

これからの医学教育・ とくに漢方医学教育は



京都府立医科大学
東洋医学講座
助教授

三谷 和男 先生



岐阜大学医学部
医学教育開発研究センター
助教授

藤崎 和彦 先生

いまわが国では教育に関する問題が各方面で話題になっている。医学部の教育についても最近ようやく見直しが始まり、新しい試みが各大学で行われるようになってきた。

その一つであるテュートリアル・システムによる能動学習をいち早く取り入れ、多くの成果をあげている岐阜大学 医学教育開発研究センター 助教授の藤崎和彦先生をお迎えし、医学教育全般さらには医学部のコアカリキュラムに組み込まれた漢方医学教育のあり方について、京都府立医科大学 東洋医学講座 助教授の三谷和男先生と対談いただいた。

医学教育の問題点と 改善の方策

三谷 現在、小・中そして高校において何を身につけさせるのか、さらには大学で何を学ぶのかを含め、わが国では教育について活発な議論が行われています。そして、さまざまな分野で教育についての専門的な知識や経験をもった方が活躍されています。しかし、こと医学教育に関しては専門家があまりに少ないのではないかと思います。

す。そのようななかで、医学部の教育に漢方医学がコアカリキュラムとして組み込まれるようになりました。ただでさえ、膨大な知識の吸収を求められている医学生に、背景の異なる漢方医学をどのように教えるべきかは、日本東洋医学会においても大きな課題となっています。そこで今日は、医学部を卒業後、医学教育に専門的に取り組んでおられる岐阜大学の藤崎先生をお迎えし、これからの医学教育、なかでも漢方医学教育をどの

三谷 和男 先生

1983年 鳥取大学医学部卒業
1984年 大阪大学医学部医学研究科大学院入学
1986年 和歌山県立医科大学神経病研究部研究生
(1991年より研究員)
1992年 木津川厚生会加賀屋病院勤務
1998年 同病院 院長
2003年 京都府立医科大学東洋医学講座 助教授

ように位置づけるべきかについて示唆を戴きたいと思います。

まず始めにおうかがいしますが、藤崎先生はどのようなきっかけから、医学教育をご専門とするようになられたのですか。

藤崎 私は北海道大学医学部に入学しましたが、実は入学当初から医師になりたいという希望よりは、人間に対する総合的な学問をしたいという漠然としたイメージを持っていました。学生時代には地域のボランティア活動をしたり、いろいろな研究会にも参加し、できるかぎり医療全体について考えるようにしていました。しかし、5年生の頃になると、自分たちが受けている医学教育システムが、ひょっとすると患者さんの想いとは異なる医師を育てているのではないかという疑問を抱くようになりました。

そこで欧米の医学教育について調べたところ、既に1960年代に同じような問題が指摘され、改革が行われていることがわかりました。とくに欧米では、教育に関するスペシャリストが活発な議論を展開していました。しかし、わが国では、医学研究を主とする先生方が医学教育についても論じる程度で、教育のスペシャリストが医学教育に口をはさむということはありませんでした。

三谷 なるほど、そこで藤崎先



生は「医師であり、かつ医学教育について議論できる人」になりたいと考えられたわけですね。しかし、当時の大学医学部で医学教育について研究されているようなところはほとんどなかったのではないですか。

藤崎 そのとおりです。唯一、大阪大学大学院に医学教育・医学概論(教授 中川米造)について研究されているところがあり、そこに入学しました。とはいえ、当時はそのようなことを研究する方も少なく「君も変わってるね」とよく言われたものでした。

医学教育についての議論は、欧米には大きく遅れを取りましたが、わが国でも1990年代に入るとようやく見直す機運が生まれてきました。その後、奈良県立医科大学を経て、2001年に岐阜大学に全国の共同利用施設としての医学教育開発研究センターができたのに伴い、ここに赴任し、今日に至っています。

三谷 漢方医学教育を考える前に、まず現在の医学教育の問題点について考えてみたいと思います。そもそもわが国の医学教育は、幕府の命を受けたオランダの軍医ポンペが1857年に長崎に伝習所を開設したのが始まりといわれています。ポンペは彼自身が受けてきたのと同じ教育システムをわが国にも導入し、一般教養から始まって、解剖学、生理学、病理学などの基礎医学をマスターしてから臨床医学を学ぶという5年間のカリキュラムを作りました。しかし、ポンペの時代から150年近くが経過し、医療がこれほど大きく変化したにも関わらず、現在の医学教育はわずか1年長くなっただけで、本質的にはあまり大きな変化がないように思いますが、いかがでしょうか。

藤崎 ご指摘の通りです。講義中心の教育は、少ない人数で多くの学生を教育できるという効率的なところはありますが、学習効果を得にくいという欠点があります。従来の医学教育は、6年間でいかに多くのことを詰め込むか、ということに主眼が置かれていましたが、これでは必要とする知識の総量が多くなるにつれ、ますます講義の時間を多く必要とします。おまけに知識そのもののライフサイクルも短くなっています。そのようなことから、講義主体ですべてのことを詰め込む教育の限界が認識さ



藤崎 和彦 先生

1985年 北海道大学医学部卒業
同 年 大阪大学大学院医学研究科入学
1989年 奈良県立医科大学衛生学教室助手
1994年 旭川医科大学非常勤講師(医療社会学)
1998年 山口大学医学部非常勤講師(総合医学)
同 年 名古屋大学医学部非常勤講師(医学入門)
2001年 大阪医科大学非常勤講師(基本的技能実習)
同 年 岐阜大学医学部医学教育開発研究センター助教授
(バーチャルスキル部門)

れるようになり、能動的自己学習で問題解決能力をしっかりと教育するPBL(Problem Based Learning)テュートリアル教育が注目されるようになってきたという経緯があります。

三谷 いま、お話になられたテュートリアル教育という言葉ですが、最近よく耳にしますね。岐阜大学ですでにこのシステムを取り入れて成果をあげておられると聞いていますが、その実状について教えてください。

藤崎 よく誤解されるのですが、テュートリアル教育は単なるグループ学習ではありません。これはあくまで自己能動的学習システムであり、ハーバード大学が従来の教育システムのグループと比較したコントロールスタディで、はるかに高い教育効果を有することを明らかにしました。それがきっかけで、わが国でも多くの医学教育の場で導入されつつあります。とくに比較的歴史の浅い医学部や私立のように地域密着型の大学ではその導入も積極的です。逆に伝統を誇るような大学では導入が遅れていたところが多かったです。

いずれにしても、テュートリアル教育を中途半端に導入しただけではうまく機能しません。導入するからには100%導入した方が効果的です。岐阜大学では既に導入して10年近くが経過していますが、

動機付けと領域の全体像が判るようになるための講義はどんなに多くても1日に60分が2コマ程度であり、残りはほとんど自己学習です。従来の講義主体の教育では、多くの場合、総論から入らざるを得ません。しかし、総論というのは、いずれもその分野での経験がきわめて豊富な先生方がまとめたエッセンスであり、抽象論であることが多く、初学者にとっては一番イメージが湧きにくいものであることが多いものです。例を挙げて説明しますと、病理学総論では「炎症とは」という概念から入ります。しかしテュートリアル教育では具体的事例から入り、問題解決のためにグループ学習をします。つまり、「友人のI君がテニスの最中に足をひねったため、熱をもち、腫れを生じ、痛みも伴ってきました」というところから入ります。なぜ炎症が起こり、それに対してどのようなことを考えなければなら

いかについてグループで学習課題を考えて自己学習を図ります。

このような試みに対し、導入当初は講義もしなくて、果たして学生が理解できるのだろうか、という心配もありました。しかし、学生は常に問題解決のために従来よりはるかに多く勉強をするようになりました。その結果、岐阜大学卒業生の医師国家試験の合格率は以前より高くなり、ここ数年はほぼ100%に近い成績です。

これからの医学教育の 目的は

三谷 ところで、医学教育の目的としては、研究者の育成と臨床医の育成の2通りがあると思いますが、それは両立できるものでしょうか。

藤崎 欧米では基本的に医学教育は「高等職業教育」と位置づけられています。ところがわが国では、医学教育は「高等教育」とイメージされているところがあります。特に伝統ある大学では研究者の育成に主眼が置かれ、「臨床医」の育成は無視されがちでした。しかし仮に研究だけが主目的であれば、あえてMedical doctorにならなくてもPh. D.でもよいはずですが。

本来、医師には医療が求められるべきにもかかわらず、医学が求められすぎたのではないでしょう



か。そのようなことを含め、わが国の医学教育はいくつかの問題を抱えています。

1つは、医学の細分化がどんどん進んでいるということです。大学では細分化されたスーパースペシャリストが縦割りの講義をしています。まるでジグソーパズルのようなもので、小さなピースの講義が全て終わった段階で、果たして完成した一つの絵になるのだろうかという問題があります。

2つ目は、身体医学中心ではなく、全人的な医療が求められるようになってきたことに関し、現在の教育がそれに対応できていないという問題です。つまり行動科学に関する教育が皆無だったのです。行動科学というのは、心理社会的にみた人間行動について研究する科学で、健康な人が病気になればどのように変わるのか、あるいは不健康な人間行動というのはどういうものか、そのようなことに対処するにはどうすればよいのか、というようなことを研究する学問です。本来の臨床前医学教育は基礎医学と行動科学が両立すべきなのですが、残念ながらわが国では基礎医学の教育のみが強調されすぎたともいえます。事実、アメリカでは行動科学は医師の国家試験にも必ず含まれる分野です。

3つ目は、医療の現場がベッドサイドから外来さらには在宅へとシフトしつつあります。入院日数がどんどん短縮されるなかで、ベッ

ドサイドでの教育だけでは病気の全体像が把握できなくなっているにもかかわらず、それに伴った教育ができていないという問題があります。これらの問題についてもこれからの医学教育は真剣に考えていく必要があると思います。

今なぜ、漢方医学教育か

三谷 いま、ご指摘のあった細分化への警鐘、全人的医療の必要性、さらには在宅医療の重要性は、まさしく漢方医学が意識して心掛けてきたことです。そう考えますと、明治維新とともに一度は切り捨てられた漢方医学が、いま、改めて教育の場で注目されるようになったことは、決して唐突ではなく、必然の流れがあったと考えてよいのでしょうか。

藤崎 そうですね。患者さんは西洋医学だけで健康を取り戻そうとは考えていません。よくなるためにはいろいろなパラダイムの治療手段を併用しています。当然、医療としての漢方も除外してはいないのです。ところが医療を担っている多くの医師が西洋医学的な診断治療手段しか知らないという問題があります。これでは患者さんが元来持っている本質的な治癒力をうまく引き出すことができません。したがって、東洋医学をも含めた治療手段にもっとフォーカスが当てられてしかるべきでしょうね。

もう一つは、医療経済的な面からの必然性です。医療が高度化・細分化するにつれ医療費が著しく高騰しています。そこで、西洋医学と東洋医学、それぞれの長所をうまく融合させることで治療効率をさらに高めることができるであろうとの期待が寄せられています。このようなことから漢方教育がいま、まさにコアカリキュラムに組み込まれるようになったと考えます。

三谷 漢方をずっとやってきた人間の一人として、医学教育のコアカリキュラムに漢方医学が組み込まれたことを当初は大いに喜んだのですが、具体的に学生を指導するにあたって多くの問題に直面しています。まずは日本東洋医学会が作成した「入門漢方医学」をミニマムの教材として教育を始めていますが、どの段階で、どこまで教育すべきかについては大いに悩んでいるというのが正直なところです。

藤崎先生から能動的学習の重要性を指摘していただきましたが、漢方医学教育に関しては残念ながら多くの大学では旧態依然とした講義主体の教育しか行われていないのが現実だと思います。ただでさえ多くの知識を求められている医学生を、国家試験に出るかもしれないという名目で縛り、一方的な講義をすることが本当に意味のあることか疑問を感じている先生方も多いのではないのでしょうか。では、漢方医学教育を能動的自己学習に移行させるには、どのよう

なことから考えればよいのでしょうか。

これからの漢方医学教育のあり方

藤崎 テュートリアル教育の効果については、世界的にも明らかにされています。しかし、ただでさえ欧米の医学教育に比べて長かったわが国の講義時間を短くしようという動きの中で、東洋医学の教育をどのように取り入れていくかは大きな問題です。たしかに東洋医学はパラダイムが異なり、知識の面でも教えなければならないことが多くあります。おまけに、学生にとって難解な漢字が多く、一歩間違えると漢方医学教育は苦痛以外の何物でもなくなります。たしかに知識は必要なのですが、一方通行の講義では趣味的な一部の学生にとっては興味が湧くかも知れませんが、多くの学生にとってはデメリットの方が多くなる危険性があります。

そんなことよりも現場の臨床医にとって、どんな場面で漢方薬が有用なのかという事例から入るべきではないでしょうか。傷寒論や黄帝内経についての一方的な講義だけでは得られるものは少ないでしょう。

三谷 私は、病棟、外来、地域、在宅と医療の場が変わりつつあるなかで、最初にコンタクトをもつプライマリケアの現場でこそ、漢

方の存在は重要性を増してきていると考えています。プライマリケアの臨床に携わる医師の基本的スタンスは、問題解決型です。常に目前にある問題の解決につながる教育が望まれます。漢方医学教育についても「ああ、こういう場面に漢方を使用すればこんな効果が期待できるのだ」ということを理解してもらおうということですね。

藤崎 最初から「証」という考え方でみる必要はありません。基本的な注意を守りさえすれば「とりあえずこの病気に効くといわれたので、一度使ってみようか」という程度の発想でよいと思います。その後、臨床経験を積み重ねていく中で、うまくいく場合といかない場合を経験するにつれ、これが「証」と呼べるものというようになりアリティが湧いてくるのではないのでしょうか。

三谷 私自身も以前は総論から入るのが教育の第一歩と考えていました。しかし、最近、ある先生に私の漢方診療の現場を見ていただくだけでも十分伝わるものがあることを経験し、大きく考えが変わりましたね。

藤崎 パソコンと同じですね。分厚いマニュアルを始めから全部読んでパソコンを使用する人はいないでしょう。とりあえず使ってみて、便利そうだなと思うともう少し勉強しようかなと思うわけです。そんなときに誰かから「右クリックを使うと便利だよ」とアドバイ

スを受けると、一段とうまく使いこなせるようになります。ところが現在の多くの漢方教育は、まずこの分厚いマニュアルから読ませようとしているのです。

三谷 患者さんにどの漢方薬を処方するかということよりも、漢方で考えると何が問題で、何を必要としているのかを感じ取ってもらう方が重要ですね。診療の場で、「あの先生はなんであんな質問をしたのだろう」という問題意識をもってもらいたいですね。その方が「証とは何ぞや」をまず講義するよりは将来よほど役に立つでしょう。

藤崎 いずれにしろ医学生段階では、難解な漢字攻撃にうんざりして漢方が嫌いにならないことが大切で、今のような講義主体の漢方医学教育が続くと将来的には漢方を担っていく先生方が逆に先細りになることを危惧します。

三谷 そうですね。臨床医は常に患者さんのために役立とうと思うのが原点です。その手段の一つとして漢方もある。少し使ってみようか、という発想でまず使ってみて、そのなかで臨床の感触をつかんでもらえれば、ということです。そういった漢方医学教育を目指していく必要があるということです。今日は医学教育、とくに漢方医学教育について示唆に富んだお話をありがとうございました。