

教育改革の一つの到達点 としての「医局講座制」の見直し

堀田知光 氏 東海大学医学部長

日本で初めてクリニカル・クラークシップを導入するなど、これまで教育改革に熱心に取り組んできた東海大学は、昨年、いわゆる「医局講座制」の抜本的な改革を行った。改革の内容と課題について医学部長・堀田知光氏にうかがう。

独立した「王国」

東海大学医学部は昨年、いわゆる「医局講座制」を抜本的に改革されたとのことですが、そもそも医局とはどのような機能を持つ組織なのでしょう。

堀田 医局とはクラブ的な任意団体で、

一般の病院にも存在しています。いわば医師の控室とか詰所のようなもので、事務連絡などが行われるのですが、そのほか医師同士の情報交換の場となったり、臨床検討や勉強会を主催したりするなど、知の伝承という重要な機能を併せ持つ、いわば一つの文化とも言うべき組織です。ここで強調しておきたいのは、

私たち東海大学の改革は、医局そのものを否定するものではなく、それが大学の講座と一体化することによって生じ得る弊害を問題視したものである、ということです。普通の病院の場合、役職と言えば病院長や診療科長で、医局はあくまでも親睦会であり、そこには役職の上下関係を持ち込まないのが一般

的です。ところが大学病院の場合、診療科ごとに医局があり、それが一体的になりやすいことから「医局講座制」と呼ばれるわけです。大学の講座の上下関係がそのまま医局に持ち込まれ、診療や研究、人事などが教授を支配者として医局内部ですべて完結するため、それぞれが独立した「王国」になりやすい。そのため、講座間の情報交換がおろそかになったり、組織全体が硬直化して環境の変化に柔軟に対応するのが難しいといった弊害が生じることとなります。他方において、教育、診療、研究、人事などすべてが一元的に管理されるため、指揮命令系統という点では、シンプルだけに強力なリーダーシップが発揮できる組織形態です。

家父長的な組織であるということですね。

堀田 トップに、バランス感覚があり、運営能力にも優れた人物が就けば、一人で組織全体を見渡せる、極めて効率のよい組織であるとも言えるのですが、ひとたび暴君や無能な人物が就けば悲惨です。治療方針をめぐる議論が妨げられ



てしまったり、医療ミスを隠蔽するといった体質に陥ることもある。それが近年、社会問題として顕在化しているわけです。要は、指導者の個人的な資質に全面的に依存するシステムであるということです。

その組織が学外の人事にまで影響力を持つわけですね。

堀田 有力な大学は、多くの病院を関連病院として持つことにより、巨大な系列を形成しています。医局講座には、大学病院内だけでなく、医局員の赴任先の関連病院に関する人事権もあるため、卒業後も出身大学の医局員の立場が付いて回ります。若手が地元の病院に勤めたいとき、その病院が他大学の系列であれば、直接行けないのが普通で、系列元の大学の医局にいったん籍を入れたいといけなかつたことが起こります。また、地方の系列の病院は、大学から派遣していただく、という意識になりがちなようです。

地域医療への人材の供給という社会的役割を果たしていた側面もあると。

堀田 それでも制度疲労を起こしているのは事実です。今、若手医師の流動化は確実に起きつつあります。また、国の政策でもあるようなのですが、将来、それが地域医療にどのような影響を及ぼすのか、まだ読みにくいところがあります。自然の流れに任せていけば、若手医師はいつそう都市部に集中するかもしれません。もちろん若手医師の意思を無視して赴任先を命ずるようなことが正しいとは申しませんが、医局が人事権を持ち、地域の要請を受けて若手医師を派遣していた機能を完全に失ってしまい、全く自由な労働市場に任せるのもまた問題でしょう。第三者機関を利用して公正な立場から医師の配置を決めるな

ど、何かしらの代替措置を検討する必要がありますと思います。

教授は役職か

同じ医局といっても、私立大学の学科目制と国立大学の講座制では組織に違いがあるのでは。

堀田 大学設置基準は「大学には講座制、学科目制を置くものとする」としており、個々の大学はいずれかを選択していますが、多くの国立大学は講座制、私立大学は学科目制をとっています。講座とは、校費の積算の根拠となる単位のことです。教授1、助教授1、助手4などからなるものです。一方、学科目制とは、すべての教員が学科に所属し、それぞれの専門領域を担当する仕組みです。大学設置基準の趣旨としては、学科目制は講座制よりフラットな組織を想定したものであると思いますが、実態としては、科目が講座と似た領域をカバーしていることもあって、私立大学の学科目も講座に似たかたちになりがちです。日本では、明治時代に国主導で大学がつくられましたが、新設の医科大学、医学部がそのスタイルを持ち込み、あたかも学科目制を講座制のごとく運営したという背景があるのでしょう。つまり、新設大学の設立にかかわった人たちが国立大学の講座制を念頭に置いて教室づくりをした結果だということです。東海大学も学科目制をとっており、医学部の学科は医学科一つだけですが、300名を超える教員が一つの学科に所属するかたちでは運営が困難なため、便宜上「教室」や「部門」という単位を置いたのですが、それらが講座のごとく振る舞う面がありました。

組織改革に当たってコンセンサスを得るために、学内でどのような議論がされたのでしょうか。

堀田 われわれは、医学部のマネジメントについて考察を加えました。課題は教授、助教授とは何か、何をなすべきかを明らかにすることです。もし管理者としての役職とするのであれば、任期が定められていしかるべきであり、その権限と責任が明確になっており、ときには降格があるはずだが、そういうことはない。いったん教授になれば、実質的に定年に至るまで地位が保証される以上、それは役職ではなく、学問・研究、教育の一つの到達点を示す個人的なアカデミックタイトルであると思えるべきものです。であれば「教授だから」ということをもって直ちに全権を付与されるのはおかしい。そのような結論に至りました。そこで2000年に導入したのが「複数教授制」です。権限の伴う役職として診療、教育、研究のそれぞれに責任者を置くものの、それは必ずしも一人の教授でなくてもよい。ふさわしい人がいれば二人いてもよいし、助教授でもよいというものです。

そのようにマネジメントのあり方を追求された結果、昨年、医局講座制を抜本的に見直されたということですね。

堀田 医局と講座が一体化して教授を頂点とするピラミッドが形成されていましたが、新体制では、医学部を5学系に集約して、学系長がそれぞれを統括し、運営は運営協議会で横断的に行うように改めました。また、学系長と診療科長の兼務を原則禁止としました。派遣人事については、医学部長室に窓口を一本化して透明性を確保するとともに、人事委員会の下に地域医療人材交流委員会を置いて調整を図っています。

教員や医師の評価、処遇ではどのような工夫をお考えですか。

堀田 トライアルの段階で、給与や処遇に評価を反映させるのはまだ先のことでありますが、現在、教員や医師の評価処遇制

度の仕組みの精緻化について検討しているところ。まず教育、研究、診療、管理、それぞれの評価は客観的データに基づいて行う。つまり、研究面なら、どの雑誌にどういう論文を発表したか、診療面なら何件の手術に携わったか、紹介患者がどれくらいいたか、そのようなデータをもとに点数を付ける。加えて、同僚や上位者からの評価などを総合する。そのような評価手法が完成しつつあるところ。また、すべての持ち点のうち、教育に何%、診療に何%と、自分で評価してほしいところに重み付けをする仕組みにすることで、それぞれの適性に応じた能力を発揮してもらいたいと考えています。

つまり、頂点が一つのピラミッドではなく、研究者、臨床家、教育者、病院管理者など複数の目標があるかたちが望ましいということですね。

堀田 私は、医療の世界には多様な生き方があると思っています。

一連の教育改革

東海大学の組織改革はどのような経緯から始まったのでしょうか。

堀田 われわれが医局講座制を廃止したのは、不祥事があったとか、人事や金の流れに大きな問題があったから、ということでは決してありません。これまで進めてきた大学改革の必然的な到達点であり、さらにより教育システムをつくり、よい診療を行っていくための試みです。

われわれが改革の舵を大きく切ったのが1988年で、その年に「教育計画室」を置きました。特定の教授に集中する権限を分散させるための制度で、教育内容を一元管理するものです。それまでは授業時間を割り振るだけで、あとは医局講座に投げ、教育の内容については教

授に任せるという方法でしたが、それをやめ、教育計画室が内容を検討した上で教育熱心で講義が上手な教員に直接依頼するスタイルにしました。試験についてもここが一元管理して統一したフォームで実施していますし、教員の授業評価も統一的行っています。また、同じ年、知識偏重の詰め込み型のカリキュラムをやめ、医師にとって重要な能力である問題を発見し、解決する能力を培うことを目的として、新しいカリキュラムであるCOS¹を導入しました。教科書を順番に暗記するような学習ではなく、臨床における具体的なケース・事例から入って、どの知識が必要なのか、どのような技術が必要か、そういうかたちで学習していく方法です。あるケースに、外科的なアプローチと内科的なアプローチが必要になったり、放射線や病理の知識が必要になったりするため、必然的に縦割りの講座の壁を越えることになります。そのあたりから講座間の壁は既にかなり低くなっていました。

臨床実習ではどのような試みをされていますか。

堀田 それまでは見学型でしたが、1997年に日本で初めて診療参加型のクリニカル・クラークシップ²を導入しています。これは患者に説明して許可をいただいた上で、学生が受け持ちグループに加わり、ときには一部医療行為を行うというもので、もちろん指導者がチェックしますが、公文書であるカルテにも学生が記入するところまで進んでいます。

米国の実践的な教育方法を参考にされたのですか。

堀田 クリニカル・クラークシップを導入するときには、米国、カナダなどの大学に、十数回にわたり延べ100人以上の教員を送り込み、実地見学をしまして、それをいかに日本型にアレンジするか議論

を重ねました。

そういった一連の教育改革の延長線上にあるのが、入試制度の改革です。編入学のかたちで、他の学部を出た人や既卒者に門戸を開放しましたが、他の学部で勉強した人やいったん社会に出てから改めて医師になろうと決意された学生たちは、やはりモチベーションが高く、学習態度も成熟しています。そのような人たちこそ問題解決型の学習に適しているとの判断から、2005年度入試から、15名だった学士編入の枠を一般編入学として40名に拡大しました。

さらに日本版のメディカルスクールへ発展させるお考えは。

堀田 まだそこまでは決めていませんが、この仕組みがうまく機能して、よい医師を輩出できることが分かれば、他に先駆けて、そのように動きたいと思っています。

研究面ではどのような改革をされているのでしょうか。

堀田 昨年、「研究ユニット制」という新しいシステムを導入しました。講師以上が研究グループの長となり、テーマごとにユニットを編成して、研究のためのスペースを確保したり、研究費を受けたりすることができるというものです。つまり、講師が長を務めるユニットに教授が参加する可能性もあるわけです。まだ動き出したばかりですが、ユニットを募ったところ、100を超える応募がありました。

改革の通過点

なぜ東海大学はそれらの大胆な改革をなし得たとお考えですか。

堀田 医局講座制が構造疲労をきたしていることは、旧帝大はじめ、伝統校の方々も感じていることでしょう。その中で、先んじて一步踏み出すことができたの

1 COS[Case Oriented System]: 自分からテーマを探し出し、知恵を養い、それを解決することのできる人事を育てる教育システムをいう。

2 クリニカル・クラークシップ: 19世紀末に、当時、ジョンズ・ホプキンス大学の内科教授だったウィリアム・オスラーが、知識偏重の教育ではなく、ベッドサイドで患者を診ることの重要性を説いて始めた教育法。クラークとは、書記、事務官という意

味で、学生がインターンやレジデントの下に付き、患者の受け持ちとして実際の医療の基本を体験学習する方法。学生は、医療チームの一員として患者の医療に携わることを実習を行うが、学生の医療行為は、医療行為の習得自体を目的とするものではなく、医療の現場で真に求められているものは何かを体得することを目的としている。

は、東海大学が全学的に教育改革に熱心であり、医学部も教育システムに挑戦する気風があったこと、また比較的新しく創設された学部のため過去のしがらみが少なく、失うものが少なかったということもあるでしょう。

それでも改革に当たっては、抵抗もあったのでは。

堀田 教授の既得権益が失われることに伴う喪失感や反発といった反応が皆無だったとは申しません。しかし、いかに大学および病院をよくするかという議論になれば、そのような意見では大義名分が成り立たないわけです。

今や国立大学も改革の動きが本格化しているようです。

堀田 旧帝大が100年の伝統を打ち破ることは容易ではないはずですが、今回、国立大学の方々が大変な努力をもって法人化を果たされ、同じ土俵に上がってきたことは率直に言って大変な脅威であると受け止めています。長い歳月で蓄積してきた圧倒的な人的、物的パワーを持つ彼らが本気になったとき、どう動くのか。われわれは、「安閑としていられない。立ち止まってはいられない」という意識が強くあり、それが改革の原動力にもなっています。

今後の競争的な環境の中で、医科大学、医学部が個性化、多様化していく可能性は。

堀田 国立大学が競争社会の荒波に投げ出され、経営面で変革を迫られていますが、実は多くの研究者や教員の関心事は、先端的な研究のための環境づくりにあるのではないのでしょうか。私自身、それが彼らの適性であると思いますし、持てる能力を発揮して医学界をリードすることを期待しています。一方、われわれは「科学とヒューマンイズムの融合」をテーマに、社会のニーズに応える「良

資料 カリキュラム概観(2004年)

1年生	「人間関係学(1)」「基礎化学・基礎生物学」「生命の分子的基礎」基礎教育科目 「医学英語(1)」「医学入門」「個別体験学習」「コンピュータと医学統計学入門」	
2年生	「人間関係学(2)」「医学入門」「分子と細胞の医学」「個別体験学習」基礎教育 「医学英語(2)」「解剖学入門」「生理学入門」「臨床応用物理学」補講	
3年生	「人体解剖学」「病体学入門」「薬理学の基礎」「神経科学」 「人体構造と機能」「クリニカル・コミュニケーション」	
	旧カリキュラム	新カリキュラム
4年生	「クリニカル・クラークシップ1」「選択必修」 「臨床実習導入授業」「臨床病態学Part4」	「臨床医学A」「臨床医学B」「選択必修」 「感染と防御」「基本診療学」「社会医学」
OSCE		
5年生	「クリニカル・クラークシップ2」「選択必修」 臨床実習 (小児科、産婦人科、精神科、整形外科、麻酔科、救急、心臓外科、呼吸器外科、脳外科、小児外科、泌尿器科) 導入授業 (皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、形成外科、リハビリ、病理、臨床検査、法医学、学外病院、留学)	
6年生	「フルタイム選択科目」 (臨床医学・基礎医学・社会医学・学外病院・留学)	「集中講義」

共用試験
OSCE・CBT
実技・態度の試験

総合試験

出所：東海大学医学部ホームページ(<http://www.med.u-tokai.ac.jp/>)

医」を育成することを目標に進めていきたいと思っています。

改革を進めるお立場で、外部の方との温度差をお感じになることはありますか。

堀田 他の大学や病院から東海大学に移られる方は、必ず私がお会いするようにしていますが、その際、申し上げるのは、「ここは教授だからといって権限が与えられるわけではない」ということです。「権限は努力の結果、付いてくるものであり、権限がほしいなら実績を示して役職に就いてください。教授会では、最初から権力を求める人を必要としません。そもそも教育、研究、診療など自らの専門を究めようとするれば、管理運営に興味は向かないはずです」そのようなことを説明するようにしています。

千葉大学の磯野可一学長は、小誌のインタビュー(2004年11月号)で、医学と経営のダブルドクターを有する人材を病院長にするという構想を述べられています。

堀田 確かに経営を学ぶことは大切ですね。これまでの病院は、関係者を納得させるため、学者や臨床家として一目置かれる人物を病院長に据える傾向があ

りましたが、今や病院長は名誉職ではないのですから、例えば病院経営学や病院管理学の講座を設け、それでトレーニングを受けた人が管理職を目指すという方法があるかもしれません。

今後の抱負、また課題についてうかがいたいと思います。

堀田 目下のところ、最大の課題は指揮系統です。医局講座制はその点では非常にシンプルでした。われわれの改革は組織をフラットにすることで、権力の分散化を図るものですが、そのとき指揮命令系統をどうするか。下手をすれば、組織に緩みが生じ、モラルハザードを招くかもしれません。そのように課題はいろいろあります。われわれは、現在の改革はあくまで通過点であるにとらえ、歩みを止めるつもりはありません。

東海大学医学部長

堀田 知光(ほった ともみつ)

1969年名古屋大学医学部卒業。1990年名古屋大学医学部第一内科講師。1996年東海大学医学部内科教授。2000年同付属病院副病院長。2002年東海大学医学部長(現職)。2004年東海大学総合医学研究所長(兼務)。

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

医療改革最前線
～改革者たちの提言～