

5) 医学生・研修医の将来動向に対する臨床医学教育の重要性

—— 卒後1, 2年目の医師並びに他大学の実情に関する調査研究 ——

新潟市民病院臨床病理部 岡崎悦夫

Profound Influence of Education on Medical Graduates for
their Choice of Specialty and Locality in both Career
Development and Practice

Etsuo OKAZAKI, M.D.

Department of Pathology,
Niigata City General Hospital

Niigata is substantially one of the most depopulated prefecture of medical doctors in Japan. Maldistribution of doctors is also noted. Medical education has a great influence on graduates' choice of specialty and locality of practice for career development. We should keep it in mind that a larger number of good affiliate hospitals available are allegedly requisite to attract more graduates, as well.

To improve the current serious situations, the faculty staff should think much of education and manage to involve all members of staff, not only teaching staffs but also training residents. Students' evaluation of education would be of use for improvement of class; it would be helpful to teachers for evolving education. A good role model of doctor nearby is deeply influential to students. To promote academic activity and to gain much more attractiveness on the university campus would be surely a steady way to solve our problems, as well as good practice of medical care in affiliate hospitals.

Key words: depopulated prefecture of medical doctors, role model in medical education

医師過疎県, 医学教育, 尊敬できる医師

はじめに

新潟県は大都市圏にある埼玉, 千葉, 茨城, 岐阜のような特殊な地域を除くと, 実質的には全国一の医師過疎県になっている(表1)。これは幾多の理由にもとづく社会的な現象で厳密な分析は難しいが, 現状の改善に向け確実に踏み出す基礎資料をつくる目的でこの研究を計画した。広い視野に立つ比較検討が解決策を鮮明にする

と考え, 新潟大学だけでなく他府県の医療環境並びに大学の状況も調査し, 各地の医学教育関係者など立場の異なる意見を聞いて問題点を整理した。その結果, 医学生・研修医の将来動向に関係する大きな因子として, 医学教育と関連(ジツ)病院の問題を挙げることができるが, この論文では「臨床医学教育」に焦点をあてた内容を報告する。

Reprint requests to: Etsuo OKAZAKI, M.D.
Department of Pathology, Niigata City
General Hospital, Shichikuyama,
Niigata City, 950, JAPAN.

別刷請求先: 〒950 新潟市紫竹山2-6-1
新潟市民病院臨床病理部 岡崎悦夫

表 1 新潟県の医師数と全国順位

	1975	1980	1984	1988	1990	1992	
実 数	2712	2930	3229	3494	3588	3500	(医療従事)
人口10万対	113.4	133.6	130.6	140.6	145.9	141.4	
全国順位	22	31	36	39	42	43	

表 2 医学部卒業生の動向調査

			新潟	金沢	岡山	熊本	群馬	福島
1990	研修又は入局	①卒業数	115	126	122	122	109	83
		②自校卒	63	62	117	108	64	54
		③他校卒	32	37	88	32	26	5
		④ 計	95	99	205	140	90	59
1991	研修又は入局	①卒業数	116	121	113	115	96	95
		②自校卒	66	68	106	81	73	41
		③他校卒	33	41	82	37	19	8
		④ 計	99	109	188	118	92	49
1992	研修又は入局	①卒業数	132	107	117	111	100	86
		②自校卒	81	68	98	96	80	44
		③他校卒	39	37	90	37	26	6
		④ 計	120	105	188	133	106	50
1993	研修又は入局	①卒業数	109	137	110	134	97	91
		②自校卒	77	91	106	115	92	47
		③他校卒	42	43	99	44	28	10
		④ 計	119	134	205	159	120	57
1994	研修又は入局	①卒業数	123	106	122	85	102	72
		②自校卒	73	70	103	62	54	35
		③他校卒	24	45	87	37	43	8
		④ 計	97	115	190	99	97	43

調 査 結 果

1. 各大学における卒業生の動向を<表 2>に示した。過去5年間、自校卒業、他校卒業生で新潟大学の臨床教室に入る数は、岡山、熊本、金沢に比べて少ない。その背景ないし理由は検討に値する事がらで、問題解決のヒントがあると思う。

2. 平成4年、5年度の新潟大学卒業生へのアンケート調査では、将来「新潟に残るか」と聞くと、約1/3は未定であった。卒後3年目の医師を病院や大学が惹きつけ、新潟県に留めるだけの魅力をどう創出するかが大き

な課題である。

3. 専攻科目を決める動機では、①興味があり、自分の性格に向く、が一番多く、②専門分野の社会的需要があり、技術と能力を発揮できる ③ 尊敬できる医師との出会い ④ 教授など指導者の学術的活躍と人柄の魅力、までが大半を占めていた。

考 察 と 意 見

この調査結果は、臨床医学教育における role model (理想とする医師) の存在が重要な意味をもつことを示すとともに、大学の内容、ことに教育に対する情熱と医

学医療の世界の評価が、医師の動向に大きな影響力をもっているかを示す。「今の医学生は肉体的に時間的に楽で開業も容易な診療科目を選ぶ」との傾向は予想に反してごく少なかった。

新潟は実質的に国内で最も深刻な医師過疎の県である。二次医療圏では医師の地域偏在が目立ち、緊急に改善策を講ずべき事態になっている。東北6県はどこも医師充足の指数は新潟より高く、全国的にみると地理条件が新潟県よりもっと厳しいところはあるが、本県より医師充足率は高い。この事実から、医師過疎の原因としてこれまで多くの人から挙げられてきた、地域性、天候、県の面積の大きさ、生活・交通の不便さ、等では説明できない要因があると推測する。

新潟大学は医師の育成供給に、これまで確かに大きな役割を果たしてきたが、この事態を解決するにはどうしたらよいか。医学教育のあり方、県内の病院のもつ研修・就職先としての魅力が問題になる。試行の教育改革を実効あるものにするには、病院医療が人的にもっと充実されなければ、卒前の臨床医学教育を市中病院で分担するプログラムを組んでも所期の目的は達成できない。医学教育を時代の要請に沿って改善していくためにも、医師過疎県の克服と優れた人材の充足は急がなければならない。

医師充足率が年々悪化し全国最下位になった現状の改善に、どこが確かな将来計画と責任をもって当たるのか。一刻の猶予なしに検討に着手すべきであろう。現状をみると、他の大学・病院からの医師人事を積極的に推進すべきだと思う。しかし他大学から就職した医師を、出身大学しか繋がりがない孤立した医師にしてはならない。メディカルセンターとしての大学は、地理的時間的にも貴重な存在で、センターと密な関係を保つことは患者の便益からも望ましい。大学内の臨床検討が、外国はどこでもあるように、実地医師の勉強にも役立つ要素を増やす。その中で従来の入局という形式でない新しい結びつきの形態も考えていきたい。人事の流動性が組織の活性化に必須である。現状のドン底から立ち直るために新しい医師人事のあり方を始めるべきで、このままでは十年たっても新潟は立ち直れない。

次に具体的な要望と提言を述べたい。

1. 大学病院における教育の重視

大学病院の機能として教育を重視する意見が多く、医学教育者のアンケート調査でも、今年4月の内科学会総会シンポジウムでもそうであった。教官数の不足は常に指摘されるところだが、大学に医員、臨床研修医として

嘱託契約をして入ってくるのであるから、診療を通じて学びあう雰囲気をつくる。この小グループに学生も入れて経験を積む方式を確立できないものか。大学人が研究をしながら片手間で教育し、教官も症例も足りないからと、医師の数が少ない市中病院に対して、症例が多いとの理由で教育の一端を委任するとすれば、あまりに安易すぎはしないか。文部省大学審議会・組織運営部会の報告書では、学長・学部長の指導力を発揮しやすい方向が出されている。着実な改善を期待する。

2. 学生と指導者の相互評価、推進へ

教育には学生の積極的な参加が望ましい。試験では判定できない授業と実習の自己点検と評価のためにも、学生の感想・意見を聞くことは教官にも収穫が大きい。“長年の経験をもった我々が十分に準備して行う講義を何もわからない初心者の学生が評価などできるか”とも言われる。学生の回答に情緒的な意見は見受けられるが、総合的に考えると講義者自身が学生の評価方式から得ることの方がはるかに多い。授業開始前に黒板に講義のアウトラインを書き出す方式と、詳しい印刷物を配布する方法を比較したり、アンケート調査を、授業の終了直後集める方式と数日以内に提出する方式を比較した経験がある。後者は提出率の低下はあるものの、記述内容ははるかに充実しており気分的な意見は少なかった。理想的には学部全体の制度として実施したいところだが、当初は、問題意識の高い人から個人的に試行することをすすめたい。

3. 受動的な学習から、能動的に学ぶための条件整備

1) 医療全体の基本を学ぶ姿勢の育成

専門分化した医療のなかで、ごく狭い分野だけに関心をもち仕事をしようとする医師が増えている。幅広い医療技能の基礎を持たない細い尖塔のような専門家なら、どんなに多数養成しても医師不足は解消せずムダも多い。医療の現場で、必要に応じて医学的全身管理はもちろん、医療制度、医療保険、医療経済、コメディカルとの連携を、必要に応じて実例にそくして学ぶことを学生時代から訓練して欲しい。米国の内科書に“Cost Containment”という項目が設けられて十数年になる。卒後においても、医療における合理的なコスト意識を育てる努力は大学病院に欠けており、一般病院への悪影響は大きいと思う。

2) 大学と教育関連病院の新しい関係の構築

① 各病院には設立運営主体による監査や運営審議会という名の討議の場はあったが、形式に流れやすく、医療のあり方について立場の異なる専門家同士が意見を述

べ議論する雰囲気には乏しい。大学、病院ともに良い意味での相互批判、建設的な意見を交換し、互いに柔軟な対応が求められている。

② 市中病院が教育の場として充実しないことには学部教育の一端を担っても、学生にかえて安易な目標と態度を助長することになるのではないか。いやしくも学生教育を引き受ける教育関連病院では、大学の各分野の専門医が参加した病院側の各科検討会が盛んになるような施策を期待する。このような真の交流がないまま学生だけ移動するレベルの低い関係であってはならない。

③ 病院財政は難局にあり、医師一人当たりの診療患者数も多い。大学外の医師を非常勤講師にする程度の方法では解決しない問題がある。この事態についても対策が必要だ。

3) 市中病院が教育の場となるためには、意見のすりあわせをへた共通の教育カリキュラムをもつ必要がある。一方的な計画の講義や実地指導は、外部で指導にあたる医師に心から協力する気持ちや情熱は生まれない。他方、医学教育に技術的な側面も多く、教官側の動機づけも必要で、文部省・厚生省主催の「医学教育者のためのワークショップ」の出席者が、伝達講習して普及させるのがよいと思う。

4) 学生時代における病院実習のすすめ

個人的体験からもこれを強調したい。教官が積極的に紹介し多様な経験の機会を与えて欲しい。病院だけでなく、地域に根ざした医療・福祉施設、高度専門的な研究センターが増加した。気軽な形式だけでなく、制度として検討し推進することを望みたい。

おわりに

平成3年から大学設置基準の大幅な改定が行われ、制約が少なくなって、各大学の創意工夫による特色を出した教育を行うことができるようになった。この大綱化の方針が明確に打ち出されたことにより、個々の大学の責任と義務が一層重くなっている。一般に、学校、病院、労組は組織として最も遅れている。その原因は組織の活性化に不可欠な尊敬・評価の軸が昔ながら単純なまま放置され、現実の多様化にあわせ整理されていないからであろう。組織は使命観だけでは活性化しない。刺激が必要であり、競争の原理が必要になる。難しい課題の解決には、問題の基本に帰って議論し、問題意識をもって現実的発想を理想にむすびつける能力が求められている。外部からの波をどう受けとめ、教育の重視と意識改革を、現実の行動にどうむすびつけるかである。大学の首脳陣

だけでなく関連病院の側も、程度の差はあるが、深刻に問われているのである。

司会 ありがとうございます。講師の方々の発表が終わりましたので、これから討論に入りたいと思います。残された時間が40分程あります。先生方の間、あるいはフロアーの先生方も含めて、自由に発言をしていただきたいと思います。

臨床医学教育の目標は何か、臨床医学教育が抱える問題点は何か、もちろん新潟大学が抱える問題、全般的な問題など、いろいろあります。それには、システムの問題、教官の問題、あるいは学生の問題もあります。特に指名はいたしません。自由に発言していただきたいと思っております。皆さんが、内科、外科に関係なく、同じように発言されましたので、その区別は必要ないと思いますが、私達が臨床医学教育の目標として、立てるべきものがあると思います。岩渕先生は、植村先生のスライドを示しまして、集約されました。新潟大学として育てる医師と東京大学の育てる医師とは違うのかどうか、そのようなことも含め、臨床教育の目標についてお話いただきたいと思います。

岩渕 私の考えでは、新潟大学の医学生のレベルと目標というのはたぶん東大とは違うと思うし、新設大学とも私立大学とも違うと思います。我々の目指すべき目標を見定めてそれを教育に取り込んでいくべきであろうと思います。

司会 岩渕先生が話されました、上位三分の一というのは、研究者志向の学生が三分の一おると考えて良いのでしょうか。

岩渕 あれは大変、いい加減でございまして、高いところにレベル設定したいという意味でございまして。

司会 私は、かつて西川先生が新潟大学から大阪大学に行かれたときの言葉を今でも覚えております。新潟大学と大阪大学のどこが違うかと言いましたら、新潟大学の医局には、自分が黙っていても勉強して、素晴らしい業績を上げるような人が10~20%いましたが、大阪では、それが多くなって60~70%位になる。しかし、その人達は全く差は無く、同じように優秀であると話されていたとのことです。岡崎先生のお話の中で、平成4年~5年の卒業生の中で、教育研究を志す人が93名中9名ということでしたが、木村先生はどのようにお考えでしょうか。

木村 教育全体の目標という点では、私と岩渕先生の見解は同じであります。臨床教育上の問題で、大事な

ことはレベルがどうかではなく、一人一人の学生のためにどれだけ教育ができるかそのシステムについて考えて行く必要があるのではないかと思います。ここであるレベルを想定してというよりは一人一人の特性を生かして教育して行くシステムでないと駄目だと考えます。先程から出ているいくつかの問題の中では、初期教育を担当するスタッフの不足は大きな問題であると思います。

司会 教育は、常に目標があるわけですから、臨床医学教育にもやるべき目標もあるかと思います。清水先生いかがですか。

清水 医学の教育というのは、原則的に言えば、教育スタッフが議論して学生なり、医学教育を受ける人に提示して、それをそれぞれの施設で出しながら教育する、それぞれ異なって良いと思うのですが、ただしその選択権は学生に与えればよいと思うのです。信楽園ではこういう目標の医学教育を行う、これを提示して受ける側に選択させる、もちろん教育ですから間違ったことは許されない、一本筋の通ったものでなければなりません、皆同じである必要はない。各施設で持っている力量の差で、出来ること出来ないことがありますので。

司会 朝倉先生いかがでしょうか。

朝倉 大学の教育目標は非常に難しいと思います。いろいろな学生が入学して来るわけですから、良い医者になろうという考え方の人が新潟大学の場合が多いと思います。私の研究室にもいろいろな人が入って来るのですが、一生懸命勉強のモチベーションを高めようとしていますが、僕は臨床家になるからいいのですという考え方の人がかなりおります。ですから新潟大学の学生さんを研究者に育てるためにはやはり我々も反省して、やはりその動機付けをしてあげてそのパーセントをより良くしていくことが大事だと思うのです。結局新潟県には医学部は一つしかないわけです。ですからいろいろな病院に医師を供給するということも、一つ大事な任務だと思います。ただ医学の進歩は非常に早いわけです。10年前の技術ですと古くなってしまいます。あるいは概念も古くなってしまふことは間々あるわけです。そこでやはり未来創造型の志向性の高い学生もまた、多く育成して行かなくてはいけない。それは何パーセントかといいますと、それは我々は決められないわけです。それは我々教師と学生さんとの意気投合していけば、学問とか研究者になるパーセントを多くしていけるわけです。ですからこれは学生さんだけでは駄目ですし、我々もそのようなモチーフを高めていくような教育をしていく必要があると考えています。

司会 医学部の目標につきまして、先程岩渕先生が植村先生のスライドを示されました。植村先生、目標というものは、大学によって違うものではなく、共通した目標が必要なのでしょうか、あるいは、大学によって特色があって良いのでしょうか。

司会 臨床医学教育の目標について、だいたい分かってきましたが、新潟大学も含めて臨床医学教育が抱えている問題点について、具体的に、お話していきしたいと思います。木村先生いかがでしょうか。

木村 臨床教育の問題点というよりは、教育を受けた学生が医師になってから生じてくる問題の視点から申し上げますと、卒業生が病院に勤務してから、どの様に患者の持っている問題を把握できるかという点で、足りない部分があると考えます。専門的能力を持つことの重要性は皆分かっていますので、触れませんが、その専門能力を活かすために必要な患者さんの心理を理解する、患者さんとコミュニケーションを持つための教育を受けていない、あるいは、活かすためにはどうしたら良いかについて基本的な知識、スタンスを持っていないことが一番大きな問題であると思っています。

司会 専門分化してきている内科、外科を含めて、インテグレートされた教育が欠けていること、これが必要であることを、先生は主張されましたが、その点について、現在のシステムについての率直な批判を聞きたいのですが。

木村 昔はそのような能力は卒業してから、経験の中で積んでいくものだと考えられていましたが、どうもそうではないと、むしろその能力を習得する方が先ではないかと考えます。そういう意味でアリー・イクスプोजーとプラスして、医科学教育の前に、臨床の現場に立ち向かう動機づけと、その方法を先に指導しないと自分の能力を発揮することができないと考えます。臨床教育の入口はどこなのかという問題を提示したいと考えていました。

司会 後はど、是非改めてお聞きしたいと思います。朝倉先生、内科の専門分化は避けられないような気がしますが、その中で統合をどのように考えたら良いのでしょうか。

朝倉 これは内科学会でも問題になりまして、分化と統合が一つのテーマになっているわけです。国立大学では主に第一講座、第二講座、第三講座とかいわゆる講座別になっているのですが、新潟大学では幸いに、第一講座が血液、循環器、内分泌、第二講座が腎臓、膠原病、

呼吸器とか、いろいろあって、第三内科が消化器という風になっているわけです。一方一部の私立大学では臓器別になっています。臓器別も良いところはあるわけで、専門の先生が専門の得意なところを教育するわけです。そうしますと全体をまとめるところがない。講座別制でも、あるいは臓器別制でもやはり、欠けるところがあるわけです。ところがそれをうまく結べるところの総合内科を作れば良いのではないかと。老人は老人内科を作れば良いのではないかということで、国立大学では今作られているわけであります。ところがこれをうまく指導してくれる指導者が老人内科の教授、あるいは総合内科の教授になってもらえれば良いのですが、現実には老人内科は専門の先生がなれば、その領域だけ研究してて、他のことはやっていない。結局は老人内科の役割はしていない。総合内科もある先生がなると、自分の専門領域だけをやっていて、他のことはやっていないと。それが現状なわけです。ですから、ある旧帝国大学の教授にお聞きしたら、私の所は一つの講座で全部やります。その方が全人的な教育ができますと、発言されている先生もおります。事実、一教室に百人くらいの方が中にいますので、いろいろな科目を担当することができるわけです。ですけれども、その他の大学の一教室といえますと、せいぜい中にいるのは30~40人ですから、そんな全てのことができないわけです。そうしますと最先端の教育もできないし、研究もできないわけです。ですから、いろんな大学がその立場によって、悩むのが現状だと私は考えています。

司会 新潟大学の内科も含めて、岩渕先生、率直なご意見をいただきたいと思います。

岩渕 先程、言いました通り、言うことは簡単なのですが、実際にやることは大変だということだけは、はっきりさせておきたいと思います。特に専門分化させたものを再び統合するにはすごくエネルギーがいるのではないかと思います。例えば日本医学教育学会を見ていると、やはり一般内科医は学生にとって必要だということはいわれておりますし、できないところはできないとして、インテグレートしたものを将来のカリキュラムに載せていかないと、学生にとっては幸せでないと思います。外科のことにしましては、先程、清水先生が言われた通り、外で一般外科をやった方が良いという考え方は一利あると思います。ただ内科では大きな病院はみな、臓器別になってしまっていて、大学ができないからといって、外でできるかということ、できないのではないかと思います。結局、学生にとって何がよいかということを考えな

がら変えていくということになると思います。

司会 確かに、大学病院でも、市中病院でも、一般内科あるいは一般外科ができない、とくにそのシステムがないこともあります。それならば、教官の資質によってカバーできないかという意見もあるかと思います。教える側が頑張れば、システムを越えて、可能であろうという意見もあるのですが、木村先生どうでしょうか。

木村 確かに、教える側の資質が影響を与えるということは事実だと思うのですが、教育制度を考えるとときに、資質の問題に依存するのはおかしいのではないかと。私どもの病院でも総合診療科の話が出てますが、どうも総合診療科の具体的なイメージが湧かないというのが、いつわらざる現状です。むしろ救急医療の場で総合的な診療を担当する状況の中で、具体的な問題解決を行いながら総合診療の力をつける方が一番良いのではないかと。というのが、病院内の共通認識になりつつあります。だから総合診療科を作ってもそれが結果としてサブセクションの一つになってしまうようでは機能を果たせないことになりますので、むしろ多様な患者さんの飛び込んでくる窓口を作っておくこと、様々な問題が持ち込まれる急患診療施設を作れば、そこが、教育の一番良い場所になるのではないかと思います。

司会 清水先生も、一般内科、一般外科が重要であり、インテグレートされたものを教えるべきではないかと話されました。分化統合についていかがでしょうか。

清水 岩渕先生のとおりで、分化された今の医療現場で、統合されたと言ってもいい一般外科を教育することは、非常に難しいと思います。皮膚に膿瘍を作っている患者がいる。いまこの膿瘍を外科医はどう処置するか。また学生にどう教えるか、整形外科医と、腹部外科医と、外科医と各科でそれぞれ考え方がかなり違うと思います。つまり皮膚膿瘍などの小外科は、外科学の中でも基本的なことであるにもかかわらず、それを扱う科で、専門分野から押してきて考えるためにかなり違う。その上に、この治療を何十例行っても、他の治療法と比較してどうだったか、他の外科系医師の治療法と比較してどうだったか、そのような議論を全く行っていないし、その議論の場すらない。難しい手術法や、研究途上の治療法に対する議論の場はたくさん有るが、外科学における最も簡単な治療の一つであり、最も一般的な、頻度の高い外科感染症の一つであるにもかかわらず、その治療法については成書もなく、議論もなく、データもない。だから教えることが出来ない。この問題はもっと根が深く、新潟大学では、一生懸命学生の教育は行っている、研究

も素晴らしいものがある、高度医療の治療成績にも素晴らしいものがある。しかしながら、一般外科学に属する、その中でも基礎的な、皮膚膿瘍等の治療法は、学問は充分教育されているのでしょうか。新潟大学だけではなく、この問題は全国の大学病院、大病院での共通した問題だろうと思います。日本全国小外科学はがらんどろになり、もう学問すらないような状況になっているのだと思います。このがらんどろになった学問を、学生の教育を通じて、あるいは卒後1年目の教育というのを通して、私達はもう1度一般外科学をきちんと作り上げないと、日本の医学は大変なことになるのではないかと思います。私が医者になった頃の新潟大学麻酔科教授一柳先生が、この様な気管内挿管のやり方は良くないと批判した方法を、今だに行っている病院は新潟県内でも数多くあり、若い人たちに受け継がれています。学問体系としての、外科学の基礎を、私達は持っていないし、作り上げたこともない、これは大変なことだと思うのです。ちょうど良い機会ですから、みんなで力を合わせ作り上げたらどうだろうと思うのです。

岩淵 一般外科ということに関して、総合外科という考え方がカリキュラムの中に出てきており、整形外科もそこへ参加したいというお話があります。ただ今、高橋教授がここへおいでになっておりますので、一般外科ということで高橋先生のご意見をお聞かせ願えたらと思うのですが。

司会 高橋先生、お願い致します。

高橋 卒後研修という立場からみますと、今の専門分化した診療科の中へ、学生が卒後入局すると非常に困った状況になるのではないかと考えております。これは諸外国、例えば、アメリカとかロシアにおいては、実際に臨床研修で切開・排膿などの小手術とかあるいは静脈注射だとか、そういうプラクティカルな、基礎的な医療技術をすでに学生は6年生の時に教えられているわけですね。ところがそのような外国に放り込まれた日本の学生は非常に戸惑って、殆ど何も出来ないという状況です。最近、沖縄の基地のアメリカ軍病院で、日本人研修医を募集している記事を読みました、その研修医の担当者の話ですと、これはアメリカの最終学年の学生が来たと思って対応すれば良いのだということが、コメントに出ていました。そういう意味で日本人学生は、基本的なトレーニングが遅れていると思われます。ある面では進歩かも知れませんが、しかしそのような人達が卒後に、例えば整形外科という分化した診療科に入った場合には外科系の基礎的なトレーニングが不足していることが考え

られます。それで外科的な、基礎的なトレーニングの必要性を感じています。別に整形外科の研修医が腸管吻合術や、胃切除の術式に習熟して欲しいというわけではなくて、外科系疾患の鑑別診断や急性腹症にどのように対応したらよいのかといったことを学んで欲しいといった意味で申し上げています。逆に腹部外科を専攻する研修医にも基本的整形外科のトレーニングが必要なのではないのでしょうか。そのような意味で卒前教育が、卒後の臨床医学教育に影響を及ぼしていると考えます。

司会 卒前の臨床医学教育で、教師の熱意もさることながら、分化と統合が遂行できる教育システムを作ることについて、皆さん異論がないと思われます。新潟大学としても、模索していかなくてはならないことがはっきりしたと思います。次に、木村先生が臨床医学教育の中に、倫理、社会医学なども取り入れるべきであることを提案されました。これは、学生の幅広い判断力や理解力を養うと同時に、モチベーションを高めることにもなり、大変重要な提言であると思いますが、岡崎先生はどのように思われますか。

岡崎 とても重要な問題ですが、実効をあげるにはさまざまな工夫をしなければならないと思います。私はこの準備の過程で、他大学の教授や医学教育をかなり専門に研究している方、病院長の方々とお話ししてきました。これは新潟大学の医学学生に病院管理学を10時間講義されている先生に伺った話です。授業は、医療そのものから説き起こされ、実地の臨床医学入門として大変大事な科目のはずなのですが、出席者はごく少ない。試験をやってみても半分以上は赤点。再試験では配布した資料を使って書いてよいといっても、なかなか満足のいくような答案はないという状況で、本当に授業をやる気を無くしたというようなことをおっしゃっております。学生側が学ぶ意欲や必要性を感じていない状態で、いくら内容豊かな立派な講義の準備をして一生懸命やっても、これはやはり徒労に終わるのです。スモールグループ・ティーチングとして、目の前の患者を総合的に考える必要条件、環境をつくってやる。患者の持ついろいろな問題を解決してやらなければならない課題を与え、指導者が一緒になって取り組む。他の職種への依頼や協調が必要になるとともに、共同でやろうとすると病院のシステムだとか、管理上の問題、あるいは医師法などいろいろな問題が絡まってきます。そのような目の前の具体的な解決を迫られている例について、総合的に考えていくことの中で、医学倫理だとか制度上の問題、他の職種とどのように協調していくかを討論し学んでいく。たとえば、こんな方

式を試みるなど工夫する。今のままでは少し目先をかえたただ授業をしても無駄だと思います。重要な問題は、指導する側が実際にそういう態勢をとっているかということで、我々が問われているのかもしれない。

司会 このような問題を私も何とかできないかと考えて、二週間の内科実習の中に一日とりまして、私と学生が昼食をとりながら、患者さん一人一人が持っている extra-medical problems についてディスカッションしています。しかし、それで十分とはいえず、難しい問題であると思っています。伊藤先生どうぞ。

伊藤 一番最初に話題になりました、新潟大学としての教育の目標はあるのかということと多少関係があると思うのですが、先日後輩の学生十数人との会合で、学生の興味というのを聞く機会があったのですが、異口同音に東医体のこれをやっています、クラブ活動でこれをやっていますと殆ど全員スポーツのことばかりでした。他に学生が興味を持つことが無いのかというくらい、広い意味での医学に対する熱意が薄いという印象がありました。アーリー・エクスポージャーによる感動と実践が必要であるということは学生の卒前教育には非常に大切であると思います。進路が決ってしまってからでは遅いと思います。それから私どもの地域中核病院に新潟大学などの卒業生と自治医大の卒業生が参ります。自治医大の卒業生の多くは、いろいろな患者さん、疾患に興味を持って、積極的にプライマリー・ケアや救急医療、全人的医療を一生懸命やってくれます。自治医大のような教育理念を持った教育がいかに大事かという表れかと思います。したがって、学生時代にそのような感動、経験を与える手段の一つとして、地域医療を是非経験して欲しいと思います。これは正式なカリキュラムに組み入れるのはおそらく無理だとは思いますが、夏休みなどを利用してはどうでしょうか。私どもでは在宅医療、地域の包括医療などもやっております。救急医療の面でも、大学あるいは新潟市の大病院では経験できないような医療体験ができるのではないかと考えております。したがって、どういう形にせよ、そのようなところを、今後新潟大学のカリキュラムの一端に加えて頂けたらどうかと思います。新潟大学の卒業生は優秀で、いろんな分野、たとえば行政の方に行く人もいれば、学者になる人もいるし、臨床家になる人もいます。したがって、自分の行き先を学生時代にモティベートするということは学生の質を活かす方法ではないかと思っています。

司会 ありがとうございます。先程もお話しました教師のトレーニングは非常に大切なことであると思ひ

ますが、その点についていかがでしょうか。

岩淵 この後、植村先生がお話になるのかも知れませんが、医学教育のワークショップに出席しまして、私が医学教育に興味を持ったのは、どのような教育をしたら良いとか、どのように評価をしたら良いとかではなくて、学生にいかに関心することの大切さについて motivation をもたせるかということが教育の原点であると言われたこの言葉で、私はずしりとときまして、それから学生に講義をするときには何か興味を持ってくれるような講義をしたいと思ってきております。その辺から何かアドバイスしていただけるようなことがありましたら、植村先生からお聞きしたいのですが。

司会 植村先生いかがでしょうか。

植村 これは評価の問題なのですが、要するに良い教師というのは誰が発見するのかということです。逆に言うとお医者さんは誰が決めるのかということです。手っとり早く言えば、良いお医者さんを決めるのは医学部長ではないわけで、患者さんが決めるわけです。患者さんがあのお医者さんが嫌なら、その医者は患者さんにとって大した医者ではないわけです。結局良い教師というのは学生が決めるわけです。ですからアメリカなんかでは一般化されているわけですが、例えばシカゴのイリノイ大学では、全ての授業は授業が終わった時に、担当教官が学生にアンケートを配らなくては行けないのです。そのアンケートは記名ですけども、今日の授業はおもしろかったとかつまらなかったとかいろいろ項目があって自由に書く。学生はそれを提出しなければ出席したとは見なされないわけです。ですから命がけでそれを書くわけです。担当した教師は回収したアンケートを教務委員長の下に提出しなければ授業したことにならない。したがって、給料が止まるというシステムになっているわけです。これを実践してから、いろんな特定の先生にかなりの批判が集中するといったことがあったわけです。医学部でその先生をどの様にうまく育てるかということがあって、そこからティーチャー・トレーニングということが始まってきたわけです。ですから学生がどういう点で文句をいっているのかということです。問題はその先生は自分の講義が下手だとは思っていなかったみたいなのですが、学生から見るとどうしようもないと。結局ビデオをとって下手な先生に見せたら、俺の講義はこんなにつまらなかったのか、冗談じゃないよと。要するに自分の講義をビデオで見て始めて自分の講義のつまらなさが分かったと。人間というものはそれほど自分のことを分かっていないわけです。そういうことをやったら最終

的にはその先生はシカゴのイリノイ大学の随一の名講義師になったと、半年でうまくなったと、問題はフィードバックの掛け方です。後でお時間が無いから今ここでお話しますが、例えば日本では元自治医科大学の高久教授が、東大に移られる前ですが、ある特定の教官が非常に講義が下手だということが学生の中で分かっていたのですが、それを本人が気が付かない、それでどうしたかといいますと、10科目のうち9科目を取れば良いと学則を変えてしまったわけです。それで学生が案の定、その特定の教授の授業を受けないわけです。受けてもしようがないということが学生の方でも分かっているからです。分かっていないのはその先生なのです。先生、授業をやったら誰も来ないと、それでその先生が高久先生の所にやって来て学生さんが来ないと案でいいよと、高久先生も、そうですね、じっくり研究でもやって下さいと、初めは学生さんが誰も来なくて楽だと思っていたのに、2年経っても3年経っても誰もこないの、非常に寂しさを感じられて、高久先生の所に学生が来なくて寂しいと言われて、寂しかったら変えたらどうでしょうかと、どうしたら良いのかなと、やはり、先生の授業が学生に魅力が無いのでしょうかとぼんと言ったらしいのです。その先生が医学教育学会に出ているいろとワーキングを受けて、良くなったという話を聞きました。また教官をいかに育てるかというのは大学の中でフィードバックをやっているかといけなと、要するに今アメリカでは学会などの入口の所に、警備員が立っておりまして、アンケートにサインしないと出してくれないわけですね。したがって、全ての脳外科の演者に対して、すべてチェック項目があります。それでブラック・リストに載った人は二度と演題が採用されることはないのです。すでにブラック・リストに名前が載っているからいくら演題を出してもカットされるわけです。やはりアメリカで行われ

ているフィードバックを使って行なう人間教育だと思います。そのような意味では参考になるかも知れませんが、おやりになったらいかがかと思います。

司会 新潟大学では、卒業生に対して全講座の教育についてアンケートを取って、一つの冊子にまとめて全教員に配っております。これは公表されておられませんし、またそれが昇給にも響きませんが、そのようなことも少しはやっております。他にありませんか。どうぞ。

木村 先程、市中病院を教育の場として、使いたいということなのですが、私どもが今現場で一番困ることは、市中病院の現在働いている医者が教育に対する自分の責任といいますか、分担すべきだという意識が無いことの問題があるわけで、どの様に教育者としてうまくトレーニングするかという以前の問題があると思います。先程、清水先生が話していたようにいくつかの問題の中で、そのような関わり合いを持つことによりまして、教育についても自分に責任があるというふうに、変わっていくことが実際なのですが、今これからスタートする時にはその問題を考えておかなければいけないと思います。

司会 まだディスカッションしたい問題もたくさんありますが、予定時間をオーバーしておりますので、この辺でこのシンポジウムを終わりたいと思います。新潟大学も、新しいカリキュラムを採用しまして、平成10年からは市中病院にも教育をお願いすることになりました。近い将来、教育を担当するであろう先生方も、この会場におられます。また、卒業生を研修医として、教育する先生もおられます。このシンポジウムで取り上げた問題につきまして、大学や教育病院のスタッフに、折に触れて貴重なご意見をいただきたいと思います。また機会がありましたら、このようなシンポジウムを持ちまして、新潟大学の臨床医学教育がより良い方向に向かうように努力したいと思います。本日はありがとうございました。