

第 15 回朝食会ご報告



去る 2 月 28 日、第 15 回朝食会を開催いたしました。今回は国立がんセンター中央病院院長の土屋了介先生に「医療現場の危機的現状と再建への模索」というテーマでご講演頂きました。多数の皆様にご参加頂きまして、誠にありがとうございました。

<当機構副代表理事 近藤挨拶>

第 15 回朝食会では、国立ガンセンター中央病院院長の土屋先生にお越し頂きました。土屋先生は医療現場の声を医療政策に生かすということで、議員連盟の立ち上げや様々な勤務医中心の活動を推進し、また、本業である日本の癌医療の中心としても活躍されております。

<土屋先生講演要旨>

「医療現場の危機的現状と再建への模索」

議員連盟立ち上げの際に講演をしたとき、提示された問題点として、産科医療・小児医療の崩壊 救急車のたらい回し 外科手術の脆弱化 訴訟・訴追リスク増大による萎縮医療の蔓延 地域医療の崩壊が挙げられていました。しかし一方で、構想日本で東大医科学研究所の上先生から講演を依頼されたとき、課されたテーマとして、患者の医師に対する不信感 クレーマー化する患者や医療訴訟の増加 それを煽るマスメディア 財政難や医療報酬などの問題が挙がりました。同じ医療の問題を考えているのに、国会議員の先生方から見ると医療者側から見ると問題点の抽出が非常に違うことに気づきました。

私は日本の医療の様々な問題はここの食い違いによるものが大きいと思います。医療者側の危機意識と国民側の危機意識にズレがあるということです。このようなことは日常の臨床の現場でも頻繁にあります。大抵の医師が当然と思っていることが、殆どの患者には全く当然ではない。このようなすれ違いの原因として、リアルタイムでの説明不足が挙げ

られます。例えば手術中に事故が起こったとき、手術現場で医療従事者は対応にバタバタしますが、それが外にいる患者さんの家族に伝わっていない。そして心臓が止まった後になって初めて事故について告げられる。このような事態が日本では少なくありません。各病院が作っている医療安全マニュアルでは、事が起きている時にどうするか項目が入っていないことが多いのです。このような部分の意識を変えることがまず大事でしょう。

まず、ベースとして医師の育て方が非常に安易であることが問題です。医師は医学部を卒業してすぐに医師として働けるわけではありません。講義形式ではなくて、患者さんの目の前で、上級医によるロジカルかつ実践的な指導が不可欠なのです。Bed side teachingを通じてしか一人前の医師にはなれない。しかし、教え方を知らない、または教える重要性を認識していない医師が多いために、卒後すぐの医師が臨床の現場で活躍できる医師になるための必要な教育が十分行なわれていないのが現状です。

また、日本の医学教育では、専門家になるための教育はありますが、オールラウンドプレイヤーを育てる教育をしていません。厚生労働省が臨床研修で全ての科を回るように制度を変えましたが、現状のレベルは欧米の医学校の卒前研修レベルに留まっており、オールラウンドプレイヤーを育てられるような内容にはとてもなっていません。日本でも、総合診療のゲートキーパーとしてかかりつけ医・家庭医の必要性が重視されています。家庭医とはあらゆる診療科を診ることができ、専門的な疾患については病院に回す役割を担っています。高齢者になると複数の疾患を組み合わせ持っていることも多く、それらを包括的に診ることのできる高い能力が家庭医には求められているのです。そのような医師を育てる制度が日本にないのは大きな問題です。

地方の医師が足りないという緊急事態に対して都会の医師を送るとき、何も考えずにただ医師を送ればいいというわけではありません。自分の専門しか担当できない医師は地方に行っても役に立たないからです。専門科をもっている一人前の医師なら、3ヶ月包括的な医療を勉強するだけでも随分違います。地域に向かう前に3ヶ月だけ勉強し、その後1年間地方の医療を担当する。その1年間に今度は他の医師が学び、地方に向かい、今度は3年間地方を担当する。更に今度はその3年間にもっと充実したオールラウンドな医療を他の医師が学ぶことが出来るのです。これを続けて医師同士がたすきをつないでいくことで、地方の医療を救えます。このようにきちんとプログラムを作ればうまくいくようなことでさえ、現状の日本の制度は対応できていません。このように、現場から見たらいくらでも解決策はありますが、中央から机上の空論で議論してもいい案は出ないのです。この点を厚労省の方々にも認識して頂き、制度を作る前に是非現場の医師たちに一言相談してほしいと思います。

同様に、救急車のたらい回しという緊急事態に対しても効果的な対策がとられていません。IT化時代の潮流からか、各病院のネットワークを作って救急車がどの病院が空いているか常に把握できるようにするという対策をよく耳にします。勿論一つの方法だとは思いますが、最も改善しなければならないのは、どの救急施設も急患でいっぱい、救急車の行き先が本当にどこにもないという状態なのです。これは、いくらネットワークを作って

も解決できません。私はこの状態に対してはアメリカの ER のようなシステムが解決策になりうると思います。それは、夜間に救急専門の医師だけが当直するのではなく、各専門科の医師が全て当直している体制を作り、救急の医師は診断だけ終わらせたらすぐに患者を専門の医師に送るシステムです。こうすることで救急の受け入れをより多く出来ます。

そのためには各科の専門医など多くの人材が必要となるので、私は更に医療クラスターを作ることを提案します。アメリカには Texas Medical Center や Mayo Medical Center のように、非常に大規模な医療クラスターが存在します。日本にもそのような医療クラスターを導入することで救急の受け入れ体制など随分改善されるでしょう。その周りにゲートキーパーとしての家庭医が存在する状態が理想の体制だと思います。日本の医療供給体制の大きな目標を描き、家庭医の普及など、一步一步目標達成の方法を考え、実現していくことが非常に大事なのだと思います。

< 質疑応答 >

Q: 家庭医と医療クラスターのお話に感銘を受けましたが、具体的に今後どのように政策として作り上げていくかのお考えはありますか。

A: まだまだ詰めなければならぬことはたくさんありますので、5月からまずは専門家を集めて研究会を始めたいと思っています。財政や情報について私は素人ですから、専門家のご意見をお聞きしたいです。その一方ですぐに出来ると思うのは、例えば、古い大学病院で広大な敷地を有しているものを、20階位の高層病院に建て替え、それによって空いた敷地に街中の県立病院や日赤などを呼び込むことで医療クラスターを作る方法です。その中で大学病院と同じインフラを使うことも出来ると思います。

また、家庭医の育成については、大学病院を始めとした総合病院の中に必要とされる主要な科をローテートするシステムを作れば良いと思います。今までは「自分の弟子を自分の科で育てる」風潮があり、一つの科に固着する傾向がありました。そのシステムではいい医師は育ちません。また、科のことを詳しく知らない若手の医師が次から次に回ってくると上級医の緊張感を上げることもでき、教育にも熱心になるでしょう。制度さえ整えればどの大学でも家庭医を育てることはできるのであり、今まで日本がそれをやってこなかっただけなのです。

Q: 家庭医の議論は長年されてきたと思いますが、今までなかなか育たなかった理由は何でしょうか。

A: 一言で言えば sectionalism が原因です。先ほども申し上げた通り、「自分の弟子を自分の科で育てる」風潮で、若手の医師を他の科に回そうとしなかったのです。私はがんセンターで医師のローテーションを始めました。最初は反対や不満も多かったですが、皆がんセンターを出るときにその重要性に気づいたようです。即ち、がんセンターの外では、胃がんだけを診られる医師は通用しないのです。腹部も胸部も担当できて、顕微鏡も見る事ができる、このような医師が望まれています。

また、どのような医師がどれだけ日本に必要なかが考えてられてこなかったのも原因です。

現場の意見を取り入れて、構造を考えないとこれは変えられません。例えば、少し詳しい話になりますが、私は肺がんを切る専門医の補充は年間 15 人でいいと思います。年間 7 万人が肺がんになりますが、そのうち手術できるのは半分以下の 3 万人。肺がんの手術を担当する人は、技術の維持・向上という意味で年間少なくとも 100 例は切らなければなりません。そうすると、300 人の肺がん手術の専門医がいれば足りるのです。20 年でターンオーバーすると考えると、年間 15 人増えれば足りる計算です。実際には学会で認定している呼吸器外科の専門医は 1500 名います。明らかに人材が専門に偏りすぎているのです。その溢れた医師を家庭医に回せばよいのですが、このような計画が今まで日本には全くありませんでした。この大きな原因は、医師全体の職業団体が日本に無いことです。日本医師会は診療報酬については考えますが、日本にどういう医師が必要か、どれだけ医師が必要かを真剣に考えていません。これは医師にとってというよりむしろ日本国民にとって不幸なことだと思います。

Q: 医療クラスターの実現に向けた戦略についてもう少し詳しくお話下さい。

A: まずは理論武装をしないと駄目です。今はアメリカの例を見て、いいと思っているだけですが、アメリカの例をそのまま日本に持ち込んでもうまく機能するわけではありません。何が必要なのかを最初に考えて、構造を作れなければならないでしょう。研究会の立ち上げもその理由からです。また、築地に医療クラスターを作るのは非常に難しいですが、山形や広島などに行くと広大な土地が空いていますし、東京ほど規模は大きくないのでリスクも小さいです。このようなところから着手し始めるのもよいと思います。

<当機構代表理事 黒川挨拶>

今日もありがとうございました。

土屋先生は国立がんセンターという厚労省から強い影響を受けるような組織にしながら、決して authority に屈することなく自分の考えを貫く非常に珍しい貴重な方です。

先ほどの話にもありましたが、大学の教授は将来の人材を育てる責務を負うにも関わらず microscopic な観点しかもってきませんでした。authority にチャレンジするような精神を育まなければなりません。まずは、多くの国民に何がほしいのかを問わなければならないでしょう。道路を作るといったことだけではなく、雇用を守ったり、人を育てたりといった国民のための公共事業に国の財源を移していく必要があります、そのためには考え方に大きなビジョンを持って、10 年後を見据えて 5 年計画を作っていかなければなりません。そのためにも土屋先生のような方がどんどん意見を述べていって下さればと思います。