

ゲスト

石川義弘氏

横浜市立大学大学院医学研究科
循環制御医学教授

聞き手

伊藤元重

総合研究開発機構理事長

No.43

医療と医学教育の 何を米国に学ぶか

日米同時並行で体験する診察と教育

伊藤 NIRAの対談シリーズでは、医療の問題を集中的に取り上げ、できるだけ異なった立場の方にお話しをしていただいて、広い視点を提供できればと思っています。本日は石川先生が医療の問題に関して、一番、気にされていること、特に重要だと思うところを、お話ししていただきたいと思います。

石川 これまで伊藤先生が対談された先生方のお名前を拝見して、私なりの独自の観点はどこいうところにあるだろうかと考えますと、私自身の本職は医学研究者ですが、日本の大学とアメリカの大学で診療もしていることかもしれません。ニュージャージー州立大学の教授と付属病院の指導医を兼ねていますので、月に1回、あるいは2カ月に1回、日本とアメリカを行き来しながら、日米の大学病院で同時進行的に患者さんも診察しています。たとえば典型的なスケジュールですと、水曜日の午前には日本の大学病院で循環器科の外来を診て、午後は成田からニュージャージー州のニューアークへ参ります。ニューアークはハドソン川をはさんで、マンハッタンの対岸にあります。現地には夜着きます

から、翌日の朝からアメリカの大学病院で患者さんを診察しています。24時間というか、36時間のうちに、日米の医療を体験できるというのが、他の方とは違った、ちょっと面白い経験をしているのではないかと思います。また、日本でもアメリカでも、医学生をしましたし、医学部で医学生の教育にも携わりました。変わった経験というのはこの2点かなと思います。ですから、日米の医療制度や医学教育がどのようなものなのか、比較してみると、どう違うのか、そんなところをお話できればと思います。

伊藤 ぜひ、その2点についてお話ししたいと思います。まず、日米の病院の違いですが、石川先生が日本の病院でお仕事をされて、日米を比べてみて、どういうところが一番違い、日本はアメリカのどういうところに学ぶべきだとお考えですか。

それぞれの社会・文化が それぞれの医療制度をつくる

石川 簡単に申し上げますと、日本の病院には今のやり方になってしまった、それなりの原因があると思います。逆にアメリカの病院には、そ



伊藤 元重
NIRA 理事長

うなってしまったアメリカの原因があると考えています。それが一点目です。二点目は、アメリカの医療が特殊なのではなくて、アメリカの社会の特徴が医療に出ているだけである。つまり、アメリカの医療がアメリカのすべての制度の中で突出して異常だというわけではなくて、アメリカの医療制度もアメリカのいろいろある制度の一つだと思うのです。逆に言うと、日本の医療制度も、日本のたくさんある制度の中の一部にすぎない。だから基本的には、日本の医療というのは日本のやり方だし、アメリカの医療というのはアメリカのやり方だと思うのです。

伊藤 極端に申し上げると、日本の医療制度は、日本のほかのいろいろ社会の仕組みを背景にできているのだから、これを変えるのはなかなか難しいということですか。

石川 それはそうですが、いくら難しくても変えるべきところは、変えていかななくてははいけませんよね。日本の文化や風習といったものが多少なりとも変えることが出来るのなら、医療制度だって変えられるはずですよ。歴史を振り返ってみると、今年が横浜がちょうど開港 150 周年ですけど、かつてペリーの黒船が入ってきて明治維新になった。それまで肉を食べなかった

日本人が肉を食べるようになった。それは大きな変化です。数年前に、日本の病院にも DPC (Diagnosis Procedure Combination : 医療費の定額支払い制度に使われる評価方法) が導入されました。それまでと比べれば画期的な変化です。DPC はアメリカの DRG (Diagnosis Related Group : 疾患別関連群) を一つのアイデアにして導入されましたが、DPC がアメリカの DRG と同じかという、全然違います。運用の仕方も違うし、実際のやり方も違いますよね。でもそれに似たものを何とか日本に導入したのです。アメリカの制度に見習うべきというか、輸入可能なものは DPC 以外にもたくさんあると思います。ただ、それを輸入するときには、日本の実情にうまく合わせて作り変えないといけないと思うのです。

伊藤 なるほど。外にあるものをそのまま持って来られるかは別として、新しい血を入れていくことによって、いろいろな可能性が出てくる。そういう観点で見ると、具体的に日本とアメリカの医療を見て、日本はアメリカのこういう部分を、そのまま入れないにしても、学んでいく点があるのではないかと、お感じになっているところがありますか。

医療の情報開示にみる日米の大きな違い

石川 日本では医療が見えない。例えば医療の結果を表す数字が見えないですね。最近ようやく各病院で、胃がんの患者さんの生存率が出てきましたね。それはごく一部のことで、それぞれの病院のパフォーマンスを見ることが出来ない。つい最近ですが、うちの家族の一人がちょっと難病になったのです。変な話ですが、僕は自分が医者をやっているにもかかわらず、どこの病院へ連れていったらいいかわからなかったのです。

伊藤 そんなに難しいのですか。

石川 結局、うちの大学病院にお願いしましたが、医療関係者で、大学の医学部で教えている人間がそれだけ困るのですから、普通の人だったらまずわからないでしょうね。ところがアメリカではそれがわかる。ある意味で日本から見ると過剰ともいえるぐらいの情報公開をして、いろいろな数字を出している。端的な例を一つ挙げれば、大学病院の医者の一一人一人が、どこの大学を卒業して、どんな病院で研修医をやって、どのような免許資格を持っていて、どこの保険会社と契約を結んでいるかなどということは、アメリカの大学病院に関する限りは、インターネットで全て見る事が出来ます。医療事故までわかってしまう場合もあります。

伊藤 日本でそれをやったら、個人情報の問題になりますね。

石川 そうなってしまいますね。日本で見る事が出来るのは、せいぜい、どのような専門医を持っているか、どこの大学を出ているかぐらいではないですか。具体的にどんなトレーニングを受けているか、とかは全然わからないのです。アメリカでは、そういうものを積極的に外へ出そうという強い意識があるのです。

伊藤 もちろん、どこまで、という程度の問題はあるにしても、こういうことを持ち込めば、日本の医療現場は相当変わるとお考えですか。

石川 変わるでしょうね。もちろんデメリットもありますけれども、基本的な情報を開示することによって得られるメリットは大きい。それから、いろいろな指標なり数字なりを公開していくことによって、各病院にとっては、いわゆるベンチマーク的な作業ができるようになります。伊藤先生も東京大学の方でも管理職として、教員評価など、いろいろやられてご苦労なさっていると思うのですが、教員評価も、一つは自分のパフォーマンスを客観的な立場から見るという目的がありますよね。

伊藤 そうですね。



石川 義弘氏

横浜市立大学大学院医学研究科循環制御医学 教授

石川 大学も病院も、自分がどういうパフォーマンスをしているのかというのを、ほかとの比較の上で理解できるようになります。

伊藤 いまおっしゃった、見えるようにすることが非常に大事だというのは、先生が日本とアメリカを両方見ているから出てくるわけですね。こういう話はこれまで日本ではあまりあがってこなかったのでしょうか。

石川 例えば大学の経営指標を出すというのは、ようやく独立行政法人化が行われるときに出てきました。僕が10年前に日本の大学で教職に就いたときは、だいたい大学の年間予算が幾らなのかも知らされなかったですね。大学は、おそらく情報を教授会にも出していなかったのです。独法化のときに突然数字が出てきて、こんな数字では大学病院はとっくに倒産しているのだなと思い、びっくりしました。それまでは一部のところだけで数字を独占していて、他には出さないようにしていたことになりましたけど、あるいはそれが大学組織の維持に必要だと考えていたのではないのでしょうか。

伊藤 みんなが情報を外へ出さないということが、日本の組織を維持するコツだった。しかし、いろんな方に情報をもっと見えるようにすることが大事で、そうすれば、やはり少しずつ

変わってくる、と指摘されていると思うのですが、実際にこういうところが変わってきたというようなところがありますか。

石川 例えば DPC ですね。DPC で平均在院日数とか、そういうのが出てきますし、一つの診断に対して、患者さんがどのくらい入っているとか、数字が出てきますから。他の病院との比較ができるようになりますからね。

国民皆保険制度と平等主義の文化

伊藤 日米を比較して、いまもっと情報を見えるようにすることが必要だということをご指摘になりましたが、他にも、こういうところは少し学ぶべきだということがあるのでしょうか。

石川 非常に微妙な問題になるのですが、国民皆保険制度です。日本の国民皆保険制度というのは、すべての人にまったく同じ質の保険を、医療を提供するというのが目的ですよ。

伊藤 いわゆるユニバーサルなシステムです。

石川 そうです。掛け金に関しては、たくさん払っている人も少ない人もいます。ところが、受ける医療はまったく均一にしようとしているわけですね。つまり、お金持ちとか、たくさん払っている人も少なく払っている人も、現行でもそれほど大した差はないのですが、それ以上に結果を公平にしようとしている。これもだんだん実情に合わなくなってきたのではないのでしょうか。

伊藤 確かに結果を公平にしようとする、みんなそれだけ要求が高まりますから、需要と供給がバランスしなくなってしまう。つまり、その結果の「医師不足」なのか、あるいは「たらい回し」なのか、あるいは「待ち時間」なのかよくわかりませんが、現にある事態を調整する仕組みがないですよ。でも、どういうふうに直していったらよいのでしょうか。

石川 例えば、保険の安い人が受けた胃がんの

手術は失敗で、保険の高い人の手術は成功するとか、治療成績が変わってしまったら困ると思うのです。ただ、その途中のプロセスは多少違いがあってもよいのではないかと思います。

伊藤 プロセスの違いとは、具体的にどのようなイメージなのでしょう。

石川 アメリカの例で言いますと、たとえば保険を持っていない方は、最初は研修医が診るのです。ところが、最終的には上級医がチェックします。ですからトータルのアウトプットでは質が保たれるようになっています。でも、最初は研修医が診るので非常に安い、というかほとんどただです。しっかりした高い保険を持っている方は、最初から指導医が診ます。前者をチャリティ・クリニック（慈善医療）と呼んでいますが、患者さんは、アメリカでも治療が実質的に無料なのです。本当は自費で全部払うことになっているのですが、実際のところ誰も払えない。しかし、慈善医療なら医療のチャンスが与えられる。研修医が最初に診るから、研修医のトレーニングにもなる。最終的な質の担保は、教授がちゃんとチェックする。教授にとっては無料奉仕ですけど、これは大学教授としての義務と考えればいい。これは一つのやり方ですよ。日本にそれを入れていいかどうかというのはまた問題があると思いますが。

伊藤 司法の世界はそうですね。つまり、犯罪者がいて、お金がなくても国選弁護人を付けてもらえる。裁判であればそれでもいいですけど、医療だと、国民感情でなかなか難しいかもしれない。そうはいっても、今の仕組みでやっていったら、いくら医療のリソースを使っても足りなくなりますよね。

石川 要するに 50 年近く前に、国民皆保険制度ができたころは、治療そのものに選択の余地はあまりなかったのです。私は循環器内科が専門ですが、昭和の 20 年、30 年当時で、高血圧の治療などは、病院におとなしく寝かせて、塩

辛い食べ物ものを避けろとか、尿を出す薬を飲ませるとか、本当に原始的なものしかなかったのです。ところが今は、高血圧の治療にしても検査にしても、いくらでもオプションが広がってしまう。昔は選択の余地がなかったから、必要最低限のところさえできれば、それでオーケーだったのです。今は、それこそ心臓移植まで含めて、何でもできてしまう。そうすると、これほどたくさんものを、全部、国民健康保険でカバーすることを続けていたら、やはりパンクするのは目に見えていますよね。

伊藤 特にこれから高齢化が進むと、そうですね。

石川 日本では、「医療費削減」がお題目のように言われていますよね。でも、老人が増えれば医療費が増えるのは当たり前のことです。ちょうど高度成長期、子どもの数が増えていったときに、子どもの数が増えるから学校もたくさん建てなくてはならなかったし、教育費が増えるのは当たり前でしたね。けれども、なぜか今はそういうロジックになってないのです。老人が増えるから医療費が増えて当たり前ではなくて、老人が増えるからこそ医療費は削減していかうというロジックになってしまっていますよね。

伊藤 政治的にもう増やせないという強迫観念があるものですから、方程式のもう片方の歳出を減らすというところにきているのです。おっしゃるとおりですね。ただ、この前、数字を見てびっくりしたのですけれども、75歳以上の方の医療の総額が、日本の防衛費の倍ぐらいだそうです。それであと10年もすると、防衛費の4倍ぐらいになると言っている。だから削減しなければいけないと申し上げているのではないのですが、マクロ的に見るとなかなか厄介な問題だなという気がします。

医療の合理性を阻むもの

石川 病院の医師の患者さんへの対応にも、アメリカと日本で違いがあります。例えば、85歳の男性で認知症が進んでいる、かなり重度の疾患で治療のオプションがあまりない。残された方法を使っても延命効果は多くを期待できないだろう、というときには、アメリカの病院では医者が積極的に「もうこれ以上の治療はやめたほうがご本人のためじゃないですか」という話をしていくのです。医者が家族に対してそういう機会、患者側がそれを受け入れる機会が、日本と比べてずいぶん高いような気がします。

伊藤 仮説なのですが、これ以上高度な治療をしてもあまり効果がないだろうという高齢者の方が、それでも高度な治療を受けようとする、たぶん医療費も非常に高くなる。それがインセンティブになって、結果的には合理的な選択がなされる、そういうことができるようになっていると見てよいのでしょうか。

石川 それはありますね。

伊藤 日本では、とにかく何とかしてくれと言ってしまえば、全部やることになる。

石川 そうなのです。日本では何とかしてくれと言われて何もせず、後で訴えられたら大変ですからね。刑事事件になります。アメリカでは民事だけです。平たく言うとアメリカでは民事裁判でいくら賠償責任を負わされても、刑事事件になっていない限り医師の仕事が続けていきます。ところが刑事事件になって刑務所へ入ってしまったら、もう医者にはできません。これは大きな違いだと思います。

伊藤 私も刑事事件として扱うのが本当にいいのかなと思う。そういう意味では石川先生と同じような気持ちなのですが、先日、何人かの弁護士さんと話したら、「いや、でも、それくらいやらないと情報は出てこないよ」と言われました。これまであまりにも見えないところにお

かれていたことが、ある種の社会的な不信感を生んでしまって、今、そうした諸々のことのツケが来ているのかもしれないね。

石川 でも民事になりすぎて、アメリカのように損害賠償で国全体がパンクしてしまうことになっても困ると思うのです。民事訴訟はアメリカではすさまじいものがありますからね。4、5年前でしたか、ニュージャージーやペンシルバニアで医者がみんなデモをやったのです。医療過誤訴訟の賠償金額、とくに慰謝料が青天井に上がってしまって、とてもやっていけない、それになんとか上限を設ける法律を通してくれと全米各地でデモ行進したのです。アメリカでは、社会通念上、一応、上流ということになっている人たちでもプラカードを持ってデモをしたのですから。

伊藤 経済的にも社会的にも余程の重圧で、我慢できなかつたのでしょうかね。もとの話に戻りますが、今は医療の選択肢が増えていて、手間ひま、お金をかければ、昔とは格段の差がある医療の成果をあげることができる。しかし他方で、それを全部やることを前提としてしまうと、むしろ逆に、まったく動きが取れなくなってしまう。そこでメリハリをつけながら、同時に最低限のことについては守るという仕組みをつくらなければならない。大きな病院で入院日数が非常に長いのが日本の特徴ですよ。これはわかりやすく言うと、日本では本来はやらなくてもよいような機能まで病院が抱えてしまっていて、コストがかかるわけです。アメリカのように、手術をするとか、重要な治療をしたら、あとは家へ帰る、近くのホテルに入る、というようなメリハリがあればいいのですが、どうせ保険でカバーしてもらおうのだからというのでみんな居座ってしまう。

石川 家で看護するより、病院にいると看護師さんが全部やってくれるから、確かに家族も楽ですね。

伊藤 それがまた保険である程度カバーされますから、余計に病院にいたほうがいい。

石川 そうですね。かといって、日本の場合、家庭に戻して、家族5人が住む狭いマンションで、おじいちゃんの面倒を見られるかという、これも難しいですね。アメリカのようにいくつも部屋があつて、家も土地も大きくて、というのなら出来るのでしょけれども、日本のようにかなり広い一戸建てでもせいぜい100平米というところでは、アメリカのようには出来ない。

伊藤 まさに最初におっしゃったように、日本の社会のいろんな仕組みの縮図が、いい意味でも悪い意味でも医療の中に入っていますね。外科手術をやるような形で治すのは非常に難しいということでしょうか。

石川 一日にして改めるのは無理でしょうね。そうすると、どうしても他所にひずみがきてしまいますから。

医学教育における日米の違い

伊藤 今日の対談のもう一つの論点、日米の医学教育の比較や違いについてですが、これについてはいかがですか。

石川 私は医学生、学部時代にアメリカに行ったのです。エール大学の医学部に行って、向こうのいわゆる臨床の初期教育を受けました。向こうの医学生に混じって病院での臨床トレーニングを受けさせてもらったのです。それまで日本の大学で医学の勉強を楽しいと思ったことは1回もなかった。暗記ばかりでつまらなくて、苦痛でしょうがなかったのです。ところが、アメリカに行った1年間、非常にハードでしたが、あんなに楽しいことはなかったですね。医学の勉強があんなに楽しいものだと思わなかった。

伊藤 それは教育がハードだったからなのですか。

石川 日本では医学部の教授が偉いのですよ。少なくとも当時は偉かったのです。ですから、すべて必要なことは教授が授けてくださったのです(笑)。アメリカでは学生が自分で勉強するのです。つまり、いろいろな方が言われていることですが、日本はティーチング(教える)、アメリカはラーニング(学ぶ)なのです。ラーニングにすると、勉強したい学生はどんどん勉強します。逆に、ラーニングができない学生はどんどん落ちこぼれてしまうのです。そこに厳しいセクションがかかってくるのですね。逆に、ラーニングが好きな学生は、いくらでもラーニングできるのです。

伊藤 そうすると、アメリカの大学では一緒に入学した学生の中にも、当然、不適格者がでてくるわけですね。日本では、誰も不適格者にならないようにするから、余計、ティーチングになってしまうのでしょうか。

石川 そうです。日本では落ちこぼれをつくらないようにしているのです。何でもいから、とにかく全員卒業させる、とにかく国家試験に合格させるということなのです。アメリカは、どうやったら学生の能力を伸ばしていけるかなんです。アメリカの医学部、例えば、私の行っていた大学でも、出来る人と出来ない人の違いというのは、ものすごくあります。ところが、日本の大学ですと、出来る人と出来ない人の差は、アメリカの感覚でいくと、ほとんどないのです。

伊藤 そういうふうに考えると、日本はもう少しアメリカ式に学ばなければいけないと思いますが、どうしたらよいでしょうか。

石川 それはやはり小学校、中学校の教育からです。

伊藤 それは大変だ。

平均点では日本の学生の方が上だが

石川 高校までの詰め込み主義の成果で、平均点では日本の学生のほうが出来るのです。ハーバード大学の平均的な学生よりも、東京大学の平均的な学生の方が出来るかもしれません。とくに計算とかの基礎的な能力では上でしょうね。ところが、トップレベルで比べてしまうと、日本の大学はかなわない。きっと、どうやって学生の才能を伸ばしていくかというシステムがアメリカでは強いのでしょうか。もっともボトムレベルでは日本の方が上でしょうけど。

伊藤 よいことかどうかまだわかりませんが、ロー・スクールが出来て、法学部はずいぶん変わりました。昔は法学部を出て、受験勉強漬けという非人間的な生活をして、何とか全体の0.5%ぐらいの人が司法試験に受かって、あとはぼろぼろとこぼれていった。今はそうではなくて、ロー・スクールで、そこそこ勉強すれば3分の1ぐらい受かる。受かったからといって、弁護士でやっていけるかという、実際はそこから本当に厳しい競争に入る、というように、システムをずいぶん変えてしまったのですが、医学はどうなのですか。

石川 日本の医学部の教育システムでは、教える内容がアメリカとずいぶん違うのです。アメリカはプロフェッショナル・スクールなのです。極端な言い方をすると、役に立つことを教える。日本では、役に立つことも含めて教えるのです。アメリカの大学の医学部で一番強調されるのは、あなた方が医者になったときに、一番たくさん診なくてはいけない症例を一番しっかり勉強しなさいということです。ところが日本では、それも大事だけれども、医学全般、稀なものも含めて全部勉強しなさい、ということなのです。つまり、医者としてパーフェクトな医者になりなさいということなのです。

伊藤 総合力を要求されるということですか。

石川 そうです。でも、結果としてどうなるかという、広く薄くになってしまう。それに加えて勉強の主要な部分が暗記ものになってしまうのです。

伊藤 日本の場合は、高校を出て医学部に入ってから卒業するまでが6年間ですが、アメリカはどうなっているのですか。

石川 4年間の大学出てからです。ですから医学部は大学院扱いです。4年間の学部では普通の大学生ですけど、いわゆるプレメドと呼ばれる医学部進学者向けのコースをとります。物理や生物・化学などがあるのですが、それとは別に医学部用のセンター試験のような共通テスト（MCAT）を受けます。そうして医学校への進学準備を進めていくのです。

医師へのコースに多様性を

伊藤 という先程のロー・スクールの話に似ていますね。これまで日本は法学部の中で、全部勉強して、その中で、さらに勉強して司法試験を受けることになっていました。これからは学部は学部、そこを出てから、3年ぐらいの間にロー・スクールに行くことによって専門家になりなさいという形が考えられます。ただ、日本は全面的にそういう方向性で行くのは難しいところがある。

石川 いや、日本の医学教育でも、そういう形が一部あってもいいと思うのです。もちろんデメリットもありますけれども。医師になりたい誰もが高校を出てからすぐ医学部に行くというのではなくて、学士を終わってから行く医学部があってもいいと思うのです。今の日本では、自分から医者になりたいという学生も、もちろんいますが、学校の成績がよかったので周りから医学部へ行きなさいといわれて医学部へ入ったというのがかなりあると思います。法学部でも経済学部でも、あるいは農学部でもいい。い

ろいろな学部で4年間の学部生活を経験すると、それなりに人生の視野は広がりますよね。いろいろ社会を見ると、自分はこんな困った人たちを助けたいから医者になるのだとか、自分はこういう研究をしたいから医者になるのだという、目的意識がもうちょっと強くなるのではないかなと思うのです。

伊藤 大学を出たぐらいの22、23歳ぐらいの方が、またもう1回行くという形のメディカルスクールがあるといいのでしょうか。

石川 そうですね。それも非常にメリットがあると思います。全部がそうなったら、やはり問題は出てくるかもしれませんが、一部にはあってもいいと思います。試しの一つぐらいつくってもいい。東京都が少し頑張っているようなことを聞きました。

伊藤 そういう部分的な改革ができると、それが成功すれば、また増やしていけばいいのですけれども、なかなか難しいのですかね。ロー・スクールの場合、一斉に変わってしまったので、すごい変化だと思ったのです。

石川 医学部だけではないのですが、日本では、どうしても誰もが平等、同じように扱おうとする。ですから学士入学にしても、おそらく大学側にとっては100人なら100人の中に20人だけ特殊な経験を持っている人間がいると均一にならないので、何かとやりづらいということがきっとあるでしょう。しかし、そこを変えていかなければならない。

医療の改革に外国での研修体験を生かすという途

伊藤 大学医学部の教育現場におられて、とりわけ、これから医者を増やしていかなければいけないという状況のもとで、さらに、こういうところが非常に大きな問題だという点があれば、ご指摘いただきたいと思います。

石川 まずは医学教育における実践性の拡充です。ここ何年間かのカリキュラムの改編によって、日本の医学の教育もずいぶん変わってきました。20年、30年前と比べるとずいぶん実践的になってきたのです。それでも、まだまだアメリカに比べると不十分という感じがします。

伊藤 非常にマイルドな言い方をされているけれども、要するに、日本の医学教育は残念ながら実践的でないということですね。ところで、アメリカでは医者が足りないときに、イギリスとか、あるいはヨーロッパとか、海外から人を引っ張ってきていますね。今、日本で、アジアからお医者さんをかき集めても、言葉も通じないし、なかなか難しいとは思いますが、医学教育の現場でも、外からの学生を入れるという方法で現状を変えていくことは出来ないのでしょうか。実践的な教育内容を求めてくる人が増えればおのずから変化が起こるのではないかと思うのですが。

石川 留学生を入れること自体は楽なのです。医学部の医学生は試験を通過してくれればいいわけですから、中国からでもロシアからでもウェルカムなのです。現行の制度でも、アメリカ人だからといって入学を差別しているというわけでは決してなくて、基本的には試験さえ受ければオーケーなのです。けれども、日本の入学試験は、日本語ですから、日本語をまず勉強しなくてはならない。それがネックになっているのではないかなと思います。

伊藤 日本の現状を変えるためには、何か外の力を使えないかなと思う部分もありますよね。歴史を振り返ってよく言われることですが。

石川 医者を増やすことではないですけど、今の日本の医療を変えるのに、効果的な方法があります。もっとたくさんの日本人の医者を臨床研修でアメリカに留学させるのです。昭和30年代は非常に多くの日本人の医者がアメリカで臨床研修を受けて戻ってきたのです。それで当

時、日本の医療はずいぶん変わったのです。今はアメリカへ行って臨床トレーニングを受ける人がいなくなってしまったのです。

伊藤 なぜでしょうか。1ドルが360円の時代に比べれば、少なくとも経済的にははるかに行きやすいと思うのですが。

石川 いや、向こうでもらう給料が問題です。1ドル360円だったら、向こうでもらう給料で貯金できて日本に戻れますよ。日本ではお金持ちしか食べられなかった牛肉をアメリカでは毎日食べられた時代ですから。今の若い人は、牛肉を食べるというのを有り難がらないですし、日本の給料がよくなってしまいました。

伊藤 いまの話をもうちょっと広げますと、例えば日本の医学部のキャパシティを増やして医者を増やすのは難しい。いろいろな制約がある。そこで実際にどのくらい変わるかわかりませんが、一番安上がりだと思えるのは、優秀な高校生で手を挙げる人には政府が奨学金をあげて、アメリカなり、海外の医学部に送ってあげる。その代わり条件付きで、5年か10年後には帰ってきて医師として働いてもらう。これは制度としては、簡単に実行できるのではないかな。

石川 それは非常にいいアイデアですね。アメリカの医学部でも州立大学だと入学条件は結構、厳しい。州の住民でないと採らないとか、そういう条件があります。しかし、カリブ海の国々に本拠地を置いていて、実際の臨床実習はアメリカの病院でやっているという医学部がけっこうあるのです。実はアメリカの学生が、アメリカ国内の医学部を落ちてしまって、カリブの医学部へ行くのです。そうすると、最初の1年ぐらいいはカリブで教育を受ける。しかし3年目ぐらいいからの臨床実習は全部アメリカ国内でやるのです。そうすると、臨床実習で受けるトレーニングの質は、アメリカの大学とそんなに遜色ないのです。そういう医学部だったら外国人もわりと受け入れますから、そういうところ

へ行って教育を受ける。日本に戻ってきても日本語が出来るから問題ない。そんな人にも日本の医師国家試験の受験資格を与えなくては行けませんけど、優秀ならば日本の国家試験をパスするというのはあるでしょうね。

伊藤 いるでしょうね。先生も、別に意図されたわけではないけれども、結果的にはアメリカでも医学教育を受けて、日本の国家試験を受けたわけですね。それをもっと意識してやればいいということですね。

石川 そういうのをもっと大々的に、先生がいまおっしゃったように奨学金も出して、日本の医学生にだってアメリカでトレーニングを受けさせてきたら、やっぱりいい医者になってくると思います。

伊藤 今日は日米の医療制度、医学教育の比較や違いを中心に非常に良い話が伺えました。ありがとうございました。

2008年12月3日

NIRAにて

石川 義弘（いしかわ・よしひろ）氏 略歴

エール大学医学部を経て横浜市立大学医学部卒。ハーバード大学助教授を経て、横浜市立大学大学院医学研究科・循環制御医学教授およびニュージャージー州立大学医学部循環器内科・細胞生物学・分子医学教授・同病院指導医（兼任）。著書に『市場原理とアメリカ医療』（2007）医学通信社、等多数。

医療「対談シリーズ」リスト

聞き手は、NIRA 理事長 伊藤元重
(肩書きは対談時)

回	実施年月日	対談テーマ・ゲスト
第2回	2006年5月8日	医療制度改革を考える 東京大学付属病院 院長 永井良三氏
第3回	2006年5月31日	日本の医療制度の課題 日本学術会議 会長 黒川 清氏
第19回	2007年3月20日	医療システムの課題 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授 池上直己氏
第34回	2008年7月11日	日本の医療の課題：「医療の見える化」に向けて 東京医科歯科大学大学院 教授 川渕孝一氏
第36回	2008年7月30日	日本の医療の課題：医師不足の本質を捉えて新しい仕組みを 社団法人日本病院会 会長 山本修三氏
第38回	2008年9月16日	患者の視点で考える医療情報の開示 青山学院大学大学院国際マネジメント研究科 教授 飯塚敏晃氏
第39回	2008年10月8日	医者が忙しすぎる：大病院の視点から NTT 東日本関東病院 病院長 落合 慈之氏
第41回	2008年11月11日	医療問題：議論の基礎にデータを 一橋大学国際・公共政策大学院 教授 井伊雅子氏
第42回	2008年12月26日	医療資源の適正配分に向けて 日本医療政策機構 副代表理事・東京大学 特任准教授 近藤正晃ジェームス氏
第43回	2008年12月3日	医療と医学教育の何を米国に学ぶか 横浜市立大学大学院医学研究科循環制御医学 教授 石川義弘氏

※全対談シリーズは <http://www.nira.or.jp/president/interview/index.html>
にてご覧いただけます。

財団法人 総合研究開発機構
〒150-6034 東京都渋谷区恵比寿 4-20-3
恵比寿ガーデンプレイスタワー34階
TEL:03-5448-1735 / FAX:03-5448-1744
URL: <http://www.nira.or.jp/index.html>

©総合研究開発機構 2009 2009年2月16日発行