

ふるい分けの効用を活かす 専門医制度の必要性

南淵明宏 氏 医療法人社団公仁会大和成和病院心臓病センター長 / 岡山大学非常勤講師 / 奈良県立医科大学非常勤講師

よい臨床医を育てるためにはどのようなシステムが必要なのか。また専門医制度はどうあるべきか。日本を代表する心臓外科医として知られ、かつ日本の医療システムが抱える問題について積極的に発言されている南淵明宏氏にうかがう。

医学部の研究

日本を代表する心臓外科医として有名な南淵先生は、わが国の医師養成システムについてどのような問題意識を持たれていますか。

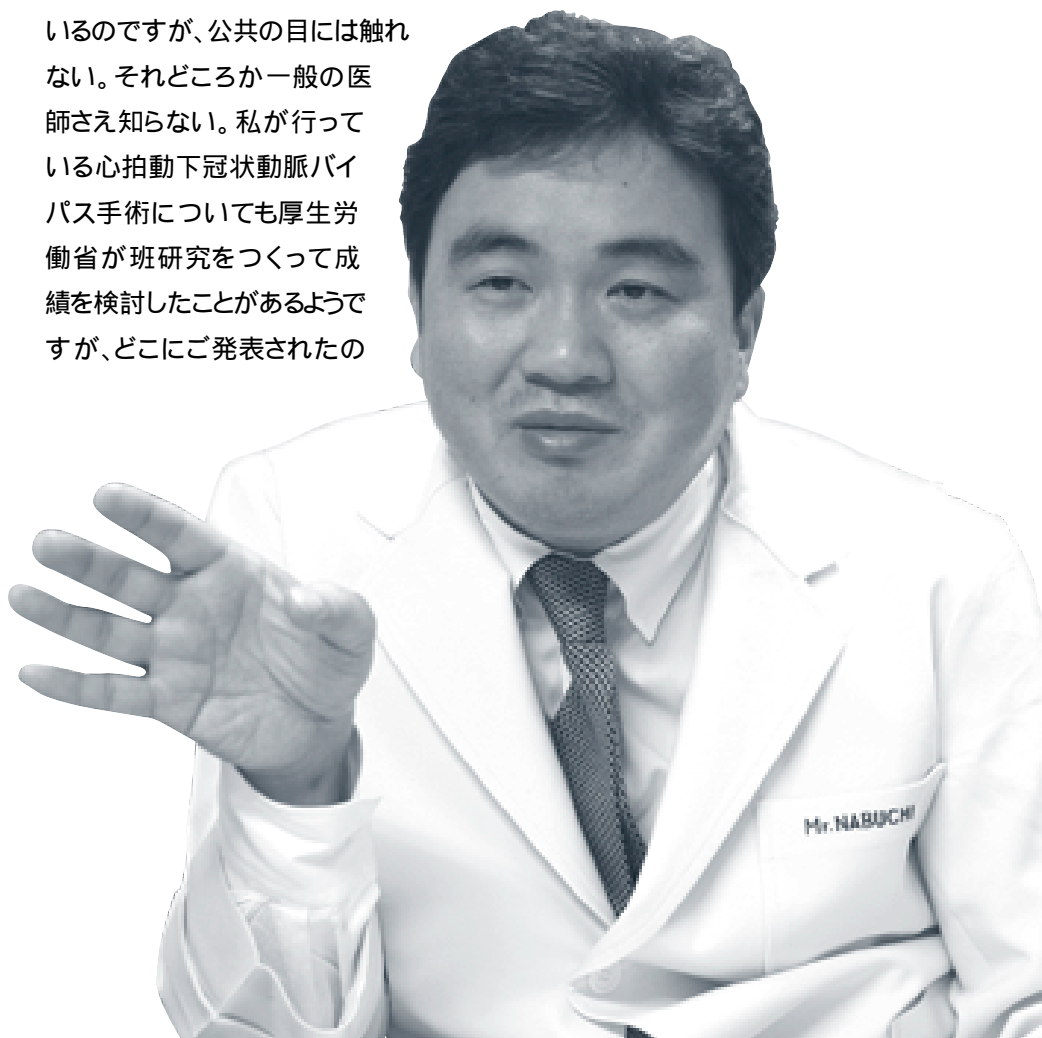
南淵 私が医師になったのは1983年なのですが、その前後、医師社会については強い違和感がありました。責任感を持ち、患者さんと一対一で向かい合い、親身になって治療に当たる。であるがゆえに信頼され、敬意も払われる。医師とはそういうものだとばかり思っていたのに、どうもそうではない。肩書きだとか論文といった権威付け、あるいは官尊民卑的な狭い社会の中だけで通用する価値観を押し付けられることに居心地の悪さを感じたのです。

日本の医学教育は研究偏重であるという指摘があります。

南淵 そもそも学問とは何か。平行線は交わらない、といった公理の下に人為的につくり上げられ、現実の自然現象とは必ずしもパラレルではなく、そのままでは

砂上の楼閣になりかねないものです。現実に役立てるには、常に現場にあって自戒しながら常に検証を加えていくべきなのでしょうが、日本の医学の世界では、ほとんど無価値の論文を量産することに重きが置かれているように思います。それらは学会誌や専門誌には掲載されているのですが、公共の目には触れない。それどころか一般の医師さえ知らない。私が行っている心拍動下冠状動脈バイパス手術についても厚生労働省が班研究をつくって成績を検討したことがあるようですが、どこにご発表されたの

やら。『論座』(朝日新聞社)の今年の5月号の記事によれば、研究機関に対して年間3,000億円もの血税が投入され、個人の研究者に対しても同じく3,000億円が投じられている。6,000億円の血税が研究に使われながら、その成果につ



いてまともに検証されない、とのこと。 「科学立国」とは名ばかりですね。

臨床と密接にリンクした研究であるべき、ということでしょうか。

南淵 極端に言えば、医学博士の学位認定権がある教授に、「取れ」と言われれば、取れるのが日本の医学博士号です。要は立身出世のための研究だから継続性もない。医師は患者に接することができるのですから医療の現場に根付いた研究とすべきです。では、臨床でないと研究が成り立たないのか、というと、必ずしもそうではない。ただ、そのような研究は、1日24時間、一生を研究に捧げている研究のプロ、研究の職人に任せべきです。遺伝子なら農学部や理学部の研究者が高いモチベーションを保ちながら研究に専念してはまずです。学位を取るためだけにまとめ上げたかたちばかりの研究など、下道というべきではないでしょうか。

医師を育てる以上、診療を重視するかたちにシフトすべきであると。

南淵 ピート・ローズが3,000本安打を放ったとき、たまたま私はフィラデルフィアのベテランズスタジアムで観戦していました。球場中大騒ぎの中、インタビューが始まり、「次の目標は」と聞かれたローズは「3,001本目を打つことです!」と答えました。当時、日本の医学生であった私は、アメリカンジョークだと思ったのですが、今では、その言葉の重みがよく分かります。心臓手術の現場は後のない、まさに戦場そのものです。一人ひとりの患者に絶対に手を抜くことはできない。この手術で自分の生涯最後になってもよい。これだけ一生懸命やってきたのだから、いつ終わっても悔いはない。その覚悟をもって日々の仕事に当たるのがプロなのです。日本の医師養成の現場でその気概をどれほど伝えているのか。手術手技を職人技と見なし、その生き様を

見せ付けながら後進の育成についてどれだけ真剣に考えているのか。

今年から卒後の臨床研修が義務化されました。

南淵 一般の方にすれば、今までそうでなかったことこそ驚きでしょう。これまでの状況を自動車の運転免許でたとえると、仮免許の学科試験を通れば、翌日からF1マシンだって運転できる状況だったので。臨床研修の義務化は第一歩ではありますが、それが免許更新のときのビデオのような代物で、参加して見ればよい、という程度のものにしてはなりません。

ふるい分けの効用

クリニカル・クラークシップ(10頁・註2参照)や専門医制度(19頁・註5参照)など欧米では、よい臨床医を育てることに力が注がれているようです。その違いはどこから来るのでしょうか。

南淵 私の名刺に「Ph.D」と入っていますが、欧米の人に渡したら、「この人はMD(医師)だったにもかかわらず、それを断念して研究をしている」という見方をされるはず。なぜならMDを取るのは大変で、それを取ったら診療に没頭すべきだという感覚があるからです。詰まるところ、欧米には、現場のプロたる医師を愛でる、というカルチャーがあるということなのでしょう。しかし日本は違う。医学部の教授が偉いとされます。なぜなら人に教えているから。そのような単純な理屈なのかもしれませんが、では、自動車学校の教官はみんなアイルトン・セナより偉いのか。私に言わせれば、日本には、税金という他人の金を湯水のように使える立場だから偉いといった原始的な、古代的な社会構造がある。肩書きがあるから偉いわけではなく、一生を現場でその仕事にかけたから偉い。そこ

に価値を見出すカルチャーが根付いていない。それがいかなる現象を引き起こすのか。私はいくつかの医療過誤の裁判で患者さん側の鑑定書を書きましたが、そのとき、被告の医師が法廷に出てきて、第一声が「私は学会の認定医です」。その響きの空しさ。問題になった手術を何例やったことがあるのかを問われ、「12年間で4例」と答える。日本はそのような人物が専門医を自称する社会なのです。学会が専門医を認定する以上、なれるのは10人中1人だけ、そのような峻厳な制度にすべきであり、手を挙げれば誰でも専門医になれるような資格制度など無意味どころか、医師自身に不利益をもたらします。今のような状況では、結果さえ悪ければすべて医者ミスだ。」という患者さんがどんどん増え続けるでしょう。

日本の医師養成のシステムに欠けているものは。

南淵 私がオーストラリアで研修医をしていたとき、ボスにこう言われたことがあります。「私にとって若い世代の人間に教育を施すということは『君は向いていないから心臓外科はやめておきなさい』と諭すことだった。しかし、今日初めて違うことを言う。君はずっと心臓外科を続けなさい。」、そう言われ、非常に感激しました。これまで私が民間の病院で何とか医師としてやってこられたのは、その一言のおかげだと感謝しています。海外では、多くの人間をふるい落とすこと、それがクオリティコントロールであり、後継者をつくることであり、医療水準の文化の維持であり、ひいては社会からの信頼を維持することになる。それが理解されていることを知っていただきたいのです。残念ながら日本の医師養成では、あるスキルをクリアした人にある行為を許す。そのような教育システムとして当然の機能が働いていない。つまり、排除

医療改革最前線

~改革者たちの提言~

という概念がない。研修制度の2年目で駄目ならもう1回、という当たり前のことをなぜためらうのか。気管内挿管のような基本的技能にしても、できる人はすぐできるし、できない人はいつまでたってもできないものです。できないのであれば別の方向に進めばよい。それが本人のためでもあります。さらに、大学を卒業した後も何段階にわたってふるい分けをすべきです。現に諸外国はそうしています。心臓の手術で言えば、各国4段階くらいの絞り込みがありますが、日本にはありません。これほど医療行為を甘く見ている国はありません。

患者から見て危ない状況にあると。

南淵 同時にそれは医師にとっても悲劇です。日本では同じ専門分野の医師間でもまともな情報の伝達がありません。専門職として自らの力量を見極め、己を知る、そのすべがあることが大事です。ここが劣っているからがんばろう。ここは得意だからさらに伸ばそう。基準があり、目標がある。その環境がプロを育てるのですが、日本にはそのすべがない。むしろそのような思想が危険視されているような状況です。プロ野球で言えば、スピードガンで計測したら球の遅い投手が困るではないか、そう言っているようなものです。

ふるい分けは能力向上のインセンティブになりますね。

南淵 さらに重要な効果があります。それは公正さです。欧米では臨床研修の過程で、看護師の信頼を得られなければアウトです。カルテの改竄などすれば一発でアウトです。周囲からの信頼を得られない、人を傷つけるような行為をする、嘘をつく、そういう人間は除外する。そのようなかたちで職業倫理が担保されている。競争社会が備える自浄的作用こそが欧米のシステムに倣うべき最重

要な部分です。競争的環境があれば、口角泡を飛ばし、医師のモラルを叫ばずとも、自然に達成されます。日本では、医は仁術などと高説をの賜れる方がいらっしゃるが、それがいかに担保されるのか、ぜひうかがいたい。医学に限らず司法、ビジネス、すべてにおいて正邪の基準が根本にあるべきですが、日本社会は、嘘をついたら終わりだ、という感覚が欠けてはいないか。バレなければ構わない。そんな感覚が蔓延しているとすれば、その損失たるや甚大です。それは金の損失、学問の、文化の損失です。さらに問題なのは、バレてもお咎めなし、不問に付されることがあることです。それが日本社会の特性が招いた事象であるなら、日本人は心から嘆くべきでしょう。

手術数が技量を決める

日本の医療に競争に否定的な性格があるとすれば、過度に公平さを追求した面が影響しているのでしょうか。

南淵 公平性などはじめからありはしないのです。あるのは悪平等であり、みんなで利権にぶらさがろうという発想です。「医師でなければ医業をなしてはならない。」とする医師法も、医師のための法律であり、患者のための法律になっていません。

また、競争原理に欠けることが医療システムのひずみを生んでいます。例えば日本でも米国でも心臓バイパス手術で患者が支払うのは400万円ほどで同じですが、内訳が違う。米国では心臓外科医に200万円ほど入るが、日本では10万円も入らない。つまり、日本の医療費は十分高く、かつ収益効率も著しく悪いということです。その原因には労働分配にあります。医師の側が専門医制をしっかり提示できないため、専門医がやっても、そうでない医師がやっても同じ対価しか

支払われない。医師の技術料が安い分、薬価は十分高く、器材も十分高いのですが、労働分配が乏しいのです。また、医療器材にも吸い取られています。人工弁で比較すれば、厚生労働省が償還価格として一様に97万1,000円という値段を付けていますが、欧米ではその3分の1にすぎない。人工肺に至っては日本で24万円のもの、オーストラリア、シンガポールなら3万円以下です。医療器械などの調達コストを下げれば、その分、人件費に回したり、患者さんのためのアメニティなどにも回せたりできますが、それができない。見ようによっては、高い器材に甘んじる構造とも言えます。

症例数が少ないことを前提とした値段になっているということですね。

南淵 年間2,000から3,000例の手術をしている海外の病院には集中購買システムがあり、大量に注文するため価格交渉力があります。日本の病院のように、「先月の手術は2例だった。来月はないかもしれない」と言えば、納入業者にしても在庫リスクを踏まえるようになるでしょう。もとを正せば、根は一つ。まともな専門医制度がないことです。日本にあるのは、金太郎飴的な、あるいは丸山眞男の言う「箱庭社会」的な世界です。同じ県内のどの市にも同じような総合病院があり、そこには同じような診療科がそろっていて、同じように少人数でやりくりしている。効率は悪く、コストがかさむから個々の医療従事者の待遇は向上しない。看護師にしても専門性をつくるべきですが、それもある種の悪平等から専門看護師がいらない。そのような状況が労働分配を一様に悪くしています。

症例数は臨床医の技量にも影響するのでは。

南淵 どのような仕事も同じでしょうが、技量は、どれだけ場数を踏み、さらに修羅場をかいくぐったかで決まってくるもの

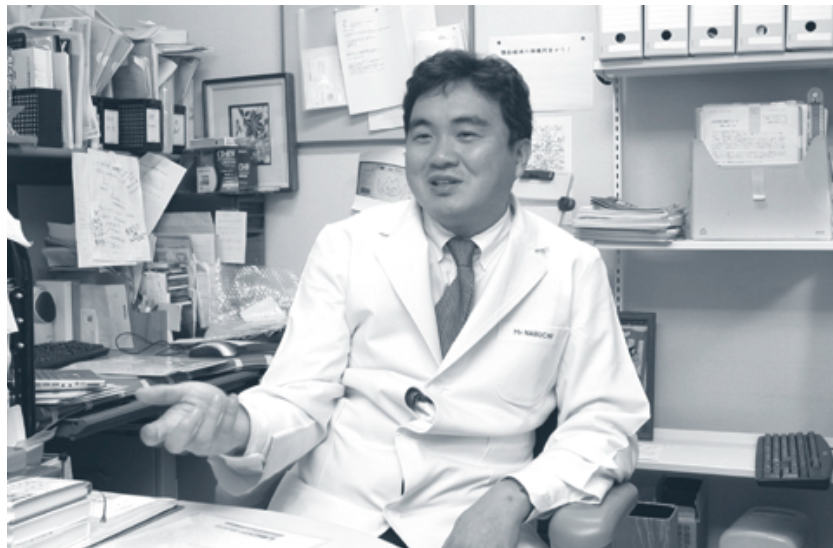
です。私は年間200例くらい心臓手術をしますが、技量を維持するには少なくとも年間100例は必要です。ところが、日本には1月1例くらいの病院がざらにある。手術数から計算すれば、心臓外科医は人口100万人当たり1人でよい。形式ばかりの専門医を濫造すべきではありません。また手術が多ければ、その医療機関で、チームも育ちます。心臓手術にしても、看護師も麻酔科も事務も、みんなプロであれば手術が倍になったとしても医師は楽です。

遅まきながら、最近厚生労働省が診療報酬の改定で、施設ごとの症例数の実績に応じた報酬を導入しました。医師国家試験にパスしたことをもって最低限の品質は保証するが、医療機関や医師にピンからキリまで力量の差はある。その当たり前の事実を厚生労働省が初めて認め、社会に知らしめたという意味において極めて画期的な改定です。医師の側がこれをどのように受け止めるか、それが問われています。

日本の医療を変革していくにはどのようなことが必要なのでしょうか。

南淵 一つは、外圧です。入院期間にしても日本ではやたら時間がかかるのが当たり前だと思われてきましたが(22頁・資料参照)海外はどうも違うらしい。よくも悪くも医療は産業として位置付けられ、競争があり、コスト意識を持って治療方法が選択される。そういうことが一般の方に知られるようになってきました。海外の情報に触れるということを含めて外圧は大切です。

もう一つは、コンシューマー(消費者)の変化です。かつて、家庭にあった医療機器と言えば体温計くらいでしたが、血圧計が普及し、カウンターショックさえ一般の人が使えるようになってきている。医療情報にアクセスしようと思えば、インターネットがあり、専門書も簡単に手に入る。



大衆は常に愚かである、という前提はもはや成立しません。コンシューマーリズムが芽生え、医療訴訟も増えている。患者の中に意識的な層が出現して、そのことが医療従事者に改革の方向性を示し、医療という産業に構造変革を強いている。そういう動きが現実のものになっていることを現場の一人として感じています。現に私は小さな民間の病院の医師で、大学教授の肩書ありませんが、その私に命をゆだね、心臓手術を任せようという方が大勢いらっしゃる。そのように社会が是認し、要請しているということでしょう。ところが、一般の人たちが意識を変えてきているのに対して、医師の側の動きはあまりに悠長です。未だに閉じた世界でしか通じない価値観に浸っている。それが私が医師になりたての頃感じた違和感の正体です。今まで、「たくさん手術しておもしろいのか。そんな人生はくだらないぞ」、「患者に感謝されてどうする」。そのようことを面と向かって言われたのは一度や二度ではありません。「私は教授選挙に出ることになって初めて手術をした。そのとき40歳だった。その年齢まで手術をやるうなどと考える必要はない。結局、医師の価値を決めるのは論文だ」、そう自慢げに説かれる方もいました。患者を救うという医師の

喜び、その価値観を、エネルギーを費やしてあえて否定し、手術など誰にでもできるという誤った価値観を研修医に植え付けようとするようでは、大学病院は反社会的なカルト集団です。私が強調したいのは、それで損をしているのは医師だということです。私には医師が自らの価値をおとしめ、何とか社会からの信頼を損なおうとしているようにしか見えません。

医療法人社団公仁会大和成和病院心臓病センター長 / 岡山大学非常勤講師 / 奈良県立医科大学非常勤講師
南淵 明宏(なぶち あきひろ)

1958年大阪府生まれ。1983年奈良県立医科大学卒業。1985年国立循環器センターレジデント。1989年シドニーセント・ビンセント病院フェロー。1991年国立シンガポール大学。1992年新東京病院などを経て、1996年6月医療法人公仁会大和成和病院に心臓外科を開設。現在同病院心臓病センター長・心臓外科部長。専門は虚血性心疾患の外科治療(心拍動下冠状動脈バイパス手術)。岡山大学医学部、北里大学医学部講師、奈良県立医科大学講師。日本胸外科学会認定医、日本外科学会認定医、日本循環器学会専門医。医学博士。主な著書に『CABGテクニック』(医学書院・1997)、『実践 人工心臓』(医学書院・2002)、『冠動脈外科の進歩』(共著 / 日本アクセル・シュプリンガー出版・1997)、『受ける? 受けない? 冠動脈バイパス手術』(日本アクセル・シュプリンガー出版・1998)、『ブラック・ジャックはどこにいる?』(PHP研究所・2003)、『突然死 あなたは大丈夫?』(日本経済新聞社・2003)、『ブラック・ジャック解体新書』(宝島社・2003)、『名医はブラック・ジャックと俺に聞け』(廣済堂出版・2003)、『心臓は語る』(PHP新書・2003)、『心臓外科医-僕が医療現場をあて世間にさらけ出す理由』(講談社・2003)、『いい医者-いい病院の見分け方 ブラック・ジャックを捜し出せ!』(二見書房・2003)、『「一匹狼」で成功する人「賢い羊」で勝つ残る人 あなたは会社を飛び出すか? とどまるか?』(共著 / PHP研究所・2004)、『医者涙、患者の涙』(廣済堂出版・2004) など。

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 ~