

わが国の医学教育と「メディカルスクール」構想

東海大学教授・東海大学総合医学研究所長 黒川 清

日本は明治維新から、近代工業立国化と人材の育成を推進する政策をうちだし、第二次世界大戦の敗戦を経て「民主国家」となり、20世紀の後半は冷戦構造と日米安保のもとでの急速な経済成長をとげた。交通と情報手段の発達による国際化時代の21世紀を迎えて、従来の日本のシステムは多くの問題をかかえることが明らかになってきた。政治、行政、経済、産業、金融、企業等々ばかりでなく、高等教育、医学教育、医療制度などの問題も大きな転換期を迎えた。

国際化時代と医師の育成

○国際化の正体

交通と情報手段の発達による「国際化」とはなにか。経済は国境をこえて国際化し、交通の発達によって毎年1800万人の日本人が海外へ渡航し、500万人の人たちが日本を訪れる。内外のちがいを知る人たちが日本の「内」でも「外」でもふえている。また、テレビ、インターネットなどで海外のようすや情報が広い範囲の人たちに知られ、多くの人が多くの情報にアクセスできる。多くの人たちの価値観と選択肢が広がる。多くの人たちが毎日テレビで「メジャー」での日本人選手の活躍をみれば、日本の「プロ」野球がつまらなく思われはじめ、日本のプロ野球のテレビ視聴率が低下することが「国際化」の影響をよくあらわしている。従来は一部の「エリート」だけが占有していた「情報」である。

「お上」の伝える「権威」や「常識」だけが正しいと思っていたのが、かならずしも正しくないことが広く知れわたってしまった。「日本の常識」がかならずしも「世界の常識」ではないことにも気がつきはじめている。だからこそ、従来の権威のスキャンダルが続出するのである。政治をはじめとして、外務省、警察などの多くのお役所や、雪印などの大企業の情けなさ等々、いかに情けないリーダーが多いかが「ばれ」てきた。今までは知られなかつただけのことである。従来からの「権威」としては「国際化」なんてごめんだというところであろうか。

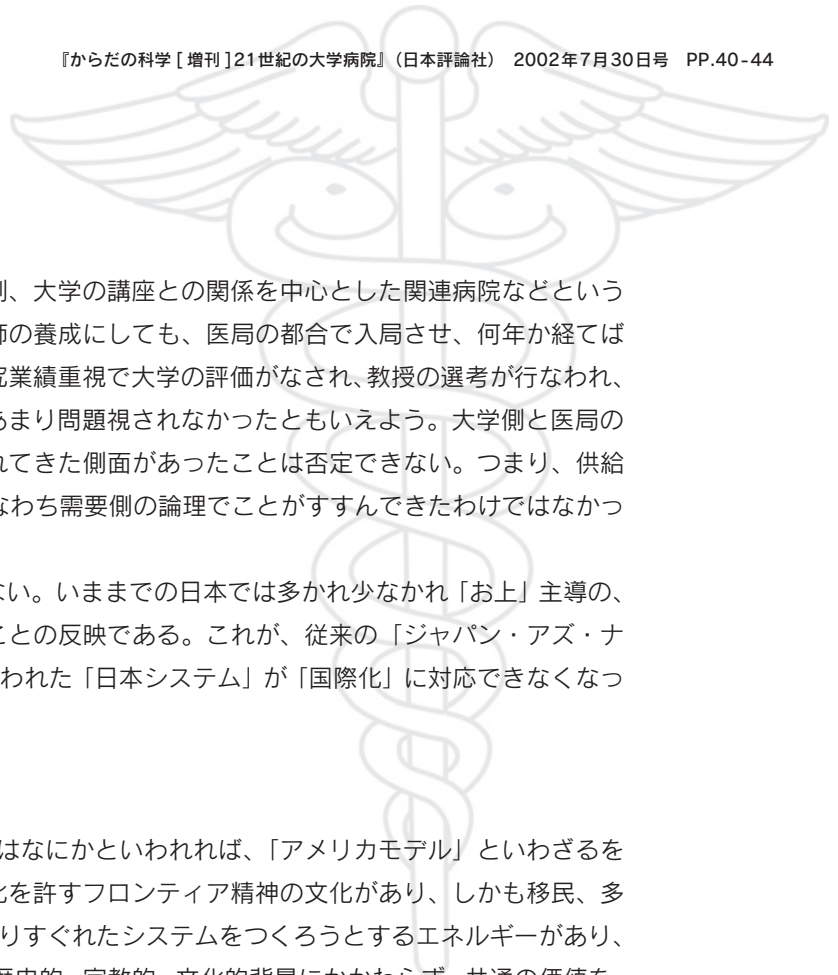
○近代日本の医学教育

明治政府は医学教育のモデルとしてドイツの制度を採用し、多くの医師を輩出し、医学者を育てた。1945年で3%に達した大学進学率はいまや50%になり、社会と大学の関係は大きく変わった¹⁾。「エリート養成」機関としての大学は「市民の教養」のための教育機関へと転換すべきであり、そのうえに「専門職業人養成機関」、「研究機関」としての大学院が設置されるように転換されるべきであろう。ここにこそ「大学院部局化」の基本理念がある。だからこそ「研究大学院」ばかりでなく、「ロースクール」、「メディカルスクール」、「ビジネススクール」などが検討されているのである。

ところで、これらの構想はアメリカの高等教育制度がモデルになっているが、アメリカ高等教育の理念が、その歴史的・社会的背景を含めてほんとうに理解されているかについては、心もとないといわざるをえない。

○日本の医学教育と社会情勢の変遷

従来の医学教育では、医師の育成は「官尊民卑」の大学の序列が中心となって、「純粋培養」(inbreeding)



を基本とした「タテ」の「混ざらない」講座制、大学の講座との関係を中心とした関連病院などという歴史的背景のもとで運営されてきた。専門医師の養成にしても、医局の都合で入局させ、何年か経てば「専門医」となっていた。臨床教育よりは、研究業績重視で大学の評価がなされ、教授の選考が行なわれ、外科系では手術経験例数などはかならずしもあまり問題視されなかったともいえよう。大学側と医局の論理や都合で医学教育と医師の育成が主導されてきた側面があったことは否定できない。つまり、供給側の論理であり、社会の要請に対応すべく、すなわち需要側の論理でことがすすんできたわけではなかった。

これはなにも医学教育にかぎったことではない。いままでの日本では多かれ少なかれ「お上」主導の、国策での人材育成であり、産業育成であったことの反映である。これが、従来の「ジャパン・アズ・ナンバーワン」などといわれ、「成功モデル」といわれた「日本システム」が「国際化」に対応できなくなった大きな原因の一つであろう。

○国際標準とアメリカの医学教育・臨床研修

それでは、「国際化」時代の「標準モデル」はなにかといわれれば、「アメリカモデル」といわざるをえない。それは、アメリカは歴史が浅く、変化を許すフロンティア精神の文化があり、しかも移民、多民族の国であることによる。となれば、従来よりすぐれたシステムをつくらうとするエネルギーがあり、高等教育、研究、金融、ビジネスなどの多様な歴史的、宗教的、文化的背景にかかわらず、共通の価値を、与えるものについてはより普遍性の高いシステムをつくり出してくる。そのようなシステムは「国際化」の時代には、より広い世界共通の基盤とならざるをえない。たとえば、「日本モデル」、「フランスモデル」、「ドイツモデル」等が国際化時代に普遍性が高いか、ということでもある。だからこそ、世界の意欲ある若者たちはアメリカの大学をめざすのである。医学教育も例外ではないが、アメリカでも狭き門であり、外国人へはかぎりなく狭き門である。

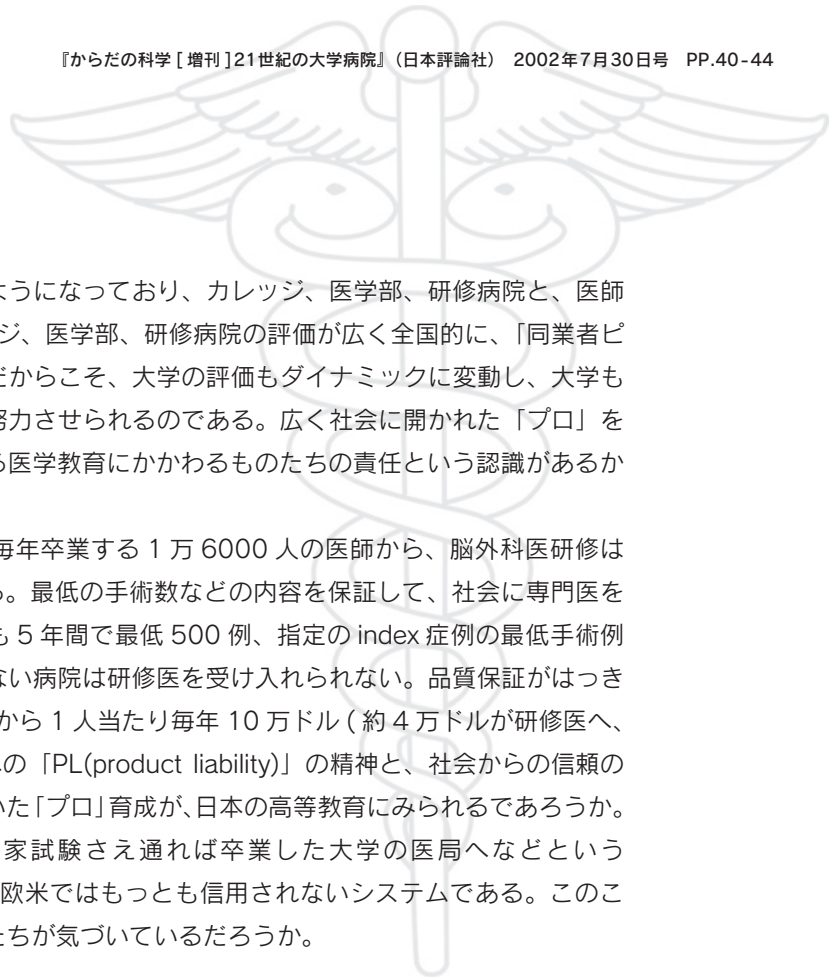
○「プロ」を育てるアメリカのシステムとその基本理念

それでは、アメリカの医学教育制度はどのようなものか。いくつか書かれているので 2) ~ 7)、詳細はそれらを参照していただくとして、ここではその概要を述べよう。

基本的には、多様な価値観をもった多民族社会で医学教育、研修にかかわる者の社会的責任はどのように果たせるか、という視点があるといえる。つまり、どのような能力の医師を社会へ送り出すかが問われているのである。それはどのようなシステムか。

医学部は4年制の大学院 (graduate school) として位置づけられており、4年制の大学 (カレッジあるいは undergraduate といひ、これは日本の大学と異なり、「教養課程」つまり、「リベラルアーツ」なのである) を終了後、進学するのである。ここでの特徴は「同じ大学の卒業生は 20 ~ 30%」の少数派とするという基本である。自発的に「混ぜる」のである。このことによって、多くのカレッジの評価を全国的に大学院レベルで評価することができるのである。70% 程度の医学部入学生は学部卒業生で進学するが、どのような学生を入学させるかは、それぞれの医学部の選択であり、カレッジでの成績はいうまでもないが、社会人経験なども含めて特異な背景の人たち、とくに「high achiever」(オリンピック代表とか、プロのピアニストなど) の経歴はプラスである。医学部での4年間は変貌する生命科学、情報量の急増、倫理観、社会制度、医療経済、そして情報化の時代を反映して、この20年で大きく様変わりしてきている。「life long self learner」、「compassionate and competent doctor」になるべくカリキュラムが様変わりしている。

卒後臨床研修も全国規模の「コンピュータ・マッチング」によって、よりすぐれた研修プログラムに



はよりすぐれた卒業生でないと、むずかしいようになっており、カレッジ、医学部、研修病院と、医師になるすべてのステップで「混ざり」、カレッジ、医学部、研修病院の評価が広く全国的に、「同業者ピア」によって行なわれるようになってきている。だからこそ、大学の評価もダイナミックに変動し、大学も病院もよりよいプログラムを築こうとつねに努力させられるのである。広く社会に開かれた「プロ」をつくるシステムといえる。これは社会に対する医学教育にかかわるものたちの責任という認識があるからといえよう。

専門医も社会に質を保証する。たとえば、毎年卒業する1万6000人の医師から、脳外科医研修は全国で70人であり、7年のプログラムである。最低の手術数などの内容を保証して、社会に専門医を送り出す。外科は、5年のプログラムで手術も5年間で最低500例、指定のindex症例の最低手術例数も決まっており、これだけの手術例のできない病院は研修医を受け入れられない。品質保証がはつきりしている。そのかわり、研修医育成へは国費から1人当たり毎年10万ドル(約4万ドルが研修医へ、6万ドルが研修病院へ)が支払われる。社会への「PL(product liability)」の精神と、社会からの信頼の表われといえよう。このような精神にもとづいた「プロ」育成が、日本の高等教育にみられるであろうか。

大学受験でほぼ競争はおしまい、後は国家試験さえ通れば卒業した大学の医局へなどという「inbreeding」を基本とする日本システムは、欧米ではもっとも信用されないシステムである。このことにどれだけの日本人、日本の「リーダー」たちが気づいているだろうか。

日本の課題と具体的提案

21世紀国際化の時代、日本はどのような高等教育制度を構築すべきか。答えは明らかと思われる。しかし、今までの教育と社会システムでの地位を築いてきた「リーダー」たちは自己否定につながりかねない思いきった改革ができない。世界をよく知らないこともあるだろう。なにしろ「ウチ」を向いて「えらく」なったのだから。しかし、日本の将来はこれからの世代にある。明治維新のように思いきった、大胆な改革をすみやかにすすめるべきである。

世界の若者、アジアの若者はアメリカの大学をめざす。最近では日本の有名進学校といわれる高等学校の優秀な学生も、そろそろアメリカの大学をめざしはじめたようである。50%大学進学率になったいま、その理念を含め、思いきってアメリカ型の高等教育を導入すべきであろう。

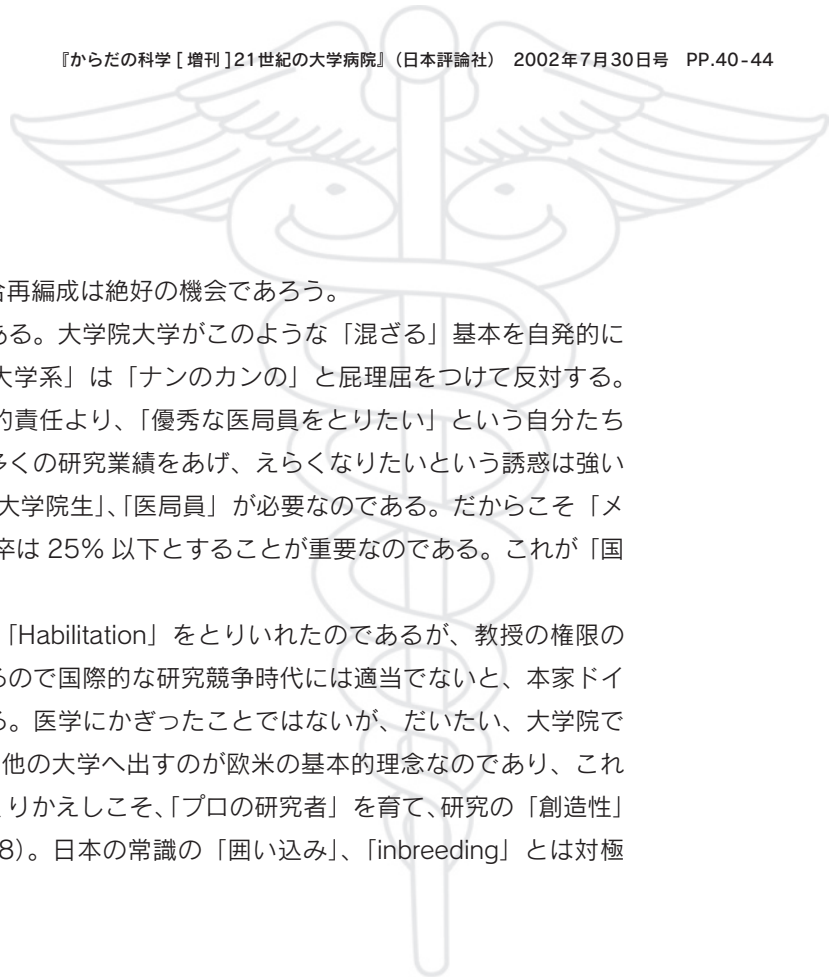
○医師の育成の社会的責任

2年後に卒後臨床研修が義務化されるが、どうやら「マッチング」を導入して、自校卒業生は少数派にするようである。改革への第一歩といえよう。では、医学教育はどうか。いろいろ改革への試みが導入されているようであるが、「既得権」の大きい「抵抗勢力」は手ごわい。まず、何が問題かをよく理解していない。専門医の研修については、「教室」、「ジツツ病院」、「医局」、「今までの慣習」などの言い訳はやめて、適正数と内容を保証して、社会へ開かれた、責任ある研修制度を導入すべきである。

○「メディカルスクール」構想の推進を、そして「混ざる」基本理念を

このような近代日本の歴史的、社会的、文化的背景と「国際化」時代の21世紀の地政学的なアジアでの日本の課題を考えれば、医学教育はアメリカのような「大学院」としての「4年制」の「メディカルスクール」へと早急に転換すべきである。

「学士入学制度」が多くの点で現在と将来の日本にきわめて適していることは、多くの識者によって指摘されている。しかし、学士入学の経験の少ない多くの現在の「リーダー」たちの広い同意が得られないことも事実である。知らないからといって、これでは無責任ではないかともいえよう。思いきった



制度転換が必要である。国立大学法人化と統合再編成は絶好の機会であろう。

そして、この根本理念は「混ざる」ことにある。大学院大学がこのような「混ざる」基本を自発的に取り入れればよいが、既得権の多い「旧帝国大学系」は「ナンのカンの」と屁理屈をつけて反対する。なにしろ「優秀な医師を社会へ」という社会的責任より、「優秀な医局員をとりたい」という自分たちの個人的利害を優先させかねないのだから。多くの研究業績をあげ、えらくなりたいという誘惑は強いであろうから。忠実で優秀な多くの「手足」、「大学院生」、「医局員」が必要なのである。だからこそ「メディカルスクール」構想とし、同じ大学の学部卒は25%以下とすることが重要なのである。これが「国際標準」であることを肝に銘ずるべきである。

第一、この学位制度は明治時代にドイツの「Habilitation」をとり入れたのであるが、教授の権限の強いこの制度は、若手研究者の独立を阻害するので国際的な研究競争時代には適当でないと、本家ドイツでさえも最近では廃止したシステムなのである。医学にかぎったことではないが、だいたい、大学院で「博士」を取得したら「ポスドク」はかならず他の大学へ出すのが欧米の基本的理念なのであり、これを実行している。このような「他流試合」のくりかえしこそ、「プロの研究者」を育て、研究の「創造性」を生む根源的な環境であり、条件なのである(8)。日本の常識の「囲い込み」、「inbreeding」とは対極にある常識なのである。

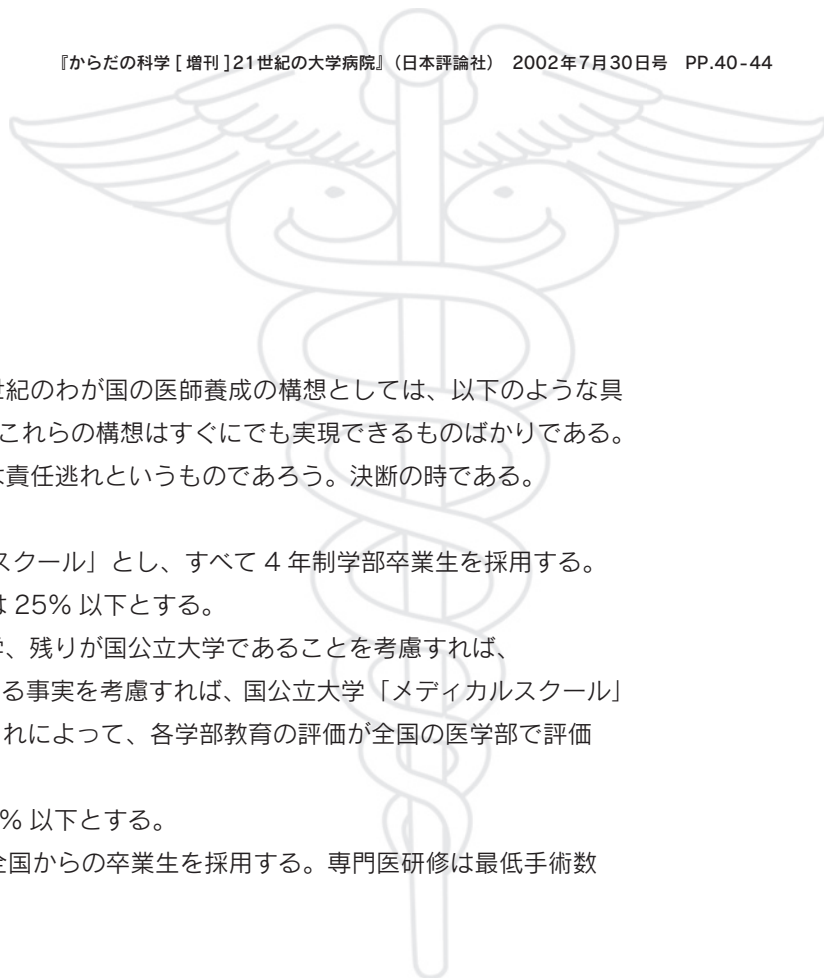
○卒後研修と専門医制度

このような大学院としての「メディカルスクール」となれば、卒業とともに医学博士「MD」の学位を与えて、従来のような研究による「医学博士」制度は廃止することが大切である。医学部卒業とともに「MD」であれば、卒後の臨床研修(これもまだまだ改革が必要であるが、ここでは述べない)を修了したら、さらなる専門医としての研修もよいし、研究を試してみるのもよいだろう。それぞれが自分により適している、魅力のあると思う「キャリア」を追求すればよいのである。脳外科、心臓外科、小児外科などの「超専門医」は数を制限し、広く開かれた競争的なプログラムで十分な臨床症例を経験させ、すぐれた臨床医、専門医をつくる必要がある。これが医師を育成するものすべての社会的な責任なのであり、医師育成への社会的責任なのである。

○医師の需要と供給

専門医とそうでない医師との診療費にちがいがなく、選りすぐられた臨床研修を受けてもなんのメリットもないのでは、問題であろう。しかし、日本の従来の医療制度ではこれらのちがいをまったく認めてこなかった。たとえば、心臓外科医で5年間の研修で500例の手術を担当した医師と、5年で100例しか経験しなかった人では、腕に差があるのは当然であろう。自分が患者であれば、どちらに手術をお願いしたいのであろうか。それが、診察料、手術料も同じでは不公平というものであろう。

これは医療制度の問題である。この制度の改革のないかぎり、日本の医療のレベルはけっして向上しない。そして、患者数からいえばそれぞれの専門医が何人必要かはおのずから明らかなることであり、毎年専門医研修を受ける人数も決まるというものである。今までの、だれでもどこでも診療を受けることのできる医療制度はすばらしいとはいえ、一方で患者側には医師の「はしご」を許すなど自分の健康についての責任感を植えつけなかったし、医師側にもよりよい医療制度をつくらう、よりよい医師になろうという「モチベーション」を与えてこなかった。つまり、より適正な医療制度を構築する要因が欠如していたというべきであろう。



おわりに — 私からの具体的提案

以上から明らかなように、国際時代の21世紀のわが国の医師養成の構想としては、以下のような具体的制度を早急に構築する必要がある。そしてこれらの構想はすぐにでも実現できるものばかりである。できない言い訳はいくらでもあろうが、それは責任逃れというものであろう。決断の時である。

- 1) 学部は4年制の職業大学院「メディカルスクール」とし、すべて4年制学部卒業生を採用する。
- 2) 医学部入学にあたって同じ大学の卒業生は25%以下とする。
- 3) 現在の日本の学部学生の75%が私立大学、残りが国公立大学であることを考慮すれば、そして、歴史的に主要大学が「国立」である事実を考慮すれば、国公立大学「メディカルスクール」は最低30%を私立大学卒業生とする。これによって、各学部教育の評価が全国の医学部で評価されるようになる。
- 4) 卒後臨床研修では自分の大学卒業生は30%以下とする。
- 5) 専門医への道は全国で一定数に限定し、全国からの卒業生を採用する。専門医研修は最低手術数などの高いスタンダードを要求する。

ほかにもいろいろ述べたいことはあるが、医師の育成はなんのためかをよく考えて、このような「プロ」を育てるシステムを構築することによって医学教育、研修にあたる人たちは社会的責任を果たしてもらいたいものである。

参考文献

1. 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、1978
2. 黒川 清 : 21世紀へのチャレンジ -21世紀国際化時代(「プロ」内科医師の育成特別企画講演). 日本内科学会雑誌臨時増刊号 90 : 53-57、2001
3. 黒川 清 : 内科医への期待 第93回内科学会会頭講演). 日本内科学会雑誌 85 : 1369-1378、1996
4. 黒川 清 : 21世紀の「プロ」内科医育成への課題(特別企画講演). 日本内科学会雑誌 90 : 12-24、2001
5. 赤津晴子 : アメリカの医学教育. 日本評論社、1996
6. 赤津晴子 : 続アメリカの医学教育. 日本評論社、1999
7. 桑間雄一郎 : 名医と迷医の見分け方、裸のお医者さまたち. ビジネス社、2001
8. 黒川 清 : わが国の研究者養成の現状と緊急課題. 学術月報 55 : 4-9、2002

(くろかわ・きよし/内科)