

対談「ベースとしての医療のあり方」

まず、医師が育つベースとしての社会における医療、あるいは医師という職業のあり方の日米相違について、木村健氏と東海大学総合医学研究所長の黒川清氏に語り合っていた。



黒川清氏
東海大学
総合医学研究所長

PROFILE

(くろかわ・きよし)

1936年 東京生まれ
1955年 成蹊高等学校卒業
1962年 東京大学医学部卒業後、同大学医学部附属病院インターン
1963年 東京大学医学部第一内科 / 医学研究科大学院(医学博士)
1968年 東京大学医学部第一内科助手
1969年 ペンシルバニア大学医学部生化学助手
1971年 UCLA医学部内科上級研究員
1973年 UCLA医学部内科助教
1974年 University of Southern California医学部内科準教授
1977年 UCLA医学部内科準教授
1979年 UCLA医学部内科教授
1983年 東京大学医学部第四内科助教
1989年 東京大学医学部第一内科教授
1996年 東海大学教授、医学部長
1997年 東京大学名誉教授
1999年 紫綬褒賞受贈
2002年 東海大学総合医学研究所長



木村健氏
アイオワ大学医学部
名誉教授

PROFILE

(きむら・けん)

1963年 神戸大学医学部卒業
1964年 米国海軍病院インターン修了
神戸大学第二外科入局
1970年 兵庫県立こども病院外科
1973年 ポストフローレンス病院小児外科チーフレジデント修了
1974年 兵庫県立こども病院外科部長
1976年 医学博士(神戸大学)
1986年 NYシュナイダー小児病院外科
1987年 アイオワ大学医学部外科準教授
1990年 アイオワ大学医学部外科教授
1992年 アイオワ大学病院小児外科部長
1996年 American Surgical Association正会員
2001年 アイオワ大学医学部名誉教授

本文中敬称略

**十分理解されていない
米国の医療制度**

木村：私は、小児外科医としてのキャリア30年のうち、前半の15年を日本で、後半の15年を米国で臨床の現場にたずさわり、それぞれの医療制度の違いを体験的に肌で感じる事ができました。今、医療制度の構造改革を迫られている日本では、過去半世紀にわたって改革を重ねてきた米国の医療制度が断片的に紹介され、その是非が検討されております。しかし、医療制度は医学教育や卒後研修制度も含めて、それぞれの社会に特有の歴史、文化、経済に大きく影響されます。これらの事情を考慮することなく、米国の制度をそのまま日本の構造改革にとり込むことは、いかなるものでしょうか。

黒川：おっしゃるとおり、歴史的、文化的な背景をよく理解せずに、日米の医療システムの優劣を論じたり真似たりすることは無意味です。たとえば、日本はフリーアクセスだからいいという人がいますが、要は急速な経済発展をバックに、患者に医療機関の選択権を安易に与えた結果にすぎないのではないのでしょうか。その一方で、医師に対する診療報酬は新人でもベテランでもまったく同じ。欧米の医師が聞くとみんなびっくりします。

木村：医療の3要素であるアクセス、費用、質は、3つのうち2つが満たされると残りのひとつに支障をきたし、すべてが満たされることはありえないという相関関係にあります。日本の医療は費用が安くアクセスしやすい代わりに、米国と

くらべると質は良くない。これは私の体験の見解です。「日本の平均寿命は世界一ではないか。医療の質の悪かろうはずがない」と日本の医療を弁護する人もありますが、それは平均寿命に關与するさまざまな要素のうち、医療の占める位置を理解していない意見です。米国の医療は保険料が高すぎるので、加入できない3000万人の人は病気になるまで十分な治療も受けられないと理解されています。医療保険に入れない人たちについては、私の勤めていたアイオワ大学病院では、州民であればお金があろうとなかろうと診るという契約を州とかわして

しました。病院は患者の何パーセントかは医療費を払わないという前提で、前年の決算でその比率が高ければ、翌年は入院料を少し上げた予算を立てる仕組みをとっています。これは米国では医療も市場経済だからできること。統制経済の日本では、不可能です。米国の医療が「保険会社によってコントロールされている」のは事実ですが、実際には医療提供者側とのせめぎ合いがあり、それによって在院日数は大幅に短縮され、不要な検査や手術が排除され、医療の効率化が進んだという良い面もあるのです。

医療の歴史からして そもそも違う欧米と日本

黒川…医療の歴史自体、欧米と日本では大きく違います。そもそも日本では明治時代まで医師は薬師(くすし)と呼ばれ、薬を出すのが仕事でした。それに対し、欧米では早くから外科医、内科医、薬剤師が分離。欧米では医師が薬局を経営してはいけないのが当たり前です。病院に

ついても、ヨーロッパではもともと教会や慈善団体がお金のない人のためにつくった施設です。だから、医師が病院を経営するという発想がない。病院はベッドや手術室、看護婦などコメディカルを用意。医師はいくつかの病院と契約し、患者の希望などに合わせて病院を選び、そこで診療や手術をする。お互い対等の立場です。これに対し日本では、明治時代に西洋医学や病院という「形」だけ持ってきたものだから、医師が薬は扱う、病院は経営するで、医療のピラミッド構造をつくりあげてしまった。

木村…米国では、病気の人を一カ所に集めて診る宿を建てるという思いつきから病院が生まれた。宿としての病院という発想はヨーロッパと同じです。この思想は今もつづいており、医師と病院の関係は「持ちつ持たれつ」です。会計は当然別会計。医師の診断や技術料は、病院の入院料とは別個に請求、支払われる仕組みです。私はこれを医院分業と呼んできました。日本ではこれらを一本にまとめて請求しますから、医院同業と呼んでいます。医院同業ですと、医学的判断に病院経営上の思惑が入るといふ不都合が生じてしまう。医院分業が厳しく実施されている米国では、医師は病院を経営してはならず、病院経営は大学で病院経営学を学んだ専門家があたっています。これは、大学病院でも同様です。

組織優先の日本 クオリティ優先の米国

黒川…日本では数年学会に所属していただけで専門医になれたりします。外科の

専門医といつても、どれだけの手術経験があるかはわかりません。

木村…米国の学会は、卒業研修の後に専門医試験に合格した専門医だけが会員になることができるという一種のギルドです。小児外科の場合、米国とカナダとあわせて1年に30名しか小児外科医をつくらないので、小児外科学会員は700人あまりに限定されています。ギルドという排他的なイメージがあるかもしれませんが、そうではない。責任ある専門家の集団として社会に位置しています。専門家として自らを律し、次代の外科医を育て、自分たちの能力や技術、クオリティを維持することにより医療の質の向上に貢献しているのです。

黒川…日本はなんでもまず組織、医学部は医局中心に運営され、そのポストにつければ自動的に予算や権限がついてくる。医師が患者ではなく医局のほうを向くのも当然です。

木村…米国の州によっては小児外科医がひとりもないところがあります。そういった州は周囲の州の小児外科施設と提携して、緊急手術症例などのため短時間で州外へ移送するシステムを確立している。便宜的な人員増はしない代わりに、不便に見えますが小児外科施設へのアクセスを工夫する。日本とはまったく逆の発想ですね。

出る杭を増やす よく混ざる

黒川…日本の医師教育について私がいつ

も言っているのは、出る杭を増やすということ。そして、よく混ざること。米国はメディカルスクールに入るとき、また研修医になるとき、全米規模でみんなが散らばります。そのことによってメディカルスクールや研修病院の質が高まり医師のレベルアップにもつながっているのです。日本では大学入試だけがオープンで、入ったらずっとそのまま。今までの日本の制度の中では、雲がかかった中で自分の村(医局)の山(教授)しか見えなかつたわけです。その山が1000mの高さしかなくても、村人たちは1000mがトップだと思っている。しかし、情報化時代になって雲が少しずつ晴れ、海外には8000m級の山があることもわかってきました。若い人たちには、高い山がたくさんあるということを知りうちに知ってほしい。学生であっても高い山のそばにいれば感ずるものがあるはず

です。

木村…ひとつ加えさせていただきますと、山を登るスピードも大事だと思います。日本の医師の多くは、医学部を卒業したあと永遠にモラトリアムをつづけているように見える。アメリカの若者たちは大学卒業後、自分が学ぶべきことを最短距離で学び、医師としてひとり立ちする日を1日も早く迎える道を模索する。それが学んだことのすべてを最大効率で社会に還元することにつながるからです。今、日本では従来の組織や制度が揺らぎ始めています。そんな中で、自分なりの考えと力量を持った医師たちに活躍するチャンスを広げてやるのが、我々の使命だと認識しています。