

## シーボルトより引き継ぐ国際的医療 地域と教育を重視する民間病院

対談者：亀田 隆明

医療法人鉄蕉会亀田総合病院 理事長

聞き手：鈴木 信夫

みのはな同窓会広報担当常任理事



鈴木：今回は、亀田メディカルセンター（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院・亀田クリニック・亀田リハビリテーション病院の総称）をご紹介したいと思います。これまでのシリーズでは、民間総合病院の紹介は少ないので、トップバッターとして選びました。

その理由は、初期研修病院として医学生の人気が高い秘密が何処にあるのを知りたいこと、次に、当センターでは、国際化を初めとして色々な試みを行い、その成功の兆しが見えるとのメディア報道があることです。それで、理事長の亀田隆明先生にお話しをお伺いし、同窓会Webサイト「みのはな」の「オンライン会報」に動画で紹介する企画を立てました。

同窓会員や動画を閲覧する先生方、一般の方も含めて参考になる情報ではないかと思えます。当センターの沿革、広域医療活動の基本理念と国際化の現状についてお話し下さい。先ず、沿革からお願いします。

亀田：有難うございます。シーボルト先生が、長崎郊外に私塾を兼ねて開設した鳴滝塾（なるたきじゅく）に江戸時代の末期、私達から五代前の亀田自證（じしょう）が蘭学を学びに行った歴史が残っています。これが、本医院での西洋医学のスタートになっています。自證が鴨川の地に戻り鉄蕉館（てっしょうかん・蘭学塾）と診療所を開設したことにより、教育と臨床医学が家業になり、現在に至っています。規模は違いますが、現在でも類似する点があります。例えば、ドクターの教育では、日本人医師や外国人医師からも直接学ぶ機会を作っていますから、スタート時からあまり違っていません。そういう中で、私達が常に心掛けていることは、患者さまに満足して貰えるような医療を提供していくことを前提としたペイシャントセンターという考え方を、全職員が現実的なレベルで共有して医療に尽力することです。

初期研修生に人気があるのは有り難いことですし、私達にとって誇りであり今の力の源泉でもある、と思えます。教育面では、スタート時点からそうであったように、日本の社会は戦後焼野原から復興するのですが、その時期において、医療を通じて復興していくためには教育が重要であると先代の父・俊孝は考え、昭和29（1954）年、看護教育をスタートしました。さらに、昭和61（1986）年、私達の代になってから臨床研修（卒後研修）を始めました。

当初は、試行錯誤の連続で、立ち上がる迄に5年ないし10年近い期間を要しました。その間は、色々な試みを行い、少しずつ改善してきました。試みでの特徴のひとつは、原点に戻ること。私達の先祖がシーボルト先生から学んだのだから、その部分を残そう。この伝統は現在も踏襲していますが、かなり早い時期から海外の医師を常駐するようになりました。常に改善を求めることがふたつめです。学ぶ医師たちの声を重視するために、必ず運営会議に参加して改善点を素直に指摘して貰い、

キャッチボールをしながらの改善を繰り返し行って来ました。無論、研修医の意見を言いなりに採用している訳ではありません。

6年前、臨床研修必須科が設けられましたが、当センターでは、必修科になる10年前から独自にスーパーローテート方式を導入するなど充実した研修を実施していました。当時でも12名程の研修医を受け入れており、倍率は3倍位ありました。そういう中から毎年、ここで初期研修を終え、海外で後期研修を行う研修医が出ています。海外から戻った彼等は、後進の育成に携わっています。ひとつ、ひとつ、それらのことを積み上げてきた歴史の結実であり、急に上手くいった訳ではないと思っています。

鈴木： 民間病院という立場でありながら卒後の教育に傾注してきた歴史があり、公的な医療活動も行っていることが分かりました。国際的に活動している医師の話がありましたが、昨年、JCI（Joint Commission International：国際的医療認証機構）が認証する「国際的医療認証」を日本初で取得しておりますので、次に、国際化という視点からお伺いします。

亀田： その前に、地域医療について補足します。私達は、医療は地域に根ざしたものである、と第一に考えています。患者さまにとって、最も身近で良い医療が受けられることは安心であり、医療サービスとしては大事なことです。地域医療の範囲を鴨川市に限定すると、当院のような規模は不要です。私達が考える地域医療とは、直接患者さまが来院可能な半径50kmを一次医療圏とする地域なのです。

そして、この医療圏における私達の役割は公的な医療の提供です。具体的には救命救急、周産期医療になります。昭和60（1985）年、千葉県救命救急センター（第三次救命救急）に指定され、平成17（2005）年には千葉県総合周産期母子医療センターの認定を受けています。千葉県内では、東京女子医科大学附属八千代周産期センターの2カ所で総合周産期センター機能を果たしていますが、千葉県における周産期医療のコントロールタワーは、周産期コーディネーターを置く当院が担っています。県内で発生した母体搬送症例のうち、地域周産期センタークラスの病院で受け入れ先が見つからない場合に搬送先をコーディネートし、場合によっては当院が受け入れています。また、小児の救急や入院医療は、君津中央病院以南、県東は旭中央病院に近い地域までカバーしています。

そのためには、相当な陣容が必要になります。当院には400人の医師がおりますが、医師たちが闊達に仕事を遂行するには、当院で非常に高度な医療が出来る、つまり、ドクター達にとって勉強の場になるか、ドクター達が満足できる医療環境が整っていなければこれだけの医師は集められません。

国際的なレベルの医療が出来て、それを担うドクター、医療スタッフが集まる。その恩恵を最も蒙るのは、地域の人です。ですから、地域医療を守るひとつのモデル事業をここ鴨川で実践している形になっています。そういう意味では、地域医療のクオリティー（品質）を追求してし過ぎることはありません。この気持ちが少しでも弱くなると、当院に医師が集まる理由はなくなりますから、国際的な視野に立って、国際水準と比して劣らない医療サービスを行い、医学水準を維持向上しながら地域医療サービスを提供する視点が不可欠です。

高度医療を施すには、ある特異な疾患については、国内外を問わず国際的視野に

立った最低限のスタンダード医療をクリアする目的で J C I の認証を受けました。国際的な視野から私達の医療品質レベル比較を行いました。日本の医学は医師全員が国際的な視野に立っていますが、医療提供体制或いは病院運営に関しては、全く国際化がなされていません。その必要性は度々機会を見て強調してきましたが、自らが飛び込んでからと考えると、J C I の認証を受けました。それで、今年からは、本格的に海外から患者さまを受け入れ、又はドックを含めたメディカル・ツーリズム、美容整形や人間ドックと観光を組み合わせたものが本来のメディカル・ツーリズムですが、当院では P E T - C T をメニューに組み込んだより質の高い健診や治療を積極的に行います。

鈴木： 単なる医療観光ではなく、高度医療を求めの一環として国際化の視点を持っていることが良く分かりました。

最後になりますが、政権交代が行われて医療行政が変革される時期になっていると考えられます。財務省・財務総合政策研究所の「持続可能な医療サービス制度基盤に関する研究会」のメンバーなどの立場から、現在の医療政策の改革に対して改善すべき提言を、お聴かせ下さい。

亀田： 幾つかあります。千葉県でも県東の公立病院を中心に医師不足となり、医療提供が十分に出来ない状況に陥り、医療崩壊と言われています。この背景にあるのが、長年続けてきた医療費抑制政策、昭和 60 ( 1985 ) 年から継続されてきた医学部定員の削減、病床の規制です。また、原則診療報酬を増額しないと言う政策は、医療の各分野に歪を生んでいます。その間に、少子高齢化が想像を絶する勢いで進むなどの要因が相まって、現在の状況に至っています。ですから、大きな視野で見ると、抜本的な社会保障システムデザインを考え直す時期であることは、間違いありません。

つまり、55 年体制と称された時期に施行された社会保障システムが現状にそぐわなくなっているために医療崩壊が起こっているのです。当時を振り返って見ると、サラリーマンの定年は 55 歳、男性の寿命は 60 歳代で、子供が 2 ~ 3 人の家族構成。経済成長は、常に右肩上がりの時期に設けられた社会保障システムです。今や、社会情勢は全ての分野で逆方向に激変しています。しかも、この 10 年間はデフレ経済であり、出生率は 1.3 前後で低迷しています。これは、大変な出来事だと思います。それに対する関連官庁の対応が遅れたことが原因。そういう社会状況の中で、最低限やらなければならないことは、ある程度の医師を増やすことです。

私達の提言を受けて、前厚生労働大臣が医学部定員増の決断を下して、20 年振りに政策転換がなされました。ベッド数増については、ベッド数を規制して医療費抑制を狙ったのですが、350 床の病院が 100 床で運営されていても、実際は 350 床で計上しています。逆にそれが温床になっていますから、見直しが必要です。

医師の偏在化が議論されますが、医師を強引にどこかに赴任させることは、危険思想であり、非現実的なことだと思います。医師が都市に集中して地方には集まらない、と言われますが、当院のような田舎の病院に、これだけの医師が集まっている現実がありますから、それだけの理由ではない、と思います。

医師は、非常に志の高い特殊な人種です。勉強する意欲のある人の集団ですから、それを納得させる環境を整えることは、物凄く大事なことです。もうひとつ、地域

や診療科へ医師が偏在する現象をクリアする方法は、厳正な基準で専門医を認定・評価することです。診療報酬まで評価するには、かなり秀でた専門医でなければなりませんから、いい加減な専門医では困ります。基本的に必要とされている専門医数だけを認定するように、ハードルを高くします。

専門医は、役割分担を明確にして減らすことは可能です。例えば、私は心臓外科医ですが、それが明確になると、今の 5 分の 1 で良いかも知れません。但し、個々の専門医は、赴任した病院の専門医に比して遜色のない手術が出来なければなりません。

例えば、専門医の資格取得条件に年間 50 症例の回診手術を 3 年間経験すると規定されている場合、指導医の手術は欠かせないから、育成できる医師はどんなに頑張っても年 1 人か 3 年に 1 人に限定されます。そうすると、必要とされている専門医数しか育成できませんし、専門医認定の資格要件を明確に設定すれば、必要な人数は自ずと決まってきます。従って、専門医は、専門性を発揮できない病院を避けるようになり、無意味な集中化は防止されます。無理矢理強制するのではなくて、専門領域を追求したい医師は、それぞれの専門性を持って遣っていきます。

他方、一般医とは、浅く広い医学知識を持った専門医です。例えば、専門医の知識量が 10 の深さ 5 の幅であれば、5 の深さで 10 の幅を持っているのが一般医です。つまり、専門医と同じ技術・知識量を持った、広く浅い医学・医療知識を有する専門医を育成することが、一般医の養成になります。

ですから、一般医、専門医がリスpektしながら、専門医教育、専門医制度を確立していけば、診療科への専門医偏在は基本的に解消されます。そうするためには、医師がフェアになり、お互いに学閥や学会がどうの、大学や病院がこうの、と言うことを開業医が抜きにして、公平な評価制度、評価委員会を設けていくことが必要なことであると、私は思っています。

鈴木： 専門医を養成する基本的な考えを例にしながら、医療混乱に陥っている現状の改革へのご提言を頂きました。大変貴重なインタビューとなり、有難うございました。このインタビューは、あのはな同窓会のホームページ「オンライン会報」に動画で掲載いたしますので、是非ご閲覧下さい。



研修医：水野 絵梨



亀田クリニック



広報課：磯野 由佳