

医療をめぐる諸問題 (97・2・19)

高橋 勝 三 (昭20・理乙)

只今、ご紹介にあずかりました高橋でございます。はじめてこの会に出さして頂いて、いきなりしゃべれという事になりました、大変とまどっておりますが、第一番目に遅れて参りまして申し訳ございません。中央線という所が、なかなか色々やり良い場所の様ですが、人身事故がよくある様でございます。加えて、最近、今、眼科の話が出ましたが、目を患っておりまして、眼がしょぼしょぼしておりますから、お見苦しいかと思いますが、まあ頭の方はまだ幸い、どうにかという事の様でございます。久しぶりで諸先輩の前で――、ちょっと大きな肉だなアと思ったのですが、皆さん、パクパクやっておられる元気なお姿を見て、これは流石に三高だワイナと思っておる所でございます。この中にも、いらっしやるかと思いますが、最近、私の住んでおります小金井の三高会というのがありまして、十数人、十八人位おられるんですよね。それでお前も出て来いという様な話にな

りまして、出て行きましたら、何と大概、私が古希を越えたわけでございますので、大体の会に出て行くと、まあ真中の辺か、少なくとも下の方に座ることはないわけでございますが、一番若い二十年卒業が一番若いのでございました。そういう会で、小金井の三高会も非常に健在でやっておられる様でございます。この機会にご紹介をして、お話を申し上げておきます。私は名刺を刷って参りましたが、只今は武蔵野赤十字病院の院長という事と、それから短大の学長という様なことが主ですが、日本病院会という所の副会長もやっております、これを又、後で皆様方にもお話したいと思うんですが、日本の病院というのは、大体、一万が少し切れる様になりましたが、尤も病院というのは、二十床以上を病院という名称にするということになっておりますから、そういうことで、約一万、少し減って参りましたが、そのうちの二千六百位を組織している団体でございます、まあ日本の病院団体の中では、国公立・私立の大学病院を含めて、国立、自治体立病院、自治体立が、大体、全国に約千程ございますが、そういう病院を含め、日赤・済生会・厚生年金、それから私立病院、そういう各種の団体を含めて、やっておる団体でございます。その副会長ということで昨年から席を汚しておりますが、そういうことで、日本の病院にありましていろいろな問題点といいますが、各界で非常に重要な影響力を持っておられる皆さんでございまして、ちょっとオフレコ的なことも含めて、この席でお話を申し上げてみたい

と思っております。

最初に看護教育の重要性ということを書きましたが、これはご承知の方はご承知とありますが、日本で看護教育というのは、どちらかというと、学問の制度という上では非常におくれをとっていたことだと思います。この看護婦の婦というのはですね、今だに、やはりどうもいいイメージに繋がらない。これを看護職という云い方にしたり、横文字でナースという様な云い方にしたり、色々ありますが、漸く日本でも最近、四年制の大学が四十校位出来て参りました。目下出来つつもあります。国立大学の医学部は、全部、看護学部と一緒に付けると、こういう話でございますし、更に短大、三年制の短期大学に至っては、これは私共の所もそうなんですが、昭和四十一年から認可を受けたわけでございますが、大体、今、日本では六十八位あると思います。こういうことで、看護婦の高等教育、これは全部、文部省に係所属するわけでございます。そういう看護婦の高等教育というものも、大部、進んできたわけでございます。今だにいわゆるお札奉公だとかいう様なことで、云われる様なですね、殊に医師会さんの名前を出すと、しかられるかも知れません、医師会のサポートを受けてと申しますか、これはやはり身近な人を、なるべく簡単に安上りに、安上りにと云ったらしかられるかも知れませんが、まあ働きながら、やっってもらうという様なことですが、その他に、いわゆる専門学校と称する厚生省に所属す

る各種学校が、これ又沢山、うんとございます。今、正確な数字で申し上げられませんが、うんとございます。

こういうことで日本の看護教育が、歴史的いきさつもあるんだと思いますが、非常にバラバラで欧米諸国並に考えますと、一番やかましいというか、進んでるというか、進んでるんでしょうかね。そういうことで、やっつけられるのは、やっぱりアメリカだろうと思います。それからヨーロッパ、いろんな意味で伝統も持ってますが、中世をかなり未だ引きずってる所もある様に思います。そして不思議なことに、アジアの諸国が、この学問の制度としては、早くから四年制の大学を作ったり、大学院があったりというわけで、日本の看護婦もそういう所に出て行ったりすると、学問の制度の上では、ちょっと引けめを感じたりという様なことでございます。看護婦の問題を今ここで、ぐじぐじと少し申し述べますが、これは恐らく皆様方のお年になられると、やっぱり看護婦は大事だなアという実感を恐らく持たれるはずだと思います。確かに医療というのは、これから後で、いろんなお話、申し上げなければなりません、医療というのはどうも、やっぱり若い人は、私も元々外科なんです、切ったはったとかですね、それから難かしい道具を持ってきた、こゝうやっていじくり廻して、血を取ってどうするこゝうするこゝうするといふ事をやると、何だか進歩している様な感じがするんですね。それで若い人が、プライマリーケアのことを云って

も、なかなかそういう所にふり向いてくれないという事情がございます。皆様方も段々、それらしきお年になりますと、なるべく血は沢山取らないでやってくれる様な、よく話は聞いてくれて、それで適切な所を、ぼつと碁、将棋、私も詳しいわけじゃございませんが、ある盤面を与えられたら、最高の手というのは一つしかないと思うんですが、まあ、よく聞いてなるべく損害は与えないで、血取ったりなんか、ぐじぐじはしないで、最高の手をぼつと打ってくれるのがあれば、一番いいわけですよ。そしてそれが、もしうちではこれ以上の事は出来ない、この事についてはあそこが専門だから、あそこに送ってこういう医者があるから、こうやってくと、これが一番なわけです。恐らくは皆様方は、ぼちぼちとそういうことの重大さを身をもって感じられておることではなからうかと思えます。

更にもっと云えば、看護婦という職業の、看護婦の重要性和、これ殊に入院なんかの場合ですと、一番、四六時中付いてるのは、結局、看護婦ですからね。これがいいのに付くのと、付かないのと、当ると当たらないので非常に大変だろうと思えます。うちは大体五百ベッドの病院なんです、それなりに動いてると思つていますが、C4の病棟といいますが、有料個室で皆、それなりの設備もしてあるという個室でございますが、その中でやっぱり婦長さんと云えば、それなりの力量も持った人ですが、とうとうあのおじいさんは最後まで、口きいてくれないかと思いましたが、帰る前の日位から、ボソボソと話をして

くれましたと云つて喜んでた看護婦、婦長がいましたが、私なんかどうも段々、ああいう風になるんじゃないかなうかなと思つたり、皆さんの中にも思い当られる方があるんじゃないかなうかなと思いますが、いずれにしても、看護婦というのは一番身近かな者でありまして、一般医と云いますか、そのこと。それから後で又、触れなきやなりません、日本で開業医というのを、まあヨーロッパなんかでもそうですが、私は実は、長期にフランスに二度程おりましたものですから、フランスから安い勲章も、もらつたりした様な事もある様なわけで、私の話、ヨーロッパというのは、主にフランスの話が中心になると思いますが、まあそういうことで、プライマリーケア、その糸口をつけてくれる様な医者というのは、非常に重要なんですけどね。これがどちらかと云うと医者の世界の中では、お前もとうとう開業か、とか、教授から「お前開業するのか」と云われたと、こういう具合にどちらかと云うと、バカにされるといふ悲しみがあるんですよね。それから病院で云いますと老人病院、この中に経営されてる方、いらっしゃるかどうか、わかりませんが、「お前の所も、とうとう老人病院か」といふ様なこと云つて、何か医者の世界では、ちよつと並より下がる様な感じのことを云うわけですが、本当はそのプライマリーケアをやるというところが、非常に重要なわけでありまして、老人病院を何だかんだ云いまして、私の所は、今、病院で五百ベッドと申しましたが、小児病棟がございます。子供の常時、三十

三十五人位は入ってますが、それから、お産が割合に多い。年間に千三百〇千四百ございますから、そういうお産する若い人も入っています。

それでですね、六十五歳以上率、老齡化率もですね、これがご承知の様に今、日本は十四・五パーセント位ですよ。我々の病院でいきますと、六十五歳以上率というのが、大体三十三パーセント、三人に一人は年寄りですよ。そして七十歳以上率というのを出しますが、これが大体二十七パーセント、私共の様な平均在院日数は、今朝もちよつと診て来ましたが、十四・八日位ですから、大体、在院日数が二十日を切る様な病院というのは、相当忙しい。トットコトットコ動くという病院なわけですが、そういうことで我々の様な病院でさえ、老齡化率というのが、そういう数字になって参ります。八十歳・九十歳という様な方が入院されると、これに七十歳位の息子さんが付いておられたりして、あの方に付添いが要るんじゃないかなアと、こういう話が出る位の所で、ま、そういうことでございますから、一般病院で六十五歳以上率が三十パーセント、四十パーセントというのは、当り前と云っていいと思います。六十五歳以上が六十パーセント以上になると、自動的に老人病院にさせられるという所でございますが、老人となりますと、元気な様でもいろんな所に故障があったりするわけですから、これは無理からん話だと思っておりますが、ま、そういうことで老人病院というものも、当然、出来てきて然るべきだし、又、我々も

病棟で非常に気を遣うのは、今の個室は何かの場合です、私共の所では私なりの工夫をして、扉が小さいのと大きいのとありまして、小さい方の扉がちょっと開く。半開きになっていて、廊下を通りながらも、ちらっと見える様になってるんですが、プライバシーという問題もございます。中には駅でやつてる様な真中のステーションで、その動静を把握してるといふ様な所もございますが、プライバシーを守るといふことと、安全にと云いますか、だれも気が付かないうちに、亡くなっていたといふ様なことは、病院としては一番避けたい事でございますから、そういう所で、色々、苦労があるわけでございます。

少し脱線しましたが、看護婦の教育でこれには比較的三高の先輩が関係してられるですね。福田邦三先生、東大の僕らも生理を習った先生ですが、イギリスに留学しておられた今、生きてられれば九十の上じゃないでしょうか。福田先生とか日野原先生、聖路加のですね。ああいう方々、看護婦の重要性といふこと、看護婦教育、非常にやかましく云われたんですね。私なんか東大で看護科が出来たと。へー、そんな時勢になるのかナーという様な感じでしたが、段々とその重要性がわかる様になってきますと、やはり先達はしっかりしたもんだなアと。東大でも衛生看護学科とかいふの出来ましたが、千葉が早く作ったんですね。それから高知で家政学科と一緒に看護学科といふのありました。日本で大学教育のはじめというのは、その辺でございます。一番、問題なのはいわゆる医師会

立で、ちょっとした規模でやっておられるというのは、色々問題があるわけで、殊に今の医療の場ですね。昔にくらべると、薬にしても治療にしても、検査にしても、どういいますか、一方から云えば、切れ味がいいわけですが、一方から云えば、ちよつと目をぬくと、危険を伴なうという様なことがあるわけです。従いまして毒にも薬にもならん位の薬を出してゐるには、いいわけですが、やはり切れ味のいいものになりますと危険を伴います。例えばこの中でも、こういう話を是非しておいた方がよろしいかと思いますが、年とってから、私も七十でございまして威張つて云わして頂きますが、年とってから痛み止めを飲むという時に、空き腹に飲んだら絶対いかんのですね。これは痛み止めの薬というのは、必ず胃に悪さをしますから、相当ひどい場合は、急性の潰瘍が出来たり、出血をしたりで、手術をした経験もあります。これ皆、老人ですよ。ですから必ず、食後、食べた後に飲むということ、あるいは大量の水と飲むとかですね。それからどうしても、夜寝る前に痛み止めを使いたいという時は、私は坐薬を使うんです。そういうことで、痛み止め一つを取りましても、切れ味はいいんですが、絶えず危険を伴っているという事です。

従つて看護婦教育も、相当、やはり知識というか、経験というか、しっかりしたものを持つてなきやならんわけでございます。ところが今、盛んに議会あたりでも論議されてい

ると思いますが、日本看護協会というものがありますし、日本医師会というものがありますし、これに対して日本病院会はじめ、病院団体がございます。病院団体の意向としては、やはり看護教育は、ある程度、正看にという線、揃えなきゃいかんのじやなかろうかという事でございますが、まあ、準看という事も、日本の看護婦の半分は準看なんです。これがまあ、殊に、仕事をしながら身につけるといふことで育つもんですから、色々と問題を起しているという事も事実であろうと思います。次第によくなりつつありますが、看護婦の教育という事について。それから最近、段々、看護婦が辞めなくなりましたですね。看護婦の人材不足ということが、一時、非常に大きく云われまして、確かに看護婦の手が非常に要るわけですが、仲々、難しい状況がありまして、看護婦の方から云うと、看護婦長・総婦長というのも、この頃、病院組織の中では、仲々いばつておられます。そんなこと云われても人の配置は出来ませんよ、とこう云われると色々困るものですから。それから看護の方の責任者という事で、やはりそれらしき地位をしめる。又、その代り、病院の運営とか経営とか云うことに關しても、相当なやはり知識・経験・指導力を持つということも、又、非常に重要な事だろうと思うんですが、例えば、私共の病院で医者が百三十人居るわけですが、これを含めて九百三十人職員がおります。そのうちで、四百二十人位は看護助手を含めてですが、まあ大体看護職ですよね。半分が看護職と云っていいと。この

大体、給料がですね、二十七・八パーセントでした。持ってゆく給料が。これが今、大体、三十二・三パーセントという所になってきました。一時、看護婦が足りない。どんどん増やせ。施設も作れということをやったわけですが、都立・東京都の系統で看護婦を養成しなければならぬと、これは卒業したら東京都のどこかに就職してくれば、授業料は免除する。教育に関する金は要らないとこういう事で、大体、年間に千名養成しておられるわけですが、これが実に今、八百人位は、もう、都立病院では収容出来ないんですね。こういう公的病院、自治体立病院とか国立病院というのは、年金がなかなか良ろしくございますから、一旦、坐ったら仲々、この頃お辞めにならない。平均年齢が、もう三とか四十近くいく。おばあさんにだれか付き添いが要るんじゃないかという様な年の看護婦さんも確かにいらっしゃるわけです。まあ、そういうことで東京都のねらいとしては、当然、都の病院を対象にされるわけですから、都立病院を対象にされたわけでないですから、それはそれで充分目的を達してるわけですが、とにかく私共の所にも都立の養成施設を出られた方が試験を受けに来られると、こういう状態にございます。

看護の重要性ということについては、まあ、充分にそれなりに経験をお持ちでしょうし、私が若い頃、居りましたフランスなんかの例を見ますと、公的病院は午前中しか仕事しないですよ。午後はクリニックという所へ行って稼ぎに行くわけで、これあんまり大き

な声では云われませんが、先生達はホスピタルでトレーニングに来て、午後はクリニックに行つて稼いで来ると、こういう悪口が云われる位です。それも故なしとしないなと私は思います、それで結局は、かなり看護婦がオーダーなんかも書きますし、医者がそれを見てサインして、チャツチャツとあつこれは良からうと、てなものでありますから、二十四時間本当に接触してるのは、看護婦だということであります。優秀な看護婦を育てるということは、今後とも重要な事ではないかと、殊にそういう道具にせよ、薬にせよ、注射にせよ、非常に芸が細かくなつていますし、そして仲々、切れ味のするどいものを使うもんですから、充分な知識とそれから充分な経験が要求されるわけでございます。看護教育の重要性という事を一つ述べさして頂きました。その次にプライマリーケアの重要性という事について、これは先程来、ちよつと申し述べましたが、いま医療費の問題、非常にゴチャゴチャとやっております。日本位GDP費で七パーセントですよね。アメリカなんかは十三、四パーセントいってると、ヨーロッパ諸国は十、十二パーセント位はいってると、日本よりも悪いとか低いのがイギリスなんですよね。イギリスは六パーセント位じゃないかと思いますが、あそこは又それなりにきびしい事をやっていて、例えば五歳位の子供が心臓が具合悪い。手術せにやならないし、手術するには半年待ちがありますね。リストには載せておきますけども、と云ううちに亡くなつちやつたという事件があつて、イギ

リスの医療は何してるんだというのですが、今、かなりこの話も先しておく必要があるかと思いますが、医療が国営に近いというのは、イギリスはそうですが。それから北欧の諸国ですね。北欧の諸国は高福祉・高負担といいますが、税金がかなり大きいですね。要するに医療が国営に近いのは、北欧諸国、イギリス、それからイタリアですね。こういう国々は、もう国営に近いです。保険を主として、やってるといのが、ドイツ・フランスでありまして、最近、厚生省その他、医師会その他でドイツ・フランスを、ちょっと勉強に行つて来い、てなことで、レポートが出たりしたのはご存知と思いますが、これは尤もな話です。保険を主体にしていますから。アメリカはどうかと云いますが、これは自由医療と云つてもいいですね。勿論、非常に進んだ立派な技術、進んだ治療をしていると思いますけども、保険がなくて、治療が受けられない国民が三千八百万位いるんですが、それでクリントンの奥さんが、いろいろこれは、どうしても皆保険をやらんとイカン、ということで、一生懸命、骨を折りましたが、結局、ものにならなかったんですね。それから、アジア諸国、韓国、台湾、みんなぼつぼつ皆保険はじまっていますが、アジア諸国がどうかと云えば、まだ自由診療に近いですね。で、日本はそういう意味では、非常にうまくやっていると云いますか、日本はどうやって、あの位の費用でやれてるんだろうかと、盛んに云うわけですが、医師会さんの方から云わせれば出来高払い、お陰で医療保険制度が

非常によくつて、これで女性は八十二歳まで生きる様になったし、男も七十八歳まで生きる様になったし、これは日本の医療制度が非常にいいからだ、こういうわけですが、それはそればかりとは云えないと思います。

日本の国力、経済力、衛生設備いろんな点がよくなってきたわけで、医療も一つ、それに加担しただろうと思います。そういうことで日本医療制度は、確かにそう悪くない制度をやつてると思いますが、しかし今、国・国と申しますと税金ですが、大体医療費で申しますと、国の負担が大体、二十五パーセントですよ。これがドイツ、フランスなんかは国がかなりおせっかいはしますけれども、でも国は金出さないんですよ。保険者と病院でやつて下さいと、こういうわけでございます。日本の場合は二十五パーセント国が出して、いまして、その代り口もどつきりとお出しになるというスタイルでございます。そして保険が大体五十パーセントから六十パーセントですかね。そして自己負担が十五パーセント位、そういう形になっておるわけですが。ですから保険者、国、それから被保険者と申しますか、患者さん、まあ医者側の、こういうものが四つともえて、これ、そっちの負担でそっちにせい、こっちにせい、てなことで、まあもみ合いしてるわけです。今ももみ合いしてると思いますが、それでですね、非医療関係の方々、医療関係を除いた、いわゆるお役所関係、それから保険者の関係で申しますと、一番やはり、そう云ったって医療は無駄

してるじゃないかと。この所へ行ったら、レントゲン撮れと云われた、どうも気になる肺ガンじゃないかと云われて、どうも気になるから、又、別の所へ行った、そこでも写真とった。どうもちよつと、陰がある、あやしいと云われた。とうとう七軒行っちゃったと云う人がある。そして最後に、やア、これは大丈夫ですよと云われたと云うんで、あの人が一番名医だろうと、こういう話になったという話もあるわけですが、まあレントゲン位ならまだしも、今、CTとかMMRとかいう様な、いろんなコロコロ、コロコロあつちでも、こつちでも、やられたりしたら、かなわんじゃないかと、医者は何やつてるんだと、これは充分僕は有り得ることだと思えます。そういう点で例えば、スウェーデンなんかの医療をご覧になると、実に鮮やかと云っていいんですね。プライマリーケア・セカンダリーケア・ターシャリーと、例えば脳外科の手術すると、心臓の手術するなんてったらもう三次にいかざるを得ないんですね。直接にはいかれませんがそれぞれ、エマージェンシーは別ですよ。そうでないのは、みんな紹介状もらって行かなければいけませんからつまり簡単に申しますと、プライマリーケアがしっかりしていて、そしてシステムがしっかりしているということなんです。これは、私が云うことではなくて、WHOが、もうとうから云い出しているアルマター宣言って云ってることが、まさに、私もその通りだと思います。

この頃、医療々と云うなと云う話も、皆さんお聞きかと思いますが、保健つまりヘルスケアですね。健康増進、健康増進というのは、少し欲ばった考えじゃないかなという気もするんですが、とにかく体を毀さん様にしようじゃないかと、健康保持ということ、この事に目を使いたい、そしてこわれたら、外来段階でやること、更には入院段階でやること、それから今度はリハビリテーションがあつて、そして家庭復帰、職場復帰とまあ、こういう事があるわけで。この頃ヘルスケアという云い方をするんですよ。医療という様なこわれたものを治すというだけじゃ困ると、そういう発想でなくて、ヘルス、ヘルスケアという事でやってくれと。確かに医療というのは、こわれたものを治すだけのまあ、云つてみれば、修繕屋みたいなものですね、確かに。ですからトータルにヘルスケアを診るという事が非常に重要になつて参ります。プライマリーケアというのは、プライマリーケアフィジッシャン、これ私がよく云う事です、内科と云つても、この頃、私は循環器専門でございますとか、何とか専門でございますと。これもちよつと皆さんにお話してきますが、昭和四十年代が医者が不足で困つた頃があるんですよ。あの頃に育つた人が、今は方々で部長クラスになつてます。で、この人達がどちらかと云うと、僕の表現に従えば、甘やかされて育つてますね。人が少なかったから。私は循環器だけやります。こだけやります。私はここだけは診ますけど後は知りませんで。私がうちの病院

なんかでも、医者が百三十人いるわけですが、やはりなる程専門家が沢山いて、ピークは沢山あるだろうと、しかしこの谷間に落ちる患者さんというのはいるよ。そういうことのない様にしないといかんということを、私はやかましく云うわけですが、確かにどうかすると、この辺の具合が悪いんですが——ってなことで、まあ鳩尾の辺でも指されると、そりゃあ消化器だ、じゃあ胃カメラもやってレントゲンもやって、よく調べなきゃいかん。じゃ来週やるから来なさいってなことで、いろいろ調べてくれたけど、どうももうちょつとこっちの上の方、背中の方も痛かったりする、まあ、循環関係かも知れないなアと云うんで、循環器に廻したら、あつこれは立派な心筋梗塞ですよ、危ない所でしたねという様なことが起こるんですよ、実際にね。そういう事では困るんで、最近、総合内科とか何とか云われて育ってますが、大体、昭和四十年代が、いま部長になってるから、その医者が、どちらかと云うと、甘やかされて育ちましたね。で私はこれしかやりません。昔は当直でも、うちの病院なんか、今、八名当直いますが、前はそんなに病院の当直いませんでした。いろんなこと診させられたんですが、例えば小さい病院にしましょう、五十床、百床の病院で当直一人ですよ、普通。大人を診る人、いや子供なんかは診られません。殊に新生児なんか、とっても診られません。小児科の人が当直してたら、今度、心臓の病氣、あつそんなもの危なくて診られませんと云う。で皆、沢山置かなきゃならん様になってくる。

そういう事で、その谷間に落ちない様にするというのが、私も願いなんです、そこでですね。アメリカなんかでも、八割が専門医なんです。専門医の方が給料いいわけですから。そこで八割がなって、これじゃ困ると、例えば外傷一つとってみましょう。頭・脳外科の専門医、胸部外科の専門医、腹・骨・整形外科の専門医いると。これだけでもお金が十分かかりますからね。ですから八割専門医でやられたら困るというんで、アメリカも一生懸命、鉦やタイコをたたきましたね。鉦やタイコをたたいたんだが、ファミリーメディシン、ファミリードクターとかですね。プライマリケア・フィジシャンとか、色々の事やりましたが、私が聞いている範囲では又、どうも少しずつもどりつつあるという感じを聞いてます。ヨーロッパも同じですね。ヨーロッパでこういうこと、余り書いてありませんけども、フランスなんかの例で云いますと、エクステルヌは、この頃、全部やられる様になりましたが、アンテルヌなんか、病院の中に住んでますからアンテルヌというわけですが、アンテルヌ、昔、私らがいた頃なんか、23歳位でアンテルヌの試験通ったりすると、新聞に出ましたナ、ヘエーてなもんですが。とにかく選抜制度のほげしい国で、まあそれやるわけですが、ですから、そういう風な受かったのと、受からないでというのは、画然たる区別なんですよね。ですからプラクティシャンでなことになりますが、GP、ゼネラル・プラクティシヨナーという云い方もしますが、それといわゆる専門医というのは、確かに

して専門医が家庭医になることもないし、家庭医でちよつと夜だけ自分で少し収入得るために、そういうのやるのいますが、まあ原則として、病院で働く医者は、病院で専門医の道をたどるわけで、それはもう画然たるものですよ。そういう意味で、私はむしろ日本の所謂、開業医さんの方がいいと思つてます。ヨーロッパの連中よりいいと思つてゐるんですが、しかし日本にも問題はあるわけです。それはこれからお話しますが、それでヨーロッパは、どういうことをやつたかと云うと、やはりプライマリー・ヘルスケアをしっかりとしなきゃいかんということで、本来に開業医さんの優秀な人をちゃんと教授にすえたんですよ。ああいう事が日本では仲々やれないですよ。

今度、私も四月十九日に病院研修会で、厚生省がらみで五百人位の集まりをするんですが、これなんかでも、結局、如何にしてプライマリーケアに目を向かせるかという事なんです。日本では少なくともプラクティカルプロフェッサーという制度にしようということとは云つてゐるんですが、この中にもプロフェッサーやられた方、沢山いらつしやるでしょうが、殊に医学部というのは、やっぱり体質が古いですよ。これは洋の東西を問わないかも知れませんが、非常に体質は古いです。まあ保守的にならざるを得ない面もあるうと思ひますが、仲々保守的です。ですからそういう所で、プライマリー・ファミリードクターというものの養成として、プライマリーヘルスケアの養成として開業医さんの優秀

な人を呼んできて教授にすえるということしたかという、フランス・イギリスは少なくともやってますよね。日本じゃ仲々そういうことになりません。それでヨーロッパでも一生懸命そういうことをやって、家庭医を養成しようとしているわけです。優秀なヘルスケアから始まってリハビリに至る、まあ私流に云わせれば耳鼻科だの何だのと、色々の横の専門医があるとすれば、縦の専門医であると思ってるんですが、そう云った意味で優秀なプライマリーケアの人。日本ではその点はですね、今、開業している人、前、何とか病院で外科部長だったそうだよ、とか、前、大学の講師してたけど、今、開業してるんだけどね、てな事もあります。従って質はヨーロッパと比べた場合、悪くないと思うんですが、しかし日本の場合に、ちよつと困るのは、専門性が強すぎるんですよ、ですから今、盛んに段々出て来た事は、グループプラクティス、四つ位一緒にしようじゃないかとこれ、昔の共産圏の国なんかは、国がそういうものを作ってやって、四つ位コマにして、どうだ開業医さん、この中に入る者いないか、それで手を挙げたら、その中に入れてやると。そういうこともやっていましたが、要するに今の日本の開業医さんは、質的には決して悪くないと思いますが、非常に専門分化が強くて、私は神経内科の開業医です、てな事になってそれが、本当にそれでプライマリーケアの役目が果たせているのか、という疑問がありますね。今、私共の病院も、大体、入院が五百、ベッド五百に対して患者さんが毎日二

千百人来られるんですが、これが私はちよつとやり過ぎだと思ってるんですが、しかし内心ではですね、やはり出来高払いとなりますと入院の方は「はこ」ものですから、もう数限られてますから、どうしようもないんです。収入をのばそうと思えば、外来に頼るしかないんですよ。外来もこの頃、お役所も段々締めて来られましたが、そういうことで日本の病院でも、幾つかの良心的なといいますか、どこから金出されるんかわかりませんが、頑張つてうちは外来の患者さんを減らす、それは要するに紹介制のわけですよね。紹介の患者さんだけを診るという風にして、病診連携という事が、ある意味で育つてゆくという事は、私はある意味で非常に重要な事だろうと思います。

プライマリケアでしっかりしたプライマリケアー、それはですね、やっぱり僕ら外科医ですが、見ててですね、あの先生、これどうやって見つけたかなア、たまにはまぐれ当りという事あると思いますが、しかしどうやってこれ見つけたかなアと思う程、我々が見て、やっぱり開業医さんを評価するという事ありますよね。逆に又、向うから云わせれば、この間あそこへ送ったけど、何とか……ぐじゃぐじゃして、ああいう所には二度と送れないナとかいうことあるわけです。これは相互に何となく評価するわけですが、そういうことで例えば直腸の癌なんかでもね、小さいうちに取ればちゃんと直るわけです。この話もついでにしますと、胃癌とか、大腸の癌もこの頃、多くなりましたが、この辺はちゃ

んとやれば、長生き出来ますから、私も上から飲むのをやっぱり二・三回やりましたが、医者も皆んな検査やってみるといいなアと云う人もある位です。一辺、お尻から管入れられるのも、あれやってみないとやられた人間でないとわかりませんよ、という様なことで、私は、まだ下からのものは、やって頂いておりませんが、これはすっかり下痢をしなければならんものですからねエ、ちよつとこれはきついなアと思っておるんですが、それで一生懸命検査は、時々、調べてこの頃、肉を食べても何ともありませんから、人間の血だけわかる様になってますから、便だけはちよいちよい。ちよいちよいと云つても半年に一回か位でしょうが、診ております。それで癌もですねエ、脾臓癌とか何とか、まああんな所へ出来たらもうお手上げですね。一センチ位の見つけて、どうするこうするっていうのあります、非常に苦しい検査もしなければなりませんし、CTとか、MRIとか云う様なので見つけれられる分にはいいですが、まだ仲々一センチ大というのは、まだ難しいと思います。出来る場所によつては、これは運がちよつと悪かったなアと思わなきゃしょうがないんじゃないかならうかと思いますが、それから、この頃、癌もですねエ、一辺やると又やるという話が、実はあるわけですよ。遺伝子段階の話で、遺伝子治療が、もう少し進めばその癌になる様な人、昔から既歴の所、何となく癌とか、結核とか云う話は家族歴として聞く事になっていましたが、今では段々、そういうことも、遺伝子段階で問題があること

が、わかってきましたですね。ですから今では四つ位、癌やったと云う人は、時々ありますよ。最初に大腸癌やって、それから子宮癌やって、今度は乳癌やりまして、という様な本当にそういう世の中になりましたですね。ですから乳癌もちゃんとあれしければ、まあ助かる病気ですよ。子宮癌も勿論、前の方に多いですから、これもほぼ、助かる病気ですし、消化管で云えば、胃癌とか大腸癌で生命を落とすというのは、まあちよつとバカらしい様な気がします。その他、中年以上になりますと、いろんな病気があるわけでございますから、これは私よりも内科の人の領分でしょうが、四十歳以上は習慣病とも申しますし、生活の知恵が四十歳以上は、自分の体は自分で守るという事が、一番プリンスプルであらうかと思えます。ぼつぼつその次に参りましょう。

日医と病院団体という事で申しましたが、日本医師会というのは、何としても非常に長い歴史を持っておりまし、医者の団体ということで、非常に長い歴史を持っております。因にこれは紙にも出ておることですから、私がこつそり云う様な話じゃないと思えますが、確か二十六億位財産持っておられるんですよね。金力が何と云ったつてものを云うと思いますが、それに比べると、我が日本病院会なんぞは一億に手が届かない様な団体でございます、いろんなあれは組織しておりますけれども、まあ、そういう事が基本的にございます。日本医師会に講師で行くと手数料は日病の三倍位は出るなアと、まあこういう様な

話もあるわけでございます。そして病院団体ですね、日病あり、全日病あり、精神病院協会あり、法人病院協会あり、私立病院協会、色々あるんですね。そしてどうも病院団体は結束した方がいいんじゃないかという事でやろうとすると、ゴチャゴチャとこわれて来たり、今も病院に連合というものがありまして、私共の大将の諸橋先生という方、昨日もある席でお会いしてたんですが、まあそれなりに、非常に真面目にやってはいるわけですが、多くの敵もきつと作ってんだろうと思います。コントロールする方、御する側に立って申しますと、敵中作敵と、というのはこれは一つの方法でございますから、まあ医師会さんと病院関係の団体さんと、適当に手綱をあれして、というのは一つのやり口ではあるうと思いますが、しかし一番、今の中医協でいろんな事が決められるわけですが、これに病院団体の代表が、正式には一人も出ていないわけです。これはやはり問題はあるのではないかと、別に日本病院会だけでなしに、全日病もあってもいいでしょうし、日病を除けば、他の病院団体というのは、ほとんど日本医師会の下に敷かればなし、といつてもおかしくはないと思いますが、まあそういう事で、非常に仲良くやっていらっしゃると、こういう事です。まあ病院団体として、国公立を含め非常に規模の大きい、殊に三百床以上・五百床以上という様な病院は、ほとんど日病に入っておられるわけです。そういう事でやはり中医協でいろんな事で、あれが非公開であるという事も、いろんな問題がある

と思いますが、あの場にまあ医者代表だから、それでいいじゃないかという声が聞えて来るんだと思いますが、やはり個人的な開業医さんですね。このレベルと大病院となりまして、これは人の数でも、私共、今、五百ベッドで、九百三十人の人かかえているわけですから、このマネジメントだけでも大変なわけです。それは仲々、普通の開業医さんの団体では計り知れないものがあると思っています。そういうことで、病院団体、特に日本病院会のあるべき位置ということにも、皆様方にも充分お力添えを賜わりたいと思いますし、又正当な評価も与えて頂きたいと斯様に存じております。後、残り時間が少なくなりましたが、まあプライマリケアとシステム医療ということ、これは保険者の側、要するに非医者というか、非医療関係者というか、そういう目で見ればまだまだ医療には無駄があると、それはそうだと思ふんですね。それはまさにプライマリケアがしっかりしていて、そして組織化されてないからです。その辺をこの頃、段々、電子手帖が何かで一辺、写真撮ったら、どこでも動かせる様にしようと、こういうこともやっておりますし、写真の評価料というのも、診察料ですね、写真の診断料という様な考え方も出て来ましたんで、段々変わってゆくと思いますが、やはり個人でおやりになる様な医療のスケールと団体としていろんな職種、病院というのは、ご承知と思いますが、医師・看護婦をはじめ、ほとんどが国家資格です。私共の例で云っても、ほとんど大卒乃至はそれに近い人達のほぼ集

まりです。ですから医者も、仲々、我儘なのも沢山いますしね。仲々大変なわけです。このプライマリーケアということと、このプライマリーケアがしっかりしているという事はですね、例えば中国、中国なんかも、私もよく行ったり来たりしますが、今度北京の北京病院というのは、中国の要人の三十位、部屋がとつてあるという病院ですよ。あすこの院長の耿徳章という方が、八月頃私に奥さんを連れて遊びに来いという様な話なんです、ああいう中国なんかも、それからインドネシアとか、フィリッピンとか、私も色々参りましたが、やはりプライマリーケアがしっかりしているということは、日本に比べれば、段違いに悪いかと云えば、そんなことは決してないですね。それは確かに、低いと思いますけど、それはやはりプライマリーケアのあれなんです。私がいつもいう事です、例えば、一階ではよく見えないから二階に上ってみようかというわけですが、一階の時、火は南の方らしいなと、こう云っているながら、二階に上った時はてんで北の方ばかり見てるわけですよ。そういうことは実際に起つていくわけです。それはプライマリーケアがしっかりしてないからですよ。プライマリーケアで、つかまえるべきものをきちっと捕まえるという事が出来れば、それはやはりトレーニングということになると思います。それは容易ならん勉強だと思えますが、その所にこれが又、鉦・タイコをやるんですが、仲々、若い人もやはり、機械に囲まれてドカドカとやるというのが、何か、やは

り華々しい様で、何かいさまして、おもしろい様な気がするんですね。しかし皆さんは充分、おわかりと思いますが、本当に必要な医療というのは、決してそういうものではないはずなんですよね。そして例えばMRIならMRIでつかまえられるものが、つかまるわけですから、それが人間の全てだとは決して云えないわけです。

そして最後に、いよいよ最後でございますが、これ私も外国生活を少ししました。名刺にも書いておきませんでした。International Hospital Federationという、一九二九年から始まっている、大体六十ヶ国位が組織している世界的な団体がございます。一昨年から私も実は国際理事をやっております。日本が理事国になりました。その理事をやっております。病院連盟もそうなんです。こういうことで色々、外国の事情も勉強さしてもらうとか、見さしてもらうとか、いろんな話をする機会も多いわけですが、私もこの年になりました。洋の東西といいますが、いわゆるヨーロッパ的なもの、というのとAsia的なものというのは、どこに違いがあるのかなアと。しかし確かにあるわけですね。皆さんも充分おわかりと思いますが、昨年・一昨年あたり、橋本総理の云い分をもつてすれば、明治維新からその次は二次大戦の敗戦で、今度が三度目だろうと、こう云われておりますが、確かに違うんですね。例えばヨーロッパで失業率が十二・三%、日本で二・何%だろうと云うけど、これはねエ、私はやっぱり日本という組織の中では、例えば

十畳の部屋の中にいてですね。これ適当に皆が気持よく住むには、三人かな、四人かなと云ったら、向うの連中の考えだったら、三人にして、後は二人ですよね。はっきりと、それやるわけですから。ところが日本の場合には、まあまあお互いに適当に少しづつ分け合つてやるかと。まあこの頃は、段々そうもいなくなっていると思いますが、その事一つに象徴される様に、まあ島国ですよ。よく云えば島国で、海に守られて、そして春夏秋冬が、いい具合にあつて、そしてまあ適当に助けたり、助けられたり、公務員の五十五年停年も、あれ早すぎるんじゃないかと、そうなりやあ、第二の仕事も第三の仕事もそして、何とか会・OB会となると、わつと集まり話をする。そうすると今度、何とか、アレ頼むよなアという、それで通つちやうという様なことで、それは当然のことでしょうね。ですから結局、つきつめて申しますと、これは曾野綾子さんが書いてたのを私も読んで、なる程と思つたんですが、アジアには川があるというんですね、川があつて川は上流ではオシッコしてるかも知れないし、洗濯もしてるかも知れない。又、下の方ではそれを飲んだり、海水浴をしたりしているかも知れん。要するに共有してるわけですよ。共有出来てるわけです。これが殊にイスラエルとかエジプトとかになつてきますと、砂漠ですからね。これはもう本当に、お前が生きるか、おれが生きるかですよ。契約の論理ですから。ですから、この辺の所がですね、やっぱり一番、僕は契約の論理だと思います。

これが日本の場合は、何となく―何となくうまくいってると。これがうまくいってるときはいいんだと思いますが、一旦、崩れ出すといろんな悲惨なことが起きるんでしょね。結局、今私がたどり着いたのは、曾野綾子さんがなるほどと思った話になるわけですが、契約の論理、これは医者の世界にも、この頃 informed consent よく皆、話をして選択をしてと。例えば皆さん方位の方を相手にしてと云いますか、皆さん方のお相手をさしてもらう分には、こういう方法もあります。これやると少し痛い目に会うかも知れませんがねエと。その事は充分可能であると思います。人を見てですね、話をするという事は。しかしねエ、これねエ、わからない人にベラベラ云ったって、どうしようもないことなんですよ。云うならばアメリカで裁判よけですわなア、とにかくこの中に裁判官もいらっしやるかも知れませんが、今、日本の何十倍位、弁護士がいるという話ですから。だからそれだけ見ても私もフランスへ行った時よく云われました。この待合室の中には、皆、弁護士がいるからなあ、やっぱり仕事探してるから、気をつけてなきゃいかんよ、と云う様なことでまあ、そういうこと云うとしかれるかも知れませんが、ですからそういうことですから基本的には、決して悪くないと思いますよ。最終的には自分自分で責任をとらなきゃならんことですから、それは必要だと思えますがね。しかしこういう話も一つしましょう。この象は数字がわかるというんで、この②を見せて、今度②を見せて今度④を見せたら、

パツと足で踏む、というんですね。それで今度ですね、その表を出す人が、答が解らないわけですよ、答が④か③か①か、わからない様にして、パツと出したら、象はパツと踏まなかったと云うんですね。ですからそれ位に動物の持つてゐる、いろんな感覚というのは、決して人間がバカにしたものでないわけですよ。これご承知の様に昆虫一つ取つてみても、人間が持つてない能力を超能力を沢山持つてゐるわけですから、ですから今の象の話でもありますが、やはり医者もメニューを出す時に、これがいんじゃないですかというのは、これはあると思いますよね。ですから informed Consent も結局は Japanese informed consent になつてゆくんだと、だから今、猫もしゃくしゃ informed consent という様なこと、よく申しますけれどもしかし、それは契約社会の産物であつて、決してそれで患者が幸せになるとか、ですからもう一つは、個の確立ですよ。個というものが、しっかりしてゐて、どんなものも、充分に受け止められるという状況があれば、やはり全部さらけ出して、ご本人の選択を待つというの必要だと思ひます。私も基本的には必要なことであると思ひますが、今、これをやかましく云う人が皆さんの中にもおられたら困りますが、余りそれ云わないでも、済む様な人が云われる事には困るんですね。毎日の様にそれを云わなきゃならんと言ふ様な立場の人というのは、相当やつぱり苦しいんですよ、苦痛なんですよ。本当にどういふ風にしてあの人に、実情を話をしていかなきゃなら

んかなあと云う様なことですね。そういう事とか医療の質の問題、病院の医療の質を評価するという様なことも始まっています。これも大事なことに違いありませんが、仲々日本という国は、質の評価という様なことは、やっぱり基本的には難かしいんじゃないかと。それだからやらんでもいいとは私も云っておらないつもりですが。まあそう云うことでございます。ちよつとそれは余計なことを申しましたが、それから最後にこれはお願いでございますが、私が実は今年、五千人位の集まりの会をするものですから、少し金に不自由しておるんですが、皆様方の中でここに一つ話をしてみたらどうかということがございました是非、お知らせ頂ければ有難いと思います。五月の末まででございます。

いよいよ最後でございますが、私もここへ来る道すがら五十数年前、丁度今頃、どこを受けるかなという様な頃で、私は生れが山口県なものですから、大体親がしっかりしてたり、家が教育環境があつたりすると、広島高校とか山口高校とか、四年から行ったのがいまして、あいつの後ついて歩くんじや、おれもイヤだなアと、も一つちよつと京都あたりまで行ってみようかと云つて、親父にこうこう云えばお前、広島的高等工業位ですまじれると思つたら、おまけに今度、医学部に行つたりして、まあそれはえらい所に行つたなァーてなことで、大しかられたんですが、いろんな野育ちをしながら、ここまでどうにか、皆様方のお陰でやつて参りました。この席を借りて厚くお礼を申し上げたいと思います。

昨年の十一月でしたか、ある学会で、京都であつたものですから、宝池からチンチン電車
で、あれ一台ですね、出町柳まで登さがりでしたが、出て来まして、それからタクシーを
とばして、吉田神社まで行きまして、京大の壁にぎーとわけのわからん大きな字が書いて
あることは、昔と変っているなアと思いますが、吉田神社も大文字山も変らないし、比叡
山も見えるし、三高の門入ってみると、右側の門衛の所、あの小屋はありますね。それか
らすぐ真前の僕らの時は、白亜の殿堂でな感じでしたが、あれも大部、年取つたなアとい
う感じ。それでいろいろとぐるぐる回って見ましたが、私は自動車グライダー部にいたも
んですから、ラグビー部の隣りなんですが。それらしき所があつたり、昔の銃器庫は健在
でしたね。運動場は北の方も、南の方も少しせまくなっていますし、昔の建物も随分変つ
たなアと。それからプールの所も、私はプールで、ちよつとこの辺を怪我して五針程、縫
つたことがあるものですから、プールの方へも行ってみたけど、プールは跡形もなくなつ
ていて、まあ皆さん同様に年とると、ああいう事が大変なつかしい。皆さん方も五十年・
五十数年の思い出を持っておられることであろうと思いますが、本当に長時間に亘りまし
て、ご静聴を有難うございました。