

## 医学教育の改革と課題

黒川 清

### はじめに

世界大戦、化学と技術の目覚ましい発展、人口の急増に特徴づけられる 20 世紀から 21 世紀を迎え、世界は新しいパラダイムを求めている。「人口問題、環境問題、南北問題」を中心に世界が動き始めている。交通と情報手段の発達によるいわゆる「グローバル化」は国境を越えて日常社会に多面的な影響を及ぼしている。生命科学の革命的な進歩、診断技術、新しい治療等にみられる医学の急速な進歩は、医療へのアプローチを大きく変えた。個人の権利意識の変化、高齢化社会と生活習慣による疾病構造の変化、医療費の上昇等への対策をふくんだ医療政策の転換も大きな課題となっている。医療というきわめて個人的、社会的行動での医師の育成は、このような Proactive な社会環境のなかで大きな転換期を迎えているといえよう。

### 国際的な動向

医師の育成は医療制度によって大きく左右され、また疾病構造や生命科学の進歩も考慮しないわけにはいかない。しかし、医療制度は、教育、農村、都会、金融等と並んであくまでも共通の基本的社会基盤であり、医師の育成制度は国の政策として大きな課題である。

医療は主として患者と医師というきわめて個人的な関係を中心に行なわれる。長い固有の歴史のある国では、それぞれの歴史と経済に立脚する医療制度と社会制度と社会の価値観があり、医師と患者の関係が形成されてきた。「グローバル化」時代への対応には組織論、制度論、医療制度もさることながら、社会と時代の変化へ対して「質のよい」医師の育成は大きな課題として認識されてきている。事実、医療を囲む社会環境に対して最も早く対応してきたのは「アングロサクソン系」の移民の国のカナダ、オーストラリア、アメリカであり、またヨーロッパでも「大陸」ではなく英国である(この理由に関する考察はここではしない)。

医学教育には国によって歴史的な違いはあるものの、近年の改革の基本にキーワードとして、Problem-based、Case-oriented、Participatory-interactive、Active-learning、Core-curriculum、Clinical clerkship、Healthcare system 等であらわされる実践的臨床教育システムへの移行であり、意識と行動としては、Cooperative-teamwork、Self-control、Compassionate and competent、Empathy、Continuing learner、Use of computer and information technology、Patient safety、Evidence-based practice である医師を育成することであろう。

このような改革の流れで、とくにいわゆる「基礎系」教育に変化が大きい、臨床系も Core-curriculum と Clinical clerkship 中心へと着実に変化、成長しているようである。とくに西欧の個人主義の確立した国では日本と違って、「卒業生」が自分の大学の「医局」に入るという「考え方」などはない。さらに比較的新しい「移民の国」では制度として「純粋培養」は必ず腐るということを歴史から学んでおり、システムとして「純粋培養」を避けようとするので、教育へのフィードバックが作用し、教育の制度を評価しやすくなっており、したがって修正、改正がしやすい利点がある。したがって参考になる。

臨床教育法としての Clinical clerkship は従来からのアングロサクソン系カナダ、オーストラリア、アメリカ、英国方式ともいえる。しかし、より Proactive 社会に対して、医学、生命科学のみならず、医療倫理、医療経済、医療判断、人間関係等の複雑な側面をもつ「医学教育」を有効にするためには、医学生の素養、精神的成熟度が重要な要件であろう。このような認識からイギリス式の「優れた臨床志向」の医学教育の伝統のあるオーストラリアでさえも、アメリカ式の「学士」だけを医学部へ入学させるいわゆる Medical School 方式を採用し始めており、この制度の導入を日本でも速やかに推進すべきという従来からの私の提言、主張とも整合しており、国としての政策的な進展を注目したい。

## 日本の動向この10年

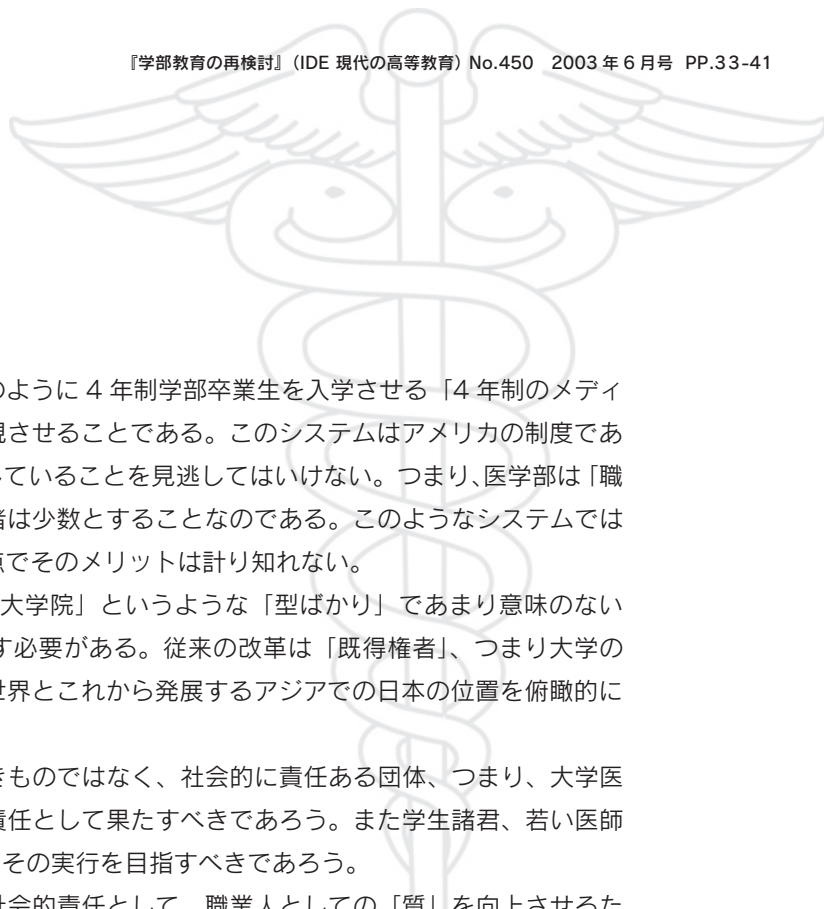
近代日本では、明治維新後の医学教育は当時の背景から、ドイツ方式にしたという政治的決断がされ、それなりの成功を収めたといえる。世界大戦後のアメリカ占領下の GHQ による大学教育の新制度導入も、結局は日本的決着をした。医学教育でも「研究重視、臨床軽視の古ぼけたドイツ式の教育」と GHQ に指摘されながらも、戦後の50年間、「古い制度」の維持に成功した。この10年での改革は文部省主導の「大綱化」「大学院部局化」であり、医学教育も一部の大学での「学士入学」の微増にとどまっているうちに、行政改革のあおりを食った国立大学独立法人化へと急速に動いている。

従来からの日本の制度は、大学教育に限ったことではないが、自らが主体的に、機能的に変化するのには弱く、物事が「官主導」でしか動かないし、しかも「官尊民卑」と政府(文部省)に大きく依存した「国営大学」中心であったといえる。

それでも医学教育は「医師と患者」という関係からきわめて個人的側面が強いために社会からの圧力を受けやすいので、従来から内部からの形だけの、例えば「Bed side Teaching」「Bed side Learning」等のうたい文句での「改革」がなかったわけではない。しかし、実効ある教育改革とはいえなかった。この5年ほどはかなりの内容をともなった医学教育改革、「クリニカルクラークシップ」導入、さらに教員の意識もかなり変化してきたし、「ファカルティ・ディベロップメント」も盛んに行なわれている。

この30年ほどの日本からの医学留学はほとんどが研究であり、研究成果を中心に大学教授人事が行なわれ、教授の選考も従来から自校出身者を中心とした「純粋培養」が常識であった。研究成果の国際比較が広まるにしたがって、基礎系教授人事は研究成果で選考されるようになってきた。しかし臨床でも研究業績中心の人事が今でも続いている。それでも最近になって、ごく一部ではあるものの、臨床や教育を重視した教授人事で、「系列」でもない他校出身者が採用されたことが「注目され」、「話題」になっているところにこそ、大学の問題が浮き彫りにされているともいえよう。例えば東北大学や東海大学の泌尿器科教授選考、千葉大学の総合診療部教授選考等である。

また医学教育の改革への動きへむけて、受益者である学生たちからの発言も多くなってきている。医学教育学会への教員や学生の参加の急増も社会からの改革への圧力への対応ともいえよう。また、資格試験等「ハードル」は高くとも、それを乗り越えて海外へ臨床研修に出かける医学部卒業生も増えてきている。卒後臨床研修の義務化をむかえて、「混ざる」方策を導入しようという動きも、従来の日本では決して考えられなかったことであろう。そして、臨床研修プログラムとしてきわめて優れていると「知るひとぞしる」沖縄県立中部病院や舞鶴市民病院での「大リーガー」招聘プログラム等が注目されている。これも、実は情報化と多様な価値観を求める将来の医師となる若い意欲的な人たちの情報交換の成果と国際化時代を反映する変化をあらわしているといえよう。



## 医学会、医科大学の社会的責任

これからの課題の解決は、「ロースクール」のように4年制学部卒業生を入学させる「4年制のメディカルスクール」への移行を可及的速やかに実現させることである。このシステムはアメリカの制度であり、そこでほかならず「混ぜる」ことを基本としていることを見逃してはいけない。つまり、医学部は「職業大学院」なのであり、しかも母校学部出身者は少数とすることなのである。このようなシステムでは「出口」つまり、「卒業生」を広く評価できる点でそのメリットは計り知れない。

さらに、従来の「学位制度」とか、「臨床系大学院」というような「型ばかり」であまり意味のないことをしてきた医学教育改革を根本的に見直す必要がある。従来の改革は「既得権者」、つまり大学の教員から見た論理での改革なのである。広い世界とこれから発展するアジアでの日本の位置を俯瞰的に見据えた政策的決断をしてほしいものである。

これらの政策は決して行政主導でされるべきものではなく、社会的に責任ある団体、つまり、大学医学部と医科大学、医学会、医師会等が社会的責任として果たすべきであろう。また学生諸君、若い医師も大いに目を開き、広い心で、要求と提案と、その実行を目指すべきであろう。

つまり、医師を構成するすべての人たちの社会的責任として、職業人としての「質」を向上させるための社会的発言と実践が必要なのである。これこそが医療の「質」の維持と保証の基本だからである。決して「おカミ」「お役所」に陳情していればよいという事柄ではないのである。社会との共同作業こそがこれからの医療人の社会的責務であろう。もちろん行政との協調は欠かせない。

このような職業人団体の社会的責任の重要性という認識はいろいろな分野で国際的にも急速に変化してきている。このような国際的な構造の変化へ対応できないところが、現在の日本の問題に共通した根本的な課題なのである。

従来は、監督官庁、行政が日本国を動かしてきた。戦後は、「東西冷戦と日米安保」という枠組みで経済成長してきた日本は、「政産官の鉄のトライアングル」でことはそれなりにすんでいたのである。しかし、冷戦構造の終結した90年以降の日本が急速に低迷しているのはなぜか。情報が瞬時に世界中に広がる「グローバリゼーション」の時代に、国際的な情報の広がりには「既得権者」の実情を世界に示してしまった。このようなときに近代日本の歴史を知り、世界の動きを知り、歴史の大きな「うねり」を見つめられる日本のリーダーは少ない。なぜなら、そのようなことを知らなくても順調に出世できたからだ。そのような価値観で「仕事」をしてきたからだ。そのようにして「出世」してきたのが現在の日本の「リーダー」の大部分なのである。

このような職業人団体の社会的責任は、産業、科学者ほかも同様である。世界は実際そのような方向へと動いている。日本学術会議では、米国、ヨーロッパ、また世界学術会議の動きを受け止めて、日本国内へ向けて「日本の計画 Japan Perspective」を本年1月に発表した。政府、産業、職業団体がそれぞれ独立して、透明度の高い活動を通して、社会に責任を持つような社会システムの形成であり、そのプロセスでの「学術に駆動される情報循環社会へ」を提唱している。これが社会への「Accountability」(「説明責任」は誤訳であり「結果責任」と訳するのが正しい)であるということである。

従来の日本は近代化の歴史が浅いこともあるが、「官」主導ですべてが動いていたのであり、このようなシステムからの脱却こそが、国際社会での日本の信頼の基本となることを自覚すべきであろう。

## おわりに

現在、私たちが直面している医学教育と臨床研修のいくつかの側面を取り上げた。国際化時代を迎え

て、「経済大国」日本はアジアの一員として、世界の一員として、社会にも誇れるような医師の育成こそが今求められている。その課題は「医学教育」にかかわるすべての人、すなわち医師全体、社会全体の共有すべき課題であり、共同で解決していかなければ決して望ましい改革はできない。筆者は医学教育、「メディカルスクール」構想、臨床研修、医療制度、科学行政、学術の国際的動向等の話題について、いくつも、繰り返し発言し、発表しているので、これらを私のホームページ (<[www.kiyoshikurokawa.com](http://www.kiyoshikurokawa.com)>) で見てほしい。

東海大学教授・総合医学研究所長 / 内科学 黒川清

