

巻頭座談会

患者目線から考える「良い医療・医師」の条件

急激に膨張する高齢者医療。あまりにも専門化・細分化しずの姿も変わりつつある。これまで医療現場やメディアで改革療・医師像」について語ってもらった。



ながおかずひろ
長尾和宏
(医師、医学博士)

きむら
木村もりよ
(医師、元厚生労働省医系技官)

わだひでき
和田秀樹
(精神科医)



きた医療現場。このような環境で「良い医療」「良い医師」を叫び続けてきた三人の医師に、いま求められる「新たな医療

川崎市や尼崎市に見られる高齢者の偏在

木村 いまは高齢者の多くが開業医を訪れるわけですが、その中で高齢者の診療にずっと携わってきた両先生が、こういう医療のほうがいいよねとか、こういうお医者さんのほうが高齢者のためになっているよねという話を伺いたいと思います。人間にとって、ほんとうに幸せな人生とは何か。また、こういう医療との付き合い方のほうがいいとか、人生の終焉に向かつて、助けてくれ、寄り添ってくれるお医者さんとはどういうタ

イブなのかをお聞きしたいと思

和田 私も伺いたいです。長尾先生は兵庫県の尼崎市で開業されてい

長尾 はい。私はもう引退して、次の世代にバトンタッチしたので、いまはボランティアとして医療相談を受けています。

和田 実は私も尼崎市と似たようなロケーションである川崎市で外来診療をやっているんです。川崎市の幸区は国道一号——旧・東海道が通るエリア。この地域はものすごく高齢化率が高い。

題だと思っています。尼崎市周辺はどうなっているのかをお聞きたいのです。

長尾 尼崎は川崎と似ています。川崎市も北の地域と南の地域で高齢化率が違いますよね。尼崎市も似ていて、工業とともに発展してきた歴史があるので、阪神沿線はいわゆる下町です。一方で、阪急沿線はファミリー層が増えていて雰囲気はまったく違います。そのため、市の南と北では医療のニーズもかなり異なります。当然、医療機関の雰囲気も違う。

尼崎市全体では65歳以上の高齢者人口は年々増えていますし、高齢化率は令和2年に29・6%だったのが、令和22年には35・8%になると予測されています。このままだと、高齢化率は全国平均で40%までいくでしょうから、それに応じて医療も変わっていかなくては

専門化した医療から総合診療科の充実へ

木村 実際に高齢者医療に携わってきた長尾先生は、高齢者にとって「良い医療」ではないとお感じになるケースに出合うこともあると思います。逆に、どういう医療



私が住んでいる東京の本郷周辺から神田にかけても、高齢化率は高い。歴史はあるのですが、町が古いので当然高齢者が多いのです。一方、東京でも豊洲から日本橋あたりは高層ビルが建ち、タワーマンションには高所得のファミリー世代が多く住むので、年齢層が若い。

私は、高齢者の偏在は都会の間

私の頭の中では、開業医というのは専門医ではなくて、患者のすべてを診なければならぬ存在だと思っています。

(木村)

が良い医療だとお考えですか。

長尾 あまりに専門化、細分化しすぎた医療体制は患者さんから求められる医療だとは思えません。私は医学部の学生時代から総合診療の必要性を訴えてきました。総合診療とは大雑把にいうと、患者さんの抱える諸問題を総合的に診て、かつ介護との連携も担いつつ、家族医の役割を果たしながら必要なときに専門医に紹介状を書く。総合診療は医療界ではまだまだ少数派だと思いますし、医学部教育の段階での総合診療医の養成の取り組みは、まったく不足していると感じています。

総合診療という点、長野県の佐久総合病院を開院された若月俊一先生が生涯をかけて地域医療を発展させてきたり、聖路加国際病院の名誉院長であった日野原重明先生も「プライマリ・ケア」というかたちで取り組んでこられました。でも、患者の心身を総合的に

在だと思っています。父は専門医という考えを、太平洋戦争のときに捨てたんだと思います。

国も医学会も、「総合診療をめざしましょう」というのは掛け声だけで、実際の頭の中は違うんじゃないかと思っています。お金の問題で、開業医のほうに儲かるという理由で取り組んでいるのではないのでしょうか。そもそも専門医といってもレベルに疑問の残る医者もいて、日本には「なんちゃって専門医」が多いような気がします。**長尾** 患者さんを多面的に診ること、家族や生活背景まで診るこ

診て、臨機応変に対応できる総合診療医は、医者の全体から見ると少数派です。世間的にも認知されていません。家庭医とか総合医ともいわれていますが、一般的ではないですね。

在宅医療も、在宅専門クリニックが主流です。一つの医療機関、開業医で初診から最後の看取りまでするのが理想だけれども、現実にはなかなか難しい。私の場合、一人で看取りまでやっていた時代が10年近くありましたが、その後複数医師制にして、医師の数が3人になり、ついに20人になり、いまでは総勢110人を超えています。でも、そうすると別の問題も生じてきますが。

例えば、夜間・休日の在宅往診に関しては常勤医だけでは対応できず、外部の医師に応援を頼むようになりました。ただ、担当する医者の中には大病院のバイト医もいて、患者さんからすると質が

と、地域全体を診ることをめざしている医師の組織に、「日本プライマリ・ケア連合学会」があります。近くで、何でも、いつでも相談できる総合診療医や家庭医を育てることをめざしていますが、一方で、総合診療を普及させて、質を高めるための勢いがありません。日本プライマリ・ケア連合学会は、いちおう日本医学会には入っていますが、参加する人はごくわずか。彼らの力だけでは、残念ながら日本の高齢者医療を支えることはできないので、国は本気で推進すべきです。結局は地域でな

悪くクレームになったり、治療費が高額になったりと、いろいろな問題が発生しています。

和田 長尾先生は開業した早い段階から、総合診療科を掲げられていますね。いまの「かかりつけ医」の問題点は、総合診療とまでは名乗らないけれども、開業した途端に総合診療の「ふり」をするというのがあります。

例えば街の開業医で、内科で「往診もします、小児科もやります」と掲げているクリニックは多い。でも診察室に入ると、「循環器内科専門医」の認定書が貼ってある。結局、大きな病院にいたときは循環器内科医や呼吸器内科医だった人で、総合診療についてまったく学んでこなかったお医者さんが、開業したとたん総合診療の「ふり」をする。

実は、これは私も精神科でも大きな問題なんです。カウンセリングとかをほとんどやったことがなくても診てくれる人気のあるお医者さんが「かかりつけ医」の役割を果たしています。

患者サイドからすれば、患者が受診したいと思ったときに、自由に受診先を選べる「フリーアクセス」が可能なので、口コミやネット情報で良いお医者さんを探すという自由競争の状態が続くことになりそうです。でも、患者さんにすれば、具合が悪くてもどこに行けばいいのかわからない場合も多い。

ワクチン後遺症などはまさにその代表です。ワクチンで具合が悪くなっても症状は多岐に渡るわけで、膠原病にもなるし、精神的にもメンタルダウンする。でも、どこの病院に行けばいいのか。受け皿がもともとないので、患者さんは困るわけです。

大病院に総合診療科の専門医がいれば、こうした患者さんを受け入れるのがいいと思うのだけれども、そうはなっていない。いまこそ日本プライマリ・ケア連合学会の先生方には、ほかの医学会と同じような専門・細分化の動きをするのではなくて、各専門分野に横系を通す全人的医療をめざしてもらいたい。私も横系を通すような活動にチャレンジしてきました

ない人が、心療内科を名乗ったりする。日本では医者になれば、どのような診療科でも名乗れる。だからこそ、クリニックによって総合診療科の質の差が、すごく大きいと思うんです。総合診療科を名乗るのであれば、せめて一年でもいいので、総合診療科のある病院で修業なり研修なりをするシステムが必要だと思います。

木村 国自体が総合診療をめざすとしながら、実際のところはアメリカ型の専門医療に突っ走っているのが大きな問題だと思います。代々開業医の家系の家庭で育ってきた私は、開業医は医療全部ができなければいけないと思ってきました。父は外科医だったので、母の出産時には、父が子どもを取り上げてきました。私も弟も父に取り上げてもらったのです。だから私の頭の中では、開業医というのは専門医ではなくて、患者のすべてを診なければならぬ存

けれども、全国的に見ると、そういうお医者さんは非常に少ない。日本の医療は、現状のままではもちません。総合医をめざす医師が大半にならないといけないのに、専門分化という反対方向に向かっていきます。

和田 おっしゃる通りだと思います。

コロナ禍では多くの医者が新型コロナから逃げた

長尾 現代は何でも診てくれる診療科が必要な非常時であり、その質も上げていかなければならない。でも、厚生労働省にはそういう熱意がないし、高齢診療科は大学病院にしかない。

日本医師会は一粒で三度おいしいことを良しとしている。例えば、一人の患者さんを循環器専門医、消化器専門医、糖尿病専門医が診るといようなことをやっています。だから、日本医師会は総合診療医には本音では反対なんですよ。「かかりつけ医とは何か」という議論を医師会で三年ほどやりました。でも、答えは出なかった。何でも相談できても、そのあとどうするのか。定義がはっきりしないまま、日本医師会がかかり



木村もりよ (きむら・もりよ)

1990年に筑波大学医学専門学群卒業。1998年、ジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院疫学部修士課程修了。内科医として研修。厚生労働省で医系技官となる。2014年、厚生労働省を退官。医療法人財団緑友会 医学研究所所長に就く。研究所を退職して一般社団法人パブリックヘルス協議会を設立して代表理事を務める。著書に『医者にかからない幸福』（ビジネス社）などがある。

病院好きなのは紹介状を書いてもらい、あちこちの病院にかかる。 多重受診すれば、結果として多重投薬になります。

(長尾)

つけ医を持ちましょうといっています。ところがコロナ禍では多くの医者が「新型コロナは診ない」といって逃げてしまった。

かかりつけ医は患者が決めるのか、医者が決めるのか——イギリスのような緩やかな登録制にしようという動きもありました。フリーアクセスの存続についても議論されています。かかりつけ医の報酬を定額制にしようといった動きもあります。

でも、肝心な議論はしないで、患者が減る、儲けが減ることを怖がって、きれいごとだけ並べてここまで来ています。

生活費まで削って薬をもらうのは本末転倒

木村 もちろん医者もお金は必要だと思いますが、医療を金儲けの手段にしている開業医があまりにも多いような気がします。あるテレビ番組で、年金だけで生活を切

り盛りしている80代後半の女性が、「医者にかかるお金を捻出するために、生活費を切り詰めなくてはいけない」と話していた。これは本末転倒の話で、なぜ高齢になってまで、わざわざ医者に行かなければいけないのか。

人生を楽しんだり、生活の質を高めることを優先すべきです。高血圧など生活習慣病の薬をもらうために、生活費が削られる。ほんとうは、好きなものを食べて、自由な生活を送ればいいと思うのですが……。

国全体で、医療機関にかからなかったら人生が終わるかのようないメージを植え付けているように思えて仕方ありません。医者の側も、金儲けが必要だから高齢者に来院してもらわなければ困る、といったメッセージを強く出しすぎていると思うんです。

長尾 おっしゃる通りで、実際医者は患者さんの取り合いをしてい

ますから。ラーメン横丁でお客さんを取り合うような状況と同じです(笑)。

病院好きなのは紹介状を書いてもらい、あちこちの病院にかかると。多重受診すれば、結果として多重投薬になってしまいます。医者にもよるんでしょうけれども、2024年の改定で診療報酬は下がります。特定疾患療養管理料が切られたら、潰れる開業医も増えるんじゃないでしょうか。国は医療費を削減しないといけないので確信犯でしょう。そのほうが日本の医療はよくなるかもしれませんね。

特定疾患療養管理料というのは、例えば患者さんが脂質異常症、糖尿病、高血圧で受診すると、医者は「指導料」という名目でお金を取れる。内科の場合、特定疾患療養管理料で経営を維持しているのが実情です。精神科も精神科指導料のようなものがあるじゃないで

に開業する。そのときに「自分は総合診療医ではないんだ」という認識を持って総合診療というものを勉強し直せばいいのだけども、大多数の人は勉強しない。

医者の虎の巻である『今日の治療指針』(医学書院)に書いてある通りに薬の処方をしていけば、五つ病気を持っている人には、15種類の薬を出すことになるという状況が問題だと思えます。

社会科学の専門家がいうところの「部分最適は全体最適ではない」は、常識的に考えれば当たり前なのですが、日本の専門分野の

お医者さんは、部分最適を集めれば全体最適になると信じているフシがある。でなければ、あんなすごい量の薬は処方しないでしょう。

最近、私が興味を持っているのが、高齢者が起こす自動車の暴走事故なんです。原因の多くは意識障害だと私は思っています。高齢者の暴走事故は、海外ではあまり起こっていません。なぜ日本だけ多く起こっているのか——日本ほど高齢者に投薬する国はないからでは、と思っています。あれだけ多種類の薬を飲んでいたら、意識障害になってしまうのではないかと。それが運転中に起こると、暴走事故になる。高齢の患者さんもしだいに賢くなってきていますから、多種類の薬を処方する開業医は選ばない、という人が増えてくるかもしれません。

総合診療医を増やすために、大学に総合診療科や高齢者診療科が増えつつあるのも事実です。しかし、いまの大学病院の老人科や高齢者診療科は、循環器内科や呼吸器内科の医者が教授選に負けてその科の教授になっていたりするわけです。部分最適がすべてと思っている人たちの集まりですから、大学病院で総合診療医を育てるの

は難しいと思っています。大学病院とは別に、総合診療医のトレーニングのシステムをつくる必要があるのですが、残念ながらいまのところ存在はしていません。

木村 「医者を見る目」を患者さんたちが自身が養わない限り、自分たちは幸せにならない、ということを理解しないといけないですね。

和田 「尊厳死」という言葉も認知されはじめ、死ぬ間際には点滴などを断れるようになりました。しかし、50代、60代の方が「高血圧の薬なんか飲むのが嫌だ」「酒を止めるのは嫌だ」「塩分を控えるのは嫌だ」などというとき、医者からは全否定されるでしょう。これはQOL(クオリティ・オブ・ライフ)生活の質)を改善したいという欲求から起こる問題ですから、患者さんが「寿命が短くなってもいいから、QOLを大事にしてほしい」と訴えたところで医者は許さない。死ぬ間際になって、ようやく許されるわけです。

人それぞれ生き方・価値観があるわけで、太く長く生きたい人も、細く長く生きたい人も、生き方を選ぶのは患者さんであるべきです。ところが医者が「細く長く」を押し付けて、いうことを聞



長尾和宏(ながお・かずひろ)

1984年に東京医科大学医学部を卒業後、大阪大学第二内科に入局し、同年より聖徳病院に勤務。1986年より大阪大学医学部附属病院第二内科勤務、1991年より市立芦屋病院内科に勤務。1995年に兵庫県尼崎市にて長尾クリニックの院長に就任し、1999年より医療法人社団裕和会の理事長、2023年定年退職。著書に「ひとりも、死なせへん」(ブックマン社)などがある。

欧米の医者は老人にほとんど薬を出さない。薬をたくさん飲んでも長生きにはつながらないことを、国民は知る必要がある。

(和田)

かせようとする。

木村 押し付けない医者とは例えれば、この患者さんは年齢的にもう治療しなくてもいいというような場合などですね。多くの医者は、わざわざ病気を見つけて、どれほど高齢であっても治療を続けていく。治療や検査を押し付けてこないお医者さんは、どれほどいるのでしょうか。

長尾 1割くらいでしょうか。開業医が稼ごうとすると、出来高制でないとは儲からない。治療も投薬も検査も、やればやるほど儲かりますから。押し付けたら儲かるのにそれをしないというのは難しいと思います。病院側は画像診断や血液検査をしたいわけです。目の前の儲けがほしいのは多くの医師の本音でしょう。

私のクリニックでは、話だけして帰る患者さんもけっこういるんですけれども、患者さんのほうから「採血ぐらいしてほしい」という時期が意外に早く——数年以内に来るかもしれません。

和田先生や木村先生がインターネットの動画番組や書籍でどんどん発信し、医療制度が変わっていく、国民や患者の意識改革が進めば、日本の医療も変わる可能性はあります。私はワクチンについて発言しすぎて、いまはテレビからは外されているので、ぜひお二人にはがんばってもらいたいです(笑)。

和田 私もテレビではけっこう外されていますよ。日本のメディアでは、ほんとうのことをいうと外

われることもあります。1〜3年に1回ぐらいであれば、採血してもいいでしょう。やはり、患者さんの意識が変わり、声を上げてもらうことのほうが、日本の医療を変える早道かな、とも思います。

患者の視点で判断する「良い医者」とは何か

和田 最終的には「医者版の食べログ」を作りたいですね。「食べログ」は「ミシュラン」と違って、料理評論家や料理の専門家が評価するのはなく、食べている側が評価するわけです。民主主義的な方法で医者の情報を共有したいんです。もちろん、ウェブは八百長的な評価も入ってきてしまいう可能性もありますが、患者から見て「良い医者」ってどういう存在か、を考えることが大事だと思います。雑誌などでも「名医」企画はありますが、たいていは医者や病院側の立場から見た「良い医

者」なわけです。

木村 医療の制度的な崩壊は、将来というよりも現在進行中の問題で、この超高齢社会の中で、財政的に立ち行かなくなるのは誰もが薄々わかっているわけです。医療費の負担率を上げていくと、お金を払えない人は医療を受けられなくなる。医療を取るか生活を取るか、究極の二者択一がすぐ迫っています。だからこそ、「多くの人に幸せになってほしい」というのが医療の最終的に求める目標だと思うのですが、そうした選択を国民や患者がする必要がありますね。

者」なわけです。

例えば、「話をよく聞いてくれる」だとか、「面倒見がいい」だとか、「将来的なことも加味して治療法を考えてくれる」だとか、「QOLも考えてくれる」だとか、そういう患者さんからの視点で「良い医者」の評価を考えてみていすね。ただ、患者目線を医者自身が受け入れることができるか……。患者目線で評価すると、「評判のいい医者は患者を甘やかしているだけ」といった批判が必ず来る(笑)。

木村 患者教育がとてども大事だと思います。国民の多くは薬をもたらって医療を受ければ、幸せになれると信じているわけです。その人たちに、薬をたくさん出したお医者さんが「良い医者」なのか、お医者さんが「良い医者」なのか、ということ、自分にとってだけでなく、医療費負担の面から社会にとって、ほんとうに良い医者な

いまの薬漬けや検査漬けの医療がほんとうに自分たちにとって幸せなのかを考えて、医療や医者側もきちんと説明しなければいけない。そういうお医者さんが、最終的には「良い医者」であり、「名医」だと思います。

長尾 以前、内閣官房参与などを歴任した藤井聡さん(京都大学大学院教授)と雑誌の特集で「過剰医療の構造」について議論しました。医療のいろいろな問題が、法律的な要因で起こっていることを、藤井さんは指摘されています。まずは、患者さんのためにならない過剰医療や無駄な医療の問題を、組上に載せることが必要です。

そういう意味でも、テレビメディアが難しいようであれば、言論の自由が守られるニコニコ動画やYouTubeなどのインターネットチャンネルで発信していくべきですね。私が知っている範囲でも、10人ぐらいは賛同してくれるスター的なお医者さんがいると思います。

薬をたくさん飲んでも長生きにつながらない

和田 意外に知られてない事実で

のかを一緒に考えてほしいですね。

長尾 医者が処方しないと、患者さんは「あの医者は何もしてくれない」と考える。そこで重要になってくるのが、コミュニケーション力です。お医者さんはコミュニケーション力のトレーニングを受けていない人がほとんどなので、今後必要になるでしょうね。先ほども少し触れましたが、2024年の診療報酬改定で、高血圧、糖尿病、脂質異常症の特定疾患療養管理料が制限されます。今回の改定によって、内科系の中小病院では月100万円単位の収入がなくなる可能性が指摘されています。国は国民皆保険制度をも維持できなくなるかもしれない、といった話も出ています。地域の第一線ががんばっているかかりつけ医にしわ寄せがくる可能性が高い。皆保険制度が崩壊する可能性はゼロではなく、一部アメリカ型の制度を導入するか、選択を迫られ

すが、日本の男性の平均寿命はイスに抜かれているんです。欧米先進諸国と日本の平均寿命は、だいたい2歳ぐらいしか変わらない。日本と比較して、欧米の医者は老人にほとんど薬を出さないわけです。投薬と平均寿命の関係性について、もっと議論すべきではないでしょうか。薬をたくさん飲んでも長生きにはつながらないことを、国民は知る必要がある。しかも日本の場合、女性は男性と比べると薬漬けという意味では「まし」なんです。

1970年ごろから企業での集団検診が始まったので、男性は5年以上薬とお付き合いしている場合があります。女性は専業主婦やパートタイマーの方が多かったので、健康診断を頻繁には受けていません。でも、女性のほうが長生きで、平均年齢の差はかえって開いている。それに医療費の構造上、日本ではどうしても過剰投薬、過剰検査になってしまふ。薬も検査もすべて不要とはいませませんが、日本の場合は欧米諸国と比べて過剰なんだと思います。そうした事実を、国民にもっと啓蒙していく必要があると思います。

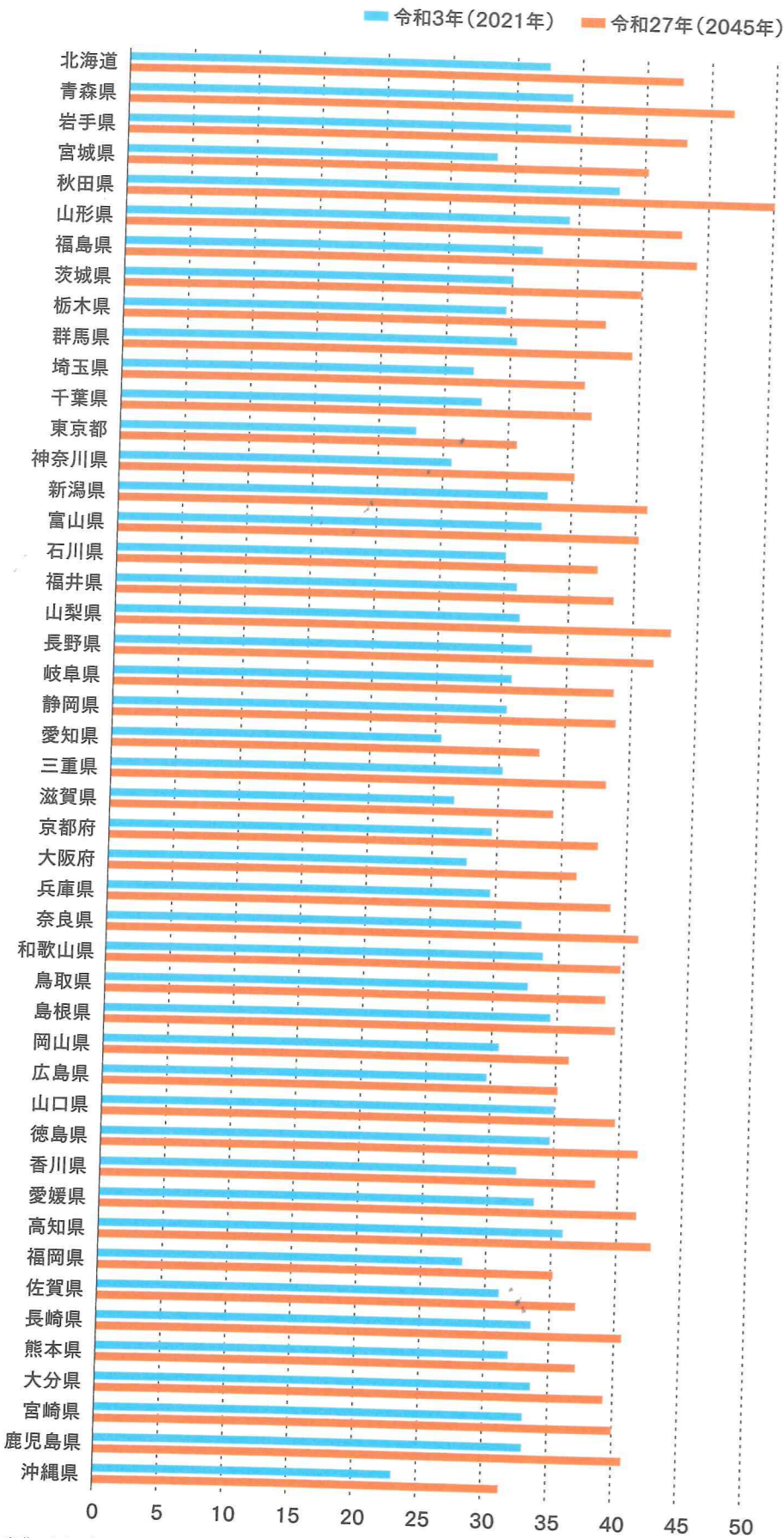
木村 がん検診も含めて、健康診



和田秀樹(わだ・ひでき)

1985年に東京大学医学部医学科を卒業。卒業後の2年間の研修期間のうち、東大附属病院の二つの内科で研修。東京大学精神神経科助手、東北大学医学部などで非常勤講師、高齢者専門の総合病院浴風会病院勤務を経て、2006年から国際医療福祉大学大学院教授。現在、立命館大学生命科学部特任教授、和田秀樹こころと体のクリニック院長。著書に『80歳の壁』(幻冬舎新書)などがある。

都道府県別の高齢化率の推移 (%)



出典：令和3年は総務省「人口統計」
令和27年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」

励ましてケラケラ笑っているようなところでしょう。
木村 高齢者が病院の待合室をサロンのように考えているのなら、それはそれでいいと思います。みんなが勝手に集まるんだったら、待合室をサロンとして提供しましょう。会話は脳の活性化に有効

です。高齢者医療って、それくらいで十分じゃないかと思えます。
日本人は、「日本の医療は世界一」と思っている人が多いですが、問題は多いと思います。確かに国民皆保険制度は素晴らしいのですが、先ほどから議論しているように過剰医療の問題は、財政上

からも看過できないレベルにまでなっています。老化を防ぎたいというのはアジア人の特徴なのかもしれないけれど、自然の摂理に逆らってまで若返りしなきゃならないのか——すべてにおいておかし

いんじゃないか、と思います。
和田 長生きする条件は、私は栄養と心の健康だと思っています。いわゆる、医者が信じている検査データより栄養状態がよくて心が健康なら長生きできるんですよ。
木村 私もそう思ってユーチューブで料理番組的なものを見てるので、みなさんぜひ観てください(笑)。

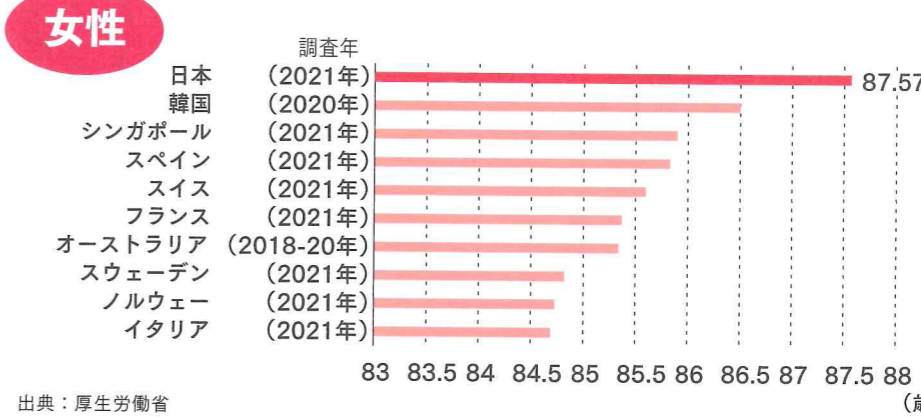
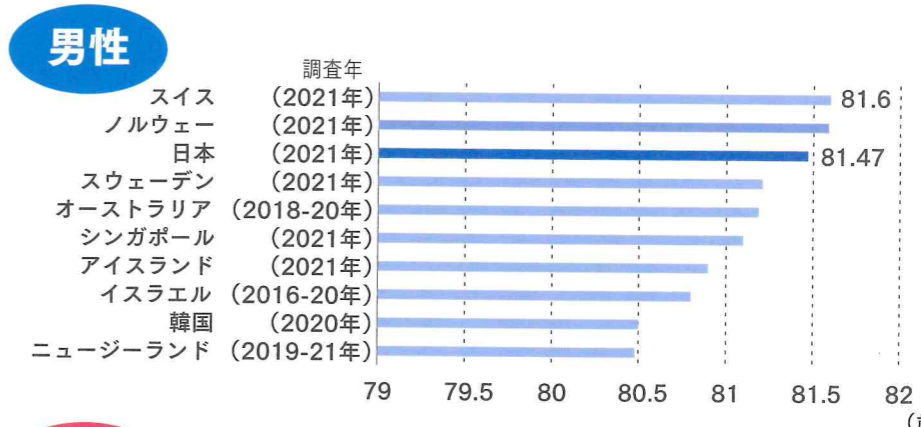
断はやめればいいんだと思います。それを勧める医者自身のポテンシャルが低い。
和田 診療報酬では、再診料が700円とか800円なのに、検査すれば1万円になる。
木村 そもそも日本の診療報酬の体系自体がおかしいんです。もつとえば、老人医療費を中心に医療費支出が増大する中で、このままでは医療財政が崩壊してしまうことを、国も医者も国民も真剣に考えたほうがいい。
和田 病院が潰れることを恐れているかもしれないけれども、病院に過剰依存している社会のほうの問題なんです。コロナ禍で医療崩壊が起こったといわれたのに、死者数は減っています。
木村 日本医師会の最大の功績は、医学部増設を断固として認めなかったことです。医者をそんなに増やす必要、ないのではないのでしょうか。医者になっても結局人を幸せにできないし、世界スタンダードの学術論文も書けない大学教授ばかりですから。

の医療が違うのは透析医療ですね。日本とフランス以外は、70歳以上はだいたい自費だと聞きました。
和田 実は、私と木村先生が日本の透析は無駄だといったら、医者の間でもすごい批判が起きた。ただ、一人だけいいことを書いている人がいて、「私が勤務している老人ホームでは、eGFR 60以上が正常といわれるなかで、eGFR 30未満でもピンピンしていますよ」ということを書いていた。高齢者は腎機能が落ちて大丈夫なのに、それを一律に腎機能が落ちたら透析するのは疑問があります。それに、アメリカは日本より糖尿病が多いのに、腎疾患で亡くなる人は少ないんです。つまり、腎機能が落ちたら透析と一律に考えているけれども、高齢者の場合はその患者さんに合わせた基準値が必要なんだと思うんです。
先ほど指摘しましたが、高齢者の交通事故で、自爆事故は若い人たちが2割に対して、高齢者は4割。若い人のようにスピードも出していないのに自爆事故を起こすのは、意識障害を起こしていると考えられます。これは過剰投薬、薬害が原因ではないかと疑っているんです。

木村 薬を飲まなければ薬害も減りますね。高血圧の薬は飲みたい患者さんが飲めばいいのであって、すべての高血圧の患者さんに処方するのは無駄な医療、押し付け医療だと思います。
和田 不思議な現象があつて、お金

がなくて医者に行けなくなった途端に元気になる人もいるわけです。待合室にいる人が元気がない病院は薬も検査も過剰なんですよ。元気な病院はあまり薬を出さないし、医者も患者さんの話を聞いて、「あなたは大丈夫だから」と

世界の平均寿命ランキング



出典：厚生労働省

私^{だけ}の名医^の見つけ方^のかかり方



広げよう良医の輪

医師が教える

私の
おすすめ
の医師

《巻頭座談会》長尾和宏×木村もりよ×和田秀樹
患者目線から考える**良い医療・医師**の条件

沖縄でなぜ**良医**が 育つのか

進化を続ける**米国生まれ**
琉球育ちの研修システム

良医育成の先駆者^{沖縄県立}**中部病院の卒後臨床研修**とは？・内原俊記

良医育成の進化系**群星^{むり}沖縄**に集った医師たち 西所正道

患者さんにとって**良医**とはどのような存在か？ 徳田安春

特集②

東京の医療は日本一

都会or地方医療どちらが人を幸せにするのか 木村もりよ

地方から見える**東京の医療**の虚像と無駄 森田洋之

沖縄で培った**心の医療**を東京で生かす 田代和馬

なのか？

連続企画

和田秀樹
木村もりよ

患者塾

