

総論

独立法人化と国立大学附属病院

黒川 清

東海大学医学部内科(教授)

東海大学総合医学研究所(所長)

はじめに

20世紀後半の日本は冷戦構造と日米安保のもとの経済成長を遂げ、21世紀を迎える最後に、交通と情報手段の広がりをもたらした世界経済「グローバル化」の荒波が押し寄せ「経済不況」を迎えている。そして、「行政改革」のとばっちりを受けて唐突に出てきた国立大学の独立法人化に対して、大学当局は何をして良いかも分からないうちに文部科学省主導の大学再編が進んでいる。

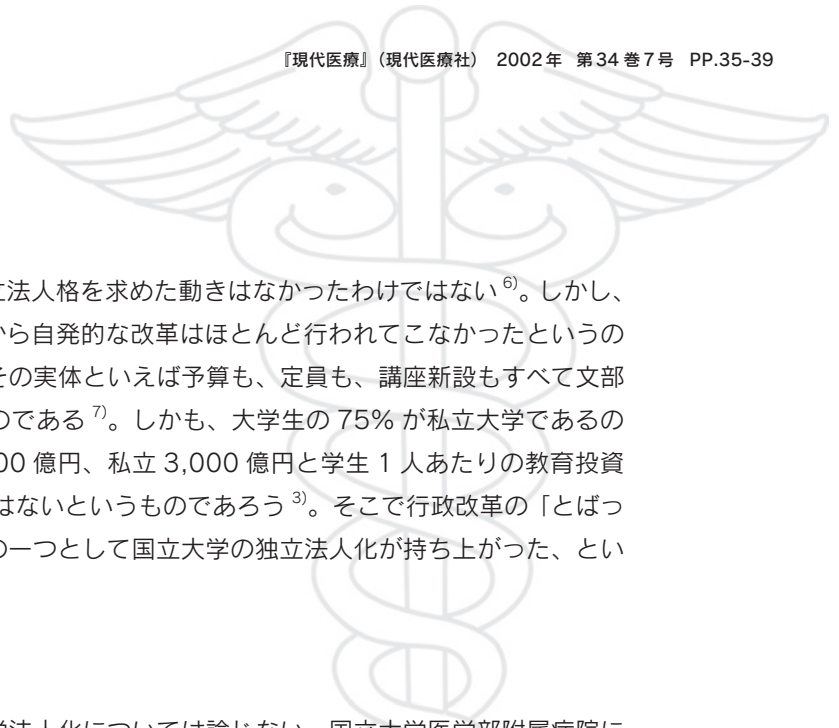
21世紀の日本にあって、国立大学の役割は何か？医学部は？大学病院の役割とは？

21世紀国際化社会時代の日本

明治維新の日本では、帝国主義列強からの支配をまぬがれ、明治政府のリーダーは先進国に追いつくための多くの努力をし、日露戦争までの政策はそれなりに成功したといえよう。司馬遼太郎の一連の人物を主人公にした「坂の上の雲」のような小説ではこれらの立派な「リーダー」を取り上げているが、日露戦争以後は一人として人物を描いていない。その理由は何かを考えるべきであろう。司馬遼太郎の興味を引くような立派な人物が出ていないのである。当時は国策としての国立大学は人材の育成に必要であり、教育に力をいれた明治政府の政策は、今になって評価しても正しかったといえる。しかし、20世紀後半の日米安保と冷戦構造の下で可能であった経済成長と、20世紀最後の10年で急速に進んだ「国際化」の世界に取り残されつつある日本の問題と課題の本質を指摘できる知識人は少ない¹⁾。

大学人といえば、経済の発展したいわゆる先進国G7で国立大学があるのは日本とフランスだけであり、しかも国立大学へと「エリート」が進みたがり、さらに公務員になりたがるというのは、異常かもしれないとさえ考えない^{2,3)}。アングロサクソンの英米では国立大学などはないし、Cambridge、Oxford、Harvard、Yale、Princeton、Stanford(多くは私立大学)卒業生が公務員になりたがるとは考えられもしないだろう。なぜか？日本の「エリート」はこの辺の本質を考えたことがあるのだろうか？

明治維新から世界大戦敗戦までの昭和20年の80年間弱でようやく3%程度になった日本の大学進学率は、20世紀の終わりには50%になり、社会と大学の関係は大きく変わった。エリート育成機関としての大学から、多様な社会のニーズに答える大学、教育重視のカレッジ教育と大学院とprofessional schoolとしてのmedical school、law school等の米国式の商高等教育へとシフトしてきているのである。戦後の大学にあって、従来のドイツ式の硬直的な講座制度からリベラルアーツの教養教育と専門大学院の構築へと移行させようとした米国占領軍GHQの意図が50年経ってようやく理解されたともいえよう⁴⁾。しかも、21世紀へ向けての日本の大学改革へのプログラムは、「大学院部局化」、「COE(Center of Excellent)」、「研究大学トップ30」等々の文部省主導の政策で行なわれてきた。大学が自発的に発案し、独立しようとして出てきた改革案ではないのである。歴史的な日本の大学と政府の力関係を考慮すれば止むをえない点多々あるとはいえ、大学人が大学の自治と社会的責任を強く自覚しているとはいえないのは明治以来の伝統であり、歴史的事実のようにも思われる⁵⁾。大学が独立しているとはいえないのに「自治」などというのだからおかしいのであるが、これが日本の現実である。明

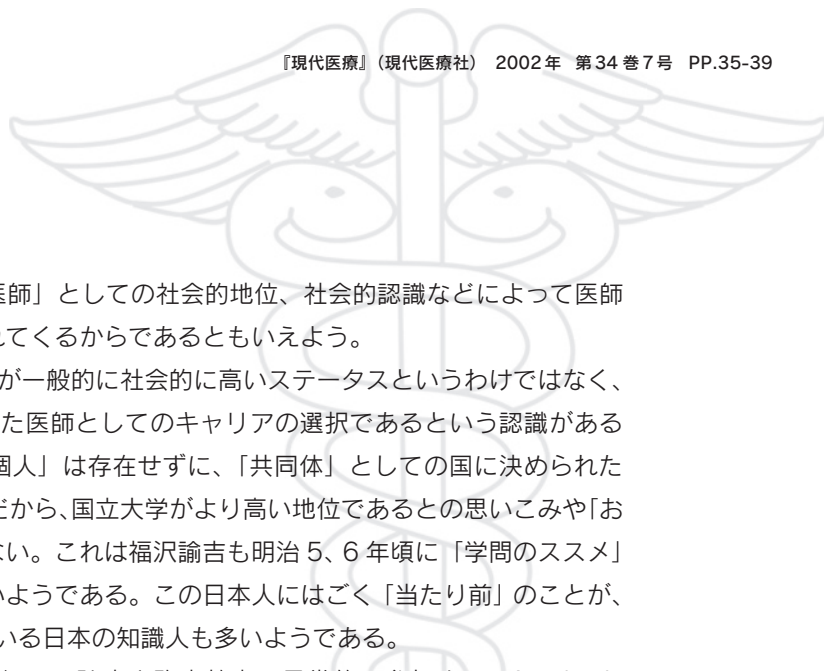


治時代から大学の自治を求めて国立大学が独立法人格を求めた動きはなかったわけではない⁶⁾。しかし、戦後の20世紀後半になってさえも、大学側から自発的な改革はほとんど行われてこなかったというのが実情であろう。何しろ国立大学といってもその実体といえば予算も、定員も、講座新設もすべて文部省の許認可という「国営大学」のままだったのである⁷⁾。しかも、大学生の75%が私立大学であるのに対して、国の高等教育予算は国立1兆5,000億円、私立3,000億円と学生1人あたりの教育投資が「15:1」とはどんな理由をつけても正当ではないというものであろう³⁾。そこで行政改革の「とばっちり」を受けて、公務員定員を削減する手法の一つとして国立大学の独立法人化が持ち上がった、というのか実情ではあるまいか。

大学医学部付属病院の使命

ここでは大学改革、教育改革、国立大学大学法人化については論じない。国立大学医学部付属病院について意見を述べる。大学病院では医学生の教育、卒後臨床研修、専門医の育成、臨床研究、高度先進医療等々のほかの病院にはできない重要な機能を社会から付託されている。これらの病院での活動は医学部での教育、研究活動と切り離せないのは自明のことであろう。従来から、日本の医学部と付属病院は切っても切り離せない関係にあり、近代日本成立の過程の大学付属病院では診療科の科長は「それに対応する講座の教授」をもって当てるとされた。医療施設や大学がまだ十分ではない明治の頃の話であり、当時の事情では当然の対応であったといえる。しかし、21世紀を迎えて国も成熟し、経済的にも先進国となった日本にあつて、大学病院と医学部との関係は根本的に見直されても良いと考えられる。そこで、これからの大学と医学部、付属病院のあり方を考えるとき、近代化の歴史がもっと長い国であるヨーロッパや米国の大学医学部と付属病院、関連病院、教育病院などとの関係を理解することはおおいに参考になる。

病院の設置形態や経営母体が大学そのものである必要がなぜあるのだろうか、という設問を考えると、なぜ大学病院が医学部附属である必要があるのか、ということの基本がみえてくるのではないだろうか。病院経営とその提供する医療が、大学という教育機関である必要はあまりないように思える。事実、多くの欧米(といってもいろいろな国での事情を知っているわけではないが)の先進国では「大学病院」、「教育病院」が大学直営ではないことが多いのではないかと。誰もがよく知っているHarvard大学ではBrigham and Women's Hospital、MGH(Massachusetts General Hospital)、Beth Israel病院などが日本でいう「大学病院」として認識されていると思われる。しかし、経営母体は大学とは関係なく独立しているのであり、「附属」病院ではない。Affiliated Hospital(教育のための関連病院とでもいうべきか)であり、そこでの医師は大学でのアポイントメントをもち、学生の教育、研修、研究に従事し、診療にあたっている。多くの先端医療が試みられ、臨床試験も行われている。研究も盛んに行われる。教員の給与は病院の診療、研究費(グラント)等から支払われ、また大学本体からは教育についての担当分が支払われるのが基本である。とくに米国では臨床系の教員(もちろん、医師免許や専門医の資格が必要である)と基礎系は給与体系もかなり違うが、これはこれらの教員の時間的負担を考慮すれば当然であろう。臨床では患者がくれば対応しなくてはならないし、また「大学病院」ではこれが教育の一部でもあるが、研究は自分で設定できるテーマと時間で、しかも自分の給料を保証するためにグラントを獲得しながら活動する。教育は授業時間が設定されている。大学はあくまでも、教員がそれぞれの責任と任務を大学教育としての「質」を担保するという条件で責任ある活動をし、それに対する対価、給与を自分で生み出す「場」として位置付けられている。これらの事情は国によって違う。ヨーロッパの国では医療制度がより社会主義的であるので、公立の病院も多く、大学の臨床系教員も病院に勤務する「フルタイムの公務員」である場合も多い。国の歴史的、文化的背景によっては「公的病院」と「私的」診療



活動が混在しているところもある。これは「医師」としての社会的地位、社会的認識などによって医師の目指す価値観と「望ましい目標」が形成されてくるからであるともいえよう。

たとえば、英米では医師としては「大学教授」が一般的に社会的に高いステータスというわけではなく、「個人」が確立された社会での価値観に基づいた医師としてのキャリアの選択であるという認識があるように思われる。これに対して、日本では「個人」は存在せず、「共同体」としての国に決められた社会的地位によってステータスが決まる^{8,9)}。だから、国立大学がより高い地位であるとの思いこみや「オカミ」意識が強いのは学者でさえも例外ではない。これは福沢諭吉も明治5、6年頃に「学問のススメ」で指摘しているのも、昔から変わっていないようである。この日本人にはごく「当たり前」のことが、「そと」からは理解できないことに気がついている日本の知識人も多いようである。

英米では、多くの「開業医」も「大学病院」での診療や臨床教育に日常的に参加する。Academic Appointmentをもって教員として後進の育成に関わっている。この辺の大学医学部と大学病院、教員のあり方、給与体系、評価、教育のあり方などの実際は、これらの中に入って関わらないとなかなか理解できないのは止むをえないと思う。そのような人は日本にはほとんどいないのでよく理解できないのである。しかし、21世紀の世界をリードし、多くの世界の若者を引きつけるアメリカの大学教育、研修、競争的研究制度などは大いに参考になるし、日本でもすぐにでも取り入れることのできる点も多い。

ただし、医療制度は社会制度の重要な一部であり、日本の制度にも問題は多いというものの、米国の制度も問題が多い。ヨーロッパの医療制度は一般に日本の医療制度に近いので、それぞれの制度の利点・欠点を考慮した制度への転換を目指すべきであろう。しかし、米国の高等教育、研究、研修は国際的なインフラストラクチャーになっており、世界のやる気のある若者を引きつけ、多くのリーダーを輩出しているのは否定できない現実である。医学研究の分野でも、日本のリーダーの多くが若い時に米国での研究経験があり、この経験が研究の義務になっている。

国立大学附属病院のあり方

独立法人となった大学附属病院の運営は厳しいと思われるが、これは他の公的病院と同じ課題といえよう。多くの(> 80%)自治体病院は赤字である。大学病院での臨床教員には、教育者として給与の全部、または一部が大学医学部から支給されるという点はあろう。しかし、大学が病院の経営、運営にも責任を持ち、経営母体になっていくことは、従来では当然であったかもしれないが、これからは必ずしも望ましいあり方ではないように思われる。とくに、大学での事務系の職員が、病院という職場と医学部を含めて、いろいろな学部を担当することは、少なくとも管理職となつてからは困難であろうと考えられる。現在の国立大学(単科の国立医科大学は別としても)での大学職員が病院や他学部の幹部職員として2~3年の転任を繰り返すのは、「医療制度」という経済効率とサービスの質を求められる社会制度の中で機能的であるかといえ、無理があり、再考の余地があろう。

さらに、大学病院を含めた医療提供システムのあり方には医療提供施設としての「公」と「私」の問題がある。経済成長を遂げ、高齢化社会、生活習慣、がん、痴呆などが急速に増えた現在の医療のあり方は、国民皆保険が導入され、結核や有効な薬剤のない頃の高血圧と脳溢血などが主たる死因であった頃とはかなり違うはずである。したがって、これは医療政策の問題である。医療費削減へ向けて自己負担増などが提言されているが、まず無駄の廃止などに対して中長期的視点に立った基本政策が立案されるべきである。たとえば、人口100万人の県の県庁所在地で人口30万人が生活している市があるとすると、多くは国立大学附属病院があり、国立病院があり、県立中央病院があり、市立病院がある。さらに、厚生年金病院、労災病院、社会保険病院等々の公的な病院がいくつもあつたような市がいくつもある。それぞれが循環器内科や外科、消化器内科や外科、婦人科、小児科、耳鼻科、眼科等々を有しており、

重複していることが多い。多くの高額な医療機器も重複しているであろう。これらは人口密度や疾病頻度を考慮して適正な配置をしていたわけではない。税金の無駄遣いであることは明らかである。つまり、需要を根拠に設置されてきたのではなく、提供側の論理で設置されてきたのである。また、一度設置されると、機能的に「公」は対応がなかなかできないのは「タテ割り」行政の、国のあり方の問題であり、日本の課題であるのは、何も病院に限ったことではないことは自明であろう。公的病院はその地域の医療提供の最小限の「セーフティネット」として重要であり、人口などに応じて、そして緊急性を考慮して診療科、人員、医療機器などの再配置をまず施行し、医療コストの無駄を少なくすべきであることは明白である。

国立大学附属病院のあり方もこのような視点で考えられるべき性質のものであろう。なにも大学「附属」病院である必要などまったくないのは明らかではないか。

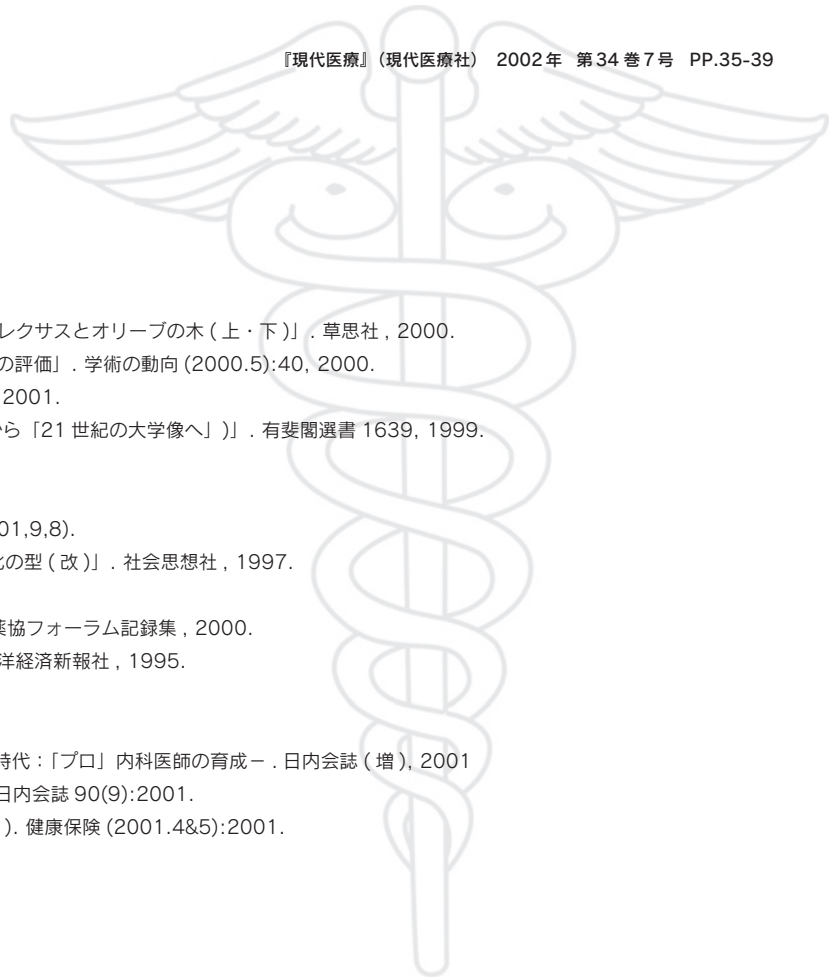
「公」と「私」の競争と医療の質担保

医療制度の中核としての病院は公的なものばかりではどうか。歴史的に共産圏での病院を考えてみれば明らかであり、競争がなく官僚的で、効率は悪くなり、質も悪くなり、対費用効果が低下するのは目に見えている。だから、質の担保のためにも「私」部分のあることが重要である。しかし、医療の「私」部分は経済成長のない限り、「全体社会主義的な医療制度」では、遅かれ早かれ行き詰まる。これが今の日本の問題である、質の向上へのインセンティブがないからである。

今までの日本の医療制度は飛行機にたとえれば、全員が「エコノミークラス」であるという前提で医療を提供してきたともいえる。国民もそれで満足していた。昭和36年にこの制度が導入された頃、日本の死因の第1は脳溢血であり、結核であった。特効薬もなかった。「行いの良い人」も「悪い人」も、同じように病気になり、死に至る。しかしいまや、疾病構造は大きく変化した。「生活習慣病」が主力になった。生活習慣への努力で病気の発症、進行を防げる。しかし、医療制度は基本的に変わっていない。国民には努力への、医療提供側には質の向上への、医師などの医療人には「プロ」として努力して腕を磨くインセンティブもない制度であったといえよう。経済成長があったからこそ維持できた制度といえる。ファーストクラス、ビジネスクラスは認めなかったのだ、ともいえる。しかし、疾病構造は変化し、生活習慣病などの自分で健康を維持できる部分もある疾病が多くなった。経済成長も止まり医療費削減への種々の対策が導入されている。「自由診療」としての「ファーストクラス、ビジネスクラス」部分を私的医療提供部分（私的病院、診療所など）に導入させることによって国民への選択肢を選べるようにした上で、「公的」部分をセーフティネットとして整備する。このような改革、変化の中で、国立大学「附属」病院のあり方を位置付け、目指すべきであろう。

おわりに

21世紀を迎えて、冷戦構造と日米安保制度のもとでの経済成長路線を走ってきた日本の制度つまり「40年体制」^{11,12)}は行き詰まり、大きな転換期を迎えている。医療制度ばかりでなく、大学教育そして医学教育への改革も同時に進行させていかなくてはならない。医学教育で目指すべきは"Medical School"構想であり、この構想の中での大学教育、医学部の基礎教育と臨床教育、病院のあり方を設定しなくてはならない。ここでは紙面の都合で論じないが拙著を参考にされたい¹³⁻¹⁶⁾。21世紀は国際的資産を形成する人材の育成、医師を含めた「プロ」育成、生命科学研究を含めた科学研究の重要性は日本国内だけではなく、世界相手の競争であり、いかに適切に大きな計画立案とすばやい具体的対応ができるかが求められている。従来「成功物語」にとらわれていると、世界ばかりでなく、アジアでの日本の立場でさえも危うい¹³⁻¹⁶⁾。



文献

1. トーマス・フリードマン(東山一紀、服部清美訳):「レクサスとオリーブの木(上・下)」. 草思社, 2000.
2. 黒川 清:「あまり知りたくない辛口『日本の研究とその評価』. 学術の動向(2000.5):40, 2000.
3. 黒川 清:「21世紀の国立大学法人」. IDE(2001.12):2001.
4. 大崎 仁:「大学改革 1945-1999(新制大学一元化から『21世紀の大学像へ』)」. 有斐閣選書 1639, 1999.
5. 福沢諭吉:「学問のススメ」. 岩波文庫, 1942.
6. 立花 隆:連載「私の東大論」. 文藝春秋.
7. 草原克豪:「スタートした国立大学改革」. 産経新聞(2001.9.8).
8. ルース・フルトン・ベネディクト:「菊と刀 日本文化の型(改)」. 社会思想社, 1997.
9. 池上英子:「名誉と順応」. NTT出版, 2000.
10. 黒川 清:「医療政策と21世紀の課題」. 第1回製薬協フォーラム記録集, 2000.
11. 野口悠妃雄:「1940年体制(さらば戦時経済)」. 東洋経済新報社, 1995.
12. Foreign Affairs. Jan/Feb. issues, 2002.
13. 黒川 清:「内科医への期待」. 日内全誌 85(9), 1996.
14. 黒川 清:「21世紀へのチャレンジャー 21世紀国際化時代:『プロ』内科医師の育成」. 日内会誌(増), 2001.
15. 黒川 清:「21世紀の『プロ』内科医育成への課題」. 日内会誌 90(9):2001.
16. 黒川 清:「日本の医学教育に求められるもの(上・下)」. 健康保険(2001.4&5):2001.