

# アメリカの医療制度のどこに学ぶか

**廣瀬輝夫** 氏 秀明大学総合経営学部医療経営学科長主任教授 / 日本医療経営学会理事長 / 元ニューヨーク医科大学臨床外科教授

日米の医療制度はさまざまな相違があり、抱える問題も異なる。比較することで見えてくることは何か。日米両国の医療制度に詳しい秀明大学総合経営学部医療経営学科長主任教授・廣瀬輝夫氏に、アメリカの医療システムにならうべき点、ならうべきではない点についてそれぞれうかがった。



## 自主的で真摯な改革を

アメリカの医療制度に関しては見習うべき点が多々あるが、その制度に至った経緯・過程も踏まえ、日本の病院・医師は自ら厳しく律して改革を図らねばならない。ただし、世界に誇れる日本の皆保険制度は壊さない取り組みが求められる。



廣瀬輝夫『皆保険を守る医療改革 世界の医療制度を概観して』(篠原出版新社・2002)

廣瀬輝夫『医療改革の実際 基礎から実践まで』(篠原出版新社・2002)

廣瀬輝夫『米国の医療教育から何を学ぶか』(篠原出版新社・2003)

## アメリカの医師の制度

はじめにアメリカを参考にできる点として、専門医制度についてうかがいたいと思います。

**廣瀬** アメリカの専門医制度は確固たるもので、訓練生教育に当たる教育病院機関も指定され、専門医学会がそれをきちんとコントロールしています。また、専門医になるための競争は非常に厳しく、しかも更新制度があり、一回認められれば、それで安泰ということではなく、腕が落ちれば剥奪されることもあります。アメリカでは既に1937年に医師の専門性を認定する試験が整備されています。日本では1962年に専門医制度が発足しましたが、はっきり申しまして、何年か教育を受ければ、自動的に専門医にな

れるような仕組みです。最近、試験が実施されるようになってきているものの、それもアメリカのように厳格なものではありません。それでも日本は複数の専門医になる医師が多いため、延べ人数ではアメリカよりむしろ多いくらいですが、症例数が少ないのに専門医を標榜しているケースもあります。そもそも日本は先端医療技術の導入が遅れている面があり、少ない症例を分けているため、大きな手術になると教授が執刀し、訓練生にはあまりやらせない。そのため年間せいぜい数例ということもあるわけです。一方、アメリカは訓練生にどんどん手術をさせます。実地訓練の点で日米の隔たりは大きいと言わざるを得ません。その結果、日本では専門医と言っても必ずしも手術がうまいわけでも、最新の知識を有して

いるわけでもないということになってしまふ。そのような制度ではなく、多数の症例を経験し、きちんとした試験をパスした専門医をつくっていくべきです。それが患者側の信頼や医療事故の防止につながります。さらに言えば、どの国でも、がんの化学療法専門医がいますが、日本は外科医が担当している場合が多いのです。感染病予防の専門医さえいない。そのような点でも改善すべきだと思います。

アメリカではプライマリ・ケア(5頁・註2参照)も発達しているようです。

**廣瀬** 家庭医科のプライマリ医師の制度が確立しており、家庭医科の訓練期間は3年間もあって、一般開業医と言っても、いきなり開業する医師はほとんどいません。それに対して日本では一般開

1 クリニカル・クラークシップ：19世紀末に、当時、ジョンズ・ホプキンス大学の内科教授だったウィリアム・オスラーが、知識偏重の教育ではなく、ベッドサイドで患者を診ることの重要性を説いて始めた教育法。クラークとは、書記、事務官という意味で、学生がインターンやレジデントの下に付き、患者の受け持ちとして実際の医療の基本を体験学習する方法。学生は、医療チームの一員として患者の医療に携わるかたちで実習を行うが、学生の医療行為は、医療行為の習得自体を目的とするものではなく、医療の現場で真に求められているものは何かを体得することを目的としている。

業医のための特別の訓練がないという状況です。

昨年、日本で新しい臨床研修制度が始まりましたが。

**廣瀬** ようやく必修化された臨床研修制度ですが、アメリカは既に廃止しています。要するに日米の医学教育のシステムに根本的な違いがあるのです。日本はプレメディカル教育が医学校と一体化して2年間しかありませんが、アメリカはまず4年間の大学教育を受け、そこで医学の基礎、医療倫理などの基本をみっちり仕込まれます。それから改めて医科大学に入り、その最初の2年間で臨床の基礎知識を身に付け、最後の2年間でクリニカル・クラークシップ<sup>1</sup>で実際に患者に接触し、病歴をとり、手術の補助をするなど日本のインターンのようなことを一通り経験する。そのため、卒業すればすぐに患者を診ることができます。日本の場合、インターンの制度は大学紛争を受けて、1968年に一度なくなり、今回また復活せざるを得なくなったわけですが、2年間の研修で各診療科を回ってもアメリカの卒業生と同程度の力しかないということになります。私は、本来であれば大学教育のあり方を根本から変えるべきだと思いますが、それについては厚生労働省と文部科学省で意見が合わないところがある。そして両省とも、プレメディカルを4年間に延ばすことには賛成しません。

医学教育で臨床経験を重視するアメリカに対して、わが国の場合、戦前からのドイツの学術中心の医学教育の影響が続いているということなのでしょうか。

**廣瀬** つまり医師の間に、「研究論文を書かなければ博士号をもらえない、博士号がないと世間が認めない」という意識

があるのでしょう。そのため、中にはあまり臨床経験がないまま病理の研究をして内科医として開業するような医師もいる。では、日本にそれだけ素晴らしい研究体制があるのか、というと、そこも心もとない。アメリカの大学院は今や、医師だけでなく遺伝子工学など関連分野のPh.D.を持つ研究者が参加して活躍していますが、日本は医学研究費の少ない点でも遅れをとっています。

## 看護師と補助医師

アメリカにおける医師と看護専門職はどのような関係にあるのでしょうか。

**廣瀬** アメリカの医療と看護はそれぞれ独立していて、看護師の病院内の発言力も総じて大きいと言えます。また1992年に、看護師診療士(Nurse Practitioner)<sup>2</sup>が公認され、大半の州で診療に従事するようになり、麻酔の処方から小手術手技まで認められています。そもそも上級ナースは4年制大学卒業であり、さらに看護師診療士になるために2年間は勉強しますので、日本の新人の開業医くらいの実力はあると言ってよいでしょう。

アメリカでそのような制度がつけられた理由は。

**廣瀬** はじめは地方の医師不足から看護師診療士の制度をつくったのですが、政府からの訓練生に対する補助費用が減らされたため、医療機関はその代わりに看護師診療士を使うようになり、一般化していったという経緯があります。また補助医師(Physicians Assistant)<sup>3</sup>にも一部の医行為が認められています。これはかつては軍の衛生兵からなるケースが多かった職種です。ただし、看護師診療士にせよ補助医師にせよ、「医師の

監督なしに医行為はできない」とされています。

ほかのコメディカルにはどの程度の医行為が認められているのでしょうか。

**廣瀬** 医師の側の反対はありましたが、裁判で認められるなどして、かなり進んでいます。視力測定士(Optomist)が近視のレーザー手術をしますし、手足治療医(Chiroprapist)や脊椎矯正士(Chiropractor)、鍼灸医(Acupuncturist)にも小手術が認められています。

わが国もコメディカルを増やすべきなのでしょうか。

**廣瀬** アメリカには狭義のコメディカルである医用工学技士が200万人と日本の4倍もいます。日本は栄養士と薬剤師だけはアメリカと同じくらいいますが、その他の職種は少ない状況です。レントゲン技師も足りず、それが放射線量を間違えるような事故にもつながっているでしょう。また、リハビリの専門職ができていますが、多くの医療機関がリハビリに十分な費用や設備をかけていないのが現状です。

増員するにしても、医療機関の財政難という問題があるわけですね。

**廣瀬** アメリカの医療機関の人件費は医療収入の70%を占めますが、日本は50%以下に抑えています。そのような中で看護師の給料は上がり、人件費の半分近くをとるようになってきていることから、病院経営はいよいよ厳しさを増すでしょう。現在、公立病院は補助金を受けていながら90%赤字、私立病院も40%は赤字です。小さい病院は必要なだけのコメディカルや看護師を雇えない。地方の大病院はさらに問題山積です。訓練生の

2 看護師診療士：1991年アメリカ看護学会の後ろ盾で誕生。正看護婦終了後して1年以上の訓練を受けた後、試験に合格すれば資格を取得できる。大都市での開業はほとんどないが、僻地では医師の監督も受けないで、麻薬処方から小外科手術まで施行でき、アメリカ医師会の反対にもかかわらず実施されている。1992年に公認された。

3 補助医師：1968年アメリカで内科医訓練生の不足を補うために導入された。高校卒業後3年の速成教育で養成し、僻地の治療に従事する。1994年に認可される。原則として医師の監督下で医療に従事するのが建て前になっているが、必ずしも実行されていない。



問題もありますし勤務医の問題もあります。さらには大学院が定員に満たなければ補助金を打ち切る、などと言われている。日本の医療機関は危機的状況にあり、私は今後、病院がどんどん淘汰されていくと見ています。アメリカも70%の病院が赤字で、近年合併統合が相次ぎ、大学病院でも合併され、今やマンハッタン市内に三つの病院しかない状態です。今後、日本でも多くの病院が統合合併していく以外には生存する道がなくなっていくことでしょう。

アメリカの医療機関は、なぜそれほど大量の職員を必要としているのでしょうか。

**廣瀬** 医療規制、支払規制が強く、また医療訴訟が多く、その対処のため、もあって多くの事務職員が必要になっています。その数は医師の4倍に達します。また、病歴管理の徹底が求められ、正看護師の仕事の3分の2は病歴の記載と看護管理に費やされ、実際の看護で活躍しているのは准看護師(Licensed Practical Nurse)、看護補助士(Nurse Assistant)、「ピンクレディ」と呼ばれるボランティア、病院付添人(Orderly)、いわゆる「おばさん」です。ところが日本では、看護補助士をやめ、准看護師をやめ、看護付添人をやめ、正看護師だけでやろうとしている。それは無理です。今後、日本も情報公開が求められ、病歴なども詳しく開示することになれば、もっと人手が必要になります。

日本は医師の数も少な過ぎることでしょうか。

**廣瀬** アメリカの人口は日本の2倍です。また、アメリカに医師は85万人いますが、日本は28万人しかいません。そこに無理があることから「3時間待ち3分診

療」になったり、治療が粗悪になったりします。人口10万人に対する医師の数を比較すれば、日本は200人ほどですが、アメリカは320人もいます。アメリカの3分の2の医師でやりくりしているわけです。ところが政府は、医師は現在1万人余っている。2010年に3万人、2020年に5万人余る、と試算しています。毎年7,500人医学部を卒業しても、2,500人が引退していきますし、女性医師がどんどん増えていくということもありますので、現実には足りません。私は、女性には医師として優秀な人が多いと思いますが、労働力としては男性医師の3分の2で計算しなければならないと思っています。結婚して退職する人もいます。生理休、産休もある。その点を本当に考慮しているのか、政府は医療費削減のため医師の数を増やさない方針のようです。GDPの伸びと同程度しか医療費を増やさない、とされていますが、そもそも日本の医療費はGDPの8%程度でしかなく、先進国で例外的に低い。最も低かったイギリスが7.5%でしたが、現在は10%に増やしています。アメリカに至っては1.7兆ドル、GDPの16%に達しています。桁が違うのです。その中で日本は比較的程度の高い医療を提供していると評価することもできるのですが、内閣はそのあたりのことを理解しないまま市場原理導入と診療費支払定価等医療費の削減を議論しているように見えます。

高齢化や医療の高度化で、医療費はどうしても膨らむ傾向にあるわけですね。

**廣瀬** 例えば日本でも最近、診療情報の開示が強調されるようになりましたが、アメリカで今、問題になっているのは患者の機密保持です。患者の病歴秘密保

持法があり、それに抵触すれば、罰則、医療訴訟が付いてくる。特に遺伝子情報などは重大な人権問題につながります。電子カルテルにも音声認証や指紋認証システムを導入すべく莫大な投資をしています。大学の医学の研究費の予算にしても各段の差があり、日本はアメリカの10分の1です。医療従事者の処遇も決してよくない。開業医こそアメリカと同じくらいの収入がありますが、日本で大学病院に残る医師の収入は低く、アメリカの勤務医師の3分の1くらいです。そのように収入が足りないことが、汚職の温床になることもあるわけです。

## 医師と患者の権利

日本で医師の免許更新の議論が出ています。

**廣瀬** アメリカでは2年ごとに医師免許を更新します。生涯教育が重視され、それをしっかりしていないと更新が認められません。一方、日本は卒業後の教育制度が整備されておらず、いったん医師免許をとれば、ほとんど無条件で一生通用する。日本では、過誤を繰り返すリピーター医師の再教育が今さら議論されていますが、そのようなことはアメリカでは前々から当然のように行われています。日本の医師の世界にどこか厳しさが欠ける理由として、一つは大学に教室制があり、教授が守ってきたことが挙げられるでしょう。今や病院も人手不足のため、医師を追放するのが難しくなっています。大病院から訓練生が抜けてガラガラで、そのため地方の病院への派遣を減らしています。地方の病院は医師不足で困り、大学も手薄になって困っている。私は日本の教室制度は師弟関係が

保存される等の良い点も多いと思いますが、今後とも維持していくのであれば、臨床教育に重きを置く等、改革しなければならない状態にあると言えるでしょう。

アメリカにおける医療従事者の査定や監視のシステムはどのようなものですか。

**廣瀬** アメリカにはPRO( Peer Review Organization / 同僚監視機関)があり、処罰があります。医師の免許停止の件数はアメリカでは年間5,300人に達しますが、日本はわずか200人程度でしかない。これでは監視されていないも同然です。アメリカでは死亡率を含めて手術の結果を公表しなければなりません。私は冠動脈バイパス開心術で死亡率が1%以下ですが、アメリカでは5%も6%もあれば、病院も政府もその医師にはやらせません。おそらく日本では6~7%ある外科医でも、みんな開業している。アメリカでは、病院機能監視機関が認めなければ、その病院は閉鎖されます。さらに州政府の衛生局の監視もある。あまりに監視がきついても言えます。PROも当初は地方医師会の自主的機関でしたが、「同業者による自主規制では物足りない」ということで政府が乗り込んできて、政府と医師会の公式機関に改組させられ、やがて懲罰的な監視機関として秘密警察的な性格まで帯び、医師から恐れられる存在になっています。

患者の権利向上という流れのためなのでしょうか。

**廣瀬** 今やアメリカの医師の権利はほとんどありません。さまざまな団体から査定され、監視の下に置かれています。その対極にあるのが日本で、これまで医師の権利は厚く守られ、患者の権利はないがしろにされてきた面があります。診療

情報のことが言われるようになったのも最近で、それも一部開示であり、極端に言えば、病歴を改竄しようと思えばできる。一方、アメリカでは病歴は公文書の扱いで、自由情報収集法<sup>4</sup>により、求めに応じて公開しなければなりません。医療機関でも記述の不備があったり、改竄するような医師は呼び出され、医行為を停止させる。そこまでやっています。逆に言えば、医療の自由と自主性が脅かされるような状況なのですが、そのような状況を許したのは、十分な自己規制ができず、過剰治療や虚偽請求を根絶できなかった医師の側の責任も重いと思います。専門職としてのあり方を考えれば、政府に監視されるのは決して良いことではありません。それに対して日本では、強いお上意識の中で医師の権利が尊重されてきましたが、私はこのままでは、いずれ厳しい公的規制を受けることになると見ています。そうならないうちに医師・病院は医師の義務として自らを厳しく律するべきです。病院会と医師会は、よほどしっかりしなければなりません。今、「欧米の規制を直輸入して病院の査定をしよう」などと言っていますが、ごまかすようなものではなく、真に機能する同僚監視や医療機関査定機関をつくるべきです。

アメリカには反面教師にすべき点もあるということですね。

**廣瀬** 日本の医療システムは欠陥もありますが、もちろん優れたところもあります。誰でも、どこでも、いつでも医療を受けられる。しかも医療費は比較的低廉です。それら世界に誇れる点は、医療従事者の犠牲の上によく成り立っているのです。先進国のうちでも本当の国民皆保険を維持しているのは日本だけで

す。アメリカなどは自由診療を建前としてきた国で、保険制度をやたら複雑にしてしまった。政府管掌医療保険として1966年に導入された低所得者のためのメディケイド、高齢者や障害者のためのメディケアはありますが、皆保険は未だに実施されていません。それでも社会福祉費は政府支出の40%に及んでいる。日本は4分の1に過ぎないのに「多過ぎる」と言われる。世界に類のない日本の平等普遍的な皆保険制度を、何としても守らなければなりません。3割負担は保険料の負担の割合として既にならかなり高いのです。やはり租税で補助をして高齢社会に備え、先端医療を推進し、医療従事者の処遇の改善を図るべきです。一方、医療従事者は皆保険制度を壊さないため、患者、納税者の納得を得られるだけの自主的で真摯な改革の取り組みが求められます。

秀明大学医療経営学科長主任教授 / 日本医療経営学会理事長 / 元ニューヨーク医科大学臨床外科教授

### 廣瀬 輝夫(ひろせ てるお)

1926年東京都生まれ。1948年千葉大学医学部卒業。同大、中山外科で癌手術の研究。1954年心臓外科研究のため渡米。1957年帰国、千葉大学医学部講師に就任。1959年再渡米しニューヨークで研究、医療活動に従事。1974~1989年ニューヨーク医科大学臨床外科教授。現在、秀明大学医療経営学科主任教授。日本医療経営学会理事長。日本ベンクラブ会員。世界初の無輸血開心術のための無血人工心臓の開発、内胸動脈および胃大網動脈と冠状動脈との直接吻合術(冠状動脈バイパス手術)、自家組織を用いた僧帽弁および大動脈弁の再建術等の新術式の成功などの業績がある。米国および国際外科および諸種学会評議員など数々の要職を務めるがたわら、近年は医療ジャーナリストとして活躍。医学、医療制度、倫理関係の英文、和文の論文・著書多数。

 廣瀬輝夫『生と死にかかわる医療』(日本アケルシュプリンガー出版・1998) 廣瀬輝夫『生活習慣病の先端医療』(メディカルトリビューン・2001) 廣瀬輝夫『これからの高齢者ケアをどうするか 世界の高齢者医者ケアと比較して』(メディカルトリビューン・2004)

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

4 自由情報収集法[ FOIA : Freedom of Information Act ]: 1974年制定。患者の病歴も公文書と見なされ、看護師、その他の医療スタッフの記録とともに、患者が弁護士のリクエストがあれば全面的開示するとの義務が定められている。

