



## Episode 18

# 私が経験した米国の大学医学部

本コーナーのタイトル「Be Ambitious!」はウイリアム・エス・クラーク博士の名言“Boys, be ambitious like this old man”から拝借しました。「未来を自ら切り拓くべし」という後進への強い期待の意も込めて、長年に渡り、血液学の世界で活躍して来られた名誉会員の先生方から現役の先生方に向けた熱く且つ含蓄豊かなメッセージをお届けいたします。



サウスカロライナ州立医科大学名誉教授  
小川 真紀雄

## はじめに



此の「Be Ambitious!」は名誉会員が自由に執筆して良いというシリーズなので、長年アメリカで働いて来て気付いた、日本とアメリカの医学部の違いについて述べてみたい。

まず、簡単に自己紹介をさせていただくと、私は昭和39年に大阪大学医学部を卒業して、横須賀の米国海軍病院でインターンをした。その後1年あまり大阪大学山村内科に副手として勤務した後、米国ニューハンプシャー州のダートマス大学医学部付属病院で内科と血液科の研修をした。血液科の研修をしていた時、研究に興味湧いてきたので、カナダのトロント大学でPhDを取った。その後、再びアメリカに帰り、サウスカロライナ州立医科大学に38年間奉職した。2011年に退職して、今はダートマス大学の近くに住んでいる。サウスカロライナ州立医科大学で働いている時、大学内外の仕事を通して日本とアメリカの医学部の構造にかなり差がある事に気が付いた。日本では大学の独立法人化、或いは国全体がグローバル化するにつれて、これからも医学部の改善が続くに違いない。改善にあたり、アメリカの制度がある意味で参考になるかもしれないと思い、私の経験を述べてみる。勿論、アメリカの制度を全部取り入れる必要は全く無く、日本の制度の良い面は大切にすべきである。日本の制度も最近急速に変化している。私の描写が当てはまらない場合にはご容赦願いたい。

## 医学部の構造



医学部を含めて、日本の大学制度の特徴の1つは、管理職が恒久化している事である。日本の「教授」はアカデミックなランクであるばかりでなく、多くの決定権を持つ管理職であり、いったん選ばれると退職するまでその職に就く。アメリカの大学はそうではない。アカデミックなランクと管理職系統が平行しており、日本の或る製薬会社の人に言わせれば、「会社の構造と似ている」との事である。アメリカの医学部のアカデミックなランクは、上から言うとプロフェッサー（正教授）、アソシエートプロフェッサー（准教授）、アシスタントプロフェッサーがある。これ等は学問的な功績に基づいた地位であり、少し給料に影響するだけで権力は付随していない地位である。通常、専門医のトレーニングや研究のポストドクを終えて、スタッフとして医学部に就職する時の最初のランクがアシスタントプロフェッサーである。その後、臨床、研究、教育の成果に基づいて、准教授、正教授、と

昇進する。此れ等のランクは大学の昇進委員会で決定され、パーマナントなものであって、正教授が准教授に降格される事は無い。長期大学にいても必ず昇進するとは限らず、正教授になれない人も多い。但し、アカデミックなランクは違っても大学内でのスタッフの関係は対等である。仕事の内容については准教授もアシスタントプロフェッサーも完全に独立している。両方とも研究に関しては Principal Investigator (PI) であり、研究の全責任者であり、その人の研究内容や取って来たグラントには上長も口出し出来ない。臨床に関しても同様で、もし医療過誤を起こしたり、監督している研修生に不祥事がある場合、アシスタントプロフェッサーと言えども責任を取らねばならない。病院長や主任教授が出て来て頭を下げる事は無い。

此のアカデミックなランクと平行して管理制度のランクがある。管理職に就く人は一般的には正教授であるが、必ずしもそうでない場合もある。ユニバーシティの医学部の場合、管理系統は、上から理事会、大学学長（プレジデント）、学部長（ディーン、例えば、医学部、歯学部、看護学部等の学部長）、主任教授（チェアマン、例えば、内科、外科、生化学科、薬学、解剖学等の主任教授）、そして内科の中ではさらに心臓学科、腎臓学科、血液/がん学科、その他の科の主任（ディレクター）となっている。此れ等の地位は権限はあるが、恒久性は全く無く、夫々の直属の上司によりいつ辞めさせられるかもしれないポジションである。例えば、内科の或る専門科で医療過誤事件が重なり、それが担当主任の指導性の無さによると思われた場合には、内科の主任教授がその科の主任をいつでも変える事が出来る。或いは、卒業生のナショナルボード（国家試験）の内科の成績が悪く、さらに研究グラントが取れなく、内科全般のアクティビティーが落ちて来たような場合には、医学部長が内科の主任教授をいつでも罷免する事が出来る。

学長も含めて、管理職全てが暫定的な地位である。その代わり、此れ等の管理職に与えられている権限は、日本の相当するポジションより遥かに大きい。管理職に就くとかなりの手当が付く、夫々の職にふさわしいオフィスやサポートするポジションが付いている。良い仕事をしている限りかなり長い間続ける事は可能であり、さらに上の管理職に就く機会がある。例えば、内科の主任教授として成功した人は、あちこちから医学部長の口が掛かってくる。医学部の中で内科が一番教授の数も多く、必然的に教育、研究の中心になるので、その成功者は医学部長として最適であると考えられている訳である。管理職は大切な仕事であり、生き甲斐を見出す人は多い。医学部長や、大きい臨床学科、例えば内科の主任教授は殆どフルタイムの管理職で、ほんの一部の時間を割いて、臨床や臨床教育を続けるケースが多い。外科系統の主任教授の場合は手術を続けるケースが多い。恒久性が無い故、

管理職として成功するには、依怙鼻息無しの公正でしかも正しい決断をし続けて行く事が必要である。臨床学科の主任教授の場合、有能な臨床医、研究グラントを取れる研究者、そして良い教育者を集める事が必要である。逆に、偏見に基づいた人事をして、学部や大学のランクが下がる事があれば、学部長や学長は罷免される事になる。但し、管理職を辞めても失職する訳ではない。平の正教授に戻り、再び研究、教育、そして医者の場合は医療に専念する事が出来る。管理職に向かないと言うだけであり、平の正教授として仕事を続けて行って良い訳である。

## 臨床学科の主任教授の場合



上に書いたように、医学部長や主任教授等の管理職に付いている権限は、日本の同じようなポジションに比べて遥かに大きい。内科、外科、その他の主任教授の場合、アシスタントプロフェッサーから正教授までその科の全員のスタッフの給料のレベルと仕事の内容等をコントロールしていると言って良い。臨床の主任教授が使える予算は、州や大学の基金から出る予算の他に、研究グラントの間接費、臨床医が臨床活動をして取って来る医療収入の一部、寄付、その他があり、夫々その使用法に制限があっても、究極的には主任教授の裁断が大きく影響する。アメリカでは能力成果主義なので、スタッフの給料に大きな差があり、主任教授の意見が大きくスタッフの給料決定に影響する。一般に臨床医、しかも特殊な手術、手技能力を持っていて、医療行為を通じて大学および病院に沢山お金を取って来る医師は高給を貰っている。研究を主としている教授の中でも、多くのグラントを取り、後に述べる間接費を沢山大学に入れている人は給料が高いし、発言権も強い。

臨床学科の個々のスタッフの仕事の内容は異なる。殆どのスタッフは臨床と臨床教育に従事しているだけである。臨床研究をするスタッフはかなりいるが、一般的に言って基礎的な研究に従事するスタッフはほんの少数である。研究をするにしても、臨床と研究を半々にするスタッフもいるし、殆どの時間を研究に使い、特殊外来しか臨床をしない者もいる。夫々のスタッフが自分に適った活動に従事して、内科全体として臨床、研究、教育の義務を果たしている訳である。又、日本と違ってアメリカでは臨床学科に PhD がいる。その場合独立した研究を行いながら、臨床のスタッフと共同研究をする事を義務付けられる。私がアシスタントプロフェッサーとして就職した時の臨床義務は、レジデント、インターンおよび医学生と一緒にする内科病棟回診が年間2ヶ月、血液科コンサルテーションが年間2ヶ月、そして血液科外来が週半日であった。残りの時間は研究に使えた。私の研究

のスコープが大きくなるにつれ、臨床の時間を少なくして、就職後8年目には全く臨床を止めた。此のように、個々の人間が異なった仕事に従事していて、給料が成果主義である構造の中では、主任教授その他の管理職の責任は大きい。それ故、管理職はパーマナントではない。

## 管理職の選考法



上に述べたように大きな権限を持つ管理職に就く人を選考する方法も、日本とアメリカでは少し異なる。例として、内科の主任教授の選考法を述べると、まず、医学部長が約10人ほどの学識、経験のある教授を選び選考委員会を作る。選考委員会は色々な手段を用いて公募をして、時には100人以上もある候補者を書類選考で約10人ほどに絞る。その後、その10人ほどの候補者を夫々数日間大学に招いて面接をし、講義をしてもらい審査する。そして、ほんの数人の最終候補者に絞り、そのリストを医学部長に提出する。その後は、医学部長が個々の最終候補者と会って個人的に交渉して、決定する。候補者は夫々違った要求、条件を持っているはずであるので、此の方法は合理的である。或る候補者は高給を要求するかもしれない、他の候補者は大きな研究施設が欲しいと言うかもしれない。医学部長にすれば、能力の無い人を内科の主任教授として選べば、自分の管理職の地位が危くなるのであるから、必然的に最適な候補者を選ぶように努力する。又、アメリカでは人種、性、宗教、その他の偏見に基づいて選ぶ事は違法で、広く公募する事を法律で規定している。管理職が大きな権限を伴っているため、そのポジションに就く人は、学問が出来るのみならず、良い人柄と指導能力がいる。そのような人物を決めるには、比較的少数の人間が個々の候補者について、忌憚なく話をする必要がある。此の方法と比べて、日本では殆どの場合は、選考委員会が候補者を数人に絞った後、最終決定はプレゼンテーション後に多数からなる教授会の投票でなされるため、発表論文に基づいた表面的な審査になったり、最適な人物を選べないのではないかとする杞憂がある。又、学閥も教授選考に大きな影響を与えており、事実日本では自学出身の教授が多く、旧帝大ほどその傾向が強い。

## 給料、雇用体制の差



給料体制そのものにも大きな違いがある。アメリカでは同じランクの教授でも給料に大きな差があると述べた。日本の国、公立大学の場合、殆どの教授、准教授、講師、助教の地位はパーマナ

ントであり、国、県、或いはその他が保障している。その代わり給料は決まっていて、功績があっても昇給する事もボーナスが上がる事も殆どない。こちらでは医療科のスタッフの給料は、能力、成果給が給料の大きな率を占めており、基本給は比較的少ない。臨床医の場合は大学病院で患者を見る事により入って来る医療行為から捻出する。精力的に患者を診て、手術或いは治療処置をして沢山の医療収入を大学や病院に取って来る必要がある。大学に入って来る医療収入は臨床医と大学が分けあう事になり、臨床活動は個々の医者にとって大きなインセンティブとなる。但し、無制限に高い給料を取る訳ではない。大学との折半法は夫々の科によって異なる。一般的に言って、サービスの要素の大きい臨床科にいる医師は給料が高いが、これは大学外の医師の給料と競争するためでもある。研究を主とするスタッフは、研究に必要な経費をグラントを取って来るのは勿論の事、研究に使う時間に相当する給料も、グラント或いは奨学金を取って来て、自分で賄わねばならない。能力のある臨床医や研究グラントを沢山取って来れる研究者は絶えずあちこちの大学、研究所から勧誘され、より良い条件で新しい場所に動く事が多い。

スタッフでもアシスタントプロフェッサーと准教授の多くは1年契約である。但し、解約する可能性がある事を1年前の年度始めに言わないと罷めさせる事が出来ない。それ故、解約を言い渡されても、当人はその1年間を使って、自分にあった条件のポストを探すのに十分な時間を与えられた事になる。正教授になると、テニユアといって退職するまで給料が貰えるポジションを得る事が出来る。但し、テニユアを得る難易度は大学によって大きく差があり、非常に難しい大学もあれば、准教授でもテニユアを取れる大学もある。テニユアを出しても基本給しか保証しないという大学が増えて来て、さらに最近あちこちの大学でテニユアを5年ごとに再審査しようとする動きがあり、此の制度もいつまで続くか分からない。いずれにせよ、臨床医の場合、医療と言う特殊技能があるため、大学を離れても生活に困る訳ではないのでテニユアはあまり意味の無い場合が多い。

## 研究グラント制



医学部の研究に一番大きく貢献している連邦政府のNational Institute of Health (NIH) の研究グラントは、大学のスタッフは誰でも申請する事が出来るし、自由競争の原理を非常に良く考えた体制を持っている。まず第一に、NIHのグラントは公正な審査を基にして出される。普通、1年に3回ほど、20~30人ほどの、夫々の領域の専門家が一堂に集まり、その都度3日間ぐらい掛けて研究グラントの申請書を審査する。研究グラント申請書

は非常に詳しく書かねばならない。審査の方も夫々のグラントの長所、短所を厳しく批評して、その審査の内容と最終評価の点数をグラントを出した研究者に知らせる。昔はその評価を書いた書類が桃色であったため、ピンクシートと呼ばれていたが、そのピンクシートの裏にはそのグラントの審査会に集まった審査員の名前と所属が出ている。グラントの最終評価点は合議で決められるため、悪い点数を貰っても、特定の審査員を恨む事は出来ないが、誰が議論をリードしたかはかなり推定出来る。あまり酷いと思われる審査があった場合、アピールする事も出来る。此の審査会（スタディセクションという）のメンバーは大体4年が期限で交代する。私も昔スタディセクションで計5年間審査に従事したが、専門家が一堂に会して意見を述べる場合、やはり公正な意見が通るのに感心した。個々のグラントに関する意見を皆の前で述べている時、私自身が審査されているように思った事が度々ある。例えば、審査員が彼の弟子の出したグラントに甘い点を付けたりすると、依怙鼻肩をしている事が自明で、その審査員の評判を落とす。無責任な批評をすると一同の前で恥をかく事もある。グラントの申請書は、研究目的、仮説、さらに具体的な実験系までもを詳しく記述するので、深く踏み込んで審査する事が出来る。著名な研究者と言えど、グラントを容赦なく落とされる事がある。これも私が経験した事であるが、昔私がスタディセクションに入ってから、或るノーベル賞受賞者の研究グラントを審査した事がある。その時のスタディセクションの座長は、メンバーの中でも特に経験のある審査員を3人選び、詳細でしかも丁寧な批評をしてそのグラントにお金を出さなかった。此のように申請者の知名度が審査にあまり影響しないと同時に、スタディセクションは萌芽的な基礎研究をする若手には同情的である。アシスタントプロフェッサーとなって初めて出願するグラントはともすれば非現実的であり、又、色々な欠点がある事が多い。それでも、一般的に言って、初めてのグラントは一度は通して、3年後の結果を見るところが審査員の常識であった。勿論、2度目のグラントからは特別な考慮は無い。

此れに比べて少し前までの日本の科学研究費（科研費）の場合は、アメリカほど詳しく審査する事がなく、時には研究者或いはその研究者が所属する教室、主任教授の一般的な知名度、大学のランキング等が評価の基準となりかねなかった。又、審査員が一同に会する事が殆ど無く、偏見や依怙鼻肩が咎められる事無く通る事が有り得た。但し今では、そのような事は少なくなって来てはいるようではある。科研費よりもっと極端な例としては、昔の厚生省の班会議組織があった。此れは厚生省が高名な教授などに纏った研究費を委託して、彼に研究班を構成する事を頼むシステムであり、peer review（公募制）と全く反する制度であった。最近、医療分野の研究開発を推進するため、文科、厚労、経産省

の3省が一体となってAMED（日本医療開発研究機構）という法人を作った。但し、全ての予算がpeer reviewの研究に使われるのではなく、申請する研究課題の選別の一部は旧帝大を中心に行われているらしい。

日本の国策として、膨大な研究費が時流に乗った研究領域に、topdownで投下される傾向もある。それが又、医療産業に繋がるよう要請されているようで、さらに萌芽的な基礎研究をする若手にしわ寄せが来ると考えられる。アメリカでも昔から政治家がその時々ポピュラーな病気の研究を促進する法律を通す事が多くある。但し、その資金はNIHを通して出される場合が多いようで、殆どがスタディセクションのpeer reviewを通して分配された。例えば、長い間がんの研究費が多かったが、審査員がその大部分を基礎的なmolecular biologyの研究グラントに出したと思う。

NIHのグラントのもう1つの大きな特徴は、間接費と言う費用が直接費に加えて潤沢に出る事である。研究に直接必要な人件費、材料費、或いは機械を買う費用等は直接費と呼ばれる。間接費とは研究を間接的にサポートするのに必要な費用、即ちグラントの管理をする事務官の給料、研究室の建築費、空調、電気、水道、ガスの費用、図書館、インターネット等に必要経費で、直接費とは別に出される。間接費は直接費に比例して出されるが、サウスカロライナ州立医科大学でも直接費の40%を超え、私立大学ではもっと高いレートで出される。此れは大学に取って大きな収入であり、それ故NIHのグラントを取る能力のある研究者は優遇される。間接費は個々の大学とNIHが交渉して決めるが、取り決めの理由はどうであれ、その用途は大学の自由である。それ故、間接費は大学に取って、大変有り難い予算となる。医学部の義務は臨床、研究、教育の3つとされているが、その中で研究が一番弱い。私も度々経験しているが、予算削減になると、臨床、教育はあまり締め付けられないが、研究のサポート、例えば実験動物を飼う施設の建設、維持費等すぐに後廻しにされがちである。その時に強いブレーキとなるのは、NIHのグラントを取って来る優秀な研究者が大学から転出するかもしれないという懸念である。

間接費が十分出る故、大学は必要な事務官を雇って、研究の直接費の管理をする事が出来る。こちらでは大学或いは研究所がグラントを受け取り、管理する。機械の入札、消耗品の購買、人の雇用は大学、研究所がする建前である。最近少し変わって来たが、ほんの少し前までは、研究者は消耗品或いは機械の購買要求書を大学に送るだけで、大学のグラント会計部がその研究者のグラントに残金がある事を確認した後、大学の購買部が会社にオーダーしていた。此の方法は時間が掛かるので、最近大学が研究者にクレジットカードを発行して、研究者或いはその代行人が直

接会社にオーダーする事が出来るようになった。しかし、カードは大学の物であり、その責任の所在は以前と同じく、大学である。研究費グラントそのものも日本のグラントよりもっと長期で融通性があり、NIHのグラントを使って人を雇う事も出来るし、大学院生を学会に送り、その旅費や必要最低経費を出す事も出来る。勿論、学会雑誌を購入する事も出来る。

日本で時々「研究グラントの不正使用」という記事が新聞に出る事がある。殆どの場合私用に使われたのでは無く、使途が不明瞭という場合が多いようである。いつも此のような記事を読む度に、日本の研究者を気の毒に思った。日本のグラントは一般に小額、短期であり、その他色々な制限が付いている。酷い場合には1年間のグラントが、開始期の半年後に出るという事もあるそうだ。研究から少し離れるが、私は一度国立大学の外部評価委員になった事がある。その時、国立大学が明治時代から変わっていないような規則に縛られているのには驚いた。古ぼけた制度は国際的競争を強いられている大学の研究者にとって大きな負担である。

公正なグラント審査のシステム、間接費制度があるため、アメリカでは地方大学の医学部でも研究する事が出来る。又、私の経験を述べるが、40前に就職した時、サウスカロライナ州立医科大学の研究のレベルは低く、アメリカ全土でも殆ど知られていない地方医科大学であった。そこへ就職した外国籍の私にすぐ2つのグラントを出してくれて、その後ほぼ40年間研究をサポートしてくれたNIHのグラント制度は立派なものである。日本の地方大学では予算が限られており、又、給料、研究スペース等が一律に決められているので、優秀なスタッフが研究を続ける事が出来ない場合もある。又、優れた研究者が地方大学から主要大学に転出するのを止める事が難しい。これらは日本にとって大きな損失である。

## 契約社会である大学医学部 — 個人の経験



以上述べて来たように、医学部と言えどもシステムとしては米国の典型的な契約社会であり、大学人は個々の自主判断によって夫々の大学に勤めている訳である。就労条件が悪ければ、もっと良い職場を探して大学を出るのが常識である。私はサウスカロライナ州立医科大学に在職中3度他の大学に移ろうとした事があったので、その経験を此処に述べようと思う。

約40年前にサウスカロライナ州立医科大学に準教授として就職した一番大きな理由は、上司となるべき内科の主任教授が信用出来る人のように思えたためである。就職後すぐNIHに研究グ

ラントを申請して、運良く2つのグラントが取れた。次に、研究に使える時間を確保するため、私の給料を出す奨学金を取ろうと思った。そして奨学金が取れたら州の給料が浮く訳であるから、その給料の一部を使って、研究室で私の片腕となる共同研究者を雇ってもらう事を、その主任教授と予め約束しておいた。ところがその話のあったすぐ後に、州の予算削減があり、私の奨学金が取れた時には、「予算が減ったので、共同研究者の給料を出せない」と主任教授が言う。それまで信用出来ると思っていた主任教授が「嘘をついた」と思い、大変ショックであった。丁度その時、シンシナチー大学から勧誘されていたので、面接に行く事を主任教授に言うておいて、交渉のため2度シンシナチー大学に行った。主任教授は交渉に行く事は止めなかったが、「最終決定をする前に私と話をするように」と言う。2度目にシンシナチー大学に行った時、大体の条件が合ったので移る決心をして、その旨主任教授に言う、「どう言う条件なら此処に残ってくれるか?」と言う。「共同研究者の給料を出してくれる約束では無かったか?」と言うと、「それでは、共同研究者の給料を出そう」と言う事で、大学に居続ける事になった。こう言うやり取りがあって暫くの間、私のその主任教授観は大いに揺れたが、結局「これが資本主義の原理である。」と悟った。優秀な教授を出来るだけ多く抱えているのが有能な主任教授であって、限られた予算を上手にやりくりする事が大切である。共同研究者の給料については、その後すぐに私の2つ目のNIHのグラントが取れて、結局私が出せる事になった。しかし後になって、私の研究室に准教授を採用する時にその内科主任教授は大いに助けてくれた。

2度目に他の大学の口を探したのは正教授になってからである。長女を公立の小学校に入れていたが、色々不満な事があり私立小学校に移したいと思った。住んでいたチャールストン市の私立学校の授業料は高く、その時の私の給料では少し無理かなと思いはじめた。但し、私も日本人の特徴として、自分の給料の交渉をするのが苦手であり躊躇していたら、或る日主任教授（以前の内科主任教授と変わっていた）がルイヴィル大学が血液科の正教授を探していると言う手紙のコピーを私に送って来た。上司が他の大学のからの勧誘の手紙を見せるのは、私に「出て行け」と言う事かな? と少し気味悪く思ったが、良さそうなポジションなので見てみる事にした。その旨主任教授に伝えると「見て来たなら、どのようなポジションか教えてくれ。」と言う。それで合計4回交渉に行き、その度に進展状況を内科主任教授に報告した。4度目には、殆ど移る決心をして帰って来た。その時は家内も一緒に行って、ルイヴィルで住む家まで決めて来た。帰って来て内科の主任教授にその決心を話すと、その時初めて「行かないでほしい。ルイヴィル大学にあわせてこちらからオファーしたいので、向こうが出している条件を教えてくれないか?」と言う。

そして医学部長と話をして、将来出来る事になっている癌センターの副所長という身分を私のために作り、給料を一挙に大幅に上げてくれた。ルイヴィル大学がオファーした給料は良かったが、その他の条件について2、3気に入らない点があったので、「行かない」と決心した。その旨をルイヴィル大学に告げると、「給料の問題か？ もっと出しても良い」と言う。これを聞いて、家内は「教授職の交渉も、一片のお肉の競り売りと一緒に」と言う。資本主義の原理が働いていると言う意味では、教授の勧誘も肉の競り売りも同じである。

詳細を省くがもう一度大学を移ろうとした事がある。5年間管理職についていたが、平の正教授に戻って研究に専念したくなった。その希望を医学部長に伝えたが、「お前はよくやっているから、そのまま管理職を続けてほしい」と言う。以前のケースと同じく、他の大学からオファーがあり、私が移るかもしれないと言う懸念があって初めて、私の希望を聞き入れてくれた。但し、いつも感心するが、他の大学の地位を探す事は全くオープンである。「有能なスタッフにはあちこちから口が掛かって来て当然」と言う事を上司は良く知っている。又、スタッフが他の大学その他の立派なポジションに就くのはその主任教授の成果の1つとも考えられているので、移動に関しての争いや陰湿な嫌がらせは全く無いと言って良い。当たり前であるが、「他の大学へ行く」と言った後、同じ待遇でその大学に残ると、その人は信用を失

う。主任教授の一人から聞いた事であるが、主任教授引き渡しの際に、その前任主任教授が「此の教授たちはいつも他の大学のポジションを探しているが、移る心配はしないで良い」と言って、そのリストをくれたという。

## 終わりに



筋の一貫してないような文を書いたが、読み返してみると、曰、米の医療制度の違いは、地方と民間が強いアメリカと中央集権の傾向が強い日本との一般的な制度の差の一部であると思われる。又、契約社会のアメリカと慣習を重んじる日本との違いを表しているとも思われる。暫く前にイギリスの Economist という週刊誌に出ていたが、世界で収入の格差が一番著しい国はアメリカで、一番格差が少ない国は日本であると言う。アメリカは極端なほど成果、能力主義で、組織の上に立つ人の給与は益々多大になっている。日本は逆であり、給料は極端なほど一律である。そして、此の社会主義的な組織が、国民の医療にかなりの成果を上げている。但し、格差の少ない社会は平和であるが、必ずしも効率の良い。日本の大学の医学部を改善するに当って、もう少し公正な自由競争を基にした構造を受け入れる事は良いのではないかと思われる。