

「医療政策と21世紀の課題」

東海大学医学部長 黒川 清先生

これは製薬協として初めての試みだというお話が永山会長からありました。普段からお世話になっている錚々たる先生方が来ておられ、少し緊張しているところでございます。私は幾つかの機会、今回のテーマで話をさせていただいておりますし、その一部はいろいろなところで書いておりますので、私の主張については、かなりご存じの方もいらっしゃると思います。

ご紹介にもありましたように、またお手元の資料にもありますように、私はアメリカの大学で足かけ15年間教育・研究・診療に携わっていました。15年の間に4つの大学を渡り歩きました。日本に帰って17年になりますが、日本でも3つポジションを変えており、医者になってから今の職で8つ目ということ。普通の日本人には見られない職歴を持っており、しかも、日米両国の大学で内科を教え、診療をし、研究し、という経験をしている人は極めて少ないわけで、そういう意味では、私の見方はどちらかというとエイリアンの見た日本ということにもなるわけです。しかし、全くのエイリアンに言われると「このやろう」とカチンとくるわけですが、幸いというか、私は日本の大学を出ており、日本に帰ってから17年間、日本の大学で教育、研究、診療に携わっているのです。日米両方の言い分もわかった上で、私の言い分を言わせていただく。むしろ日本の将来については、いくつかの非常にポジティブなことが幾つかあるという立場で話をさせていただいています。

現在の日本の状況から言うと、リーダーの方々にはかなり厳しいことを申し上げているかもしれませんが、それは今の責任ある方々がなくなった後の次の世代をいかに育てるかがむしろ大事なわけであり、そうした視点で話をしていることをご理解いただければと思います。もちろん、ここにいらっしゃる方々は、日本の医療政策についてはかなりご存じの方々ばかりですので、

20世紀後半の日本の医療の特徴 (-1980) :

- ・日米関係を軸にした経済成長と経済国 G7 へ
- ・昭和 36 年 (1961) の国民皆健康保険制度導入
- ・対 GDP コストで比較的「質のよい」医療を提供

まず簡単に 20 世紀後半の日本医療の特徴を考えてみます。ご存じのように、日米関係を軸にした経済成長と、経済大国 G7 になったということが、日本の主軸です。その中で、昭和 36 年に国民皆保険制度が導入され、この皆保険のおかげで、いわゆる対 GDP 比で低コストで比較的「質のよい」医療を提供してきたということを皆さんも思っておられ、私たちは、その恩恵を受けてきました。

しかし、この特徴を簡単にサマライズさせていただければ、だれでも、どこでも、診療に行けるということになる。病気ではなくても、自分で病気だと思えば行っていいわけで、敷居が非常に低いということではプラスです。その理由は、自己負担の費用が少ないということ、そうした医療を受けられること、そして、老人の医療費

20世紀後半の日本の医療の特徴 (1980-) :

- ・急速な少子、高齢化
- ・国民の 50% が大学へ進学する高学歴社会
- ・急速な経済の低迷 (1990-)
- ・医療コスト削減へのさまざまな対策

はほぼ無料であるということで、皆さん非常に良いと思っておられるわけです。しかし、これにも問題がないわけではありません。こうしたベネフィットをみんなで享受していたわけですが、政府が安い医療費を決めてコントロールをし、GDP 比の 7.5% ぐらい、30 兆円をどうするか、いかに減らすかということをやっているわけです。

これの特徴は、いろいろな場で医療を受けられたり、あるいは医療を提供されたり、政策決められたり、製薬をしたりということですが、すべての診療コストは規制されている。規制という言葉が気に

入らなければ、きちんと統一されているといいますが、コントロールされ、勝手に値段はつけられない。システム以外の私的費用の混合は認めないということです。つまり、混合診療はだめということで、せめてやっているのは病室の差額ぐらいのことです。その他をやると「お上が怖い」ということです。医師、専門医の技術料の差別をつけない。だから、幾らトレーニングをしてもメリットがない。外科手術は、したがって少ない。なぜかというと、昭和36年までの日本の医療ではむしろ手術よりは投薬によって、患者さんも薬を欲しいというのが普通だと思っていましたし、薬価差というものがあった、それでお医者さんの収入も上がるような格好でした。技術料や手術料はなるべく安くしておいても、手術よりはむしろ投薬で、皆さんが満足をしていたということです。しかも、この技術料の低さを、検査の多さと薬剤の投与で医療提供側の収入をカバーしていたということです。しかも、特に昭和40年頃からは中央検査部というシステムが入って、検査の項目がどんどん増えてきて、これもビジネスになってきたということです。

大学病院も多くの外来患者で病院収入を支え、長期入院も経済的に可能であったし、専門医の多くは実は病院の職員であり、病院の職員ですから基本的に年功序列、内科、外科、脳外科・皮膚科など、みな同じ給与体系だという「ばかげた」システムです。「ばかげた」と言ってしまうと申し訳ないのですが、今になってみればばかげていたと思っても、その当時はだれも、そんなことはあまり感じなかったということです。

医師の教育と研修の質には何のインセンティブもありません。一生懸命研修をして、いろいろな専門医とか、いろいろな認定をされても、初診料は同じです。一生懸命頑張っても、頑張らない人と病院では給料も同じですし、年功序列で、みんなサラリーマンですから、これだったらインセンティブはない。では、何のためにやっているかということ、教授の覚えが愛でたいというためにやっている人たちも多かったということです。

医療の質と量、ボリュームですが、コントロールがありません。それはそうですね。自己負担が少ないのですから、お腹が痛いと思ったら近所のお医者さんに行く。そのお医者さんは検査もしないし薬もくれない。これは「やぶではないか」と勝手に思って、

次の日になるとよそのお医者さんに行く。そこのお医者さんは検査もしてくれて、薬もくれたからいいのではないかと勝手に思いますが、次の日になってもお腹は相変わらず痛い。大学病院に行く。それまでの話は全然しませんから、そこでは何だかわからないけれど、若いお医者さんが出てきて、たくさん検査をする。CTもやってくれた。ありがたい。注射もしたと。しかしもらった薬を見てみると、みんな同じ薬をくれた。ということで、それは捨ててしまうということです。しかも、そういうことはだれもコントロールができない。しかも、お医者さんとしては、医療機関としては、別にこれはクライアントだと思っていれば、別に来なくてもいいですよというわけにもいかない。医療訴訟は少ないので、

国民皆保険制度と日本の医療の特徴：その1

- ・「誰でも」「どこでも」
- ・「自己負担費用は少なく」「医療を受けられ」
- ・「老人の医療費はほぼ無料」
- ・「政府が安い医療費を決めてコントロール」

国民皆保険制度と日本の医療の特徴：その2

- ・「全ての診療コストは規制」
- ・「システム以外の私的費用の混合は認めない」
- ・「医師、専門医の技術料の差別を付けない」
- ・「外科手術は少ない」
- ・「技術料の低さは検査の多さと、薬剤の投与で医療提供側の収入をカバー」
- ・「大学病院も多くの外来患者で病院収入を支え」
- ・「長期入院も経済的に可能」
- ・「専門医も多くは病院の職員」
- ・「基本的に年功序列、内科、外科、脳外科、皮膚科、など皆同じ給与体系」

国民皆保険制度と日本の医療の特徴：その3

- ・医師の教育と研修の質には何のインセンティブもない
- ・医師の質と料にもコントロールがない
- ・医師訴訟が少なく、社会情勢も制度の維持に寄与

社会情勢も制度の維持に寄与した。つまり、いいお医者さんのほうが何かのメリットがあるかという、そうでなくても別に問題はなかったということになります。

最近になって、医療が複雑になってきたというのも一つの理由ですが、医療事故がたくさん起こったことも確かかもしれませんが、それらが外部にわかってしまう。私自身もテレビの前で頭を下げましたが、何でそんなことになるのか。医師会雑誌にも出ていますが、頭を下げる相手は患者さんとその家族であり、マスコミの前でする必要があるのでしょうか。しかし、みんなしないと気に入らないというのが日本の社会です。

もう一つは、経済成長があったからこそ、この医療制度がうまくいっていたわけで、医療の質が本当に最先端かという、必ずしも最先端ではない。医療機器、検査、診断の一部の技術面と、その機器がすごく広がって、誰にでも利用できるようになったということ

国民皆保険制度と日本の医療の特徴：その4

- ・ 経済成長があったから可能であった
- ・ 医師の質が本当に「最先端」か？
→ 医療機器、検査、診断、一部の治療面、などの技術面のみ
- ・ 医師の教育、臨床研修は国際スタンダードか？

です。しかし、そうした機器の値段が適正かという、MOSS 協議などいろいろなことがあり、実はだれが儲けているのか。例えばペースメーカーは幾らするかという、日本では大体 170 万円です。それにリードワイヤーが大体 18 万円です。しかし、それを装着する医師の技術料は 14 万円です。最近、DD というダブルのペースメーカーがあり、この方がいいのではないかということになれば、それは 230 万円です。リードワイヤーは 2 本要りますから 40 万円です。

医師の技術料は相変わらず 14 万円です。というばかなことをやっているわけです。アメリカでは、リードワイヤーとペースメーカー、技術料を今れて 1 万 2000 ドル位です。この差額は一体どこから出ているのかという、医療機関ではありません。多分輸入業者ではないかと思いますが、それが、「先進医療」をやっていたという実態の一部ではないかという気がします。

例えば、CT や MRA、結石破碎装置の国民当たりの普及率は、日本が圧倒的に多い。それはなぜでしょうか。そういう機械を入れていないと、皆さんもいい病院ではないと思うから、無理をして入れるわけです。無理をして入れれば、どんどんそれを使うわけです。

それで医療費にはね返ってくるということです。

そうすると、医師の教育や臨床研修は国際スタンダードかという、必ずしもそうではないのではないか。最近のお医者さんは臨床ができない、救急対応ができない、診察をしてくれないなど言われますが、それは、今の医療が大学病院でさえも 3 時間待ちの 3 分診療ということになっているから、十分な時間もあるはずがない。そうしないと病院が赤字になる。サラリーもくれなくなるということで、無理もない話だと思います。慶応大学病院では、1 日 4,500 人から 5,000 人が外来に来るといいます。何でそんなことが必要なのかと思いますが、そうしなければ赤字になるという医療経済とシステムのあり方がおかしいということです。

そこで何を反省するか。反省は誰でもできるわけですが、どうするのかということがより大事です。まず、この反省点は、統一的で自己負担の安い医療費、そして国民と医療提供者側の両者へのコスト意識が欠如したようなシステムでは拙いということ。そして、もう一つは、私たちがお医者さんの教育や研修などに係わっていますと、医療提供者の教育や研修へのインセンティブが欠如している。それはそうです、頑張れば

国民皆保険制度と日本の医療の反省点

- 1) 統一的で、自己負担の安い医療費国民、医療提供側の両者へのコスト意識の欠如
- 2) 医療提供側の教育、研修へのインセンティブの欠如
→ 適正な医療体制の構築に正しく作用しなかった！

頑張るほどいいことがあるかという、長い間、耐えていれば教授になれるかなというような程度のイ

ンセンティブでは、本当のプロにはなれない。したがって、適正な医療体制の構築に正しく作用しなかったということで、両方に問題があるということです。

例えば、皆さん方が家族との団欒をされていて、いわゆる高齢者の医療を受けられる方がいる。近所のお医者さんへ行くと医療費を払わなくていい、薬もただでくれるとなると、皆さんで「おばあちゃん、いつものお医者さんに行って、テレビでやっているH2 ブロッカーをもらってきてよ」と言うと、おばあちゃんが1ヵ月分もらってくる。それをみんなで分けて飲むということをするわけです。

そうこうしているうちに、右肩上がりの経済成長の前提で成り立っていた医療機軸も段々うまくいなくなってきた。しかも、この10年は、「失われた10年」なんて言う成長が止まったどころではなく、悲惨な状況であるということです。何とかしてこの経費コストを

「グローバル化」時代：

交通手段の発達：24時間以内に多くの世界の都市へ
 情報の国際化：電話、ファックス、インターネット
 ・国民への情報の公開
 ・個人の権利と自意識の向上
 ・医師と患者をめぐる環境の変化

下げようと一生懸命になっています。その一方で、実は交通手段がどんどん発達しました。1970年にジャンボ・ジェット機が導入される。24時間以内にニューヨークでもロンドンでもパリでも行けます。実際、日本も経済大国になったために、年間に1,600万人が外国に行きます。だから、外国のことをみんなある程度感じるようになったし、知っています。30年くらい前は、エリートと言われる一部のしか、なかなか外国に行けなかったわけですが、今は誰でも行くし、何回も行く。しかも、情報が国際化されて、30年前は外国に行ってホテルから電話しようとしても、1時間も2時間も待たされましたが、今ではプッシュホンでどこにでもかけられます。ファックスも送れます。Eメールも送れます。インターネットで情報も取れます。ということで、この両方の手段が発達したために、国民への情報がどんどん公開されて、今までは一部の「エリート」といわれるしかアクセスできなかった情報に、だれでも、どこでも、世界中の人がアクセスできます。そうすると、今まで隠していたものが隠しきれなくなってしまった。今までの権威はどうしたのかということです。そうすると、個人の権利と自意識の向上となり、医師と患者をめぐる環境がどんどん変わる。患者さんもテレビで「ER」などを見ている。

先日アメリカのナショナル・アカデミーが発刊した、医療事故関連の“人間はだれでも間違いを起こす「To Err is Human」”という本も、医療ジャーナリスト協会ですぐに訳して皆さんに配るということにもなる。世界の情報がみんなで共有できるようになった。しかも、日本人だけではなくて、日本のことも世界中の人に知られるということになってきています。困ったなというのが本音ではないかと思われる。

情報が公開されたというわけではなく、公開したくないのだけれど、どんどんわかってしまった。情報公開とインターネットなどによる情報の国際的な広がり、普通の人でも世界中のドクターや病院の“ショッピング”

「グローバル化」時代：患者と医師の関係の変化

- 1) 情報の公開と Internet などによる情報の国際的な広がり
- 2) 国民の意識の変化、人権の問題
- 3) 「paternalistic」から「自己決定」へ
- 4) 十分な情報と選択肢

ができるようになります。少し気の利いた人なら、アメリカの医療保険に入っている人もいます。いざとなったら向こうの病院に行こう、という人もいないわけではありません。実際に、「心筋梗塞になって、メイヨー・クリニックに行きました」という話もありますから、実際にはない話ではありません。そうなると、国民の意識も変化して、人権の問題、パターナリスティックから自己決定、十分な情報を公開させた上で選択肢をあげましょうということになります。最近医療事故が増えているというのも、当然患者さんの、あるいは国民の意識が変化して、人権の問題というのが出てきたことがあるわけです。病院は別に隠すのがプロではありませんが、ミスはある、どうしてもあるわけです。警察のスキャンダル。警察で隠せないのに、どうして病院が隠せるのかということになります。

21世紀を控えて、医療は何をするかということですが、日本は少なくとも1960年から常に経済成長を遂げており、1970年から20年間、急激な経済成長をしたわけですが、その基盤はもちろん1960年代にあります。ここ1990年代にそれが行きどまって

しまったわけです。その間に、先進国共通の問題ですが、高齢化が進み、疾病構造がどんどん変化している。しかも日本は急激に少子化になっている少子高齢化と高齢社会と疾病構造の変化。さらに日本だけでなく世界中がそうですが、都会化という生活になってくると、同じように1日3食摂つていても、運動量が減る。したがって糖尿病や肥満が増えます。生活習慣病が増えてきて、50年前にたった10万人だった日本の糖尿病の患者さんも、今では700万人。もう暫くしたら1000万人になると言っている。しかし、それは「生活習慣」病ではないのか。いろいろと遺伝子を解明するのも結構ですが、生活習慣をいかに変えるかという対策に、どれだけ国が投資するかが大事ではないだろうか、と思います。また、最近では肥満もだんだん問題になっています。お医者さんに行かなくても、肥満の原因なんてみんな知っているはずですが、しかし、体重を減らせないということです。もちろん製薬メーカーとしては、肥満の薬ができれば、だれでも飲むから儲かると思って、研究に投資するのはわかりますが、そうしたことに国が投資して何をするのかという気がしないでもない。むしろ生活を変えましょう、1日2食にしましょう、もっと運動しよう、ということもあるのかもしれませんが。どうしたら総医療費を節約し、より健康な社会をつくれるかということを考えなくてはいけないということです。

50年前の結核はどんどん減って、がんや脳疾患などが増えてきている。さあどうするのか、お年寄りの手当てをどうするのかということなどが医療費高騰の1つの大きな因子になっています。お医者さんの方はどうかというと、グローバルスタンダードのお医者さんなのかと言われると、皆さんがテレビで「ER」などを見ていますから、どうも日本のお医者さんとは違うようだ、何となく皆さん感じています。それではどうするのか。しかも、お医者さんの人格や倫理など、いろいろなことを言われます。これはお医者さんだけの話ではなくて、会社でも、行政でも同じです。上の人を見て、下の人は育つのです。最近では子供の問題があります。子供にみんなボランティアをさせようなど、いろいろなことを言っています。しかし、親や会社が奉仕活動をやらないで子供がボランティアをしたいと思いますか。子供は社会を映す鏡です。社会がしないで、子供がそうしたことをすると思うか、ということを知らなくてはいけない。医学教育については、私どもに責任があると思っていますので、知識、医の心、他流試合を組み込んだシステム等を構築し、縦割りのムラ社会から脱却して、本当のプロをつくろうというのがこれからの課題です。つまり、お医者さん、研究者、大学教授などの人達がプロと言われるのであれば、肩書がなくてもどこでも通用するはずですが、そういう人たちが今まで責任を持ってプロの社会をつくってきたのか、それが今問われている日本の社会の共通した課題であろうと思われま

そこで基本事項のもう1つは、質のよい医療体制を構築しよう、適正な資源の配置と利用をしよう、当然です。それから経済原理に即した競争原理を一部構築しないとイケない。セーフティネットは必要です。そして、一部に競争原理を取り入れれば、必ず質のよいものが安く手に入るようになります。一時的に誰か儲かる人がいるかもしれませんが、それは仕方がないのではないのでしょうか。もう少し中長期的に、数年見てください。「純粹社会主義的」な

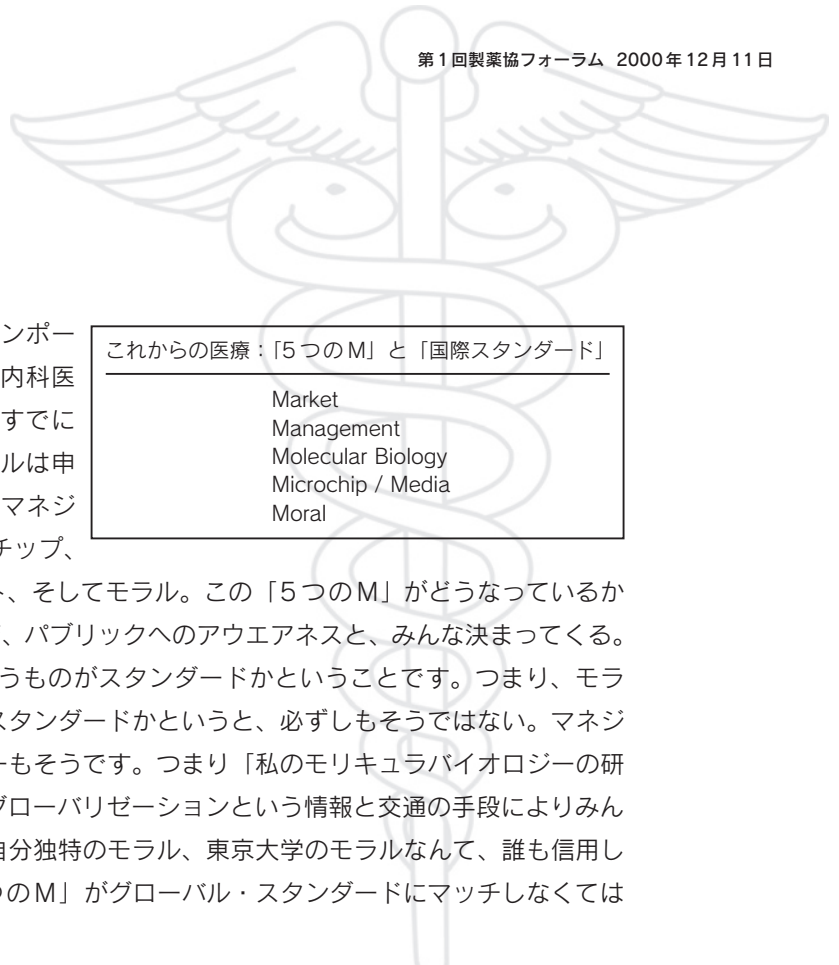
21世紀の医療体制の基本事項：その1

- ・高齢化社会と疾病構造の変化：「生活習慣病」「がん」「脳疾患など」
- ・医師：「グローバルスタンダード」をめざして優れた臨床能力と人格、生涯教育と研修の能力
- 医学部教育と研修：「知識」「技能」「心」他流試合を組み込んだシステム
- 縦割りの「村社会」からの脱却を！

21世紀の医療体制の基本事項：その2

- ・質の良い医療と体制
- ・適正な資源の配置と利用
- ・経済原理に即した競争原理の構築

→ 「純粹社会主義的」な従来の医療制度からの脱却を！



従来の医療制度から脱却することが大事です。

それらを基本的に支配している幾つかのコンポーネントがあります。それについては私が日本内科学会の会頭講演でさせていただきます、またすでに幾つかの機会です話していますから、ディテールは申しませんが、「5つのM」です。マーケット、マネジメント、モリキュラバイオロジー・マイクロチップ、

これからの医療：「5つのM」と「国際スタンダード」

Market
 Management
 Molecular Biology
 Microchip / Media
 Moral

これはコンピュータの話ですがインターネット、そしてモラル。この「5つのM」がどうなっているかということで、医療経済、医療政策、医師教育、パブリックへのアウェアネスと、みんな決まってくる。問題はこの「M」それぞれについて、どういうものがスタンダードかということです。つまり、モラルのスタンダードも従来の日本的なモラルがスタンダードかということ、必ずしもそうではない。マネジメントもマーケットもモリキュラバイオロジーもそうです。つまり「私のモリキュラバイオロジーの研究」といっても誰も信用しないのと同じで、グローバリゼーションという情報と交通の手段によりみんなが同じ価値観をシェアするようになると、自分独特のモラル、東京大学のモラルなんて、誰も信用しないわけです。というわけで、これらの「5つのM」がグローバル・スタンダードにマッチしなくてはならないということになってくるわけです。

そこでグローバル・スタンダードは何かということ。21世紀は、今言ったように世界中が情報を共有しています。そうすると、高等教育や研究、金融、ビジネスのやり方等すべてが国際的な価値観を生んでいきます。それによって国の力が変わってきます。こうした国際的な価値をつくるものについては、「グローバルなバリュー」を、みんなが見るようになります。パブリックは、こういうゴールやスタンダードをみんなが知ってしまうということです。そうすると、そこまで行けるかどうかということが問題になります。しかしそうなるためのプロセスは非常に複雑でありまして、それぞれの国のカルチャー、歴史、経済力などによって、やれるかどうかは全く別だということになります。例えばハイテク医療があります。人工透析をやります。PTCAがあります。高価な手術があります。いろいろな機会があります。と、例えばインドネシアの普通の人がやってくれと言ってもできるでしょうか。つまりインドネシアの人たちも、これは見ているのです。だけどやってもらえないという不満が常にある。うちの大学の先生も、本当に大学の先生としてグローバルかと言われると、みんなが見て何だかいらいらし始めるわけです。しかし、急に変わると言われても変えられない。日本はまさにそうです。政治も経済も、会社のあり方も、大学のあり方も、研究のあり方も、変えよう変えようと思っても、日本にユニークなヒストリー・ユニークなカルチャーなど、いろいろなものがあつてなかなかできない。日本ができることはお金を使うことだけということになってしまいます。こうしたプロセスを見るために、何がグローバル・スタンダードかということになります。

恐らくそれは、アメリカではないかと思えます。高等教育、研究、ファイナンス、ビジネス。私はアメリカに長くいたから、アメリカだと言っているわけではありません。私がフランスに15年いて、「フランス

アメリカの医学進学制度：

- ・4年の大学を卒業し、4年間の medical school に進学
- ・卒業臨床研修は全国コンピューターマッチング
→医師になるいくつかのステップで混ざり他流試合をする制度

だ」と言っても誰も信用しません。それはなぜでしょうか。アメリカは300年の歴史しかありませんが、フロンティア・スピリットでできています。しかも、多国籍民族です。歴史が短いということは、常に新しいものをつくろうというエネルギーがあります。それがフロンティア・スピリットです。多国籍民族であるために、いろいろなバックグラウンドの人に共通の価値観のあるものをつくってくる。したがっ

て、世界中の若者にフェローシップをあげるから3年間研究に行っていってほしいと言ったら、9割の人はアメリカに行くと思いますね。なぜでしょうか。それがエキサイティングだからです、それがフロンティアだからです。したがって、常にアメリカのシステムは、いろいろな人に共通の価値観を与えるような高等教育、研究、ファイナンス、ビジネスのシステムをつくっている。

だから世界中の若者を引きつける。その人たちがそういう価値観で物を見るようになるからアメリカがスタンダードになってしまうということです。つまり、お葬式のやり方は別にアメリカがスタンダードではないのです。これは世界的な価値観をつくっていきませんから、ローカルな問題なのです。だからお葬式のやり方はそれぞれの好きでやってもいいのですが、高等教育、研究、ファイナンスは、そうは言っていられないという時代だということです。

そこで、アメリカの医学教育はどうでしょうか。アメリカの医学教育を受けた日系の人も日本人も、とても優秀なお医者さんになってます。日本の大学を出ていても、アメリカの研修プログラムに3年も入れれば、みんな自信がついて、いいお医者さんになってきます。これは誰でも知っていることです。しかし、認めがらない。なぜ認めないかといえば、今までのエスタブリッシュメントがそれに脅威を感じるからです。そこで、アメリカはどうなっているかということ、4年の大学をまず出てから、4年のメディカルスクールに行く。8年かかります。しかも基本的には同じ大学に行かせないというのが、アメリカの医学部の見識です。ハーバード大学の医学部は年間に150人とりませんが、ハーバード大学を卒業した人は2割ぐらいしかとらないということを意図的にします。しかも、卒後の臨床研修は全国のコンピューター・マッチングで決まります。つまり、うちの卒業生はこうだよということを、全国のマーケットで比較されるから、教育も一生懸命やらざるを得ない。医師になる幾つかのステップで「必ず交ざり合う」という「他流試合」をする制度を組み込んでいるからこそ、チャイニーズでも、ジャパニーズでも、ジューイッシュでも、イタリアンでも、それぞれの価値観はあるかもしれませんが、ある一定のレベルの「プロ」にしてしまうシステムをつくっているのが、アメリカの凄いところです。

それに比べて日本の大学はどうか。明治以来の講座制と、日本特有の「縦のムラ社会システム」であり、他流試合もない臨床研修システム。つまり、大学に入ったら勉強してもしなくても、大学に残ることができます。その大学に入れば何を

従来の大学と医学教育：

- ・明治以来の講座制と日本特有の「縦の村社会」システム
- ・他流試合もない臨床検査システムと研修プログラム
- ・大学入学試験だけが唯一のオープンコンペティション

するかということ、よそと交ざってはいけないと言われ、しかも自分たちの関連病院だけに行きますから、その直接の上司に嫌われないというのが一番大事なことになります。これは日本の大学だけではありません。会社も同じですね、三菱に10年働いたら住友に行くなんてことは、今まではあり得ない。そうすると、直接の上司にいかによく思われるかというのが出世の秘訣です。上に嫌われたら元も子もない。他流試合はない。大学入学試験だけが、唯一のオープン・コンペティションです。大学に入ったら勉強する必要はないのです。今までの日本社会の、一つの価値観でできているヒエラルキーの中のより良いポジションに行くためには何をするかということ、いい大学に入ることです。入ってからの勉強は別に問いません。そうなる入るまでがすごい競争ですから、幼稚園のお受験の悲劇ということも起こるわけです。だから、日本では唯一マーケットに公開されて、クオリティ・コントロールが常にパブリックにされていて、しかもそこで教える人にはインセンティブが働いているのは進学塾だけです。違いますか？四谷大塚・河合塾の発表する偏差値が何点で、そのいい先生はどんどんお客さんが来て、給料もくれる。だめな先生はすぐに首になる。授業料も自由に設定できる。これらは、毎年マーケットで評価されています。その理由は、大学だけが唯一のオープン・コンペティションだからマーケットに評価され、非常にクオリティ・コントロールされた価値あるビジネスになっているということです。

したがって医学部は、日本でもフランスでも、誰でもアメリカのシステムになればいい。日本もアメリカも50%が高等教育を受けているし、しかも社会的な階層がもともとフランスやイギリスのようにありませんから、日本も医学部教育は4年の大学卒業生を対象とする学士入学制度を原則にしてしまえと。すばらしいですよ。東海大学と大阪大学では、もう14～15年前から学士入学を導入しています。毎年15人から20人くらい入れています。大学を出て社会人を経験した人もいます。また、大学に行こうというのだから、相当なモチベーションです。しかも私立大学はお金がかかりますから、遊んでいられません。かなりやる気があるので、非常にいいと思っています。4年制のメディカル・スクール式にして講座制はやめようという規制撤廃です。

もう1つは卒業後の臨床研修です。これを義務化するというのが厚生省案で、医療法の次の改正に出てきています。卒業大学と研修病院を全国規模でマッチングするアメリカ方式にしたらどうなると思いますか。あの大学の卒業生はどういう教育を受けているのかということが、あっという間に全国的にわかってしまいますから、みんな教育に熱心にならざるを得ません。今まではいい大学に入れば偏差値が高いということだけで、みんなが何となく偉い人だと思っただけで、とんでもないということがすぐにわかってしまいます。だから、このシステムを導入したらどうなるのでしょうか。しかも、2年目の研修医は無医村に4ヵ月行きなさいということにすれば、無医村に常に2年目の研修医が2人から3人くらいいることになって、無医村が全くなってしまう。そうすれば、政治家にも行政にもパブリックにもアピールできますから、国民の支持を得て、それによって臨床研修の義務化に当たっての財源を確保するというのは大した額ではありません。年間500億ぐらいでいいわけです。常にお医者さんをませますと。すぐには医局制度はなくなるから2年たったら戻ってもいい。しかし、2年間は強制的にシステムとして交ぜるとすれば、医学教育も研修もすぐによくなります。しかも補正予算で、そういうレジデントが住む宿舎をつくつてあげれば、さらによくなります。5年、10年先には、国民のみんながよほどハッピーになるのではないのでしょうか。

このメディカル・スクール方式では、卒業とともにみんなMDという医学博士、ドクターにしてしまいます。学位制度というものはなくなってしまう。この学位制度も不思議で、お医者さんは9割ぐらいが医学博士になっていますが、この制度はドイツと日本だけにあるユニークなシステムです。つまり、教授のもとで嫌々でも研究をするという制度を組み込んでいます。ドイツでも、このシステムはこれからのサイエンスを伸ばすにはマイナスだから、「やめる」と決めているようで、「ネイチャー」などにも紹介されています。しかし、既得権のある教授たちが反対しているようですが、日本では、そんなことさえも誰も言いません。実に不思議です。知らん顔をしているのでしょうか。あるいは無知なののでしょうか。医師は卒後臨床研修の後、こうすれば学位制度などはなくなりますから、専門医の研修や研究など、いろいろな選択肢が可能になってくるということです。

科学の進歩と社会の変化に対応した医学教育：
Harvard 大学、McMaster 大学（カナダ）などの例

前半2年間＝「patient based.small group.interactive self learning」

後半2年間＝「クリニカルクラクティブ」

日本も「学士入学制度」の拡大を！そして「混ざる」！

卒後の臨床研修の現在と在り方-1：

- ・卒業した大学の「医局」に所属。常に「仲間内」「村社会」
- 開かれた他流試合の欠如
- ・卒業後臨床研修2年間の義務化の提案
- 厚生省は、財源に医療費を計画

卒後の臨床研修の現在と在り方-2：

- ・国民の支持を得られる臨床研修とそれを支える財源を
 - i) 2年間の卒業臨床研修の全国レベルでの混ざりあい
 - ii) 2年目は、4ヵ月の無医村での研修などを提案？

医学研究の評価と分析：研究システムの改革へ

- ・日本独特の講座制度と「学位制度」
- ・研究の成果の評価（1981-1997）
- 経済力の強化と研究論文数の増加研究論文数
- ・研究論文の質の検討（1981-1997）

さてそこで、研究です。日本の研究はすばらしい。これは「サイエンス」にも出ていますが、世界中に知れ渡っています。1981年から97年までのペーパー、つまり論文を見てみると、世界中で大体800万ぐらいの論文が出ています。アメリカが圧倒的に多いのですが、日本は第3位です。すばらしいことです。しかし、どれだけ引用されているかという、突然落ちてしまい世界で18番目になります。それはなぜでしょうか。英語をしゃべる国ではないからとか、いろいろな理由があるかもしれません。しかし、自分が本当にいい研究をしたと思ったら、どういうジャーナルに出したいかというのは明らかですね。

しかも、90年、93年、96年に研究投資100万ドルについて、どれだけ論文を出したかという、G7でも日本は1けた低いということになります。こういうことも、世界中にわかっている。しかし、なぜか声高には言いたくないという気分があるわけです。それは銀行も同じことではないかと思えます。これは、9.0,8.6,6.8と下がってくるのはなぜでしょう。日本が経済成長してきた、研究費がだんだん増えてきたからです。しかし、研究する側は何も変わっていない。さらにこの後は、科学技術基本法の第1次、17兆円を使うわけですから99年や2000年になると、もっとお金を出していますから、これはもっと下がってくるかもしれない。

今の研究費は、日本もアメリカの場合も大体75%が民間のお金です。それでは公的な研究費について、どれだけ論文が引用されているのかという、アメリカ、カナダ、イギリスは圧倒的によくて、残りのG7はぐっと落ちて、3分の1から5分の1になります。しかも、アメリカが1,000兆円のGDP、日本は500兆円のGDPと、アメリカ対日本は2対1です。人口も2対1です。日本の次のはどこでしょうか。ドイツで200兆円、日本の40%です。その次はフランスで、日本の3分の1、その次はイギリスで、日本の25%です。つまり、日本はアメリカと同じぐらいGDPは圧倒的にいい。凄い製造力であり、凄い経済力です。しかし、そのうちかなり赤字の部分があるわけで、建設や赤字国債をどんどん出していますから、たまらないところがある。しかも、これは論文の引用です。「科学技術白書」にも出ていますから、誰でもわかっているはずですが、大きな声で言わない。日本の論文の数は世界で3番目ですが、45%が一度も引用されたことのない論文です。引用されたことがある論文のうちの35%は、日本人によって引用されただけというペーパーです。つまり、いかに無駄なことをしているかということです。日本人にわからないように、ありがたい研究をしているということを言っているわけです。

研究とは何かというのがありますが、20世紀100年間にノーベル賞をはじめとしたメジャーなサイエンスのプライズはどこの国がもらったかということです。これも公知の事実ですが、勿論前半は、

G7 Countries in Science, Medicine and Engineering

	share of paper	share of citation	share of citation
USA	4.6%	9.0%	1.42 (1)
UK	8.0	9.1	1.14 (5)
Japan	7.3	5.7	0.78 (18)
Germany	7.0	6.0	0.86 (15)
France	5.2	4.5	0.87 (14)
Canada	4.5	4.5	1.00 (7)
Italy	2.7	2.1	0.75 (19)

*RCI=Number of Citation / Number

From Science 281:49-51,1998

Papers published in Science (including medicine and Engineering) Per One Million US\$ of Science Base Expenditure in 1990,1993,and 1996

Country / Year	1990	1993	1996
USA	35.4	31.3	30.1
UK	32.4	26.5	22.3
Japan	28.0	19.6	16.2
Germany	16.7	14.9	14.2
France	14.1	12.4	14.0
Canada	19.0	15.7	13.0
Italy	9.0	8.0	6.8

From Science 281:49-51,1998

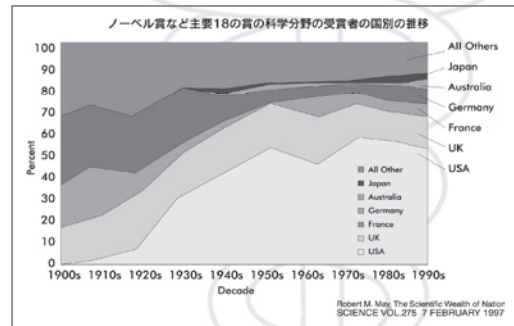
Citations per Million US\$ Public Money Spent

USA	238
UK	269
Canada	194
Japan	74
France	63
Germany	62
Italy	38

From Science 275:793-796,1997



ドイツです。後半は勿論アメリカです。しかし、イギリスは常にオリジナリティの高い研究をしているので、15%~20%をイギリスが常に取っています。日本はもちろん少ない。今度、白川先生がノーベル賞を受賞されたというのは、大変明るいニュースです。科学技術基本法の第2次5年計画では、ノーベル賞をもらう人をこれから50年で30人にしようと言っていますが、大丈夫だろうかという気もしないでもありません。白川先生が受賞したのはいいのですが、私はある新聞社から電話を受けまして、白川先生と共同研究をした2人はまだ現役なのに、なぜ白川先生だけは名誉教授なのかと聞かれました。しかも、白川先生は日本ではあまり認められなかった。目利きする人がいない。なぜでしょうか。白川先生は東工大の教授になってもよかったのかもしれませんが、そうではありません。それは日本における社会の評価と価値観の問題です。



さて、医療費をどうするか。医療費は多くて大変だと言います。もちろん、アメリカ、ドイツ、それぞれの国によって違いますが、医療費では日本の医療費の対GDP比はイギリスとともに一番低いわけで、イタリアと日本が一番高齢化が進んでいます。とすれば、日本の医療費の対GDP比が少ないということは、決して自慢になるものではない。何か手抜きをしているという証拠になりはしないかということです。これが「低い低い」ということは、必ずしも自慢になりません。アメリカでは、この対GDP比14%の医療費のなんと半分が公費、国から出ているお金です。メディケア、メディケードです。日本はこのうちのたった25%が、国から出ているお金です。何とかしなければいけないのではないかと思います。

アメリカ	14.1%
ドイツ	14.15
フランス	10.8
カナダ	9.3
イタリア	7.8
日本	7.1
英国	6.9

なぜ、これができないのか。日本では医療、保健、製薬、社会福祉などの健康関連産業は雇用の5.5%ですが、アメリカは11.1%です。もちろん対100万人当たりのベッド数は日本のほうが多い。しかし、病床数当たりの医療従事者が少ない。したがって、事故が起こりやすいというのは当然の話でして、そんなことは言い逃れにはなりません、何とかしていただきたいということです。

	日本	US
医療 / 保健衛生 / 社会福祉:	5.5%	11.1%
建設:	10.5%	6.1%
製造業:	20.8%	16.4%

1995 Data

製造業は日米で似たようなものですが、先進国の中で日本が異常に高いのが建設業で全雇用の10%です。アメリカやほかの先進国はせいぜい5~6%です。なぜでしょうか。行政の方々はみんな知っていますね。建設国債などいろいろあって、土木建設には非常に手厚くしている。それはなぜかということ、選挙の集票マシンにくっついているからです。そう私は思っています。毎年40兆円ぐらいの赤字になっているのだから大変だと思いますが、今や日本の借金は600兆円ぐらいあるのでしょうか。

したがって、医療制度については、医療や健康産業、介護、バイオテクなど、これは知的集積力が非常に強い、しかも健康とか介護についてはマンパワーを非常に要します。健康関連国内経済はGDPの10~15%を目指そうと。5年以内にこうしよう。この真水分は規制をなるべく少なくして、マーケットの原理を入れれば、必ず質のいいものが安く入るようになります

提言：医療制度について -1

- i) 医療費、健康、介護、バイオテクなど「健康関連国内経済」はGDPの10-15%。規制をなくす、行政指導なし、marketの原理を導入。
- ii) これで雇用がふえ、国内経済も活性化。建築、建設関係の雇用を吸収。

ます。最初の1～2年はおかしなことも起こるかもしれませんが、中長期的に見れば、それが非常に大事です。これで、介護などの雇用が増える順内経済も活性化して、建築や建設関連の雇用も吸収します、ということを行わないといけません。雇用がなくなると言うから、みんないららしてしまうのです。

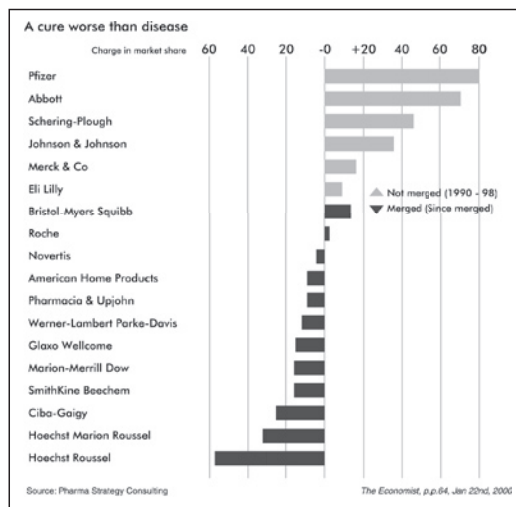
医療制度は、健康保険と自由診療をまぜた混合診療を推進する。ただ、国の医療制度はセーフティネットを提供しなくてはなりませんから、それは国公立病院です。プライベート・インシュアランスも取り入れて、自己負担分の選択を与えましょう。医師の技術料も一部

提言：医療制度について -2

- iii) 医療制度は「健康保険」と「自由診断」とし「混合診断」を推進。国の医療制度は「Safety net」を提供。「Private insurance」も取り入れ「co-payment（自己負担分）」などの選択を与える。
- iv) 医師の技術料の一部自由化。

自由化しないと、将来いいお医者さんは外国に行ってしまうかもしれません。もちろん薬も、これからのターゲットはがん、肥満や糖尿病、高血圧などです。どうすればそれらを予防できるか、みんな知っていますね。肥満、どうやったら治せるかはご存じですね。これは知的レベルに関係ありません。やろうと思ってもできないのです。しかし、薬が出たら毎日毎日薬を飲んで、保険でカバーして、おいしい物を食べて、ゴロゴロしているなんていうのは許されると思いますか。それで10年経って心筋梗塞になったら、さあみんなと同じに医療費を見てくれなんて言われても困る。今の制度には、患者にもインセンティブがないではないですか。たばこを吸う人の生命保険と同じような、ある程度インセンティブを入れないと、やはりうまくいかないということです。

では、なぜ日本の製薬企業が合併も吸収もしないのか。吸収・合併しているのは、吉富製薬・ミドリ十字、三菱・東京田辺ぐらいで、他にはないのです。世界的に見ると98年までのデータでは合併しているところは、マーケットシェアが落ちている。日本の企業も、だから合併しないんだとおっしゃるかもしれませんが、新薬の研究開発にはリスクがある、お金もかかる。となれば、経営者は何をするかといえば、これはデシジョンです。何をやるのか、何をやめるのか、何に特化していくかということが非常に大事です。マイケル・ポーターの「日本の企業戦略」という本を読まれた方は多いと思いますが、あれを見ていると日本の企業は電気製品もみんな同じです。みんな横並びで同じことをする。これが日本の特徴で、同じことをすればみんな消耗戦になるだけです。ですからトップは、何をやめるかという決断が非常に大事なのです。



このような「全体主義日本」はもう終わりだ、パラダイムシフトをしないと、ということです。何でも「お上」をお願いに行く、何でも税金でお願いしますなんて、とんでもないことです。税金を使ったら、しっかりやるという責任がない。今までは、すべての業界が、大学もそうですが、いかに予算をもらうか。もらった結果がどうなるかということは何も何もケスチョンしていないところに問題があるわけです「全体主義日本」のシステムは、情報と交通のグローバル時代には機能しないということです。

その日本人の考え方は、どうしてこうなったのか。「日本は島国」だといいますが、とんでもない。イギリスだって島国です。しかし、19世紀の世界の半分はイギリスが所有していました島国だったということは言いわけになりません。その理由は、2つの本があります。ルース・ベネディクトの「菊と刀」を読ん

「全体主義『日本』」の終わり：パラダイムシフトを！

「全体主義『日本』」システムは、
情報と交通の「グローバル」時代に機能しない

でいただければ、少しはわかってきます。もっとわかるのは、最近エイコ・イケガミさんが出した『ザ・テイミング オブ ザ・サムライ』という本です。これは英語のハーバード・プレス出版(1995)です。彼女は日本の大学を卒業以降、ずっとアメリカで研究している社会学者です。平成12年初めに日本語訳が出ました。NTT出版『名誉と順応—サムライ精神の歴史社会学』、イケガミ先生のこの本は非常に参考になります。日本にはサムライ精神がありますが、サムライ精神というのは倫理的・あるいは普遍的な価値観はありません。徳川時代のサムライは生まれた家で地位がきまる。藩から出られない。しかも徳川の300年で、戦争ができなくなった暴力団集団だということです。

イギリスに比べると、なぜか日本はもともと非常に内向きなのです。例えば、今言ったように圧倒的にナンバー2のGDPにもかかわらず、日本は国際電話とファクス度数と、それに時間を掛けると、日本は世界180カ国のうち51番目です。日本は世界のGDPの第2位なのに、こんなに内向きだというのはなぜか。もともと鎖国のサムライだからだろうという気がします。

日本は、ハイテク、お金はある、技術はすごい。しかし、それを動かしている人は、官僚も、政治も、会社も、金融も、大学も、すべて徳川時代から何も変わっていない精神構造だということです。これが日本人の価値観です。

日本のこれからはどうなるか。アジアを見てください。アジアは21世紀、必ず成長してきます。それは経済成長するからです。世界の55%の人口がいるアジアの、その半分のインド、パキスタン、シンガポール、マレーシア、オーストラリア、ニュージーランド、バングラデシュ、その行政、政治、大学、

- 55% of world population is in Asia-Pacific
UK educated/trained leadership
India, Pakistan, Singapore, Malaysia, Australia,
New Zealand, Bangladesh 1.5 billion
- American educated/trained leadership
Philippines, China, Korea, Taiwan, Vietnam 1.7 billion
- >30% of college graduates in US carry Asian family names
- Japan; leadership are graduates of collage/universities in Japan

研究のリーダーの、かなりの人がイギリスの大学で教育を受けています。その他、フィリピン、中国、韓国、台湾、ベトナムなどのリーダーは、相当数の人がアメリカで高等教育を受けている。しかも、アメリカの多くの大学の卒業式に行くと30%はだれが見てもオリエンタルの名前です。キムさん、ファンさん、リャンさん、チャンさんと、こういう人です。にもかかわらず、その中に日本の名前を探そうと思っても、非常に少ない。6年前にハーバード大学の卒業式に行ったら、1,600人のうち30%が、アジアのキムさんとか、ファンさんとかいうオリエンタルの名前、もちろんその中にインド人等の名前を入れればもっと増えますが、日本人の名前は5つだけでした。多くはもちろん2世や3世だと思いますが、それにしてもこのグローバル時代では、その人たちは自分の故郷、ヘリテージを必ず考えます。国の役に立ってみようと思う人も幾らでも出てくるでしょう。そういう時に、日本ではほとんどの企業も、大学も、研究者も、日本の大学を出た人ばかりというのは、世界から見ても異常です。こんな国はなかなかありません。したがって、「日本の常識」は「世界の非常識」ということに日本人が、そして「リーダー」達が気が付かないところに、日本の悲劇があると思います。私はたくさんの、特に若い人に外国を見せてあげたいと思っています。

サミュエル・ハンチントンの『文面の衝突』をお読みになった方も多いたと思いますが、この日本の独特のサムライ精神を理解できる国は日本以外にない、これが日本の非常に悲劇的なことではないかと思えます。例えば中国は、どんなことを言っても、台湾の人も理解できる、シンガポールの人の75%はチャイニーズです。マレーシアの4分の1はチャイニーズです。したがって、中国が変なことを言っても、「あ、そうなのか」と理解できる国が複数あるというのは、大変に重要なことです。そういう意味でも、日本のリーダーになるような人たち、次の世代は、もう少しグローバルな価値観をわかった上で、日本的な行動をするような人たちを育てることが必要なのではないか。ということで、私の講演を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

黒川先生 略歴

昭和11年生まれ。

昭和37年東京大学医学部卒業、昭和42年東京大学医学研究科修了。

昭和44年からアメリカに渡り、昭和54年カリフォルニア大学ロサンゼルス校医学部内科教授、平成元年東京大学医学部第一内科教授を経て、平成8年東海大学医学部教授、並びに医学部長に就任。カリフォルニア州医師免許、アメリカ内科専門医、同マスター。

東京大学名誉教授。

平成11年紫綬褒章受章、平成12年日本学術会議副会長に就任、InterAcademy Council 理事

