

ゲスト

落合慈之氏

NTT 東日本関東病院病院長

聞き手

伊藤元重

総合研究開発機構理事長

No.39

「医者が忙しすぎる」 大病院の視点から

医者が忙しすぎるということの意味

伊藤 本日は、日本の医療の問題点や課題、そして将来への展望について、病院経営者の立場から落合院長にお話を伺いたいと思います。本題に入る前に、まず落合先生が院長をされている NTT 東日本関東病院の概要を少しお話いただけますか。

落合 私たちの病院は、電電公社の病院として 1952（昭和 27）年に設立されました。現在の経営母体は、東日本電信電話株式会社（株式会社 NTT 東日本）です。病院は経営母体によっていくつかの類型ができます。第一が、大学病院や厚生労働省関係などの国立の病院。二つ目は市立病院や県立病院などの自治体立病院です。三つ目が、済生会、日赤などの系列の病院。四つ目に、現在は厚労省、昔は労働省管轄の労災病院や厚生年金病院や社会保険病院などがあり、五つ目に私立病院と分けられます。病院経営母体としての株式会社は原則的に認められていませんが、いくつかの例外があり、「その他病院」と言われています（注1）。つまり、経営母体別に分類すると、私たちの病院はいつも「その他病院」に入ります。昭和 60 年までは郵政省と

電電公社の職員及び家族を対象とした病院として、100 %、郵政省か電電公社の関係者以外の患者さんは受け入れられなかった。しかし、昭和 60 年が節目の年で、三公社五現業（注2）の病院や、株式会社が持っていた病院は全部、それまで自社の職員と家族のみを対象としていたのを、厚かましい言い方だけでも、「一般開放」という言い方で地元の地域の人にも開放したのです。

伊藤 つまり、現在では、こちらの病院は NTT 関係の方も多く利用しているけれども、「地域の病院」といえるのですね。

落合 利用者の内訳からいったら「NTT」の色合いはほとんどなくなっています。逆に言うと、「その他病院」に含まれる病院は、なぜ会社が病院を持つのかということが、非常にシビアに問われる問題です。実は株式会社立病院は、公的な補助や助成をまったく受けていません。

私たちの病院の場合は、極端に言うと、病院会計というよりは、NTT の会計の中に含まれているのですが、税制上の優遇もなく、一般の病院が受けられると思われる固定資産税の優遇などもないわけです。逆説的な言い方になりますが、私たちの病院は、病院経営がどのくらい厳



落合 慈之 氏

NTT東日本関東病院病院長

しいかというのがきわめてよくわかる病院なのです。

伊藤 こちらの病院のある大田区、品川区周辺は、東京の中心部に比べると総合病院や大規模な病院の数も相対的に少ないですし、地域の医療体制にとって非常に重要な役割を果たしていると思います。それでも公的なサポートはまったくないわけですね。

落合 ありません。

伊藤 世の中でいま、医療崩壊とか医療危機ということがいろいろな側面で行われていますが、落合先生が、大病院を実際に切り盛りしている立場から見て、一番深刻だと思われることはどんなところにありますか。このまま事態を放置したら、何か大きな問題が起きてしまう、そのような点は何でしょうか。

落合 お答えするのが非常に難しいですね。私の場合「おまえのところはいいよな、どうせNTTがカバーしてくれるんだろう」と言われることがあるのです。それを完全に否定はしませんが、実際は、困難な状況の中での自助努力があって、今日、何とか運営をしているということだと思っております。私が今一番深刻だと思うのは、医者が忙しすぎる、ナースが忙しすぎる、職員が忙しすぎることです。

伊藤 病院の経営上、コストや経費で非常にぎりぎり締め付けられているから、どうしてもそうならざるを得ないということですか。

落合 結果的に巡り巡ればそういえるでしょう。忙しすぎる事態を解消する手段は人員を増やすことになるのですが、人を増やしたら、コストが上がってしまうから、病院経営が成り立たないということになります。しかし、私は、そういう意味で「忙しすぎる」ということをあまり言いたくない。私が一番主張したい部分は、医療の機能分化が本来あるべきであって、国民が医療機関を正しい仕方を利用してければ、私たちの忙しさは多少とも緩和されるのではないかと思います。ただ、国民だけではなく、医療現場ももっと変わる余地はあると思う。忙しすぎることを言い立てていても、問題は解決しないと思います。

医療の標準化が医療現場を変えた

伊藤 現在は、いろいろな事情から医者や看護師が忙しすぎて、十分な機能を発揮していないわけですね。10年前や20年前はこういう状況ではなかったのですか。

落合 格好のいい話からいうと、医療の進歩が忙しさを作った原因だと思います。ひと昔前の医療は自分の「さじ加減」でやっていた。患者は一人一人違うわけだから、その違いを見定めて、違った対応ができる、さじ加減ができる医者こそ名医であるというのが、一つの有り様だったわけです。そのころの病院では、同じ手術でも、第一外科の医師は看護師さんをこちらに立たせ、助手をここ使う、機械はこれ、第二外科は……、とそれぞれ独特のやり方をしていた。第一外科は曲がっているピンセット、第二外科は真っ直ぐのピンセット。盲腸の手術ですらやり方が違っていた。手術が終わったあとに管(ドレイン)をいつ抜くかも、担当の先生が診て、

さじ加減で3日目に「これなら抜こう」といったり、1週間おいてから「ああ、抜こう」といったりしていました。

伊藤 いまでも、「〇△病院X先生門下の外科医が使うのはこの型のメス」などの違いが残っていると聞くことがありますね。

落合 そういう「さじ加減の医療」が「名医療」なんだと思っていたら、実はそうではなかった。もっと標準化ができる。例えば虫垂炎なら、もちろん例外も中にはあるでしょうが、10人のうち8人ぐらいは同じ治療で対処できます。A医師はこの色の糸とこの針、何日目にドレイン抜く、B医師は……ではなくて、全部基本は同じ治療でいいではないかという話になります。病名が診断されて処置が行われたら、どの先生が手術を行おうとも、3日目は何をし、4日目は何をし、5日目は退院という、一定のルートに乗るのです。看護師が、朝、患者さんの手術の傷の手当てをするときに「A医師は術後3日目に抜糸するけれども、C医師はいつだったか？」と言って迷って動き回ることはなくなるし、気分によってあるときは3日目に抜糸、あるときは4日目に抜糸、と指示する医師の顔色を見ながら判断を仰ぐ必要もなくなる。いまは「クリティカルパス（限界経路）」（注3）という言葉がよく使われていますが、クリティカルパスなどと言わなくても、「標準化」が医療でもできるということが明確になってきた。

伊藤 医療現場の作業を合理的にしていこう、ということですね。合理的であろうとすることが主な医療の標準化の動機だったのでしょうか。

落合 結果的に標準化が促進された要因の一つは、診断学の進歩だと思います。手術を例にとると、昔は、食事が通らなくなると「おかしい」と調べてみたら、胃がんが見つかった、それで開腹手術してみたら既に転移していた、云々、というのがよくあった話ですね。ところが今は、健康診断が非常に進歩して、内視鏡で



伊藤 元重
NIRA 理事長

のぞけばすぐに詳細が診察できるので、極めて早期にがんが見つかる。患者さんは症状的には何もない、健康人です。健康人が入院してきて、ある手術を受ける場合は、決まったパターンでの手術で対処が可能です。

伊藤 特定の個人の状態に合わせた処置でなくともよくなるわけですね。

落合 例えは悪いですが、マグロは産地や大きさに違いはあってもお刺身の作り方は同じでしょう。人間の手術も同じです。早期診断が可能になったこと、標準化がなされたこと、さらにもう一つの医療の進歩として、ペインコントロール（疼痛管理）が挙げられます。昔は、手術の後は痛くてしょうがなかった。現在は、硬膜外麻酔といって、切った局所だけ痛くなくできる技術ができました。肺の手術をした患者さんは、昔は、手術後は痛くて咳ができない、それで動けない。健康な人でも体を動かさずに寝たままを続ければ肺炎になって死んでしまう。手術をすると動けないのでは、肺炎にするために手術したようなものでした。ところが今は、肺の手術が終わった午後には、もう患者さんを座らせて、咳を出しなさい、痰を出しなさい、とやっています。昔であれば痛くてできないはずのものを、全てやって、3日目はもう退院で

きる。さらにもう一つ、手術そのものが内視鏡でできるようになった。大きく切開する必要があった手術が、お腹に穴を三つ開けるだけでできるようになった。早期診断・低侵襲手術（注4）・除痛管理、この三つが揃ったことで、手術はきわめて標準化してできるようになった。その結果、入院に要する日にちが非常に短くすむ。

患者さんも医療進化の認識の共有を

落合 こうした医療の進歩によって、何が起きたか、私たちの病院を例にとって説明しましょう。2002年に私が病院長になったとき、606床の病院なのに、様々な事情でまだ450床程しかオープンしていませんでした。それを1年ごとにだんだん稼働可能な病床数を増やしていき、現在、606床で運営をしています。就任当時の入院者数は300人ぐらいでしたが、現在は常に500人ぐらい入院している病院になりました。平均在院日数は、就任当時、17日でしたが、今は10.5日から10日ほどです。つまり何が起きたかということ、患者さんの回転が速くなったのです。

伊藤 別の表現をすれば、カルテの数が多いということですね。

落合 そうです。平均在院日数が10.5日の場合は、4日入院している患者さんが3分の1、1週間入院している患者さんが5割といった状況です。7割の方が入院期間は10日以内です。私たちの病院は、平均500人ぐらいが入院しておられると申しましたが、土日は「休み」です。患者さんの多くが土曜日、日曜日に帰られることはあっても、土曜日、日曜日に入院してくることはありません。ですから、例えばある週の月曜日から金曜日は500人入院しているときに、その週の土日は350人ぐらいしか入院していないということです。月曜日は500人。火曜日もだいたい500人。月曜日の朝は70人入院し

てきて25人が退院する、火曜日は75人入院してきて40人退院する、水曜日は55人入院してきて55人退院する、といった具合です。1日当たり「500人」の入院者数に対して、月曜日から金曜日までは毎日患者さんがおよそ100人入れ替わります。

伊藤 その回転の速さはすごいですね。

落合 その一方で、看護師の勤務をみると、三日間、「昼間」「昼間」「昼間」と働いて二日休み、次の二日間に「夕方」「夕方」と働いて、1日休みがあって、二日間「夜」「夜」となるわけです。例えば、ある患者さんが入院したとき、担当の看護師が「昼」勤務3日目にあたっていた場合、「休み」が二日間、その次に「夕方」が二日間と、「夜」勤務が二日間、次にその看護師が「昼」勤務に出てきたときには、その患者さんはもう退院してしまっている。

伊藤 なるほど。

落合 ですから、患者さんも意識を変えてもらわなければ困るのです。数日の入院の患者さんで「私が入院中に婦長が挨拶にこなかった」とか、「私の受持ちの看護婦さんは何故顔を覚えてくれないんだ」と言う人もいます。けれども、入院時の看護師は次の日には勤務ではない場合もあるし、次の日の「受持ちの看護師」が別の人というような状況もある。そうした状況を患者さんも理解してほしいと思います。

無駄の排除は医療職のインセンティブにも通ずる

落合 昔にくらべると看護師という機能が変化しています。現在、看護師一人一人は、労働、仕事量の面で非常に負荷が高い。私たちの病院では、2002年から2007年の4年間ぐらいの間に、職員数が変わらなかったのに仕事量が約1.5倍に増えました。それで病院が何とか成り立っているということは、以前はあった業務上

の無駄を、今はなくしたとも言えます。

伊藤 しかし、仕事量が増えている分だけ病院の職員の方々は仕事をされているわけですから、それに対応して人数を増やさなければいけないとも言えますね。つまり、病院は人員を増加するコストをカバーすべきなのですが、そこは増額できないのですね。

落合 できないですね。

伊藤 昔は診療報酬で、各診療行為に対してコストが払えたわけですね。現在の場合、DPC (Diagnosis Procedure Combination : 診断群分類包括評価)を導入すれば、例えば平均入院期間を短縮すればするほど、むしろコスト負担が賄えるようにはなりませんか。

落合 平均的な答えとしてはそうだと思います。けれども私たちの病院は DPC を取り入れていません。私たちの病院で 2002 年当時の 17 日が 2008 年には 10 日になったという事実はありますが、当時、院長が旗を振って「入院日数を短くしろ、そのほうが病院は儲かるんだから」と職員に言ってきたつもりは全くありません。「病院が儲かるから」ということを医療職のインセンティブにはしたくない。そうになってしまったら悲しい話ではないでしょうか。私が言ってきたことは、「不必要な薬は使うな。不必要な検査はするな。医師は必要な指示を自分のうっかりで忘れるな。その三つに加えて合併症を出すな。その四つを徹底していれば、いやでも平均在院日数は短くなるから、それを維持しろ」ということです。

患者さんの中には、「今日退院できますよ」と言っても、「明後日だったら息子が迎えに来てくれる」という人がいます。そういう人は明後日まで入院してもらってもいいではないか。そうした中でも平均在院日数は減ってきました。ただし、おそらくこれ以上は減らないだろうと思います。なぜかというと、切開した傷が、切った翌日に痛くないということはないのです。な

んだかんだ言っても、手術後 1 週間は痛い、というのが生理的な平均だと思います。

伊藤 それはそうですね (笑)。

電子カルテの導入がもたらしたもの

伊藤 「クリティカルパス」という形で世の中にある知見を集約して、標準化することは、基本的に正しいことだと思うのです。しかし、お話にあったように、それでどんどん仕事の負荷がたまってしまうと、恐らくある時点でいやになって辞める看護師さんもでてくると思うのですが、そうした事態を抜本的に解決するにはどうしたらよいでしょう。

落合 非常に難しいと思います。抜本的解決には人を増やすしかないと思います。ただ、もう一つ、一種の自負でもあるのですが、私たちの病院で 1.5 倍に負荷が上がったことに対応できたのは、電子カルテがあったからだと思います。電子カルテは、それだけで能率の向上に役立ったと思います。

伊藤 おっしゃっている「電子カルテ」というのは、医者が診療した部屋から会計部署へ情報を電子的に送信するという話ではなくて、診療のレベルで電子的なカルテ情報を作るというものです。

落合 先ほど紹介した入院患者さんの高い回転率の中で運営を行う一番重要なことは、職員一人一人の情報伝達です。その手段としての電子カルテは「どこでもいつでも見られる」という、圧倒的な便利さを持っています。そして職員の誰でもが何処でもカルテを見られるということが、逆に職員一人一人の緊張感を生み出しています。もちろん最初はちょっと負荷になっていたときもあります。でも、カルテをキチンと書かない医者、看護師は、一人前に見なしてもらえない。逆に、カルテをキチンと書くことは自分にとって他の人への指示などが楽にな

るのです。カルテに「この患者さんのこの薬は今日、AからBに変更したよ、それはかくかくしかじかの理由」と一言添えてあれば、看護師はそれを見て状況が全てわかります。そうでなければ、「先生、Aという薬が2錠だったのが、今日からBが1錠になっていますけれども、なぜですか。指示の出し間違いではないですか」といちいち質問しなければなりません。別の面からいうと、私の病院で電子カルテを導入して一番効果があったのは、看護師さんが自信を持ったことだと思います。病院には、「外来で今までと違う薬をもらって、服用したけれど合わないようだ」など、患者さんからの問い合わせが頻繁にあります。そのとき問い合わせを受けた看護師は、電子カルテがあれば、すぐに必要な情報を画面に呼び出し、薬の処方を見て、「薬の影響ではないようなので、しばらく様子を見てみてください」、あるいは「新しい処方では効き過ぎのようなので、すぐに病院に来てください」など、患者さんに適切な答えを瞬時に伝えることができます。

伊藤 情報技術など先端技術を的確に利用して、しかも組織の中にとけ込ませることによって、大きな成果を上げることができる、ということですね。そうした電子カルテのシステムを導入しているのは全国の病院でもまだ非常に少ないのでしょうか。

落合 まだ少ないと思います。

伊藤 この病院はNTTの経営の中にあるため、この面で非常に進んでいるということですか。

落合 少々別の話題を引いて説明させてください。平均在院日数を短縮するためのDPC導入というお話がありましたが、それはおカネ、稼ぎの話でしょう。DPCで平均在院日数が短くなったら病院は儲かる。「入院治療の密度が濃いのは3日目まで、4日、5日と入院させたら、密度の低い入院になってしまう、だから、帰せ、帰せ、そうしないと無駄だよ」というメッセー

ジ、インセンティブをかけるわけです。

でも、同じように「電子カルテを入れると、経済的に有効なようだから入れよう」、おカネの問題をインセンティブとして導入したのか。そうではないのです。電子カルテを入れてみたら結果的に平均在院日数が短くなった。まず「なんだ、これはとても便利な機械、システムではないか」という発見があって、その結果、医療の質の向上、内部の情報共有化に非常に有効だ、となった。在院日数の短縮は、私たちとしてみればあとからついてきた成果の部分です。ある意味で、そこがこの病院の誇れる自慢の部分です。おカネを儲けるため、赤字を少しでも減らすためにやろうとしたことではないという自負があります。

伊藤 ある意味で、将来の日本の、病院のあるべき姿のベストプラクティスを一生懸命つくっているということですね。

落合 そうだと思います。厚かましい言い方かもしれないけれども、先ほどのご質問「職員がそれほど忙しかったら、それを解消するにはどうしていけばいいですか」という答えの一つがここにあると思うのです。結果において生じた忙しさがあっても、それに対して職員がある意味で幸福感を持っていてくれているのではないか。同じ平均在院日数が10.5日で患者さんの回転率が高くても、病院に働かされて忙しくてたまらない、「平均在院日数を短くしろ」「なんでこの病床が空いてるんだ」とせつつかれてやったのとは違う。薬を少なくしよう、検査を少なくしよう、無駄をなくそう、患者さんにとっても入院などは短いほうがいいようにしようやってきた。その結果が、高い患者の回転率だと思ふのです。

国民の皆さんも自ら「選択する」意識を

伊藤 話を少し戻して、「医者の方が忙しすぎる」

原因のもう一つとして挙げられた、医療の機能分化の重要性についてお聞きしたいと思います。先ほど、落合院長は、国民が医療機関の正しい利用をする、医療の機能分化がまずあるべきだとおっしゃいました。機能分化というのは、例えば風邪をひいたぐらいであつたら、かかりつけの身近な医者に行ってもらい、総合病院は本当に施設の揃った病院に来る必要がある人だけに集中できるとずいぶん事態が改善されるだろうということですね。大病院に患者さんが集中してしまっている状況は、日本の制度の特徴なのでしょう。

落合 一つには日本の診療報酬のあり方の問題、あるいは、口幅ったい言い方ですが、開業医の医療レベルというか、医療施設も含めてみた、安心感などの問題なのでしょう。しかし、根本的には、国民の方々が自分の健康をある程度セルフチェックができて、どこにかかるかを自ら選べるだけの知識を持たねばならないと思います。例えばデパートで買い物をするかコンビニで買い物するかは、誰もが自ら学んで選別に分けています。外食でも、今日のこの体調では、あるいはこの懐具合では、どの店で何を食べようか、自ら選別分けています。ところが、こと医療に関しては、すべて同じところに同じ不満や希望を持ち込む現象が起きていて、これがすべての誤り、矛盾のもとだと思います。

伊藤 なぜ医療ではそうなってしまうのでしょうか。コンビニや吉野家だったら、国民は自分で賢明な選択をしているわけですね。

落合 私は何故かを本当に聞きたい。アメリカは違います。アメリカの国民は病院なんかにかかりたくない。医療費が高いこともありますが、それだけではなくて、病院に行きたくない風土があると私は思います。アメリカには、非常な金持ちもいるわけです。日本人の感覚なら、そういう人たちは、病気になったら病院の特等室を占領して、数カ月、半年いればいいのにと思

いますよね。またアメリカだったら、そうした人たち向けの医療保険もあっていいではないですか。でも、ありませんね。

伊藤 私は昔、ヒューストンにいたのですが、あそこには有名な M.D.アンダーソン癌センターがあります。中南米からお金持ち達が大勢、飛行機で来てやっていますよ。

落合 そういう人たちも病院に1カ月も2カ月もいないでしょう。

伊藤 確かに、あつという間にすぐ退院してしまいますね。

落合 少なくとも病院には長くはいない。アメリカには病棟を全部借り切れるくらいの負担能力がある人達もいるだろうし、あるいは様々な保険がある国だから、保険料は高くても病棟を占拠できる位の保険金がでる医療保険もあり得ると思うのです。かりに病院が、儲け主義だけで運営されているならば、そうした人たちを相手にしていれば、左団扇でおカネは入ってくる。でも、そういうことはない。例えばミネソタ州に本部に置く世界的に有名なメイヨー・クリニックで相当高い地位にいる人に「あなたが入院するときはメイヨー・クリニックに何日でもいるのか」と問うと、「入院するには多少の優先権はあるけれども、長くはいたくない」と答えるのです。そうした感覚を支えているのは、地域に自宅療養のためのホームナースがいるなど制度の違いもあるようです。

開業医は「かかりつけ医」機能を十分に果たしてほしい

伊藤 日本にも膨大な数の開業医がいますね。つまり、残念ながら、日本の開業医はそういう自宅療養を支える機能は果たしていないということですね。そうした状況は、大病院が集中する東京の地域特性ということではなく、全国どこも同じですか。

落合 全国どこも、といてしまうともた問題で、そういう機能を果たしている開業医はおられると思います。手前味噌ですが、私の父は開業医でした。元々は軍医でしたので、戦争が終わって復員してきた後、公職追放のような形で大きな病院等には勤められず、やむを得ず開業した。そのころの開業医たちは、患者から呼ばれると、真夜中であつてもリヤカーなどに乗せてもらって、野越え山越えで往診に行った。私自身も、嵐の夜中に何か物音がするなと思うと、母が起きていて、父が往診する身支度させている、子ども心に父が帰ってくるまで心配で寝られないということがありました。しかし、現在では、そういう開業医は少ないのではないか。

伊藤 開業医がかかりつけ医の機能を果たしていない、という状況が具体的にはどのような問題を起こしているのでしょうか。

落合 それは、例えば三次救急、地域で一番重症の患者さんを診る救急の問題につながります。現在、三次救急の現場での仕事は、三つある。一つは、非常に重症の患者、生命にかかわる重症の患者を診るという仕事です。二つ目は、地域に災害等が起きたときに対応できる準備を整えていること。ここまではよくわかりますよね。三つ目は何かというと、「看取り」だということです。老人施設や老健施設（老人保健施設）などに入っているお年寄りが、ある夜中、お世話をする人が見回りに行ってみたら冷たくなっている。救急車が呼ばれます。お年寄りの状態は心臓が止まりかかっている、あるいは呼吸が止まりかかっているわけですから生死にかかわりますよね。救急車が二次救急に搬入しても、二次救急は「これは生死にかかわる状態なので当所の対象者ではない」といって断る。結局、三次救急に運ばれる。運ばれてきてしまった以上は救命処置をする必要がある。いろいろと挿管して、心臓に体外ポンプを付けてと、処置をする。当初の判断では最終的に助かるかどうか非常に

に難しい場合でも、そうした処置をして、結果的には10日とか20日とか延命はできますが、あまり意味のない延命になってしまう。けれども、そこにかかる医療費、労力がものすごく大きい。

伊藤 何でも三次救急の対象になってしまうと、本当に注力すべき仕事にも差しさわりがでてくるでしょうね。

落合 私が国民の皆さんにもっと勉強してほしいという意味は、風邪になったときにどこへかかるかという問題もあるけれど、それよりも、人生の終わりを迎えたときに、自分はどのような形で終わりたいかという「覚悟」も含めて、どのような状況になるのかを知っていてほしいということです。老健施設に入居しているお年寄りに関しては、開業医がキッチンとかかりつけ医の機能を果たされるべきです。元気で99歳でエベレストに登るようなお年寄りが今日急におかしくなった、何とかして助けなければいけないという場合もあれば、半年、1年も前から寝たきりでいた人の具合が急変したという場合もある。その人達を全て同じように対応すべきかどうか。これまで面倒も世話もしていなかった家族が、こうした事態が起きた時に急遽呼ばれて集まってくる。すると「すぐ救急車を呼んで病院に運んでください」となる。病院に着けば、「何でもできるだけことはしてください」という。今現場で生じている問題は、こういうことです。

伊藤 家族の方たちにとっては突然の事態で心配だから仕方がないのかもしれませんが、ある意味では無責任な行動をしているわけですね。

落合 けれども、本来はかかりつけ医が決まっていて、家族に対して「さすがにお迎えが来たんだよ」と言ってくれる人がいなければいけない。老健施設で真夜中に入居者の状態の急変が起きて、それまでを知っている先生がいて診てくれる、あるいは夕方に診て「いよいよこれ

はおかしいよ。今夜お迎えが来るかもしれない。そのときは連絡くれ」と施設や家族の人たちに伝える。それに対して「先生が来るのは明日の朝でいいですよ」と答えることにもなる。真夜中に本当に駆けつけなければならない場合でも、父の時代のように全員の開業医が毎晩であっても往診にでるというのもいささかアナクロでしょう。かかりつけ医の連合とかグループ制などを設けて、医者一人当たりの終夜当番は2週間に一度位の頻度になるような、そんなシステムにしなければならないでしょう。

「健康リテラシー」向上にも 開業医の力を

伊藤 医療の仕事はそれ自体やりがいがある仕事でも、仕事量が非常に多くなったら疲れてしまいますよね。この病院が皆さんの努力で成果をあげて、患者さんから見ても効率的に治療が済んで、早く病院から出られるのは良いことです。つまり、病院を良くすれば良くするほど、どんどん患者さんは集まってしまうのです。来院した患者さんは断れない。そこが、日本の病院の大きな問題なのかもしれませんが、どうでしょう。

落合 それはその通りだと思います。当院は、ある意味で限界にきていると思っています。よく経営コンサルタントが「病院コンサルテーション」などといって、うまくいく病院の有り様を提案するという話があります。そうした人たちが言うのは、「病院の中で貼り紙の貼り方、玄関の飾りつけなどをこのようにすると患者さんは来ますよ」、「病院に来た患者さんには、こういう格好、こういう姿勢でおはようございませうと言いなさい」ということです。患者集めのためのノウハウを教えてください。でも私は「皆さん、どうぞどんどんおいでください」という病院でありたくはないのです。そこで、国民の皆

さんには考えてほしいというわけです。ルイ・ヴィトンには高くてもカッコよくて多くの人が欲しいと思うものを売っていますが、では、誰でもかれでも毎日ルイ・ヴィトンに行って買い物をするのか。良く考えて病院の利用をしてほしいと思います。

伊藤 確かに、国民が状況を理解して適切な病院の選択をすることは大事だと思うし、そういう啓発は大事です。でも、「百年河清を待つ」という感じもします。もっといい方法はないでしょうか。

落合 国民の啓発にも、色々な場面があると思います。一つは小学校の保健体育の時間などで、例えば1年生でお巡りさんが小学校に来て交通安全を教えてくれるのと同じように、「こういうときには病院に行くんですよ」ということから、「自分がもし不幸なことになって、自分の臓器が人に使えるとき、あなたはどうしますか」というような話を、一通りはすべきなのです。日本人はそうした機会を全くもっていないから、例えば臓器移植でも、日本では臓器移植を必要とする患者のいる家族だけが声を上げている。真偽のほどはともかく、極端な例を挙げると、臓器移植の必要な幼い患者を抱えた家族が外国へ行って手術の順番を待つあいだに、不幸にしてそのお子さんは亡くなった。病院が「赤ちゃんは亡くなってしまい気の毒でしたね。肝臓は移植が必要だったけれども、心臓は健康です。別の子にくれませんか」と言ったら、「とんでもない」と言って家族は帰国した。その家族が日本人だという。

伊藤 そうですか、そんな話まであるわけですか。確かに「健康リテラシー」とでもいえるものが日本には必要ですね。

落合 そのリテラシーを担うのが、小学生などの年齢から学校で教えることです。もちろん、おじいちゃん、おばあちゃんが話してくれた知識、あるいは家でお産があった、家で人が亡く

なったという実体験を通じた文化的吸収もありますが、医療・健康リテラシーの向上を、本当は開業医が担わなければならないのです。

伊藤 そうでしょうね。

医師の資質を自ら問う

伊藤 しかし、なぜ開業医はそうした役割を担わないのでしょうか。もちろん、まったく担っていないわけではないのでしょうか。開業医が学校に行ってさまざまな健診をするなどして、リテラシー向上に資する行為を少しはされていますから。

落合 確かに健診などはされています。ただ、なぜ本当のリテラシー形成を開業医が担っていないのかを考えると、最近、国民がそうした役割を担ってもらおうと思えるような医者がないということもあるのではないかと、思っています。医者のみならず、医療職全員が、もっと自ら襟を正して、人々から尊敬される存在としての自らの有り様を、自分たちでもう一度取り戻さないといけないのではないかと、思う部分もあります。

医療の問題を解決するために医療費を上げることが重要であることも真実です。でも、医療費を上げるためには、国民から「尊敬できる人たちがあれだけ辛い生活ぶり、仕事ぶりをしている。ならば、もう少し医療費を上げよう」、あるいは「もう少しお医者さんの数を増やさなければいけない」と言ってもらえるのでなければダメです。現在の論調は、医者が「おれたち忙しいんだ、大変なんだ。だから医療費を上げろ、医者の数を増やせ、増やさないのはおかしい」といつている状態です。その結果、多くの健康な人たちは、「医者になっているのは医者のどら息子だけじゃないか、そんな人たちが何を言っているんだ」というような考えをもつようになる（笑）。

伊藤 最近はずがに、メディアを通して、大病院で、救急外来で外科のお医者さんが奮闘している姿などを見ているので、「もっと医者を増やさなければいけないのではないか」という素直な感想も増えているのではないのでしょうか。

落合 そうかもしれませんが、今でも「医者の年収は非常に高く暮らしには困っていないだろう」、そのように思っている人はまだ大勢いるでしょう。

伊藤 そうかもしれませんね。だから、医学部受験の偏差値も変に高くなってしまっているのですね。

落合 本当に他人に優しい人、「何とか試験を通過して医者になったら、この人は良い医者になるよ」という人はいます。ですから、すべてを学校の成績だけで測るつもりはありませんが、医者にはある程度の水準の学力が必要であることも確かです。逆に、頭が良いだけではいけない。頭脳は優秀でも「世の中すべて、ゲームの攻略と同じだ」などと考える人が医者になるのは困ってしまいます。

伊藤 医師を志願する人が、医者としての適性を持っていて、なおかつ適正なレベルの学力を持った人ばかりであってくればよいのですがね。

医療の衰退を食い止めるために

落合 医者がもう少し尊敬されるようにならねばならないといった意味は、ほかにもあります。ご存じの通り、現在、専門医制度があります。例えば脳外科の分野では、おおよそ会員数が7,000人、そのうち6,000人が脳外科の専門医です。実は、本来の専門医はその中の1割ぐらいなのではないか、という議論もあります。あるいは脳外科医が7,000人も日本に必要なのかという話もあるのです。その一方で、小児科医が足りない、救急医が足りない、産婦人科医が足りないという議論がある。医師の団体自ら

が、そうした状況を全体的にみたバースコントロール、各専門医の水準や数の調整を実施することが必要なのではないか。程度の低い医療ミスを繰り返す「リピーター医師」などの問題も、医者自らの組織で排除していかないといけない。弁護士会が基準を外れた弁護士を排除していく、それと同様のことを医者もやらなければいけないのではないか。その上で、医者の数が足りない、医療費が安いという議論ができれば、誰も文句は言わないでしょう。そうした状況が整うまでには長い時間が必要で、「それは百年河清を待つと同じ」と言われてしまえば仕方のないことですが。

伊藤 いえいえ、そうしたことは大変大事なことでと思います。しかし、さはさりながら、お聞きします。これから2～3年の間に、医療の世界で制度を変えるとすると、どこに手をつけたら一番有効だと思いますか。おそらく、政府は、いずれ、総理直轄で医療問題を改革しなければいけないと思います。そのときに、この点を重点的に見たら、あるいは変えてみたら、医療が大きく変わるかもしれないという点はどこでしょうか。

落合 最終的には、やはり医療費を上げなければなりません。ただし、性善説的に考え、値上げした医療費を本当に正しく利用してくれる、という前提が必要です。もちろん医療関連のおカネの少なさは変えようがないが、それが許す数だけ医療関係者を増やすという考えもあります。しかし、医師の数は各専門への配分見直しで対処するとしても、やはり看護師を増やす、看護師の給料を上げる、その周囲で働く技士や介護士の給料ももう少し上げなければ、医療界はたぶん衰退の一途だと思います。医療に対する需要は増えているのに、それに見合うおカネは縮小させて、成り立つ経済はあり得ないではないですか。

伊藤 おっしゃる通りです。需要と供給のメカニズムが働かない世界、それが現在の日本の医療の世界なのですね。

本日は、ありがとうございました。

2008年10月8日

N T T 東日本関東病院にて

注

(注1) 麻生セメント株式会社(現:株式会社麻布)が設立した飯塚病院のように、1948(昭和23)年の医療法施行以前に株式会社が開設していた病院は認められている。2008年7月末時点で「株式会社立」病院は、全国で69病院ある(厚生労働省医療施設動態調査2008年7月)。

(注2) 日本国有鉄道、日本専売公社、日本電信電話公社の3つの公社と郵政、国有林野、印刷(日本銀行券や郵便はがき等の印刷の事業)、造幣、アルコール専売の5つの事業。

(注3) 元々は生産管理用語で、生産工程やプロジェクトにおいて、全体の完成を遅らせないためには絶対に遅らせてはならない工程の組み合わせのこと。医療分野では、内容を標準化し、質の高い医療を提供することを目的として、疾患ごとに入院から退院までの経過や検査の予定などをスケジュール表のようにまとめたもの。

(注4) 「侵襲」とは、「病気」「怪我」だけでなく「手術」「医療処置」のような、生体を傷つけること、生体内の恒常性を乱す事象全般を指す医学用語。

落合 慈之（おちあい ちかゆき）氏略歴

NTT 東日本関東病院（旧関東逓信病院）病院長

1971年東京大学医学部医学科卒業、東京大学医学部附属病院脳神経外科研修医。1977年日本脳神経外科学会認定医（現専門医）、東京大学医学部附属病院脳神経外科文部教官助手、1979年同医局長。1980年医学博士号取得。1981年東京大学医学部附属病院脳神経外科文部教官講師 外来医長、1982年同文部教官講師 病棟医長。1985年獨協医科大学脳神経外科助教授。1996年 JR 東京総合病院脳神経外科部長。1998年関東逓信病院脳神経外科部長、2002年より現職。2003年日本脳卒中学会専門医。

日本脳神経外科学会評議員、World Federation of Neurosurgeons (WFNS) 会員、日本脳循環代謝学会評議員、International Society for Cerebral Blood Flow and Metabolism 正会員、日本脳卒中学会評議員、日本医療マネジメント学会理事、医療の質・安全学会評議員等を兼ねる。

**NIRA 対談シリーズのバックナンバーは NIRA のホームページで
ご覧いただけます。**

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

財団法人 総合研究開発機構

〒 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

T E L : 03-5448-1735 / F A X : 03-5448-1744

U R L : <http://www.nira.or.jp/index.html>

©総合研究開発機構 2008 2008年12月11日発行