コラム第 23 回

ノーベル賞受賞者の出身地域や国籍の偏在について思うこと

秋はノーベル賞の発表時期ですね。もう発表から数週間経ったけど、硤合先生、化学賞受賞、おめでとうございます。鏡像異性体（右手型・左手型）の片方が自己増殖して、もう片方がほぼ無くなるなんて、医学の世界で言うなら、バニシングツインと言われる、双胎妊娠の約 10〜15%で起こると言われる、双子のうち一方の発育が妊娠初期に止まって自然に子宮に吸収される現象に似ていますね（ちょっと違うか)。

さて、ノーベル賞の発表があると、例年、よく話題になるのが、平和賞と文学賞を除いた科学賞の受賞者が、

① 我が国では西日本で育った人が多い。科学賞 28 名（現在は他国籍の人を含む）中、東日本で育ったのは小柴昌俊先生、根岸英一先生、大村智先生、梶田隆章先生の 4 名くらいで、大部分の方は西日本（フォッサマグナより西側）で生まれ育っている。

② 我が国と同じくらいの経済力、近年の学術論文数を誇る中国、韓国から出ない。韓国籍はゼロであるし、中国で育ち海外で研究成果を上げて受賞した人は 4 名いるが、中国で育ち中国国内で研究成果を上げた人は屠呦呦先生 1 名のみである。

という地域差、国籍差に関する見解である。①と②はいつも別々に議論されてきたが、個人的には①と②は同根（同じ理由による）かも知れないと思うので、それについて書きたい。

こういう地域差、国籍差を論じる時は、社会学の手法を用いるのが妥当だと思う。社会学と言えば、最重要の 2 大古典、「プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神」（プロ倫）（マックス・ウェーバー / 1905 年）と、「自殺論」（エミール・デュルケーム / 1897 年）は読んだのか？、と問われると、スイマセン、いつか読もうと思っているうちに多忙で、老後の楽しみになってしまいました。「プロ倫」に関しては Wiki が充実しているので、読んだ気になれるという便利な時代になりました（ダメじゃん)。

そこで、社会学の専門家からは論考が甘いと言われるかも知れないが、論文ではなくコラムなので、軽い気持ちで「プロ倫」的な視点から論じてみたい。①より②の方が述べやすいので、②から。ズバリ、韓国社会を貫くのは、よく言われるように儒教の特に朱子学である。高麗の時代までは韓国・朝鮮も仏教だったのだが、1392 年に李成桂が朝鮮王朝を建国して以来、仏教を排斥し、国家統治の基本イデオロギーとして朱子学が採用されてきた。儒教といえば「仁徳忠孝」であるが、そのうち「忠孝」をクローズアップさせたのが朱子学だと思う。韓国では今でも、年長者の前でお酒を飲むときは体を横に向けて口元を隠すようにして飲むなど、徹底した「長幼の序」を大事にする精神がある。

個人的には韓国には 20 年ほど前に学会で 3 日間ほど行っただけしかないが、年長者がよその若者に、公衆の面前で過ちを指摘して、どやしつけているシーンを 2 回ほど見た。そんなことをしたら若い人が萎縮するのにと思ったが、「長幼の序」を大事にする社会ならではなのかなあと思った。

こうした社会文化は、ノーベル賞に値する研究を生み出す環境とは正反対だと思う。研究も様々なレベルのものがあり、「銅鉄研究」と揶揄されるような、銅でこうだったから鉄でもやってみたらやはりそうだったというものや、現在はココまで研究が発展してきたから次はこうだろうという既存路線を踏襲したものなどもあるが、ノーベル賞をとるような研究はそうではない。皆が天動説を信じている時に地動説を唱えるといった、パラダイム・シフトをもたらすもの、すなわち教科書を書き換えるような画期的な研究だ。

私が医学生の頃、クロイツフェルト・ヤコブ病はスロー・ウイルス・インフェクションと習ったが、後に、ウイルスではなく蛋白そのものが感染するプリオンだと見出した人がノーベル医学賞をとった。遺伝子が転写されるが翻訳されないイントロンという領域は意味が無いと習ったが、後に、そこに意味を見出した（RNA 干渉）人がノーベル医学賞をとった。胃潰瘍の原因が、攻撃因子の胃酸と防御因子の粘液・血流で完全に説明されていた時代に、もっと中心的な攻撃因子のピロリ菌を見出した人がノーベル医学賞をとった。

ところで、私の病理の世界で、私の師匠の師匠である太田邦夫先生は、1960 年代に東大病理学・教授であり、それまでドイツ流の病理解剖と動物実験一辺倒であった我が国の病理学に、アメリカ流の外科病理学（手術検体や生検の病理診断）を導入したなど功績大なる先生であるが、研究のメイン・テーマでは時代運の悪さもあり、成功とはいかなったようだ。こういう、答えを知っている後世の立場から、渦中の研究者を論評するのは慎重にした方がいいのだが、太田先生は 1964 年に日本病理学会の宿題報告といってライフワークを発表する場で「胃癌の発生」という題で、胃潰瘍から胃癌が発生すると講演された。

なぜ、太田先生がそのように思ったかは資料が乏しいので推測も交えるが、胃潰瘍も胃癌も同じように粘膜への刺激から生じること、当時は内視鏡が無くて胃が暗黒大陸で、早期癌が見いだせず、手術で切除したり病理解剖で得られた進行癌はほとんどが潰瘍を伴っていたこと、Hauser 型潰瘍癌（ハウザーがたかいようがん）と呼ばれる、1926 年に病理学者の Hauser が提唱した、胃潰瘍の辺縁から胃癌が発生する（潰瘍癌化説）という考え方が主流であったこと、また皮膚では熱傷瘢痕から皮膚癌が生じることが知られており、そのアナロジーで胃でもそうだと思われたのかも知れない。

太田先生は東大教授になる前は東京医科歯科大（現・東京科学大）の教授で、当時からの弟子であられた同大出身の中村恭一先生が研究を引き継ぎ、胃切除検体の全割標本から見出した早期胃癌は胃潰瘍と関係ない場所から生じていることを発見し、くしくも上述の 1964 年に現在と同様のファイバースコープ付き胃カメラが発売され、リアルタイムで胃粘膜を観察して生検することができる時代になると、そこで見出された早期胃癌はどれもやはり胃潰瘍と関係ない場所から生じていることを次々に発表していった。太田先生が偉かったのは、弟子が自分の研究結果の真逆の発表をしていくのをずっと容認されたことだ。学問の真実の前には長幼の序など関係ないからだ。

ひるがえって、儒教・朱子学を重んじる社会で、そのようになるだろうか。韓国では、自然科学分野での韓国人初となるノーベル賞受賞者（胸像）を将来迎えるために、大学などの敷地内にあらかじめ台座を設置したりしていると聞く。そういうことよりも、ノーベル賞をとるような研究は 30 代の頃の業績が多いというから、こういう年齢の若手の発表を大御所が頭ごなしに否定するのではなくもっと後押しする社会にすることが必要だと思う。在日韓国人で著名な作家や映画監督が多数いることから、韓国人が遺伝的体質的にクリエイティブではないというわけではなく、あくまでも社会や教育が原因だと思う。

次に中国である。私は中国には足を踏み入れたことは無いので本などから学んだだけだが、ざっくり言うと、近年、共産主義がアンチ宗教で仏教や道教などを弾圧したが、儒教は宗教というより社会規範・倫理なので生き延びて民衆に定着し続けてきたと考えられる。下記、岡本隆司著『教養としての「中国史」の読み方』（PHP 研究所）[1]によれば、現在でも中国では儒教が中心的価値観であり、それは「過去ほど良い」という考え方に代表されるようだ。
（以下、引用）
何かをよりよく変えようと思ったら、「昔に返ります」といわなければ、人々に受け入れてもらえないからです。ですから実施にあたっては必ず、昔にこういう事例があった、ということを探し出しますし、文書をつくるときにも必ず、権威ある経典からその事例を引用し、これは「復古」なのだと示さなければならないのです。
（引用終わり）
こういう価値観の元では、ノーベル賞につながるようなパラダイム・シフトを生み出す発想には至りにくいのではないかと容易に推察できる。

[1] https://rekishikaido.php.co.jp/detail/13281

最後に①について。東日本というかそのうち人口の多い関東地方はほとんどが、江戸時代に徳川の天領あるいは譜代家臣が治める領地であった。徳川幕府は、儒教・朱子学を学問として重視した。その理由の一つは、朱子学が君臣・父子などの社会的関係と、それぞれの立場

に応じた倫理的義務を重視していたためであり、武士を中心とした身分秩序を維持するのに親和性があったからだ。

その影響は現代にも続いているようだ。例えば、医療ガバナンス研究所の上昌弘先生がどこかで書いていたが、関西出身で大学から東京に来た彼は、関東出身者の多くが自然な価値観として、秀才は官僚になってお上に尽くすのが当たり前と思っているのを見て驚いたという。そう言われれば私も中学までは東海地方で高校から東京だが、やはり東京の人たちは官僚的で、礼儀正しくてルールを守るいい人が多いが、逆に、はぐれ者（自分独自の価値観を持っている人、激情家、放浪癖のある人など）は少ない印象がした。後者の方が科学的発見などで一発あてる割合が高いのかなと思う。

今回は、儒教・朱子学の悪口を書いてしまった感があるが、それは研究で新たな地平を開拓するような、「守破離」の「離」まではいかなさそうという意味であり、でも一方で、よき医療者となるには、儒教・朱子学の価値観は大事だと思う。医療は良い意味での現場主義での徒弟制度があり、「守破離」の「守」には儒教・朱子学は親和性が高いと思う。要は使い分けである。