

よい医師を育てるために大学や臨床研修病院は何をなすべきか

岩崎 榮 氏 横浜市衛生局参与 / 元日本医科大学主任教授

今年4月、新たな臨床研修制度がスタートした。社会の要請に応える医師を育てるため、大学や地域の病院はどのような取り組みが求められているのか。財団法人日本医療機能評価機構の理事で横浜市衛生局参与である岩崎榮氏にうかがう。

メディカルスクールの議論へ

今年4月の国立大学法人化など、各医科大学、医学部の教育のあり方が大きく変わろうとしています。現状をどのようにご覧になっていますか。

岩崎 国立大学が法人化され、目標を立て、それを達成できたかを評価するシステムが導入されました。教育に目標があり、その評価の制度があるのは、考えてみれば当たり前のことですが、ともかくそのようなかたちになった。その評価で予算が査定されることもあり、各大学は一生懸命に変わろうとしているようです。法人化が大学を変える契機になり得ることは間違いないとしても、それが表層的な衣替えでなく、実質を変えるまでのインパクトとなるか否かは今後の展開を待たなければなりません。そして、大学自治があるのですから、改革の成否を分けるのは内部にいる教授たちの意識ということになります。また、法人化に限らず、医師養成の制度をめぐりもろもろの改革が行われていますが、私自身は医師養成の議論では、やがて将来的

にはメディカルスクールが最重要課題として浮上していくものと見ています。そこまで視野に入れるのであれば、現在の改革は今始まったばかりとはいえ、まだ生ぬるく、道半ばのものと言わざるを得ません。

本来なら、より抜本的な改革を断行して、米国のメディカルスクールのような教育システムを導入すべき、とのお考えですね。

岩崎 日本では18歳で医学部に入学しますが、そもそも受験勉強を終えたばかりの年齢では、意思決定をするには少々早過ぎるのではないかと思います。米国のように、4年制大学を出てから、自ら決意して医師を志望する人たちを養成することによって、真に社

会の要請に応える医師を育てられるのではないのでしょうか。

そして専門職を養成する機関として、より医師養成を徹底することが必要です。現在の医学教育改革でも、6年一貫教育とかFD¹ということがなされていますが、多くの大学では、未だに基礎は基

1 FD [Faculty Development]: Facultyは大学の教員組織を指し、Developmentは開発で、FDとは教授陣の(能力)開発をいう。一般的には狭義で『教育指導能力の開発』と限定されて使われている場合が多い。

礎、臨床は臨床という独立独歩体制の傾向が残っています。カリキュラム一つを取っても、研究重視のドイツの医学教育制度²を導入した明治以来の伝統から抜けていないようで、基礎と臨床が真に一貫性のあるものとなっておりません。今や医学に関する知識や技術は膨大になっており、6年間ではとても教え切ることができないことは明らかです。であれば、コアな部分だけ教えればよいのではないか。大学内部からも、そのような提案が出ているのですが、大抵の場合、提案されっ放しで、実際にそこまで踏み込んでいる大学は数えるほどです。カギを握るのは現役の教授たちです。これだけ医療情報の氾濫する時代に、6年という限られた期間で、どこどこを押さえればよいのか、そのように全体像から発想しようとせず、相変わらずの縦割り意識から自分の学問の領域に固執し、協調しない。そのような教授たちが支配的な大学で改革を成し遂げるのは難しいでしょう。大切なのは目標です。社会の要請に応える医師づくり、つまり、「良医を育てる」という目標を共有して全教官が一丸となる。カリキュラムも6年間を通した理念で一本筋を通す。一人ひとりの教授が、自分の授業はその目標のためにあることを常に意識しながら授業を展開するべきでしょう。

「米国に負けない先端医療を」という社会的要請もあると思いますが、教育においては、まずは地域医療の担い手たる、よき医師の育成に重点を置くべきであるということですね。

岩崎 私が、全人的医療、すべての患者に対応できる医師を育てなければならぬ、と言うと、「そんな医師がつかれるものか」と反対される方もいますが、専門を超えてすべての医師が共通して備えるべき知識や技術、態度を身に付けることが先決です。「プライマリ・ケア³の基

本的診療能力」という言葉もそれを表すものです。どのような患者が来ようと、一時的な対応ができる、間口の広い医師を育てる。それこそが医療体制の基盤となるものであり、いわば根です。丈夫な根があって初めて先端医療や研究という木も高くそびえる可能性が出てくるのです。残念ながら、今の日本の医師養成に最も欠けているのが、そのような基礎的な部分です。私は、昭和40年代からそういう傾向が現れたと思っています。少なくとも私が卒業した昭和30年代は、基礎的な部分を大切に医療を目指していたはずなのですが、そこへ急激に米国流の医学が入ってきました。問題は、米国の専門医要請の真髄を理解しないまま導入してしまったことです。米国にはメディカルスクールがあり、しっかりとしたインターン制度がありました。また、レジデント・コース⁴で育まれた医師たちがそれぞれの適性によって全人的医療や先端医療に分かれるシステムがあります。それを中途半端なたちで真似たため、結果として、日本の医学教育は大事な部分を飛び越すかたちになった。そのため基礎的な部分の教育が不十分なものとなり、その弊害が今になって出てきたというのが現状でしょう。無医村など地域的過疎などの問題を指摘されながら、なかなか解決できないのは、教育という根幹部分に問題があることの証左であると思われま。

そういう意味では、待ちに待った改革がよいよ始まったという印象でしょうか。

岩崎 これまでも警鐘を鳴らす医師は少なからずいました。多くの日本人医師が米国に行き、かの地の教育に触れ、自分が日本で受けた教育について反省して、声を大にして改革を叫ぶ人も少なくありませんでしたが、制度はなかなか変わりませんでした。それが、今年ようやく、

大学卒業後の新人医師の臨床研修が必修化され、プライマリ・ケアの基本的診療能力を身に付けた医師を育てよう、というところにまでこぎ着けました。しかし、米国では半世紀も前から行っていることです。日本人は器用ですから、遅れを取り戻すのに10年くらいで達成するかもしれません。そういう意味では、医学・医療教育改革はむしろこれからが正念場であると言えます。

マッチングの効果

臨床研修の義務付けに対する慎重論には、「先端医療で遅れをとるのではないか」という意見があったようです。

岩崎 全くの杞憂です。むしろ、「根のないところで育てられた医師に先端医療はできない」と考えるべきです。現に日本で先端医療を担っている人たちの多くは、米国など海外で学んだ人たちですし、日本の医学研究の世界的な評価を見ても、それは否定できないはずですよ。

研修医と研修病院双方の希望をもとにコンピュータで組み合わせを決定する研修医のマッチングが始まりましたが、これについてはいかがお考えでしょうか。

岩崎 大賛成です。出身大学の病院における臨床研修は、どうしてもぬるま湯的なものになりがちです。切磋琢磨ということでは、外の病院で研鑽を積むべきでしょう。本来なら、外国を含めてマッチングを行うシステムがあれば、と思いますが、とりあえず今回、広域マッチングシステムができたことは喜ばしいことです。私は「マッチングの効果」と言っていますが、これは大学教育に大きな影響を及ぼすと思いますし、臨床研修病院のあり方にも一石を投じるはずですよ。さらには、研修を終えた後の医師の生涯、医師のライフスタイルさえ変えるきっかけになると

² 今ではドイツに残っていない。

³ プライマリ・ケア[Primary Care]: 病気の初期診療。第一次医療。保健・医療・福祉介護が包括された総合的で継続的な住民と地域に立脚したすべての人が享受できる基本的かつ日常のケアのこと。

思います。あえて過激な言葉を用いれば、混ぜることで縦割り構造を破壊できるということです。医局講座制度を越えて、いろいろなどころで教育を受けた人たちが切磋琢磨する。その競争は、教育の質を高める一大要素になるものと期待されます。

臨床研修について、さらなる改革が必要なのでしょうか。

岩崎 大学が臨床研修をすべて手放して、完全に地域医療を担っている市井の病院に任せてしまうという思い切った試みも考えられるのではないのでしょうか。若手をいったん外に出す。3年後、その中から大学で必要とする研究者や教育者を狙いたい人が改めてアプライしてくる。その際、大学の側は、出身者だけを迎え入れるのではなく、全国レベルで門戸を開く。そのような全国公募制度のかたちに改める必要があると思います。これまでの医局は、学生を教え、研修を受けさせ、どの病院にいきなさいと、人材派遣会社のようなものでした。就職先を教授にいちいち世話してもらうようなことではなく、自分の専門性、技術を信じて、どんどんアプライして世の中に売り出していくことが必要です。大学は、若手の半分は大学に残ってくれるから大丈夫という安易な考え方を捨てることです。

それによって医師の間にも、大学の間にも競争が生まれるということです。

岩崎 公正な公募制にすれば、個々の医師が自ら進む道を自立的に選択するようになり、大学も3年後のことを考えなければならなくなります。下手をすれば敬遠されますが、やりようでは能力の高い人材を呼び込めます。

競争的な環境になるとき、医学、医療の教育について大学によるアプローチの違いがあってもよいのでは。

岩崎 東京大学は大変なスピードで変

わっています。他の大学はもたもたしてはいられません。日本には80の医科大学があるのですから、米国のように大学病院と医学部を分離する大学や、研究機関に特化する大学、臨床教育に専念する大学病院が出てきてもよいはずですが。徹底してプライマリ・ケア医を育成しても研究はできます。事実、カリフォルニア州のデイビス校などは、日本で言う「総合医」を育てていますが、その中から課題を発見してしっかりとした研究をしています。

臨床研修病院自体も3年以後の医師について真剣に考えなければなりません。「地方の時代」という言葉がありますが、大学がすべてを支配する時代から脱するためには、地域の臨床研修病院が総体的に力をつけなければなりません。力をつければ、地域に根付いた医師も育てられるようになるでしょう。大学に頭を下げて、派遣してもらうかたちから全国公募制にして医師を求めていくかたちにすべきです。これからは、私は、「どの大学を卒業した」というより、「どの病院で研修したか」、「主たる指導者は誰だったか」それが医師の自己紹介の言葉となり、研修病院が医師の臨床のステータスを決める。臨床研修病院をそこまで育てていかなければならないと思います。

自治体にも意識改革が求められると。

岩崎 医師要請を大学や大学病院に任せてきた時代は終わり、自治体が地域に必要な医師の養成を真剣に考える時代がきています。これまで自治体は鉦や太鼓で医師を集めていましたが、どうにか来てもらった医師も、時が経てば去ってゆく。そのようなことを続けるのではなく、例えば自治体連合が全国規模のネットワークシステムをつくったり、全国自治体病院協議会や自治体が抱える病院が

積極的に医師募集の役割を果たしたりとしていくべきです。

臨床研修を充実させていくためには、第三者による評価が重要です。日本医療機能評価機構では、どのような評価手法をお考えですか。

岩崎 臨床研修病院の中でも、特に臨床研修プログラムを中心に評価しようと考えているところです。プログラムが基本理念に沿ったものになっているか、実際にそのプログラム通りに研修が行われているか、そして全人的な医療ができる基本的診療能力を身に付けられるようになっているか、そのようなことを評価するべく、現在、評価項目を100近くリストアップしています。手法としては、単に自己評価してもらうのではなく、評価者が実際に訪問して、院長なりプログラム責任者なり指導医なり、さらに看護師などさまざまな人たちにインタビューする。さらに研修医にもインタビューして、指導する側の意見の裏付けをとる。そのようなシステムを開発中です。米国ではACGME⁵という機関が評価をしていますが、そこでも評価者が実際に訪問調査を行っています。

競争と規制緩和

医療の世界に適正なかたちで競争原理を持ち込むことが必要であるとお考えと思いますが、その観点から国に望まれることは。

岩崎 規制緩和について言えば、私は、できるだけ徹底すべきである、という立場をとっています。日本の医療法などで縛っている細かな規制、設置基準や施設基準などを一つひとつ見直さなければなりません。それらのオリジナルは、昭和23年に定められたものです。あの時代は決めざるを得なかったとしても、今は状況が大きく変わっています。にもか

4 レジデント・コース：専門医修練コース。

5 ACGME [Accreditation Council for Graduate Medical Education]：米国の医師卒後研修のプログラム評価と認定を行う専門機関。レジデントが専門医認定試験受験資格を受けるためには、ACGME指定のプログラムを終了する必要がある。

ならず、規制だけが残っていることから
ひずみが生じています。医師の人員基
準にしても大幅に緩和して、「その地域
で必要とする人員」というような定め方
でよいのではないのでしょうか。何でも全国
一律でなくてよいはず。山間地の病院
にも、本当に3人以上いなければならない
のか。私は2人でもできる医療をや
ればよいと思います。

昔と違って交通手段が発達して
いますし、いざとなればヘリコプターによ
る搬送もありますね。

岩崎 私は長崎大学にいたとき、離島
医療に頭を痛め、大学を飛び出して、離
島医療の拠点としてつくったのが現在
の国立病院長崎医療センターの前身で
ある国立大村病院(後に国立長崎中央
病院と改称)でした。「救急医療は大切
だが、有人島の一つひとつに診療所を
つくっていったところまでできることは限ら
れている。それより救急搬送体制を整え
るべきだ」ということで県にお願いして、
有人島に少なくとも1カ所はヘリポートを
整備してもらい、日本初のヘリコプター
による搬送システムを構築しました。そ
の次に手掛けたのが、県内にぼつんぼ
つんとあった診療所や小さな病院を町と
町の境界あたりに集約することで、そこ
に医師を派遣するときには、必ず指導医
を付けることにしました。そういうかたち
で離島における地域医療を次第に充実
させていったのです。

医師不足の背景に医療機関が
多すぎることもある、との意見がありま
す。

岩崎 要するに、ばらまき行政だった
ということでしょう。国民皆保険というこ
ともあって、公平、平等という考えから医
療のアクセスをあまりにも行き届かせよ
うとした。そういう意味では、現在、進め
られている「平成の市町村大合併」は
分散した医療機関をまとめていく上でよ



い機会です。私は「技術集積」と言っ
ていますが、例えば分散した小さな医療機
関を集約すれば、医師も多く確保され、
地域の中核病院ができます。そこを中核
としてサテライトで診療所を運営するの
も自治体病院のやり方のひとつです。

非医師による医療行為という規制
緩和も検討すべきであるということす
ね。

岩崎 かつて「無医村をなくそう」とい
う運動がありました。そのとき、私が主
張したのは「医師ばかりが医療の担い
手ではない」ということでした。看護師や
保健師などがカバーすれば、そこは「無
医村」であっても、「無医療地域」ではな
い、と。今や医師がすべてを支配してき
た時代が終わり、チーム医療の有効性が
説かれる時代です。病院においても地
域においても薬剤師や栄養士が参加し
た栄養管理支援のためのNST⁶が脚光
を浴びていますが、医師の中には、未だ
に自分がヒエラルキーの頂点にいて、看
護師を部下か何かのように勘違いして
いる方がいらっしゃる。看護師など他の
医療職種をもっと大切に、彼らが医
療の表面に出てくる社会にするべきで
す。そして、力を発揮してもらうことす
べし。ようやく救急救命士による除細動⁶が法

的に認められましたが、そのほかにも何
かにつけ、医師がいなければ何もできな
いよう縛っている。それを解くのも規制緩
和の重要な役割です。そのようなことを
含め、地域の実情に合わせて人員を配
置していく。本当に必要な何としても
人員を確保すればよい。それができない
のであれば、その地域にその病院は本
当にいらぬのかどうか地域として協議
すべきでしょう。

横浜市衛生局参与 / 元日本医科大学主任教授

岩崎 榮(いわさき さかい)

1957年3月長崎大学医学部卒業。1958年4月長崎大学医学
部第二内科入局。1960年米国留学(エヴァンゼリスト医科大学
心臓研究所)1年間。1969年7月長崎大学医学部教官助教
授(医学部第二内科講座)。1982年3月国立病院長崎医療セ
ンター副院長。1983年4月長崎県立成人病センター多良見病
院長。1984年9月国立医療・病院管理研究所医療管理部長。
1990年4月日本医科大学医療管理学教室主任教授。1998年
3月日本医科大学定年退職。同年4月～1999年12月学校法
人日本医科大学常任理事。1999年12月同常務理事。2003
年同法人顧問。同年4月春の叙勲。2004年4月横浜市衛生局
参与(現職)。その他、現在、日本病院会参与、全国国民健康
保険診療施設協議会参与、財団法人日本医療機能評価機構
理事、財団法人医療研修推進財団理事、聖ルカ・ヘルスサイ
エンス研究所理事、医療科学研究所理事、ファイザーヘルスリ
サーチ振興財団評価委員などを務めている。主な著書に『地
域医療の基本的視座』(ベクトル・コア・1999)、『人間医療学』
(南山堂・1998)、『医を測る』(厚生科学研究所・1998)など。

読者の皆様のご意見・ご感想をお寄せください。

h-bunka@lec-jp.com

6 NST[Nutrition Support Team]: 栄養サポートチームの略語であり、栄養療法
を浸透させ、基本的医療を病院内に確立させるためのチーム医療を指す。1970
年米国のシカゴで誕生し、その後全土に広がり、さらに他の欧米諸国へと急速に
伝播した。現在、欧米では半数以上の総合病院にNSTが存在する。

6 除細動: 心臓の拍動異常の原因となる心室細動・心房細動を抑え、正常な調律
に戻す治療法。電気刺激や薬剤を用いて行う。