

現在の医学教育

東京慈恵会医科大学教育センター長

福島 統

(聞き手 池脇克則)

患者さんの評価方法は現在もS (Subject)、O (Object)、A (Assessment)、P (Plan) で変わらないのでしょうか。現在の医学教育ではどのように教えられているのか、ご教示ください。

<新潟県開業医>

池脇 福島先生、医学教育に関してということでありまして、以前の教育とはだいぶ違うなという印象ですけれども、どうでしょう。

福島 まず、どう変わったかというよりも、どう変わらなかったのかという話のほうが先だと思うのですけれども、私事ですが、私は東京慈恵会医科大学を昭和56年に卒業しました。実は私の父は千葉医科大学で、昭和22年卒なのです。さらに、私の祖父は旧制の長崎医学専門学校で大正3年卒なのです。実はこの3代がほとんど同じ医学教育だったのです。

私は新制大学ですから、2年間の医学進学課程があって、2年間の基礎医学があって、臨床の系統講義があって、1年もない臨床実習をやるというのが

私の医学教育でした。ところが、昭和22年卒のうちの父親も同じなのです。あのころは4年制の医学部でしたから、2年間基礎をやって、臨床の系統講義をやって、ポリクリというのは臨床実習ではないのです。ポリクリというのは外来実習ですから、外来実習をやって、そして医師になる、こういう世界でした。祖父の時代も同じらしいのです。これは父から聞いた話ですけれども、私が受けてきた医学教育の基本骨格は大正3年のもの。

その話を父親と飲みながら話しているときに無性に腹が立ったのを今でも覚えていて、大正3 (1914) 年というのは何の年だかわかりますか。第一次世界大戦が始まった年です。昭和22 (1947) 年、父が卒業したときは、ご

存じのように、終戦後の混乱で、たいへんな時代だった。時代は全然変わっているし、疾病構造も変わっているのに、医学教育だけは変わらなかったというのが実情だったようです。

もう20年ぐらい前になると思うのですが、私も医学教育の先輩から聞かされた話なので、証拠はないのですが、ドイツの医学教育の査察団というか、視察団が日本にやってきて、国公・私立をぐるっと回って、最後、多分成田でしょうけれども、成田から帰るときに捨てざりふを残した。その捨てざりふというのは、「我々は驚いた。今のドイツにない、100年前のドイツが日本にある」というふうに言ったと医学教育の先輩に聞かされて、そうかもしれないと思いました。

あとでドイツの医学教育を調べてみると、これは全然違いまして、今ドイツの医学教育は6年制ですけれども、2年生のときに国家試験があって、国家試験の科目が傑作で、解剖学および生物学、化学および生化学、物理学および生理学、そして医学にかかわるほかの社会系の科目の試験をして、20%は落ちてしまうようです。基礎医学はそこで終わるのです。そのあとに臨床のほうに進みますけれども、ほとんどの科目は5年生で終わってしまって、6年生は1年間、インターンシップだそうです。いわゆる参加的臨床実習、クラークシップというタイプのもので、

研修医と同じことをするというかたちで6年間が終わるとなっていて、昔の解剖学、生理学、生化学という学問体系とは違うそうです。

池脇 そういう意味では、一方的な座学というのは、受けるほうは楽でいいのでしょうかけれども、今はどちらかというと、教えるよりも自分で問題点を探すとか、あるいはベッドサイドで行動する、実習するのがメインということで、責任者としてやっておられる福島先生のような方はたいへんではと思います。

福島 たいへんというか、そういう意味では誰も知らない世界に入っているので、カリキュラムを改革しようとか、変えようと思ったときに、変な話ですけれども、東京慈恵会医科大学で一番最初にカリキュラムを変えようとして、医療面接とかコミュニケーションという科目を入れようとするわけです。ところが、教える人が一人もいない。私はそういう専門ではなくて、私はもともと解剖学なので、医学教育学会に行き、そういうコミュニケーションの教育のセッションのところをずっと行って勉強してきて、習いたての知識を学生に教えるみたいな、そういうかたちにならざるを得なかった。

それと同時に、教育ということの原理原則ということは誰も知らないのです。学習理論という言葉がわからないわけです。そうすると、はっきりいう

と、自分が教えてもらったように下に教え返すという申し送りの法則でずっとやっていたわけです。それが急に外国とかそういうところから、それこそチュートリアルというやり方がありますよとか、客観的臨床能力試験というやり方がありますよとか、そういういろいろなやり方がどんどん入ってくる。

でも、実際にそういういろいろな情報が入ってくるようになったのは1983～84年ごろです。それ以前はあまり外国も変わっていなかったのです。1984年にアメリカが「21世紀の医師像」という答申を出すのですけれども、これがけっこうショッキングでした。なぜショッキングかというと、それを受けて、次の年の1985年にハーバード大学がチュートリアルを導入するのです。ニューパスウェイというものなのですけれども。それでアメリカの医学教育はどんどん変わっていくのです。ヨーロッパももちろんその時期にどんどん変わっていく。

日本もその時期に、実は外国は変わっているよということを紹介しているのです。医学教育を変えましょうという話し合いがあって、それをまとめ上げたのが、当時、東京慈恵会医科大学の学長だった阿部正和先生で、アメリカの報告書などをきれいにまとめて日本で発表するのですけれども、変わらないのです。あの当時はまだそんなに遅れていなかったけれども、1984年ぐ

らいからどんどん外国との医学教育のやり方の差が広がっていったという感じですよ。

一番大きく広がったのは臨床実習だと思います。はっきり言うと、アメリカで医師免許を取るには、アメリカで州の免許登録をするときに、卒前教育として72週の臨床実習が要求されるのです。

池脇 72週というのと。

福島 2年間以上です。

池脇 そんなにですか。

福島 まるまる2年間の臨床実習を要求されるのですけれども、日本はようやく1年を超えたぐらい。それでも今随分増えている、臨床実習は平均すると50週近いのです。随分改善はしましたけれども、私の学生時代は30週でしたから、そういう意味ではちょっと伸びが遅いのですけれども、それでも少しずつ増えている。

臨床実習をどんどん増やして、実際の現場の中でどういう能力が自分にとって必要で、その能力を自分で身につけることで医師が務まるようになるのだよと、その部分を臨床実習でやろうとするわけです。この考え方が日本と外国の一番大きな違いだろうと思います。

池脇 私もそうですけれども、大学病院という環境の中で学生の教育というのは、患者さんも一般の臨床実地の先生方とは違うわけですから、いわゆ

る臨床実地の先生方のレベルの患者さんに接するというのも重要で、実際に先生はそういった家庭医実習というのもやっておられるのですね。

福島 私どもは、結局こういうことをしなければいけない。つまり、家庭医実習というのは地域の開業医の先生方や、本当に地域で中心になっている病院に学生を1週間送り込んでいくわけですが、こういうことをしなければいけない。さらに、私どもは訪問看護ステーションの実習までやっているのですが、そういうことをしなければならぬという状態に今の大学病院はあるのだと思います。

今の大学病院は特定機能病院ですので、それこそ、東京慈恵会医科大学は都心の真ん中にあるので紹介率が低いかなと思うと、それでも50%いってしまうのです。紹介率50%で、平均在院日数が11日を切っているわけです。そうすると、急性期疾患で、もうすでに診断がついている患者さんが、専門治療を短期間で求めてやってくるところですから、そういう意味ではあまりないな症状から鑑別診断をしてという世界ではないわけです。

そうすると、特定機能病院で学べることは何なのか。これは多分昔の先生には想像できないと思いますけれども、私どもは昔は第一内科、第二内科、第三内科と、うちは第四内科までありましたけれども、そういう世界であって、

つまり総合内科だったのです。それが今は、「内科はないか」といわれているわけですから、結局ないわけです。そうすると、一般的な症候の患者さんは大学には来ない。その状態でプライマリな状態での患者さんを診る機会というのはどこにあるのだという問題が一つあります。

もっと大きい問題は、治る病気しか大学病院は治さないわけです。一番わかりやすいのは筋萎縮性側索硬化症(ALS)で、ALSの患者さん方というのは、たいてい最初の数年ぐらいは地域をさまよっていらっしゃるのです。診断がつかないから。そのうちに職を失ったりされる方も多いわけですが、ある人が「神経ではないか」ということで専門病院に行く。たいてい大学病院に行く。そうすると、だいたい1週間か2週間で診断がついてしまうわけです。除外診断で。診断がついても、治療法がないので、大学病院としては「はい、診断がつかしました。ではさようなら」ということになってしまう。

ところが、在宅で人工呼吸器を使えば、十数年は生きていられるわけです。そうすると、病気になる前の数年、診断がつく1~2週間、診断がついたあとの十何年という疾患の時間軸を見たときに、大学病院で教えることができる内容は何か、ということになります。そうすると、病院前医療も、病院後医

療も、何も大学病院で教えることはできない。ところが、慢性疾患の患者さんはたくさんいる。慢性疾患の継続外来というもの、それから生活支援というかたちの教育は当然行えないわけです。

そうすると、医学部と大学病院で医学教育を完遂するということが極めて間違っただと。むしろ地域

に、地域の教育力をお願いする。地域の教育力を活用してというと怒られてしまいますけれども、それがないと、そういう意味では国民が求める医師にはならないわけです。

池脇 私も大学病院にいる人間として、大学病院というのは医療の中の一部に過ぎないということを教えていただきました。ありがとうございました。