

最終講義

わが国の医療提供の仕組みと医療者の未来

昭和大学医学部救急医学講座

有 賀 徹

○司会 時間になりましたので、ただいまより、救急医学教室主任教授、昭和大学病院の有賀徹先生の最終講義を開催したいと思います。みなさまお忙しい中、当教室の有賀先生の最終講義にお越しいただきまして、誠にありがとうございます。本日の司会を務めさせていただきます吉池昭一と申します。このような大役は大変光栄です。ただし、若輩の私がそもそも不相応でありますので、お聞き苦しい点がありましたら多々ご容赦ください。最後までよろしくをお願いします。

それでは有賀徹先生をご紹介させていただきます。みなさまよくご存じのこととは存じますが、簡単にご略歴をご紹介させていただきます。

1976年東京大学医学部医学科をご卒業されまして、その後、脳神経外科学教室に入局されました。1984年に公立昭和病院脳神経外科主任医長を経て、1990年同救急部長、1994年にわが昭和大学の医学部教授になられまして、1997年に救急医学講座主任、昭和大学病院救急救命センター長に就任されました。その後、日本救急医学会代表理事となり、日本の救急医療に尽力されております。2011年には昭和大学病院長、学校法人昭和大学理事になられまして、2013年には昭和大学医学部附属看護専門学校長ともなり、現職でご活躍中です。

また、昭和大学にて直接われわれにご指導していく傍ら、全国医学部長病院長会議大学病院の医療事故対策委員会委員長、日本専門医機構副理事長、同総合診療専門医に関する委員会委員長、日本病院会災害医療対策委員会委員長、日本臓器移植ネットワーク理事、同中央評価委員会委員長と、多くの重要な役職を兼任されております。多方面にわたり、まさしく日本の医療のリーダーとして、指導的な立場におられます。

また、さらなる先駆けとしては、最近では安倍首相を笑顔で見送るお姿を某週刊誌に掲載されてお

まして、その表題は『マスコミ遮断 憲法改正』でございました。医局員一同、眼球の毛様体筋が収縮から弛緩へと変化したのを感じております。

以上、非常に簡単にご略歴をご紹介させていただきましたが、正直、先生のご功績を短時間に述べるなど到底できませんし、通り一遍では語り尽せませんので、ご容赦願います。

最後になりましたが、有賀先生には常々、お兄さんにならなきゃダメだと、お家の中では、お兄さんはみんなのことを考えて我慢しているんだと叱られてきました。人間の最大の悪は鈍感であると言いますけれども、感じない、考えない、苦しめないは許さない。いわゆる、医師自身の、いわばパーソナリティと言いますか、個人と言いますか、総合的なものの重要性というものを教育していただいたと思われれます。センスと言われるものなんでしょうか。

長くなり申し訳ありません。それではお待たせしました、講演に入りたいと思います。本日ご講演のテーマは、「わが国の医療提供の仕組みと医療者の未来」です。本学における最後の講義です。有賀先生、限られた時間ではありますが、よろしく申し上げます。

○有賀 ただいまご紹介に預かりました、昭和大学救急医学講座の有賀です。この前のスライドが突然出て、僕はちょっとたまげましたが。まあ、災害医療に関連していろいろ仕事をする中で、たまたまいろんな勉強会があって、あちらへ行ったり、こちらへ行ったりする中の一端があれでございます。まあ、写真に載った雑誌そのものが、ちょっと困った雑誌ですので、自分自身としては知らなかったんですが。中学高校の同級生から教わって、「あらま」っという次第でございます。

今日はその話ではなくて、私たちの国の医療提供について、少し考えてみよう。で、せっかくなので、これから先どうなるんだというようなことにつ

いて、一緒に考えていきたいというふうに思う次第であります。基本的には、医療法が改正されたので、そのことをきっかけに話をしていきたいと思えます。

もう、おわかりだと思いますが、私たちの国は高齢者がどんどん増加しております。率も増加してまですし、数も増加してまです。まあ、いずれ人口が減るといふような状況においては、率そのものが増加することはあっても、全体として、数は減っていくんだとは思いますが、まあ、当面は、で、したがって、救急医療は大変逼迫しておりますし、その中でいろいろ考えていって、今日のテーマになったということでもあります。

これは今日の話を経済的に、最初に、こんなふうになりそうだとおふうなことを示したものであります(スライド1)。実は「この国のかたち、この国の医療」という題名で、名古屋でしゃべってくれという講演の依頼が、去年の夏、ありました。これはそれを報道した記事です。

そこで、これからの医療は職能の移譲。要するに、医師の仕事をナースにやっていただく、ナースの仕事をその他の職種にやってもらう。もちろん、介護職に痰の吸引をやってもらうと。まあ、このようなことを一般的にタスクシフティング、職能の移譲と言う訳ですが、職能の移譲による総力戦をすることになるだろうと。したがって、医療資源を公正に分配するという正義が、これからの日本の医療の根幹なんだ。一人一人が自分の今にとって適切な医療に満足する。そういうふうな成熟した地域社会の在り方こそ、今後求められる日本の国の形なんだ。このようなお話をしました。

今日は、この話があったので、じゃあっていうんで、総力戦は医療者だけではなくて、市民や患者さんたち、まあ、市民っていうのはいずれに患者になる人たちと思えば、べつにびっくりはしない訳ですが、そういうふうな人たちと一緒に、社会を作っていくなくちゃいけないだろうと。

で、厚生労働省の言葉を使えば、地域包括ケアシステムとか言ってますが。まあ、どういうふうなシステムであれ、町の活力、わかりますよね? あの、医療だけがピカピカ光るなんていう話はない訳で、社会が成り立つ最低限のコンポーネントでいけば、教育と医療と雇用、この3つがないと社会は成

り立ちませんから。そういう意味で、医療者が総力戦の中でどんなふう立ち居振舞うのかということなので、今日のお話を作っていききたいというふうに考えた次第であります。

スライドについては、みなさんの手許に同じものがありますから、多少細かなものは手許で見てくださいと思います。要するに、人口はまあ、あるところで目いっぱい、これから減るといふことはあっても、救急車は、お年を召した方が増えれば、その分需要がどんどん増えますので、救急医療需要は2035年までは増えていく。

で、実は、ピンチはチャンスってよく言いますが、困窮とか逼迫とか、こういうふうなものをじっと考えていくと、将来が示唆されているのではないかと。このようなことについて、しばしば考えます。ですから、救急車が現場から、昔は病院に行くまで30分もあれば行ったんですが、今は40分掛かるとか、昔は6分もあれば救急車が現場に来ましたが、今は8分掛かっている。こういうふうな話になっている。

他に『在宅新療』という雑誌、そこに対談がありました。そこからの引用です。日本で、「被災地は日本の未来であると思いました。高齢化してベッドも少ない地域ですから、基本的には地域包括ケアシステムが必要です」と。たとえば、そもそも、訪問診療をする時間を持っている医者がいない。その時あるドクターが、「看護師さんと電子媒体、これしかないよね」と。これからは限られた医師で、看護師さんたちを使いながら、医師は判断して指示をするから、情報システムが必要なんだ。これがわが国の未

この国のかたち、この国の医療

「愛・地球博」開催
10周年記念
感謝のついで
平成27年8月29日

“総力戦”
医療者だけでなく
患者も市民も皆が!
地域包括
ケアシステム
↓
街の活力
教育・医療
雇用

中日新聞(夕刊)
平成27年9月24日



昭和大学病院院長 有賀 徹氏

「医療の根幹となるのは、医療資源を公正に分配する正義」

「総力戦」は、医療者だけでなく、患者も市民も皆が参加する。地域包括ケアシステムは、医療者、患者、市民、行政、教育、雇用、環境が連携して実現される。医療資源を公正に分配する正義は、医療の根幹となる。医療者だけでなく、患者も市民も皆が参加する。地域包括ケアシステムは、医療者、患者、市民、行政、教育、雇用、環境が連携して実現される。医療資源を公正に分配する正義は、医療の根幹となる。

スライド1

来を経験している被災地からの発信だと思います云々とあるんですね。

ですから、こういうふうな困窮した状況や、救急医療が逼迫しているという状況を考えれば、この国の将来の、この教室には専ら医療に関係する人が集まっていますが、その方たちの仕事ぶりについて考えることができる。

救急の話をしします。救急医学講座の教授ですので。日医総研のワーキングペーパーによる各県の救急需要と公私病院別の受け入れ状況とがあります。北海道から沖縄までずっとありますが、要するに、それぞれ各県の高さが救急需要です。この高さの需要の中で、黒い所が民間病院なんですね。ですから、東京とか、それから大阪とか福岡に関しては、これだけ大きな需要がある。まあ、田園地帯が多い県に比べると、都市部はこの黒い所が多い。愛知県などはフィフティ・フィフティですから、そこそこ公立病院ががんばってくれている。東京はそれなりの頑張りがありますが、もっともっと、この黒い所ががんばっている。

何が言いたいかというと、全体として、だんだん病院の数が減っていく。特に私的病院の減り方が激しい。全国的に。ですから、都市部は放っていても困っていく。

これは東京です。東京消防庁の参事の方がお作りになったスライドを、借用させていただいています。病院の数は減っていきます。救急車の出動件数は増えていきます。救急隊の出動についてのアンケート調査についてもワーキングペーパーから持ってきた(スライド2)。東京消防庁も一消防本部ですので、この1/748ということになるんでしょうか。

なぜ救急出動が増えたかの理由として、まずは高齢者が増えた。それから熱中症が増えた。去年の夏1万何千。一昨年の同じ時期5,000。で、災害弱者がどんどん増えているというふうな話ですが、とにかく、一昨年から去年に掛けて2.3倍。今年の夏はこれが2.3倍になるとどうなっちゃうんでしょうか。2万人以上が運ばれるという、そういう話ですよ。

これらの高齢化、温暖化については了解できますが、下の2つの理由ですね。緊急性が低いと思われる人が、救急隊を呼ぶことが多くなった。それから不正利用者が増えたという意見があるんですね。で、これって何なんだろうって、私は思ったんです

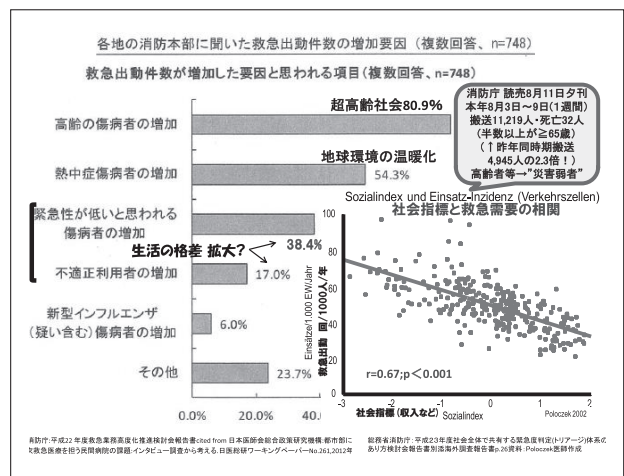
が。スライド2の中の右下のグラフ。これは、ミュンヘンのグラフで、横軸左が比較的所得の低い人たち。横軸右は裕福な人たち。貧乏な人たちは1,000人当たり年間60回から80回ぐらい呼んでいるんですね。裕福な方は、その半分。

ですから、やはり、何て言うのかな、ギリギリまで医療に掛かることがなかなか難しいというふうな社会層の方たちが、もしいたとすると、そういう人たちはやっぱり呼ばざるを得ないと。それが増えたんじゃないかなということ、消防本部の人たちは、こういうふうなことで表現している可能性があります。つまり、生活の格差が拡大したことが、スライド2のアンケート結果で上から3つ目と4つ目を説明できる可能性があります。

日本国においてはまだ、こういうふうなドラステックなデータは出ていません。出そうとしている人たちはいるようですが、なかなか出ない。まあ、それだけ日本の社会はまだまだ捨てたもんじゃないという話なんだろう。いずれにしても、こういう状況がある。

したがって、何とかしなくちゃいけないっていうんで、東京消防庁では、#7119の仕組みを作っております。これは、#7119へ電話して、救急車呼ぶか自分で行くかなどを決めると。で、ここで使っている方法論を、そのまま素人にもわかるように救急受診ガイドという冊子とした。加えて、それを電子媒体で見れるようになっています。

相談の件数は1日にだいたい、日曜日とかになると500件。まあ、普通の日でも350件ぐらい。だか



ら、平均して400からあったとして、365を掛けると10万件ですよ。だから、それだけの需要があると。ですから、10万件の人たちが全部、#7119がなければ救急車を呼ぶかという、そうはならないんですが、少なくとも、相当程度の救急車の出動を、これが賄ってくれているということは間違いのない。もちろん#7119で、「あ、それなら救急車、今行きますよね」というのがありますから、全部が全部、救急車が行かない訳ではございませんが、こういう状況。

これは横浜の消防本部のスライドをちょっと借りて作ったものです(スライド3)。要するに、119番に掛ければ、今はみんな救急車が出る訳ですよ。横浜では投入する人的物的資源に強弱をつけてます(スライド3の右上から赤、黄、緑、白の対応)。ただ、今のお話と同じように、119番通報が来た時に、#7119に事情によっては転送するということがあれば、相談をしていただくと。それで、「ああ、それでもね」ということであれば赤で行くし、「それでもしばし」ということであれば黄色で行くと。それより緊急度が低いと判断されれば「自分で行ってね」という話ができますから、直接119番へ掛けて来て、「自分で行ってね」もあっていいでしょうし、#7119へ掛けても、「自分で行ってね」があっても、論理的にはいいだろうという話になります。こんなようなことを、逼迫した中で救急医学の分野で仕事をしている人たちは考えている。

スライド4は総務省消防庁が作ったものにいろいろなものを加えた。病院では既にこのルールを使っ

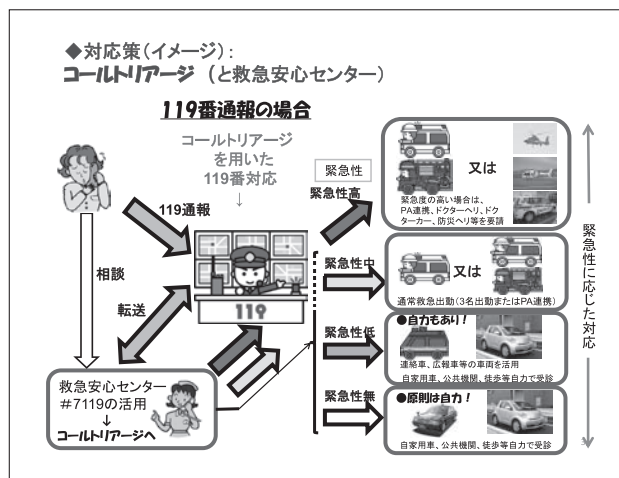
て、いわゆるトリアージ、緊急度の高いまたは低いについて判断して、そして赤の対応、黄色の対応、緑の対応、白い対応という緊急度に従った選別をしている訳であります。すなわち、救急外来にすぐに医者が駆けつける、15分から30の間にはきっと診る、まあ、30分から1時間の間には診ようね、もうちょっと待ってもらってもいいんじゃない?という話であります。

で、先程説明したように、家庭でのそれはできてますし、電話相談もやっています。これから全国に展開する訳ですが、それから、東京消防庁では救急現場でこれを、トライアルとしてやっている。で、スライド3にありましたように、119番通報でもやってやれないことはなかろうということになります。

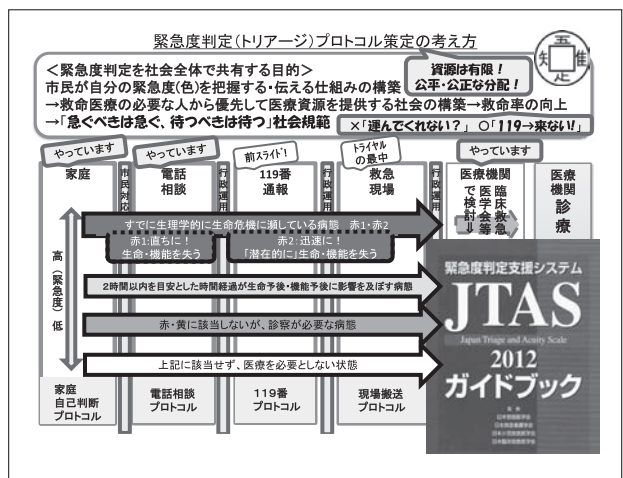
何を言わんとするかというと、結局限られた資源を有効に利用しようということになると、冒頭に話したように、公正な分配をしなくちゃいけない。これは、緊急度という尺度を持って実現できるだろうという話になる訳であります。だから、要するに、総務省は救命医療の必要な人から優先して、医療資源を提供する社会の構築なんだ、というふうな言い方をしていますが、まあ、平たく言えば、「急ぐべきは急ぐ、待つべきは待つ」という、そういう社会規範をきちんとやろうじゃないかという話になります。

「救急車呼んでも来てくれない、運んでくれないんですか?」って、よく聞かれるんですね。運んでくれないんですか? じゃないんですよ。もう、救急車が来なくなるんですね、今のまま放っておけば。

ですから、みなさん街を歩いている時に、赤い車



スライド3



スライド4

が1台だけでポツッと停まっているの、見たことあると思います。ポンプ車が、火事の時に1台だけ行くってことは絶対ないですよ。だから、あれは要するに白い車と赤い車が一緒に出ていると、その時に赤い車が先に着いた。一緒に出動させることをPA連携って言うんです。だから、今は概ね6~7割のケースでPが先に着いていて、白、つまりアンビュランスが来る前から仕事をしてきている。そういうふうな仕組みを、東京消防庁は導入している訳ですよ。それはそれでいいんですけど、そうでもしないと、白い車が、つまり救急隊が現場に行くのが遅れる。このようなことがあってはならじという、そういうふうな観点でがんばってくれている。

で、結局のところ、放っておけば119番通報をしても救急隊が来なくなると、運んでくれないんじゃないかと、来なくなるってようなことをなんとかしなくちゃいけない、というふうな社会の仕組みを、今、構築しようとしているということです。基本的に、待つべきは待つという社会規範は、スライド4の右上にある「足るを知る」という。日本国には、昔からこれがあるので、ちゃんと説明していけば、人々はきちっと理解してくれると考える次第です。

スライド5は、今説明したことを図で示している。要するに赤い所が患者さんのニーズ、青が医療資源の投入。左の下の方はたくさんニーズがあるのに資源はちょっとしか投入できていない。左の上の方はあんまりニーズがないのに資源をガバッと投入している。これが一番悪い状況で、右はそうではなく、ニーズに合わせてそれなりの投入をしていこうじゃないかという図となっている。緊急度という軸を使いながら、資源を傾斜的に配分している。わかりますよね、傾斜的な配分。これが、公正と正義という僕らの職業倫理の一角で説明できるって、こういう話になります。

今までは、救急患者の人数によって救急医療、救急隊が逼迫するという状況について説明した。数が増えていくということで説明してきましたが、今度は内容です。搬送件数が増えているだけでなく、高齢者が増えている。東京消防庁による65歳以上の搬送件数はだんだん、増えていきます。今は半分です。

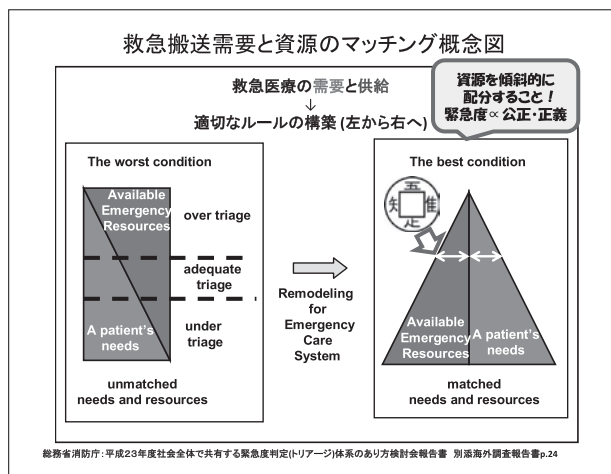
救急医療を、または救急医学を学んだ有賀が、な

ぜ高齢者の話に造詣が深くなってしまったか。東京消防庁によると、2014年現在で、100台の内34台が75歳以上を運んでおります。だから、半分が65歳以上、1/3以上が75歳以上。これが今の東京消防庁の状況であります。日本を全体的に見れば、もうちょっと多い。

で、僕が、あ、これはもう高齢者の勉強をしないとイケないと、最終的に自分で自分を納得させたのは、2012年中に増加した数とその内容です。東京消防庁は1年間に1万件ずつ、だから65、66、67、68万、もうすぐ70万件ですよ。2012年中にも、1万人増えたんですね。1万人増えた内、年齢階層別に増えたり、減ったりしていますが、60歳から74歳の層では増えたと言っても300人~400人ぐらい。ところが75歳以上はこれだけあるんですね。9,900人。

これを見た時に、僕は救急医学のことを一所懸命勉強してきましたけど、もう、この高齢者についての勉強を真面目にしない訳にはいかないと、言っていることわかります？ いやいや、ほんとにそうなんです。もうこれは、なんで救急医学の有賀が、そんな在宅医療やら何やらに関して一所懸命勉強するのか。それはそうですよね。この人たち、この人たちのことを考えると、単に運ぶ問題ではなくて、なぜ運ばれるのか、運ばれた後どうなるのか。

だから、いわゆる人口ピラミッドの形からみると僕が10歳の時と僕が100歳になった時とは全く逆です。後者は高齢者が多くを占める逆三角形です。ですからこれからは、救急医学のことを考えると



スライド5

は、こういうふうなことを知ってなきゃいけない。

で、今から9年前に東大の倫理学の先生たち、清水教授たちがお書きになった『さまよえる高齢者の現実』という、そういう題名のチャプターなんです。『高齢社会を生きる—老いる人／看取るシステム』という本の一部でございます。薄い本ではありますが、そこに「急病を機にさまよえる老人になる」というフレーズがある。だからどうするのかっていうんですね。

要するに、東京消防庁はものすごく有能です。ですから、急性期病院がどんなに遠くたって、きっとみつけて運んでくれます。ですから、急性期病院も遠ければ、その後に転院する時も遠くの慢性期施設にということがあります。ですから、搬送体制が逼迫してますので、とにかくどちらかの急性期病院に入れるという意味においては、東京消防庁は正しいことをしております。

ですが、遠くに行っちゃうと、要するに、生活圏から出ちゃう。まあ、よく冗談で、おじいちゃんおばあちゃんが入院すると、その部屋が孫の部屋になるっていう話がありますよね。孫の部屋になるなんていうことは、帰ってきたら孫に出て行ってもらえばいいんですが、ほんとに遠くに行ってしまうと、ほんとにどうにもならないという状況って、実はあるんですよ。

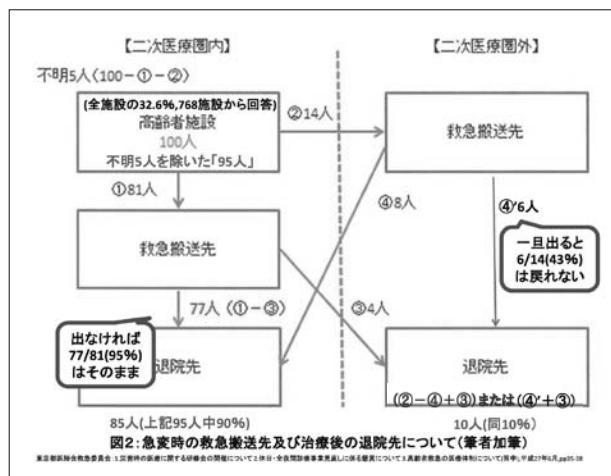
上記について具体的な状況が東京都医師会の救急委員会による「高齢者救急の医療体制について」という、そういうふうな諮問に答えた中にあるんですね。今言った、さまよっちゃう状況が数的に出ているのがこのぐらいしかなかったんで、スライド6を持ってきました。高齢者施設の700いくつかから回答です。3割方が700ですから、まあ、おそらく2,000以上あるんでしょうね。

で、高齢者100人いたとします。結局不明5人なんで、95人しかわからないんですが、どっちにしてもその95人中、救急車、東京消防庁によって二次医療圏の外へ運ばれた人が14人。中で納まった人が81人。で、そのまま、また、二次医療圏の中の慢性期施設に取まった人が77人と。結局、95人の内10人、だから概ね10%が二次医療圏の外へ出ちゃう。これは今言ったさまよえる老人の話をする時に、こういうふうなデータってなかなかないので、僕はこれを持ってきた次第ですが、

要するに、いったん出ると4割方は戻れないと。こういう話ですね。出なければそのまま。結局、二次医療圏、昭和大のある二次医療圏は、大田区とそれから品川区ですので、この2つの区が生活圏であるなんていうのは、タクシーの運転手はそうかもしれませんが、僕だって、あなただって、そんな広い生活圏ではないですよ。ですから、そういう意味では、二次医療圏の中にいるということが、そのまま生活圏の中にとどまることには必ずしもなりません。二次医療圏から出た人が生活圏から出るとは間違いはない。ですから、お年を召した方を運ぶ時に、外へ出しちゃうのはつらいんじゃないか。こういう話ですね。

そうは言ってもということで、どんな病気の人が、運ばれているか。これは、長崎県のデータです。長崎県の栗原先生たちがお書きになった論文からですが、65歳以上の1位は肺炎、2位が多くが脳梗塞である脳卒中、3位が大腿骨頸部骨折。この3つで6割を超えるっていうんですね。ですから、この3つなんで、何も無理に遠くまで運ばなくても、まずは地域密着型の病院が受け止めればいいじゃないかという話になる訳です。

この地域密着型病院というのは、言うなれば、院長先生、だいたい100床とか200床でいいんですが、院長先生がその町のお祭りの時に一緒に神輿を担いでくれるという、こういうふうなイメージですよ。言っていることわかります？ ですから、昭和大学病院の院長が神輿を担いだっていいんですけど、そういうふうなイメージじゃなくて、普段、何



スライド6

だかんだ言いながら飲み屋で一緒になるような、そういうふうな地域社会の中で神輿を担いでくれると、こういうふうな病院が地域密着型病院というこんな感じです。そういうふうな病院に、こういう病気の高齢者が入っていてもいいよねっていう話なんです。

現実には、東京消防庁も八王子では、ちょっと古い日経メディカルからの引用によれば、救急車による搬送 100 人の内 7 人ぐらいは、療養型の医療機関、ケアミックスでいいんだと思いますが、そういうふうな所で受け取っているんですね。八王子市には高齢者に関する仕組みがあって、救急隊が行けば、ああ、どこに運ばばいいんだなっていうのがある程度わかるような、そういうふうな地域における連携を地域社会の中でやってくれている。それによる賜物だと思います。

昼間だけじゃなくて、夜間にも療養型の施設へ運んでいる。その割合も段々上がって来ている。うまくハンドリングすれば、こういうふうなことが起こる。ですから、2012 年のデータからみると今は全搬送の 10% 近くになっているんじゃないかなと想像します。つまり、高齢者の救急患者を遠くの急性期病院まで運ぶのではなくて、地域の療養型の医療機関で診ていただけるといふふうなことがわかる。

ですから、高齢者が増えていくことによって自治体消防が逼迫するという状況は、上記の方法を普及させれば、そこそこ緩和されるかもしれない。東京では葛飾区、八王子市、町田市のそれぞれの地区医師会が、イニシアチブをとって次のような試みをしている。すなわち、区域内のある病院で病院救急車を持っている所が、その地区医師会のルールに従って、119 番通報で出動する救急車の代わりに呼ばれる。呼ばれたら呼んだ患者宅へ行く。で、元々掛かりつけの先生と話をしていた通り、ここに行きましょうねっていうふうになる。つまり、地域密着型の病院におちつく。

で、病院に勤めていてこの病院救急車で現場に行った救急救命士は、病院長の指示の下に、場合によってはショックの患者へ輸液ができる。熱中症の話が先程ありましたが、救急隊の方たちが心肺停止になる前、患者がショックの時に輸液をするということができるようになった。今から 2 年ぐらい前ですか。あの時に、東京消防庁の方は、これで災害の

時に私たちも点滴ができるというふうにおっしゃったんですね。

確かに、例えば東京湾トンネルの中で多重事故があった時に、東京 DMAT として昭和大が現場に行く。その時には、DMAT の到着前に救急救命士が点滴をするという話はあるんですね。あるでいいんですけど、僕はその時に即座に、「いやいや、もう在宅で必ず役に立つ時が来るに違いない」と。もう全くその通りなんですね。総力戦です。だから、救急救命士が現場に行くと、点滴をするっていうのは、そういう意味ではナースの仕事に移譲されていると。今言った、総力戦の一角を担っていると、こういう話です。

で、さっき言った、さまよえる老人が発生するメカニズムは、地域のコミュニティーから出ちゃうという話です。で、これはみなさん、今日、せっかく僕の話聞いたんで、覚えておいてください。地域包括ケアシステムにおける救急医療というのは、普通の救急医療の普通の景色ではなくて、いわゆる水平連携、つまり地域包括ケアの中で多職種が連携しながら介護、看護、それから医療を展開する訳ですが、そういうふうな水平連携に準じた垂直連携を、救急医療という言葉で表現していると。

こういうふうにと考えると、これからの救急医療のある部分は、あ、そんなふうになっているんだったらば、こういうふうな仕組みを使ってもいいんじゃないかとか、別の仕組みを働かせたらいいんじゃないかというふうなことになる。単に東京消防庁に鞭を打ち続けられればいいということではないっていう話ですね。

そこで救急医療の現場は今どうなっているかを、もうちょっとみていきますと、例えば昭和大学病院の救命救急センターに来た患者さんで、初療室から即転送した患者がいる。2012 年度 85 症例、その翌年度 86 症例。だから、1 年に取り扱う数百症例の 1 割程が初療室に搬入されてそのまま即転送なんですね。

確かに広範囲熱傷とか、子ども救命センターに連れていく症例とか、それから多人数用の高気圧酸素タンクのために連れていくなどもあります。ここにあるように、積極的な処置を希望しないので、地域の病院に戻りたいとか、それから全身状態が安定したので、地域の病院で診てもらいたいっていうようなことがあって、結局その地域の救急医療におけ

る、言わばハブとしての機能を、昭和大学病院の救命救急センターがやっている。

だから結局、救命救急センターで救急患者を受けてますが、水平連携に準じた垂直連携を時に実践している。こういうふうを考えれば、この手の話の説明がつくんですね。これからの救急医療にはその一部に、水平連携に準じた垂直連携を担っていくという景色もあることを知っていないといけない。

救命救急センターではございませぬが、僕の大学の先輩で、石井先生という方が川崎や所沢、入間のほうで急性期病院をガンガンやっておられる。ですから、確かに石井先生の病院のように、救急患者数が多い所と、かなり少ない所がある。川崎も市立川崎病院や川崎幸病院がバーンとやっている訳ですね。関東労災病院もがんばってはいます。あとは少ない。

つまり、急性期OKよと言ってガンガンやっている所と、「ウーム」と言って、まあ、お付き合い程度にやっている所と。まあ、こう言ったら失礼ですが。それでも大事なんですよ。なぜかっていうと、さっき言ったみたいに、水平連携に準じた垂直連携を展開するという観点では、こういうふうな病院が下支えをしてくれることになるからです。

ですから、先程来の資源の話でいけば、棲み分けですね。ガンガンやる所は、資源を集中させながら、夜中もワンワンやっている。どうやっているかという、ERとしてやっている。だから、石井先生の所もトリアージナースを置いて、ERフィジシャンを置いて、そしてガンガンやっている。で、安定したら、さっき言った、「ウーム」という病院に送る。結局、水平連携に準じた垂直連携を、こういう地域のアクティブな病院を軸にしてやっている。こういう話になる訳です。

救急医学で勉強する人たちっていうのは、基本的に、こういうふうな地域社会のからくりについての洞察力が求められるんですね。救急医学の専門医というのがありますが、その上に指導医というのがあります。10年選手ですよ。10年選手は、こういうふうな地域社会のからくりについての考察を、しっかりできると。だからしたがって、救急医学の指導医なんだという話であります。

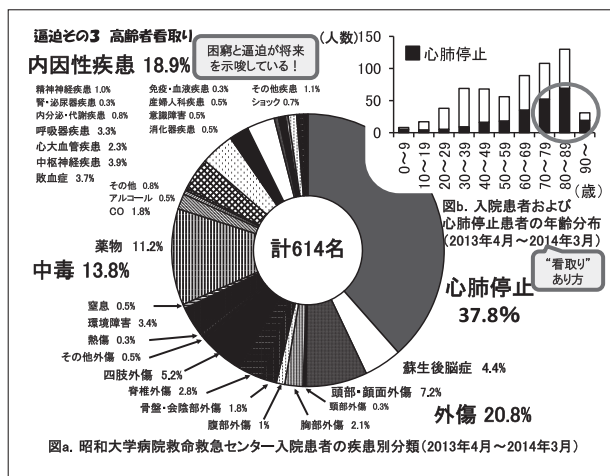
ここからしばらく、結構深刻な話をちょっとだけ。困窮と逼迫が将来を示唆していると冒頭に述べ

ました。この困窮逼迫の状況は、将来どういふふうなことになるのか。これは昭和大学病院の救命救急センターに入院した患者さんたちについて、ある1年間の600人余を調べたら、4割の心肺停止がいた。それは70歳台以降に圧倒的に多い(スライド7)。これはつまり、看取りの在り方をどう考えるのかという話です。

帝京大学教授の坂本先生によれば心肺停止の患者さんがどこから帝京大学救命救急センターに運ばれたかについて調べた。自宅からというのが多いんですが、老人ホームなどもあります。老人ホームからの搬送患者の、実に28.6%が心肺停止。三次救急に運ばれる人は、まずは自宅から。その次に散歩、自宅の周辺、それから他院に入院中とあって、そして老人ホーム。

くり返しますが、老人ホームから運ばれる人の3割方が心肺停止で来ていると。どういうことかという、最終的な看取りを老人ホームの中では、まあ、できないって言ったらおかしいですが、そういうふうな局面がどうやらあるらしい。

特別養護老人ホームに赴いて東京消防庁の職員が聴取した結果を東京消防庁の中の会議、事後検証委員会という会議がありますが、そこで議論されたものによりますと、結局、高齢社会になった現在、必死に命を救う場所がある一方で、静かに消えていく状態を見守る場所があってもいいんじゃないか、とか、家族関係者に対して、積極的に救急医療の希望の有無を聞いていない、対応に困る、とか、救命を望まないという家族がいるんだが、いざとなると救



スライド7

命してくれと言ったりと、なんとも現場が困惑している様子が、東京消防庁の職員による聴取でわかります。

特別養護老人ホームと医療機関との連携がないかと言えばあるんですが、連携が上手に行っていないと。ですから、緊急時にその医療機関での受け入れ体制がなければ、結局、さっき言った帝京大学だとか、昭和大学に運ばれる。急変時にお任せしますと。最善を尽くしてくださいというんですね。最善を尽くすって、一体何なんだっていうことについて、結局、自分たちも困っているという話なんです。

だから、夜間に巡回中にCPA となっている患者をみつけた。で、蘇生の行為をするのかどうかで迷った。安らかな死として受け止めたいという思いもあるが、119番通報をしてしまった。結局、東京消防庁によると、こういうふうな状況において、119番通報があれば、ルールに従って救急隊は現場でお作法通りCPRをやると。それは主治医が来るまでやるという話になる。これがルールです。

ナースや救急救命士には建前上、死亡診断ができない。死亡を確認することはしているのかもしれませんが、いわゆる死亡確認をしろと言って、「はい、わかりました、やります」というふうなことにはなっていないので、結局看取りは誰がやるのか。そういうふうな究極の話が現に私たちの社会にあるんですね。

スライド8は、日本慢性期医療協会による雑誌からの引用です。地域包括ケアシステムなどについて勉強しなきゃいけませんから、読む訳です。このスライドには有賀による加筆もありますが、これからの急性期の医療も、基本的には、医療の中に生活を支える視点を入れたいといけない。これ、看護師さんたちはもう既にやっていると思いますが、ドクターたちもその通り。逆に介護などで生活の支援をしている人たちは、医療のマインドを入れなきゃいけない。この論文をお書きになった池端先生が述べておられます。

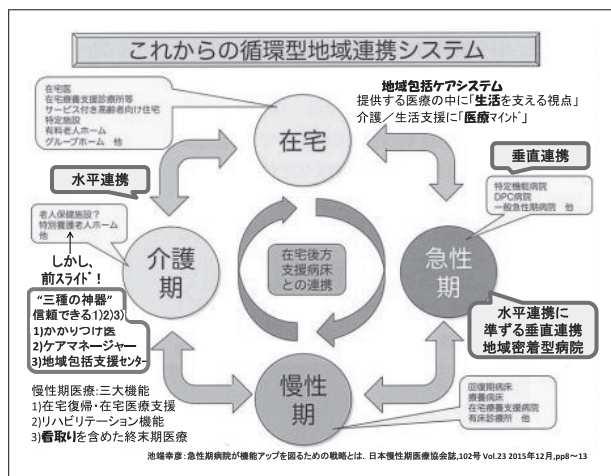
急性期病院に救急車で搬送することは、垂直連携ですが、高齢者のくり返す肺炎などは水平連携に準ずる垂直連携として地域密着型の病院と一緒に、地域社会の中でやっていかねばならないだろうと。スライド8はこういう循環型連携システムを示している。循環型の仕組みではスライド8にあるように

行ったり来たりが起こる。こういうふうな循環型の地域連携という中に、介護があって、前述の老人ホームもここにあるんですね。老人ホームでも、前述のようなことが起こっています。

これらをうまく行うには、信頼できる医者、ケアマネージャー、それから地域包括支援センターが必要であると言われています。そして、慢性期の病院では、看取りを含めた終末期医療についての仕事を、きちっとできないといけない。これらもスライド8の通りです。

というわけで、クリニックの先生方はそれができるのか。日本医師会が、かかりつけ医機能や在宅医療を中心としたアンケートを取ったんですね。結局、24時間終日の対応は、確かに重要なんだけど無理ですと。負担が多くて困難だ。例えば、在宅診療支援診療所になるのも大変だ。常勤の医師を3人以上抱えて、上手に、いつでも診れるようにするというのも大変だ。今のままでは、かかりつけ医に24時間365日やってくれっていう話は、もう無理なんですよ。

で、結局、冒頭に言いましたけど、そういうふうなこともあって、医療法の改正が行われた訳です。去年の10月から、例えば、ここにありますが、医療事故に関する調査の仕組みを位置付けた。地域における医療および介護の総合的な確保という観点で法を改正した。ブータンの王様は、「私たちの国は国民総生産ではなくて、総ハピネスを増やすためにがんばります」と言ったんですね。ここに医学部長がおられますけど、本件は小論文の試験に出した



スライド8

んですよね。もうずいぶんな昔ですが。

まあ、その言い方を真似すると、事故調査については医療の総セイフティ、全体のセイフティを向上させるための仕組み、Aさんが悪い、Bさんが悪いということではない。それから特定行為、つまり看護師さんたちに医者の仕事をやってもらおう。これらも医療法の改正にあります。勿論、地域包括ケアシステムや地域医療ビジョンもある。

こういうふうこれから先の社会の仕組みを作っていくという話がある。再三言いますが、高齢化の進展と共に、医療提供が追いつかない。だから、医療と介護の確保。まあ、医療と介護と言ってますけど、ほんとは医療と看護と介護と、看護を入れる言い方が正しんじゃないかと言っている人もいます。まあ、確かにその通りなのでしょう。いずれにしても、こういうことです。

結局、これから社会をどういうふうにしていくか、どうなっていくといいのか、ということからすると、東京都医師会の野中会長が昭和六にきて学生にお話をされたように、「時々入院、ほぼ在宅」という。このような社会が展開する訳ですね。で、この場合に必要とされる病院は地域密着型の病院がいいんじゃないか。もちろん厳しい患者は昭和大学病院に運ばれますが。

しかし、今言った水平連携に準じた垂直連携ということであれば、今はそのような仕組みにはなっていないので、地域の中核的な病院を経由して、つまりハブ機能としてその後地域密着型の病院へ転院させている。このような話を、先程述べた次第です。ですから、そのような救急医療と地域包括ケアシステムは、そういう意味で、同じ価値規範に沿ってやっていくというふうなことになるでしょう。

昨年10月から看護師による特定行為に関する研修制度が始まりました。加えて、ある雑誌によると、医師が総合医であれ在宅医であれ、基本的な職能は診断と治療である。総合医だからといって、生活を支えることだけを考えるなんていうことはない。きちっとした診断と治療をするのが医者役目なんだと考えると、今、「医療と介護」という言葉で、看護が抜けていると、これですね、僕が先程言ったことです。「これは政策的には手抜きで、鍵は看護にあると私は思っています」。この私っていうのは、確か長寿医療センターの大島先生だったと思

います。大島先生がそう言っているんですね。鍵は看護と。

だから、ナースはチーム医療のキーパーソン。ドクターはコンダクター。前者については、厚生労働省がかなり前から言っています。だから後者の言い方を僕はいつも付け加えるんですが。

こういうふうな状況で、もし知らない人がいたらと思って付け加えますと、看護師の仕事は診療の補助と療養上の世話の2本立てです。保助看法の中でそのようになっていて、療養上の世話とは看護師ならではの生活の支援です。

この診療の補助を少し説明します。例えば、何年か前に静脈注射を看護師がやってよいとなりました。というふうなことです。僕は昭和大病院に来る、つまり昭和六に赴任する前から、以前勤務していた公立昭和病院で手術に入る前に、ナースに「ちょっと悪いけどこの患者ウイニングしておいてね」と。ウイニングっていうのは人工呼吸器から離脱することですが、「しておいてね」と言って、それで午後3時ごろに手術場から出てくると、もう、酸素マスクになっているんですね。で、「家族は？」って聞くと、「もう話しておきました」と。こういうことですから、診療の補助とは医者と看護師さんの関係で、どのようにでも変幻自在なんですね。

ただし、今回の法で決まりましたので、国の仕組みとして、この部分は充実してくると。つまり、そもそも医者がやることなんだけど、その補助としてナースがやってくれる。この部分を強化するという話が特定行為の件であります。

この部分の強化ですが、救急隊には、例えば、熱中症の患者が脱水でショック状態であれば点滴してくれという話がある。救急救命士への多くの包括的な指示は、心肺停止患者に除細動をすとか、アドレナリンを投与すとか、そのような時に、この包括的な指示がどんどん、よく作動するわけです。このことと、このプロトコルに従ってナースがやるという話とはよく似ている。今回の法改正、つまり身分法の改正ではプロトコルという横文字ではなくて、手順書という漢字になっていますが、とにかく、包括的な指示に従って看護師が特定行為をやる。救急隊にやってもらう方法論で、看護師にもやってもらう。この包括的な指示については、なんとなく、みなさんおわかりになったと思います。

で、今回は看護師プラス診療放射線技師と、それからあと、歯科衛生士が、それぞれの身分法の改正に至っておりますけれども、どうせ総力戦になるに決まっていますので、いずれの資格も今後にどんどん変えていく必要があると思われまます。

そういう意味では、救急隊の質向上はMC体制、メディカルコントロール体制によると言っていますが、看護師らについても論理的にはメディカルコントロールという言葉でもいいんですが、日本語の「医療統括体制」がいいんじゃないかと日本医師会で今議論している。いずれにしても、こういうふうな仕組みで、総力戦に突入すると。

それで、何だかんだ言いながら、実は、もうやっているんですね、やっている所は香川県です。日本病院会で香川県の先生にお会いした時には、そんなにうまく行っていないよっておっしゃっていましたが、香川県においては特区を作って、特区ってわかりますよね？ 法律をちょっぴりいじって、直接的な対面診療なしで、診療OKと。

つまり、ドクターは、たとえば都会にいて、電子媒体上で画面を確認して、そしてオリーブナースと呼ばれている訓練されたナースに、ああしてくれ、こうしてくれとができる仕組みです。そうすると、このナースは、特定行為を行うということで、香川県の山間部や離島でやっている。こういう話です。ですから、もう既にやっている。特定行為研修はこの仕組みを全国展開するものと理解できます。

たとえば歯科衛生師法の改正では、歯科医師による直截の指導がなくとも、要するに、直に指導しなくても、遠隔操作でいいですよという。歯をいろいろやる時に、加えて、この法律で元々は、女子しかなかった。これが男女共になったと。これはどうでもいいんですが、こういうふうに変えていったんです。前述した話を勘案すれば、いずれ死亡確認も、看護師らにやっていただかなきゃいけない時期が来るんじゃないかと。だって、もう手が回らない訳ですから。まあ、そういうふうな感じで、多職種の人が総力戦を、つまりお互いに協業してやっていかなきゃいけない。

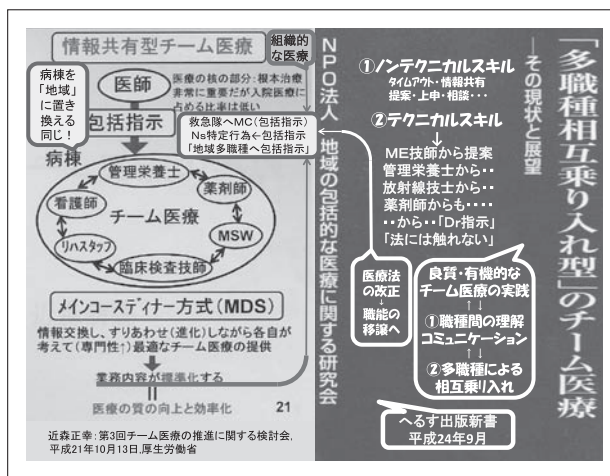
相互乗り入れについて、チーム医療についての話の中でしばしば言及します。このチーム医療は組織的な医療で、チーム医療が幾重にも重なると、これ

も組織的な医療と言いますが、このあたりについて説明します。

つまりどういうことかという、今ここには医療者の方たちが座席にすわって個々に研鑽されています。個々に研鑽されていますが、その医療者が集まるとチームを成します。チームはチームとして同じ目的に向かって活動する訳ですが、そのようなチームにはそのチームの運営ないし管理があります。チームが複数集まれば、必ずそこには部門としての管理があるはずで。たとえば、手術部門だとか、救急部門とか。そういった所は、部門の機能を発揮するためには、部門の運営・管理が求められます。で、その部門長の上には、たとえば、副院長や院長や、それから開設者たる理事長、昭和大で言うと小口先生がいる訳ですね。それぞれがそれぞれの階層に従って、機能を発揮することになるので、そういうふうなことをわかった上で次のスライドです。

スライド9の左は四国の近森病院の現理事長がお作りになったスライドを借りて有賀が加筆しました。右は、僕らがやっているチーム医療の状況について、ある所でシンポジウムをやったことを基に新書版としたものです。ノンテクニカルスキルは当然ですが、もしテクニカルスキルであっても、例えば、放射線技師から提案があれば、ドクターは法には触れない状況で、ドクターの指示として、それを展開させることができる。管理栄養士からもそうですし、薬剤師からもそうです。ということがあって、相互乗り入れ型のチーム医療が展開します。

で、先程からの文脈で言えば、スライド9左のよ



スライド9

うに乗り入れている病棟の景色を、地域に置き換えて、基本的には同じです。救急隊への包括的な指示、ナースへの包括的な指示という話をしましたが、いずれ地域の多職種へ包括的な指示をするということになるだろう。病棟を地域として置き換えられれば、やっていけるだろう。そういうふうイメージすることで、今後のことを考えればいいと思われまます。

そうなんですけど、例えば臨床検査技師も、元々は中央検査室にいて、そこで専ら検査の業務をやっているんですが、救急外来や病棟など、臨床の現場へ出て行くべきじゃないかと。要するに、わかりますよね。要するに、病棟で臨床検査技師が担うことについては結局のところ、看護師のやっていることややら何やらで、相互乗り入れができますよ。で、結局、現場に出れば臨床検査技師も会話の能力を、また多職種協働を学ぶこととなる。

病棟で仕事をするっていうことは、自宅に退院する準備をするとなれば、それはすなわち生活の準備、生活を支えるという話の一角になりますので、いずれ総力戦に巻き込まれると。臨床検査技師がどれだけ地域社会に溶け込んでいくかはわかりません。他の職種が溶け込むほどには溶け込まないかもしれませんが、少なくとも病棟で総力戦に参加するという話は、もう間違いなكارうと思ひます。そうでもしないと、やっていけない。

このことについて救急医学の立場からみれば、垂直連携を私たちはやると。ですが、これをやる時の価値規範は、多くの場合に、特に高齢者の搬送については水平連携の価値規範と基本的に同じであると考えながら、救急医療を展開していく。これが、僕たちの、救急医学に携わる人たちの、基本的なスタンスになるはずなんです。さっきからお話しているように、救急医は緊急度の高い低いによって、救急医療に投入する資源の配分を考えるという話になる。このことがおそらく、自治体消防の逼迫、崩壊とまでは言ひませんが、現状を助けることになるだろうし、かかりつけ医や、それから地域密着型の病院に参画いただいて水平連携に準じた垂直連携を展開する。

資源の配分については、また後述しますが、つまるところ、地域社会の安心とか、安全とかっていうセイフティネットの構築については、さっきも言っ

たように、教育、医療、雇用が地域社会にないと成り立ちませんので、その地域、町の活性化も同時に考えないといけない。勿論、それそのものに直接的に医療者が雇用する側に回るっていうことは、たぶん、まずはむずかしいでしょうが、地域社会を活性化する時に何らかの形でコミットするということは、絶対あるはずで。ですから、そういうふうな観点でものを考えないといけない。

ですから今まで説明してきたように、生活を視野に入れた救急医療が求められますし、生活を視野に入れた総合診療でもいい訳ですし、生活を視野に入れたみなさんのこれからの仕事ぶりでもいい訳であります。ですから、必ず生活に繋がるような、そういうふうな仕事振りを展開しないとけません。それから、必ず多職種で協働するというふうなこと、昭和は大はチーム医療が得意ということになってますが、もっともっと、チーム医療というのは社会の中に溶け込むように展開しなさいけません。そうなると、地域の住民とどういふふうにしながらシンクロするかという話になる訳です。

先程来、しばしば「時々入院、ほぼ在宅」という話をしました。そのような中での救急医療は水平連携に近い垂直連携をする。そのためには、地域密着型の病院が必要だ。これについては厚生労働省によるこれから先の地域医療構想についての説明がある。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床へと機能的な整理を進めていくと言っている。この高度とありますが、これは高度じゃなくて重度、重たいのほうですね。重度急性期と言ったほうがいいかもしれません。まあ、それはいいんですが、高度急性期から慢性期までの類型化へということをやっている。

この地域密着型の病院っていうのは、この中の慢性期の病院で、一部回復期と急性期の機能をちよっぴり持っているということでしょうか。このような病院が残らないと、地域包括ケアシステム全体がうまく行きませんから、おそらく今この臨床講堂には、昭和大病院以外の病院の先生方はおられないかもしれませんが、もしおられたら、自分たちの病院の位置付けをどう考えるのかっていった時に、厚生労働省の示す単純な位置付けではなくて、ここでお話した、ある程度奥行きのある社会構造についての理解をいざなっていたきたいと思ひます。

最後に近づきましたが、ここで再び『在宅新療』

という雑誌の座談会での記録から引用します。結論的には、先程の大島先生によれば、地域包括ケアシステムの中において在宅医療はサイエンスとしての在宅医療という学問にしていくことが、次の課題なんだろうと。だから、在宅医療の実践の場と、研究、教育との繋がりをしっかりやっていかななくちゃいけない。これは医師への強力なメッセージですね。例えば、認知症に関して、病院・施設と在宅とを比較すると、明確に在宅のほうがいいと。緩和ケアも在宅のほうがいいと。心不全だって在宅のほうがいいというデータが出ているんだと。

だから、これからの臨床研究、疫学研究、在宅医療の実践ってというのは、こういう観点からすると、教育や研究に耐えるという話になります。ですから、こういうふうなことを傍らで頭の中に入れてながら、昭和大医学部の卒業生は開業されていく必要もあるだろう。このようなことが、たぶん、大事なんじゃないかと思います。

最後にちょっと倫理的な側面から追加します。要するに、僕たちはチーム医療をやっています。チーム医療をやるといった時には、やはり、患者さんの尊厳こそが最高原理だということについてチームの皆はお互いに問わずに、価値観として持っているんですね。僕も、ナースも、臨床検査技師も。ですから、米国などで言う、個人の自己決定権を最高原理とするのであればまずは「どうしてもらいたいの？」と尋ねることになりますが、救急医療などでは特にそれを聞くことなしにガンガンやる訳です。

もちろん患者や家族の意思を尋ねることも大事です。だから、よくインフォームドコンセント、ICを得るといふような言い方をしますので、このことは大事なんですけど、51対49ぐらいで患者の尊厳を主軸にすることが大事という言い方をしてもいいと思います。こういうふうにしなから、私たちはこれからのチーム医療をやっていくであろうと個人的には信じている。患者の自律を尊重すると同時に、医療者の自律も尊重すべきである。ですから、人の尊厳を最高の規範とする医療者の自律を基にチーム医療が行われている。

そういうチーム医療を考えながら、『鉄門だより』という、東大医学部の同窓会誌に、「医療正義」という言葉を見付けた。寺下先生という大先輩によると、要するに、高度細分化される医療環境において

は、最先端の専門医とは別に、指揮者または管制官のような医師が必要である。ドクターはコンダクター、ナースはキーパーソンという話をしましたが、コンダクターではなくて、管制官、ガバナンスを発揮するような、コンダクター以上にガバナンスを果す医師が必要なんじゃないか。患者も含めて、人間的な信頼関係で結ばれたチーム医療が求められると。これはもう、組織の在り方です。今日は直接に医療事故の話をしてませんが、セーフティIとか、セーフティIIとかの話で言うならこれはそのセーフティIIのほうですよ。人間的な信頼関係。つまり、管理者も、それから現場のドクターやナースたちも、それぞれの階層に従った職責を果して互いに信頼し合うという価値観を共有している。時間の関係で飛ばしますが、同じ価値観で結ばれていると。

そういうことによって結ばれたチーム医療による医療は、質の良い医療となる。医療満足度を大きくするんだと。だから、患者の満足度が大きくなるってことは、職務満足度も大きくなることですので、両方です。一方だけってことはありませんから。ですから、ここに書かれているようなことを、全体として上手にやっていくと、僕ら医療者の満足度も高くなる。

再三言いますが、医療正義というこの言葉が出てきたので、または社会という言葉が出てきたので、なるほどね、というふうなことで、何を言おうとしているかということ、次のスライド10です。人の命は平等だ。でも、資源は限られている。で、これからの医療倫理はどのようなかというものです。要するに、

表1 医療を巡る倫理学～過去・現在・未来～

	プレモダニズム 医の倫理	モダニズム 生命倫理学	ポストモダニズム 組織倫理学
良い医学	どの治療が、患者にとってより大きな善をもたらすか？	どの治療が、その価値と選択の自律において患者を尊重するか？	どの治療が、資源の活用を最良にし、満足した患者/依頼者を生み出すか？
理想的な医師	慈悲深いパターナリズム	民主主義的に分割された権限	道徳、科学、組織の「リーダーシップ」
良い患者	従順	参加者 【インフォームド・コンセント】	「公正」に満足する依頼者
良い関係	治療同盟 (医師と「その」患者)	パートナーシップ (専門職-利用者)	執事の任務 (サービス提供者-顧客) 援助契約：機関/住民
決定する者	医師「科学と良心」において	医師と病者が共同で (合意に基づく決定)	管理責任者と共同で行う 機関の指導(話し合い)
指導原理	安寧	自律	患者の自律 医療者の自律 正義

秋葉悦子人工生命処置の差控え・中止(保命死)論議の意義と限界、甲斐克剛編「終末期医療と医事法」信山社東京2013,pp105-123

スライド 10

少子高齢社会で、財政的な問題がある。でも、これは僕ら医療者が直に扱う問題ではありません。ただ、効率的な医療はできるだろう。財政を助けるという意味で、勿論、やれることは限られる訳ですが。

要するに、市民に啓発をする。病気にならないようにする。それから、地域社会における共同体を再構築する。これは、先程お年を召した方の水平連携と垂直連携について話をしました。それから、不要な医療、または執拗な、しつこいという意味ですね、そういうふうな医療を見直さないといけないだろうと。それから、費用対効果を考えろ。財政を少しでも助けるために考えることができる方法はこのぐらいです。

医療資源が限られている場合に、優先度を考えない方法はない訳です。救急医療に関して、この優先度には緊急度という尺度を使います。社会全体はどうなんでしょうか。

これは、秋葉先生という倫理学の先生、所属は経済学部ですが、刑法が御専門とのことで、この方が、イタリアの学者のお書きになったものを日本語にした表がこのスライド10です。指導原理についてその昔は安寧で、今は、先程説明した医療者の自律と、患者の自律です。そういう意味では、インフォームドコンセントというルールを使いながら、パートナーシップとしてやっていく。で、医師と患者が共同でやっていく。合意に基づいて。これが今です。

一昔前は、従順な患者が良い患者。で、慈悲深い、父権主義的なドクター。慈悲深いので、だからしたがって、患者さんたちは従順に安寧を求めると。こういうふうな図式です。

これから先は右の段です。結局、資源の活用を最良にし、満足した患者をどう生み出すかがポイントです。そのためには、要するに、道徳、科学、組織において、リーダーシップを取ることができる、それが理想的な医師であるというんですね。それは何をするかというと、指導原理としては正義であると。寺下先生と同じ正義です。正義という指導原理の下に、公正に資源を分配することができる医師が理想的な医師とされます。

こういうふうなコンテキストで、これからの医師を考えていかななくちゃいけません。その他の医師、医療者は、もしその医師がリーダーシップをとると

すれば、そういうふうなリーダーシップを取っている医師をどういうふうに支えることができるのか。これは、もし僕がリーダーシップを発揮する役割を担っていたとすると、そのことがわかっている救急医学の吉池先生や中村先生がいれば、全体としてチームはうまく行く訳ですね。僕が、チームの一員で、リーダーが吉池先生だとすると、吉池先生がリーダーシップを発揮しやすい状況を、僕らが作っていくと。わかりますよね？ そういうふうなことがわからなくちゃいけない。つまり、これは医師の問題ではなくて、医療者全体の問題である。

というふうなことがあるので、さっきお話したみたいに、必ず総力戦を戦うというふうな観点で、医療者がチームとしてがんばっていく。このようなことが必要なんだっていう話になる訳であります。

ところが、直近で読んだ雑誌で、先ほど来からの引用によると、「多くの死を診た経験をもつ医師が、何らかの形で在宅での死の過程へのアドバイスをすることが必要ではないか」「専門職としてそのアドバイスができるのは、素直にいて医者以外にはいない」と、こういう言い方をしているんですね。これは辻先生という、元厚生省にいた方で、東大の、今、教授をやっておられますが、その方が言っているんですね。

死を看取するというふうなことについて、ほんとにそうなんだろうか。これって、たぶん、宗教者じゃないかという問題意識を持っていたんですね。ところが、2月4日の読売新聞の朝刊に、「フランスは病んでいる」という、フランスの学者、エマニュエル・トッドという社会学者による記事があります。一面全体を使ってドーンと載っていました。その最後のほうです。「もう一つは高齢化だろう。啓蒙思想の時代、市民の平均年齢は30歳だった。現代は日本を先頭に未曾有の高齢化が進んでいる。高齢化で社会は硬直する。私は人類学的異変と呼ぶ」と。「社会のあり方が変質している」と。まあ、ここは今日の話に関係する所ですが。

これに関してもう少し言えば、日本とヨーロッパに共通するのは、宗教の失墜だっているんですね。「個人は孤立し、利己的になって、社会は内向きになって、未来展望はない。」と、こう言っている。確かに、いや、その向きの専門家が言っているんだから、そうかもしれませんが、ここは、究極の生命

倫理に関わる部分です。これは、医者がここまでやるのかって話もあります。ある仏教の宗教家によれば、これは、「なぜ死ぬの？ 生まれたから」という。この引用は『和尚ニャンコと語る』という、日本海側のあるお寺です。だから、この手の話は、どう考えても、ほんとに医師はそこまでやるのか。

おそらく、もし昭和大学病院でこの手の話を医者がやれって言うふうになったら、僕は昭和大学病院に今週の何曜日はお坊様。来週の何曜日は牧師様。その次の週は、場合によっては神道のそういう方。そのように宗教家の人たちを次々とお呼びして、一緒に勉強したいと思う次第です。いずれにしても、そういうふうな問題が残っていることは間違いありません。この部分は、これから僕も勉強したいと思います。

一応、そんなことではありますが、宗教の失墜まではいいんですが、社会は未来展望がないかどうか。いやいや、明るい高齢社会について次のスライド11を参照下さい。これが最後のスライドだと思います。今日の題名は「わが国の医療提供の仕組みと医療者の未来」。で、このまま暗い未来に行くのはとても耐えられません。

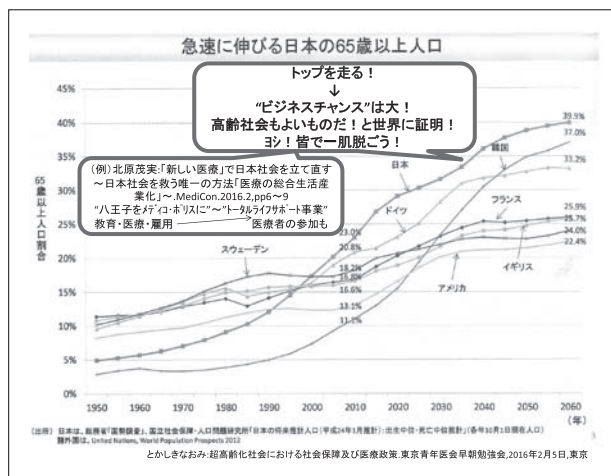
これは、とかしきなおみという厚生労働副大臣。昭和大の薬学部の卒業生です。知ってましたか？彼女を招いて2月5日に東京のある所で勉強会をしました。そこで使われたスライドに有賀が加筆したものがスライド11です。各国の65歳以上の人口の推移です。ここで、ガンガン伸びるんですね。いいですよ。で、彼女は薬剤師さんですが、落選している時にも結構いろんなビジネスについて学んだようです。ビジネスチャンスは、このトップを走っていることによって、極めて大きいと言っていました。高齢社会も良いものだということを世界に証明するんだと。それができるのは日本国だと。「どうして一番じゃなきゃいけないんですか」というヤリトリがその昔ありましたが、何はともあれ、ビジネスチャンスは一番にこそあるんだそうです。二番以降はどうも二番煎じになる。

で、こういうふうな観点で、「よし、みんなで一肌脱ごうじゃないか」が今の僕の気持ちです。これが、今日の漠然とした、医療者を含めて、僕も含めて、やはりここでがんばらなくちゃいけないよねと思ってましたら。ある雑誌に、東大の後輩である北

原院長が述べています。すなわち、「新しい医療」に、「日本の社会を建て直す」「日本社会を救う唯一の方法は医療の総合生活産業化なんだ」と言っている。彼はカンボジアに病院を作ったりなどしてますから、ある意味実業家なんですけれども。彼が、そこに書いてあることは「八王子市をメディコポリスにする」や「トータルライフサポート事業をする」です。で、冒頭で僕が教育、医療、雇用と言いましたが、この雇用の創出に、医療者がこういうふうな事業を展開することによって参加できるんだっていうことを彼は言っているんですね。

ですから、純粋に医療、患者一人々々を診る医療というふうな見方で、みなさんはこれからもきっと勉強し続けます。僕もそうやって勉強してきました。だけど、全体を俯瞰する力をぜひ身に付けていただいて、こういうふうな、とかしきなおみ副大臣が言っている「高齢社会も良いものだ」に寄与したい。何故なら、長生きする訳ですから、悪いはずはないんです。世界に向かって新しいビジネスとして、こんなことがあるんだよねってやっていこうじゃないかというメッセージを言っておられました。ここでもそれをちょっと引用させていただいて、今日のお話の最後にしたいと思います。

少し時間が延びましたが、昭和大学における最終の講義をしました。ご清聴ありがとうございました。けれど、僕はここで定年を迎えても、死ぬ訳でもありませんし、戦争に出掛ける訳でもありません。ですから、是非、何かの機会に、また、いろんな議論をしていきたいと思います。



スライド 11

今日は、そういう意味で、患者、市民、つまりい
ずれ患者になる可能性がある人々の満足というよう
な観点を入れた上で、資源の配分をきちっとやって
いこうと。そういうことについて、どんなふうによ
うまくやって行くか。それは、雇用の問題、つまり産
業として、良い循環、良い方向を得ることができれ
ば、明るい高齢社会ができていくというふうに思い
ますので、みなさんと一緒に頑張っていきたいと思
います。

以上、終わりにしたいと思います。ありがとうござ
いました。

○司会 有賀先生、大変ありがとうございました。
みなさんにとってお腹いっぱいな内容でした。何か
ご質問等ありましたら、よろしいでしょうか。有賀
先生の講義を聞いて、有賀先生をさまよえる老人に
しないために、われわれはなんとか、がんばってい
きたいなというふうに思った次第でございます。

○有賀 おそらく、私自らの性格から見て、ダーツ
と走って、突然心臓が止まって死ぬと。もう、これ
以外ありませんね。

○司会 助けます。さて、有賀先生、こちらに立っ
ていただいて、花束の贈呈をしたいと思います。看
護部長の城所さんから宜しくお願いします。

○城所 有賀先生、今までどうもありがとうございました。
少し、ご挨拶がてら、私から一言。私と有
賀先生の関係は、10年前に、私が初めて救急医療
センターの責任者、師長を任された時に、有賀先生
が主任教授でした。

で、その時の3月、私が初めて救急医療センター
に行った時に、ちょっと複雑な症例が重なったんで
すね。脳死判定とDNRと、つまり救急医療におけ
る終末期といったところで、ちょっと複雑な症例が
重なったんです。たぶん、有賀先生、覚えてないか
もしれないですけど、私に言った一言。「救急医療
として正しいことをしようとした結果の責任は、自
分が取るんだ。有賀が取るんだ」って言ったことを
覚えております。すごい、日々覚悟を持って様々な
仕事に臨んでおられるんだなっていったところを、
すごく実感した一言でありました。

で、私が救急医療にいた数年間の中で、非常に、
二歩も三歩も先を行った情報を、今これからの医療
で何が必要なかっていうことを、常に情報提供を
していただきまして、非常に勉強になったことを覚
えております。

まだまだ、日本の医療界にとって、有賀先生の力
は必要です。これからも、私たちの二歩も三歩も前
を進んでいただいて、日本の医療界を引っ張ってい
ただきたいと思います。昭和大学病院は退官されま
すけれども、これからも日本の医療界のリーダーと
して、がんばっていただきたいと思います。ほんと
にありがとうございました。

○司会 有賀先生、大変ありがとうございました。
これから、17時半から、懇親会を17階で用意して
おりますので、またその時に、有賀先生と歓談して
いただけるようお願いします。本日はみなさま、ど
うもありがとうございました。