

医局講座制

医局講座制 その1

これまで、慢性頭痛とくに片頭痛に対する考え方が、私と「頭痛専門医」の先生方とは、全く視点が異なることが理解されたと思います。それではなぜ、このように全く異なるのでしょうか。これを理解して頂くためには、医師として育ったというか医師として受けた教育・研修過程の差異にあります。これが分からないと理解されません。こういったことから、殆どの専門医が育った背景を知らないことには不可能です。このため、しばらく、「頭痛」とは全く離れて、考えてみることにしましょう。

大学病院の使命は医学生の教育、患者の診療、新治療の研究開発だが…

2012年にドラマ化され高視聴率を記録した山崎豊子の「運命の人」ですが、医療関係者にとって山崎豊子といえば、なんといっても1960年代に発表され、何度も映画・テレビドラマ化されてきた名作「白い巨塔」でしょう。

浪速大学の野心に燃える天才外科医・財前五郎と研究一筋の内科医・里見脩二の二人を通じて、患者の命を軽視して権力闘争に明け暮れる大学病院の実情、医局制度が抱えていた問題など、医学界に深く根付いた腐敗を追及した社会派小説の代表とも言える作品です。

近年の医療事情を反映した2003年のドラマ版（財前役は唐沢寿明）は勿論、1966年の映画版（財前役は田宮二郎）あるいは小説版を読んだ大学病院の若手・中堅医師は「なんだ、これってウチの病院そのまんまじゃん！」という声も多く聞かれているようで、現代も変わらない一面があるようです。

例えば、2010年に東京医科大学八王子医療センターで生体肝移植の手術を行った際に多くの死亡例が出たことが明るみになりましたが、第三者委員会による調査結果では、センター長のポストを巡って二人の教授が対立し、肝移植の治療実績が芳しくないことを把

握していながら、両教授とも対応を取らずに放置していたことが記載されています。

このような権力争いが行われる理由を理解するためには、そもそも大学病院とはどういう仕組みになっているのかを知っておく必要があります。全国の大学で医学部を有するのは東大、京大、阪大などをはじめ、80 あります。そして医学の附属施設として「大学病院」があります。

大学病院は、本院とそれ以外の附属病院があり、例えば東京女子医科大学は、本院のほかに東医療センター、附属青山病院、附属八千代医療センター… etc などの施設を持っています。こうした施設を合わせると全国には 160 を超える大学病院があり、そのトップが病院長またはセンター長となるのです。

大学病院には、①医学生の教育（6 年）、②患者さんの診療（高度医療を提供する大学病院の本院は、特定機能病院に指定されており、難病患者の診療など行う）、③次世代を担う新治療の開発、という 3 つの大きな役割があります。

大学病院には、診療科ごとに「医局」と呼ばれる組織、そして教育研究を行う大学医学部には「講座」という組織がそれぞれあります。国内の大学のほとんどは、講座のトップである教授が診療科のトップも兼ね、絶大な権力を握る「医局講座制」という構造になっています。

関連病院の人事権、研究費の割り当てなど、権力が教授に集中する医局講座制

医局講座制は、その頂点に君臨する教授以下、准教授、講師、助教らが続くピラミッド型の権力構造になっています。大学病院は、地域医療を担う医療機関に医師を派遣している「関連病院」を持っていますが、何処に誰を何年派遣するかは全て教授のさじ加減一つで決まるのです。また研究費の使い道なども教授決めることができます。

権力が教授に集中する医局講座制はさまざまな問題を生む温床となりかねないことから、廃止する動きがでてきました。例えば、大学病院の医局トップ（診療科長）は大学医

学部教授とは別の医師をあてたり、関連病院兵士を派遣する際には、教授ではなく、地域医療機関等が参加する協議会で決定するなどです。

しかし、新卒医師に2年間の研修を義務付ける「臨床研修制度」が2004年に導入され、自身の希望で研修先の施設を選ぶことが出来るようになったため、医局に属さずに一般病院で研修を受ける医師が増えてきました。ただ依然として大学の権力は大きいものがあります。

難治性のがんや希少疾病など、高度かつ先進的な医療を担うことができるのは大学病院です。患者さんにとっては不毛極まりない権力闘争はほどほどにしてもらい、診療に集中できる環境を整えて欲しいものです。

医局講座制 その2

「医局講座制」「医局制度」という意味での「医局」について

いわば、医者「人事制度」のひとつの在り方です。

医師の「詰め所」という意味で、休憩室・控え室を兼ねた執務室を「医局」とも言います。

医者になるということは医学部（6年）を卒業して、医師国家試験を受験し、合格して医師免許を取得するという事です。

医師免許を手に入れば、基本的に医業＝医者としての仕事の何をしていても良いのですが、卒業してすぐに手術ができるわけでもなければ、患者の診断や治療ができるわけではありません。

つまり、研修医として修行しなくてはならないわけです。どこで修行するかといえば、かつては自分の卒業した大学の希望する科目、内科なら内科、外科なら外科、眼科なら眼科にまず所属するわけです。この、各科目が「医局」なわけで、科目＝講座と結びついてるので「医局講座制」と呼ばれています。大学の医局は実際の医療（＝臨床）のみなら

ず、研究、教育、医師の人事などをつかさどる非制度的組織であり、こうした成り立ちを「医局制度」といいます。

例えば、〇〇大学医学部外科があります、その外科は大学において教授を筆頭とする組織をなしています。この組織を「医局」あるいは「教室」と呼ぶのです。実は市中の病院の多くは、こうした大学の「医局組織」と結びついていて、例えば××市民病院の外科の医者は〇〇大学の外科のOBで構成されており、新しい人事も大学から人材供給を受けているという仕組みになっています。

つまり、大学が本場で、市中病院がその営業所。教授が本社社長で、営業所の人事権は本社の社長である教授が担っている、というのが医者の子事の仕組みなのです。

メリットとしては、以下のようなものが挙げられます

医局組織として

- ・優良病院の重要ポストを自らの医局のOBが占めることができる。
- ・新卒の研修医を研修させる市中病院を確保することができる。
- ・いくつもの病院を横断的に集約した研究や臨床実績をあげることができる。

所属する医師としては

- ・就職先を確保できる。
- ・大学の「医局員」として、大きな規模の研究や臨床に従事することができる。
- ・大学の認める「医学博士」としての学位を取得できる。

医局と関連した病院にとっては

- ・安定した人材源を確保できる。

などが挙げられるでしょう。

デメリットとしては、以下のものが挙げられます

医局として

- ・他の大学との交流が閉ざされ、閉鎖的・独善的な組織になってしまう。(学閥主義)

医師個人として

- ・特定の科目への所属することで、「専門バカ」になりやすい。
- ・医局の人事権に従わざるを得ず、不本意な人事に逆らえない。
- ・医局員として、医学・医療に直接関わらない雑務も担わなくてはならない。

関連病院にとって

- ・どんな医師を派遣されても文句が言えない。
- ・人事権を人質に、様々な協力を要請される。(寄付金、学会や研究会への協賛など)

といったところでしょうか・・・

小説「白い巨塔」(映画にもドラマにもなりましたが・・・)はこの「医局講座制」の悪弊を描いた名作ですが、原作の時代背景としては昭和 30 年代くらいです。田宮二郎主演の昭和版 TV ドラマは原作に忠実であり、時代背景ともマッチして話題作となりました。唐沢寿明主演の平成版は、かなり現代風にアレンジされていますが、やや時代的に無理な面もあります。

2004 年から始まった新しい臨床研修制度の結果、大学医局を経由せずに直接市中病院へ研修医が就職する制度となり、ひとまず医局講座制は縮小の方向に向かっています。医師の人材派遣企業(大学と無関係な「民間医局」)も出現しました。個人の医師も大学医局と関係を持たず、自分のキャリアや技術で病院に就職する医師も増えつつあります。

その結果、地方やへき地の病院へ行く医師が減り、新研修制度が地方の医療崩壊の引き金となったと批評されています。そういう事態になってから「医局講座制」も悪いことばかりでは無かった、と言われ出している昨今です。

海外の事情については寡聞にしてよく存じませんが、元来の「医局講座制」は医学と同様、ドイツから取り入れられた制度のようです。現在のドイツに医局制度があるかどうか

は知りません。

アメリカには医局制度はありません。医師はプロスポーツ選手のように自分のキャリア・スキルを書いた履歴書と共に病院や医療施設と雇用交渉をします。

日本の医療界がどういう人事制度を望んでいるのか、現在は過渡期ですが、医局制度もフリー制度も一長一短があり、しかも「誰にとって」良い制度なのか？という視点も複雑です。

医局講座制 その3

「医療崩壊」・・・医師不足

問題はどこにあるのか ～医師不足の議論～

医師は不足しているのか、それとも足りているのか。今まで様々な議論がなされてきました。各県一医大（各県に必ず医科大学を1つ創設する）構想や私立新設医学部の急増により、一時は医学部入学定員が大幅に増やされましたが、その後、医師過剰が危惧されたため1984年以降、医学部の定員が最大時に比べて7パーセント減らされました。

昨今、以下に示す新臨床研修医制度の影響などで医療の場においては、医師の不足が大きく叫ばれるようになってきています。

医師不足の議論は、絶対数の不足、医療機関での必要医師数の不足、都市・地方の地域偏在による不足、診療科毎の医師数の不均衡などに分類できます。

これらの議論に大きく関わってくるのが、医師の教育体制である。医師の養成から就職にまで強い影響力を持つこの教育体制は、医局講座制と呼ばれている。医局講座制とは何なのか？ まず、そこから見ていこきましょう。

医局講座制とは？

医師不足を考える際に、避けて通れないのが医局講座制です。

従来、医師は大学で 6 年間の教育を受けた後に、自分の専門領域を選択し、「医局」と呼ばれる組織に入ります。医局とは、大学教授を頂点として、准教授、講師、助教などの序列を持った組織であり、大学院で博士号を取得する際にも、また、病院に就職する際にも、大きな影響力を持ちます。

すなわち、医師は、医学部での教育を受けるときから、その後、専門性を高めるために研究するときにも、またさらに、就職先を考える際にも、医局の影響力で決めなければなりません。いわば、医師は自分の医師人生を医局に委ねるような形となります。

このように、医局は医師の人事権を掌握しているため、「医局の病院支配」と呼ばれる状態が今まで大学側の医局と関連病院の間で続いていました。

昔から、病院は経営の中心を担う医師の獲得に苦勞してきました。そのため、安定的に医師の供給を得るために、医局に対して、いわば「永代賃貸契約」を結んできました。

大学の医局側は、必ず医師を供給するかわりに契約金ともいふべき「上納金」を集めていた時期もありました。

医局講座制の利点としては、次の 3 点が挙げられます。

1. 研究の中心として機能し、知識の集積ができる
2. 経験豊富な医師から若手へ連綿とした技術の継承と蓄積ができる
3. 関連病院への医師の安定供給ができる

他方、欠点としては、次の 3 点が主なものとして挙げられます。

1. 研究重視、臨床軽視の風潮になりやすい
2. ヒト・モノ・カネの流れが不明瞭である
3. 医師から、就職先選択・居住地選定・自由を奪う

医師不足の原因は？

それでは、改めて医師不足の原因は何にあるのかを考えてみましょう。大きく分けると以下の3点が考えられます。

- (1) 従来より絶対的な医師数が少なかった。

わが国の人口 1000 人当たりの臨床医数は、OECD 加盟国の平均 3.0 人（2005 年）より低い 2.0 人（2005 年）しかおらず、医師の絶対数は不足していると言えます。このような、ベースラインとしての医師数不足に対して、以前から、大学卒業直後の若手医師の劣悪な研修環境や労働環境で吸収してきた歴史がありました。

1946 年（昭和 21 年）に創設された実地修練制度（いわゆるインターン制度）では、大学医学部卒業後、医師国家試験受験資格を得るための義務として、「卒業後 1 年以上の診療及び公衆に関する実地修練」を行うこととされました。

これは、大学医学部を卒業後 1 年の間、医師としての身分のないまま診療行為に参加し、無給で何の保障もなく、違法と知りながら医療行為を行わねばならないことでした。

それが「インターン闘争」などの社会問題となり、1968 年（昭和 43 年）に、実地修練制度が廃止され、臨床研修制度が創設されました。これは、大学医学部卒業直後に医師国家試験を受験し、医師免許取得後も 2 年以上の臨床研修を行うように努めるものとする（努力規定）ものであり、これにより、大学卒業後すぐに医師国家試験を受けて医師免許を得ることが可能になりました。

こうして研修医は医師としての身分の保障はなされたが、依然として労働面や給与面での処遇には問題が多かったのです。

すなわち、もともと正規スタッフとしての医師数の絶対的な不足を、大学の医学部教授を頂点とした医局が、過酷で無休・薄給の労働環境を研修医中心とした若手医師に強いて、

今まで対応してきたのだといえます。

前述の通り、医局は、今まで医学教育のみならず、医学研究、医師のキャリアのすべてに強大な影響力をもたらしていました。

(2) 新医師臨床研修制度をきっかけとする医局制度の崩壊

2004年（平成16年）4月1日に開始した新医師臨床研修制度では、これまで行われてきた専門領域の習得だけではなく、プライマリ・ケア（初期診療）も含めた診療能力の習得を目指し、2年間の臨床研修を義務化しました。同時に、研修医に適正な給与の支給と研修中のアルバイトの禁止などを定めています。この制度では、若手医師が研修先を自由に選べるようになったため、従来の医局の影響力が低下しました。

この教育制度の変化は従来の医局制度を破壊するインパクトとなり、様々な影響を及ぼしつつあります。

研修医は、新たに導入された「マッチング制度」(*1)により研修先を“自由に”選べるようになりました。医局制度の縛りがなくなり自由に選べることで、教育体制の整った都市部に研修医が集中してしまいました。これにより、地方の医師数が決定的に不足する事態を生んでいます。さらに、今までは研修医の収入源として行われていた当直や外来診療行為のアルバイトが禁じられました。そのため、夜間や休日の当直業務を行う医師の確保が難しくなったのです。

都市部に研修医が集中したことにより、今までのように、研修医を多く抱えることのできなくなった大学病院（主に地方）が人手確保のため関連病院へ派遣した医師を引き揚げ始めており、人口過疎地では医療そのものが成り立たなくなるなどの問題も出始めています。

また、新医師臨床研修制度により、新任医師は志望科にかかわらず多くの科をローテーションするようになりました。しかし、志望科にかかわらず、半強制的に各科を研修するため、教える側と教わる側の意識・意欲のギャップが生ずることもあります。

加えて、新制度に対応した研修方法が施設によっては確立されていないため、本来の目的である幅広い診療能力の習得とはかけ離れた研修が行われているのが現状です。また、専攻科を選択する前に医療現場の現実を目の当たりにするため、過重な労働を強いられる専門科や訴訟リスクの高い専門科を医師は選択しなくなってきました。

*1：マッチング制度：研修希望者と研修病院をコンピュータでマッチさせる仕組み

3) 医療訴訟の増加

近年では、医療行為上の過失につき刑事責任を問う刑事訴訟が注目されています。帝王切開手術を受けた産婦が死亡したことについて、手術を執刀した産婦人科の医師1人が業務上過失致死と医師法違反の容疑で逮捕された福島県大野病院産科での医療事故（2006年2月18日逮捕）などがその最たる例です。統計的には医療行為上の過失が刑事事件として立件されるケースは近年大幅に増加しており、大きな議論を巻き起こしています。

医師にとって訴訟されるということは、精神的にも肉体的にも非常にダメージをもたらします。医師人生を左右するような訴訟を回避するために、訴訟リスクの低い専門科を若手の医師が選択することは、人情として理解できます。

医師不足の悪循環

もともと絶対的なマンパワー不足であった医師の現場は、医局制度の求心力の低下とともに、問題が表面化してきました。そして、現場では少ない医師数を補うために、現場の医師が、当直回数を増やしたり、出勤日数を増やしたりして、自身の労働環境を更に悪化させて対応していますが、これは抜本的対策とはいえず、精神論的に対応し、力尽きた医師のフォローに残りの医師が対応する悪循環が続いています。

医局講座制 その4

医局講座制崩壊 ～パンドラの箱をあけてしまった～

医局講座制が、医者的人事を支配していたといわれています。

昨今の新研修医制度は、教授の人事権が弱められ、研修医が自由に病院を選べるようになりました。

これは新制度は改革なのか、改悪なのか。

結果、大学病院で奉公する研修医がぐっと減った事になりました、あれほど無尽蔵に扱き使えた研修医も人数が削減、大学では医師不足で益々青色吐息の状態です。

研修医の穴埋めのために、関連病院の中堅の医師を大学に戻し、地方の関連病院は中堅はいない、研修医もいないでは、疾駆八苦というところなのでしょう。

この新制度によって、大学に医者がそれほど縛られなくても、生きていけるようになりました。

教授になるばかりが、医者出世じゃないという方向性がみえてきたのでしょうか、安月給に激務に耐えるだけの、大学病院と大病院、医者が病院を飛び出し始めています。これを、開業と言うサボタージュというようです。

東京では、開業医ばかり増えています、地方でも都市部はそうでしょう。しかし肝心の中核病院には、ちゃんとした救急体制はととのってはいません。開業医ばかりでは医療はできないことは、当たり前の事です。

更に地方に若い医者がいなくなりました、教授人事が威力を発揮できなくなったからでしょう、医者は本当に不足してるのこのままの状態です。無医村といわなくとも都市部と田舎の医療の格差はますます酷い事になるのでしょうか。

悪の根源といわれた、あの医局講座制も悪い事ばかりではなかったのです。教授人事で田舎に医者をしっかり送る事が出来たということは評価に値します。しかし、市場主義にあって、医者だけ共産主義の制度の中に押し込めておく事はできなくなったのでしょうか。

多分、医局講座制は、ある面では日本の医療を支えていただろうし、国土均衡の一翼を担っていたのだ。

教授人事に左右されない、新研修医制度は、医者の認識を大きく変えた一度開けた Pandora の箱はそう簡単に閉じる事ができません。

ところで、ある方の案内でミッドタウンクリニックを見学してきました。

まだ、全て自由診療とおもいきや、完全自由診療ではなく、基本は健康保険で治療をするそうです。

患者様にあった治療、手術を、国内外からチョイスしてうけられるそうです。場合によっては治療費だって安くなる場合もあるそうで、東南アジアにも紹介するし、アメリカはじめ世界中だって金に糸目をつけない治療もうけられるということです。

新薬使用がこの日本では数年以上遅れることがしばしば、これは東南アジア以下とい

われて久しい。

日本でだめなら世界へというところなのだろうが、それだけでいいのか。

丸の内の東京クリニックも、同じ主旨なのだろうか。

あそこの院長はかつてお世話になった宮崎東洋先生、先生は今東洋どころか世界にはばたいているのですね。

メインはやっぱり福島崇徳先生、ゴットハンドですか。

いずれにしても、新研修医制度、世界的な視野に立ったクリニックといい混合治療解禁、自由診療万歳ですか。

まさに、こうしたクリニックはまさにパンドラの箱を開けてしまったし、ドル箱ともいえるだろう。

世界を相手にすれば、日本の大学病院や大病院に頼らずともいいという発想なのだろうか。それぞれ、こららのクリニックに関わってる Dr.、面識もある先生もいるし個人的にはきらいな先生ではない。

でもね、皆さんに聞きたい、日本の誇るべき皆保険制度どう堅持していけばいいのでしょうか。このグローバリズムの最中、皆保険はもう堅持できないなっておもっているのでしょうか。

一度、その辺で噛み付いてみたいのだが、ちょっと皆さん偉くなりすぎたよね。

それぞれ、昭和終わりの頃、みんな一介の医者として頑張っていたらっしゃった、日本の皆保険制度を堅持する一翼をにならっしゃった。しかし、時代は変わり医者も変わっていく。

もう、一介の患者が相手できる相手じゃない？

でもね、一介の患者だからこそ引き下がれない部分もあるのですよ。

名医たちよ、もう一度こっちをふりむいてくれ。

医局講座制 その5

歴史的背景、組織は ドイツ手本に制度導入／教授トップの一極集中

「医局」と省略して呼ばれる「医局講座制」の歴史は、明治時代にさかのぼります。

1870年代、日本が近代医学を学んだのはドイツでした。当時、日本で初めて医学部を設けた東京帝国大（現・東大）が、この医局制度も一緒に導入し、全国の大学へと広がりしました。

医局講座制の「医局」は大学病院の診療科のことです。「講座」は大学医学部の各講座を指します。医局講座制は講座の教授が診療科のトップを兼ねます、一極集中型の権力構造を言います。

医局の組織を、札幌医大を例に見てみよう。

教授一人が頂点に立つピラミッド社会になっており、下に助教授が一二人。さらにその下に講師や助手が数人ずついます。道から給与が支給され、教育公務員として身分が保証されるのはこの助手まで。この下に、大学の臨時職員として位置付けられた研究生のほか、大学院生や臨床研修医らが連なるが、無給か低賃金です。

教授の権限が及ぶ医師を総称して「医局員」と呼ぶ。医局員は、20人程度から、多い医局では100人ほどに達するといえます。

札幌医大医学部には「内科学第三講座」「外科学第二講座」など臨床系の講座が20あります。各講座には助手以上の教員が所属し、医学部生らの教育や医学研究に当たります。

一方、付属病院には、講座名に対応するように「第三内科」「第二外科」などの診療科が、講座数とほぼ同じ二十二科あり、患者を診療しています。

大学の各講座と付属病院の各診療科の医師は、ほぼ同じメンバーで構成し、トップは一人の教授が務めており、この第三内科や第二外科などが「医局」です。

医局講座制 その6

医局に入ると周りに合わせ消極的になってしまいがち

「優秀な医学部の人たちは医局に入ったら腐る」その意味とは？

東大、京大、阪大、九大、北大、東北大、名大、神戸大、筑波大、岡山大、広島大、新潟大、東京医科歯科大、慶応大、日本大、東海大、順天堂大、東京女子医科大。これがそのままあっているか否かは別にして、このようなランクづくりが始まるや日本社会の通

弊として、大学関係者の間でも甲論乙駁の状態になり、医学部内部もこの噂にふり回されつつあります。大学医学部の研究内容、それに教授陣の論文評価という基準が打ちだされて「30大学」の枠組みが決定することは、実は怖いことなのです。

この評価基準がそのまま大学医学部に適用されることになれば、論文による業績主義がはびこり医学部の医局講座制はかえって補完されることになり、教授権力は強まっていくからです。なんのことはない。医学部のこの20年来の改革の動きそのものが、現状でも逆行気味なのにさらに逆行してしまうことになりかねません。文部科学省の業績評価が、再びこのような形の業績主義優位の体質をつくらぬようにと願うばかりです。これでは、患者と身近に接し、どのような治療にも手抜きをしない医師や医学研究者の存在が軽視されることになります。

こうした地道に努力をつづけている医師や医学研究者に、論文の執筆の時間を保障するシステムが考えられ、研究、教育、診療の3本の柱が円滑に回転するように促していくのが、まずは文部科学省の役目ではないかと私には思えます。国立医科大の学長のなかには、専門分野をしばり、そこに大学存続のために人的、物的資源を重点的に投入して世界レベルの研究が行われるような体制をつくっていこうといった文書を医学部内に配布したケースもあります。

自分の体や筋肉について深く知ることが出来たことが、パーソナルトレーニング 東京をやって面白いと感じた点です。どこに脂肪が多くて筋肉が少ないといったことを知れましたし、問題を改善することが出来ました。

宝塚音楽学校の授業のカリキュラムを見ると、声楽やダンスだけでなく、日本舞踊やボイストレーニング 大阪、ピラティスまであるのに驚きました。どれも舞台人の基礎として大切なのだそうです。

私は幼い頃からずっと同じ池袋 歯科に行っています。今住んでいるのが大塚なので電車で一駅ですし、ここの先生とはとても中が良いので、今後も通うと思います。

大阪府で全室完全個室診療で診察をしている歯科医が、箕面 歯科です。他の患者さんの目や声を気にすることなく、治療をしてもらえます。また、女性専用パウダーコーナーもあります。

私の住んでいる赤坂 入れ歯をつくろうと、近所の病院で診察を受けました。都内だけあ

って医療設備も万全ですし、すぐにつくってもらえたのですぐに使い始められて良かったです。

自校出身者が教授陣に占める割合は、歴史の古い大学医学部ほど高くなっている。北大、東北大、名大、京大、阪大、それに九州大などの旧帝国大医学部は、とくにそれが顕著です。こうした旧帝国大医学部に続くのは、いわゆる「旧制六大学」といわれる大学医学部なのですが、このような大学医学部は前述したように文部科学省が選ぶ[30 大学]に入るといわれています。

千葉大の教授を見ると自校出身者が 43 人のうち 33 人、金沢大は 38 人のうち 23 人、岡山大は 40 人のうち 27 人、長崎大は 31 人のうち 17 人です。新潟大は 36 人のうち 21 人、熊本大は 40 人のうち 21 人と自校出身者が占める割合がやはり高い。比較的バランスよく教授陣の出身校が分かれているのは、旭川医科大、浜松医科大など、新設国立医科大グループの中で 1972 年に開校した医学部です。

医局講座制の解体

それが医局講座制の解体につながるその意思も含まれています。文部科学省の大学改革案には、医学部の存続をかけた新たな戦いが始まっているということでしょう。さしあたり、国民(患者)の側はその動きに注目していなければなりません。現在の 80 大学医学部の教授は、どのような大学医学部の出身者によって占められているのか、その学閥図を確かめておくことも必要です。学閥がこれほど明確に生きのこっている学問領域はないというのが、医学界です。学閥はそのまま権力構造となっていて、その権力構造の歪みのスタートは学閥にあるというのも自明のことだからです。

改めていうまでもありませんが、80 大学医学部、医科大の教授は、つまり現在の医局講座制の頂点に立つ人物です。むろんここには特権的な地位の傲りにふける者もいれば、教授といっても基礎系分野や公衆衛生学のように医局員を関連病院に送ってウマ味を得るといような立場ではない者もいます。ただ医学・医療の領域では「教授」という権力と権威をもっている恵まれた立場であることには変わりはありません。昭和 50 年代半ばに、私が医学部という組織に関心をもって取材を続けていた折りに、教授という存在がいかに権

力をもっているかを肌で知ることができました。私はまだ 40 代にさしかかったときで、教授というのは 50 代後半か 60 代でした。

取材を続けているうちに、当然のことながらプライベートな話にも及びます。親しく会話を交わしていれば、本音で彼らの立場を語ったりもします。名前を伏せますが、東大医学部の教授に話を聞いている折りに、その教授の権力と権威は赴くところ敵なしという状態を確認するために、私は、東大のその教授の医局員が教授へ批判を浴びせている話を持ちだしたところそれはすでにマスメディアで発表されていて知られていた話だが、とたんに機嫌がわるくなり、「あいつは勉強しとらんよ。

東大の「コロニー」

ペーパーなんか何も書いていない。〇〇大の教授にも推薦できない」と言い、その後も中傷まじりの雑言を並べたてました。そのような中傷は別にして、私に関心をもったのはある私立医科大の名(確かにそれは入試不正もあってそのころ評判もわるかったのだが)を平然とあげたことでした。そこで他の大学医学部の中で、「あなたが一定のレベルを超えていると思っているのはどこか」と尋ねたときに、指を折っていて 12～13 の大学医学部の名をたちどころにあげました。

そのなかに関東、甲信越の大学医学部の名が数多く混じっているのが気になったので、それを確認すると、「これらの大学の教授には、私の医局から送られることになっている。だから優秀です。私が育てたわけだし……」と答えた。こうした自信が公然と口にされていました。自分の目をかけた人物は優秀、自分に反旗をひるがえすような医局員は、どのような大学医学部や関連病院にも紹介しないとあまりにも単純な人物論が展開されたので驚いたことがあります。医局講座制のもとでは、このような感覚をごく自然にもつようになるのです。

まるで東大の「コロニー」こうした現実を踏まえながら、東大医学部出身者が、各大学医学部の教授にどれだけの比率を占めているかを見てみることです。これは 1980 年当時のもので、私が『全国大学職員録』にあたって作成しました。日本の大学医学部の歴史は、まず東京帝国大医学部ができ、次いで京都帝国大医学部が生まれ、そのあと東北帝国大、九州帝国大という具合に、初めに「東大医学部ありき」で始まっています。東大医学部は安政 5 年に生まれたお玉ヶ池種痘所に端を発し、それが明治 5 年に東京医学校となり、明

治 10 年に東京開成学校とともに統合されて東京帝国大医学部となったとされます。

医学部の権力と権威

2001 年に 153 年目を迎えています、この間の卒業者は 1 万 2000 人余となっています。このような歴史の重みが東大医学部の権力と権威を支えてきたわけです。もっともこの権力と権威は、医学・医療という世界では相応の力をもっても、国民(患者)のために医学知識や医療技術を還元してきたかとなると、その評価は分かれます。東大医学部出身者の多かった大学医学部は、1980 年当時は、群馬大、筑波大、東京医科歯科大、信州大、横浜市立大、独協医科大、自治医科大、埼玉医科大、杏林大、順天堂大、昭和大、帝京大、東京女子医科大、東京医科大、東邦大、日本医科大、日本大となっていました。

これらの大学では、10 人以上が東大医学部出身者による教授で占められていました。もっともたとえ 10 人以上でも比率ではそれほどでもない大学もあります。たとえば、東京医科大などがそうでした。教授の数じたいが多かったからです。ただし東京医科歯科大や群馬大のように、その占有率がそれぞれ 48%、59%という大学もあり、これらの大学のほかに筑波大 43%、信州大 32%などが続きます。私立では自治医科大、独協医科大、帝京大などが多いのですが、こうした大学はいわば、東大の「コロニー」とか「ジツツ」と呼ばれるわけです。

もとよりそのことは、それぞれの大学にとっては名誉なことではないにしろ、実際にはなかなかその枠組みから抜け出すことはできませんでした。私はこのころ群馬大医学部出身者がこうした状態をどう思っているか取材したことがあります。そのことは、『医学・医療界の内幕』(1984)という書にまとめてもいますが、そのなかで教授選考について具体的にふれながら次のように書きました。「結局、教授選考にあたっては、現役の教授たちの力がもっとも大きいわけだから、東大医学部卒業という経歴が果てしなく有効性をもつような構図になっているのである。

東大依存の大学

これが民族派を自称する関係者にとっては何とも歯痒くなるというのだ。こういう関係者が一致して強調するのは、東大医学部の教授コースにあって群馬大医学部は単なるローテ

ーションのポストにすぎないということです。群馬大医学部の教授、助教授として赴任してくる東大医学部出身者は、本籍地を東京から移さない。大半を東京で過ごすから、学生を指導するにもどうしても密度は薄くなるという。そういう姿勢に潜在的な不満があるというのです。

それに東大医学部出身の優秀な教授がきても、ある程度の年季奉公を果たも減少しているのです。たとえば、群馬大や東京医科歯科大は極端に落ちている。国立大に関しては、東大の地盤沈下は著しいものがあります。公立大にしても、横浜市立大などは大きく減っていることがわかります。ただし、私立大では東大依存とそうでないところが見事に對比されます。全体に東大依存の大学が多いのは、幾つかの論も成り立ちますが、私の見るところ、私立大のなかには、東大医学者を抱えておくほうがなにかと好都合ということと、もうひとつは自前で教授陣をつくりあげていくシステムに欠けていることも指摘できます。

全体に東大医学部出身者に侵蝕されている私立の大学医学部は、実際に治療現場にでていく医師を養成することに力点が置かれているために、研究・教育面で東大医学部出身者を凌駕していく実力に欠けていくということもできるように思います。東大医学部出身の教授が衰退していくのは、東大にかわって他大学出身者がそのポストを占めていくからかというと必ずしもそうはいえません。大体は自校出身者がそのポストを奪っていくという形になります。群馬大や横浜市立大にそれが窺えます。

「優秀な医学部の人たちは医局に入ったら腐る」その意味とは？

<http://www.thechiropractoraurora.com/sitemap.php>

医局講座制 その7

■■医局講座制とは何か？■■

●その歴史は？

起源は明治初期に遡る。1870年（明治3年）様々な紆余曲折の後「医学はドイツが最

も優れている」としてドイツ医学教育の導入を閣議決定、同年医学校兼病院として大学東校（現在の東大医学部）を設立しドイツより教官を招聘しました。医学教育が定着するまではもう少し時間がかかりますが、1893年（明治26年）東大医学部に【ドイツ的な研究重視で権威主義的】な医局講座制が20の講座と16名の教授をもって誕生しました。

その後、戦前・戦中期にかけ医局のシステムは全国の旧帝国大学にも導入され、国家の管理しやすい官僚的な医学部体制が確立されました。

●どんな体制・組織なのか？

「医局」とは大学院の診療科のこと、「講座」とは大学医学部の各講座を指し講座の教授が診療科のトップ兼ねる一極集中型の権力構造をつくっています。

教授一人が頂点に立つピラミッド社会になっており下に准教授が1～2名、更にその下に講師や助手が数名ずついる。ここまでは「教員」として身分が保障されています。この下に大学臨時職員として位置づけられた研究生のほか大学院生や臨床研修医が連なりますが、彼らは関連病院を転々としたり低賃金或いは無給で働くケースもあったと言われます。

●医局員のキャリア（ローテーション）とその平均像

2年程度の初期研修を終えた後、キャリア前半（およそ40歳代まで）は大学病院や関連市中病院を半年から3年程度の単位で転々とし、この間に博士号や専門医資格を取ることが多いのです。ローテーションを終えたキャリア後半は、市中病院で診療科長や大学病院の助手、開業医へ進むことが多くがこの頃になると医局の統制は余り受けなくなります。

●なぜ医局に入るのか？

最大の理由は、キャリア前半で博士号や専門医資格の取得機会が与えられるから。

専門医資格：<http://www.japan-senmon-i.jp/>

けれども日本において博士号や資格は大きく評価されているわけではありませんが、研究→学位を持ってない医師は軽んじられる傾向にあります。これは教員への道を進む場合は必須であり、勤務医の場合も給与の優遇がありますが…。

もう一つの理由は、キャリア後半において医局の統制をあまり受けない＝医局出身者としてプライドを保ち一方でその束縛から解放されると言うことでしょうか…？

●医局制度と市中病院との関係

大学病院として、関連市中病院は医局員に「臨床経験」を提供する場であり、かつ医師供給の元締めとして影響力を保持できる対象です。

一方市中病院にとっては、安定的に若手の安価な労働力を提供してくれる、無くてはならない存在となります。

このような関係から、医局は医師の人事権を掌握し、これを元に「医局による病院支配」を強めていった歴史があります。大学医局は必ず医師を供給する代わりに契約金とも言うべき「上納金」を集めていた時期があったとのこと。

また派遣された若手医師たちは、この時期前述の学位取得の研究に重きをおき本来の目的＝臨床経験を積み重ね吸収することが疎かまたは希薄になったことは否めません。

●医局講座制のメリットとデメリット

医局講座制とは何だったのか、まとめてみましょう

【メリット】

- ・研究の中心として機能し、先端技術と知識の集積ができる。
- ・経験豊富な医師から若手への連綿とした技術の継承と蓄積ができる。
- ・関連病院への医師の安定供給ができる。

【デメリット】

- ・研究重視、臨床軽視の風潮になりやすい。結果、臨床の技術蓄積は疎かになる。
- ・他の専門科との関係が少なく、その先端技術も知らない専門バカを生み出す体質になる。

- ・ヒト・モノ・カネの流れが不明瞭（権力の存在と集中）
- ・医師から、就職先選択・居住地選定の自由を奪う（？）
→己の自由と社会の期待を押し量ればデメリットと言うべきではないかも・・・

医学部講座制の本質は

<群れる>という典型的な家族制の発想が如実に現れているのが我国の医学界の医局制度です。その背景には日本の医学部講座制の大きな問題点とされる大学外病院派遣なども大きく関与しています。つまり大学病院の講座が 教育・臨床・研究以外にも就職斡旋のような仲介なども行わねばならないということです。アメリカではレジデントが研修期間を終了すると医者は自ら他の病院や大学に雇用を探す。つまり講座が就職斡旋という仕事を全くしません。これはコネクションが重視される<個人の信頼>という面と、意志決定が<自由>という白人社会の最も良いシステムの一つであると思われまます。日本における信頼は血統に近いもので、たとえばどこの大学を卒業したか、その後どこの医局に所属しているのか、だれがその医局の主催者だったか等、出身大学以外はすべて自分以外のファクターばかりです。この感覚は良家出身でなくとも、ブランド服で身を固めてしまえば良家出身と見間違えられるという満足感（？）に浸れる人達と、取り囲んでそれを<良し>と思う人達と精神構造上一体何が異なっていると言えるのでしょうか。大きな組織に属する事が目的で医局を選択し、大した努力をしなくとも就職先の斡旋を受けれるという安易な発想に基ずく人達の望みをかなえてやらねばならないことそのものが組織のエネルギーを分散・消費させているのだというのは極論でしょうか。アメリカの医局にはそのような仕事は医局にはありません。当然のごとく大学は就職斡旋や医師派遣のためにあるのでもありません。ボスがすることはレジデント個人のために紹介状を書いてあげることだけです。安全性を得るために 群れるという集団を作って払った代償が、この家族制ともいえる医局制度のいまや大きな欠点になっているのではないのでしょうか。

アメリカでは主任教授が新しくなると組織のメンバーは一新されるのが当然で、これは共和党が勝てば政府機関の職員がすべて共和党員関係からほぼ統べて任命されるという方式にもみられる通りです。日本はこのような大胆な変化は好まれないし、これから先もきっと実現されることはないでしょう。実現されない理由のひとつには医局という組織が医

者派遣などで大きく依存している他の集団や、かつての<上下の人間関係>もあるのだろう。また社会全体に流動性がないのも大きな原因であろう。そのせいでトップにたっても自分の思うようにできず、人員の入れ替えにも多くの労力と時間がかかり過ぎてしまう。部下の任命権などあっても制限があるし、また部下の方にもトップが入れ代わった段階で新たにボスの選択を変えるという自由もありません。こういう関係は結局双方に大きなストレスを生み出すだけです。これは外部に発散できないエネルギーとして内部に蓄積され続け、ひいては多くの生産性の停滞を生み出している原因の一つとして捉えられるでしょう。日本の講座制の弊害は組織編成のさいに生まれる無駄な時間と労力にあり、いつでも好きなタイミングで好きなように改革できるアメリカのシステムとは全く対照的だといえます。トップを替えても組織の形態を変えようとしなければ、トップを変える目的とは一体何なのでしょう？ 惰性と慣習を取り除き、世代交代により若い人に次のチャンスを与えるためではないのではないのでしょうか？ 家族制は解散できないのが一番の問題点なのです。内部昇格は一見組織の継承という意味では大事にも思えますが、下手をすれば組織が停滞する要因の一番大きな原因にもなります。また本来の仕事よりも人間関係に精を出す構造を生む温床になる可能性もあるから危険と考えるべきです。内部昇格を絶てば、上に立ちたいと思う人は自然に自分の仕事に力を注ぐことになり、意識も常に内ではなく外に向かう。こういうパワーが社会に還元されるようになっているのがまさにアメリカです。是非、見習うべき点であろう。

アメリカのように優秀な研究者や医者が私学や州立大学の垣根なくドンドン流動していることが個人に持続したパワーを生み出しているし、チャンスの枠も広げているといえます。いずれも本来の仕事に情熱を注がねば次がない選考方法です。一方、日本では個人の能力や結果にかかわらず<結果や機会の平等>という名のもとに派遣先の病院に出る事が当たり前で、個人の情熱と力を継続して伸ばすようなシステムなど、とてもあるとは言えない。これらが諦めやすさを生み出す土壌をつくり、結果的に個人の持つ熟した<無形成>の財産を破棄するよう促しているとも言えます。最も大事な平等性とは<正しい評価の物差し>を作る事であって、実は<結果の平等>はもとより、<機会の平等>など自由主義国家において必要などありません。これはアメリカでは一般化された常識です。個人の能力で機会を選べるこそが本当の<平等>です。研究については各個人に人事と研究費の裁量権を与えるなどの基本的な改革をしなくてはせつかくの日本人の優秀な個人の能力をもて余し、忙しさや不自由を理由に情熱と才能を埋没させてしまうことになる

でしょう

はたして日本既存のシステムでアメリカに勝てることができるのだろうか？ 戦う気がなければ多くの優秀な人材が我国から離れパワーのリークを生み出し（あたかもプロ野球選手のように）、最終的には今の中国がアメリカのための労働力供給国家になっているのと同様、日本もアメリカのための知的労働者の供給国家に成り下がってしまいはしないでしょうか。

医局講座制 その8

医療を治療する（医者に No! とする為の 55 の知識）

●今開業医が考えていること

昔なら開業医は、開業して1年も経たないで、借金を返し、家を増築出来るほどだった。しかし、今の開業医の現状はなかなか厳しい新規に東京近辺で開業して連中は、みな苦戦してる。新規開業が出来ないほどの状況ではないが、医者になる前に描いた開業医の実態とは、だいぶ違うようだ。それでも、一般のサラリーマンより、経済状態は恵まれていることも事実だ。ただ昔の様にあつという間に大儲けと言うことはなくなった。今の開業医は、その仕事のやり方で、経済的な差が、かなりできてしまうということだろう。一生懸命に患者を診ている医者は、まだ儲かるが、患者を診たくても、患者が集まらない医者は、結構厳しい状況である。開業医と言う仕事は、患者を診るだけで、充実感がある仕事だと思われがちだが、そうではない。もちろん介護医療などを、一生懸命にやっている医者は、そこで自分の存在意義などを見出しているかもしれない。しかし、開業医の多くは、高血圧症や高脂血症と言った慢性疾患の患者を診察するのが、全体の仕事の7割ぐらいだろう。こいつは患者は、2週間か4週間に1回来院して、血圧を測り、たまに血液検査をするだけである。そこには医者が自分の経験や知識を、十分に生かせるような医学上の問題は、殆どない。

医者と言うのは自分の経験や知識を、活かせないと、満足できないものだ。大学病などで最先端の医療や、研究をしている医者とは、余りに状況が違うのだ。

患者からすれば、病気を治すことで、医者は満足しているだろうと思うかもしれないが、毎日が同じような治療ばかりでは、それはなかなか難しい。結局、多くの開業医は、医者の仕事以外で生き甲斐を見つけるようになる。ゴルフなどの趣味か医師会での政治的な活動に、喜びを探し求めるのだ。最近一部の医学部では、「臨床教授」という肩書を作り、臨床の最前線にいる医者に、学生の教育をしてもらおうという動きがある。若い医者に自分の経験を教えると言うのは、患者を診て医療を行うより、より充実感を得やすい。もちろんこれは、殆どボランティアでの活動となる。肩書をもらった医者は、対外的には教授として扱われるから、それなりの満足感も高い。

しかし、この臨床教授の決め方が、結局大学病院との関連の強さや、教授とのつながりで決められている場合が多い。いわゆる一般的に腕のいい医者が、臨床教授と言う肩書を得ようと事が出来れば、患者にとってはいい医者を探す手段にもなるだろうが、実際には、コネなどによって臨床教授が決まってしまう。この辺りは相変わらずの医学部の状況である。いずれにしても開業医は、自分の仕事自体を評価されることは殆どなく、同じことの繰り返しの医者に耐えなければ、開業医はやっていけないのだ。もちろん患者から感謝されることに満足すべきと言う声もある。儲かるとか、恰好がいいと言う開業医のイメージとは実際にはかけ離れているのが、実態である。

開業医が医療で本当に充実感を得ることができる用になるには、患者を沢山診なくても、経営が成り立つ、健康保険制度であるべきだろうし、患者の受診者数も制限されるべきだろう。日本の様に医療にアクセスがいい、つまり何時でも何処でも、誰でも受信できるという状況では、患者の数は増えるばかりだから、医者の充実感は得にくい。今は、いかにいい病院や、いい医者を選ぶかが問題になるが、本当の問題は医療に携わる医者が自分の仕事で満足感を得ることができるかどうかであろう。

どんな仕事でもそうだが、そこで働く人が満足をして仕事をしていない限り、いいサービスなど提供できるわけがない。これからは医者の仕事の環境なども、真剣に改善していくべきではないだろうか。結局それが患者にも良い医療の提供になるのだ。

●医局廃止は、どんな意味があるか

明治以来、日本の医学部は大きな変革を出来ないまま、現在に至った。その為に、十分な医療情報の公開が出来ず、医療過誤の問題も解決できず、医療のリスク管理という面

からも、不十分なままだ。中でも医学部の医局講座制は最も封建的で、小説「白い巨塔」の世界と殆ど変わっていない。

医局講座制は、主任教授の権力を集中させることで、様々な弊害を生み出した。主任教授の権限は、50～100名の医者集団である医局の人事権、博士論文の審査、研究費の使用法、果ては仲人まで、医局員の私生活にまで影響を及ぼす。本来、自由であるべき医者の行動、発言に影響し、医療過誤が起きても、内部からの告発がしにくい組織となっていた。医局員は主任教授という絶対的な権力の前に、ただただ沈黙するしかなかった。

誰もがおかしいと思っても、それが改革の力には、なり得なかった。この権力は、周辺の病院に医者を派遣する場合にも影響する。地方のように基幹病院が1つしかないとなれば、医局からの医者の派遣がなければ、病院の存続に関わってくる。研修医制度の改革が行われ、研修医は有給となり、他の病院でも当直などのアルバイト禁止となりかけたが、地方の病院では当直医の確保が出来なくなると反対し、結局、アルバイトを公認することになった。

ここにきて、医局講座制が医療の情報開示や、自由な競争を妨げるとして、根本的に改革されるようになった。医学部を診療部門と研究部門に分けて、主任教授の権限を制限したり、大学によっては主任教授というものをなくし、学務部長などが、合議制で運営している。しかし、いかに組織を変え、医局と言うものをなくしても、単なる組織改革だけでは、医学部は変わっていかない。医学博士論文の意味のなさは、今更語るべきもないが、博士論文制度をなくし、医者をもっと診療へ集中させていくことが、臨床のレベルを上げる重要なポイントだろう。更に重要なのは、教授選挙のあり方で、学内選挙で決めるのではなく、きちんと独立した第三者評価機関を作るべきである。医局制度の改革の目的は、医局の民主化ではなく、患者への正確で開かれて医療の提供と、臨床重視型医療への転換であろう。現在でも医師会と厚労省が作った、病院の評価機構があるが、一般への情報公開が足りないし、あくまでも病院のシステムの評価になっていて、医療そのものへの評価ではない。患者にとって大切なことは、病院の事務ではなく、どんな医者がどんな医療をしているのかということだ。病院経営が次第に厳しくなってきたこともあり、医局講座制の改革は、教授職を減らす、ある種のリストラになっている面もある。

しかし、日本の医学部におけるポストの数は、アメリカなどと比べると少ない。米では研究者の役職が多い。その為、利権や権力の分散になっている。

医者を管理する医局と言うものは必要だが、上に立つ主任教授が全ての権限を持ってし

まうのは意味がない。地域医療へ医者 of 適正な配置、小児科医が足りないと言うような診療科目の選択に偏りが出来ないように、誰かがコントロールする必要はあるだろう。更に、医者 of 技術、人間性 of 評価なども必要だろう。最早、密室 of 医療で、患者が納得する時代ではなく、医療過誤を防ぐためにも、医者 of 適正な管理、評価は重要な問題である。

医者と言う職業は自由で、いつでも開業できる時代は終わった。医学研究でも無駄な、成果の上がらないものに、研究費をつぎ込むのは止めるべきだ。

医者と言う人材を効率よく使うために、医局に代わる新しいシステムをつくる必要がある。今の様にマスコミや社会的圧力に対応するために、医局講座制が解体されていくだけでは、本質的な改善にはならないのだ。

●医学部の統廃合が、これからの大きな課題

医者 that 足りないと言うことで、昭和 45 年頃新設医科大学が作られ、私立医大や国立医科大学が作られた。その結果、現在は、次第に余りつつある。と言っても、患者側からは、医者 that 多くなったことで、医療のサービスが良くなったとか、医者 that ゆっくり時間をかけて、診療をしてくれるという声は聞こえてこない。2020 年に医者 of 数がピークを迎えられているが、今の医学教育では、医者 of 数が増えるからと言って、医療の質やサービスが向上するか疑問である。早急にやるべきことは、大学病院 of 医療システム of 改善であるが、医局制度 of 廃止と言う程度では、とても医療のサービス向上まではいかない。日本の医学部は兎に角縦につながり東大医学部を頂点にして、旧帝国大学医学部が系列を作り、未だに其 of 影響力は私立医大にも及んでいる。縦 of 系列化はいわゆる医学部 of 学閥となっている。

日本の医学部 of 最大の問題は、横に混ざることがなかったことだ。医学部だけに限らないが、本格的な統廃合と言うのは 1 度も起きていない。国立大学 of 独立法人化で、国立 of 単科医大は、地域 of 国立大学に吸収されているが、それは教養学部 that なくなる程度で、医学部自体 that 統廃合されるのではない。大学医学部同士 of 医学的な技術、知識 of 差は実際には歴然としている。ところがそれは、臨床の場では余り影響しない。患者 that 望む医者は、まず人間性であって、その後 to 医学的な知識があることが望まれるからだ。開業医となっ

て、内科で診療するなら、半分以上が風邪や高血圧症である。それには、それほど専門的な知識は必要ないし、医学教育の差が現れることは少ない。むしろ医学教育以前の人間性のほうが重要な要素になる。医者技術、知識の差が影響するのは、専門的な医療や、最先端の医学研究をする場合である。だから、普段、近くの医者にかかるという程度では、医者の医学レベルの差は関係なくなってしまう。しかし、臨床と言うのは、ある病気を知っているか今まで診たことがあるかどうかなど、医者になってからの医学教育が大きく影響する。日本では医学部卒業後の医学教育が、殆どシステム化されておらず、先輩後輩の関係で、医学教育もどきがなされているのが実態である。研修医制度を今頃変えたが、アメリカでは卒業後の研修医制度は止めてしまった。それは医学部での教育の中に飲み込まれ、卒業後はあくまでも専門的な医学研修に入っていきようになったからだ。教育システムもないのに、研修医制度を見直したところで、何ら改善は起きない。医療を本気で改革する気があるなら、まず医学部を変えなければならない。もし医学部改革が出来ても、10年後にようやく、新しい教育を受けた医者が、臨床の場に出ていくので、かなり長期的に計画しなければならぬ。未だに世間では「白い巨塔」のイメージであり、劇画ブラックジャックの世界を通じて、世間が共感してきているようだ。それほど医療のことは、わかりにくいのだ。しかし、そういった医療の現状をスクランダラスに見ても、本質はそこにはない。それは結果であり、現状に文句を言うだけに終わってしまう。重要なのは医学部改革だ。地域に根ざいた大学病院は存続させるにしても、十分な医学教育が出来ない医学部は、統廃合するべきであろう。医学部を減らすことにより、医学教育をしている医者は余るだろうから、少なくとも医学教育に関わる医者の数を倍にすることができる。そうなれば、より濃厚な医学教育が可能になり、ずっと監視の行き届いた、医学教育が出来るはずである。私立医大の中には経営基盤の悪いものもある。海外の医療と対等にやってゆかねばならぬ時代なのに、いまだ多くの医学部は、教授、助教授のポストを巡る内部の争い等があつて、国際的な視野に立った医療改革等行えない状況だ。医学部同士の競争等なく、むしろますます、鎖国状態となつて、自分達の立場を守つていこうとしているのが現状である。内部改革だけでは本当の医学部改革は出来ない。

厚労省や文部科学省が、長期的な展望で、法改正を行い、医学部の統廃合により、強制的に学閥を廃止させ、医者同士の本当の競争を起こさせる必要があるのだ。

●派遣事業の解禁は、医療界へのくさびとなるか

派遣事業として禁じられていた医者や看護師の派遣が解禁になった。医療の大きな改革はなかなか出来なかったが、ようやく民間企業の影響が医療界にも及ぶ可能性が出てきた。今まで何故出来なかったのか疑問に思うが、医療と言う特殊性のある職業に、十分な能力、人格の判断が出来ないまま雇用するのは問題があると言うことで、実現できなかったようだ。しかし、それだけでなく、医療の世界は、医者だけのものと言う独占性があまりに強過ぎたのだ。「素人に何が分かる」いまだに、そんな思いの医者も多い。しかし、その閉鎖性が、医療事故を生み出す原因にもなっていた。危機管理のプロの目を持ってすれば、医療はもっとリスクを減らせるはずであったが、長い間、それを拒んできた。医者が全てを独り占めしていたい、それが現実だった。医師・看護師の派遣解禁は、1ヶ月ほどのお試し期間があって、それで雇用側が納得すれば、雇用されるシステムの様だ。今までは、ほとんどの病院で、大学病院の医局から医者が派遣されていた。医局からの派遣と言うことは、派遣されてきた医者に問題がある場合、医局の最高責任者である主任教授に注文をつければ、医者を替えることが出来たから、雇用する側は安心感があった。病院と言う場は、チームワークが非常に重要である。いわゆる1本釣りと言われる医者がやってくる。その中には、チームの中で働けない、協調性のない医者もいる。1人でもそんな医者がいれば、院内は非常に混乱し、患者からの評判が落ちれば、病院の経営にも影響してくる。都会の大学病院では、地方の関連病院へ医局員を派遣する場合があるが、それは医局員にとって左遷を意味する場合も多い。主任教授にとって、必要のない人材、あるいは医局に邪魔な人材と判断された医者は、地方の病院に派遣され、本院に戻れなくなる。主任教授はその人権を利用し、医局員に恐怖政治を行ってきた。研究が出来ない、地方の病院に派遣されれば、研究者としての将来はなくなり、医局での出世の可能性はなくなるということになる。名義貸しの問題もこれに関連し、地方の大学では、更に周辺の過疎地域へ医者を派遣しなければならない。医局員は行きたくないし、病院側では医者不足で、診療科目を減らさねばならない場合もある。それを避ける手段として、名義貸しということになったのだ。

医局以外から、医者を派遣することが出来るようになれば、医局制度にも影響してくるだろう。医者は医局に所属することで少なくとも食いつぐれはなかった。その代わりに、教授には絶対服従であった。そこに医療の閉鎖性が生まれていた。そんな状況を打破できる可能性があるのだ。医者が自由に自分の派遣先を選択でき、自分の専門性も活かせる様

になるかもしれない。更に1週間に3日程働いて、あとは自由時間を使って、他の事もできるかもしれない。開業医は今までは医者が1人で全ての患者を診てきたが、医師派遣によって、月曜日には循環器専門、火曜日には消化器専門の医者を派遣してもらうことで、自分の本来の診療科目だけを、診療すればいいことになるなど、医者の生き方に変化が訪れるだろう。病院側は医局に牛耳られることもなく、経営効率をもっと高められることが出来るかもしれない。ただ、医師派遣の最大の問題点は、優秀な人材をどこまで集められるかだ。その為の医者の評価も必要になってくる。過去の肩書きや、専門医のあるなしだけでなく、人格も含めた医者としての評価が出来るなら、この派遣業も成功するだろう。医療の改革開放の第1歩として、この派遣業の解禁は期待される。

●マニュアルを見てはどうしていけないの？

最近起きた病院での事件で、殆ど初めての手術を、指導医なしでマニュアルを見ながら行った、そのことを家族や本人に十分に説明せず同意も得なかった、大量出血に気がつかなかった等で医者が逮捕された。マスコミはマニュアルを見ながらを殊更に悪いことの様に強調しているが、もちろんそういうものを見ないで手術できるくらい、何度も訓練して手術に臨むべきである。しかし、それでも不安な部分はマニュアルを見て、きちんと手術の方がよほど、誠実で謙虚な態度である。医者と言うのは、あやふやな知識の時、人前で本を広げて調べるのは、プライドに関わるので、誤魔化してしまうことがある。それが医療過誤につながることのほうが多い。先輩に訊いたり、本で調べたりする態度こそ、望ましいはずである。曖昧な知識のまま、医療行為をすることのほうが、はるかに危険だ。日常診療の投薬においても、薬の本を見て、処方することは、どんなベテランの医者でもやっていることだ。薬の副作用を全て覚えていることはむしろ不可能であり、患者から副作用の質問をされた時、即座に調べて、患者に示す方が、医者として好ましい態度であるはずだ。そんな時いい加減に「大丈夫だよ」と言ってしまうがちなのが、臨床である。むしろ今まで欠けていたのは、そういった医者の謙虚さだったのではないだろうか。新しい器械が入った場合、1番詳しいのは納入業者のはずだから手術室に業者が入って、その人の指導を受けながら器械を使うのは、誤った態度ではない。しかし、マスコミは、医療の素人に教えてもらうのはひどい、というような書き方をしてしまう。

問題なのは、新しい器械を使うと言う説明を、家族や本人にして同意を得ていなかった

ということである。医学の歴史を考えれば、医学は患者の犠牲の上で進歩してきた。

華岡清州が家族を犠牲にしなが、麻酔薬を開発したことは良く知られた事実だ。昔なら「他に選択の余地が無かった」と言うことになるだろうが、現在の医学は、治療にも選択の幅がかなりある。だからこそ、医者も迷うし、患者本人も迷うことになる。そこで重要なのは、情報公開である。自分達の治療成績、日本での平均的な治療成績などを、患者に説明し、あくまでも選択の権利は患者にあると言う姿勢が必要だったであろう。それが医者主導であれば、どうしても医者が行いたい治療に持って行ってしまはずである。学会で新しい治療法と注目されているから自分達もやってみたいと言うことで、手術に踏み切っていたのなら、それは「大きな過ちであろう。過去の医学史において、患者が許してくれたのは、それ以外は治療の方法が無く、医者の謙虚な態度や、医療に対する誠実な姿勢があったからだろう。今回の事件が、功名心や好奇心だけが優先されたのであれば、それは全くの誤りだ。マニュアルを見ながら手術したと報道されているが、本当に謙虚であれば、彼らは新しい手術に自分達だけで踏み切っただろうか。

●医学部編入は医学界の改革になるか

東海大学医学部が編入を40名まで増やすことになった。定員100名のうちの40名であるが、編入の方が成績がいいなどの実績から判断したようだ。

一般社会に出て医療へ関心を持った人や、医者になろうというはっきりした目的を持った人が医学部に進むことは、医学界の大きな改革になる。

それに試験も、1次試験は英語と適正試験（一般知識、社会問題への関心度、判断力や謙虚さ等）、2時支援は面接とグループ討論であるから、いわゆる受験勉強重視でないところがいい。受験資格も大学2年を終えていればいいので、かなり広く受験資格があることになる。

問題は学費が高い。

●これから注目される大学病院の広報の重要性

20年前頃では、現役の大学病院の医者が外に向かって発言するのは、非常に危険な

ことと思われていた。良く言れるのは「教授を目指すなら、教授になる前にどんな本も書いてはいけない」ということだった。沈黙することが、大学病院で生き残っていくルールでもあった。今や国立大学は独立法人化で、独立採算になった。外に向けての戦略が大きな意味を持つようになった。とにかく学生が入学しなければ、大学は存続できない。マスコミ向けへの戦略は重要な意味を持つてくる。大学病院もいかにに開かれているかが、患者評価になってきた。時代は変わってきたのである。

●救急医療を救え

小児科医になる医者が減ってきて、小児科医が非常に忙しくて大変だと聞く。医者診療科目選びというのは、その時代背景を反映する。肺結核が多かった頃は呼吸器内科に人気があり、1時期は外科がもてはやされた。少子化で、子供が少なくなるということであれば、小児科で開業しようと言う医者は減ってしまう。

だから小児科を専攻する医者は減る。開業が医者の目標の1つなら、繁盛する診療科目を選ぶのはやむをえないことだろう。しかし、最近では医者になる者の中に、自分の生活を楽しみたいという発想が生まれている。今までになかった考えである。患者のために医者になろうと思っても医療の閉塞した組織でそれは非常に難しいと分かってくると、自分自身の生き方を優先することになる。医者の労働条件や労働基準などあってないが如くであるから、そういう発想も今時の若者が持ってても当然かもしれない。医者の仕事は皆大変だと、妙な平等性意識で見えてしまいがちだが、実際にはかなり労働として差がある。特に、救急医療などになると、滅私的な部分でさ支えられているものが多く、それだけに非常に医者の層が薄くなり。志の高い者しか仕事を続けられなくなる。

救急医療だからといって、給料を上げる、休みを増やすなどの優遇が殆どなされないから、医者は常に疲れている。TVでは一生懸命働く医者を美しく描くが、それは大きな錯覚を招く。3次救急と呼ばれる大学病院の救急センターのような所はまだいいが、一般の病院の救急である1次救急や2次救急と呼ばれるものは、若手の医者のアルバイトで成り立っているのが現状だ。もちろん夜間当直の翌日は普通に、自分のところの病院で勤務しなければならない。

そう言う部分は全く問題にされてこなかった。夜中に病気になった時、最初に見てくれ

るのは若手の医者では、患者側も不安でしょうがない。危機管理などと大げさなことを言わないまでも、改善すべきは、目先の夜間治療にもっと厳しい基準で医者を勤務させ、勤務する医者には、それなりの保護がなされるべきであろう。医者の労働条件を真剣に考えるべき状況になってきたのだ。

●日本の医療は世界に役立っているか

医療特区で、外国人医者が働けるようにしたり、新薬を早く使用できるようにしたり、病院の株式会社化、つまり利潤追求を許すようにする、等が可能になった。

しかし、病院の株式会社化は医師界の大反対で、医療特区では極一部の診療だけが可能となっただけだ。どこも病院経営が厳しく、それを根本的に改善するには今のやり方では駄目なことが分っていながら、「命は金で買えない」という時代錯誤の論理で、反対を続ける抵抗勢力には呆れてしまう。

タイでは医療を国家的な産業にしようと動き出した。現在でもアメリカ留学したタイ人医師たちが、母国に戻り、きれいな病院で、最先端医療を行っている。

これを更に進め、アジアから患者を集めることが出来るように、医療を国家プロジェクトとして考え始めている。最早、日本もアジアの中で医療貢献しなければいけない

状況でありながら、医療特区ですら中途半端な医療改革しかできない現状では、国際的な批判を受けかねない。銀行や証券会社の様に、外資系の圧力によって大きく変わるようになってしまう前に、自らの力で大きな変革をしなければいけない。医療改革が国内の医療だけの為と言う視点では、もはや世界に迫り着くことは出来ない。

医学研究においても、日本の医学は先進国の中で取り残されてしまった状況だ。確かに長寿と言うことでは、日本の医療が素晴らしということになるかもしれないが、それでは、それが世界に役立っているかと言うと決してそうではない。外国からの患者を引き受けたり、国際的な医療活動もごく限られたものだ。自国民だけを救う医療では、日本は許されない状況にあるにもかかわらず、日本の臨床医学研究データが国際的には、殆ど通用しない。つまり大規模な調査を何年も行って、ある薬の効果を調べると言うようなことが出来ない。むしろそれを輸入して、利用しているのが現状である。多くの大学病院の医局では、未だに早朝に、外国論文を読む勉強会を開いている。

多くの若手研究者はアメリカへ勉強へ行きたいと思っている。それは、アメリカで自由

に研究が出来ると言うのではなく、自分の経験で、アメリカ留学をしたい医者が多いのだ。

経験と言う留学では語学が進歩するくらいで、研究そのものは、持って帰ってきてもほとんど意味がない。いい加減アメリカ志向の医学研究は止めて、世界に発信できる医学研究が出来る環境を作らねばならない。アジアからの留学生も「日本での留学経験は全く意味がなかった」という学生が多いと言う。つまり、学ぶべきことが少なく、組織も制度も古く、肝心なところは教えてくれないので、不満ばかり残るらしい。最早、国内の医療改革でもめている時期ではないことを、自覚すべきであろう。

●日本独自の治療ガイドラインを作してほしい

今や医学界では治療のガイドライン作りに追われている。EBM（実証に基づく医療）と言われて久しいが、なかなかそれが日本では実行できない。EBMでは、ある薬を飲んだ人と飲まなかった人の2つのグループで5年間ほど調査をして、2つのグループの効果に差があったかどうか、というような調査をする。お金と時間のかかる大変な調査である。それに基づいて、日本の治療ガイドラインを作っていかなければならない。こういう調査は、研究としての評価が、日本では低いこともあり、なかなか大学病院が協力して行わず、進んでいかない。

海外では何万人の患者を5年、10年追いかけて調査結果を出してくる。そこで実証されたことは、人種による違い以外は反論のしようがなく、受け入れざるを得なくなってしまう。

いわゆる医療中のグローバリゼーションの様なものだ。例えば、ある降圧剤が第1選択薬と決まれば、それに逆らうことはできなくなってしまう。日本独自の調査が本当に少ない為に、結局海外の調査を元に、真似をした治療ガイドラインを作るしかないのだ。経済界では、グローバリゼーションが激しい競争とリストラを招き、中小企業の存続が厳しくなり、ますます大きな会社に支配されていく。医療もその方向に向かっていることに、治療ガイドラインを作っている日本の教授達が気が付いていないことが恐ろしい。

日本独自の医療のやり方があり、その独自性の正当性を出していいように思うが、海外追随体質は、全く変わっていない。このままでは、医療も銀行や証券会社と同じように、外資系にコントロールされていってしまいそうである。食料も海外依存、企業も海外資本になり、医療までもその方向に進んでいる。日本の医療全体を考えた、治療ガイドラ

イン作りをしていかねばならない。研究が遅れているという焦りによって、日本独自の医療のあり方を見失ってはいけない。

●臨床医は交代制にして、数を増やす

今頃、研修医の労働条件のひどさが問題にされているが、30年前から、何ら変わっていない。医療ミスの原因になるということによって、国も動き出しというところだ。

医者は患者の為に全てを尽くすのが当たり前、自分の受け持った患者が重症になれば、病院に泊まり込んで1週間も家に帰れないのは常識だった。それが良い医者になる為の修行と考えられていた。ナースの労働条件の悪さは1時期問題にされたが、医者に関しては全く無視されていた。患者を24時間監視していくなら、医者も交代制の受け持ちにするべきであろう。大学病院に沢山医者がいながら、研修医やその上の指導医などの労働条件が悪いのは、実際に臨床をしている医者が少ないからだ。研究主義の大学病院では、医者になって5、6年になると、病院で臨床するより、研究論文を書くことに、多くの時間を費やすようになる。本来、医療は臨床を優先すべきものだが、明治以来、ドイツ医学の影響か、臨床よりも研究という姿勢が出来上がってしまったのだ。研修医に患者を任せ、指導医やその上の医者は研究に明け暮れると言うのが、大学病院の実態である。医者がいなくても、臨床をやっている医者が少ないことが問題なのであり、そして患者を診ていく医者も3交代制などのローテーションで診察をし、患者も家族もそれを理解すべきではないだろうか。よりよい医療を求めるなら、まず病院という建物を良くすることはもちろん、医者が無理なく臨床が出来、それを評価するシステムを作らねば、研修医に給料を与えたり、大学病院以外での当直を止めさせたりするだけでは、問題の解決にはならない。働く者が健康で無理が無い職場でなければ、どんな職業でも、十分に能力を発揮できないのは当たり前である。

●大学病院は特許の摂れる研究をしてほしい

青色発光ダイオードを発明した人が、自分の評価を低く見ていると会社に訴訟を起こした。医学界でも同様なことは多い。医学研究の評価は難しいが、少なくともそれがどれ

だけ臨床に役立つかは評価の対象にならない。研究のアイデア、オリジナリティの高さに対して全く理解が無いのが現状である。あくまでも研究論文の数、有名雑誌に載ったと言うことが重要視される。筑波大学の医学部で、自分のアイデアを元に会社を作り、そこから利益を生み出している。これは国も認めた方法である。ようやく、新しい研究を行った人への名誉だけでなく、報酬と言うものが考えられはじめたと言うことである。ある意味では利潤を生む研究こそ、臨床に役立つのだ。研究の為の研究は止めるべきである。

医局講座制 その9

先日”私の「頭痛診療」の中で去来するもの その7 最後に”で述べましたが・・・

私は、医学部在学中から、神経学に興味を持っておりました。とくに生理学の講義は、2つの教室があり、一つは「自律神経の生理」もうひとつは「神経伝導の生理学」でした。

そして、神経学領域には、ドイツ学派とアメリカ学派に分かれており、とくにアメリカ学派の神経内科学の診断法に心酔していました。この中でも、メイヨー医科大学教材「臨床神経学の基礎」Pter Duus の「神経局在診断」は本がボロボロになるまで読み比べた記憶があり、また、神経解剖は、自分で作図しながら、記憶していったことがまざまざと思い出されます。未だに、このノートは記念に残されており、10冊以上になり、大切な宝物になっています。

昭和40年、沖中内科の椿忠雄先生(45歳)が新潟大学に、黒岩義五郎先生が九州大学に、豊倉康夫先生が東京大学の神経内科教室のそれぞれ初代教授として就任しました。これが日本の神経学の黎明期だったのです。3大学には既に脳神経センターが設立されて脳病理、脳化学、脳生理部門が確立されていました。特に脳外科は一般外科から分離独立して、交通事故の多発と共に隆盛を誇っていました。神経内科は本来「神経科」とすべきなのですが、精神科は神経科としても使用しておりました。そこでこの際、新しい酒には新しい皮袋と言うことで「神経内科」が誕生したわけですが、学会名は当初から「日本神経学会」という名称でした。

当時、筆とハンマーだけで診て、難病疾患や治らない難しい病気ばかり取り扱う科であって、とても商売にはならないものと見られていました。

こうした時代の昭和 43 年に広島大学医学部の卒業年度を迎えることになりました。

当時は、これまでも述べて参りましたように、インターン闘争の最終年度にあたり、諸先輩の運動を引き継ぎ、この運動に参加し、同年 3 月の医師国家試験のボイコット、教授断交、医学部封鎖を行いました。ただ、今後の運動の展開を考慮して、同年 12 月の国試は受験し、医師となりました。それは、医師としての”資格”なしでの運動の展開はありえず、それ以降の活動は、運動に参加する各自の判断に委ねるということでした。苦渋の選択でした。最後まで、このような考えで残ったのは私を含め 4 名だけで、現在でもこの考え方は貫かれています。

『厚生省や大学当局の間には、インターン全廃が軌道に乗る来春になれば、国家試験ボイコット闘争は緩和されよう、という楽観的な見方もあるが、、、インターン全廃を皮切りに、医局員の有給化や、大学卒業後の実施研修や医学研究全般について改善を要求するというのが青医連の方針であり、これには教授を中心とする医局が、医局員の研究テーマからアルバイトなどの生活面まで、すべてを握っている現医局講座制を崩壊させ、自主的な研究を望む意図も含まれている。』このような、青医連の方針に従って、青医連 広島支部の委員長として昭和 44 年の 1 年間活動を行いました。スローガンは「医局講座制を消滅させること」でした。この 1 年間は、インターン制度が廃止されたことから、自主研修を各自が行いました。

これらの活動の全ては後輩が書き記しております。 「49272.pdf」をダウンロード

そして、青医連の活動の実態は長くなりますので、以下をご覧ください。

青年医師連合（青医連）

<http://www.arsvi.com/o/seiiren.htm>

研修医時代に何ができるか 東北大学整形外科教授 国分正一氏に聞く

http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsppr/n1996dir/n2219dir/n2219_10.htm

1967・全学スト、学3

<http://plaza.rakuten.co.jp/yabuzushi/10010/>

最首悟(著)、『山本義隆潜行記』、講談社、1969(昭和44).12.8 第一刷 発行

<http://www.geocities.jp/saishjuku/archive0132.htm>

<http://wwwd.pikara.ne.jp/rosenote/nenpyo12.html>

その自主研修期間中の昭和44年は広島大学医学部・精神神経科教室で1年間研修をさせて頂きました。当時の教室は、小沼教授で、「心身症」を中心としたものでした。ここは、私が志す「神経学」の道とはほど遠く、昭和45年から、ダイレクトに市中の一般病院の国家公務員等共済組合連合会 呉共済病院に勤務させて頂きました。この呉共済病院は、岡山大学第2内科のジッツ病院で、内科医長・医員すべて、岡山大学第2内科から派遣された先生方でした。その後のことは”私の「頭痛診療」の中で去来するもの その7 最後に”で述べた通りです。結局、医局講座制を否定したことから、当然、大学の医局に入ることはありませんでした。

以上のように、この時代では、神経学修得には、大学の教室に頼ってはいけませんという考えで、日本全国のいろいろな施設を渡り歩く方々ばかりでした。私も、これらの先生方と同様に、脳神経外科で「脳血管撮影の手技」を学び、美原記念病院では「神経学的検査法」の基本を叩き込まれました。

こういったことから、私は、大学の教室には入局することはありませんでしたが、一般内科の臨床医としての師匠は岡田啓成先生、神経内科学・脳卒中学の師匠は杓沢敬之先生、神経学的検査法の手技習得のための師匠は荒木五郎先生、脳血管撮影の極意をご教授下さった三宅新太郎先生と4名の師匠に恵まれました。こういう4名の先生方の薫陶のお陰で、現在の私が存在します。このようにして習得した「私の神経学」でした。

このような点が、頭痛専門医の方々と基本的に考え方が異なる根源とっております。

医局講座制 その10

日本頭痛学会の歴史は、1973年(昭和48年)に第1回頭痛懇話会が発足した約40年

前に遡ります。日本の頭痛学の創始者は、加瀬正夫、喜多村孝一、黒岩義五郎の3先生です。その後、1985年に頭痛研究会に発展しました。そして1996年に濱口勝彦初代理事長のもとに日本頭痛学会が発足し、1997年に学会としての第1回総会が福内靖男会長のもとに行われました。2000年にトリプタンが導入され、専門医が中心となって頭痛医療を効率化させ、患者さんの満足度を高めるために、日本頭痛学会が認定する最初の認定医が2005年に認定されました。現在認定医数は767名を数え、全国の医師会の数(約920)に満たず、この数に匹敵するだけを増加させる予定のようです。

そして、学会も昨年で41回を数えることになりました。以下が、その年表です。

頭痛学会の歴史

開催年	回数と会名	会長	所属
1973年～1984年	第1回～第12回頭痛懇談会	加瀬正夫・喜多村孝一	
1985年	第13回頭痛研究会	喜多村孝一	東京女子医科大学脳神経センター
1986年	第14回頭痛研究会	加瀬正夫	関東通信病院(現・NTT関東病院)
1987年	第15回頭痛研究会	祖父江逸郎	名古屋大学名誉教授
1988年	第16回頭痛研究会	後藤文雄	慶応義塾大学神経内科教授
1989年	第17回頭痛研究会	高橋和郎	鳥取大学
1990年	第18回頭痛研究会	平山恵造	千葉大学
1991年	第19回頭痛研究会	朝倉哲彦	鹿児島大学
1992年	第20回頭痛研究会	片山宗一	獨協医科大学
1993年	第21回頭痛研究会	赫彰郎	日本医科大学
1994年	第22回頭痛研究会	高柳哲也	奈良県立医科大学教授
1995年	第23回頭痛研究会	浜口勝彦	埼玉医科大学教授
1996年	第24回頭痛研究会	松本清	昭和大学脳神経外科教授
1997年	第25回頭痛学会総会	福内靖男	慶応義塾大学神経内科教授
1998年	第26回頭痛学会総会	岩田誠	東京女子医科大学脳神経センター
1999年	第27回頭痛学会総会	坂井文彦	北里大学神経内科教授
2000年	第28回頭痛学会総会	寺尾章	川崎医療福祉大学教授

2001年	第29回頭痛学会総会	島津邦男	埼玉医科大学神経内科教授
2002年	第30回頭痛学会総会	間中信也	温知会間中病院
2003年	第31回頭痛学会総会	森松光紀	山口大学医学部
2004年	第32回頭痛学会総会	上津原甲一	鹿児島市立病院
2005年	第33回頭痛学会総会	中島健二	鳥取大学医学部附属脳幹性疾患研究
2006年	第34回頭痛学会総会	中島健二	鳥取大学医学部附属脳幹性疾患研究
2007年	第35回頭痛学会総会	北川泰久	東海大学医学部付属八王子病院
2008年	第36回頭痛学会総会	鈴木則宏	慶応義塾大学医学部
2009年	第37回頭痛学会総会	平田幸一	獨協医科大学
2010年	第38回頭痛学会総会	片山泰朗	日本医科大学
2011年	第39回頭痛学会総会	荒木信夫	埼玉医科大学神経内科教授
2012年	第40回頭痛学会総会	喜多村孝幸	日本医科大学脳神経外科准教授
2013年	第41回頭痛学会総会	寺山靖夫	岩手医科大学 神経内科・老年科

これらを通覧してお分かり頂けるかと思いますが、脳神経外科と神経内科の大学の教室が主として、いわば持ち回りのような形で行われているようです。こうしたことから、脳神経外科関係は”二次性頭痛”を、神経内科関係は”一次性頭痛”を主に論じて来ました。

そして、各大学の教室には、教室としての研究テーマがあります。脳神経外科関連では”二次性頭痛”を来した興味ある症例の発表が主となることは当然ありうることで仕方ないのですが、問題は「神経内科関係」の方々の研究テーマは、大半が”片頭痛の各論”に終始してきました。とくに2000年以降は、トリプタン製剤に関連したものが多いようです。こうしたことから、片頭痛全体を俯瞰するような研究はこれまでまったく存在しませんでした。これまでの研究として、女性の片頭痛であれば”どこの施設”、子供の片頭痛であれば”誰か”、さらに片頭痛の発生机序に関しては”どこの施設”、片頭痛の遺伝に関する研究であれば”どこの施設”、片頭痛の診断面に関しては”どことこの施設”といったように、各大学の教室の研究テーマの”十八番（おはこ）”が伝統的にあります。そして、各大学の教室はお互いの領域を侵さないような配慮がなされています。これは絶対的なようです。私も、昭和45年医師となり、国家公務員等共済組合連合会 呉共済病院・内科に勤務した当時から、内科医長の意向で、日本で出版される内科学関連の医学雑誌は全て購入され、毎月購読が可能になっていました。このため、これらの医学雑誌に掲載

されていた「頭痛関連」の記事は、「頭痛懇話会」の時代から、目を通しており、さらに私の分野である「神経内科」関連の雑誌としては科学評論社の「神経内科」がありました。さらに神経内科治療研究会（後に学会になりましたが）の定期的な出版物がありました。このため、昭和45年以来、「頭痛に関する記事」は悉く目を通していました。これらを45年間通覧しても、こういった傾向は全く変わりなく現在まで持続しています。この中で目新しいものは、2000年以降のトリプタン製剤が出現したときにこのような記事が記載された程度で、45年前と現在で何ら変わったものはないようです。強いて挙げるならば、昔の片頭痛から、群発頭痛が分離された程度でしょうか？そして、慢性頭痛さらに片頭痛に関する”総説”がこれまで全くありません。個々の研究が点々ばらばらであり、全く統一した考え方で行われていないことです。

この点が、まったく信じられない思いがします。

これこそ、医局講座制のありかたを如実に示しているようです。

頭痛とは関係ないことですが、以前急性期脳梗塞の臨床研究を進めていた時代、第8回日本脳卒中学会が主導して「脳梗塞の共同研究」を行いました。これは、発症24時間以内に脳血管撮影を行った症例を全国から集計して、その予後調査を行ったことがあります。

これは、当時、脳梗塞に対する治療法として、内科的には線溶系薬剤による線溶療法、外科的にはバイパス形成術などの閉塞部位での血流を再開させることを目的とした、いわば「血行再開療法」が試みられ、当時その適応や有効性に関して一定の結論が得られていなかったための調査でした。このことは、以前には、急性期脳梗塞には脳血管撮影は行ってはならない、という考えが存在していた当時では、まさに画期的な共同研究でした。

このような研究は、大学の教室の枠を離れ、さらに神経内科・脳神経外科という枠を超えた調査であったことに意義があったように思っております。こうした共通の認識のもとに研究が行われるべきです。こうした研究から、現在の血栓溶解剤のアルテプラゼの開発につながり、致命的とされていた脳塞栓の患者さんの救命に繋がっていったように考えております。

それに対して、頭痛研究はどのようなのでしょうか？各大学の教室のメンツばかりが重んじられ、片頭痛治療に”トリプタン製剤”が導入されたことによって全てが解決されたような錯覚に陥ってしまい、2000年以降、まったく頭痛研究が進歩したように思えないの

は私だけなのでしょう？ まったくストップしてしまったようです。

その証拠に、いまだに「慢性頭痛」の本態解明がなされることなく、安閑とされる現実があります。私は、頭痛研究の進展しない理由の一つとして、自由な発想で研究が行えない「医局講座制」そのものにその原点があるように思っています。

医局講座制 まとめ

これまでも述べて参りましたように、私の医師としての終生の目標としたことは「神経学」の習得でした。私が医学部を卒業した昭和43年当時には、「神経学」を学ぶことのできる大学の教室は 東京大学の神経内科教室（豊倉康夫先生）九州大学の黒岩義五郎先生のところ、新潟大学の椿忠雄先生の3つの大学にしかありませんでした。このため「神経学」習得のためには、これら3つの大学以外の教室に頼ってはダメという考えで、独自で日本全国のいろいろな施設を渡り歩く方々ばかりでした。こうしたことから、大学の教室に入局することなく、独自のカリキュラムに従って研修して参りました。当初は、急性期脳梗塞（脳卒中）から始まりました。このため「脳血管撮影の手技」取得のため広島市民病院・脳神経外科で教を請いました。「神経学的検査法」の技術取得のためには、脳血管研究所美原記念病院の荒木五郎先生にご教授を受けました。そして脳卒中取得のためには秋田県立脳血管研究センターの沓沢敬之先生にお教え頂きました。このようにして約18年間は急性期脳梗塞一途に診療と臨床研究を行って参りました。

そして、これと平行して「頭痛診療」にも打ち込んで参りました。

頭痛学の師匠は、” 現実に頭痛で悩まれる方々” そのものでした。頭痛学の基本は「問診」のとりかた、そのものが全てと思っておりました。その理由は、頭痛の診断は” 症状” から診断する以外にはなく、このため” 問診” が全てと心得ておりました。このため、当時の「頭痛懇話会」の先生方が作成されていた「問診表」を参考にして、独自の問診表を作成しました。

この当時から、何となく、” 片頭痛は緊張型頭痛の延長線上にある” のではないかと直感的に感じておりました。そして、片頭痛の治療薬としては、エルゴタミン製剤のカフェルゴットと強力な鎮痛薬のセデスGがありました。この当時は、片頭痛治療の本幹は” 生

活習慣の見直し”にある（現在の”セルフケア”です）と考え、当時から実践していました。

この頃から、作田学、寺本純先生は、緊張型頭痛と首（頸椎）との関連について言及されておられたことから、頭痛患者さんには頸椎レントゲン検査は必ず行っていました。

国家公務員等共済組合連合会 呉共済病院時代の昭和 50 年前は頭部 C T 検査がなかった時代で、眼底検査（片頭痛患者さんには忌み嫌われる検査でした）で”鬱血乳頭”の有無を確認して頭蓋内占拠性病変を否定したり、脳波検査が主な検査法になっていました。

当時は、セデス G による薬剤乱用頭痛が極めて多く、片頭痛はそれほどでもなかったように思っています。昭和 50 年以降、C T 検査が可能となった段階では、頭痛患者さんでの検査項目は、頭部 C T、脳波検査、頸椎レントゲン検査が基本となっていました。

こういった考え方・進め方は、身に染みついた方法とってよいかもしれません。

この考え方は、現在まで、変わることなく行われています。

このように、昭和 45 年から開始された国家公務員等共済組合連合会 呉共済病院時代の「頭痛診療」は何の先入観もなく、ただ頭痛患者さんに教えられるがままの考え方で行っておりました。この頃教えられたことは、緊張型頭痛から片頭痛が後々起きてくるような印象がどうしても拭いきれないということでした。そして、頭痛患者さんには、ストレートネックが如何に多いことも教えられた項目でした。

そして、2000 年に、トリプタン製剤が導入され、「慢性頭痛治療ガイドライン」が作成されてから、片頭痛に”トリプタン製剤”を処方する基準を考える上で、「国際頭痛分類第 2 版」に注目するようになったのは、田辺で診療してからのことです。

こういった素地が、頭痛専門医の方々と根本的に異なることと思っています。

大学医局・教室の影響を全く受けることなく、自由な発想で考えてこれた理由です。

このように申し上げれば、論文も全く読まずに自我流でやってきたように思われるかもしれませんが、決してそうではなく、自分なりに論文には一通り目を通してきつつもりです。呉時代は「虎ノ門病院の中央図書に文献の依頼をすれば、無料でいくらでも揃えることが可能でしたので、読みたい文献はすぐに入手できました。

この中で現在、最も注目しているものは、以下のものです。

古和久典、竹島多賀夫、中島健二：片頭痛に関連する神経伝達物質遺伝子.頭痛診療ガイドライン、鈴木則宏編集. 95-113,2009

これは、片頭痛は、一部の単一遺伝子による特殊なものを除いて、多くは”複数の遺伝素因”と”環境因子”が関与する「多因子遺伝病」と考えらる、ということです。

下村登規夫、小谷和彦、村上文代：片頭痛とミトコンドリア. 神経研究の進歩：46(3) 391-396. 2002

Sandor PS, Afra J, Ambrosini A, Schoenen J. : Prophylactic treatment of migraine with b-blockers and riboflavin: differential effects on the intensity dependence of auditory evoked cortical potentials. Headache ;40(1):30-35、2000

Triggs WJ et al.: Neuropsychiatric manifestations of defect in mitochondrial beta oxidation response to riboflavin. J Neurol Neurosurg Psychiatry 55:.209-211, 1992

Shoenen J : A Combination of Riboflavin, Magnesium, and Feverfew for Migraine Prophylaxis: A Randomized Trial Morris Maizels, et al. Headache;44(9):885 , 2004

下村登規夫、村上文代、小谷和彦、猪川嗣朗：片頭痛治療のトピックス。医薬ジャーナル 35(11):2876-2880, 1999

下村登規夫、村上文代、小谷和彦ほか：新しい治療概念「分子治療学(Molecule-based therapy)」に基づいた片頭痛の治療. 治療 81:1861 - 1865、1999

これらは、片頭痛とミトコンドリアの関与を示したものです。

松井孝嘉：首をチェックして原因不明の頭痛、不調を治す 講談社

これは、緊張型頭痛および片頭痛の一部が、ストレートネックと関係があるということを示したものでした。

酒井慎太郎：肩こり・首痛は99%完治する 幻冬舎

松井孝嘉：女性のつらい症状は首で治る 法研

これらは、ストレートネックがどのように形成されるのかを述べたものでした。

第36回 日本頭痛学会総会の招待講演で東邦大学医学部統合生理学教室の有田秀穂教授は

「血中セロトニンは脳内セロトニンの変動を反映するか？」という講演をされました。

そして

有田秀穂：セロトニン生活のすすめ 青春出版社

有田秀穂：『ストレスに強い脳、弱い脳』。青春新書

これらは、片頭痛と「脳内セロトニン」の関与を述べたものでした。

さらに、山崎有為：「頭痛解体新書」 インターネット版

これは、片頭痛が「セロトニン生活」で改善されるということです。

これまで。「神経内科医」の先生方は、片頭痛治療上での「セルフケア」の重要性を指摘されて来られました。これまでも、このブログでも紹介致しました。これが片頭痛治療のすべてであり、これをどのように理論的に構築するかが”鍵”を握っていました。

片頭痛のセルフケア

http://headache.blog.ocn.ne.jp/blog/2013/01/post_2943.html

偏頭痛を考える <http://www.kirayutakima.net/>

片頭痛の生活上の注意

そして、さらに衝撃的な書籍は、分子化学療法研究所の後藤日出夫先生のものでした。

後藤日出夫：お医者さんにも読ませたい「片頭痛の治し方」。健康ジャーナル社

片頭痛は「ミトコンドリアの活性低下」による病気であることが示されました。ミトコンドリアは全身のひとつひとつの細胞の中であってエネルギーを産生する働きを持っています。そのミトコンドリアの働きが低下すると、細胞の活動が低下します。脳の神経細胞であれば、セロトニン神経が選択的に「ミトコンドリア活性」の影響を受けやすく、セロトニンの合成能も低くなり、セロトニンの合成やその合成のための酵素も十分な量を生成できなくなってしまいます。その結果、脳内セロトニン不足が引き起こされてきます。このようにして招来された「脳内セロトニンの低下」は、「痛みの感受性の低下」を生じて、痛みを感じやすくなります。さらに「体の歪み」を引き起こし、その結果ストレートネックが形成されてきます。

従来から、「片頭痛は本質的にてんかんの一種である」とされてきていたのですが、結局、ミトコンドリアの活性が低下しているところに、さらにマグネシウム不足が加わることによって、「脳過敏」が起きていることが、後藤先生により示されました。

さらに、この「ミトコンドリアの活性低下」は、生活習慣とくに食生活に問題がありますと、さらに「ミトコンドリア」の働きが悪くなり、活性酸素が過剰に産生され、「片頭痛体質（酸化ストレス・炎症体質）」が作られてくることになってしまいます。

脊柱の両側には直立姿勢に重要な脊椎起立筋が姿勢をガードしています。

背骨を支える「脊柱起立筋」という筋肉は、体の中で最も長い骨を支えるため、赤筋が最も多く存在している筋肉です。持久力のある筋肉は、まさにミトコンドリア系の赤い筋肉です。このように全身を支え、姿勢を整える筋肉グループ「抗重力筋群」に、ミトコンドリア量が多い事がわかっています。

こういったことから、「体の歪み（ストレートネック）」は、ミトコンドリアが関与していることが明らかです。

このようにして、今回の「片頭痛とは、どんな病気か」を作成致しました。

こうした考え方は、頭痛研究者の方々には、到底理解されるはずありません。

この理由は、これまでの10回に及ぶシリーズで明確に致しました。

医局講座制を厳重に遵守されておられる「頭痛研究者」の宿命と考えなくてはならないのでしょうか。寂しい限りです。これまで挙げた文献とこれまでの業績を組み合わせれば簡単なはずですが、如何せん、一般書には馬鹿にして目も向けず、頭痛領域以外には全く無関心で、外国文献ばかりを漁った結果であり、ただ単にエビデンス・エビデンスと”のたまく”以前の問題があります。雑学も極めて重要であるはずですが。視野が狭いとしか表現できないようです。

以上、要約すれば、慢性頭痛の患者さん、一人一人を詳細に観察し、「ミトコンドリア」、「脳内セロトニン」、「体の歪み（ストレートネックを含め）」この3つの観点から考えれば、自ずと「慢性頭痛の病態、さらに片頭痛の起こり方」が明確になるはずですが。どこか方法論が間違っているのではないのでしょうか？ 虚心坦懐に反省すべきです。

結論として

これまで、いろいろな角度からどうして「頭痛専門医」の方々から「片頭痛の改善策」が提示されないのかを検証して参りました。その論点は以下のシリーズでした。

医局講座制

片頭痛医療の歴史

医学界と製薬業界

最良めにみれば、「医局講座制」の弊害として、ヤムを得ない世界として悔やまれません。

ただ、あつてはならないことは、「医学界と製薬業界」の論点からは、許し難いものです。自分自身が、このような論点を認識してされておられる方々も当然存在します。

製薬メーカーの論理を考える限りこのようなことは、言うまでもないことです。

こういった方々は、これまでも古今東西存在し、ある意味、仕方ないかもしれません。

しかし、このような点を何ら意識せずにされておられる方々は、これまでの考え方を反省すべきです。本当に、片頭痛医療の世界に”トリプタン製剤”が導入されたことによって、確かに”一時的な、レスキューの意味合いで、片頭痛という痛みの救済には役立ちました”が、これが全てなのでしょうか？ もっと大切な点をお忘れではないでしょうか？ 真の頭痛研究者であれば、このようなことを、一般の開業医風情に言われるまでもないはずです。頭痛学という学問は、患者救済のためにあるという原点に立ち返って考え直すべきではないでしょうか？

決して、自分の研究を「頭痛専門医の取得」とか「学位取得」の手段とすべきではないと思っております。頭痛学が、誰のための学問なのかを考えるべきではないでしょうか？

こういった世界が「頭痛医療」の世界のようです。自分で、自分の身を守らなくてはならないようです。極めて”前時代的”な世界でしかないようです。