

## ACOG 会長特別講演

## 婦人保健政策のリーダーシップ

アメリカ産科婦人科学会会長, Rush 医科大学主任教授  
George D. Wilbanks, M.D.

## Health Policy Leadership

*The American College of Obstetricians and Gynecologists*  
(President of ACOG)

私はシカゴのラッシュ医科大学産婦人科主任教授, ウィルバンクスと申します。水口会長ならびにご出席の皆様, 本日はアメリカ産科婦人科学会会長の私に第48回日本産科婦人科学会学術講演会で特別講演の機会を与えて下さり, 感謝にたえません。昨年名古屋で開催された日本産科婦人科学会でも厚いおもてなしを賜り, ありがとうございました。

本日のトピックは婦人の保健政策におけるリーダーシップについて話そうと思います。アメリカのヘルス・ケアは大混乱を来しています。この変革は患者のケア, 医学部学生やレジデントの指導, 専門医としての自覚など, すべてに変化を引起しています。日本とアメリカではヘルス・ケアの体制が異なりますが, こうしたアメリカの変化に我々がどう対処するか, これは皆さんもきつと無関係ではいられなくなるでしょうから, 関心をもっていただけるものと思います。

アメリカ産婦人科医療の変化の実態を理解していただくために, その歴史的背景を簡単にご紹介しましょう。1920年代, 30年代には医者是一人, もしくは二人で組んで診療にあたり, 診療報酬は患者から直接に手渡されました。やがて小規模の保険会社が営業を始めます。政府は公衆衛生, 疾病管理に, そして少数のヘルス・クリニックに関与しておりました。この時代に政府の担当官, 生命保険会社の統計担当者, 研究室の科学者らは, 慢性疾患は感染症や損傷などよりはるかに死亡原因となる率の高いことに気がつき, これは医療の

方向を転換することになりました。1940年代になると多数の医師が小グループで診療するようになり, 各組織のなかではスペシャリストという位置づけで関与しました。保険会社は当時のアメリカの人口のなかで最も健康な人の医療費を医師や病院に支払ったわけです。政府はますますヘルス・ケアに関与を深め, 基金を作って私立病院建設を補助し, 研究所 (NIH, 1945年) を設立して医学研究を奨励し, また保険制度 (社会保障 social security) も障害者や高齢者を対象とするようにしました。

ヘルス・ケアとこれに支払われる費用は患者と医師との間に特殊な関係がありますが, この関係は1960年代に大きく様変わりします。医療費の高騰に対応するために, 特殊営利団体が貧困者, 高齢者, 政府の意見を代弁し, いわゆるメディケア, メディケイドの制度を発足させたのです。メディケアとは高齢者の医療費を政府が医師や医療施設に支払うものであり, メディケイドとは当初は貧困者の補助を目的とし, その後慢性障害者をも対象とすることになった政府基金であります。両プログラムの支払いは固定所得者の給与からすべて差し引かれました。

1970年代にかけて, 医療費はGNPの14%という現在の高額医療に向かって上昇し始めました。西欧諸国では公営, 私営の国民健康保険制度が実施されました。これらはヘルス・ケアの費用を広く分担させ, その利用を統制するものです。アメリカでは, 企業や管理の特殊営利団体が被雇用者

を保険に加入させ、医師間の競争を激化させて医療費を引き下げようとする医師を統制する政策を強要しました。その結果次々と営業を始めたのが、health maintenance organizations, 通称 HMO です。

HMO とは固定給で医師を雇って診療させ、また医師グループと契約を交わして患者のケアを受け持つビジネスです。後者の場合には、医療費は通常の請求額より大幅に割引かれます。HMO は営利目的の株式会社の形態が多く、運営するのは医師ではなく、経営者です。保険勧誘に有力なこうした会社は、医療を医術からビジネスに変えてしまいました。

「managed care organization」は HMO の高級版で、医師に許容される医療行為はさらに厳しく「管理」されます。ここでは経営管理者によってそれぞれの診断に応じた治療方針が厳密に設定されます。その最たるものは「頭割り」(capitation) と称し、雇用者又は保険会社が大規模(数千人)のヘルス・ケアを一括管理して予算をたて、医師は月単位で患者一人当たり、あるいは“生命”当たりいくらか支払われるタイプです。医師グループは患者個人が相手ではなく、加入者団体を一括ケアして財政上の責務を負わされ、「リスクの分担」とも呼ばれます。

医師たちはさまざまな理由から設立初期にこのような連合に代表を送らず、周囲の変化にほとんど気づかないままに過ごしました。ところが、こうした諸変化により専門医としての権威は大きく切り崩されることになりました。専門医とはその定義にも明らかなように自立し、本人が方向を定めるべきものです。従来、医師は伝統的に、1) 自分の診療所や病院をコントロールする、2) 高い倫理性を維持する、3) 自己規制や、同業者の評価(peer review) によるグループの基準に適合する、4) 自己研修に必要な新しい情報を勉強する、5) 専門性を維持するために後進を育成する、などを行ってきました。

1990年代に起きた摩擦はこうして我々の守ってきた専門性を脅かしています。医師は自分の施設、病院のコントロールを失い、ヘルス・ケアにおけ

る人間関係は薄れて商品化しました。医師は自己規制のある専門家というよりは、雇われ人になりました。この結果、診療内容の決定、料金の設定権を失い、規定外の仕事に従事する意欲は薄れ、支払い能力のない患者は無料とすることなどの決定権はもちません。診断と治療のガイドラインを渡され、後は同僚ではなく、会計課の評価と監査に任せられます。患者とかつて交わされた独自の関係は失われました。

こうした背景から、如何にアメリカの産婦人科医が今日、重大な危機に直面しているか理解していただけたと思います。私はこの4年間ずっとこうした革命的試練に対して意見を述べて来ました。この間ニーズは安定していても、変革は加速されました。驚いたことにこのような変化に対する一般産婦人科医の意識は、ビジネス・リーダーや他科の専門医に比べるとかなり遅れています。専門医として患者のケアを左右する決定権を回復することが如何に重要であるかを自覚していないように見受けられます。

医療の企業化は我々の診療に変革を招きました。企業化により、治療に関する経済、政治、医療上のあらゆる権限が個人の医師、あるいは医師グループから組織へと移譲されたのです。5,600万人を超える人々がなんらかの管理ケア体制に加入しており、アメリカの医師はほとんどが、やはり、なんらかの管理ケアに参画しています。このシステムは効率性に関するかぎり評価してよいでしょう。我々が懸念するのは効率性ではなく、患者のヘルス・ケアからの経済搾取です。アメリカ医師会会長 Lonnie Bristow 博士はこれを「管理された不当利益」と批評しています。

HMO 同士の買収合戦も盛んです。合併は毎週のように繰返され、そのたびに数十億ドルの資産が動き、何百万という人間の生命保険が取引されます。HMO の熾烈な競争が医術を算術に低落させてしまいました。Unimed 社の場合、一日の利益は100万ドルといえます。

HMO 経営者の貯蓄額は相当なものであるのに、これを被雇用者に分け与えることはしません。家族に持ち帰る給与が上がるわけでもなければ、

ヘルス・プランの恩恵が増えるわけでもありません。預貯金はすべて HMO の株主か会社経営者の懐に直行します。いまやアメリカの高額所得者に名を連ねているのは、HMO の経営者たちです。

医師から実業家の手に主導権が移行した結果、医学研究から教育にいたるまで予算が削られました。我が国の医学教育は世界有数のレベルであると自慢できるものでした。にもかかわらず、どの教育システムも崩壊の危機に瀕しています。教育のために誰も出資しようとしなからずです。企業経営者は医師にはまだまだ余力があるはずだといひます。こうして、医学教育に利益からビター一文振り分ける気はないようです。教育資金を政府に期待するのも御門違いかと思われまふ。予算のバランスとりに奮闘中の議会は、医療費の予算をさらに削減することしか念頭にありません。

アメリカでは労働力の48%を占めるのは女性です。産婦人科医が先頭にたつて次のような説得を実業界に働きかけるべきであります。1) 利益の将来性は彼らの被雇用者の健康状況に依存していること、2) 被雇用者の将来の健康は高度な医学教育システムに依存していること、であります。財布のヒモを握る人間に向かって、基礎研究や医学教育は患者のためばかりでなく、自己の利益にも役立つことを説得しなければなりません。

この意見に賛同してくれた、あるカリフォルニアの医師は肝心の問題点について、こう指摘しています：「皆の健康の決定権は医師にも看護婦にも、また議会にもない。決定権を握るのは保険会社であり、それも利潤追求が目的である。なぜ皆で決起しないのか？」と。私も、どうしてもっと多くの産婦人科医が危機感をもち、警戒を強めないのか、腑に落ちません。ヘルス・ケアに及ぼす企業の決定力に大衆がキャンペーンを展開しない理由は、大衆の90%は健康であるからであり、自分に直接係わる問題だとは受け止めていないからです。しかしながら、アメリカではどの産婦人科医も被害を受けて来ました。要は、産婦人科医が、自分の患者の医療は自分で決めるのだ、ということに目覚める必要があります。現在この決定は経営管理者や保険会社の事務員によって行われ、コ

ストが目安とされます。産婦人科医からリーダーを養成し、我々と患者を代表して意志決定の会議に参加させることが望ましいと思われまふ。

リーダーとなるべき人材を発掘し、新しい技量と態度を習得させまふ。ACOG でリーダーシップに必要な技量を開発する目的で試みた変革の4項目をここで披露しまふ。

第一に、リーダーの資格をもつ者は、治療方法を検討し、その治療成績の評価方法を改良しまふ。企業ではすでに独自の検討委員会が設置してまふ。HMO でも独自の研究グループを雇い、診療の質を調査してまふ。将来のヘルス・ケア・サービスを経済的に算定するためであり、彼らの目的は次のようなことであります。

1. 加入者の健康と、労働力としての生産性をさらに増加させること
2. 総収入に占める健康関連費用の割合をさらに減少させること

経営管理者が、何が女性に最善の医療であるかを決定する判断基準は健康の経済学です。ところが、我々は HMO の全国医療検討協議会 (National Committee for Quality Assurance) に一人として代表者を送り込んでいないのが実情です。しかし、健康に関する経済的側面の研究を行い、管理ケア組合の認可を与えるのはこの協議会であります。

コンピューターを駆使したり、書物を読みあさる連中に、我々がリーダーとしてだけでなく、専門医として差をつける唯一の方法は、我々が新しい知識を創造することです。ニュース・メディアは膨大な量の健康診断のためのコンピューター・ソフトが今年度、一般市場に売り出されると報道しまふ。そのいずれにも、産科婦人科学会のものは入力されていません。そのうえ、婦人保健の成果を評価した研究で特に優れたものは公衆衛生関連の雑誌に掲載され、執筆者は産婦人科医ではありません。

産婦人科医は、女性のケア改善に明らかに貢献できる新しい方法を研究し、創造することでリーダーであるかぎり、専門医としての地位を維持できるでしょう。それと同時に、情報システムにイ

ンプットされた内容を患者のためばかりでなく、同業者や健康関連の専門家に役立つようなコントロールの手腕を発揮できるなら、リーダーとしての座を守れるはずで。

第二に、コミュニケーションの手段とスピードの改善が必要です。臨床、教育指導、研究におけるこれまでの記録、ファイリング、データ収集の方法を徹底的に差し替えないかぎり、他の科学分野の同輩に追いつけないかも知れません。

ACOG の コンピューター・サービス、ACOGNET は改良されてインターネットに接続されました。新しいスキルを指導するコンピューター・コースも開講しています。他方で、これに取って代わるデータ・ソースが次々に激増しますので、私共はさらに革新的であることが必要です。新しい医学データを仲間と共有し、我々のリーダーや政府に意見を述べ、無論、患者のヘルス・ケアを評価するためにも、今述べたようなスキルが役立ちます。

電子によるコミュニケーションの改良、開発には次の危険を伴います。1) 患者—医師の関係での人間性喪失、2) 患者のプライバシーの問題、こうした被害から患者を保護する立場で発言できるリーダーが必要です。重ねていいますが、専門医のコミュニケーションは患者の健康向上を最大の目標に据えるべきであり、企業利益の増大に利用されるべきではありません。

第三に、仲間同士のピア・レビューの立て直しが大切です。私共は個人として医療水準の向上を図る責任が、自分自身およびお互いに対してあります。しかし、倫理問題に関しては専門医の組織を通して団結することが必要です。州政府はますます医師の規制を厳しくする方針です。一例が、ニューヨーク州では、術後死亡報告をもとに調査された心臓血管外科医のランク付けが毎年発表されます。ショックを受ける医師たちを尻目に、大衆はこの種のニュースを歓迎します。専門医、医師、医療従事者間の競争激化が加わり、医師のモラルの低下を招いています。ピッツバーグ大学で最近発覚した不正事件によると、医学博士取得者のポストに殺到した応募者の20%が履歴を偽り、

30%は虚偽の業績を提出したそうです。産婦人科医としてこれと似たようなものではないとは、いいきれません。

世間が産婦人科医に描くイメージもガタ落ちし、私共としても修復に取り組むべき時にあります。過去5年間アメリカ外科学会が戒告、停職、会員取り消しなどの厳しい処分を行った産婦人科医の数は他の分野の専門医が占める比率を超えております。ピア・レビューは、あらゆる職業で取り扱い件数を増やしております。去年は弁護士会でさえ懲戒件数が激増しました。これに比べると、産婦人科医は時流に取り残されています。

産婦人科医療の水準を引き上げるために、私はACOG 資格審査委員会に依頼し、アメリカ外科学会とアメリカ医師会を参考にして、倫理規定を改正することにしました。これを受けた委員会では政策の変更に着手し、必要に備えて会員の州医師免許、病院契約の喪失、不正文書、その他の法律問題を調査、譴責する方法を検討中です。

しかし、ACOG の変革だけでは対応しきれません。我々の日常診療が患者の健康を左右します。産婦人科医集団のイメージが崩れ落ちたのは、地元での医療が高い医療水準を維持できなかったことによります。各人がそれぞれの病院、町、州で、再び信頼を取り戻すよう、積極的な活動を展開してほしいと思います。

第四は、女性の保健政策です。これはいまや医学界では「最先端のトピック」です。大衆メディアでは毎日といってよいくらいにこの報道が流されます。これに反し産婦人科医のなかには、この用語から政府の介入とコントロールを連想する人がいます。保健政策こそ我々の日常診療を統制するものであり、したがって、この分野でも我々が積極的に活動するべきです。医学界に名を連ねるリーダーは、より多くの医師に保健政策の豊富な知識習得を心掛けるように呼びかけています。具体的には、予防医学、公衆衛生、疫学の基本的スキルと専門用語、ヘルス・ケアの理念と管理などです。

産婦人科医のこの領域への参入を奨励する一対策として、私は1994年8月にある委員会を招集し、

1995年には委員会から ACOG に対して次のような勧告が出されました。

1) 産婦人科の臨床医を対象に、公衆衛生、予防医学、疫学の方法と用語を習得し、ヘルス・ケアの方針と管理を学習する短期集中研修を開催する。

2) 公衆衛生修士号などの学位取得をめざし、保健政策と管理に関する正規のトレーニングを支援する体制を作る。Wyeth-Ayerst Laboratories からはすでにこの企画へ出資したいと、親切的な申し出を受けています。

このような準備をしてこの分野の資格を獲得し、政策決定の当事者である企業や政府の協議会委員の信用を得ることに成功すれば、こうした協議会に代表を選出することも夢ではないでしょう。アメリカの産婦人科医は、もしピラミッド構造の底辺から抜け出せないなら、結局は極めて貴重な時間を浪費しているのです。産婦人科医以外の、どちらかという医師以外の方が、本来我々がやるべき患者ケアの重大な決定に与かっているのです。保健政策の力学を学べる絶好のチャンスを見すみずみ取り逃がすなら、自己はもとより患者の危機をも招きます。

将来に予測される変革の危険にさらされているものは、いくらでも挙げることができます。1) 患者の健康、2) 医学生教育、3) 新知見の発見、4) 専門医としての主導権、などです。変革は必ずしも心地よいものではありません。19世紀の英国

人、フランシスコ・ベイコン卿はこう書いておられます。「死者との競争はありえない。死人に変化は起こらない」。我々がリーダーとしてヘルス・ケアの変革に参加することは、専門家としての死活問題といえましょう。

この大きな潮流を方向転換するには、個人の力では及びません。皆で力を結集することです。個人がそれぞれに保健政策のトレーニングに意欲をもち、創造志向で改革の意志を貫き、患者の健康と医師の自治を擁護してくれるような団体活動に参加することによってのみ、初めて施設や専門医団体は改革を実現することができるのです。

日米の産婦人科医はともに専門医として世界で一つのコミュニティーにあります。アメリカ女性のヘルス・ケアを直撃する試練は、伝統や医療経済も異なる他国にまで早くも押し寄せています。ドイツ、カナダ、英国の産婦人科医が我々の意見と解決策を知りたいと関心を示しています。

日本産科婦人科学会で将来の立案をされる時、ACOG はぜひ協力したいと考えています。お互いに有益な企画を含めて保健政策の情報交換をしてはいかがでしょうか。単独に試行錯誤するよりは両学会が協力するなら、はるかに改善の実効を上げることができるでしょう。ご静聴ありがとうございました。

(翻訳：水口紀勢子)

1996年 4月 8日 横浜にて第48回日本産科婦人科学会における講演