

## 真のプロフェッショナルが育つ環境づくりへ 情報の共有化で変わる医師像 出身校にとらわれない研修, 交流を

東海大学教授 黒川 清

昨年から今年にかけて日本を明るくした話題といえば、プロ野球のイチロー選手や野茂選手らが、米国の大リーグで活躍したことがまず挙げられる。日本のプロ野球で活躍していた選手たちが、未知の世界である大リーグに飛び込んで成功したというニュースに、私たちは大いに元気付けられ、彼らを誇りに思った。

これまで、日本ではみな「良い」大学に入り、官庁や大企業に就職することを目標に受験勉強をしてきた。要するに、既得権がより大きいところに行き、そこにしがみついて既得権を守ろうとするばかりで、新たな挑戦をしようとはしなかった。これではイチロー選手や野茂選手のような“プロ意識”の高い人間など育つわけがない。

現在の日本が陥っている閉塞状態は、ある組織の中に入ったらずっと外に出ることなく内部で昇進していくという、縦割りの硬直的な仕組みが原因ではないか。これは日本全体の問題であり、大学病院の医局制度もその例外ではない。こうした事態を打開し、今こそ本当のプロの医師を養成していかなければならない。

### 国際化で世界との違い浮き彫りに

21世紀の医療のキーワードとして、私はまず「グローバリゼーション」を挙げたい。交通と情報手段の急速な発達によって世界は狭くなり、情報の共有化が進んだ。そして、やり取りされる情報が増大するに伴い、世界と日本とのものごとに対する感じ方、考え方の違いが徐々に、しかも国内外に広く明らかになってきた。

例えば、省庁の官僚が民間企業に再就職することを「天下る」という。日本の新聞記事でも、かつ書きにもせぬにこうした書き方をする。つまり、官僚が自分たちよりも上であることが当たり前だと思っている。こうした表現にみられるような「お上」におもねる体質は、先進民主主義国家には見られない、日本独特のものであることがようやく分かってきた。

同時に、国内外の医療の状況についても広く知られるようになった。インターネットを利用すれば、様々な医療情報が容易に入手できるため、医師と患者の関係が変化してきた。患者の意識も向上し、十分な情報公開や質の良い医療を求めるようになってきた。

### 明治から変わらぬ医師養成の手法

このように情報公開が進んできたからこそ、日本だけの特殊な制度が改革への障害になっていると認識されるようになってきたのである。ここで、大学病院の医局制度について、歴史的な経緯から簡単に振り返ってみたい。

日本の医学部の歴史は、明治2年にドイツの制度を踏襲すると決めた時にさかのぼる。これは、教授の権限が強く、研究を重視する制度だ。明治19年に（東京）帝国大学、明治30年に京都帝国大学が設立され、明治政府は多額の資金を投入して、人材の育成を積極的に行った。

各地に病院を作り、病院開設者は医師で、看護婦は従業員であることが当たり前になった。こうして関連病院が次々にでき、医師を派遣するようになると、大学の教授を中心にした人事権が牛まれる。多くの医師は病院の職員であり、給与システムは年功序列の横並び。研修医のころから「外」を知らず、上司の医師の顔色だけを伺う医師が再生産されていくという悪循環が生まれた。

太平洋戦争後のGHQ( 連合軍総司令部 ) の報告書を見ても、「日本の大学教育は硬直的で、改革には抵抗が強い」と書いてある。だが、20世紀後半の日本は経済成長を遂げ、医療制度も、護送船団方式の体質を残したまま問題は顕在化せず今日まで来た。

### 他流試合はプロ養成の第一歩

日本は高学歴社会になり、大学進学率は今や50%にもなる。大学の役割は、エリート養成の場から教養を付与する場に変わるべきだ。

そこで、医師養成の面で参考になるのが米国のメディカルスクール方式だ。これは、4年制の大学を卒業した後に、大学院に当たるメディカルスクールで4年間学ぶというもの。しかもメディカルスクールでは、基本的に自大学の出身者は25%以下に抑えている。

2004年から始まる卒後臨床研修の必修化に際して、大学病院では自大学の卒業生を半分以上にはしないという仕組みがどうやら実現しそうだ。純粋培養ではなく、様々な大学の出身者が研修の場で混ざり合うことは、医療のプロ養成に向けて、一歩前進だと思う。

しかし、財源についてはまだ問題が残る。米国では医療費が国内総生産(GDP)の14%(150兆円)を占めるが、日本では7%(30兆円)。この額はG7各国の中で英国と同程度で最も低い。英国では医療費を増額すべきだという声が高まり、国の医療費を増やしているところだ。

これに対し、日本では今度の卒後臨床研修必修化に当たって財源がない。医療費の中から出せと言われていたが、診療報酬は今年度の改定で1.3%引き下げられた。半面、世界第2位の国内総生産500兆円のうち、70兆円(うち官需30兆円)が土木建築である。他のG7メンバー6カ国の土木建築に関する官需を合計しても28兆円程度にしかない。国は健康関連産業への投資を増やし、雇用をこの分野で働く人たちへと移行する努力をすべきだ。

### 患者も普段から医師との関係づくりを

21世紀の医療のもう一つのキーワードは、「疾病構造の変化」である。少子高齢化の影響を受けて、アルツハイマー病や癌、生活習慣病の増加が問題になっている。今の国民皆保険制度は、良い治療薬がなかったころの脳いっ血と結核が主な死因であった1960年代に導入されたが、当時と今とでは、疾病構造が全く異なる。現在の日本人の死因は、約3分の1が癌で、次の3分の1が心血管疾患と脳血管疾患、残りの3分の1がその他の理由だ。

血管系疾患の増加は、糖尿病や高血圧、高脂血症、動脈硬化、肥満といった生活習慣病の増加に伴うものと考えられる。こうした疾患では患者の自己コントロールが必要だが、暴飲暴食を続け、タバコを吸い、運動もしない患者がいることも確かだ。このような、健康維持に必要な自己責任に負う部分の大きい疾患については、医療費の患者負担額も考慮すべきだ。その分、看護婦の数を増やしたり、若い医師の手当を増額すればよい。

医療には無駄があると指摘される。だが私は、患者による無駄も少なからずあると指摘したい。複数の病院を回り、検査をたくさん受けて、薬をもらったり、注射や点滴をして、ようやく満足している現状がある。大病院志向の患者が多くては、外来では3時間待ちの3分診療になっても仕方がないのではないか。

私は、医療を取り巻く状況の変化を踏まえ、社会も変わってほしいと望んでいる。病気になったときだけ医師にかかるのではなく、元気なときから、自分の属するコミュニティの中で医師との交流を深め、関係を育てていくべきだ。そして、自分のことをよく知っていて、親身に診てくれるかかりつけの医師を見付けておくべきだろう。すべてを医師の責任にするのではなく、自分の身体については自分で責任を持つという気持ちをはぐくんでもらいたい。

1936 年生まれ

1962 年東京大学医学部卒業

1967 年同大学医学研究科修了

1969 年渡米

1979 年カリフォルニア大学ロサンゼルス校医学部内科教授

1989 年東京大学医学部第一内科教授

1996 年東海大学医学部教授並びに同医学部長

2000 年日本学術会議副会長に就任

現在 東海大学教授、総合医学研究所所長

東京大学名誉教授

米国内科学会マスター

2002 年度国際内科学会会長

1999 年紫綬褒章受章

