



高橋教授の

この人に
会いたい

Vol.50

ゲスト

岩中 督 氏

地方独立行政法人埼玉県立病院機構理事長
外科系学会社会保険委員会連合会長

〈前編〉

外科医不足解決は手術に専念できる環境と チーム制を敷けるだけの病院の集約化がカギ

改正医療法が成立し、「医師の働き方改革」が本格的に進もうとしているが、医師のなかでもとりわけ「働き方改革」が必要とされているのが外科医だ。救急医療以上に「タスク・シフト」が進めにくく、医師一人あたりの負担も多い。一方で労働時間に法的な制限が課せられることになるわけで、外科医のなり手が減少し、かつ一人当たりの労働時間も減るといって、複数の課題に直面することになる。医療政策にも数々の提言を行い、政策化させている外科系学会社会保険委員会連合(外保連)会長を務める岩中督・地方独立行政法人埼玉県立病院機構理事長を訪ね、取り組みの方向性などについてお話をうかがう。

書類業務を引きはがし 手術に専念させる

高橋 2024年4月から医師の超過勤務を厳しく制限する「医師の働き方改革」関連の制度が施行されます。これによって日本の医療提供のあり方は大きく変わりますが、特に影響を受けるのは外科、救急医療と思われれます。一方で必要な医療提供体制は維持す

る必要があり、この2つの領域は

地域社会の存続という点からも不可欠です。外科について言えば、やはり手術体制が主題で、解決策は大きく2つの方向が考えられます。1つは外科医を増やす。もう1つは外科医1人あたりの手術件数を増やす。岩中会長はどちらの方向が望ましいと考えますか。

岩中 私も外科医なのでその立場で言うと、「外科医にとって、手術

きはがすことが重要です。

高橋 そうした環境を用意すれば、外科医が増える余地はあるのでしょうか。

岩中 そうです。ご質問への答えとしては、外科医を増やすには、手術をしっかりとでき、雑用に追われない環境を用意し、1人あたりの手術件数を増やせれば、外科医が増える下地はできると思います。

高橋 医師の負担軽減策の一環で、DXの推進によって遠隔にいる専門医が画面を見ながら診療を支援する仕組みも取りざたされていますが、これについてはいかがですか。

岩中 外科領域では処置の様子をその場で見て判断することが多いので、画面だけを見て判断するというのは難しいでしょう。ただ、術後管理ならば周術期の管理を、特定研修を終えた看護師や認定看護師に任せることは検討できるかもしれません。

チーム制によって WLBは改善する

高橋 主治医制についての見直し論も聞かれますが、現場レベルで

は不安視する声もあります。

岩中 私はタスク・シフト/シェアで手術以外の仕事を外科医から引きはがすこと以外に、チーム制を敷くことも重要だと考えています。実際、私はアメリカから帰ってきて埼玉県立小児医療センターに外科科長として着任した際、真っ先に手をつけたのが主治医制の廃止とチーム制の導入でした。私が指示したのは2つで、1つは手術や経過などについての親御さんへの説明は執刀医が担当すること。2つ目は、夕方にすべての患者さんについてのカンファレンスを開き、問題になりそうな患者の確認等を30分くらいで一気に済ませ、当直医以外は解散すること。

高橋 徹底していますね。

岩中 どうしても夜に論文を書いたり、残業したりして病院にいた場合は、一度、帰宅して家族とご飯を食べて、子どもを寝かしつけてから、もう一度、病院に来いと伝えていました。チーム制の導入によって時間外労働は一気に減りましたし、インシデント、アクシデントも減りました。眠くてた



が一番面白い」ということです。夜中や土日に呼び出されても、手術をやらせてくれるなら辛くありません。もちろん家族の前では渋い顔をつくりませんが、内心はニコニコです(笑)。私だけではありません。以前、私が現場に「外科医を増やそうか」と聞いたところ、若い外科医は「自分が頑張るから増やさないで

ほしい」と答えました。これは本音だと思います。人数が増えたとその分、自分が手がける手術が減ってしまうからです。むしろ外科医が辛いと感ずるのは、日常の書類作成です。手術記録は別としても、伝票類や診断書類などはいくらでも譲れるはず。タスク・シフト/シェアを進めて、手術以外の仕事を引

撮影=関口宏紀



1人あたりの手術件数を増やす 解決の方向性として外科医を増やすか

高橋

療成績が良くなるというデータがあります。一般社団法人National Clinical Database (NCD)では、外科手術・治療情報データベースを構築する事業を展開しています。私も代表理事を務めていたのですが、ここが集めたデータによると、食道がんは、年間5件しか症例のない病院では、30件以上の手術を行う病院に比べて死亡率が高くなるのです。胃がん、直腸がんについてもデータを採ったところ、同様の傾向が見られたと記憶しています。

高橋 がんの手術ならば緊急性は高くはないケースがほとんどですから、集約化できそうです。

岩中 実は緊急疾患の胸部大動脈瘤乖離の手術についても調べています。搬送時間が1時間ならば、年間10例以上を行う施設で手術したほうが成績は良いという傾向が出ています。2時間になると、さすがにちよつと遠すぎるようだけれど。

高橋 地域によってはどこまで集約化するかが問題になりそうです。

岩中 食道がん手術に関しては、年間5例以下の病院では成績が悪

チーム制の導入で時間外労働は減り、インシデント、アクシデントも減った

岩中



まらないのに手術室に入るようなこともなくなりますから。チーム制では「当直翌日の手術室入室は禁止」といったことも可能になります。こうなるとワークライフバランスは劇的によくなります。

高橋 現場の反応はいかがでした。

岩中 非常に評判が良くて、出身大学の医局から皆、私のところで修行したいと、一斉に手が挙がりました。もともと手術件数は多く、年間1人あたり1500〜2000件。たくさん手術ができて、ワークライフバランスも良く、給料も

大学よりいいのですから当然です。それに自分がそれまで経験してこなかった手術の術後管理も担当することになるので、経験も積めます。主治医制では、自分が担当した患者さんの領域しか経験値も上がりませんが、チーム制では別の執刀医の患者さんの面倒も見られるようになりますから、どんな経験値が高まるのです。

高橋 そうした体制を実現するた

専門的な手術機能を持つ 病院の集約化は不可避

高橋

いので手術を止め、患者は他施設に移すとした場合、集約先は年間10例以上の病院と条件を設定すると、現時点でそれを満たす病院がない県が3県出てきます。15例以上とすると、9県に増えます。手術によっては、他県に行つて受ける必要があるケースも出てくるかもしれません。

高橋 診療報酬での誘導についてはどう考えますか。

岩中 診療報酬には、こうした集約化に向けた呼び水と言えるような加算、医師数を増やし医師の負担の軽減及び処遇の改善を条件にした加算がすでに用意されています。たとえば手術・処置の休日・時間外・深夜加算の「1」は、算

めには何が必要でしょうか。

岩中 一言で言えば集約化です。外科医を集めてチーム制を敷き、徹底的にタスク・シフト/シェアを進める。それには患者さんを集めるしかありません。問題はそれを実行できるかどうかでしょう。

高橋 どういうことでしょうか。

岩中 たとえば小児外科は、そもそも特殊な領域ですから、集約化してしまえばいいのです。ところが小児科のある病院は、「何かあった時のために」と考えて、小児外科医を欲しがります。その結果、小規模の小児外科診療科をもった病院があちこちにできる。埼玉県で言えば、小児外科で手術が必要

な子どもの患者はせいぜい年3000〜4000人。現在は10カ所くらい手術のできる病院がありますが、この件数ならば2〜3施設に集約してもいいくらいです。

高橋 集約化すると、医師数は何人くらいが適正でしょうか。

岩中 3施設に集約するならば7〜8人は必要でしょう。

高橋 「脳外科は、1病院あたり最低6人は必要」と聞いたことがあります。

岩中 専門領域の括り方によって違いは出てきます。「脳外科」という広い範囲で考えるならばそのくらい必要です。「脳血管」「脳腫瘍」とそれぞれ専門性が求められるので、チーム全体で最低限6人くらいは必要になるでしょう。実際、脳腫瘍の患者さんで脳圧が上がったと、救急搬送された場合は当然、専門医が対応しなければなりません。どうチームを編成するかは工夫が必要です。

患者を多く集めるほど 治療成績が良くなる

岩中 また、消化器外科も心臓外科も、患者を多く集めるほど、治

刀医や第一助手になってはならない、▽当直医師が6人以上配置されていること、▽時間外に手術や1000点以上の処置を行った場合は手当を支給する——といったことを求めています。医師を集める必要があるので、要件が厳しすぎての加算ですが、要件が厳しすぎて大規模病院しか算定できていませんが、画期的な報酬だと思えます。

高橋 外保連の果たした役割も大きいです。

岩中 一つ強調しておきたいのは、こうした加算の算定要件の修正（厳格化や緩和）を求めるには、闇に主張するだけでは厚労省には届かないということです。昔なら「厚労省に太いパイプを持った人物がいると点数が付く」といったことがあったかもしれませんが、今はそんな時代ではありません。データをつくって根拠を示したうえで、厚労省に働きかけるといのが、外保連の取り組みなのです。

高橋 泰

Tai Takahashi

国際医療福祉大学教授

たかはし・たい 1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学部医学系大学院医学博士課程修了（医学博士）後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月、国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授。2016年9月より安倍内閣未来投資会議の構造改革徹底推進会合医療福祉部門副会長。

高橋 なるほど。それでは後編で、診療報酬改定のために存在感を示している外保連についてお話をうかがいたいと思います。