

第98回日本内科学会総会・横浜

21世紀の「プロ」内科医育成への課題

東海大学医学部長・日本学術会議副会長 黒川 清

はじめに

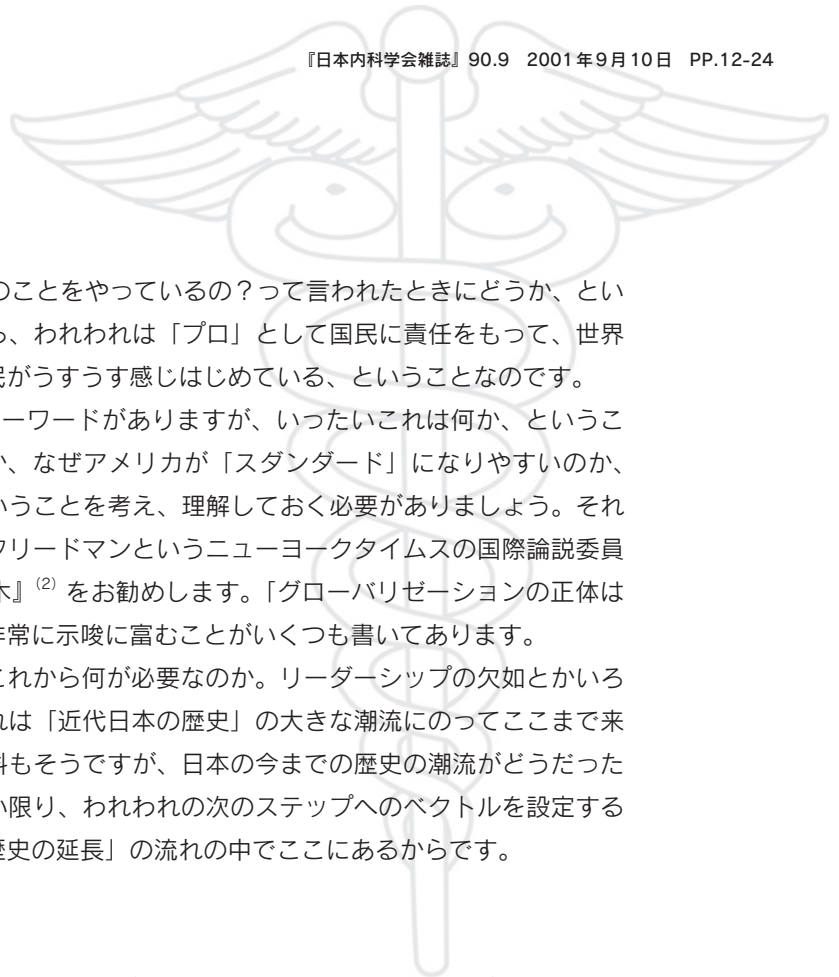
猿田会頭からこの話をいただいた際に私は初めはお断りしました。内科学会の理事会でもお断りしまして、2度お断りしました。内科学会には外の、内科学会に関係のない方をお呼びしたらいかかかと申し上げました。その後、猿田先生から大変ご丁寧なお手紙をいただきまして、私にどうしても、とおっしゃってくださいました。猿田会頭に深謝いたします。私がこのようなところに出てきた失礼をお許しただければと思っております。

本講演の内容と主旨、それから具体的ないくつかの理由他につきましては内科学会雑誌に書いてあります⁽¹⁾ので、また後で読んでいただくとして、それを補足するような、何でこのような問題、課題が日本の21世紀の始めに起こっているのか、を先生方と一緒に考えてみたいと思っています。

1. 「グローバルゼーション」の時代、21世紀

イチロー、佐々木、野茂、新庄などをまずスライドでお見せしましたが、さてこれは何の意味でしょうか。最近の日本は行政、政治、金融、経済等の問題もあり、非常に低迷しています。「失われた10年」等とも言われています。しかし、この2週間位、日本中が、先生方もなんとなく元気がでていることと思います。それはメジャーリーグの野球です。なぜでしょうか？メジャーリーグの野球を時差のせいですがほぼ毎朝のようにテレビでやる。夕方から夜に放送する日本のプロ野球は色あせ面白くなり、視聴率は低下する。しかも週に1回、メジャーリーグ特集なんていうものもテレビでもやるようになってきた。野茂もノーヒットノーランをやった。イチローも佐々木も活躍する。日本中が沸き返っています。どうしてでしょうか。日本人として元気と自信が出ているのではないのでしょうか。しかし元気が出ているのはメジャーリーグだけなんです。国内を見てみると元気のないことばかりです。自民党の総裁選はそれなりに新しい形でやって、小泉首相となりましたが、まだまだどうなるかと思っているところでしょうか。変わる予感はいりますが、この現象の理由を考えてみます。これは野球という「プロ」と言われている人たちの中で、野茂がメジャーでプレーをするようになって6年目、日本の「外の世界」で「他流試合」で勝負した。日本人も結構いけるのではないか、という話でみんなが元気が出てきている理由です。イチロー、佐々木達も野茂とそれに続いた吉井、長谷川、等々の選手達が出ていること以外に、テレビという「情報手段」を使ってライブでその映像を見ることができる、ということが重要なのです。情報のテクノロジーの発達があることです。

このような現状を考えた時に、私達「内科医師」はそれぞれが開業しておられる方、大学で指導をしている方、いろいろな方がいらっしゃいますが、「内科」という医学の中心となっている担い手達が、それでは「プロ」としてどの程度のものなのか？が実は「パブリック（国民）」から問われているのです。ということ私達自身がどれくらい気が付いているか、ということが今の問題です。政治もそう、金融もそう、今までの日本を支えたシステム全てが「グローバルゼーション」の時代の21世紀に世界のトップと比べてどの程度のものなのか？が問われてきているのです。では医者としてはどうでしょうか。あのようにメジャーリーガーと勝負したらどの程度のものなのでしょう？ 研究は別です。日本は今アメリカを超えて、国民一人当たりとすると、研究に使っている税金が一番なのです。国の研究投資額



は世界でナンバー 1 です。だったらそれだけのことをやっているの？って言われたときにどうか、ということを実際に謙虚に胸に手を当てて考えたら、われわれは「プロ」として国民に責任をもって、世界に開かれても大丈夫なのか。ということ国民がうすうす感じはじめている、ということなのです。

そこで、「グローバルゼーション」というキーワードがありますが、いったいこれは何か、ということ。[グローバルスタンダード]とは何か、なぜアメリカが「スタンダード」になりやすいのか、何でアングロサクソンアメリカンなのか、ということを考え、理解しておく必要があります。それには最近日本語訳が出ましたが、トーマス・フリードマンというニューヨークタイムスの国際論説委員ですが、彼の書いた『レクサスとオリーブの木』⁽²⁾をお勧めします。「グローバルゼーションの正体は何か」ということが書かれた優れた本です。非常に示唆に富むことがいくつも書いてあります。

21世紀の100年を迎える日本にあつて、これから何が必要なのか。リーダーシップの欠如とかいろいろと言われてはいます。しかし現在のわれわれは「近代日本の歴史」の大きな潮流にのってここまで来ているのです。したがって特に医学、また内科もそうですが、日本の今までの歴史の潮流がどうだったのか、ということわれわれが理解していない限り、われわれの次のステップへのベクトルを設定することはできません。なぜかという「現在は歴史の延長」の流れの中でここにあるからです。

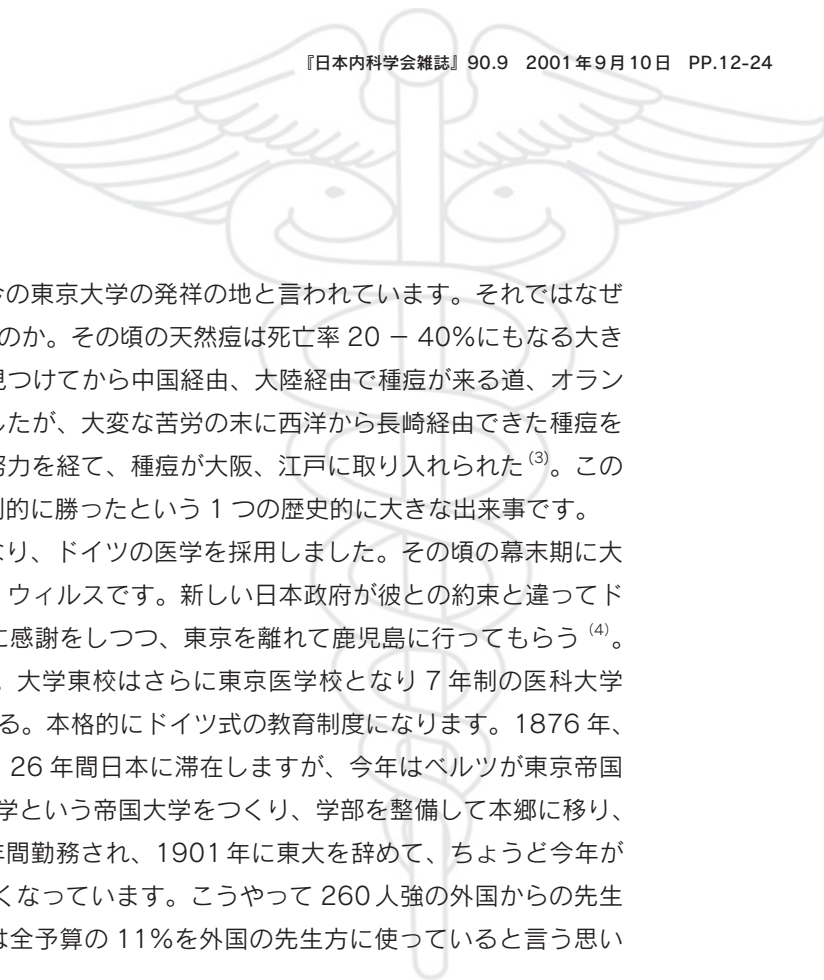
2. 近代日本の医学の歴史

大航海時代の16世紀の半ばフランシスコ・ザビエルが1549年に日本に来ていますが、その9年後にルイスアルメダが来て今の別府（府内）にカレジオを作りました。これが近代西洋医学が日本に入ってきた始めなのです。それからは御存じのように、いろいろな人が来ました。もちろん、それ以前は地理的に近いので東洋医学でしたが、16世紀から西洋医学が入ってきた。その後でいろいろな歴史があり、地理的理由から九州が窓口になっていることが多いのですが、シーボルトとか、もうちょっと幕末までに多くの人たちがきて、現在の近代日本のシステムを築きあげてきた基礎になっているのです。

そこで最終的には明治維新という近代日本に一大イベントが起こるのですが、その時に医学はどうしたのか、ということもある程度知っておく必要があります。明治維新のリーダーたちは、これから近代日本を作る為に、帝国主義の列強に乗っ取られないにはどうするのかが一番の重要課題でした。教育が一番大事だ、ということで全国に250余の小学校を作って、当時の貧乏な日本の予算の30%を教育に注ぎ込んでいます。30%です。すごい値です。すべての国民に読み書きそろばんを教え、優れた人材を中学校に、さらに高等学校を整備して教育の制度をつくる訳です。その時に大学はドイツの制度を採用することになりました。その理由は色々あり、もちろん政治的な部分もあるのですが、その時の判断はそれなりに正しかったと私は思っています。それはなぜかという、明治維新からたった40年弱で日露戦争で勝って、世界の5大列強になったということはそれなりに評価されるべきだと思います。しかしそれ以後の100年、相変わらず同じシステムできているというところに今の日本の停滞の原因の大きな根本があると思われま。もちろん明治の時に講座制、教授の権限の強いドイツ制度をとった理由には、その時の日本の国情にドイツのシステムが一番合うということの評価したからです。もちろん、イギリス、アメリカ、フランス、にも多くの視察団を派遣しましたが、ドイツのシステムを採用する、ということを決めています。これが明治2年のことです。ドイツの制度は教授の権限が強い縦の講座制で、しかも「学位制度（ハビリタシオン）」というのがある、そしてこれを採用しています。

3. 日本の大学医学部の歴史

この歴史的経過を簡単に見てみますと、安政5年、明治維新の10年前ですが、お玉が池の種痘所が



でき、1860年に官立となりますが、これが今の東京大学の発祥の地とされています。それではなぜ種痘の場所が「官立」となるほど大事だったのか。その頃の天然痘は死亡率20 - 40%にもなる大きな病気でした。もちろん種痘をジェンナーが見つけたから中国経由、大陸経由で種痘が来る道、オランダから船を経由してくる道といろいろありましたが、大変な苦勞の末に西洋から長崎経由できた種痘を最初に福井で成功させた笠原良策の超人的な努力を経て、種痘が大阪、江戸に取り入れられた⁽³⁾。この種痘の成功が東洋医学に対して西洋医学が圧倒的に勝ったという1つの歴史的に大きな出来事です。

1867年に明治維新がおこり、大学東校となり、ドイツの医学を採用しました。その頃の幕末期に大いに活躍したのがイギリスの医師ウィリアム・ウィルスです。新しい日本政府が彼との約束と違ってドイツ制度を採用したために、政府としては彼に感謝をしつつ、東京を離れて鹿児島に行ってもらおう⁽⁴⁾。それが今の鹿児島大学の前身をつくる訳です。大学東校はさらに東京医学校となり7年制の医科大学を作りますが、ほとんどの先生がドイツから来る。本格的にドイツ式の教育制度になります。1876年、本郷の新しい医学部に26歳のベルツが来て、26年間日本に滞在しますが、今年ベルツが東京帝国大学を辞めてちょうど100年目です。東京大学という帝国大学をつくり、学部を整備して本郷に移り、外科としてはスクリバ先生が東京大学に20年間勤務され、1901年に東大を辞めて、ちょうど今年が101年目です。聖路加に移られて数年後に亡くなっています。こうやって260人強の外国からの先生方が明治の40年間に来ている。明治政府は全予算の11%を外国の先生方に使っているという思い切った政策をしているのです。

明治19年に帝国大学令ができ、内科は佐々木政吉教授が就任します。そして、明治26年には講座制が法律で定められ、第一内科に佐々木政吉教授、第二内科に青山胤通教授、そして第三内科にベルツ教師が任命されます。ここでも決して外国人を教授にしない。このような差別は今でも続いている日本人の精神構造だろうと私には思われます。帝国大学の11年後に京都帝国大学ができ、明治35年に「第一内科」ではなく「〇〇内科」と教授の名前で呼ぶようになります。さらに大正8年、大学令の制定により慈恵、慶応、金沢などいろいろなところに医科大学が増え、医科大学は昭和5年までに5校から46校までに増えます。さらに学位令が採用され、これから「新学位令」と称して、かならずしも課程をへなくても論文でいい、論文を大学で審査するというので、これ以後、医学博士は急増しています。これから日本の博士の半数は医者だ、ということになる。医学者はほとんど医学博士をもっているという、今では時代に合わないドイツの「ハビリタシオン制度」が定着、広がります。いまでも、日本に限っていえば、医師にとってこの「学位制度」は当然のこのように考えておられると思いますが、どんなものでしょうか。本家のドイツでもこの「ハビリタシオン制度」は21世紀のライフサイエンスのコンペティションをする若い科学者を育てるのには向かない、ということで廃止としました。今の日本では「大学改革」にあたって、そんな制度を廃止する、という声すらも出ていません。というぐらいに日本の「リーダー」の時代認識は、歴史を知らず、世界を知らず、自分達の限られた経験だけで既得権を持った「権威」が抵抗する、という構図です。ひどく世界の認識からずれているということです。

明治には、医科大学ができ、附属病院を作っています。そのシステムもヨーロッパの近代科学の「システム」を入れていますが、歴史的背景が違うという認識に欠けます。当時としては仕方の無いことではありますが、同様のことが今でも主流であるところに日本の精神の貧しさがあります。ヨーロッパではキリスト教とかチャリティの病院があるという歴史がありますが、日本ではこのことは仕方がない訳で、大学が唯一の医者をつくる場所、そこで病院を作る。そうすると診療科の科長はそれに対応する講座の教授をもってあてる、というふうに文部省の訓令に書いてあります。従って第1内科、第2内科、第3内科の診療科というものがある、国民からすると全くわからないということが今でもまかりとおっているという明治を引き摺っているのです。病院と医師の関係もその大学で作った医者を派遣す

るといいうゆる「ジツツ病院」などということが21世紀になってもあるようなことはこのような歴史の流れがあるからなのです。

4. 高木兼寛と「官中心」の日本の価値観

帝国大学のような国が管理する大学と言うのは本来のアカデミズム、すなわち「大学の自治」と「学問の自由」には本質的にそぐわない、ということそのような全体主義的な明治の流れの中にあつて反対したすごい人がいます。それが慶応義塾を作った福沢諭吉です。大学というのはもともと自由に勉強をし、研究をし、その結果が時の政府の政策と違っていれば、それはそれでいいんだ、それが大学の役割である、という主旨で慶応を建てたのが福沢諭吉です。学問の自由の確立、大学の独立ということを目指し、実行したわけです。すごいことです。このような、思想と気概のある人が今の日本にどれほどいるでしょう。その伝統を引き継がれて今日の猿田先生があるわけですが、日本ではなかなか学問の自由と言いながら国になんでもお願いするというメンタリティが今もって変っていないのではないかと、私を我々自身が十分に、そして謙虚に考える必要がある、と私は思います。

一方で慈恵医科大学は高木兼寛先生が作られておりますが、これもいろいろな歴史があります。先程お話ししたイギリスの医師ウィリアム・ウィルスが鹿児島に移りましたが、その最初の弟子の1人が高木兼寛です。その後、彼はウィリアム・ウィルスの関係でイギリスに留学して、一年でクラスのトップとなり、最優秀の成績をおさめます。海軍に勤務し、さらに慈恵医科大学の前身をつくるわけですが、高木先生はそのイギリスの医療、医学教育をみて、それを取り入れたい、ということで、これもある意味で福沢諭吉と似ているわけです。こういう人たちは帝国大学流にはなかなかいかな。高木兼寛はそういう意味では非常にユニークなことをしています。海軍の軍医になっていますが、その時に日本のみならず世界的な問題になっていたのが「かつけ（脚気）」の原因です。何しろ帝国大学病院に「脚気科」というのがあったぐらいですから。高木先生は海軍の軍医をしておりましたので、食事の内容をいろいろ調べて、食事、特に白米がいけないのではないかと考えます。そして太平洋を一周した軍船で従来通りの米を主食とした食料で多くの脚気患者が出たわけですが、これをふまえて、これが同時におこなわれたわけじゃありませんが、別の軍艦に同じ航路を取らせ、それには米ほかに麦を主食に入れさせる。これで同じ航路を取らせる。これが世界初の「コントロールドトライアル」であるということになります。そこで麦も混ぜた方には「かつけ」が圧倒的に減少した、ということであり、これらの結果をまとめて、後にLancetに発表しております。それから「かつけ」対策は大事で、対立する「細胞原因説」というのがあり、それを主張していたのが森 林太郎（森鷗外）陸軍軍医でした。そちらの方が帝国大学である、ということで国の是、陸軍の是になり、高木先生の成果は外国では広く認められているが、日本では認められない、ということになります。高木先生のことは文献⁽⁴⁾を是非読んでください。この為に日露戦争で陸軍は戦死者の半数以上が「かつけ」で死んでいるのです。海軍にはこのような不幸なことはありませんでした。

高木先生のその業績に世界は感謝する、ということで南極大陸には「タカキ岬」というのがあります。つまり世界で認められているけれども日本では認められていない。そういうことが今でもあるのではないかと。みなさん、この話を聞いて今ではそんなバカなことはないだろうと思われるかもしれませんが、でも似たようなこういうことは今でもあります。例えば日本を最近元気にした、ブルーダイオードを発見した中村修二先生です。彼は徳島大学工学部をでて、徳島の中小企業の研究所にいて、ブルーダイオードという画期的なことを発見しました。それを発見したのですが、徳島大学が教授と呼ぶなんてことはもちろんないのかもしれませんが、実はあるヨーロッパ人と話をしていたら、あれはものすごい発見だから、日本で一番と言われている某旧帝国大学教授何人かに中村さんを教授としてとして迎える

べきだと言ったら、いや、そんな人は知らないし、そんな人はいない、と簡単に断わられたということを私は聞きました。中村修司さんはカリフォルニア大学に破格の待遇で呼ばれて日本を去ったということが去年のできごとです。ノーベル賞の白川英樹先生も日本ではあまり高い評価を受けていたわけではなかったのですが、ノーベル賞をもらったら、とたんに文化勲章とか、日本の同じ思考パターン、価値判断が100年経っても基本的に続いているということじゃないか、と思います。

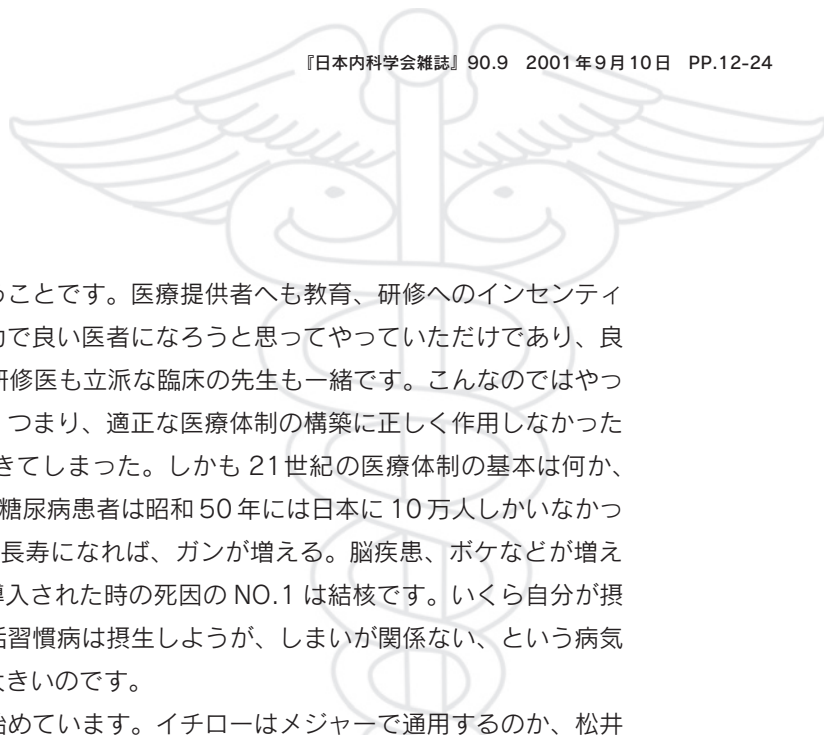
5. 20世紀後半の日本

そのままの体制で日本は20世紀の前半を進み、太平洋戦争に突入して負け、戦後になります。そこではアメリカの支配下ですから何が起こったかという、インターン制度などをいろいろと入れる訳です。GHQの日本の医学教育についての報告書に書いてありますが、「日本の医学教育と医学制度は極めて排他的。態度も排他的。強い官学閥の支配があつて、近代の実験と批判をさける正統主義が支配的である。伝統に奴隸的に執着する古惚けたドイツ式体制が君臨しており、実地訓練より研究が重視される」と。それはなぜか、というと明治時代の帝国大学令に大学の医学部は「研究」が一番先に書いてあり、附属病院では「研究をもとにして、教育・診療をする」と書いてあるのです。ごく最近では、「教育」が一番上に書いてあります。直しているのは当然です。

その後、医学の進歩と共に内科系は神経内科、老人科、循環器内科などどんどん分化します。分化して別講座になる。その後は臨床系の大学院というのも充実して、専門医制度への要求、大学の大綱化が平成3年に文部省からでる。その後は大学院部局化ということでまた大学の差別化をしようかというところがあるわけです。「大学院部局化」といっても内科の大学院とは何か、というと従来のまま、皆さん馴染みのない全然判らない「分子」「器官」「病態」の組み合わせの名前になるわけです。しかし、国立大学もいよいよ独立行政法人化を迎え、待ったなし、という状況になっているというのが現在までの流れになっている。これらの対応には21世紀の高等教育への「大きな理念」は何処にもあるとはとても思えません。大学人は何を考えているのでしょうか。

6. 日本の医療制度と疾病構造の変化

昭和36年に国民皆保険が導入され、世界でもアクセスのよい、誰でも医療を受けられる、という制度ができます。しかしその制度は常に経済成長を伴っていたからこそ破綻がなかったわけで、今のようになり経済が停滞したとたんに医療費をなんとかしろ、削減しろ、ということで、お医者さんは「3K」の仕事になってきた。医療事故も問題になっています。一方で医療費は相変わらず30兆円でも多いんだ、ということで「分どり合戦」をしているということが現在の国の在り方です⁽⁵⁾。もともと我々は社会に対して「プロ」としての自覚とその自信と「プロ」として相応しい、野茂、イチローとか佐々木とかを何人も作りながら、これからは研究ばかりでなくて、内科医としての「プロ」を作りながら国民にアピールする、ということをするべきです。しかし、統一的で自己負担の安い医療費の制度ということで、国民にも、医療提供者側の両者へのコスト意識が全くありませんでした。あの検査をしましょう、この検査をしましょう、ということをお患者さんもほとんど断わらずにやっていますね。そうしないと儲からないようになっている。医師の技術料が低いんだから。しかも患者さんも自己負担が少ないから、あちこちの医者に行ってみんな同じ薬をもらって捨ててしまう、ということになります。そのように患者さんにも自分の身体だから医師を選ぼう、というインセンティブがどこにもありません。生活習慣病もそうです。生活習慣病のことをこの私の講演の前に2時間シンポジウムでやっていました。医療について患者さんの自己負担が増えるよ、その分は自分の私的な保険でやってください、というようにしないとインセンティブが働かない⁽⁵⁾。旨いものを食べて、太って肥満になって病気になったら安い自己負担で診て頂



戴というような甘えの構造ができてきているということです。医療提供者へも教育、研修へのインセンティブなんてありません。みんな我々は自分の努力で良い医者になろうと思ってやっていただけであり、良い医者になろうがなるまいが、技術料は同じ、研修医も立派な臨床の先生も一緒です。こんなのではやっていられない。がんばっても何も報われない。つまり、適正な医療体制の構築に正しく作用しなかったのです。これが経済の停滞とともにわかってきてしまった。しかも21世紀の医療体制の基本は何か、というと高齢化社会と疾病構造の変化です⁽⁵⁾。糖尿病患者は昭和50年には日本に10万人しかいなかったのが、今は700万人です。なぜでしょう。長寿になれば、ガンが増える。脳疾患、ボケなどが増えるのは当然です。国民皆保険が昭和36年に導入された時の死因のNO.1は結核です。いくら自分が摂生してもなってしまうという病気ですが、生活習慣病は摂生しようが、しまいが関係ない、という病気ではなくて、これは摂生によって治る部分が大きいのです。

医者はどうだろうか？ 国民みんなが知り始めています。イチローはメジャーで通用するのか、松井はどうか、松坂も行きたいのではないかとみんな思い始めていますね。つまり国民が広くグローバルスタンダードと言われるものを見始めた、知り始めた。これが情報化時代の恐ろしい所です。今までの「権威」が言っていたことはもうばれてしまっているんだ。医師のグローバルスタンダードを目指したすぐれた臨床能力と人格の形成、生涯教育と研修の能力はどうか、ということが問われ始めているわけであり、医学部の教育と研修は「知」「技能」と「心」と「他流試合」を組み込んだ「プロ」育成のシステムの構築が必要だと思えます。しかし、今の政治や経済でも同じですが、既得権を持っている人がそれを手放したがる。しがみつく。ここにこそ日本の問題があるわけで、従来の縦割りの「ムラ社会」から脱却しなければならない、ということが我々につきつけられている課題なのです。

もう1つは質の良い医療と体制を組もう、ということであり、これはもちろん国民にアピールする必要があります。つまり質のよい医療というものはどういうものか。たくさん検査するのがいいわけではない。教授の回診を見て御覧なさい。この検査をしていないか、あの検査はしていないか、と言われるのが困るから、どんどん検査をしておきなさいと、病棟医長に言われますが、とんでもない。教授の回診でこの検査をなぜしていないの？と言われた時に、なんでその検査をしなければならないのですか？ということをお願いなさい、と言っているのですが、なかなか「縦のムラ社会」でそんなことを言ったら恐ろしい、ということです。適正な資源の配置と利用をしなければならないのに、どこも同じことをしている。その一番良い例は私は5年前の内科学会でも会頭講演⁽⁶⁾で述べておりますが、日本では人口当たり、結石破砕機は世界で一番多い。700台もある。なぜ？救急でもないのに。そういうのがいるのが良い病院だと思っている国民、それをまた十分に教育しない我々医師、ということも問題です。

7. 「5つのM」

医療にも経済原理に即した競争原理の構築をしてもいいのではでしょうか。例えて言ったら悪いですが、整体やマッサージはお金を払う、となればうまい人を探す。でも医師は自己負担が少ないから、誰でもいいか、と思ってあちこちの病院に行く。このように全部を国がコントロールしている「純粹社会主義的」な従来の医療制度から脱却しようということを我々が言わなくてはいけないのです。5年前、私がここ横浜で第93回内科学会をさせていただいた会頭講演で、これからの21世紀の医学医療の課題は「5つのM」だ、とお話させていただきました。「Market」、「Management」、「Molecular Biology」、「Microchip」これはコンピュータということですが情報が世界中で共有されるという時代だ、ということです。そして「Moral」です。これも我々医者の対応にしようか、といってその「Moral」、その対応、プロとしての行動倫理はとて日本だけの行動倫理ではもうだめだ、ということです。これらの「5つのM」がグローバルにある程度標準化されたものになっているが今のEBMとかそういうよ

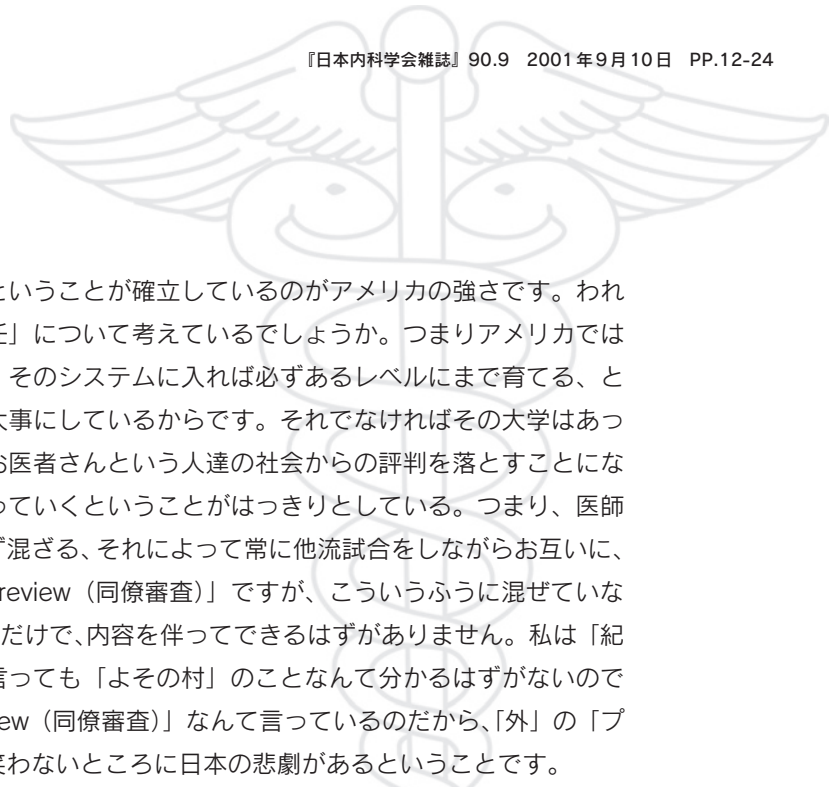
うな流れになっているということで、これも内科学会雑誌に全文がでております⁽⁶⁾ので、機会があったらまた読んでいただければと思います。

8. 日本の医学教育と研修のあり方

さて今までの内科の在り方はどうか。「第1内科、第2内科」で始まったのは、すでに述べたとおりです。「第3内科」というのはもうちょっと後からできるのが普通です。それはなぜかという文部省に陳情して予算をもらって、ようやく第3内科ができるというプロセスです。それらの「内科教室」の中でそれぞれ循環器、消化器、内分泌代謝、腎臓、などのグループがいろいろあるわけですが、それぞれのサイズは教室によって違います。伝統があるのかもしれない、教授の専門によるということがあります。教授や教室としては都合がいいのですが、患者さんには全然関係ない話です。なんで循環器が二つの内科にあるの？ 二つの教室の人たちが集まって循環器カンファレンスをしているか、というと、とんでもない、そんなことはありません。というのが従来です。「第3内科」というのは多くは新しいところですので、初代の教授の専門が働いて伝統として一つか二つの専門になっている。このようなことで今までできていましたが、これが曲がりなりにも何となく「バレない」で済んでいたということでした。普通の市中の病院は内科は一つになっているのですが、大学の内科で1人の責任者、リーダー、チェアマンでもいいのですが、そのようなことをやるのは極めて難しい。それは歴史上難しいのは当たり前です。普通の病院はこうなっていますが、大きくなると市中病院でもそうではありません。「この科はA大学系だ。この科はB大学系だ」ということでお互いに話をしないというようになるわけですが、唯一かどうか判りませんが、日本の大きな大学でこのような形態の「一つの内科教室」をやって強いリーダーシップがいるという所は慶応大学です。このリーダーは今今は猿田会頭というパワフルな先生がおれて、まとめておられる。そうでなければ分散してしまう傾向があるのは明治時代からの縦割りの講座というのがみんな頭に染み付いているからです。

さて、従来の大学と医学教育とはなにか、と考えるみると⁽⁷⁻¹⁴⁾、明治以来の講座制と日本特有のムラ社会、縦のムラ社会、これについてはあとでお話をしますが、「他流試合」のない臨床研修のシステムと研修プログラム。「他流試合がない」、ということはA大学を卒業した人はA大学の病院に行く、というのが原則ですので、よその人は入れてもいいけどもうださない。入ったらよそを見せない、ということでした。そうすると近代日本で唯一「オープンコンペティション」しているのは大学入試だけです。となると大学入試で一番既得権が多そうな大学を目指すというのは当然のことで、それが偏差値の高い大学になるわけです。つまり国の決めた序列が大学の序列を決めているということになるわけです。大学の入試だけが唯一のオープンコンペティションとなり、そこで日本社会での一生の位置付けが決まるという馬鹿げたことをやっています。そこで日本で唯一マーケットにさらされたクオリティーコントロールをしているものは何でしょうか？ もちろん銀行は違います。銀行も行政とべったりくっついていてるわけですから、自己責任のかけらもない。ゼネコンも違いますね？ これも銀行に債権放棄してもらっているし、公共事業をもらっている。唯一オープンコンペティションしてマーケットにクオリティーコントロールされて、いい人はそれなりの待遇されているのは進学塾です。それだけ価値があるからです。授業料が高くてもいい所には人がぎます。いい先生はどんどん給料もあがります。ということで日本で本当に唯一開かれたマーケットで評価されているのは進学塾だけです。

さて、アメリカの医学進学制度は4年制大学を卒業して4年間のメディカルスクールに行きます。しかも原則として同じ大学の出身者はとらないというのが医学部の見識ですから色々な大学出身者を混ぜる。卒業は全国のコンピュータによる「matching」で決まる。カラオケに誘ってお酒をたくさん飲ませて、「うちの医局に入局するか？」「はい、入ります」なんて、こんなバカなまねはしません。それ



が「プロ」を育てる人たちの社会的責任ですということが確立しているのがアメリカの強さです。われわれは本当に医師を育てることの「社会的責任」について考えているでしょうか。つまりアメリカでは日本人でもチャイニーズでもイタリアンでも、そのシステムに入れば必ずあるレベルにまで育てる、という「社会的なアカウントビリティ」を一番大事にしているからです。それでなければその大学はあつという間に評判が落ちます。それは、全部のお医者さんという人達の社会からの評判を落とすことになります。お互いに「プロ」としては厳しくやっていくということがはつきりとしています。つまり、医師になるいくつかのステップで嫌がおうでも必ず混ざる、それによって常に他流試合をしながらお互いに、広い範囲で評価していく。この評価が「Peer review (同僚審査)」ですが、こういうふうには混ざらない限り「Peer review (同僚審査)」なんて言葉だけで、内容を伴ってできるはずがありません。私は「紀伊藩の何とか村の出身」であります、などと言っても「よその村」のことなんて分かるはずがないのです。そういう認識も無く、それでも「Peer review (同僚審査)」なんて言っているのだから、「外」の「プロ」から見ればお笑いものです。しかし皆が笑わないところに日本の悲劇があるということです。

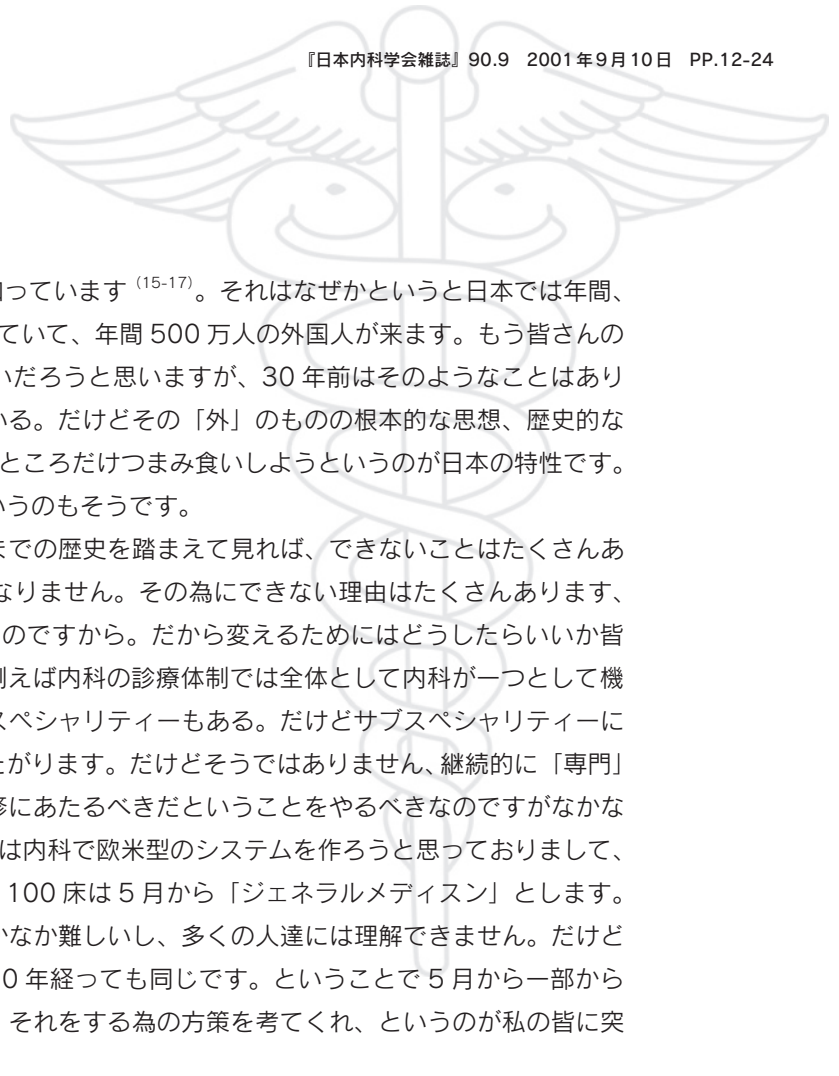
私もいくつか書いてますが⁽⁷⁻¹⁴⁾、21世紀を迎えて日本もアメリカも

50%の進学率、しかも日本もアメリカも歴史的に今社会的な階層はありません。誰でもいい進学塾行って、いい大学に入り、努力を続け成果が挙げれば誰でもいいポジションに就けます。しかし、イギリスやフランスやドイツはそうではありません。ある程度の社会的なクラスでないとなかなかそういうところには行かない。「行けない」ではなくて「行かない」というカルチャーがある。そこで私が言っているように医学部教育は4年の大学卒業者を対象とした「学士入学制度を原則」にしよう、これがなかなか踏み切れないんです。文部科学省も3月27日に学士入学制度の提言を出しましたが、数字目標を入れてくれと、30%にしようよと言ったんですがやっぱり他の先生方が自分たちが経験がないからなかなかそこまで踏み切れない。ということで、できない理由をたくさん挙げる。しかしそんなこと言っていると何も変わらないということで、できない理由をたくさん挙げるのは行政も政治も同じです。4年制のメディカルスクール方式にしよう、講座制なんてもうなしでいいよ、自由にやってくれよ、と。まあ独法化すればそんなところになると思います。

卒後の臨床研修は平成16年から必須化されます。だったら卒業大学と研修大学を全国のコンピュータマッチングにしたらどうでしょうか？ 自分の大学だけでなく、そうすることによって全ての大学が何年かするうちに全ての学生から評価できることになるわけです。無医村へもそういうマッチングをして4ヶ月派遣しましょう、と医学部が提言すれば卒後研修の財源は一般会計から国民にアピールできる。無医村はあつという間になくなります。この数字の根拠も示してありますが、われわれが国民の支持を得ようとするのが一番大事です。厚生労働省に陳情するのは間違ったスタンスです。メディカルスクール方式では卒業とともに「M.D. 医学博士」としての学位制度を廃止する^(5,7-14)。とすれば、私の研究はどうしようということになりますが、どうして教授の為に研究しなくちゃいけないの？ということ言うべきです。医師は卒後臨床研修の後は専門医への研修に熱中する人もいるし、一時研究する人もいるだろうし、色々な選択をすればいい。というようなことをしない限りなかなか新生日本の構築は難しいと思われます⁽⁵⁾。今だけがチャンスです。そして今しかありません。世界はスピードを上げて動いているのです⁽²⁾。

9. 日本人の精神構造とその由来

ここで「レクサスとオリーブの木：グローバリゼーションの正体」にもう一回戻ります。これはなんでしょうか？ 実は日本で起こっていることは我々が思っている以上に世界の人達、特に「リーダー」といわれるような人はよく知っています。日本がどうしてこんなことさえも分からないのか、こんな



ことが動かせないのか、ということもよく知っています⁽¹⁵⁻¹⁷⁾。それはなぜかというと日本では年間、去年の統計では1,800万人の人が世界へ行っていて、年間500万人の外国人が来ます。もう皆さんの中で外国に一度もいったことがない人はいないだろうと思いますが、30年前はそのようなことはありません。皆「外」のこともなんとなく知っている。だけどその「外」のものの根本的な思想、歴史的な背景、理念、その辺を理解しないで、ついいいところだけつまみ食いしようというのが日本の特性です。すでに述べた「Peer review (同僚審査)」というのもそうです。

そこで内科の診療体制はどうするか？ 今までの歴史を踏まえて見れば、できないことはたくさんある、だけどできる方向に向いていかなくはなりません。その為にできない理由はたくさんあります、今までそういう歴史で100年以上もきているのですから。だから変えるためにはどうしたらいいか皆で協力してエネルギーを結集するべきです。例えば内科の診療体制では全体として内科が一つとして機能する。その中に循環器、消化器というサブスペシャリティーもある。だけどサブスペシャリティーになると突然独立して一つの「ムラ」をつくりたがります。だけどそうではありません、継続的に「専門」と「内科全体」が統合されて教育、研究、研修にあたるべきだということをやるべきなのですがなかなか難しいです。今年から、いよいよ東海大学では内科で欧米型のシステムを作ろうと思っております、全部で300くらいのベッドのうち、そのうち100床は5月から「ジェネラルメディスン」とします。これも今まで「縦の内科」で来ているのでなかなか難しいし、多くの人達には理解できません。けど理解してくれるのを待っているんだったら100年経っても同じです。ということで5月から一部から統合しますが、できない理由は聞きたくない、それをやる為の方策を考えてくれ、というのが私の皆に突き付ける課題です。

この「タテのムラ社会」日本人の精神構造はどこからきたんでしょうか？ ルース・ベネディクトの『菊と刀』⁽¹⁸⁾は既に先生方お読みになっていることと思います。ルース・ベネディクトは日本に来たことがありません。1946年、戦後1年目に出版されています。これが「恥の文化」という優れた洞察をしています。素晴らしい。今読んでも素晴らしいです。戦後の日本、これからの日本という最後のチャプターも非常に洞察力にすぐれた研究論文だと思えます。さらにこれを上回ったといっておかしいのですが、『名誉と順応』⁽¹⁹⁾という本がありまして、これは池上英子さんという人によって書かれています。彼女はルース・ベネディクトと違って日本のことも知っています。彼女はお茶の水女子大学を出てから筑波大学で修士号、ハーバード大学で博士を取得し、プリンストン高等研究所、エール大学に行ったという人です。もともとは1995年にHarvard Pressで出ている『The Taming of the Samurai』、これが日本の精神構造の由来だということを書いています。「サムライ精神の歴史社会学」というもので、我々が今考えていることはそういう背景なのか、とうことを感じさせてくれる名著です。是非お読みすることをお勧めします。

10. アジアの日本

日本はアジアの一国です。これからは60億の人間がいる地球でアジアのことをもっと知るべきです。世界の人口の60%はアジアにいます。しかもアジアはこれから色々なことがあっても成長し、発言力が増します。その時によく見てください、今でもアジアのインド、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、バングラディッシュなどのリーダーは、大学、医者、企業、政治も行政も多くのリーダーの人たちはイギリスの高等教育を受けています。しかも非常にそれを好んでいます。前シンガポール首相のリー・クワン・チューの本を読んだことと思いますが素晴らしいリーダーです。ケンブリッジ大学卒業です。残りのアジアの国ではアメリカの高等教育を受けたリーダーがたくさんいて、その人たちは今からのアングロサクソンアメリカンの理念をよく理解しています。そう



いう人たちがどんどん出てきます。アメリカの有力な大学の卒業式に行ってみてください。30%は誰がみてもアジアの名前です。ハンさん、キムさん、リャンさん、こういう人たちです。日本の名前は非常に少ないです。このグローバリゼーション時代の経済、政治、教育、研究などがグローバルになってきて、国境を超えた価値を作り、世界が狭くなれば、その人たちは自分の祖国を想い、自分たちの「ヘリテージ」を思い祖国に貢献したいということになってくると一体どうなってくるのでしょうか？ つまりこのアジアの人たちはアメリカの高等教育のメリットを良く理解しています^(11,14)。

しかし日本のリーダーはどうでしょう？ 企業、大学、先生、研究者、政治家にアメリカやイギリスの大学を出た人はほとんどいません。大学院を出た人はいます。つまり日本のリーダーたちは良かれ悪しかれ日本の大学の序列化にどつぱりと、つまり日本の明治時代からの大学の価値観の序列が頭の中にインプットされています。ですから、日本のリーダーの問題と課題は、まずこのリーダー達の「日本の常識」今話したような日本の歴史的なパースペクティブにある常識が常識だと思っているところに日本の問題があるのです^(16,17,20)。これらの多くのことに関しては「世界の非常識」なのです⁽²⁰⁾。

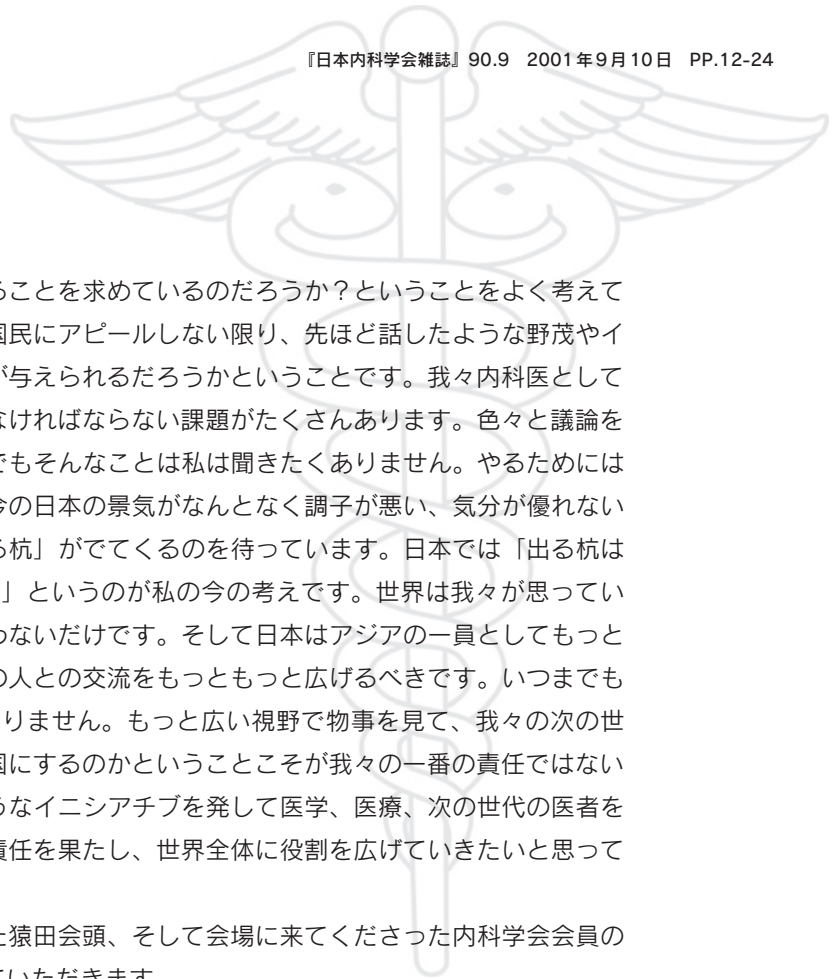
例えば「先進国G7」で国立大学があって、しかも国立大学が優秀だと考えている国はどこでしょうか？ 国立大学があるのは日本とフランスだけです。しかも日本とフランスだけが国立大学は優秀だと思っています。ハーバードやオックスフォードやケンブリッジやスタンフォード出た人が、役人になろうと思いませんか？ 考えているはずがありません。日本とフランスだけが国立大学に行って、役人になることがすごいと思っているのです。それはそれだけの権力を手に入れるからです。これは、「世界の非常識」です。フランスもだんだんと落ち込んできています。日本のリーダーの殆どすべてが日本の大学を出ているために、そのような価値でしか物が見えない、考えられない。多くの人が留学はしていますが、その留学は殆どが「ヒモ付き」です。実力ではありません。我々もアメリカに留学といっても「臨床研修」や「臨床教育」を受けに行くのではなく、殆どが研究です。3年して教授が「帰ってこい」といえば、「はい」といって帰る。「海で泳いだ」といっても「浮き輪」しかも「紐付きの浮き輪」で泳いでいるだけなのです。本物の、戻れないかもしれないというような、追い込まれた状況で留学しているわけではありません。これが「野茂」、「プロ」への道との違いなのです。

このような流れて過ぎてきた徳川時代からの鎖国というのは、『名誉と順応』⁽¹⁹⁾を読めば非常によくわかります。日本は「島国だから」とよく言いますが、とんでもない。イギリスも島国です。しかしイギリスは19世紀には世界の50%を支配しています。しかも日本人も鎖国の前には、ジャカルタには2,000人の日本人がいました。山田長政をみてごらんください。大航海時代に日本人もたくさん外に出たんです。だけど鎖国によって全部その可能性は消し去られました。鎖国の徳川時代は自分の「ムラ、藩」から出られないという鎖国の中の鎖国をしたのでどつぱり「ムラ社会」になったのです。それが今になっても続いている。「全体主義日本の終わり」「パラダイムシフト」これは竹内靖雄さんの『日本の終わり』⁽²¹⁾にも書いてありますが、「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もう機能しないのです⁽²⁻²⁰⁾。

これを変えるにはどうしたらいいか、と言っても日本のリーダーたちは日本の大学を出た人たちばかりだからこれからの違った価値を理解できません。口では言うけどアクションできません。何でも「先送り」なのです。

おわりに

日本は経済大国として近代先進国入りしました。技術は確かに進んでいるけれど日本人の精神構造と価値観は徳川時代から何も変わっていないということが、外国からはよく見えるわけです。我々自身もよく考えてみましょう。我々は近代日本の高等教育を受けた医師という「プロ」だといいますけれども、



我々のメンタリティーは本当に「プロ」であることを求めているのだろうか？ということをよく考えて下さい。それでは何をやるんだということを国民にアピールしない限り、先ほど話したような野茂やイチローのようなわくわくした夢を国民に我々が与えられるだろうかということです。我々内科医としては医学界の中心だと思っているからこそやらなければならない課題がたくさんあります。色々と議論をしても、できない理由はたくさんあります。でもそんなことは私は聞きたくありません。やるためには何をすべきかを考えるべきであり、これが今の日本の景気がなんとなく調子が悪い、気分が優れない理由の一つではないでしょうか。日本は「出る杭」がでてくるのを待っています。日本では「出る杭は打たれる」と言いますが、「出る杭は増やそう」というのが私の今の考えです。世界は我々が思っている以上に日本の問題を良く知っています。言わないだけです。そして日本はアジアの一員としてもっともっとアジアに目を向けるべきです。アジアの人との交流をもっともっと広げるべきです。いつまでも「アメリカ、アメリカ」と言っている必要はありません。もっと広い視野で物事を見て、我々の次の世代をどうやって育ててこの日本をすばらしい国にするのかということこそが我々の一番の責任ではないかと思っています。是非、内科学界はそのようなイニシアチブを発して医学、医療、次の世代の医者を育てるという責任を社会全体に発して、その責任を果たし、世界全体に役割を広げていきたいと思っています。

最後に、このような機会を与えてくださった猿田会頭、そして会場に来てくださった内科学会会員の先生方に心から感謝して私の講演を終わらせていただきます。

追記：最近になって、アメリカで医学教育を受け、臨床研修をした人達による本がいくつか出版されている⁽²²⁻²⁶⁾。これらには共通して、「プロ」を作る、そして「プロ」になるプロセスが生き生きと描かれている。日本とよく比べてみてください。

参考文献

1. 黒川 清：21世紀へのチャレンジャー 21世紀国際化時代：「プロ」内科医師の育成と特別企画講演
『日本内科学会雑誌』Vol.90 P53-57 臨時増刊号 平成13年2月20日
2. トーマス・フリードマン：「レクサスとオリーブの木（上・下）」、東山一紀、服部清美訳 草思社、平成12年2月
3. 吉村 昭：『雪の花』新潮文庫、昭和63年
4. 吉村 昭：『白い航跡』講談社文庫、1994年
5. 黒川 清：医療政策と21世紀の課題「第1回製薬協フォーラム記録集」平成12年12月11日
6. 黒川 清：「内科医への期待（第93回内科学会会頭講演）」、日本内科学会雑誌、85巻：1369－1378
7. 黒川 清：「これからの医師の教育 21世紀の国際化時代にマッチする「プロ」育成を」病院経営新事情 10巻 209号
平成12年4月20日号、p27－38
8. 黒川 清：「グローバリゼーション時代の医学教育と臨床研修」治療、81(4)：1295－1301、平成11年
9. 黒川 清：「21世紀の医学と医療教育」（第25回日本医学会総会講演）
JMS、第25回医学会総会特別号49：37-42、平成11年。
10. 黒川 清：「21世紀の医師養成と大学病院像」病院、58：p1106－1110、平成11年12月号
11. 黒川 清：「医学教育をめぐる諸問題 - 国際化時代の「プロ」育成へ -」
週刊社会保障 Vol.55, No.2128：p20－23、平成13年3月19日号
12. 黒川 清、田邊 功：『医を語る』、西村書店、平成6年
13. 黒川 清：『日本とアメリカの医療』、『アメリカと日本』東京大学出版会、平成6年
14. 黒川 清：『日本の医学教育に求められるもの（上・下）』健康保険 2001年4月号、5月号
15. 黒川 清：あまり知りたくない辛口「日本の研究とその評価」学術の動向、p40－45、平成12年4月号
16. ビジネススペシャル「タボスの森、石原、鳩山氏 世界との、この絶望的な開き 政治家を笑っては済まされない」：
日経ビジネス 2001年2月5日号、pp148－151

17. 「In Stagnant Japan, Economic and Social Ills Match」: The New York Times, February 6, 2001
18. ベネディクト、ルース・フルトン:「菊と刀 日本文化の型 (改版)」 社会思想社 1997 年
19. 池上英子:「名誉と順応」、NTT 出版、平成 12 年
20. サミュエル・ハンチントン:「文明の衝突と 21 世紀の日本」、鈴木主税訳 集英社新書、平成 12 年
21. 竹内 靖雄:「日本の終わり」日本経済新聞社、平成 11 年
22. 赤津 晴子:「アメリカの医学教育」日本評論社、平成 8 年
23. 赤津 晴子:「続アメリカの医学教育」日本評論社、平成 11 年
24. 船橋 昭:「良い医者になりたい」日本評論社、2001 年 1 月 31 日
25. 長浜 正彦:「It's My Challenge ペンシルバニア大学医学部留学奮闘記」篠原出版新社、2000 年 12 月 1 日
26. 桑間雄一郎:「名医と迷医の見分け方 裸のお医者さまたち」ビジネス社、2001 年 6 月下旬出版予定

