

# INTERVIEW

全国自治体病院協議会 会長 邊見公雄 先生



【プロフィール】 邊見公雄 先生 1968年京都大学医学部卒業。大和高田市立病院、京都通信病院などを経て、1978年 赤穂市民病院外科医長に着任。医学博士。赤穂市民病院では院是に「恕（おもいやり）」を掲げ、高度な医療と地域に根ざしたアットホームなケアの両立を実践した。現在、日本病院団体協議会副議長、全国自治体病院協議会会長、全国公私病院連盟副会長、全国公立病院連盟顧問、中央社会保険医療協議会委員、中間法人京都大学外科交流センター相談役などを務める。

## 医療が、 今、すべきことは何か。

聞き手：山田隆司 社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所所長

### 全員が医療に参加しているという意識を持つ

**山田隆司（聞き手）** 今日には全国自治体病院協議会会長の邊見公雄先生をお訪ねしました。先生が最近発言されている病院医療費の問題などは私も主張したいと思うところがありますし、先生は昨年のへき地・地域医療学会にシンポジストとして出席してくださいましたので、地域医療に従事する協会の会員に、ぜひエールを送っていただければと思います。

まず、先生の簡単な経歴を聞かせていただけますか。

**邊見公雄** 私は、昭和43年に京都大学医学部を卒業しました。それも9月卒業です。9月というと落第したのではないかと思います。全学ストをしていたので皆9月卒なのです。国家試験も10月に受けました。卒業して、非入局自主赴任でどこの医局にも入らず

京都大学で研修を始めましたが、研修が始まって数週間で学生紛争がさらに激しくなって、病棟閉鎖になってしまって……。

**山田** 京都大学病院がですか？

**邊見** はい。そんなことで結局1年近く空白になりました。それでだんだん不安になってきて、外科の手技などは鉄は熱いうちに打たないと駄目なのではないかと考えていたところ、滋賀県の公立甲賀病院に運動部の先輩がいて、うちへ来ないかと声をかけてもらって、レジデントのような形でやらせてもらいました。亡くなった方の剖検や脳外科、泌尿器科の基本的な診断、処置もやらせてもらえたので、その後地域に出てからとても役に立ちましたね。それから、同級生の親友が京都大学にいて、大学に帰ってきたらどうかと言うの

で大学へ戻り、研究に従事しました。しかし、やはり患者さんを治す医療をしたいと考えて助教授に話したところ、舞鶴市民病院か赤穂市民病院のどちらかと言われたのです。

**山田** 卒業して何年目ぐらいですか。

**邊見** 赤穂市民病院に行ったのは昭和53年2月15日からです。卒業して10年目ですね。行ってみると前にいた外科医の先生が頑張っていたようで手術がとても上手でした。しかし、そこの住民の視線が姫路と岡山に向いていて、夜中に来て、手術痕が痛いという人は国立姫路病院、姫路赤十字病院、あるいは岡山大学などで手術をしているのです。痛くて困ったときだけうちに来るのですね。そんなことで症例が少なく、若い先生は金曜日の午後には仕事がなくなり、釣りに行ってもいいですか?と私に言ってきたりしました。

これはいけないと思って、金曜日の夕方にドイツ語の抄読会をしたり、月曜日の朝に英語のAckerman臨床病理学の勉強会をしました。内科医師にカンファレンスと呼びかけたら、人数が少なくてカンファレン

スにならないというので、製薬会社のプロパーの人も入れて始めました。プロパーの人には、食事を提供してくれること(当時はそういうこともできたのです)、医学が分からないのだから質問はしないで見ていただけにすることという条件を出しました。ところが2年目、3年目になったら、そのプロパーは医者と同じくらい胃カメラが分かるようになってきたのですね(笑)。ずっと見ていたわけですから。

それからほとんどの科でその方法を取り入れて、栄養士、臨床検査技師、外来ナース、婦長、主任も必ず参加するようになった。入院した人がどういう手術を受けたか、顕微鏡の写真も示されたりするので、ナースも外来で見ていた患者さんのその後を知ることができて、自分たちも医療に参加したと感ぜられてチーム医療も非常にうまくいくようになった。カンファレンスで、多職種がいっしょに入るとというのがよかったですね。

**山田** 病院の和がとりやすいですね。

**邊見** そのうち、開業の先生や隣の町の相生市民病院の先生も症例を持って参加してくれるようになりました。

## 臨床現場の温度感は医療者にしか分からない

**邊見** 病院の規模は、私が赴任したときは病床数は200強、ドクターは十数名でした。現在ドクターは研修医も入れて68名、病床数は420、老健が50床です。私はこの3月で退任しましたが。

**山田** 先生は、そうすると30年近く赤穂市民病院にいらしたのですね。

**邊見** 院長としては22年。副院長が5年、外科部長が5年ぐらいなので、31年以上ですね。

**山田** 昨年のシンポジウムで先生の発表を聴いて、地域に開かれた病院、住民の人たちにサポートされている病院だと思いました。

**邊見** 自治体病院というのは、市民が必要としなければ

いらないと思うし、10年前に国立病院の独立行政法人化の時に、次は都道府県立、あるいは市町村立の番だと私は思った。だから地域住民を巻き込んでおかなければと考えて、職員にもそう言い続けていました。今は、民にできることは民にという時代だから、近くに私立のいい病院があるから、それでいいと市民が言ったら公立病院は終わりですよ。市民が、市長がどちらを向くかだけですと。

**山田** そうですね。先生から民営化のお話が出ましたが、私自身は、公立病院の指定管理に4年かかわってきて、この4月からまた新しいところにかかわっていますが、病院の医療費の仕組みというのは、営利を目的

に民営化できるような状況ではない。地域の医療を守るという目的がなければ、こんな不採算な事業に参入する価値はないのではないかと思います。

**邊見** 資本投下と回収率を考えると、医療というのは絶対的に不採算です。いろいろな規制、義務が多く、自由裁量権がなくて、かつ、この10年間、大枠で下げる方向にきていたわけです。しかも、国民からの要望、医療の安全に対するクレーム、訴訟の増加など、ニーズは増えていて、こういったことに対して、例えば感染症対策なら各部屋の入口すべてにウェルパス®を置くといった対応をしているわけです。ところが支払側からするとその費用は、初診料、再診料、入院基本料にすでに入っているということになります。

**山田** 求められるものに対応して質を高めようと思うと、コストがかかる方向になる。採血の際にも手袋をはめるところから始まって……。

**邊見** 患者さんが痛いからというので、翼状針を使うと採血料は点数割れする。良質なサービス、医療の質の向上、患者さんのアメニティなどを考えるとどんどん採算が落ちていく。そういう医療界でいいのかと考えるとそうではないと思うし、国民もそう感じていると私は思います。

**山田** 全体の医療費を絞るということで、内容の精査をせずに医療点数全体を徐々に減らしていっているように感じます。療養型病床についてもそうでしたし、医療区分の点数の決め方もそうです。今、誠実に医療を提供している人たちの大半が死に体になるぐらいの状態に近いのではないかと私は思います。

**邊見** おっしゃるとおりです。だからサービスを落とさず、医療の質も落とさず、法律も守ってやることはできないですね。どこかで何かを切り捨てなければ、ある公立病院の大先輩が「法律は破ってはいけないけれど乗り越えていこう」と言っていました。

**山田** 私も公立病院にかかわっていますので、改善すべきところは多くて、無駄を削減する要素はあると思います。ですが一方で、公立病院改革ガイドラインにしても、たとえ見識の高い経済学者が作成の中心に



聞き手：地域医療研究所所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

なっても、経済の理屈だけで医療費のしくみを縛りがちで、切らなくてはいけないところと切ってはいけないところが理解されていない。公的病院でも医師はかなり追い詰められながらも知恵をつかって、精一杯の努力をしていると思うのです。例えば症状を訴えて、まだ何の病気か分からない患者にどう対応するか、医者はリスクを背負いながら決断をする。いい方に行けばいいけれど、悪いほうに行くこともある。そういうことを考えながら、安全を担保しながら、患者さんと信頼関係をつくりながら、治療に取り組んでいく。そういった臨床現場の温度感というのは、医療者でないと分からない部分があるのではないかと思います。

**邊見** 医療関係者でないと絶対に分からない部分がありますよね。DPCにしても、意識のない人が救急で運ばれてきた場合、脳に問題があるのか、低血糖なのか分からないので、いろいろな検査をする。結局原因は低血糖だったということになると、MRI検査は持ち出しになります。でもクモ膜下出血だったら、MRIを撮ってなければ訴えられる。

**山田** そうなのです。

**邊見** そんな矛盾が多いから、やっつけられないという

ことになって立ち去り型サボタージュになるのです。だから、今、開業しようという人も開業は儲かると考えているわけではなく、病院の現状はオンとオフがはっきりしない、365日24時間のコンビニエンスストアの

ようなドクターで、それがもう嫌になってしまっているのです。外科医はどんどん減っていますよ。高久史磨先生も、こんなハイリスク・ローリターンな仕事はないとどこかに書いていましたね。

## 医師がプロフェッショナル集団として意識統一を図る

**山田** 重症患者を病棟で管理する場合、担当した1人の患者の生命のリスクを全部自分が任されたようなもので、何かあったらその責任を問われるわけです。医師の仕事には日常的にそういったリスクがあり、不確実なもの扱っているわけです。こちらが慮らなければならぬところも多く、意識がない人に対してコミュニケーションがとれなくても導いていかなくてはならない。そういった臨床の現場のことが重要視されていない。われわれ医師が専門家集団として意見統一をしていく必要がありますよね。

臨床現場には医療のいやな部分、きつい部分、不透明な部分、誰もが敬遠するような部分がつきものですが、現状は、それを皆が避けて、結局は政策的医療を担う公立病院が多く抱え込むことになっている気がします。

**邊見** 新型インフルエンザが典型ですね。感染者のほとんどを公立病院が診ています。民間病院は診たがらないので、感染患者が1人入院すると、患者数はドーンと減るからです。

九州の200床ぐらいの市民病院では、通常月に2億4000万ある収入が、6月は5000万減って1億9000万になった。奈良県のある県立病院は、病床稼働率が大体90%だったのが70%に減り、さらに患者が入院したら、感染したら困ると言っただけで皆が来なくなった。大分回復してきたけれどまだもとの90%には戻っていないそうです。多分、公立病院は国や地元自治体から冬にはまた病床を空けておいてほしいと頼まれるのです。そうするとその分また赤字になる。にもかか

らず赤字だから悪いと公立病院は言われているのです。消防や警察には赤字だ、黒字だとは誰も言わない。その地域の方々の生命と健康を守るという意味では、病院も同じ仲間です。それなのにわれわれだけは赤字を出したら文句を言われる。矛盾を感じますね。

**山田** 本当にそう思いますね。医師全体がまとまって、医療に対するまっとうな体制づくりをしていない。地域ごとに、二次医療圏ごとにきちんとした協議がなされていなくて、医師も、医師会、公的病院、民間病院、それぞれの利権、権益を守ることに汲々としている。そんな中で医療全体がバッシングを受けて萎縮していく。医師全体のプロフェッショナルリズムが弱体化していると思うのです。

**邊見** おっしゃるとおりですね。ひとつには、医師は忙しいから、自分の目の前の仕事に対応するのに精一杯で、これ以上社会活動をするのが無理だということがあると思います。定年で辞めたあとにも、財界人のように社会に発信するような財界活動がない。マスコミ界に対して常に意見を主張できる人がいないから、インパクトが少ないのです。経済4団体には、大所高所から日本の経済界をよくするために働く人がいますが、医療界にはそういう人はいない。

**山田** 医者は、職業柄、1人の目の前の患者さんに全身全霊打ち込むことで、豊かな気持ちを持てるという側面があるから、何だかそれで贖われてしまう。

**邊見** 職人バカですよ。職人というのは、一所懸命その仕事をして、世の中全体のことはあまり考えない。

**山田** 私も最近管理者的な仕事をしていて感じるのですが、マネージメントする能力、組織でものを考える、組織としてみんなの意見を調整するというのが、医師というのは不慣れなのではないでしょうか。

**邊見** そうですね、同感ですね。だから、院長を22年やっていて、いろいろなことを工夫しました。会議は始業前にする。就業後に会議をすると、時間までに終わらせなければいけないと感じて手術が雑になるから。また、資料は2日前までに配付して読んでおいてもらう。会議に遅れてきた人は発言できない。これは遅れてきた人が蒸し返したら終わらないからですね。会議

の内容や決定事項は部署に帰って報告する。出席できない場合は必ず代理の人を立てて、代理の人が報告する。そのようにいろいろな工夫をして組織として徐々に成熟させていきました。

**山田** 一つの方向に向かって、みんなが同じ気持ちでやっている、組織の方向性や病院の理念をみんなが分かっているなという印象を先生のお話から受けました。

**邊見** 目指すのは高いほうがいいだろうと思いましたので北の佐久総合病院、南の沖縄県立中部病院を目指せというのが私の目標でした。

## 医療を公共財として認識する

**山田** 先生は、中医協にも関係されていて、ここ数年は全国自治体病院協議会のリーダーとして、いろいろな病院の先生方をまとめていくというのは、さぞやご苦労があると思います。

**邊見** 難しいことが多いですね。経営形態がいろいろあることもその要因です。先生のところのような指定管理者、それから全適、一部適用、独法など、いろいろな形が出てきて、会員をどういうふうに指導していくか。管理者が医師でないところもありますから。

**山田** そうなのですか。公設民営の中には、私から言わせてもらうと、そういう形を利用して利益を得ようとしている人たちが一方ではいるし、逆にそういった仕組みを活用して地域に貢献しようと思っている人たちもいる。だから、いいシステムが残っていくようにするには、医師がしっかり発信をしていかなければいけない。経済だけを偏重するような医療経営というのは、とても危険だと思うので、立場こそ違っても地域医療を守るという医師が、切磋琢磨するような議論の場が必要だと思います。ですから自治体病院協議会の役割というのは、国民の医療を守るという意味では、とても重要だと思います。

**邊見** 民間病院に対する優遇策が出て、民間病院がどんどん力をつけてきています。医療も企業だということをやっているわけですが、医療は少し違うだろうという感じがわれわれはしているのですが、しかし、われわれの声は今のところかき消されていて……少数派ですがやっとなら「兵庫県立柏原病院の小児科を守る会」、千葉県の「東金病院を育てる会」「離島隠岐の医療を考える会」といったサポーターが出てきました。野球やサッカー、相撲にはタニマチとか、サポーター、ファンクラブがあって、一番大事な医療に今までサポーターがなかったのはおかしいと私はいつも言っています。

**山田** 医療にとって一番必要な原理は、経済原理ではなくて、地域住民の満足、地域住民の安心だと思いのですね。人がいるところに病院があるわけで、お金があるところに病院があるわけではない。だから、病院に来る人が少なくても、病院の灯が点いているということで、みんなが安心するということも実は大事なことですよね。

**邊見** とても大きな経済効果だと思います。この国の二大基幹産業は、医療と教育です。最近、農業もそうかも

知れないと思いましたが。この国は明治維新以来、ひょっとしたら寺子屋の江戸時代から、どんなに貧しくても、自分は食べるものを食べなくても子どもには食べさせ、着るものを着なくても子どもには着せて、子供の健康と成長を守って、子供にいい教育としつけをしてきたから、こんなに地下資源もまったくない、山と海に囲まれた狭い耕地で細々と米をつくらせている国が、ロシアやアメリカのように広い国土があって地下資源があふれる国と互角にやってこられた。それは人を大事にしてきたから、人がこの国の一番の資本、資源だと思うのです。それなのにこんなに豊かになった平成の時代に、なぜ医療と教育をかなぐり捨てるのか、私には理解できない。医療と教育をないがしろにして栄えた国は、ギリシャ・ローマ以来ありません。医療と教育が国の根本です。

**山田** そうですね。医師が組織としてもっと社会性をもって、ある程度律するような努力も一方では大事だし、もう一方で、国民に公共財として大事だと思ってもらえるように理解を求めなければいけない。両方だと思うのですね。

**邊見** そろそろ総論から各論に入らないといけなと思っています。医師を、今年700人、来年300人増やしても、西川史子さんのような人が増えないとも限らない。ああいった人はタレントで医師免許も持っている人と言うべきで、本来医師でタレントと言うべきではない。医師の活動をあまりしていないのに、医師の1人としてカウントされています。ある程度、こういう人は医師としてカウントしないというようにしていかないと自浄作用がきかず、国民の信頼感は得られないと思います。

**山田** 私は、医師数を単に増やすということでは何の解決策にもならないと思っているのです。しっかりと安心な医療が提供できる地域医療の仕組みをつくる、地域医療を守るような医療政策をして、そのためにも医療費全体を増やすということが先決です。

**邊見** まず医療費を増やす。そして何が崩壊しているか、きちんと診断をする。つい最近まで医師も看護師も足りていたと言われていましたが、今は4万人足りない

という。何のデータの提示もなしにですよ。

私は医学界の会と患者の会がバッティングしたら、必ず患者会のほうに行きます。患者会は敵ではないけれど、誤解がある場合があるので、そこへ行ってその人たちの誤解を解いたらマイナスがプラスになるわけです。プラスやゼロの人をプラスにしてもあんまり意味がない。

**山田** 主役は国民だから、国民の健康や安心を守るために、グランドデザインはこうだと示す。そして悪いところは悪いというべきで、審判は国民の耳に聞こえるところでやればいいわけです。ところが日本の医療というのはなんとなく密室性があって、国民から遠ざけられて、それでまた医者が社会から信用をなくしている。

**邊見** 勤務医と開業医は似て非なる職業だという人も出てきたのですよ。われわれは違う職業なのだという若手の医師が出てきた。これも危険ですね。

**山田** そうですね。私もすごく危険だと思います。今、医師がとても追い詰められていて、若い勤務医もそうですし、日本医師会の開業している先生方も、今後の医療がどうなっていくのかととても敏感になっています。だから医師同士が限られたパイを目標てに對立し始めて、そこに相互不信の構造が進むと……国民の信頼を得て、医療費全体を伸ばしていくように協同しなければいけないのが、なんとなく内向きに医師同士が不信感を持つようなことになると、非常に不幸なことになる。

**邊見** 実際は、医療界というのは、ほかの職種も、ナースや、PT、OT、栄養士、薬剤師、すべてがボランティアマインドが高い人、自己犠牲ができる人が多いですね。

**山田** やはり人を相手にする職業で、そういった現場で見て育ってきたわけですから、悪いやつはいませんよね。

**邊見** 悪いやつならもっとほかの割のいい職種にいくでしょう。

**山田** ちょっと目端がきいてれば、こんな無骨なことは

やっていないですよ。

**邊見** ひと月ぐらい前に兵庫県の豊岡で若い人たちに  
対して講演をしたのですが、「小さい病院や困っている  
人たちがいるところで働くのが、医療者として一番  
の幸せですよ」と話しました。求められるところ、感謝  
される場所で働くのがハッピーで、特に若いときに、  
そういうところで働くのは将来のためになる。今は  
人生、長くなった。昔のように人生50年時代であれば、  
早くいろいろなことをしたいと思ったかもしれないけ  
れど、今は、人生80年・90過ぎの有名な内科医もいる  
ぐらいですから焦ることはありませんと。

それから、行政もインセンティブのつくようなことも  
してほしい。ITやテレパソロジー、テレラジオロジー、  
あるいはテレビ会議など、今はいろいろな手段があ  
る。そういった環境さえあれば、宇宙に行った若田  
さんから見たら、東京も豊岡も同じ一点にしかすぎな  
い、という話をしました。

**山田** 臨床医の仕事は、困っている人、困っている地域、  
そこで自分が求められて、求められることをやって

いくことが真髓に近い。もちろん自分がやりたい医療  
を目指すのは当然ですが、まずは、先生が言われる  
ように、困ったところで、求められることをひたすらやる  
ということが、実は遠回りでもなんでもなくて、一番の  
学びになっているのではないかと思います。

**邊見** 医療というのは、テキストブックより、患者さんから  
学ぶことが圧倒的に多いですね。私も三十何年間、  
赤穂市民病院にいたのは、私が手術をしなかったら  
助かっていた人がいるのではないかという思いから  
です。でもみんな「先生は一所懸命やってくれたから  
いいです」というのです。そうしたら借りができたよう  
で、その町を立ち去れなかった。

**山田** そのお気持ち、よく分かります(笑)。リスクを背負っ  
ても付き合った患者さんが、その心意気を感じて  
自分を求めてくれるというのが、この職業をやって  
いて一番豊かなことですよ。

邊見先生、今日はいいお話を聞かせていただき  
て、ありがとうございました。

