も多少は責任を持てると思うんですがね。しかし電話だけで、例えば母親が心配のあまり早口でまくしたてるのに対して、心配ない、家で寝かせておきなさいとはちょっといえないですね。ですから現状では、テレビでの公開診療を考える程度ですね。

堀井 テレビといえは……。テレビ神奈川で、たしか火曜日の午後、歯科の先生が予防の話とか簡単な治療の話なされていますね。あれは医師会でもおやりになったらいかがでしょう。

熊田 そうですか。それは参考にさせていただきます。

それから、いま厚生省では横須賀とか三浦半島を中心に医療情報センターをつくる研究を進めていて、横浜市医師会も独自の情報システムをそれに結びつける

ようですが、具体化のためには問題点がたくさん残されていますね。こんど日本医師会の主張に基づいて国は夜間救急に一〇〇億円の予算をつけています。ところが、その九十九％は官公立に回るわけですよ。そういう厚生省や一部政党的官公立重点主義には非常に問題がありますよね。

中村 去年の七月ですか、厚生大臣の諮問を受けた救急問題懇話会の答申がでて、その中で、大学病院は特に救急対策について地域のシステムに入り、その基幹病院の役割を積極的に担うべきだと言いきっていますね。しかし現実には……。

熊田 残念ながら、国立がいちばん遅れているんですよ、救急では。

中村 その代わりありがたいことに、県立の子ども医療センターが積極的に三次応需をやってくれていて、そのことが輪番制の背後のささえになっていますね。このチーム・ワークの上に、さらに国立も大学病院も乗った形で、それぞれが機能を分担できるようになればすばらしいんですけど……。

熊田 そのとおりですね。いまの横浜の輪番システムにも国立は入っていない。しかし、市民病院、港湾病院、それに市大病院も最近は三次応需を内科でやっているし、さらに一般の私立病院も加わっ

たシステムができてきていることは、他都市に行っても自慢できることですよ。

●逆立ちの医療

中村 だけど内容にはまだ問題が多いですね。例えば私どもの港湾病院にしても、法的にはどうにか総合病院になっているけど、しかし開院以来いまだに麻酔医がいない。じつは私の娘が十年ほど前に盲腸炎で手術を受けて、そのときは局部麻酔でやってくれたわけですけど、いまはそれもできなくなっているんですよ。これが分からない点ですよ。

堀井 そういう例は私も主人で経験しました。やはり真夜中に盲腸炎が悪化して、近所のお医者さんに診てもらったら、市大病院では手術はだめですよ、専門医にかかりなさいといわれたんですね。

熊田 つまり基本的には文明が進めば進むほど、医療も細かく分科していくわけですよ。以前は医者であればいいのことは多面的に容態をみて、それなりに手を打っていたわけですが、いまそれをやればすぐ医療過誤の問題になる。外科医のくせに麻酔をやったといつて吊しあげられるわけですね。

中村 しかし、局部麻酔程度なら……。
葛西 その局部麻酔で死んだというケースもかなりあるんですよ。
堀井 特異体質とか、そういうことでは

か。

葛西 ええ。それでいまは訴えられたりする。むかしは運が悪かったといつてあきらめたけど……。ですから、問題のあることはなるべく分科しておけば責任も分かれるということになるんですよ。

熊田 例えば未熟児を出産すると、むかしなら死んでもしょうがない。しかし、いまはそれを何とか助けようとハコに入れたりするんですけど、そうすると未熟児網膜症になって目が悪くなることがある。すると生命を助けられたことは忘れて、目のことで訴えられるわけですね。その訴えを正面から受けて立とうという大きな病院の医者もいるけど、なんでも訴えるなら医師側でやるべきこともやらない傾向が生ずる。それは医療をうける側は不幸になるわけです。

葛西 だからそれは逆立ちの医療ですよ。
中村 まさに、日本の医療の裸の姿ですね。

六——地域医療の担い手は

中村 葛西先生、開業医の立場から、いまの国立なり大学の病院との関係についてどうお考えですか。

葛西 理想をいえば、病院は完全オープン・システムにして外来は診ない。その

代わり入院はぜんぶ引受けるというのが望ましい形ですね。だけどいまそれをやると、赤字で病院はつぶれてしまう。外来で儲けているわけですから。——これは制度の問題ですから国で考えてもらうしかないんですけど、そこが解決すれば開業医側から病院に対して患者を引取ってもらうシステムが確立する。ところが現状は、開業医がそうやって引取ってくれる病院をさがすのに大変な苦勞なんです。結局、医者仲間の人間関係を頼りに顔でやるしかない。

熊田 それが現実なんだけど、しかし本来はそういうふうには顔を利かさなければ病院に受け入れてもらえないのは間違いですね。

葛西 だけど現状では入院できないというよりさせられない面がありますね。例えばどこかの病院がだれでも受け入れるという態度をとった場合、すぐそこは満杯になって結局は同じことになる。だから全体的にシステムとして考えなくてはいいけない。

安倍 そのシステムづくりということはいいんですけど、どうやって具体化するかが大きな問題ですよ。それを国に期待するよりは、身近な自治体が地域医療の中心になって、二次、三次の医療態勢づくりを進めるべきじゃないでしょうか。

中村 その場合、日本の医療体系そのものが地域的にも全国的にも自由診療を建前にしているし、国公立の病院は医療全体の中で一握りの存在なんです。大部分は開業医の自由診療ですから、その中で行政にできることにはどうしても限界がある。結局、両先生がおっしゃったように手を変え品を変え、あらゆることを積み重ねるしかないんじゃないでしょうか。私も病院事務をやりながら考えてみて、どうにもキメ手がない。とにかくもいまのブロック制は守っていくべきだし、そのホコロビを縫い、そこに新しい内容を入れていく粘り強い努力しかないように思っています。

安倍 そうですよ。だからさっきのシステムづくりもその主体の如何によって限界はさげられないし、つくったものが生かされない面がでてくる。そこでやはり五年なら五年の見通しの中で、いまの輪審制を含めた二次応需を充実させてみて、その上で国に対して三次の努力を求めるとか、そういう進み方をしないと、横浜方式が確立されないうちにうやむやになりかねないと思いますね。

熊田 しかし、国が主体か市が主体か、そういう考え方の中から医療が崩壊していく面もありますよ。だからそうじゃない、あらゆる医療機関が上も下も一諸になり、国や自治体と共に研究して対策を

進めることで解決のメドをつかむべきだと思いますね。

●常設の医療協議会を

中村 そこで私に一つの提案があるんですけど、それは、医療の供給側と、市民と、行政の三者がそのどれが中心というのではなく一緒になった形で、例えば常設の医療協議会のようなものをつくったらどうでしょうか。それは市レベルがいいのか、あるいは区段階でやるべきかよくわかりませんが、とにかく専門家だけでなく、いろいろとも参加して問題をだし、医療問題の大きな方向づけを考えるような協議会が必要だと思えます。

葛西 結構ですね。それはあまり大きな範囲よりもむしろ区ぐらゐのレベルで……。

熊田 いや、市レベルでもいいですよ。いわゆる有名人や学識経験者だけでなく、実際に悩んでいる人が集まって意見をだし、現実を考えていくのはいいことですよ。私は賛成ですね。

七 「壁」を越えるために

中村 最後に、市民として、医師としての立場からお互いについておきたいこと、注文しておきたいことがあります……。

堀井 私どもはエゴばかりで知識はありませんが、お話のようなコミュニケーションの場があって、そこに一杯でてくるエゴを受けとめてくださる先生と、それから私たち市民側も勉強して、お医者さんの問題をだいたいなこととして考えてみる。それはとても必要なことだと思いますよ。

医師会の先生方の中で、住民を避けたがるお考えもあるのはわかるんです。といますのは、住民の中にもモノ分かりのいい人ばかりではないんですから（笑い）。でも、そこにはんの小さな窓でも開けていただくのがいいじゃないかと思えます。私たち小さな婦人グループで話して、「この制度がだめなのよ。だからお医者さんだけを責められないじゃないの」などといっても、「いや、やはりおかしいわよ」という声がまたでてくるわけですね。だから、この両先生のように尊敬できる先生も、そうはいえない先生も、そして良い面も悪い面も市民には知る権利があるので、知ること、たえ小さなコミュニケーションでも積みかさねがだいじだと思いますよ。

安倍 さきほど三者の協議会ということ具体的に提案されましたけど、現在の休日診療のケースでも、具体的な形にするときは医師会と行政がやるということ

で、市民はモノを言っても具体化には結びつかないことが多いですね。とすれば、三者とはいえ、場合によっては「しろうとは口を出すな」ということで、実際には言い放しのむなしさが残ることもありますね。

●何かむなしさが

飯島 結局、患者にとってはほんとにこまったときに頼りにするのがお医者さんですよ。ですけど患者がいわゆる「医は仁術なり」の姿勢を求めていくときに、果たして応えられる先生がどれだけいらっしやるか、そのへんに疑問が残るんです。そして両先生のようなご年配の方と、いま医大で教育を受けている若い方とは非常に違うような気がします。医療のシステムがrippにできて、将来はそういう方が運営なさるんですから、やはり物質文明の中で育った若い人たちの問題は、お医者さんの場合も例外ではないと思います。

例えば健康保険の制度にしても、非常に複雑なことは事実だし、矛盾だらけですね。それでもこの制度の中でお医者さんが普通に診療されたときに、何千万円もの寄付をしてご自分の子息を医学部に入られるような状態は——生命をあずかるお医者さんの高い報酬は当然にしても——この制度の前提の上ではやはりお

かしいと思うんですよ。また、地域に大きな病院ができるときに開業医の先生方が反対なると、そこに何かの不信が生まれてくるわけです。先生がこれは器械を使って治療したほうがいいとか、早期の手術が必要だとか、すなおに病院のほうに回して下さって、患者もその先生を信頼して喜んでそちらに行くという、そういう循環がうまくできていければいいわけだし、大病院を含めた医療体系も有効に動くはずだけど、実際はそうならないことがありますよね。

また、市民のほうも「街の薬局で薬を買うよりも先生に診てもらったほうが安いよ」などと平気で言っているんですから、地域の先生方も、その技術を生かせないようなお気の毒な診療をなさっていると思うんです。どんだん世のなかが変わっていますから、むかしのように「先生どうしましょう」とすがっていけないようになったのでしょうけど、そこに何かむなしものを感じますね。

ですから、いろんな組織のことを考えていただいても、運用なさる側と私たち市民のあいだに、信頼関係というより何かおカネの問題があるのだったら、どんな施設も制度もスムーズに動かないような気がして……。

熊田 そうやって信頼関係がこわれるのは、マスコミが一役買っているんです

よ。もちろん功罪半ばする面はあるけど（笑い）。その信頼関係の復活については、これは意外と、信頼できるはずがお互いあえて離れていることもありますよ。例えば「医は仁術」という倫理感ね。これは医者も何年もやっている、どんな人でも、何があろうと死にそうになつていて患者を夢中になって助けるといって精神は、やはり長いあいだに身につけていますね。しかし、そんなものはいんだというのはマスコミだけだと思えますよ。

●保険制度を自分たちのものに

阿部 私も消防に入ってもう二十年になります、かつて私が現場で救急車に乗っていたころは、どの先生でも昼でも夜でも引受けてくれて、転送ということは一度もなかったですね。それが昭和三十一年に救急の仕事が法律で定められ、救急隊も拡充されてから仕事が急激に増えてきました。また、同じころに国民皆保険の制度になって患者数も増えてきました。そういう中で医者さんもたなくなつて、昼間だけで精一杯ということになつてきたわけですね。

これは人口の伸びだけでなく、昭和四十年代まで、救急車の利用率はだいたい百人に一人ぐらいだったものが、現在は五十人を割って四十何人に一人が利用し

ています。核家族化の影響とか、あるいは保険制度の影響もあるわけですね。つまり、お医者にかかっても、患者はそこにどれだけおカネがかかっているか全然わからない。だからどうしても安易な態度で医者にかかる面があるんですね。その場では一おう現金を払って、あとで保険から受取るようにしたら、それだけでも、ずいぶんちがうだろうと思うのです……。

高西 数年前の「保険医総辞退」のときそれをやったわけです。診療拒否というふうに誤解されたけれども……。

阿部 それから救急車の問題にしても、神奈川県では昭和八年の発足以来、ずっと災害救急の思想でやってきて現在もそれを受けついでいるんですね。ところが現実には扱う患者の五割以上が内科系になつてくるわけで、この点からいうと救急隊の使用にしても保険制度の中に入れて考えるべき部分があるんじゃないか。救急というよりは保険診療の問題だと思えます。

中村 最後に、お医者さんの立場から……。

熊田 行政との関係では、横浜市の場合、医師会とはお互いに話しあって、指図ではなく合意に基いて進めているのはいいことだと思えますね。また、市民のみなさんに対しては、自分の健康を自分

で守ることがまだ意外とおろそかにされているんじゃないだろうか。保険証一枚でいつでも医者にかかれるということでは医療を安易に考え、日ごろからの健康保持の努力がまだ足りないと思うので、その点の注意を喚起しておきたいですね。それから保険制度の問題でもまだけど、何でも無料にさえすればという政治家の考え方も改めてもらいたい。

たしかに医療問題には表裏いろいろと矛盾撞着があり、これからも問題は残るでしょうが、それをみんな一緒に考えながら、やがて現在の医療制度を抜本的に改革していくべきじゃないか。現在はそのため発展途上にあると思うんですよ。

高西 一つだけ医師側から患者さんにお願したいのは、いまの保険制度というものを自分たち自身のものとしてだいたい使ってもらいたい。どうでもいいようなことで保険証を乱用するんじゃない、ほんとにこまったときこそ大いに活用する心構えが必要だし、また、そのための十分な用意を国にさせなければいけない。患者が乱用しておいて、医者の乱診乱療を責めるようなことではこまるわけですね。

中村 ではこのへんで……。長時間ありがとうございました。