

平成18年度第2回マスコミとの懇談会

～介護保険・医療保険同時改正のポイントと今後の市民生活への影響～



理事 玉井 修



会場風景

去った9月21日（木）に、マスコミの皆さんにお集まりいただき、介護保険・医療保険改正について懇談会を行いました。まず、玉城信光沖縄県医師会副会長よりご挨拶頂き、実際のポイントに関しては小渡敬沖縄県医師会副会長より詳細なご説明がありました。今回は、平和病院ケアマネージャーの当銘則子さんにも積極的な発言を頂きました。介護保険が大きな流れとして、より緊縮した予算規模の中で運営され、これが様々な歪みを生じつつある事をわかりやすくお話頂きました。当銘さんからは実際の現場でおきている困惑、問題点をご指摘頂きました。マスコミ各社にも我々の抱えている危惧を共有して頂いたものと思います。療養病床の6割が削減され、どのように解釈しても、お金を持った者だけが十分なサービスを受けられるという方向に進んでいます。医療経済についての議論は、ついには終末期医療の話へと話題が転換していきました。

現在の終末期医療の実態に関してマスコミは興味を示し、在宅ターミナルの実態、沖縄的終末期医療の特徴へと話は尽きませんでした。人がいかに老い、いかに死んでいくのかを議論しなくてはいけない時期に来ているのかも知れません。介護・医療保険の問題点を突き詰めれば、最終的には包括的な終末期医療のあり方も論じなくてはならないでしょう。医学的に死をどのように定義するかも未だに議論が分かれている一方で、死とは何なのか、人は死をどのように迎えるべきなのかは重く、しかも根本的な問いであるような気がします。この終末期医療に関しては、別の機会に是非取り上げてみたいテーマだと思っています。

下記に懇談会における質疑を掲載します。

※講演内容は11月号に掲載済の医療に関する県民との懇談会と重複しますので割愛させていただきます。

懇談内容



○仲宗根氏 (週刊レキオ社)

週刊レキオの仲宗根です。

小渡先生のお話を聞いて、結局、医療の基本的な問題に移ってくると思うんですけども、現物給付ということと、要介護の問題のものですね。現物給付というのは本来はお医者さんが患者さんからお金を取らないというものですよね。一般の国民はなかなかこれは理解していないと思います。

アメリカはメディケア・メディケードがありますけれども、約5,000万人の人が保険に入っていないという状況ですよね。

今、いただいたパンフレットの例の中で、将来的に、ちょっと心配なものがありまして、今、民間開放推進会議がやろうとしていることなん

ですけども、混合診療のものにかかってきたこの例を見て感じたんですけども、なんとなく混合診療をこれから含めていってどんどん導入していこうとしている制度じゃないかというふうな感じを私は受けるわけです。

現在ですと、例えば一般の人が入っていて自己負担というのはどれぐらい出ますか。そうすると貧困の人たちだと、なかなかお金が払えないというのが出てきますよね。そういった場合というのは自己負担が払えない人というのはどういう状況になるんですかね。

○小渡副会長

介護度によって支払いは異なりますが、所得に応じて1号被保険者～4号被保険者まであります。1号～3号被保険者は低所得者で、4号被

マスコミ関係者 (順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	比嘉雅人	QAB琉球朝日放送報道部記者	
2	渡嘉敷誠	沖縄テレビ報道部主任	
3	工藤幸男	ラジオ沖縄制作報道部副部長	
4	徳 正美	タイムス住宅新聞編集長	
5	平良秀明	沖縄タイムス社社会部記者	
6	仲宗根雅広	週刊レキオ社取締役	

沖縄県医師会関係者 (順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	小渡 敬	沖縄県医師会副会長	平和病院
2	当銘則子	平和病院ケアマネジャー	平和病院
3	玉城信光	沖縄県医師会副会長	那覇西クリニックまかび
4	村田謙二	広報委員会委員	南部医療センターこども医療センター
5	比嘉 靖	広報委員会委員	東部クリニック
6	下地克佳	ふれあい広報委員会委員	下地内科
7	照屋 勉	ふれあい広報委員会委員	てるや整形外科
8	和気 亨	ふれあい広報委員会委員	南部医療センターこども医療センター
9	玉井 修	ふれあい広報委員会委員	曙クリニック

保険者の場合は一般の所得の人たちです。その場合、施設利用料は食費やホテルコストを含めると、自己負担額が大体10万円くらいになると思います。低所得者の場合でも、概ね3~5万円くらい負担していると思います。今回の改正のように、どんどん自己負担が増えると皆保険制度と言っても、利用し難い状況にあるように思います。

国は、この方式を医療にも導入しようとしているように思われます。こういうことをやりだしたら、今おっしゃったように、お金持ちでないと気楽に医療が受けられなくなり、アメリカ型の医療になる可能性があると思います。

医療制度を財源論で考えると、保険料を上げるか自己負担を増やすか、あるいは診療報酬を下げるか、さらには国の予算をどれだけ医療費に充てるか等、どのような選択をするかによると思います。

○司会(玉井) 実際に金額のことが出ましたけど、当銘さんどうですか。そういうお金をご家族の方は払っていらっしゃるんですか。実際に、共働きが多いという沖縄の現状もありますよね。

○当銘ケアマネージャー



このパンフレットにある例は、在宅の場合に保険を使ってのサービスを使うお金の支払いと、保険がきく分と、きかない分の説明になっているんですけども、ほとんどの場合は、「保険のきく16万5,800円分の中でサービスを組んでほしい。」という方が大半ですね。介護保険はケアマネージャーがいっぱいプランをつ

くって過剰に使っていると言われてたりしていますけれども、実際そういう方はごくわずかで、ほとんどは6割ぐらいしか保険の使用分は使っていないんですね。こういう状況がありますので、今は食費も通所サービスになりますと保険がきかないので、1食当たり350円とか390円とか保険外で支払っているんですよ。それが施設になりますと、もっと大きなお金が動きますので、その点、実際利用されている、生活されているご家族の方、ご本人さんに関しては何とて不安なことであるというのは確かですね。

○司会(玉井) かなり厳しいという状況にあるようです。

そのほか何かご質問がありますか。

○平良氏(沖縄タイムス社)



まず当銘さんに。新予防給付の新しいもので運動機能向上というのがありますよね。これは実際に現場ではどのような状況で、広まっているのかということ、効果が上がっているのかという点ですね。どうもイメージしづらくて、栄養指導と口腔ケアというのはすぐイメージできるんですけども、お年寄りが果たして筋トレというのが有効なのかと、これは何歳くらいまで本当に効果が上がるのかという点ですね。

もう1点は、小渡先生に質問です。アメリカ型の医療制度に移行しつつあるというふうにあったんですけども、もう少し具体的にどういうふうになってしまうのかというのを教えていただきたいと思います。以上、2点お願いします。

○司会(玉井) 当銘さん。

○当銘ケアマネージャー まず、新予防給付

での運動機能訓練の効果。これがまだ始まったばかりではあるのですが、昨年度のモデル事業というのを行政がやったものがありまして、それで効果を上げるために利用者を、対象者を選択していたんです。これが非常に厳しいんですよ。「75歳前後の認知症のない方」、「健康な方」なので、多分効果の上がる方というのは身体的にも、それから、認知の部分でも理解して動くことができるかという部分で限られてくるのではないかなというふうな印象を受けました。

あとは、介護予防になってからは、多くても週2回しか行かないんですね。上限、程度と法律にはなっているのですけれども、実際2回以上すると採算が合わない現状があります。そのため、事業所としては大体2回程度というのを実施しているところが多いんですけれども、自宅でできるように宿題を出すんですよ。デイでは週に2回しかしないので、「家でこの運動をやりましょう」、「楽しくやりましょう」という形で宿題のようにして、いつでもエクササイズできるような取り組みでやっています。

あと、ちょっと補足です。栄養改善です。これが低栄養の方にしか対象にならなくて、やっている方はほとんどいないような印象を受けます。利用者の方は、結構体重オーバーの方が多いですよ。在宅では栄養摂りすぎのほうですね。自由におやつを食べるし、家族とも一緒に食事をするので、コレステロールが高いですとか、血糖値が高いとか、そういう方が多いのが現状です。ダイエットを介護予防のプログラムに組んだりします。

○司会（玉井） 介護予防に関して他にご発言ある先生はいらっしゃいますか。

○照屋氏（医師会）

最近、「貯筋のすすめ」というのがブームですが、沖縄県内のいくつかの施設でも、筋肉トレーニングを積極的に行って素晴らしい成果を上げております。しかし、筋肉トレーニング・パワーリハビリをやってから、さらに痛みが強くなったと言う方も少なくありません。いずれにしても「引きこもり」のよう



に家にずっといて動かないでいるより、積極的にトレーニングをした方がよいという事は周知の事実だと思います。

ところで、「生活不活病」という言葉を最近よく耳にします。「成人病」という表現から「生活習慣病」という表現に変わりました。今後は、「生活不活病」という表現に変わっていくのかもしれませんが、「廃用症候群」という運動器の症状や、「うつ病」などの精神的な症状を総合的に考えて「引きこもり」にならないように、生活が不活化しないように・・・ということだと思います。そういう流れの中で「貯筋のすすめ」というのは、すぐに劇的な効果は出てこないかもしれませんが、介護予防という観点からも、もっと推進されるべきだと思います。

○司会（玉井） ありがとうございます。

介護予防はまだ始まったばかりなので、まだ評価をしにくいということもございます。

小渡先生、アメリカ型の医療に変貌しようということですが、いかがでしょうか。

○小渡副会長 アメリカ型に変貌しようという意図を国が持っているわけではないと思います。ただ、結果として、今回の改正は中身をみるとアメリカ型に近いように思います。それともう1つは、アメリカ型かどうかは株式会社の参入だと思います。先ほど言ったように、アメリカはGDPで14%ぐらいの医療費を使っています。医療にもものすごくお金を使っている。その割に医療費の国民負担率は世界の先進国の中で一番少ない。ということは皆保険ではないの

で、一部の人しか医療の恩恵を受けていない可能性があると思います。そして、支払いの仕組みもホスピタルフィーとドクターフィーに分かれており、医師は技術者であり、病院とは別という考え方の仕組みで行われているので、日本の制度とは全く異なります。それに対して介護保険制度では株式会社を参入させましたが、基本的には皆保険制度とは相入れないように思います。中途半端に、株式会社を介入させたような形になっているように思います。株式会社参入の考え方は、オリックスの会長がやっている財政諮問会議にあるように思います。あのメンバーはみんな保険屋さんで、医療保険に民間保険をもっと参入させたがっている意図がある。だから、そのような裏も考えながらやらないといけないように思います。

介護保険で株式会社を導入して、5年が経ったのだから、国はその成否を分析し、こういうやり方がいいのか、間違いなのかというのを明らかにすべきであると思う。今回の介護保険の改正では、その点が総括されていないのが問題であると思います。今言ったように、別にアメリカ型になっているわけではなくて、結果としては今度の改正はどうもアメリカ型に近いという意味です。

○工藤氏（ラジオ沖縄）



小渡先生にちょっと伺いますけれども、今回の介護保険制度、それから医療保険制度の改正、このままこのような形でずーっといったとすると、やはり非常に余裕のある方と、そうじゃない方とはっきりしてしまいますよね。そこ

で、国、あるいはその地域でどんな対策をとれるのか。あるいは私たち1人1人がそれに対してどういう形でかかわっていったら、より良いサービスを受けられるのか。このままでいくと将来的に大変な不安というのがあるわけですよ。そのへん何かポイントというか、そのへんの目指すものというか、何かございませんか。
○小渡副会長 今の質問は非常に大事な部分です。だけど一番難しい点ですよ。制度をどう考えるかです。どんな制度にしたら一番いいかということですね。

1つは医療の質、中身がよく見えないというのがあるんです。何でかということ、いろんな病院がありますが、一般の人たちがどの病院がいいか分からないということで、どれがいいかと聞かれたら、僕ら医療人でさえ答えようがないんですよ。それは専門家でも、一部の知り合いの先生方は知っていますが、全部知っているかということ、そうじゃないんです。だけど一般の人から見ると、医者はどの病院がいいか知っているように思われているようです。でも実際そうではないです。それを公開していくというのは必要だと思います。だから、我々としてはその公開の仕方を誤解がないようにしたいですね。国が一方的にやると誤解が生じるんですよ。なぜかというのは、はじめから反医療という考え方で医療を見ている人たちがいるようです。そういう人たちが絡むと、公開の仕方によっては、公平にならない場合もある。だからそういうことにならないように、ちゃんと分かるように医療の中身を公開していく。今後はそれが大事だと思います。

それからもう1つは、この制度が実施されると、住居で亡くなる人がだいぶ増えるでしょうね。これは間違いのないと思います。今後は、今までみたいに病院とか診療所に末期になって入院してきて亡くなることはもう無くなると思います。

例えば、認知症というのはだんだん進行すると食事をしなくなるんです。認知症という病気ですから食事をしなくなる。ずっと鼻腔でやる

わけにいかないのです、結局、やむなく胃瘻をつくるんです。胃瘻をつかってそこから食事を入れています。そうしたら栄養は十分で、長生きするんです。アメリカではそれはやらないんです。認知症で食べなくなったら、もう寿命という考え方をもっているようです。だから胃瘻なんかつくらないんです。日本もそういう形に変わってくるだろうと思います。

さらに、現在の療養病床の状況を作ったのは、国の制度的なものもあるんです。療養病床は包括医療で、いわゆるマルメなんです。そのため、出来高払いよりも診療報酬が低く、医師や看護師の数も少ない。そのため、どうしても軽症者を入れたいくなります。重症者を入れると手間もかかるし、医療費もかかるわけです。それを逆手にとって、社会的入院が入っているというわけです。その一方では、特別養護老人ホームは重症がいっぱいいるんです。これはどうしてかという、医療費は別立てなんです。介護料とは別に、治療したら全部出来高で請求することができる。だから重症がいてもいいわけです。そういう仕組みになっています。

今回の改正では、軽症者は点数を下げて介護型に行くように誘導し、医療型の療養病床は重症を診ないと運営が出来ないようにしている。しかし、実際に現在の療養病床の人員配置で重症者を診ることが出来るかどうかです。ややもすると、医師も看護師も忙しすぎて対応が出来ず、辞める可能性があると思います。今のままでは、もっと混乱すると思います。あと何年かすれば時代が変わって、病院で逝くんじゃなくて、かかりつけ医を呼んで、自宅で亡くなるという形になるのかなと、そういう感じがします。

○玉城副会長

今の話も、僕は自分の父や、女房のほうのお母さんとかをみていて、僕のお袋と女房の親父さんはガンだったから、余命いくらということと確実に死んでいったんですね。2人は脳梗塞で倒れて、ずるずると生きていったわけです。

重症者はどこかで見ないといけないんだろうけど、これから我々は最後の死に場所という



か、食べられなくなったら終わりじゃないかなということにもう1回戻るべきではないか。だから僕と女房のときには、倒れて食べなくなったらそれで終わりにしようという話。僕は自分の父を見ていて、女房のお袋さんを見たときには、実はその話をしていたし、女房も見ていたんだけど、現実に施設に預けていて「どうしますか、胃瘻を置きますか」と。「置かないでそのままにしてください」とは言えないというんですね。寝たきりの100歳になってもしょうがないよという感じを、みんなでどうつくっていくかですね。そうすると、必要な人はじゃどうするかということ、またもう1回整理ができるんじゃないかといって…。僕は自分の両親たちを見ていて、自分の場合だったらこうしよう、ああしようとか。それをするための社会のシステムはどうしていくかというのは、今後おそらく1人1人、沖縄県民みんなに問われている問題ではないかなと思います。療養病床が削減されるから慌てるんじゃないくて、死に際、最期の瞬間、年を取っていったときにどういう人生観があるかという大きな問題があるんじゃないかと思っています。

○司会(玉井) 在宅という言葉が出てきましたけれども、徳さん、今、取材されているいろいろなところで在宅ということ考えた設計とか、いろんなそういうふうなものというのはあるんですかね。皆さんも目の前の生活は必死ですか。

○徳氏(タイムス住宅新聞)

私、住宅新聞にかかわっております、今、



在宅の介護の話につながっていくのかな、どうなのかなと思って考えていたんですけども、やはり先ほどの寝たきりになる原因の第3位が転倒・骨折ということでありましたが、早い段階でのバリアフリーの改修であったりとか、そういったものを行いたいと思って、例えばケアマネージャーの方々だったりとか、ご家族だったりとか、そういった方々のご相談は進めるけれども、お年寄りにとっては非常に住み慣れた環境でどうかしよう、頑張ろうという気持ちのほうが強くて、やっぱり変わっていくことに対しての不安が非常に大きいと。あと費用の負担の面というのが一番大きいと思うんですけども、実際20万円のできる範囲というのは、本当にしれています。水回りができるかどうかぐらいです。例えば、その方が庭に出て行って毎日庭の水やりがその方の生き甲斐だったり、ポストに出て行くのがその方の習慣だったとしても、例えば外部の周囲、できる範囲というのは非常にしれていますし。今、県内で多いと思うんですけども、30年前に建てられた住宅等というのは、トイレであったり、お風呂場が外にあるケースも非常に多くて、それを内部に入るとなると、ものすごい費用がかかるんですけど、これに対して水周りの改修費用を市が独自に県と補助費用を出しているところというのは、県内でこの間調べたんですが、本当にわずかです。人生の最後のしめくり方みたいなものを実際に携わっていらっしゃる先生方だったり、ケアマネージャーさんの方々というのは、どうお話をさっていて、実際に対象者の方々、

お年寄りの方々はどこで本当に死にたいと思っているのか。本当に自宅なのか。子供の世話になりたいと思っているのか。そうじゃなくて自分たちで、先生もおっしゃっていたように自立した形で生きたいと思っているのか。そういった対象者の気持ちがおざりにされたまま話が進んでいるような気がして。すみません、とりとめのない話を今してしまいました。

○司会（玉井） 当銘さん、どうですか。何かありますか。

やっぱり、住み慣れた環境が変わるということに対しての不安というか、抵抗というのはお年寄りの方は強いと思うんです。

○当銘ケアマネージャー 自宅にいる間に改修する場合は、ほとんどが自宅ですと生活をしたいという意思が強くて、それで改修をしていきます。けれども、確かに20万円というのは本当に水周り程度しかできなくて、例えばトイレの段差を改修する、全部埋めると、もうこれで14、15万円使ってしまうんですよ。トイレ1室だけで。それにお風呂場も付け加えてしまうと、どうしても20万円を超えてしまう。でも大体そのレベルになった方というのは自分で動ける範囲というのが大体決まってくるんです。なので、ADLで、最低自分の身の回りは自分でやりましょうというレベルの段階でこの改修を進めていきます。だけれども介護保険は2段階介護認定のレベルが上がると、例えば1から4になったりとかすると、また20万円発生しますよね。そのときにまたもう一度改修を進めていくというやり方もします。

あとは、最後までご本人さんは家で生活したいという意思をもっている、実際にみる介護者の方が「もう、これでは家でみれないから施設をお願いします」というふうになる方がほとんど多いですね。

私たちはできるだけ本人さんの気持ちに沿って、「家で頑張りましょう」とご家族にも、私たちもこういうサービスもできます、こういうプランも組めますと、いろいろ提案とかしていきますけれども、実際に一番みているのは時間

の長いご家族なんですね。あとはご家族の方と本人さんとで話し合っていて、施設を選ぶか、大変だけれどもぎりぎりまで在宅で頑張るか、もうケース・バイ・ケースなんですけれども、なるべく私たち介護にかかわる職員は、亡くなるにしても、亡くなり方にしても、それから住宅の改修にしても、家族の介護にしてもご本人の意向を第一に尊重して進めています。

○小渡副会長 今度の介護保険の改正は、介護保険の理念から外れているように思います。介護保険の理念は最初から自主性でした。「お年寄りの意思を尊重します」というのが、一番の理念なんです。それがもう今回は、財源ありきで、実際はみんな制限するわけです。サービスがなかなか選べない。これがいい、これに通いたいと言っても通えないとかね。あるいはこのサービスしかできないとか。今、このサービスをしなければ、寝たきりになるというのが分かっているけど、サービス出来ないことがあるようです。しかし、自主性と言っても難しい面があります。例えば、老健施設は、元々がリハビリ施設で中間施設と言われていました。リハビリをして自宅に帰すには、リハビリできる年齢というのがあります。70代とかね。しかし、全国の老健施設の入所者の平均年齢は85歳なんです。85歳でリハビリと言われても、自宅に戻すには無理なところがあります。老人クラブの人達に老健施設に来てもらい、老人がどう考えているか見てもらったんです。こういうリハビリ施設があるけど、どうですかと話したら、老人は「いや、あと10年したら来るよ」と。だから今は必要ないと言うんです。だけど私に言わせると、元気なうちにリハビリを始めた方がいいと思います。その辺でギャップがあるんです。そういう意味で、自主性と言っても難しい面があります。

○当銘ケアマネージャー そがれている部分があります。予防の方というのはやはりしっかりしていますので、ご自分の意向というのがしっかり言えるんですよ。なので、もっと通ってリハビリして頑張りたいというのがこの介護予

防ではできないような仕組みになっている。思うのはもっと介護認定にかからない段階でこれだけの意識がもっと住民にあれば、認定を受けなくてもいいと思うんですよ。認定を受けないとこのリハビリができないではなくて、認定を受けなくてももっと若い間、40代、50代…。認定を受けるのは大体65歳からというのが一般的なんですけれども、それ以前からもっとこういう運動を盛んにやっていけば、予防なんか必要なくなるかもしれない。

○司会(玉井) 後手後手にならないようにしたいですけど、在宅での看取りというか、ターミナルに関して何か先生方、ご経験がある方いらっしゃいますか。

○下地氏(医師会)



徳さんがおっしゃったように、在宅をするときは患者さんと家族の意思はとても大切だと思うんです。そういう希望がある場合は、そういう在宅も利用できる。中には家族に遠慮して施設を希望するという方も確かにいると思うんですよね。調査で、ターミナルとか、在宅を希望するかということに対して、大体6割の方が希望するとあったんですけど、ただし、何か家族に手間をかけてしまうときがあったら施設に変えたい。「最後まで在宅で希望する」という方は11%ぐらいというのがあったんです。だから、介護を受ける側が、家族に対してかなり本人の遠慮みたいな部分もだいぶあるんじゃないかなという気はします。

あと、ターミナルでの在宅に関して、病院の頃にガンの末期であと1週間か2週間ぐらいで

非常に危ないという場合、10年ぐらい前ですが、家族が希望して自宅に連れて帰りたいということで自宅に帰って看取った場合があります。このときは家族がみんな大勢で最期を看取って、家族もとても満足されていたんですけど、やっぱりああいうのをやると、在宅というのはやりがいがあるなという感じはします。

一方、僕は診療所で内科をやっているんですが、今は診療所でも在宅をやるようにという流れにだんだんできてはいると思うんです。正直なところ、僕は2人ぐらい在宅で見ているんですが、落ち着いた方ばかりです。その中でどうしても不安定になって自分が対応できないような場合には、在宅専門の診療所をお願いをするんですけど、個人診療所ではどうしてもかなり対応するのに限界があるのかなと。在宅専門の診療所というのは是非必要だなと思います。

○司会（玉井） ほかに何かご質問ございますか。あと2つぐらい受けたいんですけども。

○小渡副会長 在宅で死亡した場合に、私はいつも矛盾を感じるがあります。私は警察医をしていますが、医療にかかっている人も、かかっていない人も、家で亡くなった場合、死亡診断書を書いてもらえないと変死扱いになり、警察に運ばれ、裸にされて冷蔵庫に入られます。それを検死するわけです。一生懸命真面目に生きた人でも、死亡診断書を書く医師がいなくて、最期はこんな形になるということに、非常に矛盾を感じます。だから、死んでもなお人格が傷つけられているような感じがして、ものすごく嫌です。そういう矛盾を感じるわけです。本来、家で亡くなったら、そこへ行ってその場で死亡診断書を書けばいいわけですよ。しかし現在のシステムでは、死亡してしまうと死亡診断書ではなく、死亡検案書になるので、このようなことが起こっているのではないかと思います。この点は、改善しないとけないと思います。

かかりつけ医の機能が制度的に追いついていないんですよ。今度の改正で自宅に行って、ちゃんとそういうターミナルを診たら1万2,000点つけることになりましたが、そういうことを

どんどんやらないと。これもかかりつけ医の業務の1つだという形に制度的にやってもらわないと、今みたいな現象を起こすわけです。

○司会（玉井） 異状死とか、変死とか、死亡診断書、また死体検案書という問題があるんですけども、我々、死を扱うやり方が細かく決められているんです。24時間以内とか。それで本来は事件性はないんだけどもと思いつつ、もう死亡診断書は書けないため、死体検案書という形にもならざるを得ないこともありますね。

先生方で何か今の件でご発言のある方、いらっしゃいますか。

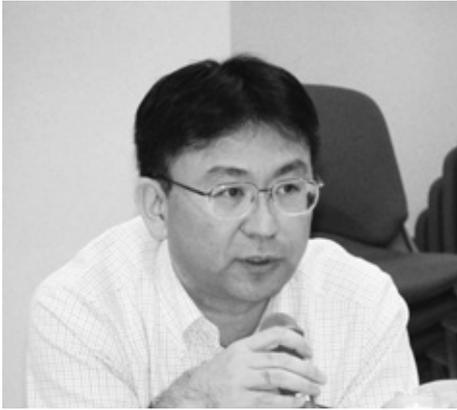
○玉城副会長（医師会） 例えば、ずっと僕らのところに通っているガンの末期みたいな人がいるんですね。それがあ朝亡くなっていたということで、1週間前には診ているんだけど、それで電話かかってくるんですね。どういう状況だったかと。途中でもちろん警察が判定するけど、異状死でなければ診断書を書いてくれるというときもありますね。

在宅で介護するためには、1人の人を見るために人手が3名は必要なんです。そうでないと嫁さん1人がものすごく苦勞をすることになるから、それは絶対できないですね。うちの場合、結局女房しかいないし、もうできないということで兄弟たちが来るんだけど、結局は来たときにちょっと外泊するぐらいしかできませんでしたね。

訪問の看護師さんとか、いろんな方が来るんだけど、その人たち1時間ぐらいでみんな帰ってしまう。残り20数時間は自分たちで見ないといけないという現実があるので、ガン末期の人を見ているときには、家族がいて、できるだけ家で見て、本人が意識がおかしくなっても寝ているような状態だったらすぐ連れて来て構わないと。最期は1週間ぐらいか2、3日で終末期を迎えるから、そのときには我々が見てもいいということもあるし、頼まれて往診して、今晚か明日ぐらいには亡くなるだろうから、亡くなったら電話をくださいということで、それから診断書を書くということもありますね。そのと

きに我々が直接診療所から出ていくことができなければ、訪問看護ステーションの看護師さんをお願いをして、最後のケアをしてもらって、診断書は見ている医者が書くとかという連携は十分できることもありますね。そういうことも何度かやっています。

○和気氏（医師会）



14、15年前に宮古病院に勤務をしていた時期があって、宮古の方々は臨終が近くなってくると入院中であってももう家に連れて帰らせてくれ、畳の上で最期を迎えさせてくれということで、お家に連れ帰られる方が多かったですね。その場合も僕らは24時間以内に診療をしていないと診断書が法的に書けないんですよということをご説明して、いよいよもう24時間もちそうもないなというときをみはからって人工呼吸器を外して、酸素は出せますけれども、連れて行っていただく。最期の看取りは家族にさせていただいて、おっしゃるようにあとから話を聞いて、じゃ何時何分でしたねと診断書を書くようなこともあるんですけども、ただ、その見極めを誤って少し延びてしまうと、やっぱり介護にかかるから人の手って大変なんですね。3日目、4日目になってくるとやっぱり大変だ、先生、病院にもう1回戻してくれと言って連れてきますものね。

○司会（玉井） 　いつのまにか終末期医療の話になってしまっていますけれども、これも非常に重要な話ですから、いつかはやりたいなと思っていただきたいと思います。本当に「介護」と「終末期」は切っても切れない。結局それがまだ法的には、まるで整備されていないというものも

あるということもわかっていただけたなというふうに思います。

○下地氏（医師会） 　質問ですけど、例えば厚生労働省は2025年に医療費が70兆円ぐらいになるとか、今回の療養病床の削減の根底も、例えば、社会的入院が半数ぐらいいるとかいうようないろんな調査報告を出しているんですが、ああいう基礎データというのは出されているんでしょうか。ちょっと何かの本で見たら、日本の厚生労働省はそういう基礎データを出さなくて、いろんな医療経済学者たちがそれぞれいろいろ研究していろんな方針を出すというふうなことがなかなか日本ではできないというようなことを少し読んだ覚えがあるんですが、現実はどうなんでしょうか。

○小渡副会長 　これは全部基礎データがあります。本日は時間がないので出さなかったんですけども、この制度の改正に当たっては国は用意周到なんです。事前に各病院にアンケートを行っています。そのアンケートでは、医師が患者にかかわった時間を調査しています。「毎日診察をしている人」、「週に1回診察をしている人」、「たまにしか診ない人」という見方をしています。それから、ADL調査です。どの程度のADLがあるかというのを調査しています。その結果が、結局は介護療養型も医療療養型もほとんど差がないというのが論拠だったんです。その部分だけを捉えて、今回の改正を行っています。別のデータもあるようです。

○司会（玉井） 　かなり用意周到に外堀から埋めて、もう路線は仕方のないところもございます。ただ、我々ができることは何かということをもた皆様と一緒に知恵を絞っていきたいなと思っております。

では、本日は長い時間の懇談会、どうもお疲れ様でした。どうもありがとうございました。

注釈：話し言葉で議論されているものを、発言者の内容趣旨を重んじながら、簡素化してまとめさせていただきました。

広報委員会