

医療制度の現状と将来（93・4・22）

日野原 重 明（昭7・理甲）

私は現在、聖路加看護大学の学長を務めております。これが正職ですが、平成四年二月末に五百二十床の全室個室の聖路加国際病院が新築されたのを機に、こちらのほうはボランティアですがフルタイムの院長も引き受けることになりました。そしてまた平成五年には四十七階と三十八階の二棟の高層ビルが隅田川畔の病院内の敷地に完成し、一部はオフィスビルとして賃貸に、また一部には聖路加ガーデンと名づけた高齢者のケアつきマンションにしましたが、若い女性に人気の雑誌などではウォーターフロントの東京の新名所として紹介されたりしています。

このように第一段階は終わりましたが、聖路加病院の由緒あるチャペルの保存、聖路加看護大学の新キャンパスの建設、さらには予防医療センター、血液透析センターの設置などが控えており、これが一九九八年に完成すると、過去十五年にわたって計画された聖路加ライフサイエンスセンターが全貌をみせるという次第です。

私が先ほど正職と申しました聖路加看護大学の学長になったのは昭和四十九年（一九七四）でした。まず最初にやろうと思ったことは、日本にはじめての看護大学の大学院をつくることでした。十年間を準備にあて、一九八〇年には大学院研究科修士課程を、また一九八八年には博士課程も整備することができました。

学長と平行して昭和四十八年には民間の非営利事業として財団法人ライフプランニングセンターをつくりました。ここでは、当初、健康教育サービセンダーと健診・診療部門を設け、「自分の健康は自分で守る」ことをキャチフレーズに掲げ、一般の方々に、医療者まかせにしない主体的な健康への取り組みを教育し、また病気の早期発見・早期治療の普及に努めてきました。

ここで始めた画期的な事業は「自分の血圧は自分で測る」ということです。当初は日本医師会や厚生省などから、素人を医学の分野にタッチさせてはいけなさと猛反対を受けたりしましたが、どうして体温計で自分の体温は測ってよいのに、血圧計で血圧を測ってはいけななのか。十分な教育と訓練により、素人であっても正確に血圧を測定できるのだということを実践の上で証明し、いまではこの財団の「血圧師範」と称する方々は、聖路加看護大学の一年生に血圧測定の仕方を教授するまでになっていますし、富山県、島根県、長野県などに出張教授をするほど、血圧測定のプロとして活躍しています。

ボランティアの育成にはいち早く着手しました。三カ月間の講座を修了した方がすでに七百名

もおられ、私たちの財団の事業に協力して下さったり、あるいはそれぞれのフィールドで仕事と取り組んでおられます。平成五年九月には財団の一部門として、神奈川県平塚市郊外のゴルフ場の中に、二十二床のホスピス「ピースハウス」を誕生させましたが、このホスピスの建設にさいしては、用地の提供から資金集め、そして建物完成後にはその運営に至るまで、実に大勢の方々の多種多様なボランティアによって支えられてきました。

私は昭和十二年に京都大学医学部を卒業し、昭和十六年から東京に出て、聖路加国際病院の内科医師として働き出して以来、五十八年の長きにわたって医師として患者さんを見てきました。みなさんは日本の医療の水準は世界のトップをいっていると思っておられるかもしれませんが、内情は決して誇るべきものばかりではありません。私が日本の医療はこうあるべきだ、あるいはこうありたいと考えた小さな試みは、先ほどの財団で実験的に取り組んでおり、一部は行政のレベルにまで吸い上げられていますが、規模や資金の面でどうしてい財団では歯のたたないこともあります。これら大小の日本の医療の矛盾を率直にお話しして、みなさまに理解していただきたいと思えます。

生前医学と有終の医学

医学や看護は、人間の命を扱うものだと古くからいわれたことです。この「人間の命」をい

つからとするかについて、日本と欧米との間には大きな見解の相違があります。欧米では「受胎したとき」が命の始まりと考えますから、日本で容易に行われてきた墮胎に首を傾げているのです。しかし、現在では日本も受胎以降を生前医学の対象とし、とくに遺伝子操作などは生命倫理の問題と深くからみ合せて、新たな問題を医学に投げかけています。

それと対峙するのが、治療の施しようのなくなった末期の癌あるいはエイズなどもつ患者さんへの対応です。現代の医学では、治らないとわかっている病氣、治るはずのない病氣にも治る努力をしています。教授や医長が病棟を回診したあと医局に戻って、「私があんな状態になったら、私には痛い点滴など絶対にしなくてほしい」というような医師は何人もおられます。治るはずもないのに、仕方なしにやっている。たいへん空しい行為です。自分だったら、あるいは自分の妻だったら、愛する家族だったらそんなことはもうしないというような医療を、どうして患者さんにはするのでしょうか。そうしたほうが病院の収入になるからです。

患者さんが亡くなる前には、どんどん検査をし、注射をし、薬を与える。それが全部収入になります。一人の患者さんが亡くなると、何人分もの入院費が稼げるといふ現実があるからです。

私たち人間は必ず死にます。しかし、その死の時の状況は、その人のこれまでの人生の中でも最悪の環境の中で迎えているのです。「家で死にたい」といふのは大勢の方々の希望です。とこ

ろが日本では住宅が狭かったり、看とる人が家にいなかったり、七十三%の方は病院で死を迎えます。

みなさまもご自分が入院されたり、あるいは知り合いのお見舞いなどで何度か病室に行ったことがおありでしょう。廊下には医療器具がそこかしこに置かれて雑然としています。大部屋では食事も、ひどいときには排泄もそこでされますから、いやな臭いがします。それでも病気が治って退院できる人は、数日間辛抱すればいいと思つて黙つて耐えるかもしれません。しかし問題は、そこで死を迎えざるをえないという方々です。

重症室はほとんど外に開く窓がありません。廊下のもの音も否応なく耳に入ります。さまざまな人がひっきりなしに出入りします。そのような状態でゆっくりと愛する家族や友人たちとお別れすることができるでしょうか。プライベートシーもないところで、胸に身を寄せたり、抱擁したりすることができるとはどうか。ひどい時には最後のお別れすらできず、「処置がありますから外でお待ち下さい」と病室から追い出され、冷たくなつてから対面させられたりすることすらあります。

これがGNPが世界一だと自慢している経済大国日本の医療の現実なのです。ホテルやデパート、体育館、コンサートホールの豪華さを競い合っている日本のもう一方の現状です。

劣悪な医療環境

聖路加国際病院は五百二十床の病室が全部個室です。しかし、保険診療をしていますから半分の二百六十床は差額をとってはいけなさとされています。他の病院の三人部屋、五人部屋に入っても、聖路加の個室に入っても入院費は同じなのです。病気がたとえ治っても、次の患者さんが入院してくるまではベッドを空にしたくないので退院の許可を出さない病院も少なくありません。日本の医療というのは、やればやるだけ収入になります。わずか一分間診察しただけでも、といぬいに一時間かけて診察しても診察料は同じです。私が診ても、なりたての若い医師の診察でも同一の料金です。こうなれば病院の経営者が何を考えるかは一目瞭然でしょう。大部屋にして、効率的なベッド運用をして、どんどん医療行為を行う、しかも人件費の安くてすむ医師を採用して、ということになります。

みなさんはこんな内情をご存知だったでしょうか。なぜみなさんが知らないかといえば、医療の情報一般の人に提供してこなかったからです。みなさんがもし知ったら、なぜこんなおかしなことが医療界では行われているのか、改革すべきだと大きな声をあげられたでしょう。

聖路加病院では、国立病院の三倍の医師、二倍の看護婦、三倍の技術士（検査技師や放射線技師、その他）がいます。それでもアメリカの病院の半数にすぎません。表面的にいえば、アメリカの医療費はGNPの一二%を超え、破産状態にあるといわれています。クリントン大統領夫人

のヒラリーさんが大々的な保健改革を唱えましたが、つい先頃議会で否決されてしまいました。日本ではまだアメリカの半分だからといって決して安心できる状態ではありません。というのも、日本では付添料とか医師へのお礼とか、いろいろの接待など明らさまにならないお金もかなり支出されているのです。日本ではあまりに医療費が安いので、どうもお世話になった先生にすまないから何かお礼をとでもいうことになる。それも本当に世話をした看護婦さんには届かない。

日本の医療は、良心的にやればやるほど引き合わない。だから要領よくやるしかない。

聖路加に勤務していた医師が開業しました。勤務していたときには、外来患者は一日四十人以上診るのはいへんだといっていたのに、いまは百人も診るのだそうです。さぞかしたいへんだらうと同情したら、「たいへんですが」と笑顔でいっていた。そういうようにやればいくらでも稼げるのです。また一カ月後に来てくださいよという代わりに、来週来てくださいといえはいい。アメリカでは高血圧の診察は三か月に一回、人工透析は家庭透析が基本で、三か月に一回血液検査のために病院に行けばいい。つまり、日本は検査が多すぎる、その代わり診察料が安いから、検査で稼がなくてはならない。医師の腕が悪ければ悪いほど、手術をすれば輸血が必要になるし、傷の治りは悪いし、病気も長びく。病院もこういう医師を雇ったほうが経営に益するといえるのかもしれない。アメリカではどんな心臓の手術をしても一週間か十日で退院するのに、日本は早いところで四週間、場合によっては八週間などというのも当たり前です。

閉鎖的な医療界

臨床医学がそうであっても、研究の分野は日本は進んでいるのではないかと思われるかもしれません。ではノーベル医学・生理学賞を受賞した日本人医師は何人いるでしょうか。一人もいません。ノーベル賞が設けられた一九〇一年以来、現在に至るまで、日本の大学の医学部出身者はだれ一人として受賞はしていません。医学、生理学賞を受賞された利根川進氏は京都大学理学部の出身です。遺伝子の研究をするには日本のどの大学が適当かと渡辺格先生に相談したところ、「日本の大学の医学部は閉鎖的だから、本当に研究したいのだったらアメリカを推薦する」といわれたという話があります。東大出身者でなければ東大の教授にはなれない、慶応出身者でなければ慶応の教授にはなれないというおかしな不文律が過去長年あって、それがますます閉鎖性を強化しているのです。

東大を卒業した若い医師が奨学金を受けてアメリカのハーバード大学に留学しました。東大とハーバードではどちらが卒業時の学力が上かと聞いてみました。東大では基礎はまあまあですが、臨床医学は全然だめだということです。そこで彼は発憤して十四年間もいることになったのです。いやまあアメリカで四十二歳の若さで一つの教室を主催するプロフェッサーになっています。日本は年功序列ですが、アメリカでは能力があればたとえ外国人であっても、若くてもどんどん機会とポストを与えてくれるのです。

プライマリ・ケアと専門医療

日本の医学教育の問題点に、身体全体を把握できる医師を育てていないということがあります。脳だけ、あるいは心臓だけ、泌尿器だけしかわからない医師が多すぎます。これは日本の卒業教育のもつ欠陥です。六年間の大学教育を終え医師国家試験に合格すると、虫垂炎の手術すらしたことがないのにいきなり脳外科に行ったりするということのように結果だけを急いでとり入れようとしがちなのです。日本の医師は国際学会で発言したりするようなきにも、自分の専門とする土俵に引き入れなければ対等にディスカッションができない。つまり幅広く臨床医学全般に通暁している医師を育てようとしてこなかったためです。

私は昭和四十年から内科の領域では内科専門医制度を敷くべく努力し、ようやく二十年後にこれを確立することができました。医学部を卒業して三年後に前期の試験を受けることができ、さらに二年後に後期の試験を受けます。この試験に合格してはじめて内科専門医となります。そこからさらに心臓専門医、血液の専門医を目指すというのです。最初は大学の内科教授でさえこの制度には大反対でした。臨床より研究のほうを重視していたからです。聖路加にはアメリカ医学の伝統がありますから、戦前からインターン制度がありました。大学紛争のえじきとされ日本のインターン制度は廃止のやむなきに至りましたが、私は聖路加では初代のトイスラー院長の遺志を継いで、レベルの高い教育病院でありたいと願っていろいろ努力してきました。

いま、心筋梗塞の入院患者は聖路加病院が最多数の一つでしょう。心筋梗塞では何よりも大切なのが一刻も早く専門病院に運び込むことです。心筋梗塞の初期症状は心臓が痛くなることだと思っている人が多いかもしれませんが、実は胸痛以外にいちばん多いのは胃痛、吐き気、そして背中痛みです。冷や汗が出てくると少々遅すぎる。何よりも手早い処置が問われるのです。そこで私の病院では救急外来を充実させました。

先日、東大から電話があり、重症の心筋梗塞の患者さんを受け入れてほしいといってきました。東大にはCCUが足りないのです。みなさんも、少しでも異常を感じたら聖路加の救急にいらして下さい。老人の心筋梗塞は無痛であることが多いのです。そしてそのうちに熱が出ます。下熱剤を使っても熱は下がりません。このような心臓の病気に素早く対応するためには、臨床で即座に判断できるような医師を養成しなければなりません。

日本の医療の中でも救急医学が本当に未整備です。日本でサミットが開かれるときにはアメリカは何から何まで自分たちで対応できるように用意してきます。医師と看護婦と救急車、そのほかのかかりつけ医も必ず同伴してきます。それほど日本の救急医療は世界から信用されていないのです。今回の阪神大震災でははからずもそれが露呈されてしまいました。早急に救急医療のシステムづくりとスタッフ養成に着手する必要があると思います。

さて、長々と日本の医療制度の欠陥についてお話ししてきました。ではそれを改善するにはどうすればよいかについてこれから触れることにしましょう。

まず第一は医学部の教育をアメリカのように改めるべきだということです。アメリカでは四年間の専門教育のうち最初の二年は日本と同じように基礎医学についていろいろ勉強しますが、あとの二年は病院のスタッフとして実地に研修をします。この間に医師としてのマナーを身につけます。患者さんを前にして、まず自分の名前を名のります。そしていねいに詳しく問診をします。医療の質をきちんと評価するシステムになっていない日本の医療は早晩減んでいくと思います。「私」と「あなた」との関係の中で対等に患者さんとかかわっていかねばならないのです。

第二は、医師からタツチすべき疾患と、看護婦さんにまかせたほうがいい慢性の病気とをはっきりと分け、医師の独占から患者を解放すべきだということです。糖尿病、高血圧などは習慣病です。習慣をよい方向に変えていけば、治ることはなくてもある程度の健康感をもって通常の生活を送ることができるのです。この分野は看護婦さんに手渡たし、三か月、あるいは半年に一度のメデイカルチェックを医師がするだけで十分です。

そして第三に大切なのは「自分の健康は自分で守る」という主体的な健康管理意識をもつことです。九七%もの国民が高等学校を卒業しているという高学歴のわが国にあっては、正しい情報をきちんとしたシステムで提供すれば、一人一人が確実にキャッチし理解できる能力がある。こ

のパワーを健康保持のために用いない手はありません。医師が診断をする上で欠くことのできない患者さんのこれまでの健康情報や生活環境なども、記載のノウハウさえ提供すれば自分できちんと整理することは十分できるはずです。このように各人の能力と専門性を有効に組み合わせ、効率のよい健康システムを全国的に作り上げていくべきです。

最後に何より大切なのは、人と人々が相互に助け合うボランティア社会の実現です。今回の阪神大震災は本当に不幸な天災でしたが、人間同士の心のきずなの大切さに一人一人が気づいたこととは思わぬ収穫でした。被災した人たちのために何かをしたい、何かせざるをえないとどなたも思ったのではないのでしょうか。聖路加看護大学からも早速数名の看護学生が飛び出していきました。救済物資を送った方、義援金を入れた方、そして何よりも世界の各地からの温かい援助の手に感謝し、自分のできるボランティア活動を考え出すべきではないでしょうか。

医療は専門家まかせでは決してよい実は結びません。享受者である国民一人一人が目光らせ、実態を知り、あるべき理想の姿を目指して発言してはじめて少しずつよい方向に向いていくものなのです。そういう意味で、私の今日の講演をお聞きいただけたのであれば幸いです。

(聖路加看護大学学長・聖路加国際病院院長)

本人註（一九九五年二月追加訂正につき、阪神地震のことにも触れました）