

自治体病院全国大会2010 「地域医療再生フォーラム」

日 程

2010年11月25日（木）

10：00～12：50

- ・開会あいさつ
- ・来賓あいさつ
- ・座長あいさつ
- ・講演Ⅰ
- ・講演Ⅱ
- ・討論
- ・総括

場 所

都市センターホテル

「コスモスホール」

主 催

全国自治体病院開設者協議会

（社）全国自治体病院協議会

全国自治体病院経営都市議会協議会

全国知事会

全国都道府県議会議長会

全国市長会

全国市議会議長会

全国町村会

全国町村議会議長会

国民健康保険中央会

趣 旨

公立病院改革ガイドラインが総務省より発表され、自治体病院は3年以内の経営効率化とともに再編・ネットワーク化、経営形態の見直し等が求められており、20年度に策定した改革プランに沿って

個々の自治体病院におかれては、その実現に向けて努力している。そのような状況の中、わが国の経済政策や医療政策の第一人者を招き、地域医療を担う自治体病院関係者が政策理解と展望を地域住民と共有し、もって地域医療の確保に向けた諸施策の推進に資することを目的とする。

テーマ

今後の地域医療はどうあるべきか？－医療に対する資源配分を考える－

参加者

約300名

開会あいさつ

（社）全国自治体病院協議会 会長

邊見公雄 赤穂市民病院名誉院長

皆さんおはようございます。北は北海道から南は沖縄まで、御多忙中のところ、全国各地より、朝早くからお集まりいただきましてありがとうございます。今、遠藤局長の方からお話がありましたように、本来ならば、開設者協議会会長の福井県知事、西川会長からごあいさつするべきところですが、先ほど、朝お電話をいただきまして、明日からの議会对応で、

大きな問題が山積しているということで、そちらの方に追われて、申しわけないけれども何かで必ず埋め合わせをするから、今回は許してほしいという御丁寧なお電話をいただきました。

この自治体病院全国大会2010「地域医療再生フォーラム」、こういう形になりまして4年目です。全国ということで、全国自治体病院危機突破大会というのを何十回もやりました。1回も危機が突破できませんでしたので、名前を変えて、もう少し考えていろんなことをしようということになって、講演とか、シンポジウムとか、経営の優れた病院の院長先生のお話を聞くという形に変えたところです。

今日は、民主党政調査会副会長の小川淳也先生がお見えでございます。それから適正な医療費を



（社）全国自治体病院協議会 会長
邊見公雄 赤穂市民病院名誉院長

考える会の中の、地域医療での自治体病院の役割を考えるワーキングチームの仁木博文事務局長もおいででございます。いろいろ民主党にはたくさんお世話になっていますが、10年ぶりの診療報酬改定というのが、一番我々にとっては福音であったかというふうに思います。

ただ大都市の大病院は5%、当協議会の平均でも3%アップになっておりますけれども、15対1は下がっておりますし、10対1で22点上がっておりますけれども、なかなか算定要件、施設基準でとれないというふうな長期入院の方、脳卒中の後遺症で悩む御老人とか、腰痛のおじいちゃん、おばあちゃんを診ている我々の多くの仲間は、余り恩恵にあずかっておりません。

ぜひ、今回の24年改定では、地方で一番困っている我々の中核部隊であります中小病院に対して温かい御配慮、それから3年に1回の介護保険、2年に1回の医療保険という最小公倍数の6年に1回の同時改定、これに向けて、医療と介護のシームレスな制度をぜひ確立していただきたいというのが、私の民主党政権に対するお願いです。

コンクリートより人へというマニフェストが、だんだんと陰が薄く、マスコミなどでは言われておりますけれども、高校教育無償化、あるいは先ほどの診療報酬、それから肝炎対策、ワクチン無料化、いろいろ我々の医療界にとっては、旧政権よりはかなり進んだ対策を多くやっていただいております。

ただ、医療には基本法がありません。先日、民主党の小西洋之先生とともに、我々自治体病院協議会が、医療基本法の制定を目指しての勉強会を始めました。私が中医協の委員になって5年目ですが、救急医療法をつくれ、あるいは心の医療推進法をつくれと、自殺者が12年連続3万人と、こういう個々の分野のものはありますけれども、人づくりの2つの基本である医療と教育、教育には教育基本法があります、医療では、一番最近ではがん対策基本法、その当時の尾辻厚生大臣の涙で印象的でしたが、遺族会や患者会からの強い要望、あるいは福田衣里子議員等の努力による肝炎対策基本法、あるいは大昔の障害者基本法ぐらひがあります。ITとか、観光とか、農業とか、漁業とか、男女共同参画とか、小さいものにいっぱいあるんですが、一番大事な命を守る医療に基本法がないというのは、これはおかしいです。民主党政権時代にぜひ、民主党政権は何をやったかといったら、医療基本法をつくったというぐらひのことをやっていただきたいなと思っております。

今日のフォーラムは、司会が高松市長の大西秀人さんでございます。我々を監督、指導していただいております。昔の準公営企業室長、地域企業経営企画室長もされておまして、我々の物すごい応援団というか、指導者でございますので、今日の会議は、大変実りがあるものだろうというふうに思っております。

初めの講師の神野直彦先生は、

御承知のように宇沢弘文、神野直彦、権丈善一、この3人の方が、私は自治体病院に一番優しい医療というか、経済政策をとっていただけの方ではないかと、今度国の地方財政審議会の座長等になられております。「集中」という雑誌があります、その11月号の表紙に先生の理論とか全部出ておりますので、また時間があつたら見ていただきたいと思います。

次の講師の辻本好子先生は、コムルを非常にわかりやすく、初めは消費者運動的な感じでしたが、最近はだんだんと医療側の気持ちを酌んでいただけるような発言が多くて、本当はもっと早くにお呼びしたかったのですが大変忙しくて、うちの方が先に日を決めてしまうものですからなかなか来ていただけず、私がもう1つ役員をしております公私病院連盟の方でお先にお呼びして講演をお聞きしましたが、大変好評でございました。今日も期待しております。

午後のセミナーは、大病院を代表して、岩手県立中央病院の佐々木院長先生から、岩手県立病院の経営現状、それから香川県でこれまた非常に上手な経営をしております坂出市立病院の砂川院長先生からのお話も伺うことになっています。

我々自治体病院は1000以上ございましたけれども、広域行政とかで今は944に、市町村合併は仕方ないとしても、民間委譲、指定管理者、統廃合等々で、かなり数を減らしております。民にできることは民にという小泉改革、まだとまっております。郵政は見

直され、道路も見直されつつある中で、人を一番大事にするこの政権の中で、医療だけが、そのスピードの遅さが否めません。ぜひ、2006年骨太の方針、5年間で公務員を、地方、国を問わず5.7%削減、この総定員法から、病院と消防は聖域にしてほしいということが第1。2番目は、消費税はゼロ税率、今度10%になりましたら、少々の診療報酬アップなどでは、今でも1病院、4000万から6000万の損税ですので、とてもやっていけません。3番目は、僻地離島山村振興法に準ずるようなところ、頑張っても、頑張っても医師や看護師が集まらず、しかし医療はやらなくてはいけない、こういうところの診療報酬上の評価。4番目は、夜の救急の患者さんを診れば、その患者さんの分だけ医師を集めなくてはいけないのです。夜は断らなかつたらその病院が成り立たないというふうな標欠病院の問題、このような問題がたくさんあります。

この後、午後には政府与党、三省庁の方に要望書を持って回りますけれども、皆様方も帰られましたら、ぜひ、地元自治体の方々、特に市民を巻き込んでの自治体病院、よい医療を効率的に、地域住民とともに、この3つがなければ、私は自治体病院の未来はないだろうと思っています。今日一日が有意義な会になることを祈っております。

来賓あいさつ

民主党政調査会 副会長
小川淳也 衆議院議員

皆様おはようございます。本日は2010年度の自治体病院全国大会の御開催、まことにありがとうございます。先輩、同僚議員が多々いられる中で大変僣越ではございますが、ちょうど昨年の本大会に、総務省の地方財政を担当いたします政務官としてごあいさつに参り、その際、自治体病院経営を充実させるための交付税制度の改革等について御報告を申し上げました。

あれから1年、いろんなことがございまして、皆様からは多々おしかりをいただく機会が多いわけですが、今日は本当に邊見会長から、大変温かいお声かけをちょうだいいたしました。確かにこの医療、福祉分野、もともと民主党立党以来、その充実を掲げて政治と向き合い、選挙を戦い、ようやくの政権交代を果たしたわけございまして、本来であればもっともっと成果を、果実をしつかりと皆様にもお感じをいただくと同時に、何より地域で不安の中でお医者さんにかかり、また病院に通っておられる、そういう皆様の安心感につなげていく、そういう政治を本来もっともっと早いスピードで進めていかななくてはならないのではないか、自省を込めて、今日改めてその決意を申し上げます。参りました。

現在、総務省退任後は、政策調査会で引き続き総務部門を担当いたしております、地域主権改革を初めとしたさまざまな構造改革に取り組んでおります。ひとえに各地域の実状に応じて、限られた資源を有効に、効率的にお使いを



民主党政調査会 副会長
小川淳也 衆議院議員

いただく、当然その視野の先には病院経営の充実を含めた、本当にその地域で必要なところに十分お金が回っていくように、そういうことを念頭に置いて、引き続き困難な局面ではございますが、全力で取り組んでまいりたいと思っております。

本日、座長をお務めになられます高松市の大西市長におかれましては、私にとっては自治省の先輩でもございまして、入省の面接の際にも大変お世話になった大先輩でございます。現在、病院の移転問題を抱えて非常に精神的に取り組んでおられる、そういう観点から有意義なお話をいただけるのではないかと、私からも期待を申し上げ、また神野先生には、先ほど申し上げた地域主権改革含めて、さまざまな観点から民主党政権に対して御指導いただいております。辻本先生の御講演、これからの医療を考える、本当に造詣の深いお話をいただけるのではないかと思います。

本日のこの機会が、本当に日ごろ、地域の医療現場の最前線で御苦心を重ねておられます皆様にとりまして最良の機会となりますこと、また本日を契機に地域自治体病院経営の充実と、そこにお住

まい皆様の福祉の向上につながる機会となりますことを心より祈念申し上げます。民主党を代表してのお喜びのごあいさつにかえさせていただきます。本日はまことにおめでとうございます。

来賓（敬称略・順不同）

本人出席

民主党政調査会 副会長

小川淳也 衆議院議員

小西洋之 参議院議員

高井美穂 衆議院議員

仁木博文 衆議院議員

初鹿明博 衆議院議員

吉田統彦 衆議院議員

総務省自治財政局 辻井宏文

地域企業経営企画室課長補佐

厚生労働省医政局指導課 猿田克年

医師確保等地域医療対策室長

文部科学省高等教育局 新木一弘

医学教育課長

メッセージ

山口和之 衆議院議員

代理出席

小室寿明 衆議院議員

福田衣里子 衆議院議員

水野智彦 衆議院議員

山口和之 衆議院議員

座長あいさつ

全国自治体病院開設者協議会

常任理事 大西秀人

香川県・高松市長

皆さんおはようございます。御紹介いただきました、本日のフォーラムの座長を務めさせてい

たきます、香川県高松市長の大西秀人です。

先ほどは、邊見会長並びに小川先生から、気恥ずかしくなるような過分なる御紹介をいただきましたけれども、以前、市長になる前に総務省に勤めておりまして、自治体病院の関係で、地域企業経営企画室長もやっております、自治体病院の関係の皆様方には、そのとき以来、大変にいろいろお世話になっているところでございます。

今回は、西川会長の方からぜひおまえ座長、西川会長も先輩でございます、命令に逆らえないものですから、座長やれという御指名でしたので、お引き受けをさせていただきます。

本日は御多用の中、皆様方におかれましては自治体病院全国大会2010「地域医療再生フォーラム」に御出席を賜りまして、まことにありがとうございます。また皆様方におかれましては、日々それぞれの地域におかれまして、地域医療の確保、また自治体病院の経営等に携わっていただきまして、御尽力いただいておりますことに対しまして、改めまして敬意と感謝の意を表したいと存じます。

さて、今回のフォーラムは、地域医療再生フォーラムというふう銘打っておるわけでございます。テーマといたしまして、今後の地域医療はどうあるべきか、医療に対する資源配分を考えるということです。改めまして私からくどくど申し上げることもありませんが、まさに今、地域医療は、危機に瀕しているという現状にあるわけでございます。さまざまな危



全国自治体病院開設者協議会 常任理事
大西秀人 香川県・高松市長

機的な状況はあるわけですが、何も申しまして1番は医師不足問題、これをどうにかいい方向に回転を戻さないことには、各地で地域医療が崩壊の危機に瀕してしまうということでございます。

特に過疎地等におきましては、自治体病院が主としてといいますか、自治体病院だけが地域医療を担っているという現状にあるわけでした、それが壊れてしまうことは、地域自体のセーフティーネットが壊れてしまうことですので、これをどうにかしなきゃならないということで、かつてから関係者でいろいろ努力はされているところです。ただ、なかなかこれが国の施策としていい方向に動かしていけないというのは、先ほど邊見会長からお話があったとおりでございます。

私自身も、ちょうど5、6年前にこの問題に携わっておりましたけれども、そのときでも、医師不足について、厚生労働省は全体としては、医師数は足りているというような見解でした、正面から認めてもらえませんでした。それ以降、どうにか医師不足というのを認めまして、最近では、必要医師数実態調査なんかも出されている

ようです。かなり現状についての認識というのは、少しは出てきたのかなと思っておりますけれども、ただ、実態調査の結果などを見ましても、あるいは分析の記述などを見ましても、我々が感じている地域の実態、医師不足の深刻さとは少しかけ離れているのではないかなというところもあるわけです。

また、全体の医師不足数というのはどうかしようということで、医学部の定員増とか、今いろんな対策も出されておりますけれども、依然として地域間、あるいは診療科間のアンバランスといいますか、それを解消する有効な手だてというのは、なかなか見出せていないということかと思っています。このようなことについて、本フォーラムの議論等を通じて、少しでもいい方向を見出して、それを国の方に強く要望、提言をしていくということが大事ではないかと思っています。

またもう1つ問題として、医師不足解消として診療報酬の問題があるわけです。これも先ほど邊見会長からお話ございましたけれども、私も市長会を代表させていただきます、社会保障審議会の医療部会に属させていただいています。市長という立場は、もちろん自治体病院を経営するという立場もあるのですが、もう1つは、国保の保険者という立場、あるいは後期高齢者の広域連合の私自身も連合長をやっておりますけれども、そういう立場もありますので、必ずしも診療報酬を引き上げろとか、そういうばっかりの

主張というのはなかなかできにくいのですけれども、ただ私自身が市長という立場で冷静に考えた場合、やはりこの自治体病院の窮状、しかもその診療報酬の不合理さというのは、これは放っておけないという状況でございます。したがって、いろんな立場があるものの、やはりここは診療報酬、特に勤務医に対する手当みたいなものをきちっと厚くしてほしいということを、審議会でもお願いをしてきたところです。

そういう活動を通して、少しでも自治体病院の経営が改善するように、あるいは自治体病院に勤務する医師の皆様方の待遇等が改善をして、いい循環が始まるような形に持っていきたいというふうに考えているところです。今後、いろんな課題がございまして、そう簡単に行かないと思いますけれども、ここでどうにか踏みとどまっていい方向に向けないことには、当初申しましたように、崩壊が現実のものとなってしまいうという危機的状況にあらうかと思っていますので、ぜひ皆様方の総意で、これをどうにかいい改善を成し遂げたいと思うわけです。

本日のフォーラムは、先ほど邊見会長からも御紹介ございましたように、経済学者で、地方財政等にも非常に造詣の深い、神野直彦先生の御講演をまずいただくことにしています。また、これも個人的なお話になりますけれども、神野先生は、私自身が総務省にいたときに、スウェーデンとかフランスの税の調査でしたが、御一緒さ

せていただいたこともございます。スウェーデン等の例なども引いていただきながら、有意義なお話が伺えるものと御期待を申し上げますところでございます。

また、これまで患者の立場から多くの提言をなされており、また国の医療関係の委員も数多くこなされておりますし、実際、自治体病院の関係の委員会、協議会でも御活躍をいただいております辻本好子先生に、患者の立場から見た地域医療の問題といったことにつきまして、お話をいただくということにいたしております。

お二人の講演をいただいた後、会場の皆様方の質疑応答等も踏まえまして、若干の時間ではございますけれども、議論、討論をして、この地域医療の問題について議論を深めてまいりたいと思っておりますので、ぜひとも皆様方、積極的な御発言をいただきますように、よろしくお願いをしたいと存じます。

本日のこのフォーラムが、日本の社会保障制度のあり方と、自治体病院の果たす役割につきまして理解を深めるもの、有意義なものとなりますことをお祈り申し上げます、私の開会冒頭のごあいさつとさせていただきます。

講演Ⅰ 「これからの医療を考える」

神野直彦 東京大学名誉教授

御紹介にあずかりました神野でございます。よろしくお願いいたします。初めに、私は網膜剥離に加えて、加齢で目がほとんど見え



東京大学名誉教授
神野直彦 氏

ません。視力検査で0.2ぐらいなので、文明の利器は使えませんし、講演で皆様方に御不便をおかけするかと思います。それどころではなくて、もうほとんど命がないので、私が東大の経済学部で学部長をやっていたときに名誉教授を代表して、お亡くなりになりましたが大内先生がごあいさつをされたときに、大内先生は、自分は長い人生の中で、国からお国のために2度死んでくれと言われたと。1度目は戦争中ですね、お国のために死んでほしいと、2度目は現在で、医療費が高騰しているの、早くお国のために死んでくれというふうに言われているとおっしゃいました。私もその年代に差ししかかっておりまして、日本は「疎外」された社会、目的と手段を間違えている社会ですので、最近若い人たちのネット上では、60歳死刑説というのが飛びかっているようです。つまり、人生にも定年制を設けて、60で全員死刑にしたら、さまざまな今解決すべきような問題は、解決できるのではないかとはいわれているようです。ところが、学生たちが、あの理論はどこかが間違っていると思うんだけど、どこが間違っているのか説明できないと、こういう目的と手段を混合

し始めた社会になっているかと思っています。

私が、長くもなく短くもなく人生を閉じるに当たって、少なくとも自分が生きてきた上で真実だと思われることは、今大危機でもって、人間が圧倒的な力を出すことが要求されている時代ですけれども、人間は疑い合うよりも信じ合った方が、圧倒的な力を出ることができる。人間は憎しみ合うよりも愛し合った方が、圧倒的な力を発揮できるというのが、私が体得した真実なのですが、日本国民は、今この真実に挑戦しようとしているのではないかというふうに思えてなりません。

私のレジュメにエマーソンの言葉を書いておきました。「人生が提供してくれるもっともすばらしい代償は、他人を心から助けようとする人は、知らず知らずのうちに自分自身を助けているということだろう」。これは日本のことわざとして、「情けは人のためならず」と言ってきた言葉ですが、日本国民はこうした気持ちを忘れ去って、「ミダスの呪い」に取りつかれている。

「ミダスの呪い」というのは、金を貨幣にした最初のところがエーゲ海のみダス島だと言われておりますが、このミダスの王は、自分が手にするものすべてが黄金にかわるというのが望みでした。ところが、その望みがかなったときに、驚くべき事実が震え上がります。それは食べ物を手にとすると、食べ物は黄金に変わります。自分の愛する娘に手を触れると、娘は黄金に変わってしまうのです

ね。それが「ミダスの呪い」ですが、「ミダスの呪い」に日本国民は取りつかれ、「幸福な社会」とは、「もうかる社会」だというふうに錯覚し始めたのです。

レジュメの一番最初にところにラーゴムというスウェーデン語と、オムソーリというスウェーデン語を書いておきました。オムソーリというのは、社会サービスを意味します。社会福祉という日本語よりも広い概念で、福祉サービスだけではなく、医療サービスも加わりますし、教育サービスも加わります。そうした社会サービスのことをオムソーリというふうにスウェーデンの人々は言っているのですが、このオムソーリという言葉の本来意味は、悲しみを分かち合うという意味です。「悲しみの分かち合い」です。私たちは自分たちが租税を払って、そして医療サービスや福祉サービス、教育サービスを提供し合うのは、悲しみを分かち合うためなんです。悲しみを分かち合うと、悲しんでいる人々、病に陥っている患者だけではなく、自分も幸せになるのです。

それはなぜか、人間が生きていく上で幸福だと感じる瞬間は、他者にとって、自分の存在が必要不可欠だということが実感できたときです。悲しみを分かち合うと、他者にとって自分の存在が必要不可欠なんだということが実感できるからなんです。

この概念を打ち出し、スウェーデンモデルをつくった人、これはハンソンという総理大臣で、1929年の世界恐慌の後、1932年にス

ウェーデンモデルを提唱するわけですが、そのときのハンソンが打ち出したビジョンは、国家は「国民の家」だという考え方なんです。つまり、政府は家族のように組織化されなければならない。家族の中では、どんなに障害を負っていても、家族の一員として家族のために貢献をしたいと願っている。したがって、現在私たちが、つまり世界恐慌のさなかで自分たちが目にしている失業者の人々は、国民のためにだれもが、どんな障害を負っていても国民のために貢献したいと願っているのに、その願いを無惨にもうち砕くことになっているので、それを解消しなければならないという考え方なのです。日本ではとても思いもつかない考え方です。

私たちの社会は、そういうようにお互い分かち合い助け合っていく領域と、止揚のように競争や奪い合いでやっていかなければならない領域と、それがうまくかみ合っていないと社会が成り立たないんです。それがラーゴムという考え方で、ラーゴムというのは、ほどほどとか、ほどよいという意味で、スウェーデン国民の重要な価値観です。極端に貧しくなることも嫌うけれども、極端に豊かになることも嫌う、それから先ほども申しましたように、公と私との巧みなバランスを考えていくということです。

公というのは何か。公というのは日本国民がもう忘れ去った概念ですが、社会の構成員のだれをも排除しないこと、これを公というふうにいいます。公園というのを

つくった人は、偉大な文学者、ドイツのゲーテです。ゲーテは封建領主が独占しているような美しい庭園をすべての社会の構成員に開放しようとして、公園ということを提唱いたしました。したがって公というのは、すべての社会の構成員を所得や性や民族や人種で差別してはならないというのが、それが公の領域です。日本人はもうこれを理解できなくなりました。ミダスの呪いに取りつかれているからですね。公の領域というのは、競争原理を入れちゃいけない領域ですし、市場原理を入れちゃいけない領域なんです、それがわからなくなり始めたということです。

巧みなバランスというのが必要だということできくと、中国でさえこれはわかっておりまして、公用電話、中国語で公が用いる電話ということ、だれもがかける電話のことを意味します。公用電話ですね。ところが日本で公用車というと、官僚が使う車のことを言っているのです。つまり日本は今や公の領域に官というレッテルを張った上に、すぐに国民が乗っかります、そして私化してしまう。すべての社会の構成員のものなのに諸個人のものにしてしまう、そういうことが行われ始めた。結果として、私たちはともに生きていくという気持ちを失ったということです。

私が最近書きました『「分かち合い」の経済学』という本の中で、スウェーデンのストックホルム大学のクルベさんが、去年の12月に来て、子供手当をめぐる議論を見

てびっくりした。子供のいない家庭が、何で私の家には子供がいないのに、子供のいる家庭の負担をしなければならないのかと言っている。さらに自分たちは子宝に恵まれないのに、そういう不幸なのに何で負担なくちゃいけないのかと。それに対して子供のいる家庭は、あなた方の将来を考えなさい、あなた方の年老いたときの年金をだれが支えるんですか、うち子供たちじゃないですかと言っている。そこでクルベさんはそれを見てびっくりして、日本国民には連帯という意識はないんでしょうか、もはやありません。ヨーロッパ、スウェーデンでは、人間というのは自立すれば自立するほど連帯するんだ、これは私の恩師の大内先生の言葉ですが、その言葉さえ、日本人はもう理解できなくなり始めました。

ニューズウィークがコラムで、電車の中で居眠りをする時間と長さは、日本が世界一なんです。ほかの国より突出して高いんですね。日本は、「今では日本では、この国民がお互いに助け合って生きているという光景を見かけることはないけれども、ひょっとしたらこの国民も助け合っているのではないかと思わせる唯一見かける光景というのは、通勤電車の中で居眠りをしながら、お互いに首と首とをもたれ合わせている光景だけである」と、こういうふうに報じております。

そして、ついに社会保障給付でスウェーデンをフランスが抜きました。日本・フランス協会が、この間「フランスに学ぶ」というテー

マでシンポジウムをやりたい、しかも私に出てくれないかということでした。私はちょっと時間がとれなくてお断りしたら、主催した広田君という前の同僚から、おまえが来ないから変なことになっちゃったじゃないかと、日本の代表者が出てきて言ってるのは、少子高齢化でこれから社会保障費が増大する一方で、地方社会保障財政をいかに持続可能にするか問題なんだと、フランスは、どういうつもりでこんなに社会保障給付を引き上げているんだというふうに言っても、フランスの人たちは何のことだと思って、出てきたのが経営者らしいのですが、フランス国民は、働くということと、家族とともに、あるいはコミュニティーの中で生きているということが両立しないと納得しない国民なので、経営者がもしもコミュニティーでの生活を配慮しない政策を打ったら優秀な人材は集まらずに、国際競争力に負けてしまうと行って、日本の国民は全然わからないわけです。

しかも最後に、ひょっとしたらフランス国民は、フランスの国家、政府を信用してるんじゃないか、日本国民は政府を信頼していないので、増税には絶対応じません、だからこんなことできないんですと言った。それでフランスの人たちは苦笑いしながら、フランス国民は有名な個人主義の国で、政府など信用していませんよと。じゃあ何でこんな高い負担に応じるんですかと、こういうふうに行ったら、返ってきた言葉はソリダリティー、連帯ですね。

ミッテラン大統領が、社会保障を充実するためにやった増税の税金の名前は何か、連帯税です。国民が連帯し合おう。そう訴えていくと、じゃあ増税に応じましょうという、そういうのがいわば普通なんですね。しかし日本はそうした共同して、協力して生きていくということを全く忘れ始めた。これはどこから始まったかわかりません。

先ほど恩師の宇沢弘文先生を紹介していただきました。宇沢先生はいつもヒポクラテスの誓いを出す先生ですので、医者になろうと志した。しかし自分が志を変えたのは、一高に入ったときに、占領軍が一高、つまり東大の教養学部を摂取しに来たときに、時に校長、安倍能成先生がつかつかと出て行って、ここはあらゆる学問の基礎であるリベラルアーツを学ぶ聖なる場所である。占領という俗世界の出来事に適さないと言ったら、占領軍がしっぽを巻いて帰っちゃったのです。

その次の年に、安倍能成先生は文部大臣になられます。マッカーサーは、日本が戦争をしたのは教育が悪かったからだと言った教育使節団を呼んで来て、そのときに文部大臣として歓迎のあいさつをしなければならなくなりました。そのときに、安倍能成先生は、日本が今、時の大戦でやった最大の罪は、野蛮な暴力で他国を侵略し、自国の文化を他国に押しつけたことだ。それぞれの国はそれぞれの国の文化や歴史があるにもかかわらず、それを踏みにじったことだ。わけでも教育制度を踏みにじり、自分

たちの教育制度を押しつけたことだ。あなた方は、日本が犯した過ちを二度としないしてほしいというふうにおっしゃったのですね。

そうすると教育使節団からは割れんばかりの拍手が起きました。団長は感動の余り登壇して握手を求めたのです。なぜか、その人々は、すべての人々がアメリカの偉大な哲学者ジョン・デューイ、実用主義を唱えたデューイのお弟子さんであったり、影響を受けた人たちだったからです。デューイの教育の基本原則は何か。それは、教育というのは生まれも育ちも違う子供たちが、同じ場所に集まって遊ぶこと。教室という場に集まって遊ぶこと、そのことによって、生まれも育ちも違うけれども、自分たちは同じ社会の構成員なんだ、仲間なんだという意識を培養させること、これは第一なんです。

これは日本が完全に忘れ去れていることです。教育というのは、子供たちに金もうけをさせる能力を教えることであり、教育格差というのは、金もうけをさせる能力に格差を与えるなということを、ただ単に主張しているだけにしかすぎないんですね。もっとも重要な、基本的な社会の構成員としてつくり、次の社会の構成員をつくり上げるという行為を誤ったために、私たちは今や社会をぼろぼろにしてしまった。これから医療の問題をお話しますが、その背後にあるものは、そういう私たちの社会が崩れていることにあるというふうに考えています。

社会保障の多い国を大きな政府だと言って構いません。社会保障

が大きい国は税負担も高いので、税負担をとろうと、社会保障をとろうと同じことですが、社会保障と経済的なパフォーマンスを見ていただくと、社会保障が小さい国というのは、当然ですが小さな政府を標榜しているアメリカ、そして日本ですね。ヨーロッパ大陸モデルであるドイツ、スカンジナビアモデルであるスウェーデンは、ヨーロッパ社会経済モデルでは、社会保障を大きくしますので、社会保障は大きいわけです。特にスカンジナビアモデルでは大きい。

これと経済成長とはどういう関係にあるかということ、無関係なんです。アメリカは、確かに社会保障を小さくしているので経済成長しています。ドイツは、社会保障が大きいので経済成長していませんが、スウェーデンを見ていただくと、ドイツより社会保障が大きいのに経済成長しているんですね、アメリカ並みにしています。日本は、アメリカ並みに社会保障を小さくしているんですが、経済成長していないんです。このときは2000年から2006年ですから、2002年から2008年まで、日本はいざなぎを超える、歴史上空前の経済成長の持続をしたときでさえ、国際的に見ると経済成長は低かったのです。

経済発展しているというのは、

経済成長だけではありません。格差や貧困の問題、社会的な正義の問題を実現しなければならないわけですが、ジニ係数が大きいほど格差が大きくなります。アメリカは、小さな政府にして格差があふれ出ている、0.381ですね。日本もそれに追随している。しかしドイツは1たけ小さく抑えていますし、スウェーデンはさらに小さく抑えています。貧困率を見ていただきますと、貧困率は、アメリカは断トツで、OECD 諸国トップ。日本はそれに肉薄して2位につけているぞとよく言われるように、15.3。しかしドイツやスウェーデンは、1たけ小さく抑えているのです。

政府を大きくすると、財政は赤字になって持続可能じゃなくなるか、そんなことはありません、逆です。アメリカは、財政2.8、ドイツも赤字を抱えて、日本は大幅な赤字を抱えてしまいましたが、このときだけで、今ではもうあつという間にアメリカとイギリスに抜かれましたから、アメリカとイギリスはもう日本が、6%台でうろうろしていたら、もう既に10%台になっちゃいますね、財政赤字は。ところがスウェーデンは黒字ですし、デンマークも黒字です。大きい国は黒なんです。

これはなぜかというのは後で御

説明しますけれども、結局、経済成長と社会保障とは大きくするか、小さくするか無関係で、やり方、社会保障の出し方だということです。小さな政府にすると、貧困と格差は必ずあふれ出る。もちろんうまくやれば経済成長することもできる。社会保障を大きくすると、貧困や格差を抑えることはできるけれども、下手をすると経済成長も抑制してしまうということです。

私たちは、貧困や格差をあふれ出させないようにしながら、経済成長も達成していこうとすると、社会保障を大きくしていかなければならない。その道をやるしかない。スウェーデンとドイツとの差は、実は社会保障のやり方、中身だというお話をお考えいただければということになります。

さて中身の話ですけれども、どういうことかということ、ウォルター・コルビーが証明した「再分配のパラドックス」です。「再分配のパラドックス」というのは、貧しい人々に限定して現金給付、つまり現金を配れば配るほど、その社会は貧困になり、格差が拡大するということです。つまり生活保護のような貧しい人々のお金のふやせばふやすほど、その社会は貧困と格差が広がっちゃうということです。

この「再分配のパラドックス」で、社会的扶助支出と書いてあるところは、生活保護だと思ってください。見ていただきますと、生活保護の大きい国は、アメリカ、イギリスですね。出していない国はどこか、スウェーデン、デンマー

	社会保障 (社会的支出のGDP比)	経済成長率 (00-06平均)	格差 ジニ係数	貧困率 (相対貧困率)	財政収支 (00-06平均)
アメリカ	15.9%	3.0%	0.381	17.1%	△2.8%
ドイツ	26.7%	1.2%	0.298	9.8%	△2.7%
スウェーデン	29.4%	2.6%	0.234	5.3%	1.4%
日本	18.6%	1.4%	0.321	15.3%	△6.7%

(注) 社会的支出のGDP比はOECD(2009)「OECD Factbook2009」2005年データ。
経済成長率、財政収支はOECD(2010)「OECD Economic Outlook, Volume 2009 Issue 2」、02-08の平均値、
ジニ係数、相対的貧困率はOECD(2009)「Society at a Glance 2009」2000中頃のデータ

再分配のパラドックス

	社会的扶助支出	ジニ係数	相対的貧困率 (90年代半ば)	社会的支出
		90年代半ば		
アメリカ	3.7	0.361	16.7	15.2
イギリス	4.1	0.321	10.9	23.1
スウェーデン	1.5	0.211	3.7	35.3
デンマーク	1.4	0.213	3.8	30.7
ドイツ	2.0	0.280	9.1	26.4
フランス	2.0	0.278	7.5	28.0
日本	0.3	0.295	13.7	11.8

出所 社会的支出、積極的労働市場政策支出は、OECD、Social Expenditure Database、社会的扶助支出は、Tony Eardley, et.al., Social Assistance in OECD Countries: Synthesis Report, Department of Social Security Research Report, No.46, p.35. ジニ係数および相対的貧困率は、OECD、Society at glance: OECD Social Indicators: Raw Data <http://www.oecd.org/dataoecd/34/11/34542691.xls>

(注) 宮本太郎北海道大学教授による作成資料を修正して作成。

クです。ドイツ、フランスはその中間になります、ヨーロッパ大陸モデル。そうするとこれ見ていただければわかりますが、アングロサクソンモデルのアメリカ、イギリスは、ジニ係数は大きくなり、相対率貧困率は大きくなります。スウェーデン、デンマークは生活保護を出していないので格差は小さくなるし、貧困率も小さいのです。ドイツとフランスは、生活保護はその中間なので、ジニ係数も中間で、相対的貧困率も中間になるわけです。

これ何でこんなことが起きちゃうのかということですね。それは右側のサービス給付、社会的支出です。医療サービスとか、保育のサービスとか、それから福祉サービスですね、それから教育サービス、これ教育が入ってませんが、そういうサービスをユニバーサルに、貧しい人にも豊かな人にも、制限を設けずに提供した方が、格差や貧困は抑えられるということの意味しています。貧しい人々に限定をして現金を配るということ、実は医療サービスを公が、公

共部門が無償で配っているかどうかということとリンクします。

日本では医療保険、日本は保険に対する考え方が間違っているんですけれども、これは後で御説明します。日本では、サービスというのは、サービスをもらうんだったら何らかの負担をしろという分かち合いの精神がありませんから、サービスというのは、社会全体で分かち合うものだという考え方は何もないので、個人個人がもらうものだと考えてますから、もらうんだったら何らかの負担をしろというふうに考えますので、必ず社会保険というよりもむしろ民間保険に近い保険原理を入れてくるんです。そうすると、もらった人間が幾ばくか負担しろということで、今医療保険は3割自己負担になっています。これが5割になったらもう社会保険とはいえませんが、市場原理で医療サービスは配っているということですね。3割でも危ないと思います。

この自己負担で配っている3割、こんなことやったら貧しい人はどうするのと、医療サービスが

受けられないじゃないかというと、いやその人たちには生活保護でというふうにしますから、当然のことながら生活保護の額が厚くなるわけです。皆さんも御存じのとおり、生活保護のうち、半分以上が医療費扶助になるわけです。そのほか、みんなそうですね、介護保険でこんなことやっていいのかと、じゃあ貧しい人々は生活保護でと。みんな貧しい人は生活保護で、ユニバーサルに出さずに生活保護で生活保護でとやっていくと、生活保護の額は厚くなっていくのです。

例えばスウェーデンで、私は病気なんだけれどもと言っても、病気はただで治すことになってますから、サービスを受けてくださいというふうに言えば、カウントされません。いや子供を持っているんですけど、いえいえ子供たちは社会の宝物なので、社会全体で育てることになっているので、子供たちが口にするものと、身にまとうもののお金は児童手当で、サービスは保育園の保育サービスでちゃんと提供しているので、それはカウントしません。私の子供は学校に行ってるんですと、学校でお金を取っているのは日本ぐらいですから、ヨーロッパではみんな、医学部であろうと何だろうとただですから、鉛筆1本、消しゴムの1つ必要がないというのがスカンジナビア諸国の常識です。ドイツだってみなそうです。そうなってくると、別に子供が学校に行ってるからというような条件で、生活保護がふえませんか、本人の口にするお金と身にまとう

お金を一律にばっと配ればいいだけの話なんですね。

ところが日本ではそうではないので、ラストリゾートである生活保護の額がどんどんふえてくるわけです。さらに悪いことには、現金給付は不正受給が働くのです。つまりギミッキング、擬態、ふりをするということが現金給付では働きます。お金のないふりをするということをすれば、北海道か何かで、耳が聞こえないふりをして生活保護をもらった。これサービスできちっとやったら、ああ耳が悪いんですか、そしたらそれはただで治しますからと言われたら、ふりをして何の意味もないんですね。幼児のふりをして保育園に入るとか、年寄りのふりをして老人ホームに入ってみるとか、病気のふりをして入ってみるとかいつでも、普通はおもしろくも何ともないはずなので、ふりをして意味がありません。現金給付だったらふりをすればいいわけですね。

日本なんかひどいもんですよ。生きてるふりをして死んだ人がもらっちゃったりする、現金給付だからですね。現金給付じゃなければ、生きてるんですか、じゃあ連れてらっしゃいと、ちゃんと面倒を見ますからという、ふりしても何とも意味がないわけです。それが働くと、もらっている人とももらっていない人との差が激しくなる上に加えて、今みたいな不正が働くと、バッシングが働き、そうすると当然もらうべき権利のある人も言い出せなくなってしまうのです。日本は、もう生活保護を本来もらえる人がもらえないというよ

うな状況すら起き、どんどんそこが小さくなっていて、貧困や格差があふれ出るというのが、再分配のパラドックスで言っていることです。

私たちは、したがって、可能な限り分かち合いといいますか、社会的なサービスとしてすべての人々に無料で、無料だというと、すぐに、いやいやスウェーデンやスカンジナビア諸国でも自己負担があるでしょうと。確かにあります、医療費だったら1割が自己負担になっていますが、その1割の自己負担は、サービスは市場で買うものではないという信念に基づいている国は、1割の自己負担は所得比例ですので、貧しい人は負担しないんです。

ちなみに交通違反の罰則金も所得比例ですから、この間フィンランドの大金持ちが、タイムに出ていた話だと、10キロだか10マイルか忘れましたが、オーバーして、罰金が3000万円。所得比例で罰金をかけないと、お金持ちは全然こたえませんから、払えばいいのねっていう感じになっちゃうので、貧しい人は大変ですよ、今日荷が間に合わないといって、わっと思った瞬間に15万とか取られたら大変です。

そういうようなことをどうすればいいか、何を私たちは公共サービスとして、公のサービスとしてやっていくのかということは、国民が決めることですが、できればなるべく地方の身近なところで国民に説得すべきだということで、これはスウェーデンの中学校2年生の社会科の教科書です。4章コ

ミューンと書いてありますので、市町村という意味です。予算についていろんな見解がある。

意見1、我々はコミュニオン税、地方税を減税したい、時間がないので飛ばさせていただいて、その後の最後の行、税金の軽減は人々の選択の自由を拡大する。

意見2、それは絶対だめだ、それはサービスの低下をもたらすだけだ、私たちが減税に反対するのは、より多くの保育園、よりよい学校給食、障害者にも利用しやすい中央地区を意味している。これはコミュニオンだから出てきていませんが、スウェーデンの県の仕事というのは、医療サービスを提供することだけですので、道府県の仕事は、これは道府県じゃないから医療が出てきてませんが、通常は医療も出てくるはずですね。

意見3、私たちは税金を引き下げるかわりに、料金の引き上げをしよう。その方が公正だからです。そうすれば電気や水を浪費している者よりも節約している者の方が、少なく支払うことになるからです。

意見4、我々はいたずらな料金の引き上げはしない。それは高額所得者に利するだけだ。料金を引き上げるかわりに、税を引き上げよう。それが大部分の者、子供のいる家族、年金者にとってベストだと、こういうふうに言っているわけです。

そして課題、スウェーデンでは絶対にどれが正しいかというのは教えませんので、課題の4のところを見ていただきますと、あなたは上に述べられた4つの意見のど

れに賛成しますかと子供たちに聞いています。決めなくちゃいけないんです。これは国民が決めるものですし、住民が自ら何を市場でやるのか、私たちの社会で何を税でやるのか、何を料金を取って公共サービスを提供するのか、公共サービスを提供するとして、何を料金を取ってやるのか、何を税でやるのかということを国民が決めなくちゃいけない。

じゃあそのときの基準は何でしょうかということ、公共部門か民間部門かというところがあります。ここを見ていただきますと、こう書いてあります。なぜ映画館の方が水泳プールよりも料金が高いのでしょうか。これは映画館の料金は、市場原理によって決まるからです。2を飛ばさせていただきます、プールの料金は、補助料金です。すなわち実際の料金の大部分をコミューン、市町村が支払っているのです。どうしてでしょう。日本でこういうことやったらすぐに仕分けられると思いますが、右上を見ていただきたいと思います、一部の人はこう言います、補助料金など全部やめてしまえ、みんな民間に任せればいい、もしそうなればコミューン、市町村にとっては安上がりとなって、プールの管理もよくなるはずだ。もう日本ではどんどん進みますよね、そして我々の頭ごなしに決める政治家の権力も小さくなるだろう。他の人々はこう言います、それは間違いだ、もし何もかもが民間で運営されるようになれば、不公平が拡大し、住民の影響力は減少するんだ。

これは何を聞いているのか。それは人間の欲求には、欲望と基礎的ニーズといわれますが、人間が生存していくため、生活を営んでいくために欠けてはならない部分と、ニーズを超えて無限にふくれ上がっていく欲望と2つあります。欲望は市場原理に任せて構いませんが、ニーズは市場原理に任せないで、分かち合いの原理でいかなければならないのです。

まず第一の方法を見ていただきますと、私たちの地域社会においてと言っていただいても構いません。私たちの地域社会では、映画を見るということは欲望ですよ。市場原理というのは、購買力に応じて分配をするという意味ですから、お金持ちには多く分配し、貧しい人には分配が小さくなる、あるいは分配しない、そういうふうにしていい財ということです。これは欲望だから、お金持ちは映画を見まくることはできるけれども、貧乏の人は映画を見られません。それでもいいですねと聞いてるんです。もしも生存不可欠なものだったならば、これは市場原理から外さなくてはいけないのです。

プールはどうでしょうか。プールは泳ぐと健康にいいので、欲望とは言えないかもしれない。しかし泳がなければ生きていけないかというと、そうでもないだろうと。そうすると基礎的なニーズと欲望とのグレーゾーンかなと、グレーゾーンだったら、私たちの地域社会にとってのグレーゾーンだったら、一部料金を取り、一部公的なお金を入れてやればいいんじゃないかと、こういうふうに考えてい

るわけです。

さて、そうなってくると、私たちが医療は市場原理でやるのか、公の分かち合いでやるのか、それはその地域社会ごとに決めればいい話ですけれども、医療というのは欲望なのか、それとも基礎的なニーズなのかということです。欲望だと、先ほど言いましたように、限りなくふくれ上がります。基礎的なニーズというのは、満たされるとそこでとまっちゃいますから、医療がニーズだったら、医療費は打ち止まるのです。例えばインフルエンザになったとって、何か効くお薬を出しますと。治ったら打ち止まります。お金持ちがお金に任せて、抗生物質を飲みまわるとか、そういうことはないのです。ですから医療費は絶対にふくれ上がらない、欲望でなければ。欲望だったらふくれ上がると思います。欲望か欲望じゃないか、私たちにどうかということ議論して、決めなければならないわけです。

もしも欲望でないということになったら、医療サービスは当然ですが、税で提供するというのが原則になるはずですが、税というのは使い道を決めてはいけません。それに対して、税というのは無償性、ただで、強制的に、そして収入を目的にして調達する貨幣、これを税と言っていますので、この3つが全部そろわないとだめです。例えば交通違反の罰則金、これは税ではありません。強制的にとられ、無償性というのは反対給付の請求権がないと

ということです、市場社会では、市場でお金を払えば必ず反対給付の請求権がありますが、ないんですね。罰金ありません。しかし収入を目的にしていなくて、租税ではなく罰金と言います。使用料、手数料というのは、反対給付の請求権がありますから、お金を払うから戸籍を出せということができます。税は反対給付の請求権もないということです。

社会保険というのは、実は反対給付の請求権があります。それで税から外しているんですけども、それでも市場原理からは外しているんです。市場原理というのは対価原理といって、さっきも言ったように1対1の関係。お金を出せば、その対価としてサービスが返ってくることを言います。ところが、保険というのは、民間保険を考えてください、民間保険というのは、お金を払っても、対価として同じものが返ってくるわけではありません。火災保険を考えていただければいいわけですが、税というのは対価がないというのは等価原則になっていて、税の支払いと公共サービス全体とがイコールになっているわけです。個々には対応していない。

ところが市場原理というのは、個々に対応しなければならないのに、なぜ民間保険は市場原理で成り立つのか。だって火災保険を考えても、1対1じゃないですよ。払った保険料と給付は一致しないわけですね。つまり税と同じ構造になっているのに、市場原理になぜ乗せられるのか。それはリスクに応じて負担させるからです。保

険計算というのをやって、リスクの高い人には多く負担してもらうということによって、市場原理に乗っけるんです。

繰り返すようですが、社会保険というのは、リスクに応じて負担させるようなことをしたら、これはもう社会保険ではないのです。社会保険は民間保険じゃないので、民間保険でやるんだったら、そもそも年金とか何とか全部民間でやってくれという話になるのです。介護保険も、基本的に間違えているのは、危険度を入れているんです。私も年をとると危険度が高まるだろうと、こうしてリスク計算が入るわけです。そもそも、社会保険というのは分かち合いですから、リスク計算が入らない。さっき言いましたが、所得に応じて負担してもらっているとか、分かち合いの原理になっているのを使うのです。

私たちは、医療サービスというのはこれから何なのか、市場原理でやるべき話なのか、つまり欲望なのか、ニーズなのか、基礎的なニーズだと国民が考えるんだらば、これは切り分けないとだめです。ただ、若干日本の医療費で問題かなと思われる点は、スウェーデンに行くと病院が建っていて、すべて公立病院です。しかしその隣にホテルが建っているんです。これ幾らぐらいかと、1泊3食で5000円ぐらいかな、いずれにしてもこっちホテルは有料です。ほとんどの人は、このホテルに泊まって、病院に通って治療してもらって、病院のお金は全部1割負担です。大体の人たちが、本

当に入院の人、ICUに入っちゃうというような人以外は、入院しないんです。例えばお産をする女性も、ここのホテルに泊まっていて、毎日通って行って、病院で産んだ瞬間に、その日にぱっと帰されちゃう。また向こうで寝て、通ってやっている。つまり、さっきも言いました話でいくと、公で分かち合いでやっていかなければならないところと、切り分けが不十分かもしれないという点はあるかもしれませんが、すべて公でやるということであれば、そういう方向でやらなければならないと思います。

時間ですので、何とも言えない話で、後で時間をもらえるかもしれませんが、そのときまとめさせていただくことにして、取りとめがない話になったことをおわびして、私の話をこれで終わらせていただきます。

講演Ⅱ 「今後の地域医療はどうあるべきか？」

辻本好子 ささえあい医療人権センター COML 理事長

皆様こんにちは。ただいま御紹介いただきました、そしてまた遠見会長から過分な御紹介も賜りました、コムルの辻本と申します。御紹介の折り、先生と敬称をおつけいただきましたけれど、私は患者の立場にしかねない人間です。どうぞこの後、質疑応答のときには、辻本さんとお声をかけていただくことをお願いして、ごあいさつの代わりとさせていただきます。



ささえあい医療人権センター
COML 理事長 辻本好子 氏

ただいま、神野氏のお話を伺いながら、こういうことこそ、地域の人たちに聞いていただきたいお話だなと、つくづく思いながら伺っておりました。やはりこの問題は私たち地域住民が、今こそ自分の問題として考える大切なときであって、多くの学びをいただきました。その中で、大変高尚なお話の後、患者の立場として地域医療に何を望むか、本当にべたべたなお話になってしまいますけれど、どうぞお耳を傾けていただきたいとお願いたします。

実は、昨日知人が築地のがんセンターに入院しているということで見舞いました。そのときに、同室の患者さんたちとちょっとお話をする機会もあったんですが、沖縄、北海道、仙台、新潟からと、さまざまな地域から入院していらっしゃることに、驚きを禁じ得ませんでした。その方たちが地元で治療を受けられなかったのかどうかは個々それぞれの事情とは思いましたが、こういう現実も、患者側の1つの問題かなと、複雑な思いにも駆られております。

私たちは、そうした患者、家族の方たちの生の声を、電話相談として20年間、愚直に聴き続けてまいりました。これまでに4万9000

人を超える患者さん、御家族の、医療現場の白衣の人には直接は言いにくいけれど、不安や悩みを何とか、だれかと一緒に解決したい。その手伝いをしてほしいということがかかるお電話に向き合っていました。そんな中から、地域医療に何を望むかについて聞いていただきたいと思います。

1つには、やっぱり地域の中で生を受け、安心して死んでいけることがもっとも大切なことだと思います。自分自身もそこに近い年齢になってきた中で、そのことを改めて強く感じているところです。例えば自治体病院に何を願うか。働いている人たちのために土日の医療、あるいはがん検診、そんなことを考えていただきたいと思います。さらには65歳以上のドクターでまだ活躍できる方を、今以上に、嘱託という形ではなく、有効利用、有効活用が図れないだろうかなどということも考えております。

さらには、自治体などの医療経営に、ささやかな役割をいただいで参加させていただく中で、理解のない議会にジレンマを感じたり、あるいは自治体病院の医事課職員の漫然たる姿勢に、憤りすら感じてしまったりすることもあります。そのように申し上げたいことは数々ありますが、限られた時間の中で、やはり私は地域住民との協働ということについて語らせていただきたいと思います。

ときには苦言も呈するけれど、地域病院の私たちは応援団なんだ、そういう住民の意識を皆様のお力で育てていただきたいとい

う、そんなお願いでもございます。なぜそういうことを感じているかということは、折々にこの中で触れてまいりたいと思っております。

今日の私の話のキーワードとしては「納得と協働」ということに尽きます。医療の中で、患者だけではなく、提供する側の医療者だって納得できなければやっぱりいい医療はつくり上げていけないのです。さらには患者の私たちが何を学ばなければいけないのか。それは医療の限界と不確実性、そのことを共有する医療者との協働作業も大事なことです。そのためには患者の納得の支援が必要であると考えています。

これからの地域医療に何か欠かせないものは、地域の医療を守り育て、支えるという患者住民の主体的参加や意識なくしてこれからの地域医療は語れないと、私はそう信じています。そのためには、住民、患者、医療者、行政、NPO、そうした連携が欠かせません。

今日は、この納得と協働ということを地域の中でどう構築していくかもお話をさせていただきま。その前に、そもそも協働という用語を広辞苑で調べますと「協力して働くこと」としか書いてございません。私はこの20年間、この協働の意味が何であるかということについて考えてきたのですが、「互いの足りなさを補い合う協力関係」という言葉が、今私の気持ちの中ではぴったりとおさまっています。その協働関係のためには、患者と医療者の信頼関係をもう一度医療現場に取り戻す努

力が今必要なことの1つです。そして協働する、そこに参画する地域住民の意識改革、ここをどう働きかけていただくかが大きなテーマだというふうに思っています。

また、政権が代わってもう過去のものになっているのですが、昨年の1月から半年間かけて、舩添元厚労大臣からお声がけをいただいて、「安心と希望の医療確保ビジョン」という検討会の小さな議論の中で半年間、ときに4時間を超える話し合いもございました、そうした議論を経て、3つのポイントをこれからの医療の中で確保していかなければいけないと結論が出ました。そこに私は2番目と3番目に、先ほど来申し上げている患者の主体的医療参加、協働、そういったことを一生懸命、稚拙な言葉で語らせていただいた覚えがございます。そうした意味で、協働について大いに語られるようになったことをうれしくも思っている1人でもあります。

さて、既にお目通しになっている皆様もいらっしゃると思いますけれど、「ドクターズマガジン」という医療者向けの雑誌の巻頭言に岩手県の佐藤事業管理者のエッセイが載っていました。医療の質改善のために「意外にも住民と医療者の話し合いが適していた」ということがまとめてございました。住民の方たち、つまり患者でなく住民として医療を考えよう。そのために何を取り組んできたかという、地域ナイトスクールを15年間開催してきた。例えば病院の投書箱に、何で診察なしに薬を出してくれないのかという苦情の投

書がたくさんあった。さらには、時間外診療を受け入れてもらえない苦情も殺到した。

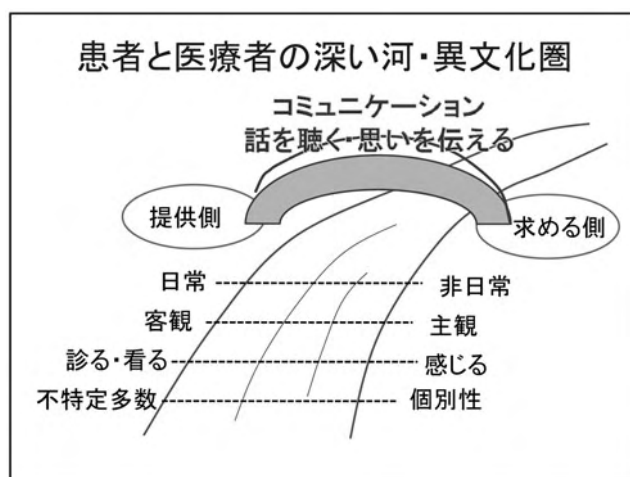
そこで地域ナイトスクールで、なぜ無診療投薬ができないのか、さらには時間外診療の是非についてわかりやすく一生懸命語りました。すると住民の自発的な活動に展開が広がり、ついには町民が「病院を守る会」を発足した。先ほど私が申し上げた、苦言も呈するけれど、おらが地域の病院を私たちの手で守るぞという意識、それがはぐくまれていったという経緯が書かれていました。その流れの中で、さらに研修医と住民の交流の場づくりにもなっていたということも書いてありました。

やはり地域住民を味方に取りつけることが、これからの地域医療に欠かせないことだと改めて意を強くしました。その佐藤さんが、最後にこういう言葉でまとめていました。「医師などの医療提供者の狭い議論から飛び出して、地域住民に、私たちの医療はあなた方の役に立っているのでしょうかと問う柔軟な姿勢が、今もっとも欠けていることではないか」、そう

問いかけておられます。

私はたまたまお役をいただいて、来年4月、4年に一度行われる医学会総会で、展示ブースの役割を与えていただいて、既に現在、地域住民が地域の医療のためにどのような活動をしているかという見本市を開きます。今、既に50カ所の取り組みが、一応第一次審査を終えて、どういう展示をしてくれるかという次の段階に入って企画を進めております。ぜひともごらんいただき、そういったことを地域の中に取り入れていただく働きかけをお願いしたいと思います。

さてここからは、私どもの20年間、愚直に続けてきたその電話相談の中で、患者の立場の方たちから届く疑問、不安、不満、不信感から私たちが教えられたことを幾枚スライドにまとめました。医療提供者側と私たち患者間には、深くて渡りきれない河が流れている。これは20年前、活動をスタートしたときから、私はこの図をずっと、患者の側の方たちにも、そして医療側の方たちにも見ていただいています。細かく語る時間が許されておきませんが、どうか



この深い河に言葉をかけ合う、そして思いをかけ合うコミュニケーション、インフォームド・コンセントのかけ橋をかける努力が必要なんだということを多くの相談者のお声から学んでまいりました。

さらに言えば、私も8年前に乳がんで、リンパ節までとる、そしてフルコースの治療を受けるという患者体験をいたしました。加えて、今年の7月半ばに胃のほとんどをとるという、今度は胃がんの罹患ということで、8年たった後の最先端のがん治療を大阪の地で受けている真っ最中の患者でもございます。8年前、同じ病院で乳がんの治療を受けたのですが、そのときから明らかに病院の姿勢が大きく変わっているということを強く感じました。診療報酬が上がれば患者の負担はふえます。しかしふえた負担の中で、こういうサービスが取り組まれているのかとあらゆる場面で痛感させていただきました。改めて、私たちは払うべきは払う、そのかわり求めるものは求める、そういったことが必要だということを今身をもって感じているところでもあります。

1つ言えば、8年前は、“チーム医療”は言葉だけでした。キュアとケアは明らかに私たち患者の目からは上下にしか映らなかったのです。でも今は違います、しっかりと、誇りを持ってキュアとケアが横並びになっています。ましてや、私が入院した病院は、地域のがん拠点病院ということで、がんサポートチームがありました。キュアとケア以外にも、例えば栄養科のスタッフ、薬剤師など、す

ばらしいチームに支えられて、本当に安心、納得のできる医療を今体験しています。

地域の中にこういう安心できる病院があって住民の人が安心して死んでいけるんだと、意を強くしているさなかでもございます。こうした深い河に、どうかかけ橋をかける。そういったことを地域行政も含めて、さらなる取り組みとして試みていただきたいと思います。

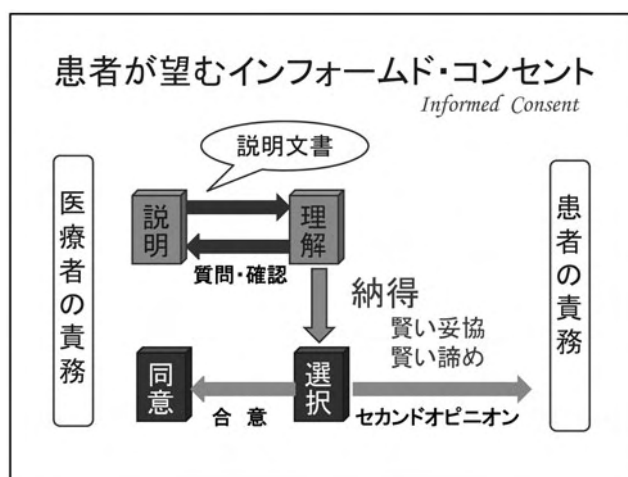
さて、インフォームド・コンセントが20年前に日本の医療に登場しました。しかし、20年たってもこの程度かというインフォームド・コンセントが、実は今も医療現場にはびこっております。私は「説明と同意」と日本医師会生命倫理懇談会が訳したそのときから、患者不在と文句を言いまして「反対をするなら代替案を出せ」と御叱責いただいてつくったスライドが「患者が望むインフォームド・コンセント」です。

説明をすることと、最終的に患者の同意を求めていることは、医療側の責務です。そのかわり、患者も主体的医療参加をする

ならば、引き受けなければならない責務があるのです。そのことをいかに患者が自分自身の問題として受けとめていけるかどうか。そういったことへの働きかけが、今後ますます必要になると思っています。患者が引き受けなければならない努力は、まず受けた説明内容を理解することです。

電話相談に届く声は、「理解はできるんだけど納得ができない」ということです。何が足りないかということ、やっぱりまだまだ説明が足りないのです。その説明に、やはりチームでしっかり取り組んでいただくことで、より賢く妥協し、賢くあきらめながら、なるほど医療には百点満点はないんだと限界と不確実性を理解する。ならば私が引き受けなければならないことも、たくさんあるのだと身をもって感じるのが、主体的医療参加のできる私は第一歩であり、患者の意識改革に必要な支援だと思っています。

そうした支援を得た中で、さあどうするかです。セカンドオピニオンも、当たり前にはなっているのですが、一方で形骸化して



いるというふしもございます。ただ、そうした行動を容認していた中で、患者の私たちが最終的にはどうしなければいけないのか、そうしたことが突きつけられるわけです。

そのときに、横並びで、ときには背中からしっかりと支えてくれる医療が感じとれることが、やっぱり安心と納得につながっていく。その上で、私はこういう医療を受けたいと自分の意志でしっかりと医療者に伝え、ならばともに歩んでいきましょうという関係をつくっていくことです。その中には、やはり患者の意識改革を抜いて語ることはできないのです。そのことを行政が、そして地域医療が、患者・住民に働きかけていたきたいと思います。

ところが、その安心と納得の度合いが世代によって違うということも、20年間の4万9000人を超える方のお声から学んだ1つでもございます。いわば、今このすべての世代のニーズに医療現場は向き合っているピークのときだと思います。しかし80代、90代は10年後、20年後には残念ながら自然淘汰、社会淘汰されてしまいます。そこを埋めていくのは団塊の世代、実に扱いにくい世代です。

会場の中にも同輩の方がいらっしゃるかと思いますが私も団塊の世代で、がん好発年齢、生活習慣病罹患年齢、80歳以上の親を看る家族の立場、さらには初孫を迎えるおじいちゃん、おばあちゃんなど、電話相談は層が厚く、この団塊の世代からお電話が届きます。

この世代は、ともかく権利を主張します。そして義務を余り学んでこなかったのか、身につけていない。そして言ってることとやっ
てることは違うという意識の二重構造、これも顕著にこの世代にはあらわれております。さらには、私らしきなんていう言葉を気恥ずかしさをかなぐり捨てて口にする、自分のことは自分で決めたいという自己決定権を振りかざす第一世代でもございます。そしてあるべき論で正義を振りかざし、悪気はないんでしょうが、理想を押しつけたがって多くの言葉を持っているなどなど。ちなみにこの下の3つは、私の顔を見ながらうちのスタッフが書き加えてくれた3つの項目です。本当に穴があったら入りたい、そんな思いですが、ただこの世代、1つだけ救いがございます。他の世代よりも強く持っているのが、行動変容願望なのです。

そして今この世代がリタイア組ということで、自分の能力をもてあましているという時代にもさしかかってきました。この人たちを利用しないわけではないと思います。この人たちこそ、地域の医療を守るというところに、苦言も呈するけれど応援団になれると思うのです。

ちなみにこの人たちの行動変容に必要なのは、インフォームド・コンセントとコミュニケーションなのです。わかりやすい説明をしていただいて、「なるほど百点満点は求められないんですね、私の役割がそこにあるんですね」と、そこに気づけることで、この人た

ちの意識が少し変わるんです。そうすると層が厚く大きな影響力を持っている世代だけに、日本の医療が私は確実に変わっていくと期待しています。

さて20年間、私どもが電話相談を続けてきた中で、患者の意識がどのように変わってきたか。1990年まではいわゆるがん告知のタブー、そしてパターンリズム医療が当たり前だった。患者の私たちは、ともかくひたすらお任せしますと、わきから幾ばくかのお金を包んだ封筒をそっと差し出すという、そんなことが当たり前の医療だったのです。

そこから20年、実に大きく変化をしてまいりました。その途中の2003～2004年が、相談件数のピークでした。電話相談をお聞きしても苦しくなってくる。何が苦しいかというと、「患者はあなただけではないのよ」と叫びたいような、そういう周りが見えない、自分さえよければいい、情報を武器に医療者をぎゃふんと言わせてやろうと、まるで鎧兜で身を包んで医療現場に赴き、少しでも非があれば、そこを誹謗中傷する。そういう勢いが、2003～2004年にピークに達しました。

20年前の患者さんを、ようやく自分の足で立ち上がっておずおずと、一歩二歩と医療現場に参画し始めたよちよち歩きの患者と位置づけるならば、2003～2004年の患者さんの意識は、まさに思春期、反抗期であったと、今振り返ると感じます。ただ思春期、反抗期という言葉当てはめさせていただいたところに一縷の望みをかけて

います。なぜなら、今まで子供だった人が、これから大人になろうとする、その人生の過渡期。だけれしものが通り過ぎる人生の過渡期とすれば、そこで医療や行政が患者にどうかかわっていくかで、この人たちの次の歩みは確実に変わるんです。

患者のゴール、それは成熟した判断能力を持った自立した患者です。そんなところにたどり着ける人は、ほとんどいないと一方では思います。私自身も患者の立場になれば、やはり保身で、おりこうさんの辻本を演じてしまう、そういうこそくな気持ちもございました。だけれしものが賢い患者になりたいと思っても、そんなゴールにたどり着ける人は、そうそういません。

しかし、思春期、反抗期と私たちが感ずるようなお声が数々届いたところに、不思議なことに医療現場からの悲鳴がコムルにまで届いてきたのです。こんな患者さんをほかの病院ではどう扱っているのか。未収金、払ってくれない。ほかの病院でいい工夫をしているところをご存じないかと、なぜコムルに届くのかと思うような医療現場の疲弊感、それが伝わってくるお声が数々届いたのも現実です。

ということは、いつまでも思春期、反抗期に、患者さんを置いたままにしておいてはいけないということです。先ほどの岩手の取り組みのように、なぜ薬だけが出せないのか、なぜ夜間の救急医療を皆さんに多用されたら、医療現場はこんなふうになるのか、そういったことを伝えていただくこと

で、この思春期、反抗期から少なくとも一歩ずつ大人の歩みを始められるならば、やっぱりそこに支援というものがなきゃいけないことをつくづく感じるところでございます。

そんなコムルが何をやっているか。これは、地域の人たちにどういことをやっていただけたらいいか1つのヒントにしていだければと思います。1つには私たちのような電話相談もございすし、模擬患者として栄養面接の教材になってみたり、病院探検隊ということで現場を見て、苦言や改善のための提言も呈するけれど、病院の努力ということをきちっと評価させていただくような、そういうお声を届けてくる活動。さらには、これからは、もっともっと医療で私たちが活躍したいというボランティアの、そういう思いを高めていただくような養成講座など、患者塾という語り合いの場も、170回を超える活動を展開してまいりました。こんなことこそ、地域でやっていただきたい、そんなふうになり、活動内容をホームページで紹介しております。どうぞごらんいただきたいと思っています。

電話相談に届く声、そこから学んだこととして、コムルが大切にしている姿勢は対立ではなく協働なんだ。だからそこに参加する患者さんは、受け身から自立した患者に成熟していこうよ。そのためには、気恥ずかしいほどの言葉を20年来使ってまいりました。あなたがいのちの主人公なんですよ、からだの責任者じゃないですか、

その言葉ではっと我に返る、そういうお気持ちの変化を多く、私たちは電話を通して感じとってまいりました。

やはりそこにはインフォームド・コンセント、コミュニケーションという大きな課題が横たわっています。そのことを地域で、そして地域の病院が患者さんにどう働きかけるかがこれからの地域医療において何より大切なことだと、もう一度私は申し上げておきたいと思います。

さて、私どもが合い言葉としてきた「賢い患者」、それが何であるか。まず、自分が病気の持ち主であるということを自覚することです。これが実はとても難しいことです。コムルがスタートした、その年の最初の記念の講演に、作家の水上勉さんに来ていただきました。御自分がその前の年に天安門事件をあの北京飯店の窓からごらんになって、日本のお家にお帰りになってから心筋梗塞を起こし、「私は3分の2壊死した心臓の持ち主です」という講演をしていただけました。そのとき、病気は私の持ち物という自覚を患者が持つことがいかに大事かを教えられました。

そしてインフォームド・コンセントという時代の幕開けとともに、あなたはもうどうしたいのですかと問われるようになり、お任せすることがタブーになってきた。そんな中で私たちは、自分はどういう医療を受けたいのか、人ごとではない自分の問題として考えなくてはならない、意識化を求められました。そして考えたことを、自

分の言葉で医療者にちゃんと伝える言語化、つまり気持ちを言葉に置きかえることが問われ始めたのです。すなわち医療者とどう向き合うかというコミュニケーション能力が、これからの患者に厳しく問われる時代になるよと20年前に考えて、コムルを立ち上げました。

そして私たちが取り組んできたこととして、「どうか1人で悩まないでください」と、御一緒に考えるお手伝いです。でも問題解決の主人公はあなたですと、ほどよい距離感を持って支援をする活動を細々と続けてきたのがコムルでございます。

その電話相談が、どんなふうに移してきたか単純なグラフですが、1995年のこの小さい山は、実は阪神大震災のお問い合わせです。やはり見事な右肩上がり、そして今はピーク時の半分、年間2000件という当りに落ち着いてまいりました。

ただ残念なことに、それは患者が成熟したわけでもありません、冷静になったわけでもありません。ある働きかけみたいなことを私は感じているんですが、ただこのグラフに見られるように、患者の気持ちが大きく揺らいできたポイントとして、権利意識の台頭と、そして97年あたりから医療費が、窓口負担1割から2割になり、2003年にその2割が3割になったころから、コスト意識の高まりがあります。今年の4月からは医療費の明細書が手に入るようになって、8月からは開業医までもがと、そうなるとうやはり患者はさらにコスト意識というものを高め、医療

費に関する御相談が、私どもの電話にも多数届くようになりました。

その背景にあるものは医療事故報道というメディアの影響です。そこにコムルの電話相談の数のグラフを当てはめると、95年の阪神大震災の部分を抜いて見ていただくと、妙に寄り添っているのが、最高裁の調査にある、あの医療訴訟の新受件数のグラフです。それが今少し下降線をたどろうとしている、ピンチがチャンスなんです。今こそもう一度地域の医療に信頼関係というものを取り戻す、そんな絶好のチャンスのときだと、こうしたグラフ、患者の声を聞く中で、私は強く感じています。

ちなみにということで、どういう相談が届くかということをグラフに示しています。やっぱりいまだトップ3はドクターへの苦情です。ドクター1人に何もかも期待している患者家族が、まだまだ多数なんです。もうそんな時代じゃないんです。最初に私は乳がんの経験から8年たって、見事なチーム医療の恩恵に浴した喜びを語り

ました。そうです、ドクター1人に期待しても、ドクターがその期待にこたえてくれるのはせいぜい3割、あとの7割をチームと位置づけるならば、やはり患者のニーズの振り分けが必要になってまいります。そうしたことをぜひ地域行政の中で、私は患者さんに示していただきたいと思います。

そして電話相談は、やはり二極化しております。世代による二極化ということも1つ、さらには、地域による二極化ということもございます。例えば北海道から御相談が届くと、札幌、旭川など潤沢な医療がそれなりに整っている地域の患者の苦情、不平不満と、お医者さんのいない地域から届く患者・家族の不安感、それは全く色合いの違う相談内容になっています。

そして、まだまだメディアの誘導も受けているという現実もございます。さらには若い世代から届く相談は、相談ではなく答えを求めてくる医療ナビゲーター。そうした時代の変化も感じているところです。

そして、最近の相談の傾向をあ



らまし書いてございますが、ポイントは「納得」この2文字に尽きると思います。納得できないと、いかな説明を受けていても、合併症や副作用があらわれると、医療事故だ、医療ミスだと大騒ぎになって、裁判にしたいなどというお声が今も届いてまいります。そして先ほどの未収金のお話にもありますように、やはり納得できないからお金を払わないという、そうした確信犯のようなお声も届くと唖然とさせられてもいるところでは。

さらには、コムルに電話をすれば、コムルが私にかかわって病院に行き交際してくれるのではないかと、そんな過度の期待を抱く。その方たちに、NPOはそんなことではできないと伝えるとキレる、怒鳴る、なじる。

そうした苦情の中で、対応がいかにげん、話をちゃんと聞いてくれない、上から目線でものを言われる。さらには4人部屋のほかの患者さんに聞こえる中で、すべての説明を簡単に済ませていくドクターの姿勢、ナースの姿勢、そうしたことに納得がいけない。だから

ら裁判にしたい、直接交渉をして謝ってもらいたいなどなど、そうした患者の苦情が届いてまいります。

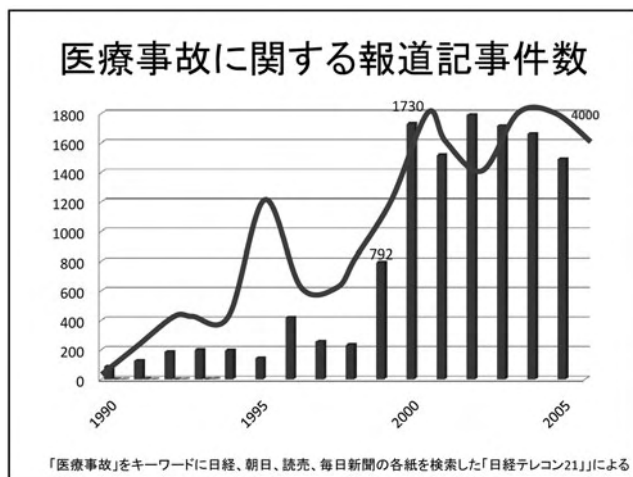
そうした背景にあるものが、やはり説明不足です。それが対応がいかにげんというグルグル回りにもなっていくのですが、不信感というものに発展していきます。ナースへの苦情も数々届いてまいります。

そうした中で、先ほど神野氏が基本的ニーズであるのか、欲望であるのかとおっしゃいましたが、患者にはその区別ができておりません。基本的ニーズでもあります。欲望というよりも、願望が混在した、そういう気持ちの中で何を望んでいるか。1つは、医療事故に遭いたくないという“安全”です。そして、もう1つが、最初に申し上げましたが、安心して、納得したい。この安全と安心・納得ということが、今患者・家族が望んでいることだと痛感させられているところです。

では安心、納得のために何が必要か。その支援の仕組みづくりのヒントとして欧米諸国における小

児科医療で、こんな子供への支援の取り組みが行われています。欧米諸国の小児科医療の概念は、インフォームド・コンセントからインフォームド・アセント、これはすなわち子供が医療の主人公であり、その子供が理解し、了解することの医療を行うためのものです。キーワードはプレパレーションとディストラクション。小さな子どもがわめこうが、泣こうが、必要な注射は打たなきゃならないのです。ではそのときにどうするか。子供なりに心の準備ができるように、まずイギリスで、ホスピタル・プレイ・スペシャリストの教育が始まりました。人材育成です。イギリスは国家資格だそうです。

数年後、アメリカ、カナダで名前が変わりましたが、チャイルド・ライフ・スペシャリスト、アメリカ、カナダは国家資格ではないということで、日本人で心理などを学ぶ人が学びに行き、今日日本に帰ってこの役割を務める人が年々増えております。といっても現在まだ全国で30人足らず、そんな少ない役割ではございますが、私はそういう人がいらっしゃる病院を訪ねる折には、必ずお部屋を訪ねてお話を伺っています。例えばどういうお仕事をなさるのかというと、小さなおさんが手術のために入院してくる。いよいよ明日が手術という前日、この方たちがそのお子さんと手をつないで、入院している病室から手術室までを手術室ツアーと称して、見学に赴くんだそうです。そのときに、御両親、おじいちゃん、おば



あちゃんは、お子さんの後ろからついていく。そして廊下へ行けば、行き交うスタッフが、励ましの声もかける。手術室のナースが大きなマスクを外して、「明日お姉ちゃんたちが待ってるからね」と声をかける。子供なりに心の準備ができると私は思いました。さらには、注射の予定が入ると、おもちゃの医療キットを出してきて、ぬいぐるみのクマさんを患者に見立てて、子供がお医者さん役になって注射を打つ、お医者さんごっこをする。クマさん泣かないで頑張ってるね、と遊びを通して子供の頑張る力を引き出す役割をしています。

私はもう1つ質問をしました、お仕事の理念は何かと。答えは単純明快でした。うそをつかない、ごまかさない。例え小さなお子さんでも、もちろん言葉が通じなきゃいけないんでしょうけれど、その子が受けとめられるわかりやすい言葉で、わかってほしいという気持ちを添えて、目線を下げて、何度も繰り返し説明する、子供は子供なりにちゃんと受けとめてくれます。夜、もう帰るねとベッドサイドへ行ったら、小さな坊やが目いっぱい涙をためて、「明日僕、注射のときクマさんみたいに泣かないで頑張るね」って、私たちの方が子供から励ましを受けていますと、そんな言葉を語ってくださいました。

そのためには病棟における遊びを通して信頼関係をつくる努力をしています。そして小児科医療というのは大変難しく、親が、お医者さんや看護師さんを信頼してな

いと見てとると、子供までがばかにして言うことを聞かないんだそうです。だから家族もサポートする。こういう取り組みが、私は今すべての医療に必要だと思います。

でも、こういう役割はインセンティブが働かないと、どの病院も経済逼迫の折、サービスとして配置などしてくださらない。じゃあ私たちはあきらめるしかないか、私はどうしてもあきらめきれない。だから医学部看護大学、薬学部の講義に招かれた折りに、卵の人たちにこの話を一生懸命聞いてもらいます。さらには院内研修でお招きいただいたときに、この話を聞いていただくのです。そうすると医療者の方は、やっぱり心の奥底には患者さんのために私は何ができるか、常にそうしたことを考えたいという思いを持っている人たちです。ただ忙しさの中で、それがどこかに置き忘れている、そうした心を揺り動かすという意味にも、この話が小さな影響を及ぼしています。そんなレポートをいただくと、私は、やっぱり語り続けていくことが必要だなと思っていますところなんです。

医療者はしょせん人ごとです。でも患者は、痛みも苦しみもすべて自分のこととして引き受けなければならないんです。その引き受けることは、与えられる医療技術です。しかし、その技術が何たるかをやはりわかりやすく説明していただかなきゃいけないということから、私は医療者をお願いしています。技術だけではない、言葉もお使いになる皆さんは知的専門

職です。もう一言を添えてください、目の前のその患者さんが、なるほどそういうことなんですねと納得のできる、もう一言を添えていただくという、その努力を私は行政も含めて地域の患者さんに提供していただきたいと思います。

今日は納得にこだわって「協働と納得」というキーワードでお話をさせていただいているところですが、納得ということについて、大阪大学の鷲田総長にこんなお話を聞かせていただきました。納得ということは、事態の解決というより、自分と違う立場からかわる人との関係のあり方をめぐって生まれてくる心持ちなんだよと。正直、最初は哲学者ってなぜこんな回り持った言い方しかできないんだろうと思ったのですが、何度も読むうちに、まさにぴったりと言い当ててくださる、そんな気持ちになりました。

私は患者です。例えばあなたが、今、医療者として私と向き合ってください。その間に解決しなければならない問題が発生しました。立場の違う医療者のあなたが、患者の私にどのようにかわってくださるか。そのかわり方の中で、おのずと私の気持ちが変わりを来す。そうして、なるほどというところにたどり着く、つまり納得とは理屈ではない、情の世界です。気持ちの問題です。そこにどう働きかけていくか、それが納得にとっても大事なことだということを教えられました。

そして鷲田総長は、そのために何が必要かという次のお話の中で、その目の前の人が受けとめら

れるわかりやすい言葉、それはもう大前提です。次に必要なことは、相手の話を聴くということだよと。しかも傾聴の「聴」の字、この耳へんを書いて14の心と書く、この傾聴の「聴」の字にこだわる聴き方ということをさらに言葉を重ねられました。目の前のその人が、話そうとして話しかれない心のうずきにまで、2つの耳と、もう1つの心の耳を傾けて聴くということだよ。私は地域行政の皆さんが、地域病院の皆さんが、こういう姿勢を持っていただくことこそ、患者の私たちがなるほどと安心して、そして納得した上で地域の医療の恩恵に浴しつつ、安心して死んでいかれるのではないかと思います。

かつては上から目線、それが当たり前でした。そして最近では患者様という妙なやりががあって、「何々様、はい手出して」何ていうナースの笑い話が、電話相談で数々届いてくる現実がございます。上から見下ろされるのもうまっぴらです。かといって下にも置かないふりをされたって、ちっともうれしくはございません。それをそれぞれマイナスと位置づけるなら、マイナスとマイナスを掛け合わせるとプラスになる。だから掛け算は数字が横並びなのでしょう。医療者だっていつかは患者になり、既に患者の家族の立場になっていらっしゃる方だっているはず。同じ人間同士、だったら横並びの掛け算で心を交わし、言葉を交わす、そんな関係性をつくっていきたい、そのことが私の医療に対する理想でもあります。

す。

その中で、例えばどう働きかけていただくか。岡山大学の看護学生さんが、小児科医療の実習の初日に、現場の指導に当たってくれるナースたちに小さなセレモニーで宣言をしているという8項目です。教授がアメリカで探してきたものなのですが、アメリカバージョンは15項目もあってちょっと煩雑過ぎるので、教員と学生で訳す中で半分に縮めたという岡山大学バージョンです。これを見たときに、子供でなくたって、大人の私だってこんなふうに向き合ってほしいと素朴に思いました。この8項目についてそれぞれを申し上げたいところですが、時間が迫りました。

そこで私は、今、医療者の方たちをお願いしているということで、患者や家族と向き合ったときに、御自分を自覚し、客観視していただくセルフチェックポイントをご紹介します。脳科学者の茂木さんが言うメタ認知、自分を見つめるもう1人自分という意識を育てる、あのメタ認知ということに当てはまるように、御自分を

ちょっとチェックしてください。

それはどんな表情で患者と向き合っているんだろうかという御自分を、本当は表情と書くべきところですが、何やら語呂がいいように、私は笑顔と書いています。さらにはどういう心のまなざしを向けて向き合っている自分であるかどうか。年長者は人生の経験を重ねる中で酸いも甘いも、これは学歴に関係なく、向かい合った人がどんな心のまなざしを自分に向けているかは、とうに見通す知恵を持っています。それだけに患者と向き合ったときに、御自分の心のまなざしを自覚してください。客観視してください。さらには言葉に責任を持ってください。こんな3つのセルフチェックをお願いします。

すると忙しいナースから反論が届きます。私たちはとても忙しい。平均在院日数短縮、7対1看護、そんな中で患者や家族と向き合って、いちいち笑顔・まなざし・言葉などとセルフチェックしている余裕はないという反論が、私の耳にも届きます。でもそれは忙しさに逃げてお許しできる問題では

岡山大学看護学生の小児実習宣言

小児病棟で実習を行う学生として 私達は以下に述べることを宣言します

1 私達は	子どもたちが希望する名前呼びます
2 私達は	いつも笑顔で子どもたちの目の高さでケアを行います
3 私達は	子どもたちとの約束を守ります
4 私達は	誕生日など子どもたちの記念日には気を付けます
5 私達は	子どもたちがいつも清潔で心地よい環境で過ごせるようにします
6 私達は	眠っている時に無理に起こしたり遊びを邪魔しないように、子どもたちの日常生活を可能な限り妨げないようにします
7 私達は	子どもたちはつらい時に、大声で泣いたり、叫んだり、いやだと言えよう環境をつくります
8 私達は	子どもの疑問に対して子どものわかる言葉で理會できるように説明を行います

ないと私は思います。なぜなら、医療者はプロフェッショナルです。国が病んだ人と向き合っていると認めているんです。お給料だって手にしているならば、技術が買われているプロです。

その昔、私は古い知人、NHKのエグゼクティブアナウンサーを務めた山根基世さんという人と、プロとは何かという議論したことがあります。数々の言葉をお互いに発したその中で、彼女のこの言葉に私はぐさりと胸に突き刺さるものを感じました。「なれてはいけない、ただなれてはいけない、なれることは大事だけれど、ただなれてはいけない。初めての気持ちを持って、私はアナウンサーの仕事をし続けていきたい」と彼女が言いました。

その言葉と同じことを昨年12月、テレビを見ていたときに、あの吉永小百合さんが語っていました。「おとうと」という映画がランクアップされた舞台あいさつで、隣に鶴瓶がいた。そこで吉永さんがマイクをとって、初めて出た「キューポラのある町」という映画から今年で50年がたった、そんな感謝の言葉を、素敵な言葉で重ねてあいさつをなさった。その後です、鶴瓶が「50年でっせ50年」。「50年の大先輩の吉永さんに、楽屋で失礼な質問をした、何で50年もたってるのに、あなたはそんなにいつまでも初々しいのかと。そしたら吉永さんが何と答えたと思います?」。鶴瓶も上手です、ぐっと観客の気持ちを一つに引き寄せ、一言だけ言いました。「私はなれないんです」、そして鶴瓶は

舞台のそでに。私はその後、ト書きが目に見えびました。50年芸能界という、その世界に身を置いてるけれど、私はこの世界になかなかなれることができない、と吉永さんはそうおっしゃった。だからいつまでも、この方は、初心を忘れずにいる初々しさが魅力になっているんだと、そんなお話だったと思います。

そういった意味で、私は医療者の方たちに、3つのセルフチェックを今あちこちでお願いをしている人間です。その一方で、患者さんには、12年前、当時の厚生省の仕事でつくったこの「医者にかかる10箇条」、患者さんも賢くなりましょうと、そして責務を引き受けましょう。さらに言えば、例えば医療者のお一人お一人に感謝の言葉を残して医療現場から去ってくる、そんな患者になることで地域の医療を守っていく、支えていく、育んでいく。そういう住民の意識を私たちは高めていきましょうということも、この10箇条を持って一生懸命あちこちで語らせていただいているときです。

正直、私の胃がんの状況は、芳しいものではございませんでした。死をも覚悟いたしました。しかしまだ私には役割がある、そんな一つの希望が私の闘病の力になっています。こうした場で語らせていただくことが第二の抗がん剤だと思って、まだまだ死ぬわけにはいかない、そんなエネルギーを今日も多くの方の真剣に耳を傾けてくださる中からいただくことができました。心からお礼を申し上げます。

討論

大西座長

それでは再開させていただきたいと思います。フォーラムの後半の部分につきまして、先ほど基調講演をいただきました神野先生、また辻本さんに御登壇を願ひまして、会場との質疑応答等を中心に、議論を進めてまいりたいというふうに思っております。

この後半のパネルディスカッションには、ゲストとしまして、まず厚生労働省医政局指導課医師確保等地域医療対策室長の猿田克年様、それから総務省自治財政局の地域企業経営企画室課長補佐の辻井宏文様、文部科学省高等教育局医学教育課長の荒木一弘様、それぞれ担当省庁からお三方に御同席をいただいております。また後ほど、質問等々がございましたらお答えをいただきたいと思いますし、御感想も述べていただきたいと思いますというふうに思っております。

それではまず最初に、先ほどそれぞれ講演をいただきましたけれども、限られた時間でのプレゼンテーションでございましたので、まずそれぞれ両先生の方から補足なり、あるいは継ぎ足し等ございましたらお願いをしたいと思います。まず神野先生、よろしく願いいたします。

神野先生

私は、病院経営ないしは公共サービスを提供する者の目指す目的は、使命なんだということです。民間企業は、どういうサービスを提供しよう、目指すものは利潤率最大化ですから、財務

上の利益幅をいかに最大化するかというのが目的ですけども、公共部門で、つまり公共サービスとして提供されるものについて、目的にしなければならないのは使命だということです。

そのため効率性というときに2つあるということを忘れてはならないのです。1つは外部効率性ということであり、もう1つは内部効率性です。内部効率性というのは、あるサービスを生産するのにいかにコストを安くするか、つまり犠牲にしたもの、そのサービスをつくり上げる上で、犠牲にするものをいかに最小にするのかということが重要だということです。

ただし、市場での人件費と物件費とイコールと考えていいかどうかというのは、実際には問題がございます。というのは、市場が効率性を示さない場合がありますから、市場が効率的に機能するということであれば、市場価格で判断してもらっても構いませんが、実際には犠牲にしたものがある。何を犠牲にしたのかということを尺度にしなければならない。犠牲にしたものを最小にするということです。

それから外部効率性というのは、これは先ほど言いましたように、公共サービスの任務は、基礎的なニーズを充足することですので、基礎的なニーズにマッチしているかどうかです。合っていないものをいかに安く生産してもしょうがないのです。その満たすべき使命、これをミッションと申し上げたのですが、ミッションに合っているかどうかということが重要であります。

民間企業の場合には、これは必要ありません。民間企業が目指しているのは、内部効率性だけです。なぜなら外部効率性の方は市場で売りますから、需要に合っていないものは売れないのです。そこが全く違うってことを理解してかからなければならないということです。

医療サービスというのは、擬似市場になっていたとしても価格は統制価格、診療報酬は統制価格になってしまっておりますので、売方には、市場が動いてないというのが1つです。ミッション、使命も重要な点ですから、これも一体何が使命かというのは、これは住民が決めていく、ニーズも住民

が決めますから、住民ないしは国民が決めていきますので、そのことの考慮で考えなければならないのです。

スウェーデンでは、病院というのは3つの痛みをいやす場であるというふうに考えられておりますので、1つは、病を治すというという生理現象の痛みですね、病を治す。もう1つは、心の痛みです。これもいやす場であり、さらにもう1つは、社会的な痛み、この3つを治す場になっていきますので、患者は、皆さんご存じのとおり1%ルールとか3%ルールが厳しく科せられていて、患者は芸術、つまり美しいものに触れられなくてはいけないし、しかも芸術活動にも参加できなくてはいけない。これは心の痛みにかかわるからだというようなことが、きちっと守られているのです。病院というのはどういう場かという使命にかかわってくる1つです。

それからもう1つはアカウントビリティです。公共サービスの場合は、したがって説明責任というのが重要になってきますが、説明責任というのは3つあるということです。1つは、当該サービスを受ける、医療でいえば患者さんに対する説明責任です。スウェーデンの社会保障法の第1条か2条に、サービスは、その受ける人の立場で、受けている人にとって適切なもの、これが提供されなければならないというのが原則です。その人間が、例えば子供であって、自分に本当に何が必要かということが判断できなくても、その人の立場で提供されなければならない



討論

という原則が第一です。

第2番目は、当然ですが、地域医療サービスですから、地域の住民ないしは国民に対する説明責任です。これは第二の説明責任です。

第三の説明責任、アカウントビリティというのは、最後の審判で行われる説明ですから、弁明ですから非常に重いものですが、最後の説明責任というのは、日本では、これともすれば忘れられがちなのですが、公共サービスの質、特に医療サービスの質を上げていく上で、もっとも重要だと私は思っていますけど、専門家に対する説明責任です。同僚に対する説明責任と言いかえても構いません。我々研究者も、どうも素人に受けがいいことを言うと、何かいい評価を受けて喜んだりするんですが、そうじゃありません。これは専門的な訓練を受けた人々に対して、自ら説明責任を果たしていかなくちゃいけないのです。

この3つの説明責任が重要ではないかと思います。我々の知っている例ではニュージーランドが、地方自治体の地域医療の病院を医療企業体にしてしまったわけですが、そうするともうかるということからいうと、ニュージーランドでやるよりもサウジアラビアでやった方がいいという、どんどん出ていくわけです。そういうことが目的ではない、使命と責任説明の3つがあるということだけ補足しておきたいです。

大西座長

それでは先生と呼ばないでということでございますので、辻本さ

んよろしく願いいたします。

辻本氏

私はむしろ神野氏に質問をさせていただきたいんですけど、医療のことを考えるのは、患者になって初めて自分の問題になるというのが一般的ですね。でもさっきから申し上げているように、地域医療を守る側、育てる側、支える側ということになるときは、まだ病気にはなっていない住民のときから、医療問題が、身近な問題であるという意識を持たなければいけないと思うんですけど、そこがなかなか持ちにくいのが現実です。世の中には興味、関心、あるいは自分の志向性の選択肢が山ほどある中で、できれば自分が死ぬこととか、病気になることを考えたくないのが、健康なときの人の心だと思います。そういう人の気持ちを喚起するために、何が必要でしょうか。

神野先生

これは本当に難しい問題ですが、さっきも言いましたオムソーリという、分かち合いの言葉に示されているように、仲間としていろいろやっていく装置を私たちの日本の社会では崩し過ぎているんですね。家族も本来は、家族の中で、まず病気になっている人の痛みは当然わかりますよね。

ファミリーというのは食事を一緒にするところという意味ですから、食事を一緒にしてなければ家族じゃないんですね。ローマの奴隷にも、食事を一緒にする権利は認められていました。今の日本の家族を見てみると、食事を一緒にしてないんです。会話も何もない

のです。

もう1つ、家族が重要な生理的な行為として寝るところなんですが、これも1億総睡眠不足現象ですね。何かいらだって、つまり私たちはさまざまなきずなや、NPOとかを含めて、組織づくりができなくなっている。

私がこうした様々な自発的組織に参加することが民主主義の基盤になるのです。その基盤が崩れ始めたので、いろんなさまざまな共同作業が失われている。私の家もともと神主だったんですけど、鎮守の祭りというのは、あらゆる職業を超えて準備するということが重要なわけです。その中でいろんな思いやりやら、いろんな共同作業をすると、あああの人出てこられないのはどうしてか、何か体が悪いんじゃないかと心配する。そういう気持ちをつくり上げるような装置がどんどんなくなり始めました。

卒業式でコミュニティがなくなっているんだから、同窓会もコミュニティなので同窓会に入りなさいと言ったら、言っていたお陰で倍増しましたといわれた。去年は300人卒業したうち8人しか入らなかったのに、今年は16人入りましたと、何かさみしくなるような、そういう範囲です。

どうやってということよりも、国民1人1人が、社会の中でお互いに共同して生活をしていかないと、人間の生活は成り立たない。孤独じゃ成り立たないんだということに気がつき、お互い怒鳴り合って、自分さえよければということをやっているても仕方がないと

いう意識が必要です。

1929年の世界恐慌のときも、自分さえよければという行動をとったために世界戦争になっていくわけですから、今危ないわけですよ。人々みんなが、自分さえよければという行動をとったら危ない。そのときにはどうやったらと言うことは難しいのですが、共同作業をなるべくやって、そのことを通じてきずなをつくり上げる、ヨハネ・パウロ2世の「レールム・ノヴァルム」の中で、私たちは2つの環境破壊をやっていると。1つは自然環境の破壊です。これはまだまだ不十分だけど、ようやく気づき始めた。もう1つの環境破壊は、人的環境の破壊だ、この人的な環境の破壊はますますひどくなっているんだけど、人々が気づきさえしないというふうに、ヨハネ・パウロ2世は百年ぶりに出した「レールム・ノヴァルム」の中で言っています。

それ政府をかけ声かけてやるものでもないと思うんですね。上からやっていくものではなく、下からさまざまな社会の共同作業を通じてやっていくことではないかというふうに思うのです。

大西座長

ありがとうございました。これから会場から、お二人ぐらいの方だけになろうかと思いますが、両先生に御質問を受ける形で議論を進めたいと思います。挙手の上、所属、御氏名を名乗っていたいて、できるだけ御質問を簡潔にお願いできればと思います。どなたかございますか。

フロアより

茅ヶ崎市の白川と申します。両先生、どうもありがとうございます。神野先生にお伺いしたいと思います。いわゆる医療の給付という部分ですが、東京都の前々知事ですか、美濃部都知事の時代に、あの当時、いわゆる寿命が今よりも低かった時代ですね、60歳以上、高齢者になると、あらゆるものがただになって、あらゆるサービスが潤沢に受けられるという、そういうような施策をされた時代がありました。その結果どうなったかといいますと、私も余り詳しくはわからないのですが、財政が破綻したと。その後の鈴木都知事が、財政再建まで非常に大変な御苦労をされたという、あの当時、高齢者の方がいく場所がなくなって、病院へサロンのような感覚で集まって、あのおばあちゃん今日来てないけどどうしたんだろうね、具合悪いのかねというような笑話話が流布されたような時代がありました。そういうことも踏まえながら、先ほど神野先生がお話しされたことも踏まえて、どのようにお考えかお伺いできればというふうに思います。

神野先生

部分だけ見て、全体を考えておかないだめだということです。医療サービスではないようなサービス、先ほど言いましたような、入院とか何とかも少し考えた方がいいんじゃないかというお話をしましたけれども、例えば先ほどの例の1つでいけば、社会的入院のようなものが起きているという場合には、スウェーデンの場合には、福祉は基礎自治体の任務、市町村

の任務になっていますので、基礎自治体はその受け皿をつくってないといけません。病院から退院させるわけですが、そのときにつくってないと社会的な入院が生じてしまいます。そうするとその入院医療費は、全部市町村に請求が行きます。だから市町村は受け皿をつくるんですね。あらゆることからは関連づけて行われないとだめだということです。

地方自治体の提供する現物給付では、ふりをするという不正は働きません。

病院が社交場になっているという非難がありますが、それはスウェーデンのようにきちっと出会いの場みたいなものをつくって、地下鉄の駅の上は、すべて老人ホームにしないといけないというルールになっていますから、そこでみんな集まってダンスをしたり、卓球をしたり、チェスをしたりしているわけです。そういう場が全くなくて、病院の待合所だけが社交場だなんて、そんなひどい社会にしていることこそが問題だというふうに私は思います。

大西座長

ありがとうございました。もうお一方ぐらいになろうかと思えますけれども、御質問、御意見等ございましたらよろしく願います。

フロアより

お二人には、本当に今後の医療にどうやってかかわればいいのかということで、分かち合いの精神、共同ということでお話をいただきまして、非常に有意義なお話で、肝に銘じて帰りたいと思います

が、辻本さんに1つだけお聞きしたいのですが、インフォームド・コンセントのところで聞き漏らしたかもしれませんが、賢い妥協、賢いあきらめということをおっしゃったと思いますが、もう一度、どういうお気持ちなのか、どういうわけかを御説明、御意見いただきたいと思います。

辻本氏

医療はすべからず恩恵だけではないマイナスの部分、リスクを私たちは引き受けなければならないのです。例えば、私に現在提示されている化学療法ですが、今までの薬が功を奏してなかったので治療方法を変えるよ、ついてはこちらとこちらの化学療法、どちらを選ぶか決めなさいと主治医に言われたそのときに、片や髪の毛が全部抜けるよ、片やひどい下痢が続くよと。それはどちらかを選ぶと決めた以上、さあ髪の毛が抜けることを受け入れるのか、妥協するのか、あきらめるのか、あるいはそれが嫌だから、だったら下痢を引き受けて、そしてそれを自分の生活の中でいかにコントロールするために医療の支援を上手にいただくか。それには薬剤師さんの説明とか、お薬についてのお話を聞きたい。そういうことの中で、私たちは百点満点はないんだ、医療を受ければマイナス部分も、やっぱり患者に負荷としてあらわれる以上は、そこに妥協とあきらめが必要になってくる。ならばできる限り賢い妥協と、賢いあきらめをしたいな、そのために必要なのは医療者の支援という、そんな想いを言葉足らずに申し上げました。

大西座長

ありがとうございます。まだまだお聞きしたいこと、御意見等があるかと思えますけれども、時間の関係で質疑応答をここで打ち切らせていただきます。

それでは最後になりまして申しわけございませんでしたが、ゲストで来ていただいております、総務省、厚労省、文科省のそれぞれ方に一言ずつ、感想なり何なり、何でも結構でございますのでコメントをお願いしたいと思います。それでは総務省の辻井さんの方からよろしく願いいたします。

辻井氏

総務省で公立病院を担当の辻井でございます。本日は貴重な、大変有意義なお話を聞かせていただきまして大変ありがとうございます。今お話をお聞かせいただきまして、改めて医療の問題、そして特に我々公立病院ガイドラインに基づいて改革プランの策定をお願いして、実行をお願いしている関係上、特に効率性のお話を、内部効率性、外部効率性ということでお話を聞かせていただきまして、大変またこちらも深く受けとめているものでございます。

平成21年度の公立病院の決算は、平成20年度に比べますと、前年比740億ほど計上収益で改善いたしまして、それで全体の赤字病院の事業の割合も、平成20年度が7割だったものが、21年度は6割ということで、10ポイント改善しているという状況でございます。ひとえに皆様の公立病院改革プランに基づいて、日夜経営改革に努力していただいているたまものと

考えているところでございます。

とはいいましてまだまだ1000億の赤字ということで、非常に大きな赤字を抱えているものですから、ほかの740億改善した平成21年度の事例を、今回総務省の方でも研究会を開催いたしまして、昨年度も開催いたしました。今年度は平成21年度の経営改善事例、こちらを中心に、そこに着目いたしまして、事例集をまた昨年同様、研究、調査いたしまして、そしてまた皆様方の経営改善の役に立てればと考えているところでございます。

猿田氏

厚生労働省の猿田でございます。先生方、皆様御案内のとおりだと思っておりますけれども、来年度の特別枠の要求で、地域医療支援センターというものを、私ども要求させていただいております。これは今、昨年度から始まりました地域医療再生基金で2つやらなければいけないことということで、1つは、二次医療圏を2つ選んで再生してくださいというのと、あと必ず47都府県全部やってくださいというのが、医師確保対策をやってくださいということをお願いしています。

この中で、幾つかの県については、地域枠で奨学金を出して、将来的に自分の県で医療をしていただく。先生方の病院で、将来勤めるようなお医者さんを育てるということをやられてますが、この奨学金、県単位で行われている奨学金でも、例えば長崎でも半分以上はそのまま奨学金を返して、都市部の方で研修をしようとか、あるところでは18人中17人が

奨学金を返してさよならしてしまうというようなものが、地域医療再生基金ができて行く前から行っている、今6年生になった方の事例とか、そういう状況になっています。

それについて、奨学金というお金との関係から、今お話があった人と人とのきずなの関係に変えていくことによって、初めて地域医療を担う、今1000人ぐらいの地域枠の学生さんがいらっしゃるわけですが、6年後には、この6年間かけて、お金から人と人とのきずなに変えていくということをしなければいけない。そのための組織として、今47都道府県に地域医療支援センターというものを置こうと、我々要求しています。

ということで、今一番失われているというのが心と心、人と人とのきずなということで、民主党のマニフェストについては、細かいことは書かれていませんが、我々事務方としては、きずなという観点から地域に残っていく。それが将来的な地域医療の再生の1つの大事なことだと、ポイントだということで、今要求をさせていただいています。詳細が決まりましたら、また都道府県、市町村の皆様にもお知らせできるかと思いますが、そういう点について、今日はちょっと報告をさせていただきました。

荒木 氏

文部科学省医学教育課長の荒木でございます。今日は大変貴重なお話を伺えて勉強になりました。神野先生から医療のミッション、アカウントビリティ、それから

辻本さんから患者の納得ということを伺って大変勉強になりました。折りあたかも、私、医学教育を担当しておりますが、その中で医学教育のカリキュラムの見直し、今日の辻本さんや邊見会長にもお願いして見直しを行っているところでありまして、そこでも医学教育の見直し、世界的な趨勢だというふうに聞いておりますが、どうやってプロフェッショナルリズムを医師、医学生に教えていくのか、これに大変どこの国でも、先進国では苦勞しているようであります。

今日のお話、そういう患者さんの思い、それから国民の医療への期待、ミッション、こういうことが果たせるような医療人を、医師、コメディカル含めまして養成をしていきたいというふうに改めて思った次第でございます。引き続き先生方の御指導、御協力をお願いしまして、簡単ですがコメントとさせていただきます。

大西座長

どうもありがとうございます。神野先生には、本当に社会保障制度全般から見た外国の事例等も引きながらのお話、また辻本さんからは、医療現場での電話相談等に基づきます具体的な患者から見た地域医療の問題点のお話、本当にいろいろためになったかと思っています。マクロの見方とミクロの見方ということで、私自身も相当勉強になったところでございます。

また、総務省、厚労省、文科省の担当の皆様方、わざわざおいいただきまして、一言ずつ方向性

についてお話をいただきました。まことにありがとうございました。

それでは、以上をもちまして地域医療再生フォーラムの討論を終了したいと思います。どうも皆様方ありがとうございました。

総括

**(社)全国自治体病院協議会副会長
中島豊爾 (独)岡山県精神科医療
センター理事長兼名誉院長**

全国自治体病院協議会の中島です。私から総括をさせていただきますが、まずは神野先生のお話の中で、非常に力強く思ったのは、ミッションということです。効率化というものを外部に向けた効率化ということは、ニーズにマッチしているかどうかということで、このミッションというものを前面に押し立てている病院こそ自治体病院でございます。そういう点で、自治体病院こそ、この医療の提供というもっとも必要な国民の基本的なニーズに対してこたえている、そういう病院なんだということをもう一度再確認して、今後とも頑張っていきたいと思いました。ただ、改革が遅れば遅れるほど、社会的負担は激増するということで、今後の政治の動き等が非常に気になるところでございます。

絆がどんどん失われていくこの社会をどう変えていったらいいかという点で、辻本さんは、やはりその絆をもう一度取り戻していこうということがベースにあって、今の活動を続けていらっしゃるん



(社)全国自治体病院協議会 副会長
中島豊爾 (独)岡山県精神科医療セ
ンター理事長兼名誉院長

だと思いました。特に8年前と
去年、2度の大きな病気をなさっ
たわけですが、やはりキュアとケ
ア、こういうものが横並びになっ
てきたと、チーム医療が明らかに
その現場の中に浸透してきたとい

うことをお話しいただいたのは、
非常に心強いというか、うれしい
ことであったと思います。

私自身としては、家で亡くなら
れる方が12%になったと、そして
病院で亡くなる人が87%、このよ
うに死というものを私たちの生活
の中からどんどん遠ざけてしまっ
たことが、絆とか、あるいは自分
自身の医療について真剣に考える
ことが少なくなった一つの原因で
はないかと思っています。がんの末期
の患者さんに尋ねてみると、とに
かく死のことを考えないで、周り
に迷惑をかけないで静かに逝きた
いと、これが日本人のがんになっ

た場合の一番多い願いですね。死
について考えないということが出
てくるのは、日本だけですね。こ
このところがやはり非常に問題
で、今後は死についてしっかり考
える、それももう二十歳になっ
たら考えましょうという運動を展開
していく必要があるのではないかと、
また思ったわけでございます。

本当に最後まで御清聴いただき
ましてありがとうございます。
三省の方々も本当にありがとうご
ざいました。

(文責 全国自治体病院協議会事
務局)

要望書提出

地域医療再生フォーラム終了後に
要望書を提出。

(参加者)

(社)全国自治体病院協議会 会長
赤穂市民病院長 邊見公雄

同 副会長 宮崎県 県立宮崎病
院長 豊田清一

同 副会長 島根県 島根県病院
事業管理者 中川正久

同 副会長 北海道 砂川市立病
院長 小熊 豊

全国自治体病院開設者協議会 副
会長 青森県鶴田町長

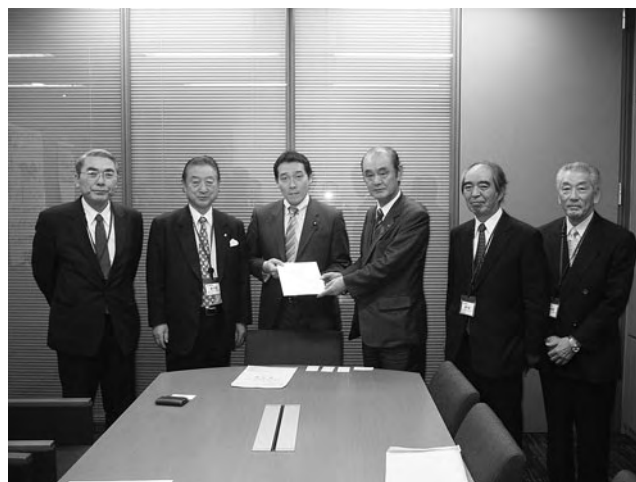
中野堅司

同 副会長 新潟県南魚沼市長

井口一郎



民主党企業団体対策委員会委員長代理
柚木道義 衆議院議員



民主党陳情要請対応本部副本部長・事務局長
糸川正晃 衆議院議員