

医療を効率化する連携とIT化、 医療の質を担保する教育システム

長谷川敏彦氏 国立保健医療科学院政策科学部部长

近年、医療の安全性や質を問う国民の声が高まっている。その背景にはどのような問題・事情があるのか。また、そこから見えてくる医師養成のシステムの課題とは。米国で専門医の訓練を受けた経験を持つ国立保健医療科学院の政策科学部部长・長谷川敏彦氏にうかがった。

質と効率性へのシフト

日本の医療のパフォーマンスについてどのように評価されますか。

長谷川 医療制度の水準を測る三つの柱である効率、効果、公平のうち、公平さでの点では日本の医療制度は世界に冠たるレベルです。国民皆保健制度(2頁・資料1参照)があり、全国に医療施設

が行き渡り、国民はいつでもどこでも一定レベルの医療を受けられる。世界に類例のないようなシステムが確立しています。ただし、公平性を追求する過程で効率性と効果、つまり医療の質を犠牲にしてきた面があります。

効率については、高齢化社会に対応するため、現在その追求が不可欠になりつつあるわけですね。

長谷川 私は「企業戦士の帰還兵問題」と言っていますが、今後、団塊の世代が現役を引退していき、10年後には国民の3人に1人が60歳以上となり、その世代が総医療費の7割を使うという人類未踏の超高齢化社会が訪れます。明治の「軍事大国」、戦後の「経済大国」に続く、「高齢大

国」への舵取りが求められているとも言えるでしょう。医療制度も全面的に再構築しなければなりません。必然的に公平さをある程度犠牲にして効率を追求しなければならない。例えば英国では、70歳以上の人には人工透析をしません。わが国もそのような診療制限を含めて議論を始めなければならない時代に入ったのかもしれないということです。

まず当然、個々の病院は経営のあり方を見直さなければなりません。これまで公的病院は、赤字垂れ流しでも、議会に泣き付けばお金がきました。行政も財政的余裕を失っています。事実、旧厚生省所管の国立病院、旧文部省所管の大学病院、旧労働省所管の労災病院は独立行政法人に移管され、多くの自治体が病院の民営化や公社化を進めつつあります。そのような状況の中で、病院は経営に知恵を絞らなければなりません。採算が取れて持続可能で、しかも質の高い医療を提供する。その二つを経営目標にしなければならない。これは容易ではありませんが、従来の医療界にどんぶり勘定の体質があったのは事実です。最近経営工学のTQM¹などが使わ



れるようになっていますが、その他、株式会社
の参入によっても変化が促される可
能性があるのかもしれませんが。

医療の質に問題があるのご指摘
ですが、日本人の平均寿命は世界一
です。

長谷川 確かに平均寿命は世界一
なのに、もろもろの医療の質の指標や平均
在院日数(次頁・資料参照)は世界最低
の値を示しています。つまり日本は、世
界最高の健康実績と最低の医療の質を
併せ持つ奇妙な国であるということ
です。そのようなおかしなことが容認さ
れてきたのは、パターンリズム(父権的温情
主義)に基づく医師と患者の関係があ
り、医療の質について、コンシューマー
の側から提起しにくい雰囲気があったた
めでしょう。ところが、この5年ほどの間
に事態が大きく動いた。それは医療事故
を発端とする国民の不信から始まり、安
全性への疑問へと進み、医療の質に関
心が移っていった印象を受けます。

なぜ今、改めて医療の質が問わ
れ始めたとお考えですか。

長谷川 日本の他の産業は、世界一の
品質管理を誇っています。日本人は品質
に関して恐らく世界一うるさい。ところ
が、医療の質となると、途端に沈黙し
がちでした。それはなぜか。私は軍事医
療の影響があったと考えています。明治
時代には軍医の養成が医学教育の大き
な目標とされ、先の大戦では数万人の
軍医が養成されました。その元軍医
たちが戦後、全国に散って開業医の中
心となり、その体制がついに最近まで
続いていたことからパターンリスティ
ックな医師と患者の関係性が国民の
間に刷り込まれたのではないかと。そ
して今、元軍医が引退し、同時に、か
つての全共闘世代で権利意識の強い
団塊の世代が医療の主たるカスタマ
ーになりつつある。そのた

め地殻変動とも言うべき意識の
変化が引き起こされ、医療の質が問
われる時代になった。これが私の解
釈です。医療界は医療情報の提供
のあり方、患者に接する態度を含め
、患者中心の医療につくり直すこと
が迫られている。ただ、それだけで
は説明が十分ではありません。日
本国内の事情ですが、現在、世界
中で医療事故が大きな問題になっ
ています。医療事故はヒポクラテス²
の時代からあったにもかかわらず、
なぜ今になって世界で問題になっ
ているのか。私はこれを医療の標準
化の影響によるものと見ていま
す。これまでは治療方法が標準化
されていなかったため、治療ミス
が判別しにくかったが、1980年
代の後半から医療の標準化が進ん
だ。それに拍車をかけたのがEBM³
、すなわち個々の医師の曖昧な直
感に頼らず、科学的な証拠に基づ
いて最適な治療を選択するための
方法論の登場です。

顕在化したリスクに対して、医
療の質を高める方策として考えら
れることは。

長谷川 一つは公平さを犠牲にす
ることによって質を高めること
です。具体的に言えば、日本では
多くの医療機関で心臓の手術が行
われています。近くの病院で手術
を受けられる点を見れば、公平な
システムかもしれませんが、そこ
には質に関するリスクがあります。
心臓や脳などの難しい手術は年
間数回しかやらないようでは、
技術が高まりません。逆に言え
ば、病院を絞って手術例を多く
すれば技術が高まるということです。

質と効率性を両立するシステム
はあり得るでしょうか。

長谷川 その場合、キーワード
は連携とIT化です。まず、医療
のネットワーク化を図る。個々の
医師だけで患者をケアするのでは
なく、さまざまな専門家が役割

分担をして、協働でケアする時代
になります。高齢社会では、多く
の国民が加齢とともに慢性疾患
を抱えることとなります。そう
なると容体が急変しやすいため、
地域の病院や診療所、福祉施設
などが連携して、一人の人間の
ケアを中心に医療を提供するシ
ステムが必要になります。また
それを進めるためにはカルテな
ど個人の医療情報をIT化して、
関係する機関で共有できるように
する必要があります。突然、患
者が救急車で搬送されてきた
とき、その患者の情報がなければ、
医師はどこがどう悪いのか分
からない。意識がない場合など
には、誤診する蓋然性が高ま
ります。「患者本位の医療」と
いう言い方が流布していますが、
それは世の中におもねるレトリ
ックなどではなく、そうでな
ければ医療の質や安全性が担
保できない時代が来たということ
なのです。

医学教育の問題点

次代を担う医師を養成する教
育の現状をどのようにご覧にな
っていますか。

長谷川 私の見るところ、日本
の医学教育には問題が二つあり、
一つは軍の権威主義的な医療を
背負っていること、そしてもう
一つは研究センター主義である
ことです。それも論文を書くこ
とに重きが置かれ、今までは博
士号を取るための手段でした。
研究に対して予算が付くという
現実もあり、大学病院は組織
として生き残るためにも研究
を優先し、教育と診療を犠牲
にしてきた面があるのではない
か。よい医師を育てるには莫
大なエネルギーが必要ですが、
そのエネルギーも研究につ
ぎ込まれた。また、病院であ
る以上は、治療に力点を置
くべきなのですが、必ずしも
そうではなかった。そ

1 TQM[Total Quality Management]: 総合的品質管理。もともとは産業界で、製品の品質の工程をマニュアル化し、高い精度で管理することから始まった。医師は医療を「品質」と呼ばず、QCを精度管理と呼んでいる。最近では医療現場でもTQM(総合的医療内容管理)の考え方が浸透し、一定水準の医療が提供できるような体制が整備されている。

2 ヒポクラテス[Hippokrates]: [前460頃～前375頃] 古代ギリシアの医師。迷信や呪術を排して臨床の観察と経験を重んじ、科学的医学の基礎を築いた。医師の倫理についても論じ、医学の父と称される。所説は「ヒポクラテス全集」に集大成された。

の矛盾が露呈しつつあるということでしょう。国民の医療不信が起こり、「医師としてのトレーニングをしっかりせよ」と言われる。今年始まった臨床研修制度には、大学に臨床研修を残さないという意図があるのかもしれませんが。そのような行政の側からの挑戦もある。日本の医科大学はまさに四面楚歌です。また、学会にも問題がある。学会に期待されるのは、その領域でよい医師を育成し、よい医療を保証することであり、そのための治療のガイドラインをつくることですが、そのように自覚している学会がどれだけあるのでしょうか。

治療をベースとした研究というものがあるのでは。

長谷川 米国の場合、臨床研究の方法も徹底しています。EBMのE(Evidence / 根拠)をつくるため、臨床で治療法Aと治療法Bを試す。日本は、コストの面などからなかなかそこまでできない。世界に対抗できる研究は、臨床の片手間にできるものではありません。

集中と選択が求められるということでしょうか。

長谷川 医療は研究開発型産業ですから、研究は継続しなければなりません。また、よい研究は尊重されるべきです。ただ、これからの社会の変化の中では、診療と教育、研究と三つの機能を分化することを考えていくべきではないでしょうか。これまでの研究は玉石混交でした。より率直に言えば、本来の資質が異なる人まで論文執筆にいそむため、膨大な

論文が作成されていた。研究に適性のある人間に資源を集中的に投下することで、世界に伍していける研究体制を構築する必要があります。

教育の機能はいかにして強化すべきであるとお考えですか。

長谷川 私の時代の医局の教授は、それこそ中世の領主のごとき存在でした。東大闘争は医局講座制の解体を目的としたものでしたが、それでも今なお医局は存在している。それには理由があります。それが質を担保する制度だからです。では代替する制度があるのか。その萌芽はあります。それは研修医制度であり専門医制度(19頁・註5参照)、つまり米国流の専門医のシステムの導入です。

日本の医科大学は、医科学者の養成機関です。少なくとも国立大学はそうであり、私立大学もいくつかは、そういう傾向があります。一方、米国の医科大学は職業訓練学校です。普通の大学で学部教育を受けてから、メディカルスクールで学ぶ。しっかりとした研修制度があり、そのガイドラインは各学会が決める。そして研修は、査察をクリアした病院だけに認められています。

個人的なことを言えば、かつて私は米国で専門医としてのトレーニングを受けました。約1,200例の手術にかかわり、さらには口頭試問を経て外科の専門医として認められましたが、その自らの体験に照らして、日本にもそのような制度をつくる必要性を痛感しています。

医療教育の第4の革命

米国の実践的な教育システムはどのように形成されたものなのでしょうか。

長谷川 西洋医学のトレーニング方法は、米国を中心とした3回の革命を経て現在、第4の革命期に入っているとらえ

ています。まず第1の革命の契機となったのは、1912年の「フレックスナー報告書」です。そのころの米国の医学校は、顕微鏡がいくつか並んでいるだけの上に、まともに教えることもできないような状態でした。何年か授業料を払い、卒業すると医者と呼ばれるといういい加減な代物がほとんどでした。それではいけないと、カーネギー財団がフレックスナーという人物に依頼して、当時300校ほどあった医学校の評価を行いました。その医師でない民間人によって報告書がまとめられ、基礎2年間、臨床2年間の計4年間で教育する制度が提言されました。そして、そのモデル校としてジョン・ホプキンス大学がつけられました。その結果、医学校は淘汰され、80校ほどに減っています。ただし、この改革はドイツの医学教育を手本にしたものでした。

初期においては、日米両国とも同じようにドイツに倣ったということですね。

長谷川 第2の革命は1960年代、クリーブランド大学で始まりました。戦後、医学の発展に伴って膨大な知識が出てきたのですが、とてもすべて覚えきれない。そこで臓器を中心にした教育にしよう、1年目から臨床に立ち合わせよう、という二つの提言を軸にした「ミルズ報告書」で医学教育が再び大きく変わっています。

そして1970年代の終り、カナダのハミルトンのマクマスタ大学を舞台に第3の革命が起きます。後に「マクマスタの六賢人」と呼ばれるD.L.サケットをリーダーとした医師たちが、ある日集まって、「もし、われわれがもう一度、学生に戻って学ぶとすれば、どのような教育を受けたか」と考えた。彼らは、「患者は医者の前に悪い臓器を抱えてこない。抱えているのは問題だ。問題を解くのが医師の仕事であり、教育もそれを前提とするものに換えなければならない」と考えた。そこで打ち出したのがProblem-based

資料 平均在院日数

日本	(98)	42.5
アメリカ	(98)	7.8
フランス	(98)	11.2
ドイツ	(98)	14.3
スウェーデン	(98)	7.5
イギリス	(98)	9.8

参考：OECD「Health Data1999」

編集部作成

3 EBM[Evidence Based Medicine]: 科学的根拠に基づいた医療のこと。個々の患者の診断や治療についての意志決定の場で、現在ある最良の根拠・科学的根拠(evidence)をもとに実践する医学。

Learningです。旧来の医学教育は、解剖学から入り、骨から始まり筋肉やら何やら細かいことを覚えさせる詰め込み式の教育でした。そうではなく、二十歳そこそこの医大生に「右下腹部痛を訴える患者がいます。どうすべきか考えてください。図書館はあそこです。では1週間後に会いましょう」と、そのように課題を与える。医学生が悩みながら、まず血液検査をして白血球が増えているか調べよう、などと自力で問題を突き詰めていくスタイルです。

つまり、医療情報の扱い方そのものを覚えさせるということですね。

長谷川 医療は情報産業です。患者から情報を集め、既に知られている情報に照らして問題の解決を図る仕事ですが、世界中で年間数百万件もの研究が発表されているのですから、従来の方法ではとてもフォローできない。では、常に最新の知識にアクセスするにはどうしたらよいか、そこから生み出された概念がEBMです。サケットらはそのような考えに基づく教育システムをパッケージで提唱しました。当初導入したのは5校だけでしたが、最近では米国のすべての医科大学が何らかのかたちで取り入れています。

米国では画期的な試みが提唱され、その有効性が理解されると普及するのですね。

長谷川 日本ではそのような経緯があまり知られていません。「ハーバード大学が新しい方法をとった」と騒がれましたが、ハーバード大学がその方法を採用したのはかなり後になってからで、はじめは変える度胸がなかった。ただ、ハーバード大学のすごいところは、学生を半分に分け、新旧の教育方法を実験し、その結果があまり変わらなかったということで導入に踏み切った点です。

現在進行中の第4の革命とはど



のような内容のものなのでしょうか。

長谷川 米国は、おそろしいほど速いスピードで物事が変わっていく国で、最近、訪米したところ、医学教育がまた大きく変化していました。まず驚かされたのは、パイロットの養成のようにシミュレーターが利用されていることです。その背景には、おそらく卒後教育のあり方の反省があります。私もレジデントの時代は、朝6時から夜9時まで働き詰めで、土日も病院におり、当直も頻繁という生活でした。労働は過酷で体がもたないため、5分でも時間があればストレッチャーで仮眠をとったものです。日本では米国の教育が手放しで賞賛されがちですが、研修医が身を犠牲にし、安全性や医療の質を犠牲にしていた面もありました。その反省からなのでしょう、レジデントの労働時間が見直され、シミュレーターの利用が急速に進んでいます。併せて21世紀に望まれる医療のかたちを執行できるシステムの、そしてチームの一員としての医師という位置付けがかなり明確になりつつあります。そして、世界最新の治療を選択するためEBMという手法を活用すること。もう一つ重要なことがメンタルの問題です。治療のプロセスで、どのようにコミュニケーションを図るか、どのように話しかけ、心をケアするか。患者に満足

てもらい、納得してもらおうか。つまり、高い技術を持ち、最新の知識に常にアクセスしている。よきチームの一員で、患者ともうまく交流できる。また、患者を中心に種々のケアを組み合わせるべく、いわば患者さんともチームを組む、そのような医師像が求められている。実際に多職種を集めて教育するプログラムも開発されています。それこそ、サケットの夢見たハミルトン革命の完成形なのでしょう。当時はITが追い付かなかった。また近年、治療技術が急速に進み、複雑化したこともあり、治療に力が注がれるあまり、患者のメンタルの問題を置き去りにしてきた面がある。今、ITがようやく十分なレベルに達するとともに、患者の心を大切にするという医療従事者としての原点に立ち返った。それが第4の革命の大きな枠組みですが、米国でも内容がまだ定まっていないようです。日本が今後どう動くのか、それが問われています。

国立保健医療科学院政策科学部部長

長谷川 敏彦 (はせがわ としひこ)

主な著書に『クリティカル・パスと病院マネジメント』(企画・監修・著 / 業業時報社・1998)、『病院経営のための在院日数短縮戦略』(編著 / 医学書院・2001)、『病院経営戦略』(編著 / 医学書院・2002)など多数。

読者の皆様のご意見・ご感想をお寄せください。

h-bunka@lec-jp.com

医療改革最前線

～改革者たちの提言～