

特集

創刊100号記念鼎談

日本の医学教育を考える

本誌が創刊されたころ、医学部卒業生は母校の大学医局に入局して研修するのが当たり前でした。それから数年後の今、新医師臨床研修制度がスタートし、もっぱら大学医局で研修を受けるという体制は、ほぼ崩壊したと言っているのではないのでしょうか。医学生が自らの将来を考え、教育を受ける場を選べる時代になった——隔世の感があります。しかし、疾病構造、国民の意識、社会状況が激変し、医師の在り方が問われる中、医学教育全体を俯瞰すれば、展望はいまだ不明瞭と言わざるをえません。日本の医学教育は、いったいどういう方向に進むべきなのか。今回の特集では、本誌創刊100号を記念して医療界のオピニオンリーダーである3名の方々をお迎えし、「日本の医学教育」という壮大なテーマのもと忌憚なく語り合っていました。

*本文中敬称略

<出席者>

日野原 重明氏

聖路加国際病院理事長・名誉院長

黒川 清氏

政策研究大学院大学教授

池田 康夫氏

慶應義塾大学医学部内科学教授

司会：中村敬彦（「DOCTOR'S MAGAZINE」編集長）

受験が最終目標がゆえに「医師になる」というモチベーションが低い。

司会 本日は、創刊100号記念ということで、日本の医療界を牽引する、かつて本誌の表紙も飾っていたいただいたお3人に集まっていたいただき、「日本の医学教育」

をテーマに話をうかがいます。まず、日野原先生から口火を切っていただければと思います。

日野原 いきなり身も蓋もない話で恐縮ですが、医学教育に関して、私はもう大人に期待はしていません（笑）。興味は子ども、中でも小学生にあります。医療教育も、ひいては医師育成も、それくらいの年代の子どもたちに「命は大切だ」と教えるところから始まるのだと思うからです。そこで今、可能な限り時間をつくって小学校を訪問し、児童にお話をさせていただいている。延長線上の活動ではありませんが、今までにフィラデルフイアやメルボルン、そのほかメキシコでも小学校5年生に授業をしました。

黒川 実は私も今、ときどきですが、中学生、高校生を教える授業を試みています。それにしてもメキシコの小学校です。——。貴重な体験になったでしょうね。

日野原 「命が大切」と教師がお説教のように語っても子どもには伝わりません。ですから私の常套手段（笑）は、「君たち、命持っている？」と問いかけて、授業の冒頭から子どもたちを話に食いつかせることなのですが、反応が日本とは明らかに違いました。「命を持っている人は、手をあ

げて」と促すと、バツと、いつせいに手があがったのには感銘を受けました。日本では子どものくせに（笑）、まわりを見ながら、誰かがあげるのを見定めてから手をあげる子が多い。日本の子どもたちの自己表現の積極性のなさをあらためて痛感させられました。「人並み」が美德で、平均的な優等生をめざすような教育を受けた子たちが、高等学校を経て医学部に入る。私は、そこに日本の医学教育が抱える病根を感じざるをえません。

司会 優等生が医学部に入るのが、問題だと？

日野原 厳密に言うくと、受験が最終目標になっている優等生が——です。多くの医学部に入学者若者たちに「医師になる」というモチベーションがない。「偏差値が高いから医学部に行け」と促す親や教師、意思もなく他者の勧めに従う子どもダメです。そんなことだから、ひとたび合格すると安心して勉強しなくなる。試験があるから仕方なく勉強をする、出欠をとる講義だから出席するような医学生ばかり。アメリカの大学関係者に「大学で出欠をとっている」と話せば、「なぜ？」と質問責めにありますよ。授業料を出して授業を受けている生徒の出欠をとる必要がある——彼らには、まったく理解できないのです。

公費が注がれる、まさに「義務」で授業を受ける子どももいる義務教育で出欠をとるのは理解できるが、自ら望んで授業料を払って通う学生を対象にした大学教育で、そんな必要はないだろうという考え。至極まっとうな考えでしょう。

アメリカの医学部、医学校には「医師



聖路加国際病院理事長・名誉院長／日野原 重明氏

になりたい」「モチベーションを持った人ばかりが集まっています。医師になる意欲を持つ母集団から適性を鑑みて選別した学生を集めれば、放っておいても勉強をする。それに比して日本では偏差値が高いといった理由だけで親や教師の勧めで医学部に入るから、入ったあとも「こうしなさい」と導かなければならない。導かれるのを当然と思っている。自発性がないから、成長の効率だつて自然と悪くなります。

黒川 大学で出欠をとるなんて、難しい状況ですね。私が座長を務めてまとめた政府の長期戦略指針「イノベーション25」でも、教育改革は重要な課題と位置づけられ、大学のいっせいい入試のとりやめ、入学時の文系・理系といった分類の廃止などが盛り込まれています。

日本に今あるような入試制度は、グローバル時代の人材育成には、必ずしも適していないと思います。高校生のときから文系・理系コースと分けられ、レベルの似通った大学は試験日がほぼ同じ。しかも、ペーパーテストの結果だけをもってして医師の卵を選別するなど、暴挙と言ってもいい（笑）。日野原先生のおっしゃることと同様な問題意識のもとに、改革を立案しました。すでに、ほとんどすべての提案に閣議決定をいただいています。あとは、政府がどれだけ早く実施していくかです。

日野原 アメリカでは、もう入学試験なんてやらなくなっていますよ。

司会 日本の大学医学部の入試方法に問題があるのは、確かなようです。

医師を育成する側のコミュニケーション能力も深刻な問題。

黒川 人間のコミュニケーション能力を考えたときに、何かを伝授する方法としては、口頭で、書いて、見せる——の3つが挙げられます。

日本ではこれまで、教育手法、勉強方法としては前者の2つにあまりに偏っていた。やって見せて、やらせてみる——日本では、この教育方法が決定的に欠如しています。

日野原 アメリカのすぐれているのは、見せたら、すぐにやらせるところ。さらに、覚えた者に他者に教えさせるところまで進ませる。SeedDo、Teachがワンパッケージになっています。

司会 いわゆる屋根瓦方式ですね。他人に教えることで教えた本人も成長することが織り込まれている。「教えられる」が、ちゃんと身につけた証左になる。

池田 最近、若い医師の患者とのコミュニケーション能力の欠如が問題視されていますが、実は医師を育成する側のコミュニケーション能力の欠如も深刻な問題

なのですよね。

黒川 先生が「やって見せる」能力に欠けるのか、見せるべきことがやれないのか——。テニスを「教える」のであれば、テニスを実際にやった経験がなくても、100冊のテニス書を読み、100本のレッスンビデオを見れば、コーチの真似ごとができなくもない。しかし、これではうまくはなりません。こんなふうなのが日本の教育だったのでないか。日本の医学教育——医学に限りますが——では、教育する側の教育する力を測る、あるいは評価するなどは、まったくできてきませんでしたから。

司会 加えて日本では教える側が出し惜しみをしますからね。もちろん、出すものがなければ、出せるふうを装って結局出さないとなるのでしょうが（笑）。

日野原 日本では、なかなか生徒が先生を追い越せないと言われるのは、そんなところにも原因があるのでしょうか。

黒川 欧米には、プロフェッショナルコミュニティという概念が強くあつて、職能集団には「プロを育てる、次の世代を育てる」尊い使命が課せられていると社会も知っています。そして今、プロとして活躍している人は自身が「育ててもらった」と感謝しているから、誰もが後進育成に熱心です。教えるにあたって、知識の出し惜しみなどしません。

司会 日本にも良い人材を育てた有能な教育者を評価し、遇するシステムがあれば——。

池田 医学部の教授には人の心が理解できる、あるいは科学の心を持った医師を養成する重要な使命があるわけですが、教育という仕事に対する評価が十分にないかもしれないもあってか、残念ながら大卒の教育への真剣さは、明らかに欠けていると言わざるをえません。

日本の医学教育も、 どんどん実験、 チャレンジをすべき。

池田 では、欠陥のある医学教育の体制をいかに変えていくのか。私は全共闘世代の人間で、「まず、今のシステムをぶっ壊せ」といった思想の中で若い時代をすごしてきましたが、医学教育に関しては新幹線方式が良いと考えています。

当時の国鉄は東海道新幹線を建設するにあたり、在来線を廃線にはせずに新幹線をつくった。新幹線方式とはつまり、在来線も残しつつ新幹線を走らせ、あとはユーザーの選択に委ねる方式。両者を並行させて走らせた結果、自然に淘汰が行われ、在来線は限られた役割だけを担うようになりました。

医学教育についても、現状を完全に否定するのではなく、別のやり方を並行させて選択肢を示し、国民に選ばせるやり

方が良いと思うのですが。

日野原 ハーバード大学でニューパスウェイが導入された際も同様の方法論が用いられたね。それまでのグループ学習と学生主体の学習方法であるニューパスウェイとの両方を走らせ、約10年をかけてどちらが良いかを評価した。

すごいなと思うのは、最終的な評価を他大学に任せてしまうところです。実験の仕方を知っていて、実験から何かを得ようとする意欲を感じます。日本はもつと見習うべきでしょうね。教育を筆頭に改革が必要な行政の分野では、もつとつと実験をすべきです。

司会 医学教育の改革と云えば、メディカルスクール（医療大学院）構想も持ち上がっているようですが。

黒川 オーストラリアは医学部受験制度とメディカルスクールが並存していて、今は約30%がメディカルスクール。シドニー大学などは完全にメディカルスクールに移行している。韓国も、ご存知のようにオーストラリア同様に現在は2つが並存しており、2010年に各大学がいずれかを選択することになっています。

日野原 先生がおっしゃるように、日本もどんどん実験、チャレンジすべきでしょう。是非を問うている暇があったら、まずやってみて、結果を見る、そこから考えればいい。試行も別に全国いっせいにやる必要はない。やる気のある大学が手をあげればいだけなんです。

ただ、日本人は気質として前例のないことに挑むのが、苦手ですから（笑）。出ると叩かれる。知の府であるはずの大

学が横並びで動いている現状が、もつとも深刻な問題かもしれません。

日野原 聖路加国際病院では、メイヨークリニックの教育方法を参考にしたメディカルスクールの構想を持っています。今は準備段階で、人材集めをしているところですよ。

現職教授たちの 既得権益を守ろうとする 意識が教育の障壁に。

司会 医学教育に対して不満を持っている人々の声を多く聞くようになったにもかかわらず、メディカルスクール導入に向けた動きがもうひとつ盛り上がらないのは、なぜでしょう。

日野原 たぶん、医学部教授たちが教授職の増加を嫌っているからでしょう。たとえば聖路加国際病院にメディカルスクールができれば、教授という肩書きが否かは別にして、いきなり病院に教職のポストができるわけだし。

黒川 既得権益を失いたくない、本当の実力を知られたくないのですね、大学教授が。

日野原 第2次世界大戦終戦直後に東大や京大の医学部教授を増やす構想は、多少はあったのですが、結局なくなりました。「少ないほうがありがた味がある」という意見が通ったのでしょう(笑)。

池田 私などは、医学や医療に一定の貢献をした人には、どんどん教授になつてもらわなければならないし、そう言っているうちに、乱発を心配するならば、チェアマン制を確立して明確なガバナビリティを担保すればいい。しかし、何をどう言っても多くの場合、教授の増員は大反対されます(笑)。

黒川 私が、かつていた東海大学医学部では、教授の増員を行いました。腕の

いい医師、教えるのが上手な医師にも教授になつてもらいました。「教授」はあくまでアカデミックタイトルだから、処遇はほとんど変わらないし、個室もスタッフもあげられない」と言っても、教授になれる可能性が生まれて医師たちのモチベーションは確実に上がったと感じます。とはいえ、ひとつの大学で教授職を増やしてみても限界がある。いったん東海大学で教授になつてしまうと、他大学から招聘されるチャンスが激減してしまうのです。新しい知識を得るために動く——Mobilityは、医師にとってきわめて重要ですから、異動の機会が少なくなるのには問題を感しました。日本「タテ」社会です。



政策研究大学院大学教授／黒川 清氏

池田 要するに、日本の医療界には教授職が医師のファイナルゴールだということでもない勘違いがあるのです。教授職に就くことは、自分の目標を達成するための道具でしかなく、ひとつの段階だと考えるべきでしょう。

黒川 大学の人材には、もっとMobilityがなければ。東大で育った人が東大に、慶應で育った人が慶應にいつづけるのは良くない。

多くの人がよく、医療界における学閥意識をヤクザの「組」にたとえています(笑)。

日野原 研究と教育は別ものだとの認識さえ、ちゃんと定着していない。相変わらず「医学は解剖から」という構造は残したまま、解剖教室で、なぜか時代に則して解剖以外の講義をやっている(笑)。

池田 政府や厚生省、文科省は「社会が求める医師をいかにして養成すればいいのか」——根本的な問いかけだけして、あとはそれぞれの大学に任せればいい。各大学が責任を持って具体的な施策を行い、アウトプットを国民が評価すればいいのです。

黒川 医学部とは言わず、大学そのものの在りよう、人材登用の仕組みがもっと変わらなければ。学部長を教授会の選挙で選んでいるなんて、「タテ」社会の特徴ですね。社会的責任の大きな役職なのだから、人選についてはサーチコミッティ(人材を探してくる委員会)を設けるべきです。

医師の役割も変わる。養成ルートは、いくつもあってしかるべき。

池田 医学部入学者に女性が増える傾向にあり、懸念する声もありますが、私は



慶應義塾大学医学部内科学教授／池田 康夫氏

女性医師は、もっと増えていいと思いません。

医師の世界に根強くある男尊女卑の思想は、そろそろ払拭されなければ、医療界はすっかり時代に取り残されてしまうでしょう。

そもそも医療は、女性に向いている職業だと私は思っています。先日、スイスに行きましたが、同国の女性医師の比率は60%だそうです。

黒川 医学部学生全体に占める女子学生の割合は35%くらい。だから外科医になる人が少なくなっているとも言われますが、問題は別のところにもあります。

高偏差値の医学部に男子学生が多いのは、進学校と呼ばれる高校に男子校が多

い影響もあるでしょう。

日野原 診断と治療は医師がやることだ、た保健師・看護師・助産師の業務内容についての法律は、1948年に施行されたままです。私は、もうこの法律は早く変えるべきだと思っている。実力がある者には、看護師だとしても診断や治療をさせればいいではないですか。

私は訪問看護師に、眼底の見方を教えてください。小児科病棟の主任ナースなどは、看護大学のマスターコースに行けば小児科医になれるだけの実力を持っています。

黒川 時代とともに疾病構造が変わっていき、医師の役割も変わりますし、医療制度も変わる。

社会の変化に医療が柔軟に対応するためにも、医師への門戸は広げる必要がありますし、医師の養成ルートは、いくつもあつてしかるべきです。

池田 医療の在りようがいかに時代に寄り添えるかは重要ですね。そういう意味では、私は、6年制になった薬学部の卒業生の今後にとっても注目しています。教育制度の変化によって薬剤師の医療へのかかわり方などのような変化が見られるのか。

積極的に参加する方向への変化を期待しているところでは。

司会 そろそろ時間も尽きてきました。最後に、日野原先生から医学教育の今後についてお話をいただいて終わりたいと思います。

日野原 医師とはProfessionalな職業です。「Profession」という言葉には、神に告白 (Profess) する、約束する、契約するといった意味があります。神学と法学、医学のプロフェッションには、明らかに共通の精神が存在する。学問を修め、身につけた能力や技術を社会の繁栄と人々の幸福のために使うと神に誓って実行するのが、「プロ」であるとの精神です。

欧米で、神職者、法律家、医師が、専門職能集団の中でもトップのプロフェッションナル集団とされて人々の尊敬を集めてきた理由は、そこにあります。そして社会貢献を神と約束しているのですから第三者が彼らの仕事の内容を批評するのも当然なわけです。医師である者は、こうした医師という職業の持つプロフェッションナリズムの本質を十分に理解する必要があるとあります。

また、スペインの教育学者であるオルテガは、「大学で最高の教育を受ける者は、専門の学問を卒業後も生涯をかけて研修し、その国の良き文化に貢献し、文化を次世代に伝えるミッションを持っている」と述べている。

医学教育の今後は、まず、このような価値観の共有があつてこそ開けてくるものだと思います。

司会 本日は、100号記念にふさわしい内容のお話をうかがえました。どうもありがとうございました。