



滋賀医科大学 学長

吉川隆一



●座談会

良医を育てる

——日米の違いに見る プライマリ医学教育の現状と未来——



ミシガン大学医学部家庭医学科助教授

佐野潔



三ツ浪健一
滋賀医科大学総合診療部教授

に違和感を感じていたちょうどその頃（4年生）、ライオンズクラブとかの交換プログラムで6週間アメリカに滞在する機会が与えられました。その時のホストファミリーの友人が偶然家庭医療の専門医だったわけで、そこで見学させてもらった際、彼が診療所でのさまざまな診療のみならず病院へ出向いてお産もすれば、入院している患者の回診もするというアメリカの家庭医の姿を見て、父と重なるようで重ならないという不思議な印象を受けました。

日本の医学教育の中で疑問を感じていたところに、アメリカで自分の思っていた家庭医療が実践されていて、しかも専門医というところまで格上げされていました。日本ではまだ家庭医療の専門医などといった概念さえもなかった時代に、アメリカには家庭医専門医になるための3年間の教育があって、それを修了し専門医試験を通ると認定医として保証してくれるという、ちゃんとしたカタチがすでに存在していました。すべての原点はそこにあります、「じゃアメリカへ行かなくちゃ」という単純なことから始まったというわけです。

学長 医師の養成制度が日米では違うということになるうかと思いますが、日本とアメリカの制度の違いは大きくどういうところにありますか。

佐野 日本の医学はドイツから影響を受けた部分が多いのに対して、アメリカではプラグマティズムが強く、それが医学教育の中にも浸透しています。オーバーに言う、病気を正しく効果的に診断して治せなければ医師としての価値がないという考え方をするわけです。日本では医学部に入るとみな学者・研究者になるような勉強をさせますが、アメリカでは知識のみならず手技から態度まで、現場で役に立つ医療を行える教育をしようというところがあって、生理学や生化学でも何が臨床の現場で知識として必要か、臨床的に重要な部分を病態生理学も含めて教えるということをします。生理学者や生化学者になりたいと思っている人には不適切でしょうが、臨床医になるにはそれでいいのだと思います。

さらに、日本の大きな問題として思うのですが、医師国家試験やだからだとやる卒業試験が6学年に大きな影響を落としている、すなわち試験勉強に釘付けにしていることにあります。大学によって6年生は卒業試験さえ受験しに来れば残りの10ヵ月ほどは登校しなくてよいというところがあることを聞きました。1年間の授業料のただ取りというか、税金の無駄使いというか、ひどいものです。一方海の向こうでは、3年・4年生の医学部最後の2年間は、病棟を走りまわって患者管理チームの一員となり、回診やカンファレンスをしながら病歴、診察術のプレゼンテーションの練習を30〜50とか繰り返し、日本から見るとうらやましいくらいに1対1の密度の濃い教育を受けます。この重要な時期に日本の学生が実習の代わりに机上で辞書を暗記する様な学問をしなければならぬ。ここで日米の間で大きな差がつかます。

三ツ浪 専門学校という言葉は使いたくないのですが、そういう実践教育、繰り返し手足を動かして練習をするという教育的要素は医療では絶対必要だと思います。

学長 臨床実習などで6学年の夏前にカリキュラムが終わると、国家試験のために数ヵ月間、病棟から離れなければならぬという、そのプランクは本当に残念ですね。アメリカの医師国家試験制度（USMLE）では、3学年の前にStep1、卒業年にStep2の2回に分けて試験がありますが、臨床試験もあるのですか。

佐野 Step2の中にクリニカルスキルアセスメントという模擬患者を使った臨床試験が昨年から必須化されましたが、日ごろの実習内容に基づく質問や、実技試験法も普段と重なっている点が多いので勉強しやすいようです。ほぼ半年ないし3ヵ月前から実習と併行して勉強を始めるのが普通のようなようです。ちなみに実技では、患者に挨拶をしたかだけでなく、優しい声をかけたかとか、診察の



家族と地域の広がりの中で疾患の背景にある問題を重視しながら、病気を持つ人を人間として理解し、体と心をバランスよくケアする専門医として、今、家庭医が注目されている。日本にはまだその専門医制度はないが、米国では多くの家庭医療専門医が活躍し、国民の医療サービスへの満足度の増加や、よりよい健康レベルの保持に役立っている。このような流れを受けて、日本でも家庭医をめざす学生が年々増加している。

滋賀医科大学の交流協定大学であるミシガン大学の家庭医療学科は、アメリカの家庭医療学を中心的な教育研究施設である。今回は、そこで学生の指導に当たりながら自らも家庭医として地域で開業されている佐野潔助教授をお招きして、プライマリ医学教育の現状と今後の展望についてお話をうかがった。

プラグマティズムに基づいた アメリカの医学教育

学長 私は学長に就任した時に、今後滋賀医科大学は教育を中心にして、「良医が育ち名医が羽ばたく」ような教育環境を作りたいとの抱負を述べました。

本日はその前半部分の「良医を育てる」というテーマで、この場合の良医というのは、いつでも気軽に相談できて、それでいて高いレベルの知識や技能をもった信頼できる医師ということになりました。日米両方の医学教育と実際の医療も経験されている佐野先生のお考えを聞かせていただきたいと思っています。

20数年前に渡米されたわけですが、まず、その動機についてお話しいただけますか。

佐野 私の実家は内科・小児科を開業していて、父の診察室が遊び場のようなものでしたので、自分も将来は医学部に入學して父のような何でも診る開業医になるのだと思っていました。

しかし、医学部に入ってから学年が進むにつれて次第に友人らもまわりすべてが考え方も専門医指向になり、それ

前に手を洗ったかまで採点評価されます。
学長 日本は1度にすべてやるので、勉強しにくいということもあるかもしれません。

産学連携による地域に根差した プライマリ医学教育への取り組み

学長 大病院ですら医療ミスが起こっていることから、今、私たちは一般社会の疑念、要望を真摯に受け止めながら医学教育改革を精力的に行っています。実際に滋賀医科大学で行っている医学教育改革の柱はどういうものか、三ツ浪先生のほうから説明していただけますか。

三ツ浪 最近、滋賀医科大学では、地域のプライマリケア医に積極的に教育に参加してもらう「Community-based medical education」という取組を始め、このほど、文部科学省の平成16年度「現代的教育ニーズ取組支援プログラム」に採択されました。

大学内では専門、細分化が進む中で、人間全体を診る医師をどう教育するかということになります。これまでもそういう部署はありませんでした。その一方で一旦現場に出れば、患者さんを丸ごとかかえて診療しておられる医師がたくさんいらっしゃるわけで、そういう方々に協力をお願いして「産学連携による地域に根差したプライマリ医学教育」を行うというものです。

滋賀県医師会の理事会でこの取り組みについて説明しましたところ、みなさんに賛成していただきました。県内には約700のクリニックがあり、その中の約100の診療所に協力していただくことになっています。新医師臨床研修制度の流れもあると思いますが、地域の開業医のみならずが臨床教育に意欲を持っておられるということがわかりました。数は確保できましたので、今後はいかに質を高めていくかを医師会の先生方と相談しながら取り組んでいきたいと思っています。

学長 アメリカではこういうことは行われていますか。
佐野 病院がすべて開放病棟で運営されているアメリカでは、地域で診療している開業医が入院した自分の患者



は病院まで出向いて診察するという、オープンシステムが当たり前になっていて、病院専属の医師と外から回診にやってくる地域の開業医の両方が教育スタッフになっています。また、地方の教育病院でも、開業医がすなわち病院の中のティーチングスタッフになっていく中で、アテンディングである医師に付いていけば、入院管理についてはそこで学ぶことができます。外来実習も院内だけでなくアテンディングのクリニックにも出向きます。ミシガン大学病院内には内科、小児科、家庭医療科の一般外来はありませんが、その代わりそれが地域に分散したかたちのサテライトクリニックが20程度あり、家庭医療に関して言えば3年生は全員がここで1カ月間毎日の外来実習を行います。朝から夜までずっと外来診療の現場で医師について経験を積むという、現場と強く結びついた医学教育が行われています。4年生になるとそれが選択として自由に選んで研修できるようになっております。

人間重視の教育に期待される家庭医学

学長 日本の医学部全体でも、CBT (Computer Based Testing) などアメリカのシステムを導入してかなり変わろうとしています。韓国やイギリスのメデイカルスクール化のように、世界的にアメリカのシステムが見直されていますが、果たして日本ではうまく機能すると思われませんか。

佐野 日米を比較した場合の相違点は、アメリカは医学において10数年前まではサイエンス重視傾向があり、ヒューマニティーとか人間性とか言うフアジーなものはターミナルケアとかで語られておりましたが、あまり重要視されませんでした。しかし、QOLとか医療における質が問われるようになって、それを医学教育の中に取り入れようということで、実技を重視しそこで態度も評価しようという形になってきたわけです。日本におけるコンピュータ導入が、ただ単なる

社会のニーズが良医を育てる

学長 日本ではかつてパターナリズムの医師が求められ、医者というのほもとと権威がありました。社会が医師をどんな存在と認識しているのかということも関係していると思いますが、アメリカでは現在、医師の社会的評価はどうなっていますか。

佐野 医師の社会での評価を考えると、どうしても臓器専門医とプライマリケアを担う家庭医とは一線を引いて考えないといけないように思います。技術・科学性を追求するのが臓器専門医ですが、プライマリな医療を行う家庭医がいてこそ、その分野はなりたちます。

一般国民には理解されておりませんが、臓器専門医と家庭医との仕事の忙しさ・年収などの格差はきわめて大きいのが現状です。収入面を見ても家庭医は日に30人診察をし、夜遅くまで働き、夜間当直もするという割りにはそれほど多くありません。臓器専門医は手術などの手技が多いので、収入の多いのは当然な面もありますが、社会の中でそういう格差があることはあまり認知されていません。そういう意味で、アメリカにおける家庭医という医師らの評価は一般には認識不足というのが現状です。それに、例えば一般に医者はみんなベンツに乗っていると思われるが、家庭医である私はずーっとホンダに乗っているというところは理解してもらえません。

でも、家庭医療が専門認定医になって35年経ち、私も家庭医を22年やっておりますが、昔に比べれば家庭医の意義はだいぶ認められるようになってきていると思えます。その大きな理由は、家庭医は患者側に立った、一言で言えば国民の健康ニーズにあった医療を提供することで発展してきているからです。

学長 医師に対する社会のニーズはさらに高くなっています。ちょっとしたミスも許されないし、設備も態度もより良いものが求められています。良医が育つかどうかは社会が鍵を握っていて、アメリカでは社会が支えてきたと思

試験のプロセス上の導入であるのならば、それは学生教育にとって何の利点もないように思えますが、コンピュータ技術を使ったバーチャルスキルラボとか患者管理シミュレーションの形で発展していけば、大いに利用できると思います。ただ、今言いましたようにすべてがコンピュータや機械に委ねられた場合、人間を診るというヒューマンな医師の一面を教育することが疎かになりそうです。やはり生の人間を使った練習をする必要があると思います。西洋的な論理性と東洋的なフアジー性、どちらにも長短があるのですが、そのバランスの取り方だと思っています。

個人的には真中辺に身を置いてうまくバランスをとるのがいいと思います。エビデンスを持ったサイエンス性のある心やさしい「赤ひげ」というのがいいと思うのですが、機械(CBT)を使って人間性(赤ひげ)を養成するといったところでしょうか？

学長 良医を育てるために日本はどんな点に気をつけて教育を行えばいいでしょうか。

佐野 エビデンスを質的なものでみるか、量でみるか、臨床疫学的な要素を重要視するのか、あるいは検査の数値を重視するのかがあります。ある治療をしなければならぬ時にどうなるか、したらどうか、患者さんにとってはどれが一番満足される結果が得られるのかというのが、質的なエビデンスを重要視した医学だと思っています。

基本的には、人に触れ、人と話して気持が通い合う人間関係をつくることのできる医師を養成することに重点を置いた医学教育を行って、同時に量的な数値を正しく評価し、如何に適切に医療に利用していくかということを教えるべきだと思っています。

そのためには、まず診察がしっかりできるようにすること、そして教育の初期の段階で患者さんからいかに十分な情報を聞きだし、安心感信頼感を抱かせるような知識と態度を教えることが大切だと思います。これなしに血液検査とか画像診断検査の読解だけ教えて

ます。そういうことを感じられたことはありませんか。

佐野 家庭医療には技術のみ進み過ぎた医療を患者さんの元に戻すというニーズがあって、40年ほど前アメリカでは「専門化が進み身近な医療が忘れられている」という消費者の意見を訴える政府諮問委員会のレポート(ミリスレポート)が政府に出されて、その結果として家庭医専門医が誕生しました。医療が医者中心に極端に進みすぎるとそれに対する揺り戻しとして、アンチテーゼとしての家庭医療が生まれたというのが実情でして、アメリカ社会のいいところだと思いますが、国民の声が集約すると制度に反映しやすいという利点があります。リスクはありますが、揺れがあるたびにレベルが上がって、だんだん良いところに行くと思います。日本では知られていない事かもしれないですが、全米我々医師のカルテは定期的に抜き打ち監査があり、病歴の記載と保険請求額との照合が年数回、1回に20程度のカルテ監査が行われます。また医師免許においても1〜3年(州による)毎に生涯教育年50時間がないと更新できませんし、専門医認定においても、家庭医療では7年毎、内科専門医は10年毎に再認定試験を義務付けられています。アメリカは医師に厳しいところです。

学長 アメリカのメデイカルスクールはプラクティシヨナーとしての医師を養成するのに特化した4年間であって、その後研究者はその先のコースに進みます。日本では医師にも研究者にもなれるようにと二兎を追えるようになっていますが、この日本の医学部のシステムは限界にきているのではないのでしょうか。

佐野 全学生を一律に教育するのではなく、途中で選択ができるようにしてはどうでしょうか。ミシガン大学にもMD(医師)とPhD(博士)になるコースがチョイスとしてあります。

学長 教育改革も一色でやろうとしています。そうじゃなくて大学ごとに特徴を出してもいいかもしれませんね。
佐野 研究者をめざすコース、家庭医をめざしたり地域医療をやるコース、留学を前提としたコースなど入学当

も意味がないと思います。アメリカのように技術サイエンスが進んだところでも、そこをきちんとやるのが良医への第一歩だといわれます。

学長 アメリカのバックグラウンドとなつていくメデイカルスクール制度では、日本と違ってカリキュラムを時代に合うようにほとんど変えていますね。今、アメリカの教育制度は先生からご覧になってどう評価されていますか。

佐野 医療において、すべてが知識、技術、サイエンス重視になってしまふことは、行き過ぎであり欠点でもあって、そこが医学教育ではいつも批判の対象にされています。10〜15年前に、入学選抜において幅広い分野のバックグラウンドから医学学生を採用しようとしたがうまくいきませんでした。入ったからの教育を変えないと結局は同じなんです。

今は、サイエンス面ではなく心の面を強調する医学が目されています。そういう意味で、人間性を取り戻すための医学を行う領域としての家庭医学が期待されています。

私のところにもたいへん優秀な学生が集まってきましたが、そういう人たちが果たして良医かどうかは、この人間性に負うところが大きいわけです。人間教育を重視する傾向が最近出てきたということは、裏返すとアメリカではこれができていなかったということになると思います。まずまず職業学校化していくであろう医学校も、医師患者関係における人間性の重要性をいかに教えるか、コンピュータで置き換えられないような医師を養成しなければなりません。そのためには早期から臨床の現場に出し、見学ではなく医療者の一員の役割を経験させること、特に医療の社会面、心理面を注視し、医療を受ける側の満足度にも関心を持つ医師になるような教育をせねばならないと思います。手前味噌になりますが、家庭医療はそれを教える場として最もふさわしいと思っております。

初または4年生くらいから分けていろいろ作ればいいのではないのでしょうか。

学長 日本の教育界にはグローバル化を視野に入れた改革が必要だと思います。世界を視野に入れた勉強をしていくという意味から、医学生にも参考となるような何かアドバイスをありますか。

佐野 医学教育の中に英語をもっと取り入れることが必要だと思います。例えば英語による臨床カンファレンスなど、手段としての英語を使う場を作ることでも大切です。面白そうなのは、例えば海外留学コースという選択コースをつくって、1年生の時から英語でディスカッションする訓練を定期的に行う、6年間の間にUSMLE受検を必須にし、海外学生研修を行うということをやります。ラムに入れてはどうでしょうか。早いうちからそういう指向のものをつくり、希望者を入れて伸ばすということも大切です。

そして、海外の医療者、医学教育者が来やすいような、あちらこちらで英語が飛び交う大学にすることです。英語を話す医師教員を呼んできてティーチングスタッフとしてもいいと思います。学内の古いグローバル性に欠ける医療を一掃する助けになるかもしれません。

学長 非常に興味深いご提言をありがとうございます。姉妹校であるミシガン大学とますます密接な関係を築きながら、良医を育てるための教育を実践していきたいと思

本日はどうもありがとうございました。

佐野潔氏プロフィール

- 1978年 川崎医科大学卒業
- 78-79年 横須賀米海軍病院
- 79-83年 大阪八尾徳洲会病院
- 83-85年 ミネソタ大学医学部地域家庭医療科
- 85-99年 ミネソタ州ロッキンフォード・パツファロー家庭医療センター(開業)
- 99年 ミシガン大学医学部家庭医学科(助教授) 米国家庭医学会認定医、認定フェロー