

# 最近の医師の研究指向

—時代の流れ

一般病院・大学病院は医師の生活は忙しい。消化器内科、消化器外科、循環器内科、呼吸器内科、呼吸器外科、整形外科など患者の多い科は特に忙しい。もちろんそれ以外の科も忙しくないことには変わりがないが、とにかくすべての臨床医にとって大変な時代である。私は従来から大学病院と一般病院との違いは臨床の医療レベルが高度かどうかの違いにあるのではなく、やはりアカデミックの部分の有無の違いだと思っている。今は大学病院でもまず経営状態の改善がさげばれ、収入を上げるために人員を少なくし少数精鋭主義をいかに貫くかを考えている。またそのためには入院の稼働率をいかに上げるか、または在院日数をいかに減らすかに努力している。このために医師は非常に疲弊しており、中堅医師の開業指向が強いのもそのことが一部関与しているのではなかろうか。

では大学病院の医師はどういうことをすればいいのであろうか。一般病院の医師とはどのように役割分担をするのか。

最近、専門医制度が変わりつつあるがこれも社会や医師全般に専門医制度が浸透してきたためと考えられる。専門医になればそれを標榜でき、宣伝できる。専門領域の患者を集めることができる。これらのことが医師とな

って、特定の専門科目を選択し、修練する動機になっている。

一般的に私立大学医学部の卒業生は修練後各々の分野の専門医資格を取得し、その後開業する傾向がある。しかし、世論により、専

門医の在り方にも疑問が投げかけられ、厚生労働省を中心とした専門医制度の改変がなされようとしている。いずれにしても結果はどのようなかわからないが、専門医の取得は今まで以上に厳しくなるかもしれない。議論を行い、しっかりした専門医制度の構築が必要であり、その場合には国民のことはもちろんであるが医師自身のことを考えたものであるべきである。

先ほど述べたが、私は従来から大学病院と一般病院との違いは臨床の医療レベルが高度かどうかの違いにあるのではなく、やはりアカデミックな部分の有無の違いだと思っている。大学病院の使命は①教育 ②研究 ③臨床にあると常々思っている。教育は卒前教育、大学院生教育、卒後教育に分けられる。当院では大学院生教育はハイブリッド型を採用し、2年間の研究期間を含んで臨床と基礎研究を行うことができるようにした。卒前教育は参加型のクリニカルクラークシップを行っており、より臨床に近い教育も行っている。卒後教育は内科も外科も2階建ての1階部分として3年間教育され、それから専門分野の教育を受けるようになっている。以前は、大学院生は多くはなかったが、当科ではハイブリッド型の大学院生を希望する臨床助手が増加している。何故私が大学院生を薦めているかというと、臨床の場においては必ずしも体系だって教育できていることが少ないからである。臨床教育は教育者によって異なるが、先輩医師の多くは自分の昔の経験を後輩に教える。例えば、今回の担当する疾患は以前経験した疾患に似ているから、治療はこうしようというような感じで教育されていることが多い。残念ながら、そのような教え方では限



界が生ずるのではなからうか。そのためにも大学院生としての教育を受け、論理的な思考ができるようにすべきであると思われる。

卒後教育では研修医は総合診療医としての教育だけではなく専門医的な教育を希望していることが多い。しかし、その弊害が多くなって研修医制度が変わったのである。やはり、3年間内科あるいは外科の基礎を勉強していただき、その後専門に入っていただきたいと思う。しかし、消化器内科を考えるとかなり臓器が多い。消化管（胃・食道・十二指腸、小腸、大腸）、肝臓・膵臓・胆道がその中には含まれる。しかも、消化管は運動（機能）も大事な臓器であり、機能的消化管疾患も最近が多いし、治療薬も多く出されている。

現在、専門医は2階建て方式になっており、日本内科学会や日本外科学会などが基盤学会として存在し、2階建ての部分に日本消化器病学会、日本肝臓学会あるいは日本消化器内視鏡学会、日本大腸肛門学会、日本食道学会などがあり、認定医として日本消化管学会の胃腸科認定医、日本ヘリコバクター認定医などがあり、指導医としては日本胆道学会がある。このようにさまざまな学会が専門医あるいは認定医あるいは指導医を作っており、専門医機構が今後その調整を測ろうとしている。われわれの立場から考えると学会における専門医とは国民の医療を担保するための人材であり、社会に貢献できることが必要であると思われる。そのための教育をどうするかが非常に重要である。

これらのことを踏まえつつ、本題に戻ることにする。最近の医師の研究指向について考えてみると、必ずしも臨床大学院の大学院生となり、基礎研究を行って学位を取る傾向は今も昔も変わりがない。昔と今で一番変わっているのは臨床を行っている医師の時間が極端に少なくなっていることである。昔は自分のことを高めるための時間も現在よりあり、文献も多く読むことができた。それにひきかえ今はどうかと考えると、圧倒的に時間が足りなさすぎる。

若い臨床医は臨床に打ち込むべきと考えるが、そのためには症例を考える時間も必要である。今

は、このような時間が取れない。

このような環境の中で、彼らが現在考えているのはいかに Impact factor の高い雑誌に載る臨床研究を行うかである。以前は多施設研究などの臨床研究は行われていなかった。多施設研究はかなりハードルが高く、企業の治験以外ではあまり行われていなかった。これはひとえにお金の問題がからんでいる。そのデータの登録や集計にお金が掛かるためになかなか全国規模の研究が企業のサポートなしにできない状態であったと思われる。最近はいろいろな法人からこのような臨床研究をサポートする奨励金がでてきている。癌関係ではむしろ国から EBM の構築のためにさまざまな団体に対しその効果判定が行うようにお金がでてきている。これらはかなり厳しく管理されており、日本から素晴らしい報告がなされている。将来的にはさらに新しいエビデンスがたくさん生産されていくと思われる。

臨床研究の素晴らしさは何であろうか。基礎研究と違い、文字通り臨床に直結することが最も高い利点である。そのデータはすぐに臨床の場で使うことができる。次に通常の臨床を行っているだけですぐれた臨床論文ができる。これに若い人はかなり惹かれるのではないか。今までは研究論文というと試験管などの操作をして論文は書くことが多かった。しかし、その操作をしなくても質の高い論文を書くことができる。しかもトップジャーナルの N. Engl. J. Med に掲載されることも夢ではない時代になっている。このように簡単だと思われがちであるが、そのためにはしっかりした事務局がついていないとだめである。論文の質はいかにきちんとしたデータをしっかり管理するかに係っている。臨床研究はヒトを対象にするわけであるから、倫理面や管理の面から常に一例一例の症例をどのように管理するかを検討しながら、行っていかなければ行けない。ここにその難しさがあると思う。

またプロトコールの大変さがある。現在はまずプロトコールとエンドポイントを決め臨床研究審査会に提出しなければいけない。その後それが了承されれば UMIN 等の登録をしなければ論文を

書くことができなくなっている。このように煩雑なことを臨床を行いながらできるかということである。しかし、それを行う事務局があれば便利である。しかし、事務局を抱えるためにお金が必要である。そこで企業にお願いしたいことはぜひともこのような意欲のある若い医師を指導でき、いい臨床論文が書けるような事務局をサポートしていただきたい。

基礎研究についても素晴らしい点は多いと思われる。基礎研究はまずいろいろな実験結果を基にすぐ次の研究を組むことができる。そういうことが臨床研究とまったく違う所である。

研究を行う時間も自分で決められ、空いた時間

で研究を行うことができる。また方法をマスターすることができればさまざまに応用し、いちどきに数々の論文を作成することが可能である。また自分でなく実験助手あるいは大学院生に行わせることも可能である。やる気さえあれば短期間かなりのデータを得ることが可能である。論理的展開で人を納得させることができる。

私はこのような臨床研究あるいは基礎研究に触れることにより、将来臨床を行うヒトも行わないヒトも自分の考え方の幅が広がっていくのではないかと思っている。またその心を忘れずに医師としての道を進んでほしいと考えている。



**中外製薬**



ロシュグループ





**中外製薬のがん領域製品ラインナップ**

<p><b>抗悪性腫瘍剤</b>                      上皮増殖因子受容体 (EGFR) チロシンキナーゼ阻害剤                      創薬、処方せん医薬品<sup>※1)</sup> <b>【薬価基準収載】</b>  <b>タルセバ錠</b> 25mg 10mg                      エルロチニブ塩酸塩錠</p> <p><b>抗悪性腫瘍剤/抗VEGF<sup>※2)</sup> ヒト化モノクローナル抗体</b>                      生物由来製剤、創薬、処方せん医薬品<sup>※1)</sup> <b>【薬価基準収載】</b>  <b>アバスタン</b> 点滴静注用 100mg/4mL 400mg/16mL                      ベバシズマブ (遺伝子組換え) 注</p> <p><b>抗悪性腫瘍剤</b>                      創薬、処方せん医薬品<sup>※1)</sup> <b>【薬価基準収載】</b>  <b>ゼロ-タ錠 300*</b>                      カベンタヒン錠</p> <p><b>抗悪性腫瘍剤</b>                      創薬、処方せん医薬品<sup>※1)</sup> <b>【薬価基準収載】</b>  <b>フリットロンカプセル</b> 100* 200*                      ドキシフルリジンカプセル</p> <p><b>抗HER2<sup>※3)</sup> ヒト化モノクローナル抗体 抗悪性腫瘍剤</b>                      生物由来製剤、処方せん医薬品<sup>※1)</sup> <b>【薬価基準収載】</b>  <b>ハーセプチン</b> 注射用 60 150                      トラスツマブ (遺伝子組換え) 製剤</p> <p><b>アロマターゼ阻害剤 / 閉経後乳癌治療剤</b>                      創薬、処方せん医薬品<sup>※1)</sup> <b>【薬価基準収載】</b>  <b>フェマラ錠 2.5mg</b>                      リトゾノール錠</p>	<p><b>抗悪性腫瘍剤 抗CD20モノクローナル抗体</b>                      生物由来製剤、処方せん医薬品<sup>※1)</sup> <b>【薬価基準収載】</b>  <b>リツキサン</b> 注 10mg/mL                      リツキシマブ (遺伝子組換え) 製剤</p> <p><b>遺伝子組換えヒトG-CSF製剤</b>                      生物由来製剤、処方せん医薬品<sup>※1)</sup> <b>【薬価基準収載】</b>  <b>ノイロジン</b> 注 50mg 100mg                      レノグラスチム (遺伝子組換え) 製剤</p> <p><b>5-HT<sub>2</sub>受容体拮抗型制吐剤</b>                      創薬、処方せん医薬品<sup>※1)</sup> <b>【薬価基準収載】</b>  <b>カイトリル</b> 注 1mg・3mg                      注 1mg・3mg 全量静注パケジツ 50mg・100mg                      注 1mg・3mg 4錠・8錠</p> <p><b>抗悪性腫瘍剤・リンパ管腫治療剤</b>                      生物由来製剤、創薬、処方せん医薬品<sup>※1)</sup> <b>【薬価基準収載】</b>  <b>ピシバニール</b> 注射用 0.2KE 1KE 0.5KE 5KE                      急性前骨髄球性白血病治療剤                      創薬、処方せん医薬品<sup>※1)</sup> <b>【薬価基準収載】</b>  <b>ベサノイトカプセル 10mg*</b>                      トレチノインカプセル</p>
--	--

※1) 注意—医師等の処方せんにより使用すること  
 ※2) VEGF :Vascular Endothelial Growth Factor (血管内皮増殖因子)  
 ※3) HER2:Human Epidermal Growth Factor Receptor Type 2  
 (ヒト上皮増殖因子受容体2型、別称c-erbB-2)  
 ※の※はF.ホフマン-ラロシュ社 (スイス) 登録商標

**at the Front Line**  
 CHUGAI ONCOLOGY

がんと闘う最前列で、希望に向かう最善策を。  
 それが、中外オンコロジーの願い。  
 高度な研究開発力、画期的な製品ライン、グローバルな情報提供力、  
 専門性豊かな組織とスタッフで、がん治療をサポートしていきます。

【資料請求先】  
**中外製薬株式会社**  
 〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1  
 ホームページで中外製薬の企業・製品情報をご覧いただけます。  
<http://www.chugai-pharm.co.jp>