

# 「医療教育の問題点と将来展望」

国際化、情報化の中で、患者の意識は大きく変わり、  
今、日本の医療教育のあり方の抜本的改革への声があがっている。  
今回は、ドクターズマガジン創刊1周年記念ということで、医療教育にスポットをあて、  
教育の現場で活躍されている方々を招いて座談会を開催した。

日本の将来における医療の方向性を決める、医療教育。  
今ある問題点とは、そして我々が進むべき道とは。出席者の方々とともに、考えてみたい。

(左から50音順)



東海大学医学部部長

国際基督教大学教授

国立中部病院・長寿医療研究センター院長

黒川 清

村上陽一郎 柳澤信夫



司会

(株)メディカル・プリンシプル社 代表取締役社長

中村敬彦

## 問われる医療教育 なぜ今、改革なのか

中村：本日はお忙しいところありがとうございます。ドクターズマガジンの創刊1周年記念号ということで、黒川清先生と柳澤信夫先生、医療界を客観的に見ることが出来る立場の方として村上陽一郎先生をお迎えし、「医療教育の問題点と将来展望」をテーマにお話していただきたいと思えます。どうぞよろしくお願いいたします。

さて、ドクターズマガジンでも、日本における医療教育の改革の必要性について言及したことが何度かありましたが、なぜ今これほどまでに改革の声が強くなってきたのか。黒川先生、いかがでしょうか。

黒川：いちばん大きな原因として、グローバル化の影響があげられるでしょう。交通とインフォメーシ

外に行かずとも、情報も取ろうと思えばインターネットでも、どこからでもそして誰もが、どこにでもアクセスできるというすごい時代になったわけですから。そうすると自然と、比較が起きます。たとえば、テレビで『ER』なんかを見ると、「おっ、アメリカのお医者さんかっこいいな」と感じる。しかし日本の医師はかなり違う。当然なせいで、ということになりますね。つまり、みんなが世界中のものをみることによって、教育を含めた日本の医療界のおかしな点に気づき始めたのです。

もうひとつは、日本の経済が成長し人々の生活が豊かになる中、多くの人がいわゆる高等教育を受けるようになりました。現在、約97%の人が高等学校へ行きます。高等学校までが義務教育みたくになっちゃっているわけです。そのうちの約50%が、大学という（短大も含めた）高等教育を受ける。そうすると大学の目的は、明治以来のエリ

てきたんじゃないでしょうか。

具体的な医学、医療教育の問題点については、現状と将来は歴史の延長にあるわけですから、まず日本の近代化教育の在り方を振り返ることによって考えていきたいと思えます。村上先生にそのへんについてお話いただきたいのですが。

## キリスト教的精神に支えられた ヨーロッパの医学教育

村上：それならばまず、日本の近代化教育のモデルとなったヨーロッパの大学の歴史について触れておきましょう。ご承知のとおり、ヨーロッパで大学ができたのは12世紀の終わりごろです。ヨーロッパの大学では、キリスト教がもつとも重要な基礎になっていました。ですから最初に基礎としてスコラ哲学、中でもリベラル・アーツを勉強した。それを身につけたうえで、さらにプロフェッショナルな教育という訓練を受けるために、法学校と医学校、神学校が併設されている、というのが基本的なパターンだったわけですね。

医学もキリスト教の精神にのっとった中でプロフェッショナルスキルの伝授でした。プロフェッションという言葉は、約束をするという意味です。神からの呼びかけにこたえて、自分たちの仲間である人間をいろいろの意味で救う手助けをする役割を「私にやらせてください」と誓約し、その仕事をまっ

とうする約束をする、ということから来ていると思えます。

柳澤：今の日本において医学というのは、たとえば終戦間際に医専というのを作ってテクニシャンとしての医師を養成したというところに典型的に現われているように、まさに実学の最たるものだということに考えられています。我々自身でさえも、医学というのは工学などと並んで、実学であろうと意識しているんですが……。ヨーロッパで最初に医学が大学の中で体系づけられたときには、どういった内容を持って、あるいはどういうことを志向した学問というふうにならされていたんですか。

村上：少なくとも12世紀のヨーロッパで大学ができたときに本当の意味で学問と考えられていたのは、スコラ哲学だけでした。スコラ哲学というのはキリスト教神学とアリストテレス哲学との融合体みたいなものですから、自然をどう理解するかとか、人間をどう理解するかとか、あるいは宇宙と人間との間の関係をどういうふう理解するかというふうなことに、キリスト教の神学的な土台のうえに成り立っているものです。それをまず理解することが必要。当時、学問と言えは、そのことでした。その上にある神学校は、スコラ哲学をさらに詳細に学ぼうとするものですけれども、医学と法学というのはおっしゃるようなある種の

## グローバル化の影響で日本の 医療界のおかしな点が露呈し始めた（黒川）

インターネットの発達のおかげで、世界中の情報が一部のエリートだけではなくて、一般の人たちにも共有されるようになってきた。日本では、年間1600万人の人が外国に行く。外国からもたくさん人が来る。実際に海

外に行かずとも、情報も取ろうと思えばインターネットでも、どこからでもそして誰もが、どこにでもアクセスできるというすごい時代になったわけですから。そうすると自然と、比較が起きます。たとえば、テレビで『ER』なんかを見ると、「おっ、アメリカのお医者さんかっこいいな」と感じる。しかし日本の医師はかなり違う。当然なせいで、ということになりますね。つまり、みんなが世界中のものをみることによって、教育を含めた日本の医療界のおかしな点に気づき始めたのです。



東海大学医学部部長

## 黒川 清

(くろかわ・きよし)

1936年 東京生まれ

1955年 成蹊高等学校卒業

1962年 東京大学医学部卒業後、同大学医学部附属病院インターン

1963年 東京大学医学部第一内科 / 医学研究科大学院 (医学博士)

1968年 東京大学医学部第一内科助手

1969年 ペンシルバニア大学医学部生化学助手

1971年 UCLA (University of California at Los Angeles) 医学部内科上級

研究員

1973年 UCLA医学部内科助教授

1974年 University of Southern California 医学部内科準教授

1977年 UCLA医学部内科準教授

1979年 UCLA医学部内科教授

1983年 東京大学医学部第四内科助教授

1989年 東京大学医学部第一内科教授

1996年 東海大学教授、医学部部長

1997年 東京大学名誉教授

1999年 紫綬褒章受勲

2000年 日本学術会議副会長

実学と受けとめられていました。かなり技術的な体系ですから。しかし、さつき申し上げたように、キリスト教的な神が支配している世界の中で、人間がどういふふうに関の計画を実現していくのに参画できるか、その参画するための技術を学ぶのが実学としての医学の位置づけだったわけです。たとえば、病気で苦しんでいる人を仲間として助ける。それが神の計画を実現していく一助となる、というように結び付けられていたのです。

それが、ある意味で壊れたのが18世紀だと思います。18世紀になって、ヨーロッパは一度、ものすごい実験をやったんですね。その実験というのは、社会の隅々まで広がっているキリスト教をいったんキャンセルすること。大学もまたその例外ではありませんでした。19世紀にかけて、新しい近代的な大学が作り上げられていく過程の中でも、神学部を廃止することはできませんでしたが、知識の追求、「教える自由」と学が自由」という有名な言葉通り、「学問をすることはどこかで、神の計画に人間がかかわっていくことなんだ」という概念を、学問から切り離してしまっただけですね。私はそれを学問の世俗化と呼んでいます。セキユラリゼーションと言いますか。そういう世俗化された学問として、物理学だとか地質学、考古学や経済学、社会学というものが、近代的な大学の中にあってひとつの科学として成立していったのです。そのプロセスで、医学や法学も、場合

によっては神学や哲学さえも、その中のひとつになってしまった。そういう革命が18世紀から19世紀にかけてあったんですが、日本は、ヨーロッパにおけるその18〜19世紀に現れた、革命的な最先端の大学システムを取り込んだんです。

### 国策として、実学面ばかりが重視された日本の大学教育

黒川：明治維新のころのことですか？

村上：そうですね。1877年、東京大学が、最初にできたヨーロッパ流の大学ですが、神学部がありません。当時、世界の大学と名乗っているところで、神学部がないのは東京大学だけなんです。もうひとつ、世界で最初のこととは、これもよく言う話ですけども、1886年に東京大学は工学部を取り込みました。基本的には工学部というのは大学の中にはないというのが、世界的認識だったんですが日本は工学も大学の学部の一部だということを平気で認めている。

黒川：産業革命から帝国主義になって、イギリス、ロシア、ドイツ、フランス、アメリカが植民地拡大のプロセスで中国に侵攻し始めた時期。日本は開国したばかりで列強に植民地化されないために必死だった。国の政策としては、いかにして早く工業化するかと

いうミッションがあったわけですね。ヨーロッパの大学が持つ何百年の歴史と教育が培われてきたキリスト教的思想は抜きにして、とにかくスタイルというシステムを取り込み、早く国家にとって有効な人間を育てるのが最重要だった。そのためには、工学部を設置することも必然だったのでしょう。

## 医学はキリスト教の精神にのっとったプロフェッショナルスキルの伝授だった(村上)

柳澤：明治維新があつて、富国強兵策にのっとった形で国力を増強させることを第一義として成立した日本の教育は、やはりヨーロッパの学問や教育の歴史と比べると、かなり実学的な面が強調されてきたように思います。その影響が今になって出てきている。

たとえば、日本人の就学率が非常に高いにもかかわらず、いわゆる学問の成果を持っている人はごくわずかなのも、そんなところに原因の一端がありそうですね。今みたいな経済大国になったら、本来なら純粋学問というのはもっと尊重されなくちゃいけないし、そういうことをやる人間が出なければいけない。でも、明治時代からの教育によって、真理探究とか純粋学問ということではなくて、むしろどれだけ実利的であるか、あるいは実学に役に立

つかということが、大学に使命感として植え付けられてしまった。今となっても、大学改革というと、リベラル・アーツを減らして実学を増やしようという学問というものはどういふものかということをもつと学生に教えるべきだし、純粋学問なら純粋学問、あるいは研究なら研究だけの面白さとか喜びというものを実感して、それを現実の場面で生かしていけるようなシステムがなければならぬ。

また、いろいろな領域の研究に、日本の学者はそれなりに参加するけれども、そういう参加する人たちのモチベーションというか、研究を進めるうえでドライプする原動力となっているものは何かということもちゃんと考えてみないといけないと思っただけですね。いつになっても、アメリカと競争するためにやるとか、いい研究成果を出せばいいポストにつけるといった、そういう実利的な面というのが依然としてかなり多いですね。今の教育は、テクニシヤンみたいな医師ばかりを一生懸命にやって作っているように思えてなりません。



国際基督教大学教授

## 村上陽一郎

(むらかみ・よういちろう)

1936年 東京に生まれる  
1962年 東京大学教養学部教養学科卒業  
1966年 東京大学大学院人文科学研究科文学・比較文化博士課程修了

1965年 上智大学理工学部助手  
1968年 上智大学文学部講師  
1971年 上智大学理工学部助教授

1973年 東京大学教養学部助教授  
1986年 東京大学教養学部教授  
1989年 東京大学先端科学技術研究センター教授  
1993年 同センター長、東京大学評議員  
1995年 国際基督教大学教授  
(1996年 東京大学名誉教授)  
2000年 国際基督教大学大学院部長



国立中部病院・長寿医療研究センター院長

## 柳澤信夫

(やなぎさわ・のぶお)

- |       |   |       |                       |
|-------|---|-------|-----------------------|
| 1935年 | 東京生まれ                                     | 1971年 | 東京大学医学部附属病院助手(神経内科)復職 |
| 1954年 | 東京都立大学附属高等学校卒業                            | 1973年 | 信州大学医学部内科学第三講座(新設)助教授 |
| 1960年 | 東京大学医学部卒業                                 | 1980年 | 同 内科学第三講座教授           |
| 1961年 | インターン修了 東京大学大学院入学・医学部脳研究施設                | 1992年 | 信州大学評議員併任             |
| 1965年 | 大学院修了 医学博士取得<br>東京大学医学部脳研究施設神経内科入局        | 1993年 | 信州大学医学部附属病院院長併任       |
|       | 東京大学医学部附属病院助手(神経内科)                       | 1996年 | 信州大学医学部長併任            |
| 1969年 | アメリカ合衆国Harvard大学霊長類研究所生理学部門(D.Denny-Brown | 1997年 | 国立中部病院・長寿医療研究センター院長   |
|       |   | 1999年 | 信州大学名誉教授              |

## 普遍性を持つ、アメリカの教育システムに学ぶ

黒川…そういう大学とか研究者のシステムは、イギリスやフランス、ドイツなど自国で培ってきた歴史を持っていて、それなりのシステムでみんな動いているし、それなりの価値観もある。しかし、日本はそういうことを十分に考えないで、徳川時代からの精神構造のままで付け焼き刃的に「西欧化」に突っ走ってきたから、無理があるんですね。

その点で、僕が注目しているのが、アメリカのシステム。アメリカは多国籍民族で移民の国。常に新しいものを

そうです。これからの日本は、アメリカのシステムをもっともっと知って、導入していくべきです。

村上…黒川先生の持論ですね。

黒川…アメリカでは医学部に行くには、大学4年が終わってからメディカルスクールに行く。卒業後はコンピュータのマッチングで全国レベルで研修先を決めるので、そこではコネや人脈など入り込む余地はありません。しかも、たとえば胸部外科医になる人は、日本だと大部分が出身大学の胸部外科の医局に入るように誘われたりするんですが、アメリカの場合は、胸部外科

る背景と実績がなければ、先進国日本は取り残されます。僕が非常に危機感を持っているのは、インド、パキスタン、バングラデシュ、シンガポール、オーストラリア、マレーシアなどのアジアのリーダーはみんな、ブリティッシュエデュケイティドの人なんです。それはコロナだとかいろいろ理由はあってもいいですね。

村上…最近ではアメリカ。

黒川…そうですね。残りの、日本以外の中国、韓国、台湾などのアジアのリーダーは、アメリカで高等教育を受けた人が多いけれど、日本では企業や教育、研究、行政、政治も日本の高等教育を受けた人しかリーダーになるシステムに入れない。これは、将来すごいハンディになってくると僕は思っています。

## 教授と学生、医者と患者 激変する関係性

黒川…それからシステムの改革も大切ですが、柳澤先生も東大の神経内科にいたから立派な先生になったというわけじゃないと思います。先生は豊倉先生に会い、榎林先生の研究室にいたということなどが、柳澤先生の今の基になっていると思う。先生が東大の医学部を出たということは、大事な要因ですが、キャリアの選択と形成において決定的に重要なことだったとは私

は思いません。今の先生の座標軸というか人生にとって、僕もそうなんですが、どこの大学に行ったということはたいして意味がない。誰に会ったかということ、特に若いときに、誰に会ったかということが、自分の方向を決めていると思うんです。大学でもないし、病院でもないし、大切なのはやっぱり人なんです。

柳澤…そういう意味では、大学教官の資質と能力の問題は大きいですね。日本では、伝統的に国立大学で教育が軽視されてきたくらいがあります。とくに第二次世界大戦後は学問の自由が強調されて、教官の教育能力や実践についての評価が、制度上も、実質的にも行われてこなかった。私たちが教養学部の場合は、学生のレベルなどにはまったくおかまいなく一方的に難しい講義をする先生が自然科学には多かったです。医学部でも同じようで、そのころあったインターンでは、臨床の教室に行くとき、君たちは邪魔だ、来られて迷惑だと指導医がガイダンスの時にはつきり言った科もありました。我々もそんなものかと思って、医学の勉強は卒業してからやるかと思いき、哲学、倫理学、論理学などの単位をとり、ヘーゲルの輪読をしたりして学生時代を過ごしました。当時としては、それはそれで良かったと思います。

現在、医学教育の改革が黒川先生たちの主導で行われていますが、私立大学や自治医大を中心に学生のモチベー

## 教官の教育能力についての評価が、

## 制度上も実質的にも行われてこなかった(柳澤)

作ろうと、バイオニア精神でやっているわけです。で、作っているものは歴史が浅いだけに変えやすい。しかも多国籍民族だから、できてきたものは、いろんな背景を持つ人にとって普遍的な価値を持っている。研究者の給料のあり方にしてもそうだし、高等教育のやり方や、医師の養成にしても。だからこそ、今、アメリカの高等教育は、あれだけ魅力があつて、国際的に共有できる価値があり、コンペティティブな人がみんな行く。研究のシステムも

の人たちが、何人必要だということを決めて決めているので、今年25人と決まっていたら、その25人のポジションを巡ってものすごい競争になる。その後専門医になるためには、「混ざり合い」、「他流試合」をしながらかしい関門がいくつもあるわけです。こういうことをしなない限り、医師の質は保証されませんよ。

日本がもし、日本独特のシステムがいいんだと力説するのであれば、日本が世界のスタンダードだと世界が認め

ションを高める形で着実に成果をあげています。しかし国立大学ではなかなか動きが遅く、早くから専門教育を始めているという、形だけの変化にとどまらず教官は教育が第一の職務であるというあたり前のことを自覚し、それに自分の評価がかかっていることをよく認識するという意識改革が求められるでしょう。

黒川…僕が東海大学の医学部の先生たちに言っているのは、毎年新しい人が入ってきて、彼らは将来お医者さんになるうとしていて、その人たちに先生方は見られているんだと。常に自分はロールモデル（お手本）として見られているということを意識してほしいと。教育者にはそういうメンタリティが大事でしょう。

村上…大学の教員ってというのは、何の資格もなくもなれるわけですよ。

黒川…無資格だからね。しかも混ざらない。閉鎖社会で井の中の蛙になっている。でもね、これから世の中変わりますよ。たとえば、Eメールでやり

取りする全国の学生同士のディスカッショングループができていて、学生さんがケーススタディをぼんぼんやるんです。僕も仲間に入ったのですが、今もう200人以上はいると思います。将来は、全国の学生を入れちゃおうと思ってるんですよ（笑）。もちろん海外もね。そのグループの中で話題は、テキストブックは何がいいかと、うちの大学ではこんな授業をしているとか、臨床研修のやり方はとか……。評価がスタンダードになつてくると、評価しているのは学生です。さらに、これに海外の学生が入ってくれば、学生が受けたい教育、受けるプロダクトの価値、この評価がグローバルになってくる。新時代の教育です。

村上…教える側もうかうかしていらなくなる。そのような学生と教授の関係性の変化は、患者と医者の間にも起こっていますよ。

黒川…あります。インターネットのおかげで、患者さんのほうからも情報を取ろうと思えば取れるようになってきた。アメリカの学会では、いろんなデータをランキングづけしている。誰でもアクセスできるから、患者さんは

報も患者さんとシェアしていかないと、いけなくなると思っていますよ。

村上…HIVの感染者のグループは、それこそ世界中から最新の論文を読んで、最新の情報を集めていますものね。

黒川…患者さんからすれば、「どうして最新の治療をやってくれないんですか」とこうなる。

村上…HIVの患者さんを一度も見たことがないお医者さんよりは、はるかにHIVについて患者さんのほうがよく知っていますよ。

黒川…実は今、医療事故とかの話があると、患者さん同士のネットワークができていて、団結して医師や病院の情報交換しているケースも多くなっています。インターネットの威力はすごいなと思っただけですが、学生同士が大学を超えてディスカッショングループを作り、日本の教科書を評価しているのと同じような現象として、患者さん同士で病院や医師の評価が非常に広い範囲で行われるようになってきているんです。

今までは医者の評価というのは、ある種タブー視されてきたような風潮がありました。情報化社会ではそうはいきません。競争の原理が医療界でも働くようになれば、当然ですが、医療教育の方法論も質も変わらざるを得ま

せんし、教授や大学のレベルもシビアに考えられるようになる。医学、医療教育の改革は、社会変化になんとか追いつこうと引きずられるように進んでいるというのが現状かもしれません。

### 一般教養を身につけたうえで 医師への道を選択する制度を

中村…最後に、それぞれの方から、これからの医療教育について、お言葉をいただきたいと思います。

村上…私は、リサーチ・ユニバーシティと、リベラル・アーツ・カレッジというのには、必ずしもいつもしょでなくてはならないと思わないんですね。リベラル・アーツ・カレッジというのが、日本社会の中のユニバーシティにおいて、かなり中核的な部分を占めるようにならないといけないんじゃないかと思っています。そしてそういうところで、人間的にもいろんな形で成熟し、いろんな人に出会い、いろんな学問に出会い、いろんな可能性に出会ったうえで、医学や薬学、コ・メディカルをめざすというようなことになるべきでしょう。

今までの日本における一般教育、一般教養の在り方をそのまま、残せばいいと言っているわけではありません。これまでの一般教育については、ものすごく反省すべき点がたくさんあって、実は本当に一般教育という名目で、リベラル・アーツ教育をやっていたのか



家族といっしょになつて、今何が良い治療方法かということをみんな知っている。日本でもじき、同じような状況になるでしょう。ですから、医療に関する情





スとなる、いわばリベラル・アーツそのものについての学習の機会、自分で勉強するようなモチーフを持つ機会です。

ということに対する深刻な反省は、一般教育を担当してきた人間として私自身が、痛切に感じなきゃいけないと思っっているんです。だから、日本における一般教育自体への意識改革を前提として、医学部におけるリベラル・アーツ教育の重要性を問いかけていきたいですね。

柳澤…僕の言いたいことも、今、村上先生がおっしゃったこととかなり共通している部分があつて、結局医療教育で、今、いちばん欠けているのは、患者さんを見て見るといふ姿勢だと思つてですね。病気として、あるいは症候として見る、場合によっては研究の対象として見る、という見方といふのは、決して良くないとは言われないけれども、医療従事者あるいは医者が患者さんの側から求められていることは、やはり人として見て、人として治してほしいということなわけです。そういう点で何が欠けているといたしたら、基本となる医学の知識、あるいは医療の技術の教育ではなくて、もっとベー

スとなる、いわばリベラル・アーツそのものについての学習の機会、自分で勉強するようなモチーフを持つ機会です。看護婦さんは、3年教育で、卒業してすぐ直接患者さんに接するのですが、自分たちの教養教育が非常に欠けていて、人としての患者さんに接するうえで足りないものが多すぎると言つて、放送大学で学ぶなど、実際に行動に移す看護婦さんが多いですね。実は医者のほうが、最近はそのような教養教育を受けていないにもかかわらず、卒業した途端にほとんど技術も何も無いのに、専門家であるといふふうに錯覚をして、すぐに患者さんに対して医療行為を行う。それは、最初は未熟であるのやむを得ないんだけれども、未熟であることへの自覚、どういふふうにして患者さんを診ていくかということについて勉強するモチーフを持つていなければ、いくら年や医療の経験を重ねたつて、医者として成長していくことができない。そういう医師が少なくないのが現状です。

黒川…最初に言つたように、グローバル・アーツを学ぶ場、たとえば、カレッジのようなどころで勉強した人間と混ぜ合わせて学生経験をさせるという形もいいたるし、今の一貫した高等学校から大学の教育の中で、どういふふうに教養教育を位置づけるかをもう一度きちんと考え直す必要があるでしょう。

中村…みなさんの貴重なご意見、たいへん参考になりました。これからのマガジンの編集にもぜひ、生かしていきたいと思つています。本日はどうもありがとうございました

それから、特に今後の教養教育、あるいは医療教育全体の中に、『人間学』といふべきものを取り入れなければいけないと思つています。これからの高齢社会では、慢性的の病気を持った高齢者が多くなります。その医療は従来の急性疾患に対するものと同じではありませぬ。すでに高齢社会の歴史が長いヨーロッパでは、anthropologyと言つて老人の心理から社会的特性を個人から社会レベルまで扱う学問があります。日本にはまだありません。介護保険にしても、受益者が何を求め、どういふ状況にあるかについて、乏しい個々の経験とビュロクラシーに基づいて行われているのが現状です。西欧と異なる日本の特性に合ったものといつても、その方針の基礎になる学問がないことを自覚してこれからの対策を考えることが必要です。これからの医療教育は社会科学を含めて大きく変わることが求められているわけで、その方向性については私たちもいろいろ発言しなければならぬと思つています。

ブレア首相が首相になったとき、記者団に「大事な政策を3つ挙げるとしたら？」と聞かれた。それに対して彼は「一に教育、二に教育、もし三も言えつて言つたら三も教育だ」と答えたそうなんです。これはすばらしいことですよ。やっぱりすごい見識だなあと思つています。

教育の持つ重要性は計り知れませんが、我々に残された時間を一杯使つて教育改革に努めたいと思つています。これが大学の最大の責務です。若い人たちが、日本の将来なのですから、もちろん若い方たちにも、若い力をもつて自分たちの生きていく医療界を変えていってほしいと思つています。