

「ゼロからの医療再生プログラム - 医学教育の再生」 医学部をメディカル・スクール化 世界水準を視野に他流試合に挑め

東海大学総合医学研究所所長 黒川 清

- 日本の医学教育の現状をどう見ていらっしゃいますか。

黒川：「医局制度」、「縦割り」、「混ざらない」を特徴とする教育が明治以来続いています。大学入試だけが唯一のオープンコンペティションで、純粹培養をよとする風潮のなか他流試合を避けてきた。こうした閉鎖的な状況では、医師の臨床能力の標準化や適切な評価などできません。

私はアメリカの大学で内科教員として臨床、研究、教育に携わってきましたが、「タテ型の教科目別」の「一方通行の講義」ではなく、「Small Group」「Interactive」「Problem Solving」を中心とする医学教育への取り組み方の違いに驚きました。日本は現時点での遅れを謙虚に見つめ、肩書や組織の力がなくても国際レベルで勝負できる医師を一人でも多く育成するために、グローバルスタンダードの開かれたプログラムを導入していくべきです。

大切なのは、「混ざる」ことと、若いときに世界レベルのプロの診療技術や向学心などを見ること。若い人たちを国内の枠に閉じ込めないよう情報をオープンにして、早い段階でいろいろなチョイスがあることを提示してあげる必要があります。

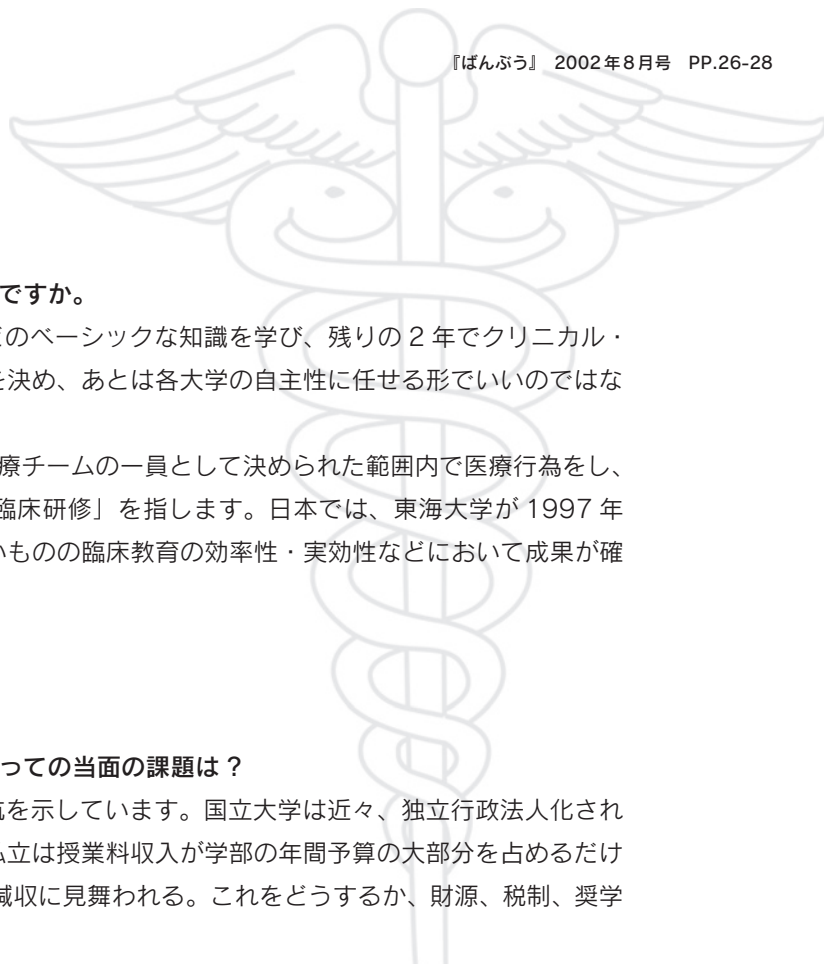
一定水準のプロを育て上げ社会に供給する臨床研修を

- 医学部教育を再生するためには、どのようなプログラムが考えられるのでしょうか。

黒川：医学部は、四年制のメディカル・スクール、つまり四年制大学卒業者を対象にした職業教育大学院にすべきです。自校の卒業生は25%以下に抑え、国公立大学の医学部や大学院なら私大出身者を30%以上採用するなど、システムとして学生が混ざるような環境をつくる。何しろ日本の学部学生の80%弱は私立大学なので。そうすることで相互評価が行われ、おのずと学部教育の充実も図られていくと考えます。

医師になりたいと思う人はまず大学に入学して、そこでうんと頑張る。大学入学が最終目的ではなく、入ってからが本当の競争になります。現在は、卒業できなければ高卒扱いになってしまうからか、よほどのことがない限り進級・卒業させているようですが、学士入学を前提にすれば適性のない学生をどんどんふるいにかけていっても支障はないでしょう。

このメディカル・スクール方式は、アメリカで生まれた制度ですが、ロー・スクールやビジネス・スクールなどを見ても分かるように、アメリカのプロフェッショナル・スクールは国籍や経歴の異なる人たちを一定水準のプロとして育て上げ、社会に送り出すシステムが確立していて、世界的にも極めて普遍性が高い。英国式の優れた臨床研修を行ってきたオーストラリアでさえ、数年前に10ある医学部のうち3校を完全にメディカル・スクール化しています。



- 授業はどのようなカリキュラムで行われるのですか。

黒川 :4年間のうち最初の2年は病態生理などのベーシックな知識を学び、残りの2年でクリニカル・クラークシップを取り入れるという大枠だけを決め、あとは各大学の自主性に任せる形でいいのではないのでしょうか。

クリニカル・クラークシップとは、学生も医療チームの一員として決められた範囲内で医療行為をし、実践医療を学ぶという「アメリカ医学部での臨床研修」を指します。日本では、東海大学が1997年から導入しており、まだまだ改善の余地が多いものの臨床教育の効率性・実効性などにおいて成果が確認されています。

教育にかかるコストは医療費ではなく税金で

- メディカル・スクール方式へ移行するにあたっての当面の課題は？

黒川 :総学生数が減少することに大学側が抵抗を示しています。国立大学は近々、独立行政法人化されるので比較的着手しやすいと思われませんが、私立は授業料収入が学部の年間予算の大部分を占めるだけに、医学部が6年から4年になればかなりの減収に見舞われる。これをどうするか、財源、税制、奨学金等の配慮が必要です。

小手先の改革ではもはや焼け石に水です。医学教育を抜本的に変えるならばメディカル・スクールをつくるしかない、文部科学省もようやくその必然性に気づき始めているようなので、数年後には実現するかもしれないと見ています。

-2004年4月からは卒後研修が必修となりますが。

黒川 :提案自体はいいものだと思います。ただ、やはりアメリカのように、全国の研修指定病院と研修希望者をコンピュータでマッチングし、大学病院ならば自校の卒業生を3割以下に制限するなど、意識的に「混ざる」システムにしていくべきでしょう。

研修の2年目には、無医村でプライマリ・ケア、介護など多彩な診療に携わるというのも一案です。現在1000弱の無医村がありますが、毎年およそ7500人が医師になるので、4カ月程度の派遣で常に2-3人の研修医が滞在することになれば、無医村問題も一応解消されます。

- 臨床研修も含め、医学生の教育環境を整えるための財源はどう確保していけばいいのでしょうか。

黒川 :国は現在、医療費を主たる財源と考えているようですが、多くの大学病院、研修指定病院が赤字という現状を踏まえると、それは現実的ではありません。教育に携わる人間が「国民と社会への責任」を自覚し、いい医師を生み出す教育をシステムとして向上させていくことをアピールしていけば、一般会計からの支出についても支持を得られるのではないのでしょうか。厚生労働省にも頑張ってもらいたいところです。

資源の乏しい日本では、人材こそが何より重要な資源です。医師をどう育てていくかは、国策として非常に大事なことです。10年、20年後を見据え、次世代を担う医師を育て上げる仕組みを早急につくっていかなければなりません。