

シリーズ 21世紀の医療を考える④

## 日本の医学教育に求められるもの(下)

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・日本学術会議副会長 黒川 清

### 5 アメリカ医学部の臨床教育システム

医学部臨床教育カリキュラムとは、最近流行の「クリニカル・クラークシップ」であろう。では、「クリニカル・クラークシップ」とは何か。従来は、「臨床実習」とか「病室実習」と言っていたものが、「Bed Side Teaching: BST」とか「Bed Side Learning: BSL」になり、最近では「クリニカル・クラークシップ」であるという。

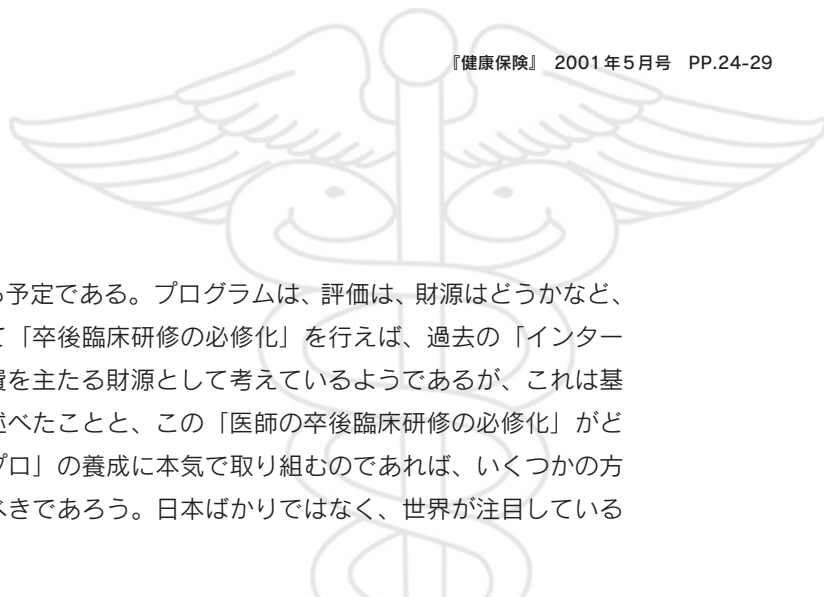
一体、何が違うのか。一般に日本では、何か問題になるとカタカナ、つまり、外来語を導入して、改革されたように錯覚することが多い、いや、ごまかしているというべきか。つまり、多くは言葉だけで、内容は基本的には違っていないことが多い。最近では「モラル・ハザード」、「コーポレート・ガバナンス」などがある。「コーポレート・ガバナンス」といっても、今まで会社はそんなにでたらめだったのか。そういう言い方をすると何かが変わるのか。きわめて疑わしい。「クリニカル・クラークシップ」も似ていはいないか。カタカナになって何かが変わったというのは錯覚であり、自己満足ではないのか。よく考えてみる必要があるだろう。

さてそこで「クリニカル・クラークシップ」とは何かだが、これは、はっきりいって、Johns Hopkins 大学の初代内科教授の William Osler から始まり、その後 100 年をかけて、すでに述べたような「混ざり合い」のなかでできあがってきた、きわめて完成度の高い「アメリカ医学部での臨床教育」と定義すべきものである。この定義をはっきりと理解しないと、いくら「クリニカル・クラークシップを導入した」といっても、共通の理解も得られないし、誤解の元、間違いを起こす元となる。正しく定義された「クリニカル・クラークシップ」は臨床教育システムとしてはきわめて効率がよく、学生の責任も重く、実効がある方式で、東海大学でもその成果が上がりつつある。アメリカで臨床実習を体験した人であればすぐにわかるが、この経験のない人にはなかなか理解できない。どういう一日を、どのように過ごすのか。どのように教育がなされるのか。ここでは述べないが、なるべく多くの人に実体験してもらうことが重要である。卒業臨床研修もアメリカのように自分の大学を離れて、外へ出て混ざったとなれば、学部教育へのプレッシャーとなる。それを考えてみただけでも、大学教育の評価、改善がなされることは想像に難くない。

東海大学では 5 年生の学生の 10 ~ 15 人を米国、英国（最近ではオーストラリアもある）の大学病院に派遣し 3 ~ 6 カ月の「クリニカル・クラークシップ」を体験させている。毎週 2 回、e-mail で報告（生活、患者、教育、先生のことなど何でもいい）させ、これにわれわれも返事をする。学生がどんどん成長するのがみてとれるし、ものの見方が広がっていくのが感じられる。さらに若手の教員も一週間ほどであるが、英米に派遣し「クリニカル・クラークシップ」を実体験してもらっている。60 人ほどがこのような経験をしているが、まだまだ充分とはいえない。

### 6 卒業臨床研修必修化への提案

厚生省医療審議会（2001 年 1 月の省庁再編に伴い廃止）は、21 世紀の医師の育成へ向けて「医師の卒業臨床研修の必修化」を打ち出した。平成 16 年 4 月からの施行に向けて、厚生労働省、文部科学



省など関係当局で具体的な方策の検討が始まる予定である。プログラムは、評価は、財源はどうかなど、多くの問題を抱えている。財源の確保なくして「卒後臨床研修の必修化」を行えば、過去の「インターン闘争」の轍を踏むことになる。現在は医療費を主たる財源として考えているようであるが、これは基本的に間違いであろう。そこで、この論文で述べたことと、この「医師の卒後臨床研修の必修化」がどのように関連してくるのであろうか。まず「プロ」の養成に本気で取り組むのであれば、いくつかの方策があるし、そのような方策の実現を目指すべきであろう。日本ばかりではなく、世界が注目していることを忘れてはいけない。

それらの内容、方策と財源は何か。まず、いくら「プログラム、カリキュラム」をいじっても何も変わらないことを深く認識すべきである。「医局講座制」、「縦割り」、「混ざらない」などを特徴とする基本的な教育と研修のシステムの構造と、それを支える医師たちの精神構造は明治以来から基本的に何も変わらないからである。「国民と社会への責任は何か」、をまず発信すべきであろう。したがって、ここでもすでに述べたようにアメリカのシステムが参考になる。すなわち、基本的なシステムとして、まず、卒後の研修病院は全国規模で病院と研修希望者とのコンピュータによるマッチングにする。各大学病院では自校の卒業生を30～40%以下とする。当分は「医局制度」はなくならないと思うので、2年の研修の後は、医局への入局は自由とする。システムとして混ざるので、「教育の成果」である卒業生が広く比べられることになり、教育への評価が全国レベルになる。学部教育の充実がはかれるのは明らかで、全国的に医学教育と研修の内容の向上に向けて速やかに実効ある施策がとられるだろう。

つぎに、このように混ざってきた2年目の研修医を4カ月の間、無医村に派遣させることとする。毎年7500人程度が医師になる。無医村は約1000弱あるので、各々の無医村に常時2～4人の2年目の研修医が滞在することになり、「無医村問題」は一応は解消する。宿舎の整備などは微々たるものだ。補正予算でも賄える。研修医は「プライマリケア」「家庭医学」「介護」「高齢者診療」など、多彩で最前線の診療を経験できる。研修病院ではみられないような医療を経験するはずである。新しい指導と支援の体制のネットワーク作りもできるだろう。

このような提案は国民、政治、行政にもアピールするし、良い医師を育てるための教育と研修の内容を「制度として」強制的に向上させることが広く理解される。したがって、研修のための財源を一般会計に要求することは広く支持されるだろう。具体的にはいくつか解決しなくてはならない問題はあろうが、基本的には国民に対して責任のある「プロ」教育の提言として支持されよう。医師を育てる側からの自己都合でない積極的な提言こそが、社会から求められているのである。このような趣旨に基づいて東海大学、北里大学、聖マリアンナ医科大学の3大学では、平成12年から卒後研修の一部交流を始めた。しかし、宿舎の問題などがあり、なかなか進まない。

## 7 「健康産業」で活力ある日本を目指せ

バブルがはじけて以来、「失われた10年」などといって、経済の低迷は目を覆うばかりである。政府の経済対策は相変わらず公共事業中心の投資で、一時的な経済効果はあっても構造改革がない限り、先進国のなかでも、すでに最悪の状態である国の借金がさらに増えるだけであり、将来的な内需拡大と国内雇用の改善には結びつかず、市場の反応は明るくない。必要なのは輸出依存型から内需拡大型産業への変換で、その基幹の一つに医療、生命科学、バイオテクノロジーを含む「健康産業」がある。21世紀を生命科学の時代とした米国での取り組みには目を見張るものがあり、医師の役割も変わってくるだろう。



日本の医療費は対 GDP 比 7% 程度で、先進 G7 ではイギリスと共に一番低い。一方で、高齢化率は G7 で一番高く、一人当りの老人医療費が若年層に比べれば高いことを考えれば、対 GDP 比医療費が低いことは自慢にならない。むしろおかしいと考えるべきだ。医療費が年間 30 兆円といっても、国の支出は四分の一程度であり、残りは保険と自己負担である。一方で公共事業を含めた土木、建設、建築は 70 兆円余で GDP の 14% にもなり、しかも民需よりは公共事業であり、これに国費が年 30 兆円超も投入され、先進国では際立って高い。このなかには多くの無駄な投資もあり、これが政治のあり方に密接につながっていることは周知の事実だ。したがって構造改革には既得権からの抵抗が大きい。日本の雇用は 10.5% が建設関係であり、一方で健康産業（医療、保健衛生、社会保険、社会福祉）の雇用は 5.5%（共に 1995 年）であり、20 年間変わっていない。同年の米国ではこの数字はそれぞれ 6.1% と 11.1% と、まったく逆で、健康産業の雇用は 1980 年の 9.0% から少しずつ増えている。

長寿社会で国民が求めているのは、安心して住むことができる社会、医療、福祉であり、国土の「コンクリート化」ではない。公共支出は、医療、福祉、介護、バイオなどの「健康産業」にシフトし、5 年程度でこの分野で GDP15% 程度を目指すべきであろう。純増分では行政の権益と関与を最小にし、規制の少ない市場原理（「利益追及」だけではなく、対コスト効果もあり、質の良いサービスが得られる！）にすることこそが、内需拡大と雇用シフトを可能にする。医療には「混合診療」「自由診療」も導入し、「がん保険」のような「私的保険」を広げる一方で、公的医療機関は国の保険医療のみとして「セイフティネット」を保障する。「健康産業」は医療、福祉、介護などのように人とじかに接しなくてはならない労働集約型であり、新規雇用を創出する。医学、医療、ゲノム、バイオは知識集約型であり、知的付加価値の高い新産業創出の可能性も高い。当然、情報を開示するのが条件だが、これも新しい産業になる！開かれた情報といくつもの選択肢を国民に提供すべきだ。そうでなければ、21 世紀の産業振興と、活力のある日本をつくることは難しいのは明らかであろう。

## 8 アジアにおける日本の特異性を知るべし

「グローバル化時代の医学教育と研修」は何も日本だけの問題ではない。アジア各国も同じ問題を抱えている。しかし、世界の人口の 55% を占めるアジアをよく観察してみると、面白いことがわかる。すなわち、インド、パキスタン、バングラデッシュ、シンガポール、マレーシア、オーストラリアはもともと英国の教育を受けている。多くの教授、指導者は英国留学、研修経験組であり、英語圏である。医学教育も例外ではない。フィリピンはアメリカ式の高等教育、医学教育であり、やはり英語圏である。これらの国の多くの方が、英米留学組であり、英米に対する親和性が高い。これらは、アジアの人口の半分を占める。残りは、日本、中国、韓国、台湾であり英語圏ではない。なかには、ベトナム、タイなどどちらにも属さないグループもあるが、今後やはり、アメリカ式高等教育になっていくであろう。

英語圏でない国のうち、中国、韓国には、高等教育でのアメリカ留学組（研究だけではない）が指導層にも多く、アメリカの魅力ある大学や大学院教育をよく理解し、好んでいる。しかも、日本と違って、より個人主義的思考をし、個人主義的行動をとる。つまり、英米人の考え方に日本人より近い可能性が高い。だからこそ、従来の日本的発想は、アジアでさえも異質であり、日本がこれらの国と共通の価値観を共有できず、理解され難いのではないか。むしろ、これらのアジア諸国のほうが、「アングロサクソンアメリカン」を理解し、価値観を共有できる素地が多い。このような「グローバル化」への理解と価値観がアジアでも確実に進みつつあるなかで、日本はアジアのなかでも異質になりかねない。

アジアのリーダー国という地位を維持したいのであれば、より速やかな「グローバル化」への対応が求められている。サミュエル・ハンチントンが『文明の衝突と21世紀の日本』（本誌前月号・参考文献22）で指摘したように、日本的価値観を共有でき、理解できる国は日本以外にないところに日本の問題がある。日本は孤立の危険をはらんでいる。まさにこのような歴史的、文化的に孤立した特異的存在であることを、認識することこそ大切なのであろう。このような認識に立脚したうえでの「グローバル化」への対応を考えておかなければ、日本は西欧からもアジアからも孤立しかねない危うさを秘めている。

日本の政権交代のたびにみられる「茶番劇」は永田町の論理かも知れない。しかし、このことがアジアを含めた世界中からみられていることを忘れてはならない。これらのことが積み重なって、いずれ日本の評価に大きな影響を与えるであろう。

## 9 日本の「エリート」に共通する深刻な問題

医師、医学生には一般に教養とか、倫理とか、人間性が欠けているとかいわれるが、これは医師、医学生に限ったことではない。このような問題はどこにでもある問題ともいえるが、その程度が日本はひどいかもしれない。しかもこの問題は、最近の日本では医師のみならず、官僚、政治家、警察、会社重役、教授をはじめとした、いわゆる「エリート」、「リーダー」に共通した問題である。彼らは、事件があると自らの免責を強調し、その地位にしがみつこうとする。「エリート」、「リーダー」たちは国民の尊敬に値するどころかきわめて情けない人たちであることが「ばれ」てきた。いつも言うことは「世間をお騒がせして申し訳ない」、「私は事実を知らなかった」、「今までの慣習であったので」などなど…。

指導的立場にある人たちが、その立場に要求される覚悟と目的意識もなく、ましてや「noblesse oblige（高い身分に伴う精神的義務）」など、聞いたことさえない「エリート」が多い。「責任」という言葉はとっくの昔になくなったようである。新聞紙上をにぎわした実例を思い起こしてみても、枚挙に暇がない。このような情けない状態は、「ユニバーサル型」にならざるを得ない高等教育の時代の社会に移行してきたにもかかわらず、明治以来の「官尊民卑」と、大学進学の入試試験だけが唯一の「オープンコンペティション」のままの社会制度が維持されてきたところに問題がある。従来もそうだったのだろうが、情報が漏れなかっただけのことである。つまり、「エリート、リーダー」といわれるような人たちの倫理観の低さ、国と国民に対する責任感の欠如、矜持の欠如、人格と品性の情けなさがかかってきた。

このような情けない有様の根幹の一つは、単なる偏差値エリート教育の結果であるということであろう。「偏差値が高い」ということは、難しい大学入学試験に受かったというだけのこと。極端なことをいえば、いったん入学してしまえば、医学部では授業に出席しなくても過去問題を主力に勉強し、国家試験にさえ受ければよいことになる。だから授業の出席率は悪い。文科系でも同じことで、「エリート」官僚になるためには偏差値の高い国立大学へ入り、国家公務員上級試験に受ければ良いのだから、大学に入れば、あとはそのための予備校に行けば良いことになる。これらは極端な例であり、理屈ではあるが、しかし実例がいくらかもあるところが怖い。これが日本の「エリート」、高等教育の歴史と構造と実態なのであり、いったん「会社」「役所」「組織」に入れば、あとは「縦社会」、「ムラ社会」で、従来からの慣習と上の人たちに従って忠誠を誓っていれば、外のことは知らなくても、何か起こっても外には漏れず守ってくれていた。「警察キャリア」、「高級官僚」、「銀行役員」、「政治家」など、枚挙するのにちつとも困らない。たまにとかげの尻尾きりはあるが……。

「他流試合」をしない「閉ざされた」、「縦割り」、「講座制」、「学位制度」などの大学と医師育成を含めた「エリート」、「リーダー」育成の制度、「情報と交通の発達」による「グローバル」の時代の変化に対応できる意識と制度改革を怠ってきた従来型の日本の制度の限界と国際社会の常識とのミスマッチはすでに覆うべきもない。これは、日本の高等教育にかかわるすべての関係者を含めた「エリート」、「リーダー」の責任でもあろう。このような日本の高等教育の根本的な問題点は戦後50年たつてようやく現実のものとして理解されてきたようにも思われるし、逆に50年かからないと理解されなかったともいえるだろう。何しろこのような高等教育を受けた人たちだけがリーダーだったのだから。インターネットなどによる国際レベルでの情報開示の21世紀では、このような従来の日本を支えた「ムラ社会」、「縦社会」とその精神構造は、とくに高等教育や、科学研究、金融などの国際的価値と「産物」を求める分野では通用しない。これが現在の日本の自信喪失ムードの一因なのだ。どの分野でも「エリート」、「リーダー」の責任は重い。

## 10 ダボス会議で試される世界のリーダーたち

世界のリーダーたちが集まる場所として最近大変よく知られているものに、いわゆる「ダボス会議」がある。毎年1月の終わり頃に、スイスのダボスで開催されるが、昨年はアメリカのクリントン大統領が出席したし、今年は日本の森首相も出席ということで日本でかなり話題になり、新聞でも一部報道された。この会合はKlaus Schwabというスイスの大学の教授が31年にわたって開催しているもので、はじめは欧州経済フォーラムであったものが、経済のグローバル化にともないGlobal Economy Forumとなり、さらに「グローバリゼーション」とともに政治も参加し始めたという会議である。21世紀の課題には科学の貢献は欠かせないということで、私も世界のアカデミー連合体の15アカデミーからなるInter Academy Councilの、15人の理事の1人として参加した。そこでみたものは何か。ここでは、すべてがオープンであり、誰が聞いているかわからない状況で、容赦ない質問が集まる。世界中の政治、ビジネス、報道、産業等のリーダーたちがそれをみている。ここですぐさま感じたのは、日本のリーダーたちではとても太刀打ちできないのではないかとということであった。一人一人の知力、能力、知性が世界の注視のなかで、満座のなかで晒されている。どのような内容を考えるか、質問にどう反応するかなどである。

私は一日しか滞在できなかつたので、何人かの人たちと知り合いになって、e-mailでその人たちに忌憚のないところを聞いた。それらはたとえば、文献23,24(本誌前月号・参考文献)にあるような姿である。日本では「偉い」かもしれないが、本物ではない。日本のリーダーたちは日本国内ではごまかせても外では「ばれ」ている。本物は少ない。独り善がり、底が浅い、広い視野での状況判断ができないなど。それは、「肩書ナシ」でどれだけの人たちが「プロ」なのか、ということに尽きる。日本の「リーダー」は日本社会のヨコに動けない、タテ社会で出世した人たちばかりである。個人として他流試合の経験がない、いや、それを避けてきた。そのようにして「リーダー」になった人たちが「国際化」時代にマッチした感覚、知性、知力をつけていたのか。これは所詮無理な話かもしれない。しかし日本の未来へ向かって、それぞれの分野での本当の「プロ」を育てることがこれからの課題であろう。その点では、日本における報道も同様であろう。この会議に関する日本の新聞報道を見ても、本当の姿を満足に伝えていないとはとても思えなかつた。ダボスでの問題も正確には認識できない。いや、認識しても伝えられない。情けない報道関係者たちだ。

## 11 おわりに

資源の少ない日本では、日本人こそが、そして日本人だけが21世紀の資源である。だからこそ「グローバル」な視点で考え、行動する次の世代を一人でも多く育成することが重要であろう。それには、高等教育の重要性は強調してもしすぎることはない。医学教育も例外ではない。医療の「グローバル化」へ向けた動きのなかで、いかに「グローバル」な視点で考え、行動する医師を育成するか。研究の分野でこそ世界に肩を並べてこられたのは、「グローバルスタンダード」と考えられる主としてアメリカの「学術研究雑誌」に論文を発表するようになったからである。つまり外の「物差し」で比べるようになったからこそである。

それでは医学教育、臨床研修はどうか。明治以来100年間、基本的に何も変わっていない「閉ざされた」「講座制」に支えられた、官尊民卑の大学の序列を維持しつつ「混ざらない inbreeding (純粋培養)」で、そして「他流試合」を避けてきた医学教育、臨床研修は、まだまだ「グローバルスタンダード」とは、とてもいえない。このことをどれだけの人が理解しているであろうか。「肩書き」なしで、「組織の力」なしで、一人一人が勝負できるのだろうか。謙虚に現状を分析し、評価し、次の世代の育成に向けた「開かれた」「グローバルスタンダード」のプログラムの導入こそが、国民の期待に応えるべき医学教育に関わり、臨床研修に関わる者の責任というものではあるまいか。