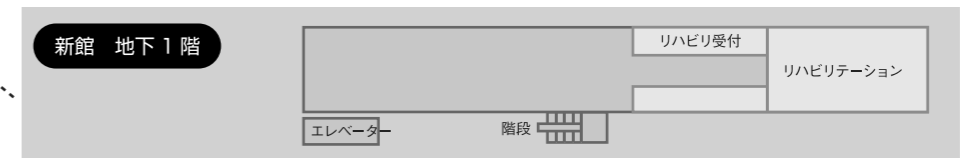


	月 曜	火 曜	水 曜	木 曜	金 曜	土 曜
1 診		呼吸器			呼吸器	呼吸器
2 診		糖尿病	神経内科	糖尿病		糖尿病
3 診		神経内科	神経内科	神経内科		神経内科
5 診	乳 腺					
6 診	外 科	外 科	外 科	外 科	外 科	外 科
7 診	脳外科	脳外科	脳外科	脳外科	脳外科	脳外科
8 診	脳外科	脳外科		脳外科	脳外科	脳外科
12 診	泌尿器科	泌尿器科	泌尿器科	泌尿器科	泌尿器科	泌尿器科
14 診	整形外科		整形外科		整形外科	
15 診	整形外科	整形外科	整形外科	整形外科	整形外科	整形外科
16 診	整形外科	整形外科	整形外科	整形外科	整形外科	整形外科

診療フロア
ご案内



謹賀新年



医療法人啓信会 理事長
中野博美

医師不足の本質は？

新年おめでとうございます。皆様も新年は清々しくお迎えになられたでしょうか。どうか本年もよろしくお願い申し上げます。

さて、ここ数年言われ続けている医師不足ですが、いい方向に向かっているのでしょうか。多くの検討がなされ、背景も組み立てられているやに聞いておりますが、胸に響いてくるほどの強さは感じられません。そのような中、医療に係る各ステークホルダーはどのように考えているのでしょうか。勝手に私奴が考えてみました。

▼国民の健康を守るためには、専門職たる医師が十分に技術をふるえる診療報酬が不可欠である。医師不足の本質は医療費不足である。
▼国民の健康を守るためには、総合的な公衆衛生の徹底が最も効果的である。制度とシステムを検討し効率的に医療を提供したい。

▼国民の健康を守るためには、病院医師が余裕のある条件で働くことである。労働基準内で働けるように医師供給増が必要である。

▼国民の健康を守るためには、患者が自由な医療を受けることのできる環境が大切である。混合診療を解禁することが不可欠である。

▼国民の健康を守るためには、住民が早く診療を受けられるよう地域ごとに病院が必要である。病院を支えることが重要である。

▼国民の健康を守るためには、病院が安定的に運営できるような制度でなくてはいけない。医療に費用をかけることが不可欠である。

▼国民の健康を守るためには、いい医師と信用のできる近くの病院がなければならぬ。そのような制度にすることが重要である。

さて、貴方はどの立場の考えをお持ちでしょうか。声の大きさではなく、投票数の多いようにすべきであります。



医療法人啓信会 院長
丸山恭平

新しい年にあらたな気持ちで

新年あけましておめでとうございます。政治は混沌とし、あまりよいニュースのなかった昨年から医療界も多くの問題を持ち越したまま新年を迎えました。政府・厚生省は医療費抑制のためにDPC（診断群別包括評価）などいろいろな制度を導入してきていますが、昨年は病院としてその対応におられる一年でした。

しかしながら、国がどのような方針をとっても、私たちのような第一線の病院にとってはやらなければならないことには変化はありません。患者様の声に謙虚に耳をかたむけ、すべての職員がそれぞれの職種の責務を着実に果たしていくことが求められています。

新しい年を迎えて、職員一同があらたな気持ちで、より一層充実した医療が提供できるよう努力してまいります。今後とも皆様のご支援をお願いいたします。

これからの日本の医療

～京都からの発信～



特別対談 連載◎第1回

山折哲雄氏×中野博美氏

宗教学者、国際日本文化研究センター名誉教授

医療法人啓信会 理事長

医療は社会の文化現象

中野 最初に、医療と文化、医療と地域性についてお話ししたいと思います。近年どうも医療が科学性を追求し、近代的になる余り、医療の文化や地域性がだんだんなくなっているような気が前からしております。

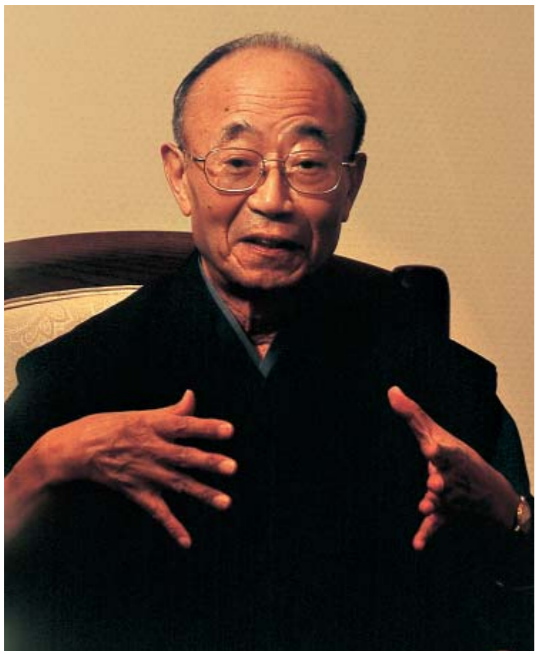
技術的に世界中どこへ行っても一定のレベルが整った方がよいのはそのとおりだと思いますが、それぞれの地域には昔から病気を治す制度があり、その都度、その都度変化したり、発展したり、その地域の気候や風土や地域の民族の文化をもとにしてそのシステムができ上がり、現在の日本の医療に至るシステムができ上がったと思います。

そういう中で、かなり良いパフォーマンスを日本の医療システムは発揮しています。よく言われている話ですが、WHOによりますと平均寿命が世界一、健康寿命も世界一、それから、医療費に関してはO A C D 31カ国の18番目か19番目、つまり上から勘定して真ん中より下と。これは国民所得に対して医療費が安く上がっている、つまり効率

的でかつ成果もすばらしい。あるいは医療の公平性というのもWHOは検証しております。これは断トツに一位なんです。いろいろなケースで日本の医療は効果が出ているという評価を得ております。ただ、そういうのは食事や、住環境の向上など他にも色々な要素が含まれてはいるとは思いますが、医療もそれを押し上げる効果を発揮したと思っております。

ただ、ここに来て医療にかけられるお金が少なくなってきたり、関係者一同立ちどまって少し困っているという状況が今あるわけです。

山折 なるほど。
中野 父親も、私も、医療はいろんな社会の文化現象の一部であると思っております。恐らく父親は商家の家系でずっと育ってきたところから、医療は町の中でのいろんな事象の一部であるという思いを実感してきたのだと思います。私も社会資本といいますが、医療システム自体が社会のシステムの一部であるという思いを持っているのですが、ともすると最近、いわゆる経済を優先して考える人たちの中では、世界の、あるいはアメリカの標準に合わせた、



話ができるかもしませんが、先生のお宅のお近くにもお地蔵さんがありますね。あれはだれかが必ずお花や、お水をかえたりしているんですね。当番はあるのかもしませんが、別にそれに対し

ところが戦後になって、例えばがんのような難病が発生する。それから、それに対応するように現代医療が先端的な技術を開発し始める、遺伝子治療であるとか脳死臓器移植とか、最先端の技術を使って難病を治すということになると、これはほとんど病院でないとできないということになります。その辺から、この病院治療というものと町医者治療というのが分離し始める。分離すると同時に、今度はさまざまな病気も病院でという流れが出てきたのではないかなど。それに応じて先端治療をするための病院がどうしても大きくなっていく。さまざまな診療科、専門分化を病院の中に抱え込むということになります。だから、結局さまざまな病気を抱え持つ病人を全部大病院に吸収するということになりまして、町医者の診療というのはだんだん比重を軽くしてきたということですね。

もう一つおもしろいのは、そういう小さな小さなほころのそばに小さな喫茶店があるんですよ。京都は比較的、路地小路に喫茶店が多いですよ。それは古びた小さい間口の喫茶店ですけども、入ると古びたテーブルとかいすが結構磨き上げられておりまして、壁に花が生けられたり絵が掲げられていたりするわけですね。それぞれ個性的で工夫を凝らそうとしていて。その心のあり方は、ほころ、お地蔵さんなんかを祭っている人々の心と同じところから出た心、あるいはもてなしの心ではないかという気がしたんですよ。

これは、将来的に確実にこの在宅勤務、在宅医療という問題が国民の大きな関心の的になってくると思います。そうすると、政府としてもその方向に沿った政策をとらざるを得なくなる。その段階で、町医者のな病院というの、グローバルゼーションの中でつくられた大病院システムに吸収されかかっていたのが、もう一遍その関係を見直すということになりますね。大病院中心の医療から、やっぱり地域医療へという流れにだんだん変わってくると私は感じております。

失われかけていた連帯感情みたいなものを、医療を通じてまた蘇生させるといふ動きになるかもしれない。それはお医者さんの立場の側からの地域に対するかわり方として非常に大きな社会的意義があるのではないかと思いますね。その地域のお医者さんがよく在宅治療のためにおいでいただくとか、そういう回数が増えたと、うわさがそれをさらに広めていくというようなことで、逆に水平的な横の関係が復活してくる。一人のお医者さんを通じて向こう三軒両隣が一緒にかかるといった状況も起こるでしょうし、それがさらに地域が離れるような形でも結びつきが出てくるかもしれない、そういう可能性を漠然と私は感じてはいますけどね。

て何か対価や手当がある訳ではなく、神社のお役もそうですが、ずっと日本的なボランティアというようなものを地域のみんながやっている。何となく医療や介護にかかわる人達の間でそういうものができないかなと前から考えていたのですが。

たかれている。これは恐らく地域の人が朝昼晩きちんとお守りしているのだと思います。それを見て、京都の人々の心の厚みのようなものを、信仰の厚みのようなものを、100年、200年あるいは500年の長い間にわたって受け継いできた、その深さというものを感しました。これは京都の本当の実力だと思いますね。



のことで言いますと、子供のころからずっと病身でしょつちゅう病院にかかったり、時には入院をして手術をしたり、その後、咯血をしたり吐血をしたり、そもそも胃腸が弱かったものだからですね。その体験から申しますと、私は明らかに現代医学のおかげで現在のような健康、長命を保つこと

これが戦後になって、例えばがんのような難病が発生する。それから、それに対応するように現代医療が先端的な技術を開発し始める、遺伝子治療であるとか脳死臓器移植とか、最先端の技術を使って難病を治すということになると、これはほとんど病院でないとできないということになります。その辺から、この病院治療というものと町医者治療というのが分離し始める。分離すると同時に、今度はさまざまな病気も病院でという流れが出てきたのではないかなど。それに応じて先端治療をするための病院がどうしても大きくなっていく。さまざまな診療科、専門分化を病院の中に抱え込むということになります。だから、結局さまざまな病気を抱え持つ病人を全部大病院に吸収するということになりまして、町医者の診療というのはだんだん比重を軽くしてきたということですね。

これこそアメリカとかヨーロッパとか、ああいう部分ですね。お医者さんは仁の精神に基づいた医療をしなければならぬといった考え方があって、明らかに儒教的な考え方や近代医療というものを結び合わせるようにする、知恵だったと思いますね。ところが、そういう知恵というものは大病院システム、グローバルゼーションの大波によってだんだん分離させられていってしまう。そういう仁術に基づく医療というものが余り力を持たなくなるような時代風潮になってきているという現状じゃないでしょうか。

大病院中心の医療から地域の医療へ

医療システムを取り入れることが効率化につながると主張されています。本来あるべき姿でおさまることが適正なかどうかはよくわかりませんが、どこへ行ってもいろんな形があると。それは国なのか地方なのか、私自身は小さい地域がその基盤なのだろうなと思うんですが、そういう個別性と標準ということに対して、社会資本といえますか生活の基盤になるべきものは、私はやはりその地域、地域に合ったものがつくられるべきであるという気持ち強いので、お聞きしている次第です。

ができたと思う、本当にそれは感謝しているんですよ。その六、七十年の体験の中で申しますと、例えばぜんそくとか風邪を引いたとか、ちよつと腹をこわしたというようなどきには近所の町医者にかかって治してきたんですよ。ちよつと重いとときにはすぐ往診をしていただくということも日常的にやっていた。ただ、手術となると入院をしなければなりません。ですから、町医者とは病院を両方かけ持ちでずっと自分の健康を守ってきたらという、これは私の実感ですよ。その両方のシステムというものによって支えられてきた。それは私だけではなく、明治を出発点として大正・昭和あたりにそのシステムが、一応日本なりの形で形成することができたのだらうと思いますね。

それを今度改めて歴史的に振り返ってみますと、明治以降の日本の町医者の伝統というのは、恐らく江戸時代以前の伝統的な町医者の物の考え方とか治療の仕方とか地域との関係性というものの延長線で発展してきたような気がしますね。ところが、大病院治療というのは、これは明らかに世界の最先端の技術を中心とした医療ですから、

ところが、ここに来て国家財政というレベルから健康保険のシステムがどうもうまくいかない、年金制度ももうまくいっていない。お金がそうそうたくさん使えないような状態となり、それを今再整理しなければならぬという時代にきていますね。

第3回 京都きづ川病院 ICLS 流れ橋コース開催 ～さらなるスキルアップを目指して～

2007年11月18日(日)きづ川クリニックにおいて、二次救命処置コース「京都きづ川病院 ICLS 流れ橋コース」を開催いたしました。
今回で3回目となる「流れ橋コース」は、当院救急センター医師をはじめとする院内スタッフ、城陽消防、京田辺消防や他院の医師、看護師のインストラクターの協力のもとに運営されています。



心肺蘇生法のイロハを学び、他職種の方とチームになりいろいろと話ずことができ、とても参考になった。



呼吸音を確認できる人形を用いて実際に心電図波形や脈の覚知などシュミレーションを行った。

今回行われた二次救命処置とは医師・看護師・救急救命士・救急隊員やその他の医療従事者を対象に行う日本救急医学会認定のコースで、蘇生ガイドラインに沿って『突然の心停止に対し最初の10分間の適切なチーム蘇生』を1日かけて習得するコースです。

受講生は、呼吸音を確認できる人形を用いて、実際に心電図波形や脈の覚知などシュミレーションを中心に行うことで、朝から夕方まで1日中からだを動かす、汗を流して蘇生術の一連の流れを学びました。

「流れ橋コース」は、過去2回とも受講生から「他職種の方とチームになり協力できた」や「今までやっていたことの振り返りになった」など嬉しい声をいただいております、今回も充実した時間となったようです。

参加者にとっては、スキルアップのみならず、コースを通じて他の医療機関の方や他職種の方と関わることで意見交換ができ、それは医療の現場で自らやらないとわからない行為であるということを、今以上に理解を深めることができる貴重な場でもあります。

今後とも可能な限り継続していけるよう取り組んでいきたいと考えております。

京都きづ川病院【流れ橋コース コーディネータ】救急センター医師◎國嶋 憲 / ICU看護師◎村上 涼子



山折 哲雄

(やまおり てつお)

1931年生まれ

宗教学者、国際日本文化研究センター名誉教授

1954年 東北大学文学部印度哲学科卒業。
1959年 同大学院文学研究科博士課程修了。
1969年 株式会社春秋社編集部入社。
1977年 東北大学文学部助教授。
1982年 国立歴史民族博物館教授。
1988年 国際日本文化研究センター教授。
1997年 白鳳女子短期大学学長。
2000年 京都造形芸術大学大学院長。
2001年 国際日本文化研究センター所長
(～2005年5月)。

受賞歴
2001年 京都新聞大賞 文化学術賞
2002年 和辻哲郎文化賞
2003年 日本放送協会放送文化賞

著書
『親鸞をよむ』岩波新書、2007年
『山折哲雄セレクション 生きる作法1～3』小学館、2007年
『「歌」の精神史』中央公論新社、2006年
『日本文明とは何か』角川書店、2004年
『美空ひばりと日本人—増補版』現代書館、2001年
『神と仏—日本人の宗教観』講談社現代新書、1983年
『日本仏教思想論序説』三一書房、1973年
『人間運如』春秋社、1970年、他多数

近代になって病院がいわば特別視されて、特別の場所として病院が建てられていく、そこから分離し始めたのかなと思います。だけど、どうでしょう、明治・大正ぐらいまではやっぱりその三者が結構地域の中で、互いに連携するような形で地域の人々の生活を支えていた気がするんですよ。
それに戻るためにはどうしたらいいかという問題が出てくるとも言えるわけですね。

をしながらつくっていくと。
中野 ある程度、厚労省の思い描くスタイルはそれに近いものがありまして、もちろん診療所ですけれども、病院についても少しそれを上回るぐらいのサイズで、診療所で診られないものを診るようなものを整えよう。ただ、一方、厚労省と相対する医師職能団体の医師会が、そこに行かなくてはいけないのかと、その人の自由を阻害するのではないかと、医師会が皆保険制度、フリーアクセスというものを一番強く主張しておりまして、それを阻害する因子ではないかと懸念を示しております。ただ、そうしないとそこに対する思い入れというのは当然強くなる。日本中のどこの医者に対しても同じような信頼を持ってというのが、確かになかなか難しい話です。
山折 ただ、日本人の行動様式というのはおもしろい特徴がありましてね、例えば宗教的な世界で言うと、浄土真

宗が菩提寺であっても創価学会に行ったり天理教に行ったりとかするわけですよ。路地小路のほこらを拝みながら本願寺に行ったり知恩院に行ったりということをやるわけですね。そういう二重性、三重性というのが何ともしないところがありますよ。
柔軟性と言ってもいいかもしれない。中心は中心です、地域の中心的な病院が一つあって、それ以外に必要なに応じてほかにも行くと。それは今の医療の世界ではセカンドオピニオン、サードオピニオンということを使うのと本質的には変わりはないようなところもあるわけですね。
そう考えれば、厚労省の地域ごとの病院という考えに対し医師会の方が反発をするというのは、必ずしも説得力があるとは思えません。そうならならいような日本人の行動様式というのは、それほど否定する必要もないわけで、むしろそれを前提にすればいい。

ジャンルを超えた協働

山折 登録までやるのは行き過ぎのよな気がしますがね。
もう一つは、これからやっぱり高齢化社会を迎えて、認知症とか老老化というような状況の中で、自分が自分であることがわからないような状況になって晩年

を過ごして、そのまま去っていくという人がたくさん出てくる。そういう病から老いて死んでいく、このプロセスは長いプロセスですよ。そこをどうみとるかという問題が非常に大きいわけですね。そうすると、その長いプロセスをみると、ということになると、お医者さんの仕事と、それから宗教家の仕事と重なるところがでてくると思うんですね。
今まで、病院で治療をしている段階ではお医者さんだけだといって、ここには宗教家は介入させませんでした。亡くなった後は、お医者さんは総撤退して今度は宗教家の仕事と、こうなっている。しかし、今の高齢化社会の実情というのは、その重なっているグレーゾーンというのが非常に大事になってきている。そのグレーゾーンには、やっぱりお医者さんと宗教家が協働で当たるといって時代が来なければいけないというのが私の持論なんです。

そこを考えると、この問題を考えてるのは厚労省だけではだめなんです。文科省も入らなければいけない。
中野 はい。いわゆる医療関係者ということだけで事が終わるといって問題ではないですね。
山折 ないですね。そこを考えると、今おっしゃったように地域の医療と、例えば地域、地域で祭られている小さなほこら、あの心の世界というものをどう結びつけるかという問題とも関係してくるわけですから。

(対談の続きは次号VOL18)