慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	日本の医療の先にあるもの
Sub Title	
Author	鈴木, 孝明
Publisher	慶應医学会
Publication year	2004
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.81, No.4 (2004. 12) ,p.311- 313
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	話題
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20041200-0311

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

安い労働力を病院に派遣し経費を下げ，更に利益をあげることができます．このシステムですと重症患者がいて規定以上に検査をすると減額査定されますので，病院側は検査依頼について十分に医師を教育した上でないと，保険診療のレセプト額以上を検査会社から請求されることになり，病院としては検査で赤字が出る可能性が出てきます．特に入院患者を多く診ている若い医師は未だコストに対する意識に乏しく無駄な検査や頻回採血をするために，病院から検査会社への支払いが病院に入ってくるレセプトベースの検査収入を上回る事態になります．検査会社を太らせるために医師が検査オーダーしているようなもので何やら割り切れません．

米国にはNP（ナースプラクティショナー）と呼ばれるナースの上級専門職があることは良く知られています．一般には通常のナースの資格を得て病院で何年も仕事をしているうちに，より専門性の高い仕事をしたいというナースのために，一時職場を離れ数年間大学で特別なコースを修得すればその資格を得られます．（最近，ナースの資格をとってそのまま連続して臨床経験を経ずにNPの資格を得ることができるコースが新設されましたが，現場からは疑問の声が強いようです．）NPはある条件下では医師と全く同様の仕事を任されます．例えば血液疾患のNPであれば，血液病棟あるいは幹細胞移植ユニットで骨髄穿刺や生検，腰椎穿刺などの検査はもとより，抗がん剤を含むすべての処方（注射と経口薬）と処置，輸血やドナーからの幹細胞の導入などの治療に至るまで行ないます．治療計画については週1回の大きい臨床カンファレンスで，レジデントと同様に自分の受け持ち患者をプレゼンテーションし一週間のプランを立て，その上で毎朝7：30 AMにアテンダントの回診があり，そこで再び検査や治療内容などを患者の状態の変化にあわせて微調整します．多くのNPが既婚で子持ちのために週3回（多くて4回）勤務にしている場合が多く，その代わり夜の9：00ごろまで働くのが常です．一般にはレジデントよりもその病棟にいる年数が長いので，入院があるとその患者の性質は○○で，家族が○○で，前回の治療は○○だったなどとレジデントに教えています．このシステムは当然のことながらコスト面でも病院にはメリットがあり，ある意味で医師職の“病院内アウトソーシング”とも言えます．15年前と今とを比べるとNPの数が増え，その上仕事の質が比較にならないほど医師の仕事に近くなってきているのを見せられると，恐らく初めはすぐれたナースのモティベイションを維持するために考えられたこのNPという制度は，今では医師部門のマンパワーを補いかつ人件費削減に大きく貢献しているようです．日本の医師の給料は，大学病院や公立系の大病院では一般に卒業年度のみで決まりますが，米国では医師の給料は主にその役割で差をつけています．外科と内科で給料が異なるどころか，内科の中でも心臓内科と消化器内科で異なります．日本ではもう何年も前から，より忙しくない場へより多くの医師が集まり，より忙しい場へより少なく医師が集まる傾向が見られ，医師の適正配置が崩れつつあります．その上今年から新研修医制度が導入されたために，益々マンパワーの不足に拍車がかかり，忙しい現場は悲鳴をあげています．NPは我々の国でこそ真剣に検討すべきかもしれません．

さて以上のように日本の病院においても今後経費削減とボーダーレスは密接に関連し着実に浸透していくと考えられます．医師の患者に対する基本的な役割は変わりませんが，医師と病院のスタンスは徐々に変化していくのではないでしょうか？いわゆる“大きな病院”ではパラメディカルの仕事はどんどん広がり，それに呼応して医師の仕事はさらに特化して行くでしょう．病院側はその地域の需要に応じた専門医をいかにして集めるか，あるいは医師を必要な場所に適正配置できるのか（あるいはさらに崩れるのか？）それが医師一人一人の自発的な意思と自覚のみで達成されるのか，あるいは米国のように医師の待遇に差をつけてインセンティブを付加することにより成されるのか？何やら示唆に富む話題ではないでしょうか．

村上　博（国家公務員共済組合連合会立川病院
内科/中央検査科）

日本の医療の先にあるもの

今年のアテネオリンピックでは日本選手の記録的なメダルラッシュに驚き，感動し，寝不足の日が続いてしまいました．日本選手の活躍の理由について色々と解析がなされましたが，一つ興味を引かれたのは日本もスポーツ選手をサポートするためにお金をかけるようになったという記事でした．トレーニング設備の充実や海外遠征の費用，選手の育成システムの構築などに積極的に投資するようになってきたようです．ほぼプロ化した選手の所属する企業が積極的に援助を行えるようになったのも一因と考えられます．海外でのトレーニング，遠征試合と日本国外へ出てゆく機会が増え，海外での生活に慣れ，世界のレベルと自分の力を知り，自信をつけてきたこともあるのでしょう．

私は昨年7月に帰国するまで2年間という短い間でしたが米国で暮らし働く機会を得ることができました．サッカーコートが何面も取れる広大なグラウンド，屋内コートを多く備えたテニススクール，安い料金で利用できる

ゴルフコースやアイスアリーナ，どこにでもあるバスケットゴール，と町の郊外にはスポーツをするのに恵まれた環境を備え，一流のコーチがジュニアー達を安い料金で教えてスポーツ人口の裾野を広げる米国．まずはスポーツの楽しさを教え，さらに上を目指したいと希望する者，選ばれた者には科学に基づいた効率のよいトレーニングを行い一流選手を育て，選手層を厚くしていく．だから米国は世界で活躍する超一流選手を多く輩出することができるのだと納得できました．国土の狭い日本，スポーツの主体が学校の日本では永久に米国にかなわないと思って帰国しました．しかし今年のオリンピックを見ていてまた希望がわいてきました．医療に関係のないことを長々と書いてまいりましたが，実は米国の臨床に携わって同じようなことを感じ，私が不勉強であったせいもあるのでしょうが，これまで漠然としかわからなかった米国と日本の医療の違いというものがかなりはっきりと見えるようになったのです．

私はUniversity of MichiganのDivision of Pediatric Cardiovascular Surgeryに所属し，Medical Center内にあるMott Children's HospitalでClinical Fellowとして2年間仕事をすることができました．小児心臓外科手術が年間に800例を越えるトップレベルの施設です．日本では平均的な施設で100例ほどですからかなり多い手術数と言えます．私が携わったのが小児心臓外科という極めて専門性の高い診療部門であったこともあるのでしょうが，まず驚かされたのは病院内に働く医療従事者が多いことです．米国と日本の病院を比較した資料を見ると，ベッド一床あたりの人数はおよそ10倍で，医師，看護師以外に多くの職種が設けられ，分業化が進み，非常に効率よく仕事が行われています．例えばRespiratory therapistという職種があるのですが，人工呼吸器の操作，管理を担当し，患者さんの呼吸管理を専門に行う職種です．日本では医師の仕事です．どのような呼吸のサポートが一番患者さんの呼吸状態に適しているかを分析して医師や看護師にアドバイスもしてくれます．またICU technicianやAnesthesiology technicianといった医師や看護師のサポートをしてくれる職種も豊富です．Physician's assistantと呼ばれる人たちは日本では医師がやる仕事，例えば手術の助手，退院記事の記載などを数多くこなしています．元はといえば米国でも医師や看護師の人件費が高いことから，医療費を抑えるために生まれてきた職種ですが，結果として多くの人手を得ることとなり，医療の現場に余裕が生まれました．日本では医師と看護師しかいないのでほぼ全ての医療行為をこの2つの職種で行っています．さらにその人数も米国に比較して少ないのですから皆疲弊して間違いも起こり易い環境と言えるでしょう．各々の部門が責任と自信，誇りをもって持ち場を全うし，対等に意見を出し合い，みな楽しそうに働いているのが印象的でした．各職種間には良好な信頼関係が築かれ，綿密な連絡をとって基本的な治療方針は統一されています．一人の主治医の考えだけで方針が決められるようなことはなく，より多くの視点から客観的に患者さんの治療が行われることになります．また，検査部門，薬剤部門もほぼ昼夜変わりないサービスを提供できますので24時間クオリティーの落ちないサービスを提供できるようになっています．

次に驚かされたのはMedical centerの規模です．日本では考えられないような広さの敷地に，General Hospital，Women's Hospital，Children's Hospital，Cancer Center，Medical School，Nursing Schoolその他の施設が隣接して建っています．私の専門は小児心臓外科なので働いていたのは主としてChildren's Hospitalでしたが，隣接するWomen's Hospitalとともに母子周産期センターを形成し，37床のNICU，8室の手術室，総ベッド数31の3つのICUを備え，小児の高度先進医療を行っていました．共用できる施設や人員はGeneral Hospitalと共有して効率よく運営され，出生前から高齢に至るまで一貫した診療ができる体制が出来ていました．General Hospitalは550床のベッド数ですが，5つのICUと30室の手術室を備えていました．またヘリコプターを3機所有し，24時間いつでも患者や医療スタッフを全米各地に送り迎えできる体制を備えていました．一大学のものとは思えないような充実した施設と設備です．

このようにハード面で圧倒されてしまったのですが，教育や医療の実践においても学ぶべきことが多くありました．医学部学生の教育方針として臨床能力を高めることがその根幹に強くあります．ご存知のように米国の医学部は4年のカレッジを卒業してからさらに4年間学びます．その初期のうちから臨床の現場に出て行かされます．学生は診療チームの一員として患者の診療に実際に参加し，ディスカッションを重ね，attendingの医師とともに問題解決をして臨床の勉強をしていきます．OSCE (Objective Structured Clinical Examination)という模擬患者を相手にした問診，診察，カルテの作成といった臨床の技能を評価する試験もあります．このようなことをやるためには教育に充分時間の取れる医療スタッフが必要になります．専門医を育てるための卒後教育もカリキュラムがしっかりと定められています．全米内での人の交流は盛んで，学生の教育も医師の卒後教育も米国のどこへ行ってもほぼ同じカリキュラムで行われ

るようになっています．多くの医師は卒業した大学では卒後研修をうけていません．医療の内容も教育も標準化されていると言ってよいでしょう．少し本題からはずれますが，薬品名や手技の略語は日本と同様によく使われるのですが，これも全米どこへ行っても同じのようです．日本でもおなじみとなりましたテレビドラマのERの中でも，実際の現場で使われている略語がそのまま使われています．これから米国で臨床をやってみたいと思っている方はERを英語のcaptionつきで見て医学用語を勉強するとよいかもしれません．話がそれてしまいましたが，基礎的な部分での標準化は医療をよりシンプルにすることにつながり，医療過誤を防ぐ意味でもまたコストの削減という意味でも役立つことと思います．実際に働いてみると，治療方針は常に科学的根拠に基づいて計画され，医療行為が非常に単純化されている事がとても印象的でした．また，病院のセンター化が進んでおり，専門医療を必要とする患者さんはセンター病院に集められるので，私の所属した小児心臓外科でも年間の手術症例数は日本の平均的な施設の10倍近くになります．これだけの症例数をこなしていると，自分の施設の症例だけでかなり大掛かりなprospective studyができてしまうということに驚きました．医療統計の専門化が協力し，studyの計画も非常に正確かつ綿密に立てられ，その結果はすぐに臨床にフィードバックされ，医学が科学であることを改めて思い出させてくれました．

米国の医療費が高いことはよく知られています．これだけの設備と人手を医療現場に投入しているのだから当然でしょう．総額でもGDP比でも世界一です．医療保険の制度は最悪ですが，それだけの資金を投入し，環境，設備を整え，多くの人材を投入し，常に先を見越して進んでいく米国の医療は，先に述べたスポーツの世界と同じで日本のずっと先を進んでいます．日本は患者一人当たりの医療費でみると世界でも最下位のレベルです．もう少し医療の技術料を上げ，医療費を効率よく運用し，施設ごとの医療従事者の数を増やし，医師や看護師の負担を減らしてほしいものです．それが患者さんにとっては，より安全で質の高い医療を受けることができることにつながるのですから．また若い先生方にはぜひ海外で臨床を勉強してきて欲しいと思います．個々の医療のレベルで見ると確かに米国を追い越している分野も多いと思います．しかし学ぶことはまだまだ多くあるはずです．海外で臨床経験を積んだ若い医師たちが増えてくれば，アテネオリンピックのように日本の医療のさらなる躍進があるはずです．今後は私もこの経験を活かし，少しでも日本の医療の発展に役立てればと考えております．

鈴木孝明（都立清瀬小児病院心臓血管外科）