

日本の医療の課題：

医師不足の本質を捉えて新しい仕組みを

ゲスト 社団法人 日本病院会会長 山本 修三 氏

聞き手 総合研究開発機構 (NIRA) 理事長 伊藤 元重

伊藤 N I R A の対談のシリーズでは、医療の問題を集中的に取り上げ、できるだけ違ったお立場の方にお話をさせていただいて、広い視点を提供できればと思っています。今、山本先生ご自身が一番気にされていること、特に重要だと思うところをお聞きしたいと思います。最初に今の医療の現状を、先生のお立場からどのように考えておられますか。

山本 私のキャリアから申し上げますと、ずっと現場で外科をベースにして臨床をやってきました。日本の救急医療の立ち上げの時期にこの領域に入り、平成 2 年に横浜の済生会病院の院長に就任して約 10 年の間に病院団体ともつながりを持つようになり、平成 16 年に日本病院会の会長になりました。

ベースはやはり外科の現場にあるわけですが、団体に入ってみると、団体としてのいろいろなことがありまして、その中で日本の病院の医療全体を見るとどうなのかということも勉強しながらやってきました。現状の一番の問題は、実態として病院の医療が崩壊、あるいは機能不全に陥っているということです。特に、地域の医療が、まさに「崩壊」という言葉が当てはまるかもしれませんが、かなり壊れているということです。

「地域の医療崩壊」と「医師の不足」

伊藤 そのこのところをもう少し詳しくお聞きしたい。崩壊というわけですから、これまではある程度うまくいっていたところで、いろいろ問題が起きているということですね。具体的にどういうことが例として挙げられますか。

山本 うまくいっていたというより、体裁は整っていた、ということかもしれません。今、地域で医師の数が確保できないということが起きています。例えば若い人が地方の国立大学に入学して医者になると、都会に帰ってきてしまう。かつて右肩上がりの経済成長のときに、市長さんが住民のために地域に病院をつくってきた。しかし、地方財政が非常に厳しい中で、そういう病院が維持できなくなってしまった。地域の経済自体が落ちていきますから、予算を病院に使いたくてもむずかしいし、地域住民もそんなに病院にカネかけてどうするのかということが現実起きています。そういう中で、病院の機能自体が維持できなくなっています。

伊藤 日本全体で見ると、地域に比べて大都市部のほうがまだ問題は軽微だと思われませんか。



山本 修三氏
日本病院会会長

山本 いや、質は少し違うのですが、必ずしも軽微ではない。同じような問題は都会ももっています。「医師が足りない」という指標はいろいろありますが、対人口比で見ると北海道とか高知は医師の数が最も多い県なのです。病院のベッド数も対人口比で一番多い。けれども、病院の100床あたりに医師が何人いるかという数字で見ると、高知も北海道もまるで低いのです。例えば神奈川県のようなところは、対人口比でいうと医師の数は少ない。下から数えたほうが早いぐらいしかいない。けれども、病院のベッド数も少ないので、病院の100床に対しては医師の数は東京に次いで多いという現象が起きているのです（表1参照）。

伊藤 どうしてですか。つまり、まず高知と神奈川を比べますと、人口当たりでは高知のほうが医師の数は多いわけですね。人口当たりベッドの数も高知のほうが神奈川よりも多いわけです。しかし、神奈川のほうがベッド当たりの医者の数は多いと。高知のお医者さんはどこに消えてしまうのですか。

山本 高知の医師は、開業している人が多いのです。それと、もう一つの特徴は、高知では慢性療養型が日本で一番多いのです。そう

表1 医師数及び病床数の都道府県別比較

	医師数／100床当り	医師数／人口10万人当り	病床数／人口10万人当り(一般病床)
北海道	7.9	216.2	962.3
山形	10.3	198.8	790.6
埼玉	11.1	134.2	483.4
千葉	11.2	152.0	539.9
東京	17.6	278.4	671.4
神奈川	13.5	174.2	553.0
福井	11.8	212.4	843.4
山梨	10.9	193.0	748.6
長野	10.7	190.9	725.7
岐阜	11.0	171.3	613.5
愛知	12.3	184.9	588.3
大阪	12.5	244.6	747.6
和歌山	10.4	247.8	858.0
山口	7.8	237.9	756.6
高知	8.9	273.6	989.2
沖縄	9.8	204.9	708.1

※100床当たりの医師数 全国平均 10.9人

※人口10万対医師数 全国平均 211.7人

出典:『医療経営白書』日本医療企画、2007年度版

いうところに医師が集中していて、いわゆる急性期の病院に医師がいない。

伊藤 いまのお話の大きなポイントは、例えば開業医の方と専門的な技能を要求される大病院、あるいはその中でも急性のものに対してどのように対応するかというように分類して見ていくと、全体で高知のように医師の数がそれなりに多くても、本当に重要な急性期の部分は非常に弱体化しているということですか。こうしたことが「医療崩壊」の一つであると。

山本 「高知全体で見ると」というと少し語弊があります。高知も大きくは四つに分かれています。高知市と郡部が三つあって、高知市に80%以上の医師が集まっていて、郡部にあまりいない。県全体での人口対比では医師が多くても、医師のいない地域が52カ所ぐらいあると思う。そういうことがあって、高知市での急性期への対応は、もちろん大学も

あるし、県立、市民病院が合体した大きな病院もありますから、何とか対応していますが、郡部へ行くと非常に厳しい。例えば四万十川の流域のあるところから医療を受けたいとなると、高知市まで泊まりがけで来なくてはいけない。ですから、地域全体で見ると、これは問題だ、という話になります。北海道も同じです。札幌はいい、函館も何とかしています。旭川も大学があつて何とかしているけれども、そのほかの地域は、札幌の隣の小樽ですらやはり厳しいという状況にきています。

伊藤 例えば20年前、30年前も同じ状態だったとは言えないのですか。

山本 基本的には同じですが、今よりは人手があつた。先程の若い医師の問題だけではなくて、医療費がずっと抑えられてきたために、地域では医師自身の収入が減って生活できなくなったという側面があると思うのです。地域に住む人たちがみな札幌に集まってくるといふことになる、ある市町村では住民が減少して病院に行く患者さんの層がなくなる、これは医療の問題だけではなくて、そういう人口面でのシフトが起きたのだらうと思います。

伊藤 その辺を、もうちょっと詳しく伺っていきたいと思います。医療崩壊、あるいは医療の地域崩壊の前に、地域の崩壊が起きてしまっている。特に人口の少ないところで病院を支えきれなくなったのは、地域崩壊の結果にすぎない。そうすると医療のところだけ何とかやろうとしても、地方自治体の財源問題などを考えると、非常に難しいだらうと思うのです。

山本 そこは先生のおっしゃるとおりで、きわめて重要なポイントだと思います。特に若い医師なども含めて、地域でやっていこうと

いう医師、そのために自分は医者になったという人は結構いるのです。けれども、実際に自分たちのインセンティブを、その地域で生かして何とかやっていけるのかというと、地域全体の事情によってむずかしいという話になる。

いかにして地域に医師を定着させるか

伊藤 山本先生のお立場から見ると、この問題というのは命にかかわる問題ですから、切迫性がありますね。どんな形で対応可能だと思われませんか。

山本 短期的には、国が、地域への医師の派出を行ったことがあります。

伊藤 医局のようなところに頼むわけですか。

山本 緊急に国が募って、北海道や岩手県などに派出した。例えば私が新しくつくった鶴見の病院から、岩手県の宮古市に出しました。そこには秋田大学や山形大学、岩手大学などから研修医も来ていたのですが、指導者が少ない。また、例えば循環器の専門医師がいない。鶴見の病院には循環器の医者が10人以上いますから、出した。宮古市の周りは5～6万の人口がいて、循環器の医療を十分必要としているわけです。そこに循環器の医者が行く。指導者が行くことによって、若い人も何とか頑張つて、その日からカテーテルをやって、治療をやって、チームをつくつて勉強もできる。患者さんにもいい。けれども、1人しか指導者がいませんから、患者さんが何人もいっぺんに来ると対応できない。「盛岡の大学まで行ってください」ということになって、100キロの距離を2時間、2時間半かけて、家族が自分のクルマで患者さんを連れていくわけです。それでも、できる範囲で協



伊藤 元重
NIRA 理事長

力し、派出を交替で続けてきております。

伊藤 もちろん国の仕組みがあったにしても、それに手を挙げて乗り、しかもその後も続けている。こういう事例はこれからもまだ増えていくのでしょうか。

山本 効果があるとわかれば、増えてくるでしょうね。北海道では、札幌が中心になって医者への派遣に協力するというのを始めて、それで今、少しずつ動き始めていると聞いています。しかし、これは緊急にやらなければならないことですが、それをいつまでやっても根本的な解決にはなりません。地域に医師がきちんと定着できるとか、あるいはきちんとシフトしてうまく回転できるとか、そういう仕組みが作られないといけないと思うのです。

伊藤 もし間違っていたらご指摘いただきたいのですが、横浜から宮古へ医師を出したというのは、医師にとってはベースキャンプのようなものが横浜にあるから、ある期間出せし、横浜に戻っても次のポストがあるという仕組みになっているから、うまくいく面もあると思うのです。こういった仕組みなしに、宮古に定住的にお医者さんと病院を置こうとすると、なかなか難しいのではないかと

いう印象を持つのですが。

山本 医療のレベルだけでいうと、宮古の場合は、きれいないい病院で、高度の機能をもつ機械がありましたから、研修医も多少はいたわけです。ただ、それを動かすスタッフがいませんでした。そういう場合には、後で話が出るとは思いますが、専門医制度をきちっとして、地域ニーズに合わせて、この地域にはこういう専門家が何人必要だということをやちゃんと配布できるような仕組みをつくれれば、いけるわけです。

伊藤 宮古の例は成功例といえますか。

山本 成功と言っていいかどうかわかりませんが、短期的にはうまくいったのではないのでしょうか。

伊藤 宮古のようなところは全国探すと、おそらく何百とあるでしょうね。どういうふうな目配りをして全部をバックアップしたらよいか……。

地域のニーズを捉え直した 医療の仕組みを

山本 厚生労働省はようやく医者が少ないということをはっきり認め、増やそうという方向を出しました。同時に、地域の研修医、若い先生方がみんな都会へ来てしまう、これも困る。地域には、様々な患者さんを診療する設備環境は整っているわけですから、あとは勉強できる環境があればよい。そういう仕組みを作って、若い人に地域に行ってもらおうという検討を始めました。指導者のほうは、必要な地域ニーズをきちっと把握して、送ればよい。これまでは、各地域で地域のニーズをはっきりと把握していなかったわけですが、この4月から、全国のあらゆる医療機関で、60 くらいの項目について、これからもつ

と増えていきますが、都道府県単位で情報を登録しなければならなくなりました。

伊藤 具体的にはどんな項目があるのですか。

山本 病院の名前から始まって、どういう病院で、どういう医者が出て、どういう診療をやっているか。まだアウトカムまではいいていませんが、こういう診療ができますというところまでは、この4月からどこも出しているのです。来年から、おそらくこういう手術を何例やっってこういう結果ですということも、出さなければいけない。それをさらに、地域住民にオープンにして、見えるようにする仕組みを地域の行政がつくるわけです。例えば胃がんというので検索すれば、どの病院でどれくらいやっていますということが、地域の人にわかるような仕組みを全国でつくりたいというのが、地域医療改革の一番大きな目玉です。

伊藤 もう始まっているわけですか。

山本 この4月から始まりました。ちょっと遅れていますが、みんな出し始めていますから、それが定着してくると、地域ニーズがはっきりしてきます。その中で、ある病院はこの手術をこんなにやっている、この病院はこんなにやっている、じゃあ、私たちはこっちへ行こうということも自然とできてきますよね。

伊藤 患者さんが選べるということですね。

山本 そういうことになります。

伊藤 先程の研修医制度の話ですが、今は要するに若い人が研修先を選べるわけですね。すると特定の地域や医療機関に集中してしまっ、誰も行かないところが出てくる。それを今いわれたような形で、特に地域にも配慮した形で若い人が行くようにするために、ある種の強制的な研修地の配分の仕組みを

作ろうということでしょうか。たとえばロー・スクールなどだと、司法試験に受かって、研修制度のときに、かなり強制的に配分しますね。

山本 それは必要かなと思います。都会で、指導医もたくさんいて、それなりに給料もよくて、暇なときは遊べて、という環境が整っているところだけで研修をやるのがいいのかというと、そうではないと思います。ただ、あなたは2年間、この地域へ行きっ放しです、ということではなく、交替できる仕組みも考えなくてはなりません。1年、2年目の若い研修医は、医療を勉強して必要な技術を身につける。基本的なことを身につけていくという意味では、今の日本だったらどこでも出来ると思う。それを理解してもらって、それなりの報酬もきちんと保障すれば、可能なのではないかと思います。

伊藤 そういう意味では、研修医制度にはかなり手を入れてやっっていく可能性があるということですね。

山本 今、その検討が始まったところですよ。それは良いことで大いに進めなくてはいけないのですが、ただ、今の検討が、地方の大学から若い医者がいなくなっってしまった、これでは大学がもたないという話から始まっ、それだけではなくて、一般病院に出た人たちが、どういう満足度を求めて大学から出ていっってしまうのか、地方の大学病院のどこに問題があるのか、出て行った人を地方に帰したときにどういうことが起こるのかということも含めて、検討しなくてはならないと思っています。

大都市も医師の不足

伊藤 地方の話は少し見えてきたのですが、

大都市ではどんな問題があるのでしょうか。

山本 大都市の中で必要な医師がいる、いない、看護師がいる、いない、の問題は同様に起こっています。そして病院で働く医師の絶対数が足りませんから、当然そこは取り合いになる。都会でしたら医療機能の集中と連携は当たり前ですが、いま何が起こっているのか。小児科を例にとると、A病院は小児科医が5～6人いて、B病院も14人の医師で小児科を一生懸命やっている。ところが、今度の診療報酬改定で、小児の医者が20人いるところには高い点数を付けますとやってしまったわけです。

伊藤 つまり、規模にインセンティブを与えてしまったわけですね。

山本 そうです。そうしたら、Aの医者がBへ動くと、Bは20人になるわけですが、Aは小児科医がゼロになってしまう。そういう医療制度のいじり方によって、大阪や東京、横浜でもいろいろなことが起きてしまっている。

伊藤 しかし、今はどちらかという分散してしまっている。地方は別として、大都市の場合には、中長期的に考えれば、むしろ5人と15人のところがあるよりは、20人のところを1カ所にしたほうが良いといえませんか。過渡期にはいろいろな問題が出てくるとは思いますが。

山本 ただ、患者さんからいわせると、今まで歩いて行けたのに、なぜバスで行かなくてはいけないのということが起こってきますから、患者さんをどうやって搬送するかというようなことも含めて、よい仕組みができれば、集中してもよいと思います。

伊藤 医療は日々患者さんに対応しなければならず、毎日動いていますよね。そこに地域の人の生活もかかっているわけですから、

よいことであっても、いまお話にあったような形で制度がちょっと動くと、すぐに影響が出てきて、それが意味で非常に大きな社会的不安を引き起こす。そこで、どうしても保守的にならざるを得ない。つまり、元に戻る。そうすると、長い目で見れば、だんだんじり貧になってきてしまう。

山本 それは長い目で見ると必ず失敗している。例えば、この病院が経営的になかなか難しいからやっていけないという事態になって、それが公的病院だったりしますと、必ず「残せ残せ運動」が始まる。そして、もうダメだというのを残した病院は、やはりいつまでたってもダメですよ。

伊藤 そうかといって荒療治して、先程のお話のように集中させるといっても、その過程は政治的には相当難しい。

山本 政治的にきちんとやらなくてはいいませんが、では、住民は、集中がなかったときに困るかという困らないのです。既存の病院があるわけですから。そういうところは、辛抱強く説得していく必要があります。というのは、先生もご指摘になると思いますが、日本全体をグローバルな比較で見ると、一般病床は対人口比では多いわけですから、急性期の病床はもう少し減らしてもいいだろうとはいえます。病院の配置がまずいということですね。

ベッドの数は多いけれども

伊藤 いまのお話ですが、日本全体を見ると病床数は十分あるのですか。

山本 日本全体で見ると、対人口比のベッド数は、先進諸国に比べたら圧倒的に多いです。先生、アメリカの病院と日本の病院と、1病院当たりのベッド数、どちらが多いと思いま

すか。

伊藤 そうですね、私はアメリカだと思いますが、違いますか。マスジェネラルとかMD アンダーソンとか、大きな病院がありますから。

山本 アメリカのほうが多いと思うでしょう。ところが違うのです。アメリカのほうがサイズは小さいです。中国とか台湾、台湾は3000床の病院があるから、びっくりしてしまうけれどもアメリカは少ない。これが2004年の各国を比べた人口当たりのベッド数です(表2参照)。

表2 医療供給体制の各国比較(2004)

国名	人口千人当りの病床数	病床百床当りの医師数	人口千人当りの医師数	病床百床当りの看護職員数	人口千人当りの看護職員数
日本	14.2	14.3	2.0	63.2	9.0
ドイツ	8.6	39.5	3.4	112.5	9.7
フランス	7.5	44.9	3.4	100.0	7.5
イギリス	4.0	57.0	2.3	226.8	9.2
アメリカ	3.3	73.3	2.4	233.0	7.9

平成18年6月：一般病院16人/100床、大学病院26人/100床(最大75人以上/100床)
(日本病院会調査及び大学資料より)

日本は厚生労働省調べ
諸外国はOECD Health Date 2002,2004

出典：『医療経営白書』日本医療企画、2007年度版

伊藤 これを見ると、人口当たりの病床数では、日本は圧倒的に多いですね。

山本 日本の場合には、いわゆるナーシング・ファシリティという、介護ではないんですが、慢性療養のベッドが含まれますので、急性期だけの病床数でいうと14はありますが、しかし、それでもまだ多いです。では、これを減らせばいいではないかと皆さんおっしゃる。例えばフランスを見ますと、フラ

ンスは半分ですから、日本も半分に減らしましょうと。ところが、残りの医者が全部、残った病院で働きましようといっても、28人にしかならない。

伊藤 要するに医者の数が圧倒的に足りないわけですね。

山本 病院で働いているのは病床100床あたり44人。アメリカは73人ですから、病院で働く医者が少ないということを私たちは主張しているのですが、なかなかわかっていただけない。アメリカの1980年で、施設当たりが196床です。2005年で165床です。日本は182床です。

伊藤 アメリカはなぜ減り続けているのですか。

山本 病床数は、在院日数が大幅に短くなった段階で減りました。このへんからはDRG/PPS(診断群別包括支払い方式)の影響が強かったと思います。これは昔でいえば300床以上という、同じ機能を持っているわけです。平均在院日数が今、アメリカは3日ぐらいですから。

伊藤 医者の数が重要であって、病床数ではないということですか。

山本 そうです。医療の専門分化をベースに、早く効率的に治療するという意味で、医師の数と質が重要です。

医療の専門化が招いた医師の不足

伊藤 しかし、なぜ日本では、医師の数が余っているからといって、一時減らしたりしたのですか。

山本 厚生省の当時の保険局長・吉村仁氏が、1983年に、いわゆる「医療費亡国論」という説を唱えたのです。医者を増やしたら医療費が増えるから、これ以上医者は絶対増やして

はダメだという論文を出した（注：『社会保険旬報』に掲載された「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」）。それに役人や政治家やらが全部飛びついて、そのときから医者は増やさないということにして、「医者は余っている」というキャンペーンになった。吉村氏の論文が非常に大きな影響力を持ったわけです。

伊藤 それに対して、医学界からあまり反応が出なかったのですか。

山本 医学界からは、その当時はまったく反応がありませんでした。その後急速に、医療の近代化と、本当の意味での医療の専門分化が一気に進んできたのです。そのために、考えていたよりも医者が沢山必要になってしまったわけです。先生、足を1本診るのに、今、整形の医者が何人いると思います？ 3人いなくては1本診られないですよ。

伊藤 そうなのですか。どういう分担なのですか？

山本 足1本診るのに、アングルと、ニーと、ヒップ、一人一人専門が別ですよ。そのうちに左右別になるんだろうと言っている（笑）。そのぐらい分化している。

伊藤 まるで経済学みたいですわね（笑）。でも、それが医療のあるべき技術進歩なのですね。

山本 だからレベルは高いです。けれども医師の数は必要になってくる。それはお腹でも同様で、何人の医者がいたらお腹を診られるかといえば、肝臓、胃、膵臓、腎臓、腸、大腸、全部違う医者が診るわけですから。

伊藤 それは日本だけではなくて、世界どこでもそうですか。

山本 世界はそうなっている。

伊藤 逆にいうと、過去を批判するかどうかは別として、医療でもこの20年、30年の間

に技術の進歩をはじめ状況が大きく変わってきていることを想定しないで、医師の育成数が決められてしまったということでしょうか。

山本 そうです。まず医師の数が決められてしまった。私に言わせればその基礎に、出来高制という医療制度があった。要するに、病院にいても開業しても、とにかくどんどん患者さんを診ていけば、収益が上がって生活が出来るという仕組みがあったわけです。

伊藤 しかし、海外では医療の専門化に伴う医師の需要増に対応出来てきたのですか。アメリカは、民間の力が強いから、需要があれば医師は出てくるのでしょうか、フランスやイギリスなどでも対応出来てきたのでしょうか。

山本 対応してきたのです。それが、今日の結論になるのかもしれませんが、日本にはその仕組みがない。

医療のクオリティコントロールが必要

伊藤 なぜないのでしょうか。

山本 単純に言えば、医者の世界がまとまらないからです。マッキンゼーの調査によれば、要するに専門医の認定制度の問題が根底にあるからです。この認定の基準の設定とプログラムの監修の仕組みを持っていないのは日本だけです。

伊藤 認定の基準というのは、どうやって設定しているのですか。

山本 例えば基準を学会で認定します。その認定プログラムが、この病院ではきちんと行われていますかということをチェックするわけです。

伊藤 クオリティコントロールのようなものですね。

山本 クオリティコントロール、まさに品質管理そのものです。それをやって、その病院ではこの手術はやってはいけません、ということをしちんといわなければいけない。これが日本にはないのです。個々の医師を対象にした学会単位での専門医制度はあります。この人は学会に何年入っている、どんな論文を出している、これだけ勉強しているから専門医ですと認める。けれども、ある病院がどういうプログラムを持っていて、きちんとアウトカム出しているのかをチェックしているという仕組みはない。

伊藤 海外は全部あるわけですね。

山本 あります。

伊藤 なぜ日本にはないのですか。政治的に反対するところがあるのですか。

山本 そういうようなものは必要なしと反対の姿勢をとる勢力が強かった、ということがあります。一部の医師にとってはそういうものは関係ない。そんなものをつくられると大変なことになってしまう。

伊藤 やはり自分たちの権利が侵害される。お客さんが減ってしまうということですか。でも、これは基本ですよ。

山本 はい。これは基本です。これをつくれれば、日本の医療は現場では最低限、壊れないで済むのです。

伊藤 それをつくると、具体的にはどういうメリットが出てきますか。クオリティが基準に達しないところはどうなるのでしょうか。

山本 現場の医療水準は絶対保てます。医者自身が質をきちんと確保しますという仕組みをつくるわけですから、おカネがどうであろうと医療の水準は保てます。それがなければ、ではどうするか、医者を辞めてしまうとか、とにかくカネを稼がなくてはいけないのだから何でもかんでもやっつけまおうとか、

そういうことが現実に起きてきています。昔の例ですけれども、ある病院で、正常な患者さんの臓器を切除していたというのがありました。

伊藤 それで手術代を稼ぐということですね。

山本 とんでもないことです。ディスポの機器を繰り返して使って感染を起こしてしまったということもあります。

伊藤 テレビでも報道されていました。あれも同じですか。

山本 あのようなことが起こったのは実は日本だけではなかったのです。イギリスでも、サッチャー政権のときに、医療費を削減したために起きたのです。おカネと質の保障がないと、とんでもないことが起こるのです。

伊藤 逆に言うと、悪いことをすれば何とか稼げる。しかし、この認定制度をつくるということは、最低限医療の質を保証しないと病院として認めないということですね。

山本 質が保証できない医療は認めません、という意味です。その代わりその専門家は、きちんと地域に配分して、どこの地域でも対応できるような仕組みをつくろうということです。

伊藤 もし、これをやろうとすると、政治的には、まだなかなか難しいわけですね。でも、これはある意味では当たり前のことです。ほかの組織だったら、今の評価という「波」は当然、受け止めなければならない。

山本 「波」の方向性はまとまったのです。日本学術会議に医療イノベーション委員会というのがあって、その中でこれをまとめました。そのまとめの最終的な提言は、内閣直轄で、経済財政諮問会議に相当するような医療改革委員会をつくれというものです。そこで現場の意見を反映させて、医療費抑制政策

からの脱却と、抜本的な改革を進める。専門医制度については、アンダーグラデュエート、ポストグラデュエート、専門医という一貫した制度を見直して、仕組みをしっかりと作るという提案もしました。

伊藤 これから、いわゆる政治の評価を受けるわけですね。

山本 政治にのってくると思います。

医療のプログラム化とその評価

伊藤 専門医制度という名前だけから見ると、一人一人の医者を評価する制度のように見えますが、先程のお話はそうではなくて組織の評価ですね。

山本 いえ、組織ではなくてプログラムの評価です。組織の評価というと、担当の先生がいなくなってしまうたらどうなるのということがありますから、この病院でこういうプログラムで、こういう医師がいて、これだけのレベルをやって、なお教育もできますよという、一連のプログラム全体を評価しなくてはいけない。そして、専門医としては、例えば私は外科医ですとか、私は内科医ですというレベルでは全然ダメで、糖尿病の専門医、肝臓の専門医、胃の病気の専門医、肺の病気の専門医というようなレベルの話です。そうすると、肺の専門医のレベルで、例えばこの病院の肺外科の先生は、こういう知識があって、こういう技術を持っていますという、そこまですら評価しようということです。これまでは、技術の評価というのはなかった。学会に長くいて、発表をやって、そこそこに臨床をやっていたら、肺外科の先生になれる。そうではなくて、きちんと手術ができて、若い医師に指導もできる専門医が必要です。国民から見てわかるような専門医にして、なおか

つ若い人がそこで勉強できる仕組みを持ったプログラムで、きちんとやっていますよ、ということの評価する仕組みにしていかななくてはダメなのです。

伊藤 そうした評価のためには、かなり細かい分類や評価項目が必要になってくるですね。

山本 それで、どこまでできるかというのは一つの課題です。かなり検討されていますが、まだコンセンサスは全く出来ていません。

伊藤 どこで検討しているのですか。

山本 専門医の学会が全部集まった、日本専門医制評価・認定機構というのがあります。この組織が機能することを期待しています。

伊藤 それは、医療関係のいろいろな組織、団体が結集してつくった評価ですね。ところで、先程ちょっとお話にあったような研修プログラムの監督機構というのは、病院そのものもそれによって評価するようなどころもあるのですか。

山本 病院そのものの評価もあります。このほかに米国病院認定合同委員会（JCHO）のように、安全性と、専門のレベルと、病院全体の仕組みを含めて、きちんとしたチェックをしていく機構ができています。日本でそれに対応するのは、医療機能評価機構です。そこで病院全体の最低基準をチェックしています。それはそれでいいのですが、そこから一步、まだ踏み込めていないのです。海外のこういう組織では、さらにプログラムとアウトカムまで含めてチェックしているのですが、日本はそこまでしていない。

伊藤 例えば英国、オーストラリアやカナダのこの制度というのは、先程言った医療の組織の方々から出てきた、自主的な監督機構なのですか。

山本 そうです。医師が中心でやっているも

のです。

伊藤 話は全く違うのですが、1930年代に、ウォール街で株が大暴落して、証券業界、金融業界でいろいろな問題が見えたときに、結局そこから立ち直ったのは、どういう行動を取るのが金融業界として正しいかということで、自主的なチェック機構が出来たからです。そういうものが出来てくることが、こういう専門性の高いところの複雑な問題の解決には大事だと思うのです。

山本 われわれの反省としては、結局、先進国の医療として、個々では非常に高いレベルでやっているとしても、では、それをベンチマークできたのかというと、できていない。だから、そういう仕組みをつくりましょう。それがなければ、医療界として支えられせんよということですよ。

医師のキャリアパスが外から見えるように

伊藤 ここまでのお話を整理しますと、個々の人材に焦点を当てて、大学へ入ってから実際に研修を受けたり、現場でいろいろな経験をしたり、それが外にも見える形で、例えば専門の認定のような形にしていく。一人一人の医師の認定がはっきりしてくれば、どういった人たちがチームとして集まれば、病院としてどういう能力があるかということがわかるという、キャリアパスが増える、これが一つの大きな柱ですね。

山本 そこが一番大きいのではないのでしょうか。

伊藤 例えば病院の評価は、その延長線上でできてしまうということですか。

山本 病院の評価、今の専門医のキャリアパス云々というのは、地域に住む患者さんに、この専門分野に対しては非常にきちんとし

たレベルで医療を提供しますと明示することなんです。これは病院の「施設」とは関係ない。地域の中で、場合によってはA病院、B病院、C病院と、プログラムを共有して、医師が病院を超えて協力し合うような形もできる。各病院の機能と、必要なもののチェック、これは今の病院機能評価のレベルをもう少し上げれば十分に出来る。

伊藤 施設というより、むしろ地域にどういったお医者さんがいるかということがまず前提になるということですね。

山本 そうです。医者の方労働環境も、そういうことに合わせて少し変えていかないと行けない。そこはもう一つの課題として、個々の病院の経営管理という問題があります。今のようになりつつある状況の中で、本当に経営管理をしっかりしなくてはならない。自治体病院のように、業務専念義務というので、ほかのところへ行ってはいけませんというような固定した観念の中でやっていたら、医療はもたないと思います。そういうことも含めて、もうちょっと広い視野で改革しなくては行けません。

伊藤 先程の話にもう一度戻りますが、専門医の認定制度とかキャリアパスを、お医者さんになる人だけではなくて、患者さんだとか、地域からも見えるようにする。それが結果的には、地域でどういう医療が提供されているかが見えてきて、もし今の病院と医師のマッチングがうまくいかなければ、医師がネットワークを組んでやるなどの、いろいろな可能性も出てくる。そういう改革を前提として、それでも医師の数は足りないですか。

それでも「足りない？」医師の数

山本 それでも足りないのです。専門性が高

まってきて、どんどん分化しているということと、もう一つは、労働時間の問題があります。日本は今、当直体制を取っています。昼間働いて、なおかつ夜働くという体制を取っている。そうすると、夜中にやる医療というのは、酒飲んで寝ているようなレベルの意識状態で医療が行われる場合もある。もちろん酒は飲んでいませんが、意識レベルは低い状態にあるわけです。

伊藤 昼間とは違う気持ちで……。

山本 昼間とは違う。そんな医療をやっているはいけないのです。やはりシフト制を取らなくてはならない。その医者数だけでも、倍ぐらい必要ではないかということが、単純に出てきます。そういうことを含めると、本当にいい医療を提供するために、数は絶対足りない。

伊藤 その場合の数が足りないというのは、ほかの世界でもそうだと思うのです。例えば金融の世界でいうと、かつては専門性の度合いが低かったものですから、たくさん金融機関があって、それぞれがみなジェネラリストでやっていたのですけれども、今は不動産の専門家だとか、先物の専門家だとか、専門性がどんどん増えてきます。そうした専門家は、一人で今までのジェネラリストの10倍とか100倍の仕事ができる。先程の話だと、膝だけの専門家が1人いれば、これまでの整形外科のお医者さんの10倍の患者さんを見ることができ。ここは表現に気をつけなければいけませんが、実は医者が足りないのではなくて、専門家ではないジェネラリストが多すぎる。もっと言えば開業医が多すぎてしまって、医者の配分がうまくいっていないということもあるのではないのでしょうか。つまり、絶対数で医学部の数を増やせば何とかかなるという問題でもないような気がするのです

が。

山本 基本的なところで、数を増やせばいいというわけではないことは確かです。ただ、やはり絶対数が足りないから、それはある程度増やさなければなりません。

伊藤 確かに数字を見るとそうですね。

病院に必要な医師の「ジェネラリスト」

山本 いま先生はジェネラリストが多過ぎるのではないかと言われましたが、そうではなくて、逆に、病院で働くジェネラリストが少ないのです。

伊藤 開業医には多いということですか。

山本 開業医は、先程の質の話になるのですが、専門医制度の中で、ジェネラリストとしても非常に高い専門性を持った医師としてあるべきなのです。

伊藤 「ジェネラリストというスペシャリスト」ですね。

山本 そうです。開業医の先生がそのレベルを上げたときに、おそらく何か変わってくる可能性はあります。一方、病院では、伊藤先生が言われるように、膝だけ治すという専門医が地域で3人いたら、それは30倍、40倍の仕事ができるでしょう。けれども、入院したときに、膝を治す専門医と、入院しているその患者さんをケアする(診る)医師がいなくてはならないのです。これは今までは、アメリカではレジデントが見ていたわけです。

伊藤 レジデントというのは……。

山本 研修医です。研修医が見ていたわけですね。キャリアをだんだん積むにつれて総合的な知識も増えてくるので、チーフレジデント制を取って、レジデントを管理するような仕組みにして、しっかり患者さんを診てきたのです。これはある意味でジェネラルな仕事です。

日本では、医局に入って2年たつと、今度は教室へ入って「専門家」です。膝のチームへ入ったら、膝ばかり診ている。だから、病院で「患者さんを診る」人がいなくなってしまう。それをつくらなくてはいけない。それはレジデンシー・システムでもいいと思う。そういう意味では、狭義の専門医は少なくてもよい。けれども、専門医になるためのレジデントは、もう少し枠を広げて、外科グループのレジデント制、内科グループのレジデント制ということで、もっと広く患者さんを診ていって、それをだんだん狭くして専門へ行くという仕組みをつくる。病院では「患者さんをきちんと診る」、「いろいろな患者さんを診る」。そうすれば、必要な医師は最低の数でいけるのかなと思うのです。

伊藤 お医者さん全体の世界の中での、ネットワークというか、あるいは分業体制が、今のままでだと蛸壺的になっていて、うまく機能していないということでしょうか。しかし、先生のいわれる仕組みを、どうやってつくったらよいのですか。

山本 病院の中でのいわゆる総合医というか、そういうものの役目をもう一度見直す必要があるだろうと思います。現場の医者からもそういう意見が出ています。例えば、専門医は基本的に臓器、その病気、すなわち局所を診る医師です。局所を専門的に診る医師と、患者さん全体像を診ていく医師が必要ということで、主治医になるのは患者さんを診る医師で、専門医はそのチームにアテンドすればよい、という意見が出てくるのです。そのような新しい仕組みをつくったほうがよいのではないかという声が、現場から出たのです。その一つの実践例が聖路加病院です。ここでは、救急と総合医の医師が、各科から「この患者さんの主治医になってください」とい

う依頼をもらうと、入院している間、その患者さんを主治医として診る。そして例えば眼科の先生は、眼科に特定した局部だけを治すという仕組みで、チームで患者さんを診る。こういう仕組みを始めてうまくいっていると聞いています。

専門医と「患者さんを診る」仕組み

伊藤 先生のお話を私なりに理解すると、日本は、専門のお医者さんの認定や配分の仕組みが、非常にいい加減だった。結果的に専門の方はいるかもしれませんが、キャリアとか能力に対する評価が非常にいい加減だったので、専門医の仕組みはしっかり作らなければならない。その中でさらに、いま言われた、患者さんを中心として患者さんを診る医師が、とくに病院でまったく不足している。この2つの問題を二段構えで考えたらよいのでしょうか。

山本 そのとおりです。そして、これは大学医学部の教室のせいだったと思うのです。例えばある大学の医学部を卒業して医者になり、大学の外科の医局に入りますよね。1年目はオールオーバーで外科の勉強をします。2年目から教室単位になって、脳外科とか消化器外科とか、胸腔外科となるわけです。2年目のお医者さんが、もう一生それしかやらない。そうすると、自分が専門家としてやっていくベースになるのは、学生のときの医学と1年目の外科しかない。それでは大きな塔は立たないでしょう。そういう仕組みをどうやって直すか。对患者さんの視点から言えば、入院した患者さんをトータルでしっかり診る、なおかつ専門として診る、そういう仕組みをチームでつくる。

伊藤 その場合は、患者さんをトータルで診

るという意味での、専門家の教室をもう一個つくればいいということでしょうか。

山本 そうなのです。それですむ部分があって、それをやろうとしているいくつかの大学があります。各専門家が集まって、この患者さんを診ていきましょうというシステムも、いくつかの大学でやっています。うまくいっている場合はよいのですけれども、専門家同士が集まってチームをつくって、本当に患者さんを診られるのかという疑問も出ています。そこをどうカバーするかという課題は一つ残ります。

伊藤 優れたコーディネーターが必要ですね。先程の聖路加の取り組みは、これとはまた別なのでしょうか。

山本 聖路加では、総合診療で患者さんを診る。チーム医療の問題は、専門家を全部集めて、そのベースに総合診療科がいて、コーディネートしてやっていくということだと思います。例えばアメリカのジェネラル・プラクティショナー（general practitioner）の仕事の中に、専門家を評価するという仕事があります。

伊藤 それは重要ですよ。

山本 この患者さんはこういう患者さんで、これは専門家に頼まなくてはいけない。この病気の専門家はこれだけいるけれども、この人が適任だから、ここへ行きなさい、といったようなところまでジェネラル・プラクティショナーは背負わなくてはいけない部分もある。そういうレベルが要求されるのです。

伊藤 その意味では日本のジェネラル・プラクティショナーというのはまだいない……。

山本 まだ十分ではない。受けるほうも十分ではない。いろいろな取り組みはされています。国立のある大変有名な先生のところの大学では、今までと違った患者さんへのアプロ

ーチをしています。この大学には内科一つとっても循環器とか高血圧とか腎臓とか、専門医が沢山います。そういう専門医をチームにして、患者さんを診ているのです。

伊藤 チームになれば、当然、チームの中でコーディネートする人が必要になってきますね。そこで優れたGPが生まれてくる。

山本 内科のベースはわりあい広いですから、うまくコーディネートできる可能性はある。チームで患者さんを診ることが出来ると、それは非常に強い。さらに広げて、そこに外科も参加しましょう、何々科も参加しましょう、患者さんによってはこの専門家がアテンドします、というようなチームをつくってやっていこうということが始まった。他の大学にもこの方式が広がって、うまく動けば、かなり違ってきます。

病院・開業医・救急医療

伊藤 これから5年ぐらいの間に、医療の分野でまずこれをやらなければいけないということで、プライオリティをつけるとすると、一番重要なものは何だと思われませんか。

山本 やはり、どうやって医者に病院に残ってもらうかということ。これは一番急がなくてはならないことですね。

伊藤 残らないお医者さんというのは、辞めてしまうということですか。女性の場合、結婚とか……。

山本 辞めてしまうということです。女性の場合は結婚して辞めるということがあります。お産して、赤ちゃんを育てながら仕事を続けられる環境が整っていません。そこは今、女性を引き戻すというプログラムもつくって始めています。時間をかければ何とか解決するだろうと思います。そうではなくて、「も

う病院、きつい、やめた、開業しよう」。これをどうやって抑えるかです。日本には自由開業制というのがあります。そのために、言葉は悪いけれども、いざとなったらそこへ逃げる。そこで、開業医は、今の総合診療医で、家庭医かG Pですから、開業するにはそれだけの能力は持ってもらう。それをキャリアパスで位置づけて、病院でこれをクリアしないと開業できないという要件をつくったらどうか。私どもは数年前からこれを言っているのです。

伊藤 それは医師会が反対するでしょうね。

山本 そのとおり医師会が反対しました。ところが、昨日の全国知事会では、やはりそれをやってくれという話が出ました。

伊藤 ある意味でいいことですね。開業医であろうと専門性を求められる医師であれば、教員に教員試験があるように、当然、開業医になるためにもある種の要件をきちんとクリアしてもらう。

山本 そして、例えば5年なら5年ごとに必要な要件を満たしているかどうかを見直す制度も必要です。

伊藤 いまそういうことを言われた背景には、大病院の現場が非常にきついもので、そこから医者がどんどん戦線離脱して行って、病院の機能を維持することが大変厳しくなっているという現状があるということです。

山本 そうした現状があるということ、実は数字としてはつかめていないのです。平成17年、18年までの数字はあって、そこではまだ、「医師の病院離脱」という変化はほとんど見られない。ですから、平成19年、20年の変化はおそらく非常に大きなものだろうと思います。

伊藤 これだけマスコミが騒いでいて、例え

ば産婦人科医が少ないとか、小児科医が少ない、あるいは外科が足りないということになってくると、やはり戦線離脱された方が多いという事実があるのでしょうかね。

山本 産婦人科は、少ないとはいっても、今のところお産を取り扱う医者が開業と病院を含めて5800人ぐらいいます。ただ、それで110万から120万のお産をやらなくてはならないから、1人、年間200人。これは結構きついです。もう少し欲しい。ところが、もっときついのは救急です。救急の専門医は今、2700人ぐらいしかいません。

伊藤 全国で、ですか。

山本 全国で、です。救急車は今、年間延べ400万台走っています。それはもう、とんでもない過重勤務です。若い人はそれでも救急は面白いからやるとは言っているけど体がもたない。3年頑張った、5年頑張った、ああ、もうダメ、というので、辞めていくわけです。

伊藤 救急医などがボトルネックになっているわけですから、そこは臨時で集中的に増えるような仕組みをつくるしかないのでしょうかね。

山本 仕組みをつくるしかない。救急医療には、「救急」という専門と、各科の救急というのがあります。外科なら外科の救急、内科なら内科の救急というのがあります。ところが救急医学が専門化したために、外科とか内科で救急をやらなくなってしまったということがある。それをもう一度掘り起こして、二次救急（入院を必要としない程度を「一次救急」と呼ぶのに対して、「二次救急」は入院治療を必要とする程度）というのですが、外科の救急は外科でやる、内科の救急は内科でやる、これ充実させようというのが今の方向です。これを早くやらなくてはいけないので、二次救急にもう少しおカネを付けるよう

にする。お腹が痛いといったら、やはりまず外科で診る、あまり高級な救急をやりすぎたために、中間をやる人がいなくなってしまうということがあって、その見直しを早急にやろう、それも大きなテーマです。

医学部に意欲のある学生を

伊藤 ここまでのお話を全体として整理して、何か加えるべき論点がありますか。

山本 要する必要な医者を確保しよう、いい医者をつくらなければならない、それはどうしたらいいのだろうか、ということが、ここまでの話でした。すると、そもそも、いい医者をつくるためには、いい学生の選択から入らなくてはならないだろうということがあります。

伊藤 これは大変らしいですね。

山本 大変なのです。大変なのですが、そこが一番問題なのです。それは、今の医学部というのは、高校の成績の偏差値がトップレベルの人がみんな来るわけです。医者に向かわせる何かインセンティブがあったり、医者になって俺はこういうことをやるんだというモチベーションがあったりするわけではないのです。ただ成績が上にいるから医学部へ来たという人で、医者になってからドロップアウトしている人は沢山います。ですから、そういうところにおカネをかけても仕方がない、本当に医者になりたいという人を医者にしなくてはいけないのではないか。その仕組みをもう一回見直そうということです。

伊藤 それは先程のキャリアパスとか、認定と関係するわけですか。

山本 関係するのです。医者になりたい人に医者になってもらうには、今の6年制がいいのか、メディカルスクールがいいのかという

検討もしなければなりません。そのあと、卒業したら、研修医です。どういう研修をやるか。その研修が、きちんと専門医につながる研修で、なおかつ、専門医になったら、これだけきちんと報酬が保障されますよ、というところまではやらなくてはダメです。

伊藤 そういう仕組みが、今はグジャグジャなってしまうというわけですね。ここを再構築する要、あるいは原動力になるのが、認定制度のようなことですか。

山本 はい。

伊藤 医学部の入試とか、選抜の方法にまで影響を与えるということは、大変ですね。ただ、私たち経済の人間にとってうらやましいなと思うのは、そうは言っても医学部は全国の優秀な学生をたくさん採れる立場にあるわけです。逆に言うとそこをうまくやれば、非常にやりやすいかなと思うのですが。

山本 それはそうですね。

伊藤 農業ですと、農業者になりたい人が少ないという現状ですから、問題の質が全然違います。

山本 今、大学自身が少し変わってきているのです。医学部の中でも、大きく二つに分かれてきました。一つはアカデミックスクールでいく、大学付属病院はアカデミックホスピタルだといっている大学と、いや、そうではない、うちの大学はいい臨床医を育てるプロフェッショナルスクールだ、本当のプロフェッショナルな臨床医を育てる、というふうに、大学自身が変わってきています。

伊藤 そういう意味では少しずつ変化の萌芽があるということですね。

山本 うまく変化していけばよいと思います。

平成20年7月30日

日本病院会にて

山本 修三（やまもと しゅうぞう）氏略歴

社団法人 日本病院会 会長

1959年慶應義塾大学医学部卒業。1964年慶應義塾大学大学院医学研究科修了（専門は外科）、慶應義塾大学医学部外科学教室入局。1965年芳賀赤十字病院勤務、1967年米国シンテックスリサーチセンター研究員、1969年慶應義塾大学医学部外科学教室帰局、1973年済生会神奈川県病院外科医長、1978年同外科部長、1988年同副院長、救急センター部長、1990年同院長、1997年済生会神奈川県支部業務担当理事、2002年済生会神奈川県病院名誉院長、2007年済生会を退任し、現職。国際病院連盟理事、慶應義塾大学医学部客員教授、慶應義塾評議員、慶應義塾病院経営ボードメンバー、日本病院団体協議会議長、日本救急医学会名誉会員、日本外傷学会名誉会員、日本学術会議連携会員等を兼ねる。主な著書に、『腹部外傷の臨床』（ヘルス出版、1997年）、『出血性ショック：出血性ショックの緊急処置の方法は？』（メジカルビュー社、1991年）、『外傷の病理生理と分類：外傷性ショックの病態と治療』（メジカルビュー社、1988年）、『腹部外傷における画像診断』（金原出版、1988年）、『骨盤骨折とショック』（南江堂、1987年）など多数の著書あり。

NIRA 対談シリーズは、NIRAホームページでご覧いただけます。

<http://www.nira.or.jp/president/interview/index.html>

(肩書きは、対談時のもの)

- 第 27 回** 2008 年 1 月 **地域経済の発展と産業クラスター**
ゲスト：東北大学教授 原山優子氏
聞き手：NIRA 理事長 伊藤元重
- 第 28 回** 2008 年 2 月 **日本のあるべき姿とシンクタンクに期待される役割**
ゲスト：富士ゼロックス株式会社相談役最高顧問 小林陽太郎氏
聞き手：NIRA 理事長 伊藤元重
- 第 29 回** 2008 年 3 月 **新時代の農業を生きる—ある生産者のビジョンとチャレンジ**
ゲスト：株式会社ぶった農産 代表取締役社長 佛田利弘氏
聞き手：NIRA 理事長 伊藤元重
- 第 30 回** 2008 年 3 月 **サブプライム問題と今後**
ゲスト：みずほ総合研究所専務執行役員 杉浦哲郎氏
聞き手：NIRA 理事長 伊藤元重
- 第 31 回** 2008 年 4 月 **非正規労働の現状と課題**
ゲスト：獨協大学経済学部教授 阿部正浩氏
聞き手：NIRA 理事長 伊藤元重
- 第 32 回** 2008 年 4 月 **人口減少社会における地方都市の現状と再生の道**
ゲスト：中央大学経済学部教授 山崎朗氏
聞き手：NIRA 理事長 伊藤元重
- 第 33 回** 2008 年 6 月 **日本の食と農：新局面と政策課題**
ゲスト：東京大学大学院農学生命科学研究科教授 生源寺眞一氏
聞き手：NIRA 理事長 伊藤元重
- 第 34 回** 2008 年 9 月 **日本の医療の課題：「医療の見える化」に向けて**
ゲスト：東京医科歯科大学大学院教授 川淵孝一氏
聞き手：NIRA 理事長 伊藤元重
- 第 35 回** 2008 年 10 月 **金融危機下の米・日経済をどう見るか**
ゲスト：クレディ・スイス証券 マネージング ディレクター
チーフ・エコノミスト 白川浩道氏
聞き手：NIRA 会長 牛尾治朗、NIRA 理事長 伊藤元重

NIRA 総合研究開発機構
National Institute for Research Advancement

〒 150-6034 東京都渋谷区恵比寿 4-20-3
恵比寿ガーデンプレイスタワー34 階
TEL: 03-5448-1735 / FAX: 03-5448-1744
URL: <http://www.nira.or.jp/index.html>

©総合研究開発機構 2008 2008 年 10 月 23 日発行