

Interview

# 黒川 清

日本学術会議会長

医療界だけではなく、常に広く国内外全体に視野を広げている日本学術会議会長の黒川清氏。本誌2004年12月号特集「医療界で起きた4大ニュースを振り返る」(1)新医師臨床研修制度がスタート、(2)医師名義貸し問題が全国に飛び火、(3)青戸病院事件が広げた意外な波紋、(4)混迷極めた日本医師会の会長選挙)を受ける形で、今後の医療界のあり方、求められる医師像を聞いた。

## 新研修制度による波紋 若い医師から問題意識

本誌二〇〇四年二月号で「医療界で起きた4大ニュースを振り返る」という特集を行いました。昨年のこのような動きから、今の医療界についてどのようにお考えでしょうか。

黒川 医療制度は大きな改革期にきました。政府の公共政策と国民の期待には差がありますが、誰がそのお金を払っているのかということをお考えなければいけません。納

税者、つまり国民です。また、二〇世紀の工業近代化を受けて、都市人口が増えたことで、農業従事者のような一次産業人口が激減した。一方で、生活習慣病が増え、高齢化社会となり、疾病構造も変化してきました。しかし、今の医療制度は、四〇年前の医療制度にその都度、手を加えただけだったというところに問題があると思います。

医療改革の一つとして、新医師臨床研修制度が始まり、一年が過ぎようとしています。

黒川 これまで卒業大病院を中に研修を行い、専門医になるというのが当たり前と考えられてきました。しかし、この一〇年、国際的に情報が開かれてくることによって、そうでもないという認識が若い医師、医学生の間で広がってきました。なるべく外に出て多くの人に会い「他流試合」をすることで、より質の良い医師ができるのです。今までの日本の社会ではどこでも基本的に「混ざる」ということはなかったのですが、新医師臨床研修制度によって若い医師の意識が変わってきたというのが大事なポイントですね。

を配していたのですが、今回の研修制度の導入で医局に医師が足りなくなってきました。そうすると、従来の医局制度を維持するために、医師の引き揚げも起こったりして、地方によっては医師が足りなくなるといふ事態が出てきました。しかし、これはもともとあった問題で、医療関係者には周知の事実でした。そのような地域の医師供給制等のひずみが、広く明るみに出たわけです。また、それに伴って、医師の名義貸し問題も明るみに出ましたね。

## 医療の質を問い直す 専門医の本来の意味

青戸病院の医療事故をどう考えますか。

黒川 波紋が広がり、「混ざらなかつた」ことによって医師の質の問題

# 「混ざる」で医療の活性化 医師はプロとしての意識を

が浮き彫りになりました。今までの専門医制度では、大学の医局に入局して、数年経って一定数の症例を経験したら専門医になれます。しかし、大事なことは数だけではなく、自分がどういう立場でどのような臨床経験をしたかが重要なことに、そこが不徹底になっていたこともあるのです。

一つの問題は、日本に各科の専門医は何人必要かということですね。専門医のなかでレベルが違ってきてはいけません。学会はもともと各科専門医数の将来予測をし、基準を厳しくし、さらにどのようにして臨床のレベルを上げていくのかを考えるべきです。

このような話は、「混ぜ」ない限り明るみに出ないわけです。すべて医局が中心で行われていましたから。しかし、学位制度とかいろいろあるにしても、若い医師の多くは臨床の腕を磨きたいという思いが強いのです。当然のことですが。

学会でも内視鏡下手術の技術認定制度が発足しました。学会の専門医というものが、名前だけに限らず、質のコントロールまでもされなければいけないと思います。黒川 そのためには、やはり「混ざる」ことが大事です。一つの視点からではわからないことですから。



## 患者会が考える！理想の医師像とは

- まつばら けい 子宮・卵巣がんのサポートグループあいあい代表
- 私は2000年に子宮がんの手術を受け、同年、患者仲間や医師などの協力者とともに「子宮・卵巣がんのサポートグループあいあい」を発足した。患者・家族の体験交流の場「わかちあいのミーティング」や、学習会、電話相談などを行っている。2001年、NHK・ETV2001と協力して、「がん患者に学ぶアンケート」も実施した。これらの活動から明らかになってきた婦人科がん医療の問題点は、医療に満足している人はわずか7%弱。医師とのコミュニケーションに悩む患者が多い。約8割の患者が治療法の選択肢を示されていなかった。約4割は後遺症・副作用について十分な説明を受けていなかった。EBMに基づく標準治療が普及していない。メンタルケアや後遺症への対応が不足など。それらを踏まえて、考えてみたい。
- 患者を「患者」ではなく、1人の人間として遇する  
挨拶し、名前を名乗る。コンピューターの画面ばかりでなく、患者の目を見て話す。患者に敬意を持つ。
  - 患者・家族の「心」にも配慮する
  - 鑑別診断ができる
  - 最新の世界標準の診断・治療法に明るい
  - 過不足のない検査、治療を原則とする
  - 公平なインフォームド・コンセントを行う  
治療法の選択肢を示す。検査や治療のメリットだけでなく、デメリット(副作用・後遺症など)も伝える。あるとしたら、自分の診療科の得意な治療法だけでなく、他科が行う治療法も伝え、患者が希望したら、他科の医師の説明も直接受けられるようにする。
  - 患者の自己選択、自己決定を支援する。患者の質問をいやがらない
  - 自分のわからないことは、「わからない」と言える
  - 患者を説教、批判しない。
  - 医療事故が起きた場合、隠さず、真実を伝え、謝罪する
  - セカンドオピニオンや情報開示に協力的である
  - 他のスタッフや、他医療機関との円滑な協力・連携を築く
  - 医療を過信しない。弊害にも目を向ける
  - 治療による副作用、後遺症にも対応する
  - こうなりたいという理想の医師像を持つ





くろかわ・きよし

1962年、東京大学医学部卒業。68年、同大学医学部第一内科助手。69～84年の間、アメリカ在住。ペンシルバニア大学医学部生化学助手等を経て、79年、UCLA医学部内科教授となる。89年、東京大学医学部第一内科教授。96年、東海大学医学部長、総合医学研究所長。97年、東京大学名誉教授。2003年、日本学術会議会長、内閣府総合科学技術会議会長。04年、東京大学先端科学技術研究センター客員教授等。日米の内科専門医、腎臓専門医、米国内科学会マスター一等。個人HP：http://www.KiyoshiKurokawa.com

## それぞれの病院には特徴があつて しかるべきなのに、 すべてが同じようになりつつあります

専門医とは何か、医師の、そして専門医の社会的責任は何か、一人ひとりの医師も考えなければいけないと思います。

——プライマリケア医という観点から見たらいかがでしょうか。

黒川 まずは、プライマリケアとは何かということを考えなければいけません。流行語のようになっているけれど、実際は現在のように生活習慣病が中心になり、高齢化社会になった時に、社会からどのような

ニーズがあるかということを考えなければいけません。医師全体としての社会的責任は何かということですね。

たとえば、ずっと大学で研究中心に活動してきた医師が、親の病院の跡を継ぐために内科に転向してもいいのか。専門医というものに対して、そして医師免許についても社会的責任を持たなければいけません。それを一人ひとりの医師が感じ始めていると思います。

場合が多く、そういう時間帯に地域の基幹病院に人がいれはいいわけ

です。病院とはサービスを提供する「場所」ですから、そこにはどの医師がいてもいいのです。だから、必ずしもその病院の職員である必要はなく、地域の開業医も交替でその病院にいていいのです。また、小児科医だけでなく外科や内科の医師もいたほうが、相談できていいですよ。このように、病院単位ではなく、もっと地域という広い視点でものを見る必要があると思います。いわば、「オープンシステム」の病院機能です。

——地域のなかで連携されず、診療所や病院が孤立してしまっているのですね。

黒川 それが常識だと思つていることが非常識なのです。なぜかというところ、たとえばサラリーマンがそうですが、一カ所から給料をもらい終身雇用でフルタイムが常識だと思つている。地域のなかで協力しあわなければいけないのに、むしろ病院も競合しているのです。それぞれの病院には地域社会のニーズに合った機能分担と特徴があつてしかるべきなのに、すべてが同じようになっています。これはおかしいです。

——地域の社会で本当は何が必要とされているのかをもう一度考え

——その反面、最近、医療事故の報道が多発しています。

黒川 医師の場合は、「あの先生に診てもらった」というように個人が特定できますから、他分野に比べて医療事故はセンセーショナルに取り上げられます。もちろん、医療の質を高くし、事故を少なくするよう努力することは医師側の責任ではあります。しかし、現在の医療制度にも多くの問題がありますね。

### 今の時代の常識とは何か 地域に必要な医療とは？

——他にも医療制度における問題はありませんか。

黒川 社会の変化と情報化時代と医学の進歩と疾病構造の変化を受けて、医療制度における重要な問題の一つに混合診療があります。これを考える前に、まずはたとえば小児科医不足の問題を考えてみましょう。これは今までの診療供給体制から見るとおかしいのです。産業構造の変化とともに人口の七五％が都市に住むようになり、小児科医も都市部に集中していますよね。

さらに、ほとんどの開業医は自宅ではなく別の場所で開業していますから、診療所は昼間しか開いていません。人が足りないのは夜の

たシステムのままでいる現在の大学

制度は行き詰まっています。社会や個人の価値観はなかなか変わりませんが、ここは制度を思いきって大きく変えることです。つまり、Medical school構想に転向すべきです。課題はいくつもありますが、「できない理由」ばかり言っているは何も変わりません。大学学部はどこでもいいですが、「四プラス四年」の制度で、それぞれ基本的に違う大学医学部へ進むという制度です。「混ざらない」と必ずくさりませす。Medical school後半の二年は臨床「クラークシップ」です。今の二年の卒業研修はこの制度への移行措置と理解すべきです。

——教育の費用として公的資金をどの程度投入するか、これは国民が決めることですが、経営母体が私立大学でも人材へはもっと投資すべ

## 黒川氏に迫る！ 5つの質問

Q.1 子どもの頃になりたかった職業は？

A 外交官

Q.2 好きな言葉、または座右の銘は？

A 「Carpe diem」。今日をつかむという意味のラテン語。明日はないかもしれないから、一日一日を全力で生きることが大事。もう一つは、「目を開け、心を開け、そして考えよ」ですね。日本人の精神構造はまだ「鎖国」状態ですね。

Q.3 ストレス解消法は？

A 特にならない。あえて言うなら、若い知的な「脱着者」と会うこと。

Q.4 医師を辞めたいと思つたことは？その理由は？

A ない。今はあまり医師らしいことをしていないが、20年前に帰国してからは、私にとっては人材育成がもっとも重要だと考えている。自分が日本の常識では「ユニーク」な生き方をしてきたから、若い人たちにそれを伝えたい。

Q.5 1週間の休暇が取れたら、何をしますか？

A もしどこかに行っても、結局何かしちゃうんじゃないかな。

きでしよう。その代わり、地域医療、僻地任務を義務づけるとか、根本的政策検討と変更が必要ですよ。たとえば、国立大学が法人化されて、「ブランド」大学が年間授業料を五〇〇万円、一〇〇〇万円とドンドン引き上げられたら、日本の医師育成はどうなると思えますか？ お金持ちの子に限られてしまふ。医療は破滅でしょうね。——では、医師個人としては何を気をつけていけばよいでしょうか。黒川 自分は「プロ」としての意識と能力を持っているかを、いつも確認してもらいたい。また、医療は、社会の基盤であり社会全体の問題であることも忘れてはいけない。だから、税金を投入するのです。医師も社会の動きに問題意識を持つだけでなく、改善計画立て、それを実行していつもらいたいです。

### インタビューを終えて

医療制度を批判をしても、自分からは動かない。すべてを自分がいるところを中心に考えて、周りとのかわりを考えようと思わない。医師に限らずそんな人が多い世の中になったと指摘する黒川氏は、まさに時代を逆行するように、常に自分の考えを声に出していた。

特に印象的だったのは、「混ぜる」という概念。確かに、いつの間にか自分の世界を守ることにとらわれ、そこだけの価値観だけで物事を考えるようになってしまふことがある。それではない。自分のいる世界に新しい人が入るにしても、自分から新しい世界に飛び込んでいくにしても、その状況を楽しむ活かさなければいけない。今、変革期を迎える医療界において、求められるのは柔軟性なのではないだろうか。

(聞き手・柄澤正明)