

シリーズ 21世紀の医療を考える③

日本の医学教育に求められるもの(上)

21世紀の国際化時代に求められる「プロ」を目指せ！

東海大学医学部長・日本学会議副会長 黒川 清

1 はじめに

20世紀の日本の医学教育と医師の育成について考えるには、日本の欧米型近代化、科学の進歩、そして急速な医科学、ヒトゲノム解読を含む生命科学の進歩を考える必要がある。日本の20世紀前半は明治維新を経て、徳川幕府による鎖国と前近代的封建社会体制から、日本を囲む帝国主義の領土拡大を目指す列強に対抗できる近代工業国への変身を迫られ、諸外国の視察と政治的決断に基づいて、「脱亜入欧」をモデルとして急速な近代的社会への転換をはかってきた。西欧医学導入と医師育成も急務であった。このモデルは日清戦争、さらに20世紀はじめの日露戦争での勝利という成果をおさめたが、そのままの体制の推進により、勝利の見込みのない第二次世界大戦へと突入し、予測された敗戦という結末に至った。

戦後の20世紀後半は、日米関係を軸として経済大国(けっして政治、教育、文化、そして高等教育としての大国ではなかったのだが!)としてG7先進国入りした。医療制度としては、昭和36年の国民皆保険制度のもと、GDPに比べて低コストで比較的「質のよい」医療を提供してきた。しかしこの20世紀最後の10～20年の急速な高齢化、高学歴化、少子化、そして、90年以後の経済の低迷とともに、医療コスト削減へ向けて様々な対策がとられつつある。一方、「交通」と「情報」の手段の急速な、しかも革命的な発達、世界を「ボーダーレス」とし、情報の「国際的な共有化」を可能にした。

このような背景から、多くの日本人が世界へ出かけ(年間1600万人の人が海外へ出かけ、数百万の人が海外から日本を訪れる)、テレビ、インターネット等を通じて世界を駆け巡る情報化の時代、国民の個人の権利と自意識の向上とともに、医師と患者をめぐる環境も変わってきている。世界の出来事を国民の目から隠すことはできない。そして日本でのことは世界中の人がリアルタイムで見ている。この急速な国際化への変化は、おそらく1989年ベルリンの壁の崩壊にはじまり、冷戦の終結を強制し、1994年のNetscape NavigatorによるInternetを介した情報の急速な世界的広がりをもたらしたことが大きな要因になっている。これらの影響は、好むと好まざるとに関わらず日本を(そしてどこの国でもあるが)、世界に大きく取りこんでしまった。

経済大国G7としての先進国入りとともに日本の国際社会での役割と責任と期待は変わった。戦後50年の医療のなかで中心的役割を果たす医師の臨床教育、研修が本当に国際的にみても満足すべきものであったのかは、じつは擬わしい。日本の医療においては、経済成長があったからこそ可能な検査器機、診断機器類が異常に突出している。MRI(磁気共鳴映像法)、CT(コンピュータ断層撮映法)、ESWL(体外衝撃波結石破砕法)などの高額医療器機の普及も、対人口比で異常に高い。これらの背景から、これまでの医療制度に問題あることは一目瞭然であろう。その一方で、基本的な医師の臨床能力が向上してきたとはいえない。ドイツ制度に由来する縦割りの、教授を頂点とする講座制による医学教育の一方で、医学博士を取得させる「学位制度」、そして大学中心の医師の前近代的人事支配のシステムで曲がりなりにも済んでいたものが、「情報化」「国際化」とともに外からの評価を受け、国民からの要請も変わってきた。医学教育、研修、生涯教育等のあり方が広く議論されている。そこで「医師の教育と研修」の「グローバルスタンダード」は何かということになる。

ところで、明治期の高等教育にあたって、ドイツ式を採用したのは政治的決断であった。これに対して、福沢諭吉は国に統制された高等教育システムとしての帝国大学を批判し、慶応義塾を創立したことはよく知られている。しかし、ドイツでは「縦割りの講座制」といっても「助教授」から「教授」への昇進はさせないことになっている。この利点は明らかであろう。助教授は教授に「へつらう」必要がないし、そのような人は排除される。「外」で他人の「めし」を食って、成長しなくてはならない。これは西欧の一員であるドイツの長い大学の歴史からの「知恵」であり、「純粹培養」を避けるメカニズムなのであろうが、そのような点は日本では取り入れられなかった。明治期の日本のシステムの多くは、諸外国に学んだが、「形」は取り入れても、運用への「精神」は「日本式」にしていることが多い。これは今現在でもいえることである。

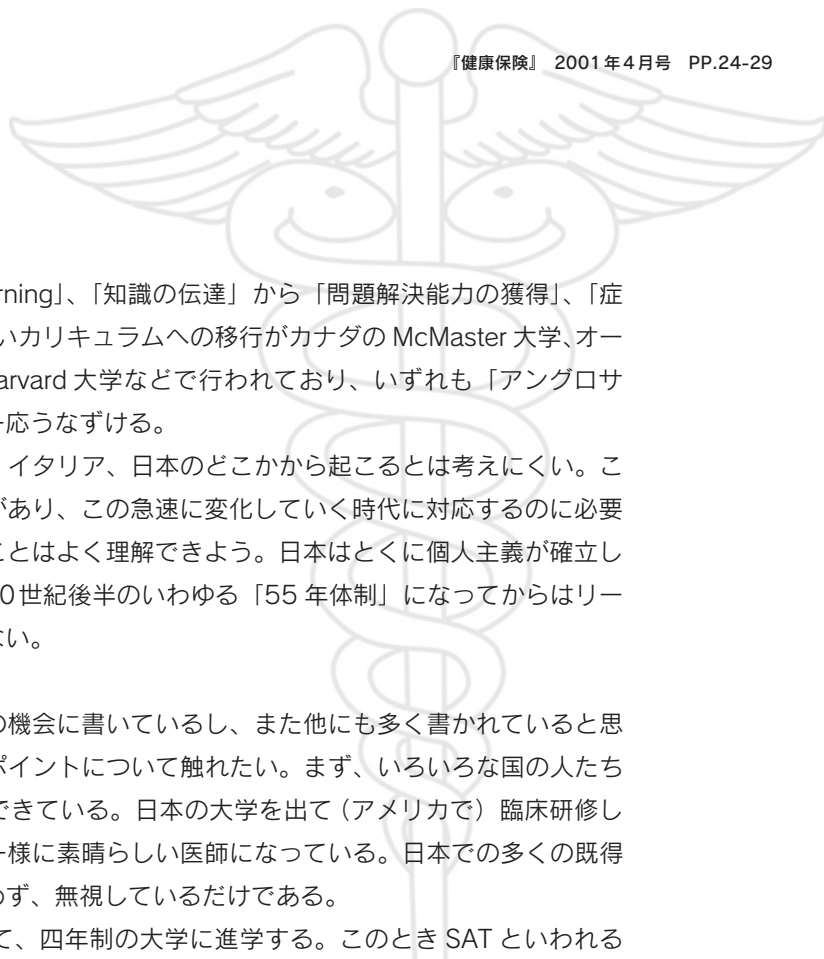
医師については、よく「医局」や「講座制」が問題にされる。しかし、これは何も医師の教育、育成にかかわることだけではないのだ。日本人の「タテのムラ社会」の精神構造そのものなのだ。それでは、東京三菱銀行に入社して10年で住友銀行に移れるか？朝日新聞に入社して10年したら読売新聞に移れるか？このようなヨコに動けない社会は、徳川時代の260年余の鎖国で完成された日本人の精神構造によくマッチしているのだろう。これが完成したのはいわゆる「55年体制」であったと思われる。しかし、いまや、終身雇用が危うくなり、大きな退職金も期待できなくなると、若い人たちは個人としての実力が求められ、しかも会社も定年までもつかどうか分からない。雇用に対する意識も変化してくる。大きな変化が医師ばかりでなく、日本社会全体に起こりつつある。医師や医学教育ばかり責めても仕方がない。これらは「日本の問題」なのだから。

この論文に書かれた内容と趣旨はすでにいくつかの機会に発表しており、本文は基本的には文献1～5に加筆、編集したものである。これに関係した論文もいくつか発表しているので参考にされたい（教育と臨床研修については文献1～11：研究については文献13～15：政策については文献16など）。また、日本人でアメリカの医学教育や研修を実際に経験している人はごく限られているので、そのような経験を書き記した文献6,7,17,18も参考にしていきたい。また日本の高等教育全般の問題は文献19,20が参考になる。国際化およびダボス会議については文献21～24が参考になる。日本人の精神構造については文献25～27をお勧めする。

2 アメリカ式にみる「グローバルスタンダード」

国際化の時代を迎えて、「医学教育と研修のグローバルスタンダード」はアメリカの医学教育と臨床研修ということになる。なぜイギリス、フランス、ドイツではないのか。なぜ日本、ロシア、中国ではないのか。まず第一にアメリカはまだ建国200年にも満たないため歴史が浅く、特有の文化と歴史的な制約が少ない。しかもイギリス系のアングロサクソンを基本としてはいるが、「フロンティア精神」で新しいものを追及する。フランス、ドイツ、日本などではそれぞれに特有な歴史的、文化的背景による「しきたり」があり「改革」はどちらかといえば難しいし、また時間がかかる。第二にアメリカは多国籍国家で、どのような「改革」であれ、そこから文化的、民族的背景を超えた普遍的な価値観が生まれやすい。したがって、多くの国に受け入れられやすいし、参考になる。第三にアメリカは日本と同様、高学歴社会である。40～50%の人が大学（短期大学を含む）卒の学歴をもつ。

しかし、これらのアメリカでの医師を含めた「プロ教育」の原形もイギリスにあり、結局「医学教育と研修のグローバルスタンダード」は「アングロサクソンアメリカン」ということになる。この点についての詳細は別の機会に譲るが、最近の医学教育の「改革」、すなわち「一方通行の講義」から「small



group で interactive]、[teaching] から [learning]、[知識の伝達] から [問題解決能力の獲得]、[症例に基づいた基礎科目の理解]へとといった新しいカリキュラムへの移行がカナダの McMaster 大学、オーストラリアの Newcastle 大学、アメリカの Harvard 大学などで行われており、いずれも「アングロサクソンアメリカン」を背景としていることも一応うなずける。

このような改革が、まずフランス、ドイツ、イタリア、日本のどこから起こるとは考えにくい。これらの国はアメリカとは違い固有の長い歴史があり、この急速に変化していく時代に対応するのに必要な速さと変革にはアメリカより時間がかかることはよく理解できよう。日本はとくに個人主義が確立しておらず、全体主義社会国家であり、とくに 20 世紀後半のいわゆる「55 年体制」になってからはリーダーが出にくく、変化にはきわめて適していない。

アメリカの医学教育については、いくつかの機会に書いているし、また他にも多く書かれていると思うので、詳細には述べず、いくつかの重要なポイントについて触れたい。まず、いろいろな国の人たちでも必ず一定レベルの医師にするシステムができている。日本の大学を出て（アメリカで）臨床研修した数少ない人たちを見てもそれがわかる。皆一様に素晴らしい医師になっている。日本で多くの既得権と権威をもつ人たちが、自信がないので認めず、無視しているだけである。

このシステムでは、まず高等学校を卒業して、四年制の大学に進学する。このとき SAT といわれる数学と英語（日本の国語に相当する）は、進学希望者全員、必修である。文系も理系もない。この大学のシステムは「アンダーグラジュエイト」ないしは「カレッジ」といわれるもので、日本で考えるような「学部教育」ではない。リベラルアーツ教育である。

医学部に進むことを考えている学生は、競争が激しいので、基本的に、この大学四年間の成績は重要であり、じつによく勉強する。一流大学に進学できた学生にとって、入学してから毎日、朝 4～5 時までの勉強は普通といえる。そして、物理、数学、生物、科学は 1、2 学期（1 年 2 学期制）必修であるが、後は何を履修してもよい。「主専攻（メジャーといわれる）」は生物や化学とする学生が多いことは確かだが、その他、政治、経済、国際経済、中世の美術等々、学生の「主専攻」はじつに多岐にわたる。そして、3 年が終わる頃に MCAT という医学部進学のための「共通一次試験」を受ける必要がある。また、夏休み中に「医学、生物系」研究室で summer student として過ごすとか、病院で volunteer として働くなどして、自分の医師への適性をテストしたり、推薦状をもらったりする。これらを総合して、願書を提出するのだが、その際、希望する大学医学部をリストにして、「入試事務センター」に提出する。そこで全部の希望の大学に願書が送られる仕組みとなっている。

では、各医学部はどのようにして学生を選ぶのか。送られてきた願書から、大学 3 年間の成績、MCAT の成績、推薦状などを調べて、どうしても欲しい学生を書類選考し、4 年の新学期の始まる 10 月頃からこれらの学生を「interview」に招く。一日大学で過ごし教員、学生を含めたいろいろな人と会う。そして大学が満足すればその学生に 12 月頃には入学許可が来る。その学生が非常に優秀で希望の大学が他にもあれば、返事はしばらく pending にするだろう。そして優秀な学生であればあるほど早く、いくつかの大学から「interview」があり、早くに進学が決まる。評判の高い大学ほど早くから優れた学生を「interview」に呼んで入学許可すれば「yes」の返事をくれる可能性が高いので、12 月、1 月とどんどん定員が埋まっていく。逆に、あまり成績が良くなかったり、際立ったものがなかったりすると、いつまでも「interview」の「お呼び」がかからない。また、そういった学生は「interview」の「お呼び」があっても、「駄目でした」という返事しか来ない。5 月、6 月になっても「お呼び」がかからない学生はまずあきらめざるを得ない。9 月が新学期だから、どこの医学部でも 6、7 月には定員を満たす。

医療制度の「改革」で専門医指向が困難になっていても、それほど医学部は人気が高い。優秀な学生ほど早く医学部進学が決まり、評判の良い大学ほど良い学生を早々と集めることが出来る。人気のない大学は良い学生を集めるのに苦労する。学生を評価するにあたっては、開かれた場での相互評価が定着している。単に成績が良いだけでなく（成績が良いことは必須であるが）、「何かにない優れた点」が高い評価を受ける。たとえば、スポーツの大学代表選手とか、全米ナンバーワンとか、オリンピック代表になったとか、ピアニストとしての実績が際立っているとか、である。つまり「high achiever」であることが評価されるといえよう。

3 「純粋培養」でない「混ざる」ことの大切さ

ここで、大事なことは、この「4+4年制」のアメリカの医学教育制度で、同じ大学に進むのはごく一部だということである。Stanford にしろ Harvard の医学部にしろ、これらの大学の「カレッジ」卒業者は入学者の20～25%程度だということである（こんなことを日本の大学が、そして社会が考えるだろうか。これが「日本の常識」は「世界の非常識」の一例である）。意識的に全国から学生を集める、混ざることを基本としているのである。アメリカでは多くの学生（70～75%位）は「4+4年」を「ストレート」ですすむ何年かの社会人経験者も多い。

ちなみにこの「混ざる」アメリカのシステムは、開かれた大学の評価を定着させ、大学にも良い学生を集めるための教員の充実など多くの圧力をかけ、健全な競争と評価を可能としている。これは日本と対照的である。日本では大学入学試験が唯一の全国で開かれた「オープンコンペティション」であり、後は「大学、卒業」と、他と混ざらないきわめて「閉鎖的などつぱり村社会」へとひたすら進む。医師も例外でなく、大部分は卒業した大学の「医局」（これが何が何だか訳が分からないものだが）に入り、「関連病院へ出向」しながら、講座制を維持し、「既得権」と「既存のシステム」の維持に努める。このような「inbreeding（純粋培養）は必ず腐る」というのが、長い人間の歴史の教えるところであり、アメリカではこれを避けるシステムが取り入れられている（最近ある外国人から聞いた話であるが、某超有名国立大学の教授たちとの議論中に「inbreeding」の問題を話題にしたところ、教授たちがこの言葉さえ知らなかったということである）。

医学部を卒業すると臨床研修であるが、これも全国規模のコンピューターによる「matching」で、病院と学生の相互の希望とランキングで決まる。医学部に入るときと同じように、評判の良い病院には優れた学生が集まり、優れた学生は良い病院で研修できる可能性が高い。そしてこの制度は、各々の医学部教育が相互に開かれた場所で評価しあえるという利点がある、医学部は当然のごとく、教育改革に熱心であり、良い教員を引っばろうとする。研修病院でも同じことで、外部からの評価が常に行われるので、より良い研修プログラムと教員の充実に努力することになる。

このような、各々のレベルで混ざりあうことこそが、最近日本でも聞きなれた言葉になってきた「peer review（同僚審査）」の基本になる。つまり、医師という「プロ」になる存々のステップで全国的に混ざるからこそ、はじめてよそと比べられるのであり、また相互評価が、より客観的で公平で普遍的な尺度ででき上がってくるのである。最近、日本でも「自己評価」や「外部評価」などといわれているが、大学入学試験以外には、基本的にこのように混ざることはない日本の大学では、「自己評価」とか「外部評価」の委員になる人も基本的に「よそ」を知らないのだから、何を「基準」に評価するのか、きわ

めて疑問といわざるを得ない。以上のようなアメリカのシステムを日本に当てはめて、胸に手を当てて「よく」考えてみると、「混ざらない」、したがって「開かれていない」日本の大学教育では外部評価などは不可能なことがよく理解出来るであろう。この点で、日本では大学入試だけが唯一の「オープンコンペティション」であるからこそ、「進学塾」の評価は全国に開かれていて、「教え上手の先生」は給料が良いのである。他にこんなシステムが日本にあるだろうか。このシステムでは、授業料を自由に設定できる。「開かれた競争」のメリットが読み取れると思う。

4 高学歴社会にマッチする「4+4 年制」

アメリカの「4+4 年」の医学部の制度は、現在のような高学歴社会となった日本ではきわめて参考になる制度である。ここでの医学部は「大学院」であり、「メディカルスクール」といわれる制度である。日本のようなドイツの大学制度にのっつた「学位制度」はない。医学部卒業とともに「MD」となる。この「学士入学」制度の利点、問題点については、すでにいくつか発表しているので参照されたいが（参考文献参照）、文部省（現文部科学省）でも、このような『「4+4 年制」メディカルスクール構想』を打ち出しており、人気の高いことをみても、もっと拡大してもいい制度と思われる。

しかし、日本でこの制度の導入が難しい理由に、総学生数が減少するということがある。国立では「教員定員減」がネックになっており、また私立大学では「授業料収入減」なので、というように本質とはまったく関係のない理由で実行しにくいという。まことに情けない現状といえる。この「4+4 年」メディカルスクール制度は、たしかに学生がより「大人」であることなどから、一般的に「自己学習」の motivation が高く、これからの時代に必要とされる医学教育にきわめてマッチした優れた制度といえる。事実、オーストラリアでは、10 医科大学があり、従来からイギリス式の優れた教育をしていたにもかかわらず、1998 年度から三大学で一斉に 4 年制の大学を卒業した学士のみを採用することにしたことから、この『「4+4 年制」メディカルスクール方式』がこれからの時代の医学教育として高い評価を受けていることを示している（つづく）。

参考文献

1. 黒川清：「これからの医師の教育 21 世紀の国際化時代にマッチする「プロ」育成を」病院経営新事情 10 巻 209 号、平成 12 年 4 月 20 日号、p p .27 - 38
2. 黒川清：「グローバル化時代の医学教育と臨床研修。」治療 81 (4) : 12951 1301、平成 11 年
3. 黒川清：「二一世紀の医学と医療教育」（第二五回日本医学会総会講演）JMS、第 25 回医学会総会特別号 49 : p p .37-42、平成 11 年
4. 黒川清：「二一世紀の医師養成と大学病院像」病院 58 : p p .1106-1110、平成 11 年 12 月号
5. 黒川清：「医学教育をめぐる諸課題 - 国際化時代の「プロ」育成へ -」、週刊社会保障 . Vol.55、No. 2128 : p p .20-23、平成 13 年 3 月 19 日号
6. 黒川清、田邊功：「医を語る」、西村書店、平成 6 年
7. 黒川清：「日本とアメリカの医療」「アメリカと日本」、東京大学出版会、平成 6 年
8. 黒川清：「内科医への期待（第三回内科学会会頭講演）」、日本内科学会雑誌、85 巻、p p .1369-1378
9. 黒川清編集「医学教育を考える」- IDA 現代の高等教育、12 月号、平成 8 年
10. 黒川清：「医学教育はどのように改められるべきか」、からだの科学 9 月号臨時増刊、p p .98-102、平成 9 年
11. 黒川清：「医学教育と学士入学制度について」「校門春秋」、日本大学広報部、平成 9 年
12. 黒川清：医学教育特集「医学部学士入学制度の課題と問題点」、大学時報、平成 9 年

13. 黒川清：「二世紀の科学技術行政：今、すべきこと」科学新聞、平成 10 年 2 月 13 日号
14. 黒川清：「各国のシステムも参考に科学分野の競争力付けよ 未来への提言 より良い研究、教育の実現を目指して」科学新聞、平成 12 年 1 月 1 日号
15. 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、p p .40-45、平成 12 年 4 月号
16. 黒川清：「健康産業振興と内需拡大、土木重視からシフトを」日本経済新聞「時論」、平成 11 年 11 月 22 日
17. 赤津晴子：「アメリカの医学教育」日本評論社、平成 8 年
18. 赤津晴子：「続アメリカの医学教育」日本評論社、平成 11 年
19. Martin A Trow：「高学歴社会の大学」、天野郁夫、喜多村和之訳。東京大学出版会、197 6
20. 大崎仁：「『大学改革 1945-1999：新制大学一元化から二世紀の大学像』へ」有斐閣選書 1639、平成 11 年
21. トーマス・フリードマン：「レクサスとオリーブの木（上・下）」、東江一紀、服部清美訳。草思社、平成 12 年 2 月
22. サミュエル・ハンチントン：「文明の衝突と二世紀の日本」、鈴木主税訳。集英社新書、平成 12 年
23. ビジネススペシャル「ダボスの森、石原、鳩山氏 世界との、この絶望的な開き 政治家を笑っては済まされない」：日経ビジネス、2001 年 2 月 5 日号、p p .148-151
24. 「Instagnant Japan, Economic and Social Ills Match」：The New York Times, February6,2001
25. ヘネディクト、ルース・フルトン：「菊と刀日本文化の型（改版）」、社会思想社
26. 池上英子：「名誉と順応」、NTT 出版、平成 12 年
27. トク・ヘルツ編：「ヘルツの日記（上・下）」、菅沼竜太郎訳。岩波文庫