

第 6 章

今後の医学教育の展望 —メディカルスクール導入の必要性

東海大学教授・総合医学研究所所長

黒川 清

[……1……]

米国におけるメディカルスクール創設の背景

— 4年制大学の卒業生を対象に臨床医を専門に育成する教育機関が米国のメディカルスクールです。黒川先生は日本の医学教育でもこのメディカルスクール方式の導入を提唱されておりますが、そもそも米国でメディカルスクールが創設されたのはどのような背景からでしょうか。

黒川 医師に限らず職業人の養成は、結局、その国の歴史や宗教、社会の価値観等によってできあがってくる。医学の場合、ヨーロッパでは2つの流れがありました。基本的に患者中心で臨床重視の教育をする英国系と、19世紀半ば以降に科学の進歩とともに広がったドイツ式の研究重視の教育という2つの流れです。当時のドイツは、感染症のコッホなど著名な人材を輩出しております。米国は建国時から、英国が基本的に臨床重視というスコットランド系の教育をしていた関係で、スコットランド系をモデルに医学部がつくられた伝統があります。また、日本は当初、幕末に活躍した英国人医師ウィリアム・ウィルス（現在の鹿児島大学の基礎をつくった）との縁で英国式医学教育を取り入れようとしてしましたが、



明治2年に研究重視のドイツ式に変わってしまいました。その頃は、お医者さんも東洋医学でしたし、感染症を克服しなければならなかったので、国のあり方からも政策時にドイツ式がよいと考えられました。

しかし、グローバリゼーションが進むと、従来の社会的要請だけでは満たされなくなってきたことに加え、情報公開の進展によって、従来の価値観が問われるようになってきました。その点、プロフェッションといわれる人たちをつくるシステムはやはり米国が一番普遍的な価値観をつくる傾向にあります。その理由は、米国の場合、歴史が浅い国なので次々に新しいことにチャレンジするし、しかも多国籍民族で移民の国ですから、ビジネスや金融の手法、医師や弁護士養成の仕方、そして高等教育など社会で共通の価値観が必要な分野について、実験・修正しながら皆に受け入れられる普遍性の高いシステムをつくるという歴史があったからではないでしょうか。

—— 米国で臨床重視という考え方が早くから採られてきたのは、どういう事情からでしょうか。

黒川 米国でも戦後、ライフサイエンスの重要性が認識されはじめ、医学研究重視の政策がNIH（米国国立衛生研究所）を中心に進められてきました。しかし、だからといって決して臨床を軽視したわけではありません。これは、アングロサクソン伝統のシステムに基づいたものであると私は考えています。アングロサクソン伝統のシステムとは、昔の西洋的なプロフェッショナル・ソサエティの特徴で、あくまでも自分たちが政府とは独立して自律的にクオリティをコントロールして社会に責任を持ち、貢献するというシステムです。このシステムを維持するには、医師は「医師免許」を持つことに責任を持てるだけの臨床ができなければならないという考えが根底にあります。

—— 他方で、わが国の場合、医学ばかりでなく、法律・経営など他の分野でも大学や大学院は研究・教育の場であり、たとえば、法律の分野では法学部を卒業しても弁護士になれないというように、実践的な専門職養成の場ではないという現状があるようですが。

黒川 わが国においても、医師や弁護士などの専門職は、いわゆる職業訓練所で養成すべきであり、プロフェッショナル・スクールという概念を導入しなければならないと思います。しかし現状は、明治維新以来から続いているドイツ式の伝統で、研究することに価値がありステータスがあるというような実学軽視のミスマッチが起きています。やはり、基本的には医師や弁護士は実務家でなければなりません。医師はまず“お医者さん”であるべきで、弁護士でも法の執行や解釈ができないのでは、一体、免許を持っていることにどういう意味があるのか、となってしまう。

【……2……】

専門職大学院創設の意義

—— 黒川先生が提案しているメディカルスクール構想では、専門職大学院で臨床の実践教育を行うに当たって、4年制大学の卒業生を「混ぜる」という点を重視されています。そのことを前面に出さずに、実学としての専門職を育てるのは不可能ですか。

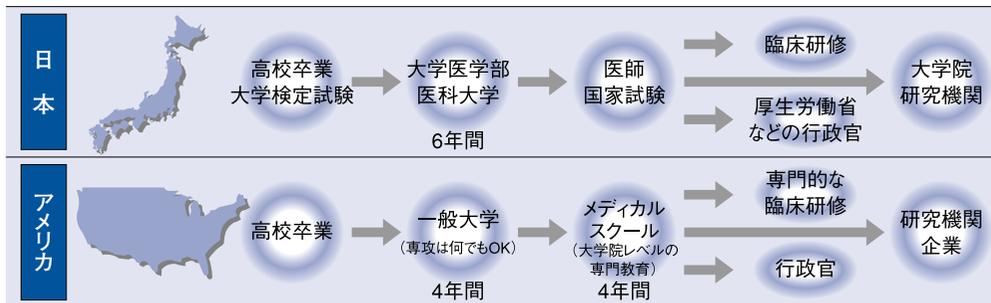
黒川 本来に実学の専門職であれば、そのクオリティは誰が保証するかといえば、自分たちを措いてほかにいませんが、常に「混ぜる」ことによって、自分たちの仲間に広く評価されることになります。そういうなかで揉まれることによって、広い視野を身に付けることにもなり、また的確な判断力を養うことになりますが、日本では「混ぜる」という思想が歴史的に欠如していました。社会的に高いポジションに就くには、江戸時代は生まれた家柄である程度決まり、明治維新以降から現在までは、出身大学によって決まるようになった。極端なことを言えば、大学入学以降は勉強する必要がなくなり、そのため、社会に出て何か問題が発生しても対処する動き方すら知らない人が増えてきました。ブランドや肩書きでなく、1人で何ができるかがポイントで、日本はこれから組織に頼らない自立および自律した人材を育てないといけません。やはり米国が「混ぜる」方式によって、入口ではなく出口で比較することによってレベルを維持しているシステムは参考にすべきです。

実務能力が高く、かつリーガルマインドを持った法曹人を養成しようという日本版ロースクールでも同様の問題があります。たとえば、わが国の社会的価値観では東京大学が一番良いと考えられています。そうしたなか東大のロースクールで、東大卒業生ばかりを入学させたら、評価が外から見えないため、相変わらず、そこで勉強している人もそうでない人も東大ロースクールが一番優秀であると思ってしまうでしょう。ですから、東大のロースクールに大勢の人が行こうとするでしょうが、ただ、それは内容の良し悪しではなく、社会のミテクレがいいという話にすぎない。そこで東大ロースクールの社会的責任としては「東大を出た人はほとんど入れない」という姿勢が問われることになります。ロースクールをはじめとした大学院について、米国ではこのように「混ぜる」ことを前提にしているからこそ、専門大学院に来るまでに、それぞれの大学の学部がどのような人材を養成しているか、常に学部の出口で評価するシステムができているわけです。

—— 日本版ロースクールでは、その「混ぜる」という議論すら、今のところ行われていません。

黒川 メディカルスクール、ロースクール、ビジネススクールというシステムは、米国のシステムなのです。このシステムのなかで専門職大学院は「混ぜる」ことを自発的に

図 日米比較による医師の教育制度



ール化していますし、しかも、それを上位の大学が率先して行っている。米国の専門職大学院にはそのシステムを運用するプリンシプルがある。ところが、日本ではその原理原則をまったく理解せずに、それを形だけ真似して、運用面では自分たちの価値観を当てはめているからうまくいかない。「混ぜていない」日本では非常に無理があるし、制度を考えている先生方も理解をされていない。仮に理解されていても、自分たちに損になるとの考えから認めたくないのでしょう。

—— そうであれば戦略論として、「混ぜる」ことはローギアに抑えておき、まずメディカルスクールを創設するのはどうでしょうか。

黒川 運用のプリンシプルをきちんとしておかないと、日本的に制度を都合よく応用してしまうから必ずダメになってしまう。やはり創設時から「混ぜる」ことが大事ではないでしょうか。それがこの制度の理念であり、関係者の社会的責任なのです。

【……3……】

クリニカル・クラークシップと 卒後臨床研修との整合性



—— メディカルスクールを創るのは臨床のためには必要だというのはわかるのですが、研究を目指そうという人はどうなりますか。

黒川 行政が医師数を増やしたくないとする現状では、研究も大事だからといって皆が研究に向かう必要はありません。日本の医師の価値観は研究業績によって教授になることが社会的ステータスとされています。だから、大学から病院へ行くとワンランク落ちたような気になります。これを打破するのはなかなか難しい。

研究を目指す人はむしろ必要です。4年制の大学を出て医学部に行くときに選ぶ道があり、ハードトレーニングの臨床は苦手だから分子生物学をやりたいと考える人は理学部へ進めばいいと思います。

米国では最初の学部4年間は、プロフェッショナル・スクールではなく、たとえばMITやハーバードのような一流大学では、将来において法律をやろうが、ビジネスをやろうが、官僚になろうが、これからはバイオロジーの知識は必須ということで、バイオロジーを1年間、必修科目として学習させています。わが国の現状を見ますと、医師や弁護士、裁判官などは、よく社会的な常識がないと批判される。なぜこのような問題が出てきたのか。それは大学でそのような勉強をしていないからです。歴史、哲学とかもね。

——今の6年制医学部のカリキュラムでは、逆に教養科目の教育をおろそかにしていますね。新制大学発足当初は2年間の教養課程がきちりあったはずですが、今では、ほとんどなくなっているようです。

黒川 大学進学率が50%を超えている現在、誰もが行く4年制大学教育の目的は何かというと、一般教養を身につけさせることと、専門職教育に進むために必要な基礎的な学問を教育することです。

——メディカルスクールで留意すべきその他のポイントはありますか。

黒川 日本ではメディカルスクールをつくるのと同時に、メディカルスクールの卒業生は、「博士(ドクター・オブ・メディスン)」にするという制度にしなければなりません。現在、東海大学医学部では、4年制の大学を卒業した学士入学者を年間15~20人採っていますが、4年間、医学教育を行った後、さらに「博士号」を取らなければならないのが現状です。「メディカルスクール」を卒業した後に、臨床とは関係のない研究で「医学博士号」を取らなければならないのでは、専門職大学院の意味がありません。

——メディカルスクールが創設された場合、そこで行われることとなる臨床教育カリキュラムである「クリニカル・クラークシップ」と、来年度から新たに導入される新医師臨床研修制度は合体することはできませんか。

黒川 可能だと思います。一番の問題は、国家試験に合格したばかりの医師が医師免許を持っているにもかかわらず、臨床の経験なしでは実際には何もできないという点です。これは社会的な責任の問題です。医学教育にクリニカル・クラークシップを入れるという方向での議論は進んでおりますが、それが根つき、効果が出るまでにはかなりの時間がかかるでしょう。これから始まる臨床研修制度は、このクリニカル・クラークシップが根つき、メディカルスクールが創設されるまでの移行期だと私は思っております。そうすれば、卒後臨床研修は初めから外科なら外科医という専門医トレーニング・プログラムをつくることになるでしょう。

[……4……]

資質を見極められない現行の医学部入試制度

——現在の医学教育についての問題点を、もう少し突っ込んでお話しただけで
しょうか。

黒川 医学教育の目的の1つとして、知識、心がまえ、技能などの医師の基本能力を授けることは確かに大事でしょうが、新しい患者さんを診たときに、医師になってからも問題解決の糸口を見つけられる能力を身につけることが重要です。それには、米国やカナダの大学でどんどん導入されている新しいカリキュラムに変えていく必要があると思います。これは時代の要請です。

医学部入学は、今までの日本では高校卒業時の偏差値をもって十分とされ、出口での「質」の保証がなされていないことが問題です。基本的には、医師としての社会的なミッションがあり、継続的に勉強をしていく人をどうやって選んで、育てていくかという視点が重要。このような資質は現行の入試ではわかりません。

この点では、私はメディカルスクールのほうがはるかにすぐれていると思います。大学で4年間たっぷり勉強させて、面接で時間をかけながら学生を選抜していけばよい。大学卒業時に医師としての適性がないと判断されても、4年制大学は卒業しているので、医師以外の道へ容易に進路変更できます。現行の6年制医学部だと適性があるがなかろうが、医師として育てあげなければならない側面がありますが、4年間で1回、学士を授与すれば、メディカルスクールの定員とは関係なしに適性がない人をスクリーニングすることができるわけです。

——黒川先生の医学教育に関するお考えは、米国に14年間おられて、教育と臨床現場を4つもの病院で経験されたことから得られたところが大きいと思います。

黒川 日本のシステムや人事と関係なく、14年間もいますと、日本の良いところも悪いところも見えてきます。なぜ悪いのかという点も、よく見えてきます。日本の中にいたのでは、それが常識と思っているので、気づかないでしょう。特に、日本は1990年まではサクセス・ストーリーの国でした。何しろ、「ジャパン・アズ・ナンバーワン」とか、「政産官の鉄のトライアングル」といって誰も疑問を持たず、いい気になっていたのですからね。その結果、外から日本を眺めることができず、どこが良いのか悪いのかわからない状況になってしまっています。内外のシステムを日本のシステムから離れ独立して把握したうえで、わが国の劣っている点を見直していくことは重要だと考えます。これは日本の将来のためなのです。

(7月4日、東京・青山のシティクラブ・オブ東京にてインタビュー)