

「評価のシステムと課題」

第6回医療機能評価研究フォーラム基調講演

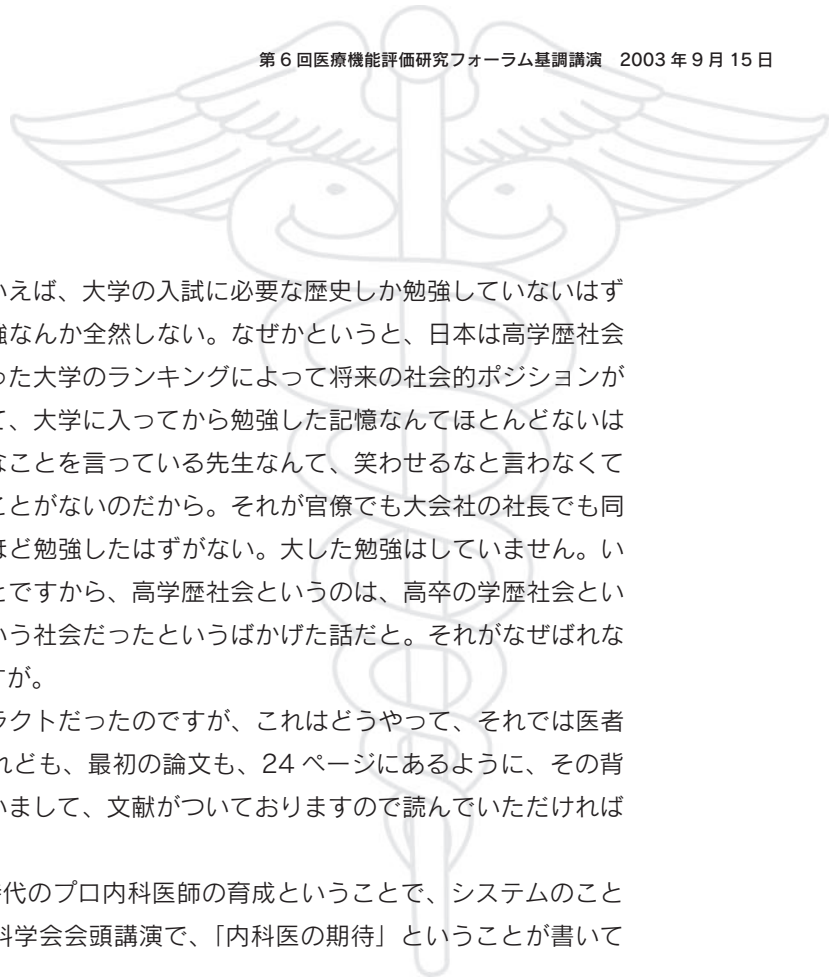
おはようございます。このような機会にお招きいただきまして、ありがとうございます。岩崎先生にはいつもお世話になっております。この病院評価というのも非常に大事な機能でありまして、これが導入されてから、最初はだれも受けないぞなどと言っていたのですが、だんだん評価が受け入れられて、評価を受けようという病院がふえてきたというのは一歩前進と思います。これからの社会を考えると、このような自分たちの中で自分たちを評価しながら、それを改善して、社会に責任を果たしていこうという態度がすごく大事な世の中になってきているわけで、そういう意味では、このような機構ができてきたというのは、その背景はさることながら、大変よろしいことだと思います。

私は、いろいろなことを書いたりしていますが、多分ここは医療関係者が多いので、ご覧になる機会が多いと思いますが、過去3年の主なものは全部ホームページ「www.kiyoshikurokawa.com」で読めるようになっておりますので、お暇なときに訪ねていただければ、コラムでいろいろなニュースに対する私のコメントや質問が幾つかあったり、それから書いたり講演したものが読めるようになっております。

最近はそのが大変多くなってしまったので、キーワードを入れると、キーワードから少しセレクトされて出てくるようになっております。

きょう持ってきました資料は、まず最初は、内科学会の特別講演です。きょうの話の前半でこの話もしようかと思いますが、21世紀になって何でプロの内科医育成への課題か、というのがありまして、その1ページをめくっていただきますと、「近代日本の医学教育制度の主な出来事」ということが書いてありまして、どうして講座制とかができてきたのかということが簡単に書いてあります。

以前は何々内科などと教授の名前をつけていましたが、それは明治35年(1902)に起こったのが初めてありまして、それまでは第一内科というふうに呼んでいたのですが、その後、明治35(1902)年になって、例えば田坂内科とか沖中内科と呼ぶようになったということです。1902年といえば、日英同盟が結ばれた年であり、大英帝国が対等の条約を結んだのが日本だったというのは、それなりに意味があることですが、その2年後に日露戦争が始まります。その後、お医者さんの世界では常識ですが、お医者さん以外の世界では全然常識ではないという、その閉ざされた世界のばかげたこともあるわけです。これはなぜ起こったかということ、もともとはドイツの制度を持ってきて、2年間の大学院というのがありまして、そこでしか博士号をあげないということにしていたのですが、それではちょっとかわいそうかなという仲間うちのよくある話ですが、1920年、大正9年になりまして、新学位令というのをつくりまして、論文を出せば博士にしてあげるというのをつくったので、急に医学博士がふえてしまったという、これも一種のデキレースであり、このようにしたということです。これを読んでみると、そんな歴史があったのかということで、いろいろおもしろい。つまり現在の我々があるのは日本の歴史の延長でありますので、歴史を知らなければ、当然、何が問題なのかということもわかるはずがない。これは医者に関係があることだけではなくて、日本が今失われた十年なんて言われていますが、現在は歴史の延長だという割には、皆さんは近代日本の歴史を知らない。例えば1910年に日韓併合が起こったのだけれども、その背景にどういうことがあったのかなんて言っても、日本のリーダーというような人たちが日本の近代、日本の歴史を知らない。しかも、相手とのどういう関係があったのかということ、太平洋戦争の話ばかり知っているようでは困るわけで、そこに至るまでの背景はどうだったのかというようなことを知っているだろうか。日本は高学歴社会で皆さんは非常にインテリでありますけれども、



しかし日本の歴史についていつ勉強したかといえば、大学の入試に必要な歴史しか勉強していないはずでありまして、大学に入ってから歴史の勉強なんか全然しない。なぜかというと、日本は高学歴社会とはいっても、大学に入ることが目的で、入った大学のランキングによって将来の社会的ポジションが大体決まるわけですから、我々の世代も含めて、大学に入ってから勉強した記憶なんてほとんどないはずで。それが今になって医学教育で偉そうなことを言っている先生なんて、笑わせるなど言わなくてはいいけません。自分たちも大した勉強をしたことがないのだから。それが官僚でも大会社の社長でも同じことで、入試して入学したら4年間はそれほど勉強したはずがない。大した勉強はしていません。いい大学に入るのが目的の勉強だったということですから、高学歴社会というのは、高卒の学歴社会という意味です。高卒の学歴ですべてが決まるという社会だったというばかげた話だと。それがなぜばれなかったということは、それはまたお話が別ですが。

その次に、やはり内科学会の方のアブストラクトだったのですが、これはどうやって、それでは医者育てるかということを書いているのですけれども、最初の論文も、24ページにあるように、その背景についていろいろな人の話を書いたりしてしまっていて、文献がついておりますので読んでいただければと思います。

その次が、21世紀のチャレンジ、国際化時代のプロ内科医師の育成ということで、システムのことについて書いてあります。その次に、私の内科学会会頭講演で、「内科医の期待」ということが書いてあります。

その次に、今、日本は研究にたくさん投資しています。特に21世紀はライフサイエンスの時代なんて言って、いい研究者をつくるのが非常に大きな課題であるということになっておりまして、10月の第1週ぐらいになると、今年のノーベル賞受賞者が発表されますので、みんな何かわくわく期待しております。日本は4年連続になるかなというふうな話も出ていますが、どうでしょうか。3年続けてノーベル賞が出たので、日本は非常に元気になったというのは確かですね。元気になったというのはなぜかということ、研究は必ずしも役に立たないのだけれども、野依先生のも二十何年前に不斉合成ということを見つけて、その前の年の白川先生も、何か大学院の学生が間違っただけで試薬を加えたら、おかしなことが見つかったという昔の話が対象になるわけで、プラスチックでも電導ができるということ。小柴先生も、ニュートリノを見つけて、大したものだと、皆さん、元気になりましたが、本人はニュートリノなんて何の役にも立ちませんよと言っているぐらいで、しかしそれで世の中が明るくなるというのだから、役に立たない研究は何も要らないかということ、そんなことはありません。自然の原理を見つけるというのがサイエンスの行動でありますので、結構ではないか、役に立つかどうかなどというのは、知らないよと言っておけばいいのでして、立派なことです。田中さんももちろんそうです。田中さんがもらって、みんなが元気になったわけですから。その前の日は小柴さんがスターだったのに、田中さんがもらったら、大体テレビ、その他のメディアは、田中さんが7に対して小柴さんが3ということで、小柴さんは不機嫌な顔をする人が多いということもありました。それは田中さんが企業の研究者でもらったからといったわけでもないし、田中さんが企業の人だったから、企業の人少し元気になったというようなことかもしれませんが。実は田中さんが多く取材された理由は、あの人柄です。日本人が忘れていた日本の男性にある、あのすばらしい素質、謙虚な人柄にみんながしびれたという話でありまして、田中さんがいかにも嫌な人物だったら、あんなにはテレビに映るはずがないし、あの癒し系の人柄にみんなほっとしたという話なのです。

その次は、その研究者養成の現状と緊急課題が書いてありまして、日本の研究者の養成システムは何かおかしいのではないかと、悪口を言っているわけではなくて、私は今のシステムの問題点を書いている。将来のある日本の若い人たちに、こんなことさせてはだめですということを言っている

わけです。我々の世代はもう過去の人ですからということを行っているわけです。だから、将来のある若い人たちにもっと広い世界を見せなくてはいけないということを行っているわけで、そのためにはどうということをしたらいかということを書いているのです。

その次は、よくわかる医療経済学入門ということで、これは今の医療制度についての解析と、それをどうしたらいいかということの二部にわたって話しています。公共事業、土木建設立国という日本が、1965年からずっと公共投資は土木建築ばかりやっている。今でもダムを380カ所つくっている。相変わらず神戸にも飛行場をつくろうとしています。関西空港から船で30分で行けるところにもう一つ国際空港をつくろうということですから、どう見たって採算がとれるはずもない。それでも、みんなトンカチやっていますから、コンクリートが好きなのだなと思います。その次には日経ですが、今、ベンチャー、ベンチャーと言っていますけれども、お上に頼っているうちはバイオベンチャーなんか出てくるはずがない。ベンチャーはリスクが大きいから、お金は国が出してよなんて、ばかなことを言っている人たちにできるわけがない。

その次に大学改革ですが、これも日経ビジネスですが、競争しない学者たち、大学改革の将来は暗いというようなことを書いています。これも悪口を言っているわけではないのだけれども、読んでいただきたい。

その次は、日経に出したのですが、健康産業振興で内需拡大ということで、土木重視から健康産業関連にシフトしよう、そのためには医療の制度をまづきちんとすることだということを書いています。その次に、きょうの話の一部に出てきますが、科学者コミュニティの機能と21世紀日本の課題ということを書いております。後でこのような参考文献のほかにホームページでもありますので、お楽しみいただければと思います。

グローバル化の正体

さて、今の日本は何が問題でこの評価のシステムは何か。今、やたらとみんな評価、評価と言っています。大学の評価、独立行政法人の評価、企業の評価はどうかというと、IT、情報の公開、それからコーポレートガバナンス、モラルハザードなんて、何でもみんな片仮名なのではないでしょうか。モラルハザードは倫理観の欠如と言えいいのに、今まで日本語をしゃべらないというのは、いかにも片仮名を言うと、今まで自分たちが知らなかったとか、そういう制度がなかったような顔をして、モラルハザードなんて倫理観の欠如と言えいいのだと私は言っています。何でもコーポレートガバナンスなんて言っているのですか。どこの企業にも監査役というのがいたわけでしょう。では、監査役はどういう人がなっていたかということ、社長になれなかった人が社長の温情で最後になるポストですね。だから、社長に文句を言えるはずがない。これが監査役だったわけです。それが今になって監査機能をしっかりしろと言ったって、今までのシステムでできるはずがないでしょう。そういういい加減なところで済んできたのはなぜかということが一つ問題で、今の日本の問題は、医療に限らず、すべてが共通しているわけです。それで、今、大学の評価、病院の評価、いろいろ言っておりますが、うるさいとは言わないけれども、やった方がよいかということなんです。

今皆さんが元気になっているのは何かということ、メジャーリーグのベースボールですね。きのうは松井が頑張ったかなとか、イチローがどうしたかなとか、サッカーもそうですね。こういうところが日本を元気にする。なぜこれで元気になるかということ、ノーベル賞も同じことで、要するにその分野のプロと言われるような人たちが肩書に関係なく世界のトップレベルの人たちと競争してやっているなという

ことで、日本人としての誇りをくすぐられ、日本人として自信が出てくるということなのです。つまり日本は、経済、国のあり方全体が非常に調子が悪くて、何となく調子が悪いなと思っているのに、実はこういう人たちがいて皆さんが元気になる。そうすると、今まで元気だったというような人たちは一体どこにいたのか、という話になるわけで、この人たちの特徴はプロだということです。プロだということはどういうことかという、組織や肩書ではなくて、自分の腕、あるいはその能力で自分の機能を果たすことができるわけです。それでは我々お医者さんはどうなのか。大学教授の外科とか内科とかいったら、臨床が本当にできるか、外科の教授というのは手術がそんなにうまいのか、と言われると、自分は手術されたくないなんていう教授もたくさんいるわけで、そういうことではプロではないということです。つまり我々の社会は、お医者さん全体が一番知っており、プロを育ててきたのかということに問題があるということがだんだん外の世界に明らかになってきたということです。我々は知っていたのだけれども、知られないで済んでいたということは、どこの世界でも同じです。そういうわけで、本当にプロと言えるのかということです。

ところが、我々は知っているのに、ようやく最近、言われる前にそういう動きが始まっています。その一つの例として、例えば泌尿器科の先生というのは、いろいろな研究をする人もいるし、それから性ホルモンの研究をしている人も結構います。そういうことも大事なのだけれども、泌尿器科の医者というのは、この間、泌尿器科学会でもしゃべりましたけれども、内科ができるようなことをやってもよいのだけれども、泌尿器科は内科の人ができないところで絶対プロになってもらわなくては困るわけで、それは手術です。だから、手術が下手な泌尿器科医なんて要らないというわけです。研究と診療は違います。臨床も違います。最近、東北大学の泌尿器科の教授はどういう方がなったか、ご存じでしょう。今まで東北大学にいたことがない人です。もちろん東北大出身でもありません。倉敷中央病院の泌尿器科部長を教授にスカウトしました。それは臨床の腕が大事だからです。それにすぐ続いて、東海大学泌尿器科教授は天理の部長を引っ張ってきました。素晴らしい人たちです。この人たちはもちろん若いときに研究したという履歴もあるから、研究の指導などもできるし、論文も書いておられますけれども、むしろ臨床の腕をこちらが調べて、そういう人をスカウト人事してくるのが我々の社会的責任なのではないですか。そういうことを自発的にやらないで、「大学の教育が悪い」とか言う資格が私たち医者の間にあるのかということ言われているわけです。だから、それが社会にだんだんわかってしまう前に、きちんとやるかどうかアカウンタビリティだということです。現在の日本になぜ元気がないのかというのは、同じことです。つまり仲間うちの理屈ですべてのことが運んでいて、いいと思っていたのが、だんだんそうではなくなった。なぜかといえば、これは情報化でありまして、私のホームページにはそういうことがいろいろ書いてありますので、きょうの文献も含めて読んでいただければと思います。つまり、キーワードはグローバル化です。

医学教育の問題がなぜこれほど問題になってきたのでしょうか。なぜ卒業研修は義務化されるまでになってきたのでしょうか。それは、今までは医学教育で医学部を卒業した時点で国家試験を受けて医師の免許証をもらえれば、そのままいつまでもたっても医師として診療できることになっています。しかも、その診療については、外科とか婦人科とか小児科であることを限っていません。にもかかわらず、医者の免許を持って、更新もしないで、自分が卒業してからずっと、例えば、眼科しかやったことがないという人たちが救急で、きょう私は眼科だからちょっととか、飛行機で「お医者さんいますか」なんて言われて、「うん、ちょっと待って、行くのやめようかな」という人も結構いるような気がするのです。それだったら、医師の免許証というものを持っている社会的責任は何だということを考えたことがありますか。そこに問題があるということだんだん社会から言われているわけです。自分たちからは、そう言われるまでは改革をしなかったという話です。それが、グローバル化という中で、外のこ

ともたくさん見えてくると、社会の方は、今までの医者はおかしなこともあるのかもしれないということに気がつき始めて、いろいろな文句を言うようになってきたということです。

例えば、メジャーリーグを見てみると、なぜメジャーリーグで毎日、朝、あんなにBSで視聴率が上がるのですか。それによって何が起こるかということ、パブリックは、その野球を見て、向こうの野球はおもしろいな、結構馬力があって。それに比べると、日本の野球はそれなりにおもしろいけれども、読売ジャイアンツばかりありがたがっていたというのは、ちょっとおかしいかもしれないと考え出したわけです。それで何が起こったかということ、実際経済効果もあるわけで、読売ジャイアンツは東京では4チャンネル（日本テレビ）でしか見られませんでした。これは読売の傘下だからです。けれども、読売テレビは視聴率がどんどん落ちてきてしまったので、今年からついにNHKにも放送権を売っております。これがグローバル化、つまり情報が公開されたことによってパブリックに選択肢がふえる。となると、今までありがたがっていた読売ジャイアンツだけではないのだということが、パブリックのチョイスとしてはわかってきた。これがグローバル化の正体です。

ところで、今年の読売ジャイアンツは、もちろん松井がいなくなったので急に弱くなったわけでもないのだけれども、なんと言っても阪神タイガースだからということが一番大事なわけです。読売ジャイアンツが勝っても経済効果は300億くらいですが、阪神タイガースというこの意外性で1,000億の経済効果があるというのが大事でありまして、いつまでたっても東京大学なんて言っているのは日本は活性化しないということの一つの証拠です。よろしいでしょうか。頑張ってください。

このようになってきたのは、つまり交通と情報の手段が発達したために、世界のことを皆さんが身をもって体験するようになり、ライブの映像が世界中に配信されることによって、パブリックは、何が本場で、何がいいかという、理由はわからないかもしれないけれども、直感的に何かが違うということを見るということです。そのときに直感的に見られたときに、本物かどうかを見られるのは、先生たち、プロだと言われるそれぞれの分野の人です。例えばライブBSでメジャーリーグを見たときに、よしおれもやってみようという価値観の判断をできる人はプロ野球の選手です。我々ではありません。我々はそれを見ている。だから、つまり医療でも、医療を受ける側のパブリックは、何が違うかはわからないけれども、テレビのERを見たり、あるいはお医者さんのことを見たりしています。また500万の外国人が日本に来ます。日本の病院は3時間もいて3時間で、はい、さようならなんていって、確かに医療費は安いけれども、こんなことで、私、大丈夫かしらなんていうことを結構外国人が書いています。東京に来たら、これはジャパン・ミステリーだなんて言って、ニューヨークタイムズに書いていますが、日本ではそれが当たり前だと思っている。こんなに安くていいのか、ということも言われています。これをどうするかということです。1,800万の日本人が毎年外国へ行く。もちろん同じ人が何回も行っているのです。正味1,800万人、違った人が行くわけではありませんけれども、そのぐらい外国へ行くのが簡単になった。30年前、そんなに行けませんよ。35年前は、1ドルが360円、お医者さんの初任給が月に100ドル、3万6,000円です。外貨の持ち出しは500ドル。5カ月分の給料だから500ドルなんてありませんから借りるわけです。今では、500ドルなんて先生たちのポケットに入っているのではないかといいぐらい経済大国になってしまった。30年ですっかり世の中が変わってしまうのです。そのころに外国に行ったことのある人なんていうのは、教授とかそういう人がたまに外国に学会で行ってくるぞなどといって、みんなで飛行場にお見送りに行ったぐらいの大イベントだったわけです。先生方の中で外国に一度も行ったことのない人、手を挙げてください。いませんね。そういう時代になったということです。開かれれば開かれるほど、今まで日本人がありがたがっていた、あの権威というのは一体何だったのか、ということ直感的にみんなが感じ始めるのだけれども、それについての問題は出なかった、1990年までは。本当を言うと、日本の状況は世界中に見えるようになって、おかしいな

と。野球はメジャーが違っても、私のチョイスはやっぱり阪神タイガースだという人がいてもいいのです。つまり選択肢がふえているということなのです。選択肢がふえて、選ぶのはパブリックだということが医療にも行われているということです。

その一番のいい例が瀋陽の総領事館事件です。この事件は、非常に世界にインパクトがあったわけです。これはライブで、韓国のNPOがビデオで撮っていたので、テレビでばっと流しました。大使館の中に亡命希望の人が入っているのに、出て行ってちょうだいといってただ見ている。これは一体何をやっているのかということがばれてしまったわけです。この映像をもとにして外務省は国会で答弁をしなくてはならないという、非常に辛い立場になった。つまりライブ画像がなかったらどうなったと思いますか。そんなことはありませんでしたというようなことで、大体済んでいます。そこが情報化時代の恐ろしいところなのです。だけれども、もっと恐ろしいことは、この映像がCNNその他で世界中に配信されたということです。こういう事実があったということは、だれも疑問に思わない。そこで、日本の国会の答弁なんていうのは、国際法と人権問題について云々かんぬんで、これで済んでしまうのだから、日本というのは随分おとなしい国だなと大体思っています。だけれども、世界がもっと見ているのは、この後の中国と日本のやりとりです。つまり日本は中国に抗議します。当然です。抗議のポイントは何か。一番頭にきてどうしようもないのは、自分たちの国土である大使館、領事館内に入った人を連れ出すとは何事だ、全部もとに戻せ、返してくれと言わなくてははいけないのです。これを国会の答弁のように、人権問題だと。人権なんかどうでもよくはないけれども、2番目か3番目です。人権問題を叫んでしまうとだめなのです。日本人はそれで納得してしまうのだけれども、世界では、人権で中国に抗議すれば、中国は、「ああ、そうですか、マニラ経由でもう出してしまいましたよ」と言ったので、それつきり押せなくなった。人権問題ではないのです。自国の主権を侵したということについて徹底的に抗議すべきなのです。これを見て世界中の人は何を感じたか。つまり日本は本質をついた議論をしてこない。国内向けの議論は世界では通用しない。こういう議論の日本は甘いなということで、ボディブローのように国の信用の低下にきてくるということです。つまり日本では通用するような理屈は、必ずしも外では通用しない。それはなぜかといえば、理論が本質をついていないからです。それが日本のリーダーたちだということです。

それでは、国際化のグローバリゼーションの正体は何かといえば、例えば幾つも本がありますが、『レクサスとオリーブの木』、このような本を読まれると大変いいと思います。レクサスというのは、ご存じセルシオのことで、これは世界のレクサス、グローバルスタンダードと言われるように、アメリカでもベストセラーです。これがグローバリゼーションの象徴。オリーブの木は何かというと、土着のカルチャーです。実際に現在パレスチナの問題で、イスラエルはパレスチナのガザの西岸地区との間にずっと、塀をつくっています。あの塀のところに境界線があり、その塀の内側にフェンスをつくるわけですが、全部パレスチナ側に入れているのです。これは余りにもひどいと思わないですか。それをまたみんなも言わない。日本も黙っているというのはおかしい話で、それをやるためには、この辺の生えている何千本というオリーブの木が抜かれています。オリーブの木というのは、パレスチナ人にとっては大変大事なもののなのです。カルチャー的にもそうなのですが、これがオリーブの木。つまり土着の文化をどういうふうに自分のアイデンティティーとして位置づけるかということと、グローバルな価値観というのはなかなか合わないの、それが非常に難しいという象徴的なタイトルです。

戦争と科学技術の進歩

さて、現在 21 世紀に入りましたが、では 20 世紀は何だったのかということ振り返ってみる必要があります。なぜかといえば、現在我々があるのは、今まで我々が来た歴史があるからです。けれども、この歴史について、余りにも日本のリーダーと言われるような人たち、インテリという人たちは知らな過ぎるのではないかと思います。特に日本の近代史をどのくらい知っていますか。それは趣味で読む人はいるかもしれませんが、ある哲学体系や日本の近代史は勉強していません。なぜかといえば、我々が勉強した歴史は大学の入試に必要な歴史までだからです。近代史まで来ないうちに終わるようになっていきます。大学に入ったら勉強しなくていいようになっていたというのが、日本のリーダーたちの教養というか、歴史観の背景にあるということです。

20 世紀の特徴は、それまでの人間の長い歴史と比べて、三つの際立った特徴を持っています。一つは、世界大戦がずっとあったということです。第一次大戦、第二次大戦。第二次大戦が終わったら冷戦構造になって、ベルリンの壁が 1989 年に壊れ、1991 年にソ連邦が崩壊するという時まで冷戦構造が存在して、初めて世界大戦がなくなったという、約 90 年間世界大戦が続いていた世紀だということを忘れてはいけません。こんなことはそれまでなかったのです。産業革命以前も以後も戦争は常に地域的なものだったということです。しかし、20 世紀はこういう際立った特徴があるということです。

それから、20 世紀は科学技術が急速に進歩したということです。もちろん科学と技術というのは全く違ったものです。科学というのは、自然の真理を見つけるという人間の好奇心の追求です。つまり我々がどうして生きているのかがだんだんわかってくると、いろいろな機械ができる。顕微鏡ができると、細菌が見られるようになり、それを染めると、赤いのが結核菌だよなんて見やすくなるわけです。そうやって技術が進んでくると、科学の成果を技術的に応用できるようになってくる。もともと科学は科学であり、技術とは別のもので、科学は真実の追求。何で地球は月の周りを回っているのか、などということを考えるのは単に真実を見つけたいということです。ニュートンは万有引力の法則を見つけたけれども、だから何なのか。ニュートリノを見つけたから、だから何なのか。だけれども、こういう真実の発見の積み重ねが科学の進歩を生むわけです。

科学技術と、あたかも一つの言葉のように言いますが、技術はあくまでも科学の応用。応用についての科学というのはもちろんありますが、科学というのは技術と全く違ったものです。それが一つになっているというのは、科学技術のあり方が 20 世紀の間にかなり変わってきたということなのです。この進歩のおかげで、テレビのライブ中継ができたというのも確かですし、人工衛星ができ、1969 年にアポロで人間が月の上を歩くということまで起こったということです。これはなぜかということ、世界大戦があったので、軍事目的で国が競争で科学と技術にお金を投資したからこそ、衛星が打ち上がり、テレビができ、どんどん普及し、テレビで衛星生中継を見られるようになったわけです。ライブでのメジャーリーグのベースボールも、背景に世界大戦があったということで、それぞれの国が競って投資したからです。そういうことがなかったら、こんなにまでは便利な世界には、それほど早くはなっていない。つまり戦争は、一大投資を引き起こすということです。テレビのライブ中継が日本で初めてあったのは、40 年前の 1963 年の 11 月、あらかじめ初めてアメリカから衛星生中継でテレビが映るということで、まさにその日、皆さん、待ってました。テレビをオンにしたら、最初のニュースは何だったのでしょうか。ダラスでケネディ大統領が暗殺されたというのが最初のニュースでした。こんな偶然ってありますか。アポロ 11 号月面中継も、1969 年の 7 月ですが、これもあらかじめ全部スケジュールがアナウンスされて、アポロが月に行くところも全部ライブでテレビ中継されていて、最後のタッチダウンのところも皆さんに見せました。アメリカの技術のすごさを世界中に見せて、これはもう勝てっこないと思わせた。

予告してライブでやるという、このすごさ。それで、うまくいって、その後、ハワイ沖に帰ってくるのですが、本当に行ったのかというぐらいすごい。

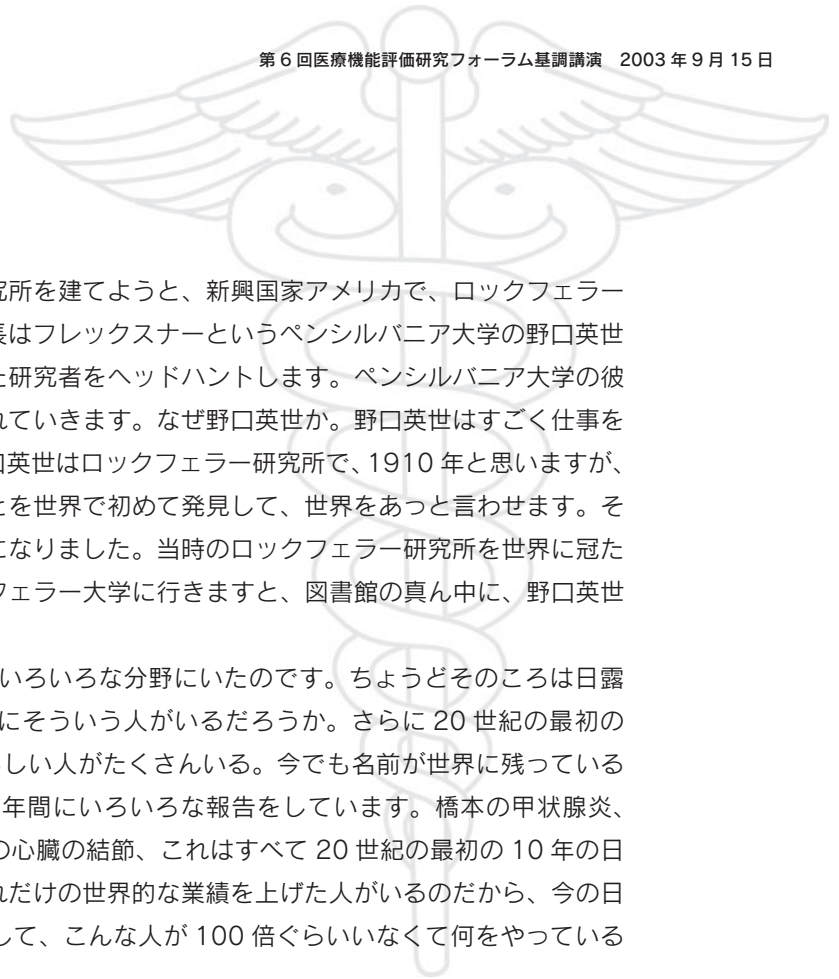
つまり私が言いたいのは、科学技術がこんなに進んだのは世界大戦があったからなのです。そうでなかったら、そんなことがこんなに早く起こるわけがないのです。1905年にアインシュタインが相対性原理の論文を出しました。それを読んだ人は、何人いると思いますか。インパクトファクター、サイテーションなんて、どのぐらいだと思います。だけれども、40年後に原子爆弾が日本に二つ落とされて戦争が終わります。今や日本の電力の3分の1は原子力です。アインシュタインは、そんなことは考えていません。E = mc の話なのです。

100年前の1903年にライト兄弟が飛行機で飛びます、初めての動力飛行。40mを12秒で。今まで何人も人間が何世紀の間に鳥のように飛んでみたいと考えて実際に何かつくって、崖から飛びおりて死んでいます。だけれども、ライト兄弟はそれに動力をつけて、いろいろそれまでのサイエンスの積み重ねがあったから飛べるような飛行機をつくって、初めて飛んだ。あのライト兄弟は自転車屋さんです。ライト兄弟が飛んだのは1903年。しかし、その10年後の第一次大戦には、もう飛行機が飛んでいます。なぜか。それだけ投資する人がいるからです。それは国です。それはいい武器をつくりたいからです。第二次大戦は完全に飛行機が制圧するということになります。日本では零戦をつくるということをしなす。だけれども、日本は、そのときに作戦を誤ります。要するに航空母艦ではなくて、戦艦大和なんかつくっているのだから。しかし、戦艦大和の計画は、もう昭和十何年にできていてストップがかけられない。これが日本の問題だということです。

20世紀初頭の日本の医学

もう一つの20世紀の特徴は医学の進歩です。医学の進歩は戦争と関係ありません。一部は関係あります。戦争は悲惨だということをおもひなが知っていますし、人間は死ぬことを恐れ、子供たちが死ぬことを恐れていた。そのために、なぜ死ぬのかということをおもひなが考えていた。これがお医者さんたちの仕事です。これはお金ではありませんし、純粋に奉仕です。私たちは誇るべき職業にいるわけです。20世紀まで、我々をおびやかしていたのは感染症です。15世紀にはペストでヨーロッパの人口のうち、5年間で3分の1の人々が死んでしまいました。あのころは子供がペストになると、親は子供をほっぽらかしても、みんな逃げてしまうというぐらい怖い病気だったのです。最後にペストが起こったのは1896年の香港で大流行があつて、北里柴三郎と、フランスのイエルサンがペスト菌の発見のために行きます。北里柴三郎が最初に見つけて、論文を発表します。フランスのイエルサンはその数日後、ペスト菌を発見し報告します。しかし、後の検証によると、北里柴三郎の記述には少し間違っているところがあつたということで、イエルサンに軍配が上がりました。現在ペスト菌の名前であるイエルシニアペステリスと、イエルサンに軍配を上げたということです。しかしパスツール、コッホ、それから北里柴三郎、志賀潔、野口英世と、19世紀の末から20世紀の初めにかけて、日本のあの明治20年、30年代に、世界的な業績を残している日本人が何人もいるということは我々の誇りとすべきことです。北里柴三郎は、ジフテリアに対する血清療法で第1回ノーベル賞をもらったベーリングの共同研究者です。もちろん北里柴三郎がもらうべき人だったという考えもあります。

志賀潔、野口英世もそうです。野口英世は1900年にアメリカに行きます。渡辺淳一の『遠き落日』を読まれるとよくわかりますが、1904年にアメリカのニューヨークにロックフェラー研究所が設立されます。それはなぜか。世界の中心はヨーロッパで、感染症という大きな病気についてはパスツールと



かコッホがいました。アメリカでも一流の研究所を建てようと、新興国家アメリカで、ロックフェラーがそういうことをしたわけです。第1代の所長はフレックスナーというペンシルバニア大学の野口英世の先生です。その所長は、いろいろなすぐれた研究者をヘッドハントします。ペンシルバニア大学の彼のグループからは、ただ1人、野口英世を連れていきます。なぜ野口英世か。野口英世はすごく仕事を熱心にやっていたということは確かです。野口英世はロックフェラー研究所で、1910年と思いますが、脳梅毒はスピロヘータのためであるということの世界で初めて発見して、世界をあとと言わせます。それで、ロックフェラー研究所は世界中で有名になりました。当時のロックフェラー研究所を世界に冠たる名前にしたのは野口英世で、今でもロックフェラー大学に行きますと、図書館の真ん中に、野口英世の胸像が立っています。

100年前の日本人は、素晴らしい人たちがいろいろな分野にいたのです。ちょうどそのころは日露戦争に向かいつつあるところですが、今の日本にそういう人がいるだろうか。さらに20世紀の最初の10年に、他にも日本のお医者さんにも素晴らしい人がたくさんいる。今でも名前が世界に残っている人たちが1901年から1910年の最初の10年間にいろいろな報告をしています。橋本の甲状腺炎、高安の大動脈炎、それから、アショフ・田原の心臓の結節、これはすべて20世紀の最初の10年の日本人の仕事です。あのようなときの日本でこれだけの世界的な業績を上げた人がいるのだから、今の日本でこれだけ金があつて、これだけ国が投資して、こんな人が100倍ぐらいいなくて何をやっているのかということです。

もともと日本は新しい政府になったならば、イギリス式の医学教育を入れるということになっていました。これはウィリアム・ウィリスが幕府の官軍として、お医者さんとしていろいろやってくれたのですが、鍋島藩の相良さんという人がいろいろ政治的に動きまして、最後にひっくり返してドイツ式にしまい、今もって日本がドイツ式の研究重視、臨床軽視という話になっているもになっていくわけです。そのときの国力から言えばやむを得なかったかもしれません。ウィリスは、イギリスに帰らないで鹿児島へ行き鹿児島大学のもとをつくります。その最初のお弟子さんの1人が、慈恵医大をつくった高木兼寛です。高木兼寛は、ウィリアム・ウィリスの弟子となり、後に海軍軍医となり、知己を得て、イギリスのセントトマスに留学する。そこで半年でクラスの3番になり、1年後には1番になり、ずっと卒業まで1番を通す。そういう燃えるような高い志のある日本人の若い学生が今はいない。しかし、いてもいいのです。生まれたときからそういう炎が燃えているような人の確率が変わっているはずはないのだから。その炎をいかに消したかというのが戦後の日本の歴史だったということです。そのころ、ベルツ、スクリバさんが日本に来て、ベルツは若干26歳で日本に来て、東大で今の内科の基礎をつくり、スクリバさんは外科を築き、1901年、聖路加病院ができ、副院長として就職し、日本の外科の基礎をつくるわけです。

江戸時代はもちろん西洋医学は出島しかありませんでしたから、江戸から明治になっても、すべての人は東洋医学です。しかし、西洋医学が圧倒的に勝ったのは種痘のせいでした。種痘は18世紀の末にジェンナーがやったわけですが、それが日本に来て、種痘を最初に鍋島藩でやった。榎林、相良という藩医がいますが、これは鍋島藩の藩主が偉いのでありまして、藩主が、種痘をぜひやれと。うちの子供にもやってくれというので、種痘を取り入れて、お医者さんは自分たちの子供にやって、藩主の子供にやって、これが広がるということです。このころ天然痘は日本でもはやっておりまして、大体死亡率が30~40%程度、死ななくてもあばたが残り、だれが見ても大きな病気です。これを福井藩の笠原良策という人が苦勞して冬の山越えをして、京都から福井に持ち込むということをしませう。笠原良策は藩医ではなくいろいろいじめられますが、種痘を成功させて、隣の金沢藩もその種痘を取り入れるということで、金沢大学のもとになる。笠原良策の努力で、その後、緒方洪庵とか、江戸にも種痘が持ち込まれて、

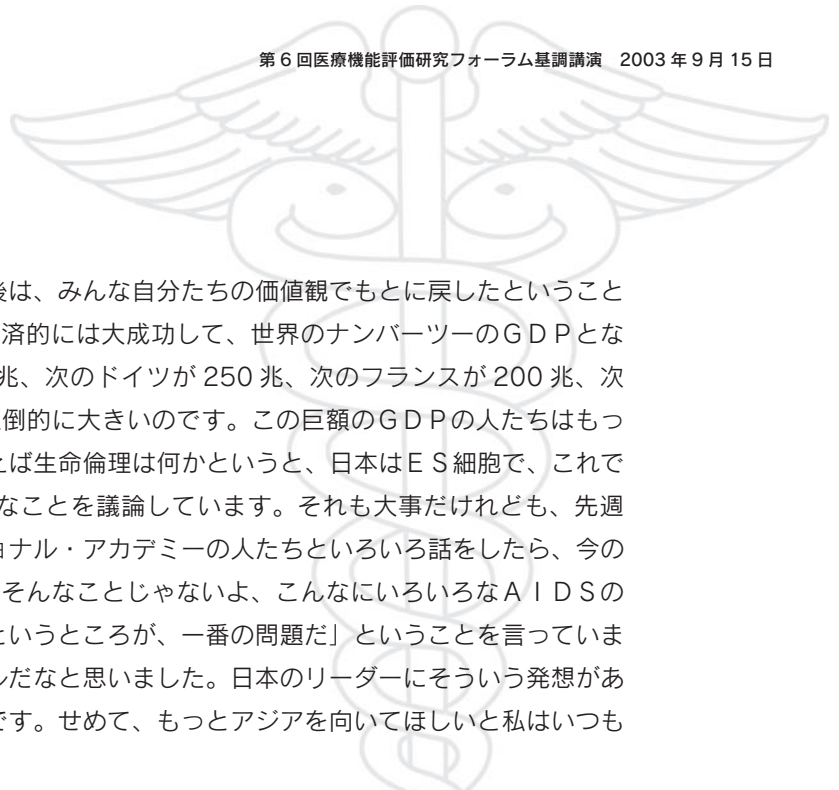
神田のお玉が池となって、それが東大のもとになる。種痘が長崎大学のもとになり、金沢大学のもとになり、東大のもとになるというのは、種痘がいかに西洋医学がすぐれているかという、目に見える成果を上げたということです。「雪の花」という本を読んでもらえば、書いてあります。近代日本なんて、まだ140年たっていないのだから、そんなに価値観はまだ変わらないです。しかも、そのうちの半分は戦後です。

高木兼寛先生は世界で初めてコントロールド・クリニカルトライアルを行い、軍艦を使って脚気の原因は食事にありということを実証した。軍艦でニュージーランドから南アメリカからサンフランシスコ、ハワイへ帰ってくると、かなりの人が脚気で死ぬ。寄港するたびに何人発症して、何人死んだと出てくるわけです。だから、脚気は非常に大きな問題で、明治19年、東大ができて、東大病院ができるのですが、そのときは第一内科、第二内科、脚気科というのがあったぐらい、脚気は物すごく、外国にはないから風土病に違いないと思っていたわけです。脚気の原因は大きな論争になっておりまして、一つは細菌説です。ベルツは、風土病で日本にあるのではないのかと言っていたわけですが、高木先生は、ロンドンにないとのことで、いろいろ考えると、これは食べ物だということで、海軍にいたので、次の航路に行くのに、白米だけではなくて麦も食わせる。それで、次の軍艦の練習航海も全く同じ航路を行かせてくれということをお願い込んで、それをやるわけです。それで、同じ航路を行かせます。同じ航路で帰ってくると、脚気で死んだ人はゼロで発症をぐっと抑えられたということで、初めて食べ物のせいだということを実証したわけです。これが世界で最初のコントロールド・クリニカルトライアルです。高木先生の貢献を踏襲して、南極にはタカキ岬というのがあります。それぐらい、世界ではその貢献が顕著に認められている人ではありますが、日本ではそれほどではない。なぜか。もちろん高木先生は慈恵をつくり、臨床が大事、患者さんを診ろとあって、イギリス式の教育をしたわけですが、そのときの高木先生のライバルはだれだったでしょう。森鷗外です。森林太郎という陸軍軍医で、この人は東京帝国大学、しかも文章がうまいですから、たくさん書きます。今の医事新報の昔の新聞に、「最近ではいろいろな臨床や薬剤の効果を統計学的に処理して証明しようというような人がいるのだけれども、こんなのは学問の本筋ではない」と書いてます。だから、やっぱり東大あたりは統計とか、クリニカル・エビデンスオロジーというのは全然教えなかったのだらうなと思っております。だから、ようやく最近になって、EBMなんて、みんな言っていますが、何だかよくわからない。みんな歴史です。

戦後の日本の問題点

福沢諭吉は偉かったですね。「学問のすすめ」を読んでください。明治5年から8年ごろの先生の講話です。日本が近代化するのに西洋のいろいろなものを入れなくては行けない、いろいろ勉強になる。しかし、学というのは、真実を追求するところなのだから、真実が時の政府の言っていることと違ったら、どんどん言わなければだめだ。しかし、学の世界でさえも、官がいいなんて思っている学者ばかりだというのは実に嘆かわしいことだと書いています。そういうことを指摘し、言う人は100人、200人いるけれども、実際にやる人が1人でもいることが大事だと言って、彼は明治のリーダーの1人です。明治の本物の知識人の1人ですから、いろいろな官職をオファーされますが、一切それを拒否して、慶應義塾をつくって、官にはなびかないということを実践した人です。偉人です。

その後、日本は日露戦争の後はいい気になって1945年に負けてしまった。このころのGHQの報告を見ると、日本の教育、古ぼけたドイツ式の医学教育で、研究重視、臨床軽視、全く臨床なんかやっていないのではないかと、しかも教授の言うことは何でも、ごもつともなんて言って、とんでもない教育

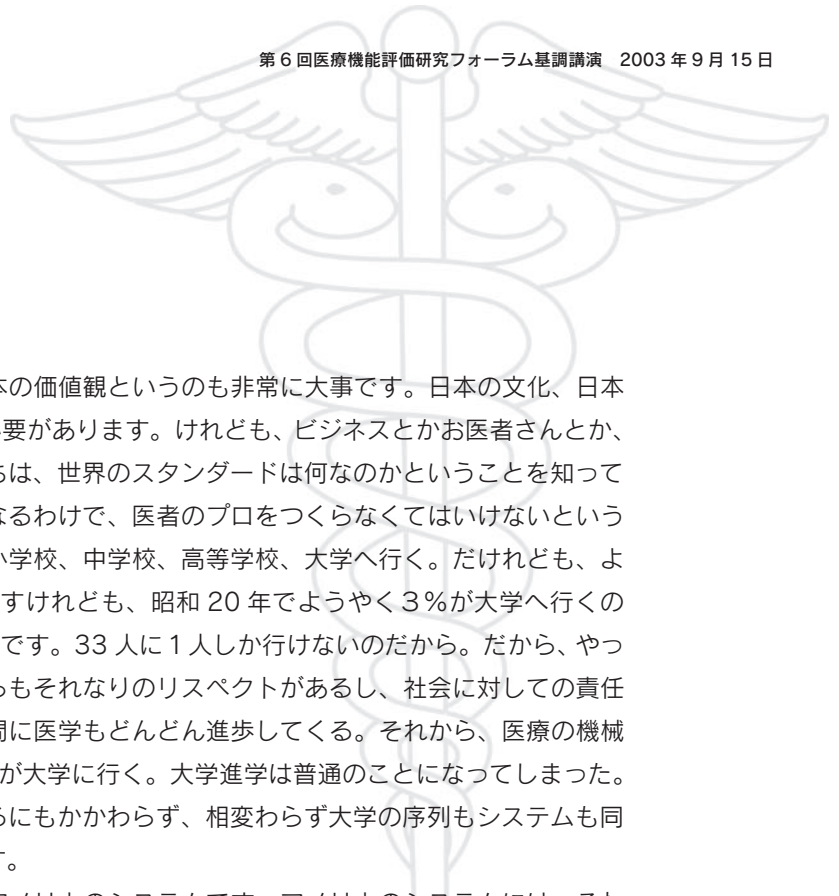


だと言っていますが、GHQがいなくなった後は、みんな自分たちの価値観でもとに戻したということです（スライド）。第二次大戦後は、日本は経済的には大成功して、世界のナンバーツーのGDPとなりました。アメリカ1,000兆、日本が500兆、次のドイツが250兆、次のフランスが200兆、次のイギリスが150兆というくらいだから、圧倒的に大きいのです。この巨額のGDPの人たちはもっとも世界に貢献しなくてはいけない。例えば生命倫理は何かというと、日本はES細胞で、これで人間ができてしまうからいけないというようなことを議論しています。それも大事だけれども、先週ちょっとアメリカへ行って、アメリカのナショナル・アカデミーの人たちといろいろ話をしたら、今の生命倫理の問題は何かといったら、彼らは、「そんなことじゃないよ、こんなにいろいろなAIDSの薬があるのに、アフリカの人たちに使えないというところが、一番の問題だ」ということを言っていました。やっぱり考えていることが、グローバルだなと思いました。日本のリーダーにそういう発想があるのでしょうか。日本は世界で2番目のGDPです。せめて、もっとアジアを向いてほしいと私はいつも言っています。

1945年、アメリカの占領下になったことは、日本にとってはラッキーでした（スライド22）。8月15日以後もソ連は樺太とか北海道にどんどん来ましたから。アメリカの占領下だったから、アメリカがそれをストップさせます。ソ連としては、北海道を半分とるという計画があったようです。その後、冷戦構造になりました。冷戦構造になったということは、日本と関係ないことです。周りがしたことです。つまりアメリカの占領下、冷戦構造化は、戦後の日本にとっては非常にラッキーな外的状況だったということです。アメリカ占領下で、日本は、みんな貧乏でした。山口判事さんというのは、やみ米は食わないぞと言って餓死したでしょう。彼はそういう人たちを裁いていたから、やっぱり意地でも食えなかったわけですが、しかし今の日本に、そんな意地を張ってでも信念を貫き通す役人やリーダーがいるのでしょうか。そこに問題があるということです。それで、非常に貧乏だったのが冷戦構造が出てきたので、1950年に朝鮮戦争が起こる。そこで日本は一気に米軍の後方基地として経済復興するのです。その後は、もちろん冷戦構造がさらにヒートアップするので、日米安保のもとで日本は経済復興を遂げた。国の大きな方針は、全部アメリカが決めていたのです。

そういう中で、日本人は頑張ります。まじめで、よく仕事をします。上の人の言うことをよく聞きます。日本人は素晴らしい素質を持っているのです。しかし、リーダーになっていくプロセスがおかしくて、こういう大きな歴史の枠組みを見ないで、おれたちが頑張ったからだなんて思っているリーダーが多いところに問題があるのです。

そんなことで、冷戦構造がなくなった途端に日本はだめになるというのは、必然かもしれないと思うわけです。日本は、1990年までは、「政産官の鉄のトライアングル」といって、だれも疑問に思っていなかったではないですか（スライド）。政治家は三流の人も多いけれども、官僚が一流で、企業もすごくよかったのだよと言ったけれども、本当でしたか。あのころは、「ジャパン・アズ・ナンバーワン」と言われていたではないですか。みんな疑問を持っていなかったのはどうしてですか。今になったら、どうしてそれがばれてきたのか。情報でばれてきたからです。だからうまいときには全然反省しない。満州事変のころと同じです。そういうわけで、ちっとも反省しないリーダーたちというところに問題があるのです。今の「政産官の鉄のトライアングル」なんていったって、今の産業、財界どうですか。銀行、商社、建築、みんなひどいでしょう。電気もそうです。政はだんだんよくなりつつあるのだけれども、官はどうですか。実際戦後は、自分を捨ててまで国のために責任ある行動をしたリーダーはいません。私は極めて残念なことだと思っています。それはまた、終身雇用、年功序列、内向きな精神構造が出てきましたが、リーダーに歴史観と世界観がないというのは、日本は素晴らしいと90年まで思っていたというところに問題があるわけです。



評価の方法とポイント

グローバル化になってくると、日本の価値観というのも非常に大事です。日本の文化、日本の価値観、その背景等を十分に理解している必要があります。けれども、ビジネスとかお医者さんとか、プロと言われるような職業についている人たちは、世界のスタンダードは何なのかということを知っていないと、国民に対して期待を裏切ることになるわけで、医者のプロをつくらなくてはいけないということです。もちろんお医者さんをつくるには小学校、中学校、高等学校、大学へ行く。だけれども、ようやく日本は、140年の歴史しかないからですけれども、昭和20年でようやく3%が大学へ行くのです。ということは、行った人は一応エリートです。33人に1人しか行けないのだから。だから、やっぱりお医者さんになろうという人は、社会からもそれなりのリスペクトがあるし、社会に対しての責任を果たそうと思っていた人たちも多い。その間に医学もどんどん進歩してくる。それから、医療の機械も複雑になってくる。だけれども、今は50%が大学に行く。大学進学は普通のことになってしまった。いわば大学の役割は明らかに変わってきているにもかかわらず、相変わらず大学の序列もシステムも同じだということに問題があるということです。

私が言っているメディカルスクール構想はアメリカのシステムです。アメリカのシステムには、それを運用するプリンシプルがあります。それは何かというと、大学の4年、これはリベラルアーツ主流のカレッジですが、そこで教養とかいろいろなことをやる。向こうだと英語とか歴史とか、アメリカの歴史、医学部へ行こうと思ったら、生物、それから物理、数学、化学は必修ですけれども、そのほかに自分のメジャーという主専攻、医学部へ進学する人の3割がバイオロジーがメジャーで、3割がケミストリーがメジャーだと思います。それから4年制のメディカルスクールに行くということです。運用の基本は何かというと、上位のメディカルスクールは、自分の大学を出た人は常にマイノリティーにすることをやるわけです。つまり4分の1以上はとらないですね。いろいろな大学を出た人を「混ぜて」集めるということをします。それによってアメリカ中の大学医学部や大学院が、いろいろなところの卒業生を集めるので、いろいろな大学の教育の成果である卒業生を比べられる。その情報をみんなで共有する。だから、よくなろうとする。大学を出たら、またよそで研修する。自分のところで囲い込んで、「おれたちの所へ入局しろよ」なんて、ばかなことは言いません。この運用の知恵は、すべてのステップの出口で人を混ぜていくことによって、出口で常に評価を受ける。自分たちの仲間によって評価を受ける。これがピアレビューの基本です。つまりメディカルスクール構想は、大学4年、医学部4年、それから専門プログラムがいろいろあって、外科だと5年とか、内科だと3年レジデントをやって、内科サブスペシャリティーが2年から3年というようなことをやりますが、こういうことを日本でもやっているといいのではないかと。日本は18歳の大学入試で社会的なポジションがある程度決まってしまう、それは今の世の中では通用しないし、そんなことを外国人に言ったら、みんな、「えっ、そんなことやっているの」とびっくりされます。つまり出口の評価がないのです。そこで今の卒業研修の必修化が出てくるし、医学教育の問題があらわれてくるわけです。

そこで、評価とはだれが何を何のためにするのかという議論が一般論としてあるわけですが、今の独立行政法人の評価の問題もたくさんあります。来年から国立大学も独立法人になって評価の対象になります。その評価は、それぞれのその上位の各省庁に評価委員会がつくられて、評価官が評価をして、中間目標を決めて、いろいろな評価項目をつくりながら、毎年評価をします。その評価はそのまた上位にある総務省にある評価委員会が、各省庁から上がってくる評価委員会の評価をまた評価します。その全体の評価を見て無駄がないとか、効率がいいかなどということをやっていますが、結局は税収が減ってくるから、財務省が毎年それを削っていただけだという、そういうメカニズムです。各省庁に法人の

評価委員会があり、その上に総務省での評価委員会があり、財務省の予算編成にそれが反映されるということになって、毎年毎年だんだんしょぼくなっていくということとして、税制の改正が同時に進まない限り、すべての行政法人はだんだん貧乏くじを引くようになっていきます。しかしここで大事なことは、医療と教育は違うということです。この二つは社会の基本的な資本です。どこの社会でも、宇沢弘文先生がおっしゃるように、教育と医療、農村と都会、金融、この五つは社会の根幹をなす基盤ですから、そこに十分な投資をしなければ、社会はいずれおかしくなってしまいます。そこを今ぎゅうぎゅう締めているというのは全く間違っているわけとして、公共投資はどこかに橋をつくったり、ダムを380カ所づくり、まだ高速道路をつくり、関西空港の沖合にもう一つ、神戸に国際空港をつくるなんてばかなことばかりやって、全部借金です。日本の借金がどのくらいあるかご存じですね。今日本のGDPは500兆と言いましたけれども、国の借金が700兆、今年また、多分40兆弱の借金をします。国の借金は、GDPの150%近くになります。特殊法人での皆さんの郵便貯金の借金は300兆です。両方合わせて1,000兆を超えています。不良債権は大体200兆と言われていきますから、大体1,200から1,300兆の借金を抱えている。

国立大学の評価もそうです。6年度の評価で中間目標なんて言っていますが、しかし大事なことは、評価のポイント、問題点の抽出と分析です。

今度、この日本医療機能評価機構で臨床研修機能の評価もやっていただける、いろいろなところをやるのはいいと思います。これは、ある一つの目標をやって、チェックポイントをチェックしてくれるということは、まず第一歩で、そういう意味では大事です。もちろん問題があるのですけれども、問題があるからといってやらないよりは、まずやっていくということが大事です。それによって改善への方策がわかってきて、フォローアップをして、また評価をしていくことによって、全体としてだんだんよくなってきます。これはぜひやるべきだと思いますし、我々の社会に対する責任だと思います。

大学の評価機構もそうですが、総合大学、単科大学、大学院、医学部と病院、法学部と文学部などと全部違うのをどうやって評価しますか。だから、私は大学評価機構をつくる時に委員をやりましても、こんな反対だと言いました。どうせ文部科学省の言うことを聞くのだし、そこから財源が来るのだから、お上に言われたとおりになって、東大が10番なんていうことを言うわけないのだから。

そこで、評価項目、評価する人の資格、だれが査定するのか、評価の結果、コスト。調べる時間、旅費、それから評価官なんかの全部の時間をやると、大学評価機構で一つの学部を評価するのに、大体3,000万から9,000万かかっているのではないかと思います。それには、評価される大学側のコストは入っていないのです。とんでもないコストがかかっているのです。大学みたいところで先生が評価されて、評価に行き、その評価の報告書を書き、その間に教育しろとか、研究しろとか言われると、大学の人材を育てる先生たちが、闊達さがなくなります。みんな事務屋さんになってしまいます。こんなことやって将来の人材が育つかと思うと、私は非常に心配です。大学の先生の自覚も大事ですけれども、こんなことは非常にまずいと思います。

今後の課題

病院評価の課題、問題は、社会構造の問題、病院の問題、医療制度の問題などから、病院はほとんどが赤字です。そんなところで評価されても、みんなもうくたびれ切っています。大体お医者さんと看護師さんの善意で一生懸命今までやっているのに、社会がそれを認識も感謝もしないし、お医者さんの数だって、看護師さんの数だって、人口比に比べれば先進国で一番低いのだから、低所得労働者です。お

医者さんの収入なんてそんなに上がっていない。お医者さんは大部分はまじめです。医師会の講演会に行ったら、大体70歳ぐらいの人が寝ないでずっと聞いておられます、土曜日でも日曜日でも。頭が下がります。医者いじめして一番はね返ってくるのは、何が起ころかという、お医者さんも看護師さんも少ないから医療事故が多い。そこで頭を下げる。みんなそれを責める。医療制度に問題があるのです。医学が進歩し、経済成長し、疾病構造は変化し、少子高齢化で都市化、核家族、情報が広がって、みんなの期待は広がって、あれやってくれ、これやってくれなんて言うのだけれども、医療費もふえないのだからなかなか難しいです。お医者さんたちや看護師さんの善意も、もうそろそろ限界なのではないかと私は思って、そういう発言はしょっちゅうしています。

医療制度改革への課題は、政産官の鉄のトライアングルと医師の社会的責任と医師会の役割の強化が大事だと思います。それから、メディアの課題です。自分たちのやっていることの広報活動が大事で、医師会には問題があると言って悪口を言うお医者さんがたくさんいます。社会もそんなことを言っています。だけれども、医師会の先生たちはよく頑張っています。大学の先生たちは医師会の悪口を言う資格があるのかと、私は今年の4月の医学会の特別講演で言いました。東海大学では医局制度を廃止しました。いろいろなことを改革しています。医学教育が問題になっているが、大学の先生たちは問題ではないのか。なぜ卒後研修が義務化されたのか。それは大学がそういう教育をしていなかったからではないのか。医師という社会的な存在を機能強化するためには、みんなが医師会に入って、そこから政府に医療制度のあり方などを提言していかない限り、医師ではない社会の外から見れば、お医者さんなんていうのはみんな勝手なことをしていると思われるだけです。やっぱりそれがプロフェッショナルコミュニティの社会的責任だということを私は言っているわけで、医師会の委員会でも先生たちはいいことを言っている。これをいかに戦略的にパブリックに伝えるか。伝える方策には、もちろんメディアもある。それから、それぞれ地区の医師会もあるのだけれども、自分たちがどういうことをしているかということとを広く社会と共有しない限り、よくなる。広報戦略は大事だと思います。したがって、医療制度の根本の改革も大事、この政治的な動きは、やはり医師会に力を結集しない限り絶対うまくいかない。そういうことから言うと、私たちが医師会といがみ合っているようなことであれば、かえって外から言うと、ますます医師のグループの社会的地位も力も弱まるだけだろうと思います。ここは力を合わせるべきだと思います。

日本の医療制度は、もっとヨーロッパを学ぶべきで、例えばフランスなども非常に学ぶことが多い。ヨーロッパでさえも、イギリスを除けば、大体GDPの9%から10%を医療費に取り入れていますし、特に日本のような高齢化、また医療制度、あるいは医療の機器がいろいろ発達しているところでは、無駄を省くことは大事ですけれども、もっと根本的な改革をしなくてははいけません。医師の分布もそうです。都会に集まってしまっていて地方にいない。最近北海道大学とか東北大学のいろいろな問題がありますが、市町村立の病院などは、お医者さんがいなくて困っています。そこにはニーズがある。国立大学が法人化されたらどうなると思いますか。医学部は必ず赤字になりますよ、病院があるから。授業料上げていいのですか。私立大学の授業料が高い、それが教員の人件費と大体同じです。お医者さんになるのにこんなにお金がかかるなんてとんでもない話です。では、どこからお金を出せばいいかという、そういう地域や公金でのファンドをつくって、卒後研修が終わったら、必ず1年行くぐらいのプログラムをつくった方がいい。厚生労働省と話をしています。これから国立大学が独法化されたときに、授業料はどうなるのかと思うと、背筋が寒くなる気がします。そんなことで将来はいいお医者さんを育てられるだろうかということは心配しています。しかも、医者は少ない。もっとふやすべきだと思います。厚生労働省もそう思っているけれども、これは厚生労働省と財務省の問題ですから、我々は厚生労働省の応援団として、声を上げるべきだと思います。医師社会の問題は医師会にもっと力を結集してはい

けません。結集しやすいようにするのも、医師会の一つの課題です。

大学人としては、もっと教育、あるいは研修にも力を注ぐべきです。何も研究の成果だけがその人の評価ではありません。東北大学や東海大学の泌尿器科教授選考を見てみればわかるように、だれを選ぶかは我々の責任です。それをやるかどうかは大学人の責任だと私は言っているのです。しかも、教授にしても、10年すれば半分は不良債権になってしまうのです。どこの会社でもそうでしょう。社長が定年まで社長でいいですよなんて言ったら会社はつぶれます。東海大学医学部は主任教授制をとって、主任教授の人事権は学部長が持っているというふうに変えました。つまりそういうことをしない、できないというのは大学人の責任です。それを果たしているかということ、今世間から問われているのです。そのほか、大学病院その他の大病院の問題、中小病院、診療所の問題があるわけです。卒後臨床研修必修化も、周りから言われて、ようやく始めたわけでしょう。スーパーローテートなどと言っているけれども、こんなことは、もともと大学の最後の2年間のクラークシップでちゃんとやっていたら済むことなのです。自分たちがやることもしないで、臨床研修が必修化になる。そうなった途端に、私たちの分野も大事だからローテーションに加えろ、なんて実に無責任だと私は思いました。東海大学はさっさとクラークシップを入れている、スーパーローテートもとっくにしている。お医者さんとして、スーパーローテートをやっているのと学生のクラークシップでは全然違います。責任の所在も違うし、同じケースを何回も何回も繰り返し診ることがすごく大事。東海大学は前からスーパーローテートにしていますから、眼科に行こうが、耳鼻科に行こうが、全部2年間スーパーローテート。だから、今のままでいいのですが、ほかの大学では大変だろうと思います。しかし、こういうことを大学が自発的にやっていなかったところに問題がある。この卒後研修の義務化を通して、スーパーローテートをやって、もっと大事なことは、この日本医療機能評価機構の評価もさることながら、研修を受けた研修医、いろいろな大学の卒業生が混ざるようになったというのはすばらしいことだと思います。日本でこんなことは初めてのただけれども、それによってそれぞれの大学の教育のプロダクトである学生がいろいろなところで評価され、行った学生さんたちが、ここは言っていたほどよくないとか、そういう話をどんどん情報交換する公開の場を複数つくるべきです。厚生労働省がやるのも、もちろんいいのだけれども、そのほかにいろいろなメーリングリストのネット上で情報交換する場所をつくるべきです。そうすると、卒業した学生さんや研修医がここの病院の何先生はいい、ここの病院はここがだめだ、ここの病院はこういうことだという情報を出すことによって、次の世代、次の世代と選択肢が広がってきて、しかもそれが病院の方に要求としてどんどん出てくれば、病院の方も変わってくる。そうすれば全体として必ず全部のお医者さんの質がよくなり、大学病院のティーチングがよくなり、社会に貢献できる医療人の社会を広げることができる。

ですから、今回の卒後臨床研修は、すぐには内容は変わらないかもしれないけれども、少なくともマッチングという方法は考えてもいいのですが、「混ざりなさい」が基本だと言っているのです。混ざる方法として、例えばアメリカはコンピューターのマッチングをやっているという話で、混ざる方法はコンピューターのマッチングである必要はないのです。「混ざる」ということをするのは大学人の責任でやらなくてはいけなくて私は主張していたわけですが。これは少なくとも一歩前進で、これをさらによくするためには、研修を受けた人たちが情報交換できる場所を幾つもつくっておくこと、それをフィードバックさせること、それによって自分たちで社会に信用できるような医師をつくっていくという協力体制を構築していくことこそが、医療人の社会的責任だと思います。

きょうの午後の講演でも、いろいろな立場からの発言があると思います。それぞれに大事なポイントがありますけれども、全体としては常に救急には対処できる、コモンディゼーズを診られるというお医者さんをつくるのが大事です。いずれは、例えばメディカルスクール構想になって、2年のクリニカ

ル・クラークシップが卒業する前にきちんとできるようになれば、恐らくアメリカやイギリスのように、外科に行くのであれば、卒業した時点で外科の研修を始められる、スーパーローテートは必要なくなるだろうと思います。そういうときが10年か15年で来ることを私は期待して、きょうの話を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

岩崎 黒川先生、大変ありがとうございました。あっという間の70分だったと思います。1世紀に及ぶ我が国の医療医学をめぐっての歴史的展開から、そして今日の臨床研修の必修化に至るまでの大変グローバルなお話をお聞きしました。日本医療機能評価機構に対する課題等を含めて、これからの私ども臨床研修をどのように評価するかということに多大の示唆を与えていただいたのではないかとということで、私の立場からも黒川先生に御礼を申し上げたいと思います。大変ありがとうございました。

これをもちまして、黒川先生の基調講演を終わりたいと思います。

講演録の販売についてはこちらから

日本医療機能評価機構ホームページ <http://www.jcqhc.or.jp>