

ホントに白い巨塔なの？

大学病院つて、

こんな所。

大学病院、大学病院と気軽に口に出しますが、何が普通の病院と違うのか、はたまた違わないのか、ご存じですか？知っているようで、意外と知らない大学病院の実態をお見せします。

市中病院と

何が違うの？

大 学病院と聞いて、どんなイメージを思い浮かべますか？「医療の質が高い」ですか、「最先端医療」ですか、ひよつとすると「白

い巨塔」かもしれませんね。何はともあれ、大学病院を知らない人はいないでしょう。でも、普通の病院（いわゆる市中病院）と何が違うのか、きちんと説明できますか。市中病院と最も異なる点が、大学に付属した施設であるこ

と。ここまでは分かりますね。では、大学の付属施設だと何が起きるのでしょうか。

大学は文部科学省、病院は厚生労働省と監督官庁が異なるため、不都合も起きています。この件は後日改めて。

一般的な回答は、「大学病院では臨床だけでなく教育・研究も必要になる」。恐らく、この辺りで既にピンと来なくなっているのではないのでしょうか。噛み砕きます。

「臨床」というのは、对患者の医療です。後述するように先進的・専門的な医療を期待される場面もありますが、ほとんどの場合に行っていることは、大規模な一般の病院とそんなに変わりません。

次からが特徴になります。まず、「教育」です。大学には医学生が学んでいます。座学だけで医師になられたら恐ろしいので、当然見学や実習があります。見学や実習の対象となるのは皆さんのような患者です。とはいえ、学生は

医師免許を持っていないので、患者の健康を左右するようなことはさせられません。ご安心ください。

「教育」を受けるのは、医学生だけではありません。

社会人経験のある方はお分かりだと思います。大学を卒業したばかりの人が、いきなり一線でバリバリ活躍することは、まずないですね。医師だって同じです。医師免許を持つていても、1年目や2年目の医師には危なっかしくて全部は任せられません。実際に現場で先輩に習うこと（＝臨床研修）が必要です。

以前は、この臨床研修も大学で受ける人が大半でした。研修中の医師を「レジデント」と言います。研修が終わって正規職員になると「スタッフ」です。ちなみに医師らが大学病院で所属する診療科や講座のことを「医局」と呼びます。聞いたことがあるかもしれませんがね。この医局については、次項で詳しく説明します。

大学病院が教育組織であることは、ベテラン医師の肩書を見ても一目瞭然です。教授、助教授、講師、助手といったように、ほとんどの人が教育職ですよ。

えっ？ 肩書のない人もいるぞ、と思いましたが。良いところに気づきましたね。

肩書がない医師の中には相当数、正規職員ではない人が混じっています。正規職員でない医師が大勢常勤していること、これが実は市中病院と大学病院との最大の差かもしれません。

では、正規職員でない医師は、一体どういう立場なのでしょう。

まずは、先ほども触れた研修医です。つい3年前まで、研修医は修業中の身のため、トレーニングも兼ねて「丁稚」のようにこき使われるのが当たり前でした。時給に直せば、病院で働いている人の中で最も給料が安かったかもしれません。

あまりにも研修医の待遇が悪かったので2年前から制度が変わりましたが、それが新たに別の問題もひき起こしています（コラム参照）。

さらに、なんとお金を払って医師をしている人たちもいます。「医学博士」の肩書を得るため、医師を何年か中断して大学院で学ぶ人たちです。この期間は「学生」ですから、大学に学費を払います。でも医師として脂が乗りかけの時期だけに、学問だけでは許されず、給料なしで臨床にフル稼働している場合も多いのです。

この労働と給料との関係、不思議だなあと思いましたよね。なぜこんなことになっているのか、「医局」が何なのかを知ると見えてきます。次のページで説明します。

そうそう、大学病院の特徴である「研究」に触れるスペースがなくなってしまうました。これは後ほど改めて扱うことにします。



編集／医師35人とCOML合同委員会
事務局／ロハスメディア
監修／武藤徹一郎 癌研有明病院院長
吉田修 奈良県立医科大学学長
イラストレーション／浦本典子

医局つて 何をやる所なの？

で は、ドラマなどで皆さんご存じの「医局」の実態を見ていきましょう。

現代の医療は細分化され高度化し、他分野の医師では分からないことがたくさんあります。新卒の医師は学校でひと通り習ってきましたという程度です。医師免許を得た以上、どこに行つて医師をするも本人の自由が建前とはいえ、



どこかの病院の、自分が専門にしようとする診療科で実地トレーニングをしないと、使い物になりません。
2年前に総合臨床研修(コラム参照)が必修化されるまで、新卒医師を積極的に受け入れて、自前で育てようという市中病院は多くありませんでした。もちろん、卒後いきなり開業するのは、あまりに

も無謀です。
とすると、市中病院が受け入れてくれる程度に経験を積むまで、修業する場が必要となるわけです。現実問題としては、新卒医師は大病院に残る、つまり大学医局に所属するというのが実に自然な流れだったわけです。
これは、別に悪いことばかりではありません。

皆さんが新卒医師の立場だったら、教えてくれる専門分野の先輩が大勢いるところ、専門分野の患者さんが大勢来るところへ行つた方が、早く一人前になれると思うかもしれません。
事実、歴史的に見ても、日本の医学を進歩させてきたのは独りの天才ではなく、教授と門下生とが切磋琢磨して研究する医局でした。長いものに巻かれるのではなく、向上心に燃えて医局に入る医師も多いのです。もちろん実利もあります。一人前になれば職を紹介してもらえます。
この理屈、皆さんが市中病



院の院長なり診療科の部長なりで欠員補充やアルバイトの医師を募集する立場になったと仮定してみると、分かりやすい話だと思われま

す。誰もが就職したがらるような病院ならともかく、特に特徴もない病院の場合、あるいは勤務条件が悪い病院の場合、あなただったら、どうやって募集しますか？ 公募するのでしょうか。どんな医師が来るか分からないリスク、いつまで経つても集まらないリスクを考えたら、誰か信頼のおける知り合いに紹介を頼みませ

んか？

紹介を頼むといつても、他の市中病院で人が余っているとは普通考えられないので、頼める相手は限られます。こうして大学医局と市中病院と



来します。

ただし、大学医局側としては、人気のないポストへ医師を送り込む場合、年限を区切って交代を送ることや、年齢が明けたら魅力あるポストで処遇することを約束しないと、医師に開業など足抜けされてしまいます。決して一方的な関係ではありません。

多くの市中病院が、医師の自前養成に舵を切った現在、魅力あるポストは減る方向です。大学医局のあり方も曲がり角に来ていることは間違いないありません。

スーパーローテートで大騒ぎ。

04年4月から、新卒の医師に卒業後2年間の総合臨床研修が必修化されました。特定の診療科に入るのではなく、各科を少しずつ順番に経験するため「スーパーローテート」とも呼ばれます。新卒医と研修病院との間を取り持つ「マッチング」も始まりました。

これに伴い、まず新卒者が、大学病院でなく、症例が豊富で待遇も良い都市部の市中病院を研修先を選ぶ傾向が強くなりました。2年間の研修を終えたら大学病院に戻ってくる、との楽観論もありましたが、この春研修を終えて大学病院へ入局したのは、全体の約5割でした。研修導入前には約7割が入局していたため、激減といって構わないでしょう。

新人が入ってこない、人手不足になった大学医局は派遣先の病院から医師を引き揚げます。これが地方の医師不足に拍車をかけました。全国医学部長病院長会議は、この研修制度の早期見直しを厚生労働省に要望しています。

一県一医大制の機能不全。

戦前戦後を通じて、特に地方で医師不足が続いてきました。これを解消しようと田中内閣によって始められたのが一県一医大構想。医師の総数を増やすと共に、それぞれの大学病院に入局させれば、地方の医師が増えるだろうとの理屈でしたが、近年、地方医大を卒業した医師が、その大学病院に入局しない例が増え続けています。

また、医大の新設が続いた時は、ポストが一気に増え、医局に残っていると良いことがありました。今後は新設が見込めないため、ポスト不足が深刻化すると見られています。

教授つて どうやって選ばれるの？

医

局のことが分かってきたら、その頂点に君臨する教授のことも知りたくなりますよね。

この特集のはじめに、大学病院は臨床・教育・研究の3つが重要だと説明しました。つまり、教授は、この3つに優れていると見なされた人になるわけです。

多くの場合、教授を選ぶのには選挙が行われます。一般的には、前任者が退任する時に、後任にふさわしい人物の条件が示され、それを満たし

た数人が立候補します。いわゆる「教授選」です。この時、医局の外部からも立候補する人がよく出るのが、医学部教授戦の面白いところです。

教授より年次の古い人は医局を出ていくのが不文律なので、順送りでない教授や「外様」の教授が選出された場合、医局内に大きな人事異動を伴います。この辺も医局がおどろおどろしく見える原因かもしれません。

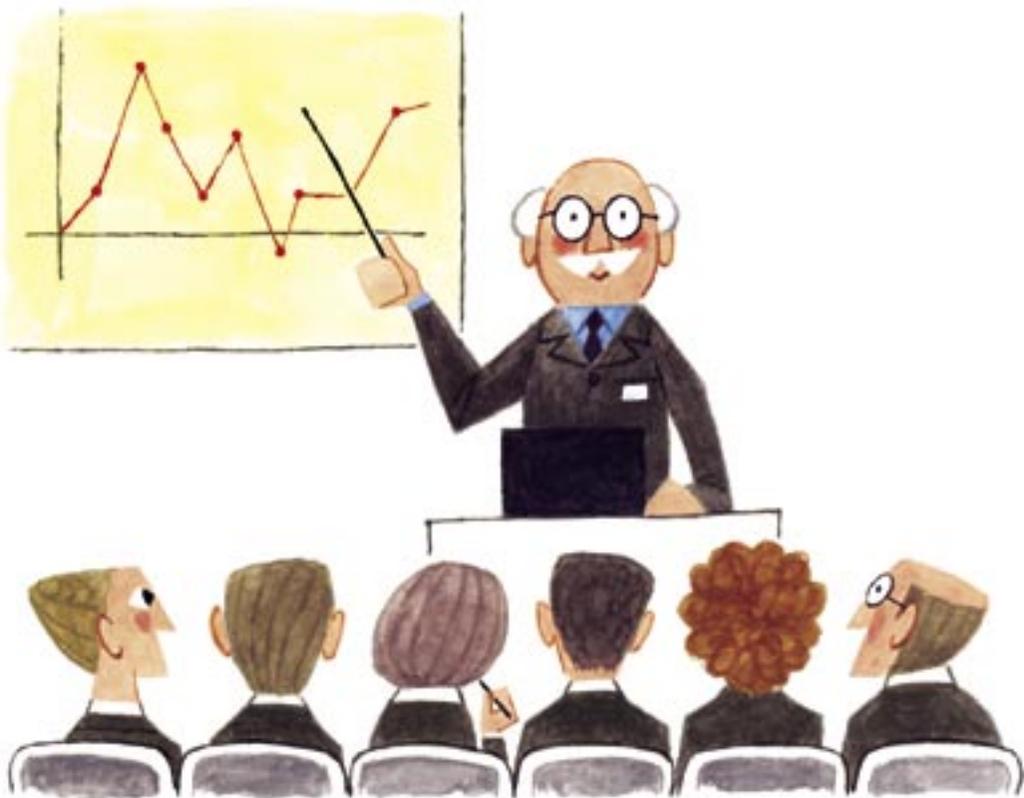
誰が投票権を持つのかは、施設によって時代によって異

なります。医学部教授だけが持つ場合もありますし、下々の医局員にまで与えられる場合もあります。

選挙ですから当然多数派工作はあるわけですが、「白い巨塔」批判もあって、露骨なものは影を潜め、最近では客観的な指標で判断されるが増えています。

ただしお分かりと思います、が、臨床・教育というのは、なかなか客観的な評価が難しい分野です。あの先生より、この先生が名医だ、名教育者だなどというのは水掛け論にしかありません。対して、研究というのは客観評価しやすい特徴があります。というのは、論文ごとに世界共通の点数が与えられるからです（コラム参照）。

結果として研究に実績のある人が、教授に選ばれやすいこととなります。もちろん臨床研究で実績を上げるには臨



床の裏づけが不可欠なので、一般に名医が選ばれると考えると間違いなんでしょう。ただし、常に患者と一緒にいる、というタイプの名医ではないかもしれません。

話が、先ほど宿題になっていた「研究」に触れましたので、簡単に説明しておきます。

科学者の世界で「研究」という場合、自分だけが分かっているというのとは違って、少なくとも論文を書いて他人のジャッジを受けなければならぬし、どうせ書くなら高い点数の取れる論

文が望ましいとされています（コラム参照）。論文が雑誌に載るには、何か新しい発見がないといけません。高い点数を取るには、人々の関心を呼ぶ対象でないといけません。

この背景があるため、大学病院の医師は、どうしても一般的で治りやすい病気を確実に治すことより、治療の難しい病にチャレンジすること、新しい治療法を開発することに意欲ががちです。また、手の施しようがなくなった時に冷たい、という印象を持つ患者さんもいるようです。ただし市中病院の医師も、大学医局の人事で動いている場合、やはり同じ行動原理が働きます。

論文掲載とインパクトファクター。

論文が画期的であればあるほど、後に続く研究者たちが、その論文を引用することになります。そして、多く引用される論文を数多く掲載している雑誌は権威が高まります。

この相互関係から、科学雑誌のランク付けに用いられているのが「インパクトファクター」。掲載論文すべてが1年間に引用された総数を、掲載論文数で割って点数を導き出します。当然1年ごとに微妙に数値が変わります。

研究者たちは、できることなら権威の高い雑誌に載せたい、とランクの高い雑誌から投稿する（掲載を拒否されるとランクを落としていく）ため、インパクトファクターの高い雑誌に掲載されると、研究業績として高く評価され、その点数の合計がポストの条件になることもあります。

ちなみに科学全般で有名な雑誌が「ネイチャー」と「サイエンス」、医学系全般では「ニューイングランドジャーナル・オブ・メディスン」と「ランセット」。すべて英語で投稿するのがルールです。

大学病院の 上手な使い方。

大学病院がどんなところか、だいぶ分かったことと思います。

では最後に、患者は大学病院とどう付き合うのが賢いのか考えてみましょう。一般論として、得意な分野、力を入れている分野で利用すべきというのはお分かりですね。

これまでの説明でも分かるように、一般に大学病院が得意にしているのは難病・奇病です。それも大学によって得意とするものが異なります。また一般の市中病院で対応可能な病気の場合、何が何でも大学病院という理由はありません。自分の病気と相性がどうなのかは事前によく検討した方がよく、素人判断でいき

究対象となる疾患の場合、大学病院は、他では得られない治療の選択肢を示してくれることでしょう。

企業の寄付金はどうでしょう。目的との関係が非常に明確なのが、医薬品の治験です。次号でも特集しますが、まだ承認されていない医薬品の効果を確かめるものです。大学病院は、地域の中核病院であるため、大抵何らかの治験が行われています。

この治験の対象になれば、新薬を試せるだけでなく、該当医療費もかかりません。ただし、試験段階ですから、普通の医薬品よりはリスクが高いことを押さえておいてください。

大学病院が不得手な部分も当然あります。それは、一般に研究の対象にならないことです。例えば緩和ケアなどへの取り組みは、むしろ市中病院より遅れているかもしれません。

なり受診するのは考えもの。期待したような治療が受けられない可能性もあります。

まずは、かかりつけ医なり主治医なりに相談することをお勧めします。開業医や市中病院の医師は、ケンカ別れしたのではない限り、出身の医局に対して顔が利きます。また、大学では3時間待ちの医師が、アルバイトで街のクリニックに来ていなんて例もあります。

他に大学病院が力を入れているのは何でしょう。これを考えるには、病院を運営する

お金、スタッフの研究するお金がどこから出ているのか見るのが手取り早いです。

現在の診療報酬体系では、基幹病院が「臨床」で黒字を出すのは至難の業です。「臨床」では「研究」を賄えないので、どこからか持って来る必要があります。

その「研究」費となるのが、厚生労働省などが出す科学研究費補助金(科研費)と企業が出す寄付金です。

「賄う」には、正規職員以外の人件費も含まれます。手厚い体制を維持したければ、科

研費や寄付を獲得する必要があるということですが。

科研費を獲得するためには、研究で実績を積む必要があるのですが、まずまず論文作成に励まざるを得ない、こういう構図があります。また近年、科研費は従来型の医学部ではなく、大学院大学に手厚く配分されるようになりました。大学院大学になるには研究体制を拡充しないといけないため、これがまた地方の医師引き揚げの原因になっているとも言われています。

何はともあれ、あなたが研



高度先進医療とTR。

医学研究には、基礎研究と臨床研究とがあります。試験管レベルやマウスなどの動物レベルで、生体や病気の仕組みを解き明かすのが「基礎研究」。日本からも世界的な研究者が数多く出ています。

新たに得られた科学的知見を実際の患者さんで研究するのが「臨床研究」で、最初は健康保険を適用させない「高度先進医療」(7月号の特集2参照)や「治験」(次号で解説)として行われるのが一般的です。

日本は、基礎研究が強い割に臨床研究で成果が出ないのが課題とされています。基礎研究を臨床研究に応用することをTR(トランスレーショナル・リサーチ)といい、国を挙げて推進しようと様々な枠組みが試されています。