

# 医疗再生

日美现场报道

〔日〕大木隆生

著

谭甜甜

译

上海译文出版社

医療再生

日本とアメリカの現場から

译文坐标

日美医疗体系对比  
医务人员过劳现状  
医疗事故调查制度

002

“拯救医患关系”的改革从何而生？  
倾听世界级名医从手术室现场发出的声音

IRYO SASEI; NIHON TO AMERICA NO GENBA KARA by Takao Ohki

Copyright © Takao Ohki 2016

All rights reserved.

First published in Japan in 2016 by SHUEISHA Inc., Tokyo.

This Simplified Chinese edition published by arrangement with  
SHUEISHA Inc., Tokyo in care of Tuttle-Mori Agency, Inc., Tokyo

图字:09-2021-596号

### 图书在版编目(CIP)数据

医疗再生/(日)大木隆生著;谭甜甜译.—上海:

上海译文出版社,2022.6

(译文坐标)

ISBN 978-7-5327-8998-6

I. ①医… II. ①大… ②谭… III. ①医疗保健事业  
-概况-日本 IV. ①R199.313

中国版本图书馆CIP数据核字(2022)第072069号

### 医疗再生:日美现场报道

[日]大木隆生 著 谭甜甜 译

责任编辑/张吉人 薛倩 装帧设计/张擎天

上海译文出版社有限公司出版、发行

网址:www.yiwen.com.cn

201101 上海市闵行区号景路159弄B座

启东市人民印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/32 印张 5.5 插页 3 字数 76,000

2022年8月第1版 2022年8月第1次印刷

印数:0,001—8,000册

ISBN 978-7-5327-8998-6/R·004

定价:36.00元

本书中文简体字专有出版权归本社独家所有,非经本社同意不得转载、摘编或复制  
如有质量问题,请与承印厂质量科联系。T: 0513-83349365

这是我回到母校工作的第十个年头。结束了为期十二年在纽约爱因斯坦医学院的工作之后，我回到了母校东京慈惠会医科大学附属医院（慈惠医大医院）。回国的目的之一，是为了将更为先进的美国血管外科治疗方法引入日本。虽然作为一名外科医生，无论在世界哪个医疗机构都能体会到用最尖端的治疗方法治愈患者的喜悦，但能在祖国日本，特别是能在母校用上这样先进的治疗方法让我尤为激动。

回国后，我用我的方式推动了慈惠医大医院外科医局<sup>[1]</sup>的改革。回国前的2003年，慈惠医大附属青户医

---

[1] 医局指日本的大学医学院及大学附属医院的下设组织，相当于中国医院的部门、科室。——译者（本书注释如无特殊标识，均为译注）

院的医疗事故被大肆报道，母校也遭到坊间的强烈指责。2006年回国后，各媒体争相报道“医疗崩溃”，一时间医疗界被大张挞伐。社会大力声讨医疗过失和医师短缺问题，被年轻人以“3K”<sup>[2]</sup>为由敬而远之的母校附属医院外科医局，也终究没有逃过其他医院都面临的人员减少的命运，眼看着就要陷入医疗崩溃的恶性循环中。因此，回到母校、重振外科医局成为我回国的一大动机。

20世纪90年代后期，媒体报道了当时接连发生的医疗事故，引发了社会对医疗界的抨击浪潮。从对事故的报道到医疗过失的追查，批判医疗界的话题不断升温，我回国时，国内已充斥着对医疗界不信任的氛围。

然而，根据我在日美的医疗从业经验来看，正如我将会在后文所详述的，这种对医疗界的抨击，反映了社会缺乏对医疗不确定性特征的理解，才会如此不着要点地追究结果责任<sup>[3]</sup>。

国内媒体为批判医疗界，还特别喜欢将日美医疗环境、水平进行比较。回国后，我常常看到一些媒体人跑

---

[2] 指“Kitsui”“Kitanai”“Kiken”，即日语中的“累”“脏”“危险”三词的罗马音。

[3] 法律用语，指只要行为人实施了造成危害结果的行为，不论其是否有过失，均应当追究责任。

到美国的医疗机构实地考察，而后写文章批评日本医院对待患者的态度是如何恶劣。比如经常可以看到“美国医院的等候室里不仅铺有绒毯，还有咖啡供患者饮用，相比之下，在日本医院就诊的患者不得不在狭小的等候室里等上好几个小时，得到的诊疗时间却只有三分钟”之类的话。

但事实上，在日本介绍的美式医疗只不过是仅限富人阶层享有的特权罢了。换句话说，这其实是“商务舱”级别的美国医疗与“经济舱”级别的日本医疗的对比，前者专供部分人享有，而后者全民共享，因此绝不意味着我国的医疗状况劣于美国医疗。

再者，鉴于我在美国有近十二年的外科医生从业经验，也体会过不为日本人所知的美国医疗的弊端，即过度商业化带来的社会达尔文主义与伴随而至的社会不信任。同时，为解决此类问题应运而生的分权体制与诉讼对策却造成巨额资金浪费，一言以蔽之，这是一种效率、质量均低下的医疗制度。

目前，日本的医师数量确实谈不上充足。其中，在医院工作的住院医师的状况尤为恶劣。一直以来住院医师工作时间长、工资低，而且每天都需要接触患者。特别是天天都需要与生命打交道的产科医生、外科医生和儿科医生，他们本身工作极度繁忙，还经常被“暴

露”在“医疗崩溃”“手术失误”等社会批评下，身心俱疲，于是相继选择离开医院。他们中的大多数人会选择开设私家诊所，这样面临社会批评的风险相较而言小得多。因此在 2006 年，住院医师愈发减少，而在在职医师的工作量和压力也不断增加，医疗界即将陷入恶性循环。

九年后的现在（2015 年 5 月），声讨“医疗崩溃”、抨击医疗界的气氛大为缓和。虽然医师短缺，特别是基层医师短缺的状况依然严峻，但现有的医科大学里编制人数有所增加，有两所大学也在时隔三十七年后重新开设了医学院。虽说医师数量不足的困境并未迅速得到解决，但总体而言在朝着积极的方向发展。然而，由于医师数量过剩会带来医疗费用激增与过度竞争的问题，所以有必要采取灵活应对的措施，如将来医师充足的时候，将医学院自 2008 年后增加至一千四百余名的现有编制人员数量削减至原有数目。

长期以来，医生和护士们凭借着高昂的士气，在残酷的工作条件下支撑着我国的医疗体系，这士气是他们的职业使命感使然。但实际上，这个体系却犹如精致的玻璃制品般脆弱。那些有关医疗事故耸人听闻的报道、一味追究结果责任的医疗抨击自然招致了大众与患者对医疗的不信任，同时过度地煽动了人们的权利意识。结

果，患者的笑脸和感谢从医院消失，医者之心遭到伤害，本就因为医疗抨击浪潮而受损的医生们的工作动力进一步降低，最终，“玻璃制品”被毁坏殆尽。因此，我们必须承认，仅仅通过改善工作环境和增加医师数量来重振医疗界是不够的。而通过 TPP<sup>[4]</sup> 改善国内医疗制度、引入美国赏罚分明的做法和“商务舱”式医疗服务，则会让日本医疗体系陷入更加困难的境地。

基于以上情况的考虑，我不断在各大媒体呼吁，也在自己工作的慈惠医大医院外科医局推进了改革。这可以说是一场小型的社会实验，其关键词为“衣食丰，寻初心”。

这样的想法我早已有之。从美国的大学医院辞职并回到国内之后，我的收入虽然降到以前的十分之一，但这份工资足以维持我一家四口的衣食住行，所以没有任何不满。满足了基本的衣食住行之后，多余的钱也不过是用来购买豪宅豪车游轮等非必需品，说到底也就是图个开心。而这个能用钱买到的开心是有限的，也容易让人感到厌倦。相较之下，在外科工作中凭借自己的医术治愈患者的快乐却普遍而广泛存在。

---

[4] 全称《跨太平洋伙伴关系协定》，旨在促进亚太地区贸易自由化。该协定是涵盖卫生措施、服务贸易等内容的综合性自由贸易协定。2017 年，美国单方面宣布退出该协议。

因此，重振慈惠医大医院的外科医局时，我们将口号定为“构建安心和使人雀跃的农村社会”。我们认为，那种能让医生感受到使命感、心动不已的理想工作环境并不存在于美国，而存在于昭和时期全面采用终身雇佣制的日式企业，甚至更早时期的日本农村社会。

在我们构想的“村子”里，“村民”相互认同，能够形成相互促进成长的伙伴关系。这里不存在蛮不讲理，事情办得好了，医生会收获患者的笑脸和同事的赞赏，这样的“村子”能让人一辈子都安心受雇于此。朝着这样的目标付诸努力之后，一时间人员大量流失了的外科医局由一百九十六人增长到二百七十七人，轻松、积极向上的工作环境得以构建。

这项社会实验仅仅是意识上的改革，并未花费一分钱。我们做的只是和同伴一起努力促进医疗进步，在收获患者的喜悦的过程中感受到贡献社会的实感和激动。换言之，就是让组织回归本来的面貌，让医生重新认识外科工作内在的价值。

这是一个凭借着热情和信念在美国从无薪医生升到教授位置的外科医生的故事，也是一个以美国医疗制度作为反面教材，并通过意识改革实现医疗重振的案例。我希望借此给医务工作者和享受医疗服务的人们，提供一个组织架构和医疗形态方面的参考。

写在前面 ..... 1

**第一章 美国医疗体制的“光”和“影” ..... 1**

日本媒体歪曲报道下的真相 / 无法保护弱者的保险制度 / 因病导致的个人破产 / 商业保险招致的家庭悲剧 / 需要经营手腕的骨干医生 / 汇报与内部举报乃公民义务 / 互不信任的患者和医生 / 难以构建具备医患信赖基础的国家 / 医疗诉讼中异常高昂的赔偿金 / 审查医疗失误的第三方机构 / 合理的美国专科医生制度 / 充实医疗辅助员工的队伍

**第二章 日本医疗崩溃的原因 ..... 36**

医疗崩溃的实质是住院医师体制崩溃 / 警察介入医疗界的国家 / 对医疗事故报道的过度反应 / 杂务缠身、疲敝不堪的住院医师 / 逃避风险、离开医院的医师们

### 第三章 外科医生的工作

#### ——让初心跃动的宝库 …………… 51

追寻“心动”的感觉 / 最初的挑战 / 大木，你救了这个人的命！ / 梦想破碎，成为血管外科医生 / 追随“明星医生”，越洋前往美国 / 即便是已成功的手术亦不意味着没有改善的余地 / “盗学”明星医生的技术 / 开发新设备，挑战不可能的手术 / 翻遍手术室，独自开展研究 / 学术会议上与著名心血管内科专家对决 / 无法拒绝的工作机会 / 向慈惠医大医院递交辞职信，背水一战 / 不成正比的收入和幸福感 / 一个完全没有优势条件的工作机会

### 第四章 变革意识重振外科

#### ——安心和使人雀跃的农村社会 …………… 99

疲敝不堪的外科 / “血管外科”的造势活动 / 构建安心和使人雀跃的农村社会 / 杜绝不合理的人事安排 / 加强人际联系的村庄活动 / 向学生传达外科的魅力 / 榜样工作的职场 / 外科医生是世界上最富有的人 / 在灾区发扬外科医生的精神和体贴 / 为各地医疗事业做贡献 / 重建医疗制度靠的是意识上的改革，而非金钱激励制度

## 第五章 日本医疗的未来 …………… 130

金钱激励制度不适用于医疗界 / 医疗器械审查滞后的问题 / 以解决问题为目的的机制 / 世界首次日美共同治验的结果 / 医疗器械国 / 改良手术器械 / 医疗的终极目的

参考资料 《读卖新闻》专栏连载 …………… 155

## 第一章

### 美国医疗体制的“光”和“影”

从 1995 年开始，我在美国的阿尔伯特·爱因斯坦医学院（下文简称为爱因斯坦医学院）工作了十二年。

关于我去爱因斯坦医学院工作的前因后果、在那些岁月中的种种经历，这些内容都将在后文详细介绍。首先，我想让各位读者了解一下我在美国医疗第一线的亲身体会。只有大家对美国医疗界的实际情况有所了解后，才能真正理解日本医疗界所面临的困境，这也有利于大家思考相应的解决对策。

## 日本媒体歪曲报道下的真相

很长一段时期，许多人都对美国的医院有如此印象：医院的地上铺着软绵绵的绒毯、待诊室供应着咖啡、几乎可以忽略不计的等待时间，再加上足足一小时的诊疗时间。国内媒体总喜欢拿这些事情来大肆报道，让人产生“美国医疗非常好”的错觉。

确实，美国既有豪华的医院，也有把患者当成酒店贵宾般对待的医疗服务。然而，这需要每年支付四十万日元以上的商业保险费用，因此，能享受这些的群体只是中产以上的富人阶层，或者是大型企业的员工。

日本实行全民医保制度，所有的国民均需加入国民健康保险，但是，在美国，公共性质的保险仅对缴纳税金且符合一定条件的老龄群体、贫困群体以及残障人士开放。六十五岁以上的老龄群体以及残障人士加入“联邦医疗保险”，“联邦医疗补助”则为符合资质的低收入群体提供医疗费用上的协助，而这些保险的覆盖率仅占到美国国民的 20%。

因此，在美国，六十五岁以下的普通人如果要加入医疗保险的话，就必须以个人身份购买民间的商业保

险。如国内的汽车任意保险<sup>[1]</sup>和人寿保险，种类繁多，个人可以根据自身情况选择合适的保险计划并投保。

然而，这些商业保险实际上非常昂贵，即便是最便宜的种类，每人每年也需要缴纳约三十万日元的保险费。而美国在许多行业实施金钱激励制度，造成了巨大的薪酬差距，真可谓“朱门酒肉臭，路有冻死骨”。

假如一个年收入三百万日元的四口之家需要购买商业保险的话，四个人各三十万日元，一年就需要一百二十万日元，显然，这样的家庭无力负担。事实上，美国有五千万人，即20%左右的国民没有保险。

我住在纽约的时候，有一次从医院附近打车，遇见一个左手缠着好几圈绷带、单手开出租的司机。

“您的手是怎么回事？”

“唉呀，之前摔了一跤，一直痛着呢。”

“我给您看看吧。”

于是，我让他停了车，帮他看了看，发现他的手指骨折了。我劝他去医院，但是他说：“我没保险，还是算了。”

“您这里应该是骨折了，找一块板子夹住可能会好

---

[1] 日本的车险分为“自赔责保险”和“任意保险”，前者为强制性保险，类似中国的“交强险”，后者则为强制险覆盖范围外的内容提供保障。

些。大概固定一个月就可以痊愈了。”

就这样，我给了他一些诊疗建议。下车的时候，他不肯收我给他的二十美元出租车费。

“我既然坐了您的车，车费请一定要收下。”我说。

他回我：“不不，您帮我省了去医院看病的钱，真是帮了大忙。我没保险，去医院的话肯定要花很多钱治疗，就是想去也去不了。”

享受国内医疗的人肯定会觉得这很夸张吧。但这就是事实。美国的医疗费用高得令人咋舌。

比如，做阑尾炎手术在医院待上两天一晚的话，需花费三百万日元。所以，在美国，没保险的人要是急性阑尾炎发作，痛到不得不跑去医院做手术的话，医院会向他们收取三百万日元的费用。可以说，没有保险的中间阶层和低收入群体每天都面临着因家人生病而导致个人破产的风险。而自从我遇见那位骨折的司机之后，每次乘坐出租车我都会做一个小调查，询问他们是否有医疗保险，但从来没有一个司机给过我肯定的回答。可以想见，他们随时会因为家人的重疾陷入个人破产的绝境，换句话说，他们相当于每天都在和上天赌运气。

商业保险贵，自费看病也贵，而国内媒体几乎没有报道过美国医疗这些方面的实情，只是一味地放大美国医疗的好，然后煽动道：“日本应该向美国看齐，迈入

先进医疗国家的行列！”

## 无法保护弱者的保险制度

2014年美国开始实施新的医疗保险制度（俗称“奥巴马医保”），这也受到当时日本媒体的热切关注。该制度计划通过鼓励民众加入商业保险、扩大“联邦医疗补助”的对象群体来实现全民医保的目的。

那么，美国的老齡人群、低收入群体要如何加入公共性质的保险呢？或者说，加入这样的保险能让他们享受什么样的医疗呢？让我用一个有关低收入者享受的“联邦医疗补助”的例子来说明一下。

实际上，我刚到美国生活的时候，就加入了“联邦医疗补助”。因为，我离开日本前我刚结婚的妻子就怀孕了，所以我以无薪研究员的身份移居到纽约的时候，立刻就需要加入保险。

假如没有保险就让怀孕的妻子在纽约生产的话，会产生高额的医疗费用。而万一生产的时候发生意外，需要进行特别治疗时，则有可能产生上亿日元的费用。当时脑子里想到的就是立刻收拾行李回国。但我将这个情况和爱因斯坦医学院的工作人员讲了后，他这样说：“大

木医生，您在这里工作好像是无薪的对吧。这样的话，您可以加入以领取生活补助的人群为对象的保险，不如您试着申请一下？”

这位工作人员所说的就是“联邦医疗补助”。然而，我当时虽然在美国没有收入，但在日本仍然是大学医院的在编医师，妻子也同样是医师，按照我们这种情况，应该申请不到生活补助吧？一边这样想着，但还是决定听从工作人员的建议去试一下。

从纽约市政府领取到的申请表上，需要填写房租、名下车辆的种类和年份、过去三个月的电话费、银行户口里的余额等非常详细的信息，都是一些证明“我很穷”的条目。

我们租住的公寓在爱因斯坦医学院所在的布朗克斯区，月租为十三万日元。往国内打电话也都是采用对方付费的方式，所以话费也花不了几个钱。车是二手的，美国的银行户口中只有九万日元。这就是我们需要在申请书上填写的所有内容。

实际上，我们在日本的银行户口中存了八百万日元，以应对之后一年在美国的无收入生活，但是显然政府不会调查到如此细致的地步，所以我们顺利地通过了审查。如果名下有高档车或者不动产，也不向政府申报的话，就无法加入“联邦医疗补助”。同时，如果当时