

外科医の目

アメリカから

①

アメリカに来て11年、ニューヨークにある大学病院を中心に世界2か国で、年間400件ほどの手術をしています。大動脈りゅうなど血管病の治療が専門ですが、日米両国の第一線の現場を経験すると、日本医療の問題も目につきます。その一つ、外科系の専門医のあり方について考えてみます。

外科系の専門医はアメリカでは人気職種ですが、高収入も理由でしょう。ざっとですが、勤務医の年収は、一般内科医の1

アルバートアインシュタイン医大血管外科教授 大木 隆生



1987年、慈恵医大卒。モンテフィオレ医療センター血管外科・血管内治療科部長。昨年からは現職を兼務。

少数精鋭・高収入、米の専門医

000万円に対して、心臓外科医なら5000万円、脳外科医は4500万円といったところ
です。

日本では、開業医の収入が高く、勤務医は診療科によらず低めです。例えば、大学病院教授の年収ですら、1000万円前

は外科医にはなれません。毎年約3万人の新しい医師が誕生しますが、外科研修医のポストはわずか1000余り。医師ひとり当たりの手術件数を一定水準以上に保つ狙いで、専門医の数に上限を設けているためです。この制度ゆえ、米国の外科医は

研修中に、各専門分野で数百件の経験を積んだ後、筆記と口述の試験に合格し専門医になっていきます。

研修中も、テストや実技チェックが繰り返され、不向きと判断されれば振り落とされます。だからこそ、「外科専門医」と

「技術を身につけるには十分な経験が必要」というアメリカの常識からすれば、日本のシステムでは、専門医全員が優れた技術を身につけるのは難しい、と言わざるを得ません。

私も、日本の大学病院で8年間勤務しましたが、回ってくる血管の手術は月に1件あるかないか。これでは技術は身につかないと思う、血管外科先進国のアメリカに向かいました。

日本にも優秀な外科医は大勢いますが、人数制限も競争もないため、心もとない外科医が少なからずいることも否定できません。アメリカの医療も様々な問題を抱えています。専門医の育成制度には学ぶべきところがあります。

(毎月第2月曜日に掲載します)

後です。
アメリカでは優遇されているだけに、競争を勝ち抜かなければ

少数精鋭になり、厚い待遇が維持できるのです。

このため競争率は10倍以上

で、学生時代や医師国家試験の成績が優秀な学生が選抜されます。そして5年の

言えは、ほぼ信頼できます。

一方、日本は専門医数に上限がなく、専門を自由に選べるため、需給バランスが崩れています。日本には6000人の脳外科専門医がいますが、人口当たりの数は米国の約5倍で、世界1位です。外科医1人当たりの経験は乏しくなります。

外科医の目

アメリカから

②

1999年のある日、自宅にニューヨーク州の「医療行為監視委員会(OPMC)」から手紙が届きました。私が治療した患者Yさんに関して事情を聞きたいとのことでした。委員会は、公費で運営され、約200人の専門医師が、疑問のある医療行為を調べる第三者機関です。

Yさんは、頸動脈という首の血管が狭くなり、脳梗塞を起こす可能性のある病気でした。重

アルバートアインシュタイン 医大血管外科教授 大木 隆生

い心臓病も患っていたので、切開せずに金属性の筒(ステント)を用いて血管を広げる新しい方法で治療しましたが、Yさんは不幸にして数日後に心筋梗塞で亡くなりました。この治療法は米国で初めての試みでしたので、院内の誰かが内部告発した

れ、無罪以外はインターネットで実名が公表されます。ニューヨーク州だけで、毎年約30人の医師免許証が剝奪されています。

私の審査を担当したのは、同じ専門の引退した血管外科医でしたので、いい加減な言い訳は

切開による大出血で患者を死亡させた、として産婦人科医が業務上過失致死の疑いで警察に逮捕されました。

殺意や傷害の意図を持って命を奪ったのならともかく、通常の医療行為に警察が介入し、刑事罰により結果責任を問う国

ん。しかし、逮捕して犯罪性を調べるという方は、医師にとっては理不尽で、再発防止につながるという上、医療の委縮を招きます。

初めから患者を害する目的で医療行為をする医師はいないでしょう。犯罪かどうか、ではなく、医療として適切かどうか、プロの目できちんと調べ、裁断する権権力を持った中立の組織が日本にも必要です。

医療の適否 犯罪性で見る日本

と推察されます。

OPMCでは専属の医師が疑念をもたれた医師から事情を聞き、白黒を判定します。調査は主に内部告発か、患者からの依頼で始められます。処罰は行政処分、医師免許剝奪から戒告、無罪放免までの5段階に分か

通用しない手強さがありました。が、医療で「100%」がない事や、もともと患者が重度の心臓病を抱えていたことなどを理解してくれましたので、無罪となりました。

日本ではどうなのでしょう。先日、福島県立病院で、帝王

は、先進国では日本だけです。しかも、医療のプロではない警察や検察が調べに当たり、犯罪か否かを問うのです。

日本の医療の現場でも、「犯罪」と言えないまでも、専門家の目で見ると、不適切な医療行為はもっとあるかもしれませ

患者は疑問を持ったら、専門機関に調査を依頼できるので、公正な審査がなされるという意味で、たとえ最善を尽くしても、ある日突然「犯罪者」とされかねない医師にも朗報となるでしょう。

(次回は4月7日です)

外科医の目

アメリカから

③

日本在住の81歳の男性Aさんは、おなかに拍動する腫らみがあることを指摘され、放置すれば破裂して死にいたる「腹部大動脈瘤」と診断されました。開腹して大動脈を人工血管に置き換える大手術となります。

ところが、常時酸素ボンベの携帯が必要な重症の肺病も患っていたため、心臓血管外科医から「危険が高いので手術はできない」と言われてしまったので

アルバートアインシュタイン 医大血管外科教授 大木 隆生

す。いつ破れるかと心配で、外出も怖くなり、自宅でおぼろおぼろ生活する状態でした。

見かねた家族が、ニューヨークにある当院で、おなかを切らずに治療のトコをインターネッ卜で知り、2001年に米国にきました。治療費約600万円

世界標準の治療 承認遅い日本

は自己負担でしたが、局所麻酔で行った治療は成功し、手術後4日目に笑顔で帰国しました。

当院は米国で初めて、おなかを切らずに腹部大動脈瘤を治療する方法を行いました。足の付け根から、ステントという筒を差し入れて治療します。日本で

も、心臓の狭心症治療では同様の方法が盛んですが、大動脈治療には厚生労働省から承認を受けたステントがないことから、積極的には行われていません。

米国では10年ほど前は、手作りのステントで治療していましたが、1999年から米国食

品医薬品局の認可を受けたメーカー製のものが市販されるようになったので、Aさんが来られた時は欧米では標準的な治療として定着しています。

動脈瘤のステント治療は、日本を除くすべての先進国で競争承認され、保険医療として広く

普及し、米国で毎年行われる6万件を超える腹部大動脈瘤手術の半数、当院では8割以上はこの方法です。日本にも開腹手術が難しい患者さんはたくさんいますが、米国で認可されて8年

たった現在も、日本ではメーカー製の動脈瘤ステントは認可さ

れていません。

どうしてこんなことになってしまったのでしょうか。日本は、器具の認可を得る手続きが複雑で、臨床試験には保険が利かず、コストがかかる上、企業にも役所にも十分なスタッフがいないからです。医療器具を審査する

審査員の数は米国の12分の1以下です。

欧米で先行認可され、その後有効でないと分かった医療器具や薬の乱用が未然に防がれたこともあり、日本独自に臨床試験で安全性と有効性を確認する意欲があります。だからと言って、世界の標準治療を受けるのに何年もかかるのでは、日本の患者さんにはかわいそうです。

世界中で使えて日本では使えない医療器具や薬は、ほかにもたくさんあります。医療器具と医薬品の承認も、国際的な評価を見足めた上で、グローバルセッションが必要です。

(筆者は今年から、慈恵医大血管外科教授業務になりました)

(次回は21日です)

外科医の目

アメリカから

④

体の内部が瞬時にわかるCT(コンピュータ断層撮影)装置は現代医療に欠かせない道具の一つです。この高価な検査機器は世界中に普及しています。日本の人口は世界の約50分の1ですから、極端に集中していることが分かります。ほかにも、インフルエンザに有効な薬タミフルの7割、抗生物質の3割は日本で消費されています。

アルバートアインシュタイン医大血管外科教授 大木 隆生

また、日本には9000軒以上の病院がありますが、人口が日本の倍以上あり広大な国土をもつ米国には5000軒しかありません。人口当たりの病院ベッド数は、米国の3倍です。

高齢化に伴い、近年日本の医療費が高騰していることが問題

費は高いと思っているところでしょう。ところが、健康保険からの支払いも含めた一人あたりの医療費や、国内総生産(GDP)に占める医療費の割合は先進国7か国中最低です。

日本で使われる医療費は決して多くはないのです。それ

医療スタッフにもけいして良いことではありません。医師は裕福と思われているかもしれませんが、主に開業医のイメージです。経費も含まれた数字とは言え開業医は平均で勤務医の2倍以上の収入を得ています。勤務医の収入は、それほど

米国にあるCTの数は日本のわずか14分の1ですが、米国で11年外科医をしていて数が足りなくて不便を感じたことは一度もありませんし、薬の使用量が少ないからといって、インフルエンザや風邪をこじらせる患者が多いこともありません。

日本の医療費 検査と薬に偏重

視され、政府も医療費の削減に向けて動き出しています。患者さんが病院窓口で支払う自己負担額を上げ、一方で医療機関に支払われる診療報酬を大胆に削減しました。

もかわらず、病院が多く、高額な検査機器や薬をみんなに使っています。見方によっては、贅沢なのかもしれません。検査費は「薬漬け」と批判される原因にもなってきました。

と多いわけではありません。その上、勤務は過酷で、当直翌日の通常勤務などがあり、80%以上が法定定められた週40時間を超えて働く過重労働をしています。日本の看護師も米国に比べて厳しい労働条件の中、とても献身的に働いています。

ある上、検査機器や薬に無駄なお金を使わずに、勤務医や看護師などスタッフの待遇に配慮をされています。日本では、相対的に低い医療費が、検査や薬の回り、先進医療を支えるスタッフの手当は十分と言わざるを得ません。日本でも、医療の無駄を省き、病院の勤務者の待遇改善を急ぐべきです。

(次回は5月1日)

外科医の目

アメリカから

⑤

米国では、たくさん外国人医師が働いています。私自身もその一人ですが、最新の医療を指導、あるいは学ぶため、そして経済事情も理由になります。

1990年代後半、ニューヨークにある当院の麻酔科医の過半数が外国の医学部出身者になったことがあります。主にロシアや東欧からの出稼ぎの医師たちです。これらは閉口しました。手術中の緊密なコミュニケーションは、安全な手術の第一歩で

アルバートアインシュタイン医大血管外科教授 大木 隆生

すが、英語力がお粗末でした。加えて、医療後進国で学んだので、最新の薬や麻酔法に関する知識もおぼつきません。

米国では国内の医学部卒業生1万8千人に加えて約9千人の「外人部隊」が毎年医師としてのトレーニングを始めます。専

門医にならために修練プログラムに申し込みますが、人数に限りが設定されているので、実力の無い者は希望通りの進路に進めません。当時、麻酔科は人気であったために、実力の劣る外国人医師が流入したので、米国では医師の進路にも市場

医師の進路にも市場原理

原理が働きます。需給バランスで医師の待遇が決まるのです。麻酔科はしばらく不人気だったので、麻酔専門医の供給(量と質)が減り、各病院が麻酔科医獲得のため給与を上げました。

その結果、麻酔科医の平均給与は約30%上昇し、待遇に敏感な

米国医学生の間で一躍人気の診療科となりました。行政が介入するとなら自然と麻酔科専門医不足は解消し、当院での手術も随分しやすくなりました。

一方、日本では勤務医である限りの基本的に医師の給与は診療科も、実績も問わず、主に卒業

年度など「年功」で決められており、需給バランスが反映されない上、経済的動機付けがありません。さらに、大病院では医師が不足している診療科ほど、所得が低くなるという不思議な現象が起ります。

大学病院などの勤務医は勤務

先の給与が低いため、週末や夜間、他の病院でアルバイトをして給与の補填をしているのが現実です。ところが、医師の数が少なくて忙しい診療科の医師は、アルバイトの時間がとれないのです。従って、いったん人手不足になると、忙しい一所得が減少—志望者もさらに減る、という悪循環に陥るのです。

現在日本でこうした状況にあるのが産婦人科、麻酔科、小児科で、いずれも欠かすことのできない診療科です。一方、脳外科や心臓外科は医師も施設も過剰です。これに対し、厚生労働省は一部の診療報酬を上げましたが、こうした統制経済的手法には限界があるでしょう。

医療に市場原理を持ち込むことには反発もあるようですが、

需給バランスや実績が、待遇にある程度反映されるシステムがあれば、診療科による医師数の偏りのみならず、僻地での医師不足の解消の一助にもなるでしょう。(次回は、26日です)

1階

1階

外科医の 目

アメリカから

⑥

米国の医療には、日本が見習うべき点もありませんが、国民全員が公的な保険で医療を受けることができる皆保険制度は、日本の大変優れた点です。米国には無保険者が4000万人以上います。公的保険は障害者や高齢者に限られ、約6割は株式会社などが運営する民間保険に加入しています。そのことが、悲劇を招くこととなります。

アルパートインシュタイン医大血管外科教授 大木 隆生

を受けました。大動脈が腫れ、放置すればやがて破裂し、死にいたる病氣です。手術は、胸とお腹を大きく同時に切開するもので、5時間に及びました。手術はうまくいきましたが、大手術に加え、高齢と持病の肺病で、回復は遅れ入院期間は5

数に上限が設けてあったところで、保険会社から、上限を越えたのでその分の費用400万円を請求され、今後はすべて自費になると通知されたのです。そして、費用が払えないなら自宅を売却するよう指示されました。契約書を探し出し弁護士

の医療費を使った末に世界しました。父親は妻と家を同時に失ったショックから精神病院に入院してしまいました。何気なく老夫婦がサインした書類から始まった一家の悲劇でした。利潤追求が目的の株式会社健康保険を任せるとどうい

のです。国民に広く薄く負担をよめる国民皆保険制度や、自己負担額に上限を設けた高額療養費制度は世界に誇る医療保険制度です。日本では、通常の医療を受けていて、その費用が払いきれず、自宅を売却するを得なくなることがしばしばあります。

健康保険会社が「家」を売れ

週間に及び、介護が必要でしたので介護施設に移りました。その後、肺炎や床ずれのため何度も入院退院を繰り返しました。

に見せると、母親のサインととも、小さな文字で「このことが書かれていますので、どうしようもありません。」

とも起りつづるのです。米国は契約社会と言われるが、それには、ルールのことについて限りなく立ち回った人が偉く、うっかりしていた者は儼か

国会で審議中の医療改革法案には、高齢者の負担率を現役並みの所得があれば3割に上げることなどが盛り込まれ、患者負担が増える流れが進んでいるので、不満を持つ人も多いでしょう。また、現行制度にも効率の悪さなど様々な問題があります。

ある日、娘さんが涙ながらに電話をしてきました。母親が加入していたのは民間保険で、年間の入院日数、介護施設滞在日

結局、娘さんは両親の家を売却し、老いた父親を引き取り、母親の医療費を上面しましたが母親は手術から4か月後、高額

とされる面があります。この健康保険社の社長は給与は8億円でしたが、その出所は、医療費な

しかし、日本の医療制度の骨格は守っていただきたいものだと願います。(次回は、6月9日)

外科医の目 アメリカから

⑧

ニューヨークの65歳の男性は、かかりつけ医で首の頸動脈の血管雑音を指摘され、当院に紹介されました。超音波検査をすると、動脈硬化で血管が狭くなる頸動脈狭窄症と判明しました。脳梗塞の主な原因のひとつです。

アルバートアインシュタイン医大血管外科教授 大木 隆生

術に耐えられない場合は切らずに、血管に金網状の筒を入れるステント術が検討されます。

この男性は、手術を選択しました。約1時間の手術で首を約4センチ開いて血管を開き、内側にたまったコレステロールのかたまひを取り除きました。

術など血管病治療は、圧倒的に米国優位と言えるでしょう。例えば、この頸動脈の手術は、米国で年間約20万件も行われているのに対し、日本ではその10分の1程度に満たないのです。脳卒中は米国において死亡原因の第3位なので、治療が必

たり、増進に至ったりする閉塞性動脈硬化症などがあり、主に高齢者の病気で、年々増加傾向にあります。別の血管を移植するバイパス手術や、切らずに筒を入れるカテーテル治療などで脚や腎臓の症状は治すことが可能

血管の専門医 日本で育成

こうした動脈硬化に伴う血管病の手術とステント術を行うのが、私の専門である血管外科です。米国で外科医として働いて11年になりますが、日米を比べると、消化器や呼吸器病の手術は、日本の方がレベルが高いように見えます。一方、ステント

術など血管病治療は、圧倒的に米国優位と言えるでしょう。例えば、この頸動脈の手術は、米国で年間約20万件も行われているのに対し、日本ではその10分の1程度に満たないのです。脳卒中は米国において死亡原因の第3位なので、治療が必

要な患者数にこれほどの差があるとは思えません。そのほかの血管病には、血管が腫れ、破裂して死に至る大動脈瘤、腎臓の血管が細くなり高血圧や腎不全の原因となり得る腎動脈狭窄症、脚の血管が詰まり歩行時にふくらはぎが痛ん

です。大動脈瘤は、米国では10年前から胸やおなかを切らずに治療するステント術が一般的ですが、日本ではまだ厚生労働省の承認を得た器具がありません。米国では、ほぼすべての病院に血管外科があります。一方、

日本では80の大学医学部のうち血管外科を指導する専門の教授があるのはたった4か所で、多くの施設では「心臓血管外科」の看板の下、腫瘍科です。高血圧に伴い、血管外科の技術が必要な人が増えるのは間違いないと思います。日本で治療を受けられず、わざわざ米国の当院まで来た患者さんもいます。「日本で血管病を専門にする医師を育てたい」。そんな気持ちから、私は東京慈恵医大血管外科教授の職に就き、米月から拠点を東京に移し、診療や教育に当たります。米国で学んだ良いいとこを日本で実現していくのが、これからの私の仕事です。「外科医の目 アメリカから」は今回で終わります。