

医学・医療の現状と医学教育の課題

あおき はるひと
青木 治人

1) はじめに

現在、医学・医療が直面している問題を全般的に述べるとしたら如何に多くの紙面を割いても語りつくす事は出来ない。なぜならば医療に限らず、医学そのものが過去も現在も優れて社会的問題であるからである。

そもそも医学は人の病気を治す学問である。人そのものは社会的存在であるので、人を治療する場合、当然の事ながら社会の在り様を無視する事はできない。特に現在のように医学の技術化が進むと、それと同時に医学の政治化も避けられないのである。医学・医療の政治化の最初は保険制度と社会医学であろう。それは社会政策の一環であるからである。また、健康と言う概念自体、いつの時代においても何らかの政治的側面を受け入れてきたのである。したがって、医学・医療が置かれている問題点を述べるとすれば、社会、特に現在の日本の社会そのものから述べなくてはならない。しかし、そのような事は今回の特集の意図するところではないであろう。

ここでは、わが国における医学教育が今まで社会の要望に応じてどのように変わって来たか、そして、本学の医学教育のあり方について述べ、最後に、過去から現在にいたるまで医学教育そのものが本質的に抱えて来た、そして今でも抱えている問題点を述べたいと思う。

2) 医学教育を囲む環境の変化

私が医学部の学生であった昭和30年代から40年前半くらいと比べて、現在の医学的情報は膨大なものであり、当然の事ながら、医学生として習得しなければならない知識も増えている。「増えている」

と簡単に一言で言うのが憚られるくらいである。ましてや、卒業時にはある程度の技術も身につける事が要求されているので、卒業までに身につけなければならない知識、技術の量たるや、想像しただけで気が遠くなりそうである。しかも、医学教育にかかる時間は昔と同じ6年間である。その期間で、膨大な量の知識と、しかもその上、自学自習の習慣を身につける事、そして、医師としての心の在りようまで教育しなければならないのである。

医学部に進学するまでは、ほぼ全ての学生が高校生として同じ課程で、社会を反映しているような教育を受けて来ながら、最後に医学教育の場ですべて(知識、技術と人間性)を身につけさせなければならないのは厳しい事であり、世間に対して苦情の1つでも言いたくなるのが正直なところである。

さて、平成14年から本学でもコア・カリキュラムが導入された。従来あった〇〇学と言うような学門分野別の講義主体ではなく、必要な基本的知識を身につけた後は学生自身に自ら問題点を解決する能力を習得してもらう内容となったのである。すなわち、各講座が責任を持ってそれぞれが担当する分野の講義を行うのではなく、コース別に分かれ、それぞれのコースに関連するすべての分野の教員が、基礎も臨床も関係なく関わり合い、教育するのである。その結果、従来の各科の顔は見えなくなった。

私は、これはこれで正しいとは思っているのであるが、これは講座制と言う、従来からあるドイツ的な大学のあり方(医学部には厳然として講座制が残っている)の上に、アメリカ式の教育方法を取り入れた点で、いかにも明治維新における和魂洋才的な改革であるような感じがしないでもないのである。

これが、我々がその責務を果たさなければならない医学教育の置かれている現状である。

3) 現在の医学教育に求められているもの

今まで述べてきたように、現在の医学教育は、卒業時まで膨大な量の医学的知識と自学自習(問題解決能力)の習慣、そしてある程度の診療技術も修得し、しかも医師としてのコミュニケーション能力をしっかりと身につけるまで学生を教育する事が求められている。当然と言えば当然であるが、これが今までとまったく同じ期間で行わなければならないのである。しかも、その対象者である医学生は、その時点までの社会のあり方をそのまま反映しているのである。社会と言うのは身勝手なもので、それまでの責任は棚に上げて、その後の数年間の医学教育で、それらの問題点を全て解決する事を大学教育に求めるのである。もちろん、このような言葉は繰言であり、言っても仕方がない事である。

医学部として、社会に真の医師を送り出すのが使命であるので、如何なる状況にあるにせよ教育の責任は果たさなければならない。

4) 本学の教育のありかた

a) 医学教育への導入

平成14年4月から導入されたコア・カリキュラムに基づき、本学では、今までの進学課程に存在していた自然科学系の分野をそれぞれ関連がある専門分野の一部門に統合した。もちろんこの考えに対しては反論を含めて様々なご意見を頂いた。この変革の意図するところは、あくまで医学部の生物、物理、化学部門は人間の形態と機能を理解する上で必要な知識を持つためであるべきで、各部門が独自の価値観で追い求めている方向性だけを医学生に修得させようとしてばかりいては効果が上がらない、と言う事を是正しようとした点である。すなわち、医学部における生物、物理、化学は、医学に対してほとんど何の基本的知識を持たない新入生に対して、これから学ぶ医学の専門知識を理解するのに必要な知識、考え方を身につけてもらうようにカリキュラムを立てるべきであり、そのためには、それぞれが関連した基礎医学的分野と密接な連携を持ったカリキュラムにしなければならないからである。今年の医学教育白書では、新入生に最もかけている自然科学系の知識として、各大学とも理科系3科目を挙げているが、全ての大学が挙げているのは生物であった。しかし、一方では、その欠けている知識を補う

事が出来る教科として、やはり生物が挙げられているのである。

本学でまずしなければならない事は、入学してきた学生に対して、医師になる事のモチベーションを維持させ、また早く、しかもスムーズに医学教育に移行できるようなカリキュラムを作る事である。そのためには従来の自然科学系と基礎専門分野との融合は欠かせないものであり、今後さらにこの点を確実なものにしていかなければならないと考えている。

同時に、本学では第1学年から臨床医学のコースが始まり、臨床と基礎医学の双方向から医学知識の講義、実習が行われている。これにより、学生は入学時から医師になる事を意識づけられ、モチベーションを維持できるのである。

また、本学の最も特徴的なカリキュラムは、医科大学として、唯一、宗教学を入れている事である。

本学の建学の理念は「キリスト教の人類愛に根ざした、生命の尊厳を基調とする医師としての使命感を自覚し、人類社会に奉仕する医師の養成」である。医師には高い倫理観が求められている事はいまさら言うまでもない事であるが、その倫理観は人様々である。本学では、生命倫理と言うもの考える場合、キリスト教的に見た場合はどう言う基準になるか、と言う事を知ってもらい、それをもとにして自らの倫理観を持ってもらう事を目的としている。ミッションの使命を担っているのでは決してない。この考えに基づき、学生各人が自ら考え、自身の、しかし、決して独善的ではない倫理観を持てるようにするのがこのカリキュラムの真の目的である。

b) 自学自習能力の修得

現在の医学教育で最も求められているのは、正解がある問題に対して、その正解を探し出す能力ではなく、様々な局面で問題点を抽出し、その問題点について、如何にして自分なりの回答を出せるか、と言う能力を修得させる事である。Problem Based Learning (PBL) はまさにそのための学習技法である。多くの学生は、それまで、いくつかの回答の中から正解を選び出す事には慣れていても、自分で回答を作成する事は習慣づけられて来なかった。また、この学習方法は自分の考えをきちんと人に伝える事が出来なければ成り立たない方法でもある。したがって、他人とのコミュニケーション能力の修得

についても有効な方法である。

一方、この技法には「影」もある。先の学習効果を「光」とすれば、「影」は、自主性がない学生に対しては何ら効果があがらず、しかもそれで事が進んで行ってしまう事である。したがって、この学習方法を成功させるためには学生の自覚を高める事が必要であるが、同時にチューターの協力も欠かせないのである。チューターのきめ細かな指導と評価がこの方法の成功のカギを握っていると言っても過言ではない。幸い、本学では、すでに初期 PBL、臨床 PBL も含めて、300 名以上のチューターが存在し、しかも学生にはとても好評と聞いている。大学の教員組織のあり方が変わり、従来の助手が助教となり、学生に対する教育も担う事が求められるに従い、教員の教育に対する意識も徐々にではあるが高まってきている事はすばらしい事だと感謝する次第である。

c) Bed Side Learning (BSL) の充実

我々の時代のいわゆる見学型のポリクリと呼ばれていた臨床実習から、参加型の臨床実習に変わってから久しい。

現在ではこのカリキュラムに入る前に、第 4 学年の終了時に共用試験を通らなければならず、本学でも一昨年に試験導入し、昨年から正式に導入した。さて、ここで本学の BSL が抱えている問題点について述べたいと思う。

参加型、あるいはクリニカルクラークシップと言っても、ただ単に医療スタッフの一員としての経験だけでは、それまでに身につけてきた知識の整理と言う点で不十分である。実習では、積み重ねられる経験には順次性がなく、また、担当できる患者さんの数も限られる。その病気の鑑別診断などに関係した全ての疾患についても同様に深い知識を持たなければ臨床実習の意味はない。そしてこの臨床実習の効果を上げるためには「実習経験から得られた知識」と「それまでの系統講義、実習で得られた知識」の再確認と整理、と言う作業が求められ、そのためにはやはりなんとと言っても教員の指導が必要となるのである。臨床実習以外の、コースの講義、実習では到達目標、評価は標準化され、またそのための指針も明らかとなっている。もちろん、BSL においても各科では様々な取り組みがなされ工夫もされているが、しかし、各科毎に対応に差があり、ま

た同じ科でも教員によって微妙に差がある事も事実である。

今後は、BSL においても、ある程度の差はあるとしても、基本的な点での指導内容と評価法の標準化はしなければならず、また知識の再確認作業の徹底もしなければならないと考える。

また、BSL で回れる科の幅をもう少し広げられるような工夫が必要であり、内科で 1 昨年立ち上げられた総合診療部を充実させ、限られた診療科しか回れない内科実習をより効果的なものにするべきであると考えている。

d) 第 6 学年の教育のあり方

現在第 6 学年に対してはコース毎に集中講義と週末の試験が行われている。私は、この 2 年ほど中断していた第 6 学年の学生との昼食会で意見を聞く機会を今年、再開したが、そこでの意見は大変貴重である。学生にとっては、この集中講義が必要であると言う学生と、そうではない学生とに別れているのが実情である。もちろん、個々の学生の到達レベルに合わせた講義がなされればそれに越した事はないが、本学として最も責任が重い使命を考えれば、まずは全ての学生がある一定の基準に達するように保証する事であり、やはりこの方式は現状では続けざるを得ないであろう。もちろんこれだけで十分とは言えず、知識の整理と再確認のための更なる指導が必要な事も念頭に入れなければならない。

5) 医学教育が抱えている根本的問題点

今まで述べてきたように、医学教育が科学的知識、技術の習得を追い続ければ追い続けるほど、また別の問題が発生するのである。

私は、この問題について、ドイツの有名な内科医であり、また哲学にも深い造詣を持っていたヴィクトア・フォン・ヴァイツゼッカーが記した「病いと人」と言う著書の一部分を要約して紹介したいと思う。ちなみに、東西ドイツが統合された時の大統領であったリヒャルト・カール・フォン・ヴァイツゼッカーは彼の甥に当たる人であるが、彼はこの書の中でこのような事を述べている。

「医者職業を選ぶ事は、自由な選択のように思えるが、そこに働いている動機は実のところ、見かけほど自由に生まれたものではない。医者としての素質や、医者になりたいと言う気持ちは生まれつき

のもののように見えるが、父親や祖父、叔父などが医者であったりするとそれが子供の気持ちのモデルになっている事が思いのほか多い。とは言え、生まれつき備わっているような、自然に対する愛着とか好奇心と言ったものがある事も事実である。ところが、医者を志す学生に尋ねてみると、時々それとは全く異なった返事が返ってくる。倫理的、あるいは宗教的な口調で“病気の人を助けたいのです”とか、“人類の苦痛を救いたいです”と言うような事を言う。人類の苦痛を救うなどと言う事はそうたやすい事ではない、と苦笑いするのは良いとしても、その崇高な気持ちを萎えさせる事はすべきではない。ところが一旦、医学部に入り、医学のカリキュラムに組み込まれると事態は一変する。“病人だ人”とか“助ける”と言う言葉はあまり口にされなくなる。素敵な自然の仕組みに夢中になり、知的能力が刺激となり、センチメンタリズムは滑稽に見えてくる。心情のひそかな変化が生じるのである。このようにして人間的な意識の変化が起こるのは不幸な事である。歴史や言語、芸術、社会についての講義では人間関係のあり方と研究対象が切り離せないのに、自然科学の対象はそれ自身、人間関係とは無関係なもののように考えられている。その結果、学生は人間関係のあり方を、本来医師が対象とすべき人たちのうちではなく、教師の人物のうちに、あるいは学校の状態のうちに見て取る事となる。こうやって人間的な世界と客観的な世界との間に乖離が生じる。学生は自然を人間関係の外の世界として科学的に教えられる。世界全体が、学生にとっては自然としか見えてこないのは当然である。こうして医師を志した人が医学の罠に捕らえられる。」

この書は医学部教育自体を直接論評したものではない。しかも、1951年に出されたもので、すでに半世紀以上も経っている。しかし、彼が述べた事は、現在に至るまで医学部教育が抱え、しかも解決策が見えない問題点の本質を突いたものであろう。特に現在のように膨大な知識と技術を身につけるために勉強をすればするほど、好むと好まざるに関わらず、もう一方の重要な、その対象となる人間に対する関心は薄れて来る、と言う矛盾を医学教育は抱えているのである。

ではこのような問題を解決するためにはどのようなすれば良いのであろうか?私は正直、少し弱気である。大学に入ってからコミュニケーションの方法を学習するだけで済むとは思えない。もちろん、何もしないのでは問題外であるが。患者さんの立場に立った医師としての心構え、患者さんの心の支え、と言っても学生には必ずしも理解はされない。何しろ、学生たちはその重要性について、身をもって体験してはいないのである。もちろん、マニュアル的な教育で礼儀、服装、言葉使い、行動などを教える事は難しい事ではない。しかし、そのような教育で身につけた職業的笑顔や口調で患者さんの信頼が得られるわけがない事は明らかである。ここはやはり、教員が、上は教授から若きは助教、あるいは研修医までも含めて、先輩の医師たちが良き規範となるような気持ちを持ってもらい、率先してその姿勢を見せる事が不可欠なのである。

教育とは人から人へ受け継がれる「無形」のもので、誰もが、どこかで、何かしらの部分、他の人の心の持ちように影響を及ぼしている事を忘れてはならないのである。