

最近はアメリカの方が高いのです。

産業として見ても、日本の医療は非常に大きな岐路に来ております。これも経済的に初歩的な間違いですが、国が医療費を抑制するものですから、その結果利益が出なくて、生産性が低いという理不尽なことを言われます。

もう一つ深刻な問題があります。それは効率性の追求です。これは特に、地域医療を考へるときに必ずぶつかるこれからの課題です。この2点を視野に置いて、大きな話をもう少しさせていただきたいと思ひます。

### アメリカの動向

2015年、アメリカは、人口当たりで見ると何と日本の3倍ぐらいの医療費を使おうとしています。その医療費はどこに使われるかという、医師・看護師の給料、薬などに使われるわけです。これは経済の原則です。人口当たり3倍の医療費を使えば、医師の数も相当増やすことができますし、1人当たりの給料も上げることができます。看護師の給料も上げることができ、薬も高い新製品をたくさん使うことができるという社会がすぐ近くにあるにもかかわらず、これから日本が医療費を抑制すればどうということになるかということは、火を見るよりも明らかです。

ただ、「アメリカは自分でお金を払う世界だから、金持ちはそういう医療を受けることができる」という議論がありましたが、公的な金額も一人当たりで見ると、高齢者に関して全年齢に関して、日本の方が少なくなっているという現状があります。これをまず一つ押さえておきたいと思ひます。

### 医師不足

次は、医師の話ですが、少々専門的な話になることをお許しください。

まず、単純に医師総数を増やしても偏在の解消にはつながらないというのが、厚生労働省の基本的な考え方です。これはどのように決まったかと申しますと、昨年平成18年に報告書が出て、そこでいろいろな議論があり、今のような方向性が出されました。その後、医療の危機や崩壊が強く叫ばれておりますが、いずれの先生方も、当然、今の危機についてお話になっています。ところが、医師の供給をどうするかという話には10年かかるというものの、10年後をどうするかという議論は、率直に言ってほとんどされておられません。

もう少し正確に言うと、これは、「医師の需給に関する検討委員会」でされた話なのですが、結果的に、医師の数を増やす必要がないということになりました。

今の問題と、10年後をどうするかというのは分けて考える必要があります。厚労省の考え方も分からないでもないですが、医師一人を一人前にするのに、推計すると大体1億円ぐらいかかります。ですから、予算を取るのが難しいのだろうと思ひます。しかし、国家にあらゆることを依存するという時代は終わっていると思ひます。ですから、特に専門医のお話を聞いていただきたいわけですが、GPとのキャリアパスというのにも真剣に考える必要

があるのです。

アメリカではもう 30 年ぐらい、「医師は足りる」、「足りない」、「足りる」、「足りない」という議論をずっとしておりまして、1990 年代半ば、10 年ぐらい前にクーパー仮説が出ました。分かりやすく言うと、「経済が豊かになると、人々はより安全を求める。だから、増やすしかない」というのが結論でした。ところが、アメリカは決して医師の数が多い国ではありません。もちろん日本は少ないです。専門的な話で恐縮ですが、こういうところと比較して議論をすべきです。アメリカでは驚くほど詳細な研究がされていますが、私が今ここで言いたいのは、こういう問題をきちんとした専門家を入れてしっかり議論しないとイケないということです。

同時に、日本人は異常に病院に行き過ぎるのです。ですから、人口が減れば医師がいなくて済むという議論は間違っています。どうしてかということ、1 人当たりの 1 回の医師と接する時間を、恐らく今の 3 倍ぐらいにしなければいけないからです。一方で、病院に行く回数は 3 分の 1 ぐらいに減ってもいいのだと思います。その代わり 1 回当たりの時間が 3 倍になったら、やはり医師の時間は今と同じに取られます。先ほどの話にもあったように、基本的に病院の外来が多過ぎるということは、これから深刻な問題として考える必要があります。

いずれにせよ、日本の医師の供給の仕方は、最初からイギリスのように、あるいはヨーロッパのように、GP と専門医が明確に区別されて育成されるというかたちではないので、ここで一種のパuffa ができて、勤務医として死ぬほど働いて、火事で背中に火がついて、何も知らずに開業医という川の中にドボンと飛び込んでいくという話をされる方がいらっしゃるんですが、私もそういう印象を持っています。しかし、そういうことができるのが日本の仕組みです。

## 効率性

次に、もう一つ難しいキーワードがあります。それは「効率性」です。この問題は結構深刻です。これから日本は超高齢化しますから、人口がますます都市集中する可能性があると思います。その時に医療体制をどうするかという問題を、今から 10 年先を見越して、もちろん、地域経済が崩壊しないようにどうしたらいいかという議論も必要ですが、仮に地域経済が破綻した場合を想定し、医療そのものはどうするのかという議論をしておく必要があるのです。

これに関して、南先生が興味深い本を書いていらっしゃいます。そこには、「効率性」という概念について書かれています。簡単にいうと、「日本には病院が多過ぎる、病床も多過ぎる。だから 1 カ所に集中した方がより効率的で、かつ質の高い医療を提供することができる」という議論をされています。

これに対して、興味深い医師の反論が載っており、「そうかもしれない。しかし、実際はそうはいかない」という話をされています。その理由を簡単に言いますと、例えばドイツ

では地域的に1カ所に集中して心臓手術をしています。一見すると、そんなに不足にはならないと見えますが、実際には何かを犠牲にしなければなりません。ドイツでは南先生のような方は、毎日のように手術をされます。その代わりに、その先生は翌日、患者さんのところにはほとんど行きません。工場のように非常に効率化されているわけです。

このトリッキーな話にもう一つ答えを言いますと、日本の医療で、医師不足は長期的には医師数を増やすことによって解消しなければならないと思いますが、当面、すぐにはできません。ではどうするのか。例えば、医師の仕事で看護師やそれ以外の職種ができる仕事はないか、また、看護師の仕事で、看護師以外の職種ができる仕事はないかを考える必要があります。特に、これは地方で考えるべきことではないかと思います。しかし、医師や看護師の確保が難しい幾つかの地域でこの話をしましたら、医師から2点反論がありました。

一つは、「医師が診ないと、患者さんが納得しない」ということです。それはこれから工夫して変えないといけなと思います。もう一つ、私は医師、看護師、医療秘書をイメージしております。電子カルテの導入によって、医師はたくさんを入力をしなくてはいけなくなり、忙しくなりました。しかし、昔は、医師が口で言ったら、それを看護師がノートに取るという時代がありました。看護師の地位が少し高くなり、それをしなくなった今だからこそ、医療秘書がそういうことをやったらいい、と私は思うのです。その話に対し、医師の方が、「いっぱい間違えるのですよ」とおっしゃいました。専門用語がたくさんありますから、それは当然のことです。しかし、いかに医師の仕事をほかの人がやって、少しでも軽減するかという工夫は必要です。つまり、チーム医療が必要なのです。

時間の関係で、安全・質ということに関しては省略致しますが、今の話で、効率化がうまくいくかどうかに関しては、このセッションで先程から、「あまりうまくいかない」という話が出ております。ただ、もう少し詳細に検討しなければいけないと思っております。

とにかく、安全志向については、従来、一生懸命に頑張ってくださいる医師であれば、結果が悪くなくても信頼関係で解決できた事例が、今はどんどんアウトカム志向になっているということが、間違いなく言えます。これに対してどういう対処をするかという議論もしなければいけないと思います。こういう問題に関して、政策当局では選択と集中という議論を進めているのが現状だと思いますが、とにかく今のことを含めて、さらに連携を深め、一気に進めることが必要だと思います。

## IT化

私がある新聞に「偏在が問題である」と書いたら、ブログで医師の方々から随分ご批判を頂きました。私は、「今増やしても、10年後にしか役に立たない」という話をしているのですが、先生方は目の前の状況をご覧になるため、反論される意味はよく分かります。そういう意味では、私は次のような提案をさせていただきたいと思います。

いろいろなほかの職種が医師の仕事を代替するとします。例えば、今は医師が相談に乗

っていますが、救急医療に関して#8000（小児救急電話相談事業）という制度を導入して、他の方が医療に関する相談に乗れるという体制を作るのです。

もう1点、先ほど申したIT化があります。今、地域経済にとって、IT化は非常に喫緊の課題だと考えております。率直に言って、日本中で恐らく産業界の要請によってIT化が病院に及んできております。そして、実際には、小さな病院でも1～2億円かけて電子カルテを導入したが、トラブルが頻発するのでシステムを修正しようとする、追加で数百万や数千万円の単位で費用がかかるという状況まで生じています。

この根本に、一つは、病院のマネジメントの体制として、自院がIT化によって何をしたいのか、何をしたいのかということがはっきりしないことがあります。つまり、どのような職種にとって便利になるのか、また便利にするにはどういうことをすべきかという議論がほとんどなされないで、IT化が進んできたという現状があります。

どうして地域経済という言い方をするかというと、業者は東京のような都市にある大きな病院に対してはトップのSEを派遣しますが、地方に関しては病院についてあまり詳しくない技術者を派遣するという実態があるため、地方では病院のコストばかりがかかって、体制を作ることが難しいという議論があるからです。ですから、地域経済に関していうと、大変厳しい現実があると思います。これから人口がどんどん減る可能性があります。また、「今のところは黒字だけど」という議論がありますが、これも根本的に間違っていることがあります。

### 産業としての医療

私たちが日本企業を考えると、雇用を拡大するという観点から企業の存在をあまり考えてきませんでした。一例を挙げると、兵庫県北部の町では、全体の所得のうち約十数%の雇用ベースでいくと、全体の雇用所得のうち15%ぐらいを医療と福祉が担うという事態になっております。ちなみに京都も、大学という町と医療・福祉を合わせると、市民の所得の大体20%以上がこういうもので維持されております。今や、行政担当者が産業としての医療という発想を持つ必要がある時代が来ているのではないかと思います。

結論としては、一つは先述のとおり、アメリカ的な医療がじわじわと日本にも入ってきており、これにどのように対応するかという問題を真剣に考える必要があるということです。

### グリーフケア

もう一つは、この学会のテーマでもあるように、医療というのは不確実なものです。しかしながら、安全や国民の欲求が高くなる中で、いくら努力しても、どうしても避けることができない悲しい事態もあります。残念ながら今の日本の医療現場も行政も、こういった悲しい事態にどのようなケアをするかという発想がありません。ですから、裁判の訴訟件数がどんどん増える時代になっているわけです。

グリーフケアという用語は、病院にとって、従来は終末期だけに使われておりましたが、そうではなく、あらゆる病気に関して、「病院に来る人はみんな悲しいのだ、辛いのだ」ということを考慮し、どのようにして患者の心を癒すかという発想を作ることが必要だと思えます。そして、特に地域の産業として考えるときには、地域ぐるみのグリーフケアが必要ではないかと思っております。

### 医療経済から見た医療の質・安全

医療の質・安全学会第2回学術集会  
シンポジウム  
『岐路に立つ医療—「崩壊」から「再建」へ』

西村周三  
京都大学大学院経済学研究科

### 報告のあらすじ

- ・ 医療崩壊の背景
- ・ 医師供給をめぐる議論をめぐって
- ・ 医療再建の具体策の提案

### 医療崩壊の背景

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療費抑制策                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の過少供給</li> <li>・ 「選択と集中」政策</li> <li>・ 地方経済の疲弊</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の安全・質<br/>欲求の高まり</li> <li>・ 司法の無知</li> <li>・ IT化</li> </ul> |
|---|--|

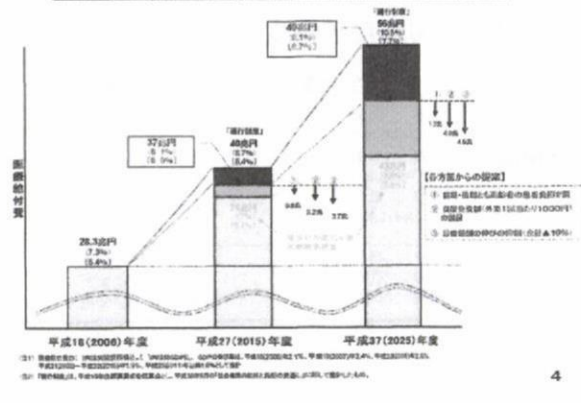
### 医療費抑制策と関連施策

- ・ 財政赤字の深刻化
- ・ 政治家の国民への、負担増、説得努力不足
- ・ 介護保険の導入による地方財政への財源転化
- ・ アメリカ的医療の部分的導入  
経済財政諮問会議→混合診療  
私見：いまや医療は経済活動のかなり大きな部分を占める、個人的には「予防分野」への混合診療導入を認めるべき

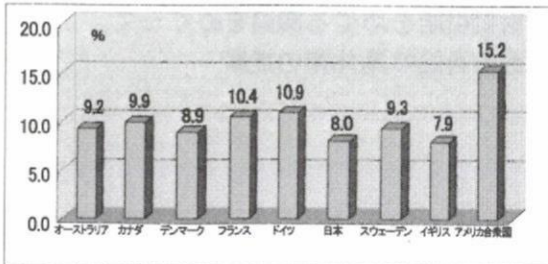
### 国の家計簿と借金



### 医療費増正化の効果



### 対GDP比で見た国民医療費 (2003年)



### 資本主義的な仕組みから 「医療」を遮断することができるか？

#### ・資本主義（アメリカ医療の特徴）

(1) 製品差別化 「差異化」ともいう。  
次々と目先を変えた新しいものを生産していく。日本社会は完全にこれにならされている。 ステ

ント アメリカで 再狹窄率 20%→5%

価格 10万円→40万円

日本では保険で5万円

薬剤も、技術革新を繰り返し、価格が上がっていく

この結果 日本医療の「生産性」が低いと・・・

#### (2) 効率性の追求

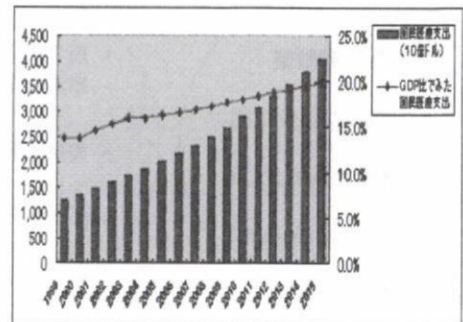
後述

### アメリカの医療費は2015年に 約4兆ドル(≒500兆円?)?

- 日本の医療費は同年で最大40兆円程度と予想されているが、それは何を意味するか？
- ちなみにアメリカの人口は2015年で日本の約3倍弱。(日本の人口規模に直すと約180兆円)
- ただし重要なのは経済成長の違いの見通し

注:1ドル=120円で計算したが、これは特に根拠があるわけではないことに注意

### アメリカの国民総医療支出の推移と予測 (1999~2015年)



### 1人当たり国民医療支出（2004年度）

	全年齢	65歳以上
アメリカ合衆国	合計 \$6,280 (≒753,60円)	合計 \$8,103 (≒972,360円)
	公的 \$2,834 (≒340,08円)	公的 \$5,064 (≒607,680円)
	民間 \$3,446 (≒413,52円)	民間 \$3,039 (≒364,680円)
日本	合計 251,500円	合計 511,00円
	公的 213,775円	公的 459,90円
	民間 37,725円	民間 51,100円



### 医師の需給に関する検討委員会報告書 平成18年

#### ・ その後の議論の論調

いまの不足問題と10年以上将来の問題を混同  
地域偏在、専門科間偏在、医師の労働時間問題をどう  
解決するか？

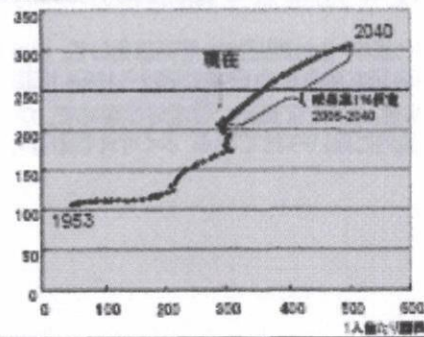
#### ・ しかし、同時に上記の委員会の委員構成や、将来の 検討にも問題がある。

ゴードン仮説の検証についての長谷川委員のトピック  
ドイツ、フランスなどと比較しなければ、アメリカとも

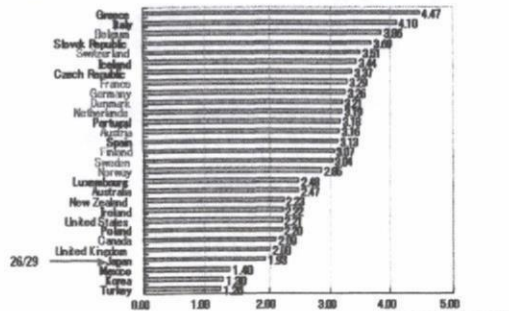
- ・ 詳細なタイムスタディを経た厳密な議論を
- ・ 専門医と開業医(GP?)のキャリアパスも再検討の要

### 国民所得と医師数 クーパー仮説検証

人口10万対医師数

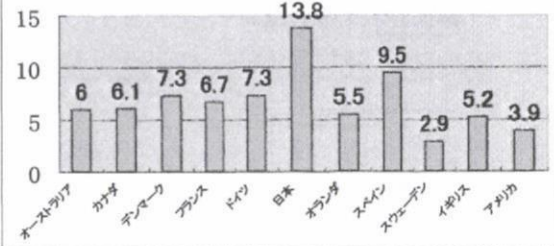


### 人口あたり医師数の国際比較



長谷川委員提出資料「医師需給の国際動向」  
平成17年3月11日 10:00~12:00  
国立保健医療科学院政策科学部長 長谷川敏彦

### 人口あたり年間外来訪問回数

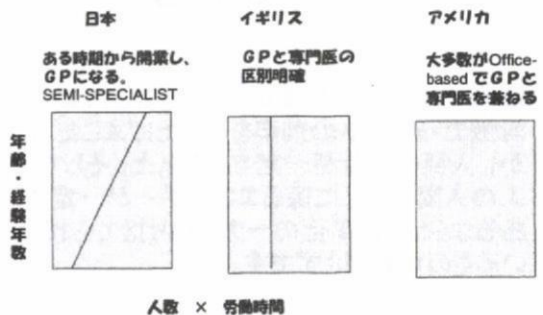


出所: OECD, Health Statistics, 2006

### アメリカで90年代に医師需給に関する 論調が変化した理由

- ・ 需要側の変化 ・高齢化 ・疾病転換による必要  
サービスの变化
- ・ 供給側の変化 ・女医の増加の影響 ・若年医師増  
加の影響 ・高齢医師の早期退職 ・労働基準法の  
厳格化の影響 ・外国人医師の流入の倫理的批判

### 医師のキャリアパターン—日・英・米比較





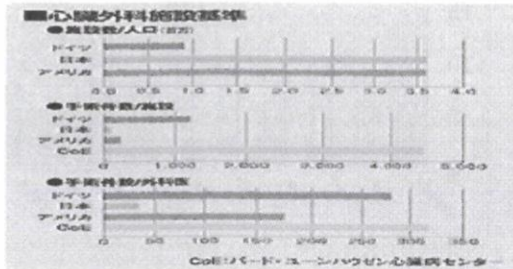
問題提起: 効率性

—いま一つの資本主義的医療のキーワード

- 選択と集中: この問題は、超高齢化して、ますます人口の都市集中する日本で避けられない議論
- 「効率性」という言葉は、否定的な意味で、かつかなり感情的に用いられている。よく考える必要がある!



「効率性」という概念について



南和友『こんな医療でいいですか?』はる書房、2004年

あるブログから

「夢

見るかえる: ベクトルは一つではない」  
<http://absinth.exblog.jp/1482924>

- ICU管理を専門に行う医師、病棟管理を専門に行う医師、心内操作だけを行う術者、開胸胸まで関わる助手、入院から手術、退院までの一連の流れを分業することにより、年間1000例の経験が可能になります。

あるブログから

「夢見るかえる: ベクトルは一つではない」  
<http://absinth.exblog.jp/1482924>

- 欧米では、集約・分業体制をとることによって対労力・対コストの効率を引き上げました。しかし人間の能力が一定である以上、そして一人の人間の癒しに係るエネルギーが一定であるならば、効率化の一方で切り捨てられているものがあるはずで

続き

- 家族が毎日見舞いに来れる距離、というのはどのくらいの距離でしょうか。人が土地に根ざした存在であるならば、高齢者がその多くを占める心臓疾患の患者を遠くの施設に輸送し、加療して戻すという一連のシステムに無理はないといえるでしょうか。家族からも土地からも切り離し、孤独の中で加療を受けることを要求するほど、心臓手術は高度先進医療たるべきなのでしょうか\*。……多くの国にとって答えはイエスです。それを享受できない者がいてしかるべき高度先進医療です。では、日本は何を選んで行こうとしているのでしょうか。

### 続き

- でもね この田舎の おじいちゃんおばあちゃんが求めているのは 少なくとも今は ちょっと違う。家族がすぐに見舞いに来れる距離に病院があって、手術前の外来で診た医師が 病棟にもいて 手術前の説明もして 手術は傷を最後閉じるまでその医師が見届けて、術後はICUで一晩中付き添って 目が覚めたら真っ先に そのDrの顔が目に入って・・・

それをして欲しかったら 一人で500例をこなす心臓外科医は育たない。

### 私の見方

- 私はこのブログの主張はとても重要な問題提起をしていると思う。
- 実はこの議論は、医師不足の問題と密接に関連している。
- 一つの考え方として、日本は「チーム医療」が遅れているから、医師不足が起きるのだという主張がある。
- 技術的にみて、医師以外ができる仕事を数多く医師がしている。自分で自分の首を絞めている。

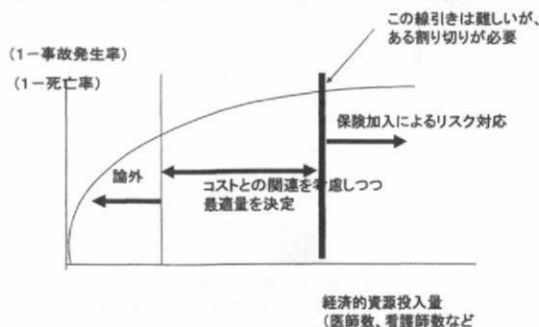
### 安全・質に対する欲求の高まりの背景

- 情報公開の要求  
IT化の進展によりそれが可能になった。  
(例) 日本胸部外科学会学術委員会報告  
「関連手術の施設手術件数と死亡率の解析」
- 成果(Outcome)志向  
←過程(Process)、構造(Structure)  
↓
- 投入コストとのアンバランス  
医療費抑制策の影響、医師確保、過疎化

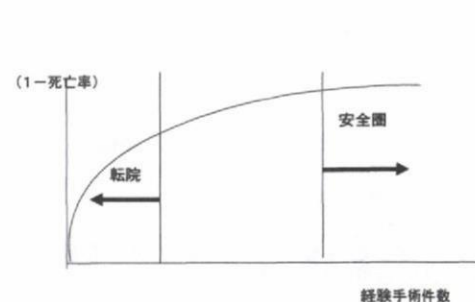
### 安全についての考え方：その1

- 院内（医療施設内）の問題  
手術の死亡率  
リスクマネジメント  
院内感染など
- 医療機関間の連携の不備  
単純な連携の不備  
金太郎飴的医療提供体制  
(選択と集中の欠如)

### リスクマネジメントのための資源投入



### 政策当局に根強い「選択と集中」志向



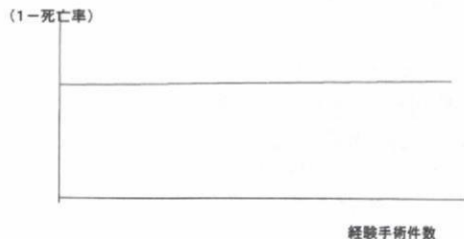
### 安全についての経済的な考え方

- 保険の発想：医師の医療過誤保険  
 年間1人あたり6万円程度  
 ×病院勤務医師 14万人  
 = 年間84億円
- 病院の受けるダメージ  
 患者数減を想定し、これに、期間と1件あたり診療  
 収入減をかけて計算

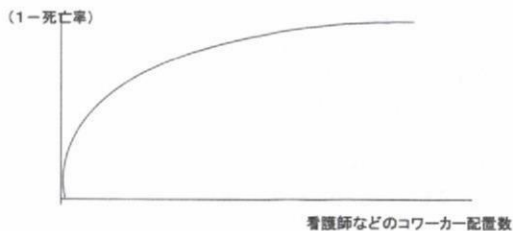
### 保険的な考え方

- 保険的な考え方を受け入れられない理由
  - ある医師の発言「医療過誤保険に入ると患者との信頼関係を損ねる！」
  - よく話題になるのが大腸内視鏡による穿孔。  
 内視鏡の圧力に腸が耐えられなくて破れてしまったり、ポリープを取った傷から穴が開くことがある。  
 「普通にやっていて穴が開いてしまったんだよ」  
 という経験談を聞くと、普通にやっていて起こることは、いつかは自分にも順番が回ってくるのか。
- ↓
- 無過失保険の必要性  
グレーゾーンの存在

日本胸部外科学会学術委員会報告  
「関連手術の施設手術件数と死亡率の解析」  
では、関係がほとんどフラット

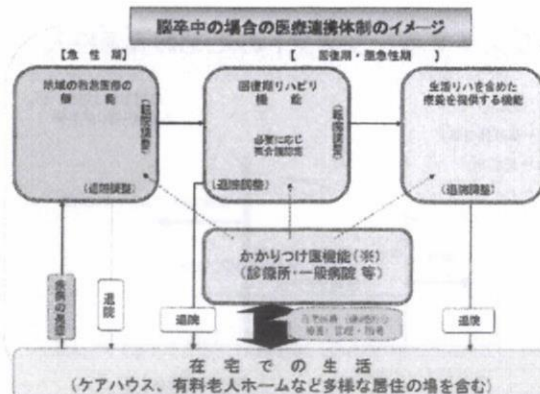


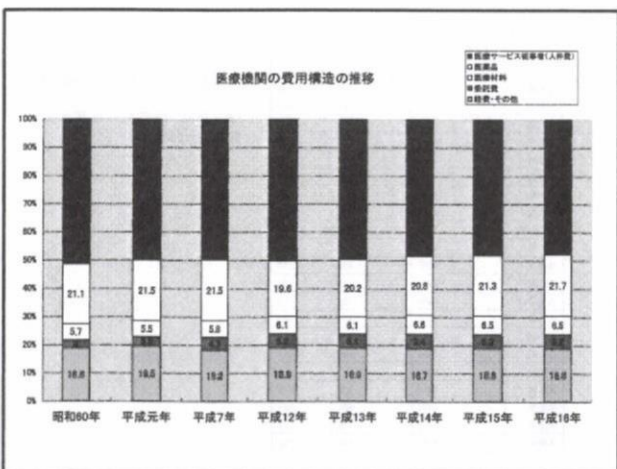
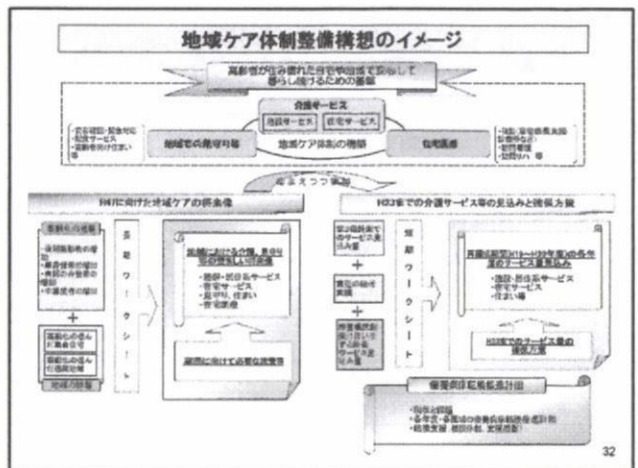
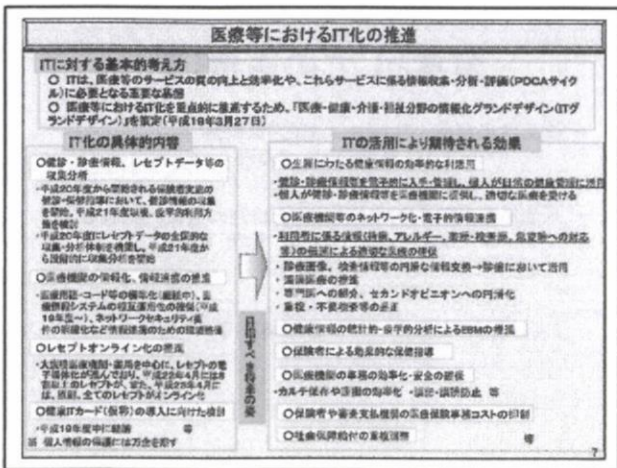
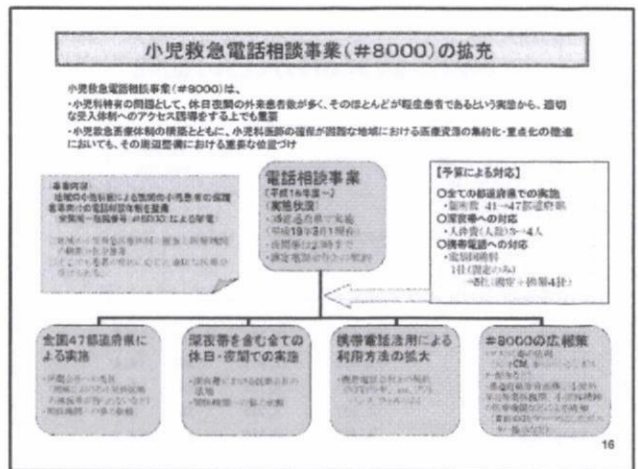
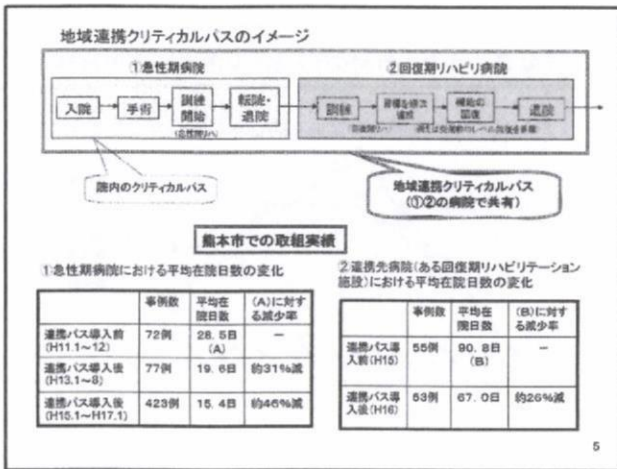
欠けている視点  
ヒヤリ、ハット事例はどこで起きるか？  
医師以外の資源投入の不足と連携のミス  
例：医療秘書



### 連携が 少ない医療資源で、安全性を高める？

- この神話はどこまで成り立つか？
- 地域連携バス
- 院内でできることとできないことの明確化
- 新しい課題：患者教育  
 リスク認知の周知  
 一方で安心させることは大切だが、客観的な  
 リスクの告知の工夫も





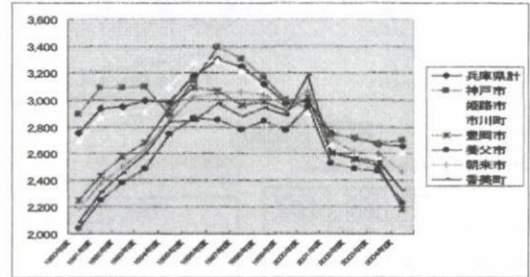
### 厳しい現実

- ・ 年々人口が減る過疎地→もとへ戻すことができるのか？
- ・ 戻せないとすれば、先を見越した対応を！
- ・ いっまでもいると思う「親と医師」！

### 兵庫県養父市の人口の動向

地 域 Area			Population change, 2000-2005	
	2005	2000	Number	Rate
222 養 父 市	28,386	30,110	-1,804	-6.0
601八鹿町	11,453	12,011	-558	-4.6
602養父町	8,181	8,728	-547	-6.3
603大屋町	4,397	4,785	-388	-8.1
604関宮町	4,275	4,586	-311	-6.8

### 兵庫県の主な市町村の1人あたり市民所得の推移



### 兵庫県の主な市町村の1人あたり市民所得の推移

	1990年度(千円)	2004年度(千円)	2004/1990
兵庫県計	2,748	2,651	0.96
神戸市	2,894	2,696	0.93
姫路市	2,691	2,607	0.97
市川町	2,198	2,419	1.10
豊岡市	2,245	2,182	0.97
養父市	2,042	2,226	1.09
朝来市	2,188	2,466	1.13
香美町	2,084	2,323	1.11

### 産業としての医療(費)

- 養父市民が使っている一人あたり医療費:  
年間約36.5万円
- 八鹿市民病院の年間収益(「売上げ」に相当) 約82億  
市民一人あたりでは 約28.5万円
- 1人あたり市民所得 222.6万円

2003年 度	1人あたり国民所得		B/A %
	A (円)	B (円)	
北海道	2,943	485	16.2
青森県	2,180	321	14.7
岩手県	2,412	365	15.1
宮城県	2,821	343	12.1
秋田県	2,243	392	17.5
山形県	2,277	358	15.7
福島県	2,827	382	13.5
茨城県	2,977	301	10.1
栃木県	3,054	309	10.1
群馬県	2,811	319	11.3
埼玉県	2,808	297	10.6
千葉県	3,085	290	9.4
東京都	4,267	328	7.7
神奈川県	3,184	318	10.0
新潟県	2,706	384	14.2
富山県	2,824	429	15.2
石川県	2,823	422	15.0
福井県	2,888	404	13.9
山梨県	2,881	327	11.3
長野県	2,727	342	12.5
岐阜県	2,881	343	11.9

2003年 度	1人あたり国民所得		B/A %
	A (円)	B (円)	
静岡県	3,226	330	10.2
愛知県	3,402	342	10.0
三重県	2,940	350	11.9
滋賀県	3,026	349	11.5
京都府	3,829	290	7.6
大阪府	3,042	388	12.8
兵庫県	2,824	380	13.5
奈良県	2,841	351	12.3
和歌山県	2,825	371	13.1
鳥取県	2,428	408	16.8
島根県	2,387	425	17.8
岡山県	2,829	428	15.1
広島県	2,848	482	16.9
山口県	2,821	459	16.3
徳島県	2,845	442	15.5
香川県	2,848	445	15.6
愛媛県	2,824	421	14.9
高知県	2,328	481	20.6
福岡県	2,829	441	15.6
佐賀県	2,479	420	16.9
長崎県	2,187	448	20.5

医療費についての見方の転換  
養父市は 医療費 / 市民所得  
はちょうど20% !

### 変えられない現実、変えられる現実

- 全国の医師数は、今すぐには拡大しない！ 10～15年かかる
- 住民ぐるみで必死に医師を探そう！
- 医師の負担を軽減しよう！時間的にも、心理的にも！
- 全国的に医師数を増すべきである！
- 政府もやっと動き出した。
- しかしすぐには間に合わない。

### 結びに代えて-1-

- 私は、医療費をいかに引き上げるかが、現状の日本での大きな課題であると考えている。
- ではどうするか
- (1)アメリカ的医療の光と陰を見つめる
- (2)バスの発想をより広げる  
患者へ、地域へ
- グリーフ(悲嘆)ケアの提唱
- 地域ぐるみのグリーフケアが安全・質志向を変える

### 結びに代えて-2-

- 市町村にとって、介護・福祉はきわめて重要な「地場産業」であることを、首長に認識させる。
- 特に雇用確保という観点から重要
- いま、国と地方の譲り合い
- 地方分権法に期待 無理？
- グリーフ(悲嘆)ケアの提唱
- 地域ぐるみのグリーフケアが安全・質志向を変える

山田 隆司

社団法人地域医療振興協会 公立黒川病院 管理者

私の卒業した自治医科大学は、30年程前にできた大学で、当時の医師養成数は、恐らく現在の半分ぐらいだったのではないかと思います。当時へき地に医者がないということで、自治医科大学が設立され、卒業後の義務として我々はへき地に派遣されました。医師の養成数が倍になった今はどうなったかという、今の状況は周知のごとく、へき地どころかそれを支える中核病院にも医者がいなくなった。お医者さまは増えたはずなのに、へき地を取り巻く環境はさらにひどくなった、拍車をかけたという皮肉な状況になっているのです。

医療崩壊の話はここではあまり詳しくは述べませんが、都市部には若い研修医が多かったり、あるいは開業医といった人たちはそんなに深刻な不足状態ではない。勤務の厳しい、特に小児科や産科の勤務医の先生たち、特殊な先端医療をやるわけではない、普通の分娩やごく普通の小児の入院管理をする人たちが少なくて今非常に苦しんでいる状況だと思います。

患者さんはより高度な医療、完璧な安全を求める傾向が強くなりました。一方医者はそれに対して十分応えようとするけれども、当然限界があります。その結果自分の診療範囲を限定したり、病院を集約化させたりというような流れになっています。

従来より卒前教育は大学で行われて、その後の卒後教育の主なことを担ってきたのは大学病院でした。ご承知のとおり、大学病院では非常に先端的な医療を実践しています。そこから医局の医師派遣というかたちで医師が市中病院や地域の診療所へ行っていました。大学の医師は大きな総合病院では機能しやすいけれども、地域の病院、ましてへき地の診療所では現場の医療ニーズになかなかマッチしていないというようなことがありました。

日本の卒前教育では全科にわたって学ぶわけですが、通常卒後研修では非常に狭い分野を志向し、例えば内科でも消化器だけ、あるいはその後に肝臓病の肝炎だけといった傾向になっています。これまでは高次病院で狭い分野だけを学んだ医師が、医局派遣で地域病院に出てそこでやや広い臨床を学び、その後一次医療の研修を特にしないで開業し、地域の一次医療を担っていました。

結局、キャリアとしては狭い分野での研修が今までは行われていたわけで、そういった人たちが都市部で開業すると、それぞれの診療科の一次医療だけを決まった時間だけ担うわけです。在宅医療をやる医師も少なく、時間外になると患者さんはやむを得ず高次の病院に行く。病院のほうは一次救急の人たちでアップアップして、結局たらい回しになってしまう。また地域病院では高齢者や慢性的な機能障害の人たちが多いのですが、最近では医療費の流れもあって制限され、患者が介護難民になってしまうという状況を生み出して

いる。こういった今の国民の医療ニーズに現在の専門医中心の医療提供システムは十分応えられないのではないかという気がしています。

日本では、患者のニーズに合わせて幅広く診療するような医師（総合医）を専門に育成するシステムは今まではなかったということで、患者さんがどうしても自分で、この病気はこの病院、この病気は別の診療所とお医者さんの専門に合わせて出向かなければならない。本来は患者さんの状況に合わせて医療の提供スタイルが必要ではないかと思うのです。

医療には一次、二次、三次（高次）とあるわけです。それぞれのニーズに応えられるような医師の育成は当然あるべきです。改めて言うまでもないのですけれども、診療所で必要なのは日常病、ごくありふれた病気の外来診療の技能で、同時にいつでも、どんな人でも診るというスキルが重要です。大きな病院では特殊な病気を集中して治療する技術が必要ですが、診療所で求められるのは一つの分野に詳しいことではなくて、幅広い臨床能力です。

主に高次病院で専門医療を担ってきた人たちが、二次病院の医療も担ってきました。しかし二次病院で必要とされるのは特殊な手術の技能ではなく、ごく普通の骨接合術だったり、エコー検査だったり、比較的ジェネラルな技能です。救急も特に高次救命ではなく一般にER救急といわれるような一次二次患者で、本当はそういった医療ニーズにマッチする医師を養成することが必要です。みんなは三次医療の質が高いと信じていますから、二次病院に出向くと、幅広い対応を迫られたり自分の専門が生かせなかったりするので、非常にストレスを感じるわけです。現在の医師育成のあり方は地域ニーズからフィードバックを受けていない、卒前教育や卒後教育にはそういった地域の医療ニーズが反映されていないのです。

総合医に求められるものは、何でも診られる、いつでも誰でも診療できる、コミュニケーションに自信がある、といった能力です。総合医療には総合医療のプロを育成する必要があると思います。

これは僕自身の失敗談です。腰痛のおばあさんを一生懸命診ていたのですけれども、うちへ行ったらご主人の介護で困っておられた。おばあさんの腰痛に対する最良の処方せんは鎮痛剤ではなく、介護の手助けをすることだったのです。そういうことは、実際に往診に行かないとなかなか分からなかったのです。病気に精通することはもちろん重要ですが、一方ではこういった個々の患者さんの事情を学ぶといった態度も重要です。

これは1万人弱の地域住民を対象にして1年間の受診の統計を示したものです。初診で来る患者さんはどんな病気が多いかというと、圧倒的に風邪です。上位20病名を取ってみると、風邪以外にも皮膚炎、胃の障害、腰痛、切り傷、目まい、扁桃炎、膝の関節症などが多くて、こういった問題は必ずしも整形外科医や耳鼻科医しか診られないかというところ決してそうではなく、外来研修などで学べば総合医でも対応可能です。

慢性疾患は上位20の疾患まで診療できると、6割以上の患者をフォローできます。上位から高血圧、骨粗鬆症、糖尿病といった具合に他科の分野にわたります。こういうことを



担える一次医療のスペシャリストが非常に重要ではないかと思えます。

この例は十数年、一人のお年寄りを追ったケースです。高血圧の治療中に、胃がんが見つかりました。その後イレウスを経験され、気管支炎も患われました。また長く膝痛に悩まれ、白内障もある。老人一人にいろいろな多臓器にわたる問題が起きるのは珍しいことではなく、ごく普通なのです。この人を病院で治療すると、7人の専門医がずっと診続けなければいけないということですが、実は必ずしもそういう必要はありません。入院して治療をするときには専門医に任せることになりませんが、そうでない安定期は一人の患者をよく知った総合医が管理をすることがむしろバランスがよく、全体の診療の質も高くなると思えます。

今まではどちらかというと、一つの専門を持っていることが質を担保すると思われがちでした。しかし一人の患者に取り巻くいろいろな疾患に一次対応ができると、その人の疾病に関する感受性や行動パターン、家族背景などを理解しやすくなります。例えば小さなお子さんの喘息を管理する場合でも、初めて診察する小児科医よりは、10年身近でお付き合いしてきた開業医の先生の方が質の高いケアができるということは珍しくありません。

そもそも医師は疾病に焦点をあてて、画像や検査など、こちらを一生懸命勉強しますが、一方で患者さんそれぞれの人生観や家族、信仰、生育歴などを知らないとなかなか介入はできません。しかしこれを知るためには、その人と長く付き合わないといけないのです。専門領域の多くの患者を診療することと、同じ患者のすべてを診療しようとする、その両方を一緒に受け持つのは無理なのです。

総合医はいつでも、何でも、誰でも、とにかく一次医療に関するものは全部対応する。全部完結してケアできる能力は誰にもあるはずはないのですが、適宜紹介をすることでその質は十分担保されます。

専門医療というのは、より多くの症例を診ないと技術が上がらないという特性があります。ですから限られた時間で多くの同じ疾患の患者さんを診療しようとする。総合医療では一人の患者さんに質の高い医療を提供しようと思うと、何でもいつでも患者さんの近くで診る、家族も診て、その人に長く寄り添うことが非常に必要です。この二つを一人の医者でできるはずがないのです。今までは、一次医療も専門医が担っていたのですが、こういうことを本来専門医の人たちに担わせるのはミスマッチなのです。本来患者にとっての弁護士役の総合医が病院での検査や手術に対するインフォームドコンセントなどを病院に出掛けて行って橋渡し役をしてやれば、病院の専門医も余計な時間をかける必要がなくなる。そういった意味で、総合医療は患者さんに近いことに専念し、専門医療は専門的な疾病の治療に専念する。役割分担がうまく機能すれば、両者にとってもハッピーとなるはずです。

私も医師ですから、正確に診断して早く治療しようと思うのは当然です。不確かなものをできるだけ初診の段階で切り捨てていって、迅速で正確な診断に結び付けるといのは普通の行動です。ただ、へき地や離島へ行くとそれができないことも多くて、そんな際は総合医の態度としては不遇をなじるのではなく、不確かな状態であることに自分で耐えな

くてはいけない。患者さんと一緒に耐えながら患者さんを守るといった資質を持っていないければいけない。正確な診断よりも安全な対処を優先すべきことはしばしばあるのです。転送までずいぶん時間がかかることも多いのですけれども、それまで CT もできないし、MRI もできないので診断がつかない。それでも患者さんにとって不利益が最小限になるように努める必要がある。こういったことは、どちらかというところとスペシャリストとジェネラリストの特性の差なのかもしれません。総合医としては病気中心に物事を考えないであくまで患者中心に考えるという、そういったことを重要に思う人たちを養成する必要があります。

幅広い診療の能力を持った裾野の広い専門医を育成することも大事かもしれませんがけれども、私は2種類の医師、専門医と総合医の育成をしないといけないと思っています。

総合医をつくと何がいいかというと、在宅医療や高齢者医療、一次救急、へき地医療、保健予防活動、地域包括ケア、終末期ケアといったところが総合医の得意分野です。今医療の中で社会問題になっていそうな分野を、総合医が埋めてくれるのです。

今までは、専門医が一次医療も支えてきました。そういったことからすべての医師に幅広い研修をとということでスーパーローテート研修が必修化されてきた経緯があります。今後も診療所などの一次医療を将来担う総合医のためにはスーパーローテートは必須だと思いますが、将来非常に狭い分野の専門医療を担当する人たちには、必ずしもスーパーローテートは必要ではないと考えています。そうすることで研修医の半分がストレート研修に戻れば即効性のある医師増員策ともなります。

そういうことで地域の一次医療を総合医が守る。地域の二次病院では総合医と専門医とがコモンな重症疾患を支える。三次病院では主に専門医が支える。一次医療、二次医療、三次医療のそれぞれの機能分化とそれに沿った適切な医師養成が必要だと思うのです。

私自身は、へき地で医師を選べなかった患者さんたちと20年間暮らしました。今でも2週間に1回診療に行っていますが、そのおかげで診療のたびにお年寄りの患者さんといまだに近く触れ合うことができます。「先生、今日は疲れているんじゃないか。」「先生、いいかげんに岐阜に帰ってこい。」癒しの双方向とどなたか仰っていましたが、患者は医師に救われ、医師は患者に癒されているのです。へき地では医者は窮屈な思いをして、ともするとわがままな患者にも対応しなければいけない、我慢しなければいけない。しかし地域の患者は医師が私しかいないということで、患者も我慢しなければいけない。そこでお互いに節度ある人間関係を育み、その先に信頼関係を築くことができるようになるのです。信頼はお互いの努力で築くものだという当然のことを医者も患者も忘れてしまっているのではないかと思います。総合医の育成が現在の医療不信を救ってくれる鍵となることを期待したいものです。

## 岐路に立つ医療—「崩壊」から再建へ

地域医療システムの質と再建の課題

### ジェネラリストの役割

日本家庭医療学会 代表理事  
 (社)地域医療振興協会 地域医療研究所  
 公立黒川病院 管理者  
 山田隆司

## 今進む地域医療崩壊

- 臨床研修必修化に伴う大学医局在籍医師の減少
- 地域の中小病院からの派遣医師の撤退
- 大病院に集まる専門医
- 中小病院・自治体病院の経営危機
- 専門医の開業志向
- 地域的な医師の偏在
- 時間外対応の脆弱さ

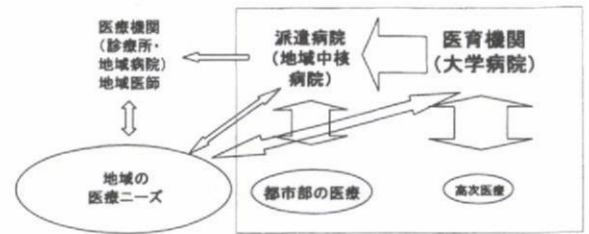
患者が求める  
先端技術と完璧な安全

- 小さな地域にも総合病院を
- 総合病院へは自由に受診を
- 望む先端医療を自由に
- 専門医療こそが質の高い医療
- 医療行為のチェック体制を
- セカンドオピニオンの推奨

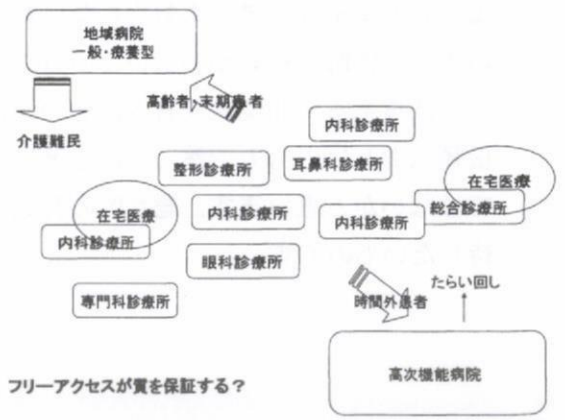
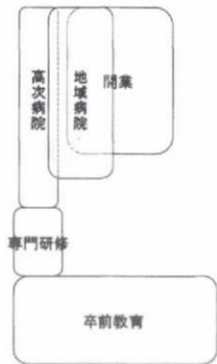
医師が向かう  
専門性と防衛性

- より細かな専門分化
- 診療範囲の限定
- 病院の集約化
- より最先端の技術へ
- チーム医療(分業)
- インフォームドコンセント
- 契約による保全

自治体 (市町村) 自治体 (都道府県) 国 (厚生労働省・文部科学省)



生涯教育 臨床研修 卒前教育  
 専門医教育が地域医療のニーズと必ずしも一致しなくなった



専門医の集合だけでは  
医療ニーズに応えることはできない

- 都市部
  - あふれる医療機関、豊かな医療資源
  - 夜間帯での提供者不足
  - 包括性、継続性の欠如
  - ネットワークの機能が不十分
- 地方
  - 絶対的医師数の不足
  - 臓器専門医の不適合
  - 全科対応の厳しさ
  - 専門的定型的疾病以外の入院患者への対応の厳しさ

日本に不足している医師

- 地域の医療ニーズに見合った医師
  - 常に変わる求められる医師像
    - 時間的、空間的(離島、夜間)
  - 患者さんが合わせる医療から、患者さんに合わせる医療へ
    - 自分の専門性を提供するのではなく、地域が求めるニーズに合わせる
- 総合的な診療能力を持った医師
  - 総合的外来診療能力
  - 一時的救急能力
  - 総合的入院患者管理能力
- 継続的に診療の質が保たれている医師
  - CMEプログラム

地域医療の定義

- 一定の地域住民の医療ニーズに応える医療サービス提供の仕組み
  - 一次医療
    - 外来医療
  - 二次医療
    - 入院を必要とする医療
  - 三次医療
    - 高度先端医療

大都市 (3次)	地方都市 (2次)	町・村 (1次)
市中病院	地域病院	診療所
特殊な病気	一般的重症疾患	日常病
専門診療科	総合的診療科	プライマリ・ケア
先端治療	入院治療	外来
学術的		実践的
臓器・細胞・遺伝子	疾病	全人的

高次機能病院 (3次)	地域病院 (2次)	総合診療所 (1次)
専門的診療科 血液内科・小児神経	診療各科 一般内科・小児科	総合診療
特殊手術 移植手術	一般的手術 骨接合術	外来処置 外傷処置
特殊検査 MRI・心カテ	専門検査 大腸内視鏡・心エコー	外来検査 単純Xp・腹部エコー
急性期入院治療 集中治療室・NICU	一般入院治療 回復期・終末期	外来診療 慢性疾患管理・日常病
高次救急	ER	往診
400床以上	100~200床	在宅・介護施設

