

## 連載

## ヘルスサービスリサーチ(27)

### 「米国の医療第一線からみた日本の医療」

Intermountain Medical Center (米国 ユタ州) 藤田 士朗

#### 1. 始めに

この度、日米で医師として働いた経験から、日米の差、そして、そこから見える日本における医療サービスの問題点などを書いてほしいとの提案をうけ、僭越ながら私見を披露したいと思う。

日米の医療の違いに関しては、その質的、量的な差異をこれまで多くの人々がすでにさまざまなメディアを通じて発信されてきた<sup>1-5)</sup>。その内容は、保険制度、アクセスしやすさ、医師をサポートする職種の豊富さと人数の多さ、オープンシステム、医療過誤訴訟、などなど、枚挙に暇がない。

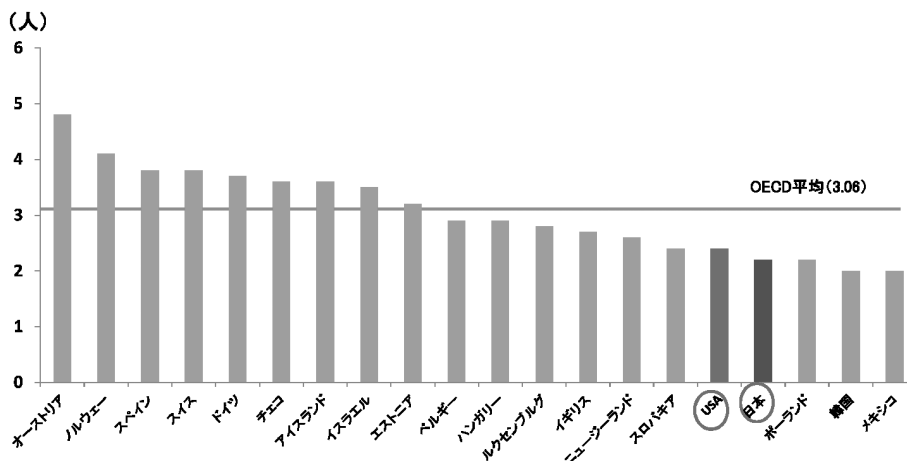
医療制度は国策として施行されるもので、さまざまな国がそれぞれの医療制度をもっているという現状自体が、ユニバーサルにすばらしい医療制度を、未だどの国も打ち立てることができないことを如実に物語っていると思われる。本稿では、米国の医師供給とサポート体制に焦点をあてていく。

#### 2. 日本で医師は不足しているのか

医師不足は量的不足なのか、偏在なのかといった議論が見られる。OECD 2012 report<sup>6)</sup>によれば、2010年の時点で、人口1,000人当たりの医師の数は

日本が2.2、米国で2.4でそれほどの差がない(図1)。しかるに、たとえば、大学病院での医師数の数を見てみれば、表1のようにベッド数の比較的近い三重大学(707 beds)とフロリダの Shands hospital (668 beds) をみても、大きな差が見られる。Shands 病院の医師数(3,399人)には、研究に専念している医師免許保持者が含まれているので一概に比較はできないが、臨床にタッチしている研修医だけでも、460人をかかえており、大きな違い(三重大学病院 275人)がある。ちなみに、人口当たりのベッド数(図2)は、日本がはるかに多く(千人あたり日本13.6、米国3.1)、日本では米国に比較して、医者が分散して病院に勤務している現状がうかがわれる。日本では、多くの中小病院が乱立しており、病院ひとつ当たりの医師数が少ないため、当直に当たる数も多く、勤務医の疲弊を招いている。もうひとつの違いは、米国では開業医がオープンシステムを使って、大病院の施設を利用することができることにある。私個人は、現在、米国でグループ開業医として、ユタ州の Intermountain Medical Center 他、2つの病院と契約し、それらの施設を利用して患者の治療にあたっている。日本では中堅どこ

図1 人口千人あたりの医師数



出典：OECD health Data 2010

ろの外科医は、病院を退職して開業すると、それまでやっていたようなメジャーな手術からは足をあらいい、お茶を濁したような手術だけに手を染めることが多い。経験をつみ、熟成した技術を持ったベテランがこのような形で失われていくことは大きな損失である。米国では開業しても、大病院と契約することにより、これまでと同じようにメジャーな手術を継続して行うことができる。患者から見れば、担当医師がその病院の雇われ医者（勤務医）なのか、契約で働いている開業医師なのかの区別はつかないほど、とけこんで働いている。私も、前任地のフロリダ大学関連 Shands Hospital と今の Intermountain Medical Center とで、日常診療において、大きな差を認めていない。むしろ、現在の状況の方が、医者にとっても患者にとっても理想的であるとすら感じている。その理由は、同僚医者の中で出世をめぐる競争がないこと、働けば働くだけ稼げるので、忙しく働くことに抵抗がないこと、治療成績がよいことが紹介患者を増やすことにつながることで、患者第一の治療を行う動機付けがあることなどである。資本主義のある意味いい面を垣間見る思いである。もち

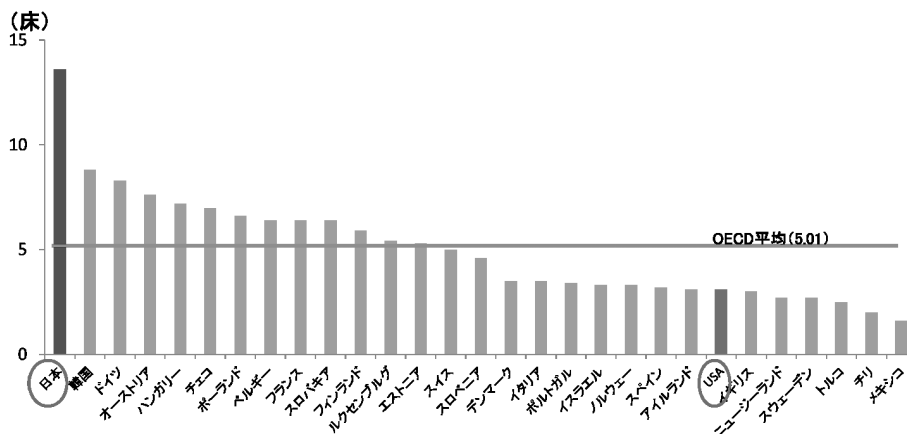
ろんマイケル・ムーア監督による映画シッコ (SiCKO) に描かれているように、無保険者、低所得者の医療へのアクセスの悪さは、欧米諸国の中で最低であり、それが、今回のオバマケアへの原動力となっている。自己責任という言葉は、フリーダムとともに、米国を象徴する言葉で、自分の甲斐性で健康保険などもまかなうべきだという考えは未だに強い。もうひとつ大切な点は、米国では、将来必要となる科の医師を過不足なく供給するために、研修医となる人数を各科にどう割り当てるかを大局的な見地からコントロールしていることである。日本では医学部を卒業すれば、専門科は本人の希望でどこに行くのも可能であるが、米国の場合希望する専門医の研修医の人数にそれぞれ制限があり、人気のある科の研修医となることは至難の業である。また、各専門科の学会は高い権威を持っており、その専門性と自立性を保つために、学会員の教育、自己浄化機能をそなえている。医師免許授与の権限は州政府がもっており、通常2-3年での更新が必要である。更新に際しては、学会や講習会への参加が義務付けられており、州により違うがその時間は数十時間に及ぶ。また、家庭内暴力、生物学的テロ、医療過誤などのその時期にマッチした特別なトピックの講習を受けることを課する州もある。

病院は勤務医であれ、開業医であれ契約を結ぶ。これも1-2年ごとに更新の必要があり、言い方は悪いが腐ったりんごは駆除される仕組みとなっている。これらの仕組みにより、的確な人数とレベルのたまたれた医師をそれぞれの科で確保供給している。世界の先端を突っ走って高齢化社会となりつつある日本にとって、今後、どの科の医師がどれぐらい必要かは、待ったなしの問題である。

表1 日米の病院の比較

	Shands	三重	徳島	岩手	京都
入院ベッド数	668	707	710	1,051	1,182
1日平均外来患者数	873	1,145	1,230	2,000	2,457
年間手術件数	17,500	7,394	5,800	7,660	4,952
医師数	3,399	275	342	350	536
看護師数	1,877	344	515	1,190	939
薬剤師数		33	22	58	64
医療技術職員数	5,900	69	102	178	139
事務職員数		86	295	212	331
		(188)	(419)	(448)	(534)

図2 人口千人あたりのベッド数



出典：OECD health Data 2010

### 3. Advanced Practice Clinician (APC) の充実

病院勤務医の疲弊が大きな問題となっている現在、医師をサポートする職種の質的量的拡大は理にかなっている。医師の給与が高い米国においては、医師以外でも出来る仕事はなるべく他の労働者にまかせ、医師には医師としての本来の仕事に専念してもらうことが必要だと考えられている。そのため、病院内においては、さまざまな職種が作られている。もう一度表1にもどってもらえれば、医師、看護師以外の医療技術職員や事務の人数の数に驚かされるであろう。日本では医師と看護師が病棟での業務のすべてを担当していることが多いが、食事の配膳、患者移動、バイタルサインのチェック、掃除などに医師、看護師以外の人材をあてがっているのが米国の現状である。医師は患者を診察し、診断し、治療を行うことに専念している。看護師は患者への薬剤の投与、病態の把握をおもな仕事とする。さらに一歩進めて、医師本来の仕事を担当する職種として、Physician's Assistant (PA) や Nurse Practitioner (NP) が生み出された。その発生源や歴史は異なるが、共に60年代にその萌芽がみられ、今では全米50州で確立されており、2008年現在でPAが8万人、Nurse NPが15.8万人を数えている<sup>7,8)</sup>。NPに自立開業を認める州もあり、幾分PAとはちがった面もあるが、病院内で働いている場合には、その違いはほとんどなく、総称してAPC (Advanced Practice Clinician) と呼ばれている。われわれは3人の外科医でグループを作って開業しているが、病院はわれわれに3人のPAと一人のNPを供給してくれている。彼らは、入院時のHistory & Physical Examinationから始まって、入院患者の診察、診断、必要な処方、処置、食事のオーダー、ドレーンの管理、退院サマリーの記述までもおこなう。我々の所のAPCたちはローテーションを組み、一日24時間、365日誰かが常に当番となっており、看護師からの入院患者に関する質問などは最初に彼らがうけ、そこで処理が済むことがほとんどである。われわれ外科医のところまで連絡が回るのは、患者の状態が手術を必要としている時に限られているといっても過言ではない。その場合も、彼らが、手術承諾書を取り、輸血などの必要なオーダーをお膳立てしており、外科医は手術室に向いて手術を行うだけである。彼らは、手術の助手も務め、術後指示、術後管理も行う。われわれは一日一回彼らと回診をし、患者の病態の報告をうけ、彼らが立てた治療プランに承諾を与えるだけでよく、外科医として手術に専念できることになる。PAを評価したヘルスサービスリサーチとしては、一地域病院の心臓外科手術にお

いて、第一助手がPAであった場合と医師であった場合に、院内死亡率、30日間死亡率、術後合併症等の患者アウトカムに有意差が見られなかったという報告<sup>9)</sup>、外傷センターにおいて、APCを導入した前後で、患者の院内死亡率に有意差はなくむしろ、救急センター滞在時間に有意な短縮があったという報告<sup>10,11)</sup>などがある。彼らの給料は、諸手当を含めて10万ドル前後で、それでも、医師の給料よりは安く、非常に有用な職種である。受診の際にAPCにしか会わなかった外来患者が、非都市地域の病院、200床未満の病院、教育病院以外の病院において、それぞれ36%、24%、22%という報告もある<sup>7)</sup>。このようにAPCは医師サイドの仕事であり、看護師の仕事とは一線がひかれている。一般学部卒業後、4年間の医学部教育、その後3-5年の研修医、また、専門科によってはさらに1-3年のフェローを経て一人前になる医師と違い、一般学部卒業後2年程度の教育によって資格が得られ、医師とほぼ同等の独立した責務を負うことが出来るこの仕事は、満足度の高い職種で、非常に人気があり、PAへの入学は狭き門である。現在、日本でもAPC導入を、大いに進めるべきであろう。

### 4. まとめ

米国の医療制度側からみた場合、日本の相対的医師不足を解消するためには、病院の集約化、医師以外でもできる仕事を分担する職能の増加、さらにはAPCのような職種の創設が求められる。

### 5. おわりに

TPPをはじめとするグローバル化が日本を襲っている。20数年前に始めて米国に留学した時、日本の10年後20年後の世界を見ているような気持ちになった。オリンピックの開催がその国の国力を示しているかのように、日本(1964年)に遅れて、韓国(1988年)、中国(2008年)もオリンピックを開催し、日本のみならず、アジア全体が欧米を追いかける文化競争に参加しているように見える。

江戸時代の鎖国政策から開国への舵取りで日本は人材を欧米に派遣し、その制度の導入に成功したと思える。お手本となる欧米諸国はイギリス、ドイツをはじめとするヨーロッパの国から、第二次世界大戦後は米国にシフトした。多くの若い人材が米国で短期ではあるが、生活を営み帰国している。はじめ話も通じない国に来て、苦勞をしたものの、そのうち、物の豊かさ、安さ、行動規範の合理性に感動を覚え、日本に帰国する時には、後ろ髪を惹かれる思いで米国をあとにする。帰国後は海外経験も相俟っ

てそれぞれの部署で上り詰め、新たな企画を立てる地位に立ったとき、米国へのノスタルジアからか、その制度を導入しようと試みることになる。その結果が、共通一次試験（1979-89年）、裁判員制度（2009年）、総合診療科（1978年）、救急医療（特殊救急）部（1966年）、老年科、臨床検査部門の独立、院外処方制度などではないかと思う。

米国社会の目には隠れて見えない社会基盤（政治制度に加えて、教会を中心とした成熟した地域社会、生存競争の激しさと同時に他人に対する思いやりの深さが寄付などの形で還元されている社会、高校を卒業すれば、多くの子供たちは金銭的にも精神的にも親から自立するという独立心の高さ、自己責任や選択の自由をもっとも重視する国柄）を無視して導入されてきたこれらの制度は、日本人の器用さもあって、それなりに定着しているように思える。しかし、地域社会での人のつながりが希薄となりつつある日本においては、この先、さまざまな瑕疵が生まれ、いびつな形でくずれていくように思えるのは杞憂だろうか。政治経済界のみならず、医療界にも確固たる将来展望を持った人材の輩出を心から願うものである。

長年米国で暮らし、医療を供給する側として働いてきた経験を、簡単ながら記述する機会を与えていただき感謝します。本稿が、日本の医療をよい方向へ進めるためのヘルスサービスリサーチの一助になれば幸いです。

## 文 献

1) 池上直己, J. C. キャンベル. 日本の医療: 統制とバランス感覚. 東京: 中央公論社, 1996.

- 2) 小松秀樹. 医療崩壊: 「立ち去り型サボタージュ」とは何か. 東京: 朝日新聞社, 2006.
- 3) 田辺 功. ドキュメント医療危機. 東京: 朝日新聞社, 2007.
- 4) 川渕孝一. 医療再生は可能か. 東京: 筑摩書房, 2008.
- 5) 本田 宏. 医療崩壊はこうすれば防げる!. 東京: 洋泉社, 2008.
- 6) Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data. 2012. <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm> (2012年10月14日アクセス可能)
- 7) Hing E, Uddin S. Physician Assistant and Advance Practice Nurse Care in Hospital Outpatient Departments: United States, 2008-2009. NCHS Data Brief 77. Hyattsville: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2011. <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db77.pdf> (2012年10月14日アクセス可能)
- 8) United States Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. The Registered Nurse Population: Initial Findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses. 2010. <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnsurveys/rnsurveyinitial2008.pdf> (2012年10月14日アクセス可能)
- 9) Ranzenbach EA, Poa L, Puig-Palomar M, et al. The safety and efficacy of physician assistants as first assistant surgeons in cardiac surgery. JAAPA 2012; 25 (8): 52.
- 10) Oswanski MF, Sharma OP, Raj SS. Comparative review of use of physician assistants in a level I trauma center. Am Surg 2004; 70(3): 272-279.
- 11) Gillard JN, Szoke A, Hoff WS, et al. Utilization of PAs and NPs at a level I trauma center: effects on outcomes. JAAPA 2011; 24(7): 34, 40-43.