

資料集

基礎医学 PT (P173)

- －①基礎医学実習 web 調査
- －②インタビュー要旨・逐語録

社会 PT (P287)

- －インタビュー実施概要・対象者略歴・逐語録

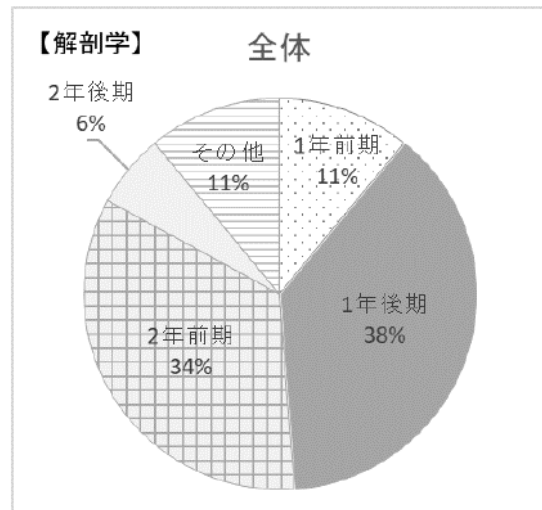
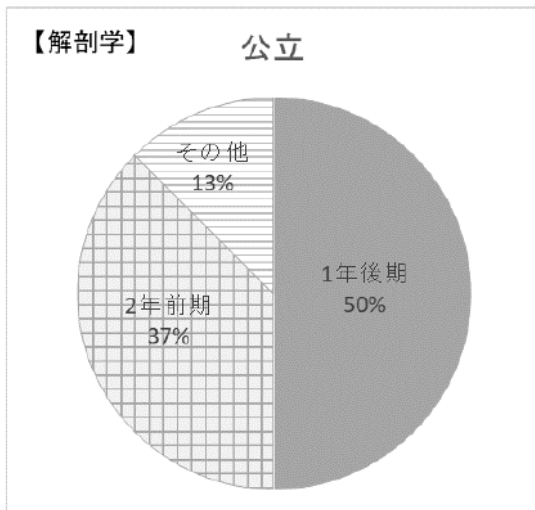
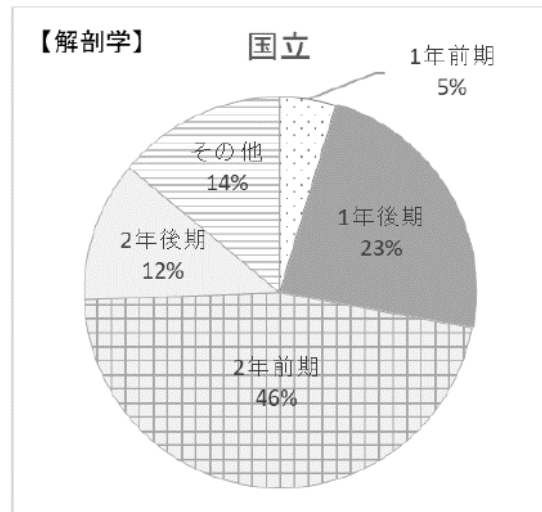
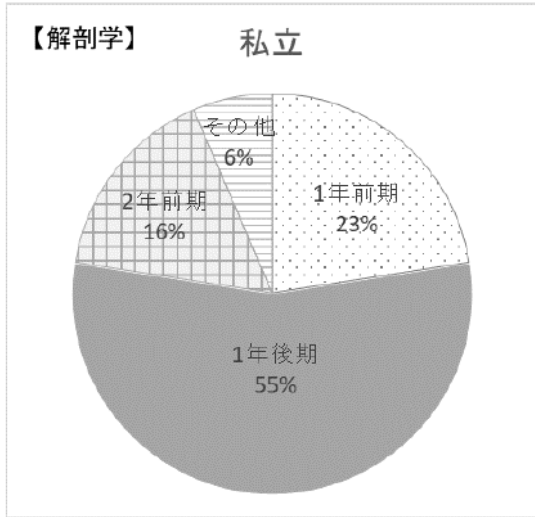
肥大化対応 PT (P459)

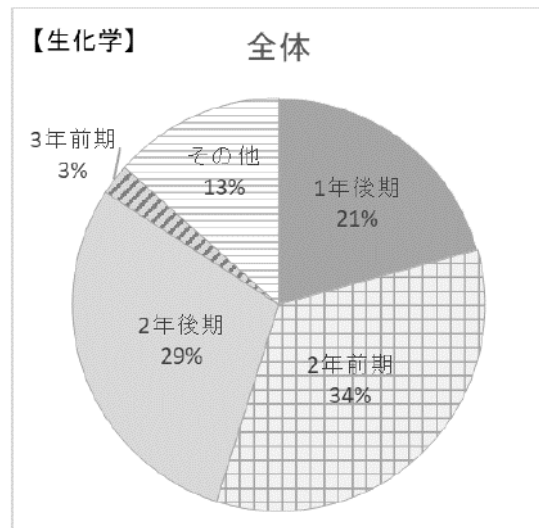
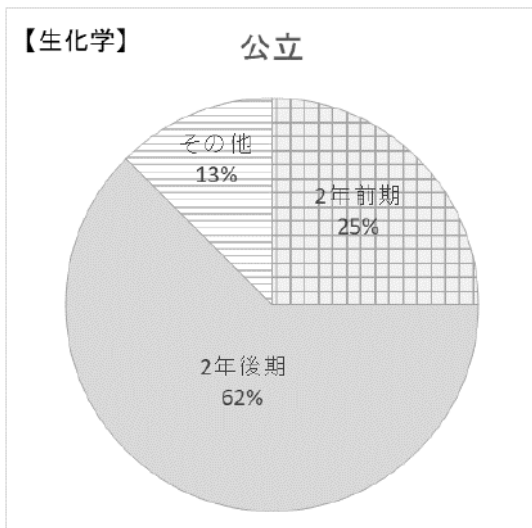
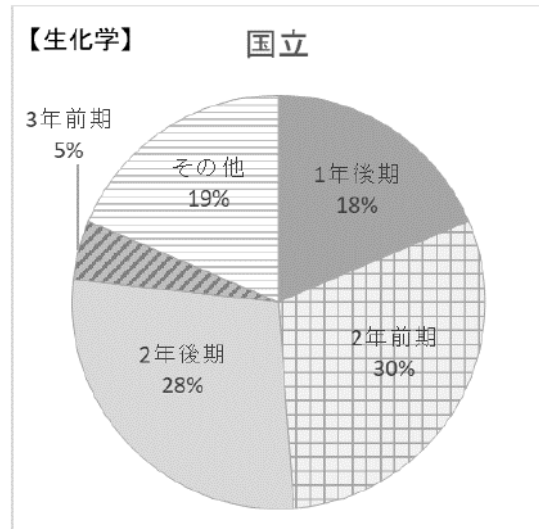
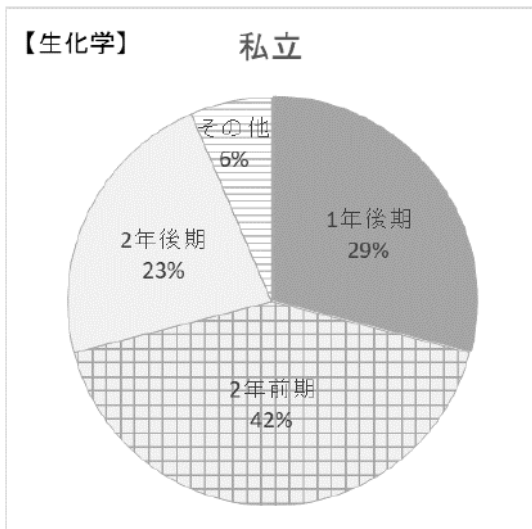
- －①インタビューガイドと各大学からのインタビュー結果
- －②ワークショップ事前アンケート内容とその結果

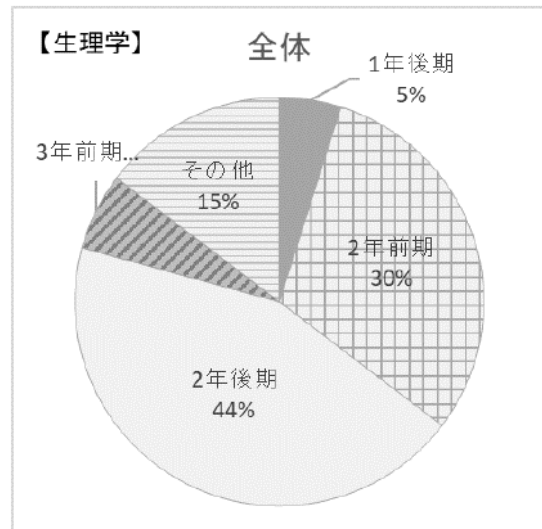
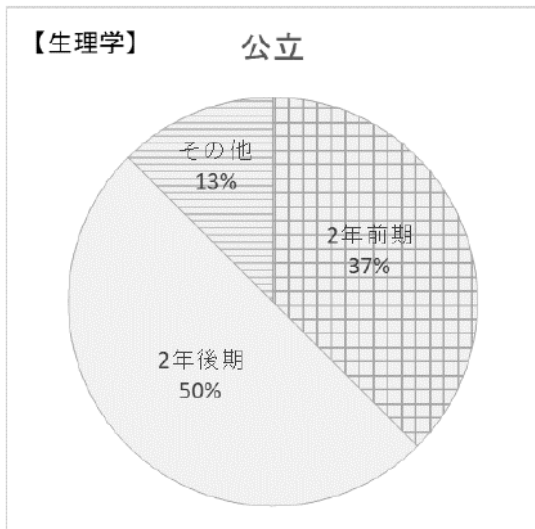
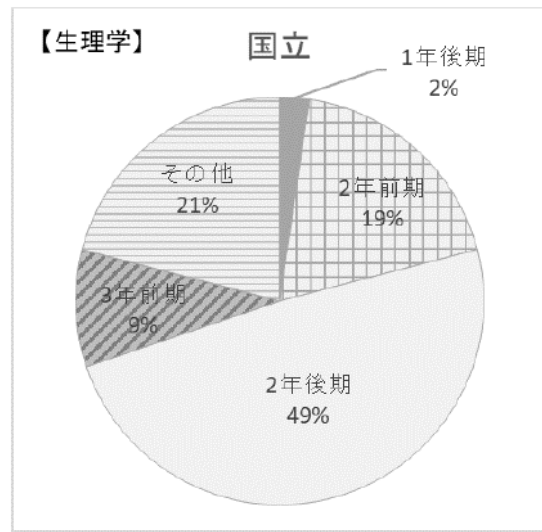
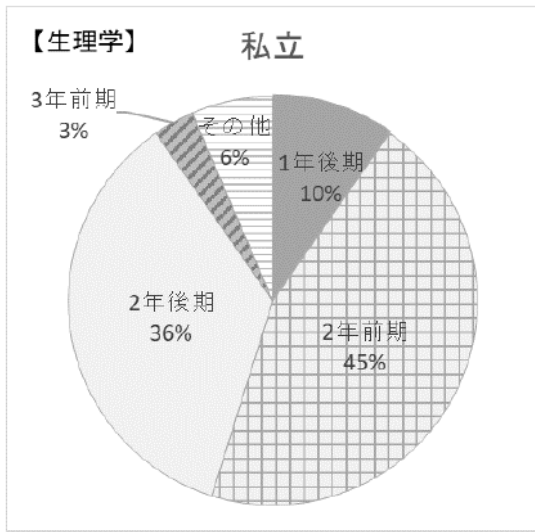
基礎医学 PT

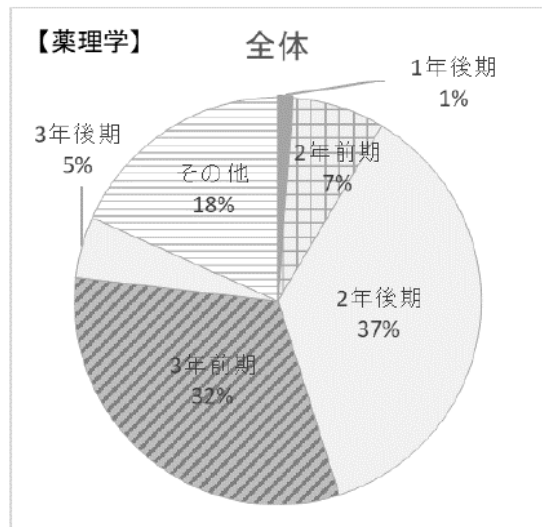
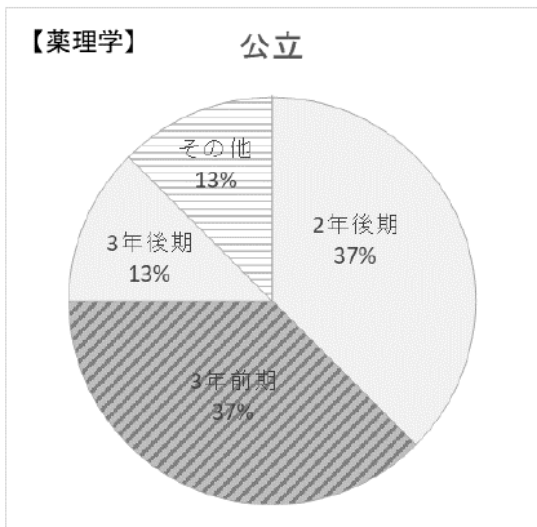
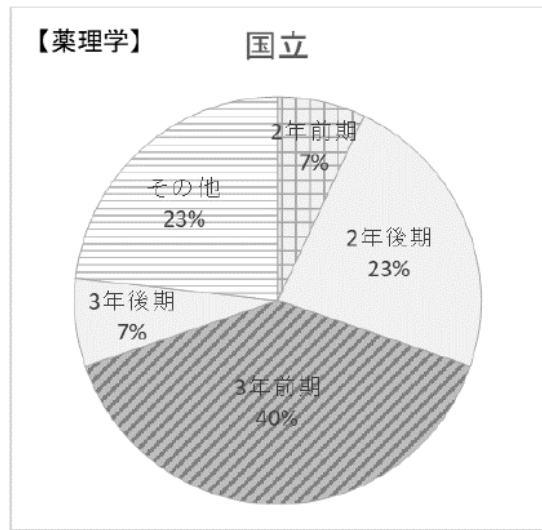
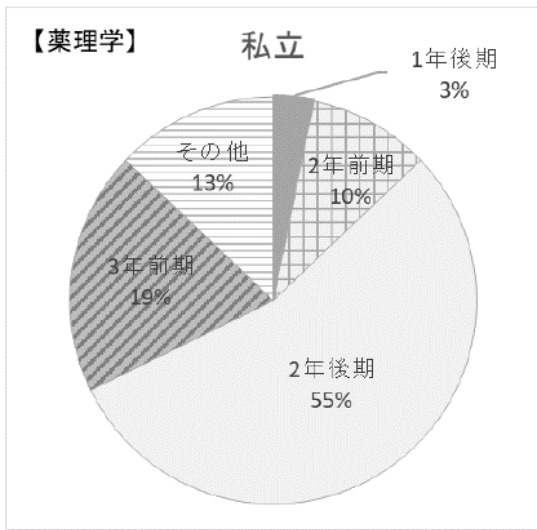
- －①基礎医学実習 web 調査
- －②インタビュー要旨・逐語録

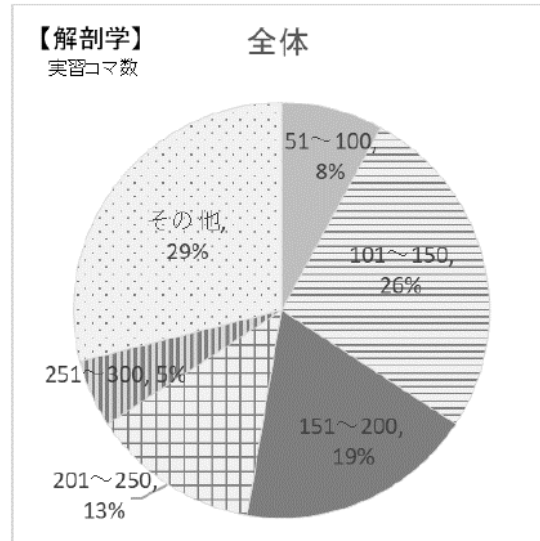
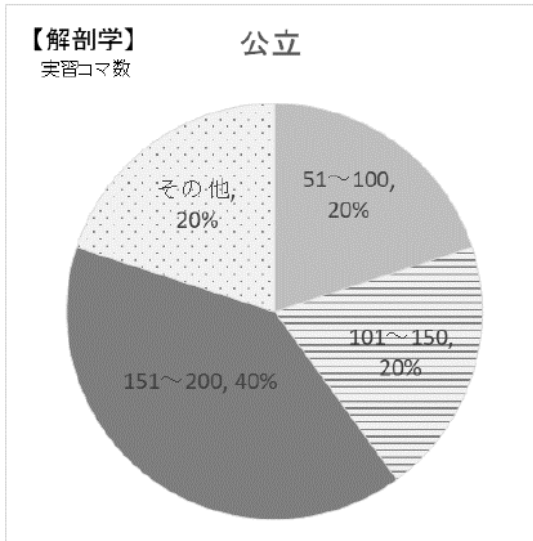
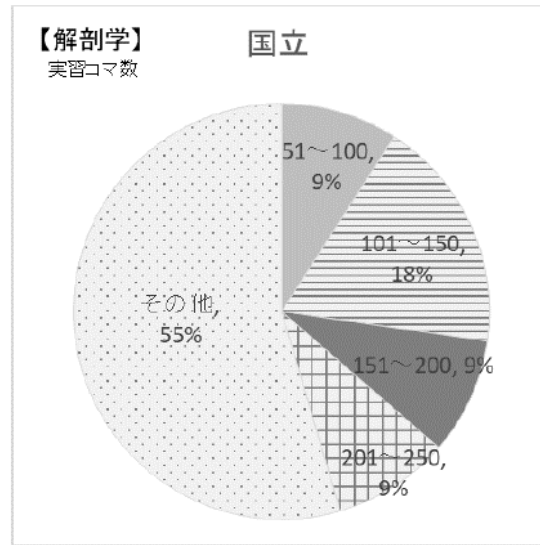
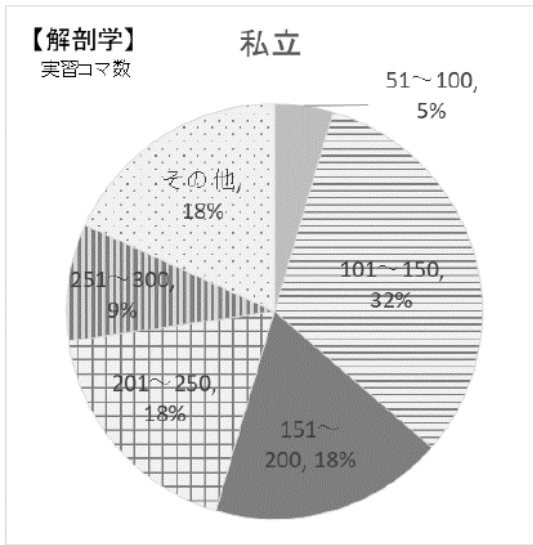
【基礎医学実習 web 調査】

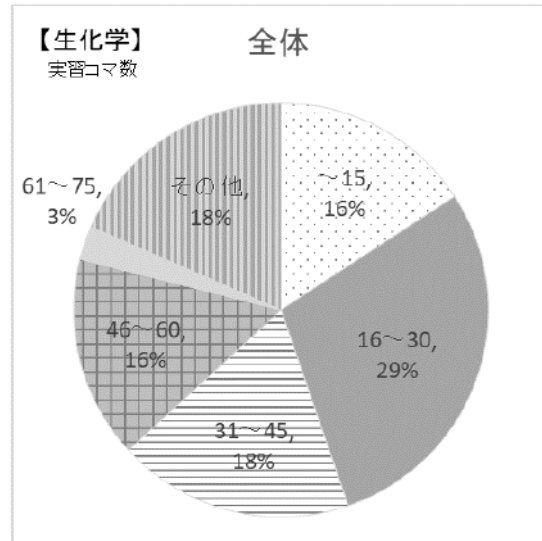
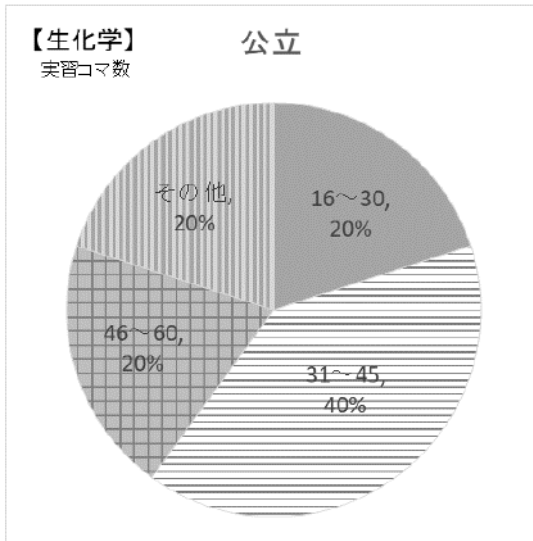
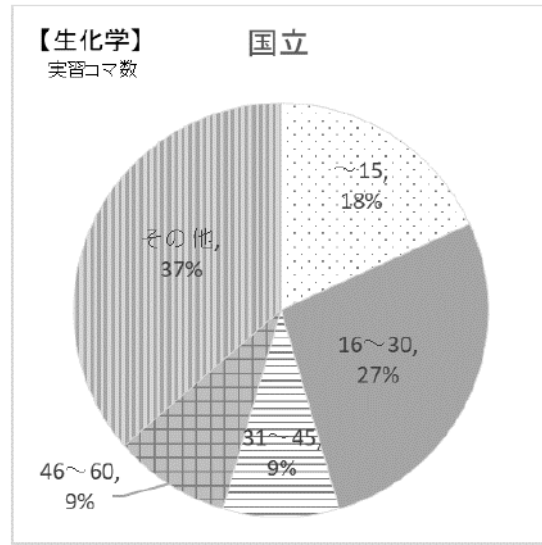
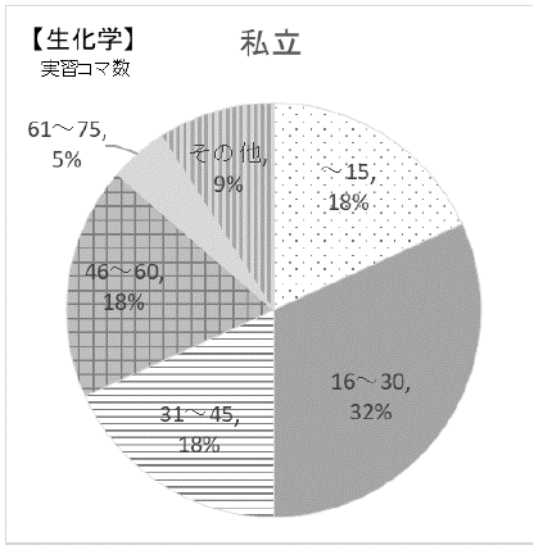


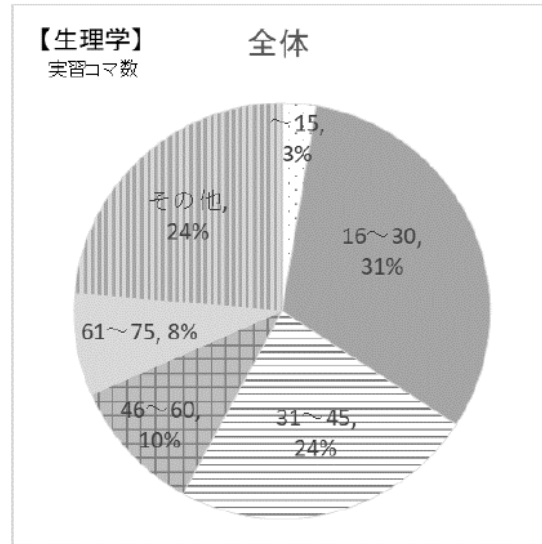
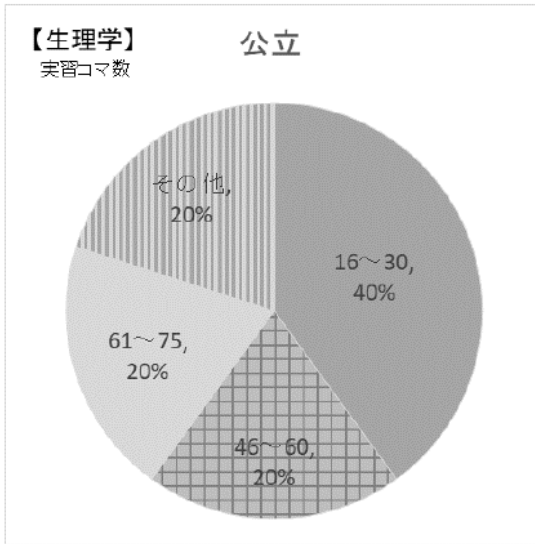
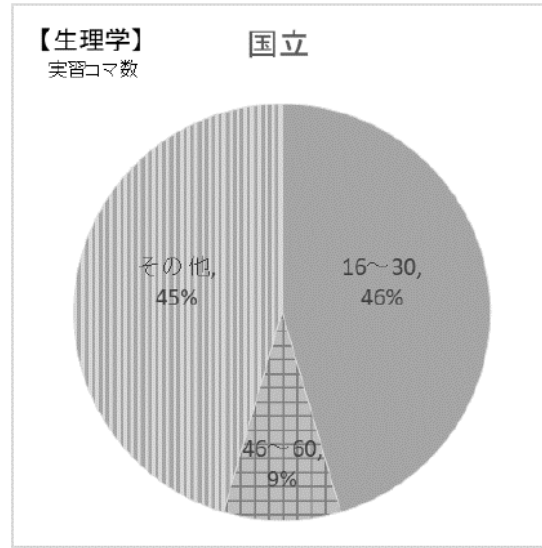
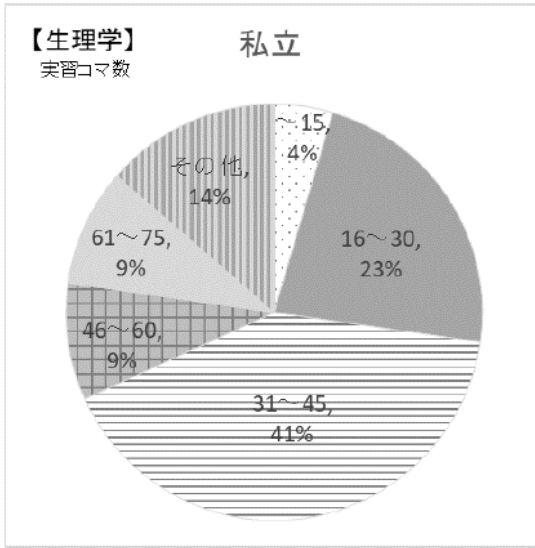


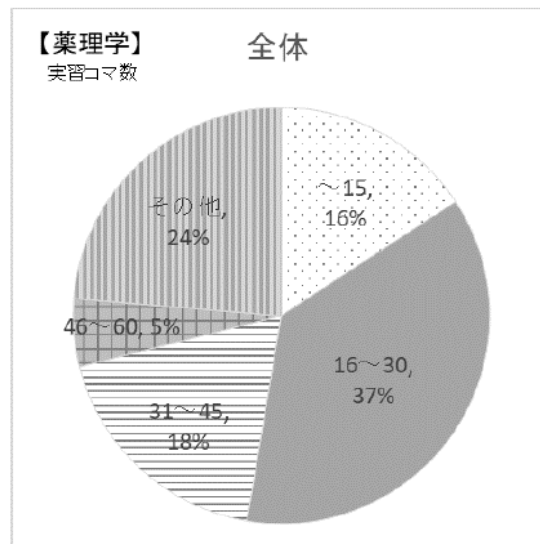
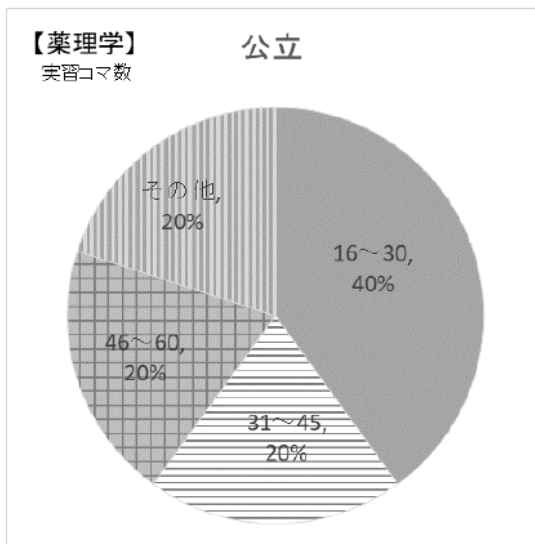
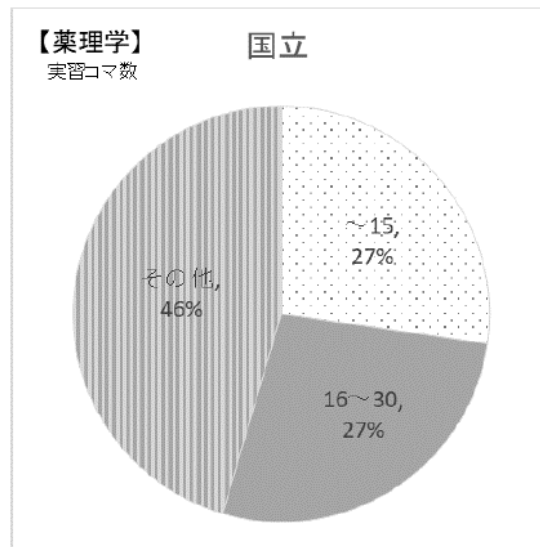
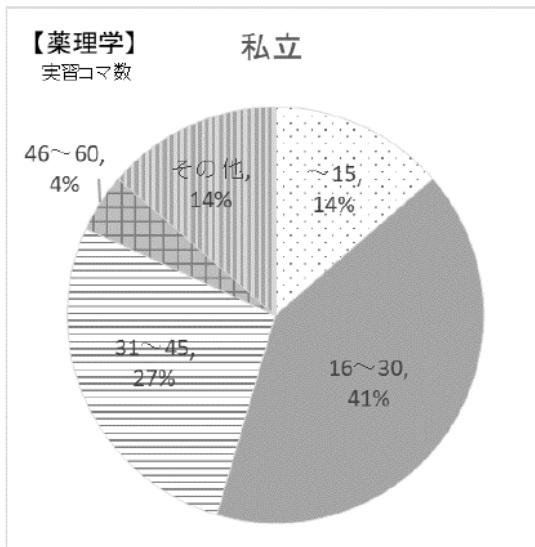


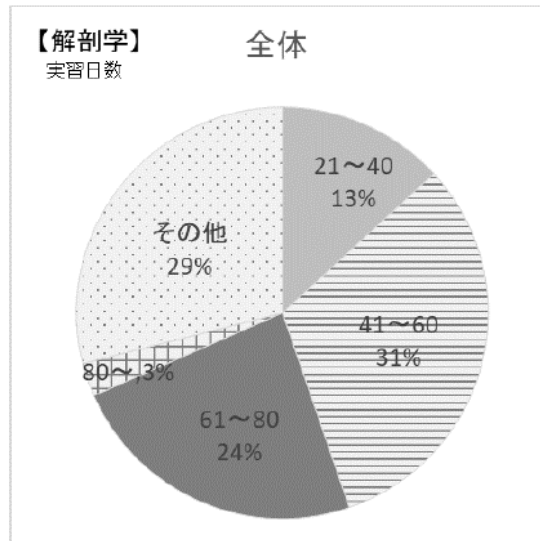
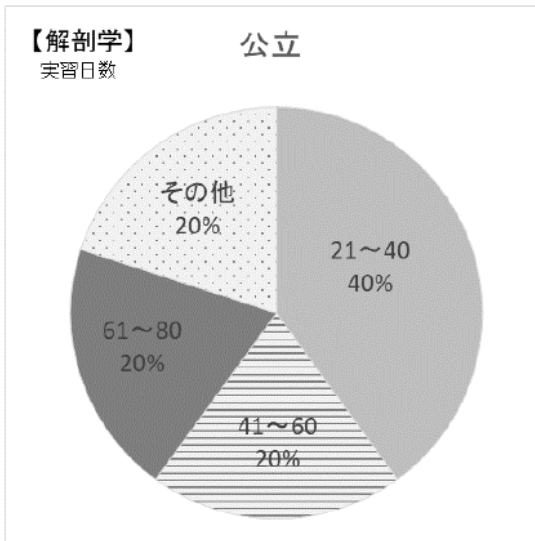
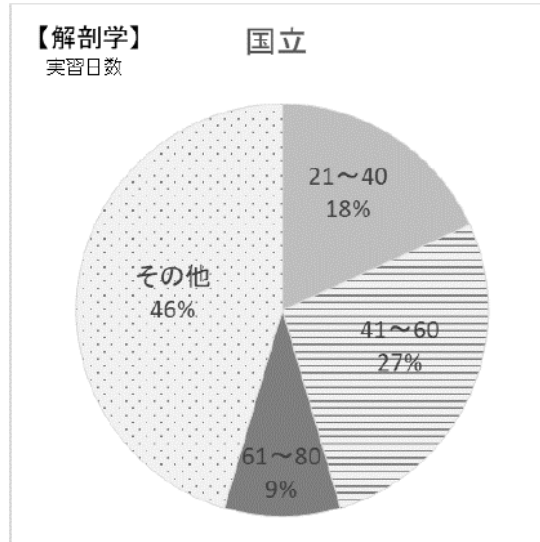
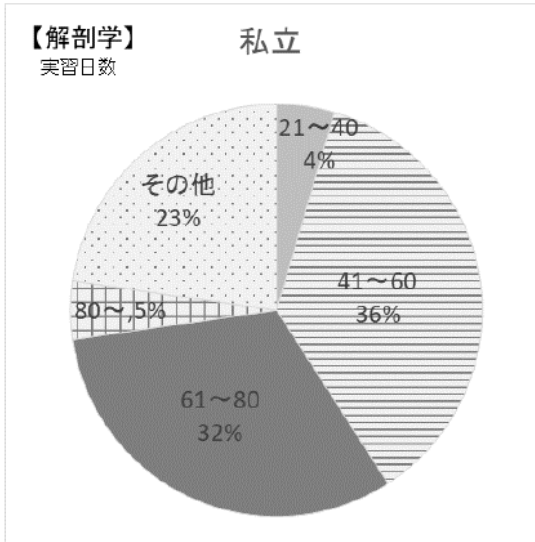


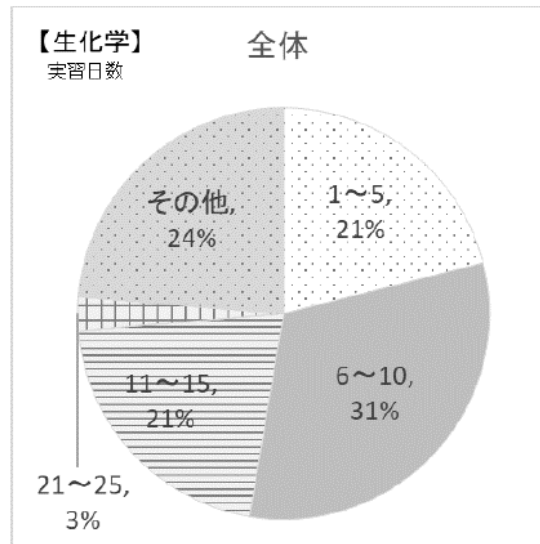
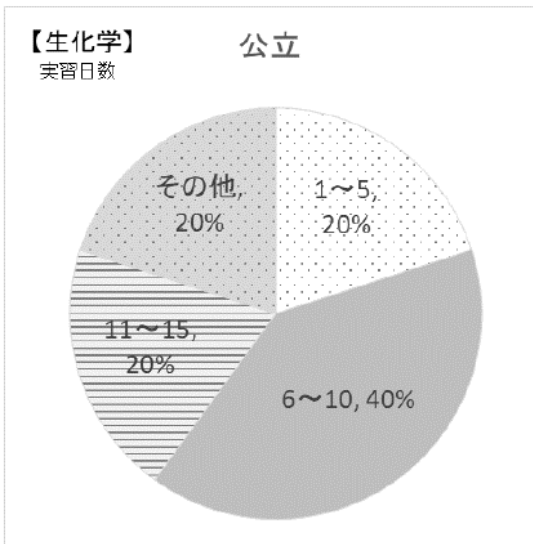
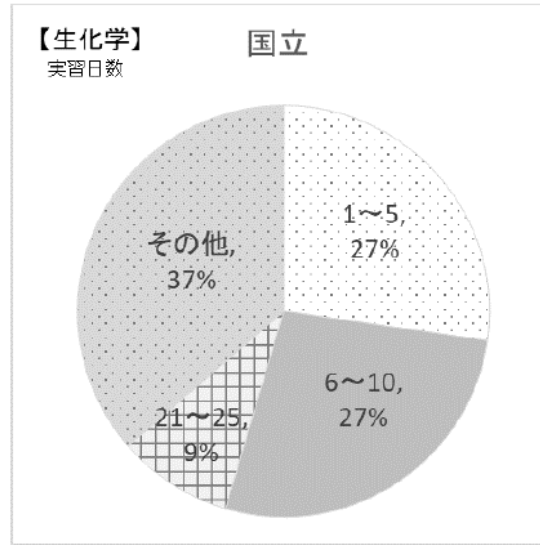
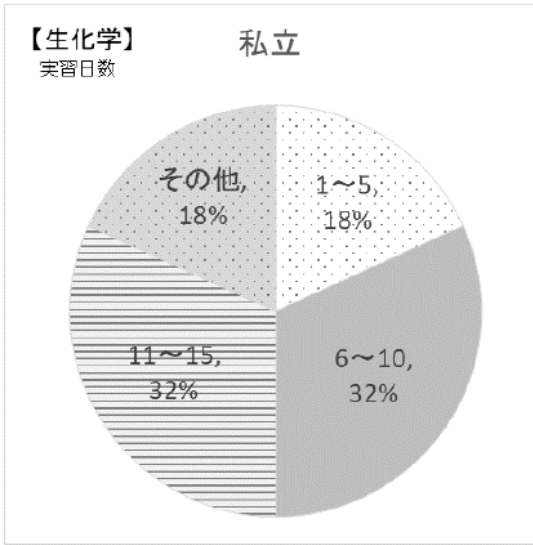


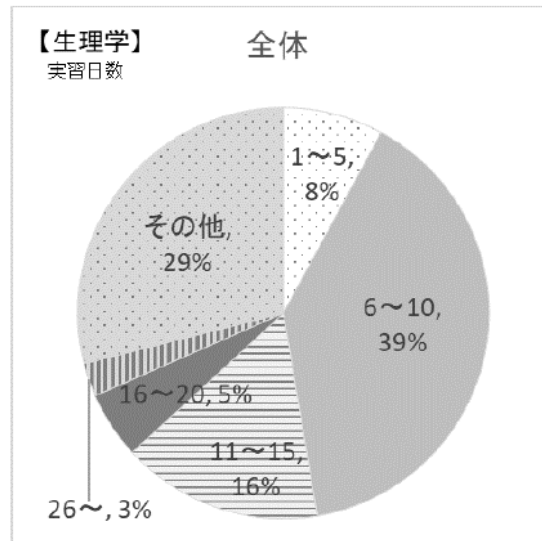
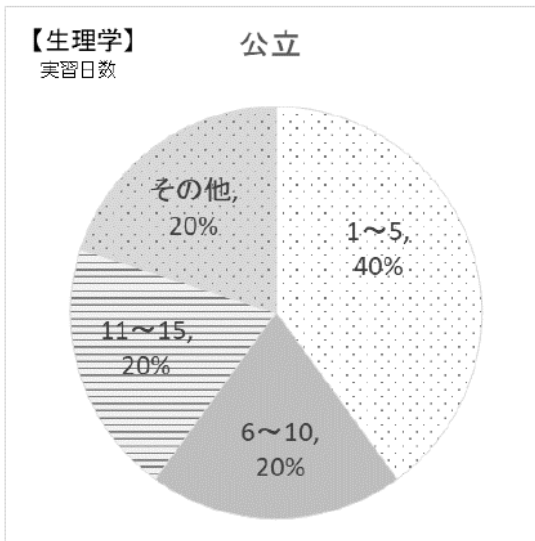
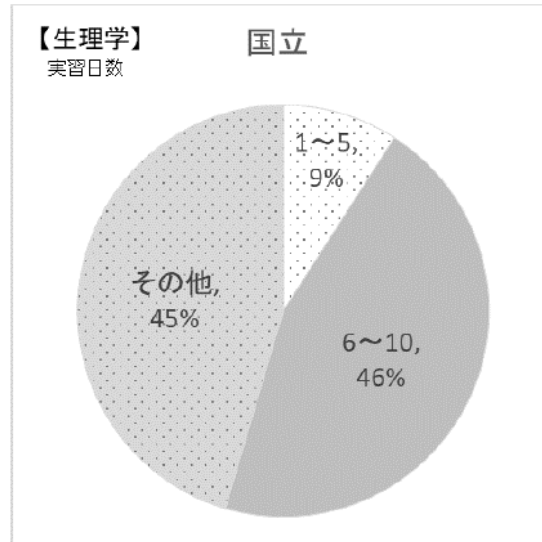
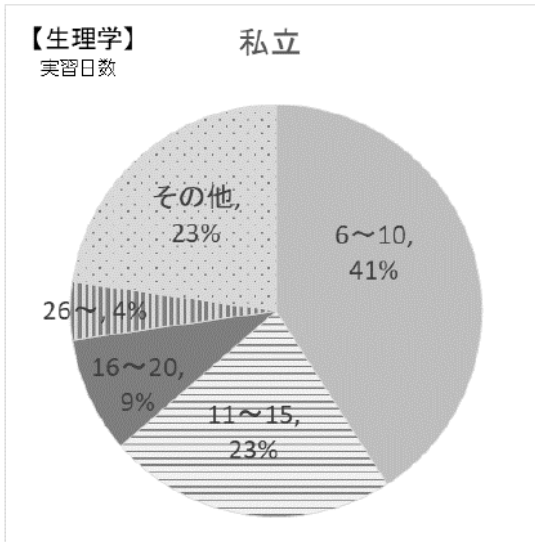


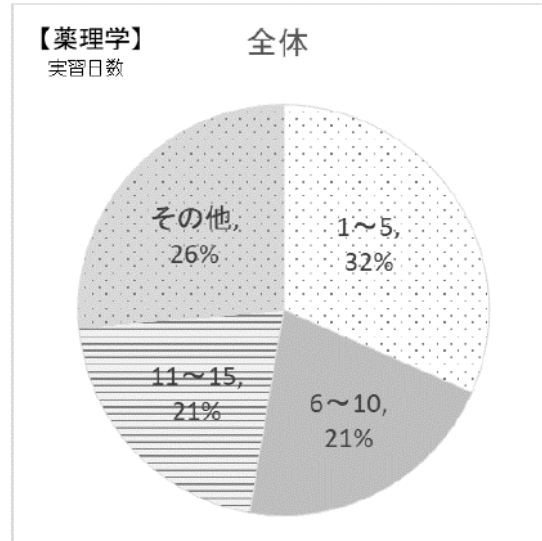
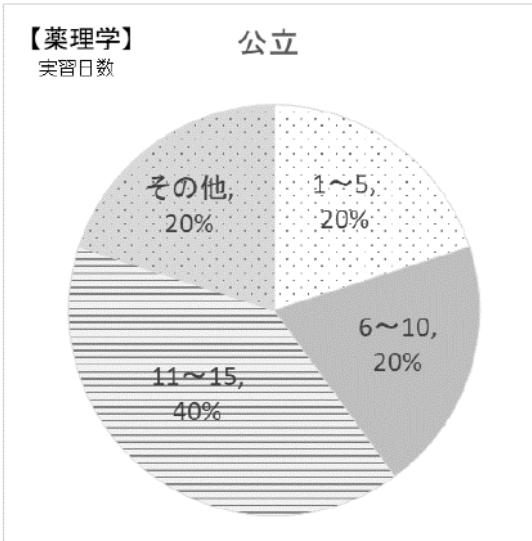
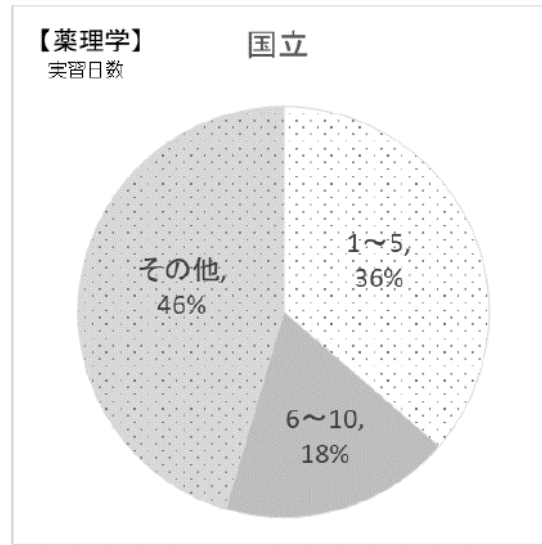
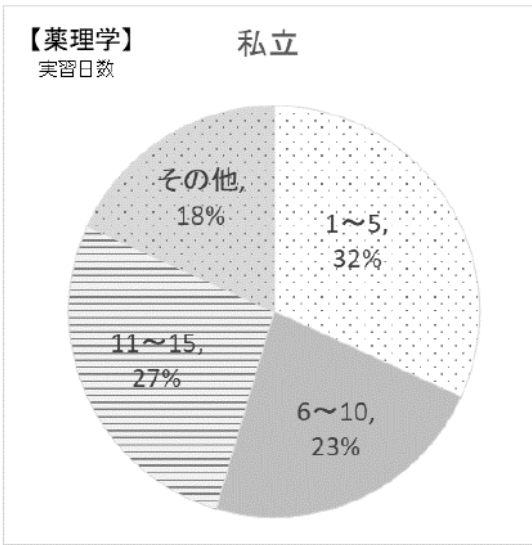












【インタビュー要旨・逐語録】

● インタビュー要旨

インタビュイー：南沢享教授（東京慈恵会医科大学細胞生理学講座）

日時：2021年6月7日 14:00-15:00（60分間）

参加者：鈴木・錦織

1. 先生が基礎医学研究者になろうと思ったのはいつ頃でしょうか？ またどのようなことがきっかけだったのですか？

小児の循環器病患者にずっと関わっていたと思います、患者さんが集まる大学での仕事を続けるためには研究に取り組む必要性を卒後8年目くらいに感じました。その後、国内・国外留学など研究生生活を続けて、大学の医局から長く離れることになりました。そうこうしているうち、小児科の教授も変わられる一方、研究のほうも何となく継続できそうな感じにもなってきたので、研究一本でやっていくことを卒後15年目に決めました。

2. 大学の医学部で実際に基礎医学の教育に関わっておられる中で感じておられる、基礎医学教育の課題をお教えてください。

今の学生は、与えられた状況、いわゆるマルチプルチョイスの問題などを解く能力は非常に高い。一方、レポートを書かせると、ちゃんと書けないとか、問題提起できないとか、質問をする学生が非常に減ってきている点が以前に比べての課題と考えている。学生に考えさせる教育をできないか、ということ、今検討している最中である。

3. 医学教育モデル・コア・カリキュラム（コアカリ）の内容について、率直な感想をお聞かせください。

かなり肯定的にみている。特に社会医学系にかなり踏み込まれている点を評価したい。一方、全部が必修として取り入れられているのであれば過密なカリキュラムである。

4. 今回、このコアカリの改訂が行われます。医学部の卒業生全員が習得しておくべき基礎医学の内容とはどのようなものだとお考えでしょうか？

私達の大学では各論を全部教え込む必要性が本当にあるのか、ということが議論になっている。総論をしっかり教えておけば、各論は演習や実習中心に大切なところだけを教えていて、細かなところは学生が自ら調べるようにすれば良い。つまり教員は学生に調べ方・学び方さえ習得させておけばいいという意見がある。学生に余裕を与えると研究を始めたりするようになるが、今の学生はカリキュラムが過密なために、そういう時間があまりにも少な過ぎるので選択制などを導入する必要がある。医学部のカリキュラムは全てが必修になってしまっているので、いろんな分野に興味を持つ学生さんがいたときに、本当に多様性のある学生さんを育てるような教育には対応できていないと感じている。

5. コアカリ改訂にあたって、研究者育成に関する内容をどのように記述すれば良いとお考えでしょうか？

学生時代から研究者を目指すのはなかなか難しいので、全学生に対して無理にやる必要はない。ただ、学生全員が臨床医にならなければならないというカリキュラムは見直して、研究に興味を持つ学生には機会をなるべく早めに与えるのが良い。また、医学部生にも多様なキャリアパスがあることの情報提供や教育が必要。

● 逐語録

聞き手1 南沢先生、こんにちは。

話し手 おはようございます。

聞き手1 おはようございます。名古屋大学の錦織と申します。

話し手 東京慈恵会医科大学の南沢です。

聞き手2 兵庫医科大学の鈴木でございます。よろしくお願ひいたします。

話し手 よろしくお願ひいたします。

聞き手1 きょうはお忙しい中、お時間を頂きまして、ありがとうございます。

話し手 こちらこそどうもありがとうございます。

聞き手1 ちょっとメールに書かせていただいたとおり、省庁のレベルの仕事なんですけれども、現場の声をきちんと反映させたいなと思っております。私自身は内科医で、かつ、今この医学教育という分野の教育学の文系の研究者です。診療もほそぼそやりながら、こういう仕事をしているんですが、私見ですけども、医学教育全般を考えると臨床教育が優先される傾向があって、今回は基礎医学教育についてちゃんと報告書を上げたいなと思ひまして、先生に、ご協力をいただくことになりました。いろいろとお教ひいただければと思ひます。よろしくお願ひいたします。

話し手 よろしくお願ひいたします。

聞き手1 鈴木先生、何かありますか。よろしいですか、この段階では。

聞き手2 確かに昔できたころは、オロジーを教えられないとか、基礎医学がなくなるとかいうご意見もあったんですが、最近、モデル・コア・カリキュラムとCBTがあるから、まだかろうじて基礎医学の立場があるというような、逆のことも起こっております。また、臨床実習に比べて、基礎医学の実習についてもコメントがないので、基礎医学の実習も次々つぶされて、減っている状況です。先生のほうから、ぜひ生理学会も含めて、ご意見を賜ればと思ひます。よろしくお願ひいたします。

聞き手1 あと、きょう一緒にインタビューに参加しますのは、調査研究チームのメンバーなんですけども、もうひとり方、東京大学の病理の鯉沼先生にご参加いただきます。鯉沼先生、ひとことお願ひいたします。

聞き手3 東京大学分子病理学の鯉沼と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

話し手 よろしくお願ひいたします。

聞き手1 もう承認ボタンを押していただいたと思うんですが、このインタビューを録画させていただいておひまして、この内容を、テープ起こして言っても、最近もうテープなんていう言葉が死語になっちゃいましたけど、逐語録に上げて、内容を南沢先生にもきちんと確認していただいてから、報告書の資料として上げさせていただきますということを計画しています。

それから、先生以外にも7~8人の基礎医学教育に関わっておられる先生方にインタビューをする予定ですので、先生のご意見が直接ダイレクトに反映するというものでもありません。先生がメールで書いておられましたけど、むしろ言っていたほうがよいというか、言ってもなかなかそう簡単には変わらない領域でもありますので、自由にご意見を伺えたらなと思ひています。

それから、伺わせていただこうと思ひている内容は、メールで書かせていただきましたけど、今こちらのチャットにも書かせていただいていますので、きょうはこちらの内容を中心に、全部で1時間以内ぐらいに終わればよいなと思ひていますが、先生の話が面白かったら、ちょっとだけ延長するかもしれませんけれども、そんな感じでお願ひいたします。

話し手 分かりました。

聞き手1 インタビューは私のほうが主に進めていきますが、一緒に参加して下さっています、鈴木先生、鯉沼先生からも、時々ご質問を挟ませていただくかと思ひますので、それもよろしくお願ひいたします。

最初に、先生のキャリアのことについてお伺ひしたいと思ひます。リサーチマップを、私、拝見しましたところ、先生、小児の循環器を9年やっておられて、その後、アメリカに留学されてから、基礎研究にというふうな経歴でいらっしゃるというのを読ませていただいたんですけども。

話し手 そのとおりです。

聞き手1 きょう話が基礎研究っていう話ですので、9年間臨床をやられている中で、そのまま臨床を続けるっていうよりは、当時はあまり、みんな大体、大学に戻っておいでみたいな、もしくは、どこか大学に所属してっていう方が多かったと思うんですが、臨床から少し研究に軸足を移されるぐらいのあたりからお教ひいただけますか。

話し手 ありがとうございます。私、小児の循環器が専門なので、先天性心奇形が多い分野なんですけれども、外科頼みというか、診療の主体は外科と半々でやっているような形になってくるところの中で、どうしてもなかなか治らない患者さんがいらっしゃるの、それを治したいというのが研究を始めた表向きの理由です。けれども、結局、私はずっと小児の循環器病者に関わっていたいなと思えました。そうなってくると、大学病院か子ども病院っていうような所ですか、患者さんがこないの、大学で仕事をずっと続けていきたいなというふうに思って、9年ぐらいたってから、大学に残るには研究をやらなきゃいけないかなっていうふうに思って、それで留学もしたというところなんです。留学してみたら、少し研究にはまってしまうと、思いの外、留学期間が長くなってしまいました。

聞き手1 何年ぐらのおられたんですか。

話し手 留学は4年半です。

聞き手1 結構長くおられた感じですね、確かに。

話し手 その前に鶴見大学という所に2年ぐらい行っていたので、さらにその前には東京女子医大で臨床留学をしていたので、横浜市立大学の医局からはかなり長く離れてしまって、その間、教授も変わられて、正直言って、戻る場所がもうなくなるということになりまして、研究のほうも何となくできそうな感じにもなってきたので、研究一本でいこうかなっていうことで、研究を始めた次第です。だから、あまり最初から基礎を一生懸命やっている先生たちに比べると、あまり純粹じゃないタイプなんだとは思いますが。

聞き手1 それこそ多様性が重要とかいう時代ですし、先生のお話も含めて、いろんなキャリアを描いて、学生が、これだったら自分もやれるかなとか、結局最初から基礎一本じゃないと駄目だみたいなのは、私も、ちょっとどうかなと、個人的にも思いますし、そういう意味では非常に面白いなと思って、今、先生のお話、伺っていましたが。

話し手 ありがとうございます。

聞き手1 小児の循環器の診療に関わり続けようとする、大学を出ないといけなとか、大きい施設で診ないといけなっていうと、研究をっていう、そういう流れですか。

話し手 そうですね。まさにそのとおりです。論文を書いて、大学に残っていないと、ずっといれないなっていう、先輩たちも見てきながら、思い立ってっていうところですね。

聞き手1 この後の話も出てくるんですけど、研究をしようとする、大学にいないといけなくてっていうような、私なんか結構そういう側なんですけども、今の学生さんたちと話していると、必ずしもそういう思考プロセスでない人もいるなというふうにも思っておりまして、そのあたりの先生のご意見も伺ってみたいなと思えました。ありがとうございます。

そしたら、早速本題に少し進んでいきたいと思いますが、先生は生理学で、この間、私も学会でちょっとお世話になりました。

話し手 どうもありがとうございました。

聞き手1 ありがとうございます。実際に今、東京慈恵会医科大学で先生が生理学の教育に関わっておられるということではいらっしゃると思うんですが、先生ご自身が考えられる、まず、大学の中の現場で感じられる課題みたいなものですね。特に課題ないよと、万事うまくいっておりますということであれば、それでも構わないんですが、もし何かあれば、お教えいただけますか。

話し手 福島先生の手前、そう言いたいところは多々あるんですけども。

聞き手1 いえいえ、言っていたら、構わないです。というのは、福島先生ももう退職されて、今回のコアカリの改訂ぐらいから少しずつ世代が動いてきておりますので、ご遠慮なさらなくて大丈夫だと思います。

話し手 私の立場としては、生理学会の教育委員会委員長ということで、今回呼んでいただいたのかとは思いますが、大学の内部の中では、教学委員を6年間ぐらいやらせていただいているのと、カリキュラム委員をさせていただいて、現在は特にカリキュラム委員長のほうから、1・2年生のアウトカム基盤型教育ワーキンググループっていうのを立ち上げて、垂直統合だったり、初年次教育、それから、2年生の教育のあり方を考えるっていうところのスマールグループの座長をさせていただいています。あと、高大連携の関係のアウトリーチ活動なんかも、大学の中で少しさせていただいている、私の今の教育の軸足としては、CBT前までのところの教育に関わっているということで、逆に言うところ、CBT以降のところについてはだいぶ疎くなっていることを、ご理解いただければというふうに思う次第です。

聞き手1 それはもちろん大丈夫です、CBT後は臨床教育です。

話し手 基礎教育の問題点ということなんですけれども、これはうちの基礎系の教員にかなり共通した認識なんですけれども、学生が与えられた状況であれば、いわゆるマルチプルチョイスの問題とかなんかは、解く能力は非常に高いんですけども、レポートを書かせると、ちゃんと書けないとか、あと、問題提起できないとか、以前に比べて質問をする学生が非常に減ってきている。それは、ネットを調べれば、いろいろ出てくるということもあるのかもしれないんですけども、そこを何とかしたいということで、その1~2年生のワーキンググループっていうのをやって、初年次教育と2年次教育を垂直統合させながら、学生に考えさせる教育をできないかなっていうことを、今検討している最中です。ですので、問題意識の点では、その点を一番強く持っております。

聞き手1 学生に考えさせる教育っていうのは、これは基礎医学にとどまらないというか、臨床医学もそうだし、私のような社会医学の人間にとってもすごく重要な点だなというふうに思いながら伺っています。

話し手 あと、その議論の中で出てきているのは、カリキュラムがかなり過密過ぎるんじゃないかっていうことで、どうもわれわれ、教え過ぎているんじゃないかっていうことが、大きく変えていきたいなと思っているところですね。でも、ここは非常に議論があって、今でも教え切れないのについてのご意見もあるんですね。教

えるっていう行為によって、実際に学生の知識も間違いなく増えてはいるんですけど、それが考えるっていう行為に至ってないってのは、時間が足りないってことだけで済ませていいのかなどうか、分からないんですけども。特に初年次教育のところまで分かってきたんですけども、非常にたくさんの生物、化学、物理、いろんな自然科学教育の3科から、個々の先生はそれぞれにいいと思って出される課題は、一個一個見ると、すごくいいんです。けれども、それがたくさんの量になって学生に行くと、レポート課題を出しても中身がだんだん薄くなって、教員のほうも忙しいので、それを全部フィードバックできているわけではないと思うので、そのやりとりも十分にできないまま、不消化のまま2年生に上がってきてしまいます。2年生になってくると、今度は、うちの場合は急激に基礎医学科目が入ってくるので、そこでやはり知識の詰め込みが大きくなってきて、学生が自ら考えさせていく段階に至っていないのかなと。3年になって研究室配属させてみて、レポートを書かせてみると、何だ、これみたいな感じになっちゃうので。

あと、うちの生理の竹森教授なんかも言われるんですけど、ちゃんと考えて書いているレポートとはとても思えないものがたくさん出てくるっていう。

聞き手1 同じようなご意見があるわけですね。

話し手 そうなんです。それはやっぱり教員がきちんと、書けていないものに対して、もう一回フィードバックして書かせるようなことをしていないし、その時間的な余裕がないんだらうってところで、何とかしなければいけないという話しをしているところですね。そこが一番大きな課題だと思っています。

聞き手1 先生にいただいたお話を若干展開しますと、カリキュラムが過密なんじゃないかっていう話が、きょうご参加の鈴木先生なんかもよく言われますし、おそらく多くの大学で共通した課題なんではないかなというふうに認識しております。今回のコア・カリキュラムの調査研究班の中で、カリキュラム過密問題に対する対応を考えるチームを1つ作りました。

話し手 それはありがたいですね。

聞き手1 国の行政のほうの問題もあるでしょうし、個々の大学での問題もあるでしょうし、そもそも教育だけでなく、教員が忙しくなり過ぎているとか、複雑な要素なんだろうなというふうには、先生のお話を伺いながら思いました。あと、フィードバックの件も、これも基礎医学を超えて、あちこちでよく話としては伺います。福島先生がおそらく指導されたであろう、JACMEみたいな認証評価の中でも、フィードバックのことについてはよく言われていたりしますが、今先生がおっしゃられるとおりで、やりたいと思っているんだけど、忙しくてできないみたいなのが現実なんじゃないかなと思いつつ、伺っておりました。

今、南沢先生に学内のお話をちょっと伺いましたけども、少し話を大きくしまして、生理学会で教育委員会のリーダーを、先生、やられているということで、そちらのほうでいろいろ話題に出ていることとか、それこそ、きょうのテーマですが、基礎医学教育の課題について、何か先生の思うところがあれば、教えていただけますか。

話し手 生理学会は結構多様な集団なので、医学部の会員が6割程度しかいない、逆に言えば6割もいるんですけども、なので、医学系・歯学系の課題だけに対応してはいるわけではないんですけども、生理学会で今課題といえますか、取り組みたいと思っているのは、今回のコロナのことも含めまして、教育コンテンツ、特に生理学の教育コンテンツの共有化です。特に実習系のコンテンツはこれまでデジタル化されたものがあまりなくて。今まで鯉淵先生や、その前の委員長松尾先生が頑張っていたいただいて、紙ベースの実習書とか問題集とかは、他学会に比べて積極的に学会ベースで作ってはきているほうだと思うんですね。

できたら、デジタルベースの教育コンテンツも、特に実習系なんかは見ないと分からないところが多いので、教育学会として提供できるものとして、会員共有のものを作っていけるといいんじゃないかなということも議論しています。

あと、ご存じだとは思いますが、エデュケーター制度っていうのを作ったんですけども、その質保証ですかね。エデュケーター、立ち上げて5年になったんですけども、言ってみれば、学会に来て講演を聴いて、それでポイントを稼げばエデュケーターになれるっていう、資格を学会として与えるっていうシステムにしているんですけども、質保証もしていかなければいけないのかなってことを議論しているところですね。

生理学会は以前と比べると比較的最近では教育にも熱心にもなっているんですけども、それは生理学会の会員がどんどん減ってきている中で、教育に力を入れていると、医学系でない会員を増やすことに役立っているという側面があります。エデュケーター制度もそういうところを意識しながら取り入れたところも多分にありまして、会員を引き留める、もしくは、増やすために、教育に学会として少し力を入れてきているっていうところはあるかなというふうに思います。

聞き手1 1つ質問なんですけど、先生が言われておられる医学系以外というのは、具体的には医学系以外の医療系のことを指しておられるのか、それとも、もう少し生命科学全般のことを言われているのかをお教えいただけますか。

話し手 生命科学全般の方に会員を増やしたいと思っはいるんですけども、やはり今のところ、医学部以外の会員の多くを占めているのは医療系のほうになります。生命科学系は、ざっくりですけども、全体の中の2割、行くか行かないかぐらいになっているんじゃないかなと思います。

聞き手1 ありがとうございます。今、基礎医学教育に関して、南沢先生が感じておられる課題について、大学の中でというコンテキストと、それから、学会というコンテキストで伺ってきていますが、鈴木先生、何かこの段階でございますか。

聞き手2 生理の先生方と話しているときに、最近、先ほど申しましたように、生理学の実習とか、そういったものが昔に比べて非常に減っていると。昔、解剖学実習は当然非常に医学部の入り口として重要ですけど、生理

学実習も非常にさまざまな実験動物を使いながら、長時間、熱心にされていたのが、最近どんどん減っているという印象があるんですけど、先生の大学とか生理学会では、実習系について何かお考えございますでしょうか。

話し手 先生がまさに言われたとおりで、本当に少ないです。研究者としては時間を割かれないで助かってはいる反面、学生は、先ほど言ったように、知識の詰め込みにはいいんですけども、実際現場に立って考える行為というのは、実習系や演習系のほうが間違いなくいいと思うんですね。

なので、揺り戻しといいますか、今われわれが行っている議論は、ちょうどコロナになったので、うちの大学は講義をオンデマンドにしてしまって、その代わりに、演習系の科目をもっと入れていくということです。オンデマンドであれば、学生は、課題さえそんなにたくさん与えなければ、好きな時間に見れるので、大学に来て何か勉強するときには、演習だったり、実習だったりをもっとやっていかなければいけないんじゃないかなというふうには、教員の頭は少し切り替わってきてはいるんですけども、まだ実行には移せていません。現状は、先生が今おっしゃったように、非常にシュリンクして少ない状況を、今後は増やしていかなければいけないと思っている段階です。

聞き手2 ありがとうございます。その際に、例えばモデル・コア・カリキュラムの中に、臨床実習は非常に細かい注文がついておりますけれども、例えば生理学実習としてはこういったものをやるべきであるみたいなものを、例えば生理学会の中からスタンダードとして、例えばモデル・コア・カリキュラムに入れたほうがいいのかというようなお考えとか、あるいは、そういったスタンダードな実習を設定するということが可能だとお考えでしょうか。

話し手 ある程度可能だと思いますね。私の立場で、これは絶対入れなきゃいけないというのは、今の段階ではちょっと言えないんですけども、すでに生理学実習書って作られている中には、かなり練り込まれたものもあるので、循環器系だったり、呼吸器系だったり、泌尿器系というような部門は、比較の実習に落とし込みやすい科目もあります。一方、神経系も少しいろんな点でやりやすいんですけども、内分泌だったり、免疫だったりというのは、どちらかという、実習はやりにくくて、それは僕は自分が循環器だからかもしれないですけど、演習なんかのほうがよかったりするような科目もあるのかなとは思うんですけども。いずれにしても、ある一定の知識を詰め込んだ後で、実習等で、この辺は押さえておきましょうっていうのは可能なんではないかなと思いますね。

聞き手2 ありがとうございます。以上でございます。

話し手 たぶんその点は臨床系の先生とも議論していったほうがいいのか、というふうにも少し思うところがあります。例えば私なんかは循環器系を担当しているんですけども、血圧測定なんて、うちの大学では1年のときにもやりますし、2年の前期にやって、2年の後期にやって、それで、OSCE対策なんかでもいろいろやってくっていう感じになってきて、基本的な技能なので何度やってもいいし、4年生で、それだけやってきても、できない学生もいるので、何だ、これっていうような状況でもあるのかもしれないですけども、そうやって繰り返しやっていったほうがいいのか課題っていうのはあると思うので、その辺は臨床の先生とのすり合わせも必要のかなっていうふうに思います。

聞き手2 ありがとうございます。錦織先生、取りあえず、この時点では以上でございます。

聞き手1 鯉沼先生、いかがですか。

聞き手3 では、私のほうから1つだけなんですけど、お伺いして、カリキュラムの過密というお話に関してなんですけれども、基礎医学の教育をできる期間というのが大学によってだいぶ異なるのかなと。教養課程がまだしっかり要求があるような所だと、かなり短くなると思うんですけど、生理学会とか先生の大学のほうでは、その期間に対してどういう対応をすべきかっていうのは、何かお話とかあるんでしょうか。短過ぎるような大学と、4年間、それこそフルに、ある程度使えるような大学で、だいぶ変わってくると思うんですけど。

話し手 そうですね。うちはメディアムなんじゃないかな。1年生のときは医学教育っていうのはほとんどなくて、医学総論みたいなことはやっていますけれども、2年生から、いわゆる基礎医学系の勉強をするような形になって、生理・解剖が2年で、薬理の一部が2年次にやって、3年次に薬理の総論から各論に移って、あと、病理が入って、病理は4年の前期にもあるんですけども、免疫学、細菌学、ウイルス学みたいなのが入ってきて、社会医学系も3年次から入ってくるような感じになってきて、それで、4年前期までにCBTを終えるような状況にしています。個人的な感想としては、ちょうどほどほど時間的にはいいのかなと思っはいます。ただ、われわれ内部での議論では、もうちょっと前倒しにしていきたいなっていうような、特に3年生、4年生のところのカリキュラムを前に持ってきたっていう意見はあるのかなと思いますけれども。

聞き手3 ありがとうございます。大学によっては、なかなか医学部の意向に沿って前倒しっていうのができないっていう所もあるかと思って、本学のほうだと、例えば、それこそ2年生の秋になるまで何も始められないというような状況で、基礎医学の教育は1年半で実習と講義、全て終わるという状況にあると。そういった場合に、本当にコア・カリキュラムにどこまで生理学の内容を盛り込むのかとか、対応できないような大学も出てくるのかなとか思いながら、ちょっと考えたところです。ありがとうございます。

聞き手1 鯉沼先生、ありがとうございます。東大ならではの課題だなと思って、私もちょっと今思い出しながら伺っていましたが、きょうのインタビューのコンテキストは、一応医学教育モデル・コア・カリキュラムをどう書くかという話ですので、幾つか階層がありますよね。どう書くかというのが最初の問いでしたけど、それを具体的に大学でどう展開するのかというレベルもあって、きょうは南沢先生の話もそのように伺っているんですけども、あと、過密の問題も両方の相で考える必要があるんでしょうけれど、どこまで各大学のコンテキストに踏み込めるのかなとか思いながら、今お話を伺ってました。

話し手 過密の問題とコア・カリキュラムって結構関連していると思ひまして、コア・カリキュラムに書き込まれてしまうと、ここは教えなければいけないんだっていう教員側の自縛になってきますし、先ほど実習の話もありましたけど、実習が今度コアカリに入ってくると、これをやらなければいけないんだっていう縛りになってくると、ますます過密になってきてしまうっていうところも出てくるのかなと思ひまして、そこは非常に難しいなと思ひますね。

聞き手1 先生、まさに同じ議論をこのチームの中でもやっております、むしろ抽象度を上げて、項目自体を減らして、大学に裁量をもっと少し任せるような、そういう書き方をしたらいいんじゃないかというふうな議論もあるんですね。

話し手 大学の中でも、まさにそれと同じ議論をしていまして、総論だけでいいんじゃないかと。われわれが教えるのは、各論は将来にわたって、今の時代、ネットを調べれば出てくることだし、逆に患者さんなんかのほうがある程度でiPadを見て、先生、こうですよみたいな状況の中で、各論を全部教え込むっていう必要性は本当にあるのかっていうのは議論になっていて、オンデマンドコンテンツも、総論を教えるだけで、各論は演習とか実習とか、そこで踏み込んで、大切なところだけを教えるっていう、本当に細かなところは、その場でその場で学生が調べる。つまり調べ方さえ教えておけばいいんじゃないかっていう意見があります。

それが時間を節約、過密にならないでできる唯一の方法なのかなみたいなことも議論しています。あとは、質問の中にもある、基礎研究者を育てるっていう項目もうちの大学でも非常に課題です。今の学長も教学委員長も基礎系ですし、基礎の先生たちが今頑張っておられるんですけども、慈恵の先生って、結構昔から学生班って言って、学生時代に研究をやっていた方が多いです。なんでそんなことができたんですかって聞くと、暇だったからっておっしゃるんですね。余裕のある学生で、やる気のある学生は、暇だと、遊ばないで、研究に行ったりするようになるようです。今はそういう時間があまりにも少な過ぎるので選択制みたいなのを医学部にうちちょっと入れていかないと。医学部のカリキュラムは全て必修になってしまっているんで、いろんな分野に興味を持つ学生さんがいたときに、本当に多様性のある学生さんを生み出してゆくの、対応できていないんじゃないかなとは思っています。

聞き手1 先生、本当に個人的には全く賛成で、うちの大学っていうと、名古屋大学の話なんですけど、コロナになって、一斉にオンデマンド型になり、反転授業をそれぞれみんな勝手に自習しておくようにみたいな感じになりまして、暇になったから、研究室に通う学生が結構増えてきて、これはいいなと、結構個人的に思っていたんですね。

ゆとりがないっていうところにはメスを入れたほうがいいのかと思ひしております、特に、今先生がおっしゃられたとおり、コア・カリキュラムに書いてしまうと、それが自縛になるという構造は、どうしてもあるので、ここに何を書いて、もしくは、何を書かないのかということについて、これは基礎医学だけじゃないんですけど、きちんと取り組みたいなと、ちょっとは思っています。

なかなか私の一存でも進みませんし、皆さんいろんな思惑があって、うちの分野はこれが大事なんだとか言って、結構陣取り合戦みたいな構造がありまして、なかなか、結局総論ではそう言っている、出来上がったものを見ると、また大きくなってみたいなのが起きたりするんですけどね。

今先生に話を展開いただいた、研究者育成の話に、少し話を進めていきたいと思ひますが、今、南沢先生が、カリキュラム過密問題から展開する形で、研究者育成に関して、暇な時間があるほうがよいだろうということ、コア・カリキュラムに書かれてしまうっていうふうな話をされましたが、もう一回、問いに戻るんですけど、今回、コア・カリキュラム、先生、読んでいただいたかどうか分からないんですけども、見ていただいている、研究者育成ということを意識しようとしたときに、総論、各論、どちらも含めてですけども、どうすればいいかというについて、先生のお考えをお教えいただけますか。さっき幾つか出た話なんかでいきますと、総量は減らしたほうがいいのか、それから、抽象度を上げたほうがいいのか、いろいろご意見があるかと思うんですが、お願いいたします。

話し手 これは本当に生理学会でも非常に大きな課題で、永遠のテーマかなと思ひますね。僕は自分の経歴から言うと、学生時代から研究者を目指す学生を出すの、なかなか難しいのかなって思ひて、僕は無理にやる必要はないかなって、個人的には思ひてはいます。

ただ、先ほど言ったように、医学部に入ってくる学生全員が臨床医にならなきゃいけないかのようなカリキュラムは、もう少し見直しておいて、研究者も目指せる機会をなるべく早めに与えてあげたほうがいいのかっていうのは感じています。うちの課題だけ話させていただくと、初年次教育に対しての医学系の教員のコミットが、今すごく少ないんですね。

もともと、いわゆる進学コースっていうのと、学部コースっていうんですかね、昔の2年間と4年間に分かれていたのが、1年短縮されていて、そこに多少医学総論が入ってくるだけなので、医学系の教員がもう少し初年次教育にコミットして、そこで自由研究みたいなことをさせたり、科学リテラシーみたいなことを少し教えながら、研究の楽しさをもう少し教えてあげられるようなところがあってもいいとは思ひてはいます。

あと、うちは、短いんですけども、3年生のときに研究室配属っていうのがあって、全員が研究室に行くっていうこともしています。これはどこの大学でもやられていることなのかなとは思ひますけども、そこではまった子は、その後ずっと研究を続けていくっていうこともあるので、こうしたシステムを作っておけばいいと思ひます。あとは、本学の学生達は部活を結構一生懸命やっているんで、錦織先生、おっしゃられたように、コロナになって、部活もできなくなって、研究をやっているっていう学生がかなり増えたので、繰り返しになりますけど、時間的な余裕を作っておけるっていうのは大切なかなって思ひますね、研究者育成っていう面

に関しては、ただ、そんなに学生のと時から研究者を無理に意識する必要はないのかなというふうにも、反面思っているのですけども。

聞き手1 個人的には、私のような医学教育の担当の部門の、今、責任者をやらせてもらっているのです、そうすると、基礎医学も、臨床医学も、社会医学も、みんな陣取り合戦というか、リクルート合戦みたいになっているなというふうには、私には見えていまして、その構造自身がみんなを疲弊させるし、しんどいなとか、ちょっと思うところもありまして、コロナで大変なことも多いですけど、暇になったというのは、無理やりですよ、あれは。よかった点は多かったなという気は本当にしていますが。

研究者育成の話になっていますが、鈴木先生、何かもしご質問とか、コメントとか、ご意見とかでも結構ですけど、何かございますか。

聞き手2 鈴木でございます。私どもの大学では研究コースを作って、3年生、4年生の臨床の科目の授業は出なくてもいい、試験も受けなくてもいいという進級制度を作って、日中から研究室に行くという制度を作りました。非常に一部の学生には好評なんですけど、多くの学生には、大胆過ぎて怖いというような状況になっている。研究の面白さを学生時代には、基礎配でも、研究コースでも、何か将来像与えるということが一つ重要だろうなと思います。医学部の場合、経済的なことを含んで、キャリア支援といいますか、将来論文が出なかったらどうなるか分かんないよと、その覚悟があるなら基礎研究に来なさいというようなことをやってたら、きっと誰も来ないなと思います。あと、M.D.研究者、私も実は循環器内科を5年やってから生化学に行ったんですけど、昔はこれに間に合って、教授になれたんですね。今の世の中で、30過ぎてから基礎医学に行って、身が立てられるのかということも含めての、キャリア支援やガイダンスがいるだろうなというような気がしております。以上でございます。

聞き手1 鈴木先生のコメントに、私、基礎医学の外の人間なので、私は、伺いたいのは、大学、特に医学部の教授になる以外のキャリアって、具体的にどういふのがあるんですか。研究所とかがパッと思い付きますし、他の医療系とかも思い付きますが。

聞き手2 もちろん他の医療系の学部の教授とか、医学部とか、農学部にも、ごくまれに行くことはありますけども、多くの場合、M.D.の方は、もう一度、30過ぎて、40ぐらいで、もう目がないなと思ったら、もう一遍臨床に行かれる方が多いと思います、資格があれば。

聞き手1 それは昔も今も変わらないという感じですか。

聞き手2 あまり変わらないです。ただ、基礎医学は食えないという話もあるので、かつ、専門医制度とかもいっぱいあるので、昔みたいに、基礎が駄目だから、40過ぎてから臨床に行くというのは無理じゃないかって、学生が思っていますから、その辺のところは非常に難しいところがあると思いますね、専門医制度とか、いろいろ厳しいので。

聞き手1 私、東大に昔いたときに、それこそセーフティネットのところをきちんと作ってあげれば、もっとチャレンジする子たちが増えるかもなみたいなことを、基礎の、それこそ先生方としゃべったことがありますけど、まず、バイトあっせんですよ、1つは。民間医局がやっているような感じの、そういう所と組織的にやるのか、もしくは、企業に外注するのか、そんな話もちよとしたことがありますし、あと、もう一つは、私、ちょうど女性医師のキャリア支援に関する研究をうちの大学院生がやっていたので、当時小児科の出身で自治医大におられた桃井先生がすごい活発にやっておられたんですけど、少なくとも男子に対してなんですけど、女医さんと結婚するというのを推進したらどうかということ考えたことがありました。そうすると、経済的には全くもって安定するので、職を失っても、いくらでもできるっていうか、すみません、勝手なことをしゃべっていますけど。

聞き手2 先生、全くそのとおりです。私も生化学の教授をやっているのは、恥ずかしながら、うちの父親が開業医だったので、家を建てる必要がなかったから、生化学の教授をやっているみたいなもんです。だから、うちの学生にも、私学なので、兵庫医大は。おまえら実家が金持ちだから基礎研究やれよって言うんですけど、なかなか。

でも、そこで非常に問題になっているのは、大学の入試制度で、そこで彼らは挫折感を味わっているのです、研究なんて東大や京大の先生方がするもんだって思い込みがあるので、目標設定を低くしてしまいます。研究者になるということがあまり目標設定の中に入っていないところがありまして、その意識改革が必要で、だから、逆に言うと、いわゆる官僚養成型の共通試験とか大学入試の全科を満遍なく取ったら東大に入れるみたいな入試じゃなくて、研究はピンポイントで好きなことさえすればいいんだと。全くそれは私学の出身者でもできるんだよと、大丈夫だ、負けないんだよという意識改革が基本的にはいると思いますね。そこはなかなか難しいですけど。

聞き手1 面白いですね。兵庫医科大学ならではのお話を伺いながら、今度また対照的だと思いますけど、鯉沼先生、この研究者育成に関して、さっきの南沢先生の話も含めて、いかがですか。

聞き手3 私は、どちらかというと、これからどうしようか、路頭に迷ってしまう可能性はあるので、なかなかあれですけど、全く基礎医学研究者のキャリアについて全然情報がない中で、えいっと踏み込んで、先を考えずにやってきたっていう人が、たぶん今、基礎医学研究室に残っているんだと思うんです。われわれの世代もそうだと思うんです。学生たちを見ると、ずっと先まで、キャリアまで考えて、基礎医学にはやはり進まないで、最初に臨床をやったという人が多くなったということなんだと思います。

たぶん基礎医学研究者についてなんですけど、将来どういったPh.D.の先生方と生きていくことになるのかみたいな情報っていうのは、たぶん研修が終わってから聞くんでは、全く基礎医学に進むっていうのは遅いっていうのは、おっしゃるとおりだと思って、やはり6年間もあるのであれば、先ほどもございましたけれども、十分

に研究を、それこそ今みたいに半年とか3カ月とかではなくて、長い期間専念できるように、希望すればできるようなカリキュラムが組めるっていうのは、すごく医学部には大事なかなと思っています。そういう意味で、先ほどの、全部オンデマンドに講義がなったとか、学生の取れる時間が増えるっていうのはものすごく大事なんだなと思って伺っていたんですけど、本当に、ただ、実際、最終的に、もう一つ、すみません、自分のコメントばかりになってしまいうんですけど、最終的に先生方のような教授になれなかった場合のキャリアっていうの、本当に切実な問題なんですね。

医学系以外の大学の教授に応募しようと思っても、なんで来たの？ なんで応募したの？ っていうのがたぶん相当多いと思うので、かなりその辺ははっきり分かれていますから、その辺についてはどうしようもないんだと思うんですけど、何かしらアイデアがあればなと思って、以上です。

聞き手1 ありがとうございます。南沢先生、今のお2人のコメントで何かあれば。

話し手1 すごく参考になりました。特に今、鈴木先生、おっしゃっていただいたように、キャリアパスに関して、特に基礎医学系に行くことのキャリアパスに関しての、本当にわれわれも教えてないですし、学生もナイーブで、全く何も知らない状況で、それはたぶん僕らがきちんと伝えていないんだなというふう思うんですね。

医学部の場合は国家試験が受かることを目指しているんで、学生時代に論文を書くこともほとんどないですよ。私、早稲田に5年間いたことがあるんです。彼らは修士卒業するまでに1個か2個の論文は書いている。そうすると、学振、取ろうと思ったときにでも、そこでどんなに優秀な医学部の学生も、論文、見られちゃうと差が出てくるっていうようなことを知らないで、6年間、過ぎていく学生がほとんどなんじゃないかなと思ってますし、われわれも教えていないんですよ、キャリアに関して。それはきちんと教えてあげたほうがいいのかなっていうふうには思います。こうならないと教授にはなれないんだよとかいうようなことは、言ってあげておいたほうがいいのかなと思いますね。

確かに鈴木先生おっしゃるように、今は昔みたいにいい時代ではないのかもしれないんですけども、よく思い出すが、神戸大学の教授だった高井義美先生が、大学院に行かれたときに、なんで大学院に行かれて基礎を目指すんだといったら、その前任の教授、名前はちょっと忘れてしまったんですけど、有名な先生ですよ。おいしいお酒がたくさん飲めるからっていうふうに出て、高井先生はそれに誘われて行ったっていうふうで、どっかで書かれていたのを見たことあるんですけども、基礎研究者って、いい面が多いんだよっていうことも、どっかで言ってあげたいとは思ってはいて、個別に話す機会があれば、いろいろ話すことはあるんですけども。とは言っても、医学部は、先生もおっしゃっておられたように、つぶしが利くっていうのはいい面でもあると思うんですよ。

最終的には失敗したら臨床に戻ればいって言うのと、臨床の先生に怒られるかもしれないんですけども、少なくとも生活を立てていく道が他にもありますし、あと、基礎研究としても、必ずしも医学部ではなくても、今は生命系の大学って、早稲田も含めて、医者を欲している大学も結構あるので、そこで道を立てていくっていうこともできるっていうことも教えてあげていく必要があるのかなんていうふうには思います。

そういう意味では、本当は別なかもしれないんですけども、研究者の生の声を教えてあげるっていうのは、こういう話って、講義で百何人に向かってはなかなか話せないんで、教人の学生が自分の研究室に来てくれたときに、今こんなことをやっているけど、昔はこんなだったみたいなことを話せる機会っていうのは、研究室配属みたいなのが一番、僕らにはフィットしますね。

聞き手1 話をきょうのコア・カリキュラムっていうところに戻しますと、基礎配属なんていうのはコア・カリキュラムに書いていないわけなんですけど、ああいったものをどういう形で書いていってもいいかもしれませんね。基礎配属というよりは、研究室配属という言い方のほうがいいかもしれませんけれど。ありがとうございます。

あと、鈴木先生がさっき言われたことは、私も非常に同意でして、うちも今、理学部とか、文学部とか、私、文系なので、文系の研究者と共同研究をやっていると、本当に彼らのキャリアって大変そうで、100通応募とか、そういうのが普通だとかいう話を聞いたりとかするので、M.D.であるっていうことが今の不景気の時代にどれだけ恵まれているかと、さっき鈴木先生が言われたとおり。だから、社会的にもいろんな自分にはできないかもしれないことにチャレンジしてほしいみたいなことは、よく学生には伝えていきます。

最後、まだ話していない内容ですけども、南沢先生、ご覧になられていたら結構なんですけど、今の医学教育モデル・コア・カリキュラム内容、A、B、C、D、E、F、Gっていう構造、そして、結構細かいことをちまちま書いているというか、そういう構造になっておりますけれど、率直にコアカリに対して、こういう点はいいのかもしれないけど、こういう点は自分が問題だと思っていると、改訂なので、5年に1回ぐらいしかされないの、いいチャンスですから、この改訂に向けて、こうしたほうがいいんじゃないかっていう具体的なお考えがございましたら、お教えいただけますか。

話し手1 申し訳ありません。ざっとしか目を通してないんですよ。

聞き手1 大丈夫です。

話し手1 私はかなり肯定的にみています。逆に伺いたいの、特に社会医学系の内容に、かなり踏み込まれていますが、この辺は選択ではなく、完全に必修として取り入れられていくというお考えなんじゃないですか。特にBの……。

聞き手1 Bは社会医学、Cが基礎医学、Dが基礎と臨床が融合して、病理みたいな話になってきたり、E、Fが臨床が中心になってきて、Gが臨床実習ということになっていきますが、おっしゃるとおり、全部必修の内容というのは建前ではありますし、このカリキュラムの内容から共用試験 CBTの問題が作られるという構造になっ

ていまして、ある意味、4年生までにモデル・コア・カリキュラムのFまでの項目については習得したということが保証される構造にはなっております。

話し手 そうすると、ここはかなり過密な印象はやっぱり受けますよね。

聞き手1 そうですね、確かに。過密になってきた背景、これは私見も入るんですけど、さっき申し上げた陣取り合戦の構造がありまして、毎回コア・カリキュラムの調査研究班の委員になって、その分野の先生が自分たちの分野を主張するみたいな構造が、たぶんこれまで続いてきたんじゃないかなと思っています。そういう意味で、肥大化対応というのは結構重要だなと思っておりますが、もう少しゆとりを、というのが今日のキーワードですね、先生の話の。ありがとうございます。

話し手 でも、基礎医学系はだいたいぶすっきりしているような感じはしますね。

聞き手1 そうですか。そう言っていたらと、チームのメンバーは喜ぶ気がします。

話し手 その分、社会医学系とかが厚くなったんだというふうには思いますけれども、基礎は、僕は全般的にかなり肯定的で、ここまで収めていただけると、非常に落とし込めていただいているなというふうに思っております。

聞き手1 科目単位で、たぶん当時最初作られたと思うので、今回の改訂で並べ替えとか、全体の構成を変えることにはなりそうで、構成を変えて内容は変わらないということなんですけども、医学部卒業時にどういった能力を身に付けてもらいたいのかっていう大きな文言にひも付ける形に並べ替える作業にはなりそうですね。

そろそろ1時間になりますので、締めの方に入っていきたいと思いますが、南沢先生のほうで、きょうは医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂に当たって、先生の、特に慈恵会医科大学の生理学の主任教授でいらっしゃるってこととか、あと、生理学会の教育委員長でいらっしゃるってこととか、そういったお立場も含めてお話を伺ってきましたし、鈴木先生、鯉沼先生からも、それぞれのお立場からいろいろ意見交換ができて、私自身は非常に勉強になったというか、結構楽しかったというのは個人的なことなんですけど、何か南沢先生のほうでもう少しお話しになりたいことがあれば、お願いいたします。

話し手 コア・カリキュラムに関しては、たまたし意見があったら錦織先生にお伝えする感じでよろしいでしょうか。

聞き手1 私と、あと、鈴木先生が、この基礎研究チームのリーダーですので、2人にお送りいただければありがたいです。

話し手 分かりました。そうさせていただきます。これは全然基礎とは関係なくてなんですけども、ざっと見た感じだと、死生学みたいなことはあまり触れてないんですね。

聞き手1 おっしゃるとおりでして、きょう実はこの後、11時から別のインタビューがあるんですけど、それは社会医学のチームが別にありまして、そこでまさに死生学のご専門の先生に話を聞いて、それをどう組み込むかみたいな話になるので、先生の問題意識は今回の改訂で結構反映されると思います。

話し手 分かりました。やっぱり少子化になって、学生と話していても、死に直面しない学生が結構いますね。死というものに対して面と向かったことのない人たちが、いきなり医者になって患者さんの死に直面するっていう場面が、かなり多いんじゃないかなというふうに思います。それは結構医師にとってもストレスだろうし、それを体系的に教える方法って、僕はその辺、専門家ではないので良く解りませんが、6年間かけて、どこかでそういった教育があったほうがいいのかと思います。なんていうのは、自分が小児科医で、かなり多くの患者さんが亡くなっていくのに直面した経験からも、もうちょっと前に教えてもらいたかったことも多かったなというふうに思います。甘えといえば甘えなんですけども。みんなそうやって勉強していくんだよというふうに言われてしまえば、それまでかもしれないんですけども、学部教育の中でもあってもいいのかなというふうにはちょっと思いました。もしくは、選択科目で取れるような感じでもいい気もするんですよね。すみません。これは個人的な雑感になります。

聞き手1 いえいえ、大変参考になります。鈴木先生、何か、あときょう追加があれば。

聞き手2 実は生理学会の中でどう思っているか、ちょっとお伺いしたいんですけども、生理学はモデル・コア・カリキュラムの優等生というか、病理学と並んで、非常に臓器別に切り分けられるんですよね。結局C項目の所に総論だけ残って、循環生理とか、呼吸生理、腎臓の生理とか、全部各臓器別に割り振られていると。切り分けられていると。この構造に対して何か生理学会でご意見があるかということと、これを誰が担当するのかと。

以前私どもの大学では、垂直的統合で、基礎医学の教授とかが出張っていたんですけど、そのうち、その内容は昔から内科の呼吸の教授が最初にやっていた授業だと、呼吸生理は、腎臓も腎臓の教員が最初に尿の再吸収なんかやっているから、基礎から来てもらわなくてもいいよという話になりまして、非常に細かい話で申し訳ないんですけど、モデル・コア・カリキュラムでの生理学の臓器的切り分けと、それを誰が担当すべきかとかいうようなことに対して、何か生理学会等、あるいは、先生のコメントでございますでしょうか。

話し手 先生おっしゃるように、この切り分けに対して違和感を抱く生理学者って、ほとんどいないんじゃないかと思います。誰が教えるかです。これは生理学会の立場から言うと、循環器内科の先生、呼吸器内科の先生でいいんじゃないかっていうふうにはなかなか言えないところは、正直申し上げて、あるんですけども、僕からすると、誰が教えてもいいのかなと思っちゃいますけど。

聞き手2 ありがとうございます。実際生理の教授選をしたときに、神経生理は別として、昔ながらで言う植物生理は、いまや臨床の先生がたくさん立候補される時代になってしまっている気もいたしますので、臨床の先生が教えられてもいいのかなという気も、私も個人的にはしております。これはモデル・コア・カリキュラムと関係ない話ですけども、どうも失礼いたしました。ありがとうございました。

聞き手1 鯉沼先生、いかがですか。

聞き手3 私のほうでは特にございません。ありがとうございます。

聞き手1 そうしましたら、もう1時間、回ってしまいましたので、南沢先生、きょうは本当にありがとうございます。

話し手 大変ためになったというか.....。

聞き手1 こちらも大変勉強になりましたし、きょうは基礎医学研究者のキャリアに関しては、私はまだもう少し話し足りないなみたいなどころがあるんですが、コア・カリキュラムの改訂という点からちょっと離れるかなと思いましたが、少し話しましたが、考える力とか、私は、さっきから申し上げているとおり、教育学の研究者なので、先生方とずいぶん畑が違うところもあるんですけども、それでも自分の分野に寄せてみても、共通するテーマばかりで、大変勉強になりましたし、本当に参考になりました。このコアカリの改訂という仕事に当たっても大変参考になりました。重ねてお礼申し上げます。

先ほど先生がおっしゃっておられましたように、生理学会のほうでというふうなことで何かご意見等ありましたら、同じことを申し上げるんですけど、ここで言ったことが全部通るなんていうことには決してならないんですが、意見をおっしゃっていただければ、ぜひ、参考資料として委員会のほうには出させていただける構造にはなっていますので、お願いできればと思います。

話し手 頂いた28年度改訂版のコア・カリキュラムの資料とかは、見ている方もいるかもしれないですけど、教育委員会のほうでも共有させていただいてもよろしいのでしょうか。

聞き手1 それは大丈夫です。それは文科省のホームページにウェブページとして載っております、医療系以外の人間も、誰でも見れるというような状況ですので、全く問題ございません。

話し手 分かりました。教育委員会のメンバーから何か意見がありましたら、お伝えするようにいたします。

聞き手1 ありがとうございます。また私たちのほうから何か問い合わせをさせていただくこともあるかもしれませんが、引き続きよろしく願いいたします。それから、調査研究チームの報告書を仕上げる際に、きょうのインタビュー記録を逐語録に起こしてということをお願いいたしました。その際のご確認をいただくことになると思いますので、ちょっとお手数をお掛けしますが、その点はよろしく願いいたします。では、本日はお忙しい中、お時間を頂きまして、ありがとうございます。大変有意義な時間を頂きました。また今後ともお世話になると思いますが、どうぞよろしく願いいたします。

聞き手2 ありがとうございます。

聞き手1 ありがとうございます。

聞き手3 ありがとうございます。

聞き手1 失礼いたします。ミーティング終了させていただきます。

(終了)

● インタビュー要旨

インタビューー：大場雄介教授（北海道大学）生理学

日時：2021年6月16日

（コメント概要）

現在のカリキュラムは免疫、代謝はいやに詳しいが、細胞生物学が少なく、イメージングがほとんどないなど偏りが強い。

生理学を教えているが、考えてもらうことが大事な学問。でも、学生は記憶一辺倒で乗り切ろうとする風潮があり、なかなか乖離があり難しい。覚えなければならないことはオンデマンドで流して、本物の講義は、いわゆる演習というか、考えるほうの、病態を考えるとか、そういったふうを持っていくというふうに変えるにはいい時期かなと思っている。実習は、循環、血圧測定と、呼吸機能、血液、脳波、心電図、筋電図の6個に分けてスモールグループで行う。

アメリカに寄せすぎではないか。アメリカの医学部は大学を卒業してから入るものなので、職業訓練校。だから医学研究についての観点がなく、臨床に興味はなく、研究をしたいという学生は、何とかそれを受け入れてやるような素地は欲しい。

生理については、これだけ分子が分かった上で、分子を無視するような教育をするのは全く無意味なので、ちゃんと分子で語れるという事実をおじいちゃん学者に認めてほしい。一方、概念的なことから、ちゃんと事実を見いだすような学問体系って、これはすごいことなので、そういう意味ではすごく大切にしたい。

教育デューティーとかをいかに減らすかっていうことをやっていて、どっちかっていけば、うちの大学にとっては、ない方向で、今制度設計をしていて、教務職員をつくらうかと。

Zoomの時代なので、全国統一の生理学で、基本的な生理学を、生理学の本当に教えるのが上手な人の講義を、全大学の人が一律で見ると。それ以外のところの特色を持たせるやつは、大学でそれぞれ教える。最低限を学ぶための動画は日本生理学会ならすぐに作れる。すでに、educator制度というものがあり、毎回モデル講義ですとか、その道の先生方がやられている。

● 逐語録

藤田 大場先生、私、北大に赴任したということもあって親しくなったんです。前からちょっと、阪大にいたときにちょっとお会いしたりとか、ちょっと時期はあったんですけども。

錦織 そうですね。大場先生、あちこちで働かれていますね。

大場 ええ、なかなか長くいけないんで。

錦織 いやいや、そんなことないです。私もかなり放浪者なので、その辺も親近感を持っています。

藤田 私もそうなんです。大場先生はほんまに、僕、結構共同研究をさせていただいて、そのときにやっぱり非常に教育に関していろいろと深く考えていらして、ご自身ですごく一般の方にイメージングの講習会をやっているしやったりとか、自分の研究だけじゃなくて、そういう他の方への教育も非常に熱心にやっていたりしますし、北海道大学医学研究科でも、今教育の担当をなさっているという……。

大場 大学院のほうですよ。大学院教務委員長ですね。

錦織 そこもちょっときょう伺います。

藤田 そうすることで、彼には、どちらかということ、基礎研究者育成について、特にかかなり深くいろんなことを考えていらっやると思っていますから、その辺を主にしゃべっていただければと。錦織先生に座長をお願いしてよろしいですか。

錦織 分かりました。私でメインに聞いていって、藤田先生から追加いただくということで。すみません、大場先生、あらためまして、名古屋大の錦織といいます。よろしくお願ひします。北海道はファンでして、年に2回は行ってあります。うちの奥さんがむちゃくちゃ好きで、アウトドア系なんですよ。山登りとか、最近ちょっとキャンプ行くとこないから、キャンプに近場に行ったりとかしているんですけど、スキーによく伺ってあります。それこそ舞鶴に、市民病院っていう所で初期研修を、私、名古屋大の後、したんですけど、そのときに北大の先生の2年後輩になるのかな、塚本君っていうのが同級生でいました。彼は今、北海道の医療センターで救急をやっていますね、巡り巡って。きょうの話と、研究とか全然関係ないところに、彼、いますけど、すみません。私のバックグラウンドは内科医で、今は社会医学系の研究者ですね。社会医学の分野に、医学教育学って、もしくは、教育学っていうのを置いていただいたらよくて、北大でいきますと、高橋誠先生が大滝先生の後に赴任されたと思いますけど、あの系譜にはなりません。ちょっと簡単に自己紹介を。先に私の話ですみません。そしたら、きょうはよろしくお願ひします。あと、もう一つ、バックグラウンドが、今、藤田先生のメールにもあったんですけど、医学教育モデル・コア・カリキュラムっていうのがありまして、臨床の文脈でいうと、診療ガイドラインみたいな感じなんですけど、全国の大学でそれに基本的に準じてやりなさいよっていうふうな言い方はしていて、これができたのは2001年なので、もう20年ぐらいになるんですけど、いろいろ問題もあるんですけど、それなりに結構インパクトも大きくて、例えば今、医学部生、4年生から5年生に上がるときに共用試験のCBTっていうのを受けますけど、あれの出題基準はこれで決まるんですよ。なので、ここに何を書くかで、学生が何を勉強するかっていうか、試験対策するかが直結するので、真面目にやらないかんとか、ちょっと思っているところもあります。

あと、もう一つ、毎回そうなんですけど、私、前回改訂も、前々回改訂も関わったんですけど、どうしても医学教育の改革とか、こういう改訂とかになると、臨床教育がメインに行っちゃうんですよ。それで、それは質保証とか、医療安全とか、そういう考え方からいくと、それそうなるやろなと思うんですけど、私自身も研究者の顔も持っているんで、それでは先細りになるというか、窮屈になるなというのをずっと感じていまして、特に、私自身は基礎の人間じゃないんで、きょう先生の話で付いていけないところもあると思うんですけど、やっぱり基礎医学、社会医学とか、コツコツ研究してる人、特に、この後ちょっと伺っていくんですけど、今研究者を取り巻く環境って、かなり厳しくなっているように、個人的に思っていて、MDの資格を持っているっていったら、ある意味、食いつぶれないんで、どんどんやってくれよみたいな気分で、個人的にいますけど、なかなかカリキュラムがそうになってないとかいうところもあって、私の自分自身ができるところからっていうふうで考えると、今回もそうなんですけど、コア・カリキュラムの書きっぷりは今回いろいろ変えることができる。こういったところから、日本の研究者育成の10年後とか、20年後とか、何か仕事ができないかなとか、そういう流れで、きょう先生に、藤田先生経由でお願いすることになりました。

さっき申し上げたように、先生のバックグラウンド、ちょっとホームページで拝見したぐらいなんですけども、基礎の研究者になるうと思われたのがいつごろでとか、どんなことがきっかけだったのかとか、そのあたりからお教えいただけますか。

大場 僕、学生のと時から病理の教室に出入りして、卒業時には病理診断と病理解剖ができるようになっていたぐらいなんです。その理由は外科医になりたかったからで、外科医になるなら病理を勉強しておいたほうがいいよって言われて、●部活の顧問(=長嶋先生)が病理の教授だったので、勉強させられたというのがあって、●だったら、もう病理医以外にあり得ないって雰囲気がありまして、当時はそこまでトレーニングが終わっていたので、病理の大学院に入ってっていう感じだった。ただ、そのときは、いわゆる外科病理ですね、診断をやるというつもりで大学院に行って、それなりに仕事としても、やっぱり病理検体からPCRかけたりとか、あとは、当時だと、肉腫とかも結構得意な先生がやられてたから、●染色体転座の検出(=FISHかRT-PCR)とか、そういったことをやったんですね。

錦織 今先生が病理診断を当時は考えていたって言われたのは、つまり、病理医としての、病院で働く、そういうイメージで考えておられたっていうことですね。分かりました。続きをお願いします。

大場 大学院の途中には、教授が、2年ぐらいは、うちでも、どこか行くか、どっちか行って基礎研究ぐらいしてくるもんだっていう、ほぼ、してくるもんだっていう、ちょうど東大の、今、京都にいる松田道行先生が、僕のボスの当時の長嶋和郎先生の一番弟子なんですよ。長嶋先生が東大の講師だった時代の大学院生が松田道行先生で。

錦織 そうですか。松田先生にお世話になりました、私、京大時代に。

大場 松田道行先生は長嶋先生の家を掘ったという話が、師弟関係でして、だから、松田君のどこ、ちょうど1人帰ってくるから、君、行きなよみたいな感じで、大学院3年目、4年目と、研究させてもらいに行って、たまたま論文が出なかったこともあって、もう1年ぐらいいたら？ っていうことで、1年間研究してて、そのときも、戻っても病理するつもりでバリバリやっていますけど。

錦織 今の病理するつもりっていうのは、病理医をするつもりですか。

大場 そうです。病理医に戻るつもりで、●(研究続けるつもり、ですかね?) なかったんですけど、北大に戻るつもりで、学振PDとかも取ってたんですけど、そのタイミングで松田さんが阪大の教授になったんですね。それで、あれよあれよと、もうちょっといて立ち上げ手伝ってよみたいな感じで、阪大に行って、そのときも研究やりましたが、僕、阪大、当時、今、森井先生の所の、違ったかな、教授の、ササ……、アオ……、ど忘れした(青笹先生でした……汗)、先生のところで、阪大の病理部でも診断を1週間に1回させてもらってたんですね。そのときもずっと継続しとって、そこで完全なきっかけは、さきがけに通ったことです。さきがけ、通ったんで……。

錦織 それで確かに大きいですね。

大場 もうちょっと真面目だったんで、国の税金をこれだけもらって、30歳で年間1,000万の研究費をもらったから、これはきちんと真面目にやらないといかんだらうということで、その時点で病理の鍛錬をやめて、取りあえずは研究一本でっていう感じで始めたという。そこが、僕が結構、助教になって、さきがけ取るまでは、臨床病理の実践をするつもりでずっと行って、そのタイミングから研究をやるのかなど。

錦織 でも、先生は学生時代から研究室に通われていたという形ではありますね。

大場 そうですね。

錦織 いろいろおられますけれど、学生時代には全然そんなことを考えてなくて、やりだしたら面白かったっていう方もおられるし、先生みたいに学生時代からやられているっていう方もおられるなどというのと、あと、病理っていう分野が、臨床と基礎のちょうど間というか、そこも特徴だなと思いついておりました。私、今から聞くことは、私自身が先生のバックグラウンドとか関わりを前もって伺えなかったところなんですけど、今は北大で基礎医学の教育というのはどんなふうに関わっておられるんですか。

大場 今も、いわゆる生理学の講義を担当しているという。

錦織 今、生理学の講義と、実習もありましたかね。

大場 やっていますね。

錦織 そこで次の質問なんですけど、病理学に最初おられて、病理医になろうということから、現在、生理学の教授をされておられて、病理から生理学への道がありますよね。ここを少しお話しただけですか？

大場 僕は全くいろんなことやってきて、阪大の微研のときの教室と、腫瘍ウイルス学ですね。

錦織 そのころはウイルスですか。

大場 といいつながら、いわゆる、がんウイルスがあるからという理由で、全くシグナル伝達をやっていたんですけど、その後東大の免疫の谷口さんの所に行って、中身は免疫ですかね。阪大のときからずっとイメージングをやっているの、何をやっても結構重宝されるっていう感じで、免疫といいつながら、いまだにCDナンバーがどれか、僕もよく分かってないんですけど、ひたすら免疫のイメージングをやっていたっていう感じですね。

錦織 確かに先生のホームページを拝見すると、イメージングに関してのキーワードがたくさん出てきて、私は、すみません、基礎の人間じゃないので、素人みたいな質問なのですが、イメージングっていうのは、基礎以外の分野でいくと、例えば生理学だとか、病理学だとか、免疫学とかを、横断的に有効な技術であるとか、そういう理解でいいですか。

大場 いいですね。細胞生物学っていうのがたぶん他の分野のキーワードとしては当てはまると思うんです。例えば分子生物学って、たぶんそうですね。

錦織 分子生物学、そうですね。

大場 講座の名前としてはほとんどないですよ。要するに遺伝子工学というか、そういったテクノロジーなので、それはそれぞれの分野で全部使われているものなので、細胞の機能を見ようと思うと、どの分野であっても使える。ヤスさんにも使っていただくという。

藤田 やっぱこのコア・カリキュラムが古過ぎて、昔の生化学全盛時代の名残がまだ残っていて、例えば細胞生物学であったりとか、分子生物学の観点が結構欠落しているんですよ。ただ、イメージングって、医学に限らず、生物学一般で使われているので、あれなんだけど、本当に知らなければいけない、例えば細胞死であったりとか、ユビキチンであったりとか、そういう本当に30年よりも前にできてから以降にできたやつっていうのが、ごっそり欠落しているというか、あんまりきれいにカリキュラムに入っていないので、むちゃくちゃ古いですよね、感じが。だから、代謝はもちろん重要なんだけども、代謝にすげえ軸足がむちゃくちゃ置かれたりとか。

大場 あと、免疫、詳しく過ぎますよね。

藤田 そう、免疫も。

錦織 そうですか。こういう感じなの？

大場 免疫学科の人が入って書いとるんじゃないかっていう。

藤田 細胞生物学は、とにかくないわ、ほんまに。

錦織 今先生方がおっしゃられたとおりで、すごいオポチュニスティックなんですよ、改訂が、これまで私が見る限りは、今回いろんな分野の方に聞こうと思つているんですけど、たぶん免疫に詳しい人が入って、そこだけ書いて、改訂されて、他の人、よう分からん人が、私も含めてですけど、まあこれでみたいな感じで進んでいっちゃってるので、もうちょっとちゃんとやったほうがええなとかいうふうには思つとるんですけどね。ありがとうございます。

そしたら、ちょっと今、生理学に、先生は今、講義・実習に関わっておられるという話だったので、研究者育成の話はまた後半に聞いていくんですけど、先生は今、生理学の講義・実習を北大で担当しておられて、感じておられる課題のようなものがあれば教えてもらえますか。

大場 とにかく、いかに楽にしてこなそうと、手を抜けるかということも学生も考えているところに、どれだけ結構大事なところを学生さんに知ってもらおうとか、感じてもらうかぐらいかな。ちょびつとでもそういう人がいれば、まあいいかなと思つていますが、その辺の目的意識として、コア・カリキュラムがそうであるように、彼らは医者になりたいわけで、それで、高校のときまではたぶんものすごい良かったと思つていますが、教養というか、いわゆる1年間を今休憩して、解剖をやつて、無理やり記憶ばかりに頼つて、だから、生理学なんて、考えてもらうことが大事な学問ですけど、どこを覚えたらいいですかとかっていう、明示してくれつていう、明示してないんじゃないかっていうことが、そういうことを、どこを覚えたらいいかをはっきりさせること

が求められるんですけど、こっちとしては、どうメカニズムがなっているかって考える学問だっというふうに思っているんで、そこら辺が学生さんは、どう面白いと思ってくれるかを伝えるっていうのがこっちの課題ですし、学生さん側としてはあまり求めていないのかなっていう、かなり差があるっていうのが一つで、それがかなりひどくなったのが、臨床実習のあれの関係で、僕ら、3年前期だった、始めたときは、後期になったんですね。半年なんですけど、学ぶ側の成熟度って言ったら変ですけど、これが半年の違いで幼稚になったっていうのはすごく感じていて。

錦織 3年の前期から2年の後期になったんですか。

大場 2年の後期になったんです。生理学を学ぶ時間がなくて。だから、結構やっぱり臨床のカリキュラムからのあおりを受けて、前倒し、前倒しですね。僕らも3年前期だったので、学生のとときに。たぶんちょうどいい時期だったと思うんですが、あれがやっぱり2年の後期になるだけで、結構な違いが出てきている。それがなぜかっているのは、ちょっとあれなんですけど、単純に半年前っていうのもあるし、生化学が完全に終わっていないとか、いろいろカリキュラムの組み合わせ上の問題もあるんですけど、前は生化学、終わってからだったんですね、完全に。解剖生理学（解剖と組織学？or生化学？）が終わって、生理学だった。いろいろ複数の要因があって、そういった感じで、ますます、先ほど言ったような、こういうことを学んでほしいんだけど、学ぶというか、考える学習が、どっちかっていうと、記憶一辺倒、ますますそれで乗り切ろうとする風潮がだんだん上がってきて、僕らが目指す理想と学生さんが求めるものの差がますます開いてきた。

もとから乖離（かいり）があるのはしょうがないことなわけで、それをどういうふうに持ってくるかっていうのがわれわれの責務かなとは思っているんですけど、その最初のスタートが半年前になっただけで、最初からもっと開いた状態からスタートするということで、なかなか難しいなと思っています。

錦織 私の私見も入るんですけど、それこそ京大にいたときの京大の学生さんの意見なんですけど、やっぱり医学部にいたなら、ずっとひたすら暗記教科だよ。これは東大にいたときの東大の学生さんも、大学に入ってから自分はばかになりましたというふうに言っていて、つまり考えなくなった。鶏か卵かみたいな話はあるんですけどね。学生がもともとそういうのを求めてくるのか、それとも、われわれが暗記をひたすら強要しているのかみたいな、鶏と卵ですね。でも、何となく今のままだと不幸だなというふうにはちょっとは思っている。前、それこそ同じ生理学の慈恵の南沢先生にお話を伺ったんですけど、コアカリ改訂の件に関して。同じように、考えてもらうためにはどうしたらいいのかとか、われわれが教え過ぎじゃないのかとか、そんなようなことも言われていて、今先生のお話とつながるところがありました。

大場 なので、ちょうどコロナでオンライン授業をだいぶやったんで、手持ちのあれが増えたんで、それこそ、まさに逆転講義とか、オンデマンドで、いわゆる講義の内容を、覚えてほしいことは流しておいて、本物の講義は、いわゆる演習というか、考えるほうの、病態を考えると、そういうふうに持っていくというふうに変えるにはいい時期かなと思っています。それで、少しこちら側に教えていくようなことも計画して。

錦織 今度は名古屋大の話なんですけど、全く同じ状況でして、今、基本、オンデマンド型というか、授業をやるというよりは、押さえてほしい内容は資料で全部配っておいて、授業時間は質問の時間にしましょうよというふうな、全面的にそういうふうな、コロナになって、したんですね。そうすると、うちの大学の話をすると、一切学生が来ないというクレームがあっちこっちから来て、それで、別に来なくていいじゃないですかとか言うんですけど、来ないなら来ないで不満な方もおられて、私としてはちょっと微妙な立場に置かれつつあるんですけど、学生なんて放っておいたらいいのになとかいう気分なんですけど、なかなかそうもかんっていう事情が。

大場 多いですね、出席とらないと絶対駄目とか言って。僕、怒られたんですよ、出席とらなかったから。

錦織 出席問題は、私は一貫してあれは反対でして、私も同じ意見で、コロナで、ここぞとばかりに、出席のルールは撤廃しようと思いましたし、京大時代も結構闘ったな。

大場 でも、僕の講義、8割、出ますよ、出席とらなくても。

錦織 素晴らしいですね。それは先生が素晴らしいからですね。

大場 少ないときは7割ぐらいですけどね。とらないで怒られて、こいつらに試験を受けさせる根拠は何かって言われたので、しょうがないんで、今A4の紙に学生番号を書いて、紙、回して、順番に名前、書け。それ書いたら、出席率100パーセントになるの。

錦織 試験を受けさせる根拠っていうのは、授業に出てないと試験が受けられないっていうルールになっているんですか。

大場 3分の2以上受けないと試験を受けさせないと書いています。規定に。だから、みんな出席とってないって言ったら、学生に試験を受けさせる根拠はなんだって言われて、資料を残せて言われたから、しょうがないから、紙を用意して、学生番号をバツと書いて回して、みんなに名前、書いてくださいって言うと、全員名前、書いて、返ってくるんです。よくよく調べると、漢字、間違ってるのとかあるので、次は漢字を印刷してやると、それでも7割が8割ぐらいに増えたぐらいで、7~8割は僕の講義、来ます。

錦織 個人的な意見ですけど、先生、そんなルール、さっさと撤廃したほうがいいと思いますけどね。

大場 しょうがないけど、僕は証拠をつくるためだけにします。

錦織 そうですか。何か出せとか言う人に対して、私なんか、もし機会があれば文句言ってあげますよ。でも、あちこち同じ状況だな。

大場 そして、出席カードを配る方式にすると、出席を配る直前に学生が入ってきて、態度が悪いとか、出席カードがあるから。僕なんか、僕の講義は誰も出入りしませんよって言っているんですけど。

錦織 出席にまつわる管理をしだすと、不毛な闘いになるというか、そうなることが目に見えているし、みんな分かっているだろうけれど、なかなか、勇気がないというか、先生みたいにちゃんと来る授業はいいんでしょうけど、結局学生が来ない授業なんか、いろいろ文句言われますね、本当に。

大場 言ったら悪いですけど、評価は低いですよ、学生アンケートをとると。

錦織 個人的には、内科医なので、私。生理学って内科の基本だったなというのを、今になって振り返るところがあります。少し本題に戻りますが、学生が何を覚えたらいいかという問いを投げかけてくる。でも、先生のほうは考えるということをやってもらいたいと思っている。この乖離について課題として感じておられるということですね。その他に、もし何か、今先生が北大というフィールドで、生理学という分野の教育に、学生を対象とした教育に関わっておられて、特に100人を対象とした必修の授業というのはなかなか難しいですよ。研究者育成とかだと、好きな人が来るからいいけど、みんなに教えなくちゃいけないという。コア・カリキュラムの話なので、きょう。むしろ100人にどう教えるかっていう話と相性がいいというか、そっちが本題みたいなどころもありまして、関心のない人に最低限、何を教えなくちゃいけないかという問いなんですね。そういう観点から、こういった課題もあるかなというのがあれば、またお話しいただけますか。

大場 実習に関しては、うち、グループ分けて、20人ぐらいで、スモールグループでやってローテーションしちゃうので、なので、ほぼほぼ、TAとか付けて、ワンブース2~3人で、今やれる体制ができてますので、手厚くできてるかなと思ってますので、それに関しては、理想との乖離はあるとしても、かなりスモールグループで、わいわいできているかなっていうふうに思っていて、現状、何か大きく変えなきゃいけないっていうような課題はあまりないっていう感じです。

錦織 先生が使われたスモールグループっていう言葉なんですけども、先生が、つまり、スモールグループで手厚くやるほうがよいと思っておられて、かつ、それができているので、うまくいっていると考えておられるという理解でいいですかね。

大場 全体100人に同じことをやるにしても、スモールグループに分けてっていうような形かな。生理学は、今だと循環、血圧測定と、呼吸機能、血液、脳波、心電図、筋電図っていうふうに分けて、6個に分けてやるので、それを全部やらせようっていう形なので、結局グループに分けてローテーションで、TAを付けられる状態なので、20人に対して3人ぐらいですね、教員側が。特に実習に関しては、手技を覚えるとか、実際に手を動かしてやらせようっていうことに対しては、人数をかけて、スモールグループっていうのは、あるべき形かなというふうには思っています。

錦織 伺っているだけでも、いいなと、個人的には感じました。先生のお立場から見えてる範囲でいいんですけど、北大の基礎医学教育全般っていう景色が先生のほうで見えておられるようでしたら、そういう視点から何か課題があれば、お教えいただけますか。

大場 課題はいっぱいあるんですけども、教育に関しては、かなりうまくやっているほうなんじゃないかというふうには思っています、よそと比べているわけではないんですけども。というのは、それなりの数の学生が基礎の研究室に卒業後……、MD-PhDってあるんですけど、名古屋大学さんとはシステムが違って、卒業するときぐらいに行く感じなんです。卒後の進路として入るっていうタイプなんですけど、それがそこそこ毎年数人はいるということから、かなり学生が講義等で接して興味を持ってきているのかなというようにあることがあって、あと、それ以外の教員の先生が結構エクセレントティーチャー賞とかを逆に持っているんです。

錦織 そういう基礎系の先生方ですね。

大場 基礎系、そういう学生が来ない教室の先生が結構とったりするので、うちはそれが教育として、純粋な医学教育としては、ちゃんとしっかりやられていて、一方、研究が盛んな教室は、自分の研究の魅力でやるのか、講義の中身はちょっといろいろあるかもしれません。それにしても、学生にとっては魅力的に映っているのではないかということで、いわゆる、みんなが同じっていうわけではないんですけど、それぞれ特色を生かして、医学教育という観点、それから、基礎研究養成という、役割分担ではないですが、本来いいかどうかは別としまして、それぞれそういった教室がかなり多くあるので、皆さんそれぞれのポリシーの下、頑張られているんじゃないかなというふうには思っています。

錦織 その話を聞くと、ちょっと元気が出ますね。私もちょっと聞き方が、問題があるでしょうということを前提にして聞いてしまってますけど、問題なければ変える必要もないし、仕事も少なくて助かるので、うまくいっているところはうまくいっているようにきちんと捉えるほうがよいなと、すみません、私の聞き方がちょっと……。

大場 いえいえ。だから、問題点というか、現状そうやってやっても、数年前に北大は国家試験合格率がブービー……。

錦織 ちらっと聞いたことがあります。

大場 あの瞬間に卒業試験……、結局、卒業試験だけで済んだんですけど、全ての試験を国家試験方式のマルチプルチョイスにしろというプレッシャーが。

錦織 それは大胆ですね。

大場 それやるんかっていうような、一時、危機があったんですけど、それこそ僕の考えからすると、絶対にやるかっていうような試験問題形式なので。

錦織 あり得ないですね。

大場 コア・カリキュラムもそうですけど、後半の教育と国家試験までのところのために何をやるかっていうことで、基礎が求められているのかなと思わざるを得ないところが結構あると思いますけど、幸いそれはなかったわけで。

錦織 よかったですけど、それがさっき私、最初に申し上げたとおりで、油断していると、臨床至上主義になるんですよ。私も臨床側の人間でもあるので、私も含めてかもしれませんけど、そういう意味でも、きょう先生のお話を伺いながら、いろいろ勉強になっておりますが、そしたら、さっき藤田先生にもコメントをいただいた、現在のコアカリについて、これに話を進めたいんですけども、ざっと見ていただいたという前提で、分子生物学など、最近の20年、30年の内容が含められてないというふうなご意見も頂きましたけども、その他でお気付きの点があれば、お教えいただけますか。

大場 一応これ医学教育といいますけど、医学部で臨床医を育てるためのカリキュラムなんだなっていうような、前文を読んでいる時点で感じられます。

錦織 そんなふうに見えますね、確かに。そこも後半の研究者育成の話と重なってくるんですけど、私、前々回改訂は下っ端でしたし、前回改訂は中堅ぐらいだったんですけど、今回サブぐらいのところにいるので、もうちょっといろいろ言えると思うんですが、コア・カリキュラムの中に研究者育成をどう組み込めばいいかっていう問いに対しての答えをみんな出せてないまま、ずっとやってるんですけど、私の見る限り。文言としては出てるんですけど、科学的探究とかいう言葉を作ったりはしてるんですけど、研究者育成の話に早速、後半、もう入っていきたくと思いますけど、この中に、今先生が言われた、臨床医を育成するっていう方向と別.....、研究者育成という言葉でいいののかも含めて教えていただきたいんですけども、どんなふう書いていったらいいかなんですよ。どんなふうに組み込んでいったらいいかということについて、まずゼロベースで、先生のご意見を伺えますか。

大場 ゼロとか、たぶんマイナスまで戻っちゃうという感じで、そもそもが、かなりのシステムをアメリカに寄せてますよね。

錦織 それはあるかもしれませんね。

大場 大前提として、アメリカの医学部は大学を卒業してから入るものなので、職業訓練校じゃないですか。日本でいう、法科大学院とか、公共政策とか、専門職大学院の扱いですね、スクール・オブ・メディシン。

錦織 そうですね。

大場 なので、それと同じことをやると、結局やっぱり医者を育てるための職業訓練校になってしまいますね、6年間かけて。

錦織 そう思いますね。

大場 その大前提として、ずれているので、そこがある程度、やってちやいかなのかなって。長い目で、どっかでやっぱり独自の6年制を貫くのであれば、アメリカに全部を寄せないということが必要か、あるいは、制度を変えて、本当に専門職大学院、メディカル・スクールにしちゃうのかっていうようなことをしないと、たぶん将来的には医学研究は全くなくなるのかなっていう恐れはしてて。

錦織 それは強い危機感ですね。ちょっと補足しますと、先生の印象のアメリカに寄せてるっていうのは、先生の立場から見えている景色だと思うんですけども、私の意見としてはパトリック・アグリーというか、その部分もあるんですけど、そもそもの構造を作ったのは、東京医科歯科大学の佐藤達夫先生っていう方たちのグループがこの基盤となる構造は作っていて、そのときにむちゃくちゃアメリカを意識したというような印象を、私自身は持ってないですね。ただ、さっき申し上げたように、アメリカか日本かというよりは、研究者育成なのか医療人育成なのかっていう、そちらの軸で考えるほうが、よりシンプルというか、すっきりするかなという気はしました。すみません、自分の意見ですけど。

大場 そうなんですよ。だから、大学卒業の学士が、すでに、だから、学士号を例えば化学とかで取っている人が学ぶことになると、サイエンス的バックグラウンドがすでにあるのかなという。やっぱり医学を学ぶためだと、まずこういうことをやりましょうっていうことで、大人向け過ぎるって言ったらいいいのかな。

錦織 そういうふうに、先生、見えていますか。

大場 ベースを固めるところにあまり重きが置かれてないのと、ちょっとそれが中途半端というか、僕、高校のときに生物やっているんで、それはCの医学一般でしたっけ？

錦織 はい。C、医学一般ですね。

大場 細胞の構造と機能から入りますよね。それをなんで大学のコア・カリキュラムに書かなきゃいかんかと、高校生のもですよとかって思っちゃうわけですよ。

錦織 おっしゃるとおりで、ここはちょっとだけ説明しますと、前回のバージョンのときには、教養向けの準備教育モデル・コア・カリキュラム、あったんですけど、あまりにもどンドンコアカリの内容が大きくなってくるもんだから、前の調査研究班の班長だった先生が、教養のコアカリはやめてしまおうとかって、えー、大丈夫なのかなと思ったんですけど、そんなことになってしまって、生物の内容をどっかに入れなくちゃいけないからとかいう話になり、ここに入ってきたっていう、そういう経緯はありますね。すみません。経緯の説明だけです。

大場 ありがとうございます。理解できました。

錦織 続きをお願いします。ここに何で入ってこないのかなというところから始まって.....。

大場 一方で、例えば科学とか、化学系のこととか、ケミカルのこととか、ほとんどないよなっていう。

錦織 おっしゃるとおりですね。結局そのときに生物は残そうとか、その辺も先生もご存じかもしれませんけど、こういう大事なことがすごい適当に決まったりするじゃないですか。それで、今回は真面目にやろうとか思ってるんですけど、横から見てた身としては、えー？ みたいなことがたくさん起きたのが前回でもありましたし、前々回もそうだったんですけど。

大場 そして、先ほどヤスさんが指摘されたとおり、生体物質の代謝とかが来ると、わーっと.....。

錦織 確かにね。これは関わっている人間の分野が偏っているからなんだろうなというふうに、今回、藤田先生からもご指摘いただいて、今回書き換えるときは、少なくとも広い視点を持った、あと、加えて、ちょっと若い世代でやらないと、若い世代といっても、藤田先生以下ぐらいの世代ですけど、というのはなんか.....。

大場 ヤスさんが書き換えてくれるわけですね、この辺。

錦織 確かに藤田先生の仕事になるかもしれません。

大場 先ほどの、ちょっと言葉が悪いんですけど、細胞の所の幼稚さって言ったであれですけど、代謝の所は細か過ぎるし、ウイルスのところ？に来ると、かなり、今度ウイルス一個一個、サイトメガロウイルスだ、確かに大事なんですけど。

藤田 数のバランスがとれてないよ。

大場 引き起こす病名を列挙できるっていうのは、これウイルス学、いきなりここまで来るんですかっていう。統一感ですかね、やっぱり。

錦織 項目ごとのあれですね。項目っていうのは、中項目ですね。ウイルスならウイルス、生化なら生化、代謝なら代謝の、項目の抽象度ですね。抽象度、細かさがアンバランスであるっていうのは、私も、基礎の間人じゃないんですけど、何となくこれちょっと誰かがやらないかんのやろなとか思いながら、結局誰もやらないので、しょうがないから、一生懸命、自分でこうやって先生方に伺っているという感じですけど、同じように感じますね。細か過ぎる分野もあるし、全然抜けてる分野もあるし、そういう感じですね。

藤田 幹細胞、ないんじゃないですか、幹細胞。

錦織 ないですね。

藤田 幹細胞のない医学研究って、あり得ないと思います。ちょっと僕、見逃したかもしれないけども、これから再生医療とか絶対入ってくるから、それをしゃべらないっていうのは、どの大学.....。

大場 ●iPS?もないんでしたっけ?

藤田 僕もしっかり見たつもりだったけど、幹細胞、なかった。

大場 幹細胞、ないですよ。

錦織 私もないと思います。細かく一言一句、全部細かく確認したわけじゃないけど。少し明るめの話をする、コアカリーには書いてあっても、各大学でそれぞれの先生方が、まあまあちゃんとした研究者の先生方がたぶん教授職に就かれていますと思うので、教えてはるんやろなとは思いますが、ただ、これが共用試験の出題基準に直結してしまうので、そういう意味ではちゃんとアップデートしておいたほうがいいなというように思っています。今コアカリーの問題点の話でした。研究者育成の色が薄くて、職業訓練校っぽくなっているんじゃないかというご意見と、それから、分野間でアンバランスであるというようなご意見とか、そのあたりですね。それから、あと、幹細胞も含めた最近の知見が全然入っちゃらんと。この3つぐらいが今しゃべっていることかなと思いますが、藤田先生もお話しいただいてもいいのですが、何か他にこういうところがちょっと問題じゃないのか、ございますか。

藤田 基礎医学研究を、幾つかの大学で基礎医学研究者育成みたいなのを取組んでいるとは思いますが、それに関する記載って、どこかありましたっけ？ このコアカリーで。

錦織 いや、これは基本的には、細かい項目の中にはないですよ。あるとすると、一番大きな、「医師として求められる基本的な資質・能力」っていうページがあるんですけど、14ページですけど、そこの8番に、科学的探究って項目があって、そこには、医学・医療の発展のための医学研究の必要性を十分理解し、批判的思考を身に付けながら、学術研究活動に関与すると、こういう文章を書いて、今度、目次を今A、B、C、D、E、F、Gで、見ると、Aがちよっと広めの話で、Bが社会医学で、CとDの途中ぐらいまでが基礎医学とかなっているんですけど、この9つの資質・能力、これも改定される可能性もあるんですけど、ひも付けて、項目を並べ替えるっていうところまでが決まりました。

それでいくと、研究者育成の話は8番の所にガッツリ盛り込むこともできるんですが、そのガッツリのところをちょっと伺いたいんですけど、研究者育成っていうのは、こんな感じの項目で書けるものなのかとか、それから、あと、もう一つ、コアカリーの前提として、各大学では3分の2はこれでやってくださいという言い方をしているんですけど、あとの3分の1は自由に大学が決めたカリキュラムでと。それもあくまでガイドラインなので、3分の2でなくても、半分でもいいっちゃいいのかもしれませんが、ただ、こういうのができてから、特に私立の大学なんかでは、コアカリーにちゃんと準拠してやっているっていうことで、必死になってしまったりもしてまして、3分の2どころか、これをこなすだけでいっぱいいっぱいみたいな大学もあるんですね。

それはそれで、今回の、藤田先生と私と、あと他の3人の先生方でやっている基礎医学のチームと別に、肥大化対応チームっていうのを作ってまして、コアカリーが多過ぎるとかいう問題が当初からあるものですから、これをどうやって減らすのかとか、そもそも大学でコアカリー3分の2以上やるなと言うとか、どういうふうによればいいのかっていうことは、別のチームで今いろいろ調査を進めています。そちらで、ゆとりのある時間を作るというようなことが研究者育成に、私個人は、比較的、結び付いてくるかもなとも思っているんですけども、そういった内容も含めて、研究者育成、今、藤田先生が投げてくださいましたね。研究者育成っていうのはどこに書いたらいいかなどからですね。

大場 3分の1、自由にやればいいっていうところぐらいですかね。

錦織 そうなんです。自由にやればいいって書いてあるだけなので、自由に部活やる子もいるだろうし、それはそれでいいんですけど。あと、学生時代から研究に携わっていたほうがいいのかなとか。きょう先生のキャリアを伺うと、学生時代から、先生、研究室に通っておられたっていう話なので、先生はポジティブなご意見でいらっしやるかなと思うんです。これも人によっていろいろ意見が別々で、藤田先生は、さっき言われましたけど、

学生時代から研究医育成みたいなのを結構最近いろんな先生方がやっておられますけど、私のような立場から見ると、各診療科、各講座の、学生の青田刈り合戦のように見えていて、悪くないんですけど、それでいいのかなというように思うことはあります。

藤田 僕は本当に医学部に帰ってきたのは久しぶりなんですけど、昨年の1月に帰ってきて、今、京都大学の学生に結構接する機会があるということで、すごく感動やったけど、僕は逆に学生の視点から考えることも結構重要やと思って、研究をやりたいから医学部来たっていう学生が結構多いっていうことで、僕は結構驚いているんですけど、京都大学っていうのもあるんかもしれないけど、逆にそういう学生に対しては、しっかりと受け皿を作るっていうのは、たぶんどの大学でもしないといけないと思っていて、だから、僕らの視点からじゃなくて、本当に学生が研究をしたいんだっていうニーズを持ってるときに、それを受け皿として持ってないというのは駄目だと思いますね。

だから、それは本当に学生が、例えば医者にならないっていうふうに決めてる学生もいるかもしれないわけですが、僕は研究のほうに行きたいっていうときに、それを医者に行くようにだけのやつしか提供できなかったら、それも絶対間違ってると思いますし、もちろん医者になるための臨床の実習とかも受けてもいいと思うけども、でも、そっちのほうメインになるんじゃないかって、そういう学生にもしっかりと受け皿を付けておくっていうのは、なんかどっかでそういうのを、義務付けるとは言わんけども、そういう精神的なことは、学生のニーズに応じて、研究に関してどうだこうだっていうのは、どっかにあったほうがいいかなとは思ってますけどね。

錦織 個人的には賛成ですね。若干批判的な意見、言うと、全国の大学で皆同じ状況かどうかということ、ちょっと分からないところがあるかもしれない。

藤田 もちろんそうなんです。でも、地方の大学でも研究をしたいという学生は、何とかそれを受け入れてやるような素地は欲しいなと思いますけどね。

錦織 書いちゃいましょうか、藤田先生、それ。

藤田 どう書きます？

錦織 今、逆に言うと、書ける立場なので、ここを。そのように書いてもいい気もしますけどね。抽象的な話なので、今、藤田先生が最後に言われるようなのは、何らかのきちんと受け皿をとか言ったら、どんな受け皿でもいいじゃないですか。それぐらいだったら書ける気がしますけどね。

藤田 やっぱり医者を養成するということだけを目指しているというのは絶対的に間違っていると思うので、多様な学生がいるので、いろんな学生を受け入れるようなフレキシビリティというのはどっかに書いておいたほうが良いような気がしますね。

錦織 大賛成ですね。

藤田 臨床に引きずられないっていうのも、結構あれじゃないですか。

錦織 でも、臨床と基礎っていう構造って、あちこちであって、それもそれで、私の立場のような人間から見ると、ちょっと不毛にも見えるので、それよりも、さっき藤田先生が言われた、多様なキャリアのサポートぐらいな言い方にしてしまうと、ありですよ。だから、マイノリティを大事にするとかですね。

藤田 例えば官庁に行きたがるやつもいますからね。厚労省に行きたいだとか、●に行ったりとかいうのも結構おことはあるので、大事なことは学生のニーズに合わせて、さまざまなキャリアパスに行けるようなフレキシビリティを、大学時代、送っているということが、絶対的に必要なことやと。これはきれい事かもしれないけど。

錦織 いやいや、全く同意見ですけどね。各大学でどういうふうに対応するかまでは、コアカンはそこまでの力はないんですけど、ガイドラインなので、あくまでも。でも、書いておくことにはすごく意味がある気がしますね。

大場 名大はかなりアグレッシブにあれですよ。みんな基礎の研究室に行って、学生に研究させるシステムですよ。

錦織 今、研究科長の門松先生も研究者育成の、ずっとそういうことを言い続けられていますし、伝統的に私が学生のころからそうですけど、半年間、基礎配属っていうのがありますし、名大のカリキュラム自体が、そういう意味では、いいんですけど、こっから先はなかなかカリキュラムではどうにもならないとこなんですけど、名古屋の風土みたいなのところがあって、皆さん名古屋があまりにも好きで、この地方の人が。それで、全然出ないんですよ、外に。しかも、この地域でいくと、圧倒的に強くて、名大が。なので、名大の医学部に入った段階で、人生ゴールとまで言わないですけど、そんな人たちもいて、教授陣は、私も含めてですけど、苦勞しているとか、この間も産婦人科を退官された教授としゃべってて、みんな病院に行って、ちゃんと医者やったぐらいで満足しちゃうんだよねとか言って、ぶつぶつ言ってて、そうそう、そうですよねとか言って、そんな話はしました。

だから、研究者育成っていうので考えたときに、もっと東海地域以外に出てほしいとか、世界に、グローバル化なんていうのは20年も前からの話だし、ですけど、名古屋に帰ってきてキャリアを積むために留学するか、そんな感じなので、きょう、この3人がみんな放浪しているっていうのが非常に面白いと思うんですけど、私もだいぶふらふらしたわけですけど、やっぱり行ってみたら、いろんなことが起きたりとかするじゃないですか。だから、そういうところで名古屋大はちょっと苦勞しているかなっていうふうには、私は個人的には思っていますけどね。

きょうはカリキュラムのところまでの話なので、それ以上はちょっとなかなか難しいですけども、藤田先生にさっきお話いただいていたのが、学生の意見なんかでも、研究をやりたいっていう学生がいて、そういう子たちの受け皿をっていうふうなご意見でしたよね。ありがとうございます。コアカ、どういうふうに変えてい

ったらいいかという話になってきているので、このままもう少し、こういうところはもうちょっとこうしたらいいんじゃないかみたいなことで、誰がしゃべってるのか、よく分かんなくなってきましたけど、大場先生でも、藤田先生も、私も何か言おうかなと思うんですけど、いかがですか。

大場 縦に串を通したようなコアカリ作ってますよっていうけど、本当に縦に串、通っているのかってところも、何となく、あまり、どこかあたりから……、難しいのかな。循環器、血液あたりから、突然病気のほうまでダーッと来るので。

錦織 そうなんです。この辺の構造も、ちょっと私は、少なくとも前回改訂のときに、基礎のあたりは全然自分が口も手も出さなかったところで、出せなかったところでもあって……。

大場 矛盾しますけど、例えば解剖学的な記載から書いたら、この流れで行くんなら、そこはやっぱり画像診断学ぐらいまで一緒に書いたほうがいいんじゃないかっていう。明示的には、項目的には、基礎が他と一緒にになるので、目立つというので、逆効果かもしれないけど、解剖学も臨床につながっている科目なんだということ意識してもらうには、逆に効果的なのかな。そうすると、解剖学をちゃんと学ぶべきっていうか、解剖学、比較的いきなり出てくるは、最初にやるから、一生懸命やる科目ではあるんだけど、●がどうなのかなというところはあるんです。全体的に均一性はとって、もう臨床まで全部通してしまうってのも一つの方法としてはあるんじゃないかなという気がします。

錦織 今のお話は、いわゆる生理学というオロジーとか、病理学というオロジーを、どう捉えるかっていう話の一つあるかなと思うんですけど、大場先生とかは、例えばオロジーとしての生理学、最近ですと、さっきの話でも、みんな分子生物学者だみたいなところもあるんじゃないかなと思うんですけど、オロジーとしての生理学を学生に伝えることについてはどんなふうにお考えですか。

大場 結構僕は苦勞して、生理学って、えらい古い学問なんですよ。分子がない時代から、電流をこう測ってとか、要するに、例えばパッチクランプできる人がいまだに偉いとか、今どき、ですから、分子をクロニングして、電流を流して、分子を測っているんですけど、そのチャンネルの名前で呼ぶと怒られるとか、あと10年、20年ぐらいたつと変わると思うんですけど。だから、ものは分かってないけど、物語を語る学問って、かなり哲学的なことを積み重ねてきた学問体系のところ、そこから生理学に入ると結構大変だなんていうのがあって、教える側も結構問題だなと思っているんですけど、そういうような教育ができる人が生理学の教育ができる人というイメージがあるらしく、だから、それこそ教授選に出るときは、生理学のセの字も知らない、学会も入ってなかったの、あいつに生理学教育ができるわけがないという評価が、研究や業績はいいんだけど、教育は駄目だよって言うようなことを言われるような感じだったらしく、そういう学問なんですよ。

だから、生理学という項目が、ここにオロジーが載ることっていうのは、僕は、だから、半分賛成だし、半分大切にしたいけど、半分ぶち壊してしまえと思っている、これからの人たちがどういうふうを考えるかなんです。これだけ分子が分かった上で、分子を無視するような教育をするのは全く無意味なので、ちゃんと分子で語れるという事実をおじいちゃん学者に認めてほしいなということも思いつつも、でも、そうじゃなくても、これだけのことを考えられて見つけてきた思考とか、思想ですかね。分子が何も分かっていないのに、ほとんど分かれば、これやってたのはこの分子ですよって分かるぐらいの概念はもうできているわけで、そのところを、僕は、だから、考える内容としては、実はそこなんですけど、そういう哲学的とか、概念的なことから、ちゃんと事実を見いだすような学問体系って、これはすごいことなので、そういう意味ではすごく大切にしたい。

だからといって、新しい学問を認めないのはやめたほうがいいと思っています、生理学はやっぱり医学の要かなっていうのは思っていて、ノーベル賞でも生理学・医学賞というぐらいですから、たぶん医学をとれば、医療というか、応用面と読み替えると、たぶん基礎医学は全部生理学に集約されるという解釈で、たぶん僕は、医学って、全部生理学と言ってもいいぐらい大事な学問だなと思っています。そういった意味では、やっぱり大事にしなきゃいけないという。オロジーとして残すかどうかはあれですけども、少なくとも学問体系としては、新しいものを取り入れながら、非常に大事な、大切にしていきたいところだなというの、今思っていますね。

錦織 私の分野という言い過ぎですけど、私の分野もいろいろあるはあるんですが、このコアカリができた当時は、オロジーを否定するような思想がすごく強かったですね。それぞれの教室で独立性が強過ぎて、全然横の連携がとれてないとか、臨床と基礎とがコミュニケーションがないと言われていた時代で、少なくとも私や先生、藤田先生の世代になってきていて、最近そんなことはないなど、個人的にはちょっと思っているんですけど、当時はそうだった。そういう歴史があって、オロジーを否定したような書き方に当初からなっていて、それを20年引きずって、今の形になっている。

藤田 だから、生理学とか病理学っていうふうにはなっていないわけなんですね。

錦織 それで、オロジーを否定した人たちも、少なくとも医学教育の分野からはだいぶ皆さん退陣されたというか、皆さん退官されたので、せっかくだから、これを機会に、どうあるべきか。別にこのままオロジー、そんなない形でもいいとも思うんですけど、そもそもどうすべきかみたいなことについても、きょう先生方のご意見も伺いたかったし、自分でも考えたいとか、よく思っていたんですよ。というのは、研究者育成ということ考えたときに、これまでの知見をきちんと振り返って、分かっていないところにクエスチョンを立てて、知を積み上げていくということが基本になると思いますから、そうすると、オロジーがなくして、学問っていうのは成り立つのかなとか、科学というの成り立つのかなとか、研究者の育成って成り立つのかなとかいうふうに思ったりするもんですから、でも、最近何でも学際的だからねとかいうのもあるのかもしれないけど。

藤田 ただ、ほとんどの大学はたぶん生理学、病理学っていうふうに教えて、京都大学もそうなんですけども、だから、本当に講義の指針とすると、それをまとめたほうが現実的っていえば現実的なのかな。他の大学はどう

なんですかね。京大も生理学の教授が生理学を教えているし、だから、そういう意味で、生理学ではこんだけ教えないといけないですよってやったほうが、ほんまは現実に即しているんでしょね、おそらく。

錦織 今、藤田先生がお話しされたのは、今の京大の実際に教えている現状から話しされましたよね。そこもいったんゼロベースにしてみても、医者養成とか、医学研究者を養成するというふうに考えたときに、名大もそうなんですけど、最近、基礎の教授選とか、分野を問わず、基礎系で募集したりとかする。そんな時代になってきていて、つまり、教授がそうなわけですよ。なのに、教える学体系として別々で、よく私、岩井先生を例に出すんですが、前の大学で生化学を教えたのに、今度、生理学の教授になってみたい、大変じゃないですか、簡単に言うと。あれってどうしたらいいのかなとか、特にコアカリに書くとしたら、どう書けばいいのかなとか、そういうことを何となくもやもやと.....

藤田 これは僕、前の会議でも言ったんですけど、全国统一にするべきや。Zoomの世界なので、全国统一の生理学で、ほんまに基本的な生理学を、生理学のほんまに教えるのがうまい人がやった授業を、全大学の人が一律で見ると。それ以外のところの特色を持たせるやつは、大学でそれぞれ教えるというふうにするのが、そうすると、ある程度、最低レベルの知識は全国の医学生が全部持てることのできるんで、この時代は絶対にそうすべきだと、絶対に僕は思いますね。

錦織 先生、言われてましたね。大場先生、いかがですか。

大場 僕もこっちでそう言っていました、全くプライベートに。だから、生理学は30人、教える人がいればいいんじゃないかっていうふうには。

錦織 若干今度批判的な意見を投げますね。自分も同じ側なんですけども、そういうふうには30人いればいいんじゃないかって、今、大場先生が言われた。そうすると、基礎のポストが減るとか、そんなことになりませんかね。

大場 それは僕はないと思っていて、今、教育デューティーとかをいかに減らすかっていうことをやっていて、どっちかっていけば、うちの大学にとっては、ない方向で、今制度設計をしていて、ちょっと話、飛びますけど、教務職員をつくらうかっていうのを、たぶん無理なんですけど、やろうとしていて、だから、55歳から、先端センターの研究はできない、教育をしてくれるっていう人を募って、給料を10パーセントぐらいアップして、デューティーやっってくださいって言ってやっ。

錦織 それ面白いですね。

大場 逆に研究側の教員は給料をカットするんですよ。今PI人件費とか出たので、逆にそういう研究費を稼げば、ガンと一定額のあれが入ってくるから、研究側で削った分を、本人はPI人件費で、その教務職員っていう方に給料をプラスするシステムをしようとしている。まさにそれと同じようなことができるんですよ、全国規模で。

錦織 先生、それめちゃくちゃ面白いな。それを北大の中でしようとされているけど、全国でやろうとすると、さっきみたいな、そのアイデアですよ。もう少し話、進めますね。国家試験対策、いきなり臨床に行きますけど、全国に名だたるといって、全国の受験生がほとんど知っている、孝志郎という予備校講師がいるんですよ。京大にいたときも、学生がみんな彼を神扱いしていた。私が学生としゃべると、一体全体、国家試験対策にあれだけのビデオと動画のお金を払わなくちゃいけないのに、なんで私たちは京大にも授業料を払っているのかとか、こういうふうな感じ。

結構面白くて、いろんな意味で示唆的だなと思ってたんですけど、そこから展開すると、生理学を教えるっていうことに関してものすごく卓越した人が動画を作って、コア・カリキュラムの内容に関しては、そのビデオを見ておけというぐらいで終わる。例えば先生方は、先生方の最先端の研究なり、関わっておられる研究の話をして、出席はとらない。試験のところの設計が一番重要だと思うんですけど、コア・カリキュラムの対応という意味でいくと、これはちょっと拡大解釈になりますけど、共用試験がカバーしているという言い方はできるんですよ。そうすると、どんな自由な試験を作っても構わないみたいなことには、理論的にはなりません。自分の頭の中で描いている絵はそんな感じで、なので、先生方がおっしゃられた、全国共通の動画を作ってしまうっていうのは、全くもって賛成なんですよ。あとは、お金、とってきて、誰がやるかとか、そんな話になるんですかね。大場先生の所の教務職員の話も面白いなと思って伺いました。

大場 なかなか、僕がこんなこと言ってますけど、隣の教室の教授は、今の話はめちゃくちゃ反対すると思います、全部丸ごと。丸ごと全部反対すると思います。年も変わらないですけどね。

藤田 でも、僕は思うんですけど、そういうのを一応用意しておいて、それを採択するかどうかは大学に任せればいいんですよ。

錦織 確かに。そうですね。

藤田 講義したい教授がいたら、講義させてあげたらいいし、かなりのレベルのやつにしておけば、それを選んでもおかしくない。でも、それだけやっちゃうと、大学の特色がなくなるから、本当に最低限の半分ぐらいのやつをそれで賄って、それだけでも、ほんまに生理の教授選で、生理学、知らん、言われても、ちゃんと動画ありますわっていう話になる。現実的だと思いますね。だから、結構今でも生化学の教授になったら、生化学を一から勉強し直さんとあかんとか、無駄が多過ぎますわ。

錦織 そう思うんですよ。本当にそう思いますね。今の教育のデューティーの話が出て、実習っていうのはどういう位置付けで、どんなふうを考えておられるのかっていうのを教えてもらえますか？

大場 実習は何なんでしょうね。実際に理論だけじゃ、あれだから、僕らは結構、どっちかっていうと、習ったことを臨床に近づけるような項目を選んでやっているので、何でしょうね。やっぱり心電図、波形だけ見るよりは、自分でとって見て、解析しようかっていうことなんですけど、すみません、あまり深く考えてないんですけ

ど、血圧測定しながら、水の中に手突っ込んでみたりとか、スクワットさせたりとか、実際にこういう交感神経刺激が起こると、こうなりますよねみたいなことを、自ら体験し、測る。血圧測定なんて、実際に臨床でやる業務をやっているという。それで、呼吸、循環、血圧、脳波、心電図とかなんで、ちょっと深いというか、ずっと何十年もそれでやってるんで、うちの生理学、僕も学生るとき、全く同じことやってましたので、あんまり深く考えていませんでした。すみません。

錦織 私も久しぶりに名大に戻ってきたら、生理学の実習、全く同じだったので、結構びっくりしたんですけど、自分が。なんでこの間いかというと、一つは、コアカリの中には実習のことは書かれてないんですよね。実習について書くかどうかみたいな議論が始まってまして、それで、ちょっと伺いました。

藤田 全国基準の、例えばこういうのもありますよっていうのをやると、ぶつかるでしょうね、結構、これが全国水準だっていうことが分かって。何も知らん人が教授になって、どっかの大学で、とんでもない伝統的にどうしようもない実習が行われていたりとかすると、それをある程度のレベルまで上げてやるっていうのは、だから、こういう実習がありますっていうので用意しておく。

大場 生理学実習は、生理学会の教育グループが作った『生理学実習書』っていう本があるんですよ。本があって、だから、12個ぐらいその実習があって、中には、それこそ消化管運動とか、人間じゃできないんで、ラットを使ってやるとか、そういう実験動物を使ってやるのと、それから、ヒューマンでやるのと、10通りぐらいモデルの実習があって、それらのうちの、そのうちヒューマンでできるのが8個ぐらいかな、そのうちの6個をやってるんです。

藤田 実習って必須になってないっていうことなのかな。

大場 コアカリとしてはなっていないですね。

錦織 コアカリの中には実習のことは記載されていないですね。ですので、おそらく多くの大学で、伝統的にやられてきているから、やってるんじゃないかなと想像します。コアカリ自体も2001年にできたものなので、だから、もっと前から医学部の実習は行われていて、それにある意味影響を受けなかったという言い方できますし、だから、むしろ触れないでほしいとかいう意見もあるかもしれないですよね。書かれて、強制力を持たされて、これやらないかんのかみたいな話になるほうが窮屈だと。だから、書かないほうが良いという考え方もあると思うんですけどね。

1時間、回ってしまったので、そろそろと思いますけど、最後の質問なんですけど、さっき藤田先生のご提案で出てきます、動画ですね。最低限を学ぶための動画を作るとなったときに、日本生理学会が作ることができるかについて、先生のご意見を教えてください。

大場 すぐできると思いますけど。日本生理学会って、結構たぶん医学教育系のあれが、確か、それこそ先生方の学会、入られている先生は、医学教育……。

錦織 実は、この間の3月の学会は、私、伺いましてというか、ちょうど解剖学会と合同でされてましたね。それで教育セッションとか担当いたしました、私も。初めて伺ったんですけど、お邪魔しました。

大場 エducator制度っていうのがあって、それもとぶんご尽力いただいたと思うんですけど、その単位を取るために、毎回モデル講義ですとか、その道の先生方がやられている、それを僕らが聞くと、単位、更新できるっていうシステムになっているんです。

錦織 そのコメントーターをやれと言われて、自分もずいぶん生理の講義なんて受けてないのにだとかって、一生懸命勉強して、こっちが勉強してっていう感じで、でも、面白かったですけどね。なんかユニークなことをされてるなっていう印象で。

大場 あのシリーズを一通り集めてくると、あっという間に、講義を集めるだけで、できると思いますけど。

錦織 それこそ藤田先生ともこの後、チームの中で話し合っって、やっていこうと思うんですけど、分野によっては、できる分野もあるし、できない分野もあると思うんですけど、こういうのは、できる分野からどんどんやっていって、モデルを示していくといいかなと思ってまして、非常にポジティブな話を伺いました。

藤田 それは、でも、使えるかもしれんな。例えば細胞生物学会でも、その道の先生に何かやってもらおうとかいうと、結構いろんな単元が集まってくるんじゃないかな。

錦織 面白いな。ありがとうございます。私のほうできょう伺おうと思っていたことはこれぐらいなんですけど、研究者育成の話がもうちょっと伺ってもよかったなと思ったんですけども、何か先生のほうでお話しになりたいことがあれば。

大場 なかなか難しいことに、コロナのせいになっていて、それこそトリートなんか、あれですよ。

錦織 ありますね。

大場 出ささせていただいて、学生さんが一つのモチベーションになって、それなりに研究したいっていう学生さんがいて、彼らにどれだけ、手厚くまで行かないけど、ケアできるかっていうのは、僕らの責務だと思っていて、そういう意味では時々、いいことばかりじゃないので、研究やってるほうが負担になるので、つらいときに、ああいうときに夏にみんなで集まれて、他の大学にもこうやって頑張ってる人がいるんだっていうのは、たぶんすごくいい機会になったと思うんですけど、なかなかできないっていうのは、一つ、今、学生さんたちを見ていると、かわいそうだなっていうことで、他にも、だから、そういう集まりとかがあればいいのかなというのが一つありますけど、北大なんかは全然なかなかそういうの、サポートしてくれないんで、全然って言ったら怒られるな。まだまだよその大学の話を聞くと、手厚いサポートとはいえないレベルなんで、もうちょっと学生さんたちが、せっかく基礎研究医を目指している人たちがいるので、大学側でサポートできたらいいのと思うことがあります。

錦織 さっきの藤田先生の受け皿の話ですね。

大場 そうです。それ大事だと思いますけど、ダイバーシティって付けると、何でも今できるので。あれをやってからですよ、どうやって考えるかなってというのは。今、僕、大学院、担当しているので、そこは●戦略ですよ。MD-PhD コースが今、北大がせっかく、学部6年に挟む形じゃなくて、卒後教育っていうか、卒後の進路としてMD-PhD を使える。基礎研究医養成プログラムなんかもあって、大学病院もやっと1年半で研修を今回終わらせるような仕組みを作ってくれたので。

錦織 そうですね。厚労省が作りましたね。

大場 あれでやって、あれにうまい具合に合わせるような形で、研究医もそうですけど、研究以外のこと、ダイバーシティですね。文系の学位も取れるシステムを作れないかと思ってるんですね、今、大学院で。

錦織 それは、先生、この録画を起こしたときにはちゃんと伏せておくようにしますので。先生に確認してもらってからにしますので。ただ、インタビューをさせていただいているので、報告書に逐語録を載せることになっていきますので、そのところ削除するようにしますね。

大場 そういうような研究以外の。このコロナになって、医学的知識があつて、いろんなことを考えられる人って、すごい大事だと思うんですね、緊急事態宣言の発出もそうですけど。経済への影響を同時に考えながら考えると、そういうような多彩な医学系人材といいますか、医療人材を育てられるような受け皿を作ればいいかなと思って、考えています。基礎研究医なんかは、そのうちの一つなんじゃないかなってというのが、最近の僕の考えです。

錦織 私なんか、医学部の中で文系の研究者みたいなことでやっていますので、非常に今勇気を頂いたというか、教育学、人類学、この辺のあたりをうろろしておるんですけど、結構やっぱり人と違うことをやってるといふか、変わったことをやっているのが面白いですが、そういうオタクな、変なことをやっている人たちがたくさんいるといいなと思いますね、大学には。

大場 そうですよ。僕らも1人スタッフが、本当、支援職みたいな感じなんで、本当に今までの医学研究だけじゃなくて、医療社会とか、医療経済学、医学経済学、医学経営学とか、細胞の経営学とか、そういう学問を作れないかなと思って。

錦織 面白いですね。

大場 あとは、文学で語るにはどうしたらいいとか。

錦織 文学で語るあたりは、先生、きょうはもうあれなんですけど、私、結構関心あるところなんで、ぜひいろいろ続き、2回目をやりたいですが、医学と人文社会科学の架橋というのが私のライフワークなので、教育学を窓にしてやっているという感じなんですけども、ぜひいろいろ伺いたいですね。経済学は結構入ってきている感じはしますけどね。

大場 そうですね。

錦織 公衆衛生の先生なんかでも経済のことをやられている先生が時々おられますので。問いを思い付いちゃったので、この勢いで聞きますけど、そういう変わった人たちがたくさん出てくるみたいなことを目標にしたときに、コア・カリキュラムがどうあるべきかという問いで、最後、締めようと思うんですけど、私の中でも意見があつて、言いたくてしょうがないんですけど、先生の話に先に。

大場 僕、だから、結局進化はしていいけど、そんなに変えないで済むようなものっていうのが大事なんじゃないかと思うんですよ。もちろん修正をかけていくんですけども、必要なものが、例えば、先ほどの話じゃないんですけど、携わる人が変わると必要なものが変わるって、それは絶対変な話なので、必要な知識っていうのは、もちろんアップツーデートで更新はされていきますけど、コアになるものが変わるって、ちょっとあり得ないはずじゃないですか。コア・カリキュラムとなっているので、どうしたら、例えば下手すると10年間改訂をしなくて済むか。

錦織 その問いは立てたことなかったですね。

大場 もちろんアップツーデートはあるんです。たぶん5年後ぐらいには細胞競合って入れなきゃいけないわけです、きっと、コア・カリキュラムに。細胞競合は、ヤスさんがいたので例に出したんですけど、それは例えばアップツーデートなんかすれば、例えば今後加える。それはアップツーデートなので、いいと思うんですけど、それじゃないものを、ころころ、ころころと変えるっていうのは、ちょっとコアになってないかなって気がします。

錦織 そうですね。先生に言われた問いは、コアとは何かっていう問いが、たぶん作っているメンバーによってちょっと違って、コンテンツにコアを求めると、こういう羅列になる傾向にあつて、たぶん多くの人がそういう認識なんだと思うんですけど、今の大場先生のお話、伺っていると、もうちょっとフィロソフィーというか、コンテンツでなかなか表しにくいところなのかな。そうでもないか。うまく言語化できませんが、もっと根源のところにしたらどうかというふうなことを言われているように認識しました。ありがとうございます。

自分がさっき言おうとしたことは、先生が言われたことと、今つなげると、これもあれも必要とあって、足し算ばかりになっていて、膨大になっているっていうのは、もうやめたほうがいいなと思っていまして、研究者育成ということを考えると、できるだけ緩いほうがいいというか、隙間があるほうがいいな。この基礎医学のチームと別の、さっきの肥大化対応チームに仕事をしてもらっているんですけど、そこで何とかもうちょっとゆとりのあるカリキュラムを作れないかなと思っていて、動画を使うのは一つですし、あと、試験で、質保証の人たちを、ある程度、黙らせるというか、納得してもらって、あんまり出席をとらないみたいな形に全体的になっていくといいなというのが、個人的な意見ではあります。藤田先生、何か追加のご質問があれば。

藤田 もう言いたいことは結構言うたかな。基礎医学研究のやつをどこにどのように盛り込むのかっていうのは、ちょっと考えないといけないけど、あまり書く必要はないと思うんだけど、そういう人に対してもちゃん

とトリートせんとかかんよっていうところは、ちょっと書きたいなという感じがします。それぐらいでもいいんじゃないか。大学によって基礎医学を志す人のパーセンテージも全然違うと思うので、細かく書く必要はないけど、そんな感じに思いました。もう一つ、細かいことをどんどん足していく足し算はやめたほうがええっていうのは、おっしゃるとおりなので、もっとざっくりでもいいかもしれないね。それよりも、ちゃんとこういう文言をやるよりも、共通した動画を作るとか、もう少しそういうところにエネルギーを割いたほうが、実質的に、本当にいろんな人の助けになると思うし、しかも、最低限のレベルを保つということも保証されるし、悪いことは僕には考え付くことはできないですね。

錦織 でも、面白いですね。今回の調査チームでファシリテイトする形で、いろんな学会に声を掛けさせてもらって、動画をどんどん作っていきましょうみたいなムーブメントができるといいですね。そんなふうに思いました。私だけでは当然できないので、いろんな方を巻き込んでいきたいとか、ちょっと思いました。大場先生、最後に何かお話しになりたいことがあれば、どうぞ。

大場 いや、きょうはいろいろコア・カリキュラムのモヤモヤを……、CBT 当番が当たるたびに、うんうんっていう……。

錦織 いやいや、そうですね。

大場 ここをどう書いてるのかって、ずいぶん違うんだなと思って。

錦織 おっしゃるとおりでして、その話はたくさん聞いているんですけど、結局改訂作業がすごくラフに行われていたので、結局このコアカリの影響が大きいのに、いいかげんにされてたなというふうな印象がありまして、きょう先生からいろいろお話を伺えて、あと、藤田先生からもいろいろお話を伺えて、私も大変勉強になりましたし、できることと、できないことがあると思うんですけど、鋭意努力をして、今回改訂と次回改訂までを含めてっていう感じになるかもしれませんが、またお話を伺うかもしれませんが、ぜひよろしく願いいたします。

大場 よろしく願いします。

錦織 どうもきょうはお時間、頂きまして、ありがとうございます。すみません、予定時間より延びちゃいましたけども。藤田先生もありがとうございます。

藤田 ありがとうございます。

錦織 藤田先生、録音はたぶんデータが先生の所に保存されるので、それを手続きに従って回していただいて、さっきの MBA の所は削除して、でも、大場先生に見ていただくようにしますので、どうもありがとうございます。すみません、失礼いたします。

大場 失礼します。

(終了)

● インタビュー要旨

インタビューー：河崎洋志教授（金沢大学） 神経生理

日時：2021年6月17日

（コメントの概要）

教育が知識偏重の教育になっており、医学の面白さについて学生が知らないし、基礎医学の面白さをどの様に学生に伝えるかが問われている。

学問の歴史をしっかりと教えることが重要。時間的変遷というものを個体発生、系統発生、もしくは疾患の歴史辺りから説明するということによって百科事典の丸暗記ではなくて、どういうふうな重要な考え方ができてきているかというようなことをもう少し理解する。

コア・カリキュラムについては、30年前から変わっていないのがショック。ゲノム編集、がん免疫、データサイエンスなどの新たなものを含める必要あり。

基礎研究については、ロールモデルを示すのが重要。

● 逐語録

藤田 基礎研究にやっぱり携わる学生に対して非常に熱い思いを持っていらっしゃる先生です。

聞き手 そうなんです。ちょっときょうはそんな感じで伺います。

話し手 恐縮です。

聞き手 私の自己紹介をしますと、藤田先生の初期研修をされた市立舞鶴市民病院の後輩でして、私が、流れからいくと。あと、今、名古屋大の医学教育部門の教授をやとるんですが、3年前ぐらいまで京大におりまして、7年ぐらい、ちょっとそういった関係で今回。

話し手 僕も舞鶴は研修には行ってないんですけども、夏休みとかそういうときに行かせていただいて。

聞き手 そうなんです。そうですか。いやいや。

話し手 はい。非常によかった覚えがあります。

聞き手 いや、ちょうど、私は98年卒なので、先生方よりだいぶ後輩なんですけど、3年半ぐらいですかね、いまして、月曜日から金曜日まで病院に泊まり込みの生活で。

話し手 いい病院だったと思います。

聞き手 いい病院でしたよね、あそこ。ちょっと残念な……。

藤田 よかったけども、ほんまにしんどかったわ。僕のと時の方がしんどかったと思うよ。

聞き手 それは間違いやと思いますよ。その辺、ちょっと藤田先生とゆっくりしゃべりたいなとか思ってるんですけど、その辺はまた次回の機会にですけど、いや、そうなんです。ちょっとそういう関係もありまして、ちょっと藤田先生を頼らせてもらって、今回お願いしたんですけど。

話し手 お疲れさまです。

聞き手 いえいえ。ちょっと全体の話をして、事前にお送りしたかと思うんですけど、というか、藤田先生から送ってもらったかもしれませんが、医学教育モデル・コア・カリキュラムというのがありまして、たぶん先生のところにもCBTの作問をしろだとか、たぶん学務にかかわっておられると、OSCEの試験監督がどうだとか、何かそんな話が学内であると思うんですけど、共用試験なんかにはちょっと影響を及ぼしている医学教育モデル・コア・カリキュラムというのがありまして、あれが2001年にできてから、大体5年に1回ぐらい改訂をしていっているんです。

話し手 なるほど。

聞き手 それで、今回、改訂の調査研究班というのが立ち上がって、座長、それこそ同じ京大の医学教育の部門の小西先生がされていて、私がサブのリーダーを担当していて、それで、基礎医学の内容をどのように書いたらいいかなど、改訂したらいいかなどということについて、きょう先生に伺っていくんですけど、5年前にも私、ちょっと中堅ぐらいで、10年前にもかなり下っ端でちょっとかかわったんですが、ざっくり言うと、ものすごい適当に改訂されていって、もうちょっとちゃんとやった方がええんちゃうんかなど。結構、学生に影響が大きいので。

話し手 そうですね。

聞き手 なので、まじめにもうちょっとやった方がええかなとか、ちょっと思って、今回、立場もできたので、そもそも基礎医学のところをどうしたらいいんやろうなというのをいろんな先生方に聞いた上で改訂の方針とか、具体的な作業をするときの参考にさせていただきたいというのが目的です。

話し手 ありがとうございます。了解です。

聞き手 そうですね。大体それでいいのか。じゃ、そしたら、早速、何回かやってるんですけど、話が長くなることが多いので早速伺っていきませんが、先生のご略歴を、私、ホームページ等でちょっと拝見したんですけども、基礎の研究者になろうと思ったのがいつごろでいらっしやって、どういうことがきっかけだったのかみたいなことについて、ご卒業されてからですよ。4年間は病院におられたんですかね。

話し手 そうですね。はい。4年間は臨床をしてました。

聞き手 そうですね。その辺りも含めてちょっとお話いただけますか。

話し手 はい。私、僕自身は、もちろん臨床はおもしろいとは思っているんですけども、学生時代から研究はしてみたいというふうに思っていました。それはもともと科学研究に子どものころから興味を持っていたというのももちろんありますけども、それこそ藤田先生とか林康紀先生とか、学生のころから研究室に入っている同級生がたくさんいて、目を輝かせて、研究、おもしろいというようなことをいっぱい聞かされているうちに、やっぱり僕もどこかのタイミングで研究をやってみたいなというのがリアリティーを持って頭の中で思うようになりました。

どこかのタイミングで研究をやりたいというふうに思っていたんですけども、卒業してまず一旦臨床をやって、4年間ほどやった後に、人生、どこかで研究したいというふうに思っていましたので、じゃ、4年後辺りに一度やってみよう。私自身のキャラとしては、やるならばそれなりにきちんとしたところでどっぷりつかないと、本当の意味でおもしろいかどうかというのは分からないだろうというふうに思っていましたので、当時、ウイルス研究所にいらっしやった西田栄介先生、理学系の先生でいらっしやるんですけども、理学系で研究をちょっとやってみるのもある意味おもしろいんじゃないかということでそちらの方に行かせていただいて。形、身分としては医学系の、神経内科の大学院生だったんですけども、実質は全部向こうで研究させていただきました。

聞き手 なるほど。そしたら、その4年間の後、人によってはちょっと臨床にまた戻ったりだとか、大学院卒業後に臨床の研究をされる人もいるし、基礎の研究に行かれる人もいると思うんですけど、どういった経緯、先生の今、ホームページを見させていただいたんですけど、神経内科の後、理学研究科以降は研究一本というような印象を受けるんですけども。

話し手 はい。

聞き手 神経内科には戻らんというふうに思われたのはいつごろなのかとか、その辺りを。

話し手 戻らんというわけでもなくて、別に臨床が全然嫌だったわけでもないんですけども、やはり4年間研究をさせていただいて、やはり研究っておもしろいというふうに思いまして、やはり自分で実験結果を自分の手で得られて、自分の仮説を検証、自分の手で検証できるという辺りはとても魅力的だというふうに思いましたので、このまま研究をやっていた流れをそのまま継続したいというふうな、いわゆる臨床系に対してネガティブな気持ちを持ってそっちをやらなかつたというよりは、研究の方に積極的に、ポジティブな気持ちでそちらの方をもっと続けたいというふうに思いました。

聞き手 今までのお話をまとめると、藤田先生、あと、林先生も同級でいらっしやるんですね。

話し手 そうですね。

聞き手 私は林先生は京大に勤めてたときにいろいろお世話になったなど、今ちょっと思い出しましたが、の影響なども含めて学生のころから研究にご関心をお持ちで、卒業されてから一旦臨床をやっておられたけれども、やっぱり研究をやりたいというポジティブな気持ちから研究にかかわられるようになって、さらに理学研究科の方にまで行かれて、その後、どんどんどんどんポジティブなイメージで研究にかかわっていかれて現在になっていると、そういう感じですか。

話し手 はい。

聞き手 何かすごく明るい話ですね。

話し手 いや、もちろん、その裏にはいっぱい涙は、涙と汗はたくさんあるんですけど、それはあまりたぶん、若い学部生にあまりそれを言いすぎるとちょっと引くかもしれないので、前向きに明るい方がいいのかなと。

聞き手 いやいや、すみません、ちょっと私……

話し手 いつも藤田先生に励ましてもらって。

藤田 励ましは要らんやろ、おまえ。

聞き手 すみません、私、自己紹介をするのを忘れてたんですけど、私、さっき内科のところで終わってたんですが、その後、教育学の方に関心を持つようになって、教育学研究科の先生に、それこそ師事して、大学院は、私、名古屋大なんですけど、そこにいたときに、それこそ教育学の先生の研究室に入るといよりは、その当時、遠隔だったんですけど、イギリスとカナダにそれぞれいたんですけど、そんな中でたまたまポストをいただいて、ちょっと臨床から距離を取るのもどうかなと思ったんですけど、あまりやっている人がいない分野だし、おもしろいかなと思って現在に私自身は至ってしまっていて、社会学系の医学教育学の研究者としての顔が今8割ぐらいかな。内科医は1割ぐらいです、私は。

話し手 非常に大事な方向性じゃないかと思いますが、本当に。

聞き手 大事というより、何かもう、おもしろいというだけでやってきているので、私も大事というのを結構語っちゃう方なんですけど、教育にかかわる人間というのは何か大事だとか、正論をよく言いがちなので、そのこと自体私は病理だと思っていて、それを対象に研究したいなとか思っているぐらいなんです。

話し手 おもしろいですね。どこかのタイミングで、私から逆にインタビューさせていただきたいなど。

聞き手 ぜひぜひ、機会があれば。ちょっと、私の自己紹介に話が戻ったんですけども。

話し手 とんでもない、ありがとうございます。

聞き手 先生のご略歴も伺いましたけども。

そしたら、2つ目の質問なんですけど、基礎医学の教育にまずちょっと焦点を当てて、後半は研究者の育成という話と、きょう2本、伺っていきたくて思っていますけど、先生が今、金沢大学で具体的に学生の基礎医学の教育についてどのような分野で、どれぐらいの授業を担当しておられるのかというのをちょっとお教えいただけますか。すみません、私の方できちんと調べていなかったの。

話し手 いえ、とんでもない。私自身は特に、例えば何か生理学とかそういうのをしっかり担当しているわけではないんですけども、オムニバス形式で神経生理の大体3分の1ぐらいかな、を担当させていただいたり、もしくはほかの学年の神経系のところを分担して担当させていただいています。

聞き手 なるほど、なるほど。今の先生の、担当されておられるというところから見える景色についてちょっと伺っていきたくて思いますが、主に神経生理の教育をやっておられる中で、課題ありきというわけじゃないんですけども、課題が先生の方で見えておられるとしたらちょっとそこをお話しいただければと思います。課題というのは、基礎医学を今の医学生に教えるということに関しての課題です。

話し手 はい。その前に僕がそういうようなことを語っていい立場なのかという気もして、いろんな大先生方もいっぱいいらっしゃるの、ちょっとそういうのを、すみません、言っているのかどうか分からないんですけども、率直に……

聞き手 先生以外にも何人にも聞いていますので、そこはあまり気になさらずに。

話し手 分かりました。ありがとうございます。いくつかあると思うんですけども、どうしても医学部の勉強ということもあり、知識偏重になっているというふうには思います。例えば今回のコロナのことで非常に思うのは、多くの授業がオンラインになっていますけれども、オンライン、学生からするとオンラインの方がいいという声もあり、オンデマンドとか。ただし、それはオンデマンド、オンラインというのは知識の伝達には非常にいいんじゃないかというふうに思うんですけども、やっぱり基礎医学に関するおもしろさとか教員のパッションとか、そういうモチベーションの向上というのはオンデマンドというのはなかなかつながりにくいという気がして。

聞き手 そうですね。

話し手 そういう意味で言うと、通常の授業の中での重要な要素というのをもう1回頭の中で整理する機会にこのコロナってなっているんじゃないかなという気がしています。学生からすると、オンデマンドを充実させてくれという声が聞こえてくるんですけども、もっとおもしろいものを聞かせてくれという声がなかなか聞こえてこないというのが、僕は非常に残念だというふうに思っていて、やっぱりそれは学生がおもしろさというのが存在するということを知らないということの意味しているんじゃないかと思います。

聞き手 そうですね。同感です。

話し手 そういうものが必要だ、おもしろいがあるというのを知らないというのがちょっと問題じゃないかというふうに思っています。

そういう意味で言うと、特にこのコロナもはやっているこの時代に、いかにして基礎医学や、そういう実際、生理学というのをおもしろいと思うんですけども、僕自身は学部生のころ、基礎医学の中では生理学が一番おもしろいと思ってたんですけども、そういう生理学のおもしろさ、ほかの学部、ほかの教科もそれぞれおもしろいと思うんですけども、それが、おもしろさというのをやっぱりどうやって伝えるかということがもう1回問い直されているのかなという気がします。

そういう流れの中から個人的に思っているのは、医学部の教育というのは高校授業の社会科で言うと地理に対応するんじゃないかなという気がします。

聞き手 地理ですか。大まかに言って、現状こうなっていますと。ところが、僕自身は学生、高校生ころ好きだったのは地理よりも歴史の方で、どういう流れで何がどう起こったのでこういう最終的な結論になっていますというふうなストーリーがある方が、もちろん地理の中にいろいろストーリーを入れる工夫をされていると思うんですけども、そういうストーリー性という意味で今の医学の教育というのは、なかなかその辺が少し足りないんじゃないかなというふうには思います。

そのストーリーというのをどういう側面に入れていくかということを考えると、時間の流れですので、1つはもちろん発生、第2のポイントとしては進化、我々の体がこういうふうになっている必然性というものの理解という意味での長い時間の進化ということと、あともう1つは、病気概念の進化というか、歴史というのも非常に重要な教育すべきポイントじゃないかなというふうには思っています。

それはどうして、3つ目の方はどうしてそういうふうにしたかということ、ちょっとこれ、基礎じゃなくなってしまうんですけども、昔、東大の神経内科の教授でいらっしやった金澤一郎先生、宮内庁とかに最後いらっしやった金澤一郎先生が、神経変性疾患に関するエッセーみたいなものを『日本医事新報』に出されてて、そのときに病気概念の変遷という、どういうふうに関心が見つかったかというようなことを書いていらっしやいました。

当時、僕の中では、いろんな病気というのは、例えば内科学書とかをたくさん読んで、何か同じような病気がいっぱいあって、どこが本質的に違うのかよく分からんというふうに学生も結構思うんじゃないかと思うんですけど、金澤先生がその本に書かれていらっしやったのは、新しい病気の概念が確立されたとき、既存の病気からある病気が分離されたときは、そこを分離する必然性が最もフォーカスされているときであると。なぜその病気を独立概念としなくちゃいけないのかということが、その違いというのが浮き出ている、その後、好発年齢だ、いろんなほかの情報が、どういう身体症状がいっぱいあるとか、いろんな情報がそれにいっぱい積み重なってってしまうので、病気としての一番本質的な違いというのは多くの情報の中で埋もれている。それが内科学書の中にいっぱい辞書のように書いてあって、どこが本質的な違いなのかというのが見えにくいんじゃないかと。そういうことのような感じのことを少し書いていらっしやったような気がして。

聞き手 だいぶおもしろいですね。

話し手 ええ。だから、そういう意味で言うと時間的変遷というものを個体発生、系統発生、もしくは疾患の歴史辺りから説明するということによって百科事典の丸暗記ではなくて、どういうふうな重要な考え方ができているかというようなことをもう少し理解するというふうにしていくんじゃないかなという気がしています。

ただ、そういうのを全部が全部授業に入れるとちょっと、今でも結構皆さんばんばんなので、どういうふうなパーセンテージでどういうふうに入れるのかというのはちょっと難しいことなんじゃないかなというふうに思うんですけども、そういうことで理解を深めておもしろみということが伝わるといいんじゃないかなと個人的には思います。

聞き手 ちょっとだけすみません、私の持っている情報を提供するとともに少しだけ整理させていただくんですけども、まず、オンデマンドのことについては、きのうも藤田先生とこれで盛り上がったところでというか、藤田先生が言われているところで、今回のコア・カリキュラムということが今回、先生のお話を聞ききっかけになった話なんですけど、これ、必修の内容というのは全部動画にしてしまって、全国共通で作ったらいんじゃないかみたいな話をこちらの方では少ししていますので、それとちょっとつながるところがありました。

話し手 はい。そういうふうになるんじゃないかなというふうな議論はこちらの方でも言っています。

聞き手 そうなんです。

話し手 はい。ただ、その辺というのは難しいところで、これ、ちょっとどうなのかという気もしますが、要するに、これだけ教員が要らないんじゃないかという議論になりかねない。

聞き手 そう、きのうもまったく同じ議論をしたんですが。

話し手 あるので、その辺、目的、オリエントに考えるというのがありますけども、ちょっとそういう面もあるのです。

聞き手 ただ、でも、あれですけどね。先生方が、いわゆるおもしろさを語るとか、あとは最先端の研究について語るとか、そういうのはそれぞれ、河崎先生は河崎先生しかできない内容がありがたいと思いますので、個人的にはそういうふうには主張していけるんじゃないかなと思ったりもするんですけどね。

話し手 はい。個人的にはそちらの方向性で、本当に、例えば日本中で一番いい、何かの授業をできる方のレクチャーという方向性ということをおっしゃっているんじゃないかと思うんですけども、もちろんそういう方向性は十分ありかなというふうに思うんですけども、ある意味、ちょっとこれもありかもしれないですが、その辺についてちょっとどうかなと思われる方も出てくるんじゃないかなという意味合いです。

聞き手 そうですね。これからまだまだ議論ですね。

話し手 それから、あと、先生、今、ばんばんなのでなかなか歴史的な話を入れられないんじゃないかということについてはですけど、ばんばんになっている犯人の1つがこのコアカリミたいなところがありまして、今、これを書き換える仕事の、いわゆるハンドリングが今ちょうどこの時間にあるみたいなのもありますので、やっぱりだからもう少し、臨床も含めてでしょうけれど、分量をある程度減らした方がいいんじゃないかみたいな話は、きょうは基礎医学の話なんですけども、この調査研究班の別に、肥大化対応チームというのをつくってありますのでそこで議論はしております。やっぱりあまりにも詰め込み教育なんじゃないかなという話はあちこちから総論としては出るんですけど、じゃ、各論をどうしたらいいかという話でいつも皆さん詰まってしまうというところにはありますね。

話し手 そのときに、医学の教育をするときにどの程度の範囲を教えるかというコンセプトというのをしっかり固めた方がいいんじゃないかという気がしてまして。ポイントとしましては、何というか、僕の表現で言うと最小公倍数にするか最大公約数にするかというふうな表現をするんですけども、例えばどの分野に行っても必ず必要な知識、どの領域に行っても絶対必要な知識のみを教えるのか、そうじゃなくて、ほかの領域に行っちゃったらもう二度と聞かない可能性もあるので、ちょっと広めに、こんなことぐらい、1回ぐらい聞いたことがあるよねという、本当の共通項だけを説明するのか、本当の全体像として、ちょっと離れているけれどもほかの領域に行くともまったく聞く可能性がなくなってしまうようなことも含めるのかという医学教育としてどっちのスタンスを取るかという、スタンスを明確にするということも大事な気がします。

聞き手 それでいきますと、今回の先生のインタビューをさせていただくことになったきっかけのコアカリは前者のスタンス。

話し手 そうですね。

聞き手 どんな診療科に行っても、どんな研究室に行っても、どんなキャリアになっても最低限知っておくべき内容をドキュメントの中にまとめようというのが本来の、本来というか、調査研究班でやろうとしていることではありますね。

話し手 はい。たぶん、個人的にはその辺を学生との共有理解をした方がいいような気がします。

聞き手 なるほど。

話し手 今、学生のスタンスからすると、いろんな授業がたくさんあって、いろんなことが本当に将来どの分野に行っても必要な知識なのか、それともそれほど必要でないものを教えられているのかということが学生の中で学生と教員が共有されていないような気がします。

なので、僕、授業をするときに一番最初に言うんですけども、きょう話す内容はどの診療科に行っても将来必ず必要になるということを授業の前に強調してます。

聞き手 そうなんですネ。

話し手 そうすると、学生としては、あ、やっぱり聞いとかないかんのかなというふうに思うので。

聞き手 そうでしょうね。いや、そうだト。

話し手 実際に余分なことは時間が余っても、余分なことは入れないで。

聞き手 そうなんですネ。

話し手 必要なことが終わってしまえば時間が余ってもそこで切ると。

聞き手 そうなんですネ。先生はそんな授業をされてるんですか。

話し手 はい。

聞き手 ちょっとびっくりしました、今。

話し手 もちろん時間が余ったら、今からはみんな聞く必要がなくて、例えば僕のおもしろいと思っている話をするからねとかいうことはすることはありますけども、ここまでは絶対必須、この時間が終わったら必須ではない。そこを学生と共有すると、学生は本当に必要なところに関しては集中力が上がるような気がします。

聞き手 そうでしょうね。あと、関心のある子が後半を聞いて、関心のない子は出ていったり、寝たりとか、そんな感じなんですネ。

話し手 はい。

聞き手 そうですか。線を引くというのはすごく分かりやすいなという印象を受けました。なるほど。

ちょっと話をコア・カリキュラムに戻していくんですけども、今の医学教育モデル・コア・カリキュラムというのを事前にお送りして、ざっと見ていただいて……

話し手 はい、Cのところは。

聞き手 ざっくりとした感想をちょっとお聞かせいただけますか。

話し手 実は何人かほかの教員とも見て、どうだろうという議論は少しさせていただいたんですけども。

聞き手 そうなんですネ。ありがとうございます。

話し手 一応皆さんおっしゃる点としては、本当に必要なことは書かれているんじゃないかというふうに言ってらっしゃいます。ただ、長い目で見たときに、やはり医学の進歩についていけるということもやっぱり医学生にとって大事、卒業後に進歩についていけるということも大事だというふうに考えれば、やはりさまざまな新しい医学研究の方向、医学の進歩の方向性というようなものがやはりこちら辺にはまだ含まれていないのかなという気もするので、その辺をもう少しあった方がいいのかなというふうには思いました。

聞き手 今、先生が後半言われたことは、医学研究者の育成にかかわる内容と理解していいでしょうか。それとももうちょっと違う話ですか。

話し手 僕自身の中では違う話というふうに思っています、どういうことかということ、やっぱり一般の開業された先生方であっても、やっぱり医学の進歩をある程度理解されるということは大事なことじゃないかというふうに思いますので、実際に自分でやるかどうかは別にして、少なくともそこについて理解されるというふうな素養というのは大事かと思えます。

藤田 ちょっと聞いていい?

聞き手 どうぞ、先生。

藤田 実は僕もまったく同じ感想を持っているんだけど、具体的に、僕自身も、これ、足らんな、これ足らんなというのはあるんですけど、具体的に、例えばどういう足らへんの?

話し手 それこそゲノム編集とか次世代とか、がん免疫、もしくはデータサイエンスとか、いろんなものが今進行しているというふうに思うので、実際それがどういうものかというイメージとして理解するという、もうちょっと言うと、そういう単語を聞いたときに拒否反応が起きないぐらいのことが必要になってくるんじゃないかなというふうには思います。

聞き手 確かに。

藤田 これは僕も、僕自身はコアカリの内容が結構学生時代とあまり変わっていないことに結構ショックを受けて、たぶん30年前の学生のときを見ても、ああ、何かこういう感じやなと。あまり変わってないんちゃうかなと思ったので。主観が入るところはあるねんけど、あまりたいしたこと書いてへんし。僕自身は幹細胞とかも書いてなかったし。結構、今言わはったように、エディティングとかも絶対にこれからの学生は、ゲノム編集とか、絶対出くわすことやし。

話し手 細胞競合も必要だし。

藤田 細胞競合は分かれへんからええけど、データサイエンスとかもね。そういう大きなデータとかいうのも間違いない必要になってくると思うので、ちょっとやっぱりアップデートする必要があるというのは僕も思います。

聞き手 藤田先生、ありがとうございます。話を、ずっと生涯勉強し続けるみたいな話なのかなとちょっと思いながら伺ってたんですけど、医師として求められる基本的な資質・能力というのが14ページにありまして、その9番目に、生涯にわたって学ぶ姿勢というふうな文言だけはあるんですね。ただ、これがこの文言だけで終

わっちゃってるなというか、ここに何かひもづけて、じゃ、具体的にどうこうというのが書けてないんだというふうにちょっと思いました。

今回の改定の方向としては基本的な資質・能力にひもづける形で……

話し手 すみません、僕、ちょっと背景が分かってない。適当なことを言ってますので。

聞き手 大丈夫です。もちろんです。その辺りは私の方から説明いたしますし、そんな細かい話もご存じなくて普通だと思いますので。

今回改訂の方向としては先生が言われる方向には進むかなとは思いますが、生涯にわたってどんどん新しいものを勉強していくとか。でも、藤田先生が言われるとおりに、そもそもこのコアカリそのものがアップデートされていないのに生涯にわたって学べというのは言行不一致じゃないかみたいな感じになってますけど。

ちょっとすみません、話を戻していきますけれども。あと、さっきの質問が、先生は今、神経生理の授業にかかわっておられて感じておられる課題云々というところからずいぶん話が発展していったように思いますが、地理と歴史のメタファーが1つありました。それから、カリキュラムが多すぎるというところで最小公倍数と最大公約数の話がありました。学生との共通認識を持ちながら最低のところに線を引くみたいな話もいただいたんですけど、何かそのほかに先生の今のお立場から見えている景色で、特に課題という側面から何かあればお話しただけですか。

話し手 大まかに言うとそれくらいかなと思ってまして、先ほども話が少しでましたけれども、地理、歴史の話を通じて、やはり、例えば歴史の要素を入れるとしても歴史を学ぶというのではなくて、歴史を使って物を考えるという、きちんと物を考えるというプロセスが実は入ってくれるとうれしいなという気がします。そこというのはコアカリの中にどういうふうを書くかということも非常に難しいですし、最終的にそれが達成できたかという評価も非常に難しい面だとは思いますが、その流れを通じて自分の今後の、自分が考えることのシミュレーション的な材料としてそういうのを使えるようになると、医学生としてはいろんなものがある意味おもしろいと感じるんじゃないかという気がします。

聞き手 ちょっとさっきの肥大化については別のプロジェクトチームでやっていますという話をした中で恐縮なんですけど、考える時間を学生が持つ、もしくは学生がちゃんと考えるようになるために、少なくとも私個人は今の詰め込み型のカリキュラムは問題があるなとは思っているんですけど、先生の方で考えてもらうために何かカリキュラムとしてはこうあった方がいいんじゃないか、それから、コアカリにどう書くのが難しいというのは先生がおっしゃるとおりだと思いますけど、でも、もし踏み込めるようでしたらそこも含めて少しお話しただけですか。

話し手 実際問題としては、僕の場合ですと、先ほどちょっとお伝えしましたように、授業によっては、例えばきょうは本当にエッセンシャルミニマムというか、全員が必須な講義は知識としてはすると。その空いた時間に、先ほどの歴史的なものなどの話をして、そこは時間的ゆとりがあって、こういうふうな題材を与えてみんなその辺、自分だったらどういうふうにすると思うかというシミュレーション的なことを学生に問いかけて考えてもらうということをしています。

聞き手 なるほど、なるほど。

話し手 こういう問題点があって、こういうふうな状況なんだけど、みんなだったらどうするというような感じで考えてもらうようなことをやったりもします。

聞き手 おっしゃるとおりで、おっしゃるとおりというのは少し前におっしゃったとおりなんですけど、これは教育内容のガイドラインということになっているんですけど、今、先生がお話しされたのは教育の方法についてお話しされていて、問いかけたらいいんじゃないか、そのとおりだなと思ったんですけど、そういうところまで書いてもいいかもしれませんね。とにかく医学が大きくなりすぎて、その知識を身につけるだけでいっぱいになってしまっているという話は、特に福祉系の大学なんかからよく聞いていまして、それがさっきの肥大化みたいな問題を起こしているんですけど。

話し手 例えばネタとして学生に話しをするのは、例えば骨の雑談をすることがあるんですけども、骨ができてくるときのでき方として、軟骨内骨化と膜内骨化という2つがあると思うんですけども、膜内骨化は頭蓋骨とか、その辺かと思うんですけども、ほとんどは長管骨です。軟骨内骨化なわけですけども、膜内骨化が頭蓋骨以外に1カ所あって、鎖骨の外側3分の1。

聞き手 そうなんですな。

話し手 なんです。その辺を、じゃ、学生に何でそこだけ膜内骨化なんやというようなことを聞くわけです。そうすると、何でやるというふうにみんな考え出して、答えとしては進化がかかわってくるんですけども、たぶん僕の理解が正しければ、古い進化の時代には外側が骨に覆われているような魚がいて、その中心部の骨と表面の骨という2種類の骨がたぶんあるという理解じゃないかと、僕、進化の専門家じゃないので間違っているかもしれないんですけど、思ってます。

聞き手 おもしろい。

話し手 要は、甲冑魚とかそういう魚が、カンブリアとかその辺じゃないかと思うんですけども、いて、当時覆われていたと。表面の骨がなくなってきて残ってきたのが頭蓋骨の表面側で、要するに頭の表面を覆ってると。ところが、体の一部で体の表面に対応している場所があって、そこがヒレがついていたところ。昔で言う胸びれが体の外に飛び出ているので、胸びれの根元のところはトポロジカルに体の表面に対応すると。要は鎖骨の外側3分1辺りが、いわゆる昔の体で言う表面の覆われていた骨……

聞き手 そこに該当するんじゃないかと。

話し手 に該当するんじゃないかと。なので、トポロジカルに手はヒレに対応しますので、そのつけ根のところは体の表面の骨が痕跡として残っているんじゃないかと。そういうような話をすると、外側3分の1が膜内骨化という暗記が暗記じゃなくなってくる。

聞き手 ストーリーができますね。

話し手 はい。そうすると、みんなあまり忘れなくなってきた、暗記しているものが何となくそういうストーリーがあるとおもしろいなと思ってくれる学生がいる。こういう具体例をいくつか出していくと、学生が何か特殊例を見たときに、何か理由があるんじゃないかなとか、自分で考え出してくれるようになってくれば、ある意味自分で考えるという方向性ができるようになってくるんじゃないかなと思ってます。

聞き手 先生が歴史がお好きだというのがひしひしと伝わってきました、今のお話で。

話し手 すみません。

聞き手 何かさっき、藤田先生、言おうとされませんでした？

藤田 その仮説はほんまに正しいのと聞こうとした。

話し手 どう、だから、間違ってもしれんけどというところで。

藤田 間違った仮説を基に覚えてもええんかな。

話し手 でも、僕、それでもいいんじゃないかとすら思ってた。

藤田 でも、物事には何かそういう理由があるというのはサイエンスですごく大事だ。

話し手 はい。研究に行けば、それを自分で検証すれば。

藤田 医学も結局、内科で何か病気を診ても、やっぱりそこで深く考えるのか、すごく表層だけなぞるので全然疾患の理解度が違うので、やっぱり学生のと時から、本当に表層だけ、知識だけを覚えるだけやったら、やっぱり患者さんの疾患とか症状を診たときに深く考えることができないと思うんよね。そういう意味で学生のうちからそういう深い思考能力をつけるのは臨床家にとっては非常に重要なことだと思う。

話し手 まったく僕もそうです。

藤田 僕もがんのやつを教えるときとかには同じように考えさせてやるとかいうのはなるべくやるようにはしています。ほんまにおっしゃるとおりで、そういう意味でそういう教育をちょっと工夫するのとしないので、何か将来病人を診たときの感じ方とかが若干変わってくるんじゃないかと。これはほんまに研究者向けだけじゃなくて、臨床にも深みのあると表層だけを診ている医者という、条件反射でやっている医者というのはやっぱり変わってくる。

話し手 まったくそう思います。

聞き手 まったく私も同感ですね。

話し手 コアカリにどう書くかというところが難しいし、コアカリにどういうふうに入れるかは難しいところやと思うんですけども、やっぱり本質的にはそういうところも重要だというのは僕も大賛成です。

藤田 教え方の何か哲学みたいなものの章というのはないんですかね。

聞き手 今はないんですよ。これは教育内容のガイドラインになっているので。ただ、臨床実習に関しては臨床実習のガイドラインみたいなものを作っていて、そこに教え方みたいなのが、それこそ舞鶴の例ですけど、屋根がわら方式、チームをつくってみたいなのは書いてあるんですね。なので、そういったものを今回もう少し発展させて教え方みたいなものを書いていこうみたいな話は出てますから、ぜひ。きょう、たぶん先生のお話で私が2つキーワードとしていただいているのは、ストーリーというのと歴史と、この2つがすごいインパクトが私にはありますね。共用試験とかも丸暗記の羅列とか、そういうイメージですから、そこにストーリーを作っていくというだけでもずいぶんおもしろくなるだろうし、そして、考えるようになるんだろうなというふうになんて聞いてて思いました。

藤田 言うたら、あれじゃないですか。教育界の世界ではアクティブ・ラーニングというやつじゃないですか。

聞き手 そうですね。アクティブ・ラーニングもかなり広いですけど。

藤田 それを入れるというのをやるという……

聞き手 提案する感じですよ。いやいや、ありがとうございます。

そしたら、ちょっと時間もだいぶたってきたので、ちょっと後半の話題なんですけど、基礎医学の教育というところで今話してきましたけども、研究者の育成という観点から、このコアカリがどうあるべきかと。もしくはどう書くべきかということについて、ざっと大きく先生がコアカリを眺めてみて、実際に研究者の育成にもかかわっておられるお立場から、まず広くご意見をお聞かせいただけますか。

話し手 まずちょっと、この話に入る前に、コアカリというのと研究者育成というのは、ちょっと僕の中ではあまりマッチしてなくて。

聞き手 よく分かります。

話し手 要するに、全員が全員研究者になるわけではないので。さっきのお話で言うとエッセンシャルミニマムというか、全員が共通に必要なものという視点からすると、研究者育成は入らないかなというふう思うので、どういうふうな、もうちょっと頭の位置付けの整理ができていないんですけども。

聞き手 説明いたします。まず、医学教育の、こうやって改訂していくとかいう話のときに、私も含めてなんですけど、大事だよねとか、さっきの正論の話もそうなんですけど、世の中のニーズとか、そういう話からいくので、どうしても臨床医学、臨床教育が中心になっていくんですよ。今回、ちょっと前に臨床実習の期間を延ばそうみたいな話もちょっとあったりはしましたし、そうすると、どんどん臨床医学の占める割合が増えていく。増えていくと、単純な算数なんですけども、医学部の中で身につけなくちゃいけない知識だけが増えていって、そして、暗記しなくちゃいけない時間ばかりになっていって、考える時間が減ってというところまでさ

つききましたけど、その延長線上で、自由に研究する時間も減っているのではないかという、これはまた仮説のレベルで教育学というのはなかなか検証できないのでほとんどが仮説みたいな言い方にはなるんですけど、そのようなロジックですかね。コアカリがどんどんどんどん大きくなっていく中で研究者育成をまじめに考えていると、これはだんだんだんだんコアカリの圧力ばかりがきつくなってきて、こんなじゃ研究者は育たんのじゃないかみたいな勢いだと思うんですね。

この調査研究班の委員の阪大の島田せんせいという先生がおられるんですけど、解剖の。なんかは、もうこうなったらコアカリの中に研究者育成という内容も組み込まざるを得ないんじゃないかみたいなことを言っておられるんですが、それはできるのかなとも思うし、考え方としてはその2つですね。1つは、コアカリの中に研究者育成の文言をいろいろ埋め込んでいく。ただし、それがコアなのかという、今、河崎先生が言われた問いがそのまま立ちます。

もう1つが、コア・カリキュラムというのはあくまでコアであって、つまり、各大学では3分の2の内容にしてくださいというふうな内容に書いてあるんですね、これは。コアカリの前文のところに。その3分の2については、ちょうど別の調査チームでやっておられるんですけど、大学によって全然3分の2どころか、このコア・カリキュラム全部をやるだけでいっぱいいっぱいである。カリキュラムがこれで埋まってしまっているというふうな大学もあるし、全然コアカリなんて知らないよ、こんなの、何ですかみたいな大学もあるし、さまざまです。それはそれでもええと思うんですけど、私は。

いろいろなんですけど、やっぱり研究者育成ということを無視してコアカリを書いてしまうと、ちょっと視野狭窄というか、僕は問題じゃないかなと思ってまして、個人的に。なので、どう組み込むかということ自体からちょっと考えようとは思っています。ちょっとそういう感じで伝わりましたかね、先生の問い。

話し手 はい。もしたぶんおっしゃる点を理解したとするならば、たぶん皆さんに必要なものを身につけるといって、枠組みの中で考えるとすれば、先ほど来議論になったポイントで、卒業後もさまざまな最新の研究についていけるという素養を持つということがやっぱり大事なことじゃないかというふうに思いますので、研究者自体になるかどうかは別にして、研究活動をきちんと理解できる能力を持つという視点はコアカリとして必要じゃないかなというふうに思います。

そういう中で必要になってくるのは先ほどの議論の延長線上かと思えますけれども、そういう先端的なものを理解しているということや、さまざまな、自分で考えるという能力を身につけているとか、あと、さっきあまり議論に出てこなかった点としては、今現在の医療の未解決な重要問題をきちんと理解して、ここを解ければおもしろいんじゃないかというようなところをきちんと理解しているという辺りはコアカリに入ってもいいかなという気がします。その辺でしたら、たぶん実習をうまく使えば、皆さんとして負担なくそういうことはできる範囲に入ってくるのかなという気はします。

聞き手 実習というのは、生化学とか生理学の実習という意味ですか。

話し手 はい。あまりたくさんものを入れ込むと、たぶんいろんなところでちょっとそれはという声が出てくるかもしれないので、現実的な範囲からするとそういうところはありかなという気はします。

ただ、もうちょっとコアカリという点から離れてしまえば、コアカリという点から離れてしまえば、医学部の学生と話をしている点としては、研究イコール基礎という誤解です。

聞き手 そうですね。私なんか全然違う分野なので、それはよく思います。

話し手 はい。基礎と臨床というふうに言われるわけですけども、たぶん本来言うべきなのは、研究と診療という2つの区分かなという気がします。学生に話をしても、臨床の先生の方が基礎の先生方よりもたくさん論文を書いているよとかいってびっくりする学生がいっぱいいて、症例報告だ、何かいろんな薬の治験だ、何か臨床の先生の方がいっぱい論文を書いていると思うので、それ、そういうのを学生に話をすると、皆さん結構臨床に行く人が多いので、臨床に行く人もそういうのを勉強しなくちゃいけないんだ。臨床研究もたくさんやられているので。そういう意味でさっきの研究と診療という枠組みがいいのか、もしくは、基礎研究、臨床研究、臨床診療という3つの枠組みがいいのか、少なくとも臨床の方でも研究というのは非常にやられているということを学生が理解することで研究に対する関心というのはかなり高まるような気がします。

京都の学生は分からないですけど、金沢の学生は、ほとんど研究イコール基礎研究というふうに思って、臨床の先生方がそれほど研究されているという、論文をたくさん書いていらっしゃるということを実感を持って認識していないケースが多いかもしれません。

聞き手 そうなんです。これも大学によってさまざまなかもしれませんが、あと、臨床の先生方に会おうのが、だいぶ学年が上がってからですものね。

話し手 そうですね。論文の書き方というのを説明したりすることもあるんですけども、将来臨床に言ってもこういうのが必要だと。たまにいろんな方の履歴書を見たり、出てきたりすることがあるので、学生に、ほら、臨床の先生方もこんないっぱい論文を書いているよとか言うと、それをばらばらと見せると、みんなえっ？とかいってびっくりして。自分もそういうのをもう少しやっておかないかなかなというふうに思ってくるような気がします。

聞き手 いやいや、ありがとうございます。ずいぶん先生から見えている景色についていろいろ言葉にさせていただいて、なるほどなと思うところが多いですね。

ちょっと最初に先生が言われた、どのキャリアに進むことになっても最低限必要な内容という性格ですけど、もう二度と聞くことがないだろうから、みたいな考え方なんかちょっとあれですね、捉えていってもいいのかなと思いました。考えるということをコアカリにどう書くのか、あと、藤田先生が言われていた、教育の方法

について何か書けるのかみたいな辺りとか、その辺りがきょういただいたお話かなと思いましたが、やっぱり何といってもインパクトがあったのが、地理と歴史の話かもしれないです。

私自身、結構文系の研究者なので論文自体をストーリーにすることの要素がずいぶん強い分野でして、イントロダクションとディスカッションはストーリーで、メソッドとリザルトがスタディーであるとかいうふうな本を最近書いた人がいて、その本を最近読み始めたところだったので、そちらともちょっと共鳴いたしました。

藤田先生、何かお聞きになりたいことがあればお願いします。

藤田 いや、ちょっとコアカ리를外れていいですか。

聞き手 どうぞ、どうぞ。いいですよ。

藤田 2人、結構別々の道を歩んでるといふか……

聞き手 そうですね、何かそんな感じで。

藤田 基礎研究者育成に関して、学生に対して心がけていることであつたりとか、一家言なんかがありましたら。どのような哲学というか、お考えで日ごろ学生さんに接しているかというのをちょっと教えてもらえますか。

話し手 それはなかなか難しいポイントなんですけども、うちの高校の化学の先生がいつも言っていたのは、教師の役割は学生に火をつけることであるというふうに言っていて、やっぱりそれが一番根本的に大事なかなという気がして、要は、医学部へ入ってくる学生さん、皆さん優秀なので、ある意味火がついてしまえばほっておいてもみんな伸びていくような気がする。それがやらされてる感でやっていると、本来100やるべきものが80になり、70になりだけれども、火がつくと、それが110、120になるというふう思うので、そういう意味で言うと、第一に教員としての役割としては、火をつけて、火がついてくれるということかなという気がして。

そこの火がつくつけ方というのは、方法論みたいに言うとなんかですけども、その人のキャラ、パーソナリティーによって違うかなという気がしてます。

藤田 京大って変なやつばかりやったからね、何かほんまに。北大は本当におとなしくていい子が多かったです。

話し手 たぶん北大も似た雰囲気があるかなと、たぶん。

藤田 おとなしいから、言ったように、何か勝手に1人でドライビングコースをつくってば一と行くという学生もいたことはいたけど、結構少なかった。やっぱりちょっと学生に応じて若干変えるというのは僕も感じてる場所ですね。

話し手 はい。ちょっと火がついたら、どうやったら伸びるかという、少し方法論的なところも少し入れて、伸びるというのを実感してもらえば、それで自走できる、自分で走っていけるようになっていくという感触はあります。

藤田 あと、僕、学部、今、学部の学生の面倒を見る機会が結構あるんだけど、結構難しいよね。大学院生はずっといるから結構教育するのは簡単だけど、週に1回来る学部学生をいかに、火をつけるのも結構難しいよね。でも、何か1週間に1回ぐらいしか来ないお客さんのような学生、でも、僕も実は学部のときは本庶研とか行ってたけど、そんなにしょっちゅう行ってたわけやなかったんで、でも、何となくいることによって、何かおもしろいなどという、そういう感じだけでも結構よかったので、1週間に1回ぐらい来る学生をどうやって扱うかというのが、ちょっと、僕、今、まだ考えあぐねてる場所かな。そこがちょっと難しいなど。

話し手 その辺も、例えば、もし火がつけば来る頻度も増えてくる。

藤田 確にな。

話し手 うん。というふうに、結構みんな、いろんなおもしろいと思う、やりたいことがいっぱいあって、優先順位の高いものからやっていくと思うので、おもしろさの優先順位が上がってくれば、じわじわと頻度というか、時間も増えてくるような気もする。

藤田 そうやな。でも、火はたぶん自らつけるところもあるからな、結構。

話し手 そうね。その辺はなかなか。全員が全部、そんな簡単につくわけでもないというふう思うので。

藤田 僕、だから、コアカリというからには、コアカリにどこまで書くかというのは非常に難しいなと思うんだけど、ただ、そういう基礎研究をやりたいと言ったときにこうするべきだ的なことはコアなのかな。それは、でもどこの大学でもやっぱり何か、基礎研究をしたいとかいう学生に対してはある程度のはずすべきだとは思うね。でも、それをどう書き込むかというのは非常に難しい課題ですね。まったく書かないというのもちょっと違うんじゃないかと思ったりするし。難しいですね。

話し手 あと、話がちょっとそれてしまう面もあるんですけども、あともう1つは、さっきの藤田先生の延長線上でいけば、あともう1つやっていることは、ロールモデルを見せるということ結構やっていて、金沢出身の、それなりに活躍している人が実はこんなにいるんだよという。例えばレビー小体病という神経疾患を見つけたのは金沢のOBで、小阪先生とおっしゃる先生なんですけども、例えばそういうようなOBの活躍していることが書いてあるような小冊子とかをちょっと見せたりすると、もしかするとおれでもできるかもというふう思ってくれたりもするので、そういう意味で言うと、到達できる範囲のロールモデルというのを見せるというの結構有効なんじゃないかなと。

聞き手 あれですよ。国内にとどまらず、世界各国にいろんな人がいてみたいな、ロールモデルの話になるとさらに幅広くいけたりもしますね。

話し手 その辺はちょっとコアカリに入るかどうか分かりませんが、あと、たぶん完全に雑談であれんですけども、コアカリとは関係ないと思うんですけども、例えば今、臨床系ですと認定医専門医があつて、それがやつ

ぱり研究に入ってくるタイミングなどを遅らせたりとか、なかなか研究に来る人を減らしているという面もあると思うんですけども、さっきのスタンスで言うと、やはり臨床の先生方もきちんと研究するということができる能力を身につけるといことが非常に大事だと思うので、例えばやっているところがあるのか分からないですけども、専門医を取るときには博士が必要だみたいな、例えば認定医、専門医、その上にもう1個、例えば高度専門医か何か、もう1個つくって、そこだと資格を取ろうと思うと博士号が必要だみたいな感じの枠組みを臨床の側もつくってくれると、もう少し臨床に行く人、臨床の方を考えていても研究に入ってくる人が増えてくれないかなという気がします。

聞き手 私の知っているだけでもいくつかのメジャーな内科とかなんかは、専門医の資格に最近論文を課すようになってきていますので、学位まで行かないですけど、学術的な要素をとというのはありますね。

それから、あと、今回の改訂作業は直接は関与しない可能性もありますけど、臨床実習をより実質化させることで臨床研修の期間を短くできないかという意見はずっとあちこちから出ていて、そこに何か切り込めないかみたいなように個人的には思っていますし、もうちょっとえらい先生方なんかの中でもそういったご意見がある方もおられるし、臨床研修制度は、それこそ京大のご出身の福井次矢先生が採用したので京都が犯人みたいなところもあるんですけど、作った人間が壊すというぐらいの気概があってもいいなという気はします。福井先生はちよっと頑固ですけどね。この辺は全部オフレコです。

ありがとうございました。すみません、お時間を長くいただいて。

話し手 いえいえ。

聞き手 最後、先生の方から教育全般、学生の教育に関して、もし何かお話ししたいことがあれば何って、それでおしまいにしようと思うんですけど、何かございますか。

話し手 いえ、僕は特に。今までお話しさせていただいたことで十分かなと思います。

聞き手 何度も言いますが、ストーリーをとという話が非常に私は響きました。というのは、今のコアカリの構造が真逆ですものね。なので、非常にそうだなと考えさせられました。

藤田先生の方から何かお聞きになりたいことは？

藤田 これは難しい話やなと思って聞いてたんですけども、ストーリーであったり、歴史を語るというののもかなり能力の高い教授やないと、たぶんでけへんのじゃないか。

聞き手 確かに。

藤田 やっぱり一番、僕、医学教育の問題点は、例えば生理学とか、全然生理をやってへん人がいきなり教授になって、全然専門でない教科を教えるというのがまかり通っているというのが医学部だと思うので、そういう意味ではある程度の標準化した題材をやるというのは理にかなっているかなと思うんですけども、でも、そこも知っている知識だけを教えるのではやっぱりおもしろいから、そこにそういう歴史とか、そういうのを含めた標準的な、レベルの高い教育を施すというのが重要な。話を聞いてて、やっぱり、標準化、最低限のやつを教えるというのは知識だけを詰め込むのでええのかなと思ったんですけど、そのレベルを上げるというのが結構重要な。やっぱり歴史を教えるというのは僕も非常に重要やと。歴史を知らないと、何でそういうふうになってきたかというのが分からないので。

聞き手 そうですよ。

藤田 だから、その、何か標準化するにしても単に知識を教えるだけじゃなくて、そこら辺の医学の本当に重要なところも教えるようなレベルの高い教材を作る必要があるなとあらためて思いましたね。

聞き手 たぶんやるべきことはたくさんあって、少しずつしかたぶんできないと思うんですけども、いろいろまた、私なりに、私の立場からいろいろやっついこうと思いますが、河崎先生にも、もちろん藤田先生もですけど、お力添えをいただきたいと思いますので、今後ともよろしく願います。

話し手 とんでもない。きょうは適当なことを言いまして、申し訳ありません。

聞き手 いえいえ。ちゃんと編集作業はします。どうもありがとうございました。

話し手 とんでもない。ありがとうございました。

(終了)

● インタビュー要旨

インタビューー 藤田眞幸教授（慶應義塾大学医学部法医学教室教授）

日時：令和3年6月17日 14:00-15:00

参加者：島田

1. ご自身の基礎医学研究者としてのキャリアについて
 - (ア) 学生時代、がん検診普及活動の実習のために病理学教室に癌のスライドを借りに行ったのを契機に、教室に出入りするようになりそのまま大学院へ。
 - (イ) 幼少時の法医学者との交流、法医学の教授との出会い、講師になってからの法医学へ転進、病理学の教授も最終的には快諾して、その後も支援。
 - (ウ) 法医学で対象とする事例の半分は病死であり、医療の関与が問題になる事例も増え、法医学に進むには病理学の基盤はたいへん役に立つ。また、米国では必須。

2. 基礎医学教育の課題
 - (ア) 生命科学をよく理解し、また、探究する姿勢が、医学の大きな進歩に繋がる。
 - (イ) 臨床医となる場合にも、基礎医学を深く勉強することが、長期的には役に立つことは分かっているが、進級、CBT、国家試験など直近の利害に向かう学生が多い。

3. 医学教育モデル・コア・カリキュラムの内容について
 - (ア) 法医学関係の内容の記載があまりにも少ないために、法医学の存在意義が十分に伝わっていない。死後診断など、目の前の患者の治療とは関係のない「法医学的診断」の社会的意義をしっかりと理解してもらう必要がある。
 - (イ) 「児童虐待」、「個人識別・親子鑑定」、「医師法」などの記載も不十分であり、臨床実務上も重要となる法医学的項目の記載を追加する必要がある。

4. コアカリに研究者育成に関する内容をどの様に盛り込むか
 - (ア) 基礎医学を最小努力で表面的に勉強する学生が増えているが、基礎医学の中で興味のある科目を1科目でも本格的に勉強しなければならない制度を作れば、基礎医学の面白さや重要性を理解する学生が増え、研究の道に進む人材も増えるのではないかと。
 - (イ) CBTや国家試験に基礎系の指定科目を毎年1つ設け、その科目ではより詳しい内容を出題することにより、学生が本格的に基礎医学を勉強する機会をつくる。

5. その他
 - (ア) 現在、CBTが臨床実習のための資格試験のような位置付けになっているが、基礎医学の修了試験としての位置付けも明確にしておくことが大切である。

● 逐語録

【インタビューの内容】

島田：こんにちは。よろしくお願ひします。本日は慶應義塾大学医学部の法医学教室の藤田眞幸教授にお時間をいただきました。以前にメールでご説明いたしましたが、現行のコア・カリキュラムは平成28年に改訂されたものですが、今回、次の改訂に向けて取り組みを始めました。そこで、最初に平成28年度改訂の現行のコア・カリキュラムの問題点などをある程度洗い出して、次のプロセスでそれに対してどの様に改訂したら良いのかを考えていくこととなります。我々のグループの担当は基礎医学教育なので、最初に様々な分野の基礎医学の教育に携わっている先生方から今の問題点や、良い点も含めて忌憚のないご意見をいただきたいと考えております。

ただ、多くの先生方にいろんな分野の幅広いご意見を伺っていますので、先生の意見がダイレクトに反映されるとは限らないので、そこはご了承ください。一方、そういうことなので、自由にご意見を出していただくことを歓迎しますので、よろしくお願ひします。

最初の質問ですが、藤田先生が基礎医学の研究者になろうと思ったのはいつ頃からですか。

藤田：まず、私と基礎医学との係わりについてお話しすると、学生時代、阪大では基礎講座配属というのがあって、4年生の学生が基礎講座に3ヶ月くらい配属されることになっていました。私は小学校のとき、隣に法医学の先生が住んでいて、今から思うと変な話ですが、法医学のお話を聞いたり、教科書をみせてもらったりしていましたので、その影響があったのか、法医学教室に行って検死に連れていってもらったり、覚せい剤の実験をしたりしていました。

5年生になると、夏休みに、公衆衛生学の実習があり、過疎地で集団健診についていくことになりました。そこで、「藤田君、地域の人達に『胃癌と子宮癌の検診を受けましょう』という啓発活動をやってくれないか」という話になりましたので、病理病態学教室（現 病態病理学教室）に、胃癌と子宮癌のスライドを借りに行ったんですね。それがきっかけで、病理の教室に病理診断の勉強をするために顕微鏡を覗きに行くようになりました。5年生、6年生は、昼休みとか放課後の時間が空いているときに出入りしていましたが、そうこうしているうちに、なんとなく病理に入るということになってしまったということです。

法医学にも興味はあったのですが、法医学は病気を治すという感じではない、医療とはあまり関係ないという感じがして、もう一つ躊躇するところがあって、結局、病理病態学教室の方に入ることになりました。

島田：卒業したら多くの学生が臨床に行くわけですけども、先生はいきなり卒業してすぐに基礎に行ったんですね。

藤田：わたしは、やはり臨床医にもなりたいという気持ちはありましたが、臨床医学を知った上で病理診断をやりたいと思っていたんですが、当時の教授が、「卒業してすぐ入らないとだめだ」というので、卒業してすぐに入りました。病理学に入った経緯はそういうことですが、もう一つ私を決意させたのは、当時、野村克也監督が、「なぜキャッチャーになったか」という話がありましてね。野村監督は、ポジションを取るためだというふうに言っておられました。やっぱり若いうちに研究する環境、条件を得るといことも大切だと思いましたので、臨床医になりたいという気持ちはありましたが、卒業してすぐに病理学に入ることにしました。

島田：今の学生は研修医制度とか、専門医制度とか、我々の時代に比べるといろいろな制度があって、なかなかいきなり基礎に行くリスクや、心配、そういうことを考えますけれど、先生の場合は、ただ単純に基礎が面白いから興味があるから基礎に行ったのでしょうか。

藤田：今の制度だと、研修をしないで、いきなり基礎に行ったのでは、保険医にもなれませんし、問題があるというか、非常に不利な立場になると思います。

当時でも、そういう面は若干ありましたが、当時はまだ、今のような臨床研修制度ははありませんでしたので、わたしの場合、父親の知り合いの病院で基本的な手技について教えてもらって、内科の簡単なアルバイトさせてもらったりしていました。また、病院にも病理診断に行ったりしていましたので、経済的にすごく困窮することはありませんでした。したがって、「基礎に行くリスク」という感じはありませんでしたが、それでも、当時は、「病理」はまだ、標榜科、つまり「病理診断科」にはなっていませんでしたので、病院に行くと、なんとなく仲間はずれという感じはありましたね。

島田：先生は、その後、病理を10年程やられて、それから法医学に転向されたんですね。その経緯とか、考え方とか、きっかけはどういうとこだったのですか。

藤田：先ほど申しましたように、法医学教室には学生時代から出入りしていて、法医学に非常に興味がありましたが、法律の勉強などもけっこうやっていたわけです。病理学を始めて7年余りが経ってアメリカに2年半留学したわけですが、アメリカでは犯罪というものが社会の構造において1つの重要な要素になっているということを実感しました。そのような中で、病理をやって11年目、何か変わったことをやりたいなど思っていたときに、ある先生の退官記念パーティーで、たまたま阪大の法医学の教授に出会いました。そして、その先生に、「どうや、法医学をやらんか」と言われました。当時、私は既に、病理の講師、それも学内講師ではなく、正規の講師になっていましたので、「もう、既に講師になっていますし」と言ったのですが、「それやったら、幕下付け

出しからや、学生横綱は序の口からやらんでええのを、知っとるやろ、講師からやらしてやるわ」というふうに言われました。こういうことを言っただけなんです、当時わたしは結婚して、奥さんが女医さんで、経済的にも余裕が出たというか、あまり困窮とか、そういうことを心配しないで済む状況でしたので、「じゃあ、やってみるものやってみるか」という感じで、病理学では、若くして講師にまでしてもらっていて、申し訳ない気持ちもありましたが、法医学に転身してみることにしました。当時、アメリカでは、たくさんの転職する医師をみていましたので、違和感はありませんでした。

また、当時、臨床を少し勉強してみたいということで、消化器内視鏡を1年ぐらい習っていたんですが、そうしていると、胃潰瘍の状態なんかは、病理組織標本を見ているよりも、ずっとよく分かるんですね。やはり、人体病理の診断というのは、臨床と一緒にやれるものなら、その方がずっとやりやすいという感じがして、病理だけやっていると、あまり面白くないなという気になったんです。病理学の総論的な研究をやるのなら、最初から病理でいいんですけど、教授が退官して、新しい教授になって、教室全体が人体病理の講座に変わってしまい、私がいた病理の教室では周りが殆ど臨床出身者でしたので、わたしの様に臨床出身じゃない人は、むしろ、マイノリティーになってしまっていたという面もあったと思います。

法医学に転身したいと思うようになって、病理の教授に、「法医学に転身したい」と申しあげたら、「頭おかしくなったのか」と最初は言われましたけど、「そこまで言うんだったら、頑張りなさい。教授になったら病理学会にシンポジウムで呼んであげるから、必ず教授になるんだよ。」と仰ってくださいました。実際、私が教授になった後、その先生が病理学会を主催されたときには、2つのメインシンポジウムのうちの1つとして、「病理学と法医学の架け橋」というシンポジウムを私に担当させてくださいました。また、わたしは、病理をやめてからも、病理学の同窓会の学外幹事や非常勤講師をやらせてもらって来ています。

そういうふうに出る側も寛容でないと、こういうことはなかなかできないと思います。出ていく人間に対して、「医局を裏切った」みたいな感じの雰囲気がある医局だと、私のような展開は難しいと思います。基礎の教室というのは「入るのも自由、出るのも自由」というようなところがないと、「一度入ってしまうと、もう出られない」というような感じになっていると、誰も入ってこないのではないかと思います。わたしの場合、出て行ってからも、そういうふうに出る側も、その先生に応援していただいたわけですが、そういう姿を見ながら、あそこへ入っても大丈夫という感じで、臨床の先生も、その教室に、「心配せずに」来るようになったわけです。その面では、この展開はお互いにとってよかったように思います。

島田：昔は基礎の教室間で行き来が自由で、試薬がなくなったら隣の教室にもらいに行ったり、若い研究者も一緒に育てているような雰囲気がありました。逆に考えると、法医学をやっていく上で、病理学のベースがあったということがメリットになると思うんですけども。その後、法医学に進んでから、病理学をやっていた良かったと思うこととか、あるいは逆に最初から法医学一本でやってた方が良かったかなとか、キャリアとしてどう考えますか。

藤田：最初に病理学をやっていたということですが、アメリカなどでは、先に病理学を3~4年やらないと法医学に進めないことになっています。実は、法医学で対象とする事例の半分余りは病死なんです。事件かもしれないので、法医解剖をして調べてみた結果、病気で突然死したことが判明するというようなことは、法医ではよく経験されます。そういう意味では非常に役に立ちました。それと、もう1つは、医療過誤の事例では、かなりの病理学的知識が求められます。この点でもたいへん役に立ちました。もっとも、病理学と法医学では、基礎知識はかなり共通していますが、後ほど、詳しくお話させていただきたいと思いますが、視点は、かなり異なります。

たとえば、医療過誤が疑われる事例があったとしますと、病理解剖であれば臨床から出された情報をもとに、わからないことを解剖して調べるといったようなスタンスで行われるでしょうが、法医解剖の場合には、臨床から出された情報も、それが本当に正しいかを吟味しながら解剖を進めるという感じになります。このようなところが、法医が臨床医に嫌われる所以なのかもしれませんが、これは、担当した臨床医のためでもあります。と言いますのは、実際、裁判では、臨床医の情報が裁判官にすべて正しいものとして扱ってもらえるとは限りませんので、こういった点については、よく調べてはつきりとさせておく必要があるわけです。

そういうふうに出る側も、法医学の診断では、一見、誰が見ても正しいと思われるようなことでさえも、当事者の大きな利害に絡むことについては、反論が出てくる可能性があります。なので、それをひとつひとつ検討しながら進めていかなければならないという点が、病理診断とは、かなり異なります。通常、法医が扱う事案では、利害が対立している加害者と被害者がいますので、ある診断を出したとき、その診断結果はどちらか一方に不利に働くことになります。そして、不利になる側からは、なんらかの反論が出てくる可能性があるという構造になっているわけです。そういった利害に絡む反論には、ときとして屁理屈と思われるようなものさえあります。そのような法医学的な視点をもって診断していかなければならないという点では、病理と法医はかなり違うんですが、基礎的な知識という点では、病理学の知識は法医に非常に役に立ちますし、必須です。

いきなり法医に入った人を批判するわけでは決してありませんが、現在の法医を育成する中でも、もう少し病理学的なトレーニングをするのが本当はよいと思います。

島田：非常に分かりやすい説明で、論理的にも病理学をマスターした上で法医学に進むということが、理想的なように思いました。一方、先ほどの先生のお話からすると、最初からそういうことを狙っていたのではなく、いろんな先生との出会いがあり、声をかけていただいて、それを素直に受け入れて進んで行った結果、理想的な私たちになったのでしょうか。

藤田：いろいろな人との出会いの中でそうなれたということですね。とくに、もう1つは、わたしが慶應義塾大学の教授になった頃には、時期的に医療関連死の問題がかなり論じられていた時期でしたので、病院で勤めた経験があって、病理も法医も両方やっている人がいいというような意見もあり、そういう流れの中で、わたしが教授になったという面もごさいます。

島田：なかなかいい良い話を聞かせていただきました。今日は1時間を目安にしていますので、ちょっと次の話題に移らせていただきます。続いて、今現在、慶應義塾大学での実際に基礎医学の教育に携わられているのですが、全体的に見て基礎医学としての課題などありますか。

藤田：かなりの学生さんが、基礎医学の勉強はほどほどにして、臨床のことを早く学びたい、つまり基礎医学を学んでいる時期から、臨床のことを一生懸命勉強し始めたいという学生さんが増えてきているような感じがするんですね。うちの大学は、まだいい方ですが、全国的には、この傾向が、もっと強いのではないかと思います。臨床医になるという、目的に応じた勉強、これはわるいことではありませんが、やはり、基礎医学から、思いもつかなかったような、新しいものが出てくるという面もあるということをお学生さんには知っておいて欲しいと思います。

基礎医学の研究は、真実を探求するという気持ちで進めることが重要ではないかと思います。研究の目標を、「役に立つ」といったところだけに絞ってしまうと、その時点から視野が狭くなってしまいうような面があるとあります。しかし、そういうことを、ただ学生さんに言っても、今日、なかなか理解してもらえないでしょう。そこで、いくつかのわかりやすい例について話してみます。例えば、我々の学生時代、いや、その少し前の時代には、医者の方々は、大腸菌のタンパク合成の研究をしている人について、「大腸菌の研究なんかやっても医療には役に立たないでしょう、ネズミならまだしも…」と笑っていたものです。しかし、結局はその頃の研究がもとになって、インシュリンの人工合成が可能になって、それが医療に大きく役立つようになっていったわけです。

あるいは、本庶 佑先生がPD-1抗体を発見されたというのも、そのようなものをはじめから目指しておられたという面がまったくないわけではないとしても、長い間、免疫機構について研究しておられるうちに見つかったのではないかと思います。

画期的な展開は思わぬところから出てくる場合もありますので、こんなふうには、何か別のことをやっていて、医療の進歩につながったような例を示すことによって、学生さん達に基礎医学の大切さについて納得してもらうことが重要ではないかと思います。

目の前の目的に近いこと以外はやらないっていうんじゃないで、やはり生命というものを理解するということが医学の大きな進歩に役立つということを、実例をもって教えることによって、基礎医学を勉強するモチベーションを向上させるというふうなことが重要じゃないかと思うわけです。

また、これは基礎医学の中でも、かなり臨床に近い話ですけれど、病理学総論をしっかり勉強しておく、自分が初めて見た病態に、論理的なアプローチができます。診療で、どうやってもわからないような病態に出くわしたとき、臨床医の多くは、自分の臨床経験で処理しようとしています。頻度を考慮して経験で処理するというのは、短時間でたくさんの患者さんを診る上では、たいへん重要ですが、どうしてもわからない病態に直面したような場合には、いちど病理学総論に立ち返って、理論的な面からいろいろな可能性を考えてみる必要があります。実際、私は以前、治療に全く反応せず、原因がわからないという髄膜炎の患者さんについて、そういうことなら、自己免疫疾患によるものである可能性も検討してみてもどうかという意見を述べたところ、「そんなものは聞いたことがありませんね」と一笑に付されたことがあります。しかし、後日、その方はSLEによる髄膜炎だということが明らかになったという経験があります。

島田：先生のおっしゃるとおり基礎医学の重要性や大切さを学生が理解することによって、学生の基礎医学の学習に対するモチベーションが上がってくれたらと思うのですが、そのことについて慶應義塾大学では何か工夫されている点はありますか。

藤田：慶應義塾大学でも大阪大学の基礎講座配属と同様のことを、「自主学习」という名前で行っており、一定の効果はあげています。

全般的なお話をすれば、学生さんのモチベーションを上げるには、「基礎医学は大切なんだ」と言うことだけでは、どうもだめなような気がするんですね。今の学生さん達の場合には、「それを学習すると有利になる」というような面もないとうまくいかない面があります。

学問的に純粋なモチベーションと、利害に関係したモチベーションの両方が必要だと思います。今日のように、社会全体が利害中心になってくると、どうしてもそうなってしまいます。

基礎医学を軽視といいますか、今は、とくに直近の利害にのみ関心を示す若い人が多い傾向が強いですね。そこがものすごく大きな問題なんですけど、そこは、どうしようもできないでしょう。だったら、そういう傾向を逆に利用してでもいいから、とにかく基礎医学の勉強を本気でし始めてもらう機会を提供することが大切です。勉強し始めてもらったら、そのうち面白くなっていくという場合もありますから。-

基礎医学を勉強した方が、長期的には有利になるということは誰でもわかってはいます。なのに、そうはしないわけです。なので、いくらそれを強調したって無理です。むしろ、基礎医学を一生懸命勉強することが短期的に有利になるような制度にしてみるというのはいかがでしょうか。

島田：それは、例えばどんな制度でしょうか。

藤田：例えば、基礎医学のことをよく勉強した人は2ヶ月間休みがもらえるとかですね。休みというのは、遊べるという意味じゃないですけど、たとえば研究ができるとか。そういうふうになれば一生懸命勉強しているうちに、最初は利害でやり始めたことも、やがて面白いと思いはじめめる可能性って、けっこうあるんじゃないかと思います。

島田：そうですね。大学によっては臨床実習の中で選択期間の際に、基礎医学を熱心にやりたい学生には基礎の教室での研究を選択にできるような制度を取ってる大学もあるようです。全員ではないですが、基礎に興味を持ってる学生はそれを伸ばせるような余裕が、カリキュラムにあったらいいですね。それで、ここまでは基礎医学全体としての話だったんですが、法医学、あるいは法医学会という立場から、日本で法医学を育成する上での課題についてどう思われますか。

藤田：わたしが慶應義塾大学に来て法医学の講義をしてから、10人ぐらいの学生さんが、法医学に興味があると言って来てくれました。しかし、今の学生さんは、よくもわるくも、将来設計を非常によく考えるという面があります。「話を聞いてみると、これでは経済的にやっていけない、先生の場合、奥さんが医者だからいいけど、自分は医者と結婚するかわからないので、僕にはできません。」となってしまうわけです。

法医学には興味があるが、将来臨床に行ってから法医学について勉強したいという人もいましたが、臨床研修をしている間に考えが変わった人も結構いて、なかなかこれは難しいですね。僕らの時代には、経済的に将来どうなるについては無頓着に、先へ進んでしまう時代だったけど、今の学生さんはものすごくそれを考えるので、ちょっとそこら辺も解決していかないと難しいですね。

もう1つは、法医学はやはり医療からは少し離れた分野です。わたし自身も卒業してすぐに法医学に入らなかったのは、医療から離れているという面が気になったからです。社会的な重要性は理解できたとしても、「患者さんの命を救う」という、一般的な医学生が抱くイメージからは大きく離れています。

今の最大の法医学の問題は、わたしも法医学会の中でも、これ申し上げているんですけども、専門医制度から外れているということです。法医学をやっていると、解剖などの業務があつてすごく忙しいのに、同級生の中で1人だけ、いや4~5学年の卒業生の中で、おそらく自分一人だけが、専門医じゃなくなる、これは納得いかないでしょう。

これは絶対に解決すべき問題だということで、今、なんらかのかたちで専門医制度と係わりをもつことを提案しています。例えば、病理専門医や総合診療医あるいは、その他の専門医などを取得後に法医学になるなどの道を今は検討していますが、統一的な意見には至っていません。法医学解剖の執刀者には、医師免許がないと事実上なれない(警察の内規でそうなっているが、白骨死体などでは人類遺伝学者が解剖する場合もある)という面はありますが、医師としてのアイデンティティーが少し乏しい感があります。専門医制度を通して、医師としてのアイデンティティーを確立して、それを学生にも認識させることが重要ではないかと思います。

島田：今の話は卒前から卒後にかけての話でしたが、医学部の学生の教育に限ったところでは、法医学としての教育課題は、どの様にお考えでしょうか。

藤田：これはコア・カリキュラムの内容とも関係してくるんですけど、今のコア・カリキュラムでは、法医学の存在意義が伝わりません。法医学的診断がどのように社会的に影響を与えるかとか、そういうことを、わたしは講義で教えているんですけども、まずは、それを学生さんに浸透させることが重要だと思っています。

島田：コア・カリキュラムは、今でもカリキュラムの総量が多いので、どうやって内容を減らすか、スリム化できるかということが作業部会の検討課題でもあるのですが、やっぱり記載を減らして最低限必要なものが残ってくると、学問の科学的な中身ばかりが残って、今、藤田先生がおっしゃったそれが社会に対してどういう影響を与えるのかという意義の説明を飛ばして、覚せい剤の検出方法とか、科学的な記載にいきなり行ってしまう可能性があり慎重な対応が必要ですね。もしコアカリで、先ほど先生のお話のような社会に対する影響や意義についてしっかり入れるとしたらどのようなやり方が良いですか。

藤田：コアカリ全体からみると、法医学がごく一部であるというのは当然でしょう。やはり内科、外科が主体になるというのはよくわかるんですけど、法医学については、もう少しは増やしてもいいのではないかと思います。法医学にも関連している臨床の項目、例えば中毒や熱傷などのいくつかの項目もありますが、法医学独自の項目は、「人の死」や「死と法」というところに少しあるだけなんです。最も重要なのは、法医学的診断の社会的意義を知ってもらうことではないかと思います。細かい診断がどうなっているかということよりも、なんのために調べるのかを理解してもらう必要があります。大部分の臨床医が、「治療に関係しない死後の診断は、適当でいい」と思っているのが実状です。

法医学的診断の意義としては、事件や事故の当事者にとっては、刑事や民事の法的責任を明らかにするということがあります。医療事故では医師免許に対する行政処分という問題もあるでしょう。また、例えば、事故と関わっていたものが自殺と判断されたような場合には、保険金が一切払われなくなってしまう場合もあるわけです。また、遺族感情や死者の名誉の保護という問題もあります。そういった当事者に関係した問題とは別に、社会全体に関係する問題として、犯罪の発見や抑止とか事故原因の究明と再発防止という意義があります。また、突然死について調べることによって保健政策にも役立つかもしれませんし、臨床医学の進歩にはそれほど役に立つかわかりませんが、例えば外傷後の死亡における病態の解明などに、多少は役に立つかもしれないですね。

そういうふうなことで、死んだ人の診断には、臨床での治療とは別の社会的意義があるということ、ここをまず理解していただくことが大切です。残念ながら、さきほど言いましたように、「死んでいるので、適当でいいだろう」というのが、多くの臨床医の認識なんですね。すべての病院でそうかは知りませんが、研修の間もそういうふうに教えてもらっている面もあるように思います。

このような、治療目的以外の診断の意義を理解できるような項目を作っていかなきゃいけないわけです。実は、こういった理解は、臨床の業務の中でも大切なんですね。例えば、交通事故による外傷や、その後遺症の重症度を診断することは、直接治療には結びつかない場合もありますが、社会的には重要です。それが理解できていないと、例えば、目の前の患者さんにお金が出るように診断してあげたら、いいことをしたと思ってしまうかもしれません。しかし、実際は、加害者に不当な責任を負わせているわけですから、大きな問題に発展してしまいます。そういうことが理解できるように教育する必要があります。

それから、「死後診断」というのは、医療の基本である「診断」と「治療」のうちの「治療」の部分が全くないので、みんな簡単だと思いがちです。ですが、「診断」そのものに限って言えば、非常に難しいんですね。心電図はとれませんし、死んだ人はどこが痛いかも言ってくれませんし、バイタルサインは当然ながらみんななしです。たしかに、実務的には、警察の側からすると、病死ということさえわかれば事件性が否定できるので、あとはどうでもよいというような場合もあります。そのように、社会的に臨床ほど細かい診断が求められる場合もあるので、なにかやさしいような印象を与えちゃうわけですが、正確な診断をすることは、実は非常に難しいわけです。

死後診断の特殊性というのはやっぱり知っておかないといけないということですね。それから、死後だからこそ必要になる、例えば、死後経過時間(死亡時刻)の推定とかですね。こんなのは、臨床医は気にもしないことではないかと思います。しかしながら、まあ、そんなにあることではありませんが、例えば、病棟の廊下で患者さんが亡くなった状態で、早朝に発見されたようなときには、いつ亡くなったのかは、重要な争点になってくるでしょう。

コア・カリキュラムには、「死亡診断書と死体検案書を作成できる」というかたちで、いちおうは書かれています。が、「死後経過時間(死亡時刻)の推定法」とか、もう少し踏み込んだ項目も記載して、項目を見ただけで、ある程度どのような課題があるのかがわかるようにすべきじゃないかと思います。臨床の部分では、コア・カリキュラムの項目を見ただけで、どんな課題があるかわかるんですけど、法医の場合は、項目が少なすぎて、あまりわからない印象を受けます。

いろいろあげればきりはありませんし、コア・カリキュラムに、詳しいことを全部書く必要はありませんが、これだけは記載しておく必要があると思うのは、損傷の法医学的な診かたではないかと思います。

犯罪を示唆する損傷、自傷か他害かということも重要ですが、とくに臨床医が知っておかなければならないこととして、「虐待を疑うべき損傷・状況」があります。今のコアカリには、虐待の項目もありますが、「児童虐待を概説できる」みたいなことしか書いてありません。児童虐待の場合、通常、養育者が反復して行っている人為的な損傷ですので、子ども単独ではできない損傷です。また、人為的であるというのは、偶然にしてはおかしな分布をする損傷です。例えば被覆部、つまり服に覆われたところに集中しているとか、好発部位にはないということなどです。また、反復継続して行われる場合が多いので、新旧さまざまな損傷がある。色の違うような皮下出血があるとかですね。あるいは肉体的、精神的支配下で行われますので、例えば規則的な配置をしているとか、性器損傷があったりするわけです。性器損傷というのはたまたま、そこを打つという場合もありますけど、人為的な、肉体的に、あるいは精神的に一方的な力関係があるときに可能な損傷です。あとは具体性、再現性のない親の説明とか、また、親の説明と話が合わないような損傷。こういうことを見極めるというのは、少なくとも小児科医や整形外科医などは、よく知っておく必要があると思いますが、今のコアカリにはありません。

親子鑑定などについても、「個人識別の方法を説明できる」としか、書かれていませんが、この種の検査でもっとも重要なことは、その結果が、夫婦間の利害、家族関係や子供の福祉に大きな影響を与えるということです。したがって、法律家を交えずに、臨床医が親切でやってあげるというのはまずいでしょう。また、採取された検体が、途中ですり替えられていないということが最も重要な大前提です。「患者さんからもらった検体を調べてあげたら親子だということがわかったので、診断書を書いてあげた」というようなことでは困るわけです。直接、調べる人達から検体を取らないと検査したことにはならないわけです。厳密に言えば、郵送による新型コロナウイルスの検査なんかも、コロナ陽性なら不利益になるという状況では、コロナ陰性の人の唾液を送ればいいということになるわけです。社会的な影響を与えるような場面で診断をする人は、こういったことが理解している必要がありますが、今のコアカリでは難しいと思います。例えば、「個人識別の方法とその実施上の注意点を説明できる」としてみてはどうかと思います。もちろん、これは臨床検査でも同じではありますが、法医学では、この部分こそがたいへん重要なので、強調しておく必要があります。

それから、あとは意外に医師免許の条件とかですね。医師免許というのは、臨床実習をする上での医師免許の位置付けというのはかなり詳しく述べられているんですけど、医師免許の欠格事由とか、停止、取り消しなんかについてはあまり何も書かれていません。医師法について学ぶようなかたちでしか書かれていませんね。

それから、「紛争の回避について」ですが、これはちょっと知っておいて欲しいけれども、コアカリには入れにくいかもしれません。つまり、何がしたいかということ、例えば、肩が触れただけで人を殺そうと思う人はいませんが、そのときに、「なんだ、それぐらいのことで」みたいな態度を示したときに、「殺すぞ」という気持ち芽生えてくるわけです。それは要するに、大した医療過誤はしてはいないんだけど、「これがなんか問題ありますか」みたいな態度を医者が取ったときに、「訴えてやる」という気持ちになるわけです。そういうのをどこで教えるかって、項目としては挙げにくいんだけど、ある意味では、「コア」な部分じゃないかと思えます。倫理のところで教えるか、何で教えるかは決めにくい面はありますが、わたしの大学ではメディカルプロフェッショナルリズムという科目があって、そこで、わたしが教えています。もちろん、コア・カリキュラムで全部を網羅することは非常に難しい。し、今のコア・カリキュラムも結構よくできてはいるけど、法医のところは、わずかに数項目が挙げられているだけですね。あれを見たら、法医は勉強しなくていいというメッセージしか伝わらない、わたしは残念に思っています。

島田：なるほど、今、先生に挙げていただいた法医学的な視点は、臨床医学の視点とは異なる角度から社会的に医学・医療を見つめる非常に重要な視点ですね。たしかにコアカリの法医学の項目に、先生のおっしゃった意義や重要性を伝えるための記載は必要ですね。話は少し変わりますが、色々な科目で、昔に比べると授業時間が圧迫されてきて実習が減ってきているという問題を挙げられているのですが、法医学の実習についての現状をお聞かせ下さい。

藤田：昔は解離試験などの、法医学でしかやらないような検査の実習とかもありましたが、時間が限られており、そういう検査を将来やる人もほとんどいないということもあって、今ではやっていません。法医学の実習では、事例の写真を見て診断を行うという演習を行っています。また、医師として避けて通れないこと、つまり死亡診断書・死体検案書を書くという実習を重点的に行っています。本当は、もっといろいろな実習を行いたところですが、法医学の講義数がかなり減りましたので、かなり内容を絞って行っています。

島田：情報過多になっているためか、今の学生が自分で考える前にネットで検索し、自分で考えなくなっているかと心配している先生もおられます。また、実習とか演習では考える機会が与えられるのではないかという意見があります。演習の様な授業方法では、課題について学生に考えさせる訓練ができていますか。

藤田：完全にできるかどうかは分かりませんが、一応そのときは一生懸命考えてくれます。ただ、問題は、ずっとそれが頭の中に残ってくれているかですね、実習ではよく考え、テストでは、ほとんど完璧に答えてくれるのですが、卒業して研修が終わったころには完全に忘れてしまうわけです。これは基礎医学だけの問題ではないでしょうが、教育者としては、大きな悩みですね。

島田：それから、法医学は基礎医学の中でも特殊な位置だと思うんですけども、今カリキュラムの前倒しとか、CBTとか、いろんなことがあって、何年生のどの時期に教えるべきか、法医学の場合ではどうお考えですか。

藤田：ほんとは、臨床医学をしっかりと勉強した5年生くらいで教えるべき内容だとも思いますけど、CBTから外されてしまいますと、ますます学生から縁遠くなってしまいうという面がありますので、4年生で教えるのはしかならないかなと思います。ただ、3年生や2年生で教えるのでは、十分に理解してもらえないような気がしません。

島田：時間的には先ほどかなり減ってきているということですけども、そこはやっぱり足りない。

藤田：時間が減っている最大の理由は、アメリカの方式に倣って臨床実習を増やした結果、基礎系科目の時間数が全体的に7割くらいに抑えられたということで、法医だけが削られたわけではないんですね。他大学に比べると、うちは法医の時間数が、かなり多い方です。時間数が減っても、課題を与えるというなかたちで、どうにかはできますが、時間数が少ないと、どうしても、「詳しい話はいいから、簡単にすませてもらえないか」という感じにはなりますね。

島田：話題は変わりますが、実際 MD の基礎研究者の育成に関する内容をコア・カリキュラムに組み込まないかという話もあるのですが、医学部の学生が研究に興味を持って、最終的に研究者を育成する教育について、何かお考えはありますか。

藤田：まず、このコア・カリキュラムを、誰がどの程度見ているかという問題がありますね。医学生がほんとは見てくれているのかということです。どのように利用されるものかということです。コア・カリキュラムが正しい医学教育をやるための基本理念、つまり憲法のようなものとして機能するというのであれば、小さくまとめて、全員が見てくれるようにするのもいいでしょう。一方、六法全書のようにコア・カリキュラムに、すごく細かく記載しておく、いろんな項目を記載しておいて、たまたま見た人に、こんなこともあるのかと思ってもらう

ようなものにするという方法もあるでしょう。そうすれば、たくさんの人が隅々まで見て学習するわけではないとしても、将来、医師になる者の中の誰かによって、いろいろな基礎知識がそれなりに伝承されて保持されていくことが可能となるでしょう。例えばミトコンドリアの構造について研究がさらに進んだとしても、その知見は長い間忘れられたままになってしまうかもしれません。しかし、コアカリのどこかに小さな記載がしてあれば、将来、医師になる誰かが一応ちらっと見るわけですので、医師の世界から、完全に忘れられてしまうわけではないでしょう。

そうすると、項目がたくさんあり過ぎて、どれが大切か分からなくなってしまうという面もあると思うんですが、その重要性の強弱については、今でもある程度そうなっていますが、コアカリの中に、大きなチャプターを設けたり、セクションを設置したりすることでどうにかなるでしょう。また、CBT試験の出題内容や出題頻度によって、重要性を暗に示すこともできるでしょう。このように、コアカリ自体には、頭の片隅に置いておいて欲しいものをできるだけ広く記載するという方法もあるかと思うんですね。まあ、そうすると「コア」ではないかもしれませんが…

国家試験も、臨床をやる上で絶対に必要な基礎医学的知識は、臨床各科ではなく、「基礎医学」という科目で出題する。そうすれば、「基礎医学」を勉強しようという意識は高まるでしょう。

あとは、何でもいいから基礎医学を深く勉強していただくようにする、いや、せざるを得なくするという方法があるでしょう。

賛成が得られるとか、実現可能かという点は別にして、国家試験に、踏み込んだ基礎医学の出題を行うということです。もちろん、すべての基礎医学の科目について詳しく出すのは現実的ではないでしょう。例えば、「今年は、基礎医学系科目として、『生化学』と『病理学』の2科目を指定する」というふうにする。我々の時代には、臨床マイナー科目は、国家試験の半年前くらいに官報で指定された2科目について詳しい問題が出題されていましたね。そんな感じで、指定するわけです。負担が大きいなら、1科目でもいいかもしれません。そうすれば、医師になろうとするものは、少なくとも指定された科目だけはかなり深く勉強するわけです。年度ごとに違う科目を指定していけば、ある学年で医者になった人は生化学が非常に詳しい、また、次の学年では薬理学が詳しい、そして、また、別の学年では解剖学というふうになるわけです。そういうふうにすると、将来、チームで研究を進めるときに、お互い基礎医学の知識を持ち寄りやすいですね。

基礎医学は大切だと言って、みんなを啓発するだけじゃなくて、何か国家試験みたいな必須のものに絡めてやらないと、わたしは難しいと思いますね。CBTもそうですが、もっと深く勉強する必要性を高めるということです。今の状況では、臨床医を目指す大半の医学生にとって、CBTに必要な基礎医学の勉強を如何に最小限に留めるかが、最大の課題になってしまっているように思います。

そんなことをするのは無駄だとか、当然いろいろと意見も出ると思いますけど、そもそも、ある個人が臨床医になるために、高度の基礎医学の知識なんて、必ずしも必要ではないというのは事実でしょう。必ずしも必要ではないということになると、まあ、「やらない」でおこうかというのが普通の選択になるでしょう。しかし、個人個人がそう判断していくと、結局は、誰一人やらなくなってしまうわけです。医師を目指すためには避けがたい通り道に、基礎医学をしっかり置かない限り、基礎医学に目を向ける人を増やすのは無理です。医師になる通り道において、「やむを得ず」深く勉強させる。そうすれば、その中で何人かが興味をもってくれるわけです。

今年は、国家試験で「生化学」が指定されたので、みんながこぞって「生化学」を一生懸命勉強する。中には、こんなこと医者になるために必要ないと思う人もいるかもしれませんが、同時にやっているうちに、これ、面白いじゃないか、おれ、研修終わったら生化学に行こうと思う人が出てくるかもしれませんね。今は、その地点までたどり着かないで、基礎医学の勉強を終えてしまっている人がほとんどではないかと思います。これはかなり大きな改革になりますけど、わたしはそういうのを提案してみたいですね。

島田：非常にユニークな方法、ありがとうございます。なかなか面白い方法だと思います。それで、繰り返しになるかもしれませんが、基礎研究に進む人材をどうやったら増やすことができるかということは、教育の中でどういうふうなことを考えていったらいいでしょうか。

藤田：やはり、教育課程の中で、かなり深く勉強せざるを得ない時期を設ける、機会ですね。そういう機会がないと、なかなか難しいと思うんですね。また、基礎医学を勉強すると御利益があるという方法もあるかもしれません。といいますのは、昔は、学位は、基礎医学の教室でないと取りにくかったという面があり、医学博士になる通り道というか、御利益のある道におかれていたわけです。そして、基礎医学の教室に行っていてやっているうちに基礎に住み着く人もいたと聞いています。

いずれにしても、医学生や医師が自分の目標を達成する通り道において、一度は深く取り組まなければいけない時期をつくる、さすがに、全部深くというのは無理だと思いますので、基礎医学の基本的な部分を修得した上で、特に1科目か2科目は非常に難しいコースを終了していないと臨床に進めないとかね。そういうふうにしなないと、深く勉強する人はなかなか確保できないんじゃないでしょうか。

島田：例えば基礎のある科目を深く勉強するという考え方と、研究室で研究を深くやるという考え方とあると思うのですが。

藤田：深く勉強する中で、研究室に行きたければ行けばいいし。どっちもありだと思います。必ずしもいい点を取るための勉強じゃなくて、今、わたしが言っているのは、何か深く、研究発表とか、いや、学習発表でもいい

んですけど。うちの大学では、ひとつの取り組みとして、「自主学习」での研究成果に成績上のウエイトを大きく置いており、それなりに成果をあげています。そうしないと、学生さんを試験の成績だけで評価すると、研究室に出入りするよりは臨床の研究を先取りした方がいい点が取れ、そちらに流れてしまいます。わたしは、もっと踏み込んで、たとえば、試験では80点以上はみんな同じぐらいの成績評価にして、もっと本格的な勉強をしている人に学生さんが力を入れるようにすればと思っています。

島田：基礎研究者に進む時の卒後のキャリアについて、今は、専門医とか研修制度とかもかなり縛りがきつくなりましたし、教員のポジションも任期制が増えてきて、例えば准教授でも任期制で、もう40代で准教授やっていて任期が切れたりしたら、ある意味家庭もあるし、大変なことになると思うんですね。そういう意味でキャリアパスを描くのが難しくなっていると思いますが、どういうふうに考えていったら良いでしょうか。

藤田：もちろん任期制で一生懸命やらないとできないようにした方がみんな頑張るという面はあるんですが、逆に大きなことをやるためには、臨床医であった方が辞めたときも、どうにかなるから、やりやすいというような面があるかと思います。現状では、皮肉にも、基礎に行ったために、研究がやりにくくなってしまおうというようなリスクがありますね。やはり今、基礎は「過疎地」になっているような感じがします。過疎地というのは、社会全体から見るとマイノリティーなんですね。要するに基礎に居る、つまり、その住民なのに、周りが全部臨床に属している人達だと、社会の中では、いや、その中でも、マイノリティーになっちゃうわけですね。

だから、基礎を専業でやっている人達には、なんらかのアドバンテージがないとうまくいかないでしょう。そうでないと、最初から基礎やる人はさらに少なくなると思いますね。経済的な面もあるし、それだけではありません。ポジションだって臨床と基礎が連携したかたちで存在する部門も増えてきていますから、臨床をやっているの方が、むしろアドバンテージがあるわけですね。

だから、そういう待遇面をかなり変えないといけないでしょう。やはり、過疎地では、その住民でないとできないことが減っていき、住民でなくてもできることが多くなっていくきらいがあります。そうすると、その住民はどんどん減っていくでしょう。

例えば温泉地があったとしましょう。そこに住んでいる者は、その環境を維持するために毎日働く必要があります。しかし、そこに時々やって来る人は、「いいとこですね」というだけで、地域の人達に喜ばれるわけです。真っ黒になって一生懸命働いている若者は、「早くやれ」、「ちゃんとやれ」と言われるだけで遊ぶ時間もないわけです。そうすると、都会でお金を稼いで、たまに体験的に住民になって来るような人の方が、なにをするにもいい条件を手に入れるんですね。外の人を呼び込むために、いい条件で受け入れることによって温泉が繁栄するのは事実なんですけど、そういうことを続けていると、ますますプロパーの住民はいなくなっていくということにもつながりますので、ここら辺が非常に難しいと思います。

なので、プロパーの住民には、なんらかのアドバンテージを与えないとうまくいかないでしょう。例えば、ある村で、高校卒業して地元の村に残ってくれた人には家をプレゼントするとかですね。そうでないと、都会からやって来た人に結局おいしいところだけを持って行かれるということになってしまいます。彼らはいつでも都会に戻れるわけですから、本来はその住民としてやるべき、しんどい仕事をさせられるとなると、「では帰ります」となってしまうわけです。しかし、そんなとき、「それなら、帰っていただいて結構です」となるのでしょうか、そうはならないのが過疎地の特徴です。そして、彼らが引き出した、一部のしんどい労働免除の「つけ」は、地元で一生懸命生きている住民にまわってくるわけです。そういうところを考えないと、地元の住民を確保することは難しいと思いますね。

それ以外の面では、やはり社会全体が、すぐに役に立つことだけを評価する時代になっていますので、社会全体にも、やはりなんらかのかたちでアナウンスしないと難しいと思います。

島田：面白い例えを挙げてわかりやすく説明していただきありがとうございます。その他、今まで話した内容と関係ないことでも、なんでも良いので、付け加えておきたいことが有りましたらお願いいたします。

藤田：臨床実習に入る前にCBTがありますが、CBTは、基礎医学修了の試験じゃなくて、もっぱら臨床医となるための入門試験みたいな感じになっていますね。だから、ここでも、医者になるためには、もう少し基礎医学を嫌でも本格的に勉強しないといけない、つまり通りに道におくというのが、いちばん重要だと思いますね。基礎医学を避けて通れるという状況にどんどんなってしまう中で、そういうところに興味を持つ人は少ないでしょう。もう、覗いて見る人さえ少なくなってしまうですね。

島田：そのCBTの試験範囲というのが、今はコアカリが試験範囲の基本となっているので、そういう意味ではコアカリの基礎をもうちょっと充実させることによって、CBTの試験範囲も、しっかりと基礎から出すというかたちに持っていけば、先生がおっしゃるように、その通りに道を通った学生の中から基礎医学に興味を持つ人材も出てくるということですね。

藤田：みんなが勉強して知っている、ということは、文化として継承されているということです。そうじゃないと、せっかく誰かが発見しても忘れられてしまうことが多くなるでしょう。基礎医学の発見は、だいたい発見されてから何十年もたって臨床に応用されるものも少なくないわけですから、それまで一般の常識として、医師の間でキープしておいてもらわないといけないですね。そうしないと、基礎医学者も発見の「しがい」がないでしょうし、また応用される可能性も減っていくという面がありますよね。

そういう意味では、ある個人がそれを勉強して臨床医になったとき役に立つかは知らないけど、医師の集団全体にとっては、みんなが基礎医学を教養として身に付けていくということは重要だと思います。だから、CBTは今、臨床実習のための資格試験、入門試験になっているけど、基礎医学の修了試験という色彩も、もっと持たせるべきだと思っています。もちろんコアカリでは、項目として挙げておいて、そのことをいちおう知ってもらっておいて、実際の試験にはそこまで細かくは出さなくてもいいかもしれないですね。これからやる臨床実習のために重要度が少ないものは、出題頻度で調整すればいいわけですから、忘れられないようにしておくのは重要ではないかと思っています。そういうわけで、コアカリの基礎のところを削り過ぎるのはよくないと。

島田：ありがとうございました。ユニークで独創的な意見もたくさんいただき大変参考になりました。

藤田：あともう1つ、今のCBTや国家試験では、医学生が医者になるために、主として臨床の知識を求めているんですね。これは、要するに短期的なリクエストをしているわけです。これは、受験生に対して英語、数学や理科に力を入れてほしいという短期的なリクエストをしているのと同じです。これに応じて、そういった入学試験に向けた対策をとる高校ほど、いい進学校という評価になってきています。多くの医学部も、この姿と同じなんです。「数学や理科の時間をもっと増やして教えてほしい、一方、音楽や体育はもっと減らしてほしい」、そういう学校から入ってきた学生は困ると言っておきながら、多くの医学部の先生も、CBTに合格させなければいけないという観点から、基礎医学の教育は最低限に抑えておきたいという感じがあるわけです。これは、やっぱり反省しないとイケない。最後にこれを言っておきたいと思います。

島田：そうですね。学生の勉強もコスパ重視じゃないですけど、自分の使ったエネルギー分だけ、進級や国家試験、それにかかわる勉強に効率的に充てたいという傾向かなり強くなってきていますし、良い意味でも悪い意味でも情報共有が進んで、答案用紙なんかみんな同じ答えを書いています。昔はもうちょっとユニークな答えの子が何人か居たんですけど、そこもある意味では問題ですね。

藤田：この頃は、いい意味でのピント外れな学生が、いなくなってしまったんですね。

島田：そうですね。今日は本当にありがとうございました。
(終了)

● インタビュー要旨

インタビューー：宮澤恵二教授（山梨大学）

日時：2021年6月21日 15:30-16:3（60分間）

参加者：鯉沼・小西

1. 先生が基礎医学研究者になろうと思ったのはいつ頃でしょうか？ またどのようなことがきっかけだったのですか？

エネルギー問題を契機として光合成に興味をもって科学研究を志したが、その後 CRP に関する卒業研究を行い、そこから基礎医学的研究を行うようになった。その後は組織損傷などの異常状態への生体応答、生体分子の機能変化というように興味の対象は大きくは変わっていないように思う。

2. 大学の医学部で実際に基礎医学の教育に関わっておられる中で感じておられる、基礎医学教育の課題をお教えてください（基礎医学の教育と研究者育成それぞれ）。

教育に関しては山梨大学は1年次から基礎医学講義が始まるが解剖学など早すぎるとの判断で再変更している。高校の勉強姿勢から抜け出せない学生には試験などのハードルを安直に超えようという動きがあつてじっくり取り組むことができない。基礎医学は運動でいえば体力づくりにあたるのでその重要性を理解させるための工夫が必要。

研究に関して、研究者養成コースがあるが二の足を踏む学生が多い。かつては全学年が研究室配属されていたが基礎医学教室のキャパシティでは対応できなかった。研究者教育に関しては、学生が関心を持つ時期は人それぞれであり、一律に指導できるものでもない。

3. 事前にお送りしていた医学教育モデル・コア・カリキュラム（コアカリ）の内容について、率直な感想をお聞かせください。

基礎医学全体としては、細かい、細かすぎる記載のある所と、そうでないところに差がある。

生化学領域に関しては、糖代謝が細かすぎる。多糖類についてはもっと記載があつてもよい。脂質はもっと詳細な方がよい。関連する生理活性物質についてももっと関心を持たせるべき。

その他 RNA スプライシングと遺伝病、マイクロ RNA もあつてもよい。

重複がある部分がやや見受けられる。C-2-1-1、細胞膜の膜のイオンチャネル、ポンプ、受容体と酵素の機能を解説できるという記載の真下に、細胞膜を介する物質の能動受容輸送過程を説明できるとある。

4. 今回、このコアカリの改訂が行われます。医学部の卒業生全員が習得しておくべき基礎医学の内容とはどのようなものだとお考えでしょうか？

最先端の研究を行う能力は必要ないが新しい内容を理解できる基礎的な知識は必要。新しい現象に出会ったときにそれを読み解く応用能力も。

A-8-1とか、生命科学の講義実習データ知識をもとに診療で経験した病態の解析ができるとか、こういうことが書いてあるが、CBTや国家試験と関係ないので見過ごされがちな記載になってしまっていると思われる。

5. コアカリ改訂にあたって、研究者育成に関する内容をどのように記述すれば良いとお考えでしょうか？

科学的探究心は外から与えられるものではなく、関心を持つ時期も人それぞれなので全員を対象とした記述はふさわしくないと思われる。

● 逐語録

聞き手 お世話になっております。分子病理学の鯉沼です。本日は山梨大学の宮澤恵二教授にお時間をいただきました。このインタビューは、文部科学省のコア・カリキュラムの改定に関する作業部会の下で、基礎医学の部分をどのように改定するのか、改定する必要があるのかについて、基礎医学で実際に教育に携わっている先生のご意見をいただきたいということになっています。私も協力者を含め5名のメンバーが、それぞれ2名の先生、合計10名の先生にお話をお伺いすることになっています。事前にお送りしたコアカリの最新版の内容と合わせて、いくつかお伺いしていきたいと思いますので、お時間申し訳ありませんが、どうぞよろしくお願いいたします。

話し手 よろしくお願ひします。

聞き手 それでは、早速ですが、まずお伺いしたいのは、先生のバックグラウンドと伺いますか、特に基礎医学研究に教室で携わっていらっしゃるんですけど、いつから関わろうと考えられたのか、きっかけみたいなものがあつたら教えていただけますでしょうか。

話し手 あまりきちんとしたきっかけと言えるものはないんですけど、少し長めの話になります。もともと小学生の時は歴史が好きで、生物には興味がありませんでした。特に小学校の理科のテストで、植物の絵を見てその名前を答えるとか、全然分からなくて、ものすごく嫌でした。

中学の時に第一次オイルショックがあつて、電力節約のためにテレビの放送が11時に終わったり、街のネオンが消えて真っ暗になったりという状況を見て、漠然と日本にとってエネルギー問題の解決が重要なんじゃないかと考えるようになりました。その後、中学3年の時に、光合成が化学反応で説明できるということを聞いて、生命現象を化学的に理解することに興味を持ちました。その頃はエネルギー問題解決のために光合成を研究したいと思っていました。そこで大学は生物系に進学できる東京大学の理科二類に入学しました。同じ頃大学に入学した人の中には、光合成の研究をしようと思ってた人が結構いました。ただ、自分自身の興味の原点は、生物学ではなくて化学だと思っています。

大学に入学した頃には日本はオイルショックから立ち直っていたので、恥ずかしいことに、最初の志が頭から消し飛んでしまって、広く分子レベルの生命科学に興味を持つようになった。ただ、化学が好きだったので、化学も勉強できる薬学部に進学し、卒業研究では生化学系の研究室に配属されました。

卒業研究のテーマが、炎症マーカーとして医学部の人なら誰でも知ってるCRPです。ここから基礎医学的な研究を行うようになりました。もちろん薬学部に進学したことで、病気に関係する講義があつたということも影響したかもしれませんが、同級生の中には大腸菌の酵素を研究するテーマの人もいたので、CRPをやることになったのは一種の巡り合わせと思っています。

そこから始まって、最初は生体防御のメカニズム、その後に組織損傷の修復機構などに興味を持つようになりました。基本的には、正常でなくなった状態を生体はどう認識し、どう応答するかという、その過程でタンパク質の機能がどう変化するかというところに面白さを感じました。今風にいうと、コンテキストに依存した生体分子の機能変化とか、そんな感じになるかと思うんですけど、興味の出発点は現在でも大きく変わっていません。お答えとしてはあまりパツとしないのですが、大学4年生の時の卒研のテーマがきっかけということになります。

聞き手 現在、先生は生化学の教室を主宰していらっしゃると思いますが、山梨大学において基礎医学関係の教育ではどのような形で携わっていらっしゃるか教えていただけますか。

話し手 1年の後期から生化学の講義が始まりまして、2年生の6月ぐらいまで教えています。他の大学はこんなに早く医学部の専門の講義を始めないところが多いと思うんですけど、かなり前倒しで始めていることになり

ます。
1年後期でやっている専門科目は、他に人類遺伝学とか実験動物学とか、そのくらいのもので、山梨の医学部では2年生から本格的に基礎医学の教育が始まるという状況です。ただ、実は今年からカリキュラムが変わりました。去年までは解剖学も1年後期からスタートしていましたが、1年生には重過ぎるということで、結局、2年生に戻しました。

聞き手 すと生化学にかぎらないと思うんですが、山梨大学はかなり早い段階で医学部の基礎教育が始まるということですね。他の大学でどれくらい早いところがあるか、私は存じ上げないんですけども、そうすると、科目によって順番があると思うんですが、解剖学をかなり早くしたのは、やっぱりそれを前提とする生理学とかそれ以外にも早めに始めたいとか、そういうこともあったんですか。

話し手 生理学は2年生からで、あと、解剖学の中で組織学を先に始めていたのですが、体全体のことが分かっていないのに、そんな細かい話をしてどうするんだということになりました。今年からは「ヒトの体と病気」という科目を新設し、臨床の先生たちにお願ひし、医学部に入ったばかりの学生にいろいろな臓器の病気のことを説明してもらおう試みも行っています。

聞き手 ありがとうございます。質問の2番になるんですけど、すでに解剖学が早すぎたというお話がござい

ますが、実際に関わっていらっしゃる中で、どんな課題があるのでしょうか。
話し手 今、医学部の基礎医学の教育が1年の後期から始まるのが話題に出ましたけど、結構問題があって、一部の学生は非常によく勉強するんですけど、大学1年生って、高校の時の期末試験のノリとかから抜けることができなくて、目の前のハードルを必要最小限の努力でポンと乗り越えようとするので、じっくり身につく勉強をすることができないんですね。

基礎医学の教育は、運動でいえば体力づくりにあたると思うんですけど、学生はなかなか理解できなくて、運動部に入ったらグラウンド走ったり筋トレするのに、医学の学習においてはこういうことを重視しない。ただ、学年が進むにつれて、基礎医学の内容が重要だと気づく人も多いため、つまりは臨床とリンクしたかたちで基礎医学的な内容をもう少し教えることができれば、学生もより理解しやすくなるかもしれない。

ただ、講義中にそういう問題も混ぜ込もうとするんですけど、なかなか講義内容にじっくりくるような題材を提供できていないというのが現状の問題です。

聞き手 臨床に進んでから基礎が大事だったって振り返るようになるというのは、どこでも共通だと思います。もう1つ質問ですが、同時に大学院としての研究者教育を見据えて、学部生の段階での育成に関して、教育をどうされていますか。それに関して課題をお感じになることがあれば、それについても教えていただけますでしょうか。

話し手 一応、山梨大学では、研究者養成コースがあります。1年生の終わりぐらいに配属されて研究活動を行うことになっています。ただ、いろいろな学生の話を見ると、研究に触れてみたいという学生は結構多いんですけど、研究員の養成コースについては「大変そうだ」という理由で二の足を踏んでしまうようです。なので、今、山梨ではフリークオーターないんですけど、フリークオーターみたいに、お試して研究室に来るような機会がもう少しあっても良いのかなと思っています。

山梨でも10年ぐらい前までは基礎配属というのがあって、全員強制的にどこかの基礎の部屋に配属されていました。そうすると講座あたりの配属人数が8人ぐらいになって、基礎系の研究室のマンパワーではとても対処できません。学生実習にも、もう少し力を入れたいと思ってるんですけど、設備的な問題もあるし、最近は新型コロナウイルスの感染拡大もあって、たいしたことはやっていません。

それからもう1つ、医学部の研究医養成コース。これは学生を過去に何人か受け入れてきて、以前はアクティブな学生が多かったんですけど、最近はアクティビティーが非常に低下している。その理由については、アメリカの基準に合わせるために、臨床実習の時間を長くとするようになって、そのしわ寄せでカリキュラムがどんどん下の方に圧縮されて過密になっていることがあります。研究は時間に余裕がある時でない、なかなかいいアイデアが出てきません。そういう余裕が学生になくなっていて、最近はアクティビティーが下がっているのだと思っています。

この点についても問題だということで、今年からの新しいカリキュラムでは1年生を暇にする試みを行っているところ。研究に目覚める時期にはものすごく個人差があって、科学的探究心というのはあんまり外から与えることができるものではないような気がします。学部在学中に目覚めた学生にはできるだけ機会を与えるというスタンスを取ることができればと思っています。

聞き手 カリキュラムの中で研究室配属ということは学部ではないんですね。

話し手 ないです、はい。

聞き手 ポストコロナでもおそらく今までのような講義はほとんどオンラインになって、事前録画してオンデマンドにしてしまおう、或いはもうオンデマンドにしてしまいましたという大学もあります。先生方もひょっとしたらそうかもしれませんが、そうするとその時間を学部の研究教育とか自由なある程度融通のきくかたちで使えるんじゃないかという議論もあります。そういった意見に関してはいかがでしょうか。

話し手 カリキュラム評価等実施委員会をやっていて、そこでいろいろアンケートをとるんですけど、学生にアンケートをとると、「ビデオ収録しておいてくれ、好きな時にやるから」という意見が圧倒的に多いので、今後

はそうなっていくのかなと思ってます。そうすると、確におっしゃるように、学生が時間のやりくりをできるようになると、実験計画を立てる上での制約がかなり減るので、研究にとってはプラスかなとは思いますが、

聞き手 もう1つ、実習についてなんですけど、生化学実習をご担当になっていらっしゃるということですが、生化学の実習の内容は大学によってかなり異なるということでもよろしいでしょうか。

話し手 はい。いろいろ工夫しながら、自由な内容でやっていると思います。コロナの問題が出てから、去年と今年は単に文献検索をして簡単なレポートを書いて提出というだけで、実際の実験をやっていません。対面で実験できるようになったら、アポトーシスに関連した実習をやりたいと思っています。

聞き手 生化学の講義は、先生の大学ではいわゆる系統講義に重点を置かれているのか、それともご専門の内容に重点を置かれているのか、比率としてはどのくらいですか。

話し手 今は講義は系統講義というか、教科書として『ストライヤー』を指定し、その章立ての順番に講義を行っています。説明に仕方については、3つ4ついろんな教科書を見て、一番良さそうな例を選んで講義をしています。

聞き手 ここでコアカリの内容について、率直な感想をいただければと思います。私どもが担当しているところは主にCの医学一般の生命現象の科学です。まず、全体でも結構ですし、生化学に相当するところは、C-2-5「生体物質の代謝」等があるんですが、それ以外の部分も含めて、何か感想をいただけますか。不足している点などなんでも結構ですので、教えていただけたらと思います。

話し手 全体的な感想をいうと、臨床医学がかなり細かい設定で書いてあるのに対して、基礎医学の一部がものすごく大雑把というのが、ちょっと気になります。また、普通の生化学の教科書で講義をすると、コアカリに含まれないものが結構出てきます。コアカリというのは全体の3分の2ぐらいに該当して、その後は各々の大学で考えてくださいということで、その他3分の1と考えれば、いいのかもしれないのですが。

例えば、糖とかポリサッカライドについては、ほとんどコアカリの項目では学ぶ内容に入っていない。グリコサミノグリカンとか糖タンパクとか、個人的には結構大事だと思っています。

それから、以前は準備コア・カリキュラムっていうのがあって、その中で専門教育の事前に行うべき内容をリストアップしてあったんですけども、今はそれが廃止されて、C-2のあたりに統合してあるということです。生化学を教えている立場からいうと、物質的な基礎の部分があり残されていないので、そこはもう少しあった方が、講義をしやすくなると思います。

あと、非常に細かいことをいうと、RNAのスプライシングとか、かなり遺伝病と関係しているといわれているんですけど、明確な記載はありません。RNAのスプライシングはよく見ると含まれてるのかもしれないけど、デオキシリボ核酸からリボ核酸への転写、タンパク質合成に至る翻訳を含む遺伝情報の発現及び調節を説明できるという項目があるんですが……。

聞き手 ちょっと包括的過ぎるかもしれませんね。

話し手 スプライシングとかチラッと書いておくと、皆さん、もう少し意識するかと思います。

聞き手 そうですね。RNAに関して以外にも不足の点があるという議論は他でも確かに指摘される場所です。また新しい内容で、かつこの5年間に確立した内容がやはり反映されていないという議論を確かにいただいている場所です。ありがとうございます。

話し手 いろんな教科書でマイクロRNAを扱うようになってるので、そろそろ入れても良いのかなと思うのと、あと、ヒストン修飾とかもあって良いかと。

聞き手 はい。Cの部分以外にご覧いただくと、もう1つ議論になっているのが、Dは各器官の構造とか、それはいいんですけども、60ページからの「全身に及ぶ生理的变化」というようなことで、遺伝的な素因とか、そういったような議論もあるんですけど、このようにバラバラに分かれている部分もあるかもしれません。その辺はどうなんでしょうか。先生はコアカリの内容に関して大学側の準拠状態を検討される立場にもいらっしゃるんですけど、こういったかたちで基礎医学の内容が、多分必ずしもCだけ他にもある点について、何か他の教室の先生方も含めご意見とかありますか。

話し手 いや、いろんなとこにバラバラに入ってるのは別に悪いことではないと思います。教え方がだいぶ違うと思うんですけどね。なので、似たような項目について、教える重点のポイントの違いが分かるようになってるといいかなと思っています。

例えば、ビタミンのところ、28ページでは「ビタミン微量元素の種類と作用を説明できる」、生化学としてこれだけでよくて、一方、56ページは「ビタミン微量元素の欠乏症と過剰症を解説できる」となっています。ここは教え方の違いが非常に明確になっていると思うんですが、それ以外のところは違いが分からないところも、すぐに例が思い浮かばないんですけども、あるような気がしています。

聞き手 基礎医学で講義をする中で、たとえ系統講義であっても、例えば病理学の系統を講義しようとする、基礎の話だけでは魅力的な講義ができなくて、どうしても疾患との結びつきの中で話をしようとなった時に、私は、分かれてることが難しいと思う時もありました。コアカリの各内容について自分たちの講義で、どこにちゃんと落とし込めてるかって、確認作業が大変そうですね。

話し手 病気に絡めて説明しようすると、学生ってどっちかという、どういう症状が出るかとかについて興味を持ちたがって、一方で教えてる内容でうまく説明できないような症状も結構あるので、そこはいつも難しいと思っています。授業をする時に、「これは生化学として教えてるんで、臨床的なことはまた臨床の講義で習ってください」と、言ってますけれど、病気との関連をもう少しうまく講義できたらなと、いつも思います。

28ページに関してもう1個付け加えると、糖の代謝のところのものすごく細かく分かれていて、2番解糖、3番クエン酸回路、4番電子伝達系とかですね。これ、実際には講義1回分ぐらいずつに該当するんですけど、「糖

の代謝」が終わったところで、次が脂質の合成と分解を説明できるって、急に大雑把な記載になってしまうので、脂質はもう少し、脂肪酸とグリセリン脂質ぐらい分けて、あるいはコレステロールか。そういうふうに分かれてもいいんじゃないかなと思います。

あと、エイコサノイドとかステロイドホルモンとか、ああいう生理活性のあるものについて、生化学のところでは全然コアカリには出てこない。これらはコアカリに出ているほうが、学生が、「ああ、大事なんだ」って思ってくれるのかなという気がします。

聞き手 はい。そこは議論として、1つはこのコアカリがCBTの出題基準になってるので、きちんとそうやって項目を網羅すべきであると。国家試験ガイドラインとの整合性の面でもきちんとしていかなきゃいけないという話があります。一方で、細かく全部書き過ぎてるという意見もあります。

話し手 そうですか。

聞き手 先生のお考えからすると、やっぱり必要な要件を満たしてきちんと漏れなく記載されてる方向がいいと。

話し手 そこまではいかないですけど。バランスが取れてればいいんです。ちょっとアンバランスだなと思います。例えばこの「糖のエネルギー代謝」のところは、以前の準備コア・カリキュラムのところだと、「解糖クエン酸回路、電子伝達系、酸化リン酸化によるATPの産生を説明できる」って具体的な形になっているので、「脂質の合成と分解」は、あまりに具体性に欠けるように感じます。

あとコアカリのC項目で、内容の違いが明確でなく、重複しているように見える例がちらほらあります。27ページでいうと、C-2-1-1、「細胞膜の膜のイオンチャネル、ポンプ、受容体と酵素の機能を解説できる」、その真下に、「細胞膜を介する物質の能動受容輸送過程を説明できる」。

もう少し下のC-2-3-1で、「受容体による情報伝達に機序を説明できる」っていうのと、「細胞内シグナル伝達過程を説明できる」。上の方は受容体のとこだけの話をしているのかもしれないんですけど、何となく被ってるように感じます。

それから、28ページの一番上。「生体の非特異的防御機構を説明できる」と、その下に「特異的防御機構である免疫系の役割を説明できる」というのがあって、C-3-2-1、30ページの真ん中ぐらいですね。免疫系のところで、「自然免疫と獲得免疫の違いを説明できる」。被り気味かなというのがあります。このコアカリを見て今思うことはそれぐらいですね。

聞き手 次に質問の4番に移らせていただきます。これも続きなんですけど、改定が今回行われるにあたって、学部を卒業する段階で習得すべき基礎医学の内容はどんなものかという、質問なんですけど。

話し手 これは抽象的でもいいんですか。

聞き手 すみません、私も分かりません。

話し手 全員が最先端の研究を行う能力は必要ないと思うんですが、新しい内容を理解できるような基礎的な知識は必要じゃないかと思っています。あと付け加えるとしたら、新しい現象に出会った時に、これを読み解くことができるような応用能力もあればいいことなす。講義を行うにあたっては、一応そういう応用能力がつくようにしたいと思うんですけども、考えさせる問題を期末試験に出すと、みんなとたんにできなくなるし、ものすごく評判が悪い。どうも、まだ1年生、2年生のはじめの学部生にとっては、試験に合格することしか考えていないので、生化学を1年、2年でやるのは時期が早いかなとも思っています。

19ページだったか、A-8-1とか、「生命科学の講義実習データ知識をもとに診療で経験した病態の解析ができる」と書いてあるんですけど、このA-8とかボソッと書いてあると目立たないんで、コア・カリキュラム全体の中でCの項目の位置付けを明確にしてあっても良いのかなと。Cの項目がなぜ必要かというところをはっきり分かるようにしてあると、医学部生も基礎の方を重視するのではないのでしょうか。やっぱり国試に出ないとかいって、軽く見てる学生は多くて、CBTに出るんだよっていても、なかなか今ひとつ彼らには効果がないという状況です。

聞き手 実習とか研究教育に関わってくるような部分だと思います。確かにおっしゃるようにA-8-1が基礎医学についてももちろん含んでると思うのですが、Cだけ見ると分からないというのは、確かに私も感じているところでした。

次の5番の質問に移らせていただきます。研究者育成に関する教育ともつながってるところだと思うんですが、すでにこれまでのインタビューで出ているお話ですが、学部生全体に対して、コア・カリキュラムでどこまで基礎医学に関する教養を身につけさせるかという点に関して、どこまで書けばいいか。コアカリに書いてあると全員に求めることになるんですけど、どこまで書くべきとお思いでしょうか。

話し手 それはすべての医学部生に研究者育成するわけではないんで、努力目標的な内容をコア・カリキュラムに書くのはどうかとは思いますが、ただ、実際にA-2-2、16ページ、「学習のあり方」ということで、A-8-1とちょっと被るようなかたちで書いてあって、そのA-2-2-5に、「各自の興味に応じて選択制カリキュラム（医学研究等に参加する）」って書いてあるんですね。なので、これ以上書く必要あるのかなって気もします。あと、「学習のあり方」って書いてあるんで、目立たないんじゃないかなと思うんですけど。何となくみんな大項目だけ見てスルーしてしまいそうな感じです。

聞き手 先ほどのお話からすると、やっぱり基礎医学というパートに同じような文言が明示されている方が目標となってくるのでしょうか。

話し手 このA項目を皆さんどのくらいきちんとフォローアップしてるのか分かりませんが、カリキュラムを決める時にB、C、D、Eは具体的にどういう知識と書いてあるんでカバーしてるかどうかを確認しやすいし、学生

も身についたかどうかを確認しやすいんですけど、A項目はまだアンケートしたことないんですけど、どうしたものかと思っています。

聞き手 なるほど。もしご存じでしたら、CBTとかで網羅されてる範囲からも外れてると考えてよろしいですか。およそちょっと対応のしようがない内容だということなんですけど。

話し手 そうですね。あと、このA-2-2もこういうこと書いてあって、みんな大事だろうなと思うんですけど、どのような教育プログラムを設定するかっていうのは、各大学の努力というか創意工夫なのかもしれないけど、イメージしにくい面もあるので、うやむやになってしまいそうな気もしています。

聞き手 他のインタビューで出てきた点をご紹介しますと、この点に関しまして研究者の教育の1つの目標として考えが出たのが、将来の基礎医学研究者として卒業までに必要な教養という面で、何か記載しておいた方がよいのではと。これは基礎医学研究者になる人がだいぶ減っているというのが以前から問題で、そういったことを目指す者にとってのガイダンス的なもの、どこまで学部時代に基礎医学研究者を目指す者は学習しておく必要があるのかということを示すという考えですね、でも個別でいいんでしょうか。

話し手 すごく難しい。学部の中から基礎医学を目指す人って、やっぱり普通のコースから脱線しちゃって、自分で勝手に調べたり勉強したりしてる人が多いのではないかなと思うんです。基礎医学を目指す者として、このくらいやっておくというのは、さっきどっかでしゃべったかもしれないですけど、科学的探究心って外から与えられるのかなって。自分でそういうものを満たしたいって願望が起こって、それでどんどん突き進むもののような気がするので、こういうコアカリみたいので設定しとくのは意外と難しいのではないかと、個人的には思います。

聞き手 ありがとうございます。一通り予定した項目に従ってお伺いしてきました。個別の項目で過不足の指摘をいただいて大変ありがたいです。一方で研究という面でいうと、なかなか全体に対しての踏み込みの是非は考え方が分かりますね。

話し手 基礎のMDの教授で、学部の中から研究室に入ったりしてた人もいますが、学部からはテニスばかりして遊んでましたっていう人もいて、それを見てると、どこで目覚めるかって、やっぱり個人差がすごく大きいのかなと思っています。学生の時、テニスばかりしてた人も立派な研究をしてるし、なかなか科学的探究心を一律に与えられるものかどうか。研究に触れる機会は作った方がいいと思いますけれど、コアカリに書き込む内容があるかという、ちょっとよく分かりません。

聞き手 本日はお時間をいただきありがとうございました。

(終了)

● インタビュー要旨

インタビューー：加藤光保教授（筑波大学）

日時：2021年6月23日 10:30-11:30分（60分間）

参加者：鯉沼

1. 先生が基礎医学研究者になろうと思ったのはいつ頃でしょうか？ またどのようなことがきっかけだったのですか？

病理学講義が始まって教室に遊びに行くようになって実験を手伝っているうちに興味を持つようになった。

2. 大学の医学部で実際に基礎医学の教育に関わっておられる中で感じておられる、基礎医学教育の課題をお教えてください（基礎医学の教育と研究者育成それぞれ）。

教育については筑波大学は臨床が長い期間にわたり基礎は短い。病理学でも時間に制約があり系統講義は各自勉強するようにしてグループごとの演習に力を入れている。その後は臓器別に基礎・臨床が統合された学習体制になっているが、総じて基礎医学に与えられた時間は短い。

研究については、自然科学としての医学の面白さを実際に手を動かしながら知るための取り組みを行っているが、基礎医学を試行する学生はとても少ないように思われる。これは臨床の比重が大きいことも反映されているかもしれない。

3. 事前にお送りしていた医学教育モデル・コア・カリキュラム（コアカリ）の内容について、率直な感想をお聞かせください。

教育側、学生側にとって大事な指標となっており私自身も含めどこに準拠しているかを示しながら教えている。大学全体として、全体を準拠しているかどうかのチェック体制が必ずしも整っていないのではないかと。項目が明示されていることは重要であるが、一方で、講義実習でこれこれを網羅するというのはあまりしたくない。オンライン化・アーカイブ化で学生が自身で網羅する環境になったと思われる。

腫瘍学が復活したことはよかった。

4. 今回、このコアカリの改訂が行われます。医学部の卒業生全員が習得しておくべき基礎医学の内容とはどのようなものだとお考えでしょうか？

基礎医学に関しては教科書にあるような事実がどのような研究論文の積み重ねの上に記載されているのか、それを理解できることが重要だと思います。

5. コアカリ改訂にあたって、研究者育成に関する内容をどのように記述すれば良いとお考えでしょうか？

研究者育成に関しては教員が講義・実習を含め機会あるごとに学生にその面白さと科学としての医学の位置付けの理解をしてもらうようにしている。様々な機会に学生に基礎医学に触れる機会を与えていく一方で、コアカリとして研究者育成に関するさらなる記載は難しいのではないか。

● 逐語録

聞き手 本日はお時間いただきまして、誠にありがとうございます。きょうは筑波大学教授の加藤光保先生にインタビューをお願いしております。このインタビューは文部科学省のコアカリの改定に関する作業部会の下で基礎医学パートに関するものです。協力者も含め5名それぞれがお二人の学外の基礎医学教育に関わっている先生方にコアカリ改定に関するご意見を伺い、インタビューとしてまとめ、提言として上部組織に報告するといったたてつけになっております。

本日は、コアカリの内容に関するご意見と合わせて、事前にお送りした5つの質問事項について順番にお伺いさせていただきますと思いますので、お時間いただくことになるとと思いますが、どうぞよろしくお願ひいたします。

話し手 はい、こちらこそ、よろしくお願ひします。

聞き手 早速ですが、加藤先生は実験病理学の教授でいらっしゃって、かつ、今は副学長としてもお仕事をなさっていると存じます。最初に基礎医学研究者になろうと思ったのはいつ頃かなど、先生のバックグラウンドも併せて教えていただければと思います。

話し手 まず、一番最初にぼく自身は実験病理学に最初から専念しようということで病理学教室に入ったわけではなくて、ご存じのように病理学は臨床とのつながりが非常に深い学問分野ですので、解剖を行い、生検診断を行い、その中で研究も行うということを考えておりました。

一番最初のきっかけは、高校の先輩が病理学教室に居たことがあって、遊びに来いよというのはもう教養部の頃からいわれていました。けれども、鯉沼先生もご存じのように、3年生で解剖学が終わるまでは医者になれるかどうか、非常に不安な日々を送らなければいけないので、ちょうど3年生の解剖学が終わって、4年生になって病理学の講義が始まってから病理学教室に遊びに行き始めて、それで実験のお手伝いのようなことをさせていただいたりしながら、ああ、これ好きだなと思ってですね。

どちらかという、それまで勉強するというのに、のめり込んで一生懸命やれたという経験があまりなくて、勉強しても何かちょっと他のことやりたい、小説読みたいとかですね、いろいろ注意散漫な人間だったんですけども、研究を始めたらもうめっちゃくちゃ面白いと思って、それで1年もたたないうちに、将来は病理学教室に入ろうと思っていました。その時には、診断以上に研究に興味があったことも事実です。

だいたい東北大学の各基礎の研究室は非常にオープンで、医学生にどうぞ遊びにいらしてくださいという環境があって、同級生の中にもいろんな研究室に行っている人が複数居ました。

そういう環境の中で卒業して、一旦ぼくの場合には1年だけ大学院に入学して、それで2年目には退学して、仙台市立病院に1年間勤めた後で、東北大学の助手に採用していただきました。そのような流れが最初から提示されて、それ以来ここまでずっと病理をやっているという経緯です。

聞き手 ありがとうございます。卒前の早い段階から基礎医学研究を志しているかたちでずっと進まれてこれたと思いますが、今のお話の中で、学部生時代から基礎医学に出入りしていた者が何人かいらっしゃいました。人数としてはすごく多いわけではないと思うのですが、当時は何人くらいだったのでしょうか。

話し手 遊びに行ってる人はたくさん居ました。10人以上居たと思います。夏休みだけ行くとか、さまざまなレベルがありましたけれども、居たんですけれども、卒業した時に直接大学院の基礎の研究室に入ったのは、ぼくとあと神経病理の研究室に1人入って、直接基礎というのは2人しか居ませんでした。その後、皆さん初期研修が終わったり、ある程度臨床を経験してから大学に戻って大学院に入るというルートで、臨床の大学院に入っても基礎の研究室で実験をするみたいなことがたくさん行われていました。

それでそのまま基礎という人も中には居て、全部で一学年に100人居て、10人強ぐらいじゃないですかね、基礎の研究室者になっているのは。そんな感じの同級生の流れだと思っています。

聞き手 東北大は私も出身ですので存じあげておりますが、基礎医学修練が私の頃はあったのですが、先生の頃はどうか。

話し手 それはなかったです。カリキュラムというか、そういうかたちで基礎医学修練というのは、それこそぼくが学部を卒業して大学院に入った頃か、あるいは助手になったばかりの頃に始まったもので、学生の時には制度としてはなかったのです。ただ、例えば、鯉沼先生も病理示説をやられたかと思うんですけども、病理示説をやると、地下の解剖室の隣に一部屋もらって、病理の研究室にいろいろ聞きに行ったりとか、臨床の研究室に

示説やってるんですけどもっていったってアポなしでも訪問すると、東北大の先生たちって、どれどれ、今どんな勉強してるんだみたいな感じで、みんな医学部の学生のことをものすごく丁寧に扱ってくれましたよね。

ああいう環境が、臨床もそうですけれども、基礎の研究室に学生を向かわせる一番の重要なものだと思います。ただし、今は初期研修をやらないと、保険医として勤務できない制度になっていて、そういうのはぼくらの頃はなかったんで。そういう時代になると、直接基礎っていうのはなかなか難しい時代になったなとは思いますがね。

聞き手 ありがとうございます。医学部のカリキュラムの中で研究をどう扱うかというのは、この後の質問に出てくるんですが、今回のコアカリ改定の中で、盛り込むべきかどうかという点がございますので、後ほど伺いたいと思います。

次の質問事項に移らせていただきます。大学の医学部で、現在も基礎医学教室に関わっていらっしゃる中で感じていらっしゃる基礎医学教育の課題をお教えいただきたいです。まず、先生は今、医学部に対してはどのような講義、実習等をご担当になっているか教えていただけますか。

話し手 私は基本的には筑波大学の医学類では2年生で病理学総論を担当しています。いわゆる病理学の最初の総論の一連の教育の責任者をやっていたというか、副学長になっても代わりが居なくて、今年もやっています。ここで、基本的には総論的な炎症とか循環障害とか腫瘍の講義をして、病理学の組織観察の実習、PBLチュートリアルによる症例に基づく課題学習を行っています。筑波はその後は臓器別のカリキュラムになっているので、その中で必要な病理については、おもに診断病理の先生たちに担当していただいています。

PBLチュートリアルでは、教室を20グループに分けて半分の学生は心筋梗塞の患者さんの剖検例についての学習、半分の学生は大腸がんの転移があって、4回、5回手術して治ったんだけど、3年後にすい臓がんが重複がんとして発生してきて、それが全身に広がって1年以内に亡くなったという2つの症例について、いろいろ調べてもらって、いろいろ考えて発表していただくかたちで、病理学の最初の教育を行っています。

聞き手 20グループにわかれて、病理学総論の実習ということになるのでしょうか。

話し手 講義と実習と、そのチュートリアルが3本立てで別々になっています。チュートリアルは、学生がオンラインでできる時には小部屋に分かれて、チューターが1人ずつつきます。今はオンラインで小さなグループが20作られて、そこにグループとしてアクセスして、シナリオが渡されて、それこそ筑波三郎（仮名）さんが大腸がんで手術を受けて、といった最初は臨床の経過の文章等をもらいます。

2回目になっていくと、組織の写真も出てきて、なんで肺がんは転移がんだったのに、このすい臓がんは原発のすい臓がんかと判断されたんだろうか、みたいなことについて分からないなりに議論するのをチューターがサポートして学習してもらおうという感じで進めるんです。

聞き手 それは、2年で実施されているということですか、かなり早い段階ですね。

話し手 はい。筑波は全学的な共通科目の語学とか体育が、ぼくらの時代から考えるとコンパクトにできていて、1年生の一番最初からふれあい実習みたいなことで、病院に関わることが入っています。1年生で主な基礎的な生化学とか生理学とか行われます。2年生に病理学が入っちゃいます。日本で一番臨床実習の期間が長い大学となっています。それに対してぼくらは、もう少し基礎医学の重要性を医学類教育に取り入れてよと主張はしているんですが、なかなかそれが実現しないのが現状です。

聞き手 お話伺う中で、病理学の各論の段階になると、先生はおそらくご担当ではないと思うんですが、臓器別というお話でした。そうすると基礎から臨床まで一緒になって臓器別に教育をしていくのですか。

話し手 はい。一応、消化器とか循環器とか、あるいは血液とか、その教育を担当するコーディネーターが居ます。メインのコーディネーターとサブコーディネーターが、だいたい臓器別の場合は臨床の先生がトップになって、分野によって解剖学と病理学とかさまざまな基礎の先生たちも入って教育することになっています。ぼく自身も3年生の腫瘍学も担当していて、実は2年生の病理学ではがん遺伝子とか言葉ぐらいで、その機能まではやらず、3年生の腫瘍学というところで、分子腫瘍学みたいな講義を担当しているとか、あとは消化器の先生に頼まれて、消化器がんの基礎みたいなことを1コマだけ講義しています。病理学の組織分類とかは診断病理の方で担当してもらっています。

聞き手 筑波大学では基礎医学の科目ごとに、いわゆる教科書の順番に沿ったような系統講義はなさっていますか。

話し手 小さいけどやっているという感じです。どちらかというと、筑波大学の医学類は、世界的な流れでいうとブロック制というカリキュラムの作り方があるんですけど、それに似ていて、一番最初に生化学/分子生物学と、生理学が1週間で2科目だけ走ってとか、その後、ぼくが担当している2年生の最初の時期には薬理学と病理学の2つの科目だけでだいたい4週間、だいたい30コマ弱ずつを担当して、それでその中に先ほどいったような系統講義と実習とチュートリアルを混ぜて、それで学習のプランを作ることになっています。

聞き手 上記を踏まえ基礎医学教育の課題としては、現状はどんなものをお考えでしょうか。

話し手 ぼく自身の病理学の教育上の一番の課題は、いわゆる教科書を読んだり、人に何かを聞いて頭で理解することと、病理学というのは標本を見た時に、ああ、ここに何か異常があるということ把握できることがとても重要な経験すべきことだと思っています。実習で標本を見る、それからそこで足りなかったことをバーチャルスライドで自己学習できる態勢を作っています。

こういった実習で、ぼくがいろいろな説明を書いた文章を読みながら、その説明に書いていることを顕微鏡で探して発見していく。分かんないよと教員にいうと、ほら、ここにこういうのがあるでしょという説明をする実習をやっているんですけど、まず説明が不十分だと、こんな効率の悪い面倒くさい学習方法はあり得ないという学生が結構多いんです。予備校などで、いい点取るためには効率よく学習しなきゃいけない、すべての人が解け

ない問題は解かなくていいんだみたいな学習に慣れてしまうと、そういうのに対してぼくとしては、最初に、頭で例えば1キロを2分55秒でフルマラソンを走り続けると日本記録になるとか、そういう理解をすることは比較的容易にパッとできるんだけど、自分がフルマラソンを走れるようになると思ったら、5時間で走ることを目標にしたとしても、相当な努力を継続しないとできないと言うような話をしています。

だから、例えば自分の受け持ちの患者の病理の組織標本をすべての医師が確認するということではないけれども、この機会に標本の中に、あっ、これが好中球だ、これがマクロファージだっていうことを自分で納得できて、わあ、好中球がいっぱい入ってるとかいえるようになる、それを目標にしているんだということを、1回目のイントロダクションの講義で丁寧に説明するようにして、そういった不満を持つ学生を減らす努力はしてまです。ぼくの病理学のコースには、「病気を目で観る」というサブタイトルをつけていて、目で見ることをしっかりと、観察の観で「観る」としているんですけど、教科書の文章を頭で理解できるだけではなく、組織を観てわかるようになることを重要視している科目なんだということを明確に学生に伝えるようにしています。

基礎医学全体でいうと、筑波のカリキュラムは自分が経験した医学の学習と比べると、臨床がものすごく大きくなっていて、基礎が小さくなっていて、これが大枠としては1番のポイントだと思っています。筑波の場合は大学が作られた時に医学類がどのようなかたちで学生をリクルートしようとしたか、そういう歴史を受けて、予備校が筑波大学の医学類をどのように紹介してるかということに大きく依存するんだけど、筑波の医学に行って基礎研究しようよっていう学生は、あんまりいないんです。

それがとっても残念なことで、だからこそ柳沢正史先生が大活躍されているのは、私たちとしてはとてもありがたい追い風になっているんです。今、医学類の学生さんたちにも研究することを少しでもいいから基礎医学の研究の中で体験してほしいと思っています。

大きな流れとしては基礎医学の教育を行う時も臨床とのつながりを意識して、将来ほとんどが臨床医になる学生に対して基礎医学をどう教えていくかという基本的な方針で教育はなされているんだけど。

ぼく自身はやっぱりサイエンスの根本の根本のところ、最近、こういういい方が気に入ってるんですけども、ガリレオが「それでも地球は回ってる」、彼はもうちょっとシンプルないい方をしたらいいんですけども、「それでも地球は回ってる」っていえるサイエンスの強さがあるわけですよね。だけど、そのサイエンスの強さは、並々ならぬ努力で積み重ねた研究成果の蓄積の上になりたっているものだという、そのところを多少疑似体験するだけでもいいから、経験してほしい。特に医科学というか、医学のわれわれ実験科学をやっている人間からすると、医学は社会科学的な、あるいは科学の外の多様な側面を持っていることを理解した上で、それでも明確に自然科学の非常に面白い重要な分野でもある。その中で自分が、責任持ってエビデンスの積み重ねに参加するとか、あるいはそこに貢献するまではいなくても、サイエンスはそういうふうに行っていることを肌で感じて、実際に手を動かしながら実験室で体験する。そういうことをぜひとも医学の基礎はやってほしいなと思っています。

実は、宮園先生にサポートしていただいて病理学の教育の海外における状況を見てくださるといわれて、オックスフォードに行ったことがあるんです。イギリスはだいたい医学部での基礎の教育と、病院での臨床の教育は明確に分けられています。医学部での基礎の教育は、イギリスの医学部は4年から6年までバラバラで、オックスフォードは一番長く6年。オックスフォードの人たちはしっかりとサイエンスが分かる医者を育てるんだということで病理学の講義をしていることがありまして、ぼくもできるなら、そうありたいと思っています。聞き手 学部生に対して、研究者育成の観点からすると、基礎医学教育の中で切片の観察から自然に関心を持つような形になっていく仕組みになっているのかなと思いつつ伺っていました。次にコア・カリキュラムの内容について、ご意見をいただければと思います。今から共有させていただきますので、お待ちください。事前にお送りしたものと内容は一緒です。先生、画面でご覧いただけてるでしょうか。

話し手 はい、見えてます。これは平成28年度版ですね？

聞き手 そうです。28年度改定版になってます。

話し手 ぼく、ちゃんと使ってますよ。学生に渡すシラバスの中には、医学教育コア・カリキュラムではCの4に「原因と病態」というのがあって、病理学に関わる細胞障害とか循環障害とか炎症とか腫瘍とかがあるので、こういうことができるようになることが日本全国の医学部の共通の目標になってますよということも挙げた上で、筑波大学のこのコースではこういうことを目標にしましょうみたいな感じで書いてますので。

聞き手 そうしますと、総論に限らず筑波大学の医学部においてはもうコアカリとの対応を提示しながら他の教室もされているのでしょうか。

話し手 全部がやってるかどうかは確認していません。筑波大学は医学教育の学会活動をやってる先生が結構多いんですよ。ただし、卒前教育と卒後教育をつなげようみたいなところが一番のポイントになっているような感じで、基礎教育についてはそれほどあまり皆さんしっかりとしたコントロールができていくかという、そうでもないように思っています。

ぼく自身も勝手にこのC-4-1の遺伝的多様性は遺伝学というのがあるので、これはやらなくてもいいなみたいなことを思ってるんだけど、その裏付けを筑波大学の医学類の教育をコントロールをしているPCMEという組織があって、プランニング・アンド・コントロール・オブ・メディカル・エデュケーションの略なんですけれども、そこに技術職員、もともとさまざまなところに配置されていた技術職員を少しそこに割いて、いわゆる教育IRみたいなことをやってるんです。そこにいつもどの項目はどの講義が担当しているという対応表を作ってよっていうんですけど、なかなか作ってくれなくて。

聞き手 ああ、そうなんですね。既にあるのかと思いました。

話し手 ぼくはだから、勝手にコアカリを見て、それでぼく自身はここみたいなことを。病理学総論は分かりやすいんで、こことちょっと腫瘍のところとかを足して、それを学生に示しています。

聞き手 ありがとうございます。実際にご覧になりながら進めていらっしゃるということが分かったんですが、率直に何かこのコアカリに関してのご感想をいただけたらと思います。効率の件でも結構ですし、全体でも結構です。

話し手 なんていったらいいのかな。こういう項目があることは非常に学生にとっても、われわれ教える側にとっても、指標になるので大変ありがたいとは思っています。ただ、もちろんここに止まらずにくわしく教えるところがあったりとか、ちょっとここはぼくの守備範囲じゃないみたいにしてるところとかはあるわけで。そのところは、本当は医学類という医学生の教育全体を見てるところで、いやいや、ここは入れてくださいとか、外してこっちに入れましたとか、そこのコントロールをしっかりとやるのが、コアカリに対しては必要なんだと思っています。

ただ、ぼく自身は実際に病理を担当していて、そういうことについて医学類から指導を受けたことがないので、ちゃんとやってないんだろうなとしかいえないんです。

聞き手 この内容について、これまでのインタビューとか議論での意見をご紹介しますと、1つはコアカリがCBTの出題基準にもなるので、きちんと項目を明記すべきだという意見と、一方で細かく書き過ぎである、そんなにいっぱい書いたら限られた教育の時間で無理なのではないかという2つの意見がありました。今のお話を伺っていると、具体的な項目がしっかり記載されている方がやはり指針としては大事、良いというお考えですか。

話し手 ぼくはそう思っています。実は、ぼく自身はこういった病理学総論の内容に関する講義は6コマしかしていません。だからすべてはできません。その代わりに、100ページぐらいの「加藤の総論ノート」というのを作って学生にはPDFをダウンロードしてもらって渡しています。その一部の炎症のところについては東大の学生にも渡しているので、もしかすると先生も見たことあるかもしれないです。

聞き手 はい、そうですね。

話し手 ああいうかたちですべてを網羅できなくても、サポート体制を作っておいて、資料を渡しておいて、質問があったら答えられるようにしていくというのは、今後の医学教育においては大変重要だと思っています。教えようと思っても全部は教えられませんということが必ず出てくるんですね。やはり取捨選択する必要があるし、ぼくみたいにサイエンス・マインドみたいなことも学生に伝えたいと思うと、知識伝授型の講義はやはり限界があります。

筑波は全体としていわゆるチュートリアルのかたちで学生にディスカッションをさせて、自分で何かを調べるということを必ず教育の中に入れてくださっているんで、どうしても実習の時間も講義の時間も制限しなきゃいけなくなってきます。その中で、こういった項目が挙がってるということは学生に伝えて、それについて調べようと思うと、もうちょっと先のことがぼくの総論ノートにも書いてあります。

あるいは、さらに調べようと思ったら教科書はこういうのがいいということを示しておくことは、やはり重要じゃないかと思うので、ぼくは項目はちゃんとしている方がいいと思います。

聞き手 他に挙がってきた意見としては、比較的新しい知見が足りないのではないかというご意見もあったんですが、その点については、今回の改定で追加すべき項目がありますか。

話し手 C-4-2を中心に見てるんですけども、一旦、Cから腫瘍がなくなった時期があって、それで腫瘍が戻ってきたということは、ぼくとしては大変ありがたかったです。正直、何を入れるか、何を入れないかということについては、細かく気にしたことはなくて、特にチュートリアル形式の学習ということをする、ぼくらは学生にこれをすべて網羅しなさいという教育をあまりしたくないんですよ。

とにかく自分のレベルで一步一步進んでいきなさいということで、将来伸びる力が強いような学習の基礎を植えこもうとすると、実習の時もぼくが常にしているのは、全部見ようとしなくていい、何か面白いのを1つ見つけて、1つ見つけたらもう1つ見つけるというかたちでやっていこうみたいなことを学生にしているの、CBT・国家試験で医師としての必要な知識みたいな、そういうかたちでの思考をぼく自身はあまり強く持っていないものですから、だからこういうコアカリ作ったりということは、あんまりぼくには向かない仕事だなと思ってるんです。

聞き手 いやいや。ありがとうございます。時間に限りがあるので、そういった教科書的な講義には自然限界があるということは、まったくおっしゃる通りだと私も思います。特に今回新型コロナウイルス感染症の影響もあって、急速にオンラインの講義、実習もなんですけど、オンラインでの実施が増えたと思います。大学によってはもう完全に講義内容を録画して、オンデマンド化を今回してしまったとか言われたのですが、先生方の大学、あるいは教室でそういった対応、取り組みはなさっていますか。

話し手 講義室にはこれまでの30%しか学生を入れるなという基本ルールになっているので、なかなかオンラインでの講義をするのは難しい状況の中で、多くの科目で講義はほとんどオンラインで行うことになっています。それで、ぼく自身、一番最初のイントロだけは学生の顔を見てやりたかったんで、来れる人は教室に来てくださいということにして、それがライブで配信されて、後からオンデマンドでも見られますという態勢になってたのですが、教室にいったら教室にたくさん学生が来過ぎていて、いつもの倍の大きさの教室にしてたんですけど、いや、ちょっと30%超えてたなというのがあって、自分がルールに関わってるルールを自分で破ってるかみたいなところがあったんです。

基本的にはオンライン化していますが、その時に大変重要だと思うのは学生を孤立させないことだと思っています。その仕組みとして、ぼくらは学生をグループ化して、グループでディスカッションすることが教育の中に取り込まれていることと、面白いなと思ったのは、今まで大教室で講義を聞いていたり、みんなで一緒に実習す

る時に積極的な学生しかなか質問しにくい環境がある中で、グループとして先生に質問しようみたいなことで、ぼくらはマイクロソフトのTeamsを使っているんですけど、コールできるんですよ。ぼくが答えると、おお、つながったとか期待していなかったような様子で、先生、質問していいですかみたいなことが結構起こりました。

それから、視聴履歴が残るので、講義に関しては少ないもので500回、最初のイントロのところとか、最後のみんなでディスカッションしてるところは2,000回ぐらいの視聴がありました。学生の数が今、筑波は地域枠があって140人なんですけど、中身を検討してみないと10分でやめて、10分でやめてと繰り返しているのを何回もカウントされてるのか、それともちゃんと全体を繰り返し見ているのか、まだ十分解析はできていないんですけれども、薬理学の先生と2人で、オンライン授業になったら成績上がったよねと同じ印象を持っています。

それはオンラインになったからなのか、バイトも部活もできなくて勉強ぐらいしかすることができなかつたからなのか、そこは分からないんですけども、実は試験成績は上がってるんです。

聞き手 はい、それは感じます。オンライン化はアーカイブとしても作成していただいて、それを閲覧できるような態勢になっていることですが、双方向という問題は確かにあると思います。オンデマンドで双方向の講義の映像だけであればいつでも提供できることになったんですか。

話し手 はい。あと、医学類は全学的なルールよりも、医学類の独自の方針を作るところがあって、例えば筑波ではことしの4月に実習をやりました。例年の半分を入れて実習をするかたちで、ちょうどぼくは薬理学とペアになってる教育カリキュラムになっているので、半分の学生は違う実験室で薬理学の実験をしていて、半分の学生は病理学をやり、次は交替をしてというかたちで実習をやったりしてましたから、決してすべてをオンラインにしたわけではないです。

そういった中で、オンサイトとオンラインライブ、それからオンデマンドでの後からの復習が組み合わさったかたちが今後も重要になってくるかなと思っています。

聞き手 コアカリの内容に戻らせていただきます。ご感想をいただいたところですが、4番の次の質問で、改定作業を行う中で、医学部生全員が習得すべき基礎医学の内容はどんなものかという質問です。

話し手 なかなか難しい質問だと思います。ぼく自身、例えば、うちの医学類でやってるのは、基礎医学研究の最前線という科目を講義として必修でやっていて、自分たちの研究室でどういう研究をしているかを教授陣が20コマ学生に講義しています。

そういったものをきっかけにして、学生がカリキュラムの中には入っていないんですけども、基礎医学演習を登録する制度にはなっていて、各研究室での研究活動に参加する。医学類性が大学院生と一緒に研究室で実験することを体験できるようなことを、やはりぼく自身もやったし、今後の医学生もそのぐらいの余裕はあるかたちで、教育カリキュラムを組んでいきたい、組んでほしいと思っています。

そういうことを考えると、例えば、自分で研究するようになった時と、医学生が一番大きな違いの1つとして、どのレベルで事実を事実として受け入れるか、要するに、どちらかという教科書に書いてあると、みんな本当だと学部生はだいたい思っています。だけど、教科書だけでなく、PubMedで検索すると論文がいっぱい出てきて、最新の論文はものすごい単純なことをいうために、いっぱい実験をやってるとか、そういうことにぜひとも触れてほしいです。

だから、最新の学術研究論文を検索して選ぶことができるという、論文の中身じゃなくて、読むべき論文を検索して選ぶことができる方法論を身につけているみたいなことが組み込まれるといいのかなと思います。すいません、もう組み込まれてるのかもしれないんですけど。

聞き手 いえ、そんなことはなくて。今の点は基礎医学のCの項目から外れたところにちょっとだけ添えられていて、例えばA-8-1とか、こういったところに少しだけ病態の解析ができるとか、論文情報を整理統合するとか、科学研究に参加することができるとか、すると書いてあります。これは他でも出てきたんですけど、基礎医学の教室側がコアカリに対応しようとした時に、ここは多分完全にスルーしてるんじゃないかと。

1つは、改定にあたって、こういった点を、それこそ例えばCの項目にもうちょっと押さえるべき点として明示すべきという考えもあると思います。ただ実際にどういった教育をしたら、どういった点を押さえたら、コアカリに準拠したといえるのかということ、なかなか大学ごとに難しいところかなと思います。

話し手 Cはどちらかというと、学習すべき内容が主に書かれていると思うので、こういうかたちで別枠のところに書いてあることが日本全国の基礎の先生たちにはしっかりと伝わるのが、少なくとも、各教育組織の教務委員会とかがそこをしっかりと把握することが重要で、そうすれば例えばぼく自身は大学院の科目では、授業した後で、授業に関連することで興味を持ったことについて論文を三報読んで、それについて、どういう内容で、そこから自分がどう思うかみたいなことを、最終的なレポートとしてやります。医学類の学生もそういう経験がどこかであるといいなとは思いますがね。

聞き手 4番だけでなく5番の研究者育成に関する質問にも被ってくる内容だと思います。これまでの質問で、研究者育成に関する先生のお考えをお伺いしかなり教えていただいたと思います。研究者育成をあえて、学部生教育に関して記載するとしたら、どんなことがありますか。あるいはもうそれは十分すでにA-8に記載されているので、これ以上はなかなかコアカリとしては踏み込めないということなのか、何かございますか。

話し手 そこは、本当に難しいところだと思います。例えば、オックスフォードに行って病理学の担当している基礎の先生はみんなPhDだったんですよ。世界の中で医学生の将来像として、臨床に関わらずに基礎医学に行くことが、どの程度考えられているのでしょうか？日本でどこまで、そのような基本設計をするのか？

今、文科省はさまざまなMDの基礎研究者養成をやっている。基礎研究室にMDが少なくなっていることに危機感を持っていると思うんです。一方、厚労省は厚労省で初期研修に専念しなければいけないといって、医学生は医

師国家試験合格した後、2年間は臨床にどっぷり浸かることになっている。そこから基礎に戻る人は少なく、医学部で医師免許は取ったんだけど、保険診療医にはなれないことを受け入れて、基礎研究者になる決断を大学卒業時にするのは非常に難しい状況だと思います。

例えば、ぼく自身、朱に交われば赤くなるじゃないけれども、1年も2年も何かやっていると、面白さも分かってきて、ああ、この世界も面白いなと絶対に思うと思ってるんですね。ぼく自身、基礎研究をやりたいというこの研究室に来る学生に対して、みんながんの研究をやりたいから、うちでやりたいと思ってるかもしれないけども、半年もウイルス学の研究やってたら、ウイルス学も面白いって思うと思うよといっています。

例えば医学部で基礎研究をする、学年の若いところで、一生懸命やったことが残って、ずーっとそれで基礎研究に行こうという思考を持つ人を増やすのは、あんまり有効な手立てじゃないんじゃないかとぼくは思っています。むしろ、若い初期研修が終わったぐらいの人たちが基礎研究に向かうようなルートを太くしていく、鯉沼先生のように。そういうことを、これはだから、コアカリの対象とするものではなくて、卒後のことになるけど、そういうことをしっかりと作っていくことの方が有効なんじゃないかということです。

あと、イギリスみたいに医学部は病院を持たずに、病院は独立組織になって、病院は病院でやってるんだという割り切り方もあると思います。ウプサラ大学だって、もともと基礎は基礎で、バイオメディカルセンターで、薬学とか生物とかと一緒にやって教育組織が作られていて、病理は病理で、ぼくが居た頃はパソロジーインスティテュートというところであって、病院は病院でまた別のところであってみたいに、結構バラバラになってるところがあるんですね。その中で、基礎は基礎で純粋にサイエンスの教育をしていると思います。

一方で、オランダのライデン大学みたいに、メディカルセンターとして基礎から病院での臨床までを一体となってやってるところもあって、どちらの方向性もぼくはあると思っています。MDじゃないと基礎の教育ができないみたいなことはない、ぼくは思ってます。病理診断をしないと、そこまで病理組織のことをちゃんと勉強できないので、実はぼくは病理組織実習をMD以外の教員がやることについては、あまり賛成ではないです。もし、基礎の病理にMDがいなくなったら、病理組織実習は臨床の中で高学年でやれば良いのだと思います。でも、日本全国でコアカリの中に医学部出身者を基礎研究に向かわせるという内容を入れるのだとしたら、ここに書かれてる程度のことで、それほど、今の状況を変えることはないんじゃないかとは思っています。

聞き手 必ずしもMDが基礎医学を担当する必要はないということだと思います。私も同じような気持ちでいます。医学部生はあまり研究者としてのキャリアを知らないような中で、PhDで非常に熱心に研究を進めていく学生たちに気づいたら置いていかれてしまうような、競争的な面の問題もなくはないという議論もあったんです。私は基礎研修から始めても何の問題もないのかなと思ったりするんですが、コアカリに反映するかどうかといわれると、そういった関心のある学生が、そういうキャリアに気づくことが担保される内容であれば良いということでしょうか。

話し手 さっきもいったように、これはコアカリで全国的に各大学に伝えるべきことなのか、各大学が自分たちで重要性を感じて自発的にやるべきことなのか分からないけれども、ぼく自身が育った時のように、学生が研究室に行くものすごく丁寧にいるんなことに対応してくれる環境があることが、医学生を基礎研究に向かわせるのには、今後も大きく働苦と思います。正直、医学部を卒業して臨床に行かないで基礎に行く人間っていうのは自分が選んだ選択だから言えるけど、ちょっと変わってる人たちなわけですよね、今の環境においては。それが、あんまり変わってることではない、そういう選択肢も考えたんだって、みんなが思うような状況になればいいなと思います。

それをどうやって、コアカリの構成の中に落とし込んでいけるかというのは、なかなか難しいような気がします。そのことの重要性を基礎医学教育をやってる人が共有していれば、それでいいのかなという気がします。

聞き手 どうもありがとうございます。予定していた内容については、ご意見を伺うことができましたとおります。ちょうどお時間になりましたので、録音を止めさせていただきますと思いますが、何か追加すべきことはありますか。

話し手 いえ、大変なお仕事を担当されて、ご苦労さまです。ぼく自身もコアカリの意義は十分に理解していて、少しずつ更新しながら、より良いものにしていく努力をされている先生方には敬意を表したいと思いますし、それは筑波においても、医学類教育で基本的な資料とさせていただいておりますので、これからもよろしく願います。

聞き手 加藤先生、どうもありがとうございました。

(終了)

● インタビュー要旨

インタビューー：岡部繁男教授（東京大学大学院医学系研究科 神経細胞生物学分野 教授、東京大学大学院医学系研究科長／医学部長）

日時：2021年7月12日 9:00-10:00(60分間)

参加者：錦織・島田・鈴木

1. ご自身の基礎医学研究者としてのキャリアについて
(ア) 学生時代の基礎医学の授業が面白かったことがきっかけ
2. 基礎医学教育の課題
(ア) 学生に問いかけながら授業を行うことが大事である
(イ) 医学が膨大になってしまっているので、勉強の仕方に関する教育は必要
3. 医学教育モデル・コア・カリキュラム（コアカリ）の内容について
4. 医学部の卒業生全員が習得しておくべき基礎医学の内容とは何か？
(ア) 必ずしも不確定要素のある最先端の知見を含める必要はない
5. コアカリに研究者育成に関する内容をどのように記述するか？
(ア) 教育内容ではなく、教育方法（こういう経験をしてほしい、問いを立てて欲しいなど）に言及すると良いのではないかと
(イ) 学問というのは常に変化しているものであるということを肌で感じてもらいたい
6. その他
(ア) コアカリは医師養成機関としての大学だけを担当するのか？知の先端を開拓するための人材を養成する大学のカリキュラムなのであれば、医学士としての質を担保することが必要で、理想的には卒論を書くべきである
(イ) 日本の人材育成という意味で、理系の最優秀層をすべて医学部に集めておいて、その人たちだけに普通の医師の職業教育だけをしていいのか？6年間コア・カリキュラム的な授業だけをずっとやって、君たち全員、臨床医になりなさいっていうメッセージを送り続けるっていうのが、本当にいいことなのか？

● 逐語録

錦織 こんにちは、岡部先生。

岡部 どうも、こんにちは。

錦織 ご無沙汰しております。

岡部 ご無沙汰してます。

錦織 お元気でいらっしゃいますか。

岡部 はい、元気です。

錦織 ずいぶんお忙しいんじゃないかなと思います。

岡部 いえいえ、大丈夫です。

錦織 すいません、きょうはお時間をいただきまして、ありがとうございます。私と、あと阪大の、先生もご存じの島田先生がきょう参加させていただいています。早速、本題に入らせていただきます。

概要を簡単にもう一度ご説明申し上げますと、以前5年前は北村先生が担当されておられた医学教育モデル・コア・カリキュラム、全国の大学のカリキュラムのガイドラインのようなものが5年に1回ぐらい改定されているんですけども、今回改定を日本医学教育学会が引き受けまして、私とその担当の副リーダーを仰せつかっております。東大に居た頃からそうなんですけど、どうしても医学教育の改革の話が臨床教育を中心に進むものから、基礎医学に関してきちんと1つプロジェクトチームで枠を作って考えたいなと思ひまして、それで島田先生にもお願いをして、特に帝大系の先生も多いんですけども、中心に、現在の課題とかです。

コアカリでできることにももちろん限りがあるんですけども、きちんとコミュニケーションをとっておいで、現在の問題点で改善すべきところは反映させたいと思ひまして、先生以外にもだいたい全部で10名ぐらいの先生方に、いろいろお話を伺って、今ちょうどその内容をまとめつつあるという段階です。もう先生が最後の方というような感じになります。よろしくお願ひいたします。

岡部 よろしくお願ひします。

錦織 島田先生もきょうよろしくお願ひします。

島田 よろしくお願ひします。すいません、ぼく、マルチプル・ディスプレイにして、1つのディスプレイの電源が切れてたので、ずっと映らなくておかしいなと思ってたんです。つないでたんですけど、つながらなくてすいません。

錦織 あともう1つは、きょうのテーマ、今まで他に伺った先生方とも共有してきた中で分かってきたんですけど、基礎医学の分野の教育という問題と、基礎医学に限らずですけど、研究者育成という問題とを、両方取り扱っているような色があります。きょうはどちらも取り扱うというような意識でやればと思ひますので、それもよろしくお願ひします。

岡部 はい。

錦織 録音をさせていただきます。それで逐語録を作らせていただいて、その内容を岡部先生にご確認していただいた上で、最終的に文部科学省に提出する報告書のかたちになるということで、オフレコの内容とかも出てくると思うので、レコーディングはされているんですけども、後から消去可能ということで、なんなり自由なご意見をいただければありがたいです。

事前にお送りした質問のリストをチャットの方に貼り付けますね。それで、私は岡部先生のキャリアのことはある程度存じ上げてるんですけども、こういう場なので、もう一度ということになります。先生のホームページを拝見させていただくと、先生はもう大学を卒業されてすぐに基礎に入られて、そのまま東京大学とNIHとを軸に研究活動を展開されて、医科歯科にしばらく居られてから、東大にまた戻られたと理解しています。もともと基礎医学の研究者になろうと思われたのはいつ頃ですか。大学に入られる前だったのでしょうか。学部の中でそう思われたのか、そのあたりからお話を聞かせてください。

岡部 基礎医学研究者になろうと思ったのはやっぱり大学入った後です。

錦織 どういったことがきっかけでしたか。

岡部 やっぱり東大のいろいろな講義、研究者が講義をするわけなので、その中で実際にそれぞれの研究内容を話されますよね。それが魅力的だったっていうのが大きいと思ひます。駒場時代もいろんな生物系の講義はありましたし、あと、医学部の基礎に来てからは例えば江橋節郎先生という筋肉の薬理学の非常に有名な先生の講義とか、あと、伊藤正男先生という小脳の神経回路と機能の生理学で有名な先生ですけども、そういった先生の講義を聞いていると面白いし、単に知識を覚えるという以上の深みのある内容でした。やっぱりそういうところに非常に惹かれたというのがあります。

錦織 今、先生がおっしゃった、単に知識を覚える以上というのは、きょうのキーワードになりそうな気がしています。これは私見なんですけども、やっぱり医学教育がすごく知識の詰め込み、記憶型にずいぶん偏重しているということは皆、医学部の中の人間は共有していて、でもじゃあ、どうしたらいいんだろうというところに、なかなか各論的な解決策を見いだせてないと感じておりました。そこもぜひいろいろ伺っていただければと思ひます。

今の面白いといわれたことから展開していただいてもいいかなと思ひますけど、2番目の問いで、先生は解剖学の講義実習を担当しておられて、まず基礎医学の教育ですね。研究者育成ではなくて、実際に基礎医学の教育講義実習に関わられる中で、感じておられる現在の課題みたいなものがあれば、お教えいただけますか。

岡部 解剖の教育は進歩がないっていうと語弊があるんですが、自分が学生で受けた解剖の教育と、今、自分が学生にしている解剖の教育ってほとんど変わらない。マクロ解剖に関してはですね。組織学、神経解剖に

関しては、ある程度新しい知識を教えたりとか、細胞生物学的なことは進歩があるんですけども、マクロ解剖はほとんど中身変わってないんですよね。逆にいうと、それだけ確立した知識が体系化されていて、それをきちんと学生に教えるっていうことの重要さはあるわけですよね。

あと、医学部の教育が積み重ね式なので、例えば内科や外科の教育を解剖の知識なしにパッと教えてしまうって、まず無理なわけですよね。出だしに何か地図みたいなのを学生が頭の中に作ってもらって、その後でその地図を頼りにいろんなところを訪ねて行って、より知見を深めるとか、生身の体験をするとか、そういうかたちのカリキュラム構成に伝統的になっているし、それはなかなか崩し難いところだと思うので、そういう意味では基礎的教育っていうのは、一方では非常に確立された、もう数十年たっても変わらないようなかっちりした体系的な知識を学生に誤りなく伝えるという面があるので、そこは変えられないんじゃないかと思うんです。

一方で、それだけだと、やっぱり大学本来の探究心とか、何か新しいことに対して疑問を持ちながら粘り強くそれを切り開いていくという力を学生につけることも重要なので、それはなかなかお仕着せのことだけ話してもできないわけですよね。ですから、その部分を付け加えていくっていうことがどうしても基礎的教育だと必要になるので、そこに一番気を配っているということでしょうか。

実際、マクロ解剖でも分かってないことは実際にはいっぱいあるわけで、学生にそういう問いかけをしながら、実際の実習を進めていくとか、そういうことは重要だと思います。

錦織 いくつか私の方で疑問がわいてきたんですけども、まず1つ目はすでに確立されている部分が結構あるというのは、私も比較的同意見です。一方で、基礎医学に限らず、医学そのものがずいぶん進歩して、量が多くなってきているという問題があるかと思います。これはコアカリ全体で、別のチームをさらに作って考えてるんですけど、医学が大きくなったがゆえにコアカリが肥大化して学生に教える量がずいぶん増えてしまっているという問題にどうするかということ、そこでは考えているんです。

きょうは岡部先生のインタビューなので、基礎医学という分野、場合によっては解剖学だけでも構わないんですけども、ぐっと絞って、100人を越えた大学もありますけど、全員の学生に、これは東京大学の学生だけでなく、9,000人の医学部の1学年の学生というイメージでお考えいただければありがたいのですが、全員学んでおべき基礎医学の内容というのは、以前と比べてどんなふうに変化してきているのかという問いはいかがでしょうか。

岡部 増えてるのは確かです。教えなきゃいけない項目の量が増えているのは確か。一方で人間の記憶のキャパシティっていうのは変わらないので、多分それを全部覚えようとするとうまく破綻すると思うんです。実際、医学部の学生でもうまくカリキュラムについていけない場合には2パターンあります。

1つはもう最初からインプットの量が少なく、学習意欲も低くて落ちこぼれていくというタイプと、もう1つのタイプは割に真面目なんですけど、すべてを覚えようとするというんでしょうかね。あと、それが覚え方のコツみたいなものをあまり学習せずに、学習に対する学習ってあるじゃないですか。覚えるための技術を覚えるみたいな。そこがあまり機能しないために、ひたすら詰め込んで、解剖でもそうなんですけど、枝葉末節のところを必死に覚えようとして、結局その本幹であるとか、一番重要なところが抜け落ちてしまって、それで破綻して、そのために学習意欲が落ちていって、ついていけなくなるという2つタイプがあるように思います。

錦織 なるほど、面白いですね。

岡部 その後者のタイプの学生さんはやっぱりもう少しこちらがうまく、どういうところを中心に覚えるべきだとか、学習の学習の仕方をきちんと伝えるようなことができれば、正しい方向に持っていけるんじゃないかと思うんです。だから私が解剖の時にいっているのは、解剖学終わって1年たったら、多分教えたことはほとんど忘れちゃって、1割ぐらいしか皆さん覚えてないですよっていうんです。でもその1割残ってれば、そこからまた思い出すことはできるし、今だったら別にインターネットも発達してるし、教科書も充実してるので、調べればいいわけですよね。そういう意味で、全体をきちんと俯瞰して、俯瞰的な知識を身につけて、あとまで残る部分はその中の全部だと思わないで、一部分でいいんだっていう気持ちでカリキュラムはこなしてくださいって思います。

錦織 ありがとうございます。現場で学生に、覚える知識が膨大になってきていることに対して、どう対応すればいいかというお話をいただいたように思います。

視点を少しコアカリの記載量みたいなところに移させていただくと、やっぱり増えるのは避けたいですかね。別の委員の先生からなんですけど、例えば免疫学とか再生医療とか基礎医学全般の中にも、今のコアカリの中には含まれていない、アップデートな内容が少ないとご指摘もいただいて、それは確かにそうだなと私自身も思います。そうすると、増えるなあみたいなことをちょっと思っていました。

岡部 どうなんでしょう。なんていうんですかね。最先端の知識をすべて教える必要はなくて、そういうものの中の要素って、だんだん淘汰されていきますよね。

錦織 確かに。

岡部 だから学問って常に変化していくので、10年間ぐらい生き続ける知識は多分本物の知識で残っていくわけですよね。さっき解剖はずっと変わらないっていったんですけど、多分それはそういうもう長いこと生き残ってる知識でほとんど飽和してるから変わらないと思うんです。一方で生化学とか分子生物学とか免疫学とかのいろいろな知識って、まだ揺れ動いている部分もあるんじゃないかと思うんです。だから、そこはやっぱりその専門の先生が本当に本質的にこれは変わらない知識だっていうところを、どのぐらい見抜いて選択してくれるかっていうことになるかと思います。

錦織 おっしゃる通りですね、確かに。貴重なご意見をありがとうございます。もう1つ、これ研究者育成の話と近くなってくるかもしれませんが、探究心の涵養ということ、先生はおっしゃったんですが、結局、今のコ

アカリの構造が『教育内容のガイドライン』っていうサブタイトルの通りで、何を教えるかということの文言の羅列になっている。かつ、医学が大きくなっているが故に膨大になってきている。

というのは、探究心を涵養するということと、あまり相性が良くなくて、きょう、ご参加いただいている島田先生も、探究心を涵養するというような研究者育成に関連した内容をコアカリの中に埋め込む方がいいんじゃないかというご意見もあります。一方で、全員が必修で学ぶのは、あまり研究者育成とは相性が良くないのではという意見もあります。このあたりも揺れてるんですけども。研究者育成、特に9,000人の卒業生全員を対象としたガイドラインになるので、研究大学とは少し毛色が違うのかもしれませんが。

探究心を涵養する、研究者を育成するといった内容をコアカリの中にどう組み込むのか。もしくは組み込まないのか。書くとしたら、どんなふうを書くのかといったことについて、もし先生にご意見があれば教えてください。

岡部 大学の役割ということ考えた時に、医師養成機関としての大学と、それから他の学部とも共通するような知の先端を開拓するための人材を養成する大学、多分2つありますよね。医師免許をとって、卒後の研修に入っていくという方は、医師養成期間としての大学の、今の医学部の役割ということで、結局コアカリがその部分だけを担当しますと考えるのか、それとももっと広く医学部教育全体のコア・カリキュラムですと考えるのか、どっちかだと思うんですけどね。

もし、医学部の教育全般に対するコア・カリキュラムであるという位置付けを取るのであれば、やはり私としては、医学部を卒業した時には、医学士としてのクオリフィケーションも必要だと思うんです。医師国家試験を受けるためのクオリフィケーションプラス医学士としてのクオリフィケーションが必要で、その医学士としてのクオリフィケーションというのは、やっぱり医学という学問をきちんと卒業後に探求する能力をこの人は持つてますっていう、そのクオリフィケーションだと思うんですね。

だから理想的にはやっぱり卒論書くべきだと思うんですよ、医学部でも。理想的には、医学部4年間なり6年間なりで、自分が学んだことについての論文を書いて、それをちゃんと審査して、この人はちゃんとした学識を持ってますねっていうことが、やっぱりクオリフィケーションに本来なるべきだと思うんですね。ただ、今それはできてないわけですよ。

錦織 はい、そうですね。

岡部 とてもその時間もないということに、多分なるかもしれないし、それをどういうかたちでクオリフィケーションするのかってことは、あまり議論がされていないので。ただ、トータルだとMD研究者育成プログラムの参加者は理想的には最後、英語で論文を書いて、それを医学部長を含めた選考委員会でちゃんと話を聞いて、いわゆる論文審査してるので、それが一番理想的なかたちだとは思ってます。

錦織 卒論の話は私も東大に在任中から先生から何度か伺っていて、結構インスパイアされる場所があって、実はその話が聞きたくて、きょう先生にお声がけしたところも正直ございました。

きょう、島田先生ともう1人、兵庫医大の鈴木先生のご参加いただいています。鈴木先生、お一言お願いします。

鈴木 遅れまして申し訳ございません。兵庫医大の生化学の鈴木でございます。よろしく願い申し上げます。

岡部 よろしく申し上げます。

錦織 ちょうど今、20分ぐらいで、少し広めのところなんですけれども、基礎医学、特に解剖の教育に関して、古典という言葉は使われなかったですけど、私の中では古典という言葉に変換されたんですが、やっぱり長い時間かなりかけて残っている。そして、確立されているということについて言及いただいて、その上で医学が大きくなっていることについては、やっぱり揺れ動いているところに関しては、コアカリで扱う必要はないのではないかと。ただ、淘汰されていかない、長く生き続けている内容に関してコアカリに組み込むことについて考えたらどうかというご指摘。

それから、きょう私が一番伺いたかったところなんですけど、探究心を育成するという観点から、コアカリは医学部全体を本当にらんでいるのかと。医師養成のことだけを考えているのであれば、今のかたちでいいのかもしれないけれどもというのは、これはご批判だと素直に受け止めましたけれども、ご意見をいただいております。

最初に島田先生から何か、この段階でご質問、ご意見があれば、お願いします。

島田 どうもありがとうございました。先生のおっしゃる医学士としてのクオリフィケーション、そこは非常に私も共感するところがあります。やっぱり医学部が専門学校化していく傾向にある中で、やっぱり大学ということをもっと忘れてはいけないところだと思いますし、それと生命科学というか、生物学の分野ではやっぱり医学部というのが1つ中心的な牽引してる学部でもあるわけですので、やっぱりそのところを大学として学生にしっかり教えるということ絶対外してはいけないなと思ってます。

先生のおっしゃる通り、最低限のところは最低限のところであるんですけども、探究心を付け加える教育に気を使ってるというか、そこは最も重要だと思ってます。先日も東北大学の薬理学の谷内先生にインタビューして、その時も話して1つの結論に達したのは、そのMD研究者を育てるというのが、実際は1学年で2~3%の人がそれに相当するんだけど、それを全員にやっぺいいかどうかという話にやっぱりなると思うんですけども、その時もやっぱり医者になるにしても、臨床をやるにしても、研究マインドを持っているというか、診察したり治療したりしていく上で、論理的な思考というか、研究とまったく同じような論理的な思考が必要とされる。

ですので、やっぱり学生の時にそういう探究心を追求していくプロセスなどを全員に教えた方が残りの99%が臨床医になるとしても、臨床医になってからも、やっぱりそういう考え方とか精神というのが必要だから、それ

は2~3%の人に教えるためというより、全員にそういう教育をした方がいいんじゃないかというような、その時もそういう論議になりました。

錦織 ありがとうございます。鈴木先生、何かご質問、コメントあれば。最初居られなかったのも、もしこの段階でなければパスでも大丈夫です。

鈴木 岡部先生のおっしゃる通り、モデル・コア・カリキュラムの定義が、私は当初からやはり研究者のことは考えてなくて、臨床医重視なので、本当は私は生化学学会で昔から私の師匠は阪大の谷口直樹なんですけど、一緒に研究者養成とかやっておりましたので、やっぱり私、生化学学会でも清水孝雄先生とかに東大はモデル・コア・カリキュラムなんか採用しないでください、全国共用試験から離脱しますと。その代わり、東京大学医学部卒業生上位30人は国家試験なしで医師免許くださいと。

実は兵庫医大でも上の方の5人や10人は国家試験なんか要りませんので、そのぐらいドラスティックなことをしないと、もう研究者は減ってると。親御さんが研究者になることに対して拒否感を抱いてるので、医学部に入るような学生さんはもう親掛りなので、もう相当ドラスティックなことをしないと駄目じゃないですかというのを、いつも生化学学会で清水孝雄先生や宮園先生に申し上げて困らせてました。

もう本当に、やはりモデル・コア・カリキュラムを採用するという時点で、これは非常に研究者養成は厳しい部分があるのかなと、個人的には思っております。失礼いたしました。

岡部 おっしゃる通りだと思います。

錦織 やあ、だいぶ話が面白くなってきてるんですけど。コアカリを大学がどう採用するかっていうところにも、今回の調査研究班が踏み込んでおまして、うたってるのは3分の2までと。しかも、それも原則といういい方をしてるんですが。大学によってはもう膨大な量になってるので、それだけの対応で手一杯というのもありますし、一方で私が今勤めております名古屋もそうですが、あんまり読んでないということもありますし、さまざまです。

ただ岡部先生に昔、ご批判いただいたのを覚えてるんですけど、やっぱり共用試験CBTの出題基準になっているっていうのは大きくて。加えてつい先日、数か月前に法改正が行われて、共用試験の公的化が決まりましたよね。ですので、そういった意味でも今回のコアカリ改定は真面目になって、前も真面目にやらなかったわけではないんですけど、真面目にやらないと、影響が大きいなどはちょっと思っています。そしたら後半に入っていくたいと思います。

岡部 1ついってもいいですか。

錦織 どうぞ、お願いします。

岡部 1つよく思うのが、日本の今の入試制度を考えると、理系で優秀な学生の大部分が今、医学部に進学してる状況だと思うんですね。日本の人材育成っていう意味で、理系の最優秀層をすべて医学部に集めておいて、その人たちだけに普通の医師の職業教育だけをしていいのかっていうのが、自分としては一番気になってるところですね。日本は科学技術立国だっていって、そこで若者の中の一番優秀な人たちをどう教育するのかっていう視点が多分一番基本だと思うんですよ。その基本に立った時に、6年間コア・カリキュラム的な授業だけをずっとやって、君たち全員、臨床医になりなさいっていうメッセージを送り続けるっていうのが、本当にいいことなのかっていうのが、多分一番基本的な問題だと思うんですね。

彼ら医者にならずに、もっと別の道を辿らせて、研究やらせたら、日本の10年後20年後の生命科学研究っていうのはもっともっと発展するかもしれないですよ。多分そういう視点が一番重要で、そこを避けて議論しちゃういけないんじゃないか。逆にいえば、なんで医学部にみんな行かせるのかってことだと思うんですけど。もし医学部っていうのは、ただの医師養成するだけの学部だったら、そんなとこに行かせるべきではないっていう議論だってあると思うんです。

錦織 面白いお話を今いただいたので、ちょっとコアカリから話が外れますが、結構前半で本質的な話もいただいているので、せっかくなので踏み込みたいんですけども。まず1つは、今、理系の優れた学生がみんな医学部に来ちゃっているということに対して、われわれが何かできるのか。もしできるとしたら何かという問いに、私の中では変換されました。岡部先生からのご質問、ご提言というようなかたちになってますけど、もうインタビュー形式から随分離れますけど、島田先生も鈴木先生も含めて、何かご意見があれば。

錦織から最初に述べると、私は社会系とか文系の研究者なので、ポスト資本主義みたいな語り方をします、この問題に関しては。安定して、社会が高度に流動化してしまっているが故に、いや、違うな、流動化じゃないんだ。経済による影響が強くなってしまっているが故に、高収入であるとか、ポジションが安定してるっていうことを求めて医学部に来るという構造が、今の資本主義の制度疲労に原因があると、私は思っています。そうすると、なかなか厄介で、これは自分の手にはなかなか賄い切れてはなくて、ただ、自分のできることはやってるつもりなんですけど、とは思っています。

優秀な学生が医学部に来ちゃうっていうこと自体は、一旦諦めてしまって、その上で医学教育の中で、今、岡部先生がいわれたような優秀な頭脳を持った学生さんには臨床医育成という観点だけではないカリキュラムをきちんと提供していくということが責務ではないかなというのが錦織の意見です。

岡部 しばらく前だと、この話は医学部の大学院化とつながってたと思うんですね。

錦織 ああ、なるほど。

岡部 つまり、他の学部、特に東大の例えば理学部の先生とかから見ると、医学部っていうのは人材を無駄に吸収してる学部だっていうのがあるわけですよ。

錦織 そうですね。

岡部 だからまず学生は医学部以外の理系の学部に入學させて、そこで基礎的な研究をさせて、その後で、大学院として医学部に行けばいい。メディカル・スクールですよ。メディカル・スクール構想。

錦織 そうですね。

岡部 そっちにつながってしまうわけですよ、一方では。

錦織 メディカル・スクール構想は、ちょうど十数年前に一度、聖路加の日野原先生がまだご在命でいらしゃった時に、いろいろ討議があって、研究班が組まれて、結局、文部科学省側はあまり良いといわなかったという議論があったと認識しています。今の段階で、この医学部の大学院化みたいなことについては、いかがですか。どうお考えですか。

岡部 今の時点ではまったくそんな必要がなくなってしまうように思っています。ただ、1つの考えとしてそういう考えもあるわけですよ。アメリカはそうなってるわけなので。ですから、われわれ本当に医学部に来る学生をどう扱うのか、何を教えるのか、将来何になってもらいたいのかっていうことは、もうちょっとやっぱり明確にしておくべきで、他の理系の学部から見ると、やっぱりそこで人材が無駄に消費されてるって見えてしまう可能性があると思うんですね。

錦織 医学教育指導者フォーラムっていうのがあるんですけど、そこでも以前に同じような問いかけを私もしたことがあって、なんとなく場がシーンとしてしまい、あんまりそれ以上議論盛り上がりませんでしたけど。

岡部 なかなかいい出しにくい議論ではありますね。

錦織 そうなんですけど、やっぱり誰かがいい出さないと。特に医学の中の人間がいわないと進まないですよ。

ね。外からいくらいっても野党というか。という気はします。島田先生、鈴木先生、何かあれば、いかがですか。

鈴木 鈴木から。実は先ほどの共用試験、モデル・コア・カリキュラム委託しなさいっていう前段に失礼だからいわなかったんですけど、清水先生と宮園先生には、日本中から一番成績の良い学生を100人集めて、日本の科研費の半分取って、並の臨床医に100人養成してしまうのは、これはもう国家として間違ってるということを申し上げたんです。そんなことって困らせてたんですけど、やっぱりそもそも入試が官僚養成型の情報処理能力の高い人間を集める入試をしているというところが、非常に問題で。その情報処理能力のやや落ちる学生が、私ども私学に来ているわけなんですよ。

です。ですので、本来はピンポイントで狭い研究をやらせたら、ひょっとしたら私学の学生でも能力があるかもしれないんですけど、私学に来た学生は、研究は東大や京大の先生がするもんだと思って研究しないと。東大や京大に行った方々でも、情報処理能力が高い方が大変だけど、その中にやっぱり2割から3割本当に優れた方がいらっしゃるけど、その方々はその才能を見出されることなく臨床医になっておられると。このあたり、なんとかしたいなと感じています。それはやはり東大からやっってくださいと清水先生とかに無茶をお願いしたぐらいな感じですよ。

でもそれはともかく、やはり研究者の道をもっと増やすためには、東大とか京大は10%は基礎医学の道に歩んでいただくような方策が必要だなと思います。すいません。

岡部 鈴木先生がいわれること、私もまったく同感です。多分、東大に入學してくる学生の資質の測り方っていうのは、研究者の特性というのとは多分あんまり関係がない軸で測られていて、別に相反する軸だとは思ってないんですけど、多分直行する軸ぐらいの感じなんですよ。非常に短時間で情報を処理して、間違いなく答えを出していくっていう能力で選ばれてる学生が来てるので。それっていうのは、医学部に入った後の成績も結局その能力で測られていくので、研究者としての適正みたいなところは軸がずれてるんですよ。

だからやっぱり研究者育成のためのプログラムがあって、まったく違う能力を持つてる人で、学部時代にボンと論文を書く人も居て、そういう人はぜひ引き上げていきたいなと思ってますし、あと、東大に行かなかった学生で、研究能力の高い人はいっぱい居るんですよ。それ全国の医学部に散らばっていて、そういう学生さんっていうのは、散らばっちゃったせいで、その学年の中で自分の能力に気がつかないままに、ずっとトコロテン式にソチングしちゃうんじゃないかなと心配してるんです。

だからいろんなコンソーシアムを作って、いろんな大学の学生さんが集まって研究について語るような場っていうのは、そういう意味ではすごく重要だと思ってます。そこで自分が決して変わり者ではなくて、こういう能力持つてる人が評価されてるんだってことを自覚する、そういう場ができると思うので。

島田 私も今の意見、同感するところがあって。大阪大学の前に名古屋市立大学に12年ほど居たんですけども、結局、医学部の入試で非常に高い点を取る子っていうのは、全部平均的にできる子で、一芸だけ突出した子っていうのは、やっぱりなかなか東大とか京大には行けないと思うんですけども、ただ、そういう子の中で声かけると、簡単に研究室に来てくれたり、基礎に来てくれる子っていうのが、名古屋市立大学の時には割とたくさん居たんです。むしろ今の大阪大学よりも。そういう点はずっと感じてます。

それから、岡部先生にお伺いしたいのは、東大で理Ⅱから一部の学生が理Ⅲに行けるようなシステムがありますよね。ここで入ってきた人はやっぱり研究指向で、研究者になる率っていうのはかなり高いんでしょうか。

岡部 いや、あんまり変わらないかもしれない。ただ、非常にユニークな人が多いのも確かですね。そう思います。

島田 先ほどのメディカル・スクールの要素が少し。

岡部 東大の進学振り分けて、逆に入試をさらに輪をかけて厳しくしたような。平均点が90点以上じゃないと医学部来れないという狭き門なので。だからそういうふうにならば逆にバイアスがかかった人も結構居るんですよ。だからどっちも両方ありますね。とにかく点数至上主義で来ちゃう人と、逆に非常にいろんな才能があって、有り余る才能を持つてるが故に医学部来るといいたいタイプ。

島田 やっぱり各大学で文科省の方針もあって、学士入学というのをだいぶ増やしましたけど、その大阪大学もかなり初期の頃から学士入学をやっている。だけど最初の目的っていうのはやっぱり研究者を育成するため、他の学部でのエキスパートを生かすためっていうことだったんですけど、実際やっぱり蓋を開けてみると、結構よその大学を出てから来ると年齢も高くなってるので、生活のこともあって、臨床に行く学生も非常に多い。初期の目的とは完全には一致してないというのが、全国の学士入学もそういう結果になってしまっているっていうところはありますよね。

もちろん研究にそのまま進んでくれて、そういう才能を生かしてる子も居るんですけども、そこら辺の実態調査をしっかりとしないといけないかもしれません。

錦織 いろいろありがとうございます。もう先ほど岡部先生からチラッといわれたことでもあるんですけど、現在のコア・カリキュラムは臨床育成のことしか含められていないと。医学士を保障するものになっていないんじゃないかというご指摘をいただいたように認識しました。

その上で今回は改定なので、われわれが書く側でするので、どのように改定するかということを考えられるわけですから、島田先生からきょうでなく委員会に最初にいただいたお話もそうなんですけど、やはり探究心を涵養することも含めて、コア・カリキュラムに組み込んでいく、もしくは書き込んでいくのであれば、どうすればいいかということについて、ちょっと後半、岡部先生からも、それから他の先生方からも少しご意見いただきながら進めたいと思います。

まず岡部先生から、コア・カリキュラム、具体的に今回の改定でこのようなかたちにすると良いのではないかというご意見いただければありがたいです。

岡部 もうコア・カリキュラムが学生に対して、知識としてこういうことを持つてほしいという内容になってますよね、今。

錦織 そうですね。

岡部 ただ研究者育成の教育っていうのが、まず内容ベースでいけるのかっていうことだと思いますけれどもね。むしろ内容というよりも、こういう経験をしてほしいとか、あるいはこういう問題設定を、まあ、問題設定自体難しい。

例えば何か月とかで期間を設定したプログラムの中で、独自の問題を立てて、それをある指導教員のアドバイスのもとに実施して、その結果を客観的に過去のいろいろな知識と比較しながら結論を出して考察するというようなプロセスを経験することみたいな、そういうことしか書けないかなという気がしますけど。

錦織 そこに関しては、今回の改定で内容だけでなく、具体的にどのように教えていくのかとか、どのように評価するのかということについて、あまり縛り過ぎない程度でサジェスションのようなかたちで書き込もうかという話が進みつつあります。コアカリの構造そのものにも手をつけるつもりです。ですので、今、先生がおっしゃっていただいたことも書けるかもなあという気もしました。

岡部 どの程度のプログラムを要求するかっていうことじゃないでしょうか。理想的には、医学部の少なくとも4年間を通じて、何か1つのテーマを設定できて、毎年ある程度の期間をそこに集中的に使えるような時間をとって、4年目にはそれをまとめたかたちで、ある程度簡単な論文のようなものにまで持っていくっていうことを要求できれば一番いいとは思うんですけども。

錦織 先生が4年間といわれたのは、どういう？ 何か意識していられますか。

岡部 やはり好奇心を継続するっていうことが研究者にとっては重要だと思うんですけども。だから夏休みにどこかの研究室へ行って、そこで研究体験をしましたっていうので終わらせるのではなくて、1年目にそういうことをして、そこに興味を持って、さらにその翌年も次の年も同じことについて興味を持ち続けてもらえれば一番いいわけですよね。ただまあ、そういってしまうと、学生の方はいろいろさまざまなことを体験するので、そういう最初から決めたことに縛るっていうのはいいか悪いのかという面もあるので、そこは慎重に考えた方がいいと思います。

錦織 そうですね。どうしても決められたものをたくさん準備して、そこに乗せようとする傾向が、いろんな分野で今、起きてきている気がしますね。専門医制度もそうですし。私の質問の4年間というのは、6年間ではなくて4年間なのですかという質問でした。

岡部 ああ、そういう意味ですね。東大の場合は出だしが教養学部なので、その意味で、大学のはじめは医学に限らず幅広く教養を身につけるといのが、大学の方針ですので。東大の場合には4年間といういい方になるかと思います。

錦織 よく分かりました。臨床実習の2年間を除いての4年間なのか、後半の4年間なのか分からなかったので、ご質問いたしました。あと何か岡部先生の方から何か。1つ今、いわれたのは、コアカリが具体的な教え方とかカリキュラムの内容じゃなくて方法とか評価みたいなことに踏み込めるのであれば、何か独自の問いを立てるとか、卒論とかそういったことを書けるのではないかというご提案でしたね。

岡部 ええ。ですから期間は別にフレキシブルでもいいんですけども、医学部在学中に継続的にそういうインテレストドリブンな研究活動を続けて、最終的には何か成果物として発表する。それでエバリエーションを受けるというシステムがあれば、医学士としてのクオリフィケーションはできますよね。

錦織 そうですね。何か島田先生、鈴木先生から応答があれば。

島田 やっぱり岡部先生が最初にいわれたみたいに、他の学部でいうと卒論に相当するもの、これがもちろん研究室でずっと実験する場合もあれば、自分でいろいろ勉強したり、研究室とかと相談する必要はありますけれども、外国のよその大学とか、例えば中国から留学生が結構来ますけど、そういう人に中国の医学部出身の子に聞くと、やっぱり卒論的なことをやってたりして、そこそこはすごい知識が突出してるっていうか。

だから、この平均的、どうしてもコアカリとか医学部が専門学校的な全部をカバーする教育になるんですけども、どれか、どの分野でも1つ興味のあることに突出した知識とか、あるいは研究経験とかがあれば、その1つ1つの分野がそういう全体像というか、学問体系の1つの分野の全体像が見えますから、他の分野でも全部そういう構造があるっていうのが理解できて、自分はその中の今はこの一部しか知らないけど、この奥にこういうものがあるというのが予想も立つし分かるので、そこの分野で、新しい分野に出くわした時も分かんなかったらこういう方法で調べたらいいとか、なんかそういうものがはっきりすると思うんですね。

だけど、専門学校的な知識だと、横に広がったような平面的に、あるいは断崖絶壁になってしまうので、少なくとも1つの分野での学問全体が見渡せるような状態にしといて、全部それをやるのは、医学部では無理なんですけども、そういう状態で、あとはコア・カリキュラムでカバーしてれば、どんな分野に行っても、そういうことが引き出せるというか、自己学習、あるいは人に聞いたりして、いろんなとこに行けるようなかたちになると思うので、やっぱり卒論的なことを何か1つのテーマでやるというのは重要だと思います。

岡部 今、島田先生がいわれたことは重要で、学問ってダイナミックなものですよね。さっき解剖が毎回同じことを教えてるっていったのは、それがもうかなり以前の段階で、そういうダイナミックな部分が終わってしまったというか、通過してしまったので、そうなってただけなので、今の研究っていうのは、過去にそうやってフィックスされた知識みたいなものと、それから非常に変動してるダイナミックな部分と、それからその先のまだよく分からないアンノウンな部分があるわけですよね。

学生がやっぱりそういうふうに、学問っていうのは常に変化しているものであって、変化することで5年10年で知識が定着していったって、現在進んでる学問自体っていうのは、まだフィックスされてなくて、変化する余地があって、その変化する先にまた次の違う未知の研究があるって、そういうことを肌で感じてもらうことが重要だと思うんですね。

医学的な知識っていうのも、完全に固定されたものだけを使っていると、先端医療とかできないわけですよ。先端的な医療をやろうと思えば、まだダイナミックに変わりつつある知識を使いながら、治療なり診断なり進めていかなきゃいけない。逆にそれはリスクも伴うわけですよ。ですから、そういう意味で、研究を理解するっていうのは、医学全体にとってすごく大事なことだと思うので、ぜひ学生にはそういうところを分かってもらいたいと思います。

錦織 鈴木先生、何かございますか。

鈴木 岡部先生のおっしゃる通りで、モデル・コア・カリキュラムって、実は平成13年にできた時はやはり社会からの要請に従って、医師養成のためのミニマムリクワイアメントとして始まったので、やっぱりモデル・コア・カリキュラムというのは、本質的にはやっぱり臨床医養成ということになってしまっていると思います。

だけど、これがやはり共用試験のグループプリントになってしまったので、もう先ほど申し上げたように、東大、京大、慶応をはじめ、日本中の大学がこんなに忠実にモデル・コア・カリキュラムを採用するとは、文科省思ってたんじゃないかというぐらい、モデル・コア・カリキュラムに縛られている。だから、モデル・コア・カリキュラムの中に研究者養成を入れてくれというのは、本末転倒な要求のような気がするんです。

だけど、今となってはこれは仕方ないので、ここは基礎医学の先生しかいらっしやらないので、錦織先生を困らすことをいいますけど、見ていただくと、B項目、ABCDEFGまであるんですが、Gは臨床ですけど、基礎医学はCの医学一般という名前です。押し込まれて大変失礼なんです、本当は。

錦織 確かにそうですね。

鈴木 Bのいつもいうように、社会と医学、医療という、この社会医学というのが馬鹿みたいにかいボリュームがあるんです。この辺がまずバランスがおかしいので、もし研究者養成ということになったら、やはりこのABCと同じように、つまり社会医学と同じ程度のボリュームで、リサーチマインドの涵養という大項目を立ち上げて、その中に基礎医学系の実習、それから基礎講座配属、研究室配属、そして研究のまとめとしての、卒論といえるかどうか分かりませんが、少なくとも臨床実習に入る前に1本リサーチレポートを書くというようなことまで、モデル・コア・カリキュラムにしっかり入れないと、もうとても研究者養成にはつながらないと個人的には思っております。錦織先生を困らすようなことをいうて、申し訳ございません。

錦織 いや、今度のコアカリでは、そのAからGの項目は解体される予定です。この辺もまだ未定ですけども、今そういう方向です。9つの資質能力の項目ごとに章立てする予定で、その中の1つの項目に、科学的探究心というのを前回立てておりますので、その下に何を書くのかというのが、具体的な作業の課題になってくると思います。なので、鈴木先生がいわれたことは実は今、何って、途中からこれは本当に実現するかもなと思いました。

一方で、さっき岡部先生と島田先生の話伺いながら、私が思ってたのは、もうコアカリは最初岡部先生がいわれたように、臨床医育成のガイドラインですってしてしまった方が楽なんじゃないかなと、ちょっと思ったりもしました。そのあたりについて、岡部先生、島田先生、鈴木先生、どなたでも結構ですけども、どう思われますか。一抜けたは楽なのかもしれませんが、一方で分断を生む気もしますし、やっぱりコア・カリキュラムっていうのは、省庁から出てるということもあって、影響力が大きいので、そこの中に含めないっていうのは、かなり勇気を持って決断する必要があるなとも思います。

岡部 含めないっていう立場にすると、大学によっては本当にコア・カリキュラムだけをやればいいのか、それで医学部の役割を果たしたと思われてしまう可能性はありますよね。

錦織 その通りです。

岡部 そうすると、さっき鈴木先生がいわれたみたいに、全国に散らばっている本当は研究者としての能力のある人が、すべてそこで将来を断たれてしまうので、それはやっぱりまずいんじゃないですかね。

錦織 きょうの岡部先生のお話を伺うと、実質的にやっぱり臨床医育成型になっていて、そのあたりのバランスを取るためにという意味で、鈴木先生が私が困ったって、私自身は研究者のつもりでいるので、自分自身が関わる以上、臨床医育成だけになるとは、とても思っていないです。

ミニマムリクワイアメントのガイドラインであるが故に、研究者育成の組み込み型がすごい難しいなとずっと思ってたんですけど、きょう岡部先生からいただいた、内容だけが書かれてるドキュメントだと難しいというご意見から、構造そのものの中に方法とか評価といったものを組み込むことで可能なのではないかなとか、それから鈴木先生からいただいた項目について、大きな項目を1つというのは立てられるなと思いましたので、コアカリとしては研究者育成という項目をきちっと残して、将来を見据えてきちんと書いていくという方向性がいいいんじゃないかなと個人的には思いました。

あともう1つ、調整弁として可能なのは、コア・カリキュラムの遵守に関しての各大学での対応の程度についてですね。ここは現在は医学教育のカリキュラムの中の6年間のうちの3分の2という書き方にしてあります。これは大きく変えなくてもいいのかなと今、伺って思いました。3分の2がきちんと3分の2になっているのかどうか、あまり大き過ぎないようにというようなことに気を配ればいいのかなという気もいたしました。

だいたい1時間ぐらいになりましたけど、岡部先生から何か最後に、今回の改定にあたって期待することなどあれば。

岡部 今、医学もだいぶ変わりつつありますよね。今っていうのは例えば、データサイエンス的なものの要素っていうのが強くなってると思うんです。それから、今回のCOVID-19のいろいろなことを見てると、個別の医療も大事なんだけど、やっぱり社会構造全体を考えて、人がどう動いて、その中でいろいろな疾患の予防とか治療とかをどう考えていくのかっていうことも、かなり医学の大きなファクターになってると思うんです。

そういう面を新しいコア・カリキュラムでどう捉えるのか。医学教育って次世代の医療従事者を養成するためのカリキュラムなので、今の医療だけを見るのではなくて、やっぱり10年後20年後の医療のかたちを見据えながら、コア・カリキュラムを作った方がいいと思うので、そういった部分の取り入れというのは、やっぱりかなり重要になるのかなと思います。

ですから、再生医療もいいんですけど、もうちょっと広い意味で、今後の医療にとって重要な学問分野を医学生にどう伝えていって、多分それは未来の医療なので、医学研究っていうことにもなると思うんですよね。医学研究にとって重要な新しい分野をどう学生に伝えていくのか。それはかなり重要なことだと思いますね。

COVID-19のワクチンを作る時も、製薬会社の人に聞くと、やっぱりかなりAIを駆使した創薬をアメリカではやっていて、日本ではそういうことはあまりやってなかったの、かなり差がついてしまったっていう。そういうキャンディレートになるようないろいろなRNAとかそういうものを選んでいく時にも、アメリカだと本当に1週間でたどり着けたんだけど、日本だとそういう戦略がないっていう話もありますよね。ですから、次の世代の医療研究者、医療従事者って、多分そういうところも教育されなければいけないと、国際的には太刀打ちできない可能性があるんで、そういうところもぜひカリキュラムの中で考えていただければありがたいと思います。

錦織 ありがとうございます。一部だけ応答しますと、10年後20年後を見据えてというのは、今の医学教育課の企画官とともに、まさにキャッチフレーズのようなかたちで語っておりますので、そういう視野を持つてつもりです。

それからデータサイエンス、社会構造に関しては、別のプロジェクトチームを作っていて、社会の変化にどのように対応していくかということも検討しておりますので、総論としては、だいたい今いただいたことは視野には入れられているかなというようなことを一応お答えさせていただきます。

はい、すいません、どうも長時間にわたって、きょうはお話いただきまして、ありがとうございました。またなんらかのかたちでお返しできると思いますけど、その前にまず、きょうのインタビュー記録を逐語録に落とさせていただいて、一般に公開される文書になりますので、ちょっとまずいところは少し削除させていただいて。

岡部 オフレコ的な話が多かったような気もします。

錦織 そうですね。毎回そうなるんですけど、でもその方が実があっていいんです。考える方では私たちの頭の中にきちんと残っておりますので、その上でまたお返しいただければと思います。本当にお忙しい中、お時間いただきまして、ありがとうございました。

岡部 いいえ、どうもありがとうございました。

錦織 また引き続きよろしく願いいたします。失礼いたします。

(終了)

● インタビュー要旨

インタビューー：谷内一彦教授（
東北大学医学系研究科機能薬理学教授、日本薬理学会理事長）

日時：2021年7月1日 10:00-11:00（60分間）

参加者：島田・鈴木

1. ご自身の基礎医学研究者としてのキャリアについて
 - (ア) 小児科で研究を始め、留学で本格的に研究に取り組んだ。
 - (イ) 帰国後も研究を続けたかったのですが、薬理学の教授に声をかけられ、薬理学のスタッフになった。

2. 基礎医学教育の課題
 - (ア) 基礎医学の教育・研究に携わる **Physician Scientists** の教員数が減少している。
 - (イ) 学生は教科書を買わなくなり、授業のパワーポイントだけで勉強している。海外では教科書が電子化されてきている。日本でも電子化教科書の導入を考えてはどうか。
 - (ウ) 学生は優秀であるが、教室で愚直に一生懸命実験する学生が減っている。

3. 医学教育モデル・コア・カリキュラムの内容について
 - (ア) コアカリの薬理学の項目についての記載がまだ不十分な部分がある。
 - (イ) 薬理学の項目で治療学 **therapeutics** について、しっかりと記載する必要がある。
 - (ウ) コアカリでは基礎医学の実習の重要性を提起して欲しい。実習がコアカリに記載されていないと実習の時間数が減り、座学偏重になる。
 - (エ) デジタルメディスン、AI、データサイエンスなどの **DX** を取り入れた新しい医学をコアカリにも導入して欲しい。

4. コアカリに研究者育成に関する内容をどの様に盛り込むか
 - (ア) コアカリ上の決まった実習ではなく、1年生の時から学生をラボで受け入れる体制を作る。
 - (イ) アーリーエクスポージャーで早目に学生に研究志向と留学志向をもたせる。
 - (ウ) スモールグループでの実習で、基礎の教員と学生との関係を蜜にする。

5. その他
 - (ア) コアカリに強く縛られないような教育を推奨するコアカリにしてもらいたい。
 - (イ) 診療行為は基本的に研究と同じで、患者に対してベストなものを提案するには研究的なマインドがないとできない。

● 逐語録

島田：まず最初に、先生が基礎研究者になろうと思ったのはいつごろから、またそのきっかけをお話いただけますか。

谷内：私、最初から基礎医学者になろうと思ったわけじゃなくて、最初小児科に入ってたんです。それで、島田先生もよくご存じの渡邊建彦先生がちょうど東北大に来られたときで、自分の研究について1度相談に行ったんです。渡邊先生が講演された後に。それで渡邊先生非常に熱心に1時間ぐらいお話をさせていただきました。そのあと、米国留学から帰ってきてあいさつに行きました。そのあとそのまま特に何もなくて、学術振興会特別研究員で研究は継続していました。薬理学の助手のポストが空いたから来ないかと言われて、それで基礎医学に入ったのが、私のいわゆる基礎医学者になった、なろうとしたんじゃないかなってなりました理由です。渡邊建彦先生に声をかけられなかったら、そのまま研究がある程度落ち着いたところで臨床に戻ろうと思っていました。残念ながら最初から基礎医学者になろうと思っていませんでした。島田先生は、多分基礎医学者に最初からなろうと思ってたんじゃないかと思うんですけど。

島田：先生は、ジョンズ・ホプキンス大学に留学されたのですね。

谷内：そうですね、ジョンズ・ホプキンス留学ですね。島田先生も確かあのころアメリカにおられたんじゃないかなってでしたか、違いましたかね。

島田：ちょうど先生が帰られた後に、僕もボルチモアに、NIDAですけども、ボスはジョージ・ウールでした。先生のボスは？

谷内：私もウール先生は名前は知ってましたけど、あのときはスナイダーのラボに行こうと思ってたんですけど、スナイダーのところほとんど受け入れてくれなくて、スナイダーはあのときPETイメージングも研究していたので、彼と一緒にグラントを持ってる人のところに行ったということになります。ヘンリー・ワグナーっていう核医学の教授で非常に有名な方なんだけども、京都大学の放射線の人たちはたくさん留学していましたね。私そこでその基礎部分のPhDの研究者たちと一緒に研究しておりました。

島田：それで、小児科からそこへ留学したということですが、その頃、東北大学の小児科と言えばグリシン開裂酵素の研究など大変オリジナリティーの高い。

谷内：多田啓也先生です。多田啓也先生は代謝異常研究、特に生化学研究がお好きだったんですけども、代謝異常研究グループはたくさんいました。それ以外の研究グループは結構手薄だったんで、私には代謝異常研究はいよいよと言われて、それで別な研究グループ、神経グループに行ったら、イメージング研究を行うということで、ちょうどPETとかMRIが出たときで、多田先生からそのようにと言われて研究を開始しました。、そのときに小暮久也先生、神経内科教授でマイアミ大学から帰ってきた先生がいらしたんですけども、小暮久也先生のところに行きなさいと言われてたんです。小暮先生はPET研究をしなさいということで、青葉山キャンパスにあるサイクロトロンRIセンターに行きなさいと言われてPET開発研究を開始しました。青葉山キャンパスにサイクロトロンRIセンターがちょうどできたときだったんですけど、FDGを開発した井戸達雄教授がおられたんです。井戸先生は今も元気でご活躍されていて、韓国で研究を継続しておられますね。井戸先生のところでは標識合成、ホットケミストリー研究をさせてもらいました。そのため今でも私は新しいPETプローブの開発を行っています。現在、主に研究しているのは神経炎症のPETイメージングです。アストログリオシスのPETイメージングを行っています。ミクログリアPETイメージングはたくさん研究があるのですが、アストロサイトシスのPETイメージングをやりたいくて、最近も1つ、核医学関係ですけど、Journal of Nuclear Medicineに論文を出しています。結構きれいに写るんですよ。留学した関係でジョンズ・ホプキンス関係者との付き合いがずっと続いていて、同じポスト関係者でメルボルン大学に異動した研究者とコラボレーションしています。その方が最近、アメリカに戻った関係で、アメリカ、オーストラリア、日本で共同研究を行っています。このように留学っていうのは大きな意味があって、私の人生にかなり大きな影響を与えてしまった感じです。島田先生もそうですね。島田先生のご業績は非常に私よく知っておりますので。

島田：はい、研究の話で脱線するときにないので、

谷内：先生、和田先生と関係もあったんですかね、和田博先生。

島田：はい。当時は基礎の教室って行き来が自由で、和田先生のところ、僕の同級生で稲垣直之君が。

谷内：稲垣先生どうしてますかね、お元気ですかね。

島田：今、奈良先端で。

谷内：奈良先端の教授になられましたけども、しばらくお会いしてないですね。

島田：彼も僕も卒業してそのまま、臨床に行かずにすぐに基礎に行ってたんです。我々の学年は卒業後7名が研修せずに直接基礎の教室に行きました。稲垣君とは1年生の時から一緒にマージャンとかやりました。

谷内：先生は遠山先生の教室ですか。

島田：そうです。

谷内：遠山先生ですね。そういうこともあって、私は和田博先生、遠山先生、渡邊先生に非常にお世話になりました。

島田：鈴木先生も阪大の生化学出身で。

谷内：確か阪大の生化学って、名前ちょっと忘れてしまったけど。

鈴木：谷口直之のところに入ったんですけど、そこはもう、もちろん学生時代阪大でしたんで、和田教授、渡邊助教授の時代に、阪大生化学のOBが和田博先生でしたから、和田博先生の生化学会なんかは小間使いのように働いてました。

谷内：私も和田先生には大変お世話になって、素晴らしい先生だったなと思っています。そういうこともあって大阪大学の方々とは非常に懇意にさせていただいております。

島田：それで、渡邊先生との出会いがあったとお伺いしたんですけども、やっぱり臨床から基礎に行くというのは勇気がいりますし、大きな決断だと思うのですが、方向転換はどのような理由でされたんでしょうか。

谷内：小児科にいてもなかなか研究のできるポストに就けなかったのが、研究をやめなきゃいけない。自分の研究を発展させるためにはもうちょっと基礎でやったほうがいいかなと思って異動しました。私はあのとき渡邊彦彦先生は阪大に帰ると思っていました。渡邊先生が仙台にいる間は基礎にしようかと思っていました。ちょうどそれぐらいになると研究も大体落ち着くだろうなと思って、私は臨床研究まで進みたかったですね。小児科の患者を対象に臨床試験をするわけにもいかなかった。アイソトープを使った研究です。それで薬理のポストのほうがいいたろうと思ったのと、渡邊先生がよい指導者で、自分の仕事をそのまま継続してよいと言ってくれました。もう一つ渡邊先生のヒスタミン神経系の研究もしてほしいということでした。ヒスタミン H1 受容体の PET イメージング研究をしていたんですけど、渡邊先生の研究テーマのヒスタミン神経系の基礎薬理実験をお手伝いしながら自分の PET 研究をしました。渡邊先生が阪大に戻らなかったことによってそのまま基礎にいることになってしまいました。

島田：経済的な心配とか、そういうことはなかったですか。

谷内：私は、少し臨床でアルバイトをさせてもらっていました。今から考えると、基礎だけだとアカデミックのポストしかないの、あと9カ月で退職ですけれども、仙台だとあまり大学のポストはないので、臨床を継続していて良かったと思います。基礎の教授やMDのスタッフは臨床アルバイトしながらやってる方が多いんです。やっぱり少し診療の仕事を残したほうがいいと思ひ、それで、完全に診療を辞めなかった。今でも時々、頼まれると小児科の仕事をしてますね。

島田：教育に関することなんですけども、現在現場で基礎医学の教育として薬理学の講義や実習をされてると思うんですけどもいますが、今の教育現場で、学生とその周囲の環境や、基礎医学教育の問題点や課題について、どうお考えですか。

谷内：私たち自身の問題にも関係するけども、基礎医学の教授がMDが少なくなってきて、後継者不足になってると思います。基礎系の教員、MDの方は多いですけども、みんな後継者育成に苦労してるなというふうに思います。薬理も同様で、私の分野の准教授はMDですけど、助教はPhDです。優秀ですね。研究はいいんだけど、医師養成の医学教育は本当にこれからやっていけるのかなというの思いますね。

彼らにとってもキャリアパスということを考えたときに、医学部ですつといていいのかっていうのを、彼らも悩んでる人が結構多いと思います、特に優秀な人はですね。ですので、そういう方々が本当に基礎医学の教育と、それから医師の研究者育成にどれだけ熱心にしてもらえるかが重要と思います。私自身も、先輩の医師免許を持った先生たちに勧められて基礎医学に進んだということもありますので、そ次の世代のPhysician Scientists、特に基礎医学のPhysician Scientistsをどれだけ育成されるかが重要と思います。臨床も基礎研究が盛んなので、育成したPhysician Scientistsが臨床医になってしまう可能性もあるのかなと思っています。私は基礎医学の教育に関して、これから曲がり角に来てるなと思います。多分それは島田先生も鈴木先生も思っておられるんじゃないでしょうかね。

島田：今の話は教える側の立場からの話でしたけども。

谷内：学生の立場ですね。学生の立場からすると、学生はすごく優秀ですけども、実際に実験を一生懸命してくれる人が少なくなってきて、どちらかというと楽なほうに行く人が多いような気がしますね。でもその中に、多くはないけども、数人は研究に興味を持って基礎の教室に来てくれる人がいます。学生の中でも、決まったことだけしか勉強しないで、医師免許だけ取る学生もいるけども、かなりのパーセントで研究していきたいという学生がいて、そういう学生たちにどういう研究教育をしたらいいかは悩んでいます。多分島田先生や鈴木先生と同じように悩んでいるのではないのでしょうか？学生が主体のほうがいいかと思っています。研究クラブをつくってる大学もあるみたいなので、研究志向の医学生をいかに育てるかということ、カリキュラム上の決まった実習ではなくて、基礎配属や1年生のときから学生をラボで受け入れる体制をつくる必要があると思っています。何人かは来てくれる可能性がありますね。ですので、地道な努力として昔からやっていた輪読会とか、今なかなかできなくなったけど懇親会などをできるといいのかなと思いますね。基礎修練は結構いいですね。以前から比較するとカリキュラムが厳しくなってきて、時間が短くなったんです。前は半年ぐらい大丈夫だったんですけど、今は4カ月ぐらいです。だいぶ時間的な余裕が厳しくなっています。

コロナの状況下だから外国に留学させられないんですよ。米国などの私の知り合いのところで、主に日本人のいるラボに基礎修練の学生を派遣させていたんです。そうすると、かなりいい教育効果がありました。あとはやっぱり、先生方の大学も実施しているMD、PhDコースですね、これをどうやって拡充していくかも重要です。今まではそれほどメリットが無かったのですが、今年から東北大学は初期研修時に研究も一部入れられるカリキュラムにしてみました。初期研修のときに臨床のみのカリキュラムされると困るんです。少し自由度を持たせるかたちで、来年度から初期研修医を募集してますね。そういうことで、なるべく初期から学生に研究マインドを持たせるほうがいいし、全員じゃなくてもいいと思うんで、研究志向の人をうまく育てるシステムをつくっていく必要があります。私が学生だったときから比べると、かなりいいシステムにはなってると思います。あとは実習が大変なんでみんな手抜きになっていると思います。実習のようなスモールグループ教育を増やして、基礎の先生と学生との関係を密にするような場を設けたほうがいいなと私は思っております。私からは以上ですけど、何かご意見等があったら教えていただきたいですね。今みんな苦労してるんじゃないでしょうかね、各大学でね。

島田：今先生が、研究者育成という点と、それから、医学部だとほとんど学生がそのまま臨床に行くので、その一般的な学生の立場と両方の観点からお話しただいたと思うのですが、学生に対する教育や指導では、実習が1つのキーポイントとなるとお考えですか。

谷内：やっぱり学生全員に実験に関して教えられるのは実習だけなので、実習に関しては重要視する必要があると思います。実習は手間がかかるのでやりたがる先生が少ないんですよね。だから手抜きになっていく場合があります。最近ではコロナの関係で、実習もオンラインになっています。オンラインで実習できるのかななんて思いながらやって、そうはいってもやりましたけど、やっぱり対面でやる必要があるなどは思っていますね。

島田：例えばコアカリに基礎の実習という項目具体的には入ってないのですが。

谷内：それで手抜きしてもいいっていう方向になる可能性があります。、実習は教授の判断になっちゃって、教授が実習をやめると言ったらやめられるんじゃないでしょうかね。コアカリではもう少し実習の重要性っていうのを提起してもらったほうがいいと思いますね。

島田：そのカリキュラム上、座学というか授業に関してはどうお考えですか？

谷内 座学に関しては、コアカリは非常にまとまってるいいんだけど、私がちょっと不思議に思ってるのは、あれは国際的にもあいうモデルコアカリキュラムっていう制度はあるんでしょうかね。例えばアメリカの教育のシステムの中で、コアカリっていうシステムがあるとか、ヨーロッパであるとか。私はないんじゃないかと思うんだけど、あんまり聞いたことないんですよね、向こうの医学部関係。私医学教育センターの先生にまだ確認してないんだけど、各大学の自由にさせてるってのではないかと思います。アメリカとかヨーロッパの場合だとみんな英語での教育ですよ。ですので、教科書が標準化されてきてると思うんです。私のところはお金がなくて買えないけども、エルゼビアがつくってる電子教科書システムがあって、全部の学生が、100人規模で、500万から350万出すと、6年間電子教科書を使えるシステムがあります。その電子教科書の中には、薬理の教科書も入ってるし、生化学も入ってるし、生理学も入ってるし、それから臨床の教科書まで入っている。そこに問題集まであるんですよね。だから、国際標準化ということ考えたときに、そういうものをどういうふう導入していくか検討する必要があります。日本の出版社っていうのは規模が小さいからとても勝てないと思うんですけど、かなりの大きな出版社のエルゼビアは一応そういう教科書システムを持っている。エルゼビアは英語じゃなくて、全部日本語に訳した教科書を日本向けに提供し始めてる。これに問題集も付いてて、いくつかの私立大学がエルゼビアの電子教科書を導入しています。私が学生のときは、確か教科書の共同購入っていうのがあって、みんな高いお金を出して買ってたんですよね、生協でね。今の学生はみんな教科書買わないんですよ。われわれがつくるパワーポイントファイルをそのまま勉強して、あとちょこちょこ勉強して、かなりの学生が教科書を買ってくれない。文科省のほうで著作権使用に関して費用を出してくれるっていうことなんだけど、コピーライトの問題があるので注意が必要です。われわれが講義に使ってる教科書に関しては申請して、この教科書を使ってっていうことを言えば、大学が払うのか、文科省が払うのか、ちょっと忘れてしまったんだけど、文科省が予算を付けて大学が出版社に使用料を払うというかたちになっていると思います。今の学生を見て、教科書を買わずに卒業する学生が何人かいる。教科書って買うものなんですかって言われたことがあります。ただ、やはりそれをされちゃうと彼らが国際的に活躍するときに、何で薬理を勉強したの？ って言われたとき、パワーポイントと言われると残念なんですよね、やっぱり。私たちの教室も結構留学生来るけども、そういう人たちはみんな、国際的な、一般的な教科書をよく使ってるんですよね。それで話はつながるんですよね、リビアも、それから中国もそうなんですよ。だから、やはり国際標準化っていうか、いわゆる国際化に対してこのコアカリっていうのがどういう対応してるのかは知りたく思います。国際標準の中の位置付けが私には分からないなと思っています。

島田 鈴木先生、この点お詳しいと思いますが、少し教えていただけますか。

鈴木 私も詳しくはないんですけども、やっぱりアメリカも USMLE の Step1、Step2 ということを導入する際に、ある程度その試験のブループリントに準じて、コアカリキュラムみたいなのはつくっているように聞いています、ちょっと詳しくは知らないですけども。おかげで、アメリカの先生から聞くうわさ話としては、昔みたいなハーパーやレーニンジャーみたいな伝統的な分厚い教科書がどんどん売れなくなって、カプランのクイックブックみたいな試験対策本が、やはりアメリカのメディカルスクールの学生も大変忙しいので、試験の回数を増やすと、きちっとした勉強よりも試験対策勉強に流れてしまっている。昔みたいなハーパーやレーニンジャーが売れなくなりましたよっていう話を聞きました。ただ、ちょっと私も詳しくありませんので、これはまた医学教育学会の錦織先生とか詳しい人に確認はしておきます。

谷内：是非、エルゼビアが出している日本人向けの電子教科書パッケージ、あれをどれだけの大学が入れてるかっていうのを知りたいです。私が聞いているのは、私大とかいくつかの大学が導入していて、それに問題集も付いてるんですよね。問題集を付けるともっと高くなるような気がするけど、教科書は電子教科書が全部入っていて、学生のグループ購入の例がある。

鈴木：私も先生の出しておられる教科書固有ののパッケージではないんですけども、エルゼビアのオンライン問題集の生化学の問題をつくるのの端っこを手伝わされているので、いっぺんエルゼビアに直接聞いてみます。

谷内：是非、お願いします。鈴木先生がつくっておられたとは知りませんでしたけども、日本向けに問題作成のシステムもありますね。それに USMLE とか関連の問題集も付いてて、学生は教科書を購入させられて、さらに問題集もあって、それで勉強しているといくつかの大学から聞いておりました。うちの大学はお金がないので、関係者に話したらそんなのは無理だからって言われたことがあります。1年生のときに購入させたらいいんじゃないのって話はしてはいました。学生1人当たりになると6年間で10万円かからないような気がしましたね。あんまりよくないですよ、は大手の出版社が教育まで牛耳ってしまう。われわれは研究論文もエルゼビアに牛

耳られています。エルゼビアの **Scopus** に全部の情報が掲載されています。やっぱりさすがエルゼビアだなと思うときがありますよね。

鈴木：それ、私エルゼビアの問題集手伝うときに、がめついエルゼビアだなんて言ったら、向こうは非常に苦笑しながら、私と部署が違いますと。図書館に高く本、雑誌を売りつけてるのは別の部署で、私たちのグループは良心的にやっていますとかって。

谷内：現状は値段的には、教育に関しては良心的ですね。ただ、寡占状態になると値段を上げてくるんじゃないかと思う。

鈴木：困ったもんですね。

谷内：教育もエルゼビアの支配が及んでるってということだけはちょっと頭に入れておいて、文科省に言っていただくとうれしいですね。

島田：先生、現在、日本薬理学会の理事長をされてますが、その薬理学会で、例えば教育面でスタンダードなコンテンツをつくるとか、あるいは薬理学会として教育を今こうしなければならぬとか、そういうことに関してはどんなかたちで皆さん考えておられるのでしょうか。

谷内：薬理学会は、医学部、薬学部、獣医、歯科などのいろんなグループが入って、企業の薬理学者も入ってるんで、heterogenous なんです。千葉大学の安西先生が音頭を取って、医学部の薬理の人たちの集まる場っていうのをここ5年ぐらいずっと設けてたんです。そこで情報共有しながら、阪大の金井先生と安西先生が同門で、情報共有をしています。金井先生、安西先生のグループはトランスポーター研究をしているから多分島田先生はご存知だと思います。そのグループが日本全国の医学部の薬理でMDの方に声をかけて、数少なくなっているのが薬理学会のあとに集まる機会を設けて、彼らで教科書を書いています。これは電子教科書になってますね、「エース薬理学」で、金井先生が監修していました。そういうことで、教科書を一緒に書くとかいうことをやっているのがまず1つですね。やはり学会を中心にそういうふう集まって、教科書を執筆するということは必要です。薬学のほうも、今回のコロナ禍を契機に、行っている実習や講義してるパワーポイントファイルを共有しませんかということをしています。まだ十分にうまくいってないんですけども、デジタルプラットフォームを作成して、連携を深めようという流れが今あります。薬理学会のほうでそれができかどうか検討中ですが、クラウドを使えば安い費用でサーバーとか置かずに、クラウド利用でできないかということも、今検討してる最中です。eBook というのもあると聞いているんですね。薬理学会の抄録は全部 eBook にしてるし、必要があれば J-STAGE から電子出版する方針です。教科書、昔は紙でしたけど、今は電子化をどうやってやっていくかっていうのが1つあると思うんですね。エルゼビアのような大企業ではなく、自分たちでそういうことができないかなっていうので、今模索してる最中です。

これに関しては薬学系でも考えて、特に薬学系は結構実習をしっかりされてるので、彼らも非常に困っていません。情報を共有しながら、どういう実習や演習があるか検討しています。医学系も、実習に関しては実習書を共有したりしています。今は生の動物を使って薬理実習するっていうのが難しくなってきました。基礎修練だったら動物実験もできるんですけど、しょうがないんで、実習ではシミュレーターソフトがあるので、それを使用する機会が多くなりました。そういう情報をみんなで薬理学会の関係者の中で情報を共有してシミュレーションソフトで、安価で、可能なら無料のソフトがあって、結構使える状況です。そういう無料のシミュレーターを使った実習を付け加えていくなど工夫しています。このような情報共有の場を学会として設けています。まだ不完全ですけども、コロナ禍でそういう対応はしましたね。そういうところでしょうか。

また薬理学会も基礎系の学会なんで会員数が減ってきているんです。だから、薬に関して知識を得る場を提供する必要があります。学会として、会員の教育レベルを保障する必要があるんで、2年ぐらい前から薬理学エデュケーター制度っていうのを作っています。薬理学会としてある一定以上の経験のある方に関しては、エデュケーターという称号を付与しています。これは生理学会もやってるんじゃないかと思えます。解剖系は死体解剖の資格があるのでそれで保証できていいんだけど、薬理とか生理は教育に関する保証がないことで、生理学会の対応を聞いて、私たちもエデュケーター制度っていうのを導入しています。継続的な学会活動を通して薬の適正使用ができる人等、学会としてクオリファイすることを今、開始したところですよ。

島田：鈴木先生、ここまでで何かご質問とかございますか。

鈴木：先生、先ほど実習のお話をされておりましたが、確かに私たちの学生時代は、ウサギを使ったり、カエルの場合もありましたし、そういう泥臭い動物実験をしております。最近では医学部以外で教授になられる方がいらっしゃるので、自分たちはそういう教育を受けていない方もたくさんいらっしゃるし、最近ではモレキュラーの方が多かったので、泥臭い実験は嫌がりますし、もう一つは、動物実験反対という非常に大きなプレッシャーもあって、非常に実習がしにくい。特に薬理学なんかでしたら、コンピューターシミュレーションでカテコールアミンをとおしたら心拍数や血圧がどう変化するか、なんかをコンピューターシミュレーションによる実習でやろうというような大学もあります。先生、もう一度伺いたいしたいのは、やはり動物実験に関しての抵抗が強いんですけども、やはりある程度動物を交えた薬理学、生理化学でもいいんですけど、そういった実習はやるべきだろうとお考えでしょうか。

谷内：やるべきだと思いますね。最初に注射するのがネズミじゃなくて人でいいのかとこれも悩んでますね。実習のときに注射器でネズミに薬を投与する時に、腹腔内投与とかやらせてたんだけど、今はさすがになかなか厳しいので、それをしてないんですね。やはり人に注射するのが最初でいいかっていうことは私自身、悩んでいて基礎修練に来た学生はネズミをハンドリングしてかまれないように押さえつけて注射してもらってます。そういう動物を用いた実習は私は必要だと思うし、そこをどこかに書き込んでもらわないと、動物を使用した実習が

無くなってしまふ可能性はありますよね。ただ単に CBT が受かって国家試験に受かるんだったら薬理実習なくてもいいけども、現場に行く时必须注射しなきゃいけないですよ。

鈴木：先生が、注射するのが初めて人だっておっしゃっていただいて優しいですけど、私のところも、初めて殺す哺乳類は人だぞとかって言ってます。ですから、私どもは逆に 1 年生にラットとマウスを使ったラットの解剖実習やってるんですね。でも、なかなかこれ表立っては書きにくいんですけども、やっぱり私どもとしてもモデルコアカリキュラムにはちょっと、臨床実習があれだけ書いてるので、基礎系の実習も最低限やらないなどと、書いてほしいなという気はいたします。

谷内：私は基礎医学実習の必要性は記載しないとまずいんじゃないかなと思いますけどね。どこにも書いてないから、やらなくていいっていう人が出てくるかもしれない。何人かの教授に聞いたら、やっぱり教授選考のときに実習をやってほしいというのを臨床系から言われたとのことです。

鈴木：私はモデルコアカリキュラムができたときに、何でこんなものづくりやがってって感じだったんですけど、最近若い先生の中には、ここに書いてあることだけやったらいいんでしょ？ っていう感じになっちゃってるんですよ。

谷内：モデルコアカリキュラムに実習に関して書いてないので、どうように入れるかは議論が必要です。我々、基礎医学者の特殊性かもしれませんが、基礎医学実習の必要性の記載がないから、これは標準化にはならないんじゃないかなと思う。座学への偏重になり、悪い影響が出る可能性がある。

島田：一応コアカリの最初のところに、学修時間数の 3 分の 2 程度をコアカリに、残りの 3 分の 1 程度の内容を各大学が自主的に編成すると記載されています。鈴木先生、それでいいですか。

鈴木：はい。

谷内：なってるんですね。一応 3 分の 1 は好きにやればいいよと書いてあるんですね。

島田：そうですが、多くの臨床の教育が前倒しになったり、いろいろなコンテンツが増えてきて、結局コアカリプラスアルファの教育の部分が一番簡単に圧迫されやすく、それは目に見えない部分なので、最低コアカリの内容だけやっておこうかという方向に向かっていることは確かで、これも非常に大きな問題になってますね。

それで、コアカリの話がまた出ましたけれども、現行のコアカリというのが薬理学に関しては C-3-3 のところに、生体と薬物っていう項目があり、ここにザクとした総論が書いてあり、あとの部分が D のところに各論として分散しているということですが、実際に D の各論は正常構造と機能、病態、診断、治療という順番で記載されていて、「正常構造と機能、病態」は解剖・生理・病理で、「診断、治療」は臨床的な記載が中心となり、薬理学の各論が具体的にどの部分になるのかがわかりにくいですね。

谷内：私たち薬理は、基本的にコアカリは参考程度しか見ていないと思います。基本的に薬理教員と臨床の先生で乗り入れはしてますけど、前からある歴史的な流れで講義は行っています。コアカリができたときに、多分薬理の先生がいなかったと思うんですね。だから薬理がなくなったというのは有名な話で、薬理の人たちはしょうがないなと思っておりました。ですから、項目にあるところを探して授業設計をするしかないですね。薬理の項目がほとんどないんですよ、記載がないのは有名で薬理の人たちはみんなカチッとほきてる。一応 C はあるんだけど、あとは各論のところで病気に合わせるかたちになっています。だから全部の薬理の各論は網羅してないんですよ。ですので、これをシラバスに当てはめるときに非常に苦労してますね。いろんな項目に分布しちゃってるということになります。

あと、最新治療など新しい治療法を入れないとまずいんじゃないかなと思うときありますね。最近薬も低分子じゃなくて高分子が多くなっているし、それから高分子をさらに越して遺伝子治療とか細胞治療がかなり承認されています。最先端治療の記述はないので、島田先生が言う 3 分の 1 に含まれるとういうことですか。そこで話しかけるしかないですね。わりと CAR-T とか抗体医薬の開発は、薬理の先生は学会などで勉強して知ってるけど、臨床の先生に任せても多分、実際には CAR-T に関してよく知ってる人はそんなに多くないような気がしますね。治療学 therapeutics というコンセプトがない。治療学だとコンビネーションですよ。いろんな人たちが協力しながらやっていくという。最先端の治療学をもう少し入れたほうがいいかなと思っています。他のところの記載が多いけども、薬理の記載が少ないと思っている方が多いと思います。しょうがないなと思ってる人が多いですね。

島田：大変参考になる意見をありがとうございます。何か新しく今回の改定でつくれるとすると、そういう点ですか。

谷内：薬理のところをもうちょっと充実してもらって治療学を入れるのがよいと思います。薬理学には薬理学（狭義）と治療学になっています。治療学になってくると基本的に同じ方法がいろんな疾患に使われます。治療学のコンセプトをもうちょっと充実してもらおうと、薬理の人たちは幸せな人が多いかもしれないですね。これは薬理学を排除したコアカリだとつくられたときからみんな言っていましたので。

島田：治療学は薬理学の総論の一部とはまたちょっと別のものと考えたほうが良いですか。

谷内：総論の一部でもありますけど、各論にも関係しています。新しい治療法が入ってくる必要があります。また薬害もちゃんと明記したほうがいいんじゃないかなと思いますけどね。確認が取れてないんだけど、島田先生のところに薬害教育に問い合わせが来ませんか？ 東北大学には、多分国会議員を介して文科省経由で薬害をどれだけ教えてるかの調査がきます。例えば薬害の被害者の講演を講義にしているかどうか結構来ますね。やはり過去の歴史を勉強すると、若い人たちにいい影響を与えたいと思います。どのようにしたら失敗しないかを学ばせることができますね。私たちの先輩を含めて私たちが失敗してきたことですね。薬害は、エイズの被害者の人が確か国会議員でおられた。あの方が文科省にずっと薬害教育に関しては要求していると思いますね。それは確かにコアカリに入れたほうがいいかなと思います。

島田：鈴木先生、何かございますか。

鈴木：おっしゃるとおりで、薬理学、病理学、生理学はもう、各論のところは全部臨床のところに入り分けられちゃってるんですね。ですから、結局低学年でも、かといって総論だけで低学年の薬理学終わるわけにいかないで、結局、本学でも中途半端なかたちになっているところがあります。

谷内：そういうことでオロジーを廃止するということがコアカリができて、

○理学が全部消されたんですね。

島田：どうもありがとうございます。

前半で少し話がありましたが、医学部の学生の中から研究者、基礎研究者を育成することに関して、昔は学生があまり深く考えずに基礎の教室にふらっと出入りして、そのまま卒業してからも基礎医学へ方向転換っていうことがありましたが、やっぱり今の学生は、自分の将来のこともよく考えているし、昔に比べて基礎のポジションも定員削減や任期制が非常に増えて、そこに行って何年かたったら急に首を切られたらどうしようとか、いろんな心配があると思います。研究者を育成する教育という観点からすると、昔に比べると研修制度とか専門医などの専門制度を経るともう年齢も30歳の半ばぐらいになってしまうという点もあって、これらの点はどうお考えですかね。

谷内：確かに、非常にその通りだと思います。業績のレベルからすると、MDはやっぱり、医学部出身者は不利ですよ。このままだとフィジシャン・サイエンティストが育たないんですね。そこをどうやって育てるかというのは、私が聞いているのは、アメリカでもそれは大変な問題だっていうのを聞いたことがあります。やっぱり臨床志向になっちゃって、フィジシャン・サイエンティストがいなくなっている。新しい治療法や診断法をMDがつかなくて、つくるのはみんなPhDだという世の中になっていくのではないかと思います。PhDだけではできないのでMDの臨床医が必要だということになってしまいます。基礎系の教授たちは、いかにMDの後継者をつくるかでそれぞれ苦労しています。多分PhDの研究者はそれは気にしないで、自分の研究だけに専念できるかもしれません。やはりいかにフィジシャン・サイエンティストを育てるかで悩んでいると思います。そのときに考えているのは、アーリー・エクスポージャーで、早めに医学生に何とか研究志向を持たせることです。

あとはやはりポストですね教育を考えながらポストを選んでもらわなきゃいけないんだけど、なかなかやっぱり教授選考のときとか教員選考のときに考えてもらえない。教員のときは教授が選考できるからいいんですけど、教授選考の時は選考委員会を選ぶのだけど、やっぱりどうしても業績で評価してしまう。業績で評価する人もいいんだと思うんですけど、業績だけでなく教育も含めて評価する人もあったほうがいいなと私は思いますね。教育、研究、それから組織運営能力です。特に薬理だと、私のところはやってますけど、小さな大学だと治験審査委員会等、薬理の先生が入ってるんですね。最先端の治療が勉強できるからいいんですけど、そういう組織運営の必要性をちゃんと入れてもらいたく思います。先生方もみんな組織運営のためにこうやってお仕事を文科省から引き受けてると思いますけど、やはりそういう全人的な人間評価というのをやる必要があるというふうに私は考えています。

島田：おっしゃるとおりで、業績主義だけで評価していると、教育や運営がちゃんと回らなくなるな問題がでてきますね。

谷内：業績での評価は研究所ではよいと思います。やっぱり学部教育に関しては少し全人的な評価基準をつくっておかないと教育が崩壊しちゃう恐れがありますよね。あるいは教育を全部、准教授がするとかね、あるいは別な人に任せる。遠山先生がそんなこと言ってましたよね、教育は教授がしなくて全部別な人に任せたらいいとか、教育専門の教授をつくったらいいとか、そのようなことを遠山先生言ってたの覚えてます。いろんなことをできる人がいたほうがいいと思うんですけど、教育もできるし研究もできるし、組織運営もできるという。教育だけ特化させるのはよくないので、私は全部にバランスがいい人が教授ポストについてくれたらいいなと思ってるんですけどもね。

島田：話が少し変わりますが先程先生がおっしゃっていたアーリー・エクスポージャーというか、インプリンティングというか、学生が入学間もないやる気に燃えている時期に、最初の方向づけが大切ですね。

谷内：そこをどうするかっていうのは、各大学、みんな苦労してるんじゃないかと思います。やっぱり、入学直後のときはみんな志が高いんだけど、そのうちCBTに影響を受けて、問題集を解くだけのおしまいになっちゃう人も出てくる、そういう心配はないでしょうかっていう危惧はありますね。研究のアーリー・エクスポージャーをどうやっていくかって、そこを制度化してもらおうと思います。やっぱり学生は褒めたほうがいいので、うちの大学もそうだけど、学生が学会等で発表すると賞を出すようにしてます。学会発表するのは全員じゃないんだけど、数は限られてるんですけど、やはり学生が学会等で研究発表に対する何か褒章的なものですね。やっぱり診察行為って基本的には研究と同じですからね。その患者さんの情報を集めて、その人に対してベストなものを提案するっていうのは、研究的なマインドがないとできないので、モデルコアカリキュラムの中にどうやって研究マインドを入れるかが必要です。

島田：やっぱりその基礎研究者育成という観点だけじゃなくて、そもそも基礎研究者育成の教育自体が、研究マインドを持った臨床医を育てる教育にもつながる。

谷内：臨床医になって研究マインドが患者さんに返ってくる。そういうコンセプトは必要だと思うんです。

島田：その点がやっぱり重要ですね。逆に基礎研究者だけ育成っていったら、2~3人1学年にいればいいじゃないかっていう話になってしまいます。

谷内：そうなんじゃないですけど、やっぱり研究マインドを持ってないと優秀な臨床医にはならないと思うんですよ。

島田：そこ重要な点ですね。だからこそ、そういう意味で全員に対して研究マインドを持てるような教育をするっていうのが大切ですね。

谷内：新しいものにチャレンジしていくっていう研究マインドをいかに持たせるかっていうことですね。

島田：時間が迫ってきたのですが、今まで話したこと以外に何か付け加えることありましたらお願いいたします。

谷内：本当にお役目ご苦労さまと思います。鈴木先生と島田先生はえらい大変な仕事をしていらっしゃるなと思います。良いコアカリキュラムをつくってもらえればいいけども、私はコアカリに縛られないような教育っていうのを推奨するコアカリにしてもらいたいと思いますね。あとは電子化をちゃんと入れておいてもらわなきゃいけないし、最先端のデジタルメディスンっていうんですかね、かなり電子化が進んできているんですよ、AIが入ってきていますよね。結構学生のほうがAI強いんだよね。私も全く新しいソフトは分からないんだけど、何人かはすごい学生がいますよ。結構学生のほうがAI的なものに対しては興味を持っていますね。学部学生にも優秀な人いますね。それが隠れてるんだよね。デジタルメディスンとか、デジタル薬理学っていうのも提唱してますけどね、私たちが薬理学会でそのようなシンポジウムをやっています。そういうデジタル化、あとコアカリの中にオンライン授業をどのように効率よく入れるかをご検討ください。オンライン授業はまずいと思ってるのは、全部学生が引きこもって教室に出てこないんですよ。恥ずかしながら、うちの学生、出てきてもいいよって言うても出てこないですよ。130人ぐらいいて、教室に出てくるのが3~4人で、多くて20人いかないです。みんな家に引きこもってオンライン授業なんですよ。最近仙台感染が落ち着いたから警戒レベル下がってて、結構ワクチンの接種も進んでるんだけど、教室に出てこないんですよ、引きこもっていて。

島田：うちもハイブリッド授業といって、出てきてもいいし、Webでも聞けるような授業を行っていますが、そういうふうにするとたいいていの学生は出てこないですね。

谷内 先生のとこもそうですか。教授と数人の学生だけで講義やってて、あとはみんなオンラインにいて直接に話ができない。質問も来ないですね。やっぱりこれはよくないなと思っています。このオンライン教育に対する評価っていうのをちゃんとコアカリに入れてもらいたいと思いますね、どうやって利用するかっていう。それは正常化したらやめたほうがいいような気がするけどね。ただ、引きこもりの学生にはすごくいいみたいですね。私の勝手な意見ですのであまり気にしないでください。

島田：何か鈴木先生のほうからございますか。

鈴木：本当にいろいろお話を聞かせていただきましたし、特に治療学という概念で、やはり先生のおっしゃるように、幅広く薬理学の先生も含めて治療学という概念での薬理学教育の、もう少し最先端のことを入れるということは非常に重要だなと感じました。それから実習につきましても全く同感でございますので、なかなかコアカリキュラムも肥大化しているという点もありますけど、もう少し自由度の高いものにするように提言していきたいです。ありがとうございます。

島田 どうも谷内先生、今日は本当にありがとうございました。

(終了)

● インタビュー要旨

インタビューー：西 英一郎教授（滋賀医科大学） 薬理学

日時：2021年8月3日

（コメントの概要）

滋賀医科大学では卒業生がほぼ100%臨床に行くので、臨床医として薬理学で必要なことを detail まで（薬物の効果や分子メカニズムなど）きちんと答えることができるように教育している。また、分子標的薬の進展など、臨床で求められる基礎医学の知識が増えており、基礎と臨床の垣根が低くなっている。基礎医学の理解なく、臨床が分からない時代になっている。

薬が使われた歴史から学ぶことが重要。基礎研究の素晴らしさも伝えたいと思っている。教授に就任した時は、薬理学の専門的な知識がなく、教えるのがしんどかった。

臨床では、テキストやガイドラインに沿って、外れることなくやることが求められる。これは基礎のマインドとは全く異なる。薬が効いたとしてもわかっていないことは多く、次々と研究することが必要。なので、現在の限られた知識を覚え込むよりも、本当に重要なポイントについて conceptual な感覚を残すことが重要だと思う。講義で教えた知識のほとんどは忘れてしまうものである、というのが現実。

また、講義をビデオ化して全国統一的なものにすることはいいが、学会レベルで作ってしまうのは問題があるかもしれない。そもそも学会の base になる体系が本当に世界的なスタンダードであるという保証がなく、それが日本の gold standard になってしまおうとおかしくなるかもしれない。

滋賀医大は、学生のバックグラウンドが幅広い。学士入学（元社会人）が学年に15名もいたりする。また京大とは異なり、有名私立高校出身者が多いこともない。いい意味での heterogeneity はあるが、留年者も多い。上だけではなく、下も拾うことが必要。できない学生については、面接をして拾うようにしている。これによって、母校愛が生まれる。

● 逐語録

藤田 この間メールでお聞きして、すでにコメントを頂いてはいるんですけども、それについて一つずつ聞かせていただきますね。西先生が基礎医学研究者になろうと思ったのはいつごろでしょうか、また、どのようなことがきっかけだったのですかという、非常に興味深いことです。

西 自分のことを基礎医学研究者っていうのも、いまだにちょっとおこがましいような気もしているんですけど、そもそも、だから、大学院に帰ってきた時点では、自分は完全に臨床に戻るつもりをしていて、そもそも、そのときはまだ親の後を継いで、内科の開業医になろうというふうに、半分ぐらいそう思っていたので、大学院、研究ってどんなものかっていうのをやってみたいということで戻ってきたっていう感じで、あとは、内科で研修して、あのころの研修医って、相当ハードっていうか、すごく充実した反面、この生活がずっと続くの？っていう、なんかちょっとやっぱ、これをこのままずっと続けるっていうよりは、ちょっと気分も変えたいっていうようなこともあって、大学院に戻って、それで、その後、留学することになって、それで、そこまでは予定どおりっていうか、それで、海外でそこそこ研究生活をして、それで、帰って、ちょっと大学でまたご奉公した後に開業するのかなっていうようなつもりでいたんだけど、ただ、留学した先で、それまで留学するときに、僕、一つ思ってたのは、藤田とか、あと、大学院のときに周りの人たち見てて、なんか自分の分子を取って研究するって、すごいなっていう、人のものまねで同じようなことをやってるんじゃないかって、大学院のときの研究っていうのは、どっちかっていうと、そんな感じやったんやけど、自分の分子を取るっていうことをやってみたいなっていうのがすごくあって、それで、そういうプロジェクトをやらせてもらって、それで、まがいなりにも実際そういう分子が取れて、そういう過程がかなり楽しくて、それで、実際に取れて、その分子が何をしているの

かなってというようなところで、かなり思ったよりもエキサイトしている感覚があって、それで、その後、これはラッキーやったんやけど、そういう若手に短期的にこういう PI のポジションを与えるような京大のプロジェクトに採用してもらって、それで……。

藤田 白眉でしたっけ？

西 白眉じゃなくて、先端領域融合医学研究機構っていう、それこそ篠原先生とか、角谷とか、あと、横井とか、あの辺が一緒やったんやけど、それで、そこで4年間そういう基礎系でポジションを得ることができて、それで、スタッフも実験助手さんも雇えたりして、人件費と、プラス、研究費も付くようなやつやったんで、そこで留学中にやったことは少し発展させることができたので、そこからは乗りかかった船みたいな感じになって突き進んだ感じなので、結局、だから、基礎研究者になろうと思ったのはいつかって言われたら、京大のそういうポジションに帰ってくるのが決まって、だから、留学中に研究で非常に面白いなって思ったときっていえるのかなと思います。

藤田 その4年間、終わった後、どうされたんでしたっけ？

西 4年間、終わって、循環器内科のほうに戻してもらって、それで、循環器の中で、だから、そこでも研究室は維持できたんだけど、その間はもちろん臨床のデューティーをある程度するっていうことで研究室を維持できたって感じやね。だから、ほんまに完全に、純粋に基礎系っていうのに移ったのは、2017年の1月からこの滋賀医大の薬理に移ってからですね。

藤田 基礎医学にほんまに目覚めたのが留学中でっていう感じなんですか。

西 そうやね、まさに。

藤田 学部のとときには全くそういうそぶりを見せてなかった……。

西 ゼロやね。ゼロ、見事に。それは多少後悔するところもあるんやけど、後悔っていうほどじゃないけど、だから、それこそ京大とか、あんだけすごい人たちがいて、でも、そういうことを一切知らずに、触れようともせず、ただ、その分、いろいろできたこともあるから、それはそれで仕方がないんだけど、ただ、本当に基礎医学に触れることはなかったですね。正直、授業すら行かなかったから。

藤田 ちょっと聞きたかったのは、たぶん僕たちの年代のときには、MD 研究者育成コースがなかったじゃないですか。だから、本当に基礎研究したかったら、自ら教授に掛け合っていくというシステムだったじゃないですか。そこはどうやったですかね。そのときに西先生、もしも、MD 研究者育成コースとかがあって行ったら、目覚めていた可能性はあるのかな。

西 いやいや、そもそもそういうコースを選ぶ可能性はゼロやと思うので。

藤田 今、例えばマイコースとかいうて、実は2つあって、京都大学で2つあって、1つは1年生のときからそういう基礎に入って、ことし58人やで。恐ろしいぐらい基礎に入ってるわ。あと、もう1回、4年生のときに3カ月ぐらい研究室にいれるっていう、マイコースって言うんだけど、僕らのときに全く何もなかったじゃない？

西 僕らのときに実は始まった……、ちゃうわ。1個下からか。確か1個下から始まって、あのころは単に全部休みにしてもよかったんや、3カ月。だから、もちろん研究室に行くやつもいたけど、大半は3カ月休んで、だから、結構海外に3カ月いるやつとか多かったよ、後輩で。だから、そういうのがあったとしても、あのときの自分はそういうことに触れようとも、結局しなかったし、どっかから情報を得るようなこともなかったし、自分から得ようともしなかったし、それはノーチャンスやったかなと思うのね。

ただ、今は確かに学生が強制的に研究室に所属をするようなシステムが、強制的っていうほどじゃないけど、それこそマイコースみたいに、ああいうので、そういう接する機会を与えるっていうのはすごくいいと思います。それはすごくいいと思う。

藤田 今回のインタビューのもう一つの目的は、滋賀医大における基礎研究の感じとかをちょっとお聞きしたいんですけども、滋賀医大ではそういう取り組みっていうのはなさっているんですかね。やってみましたよね、北大に来るとかいう話もあって。

西 そうそう。あれが、だから、研究室配属って言って、もともと、だから、藤田に頼んだときは4年の夏やったんやけど、去年、移行期で、ことしから3年生の夏になって、これは、でも、一応8月と9月の2カ月間の中で4週間っていうような感じで、そもそもおとしまでは、海外に8月、9月の期間を使って行かせるっていうのが割と多くて、結構学年で40人ぐらいは海外に行ってたんちゃうかな。

藤田 すごいね。海外のラボに行ってたっていうことね。

西 海外のラボ。だから、今結構厳しいから、見学的なものしか、しょうがないんやけど、いろんな所に個人的に頼んで行かしてもらいたいなことを、だから、大学と大学のちゃんとしたコンラクトとかがなかったから、そのシステム自体、どうなんやっていう話はあると思うんだけど、でも、学生にとっては、そういうときに海外に行けるっていうのが、やっぱり行きたい人はすごい喜んで行ってたことがあって、ただ、コロナで行けなくなって、そんな感じと、もう一つは、基礎医学研究コースみたいな、そういうのがあって、それで、学生が登録して、ラボに所属をして、それはカリキュラムと関係なしに、少し数年前までは国からお金が出て、基礎研究コースみたいなコースに。2年前ぐらいからは学内の予算で、だから、学生が学会に行くときとかの交通費だとか参加費だとか、そういうのは出るような形で、それに登録してる人は結構多いけど、実質的にはラボで、ある程度コンスタントに実験してる子っていうのは、10人から20人とか、そのぐらいはいるのかな、たぶん。

藤田 でも、結構いますね、10人から20人っていうと。

西 そうなんですよ。すごい差はあると思うけど、ただ、卒業するまでに、何とか論文、書くような人もいない。

藤田 すごいですね。

西 結構やってる、盛んに。

藤田 非常に盛んにやられてるってことですね。海外の40名って、僕、ちょっと驚いたんですけど、これのオーガナイズは結構大変だと思うんですけど、ラボの。

西 大変です。

藤田 これはどうやっているんですか。なんか一元化されてるの？ それとも、誰か教授に頼みに行って、個人的に……。

西 そう。

藤田 そういう感じなの？

西 結局そういう感じなんです。だから、個人的な知り合いに、ほんまにそういうコネで頼んで、あとは、意外と東南アジアとか、アジア系が多くて、そこは滋賀医大が姉妹校提携してる所が結構あって。

藤田 国としてはどこにあるの？

西 国としては、実際行ってたのは、タイとか、インドネシアとかで、もちろん韓国とか、中国とか、ベトナムとか、あと、姉妹校、結んでるのは、モンゴルとか、いろいろあるんやけど、僕はもともと留学してたときの友達に頼んで、ハーバードに2人ぐらい行かしてもらったりとか、もちろん欧米にコネで行く人も半分ぐらい。

藤田 それは自費で行くってことになってるのね。

西 自費ですね、基本は。ただ、同窓会の寄付で、大体渡航費・滞在費の半分ぐらい、欧米に行く人でも、半分ぐらいは何か出てたんちゃうかな。

藤田 それは京大にないシステムやな。結構行ってるという話は聞くけど、結構自腹で行ってるんじゃないかな。

西 完全自腹だと、ちょっときついよね。

藤田 学部のと時から基礎研究でっていうのは結構されてるってことですね。

西 だから、僕なんか、結局一番いいのは、ひょっとしたら、1年生、入ってきたときに、京大、ひょっとして、そうなんかな。1年生、入ってきたときに、ある程度、半強制でラボを振り分けて、それで、そういう機会、つくらせて、それで、面白いと思ったやつだけ残っていくみたいな感じがいいんちゃうかなとは思けど、そういう感じではないんですよ。今は本当に自分から言ってきた人が、例えば1年生とかから来るっていうのはあるけど。

藤田 学生が自らどっかのラボを選んでっていう感じかな。

西 そうですね。だから、去年とかから一応各ラボの説明みたいなやつを、動画を上げてっていうのをやってるんやけど。

藤田 京大は、受け入れてもいいっていうラボは、説明、上げて、学生が第1候補とか選んでいって、ローテーションを3つラボして、それで選ぶっていうシステムです。でも、ほとんど学生は最初に選んだとこにそのまま居着いてしまうっていうことがあるね。

西 確かに滋賀医大もそうやって第1希望、第2希望とか、第3とか書いて、それで、それを学生課が最終的にやる感じかな。

藤田 あんまりいっぱい来たら、またそれは大変、面倒見るのが。

西 それは大変、それは大変。それはそうや。

藤田 僕は面倒見てるけど。

西 それはそうやな。でも、ほとんど居着かへんっていうか、ほとんどやめちゃうこと前提で。

藤田 それはこちらもそうですわ。ほんまにずっと続いている子って、4人に1人ぐらいかな。4~5人に1人かな。でも、これ結構おもしろいよね。基礎研究、続ける人って、西みたいに、臨床行ってから目覚める人って、結構多いよね。

西 だから、その道を閉ざしてしまうっていうのは非常にまずいなと僕自身は思ってた、だから、意外とそういう中途半端に途中から基礎に行く人って、人数的には割と多いよね。

藤田 多いと思う。

西 そうなんよ。だから、今の専門医の制度ができてから、そういう道がほぼたぶん閉ざされたっていうか、ちょっと研修に必要な年数とかも増えたりとか、そういうフレキシブルさが明らかに失われていると思うので、そこはすごい問題やるなと思う。

藤田 今、何年、行かなあかん？ よく知らんけど、今の研修って、3年とかで終わらへん？

西 終わらへん、終わらへん。だから、あるよね。だから、初期と後期と合わせても、5年は必要なかな。

藤田 5年か。ちょっと長いな。それでは、次のクエスチョンに行かせていただきます。大学の医学部で実際に基礎医学の教育に関わっておられる中で感じておられる基礎医学研究の課題を教えてください。これは、どちらかという、講義のほうかな。かっこ、基礎医学の教育と研究者育成を区別しながら聞いていくと。研究者育成は今ちょっとお聞きしたので、基礎医学の教育、今、薬理学を教えているのかな。

西 そうそう。薬理学。

藤田 どんな課題とか問題を感じます？

西 だから、一応、それこそコアカリに書いてある項目だとか、従来、僕が来る前から教えられている項目だとか、そういうのを与えられたコマ数、そこに少しプラスしてもらうんやけど、それでもほんまにその項目をさらっと全部やるだけでも、いっぱいいっぱいなんよね。正直、项目的にね。

薬理って、それこそ、臨床の全部の科の薬を、各論としては、基本的にはカバーするわけで、それを臨床をまだ習ってない子たちに薬のことだけ言うても、それをどんな病気に使うかが分かってへんかったら、やっぱり何も分からへんし、だから、どういう病気のどういう病態にこういう薬を使うっていうことを説明しようと思ったら、どうしてもそういう基本的な臨床医学の知識っていうのは、ある程度、伝えなあかんし、だから、ここにも書いたんやけど、だから、そういう広い範囲のことを、どうしても広く浅くなるわけだけど、さーって、取りあえず網羅をするっていうことは、ある意味、大事やとは思はんやけど、そうすることで、臨床に行ってから、すごい薬理のレジュメが役に立ったとかって言うてくれる子もいて、分からなくなったら、そういうレジュメ、まだ取ってあるんですみたいなことを言われて、うれしかったりもするんやけど、その反面、やっぱり基礎医学のときに、ある意味、基礎研究の素晴らしさみたいなことも、そこで伝えていくような内容もあってええんかなとは思うんですよね。

だから、それこそ、少しは取り入れてやったりはするんやけど、例えば今の使われている薬が、そもそもどういう研究から発見されて、それが実際にどういう患者さんにどんなふうに応用されたのかっていうことを、そういう歴史、踏まえて、なんか伝えていくとか、実際そこでどんな実験をして、どういうメカニズムを解明した上で、これが薬になったっていうとこまで、じっくり伝えるような、だから、そういう時間を使うことで、多少抜けが出てきたりしても、まあまあええんかなっていうふうにも思うんですよね。

ただ、今のところは、全項目が一応網羅されるっていうことを主体にしてやってはいるんですよね。その辺は若干ジレンマっていうか、感じているのはあるかな。

藤田 ちょっとナイーブなことを聞きますけども、もともと薬理とか、やってへんかったやんか、専門とはちょっと言い難いというか。実は薬理って、教授になるときに、専門じゃない講座の教授になることって、結構あると思うんですよね。それで、例えば岩井先生とかは、もともと生化学の教授やったのに、今、生理を教えていたりとかするし、だから、そういうところの教育の難しさっていうのはどうなんだろう。どう思う？ 大変ちゃうんかなと思って。

西 すまん、すまん、今ちょっと途切れちゃった、こっちのたぶん回線が悪くて。

藤田 これもちょっとナイーブな話なんやけども、もともと専門じゃないとこの教授に行ったときの大変さっていうのはいかがでしたか。

西 あれはほんまにしんどかった。

藤田 そう思うわ。

西 本当に教科書、一から読むっていう、それこそ講義が、来てすぐ、神経薬理っていう講義もあって、それで、来て3カ月後からは本ちゃんの薬理もあって、とにかく最初の1~2年は死んでたね、とにかくその準備だけで。

藤田 どのくらい教えていらっしゃるんですか、今。

西 薬理が講義のほうが大体30コマぐらいかな、全部で。

藤田 30コマっていうのは1時間半が30個？

西 1時間半が。

藤田 そんなにあるの？

西 それと、あと、半分重なって、実習もあるんよ。実習のほうも合計24コマかな。

藤田 薬理って、薬理1、薬理2とか分かれてへんの？

西 分かれてへんねん。ここ1個やねん。だから、もちろんそれ全部、自分が一人でやってるわけじゃなくて、自分が半分ぐらいかな。それと、あと、垂直統合で、内科の臨床の先生にも5~6人お願いして、あと、准教授とか助教のスタッフも、ある程度、担当してるので、でも、いかに自分が何も知らないっていうことを、この授業の準備をするときにも思い知りましたね、本当に。ただ、そういう意味で、学生とほぼ同じ目線で、最初も死で勉強したので、だから、それは逆に学生のほうからしたら、たぶん分かりやすかったんやと思うわ。

藤田 勉強して教えてるから、分からないレベルがね。

西 そうそう。それで、どういうところが分かりにくいかっていうのは、僕、大体教科書4~5冊並べて、それで、分からへんところは全部どんなふう書いてあるかっていうのを、でも、なかなか分からないところは分からへんね。

藤田 読んでも、そこは分からないのは……。

西 そうそう。そやから、3年目ぐらいからは少しアップデートするみたいな感じになって、あれやったけど、最初はしんどかったね。だから、基礎医学自体が、クラシカルな薬理学の研究をしている方っていうのがそもそも減ってきて、だから、マウスを使ったり、そういう実験手法が、薬理だからとか、生理だからとか、生化学だからとかって言って、全然違う手法を使うっていうわけではなくてきたから、これはもう流れとしてはそういうもんなんかなとは思うんですよね。ただ、それまではクラシカルな薬理の先生がずっとやってはったから、ある意味、そういう流れをきちっとくんだ上で教育できるようになって、あんまり変なことにならんようになっていうのは、結構気は使いましたけどね。

藤田 薬理もすごく幅広いので、ほんまに最新の薬理学事情から、むっちゃクラシカルなやつまで、結構幅広いよね、本当に教えることが。僕、1つだけ聞きたいことがあって、このインタビューをしている中で、今すごくZoomが今回のCOVIDで、ものすごく栄えたっていうか、いうたら、結構録音・録画したやつをそのまま授業で置いてくっていうことが結構可能になったっていうか、結構されてるというか、たぶん、ちょっとよく分からないけども、録音して、それをストレージしたやつを学生がその中から見るということが実際にやられているということで、ちょっと今議論になりつつあるのが、全国統一の、生理学とか、薬理とかの、いわゆるスタン

ダードなやつを、薬理学会とか、そういう学会が作っていただいたやつを、まずベースにしておいて、大学ではその発展系とか、そういう研究の●の話とか、そういうことを話すっていうのも一つかなというのは、ちょっと今いわれて、ただ、そうなる、もう教授、いらんのちゃうという話になるので、どうしたらいいのか。その点はどう思われますか。

西 薬理学会でもそういうことが議論されているのは、ある程度、知っていましたが、一つ、そういうベースになる体系が作られるっていうのは、僕はすごくいいんじゃないかなと思います。ただ、とにかく、なんかそうやって一つベースみたいなことを学会レベルで言ってしまうと、みんなが同じような、だから、それがとにかく基本なんやっていうレベルになってしまうと、逆にそれはおかしいかなっていう。やっぱりいろんな人が、いろんな形で、いろんなことを伝えている状況っていうのが、まともなんかなというような気がする、これがスタンダードですっていうものを人が作れるのかどうかっていう。それはあくまでその人の講義であって、それが完全なスタンダードっていうふうには言っちゃっていいのかなっていう。

藤田 学会が言ってることが正しいと限らへんからな。

西 そうそう。それこそ臨床だったら、OSCEとかかって、まさにそういう完全にこれが基本ですっていうようなビデオがあるんよ。最高につまらんとするね、ああいうのが、ほんまに。だから、いざとなったら頼る的なものがあったもいいとは思いますが、これを教えないといけないっていうような形になるのはちょっとどうかなって気はしますけどね。

藤田 例えば自分が京大とは全然違う意見でとかすることもあってもいいけど、難しいね。

西 全然違うというのまでは、たぶんないやろけど、どうしても、これが学会のスタンダードですっていう形で作る時には、みんな相当意識するやん。自分でも、この分野、やってくさって言われたら、今自分がやっているような授業とは変わると思うのね。

藤田 それはちょっとリスクを犯すことはできないからな。個人的なそういうやつを廃して……。

西 そうたぶんなるんじゃないかなと思うけどね。

藤田 難しいな。予備校みたいな感じやったらいいんだよな。

西 まあね。あれはそうやな。予備校みたいな感じ……、でも、今、医学教育もどんどん出てるみたいね、YouTubeとか。

藤田 予備校が作ったビデオかなんか、そういったやつがあるみたいだね。

西 そうそう。動画とかかなんか、めっちゃみんな使ってるわ。

藤田 京大もそうやっていう話は聞いた。話はずれるけど、全然話、変わるんやけど、学生との懇談会っていうのがあって、学生からの要望を教授が聞かなくていう、そういう会があって。

西 学生からの？

藤田 学部学生の。学部学生がどういことを求めているかっていうこと、やって、一応聞いてたら、学生の一つ要望が、試験問題はとにかく持ち帰らしてほしいと、復習をしたいから。模範解答を用意してほしい。

西 それ最悪やな。

藤田 あほかと思ったけど。

西 俺もそれ最悪やと思う。

藤田 ほんで、伊佐先生っていう神経の先生がすごく●、僕らが期待しているのは、僕ら以上の解答を学生が出してくることを期待しているのに、模範解答を出してやったら、そこがスタンダードになってしまっていて良くないっていう議論があって、今ちょっと西さんが言ったこととも通じるものがあるなと思ったんですよ。

西 頼まれて、小テストとか、模範解答を作ってくださいみたいなことを言われて、それで、僕は模範解答っていうのは出しませんって、みんなが出してはるのに。

藤田 すごい抵抗されて。

西 抵抗ってほどじゃないけど、でも、やっぱり藤田、言うとおりの、入試とかやったら、そら模範解答、見て、勉強したらええやろけど、今、模範解答っていうのを出しちゃったら、結局みんなそれ書くからさ、テストでも。そんなおもしろくないよという。苦痛な採点がより……、楽になるかもしれへんけど、逆に。

藤田 でも、それはやっぱりおもしろくないわな。その学生の考えとかいうのを画一化してしまうので。っていうか、僕自身が学生やったときに、そんなアイデアが浮かばなかったけど、そんなもん。受かるやつは受かるし、落ちるやつは落ちるっていう、そういう感じや。復習とかも……。

西 テストのときに解答が欲しいっていう、もちろんその気持ちはよく分かるけど、めっちゃめっちゃよく分かるけど、そこは、だから、学生同士でやってください。学生同士で作って、その答えを見比べて、それで埋めていたらええわけで、そこを先生がね。

藤田 でも、結局同じことが起こって、俺、この間、自分がテスト出した問題を採点してみたけど、みんな同じように間違ってる。僕、こういう問題、出しますって言うと、そういうのがテンプレで出回って、みんな同じとこ、間違ってる。これはひどいなと思った。だから、そういう学生とか、教官の個性とか、そういうものも大切にしたいという、そういう考えやな。確かに画一にやったやつやと、それが死んでしまうということで、僕自身は作ってもいいんじゃないかと思うんだけど、もちろんそれは教官がほんまに自由に使う、あるいは、学生が勝手に見るという形でいいかなとは思いますがね。

西 そうね。全国 80 の医学部が全部同じビデオ見せるっていう状況は怖過ぎると思うね。

藤田 いきなり薬理学の教授になったときに、そんなのがあって、これ見といてって言うて……。

西 そうや。まさに、俺、絶対使ったと思う。

藤田 だから、そういう新任の教授っていうか、全然分野外の人になったときには、そういうのはかなり手助けにはなるかなっていう気はするね。

西 そう思う。

藤田 それでは、次、事前にお送りしていた医学モデル・コア・カリキュラムの内容について率直な感想をお聞かせください。これ見てもらったのかな。

西 ざっと。こういうのをいろいろ見ないといけないことも時々あるので、何となく内容は見てるので、今のシラバスとかでも、例えば薬理のシラバスなんかでも、薬理学でコアカリが、何が必要って書いてあるかっていうのをきちっと書かんといかんの。

藤田 僕、一応Cの担当なんだけど、薬理ってDなのかな。Cの3の3か。ここや。

西 そうそう。そんならいっばいはないと思うけど、それと各論のどこやな。

藤田 これはどうだろうっていうこと、ありますか？ 何か。

西 そこまで大変な労力かけて作ってあるなということと、そもそもこういうものって、たぶん建前として必要なもので、これはあるけど、別に全部やらんでええんやっていうようなのが当たり前やった気がするんだけど、今は教育の分野別評価とか、ああいうのをすごい国レベルでしっかりやるようになって、それで、アメリカ的にきちとした枠にはめて、それをきちっとシステムチックに教育するんやっていうのが徐々に浸透してきてるんやなっていうのは何となく感じるかな。だから、今までは、これはこれ、実際の教育は実際の教育っていう感じやったのが、ほんまにきちっとコアカリに沿った教育っていうのを求められてる時代なんやなっていうふうには思いますよね。

藤田 一応コアカリっていうのは全体の7割で、3割は自由にやっってくださいって、そういう話はある。その割にはコアカリが結構多過ぎるっていうのは、他の分野から文句は出てたっていうところなんだけど、ここはちょっとあれやね、どうしていくかは。僕自身はどこまでこのあれに関わるのか、よう分からへんねんけど。あと、もう一つディスカッションになってるのが、基礎医学を教えることが、臨床家を養成するためのものなのか、それとも、本当に基礎医学の楽しさを教えるっていうのがメインなのか、どう主眼に置いて、薬理学を教えることの意義というのは、ほとんどの学生は臨床に行くと思うんですけど、それはどうなんですかね。どういう心持ちで教えていらっしゃるんですかね。臨床医になるためのものなのか、それとも、基礎医学の楽しさをピュアに教えるっていうことをメインにいらっしゃるのか、そこはどう考えてます？

西 僕が一番最初の授業のときに、これからどんな気持ちで授業を聞いてほしいのかっていうときに言うのは、やっぱりその両方あって、実際にほとんど100パーセント臨床医、取りあえず、なるわけで、薬のことを習うわけなので、だから、患者さんに実際処方して、患者さんが、なんでこの薬、飲むんですかと、飲まなあかんのですかとか、それを聞かれたときにちゃんと答えられる。実は臨床医って、その薬がどんなふう、どういう作用機序で効いてるかとかっていうのを、そこまで理解せずに処方してるのがほとんどだと思うので、だから、なんでこのお薬、飲まなあかんのかとか、このお薬、どんなふう効くんですかみたいな、患者さんからの素朴な疑問にちゃんと答えられるような医者になってほしいと。だから、その薬がどうやって効いてるかっていうところに重点を置いてやるから、そこをきちっと理解してほしいっていうのが一つ。だから、これは医者になったときっていう形だね。

あと、もう一つ、最後のほうの質問とかにもかぶってくると思うんやけど、今、分子標的薬っていうのがどんどん増えてきて、普通の臨床の場で求められる基礎的知識の質っていうのがすごい高くなってきていると思うのね。ある意味、今までは基礎研究と臨床っていうのがすごくギャップがあったものが、すごく垣根が低くなってきているように思ってる、だから、本当に基礎研究レベルで分かったことが臨床で使われる薬になるまでの時間もすごく短くなってきてるし、だから、そういう、今ここで薬理で研究のことを話すようなことが、そのまま臨床でその薬になったりする可能性もあると。そういうことも、だから、それは基礎研究があって初めて臨床が進歩するんだっていう。だから、基礎研究なしに、臨床だけでやってたら、そこで完全にストップするわけで、基礎研究っていうのがエンジンになって進んでいくんだよっていうようなこと。

だから、さっきの質問に関しては、両方に関して伝えたいっていうことは言っはいるかな。ただ、比重的には、要するに各論でそういう薬のこと言ってる時間が長いから、だから、臨床医になったときにきちんと、なんでその薬、自分が出してるのか、ちゃんと理解できる人になってねっていうメッセージが強いように思うけど。

藤田 確かに、次の医学部卒業生全体に習得をすべき基礎医学の内容というのは、まさに今おっしゃられたことなんですよね。

西 そうですね。

藤田 俺と西がこういう真剣なことを語り合うときが……。

西 ただ、やっぱり基礎研究者の感覚って……、臨床って、教科書に書いてあったり、ガイドラインに書いてあったり、そこに書いてあることは正しい、それに沿ってやるんだっていう、それに沿ってやるのが完全に求められるわけ。だから、そこから外れることなく、きちっと今現在のガイドラインに沿ってやるのがすごく大事っていうことが言われるから、それは、だから、基礎研究者のマインドとは全く正反対やんか。今まで分かってることをきちっとリピートしたってあかんわけで、実際いくいろいろ薬になったりしてて、その薬が効いたとしても、突き詰めていったら、実はまだまだ何も分かってへんねんど。だから、教科書に書いてあるとか、ガイドラインに書いてあることが全てやないんやでと。全然分かってへんことも多いんやでっていう。だから、そういう感覚。研究っていうのは、一つ分かったら、必ずまた次の質問が出てくるし、そこ、たどり着いたら、また絶対次の分からへんこと出てくるっていう、そういう感覚。だから、ずっと受験で答えのある勉強をして、

医学部、入っても、やっぱり暗記主体の勉強して、そやけど、そういう実際基礎研究っていうのは、そういうどんどんどんどん分かっていくことを開拓していくもので、ここまで分かったら、もう何もやることないんですかみたいな、下手したら、そんなふうに思ってるやつもいそうな感じなんで、それは全然違うんじゃないの？ っていうことは伝えたいことかなと思いますよね。

藤田 やっぱり、僕、今聞いて感じたのは、学生も知識を広く浅く覚えても、記憶、残らへんもんな。

西 そうなんよ、完全に。

藤田 そういうコンセプトチュアルなことのほうが心に響くもんな。

西 そう。100パーセント忘れるからね、そんなもん、広く浅く習ったって。だから、そういう感覚を残してもらうことのほうがたぶん大事なんやろなって思うけどな。

藤田 僕もそう思うわ。何も覚えてへんもん、学生のとときのって。でも、そんなに研究はおもしろいとか、そういうエピソードとか、雑談のほうしか覚えてないっていうか、確かにコンセプトチュアルでエッセンシャルな哲学を語るっていうのは、そっちのほうが残るよね。

西 残るっていう意味では、ほんまそうやと思うわ。

藤田 確かに。だから、本当に広く浅くっていうのは、処世術としては必要だけでも、医師としての成長には、それは基礎医学で教えることは重要だという。非常にいい感じのインタビューになってきましたよ。一つ、僕、聞いておかないといけないことがあって、西が京大医学部でも教育に、ある程度、携わっていたと思うんだけど、そこから滋賀医大に行って、何か変わったこととか、感覚的にちょっと違うこととか、何かありますか？

西 まず、大きい違いは、僕は京大では臨床の教員やったけど、滋賀医大では基礎やんか。そこでたぶん、だから、京大でも基礎やったら、また全然違ったと思うんやけど、僕が一番思ったのは、学生との距離は、明らかにこっちに来て縮まったかな。臨床って、それでも、僕、ポリクリとかは毎週やってたし、それなりに教員の中では学生の近くにいたほうやとは思いますが、それでも、やっぱりこっち、大学のサイズも全然違うし、すぐに教授室に質問に来たりとか、そういう意味で、あと、面談する回数やとか、距離は近くなったなっていうのはあるかな。あと、要するに、京大と滋賀医大で違い何か感じたかっていう……。

藤田 ちょっとこれ、非常に申し訳ないんやけども、今回面接をするに当たって、多様な大学の先生に聞くことによって、その大学大学にあるような問題点が分かるという、そういうことも求められているので、ここはちょっとどうなのか、あるいは、すごくいいとか、違うとか、そういうことが何かあったらなと思って。

西 一つ滋賀医大の特徴っていうのが、学生のバックグラウンドがすごい幅広い。っていうのは、学士入学が15人とか、去年、おととしまで17やったか。すごく多くて、だから、元社会人とか。あと、多浪生がやたら多い。だから、一つは、入試の特徴として、文系の人がまだ対応できる医学部の一つみたいなね、滋賀医大って。文系が強い人が、要するにちょっと理系が弱くても何とかなる。そういうタイプみたいで、だから、そういう意味で、学生のバックグラウンドが、元文系学部を出て、再受験して来るとか、そういうやつが結構多い。ある意味、だから、いろんなやつと、いろんな年齢の人がいるから、面白いっていうのはあるかな。

僕らのころはまだそうでもなかったけど、ほんまに僕が京大でいたときに、それこそ灘、東大寺、洛南、甲陽とか、とにかく限られた受験校で半分以上どころか、それで、もっと気持ち悪かったのは、京大、鉄緑会やったっけ？ 同じ1つの塾から、学生の半分以上、同じ塾に行ってるんよ。知らんやろ。

藤田 知らん。昔なかったよな、鉄緑会。聞いたことない。

西 ない。それはいつごろからか分からへんけど、もう10年ぐらいは、なるんちゃうかな。だから、逆に言えば、そんないろんな多彩なバックグラウンドっていうのが許されへんぐらい難しいってことなんやと思うけど、それにしても、ちょっとそれだけホモジニアスになっちゃうと、もちろんべらぼうに優秀なやつもいるし、一人一人とったらすごい面白いし、そやけど、集団としてそんだけホモジニアスになっちゃって大丈夫かなっていう、若干、中にいたときは危惧を感じた気はするんやけどね。そんな俺が心配することじゃないけどさ。

藤田 全然話、変わるけど、この間、講義して、結構講義中、むっちゃ重要やから絶対覚えとけよ、おまえらって言った問題があんねんけど、それが京大医学部生なのに、全然できてなかったっていう。だから、たぶん●の傾向と対策っていうのは結構狙ってて、そこからちょっと離れた問題とか、見事のほとんどの人ができてなくて、京大医学部ってもっと賢いやつらの集団やと思った割には出来悪いなと思って、だから、受験にはたけてるかもしれんけどっていうのをちょっと垣間見てしまったような気もしたな。

西 その可能性は、ひょっとしたら、あるかもよ。だから、そこもやっぱりいろんなやつが、いろんな方法で勉強してきて、それで、いいやつが集まってきたっていうよりは、全く同じ方法で、同じ塾で、そこで点数が良かったやつの上澄みが来てるだけやから。

藤田 がっかりした、ほんまに。面白い講義してるつもりで、たぶんこいつらはテストに出そうなどを見繕いながら聞いてるのかなと思って、それはちょっとちゃうんちゃうかなと思った。でも、逆に、そういうヘテロジェナイティーのあるバックグラウンドのある人に教育をするときに、なんか苦労することとかはないです？ それは楽しみしかない？

西 いや、ただ、僕、基本的には、自分がほとんど何も授業から得られなかった。受けてへんから、しゃあないんだけど、そこまでそれに期待してないっていうか、やるほうとしてもね。頑張ってるけど、覚えてなくて、試験が終わったら忘れてしまって当たり前っていうのは何となく意識してて、だから、それ以外のところで、なんかちょっとでも覚えておいてほしいなみたいなところはあんねんけど、だから、教育で苦労するっていうか、だから、そこまでみんなにちゃんと理解してもらおうとまでは思っていないか。

ただ、僕がちょっと力入ってるのは、逆に、できへんやつ。だから、全くできへんやつに関しては、中間テストとかで悪かったやつとかとは、一人一人面接をして、どんなふうに勉強、これから先、CBTとか、国試とかに向

けて、このままやったらまずいというようなことを、そこはかなりきちっと時間とって面談はして、必要があれば、その後もフォローしていきたいなっていうのはあって、だから、ほんまにほっといたら留年しそうなやつに関しては、だいぶちょっと意識して目掛けるようにしようとしてる。

藤田 偉いね。教育者になってるな。

西 結局、今までそういうやつが全部留年して、留年者が多いっていうのも滋賀医大の特徴やったんやけど、結局そういうやつにしてみたら、落とされたり、ほっとかれたりして、恨みを買うより、何とかしてそういう連中をすくい上げることで、トータルの母校愛というか、そういうのは、結局、大学全体としての力、上げたいっていうときに、その上よりも、僕、やっぱり下も大事ちゃうかなっていうふうにして、だから、そこはちょっとこれからも少し意識してやりたいなとは思ってる。

藤田 でも、難しいね。僕もこの間、担当になって、ずっと追試やっても浮からへん学生が結構いて、1人だけ。しゃべってんけど、本人は必死でやろうとしてんねんけど、勉強の仕方が分かりませんって言われて、おまえ、どうやって京大、入ってんって聞いたたら、僕、3浪はしたんですけど、聞いたことは大体覚える、覚える割には通ってへんけど、勉強というものを家でしたことがないのでとかいう話をして、それでも、せんとあかんのちゃうとか、そういう話で、やっぱり変なやつがいるな、時々。そいつは、でも、精神科の先生に回した、どうしていいか分からなかったから。

西 でも、確かにそうやって面談してたら、一定の割合で精神科にかかっている人っていうのはいるな。

藤田 いるんだろうね、精神科とか。大体こんな感じかな。質問で、コアカリ改定に当たって研究者育成に関する内容をどのように記述すればよいとお考えでしょうか。これは先ほどおっしゃられたようなことですね。これも僕自身、全然分かんなくて、コアカリに、どこにどうやって記載するかっていうことは。でも、先生、おっしゃられたようなことを伝えたいと思います。僕、きょう心に残った言葉が結構あって、西に。やっぱり臨床と基礎の違いで、基礎のマインドを伝えることの重要性と、あと、知識やなくて、コンセプチュアルに何が重要かっていうことを、知識を伝えるだけではなくて、そういうコンセプチュアルなことを教えないと心に残らへんっていうのは、ほんまにそうやなと思ったな。僕も一生懸命教えてるんだけど、たぶんみんな忘れるもんね、基本的に。だから、もうちょっとコンセプチュアルになんていうことを教えたりするのがほんまに重要なと思うんです。ありがとうございます。だから、下を拾うことの重要性、これはなかなか難しいですね、本当に。

西 難しいね。期待に応えてくれへんことがほとんどやろからな。

藤田 講義の内容によって、あんまり変わるような気もしないし、やっぱり個人的な問題かな。どうなのかね。

西 おそらくちゃんと見捨てられてへんと、期待してくれてる人がいるっていうのは、大きいような気がする。

藤田 それは行動を変えそうだね、確かに。

西 やっぱり自分が学校の中では結構底辺のほうにいたから、何となくそういうのは……。

藤田 おまえ、底辺、ちゃうやろ。

西 いや、でも、まあまあそれ近いで。

藤田 そんな印象は全くないで。みんな底辺やな。

西 それはそうかもしれん。

藤田 ほんまにひどかったもん。ありがとうございます。こんな感じでいいかなと思いますわ。何か他に伝えておきたいことがあります？ 特にないですか。

西 いや、お疲れさんやなという、藤田に。

藤田 でも、勉強になりますわ。カリキュラムって、こうやって作られてるんやっていうのと、いろんな……。でも、皆さん、ほんまにすごく一生懸命、学生に向き合ってやられてるなっていうのは非常に感じました。僕は基本的にあまり講義を担当しない分野なんで、ちょっと楽しってもらってるんやけど。ありがとうございます。

(終了)

● インタビュー要旨

インタビューー：横溝 岳彦教授（順天堂大学医学部生化学講座）

日時：2021年8月4日 14:30-15:30（60分間）

参加者：鈴木

1. 先生が基礎医学研究者になろうと思ったのはいつ頃でしょうか？ またどのようなことがきっかけだったのですか？

まず学部生時代に生化学のラボに行っていて、糖脂質関連の研究を行っていた。卒業後は産婦人科医として3年働いたが、臨床ではクライテリアやガイドラインがあつて、それに沿ってルーティンワークを繰り返すことが面白くなくなってきた。基礎医学研究では当日得られた実験データを元に自分で考えて、明日の自分の行動を決めることができるし、毎日が同じではないことが魅力的で面白く、結局臨床には戻らなかった。正式には学位を取得して大学院を卒業したタイミングで医局を退局したが、大学院の3年目には基礎医学研究者として生きていきたいと考えていた。

2. 大学の医学部で実際に基礎医学の教育に関わっておられる中で感じておられる、基礎医学教育の課題をお教えてください。

私は大学に入ったときに、「これで受験勉強から解放されて本当の学問をすることができる」と嬉しく思い、ストライヤーの原書の生化学の教科書の勉強会に参加した。この勉強会に参加していた学生の多くが基礎医学研究者になっている。今の医学生は授業で教えてもらったことしか勉強しておらず、大部分の学生が医師になることを目標にしている、医学を学問だと捉えていない。教科書を買わないし、自分の中で体系立てて生化学を理解したいと思ってる学生がほとんどいない。要するに、せいぜいCBTに通るだけの最低限の知識があればいいかなという認識しか持っておらず、広い意味で医学、狭い意味では例えば生化学を、学問として考えてくれている学生さんがほとんどいない。結局大部分はお医者さんになるわけですから、そういう知識の伝播でもいいのかもしれないけど、結局学問としての面白みが、学生も得ようとしていないし、私たちもモデル・コアなんか少し縛られて、生化学の本当の面白みを伝えられていない。その両方が最終的には医学研究への興味っていうものを駄目にしてるように思う。

3. 医学教育モデル・コア・カリキュラム（コアカリ）の内容について、率直な感想をお聞かせください。

教育の抜けを探すのにはとても役に立っている。ただ、やっぱり基礎研究医養成とかにはなかなか使いにくいと感じる。やっぱりこれは臨床医養成のためのカリキュラムだと思う。

4. 今回、このコアカリの改訂が行われます。医学部の卒業生全員が習得しておくべき基礎医学の内容とはどのようなものだとお考えでしょうか？

順天堂では生化学の教科書にはないモレキュラー・バイオロジーの授業やオミックスの授業まで実施し、最先端生化学っていう項目を作って、90分の講義を4回やっている。教科書には書いてないけども、今医療界では常識のように使われているような技術を紹介することも必要だと思う。

5. コアカリ改訂にあたって、研究者育成に関する内容をどのように記述すれば良いとお考えでしょうか？

研究者養成とモデル・コアは、あまり具体的には結び付かない。どこの大学もそうかもしれないけど、うちも研究者養成のきっかけにしているのは基礎配属である。手を動かして実験する経験が一番大きなきっかけになっている。究極のモデル・コアを考えていたら、知識型の授業はそういった統一ビデオにしておいて、でも、基礎でも実習と基礎配属はちゃんと実施するのがいいかもしれません。

● 逐語録

鈴木 定刻になりますので、先生にお話をお伺いしたいと思いますので、よろしくお願いします。あの本はどうですか。売れていますか。

横溝 教科書？

鈴木 教科書。

横溝 全然売れてないと思います。

鈴木 面白いんですけどね。なかなか難しいですよ。

横溝 今、買わないんじゃないですかね、教科書、あんまり。

鈴木 買わないんですよ。それはともかく、モデル・コア・カリキュラムで、今回改訂しようということになったみたいで、大幅に変えるということで、私、医学教育学会に入っておりまして、いろいろやっておりましたので、一応基礎医学のプロジェクトチームをやっているんです。研究者養成ということが非常に最近問題となっていて、錦織先生が私たちの上で、名古屋の医学教育の教授なんですけど。

横溝 京大でやられていた錦織先生ですよ。

鈴木 ちゃんと真面目に基礎医学のことをやりますとおっしゃっています。モデル・コア・カリキュラムの中で、基礎医学は、基礎医学のくせに医学一般みたいな名前を付けられて、非常に少なく、だったんですけど、ちゃんとやるので、少し皆さんに意見を聞いてほしいと。これまでもいろいろお話を聞いたんですけども、どちらかというと、もちろん錦織先生は名古屋ですけども、あと、東大の医学部長の岡部繁男先生とかも聞いたりもしました。有名大学の先生に聞くと、割とモデル・コア・カリキュラムに書いてあるようなことは、eラーニングのビデオ講義で済ませて、実験と実習をやったらええねんという意見もいろいろ出るんですけど、実際問題として、大半の私学であるとか、例えば私ども兵庫医大なんかでそれやって、成績悪いから落としたり、きっとみんなから苦情が来ると思うんですよ、ちゃんと教えるとか。なので、私学の先生とか、あるいは、地方の国公立の先生にも、もうちょっとご意見を聞きましようというようなことで、先生は非常に教育熱心なのでお伺いしたい。

まず聞きたいのは、今の基礎医学教育の問題点としてお伺いしたいのと、もう一つは、研究者養成のためにはモデル・コア・カリキュラムはどうあるべきかという1点、この2点をお伺いしたいので、まずは、先生、生化学でもいいですし、基礎医学教育全般でも結構なんですけど、現在の基礎医学教育の問題点とか、先生、順天堂でお感じになっていることとか何かありましたら、おっしゃっていただきたいと思うんですけど。

横溝 まず、うちの順天堂がモデル・コアをどういうふうに使っているかっていうのを簡単にご説明したいと思うんですけど、これ共有できます？

鈴木 私が許可したらいいんです。

横溝 お願いします。

鈴木 これでできますかね。

横溝 大丈夫です。私、ご存じのとおり、九大から移ってきたときにちょっとびっくりしたのが、結構順天堂、真面目にコアカリを取り扱っているんですよ。今エクセルの表、見えていますでしょうか。

鈴木 見えています。

横溝 細かいところはどうでもいいんですけど、これ、平成28年度の医学教育モデル・コア・カリキュラムの項目が、Dの今灰色にしたところにズラッと並んでいまして、いろんなタブで.....。

鈴木 要するに、どの講座がやっているかをアンケート調査してある.....。

横溝 そうなんです。要するに、どの講座の講義でモデル・コアのそれぞれの項目が担当できるかっていうことを、今灰色に付けたところは私が担当している講座なんですけど、うちでは、ちょっとちっちゃくて見えないと思いますけど、細胞骨格のところとか、主に生理学の代謝の、もちろん代謝のところなんですけど、こういうところ、当然生物代謝って言って、クエン酸回路だの、解糖系だの、こういうところですよ。こういうふうに、どの講座の講義でこういったものを担当しているか、あるいは、できるかっていうことを、一応チェックを全部しているんです。

これは毎年やっているというよりも、モデル・コア・カリキュラムが改訂になった年にやっているみたいなんですけど、FDでやるんですけど、FDの1週間ぐらい前に今のエクセルファイルが配られて、各自が作業して、それをFDの前に集計してもらって、FDで、この項目、どこも担当してないんだけど、どっかできないかとか、そういうことをやっています。九大ではこういうこと、実は全然してなかったんです。

鈴木 でも、それは先生、私学とか、私とこも、モデル・コア・カリキュラムのやってる項目に丸付けてくださいみたいな、来るんです。事務はこんな一覧表もきつと作ってるんですけど、私なんか、医学教育、担当していますと、先生、こことこことこ、どこの講座も丸が付かなかつたんで、どっかに頼んでくださいとかいうの、来るんですよ。そういう感じ。ただ、モデル・コア・カリキュラムなのに、これでカリキュラムを作ろうとはしてないんですよ。これでカリキュラム構築をしようとするんじゃなくて、全部の項目を満たせたらいいんだらうって感じなんです。学生がCBT解いてて、クレームのところ、僕の大学では習っていませんとかいうことを、じき書くので。

横溝 学生がですか。

鈴木 学生のアンケートの領域があるんですよ。だから、この領域は僕の大学では教えてもらっていませんみたいなのを、文句の自由記載欄に書くんです。

横溝 でも、それ逆にすごいですよね。うちの学生なんか、たぶん何を教わって、何を教わってないかって、はっきり自分の中で自覚できてない学生がほとんどだと思うんですよ。

鈴木 先生、それはおっしゃるとおりで、理解できないことは、習ってないって言いますからね。患者とのコミュニケーションで、医療面接の先生、言うんですよ。患者さんに分かるように話さないと、患者は理解できないことは聞いてないって、後でもめたら言うよっていうのと一緒で、学生は理解できなかったことは、教えてもらってないって言うんです。それはともかく、そういうクレームがフィードバックされるので、九大なんかは事務の人がごみ箱に投げているんだらうと思いますけども、阪大とか東大も。私学はそれが教務委員長とかに行きますから、なんで教えてないんだって話になるんだと思うんです。授業料、高いから、仕方がないんですけど。でも、先生、真面目にやっておられるんですね、そこ。

横溝 一応ですね。ちょっとアリバイ作りのなどはあるんですけど、どこも教えてないっていうことは避けようっていうのが、うちの、前、生理学の教授だった岡田先生が医学教育に熱心だったので。

鈴木 共用試験実施機構でまだお仕事されていますよ。

横溝 一応退職はされたんですけど、今でも順天堂の医学教育はかなり彼が主導してくださっています。

鈴木 真面目な先生なんで。だから、先生おっしゃるように、私学としては教えてないことはないにしようという使い方が圧倒的だと思いますね。

横溝 そうですね。それで、あと問題点ですよ。これは順天堂でもそうですし、九大でもそうだったんですけど、授業で教えてもらったことしか勉強してない。そこに尽きるんじゃないかな。要するに、さっき教科書を買わないっていうこともそうですし、買ってる学生もいるんですけど、買って、ほとんどたぶん予習・復習っていうか、通読っていうんでしょうかね、自分の中で体系立てて生化学を理解したいっていうふうに思ってる学生がほとんどいないんじゃないか。

要するに、せいぜいCBTに通るだけの最低限の知識があればいいかなっていう認識しか持ってなくて、せっかく医学部に来たんだから医学を体系的に学びたいとか、学問として、広い意味では医学、狭い意味では例えば生化学を、学問として考えてくれている学生さんがほとんどいないので、結局大部分はお医者さんになるわけですから、そういう知識の伝播でもいいのかもしれないけど、結局学問としての面白みが、学生も得ようとしていないし、私たちもモデル・コアなんか少し縛られると、これも教えなきゃいけない、あれも教えなきゃいけないっていうふうになってしまうと、生化学の本当の面白みっていうのを伝えられなくて、これはお医者さんになったときに必要だから覚えておいたほうがいいのか、そういう授業になってしまう。

その両方が最終的には医学研究への興味っていうものを駄目にしちゃっているんじゃないかなって感じましたね。それは生徒さんだけを責めることはできなくて、親御さんの期待とか、そのあたりもだいぶ、特に私学は国立とは違って、ある程度、投資をされているっていう感じがあります。

鈴木 あるんですよ。先生おっしゃるとおり、学生は教科書がこんだけだったら、授業はこんだけ、究極は試験に出るこんだけのところのまとめたプリントはないんですかって話になるので、だから、オロジーを教えられないっていう批判はあったんですが、実際教えられる教員も少なくなれば、学生も求めていないっていう感じになっちゃっているんですよ。難しいですね。

横溝 そうですね。ただ、逆に、順天堂でも、トップクラスっていう表現はいいのか分かんないですけど、1割ぐらいの学生さんは学問として捉えているような気がして。

鈴木 それはそうだと思う。どこでもそうです。

横溝 そういう子が上手に研究室に来て、手を動かし始めると、割にはまっていくっていうんでしょうかね、研究に興味を持ってくれる感じはありますけど、座学だけで学問とか研究の面白さを教えるのはかなり難しい。自

分を振り返ってみると、そうですけど、最終的には手を動かして、実験が面白いって思うことがすごく重要なんだけど、そこまでなかなかナチュラルではないかというの、一つ大きな悩みでしょうかね。

鈴木 先生もお感じになっています、例えば生化学でしたら、モデル・コアだと、生化学の担当領域はエネルギー代謝にほとんど尽きてますよね。

横溝 本当少ないですよ、15項目ぐらいしかなくて。

鈴木 クエン酸回路を概説できるで、終わっていますよね。私、いつも怒っているのは、A領域とかB領域って、異常に詳しいんですよ。

横溝 確かにそうですね。

鈴木 むちゃくちゃ詳しいと。もちろんクエン酸回路は昔から教えているから、教えている内容は分かっているだろうと。A領域、B領域は、おまえたち、何を教えていいか分かんないだろうから教えてやるみたいなモデル・コア・カリキュラムになっているので、先生のとこなんかは……、私、だから、垂直的統合と言うて、糖尿病とか脂質代謝の授業のところに何コマかやらせてもらっているんですけど、そういう垂直的統合なんかにはお使いになってたり、先生のとこ、されたりしてますか。

横溝 モデル・コアを使っているってことはなくて、生化学を教えている教官全部で、私学でちょっと多くて、10人ぐらいいるんですけど、その中でMDっていうか、医師の経験があるのは2人しかいないんですよ、うちは。なので、少なくとも代謝の講義は全部私がやることにしていて、できるだけ臨床的な知見を織り込んで、自分の経験も含めて、ほとんど糖尿病の患者さんの話になるんですけど、そういう話はするようにして、結構それは学生も覚えているみたいなんです。でも、それはモデル・コアを使っているよりも、自分の経験知を使って、少なくとも臨床医志向の学生に少しでも興味を持ってもらえるような授業をしようっていうことで何とかやっていると現実で、医師の経験がないMDとかPhDはなかなか、例えばモデル・コアでそういうふうに指示が出て、教えるのはかなり難しいと思いますね。

鈴木 それと、私たちも思うのは、自分の研究分野、こんだけですから、私なんか、例えば先生なんかは、清水先生のとことか、脂質代謝とか、脂質の研究をされてましたけど、私は脂質代謝の研究は全然してないので、結局脂質のところは、僕が教科書を読んで、いろんな教科書の内容をそしゃくして、エッセンスを学生に言うという、言うたら悪いけど、究極の受け売り教育をしているので、ところが、臨床の先生は、外来やってると、自分が肝炎ウイルスの専門でも、いろんな患者さん来ますよね、肝炎ウイルスの研究してても。そうすると、教育をしても、別に消化器内科の教授は肝炎ウイルスの専門でも、肝硬変の患者も診れば、いろいろな消化器の患者さんを外来で診てるから、多少話にうんちくがあるんですけど、私なんか、究極の受け売り教育しているなど思いながらやっているとこがあるんですけどね。

あと、先生、結局そもそもモデル・コア・カリキュラムが一応、どちらかという、臨床重視、臨床医になるためのモデル・コアなんですよ。そうしますと、医学生全員が習得すべき基礎医学の内容というのは、どんなふうなことを考えるべきなのかと。だから、別に分子生物学の知識、最近PCRでコロナを検査していますから、あれなんですけども、モレキュラー・バイオロジーとか、そういうベーシックな部分は、どの程度、教えるべきかとか、何かお考えはありますか。

横溝 一応順天堂では、生化学の教科書には書いてないんですけど、モレキュラー・バイオロジーの授業もやっていますし、うちはオミックスの授業までやっています。最先端生化学っていう項目を作って、90分の講義を4回やっていて、教科書には書いてないけども、今医療界では常識のように使われているような技術を紹介するっていうのをやっているんですよ。ただ、やっていると、結局講義の限界という、質量分析を使って、これだけの分子の網羅的な解析ができるんだよっていう、そういうデータを出しても、やっぱり学生さん、ぴんとこないですよ。

PCRはさすがに実習でもやっていると、いろんな所で今出てきてますから、PCRは結構学生さんももう理解できていると思うんですけど、講義で、遺伝子組み換えの話とか、1細胞RNA-seqの話とか、一応してはいるんですけど、たぶん学生さんは何のこっちゃっていう感じで聞いているんじゃないかなって思います。

ただ、うちも理事長の方針もあって、研究者を育てるために横溝君を呼んだんだからって、口を酸っぱくして言われるので、その一環としては、そうした最先端生化学っていう講義も一応やり続けていて、効果の程ははたなですけど、さっき申し上げた、1割ぐらいの学生が研究室に入っていくきっかけになればいいかなと思いがらやっているとこがあるのが現状でしょうかね。

鈴木 だから、モデル・コア・カリキュラムに最先端の内容が全く含まれていないっていう批判は、これまでのインタビューでもたくさんいただいたんですよ。

横溝 確かに。

鈴木 もっと、言うたらあれですけど、幹細胞の話もないし、再生医学、再生医療の話もないし、ちょっと内容が古過ぎるといふご意見は多々ありました。

横溝 ただ、先生、逆にそういうのを全部入れてると、教えられない大学も当然出てくると思うんですよ。教えられないって、型どおりは教えられても、迫力を持った講義は結構できないかなって。さっきおっしゃったように、受け売りの講義になっちゃいますよ。

鈴木 それと、先ほどから出てきます、基礎研究者養成の内容は、それも議論があって、本来はモデル・コア・カリキュラムは3分の2ぐらいで、残り3分の1はアドバンスの内容を大学独自でやりなさいっていう話だったのが、臨床実習が長くなって、すごくタイトになって、モデル・コア・カリキュラムが9割ぐらいに、各大学、なっちゃっていると。そうなったら、いっそのことモデル・コア・カリキュラムの中に研究者養成を入れちゃえ

という話にもなっているんですよ。先生、それも含めて、研究者養成においてモデル・コア・カリキュラムのあり方は、何かご意見ございますでしょうか。

横溝 でも、研究者養成とモデル・コアは、あまり僕の中では具体的には結び付かないですね。どこの大学もそうかもしれないけど、うちも研究者養成のきっかけにしているのが基礎配属ですよ。基礎配属は、うちも1カ月あるんですけど、3年生のちょうど6月から7月中旬まで、今ちょうど終わったとこなんですけど、それが一番大きなきっかけでしょうかね、実際手を動かす。

鈴木 それは全員ですよ。

横溝 全員です。全員なんですけども、やっぱり学生さんにもトーンの違いがあるので、うちの研究室は、むしろバリバリに実験させるっていうことをうたっているんですけど、社会医学系のラボなんかは、むしろ調べ物をするので実験はしないとか、そういうことをうたって、むしろそんなに大変じゃないので、あまり入れ込んだ研究をしたくない学生はうちにおいてみたいなの勧誘をしている所もあって、それはそれで僕はいいかんと思っています。だから、バチンと実験させる所とか、かなり突っ込んだ研究をさせるラボから、例えば教科書の輪読会みたいなの、CBTの準備勉強みたいな研究室まであって、そういうものも含めて基礎配属になっています。ですから、学生さんによっては、負担も違うし、面白さも違う実習にはなっていると思うんですけど、かなり幅広い学生さんを、しかも、うち、先生ご存じのとおり、140人近くいますので、受け入れるほうにも限界があるので、今の現状を認めていくしかないのかなと思っています。

鈴木 当然、研究者養成の内容は、研究医コースの学生さんとかだけじゃなくて、いったんは基礎配も含めて全員に提供すべきであるというふうにお考えですか。

横溝 僕が考えているというよりも、そういう制度がすでに出来上がっているから、それに従っているっていうのが流れですね、現状として。確かにうちの基礎研究医養成プログラムに入っている学生さんは、それよりも前にアーリー・エクスプロージャーで始めていますので、結構入っているんですよ。30から40ぐらいは……。

鈴木 入っているんですか。

横溝 名前だけの学生もいっぱいいるんですけど、一応登録学生は1学年あたり40人ぐらいいるんですよ。

鈴木 登録しているのも損はないなって感じですよ。

横溝 そうそう、確かに。デメリットはないですよ。ただ、実際はかなり来てるのは10人ぐらいかな。結局うちのラボも基礎配で来るのは4人ぐらいなんですけど、毎年その中の1人か2人は基礎配の前から来ているんです。その学生さんたち、1年生の冬ぐらいから来ているのはずっと来てて、基礎配でもうちを希望しますが、残りの2人か3人、うちに回されて来るのは、どっちかっていうと、じゃんけんに負けて仕方なく来たみたいな学生が多くて、そういうのは1カ月は実験ちゃんとやるんですけど、終わったら、ありがとうございます、楽しかったです、おしまいになっちゃうっていうのが数年のパターンです。結局続くのは、基礎研究医プログラムに入って、自分から志願して来た学生さんですね。彼らは論文書いたり、学会発表したりしてますけど。

鈴木 あと、私たち思っているのは、これは私が特に思うんですけど、最近の医学部は実習が減っていついて。モデル・コア・カリキュラムは、臨床実習は、これでもかかっていうほど書いているのに、基礎の実習に関してはひとつも書いていない。

横溝 ゼロですよ。

鈴木 です、私は基礎医学のプロジェクトチームの中では、実習について、モデル・コア・カリキュラムにどういう記載をするのかは別にして、実習はすべきであるという内容とか、そうじゃないと、さすがに解剖実習は残っているんですけど、各大学で、薬理学とか、生理学とか、ああいったところの実習が簡単になっている。それから、動物実験を使うことに対してアンチなことを言う人がいるので、動物実験が減っている。動物実験やらないと楽なんです。昔、私たちなんか、ウサギを固定して、耳に注射して、血圧測ったりみたいなことをやると、うちはするし、途中で血まみれになって、夕方、帰れないんですよ。そんな実習、学生も教員も大変な実習をしなくなって、先生のところはどうか、基礎系の実習は充実して今もやっておられますか。

横溝 コマ数だけはやってますけど、確かに動物を使ってるのは相当減っているんじゃないでしょうかね。少なくとも生化学は、臓器のすりつぶしはなくなりましたね。免疫学はマウスの脾臓をすりつぶして、FACSやっているので、マウスの解剖はやらせていますけど、薬理はどうしているんだろう、今。

鈴木 薬理は意外と、例えばカテコールアミン打って、血圧が上がるなんていうのは、シミュレーションでやるとかって言う講座があるんですよ。ですから、確かにその辺を考えないと、若い先生方にさせると、本当に実習内容がどんどんモレキュラーになっていくんですよ。確かに今頃、タンパク精製とかしないから、しなくてもいいのかもしれないんですけど、やっぱり実験・実習はモデル・コア・カリキュラムに書きたいなっていう気はしてるんですけど、どうやって書くかはすごく難しいんですけど。

横溝 そうですよ。具体的に書くと、できないっていうところも出てくるし。

鈴木 やってる内容が、モレキュラーのこととか、最先端に近いことをやってるような基礎医学の研究室もあれば、やっぱりLDHのアイソザイム分析とか、酵素活性で吸光度を測るとかまで、あまりにもバリエーションが広いので、モデル・コア・カリキュラムは書けないんですけど、例えば、いろんなのを書いて、この中から最低3つぐらいやりましょうとか、何か書きたいなとかっていうような気はしております。

横溝 われわれのところは、ゲルろ過はまだやってますし、あと、エタノール代謝の、チトクロームP450系だと思いますけど、補酵素のNADHの吸光度変化で酵素活性を追い掛けるやつですね。あとは、PCRと、SDS-PAGE ウェスタンブロットはやってて、そういった意味ではクラシカルなもの、一応PCR、ウェスタンって、今よく使われている技術、両方やるっていう、そこまではやれていると思うんですけど。

鈴木 時代が変わりますし、そうなりますよね。若い人は、私たちがやってた大きなガラス板、見ても、何ですか、窓ガラスですかってなると思いますけど。あと、錦織先生から、基礎の先生にインタビューをしたら必ず聞けって言われているのが、先生はなんで基礎やったんかっていうのを聞いてくれて言われているんです、全員のインタビューで。先生は何がきっかけで基礎になられたんですか。

横溝 僕はもともと、まず学部生時代に生化学のラボに行っていて、それこそ永井克孝先生のラボなんですけど、糖脂質やってたんですよ、僕。ただ、そのときの動機はあまりよくなくて、高校の先輩が大学院生でそこに行っていて、むしろ引っ張り込まれた、おまえ、飯食わせてやるから、俺の実験、手伝えよとかいう感じで引っ張り込まれて、ちょっとやり始めたら、結構面白くて、TLC とかが面白かったので、一応2年間ぐらい続けて、でも、その先生が NIH に留学しちゃったので、一回引き上げたんですよ。

自分自身が大学院生になった一つの理由は、産婦人科医だったので、産婦人科の教授に勧められたってということもあるんですけど、一番大きかったのは、臨床3年しかやってないんですけど、ルーティンワークになっちゃったんです。大学病院1年、外病院2年、回ってると、良性疾患ですけど手術も一応できるようになるし、外来もこういう異常値が出たらこの薬、こういうエコー結果が出たらこういう指示って、当然ですけど、臨床のクライテリアがあって、それをただずっとしゃべってただけなんですよね。

これが面白なくて、俺、これ一生やっていくのかと思ったときに、これは嫌だなと思って、それで、大学院に入ったら、先生もお分りのとおり、実験って、きょううまくいかなかったら、どこを変えるかを考えるわけじゃないですか。うまくいったら、この次どうしようって考えて、自分で、要するに、あしたの自分の行動を決めることができるし、あしたやることと、きょうやることが、同じじゃないんですよ。それがすごく僕には魅力的で、毎日がすごくエキサイティングっていうか、失敗も多いんだけど、少なくとも臨床をやったときみたいな、あしたもまた同じ外来をお昼ご飯食べないで9時から14時までやるのかとかいうのと全然違う世界に入っていて、そこがすごく面白くて、結局臨床に戻らなかったっていうことです。僕の場合はルーティンワークが嫌いだったみたいです。

鈴木 先生、おっしゃるとおりで、インフルエンザがはやったら、小児科なんか、1日40人、インフルエンザ診ると。それは立派なことなんですよ。立派なことなんだけど、当然その中で、インフルエンザ40人診るんだったら、インフルエンザにもっと効く薬を開発したいと思う発想の先生は出てくるのが当然で、でも、先生、それはちゃんと立派な心掛けで。

横溝 いやいや、僕はそこまで崇高なものではなくて、単純に毎日が楽しかっただけです。

鈴木 私なんか臨床を5年やって、大学院に帰ったんですよ。当時、多田道彦っていいまして、心筋のATPaseとかホスホランパンなんかをやっている先生です。私の恩師は谷口直之先生なんですけども、谷口先生のお兄さんが北大の医学部の研究者で、循環器病センターの殿村研で多田教授と一緒にした。このATPaseの怖い怖い大御所の殿村先生の所で兄弟弟子だったわけです。そこで新しく来た僕の友人の谷口先生の弟さんが北大から阪大の教授になられて、人が欲しいって言っているから、君、行ってと言われてました。それで行ったという、とんでもない、将棋の駒のような。それで、そこから人生が僕は生化学に向かっていったというだけの話なんですけど。

確かにルーティンワークっていうのは非常に重要なことで、実は、臨床じゃないんですけど、うち、篠山病院って、へき地医療の、地域医療の病院があるんですよ。そこは紹介状なしの患者さんが来るので、そこへ学生、行かすんですよ。田舎なので、学生が主導的に外来とかできるんですけど、1週間目はみんな喜ぶんですよ。4週間させると、似たような人しか来ないって言いますんですよ。だから、これは難しいところで、そんなこと言うと患者さんに失礼なので言えないけど、そうですね。純粋なルーティンワークになりますよね。

横溝 そうじゃなきゃいけないんです、臨床は。臨床で患者さんによって対応を変えてたら、えらいことになるから。

鈴木 それは、先生、そうですね。思い付いたオリジナリティーのあることやったら、怒られますからね。

横溝 駄目ですよ、それは。

鈴木 あと、私とか思うのは、私も阪大から来ましたし、先生も東大から来られて、私学で、順天堂は非常に私学の中でも優秀な方が多いと思うんですけども、学生が、例えば阪大を滑って兵庫医大に来たとか、そうしますと、研究は京大とか阪大の人がやるべきことで、僕たちはそんなんはもう無縁のところに来ましたって言うんですよ。つまり、うち私学でお金持ちの子も多いっていうのもあるんですけど、自ら目標設定を下げて、自ら目標を下げることに慣れると、こんな楽なことはないんですよ。私たちが夜中、何時まで頑張って研究をするのかと一緒に、夜中までもう一回実験して帰るかどうかっていうのと一緒に、自ら目標設定を下げて、自分の能力を発揮しようとしていない学生がいます。本当は研究的な能力とか、優れている人もいるんですけど、先生、順天堂の学生さんの中のモチベーションの問題とかは、何か思っていることとか、ございますか。

横溝 でも、それは僕が順天堂に来た9年前と最近はずいぶん変わったなって思います。それは、先生さっきおっしゃったように、順天堂は年々、入るのが難しい大学になってきていて、僕が来た9年前も難しかったんですけど、そのときよりも学生さんのプライドがだいぶ今、高くなっていると思うんです。少なくともトップクラスの上のほうの学生さんは、もちろん東大とかは落ちているかもしれないけど、国立大、蹴って来てるの、結構いるんです、地方国立大。

鈴木 それは高知の人が嘆いていました。

横溝 地方国立大、結構蹴って来るので、だから、プライドの問題って、やっぱり大きくて、自分たちはどこどこに落ちて、順天堂しか行くところがなかったんだっていう学生は今かなり少なくて、むしろ順天堂を選んで来たんだっていうふうのが増えてきてるんですよ。だから、自分たちでも研究.....、それで、大学のほうが研

究、研究って、今言っているんで、そこはむしろ研究志向の学生さんは年々増えていると思います、間違いなく。

鈴木 私もいつも学生に言うのは、大学入試なんて、東大を筆頭とする官僚養成だから、満遍なく点数を取るのが優れているんだと。だけど、研究ってピンポイントでやればいいんだから、いいじゃないかと。おまえたちも十分対抗できると。学会の理事長は東大の先生にやってもらったらいいと、マネジメントが上手だからって言うてるんだけど、なかなか……。確かに東大の医学部に入ったら、この中で何割かは大学教授になると、みんな思ってるじゃないですか。大学教授になるということは、非日常ではなくて、日常なんですよね。だから、まだまだ兵庫医大の学生にとっては、大学教授になるっていうのは非日常なんですよね。そここのところ、非常にいつも私なんか、もどかしく思ったりしますね。

横溝 ただ、僕、最近言うようにしてるっていうか、有効だなど思うのは、今、医学部って、入試、ものすごく難しいじゃないですか。それで、単純に偏差値だけからいくと、熊大の医学部と東大の理IIが一緒ぐらいらしいんですけど。だから、僕はそれをよくいろんな大学の基礎研究医養成プログラムに呼ばれたときに、そういう話をいつもして、昔は東大の理学部とか工学部に行って研究してたような人たちが、今医学部に来てるんだよと。皆さんもそうなんだよって。皆さんも医学部じゃなかったら、東大、入れた学生さん、たくさんいると。今逆に東大がそういった理系の学生さんが医学部に全部取られてしまっているんで、医学部こそ今は研究しなきゃいけないんだっていうふうな話はいつもして、それは結構勇気が出たとか、自分でも研究していいんだって思えるようになったっていうコメントを後から頂くことが多いんですけど。兵庫医大だって、先生、入るの、すごく難しいじゃないですか、今。

鈴木 だから、兵庫医大は、こんな言ったらまた怒られますけど、阪大の基礎工よりは難しく、京大の農学部と同じぐらいですよ。

横溝 でも、やっぱり阪大の基礎工という名門よりも難しいわけじゃないですか、今。

鈴木 だけど、本当に、だから、やっぱり医学部の偏差値ヒエラルキーの中で、学生はちょっと自信喪失気味なんですよね。まだ順天はそういうところまでは全然行ってないんですよ。それと、これ言うと、みんな、先生、それ言いますかって言うんですけど、おまえら実家が金持ちやねんから、取りあえず研究でもして、飯食えなくなったら、おやじの病院継ぐのはそれからでいいじゃねえかとかって言うんですけど、私も実は開業医の息子だったんで、一応実家で、家のローンとか、土地を買わなくて済んだので助かっています。やっぱり私学は経済的基盤がしっかりしている学生が多いので、今どきの世の中、基礎研究をやってもらってもいいのになと思うんですけど、学生はなかなかそこは難しいですね。

横溝 むしろ医師免許を持っていれば、初期研修の問題、ちょっとありますけど、2年初期研修してりゃ、食うに困ることはないんじゃないですか、たぶん。

鈴木 そうなんですよ。

横溝 コロナワクチンのアルバイトとか、すごく沢山あるし、めちゃくちゃ給料いいらしいですよ、この前、学生から聞いてびっくりしましたけど。

鈴木 ですから、その辺のところは……。あと、先生、また話が戻りますけど、東大の岡部先生をはじめとして、何人かの先生は、医学部にも卒論を入れろと言うんですよ。難しいんですけど。

横溝 それ全員に？

鈴木 全員に。ぶっちゃけたことを言うと、私とこ、姉妹校の兵庫医療大学って、6年制の新設薬学あるんですよ。今度統合するんですけど、偏差値40台なんですよ。なんだけど、薬学のカリキュラムの中で卒業研究って、研究室配属で卒業研究しなくちゃならない。もちろんテーマは臨床でもいいのかもしれないですよ。だけど、それは医学部も卒論を入れろという意見もあると。先生は基礎配を1カ月されて、何かアウトプットとして、レポートみたいなものとか、発表会とか、されてますかね。

横溝 それはしてます。うちは全員パワポで10分間のプレゼンはさせてるんですけど。基礎配属で輪読会しかやってなかった学生にもプレゼンはさせています。

鈴木 ですから、基礎配のまとめ論文でもいいから、卒論を入れたらどうかという意見はあります。

横溝 卒論より、基礎配のまとめでしょうかね、現実的には。

鈴木 現実的にはそうなんですよね。

横溝 卒論は相当難しい。特に私立は難しいかな。うちなんか国家試験は相当意識してるから、卒業の要件に論文を入れるのはかなり難しいような気がしますね。

鈴木 おっしゃるとおり。どこも一緒ですね。あと、先ほど言っていました、これはいわゆる東大とか、先生方の意見ですけども、できるだけ知識伝達型の授業はオンデマンドで流しておいて、大学でやることは、少人数の演習、TBLとか、チュートリアルとかみたいなものとか、実習ですね。それにもっと特化してはどうかという意見も根強くありました、東大とか京大の先生は。その辺は現実的にゼロでは無理でしょうけど、タイミングが。それは何か思われることはございますか。

横溝 それはこの数年、コロナのおかげですよ、そういうふうに見えるようになったのは。私たちも、去年とことして少レパターンは違いますが、オンデマンドで学生が見れるようにしたので、むしろこれはオンデマンドでできるのはオンデマンドで見てもらえばよくて、リアルタイムの授業はもったいないよねという意識は、この2年で感じるようになり、極端なことを言うと、全国に生化学の教授は1人でいいんじゃないかという意見も出てきて、講義が上手なやつがビデオを作って、全国の医学部にばらまけばいいんじゃないか。

鈴木 同じ意見があって、生理学会はあるらしいですね、モデル授業というやつが。だから、日本中に一番授業のうまい人がやったビデオを……ってことは、メックとかテコムの予備校のビデオとは違うんだけど、だから、

そうすると、基礎医学講座がリストラされちゃうよということは思うんですけど、だから、スタンダードな……、こういうのは、だから、結局東大や京大の先生は自分たちがリストラするっていう頭が、はなからないので、おっしゃるんですけど、モデル・コア・カリキュラムみたいな内容はスタンダードのビデオを流しておいたらいいと。そしたら、教員の教育負担が減って、研究の時間が割けるとか、こういうことをはっきりおっしゃる方もいらっしゃいましたね。

横溝 究極のモデル・コアって考えていったら、それもありかなと思うんですけどね。知識型の授業はそういった統一ビデオにしておいて、でも、基礎でも実習と基礎配はちゃんとやるし、臨床実習はすごく重要だと思うので、臨床実習は粛々とやると。それは極端な案だけど、一つの究極のモデル・コア・カリキュラムの形かもしれないですね。

鈴木 ただ、本当やってみたら、私、基礎医学も全部 TBL 導入したり、実習は OSCE みたいに、実習試験は実技試験をやっているんですよ。コロナで今、中断しましたが、取りあえず酵素活性、測らせて、10分間で。酵素活性は自分でグラフ書かせてやっています。実は毎年同じ講義を 30 回でも 40 回でもやるのは、教授を長い間やっている、全く楽ちゃんなんです。実は実験実習をたくさんやると、本当は一番しんどいんですけどね。

でも、先生のおっしゃるように、生化学の教授は 1 人で済むかもしれないという話は、それは現実的には、標準教科書を決めてと。その中で、モデル・コア・カリキュラムに、標準ビデオと、グローバルなスタンダードの教科書を指定すべきだと、使わせるべきだと。プリントを配るのはやめろとかっていう意見もありましたけどね。教科書、買わないですよ。

だから、先生、また話がそれて申し訳ないんですけど、その書き方で出てきたのは、先生、ご存じかもしれませんが、エルゼビアの教科書の 350 万円のパッケージっていうのがあるんですよ。

横溝 うちも売り込みに来ましたね。

鈴木 確かに 20 冊ぐらいの教科書が、全学生、全教員、350 万円で売れるから、ああいうのは本当は国主導で全部やって、いい教科書を選定してもいいんですけど。

横溝 でも、あれ英語でしよう？

鈴木 逆なんです。日本語しか読めない。たぶん著作権の問題でしょうね。だから、エルゼビア・ジャパンがやっているんで、ですから、350 万で、グレイの解剖学とか、ロビンスの病理学とか、ガイトンの生理学で、内科はハリソンじゃなくてセシルなんですけど。その日本語版だけ読めると。1 年間、350 万で、全学生と全教員。数字上はお得なんですけど。

横溝 医学書院も始めましたよね。医学書院、標準シリーズですか、標準生化学、標準生理学、あれパッケージで安くって、売り込みに来てましたけど、ただ、やっぱりいろんな先生が、うちは標準じゃなくて、この教科書を使いたいって言うから、結局流れちゃうんですけど。

鈴木 それはともかくとして、でも、分かりました。そうしますと、また話は戻りますが、モデル・コア・カリキュラムで研究者養成の内容を盛り込むのはちょっと難しいですかね。

横溝 盛り込むことは可能かもしれないけど、どのぐらい実効性があるかっていうときに、ちょっと私はクエスチョンが付きましますね。むしろ臨床と基礎の統合っていうところは、もう少し盛り込んでもいいような気がするんですけど。

鈴木 ただ、臨床と基礎の統合が一番優等生だと思ってた、薬理学、一番盛り込みやすいと思ってたんだけど、東北の谷内先生にインタビューしたんですけど、薬理学から不評で、総論と薬物治療のところまで、間が飛ぶんですって。循環器薬がどういふふう作用して効くかとかいうような、臓器別の総論の部分が全部飛んじゃって、この病気のときはこのお薬、使うっていう話に、臨床になっちゃって、モデル・コア・カリキュラムで薬理学総論として残っているのは、本当に総論の総論が残っちゃって、臓器別の総論が飛んでしまっていると、内容的には。ご指摘をいただきましたね。非常に難しいんですけど。

だから、私は個人的には、医学部は理科系なんだから、最初にサイエンティストを養成しておいて、サイエンティストの課題を見つけて、仮説を立てて、ディスカッションして、結論を出すという、自然科学の手法をしっかり身に付けて、その手法を臨床に応用してお医者さんになっていただくんだろうというのが医学教育だと、昔思っていたんですけど、今のモデル・コア・カリキュラムは、低学年から臨床に触れさせて、6 年間かけて臨床医を養成するというカリキュラムになっているから、そこに基礎研究者養成の内容も盛り込んで、基礎研究者をたくさん作るというのは、虫が良過ぎるかもしれないとか、無理かもしれないって気もせんではないんですよ。

横溝 でも、入れておかないと、ますます臨床寄りのモデル・コアになっちゃうっていう……。

鈴木 それもあるんですよ。結局アメリカのまねをするので、アメリカはメディカル・スクールだから、最初から……。

横溝 メディカル・スクールですからね。

鈴木 確かにアメリカに行くと、日本の内科のお医者さんが留学して、ネイチャーとか、セルとか、サイエンスを書いてっていう、アメリカで MD で基礎研究してる人、少ないので、日本人や韓国人や中国人の MD が一生懸命アメリカの NIH で実験しているようです。セルを書いた先生が日本に帰ってきたら検尿してたりするんですから、日本は。

あとは、モデル・コア・カリキュラムとは関係ないですけど、やっぱり研究者の養成のためには、もう少し研究者の待遇を良くしないと、先ほどおっしゃった、親御さん、基礎研究をする、イコール貧乏暮らしというイメージがあるので、競争に負けて教授になれなかったら、おまえ、どうするんだと。だから、いろんな奨学金プランがありますけど、子どもだましじゃないやつ、東大の工学部は親御さん向けにオープンキャンパスやってるっ

という話も聞いたので、東大とか医学部に入る人って、親がかりで、小さいころから塾に行ってって、親御さんの影響も多いので、やっぱり保護者の方も安心できるようなキャリアデザインを提供しなければ無理なんだろうなという気もしたりもするんですけど、予算も、誰がお金出すんだって問題もありますけど。

横溝 あと、うちで検討しているのは、まだ具体的にはなってないですけど、カリキュラム、結構タイトなんですよね、今、医学部。それで、基礎配なんかで研究室に来て、面白い、もっとやりたいと思ったとき、特に臨床実習とか始まると、時間的な制約がかなり大きくなってきちゃっている。そこで、木南先生なんかが出してきたアイデアは、順天堂らしいといえば順天堂らしいけど、試験成績が上位3分の1に入っていれば、順天堂って授業3分の2出席しないと、試験受けられないんですけど、そこを緩和するとか、実験時間を確保するっていうことを結構真剣に今考えているみたいで。

鈴木 それは、実は私とこも、2年生とかに進級総合試験とかするんですよ。実は、2年生の進級総合試験っていうのは、CBTの基礎医学版って感じでやってるんですけど、そこを一番学生は進級のハードルにしているんですけど、私もそこで成績上位者は、3~4年は出席取らなくていいんじゃないかということをしようと思ってるんですけど、実は、成績のいい子の中に、もっといい成績が取れるのに頑張らないで、ぎりぎり通ったらしいやと思ってるやつがいるんです。つまり、いい成績を取っても見返りが無いって言うんです。例えば基礎医学の、私どもの進級総合試験って、基礎医学修了試験みたいなもんですけど、そこで成績上位になったら出席取れないみたいなインセンティブが欲しいっていうやつがいるんですね。だから、その辺のところ、木南先生のおっしゃるの、よく分かりますけどね。

私、大昔、生化学会の医科分子生物学の教育協議会で、先生の恩師の清水孝雄先生に、医師国家試験がネックだと、東大の成績上位30パーセントは医師国家試験を免除して、6年生は基礎研究をやるんだというのを言ってくださいと。まず東大が言ってくださいと。兵庫医大が言ったら笑われますから、東大が医師国家試験免除を言ってくれたら、兵庫医大も5人か10人、何とかお願いできませんかと言いますからって。トップクラスの学生、医師国家試験を受ける必要はないんですよ、本当は、真面目によくやっている子は。

横溝 そうですけど、なかなか難しいでしょうね、それは。

鈴木 やっぱり臨床にはセンスが必要です。想像力があって、頭のいい子は臨床実習2年間やらなくても、十分臨床はできますよ、本当は。

横溝 確かにそうですね。

鈴木 どんくさい子は、どんくさいんですけど。そう思いますけど、話が横にそれて、先生からモデル・コア・カリキュラムのお話を聞かなあかんのに、雑談してしまって、申し訳ないです。

横溝 いやいや、面白いです、雑談が。

鈴木 でも、本当になかなか自分が基礎医学やっっているながら、なかなか若い人に安心して基礎研究しなさいって言いにくくて。

横溝 確かにそうですね。

鈴木 大丈夫だからとか言いにくくて、昔みたいに、教授にならなくても女子大の教授になれると、そうは簡単にいかない時代になりましたんで、キャリアデザインが難しいですね。先生、すみません、長い間、お話、聞かせていただいて。本当にもう1時間になりますので、最後に、モデル・コア・カリキュラムに注文とか何かありませんか、これだけは言っておきたいとか。

横溝 あんまりモデル・コア・カリキュラムに情熱を持ってなくて、申し訳ありません。指示されれば、ちゃんと従ってやりますけど、すごく手間かけて作っていただいていることは本当によく分かりますし、数年に1回ですけど、見返して、ここ抜けてたから、来年からちゃんと教えようっていう、そういう材料としては使わせていただいでいて、自分たちの教育の抜け穴を探すのにはとても役に立っていると思います。ただ、やっぱり基礎研究医養成とかにはなかなか使いにくいかなって。やっぱりこれ臨床医養成のためのカリキュラムだなんて思います。

鈴木 それはそうですね。分かりました。ありがとうございます。

(終了)

● インタビュー要旨

インタビューー：高橋素子教授（札幌医科大学医化学講座）

日時：2021年8月6日 13:30-14:30（60分間）

参加者：鈴木

1. 先生が基礎医学研究者になろうと思ったのはいつ頃でしょうか？ またどのようなことがきっかけだったのですか？

医学部行くまで、医学部出て研究一本をする人というのを知らなかったんです。医学部進んだら、みんな臨床に行くものと思ってたんですけども、基礎医学というものがある、その先生方は医者でありながら研究一本でやっているというのを見て知って、それでやりたいなど。私も研究したいなって気持ちになって目指しました。

2. 大学の医学部で実際に基礎医学の教育に関わっておられる中で感じておられる、基礎医学教育の課題をお教えてください。

学生に、臨床医学（技術）の習得には、基礎医学（知識）が不可欠であることをまず理解して欲しいです。基礎医学の重要性をなかなか理解しづらいためか、学習態度に積極性が欠けているように感じます。基礎医学が、将来の進路として選択しうるコースであることを感じていないことも大きな要因だと思います。

カリキュラムについてですが、基礎医学の系統講義をやめて、すべて臨床に組み入れるのも一案ではありますが、高校卒業後の学生に学問なしでそういった応用教育だけする、というのは良くないと思います。現在のように、一通りは基礎医学で教えるのが良いと考えます。

3. 医学教育モデル・コア・カリキュラム（コアカリ）の内容について、率直な感想をお聞かせください。

最低限の目安として、コアカリが規定されているのは便利だと思います。

学問的には「墮落」かもしれませんが、コアカリ用の「ザ・最低限テキスト」があれば、学生、教員ともに便利と思います。

4. 今回、このコアカリの改訂が行われます。医学部の卒業生全員が習得しておくべき基礎医学の内容とはどのようなものだとお考えでしょうか？

現在のカリキュラムの通り、直接ヒトの病気と関係なくとも、生体のしくみについて一通りは学問的に習得すべきと考えます。

その中でも、とりわけ臨床に直結する人体の構造、代謝、免疫、シグナル伝達、感染、薬物代謝、ほか、といった項目については重点的に扱うべきポイントだと思います。

5. コアカリ改訂にあたって、研究者育成に関する内容をどのように記述すれば良いとお考えでしょうか？

現在のコアカリでは、「A-8 科学的探究」という単元でしょうか？

医学部の現状では、基礎医学に進むものはほとんどゼロで、臨床講座でも特に優秀な医師だけが研究をし、研究者を目指す、という感じになっていると思います。これを、もっと研究が必須になるように、博士号の重要性を高める何か制度を変えるなど、システムを考えていく必要があると思います。コアカリでは、「医学研究への志向の涵養」ではなく、「医学研究能力の開発」など。

学部教育においては、基礎配属をもっと充実させる、もしくは生化学実習を基礎配属に近い形にするというのも一つの案だと思います。あらかじめ答えの分かっている実験ではなく、実際の研究に近い形の実験（課題を用意するのが大変そうですが）を、ある程度の期間をかけて行うなどなど。

以上をまとめますと、

A-8 科学的探究

A-8-1) 医学研究能力の開発

学修目標：

- ① 研究は、医学・医療の発展や患者の利益の増進を目的として行われるべきことを説明できる。
- ② 生命科学の知識を元に、臨床において病態を分析することができる。
- ③ 抽出した医学・医療情報から新たな仮説を設定し、解決に向けて科学研究（臨床研究、疫学研究、生命科学研究等）に参加することができる。
- ④（得られた研究結果を解析し、さらに研究を発展させることができる的な。）

● 逐語録

鈴木 先生もご存じだと思いますけど、モデル・コア・カリキュラムというのがあって、それを改定しましょう。一時期、モデル・コア・カリキュラムができた時は臨床重視で、基礎医学で、生化学は総論的なのでまだまとまっているけど、病理とか薬理とか生理とかは各論は全部臓器別に飛ばされて、基礎医学の人たちからは不評であったんです。

高橋 各論は飛ばされるんですか。

鈴木 病理、薬理、生理の総論は基礎医学のところに固まっています。各論は臓器別になっているので、循環器だったら循環器の解剖生理、病態、治療と並んでから、心臓の解剖やって、心臓の生理やって、病理やって、薬

理やると。だから本当に薬物動態学とか受容体とか、細胞内情報伝達みたいな総論のところは薬理学も生理学も残ってます。一方、もちろん循環生理とか、循環器病薬の効き方とかは、薬理学の総論のところじゃなくて、臓器別の心臓のところになります。このように薬理、生理、病理の各論は散ってるわけです。いわゆるオロジーというような生理学という学問はこんなもんだとかいうような体系的な教育がモデル・コア・カリキュラムではできにくい。その点は不評であったと思います。

また本来はモデル・コア・カリキュラムが3分の2で、残り3分の1は大学独自のオリジナルな、あるいは最先端の内容を各大学で勝手にやっってくださいって話だったんだけど、どこの大学も臨床実習を72週やれとかいう話になって、カリキュラムが前に圧縮されて授業時間数が減っちゃっているんで、結果的にはモデル・コア・カリキュラムが3分の1じゃなくて、モデル・コア・カリキュラムやるのが9割ぐらいで、そんな大学独自のオリジナルなものとかをやっている余裕がないというようなかたちになってしまっています。

もう1つはやっぱりMD出身者の研究者が減っていると。それはやっぱりモデル・コア・カリキュラムの中で基礎医学のウエイトが減っているんで、その辺のところの問題で、ちゃんと今回の改定は基礎医学とか研究者養成ということも考慮した改訂にしようということになっているのです。

先生に意見を聞きたいのは、札幌医大とかはモデル・コア・カリキュラムがこんなふうになりましたと、だからこんな授業をしてくださいとか、この項目をしゃべっていますかとか、カリキュラム構築にモデル・コア・カリキュラムって使っていますか。

高橋 ええ。使っています。自分の講義がどれぐらい何をカバーしているのかを全部チェックしています。

鈴木 アンケートみたいな？

高橋 アンケートみたいなので。それで全部カバーしているかっていうのをチェックしているみたいです。

鈴木 それで全然誰もやってないところがあったら誰かやってねっていう話になっているわけですね？

高橋 おそらくそういう穴がないようにしている感じはします。

鈴木 でも生化学モデル・コア・カリキュラムの生化学って、ほとんどエネルギー代謝ばかりじゃない。

高橋 ええ、そうですね。

鈴木 やっぱり先生のやっってる生化学の授業はモデル・コア・カリキュラムのエネルギー代謝を中心にしてはるんですか。

高橋 ええ。まったくもってしてそんな感じですね。糖代謝、アミノ酸代謝、脂質代謝から始まって、大学独自のっていうのもほんのちょっとだけやっぱりあるんですけども。例えば糖鎖がちょっととか、細胞接着因子やっってる先生に1コマお願いしたりとかはあるんですけども、そういうのも10%ですね。だから9割ぐらいはモデル・コア・カリキュラムに沿ったかたちになってます。

情報伝達みたいなのは、生理でもやるし、生化学でもやるし、そういうところはすごくかぶってはいると思うんですけど、たくさん教科で重複して教えるようになってます。

鈴木 モデル・コア・カリキュラムの皆さん方にご意見を聞いた時に、現在の最先端医学、もちろん幹細胞もそうだし、再生医療もそうだし、ゲノム編集もそうだけど、そういったのがモデル・コア・カリキュラムに入っていないという指摘はあるんですけど、その辺はどう思いますか。

高橋 最先端は時々によって変わるので、そういうのは医学研究入門とかで各教室が研究紹介をするみたいな時間がありまして、そういうところでなさっています。系統講義みたいなところで扱うことはないです。その時代時代でどんどん変わりますよね、最先端のトピックスは。そういうのではなくて、本当に基本的なところを組み込むというのでもいいかなという感じはいたします。

鈴木 あと、モデル・コア・カリキュラムに臨床実習は診療参加型にこんなことやりなさいっていやほど書いてあるじゃないですか。基礎医学の実習しなさいとも何とも書いてないじゃないですか。だから、ちょっと私たちが心配しているのは、基礎医学系の実習、解剖実習はなかなかなくなってしまうんですけど、生化学の実習とか薬理学、生理学の実習がどんどん短くなったり減ったりはしていないかという気がするんですけど、それは札幌医はどうですか。

高橋 それは変わってないです。前から生化学実習は4日間というのは決まってて、それは増減ないです。

鈴木 例えば昔は生理とか薬理とか動物使ってるのが多かったんですよね。例えばウサギさんの耳に注射して血圧見たりとか、マウスやラットをサクリフェイスしたりとか、動物愛護の観点での意見があって、動物を使った医学系の実習が減少してるんじゃないかという意見があるんですけど、そのあたりは札幌医はどうですか。

高橋 確かになくなりました。それはどういう経緯でなくなったのかはちょっと分からないですけど、1つの班でウサギの筋肉から酵素採ってというのがあったんですけども、それが丸ごとなくなりました。ただ、ウサギの実験はなくなりましたが、他の班ではラットを使っているところが2つあります。別々の実験で。それはそのままです。全体として1匹減ったというだけで、毎年4匹のラットを犠牲にはしてますけど、それは変わってないです。

鈴木 モデル・コア・カリキュラムの中に実習を書き込むのはなかなか難しいんです。実習の内容をモデル・コア・カリキュラムに入れるべきだと思いますか。この実験をしなさいというのは難しいと思うんですけど、実習を明記しといた方がいいんじゃないかという意見もあるんですけど、それはどう思いますか。

高橋 やっぱり医学部を卒業した人の進路の1つとして、基礎医学があるというのはちゃんと分からないといけないと思うので、そういう意味で実験とか実習とかはした方がいいかなと思ってます。

鈴木 分かりました。コロナで札幌医大は授業がオンデマンドになったり、リモートになったりしましたか。

高橋 になりました、すべて。今もうそうです。

鈴木 コロナ禍になった時に、これをチャンスにもう知識伝達型の知識はオンデマンドでいいんじゃないかと思って、大学に来てきたら、演習や実習という手を動かすというか、大学に来ないとできないようなことを中心にカリキュラムを立てたらどうかという意見が結構東大とか京大とか、旧帝大系の大学から割とそういう意見が出たんです。

それは非常にもっともなこと、総論的には賛成なんですけど、例えば私のこの兵庫医大だったら、それだったらやっぱり学生は勉強してくれるかなとか、オンデマンドで授業で流してるから、その内容から試験を出して落とせるかなとか、私学としては全部それにする必要はないとも、そういった面で東大や京大と少し、学生の能力はあんまり変わらないといいながらも、モチベーションとか、自分で勉強する能力とか、若干兵庫医大の学生は受け身で積極性がないことも含めて、オンデマンドの授業だけで試験していくっていうのは、ちょっと私学では無理じゃないかなと思うんですけど、札幌医大の学生さんはどうですか。それで対応できますか。

高橋 いや、無理だと思います。私ははっきりいって東大や京大の学生さんがどうなのか分かんないですけど、おそらくやっぱり時間決めて講義をしないと、自分でどんどんやっっていくというほどでもないんじゃないかと思うんですけども。オンデマンドって自分で好きな時にやるということですよ。

鈴木 好きな時に見ていいから、これも試験範囲で出すよって。

高橋 それはやめた方がいいですね。そんなことをしていいような学生が集まるところは日本にはないと思いますけれど。

鈴木 東大も上半分と下半分で違うと思うんですけどね。

高橋 ええ。そんなに勉強したい人、そんなに医学部に行かないと思うし、まんべんなくやらなきゃいけない学問だと思うんですよ、医師は。国家試験受けなきゃいけないだし、好きなもんだけ一生懸命やるっていうのを求めてるわけではないので、やはりまんべんなくやるということの中には、そういうちゃんと授業出て、出席して、遠隔授業でもいいんですけど、なんでもいいからちゃんと出席して、決まった時に出席してっていうのをさせた方がいいとは思いますが。

ただ、講義は遠隔だけでも全然私もいいとは思いますが、時間を自由にするというのはちょっと無理なんじゃないかなと。人間そんなに勤勉じゃないので、怠惰な学生はどんどん落ちこぼれていっちゃうだろうなと思います。

鈴木 分かりました。オンデマンドじゃなくても時間を決めて遠隔授業にするといったら、当然、こういうみたいにビデオに録って流してもいいわけなんですけども、そうなった時にこれをやると日本で生化学の教授は2~3人で済むんですけども、授業がルーティンの内容、解糖系とかクエン酸回路とか、必ずやるツーティンな内容は日本の中で1番上手な先生に授業を録ってもらって、それを流して各大学はそれぞれ自分の特徴のあるところだけ、直でしゃべったらいんじゃないかという意見もありますが、先生はどう思いますか。

高橋 それは楽でいいですけども、そんなこといったら高校でも中学でもみんなそうだと思うんで、どっか予備校の上手な人の流したらいいかっていうと、そういうわけでもないと思うんですよ。やっぱり大学に行けば、その先生が居て、その先生が授業の合間に私の経験みたいなものを少し入れたりなんかするのが大学だと思うし、やっぱり学部の教育っていうのは、人間力っていうかも、なんとなく醸成していくっていうことが重要だと思うので、やっぱりそれぞれの大学の先生が面倒臭くてもやった方がいいんじゃないかなと思います。

鈴木 分かりました。先生のところは、授業の時に教科書を指定して教科書に沿ってやっているか、授業プリントを配ってますか。

高橋 授業プリントにしています。もちろんシラバスで推薦図書は紹介しています。結構やっぱり教科書はどんなのを使ったらいいんですかというの割と毎年メールとかで聞かれることなので、時間割いて、こんなあります、こんなあります、この中にはもちろん鈴木先生の教科書もご紹介しています。こんな感じでこんなふうに、今年もやったんですけども、そういうふうになっています。

それでもやっぱりその中で何がいいですかとか聞いてきたりとか、それはもう熱心な学生さんだと思うんですけど、そういうふうには聞かれることはあります。ただプリントで出して、プリントから試験は出すような感じにはしていません。

鈴木 先生、その通りで、日本中の大学生が教科書を買わなくなっちゃってるんですよ。買わなくなると当然、教科書って生化学の範囲って大きいじゃないですか。実は私、その教科書を書いたのは、学生から何をいわれたかという、当然ハーバーとかレーニンジャーは免疫の生化学とかがんの生化学とか、もちろん細胞内情報伝達とか、いっぱい内容は盛りだくさんで、大学院生にとってはそれ1冊でいろんなことが勉強できていいんです。

でも、日本の医学教育では免疫は免疫の先生が居て、免疫の教科書を指定する。がんを教える時には病理の教科書を指定する。だから結局、みんな多くの教科書を買うので、ハーバーとかレーニンジャーを買っても、モデル・コア・カリキュラムで生化学は担当しているエネルギー代謝を通した中心とした内容は、3分の1か4分の1なので、ハーバーやレーニンジャーを買ってもテキストの少ししか使わないじゃないですか、といわれました。私のテキストはどちらかという学部生止まりで、エネルギー代謝を中心に書いてるんです。

今時の学生は、生化学という大きな学問があって、当然授業で触れるのはその一部分で、試験に出るのは、そのまた一部分だと。学生さんは一番最後の試験に出るところだけまとめたプリントをくださいというのが希望なんです。だけど、そうすると本当に生化学に限らず、病理でも薬理でも生理でも一緒ですけど、その勉強がそれ全体の面白さが分らなくなるので、やっぱりグローバルスタンダードな教科書を使わせるべきではないかという意見もあるんです。先生、教科書について、1冊の本を読んでみるみたいな、そういうご意見はありますか。

高橋 教科書については非常に意見があります。やっぱりハーパーとかストライヤーとかは細か過ぎて、医学部の学生には向いてはないんですよ。忙しいし、医学部の学生さんは時間がないので、生化学が好きで医学部来てるわけでもないのに、少し難し過ぎて、余計いやになっちゃうところがあるのは確かです。だから、簡単な教科書でいいから、必ず1冊買うようにという指導はしています。

もちろん結局は授業プリントがみんなよく見るものだと思うんですけど、そうではなくて系統立った感じでやっぱり読み直したいとか、そういう時のために、あと、内科に進んだ時に必ず代謝とか病態生化学みたいなのは見てほしいので、ハーパーなんかはそういうのが昔から定評があるところですよという紹介の仕方はしています。だから個々人の能力に応じてなんですけれども、必ず1冊生化学の教科書を買うようにという指導はしています。それに従ってるかどうかは別として、人にお下がりもらうんじゃなくて、自分のを買ってくださいといっています。

鈴木 ありがとうございます。なかなか研究者養成は難しいんですけど、必ずこれは聞いてねといわれているのは、先生が基礎医学をやろうと思ったきっかけは何ですか。なんで基礎をやろうと思いましたか。

高橋 ああ、私自身がですね。私、本当先生にはお世話になりました。

鈴木 いや、その前に生化学をやろうと学生時代思ったんでしょ。

高橋 思ったのはやっぱり研究したかったからです。それはもう理由はないですね。そういう本当のこのことと、私も医学部行くまで、医学部出て研究一本をする人というのを知らなかったんです。そういう道があるということは知らなかった。医学部進んだら、みんな臨床に行くものと思ってたんですけど、実際に進んでみたら、基礎医学というものがあって、そこの先生方は医者でありながら研究一本でやっているのを見て知って、それでやりたいなど。私も研究したいなって気持ちになって目指しました。

鈴木 ありがとうございます。そしたら、今の学生さんにどうやって研究者になっていただけたらいいのか。先生の大学は、先生の基礎配とかありますよね。どのくらいやっけてはりますか。

高橋 1カ月です。基礎配やっけて、どうですか。研究者養成、私も変な話ですけど、うちの学生さんだって、先生のおっしゃる通り基礎配に来て、一番びっくりしたのが、先生方楽しそうに実験してますねっていわれて、えっ、おまえら、おれたちが嫌々実験してると思ってたんかって聞いたんだけど。解剖の先生って、毎日解剖してると思ってたんだって。

高橋 ああ、そうでしょうね。学生ってそんなもんです。

鈴木 ご遺体がそんなにいっぱい毎日あるわけないだろうっていうんだけど、学生さんって、もう本当に何も知らないんで。基礎配でもいいですけども、学生さんが基礎医学に興味を持ってもらうようなカリキュラムとか工夫とかは何がいいと思いますか。

高橋 私は学部の講義、医学入門セミナーみたいな1年生に対して、各先生20分ずつ、ちょっとずつ自分の研究をいったりするコーナーがありまして、1年生全員なんですけれども。そこでまず研究者っていう、今のカリキュラムだと全員もう臨床にとにかく行くのは分かっているんですけど、その中でもぜひ大学院に行ってほしいと。皆さん臨床に行くんだけど、人生の中で4年間ぐらい実験しなさいと。研究した方がいいですよっていう方ない方をしてますね。

それから、2年生の生化学の講義の中でも、必ず1年に1回ぐらいは、その話を出して、皆さん臨床に全員行くんだけど、人生の中で4年間ぐらい院に行って実験するべきだ、研究するべきだ、そういうことをすることによって、さらに良い臨床医になりますよというようなことをいっています。

その中にはたまには臨床に進んだけれども、研究が面白くなっていう、鈴木先生みたいな。

鈴木 私は偶然なんですけどね。

高橋 経路をたどる先生もいっぱいいらっしゃると思うんです。三好先生もそうだと思うんですけど、そういう1回臨床に進んでも研究をすることをきっかけに基礎に進まれた先生が多くて、だんだんそういう先生たちが多くなっていくと、最初から基礎の先生なんてもうゼロになると思うので、なので、せめて基礎に来なくてもいいから、とにかく研究をしてほしいというようなことは、もう折に触れていっています。

それから実習の時もそうですね。実習の時もその話をします。基礎配とか、MD-PhDコースに来た学生さんには、できれば研究の、実験の面白さっていうのが分かってほしいなと思うんですけども、それはもう人それぞれだし、強制されてするものでもないんで、なるだけつまらない実験はさせないように気をつけてはいるんですけども、でも結果出ない時もありますので、面白いことばかりじゃないんですけど。

私にとっては自分が学部だった時に、そういう道を知ったっていうのも1つですし、大阪大学で谷口先生のご配慮だったと思うんですけども、鈴木先生につけていただいたのは私はよかったです。やっぱり医学部卒業して、研究しているという先生が居るっていうのを、そういうのを今の学生さんも知ってほしいですね。

鈴木 ありがとうございます。もう1つ、これは東大の岡部先生とかがおっしゃるんですけども、他の学部は卒業研究って卒論があるじゃないですか。医学部もテーマをひよっとしたら公衆衛生とか臨床でも構わないんだけど、卒論があった方がいいんじゃないかと。

先生、先ほどいったみたいなの、結局、研究者としての素養というのは自然科学の話じゃないですか。問題の現象を観察して、仮説を立てて、実験して、証明して、解決していくという、この自然科学の手法を身につけたら、それはお医者さんになっても患者さんの問題点をピックアップして、仮説を立てて、診断していくという、同じ自然科学のプロセスなので、なんでもいいから卒論を書かせたらどうかという意見、もちろんこれ国家試験もあって、忙しくて、そんなことやってられないとかっていう話もあるんですけど。

あるいはもちろん基礎配でもっとちゃんとした研究レポート、基礎配をもうちょっと長くして、研究レポートを書かせたらいいんじゃないかという意見もあるんですけど、そういったようなことについては先生はご意見がありますか。

高橋 それは私は卒論みたいなのには反対です。そんな暇はないと思うし、嫌々やって楽しいものではないので、研究というのはしたくてするものなので、そういう大半はもうやっぱり早く臨床に行きたい人ばかりだと思いますので、そこを嫌がるものを無理矢理にっていうのは、良くないと思います。

それから基礎配も難しいところで、やっぱり研究というのは答えのないものをやるのが研究なんです。基礎配はやっぱり答えがあるものをさせるものですよ。実験をさせるということなんで、だからそこそこでいいかなっていう気はいたします。

やっぱり基礎配研究というか、研究を盛んにするのは、そこではなくて、これはいっても仕方ないことかもしれないですけど、研修医制度みたいの変わりましたよね。それで大学から人が居なくなっちゃいましたよね。それがすべての一番悪いところで。大学から人が居なくなっちゃったもんだから、臨床からも人が居なくなっ、臨床の大学院に入る人も少なくなっ。

それで昔は臨床の大学院にいっぱい人が居て、それで基礎にも回してくれたっていうのがありますよね。そういうのがなくなったせいで、講座から人が居なくなっ、今どこの大学院の基礎の講座も大学院生がなかなか集まらない。昔はそれなりに臨床からたくさん人が回ってきたんですけど、今回ってくるのはせいぜい病理とかばかりで、なかなか他のところには回らない。まずはそこをなんとかしていただきたいなと思っております。

鈴木 先生のおっしゃる通りです。私が谷口先生のところに行ったのも、臨床に人が余ってるから阪大の第一内科の心臓グループに居なくても誰も困らないので、多田先生という第一内科の先生に、谷口先生が人をほしがってるから、君行って来てって。何するんですかって私が聞いたら、知らんわーとかって。非常に鷹揚な時代に、まあいい時代だったんだけど。で、基礎に行ったわけで、ですから確かに、基礎医学だけ人が充ち満ちるっていうことはありえなくて、臨床に人が充ち満ちて、でないと基礎に人が来ないと。それは当然のことだよ。

高橋 本当に先生が今おっしゃったような、あっち行ってきてっていわれて来て、それで研究するっていうのは一番いいパターンだとは思いますが。そういうのが全国であれば、そういうふうになってくれば、研究っていうのはもう基礎も臨床も両方とも研究が盛んになると思います。

鈴木 そうすると、基礎配は特にレポートとか発表会とかはやってますか。

高橋 基礎配はレポートじゃなくて発表会してます。

鈴木 それは医科学内ですか？

高橋 医科学内です。

鈴木 分かりました。

高橋 ただ、結構時間とって、スライドを作るっていうのもやっぱり必要な能力だという方針のもと。結構本格的なことを。やっぱり何グループかあると、みんな競争心が湧いて、競って一生懸命やってくれてます。

鈴木 研究者養成の時に基礎やりますとって一番意外とネックなのは、経済的に食べていけるのかしらって心配する人たちも居るし、最近若い人は、兵庫医大なんかだったら、親が反対することがあるんですよ。

高橋 そうですね。

鈴木 ですから非常に難しい問題で、やっぱり研究というのは当たるか当たらないか分からないから、当たらなくても食べていけますよともいいにくい。いいにくいんだけど、なんらかのキャリア支援っていうか、経済的なサポートとか何か要るんじゃないかという意見があるんですけど、そのあたりはどう思いますか。

高橋 いや、そういう事例が、私の場合だったら健診バイトが非常に良かったっていうか、そんな食べていけるのかって、そんなこといい出したら贅沢しなければ生きていけない人なんて日本中1人も居ないわけですから。やっぱりそれなりに、医学部行ったからには贅沢したいっていう気持ちは誰も少しはあるのかなって思うので、何かしらのバイトを紹介してあげるようにすると、非常にいいと思います。私は非常に良かったです。

鈴木 先生その通りで、大学は基礎のMDの人たちに体制を組んでバイトあっせんすべきだという意見はあったんです。なかなか研究者養成は難しいんですけど。やっぱり初期研修2年してからでないと、今は誰も基礎に来ませんよね。

高橋 そこをあれしてっていうのは、なかなかもうこういう制度になってしまうと難しいので、そこはいいかなと思いますけれども。ただやっぱり早ければ早いほどいいと思います。私自身は北大の三内とかちょっと研究が盛んな内科に行ってから、研究をしようかとも思ったんですけども、やっぱり早い方がいいかなと思ってすぐに大学院入学したんですけども、そうして本当に良かったと思います。私程度の間がそんな内科行ってから研究しようなんていったら、もうまったくものにはならなかっただろうなと。研究なんか続けられなかっただろうなって思うので、本当に最初からやったからこそ、少しは良かったかなと思います。

鈴木 分かりました。ありがとうございます。なかなか研究を勧めていくのは難しいんですけども、モデル・コア・カリキュラムの中に研究者養成の内容をもっとちゃんと書くかという話があります。モデル・コア・カリキュラム自体が臨床医を養成するためのモデル・コア・カリキュラムなので、そこに研究者養成を入れるのは自己矛盾っぽいです。だけど日本の現状でモデル・コア・カリキュラムが実は3分の2ではなくて、9割モデル・コア・カリキュラムになっている状況だったら、もうそんな建前論ではなくて、モデル・コア・カリキュラムの中に研究者養成は大学として必須であるというように、研究者養成のことをもっと突っ込んで書いた方が研究者の養成にはプラスになるんじゃないかという意見もあるんですが、先生はどう思いますか。

やっぱり3分の2はモデル・コア・カリキュラムで、残り3分の1が大学のアドバンスな内容だという、その残り3分の1のところ、研究者養成、今まで通りでいいんじゃないかと先生は思いますか。

高橋 研究者養成ってなかなか難しいと思うんですよ。研究者っていうんじゃないですけども、医学研究は必須っていうことでもいいと思うんですけども。研究者になるかどうかっていうのはちょっともう人それぞれで、ほとんど居ないわけで、それをモデル・コア・カリキュラムまでに組み込むのは難しいかなっていう気はいたします。ただ、モデル・コア・カリキュラムがちょっと膨大なんですか。

鈴木 割と膨大です。それは思うに、生化学なんかシンプルじゃないですか。社会医学のとこととかいろんなことを教えてもらおうと思って、ものすごく学会が詳しく書いてる。

高橋 もうちょっとモデル・コア・カリキュラム自体をシンプルにして、もう最低限これっていうのをもうちょっとシンプルなかたちにして、どこの大学も楽々クリアできるような感じにして、それで余裕を持たせてそこでいろいろした方がいいかなと思います。

鈴木 確かに先生のおっしゃるように、研究者になるっていうのは、ごく一部だけど、医学研究の経験は臨床医になる人も全員すべきだということですね。

高橋 すべきだと思います。

鈴木 これは意見が分かれるところですけど、臨床医として活躍するためのカリキュラムだったら、基礎医学の内容はどうあるべきか。当然、例えばモレキュラーの話とか、もちろん最近はコロナウイルスでもPCRが目目されたりするから、臨床でも突然モレキュラーの話が出てきたりすることもあります。ただ臨床に直結しない発生学、分子生物学は必要か。生化学も解糖経路やクエン酸回路なんてメジャー過ぎてそこが障害されたら生まれてこないから病気は少ない。そこで臨床に直接関係なくても基礎医学のやはり医者として重要で、やはりコアなことはしっかり教えるべきか。逆にコレステロールの代謝の話とか、臨床に結びつけやすい基礎医学の内容をもっと増やして、学生さんの興味をひくようにすべきであるという意見と、先生はどっちがいいと思いますか。

高橋 難しいところで、ちょっと話がずれるかもしれないんですけども、私自身は教養の生物と化学との境目が困っていることがあって。教養でも解糖系やって、また生化学でやってるので、どういうふうに住み分けしたらいいのかと。教養の方でそれだけやるんだったらもう全部やって、本当に生化学は臨床との絡みみたいな病態生化学、それこそ糖尿病の生化学とか、がんの生化学といったかたちで、こういうところに皆さんの教養で勉強したのが生きてきてますよっていうかたちにしてもいいんじゃないかと思うこともあるんです。

でも最初に話に戻しまして、基礎とはですが、私、学生さんに研究を勧めてる時に必ず申し上げてるのが、医師というのは患者さん診るばかりじゃないんだと。皆さん、親が医者の人も多いだろうけど、みんな一生勉強してるんですよ。それで医師っていうのは技術ばかりじゃなくて、サイエンティストなんだから臨床行ったら科学者っていう一面は忘れちゃいけないんですけどっていうことをいって、だから研究は大学院だったらまとまった4年間っていうかたちで実験するっていうのは非常に重要なんだというような話をしております。

なので、そういった基礎科目っていうのは当然重要であって、不可欠であると思います。最近どんどん前倒しになってきちゃって、そりゃあ、学生さんも病気の話の方がとっつきやすいし、面白いのはよく分かるんですけど、そんな去年まで高校生だった人に糸結びの話、してもいいですけども、そんな関係ないじゃないですか。そんな卒業してから研修医の時に十分やるんだから、そんなことよりもまずは医師の素養、要するに教養教育も重要ですし、それから基礎科目も当然重要だと思うので、小手先の病気診るだけみたいな、そういう人よりも、やっぱり理屈分かって、勉強もしてっていう優秀な医師を養成するべきだと思っております。

鈴木 ありがとうございます。先生、モデル・コア・カリキュラムにこんな内容を加えるべきと思ったことはありませんか。

高橋 あんまりなくて、もうちょっと少なくともいいかな。もうスリム化して、生化学ばかりじゃなくて、すべてを結構スリム化して、本当の基礎の基礎をきっちり固めて、あとはもう応用効くように自分で勉強できるようにした方が、教える方も教えやすいですし、学ぶ方もいいかなと思います。

鈴木 分かりました。変な話なんですけども、モデル・コア・カリキュラムから複合糖質とか複合脂質は項目上外れてるんですよね。だけど、病理の代謝障害で、病理の先生、テイザックス病かニーマンピック病とかしゃべってるし、国家試験のガイドラインにも書いてあるので、私、結局簡単に複合脂質や複合糖質みたいな話とかもしてるんですけど、先生のところはどうか。

高橋 一応糖鎖の授業は半単位あるので。

鈴木 ちゃんと教えてるんですね。

高橋 ちゃんとでもないですけど。

鈴木 時間が少ないもんね、最近ね。

高橋 ええ。N型糖鎖のコンセンサスシークエンスの話とか、毎年試験に出して。試験に出るってなると、みんな覚えるもんだから、せつかく私が教えてるんだから、それぐらい覚えて帰ってねみたいな感じでしてます。あと、メイラードの話も。糖尿病の合併症の話で、諸説あるけれども、中にこういうグリケーション仮説っていうのがあってっていう話をして、大学独自の還元として。

鈴木 まあでも糖尿病の先生は必ず合併症のところメイラードの話はすると思いますけどね。

高橋 そうですか。

鈴木 分かりやすいからね。血糖が高いと、なぜ体に悪いのかって、なかなかね、浸透圧が上がるからだけでは面白くないので。

高橋 まあ、それだけじゃ、病気になるじゃないですか。それで諸説あるっていうことにしてるんですけども。

鈴木 先生、2年生？

高橋 2年生です。

鈴木 私らね、生化学は1年生に降りちゃったので、先生さっき言っていた生物や化学の先生と去年からもうジョイントしました。

高橋 あっ、そうなんですか。

鈴木 生物や化学の先生に生化学の例えば糖質の構造ぐらいのところは生物や化学の先生にも手伝ってもらって一緒にするようにしました。何がいいのか分かりませんが。

いろいろ話をかなり伺ったんですけど、あと、臨床の講義に先生が呼ばれて行って、3、4年生で授業するチャンスはありますか。

高橋 そういのではないです。頼まれればなんぼでも行きたいんですけど、全然頼まれないので。

鈴木 でもね、最近、医学教育認証なんかがあって、ぼくも認証やってますけど。授業科目の水平的統合とか垂直的統合で、臨床と基礎と上下と一緒にになりなさいみたいな話もあるです。先生が例えば糖尿病の先生の前に糖代謝の復習の授業をするっていうこともないんですね。

高橋 ないです。

鈴木 それは大学の方針だからね。

高橋 生化学の中で、その糖尿病の病態成果っていうのを1回入れてます。

鈴木 分かりました。試験はどうしてですか。

高橋 きょう、午前中、定期試験だったんです。私たち全部で7人の先生が関わって、もうみんなバラバラに出してます。記述式はそれぞれの先生、ほんのちょっとずつは出してますけれども、採点するのも大変ですし、昔みたいな記述ばかりなんていうのはないですね。ほんの一部。

鈴木 ありがとうございます。たくさんお話を聞かせていただいて。逆に、モデル・コア・カリキュラムに基礎医学の話が書いてあるから、基礎医学がまだこれだけ残ってるんでしょみたいな意見もあるんですよ。だから、モデル・コア・カリキュラムになって基礎医学が衰退したという意見の反面、最近の若い、特にPhDの大学の教授はモデル・コア・カリキュラムがあって、それに沿って授業をした方が楽だということをいう方も居るんですけど、まあ、難しいところですよ。

高橋 モデル・コア・カリキュラムがなくても伝統的に医学部の基礎の生化学で教えてるようなものってありますよね。そういうのでやれば多少大学によって教えることはちょっとずつ違ってても、生化学っていう授業は重要だと思うので、ただその中身はその大学に任せるかたちでいいかなという気はいたします。

鈴木 私も思うんですけど、臨床の先生は例えば循環器内科の先生は、自分の専門は狭心症でも、心不全も弁膜症も不整脈も、いろんな患者さん診るじゃないですか。外来はいろんな人が来るから、一応循環器の教える範囲内ではバックグラウンドがあるじゃないですか。私たち基礎は自分の研究領域ってすごく狭いじゃないですか。だから私なんかでもそうなんだけど、解糖系とかクエン酸回路とか、あるいは脂肪酸のベータ酸化でもなんでもいいんですけど、大半の領域は教授になってからいろんな教科書見て、分かりやすいように自分が勉強して学生に教えてるわけですよ。

そうすると、言葉は悪いけど、自分自身が教科書の受け売りの授業をしちゃってると。それが授業が面白くない原因ではないでしょうかという意見もあります。もちろんそれでも上手な人は上手なんだろうけど、それに関して先生は思うことありますか。

高橋 私はそれでいいと思うので。受け売りで全然いいと思います。大学の中の基礎医学はもちろん教育大事なんですけども、研究っていうのがやっぱり大事だと思うので、教育は先ほど先生、日本で1人か2人スター教授みたいな人が講義して、そのビデオを売ればいいっていう話もあるっておっしゃったんですけど、私はそこはちょっとやり過ぎだと思いますが、虎の巻みたいな、素材みたいなやつは売ってほしいなって思います。

鈴木 確かに。私もね、兵庫医大に来て、専門外の脂質代謝の授業を始めるのは大変でした。

高橋 ええ、著作権がどうにかっていうんだったら、もうそのスライドをどっかの会社で作って売ってほしいなって。売れないかなあ。80くらいしか売れないですかね。

鈴木 いやいやそれは全然いいと思います。そしたら、学生が買いますかね、その標準教科書を。

高橋 ああ、教科書じゃなくて。

鈴木 図表？

高橋 ファイルを大学の教師あてに作って、その人たちはそれをもとにプリント作れるようにすればいいし、とにかくスライドを作るのは大変なので、それを売ってほしいなと。だから、そんなものを人にやらせるぐらいなので、私はそういう虎の巻みたいなのがあって、全然オッケー。受け売りで全然オッケーだと思います。私としては本当に強調していいのは、やっぱり医学部を卒業して、こういう道があるんだと。そしてそういうので魅力的な先生たちが居るのを見せることが何より重要じゃないかなって思います。

だからPhDの教授の先生を否定するわけじゃないですけど、やはり医学卒業した人がやってるっていうのが本当に研究マインドとか、それを臨床研究のみならず基礎研究までして、基礎の教授になったりする人も居るっていうことを、見せるのが私は一番いいと思います。

鈴木 分かりました。ありがとうございます。1時間過ぎちゃって、長い間ありがとうございます。先生、何かもう一言いいたいとか、いい残したことはないですか。

高橋 きょう私は、他の先生たちがいっぱいいらっしやると。

鈴木 みんな夏休みで、揃わないんですよ。申し訳ないです。

高橋 なるほど。先生と1対1の方がいろんな話ができ良かったです。他の先生方いらっしやると、やっぱり私も口が重くなってしまって発言できないし、なかなか本音がいえないので、よく知ってる先生だからこそいえることっていうのはあって、良かったです。

鈴木 ありがとうございます。札幌も暑いそうやね。マラソンをやるらしいけど。

高橋 いやもうなんのメリットもないですね。走る選手にもないし、われわれも全然うれしくない。

鈴木 本当にどうもありがとうございました。またゆっくり遊びに行ったり、来ていただいたりするようになったらいいのに。

高橋 いや先生、忙しいからずっと。

(終了)

社会 PT

ーインタビュー実施概要・対象者略歴・逐語録

社会との関わり PT インタビュー対象者一覧

テーマ	インタビュー対象者	担当	インタビュー日程	通し番号
1、5	オレンジホームケアクリニック 紅谷浩之氏	金子	2021/06/04	1)
1	東京大学大学院人文社会系研究科 附属死生学・応用倫理センター特任教授 会田薫子氏	春田・錦織	2021/06/07	2)
2	NHO 本部 DMAT 事務局次長 近藤久禎氏	松島	2021/08/02	3)
3	新星総合法律事務所 児玉安司氏	高見	2021/08/23	4)
3	慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学 教室教授 宮田裕章氏	春田・中山	2021/07/13	5)
3	筑波大学人工知能研究室教授 鈴木健嗣氏	松島	2021/08/04	6)
3	日本アイ・ビー・エム株式会社ワトソン ヘルス責任者 小林誠士氏	中山・松島	2021/9/15	7)
4	東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻疫学保健学講座 康永秀生氏	錦織	2021/7/6	8)
4	大阪市立大学大学院経済学研究科准教授 斎藤幸平氏	錦織		9)
6	認定 NPO 法人健康と病いの語り ディペ ックス・ジャパン 理事・事務局長 佐藤（佐久間）りか氏	松島・中山	2021/07/16	10)
6	グローバルファンド日本委員会 グロー バルファンド戦略・投資・効果局長 國井修氏	中山	2021/7/7	11)
6	特定非営利活動法人 JAPAN HEART 最高顧問 吉岡秀人氏、 同 副理事長 神白麻衣子氏	高見	2021/7/6	12)
6	大阪市立生野南小学校 木村幹彦先生、小野 太恵子先生	松島	2021/07/15	13)
7	一般社団法人ジェイス代表理事 武田信子氏	春田・金 子・松島	2021/06/24	14)
8	南多摩病院 総合内科・膠原病内科 國松淳和氏	金子・春田	2021/08/16	15)
5、8	浮間診療所 藤沼康樹氏	春田	2021/08/25	16)
5、8	慶應義塾大学医学部 医学教育統轄センタ ー 春田 淳志氏	錦織	2021/05/20	17)
8	京都大学大学院医学研究科 法医学分野 玉木敬二氏	錦織・中山	2021/9/17	18)

インタビュー対象者略歴一覧

インタビュー対象者へは以下の6項目について記載する。

- ① 所属、職位
- ② 職業
- ③ 出身大学
- ④ 主たる学歴・職歴
- ⑤ 教育とのかかわり
- ⑥ ホームページへのリンク

1) 紅谷 浩之氏

- ①医療法人オレンジグループ 代表
- ②医師
- ③福井医科大学 2001年卒業（現・福井大学医学部）
- ④2003年名田庄診療所、2004年高浜町和田診療所、2011年オレンジホームケアクリニック開設、2013年現職
- ⑤地域医療、在宅医療、小児在宅医療、人生会議
- ⑥https://note.com/orange_be_happy/n/nfb7f525eca99

2) 会田 薫子氏

- ① 東京大学 大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座 特任教授
- ② 大学教員（専門：臨床倫理学、臨床死生学、医療社会学）
- ③ 1984年3月 成蹊大学文学部英米文学科 卒業
1987年6月 Contemporary British Society Course, School of Oriental and African Studies, University of London 修了
2000年6月 Medical Ethics Fellowship Program, Harvard Medical School, Harvard University 修了
2005年3月 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻修士課程修了
2008年3月 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻博士課程修了 博士（保健学）取得（東京大学大学院医学系研究科）
- ④ ハーバード大学メディカル・スクール医療倫理プログラム フェロー（フルブライト留学、1999-2000）、東京大学 大学院医学系研究科 健康科学専攻博士課程修了 博士（保健学,2008）、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任准教授を経て2017年度から現職。
- ⑤ エンドオブライフ・ケアの改善のための日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」や「ACP推進に関する提言」の策定や普及、臨床倫理の普及と啓発、臨床死生学などの研究・実践活動に携わっている。
- ⑥ <https://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/>

3) 近藤久禎氏

- ① 国立病院機構本部 DMAT 事務局 次長
- ② 医師
- ③ 日本医科大学 (1996 年卒)
- ④ 1996 年日本医科大学卒、同年日本医科大学救急医学教室入局、放射線医学総合研究所研究員、厚生労働省技官、日本医科大学付属病院高度救命救急センター医局長、国立病院機構災害医療センター、国立病院機構本部にて現職務に従事。
- ⑤ 国際緊急援助隊として、ニカラグアハリケーン災害、台湾地震災害、モザンビーク洪水災害、西スマトラ地震災害、ネパール地震災害に派遣。国内災害には、東日本大震災、福島第一原発事故、熊本地震、西日本豪雨災害等に対応。新型コロナウイルス対応として、ダイヤモンド・プリンセス号において活動、その後、厚生労働省本部地域支援班として、地域、施設の支援を継続している。
- ⑥ なし

4) 児玉安司氏

- ① 一橋大学法科大学院客員教授・新星総合法律事務所
- ② 弁護士、医師
- ③ 東京大学法学部、新潟大学医学部、シカゴ大学ロースクール修士課程
- ④ 1983 年 3 月 東京大学法学部卒
1991 年 3 月 新潟大学医学部卒
1991 年 5 月 医師国家試験合格 (医籍登録第 342410 号)
1994 年 4 月 第二東京弁護士会登録 (弁護士登録番号第 23639 号)
1995 年 6 月 シカゴ大学ロースクール修士課程修了 (1994 年～95 年 フルブライト留学生)
1996 年 11 月 米国ニューヨーク州司法試験合格 (New York State Bar Association ID #523827)
2004 年 2 月 医師博士号取得 (新潟大学)
- ⑤ 1991 年～92 年 在日アメリカ海軍横須賀病院医師
1992 年～94 年 最高裁判所司法研修所修習生
1994 年 長谷川俊明法律事務所
1995 年 Blatt Hammesfahr & Eaton 法律事務所(シカゴ)
1995 年～96 年 Sidley & Austin 法律事務所 (シカゴ) 製造物責任グループ
1996 年～97 年 Barlow Lyde & Gilbert 法律事務所 (ロンドン) 再保険部
1997 年 長谷川俊明法律事務所
1998 年 三宅坂総合法律事務所
2000 年 東海大学客員教授 (現任)
2005 年～15 年 東京大学大学院医学系研究科特任教授
2012 年 新星総合法律事務所
2017 年～ 一橋大学法科大学院客員教授 (現任)

- 2018年～ 学校法人東京医科大学理事・評議員（現任）
2019年～ 自治医科大学客員教授（現任）
2019年 ニチバン株式会社独立社外監査役（現任）

5) 宮田 裕章氏

- ① 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室（HPM）教授。
- ② 大学教員（専門：ヘルスデータサイエンス、医療の質、医療政策）
- ③ 2003年東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻修士課程修了。同分野保健学博士（論文）。
- ④ 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻修士課程・博士課程終了後、早稲田大学を経て、2009年東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座准教授、2014年同教授、2015年5月慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室（HPM）教授。
- ⑤ データを活用した社会変革を様々な分野で実践。厚生労働省の「保健医療分野におけるAI活用推進懇談会」委員の一人。NCD（National Clinical Database）の構築なども手掛ける。

6) 鈴木 健嗣氏

- ① 国立大学法人 筑波大学システム情報系 教授
サイバニクス研究センター長
附属病院未来医工融合研究センター副部長
職業（医師・看護師・検査技師など）
- ② 博士(工学)
- ③ 早稲田大学・理工学部・物理学科卒（1997年卒）
- ④ 1997年早稲田大学・理工学部・物理学科卒。日本学術振興会特別研究員(DC1)，早稲田大学理工学部応用物理学科助手，筑波大学講師，准教授を経て，2016年筑波大学教授。現在に至る。2021年よりつくば市顧問。
- ⑤ 人工知能，サイバニクス，医療・福祉・介護支援ロボット，発達支援研究，ウェアラブル機器・ロボット，機械学習・情動計算論に興味を持つ。
- ⑥ <http://www.ai.iit.tsukuba.ac.jp/kenji/index-j.html>

7) 小林 誠士氏

- ① 日本 IBM ワトソンヘルス責任者
- ② 会社員
- ③ 早稲田大学大学院 理工学研究科 物理学及び応用物理学専攻
- ④ 1994年 早稲田大学理工学部 物理学科 卒業
1996年 早稲田大学大学院理工学研究科 物理学及び応用物理学専攻 卒業
1996年 日本アイ・ビー・エム（株）東京基礎研究所 入所
2002年 エマージング・ビジネス推進部門
2004年 大和ソフトウェア開発研究所
2009年 未来価値創造事業／クラウド・コンピューティング事業

2011年 米国 IBM コーポレート・ストラテジー

2012年 スマーター・シティー事業

2015年 Watson Health 事業

⑤ ヘルスケアデータ管理・解析、クラウド・コンピューティング、インフラ管理

8) 康永 秀生氏

① 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻

臨床疫学・経済学 教授

② 医師

③ 東京大学 (1994)

④ 平成6年 東京大学医学部医学科卒

平成6年～平成7年 東京大学医学部附属病院 (研修医)

平成7年～平成12年 竹田総合病院外科, 東京大学医学部附属病院胸部外科, 旭中央病院
心臓外科に勤務

平成12年～平成15年 東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学(大学院生)

平成15年～平成20年 東京大学医学部附属病院 企画情報運営部(助教)

平成20年～平成25年 東京大学大学院医学系研究科 医療経営政策学講座 (特任准教授)

平成23年 Department of Health Care Policy, Harvard Medical School (Visiting Faculty)

平成25年4月～現在 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 臨床疫学・経済学
分野 (教授)

⑤ 臨床疫学・医療経済学

9) 斎藤 幸平氏

① 大阪市立大学経済学部准教授

② 研究者

③ ウェズリアン大学大学政治経済学部 (2009年)、ベルリン自由大学哲学研究科(2012年)、
ベルリン・フンボルト大学哲学研究科(2015年)

④ 同上

⑤ 経済学説、経済思想

10) 佐藤 (佐久間) りか氏

① 認定NPO法人健康と病いの語りディペックス・ジャパン 事務局長

② 団体職員

③ 東京大学文学部心理学科 1982年卒

④ 株式会社パルコに7年間勤務した後、渡米して1991年ニューヨーク大学大学院アメリカ
文化科でMA、2008年プリンストン大学大学院社会学科でMAを取得。2007年より現職。

⑤ Oxford大学が開発したDIPExの方法論に則り、がんや慢性疾患、COVID-19等、様々な疾
患の当事者へのインタビュー調査とデータベース構築に携わっている

⑥ <https://www.dipex-j.org>

1 1) 國井 修氏

① Head, Strategy, Investment and Impact Division (SIID)

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria。日本語では 世界エイズ・結核・マ
ラリア対策基金（略称：グローバルファンド）戦略・投資・効果局長

② 医師

③自治医大（1988）

④ 公衆衛生学修士（ハーバード公衆衛生大学院）、医学博士（東京大学）取得。長崎大学熱
帯医学研究所教授（国際保健学）、国連児童基金（ユニセフ）ニューヨーク本部にて上級保
健戦略アドバイザー、ミャンマー・ソマリア事務所にて保健・栄養・水衛生支援事業部長な
ど。千葉大学、東京医科歯科大学、長崎大学などで客員教授、東京大学、京都大学などで非
常勤講師を務める。

⑤ グローバルヘルス、感染症対策、人道支援

1 2) 吉岡 秀人氏、神白 麻衣子氏

吉岡 秀人氏

① 特定非営利活動法人ジャパンハート 顧問

② 医師

③ 大分大学

④ 1995年~1997年 ミャンマーにて医療活動に従事

1997年~2001年2月 国立岡山病院 小児外科

2001年3月~2003年3月 川崎医科大学 小児外科

2003年4月~ ミャンマーにて医療活動に従事

2004年4月 ジャパンハート設立 ミャンマー事業所設立

2009年~ カンボジア事業所設立

2013年~ ラオス事業所設立

⑤記載なし

⑥ <https://www.japanheart.org/>

<https://www.japanheart.org/about/yoshiokahideto/>

神白 麻衣子氏

① 特定非営利活動法人ジャパンハート 理事（副理事長）、カンボジア病院事業責任者

② 医師

③ 千葉大学

④ 1999~2007年 沖縄県立中部病院、沖縄県離島診療所等で地域医療に従事

2007年4月~2010年3月 ジャパンハート長期ボランティア医師としてミャンマー・カ
ンボジアの活動に参加

2009年4月~9月 タイ マヒドン大学熱帯医学ディプロマコース

2010年4月～2016年3月 長崎大学病院熱研内科

2016年4月～ ジャパンハートカンボジア長期ボランティア・スタッフ医師

2018年4月～ ジャパンハート カンボジア病院事業責任者

⑤ 記載なし

⑥ <https://www.japanheart.org/>

1 3) 木村 幹彦氏、小野 太恵子氏

木村幹彦氏

① 大阪市立生野南小学校 校長

② 小中学校教員

③ 大阪教育大学 (1985年)

④ 大阪市立中学校社会科教諭 (1985～2008) 大阪市立田島中学校教頭 (2008～2011)

大阪市立生野南小学校教頭 (2011～2017) 大阪市立生野南小学校校長 (2018～)

⑤ 中学校社会科

小野太恵子

① 大阪市立生野南小学校 教諭

② 小学校教員

③ 大阪教育大学 (2003年)

④ 大阪市立矢田北小学校 (2008～2011) 大阪市立生野南小学校 (2012～現在まで)

⑤ 記載なし

1 4) 武田信子氏

① 一般社団法人ジェイス代表理事

武蔵大学大学院人文科学研究科非常勤講師・東京学芸大学非常勤講師・研究員

② 大学教員・臨床心理士 (専門: 臨床心理学、教師教育学、ソーシャルワーク)

③ 1986年 東京大学大学院教育学研究科修士課程教育心理学専攻入学

以降、複数の大学・医療機関等で教員と臨床心理士として勤務

1992年 東京大学大学院教育学研究科教育心理学専攻博士課程満期退学

1992年 武蔵大学人文学部専任講師 兼任学生相談室カウンセラー&コーディネーター

1999年並びに 2015年 武蔵大学海外特別研究員 (カナダ・トロント大学大学院 Factor of Inwentash Faculty of Social Work 客員教授) (1999年8月～2000年8月、2015年9月～2016年1月)

2005年 武蔵大学 教授

2006年 武蔵大学 海外特別研究員 (オランダ・アムステルダム自由大学心理教育学研究科客員教授) (2006年4月～2007年1月)

2020年 武蔵大学 退職

現在、武蔵大学大学院人文科学研究科非常勤講師・東京学芸大学非常勤講師・研究員

④ 東京大学大学院教育学研究科満期退学。武蔵大学教授。トロント大学、アムステルダム自由大学大学院客員教授、東京大学等で非常勤講師を歴任。臨床心理士。一般社団法人ジェイス代表理事。

⑤ 臨床心理学、ソーシャルワーク、教師教育学をベースに、すべての子どもがウェルビーイングに暮らせる社会を目指して活動の試みに数多く関わっている。

① <https://jace-pom.org/>

15) 國松 淳和氏

① 医療法人社団永生会南多摩病院 総合内科・膠原病内科 部長

② 医師

③ 日本医科大学 2003 年卒業

④ 2003 年日本医科大学卒業、同大学付属病院で研修後、
2005 年より国立国際医療研究センター、2018 年に現職。

⑤ 一般内科を専門とし内科疾患全般にわたって診断と治療を行うが、リウマチ膠原病疾患や自己炎症性疾患の専門診療、不明性の高い病態に関連した患者の問題解決や希少疾患の診断やマネジメントなども実践している。

⑥ なし

16) 藤沼 康樹氏

① 医療福祉生協連家庭医療開発センター センター長
浮間診療所

② 医師

③ 新潟大学 医学部 1983 年卒業

④ 1983 年新潟大学医学部卒業、東京都老人医療センター血液科、生協浮間診療所所長などを経て 2006 年より医療福祉生協連家庭医療開発センターセンター長。

⑤ 家庭医療学、医学教育を専門とし、研修医や診療所看護師の育成などの医療者教育や福祉系のアドバイザーをはじめ、講演、ブログ、SNS、Podcast などで時代と社会の変化に合わせた新しい知見を発信し続けている。

⑦ 藤沼康樹事務所（仮）<https://fujinumayasuki.hatenablog.com/>

17) 春田 淳志氏

① 慶應義塾大学、准教授

② 医師

③ 旭川医科大学（2004）

④ 王子生協病院、医学博士（東京大学）

筑波大学医学部附属病院 病院講師

筑波大学医学医療系講師、准教授（医学教育企画評価室/地域医療教育学）

④ 家庭医療、総合診療、医学教育

18) 玉木敬二氏

- ① 京都大学大学院医学研究科、教授
- ② 医師
- ③ 浜松医科大学
- ④ 医学博士（名古屋大学）
札幌医科大学 教授
- ⑤ 法医学

インタビュー記録

インタビュー対象者 18 名について、インタビュー要旨を示す。インタビュー逐語録の記載について了承を得た回については併せて逐語録も記載している。

1) 紅谷 浩之氏

日時：2021 年 6 月 4 日 17:00-18:30 (90 分間)

参加者：金子・松島・錦織・中山

〈インタビュー要旨〉

1. 社会の将来像について、事前に送らせていただいた資料のようなことを我々は想定しているのですが、先生にはどのような景色が見えていますでしょうか？先生のご専門分野の視点からぜひお話しいただけますか？

「地域医療」というのは「リソース」が少ない場所に医者をもたらしてくるのではなく、その場にあるものでどうやっていくかということと考えており、それを専門としてやっている。小児在宅・医療的ケア児などは地域に限らずリソースが足りない状態であり、日本中が地域医療と考えている。今後はリソースの役割分担が必要、イギリスやオランダの家庭医のあり方、生活に入り込む日本の在宅医療、コミュニティナースの様に地域の中に専門職が入っていくなど新しい形のリソースが増えてくると考えている。

少子高齢化、多死社会の中で、いのちの捉え方、スポットライトの当て方が変わっていく。これまでの治す医療、100 点満点を目指す医療からシフトしていく時代になっていると考えている。この 10 年くらいの中に、医療者側も患者側も変化してきている。生老病死の老病死に逆らってきた医学が、老いや死が避けられないことを受け入れた時にどう変わるかを考えていく必要がある。

社会保障費の増大、日本の経済規模の縮小を考えると医療費をどうコントロールするかも課題となる。完璧なものを目指すとも費用がかかるので、完璧でないものをどう受け入れていくかに向き合う必要がある。

2. 社会が、今お話しいただいたように変わっていくと予想される中で、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか？またどのような役割を果たしていくべきだと思いますか？

医学の歴史は 2000 年ほどあるが、最先端の科学を使った生物医学的な面が大きく重要視されたのは 1970 年代から 50 年くらいであり、後から振り返るとこの 50 年の医療が生物医学的な側面に大きくよっていた時代と捉えられるかもしれない。人を守り幸せにするのが医療の原点であり、早期発見や早期治療だけが優先順位が高いわけではない。戦争、災害など医療の役割は社会に合わせて刻々と変わっていくのが本来の姿なので、これから更に変わっていく社会にも対応していく医療である必要がある。

3. 医療が、今お話しいただいたような役割を果たしていくと予想される中で、医師はどのような役割を担っていくと思われますか？またどのような役割を担っていくべきだと思いますか？またどのような役割は「担わない方が良い」と思いますか？

少子高齢化という新しい時代に求められるものを組み込むだけでなく、時代が変わった時に変化していく社会に対応できる様な医師、多様性に対応できる医師が必要。これまでも国際協力などの中で、日本の常識が通用しない環境で柔軟に対応してきたので、そういう能力は今後も発揮されていくと思う。

生物医学的な進歩の追及はもちろん必要だが、病院でなく生活の場に近い医療になった時に、旗を振り過ぎない医師・チームの一員として自分の役割をわきまえた上でいい立ち位置に立てる医師が地域では必要だと思う。

4. 医師が、今お話しいただいたような役割を担っていくと予想される中で、医学教育では何をどのように扱っていくべきとお考えですか？特に卒業する前の学生時代に学んでおくべき内容について、お話しいただけますとありがたいです

今後の生物医学的な部分以外の、人文科学（文化人類学）・アート・宗教などが医療の半分くらいを占めるイメージでいる。医学教育の中でも半々くらいで学びがあり、その中で生物医学中心の領域に行く人も、地域に出る人もどちらも医者の仕事として対等にある状況が望ましい。実際に地域に出ること、そこで佇むことが出来ると良い。また、病気でなく生活機能でアセスメントするツールである ICF は医師以外の多くの職種の共通言語となっているので卒前の教育で学ぶメリットが大きい。

5. 今お話しいただいたような内容について、全ての医学生が学ぶべきかという点から考えてみると、いかがでしょうか？

ICF などは全ての医学生が学ぶ内容であってもいいと思う。地域に出る実習や LGBTQ、路上生活者の方の経験を学ぶ実習は全員にその機会があってもいいと思うが、カリキュラムに存在していて、学んだことが学生間で共有されるなら選択でも意義があると思う。

6. 今お話しいただいた内容について、誰が教えるべきだと考えますか？

領域横断的な人、人文科学者（人類学など）からのフィードバックやフィードバック・ファシリテートを学んだ教員や学生（同学年、上級生と下級生）でフィードバックし合うことが出来ると良い形だと思う。

7. 今お話しいただいた内容について、どのように教えるべきだと考えますか？

知識的なことは動画などで学習することも出来る。学びになるセッティング・現場を提供し、後はフィードバックを得られる環境を作ることが重要。変化に対応できるようになるためには、現在進行形の課題（高齢化社会はどう解決するか？など）をどう解決するかを地域の人と一緒に悩むプロセスに参加出来るといいと思う。座学や知識を学ぶことと、現場に出て実感することのサイクルを短く早くしていくカリキュラムでも良いのではないか。

〈逐語録〉

金子 じゃ、よろしくお願いします。あらためまして、金子といいます。今回、突然お願いしたにもかかわらず、快く引き受けていただき、本当にありがとうございます。先生のお名前をいろんなところで聞くことがあって、ちょっとメールでも書いたんですけど、ヤマダタク君とか、サカイ君とか、いろいろ聞いているので、きょうお話ができて非常にうれしいなと思っています。

紅谷 こちらこそありがとうございます。

金子 ちょっと最初に、メールでも書いたように、僕だけじゃなくて複数入っていただいているんですけど、医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂に向けて文部科学省から委託を受けて医学教育学会の中でプロジェクトチームをつかって、カリキュラム改訂の委員ということで参加していただいている、自分はその協力委員として入っているんですけど、同じプロジェクトチームの皆さんと文部科学省の方にきょう参加いただいています。

文部科学省からお二人入っていただいているのと、あと、京都大学の中山先生。

中山 どうもこんにちは。京都大学、中山と申します。よろしくお願いします。公衆パブリックヘルスです。

金子 あと、錦織先生は名古屋大学ですね。名古屋大学の錦織先生。

錦織 錦織といいます。きょうはよろしくお願いします。

金子 あと、長崎大学の松島先生、入っていただいて。お願いします。

あと、すみません、文部科学省の皆さんもよろしくお願いします。きょう、ちょっとシマダさんが遅れてくるんですかね。

カネコ はい。医学教育課のカネコと申します。よろしくお願いします。

鋪野 技術参与として来ています、千葉大学の鋪野と申します。よろしくお願いします。

金子 あと、慶応大学の春田先生が、さっき一瞬入って出ちゃったんですけど、たぶんまた入ってこられるかなと思いますので、よろしくお願いします。基本的には自分の方で紅谷先生に質問させていただいてお答えいただくというスタイルでいくんですけど、最後とかでまたほかの先生方とか文科省の方からも追加で聞いていただくこともあるかもしれないので、1時間から、もし長くても1時間半ぐらいかなと思うんですけど、先生、お時間としては大丈夫。

紅谷 大丈夫です。

金子 よろしくお願いします。ありがとうございます。

では、早速本題に入っていきたいと思うんですけど、メールで共有させていただいたように、文部科学省というか、こちらのチームでの未来予想図とか、今後の社会のあり方みたいなことに関してこういうふうを考えていますということをお伝えして、それをこちらとしてはそういうふうなことを考えているんですけど、先生から見て近未来の社会がどういうものになるかということに関して、先生のお立場とか専門からどういう景色が見られているのかというのを最初に少し伺ってもよろしいでしょうか。

紅谷 はい。分かりました。ありがとうございます。何かすごい、たくさん入ってらして。一応、医学教育学会もずっと十数年前からこっそり入って、参加していたので、すごい先生たちがいらしてびっくりしております。よろしくお願いします。

私の立ち位置は在宅医療というところと、専門は何ですかというふうに聞かれると、私は地域医療というふうに答えています。医師3年目からへき地診療所に行って、へき地医療は名実ともに地域医療をやるしかないところではあるんですけど、そこで学んだ地域医療、まちなかに戻っても地域医療という形でやっというのが僕の思いでやっています。僕にとっての地域医療というのが、そもそも人も道具も足りないところで行う医療というのが僕の中での地域医療なので、100点満点の状態にすることはもとの設備的にも人的にも無理なので、その分、つながりとか工夫とか、協力し合ってやるしかないで、その分協力の度合いが深いというのが僕は地域医療の特徴だと認識しています。

なので、まちなかに戻ってきても、実はちょっと分野によっては、特に在宅医療なんていう分野に関してはリソースが十分あるわけではないので、リソース、ねえじゃねえか、どこかから持ってこいよと怒るのが地域医療ではなくて、ないものはないでしょうがないから、その分できる人同士で協力し合ってやっというかみたいな。例えば訪問看護ステーションが足りなければヘルパーさんにどこまでタスクシフトしてヘルパーさんに助けられるのかとか、薬局が少なければ薬剤師さんの足りない分の薬の配達をたくさん一方的に依頼するんじゃないかと、医師が説明できる場所は医師が肩代わりしたり、看護師に手伝ってもらったりすることでカバーできるんじゃないかというのが地域医療的発想で、まちなかでも在宅医療という分野ではそれが必要だと思ってやっていますし、特に最近力を入れているのが、医療的ケア児と呼ばれる、生まれつきの重い障害や病気を持って

る子たちに関しては、ある意味日本中へき地状態で、つまり人もリソースも、施設、設備も、東京や埼玉にいても全然足りないというふうにそちらの小児の医療的ケア児にかかわっている先生はおっしゃっているので、その分野に関しては日本中へき地というか、地域医療のアプローチ、どこから医者連れてこいというよりは、いないものはないんだから協力し合ってやっていくしかないよねというふうなのを活用していく。

今、コロナも始まって、日本中がまさにへき地状態で、地域医療の発想、足りないから連れてこいと怒っているんじゃないで、ないものはないで100点満点は難しいけど、みんなで支え合おうぜみたいな、災害医療とかに近いかもしれません。そういうふうに僕は、それが僕の専門性というか、やっているところだというのが1つあります。

そういう意味で、今いただいた資料とかも拝見して、今後の社会がどう変わっていくかなというところを僕らを感じているところは、いわゆる高齢化だったりとか、多死時代という状態になってくるので、生きるということだったりとか、命というものへのスポットライトの当て方が変わってくる時代になるだろうというか、そこをうまくシフトできないと医者としてもしんどいなというふうな場面が多くなるだろうというふうに思っています。

やっぱりそれを僕がやり始めた十数年前は、僕、そういうふうを考える考え方というのはそういう人も、病院型の治す医療とか、完璧を求めるというか、医療との折り合いみたいなのにちょっと悩んだ時期もありましたけど、最近在宅医療とか緩和ケアとか、老年医療とかいうふうな考え方を、思考の仕方が少し変わってきた時代にもなってきたので、結構医者同士としてもコミュニケーションが取りやすいとか、地域医療の立場じゃなくても大学とか大きい病院でも緩和ケアを専門にされている先生とか老年医学を専門にしている先生、プライマリーケアを専門にしている先生が出てきてコミュニケーションが取りやすくなったと正直思っているところはあります。

なので、命の置き方を、アンチエイジングとか、早期発見・早期治療とか、死なせないための医療みたいな、いわゆる仏教用語で言う生老病死の老と病と死を否定する方向性に向かう自然の流れと昔から言われているものに逆らうのが医学の役割の1つだとは認識しつつも、それを頑張り過ぎると完璧を目指して100点満点にやるのがすばらしいということになって、白か黒か、はっきりした答えがあるはずで、理系的というか、科学的、ある意味完璧主義だったりとか、医学が管理する命というものをどう扱うかというのがメインになっていくなど。

僕自身も医学部ではそういうふうな科学的、生命科学的医学を学んできたという認識はあるので、少し命の扱いが、老いてもしょうがないし、病気は誰でもなるものだし、死は避けて通れないものだというふうにあらためて思ったときに命をどう扱うのかというのが次の時代に必要になるので、既存の医学教育で学んだ人にとっては、ちょっとそこは慣れてないとか考えることの経験を積んでないというか、それは現場に出てから臨床の中で考えざるを得ないところに今はなっていると思うので、少し生きるということだったり、命ということだったりをどういうふうな扱いかが変わってくる時代になってくるような感覚です。

金子 ありがとうございます。非常に、僕も離島の診療所で働いてたですし、先生の、あるものでやるという感覚はすごくあるので、非常に先生のお話がどんどん入ってくるという感じで今聞いてました。

1点、確認というか、先生のお話の出たことではあるんですけど、スポットライトの当たり方、当て方を変えていく、変わっていくんじゃないかというお話があったと思うんですけど、今後、10年、20年という中で、たぶん今までは完璧をどちらかという目指す医療が国民の方からも求められているということかなと自分は思っているし、先生のお話もそういう話の流れだったかなと思うんですけど、今後とか、既に変化が起きてたり、今後、その辺が国民の方、医療者じゃなくて受ける側の人たちの中でどういうふうに変わっていくかというのは、先生、どういうふうにお考えですか。

紅谷 そうですね。特に在宅医療で出会うような慢性疾患をお持ちの方であったりとか、終末期のがんの方だったりとか、または高齢も超高齢と言われる年になってきてという方になってくると、実際は、おそらく若い世代だったりとかの方は病気になるたら完璧を求める医療を求める傾向があると思うんですけど、在宅医療で出会う人たちは、むしろそこを何か僕らが受け入れなさいみたいな、もちろん受け入れるサポートをしなきゃいけない場合も多いんですけど、意外とご本人の中だったり、家族の中だったり、そこに関して理解していたりとか、不老不死なんていうのは当たり前だけあり得ないということに関して感じていらっしゃる、考えていらっしゃる方に出会うことは実は多いなというふうには思います。病院で出会う患者さん像と在宅で出会う患者さん像の違いはやっぱりあるなと感じます。

金子 ありがとうございます。そうですね。確かに在宅でよりそういうふうを感じる人が多いし、でも、病院とか病院の外來でも以前に比べるとそういう話をしやすい雰囲気というか、昔はそんなこと、こっちから言うような話ではないかなという感じだったんですけど、というふうに感じてます。今後はその方向がもっと進んでいくんじゃないかというふうに先生は捉えられているという理解でよろしいですか。

紅谷 その方に行かざるを得ない。そのときにさっきの質問のお題にはなってくると思うんですけど、そこ、じゃ、医者役割はどこまでなんだとか、どこからなんだという議論というのも同時に言われる時代になるだろうとは感じます。

金子 ありがとうございます。せっかく先生から言っていたいただいたので、また次に進もうと思うんですけど、進めていただいてありがとうございます。

まさに先生が今言ったような形で、そういうふうな社会全体が高齢化が進んだり、多くの人が亡くなる人が増える中で、完璧を求めるんじゃないで、老いたりとか亡くなったりというのを受け入れていくという流れになっていくであろうという中で、医療というものがどういう役割を果たしていくのかとか、どうあるべきか、どういう役割を果たすべきかということについて先生のお考えをぜひ伺えればと思います。

紅谷 ありがとうございます。ちょっとごめんなさい、もう1つ、さっきの前のところで言い忘れたというか、言いたいことを.....。

金子 はい、大丈夫です。

紅谷 いわゆる社会保障費の増大とか、日本の経済全体の変化ということも考えたときの医学としての、科学としての医学じゃなくて現場の医療としての発想で言う今後の未来を切っていくことに関して言うと、社会保障費をどう増大させすぎないかという課題も当然地域医療の1つの考え方だと思うんですが、そこにも何か医療というのが役に立たないといけないところが出てくるんだろうなということは感じて、それは実際、さっき言った完璧な医療を求めれば求めるほどお金がかかってくる、介護もしかりで、切り離せば切り離すほど介護にお金がかかってくるというところで、いかに切り離さないかとか、完璧だけじゃないものを、あきらめるのではなくて受け入れるという、ちょっと言葉のあやみたになっちゃいますけど、そこははっきりあるような気がしていて、海外の地域での現場の研修とかに行かせてもらっても、日本ほど医学が発達しきれていないところが必ずしも不幸かというふうではないしもたた見るので、そういうところも少し未来の日本像として考えないといけないのかなというふうにも思っているというのをちょっと追加した上で、そういう社会における医療の役割というのを考えると、まず、そもそも、僕、結構学生さんとかにもよく言うんですけど、医療って歴史的に言うと2000年ぐらい医学の歴史があるとすると、ここ50年ぐらいがすごく科学的医学が優先されて、ひょっとしたらゆっくり人の話を聞くことだったりとか、いわゆる手当てと呼ばれるようなケアをすることよりも科学的な医学に突き進むことがすごくいい医学の医療の役割になってきてて、ひょっとしたら社会がどんどん発展する中でそっちに向かってひたすら走り続けるのかなと思いきや、日本の人口減少が、いわゆるジェットコースターの図と呼ばれるようなピークを越えて一気にダウンしていく社会になるに合わせる在宅医療、緩和ケア、老年医学、障害者医療をどうするみたいな、むしろ最先端の科学を使った医療じゃないところも大事だということに変わってきていることを感じているので、ひょっとするとさらに50年後ぐらいに振り返ったときに、あの1970年から50年ぐらいって、医療者がみんな科学、科学って言った時代だったよねみたいなふうに振り返るところもあるんじゃないかなという気もちょっとしたりするので、そういう意味でちょっと医療の原点というか、医学の原点みたいな、僕が思うんですけど、もちろん、現場と行き来しながら思うところと言うと、人の健康を守り、人を幸せにするという、医学のある原点かなと僕は思っていますので、そこまで立ち返ったときに、例えば生活習慣病を早期診断して生活習慣を変えていってもらったことだったりとか、認知症を早期発見して治療のパスに乗せることみたいなことよりも、もうちょっと手前に発想を戻したときに、求められる時代によって医療の形というのは常に変わったと思うので、戦争の時代における医者役割だったりとか、貧困の地域での医者役割だとか、災害復興の時期の医療の役割、まさに災害のど真ん中にあるときの医療の役割というふうに、いろんな役割は刻々と変わっていく方がもともと前提であるはずなので、科学や社会の経済がどんどん発展する中でのみ活躍できる医学しか持っていないというのは教育としてもすごく狭い範囲に落ちていることなのかもしれないと思います。

なので、今から少子高齢化という新しい時代の中で求められるものというのをも考えるし、単純にそれを教育として組み込めばいいというよりは、時代が変わったときに求められる医療に形を変えられるようなものが本来求められる医療の役割かと思うと、そこに変化していけるような医療が増えることがいいのかなと思います。

もう1つは、最近で言う多様性というか、価値観とかライフスタイルがまったく異なるところで、これだけでも、例えばこれまでも日本で医学部を卒業して、その後、海外の貧困地域とか戦争地域とかで国境なき医師団的な活動をしようと思うと、日本における医療の当たり前を押しつけることができない場所に行っても柔軟に対応している医療者の方はたくさんいらっしゃるわけなので、何となくそういうマインドというか、どこに行っても通用するような、どういう時代が来ても通用するような医療のモードというか、見え方を持っていることが大事なのかなというふうに感じます。

金子 ありがとうございます。非常にそのとおりというか、すごく大事なことだなと思っていて、今ちょっと医療全体のことと、あと医者のことと、多分両方含めて話していただいているかなと思うんですけど、医療全体としての役割と、その中で医者がどういう役割を担っていくのか、担っていくべきなのかとか、もしくは、その境目とかも先生のお話を聞いているとそんなにはっきりあるというよりは行ったり来たりするものなのかなという気もしたんですけど、医師の、そういうふうにはっきりあるというよりは行ったり来たりするものなのかなというお話だったと思うので、その中で医者のやることとか、やらない方がいいこととか、果たす役割みたいなことについてもぜひ意見があれば伺えればと思います。

紅谷 イタリアで既に書かれているような、AIとか科学の発達とかにおける、そちらの方、生物科学的な医学だけじゃ駄目と言っているだけで、そちらがなくなっていいと言っているわけじゃもちろんないので、その科学的先進医療の研究だったり、提供とかというところに関してはすごく今後も当然医師の役割としてあるのはもちろんといった上で、もう1個、生活医療とか社会医学的な現場において、地域の人を幸せにするにはということを経験したときに、当然医師だけでは無理なので、そういうチームをつくる技術だったりとか、チームの中での役割を、その地域によってだったりとか、その現場の状況によって求められることが変わったときにそれを提供する知識や技術や態度というのでも当然すごく大事だなと思います。決して病院の、つまり先進医学を提供するバックフィールドという意味で病院という場だと、やっぱり医師の指示の下にほかのコメディカルが動くという形が多いですけども、地域というフィールドに出たときは、医師が決してトップではないし、リーダーになるとは限らないので、地域の人が幸せに過ごせるように考えたり、行動するチームを編成するときの医者の役割というのは病院で診る指揮者というよりは、その状況によっては本当に一現場で走り回ることによって役割が回ってくることもあれば、もちろんリーダーになる必要があったりすることもあると思うので、そういう意味で常に病院の医療の中では医師の指示ありきなため、医師の指示というのが、医師が責任も持つて、指示をする権利も持

ってるしという、リーダーであるべきだということはあると思うんですが、やらない方がいいことと言うと、地域という生活の場に出てまで医者が旗振りすぎない方がいいというのは思っています。生活の場というのとはできるだけ医療のお世話になりたくないというのが生きている人の基本モードなので、そこで医者が旗を振るとどうしても逆効果の場合はあると思います。そういうときにわきまえていい立ち位置に立つ。安心感の提供にはなるけれども、やりすぎないというところは大事な、今後というより今でもそうですけど、現場では大事なというふうに思います。

金子 ありがとうございます。先生、今お話ししてくれたように、社会がこれから変化していくとか、少子高齢化とか、経済的な日本の衰退というか、経済規模の縮小というのがあると思うので、その中で変わっていくものに対応できたりとか、特に地域ではチームで対応できるような医師というのが1つ挙げていただいたと思います。

これから、ちょっと本題というか、医学教育にそれをどうやって落とし込んでいくのかということについても先生のご意見を伺えればと思うんですけど、ちょっとほかのメンバーの方、中山先生とか錦織先生とか松島先生とか、今のところまで先生の未来のあり方とか、そういうところでの医療の役割みたいなのお話ししていただいた、そこから教育のことも併せて伺っていききたいんですけど、入る前に何か聞いておきたいこととか、追加での質問があればお願いしたいと思います。

錦織 錦織から。貴重なお話、ありがとうございます。ごもっともだなと思いつつ、ちょっといくつか疑問点を持って伺ったところもあったので、1つ、先生が言われたのはリソースのないところでやる医療を地域医療と先生は定義づけておられて、さっき社会保障費の話もちょっとされておられましたけど、先生のイメージで、30年後の日本社会というもののリソースってどうなっていると思われませんか？ つまり、昭和の時代というのは高度経済成長でどんどん豊かになるんですね。今、経済的には衰退の方向に向かっているとかいうふうな言い方をされる方もいるし、私自身、ヨーロッパに留学に行ったときに、国がどうやって成熟していくのかみたいなことを見に行っただけというのもありました。

先生から見て、日本の社会の、地域医療という言葉で定義づける部分に使われたリソースという観点からちょっとご意見を伺えればと思います。

紅谷 ありがとうございます。1つは、どうしても高度発達の時期とか、医者をどんどん増やしていったという時代だと、へき地の隅々まで高度医療ができる病院を増やしていくという雰囲気がいつかはあったかと思うんですけど、それができなくなったときに撤退の方向になったときに、リソースと言えば病院で、そこにCTがあって、MRIがあつてみたいなイメージでいこうと思うとそれが置けない場所がへき地になってしまうみたいな感じはあると思うんですが、そこは役割分担と、今、人が少なくなって医者が足りなくなっても、例えば交通だったりとか、新幹線とか、高速道路みたいなものは多くなってきていることを思うと、昔と比べると人の行動範囲は広がっているとすると、どういう範囲でやるかはいろいろ議論はあると思うんですけど、リソースの役割分担というか、必要だとはとても思います。

1つは、イギリス、オランダで見ると家庭医の仕組みというのはとても実際見学に行っても、問題はいくつかあるかもしれないですけども、とても柔軟に、今後のこういう形の、どちらかというとも足りなくなって昭和の前の医学がなかった時代に戻るという意味ではなくて、ある意味成熟したバランスが変わりはするんですけど、成熟した社会の中で必要な医療としては家庭医機能みたいなものが、僕はどちらかというとも賛成派だということが1つと、日本には在宅医療が今僕らもやっているところがあるので、在宅医療って生活に早い段階から入り込むことで、いわゆる検診をして運動指導、食事指導するという形の昭和の時代の早期発見、早期治療的なアプローチじゃなくて、生活をしている医療者がいることで、その予防的なアドバイスが本人の生活に合わせた形でできるというのは進む印象があるので、1つは今、島根県から始まっているコミュニティナースというふうな、ああいう発想は僕はすごくいいなと思います。コミュニティナースは看護師ですけど、その医者版みたいなものも同時にやっていいんだろうと思っていて、医学や看護に詳しい人がまちの中を同じまちの住民としてうろろろして、そこで気がついたことをつないでいくことで地域の人を健康にしていく、ハッピーにしていくというところ、そういう動きは今後あってもいいんだろうと思っています。

僕もつい3日前に石川県の輪島の方にクリニックを立ち上げたんですけども、そちらはクリニックの形は家賃5万円ぐらいの民家の一角に医師と看護師を2人配置して、外来は週に1回半日しか開けずに、残りの日はまちの中をひたすら歩き続けるというところ。あまりにも昭和の時代の資本主義医学、資本主義病院とは違いすぎて銀行からは融資が受けられなかったのでクラウドファンディングでお金を集める手法でチャレンジしてますけども、これも資本主義への挑戦だと僕は思っていて、資本主義ってお金がうまく回るところにしかお金が流れないので、輪島のような高齢化のスピードがすごくあるところでは銀行も躊躇してしまうかもしれないけども、でも、ここでつながりを生んだものをしっかり皆さんに発信しますよ、お返ししますよという日本中からクラウドファンディングという形で400万円以上の資金が今回集まったんですけども、こういうのも1つの地域医療の資本主義では成り立たないけども、つながり資本主義的なところで成り立つ形というのはあり得ると思うので、ちょっと答えとはずれてきたかもしれませんが、地域の中ではそういうふうなコミュニティという言葉でちゃんと扱える医療というのがリソースとしてまず各地に存在することは、それすらなくなるという感覚はあまりなくて、というのは、看護師、人口が1,000人いるところであればそこ出身の看護師さんとか、そこに住んでいる看護師さんというのは結構いる率が高いと思うので、そういう人たちがコミュニティナース、そしてドクターがもう少し広い範囲に1人いることでカバーできるところが増えてくるなという印象があるので、そういう人たちがプライマリーというか、第1段階に地域に住んでいる人が医療関係者と出会うとするとそういう人がまず

ファーストコンタクトになるというものはあるといい、既に出てきていますけど、こういうのが広がるといいなと感じています。

錦織 ありがとうございます。ちょっと関連してもう1つだけ質問させてください。

紅谷先生、先ほど先生がおもしろいことを言われていて、ずいぶん未来になったら、1970年ぐらいから50年間ぐらいは科学という宗教のような、科学、科学って言うたねみたいなことを言われて、なるほどなというふうにちょっと思うところもあったんですが、まず1つは、先生の言葉の中における科学の定義ですね。つまり、先生がきょうお話しされている内容とカリスト、私自身の言葉でしゃべると、人文社会科学と医療とがもうちょっとつながっていくといいなみたいな仕事を私もしているんですが、それも科学という言葉を使っているなというふうにちょっと思ったりしました。

もう1つは、やっぱり多死社会になってくると、これ、先生も実際されていると思うんですけど、医師が医学者、自然科学をそのまま技術的に応用するというモデルではなくて、例えば宗教的な役割ですね。そういった役割なんかも担っていくのかなみたいなことをちょっと何となく感じているんですけど、質問は、さっきの科学に対しての付き合い方の話から展開していただいて、先生の、お医者さんの将来像ですね、将来の医師というのは、科学がなくなることはないかと先生はおっしゃいましたから、科学何割ぐらいで、それ以外、それ以外をぜひ言葉をいただきたいんですけど、科学以外だと何なのか。私はちょっと宗教と言いました。宗教でもいいと思いますけども、それが何割ぐらいみたいなイメージなのかを教えてくださいませんか。

紅谷 ありがとうございます。おっしゃるとおりで、どちらかというところ、もともと医療って先生がおっしゃる宗教的な要素だったりとか、文化人類学的な立ち位置とか存在意義はすごくあったはずなんですけども、僕が申し上げた1970年から2000年にかけてはそういう宗教的であるべきではないとか、よりエビデンスがなければならぬとかという方向に、そっちを磨く50年だったなというふうな意味で、決して否定的な意味ではなく、それがすごく大事にされて、第一義として大事にされた時代だったなと。

ただ、それは高度発達の時代でみんなが同じものを目指していた時期、マイカー、マイホームをみんな持って、サラリーマンになるのが目標で、子どもが2人で2階建ての家を建てるのがゴールみたいな、全員が同じ目標を持っていた時代に、病気になったらみんなが同じ医療を受けたいと思っていた時代。がんになれば手術をして、お医者さんの言うとおりにというのが、それがスタンダードだった時代から、私はがんになっても手術はするけど抗がん剤は嫌だわとかいうふうを選ぶ時代に、多様性の時代になってきたときに、みんなが画一的に、人はこういうふうにするものだよという発想でうまくいなくなってくるという意味で、エビデンスで正しいもの、o×か、100点か0点しかないというのではなくて、私はカラフルに、私は赤が好きだ、青が好きだというふうな、どれが正しいとか、点数が高い、低いではない選択肢が出てくる時代になってくるという意味で、数字で測れる、ゼロか100なら100がいいし、81と80なら81の方がいいに決まってるじゃんみたいなのが科学が行き過ぎた状態というふうに僕は思っています。

なので、あなたにとっての60点は私にとっての100点だったりすることもあるよねみたいなことを見ていく時代になるといいなというのが先ほどの科学という意味での言葉の使った意味でした。

そこに対しての割合ですとか、じゃ、科学じゃない方の存在は何かということでは、僕はこれ、すごく悩みつななんですけど、この後の質問で聞かれるかなと思ったところからすると、半々なんじゃないかなと。というのは、もっと科学的な、僕が先ほど申し上げた、そういう堅い、数字優先の意味の科学の割合はもっと低くてもいい気はするんですけども、一緒に働く仲間、看護師だったりとか介護職だったりとか、宗教家とかと連携することによって、医者としての役割として医学、自然科学としての科学をしっかり分かっているという方の役割が求められるだろうという意味で半々ぐらいと思っています。

反対側にあるものは、先生がおっしゃる宗教もそうだし、医療文化人類学とかというのも最近出てきている分野としてありますし、あとはアートとか文化、芸術、こっちは非常に重要じゃないかと最近も思っています。去年から、僕、軽井沢で始めたプロジェクトの方は、アートをかなり医療の中に、病院の壁を色を塗りましょうというレベルの話じゃなくて、アートを中心にしている人と一緒に医療をやるような感じで、去年やったのは、医学生が3週間インターンに来たんですけども、インターンのまとめの発表を、スライドを作らせるとかではなくて、ダンスで表現していただくというワークショップをやったんですけど、彼女、その研修に来た医学生は実は障害を持っている医学生だったこともあって、身体障害がありながら医学生で、うちで3週間実習する中で学んだこと、感じたことというのを自分で選んだ音楽と自分で振りつけたダンスで表現して、それを地域の子どもたちと一緒にみんなで見て、あのお姉さんは3週間、ここで医者の、医学部の実習として来て、きょう発表するよというのを地域のおじいちゃん、おばあちゃんとか、子どもたちと一緒に見るというのをやったんですけど、何かすごくぐっと来るなと、いいなというふうに思ったんですね。高齢化がこれを単にイベントごとではなくて、大事だと感じたところを発信していかなきゃと思ってまとめようとしているところですけど、アートというのも今後ポイントになるなというふうには思います。

錦織 ありがとうございます。金子先生にお返しします。

金子 ありがとうございます。中山先生、もし何かあれば。

中山 紅谷先生、どうもありがとうございます。すばらしいお話、すごく感銘しました。ありがとうございます。

私は1887年の大学卒業で、一番この中でおっさんなんですけども、本当に87年って昭和62年なんですけれども、そのころって本当にライフサイエンス一辺倒だったんですよ。まだEDMすら生まれていなかったから、ライフサイエンス一辺倒で。そのときに、学生時代に全人的医療というのがちょっとブームだったことがあったんですね。それが1970年代にバイオメディカルなモデルだけじゃなくて、バイオサイコソシアルモデルというの

を、ここにいる方も皆さん聞かれたと思うんですけども、それを日本では新進医学の先生たちが、いわゆる九大の初代の診療内科の池見西次郎先生とか、日野原重明先生とか、中川米造先生辺りがその概念をもうちょっと広めて、それを若い学生たちに吹き込まれた世代なんですね、僕ら。でも、そういうふうに言われたのは1980年代なんだけど、なかなかそれって遅々として進んでこなくて、今の医学教育って、本当に今の世の中のニーズにどれだけ合っているのかなという、今、僕らは本当にその中にいてすごくもどかしい思いをしています。

先生に教えていただきたいのは、特に今後10年間で在宅の場での看取り、終末期、看取りについてです。この10年間でどんな変化があったかと。数的な変化と、もしかしたら質的な変化があったのかもしれないんですけど、そこら辺、ちょっと教えていただくと今後を考えると何か手がかりになるかなと思いました。お願いします。

紅谷 ありがとうございます。在宅医療での看取りを中心に聞きたいということですね。実際、10年前ぐらいとか、在宅医療というのが25年前ぐらいから在宅医療が必要だということで制度も少しずつ整って行って、20年前に介護保険が動き出してという経過があって、在宅支援診療所みたいな、制度も結構後押しになって、本来やりたかったけども制度がないのでできなかったという人たちが取り組み始めたのが20年前ぐらいかなと思うので、僕が実際に在宅医療をメインでやり出した10年間の変化としては、在宅死亡率、在宅で亡くなる方の割合というのが12%ぐらいまで、一番少なくてそこぐらい、1割ぐらいまで下がって行って、もともと1940年、50年が9割在宅、1割病院だったところから1976年にクロスして病院で死ぬ方が8割以上になった。そこから今、10年たってどうなったかという、そんなに変わってないんですね。少しは在宅で亡くなる方が割合としては増えてはいるんですけども、そんなに劇的に50%、50%になったかというそうではなくて、施設をどう扱うかによって結構数字は変わっちゃうんですけども、そういう意味で僕が10年前に在宅医療をメインでやろうと思ったときには10年もすればもっと変わっているのかと思っていたことを思うと、思ったほどの在宅死亡率の増加がないというのがあります。

ただ地域差は少しずつあって、地域で在宅看取りがほかの地域に比べて進んでいる地域は多職種連携だったりとか、地域の中での医療介護連携なんかがちゃんと進んでいる地域で増えてきているなどという印象はあります。僕たちも数としてはどんどん増えてはいつているんですが、ただ死ぬ方も増えているので割合としてはそんなに変わらないという現状かなと思います。

今後、一旦最初の10年でぐっと増えた感覚は、地域包括ケアと呼ばれる病身連携だったりとか、医療・介護連携だったりとかが進んでいっていることが1つ後押しになったことは地域差を見ても明らかなんですが、ここから先もう1つ進めるときに考えなきゃいけないと思うのは、介護保険を作られた唐沢剛先生がおっしゃっている、最近おっしゃっている地域包括ケアというのは縦の地域包括ケアと横の地域包括ケアという図が最近使われているかと思うんですけども、医療・介護連携という縦の、医療と介護とか、病院と診療所みたいな縦の連携だけじゃなくて、横は生活を支える仕組みという意味の横の地域包括ケアが必要で、縦の方は比較的制度があって、医療と介護が連携すると点数をつけるとか、介護保険、医療保険とかという縦の軸は比較的点数もあるので動きやすいんだけど、生活を支える、例えば買物難民の方たちをどうするのかとか、公共交通機関をどうするのかという発想も同時に動いていかないと、地域で最後まで住まい続けるということが難しくなってきたときに、やっぱり医療と介護だけでは生活は支えきれないということもここ最近で分かっているところで、横の軸をどう開いていくかというのが今後課題になってくる、そこにはひょっとしたら制度も必要だし、お金が動く仕組みもないと進んでいかないとはいえんですけども、そういうところが今後出てきたときに、そういうときにまたあらためて、医療者だったり、医者だったりの役割、そういう場での役割って何だろうという議論も当然必要になるかなとは思っています。

看取りに関して言うと、最近、僕もかかわっているACP、人生会議という言葉が出てきたりしていて、そういうことの大事さというのがいろんな形で、ちょっと吉本とうまくいかなかったりしながら広がっているんですけども、感覚としてですけども、以前よりはそういうことを話し合っているご家族に出会うことは増えました。昔は本当にこんなことになるなんてだったりとか、どうしていいかわからないというので在宅とつながる方が多かったです。最近では以前から家族と話をしている、じいちゃんがそういう病気になったら病院じゃなくて家にいたいと言ってたよねみたいなこととかが比較的話されている家族が、数字を数えているわけじゃないですけども、現場の感覚としては増えてきているなというふうには感じてます。

中山 どうもありがとうございます。今回のコアカリって、大体15年後ぐらい、10年から15年後ぐらいの医者をイメージするみたいなので、そのころすごく大事になってくるんじゃないかなとあらためて思います。ありがとうございます。

紅谷 ありがとうございます。

金子 ありがとうございます。松島先生、追加で質問はありますか。

松島 聞こえてますか。

金子 大丈夫です。

松島 紅谷先生、ありがとうございます。少し簡単に追加に質問ですけども、私も1970年代からの科学的な医療にまみれたという発想がすごく新鮮というか、確かにそうだなと思いつながら聞いたんですけど、これから、例えば20年、30年後の高齢者って、私たちみたいなABPMにまみれた医療を見てきた人たちが患者側として存在するなというのを想像すると、何となくそういった科学的な医療ばかりがいいことなのかということを、それが自然だと思ってしまう患者さんへの需要はどうかかなというのがちょっと興味を持ったんですけど、先生は今、地域に出て、今の高齢者の方は比較的ACPのことも少し浸透してきているというふうにお考えということなんですが、今度の患者さん像というか、考え方としてもちょっと変わってくるのか、それこそ私

たちが家庭医としてもっと早くから浸透して考え方をもっと共有すべきなのか。そういった患者さんの変化ってどうお考えですか。

紅谷 ありがとうございます。イメージ的に言うと、先生がおっしゃるとおりの、今からの、いわゆる50代、60代の方が、病気になったら病院に行けば治してもらえて当たり前というような発想でいらっしゃる方が多くて、高齢の方ほどそういう自然医療みたいなものも求めるようなイメージかと僕も思っていたんですが、実際は、僕の感じているものはですけども、逆に80代の方が、我々家庭医にかかっている、せきが続くんだから呼吸器内科にそろそろ紹介してくださいよなんて言うのはその世代の方も結構いらっしゃる、ある意味ひょっとすると、というのは、平均寿命がこの数年でどんどん上がっているというのは当然あると思うんですよ。今の高齢者ってまだ見ぬ高齢世代を生きていると思うんです。自分の親はこんなに長生きしてはなかったもので、90歳、100歳みたいなものは未知の世界みたいなものに進んでいっている。そういう意味では我々のもう1つ下の世代の方が80、90まで生きるリスクみたいな、生きたときどうするんだみたいなことも考えながら過ごしているということもあって、実際はあまり年齢で区切るというよりは、経験とか家族構成とかの影響が大きいし、50代、60代で、比較的若く難病とか、がんになられて我々と出会う患者さんも、結構情報が多いというのはあると思います。医学リテラシーというか、情報が多いからこそ自分で選ぶという、お医者さんにお任せしますという言葉で終わるのはもう1つ上の80代以上の世代が多くて、50代、60代は自分で情報を集めたり、自分で判断したりしなきゃなと思っている感覚は何となく現場で感じますね。

松島 ありがとうございます。

金子 ありがとうございます。それでは、非常に興味深い話がいっぱい出てきているんですけど、お話を進めたいと思っていて、先生がさっき触れていただいたときもあると思うんですけど、先生が今おっしゃってくれたような社会の変化とか、それに対応していたり、チームの中で活躍しているとか、チームでやっていけるような医師というお話があったと思うんですけど、そういうことに関して、医学教育の中でそれをどのように扱っていくべきか、特に今回、卒前ということに主にはなると思うんですけど、医学教育の中でそういうことをどう取り入れていくかということに関して、先生のお考えを伺えればと思います。

紅谷 ありがとうございます。先ほど申し上げたように、いわゆるAIを含めた先進医療、科学的先進医療というのも当然もっと必要だし、一方で、さっき僕がお話したような、どちらかというと宗教とか文化人類学も含めた視点も必要だというふうに考えると、医学部でやらなきゃいけないことばかりどんどん増えていくと、どう6年間に詰め込むんだという話にもきつくなれると思うんですけど、なので、どういう区切りが要るのは先生方にお任せするとしてですけど、やはりどちらかというと、我々みたいに地域医療を、僕らの時代、僕は医者、21年目なので、2001年卒業のころに地域医療に進みますという100人に1人ぐらいの感覚だった。最近では100人に10人ぐらい、そういう目線も持っていたいなみたいな子がいる印象がありますので、これが何となく、人数で割る意味はないんですけども、学びのボリュームとして科学的なことを、これだけ科学的なことを6年間学んできたのに、1週間か2週間だけ経験した地域医療の方に行くのみたいなのが僕らのときの感覚だったので、やっぱり学びとしては半々があって、実際、学生さんがどっちへ進むかというのはおいておいて、半々ぐらいは、僕が言う科学的な医学とそうではない方の医学が両方当たり前だよという学びがあるといいなと思います。科学的な方に行く。つまり医局に入って、途中大学院にも行って、顕微鏡をのぞく時代がある方がメインストリームで、地域に出て農作業をしているじいちゃん、ばあちゃんと話している時間があるのはマニアックな医者みたいな感じがどうしてもあるので、半々ぐらい、そっちも医療だよ、そっちも医者の仕事として大事だよというのみんなが思いながら、そうか、その中のあなたは科学的な方に進むのね、あなたは地域の方に進むのね、あなたは行政に進むのねみたいなのがどれも対等にある、対等に今はないと思っていて、対等でないのは教育の中でその成分がすごく少ないからだったり、そこがないがしろにされていたり、軽く扱われていたりするからかなというふうに思うので、ボリューム、時間数が半々である必要はないと思うんですけども、対等に存在するように学べたらいいなと思います。

そういう意味では、きょうの議論とはちょっとずれるのかもしれないですけども、医者は理系の仕事なのかというところも1つ、疑問が出てくるところかなとは、これは僕もどちらかというと超理系で、文系科目でまったく点数が取れず、大学を選ぶみたいな人だったことも。ですけど、地域医療をやるうちにすごく文系的な力だったり、もう1個、アートの力というのが必要だなということは感じますので、理系と文系をどう合流するのも大事なんじゃないかなとは最近思います。

なので、分けるというよりは両方理解することの重要さというか、科学的なAIとかをばりばり研究されて実践される医療者も地域医療とか文化人類学的アプローチとか、アートと医療の融合みたいなものにもある程度、それは確かに学生のときに習って知ってるよとか、それもいいよねというような理解が進んでいて、逆に地域の方でやる医療者も科学的なことも当然大事だと分かっている。そういうふうな形になるといいなというふうには思います。

あと、これは多分全国的には変わってきているのかもしれないんですけど、福井でやっていると感じるんですけど、ICFモデル。

金子 リハビリの。分かります。

紅谷 生活機能でやっていくもの、このICFの視点というのが医者が知らない、医学生もICFを知らない子が多くて、看護とかリハとか、もっと言えば介護とか保育とか、かなりみんなICFをベースに、つまり病気で分類するんじゃなくて生活機能で分類というか、生活機能に応じて必要なものが変わってくるよというのが医学部、医者以外では当たり前になっているけど、医者だけが病気で分類するというのを学んで、そこで突然多職種連携

で看護とヘルパーと組んでいくというときに、一番言葉が通じないなと思うところは、このICFを知っているか、知らないかだととても感じます。

つまり、具体的に言うと、例えば、救急外来で働いているときは、この脳卒中の方が脳梗塞なのか、脳出血なのかというのは大問題ぐらい大きな違いで、その鑑別を間違ったらぶん殴られるぐらい違う話をしているんですけど、慢性期医療でリハビリをしながら自宅でどうやってこの人がやりたかった趣味のカメラを取り戻すかみたいな話をするときに、脳梗塞だったか、脳出血だったか、もはやどうでもよくなっていて、むしろどういふ麻痺が残っていて、何が不便で、この人は何をやりたいと思って家に帰ってきたのかということに注目することが大事なんですけど、医者はICFを学んでないので、そこの発想が結構なくて、ずれていて、なかなか具体的にその人の人生や生活を支えるアドバイスができなかったり、看護師やリハ職に具体的な指示が出せなかったりするという場面が結構あるなと感じていますので、ICFとか、実際の医療のことだったりとか、病気の疾病分類と生活機能分類という軸が縦軸と横軸として両方大事なんだということをもっと知っているといいなというふうには感じます。

金子 ありがとうございます。2008年卒なんですけど、確かに100人学年にいて、僕ぐらい、へき地へ行きたいとか、島に行きたいとか、僕ぐらいだったかなという気はしたり、そういう感じですけど、確かに最近、やっぱり地域でやりたいとか、総合診療とか、あとは在宅に興味があるとかという人が学生さんでも増えているのかなと思っていて、先生のおっしゃっているような実感を僕も持っています。

半々ぐらいというお話が非常におもしろいなと思ったんですけど、先生のイメージでいいんですけど、例えば文化人類学みたいな、授業としてそういうのがあるみたいなことがイメージされているのか、例えばアートとか、人類学とか、名前をつけて授業を行うみたいな方向はあるっちゃあると思うんですけど、そういうものをイメージされているのか、例えば地域医療実習みたいなものももっと増えるみたいなことなのかとか、本当に先生のイメージでいいんですけど、どういう形だとみんなが両方の大事さ、先生のおっしゃる科学的なもの、宗教とかアートのなものとのバランスが半々ぐらい大事だと考えられるような構成になるのかなと思って。

紅谷 それは難しいと思っていて、知識としてやっぱり、どうしても大学の授業をイメージすれば、知識からまず入るといふ順番は自分も受けていて大事だなと思うんですけど、きっかけの気づきみたいなものって現場というところで感じるの、ただそのときに、医者が用意する場所だけじゃなくて、例えば最近ですと医療文化人類学というのを肩書にされている磯野先生という先生。

金子 分かります。

紅谷 その先生と一緒に半年間ぐらい参加者と伴走しながら、医療と生活とか、人生とかというのを考えるワークショップ的なことを一緒にやらせていただいたんですけども、非常に磯野先生がおっしゃる現場みたいな感覚って、多分医学部の実習ではない。例えば摂食障害の方とじっくり半年ぐらい向き合っていくみたいな実習って、僕らはやったことはないんですけど、磯野先生の教室、文化人類学の教室だとそれが発想としてそこに存在していることはすごいよいなと思ったりとか、例えば、東京大学の熊谷晋一郎先生とか、そういうふう生まれつきの障害を持ちながら過ごしている方の中にどういうふうにつながっているかというところで、最近、医学生でもそういう現場を見たいと言って来る子とか、正直、1年間大学を休学して僕らのところに来てくれる子も、医学部でもそういう子もちょっと増えてきたなという印象はあるんですけど、そういう子たちが求めるものというのは、本当に現場に時間をかけてたずむという行為を非常に求めてくる子が多いなというふうに感じます。

具体的に今まで来た医学部を休学してきた子でやってきたことで言うと、うちの医療的ケア児のサポートのチームに半年近くじっくり向き合っ、医療的ケア児を抱える家族とずっと半日ぐらいお話しするようなこととか、一緒にキャンプに出かけるみたいなところを共有したりするところが非常に熱心にやられたりとか、あとはちょっとそこは変な取り組みですが、路上生活体験をしたいと言って、路上生活、1カ月ぐらい路上生活者の方のサポートではなくて路上生活の仕方をやるというのをやりたくてやってた子もいました。フィードバックとかをしていると、非常にそこで気づきとか学びが視点としてとてもおもしろかったなと思ったので、そういうのもよいなと思うし、そういうちょっと、あとは学校医としてかかわっている子どもたちへの支援だったり、そういう現場の中から、そこで結果的に医師でもある共感が出てきて、医者である共感がそのフィードバックとか指導をするだけでは、依存性というのがやられているのを聞くと、医者の発想じゃないからいいんだなというところなので、それはちょっと横断型の先生たちがいて、フィードバックだったり、企画をしてくれるとずいぶん違うんだろうなと思います。ここに関しては、さっき申し上げたようなアートとかの分もそうかなと。

最近、東京藝術大学から講演の依頼をいただいて、福祉と芸術というタイトルのセッションだったりをして、芸術側からは近づいてきてくれている感じがあるんですけど、医療側がそちらに向かえているのかみたいなところはもうひとつ考えなきゃいけないところだなというふうに考えたりします。膨らむ一方で、すみません。

金子 いえいえ、すごくおもしろいです。ありがとうございます。僕もこの間、横浜市大の学生がプライマリケアの勉強会をしてほしいと言われて、どういうテーマでやろうかねと言ったら、僕は臨床推論とか、そういうのかなと思ったら、ホームレスの人のケアの話をしてくれと言われて、こういうニーズがあるんだなと思って、僕もちょっとだけかかわっているんですけど、もっとかかわっている先生に来てもらってお話ししてもらったとかしたんですけど、すごくおもしろいなと思って。

先生にちょっと、ぜひ今の流れで聞きたいんですけど、ICFとかは僕も先生のお話を聞いて、本当に別にみんながというか、100人いたら100人やった方がいいことなのかという、先生もそういう文脈で話されているのかなと思ったんですけど、例えば、今お話があったように、ちょっとマニアックなというか、特殊なという表現をされていたと思うんですけど、そういう地域に出ていって、ホームレスの体験、路上生活の体験とかでもいい

ですし、泊まり込みで何か一緒にキャンプに行ったりとかというのって、みんなやりなさいと言うと、僕のイメージだと嫌だけど行くみたいなのも出ちゃうときもそういう実習であるかなと思うんですけど、それをみんながやるようなものにした方がいいか、例えば選択ができるようにした方がいいのかとか、どういう形で提供するのかがいいとお考えはありますか。

紅谷 僕自身もたぶん医学生のとときにそんなコマがあったら、本当に嫌だったろうなと思うので、気持ちはとても分かりつつですけど、逆に分野を横断した人たちの声が聞ける状態になっていることというのはとても医者になってからも大事なんだと。ただ、僕が経験した医学部の授業って、やっぱりひたすら学問を教わる部分だったのかなと思うんですね。臨床実習に行ったら、患者さんとの対話よりも、その患者さんの疾患だったりとか、疾病についてをレポートせよというものばかりで、患者さんの私生活のこととかをゆっくり聞いてる学生は怒られるみたいなのが、当時はそういう感覚が結構あったので、あくまでもじっくり話を聞くとか、患者さんと趣味が一緒だったから盛り上がるみたいなのというのは、あまり当時はポジティブ、まったくポジティブではなかったんですが、こういう文化人類学的なアプローチとかアートという分にはCIFという文脈も大事だよということが出てくれば、そういう自分と趣味が合う人がいたときにICFの議論の延長上にそういう話ができることだったりとかというのは経験としては大事だなと思うんですね。

そう思うと、たぶん大学病院実習というものの自体が既にかなりバイオモデルに、バイオメディカルモデルに集約するような仕組みになっていると思うので、地域医療とか、選択としてでもいいと思うんです。選択したそれぞれが、嫌々行く人もいるかもしれないし、本当は3カ所行きたいけど、選択だから2カ所選ばなきゃいけないみたいな子がいるにしても、学年の中で、大学の中でそういうのがシェアされていくことの意味というのはあるかなとは思いますが。なので、コマとして選択の中にこういうのがしっかりあって、カリキュラムの中にこういう文化人類学とかアートとか、ホームレスケアだったりとか、LGBTQだとか、そういうことが実習の中にしっかりあること自体に価値があるんだろうと今は思っています。本当はもっと濃くした方がいいと、僕は多少強引にでも行くことで気づきが得られると思うんですけど、その現場の医療者とかにフィードバック技術がないと、単に見学で終わってしまうと、きょう話しているような伝えたいことにたどり着かないことも多いだろうと思ってしまいますので、そこは難しいととても思っています。

金子 ありがとうございます。そうですね。地域医療実習とかもかなり、大学によっていろいろで、本当に地域に行ってもらおうと行ってもらうけど、行ってもらった先がすごくバイオメディカルなクリニックだったりとかということもしばしばあるので、目的が何かとかにもよるかなと思うんですけど。ありがとうございます。

あと、僕が思い出したのは、僕は学生のとときにポリクリで、先生がおっしゃっていたみたいに、小児科で長く入院している子がいて、ずっと空いている時間はしゃべってたんですよ。ほかの科のローテーションに行っても、そこに行って、プレイルームで遊んだりとか、部活の試合とか、その子が、グラウンドがすぐそこだったので見に来てくれたりとか、そういうのってすごく、今、ほかの実習で学んだことは覚えてないけど、それはすごく覚えてて、今も毎年賞状をくれるんですけど、その子は大きくなって、この間就職、もうすぐするよとか、学校、高校行ったよというのをくれると、ポリクリよかったなというのが、それだけなんですけど、やっぱりそういうのってすごく大事だし、なかなか大学の中でそういうことに価値を置くというのがたぶん難しいのであれば、地域でやっていくというのがすごく必要だろうなと思いました。

今のお話とつながってきて、もう先生にお話ししたいたところもあるんですけど、誰がどう教えるかということに関しては、大学の、例えば中中というのと、授業とか病院でという大学の話と外の話とかで、先生が誰がどうそういったところを教えていくかということに関して先生の、こうであった方がいいんじゃないかとか、いろいろ横断されている方とか医者じゃない方のフィードバックってすごく聞いて大事だなと思ったんですけど、それ以外とかでももしあれば教えていただいていた方がいいですか。

紅谷 ありがとうございます。これ、すごい難しい質問だなと思って、さっき言ったように、それこそ磯野先生みたいな人が全大学にいらっしやれば、そこに関してはお任せできるんでしょうけど、きっとそうもいかないというときに、これはとても難しいところだと思います。

ただ、学問としての知識として整理してまとめて教えるみたいなものであれば、それこそ磯野先生のものであれば今はオンラインとかウェブ版とか、オンデマンドみたいなものでも知識的なところは共有できるとすると、そういう、ちょっととんがったことをやっているところに関しては、すべての50の大学、すべて磯野先生の講義をオンデマンドで見たらいいんじゃないかとあって、あとは現場でどういうふうにあてがうというか、現場を見つけるかということと、現場の実習に関しては、僕自身は、僕は教育というよりは現場教育しかやっていないので、セッティングとフィードバック、いろいろ目標設定とか、教育のステージはあれど、こういう分野に関してはフィードバックと共有というところ、セッティングさえちゃんとしてあればフィードバックでかなりレベルというか、理解を深めることはできるんじゃないかなと、成人教育であればできるんじゃないかなという気は少しして、ある程度学生の温度差とか幅があると思うので、その辺はちょっと僕は分からないですけど、ある程度思いのある、人を幸せにしたいぞという思いで医学部に入ってきた子たちであれば、セッティングがちゃんと整っているところまではコーディネートしてあげて、それぞれの現場を1週間なり、1カ月なり、見てきたものを持ち帰ってきたことをフィードバックが得意な、ちゃんとフィードバックができる共感が、その現場のことは知らなくてもどうだったというところから気づいたことはとか、もっと次、何したい？というところのフィードバックというところに力を入れることで引き出していく、その作業をほかの学生も見てという視野の仕方でも詳しい人がいないと教えられないという発想になるので、フィードバックと、そのフィードバックそのものの予想を共有したり発信することでいくつかの場所に分かれた実習を共有したり、全員の気づきにすることができたらいいなみたいに、この質問を見たときには思いました。

金子 ありがとうございます。フィードバックは僕も現場で働いていてかなり人によって差があるな、指導する側の人の差がかなりあるなどと思うので、それをみんながある程度できるとか、それに慣れていくみたいなのは、卒前教育というよりはF1みたいな話になるのかもしれないんですけど、すごく大事だなと思います。

紅谷 それこそ1年単位とかで、学生さんたち、幅があることはもちろんあれなんですけれども、学生さんたちでも結構ファシリテーションとかを勉強している子とかいる印象があって、学生同士の相互教育だったりというのもの、早い段階でフィードバックって大事なことだったりとか、これがどういう価値があるのかということを中心から理解した人たちがいれば、ひょっとしたら学生同士でも、フィードバックが得意な教員が来るという発想だけじゃなくて、同年度の学生の中でそれを磨くような仕組みとか、あとは縦割り系ですよ。最近、小学校とかでもありますが、学年横断、学年を縦に割ったグループでやるようなアプローチの中に、例えば5年生、6年生が1年生、2年生にフィードバックするということとかで気づきが増えるみたいなこととかがあってもいいのかも。当然、その技術とか経験は医者になってからも役に立つと思うので、というふうに思いました。

金子 ありがとうございます。それはすごくすばらしいです。先生が途中でおっしゃっていた、医療に求められるものとか、社会が変化していく中で、それに対応していくというお話があったと思うんですけど、具体的にこういうふうになるからこうするというのではなくて、今後もっと変わっていったときとかに対応できるような、変化に対応できるような医療者になっていくということに関して卒前でこういうことはやっておいた方がいいんじゃないとか、こういう内容があった方がいいんじゃないかみたいなことってありますか。

紅谷 ちょっと曖昧な言い方にはなってしまうので申し訳ないですけど、プロセスの部分というか、どういう達成目標のゴールが、どうしてもシラバスアプローチ的なというか、ここまでできたらゴールみたいなものを作らなきゃいけないと思うんですけども、自分で課題、これは既に議論されていることかもしれない、いかに課題に向かってどうアプローチしていくかというプロセスの態度だったりとか、プロセスのところ自体が目標になっているというのはとても大事だろうと思うんですね。実際それをどういうふうに身につけるかで言うと、こういう課題があってこういう解決をしていますという結論まで見えているものを学ぶのではなくて、現在進行形の課題が今の日本にはたくさんあふれてくるわけなので、高齢化社会ってどういう解決をしたらいいんだろうかと誰も分からない問いなんですけども、それが、答えが出てから知識として学生に教えるというよりは、一緒に困ろうとか、一緒に悩もうとか、一緒に考えようみたいな、しかもそれは医学部の仲間とか医者、ドクターとかだけじゃなくて、地域に出ていって、地域の商店街の人と一緒に悩むみたいな、そういうプロセスをシェアできるものは大事、になったらいいなと思います。これは難しい。

金子 でも、それはすごく、そうですね。ありがとうございます。

あと、錦織先生、松島先生、何か追加で質問とかあれば、お願いします。

松島 ありがとうございます。非常に興味深く、永遠に聞いていたい感じなんですけれども、コアカリを考える上で、先生が言われたことってすごく入れていきたい内容である反面、自分自身が結構知識重視型で講義を受けてきて、今もそれは続いてはいるわけなんですけれども、配分がもし半々となった場合、例えば、国家試験が知識レベル中心なんですけれど、今のレベルのまま必要なのか、そうだとすれば知識量としては同じように時間軸は必要になってくるので、どのような配分というか、知識としてのゴールを先生としてどこまで必要と思われるかということを知りたいんですけど。

紅谷 いや、それは難しい。ただ、例えば熱心に僕らのところの地域に暇さえあれば実習に来るような学生たちがどんどん留年していくかというところ、そうではないということも見てみると、同時進行は不可能じゃないと思いますし、僕自身の経験でも、先に薬理学とか生化学みたいなものは、意味は分からないけど頑張って覚えなきゃみたいなものが、臨床実習に行き初めて、そういうことだったのかみたいなことが分かる順番ってあったかと思うんですけども、そういうのの繰り返しを、僕らのときは1、2、3年でやったことはよく分からないまま頭に詰め込んで、4、5、6でそういうことだったのかがおさらいされるみたいな順番だった気がするんですけど、そういうサイクルがもっと早くてもいいのかもしれないと思うんです。1年の前半でICFとかそういうことを学んで、後半に、それこそホームレスとか、いろんなところに行き、ICF、前半で習ったのはこういうことかと。2年の続きは解剖とか生化学をやって、そのまま一旦病院の実習に出て、こういうふうには解剖とか生化学で学んだことって現場で使われているんだなと思うという、サイクルを早くするというのはいいいのかなというふうには思ったりはしますけど。

松島 なるほど。ありがとうございます。私たちも遊んでた時間とかをもっと有効に使えばよかったなと思うと、おそらくEarly Exposureでもっと人類学的内容を講義で取り組んでいたら、その後の時間の使い方も違ったし、知識自体を入れる時間は十分あったなとは思っています。ありがとうございます。

紅谷 今の学生、すごい熱心な子はものすごい熱心だなと思って感動してしまう。

松島 ありがとうございます。

紅谷 ありがとうございます。

錦織 錦織から、ちょっと今回の調査研究班が対象としている医学教育モデル・コア・カリキュラムの文脈に、かなりぐっと寄せた質問をさせていただいたので、ちょっと先生の今のスタンスから若干遠いところの質問になることをご了承ください。チャットに今から投げる文章、ざっと読めますでしょうか。今届きました。

紅谷 はい、届きました。

錦織 これが前回のモデル・コア・カリキュラムで改訂した際に新しく導入した医療人類学、医療社会学に関連した項目です。私自身、この部分にはかなり深くかかわりまして、先生と同じような問題意識を持っていたのと、私自身、医療人類学者の知り合いが結構多くて、医学教育の中にこういったものを組み込んでいくのは社会に将来像を考えるのが必要だろうというふうに強く思っています。

ざっと眺めていただいて結構ですので、これも踏まえながらなんですけど、さっき先生がおもしろいとおっしゃっておられて、磯野さん、私も知っているんですが、授業をみんなに聞かせたらいいんじゃないかということが1つ、先生がおっしゃられて、もう1つはフィードバックが難しいとおっしゃられた。そのとおりだなと私も思います。地域に学生を出しても、そこでああいう人文社会科学的な視点でコメントをしたり、フィードバックしてくれる人がいないと、そういう視点はなかなか身につかないんです。ちょっと机上の空論になってもいいので、医学教育の中に人文社会科学、また同じように科学ということをごここではあえて使いますが、組み込もうとしたときにどういうふうにすればいいかなという問いについて先生のお考えを教えてください。

紅谷 どういうふうにすればいいか。

錦織 もうちょっと具体的に問いに落とすと、結局金子先生が以前に送っている、誰がやるべきなのかとか、どういう状況で、セッティングをどこにするのかとか、あとは手法ですね。オンラインの取り組みだとか、いろいろあるのかもしれませんが、そういうものを包括してどういうふうにと申し述べました。

紅谷 ありがとうございます。

錦織 だいぶこちら側に寄った質問ですみません。

紅谷 いやいや、とても大事なことだと思います。そうですね……。この分野に関して、例えば今いただいたような医療人類学、医療社会学的な視点というのは、おそらく大学病院で日々BPSで言うとB中心でやっている方よりも、在宅医療とか、地域ケアにかかわっている医師、あえて医師に区切りますけど、医師は、こういうことを考えざるを得ないし、結構、例えば在宅医療学会とか、在宅医学会の方に行けば、こういうテーマの議題というのは常に並行して存在しているんですね。なので、ひょっとしたらプライマリーケア医とか、在宅医療をやっている医者というのは、こういう視点を比較的、100%知識としては学んだことはなくても存在を知っていて、ここの学習目標を見たときに、違和感が比較的少ない医師というのはどこにいるかと思ったときには、在宅医療の世界にいるんじゃないかなと僕は見てて思ったので。ただ、在宅医療に関しては、先ほど言った国策もあって、在宅医療を専門的にとか、力を入れて行うクリニックは大変日本中で増えているということは間違いのないなと思っているので、在宅医療にかかわる医者がここの部分の、たぶんかなり温度差はあります。本当に、まさにこれを実現されているような、いわゆるこの業界でも変わった在宅医もいますし、何だかんだ、家に行くけれども、基本的にはメディカル中心のアプローチをしながら、こういうことを少し考えるときもあるという幅はあるとは思いますが、おそらく大学病院だけで働いている先生よりはこの辺を考えていらっしゃるの、在宅医を活用するという仕組みはあってもいいのかもしれないと思いました。

錦織 ありがとうございます。かなり近い意見を私自身も持っていて、ここにちょっと、チャットに載せませんが、前回のモデル・コア・カリキュラムも地域医療実習というところに人類学、社会学という文字を記述したのがありまして、なかなか5年たっても現場にはそんなに届いていないという部分もありますが、大変参考になりました。ありがとうございます。

紅谷 ありがとうございます。

金子 ありがとうございます。全体的にはお時間もあれですし、いろいろ伺うことはできて非常に有意義で、すごく僕も勉強にもなるし、自分もあしたから頑張ろうという気持ちになりましたけど、これで終わりにさせてもらおうかなと思うんですけど、紅谷先生の方で、例えば、これは言っておきたいとか、何かこういうことはちょっと言い落としてしまったとか、そういうのがもしあれば教えていただいてもいいですか。

紅谷 1点、最近ちょっと僕の関心事としてやっていることで、幸せという言葉はどういうふうに医療のゴールとして置くのかみたいなところは非常に関心として、ゴールが死なさないとか、コレステロールを下げるのかという分かりやすいゴールでなくなってきたときの、今後の高齢多死時代の1つのゴールに、幸せって結構大事、漠然としているけれども大事だなと、1つは、本人主導の、つまり医者の物差しであなたは健康です、コレステロールも低いし、血圧も低いので健康ですというのと、本人の中での私は健康的ですというのギャップというのはとてもあると思うので、1つは今、僕も勉強しているオランダのポジティブヘルス、山田拓先生、今オランダに行ってるんですけど、ポジティブヘルスは、新しい時代のWHOの病気じゃないことが健康であるというのに代わる、本人主導でエネルギーを発揮できているかどうか健康だということは、僕はとても非常に変わってくるなと思って感じています。

同時に、今、福井県って、実は日本一幸せな県と言われて何年も続いているんですが、一方で、調査結果が発表になるたびに、大体福井のローカルテレビがまちかどでインタビューして、ちっともそんなこと、私は思わないわという人の意見をインタビューして歩くというのが福井県のあるあるなんですけど、実際福井県の方で、福井県とか福井新聞社とか、大学の先生とかが中心になって福井県民にとって幸せって何だろうというリサーチを、つまり調査で幸せだと言われるけど、インタビューすると必ず違うと言ってる人がインタビューに出てくることを思うと、幸せって、あの調査というのは外からの物差しで、新聞購読者数が多いとか、図書館の数が多いとか、待機児童がいなくてとかという、外からの物差しであなたの県は幸せですよと言われているだけなので、幸せってもっとポジティブヘルスと同じ発想で内側からわいて出てくるはずだから、県民はどういうときに幸せって感じているのかという調査をしたり、そこから、じゃ、何が変わればもっと幸せが高まるんだろうというのを専門職会議でやってみたり、そこからAIを使って、ここから20年、30年で福井県ってどういうふうに変化していく幅があるんだろうというのを予想していくみたいなことをちょっと、去年、おとしぐらいいに取り組みをやって、幸せというキーワードでそれぐらいおもしろいなとか、大事だし、おもしろいなと。

そのときに健康に関する幸せというのを県民アンケートで取ったときに、どういうときに健康って感じますかというアンケートを書いてもらって、プロジェクトがうまくいって、友達とビールを飲んでるときとか、家族と一緒に風呂に入っているときみたいなときに健康を感じると言っているの、誰1人、人間ドックで満点だ

ったときに健康を感じますという人は誰もいないという、僕らが提供している健康と一般の方が感じる健康とか幸せのギャップがあるなと感じたので、そういう幸せとか健康ってみたいな、健康に関しては今の医療人類学的なアプローチで、幸せってどうやって扱っていいのかというのまであまり議論がなかったなと思うので、幸せというキーワードがあると。

あと、ブータンも幸せな国で有名で、GNH、国民の幸福量みたいなアプローチも、もっとマインド的なものかと思っていたけど、実際は幸せ省という、厚労省みたいな幸せ省というところの役人が、国民に毎年、国民の1%ぐらいの人口の人たちに1時間ずつインタビューして行って、どういうときに幸せかという、国民がどう感じているかから政策を作っているというのを聞いて、幸せの扱い方というののもちゃんと、マインドで幸せですかみたいな宗教的な意味ではなくて、本当にどういうときに幸せを感じてますかということに大事にするアプローチというの今少しブータンのアプローチとか、オランダのポジティブヘルスというアプローチとか、福井県でちょっとやってみたこととかの気づきとしてもあったので、そこがつながるともっとうれしいなどは、これはどうできるという発想では全然ないんですけど、最近の個人的取り組みとして感じているところでした。すみません。いっぱいしゃべりました。

金子 ありがとうございます。すごく重要な視点だなと思います。どうしても臨床現場というか、考え方がそういうのじゃなくて、人間ドックで満点かどうかみたいなのに考えが流れがちなので、すごく大事だなと思いました。

錦織先生、松島先生、追加で何かご質問とか、ありますか。

錦織 特に大丈夫です。

松島 少しだけよろしいでしょうか。本日は本当に貴重なお話をありがとうございます。特に医療と文化人類学とかアートの融合ですとか、大変貴重なお話でしたし、参考になりました。すみません、企画班のシマダがすごい紅谷先生とのお話を楽しみにしていたんですけども、ちょっときょう、急な打ち合わせとかでなかなか出席ができなくて申し訳ございませんでした。議事録等で確認させていただければと思いますので、よろしく願いいたします。

紅谷 ありがとうございます。

松島 ありがとうございます。

金子 ありがとうございます。紅谷先生、お忙しい中、本当に時間もたくさん使ってしまって申し訳ないです。

本当にありがとうございます。

紅谷 ありがとうございます。錦織先生、実は医学教育学会とかで非常にいつも、錦織先生のことを追いかけています。

錦織 お恥ずかしいです。

紅谷 医師のプロフェッショナルリズムとか、本当に大好きで、非常に腑に落ちる。お会いできてすごく光栄でした。

錦織 こちらこそ、きょう、先生と共通の関心があるということを見ることができましたし、ここはどういうふうを持っていったらいいか。今回は政策レベルの話なんですけれども、医学部の教員のレベル、それから教育の現場のレベルといくつもあるんですね、課題が。医学教育の中の人文社会科学教育というのは、世界的にもかなりみんな難しいと感じていて、このコア・カリキュラムに文化人類学の内容が入っているなんて、アメリカもイギリスも、みんなからびっくりされてみたいな、ある意味先進的なコア・カリキュラムだったりするんです。なので、ぜひまた意見交換をさせていただいて、先生がさっき言われた役割分担とか、すごい好きな言葉で、いろんな立場の人たちが集まっていいものが作れたらなと思っていますので、今後ともどうぞよろしく願いいたします。

紅谷 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

(終了)

2) 会田 薫子氏

2021年6月7日 11:30~13:00 (90分間)

参加者：春田・松島・中山・錦織

〈インタビュー要旨〉

1. 社会の将来像について、先生にはどのような景色が見えていますでしょうか？先生のご専門分野の視点からぜひお話しいただけますか？

・超高齢社会が進展し、長寿で人生の最終段階を迎える人が増え続けるなか、老化が進行した身体に対する適切な医療に関する医学的判断を踏まえ、本人の価値観・人生観・死生観を反映した人生の物語りのなかで望ましい医療・ケアを選択することを医療・ケア従事者が支援する時代が変わっていくだろう。

・看取り文化の再構築が進むことが期待される。すでに在宅医療では変化がみられつつあるが、病院でも何かを「する」ことに重点を置くのではなく、患者・家族から話を「聴き」ともに「居る」ことと、本人の視点から人生の集大成を支援しようとする姿勢でエンドオブライフ・ケア(人生の最終段階における医療・ケア)を提供する方向に変化していくと思われる。その一環として、過去数十年間、看取りの儀式的に実施されてきた医学的に無益なCPR(心肺蘇生法)や、本人のためではなく、家族や医療・ケア従事者の情緒的安寧のために実施されてきた、末期の「せめて点滴」は行われなくなるだろう。

・老年医学と緩和ケアの協働の重要性が認識され、両方の専門医の資格を取得することが制度化され、その資格を有して活躍する医師が増えると思われる。

2. 社会が、今お話しいただいたように変わっていくと予想される中で、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか？またどのような役割を果たしていくべきだと思われませんか？

・まず最新の医学知見を踏まえた適切な医学的判断に基づき、多職種協働で本人を人として多角的に捉え、本人の生活と人生の物語りの視点から最善の意思決定を支援することを標準化していただきたい。

・医療・ケア従事者は、誰もが有限な生命の期間を生きていることを認識し、本人の人生の充実に貢献することが自らの仕事であると理解し、最期まで本人らしく生きることを支援していただきたい。それが自らの専門職としての仕事の充実につながることも体得いただきたい。

・がん患者においても非がん患者においても緩和ケアの重要性をより深く認識することを望む。緩和ケアは身体的、心理社会的、**spiritual**な側面にわたる広範で深い分野のケアなので、この点についてもより一層の多職種協働を促進して頂きたい。

3. 医療が、今お話しいただいたような役割を果たしていくと予想される中で、医師はどのような役割を担っていくと思われませんか？またどのような役割を担っていくべきだと思われませんか？またどのような役割は「担わない方が良い」と思われませんか？

・医師には医学的に最新の知見を生み出すことと、それに基づいた意思決定支援の促進をお願いしたい。特に、老化した身体に対する **evidence-based** な治療法について研究を進めて頂きたい。現在の標準治療のほとんどは、老化が進行していない被験者を対象とした臨床試験と治験によって確立されたものなので、その「標準治療」を老化(**frailty**)が進行した身体に提供するとかえって有害であることを科学的に示していただき、新たな高齢者医療の確立に向けて尽力していただきたい。

・エンドオブライフの医療・ケアの医学的知見も 20 世紀の知見からかなり更新されてきているので、新たな知見を学び、「看取り文化の再構築」に活かしていただきたい。優れた臨床実践は本人と家族にとって望ましい医療・ケアの提供と同時に一般市民の啓発につながることも認識して頂きたい。

・エンドオブライフ・ケアに関することは意思決定支援も含め様々な意味で困難なことが多い。医師が一人で意思決定の責任を背負わなくてよいことを認識し、医療・ケアチームの仲間を信頼し、一緒に対応して頂きたい。合わせて、自らの **well-being** の維持にも努めて頂きたい。

・誰も見ていなくてもプロとしてしっかり仕事をするプロフェッショナリズムの認識、患者のために医師として何をすべきかを考えるための基本的な医療倫理、つまり、医師としての職業倫理を認識して頂きたい。意思決定支援に関する厚生労働省や各医学会のガイドラインは、倫理的に適切に判断し行動する医師を前提として策定されている。

・“**comfort always**”の精神を学んでほしい。伝統的にいわれてきたように、医師という専門職の仕事の基本は“**comfort always.**”切れ味よい治療法がなく、治癒も症状軽快も困難なときでも、常に **comfort** しようとする姿勢をもって患者に対応して頂きたい。「常に緩和する」ことを職務として認識して頂きたい。

・何かを「担わなくてもよい」と決めないほうがよいのではないか。ケースバイケースで、他の職種が得意なことは相談・連携しつつ任せるというスタンスでよいのではないか。

4. 医師が、今お話しいただいたような役割を担っていくと予想される中で、医学教育では何をどのように扱っていくべきとお考えですか？特に卒業する前の学生時代に学んでおくべき内容について、お話しいただけますとありがたいです。

・エンドオブライフ・ケアの諸課題(緩和ケア、延命医療の差し控えと終了、脳死、臓器提供、関連するガイドライン/医事法等)

・医療倫理(職業倫理)

・臨床倫理(個別症例の意思決定支援: SDM、ACP、多職種協働)

・患者の闘病記を読んだり話を聴いたりして、病い体験を知ること.医療とケアの現象学

・加齢によって次第に心身が脆弱化するプロセスを生きることの意味と意味づけを考察すること

・看取りのプロセスの重要性を知ること.遺族となる家族への対応の在り方.家族の看取り体験を聴くこと.コミュニケーション・スキル.グリーフケア

・死生観に関わる哲学・倫理、宗教に関する基本的なこと. 思想・宗教によって、死生観を含めものの見方も判断基準も異なりうるということを理解すること

5. 今お話しいただいたような内容について、全ての医学生が学ぶべきかという点から考えてみると、いかがでしょうか？

・長寿社会では多くの方が数年以上の要介護状態を経て最期に至る。そして今後、2040年頃までは一層の多死社会が進展すると予測されている。こうした時代に臨床医になろうとする学生にとって、上記に関する一応の勉強は必要と思われる。

・自分の専門とする医科学をしっかり勉強し、適切に診断し、現代の医科学の進展に合わせて **evidence** にもとづいた治療法の選択肢を提示し、そのメリットとデメリットをしっかり説明し、そのうえで、それを踏まえた意思決定支援は多職種協働で行うこと. 患者の生活と人生の物語りのなかで最善の選択に至ることができるよう、SDMで合意形成を進めていただけるような医師づくり・医学教育を行ってほしい. それはエンドオブライフ・ケアについても同様であり、本人らしい人生の集大成支援のために重要なこと。

6. 今お話しいただいた内容について、誰が教えるべきだと考えますか？

- ・臨床倫理学、臨床哲学、臨床死生学などを学問の基盤にする教員
- ・現場で最期の場面を含めエンドオブライフ・ケアについて豊かな経験をもつ医師

7. 今お話しいただいた内容について、どのように教えるべきだと考えますか？

オンライン講義(real time 講義 and/or on-demand コンテンツ)

語り(ナラティブ)を用いた授業(患者さん・家族の語りを聴く、闘病記を読む)

Virtual reality などを使った授業

3) 近藤久禎氏

日時：2021年9月4日 13:00~14:15 (75分間)

参加者：松島

〈インタビュー要旨〉

キーワード：災害医療、社会危機への対応、災害危機への対応、リスクコミュニケーション、支援者としてのマインドセット

1. 社会の将来像について、先生にはどのような景色が見えていますでしょうか？先生のご専門分野の視点からぜひお話しいただけますか？

医療全般では少子高齢化と言われているが、我々の領域では頻発する災害が課題。温暖化と災害、地震が活発化、巨大災害のカウントダウンが始まっているといわれている。医療においては危機管理、健康管理が重要になってきている。

COVID-19が猛威を奮っているが、災害医療の考え方で解決できる。多くは一般災害の考え方で対応できるが、特色もある。ただその特色は福島原発におきた事象と同じだと感じている。ダイヤモンド・プリンセス号の事例のように、隔離区域が取り残されるといった事象が起きた。一般市民のみならず、まず医療者において恐怖心があり組織の機能が破綻、差別が生まれ、この連鎖が医療崩壊につながる。

ニーズとリソースのアンバランスが災害である。そのため、医療、特に救急医療の支援をできるだけ早く行うことが課題だととらえられがちだがそうではない。新たに発生する患者に注目されがちであるが、その地域の病院機能の不安定化によって、さらに多くの患者さんも危機に瀕することを意識しなければならない。情報サージがおきており、CSCATTTが原則で、対応できるシステム構築が必要。被災地に必要なものの多くは、医療支援よりも物資支援、ライフラインの維持である。

2. 社会が、今お話しいただいたように変わっていくと予想される中で、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか？またどのような役割を果たしていくべきだと思いますか？

「災害支援」。役割を限定して担うのではなく、「被災地が困っていること」を支援することが必要。

3. 医療が、今お話しいただいたような役割を果たしていくと予想される中で、医師はどのような役割を担っていくと思われませんか？またどのような役割を担っていくべきだと思いますか？またどのような役割は「担わない方が良い」と思われませんか？

災害医療はすべての医師に必要である。医師はチーム医療においてリーダー的役割を期待され、マネジメント能力が期待される。専門性によらずなんでも被災地のためにやれることをやる、別の専門・職種の内容であろうと行うべきであり、医師としての前にまず「ひとりの人間」として振舞うこと。

4. 医師が、今お話しいただいたような役割を担っていくと予想される中で、医学教育では何をどのように扱っていくべきとお考えですか？特に卒業する前の学生時代に学んでおくべき内容について、お話しいただけますとありがたいです。

「支援者」としてのマインドセットを涵養すること。医師としての自覚、自分たちがやらなければならないいけないという使命感と覚悟が必要である。災害時においては、種々の関係者間で情

報共有が必要であり、リスクコミュニケーションについても扱う必要がある。正しい医療情報の発信が求められる。

5. 今お話しいただいたような内容について、全ての医学生が学ぶべきかという点から考えてみると、いかがでしょうか？現在、文部科学省で定めている「全ての医学生が学ぶべき内容」は、事前にお送りした医学教育モデル・コア・カリキュラムの内容になります。

- ・「社会危機への対応」「災害時への対応」といった言葉で、現コアカリではA-7に該当する箇所に明記されるべき。「放射線災害」の項目と比して小さすぎる印象がある。

- ・支援と受援の関係を理解できる。支援が主体であることは当然であるが、「受援」の概念も必要である。

- ・「トリアージ＝災害医療」という誤った捉え方が危険であり、各医療機関の役割と支援を理解させるような教育が必要である。

- ・集団に対する医療、災害医療体制といった言葉で表現し、災害医療の概念を教える。

6. 今お話しいただいた内容について、誰が教えるべきだと考えますか？

災害医学の教育部門が各大学に設立されるのが理想である。文科省のプログラムで数か所の大学で災害医学の講座が設置された。修士レベルであり、全医学部には同じくらいの分量の教育が必要と考える。

専門の講座が難しければ、分野としては救急医療と公衆衛生が、講師になりうる主たる関連領域と考える。または、専門家が複数の大学の災害医学の講義を担当することは可能。動画教材の開発も行われている。

災害医療、公衆衛生や行政などの領域に関わっていくようなキャリアプランも提示できるとよい。

7. 今お話しいただいた内容について、どのように教えるべきだと考えますか？

- ・ケーススタディで多くの事例を扱い、応用力を付けること。災害医療はEBMが使えない場面であり、そのような場合でも役割を担うマインドセットが大事。

- ・シミュレーション、災害訓練への参加など、能動的な学習方法を取り入れていくことが望ましい。

- ・分量としては、看護学においては10単位ほど扱われており、医学部にも同程度は必要ではないか。参考までにDMATの講習は1週間程度の内容を4日間で行っている。

- ・IT、地震学、建築学、ロボット工学、交通関係と災害医療では各機関との連携が必要である。災害時に関わる機関の理解が必要。保安庁、自衛隊、消防、といった医療以外の職種における、平時の業務を知ることは有用である。

- ・（インタビュアーとの会話のなかから、）災害医療における医師のマインドセットと、働き方改革の概念とは矛盾する部分がある。両方が重要であり、折り合いをつけながら教育していかなければならない。

〈逐語録〉

松島 それでは、早速始めさせていただきたいと思います。1番になりますけど、今度変化していく社会を見据えてどのような医師を養成すればよいかという点について、これから対話形式で進めさせていただきます。

まず最初の質問ですが、社会の将来像について、先生にはどのような景色が見えていますでしょうか、先生のご専門分野ということでDMATの活動だったり、災害に関してだったり、それ以外にも先生が今の社会を見て危

惧されていることであれば、ご専門分野に限らず景色について、概念的な質問ですけれどもお答えいただけますか。

近藤 やはり医療を取り巻く世界は高齢化というのが最大の、少子高齢化が最大のキーワードで、そこがどうなるかということではあるんですが、われわれの世界の話だと、必ずしもそこばかりではなくて、やはり頻発する災害、温暖化に伴って水害等が増えていく。また、地震についても活動が活発になるフェーズに入っていると言われている。またそういう中で、本当に南海トラフや首都直下地震という巨大災害というのもカウントダウンが始まっていると言われているような時代だということでもありますので、そういう意味では医療の危機管理というか、健康危機管理という観点では非常に重要な時期に来ているということがあります。

昨今、この1年半か2年ぐらいは基本的な自然災害への対応ということだけではなく、コロナばかりやってきたわけでありまして、そういう中で、やってきたのは2つ大きなことがあります。1つは、多くのことは災害医療の考え方でほぼ解決できると。要はコロナ災害といっても、コロナ禍といっても、コロナ対応といっても通常災害とほとんど変わることがないし、重要とされるようなポイントはほぼ一緒であります。

一方、違うところもあるということなんですけど、違うところというのは、実はわれわれが10年前に経験した福島原発の際に起こっている事象とほぼ一緒であるということがあります。そういう意味では、やっぱり特殊な災害という意味で本当に、いわゆるNBC災害だとか、CBRNE災害と言われるような危険物を伴う災害なんですけれども、そういうものについての特徴というのが、ほぼ福島原発の焼き直しみたいなことが山のように起きています。

その2つの事象でほぼすべての構図というのは説明できるというように考えています。

広くいろんな危機がこれから増えていく中、医師としてはそういうようなことに対応していく能力は必要だろう。そういう社会に対してどうやって医療はあるべきなのかと、そういう考え方ができなきゃいけないだろうというのが1つです。

その中で、先走ってしまうのかもしれませんが、やっぱり災害医療というのはすべての医者ができなきゃ、これはどの分野でも、特に救急なんかはそうかもしれませんが、すべての医者ができなければいけない。その一方で、専門性も必要だということですので、ある一定程度、これに対して専門性を持っている医師というのがいて、そういう中にいながらすべてのドクターが基本的な知識を持っていると。そういう世界をつくっていかなくちゃいけないというような分野でもあるということだと思います。

松島 ありがとうございます。後でお話いただくのかもしれないですけど、危険物に対してといったような事象としては福島原発と同じような焼き直しが行われているということですけど、具体的にどのようなことかとお答えいただけますか。

近藤 先にネタ的な話からしてしまうと、感染症危機管理が得意であり、被ばく医療に深い造詣を持つ大学というのが長崎大学という大学でありますので。

松島 造詣が深いかはちょっと。専門家はたくさんいるという意味ではありますけども。

近藤 いろんなところで両災害とも長大の方々と一緒にお世話になっているような気がいたします。

松島 私の方こそお世話になっています。

近藤 そうい中で、まず、ちょっと散文的に話すことになると思うんですけど、事象が似ているなど。例えばダイヤモンド・プリンセス号なんていうのは行政によって突然孤立地域がつくられて、そこに多くの住民が取り残されるという事象というのは福島原発の20キロから30キロの間に5病院3福祉施設ですかね、が取り残されて、多くの住民がそこにいて、誰もそこには補給する人がいなくなってしまうというような、まったく行政が恣意的につくった隔離区域の中に多くの人が取り残されると。この事象自体がまったく一緒だなというふうに思いました。

また、そういう中で根本的な話をしていくと、怖い、新しい、よく知らない恐怖が起こるので怖いんですよ。恐怖が混乱、その組織自体が混乱すると。それが、恐怖が混乱につながって組織が崩壊していく。さらにはそれが差別という概念がまた一方で生まれて、それによってまったく負のサイクルが止まらなくなってしまうという辺りはまさにこの福島原発で本当によく見られた風景でありまして、今回も同じような事象というのが起こっているんじゃないかなというふうに思っています。ちょっと待ってくださいね。まとめたスライドがあるので、それをお見せしちゃった方が。

松島 ありがとうございます。

近藤 ちょっと待ってくださいね。今、まとめたスライドがあるので、それをお見せしちゃった方が早いかなと思って、それをちょっと今引っ張ってきているところです。

松島 ありがとうございます。

近藤 今共有していただいているスライド通りで、最初話したような行政の枠組みによる孤立地域ができていくという話と、あとは想定された枠組みですね。従来被ばく医療体制が今回で言うと新型インフルエンザとか、感染症対策のために働いていた体制というのがまったく動かないと。そういう中で相対的なリスクを評価できない一部の専門家が社会にメッセージを話し続けて萎縮させると。

当時、今も一緒、そういう話はあると思うんですけど、やっぱり当時は被ばくを避けるためには、感染を広げないためにほかのリスクはどんなにリスクでも受容するという、受容せよというようなことを言う専門家が出てくるというような話。その中、混乱の中で医療機関や施設は被害が増えていくということなんです。これは基本的には差別や風評被害を恐れての過剰反応という側面があります。被災者や対応者への差別が起こると。患者の受け入れ困難や拒否が起こって、支援者の不足。こういう差別が怖いので、差別されると嫌だから受け入れができない、拒否すると。さらにそんなのが嫌だから支援者も来ないんですね。福島はほとんど来なかった時期が

ありましたし。そういう中で一部の治療をやる人に過剰な負担がかかってしまう。偏在が起こってくると。これが左に書いているサイクルが回り続けることによって一向に解決しないような方向に出ていると。

3つ目は、ネタでこんなことが起こるんだと思った話ですけどね。当時、私も放射線スクリーニングをやってました。というのは絶対検査しろと言われるのが東海村の事案から明らかになっていたので。10日ぐらいで7万人ぐらいやったんですけどね。1カ月で十数万人のスクリーニングというのをやりましたけれども、ホールボディカウンターまでやれと言われると思わなかったのに、最終的にやれという雰囲気になりましたね。今回PCRがそういう流れになってくると。

下から2番目の問題は、多分過剰反応辺りの話と非常にリンクするんですけど、リスク認知が個人によって全然違うんですね。それがさまざまな形の分断を起こすと。逆に言うと、原子力の話の方が数値があるので分かりやすいんですけど、10ミリシーベルト/イヤーでも、/アワーでも何でもいいですけど、それぐらいが安全なのか、危険なのかということは人によって感じ方が違うんですね。それによって分断が起こってきちゃうと。そういうすべての中で防げる災害による死亡というのが起こっていくよという話なんですよ。

実はこの最初の第一歩という中は、これ、多分今日の話と少しリンクするかもしれませんが、医療者が差別するんですね、一番最初に。医療者が対応者を差別するので、これは医療者の方が一般の方々から差別を受ける。僕は当然だと思うんですけど、医療者ですら差別しているぐらいだから。世界全体がそれのことに大義名分を置いてさらなる差別が広がっていったら、この右側のサイクルが止まらないというような話は今も昔も変わらないのかなという話であります。

ちょっと話が先走っちゃいましたが、今回、札幌市に僕、お願いして、医療従事者間の差別・偏見防止についてという通知を出してもらったんですね。札幌市医師会と札幌市の市長さんが連名で出して、非常にストレートな名前の通知でおもしろいなと思っているんですけども。

松島 ほんとですね。

近藤 こんなを出してもらわなきゃいけないぐらい、やっぱりこの恐怖と混乱、差別というキーワードの中でぐるぐる回り続けて、その中で医療で言うと偏在が起こってしまっ、ますますこれが高まっていくという、この構造自体が当時の、当時はそこまで大規模に患者さんは出ませんでしたけど、実はマイクロではたくさん出て、汚染した患者さんの受け入れ拒否なんて山のように起こっているんですね。

松島 なるほど。

近藤 ちょっとあと、ネタだけで言うと、最近、1つのことしか評価しない一部専門家という話ですけど、当時は山下先生が、いやいや、怖くないんだということを散々メディアに言って、ぼろぼろにぶん殴れましたけども。

松島 そうです。すごい炎上ぶりでしたね。

近藤 感染症の世界では山下先生みたいな勇気がある人はいないのかなと思っておるという状態でありまして、泉川さん、もうちょっと頑張つてよと思うところがないわけではないです。

松島 なるほど。ありがとうございます。

やっぱり規模の違いもあるのかなとは思いますが、全国民にかかわるから。どうしても北の日本というか、相手かでボリュームも違いますし、メディアのですね。

近藤 ちょっと世間話になっちゃうと、要は福島のあの地域というのは日本にとって切り捨ててもいい地域と判断されたからああいう扱いになっちゃったのかなという気がして。やっぱり今、特に大都会中心になっているので、なかなかそういう、そこだけが問題にして切り捨てるわけにいかなくなっているというのは社会現象としてはあるんじゃないかなと思いますね。

松島 そうですね。長崎で言っても、ダイヤモンド・プリンセス号とコスタ・アトランチカ号の取り扱われ方の大きさの違いとかもやっぱり感じますし。今、結構長大でのトリアージの統括をさせてもらってるんですけど、行政とかメディアとかのかかわり方とか、そういったものの方が何か、災害とか感染とか以上に困難な部分があるなというふうに感じて、先生が災害のそのものよりも、それ以外の周りの弊害のことを一番最初におっしゃられたのがすごく印象的というか。

近藤 周りの弊害が非常に出てくるのが10年前の福島であり、今回のコロナだというふうにはわれわれは思っていて、10年前は僕らが最初の20キロ圏内の避難というのにかかわれなかった双葉病院という事案があるんですけど、450名の人員がただ避難しただけで1割ぐらいがバスの中で野垂れ死にするという事案があったので、それと同じことが放っておくとダイヤモンド・プリンセス号の中でも起こるだろうというのがDMAT隊員は、みんなそういう頭で当時からやっていたのは事実ですね。

松島 災害に対する国民のかかわり方じゃないけど、社会の対応の仕方みたいなものって、以前と、福島と今回のコロナとかで何か変わってきているなという変化はありますか。

近藤 これはまさにわれわれ災害医療やDMATの歴史そのもののお話をちょっとさせていただくと、多分、もしかしたら松島先生の頭の中でもそうなのかもしれないけど、災害医療というと何かこう、救急医療が大変になるので、救急医療が必要になった人が救急医療を受けられない状態が出てくるんじゃないかと。当然災害が起こるとたくさんのけが人が出て、そういう人たちが救急医療を受けられないがために多くの人が亡くなってしまふ。だから、救急医療をまず現場に届けなきゃいけないんだみたいなイメージで、実はDMATもそのような目的で発足したんですね。しかし、それは必ずしも事実ではない、そういうニーズは極めて全体の中で低いということが分かってきたのが、DMAT発足後の十数年間です。

具体的に、まず僕らの災害の概念のあれは、まずニーズとリソースのアンバランスというのが災害の定義の1つになっているんですけども、ニーズとリソースのアンバランスの前に、情報サージが起きてしまっ、情報の

サージによってシステムが崩壊してしまう。通常システムが崩壊してしまうので、サージに対応できるシステムを埋め込んでからじゃないと何も動かないということで、僕らの言葉で言うと CSCATTT と言われる言葉があるんですけど、コマンド・アンド・コントロールをやって、安全を確認して、コミュニケーションをしっかりと立てるような体制をつくって、しっかりとアセスメントをすると。それからでない災害医療活動というのはできないという考え方なんです。

DMATの活動は、災害医療体制をまずしっかりつくり込んでいく。県に入って県の本部を立てて、地域ごとに災害拠点病院を中心として本部を立てて、そこを基点に情報収集をしていく。それで得た情報を EMIS と言われるシステムで情報共有する。こういうことでもって災害医療体制をまずつくっていかなければいけない。ここが、全然昔と変わったことですね。

結局何とかの何の医療が足りないとか、そういう問題ではなく、病院が被害を受けるんですよ。災害によって病院が通常の機能が発揮できなくなっている。それを通常の医療ができるようにしなければいけないという話なんです。例えばとある県で、南海トラフとかそういうものの想定を考えたときに、例えば新しいけが人が6,000人ですという、今まで多くの方々、その6,000人をどうしようかという頭から考えていたんですね。だけでも、実はその地域には6万床病床があって、ということは、その地域がやられているということはこの6万人の入院患者さんの命も同様に危機にひんしている。例えば地震が起こって、ライフラインが途絶する。もしくは、台風とかでライフラインが途絶すると、この6万人の入院患者さんが、被害者が誰も出てなくても6万人の入院患者はその時点で危ないんですね、命が。ただ6,000人を救うにしても6万人を救うにしても、やっぱり地元の病院の機能がしっかりある一定程度保たれなければ、どっちにしろ、6万6,000人、全員運んで外で治すなんていうことはできないので、とにかく地元の医療ですよ。それをしっかり立てていかなきゃいけないという話になります。

そういう意味では、先ほどからのつづきになると、まず県庁や災害拠点病院に入って、県の本部、地域の本部を立てた上で被害のありそうな病院に直接行って、実際何に困っているんだということをしっかり分析をして聞き取って、そのニーズに応じて支援をしましょう。多くの場合は物資支援がメインです。とにかく電気が来ない、水が来ないと。それをどのように入れていくのか。そういう状態が続くと患者さんが亡くなるので、やっぱり患者さんを運ばなきゃいけないというシーンもあります。また、ほかの病院がつぶれちゃっているので救急患者が集中しているという病院は確かに出てくるので、そこへの救急医療支援とか、こういうことが初期の話なんですよ。当初の救急医療を現場に持っていこうみたいな、そんなニーズが全然ないんですよ、今まで経験した災害の中でほとんど。一番は東日本大震災ですけどね。だけでもやっぱり個々の病院は非常に困ってると。これを何とか助けていかなきゃいけない。全体の制度をつくって、個々の病院に行って、その手助けをしていかなきゃいけないと、こういうことが本当は災害時の支援活動なんだということが実はこの10年で変わってきたところでありまして。

松島 そうすると、次の質問にかかわってきたように思いますけど、社会の変化に応じてですが、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか。また、医療はどのような役割を果たしていくべきかというのは、この問いに関してはどうでしょうか。

近藤 そういう意味では医療支援ということより、われわれ、災害というのはどうしても支援というところと切り離せないかと思うので、災害支援に関しましては、今申し上げたような、単純に自分がやっている支援、もしくは自分ができることを被災地に売りに行くというんじゃないかなと思います。被災地の方々が困っていることを解決しに行くということが必要なので、自分はこれしかできないから、これをやるために来ましたという支援は一番迷惑で、指導しに来るといえるのは論外なわけですよ。

だから、やっぱり支援者のあるべき姿ということについては、やはり一定程度考えていかなきゃいけないということはあるんじゃないかなと思います。

松島 実際この役割をしに来ましたみたいなことで結構問題が起きたりはかつてしているんですか。

近藤 昔からたくさん、これも逆に言うと国際支援の業界ではいつもいつも、すごく古典的に言われている話だと思います。地域のニーズとかを全部無視しているんな意見だけを押しつけるという態度はよくない。残念ながら一部の感染症の専門家とか、初期の方の保健所の対応というのは自分の業務をしにクラスターが起こっている施設の中に入っていくということで、結局問題解決にならなかったという事案はありますし。

これ、実はわれわれの方でも昔ありまして、被災地の病院に行って、おまえらの外傷診療のやり方は悪いか、トリアージの動線が、ここを直さなきゃ駄目みたいなことをやって、こんな支援、二度と来てほしくないというような事案は昔からたくさんあります。僕らの領域の中に書かれているスライドでは「DMATが来ること自体が災害です」というものがあってですね。そういう中で支援というのはどうあるべきかという話をわれわれは教えていて。

竹田ハツメさんという熊本日赤の看護師さんの言葉というのを僕は常に言っていて、飾り石のような華やかな人間となるより、裏石のように目立たずとも人々を支えるような人間を目指しますということを、これを必ずかみしめて被災地に行きなさいというようなことを常に DMAT の教育の中ではある意味一番強調して言うところかもしれないと思います。

松島 ありがとうございます。

もう少し視点を細かくしていったら、医療としてというより一人一人の医師がどのような役割を担っていくことになるか、そして担っていくべきか。逆に担わない方がよいと思われることがあれば挙げていただきたいんですが。

近藤 そういう意味では、これからの医療全体もそうだと思うんですけども、やっぱりチームなんですよ。そういう中で、これが正しいか、正しくないかという論争はまたあるのかもしれませんが、常に医師はリーダー的な役割というのが期待されるというのは事実なんじゃないかなと思います。そうでなければ、院長も医者じゃなくていいし、保健所長も医者じゃなくていいという世界になってくるので、それを本当によしとするのか、悪いとするのかというのは、医者というのは単なる技術者なのか、マネジメント能力も含めて期待される存在なのかということは本気で議論する時期が来ていると思います。

特に災害医療という観点で言うと、実はやっぱりリーダーというか、管理者というか、マネジャーとしての能力というのはかなり期待される。災害時必要な医療、医療行為自体ということに関しては、災害医療の教育だけでは当然教えられませんし、もっと言えば、災害時の特殊な医療が必要な事象がそんなにあるわけでもないというのも事実なんですよ。もっと言えば、コロナにだって特別な治療法があるわけじゃないので、肺炎の治療ができればよい。肺炎の治療ができない医者がいたら見たいというぐらいの話なので、本来すべての医療者が対応できる医療行為ではあるんですけども、じゃ、実際にコロナの災害に対応しようという形になると、単純に診療だけじゃないさまざまな問題が出てくるので、そういう問題について解決する能力が必要とされます。そういう問題について、部隊を率いて解決する能力、そういうようなことが災害時、特に医師という職には求められます。

また、災害時の医療そのものについては、個々の職種、これは医師も関係します、個々の職種に関しては、やっぱり平時の自分の専門性によらず何でもやると。まず、一人間としてそこで役に立つ、その上でそれぞれの職種としての役割の方を担うという観点でないとうまくいかないと思います。

僕らの職種も、DMATというところは、医師、看護師、調整員ということになって、調整員が一番分かりやすいと思うんですけど、薬剤師さんや放射線技師さんとか、検査技師さん、みんな調整員なんですよ。彼らに対しては、まずは調整員というのは裏方で支える役目、さまざまなロジスティクスをやらなきゃいけないんですけど、まずそれができるといことが最低限で、それができた上でそれぞれの専門性を生かしてさらなることができるということを求めています。ロジの基本もまったく知らないで、それだけやろうという人たちは実際は使えないですよという話をしたりとか、やっています。医者で言うと医者の専門性ということにそれは値するのかなと思いますね。

松島 担わない方がいいとあえて指摘するような役割ってありますか、医師が。

近藤 という論理なんてあまりないんですよ。まずはそこにいる人間として役に立てということが一義的にあるし、当然、ある局面までは、例えば私とかの立場であれば当然直接の診療とか、本当に一番危険なところまで行ってやるということは避けなきゃいけないというのが普通なんですけれども、例えば今回の新型コロナ対応のような特殊な災害だと、私がずっと最前線に立ち続けなきゃいけないとか、本当に手が足りなくなってくると、士気を高める必要があるとか、いろんな要素ではあるんですけども、実際に看護助手的な仕事も今回はやりました。

そういう意味ではマネジャーであるので自分の手を動かすよりは本来人にやってもらうという役割をやるという話なので、例えば普通の教育だと自分で電話には出るとか、ペンも持たずにして人に書かせるというような話、要するに自分のことを自分でやる的な話はやって、それで自分は頭を回すことだけに専念しろという教育はするんですけども、ただそれも本当に時と場合によるので、絶対に担わない方がいいという仕事はあまり僕らの領域ではないのかなという気はしますね。

松島 ありがとうございます。

じゃ、そのような医師を目指していくために医学教育、医学部時代にやっておくべきことは何でしょうか。

近藤 これ、災害医療という話になっちゃいますけれども、災害医療＝トリアージ、トリアージの技術の教育を受けると、何となく災害医療を学んだような感じになることが一番避けたい風潮でして、まずは支援者としてのマインドセットというか、これって多分ほかの領域にも役に立つことだと思うんですけども、僕らがあくまでも主役ではなくて支えに行く立場なんですよ。国際協力の分野でも **Do No Harm** という言葉があるんですけど、おまえらが行ってもそんなに役に立たないかもしれないけど、最悪迷惑がかかることはやるなというようなイメージの言葉なんですけども、そういう教育が、まず必要だと思います。

それとまったく正反対の概念なんですけれども、やっぱり自分たちがやらなければいけないという覚悟ですよ。 **noblesse oblige** とかに関連するようなマインドセットというのはやっぱりやっておかなければいけなくて、正直、コロナ対応では、それがすごく足りなかった。これは私個人の考えなんですけど、何でわれわれは一般の人たちに比べて高い給料をもらうことができるんだろうかということについて、もうちょっと深く考えなきゃいけない。昔はそういう危機に、地域で開業している人たちはとにかく 24時間 365日、地域の患者さんに対して自分たちが責任を持っているから高い給料がもらえるんだと。そういうリスクを抱えている生活をしているから高い給料がもらえているんだという考え方があった気がするんですよ。でも、それが今薄れてきちゃっているのかなという気がしていますね。

そういう意味ではコロナというのは当然すべての医者が診るべきであって、逆に診れない理由は本来はまったくない。防護とかも勉強すればいい話だし。

ちょっと話はずれちゃいますけど、われわれは今、300ぐらい各地のクラスターを見たんですけども、実際はほとんど感染防護ができていなかったような病院でもそこに患者さんをとどめて、そこでそこから教え込んで診療を継続させるわけですよ。病院じゃなくても高齢者施設とか、障害者施設でも、その中で、医療者でもない職員たちに防護を教えて、そこで見ろという話をずっとこの1年半ぐらいやってきているわけで、逆に言うと医療者以外でもできる。医療の知識が基本になっているけども、医療者以外でも土壇場に追い込まれたらやらざる

を得ない。そういうものに関しては一番知識を持っている層というのは、当然率先してやらなければいけないということのマインドセットが最初にないと、なかなか今回みたいな話になってしまうんじゃないかなと思います。まず、だから、われわれがやらなければいけないという、国家というか、そういう地域の危機、もしくは住民の危機のときにはやっぱり医療者というのはそこに対してレスポンスビリティを持っているんだという話というのはセットとしてあって。

ただ、そうすると今度は、おれがおれがになっちゃうので、そこに対してやっぱり支援しに行くというのは、その人たちが前線で頑張っているから後ろで支えていくんですよ。そんな世界をつくっていかなくちゃいけない。実は自然災害のときはまだ、それがうまく回るんですね。地元の先生たちでもそうやって頑張っていこうと思う先生たちがたくさんおられて、そういう中で入ってきた人がある程度自制しながら支えていくという回転をうまくつくることは比較的たやすいんです。今回も頑張っていらっしゃる先生もたくさんいらっしゃいますけれども、支援の方もなかなか手が挙がりにくいし、今回、頑張るぞ、支援に行くぞという先生の率というのは一般災害に比べてはるかに少ないというのも問題かなと思います。

その中でもう1つはやっぱりリスクコミュニケーションの問題、それとかかわって、やっぱり、これは、僕が原発のときから考えている話なんですけども、さっきのちょっと話しかけた話が一番分かりやすいと思うんだけどね。例えば20ミリシーベルト/イヤーという線量は危険でしょうか、危険じゃないでしょうかと言われたら専門家は何て答えるかという、100ミリシーベルト/イヤーに比べれば安全ですけど、10ミリシーベルト/イヤーに比べれば危険ですよねと言いますよね。でも、一般の住民の方は多分、それは危険なんですか、安全なんですかと。それに対しての問いを持ってなくて、山下先生みたいに、安全だよと言われるとボコボコにされちゃったりすることになってしまっただけ。

松島 あっさり言っておられましたからね。

近藤 そういう勇気がある方はなかなかおられないというのが現状なので、そういうような、やっぱり对患者さん、もしくは対住民という関係の中で、特にリスクがみんなにかかるというものについてのリスクのコミュニケーションというのをどうやったらしっかりできるのかというようなところに対しての基本的な知識というのも、実は日ごろからこれだけリスクを抱えている仕事をしている人たちなので、本来はあるんですね。だから、われわれもいつも一番いい言葉として、最善を尽くしますと常に言うわけなので。

そういう意味をもうちょっと論理的に深く理解してやっていただけると、少しはこういうような社会全体のパニックをわれわれが医療が率先して起こしているみたいな世の中にしなくても済んだんじゃないかなという気はしますね。

松島 なるほど。それでは、ちょっとお時間がなかったんじゃないかなと思いますけど、コアカリキュラムの内容ってざーっと……。ざーっとという量じゃないんですけど。

近藤 ですよ。すみません。

松島 Bの項目が社会と医療という項目になってくるので、21から24ページ辺りが社会とのかかわりということで関係するんですが、人の行動と心理とかで言うとCもかかわってきますけど、今主にどうしようかと言っているのがBの項目たちになります。

近藤 ご案内いただいた最初の方ですよ。

松島 今チャットの方でPDFは送りました。

近藤 そうですね。144ページもありますね。

松島 かなり構造を変えていたり、一番表に出ている資質・能力の大項目もどうしようかというところからまだ話し合っている状況なんですけど、先生がざーっと見た感じでボリュームですとか内容として、社会とのかかわりの中でBの項目にどのように災害医療を盛り込むかといったところで何か印象でもいいですし、ご意見があれば教えていただきたいんですけども。

近藤 やっぱり目次レベルで社会的危機への対応とか、社会的危機、災害というのがあるといいなと思うんですね。そもそも前から僕らがちょっと問題視してたのが、放射線災害の方が位が高いんですね、一般災害よりも。

松島 なるほど。歴史的なところも多分あったんでしょうけど。

近藤 そうだと思うんですよ。なんだけど、例えばこの目次だけを見たときに、災害というのは放射線災害しか入ってないんですよ。

松島 そうですね。放射線の方が確実に目立ってますよね。

近藤 それはいかなものかという話を前した気がします。

松島 言葉として入れていくとしたら、社会危機への対応ですとか、あと、ほかに言語化するとなるとどうでしょうか。

近藤 災害時の対応でもいいと思うんですけど、とにかくA-7とか、そういう辺りに災害・健康危機への対応ぐらいでもいいと思います。このA-7が多分平時のイメージのような気もするので。

松島 そうですね。

近藤 そこにもう1つ項目で、社会への医療の実践なので、危機への対応みたいなところを、災害・健康危機への対応みたいなことがあると。

松島 そうですね。ここで言うとAの7の最初の方に学習目標が書いてありますけど、6で災害医療に触れてあるんですよ。PDFの11ページの一番上なんですけど。PDFじゃないか、表示されているページの19ページなので、PDFで言うと28ページです。

近藤 なるほど。そうですね……。

松島 こんな感じで取り上げるべきキーワード、もう少し細目に落とし込んだときに入れるべき言葉はありますか。社会危機とか災害時への対応という言葉は少し大項目にひもづく中項目ぐらいのイメージかなと思うんですけど、さらにこんな感じで言語化して並べていくときに必要なキーワード。

近藤 そうですね。やっぱり支援と受援ということが流れであると思うので、ここに書いているのは全部支援チームなので、まず自分の地域。これって教育的には実は同じ話で、やることは支援も受援も基本的には一緒なんですけどね。ただ、そういう支援、受援の関係を理解できるというのが、災害医療というところに出していただくのがありがたいです。支援チームの話が主であることも事実なんですけども。

松島 なるほど。ほかにはキーワードとして入れたい言葉はありますか。

近藤 やっぱり僕らは、例えば DMAT だったら CSCATTT というのが完全なキーワードなんですね。だから、トリアージということだけがぼんと出てくるのはすごく違和感があります。トリアージ＝災害医療だと思われているところが、一番純粋に問題だと思うので。体制とかというのが書いてあるので、CSCA はそっちの方で、社会体制というものがなぜ必要かというのは先ほどお話ししたようにすごくメインテナンスなんですけれども。どちらかという、災害時における各医療機関の役割と支援みたいな、そういう話だと思うんですね。それぞれの医療機関というのは災害時にこういう役割があるから、こういう支援をしなきゃいけないみたいな、こういう役割を果たしていただきたいし、そのために必要な支援というのはこういう話なんですよという話が、メインテナンスの気がするんです。

松島 ありがとうございます。ほかには特にないでしょうか。

近藤 今何となく A のところでしたけれども、社会と医学、医療の順番をあれしたんですね。

そういう意味では何となく集団に対しての医療の中で、国際保健の 1 項があるんだったら、災害医療体制という 1 項があってもとか、これ、多分感染症もそうかもしれないんですけど。体制という 1 項目はやっぱり欲しいなというのは、これは私の要望です。

松島 ありがとうございます。感染症も今回はあらためてチームで調査研究班で、もう少ししっかり盛り込んでいくことにはなってます。

近藤 多分集団に対しての医療という中で、まさに災害医療って集団に対しての医療そのものなので。

松島 B の 1 の辺りということですね。

近藤 そうですね。B の 1 の項目の中には名前を、災害医療という名前はやっぱり挙がってくるべきだなと思います。

松島 そうですね。ありがとうございます。

こういったことについては誰、項目によってちょっと変わってくると思うんですけど、誰が教えるべきだとお考えですか。

近藤 災害医学が一体どこに位置する学問なのかという話で、われわれ、救急医療と公衆衛生の真ん中にある学問だと思ってますから。なので、理想的には、実はいくつかの大学で災害医学の教育部門というのが設立されているのが事実でして、全国的に僕らもまさに関心ある業界のところなので調べてるんですけども、文科省のプロジェクトに従って災害学講座をつくっていただいている、ある意味旧被災県というようなグループですけども、九州だと熊本大学になりますね。熊大だとか、新潟大学とか、岩手医大とか、東北大学とか、そういうような、災害医療という名前を真っ正面から冠している講座があるようなところ、そういうところが教えるのが、われわれの業界としてはそれが理想だということですけども、ただ、そうでないところは災害救急医学という形で、救急の一部として教えているところもありますし、また、公衆衛生の方でやっているようなところもあるかと思うので、そこがある意味災害医療って公衆衛生と、救急というか総合診療的な医療の架け橋の内にある学問なんですね。そういう意味ではそこをうまく活用していただいて、国の健康危機管理体制がうまくいくようにしたいなとわれわれは考えていることではあるんですけど。具体的には、多分どこかで話が別に出てくるかもしれませんが、こういう分野に進みたいドクターというのは、ちょっと臨床で総合診療とか救急医療的なことをやって、災害医療を少し勉強したり、行政を回ったりして、保健所長とかになる人たちも出てくるような、そういうような医者の人生設計というのを少し考えていくようにできればいいかなと思っております。戻りますけど、教育としては災害医療とかの専任の、専属の教室とかができて、そういう人たちが行うことが望ましいけど、そういうところがないところに関しては救急医療や公衆衛生の先生方が教えるというのが流れなのかなと思います。

松島 海外とかではどの程度医学部で取り上げられているかかかってご存じですか。

近藤 前調べようとして、結局あまりうまく調べられなかったです。多分先進国でこれだけ災害をくろう国ってあまり多くないんですよ。むしろ戦の学問の方が、軍事医学の方が先進国でも進んでいるのではないかと思います。アメリカもそこそこ災害はおきますが、地域差があると聞いています。全国規模の災害が年に 2~3 回起きるとい国というのは、あまり先進国ではないようです。

松島 できれば災害学の専門の先生が各大学にいらっちゃって、部門があつてというのが理想かと思えますけど、近々にはなかなか設立が難しいところがあると思うので、例えば近藤先生みたいな方が各大学に行って教えられたりとか、あと、オンデマンド的な感じだったり、オンラインを活用したりとかということもあり得ると思うんですけども。

近藤 そうですね。私も 10 校ぐらい、大学、非常勤何かとかいうのをやっていますので、そういう枠組みは当然あっていいんじゃないかと思えますし、逆に文科省的な中で考えるのであれば、置いている学校が文科のプロジェクトでそういうような教室をつくっているという大学が多いので、そういうところいくつかの大学に行つて、災害医療教育をしっかりとしなさいというのも制度としてはあっていいんじゃないかなと思いますね。

松島 なるほど。少数の人数で多く担うというのは難しいかもしれませんが、それって、やっぱりリアルタイムじゃなくてもある程度必要事項を、例えば動画教材として提供するとか、そういったことは可能なんじゃないか。

近藤 まさに動画教材の開発というのは文科のプロジェクトで結構起きている話で。あまり悪口を言っていると取られるとあれなんですけれども、そういう動画教材ってあまり変わらないのに、3つか4つの大学で同じことをやらしてたって。

松島 なるほど。

近藤 メンテナンスはしていかないといけない世界なので、1回作ったら終わりという話じゃ当然ないんですけれども。

松島 そうですね。

近藤 動画教材というのはできかけてますね。

松島 どのように教えるべきかの話に入ってきているとは思いますが、マインドセットを養ったりするのにやっぱり効率的には動画教材がいいんでしょうけど、少し生々しさのあるというか、温度のある教育をする必要があるんじゃないかなとは思っているんですが、その点は何か先生、お考えはありますか。

近藤 われわれ DMAT の教育はマインドセットが一番重要なので、特に事例をしっかりと教えています。現在のルールは違うやり方で教えますけれども、やっぱり応用力をたくさんつけるというのはそのときにルールがない中、どうやって判断していくんだというような話というのは、やっぱり事例をとことん重ねるしかないですよ。これも症例、ケースレポートをどうやって、ケーススタディーをどのように組み込んでいくかという話なんですけど、僕らが一番重視しているのはそういう事例をしっかりと伝えるというところで、これによってマインドセットにもつながりますし、応用力の増強というふうにもつながるかと思います。どちらかというとなんか軍事教育の世界から教訓を引っ張ってきてやっていますね。

通常の医学とどうしても違うのは、 n が全然違うので、エビデンスベース災害医療なんてできないんですよ。エビデンスベースが統計学に基づくエビデンスであるとするのであればということなんですけど、そういう意味ではある意味戦の世界と同じような考え方で進化していかなくちゃいけない学問体系にあるところはあると思います。

松島 災害医療という名目での講義を想定された場合、どれぐらいの時間が必要とかがって何か先生、思われているイメージはありますか。

近藤 そうですね。どちらかというとなんか、われわれ医学よりも看護学の方で結構やっているんですよ。看護学、多分コアカリに加わって、看護が2年から4年になるときに結構多くの時間を災害医療にやったので、2単位とかいうんですかね、僕も大学人じゃないのでそこら辺のあれは詳しくないんですけど、10コマぐらいのものというのを既に看護学部ではやられているというのが印象です。そういう意味では看護学部ですらこれだけやって医学部でやらないのかという話は1つのベースだと思います。

結局、詰め込んでいけば僕らの研修も、DMAT の研修も4日間と言っているんですけど、4日間と言っても非人間的な4日間なので、研修で朝8時に始まって夜8時までの研修ってあまりないんですね。実質的には1週間分ぐらいのを4日に詰め込んでやっているという話です。この1週間というのは、本来ちゃんとやらせようと思ったら必要なんですけど、学生に向けて何をやるかというのはまた別の話なので、ちょっと違うかなという気はしますけどね。

ただ、多くのところで考えると言われたのは、大体2単位と言ってたのかな。そういうような新設されているようなところで。大学が発行するカリキュラム、修了書を出すような研修というのが、実は香川大学とか新潟大学に、熊本でもそうですけども、行われてますので、そういうところの時間数というのは一定程度の参考にはなるかなと思います。

松島 今実際部門があって行われている教育を先生は見られてて、適切度というか、分量として足りなさそうとか、そこまでは全国の大学には要らないんじゃないかとか、何かご印象はありますか。

近藤 皆さん、レベルとして修士レベルということを目ざされているので、修士レベルということは医学部6年生レベルということなので、レベル感からすると医学部学生に関してのレベルもそれにあるべきだと思います。

松島 やり方としては講義形式、ケーススタディー、それ以外に何かありますか、ご提案。

近藤 シミュレーションもありますし、そこは全校生徒を使って、100人使ったらいろいろできるなとか、もっとなんか各大学等で、あるいは病院では災害訓練とかを必ずやっていますので、そういうところへ何らかの形の参加とか、そういうような、実習に近いところというのも当然できると思います。

僕らはやっぱり聞いている講義は好きじゃないので、本当はですね。僕らが直接やっているようなものに関してはほぼシミュレーション等、机上演習と実技と、実演というようなものがメインになっているんです。医学教育の現場でファシリテーターをつけた、結構最近はやっているんですか？僕らは卒業教育の世界ではほとんどファシリテーターをつけたようなテーブルトップディスカッションで、5人か6人に1人ぐらいファシリテーターがつくのは常識的にやっていますけど、学部教育でそれができる環境なのかというのはちょっと知らないんですけど、そっちの方が圧倒的におもしろいのは事実です。

松島 そうですね。私もそもそも立場が卒業生なので、災害研修はそういった形で行われてますけども、卒業前ではまだ導入されてませんが、難しい話ではないんじゃないかなとは思っています。学年を考えればですね。

近藤 少しそういう何人かに予習させておいて、かわりばんこに予習させて、かわりばんこにファシリテーターをやらせるみたいな話があってもいいのかもしれないなと思います。やり方次第だと思いますが、圧倒的にマイ

ンドと応用力を鍛えたいというのが災害医療の基本なので、あまり止まった形の講義というよりは、そういう方がふさわしいかなという気がしますね。

松島 私個人が全然知らなくて、最近思うのって、そもそも災害医療に対するマインドセットもすごく大事だと思うんですけど、やっぱり外との、社会とのかかわりじゃないですけど、行政とのやりとりだったりとかということにまったく普段目を向けていないので、突如いきなりコミュニケーションするというのも難しいなというのを感じてたんですけど、そういった災害医療の真ん中以外の周辺で教えていくべきこととか、やり方とか、卒前の間にやっておくべきことってもう少し波及した視野で先生からのサジェスションはありますか。

近藤 今のお話で言うと、救急医療とかと近いのかもしれませんが、われわれが連携する組織は消防、自衛隊、海上保安庁、いわゆる実働の諸君らと、これは救急の先生たちもすごく連携を取っていつもやっているの、その手のものの、もしかしたら救急医療、災害の方まで広げるんだったら自衛隊だとか、そういうところが入ってくると思うんですけども、消防、警察、自衛隊等とのそれぞれの職種の理解というのは、まずそこで働く人たちとしても必要ですよ。

あとはやっぱり、これも先ほど言ったように災害医療の活動自体は平時の医療提供体制が災害時に傷ついて、それをどう直していくのかという話なので、平時どういうことをやっているのかという話を知っておくというのは、これは非常に重要な話なので、これは多分災害医療の中には入ってこないと思うんですけども、それぞれの地域医療というのは一体どういう、診療所がどういう役割をやって、病院がどういう役割をやって、特に地域包括ケアがどういう役割だとか、医薬分業というのはどういうルールで成り立っててというのが、知らないと復興させられないので、そういうところの知識というのも当然災害医療を実践する上では必要になってきます。

あとおっしゃられた、行政は非常に難しいですけども、学部学生に行政官がどういう頭で物を考えるか、われわれ統括 DMAT とかの研修とか、うちのインストラクターの研修ではやってるんですけども。もっと悪い言い方をすれば、いかに行政官にうんと言わせるかという気がしますけど。そういうことは本来は必要だと思うんですけど、それは学生レベルなのかな、どうなのかなというのはちょっと微妙かなと思いますね。

松島 普段がちょっと、病院の中だけの学習になっちゃっているの、それは結構弊害のような気もして、講師とか、教える側の立ち位置に医師以外の方がいらっしゃった方がいいのかなとも思うのですが。先生がされている教育の中で、少しそういった多職種というか、むしろ医療者以外の方のかかわりってありますか。

近藤 メインということはあまりないんですけども、ある意味、技術的にはたくさんあるんですよ。例えば IT の関連のお話というのは結構聞かなくちゃいけないです。また、災害医学会は防災学術連携体というのに入っているの、地震学だとか建築学だとか、そういう先生方、あとロボット工学とか、環境学とか、いろんなところとの横の連携というのは学問の分野としてはやってます。

あとは、実務レベルで言うと、さっきの消防、警察、自衛隊と、あとは交通関係ですね。空港の管理関係であるとか、エアラインだとか、僕らが一番仲がいいのは、意外と高速道路業界だったりですね。いざというときは電話一本で道を空けてもらわなくちゃいけないとか、そういうような話で。

松島 ロボット工学とかは確かに入ってくると思いますけど、AI とかってどうですか。

近藤 AI も研究ではやってます。災害対応でもやっぱり情報をどう組み立てるかというのが一番重要なところなので、AI を使って、例えば今、ツイッターで出てきたものを AI に読ませて、僕らが有益な情報というのをそこから出すとか、そういう話もやってますね。

松島 実は AI という言葉自体を使うかどうかということも議論しているんですけど、どなたかにインタビューをもう少し加えた方がいいと、きのう、そういう話し合いをして、先生のご存じの範囲でこの方はというご提案はありますか。

近藤 知ってる範囲、僕らが情報系というのは、もともと医者ではありますけれども、1人は医者じゃない、前、保健医療科学院にいた、今、芝浦工大の市川先生という方がいろいろわれわれの、彼はもともとシミュレーション工学の人なんですけれども、今の防災、保健医療分野の次世代の情報システムの開発という研究を彼が一番メインでやっているんじゃないかなと思います。

あとは、質の面だと、前、産業大学にいて、今、広島大の公衆衛生の教授をやっている久保先生が、総務省系の AI を生かした、さっき言ったようなプロジェクトの主任をやってますね。J-SPEED という、カルテの標準的な記入というのを開発した人間なんですけれども。災害分野で情報系という、その2人にお願いしてます、われわれからは。

松島 ありがとうございます。IT の関連の話と言われましたけど、それはまた別の？

近藤 大体同じですね。IT、AI と、大体同じような分野なので。僕らは情報を共有して、ネットワークセントリックオペレーションという、情報協約型のオペレーションをやろうということを主張していますので。

松島 医師が担っていく役割でリスクコミュニケーションだったり、マインドセットだったりという言葉が入ってきましたけども、ちょっと脱線を少しまたするんですが、働き方改革ということも今後急速に進んでいくんですけど、教育の立場で、結構そこにはなかなかそごが起きやすいというか、時間外に研修医を残すのが難しかったり、医学部生もそれに向けてどんな働き方をするかということが講義に入ってきたりするんですけど、こういった非常時は特にですが、自身というよりも他者のためにであったり、社会の中で自分が行っていく役割というのを認識していくのに、なかなか時間外を制限した中でというのは難しく感じているんですけど。

近藤 根本思想が、そこを統一しないと、ある意味、これは言い方をすごく悪く言うと、自分優先、家族優先というのは、これは庶民に許されている話であって、貴族はそれが許されないというのが、さっきのノブレス・オ

ブリージュの基本的な概念なので、それを一定程度普及しないと、実は危機には対応できないという反面で、やはり自分、家族が最優先ですよということ自体がどう哲学的に整理するのかというのは非常に難しいですよ。要はバランスという話になると思うんですけどね。

松島 そうですね。先生の中では率直なところ、どのようにお感じになっていますか。

近藤 できる範囲で、産休とかも部下には取らせていますし、育休か、取らせている反面、結局オペレーションの最中なので出産には立ち会えないというようなケースもあったりはしますので、なかなか実際難しいところなので、どうしても組織的というよりは個人の判断でやっているという話になると思いますね。本当に哲学的に難しいですよ。今の時代、個人や家族を最優先ということの効果を否定するわけにもいかないし、かといって、やっぱり他者、もしくは組織、地域に貢献し続けることが自分のところの業界・組織が主力事業ですよという話もセットしていかないと、医療という業界は背骨を失ってしまいますし。その2つは、教育でどうやるかは分からないですけど、双方矛盾するものだという事は基本だと思うんですよ。矛盾するけど、どこかで折り合いをつけていかなきゃいけないという世界だと思うので。

松島 ありがとうございます。

近藤 いえいえ。そこはさっきの自己犠牲をいとわれない的なイメージの言葉がある反面、やっぱりということもあるんで、なかなか難しいところですね、そこはね。

松島 そうですね。ありがとうございます。

きょうは具体的に先生の今の状況であったり、社会の流れを、私自身も少し感じる事ができて、災害そのものへの対応というよりは、人とかかわり合い方とか、社会の中での医師としての振るまいが一番根本に課題がある、そして教えていくべきことなんだということであらためて聞いて、勉強になりました。

近藤 ありがとうございます。

松島 ありがとうございます。失礼します。

(終了)

4) 児玉 安司氏

日時：2021年8月23日 16:00-17:30 (90分間)

参加者：高見

<インタビュー要旨>

- 社会の将来像について、事前に送らせていただいた資料のようなことを我々は想定しているのですが、先生にはどのような景色が見えていますでしょうか？先生のご専門分野の視点からぜひお話しいただけますか？

・この20年ほどの間に新たな法制度が次々に立法化されるような大きな変化があった。

①医療安全：2003年の医療法改正規則、2006年の医療法で、初めて医療法に医療安全というコンセプトが導入され、PDCAサイクルの考え方を医療に持ち込んだ。

②医療介護政策：1990年代から次第に超高齢社会を見据えた対応が始まり、2000年の介護保険法、社会福祉法により介護が行政措置から契約に移行した。医療者には退院後の福祉サービスや保健医療サービスとの連携することが法制度上求められるようになった。

③臨床倫理政策：2000年のゲノムプロジェクト以降倫理委員会の設置が急速に拡大した。2015年の臨床研究法により特定臨床研究への規制強化が行われた。

④最近では医師法19条の応招義務について令和元年12月25日医政局長通知が出され、大幅な見直しが行われた。また、COVID-19により、日常の医療業務に感染症予防法制が大きなインパクトを与えるようになっている。

・これからの20年は学際化、国際化、それから福祉連携などの今までの医療の範囲を超えたテーマが更に重要になってくると思われる。

- 社会が、今お話しいただいたように変わっていくと予想される中で、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか？またどのような役割を果たしていくべきだと思いますか？

・超高齢社会では治癒して退院する患者が減少していくが、最後の看取りのプロセスが必要になる。

・個人情報保護法は、法的規制（ハード・ロー）と倫理的な自主ルール（ソフト・ロー）の両面がある。国際的にみると、例えば、アメリカのHIPAA Privacy Ruleと比較しても、医学研究に関する個人情報保護法関連の規制は、明らかに過剰規制になっているうえ、2017年のOECDのレポートでも、医療情報の利活用について、governanceとtechnical readinessの両面にわたって、日本は最下位と評価されている。

・医薬品・医療機器や医療 AI の研究開発について、医療情報の利活用の遅れが大きな打撃になっている。また、2019年に法制化されたドイツの **Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz - DVG)** は、保険償還に関連して開発研究により強いインセンティブを与える法制度として知られている。デジタルトランスフォーメーションの中で、医療は激変していくと思われる。

- 医療が、今お話しいただいたような役割を果たしていくと予想される中で、医師はどのような役割を担っていくと思われませんか？またどのような役割を担っていくべきだと思いますか？またどのような役割は「担わない方が良い」と思われますか？

・医師が医療現場の実情と患者のニーズを十分に考慮して、立法政策にリーダーシップを発揮できるようでないと、デジタル化をめぐる国際競争を勝ち抜いていくことはおぼつかない。

・医療者は地域包括ケアの中で、病病連携、病診連携、医介連携など、医療の社会的な位置付けを考えながら、他のサービスとの連携を行っていく役割が重要となっている。

・医師は医療分野のみならず、介護福祉分野から情報工学分野など、さまざまな隣接諸業種・諸領域との連携のコーディネーターになる必要がある。

- 医師が、今お話しいただいたような役割を担っていくと予想される中で、医学教育では何をどのように扱っていくべきとお考えですか？特に卒業する前の学生時代に学んでおくべき内容について、お話しいただけますとありがたいです。

・隣接諸業種・諸領域との実践的な連携のためには、他職種への理解とリスペクトが不可欠であり、共に学び実践する経験を積ませたい。

・医療 AI の開発活用について、データサイエンスを含めた学際・国際研究や、規制そのものを変動させていく政策の立案を国際的視野をもって理解する必要がある。

- 今お話しいただいたような内容について、全ての医学生が学ぶべきかという点から考えてみると、いかがでしょうか？現在、文部科学省で定めている「全ての医学生が学ぶべき内容」は、事前にお送りした医学教育モデル・コア・カリキュラムの内容になります。

・医療政策の動向・法制度についてについて、医師法も医療法も含めた医療制度の大きな変化については、フォローする最低限の基礎知識をもたせたい。

・データサイエンスを含めた学際的な研究に学生時代からふれさせたい。

- 今お話しいただいた内容について、誰が教えるべきだと考えますか？

・医学部の教育に医師以外の多様な人材を登用する道を開くことが望ましい。

- ・学際研究や政策研究についても、医学部に限らず多様な人材が育ちつつあり、医学教育の学際化を進めていく中で、例えば医療 AI の開発なども活性化していくことが期待できる。

- 今お話しいただいた内容について、どのように教えるべきだと考えますか？

- ・社会・経済システムや法制度についてその結論を記憶させるのではなく、主体的に情報を集め、考え、発表し、ディスカッションする教育を行う

- ・社会福祉を含めた、現場の実体験を織り込んだ実習を求めたい。教養課程の段階でも、社会福祉の考え方を学び施設の見学を行い、福祉の現場の思いを理解することは可能だと思われる。

5) 宮田 裕章氏

日時：2021年7月13日10:30~11:30(60分間)

参加者：春田・中山

〈インタビュー要旨〉

社会の将来像について、先生にはどのような景色が見えていますでしょうか？先生のご専門分野の視点からぜひお話しいただけますか？

- ・情報革命として、いわゆるデータ・AI、さまざまなテクノロジーとの融合によって、社会の目的や多様な豊かさ、ウェルビーイングが重視される社会に変わっていく。

- ・病院の中の治療、病気を治す、病気にならないって世界だけじゃなくて、スマートフォン、IoT、5G、さまざまな技術が生きること全てにつながることで、医療そのものつながりが大きく変わっていく：デジタルヘルスが当たり前となる社会

2. 社会が、今お話しいただいたように変わっていくと予想される中で、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか？またどのような役割を果たしていくべきだと思いますか？

- ・医療や医学の専門性とそのものと社会のつながりってものをどう結ぶかっていうことに関する問いを定期的に各医療者が考え、具現化する役割。

- ・サステナビリティ・ダイバーシティ・アンド・インクルージョンが医療の中でも求められる。その中で様々な弱者をどうインクルージョンにつなげていくかを具現化する役割。

- ・データを軸にしなが、システムとして、より多くの人たちを支える役割。

- ・臨床と社会医学が協働していく役割。

- ・未病へのアプローチをデジタルとコミュニティのつながりをもとに実践する役割。

3. 医療が、今お話しいただいたような役割を果たしていくと予想される中で、医師はどのような役割を担っていくと思われませんか？またどのような役割を担っていくべきだと思いますか？またどのような役割は「担わない方が良い」と思われませんか？

- ・個人の専門性の中で状況を観察したりしながら、目の前の1人だけではなくて、システムを構築しながら、こと（事）や人のマネジメント・コーディネートをする役割

- ・新たな危機、病気が現れたときに、自分の頭で考え、対応できる能力

- ・起業などのスタイルも含めて、課題解決をするために、仕組みを作って、多くの人たちを救う実装をデザインする役割

4. 医師が、今お話しいただいたような役割を担っていくと予想される中で、医学教育では何をどのように扱っていくべきとお考えですか？特に卒業する前の学生時代に学んでおくべき内容について、お話しいただけますとありがたいです。

- ・医学教育のシステムの中では少子化の時代となるなかで、医師となる一人一人の生き方を大事にしなが、その後のキャリアも支援することが求められる

- ・社会の貢献アプローチの多様性の教示：アントレプレナー、医療関連のベンチャー、起業など

- ・チームビルディング、チームワーク：保健医療福祉関連職種だけでなく、工学系のエンジニアなども含めて

- ・介護への関心
 - ・終末期への関わり：認知症終末期も含めて
5. 今お話しいただいたような内容について、全ての医学生が学ぶべきかという点から考えてみると、いかがでしょうか？
- ・自分が優秀だからといって他人を馬鹿にするのではなく、自分一人では到底達成できない社会の課題に対して、複数の人で活動に取り組むことで社会貢献し、それが評価できるシステムを構築すべき：コレクティブ・コンピテンシーを評価するシステム
6. 今お話しいただいた内容について、誰が教えるべきだと考えますか？
- ・企業人
 - ・社会プロジェクトへの参加
7. 今お話しいただいた内容について、どのように教えるべきだと考えますか？
- ・ケーススタディ
 - ・介護現場へのフィールドワーク：社会構造の中で介護の現状を考える
 - ・ベンチャー、医療関連の起業などへのインターンシップ
 - ・4-5年のクリニカルクラークシップにおいて社会と医療の関わりを考える機会を作る

〈逐語録〉

春田 まず、社会の将来像から、そこに医療がどんなふうに関わっていくか、そこに必要な医師像っていうところを少し明確にしていきたいなと思うんですけども。

宮田 なかなか大きな問いなんですけど、これは春田先生だったらどう答えますか。

春田 私だったらっていうのが、お恥ずかしいです。私は総合診療医とって、比較的何でもマルチにやるような医療者としての立場として、診ていくのが、患者さん、高齢者の方が多くなっていくので、その高齢者が増えていく中で、医師としてどういうふうに、どんな役割を担っていかばいいかっていうことが必要になってくるのかなという話を、たぶん私の専門性、私の視点からでは、そういう話になるかなと思うんですけども、宮田先生から見ると、どうでしょう。

宮田 一つは、これは医療だけではなくて、あらゆる分野が今非常に大きな変革の時期にあるんですね。いわゆる農業革命、産業革命、情報革命といわれていて、これがつながる技術だと私は考えているんですけども、これが、いわゆるデータ・AIで、さまざまなテクノロジーとの融合によって、この領域そのものの未来が大きく変わってきていると。その中で象徴的なのが、社会の目的っていうのか、豊かさみたいなのが、ものを持つていうところではなくて、多様な豊かさより、良く生きること、ウェルビーイングっていう方向に転換が始まってきているんですよ。

そのときに、今まで医療っていうのは命を救うっていう、社会の中の1レイヤー、モジュールとしての役割だったんですけども、これはコロナにおいて、あらゆる生活の基盤であるという認識が広がるとともに、かつ、これまでの病院の中の治療、病気を治す、病気にならないっていう世界だけじゃなくて、これが、スマートフォンだったり、IoT、5G、さまざまな、生きること全てにつながって、これが800兆円の市場に短期的になるといわれているんですね。

そう考えたときに、生きることそのものを支えていき、かつ、医療単独というよりは、非常に多くのレイヤーと関わっていくようなものになっていくだろうと、医療は。なので、病院の病気を治すっていう世界も、もちろんこれから大事なんですけども、そもそも魅力的な生き方をする中で、それが自然に病気にならないっていうことだったり、あるいは、格差とか、あるいは、疾病を抱えたとしても、それが生きる豊かさを妨げないという、誰も取り残さないみたいなのも含めた役割っていうのが、すでに始まってきているのかなっていうところですね。

そういう意味では、医療そのもののつながりが大きく今変わってきているっていう、そんなことがいえるかなと思います。

春田 そうすると、今のお話の中では、生きことを支えるとか、魅力的な生き方とか、そういったことが医療の中で求められるんじゃないかというお話だったかなと思うんですけども、そういう中で、医学教育っていう中で、そういう未来にある医療を支えていく医学生をどんなふうに教育していったらいいかというところに、私たちは注力していくんですけども、どういうふうに先生は教育っていうことをしていったらいいと思いますか。

宮田 医学そのものと社会のつながりっていうのをどう結ぶかっていうことに関する問いをしっかりとそれぞれが、もちろん手術室の中で命を救う外科医だったりとか、スペシャリティの価値は不変だと思うんですけども、ただ、これまで病気のフェーズになったときに、患者さんを治すっていうだけではない、この社会とのつな

がりを医療という専門性を軸にどう結んでいくかっていうことは、まずプロフェッショナルとして大事だと思います。

そもそも病気になるまで待つのかっていう話ですよ。これは高齢化社会においては、それではサステナブルじゃないわけなので、医療というのも定義自体で結構それが肯定されるようなものであったんですけども、ただ、やはりそれだけでは、これからサステナビリティ・ダイバーシティ・アンド・インクルージョンみたいなところにはなかなかつながらないですよ。全産業として、SDI といふのか、サステナビリティ・ダイバーシティ・アンド・インクルージョンが欠けていると許されなくなってきている中で、医療は、どっちかっていうと、ハイエンドな医療を限られた人についていうところから発展してきたところもあるので、もちろんそれも悪くはないんですけども、それをどうインクルージョンにつなげていくかっていう視点もこれからないと、おそらく科学としての発展そのものにも是認が得られないところもあるんだろうという感じですよ。

なので、こういった視点は、まず一つ大事だということと、もう一つ、これはデジタルっていうところのもう一つの側面なんですけど、1人のいわゆる医師として、職人的な能力を高めていくっていうようなところだけでは、特に、いろいろな医師がもちろんいてもいいんですけども、これからはむしろ個人の専門性の中で状況を観察したりしながら、目の前の1人だけではなくて、システムを構築しながら、より多くの人たちをつくっていくというような、そういうマネジメントコーディネート能力もすごく必要になってくるだろうと思います。

すでに一部の AI と連動した医師っていうのは、そういう発想に向かい始めていますが、放射線とかですよ。外科医ですら、いずれ現場に立つんじゃないで、むしろ自動手術プログラムをコーディネートするっていうのがトップの外科医の役割になる可能性があるわけですね。まだ来ないですけど、10年ぐらいでは。

ただ、今現状の例えば医学と医療みたいな部分だと、一人一人が病態のメカニズムを、いわゆる理解しながら、お薬とか、そういったところでのソリューションを開発して、より多くの人を救い、現場にも立つみたいな、慶應でもずっとフィジシャン・サイエンティストって言っていますけれども、それももちろんこれからは大事なんですけど、ただ、システムそのものですよ。

データを使いながら、EBM を拡張しながら、より多くの人たちをシステムとして支えていくっていうような観点がないと、たぶんそれも持続可能ではなくなるので、それを実践していくって、データを使いながら臨床をやっていくっていうドクターで、ある循環器内科の医師は5年、6年前ぐらいにそういう取り組みを始めて、今まさに AI とかを活用しながら、精神科のある先生とか、あるいは、循環器内科も他の先生が続いていたりとかっていうふうになっているので、データを軸にしながら、システムとして、より多くの人たちを支えていくっていう、そんなスタイルの臨床ももう一つ必要なんではないかなっていう気がします。

春田 最初のところで、病気のフェーズだけじゃなくて、健康な状況からどういうふうにするかという予防的なアプローチをするかというところも含めて、1人の人をフェーズ的に診ていくっていうところの視点は最初にあったと思うんですけども、それを医学教育の中で落とし込むというふうになったときに、誰がどんなふうに教えていくかっていうところが一つのメインピックになってくるんですけども、あと、もう一つは、個人とシステム、マネジメントとコーディネートっていう話が出たと思うんですけども、データを集めて、個人だけじゃなくて、全体をマネジメントしたり、コーディネートする。

この視点も、今どちらかというと、1人の人がどんなメカニズムで病気になって、それをどんなふうに治していったらいいか、その診断をどうしたらいいかっていうところに注力して学んでいくというのが、今の歴史的な言ってあげてもいいんですけど、今の医学教育のメインストリームなんですけども、それをどんなふうに変化していくかっていう中で、誰がどんなふうに教えていくかっていうことが、今回のモデル・コア・カリキュラムの中のトピックになってくるかなと思うんですけども、先生がおっしゃっていただいた内容を、誰がどんなふうに教えたらいいかって、先生の中でアイデアがもしあれば、教えていただきたいんですけど。

宮田 一番シンプルなのは、後者に関して言えば、COVID-19 において、日本がどうしたかっていうことですよ。未知のウイルスが登場したときに、病院の中だけで奮闘するっていうことだと、完全に形勢が決まった後に押し込まれるだけになってしまうので、そもそも患者を発生させないっていうことだったり、それを手前で抑えるっていうことだったり、あるいは、検疫も含めて、国境の所で管理すると。そういう政策的なところをやらないと、現実的な対策にはならないっていうことですよ。

その上で、病院に来た後に、どう患者さんたちと向かい合うか。でも、酸素のキャパシティですよ。っていうところを考えたときに、優先順位はどういうふうに割り振らなきゃいけないとか、あるいは、治療そのものが未知の状況の中で、一体、何が有効で、何が有効じゃないのかっていうのを、現場は世界中のデータを共有しながら立ち向かっていったわけですよ。

一方で、そういった政策的なところだけやっても、基本的にはゲームが変わらないというのか、変異が登場した上で、どんどん分が悪くなっていくので、ゲームチェンジャーとしてのワクチンというものも作っていかなくちゃいけない。これがまさにフィジシャン・サイエンティスト的なところですよ。世界中でこのイノベーションをどう行っていくかっていったときに、いわゆる遺伝子情報を共有しながら作ったことによって、通常3~4年かかるものが9カ月で完成していった、今もなお改良され続けているみたいなことですよ。

というような、この COVID-19 とどう向き合ったかっていうのも、まさに医療そのものの縮図でもありつつ、日本の医療におけるバランスの悪さも非常に示しているっていうのか、すごくパターン化された一部分を行う人がいっぱいいるので、そもそも病床を割り振るみたいなところなんて、誰もできなかったわけですね、厚労省も含めてっていうところですよ。

それはずっといわれていた、各病院が思うがままの医療をやっている、急性期病棟が多過ぎるとか、割り振りができなくて、地域医療計画で話し合いましたよって言ってたんですけど、話し合いしかしてなくて、実際それ

を割り振る権限が与えられていなかったわけですね。いざやろうとすると、何もできないっていう。これも、だから、政策面の課題ではあるんですけども、やはり新たな危機、病気が現れたときに、日本が何をして、何が足りなかったかっていうのは、すごく重要なケーススタディーかなという気はしますね。

あと、もう一つは、旧来の医学教育から見た新しさっていうことを考えると、そこの新しい、生きることを支えるっていう部分に関して言えば、まさにテックジャイアント、Appleとか、Googleとか、Amazonとかが始めている新しい医療とか、あるいは、世界中のベンチャー、医師が課題を解決するために新しい起業をしていますよね、アントレプレナーシップ。アントレプレナーシップ教育っていうのもすごく大事な部分ですよ。

ちょっと前までは日本の、10年前ですかね、金もうけたいんだったら起業しろみたいな、そういうモチベーションだったら、やりたくないよみたいな感じで、グリードな、欲を満たすとかって、よく分かんない、あるいは、何かのために起業をして、何個か拠点でつくらなきゃいけないみたいなところはあったんですけども、本質はそうじゃなくて、むしろこれまでのシステムとかアプローチで解けないものを、まさにアントレプレナーですよ。

新しいアイデアを社会に出して、それがエコシステムというのか、しっかりビジネス上も含めて、回るようにすることによって、多くの人たちを救うための組織づくりっていうのがアントレプレナーなわけなので、これが医療においても一つの重要な、研究をするっていうことだけじゃなくて、もちろん『ネイチャー』『サイエンス』に載せるのもすごく素晴らしいんですけども、いわゆる仕組みを作って、多くの人たちを救うっていうことも、たぶん新しい医学のスタイルなんですよ。

まさにシリコンバレーはっていうのか、西海岸ですよ。アメリカの西海岸とかは、論文を書いてインパクトを出すよりは、Googleを使って世界を救ったほうが格好いいっていう価値観になっていて、それが別に上位だとは思わないですけども、ただ、社会の貢献にはいろいろなアプローチがあるんだっていうことの、その多様性を学ぶということもすごく必要なかもしれないなと思います。

春田 まさに仕組みを作って、社会に実装させていくということが、医学生教育の中で組み込まれていくと、すごく面白くなっていくかなというふうには思うんですけど。

宮田 日本で、基礎研究が大事だ、基礎研究が大事だと言っても、もちろん大事なんですけども、それを言っている人たちは、どっちかっていうと、コンサバティブなものを大事にしるみたいな、懐古主義的に聞こえちゃう部分があるんですよ。これが全く支持を得られないわけであって、ただ、一方で、中国とか、テックジャイアントを生んだシリコンバレーを見ると、結局現実を変えるために、彼らは死に物狂いでやるんですけども、そのときにブレークスルーを生む技術として、サイエンスがバックにあるかどうかっていうのはすごく重要なんですよ。

いわゆる現実より良くするためにも、新しいイノベーションの源泉となるような基礎研究というのは、やっぱり大事になるんですよ。そこが連携をすることによって、またインパクトのあるものが生まれていくわけですね。

医療っていうのは、いわゆる患者さんを救う、あるいは、人々を健康に、さらに言えば、いわゆるより豊かで、かつ、疾病が障害とならないようなとか、そういうような目的を本来ベースで持っているんですけども、そこに貢献するための本来研究であるはずなので、その出口を見せた上で実践をどうデザインしていくかみたいなところは、かなり大事なんじゃないかなという気がしますね。

だから、研究をいかに生むかっていうことを、あるいは、研究論文が足りないとかって、日本では語られがちなんですけど、そこだけ見ても、あんまり刺さらないんですね、多くの人たちには。それは、君たちのコミュニティーを榮えさせるために投資せよって言うだけじゃないかみたいなふうにしかならないので、社会とのつながりを持った上で、その研究がどう価値を持っていくのかみたいなところも必要だし、それが医学生たちのモチベーションにもちゃんと結び付けるように、彼ら一人一人がどう社会とつながりながら、どういう貢献をしているのかという中で、当然現場で患者さんの1人の命を救うっていうこともあれば、いわゆる研究を通じて、より多くのソリューションを作るっていうこともあれば、あるいは、起業だったり、あるいは、システムを作ったりして、面としての医療を支えていくっていうこともあるんですけども、こういうものが連携したときにこそ、本当のバリューが出てくるんだっていうことですよ。そうすると、おのずと、それぞれがとても大事であると。

一応強調したいのは、私自身も外科医の先生たちをはじめ、臨床現場とデータのプロジェクトをやっているの、一番大事なのは患者さんだったり、あるいは、社会にどう貢献するかって問いですよ。質っていうものをしっかり理解した上で、そこを軸にしながら、実践をつなげていくっていう、医療におけるプリンシプルを理解するっていうのは、これは別に今までのカリキュラムにも入っていることなんですけども、ただ、新しいことをやるにせよ、そこのつながりがないと、価値は生まないんじゃないかなと思います。

春田 社会と医療がどんなふうにつながっていくとか、医療をどういうふうに定義していくかっていう、そもそものそういうところを、医学生はじっくり考える時間とか、あとは、取り組む活動っていうところが、たぶん今のモデル・コア・カリキュラムの中では非常に難しくなっているのが現状かなと思っているのと、あとは、大学で誰がどんなふうに見えるかっていうところの問題があって、今、モデル・コア・カリキュラムって、一応3分の2が必修という形になっていて、3分の1は大学独自で作ってもいいという形になっているんですけども、今先生がおっしゃられていることって、すごく私もわくわくするような内容で、ぜひ関わってみたいと思うんですけど、実際、医学生に誰がどんなふうに見えるかってなと思うんですね。

宮田 一つは、今お話したように、アントレプレナーとか、ベンチャーとか、医療関連の起業とか、あるいは、別にベンチャーじゃなくても、大企業でもいいんですけど、Googleとか呼んできても。そういう企業側との交流だったり、そこから医療をどう変えていくかみたいな、先端事例を学ぶっていうのが一つだと思います。

もう一つは、これは慶應というよりは、阪大のほうで、万博関連で WAKAZO というプロジェクトが行われているんですけども、慶應の学生などを含めて関わったりしているんですけど、医学生たちが集まりながら、社会をどう良くするかみたいな、そういうアイディエーションをしたり、プロジェクトを作ったりしているんですね。

ただ、もう一つ重要だと思うのは、これは医学カリキュラムをざっと見てなんですけども、今現状の日本の医療者のもう一つの課題は、全部 1 人で完結しなきゃいけないという思考が根強くあるんですね。だから、看護師の権限も取り上げていって、医者が全部オールマイティーであれみたいな、医師会の政策とそこが連動しながら、いかに医師に権限を集中して、人を信用しないかっていうのがあるんですけど、チームビルディング、チームワークとか、そこがあらためて見て、薄いなと思いました。

これから特に AI とかデータっていうことを考えると、工学系のエンジニアとの連携も必須であるでしょうし、もちろん看護師さんとか、技師さんとか、保健師さんとか、あるいは、地域のことを考えると、介護とかとの連携もやっていかないと、高齢化医療、先生方、総合診療だと、特に高齢者っていうの、非常に重要な部分だと思うんですけど、介護の部分もそうだし、あるいは、医療に来る前の部分っていうことを考えると、デバイス、センサー、IoT みたいなことを考えて、ICT 関連の知識とか、そういう一般の方々とのつながりみたいなのをつくんなきゃいけないわけですね。

なので、チームビルディング、さまざまな他職種と関わりながら、医療を見ていくみたいなことは、すごく大事だと思いますね。

最近一つモデルケースとしては、スマートシティのようなプロジェクトとかに入っていて、One of them の医療として、一体何が貢献できるのかみたいなことを考えたりしてもらおうと、バランスがよく分かるのかもかもしれないという気がしますがね。

春田 One of them の関わりというのがすごく大事だなと思っていて。

宮田 絶対権限を持った状況の中で、医師としてみたいな、それも素晴らしいプロフェッショナルリズムなんですけども、医療にできることと、できないことがあります。その上で、人々をどう支えるかっていうような、そういう関わりの中で、客観的に自分たちを見ていく、あるいは、足りないもの、強みみたいなものを見ていけると、すごくいい気がしますね。そういうカリキュラムはあってもいいのかなって思います。

春田 まさしくそういうカリキュラムができる面白いなと、聞いていて思います。あと、最初にお話が出てきたフェーズ、人のフェーズというか、そういうのを見ていく上で、今の医学教育のカリキュラムって、病気になった人から診てっていうところが結構メインになって、どう診断するかとか、どう治療するか、そして、どう社会に戻していくか、障害のある方を。そこまではあるんですけど、もっと前の部分とか、あとは、最後に亡くなっていくところに対してどんなふうにアプローチするかっていうところの部分、まだまだ弱い部分だなと思うんですけども、そういうのを見ていくと、データも含めてですけども、どんなふうに医学生が学んでいけると、それを想像しやすくなるのか。

宮田 そこは中山先生も、私もなんでしょう。より専門である公衆衛生の部分っていうところなんですけども、自戒を込めて言うと、慶應はその部分がすごく弱くて、公衆衛生の教室とも話しているんですけど、社会医学の存在感が薄くて、臨床を 10 年ぐらいやって、向いてないなっていう人が流れてくるみたいな、そういう位置付けになっているんですね。

別にそれだから、他に対して文句を言うわけでは全くないんですけども、ただ、確かにかつては結構分離していたんですね、臨床と公衆衛生みたいなところは。全然別の学問だっていう認識があったんですけども、今はむしろそこを結んでいかないといけないし、むしろ手前からアプローチして、問題を解決できるのであれば、圧倒的にコストは安くなるはずなんですよ、優れたものになるみたいに。

そういうことを考えていくと、さっき先生がおっしゃった、高齢化社会を考えていくときには、健康寿命というのか、その人たちが健やかに過ごせる時間をどう延ばすかっていうのはすごく大きな問いで、かつては確かにそのエビデンスも、あるいは、データをとるすべも限られていたんですが、まさに今ライブログとか、スマートフォンだけじゃないんですけど、SNS を含めて、そういうものを使って把握していくことができるので、それを教育したり、考えたりするっていうような手掛かりはいっぱいあると思うんですね、教育としても。

なので、コンテンツが充実してきているので、それは公衆衛生だけじゃなくて、慶應であれば、それこそ循環器内科の先生とか、Apple Watch とかでやったりとか、各分野において、未病の段階からサポートを検討しているみたいな人たちはいらっしゃるの、そういう積み上がってきたエビデンスとか、あるいは、テクノロジーを使って何かを解決するみたいな、これは AHA、American Heart Association だけじゃなくて、がんのほうでもリキッドバイオプシーとかもあるかもしれないですし、あるいは、遺伝子、精密医療みたいなものもありますけれども、最近すごく重要な領域にはなってきている。

ただ、エビデンスが現在進行形で積み上がってきているので、どういうふうに共有していくかっていうのは悩ましいですけど、未来を見ると、確実に大事な分野にはなるはずなので、そこをいかに共有していくかというのは、工夫のしどころだとは思いますがね。だから、さっきもお伝えしたように、テクノロジーと絡めて、いろいろなものを知るだけでも、まずは、いい気がしますね。エビデンスも実際いっぱいあるので、デジタルヘルスっていう分野が、論文誌としても、ジャンルとしても、かなり立ち上がってきているので、そういうのも一つかなと。

もう一つは、介護、終末期ですよ。今までは結構スピリチュアルな側面の理解みたいな感じの教育がメインで、どうにもならないときは心を支えましょうみたいな、それはそれで大切なんですけども、それもちろんある一方で、医学的な介入っていうことが、例えば認知症中等度以上の進行みたいに、もはやあまり功を奏さな

い、不可逆になったときに、どうその人たちの生きるっていうことを支えるのかってというのは、介護現場では極めて大事な問題だったりするわけですよね。

そのときの、これは、でも、がんの、いわゆる終末期、ターミナルケアっていうものか、エンド・オブ・ライフっていうものか、何が適切か、いろいろ言葉はあると思うんですけども、痛みを取る、最期までその人らしくっていうことですよね。この積極的に生命予後を延ばす以外にも、その人らしく生きることを支えるために、一体どう向き合うべきなのかってというのは、かなりいろいろな分野にも共通してくることなので、重篤疾患における急性期との向き合い方だったり、あるいは、認知症も含めた、経過が長い中で一人一人の寄り添い方みたいなところは、すごく重要な部分なのかなって感じがしますね。

そこを知ることによって、日本でもちょっと前はかなり社会的課題になりましたけど、いわゆる生命予後を延ばすための経管栄養をどう考えるかとか、あれはまさにそこに対するコミュニケーションというところを、日本はあまり重視してこなかったが故に発生したような課題でもあったとは思いますが、エンド・オブ・ライフに対する想像力だったり、寄り添い方っていうのも、すごく大事ですよね。

かつ、そこでも多職種連携というのは必須になると思うので、医師だけで何とかしようとするのはかなり難しいし、時間も能力も足りない部分があると思うので、どういう専門の人たちがいて、どうチームを作っていくべきなのかってというのは、すごく大事だなという感じがします。

春田 今の、終末期に関わったり、チーム医療っていうところに関して、具体的に、慢性疾患はだんだん悪くなっていく、そのフェーズとか、いろんなフェーズがあると思うんですけども、医学生って、その部分の想像力をどんなふうにするようにするかって、なかなか難しく、というの、やはりどう診断するか、どう治療するかっていうところに注力していて、そこのケアの部分に医療者としてどう対応したらいいか、解がないと、思考停止してしまって、そこからどうしたらいいか分からない。先生、教えてください、どうしたらいいか、みたいな感じになりがちな思考プロセスになるんですけど。

宮田 一つは、でも、医師としては、急性期、がんの終末期とかっていろいろな関わりがあるので、そこは現場に行くのが一つだと思うんですけども、慢性期の終末期も、特別養護老人ホームには必ず医師がいますよね。なので、そういった現場ですよね。特別養護老人ホームは要介護度3以上の人たちなので、基本的には不可逆な認知症が半数以上を占めたりするんですよね。医学生からすると、あまり興味のない現場なのかもしれないですけども、そういう場をどう捉えるかっていうのも、多死社会にこれから突入するので、日本は、少子高齢化、人口減少っていう。そこの接する機会をどう持つかみたいな感じでしょうね。

特に未病の部分は、まだテクノロジーカンパニーが関わってきて、大きなお金が動いて、派手だったりするんですけど、介護との関わりに関しては、私自身も実はそこもやっているんですけども、うちの院生に介護の専門がいて。ただ、やっぱりそこってどうしても低く見られがちなんですよね。撤退戦とかやっても意味がない。意味がないというのか、そこを専門にすることにあまり格好よさがないみたいなのもあるらしくて、なかなか関心が、特に医療者から持たれづらいついていうのは、継続的な課題かなって感じがしますよね。

春田 まさに本当にここをどう考えていくかっていうのは、私たちも考えていかなきゃいけないかなと思ってることなので、ありがとうございます。今話していただいたことなんですけども、全ての医学生が学ぶべきかっていうことも一緒に考えていかなきゃいけない点かなと思っていて、モデル・コア・カリキュラムに入ると、必然的に82大学の医学部が全部入れなきゃいけないっていうふうに思ってしまう内容になるので、入れ過ぎても難しい。

宮田 そういう意味では難しいですね。医療と社会のつながりみたいなのは、そろそろ知ってほしいなと思いますけどね。やっぱり医療というの、社会って側面、暮らしの場っていうところから来ると、これぐらいの実感は存在感しか、現状ありませんよっていうことだったり、できること、できないことがありますよっていうことですよね。

その上で、皆さんは医療っていうものを軸にしながら、どういう活動をしていきたいですかっていう、たぶん問いにもなると思うので、それは外側のプロフェッショナルとか、人材ですよね。医療周辺の、チーム医療として、看護師とか技師さんとかの交流は、ある病院もあるとは思いますが、それ以外の専門家たち、暮らしの場っていうところも含めての医療の位置付けを考えるっていうのは、全ての医療者が一度考えたほうがいい気がしますけどね。

しかもそれは年々変化していくので、アップデートしながら、定期的に社会における医療ってものを考えないといけないな。コロナ関連においても、それは医療者の課題としてかなり言われましたよね。命を救えれば、とにかく経済は死んでもいいみたいな。そこはかなりの批判も経済界からあって、もちろん経済側にもたくさん欠けている視点はあるんですけど、そこ対話しながら伝えていかなきゃいけないって部分もあるので、そのバランスとか、あるいは、多職種交流も含めたところっていうのは、たぶん医学を学ぶ中でも、いま一度必要だと思いますね。

いわゆる医療を学ぶ前の教養課程として、数学とか、なんちゃら学を知るっていうのは、すでにやっているんですけども、むしろそっち以上に、医療を学んでから医療と社会のつながりを知ったほうが、僕はいい気がします。

春田 そうすると、学年を経たからっていうことですか。

宮田 そうですね。だから、1年生、2年生で社会と医療をやってもしょうがない気がしていて、それは一般人に近い学生の感覚なので、むしろ5とか6とか、国試で忙しくて、こんなことしてる場合じゃないってなりがちなので、4とか5なんですかね。ぐらいのところで、いま一度そこを考えるっていうのはすごく必要な気がしますけどね。

春田 なかなか実際、この1年半ぐらいはコロナの関係で院外実習っていうのが難しかったので、地域との関わりとか、そこに実際暮らしている方の声っていうのはなかなか聞けない状況だったので、それが難しかったんですけど、コロナが少し収束して、ワクチンがだいぶ普及してくると、また変わってきて、そういう実習というところで社会との関わりということを考えてもらう機会はあるかもしれないとは思って、お話を聞いていました。

宮田 どの地域にも一応そういう場はあるはずですよ。

春田 そうです。

宮田 地域医療計画とか、スマートシティプロジェクトみたいな、そういうのはあって、公衆衛生学教室というのが一応そのあたりをそれぞれの大学ではやることになっているので、そこをあらためてつないでみたい。だから、公衆衛生学の位置付けも今大きく変わってきていて、完全に臨床とすみ分けとかじゃなくて、連動するっていうところがすごく今大事になっていると思うので、そこをうまく結べるといいなという気がします。

春田 まさしく連動するっていうところとか、連携するとか、コーディネートするとか、そういうところが実際、医学教育の中ですごく今まで難しかったところで、先生もおっしゃっているように、1人で何とかしなきゃいけない。現場に行くと、医者が1人で決めなきゃいけない雰囲気みたいなのがずっとこれまであって、そういう人たちが今教員になって医学生を教えているっていう現状もある中なので、たぶんどちらも変わっていかないといけないんじゃないかと。

宮田 これまでの医療の、いわゆる一騎当千の医師を育成して、その1人が社会で選ばれた人材として多くの責任を請け負っていくみたいなのは、それは素晴らしいことだと思うし、何の否定もないんですけど、やっぱり1人っていうよりは、チームで、より大きな課題とか深い課題とかに当たるっていう局面が、これからはすごく増えてくると思うんですよ。じゃないと解けないものがいっぱい出てきているので、その能力はすごく大切かなというふうに思いますね。

春田 まさしくそうだなというふうに聞いていて思いました。個人のコンピテンシーではなくて、コレクティブ・コンピテンシーという言葉を作って、そういう力をどんどん.....。

宮田 いい言葉です、コレクティブ・コンピテンシー。あんまりあれですけど、私は東大出身なんですけども、最初社会人教育をマッキンゼーの慶應出身の人に受けたんですけども、どこの大学とは言わないけれども、自分以外みんなばかだと思っている大学がいらっしゃいますみたいなことを。その人たちは1人で10人力ぐらいまでは出せるんですけども、千人力は絶対出せない。4~5人で連携したら、千人力、もっと出せるみたいところで、一定以上のキャリアで、周りにはばかだと思って、唯我独尊でやっているような仕事スタイルの人たちは打ち止まるんですよというお話を聞いて、それはすごく大事ななということは理解して、別に医学教育がそうだなという話じゃなくて、コレクティブ・コンピテンシーをいかに伸ばすかということは、結構これからより大事になるっていう認識はありますね。1人でできることっていうのは、なかなか限られてくるんじゃないかなという気がします。

春田 まさしく本当にそうだなというふうに思って、マクロで見ても、ミクロで見ても、まさしくそういう状況があって、私は、どっちかっていうと、地域で働いているほうなので、複雑な問題が次々、診療所とか病院に持ち込まれてくる中で、1つの問題でも非常に複雑で、個人の背景因子がいろいろ関わっていたり、医療だけでは解けない問題が数多く含まれていたりする。それこそまさしくいろんな職種とか、ずっとそこに住み続けている人じゃないと分からないような。

宮田 そうですよ。なので、それこそ今までは薬的なソリューションを作るか、ガイドラインで行動を変えるみたいなことぐらいしか、なかなかなかったんですけども、地域だと、まさに地域とのつながりをつくるとか、もっと早くから、未病の段階から寄り添うとか、テクノロジーとかネットワークをうまく組織することによって、できることっていうのはどんどん増えているはずなんです。それが、でも、現状いろいろなものに阻まれて、なかなかできないところを、コレクティブ・コンピテンシーでどう解決していくかっていうのが、まさに問われていく局面ですよ。

春田 まさしくそういう医学生のコレクティブ・コンピテンシーを、先生のたぶん専門だと、体験価値をデータ化するということにあると思うんですけど、医学生のそういう学んだ体験価値というか、それをどんなふうにデータ化していったって、それを評価する、データを体系化して評価するっていうことも医学教育の中では求められているんですけども、そういうヒントになるようなアイデアがもし.....。

宮田 確かにこれは今、医学教育だけじゃなくて、教育全体に関しても、データを、新しいプロジェクトというのか、パラダイムシフトを起さなきゃいけないっていう話をしているんですよ。詰め込み教育が全てかって、そうじゃなくて、それはスタディサプリみたいなものを作って効率よくできるので、教育の本質って何だろうっていうことを考えたときに、一人一人が豊かに生きる力を育むとか、将来に多様な生き方を選べるような能力をその人に合った形でサポートしていく、これが教育だみたいな話はするんですけど、結局、でも、それが大学入試で評価されないと、頑張らないんですよ、子どもたちも、塾も。

なので、すごく分かりやすいんですけど、それを評価する枠組みを作らなければ、ただ単なる絵空事になってしまうので、一つは国試なんだろうけど、それはちょっと国試をどう評価するかっていうのはさて置きながら、まずは、今おっしゃったような、成績の中でそれを評価できるようにしておくっていうのは、まず第一歩なのかもしれないですよ。

あとは、だから、論文を書くとか、手術成績がいい以外にも、コレクティブ・コンピテンシーで貢献した人をどうそのコミュニティーで評価するかみたいなのも、たぶんプロフェッショナルなギルドとしては求められていくんだろうなという気がしますよ。

だから、そのあたりは、授業とかで言えば、まさにそういった授業を作って、総合評価とか、あるいは、そういったプロを連れてきて評価してもらってというのが、まず一つの出口なんでしょうけど、あとは、中長期のそういう能力を持った人たちが継続的に評価され得るような評価体系を医学の中に入れるっていうのが一つの気がしますね。だから、これは社会全体ですけど、アントレプレナー的な部分に対する評価っていうのをもう少し高めていくのは、きっと必要なんだろうなっていう気はします。

別にこれが理想だと言っているわけじゃなくて、日本はいまだに、例えば東大生が最初に目指すのはマッキンゼーとかの頭良さそうなコンサルなんですよ。その次に日本の大企業みたいな、そんな感じなんですけども、アメリカのトップは起業なんですよ、成績優秀者、アントレプレナーに行くみたいな。その次、滑り止めがGAFGAとかなんですよ。コンサルはその他のなんちゃらみたいな形で、それが経済を目指していくみたいな感じだったり、あるいは、中国はトップの学生は工学部に行くらしいんですね、一番もうかって、社会に貢献するみたいな。医学の序列はそんな高くないって言う。

別にそれがいいって言うわけじゃなくて、日本は、でも、高齢化が進むので、医学を軸に国を良くすることはこれからできるので、医学部が偏差値トップにいることは全然悪いことじゃないと思うんですけど、ただ、その高い能力の人たちが、どう社会に貢献して、能力を發揮していくかっていったところを考えると、さっきお話ししたような、多様な能力の發揮の仕方だったり、コレクティブな貢献みたいなのを評価していくっていうのが、すごく大事かなという気がしますね。

春田 私からは以上ですが、中山先生、何かありますか。

中山 どうも、宮田先生、本当にありがとうございます。先生がこういった話をこんなに言っているのはすごくうれしいので、本当に。例えば、先生がいろんな医者とか付き合っていて、これはそんなに深い質問ではないんですけども、印象で結構なんですけれども、年代によって、かなりメンタリティーは変わってきているんじゃないかなって言うふうにも思うんですね。私は今本当になんやかんやで、なんとことして60歳になっちゃうあれなんですけれども、60歳以降と、70歳以降と、50、40、30と、やっぱり60歳以降の人たちって、なんか職人的な医者、どちらかというと、内向きの専門性を追究するのが医者としても格好いいと。若い人たちは比較的いろいろチーム医療、それもある程度、教育の効果だったと思うんですけども、いろいろチーム医療的なものを、少し視野が広いのが多いんじゃないかなって言うことを期待しているんですけども、先生の中から見て、年代による違いみたいなことって言うのはどうですかね。

宮田 私自身のキャリアの初期で関わらせていただいたのは、こういうデータの事業を臨床とやっていると、その領域のトップと20代で仕事をするようになるんですね。データベースをNCDとかでやっていたとき、20代は、団塊の世代だったんですよ。彼らは、その前の世代は置いて、外科医であれば、患者さんのために腕を磨いてきたっていう、結構現場主義の人たちと、あとは、団塊の世代なので、とにかく社会を変えるんだっていう猛烈な熱量があったので、彼らとは、実は相当働きやすかったんです。こういうデータを使って新しいテクノロジーで医療を変えるんだって言うところで、おーみたいな感じで、燃えてくれるんですよ。そんな思いで、結構NCDは作れたところがあった。

その次の世代の人たちは、しらせ世代っていう人たちなので、どっちかっていうと、様子を見て、ものになるんだったら、やってもいいよって言う感じで、結構プラグマティックに、しらせ世代の先生方は、業績はどれくらい出るのか、そのデータベースで。論文がどれくらい出るのかみたいな、論文しか見ないみたいな、それが全てなので、そこである程度しっかり評価を出すみたいな、そんな感じですね。

なので、その流れは、その下のバブルの人たちも、ある程度、今来て、バブルは、なんというのか、冷めているというよりは、流れを気にする感じがありますね。何が今イケてるんだろうみたいなね、バブル世代は。これ、データとか、AIとか、いいんじゃないですかみたいな感じで、流れができると、もうそれに乗っていくぞみたいな感じなので、なので、ビッグデータっていう言葉を先生方、言っていましたけども、ビッグデータが来て、AIが来て、今はDXとか、デジタル革命みたいな、やっていることは1ミクロンも変わらないんですけども、いわゆる彼らと一緒に波に乗る、イケてる波をどう作るかっていうのがバブル世代ですよ。

私の世代っていうのは氷河期なので、絶望の世代なので、希望をどう共有するかみたいなところは結構大事ですね。希望があるのか、ないのかみたいなところは結構難しいかな。

中山 先生は就職氷河期といわれた世代なんですよ、ちょうど。

宮田 ど真ん中ですよ。だから、基本的には波なんてないよって言う。何も寄る辺なんてないよって言うところの中でも、それでも何か可能性があるのかみたいなところの、やっぱりビジョンっていうのをすごく大事にして、その下がミレニアルなので、仲間です、ミレニアル。ワンピースとか.....。

中山 ワンピース世代か。

宮田 世界なんてどうでもいいから、仲間楽しけりゃいいよみたいな、俺たちがイケてるっていうのがいいんだみたいな感じで、中山先生がおっしゃる印象として、より周りを気にしながら、でも、自分の信頼するコミュニティに認められる仕事ができればいいっていう、比較的マイペースな人たちなんですよ。だから、医局入りとかでも、そんなしんどいところに行きたくないっすよねみたいな、精神科、大人気とか、そういうワークライフバランスと、あと、仲間のレピュテーションみたいな、それは、だから、Facebookとか、Facebookはもうちょっと上ですけど、そういうSNSみたいなこの共感があって、今、実は、阪大のWAKAZOとか、慶應もそうですけど、20代のZ世代が、僕、一番やりやすくて、それは何かって言うのと、Zっていうのは世界中とつながっているんですよ。だから、めちゃくちゃ正義感に対してシビアなんです。仲間でいいとかじゃない、それは世界のためにならないでしょうみたいな感じで、結構厳しいし、グレタさんっていうのが代表ですね。だから、すげえ怒るっていうのか、だから、厳しい正義感なんですよ。

だから、サステナビリティ・ダイバーシティ・インクルージョンというのは、彼らの正義感で、これは全世界的な傾向なんですよ。自分のために何か研究をする、ノーってことですよね。あるいは、仲間に認められる、でも、それで世界を傷つけるようなのもノーみたいな。だから、それはやっぱり、さっきお話ししたような、社会と結んだ中で本当に何に貢献していくのかみたいな、かなり厳しい正義感を持っていて、私が20代のところは、よくシニア世代、団塊の世代以上は、今の若い者は軟弱だみたいなことを言っていましたけど、いざ私がおじさんになって、下の世代を見ると、とてもまぶしいですね。彼らの正義感とか倫理観は圧倒的に磨かれているので、つながっている中で、吟味されているので、彼らがよいと思うことを支援するというのは、僕としてもすごく大事だなと思っていますし、もちろん大き過ぎる、頭でっかちになる中で、行動が追いつかないところもあるんですけども、そこを支援することこそ、おじさんの、シニアの役目なんじゃないかみたいなところがあるので、結構私はZ世代はすごい好きです。

ミレニアルは、仲間内でちょっと通じない人がいると、もう受け入れないみたいなのが結構あるんですけど、でも、Zの影響力が今世界的にも大きくなってきているので、そこはとても寄り添うべきだし、彼らの考えることを一緒に実現するのはすごく社会のためにも、すなわちなるっていう気がしますね。

これはあくまでも全世界的な社会学的データに基づいた、ザクツとした分析なんですけども、でも、印象としてはこんな感じですね。

中山 宮田先生ならではの、すごく鋭い指摘で、すごい勉強になりました。その中で、本当にこれからの医者の方のキャリアパスとかロールモデルをどういうふうに示していくのが、世の中全体にとって少しでもいいことなのかっていう、かなり本当に大きな問いだと思います。

宮田 もう一つ大事にしたいのは、そういう意味では、Zだけじゃないんですけども、猛烈で無理をさせるみたいなのも、もう文化としては厳しいんですよ。つまり、世界を大事にする第一歩は自分を大事にすることなので、そうなってくると、個人に強烈な負荷を掛けて働かせるっていうような形だと、Zはつぶれるんです、あの子たちは。だから、彼らそのもののワークライフバランスも考えながら、生き方を尊重するような形で、教育だけじゃなくて、研修の場とか、キャリアステップですよ。キャリアステップに関して、昔は、人がいっぱいいたときには、勝手に自然淘汰してくれるみたいな感じで、この医局、多過ぎたけど、まあいいかみたいな感じなんですけど、ここからは、特に日本は子どもの数が少ないので、彼らを大事にしながら、一人一人輝いてもらわないと、国が持たないということもあるので、生き方を大事にしながら、その後のキャリアも支えてあげたいなっていうのは、個人的には思いますけどね。

中山 今回の本当に医学教育のモデル・コア・カリキュラムも、たぶんまさにそのZ世代あたりがかなりフォーカスになってくるんじゃないかなと思うんですよ。それはぜひ本当にわれわれもそういった認識をみんなで共有して、Z世代の特徴を知った上で考えていきたいなと思います。本当にありがとうございます。

(終了)

6) 鈴木 健嗣 氏

日時：2021年8月4日 15:00~16:30 (90分間)

参加者：松島

<インタビュー要旨>

キーワード：AI、ロボティクス、生体情報医学、生体医工学

社会の将来像について、事前に送らせていただいた資料のようなことを我々は想定しているのですが、先生にはどのような景色が見えていますでしょうか？先生のご専門分野の視点からぜひお話しいただけますか？

医学にも工学にも精通した人間は少ない。

もっと、学問を学ぶ人、広い視野で学ぶ人、技術を重視して学ぶ人と、医学も工学も、キャリアの多様性を出した教育をしていく必要があるのではないかな。

医学では、今後、AIが検査診断（放射線、画像技術）や薬理学に、ロボティクスが手技を担うようになっていく。

社会が、今お話しいただいたように変わっていくと予想される中で、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか？またどのような役割を果たしていくべきだと思いますか？

- ・ AIとロボティクスを使いこなす必要がある。
- ・ 慢性期に対する医療を考える必要がある（現在は急性期向けの医療が中心である）。健康長寿の時代で福祉、介護にわけてしまっている。医師の範疇はあると思うが、慢性期医療をやっていく必要がある。機能維持・回復についての進歩が必要。例えば大学附属の特養、老健といった施設をつくるといった工夫をして、慢性期医療にたいする取り組みが必要であるのではないかな。

3. 医療が、今お話しいただいたような役割を果たしていくと予想される中で、医師はどのような役割を担っていくと思われませんか？またどのような役割を担っていくべきだと思いますか？またどのような役割は「担わない方が良い」と思われませんか？

- ・ 診断・治療は担うが、やらなくてもよいことはAIに代替する。

医師に権限や医療に要する時間が集中しすぎている。

説明や検査までは他職種が担い、診察や手術に注力できる体制を進めていく必要があるのではないかな。

- ・ 医師は、そのうえで、患者に対し告知、ケアをし、方針を決めていく役割を担う。

4. 医師が、今お話しいただいたような役割を担っていくと予想される中で、医学教育では何をどのように扱っていくべきとお考えですか？特に卒業する前の学生時代に学んでおくべき内容について、お話しいただけますとありがたいです。

- ・4年は医学の基礎医学を学ぶ。その後、基礎コースとメディカルコースにわけては？
(米国のメディカル・スクールのように)ほかの分野から医師コースに入る場合があってもよいのではないかと。基礎医学に行く人を増やせないか。構造的課題があるのではないかと考える。
- ・(実際に医師として最前線に立つ頃に実用化される技術を念頭とするため)10年後にAI、ロボティクスでできる医療を知っておいてほしい

5. 今お話しいただいたような内容について、全ての医学生が学ぶべきかという点から考えてみると、いかがでしょうか？

- ・工学技術の紹介は動画で行うことができる。
- ・工学も医学も知っている方が医学における工学を教える
- ・工学部 医療機器をやる方は少ない 機械や車がすき 医師が工学部にくる
(工学部卒業で医学部を目指す人はいるが、逆はとても少ない)
- ・AIで担える部分が増えることを知っておく。
- ・『知性』を育む必要がある。各個別性のある患者さんに対してどういう治療を選択すべきなのかについては答えがない。これを人々は議論して、いろんな症例を見て、問い続けるという、その力が知性である。
- ・総合診療も必要ではあるので、バランスはわからないが、知識は、もう少し専門化した知識の習得が必要かもしれない。ジェネラルにみる部分はある程度覚えてなくてもよい時代となり、簡便なスクリーニングとしての医療相談から、医師は専門性が非常に必要とされる場面が多くなるかと思われる。

6. 今お話しいただいた内容について、誰が教えるべきだと考えますか？

- ・医学の視点をもった工学の方が教えたほうが良い。オンラインでも可能と考える。

7. 今お話しいただいた内容について、どのように教えるべきだと考えますか？

- ・臨床医工学、AI、診断技術について具体的には1.5時間×4回、もっと短縮するとすれば2回で伝えることはできるかもしれない。

この分野についての表現は、臨床医工学<生体医工学<生体情報医学という言葉を使ってはどうか。

<逐語録>

松島 今後変化していく社会を見据えて、どのような医師を養成すればいいかという点について伺えればと思っております。項目としては、社会の将来像について、先生側から見た、ご研究の範囲でもいいですし、そこから超えても構いませんが、社会的な視点として、どんな景色が見えておられますでしょうか。先生のロボティクス

だったり、AIだったりといったご専門分野の視点から、どう見えられているかということをご自由にお話しただければと思います。

鈴木 平成28年度コア・カリキュラムという頂いた資料にも少しありましたが、今研究として、さまざまな新しい工学的な機器や、AIのような情報的な機器、これを用いた医療への展開というのは世界中で行われています。その世界中の状況を見ると、それに携わる人の数というのを考えたとき、一般的に言うと、これに携わる工学の人がたくさんいて、少しの医学の人がいて、それでやっているというような、そういう印象を持っています。皆さんから見てどのように見えるかわかりませんが、でも我々のほうから見ると、実は工学でも、こういう医学系のことに本当に興味がある人はすごく少ないですね。

どちらかというと、おそらく医学教育にて、高学歴・高収入だから医師になるというものでなく、本当に人を救うための医師という観点で、医師を育成していくという流れは何と分かります。その反面、本当に医療というものに興味を持ってやっていく人、この辺は、ちょっと分かりませんが、医学部に入る前に、本当にどのくらい「医学」ということに興味を持って入る人たちがいるのか。医業（医術）ということに関して興味を持つ人は多いかもしれないです。要するに、業としての医業、仕事として医業。ただ、医学という学問に関して、どのくらい興味を持って入ってくるのかなってというのは、私の中ではかなり不透明だなと思うところが多いです。

もし医業に関する興味が強い人が多いと、それはある意味、プロフェッショナルスクールでしかないように思っています。実は工学にも似たような反省点がありまして、プロフェッショナルエンジニア（技術士）というものが世界中にあります。日本では、実を言うと、工学部に入ったからといって、技術士を目指す人は少ないです。つまり、全然一致しない。大多数は技術士を考えもしない。それに対して、ある意味では、医学と比較すると、医学部なので、医学を学ぶために来るという反面、ほとんどは実を言うと、専門士である医師、工学でいえば技術士っていうのを目指すのと同じような位置付けだと思っています。医学と工学で、専門士を目指す人数の比が逆転しているな、と思っています。

そうすると、むしろ、例えば工学を目指して、広い視野でやっていきたいっていう学生は、ある意味では結構います。たくさんいる。でも、技術士としてやっていきたいという人は少ない。一方、医学は逆な気がするんですね。広い医学というのを学んでやりたいっていう人はすごく少なく、医師として専門性を持ってやりたいという人がいるということになります。ここのミスマッチがかなりあるなというふうに思っています。

よって、もともと例えば広い視野を持って、医学を志す人たちは、やはりどうしても、工学と医学と似てるなというふうに思っています。医学も、ある意味では専門的な医術というのを学ぶという形になります。工学も工学という名前でありながら、技術というのを学ぶ。他の学問と全然違うんですね。これは医学も同じなんじゃないかなというふうに思っています。

そうすると、技術の習得という観点では工学部も同じです。技術の習得にかかる時間があって、その時間に対して、広く工学っていうのを見据えるような講義科目というのは、1年生とかくらいしかなくて、あとはどんどん専門化していっちゃうっていうような現象があります。

入口と出口がだいぶ違うんですけども、学問としての工学と技術、という関係性と、学問としての医学と医術、という関係性を見ると、工学と医学には非常に相関があるなと思っています。

その上で、まさに課題となるのが、技術を主に学ぼうとする人は、ある意味、既存のある技術をしっかりと使えるようにするということが大目的になってしまいます。工学の目的は新しい工学を作っていくということなんですけども、一般的に本当に新しい技術が作りたくて企業に行く人っていうのは、私、本当の意味では、結構少ないなと思っています。

工学部もほとんど6年生、修士まで行きます。そういった意味では6年制の医学と変わらないですね。学部で学び、大学院を出て、専門性を身に付けるというように言いますが、実際には企業の中で今あるビジネスを深くするとか、開発の部分に行くので、結構医学に近いなと、思ったりしながら見えています。

私としては、新しい医療を生み出そうという人たちの数が、外国から見ると、圧倒的に少ないなって感覚が非常にあります。現状ある医療で人を救おうという人たちは多いかもしれないです。でも、それは現状の医療のメカニズムです。これは、現状の会社のメカニズムっていう工学系で言うのと同じだと思います。でもそのほうが安定性があり、そして、今までの目標（マイルストーン）もあるために非常に学生にも魅力的に見えるようです。極めて優秀な人が新しいものを作るといふより、大企業のほうに入社していくというそういう傾向があるのが、工学系が残念なところなんです。

そうすると、医療のほうでも同じようなことが起きているんじゃないかなと。この人は優秀な医者じゃなくて、優秀な医学者になるんじゃないかというような人々を拾えるような形になってないんじゃないかなと。これが例えば医学に入った後に、本当は、半分は基礎医学、半分は臨床医学に進んで、基礎を身に付ける臨床医というのは半分ぐらいで、もう半分は新しい医療のための、要するに新しい医療を作っていくというようなことです。半々は多過ぎかもしれないですけど、今の筑波大学の状況を見ても、その状況（臨床医：基礎医学を志す比）が9・1くらいに見えます。

いったん臨床医の道を目指す、手術の回数を増やさなければいけないとか、要するに自分の医師としてのキャリアというのがあるようです。ある種、研究とか、そういうのに時間をかけていたら、一流の外科医になるための医師経験を得るのがなかなか難しい。そうすると、例えば学士入学とか、少し年を置いてから医師になった人のほうが、よっぽど医学者になる可能性が高かったりとか私は見えています。

今後の医師っていうことでまとめると、工学にも似ているんですが、技術者としての工学者、要するに医師専門家っていう表現が、医術者っていうふうなことなんだっていうことをちゃんと理解しないといけないと考えています。工学で博士を取る人が、すごい高い技術を持っているかっていったら、そうではないんです。工学で博士

を持つ人は、工学という学問がちゃんと分かる人ということであると。例えばすごくきれいにプログラミングが書けるとか、すごく難しい設計ができるということと、素晴らしい工学者は、1・1では対応しません。医学も同じじゃないかと思えます。素晴らしい医学研究をする人は、素晴らしい手術をする人とは、ひょっとしたら、一致しないかもしれない。でも、それはいいこととは言わないですけど、そういう多様性をもっと出していかないと考えています。今後も、医学部が医師養成機関であるのは間違いないんですけども、それに偏り過ぎて教育で本当にいいのかなというの、私の中で考える、ちょっとした医学部に対する懸念です。松島 先生から見て、工学の分野はどのような感じで社会の中に今後浸透していくというか、発展していくというの、多岐にわたると思うんですけど、かいつまんで素人にお伝えいただけるとすると、どのような展開を見せるんでしょうか。

鈴木 いろんなものがありますが、とにかく医学に関する部分としては、間違いなく AI とロボティクスです。当然、もちろん新しい放射線医学とか、画像撮影技術もありますが、それはまだ一定に留まると思っています。まだまだ X 線は使われるでしょうし、陽子線であったり、そういったものも使われますけども、それらへの新しい工学の貢献はまだ一部です。ほとんどおそらく画像による画像診断と、医師による身体所見、それから手術による、医師の手技、等が今後浸透していくと考えています。

私は医師じゃないので分かりませんが、基本的には医師の重要な点は診断と治療で、また治療という意味では、医師が行うのは手術で、治療のもう一方は薬理、薬が担っています。この 20 世紀は、薬はすごい発展を遂げたんだと僕は思います。

医学研究者と言ったときに、一般的に言えば、おそらく薬の研究者のことを思う人が多いんじゃないかと思えます。それは診断と治療という中で、診断があって、治療が同じぐらいの大きさだとすると、本当は診断は医師が 100%行っていると言っている。でも、治療は、私の中では、医師は、実を言うと、20か30%しかなく、残りの70%は薬が行っているというふうに考えていいんじゃないかと思えます。そうすると、残りの70%である治療の部分は、薬学もあり発展もしてきています。そうすると、まさに診断の部分と、一部の手術を中心とした治療の部分、この部分が新たな工学技術が入っていくことは間違いない。よって、その2つの中で一番使われるのは、目で見て行っている画像診断や、身体所見、いわゆる医師の所見を支援する AI だと思います。それから、手で行っている手技や徒手的なもの手技、これを支援するのがロボティクスです。これより、この2つを極めて優先的にやるのが正しいと思っていますね。工学って聞いたら、この2つで十分だと思います。

ロボティクス工学と情報学は違うんですね。この2つも他の分野と混合してしまっていますが、情報学っていうのは数学が基本となる学問です。情報を取り扱う。これは AI が最も応用技術としてよいと思います。工学は物理現象を取り扱う学問です。これが医学に一番近いのはロボティクスだと思います。

他にももちろん放射線であったりとか、物質系の話がありますが、もし基幹の教育として取り上げるとすると、AI とロボティクス。人の目の代わりとなる AI、人の手の代わりとなるロボティクス。こういう技術がもし医学教育に入ってくるとすると、AI とロボティクスを使いこなすっていう医師が今後増えなければいけないんじゃないかと思っています。

松島 次の質問にもだいたい入り込んできているかなとは思いますが、社会のそのような変化の中で、医療がどんな役割を果たしていくとお考えですか、また、果たしていくべきだと思いますかっていうことを言語化すると、少しなぞっていただく感じになるかもしれませんが。

鈴木 あまり変わらないと思います。先程、AI とロボティクスを使いこなすようになってくれたらいいなっていうのは、もう当たり前のことだと思っています。要するに Word と Excel を使いこなすっていうのと同じように、AI とロボットを使うということにならなければならないというふうに思います。

大きく分けると2つあります。1つは、現状の医療はまだ発展していくと思えますが、もう少し慢性期に対する医療っていうのを考えていかなければいけないんじゃないかと思えます。つまり、今の医療の学問とか医学を見ても、基本的には急性期を対象として発展してきたというふうに思うんですね。

今は、健康長寿という中で、福祉や介護だからと分けたり、医療保険・介護保険で分けたりしています。医師が全部やるのが、必ずしも医師にとってハッピーかどうかというのは分からないんですが、それでも慢性期に対する医療っていうのもっともっとやっつけていかなきゃならないのではないかなと。ひょっとしたら、そのときには、治療は機能の回復という言葉で表せますが、例えば神経内科医がされているような機能の維持だったりとか、すでに医療の中でも回復以外の医療が広がっているはずだと思います。緩和ケアとか。そうすると、機能回復だけじゃなくて、機能維持というものに関しても、慢性期の医療というのがもう少し進んでこないかなと思っています。

最近、介護においてもエビデンスを出そうという試みが進められています。これは僕の勝手な腹案で、割愛してもらってもいいのですが、大学附属病院があるおかげで、大学は医療を、要するに実際の実践の医療を持って進めているので、医師および医学部は実践的な学習ができると思っています。

工学部はそういう（実践機関）を持っていないんです。私は、自分たちでスタートアップ会社をつくっています。教え子の博士学生たちがつくって、その複数の会社と関わっていますが、これらは附属病院みたいなものです。お客さんがいて、現場があって、お金にしなきゃいけないとかですね。

工学部もそういうのがもっとどんどん増えていくと、まさに実践をする医療っていうのに、工学部も実践をする工学が合わさりやすいなと思っています。むしろ今は工学のほうがちよっと地に足がついていない場合が多いかもしれません。

工学の研究においても、技術が実践的なので、何となく現場寄りに見えます。（分からないですけども、これもあまり言い過ぎると割愛するかもしれませんが）例えば手術して、その後、3カ月もベッドに寝かしておいた

ら、病院の経営としてはピンチになると思います。要するに病院の経営からすれば、手術をして、短期で出て行ってもらったほうが、病院は回ると。

そういうことは実際に現場で病院があるからこそ、まさしくそういうのが見えてきて、感じられるのだと思います。一方工学だと、この機械にこの部品、使ったら、合わないだろうっていうことが、大学の中ではほとんど議論にならないわけですね。要するに、それ企業でやったとしたら、これは無茶だろうと。そういう教育がまだまだ、基礎ということでおろそかにしておりますが、工学ではそれがまだまだだなのをちょっと思っています。

その点から見ると、医療は、まさに実学に近いところでやっているように見えます。そういう中で、附属病院だけではなくて、例えば大学附属の特養とか、要するに大学附属の高齢者施設ですよね、老健とか、というのを大学が本当に持って、そこに医師も入って、看護師も入って、当然もちろん要するにケアギバーというか、福祉士とか介護士職も入ることを想定しています。長い時間かけて作ってきた医療でも、EBMがこの10年だと考えれば、これまで経験則に頼ってきたと思います。

それが介護でも同じで、今年からからLIFEのように要するにデータ化することによって、エビデンスベースにしていこうっていう流れが出てきています。そうすると、同じく、大学附属施設みたいなのが出てきて、そうしたときに初めて良い方向になるのかなと。

そのときに、そちらは介護だからっていうように分けずに、慢性期医療っていう分野もちゃんと出てくると思います。今でもたぶん総合診療科さんとか、そういう所は、それに近いところでやっているんだと思います。しかし何となく医療の中で、急性期と慢性期っていうところで、慢性期は医学の範疇ではない的な考えがあるように感じます。それはある意味では私も悩んでいて、解があるわけじゃないんです。悪いことではないと思うんです。

これも私の事例ですが、耳鼻科医と顔面神経麻痺を支援する研究を行っています。医療的から見れば、窒息しなくて、ドライアイにならなければ、また取りあえず命に別状がなければ、良いと判断される場面が多いと思います。まあいいかと。まあいいかって変ですけども、そこでそれ以上治療できないという点も考慮すべきではありますが、本人から見ると、QOLはとても大事で、特に顔が動かないというのはQOLに大きな影響があります。しかし、QOLの向上だったりとか維持は、医療の範囲じゃなくなっちゃうように見えます。

それは当然、医療っていうのが、医療保険っていうのとくっつき過ぎちゃっている気がするなと思います。医療保険じゃないものは医療じゃないみたいなように、みんなが思ってしまうのは、ちょっと私の中では残念だなと。それはやり方なのかもしれませんが、要するに医療保険になるか、ならないかは、ある意味では、厚労省とPMDAが決めているので、文科省が育てる医師っていうのは、それと独立にちゃんとできる、そういう医師を育てていかなきゃいけないんじゃないかなと。

その中に、要するに医療保険と関係ない、今までになかった新しい医療をつくらうということかと思えます。これは医療保険に今存在しないので厳しいかもしれないけど、でも、デジタルメディスンとかも出てきています。要するに、まさに薬の代わりに、画像を見てゲームをしていると薬になるとか、これもそれを医療の学理をもってして説明するっていう人たちが増えると、すごくいいなと。

我々も装着型ロボットを研究していて、これはある意味では、このロボットが薬の役割を果たしているんですというふうに説明してくださった方がいたんですね。それは私、すごく面白いなと思っていて、我々にはそういう発想はない。でも、医師はたぶんこのロボットを薬理的に考えれば、これだけの介入で回復効果のある薬と同じっていうふうに言うような感じですね。それはそういう人たちが増えてくると、医師ではなく、医学を修めた人たちっていう感じですかね、難しいんですけど。

そこに文部科学省というか、われわれ大学はちゃんと寄与していかなきゃいけないんじゃないかなと。むしろ本当に医学部っていうのがあって、そこは広く医学を学べて、要するに法科大学院みたいな形で、メディカル・スクールっていう形で医科大学院みたくなり、そっちで専門性を目指したい人は医師になればいいけれども、医学部を修めた人はそのまま官僚とかになってもいいとかです。ちょっとアメリカ型になっているように見えますけど、僕はあの方式は結構いいんじゃないかなと。

医学部を出た人がもう一回工学部に行くとしたときも、必ずしも本当に全員、ローテーションを超えて、ちゃんと全部レジデントまでやった人っていうんじゃないかとも良いかと思っています。ある意味、皆さんも6年間の医学部を出て、医師として医師免許は持っているけど、その後別な分野にコンバートした人は、たぶん臨床の経験がほとんどないので、臨床医としては医師と言えないんじゃないかと、みんな思っているはずなんです。

逆に、私も本当にそう思いますし、言われるほうの肩身が狭いのを見ているのもかわいそうですし、それはあくまでも医学っていう学問と医師っていうのが、さっきの工学と技術士みたいに違うので、医学部の基礎を修めた人が専門トレーニングを経て医師になるっていうほうがより自然なんじゃないかなと。

そうすると、この時点で医学を修めた人が、専門トレーニングは受けなくて、基礎医学で、より、それこそ分子生物学へ進んでコロナの新しい薬を作らましようとか、そういう所に入っていったりとかする時代を考えています。今度はビジネススクールかなんかに入って、今度はAIを使った医療っていうのをやっていきたいと思います。っていうのができたりするのでしょうか。そういうふうになるためには、今の6年間全部医師としてやって、その後初期研修と研修をやってという仕組みがちょっと固まり過ぎているので、それが少し開いたほうがいいのかとか、ちょっと思っています。

そのときに医師はまさしく医学視座を持って他分野の人と連携して社会の問題を解決していくっていう、そういう役割を担っていただくとしたら、それはいいなと私は思っています。

松島 私、元が消化器内科なんですけれど、学生時代は全く研究とか興味なくて、医師になって、大学院に行く人がほとんどだからという背景もあって入ったけれども、やはり医療をしていく中で、興味だったり、リサーチクエストンだったりっていうのが生まれたり、現在の医療との乖離（かいり）で、解決すべき部分が見えてきたりとかっていう側面はあったんですけど、先生から見ると、ちょっとそこが一律に6年間、まずは勉強して、もちろん臨床医になるでしょうっていうようなレールが敷かれてっていうのは、ちょっと固まり過ぎていうふうにお感じになっているっていうことですかね。

鈴木 基本的にはそうです。当然先生のように実際の臨床の中から課題が分かって、それで研究をっていうのは、もちろん大事なことなんだと思うんですね。それはある種の大学に残っている方はそれでもいい気がするんです、まさしく。例えば今だと医療は本当に研究をするんだったら大学とか、そういうのがちょっとありますよね。

松島 ありますね。

鈴木 本当は地域の大きな病院だって、研究できる患者数は十分あるのに、要するに大学病院と同じ病床数、持っている、大きな病院とかあるのに、そこは研究というと、ちょっとずれてるというように思う時があります。僕も脳卒中学会、リハ学会、摂食嚥下リハビリテーション学会っていう専門的なものにも行きますが、そういうところを見ると、研究は基本的に大学で、地域の病院はケーススタディーと症例報告という形になっているように見えます。そういう意味では、工学系は当然大学も研究しますが、企業もいっぱい研究するわけです、同じような研究所があります。

医学でもそういうふうな姿が出てきても面白いんじゃないかなと。今は大学が附属病院を持っています。例えば（あるかどうか分かりませんが）、1,000床、持っている長崎中央病院が、長崎中央病院研究所っていうのを持っていて、そこがむしろ大学のように研究をする機関っていうのになったりすると、その研究機関は企業とか民間の研究機関になります。大学のように予算がないとか、国立大学法人の医学系教員が、土曜日とかも病院で非常勤をすることをか、僕の中では違和感を感じています。むしろ民間主導というか、工学のほうが先にそれが起きているだけです。

工学系では、今は大学の研究所に残るよりは、Googleの研究所のほうがよっぽど予算と自由度があつていいとかっていうのがやっぱりあります。昔は日本の企業もそうでしたが、日本の企業は現在、研究所をどんどん、ある意味、縮小化していっています。逆に今、大学にかけられる予算が大きくなって、大学の人が企業側と一緒に出て、クロスアポイントとかとやって、企業の研究所を盛り上げるとかやっていうのをやっているのを見ますと、医学はまだまだ研究は大学主体だなと感じます。

人材の流動性として、もっと民間病院とか、ある種の、変な話、Google病院みたいなとかっていうような形ももっとできるようになってくるかなと思っています。Google病院って変ですけどね。

でも、一応、日立製作所や、パナソニックも、病院を持ってやっていますけども、あくまでも福利厚生範囲内です。本当は実は松下病院研究所みたいなやつがあつて、そこはAIとロボットがボコボコある病院っていうような、そういうふうになっていくと、新しい医療ができやすくなっていくのかなとかっていうのを、何の根拠もなく言っているだけです。

松島 でも、そうかもしれないですね。まさに中央病院と昔呼ばれていた所が長崎医療センターに当たるんですけど、医療センターだとか、市立のみなどメディカルセンターとかっていう、結構大学よりは規模が少ないけれどもっていう病院だと、大学院を置いているんですね。研究所があります。ただ、大学と一緒に大学院をやっていたりとか、ありますので、独自の特色を出してとか、そういったところにはやや行きづらい部分も確かにありますね。

鈴木 例えば、ちょっと分かんないですけど、オリンパスが病院を持って、オリンパス病院っていうのがあつて、オリンパス病院研究所っていうのは、ものすごい新しい内視鏡とかがあつて、そこに行くと、コースワークみたいな形で新規のスーパー内視鏡みたいなやつを学べたりして、夏のサマースクールとかで、先生方が1カ月ぐらいそこに行くと、それを学べて、最先端の医療機器のやつをやってきたっていうやつとか、そういうの、面白そうに見えますけどね。

松島 そうですね。確かに他の分野だったりも、ガッツリ企業とかとタイアップするような流れができてこない、大学だけでやっても、発展が、ちょっと限界があるのかもしれないですね。

鈴木 一足飛びに全部ってわけじゃないですけども、これからそうなると思うんですが、今までは大学病院って、共同研究とか、一緒についていって、ほとんどはみんな製薬会社さんだった気がするんです。私も大学の病院の支援機関の仕事をしていて、本当に思うんですね。病院の中で企業と連携してるといったら、製薬会社かどうかとか。医療機器の会社って、大体小さい会社が多くて、そうすると、審査とか、そういうのでも、ここはちゃんと体力がないから、できるのかなという議論が、普通によく出てくるんですね。

例えば〇〇製薬とかは、どうせ担当者1人とやっているだけなのに、要するにここは大丈夫だろうと。私から見れば、小さいスタートアップ、4人ぐらいの所が全精力でやっているのと一緒に共同している先生は、これは向こうも、要するにその分野のもの、そこしかない技術でやっているから、これは化けるんじゃないかと思ったりもするんですが。しかしそういった文化はまだまだ病院の中では、理解している方もいますけれども、一般的ではないなって感じがしますね。

筑波大学は、偉いと思います。偉いっていうか、病院の中の機構に、私のような工学部の先生を入れて、4~5年前から研究の評価委員をやっています。時々病院の中の研究でも、AIを使ってやりますとか、ロボットを使つてとか、医療機器ですっていうのがちょっとずつ増えてきて出てきています。今でも9・1か、多くても1割5分ぐらいなんです。でも工学部の先生を入れてやっていると、AIだったり、ロボットだったりとかっていうのが、

どういふに病院の中で使われていくのかっていうのも、少しずつ浸透していくっていうか、私は逆に見させてもらっていて、こちらも勉強しなきゃいけないことが多くて大変なんです。その反面、たぶん病院のほうの先生方も我々から学んでいる部分も多いんだろうなと思いつつやっています。

松島 だいぶ広くお話いただいたので、結構ある程度、お答えいただいている気はするのですが。

鈴木 7番目か8番目までの質問を読んで、こんな感じかなと思ったので。

松島 一応項目ごとに深めておく必要がありますので、医師が行っていくべき役割、もしくは、むしろ担わないほうが良いということ、ちょっと言語化していただければいいでしょうか。

鈴木 役割は、当然仕事としては診断と治療で、逆に言うと、どんどんやらなくてもよさそうなことはAIとかにしたほうが良い。今は医師に権限が集中し過ぎてしまって、医師の先生方の時間がかわいそう。もったいない。なので、最低限にしないとイケない。若干これもアメリカではありますけども、患者さんの説明と、実際の手術、分けてもいいかもしれない。全て、先生方がっていうふうになくてもいいかもしれない。看護師は看護師、STだったり、PT、OTっていう分野を、権限委譲とか、そういうのを進めて、最小限にしていってほしいんじゃないかなというの思っていますね。

現場責任監督っていう役割はそのまま担ってほしいと思いますけど、権限の委譲というのは、なるべくできる分は、していったほうが良いんじゃないかなというのが、私の中では思っています。通常の診断と治療というのは、ちゃんと担っていくということを基本に、その業務を減らすということ。これは臨床医の先生はそうかなと思います。あとは、臨床医ではない、医学を修めた人っていうのが増えるといいなと思います。

松島 一応働き方改革の概念も入ってきているので、タスクシフティングは進んできてはいるんですけども、ただ、私たちの中でまだ先が不透明なのが、AIとかロボティクスに委譲できる部分っていうのが、イメージが湧いてない部分があるんですけど、手近な未来としては、どういったことが入ってきてそう、応用できそうとか、でしょうか。

鈴木 正確には分かりませんが、すごい理想的に言えば、画像診断、放射線科は、9割9分9厘、AIができます。病理診断も、9割9分9厘、AIができます。

松島 現時点でもですか。

鈴木 技術的にはもうできます。あとはデータが足りないだけというか、でも、そんなに遠い未来じゃないかなと思います。あと、整形外科とか、要するに歩行とか、リハとか、これの診断ですね。これなんかほとんどAIできると思っています。精神科領域、小児精神の発達障害であったりとか、大人の精神疾患とか、これも、問診は先生方やるかもしれませんが、AIでも問診まではできる日はちょっと遠いかもしれない。でも、問診してる様子を画像で見て、AIが診断するというのには、もう10年もかからないっていう感じですね。要するに目で見てやっていることはほとんどAIでもできちゃうと思います。

しかし、AIでもできちゃうっていうのは、実は全然ネガティブな意味ではありません。先生、ディープマインドというAIが囲碁の世界チャンピオンに勝ったっていうニュース、ご存じですか。

松島 はい、見ました。

鈴木 あと、ゲーリー・カスパロフっていうのが、昔、チェスのグランドマスターだったんですけど、これもIBMの計算機に負けたんです。そうすると、みんな、AIが人間に勝ったっていう表現があるんですけど、私はあれは全くうそだと思っています。あれは、今の時代は、私のような囲碁の素人でも、AIを使えば囲碁の世界チャンピオンに勝てる時代になったっていうだけなんです。

なので、そういうAIができたなら、一番喜ぶのは、われわれ患者のほうではなくて、絶対医師だと思います。自分が画像所見をしようとするときに、AIが、これは高い可能性でこうじゃないですかって言ってきて、それを見て、要するにこれは絶対オーケーですっていうようなことで、オーケーのボタンを押すというものです。判断は、最後まで、私は、人間がやっていいと思います。

なので、医師の仕事はそうは変わらない。でも、診断したりするのが極めて楽になったりはするでしょう。また、今までは例えば月に1回しか患者さんを外来でしか見れないものが、画像AIで1週間ごとに実際に見れたりします。要するに血圧計で血圧を毎日測るように、顔色だったり、バイタルの情報だったりが届いており、しかもそれを全部自分で見ていると大変だけれども、傾向のグラフがパパパッと出てきて、安定してますねとかっていうことが、外来の日に見た顔の画像だけじゃなくて、データによってできるというよいことです。しかし、それを最終的に判断するのは、私は医師しかできないと思います。そのために医師の先生が必要なんじゃないですかねと思つてますね。

松島 最終的判断以外で、例えばこういう場面とか、こういう診療は、さすがに医師じゃないとできないだろうって思われるものは何かありますか。

鈴木 原理的にはないです。さっき言ったように、目と手を使わないものがあるんだとしたら、何かあるのかもしれないんですけど、基本的に診断と治療という意味では、ないです。例えば、そういった意味からすると、今、診断と治療の中に、告知であったりとか、ケアであったりとか、そういったものを含めていません。なので、きれいに診断と治療と言いつつ続けているだけです。

当然治療のオペレーションはやりませんが、治療の方針をどうするかと決めたりとかっていう仕事は、ひょっとしたら、重要な観点になるかもしれませんね。この人にはこの治療がいいというのを、要するに合理的にはこうなんだけれども、でも、この人のQOLを考えたらこうだっていうふうにするのは、AIにはできないです。

松島 そういうのも、ある程度、先生のご研究だと、情動とか、そういったところにも入り込みたいという活動をされているように思いますが、例えば患者さんの背景ですとか、そういうことって、比較的入力していった

り、表情なんかも入力していけたりするじゃないですか。いったん例えば AI で、こういう治療方針でどうでしょうみたいなことは、出せはする……、どうでしょうか。

鈴木 私、そこまで高尚に考えていないのですが、今、情動とか共感という研究をしています。明確に、情動反応とか共感的行動として、行動で弁別できる範囲にとどめています。なので、精神科の先生とも一緒にやっていますが、本当にご本人の心とかは分かりませんとしています。AI はそういうものではなく、ただ、観察できる所見としてのみ利用します。例えば今、先生のインタビューを受けていて、1 分間に僕は何回まばたきしていたのか、先生の話のどの段階でまばたきが多くなったのかとか、顔の頭部動作の運動はどのくらい頻度が変わってきたのかです。その蓋然（がいぜん）性から見ると、このときは鈴木先生、好きそうな話で、これはあまり興味がない話なんじゃないかという推定はできます。ただ、それを採用するかどうかは、松島先生の視点なだけですね。

なので、AI はまさしく非常に高度な計算機なので、未来の予測はできないんですね。未来の予測は過去の蓄積に基づく推定だけです。なので、ある意味からすると、過去の蓄積のない未来の予測とかは、古い師程度のレベルだと思っても十分です。その代わりに、過去の蓄積に関する知見はすごいんですね。ひょっとしたら、先生方が不安に思うとき、これは本当にそうかなと思ったときに、「今の統計的なエビデンスですと、この症例数は 8,200 ぐらいあって、そのうちの、先生が今想像している例は、大体、5 パーセントぐらいです。その 5 パーセントを見てみますと、確かに糖尿病を併発してる人がこうなる可能性があるんで、先生の推定も正しいかもしれませんね」ということまで、AI が言う日は来ます。

なので、AI が出すのは確率だけなんです。75 パーセントでこれは真ですというところまでは出しますけど、おそらく医師の先生がやるのは、それをやるかどうかを決めること。75% だけ手術とかできないですよ。やると決めたら 100% なんです。私はそれは最後まで医者を持つ責任だと思っていますし、やらないと決めたらゼロなんです。10% だけ手術とかできないので。僕、授業でよくそれを言います。AI とかロボットが出来上がったとしても、別に要するにわれわれが自動で何とかやってくれる日なんて来ないです、と。もし例えば為替の取引を全部 AI に任せるといのがあったら、AI が全部やってるじゃないかって言えますが、違いますね。為替の取引を、おそらくいつでも自分がやめられるようにして、自分がこの時点から自動でやっていいっていうふうに AI に任せただけです。なので、AI が主体性を持ってやることはない。AI が主体性を持って医療をする日はない。

医師や医学生を対象とした講演や授業があったとしても、私、必ず言っていますが、最後まで責任を持つのは必ず医師の先生です、と。なので、AI とロボットっていうツールを使いこなすことによって、ご自身のスキルアップに努められるということが大事なんじゃないかなと思っています。正しく AI ができることとロボットができることを学ぶっていうことは重要な気がします。

それがまさしく今後の医学教育の中で、結局工学系のことの授業を全部やるのは無茶だと思うんです。工学の技術の紹介だけというのも、ちょっともったいないというか、テレビを見たほうが早い。ただ、AI とかロボティクスっていうのは、医学にとってどういうものなのかっていうことは、しっかりと教えられる人が必要な気がします。それには工学の人を連れてくるんじゃなくて、変な話、工学の人で医学もそこそこ知っている人とか、そういう人たちにちゃんと医学における工学っていうのを……、単語としてはそうです。医学における工学っていう分野を教えられる人に頼んで教えてもらうのがいいかもしれないです。

松島 まさに鈴木先生のようなことですか。

鈴木 僕はある程度……、でも、そうかもしれないです。僕は工学が専門なので、それがいいと思います。工学の人に話してもらうのがいいかもしれないです、まさしく。そういった意味ではそうですね。なので、医学教育の中に、医師じゃない人たちの先生が教えるっていうのがあるのも面白いかもしれない。でも、今でもそういうのがあるんじゃないですか。

松島 あるんですけど、社会プロジェクトチームをしていると、医学の領域にいる人たちの範疇を超えた内容はとても医学の分野の人が教えられる領域じゃないなっていうことは痛感してまして、今後の教育の方法をどうしていくかっていうことも今考えていて、今までは目標に関する内容をコア・カリキュラムには入れてきていたんですけど、概念的なことだけ伝えても、なかなかそれを実践にすることができないので、方略も含めたような内容にしようとか、そういうことに関しても今議論をしているところです。

鈴木 まさに交代・交互にというか、さっき言ったように、実は工学のほうも、興味が無いわけじゃないと思うんですけど、そんなに医学のことに興味を持って、医療機器みたいなやつを新しく作ろうっていう学生は、全然大多数にならないんですね。筑波大学なんかは分野的に、それでも多いほうなんです。工学というと、よっぽど iPhone とか、ゲームを作りたいとか、車を作りたいとかっていう子のほうが多いわけですが、医療機器っていうだけで、先端っぽくない感があるんです。あと、規制とか、いろいろそういうのがあって、彼らからすると、爆発的なイノベーションって感じではないんですね。

ダビンチっていうのは基本的に泌尿器中心の医療ロボットで、すごいなというふうに思うかもしれないですけど、ロボティクスの学生から見れば、30 年前のマニピュレータとしか思っていないんです。要するに全然新規の技術じゃないと。医療機器ってそういうふうに思われちゃっているんで、彼らにとっての、要するに最先端の、例えばやっぱりテスラみたいなのが彼らは好きなんですよ。

そういう学生にいかにも医療機器みたいなのが面白いかと教えるためには、ひょっとしたら、医師が工学部に来て、皆さん学んでいる工学っていうのが医療にとってこういう新しいものなんですよとか、かつ、難しいことでもあるんです、と伝えるとか。どうしてもテレビとか、そういう影響で、とても難しいっていう印象になってしまっていますが、すごいローテクの技術とかがちゃんとメディカルニーズにフィッティングしているものっていう

のは、結構工学的にも非常に面白いし、かつ、医療的にも意義があるってようなことです。そういう世界では、病院側にも、工学のものづくりが分かる医師ってというのが、今度は逆に同じく必要になると思うんですね、工学のほうに教えに来るときに。

医師の人や医療のことを分かる人が教えに来たりすることがあるんですけど、工学から見ると、すごいギャップがあります。ひょっとしたら、それは確かに工学の専門じゃない人が工学のことを医学教育で教えるっていうときと同じような印象になるかもしれないですね。医学のことをそんなに知らないけども、工学の専門家を連れてきましたっていう人のときに、工学でいいのは分かるけど、医療とつながらないなどかって思っちゃうかもしれないですね。医師の人が来た場合でも、工学部だと学生が、医療であることは分かるけど、工学の面白さとはつながらないとか、彼らが思っちゃうかもしれないですね。

松島 それをどちらも両立している方って、いらっしゃらないですか。

鈴木 なかなかあんまりいないんじゃないかな。

松島 医師であり、工学も濃くやってこられた方みたいな。

鈴木 私は、この辺はまだ仮説で分かんないんですけど、本当のバイリンガルっていうのは怪しいといつも思っています。夢を何語で見るかで決まるだろうというふうに思っていて、なので、先ほどの、私は工学、正確に言うと、僕は一番の専門は物理なんですけど、物理学的現象の技術論と物理基礎はすごくよく知っているんです。だから、その視座から見た他の学問という話はできるっていうふうに、いつも言います。なので、両立というよりは、まさしくエンジニアリング・イン・メディシン、要するにメディカルにおけるエンジニアリングっていうのと、メディシン・イン・エンジニアリング、工学における医学を知っている人っていう、この2つは、同じ人じゃない気がします。

メディカル専門の人で工学（技術ではなく工学）が分かる人っていうぐらいでいい気がするし、工学が専門でメディカルが少し分かる人っていうぐらいで、私は十分かなと。スキルとかよりも、英語で言うと、僕はパースペクティブと言うんですが、視点を持てる人、それは僕も気を付けています。なので、工学は技術と内容も分かりますし、工学の視点も分かる。医学は、私は、知識は特定分野だけど、限定的ですけども、何となく医学の視点というのは分かるようになりました。臨床家が何を視点として見ているのか、基礎医の研究者が何を視点として見ているのかっていうのは、工学と違うなというふうに思うことが多いです。その視点は、1日では難しいかもしれないですけども、その視点を学ぶぐらいでも、私は十分じゃないかなと思っていますね。

松島 現状、全国の工学部の情報……、先生、ご存じか分からないんですけど、どれぐらい医療領域の講義というか、扱いがあっているんでしょうか。

鈴木 ほとんどないと思ったほうがいいでしょうね。

松島 ちょっと講義の中で触れることがあるぐらいですか。

鈴木 ですよ。医療機器として応用されています、ロボットっていうぐらいだと思いますね。実は工学側にも問題があって、医工学って分野があるんですけど、それはそれで結構他の分野とは違うっていう感じで、閉じてしまうところがありますね。もちろんロボティクスの中にメディカルロボティクスっていう分野があり、これも最近少しは増えてきてはいます。でも、やっぱり自立移動ロボット、自動運転とか、ドローン、飛行ロボティクス、マニピュレータやAIに比べたら、世界ロボット学会の中の割合からしても、メディカルやリハビリテーションロボティクスで、1割も絶対行かないです。マイノリティーですね。

そこもまさにさっきのポイントで、メディカルロボティクスが専門ですっていう人は、まだ不十分なんです。今自分で話して思いましたけど、メディカルロボティクスっていうと、ほとんど3つぐらいしかなくて、内視鏡と手術支援ロボットとあって、そうなっているんですけど、結局マニピュレータの専門の人がメディカルロボティクスをやりますっていうところですかね。

ロボティクスの中に技術要素があって、その技術要素に、よく知っている人がよくできる、それを理解できる人っていうのは、基礎分野としてあるわけです。それをメディカルに応用する分野って思われちゃってますね。それから見ると、先ほどのマニピュレータとか、移動ロボティクスとか、車のロボティクスとかっていうのは、ロボティクスの基礎技術です。センサとかも、センサ専門家がいて、それをメディカルに応用する人たちっていうふうな位置付けに見られています。なので、まさに最先端の工学研究をメディカルにっていうと、なかなか、要するにそこにも乖離（かいり）があるとか、思いました。

松島 またこれも触れてきていただいた部分ではあるんですけど、となりますと、たぶん医師が将来担うべき役割、配分は変わってくるということが、今お聞きして分かったんですけど、医学教育6年間の時間の使い方といますか、どういったことを学んでおくべきかということをお教えいただいてもよろしいでしょうか。

鈴木 最初の4年間は基礎びっちり、応用の視点を持たせるぐらいでよくて、まず医学を学ぶということだと思います。今でもそういう形に医学はなっているような気がします。

松島 そうですね。最初の2年を使って、少し社会的なというか、全学的なことを学んでいる。1年か2年の途中ぐらいからだんだん移行して行って、基礎医学的なことを学んで、臨床系の医学が入ってきて、早ければ4年生、そして、5、6ぐらいで病院の実習に出ていくというような流れが一般的です。

鈴木 それは要するに社会的な内容とかは、何となく要するに医師になったという前提の下での社会的な役割みたいな形の講義がもし多いんだとすると、もう少し学問としての、学問というか、まあ、学問ですね。1～2年は要するに医学者になる一番基礎となる勉強だけを1、2、3、4とやってて、私はいいんじゃないかなと思っています。

松島 それほど現状とカリキュラムを変える必要はないんじゃないかという……。

鈴木 そう思っています。ただ、大きく分けるとすると、先ほどの、4年間で基礎コースとメディカルコースと分けちゃっていいんじゃないかっていうぐらいです。あと、これもなかなか難しい例かもしれないですけど、他の分野から医師コースとかっていうのも、できても全然いいと思いますね、逆に言うと。なので、医学っていうのと、医師っていうのは、私は分けて考えているっていう感じです。医学を修めた人が医師になるケースもありますし、不明ですけども、工学を修めて医師になるって不思議ですけども、でも、特定のちゃんと授業を取ってれば、工学のほうからもメディカル・スクールっていうのに来てもいいんじゃないかなっていうような感じですね。

松島 学士編入とかであれば、今のカリキュラムの中でもできないことではないので、それがもうちょっと推進されたり、本当に正式な形として、もっと入り込んできてもいいんじゃないかというお考えっていうことですね。

鈴木 学士編入っていうのは、またちょっと……。あれって2年目に入るんですよね、確か。なので、ある意味からすると、そんなに、要するに学士編入は、一からやり直しとあまり変わらないっていう僕の理解です。例えば大学の中で、要するに学士編入というか、例えば生物とかは近いかもしれないですけど、でも、生物だと、近過ぎて、あまり面白くないので、工学をやってる人が教職を取るみたいな形です。医学コースみたいなやつは授業も取っておいて、そうすると、最初、基礎学問なので、別に病院実習とか、そういう話じゃないわけですね、教育実習と同じと考えれば。まさに他の分野やってるんだけども、医学用のコースもちゃんと取っておけば、メディカル・スクール、行けますよっていうような形になっていて、医師はそうなるとかっていうふうにするか、もしくは、それはちょっと特別な例で、いったん置いておいて、もう少し医学部に行って基礎医学とかに行く人たちの数を増やせないかなというのを思っています。

それは、今でも全然できる仕組みになっているんですけども、それが行かないようになってきているのに、何か構造的に課題があるんじゃないかなとちょっと思っていますね。その人たちが4年、卒業して、将来的に言ったら、基礎医学のたぶん研究者って、半分ぐらいはMDじゃなくなると思います。今でもどんどんそうなっているような気がするんですけど、そこを要するに、すみ分けをもっともっと明確にしていって、その人たちのために、まさしく、臨床医は臨床用のメディカル・スクールに行けばいいと思うんですけど、他の学問から医学者になるってコースを作っていくっていうのを、要するにやってもいいんじゃないかなと。

先ほどの、分かりにくいのは、工学を学んでいて医師になる必要は、僕はないと思うんです。でも、工学を学んだ人が医学者になって医学研究をするっていう道は、もっと広げるようにしなきゃいけないんじゃないかなと。今はそれを工学だけでやろうとしているのは、むちゃがあるだろうなど。でも、医師になって、例えば医学部を勉強してきて、臨床医になるためには、医学部からメディカル・スクールで、医師しかないと。でも、工学部から入って、工学部をやってきたんだけど、残りの2年の、医師にならない医学研究コースっていうのがもう一個あって、それを要するに修めると、医学者として、基礎医学だったりとか、そういうものに進めるような形です。別に臨床医にはならなくても良いと。そこに多様性をもっと生まれるような、そういう仕組みができないかなというのを思っていますね。

松島 かなりドラスティックに変えていかないといけないことになってきますので、例えば現状一般的な臨床医になるような人が6年間の間に学ぶべき内容って限定されたら、どのようにお答えになりますか。

鈴木 10年後にAI・ロボティクスでできる医療っていうのを初めに知っておいてもらいたいですね。それは今、自分で言って笑いましたけど、でも、本当にそうです。今のロボティクスじゃなくて、たぶん学部で授業を受けるころから、自分で病院とかで医療を引っ張っていって、要するにレジデントの期間が終わって、実際に要するに自分でやっていくことが多くなる時期って、たぶんおそらく18歳から28歳とかいうふうには、30歳近くなので、そのときにAIやロボティクスが医療にこうなっていますっていうのを、あらかじめ教えてあげたいなと。

松島 毎年といわず、更新されていく内容だとは思いますが。

鈴木 そうです。更新されていくべきです。

松島 大体、医工学の領域にいらっしゃる先生方から何か情報を得れば、10年後はこんな感じですよは、ある程度、更新されつつ、設定できる……。

鈴木 絶対いけると思っています。それは単純に、当然医療機器なので、今日生まれたものが、明日病院で使われることはないんですね。承認や認証を経て、どうせ今日生まれた技術も、5年以上はかかります。これは安全性の担保と信頼性の担保という意味で、当然必要でいいと思うんです。ただ、今本当に進められていることが10年後にちゃんと実装される例はたくさんあるんですよということ、それを見据えて、これからの医師としてのキャリアを考えていてもらいたいっていうのを、要するに伝えたいかなと思いますね。

変な話、今でも習っているのかもしれないですけど、それこそ先ほどの放射線の画像診断が、どこかの時点でカンブリア紀のように起きる理由は、AIが進歩するのではなく、今持っている画像のおかげです。画像データベースの相互乗り込みの共有化ができる日に、AIが爆発的に性能を上げます。今、要するに、われわれの周りでもそうなんですけど、AIの人たちはデータが欲しい、病院の人たちはデータをあげたいけども、個人情報保護法で厳しい。といいつつ、実際にあげられるデータになると、うちの病院だけだと、データ数が限られる。AIが欲しいデータって、10万、100万の単位なので、そうすると、結局病院1個だけではきついというのが現状です。それを見ると、相互乗り換えのデータベースとか、今幾つか作られていて、それがAIに入ってきたら、本当に性能をあげられると思うんですね。

そういうのをうまく使いこなせるようになるのは、別に放射線科だけじゃなくて、いろんな分野でも全部そうなんです。例えば、皮膚科なんていうのも、これの恩恵をすごく受けるなと思っていますね。カメラの進歩によ

って、ご自身で撮った写真で診断が可能になると。ただし、これはまさに医療機器と、そうじゃない機器っていうのに分かれていて、医療機器レベルの画像診断ができる機器と、なんちゃって画像診断っていうのは、今でも存在するはずなので、ちゃんとそれは分けていくべきだと思うんです。

今でもカメラで撮って、年齢相談とか、そういうのとかできたりするのは、今後も残るだろうなど。それは別に医療と呼ばれなくて、娯楽ですね。ちゃんと医療診断レベルの皮膚科の診断ができますっていうので、ちゃんと医療機器になっているものは、私は通常医師がたぶん使うと思っています。医師がその医療機器の所見を見て、その所見にゴーを出すか、もう一回撮ってみましょうっていうふうにするのかって、全く今の皆さんのプロセスに似ています。CT撮ってみてけれども、これでは分からないから、次は別のとかっていうふうにするのと、あまり変わらないなど。その一つにAIとかが入ってくるっていうだけだと思います。

松島 結構AIとか入ってきたら、そもそも医師の知識量が、今のよう、毎年のように情報量が増大していく中、内容も結局覚えなないといけないことが増えているっていう現状があって、コアカリの、ザッと見てはいただいたでしょうけど、ボリューム感や、今後の医師の知識といった面で、医学知識に関しては、もっとスリム化できるものなのか、ある程度は機械に頼らずとも判断ができる知識を維持していくべきなのかといったところは、何かご意見ありますか。

鈴木 そこは私もそこまで理解しているわけではないですが、ただ、見た感じから見ると、結局先生方の知識のうちの一つに、例えばガイドラインだったりとか、そういうのが結構多いと思うんですね。そのガイドラインは、別に要するに生理学、病理学的な知見に基づいているのではなく、ガイドラインを覚えているっていう場合が結構、要するにあるっていうのがあって、こういうのは、やらなくても済むようになるだろうなと思っています。

でも、なかなか難しいのかもしれないですけど、ミーティングとかしていても、例えば、昨日たまたまミーティングしていたのは、電気生理を研究で行って来た臨床の先生なので、その先生から見ると、今回の実験の結果の見立てとかは、やっぱり研究者として非常に素晴らしいと思いました。一般の臨床医にはそういうのはいらないうちのかもしれないですけど、でも、おそらく医学教育の中でも本質的な部分、生理学の本質的な部分、別に深くなくても、メカニズムっていう本質的な部分をなるべく勉強するのが望ましいと思っています。それに付随する、要するに年々増えていくような知識っていうのは、ガイドラインや、少なくともケーススタディーみたいなものは覚えなくても、一気に検索ができて、例とかが出せるようになるので、覚えなくて良いというふうになります。あと、どんどんどんどん聞ける人も増えると思うんですね。

例えば先生の、消化器に関する画像で、うーんと困ったときに、世界の裏にいる人に意見を聞くというのができるようになる時代になるはずなので、要するに、この症例、実は中国である例だと。その先生とか、全然知らないんだけど、見てみると、メディカル共助ネットワークみたいなやつがあって、コメントが聞けたりとかっていうのが、もっとよりできるようになるっていうことで、それはもう医療というよりは、人類の知識の活用っていうのがAIだと思っていただければと思うんです。そういう視座で僕は見えています。

松島 だいぶ考えが整理されたように、私は……。結局のところ、誰が教えるかっていうのは、やはり医学的知識を持った工学側の方がいいんじゃないかというふうには思われますか。

鈴木 思いますね。それは工学の、まさに知識はインターネットでも十分いける時代、あると思うんですよ、本当に。ただ、工学の人たちというか、ものをつくる人たちがどういう視点を持ってしてやっているのかとか、そういうのは工学の人じゃないと分からないんじゃないかなと思いますし、結局、この辺、難しいんですけど、私、専門がもう一個、人工知能っていうのがあるんですが、人工知能っていうのは、本当にそれを最初に作った人たちはいい言葉を選んだと思います。

知能と知性という単語があると思うんです。人工知能は本当に知能なんです。知性ではないんです。なので、もし育むとしたら、知性です。知能というのは答えがある知識のことです。なので、知能テスト、IQのテストは、知能の中で選んでいくっていう、四択問題とか、答えがある問題です。知性は、例えばトロッコ問題であったりとか、医療倫理であったりとか、そして、まさに各個性のある患者さんに対してどういう治療を選択すべきなのかっていうのは、答えがないと思います。これを人々は議論して、いろんな症例を見て、問い続けるという、その力を私は知性だと思っています。

この人工知能ができる日は、現状の私の推定からすると、来ないです。そのメカニズムが全く分からないからです。どう作ったらいいかも分からない。なので、知能である限りには電卓と一緒にというのが、僕の人工知能の見立てなのです。その答えを作らない限りには、人工知能は答えを出せない。医療のまさに教科書は、人々の知識だけではなく、経験を積み重ねてきた答えの集合体の書籍なので、一人でも多く新しい問題と答えを作る人たちをつくらないといけないなと思っています。いったんそれが出来上がったら、あとはAIに任せていけばいいんです。

なので、それは、僕は工学も同様に思います。教科書を教える知識の部分はAIでもいいし、オンラインの1回ビデオでもいいんです。でも、各個別の学生だったりとか、また、新しく教科書に1ページを作ろうとする営みはサイエンスと言って、これを担うのは大変な気がします。でも、こういう人が増えないと困るなと思ってやっているので、まさに育むとしたら、どの分野でも知性ですね。知能と知識はGoogleとAIに頼っていいだろうと。先生方もたぶんおそらく、そんなきれいに知能と知性と分けられるかどうか分かりませんが、知識ベースでできることはガイドラインに載っているものに沿っていれば、それはそれで、そのままやればいいじゃないかと思っています。でも、その上に、おそらく知性が必要な部分があって、この部分は、ひょっとしたら、経験が必要になると思うので、あんまり私は現状の医師の情報量の中で、今持っている情報量を劇的に減らせばいいともあまり思っていないですし、今のが多過ぎるかどうかっていうのもちょっと分からないですね。

より専門化されていて、基礎的なもの、そういった意味では、もうちょっと専門化されていったほうが、都合がいいことがあるかもしれないと思います。結局ジェネラルに見る部分が知識の部分で頼る部分が多いので、知識の部分というのは、別に本当はそこまで要するに覚えてなくてもいいというか、その専門性をより深められるような環境になっていかないとならないと思います。よりどんどん簡便なスクリーニングとしての医療相談とかも進むでしょうし、段階として、まさに医療に来たときには、専門性が非常に必要とされる場面が多くなるんじゃないかなと思います。

その反面、もちろん総合診療みたいなやつが必要で、これはなかなか難しいですね。これは僕、答え、あまり持ってないです。

松島 具体的には、例えばこういう方法で講義なり、何らか学習機会を設けたらいいんじゃないかということはいかがでしょうか。

鈴木 知識を教えるのは何でもいいので、置いておきますけども、VRだったりとか、ロボット患者とかっていうの、僕、非常にいい気がするんです。手術をしたら、うーっと、いきなりロボットがうなったらビビりますよね、みんな。そういうのとか、まさに、ロボットといっても、手術をするだけのほうじゃなくて、実際の患者さんであったりとか、注射する手だけで、手を人が引っ張って、動くときがあるとか、そういうのをやってみるとか、部分部分の人間部分だけでも、十分医師の練習にはなるんじゃないかなと思っていました。

松島 知性を育むところまでにも行きますでしょうか。

鈴木 行くと思いますよ、僕は。実際に注射するときの様子、教科書に書いてあるのと、やるのと、だいぶ違うでしょうし、あと、注射はロボットがいて、やる時代になったとしても、それは要するにマニュアル免許とオートマ免許みたいな形で、注射器の自動機を使って注射をしていってという免許と、それがなくても自分の手でやることができますという免許があるようなもので、やっぱり実際にその場に機材がないときに自分で打たなきゃいけないっていうときのために、そのためにみんな準備するんじゃないですかねというような思いを持っています。

松島 知識の領域に関しては、例えば総合大学であれば、工学部の先生に来ていただくことは可能かもしれませんが、どうしてもマンパワーの問題は、全大学でやろうとすると、出てくると思うんですよね。それを解決するためにはどうするのがよいと思われませんか。

鈴木 オンラインとか使って、そんな異分野のことを学ぶのって、たくさんじゃなくてもいいと思います。例えば臨床医工学みたいな形で、今でもそういう授業、ありますよね。おそらくホルター心電計とか、機器を教える中の授業をアップデートして、そのAI診断技術とか、ロボット手術とかっていう、まだそこまで普及していないものをカリキュラムの中に当たり前のように入れて、そういう時代が来ますっていうのぐらいでいいと思います。そんなに1単位、2単位が必要っていうことはないと思いますね。

松島 例えば最低6年間、全員に取ってほしい情報提供だと、どれぐらいのコマっていうか、時間あれば、必要最低限、伝えられるかなって、どう思われますか。

鈴木 AIとロボットだけであれば、私からすると、1.5時間の講義を4回ですね。レポートも付けて、4回ぐらいあれば、いけるかなと。何の根拠もないです。でも、僕が立てるんだったら、そのぐらいかなと。

松島 これを例えば1回でやってくれて言われたら、どうしますか。

鈴木 1回でやったとしたら、たぶん、要するにAIが1回、ロボティクスが1回、あと、新医療機器の開発っていうのが1回で、ディスカッションとかで、まとめなので、3回ぐらいだといけるかもしれないし、レギュラトリーを外せば、要するに2回で済むかもしれないですね。AIで1回、ロボットで1回ぐらいで、最低でも1.5時間の1コマの授業を2回は欲しいですね。1回でまとめようとする、もったいないなと。

松島 やっぱり双方向がいいですか。それとも、オンデマンドでも問題ないんでしょうか。

鈴木 オンデマンドでもいいかもしれないですね。そんなに要するに実習授業じゃないので、十分オンデマンドでいけると思いますね。聞いてレポートを書くっていうぐらいでもいいかもしれないですね。

松島 どうしても、おそらく全大学で個別に作るのは難しそうですし、今コアカリのこの内容で、本当は医学部の全体の3分の2っていう定義でこのコアカリが設定されているんですが、いっぱいいっぱいになって、もう8~9割以上がコアカリをこなすので精いっぱいっていう大学が多くて、どうスリム化していくとか、どうやって時間を使うかっていうことは、今後の課題になると思っているんですよね。そうになると、ある程度、講義だったり、実習だったり、ロボット患者だとか、そういったところは生でする必要があると思うんですけど、知識ベースのものであれば、少しオンデマンド的な形で取り組むこともできるかなと思って、伺わせていただきました。

鈴木 どちらかという、本当に学ぶ内容はいくらかでも増やせる。でも、コア・カリキュラムの中に入っているっていうこと自身のほうが重要かもしれないですね、たとえ1.5時間の1コマであったとしても。これが今後の医療のコアな部分を担うんだっていうことを、今でもそれこそ電子カルテの情報が、要するにある意味では各病院に散見しているわけです。これがつながることで、所見は難しいかもしれませんが、少なくともバイタルとかデータの部分に関しては新しい知見が出てくるわけですね。そういう医療情報システムっていうのを超えて、まさしくやり方が変わってくるんだということを、結構早めにカリキュラムで伝えちゃっていいんじゃないかなとすることは思いますね。それはいいと思います。

松島 ここは今まで結構あんまり言語化されていない分野であったり、例えば数年分、同じ言葉でやり過ごすという、ちょっと語弊がありますけど、コアカリが数年ごとにしか改定がないので、例えばこの領域を文言化するとすると、先生、何かアイデアありますか。

鈴木 幾つかあるんですが、先ほどちょっと言った臨床医工学、要するに臨床医工学って、MEですね。なので、生体医工学です。昔のME学会での議論ですが、臨床医工学は医学だとME的な想像が付きまします。それに対して、学会のほうでも名前を変えて、生体医工学に変えたんですね。私も生体医工学会に入っていますが、画像だったり、AIだったり、ロボットだったりっていうのをメディカルでやっているの、その分野の単語を使うの、いいかもしれないです。僕も自分で専門は生体医工学ですと言うときあります。なので、生体医工学がいいかもしれないですね。そうすると、メディカルっぽいですね。

松島 少し具体的な文言が入ってきたほうがいいとは思いますが、AIやロボティクスといった生体医工学について理解するとか、そういったことになるんですかね。

鈴木 そうですね。生体医工学とか、生体情報医学とか、その辺がいいかなと。生体情報医学、いいですね。要するに医学じゃなきゃ駄目な気がするんです。医工学はぎりぎり、医学と工学で一緒っていう意味で、工学というふうに見なされないで、いいなと思うんですけど、リハビリテーションロボットっていうのがありますが、リハビリテーションロボットって聞いたら、通常、医学からすれば、ロボットなんです。なんですけども、ロボットリハビリテーションって聞いたら、医学からすると、リハビリテーションになるんだと思うんです。なので、この言葉の差は大きい。

要するに、医学の中で工学を学んでいるっていうふうな印象じゃなくて、これも医学なんだっていうことにして教えるのが重要だと思っていますね。だから、むしろ時間の長さというよりも、それをすり込むことのほうが重要に見えます。こういったAIとか工学技術を使いこなすことが医学になるんですっていうようなことを、彼らに要するに伝えたいなど、僕の中では思いますね。

松島 ありがとうございます。

鈴木 適当に思い付いたことしか話していませんが、僕はコア・カリキュラムとか、教育のこととか、特に考えている専門家ってわけではありません。おかげさまで、たくさんの臨床科の病院の先生方と関わる機会があったりと実際の実体験というか、まだ10年ぐらいなんですけど、10年間でも変わってきてる気がします、少しずつ。それらが今日の話に反映されていると思ってください。

松島 ありがとうございます。

(終了)

7) 小林 誠士氏

日時：2021年9月15日 10:00～11:00（60分）

参加者：中山・松島

<インタビュー要旨>

データ重視、集まってくる情報を集約して、個人の勘と経験だけに頼らずに、診断支援ができることが必要になる。

情報をうまく活用していくという観点でいうと、デジタル化されたデータをいかに効率的に処理していくか。それをどういう角度で見たらいいのかということが、各種ツールも使いながらできていくということが必要になる

将来は、基本的には医療関連のデータが常につながっている姿。それは個人ごと、時系列につながっている。それに対してアクセスできるという状況。

集合知としてそれらを活用して診断を支援していくことが当たり前になる。病院のネットワークも安全性を担保するようなかたちで外部の決まったサイトにはアクセスでき、院内の情報とも連携しながら意思決定支援ができる。病院同士も可能な範囲で情報が共有されて、診断の役に立つ。

論文やジャーナル、ガイドラインなどがまとめられた2次データベースの利用が定着する。AIのもとになる医療情報の活用は（現在は個人情報保護の風潮が強いが）社会として進むだろう（米中は強く推進している）

予測モデルによるリスクアセスメントが定量的に利用されるようになる。

医師の役割としては、基本的には今の診断とか治療という流れ、役割は変わらないと思う。そこに加えて、発症予防や重篤化予防のように、今を治すだけでなく、未来を治す要素も出てくる。

高齢者のように在宅や病院に来られない人が増えていく中で、それを遠隔モニターやICTを活用しながら、対面よりは限られた状況での診断が求められてくる

医師の役割という観点では、さまざま出てくるツールやテクノロジー、データを駆使して診断をする。その診断をする中で、今は分からないリスクなどの情報を患者さんと確実に共有する。

医師とAIなどのテクノロジーとの付き合い方としては、積極的にそういうツール、あるいはデータ、情報源を活用していく中で、シングルソースだけに偏るのではなくて、複数のツールや情報源を鳥瞰しながら最終的には意思決定することが必要になるだろう。

ロジックが公開されないAIとの付き合い方は注意が必要。

機械学習は数の力で「こういう傾向があるのでこうです」という方向に行く。それが分かるとするならば、そこに入らなかった群の中でランキングすると、例えばどうだったとかいうのも多分必要になる。

そういうツールを駆使する中では、その中に入るものと、その中に入らなかったものっていうのを確認するような作業、診断のプロセスがでてくるかもしれない。

現在の論文やガイドラインの利用から1段上がって、加工されて出される情報があって、その情報を複数鳥瞰することから判断をして、必要に応じて鳥瞰して見た複数のツールとかの根拠に戻るといような感じになるのではないか。

情報検索に際して、興味にないものをあえて入れる

医学部の教育としては、ツールやデータ、新しいテクノロジーの活用を学ぶために、全体の1割ぐらいの時間が必要ではないか。

教育としては情報の院生が医学生の教える、それを下の年次教える、教えることを通した教育も有用だろう。

8) 康永 秀生氏

日時：2021年7月6日 13：30～14：30（60分間）

参加者：錦織・中山健夫・松島加代子

<インタビュー要旨>

○医療経済学に関心を持った背景

国の経済がもたなくなってきた中、政策決定にデータに基づいた医療経済学の視点を持ち込みたかった。他にやっている人がいなかったから。

○今後の社会の見通し

特に地方などで人口の少ない地域だと、ライフラインを維持するだけで精一杯で、医療や介護の供給ができなくなるのではないかと。

人口の高齢化に合わせて、医療から介護にシフトしていく必要がある。

○将来の医師の仕事

他の医療職にタスクシフティングをしていく必要はある。

プライマリケア医は増やしていく必要がある（開業医はいるが総合的に診ることができていないために非効率である）。

○将来の医療のイメージ

医師という人的な資源を効率的に使うという視点も重要。

病院も減らしていく必要がある。

ケア、そして住むまち自体もをコンパクトにする

○学生に何を教えるか？

社会システムの中での医療システムのあり方

医療政策の方向性

医療経済学は医療費抑制の道ではないということ

○その他

将来の医療システムに不安を持つ学生が増えている印象はある。

全国の学生向けに電子教材を作るのであれば協力する

<逐語録>

錦織 康永先生、こんにちは。

康永 どうもこんにちは。

錦織 初めまして。名古屋大の錦織と申します。

康永 よろしく願いいたします。

錦織 この度はありがとうございます、お引き受けいただきまして。よろしく願いいたします。

康永 よろしく願いいたします。

錦織 同席していただきますが、長崎大の松島先生です。松島先生、一言お願いいたします。

松島 長崎大の松島です。調査班として参加させていただいています。今日はすみません、ちょっと外来中なもので、途中退席させてもらうかもしれませんけど、できるだけ、楽しみにしておりますので、どうぞよろしくお願いします。

康永 よろしくお願ひします。

錦織 そしたら、最初にちょっと簡単に、メールでもご説明させていただいたんですけど、中山先生経由になっているかもしれないので、私の方から趣旨を、この時間の使い方とかも含めてお話しいたします。

今、松島先生からも少しお話がありましたけども、現在、医学生の6年間の卒前教育ですね、のガイドラインに一応該当します医学教育モデル・コア・カリキュラム、2001年にできて、4回改訂されまして、今度5回目の改訂になるんですけども、の改訂作業を文部科学省の医学教育課から日本医学教育学会が受託しまして、その下作業というか、具体的にどのように改訂するかという作業を進めています。

その中の1つ、医学教育なので臨床医学、基礎医学、社会医学とあるわけなんですけど、先生のご専門である社会医学の分野について、社会医学という枠も今の枠組みなので、教育は30年後、50年後をにらんでというふうなスタンスで私たち、取り組んでいるんですけども、30年後やちょっと難しいにしても20年後ぐらいの将来の医療、もしくは社会がどうなっているのかとか、そういったことを見据えながら、どういう医師を育成すべきとか、どのようなことをカリキュラムに具体的にに入れていくべきなのかとか、そういったことをちょっと私たちの方で考えたいなと思ひまして、先生も含めて、中山先生、こんにちは。

中山 すみません、遅くなりました。康永先生、本当にお忙しいところ、ありがとうございます。

康永 こちらこそありがとうございます。

中山 よろしくお願ひします。

錦織 社会が今後、こんなふうに変わっていくんじゃないかということを目想しながら、じゃ、そういう医療現場、もしくは社会に出ていく医学生にどんな能力を身につけてもらいたいかという問いに落としていって、具体的にカリキュラムのガイドラインを書いた上で、そこから、先生でしたら、実際の東京大学の医学部のカリキュラムということになると思ひんですけど、に落とし込むという流れになるんですけど、そのガイドライン作りの参考にさせていただきたいというのが目的です。

ちょっと今ちらっと申し上げたんですけども、きょうのお話の中で、先生にぜひ話っていたきたいのは、20年後、30年後はこうなっているんじゃないかと。そのときに医療はこんな様子を呈しているんじゃないかなと。そのときに医者という仕事は一体何をやっているんだろうと。そのときの医師という仕事にはこんなことが求められるんじゃないかとか、そういったお話を先生が見ている景色から言葉にさせていただければなと思ひています。

私が中山先生にお願ひして、きょう、初めてお会いする康永先生のお話を伺いたいと思ひしたのは、『経済学を知らずに医療ができるか! ?』という先生の本を読ませていただいて、まさに医療従事者のための本と書いてありましたので、そのように読ませていただいたんですけども、医学教育モデル・コア・カリキュラムの特徴としては、すべての医学生ですね、つまり先生のような医療経済学の分野の研究者になる方ではなくて、9,200人ぐらい、今、医学部の卒業生が毎年出ますけど、9,200人が全員知っておくべき内容は何かという問いなんです。そういう意味でこの先生の書籍の、特に医療者のためのところすごく、私は今回のコアカリの作業と相性がいいなと思ひまして、先生にちょっとお話を伺いたいと思ひました。

では、よろしくお願ひいたします。

康永 よろしくお願ひします。

聞き手 ということで、最初に、実は先生の書籍にちょっと書いてあったのであれなんですけど、先生は医療経済学の分野に、すみません、もう1つ言い忘れたんですけども、録音させていただいておまして、きょう先生にお話しいただいた内容は逐語録に上げて、先生にご確認いただいた上で文部科学省の方で出します報告書の形になります。ですので、一般公開されます。なので、この場ではオフレコ発言とか、もちろんしていただいても大丈夫なんですけど、後で削っていただければ問題ないと思ひます。これを皆さんが読まれる形になるということについてはご了承いただければと思ひます。

そしたら、早速なんですけど、先生は医療経済学の分野に進むことになられたきっかけとか、どういう経緯で進むことになられたのかを教えてください。

康永 ありがとうございます。きょうの趣旨は教えていただいてよく理解できました。ありがとうございます。それで、医療経済学というよりは、僕はどちらかというとデータベースを使っていろいろ定量的な分析をするという立場でありまして、その意味では臨床研究にしろ、医療経済研究にしろ、基本的には定量的な分析というのがありますので、それを幅広くやっているという形ですよね。

聞き手 なるほど。

康永 どちらかというと、本業は臨床疫学で、医療経済学は副業みたいな感じ。

聞き手 そうですか。失礼しました。

康永 ただ、医療経済学はなかなか、大学院のカリキュラムとしても本格的にやっているのは東大と京大ぐらいですね。

聞き手 私もそう思ひます。

康永 なので、これを学部教育でという、かなりハードルが高いと思ひんですけども、私が医療経済学に興味を持った経緯とも非常に密接に関連してるんですけども、やはりこの国の経済全体が、医療経済ではなくて経済全体がかなり持たなくなってきましたよね。

聞き手 何かそんな印象がありますね。

康永 1つは超高齢化というのがあって、社会保障が非常に肥大化していて、税収が社会保障の肥大化に追いついていない。国はものすごい借金を抱えているということなんですよ。その中であって今後の医療であったりとか、介護というのがどういうあり方が求められているかというところであって、単に机上の議論であったりとか、あるいは官僚的な議論でお話をし、政策、意思決定をしたんですね。なかなかうまく立ち行かないと。やはり定量的なデータの分析をやって、その上で公平公正な議論が必要であるということから医療経済学というのが、今後おそらく発展、まだ発展しきってないですけど、おそらく発展するだろうと考えて、誰もやっていない領域だからやってみようかと、そんな感じですね。

聞き手 確かに医師の出身というか、医学部の出身の方で医療経済学に正面からきちんと取り組まれている方がそんなに多くなくてというのはまったく同意見ですし、きょう、今の先生のお話を伺って、本業ではないというふうには先生はおっしゃられましたけど、講座名にも経済学と、先生は書いておられたし、今のお話を伺っても、やっぱりきょう先生に伺えてよかったなというふうになんかちょっと思ってますけども。

先生のキャリアの話から、さっき申し上げた本題に早速入っていきたいんですけども、今の先生のお言葉から紡いでいくのであれば、経済が持たないというふうなことなんかも含めて、20年後、30年後の社会の将来像ですね、みたいなことについて先生の方から見えている景色をちょっとお話しいただけますでしょうか。

康永 はい、ありがとうございます。20年後の将来像が既に現在においてもちらほら局地的には現れているんですけども、やっぱり地域の、地方の疲弊が著しいわけなんですよ。地域経済というのが沈んでいって、地域が、特に人口の少ない地域だと、その集落というか、そのポピュレーションを維持していくような生産力もないし、例えばライフラインであったりとかはかろうじて担保できているんですけど、例えば医療であったりとか、介護であったりとかというのが都会と比べると全然、デマンドに対してサプライが非常に少なくなってきましたので、なかなかこれね、このままじゃ持たないんですよ。

これ、実は経済学の先生の方がよく、そこを非常に心配しているというか、結局、医療を医療で単体で考えてもなかなかシステムを維持していくことは無理で、まちづくりとか集落をどうやって維持していくか。その中であって医療とか介護をどう組み立てていくかといったような、そういうことがより重要になってきて、医療とか介護の枠組みでは、今、地域包括ケアシステムというのがあって、それは厚労省を中心にやっているわけですけど、実はまちづくりなんていうのは国土交通省がやっているわけですよ。

聞き手 そうですね。

康永 ところが、まったく縦割りで、両者の連携がないので、一緒にやっというか、そういう視点がないんですよ。これ、だから、現状、そういうのが既にいろんな地方で起こっていると。20年たつと、本当にライフラインを維持するだけで精いっぱい、健康とか老後の不安というのがますます国民の間でどんどんどんどん増えていくんじゃないか、そんなことを考えているわけですね。

そうなってくると、医療とか介護の役割でそれをつかさどる医学教育がどうあるべきかという、これはなかなか非常に難しい問題で、まず、医療がこれまで歩んできた道というのが、やはり医療技術のイノベーションをどんどんどんどんやっていって、その結果、生存率であったりとか、寿命とか、あるいはQOLを改善することによって貢献はしているんですけども、今のペースですと医療費をつぎ込んでいってイノベーションを続けていっても、コストの増分に見合うイノベーションの増分というのはだんだんプラトーになってきて限られてきちゃってね。

聞き手 同じ感覚ですね。

康永 そうすると、どこまで医療費をこれから積みましていくのかという、いずれ限界点があると思うんです。その限界点に来て崩壊に至る前にシステムを組み直して、ベースとしてはやっぱり、どちらかという人口の高齢化に合わせて医療から介護にシフトしていく。それから、90歳を過ぎて非常に先進的な医療をやるというよりは、彼ら、90歳以上にとって必要なのはハウスキーピングというか、主に介護になってきますので、そうなってくると在宅であったりとか、地域包括ケアの枠組み中、在宅であったり、訪問であったりとか、そういったものをやっというかなくちゃいけない。ちょっと話がいろんな方向に行っちゃって……。

聞き手 いやいや、そんなことはないです。というのは、我々、この社会の変化みたいなことでいろんな方にインタビューしているので、我々自身もあちこち行ってまして、先生のきょうのお話は全然まっとうに医療の周辺にちゃんとおられるなという印象です。

今、先生が言われたのは、医療から介護にシフトしていくというようなことを言われて、90歳以上に必要なのは、そもそも医療の中にはないんじゃないかというふうなことも言われているんですけど、少し若干フライング的な問いなんですけど、医療の中になんかというふうになってくると、まず、今私の認識ですけど、医師というのは医療の中で基本的に仕事をしてますよね。ちょっとクローズドクエスションになってしまいますけど、このまま医師も医療の中にとどまっていっていいのかとか、それから、もしくはもっといろんな職種に、タスクシフティングとかいう言い方をしますけど、そういうように分けていったりとかして多職種が連携していくのが、そういう活動なんかは思いつきますけど、ちょっと大きめの質問になりますけど、医師を中心にぜひ先生のお考えをお伺いしたいんですが、先生が今お話しされたような社会になっていたときに、医療者の役割ってどんなふうになっていきますかね。

康永 なるほど。まず、今、医師を含む医療従事者の仕事自体が非常に増えていって、医師も一部、特に勤務医がすごく医師不足で非常に過重労働というふうな状況に置かれていますよね。それはそもそも、入院とか急性期医療に非常にこれまで重点的に投資してきて、その需要も非常に大きいので、そこにいろんな資源が集中されているのは、これはある意味仕方ない点があると思うんですけども、ただ、医師の仕事の中身を見てみると、わりと医師じゃなくてもできる仕事がたくさんありますよね。

聞き手 ありますね。

康永 そこはタスクシフティングというのを柔軟にやっていく必要があって、例えば看護師であったりとか、ほかのパラメディックであったりとか、そういったところにタスクシフティングしていくということと、それから、あとはもう少しプライマリーケアに重点を置くということが、これは多くの先生がおっしゃっている、僕だけじゃなくて多くの先生がおっしゃっていることだと思うんですけども、医師の役割というのは結局多職種連携の中でのマネジャーの役割ですよ。いろんな職種の方が出て、医師の指示なしに動けないということが多いわけですけども、ただ、もう少しそこを柔軟に、やはり資源の配分の仕方がやっぱり今、ちょっと病院の方に偏っちゃっているんですね。結局、病院の中で長期に入院しちゃっているわけですよ。それは平均在院日数というのが海外に比べて、昔と比べればずいぶん短くなりましたが、それでもかなり長い。そこに看護師とか、いろんな資源がそこに集中しちゃっていて、そこを分散して、役割分担して、病院の機能というのは本当に急性期の治療に重点化するというふうなことをして、資源を効率配分する。

あともう1つは、病院の数が多すぎるので、1億2,000万人の人口で8,000も病院がありますので、これは言っているかどうかは分からないんですけど、半分ぐらいに減らしてもいいんですよ。

聞き手 近い意見は私もありますけれども。

康永 それは、実は医療経済学の考え方で規模の経済性というのがあって、やっぱり資源を集中して、それから、あとはやっぱり患者さん、症例を集約することによって、そうしないと医師の技術レベルでは維持できないわけですね。心臓カテーテル検査ができる施設が千数百ありますけど、半分以上要らないんですね。年間10例未満で、心カテの件数が年間10例未満の手術というのが何百施設もあるんですよ。そういうのは本当に無駄なので、そういったことの集約化。これはわりと医療経済学的というか、経済学的に考えて合理的に進めていく。その上で患者さんのデメリットというのはやっぱり最小化していかないといけないですね。

聞き手 そうですね。地理的に遠いみたいな問題がぱっと想像できますけれども、そこをどういうふうにするかですよ、1つは。

康永 地理的に遠いのはまさに問題なんですけど、そこがやっぱりまちづくりとかかわってきますよね。

聞き手 そう思いました。先生、さっき言っておられたなと思って。

康永 今、だから、本当に山間部とか、そういうところにも人がぼつんぼつんと住んで、訪問診療するにも訪問診療する先生の移動距離というのが非常に長いんですよ。

聞き手 いやいや、よく分かります。

康永 北海道が特にそうですね。すごい距離を移動しているの。それじゃちょっと持たないところがある。

聞き手 ちょっと私の言葉になるかもしれないんですけど、今、先生がお話しされた内容をちょっと簡単にまとめていくと、やっぱり地方で、特に人が少なくなってきたところは持たなくなってきたところ。そうすると、先生の思い描かれている将来の社会像というのは、やっぱり病院がもう少し集約化されていて、さっき、先生、プライマリーケアのことを言及されておられたんですけど、私は先生の書籍でも拝読しましたが、総合的な能力を持つとか、もう少し広く診ることのできる医師を、どういうふうにかかれていたかな、前面に出すという言い方は先生はされていなかったと思いますけども、基軸に据えるとか、もう少ししっかりとみたいなことを書かれていたような記憶があるんですけど、プライマリーケア医とか、きょうの問いが、すべての医学生を対象とした医学教育のカリキュラムがどうあるべきかという問いなんですけど、すべての医学生がある程度総合的な能力を持っておくべきだろうと。あまり専門的に心カテばかりやってもしょうがないよみたいな話を先生は今しておられたように思うので、プライマリーケアとか総合的に診るというふうなことと絡めながら将来の医師のイメージですね、何割ぐらい総合的に診るお医者さんなのかとか、診療所に何割ぐらい医者がいるのかとか、先生からどんなふうに見えておられるのかを教えてください。

康永 ありがとうございます。まず、医学教育の段階では、やっぱり広く、浅く学ぶということは大事だと思いますので、それだからこそ全科の必修のような形になっているわけですね。

聞き手 そうですね。

康永 ところが、実際は卒業後はそれぞれの専門科に分かれていくという形になると思いますので、そういった意味では、やはりすべてのお医者さんがプライマリーケア・フィジシャンになる必要はまったくなくて、外科の専門の先生とか、それは必要だと思うんですよ。ただ、これはあれですよ、今、プライマリーケア・フィジシャンの専門性というのが昔に比べればずいぶん地位は上がってきたと思うんですけど、プライマリーケア・フィジシャンがほかの診療科、単科の専門医と比べて同じレベルという、同じレベルというのは仕事の忙しさもそこそこ同じで、給料も同じぐらいのレベルじゃないといけないということですね。あとは、そういったお医者さんを今後増やしていくということが大事でしょうね。具体的に何十%とか、50%とか何十%とか、それは定量的にはちょっと分からないですけど、少なくとも今よりはもっと増やしていかなくちゃいけない。

逆に、専門科の先生も、これが減らしていいというわけでもないですよ。やっぱり需要は増えているんですよ。例えば循環器の技術進歩があると、循環器のいろんな治療の件数というのはすごく増えて、それをやるから循環器の先生の数も増やさないといけないんですよ。そこがちょっと。だから、先生たち、自分たちでいろいろ技術開発、どんどん新しい技術を開発するものだから、そのせいで余計忙しくなっている。自分で自分を追い詰めているような感じですね。

聞き手 まったく同じ意見です。

康永 だから、やっぱり一定程度の数は必要なんです、先生の数が。その中であって、適正な比率というか、配分の割合というのはきちんと定量化というか、データの定量化して議論の上で決めていかなきゃいけないですね。

聞き手 さっき先生が言われたことと、私は大学の中の医学教育部門ですね、先生のところで江頭先生の該当の、私、センター長をやっているのによく見えるというか、どの科の先生もうちの科には人がいないと言われるんですね。調整する側なので苦労するという側にいるものですからよく分かります。

さっき先生が言われたことに対して、スペシフィックな質問なんですけど、先生、さっき、いろんな科も、専門科もそうだけど、プライマリーケア・フィジシャンを増やさないといけないというふうに言われましたが、その根拠はどこですか。

康永 今、いろんな診療、特に日本がそうなんですけど、いろんな診療科がそれぞれあるんですけど、それぞれの横連携があまりないでしょう？

聞き手 そうですね。

康永 1人の患者さんを総合的に診ているお医者さんというのがいないんですよ。本来はそれが、例えば、開業医であつたりとか、そういったまちのお医者さんがやるべきなんですけど、残念ながら日本のシステム上、開業医がその機能を十分果たしていないんですね。1人の患者さんを全科横断的にマネージしているという人がいなくて、それが結局医療資源提供の非効率につながっているわけですね。

聞き手 そうですね。

康永 それは昔から言われていることですけれどね。

聞き手 そうですね。ちょっとだけ反論のような意見になるんですけども、医師会が生涯教育プログラムとか、一生懸命作られておられたりとか、先生がおっしゃるとおりで、日本の医師のキャリアの場合は、どこかの大学の医局に所属して臓器別専門医を長いことやって40ぐらいになって、ちょっと疲れたから開業するかとか、もう当直をやりたくないから開業するかという方が多くて、そこからプライマリーケア・フィジシャンにいくなりなるといっても、そんなトレーニングも受けていないしという方が多いので、康永先生が言われる、ないという形になりがちだと思うんですが、少ないかもしれませんが、そこから一生懸命勉強される先生方もおられるし、さっき先生も言われましたけど、プライマリーケア・フィジシャンになるための何かトレーニングのプロセスも最近できてきて、専門医制度もできてきてみたいなのもありますので、徐々に増えてはきている部分もあるなと思いついて聞いておりましたが、もう一度ちょっと同じ質問なんですけど、先生が見ている社会の20年後は、もうちょっとあれですか、総合的に診ているお医者さんが多いイメージですか。

康永 そうですね。多いイメージというか、それが必要なので増やして行って、それを増やした上で何とか日本の医療や介護は持っていくんじゃないのかというふうな、そういうイメージですね。

聞き手 今の、それを増やした上で日本の医療、介護が持っていくというのは、おそらく経済学的に持つというふうな言い方をされたんだと思うんですけど、その辺りをもうちょっと教えていただけますか。つまり、私が今解釈したのは、このまま臓器別専門性だけで押していくと、どんどん自分たちで技術開発して忙しくなっていくばかりだと経済的に持たないというようなことを言われているように聞こえますし、総合的に診るお医者さんが増えることで横の連携に関しての問題がある程度解決していけば、医療経済学的にもコストを減らすことができるんじゃないかというように言っておられるように聞こえましたが、その辺りのことについての質問です。

康永 そうですね。両方なんです。結局、医療経済学って、必ずしも医療費を減らすためというわけじゃなくて、資源を効率的に使うということなので、お医者さんというのも人的な資源なんです。それも有限なので、その有限な資源をいかに有効に活用するかということになりますので、そうすると、プライマリーケア・フィジシャンで1人の患者さんを横断的に診ているというふうな形であるとか、それで病院を集約するであるとか、それにプラス、要するにケアの単位をコンパクトにするということですね。今、非常にいろんなところに散らばっているんですよ。病院という箱も散らばっているし、専門医の先生はそれぞれの専門医の先生で個別に医療を提供して、1人の患者さんから見たら、提供されるサービスというのが個別に散らばっているんですよ。そのケアをコンパクト化する。

それから、コンパクト化するというのがやっぱり経済的にも効率的だし、患者さんのQOLにとっても結果的にはよくなると思うんですね。コンパクトという意味では、それは医療や介護だけじゃなくて、まさに人々が住んでいるまち自体もコンパクト化する。今、まさにコンパクトシティというふうな概念が、経済学の先生がそういうことをおっしゃって、集落自体を本当に、遠くに住んでいる人たちにお引越しいただいて、1つのコンパクトな集落の中にいろんなものを収めて、そこには商業施設もあるし、医療とか介護の施設もあって、非常にアクセスがしやすくて、そこにプライマリーケア・フィジシャンがいて、そのまち、住民の人たちの健康をその人が見守っているという、そういうあり方ですね。それは経済的にも合理的だし、患者さんのQOLにとっても、市民のQOLにとってもいいだろう。両方ですね。

聞き手 ありがとうございます。ちょうど今30分ぐらいなので、一旦中山先生、松島先生、もし何かあればお願いいたします。

中山 じゃ、すみません、中山です。康永先生と錦織先生のこんな対話を聞けるなんて、何てリッチな屋下がりだろうと思いついて一緒にさせていただいてます。康永先生の、やればやるほどいろいろ難しいところに本当に向き合われているということをおたためて敬意を持っています。いろんな形で一緒にさせていただいてありがとうございます。

例えば、まず1つなんですけれども、先生がこれからの医者のキーワードとして生活とか介護とかいうこと、そのベースになるのが地域だったり、在宅だったりということなんですけれども、これって本当に多くの医学生にとっておれのことじゃないと思ってきたような領域だと思うんですよ。それはまさに私が大学のときに明確に覚えているのが、全体として勉強はあまりしなかったんだけど、特に僕が明らかに自分がやらなかったのが、リハビリテーションと、そのころちょっとだけ出てきたホスピスという話だったんですよ。それを授業でされたときに、あ、これ、医者の仕事じゃないと思ったんですよ。僕、本当に今から考えると。多分今は、35年前に比べるとちょっと変わったかもしれないけれども、そういったようなことが医者の仕事だと思われないということが、それをもうちょっと思わせられるような仕組みが学部的时候に作られたら本当にいいなと思って聞いてました。本当に現場にいろいろ連れていったりとか、今もやっているんですけど、昔は本当にそんなことがなかったなと思ってまず聞いておりました。

ということ、質問というか、あれなんですけど、医学教育の役割としては、今回、コンピテンシーをきちんと議論するというようなことになっているんですけども、それだけじゃなくてやっぱりロールモデルを示すというのをもっと医学教育で大事なところだと思うんですね。だから、どんなロールモデルを、1つじゃなくて多様だと思うんですけど、どんなロールモデルをどういうふうに示していったらいいのかということが、何か先生のお考えがあれば教えていただきたいなと思います。今までのお話の中にもあったかと思えますけど。

康永 ありがとうございます。中山先生がおっしゃるとおりで、かつてはやっぱり、いわゆる先端医療というのが医者のやるべきことで、それでやっぱりそういった診療科の方が人気が高いですよ。ただ、やっぱりそれはある意味そういうふうには教育してきたからという面もありますね。むしろそれよりはもっと幅広い視点というか、病院の中でやっていることだけが医療なんじゃないよと。社会全体を見ないといけないし、社会システムがあつての医療システムですから、社会がアップアップしているところに医療ばかりそこにお金をかけることがなかなか厳しくなってきたらいいんですけど。

私、学生のころの医学生と今の医学生って、医療政策とか、医療経済とまでは行かないんですけど、やっぱり医療のシステム自体に関心を持っている学生は多少増えているような印象があるんですね。それはどうしてかという、やっぱりメディアが、やれ、医療崩壊だとか、いろいろそういうことを言うわけですよ。そしたらやっぱり若い学生が非常に不安を感じて、これから先の医療とか医療システムはどうなるんだろうみたいなことを非常に不安に感じて、私のところに直接メールで、どうすればいいんでしょうかなんて来るんですけども、東大の学生さんでそういう人が確かに増えているんですよ。やっぱり社会の視点というのをもちたいんだけど、どうやって勉強したらいいのかわからない。自力でいろいろ、インターネットでいろいろ検索して情報を集めてもうまく自分の中でしゃくできないというような感じなんです。だから、そこをいかに医学教育の中に一部分でも組み込むかということなんです。

ただやっぱり、今、医学教育全体を見ると、教えなきゃいけないことがたくさんあって、その中に経済まで勉強しようと思ったら、本当に大変なことになっちゃうと思うので、現状はやっぱり医学教育の中というよりは、むしろ大学院教育の中でやってはいるわけですけども、仮に1コマとか2コマでも、例えば公衆衛生学の授業の中に医療経済政策なんていうのが1コマでも2コマでもあれば、ちょっとは聞いたことがあるというようなところでだいぶ違うというふうな、そういうイメージはあるんですね。

だから、ロールモデルというお話で言うと、やっぱり社会全体を見渡す視点というのをもう1つ重視すると。その中で社会システムの中での医療システムのあり方、あるいは医療政策の方向性といったものを少し加味した教育ということですかね。

中山 どうもありがとうございます。確かに先生がおっしゃるように、僕も本当に、京大でも昔はライフサイエンス一辺倒、多分一辺倒だったのが、そうでない雰囲気感じますよね。その流れでもう1つだけ、すみません。そう考えると、研究の方が、AMEDの研究なんかを見るといまだにというか、あそこはそれがミッションなのかもしれないけれども、何でも本当にメカニズム、ライフサイエンス志向で創薬を目指すみたいなことを、認知症なんかでもばばんばばんやっているというのが、そこら辺の医療経済的に、医療費だけでなくて研究費の配分みたいなことも、これはごめんなさい、まったく医学教育と離れちゃうんですけども、どこに、そうすると若い連中もそういったことを見てから、そういったようなお金のつけ方も近い将来議論しなきゃいけないかなみたいになっちゃうと思って、これは感想なんですけれども、思いました。もうちょっとお金をかけないでいいことができるんじゃないかなみたいに本当に思っているんです。

康永 そのご指摘はそのとおりなんです。科研費にしても、ただAMEDはやっぱり事後評価を結構やってはいますので、科研費に比べれば全然研究費の効率というのはおそらく上がっていくと思うんですけども、ライフサイエンス一辺倒というのは、今までの流れをくんで現状そうならざるを得ないと思うんですけども、それはどちらかという社会医学系の教員がもうちょっと頑張らなきゃいけないと、AMEDでこういうのもやってくださいみたいなことを言わなきゃしょうがないと。

中山 おっしゃる通りです。どうもありがとうございました。

聞き手 松島先生、どうぞ。

松島 ありがとうございます。非常に興味深くて、社会の中の医療というのを最近考えていくときに、やっぱり在宅だったり、プライマリーケア・フィジションだったりというのは非常に重要で、これから増えていくべきというのはおそらく皆さん異論がないところだなと感じているんですけど、一方、コアカリという面で振り返ったときに、自分が今まで学んだこととかを考えていると、専門診療科とか先端医療について触れるタイミングが逆になくなってしまいうこともあり得るなとちょっと思っているんです。今の時間軸でプライマリーケアをもっと増やしていった場合。今、研修医の研修に関しては、どちらかというプライマリーケアを重視するためにできる

だけいろんな診療科を必修化にしていって学ばせるという方向性で2年間を過ごすわけなんですけど、果たして医学部の間にどれくらいの割合、もっと専門診療科の部分を減らしてプライマリーケアの分野を入れていくべきかという配分が難しいなと思っているんですが、先生の何かご意見というか、なかなかパーセンテージって難しいとは思いますが。

康永 そうですね。これ、カリキュラムがどれが要らないとこではなくてすべて要ると思うんですよ。

松島 そうですよ。

康永 限られた時間の中でどう配分するかというのは、先生方、本当に悩まれていると思うんですけど、確かに卒前にやらなくても卒後できちゃうという部分も結構あると思うんですね。特にプライマリーケアに関しては。それは、例えば今、実地でプライマリーケアをやっている先生たちが学生時代にプライマリーケアの教育を受けていたかということ、そうでもなかったりするわけですよ。実地の中で、オン・ザ・ジョブ・トレーニングでやってきたというところですよ。

ただ、オン・ザ・ジョブ・トレーニングもやっぱり試行錯誤の繰り返しで結構効率が悪かったりすることもあるわけですね。やっぱり卒前教育って、そういうオン・ザ・ジョブ・トレーニングの非効率性をもう少し効率的にぎゅっと詰めて、エッセンスをそこで伝えるというのが卒前教育の役割だと思うんですね。だから、配分を決めるにはコンテンツというのが大事だと思って、そこの中に必要な要素を、限られたコマの中でどれくらい詰め込むか。いろんな要素を詰め込んだカリキュラムを作れば、おのずと上限というのは決まってくると思って、プライマリーケアをいっぱい増やせば増やすほどよいという考え方は、僕はちょっと違うと思うんですね。

松島 時間配分的な問題というよりもということですか。

康永 そうですね。それから、そうはいいっても、現場に行くと、現場の先生たちがどういう苦勞をされているかというのを実体験として目で見るといのは卒前の教育では必要だと思って、やっぱりバランスですよ。

松島 そうですね。何となく医学部ですべてを詰め込むのって、結構やっぱり想定するに難しいなと感じ始めていて、ただ、社会が今どうあるのかとか、自分が医師になったときにどういった配分でどこに目線が必要なのかということは、やっぱり今は足りてないのかなというふうには感じているので、先生のお話を聞いて、何となく自分の中でも少し生理されるような感じがしました。ありがとうございます。

聞き手 じゃ、錦織の方から。先ほど康永先生が言われたことにちょっと絡めていきますが、さっき先生は経済学を学生に教えるかという話をされたときに、カリキュラムが既にいっぱいいっぱいなので、そんなのはなかなか難しいでしょうというふうにおっしゃられて、特に東大は駒場と本郷との関係性があるって、3年生以降じゃないと専門カリキュラムが始められないというご事情も、私も4年ぐらい東大にいたものですから、よく存じ上げてまして、よく分かりますが、一方で、今回のコアカリの改訂の作業は、大きすぎるカリキュラムについてはもう少しシンプルにしようということまで踏み込むことができる作業ですので、そういったご提言も含めてお話しいただければというふうに思います。その上で、既にカリキュラムはいっぱいだから入らないという前提を取り除いた上でなんですけども、先生の書籍からいくんですけど、すべての医学生が学んでおくべき医療経済学及び関連領域の内容というのは何かございますか。もしくは、ないと。別にいいと。要らへんというのでも構わないです。

康永 そうですね。まず、これは逆に考えると、医療経済学ってすごく誤解を受けているんですよ。それはどういう誤解かということ、医療経済学というのは、よく悪用されて、誰が悪用するかということと政府が悪用するんですよ。

聞き手 何となく分かります。

康永 これは別にオフレコじゃなくて書いていただいても構わないんですけど、政府が悪用して医療費抑制に使うんですよ。医療費抑制の口実に使うんです。なので、医療サイドから見ると、医療経済学って非常に誤解を受けて、非常にネガティブなイメージがあるんですよ。我々の首を絞めるためにあるみたい。その誤解は経済の教育を受けてこなかったからこそ、そういう誤解をしちゃうんですね。

聞き手 私も同じ意見で、むしろ学生なんか、私のところの学生もそうですけど、やっぱりこのままだと医療費は持たないからどうしたらいいですかとか、聞きに来るんですよ。私なんか、経済学の専門じゃないので、誰かの経済学の本を読もうとか、それで先生の本に当たって、学生と読書会をしたんですよ。それできょうのインタビューにたどり着いているんですけど。ちゃんと教えておけば、そういう変な誤解にならないんじゃないかなとは私も思います。すみません、遮っちゃいましたけど。

康永 その意味では、そうはいいっても、例えば大学院の教育だと、医療経済学だけで105分掛ける15回ぐらいやるんですよ。それぐらいかけないと全部は理解できないんですけど、

学部でやる場合は、重要なのは、1つは医療経済学は決して医療費抑制の道具じゃないんだよということですね。要するに、資源の効率配分という考え方なんだよ。実はそれはすべていろんなことにつながるわけですね。医師の働き方改革だって、実は医療の人的資源の配分の問題であるし、それから、高額医療費の問題にしても、すべてそこらも医療資源の先にある問題なので、その考え方で1コマ、2コマできっちり教えれば大丈夫だと思うんですね。細かい理論なんていうのはとても、それは教え切れるものじゃありませんので、しかもそれ、すべての学生に教える必要もないと思うんです。

僕としては、公衆衛生学の授業がありますよね。公衆衛生学って非常に間口が広く、中山先生もご専門なのであれだと思います、非常に間口が広くて、やれ、産業保健だ何だ、古典的にやっている公害の歴史みたいな話の、ああいうのはぐっと小さくしていいと思うんです。中山先生に怒られちゃうかもしれないんですけど。そういう古典的な話はぐっと抑えて、むしろもっと今風なというか、医療政策だったり、医療経済の一部ですね、そういうものも、それから、あとは、それこそ疫学研究デザインなんていうのも、私は今、疫学研究デザインと

か、専門にやってますけど、6年生の、医学部の6年間で勉強した記憶がないんですよ。それぐらい印象が薄いんですよ。医学部で受けた公衆衛生学の授業がやたら何とか保健、学校保健だ、母子保健だ、産業保健だ、保健がいろいろ出てきて、歴史の話をされるんですね。お年を召した先生がいらっしやって、歴史の話をされるんですけど、ほとんど覚えてないんですよ。そんな感じなので、もうちょっとそこをぎゅっと絞って、もう少し今風な話を盛り込んだらどうかというふうには思いますね。

聞き手 今の、すみません、先生に事前にお送りするのを忘れてしまったかもしれないんですけど、現在施行されている平成28年度版の医学モデル・コア・カリキュラムの中には、臨床研究に関連のある統計に関しての内容なんかはまあ組み込まれていますし、この5~6年ぐらいで、全国の82大学、すべての大学に対して医学教育の分野別認証評価というのが動いておりまして、東京大学は、つい、多分数カ月前に受信されたと思いますけれども、あの中でも臨床研究に関しての内容、臨床研究に関しての内容なんかも含めた社会医学の内容についても取り上げられる、もしくはそこで確認をするような作業も進んでおりますので、そこまでは、やっぱりEBMとか言われたりしてから20年以上たちますので、進んできているなという印象ですね。

一方で、やっぱりきょう、先生に伺いたいのは、経済学となると、さすがにどの大学も学部教育なんかも全然多分取り上げてなくて、もう既に伺った話なんですけれど、先生から見て、これは将来学部生にとっても絶対必要というふうに思われているのか、いやいや、別にすごいユニークでおもしろい分野だけど、すべてのお医者さんが知っている必要はないというふうに思われているのかとか、その辺のことをちょっと、むしろ臨床研究に関した内容はもう既に入っているの、経済学のことに関してちょっと伺いたいと思ったんですが、どうもきょう、先生のお話を伺っていてもおもしろいなと思ったのが、確かに先生の書籍に書いてあったんですけど、話がプライマリーケアの方に行きましたよね。あれが非常におもしろくて、経済的なことを考えるとということから必然的に導かれている結論なんだと思いますけども、全然違うグループで私たちの調査研究班の中でも総合診療とプライマリーケアに関しての討議も行っておりまして、そこに社会医学と臨床医学の接点の1つの形を見たような気はいたします。

大体伺えてきたかなというふうに思いますが、かなり各論になるんですけども、医療経済学ということで、きょうキーワードで話を先生に伺ってきていますけれども、それ以外も含めてで構いませんが、先生のご専門分野から見えている景色の中で学生の間に勉強しておいた方がいい内容、しかも、それは特定の関心を持った人でなくて、すべての医学生が学んでおくべき内容、ここのコア・カリキュラムの中に書かれるとCBTの出題基準になるんですね。ですから、全員がその試験を受けることになります。結構堅い話なんですけども、そういった内容があれば、ちょっとお教えいただければと思います。

康永 なるほど、なるほど。そうですね。私は社会医学という立場ですよ。それで、きょうのお話でもやっぱり社会の視点に立って、それで医療を見るというふうなお話なんですけど、ただ、だからといって社会医学をもっと強調したカリキュラムにしてというふうには、そこまでは思っていないで、やっぱりどの領域も、基礎も臨床も社会医学も大事ですので、ちょっと医療経済の話に若干戻りますけど、医療経済学を全員が学ぶべきかという、学んだ方がいいかかもしれませんが、そもそも教える人がいないんですよ。

聞き手 そうなんです。それ、次の質問だったんですけど。

康永 そこがやっぱり問題なので、それをカリキュラムに入れるというわけにもいかないと思いますね。そこにはやっぱり社会医学領域の研究者というか、教員の問題であって、公衆衛生学の先生で医療経済学が教えられるかという、そうじゃないので、産業保健をやっている先生が医療経済を教えられるかという全然そんなことはないの、そこがちょっと悩ましいですよ。

聞き手 ちょっと先生、チャレンジな投げかけをしてみますね。基礎医学の教育についてのインタビューも現在やっているんですけども、私も何人かに聞いたんですが、あそこは何ていうんですか、みんな分子生物学者みたいになっていて、今の京大の医学部長の岩井先生という先生は、前、阪大におられたんですけど、阪大では生化学の教授だったんです。そして、京大に移られて生理学の教授になって、生理学の授業を一から勉強し直してとか、そんな感じなので、こんな、やっとなんかというので、全国共通で使える電子教材ですね、そういったものを作ったらどうかみたいな話は、別に今回の京大の文脈で今しゃべっちゃいましたけど、いろんな先生が言われていて、特にコロナでずいぶんそういった動きが加速したところがございます。

可能かどうか分かりませんが、例えば康永先生が何か講座を作られて、オンデマンド型の動画を作られて、それを全国の82大学に対して教えるということは不可能ではないと思うんですね。それはどうしてそう思うかという、医師国家試験対策の塾が、予備校がありますけれども、そこでは全国9200人の医学生のほとんどが某孝志郎さんとかいう有名講師の授業を見ているわけで、そういった事実から考えても理論的には可能だと思うんですけど、ですから、これはコストの話が絡んでくるのでちょっとデリケートな話になるんですけど、教えられない人がいない問題については、eラーニングが進んできていることでなかなかもう言えなくなっているところがあるなという部分もあるようにも思います。

一方で、できなくなる、やっぱりできないのは実習で、実習はその場にはないといけなとか、フィールドがないといけなというところがありまして、私も医療経済学に関連した内容の実習とか、ちょっとばつイメージがわからないんですけども、それこそ康永先生がおられないと教えられないだろうというようにはちょっと思ったりはするんですけど、教える人がいないという問題に関連して、今の私の先生に対しての、ある意味チャレンジな反論に対しての先生のご意見もお教えいただけますか。

康永 そうですね。例えば、座学に関してはおっしゃるような形でも全然オーケーだと思うんですよ。ですから、むしろ、もし私、頼まれて1コマ、2コマ、医療経済学について全国の大学でしゃべってくれという、喜んでお話しさせていただきます。

聞き手 ほんとですか。それはいい話を伺いました。きょうの一番の収穫です。

康永 ただ、実習といっても、医療経済学の実習というのが、それは実習といっても基本的にはデータ分析が主なことになるので、あまり実習は学部教育で要らないと思います。医療経済学は。

聞き手 そうですか。なるほど。大変よく分かりました。

もうそろそろ1時間になってきたので締めていきたいと思いますが、中山先生、何かあれば。

中山 本当にいろいろありがとうございました。私もいろいろ考えを深めることができました。ちょうど今、学生、4回生の、いわゆる基礎配属的なことで学生が回ってきているんですよ。さあ、何をさせようかなみたいなことで。確かに社会医学系の方に回ってくる学生もだんだん多くなっていて、今、うちは107人が定員なんですけれども、うちはことし、7人なんです。単純な割からすると結構多いかなと。その分、ネタがなくてすごく困っていたんだけど。今、1つ、例えばシナリオを作って、100歳のお年寄りに、本当にオブジーボをやりますかとか、TAVIをやりますかみたいなことを、ちょっと考えるきっかけを与えて、そこからいろんな方向に勉強をあげさせられるようにサポートしていくのもおもしろいかなというふうにして、ちょっと自分なりに今考えをまとめているところです。

先生、本当にありがとうございました。またぜひ、先生の全国学生向けの講義、すごくいいんじゃないかなと思って今から楽しみにしています。ありがとうございました。

聞き手 松島先生、お願いします。

松島 ありがとうございます。コンテンツを作っていただけるということで、すごく楽しみです。もし、先生、作ってください、最低限の教材をお願いしますと言われたとき、大体イメージでいいんですけど、どれぐらいの時間のコンテンツになりそうとか、イメージはありますか。

康永 それは短ければ短く、長ければいくらでも長くできますので、大本のコンテンツは105分掛ける15回ありますので、そのエッセンスだけ。

松島 医学部向けの必修となったら。

康永 それを50分にまとめてくださいと言われればそうしますし、90分にしてくださいといえれば90分の内容にしますし。そこは仰せに従って。

聞き手 言い値で大丈夫ですね。

松島 ありがとうございます。それで達成できたような、このインタビューの終了なんですけど、もう1点だけちょっと聞きたいんですが、医療経済がいろんな分野に対して見知が必要ということはきょうお話を聞いて感じたんですが、例えば、相対しそうだなと思うのが働き方改革の問題なんですけど、先生は何か今、その視点で感じられていることってありますかでしょうか。

康永 働き方改革も、これは実は医療経済学の考え方というか、視点がとても重要で、労働経済学という経済学の領域があって、そこにもろにはまっているんですよ。基本的には、今は過重労働なんです、早い話がね。そこを何とかするというところで、だけど、過重労働だからといって、それをいきなり労働基準法に合わせてみたいなことをやっちゃうと、現場のサービス供給量が全然足りなくなってしまって、それをいかに軟着陸させるかという問題に今なっているわけですね。だけど、やり方の手順として、先に何時間労働という枠をはめてしまって、何時間の制限というのを先に決めてしまって、それを実現させるために各病院、努力してくださいねみたいな方向性になっているので、それでみんな今てんやわんや大騒ぎになっているんですよ。だから、そういう意思決定の過程というのもまた1つ、医療経済学の題材になりますし、結局、ベストの選択ってないんですよ。だけど、やっぱり物の考え方は結局、お医者さんという人的資源をいかに効率的に配分して、それでアウトプットを最大化するかというところの問題なので、まさに経済学の問題ですね。

福島 ありがとうございます。

聞き手 確かに康永先生の書籍の中で働き方改革について触れられておられたので、私も今、そのお話が補強された感じで大変勉強になりました。

康永先生の方から何かあとと言っておきたいこととかがあれば、私も先生にコンテンツを作っていただける話が盛り上がっているんですけど。

康永 まず、こういう機会をくださって、大変ありがとうございます。

聞き手 こちらこそ、ありがとうございます、本当に。

康永 そういった意味では、こういうコアカリの中に医療経済という議論をしていただいただけでも、やっぱり医療経済によりやくスポットが当たったというか、目の目を見たんだなというふうなことをちょっと実感しました。

聞き手 やっぱり、さっき申し上げたんですけど、私なんかも学生が出发点でして、学生が不安なんですよね。このままで大丈夫ですかとか言われて、私も答えられないんですよ。逃げ切りの年になってきたみたいなのところもありますし。じゃ、そんなのは患者さんのためにベストを尽くせばいいんだ、お金のことなんてごちゃごちゃ言うなどか言っていたのが私の1つ上の世代で、そんなことはとても言えないし、じゃ、どういうふうに教えたらいいんだろうとか、何を、それこそ、いろんな人がいろんなことを言われるので、さっき先生が言われたこととまったく同じなんですけど、客観的にきちんと、ファクトから考えていく必要があってというのは本当に強く思ったものですから。特に、先生のお話以外にも、かなり今回、我々のチームでは広くいろいろ意見を聞いているところもありまして、教育というのは20年後、30年後を見据えて組み立てるべきであるというふうな、そういう考え方はございます。いろいろ、きょうのお話は参考になりました。ありがとうございます。

松島 もう1個、聞いてもいいですか、すみません。

聞き手 どうぞ、どうぞ。

松島 先生から見て、私たちのプロジェクトチームって社会の中での医療を見つめて、コアカリにどんな内容を入れていくか、そのための資源として先生方からインタビューをさせていただいているんですけど、先生から見て、この分野もやはり押さえておいて、今、足りてないんじゃないかという分野があれば教えていただきたいなと思うのですが、ありますか。

康永 そうですね。これも社会医学の領域になるんですけど、健康格差の問題ですね。社会格差が健康格差になっているというお話ですね。そういう、社会疫学の領域が非常に重要になってますけど、大学院教育ではやっけるんだけど、学部教育ではまだまだ全然というところですね。それも公衆衛生学で教えなきゃいけないんだけど、なかなか教えられる人がいないというのは医療経済学と同じですけど。

福島 ありがとうございます。どんどんテーマが多岐に渡っていきそうで、どこに収束させようかと最近話が出ているものですから、ありがとうございます。

聞き手 今の康永先生の言われたことに関しては、平成28年度版のコア・カリキュラムにSDHの文言が書かれました。

康永 ああ、そうですか。

聞き手 ですので、前回の改訂の際に、まったく同じ意見が出まして、問題意識を持ってはいます。一方で、次の問題は、さっき先生が言われた通りなんですけど、誰が教えるんじゃないという問題が多分各大学でいろいろ苦労してまして、ガイドラインは教える内容を示すにとどまっているものですから、そこまでしか前回改訂のときもできなかったんですね。なので、今回の、ちょっと実現するかどうか分かりませんが、先生に動画を作ってもらっていただけなにかみたいな話に踏み込んでいるところもありまして、SDHも同じような話ができるといいなとちょっと、今の先生のお話を伺ってて思いました。

どうも、きょう、本当にお時間をいただきましてありがとうございました。私も教育学の人間でして、社会医学の分野だというふうに認識しておりますので、何かいろいろまた接点があればご指導いただければと思います。

中山先生も松島先生も、きょうはありがとうございました。

(終了)

9) 齋藤 幸平氏

日時：2021年10月21日9:00~10:15 (75分間)

参加者：錦・春田・金子

<インタビュー要旨>

○今後の社会の見通し

気候変動が今後進行していくのは確実。今後10年から20年ぐらいの間に1.5°Cという1つの目安を超えてしまう可能性がかなり高い。自然災害のリスクも社会的混乱のリスクも、間違いなく高まっていく。自然災害も起きて、場合によっては社会的な紛争状態みたいなものも起きる。資本主義の下での格差がどんどん進行していくというようなこと、必然的な要因と社会的な要因と経済的な要因というのがどんどん絡み合っ、各現場にもものすごい負荷をかけるような事態が起きる可能性があり、医療現場というのはそうした中で非常に大きな影響を受ける分野の1つである。

○将来の医師の仕事

- ・エッセンシャルワーカーとして患者ケアにあたる
- ・気候変動、環境破壊に対して専門家の視点から社会に対して問題を提起する

○その他

医療プラスチックについて環境問題化しているがなんとかならないか？

<逐語録>

錦織 どうもこんにちは、齋藤先生。はじめまして。

齋藤 はじめまして。

錦織 名古屋大の錦織と申します。きょうはよろしくお願ひいたします。

齋藤 いろいろ返信が遅かったり、ご迷惑をおかけしました。よろしくお願ひします。

錦織 いえいえ、そんなことはありません。唐突のようなメールでずいぶん驚かれたと思いますし、何で？みたいなことも非常に予想ができます。その辺りもちょっとご説明したいと思います。

齋藤 いえいえ。ありがとうございます。よろしくお願ひいたします。

錦織 ちょっと最初に確認をさせていただいてからなんですが、この後、まず、何人か私たちの文科省で今委託を受けている研究班のメンバーが参加してきます。そのつど紹介申し上げますので、全部で3人か4人ぐらいになると思います。すべて医師の、今、医学教育という、私たちが医師の養成にかかわっているメンバーなんですけども、調査研究班のメンバーです。

齋藤 はい。

錦織 それから、既に先生、了解いただけてますけども、先生にお話しいただく内容を録画させていただいてテープ起こしをさせていただきます。こちらの方で逐語録を作成した後に先生に送らせていただいて内容をご確認いただく手間をちょっと取っていただきたいんですけども、すみません。それが文部科学省のホームページに公開される報告書の文書の一部になりますので、ぶっちゃけ話もいろいろしていただいてもいいんですが、後から修正はできますのでという話です。

齋藤 なるほど。全文公開みたいな感じということですか。

錦織 そうですね。ほかのインタビューの方も、これまでずいぶんたくさんの方にお話を伺ってきているんですけども、あまりにもぶっちゃけ話になって、もうやめてとか、ずいぶん削減した方もいますし、一部修正という方もいましたし、いろいろでしたね。

齋藤 なるほど。はい、承知しました。

錦織 いずれにしても先生の目を通さずに公開するということはありませんので、その点は大丈夫です。

齋藤 はい。

錦織 それから、メールに書かせていただいたとおりの事業研究班から、本当に薄謝ですけども謝金をお支払いさせていただきますので、その旨もよろしくお願ひいたします。

齋藤 はい。ありがとうございます。

錦織 先ほどちょっと申し上げていました研究班のメンバーが何人か参加してきていますので、じゃ、金子先生、自己紹介をお願いします。

金子 はじめまして。横浜市立大学の金子といいます。きょうは非常に楽しみにしておりますので、ぜひよろしくをお願いします。

斎藤 よろしくお願いたします。

錦織 春田先生も自己紹介を簡単にお願いします。

春田 おはようございます。慶應義塾大学の医学教育統括センターの春田と申します。きょうは楽しみにしております。よろしくをお願いします。

斎藤 よろしくをお願いします。

錦織 そうしましたら、私が錦織です。自己紹介も、この後少し私のバックグラウンドと、どうして先生にお話を聞こうと思ったかという話はこの後少しさせていただきますけれども、インタビューのメインの担当をいたします。

先生の方から、この段階で何か事務的なことでございますか。

斎藤 今のところは大丈夫です。

錦織 分かりました。そしたら、私の自己紹介なんですけど、私は内科医で、もうずいぶん、20年以上内科医をやっておりますが、内科の中でも総合内科とか総合診療という、総合診療というのは新しく最近専門分野として確立してきていますけれども、患者さんを広く、よろず相談のような仕事をしながら教育学の分野に関心を持って、その辺りから文系の分野にもかかわるようになってきました。その中でも以前メールで添付させていただきましたが、医師が患者さんのために働くということについて関心をちょっと持っておまして、自分自身が実際に、結構患者さんのために働く、われわれは臨床という言葉を使うんですけど、ベッドサイドにいるという意味ですが、臨床の仕事が結構好きで、自分自身も。結構やりがいを持ってやっているんですね。気づいたら、研修医のころなんかは本当に3時間、4時間睡眠ぐらいでずっと仕事をしていて、それがまた、自分がどんどんどんできえるようになるものですから楽しいんですね。そういったような働き方をしておりました。

そういう、ある意味自分自身では、西洋の言葉なのかもしれませんが、天職のように感じるようなこの仕事のおもしろさみたいなものを後輩に伝えたいなというふうに思ったのが教育に関心、医師の教育に関心を持った背景です。

ただ、なかなか失敗の連続で、ちょっとハードにやりすぎたこともあって、研修医がうつになっちゃったりとか、それから、最近ですとワーク・ライフ・バランスという言葉も本当に日常に使われるようになってきていますけども、自分自身の価値観も変えていかないといけないのかなと思ったり。そうこうするうちに、最近厚生労働省の方から医師の働き方改革という、医師の長時間労働がずいぶん問題だというふうなことで、制度面からも働くということが変わってきている。

もう1つ、自分自身が、医師が患者さんのために働くということについて関心を持っているのは、医療を、ここからたぶん先生の領域に入ってくると思うんですけど、資本主義型で捉えるような考え方がずいぶんこの10年、20年ぐらいで、私が医者になってからもそうですが、広がってきたように感じていました。

昔、私が研修医だったころ、20年ぐらい前ですけど、とにかくお金のことなんて考えなくていいんだと。全力を尽くせと、患者さんのために。すべてやれることはやるんだというような状況だったんですけど、メールでもお送りしましたが、今は1回の投与にかかる費用が1億6,000万もかかる薬が開発されておまして、こうなると、ある程度経済的な感覚を持って医療に臨まないとというようなことが現場では言われているんですけども、きょうのメインのテーマなんですけど、学生とか研修医に対してそういった教育が系統的に話されていない。

加えて、私たちの仕事は患者さんが病院に来ない方がいい仕事なんですよ。みんな健康で病院には縁がない方がよいという仕事なんですけど、一方で、今は多くの病院が経営の観点を求められるようになってきておまして、やっぱり利益が上がらないと駄目だと。櫻井翔君が出た「神様のカルテ2」という映画があるんですけど、その中で現場の医者が上層部に、先生、この間の外来で30分も患者さんの話を聞いてたでしょう、そんなことをしたら利益が上がらないから困りますみたいな、そういうことを言われたりとか、それから、実際の話ですけど、病院の中でCTを一番たくさんオーダーした、つまりCTを依頼した、CTを撮るように指示した医者に特別報酬が出るということが起きてきたりして、自分の感覚からすると、これは何かちょっと間違ってるんじゃないかなと。CTの検査なんて被曝するんですね。それこそ福島のこと、原発の問題でいろいろあって、あれだけ騒いだ人たちが全然知らずにどんどんどんどんCTを受けていたりしているというようなことも含めて結構違和感があります。

なので、経営より経済ですね、経済に関してどういった内容を学生にきちんと伝えていかないと、もしくは研修医もそうですけど、伝えていかないと、あちこちでいろんなことが起きているなというようなことは思っていて、特に私自身は、先生にお送りした自分の講演のスライドでも、この20年、30年のネオリベリズムの潮流に対しては、社会的共通資本としての医療を担う一医療人としては結構強く反発してきたところもありました。世界で多くの方が暴走する資本主義に対してどうしたらいいんだろうみたいなことを考えていた時代に先生がああいうご著書を出されて、私自身も結構感銘を受けまして、これを具体的に医療の現場に落とし込むときにどうしたらいいのかとか、具体的に、私たちは医療の現場よりさらにもう1つ先があって、医学教育という医師の教育、医学生の教育というところに落とし込むためにはどうしたらいいのかということについて、ぜひ先生にお伺いしたいなと思ったという背景です。

斎藤 はい。

錦織 私と先生とでずいぶん住む世界が違っていると思いますので、私の使う言葉が分からないというか、それはどういう意味なのかというようなことが出てくるとは思いますし、そのつど聞いていただければと思いますし、私も先生の使う言葉で分からないことがあったらつど聞かせていただきます。よろしく願いいたします。

斎藤 はい。

錦織 まず最初の質問が、これもメールに書かせていただいたんですけど、これはほかのインタビューをお願いした先生方にもみんな伺っているんですけども、医師養成って結構時間がかかるんですよね。今モデルカリキュラムとって、全国 82 医学部があるんですけど、その 82 の医学部に対するカリキュラムのガイドラインをここで作成する。そうすると、それが実際に適用されるのが 3~4 年後です。3~4 年後のカリキュラムを受けて卒業するのがさらに 6 年後。その人たちが医者となって活躍するのがさらに 5 年から 15 年後ということで、15 年から 20 年後ぐらい、少なくともですね。場合によっては 30 年後とか、そういったものを見据えくちやいけないと上からは言われていまして、そんなことを言ったって分からないよみたいなのもちょっとあるんですが、先生のご著書もそうですが、やっぱり未来予想図、もしくは未来はこうあるべきだみたいなのを書いておられたので、先生のご専門の領域からだと思うんですけど、社会が具体的にどんなふうになっていくのかという、ちょっとジェネラルなお話から伺っていきたくと思います。特に経済ですね、今、コロナになって新自由主義の流れが少し止まってきているように思うんですけども、その辺りからお話しいただけますでしょうか。

斎藤 そうですね。2030 年から 2050 年にかけてという長期的なスパンで物を考えなきゃいけないというのは私も『人新世の「資本論」』でよく言った話なんですけれども、それは気候変動という観点から非常に重要になっていて。というのも、今回コロナ禍で今さまざまな社会の問題というのがあぶり出されたわけですけども、コロナはこれでワクチンと、そして治療薬なんかも開発されるとだいぶ落ち着いていくんじゃないかという認識が広まっていますけれども、コロナ禍というのは最後の危機では当然ない。むしろコロナ禍というのが 1 つのリハーサルであったという認識が重要だというふうに思っています。

それはどういうことかということ、今後もっと大きな危機がやってくるということで、それが気候変動の危機です。この気候変動の危機というのが資本主義によってまさに引き起こされているわけですけども、今、資本主義の下で非常に格差が広がってしまっている。その背景には新自由主義改革なんかがあるわけですけども、だから、新自由主義を何とかしなきゃいけないんだというような流れが出ている一方で、もし気候変動が進んでいくと、このままいけば貧しい人たちにしわ寄せがいくような状況というのがますます深刻化していくわけです。気候変動は、いわゆる水害とか干ばつとか、少し今日の医療とは一見するとあまり関係ないような大変な被害というのをもたくさんもたらすんですけど、他方で、新しいパンデミックを引き起こすリスクなんかも非常に高めていくわけですね。そうした危機が 2030 年から 50 年ぐらいにかけてどんどん深まっていくわけです。

やっぱり人類がどんどん地球全体を変えていってしまっただけで自然破壊を進めてきたということが、今回のパンデミックにせよ、気候変動にせよ、根本的な共通の原因としてあって、20 世紀後半ぐらいから Deng 熱とか SARS とか MERS とか エボラ とか、既にいろんな問題が起きていて、科学者たちもずっと警告を鳴らしてきたわけですね。こうした自然破壊を続けていけばもっと深刻なパンデミックが世界中で起きる。だけど、それを無視して、いわばグローバル化を進めていけば私たちの生活はもっと豊かになるんだということをやり続けた結果が今回のコロナなわけです。

同じ構造がまさに気候変動でもあって、気候変動も 1980 年代後半から国会とかでもアメリカとかで警告が鳴らされていたし、この間ノーベル物理学賞をもらった真鍋さんなんかは 70 年代からそういうモデルをつくって研究されていたわけですけども、これもグローバル化の下で、いやいや、そんな問題はいったんおいておいて経済成長を求めるといった形でやってきた結果として抜き差しならないような状態にまでここまで来てしまったと。じゃ、2050 年までにどうやって二酸化炭素排出ゼロにしなきゃいけないかどうかみたいな話までなっていて、そんなことが本当にできるのかという問題もあるわけです。

さっきも言ったように、コロナであれば、例えば治療薬であるとかワクチンというものが 1 年、2 年ぐらいで開発されるということが分かっているんで、そうすると、1~2 年頑張れば緊急事態宣言を耐えればいんだねというふうにある程度見通しが立てば、みんなそれなりには我慢できたわけですけども、気候変動の場合はそうした治療薬やワクチンというものが存在しない。むしろ気候変動というのはどんどん悪化していくような危機である。つまり慢性的な緊急事態というふうには私は呼んでいるんですけど、何十年と続くような緊急事態の中を生きていかなければいけないような社会にこれから数十年でどんどん突入して、まさにコロナがリハーサルで、私たちはそういう時代に今突入していったと。

そうなれば、先ほども言ったように、新しいパンデミックも起きるかもしれないし、それ以外にも食糧危機が起きたり、水不足が起きたり、毎年のように災害というのが、台風が来たり、ハリケーンが来たり、山火事が起きたりということで、本当にパンデミックと洪水と色々なことが同時に起きて、けが人とか病人とか、まさに医療現場はものすごく逼迫することになりかねないし、そうなった場合には命を選別とか、医療崩壊みたいなことが起きてしまうことによって、資本主義の下で今増大しているような格差が、まさに非常に深刻な命の選抜として、それが老人から先になるのか、貧しい人から先になるのかは、もちろんケース・バイ・ケースでしょうから一概には言えないですけども、そうした平時とは全く違う、緊急事態というのはどういうことかということと平時のような、もちろん今の日本の医療現場も大変なわけですけど、一応は今までは普通に病院に行けば普通に治療が受けられる。アメリカなんかよりも全然いい医療体制がある。国民皆保険で云々かんぬんという話があったわけですけど、それが緊急事態になっていけば医療崩壊という形で非常に深刻な事態が起きてしまう。それがずっと続いていくような社会というのは今後、今まさに私たちが話している 2030 年以降、2100 年までも続いてい

くんですけど、取りあえず 2050 年ぐらいまでを 1 つの区切りとすると、そういう転換がやってくるわけです。これは避けられない、地球環境自体が劣化していくので。

じゃ、そうした時代の医療とは何なのか、そうした時代の経済とは何なのかとか、私たちがやっぱり今までのあり方を大きく見直すような転換点に立っていること自体は間違いはない。それに対してこうすればいいという一律の答えはないし、私がすべての答えを持っているわけじゃないですけど、少なくともそういう認識をアップデートしていく必要があるんじゃないかというのがこの間の私の考えです。

錦織 まず応答しますね。1 つ、先生が慢性的な緊急事態というふうに言われたのは非常にしっくりときました。災害云々に関しては、今回のプロジェクトチームの中でも一帯の気候変動、災害等に対してどんなふうに対応するかも考えなくちゃいけないという掛け声だけが上から来ているんですけど、私たちもかなり当惑していました、一体何から情報を得ていったらいいのかみたいなことを考えていました。それもきょう先生にたどり着いたというか、お願いさせていただけようと思った背景の 1 つでもあります。

災害、水不足、食糧不足といって思い出すのは、私自身、2011 年の東日本大震災のときに医療支援に入ったときの経験でした。あれも数年の単位である程度落ち着きましたけれども、今でも問題を抱えているんですが、当時本当に、これは医療だけじゃなかったですけど、インフラが崩壊して現場におられた方々がすごく大変な思いをされるという中で、多くの医師が実は自分たちが支援に行きたいと言い出して、私の周辺ですと、それが競争倍率何倍ぐらいな感じで行きたい人が多くて、日本の医療も結構大丈夫だなと思ったりした自分の経験があります。

きょう、経済のお話もそうですけど、医療の話が一番のフォーカスではあるんですが、私たちも医療の中にとどまっていたはいけないなというふうにも思っていて、それが今回、医学教育の中で医療の中にとどまるべきでない。社会全体を見ていかなきゃいけないというふうなディスカッションをする中で、先生にお話を伺いたいなと思ったところもありまして、既に伺ってよかったなと思っているところですが。

もう 1 つ、私たちの方の事情を少しお話ししますと、ご存じかもしれませんが、受験戦争の、ある意味勝者という言葉でいいのかもしれませんが、ああいう問題をきちんと解けるといふ子たちの結構トップ層が医学部の中に入ってきてしまっているという状況があります。ほかの学部の先生方にきちんと説明責任を果たしたいなと。つまり、医学部にある意味優秀な頭脳を集めてしまっているような構造がちょっとあるものですから、そういった意味でも広い視野を持ってもらうような、そういうカリキュラムを考えたいなと思っていました。

今、先生にお話しさせていただいたところから展開していきますけれども、先生の中でも医者さんという像があると思うんですけど、医者というのはこういうものである。先生の中で、今、30 年後の社会の状況みたいなことをお話しさせていただいて、お医者さんというのはこうあってほしいなというか、30 年後のそういう社会になったときにこういうお医者さんであってほしいなみたいなことを少し言語化してお話しただけですとありがたいです。

斎藤 なるほど。私は医療の医者なんかに関しては一般市民としての観点しかないわけですけども、コロナ禍で浮かび上がってきたのは、医療に携わる人たちというのが社会にとっては極めてエッセンシャルなもの、エッセンシャルワーカーだということですね。医者もそうですけれども、もちろん看護師の方たちも含めて、働き方の問題もそうですし、例えばコロナ禍で、医療で対応すればするほど経営が圧迫されていくような構造的な問題もあったりするわけですけども、そういうのを社会全体でしっかりと支えていくというような認識を持たなきゃいけないと思うんですね。これは病床の削減とかもそうですけれど、儲けであるとか、効率性というものだけをこの間私たちの社会というのは、いわゆる新自由主義と言われるものの中であまりにも求めすぎてしまったのではないかと。

それはもちろん無駄だったことはいろんな業界に、それは大学なんかも含めてあるにはあるわけですけども、他方で、じゃ、それを単に市場の原理の下で効率化をしていけば、果たしてすべてが改善するかとというと、必ずしもそうではなくて、本当に必要であったものも含めて削られてしまったのではないかと、あるいは、効率化を求めた結果として、教育の質であったり、医療の質というものが低下してしまったのではないかと。エッセンシャルなものというのは必ずしもそうした経済的な効率化とはなじまないということですね。

錦織 そうですね。

斎藤 それが今回のコロナ禍では世界的な問題として、脆弱さとしてすごい露呈したと思います。やっぱり最初のころのスペインとかイタリアで感染がものすごく爆発したことの背景には、そうした国々がリーマンショック以降、ずっと緊縮財政みたいなことをやらざるを得なくて医療体制がかなり脆弱になっていた。他方でドイツのような、EU の中での勝ち組は、病院体制なんかもわりと潤沢な状態でコロナ禍に対応することができた。日本はまた独自のいろいろな問題があるんでしょうけれども、いずれにせよ、私たちがコロナ禍でそうした、いかにエッセンシャルワーク、医療以外も含めてエッセンシャルワークというものがあるのか。これは要するにテレワークができない仕事と言ってもいいと思うんですけども。

錦織 そうですね。

斎藤 テレワークができる仕事ほど、実は今の社会では高給取りになっているので、テレワークができない仕事ほどエッセンシャルであるにもかかわらず、しばしば長時間労働や低賃金の働き方というのが蔓延してしまっているという、こうした矛盾が出てきていると。

私たちとしては、自分たちの命やいろんなものを危険にさらしても、社会のためにそういったエッセンシャルの機能を果たそうとされている医療現場の人たちであったり、私はもちろん介護の人たちとか保育の人たちとか、みんなそこに含まれると思いますけれど、そうした人たちがたくさんいるということにすごい感謝をしているということでもあります。

私自身は、大学の教育はエッセンシャルだと思っているけど、幸い大学の先生はテレワーク的な教え方が許されたので微妙な立場なんですけど、いずれにせよ、そういう意味での理想像というのは、既にここにはあると思うんですね。だから、今の医療のあり方は、医療のあり方自体はもちろんさっきおっしゃったような効率化とか儲けの原理がどんどん入ってきているというよくない面もあるんだけど、そうした問題にしっかりと立ち向かってリスクも引き受けて云々かんぬんというところは、まさにそうしたエッセンシャルな人たちの理想の姿というのが現れているし、そういうものを重視してもっと助けるような社会にしていかなければいけないというふうに思っています。

その上で、さっき先生が、やっぱり医療だけではなくもっと広い領域に視点を向けたり、勉強したり、あるいは発信したりしなければいけないという話が出たので、そこについて少し補足をすれば、さっきも言ったように、医療の話というのは災害であるとか、気候変動とかと絡み合ってくるわけですね、これからの時代はますます。そうなるべくと、最終的な、そこでけがをした人たちを対処医療的に見ていけばいいという話ではなくて、やっぱり根本原因そのものに歯止めをかけるような声を医療からも上げていかないと、結局対処医療だけでは対処できないような被害が起きてしまうわけであって、そう考えると、パンデミックがこれからもっと起きるようなリスクを減らすために、言ってみれば警告を鳴らすような声を専門家として上げていかなければいけないし、これ以上気候変動が進行することについても警鐘を鳴らすように医療界も声を上げなければいけないと。

要するにそれはどういうことかという、根本にある人類による過剰な環境破壊という問題に対して、これがどれほどのリスクがあるのかというのを医療という観点から、もっともっと授業のカリキュラムなんかにも取り入れて、それを発信していくような専門家というのが医療の分野にも必要なんじゃないかと。

最近読んで重要だなと思ったのは、230種以上のいろんな国際ジャーナル、医療関係のジャーナルが、コロナ禍の、やっぱり気候変動に対して、それが破局的な被害をもたらすものだ。それは医療に対してもですけど。なので、各国の政府は気候変動問題に取り組むべきだというような共通連名、『Lancet』とか、そういういろんな各国のジャーナルが署名の声明みたいなものを連名で出したという記事を読んだんですけど、やっぱりそういう分野を超えた、まさに教育とか、それに基づいた活動というのがこれから重要となってくる医師のベースに、あるいはエッセンシャルな知識やパッションとして求められてくるんじゃないかなとも思っております。錦織 ありがとうございます。ちょっといくつか応答していきます。

テレワークができる仕事、できない仕事というのは、京大の藤原辰史さんがNHKで同じことを話されておられたなというのと、自分の頭の中ではつながりました。

私が30年後の医師のイメージというような質問をさせていただいて、先生にお話しいただいたのはエッセンシャルワーカーというキーワードに表現されることだなと私自身理解しまして、そうすると、私の自分自身が1人の医師として大事にしていることと結構近い。やっぱりこういうものは昔から大きく変わらないところのだなというようにもあらためて思いましたが、一方で、それが今の経営至上主義的な、資本主義的な医療の中で結構困難を抱えているというような論文も最近私の分野ではたくさん出ていまして、患者さんのために一生懸命働きなさいというのを教えるのが難しくなっているというような問題を私たちの医療界は抱えつつあります。

それから、気候変動の辺りについては、ちょっと私にはあまりない視点だったので大変勉強になります。根本原因に対応する、医療だけじゃなくてということは、私が最近、それこそ勉強した話ですけど、中村哲さんが亡くなりましたけど、あの方が患者さん一人一人を診るのではなくて、結局井戸を掘るに至ったという話ともちよっとつながると思います。

斎藤 そうですね。

錦織 近いところでいくと、最近ですと熱中症の患者さんがずいぶん増えておりまして、それも現場で感じる気候変動に関連した医療の変化だなと思いますが、多分もっといろんなことが起きてくるんだろうなと思ったりします。

今チャットに投げさせていただいたのが、長崎大学のホームページなんですけども、プラネタリーヘルスという言葉で、多分先生、このこともしゃべっておられたのかなと思いました。環境に配慮した医療のあり方について、私なんかは全然知らない方なんですけれども、いろいろ先駆的な取り組みが、これは国内では長崎大学以外はあまりないみたいなんですけれども、始まっているところもありまして、私自身、医学教育という分野でヨーロッパ医学教育学会は自分のホームのアカデミックのベースなんですけど、そこでこの8月に学会があって、私も1つシンポジウムを担当したんですが、そこでプラネタリーヘルスに関してどんなふうに教育していけばいいか。つまり、環境教育と医学教育のコラボレーションというような話が進みつつあります。

申し上げたように、日本の中でどこまでというのは、私は長崎もつい最近知ったばかりで、勉強中で、長崎の先生にも聞いてみたいなと思ったりしますが、こういったものを医学教育の中にどのように落とし込んでいくのかというのが私たちの仕事で、きょうは先生のお話を今伺っていても、もうちょっとプラネタリーヘルスという言葉で表現されているものとか、今、先生からお話しいただいたような内容だとかをちょっと掘っていかないと。先生にチャットをいただいたNHK、これですね。

斎藤 熱中症と格差みたいな話。

錦織 ほんと、そうですね。熱中症と格差の辺りは、きょう参加してくれています春田先生や金子先生なども現場でこういう状況になっているよという話ができるんじゃないかなと思いますが、お二人の先生方、もし何かあればお願いします。

春田 今、私自身は東京のプライマリーケアを実践している中小病院とクリニック、在宅の診療所で働いてはいるんですけども、昨今のコロナのところで言うと、明らかに肥満の患者さんがすごく入院していたんですね。そ

れって背景に貧困というのがあって、貧困の連鎖で肥満になって、肥満になった人が病院にすぐアクセスできるかというところもそういうわけでもなくて、結局、重症化した状態で病院に行かざるを得なくなってしまうところが結構見えてきたかなというのがありました。

一方で、これが環境問題とどうかかわるかはやさしくあれなんですけど、病院をつくる時にカーボンフリーみたいなところを意識してやっていこうみたいな病院が、まあまあ少なからず出てきたというのは最近思っているところで、でも、病院よりもクリニックの方が実はCO2排出は低くて、なので、本当に病院をつくる方がいいことなのかということも考えなきゃいけないなというところとか、郊外で言うとアクセスに車を使うことが多くて、そこも実はCO2排出というところではあるので、アクセスをどういうふうに考えていくかということのも実は環境を考える上ですごい大事で、プライマリーケアの部分ではアクセシビリティということを考えるのが専門のところでもあって、いかに医療にアクセスしやすくするか。そこでも環境とのコネクションがあるのかなというのはいさよって考えていました。今のお話を聞きながらそんな話題を少し思い浮かべながら聞いていました。以上です。

錦織 金子先生、どうですか。

金子 金子です。ありがとうございます。僕も『人新世の「資本論」』を読んですごくおもしろくて、きょう、お話を聞けてすごくうれしかったです。

自分は横浜で診療しているんですけど、外国人の方、日本人はどことも多いんですけど、外国人の方が特に多い診療所とかで働いていて、外国人の、特に所得が少ないとか、生活保護だったり、あとは労災ですね、肉体労働とかでけがしちゃって働けなくなっちゃって労災をもらって、その労災の診断の継続のために持続で来ている方が結構いらっしゃるんですけど、そういう方がそもそも国を離れて日本に来ないといけなくなった理由とかにも多分気候変動とかも大きく見れば関係しているのかなと思います。そういう所得が低くて日本語話者でない方が、例えばコロナの予防接種を受けるということのアクセスもかなり整備されてないという感じで、なかなか皆さん日本語ではがきが来たんだけど、これはどこで受けられるんだとか、電話してつながらないんだけどみたいな方とかの予防接種をできる範囲で、小さい診療所なのでできる範囲でしたりとかという感じなので、すごくいろんなところに影響が出ているなと思いました。

自分が先生のお話を聞いててぜひ伺いたいなと思ったのは、今、医学部の学生さんと接していると、皆さん、僕らのときよりかなり気候変動に対しての意識とかがあるなと思っていて、経済格差に対しても気候変動に対しても、学生のうちからいろいろ考えているとか、関心を持っている方がいるんですけど、逆に自分たちより上の世代の先生、どれぐらい言っているのか分からないんですけど、学生教育のステークホルダー担っているような方は、そんなにそこに気があるというより、学生のうちはもっと医学のことを勉強しろとか、経営とか効率がよくというのも、それは皆さん言われるので、どうしても病院での実習とか、学年が上がってくると、カリキュラムではなくて、いわゆるヒドゥン・カリキュラムというか、みんなが生活保護をあまりちゃんと診察しないとか、気候変動とか何とかじゃなくて早く患者さんを診ろみたいなヒドゥン・カリキュラムの中に入って行って、学生自身もだんだん、そういうものかなみたいになっていくという印象もあって、先生の本にも書かれていたんですけど、若い人が声を上げていく中で実際の権限があるとか、声を上げたり、意思決定にもっと携わっている人々を巻き込んでいくにはどうしたらよいのかというのが伺えればと思いました。すみません、話がずれますけど。

斎藤 いえいえ。それこそその間の、まさに皆さんの世代が一番これからステークホルダーにもなっていかなければ、自分たちの一回り上の世代にも物を言える現役世代として頑張っていくのが一番重要ななと思っていて、逆にまさに、私、今34ですけど、私より一回り上ぐらいの世代が結構冷笑主義的だったりするわけです。あまり政治に積極的に発言しない。ソ連とかが崩壊して、その後のグローバル化が進んでいくような90年代に学生だった人たちというのは、わりと冷めた人が多い。その前の世代だともうちょっと学生運動とかの名残とかがあるけれど、そういうのがソ連が崩壊していき、なくなった時代の世代なのかなという気はしています。

逆に、今の僕より一回り下の現役の学生ぐらいの世代だと、格差の問題とか気候変動の問題というのがわりとリアルな問題として感じるようになってきているのかななんていう気はしていて、私の世代と私より一回り上の世代ぐらいが今頑張る時期なのかなと思っています。

さっきのプラネタリーヘルスに関連すれば、私はよくワンヘルスという言葉を使います。ワンヘルスというのは、人間の健康と動物の健康、これは畜産とかですよ。そこで鳥インフルエンザとか、いろんな問題があるので、豚コレラとか、そういうのをしっかり健康にしよう。だから、過剰な工業的畜産はやさしくやめなきゃいけないんだという話ですけど、いわゆる獣医学部的な話と医学部的な話をつなごう。もう1個つながなきゃいけないのが、もっと広い意味での生物多様性とか、畜産よりも広い意味での森林とか、そういうところの生態系とかを3つ合わせて健康な状態にしていけないと、結局、そこでいろいろな問題が起きてしまう。今回のパンデミックの背景にも野生動物取引であるとか、工業型畜産であるとか、モノカルチャーとか、そういういろんな、途上国を中心とした非常に劣悪な環境問題というのがあるわけで、そこを同時に立ち向かっていくような視点とこのを分野横断的にやっていけないと、まさにプラネタリーヘルスと同じような視点だと今読んで思ったんですけど、つくっていかないと、結局対処できないですよ、実質は。

ところがやっぱり、さっき錦織先生もおっしゃっていましたが、日本ではこうしたプラネタリーヘルスとかワンヘルスという動きが医療の現場なんかではまだまだほとんどないということでしたので、これは結構そういう意味では深刻な事態ではないかと。こういうのをどうやって取り入れて、教育して、さらにそれをもっと実践していくか。そうするためには気候変動の問題とか、生物多様性の問題とか、いろんな分野の生物学とか気象学とかが入ってくるわけですし、当然そのメインドライバーであるような資本主義の問題もいろいろ入っ

てくることになると思うんですけども、新しい視点というのはこれからの慢性的緊急事態の時代には必要になってくるんじゃないかなと思います。

というのも、それはやっぱり放っておくと、先ほどの格差の話というのはどんどんひどくなってしまいます。これはクーラーが買えないような人というのは、要するに貧しい高齢者の人たちが多くわけですけど、そういう人たちにしわ寄せが行って熱中症になってしまうとか、さっき春田先生がおっしゃったような肥満の人たちにしわ寄せが行ってしまうとか、それをさらに悪化させるのが新自由主義の改革で、地方の公立病院を減らしていこうみたいなふうになっていけば、結局車を持っている人しかもはやアクセスできなくなって行って、結局、重症化するまで病院にも行かない人たちが出てきて、そうした、本当だったらもっと予防医療をやっていた方が安く済んだのに、最終的なコストも増えてしまうし、だから非効率的なわけですけど、患者さんのリスクも高まってしまいます。

一方で都会に行くと、すごい充実した医療があって、過剰なほどに場合によってはあつたりするし、そうしたところでアクセスできるような最先端のさまざまな器具であるとか、薬品とか、そういうものも非常に高かったりするわけですけど、だから、みんなで公的な負担といいながら、3割負担、1割負担、いろいろありますけれど、実質的には都会の人たちの方が圧倒的なシステムの恩恵を受けているわけですね。だから、地方の人たちよりも都会の人たちの方が病院に行ったり、そこで受けられるCTとかの設備もより整っているわけですから、ある種フリーライドを都会の人たちの方がしていると言ってもいいような構造があるし、そこにもう1点言えば、資本主義的な原理がどんどんどんどん入ってくることで、錦織先生がおっしゃったような、あまりにも高額な医療品みたいなものが、医薬品というか、そういう薬が開発するようになってしまっていて、それもまた医療を圧迫するようになっていって、それが余計効率化をしなきゃいけないみたいな悪循環になっているわけですね。

この文脈で言うと、私が一時期おもしろいなと思った、これは実際には実施されなかったんですけど、数年前にジェレミー・コービンが、イギリスの労働党の党首で、選挙に負けちゃったのでその後辞めましたけれども、彼が選挙の前に言ったのが、イギリスの保険制度でNHS (National Health Service) というシステムがありましたけれども、そこも高額な医薬品代が医療を圧迫しているということで、ジェネリックを公的な機関で作るんだみたいな、そういう公営の医薬品製造会社みたいなものをつくって、ぼろ儲けしているような会社の特許を一時的に強制取得して、ジェネリックを無理やり作れるようにして、そこで安価なジェネリックを一般の患者の人たちに提供しつつ、それによって医療の負担というものを抑えていこうとか、あともう1個彼が言っていたのは、結構そういう医薬品の開発というのには公的なお金が流れているわけですよ。もちろん先生方の研究費とかも含めて。でも、その結果として開発された医薬品はプライベートな会社が特許で囲んでぼろ儲けをするみたいな構図というのはおかしいわけで、公的な研究資金を受けるのであれば、その条件としてこれ以上の値段にはいけないというようなルールを設定するというような形でコービンは、よりみんなに薬がちゃんとした値段で行き渡って、それが社会保障費を圧迫しないようにするような制度を作っていこうということをやっていたんですけども、そういう形であまりにも行きすぎた資本主義的な原理というものが医療や製薬の中に入ってくるといことは非常に問題がある。それは今回のコロナ禍でもワクチンで、それがなかなか途上国に行き渡らないという問題でもあらわになっていますし、逆に製薬会社も儲かりそうなものばかり作っているというような、例えばEDの薬とか、実際にどれぐらい要るのかという問題もあるわけですけど、そういうものは儲かる一方で、こういう感染症、例えばSARSの薬とか、多分まだにないんですよ。そういうなかなか儲からないものは周辺化されていってしまうという、そういう矛盾した仕組みがどうしても市場にだけ、市場が全く駄目だと言っているわけじゃないんですけど、市場だけに任せているとそうしたゆがみが出てきてしまう。でも、市場に任せていくことが効率化なんだというのがここ数十年間の1つの、私たちの1つのマインドセットになってしまっていたとすれば、それを見直すような時代に今回のコロナ禍での経験というのがなるべきだし、それはまさにこれからの気候変動の時代には重要になってくる視点。だから、私たちはこれを忘れちゃいけないだろうなというふうに強く思っています。

錦織 ちょっと私の方から応答いたします。

まず、世代の話、金子先生からの問いの応答は非常に納得できる場所があったというか、私はもうじき50になるんですけども、先生の一代上の上なのかもしれませんが、冷笑主義、確かにそうかもな、というようにちょっと思いました。ベビーブーマーの世代で、すごく人数が多いんですけども、わりが合わないとか言っている、特に医学部の外ですけど、同世代が多いなという印象がありますが。そういう意味で頑張るべきだというエールは非常に勇気づけられましたし、きょうも頑張って先生にたどり着いてよかったなと思ったりしています。だいぶ私にとっても越境だったんですけども、私の関心とずいぶん、先生がされている仕事はすごくリスペクトしているんですけども、つながるところが多いなと思って聞いています。

全然プライベートな話なんですけど、私の今の職場の秘書が環境学の博士を持っていて、今、コアカリキュラムの仕事にもかかわってくれているんですけども、私の周辺にも、私の妻もそうなんですけど、環境の意識というのはすごく高く、うちの奥さんなんかはようやく時代が追いついてきたみたいな言い方をされていて、今度買う車はアクアとか、そんな感じです。ちなみに水素自動車を買いたいんですけど、水素ステーションが遠すぎて買えないという問題を抱えたりしています。

さっきのプラネタリーヘルスについて、実はヨーロッパ医学教育学会から、学生さんですね。さっきの先生の世代論ともつながるんですけど、ヨーロッパの方の医学部の学生さんから私宛てにも連絡があって、ぜひ日本の医学部から何か反応してほしいと、環境教育と医学教育のコラボレーションについて何かないかと。私もきょうの先生のお話もまず聞いてからと聞いていましたし、うちの学生にも聞いたりしているんですけど、なかなか手持ちの札がないなと思って、正直そんなところでしたが、世界の動きは私たちの分野でもそんな感じでした。

イギリスのNHSは、私は2年間英国に住んでおりましたので非常に響くところがあって、彼らはNHSを非常に誇りにしていました。それが印象に残っています。例のコービンさんが出たときの選挙は、私、ちょうど学生の授業の課題に出しまして、英国の総選挙に関して総括しなさいみたいなレポートを出して、全然医学部と関係ないんですけど、その当時関心を持っていたのをちょっと思い出しました。

コービンさんの特許を剥脱するという話は、最近NHKなんかでもよく出てくる国家対資本主義という構造だと非常に思っていておりました。おそらく、先生がさっき市場が全部悪いと言っているわけじゃないというふうにおっしゃられたのに非常に共鳴して、私も資本主義を目の敵にしているわけではないんですけど、ちょっと行き過ぎじゃないかなということを実際に現場にいて感じるが多かったので共鳴するところは多かったです。今のがちょっと応答です。

お話が楽しいので時間が過ぎるのが早いんですが、先ほど先生が言われたことにも関連するんですけど、私たちの研究班の中で、正直30年後の医師養成というのを考えたときに、医学教育の話に戻しますが、春田先生なんかも言っていたんですけど、社会がどう変化するか、誰も分からない。だから、今の医学部生とかには社会がどう変化しても対応できるような能力を身につけてもらうべきだと。こういうような議論が結構私たちの中でやってきた内容です。

実は今、コアカリキュラムの改訂、医学教育のモデル・コア・カリキュラムの改訂の一番トップが、自治医科大学の学長の永井先生という、循環器内科の先生なんですけれども、その先生も同じことを言っておられて、やっぱり長期的なものを見据えないといけない、社会の変化がどうなるか分からないということなんです。一方で、そう言っているとあまりにも抽象的になりすぎてしまうので、カリキュラムに落とすときに、もちろん柔軟な姿勢だとか、創造力だとか、そういった概念なんかは落としていけるのかもしれませんが、いくつか社会がどう変化するか分からない中でもある程度確実なことはあるだろうという、そういった議論に私たちの中でも進んでいまして、私たちの中では、このチームの中でインタビューをお願いしていく中で、1つ間違いなく起きるのが高齢化、これは人口構造から明らかなので、そこに関しては結構掘っていています。

災害に関して、気候変動に関して、確実なこととは何かみたいな問いをあまり立てる人もいなかったし、考える人もいなかったんですけど、きょう先生のお話を伺っていると、確実なものでみたいなお話がいくつかあったので、そこをインタビュー用に少しサマリーしてお話いただけますでしょうか。

斎藤 そうですね。確実なことというのは、もちろん不確実なこともたくさんありますけれど、やっぱり今おっしゃったように確実なことはある程度見通しておいた方がいいんじゃないかということです。そういう意味で言うと、気候変動が今後進行していくのは確実だと思います。どれぐらいのスピードで進行していくか、あるいは、二酸化炭素の排出量が増えるのに応じてどれぐらい気温が上がっていくのかということについて100%ではもちろんないわけですけども、IPCCの報告書が書いているように、それなりの確度を持って今の科学のおかげで言えるわけですね。

そういう意味で言うと、今後10年から20年ぐらいの間に1.5°Cという1つの目安を超えてしまう可能性がかなり高いわけですけども、そうなってくると、例えば今後、いわゆる熱波であるとか、豪雨みたいな異常気象にこれからの世代が何倍もの確率で経験するような確率というのは高まっていくとか、それに伴うさまざまな問題。何でしょうね、本当にいろいろあるんですけど、山火事であるとか、ハリケーンであるとか、洪水であるとか、それに伴う食糧危機、水不足、そして、さまざまな生物が死んでしまう。生物多様性の崩壊の危機であるとか、人々の移住ですね。環境難民と呼ばれる人たちが2050年ごろには数千万人単位で出てくるというふうに言われています。

さらにそうした移住であるとか、資源の不足みたいなことが起きれば、それに伴う排外運動であるとか、移民はこっちへ来るなどとか、そういう運動であるとか、あるいは自分たちの川ですよ、河川であれば国をまたいで流れている川というのは世界中にたくさんありますから、上流の国が自分たちの水だというふうに言って上流でせきとめてしまおうとか、多くの水を使ってしまうせいで下流に流れてこないような状況が起きるであるとか、そういうのをめぐって戦争みたいなことが起きる可能性もあります。ということで、自然災害のリスクも社会的混乱のリスクも、間違いなく高まっていくということです。どれぐらいの頻度で戦争が起きるかとはもちろん不確実なわけですけど、そうしたリスクを高めるような事態が今後ますます世界的に見られるようになっていくということ自体は今後ますます世界的に見られるようになっていくということ自体は確実なわけですよ。

だから、そうなってくると、本当にパンデミックも起きて、自然災害も起きて、場合によっては社会的な紛争状態みたいなものも起きる。あるいは、資本主義の下での格差がどんどん進行していくというようなこと、必然的な要因と社会的な要因と経済的な要因というのがどんどん絡み合っ、各現場にもすごい負荷をかけるような事態。医療現場というのはそうした中で非常に大きな影響を受ける分野の1つですよ。だって、熱中症にしても何かの災害にしても、社会的な混乱にしても、格差にしても、しわ寄せは必ずそうした医療現場に行くことに、きょうの話の考えるとなくなってしまいますので、そうした危機感というのは今後かなり私たちの認識としてアップデートをしながら準備をしていかなければいけない。やっぱり今回の医療、パンデミックでも学んだことですけど、災害的なものが一気に来ると、私たちの社会というのは当然急には対応できなくて、例えばマスクが手に入らないであるとか、防護服が手に入らないとか、そうした問題が起きてしまうわけですよ。だから、そうした事態になるはずだというのも、これはパンデミックも分かっていたのにもかかわらず保健所を減らしてきたとか、そういうことをやっちゃえば、むしろ事態は悪化してしまうわけで、しっかりと気候変動がそうしたリスクを高めることは間違いのないという前提に立って医者養成はどうやってやっていくか。あるいは、そもそも医療制度をどうしていくかみたいなことも含めて考えなければいけないところに来ているということですよ。

錦織 今、多分3分、4分ぐらいお話しいただいた内容はすごく私にとってもインパクトがありましたが、ぜひこの2021年にこういった議論をしたということ記録にとどめておくことが非常に重要だと思いました。私も体を張って頑張りたいなという思いを新たにいたしました。

大体1時間ぐらいになってきていますけれども、先生の方から何か、今の医療でどうなっているの?とかでも結構ですし、何か私たちの方に聞きたいということがあれば。私たちの方からインタビューをお願いしたというのがありますが、ミューチュアルにというふうにも思いますので。

斎藤 私が最近よく言うのは、エッセンシャルな仕事というのは、同時に地球環境に結構優しいんだという話をするんですね。一番分かりやすいのは介護とか保育とかですけど、社会にとって絶対に必要、例えばバスとか電車の運転手とかでもいいんですけど、そうした人たちの仕事って基本的に地球環境に優しいですよ。学校の先生とかも同じ。もちろん資源は多少は使いますが、例えばそれこそ無意味な広告とかをやって、美容整形みたいなものって全然エッセンシャルじゃないわけですけども、人々を、おまえはブスだから整形しろというふうにして、あるいはおまえは醜い存在だからダイエツしろとか、恐怖心とか、傷をつけないが、トラウマをあおり立てながら、コンプレックスか、コンプレックスをつつきながら商売をするみたいな仕事に比べれば、そういうので無駄な資源が使われたりするのに比べれば、いかに役に立つエッセンシャルワーカーというのは環境に優しいかみたいな話をよくするんですけども、医療というのはそこが二面的なところがあって、美容整形なんかもそうですけど、それ以外にも本当に必要な医療のものであっても、結構プラスチックごみというのが膨大に出るんですよ。そこが最近の悩みというか、防護服なんかもどんどん替えなきゃいけないというのもそうですし、注射針とか、もっといろんなごみがあると思うんですけど、そこはどうにもならないんですかねという。

錦織 それはおもしろいというか、すみません、あまり考えたことがなかったです。

斎藤 これから脱プラスチックとかをやっつけていかなきゃいけないときに、医療プラスチックって結構問題になっていて、でも、使い捨てないと感染症とかの問題もあるから、それをどうしていくのがいいのかなというのはちょっと悩んでいますね。

錦織 ド素人みたいな話ですけど、ストローが最近プラスチックから紙になってきていますよね。ああいうことができないかどうかということ私たちの中で研究する必要があるかもしれないですね。衛生上の観点からプラスチックが多いんですね。感染を起こさないように、清潔操作とか、私たちはそういう言葉を使うんですけども、のためにはプラスチックを使うことが多いんですが、代替可能なマテリアルでやれないかどうかという研究をやることなのかなとちょっと、すみません、思いつきですけど春田先生、金子先生、何かありますか?

金子 でも、そんな感じだと思います。あとは、ゴムでも結構アレルギーの方とかでゴムを使えない方もいらっしゃるんで、そういうのも含めて代替のマテリアルがあった方が医療者にもよいし、環境負荷としてもよいのかなと思うので、そういうのを開発をしている人がいるかは分からないんですけど、そういう人を育てていくというのにも必要なのかなと思いました。

春田 おっしゃるとおりで、私も追加することはないですけど、そういうところに入ってくるタイミングが、医療って遅いような感じがしているんで、なぜかという、医療自体が入りづらい構造に、ほかの分野が入りづらい構造になっているというのもしかしてあるかもしれないと思うと、その構造自体を教育から変えていったりとかすることがもしかして必要なのかなというのは今、先生のお話を聞きながら感じていました。

斎藤 あと、私が最近気になっているのは、『ライフスパン』とか、そういう本もありますけど、これから、とにかく長生きしていこうみたいな、それこそ人工関節とかをやっつけていけば何十歳になってもそれなりに歩いて健康で楽しめるみたいな。でも、そういう人工関節とかをやるのは場合によっては何千万もかかったりして、医療格差みたいなものがどんどん進行していくと同時に、そこに何千万を払ってくれる人がいるんだしたら、おれらはそっちをやるんだみたいな人たちが出てきてしまうと、むしろ本当にお金持ちの人たち向けのスペシャル整形外科とか、分からないですけど、皮膚とかもすごい再生するみたいな再生医療みたいなものがどんどん出てきてしまうのではないかと。そこにリソースが食われてしまうと、地球環境的な社会のリソースもそういうところに吸い上げられていっちゃうという問題もあるし、もちろん医療の現場の中で医者や資源やお金がそこに吸い上げられてしまうという問題もあるんですけど、その辺りは皆さんどうお考えですかね。

錦織 じゃ、まず私からしゃべりますが、日本の国民皆保険制度は、先ほど話題に出たイギリスのNHSをまねて1948年につくられて、さまざまな問題がありつつ、やっぱり昔は保険証1枚あればどこにでもかかれるみたいな、そういう言い方をされてきましたけど、そういうものを大事に今もし続けているなというふうにもうちょっと前向きに捉えているところもあります。

高額医療の方にリソースが食われてしまう問題については、つまり混合診療を認めないという原則は今も貫いているところで何とか食い止めていて、外国と比較すると、混合診療なんかでどんどん優秀な医者が取られているんじゃないかみたいな議論があるんですけど、私たちの中ではそういう議論はあまりないという国際比較でもって、日本の医療だけに関してではですね。世界で考えなくちゃいけない問題だとも思うんですけども。

ただ、おっしゃるとおり、今後どうなるか分からないというところもあって、さっき春田先生もちらっと言いましたが、教育というのはそういう意味ですごく重要でして、次世代の医学生、若い医者に対して今まで日本の医療が大事にしてきたこととか、現在の暴走する資本主義の問題とか、そういうものをきちんと言葉なり何なりできちんと伝えていかないと、当たり前のように思われてしまうといつでも容易に壊れてしまうかもな思ったりもいたしまして、きょう、そういう意味ではお時間をいただけて本当によかったなとあらためて思ったという次第ですが、春田先生、金子先生、いかがですか。

春田 今のお話を聞いて、もうそういう状況って実は都内では結構顕在化していて、東京駅とか銀座のところでも表に出ている感じとか。

錦織 あるね、確かに。

春田 そうというのが普通に横行していたりとか、あとは、私が学生自身に地域診断というのをやってもらっているんですけど、港区に住んでる子たちの話を聞くと、皮膚科にかかると必ずしわを取りませんか。普通に赤いできものができただけの男の子なのに、そういうところを必ず勧められる。そういうところしかないみたいなことを言っていたり、かかりつけがつかれないという状況が実は都内でも起きているというのは非常にモザイクというか。僕は北区とか、あっち側で診療しているんですけど、そこはまだまだ普通にかかりつけという機能が何とか維持できているような状況なんですけど、一方でそういう港区とかあっち側ではかなり、本当にお金のある人たちのニーズがあるようなクリニックが結構顕在していて、本当に必要な、エッセンシャルと言われるようなところがちょっとなくなりつつある。そこにアクセスできない若者たちもいるということは、もしかしたら高齢者の方はもっとアクセスできないんじゃないかということがちょっと想像できたりして、そうすると、本当にこのまま地域のニーズ、地域というか、そこに住んでいる人の経済状況に応じた医療期間だけが乱立していくと、残された人たちはどうなっていくんだろうというのはこの23区内でもよく見えてきているので、そこにどう歯止めをかけるかというのは、これは難しいなと思っていて、それは実際感じるところと。

あと、医者って結構パワーがある、社会的にも地位が高いような職業なので、そういうことに関して無関心でいられるような存在でもあるんですね。なので、そこをどういうふうに理解してもらうか、医学生に。でも、医学生も実は豊かな家庭で育ってきた、特に慶応なんて大体そういう。

斎藤 私学はそうですね。

春田 そうなんです。リッチな学生が多いので、話をしても想像ができません。そういう人たちが排除されているというか、見えない人たち、生活というか。だから、本当にどういうふうにして教育をしていったらいいんだろうかと。あと、大きな社会の流れに対してどう抗していくのかということか、抵抗していくのがいいのか、どういふふうにやっていったらいいのかなというのが現場の悩みでもありますね。

金子 時間、大丈夫ですか。ちょっとしゃべっても大丈夫ですか。手短に。

僕、斎藤先生の話聞いていてすごく思ったのは、医療というのもコモモンズなのかなと思っていて、コモモンズとしての医療というのがさっき錦織先生が言っていた、保険証1枚でみんなが受けられるけど、それを大事にしようというのは、多分皆保険が始まったときはあったけど、だんだん都市部とか、お金がある人の中では薄れていっているということがあるのかなと思うので、やっぱりそこは始まっちゃっているもの、白玉点滴をしている人をやめさせるというのは、ちょっと僕らにはできないので、今から育つ人の教育というのが1つなのかなと思いました。

今自分がやっているのは、路上生活の方の見回りとかを横浜市の人がやっているんですけど、それに学生さんと一緒に行くという、それはボランティアというか、行きたい人がただ行っているだけでカリキュラムとかではないんですけど、それに慶応の学生さんとかも来てくれていて、実際見るとすごく変わるなというふうな感想とか、いろいろ考えるとところはあったりするみたいで、アメリカとかでもそういう生活困窮の人のところに多職種で、看護の学生と医学部の学生とソーシャルワークの学生とかで行って、そこで何ができるかを考えると、学生がやる無料の生活困窮者のためのクリニックとか、ヘルスチェックみたいなものとかがあたりして、ちょっと自分が現場でできることとしては、日本の枠組みの中でそういう考える機会を与えるような実習というのが少し、僕が個人的にやりたいことでもあるし、そういう学生さんを今後育てていくときに考えてもらう役にも立つのかなというので、今の春田先生のことに関しては、現場を用意して見せるというのが大学側としてあってもいいのかなと。すみません、コメントでした。

錦織 あと、長生きすることについてはさまざまな議論があります。『医学の進歩が医療を減ぼす』という本を出された東京の日赤の外科の先生なんかが言われているのは、このままだと間違いなく皆保険は持たないというので、どこかで医療をやめるとかいうような年齢制限をつくりませんかみたいな大胆な提案をされておられたり。つまり、年齢というのは格差とか、全くそういうのは関係なく平等であるという視点ですね。

医療の高額化というのは多分世界で共通の問題だと思うので、昔に戻ることはなかなか難しいかなというふうに思ったりしていて、これもなかなか解けない問いで、きょう、そこまで話が行けるとは思わなかったんですが、ここはもし機会があれば、また先生のお話を伺いたいなと思っていますところですが。

何かあと先生の方からございますか。

斎藤 いや、抜本的に製薬会社とかを何とか、たたかないといけないというのが私の。

錦織 そうですね。

斎藤 分かるんです。話として聞けば、そういう開発がうまくいかも分からないものに投資するにはリスクも伴うし、やっぱりそれに見合うだけのバックをもらわないと次の開発もできない云々かんぬん。だから高額化していくんだという話は分かる一方で、しかし本当にそんなに高額なものなのかというのが、なかなかやっぱり外にいる人たちには実感として難しいですよ。

錦織 そうですよ。

斎藤 あとは結局、予防医療みたいなことを徹底してやった方が本当は安くつくんだみたいな話もよく聞くわけですけど、なかなかそういうふうにならない現状というのが難しいですよ。

錦織 今おっしゃられた予防医療については、今回のこの文科省の研究班のインタビューで東大の康永先生のインタビューをしたんですけど、その先生の著書の中では、予防医療をすると健康寿命は延びるけれども、しかも寿命も延びるけれども、結局亡くなる直前というのは必ずみんなに来るので、そこに莫大な医療費が使われるような、あまり医療費には影響が出ないと。

齋藤 終末医療でそんなに、別に医療費が圧迫されているわけじゃないんだみたいな議論って、一時期古市さんと落合さんが何かの雑誌で対談したとき、結構反論として、別に終末で、その終末の部分の部分を切ったってそこで削減される医療費なんていうのはたいしたもんじゃないみたいな話をされている先生も結構いた気がするんですけど。

錦織 はい。今の康永さんがそう言っているという言い方を私もしたので、いろんな意見があるなというふうな、そういった意味で。私も専門でないので。

齋藤 その辺りは難しいですね。結局、どこを直せばいいのか分からないという。これほど大きな問題なのに問題自体が複雑なので、どうしたものかなという。

錦織 一医療者としては予防医療に力を入れるというのは非常に賛成で、やっぱりさっきのパッチワークじゃないですけど、何かの病気になってからというよりは、病気になる前にというふうには思いますけどね。経済にどう影響というのは、私個人はちょっと分からないというスタンスです。

そうしましたら、よろしいでしょうか。本当にきょうは貴重なお時間をいただきましてありがとうございました。またいろいろ先生の発信から勉強させていただきたいと思っていますし、私たち、きょうは医学教育という分野のチームからでしたので、もし先生のお仕事の中で何かそういった関係で接点ができて、先生の方から聞きたいとか、知りたいとかがあれば、私たちにできることはさせていただきたいと思いますので、またご連絡いただければと思います。

春田 ありがとうございました。

金子 ありがとうございました。

齋藤 ありがとうございました。

錦織 それでは、失礼いたします。

(終了)

10) 佐藤 (佐久間) りか氏

日時：2021年7月16日18:30~20:00 (90分間)

参加者：松島・中山

<インタビュー要旨>

キーワード：患者の語り、NBM、ヘルスヒューマニティーズ、モラル・ウィットネス、多様性

1. 社会の将来像について、事前に送らせていただいた資料のようなことを我々は想定しているのですが、先生にはどのような景色が見えていますでしょうか？

- ・インターネットの質・量もかわった（増加した）、患者さんが取得できる情報量は増加し、ITリテラシーが高い方であれば、専門職の方々と同程度の情報さえ得られる時代になった。
- ・また、患者が発信する情報もインターネット上にあふれている。ただし、インターネットやSNSから情報を取得する環境は、疾患や診療への知識や考え方に偏りが出やすくなってしまいう側面もある。「対話（ダイアログ）」の中から生み出される言葉の力が大事。
- ・対面診療のみの時代から、オンライン診療、往診診療へ移行してきており、診療の変化がみられている。
- ・時代の変化とともに、多様性と包摂への共通理解がすすんでいくべきで、ジェンダーとセクシャリティについての課題なども明らかになった。
- ・医師が治療方針を決める時代から、「患者さんに選択肢がある時代」となった。

2. 社会が、今お話しいただいたように変わっていくと予想される中で、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか？またどのような役割を果たしていくべきだと思いますか？

- ・情報がひろがっていてデジタルデバイド、経済格差の問題はあるため、これらの課題にも対応し、国民が平等に医療サービスを受けられる環境にしなければならない。
- ・ビッグデータ、エビデンスを蓄積することが必要である。AIを導入し、診療精度を上げていくことも求められる。
- ・一方で、データに頼ることだけではなく、患者の語りと医療者教育を取り入れ、1人称で語りを聞くことが大事だと考える。EBMは医師の打率を上げるもの、NBMは患者さんの一人称について意識すること。診療が、患者さん個人にとってどのような意味があるのかは対話を通してしかでてこない。

3. 医療が、今お話しいただいたような役割を果たしていくと予想される中で、医師はどのような役割を担っていくと思われませんか？またどのような役割を担っていくべきだと思いますか？またどのような役割は「担わない方が良い」と思われませんか？

- ・医師は、患者さんが「何を恐れなにを不安に思っているのか」を知り、患者さんの助けを求める声にたいして、呼応する **responsibility** がある。
- ・予防医学は大事だが、実は本人が助けを求めているところで、医療者がその人の利益が何かを決めて介入するというところでもある。それが新たな薬の市場を生み出すという社会の仕組みについて考えられる医師を育てることが必要である。

4. 医師が、今お話しいただいたような役割を担っていくと予想される中で、医学教育では何をどのように扱っていくべきとお考えですか？

- ・コミュニケーション能力を育てる。
- ・教えるべき知識を整理し、学生の負担を軽減する。カリキュラムが過密になっている。AIが進んでくるのであれば知識をすべて知っている必要はない。何をAIにまかせて、何を医師が判断していくか。一人称で心を動かされることはAIにはできない。
- ・患者の語りを聴くということは、単に「寄り添う」ことではなく、「自分が何かを教えていただく」という意識が必要。
- ・学生に魂がふるえるような瞬間、心を動かされる瞬間といった機会を提供することができればいい。

5. 今お話しいただいたような内容について、全ての医学生が学ぶべきことと考えてみると、いかがでしょうか？

- ・コアカリを確認して、医学生はこんなにたくさん学ばなければならないのかと感じた。ただ、やはり、プライマリのレベルでの専門性、知識はあってほしい。
- ・プライマリの領域の充実と同時に、各専門領域に従事する場合は専門領域に特化して教育していけるとよいのではないか。
- ・社会、人文科学を学ぶことは重要である。時間を効率化することも必要であるが、もし難しければ

もっと時間をかけて医師になるシステムではどうか。人間としての尊厳を大事にすること、最優先にすべきことは何なのかをじっくりと考える時間を持つてほしい。

- ・ヘルスヒューマニティーズの教育をもっと取り入れていってはどうか。
- ・多様性、Genderの捉え方。当たり前が当たり前ではないと疑える脳を育てることが必要。
- ・モラル・ウィットネス、患者さんの苦しみを見届けること、応答しようとする、逃げないことを学ぶ場を作る。

6. 今お話しいただいた内容について、誰が教えるべきだと考えますか？

- ・医療者が教えるべきだと思うが、生命倫理などは医療にかかわる人でなくてもよい。人文科学社会科学の教官などのほうが向いているかもしれない。

7. 今お話しいただいた内容について、どのように教えるべきだと考えますか？

「患者から学ぶ」というが、語りを聴いただけで学べるわけではない。学生が学べるように体系立てて「教える」のはプロの教育者の仕事。書籍「患者の語りと医療者教育」では DIPEX の語りをを用いた教育事例を多数紹介している。具体的には以下のような事例がある。

- ① 学生の年齢に近い患者さんの語りを見せて、その患者さんに手紙を書き、スモールグループでお互いの書いたものをみてディスカッションさせる
- ② EBM の患者への適用の演習では、患者の語りからその患者さんにとっての PICO を考えさせ、文献検索と批判的吟味をしたうえで、患者役、医師役に分かれてロールプレイをする。

<逐語録>

松島 インタビューの内容としては、今後変化していく社会を見据えて、どのような医師を養成すればいいか、ということの視点でお話を伺いたいと思っております。先生からの領域から見える医学とか社会ということでお話しいただいて結構ですので、医学のほうにかなり寄せないといけないといった発想でお話しいただく必要はございません。

社会の将来像についてなんですけれども、佐久間さんから見て、社会とか今後の変化について、どんな景色が見えてますでしょうか。

佐久間 すごく難しいですね。送っていただいたの見て、こんなことを送られてパッと答えられる人っているんだろうかと。

松島 皆さま苦心して答えていただいている感じです。

佐久間 本当に日々 Web サイトをつくっていくんだってということに追われていて、そんなに大きなことを見据えてって感じではないんですけれども、この DIPEX を始めてからも 15 年たとうとしていて、この 15 年間で本当に変わったなって思うんです、世の中はやっぱりね。その最たるものが、インターネットとかから得られる情報の質、量、両方ともすごく変わったんじゃないかなという気がしています、SNS とかも非常に広まってきたし。マスメディアの力、逆に言うと少し弱まってきていて、人によってはたこぼ化してしまうので、SNS でとても陰謀論みたいなものはびこりやすかったりとか、今私たちも COVID-19 のインタビューを始めていますけれども、日本ですら、いわゆる陰謀論にはまっている人から、マスクなんかするとかいろいろ言われているような人から伺ったりするので、本当に広がってきてるんだなっていうのも驚きではあるし。

その一方で、患者さんが手に入れられる情報の量の多さですよね。PubMed だって読もうと思えば読めるわけだし、コクランだって見られるわけだし。ちょっとリテラシーの高い人だったら、医療者と対等なレベルでの情報収集ができてしまうということがあったりします。なので、そこら辺もすごく変わってきてるし、あとはやっぱり、このコロナでも一気に進みそうなオンライン診療とか、あとは往診サービスとかのですね、自宅に直接来ていただいて診てもらったってというような、そういうのが出てきていて、何かすごく変わってきたな、15 年前じゃちょっと、とても考えられなかったなという気がしています。

DIPEX のような Web サイトがあるっていうこと自体も、昔は多分動画で患者さんが語っている場っていうのは本当に珍しかったと思うんですよね。イギリスが、特にスタートしたときは 2001 年ですから、その時点ではすごく珍しかったと思うんですけど、いまやもう、そういうサイトはいくらでもある。ある意味では、膨大な量の患者さんが自ら発信している、当事者発信の情報の中で埋没してしまいがちなんですね、われわれの Web サイトなんていうのは。だから、なかなか検索でもヒットしにくいという部分もあるし。それでもやっぱりある程度意義があるというのは、その一方的な発信ではなくて、あくまでも対話、インタビューを必ず行って、われわれが聞いて相手の方が答えてるっていう（形をとっている）。当事者の人が自分だけでワーツと発信してるっていう、それは、そのこと自体が悪いとは思わないんですけど、どうしても独りよがりになりがちだと思うんですね。そこはどうしても、対話になると相手に理解してもらおうという努力もあるので丁寧に説明してくださるし、本人が実は気が付いていないような何かを、こちらから問いかけをすることで、また新たなものが生まれたりすることがあって、その面での DIPEX のよさっていうのはあるので、なるべくそれを伝えていって、皆さんにそこに気付いてもらいながら見て、利用していただけたらいいなと思うんですけど、本当に今情報がすごい量になってきているというのは一番大きく感じるどころですかね。

松島 もしよろしければ、佐久間先生がこの DIPEX の活動をされたきっかけや思いも教えていただいていた方がいいですか。

佐久間 大本は、中山先生はご存じなんですけど、私は婦人科疾患の患者会のほうを、本当にそれは個人的に、自分が子宮筋腫があって、あと不妊もあったもんですから、そのことでその患者会に入って。当時、私の研究の領域というのは、プリンストンから帰ってきたばかりだったんですけど、そのときは完全にジェンダーがテーマだったんですね。ジェンダーとセクシュアリティというのがテーマだったので、あまり身体的なことはやってなかったんですけども、自分のことがきっかけとなって、医療とか身体性とか、そういうことに関心を持ち、それで中山先生と。たまたまある出版社で中山先生と知り合ったことにより、ジェンダー、ボディ、メディシン、

GBM 研究会というのをつくりまして、それでイリイチ読んだり、あといろいろなものを読むというような勉強会を始めたりしたんですね。それが中山先生とのつながりの始まりなんですけど。

その患者会は、私が入ったときはまだ本当にインターネットとかではなく紙媒体で、通信がふた月にいっぺんだけ3カ月にいっぺん送られてきて、あとおしゃべり会って行って、リアルで会ってお話をするっていう、そういう会だったんです。私が入会したとき多分二百何十人かの会員だったと思うんですが、それ95年ぐらいですかね。そのあとからインターネットで私がメーリングリストをつくったり Web サイトをつくったりとかし始めたから、爆発的に言ったら大げさですけど、200人ぐらいだったところが1,500人ぐらいまで膨らんだんですね、すごく急成長して。

その急成長していく過程で、皆さんその情報を取りたいから、どんどんインターネットで調べているっていうかたちで来てるんですけど、フリーライダーという言葉があそこ言われてたんですけど、この自助グループっていうのは相互扶助のような組織であるということだったにもかかわらず、インターネットになって匿名性が高まったことにより、情報だけ取って去って行く人たちっていうのがいっぱい出てきたりとかして、本当にこれでもいいのかっていうすごい葛藤もあって、数が増えたのはいいけれども、本当にこれでもいいのかとか。特にずっとテキストだけでやり取りをしている、当時まだ YouTube がなかった時代なので、その当時としては、基本的には匿名で文字を打ってそれを情報交換するというので、あそこまだブログもほとんどなくて掲示板とかがあったり、私たちはメーリングリストをつくってメーリングリストだったんですけど。そこでも交わされる、少なくともその患者会の中のメーリングリストってなると、かなりクローズな空間になるのでまだいいんですけど、そうじゃない場所にインターネット上にあるものっていうのは、そこに書いている人が、本当にその病気を持った人なのかどうか、それも分からないということもあって、どうだろうなって。インターネットって、患者会とか患者さんにとってネガティブな要因が結構あるのかなってちょっと思っていたときに DIPEX に出会ったということですね。

DIPEX は、私はすごく画期的だなと思ったのは、顔を出して患者さんが語っているということ。やっぱり病気を持っている人っていうのは、その身体性っていうのはすごく重要だと思うんですね。なので、少なくとも、もちろんお顔が見えていけば、その人がどういう人でどういう表情でそこで話をしているのか。言葉が詰まってしまっているときに、それは涙が出ているから詰まっているのか、考え込んでるから詰まっているのか、それも分かるっていうので、すごくインパクトがあるなというふうに思ったんですね。

双方向性という意味では DIPEX は全然ないんですね、一方的に流すだけなので。そういう意味ではまだまだ弱いんですけど、でも、とにかくそこに確かな存在としてその人がいて、その身体から出てくる言葉だっていうのがすごく大きいなと思いました。だから、映像がなくても、音声だけだったとしても、それでもやっぱりその肉体から出てくる声なので、すごくテキストとは違ったインパクトがあるというふうに思って、それでどっぴりはまったっていう感じですかね。

松島 15年前と比べてみて、その情報量の取り方なんかも、患者さんを取り巻く環境ってかなり変わったっていうふうに伺いましたけれども、患者さん自身の病気への捉え方とか、そういった患者さん側の変化って感じられますか。あまり普遍的に変わらないものなのか、佐久間先生から見て。

佐久間 やっぱりその情報を持つるだけに、選択肢が自分たちにはあるというのがあると思うんですね。だから病院だって選べるわけです。日本の場合は本当に、そのいわゆる GP の制度があるような国と違うので、取捨選択できる部分があるから、私たちが患者会やってるときにも一番皆さんが情報を求めてくるのは、どこの病院がいいですかっていうことですね。だから、病院でどんな先生がいて、そういうことを知りたいっていう。今いくらでもそういうポータルサイトもありますし。だから、そういう意味では、どうしてもこししかなくて、たまたま行った病院でこういう治療法を勧められたからしょうがなくそれをやるっていう人が、割合としてはだいぶ減ったとは思いますがね。

松島 患者さんが選択する度合いが増えたというか、そういった.....。

佐久間 そうですよ。前は本当に子宮筋腫、じゃあ、もうあなた子ども生まない年齢だから全摘ですよっていう話にすすすつと進んでいくっていう、そういうことがやっぱりなくなってきているというのはあると思いませんけどね。

松島 ちょっと話ずれますけど、その GP が広まっているような海外の医療制度と日本って、どちらがいいのか、ご意見ありますか。

佐久間 そこまで私はちゃんと研究をしていないので分からないですね。

松島 海外との比較ではなくても、日本の医療制度や仕組みについて、何だかなくて思われてたり、課題と感じられてる部分があれば聞きたいなと思ったのですが。

佐久間 今まだ、本当に研究を始めようとしているのですが、国際比較研究、DIPEX の中で DIPEX International っていうのがあって、今13カ国が加盟していて、そのほかの国との比較研究っていうのをやろうとしているんですね。一つだけ取り組んで論文はできあがってるんですけど、どこに投稿するかとかいうのでまだはっきり決まっていなものが一つあるんですけど、それはがんの患者さんの、がんになったときの経済的な不利益というか、経済的負担がどんなものがあるか、どういう語りがその中から生まれてくるかというので、ドイツの人たちと一緒にやった研究があるんですね。ドイツのチームと私たち日本だと、まずその辺がすごく違って、日本の方が語られる多くの経済的負担っていうところでの大きいところは、仕事ができなくなったときですね。休職するとか、あるいは場合によっては本当仕事を失うというようなことによって、非常に大きな経済的な負担が生じるんですけど、そういったことがドイツの場合は非常に労働者が守られているようで、そういう不安、自分が仕事を失うということの不安についての語りがほとんどないんですよ、びっくりするぐらいないんです。

それに対して、例えば、どっちも公的保険があって、かなり国民皆保険に近い状況の国なんですけれども、ドイツのほうは、自分が、例えば受けているこの治療が保険適用になるかどうかってことは、医師が決めるというよりは、その人が直接その健康保険組合に交渉するんですよね。それで、もちろんお医者さんのほうが必要だと思いますというふうに出したらしいんですけど、でも、その健康保険組合が、やっぱりこれは認めないとかって戻ってくる。そうすると、今度その患者さんが自分から行って、抗議をして書類を出すか何かして、すごくやり取りをして勝ち取るっていうプロセスがあるらしいんですよ。そういうことについての語りとかあるんですけど、日本の公的保険における、これが適用になるか、ならないかっていうのは全部決まっているものであって、患者さんが自分で何とかするようなものでは全然ないじゃないですか。その辺のところはまた全然違うから。だから私たちが、日本の医療はこういうもので、医療ってこういうものなんだろうって思い込んでることが、実際ほかの国と比較して見るとえらい違うっていうことにやっと気が付くので、ぼちぼちそれに気が付き始めた。いわゆる完全なアカデミックの研究、それは論文として書こうとしてしっかりやったんですけども、そうじゃなくても、イギリスの DIPEX のがんの Web サイトを見て自分たちの Web サイトを見たら、とにかく医療機関をどうやって選ぶかっていうのはないわけですよ、あちらには。私たちのほうには医療機関をどうやって選んだかっていうの、あるいは手術をする、最初は多分健診で見つかる。でも、そのあとどこで手術をするのかとかいうのも皆さんセカンドオピニオンを取ってやってる、そういうような語りがあんまり向こうでは出てこないっていう、そういうのもありますね。

だから、そういう意味じゃ、本当にセカンドオピニオンも取れるし、本格的な意味でのセカンドオピニオンじゃなくてドクターショッピングだったりする場合もあると思うんですけど、でも選択肢が非常に日本の場合広いというのは事実ですよ。

松島 DIPEX の話、もう少し聞きたくはあるんですけど、ちょっと次に進んでみようかと思えます。医療としての視点をちょっと入れていってみたいのですけれども、社会が、今お話ししていただいたように変わってきている、患者さんを取り巻く環境も変わってきていると考えられている中で、医療はどんな役割を果たしていくとお考えでしょうか。また、どのような役割を果たしていくべきだと思いますか。いかがでしょう。

佐久間 医療ですよ？ 医師じゃなくて医療。

松島 医療です。そのあと医師、そのあと医学教育は何をすべきかっていうふうに狭まっていきます。

佐久間 実はこれはあんまり答えが自分でも見いだせないままだったんですけどね。医療っていうのはやっぱり社会制度だと思うので、制度としては、今非常に情報が広がってきてアクセスしやすくなってると言いつつも、デジタルデバイドもすごい存在してると思うし、あとは経済的な格差というのも非常に大きく影響してると思うので、やっぱり制度上は、日本の制度ってアメリカなんかと違って、そういう意味ではいい部分がたくさんあると思うので、もっと平等に、患者さんが今の自分の置かれている状況、身体的な状況、精神的な状況、そこから少しでもよくなっていくために医療サービスが受けられるっていう、それは本当に平等なものになっていってもらわないと、このままどんどん自由競争的な社会になっていっちゃうと怖いなというのは思いますね。

松島 さきほどから伺っていると、情報の整理、取捨選択するには、患者さんはもう情報過多になり逆に難しくなってるっていうふうなニュアンスのお話をされたと思うんですけど、医療側で何かそこに支援するための、なにかお考えはありますか。

佐久間 それはちょっと医師のほうの話にもよってくるんですけど、ちゃんとビッグデータとかエビデンスとか、そういうものはすごくあるわけですよ。だけど、それがその A さんという個人にとってどういう意味があるのかっていうことを導いていく、それはその話、やっぱり対話をとおして、ダイアログをとおしてしかそこは出てこない部分があると思うんですよ。ダイアログ自体、私、患者の語りとか医療者教育っていう本を一昨年ぐらいに DIPEX が出してるんですけど、そこでちょっとプロローグのところでも書いたんですけど、一人称で語りを聞かせるっていうことをすごく大事だというふうに思っていて、それは医師の話になるかもしれないんですけど、医療としてはビッグデータ、医療というのはやっぱりビッグデータを集めてきて、エビデンスをちゃんと蓄積して、すごくそれは重要なことだと思っているんですよ。しかも AI とかどんどん導入して、本当に診断とかもどんどんそうやって精度を上げていき、っていうこと大事なんですけど、あくまでもやっぱり医療を受ける人というのは個人であり。

よく私 EBM の話と NBM の話をするときに、EBM は基本的にはやっぱりお医者さんの打率を上げるためのものだというふうな言うんですよ。だから、いっぱいエビデンスあったほうが絶対いいし、100 人の患者さんを助けている、あるいは 1,000 人の患者さんを助けようとしているお医者さんが、一人でも多くの人を助けたいっていうときに意味がすごくあるものなんです。だけど、その助けてもらえる一人になるかならないかは、その患者さんの側になると本当にそこは分からないわけなので、その患者さんの一人称はそういう一人称なんだなっていうことをやっぱりすごく意識してほしいなというのはいつも思っています。なので、医師はそういう、その患者さんが何を恐れ何を願っているのかというようなことをちゃんと聞き取って、最もその人にとってポジティブな結果をもたらすようなエビデンスの説明をするっていうことができれば、本当は理想的なんだろうなと思いますね。

松島 医師のほうに視点が移ったわけですけど、患者さんが何を思っているのか、といったことを感じ取る力と、それをしっかりしたエビデンスとしての情報提供をできるとか、ほかには何かありますか。

佐久間 医療になるのかな、いわゆる公衆衛生的なっていうか、今まさにワクチン接種とかすごくあれしてますけれども、集団に対するコントロールのあり方ってありますよね。個人の選択が集団の利益に反する可能性がある場合とか、結構倫理的な問題って出てきちゃうんだらうなって思っています。医療はどういうふうなそれを、多分個人個人の医師が一人で考えることじゃないっていうか、医療の全体として考えなきゃいけないことではある

うと思うんですけど、この前の医学教育シンポジウムの際にチラッとだけ、私最初のほうで少し話した、要するに助けを求めてやってきた目の前の患者に respond することが responsibility ということなんじゃないですかという話をしたんですけど、やっぱり予防とかってすごく難しいところですよ。本人が助けを求めてないの、自分が将来求めることになるかもしれないと思っはいてはいいわけなので、そういう人たちに対して科学的な知識や権力、権力って言ったら大げさかもしれない、その力を用いて、あなたたちの幸せを確保してあげますよってというのは、ある意味すごく医学の英雄主義的なところとか、そういう部分もあったりするので、その部分がすごく難しい。どんどんやっぱり医学が進展すればするほど、そちらの予防のほうへどんどん進んでいくと思われるし、そこに資本もいっぱい入ってくるし。なのでそこを、多分一人一人の医師も社会の仕組みとか、例えば製薬企業、どういうふうにもうかるのかとか、そういうような仕組みとかもある程度ちゃんと知らないといけないでしょうし、その辺のことですよ。病気を生み出すことによって、薬の市場を生み出してっていう仕組みも実際にはあるということとか、そういうことなんかもちろんと学べるようになっていて、そのうえで目の前にいる患者さんに予防接種なり何なりを勧めるのか、勧めないのか、みたいなことをちゃんと考えられるようなお医者さんになってくれるといいですよ、とは思います。

松島 そうすると、今度またさらに踏み込んでくれども、医学教育では、それでは何をどのように扱っておくべきかっていうのはいかがですか。特に医師になる前の段階ですね、医学部でっていうことをちょっと想像していただきたいんですけど、

佐久間 学生さんはもちろんコミュニケーションとか、そういう単純な話もあるわけですけど、多分、今すごい学ばなきゃいけないことが膨大じゃないですか、学生も。だけどその、もうちょっと整理して学生さんの負担がもうちょっと少なくなって、人と話することとか、自分が誰かを助けることとか、そういうことが本当の目的なんだっていうのが分かるようになっていくことはすごく思いますよね。孫（大輔）先生だったかな、誰かがご報告されたときに、1年生のときはすごい期待に満ちて入ってきて、すごく患者さんに対する思いとかもあるんだけど、何か上の学年に行けば行くほど、どんどん詰め込まれることのほうが大変になってしまって、患者さんに対する関心がだんだん薄れるみたいな話。

松島 大滝先生も、確かそのようなことを、あまりその領域での教育って受けてこれなかったという話は、まさにそうだな。私たちの世代でもそうですね。

佐久間 だから、これから AI とかが進んでくるのだとすれば、全てを医師が全部知らないといけないのだろうとかちょっと思ったりして。なので、どういうことは AI に任せてよくて、どういうことは医師が個人として、患者さんとのコミュニケーションをとおして判断を下していくべきなのかみたいなこと、その仕分けというんですかね、エビデンスの奴隷になるんじゃないくて、エビデンスを使いこなせる技術はもちろんほしいけど、それは多分 AI を開発する人の話も入ってきちゃうので、医学部教育という話とはちょっとずれてしまうかもしれないですけども。

松島 AI では決して無理だろうと思うことは教育されておくべきなんでしょうけど、佐久間さんから見てどういうことを言語化すると感じられますか。

佐久間 私本当に抽象的なことしか言えなくて、今は全然医学部教育も知らないし、この間の、本当にあのシンポジウムなんて超アウェイで、私は何でここで私が司会をしてるのかっていう、そういう。何か中村千賀子先生に無理やり、佐久間さんが司会ねとかって決められて、え？ やるんですか。

松島 全然そんな感じの印象は受けませんでしたけど。

佐久間 もう完全に、私一人でそんなアウェイのところには入れないから倉島先生、無理やり連れてこようみたいな、そういう感じでした。

松島 むしろ全然医療はあまり知りませんっていう状態の方こそ社会に近いはずだから。

佐久間 その AI に任せられない話っていう話をして、やっぱりチラッと先ほど言った本のプロローグに書いたんですけど、多分この前のシンポジウムで誰かおっしゃってた、魂が震えるような瞬間とか、すごく衝撃、要するに患者さんに会ったときに患者さんとのやり取りの中で、すごく心を動かされるっていう瞬間っていうのがやっぱりあるだろうと思うんですね。それって、だから医学部の教育でとかって、単純にプログラミングできる話ではないと思うんですけども、そういう機会っていうのかな、実際に患者さんと触れあって、そういうものを感じるができるような機会が、ちゃんと学部教育の中に提供されていないと、この前も大滝先生言っていた、カリキュラムがあまりにも過密でそういうことをやってる暇がないみたいな状況になってしまっている、それは多分変えなきゃいけないだろうなという気がするんですね。そのプロローグのときに引用したのが、コ克蘭の話なんです。アーチャー・コ克蘭が、あの人は第二次世界大戦のころに軍医として実際参戦して、それで捕虜になっちゃうんですね。捕虜になってドイツ軍の捕虜の収容所に行って、そこにはソ連の兵士とかも捕虜になってくるんですけど、ロシア語がしゃべれる人が誰もいないというところに若い兵士がやってきて、すごい苦しんでいて、彼はその診断をする。それが結核性胸膜炎という診断を彼はするんですけど、すごく苦しそうな状態なんだけれども、モルヒネもなくして苦しみを止めることができない。それで、周りの人たちが、ほかの兵士たちが寝ているところですごく叫び続けるので、どうにもしょうがなくなって抱きしめるんですね。胸の中に抱きしめたらすぐにその人は静かになって、その数時間後に亡くなってしまいうんだけれども、その叫びが止まったというときに、コ克蘭が自分の回顧録に書いているのが、自分はその兵士を苦しめていたのが結核性胸膜炎だと思っはいたけど、そうではない、実際に苦しめていたのは孤独だったのだとって、苦しみの原因を正しく診断できなかったということ長らく恥じている、ということを書いているんですよ、回顧録に。

その話とかを聞いて、要するにコ克蘭がランダム化試験を使った臨床試験、体系的に集めていって、コ克蘭ライブラリをつくってっていう、そういう Evidence based medicine の父であるような人なんですけど、その彼

にとってもそれがすごく、そういう心を動かすような瞬間っていうのがあったことがすごく大きな、のちに影響してると思いますし、実際 DIPEX をつくった人たちっていうのは、コ克蘭のデータベースをつくるのに関わってたとか、私たちの DIPEX の生みの親とか父という人は、そっちにも関わってた人たちなわけですよ。なので、その両方が必要なんだっていうことが、ちゃんと学生時代に学んでもらえたら本当にいいんだろうなということはずごく思いますね。全ての学生さんが卒業するときまでに、私にとってのすごく印象深かった患者さん、あるいは自分にとって心を動かされた、別にほかの医師から何か情報を得て、それで心を動かされてもいいだろうと、それは思うんです、患者さんからじゃなくても。でも、とにかくすごく、要するに AI にできないことなんですよ、それって。心を動かされるっていうことが、一人称で。AI にはできないことなので、あなたが人間だからこそできることだっていう。なので、場合によってはこの患者さんに対して私は何することもできないと言って立ちすくむっていう、そういう話もありましたよね、この前の研究会の中では。でも、そこで逃げないっていうようなこととか。だから、そういうような人としてのありようというのがやっぱりすごくこれから大事なのかなというふうに思ったりしますけど、すごく抽象的です。

松島 研究会の際に、立ちすくむとか逃げないとかっていうお話のところに、チャットでその話題があったかどうかが私は拾えなかったんですけど、参加者のお一人だと思んですけど、患者に寄り添うっていう言葉はすごく嫌いだった。

佐久間 あれはうちの理事長。

松島 あれは何か、どういう意味合いがちょっと引っかかったの。

佐久間 寄り添うと共感と何とかですよ。それは、やっぱりちょっと分かるような気がするんですけど。

松島 時折その表現は聞くからですね。

佐久間 DIPEX の中でも慢性の痛みの語りの中で、看護師だった方がやっぱりすごく腰痛ですね、何か重たいものを運んだりしてすごい腰痛になって、それが慢性化してすごく苦しい状況になった方が、それまで看護師として働いてたときにはよく使っていたこの言葉が、いかに残酷かということに気が付いたっていうふうには言っています。要するに寄り添うことなんてできると思うなっていうふうには彼女は言っていたんですね。だから本当に、私は特に慢性の痛みの語りをすごくたくさん聞かせていただく中で、やっぱり私が寄り添うとか、私が何かをしてあげられるということではなくて、すごくその人たちから、ある意味イエスキリストが人々の苦しみを全部背負っているような、それに近いような、ある意味ありがたい存在っていうか、この人こんなに苦しい思いをしているのか、そのことを私に今語ってくれているのかっていうのを、何か人間ってすごいとか、そういうことを感じるののほうが私は多かったんですね。なので、そのお話を伺うことは、寄り添うというよりも教えていただくみたいな感じに私は思って、インタビューなので、私たちは治療してるわけではないし、看護をしてるわけでもないの、本当にそういう立場ではあります。

だからそういう意味で、患者さんと接するときにも、そういう見方もあるんじゃないかという、今この人はずっと困っているから支援してあげるんだっていうんじゃない見方っていうのもひょっとしたらあるんじゃないか。その人が持つ力とか、その人が本当に、DIPEX で語ってくださる方って強い方が多いんですよ、語れる人なので。なのでそれもあると思うんですけど、そういうその人から学ぶんだっていうような気持ちっていうのがもうちょっとあったらいいのかなとは思いますが。

松島 その寄り添うとか共感といった概念を教育の目標に今まさに乗せようとしているわけなんですけど、私もこういう、その患者さんからの寄り添うとか共感とかっていう言葉に違和感を持つっていうのは何回か聞いたことはあるので、そうなったときに、どういう言葉の表現にしたらいいのかなっていうのがまだ私には答えがなくて。こういった態度を言語化したいんだけど、寄り添うってなるとちょっと違うのであれば、やはりそのカリキュラムの中にこの言葉を入れることで、これが正当化されるじゃないですけど、ここに向かって学習がなされるので、どうしたらいいのかなと、この間もそのチャットを見てて思ってたんですけど。

佐久間 寄り添うことを教育するって、どうやってやるんでしょうね。

松島 先ほどちょっと思ったのは、例えば心が動かされたときっていうときに、1つのやり方としては、医療現場に学生さんは行きますから、患者さんとの対話があったりとか、または病気がうまく治らなくていったところに対峙して、心が動かされる場合があり得るわけなんですけど、何でもいからその心が動かされたときに、それを感想を言うだけではなく、なぜそういう気持ちになったのかとか、背景に何があったのか。自分は、それでは衝撃的な体験とか心の動きをもとに今後どういうふうにするのか、みたいな構造を体系化する SEA (Significant Event Analysis) っていうやり方があって、自分自身に向き合ってフィードバックをかける。

体制はさまざまなんですけど、例えばそれを指導員とシートに書いて語り合うとか、同僚や同級生とかとやるっていう手法は少しありえますね。自分の心の動きを見つめて、さらに今後に促すといった意味では方略かなとは思いますが。

あんまり、確かにたくさん、それをどう教えるかっていうのはないけれども、心が動く場面は、医療現場に行けば行くほど、いろんな患者さんに接すれば接するほど、材料はたくさんあるんですよ。確かにその時間がなかなか、個人個人によって患者さんのもとにいる時間は結構違うんだと思うんですけど、それをもとにどう感じたかとか、どうそしゃくしていくかっていうことには、そんなに今時間が、実際やっぱり割けなくて、教育体系化ができていないっていうことがあります。この社会に関わるプロジェクトチームとしては、こういったところをやっぱり、ぜひ踏み込んでいきたいっていうのがあるものですから、言葉の表現ってすごく、何をキーワードにするかっていうのが課題で、もし佐久間先生が何らか、ご提案とかあれば聞いておきたいです。

佐久間 寄り添うよりは、本当にその人と向き合って受け入れるような感じなんじゃないかな。とにかく自分のほうが安心側について、困っている状態の人のそばに行き行ってあげるっていう、行ってあげるになるからいけない

ですかね、何なんだろう、あの寄り添いが嫌だという強い。寄り添われて私自身はそんな嫌だとは思わないけれども。

松島 やっぱり心の帯じゃないですけど、細かいところまで共感し合えるわけじゃないかと思うんですけど、苦しんでいる人から、軽々しく言ってほしくないなって思われるのかなっていう私の解釈なんですけれど。実際に本人の苦しみなわけじゃないだろうという。

佐久間 分かったと言ってほしくないってというのはあると思います、分かっているようなふりをしてほしくないって。あなたには絶対分からないってところで、私も絶対にあなたの苦しみは分からないと思うけれども、ここにいさせてほしい、そばにいさせてほしいって、そういうことなのであって、寄り添ってあげましょうって話じゃないんだってというのは分かってほしいなと思いますけどね。

松島 非常に言葉にするって難しいですけど、次の設問にちょっとつながってきたので。全ての医学生がどのように学んで、全ての医学生が学ぶべき内容ってどんなことなのか。どうですか

佐久間 だから、この間の医学教育モデル・コア・カリキュラムの、あんなにたくさん学ぶのかみたいな感じですよ。全ての医学生はあんなにたくさん学ばなきゃいけないんでしょかっていう感じがしましたね。

松島 多いって印象っていいですかね。

佐久間 多い。あれって、先生方も医学部で学んだことって全部覚えてるんですか。

松島 いいえ、まさか。自分の専門領域じゃないものは、もうすぐに忘れてしまいます。医学部時代に少しとっかかりを学んでいるからこそ、忘れてもそこまで苦勞しないって側面もあるのかもしれないなとは思ってんですけど、全く学んでない状態で医療をしている、専門領域以外のものが引かからなくなってしまったりとかする可能性もありますので、ちょっとそこは別の経験をできるわけではないので、自分の経験からすると、少し学んでいることで役立つ部分はあるかもしれません。ただ、その全てを覚えているかという、全くそんなことはないですし、佐久間さんが先ほど言われたとおり、情報源ってたくさんあるから、実際のところ自分の記憶に頼るよりは、調べるってことをやってますね。

佐久間 だから、全ての医学生が学ぶべきことってというのは、どうやって効率的に情報を得るのかっていうようなことだったりとか、それで効率的に得た部分で時間を余らせて、ちゃんと人に接するっていうことができるほうがいいんだろうってのは思いますけど。

松島 医療を受ける側の立場としてはどうですか。この領域は知ってほしいなと思われるのか、もっと削って、今言われたように、効率的に時間をつくって患者さんのそばに行く時間をつくったほうがいいのかってのは、一患者となったとき。

佐久間 それは、多分今の日本の医学、よその国もそうなのかもしれないですけど、やっぱり診療科ごとのあれが縦割りの感じがすごくするじゃないですか。総合診療科ではやっとなら出てきてはいますけれども。だから、患者としてはこんなにいる自分で考えて、あそこに行こうか、ここに行こうかって患者が一生懸命考えてるってのは、それは確かに日本は自由があるって一方で、考えなきゃいけないわけですよ。自分のこの病気、今のこの症状は何科に行けばいいんだってのはすごく悩んだりしますよね、そういうことをしなきゃいけないので。だから本当にその専門性みたいなのが、もうちょっとクリニックレベルでみんなそういうところがあっていうよりは、もうちょっと——昔のイギリスの GP みたいにしておきかけが決められちゃうと嫌な感じはするかもしれない、少し選びたい気がしますが——何かそういう、まずそのプライマリーのレベルでは、専門の科があるより、本当にプライマリーケアについての知識がちゃんとあってほしい。そうしたら、もっと専門領域の先生たちはほかのことは分かってなくて、それだけ分かればいいみたいなところがあるかもしれないと思いますよね。

何か患者さんと話しても、慢性疾患なんかでずっと付き合っていかなきゃいけないような、そういう病気の場合は、こういうタイプの先生がいいけど、でも、その病気のためにあるとき手術を受けなきゃいけないってなったときには、性格悪くても腕のいい外科医がいいとか、そういうことを結構言う人がいて。でも毎回会う先生はやっぱり性格がいい先生がいいとかって言ってますよね。だから、そういう意味で全ての学生が同じように学ぶのか、それとも結構早い時点で、私はこういうプライマリーケアのほうをやるんだ、私はもっと専門性の高いものをやるんだってということによって、学ぶ内容はすごく違ってくるってことがあるんじゃないでしょうか。でも、やっぱり国家試験を受けるってことでみんな同じことをしなきゃいけないってのがあるんですかね。

松島 そうですね、それをどこの時期にもっていくかはいくらでも国によって決めていけばいいと思いますね。日本の場合は、おしなべて研修医、最初の2年間までは、どちらかというと総合診療的に一般の医師、家庭医みたいなことかもしれませんが、総合的に診れる、プライマリーケアをまさに診れる医師としてまず研修をなさいます。そのあと専門性を決めていくといったような流れになってますので、例えばもっと早く、医学部の途中から専門性をつくっていくってことも時代の流れによってはあり得ることかもしれません。

佐久間 よその国ではそういうところもあるということですかね。

松島 もっと長い時間をかけて専門性を決めていくってことはあり得ますよね。なので、専門性に関しても、今でこそ少し絞られてきて、この県であれば内科医は何人までみたいなことが絞られてきた時代になってきたんですけど、国によっては、例えばアメリカとか州で、形成外科医は何人までとかが決まっていたりとか、医学部からその専門を決める段階で、何科は何人って指定がされていたりとか。そういったことで、選択の度合いと時期は結構国によって違うと思われます。

それで、どっちがいいのか。しっかり患者さんと向き合う時間をつくらなければ、医学部の時代のカリキュラムは、今肥大化について考えるプロジェクトチームもあるんですけど、どこを省略できるのかで時間を捻出

することもできるでしょうし、いわゆる一人前の医者になるっていうことをもっと先に置いてしまえば、時間が出てくるっていうこともあり得るかなと思います。

佐久間 何か大滝（純司）先生のお話しされてた、イギリスの新しい取り組みっていうのがありましたよね。多分医療自体をインクルーシブにしていくために、経済的に恵まれていないような地域の学生でも、比較的優秀な学生を普通の医学部教育よりも1年とか2年とか長い時間をかけてお医者さんに育てるっていう、そういうことをやっているって話があって。だから、とにかく受験戦争とかそういうのにたけた人たちだけが、高得点を取れる人だけが医者になっていくんじゃないかって、もうちょっとそうじゃない人たちが時間をかけてお医者さんになれるってシステムが考えられたらいいのにねってことを大滝先生がおっしゃってたと思いますけど。あれは私、そういう発想があるんだ、すごいなって思って、やっぱりイギリスのそういうところは見習うべきところもあるななんて思いながら聞いてました。

松島 全ての医学生が学ぶべき内容って言われたとき、何って言葉が出ますか。

佐久間 それはやっぱり、内容って、本当にカリキュラムの内容を見て、あの中のこれです、これですかってとても言えない。

松島 佐久間さんの立場からというか、領域から見えてっていうことでいいんですけれど。

佐久間 それはやっぱり、相手の、人間としての尊厳を大事にすることとか、そういう話になりますけどね。何かやっぱりすごく、認知症医療なんかのほうで見てて、すごく尊厳みたいなものが、命を守るためには尊厳はあきらめてもらわなきゃいけないよみたいな、身体拘束の問題とか、そういうのってたくさんありますよね。それじゃなくて、最優先にすべきことは何なのかっていうことを、やっぱりみんなでしっかり考えるような、そういう機会が全ての学生さんがもってくれるといいなというふうには思いますけどね。

松島 ジェンダーとかセクシュアリティもご専門領域にあるって言われてましたけど、そちらに関して今課題だなどと思われていることとか、こういったことを医学部生には学んでほしいみたいなことはありますか。

佐久間 それを言うと、本当に社会を学んでほしいっていうことですよ。だから、社会学とか人文科学とか社会科学とか、そっちのほうの領域のことも学んでないと、多分そういうことは対応できないだろうと思うんですけど、こんなにいっぱい医学のことで学ばなきゃいけないことがある学生さんたちに、どれだけ時間をそっちに割いてもらえるのかっていうのはすごく悩ましいところだろうなとは思ったんですよ。

松島 このコアカリキュラムは6年間のうちの3分の2ぐらいっていう設定になってるんですよ。3分の1はリベラルアーツなどそれぞれの大学の独自のカリキュラムの時間に使うという目安でつくられているんですが、現カリキュラムでは、どうしても肥大化してしまって、3分の2の時間で収まりきれないものだから、ほぼコアカリキュラムを終わらせることに時間を費やしてしまっているって状況があるんですよ。

佐久間 本当私なんか、だから、道信（良子）先生みたいに、医療系の大学、医学部とかで教えてらっしゃる人文・社会科学系の先生だったら、きっといろんなことがおっしゃれると思うんですよ。私、本当に何も分かってないので、その辺は、申し上げられることがあまりないということになってしまうんですけど。

松島 昨日とかは、例えばその性教育に関してのインタビューをしたりしています。セクシュアリティだったりセクシャルマイノリティ、LGBTなど入れていくべきか考えているところなのですが、先生、何かご見解ありますか。

佐久間 今って全然そういうセクシャルマイノリティに関わるることとかって教えられないんですか、授業で。

松島 触れてはいる程度ですよ。なので、そこにすごく時間をかけているカリキュラムは聞いたことがないですね。

佐久間 医療化してしまうって問題もありますね、LGBTの問題っていうのは、医療的なものとして捉えるという、その性同一性障害というふうにして捉えるのかっていうのと、別にジェンダーというのとは本当にあとから文化的に与えられてるものであって、いくらでも変わるんだ、自由に変えられるんだってような考え方をする方もあると思いますけど。でも、そういう当たり前とと思っているものを当たり前じゃないっていうふうに疑うってことをできるし、柔らかな脳なのか心なのか分かりませんが、そういうものはほしいし。でも、それはそのカリキュラムでできるんだろうか。ジェンダーの問題なんかは、今自分たちが置かれているこの環境の中に、どういうジェンダーの問題があるんだろうとか、そういうことを常に議論できるような場であればいいと思うんですけどね。医学部、女性って今のぐらいになっているんですか、割合。

松島 大学にもよりますが、3~4はいて、半分ぐらいになってきてるところもあります。

佐久間 そうなってきたときに、その中でどういうふうなジェンダーの問題があるのか、私もよく分からないんですけど、学部で。例えば、よくフェミニズム系の方から聞くようなお話だと、例えば中絶の問題なんかにしても、挿入みたいなことやってるのは、この文明国としては日本だけなんじゃないかみたいなことで、それ自体がもう日本の医療におけるジェンダーの問題だということ指摘されてる方もいらっしゃいますよね。そういうようなことって、どの程度医学生のみならず知ってるのかなみたいなことは思いますよね。

松島 社会問題になっていることとかっていう捉え方では全く学ばないですから、多くの場合はこういう診断、治療のほうっていうかたちで、疾患としての捉え方だったり、例えば治療をするにしても、冒頭に言われてましたけども、患者さんにはこの治療があるけれども、それが社会の公益に資するのといった観点には日常結び付くわけでは全然ないので、どちらかというと、無機質な感じで学んでいることのほうがちょっと多いかなとは思いますが。ちょっと難しいところだと思うんですけども、誰が教えるべきか、どのように教えるべきかっていうところを、もし何かご提案があれば。

佐久間 だから、さっきおっしゃってたモデルコアカリキュラムの外側に、その社会学があったり人文科学があったりとかっていうことなんですよ。だから、誰が教えるべきかっていうところも、そういう先生たちはそっ

ちにいるわけなので、誰がって言ったら、やっぱりこのコアカリに関してはやっぱり医療者が教えるんじゃないですか。

松島 必ずしも医療者が教員である必要はないかなと思うんです。特に社会に関わることであれば、医療者よりむしろ詳しい方がいらっしゃるわけだから、例えば.....。

佐久間 それがでもコアカリなんですね、それ自体が。

松島 そのコアカリは医学生が学ぶべきカリキュラムとなりますけど、それを教える人が必ずしも医師である必要は確実にはない。

佐久間 だから、あの中で、コアカリキュラムの中でずらっと上がっていたようなものの中で、EとかBとか、ちょっとそういうところはあるのかなとは思いますが、外部の方が。本当に生命倫理とかそういうのを教える先生は外の先生のほうがいいんじゃないかなとは思いますが。医療に関わってる人じゃない人のほうがいいのかも思いますが。

松島 どのようにしてですか、どのように教えたらいいか。その人間の尊厳っていう言葉を言われましたけれど、例えばそういったことを教える。

佐久間 よく患者さんに教わるとかっていいですね。それで、その患者さんに来ていただいて話をしてもらったり、DIPExの語りを使ったりとかっていうのもすごくされているんですけど、それってカリキュラムとして教えるっていうのとちょっと質が違いますもんね。学びの場ではあるんですけど、その人が体系立てたことを考えて、この中に私が、これをここでこう教えるんだって話してくれるわけじゃないから、患者さんから学べっていうのもすごくあるだろうと思うけど、どのように教えるべきだとか考えますかってなると、やっぱり教えることがプロフェッショナルな人がいて教えるんだろうと思う。もう少し人文科学系とか社会科学系の教員の数を増やして、その人たちが教えればいいんじゃないのっていうことは言えるかもしれないけれども。でも、医療者としてっていうか、本当に医学的、科学的知識が欠損しては困るし、本当にどうしようっていう感じですけど。

松島 例えばそのDIPExでの語りを題材にするっていうことはできるじゃないですか。でも、それこそ、それをどうカリキュラム化するとか、どうやって教育のコンテンツじゃないですけど扱うかって、何かご提案ってありますか。

佐久間 今はもうすでに、本当にいろんなところで使っていて、授業の中に組み込んでいただいたりとかしている。イギリスなんかでは、あそこは結構早い時点で、2年目だったか1年目だったかちょっと忘れちゃったんですけど、すごく早い時点で患者さんの訪問医療みたいなところについて行くみたいなことがあるらしくて、それをやるときに、今度行く人は糖尿病だよっていうふうになっていると、その前に必ずDIPExの糖尿病のWebサイトをしっかり見て、患者さんの体験ってどういうものがあるのかっていうのをそこから学んでおきなさい、というようなことを指示したりとかしてるらしいんですね。今もDIPExの、コロナになってから患者さんに会えないからっていうことで、実習の代わりにっていうところで、これまではわりと、こういうプログラムなので、ここの語りとかこの語りとかこの語りを講義で流してよろしいですかみたいな、そういう感じで申し出がありましたけど、最近ではもう、この認知症の語りの全部をとにかく自由に学生に見させて、それで、そこからレポートを取らせるとか、何かやらせるみたいな、そういうちょっと放牧系のやり方になっている先生もいらっしやいますよね。

松島 この事例よさそうだなって思った教育への取り入れ方って何かありますか。

佐久間 それも、「患者の語りと医療者教育」っていう本の中に事例がいっぱい出てるんですけど、その中でもすごくいいと思うのは、手紙を書くっていうやつですね。学生さんに比較的若い患者さんの語りを見てもらって、その語りを見て、その患者さんにもしお手紙を書くとしたらどんなお手紙を書くのかっていう、あなたの気持ちを受け止めてこう思いましたみたいなこととか、受け止められないんだけど、本当には理解できてないけど、私こういうふう思ったんですみたいな感じのお手紙を書くんですね。みんなそれぞれが書いて、それを小グループでお互いの書いたものを見合っ、それに対してコメントを出し合っってディスカッションをするみたいな、そういうようなものをやってる方がいらっしやって、薬学系の先生なんですけど、それなんかはすごくユニークだし面白いなと思いました。

前に私たちがやったのは、エビデンスベーストメディシンの演習みたいなのをやったんですね。もちろんEBMはEBMで授業があっ、それを受けたEBMの患者への適用っていうテーマの演習だったんです。やっぱり患者さんの語りとかを見てもらって、自分たちでシナリオをつくって、ロールプレイングをやってもらうんですけど、例えば特定の人の語りを見てもらって、この患者さんのPICOをつくるっていうのをやってもらって、この患者さんにとって何が一番問題で、どういうことが求められているのかっていうのが分かる。頭の中で整理して、PICOをつくってそれを報告し、そのPICOに基づいてエビデンス調べてきて、それで患者役と医師役に分かれてもらって、お互いに、セカンドオピニオンを取りに来たと想定してどういうふうに説明するかみたいなことをやってもらったりとかしたんですね。それをまた周りで見ているメンバーが一つ一つコメント書いて、またそれを使ってディスカッションしたりとかっていうのをやりましたね。

松島 ロールプレイをするっていうことですか。

佐久間 そうですね。だから、そのエビデンスベーストメディシンの授業っていうのは、今までほとんどが文献検索と、その批判的吟味っていうところにすごく力を置かれていたのですけれども、そうじゃなくて、特定の患者を目の前にしたときにどうやってPICOをつくるのかっていう考え方で、エビデンスをつくるためにPICOをつくっていく場合もあると思うんですけど、そうじゃなくて、この患者さんにはどういう、二つとか複数の治

療法を提示して、どちらがどういうふうに優位性がある、っていう説明を患者さんに実際にしてみるというのをやるっていう、そういうロールプレイングをしました。

松島 私の領域でいうと、その炎症性腸疾患は治療法がたくさん今新しく出ていて、医療全体でも、流れとしてですけど、**Shared decision making**、患者さんと情報共有して治療法と一緒に考えていくっていうことが比較的重要な領域なんですよ。それをどうやって、医学部生というよりも、後輩の医師に、どんなふうに教えていくかっていうのが結構、自分自身もそんなにちゃんとできているような自信もないから、カリキュラムとしてじゃないですけど、どうやって教えたらいいいのかなって思っているとこもあって、少しそのヒントをいただいたというか。

佐久間 中山先生が、私が前に患者会やってたときに、その患者会でもエビデンスベースドメディスンっていうのが今世の中にはあるんですよっていうことを言って、あなたの **PICO** をつくりましょうっていうのをやってたんですよ、患者さん自身が、自分にとっての、要するにアウトカムをしっかりと決められるのはあなただけなんだから、ということですね。だから自分はどういう人かって、子宮筋腫で、その子宮筋腫はどれぐらいの大きさかとかいう話じゃなくて、これから子どもを産みたいと思ってる私であって、それでどういう状態の筋腫があるっていうこととか、あるいは、そうじゃない、仕事のほうが今すごく忙しいから、その仕事を何とかしてから、ある程度キャリアを積んだら子どもがほしい。だから10年後に子どもがほしいって思っているとか。そういうようなことっていうのをちゃんと全部自分の中で整理をして、だからこそ、そのアウトカムとしては、今は手術をしない、あるいは、今手術をしてしまっても、あとで大きく影響がないんだったら今手術したほうがいいのかもかもしれないし、その辺のことがちゃんと、自分としては医療に対してこういうゴールを求めている、っていうのをちゃん自分の中で整理しましょうっていうことを提案してたんですよ。それが結構、中山先生が、面白いねって言ってくださって、**P**っていうのは、**P**じゃなくて実は私であるっていう、そういう一人称だということでした。なので、患者さんになってみて、患者 **P=I** になったときに、**I** って私になったときにどうなるのかっていうことを少し考えた。

そういうエビデンス、実際にはないんですけどね、個人に対するエビデンスなんて存在しないわけですけど、でも、そこがないと、そのエビデンスのほうに患者さんを当てはめていくようなかたちになってしまうので、実際に存在するエビデンスに合わせるしかないっていうことになってしまうので、筋腫がこの薬を投与したときに何センチ小さくなるかとか、そういう話ではないだろうという、アウトカムはもうちょっと違うところにあるだろうっていうことを少し考えてやれるといいなと思っはいますね。

松島 そういった実習とか、本当のベッドサイドの生の患者さんで実施することって可能そうでしょうか。実際の患者さん。医療上このようなことはやってはいるわけなんですけれども、学生さんが自分の担当の患者さんの、自身の **PICO** をつくるための支援じゃないですけど、一緒に話し合う一番主体となる医療者という立ち位置になる。

佐久間 それってすごくいいですよ、きつとね。だから、**Shared decision making** をするための支援だと思うので、両者が同じものを共有するっていうか、いつも私が言ってるのは、その **Shared decision making** をするためには、インフォームドコンセントっていったときには、情報を医療者が提供し、それで納得してそれに同意するみたいなかたちじゃないですか。そのときに、何の目的なのか分からないまま情報がポンと与えられ、それをその患者は、それでふむふむと納得するか、しないか分からないわけなんですけど、その情報提供をするときに、その情報は何のための情報なのかっていうことを、両者が同じ目的のためにその情報を共有するっていう考え方がないと、**Shared decision making** につながっていかないわけなんです。例えばがんの患者さんに向かって、あなたの余命は何年ですか、そういうことをポンという先生がいらっしゃるわけですね。それって、それ何のために言うんですか、その情報っていうことだと思えます。患者さんによっては、自分が子どもがまだ幼いので、あと何年自分が生きられるかってすごく重要な問題なので知りたいってすごくはっきり思ってる方がいらっしゃる。そういう方に向かってそれを説明するのは、別にすごく意味があると思うんですね、ご本人が知りたいと思っていれば。だけど、そうじゃなくて、一方的にこうですっていうふうな情報提供をすることで、すごく傷つく患者さんもたくさんいらっしゃるんで、その医者と患者が同じ目的を共有するっていうことをしたいんですけど、なかなかその部分がなくて、この間のシンポのときにも、「羅生門」っていう話が出ましたけど、お医者さんから見ると、この患者さんはステージ4のこういうがんの患者さんで、こういう治療法しか今のところないというふうにしていて、患者さんは患者さんのほうで、そのステージ4っていう情報をもらっても、必ずしも、皆さん長く生きたいと思っはいないかもしれないんですよ。私としては最後まで家で過ごしたいとか、食べ物をちゃんと食べたいとか、何かそういうのがあって、最後までよりよく生きたいっていうふうなニーズがあるんだしたら、そこに向かって両者が一緒に協働していくっていうのが **Shared decision making** なんだろうなと思うので、それをするために **PICO** が共有できたらすごくいいなと思っはいたということです。

松島 医学部生ってなったときには、模擬患者さんとかっていいのかな、実際の患者さんで話してもらってもいいのかって、何か、先生はどう思いますか？

佐久間 模擬患者さんにはそれってできないような。できますかね？

松島 この医療情報を共有するときに指導医と一緒にいて、シャドーイングじゃないですけど、指導医が話すことを見るっていうことは安全性として問題ないんですけど、学生さんが主体として進めるときに、いろんな医療情報の与え方っていうのは安全性上あまり今推奨されてないといひますか。

佐久間 情報を与える場合っていうことですか？

松島 そうですね。

佐久間 でも、患者さんから聞き取るのはできるんですよ？

松島 もちろん。

佐久間 だから、どっちかというところなんじゃないですかね、重要なことというのは。そのうえで実際提供するっていうのは、PICOをつくるっていうのはつくるだけなので、情報提供をする必要はないので、その段階では。

松島 SDMまでいかななくても、その前準備というか、情報整理を患者さんと一緒にすると。模擬患者さんでできることも限界があるのでどうかと思って、先生の印象をお聞きしました。

佐久間 多分魂が震える経験っていうのは、模擬患者さんでできるのかなというのはいささか分らないですけど。

松島 それよりはまだ、魂が震えるとなると実際の動画とか、それこそ実際の患者さんの語りの DIPEX のほうがおそらく震える材料にはなるかなと思いますね。結構その方略に関してもしっかりヒントをいただけたかなというふうには感じてます。われわれが聞きたかった、準備したインタビューは大体網羅できたんですけども、先生から最後に、例えばこういった文言は入れたほうがいいんじゃないかと、特に強く伝えたいメッセージとかあれば、ぜひ伺っておきたいんですけども。繰り返しのようになって構いませんし。

佐久間 干からびてきたというか、頭が。ありきたりなことになっちゃいますね。でも、とにかく、私なんかすぐ語り聞かせていただいているということが、自分はモラル・ウィットネスという言葉がありますよね、クライマンの中に出てくるのかな。それで、苦しむ人っていうのは、私たちがそばにいてその苦しんでいるということちゃんと見届けるっていうか、その寄り添うっていうのとちょっと違うような気がするんですけども、その見届けるっていうのは。見届けるし、できる限り自分に足りない、全然力がないんだけど、でも何とかしたいと思うこと、応答しようとするってというのがレスポンスビリティだと思うし。だから、そういう感覚っていうんですか。

松島 逃げないっていうやつですね。

佐久間 逃げないっていうことなんですかね。そういう機会をもらえている、この苦悩する人、苦しむ人のそばに私がいて、何の役にも立たないのかもしれないけど、何とかしたいと思ってるからいるわけなんですけど、そこにいることから自分が得ているものは本当に大きいっていう感じがすごくするので、無力であるかもしれない私がここにいることに感謝の気持ちを持てるっていうか、その人の前にいさせてもらえることに感謝の気持ちを持つみたいなことってあったらいいのになとは思いますが。でも難しいです。医者が無力であっていいということはないし。だからその辺はちゃんと。

松島 確かに医学部のカリキュラムの中で個人的に患者さんに通っている人はいるんですけども、長期にわたって、その限られた期間、例えば長くて1カ月とかなんですけども、そのカリキュラムの中で同じ患者さんに接するのは。なんですけど、その分医者になってからはあり得るんですけど、苦しみが消えない人にずっと接するという体験が、そう言われるとないんですよ、医学部生は。だから、そこをつくるっていうのも一つヒントをいただきましたね。同じ患者さんにずっとっていうことがないんですよ。

佐久間 この間の佐藤幹代先生の話とかは、(医療者の)無力みたいところをどう対応していくのかっていうときに、たまたまうまくいくっていう例かもしれないですけど、タッチングをして(患者さんが落ち着く)というあの話ありましたね。だから、ああいう本当にどうにもならないっていうときに、あれで解決しちゃったって納得されちゃうと、それはそれで困っちゃうんですけど。タッチングすればいいのねっていうふうになっちゃうと、それは違うんですけどって思っちゃいます。

松島 そしてまた一つ側面としては、やっぱり働き方改革なんかも進んできて、1対1で自分が全ての責任をとるっていうのがちょっと薄れてきているのは感じるんですよ。例えば私ぐらいの年代でも、自分が研修医だったころって、患者さんが悪ければずっと泊って、外勤に行くのも人に代わってもらってってして、患者さんから先生ずっといてくれますよねって言われたり、そうですね、帰れないな、今日もみたいな感じのことが起きてたけれども、今はもうタスクシフティングされたり、時間的にも当直時間とは全く切り離したりっていう側面にだんだんなってくるので、それはもう仕方がないことなのかもしれないですけど、今お話聞いて、伺ったことを学びにするのにはよりやりにくい体系にはなってますね。

佐久間 医師の本当に過重労働っていうのも、それはそれで本当に大きな問題だと思うので、ないものねだりみたいな感じになるのはよくないと思いますしね。本当にそれは、やっぱり改革あるべきだと思いますよね。

松島 何か、でも、いくつかヒントはいただいたので、今回改定に伴って、どういったアウトカムを文文化するかでかなり構造も変わりますし、プラス、特に取り組み難しい項目に関しては、方略なんかもできれば提案できるようなかたちでもっていきたいっていう流れになってきているので、きょうのテーマって、本当にカリキュラムにもっていきにくいし、言語化もしにくいっていうテーマだったんですけど、いくつかヒントが得られ、実施可能と思えることを教えていただいて、非常にありがたかったです。先生の著書もご紹介いただいたので、また読んでみて自分の見聞を広げようかなと思っております。

佐久間 ヘルスヒューマニティーズっていうのが最近いわれてますよね。何かそういう領域もすごく広がってきて、今ちょうどイギリスの人たちと一緒に共同研究やろうと思っているんですけど、COVIDに関して。向こうでは、パフォーマンスアーツとメディシンっていうのが結構関係してるらしくて、演劇にするっていう、ロールプレイングともちょっと違うみたいなんですけど、そういうのいろいろあるって聞いたので、ああいうのも面白いかなと思って。

松島 似たようなご見解はほかの先生からも聞きましたね。

佐久間 何か糖尿病劇場っていうのがありますよね、日本では。名古屋大学の岡崎研太郎先生っていったかな、その先生がやってらっしゃって、糖尿病劇場っていうのを学会なんかで発表したりとか。要するに、すごく多職

種が関わるじゃないですか、糖尿病の治療って。だから、その多職種の人たちがそれぞれにお互いの役をやり合ったりとかして、演劇仕立てで、患者さんの役もちろんやるわけだけど、それでやるみたいなのをやっているんだそうです。私も見てみたいなと思ってるけど、まだ見てないんですけど。それが平田オリザさんっていう演出家の方が関わったりとかされてるみたいなので、私たちもちょっと平田さんと一緒に仕事したいなと思って、この前初めてコンタクトしてお話ししたばかりなんですけど。なので、本当に演劇の領域とか、あるいはそういうアートですよ。私たちはマーシャルアートの話をこの間はしましたけど、本当にパフォーマンスアートだったりビジュアルなアートだったり、いろんなアートがあると思います。ただ、それをどう、モデル・コア・カリキュラムにはならなそうだなと思いつつながら。

松島 例えば市民に向けての目的が大きいんでしょうけど、例えば長崎だと似たような感じで、地域医療に関わっている開業医さんが集まりがあって、認知症の事例を演劇にされたりしています。確かにそれを学生時代にもってこることもあり得るな。例えば、医学部ではワークライフバランスで、今後のライフプランに対してどう対応するかロールプレイしたりしてるんですよ。

ありがとうございます、今日はたくさんキーワードをいただきました。

佐久間 どうもありがとうございました。

松島 きょうは長時間にわたりありがとうございました。今後ともよろしく願いいたします。失礼します。

(終了)

11) 國井 修氏

日時：2021年7月7日 17:00～18:00 (60分間)

参加者：中山

<インタビュー要旨>

国際機関でこれまで様々なビジョン・戦略・プログラム作りに参画したが、日本は Society 5.0 のようなビジョンはあるが、それに向けての戦略・戦術、アクションプラン、KPI、ベンチマーク、予算付けなどが不十分と感じる。

様々な分野で世界に後れを取っている、「ガラパゴス化」との評価もあるようだが、実際に世界的にみて日本は「アジリティ」(Agility) が足りないと感じる。世界の速い動きに付いて行けていない、問題を認識していてもアクションが遅いと感じる。

それは、新型コロナ対策でのワクチン開発、ITの導入などの遅れでも露呈した。日本の約20倍の罹患率・死亡率の国もあるが、日本で起こった10倍以上の規模の危機が来ることを想定して、将来の準備をする必要がある。

デジタル・トランスフォーメーションを含む急速な変化の中、教育は知識のインプット(暗記)重視の教育から、アウトプット重視に変えることは必須。AIを含むイノベーションを見据えて、より効率的・効果的な医療をするにはどうすべきか、遺伝子レベルのミクロへ、また社会や世界レベルのマクロへ、医学・医療の世界は広がっていくので、その中で新たな学問・実践領域も増えてくる。それにどのように対応するか。

特に、ITの世界はウェアラブルによるリアルタイム・モニタリング、様々なアプリケーションやデバイスを使った地域レベルでの健康教育・増進、予防啓発、保健医療人材のトレーニングなど、遠隔医療・デジタルヘルスのポテンシャルはとても高い。

さらに、治療中心の医療から、予防や健康管理、健康増進を含めた全人的医療・健康づくりへのシフト、さらにすべての人間が迎える「死」を迎えるにあたっての医師の役割も含めて、未来の医学教育のあり方を検討する必要があるだろう。

未来の医師のコンピテンシーについても、すべてに共通するコア・コンピテンシーと特化したコンピテンシーとに分けて検討・設定するとよいだろう。たとえば、地域医療を担う医師の養成では、リーダーシップ、コーディネーション、コミュニケーションなどをどのようなレベルにまで上げていくのか、具体的なコンピテンシーの設定とその養成方法などを考えるべき。

医療・地域医療・地域保健のチーム作りやそのあり方も、将来に向けて変遷していくだろう。この変化に応じて、医学教育もアップデートする必要があるだろう。

「大学の教室で講義を聴く」という授業は、録画した動画などで学生に自分の時間配分で学んでもらう、実習もVRなどを用いる、など、効率や効果を考えた方法を導入し、対面での実習や教員と学生間の双方向のコミュニケーションは違った意味で重視する

卒前で学ぶべきベーシックなものや卒後に学べるものの役割を考え、生涯教育にも力を入れるべき

卒前教育にコアとして入れるか、選択として入れるか、卒後の公衆衛生大学院などで学べる環境を作るかは別として、経営学や組織管理の要素、特に、リーダーシップやマネジメント、戦略的思考、コーディネーションなどをもっと盛り込むことは有意義。

一方的講義だけでなく、ケーススタディなどを含めた議論・ディベートなど、教育方法も考えるべき

国内教育機関の研修に関わった経験では、大きなビジョンを作ることを目指しているながら、（関係者の）情報共有にとどまっているものが多い。一般的に、日本の組織のビジョンづくりは、組織内の問題把握やその解決などを中心に、「できること」を考え、社会や世界への拡がり、未来への飛躍が感じられないものが多い。

社会や世界の課題を認識したうえで、「あるべき姿」の追求とその達成への具体的な方法を考えるべき

現在の医学教育の量と質の評価を基に、学生と教員の双方のために、イノベーションや最適化を進め、効果と効率化を向上させるべき

日本の「教養」でなく、欧米で重視される「リベラルアーツ」の重要性：小手先の **How to** だけでなく、より根本的なものの見方、考え方、思考のあり方などを磨くリベラルアーツの学びを入れていく。必ずしも1, 2年生の教養でなくともいい

普遍的なもの、価値観などを語り合う。答の無い課題を、学生同士、教員を含めて、正解を探していく、その思考過程、議論の過程を教育の中に含める

従来の医学生・医師の **Comfort zone**（心地よい場）を広げて、価値観や考え方を広げることも重要

グローバルヘルス、プラネタリヘルスなど、地球的視野からの医療・健康の再検討も重要

12) 吉岡 秀人氏、神白 麻衣子氏

日時：2021年7月6日 21:00~22:30 (90分)

参加者：高見・松島

<インタビュー要旨>

<逐語録>

高見 それでは、早速インタビューのほうを始めさせていただきたいと思います。それでは、今お話しさせていただきましたが、きょうは、今後変化していく社会を見据えて、どのような医師を養成すればいいかという点について、先生方のお話を伺えればと思っております。こちらも適宜応答していくような形で、対話形式で進めさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

では、まず初めに、社会の将来像についてということで、これから先、いわゆる多死社会というか、日本はどんどん人口構造が変化していくということで、いろんなことが起きるのではないかというふうに考えているんですが、先生方のご専門分野の視点から、どのような景色が見えているかについて、お話を伺えればと思うんですが、いかがでしょうか。

吉岡 神白先生がしゃべって、僕がしゃべるっていうパターンでいこうか。あまり僕がカツカツしゃべると、しゃべりにくいでしょう。

神白 私は若干傍観者のつもりだったんですけど、すみません。どんな景色が見えるかっていうか、私が例えば学生だったころって、それこそ25年とか、30年はたたないかもしれないですけど、それぐらい前でですけども、そのときはたぶん社会自体が全く変わってしまったっていうところはあって、要は今の現状っていうのしか、共有とか、教えるっていうことはできないですけど、もし学生に教えるとしたら、

ですけど、実際にその人たちが出てくる時には、いろんな物事は変わっているわけで、なので、本当に、例えばカンボジアで言えば、私たちが医学部で習っていたころは、カンボジアは本当に内戦直後で、国連の平和維持団（国連平和維持活動PKO）とか入っているような時代で、全く、今は本当にプノンペンで大きい高層ビルとかが普通に建つとか、もちろん貧富の差はすごくあるんですけども、そういったところで、学生さんたちに、もしこういう国際協力についての意義というか、考え方というか、共有できるのは、自分たちの見えているものしかできないなと思っていて、それをどういうふうに伝えていけばいいのかっていうのは、あまりそんなに真面目には考えていないっていうのは変ですが、本当に今私たちがやってきたことを共有するけど、前の時代のことをまねしても仕方がないので、ちゃんと国際的な視野を学生のうちに一度は身に付けるというか、1回外に出て、見えるものを大切に自分のキャリアを歩んでいってほしいっていうのは、私は長崎大学にいるときにはよく学生さんたちには言っていたことなんですけど、本当に自分が得意なものをちゃんと極めた上で、それはどこでも役に立つから、そのときに合った形でやればいっていいのは、すごい言っていたんですけど、そのとき。

だけど、なかなか景色っていうのは、私はあまり見えていない。吉岡先生はいろいろ見ているところがあると思うんですけど、私は必死で今現場でやっていて、そんなに遠くとか（は見えていない）、近くっていうか、足元でやっているわけじゃないんですけど、自分がやっていると見えることはそういう感じですね。

高見 先生を目線から言うと、逆に未来っていうのがあまり見えるわけじゃないから、今のことを大切にするといいか、そういう.....。

神白 そうですね。社会についていってというか、外を見ると、日本の中にいると分からない社会の成長っていうのがあるんですね。発展途上国特有の、すごいスピード感のある成長っていうのがあって、正直、支援とかいうのをのうのうと考えると、乗り遅れるぐらいの感じがあって、ただ、その背景にはすごく本当にお金がなく医療にかかれない人とかいっぱいいるような状況で、だから、その時代に合ったやり方っていうのがたぶんあるから、そういうのを若い感性でちゃんと見て、その上で、未来そのものを教えるのは無理なので、未来を見通す力というか、未来を見通すつもりで、自分がそこを見て、その上で、日本でキャリアを積んでいってほしいなって、いつも思っているんですけどっていう感じです。ちょっととりとめがなくなって、すみません。

高見 大丈夫です。ありがとうございます。このまま吉岡先生にお話しいただいてもよろしいですか。

吉岡 まず1つは、労働の価値観が決定的に変わる時代がやってきますね。すなわち、人類って、今まで、食べるため、飢えをしのぐために働いてきたところから、今、世界の食べ物の総量は世界の人口を養うのに十分な量をたたき出していて、しかも、分布が悪いだけで、そういう時代に、例えば質を問わなければ食べていくことができる。それは日本でベーシックインカムを導入するかどうかは別として、社会で働くことの意義が生きただけではなく時代がもうそこまで来ているんですね。もうすでに来ているかもしれないんですね。その時代は、いわば、何のために働くのかっていうと、自分の個性とか、能力とか、才能を見つけるために、あるいは、開花させるために働く時代がもう来ているんですね。

そういう時代になると何が起こるかという、まずお金の価値が決定的に下落していくっていうか、要するに僕らが若いときはもっと顕著だったんですけど、バブルのころですね。要するにお金をたくさん持っているやつが偉くて、ぜいたくできる人、大きな会社に勤めている人、それから、例えば企業だって、グローバル化を完全に目指していたんですかね。要するに、より多くの国へ出ている所がすごいとか、より多くの社員を抱えている会社が大企業で立派なんだとかっていう意識をみんな持っていたんですね。けれど、お金と一緒に、そういうものの価値観がどんどん破壊されていくっていうか、価値を失っていく。急速に失っていくと思うんですね。

何が起こるかという、その中では、もちろんお金の価値が落ちますし、だから、お金本位で動く人たちがいなくなる。少なくなってくる。価値が失われるからですね。それから、もう一つは、そういう時代になると、組

織とか、例えば何々病院の誰々とか、何々大学の誰々ってやってた、あるいは、どこどこ企業の、どこどこ商社の誰々ってやってたっていうことが、意味がなくなってくるっていうことですね。それよりも、その個人がどういう能力があって、どういうことができる人なのかを、ようやく問われる時代が来たって、僕的には思うんですが、要するに個人の個性とか能力とか才能で勝負していける時代が来るということだと思ってるんですね。

ですから、何が起るかという、日本でも、規模はともかくとして、起業する人は増えるんじゃないですかね。あるいは、1つの職業だけじゃなくて、幾つもの職業を兼務して、それぞれがそれぞれいろんな分野で才能を開花させながら、そのトータルでつくり上げる自分というものを個性として、世の中に自分を当てていくっていうか、そのときに、IoTのイノベーションはさらに進んでいると思いますから、世界、もう80億人に迫っていますけど、80億人、90億人が、自分たちの相手になると。今までは、要するに物理的な距離に非常に制限されていたものが、物理的な距離があまり意味がなくなるっていうことですね。そういう時代がそこまで来ていると思いますね。

そういう時代に求められる人材って、どんな人なのかっていうと、これも非常に明々白々として、さっき言った、非常に特殊性のある人たちですね。それは例えば医療技術でもいいんですが、例えば日本一うまい卵焼きを作れるだけでもいいと思うんですよ。日本一うまい卵焼きが作れば、それを世界中の人が買う時代が来るんですよ、それを知らしめることが非常に簡単な時代になるので。そういうふうに特別な個人をつくり上げていかないと、みんながいけなくなるということだと思えますね。

これは今の若い人たち見てたら、よく分かるんですが、お金を持っている人を誰も尊敬してないですね。この前、有名な編集者の人としゃべったら、今、若い人って、お金持ってる人なんか尊敬してないですねって言ってましたね。今どういう人を若い人たちが尊敬しているのかとか、どういう人たちに付いていくのかっていうと、1つのことをやり込んでいる人たち、そういう人たちに、みんな付いていきますって言ってましたね。

だから、それがその時代に合っているかどうかっていうことは別として、例えば僕がやった国際協力だって、僕が始めた26年前は、僕のこと、頭おかしいって、みんな思ってたし、誰も相手にしてくれなかったわけですよ。だけど、時代が下れば、それから10年、15年とたったときには全然状況が違っていったっていう。それが時代だと思うんですよ。この時代が、それぞれの才能を開花していると、どこで時代とマッチングするか分かりませんが、そういうところがやがて生きてくるうちに来る可能性が高いっていうことですね、みんなに。

ですから、そういうふうな社会背景になっていくので、やることは非常に明確で、そのための自分の個性を見つけていくっていうことなんですけど、才能を見つけていくっていうことなんですけど、その中の一つが労働であるとか、働くっていうことになるんですね。ですから、働くという価値がお金を、要するに時給でなんぼ稼ぐために働くっていうスタンスから、自分の能力とか才能を見つけるために働くというふうに発想が変わってきて、そこに幾ら発生するかっていうのは、大切なことではありますけど、2番、3番に落ちていくっていうか、給料がいいからこっちで働くではなくて、自分のやりたいこととか、能力を発揮できるとか、才能を開花できるからこっちで働く、給料がちょっと安いけどみたいな、そういうのが当たり前になるかなっていう気がしますね。

高見 ありがとうございます、吉岡先生。非常に目からうろこな。なるほどですね。確かに、みんな食べていくには困らない時代がもうすぐ来ているっていうか、そういうことですね。松島先生、何か取りあえずありますか。松島 すごく意外なご意見だったので、私は日本の中しか見えていないので、あれなんですけども、それは全世界に言えていることと捉えていいんでしょうか。

吉岡 経済的に豊かになれば、そこから抜けていくと思いますよ。

松島 日本だと、どちらかという、経済の冷え込みを感じている人が若い人も多くて、何となく仕事に関して、労働の内容というよりも、やはりまだお金のことを気にする方が多い感覚だったので、世界的な流れは違うのかもしれないんですけど、医学部生とか研修医とかを見てみると、自分たちのときよりも、むしろ給料だとかっていうところを結構気にしている気がしていたんですが……。

吉岡 それは洗脳でしょうね。社会から洗脳されているんだと思うんですよ。だから、例えば生命保険のコマーシャルとか、銀行のコマーシャルとか、多いじゃないですか。あんなのはもういらんないじゃないですか、生命保険とか銀行とか、言うとならねるけど。結局銀行に預けていたって、ゼロ金利なんだから、預ける意味がないですよ、本来は。でも、銀行に預けないといけないう洗脳があって、あるいは、病気になるんだよっていう、病気をあおる洗脳があって、将来なんぼ持っていないと駄目だよっていう洗脳があって、その不安にあおられているだけですよ、みんな。だから、マスメディアをうまく使った、そういうソーシャルな洗脳が起こっているんだと思いますよ、社会に。

でも、現実的に、僕が若いときっていうか、子どものときと、全然シチュエーションが違うんですよ。それはどこにいても分かる話で、例えば、昔、こじきっていましたが、物乞いして、今、例えばたかさんの浮浪者の人いるじゃないですか。彼らは飢えてないすもんね。だから、彼らは飢えてないから、お金を恵んでくれて言っていないでしょう。彼らは勝手に生活してるじゃないですか、路上生活とか。そういうソーシャルなセーフティネットもしっかり引けているんですよ、ある意味。そこで食べ物を恵む人もいるし、別にそこまで行かなくても、自分たちで食料を調達できる。きょう飢えて死にましたっていう人はほとんどいなくて、それって、浮浪者ですら、お金稼いでない人たちですら、それなわけですよ。どうして一般の職業を持っていて働く人たちがそんな不安を感じるのか、僕には理解できないですね。

例えば医療者なんて特にそうで、今みたいにすごい売り手市場で、例えば僕は職業なくても、あしたから働きたいって言ったら、働ける所、たくさんあって、そして、普通の学生とかじゃ考えられないぐらいの給料が発生してくるわけじゃないですか、1日働くだけで。それは医者だって、看護師だって、みんな一緒に、そんな時代

になんで不安を感じているのかっていったら、それは洗脳以外ないわけで、本当はこの時代背景をバックにしていれば、いくらでも自分の自由な生き方とか動き方できるはずなんですよ。

ただ、なぜ不安を感じるのかというと、1つあるとしたら、自分が幾らで生きているか知らないっていうことでしょうね。もっと言うと、幾らで生きれるかを知らない。だから、例えば自分がひと月に2万円で生きるっていうことができるってことが分かれば、別にそこが最低限になるわけだから、でも、そういうことを知らないままいってるんで、とにかく多くないと不安になってるっていう。人が恐怖を感じるのは、例えば皆さんもたぶん分かると思うんですけど、お金の多寡以上に、落ちていく、例えば預金高が減っていく加速度なんです。その加速度に、例えば先月200万あったのに今月100万、100万が40万、40万が20万になっていった、その加速度に、別に20万あったら絶対死ぬわけでもないし、焦る必要もないのに、その加速度にみんなビビるんですよ。

だから、なぜそうビビらないといけないかっていうと、今言ったように、自分のことがよく分かっていない、自分が幾らで生きれるか、よく分かっていないのもあるんだけど、社会全体が不安をあおっているからでしょうね。そういうビジネスのスタイルですよ。不安をあおるビジネス。だから、そこにみんなまんまと乗っかっているって。僕から言ったら、なんで医者やるやつが、そんな不安がってるんだって話なんですけど、おかしいじゃないですか。時給800円、900円で働いているやつが腐るほどいるこの世界の中で、この日本の中で、なんで医者が不安を感じているんだって。それは不安を感じさせているやつがいるからなんです。

松島 もう一個、聞いていいですか。IoTが進んできて、コロナ禍で、またさらに進んでいくと思うんですけど、先生方のジャパンハートの活動、国際医療協力をめいた活動の仕方、内容も変わってきますか。

吉岡 激変すると思いますね。ご存じだとは思いますが、今、遺伝子治療もかなり進んで、そのベンチャーにもすごい投資、起こっているんですよ。アメリカはすごい投資が起こってる一つの分野が不老不死の研究です。ここにアメリカはすごいお金が集まっているんですよ。

僕らを取り巻く状況の中でも、僕は遠隔医療は劇的に進むと思ってる人間で、日本から機械を動かして、例えばカンボジアとかミャンマーの子どもの手術をする時代が来ると思っているし、例えば形成外科の手術で、僕らがよくやっている、口唇口蓋裂の手術って、あるじゃないですか。あれも数百人に1人、生まれてくるんで、すごいビッグデータが集まるわけですよ、毎年すごい数が。そしたら、この形のときは、コンピューターが全部、この切開線で切れて、最適な切開線を引くはずなんです、今でも。それを、例えば子どもの頭にカプセルかぶして、何か知らないけど、笑気か何か分かりませんが、パッと出てきて、麻酔かかるやつが。固定された中で、機械が全部、それこそロボットの、工場のようにレーザーで切り始めて、そして、パチンパチンって縫って、ボンド付けて終わりみたいな、今2時間、3時間、人の手でかかっている手術が、10分とか、そのぐらいで終わる時代が、僕、来ると思うんですよ、そこまで。

今、ダヴィンチなんかで、日本でカチカチやってますけど、あれが国境を越えていくし、もっと映像の解析度が上がる。2030年には6Gになるといわれているんですよ。そうすると、5Gになるだけでも、ずいぶん進むんですけど、6Gになった瞬間にタイムラグが一切なくなるっていわれているんですね。今、たぶん皆さん知っている、イーロン・マスクは、衛星、ものすごい打ち上げようとしていますね。それ引く張ったのは彼なんですけど、高度も今の普通の人工衛星の3分の1ぐらいの高さとか、そのぐらいを飛ばすっていわれて、そうなるって、すごい電波のタイムラグが少なくなる。それを宇宙から行くんで、大気の上に飛ばすんで、どこでもつながるようにすると、山の中でも。そういう時代がもう来てるんですよ、実際に。

日本にいて、医療の中にどっぷりいると、全く分かんないんですけど、僕は幸か不幸か、医療の人たちとあんまり付き合わなくて、起業家の人たちばかりと付き合ってるんで、その辺の話はたまに出たりするんですけど、だけど、そういうふうになれば、劇的に進みますよ、遠隔も。

今まで、僕の考えとしては、医師免許をはじめとする.....、医療というのが患者のためにあるというふうにすれば、患者のために妨げる、あらゆる障害は乗り越えられるべきだというのが僕の考えなんです。その障害の一つに国境とか医師免許があるんです。そうすると、国境をまたぐのに、人の体でまたがなくていい。パスポートもいらないと。テクノロジーが国境を越えさせてくれる時代が来るんじゃないかっていうのが僕の意見ですね。

そういうふうには、僕らが考えるより、びっくりするぐらいのスピードで進むと思います。それはなぜかっていうと、今いろんな分野でもあるんですけど、医療っていうのが投資のものすごい大きな一つの分野になっているからですね。ですから、ここのお金も大量に集まっているし、人も集まっているので、それは進むんですね。おそらく先生たちが目が黒いうちに、すごいことが起こりますよ。隔世の感みたいな感じのことが起こるっていうのが僕の意見ですね。

高見 自分の中では本当に全然なかった意見だったので、すごく面白かったです。ありがとうございます。次に進ませていただこうと思います。続いては、今お話ししたように、社会が変わっていくと予想される中で、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか。また、どのような役割を果たしていくべきだと思いますかっていうことなんですけれども、神白先生からよろしいでしょうか。

神白 どういうふうに変っていくかっていうのが、ちょっと前提がなかなか、何を前提に置いていいか分からない感じですけど、私にとっては、私は吉岡先生のお話も何回か聞いたことあるので、そういう時代が来るだろうって話は、もちろん何回か聞いているんですけど、なかなか実感としては難しいなと思ってはいますが、ただ、確かに全く、私が初めてジャパンハートに来たとき、ミャンマーでしたけど、そのときはメールもろくに通じなかったんですけど、今だったら、こんなテレビ会議できるわけなんで、情報はすでに簡単に海を越えていくようになっていて、あとは、本当にここにどれだけお金が投下されるかっていうことで、今かなり手に入

る薬だとか、糸だとか、機器っていうもののクオリティーが、昔よりはたぶん数というか、種類はかなりあるんですけど、こっちの人たちにとっては高いんですね。

だから、要するに、暮らしていく額に占める医療の薬とか物資の価格が高い。そうすると、安いお金でできる治療しか、今のところ、一般的な人たちには行き渡らないけれども、本当はこういう治療したほうがいいみたいな、そういう情報っていうのはどこでも手には入るような感じになっている。あと、通信というのはかなり良くなってきているから、あとは、ここに医療の物資だの薬だのっていうところが、どこまで安くなって、いろんな人が使えるようになるか、要するに途上国の隅々まで。

実際に結局通信が良くなって、例えばロボット手術とかが国境を越えるようになって、こっちに糸とか、そういう機械の受け手とかがなかったら、薬がなかったら、その治療できないわけなので、それがどこまで社会がそれをこういった途上国まで手に入るように投資するかっていうところで、医療のボーダーレス化みたいなのは、それにかなり左右されるかなって思っていて、その役割としては、ここにいると、医療の役割って、まだ病気を治すことや症状を和らげることだし、病気を治せないこともまだまだ多い。要するに放っというて、ひどくなってから来て、全然治らないような状況がある。そうすると、日本では、どうやってソフトランディングさせるとか、介護にどうやってうまくつなぐとか、健康寿命を延ばすとか、いろんな話になってきているけど、こっちはまだまだお金の切れ目が命の切れ目みたいな感じのところがありますね。

だから、社会の中で医療が果たす役割って、先進国みたいな超高齢化社会と、こっちは高齢化はかなりしているんですけど、まだまだ若い人が多い。まだ十分に基本的な医療をするリソースがないわけじゃないけど、お金がなくて、行き渡らない。そういうところだと、役割っていうのはだいぶ違うんじゃないかなとは思いますが、だんだん病気を治すだけじゃなくて、どうやって健康に生きるかっていうところとか、あとは、先ほど先生がおっしゃられたように、投資の対象じゃないですけど、届きにくい所にどうやってITを使って届けていくかっていう、投資の対象みたいなところになっていくこともあるのかもしれないですけど、でも、基本的には、果たしていくべきだっていうのは、まずは、でも、こういう途上国では、まだ普通に、死ななくていい人を死ななくしていく役割っていうのを、まだまだ果たしていくんじゃないかなって思います。それが30年、40年後になると、支えるとか、予防とか、もっと先進的な医療とかっていうふうになっていくんでしょうけどね。と思いますね。

高見 非常に途上国に今いる目線でお話いただいたなっていうふうになります。このまま吉岡先生、引き続きお願いしてもよろしいでしょうか。

吉岡 平均寿命は劇的に延びるでしょう。2005とか7年生まれの平均寿命が大体104歳といわれているんですね。ということは、何が起るかっていうと、健康寿命が延びるっていうことが確実に予想されてて、そこに社会資本が投下されるっていうことなんですよね。医療の役目は、今は医療っていったら治療なんですよね。予防とか、そういうのはまだセカンドラインに置かれているんですけど、予防がもっとボリュームとしてかなり膨らむだろうと。予防医療が劇的に進むんじゃないかなと思いますね。

例えば、それは何でもいいんですけど、別にサプリメントでもいいし、何か別のものでもいいとは思いますが、例えば今お年寄りの人がひっくり返って、こけたりするじゃないですか。大腿（だいたい）骨を折ったりするとか、よくあって、そこからぼけたりもするじゃないですか。ああいうのが、簡単な装具がテクノロジーで開発されちゃって、お年寄りの人はみんなそれを腰にはめて歩いていると。はめている感覚もあんまりないんですけど、でも、こけても全然その装具でサポートもしてくれるし、動きを。こけたときのダメージも防いでくれるとか、そういうものもたくさん出てくるでしょうし、そういう感じで、物理的にも、ドラッグを使っても、分かりませんが、そういうものが劇的に進んでいくんだらうなっていうのは予想されますね。だから、医療の役割が、治療っていうものと予防っていうものがひっくり返ってくるんじゃないかなと、数十年後は、いうふうには思います。

あとは、医療の概念がもっと変化していくだろうっていうのが僕の意見で、すなわち何かというと、医療っていうのは、ほぼ今までは、ニアリーイコール治療だったんですね。治療だったんですけど、治療だけで完結しない問題って非常に多くて、例えば病院に入るときに、もちろん病気をしますよね。例えば僕ら、子どもが多いんで、子どもが病気したり、大病すると、その家族が、共働きの人が多いから、お母さん働けなくなるとか、仕事、辞めないといけないとか、あるいは、子どもの兄弟の教育の問題とかも生じてくるし、あるいは、運悪く子どもが亡くなった後の家族のメンタルケアの問題とか、要するにソーシャルにいろんな問題が生じてくるんですよ。そういうのも全部解決していかないといけない。

今までは治療だけが病院の役割だった。でも、そうではなくて、その後のメンタルケアとか、その間の経済的サポートまで含めて、全て病院の仕事として入ってくると。病院はそのサポートするだけですけど、例えばそこに一般のボランティアの人が来て、協力してくれたりとか、あるいは、行政が入ってきて、経済的なサポートしてくれるとか、あるいは、教育者が入ってきて、兄弟の勉強を見てくれるとか、入院中の子どもたちの勉強をちゃんと面倒を見るとか、そういうことまで含めて、医療っていうものに、たぶん再定義していく必要があるんじゃないかなってというのが僕の意見ですね。そうやって医療者自身がそこを意識して変えていかないといけないっていうふうには思っていますね。

そこを今僕らは組織を使ってやっているわけで、新しい試みとしてやっているんですけど、幾つものそれはそういう未来が来るからとか、あるいは、そういう未来に早く誘導しないといけないと思ってやっているんですね。

それと、あとは、神白先生が今言った流通の問題に関しては、僕は劇的に改善すると思ってて、ただ、そこには経済というものが……。医療っていうのは、少なくとも僕が医者になったときっていうのは、訴訟はなかつ

た時代ですよ。僕が研修医のときに、そういう医者への保険、入るかどうか、上の人に相談したら、入らなくていいって言われたんですよ。医者は訴えられないし、負けないからって言うてたんですよ。そこから転げ落ちるように、今みたいな状況になって、そのことから含めて、そのころニューヨークの医者たちが1日中メンテラに時間をつぶすって、若い先生たちが言うて、その意味が僕らは分からなかったんですよ。僕らはパパッと家族に説明して、はい、手術みたいな感じでやってたから。

それから隔世の感があるんですけど、それと同時に、僕、何を時代背景の中で感じていたかっていうと、医療自体のあり方も変わってきたんですけど、ものの値段が急激に上がり始めたんですよ、医療物資の、神白先生、さっき言うてたみたいに。それは、今、日本は1兆円以上のたぶん輸入超過になってるはずなんですよ、ものが、医療に関して言えば。それを解消するために、東南アジアに一生懸命、今、病院に出したりと、それを経産省、サポートしていると思うんですけど、この輸入超過、アメリカからですよ。アメリカからの特許とか、そういう物資の話でやられているんですね。アジアからも日本の医療機器っていうのはもう駆逐されて、ほぼ。高いしオーバースペックだから駆逐されてるし、医療っていうのが完全に経済に組み込まれちゃったと、確実に、日本の医療も。

経済に完全に組み込まれているくせに、だから、経済活動として扱えばいいのに、日本って、まだすごい精神論がはびこって、医者。人の命が懸かっているっていうことはあるんですけど、とにかく誰かにしわ寄せ行ってるじゃないですか。そういうことですよ。経済なのに、そうじゃないところに、精神論に持ち込んで、ものすごい若い医者、働きまくらせたりとか、安い給料で使い込んだりとか、それを永遠にやってきたんですよ。

そのアンバランスがあって、それまでの、だから、医療が経済になるまでの医療って、病院の経営なんか、どうでもよかったんですよ。適当にやっておきゃよかった、大赤字で、どこも。だけど、そのころから経済になって、赤字額が膨らむんで、経営を言われ始めたんですね。それは物資の値段が上がり始めたからだと思うんですけど。

その背景の中で、でも、経済活動にほとんどシフトしちゃったので、医療っていうものが。何が起こるかという、経済さえ発展したら、ものが来るということなんですよ。流通が起こる。ものが来る。情報が来る。知識も来る。技術もやってくるんですよ。だから、近未来、何が起こるかかっていうと、もう起こっているかもしれないんですけど、東京でやる技術、手術は、マニラでも、バンコクでも、クアラルンプールでも、それこそヤンゴンでも、プノンペンでも行われます。同じように行うと思うんですよ。ただ、皆保険がない国で、非常に貧富の差が激しい国は、全ての国民がそれを享受できないということだけが起こるとのことだけですね。東南アジアの国々では、だけど、確実に同じ機器、同じ物資はやってきます、経済の流れに乗って。

僕が若いときは、まだたくさん優秀な東南アジア人、来ていましたけど、中国からも勉強に来ていましたけど、今は日本なんて素通りして、みんなアメリカに行くでしょう。直接アメリカで技術を学んで、アメリカの機器を使って勉強して、帰ってきて、自分の国でやるんですね。もうそういう時代ですから、日本人だって同じことをやっているだけです。

ですから、物資の流れは確実に起こるし、これから医療の発展っていうのはテクノロジーの発展とほぼ近くなってくるので、新しいテクノロジーがどこの都市でも大都会は起こる。これは企業からしたら金もうけだから、やりますよ、どこでも同じように。そういう時代が来ると思いますね、そこまで。

ですから、ジャパンハートがやっていることって、何かっていうと、そういう貧富の差が生まれるような国々で、その辺の享受できない人たちが僕らがサポートするっていう役目だし、そして、日本みたいに東京と地方の差が、例えば技術レベルで言うと、数年の差ではなくて、途上国は数十年のタイムギャップがあるので、都市部と地方は。そのタイムギャップを埋める作業が僕らに課せられた仕事っていう感覚ですね。

高見 吉岡先生、ありがとうございます。確かに今先生がおっしゃられたことと言えば、本当に、私、外科医ですけれども、海外、特にアジアの技術の発展っていうのはすごくて、私たち、消化器外科の領域って、日本が結構リードしてきた部分、あるんだと思うんですけど、今はもう全然もちろんそれはないですし、本当にどこの国でも一流の方々が、それこそ日本ではやらないようなロボットの手術をバンバンやっているんで、本当に時代が、僕が医者になってからの十数年でも大きく変わったなという印象が、ものすごい僕の中でもあります。

吉岡 抜かれますよ。

高見 そうですね。先生がおっしゃるように、確かに日本は、どこでも誰でも受け入れるっていう点はなかなか、まだ日本にしかないかなっていう感じはするんですけど、本当に最先端のことをやっている人たちっていうのは、レベルが全然違ってきて、それこそ中国なんて、すごい数をそれでこなしているんで、やっぱりどんどん差が付いていくなという印象は本当に.....。

吉岡 笑えない冗談で、この前、日本がマレーシアの小学校にタブレットを入れて、IoTをJICAを通じてサポートしますって案件、あったんですけど、マレーシアから断られたんですよ。断られた理由が、マレーシアのほうが進んでいるから。だから、日本人たちは分かっていないっていうか、上から、政治家も含めて、分かってないんですよ。だから、いかに途上国と言っていた人たちがものすごい勢いでキャッチアップして、もうポイントポイントで言えば、日本の平均なんか抜いている可能性が高くて、その状況が分かっていないんですね。古い人たちがやっているんですよ、年寄りばかりだから。だから、それがたぶん日本の未来が暗い一つの理由だと思うんですけど、そういうことだと思いますね。

だから、やっぱり現状を知って、今自分たちが何を学ばかっていうのを、どういう方向にかじを切っていったほうが、何が足りないかっていうのを、もっと謙虚にやったほうがいいっていうのを僕は思いますけどね。別にそれはアメリカとか、中国とか、ヨーロッパだけ見ているんじゃないって、いろんな国を見て、いいところは

どん取り入れていくような感じで、進んでいるものは。あと、優秀な人材をもっと集めないと駄目だと思いますけど。

高見 松島先生、次に進ませていただいてもいいですかね。では、次の質問に移らせていただきます。では、医療が、今お話しいただいているような役割を果たしていくと予想される中で、医師はどのような役割を担っていくと思われませんか。また、どのような役割を担っていくべきだと思いますか。また、どのような役割は担わないほうがよいと思われませんかという点なんですけども、これもまた神白先生からお願いしてもよろしいですか。

神白 医師が担わなければいけないというか、担っていくべきというのは、もちろん臨牀的に突き詰めていくっていうのもあるんですけど、コーディネーターとしての役割というか、いろんな職種、医療が病院だけで完結するものではないということがあるので、それ以外のところをコーディネートしていく役割というのが、これは科によっても違ってはくると思うんですけども、っていうのは求められるでしょうし、例えば外科なんかは本当に、私、あまり分からないけど、そういうロボット手術だの、機械を使っただの、遠隔でとかっていうのは、ある程度、機械のことも知ってないといけないでしょうし、医師が社会のことをもうちょっとちゃんとよく知らないといけないかなっていうのは思っています。よく知った上で、何を自分たちがやっていったらいいのかっていうのを考えながらやっていくということですよ。

あとは、医師が医者だけやっている時代っていうんじゃなくて、本当に私たちが研修医とかのときには、医学部を卒業したら、医者になるか、研究者になるかっていう、二択ぐらいな感じだったと思うんですけど、最近の後輩とかでも、どんどん起業している人が多かったりとか、いろんなアプリ開発してみたりとか、本当にいろんなことをやる人が増えているし、でも、それは本当は医療というものがどんどん IT 化されていったら、効率化っていうか、もっと高度なことを、いろんな技術を使って、多くの人に、より小さい労力で提供されるべきと考えたら、それ以外のところを、医師とか、医療を学んだ者として、それ以外のところの分野のほうで活躍する人がどんどん出てきていいと思いますし、そういった、医師にもいろんな人がいますから、本当にその人の適性というか、できること、得意なことを、社会に貢献するっていう意味で、今までは本当に臨床医として貢献するか、研究者として貢献するか、それか、教育かみたいな感じだったんですけど、そうじゃなくて、もっと IT なり、情報なり、何なり、そういうところで活躍する人、どんどん出てくるべきだろうなどは思います。

担わないほうがいいっていうのは、あまり具体的には思わないですけど、あまり浮かばないですけども、でも、どうですかね。これだけはあまり具体的に思い浮かばない。また思い浮かんだらお話しさせていただきます。

高見 続いて、吉岡先生、お願いいたします。

吉岡 担うべき役割は全てだし、担わないでいい役割も全てっていうのが僕の意見なんですけど、もうちょっと言うと、どういうことかという、例えば今、医療者が医者になってやることって、非常に偏りがあるじゃないですか。偏りがあるって言ったら変ですけど、例えば科でも、ものすごい偏っているでしょう。こういう本当はいろんなタイプの、例えば外科医でも、いろんなタイプの医者がいていいでしょう。例えば若い先生たちに、途上国に来て働いている医者たちに、どう思っている？ って聞くと、先端の技術から遅れるのが怖いって、みんな同じことを言うんですよ、あほみたいに。僕からしたら、先端の技術やってる日本の医者、何人しかいないと思ってんねんっていうのが僕の意見で、それをみんなが同じように、洗脳されて思っているんでしょうけど、そうじゃなくて、社会で必要とされている分野とか、そういうようなものは多岐にわたるじゃないですか。だから、もっと細かい分化を進めるべきだと思っているんです。

例えば消化器外科でも、いろんな消化器外科が増えてくる。いろんなことをやっている消化器外科が増えてくる。例えばすごく糖尿病に詳しくて消化器外科をやっている医者とかでもいいわけですよ。心臓病にめっちゃ詳しくて消化器外科をやっている医者とか、何でもいいんですけど、あるいは、在宅に優れているんだけど、消化器外科をやっている、心臓外科をやっているとか、そういう多分野にまたがるような、一番最初の答えと一緒にですけど、非常に特徴的な、個性的な、そういう細分化した医者をどんどんつくっていくべきだというふうに思うんですね。

だから、今の画一化したシステムの中では非常に難しいことが起こって、なぜかという、価値観が画一的だから、こういう技術を持って、こういうことをする医者が偉いって、みんな思い込んでいるから。そうではなくて、さまざまな分野をまたいだような、さまざまな特徴を会得したような人たちを、社会の中でどんどんつくっていくってことだと思っただけです。

企業で言うと、ニッチな分野っていう言い方になるのかな。そういうニッチなところって、やる人がいないからニッチで、ビジネスとして成り立つでしょう。医療者たちが、医者たちが、このニッチを探すべきだと思うんですよ、それぞれの人が。これとこれとこれとこの4つにまたがっているような病気を治せる医者がないかっていったら、日本に1人いたみたいな、そういうことがあるのがセーフティーネットじゃないですか、医療として。

そういうふうな医者たちをたくさんつくるために、非常に今みたいな画一的な、教育のシステムというよりも、画一的な価値の押し付けはやめたほうがいいと思うんです。みんなが先端医療をやらなないといけないと思ってるような、こんなばかげた、それをやっていないと不安になったりとか、それをやっていないと落ちこぼれているような意識付けていうのは、ばかげていると思うんですよ。でも、それは、なぜそうみんな思うかっていうと、そういうふうに使われている人がいるからなわけで、だから、そうじゃないものを作ったほうがいいかなっていうのが僕の話で、そのためには、やらなないといけないこともないですよ、逆に言うと。だ

から、その人が、これとこれ、やったほうが良いと思うことをやったほうが良いし、それぞれの人が選んでいくっていうふうにしたほうが良いと思いますねっていうのが僕の意見ですね。

高見 大変分かりやすいお話を、お2人とも、ありがとうございます。神白先生のお話もよくよく分かって、正直、今まで医者やることって、すごく限定的だったなっていうのがやっぱり思っていて、先生方はたぶんそちらに行くと、本当にいろんなことをしなきゃいけないと思います。僕ら、松島先生の立場でも、たぶん今、昔思っていた自分の医者の姿とたぶん違う仕事をたくさんしていると思うんですけど、いろんなことがやれる、何が必要かっていうのを考えなきゃいけないなっていうことと、吉岡先生がおっしゃられたこともすごくよく分かって、専門医制度とか、いろいろ標準化がどんどん進んでいって、みんなそっちに行くことが当たり前みたいな世界になっているのが、確かに非常に僕としても面白みがないなとずっと思っていたところですが、松島先生、いかがですか。何かございますか。

松島 きょうお話、聞いてみると、何となく今までやってきたインタビューと少し毛色が違うといえますか、私の理解が合ってるか、分からないですけど、お2人のお話、聞いていて、今のところのインタビューって、どちらかというと、家庭医療とか、プライマリケアをもっと重視していて、専門領域に掛り過ぎていて、そういったことにほぼ収束してきたんですけど、もしかしたら、そこを2つに分けること自体が何となく違って、専門領域をするのももちろんいいのだけれども、それぞれにそれぞれの個性を生かしてやるところをどんどん広げていく、枠にはまらずにっていうような、ちょっと違った視点というか、印象を受けたのですけれども、ちょっとこれが勘違いでしたら.....。

吉岡 いやいや、そのとおりで、これは僕、若い人たちに言っているんですけど、例えば消化器外科だったら消化器外科、心臓外科だったら心臓外科だと、1本になると、その中でヒエラルキーってできるじゃないですか。だけど、そこに、例えば僕みたいなNPOをやっていると、あるいは、プログラミングができるとか、あるいは、外国語ができるとかってなると、僕には4本の柱が生まれるんですね。それは普通の一般の若い学生の人たちも含めて、みんなにも同じことを言ってるんですけど、何か人より優れたものを何本か柱を立てないといけない。それはなぜかという、4本だったら4本、3本だったら3本で作られた立体こそが、あなたの個性だと。だから、1つだと、その個性の中にヒエラルキーができちゃって、埋没してしまう。そしたら、その序列もできるわけでしょう。だけど、2つ個性できたら、これは直線になる。でも、3つ目からは立体が生まれる。この複雑な立体の形こそが自分の個性だから、こういうふうには作っていかないといけない。

だから、専門性を求めるなどは言っていないんですね。専門性があることは、すごい、僕、利点だと思いますよ、逆に。すごく利点があって、消化器外科を極めていくっていうことは、例えば心臓外科を極めていく、総合診療医としての能力を高めていくことは、すごい僕は利点だと思っているし、それなくして、高い立体が、要するに容積こそがその人の能力だから、多くの容積が作れないでしょう。だから、それは十分、僕は高めたほうが良いと思うんですよ。

ただ、それだけで勝負する時代じゃないっていうか、勝負できない。それがいろんな分野にまたがって、要するに立てた幾つもの柱をつないだ立体で、他人と重なってない部分が、自分が世の中に唯一のものを持っている部分じゃないですか。そこを使って世の中に奉仕していくわけですよ。だから、いろんな能力を開花する必要があるとは言えると思うんですけど、だけど、1つの能力だけ高めることの意味はない、そればかりやっちゃいけないっていうことは正解なんですけど、それをやるなっていうのも、こっちへ来っていうのも変な話で、それぞれの個性に合ったものをやればいいんですけど、その個性に合ったもの以外に、幾つものものを自分の中で開発していく必要がありますよって。だから、何でもやったほうが良いよっていうのはそういうことなんです。これは医療だけでなく、全ての分野の人に言えることですね。

高見 そしたら、先に進ませていただきます。では、次は、医師が今お話していただいたような役割を担っていくと予想される中で、医学教育では何をどのように扱っていくべきかとお考えですか。特に卒業する前の学生時代に学んでおくべき内容についてお話いただけますとありがたいですということで、また神白先生からお願いしてもよろしいでしょうか。

神白 先ほど、今までのインタビューでは、プライマリケアとか、総合診療というか、家庭医療とか、そういうのをみんなやっていくべきだっていうふうなのが出てたっていうお話でしたけど、そういうのに全く.....、別に家庭医療っていうのは、また別の専門性だと私は思うんですけど、どんな人が来ても、取りあえず死なないように診療ができるっていうのは、それはすごくニッチなところで、本当にその専門性を生かして働く人以外は、ある程度は身に付けておいたほうが良いと私は思っていて、それは、要は、例えば私たちが大学を卒業したときは、まだストレート研修でしたから、私たちの同世代とか、もっと上の世代っていうのは、本当にその科のことしかやらなかった。もちろんその医局の方針で、最初は内科を回ったりとか、外科全体を回ったりっていうことをされていたとしても、でも、そのころは、本当にどこかに行ったら、いきなり内視鏡とか、やりなさいみたいな感じだったっていう話も聞きますけど、本当に眼科で、本当に目の中しか診れないとかっていうんじゃないかと、いうほどのすごい、そこだけの専門ばかっているのは、そんなにたくさんはいらなくて、ある程度、基本的なことは、よっぽどニッチな方向に行く人以外は、ある程度はちゃんと知っていたほうが良いと私は思っています。

実際に社会というか、私は実際に途上国に来ると、何科であっても、そういうのは取りあえず診ておいてみたいな感じになるので、全くできないと、ちょっとしんどいですよね。そういう力っていうのを学生時代に持ってくるのか、最初の研修医に持ってくるのかっていうのは、それはどっちでもいいですけども、どっちでもいって、ちょっと投げやりですけど、それが必要だっていうことは、医学生はちゃんと分かっておくべきだから、広く学ぶというのは必要だと思うんです。

ただ、医療の中でも、さっき私が申し上げたように、例えばITを生かして、どんどん広げていく人がいたりとか、吉岡先生がおっしゃっていた、ニッチな分野に行く人とか、いろんな人がいるわけで、そういったさまざまな進路というか、さまざまなことが、さまざまな分野が医療の中に包含されてくるので、医学生として学ぶというよりは、医学生として、そういったいろんなことをやっている人がいるっていうことは、どっかで知る機会があったらいいと思うし、それはもちろんカリキュラムに入れるかどうかというのとは、ちょっと別の問題になってくるのかもしれないですけど、逆に、カリキュラムはちゃんと作るんですけど、そのカリキュラムを終わらせられる時期をぎゅっと絞って、それ以外のことをできる時間をつくるとか、そういった形で広く学生のうちに社会を知っておかないと、たぶん医者になって忙しくなったら、本当に知る暇なくなっちゃったりするときもあると思うので、お金はもちろん医者になってからのほうがありますが。

でも、医学生のうち社会を知るとかいても、なかなか、人によるんだろけども、だから、カリキュラムはカリキュラムとして、ちゃんとしたものがないといけなけれども、それをある程度コンパクトにして、それ以外のこともいろいろ自由というか、できる余地があるほうがいいのかなんて思っているんで、海外に見に行くでもいいし、IT企業に学びに行くでもいいし、何でもいいですけど、そういうのができるような形にしたほうがいいのかと思っています。

高見 神白先生、ありがとうございます。カリキュラムのことまで踏み込んでいただいて、この後、お聞きするかもしれない内容でしたけど、本当にありがとうございます。吉岡先生にもお願いしてよろしいでしょうか。

吉岡 日本の医学部教育に関して、僕は言いたいことが2点あって、1つは、教育を全部英語に変えるべきだというふうに思いますね。それは、これからは世界の人たちとコミュニケーションをとって働いていかないといけないから、日本語で教育をやることに関してはデメリットしかないかなってというのが僕の意見ですね。例えば医学教育が、英語が当たり前であれば、別にインドネシア人だって英語で学んでいるわけで、どこの国の人も英語で学んでいるわけだから、英語でやるべきだと思うんですね。それをやれば、逆に言うと、例えばどこか外国に行くことに対するハードルって、ものすごい下がるんですよ。日本語でやるっていうことが村社会をつくっているんですよ、日本の医学界の。これを破壊しないとダメです。英語でやることは、デメリットよりもメリットのほうがでかくてっていうのが、僕の1つ目ですね。日本の医学教育を全部英語に切り替えるっていうことが1点目ですね。これができるかどうかで、日本の将来、海外で活躍できる日本人のパーセンテージは劇的に変わってくると思います。

それから、2つ目、これはそのためにものすごい大切なことなんですけど、学閥を破壊する。今、例えば長崎大学だったら、長崎大学の人たちを出来レースのように選ぶわけですね、教授選なんて。こんなことをやってたら、医学教育なんか進むわけなくて、優秀な教育者とか優秀な成果を持っている人が当然それなりの地位に就くべきであって、仲間内でヤクザの親分選びみたいなことをしたら絶対駄目なんですよ。そしたら、例えば僕なんかでも、例えば優れた成果を残せば、いきなり東大の教授になれたりとか、そういう可能性も出てくる。だけど、学閥で選んでいる限り、いくら優秀な人でも、よっぽど運がない限り、難しいじゃないですか。こんな村社会をつくっている限りは、誰にでもチャンスがなくなる。そして、もっと言えば、上の人の言うことを聞く人たちが教授になりやすくなるっていう環境が変わらないんですね。

もっと言うと、今、大学の教授って、大学病院の部長職ですけど、ここをもっと分けたほうがいいのかっていうのが僕の意見ですね。すなわち、どういうことかという、大学の教授と、病院の部長職、あるいは、医長職は助教授がやるんでしょうけど、そういうのも分けちゃったほうが良いと。なぜかっていうと、教育は教育でちゃんとやったほうが良いと思うんです。例えば臨床をいじらなければ、外国の優秀な先生たちをレクチャーで呼んでくれるんですよ。例えば、生理学の教授はアメリカ人で、あるいは、外科学の教授はドイツ人で、フィリピン人っていうことができるんですね。その人たちは学生教育のために呼ばれた人たちなので、学生教育に特化して、めっちゃやってくれるはずなんです。かたや、臨床を抱えて、黒字化しろって言われて働かされて、今、大学に昔みたいに人が集まらない時代に、すごい二重苦を課せられているわけですね。

だから、それは文科省は手放さないでしょうけど、大学は文科省でして、病院は厚生省に移行するとか、絶対やらないと思うんですけど、やってもいいし、別に文科省のままやったらいいとは思いますが、でも、外国人の優秀なレクチャーを連れてこない駄目ですよ、少なくとも大学は。そういう人たちをどんどん受け入れて、学生たちに、とにかく外国人と交ざることとか、外国人とやるようなことが当たり前で、医学の世界はアカデミックで、そのためのウエスタン・メディスンなんだから、サイエンスってそういうものでしょう。言語を超えないといけないわけで、そういう環境を全ての大学に、例えば用意する。

例えばそれは長崎大学だって、大学の教授を、世界中から優秀なレクチャーの教授たちを集めたら、もっと倍率が上がるし、もっと優秀な学生が日本中から集まってくるしっていうことが当たり前になると思うんですよ。そういうふうに絶対しないといけないと思うんですね。

それと同時に、それをやるに当たっては、絶対英語教育が普通に当たり前になるんで、そういうことを同時にやっていけば、日本の医学教育は劇的に変わると思いますね。要するに能力ある者が評価され、いい研究をした者が評価されて、しかるべき地位に就き、その人たちがちゃんと学生たちを引っ張って、次の研究者なり、次の臨床科をつくり上げていくってことが今起こると思います。

そのためには世界中から優秀なやつを引っ張ってこない駄目ですね。日本の中でやってるとか、まして、今よりもっとひどくて、日本の大学は、自分たちの大学の出身者の中で集めてみたい、こんなことをやっていて、それは良くなるわけじゃないですよ。日本が他の先進国と比べて、まだ僕が若いころみたいに世界一だったころと違って、今はもうどんどんどんどん落ちてきて、テクノロジーのペースも途上国に追い付かれて、中国に抜かれてってやっているこの時代に、まだ同じことをやっていても、トップを走っているうちはそれなりの人たちだ

ったかもしれないけど、今はこんだけ落ちたら、そのぐらいのレベルの人たちの中から選んでいるわけですよ。これをいつまでもやってたら、日本の地位の低下とともにってうか、レベルの低下とともに劣化していきますよね、どこも。それは絶対やったほうが良いと思いますね。

文科省がやることは学閥の破壊だというのが僕の意見で、いいともあるんですよ。いいともあるんですけど、こと教育に関してはデメリットのほうがでかいです。だから、もし残したいんだったら臨床の病院のほうに残せばいいんで、教育の現場のほうは世界中から絶対受け入れるべきだと思いますけど。

高見 吉岡先生、ありがとうございます。まず、神白先生のほうからは、ベーシックな能力というか、基本的な診療能力というのは全員身に付けるべきだっていうことと、先ほど少しお話しになったように、カリキュラムをコンパクトにして、フリーの部分を増やして、社会をもっと知ることに使うべきじゃないかっていうことを頂いて、吉岡先生から頂いたのは、学生が学ぶべき内容としては、やはり英語教育であるっていうこと、医学英語って言ったらいいのか、分からないですけど、それをするためには、学閥を破壊して、海外からも教授を招聘（しょうへい）したりするべきだっていう、方略というか、方法についてもお話しいたいて……。

吉岡 世界の優秀な知性に触れさせないと駄目でしょう。今、学閥っていうものがそれを奪っているんですよ。

高見 先生のおっしゃるとおりで、本当に教授陣がとも学生の教育に力を入れる余裕っていうのは、今の日本の大学にはないなというか、本当にお金をどうするか、うちの教授もお金のことしか、基本的にはお話しする機会がないですからね。

吉岡 そうなんですよ。そのくせ、経営を学んでないじゃないですか、教授たちは。だから、経営を学んでない人が病院長になり、経営やってるんですよ。だから、うまくないんですよ、経営の仕方も。それはプロの人が入ったら一気に席卷されてしまうような感じなので、だから、好きな人もいますけど、得意じゃないことをやっているって言えば、得意じゃないことをやっていると、そういう状況にあるのが日本の今の。だから、どうしても臨床のほうに教授たちの意識が行っちゃってっていうのは、そっちからしかお金が入ってこないからですけど。

そこで手抜けるとこは学生教育のほうになるので、特に国立大学なんか、学生がそこそこの人たちが集まっているじゃないですか、入試で。だから、ほったらかしておいても、適当にやって、国家試験を通過してってくれるんで、適当にやってもええんですよ。それにずっと甘えてきてるのが、ずっと今までの流れなので、ちゃんと学生教育をしてない人たちは首切っていくぐらいの覚悟の姿勢で向かい合わない、まともな医学教育って成立しないんじゃないですかね。

高見 松島先生、いかがですか。

松島 もしよければ、学閥なんか全然ないし、医学教育がこの国はどこ行っても素晴らしいみたいなものが吉岡先生の中であれば、そこのカリキュラムとかって……。

吉岡 逆に学閥が強いとこって、あるんですかね、他の国って。学閥って組織って、たぶん先生らは、よく分かりませんが、医局費みたいなのは納められているでしょう、ヤクザの上納金。そういう組織形態って、日本以外、そんなにあるのかなと思って、もっと外国って、人が流動的じゃないですか。特にアメリカとか、人が集まってくる国ほど流動的だと思うんですよ。だから、むしろ日本が特殊だと思っとったほうが良いかもしれないですね。

もちろん優秀な大学ほど、優秀な研究をして、優秀な人を輩出するんで、そのパーセンテージが多いのは納得できるんですよ、そこの出身大学の。けれども、その出身大学の人がほとんど固めているとか、この3つの大学でこの大学が占拠されているっていうのはおかしいんです、最初から。そんな不自然な形になるわけじゃないんですよ、日本の上からその年の優秀な人を教授に就けていこうとすると。絶対あり得ないことが起こっているんですよ。それはなぜかっていうと、バイアスが掛かっているからですね。

松島 カリキュラムからちょっと脱線するんですけど、今、日本では、結局地域に残る、へき地に残る人たちが少ないことが問題になっていて、都市偏在になってしまっていて。それを是正する一つの目的として、地域枠っていう医学部生たちがいるんですけど、卒後3年だったり、9年だったり、そこの都道府県にとどまって研修なりすることっていうふうになっていて、そちらもまた一つの縛りではあるんですが、そういった体制に関しては、吉岡先生、どう思われますか。

吉岡 それはそれでいいと思いますけどね。それが出した苦肉の策なんでしょうから、いいと思うんですけど、僕自身は、今ジャパンハート、長崎にもたくさん、実は看護師さんとかは派遣しているんですね。奄美の徳洲会と、僕、お付き合いがあって、今、奄美に来る若い先生、もうあぶれているんですよ、奄美諸島に、地域医療研修っていうのか何か分かりませんが。要するに何かっていうと、別に地域医療枠っていうのを作ればいいんですけど、地域に人がいないっていうものを解消するためには、人を流せばいい、動かせばいいってことじゃないですか。今現在として、何が地域枠に対して今の時代と合っていないかという、その場所に拘束するっていうことなんですよ。このスキームの中で9年間、回ればいいんですけど、この地域の中で拘束するとか、この場所で拘束するっていうのが、時代とも合っていないんですよ。

だから、それを、例えばものすごい人が集まっている大学もあるでしょう、逆に。どこかに人はいるんだから、全体で見たら。だから、そういう所とうまく流動させる仕組みを作れば、常にマンパワー的には一定数が担保されるって、その地域についていうふうにすればいい。

例えば、変な話、その一つの僕のアイデアとしては、アメリカみたいに、外科医の、例えば消化器外科の数を決めちゃう。東京では15人、その下に候補が30人とか、決めちゃうと。この人たちしか消化器外科の何かできない。消化器外科は数が多いから別なんですけど、例えば子どもの外科なんかはそれがもっと分かりやすくて、例えば、新生児って、生まれて28日以内の赤ちゃんのことを言うんですけど、この新生児を年間30以上やっている病院って、数えるほどしかないんですよ。30以上やっている病院が数えるほどしかないっていうこと

は、1カ月に2.5件ですよ。2件、新生児。1週間に1件ないんですよ。その病院が数えるほどしかないっていうことは、1カ月に1人しか新生児やってない医者が腐るほどいるっていうことだね。全然やってない医者もいっぱいいるんでしょう、小児外科って。こういう所に散らしているんですよ、いろんな病院に。だから、こんなことが起こって、技術も上がらないし、技術が上がらないっていうことは、患者のデメリットもでかいんですよ。機会を均等に設けすぎて、患者のデメリット、要するに医療は患者のためにあるっていう本質が失ってしまっている。

そこに、例えば、その県では、県の規模によりますけど、例えば岡山県だったら新生児外科は3人しかなれません。この3人しか執刀できません。その下に6人、助手がいて、この6人が手伝います。それをやりたい人はそこにアプライして、認められたら入ります、みたいなことができれば、たぶん。でも、岡山県で、もう6人で満杯だから、岡山やめて、広島、行こうとか、島根やったらポストあるから行こうとか、そういうふうな人数制限を設けるっていうのも一つの手だと思うんですよ。

それは東京でやろうが、どこでやろうが、それなりのポジションに就けるから、みんなそこに残ろうとするんですけど、でも、そこにしかなければ、秋田にしかなければ秋田に行きますよ、なりたい人は。単身赴任でも行きますから。だから、そこに医療が欲しければ、今みたいに大きけりゃいいって、外科学会も3万何千人、集めて、大きけりゃいいってノリでやってますけど、そうではなくて、そういうのをちゃんと都道府県ごとにコントロールするような感じにしてもいいかもしれないですし、それは道州制みたいに地域ごとにやってもいいのかもしれないですし、そういう方法を講じて、ある程度、いろんなレベルの人たちを誘導するような仕組みづくりを幾つもやっていかないといけないと思うんですよ。

だから、そのうちの、まだ1つしかしてないと、地域枠を設けるっていうのは、1つしかしてなくて、幾つもできるうちの。そこで思考が止まっちゃっているから。1つしかしてなくて、なおかつ、それが非常に時代に合っていない、その土地に縛り付けるっていう江戸時代みたいなことをやって、土地に縛り付けるなんていう発想は江戸時代の発想じゃないですか。だから、そういうことじゃなくて、もっと自由に動かせるんだけど、例えば交換制度があって、青森県と長崎県、交換できてとか、5つぐらいの県で交換できて、循環させられるようにすれば、全然また違ってくるでしょう、魅力も。人数は担保されるわけだから、常に。そういうふうにするとか、したら、彼らもいろんな地域のレベルの医療を学べるし、体験できるし、メリットありますもんね。だから、もっともっといろんな方法、僕が言った方法だけじゃなくて、導入して、確保していったほうがいいかなとは思いますが。

高見 非常にその辺の話の集約化っていうのも、外科学会とかでもよく話が出て、なかなか進まない部分の一つだなと思ってお聞きしておりました。次の質問に移らせていただきます。今お話ししていただいたような内容を含めて、全ての医学生が学ぶべきという点で考えると、どんなことを学ぶべきかっていうことについて、お聞かせいただきたいんですけども、一応今回の改訂することになった医学教育モデル・コア・カリキュラムっていうのが、基本的には全ての医学生が学ぶべき内容っていうことでまとめられています。その点についてもお聞かせいただけますでしょうか。神白先生、お願いしてよろしいでしょうか。

神白 全ての医学生が学ぶべきっていうところで、医学のコア・カリキュラムを見ると、臓器別とか、解剖とか、何とかかんとかっていうのが全部入っているわけで、それは世界中の医学生が学んでいるわけなので、そういうのは当たり前にならざるを得ないし、別にそういうのは変える必要はないと思うんですけど、さっき吉岡先生がおっしゃっていた、英語で全部やるっていうところですね。全部英語でやる必要があるかどうかっていうのは、やってもいいと思うんですけど、なかなか教えるほうが大変みたいなどころもあるので、全部やんなきゃいけないかっていうと、そうでもないんですけど、実際に今、例えばカンボジアでは、1つの大学は全部英語でやって、1つの大学はなぜか全部フランス語ですけど、もともとフランスが統治国なので。カンボジア語では医学、勉強できないです、単語が足りないから。

その結果、理解するのはちょっと大変なんですけど、彼らは大学で医学を学んでいる間に、また別の大学に行って英語を勉強したりとかして、英会話もできるし、一応、言ってみれば、海外に勉強しに行こうと思えば、英語の面ですごく困るっていうことはあるんですけど、そこまで日本人ほど困らないわけなんです。だから、逆に言うと、そっちのハードルは全然下がっているんですね。だから、要するに外国人と一緒に医療をやるっていうことに関するハードルっていうのは全然下がるんですよ。

全部の内容を英語でやる必要があるかっていうと、私はそうは思わないっていうか、でも、日本語で考えて、深く理解していることっていうのは、英語でそこまで100パー理解できないところがあるから、どうせ日本語で考えるから、そこまで理解するんでしょうけど、外国語で習っている人の記憶とか理解って、いろいろ確かめてみると、ちょっと浅い気はするんです。それはカンボジアだからなのか、それとも、違う言語で習っているからか、分からないんですけど、私、今、カンボジア人の研修医とかと、よく関わったりするんですけど、ちょっと知識が体系的につながっていないところはあると思うんですよ。

だから、全部英語でやったほうがいいのかとは思わないけれども、吉岡先生がおっしゃっていたように、どっから連れてきたアメリカ人の生理学の教授だとか、何とかっていう、要するに英語を使ってコミュニケーションをとりながら勉強する、外国人と。そういう教育内容を入れるべきだとは思いますが。要するに医学英語だけではなくて、英語でのコミュニケーションっていうことは、医学英語しかり、英語でのコミュニケーションしかり、英語での文章を読むこともしかりなんですけども、そういったことをもっとやるべきだと思います。そうじゃないと、世界どころか、途上国でも戦っていけないです。

私たち、結構ボランティアの医者も来ますし、学生さんとかも来ますけど、やっぱり英語ですごい苦労しますよね。こっちではカンボジア人の英語をしゃべれるスタッフを雇っているんで、カンボジア人と英語でコミュニ

ケーションするんですけど、結構みんな困ります。慣れればできるんですけどね、ある程度ちゃんとやっている人は。なので、絶対に英語はもっと今より何倍も入れたほうがいいし、全部英語でやるべきとは言わないけれども、それはどこかの科目を英語でやらなければいけないっていうのは、入れたほうがいいと思っています。

あとは、全ての医学生が学ぶべき内容っていうところは、ある程度、さっきも申し上げたけれども、ベーシックなところは全部やるとして、あとは、社会的な問題とか、さっきも言ったように、自由度を上げられるとか、いろんな所に行けるようにするとか、そういったふうにしたらいいのかなと。

高見 続いて、吉岡先生、お願いしてよろしいでしょうか。

吉岡 リベラルアーツはやったほうがいいでしょうね、常識的に、6年間を通じて。特にの中でやったほうがいいかなと思うのは宗教学ですね、僕は。やっぱり宗教っていう問題が医療とは切って切り離せないし、日本でも土着の宗教って、いっぱいあるわけで、特にいろんな外国人と接していくときには、宗教観っていうのはすごく大切になるので、宗教学はリベラルアーツの中でも日本人が必須にすべきものの一つだと思うし、外国語も大切ですね。

コミュニケーションの道具としての英語っていうのもありますけど、英語のバックグラウンドにある発想とか、考え方とか、そういうのも、ヨーロッパの言語1つでいいと思うんですけど、やるとか、中国語もいいのかもしれないんですけど、そこぐらいまでは何となく理解できるようにしたほうがいいんじゃないかなと。おそらく会話だけだと、同時翻訳が進むんで、耳にピッとめときゃ、できるようになる。相手の言っていることは理解できるし、こっちの言っていることも相手も理解できるようになって、コミュニケーションとしては、ある程度、成り立つ時代が来るんでしょうけど、でも、そのバックグラウンドはその言語を学ばないと来ないので、そういう意味では外国語を学ぶっていう意義はあると思うんですね。

面白いこと、さっき神白先生、言いましたけど、例えばハーバード行くような日本人の優秀な人って、どのぐらい言語を習得しているかっていうと、2万ぐらいですよ。でも、ネイティブの人はどのぐらいの言語を持っているかっていうと、10万なんですよ。それは外国人が日本に来て日本語を学ぶ場合も一緒ですね。日本人の優秀な人たちっていうのは10万語ぐらいボキャブラリーを持って、外国人で日本語を学んだ人は2万語ぐらいしかない。この2万語と10万語、この5倍の言語空間の差からできる世界観の差って、すごいんですよ。レベルが全然違うっていう。だから、ネイティブランゲージっていうのはすごく大切で、それはそれで持っておいたほうが僕はいいと思うんですけど、完全にコミュニケーションの道具としての英語、プラス、さっき言った、バックグラウンドのある大まかな、例えばアメリカ人とかヨーロッパ人の発想の違いとか、中国人の発想の違いとか、全て文化とかっていうのは言語に表れるし、例えばその人の性格も言葉遣いとか表情とかに表れるように、そこに来るので、外国語も1つは6年間を通じてずっとやったほうがいいと思いますね。

そういうのも含めて、あとは、それはいろいろやったほうがいいのはありますけど、その2つは絶対やったほうがいいんじゃないかなっていうのが僕の意見ですね。特に宗教学は、僕は日本にいる間はびんとこなかったんですけど、非常に大切なことだと思いますね。必須科目は何科目かにして、今は教養で走り抜けるようにしかやらないことばかりなので、こうじゃなくて、リベラルアーツの大切さをもうちょっとみんなが理解したほうがいいかなと思いますね、社会性っていう意味でも。というふうには思いますけど。

高見 リベラルアーツ、すごい重要で、自分自身が学ばなかったんで、すごい僕も今この年になって、本当もっといういろいろそういうのを勉強したかったなっていうのはすごく思うんですけど、当時はたぶん基礎の教養……。

吉岡 学ぶ気もなかったですね、僕は。

高見 そうなんですよ。教養の授業とか、本当に風のように通り過ぎていったなと思うんです。

吉岡 彼らは金もうけのためっていうか、生活のためにやってる人が多いんで、だから、自分たちの見えとかプライドの人が、長崎なんか、ひどいでしょう。僕のとて、長崎大学の教養から専門に上がるとき、40人ぐらい落ちましたって言ってたからね。だから、そんなレベルでっていうところなんだけど、そこまでする？ っていう感じだったんですけど、でも、その大切さっていうのは6年を通じて学ばばいいんで、別にテストなんかする必要ないし、真剣に関わらせる必要もないんですよ。ただ、ちゃんとレポートは書かしてっていうふうなことはしたほうがいいかなと思いますし、学生のうちにレポートを書いたほうがいいですよ、論文形式で。

医学部って、論文がないでしょう、卒業のときに。普通の学部って、あるじゃないですか。そうすると、僕は医者になってから、くそ論文、いっぱい書いたんですけど、暇だったから。病院の建て替えにぶつかって、あるとき。暇だったから、ことし30本、書こうとかいう感じで、くそ論文、いっぱい書いたんですけど、研究してるわけじゃないから、国立病院にいたんで、古いデータがいっぱい残ってるんですよ、戦後からの。そういうのをを使って、臨床系の論文しかやってないんですけど、書いたんですけど、そのときに、論文は、くそのもっぱかりだったので、大したことないんですけど、1つだけ分かったのは、論文の書き方っていうのが分かったんですよ。

論文の書き方っていうのが分かって、こういうふうな順序で物事を伝えるときに伝えていくんだなって分かったんですよ。発表するときも、あるいは、例えばアメリカ人とかヨーロッパ人と話するときも、こういう形でやっていきやいいんだなっていうことが分かってきたので、論文を書くっていうことは、レポートでいいんですけど、ちゃんとそういうふうにかかせるっていう習慣を学生のうちにつけておくと、どこへ出しても恥ずかしくないかなっていうふうには思います、世界中。日本人って、それをやってないんで、順番が前後左右に揺れ動いて、相手が何言っているか、よく分かんなかったみたいになることが多いから、そういうのはちゃんと学生のうちに教育でやったほうがいいかなと思いました。

そのためには、別に臨床でやってもいいんですけど、リベラルアーツの項目を使って、テストないけど、ずっと6年間、学び続けるんだけど、レポートはちゃんとあつて、そういうところでやったらいいとは思いま

すね。なぜ釈迦（しゃか）はこのときこういうふうには発想したんでしょうかとか、その釈迦のこういうことの意味は何ですかっていうのを、自分で文献、調べたりも含めて、やり込んでいくっていうか、やったらいいかなというふうには思ったりはしましたけどね。

松島 ちょっと質問なんですけど、宗教学は、私たち、社会に関わるプロジェクトチームでも挙がっていて、ただ、私たちがあまりにも知識がないもんですから、どなたに頼めばいいのかも分かっていなくて。

吉岡 日本でも宗教学、あるところはあるんですよ。例えば同志社大学とか、あるいは、上智もあるでしょうし、そういう所から引っ張ってきたらいいですよ、宗教学があるとかが何個かあるんで。

松島 臨床宗教家とか、そのあたりからお願いすれば.....。

吉岡 それはセミナーでいいです、臨床宗教家は。だから、いろんな人がいますけど、僕もいろんな宗教家の人たちと知り合いなんですけど、彼らは彼らで一代の体験なんで、自分の個性とか自分の肉体を通じて会得した一つの体験でしかないんで、彼らの体験はレクチャーみたいな感じで聞くとしても、体系的にまとめられるものではないと思うんです。彼らの体験が全てではないです。だから、それを体系化されたものを学んでいる人たちが教えるべきとは思いますが。でも、そういう人たちの話を逐次入れていくのはすごく大切なことだとは思いますが。

松島 先生が宗教学を入れたほうがいいと思われる理由って、何らか言語化して教えていただけますか。

吉岡 簡単に言うと、僕らだって、宗教観の中に生きていますでしょう。例えば神道の宗教観の中に生きていて、そこに仏教も入っているし、ムスリムの国だったら、なおさらでしょうし、クリスチャンもそうです。例えば中絶の問題一つにしても、なぜクリスチャンは中絶を拒否しているのかっていうことの問題は日本人には分からないんですよ。だから、そういうときに中絶をクリスチャンに勧めるとか、今回はって、簡単に言うことはおかしいでしょう。だから、そういうことを僕は非常に.....。でも、一般のところでは、例えばユダヤ人に対してユダヤ教の話をいきなりするなんていうのは、公共の場でするなんていうのはナンセンスだし、そういうことを日本人は全く分からない。そういうのは学ばないといけないんですよ、僕らが。

今、日本人が一番学ばなければいけないのは宗教学かもしれないです、世界と付き合っていくために。言語は習得できても、宗教観って全然違うし、面白い話があって、例えば聖書の研究している人がいて、新約と旧約の。聖書のことを日本人、知らないでしょう。例えば旧約聖書のことなんか知らないじゃないですか、ただの物語だと思っているし。でも、あの旧約聖書をユダヤ人たちは本気で信じているわけで、だから、僕ら、あせんとさせられるわけですよ。なんか天変地異が、海が割れたりとかなんかかっていうのが、本当に起こっていると、本当に心の底から信じている人たちがいて、数が一定数いるんですよ。例えばこのときにモーゼが言った意味は何とか、あるいは、新約でもキリストが言った意味は何かっていうことをちゃんと語れるだけで、それだけですごい信用されたりするんですよ。おまえ、すごいなど、おまえ、信用できるってなるわけですよ。ちゃんと理解しているから、自分たちの生きる基準を。でも、僕らはボカンとして、分かんないでしょう、そういうこと。だけど、そういうことを、ゼロじゃないにしても、学んでいくっていうことは、僕はすごい大切なことで、彼らのその習慣が出来上がったり、その発想するベースにあるのは、全部聖書だから、あるいは、旧約聖書だから、ヨーロッパ人たちは。それは、今、無宗教の人でもそうですよ。彼らの思考のオリジンを知っておくことって、すごい大切で、だから、そういう意味では、日本人にはなかなかびんとこないんだけど、それは絶対やっておいたほうが僕はいいかなと。だって、生死に関わる場所でしょう。そういう人たちは学ぶべきなんですよ、絶対に。

高見 今お話をお聞きして思ったのが、吉岡先生の、宗教とかリベラルアーツを学ぶっていうこと全てが、海外とか国際的な感性とか、他の国の人々の、異文化っていう言い方が正しいのか、僕は分からないんですけど、そういう人たちと意識を共有していくという意味で重要なのかなと思ったんですけども。

吉岡 だから、それもそうなんですけど、それは逆に自分たちを知るっていうことなんですよ。僕らはどんな文化の発想をしていて、どういうふうにいるか、何を基準に物事を判断しているか、僕らの上の世代はどう判断したのか、なぜそう判断したのかを全部分かるでしょう。もちろん今入ってくる外国人とか、これから接していく外国人は、当たり前になるし、それはインターネットという媒体を通じてのこともあるし、直接のこともあると思うんですけど、だから、それはすごく学びになるっていうか、言葉を単純化して言えば、相手のことを学ぶっていうことは自分のことを学ぶこと、知らないことを学ぶっていうのは自分を掘り下げることで、これとほぼ同義なので、それは絶対やったほうがいいと思います。宗教を知るといことは相手の心を知るといことにつながっていくので、すごく大切なことだと思いますよ。

高見 大変よく分かりました。だいぶ時間も長くなってまいりましたので、もう少しだけお付き合いください。今お話しいただいた内容について、誰が教えるべきかっていう点についてお聞かせいただきたいと思うんですけども、いかがでしょうか。神白先生、いかがでしょうか。

神白 それ、問題ですよ。さっき吉岡先生がおっしゃっていたように、英語でやるんだったら、外国人を連れてくるのが一番早いだらうなと思います。医学部に限らないっていうか、要するに医学教育をするのが医学部の人だけでいいわけじゃなくて、だから、医学教育をするときに医学部の人だけ連れてくるから狭い分野になってしまっ、本当に職業訓練学校みたいな感じになってる。

だけど、実際には医者って、職業訓練学校の部分も、もちろんききやいけないんですけど、でも、よりもっと社会に役に立つ存在でなければならぬし、それだったら、社会のことをもっと知らなきゃいけないから、教養的な部分、要するに教養的になって、昔で言うところの教養なんですけど、それをもっと有機的に、医学っていうか、医学生っていうか、将来の医者が必要な社会的なことっていうのを、医学部のリソースだけじゃなくて、せつかく全学とつながっているんだから、全学でやってもいいだろうし、英語っていうことに関しては外国人がい

いだろうし、先ほど宗教の話もありましたけど、医学部以外の人が教えるほうが全然いいと思います。そうじゃないと、どんどん医者の方の非社会化が進むかな。ちょっと漫然としてて、すみません。

高見 いえいえ、よく分かります。吉岡先生はいかがでしょうか。

吉岡 さっき言ったとおりなんですけどね。ただ、宗教学にしても、他の科の指導教官たちも、それは学ぶべきでしょうね、たぶん、一緒に。別にそういうのって、心の問題だから、何歳になっても学んでいく必要があるし、若いときは技術ばかりで大変だったけど、例えば50過ぎて、60近くなってきたら、そういうことにすごく興味が湧いてくる人たちも多いし、死ってというのが近づいてくることを感じてくると、そういうのに自然に興味も湧いてくるんですよ。だから、教授とか助教授たちも含めて教師陣たちはずっと学んだほうがいいというふうには思いますけど、言ったように、誰が教えるかに関しては、それはその人たちに教えてもらおうしかないというところでしょうね。英語は誰からでも学べるんで、今。

高見 最後に、また漠然としますけれども、今お話の内容について、どのように教えるべきだと考えますかということですが、だいたいいろいろこのあたりもお話いただいたと思いますけれども、神白先生、いかがでしょうか。

神白 ちょっと難しい。だんだん教授が学生に教える、黒板でただ知識をバーッと並べてっていうようなのより、今の学生さんたちは、私たちのときみたいに、本当に適当に講義って言うと変ですが、本当に板書してやるような講義じゃなくて、もっとインタラクティブになったり、結構自分たちで調べながらやっていくPBLとか、いろいろありますよね。要するに主体的にやっていくような教育なんですね。だから、どんどんそういう内容に変えていく必要はあるかなって思っています。

高見 吉岡先生もまだあれば、よろしくお願ひします。

吉岡 対話形式にすべきでしょうね、いろんなことを学ぶにしても。だから、日本って、よくもあしくも、上から下への一方通行なんです、教育の仕方が。この間、僕、小学校で講演したんですけど、珍しく、こっちに帰ってくる前に。本当に何年かぶりで頼まれて、無理やりやったんですけど。4年生、5年生、6年生だけでやったんですけど、僕の言っていること、分かったかなと思ってたんですけど、最後、校門のところで子どもたちが僕を取り囲んで、寄ってきて、サインくれとか言うんですよ。おまえら、こんなサインもらっても、すぐ家で捨てるやろとか言ったんですけど、捨てるから、くれくれと言うから、そのときに子どもたちの表情を見て、結構伝わったなとは思ったんですね。

そのときに、最後、時間がなかったんですけど、小学校って45分授業なんで、それを4時間目、給食の前の授業でやったんですけど、それでもちょっと休み時間、半分ぐらいにして、削りながら、60分弱しゃべったんですけどね。最後、質問ありますかって言ったら、ものすごい手が上がったんですよ。だけど、時間の都合で校長先生が切ったんですね、2人ぐらいで。僕から、いいですよ、続けてって言ったんですけど、この後、給食もあるんでみたいな話で切っちゃったんですよ。僕、そのとき思ったのは、この僕の話もさることながら、子どもたちにとっては、あることを受け取って、疑問に思ったことを自分の外に出すっていう行為が、彼らの人生に決定的影響力を与えるから、実はそこそ本当は教育としては大切なんだよみたいなふうには思っていたわけですよ。

だから、僕の中での教育の仕方に関して言うと、彼らの中にあるものを吐き出させる必要がある。なぜかというと、人間っていうのは、自分の中で思っていること、実際に思っていることと、自分がイメージしていることの、ものすごいずれがあるんですよ。それはまさに、例えば胃の調子が悪いと思って、胃がんの人、いるじゃないですか。でも、それは自分と一体化している間は分からないんですよ、不快感しかないから。でも、それは胃カメラしたり、CT撮ったりして、胃がんと分かるでしょう。人間って、それを客観的に取り出して、初めて処置ができるんです。それに対応することができる。

だから、自分の中の考えがあると、例えば自分の腸の中に便があっても、汚いもんじゃないですか、あんなもん。でも、一体化している間は汚いとも認識してないでしょう。でも、出た瞬間に汚く思うでしょう。それと同じなんです。どんな男の人、好きですか、こんな人って言ったって、全然違う男、連れてきたりするじゃないですか。これでよかったのかよみたいなとき、あるでしょう。

要するに自分の中で思っていることと、イメージしていることと、現実とは全然ずれているんですよ、僕らは。だから、それを外に出す必要がある。それを外に出すっていうのは、いったら、自分を知る作業だから。そういう意味では対話の授業って、いいんですよ。対話形式が進むと、そして、意見を言う、外に出すっていうことがすごく大切で、そしたら、初めて自分の、例えばおかしなところとか、ずれてるところとか、正しいところとか、あるいは、人を喜ばせるところとか、役に立つところとかを客観視して、自分でコントロールできるようになるっていうことですね。

だから、授業っていうのは上から下への、あるいは、教える者から教えられる者への一方通行のものはやめて、お互いにコミュニケーションしながら、下と上でもいいんですけど、ボールを投げ合ってやっていくほうがいいし、上の人だって下の人から学べることは多いんですよ。お互いに学んでいくっていう対等の立場で、学び合っていくっていうお互いの立場で、誘導していくほうがいいと思うんです。

そういう意味では、形式的にはどのように言われれば、今までの授業の形態にとらわれずに、教育のあり方にとらわれずに、コミュニケーションしながらやっていくっていうか、対話しながらやっていく授業の形式がいいと思うんですよ。ソクラテスの弟子のあれがいたでしょう。あの人も対話でやってたじゃないですか。だから、対話っていうのが理解を深めていくと、コミュニケーションもそうですけど、深めていくっていうのは不可欠なんで、それを横で聞いているだけでも意味があるので、いいと思いますけどね。

高見 結構遅くなっちゃいましたけども、松島先生、何か追加でありますか。

松島 たくさん予想外なご意見を頂けたので、すごく今後の社会PTと呼んでいますけど、プロジェクトチームがやるべきことが、もうちょっとまた発展させて、することがあるなというふうに感じています。

ずっと私の中で懸念しているのが、今ある医学教育の知識の部分をどのくらいまで集約できるかっていう、肥大化をどうするかっていうプログラム、プロジェクトチームもあるんだけど、リベラルアーツとか、もっと時間をかけたほうがいい部分が、このチームではすごく見えてきてしまって、どう組み合わせ、どれくらいの配分っていうのが、何となく先生方の中で、パーセンテージには表しにくいかもしれないけど、少し時間軸にイメージがあれば教えていただきたいくて、例えば、別に今、医学部の教育だけで完結させるなんて無理で、研修医の時代とか、その後の時代とかも含めての時間軸で考えたときに、リベラルアーツだったり、もう少し、海外に行くだったり、何らか時間の使い方はご意見があれば教えてほしいんですけど。

吉岡 まず、貯金をためようとする、方法はお金を稼ぐことより無駄を省くことでしょう。今の医学教育で、まだ無駄が多いんじゃないですかね、やっていること。例えば、今は知りませんが、僕らのときは、組織の授業とか、病理の授業って、顕微鏡をのぞき込んで、永遠にスケッチだったんですよ。今でもやってるのかな、分かんないですけど。1年間かけてスケッチばかりしていくみたいな。ナンセンスでしょう、あんなの。だから、それは何の意味があるんだと。要するにスライドを作れなかった時代は、それは意味があったかもしれないけど、スライドを作れる時代に、それはスライドを10回見たほうが覚えますよ、自分で変な、いちいち部分部分をスケッチしていつて作るよりも、はるかに効率的だし。スケッチしたい人はすりゃいいんですけど、自分の時間を使って。だけど、そういう医学教育の中でまだまだ無駄なことがたくさんあって、まず無駄な部分を、要するに、もっとスマート化できる部分を、まず取り出して、そこをスマートにしていくと。そしたら、そこで時間が空けば、そこに放り込んでいけばいいっていうことになると思うんですね。

例えば今、病理の授業、病理って大切なのは分かるんですけど、病理の授業を例えば今の3分の1にしますとしたら、病理の先生たち、怒るんですけど、でも、3分の1にしたら、そういうことが起こるかもしれない。もうこれはスケッチしてる時間ないやと。これからこうしようというふうにした。どうなるかと。こうやってスライドでやっていこうとか、画像で、みんなスマホもあるから、それで勉強してもらおうとか。今なんかビジネスの世界の人たちはアプリ使ってガンガンやりますから、理解なんか。そのほうが僕は圧倒的に理解すると思うんですよ、いちいちスケッチさせて無駄な時間を過ごさせるより。そういうふうにして時間を作ったときに、そういうことが起こると思うんですけど、そこまではたぶん動かないですよ、古い教育の仕組みなんて。

松島 今がすでに、このコアカリアは3分の2で、3分の1はそれぞれの大学の個性に合った教育をしてくださいっていう仕組みに一応なっているんですが、結局その3分の2でパンパンになっていて、実際のところ、その3分の1が生かされていないっていうのがほとんど実態ですね。

吉岡 だから、まずそれを洗い出す必要があるんじゃないですかね。それは経営と一緒に、たぶん。企業経営もそうじゃないですか。まず無駄を洗い出すじゃないですか。無駄なものではなくて、今覚えなくていいものは何なのかと。一つ思い込みがあって、医者になるんだしたら全部覚えておかないといけないって思ってるじゃないですか、知識も含めて。その思い込みから解放されることじゃないですかね、まず。臨床の現場にいる僕がそれを全部覚えているかっていうと、わけないわけで、結局そのときしかやってなかったから、そのときしか覚えてなかったっていうか、現実問題、みんな、ぶっちゃけ、正直に言うと、国家試験のときは覚えていたけど、その後、すぐ忘れたことなんて腐るほどあるわけで、いつか覚えていることに何の意味もないわけじゃないですか、言ったら。やっとな、覚えていたという事実が残るだけで、それは何の役にも立たないもの。その何の役にも立たないものを背負わしている。

それは覚えることじゃなくて、学ばばいいっていうものに切り替えちゃって、いつか学ばばいいっていうものに切り替えてしまえばいいだけの話で、それは決して学んでいないものじゃないんだけど、学んだけど、別に覚えてなくてもいいものっていうのは腐るほどあるわけだから、でも、それを全部、医学部って、覚えさせようとするじゃないですか、国家試験に向かって。でも、それは、それを捨てさえすれば、結構、僕、無駄なことっていうか、無駄な時間が省けていくような気がするんですよ。でも、医者になる者は全部覚ええないといけないっていう前提でものが進む限りは、カリキュラムの内容は増えるばかりで、新しいものは詰め込めないです、新しいことが増えていくから。

これからもっといろんなテクノロジーが進んで、もっといろんな知識が増えてくる中で、彼らはそれを押し付けられていくことになると思うんですよ。そういうのをうまくリバランスする必要はあると思いますね。絶対覚ええないといけないものと、そうじゃないものをうまくリバランスして、そうじゃないものは、いつか通り過ぎればいいっていうか、学んで、そういうことなんだと、そのとき理解してくれればいいっていう感じに、そういう感じに教育の概念自体をちょっと変形させる必要はあるでしょうね。

松島 神白先生、何かご意見ありますか。

神白 そのとおりですよ。大体、でも、医学部って、みんな専門性が高い人たちの集まりで、一つの船にたくさんの船長が乗ってるような感じなので、みんな自分のところ大事だと思っているから、自分のところが削られると、ちょっと困るみたいな、みんな思っていると思うんですよ。だけど、実際には他のこと増えてくるんだしたら、どっか削らないといけないので、強制的に短くするしかなくて、昔は本当に覚えないと、本をひっくり返して調べるの大変だったけど、今はパパッと打てば出てくる時代だから、全部が全部覚えてなくても、どこに何があるか分かれば、仕組みが分かれば、あとは調べれば分かるような時代になるので、どっちかっていうと、考え方のトレーニングのほうが大事っていうか、あとは、そういう情報を見つける。

だから、それが、先ほど先生も言っていたように、スケッチするとか、本当にしなくてもいい、もちろんしたほうがいいものもあるかもしれませんが。なので、本当に今まであったところは何とかして強制的に短くする

か、あるいは、たぶん重なっている部分があるところにあるんだと思うけれども、みんなお互いのことを知らないから、どこが重なっているのか、よく分かんないみたいなのところもあるのかもしれない。

吉岡 枝葉末節の知識よりも、たとえ医学生といえども、知っておいたほうがいいこととか、学んでおいたほうがいいこととか、優先度の高いものがあるってということだと思うんですよ。だから、枝葉末節の知識を覚えることに時間を、エネルギーを消費されないようにするっていうことがいいと思うんですよ。国家試験もそうじゃないですか。満点を取ろうと思って、皆さん勉強したんでしょうけど、僕なんか、70パーセント弱ぐらいで合格しようかなと思ってたから、最初から勉強の仕方の計画の立て方が全然違う感じだったんですよ。だから、全然たぶん先生たちよりも、めっちゃ簡単なきに、僕、医者になっているから、国家試験。楽勝だったのかもしれないんですけど、そんな感じだから、6割から7割の間でいいやと思って覚えるのと、9割そこから学ぼうと思うのは、全然違うんですよ、勉強の取られる時間が。だから、それぐらいの差が開くんで、そしたら、そこに詰め込むことができる可能性はありますよね。

高見 僕も国家試験、全然100パーセント目指す気なかった人なので、すごいうれしいです。

吉岡 僕が小児外科を習った先生がいたのですが、ひどかったらしいですよ、国家試験。口頭試問しかなくて、昭和43年ぐらいか。ずいぶん緩かったそうですよ。その時代以降、試験をどんどん難しくしていったんですから。今みたいに難しくなって、気の毒にとか思いながら。

だから、あの時代の人たちは本当にいろんなことをいっぱいしてたし、でも、その人たちが、言ったら、日本の医療のベースの創世記、つくってきた人たちだから、だから別にそんなにガツガツ知識を100パー仕入れなくてもできるんですよ、医療って。そういう前提で立ち向かわないと、たぶんしゃくし定規に全部勉強して全部習得しないとイケないってやっちゃうと、厳しいでしょうね。せめて習得すべきA、B、C、Dぐらいに分けて、医学部の間はBぐらいまでは習得しておきましょうとか、C、Dは、例えば研修医の間にCまで習得して、Dは専門科になったらその分野のここまで習得しましょうみたいなカテゴライズするのも一つの方法なのかもしれないですけどね。

高見 そしたら、本当に1時間から1時間半と言ったのが、2時間になってしまいましたけれども、本当に大変貴重で、個人的にはすごく面白かったです。本当にありがとうございます。またぜひこういった機会にいろいろお話、聞けたらなと思いますけれども、そしたら、きょうのインタビューはこれで終了にさせていただきます。

(終了)

13) 木村 幹彦氏、小野 太恵子氏

日時：2021年7月15日 16:00~17:30 (90分)

参加者：松島・中山・錦織

<インタビュー要旨>

1. 社会の将来像について、事前に送らせていただいた資料のようなことを我々は想定しているのですが、先生にはどのような景色が見えていますでしょうか？先生のご専門分野の視点からぜひお話しいただけますか？

- ・性教育、生きる教育について取り組んできた。内容が現実社会と追いついていない部分がある。

学習指導要領に歯止め規定があり、性交にかかわることはふれてはいけないといった側面もある。

現在の医学部生はこれまでの教育でこのようなテーマについて学んできていない。

また、環境としても核家族化や少子化によって赤ちゃんがいる環境、死と向き合う場面も少なくなっている。

異性との関係性を考えるだけではなく、相手の尊厳について考えるように取り組んでいる。まず、「愛着形成」を意識して教育している。まずは「死」について考えるのではなく「生」について考える。

2. 社会が、今お話しいただいたように変わっていくと予想される中で、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか？またどのような役割を果たしていくべきだと思いますか？

- ・小学校では「はじめて規定」となっている性行為に関する内容も踏まえて伝えていく。たとえば、医師（研修医）が小・中学校へ医師が講話に行く。研修医が実施するのが難しいようであれば、講話に行く指導医に同行して見学する。

3. 医療が、今お話しいただいたような役割を果たしていくと予想される中で、医師はどのような役割を担っていくと思われませんか？またどのような役割を担っていくべきだと思いますか？またどのような役割は「担わない方がよい」と思われませんか？

- ・いろいろな傷を抱えた子供たちを医療、福祉につなげていく役割。例えば虐待を受けてトラウマになった子供たちのフォロー。文化的な取り組みは有効であった経験があり、このような背景を知り、医療的な支援の仕組みの架け橋になっていただきたい。

4. 医師が、今お話しいただいたような役割を担っていくと予想される中で、医学教育では何をどのように扱っていくべきとお考えですか？特に卒業する前の学生時代に学んでおくべき内容について、お話しいただけますとありがたいです。

- ・トラウマアタッチメントのメカニズム デートDV

5. 今お話しいただいたような内容について、全ての医学生が学ぶべきかという点から考えてみると、いかがでしょうか？現在、文部科学省で定めている「全ての医学生が学ぶべき内容」は、事前にお送りした医学教育モデル・コア・カリキュラムの内容になります。

- ・トラウマアタッチメント

- ・こどもの発達課題、養育環境、虐待・貧困、こころの傷の背景を考慮する

- ・アイデンティティの確立

6. 今お話しいただいた内容について、誰が教えるべきだと考えますか？

- ・トラウマアタッチメントに実際にふれたひとが教える方がよい

- ・講師の候補西澤先生

7. 今お話しいただいた内容について、どのように教えるべきだと考えますか？

- ・西澤先生（ライブが望ましいが、オンライン、オンデマンドも効果はあると考える）

・参考) 小野先生のご発表原稿

<逐語録>

錦織 何だこりゃみたいな話になると思うんですが、ちょっと経緯について少しお話をさせていただきます。

アイデアは私がちょっと言い出したところがございます、医学教育モデル・コア・カリキュラムというのは、医学部医学科の学生の6年間のカリキュラムのガイドラインという位置付けになっていまして、文部科学省が主導する形で作成してホームページ上に載っていますし、各大学の医学部医学科のカリキュラムも基本的にはそれに基づいて実施するという形になっています。小学校でも同じような、ちょっと私、言葉を存じ上げないんですけど、指針みたいなものがあるんだと思うんですけど、近いものです。

それで、木村先生、それから小野先生方がされておられるような命の授業に関しては、マスコミ等を通じて知りまして、また、中山先生、きょう、ご参加のところの大学院生のイケダ先生が私の研修医時代の後輩ということもあって、そういうつながりで関心を持つようになったということがございました。

背景の1つが、数年前にありました千葉大学の医学生による集団で行ったレイプの事件、ああいった問題に対して私が長年問題意識を抱えていたというのがございます。私自身、医師の専門職倫理に關しての教育や評価について関心を持ち、実際に研究を行ったりもしているんですけども、やっぱり性教育というのが十分に行われていない初等教育・中等教育を受けて、むしろ受験一辺倒で上がってきて、その勝ち組として医学部医学科に入学するという中で、そういった性教育に關連した内容が抜けているだろうなというふうに私たち、少なくとも私は認識して、一方で、医師というのは言うまでもなく患者さんの命を預かる仕事でして、一般的な意味で患者さんの命を預かるということについての教育や先輩から後輩への伝達というのは医療現場でなされてきたわけなんですけども、そんな中で先ほどのような学生がいるのも事実でして、一体どのようにしたらいいかなというふうなことを考えていた矢先に、先生方、木村先生、小野先生方がされておられるような取り組みをちょっと知りまして、何か私たちの方で参考になることがないかなとか、加えて初等教育、中等教育の方で、もし性教育についていろいろなことが変わってきているのであれば、私たち、そういった卒業生を、小学校、中学校、高等学校の卒業生を引き受ける側としても何かしらきちんとしていく必要があるだろう。特に医学部であればなおのことというふう考えたというような背景がございます。

ただ何分、ちょっと、もう先生、お感じになっておられると思いますけど、ちょっと距離はあるはあると思うんです。ですので、距離の接続のところは私たちの方で何とかいろいろ考えたいと思いますので、きょうはぜひ、先生方のところでやっておられる内容を中心にいろいろとお話を伺えればなと思っています。ぜひよろしくお願いたします。

木村 よろしくお願いたします。

小野もそばにいてるんですけど、ちょっと対応がありまして、後で、終わり次第すぐ入ってきますので、よろしくお願いたします。

錦織 了解いたしました。

では、松島先生、よろしくお願いたします。

松島 よろしくお願いたします。長崎大学の松島と申します。きょうはインタビューを担当させていただきます。

どうぞよろしくお願いたします。

木村 よろしくお願いたします。

松島 今、錦織先生からもご紹介のあったとおり、医学部のカリキュラム、コア・カリキュラムと言いますけれども、その改訂に伴って……

木村 こういのですね。

松島 ありがとうございます。ばっちりその通りです。改訂に伴って、この事業自体が文科省から委託を受けて我々が動いているということになりますので、資料としてきょうのインタビューの内容は逐語録にさせていただくことになります。今、もう既にレコーディングさせていただいておりますけれども、これを文字起こししまして、個人情報などが入っていたり、先生がちょっと公的に、公になるのはというところを省いていただくことは可能ですので、最後確認していただいたものを資料として残させていただくという予定にしておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

木村 お願いたします。

松島 それでは、早速ですが、インタビューを開始させていただきたいんですけども、木村先生、小野先生の活動として私たちが着目させていただいたのが、性教育、生きる教育というところなんですけれど、立場は違うとしても、今、大きく動いていく社会の中で先生方が感じていらっしゃることも、どのような景色が見えているのかといったことをちょっとおおまかに教えていただけないでしょうか。

木村 なかなか難しいですけど、まず、性教育についてですが、学校の方ではそんなに大きな変化がこの何年もなくて、それが現実の時代についていけないのかなというところにいるような問題が起きているように皆さん思われているんじゃないかなと思います。

ただ、先ほども医学部生がそういう問題を起こしたりというのはあるんですけど、そういうことを起こした人たちというのは、子どものときに、その段階に応じてそういう性とか生きるというようなことをちゃんと教えてもらってなかったのかなという。知識だけでずっというって、理科で勉強したりとか、その後、学生とかになって医学部とかへ行くと、これはちょっと偏った見方もわからないんですけど、いろいろ実験で動物を扱ったりして、その動物が死んでいたりすることもありますよね。命が失われているということに対する感覚が少し鈍感

になってしまうけど、それはやっぱり小さいときに、昔でしたら身近に赤ちゃんが生まれたりとか、赤ちゃんの何もできないときに周りの大人がいろいろ愛情をかけてかかわったりとかという、段階を踏んでいろんなことを知ってる中で、医学のための実験でマウスの命が失われるというのであれば分かるんですけど、そういうのが飛んでしまっている状態でいくと、やっぱり動物の命とか、人の命なんかも重みが軽くなってしまっているんじゃないかな。

その延長線上で、やはり人に対して、これも性にかかわることだけじゃないんですけど、結局、今の性暴力が問題になっているからどうのこうのというのがあるんですけど、私から見たら、異性だからどうじゃなしに、やっぱり相手が異性でも同性でも、人に対しての相手の命の尊厳を意識するというのが少ししっかりと教育の中で小さいときからされてなかったのかなというところで今そういう問題が起きてきて、本校は結局、小学校段階でその問題がすごい大きくというんですか、課題になったので、しっかり1年生からプライベートゾーンのことを教えたりとか、2年で相手の距離感とかというような、赤ちゃんとの触れ合いなんかをやりながら教えてきたというところで、すみません、質問が何か忘れてしまったんですけど、その辺りを、まずは子どもが小さいときから段階を踏んでやってきてからの医学的な、専門的な教育に入る。もしも専門的な教育に入る段階でそこが確立されてないのであれば、そこがどうなのかというのを見て、身につけてないのであればそこからでもみにつけていくというような、ちょっとそういうことを考えていく必要があるんじゃないかなと思いました。

松島 ありがとうございます。

小学校の性教育って、先ほど先生が現実と追いついていない側面があったというふうにおっしゃられましたけど、今の医学部生、研修医ぐらいの年代となると、10年前、十数年前ぐらいになるんですが、ここ20年ぐらいでの小学校における性教育のあり方とか指針は、何か変わってきているんでしょうか。

木村 最近、今、皆さんがすごく意識して変わってきてるんですが、よく言われるははじめ規定というのがあって、学習指導要領で性交にかかわるようなことについて具体的に指導してはいけないというふうになっているので、何かちょっと核心的なことに触れられないままいつてしまっているところがいまいち分かったような、分からないようなところまでいってしまっていることになっているんじゃないかなと思います。

松島 先生はそういう性行為に踏み込むみたい内容は、本来は必要と思われているんですか。

木村 すみません、そんなには必要だとは思ってないんですけど、小学生を相手にしてるので。ただ、そのはじめ規定があって、そこに踏み込まないというのがあるので、結局、その前の段階についてもあまり語られないというんですか。で、あまり何も教えないというんですかね、今まで来て。少し大きくなったら外の情報とかで何かちょっと偏った情報が入るみたいなどに少し問題があるのかなと。

松島 ありがとうございます。よろしければ、先生方のところで1年生から6年生にかけてどのような内容とか時間……

木村 どういうことをやっているかですね。

松島 はい。教えていただいてよろしいですか。

木村 ちょっと待ってくださいね。

松島 いいですよ、大まかで。

錦織 さっきの話の続きをすると、千葉大の事件が起きたのは2016年で、前回の改訂の、ちょうどそのタイミングとか、ちょっと前ぐらいなんです。結局、みんなそのときはいろいろ言ってたんですけど、結局どうするかみたいなことについてはそれ以後は、のどもと過ぎてという印象だな。

中山 しばらく忘れてました、その話を、本当。

松島 忘れてました。

錦織 いい機会だと思います。

中山 小学校のはじめ規定と言葉も初めて聞きました。

松島 いわゆると言われてるけど、初めて聞きました。

錦織 勉強になりますね。

松島 どっちかというところ……

木村 すみません。今、小野が空いたので、ちょっとデータを持ってきて画面共有で簡単に説明させてもらっていいですか。

ホームページのところに通りちょっと上げさせてもらってたのですが、ちょっと動かさせてもらいます。

錦織 ありがとうございます。

小野 はじめまして。

松島 ありがとうございます。

小野 申し訳ありません。

中山 すみません、メールをさえていただきました中山です。すみません、お名前を何度も間違ってしまった大変失礼しました。

小野 とんでもないです。ばたばたと申し訳ありません。小野と申します。

錦織 錦織といいます。よろしくお願ひします。

小野 カリキュラム。

木村 うん、1年から6年まで。

小野 授業の説明ということで。

松島 はい。よろしければお願ひしていいですか。

小野 分かりました。画面共有をちょっとさせていただきます。

松島 ありがとうございます。

小野 本校の子どもたちの背景というのが、まさにこのあかん方の負の連鎖の中にあっただけで、そこにいろいろ取り組みはしてきたんですけども、授業として何か突き刺さるものを考えてきたのがこの5年間になると思います。このラインナップ、9年間、中3までの9年間ということで考えてきたんですけども、まず、授業づくりとして今虐待されている子がまず授業をすることで分かるようになるリトマス試験紙的な内容であり、価値観の相違の修正とエンパワーメントというところです。

木村 一応、どっちかという性教育的な視点で。

小野 シャベった方がいい。そんな言われても。

命の安全教育ということで文科省の方からちょっとした指定校でさせていただいているんですけども、予防教育の方を言われているんだらうなという印象があります。若年妊娠であったりとか、デートDVというところを防ぐための授業というのが命の安全教育なのかと思います。どちらかというと、本校では治療的教育というか、自己と向き合うこともすごく大事に考えています。それが授業の中に入っているのが大きな特徴になるんですが、それがたぶん加害者を防ぐんじゃないかなというのは全然エビデンスはないんですが、ポイントかなというふうに思っています。

1年生で安全・安心の当たり前の基準を確認して、2、3、4でライフストーリーワーク、治療的教育で自己と向き合うということをしています。5、6年で予防教育ということでデートDVと子ども虐待。その上に、より社会に近い形で、疾風怒濤の思春期でいろんな葛藤があるし、リストカットしたり、何かあるんですけど、中1って。でも、そこを脳が暴走してるんやでというような、そういった授業を作りました。そして、リアルで、もっとリアルなデートDVの事案、そして、虐待ということ時点も含め授業にしていっただけかなと思います。

1年生ですが、安全・安心の基準をここで確認していくんです。絵の中にいる子どもってたくさんいます。実際に汚れていたりとか、だらしなかったりとかという子っていううちの学校にもたくさんいるんですけど、その当たり前の基準をまず授業の冒頭で確認して、清潔、不潔という部分も間違いをちゃんと見つけられるかなという授業をまずして、対処法も確認する中で、絶対清潔にしようとしたらプライベートゾーンの話って外せないと思うんですけども、プライベートゾーンを教えますよという授業じゃなくて、健やかに、安心して暮らしていくにはプライベートゾーンの約束って絶対要るし、真のプライベートエリアという視点で提示しています。お風呂へ入るよと言っても、先生がお洋服を脱がそうとするんですけども、これはどうしても「あかん、あかん、キャー」というふうになるんですね。それってやっぱりちゃんと恥ずかしいという気持ちが育っていることなんだよということでもあり、そこでキャーと言わない、何であかんのという子は、ちょっとそれは違うよということ、先生が1対1でというよりも集団の中で一緒に学んでいくような時間になります。

みんなに見せない、触らない、触らせないというところは、あえて白抜きにしておいて、子どもたちはいろんなことを言います。遊ばないとか、自分で言うんですけど、それって自分たちが考えたほんまの意味のあるプライベートゾーンの約束なんじゃないかなということはこの時間を大事にしています。

木村 これ、簡単に6まで行かないと、全体の時間ってなくなるから、まず言うてから、また言うたらいい。

小野 概要だけ。分かりました。すみません。ここが性的虐待の防止教育とっております。ここであいち小児保健医療総合センターの方へ視察へ行ったケアキットプログラムを参考に、これはカナダの、赤十字のものということを知ってありますが、それを参考に本校バージョンで作り替えました。これが生野南バージョンです。いいタッチ、あかんタッチということで、子どもたちはバツ、丸で判断するんですけど、約束というよりも相手が嫌やったらあかんというふうには子どもたちは分かっている、被害を防ぐという。

次は親しい大人とのことですね。近所のお兄ちゃんやおじさんとか、最後には親しいお父さんとのちょこちょ遊びからの、性虐待のニュアンスをちょっと入れているんですけども、ノーと言えない、ノーと言えるときはいいんです。ノーと言えない場合のSOSの救済機関なんかもここで確認をします。

2、3、4がライフストーリーワークで、本当に子ども、むっちゃ荒れるんですよ。お母さんってとか、何で自分は施設にいるのかなというように子どもたち、つぶやくのが、ちょうど9歳、10歳辺りになります。心理治療教育の一環でもあるライフストーリーワークを軸に置いて授業を作りました。普段からつぶやきをきっちり拾っているんですけども、学校は事実の告知はしません。言えません。例えば、風俗店でできた子どもさんや、お母さんが薬物の使用で何回も出たり入ったりされている。そんな事実を言えるわけではないんですけども、でも、子どもってすごく気になるんですよ。だから、そこをうそを言うことでもなく、しっかり道しるべを、道をつけてやるというか、納得できなくても、今こういう状況ということ、うそになることもありますし、ほんまのことを言うこともありますし、子どもの、今何なん、今の自分って何なんというのにきっちり丁寧に対応していくというのが本校のライフストーリーワークです。

それに伴った授業として、2年生でまず赤ちゃんに向き合います。絵本であったり、体験活動を通して学んでいくんですけども、動物の赤ちゃんとの比較をすることで、人間だからこそある愛着形成という不思議さ、よさに気づかせていきます。というのが2年生です。

3年生は子どもの権利を通して40条の権利に出会うんですけども、まず守られてへんわと言うんですよ、子どもたち。これは守られてへんこれ守られてへんと子どもらは言います。それに応えていくのが大事かなと思っっているんですけども、いろんな視点から40条の権利を学んで、自分の権利の価値観というのにも向き合います。

最後、守られてへんわというふうに応えなあかんと思うんですね。それは何かというと、子どもたち、お悩みカードをポストに入れていきます。それを網羅した事例を5つぐらい授業で上げるんですけども、このお悩み、みんなどうやって解決するというふうには班ごとに解決していきます。それをただどこかで、子ども同士では無理やなというところで立ち止まるんですけども、さっき冒頭に言った、子どもが守られてへんわと思っているその

権利、それをどう、流してもいけないし、解決もすぐできないんだけど、授業の中で子どもが SOS を言える力を育てていくということを答えています。あかんところでは大人に頼るとか、具体的に社会資源を紹介するというようなことをしているのがこの授業かな。

何よりやっぱり自分の悩みに近いものを友達が一生懸命解決してくれていることにエンパワメントされているというのは子どもたちから伝わってきます。本格的にライフストーリーワークということで4年生では、未来と向き合い、それから、今の自分とも向き合い、それから、今の自分とも向き合います。丁寧に過去の自分ということとつなげていく形になります。

5年生です。ここではデートDV、これはまだ恋愛とか人を好きになるとか、あまりぴんと来てないんですけども、どうしたかというのと、おでかけプランを立てさせました。2人のカップルをつくって、背景や名前や、いろんな、いわゆる小学校で言うお話作りになるかなと思うんですけども、そういった形で展開していく中で具体的にこんな6組のパートナーをつくったんですけども、ここでやっぱり大事な約束事というか、子どもたちはほっておくとお泊まりをするとか、言うんですけども、それはテレビの影響やと思うんですけど、違うよねと。知り合って間もない、やっぱり早くにさよならしないといけないねみたいなことを確認しながら進めていきます。何か好きやというのとはよく分からなくても、やっていく中で特別、友達との違いってこれなんかと子どもたちは気づいていきます。それと比較して、後に示す子どもたちが作ったオリジナル、さっき作ったデータプランを悪化させてDVの形に形を変えて子どもたちに提示することで、あるいは何かでも、みんな好きやから、好きやからって言うんですけど、これってさっきの好きとどう違うのということを聞くと、ブラックハートとか、好きやけど自己中な、自分中心とか、一方的なというふうに、子どもたちはおのずと気づく、小学校5年生にデートDVはこのぐらいかなという形で今提案しているところです。

6年生です。ここで虐待のことに向き合っていくんですけども、こんなことを言った子どもがいて、初めてすかね。平成29年度にこの子がこんなことを言うたんですけども、ここかなということをやっとヒントにしなからばちばち作っていきました。

まず、結婚を文化的に、歴史的に捉えて、法律にも触れていきます。子育てについてもまず人形で実技体験をした後に、実際にボランティアさんとやります、体験活動。ただ、ここでは育児という視点で取り組みます。

未来の家庭というの、結婚も育児も一応勉強した上で、じゃ、どうしたいのかなというふうに分かる自分の幸せの形というのを見つめていく時間を1つ捉えて、最後、心の傷ということで授業をしています。

心の状態、赤、黄色、青という状況にして、分類をこういう、いろんなカードを用意して分類をしていきます。この中で、いろんな価値観があるんですけども災害や犯罪と並ぶのがおうちの人からの暴力や暴言なんだよということを学ばせて、じゃ、その影響であったり、メカニズムということですね。脳の損傷とかはまだいいので、そこは、心の傷のメカニズムというのを学んで、ほっておくとうなるか。ただ、治療ができるんだよと。プロフェッショナルの、プロの方がいらっしゃるんだよということが1つと、近くにいる友達同士でもできることがあるんだよということとつながりマップというか、赤さん、青さん、黄色さんという状態の人が集まったときにどんなふうにつながり方をしたらいいのかなということと一緒に考える時間を設けました。ここにはすごく優しさというか、エンパワメントもあったりして。

最後、レジリエンスに持っていきます。最後の1人、これは自分自身やなということで、子どもたちがそれぞれに考えたことを出し合いますが、私たちとしたら安全基地にこういった思い入れや友達というのをしっかり詰め込んでやるのが学校の務めかなと思っています。

木村 一応、そこまでで。

小野 はい。

木村 1年から6年までそういう感じです。

松島 ありがとうございます。中山先生、どうですか。中学までさっと聞いてみたいとか。

中山 そうですね。お願いいたします。

小野 中学1年生、先ほど言いましたように、私たち、必死で書籍を読んで扁桃体の活発な活動、イライラしたりとか、キレたくなったりとか、攻撃的になることが、あなたが悪いんじゃないかと、今そういう時期なんだよという授業の中でストレスということと向き合って、いろんな葛藤が、宿題するの、めんどくさいとか、人を売るとか、お金を取る、取らへんとか、本を取るとか、万引きとか、でも、これ、やらへんのって何でやんやろうなということを考えました。それを、一応安全基地の中にいるストッパーとか、内在化して心に人が住んでいるとか、よく言いますけれども、そこ向き合う時間を中1に設けて、子どもたちは今書いているようなことをいろいろ発表してくれたんですけども、空っぽの子もいます。でも、空っぽな子もこれからつくっていくことができるんだよというメッセージ性の中で、ストッパーがおったとしてもおらんかったとしても、どうにもならへんトラウマの傷というところももちろん紹介した上で友達へのエンパワメントを話し合って、自分やったらどうする、友達に対してどうするというのを最後に話し合った、その授業です。

中2です。今、おれさま系の漫画がすごくはやって、ここはすごく心理士さんの、イトウアキラさんの書籍を参考にしたんですけども、恋人=象徴的親って、体感ですけど、こうなってる子、むっちゃ多いですね、中学校でも。恋人ということもよう分からへんけども、アタッチメントの再形成を恋人で測るというパターンがあまりにも多いというのはすごく聞いても見てても思います。

しかも、こうやって支配的な、はやってるじゃないですか。それがキヤーキヤー言うんですけど、いやいや、ほんまのインタビューを見せましてドン引きですね。そこでスタートラインに立ちまして、それでも好きになってしまう脳のメカニズムをちょっと紹介なんかもして、この5つの定義を、口で教えるんじゃないかとこんな感じで、これも短冊にしたものを、データ代を払わされるって、経済的暴力やなみたいな形で分類していくような時

間をもって習得させるようにしました。真ん中に置く子もいて、それをもって価値観を話し合える時間は学校ならではかなと思います。

いろいろ対話しながら進めていったんですが、中学校で押さえたのは、加害者もおんど、この中にと。今授業を受けてる中で未来の加害者も絶対おるよなど、そういう地域でもあるので、だから、さっきのこれに法律を突き刺すというか、これはDV防止法、ストーカー規制法、刑法・民法でいろいろ突き刺さっていくんだよ。ただの好きやから、恋人同士やからというので済む問題とちゃうねんということをしかりここで押さえるようにしました。

もちろん何かあったときの対処法、相談場所も紹介しました。いろんな知識を習得した後に、集大成じゃないですけど、漫画ですね。漫画でDVを見つけて、これは何暴力やとか、これは刑法何ちゃらという感じで言いながら、ただただ子どもはあかんやろ、あかんやろと言いながら読んでたんですけど、そこまでじゃなくて、それは小5でももちろんやってるんですけど、何で離れへんのやろうなというところを見つめるようにさせました。

子どもは分かってました。よう分かってへんぼやんとした男の子もいましたけど、女の子なんか、依存してるやんってばーんと言いやって、いわゆるハネムーン期、イライラ期、爆発期ですか、それも説明もしてないんですけど、分かっているような感じがしました。そんな感じで中学2年生です。

中学3年生です。これは山梨県立大学の西澤哲教授からずっと、我々が講演に行き聞かせてもらっていた内容を授業に5年かけてさせていただいたんですけども、ズバリ、虐待死事件を授業の柱に置きました。冒頭で、これは親やったらあかんやろうということを紙原先生が聞くんですけど、この地域の子どもたち、わりとたくさんの子が産まんかったらよかったと言われる、めっちゃ言われてるねんと思ったんですけど、ここに上がってくるような内容が厚労省が定めている虐待の定義に一致するということと、併せて、もちろん防止法はあるねんと。法律も教えます。各省庁が相談場所も明確に求めているし、制度もあるんやで。だけどなということ、その行き先ですね、施設も紹介しました。それでも虐待死事件って起こってる。法律も施設もある。でも、起こってるよなということ投げかけます。

今回扱ったのはこの3つの事件です。すべて西澤氏が心理鑑定を取っておられて、その鑑定結果を可能な限りで研修で聞いてきたことを盛り込みました。ちょっと見えにくいと思います。ここに文字で、これが一部ですね。いわゆる子どもをこの手で殺したというか、あやめたとされる親が西澤先生の心理鑑定によってつぶやかれた内容というのを授業に盛り込んで、擁護するわけじゃない、決して許されることじゃないんだけど、みんなどう思うということを知りたい、やっぱり中3というのは俯瞰してすごく物を見ることができるので、親の背景にある孤独ももちろん読んで、許されへんとか言う子がいなかったですね。だから、できる授業なのかなとも思います。

その後、じゃ、どうしたらこういうことが起こらない世の中にできるのかなということ子どもたちと一緒に考えた。これが子どもたちが考える未来の支援制度というか、中3が考えたものになります。

最後、紙原氏がこういうメッセージを残したんですけども、この3つの、今のこのメッセージの中に生きる教育のすべてが詰まっているかなと思います。すみません、足早で、以上です。

松島 小野先生、ありがとうございます。非常に興味深いというか、想像していたよりも非常に濃い、内容に突っ込んだ教育をされているのだなと実感しました。

ここで中山先生、何かご質問等ありますか。

中山 ありがとうございます。もう息をのむような思いで伺っておりました。

1つ、小学校がなぜ中学校まで、どういう場で連結されてやっているのかなと思ったんですけども。

木村 連携は、この中学校は校区の中学校で、来年度、本校もこの場所から中学校の敷地に、新しい校舎ができてもう1つの小学校と一緒に小中一貫校になる予定になって、それもあるんで連携をして、もともと本校でずっと6年間の分を取り組んでたんですけど、去年、一応、中学校もこの授業と一緒に、小野が中心になってやって、小学校1年から中学3年までの9年間を見据えて作っています。

中山 分かりました。ありがとうございます。

あともう1つ、先生方の、小学校の先生というのは何年かで異動するというふうに認識してたんですけど、そこら辺のことというのはいかがでしょうか。

小野 小野がちょうど10年目です。大阪市では一応、10年で異動ということになっているんですが、本校、今年でちょうどなくなりますので、小野がたまたま10年前に来て、今まで中心になってやってきました。私はもともと先ほどの中学校で教頭で赴任して3年、その後、この小学校に異動して6年、1年別の小学校で校長をやったんですけど、戻ってきて今4年目。たまたまですけど、一緒にずっと進めています。

小野 異動で先生方の入れ替わりはあるんですけど、だからできないというのではなくて、教材の打ち合わせで乗り切れるものを作らないといけないなと思ってます。

中山 ありがとうございます。何かすごい熱心な方がいるときには、それは我々のところもそう、何でもそんなんですけど、その人がいなくなると終わっちゃうということがすごく多いので、すばらしいなと思って聞きました。

最後に、親との関係が非常に難しいんじゃないかなと思って伺っていたんですけども、親からの反対、賛成というのはいかがでしたでしょうか。

木村 本校、10年前は非常に、いわゆる荒れた状態で、子どもたちの校内の暴力も多くて、先ほども少し出でたんですけど、実は校区内に児童養護施設があって、1割ぐらいの子どもがそこから来てますが、今の時代なのでほぼほぼ保護者からすごい虐待とかを受けて保護されてきた子どもたちなので、それもあって非常に学校がしんどい状態でした。それを頑張ってよくしつ、国語科にもすごい力を入れてるんですけど、学校がどんどん

んどんよくなっている中で、こういう教育がすごく効果があるというのを私たちも保護者にも宣伝してまして、これ、毎年親にもこの授業を公開してます。保護者もすごい感心してくれて、それでいくと、昔は虐待とかが実際にあったんですけども、今はすごく少なくなってます。親も意識が変わってというところで。被害者も加害者もつくりな教育を小学校を核にして中学、地域、親にまで広がっているのかなという現状です。

中山 ありがとうございます。本当にできるんだなということをしごく今感じさせていただきました。ありがとうございました。

松島 私からも少し質問させていただいてよろしいですかね。すばらしいカリキュラムなので、同じ先生が同じようにというわけにはいかないかもしれないんですけど、こういった段階を追ったカリキュラムって、ほかの学校とシェアをしたりとか、全国的に広げていくような取り組みってされているんでしょうか。

小野 まずは、この子にこれを教えたいと先生が思わないと伝わらへんかなと思うんです。だから、こちらかというより、来られてええなと思ったことをやってくくださる方はいらっしゃいますが、こちらがやりましょうということかこういうデリケートなことだからこそ、指導者が内側から持たないと危ないかなとも思うので。

松島 ありがとうございます。

木村 全国のことについて言えば、文科省がことし、全国の市町村の教育委員会に命の安全教育をやらないかということで投げかけて教材を作ってやっているんですが、そもそも文科省がそれをやり出した理由というのが、本校がこういう取り組みをずっとやっているというのが文科省の目にも触れて、これ、いいなということできている。だから、本当は文科省が始めたからうちが受けてやっているんじゃないし、うちがずっとやっていることが広がっていつかやっているという感じ。

ただ少し気になるのが、文科省が打ち出しているのが、性暴力を防ぐというのをすごいメインにばーんとタイトルを出しているのが、実際受けづらいんですよね、一般の学校にすると。その研究を受けたときに、それこそ保護者とか地域が何でうちの学校、そんな研究をするんやみたいなのが少し課題かなと思います。

松島 なるほど。ありがとうございます。中学の方に一部のカリキュラムを移動させたりとか、年々少し変えていかれているところもあるんじゃないかと拝察しますが、例えばこういう課題があって、それをクリアしたみたいな、何か大きく改訂した内容とかってあるんですか。

小野 カリキュラムですか。

松島 はい。

小野 この生きる教育で。

松島 はい。

小野 1個だけありまして、西澤教授に出会ったときに、西澤先生が心理鑑定の内容をすごく厳しくも温かくお話しされるんですよ。虐待が起こるということが社会の問題やということにすごく共感した。だから、絶対授業にしたいなと思ったんですけど、小6に持っていったんです、最初。私、関係性があってのいでけた。しかも強烈にいけたんですけど、危ないかなというふう思ったので中3に持って行ってちょうどよかったなというのは1点あります。

松島 ありがとうございます。

もう1つ命の授業というか生きる教育に関して、私たちって専門領域的に、どちらかという命と聞くと亡くなる方というかを目的というか、題材にしがちではあるんですね、おじいちゃん、おばあちゃんが亡くなったとかですね。そういったところよりもどちらかという生まれる方に注目されている印象を持ったんですが、それって自然にそうなんですか。それとも相手が小学生とかだから合いそうな場面とか何か意図はありますか。

木村 まず私から言いますと、結局、先ほども施設に入っている子とか、すごい虐待を受けている子というのが親からの愛情を受けていないんですね。愛着関係ができていなくて。自分がどの何者かというのがあやふやになっているためにいろんな問題が起こるんです。だから、ズバリ生まれてきてという、生まれてきて誰でも大事にされてというところをしっかりとまず教えるというのが大事だなというところからスタートしている感じなんです。

松島 そういう背景ですね。ありがとうございます。すみません、たくさん内容をまだまだ聞きたいんですけど、ちょっと医学の方にどうつなげるかを少し転換させていただきたいと思います。

社会として動いている中、性教育に関してもいろんな、小学校が取り組みをもう少し深めていこうとしている中だと思えますが、医療の視点として考えたときに、医療がどんな役割を果たしていけるかというか、果たしていくべきか、そういった何かご意見はいかがでしょうか。

木村 先ほどの話に戻るんですけど、やっぱり性教育で、小学校はまだそこまでなんですけど、やはりいつも、たぶん性教育をすごく進めている人が壁に当たるのは、一番肝心なところが教えられないので子どもの疑問に答えられない。よく今ネットニュースでなってるけど、例えば、どうして男性の精子が女性の体の中に入るんやという、素朴に小学生が質問したときに、今の学習指導要領では答えられないんですよ。

松島 どうされているんですか、そういう質問。

木村 今ちょっと聞き取れなかったんですけど、それを答えてもいいのがお医者さんかなと。産婦人科の先生が学校に入ったり、助産師さんが学校に入ったりというところで、ちょっと話が全然逆ですね。僕らからお医者さんの方に何かという話なのに、そっちからこっちに。

松島 ただいろんな地域で、例えば疾病を持っている患者さんに研修医とかが講話に行くとか、そういった取り組みなんかもあったりしますし、教えること自体がかなり教育効果としては高いというふうにされていますので、それは反転じゃないんですけど、ということはある得ます。かなり難しい課題とは思いますが、これが医学部生となるとですね。

中山 でも、医学部生に話す経験のある医者について、その先生が普通の人に話すのを見ているということでは
できるかもしれませんよね。

松島 そうですね、確かに。ただ、私たち自身もそれほど性教育って学んできたような記憶はほぼない。保健の
ときに少し触られたかなというところなので、教えるとなると本当に医学部の段階からカリキュラムとして扱っ
ていかないと、ちょっと教えられる段階に上級医としてもなれないなというふうに今感じてました。ありがとうご
ざいます。

少し医療からまた狭めて、医師の役割ということでも同じようなお答えになるでしょうか。医療の役割、医師
の役割、医学教育というふうに狭めていきたいんですけど。

小野 担任をしての景色でしかないんですけど、何の答えになっているか分からないんですけど、福祉とか医
療とか心理治療というところに、最悪そこにつなげて、最悪というのはそれが必要な場合はそうなんやろうなと
思うんですけど、グレーの子がたくさんいるんですよ。そういう子どもたちをすぐに診ていただくのもいいの
かなと思うんですけど、極力集団の中で何とかしていかななという中でいつもいるので、あまり外を見る視点が
なかったんで、お医者さんにつながって、ほかに行ってしまうたら敗北やという感じで思っていたので。そうなん
ですよ、でも、本当に。それは治療できるんですけど、集団というストレスの中でやっていかないとあかんなど
という場所にいるんやな、自分はと思ってます。

松島 集団というストレス。

小野 はい。いろんな傷を抱えた子はいるんですけど、そういう子が施設ですね、そういう専門の施設に行く
こともあるでしょうし、こども相談センターにつながることもあるんだろうと思うんですけど、それはこっちは
楽ですけど、でも、やっぱりこの環境の中で生き抜く力をつけていかななという視点でおるんですよ。だか
ら、すみません、全然答えになってない。

松島 医療機関への接続ってどんな感じでされてますか。

小野 それは、本当に、あります？

木村 あるやん。都島のところに。

小野 そうですね。

木村 あれ、どう言うたらええかな。すごい不登校の子どもとかで、福祉とか学校ではどうにもならないような
子どもが……

小野 支援じゃなくて治療が。

木村 やっぱり入院して治療して効果があるという、最後のとりでみたいな、大阪でしたら都島の総合医療セン
ターにそういうのの相談を受けて、実際入院とかで治療をしてくれるようなところがあるので、それぐらいしか
思いつかないです。

松島 結構1割ぐらい、先ほど伺った中ではお子さまたちは虐待を受けた経験がある人がいる可能性があるとい
うことですよ。そうすると、やっぱりこういうことを扱う上でトラウマが表に出てきてしまったりとか、何ら
かフォローする場面もあり得るのかなと思うんですけど、何かご経験ってありますか。

小野 思い切りトラウマは再燃して暴れまくってました。ただ、感覚でしかないんですけど、そういう子ども
たちに、もちろん変な優しさとか、変な愛情、変な愛情と言ったらあれなんですけど、一番効いたのは文化的な
取り組みでした。知的な充実感と文化的な、踊ったり、歌ったり、体育行事を一生懸命頑張ったりというのが、
乾いたスポンジ状態ですーっと取まっていったことをきっかけに、学校全体でもシンプルにいろんな行事でそう
いった子どもたちが前に出られるように学校体制を作っていたことで、子どもたちって笑顔で安心して施設に
帰っていくんですよ。家に帰るのも一緒。そうすると、まず施設さんの方が信頼してくれて、こういった取り
組み、再トラウマ体験のきっかけになるような授業もあるんですけども、事前に打ち合わせさせてもらって、パ
ンドラのふたははよ開いた方がええから、学校へも安心して行ってるから、学校でふたが開くんやったらそれは
本望やということで施設長も信頼してもらっている状態です。

松島 ありがとうございます。すごいですね。ありがとうございます。そういう医療、医師の役割から、その前
の段階、医学部生、医学教育ではどのように扱っていったらいいのか、性教育。

小野 性教育。

松島 はい。命に関しても、両方の視点でいただければと思うんですが、学んでおくべき内容なんてあります
か。

小野 絶対言える立場じゃないんですけど、医学部生とかに。

松島 ぜひお願いします。

小野 ただ、教員になる前にトラウマアタッチメントのメカニズムは知っておきたかったと思いました。キレて
る理由が、意味なんてない、体の、脳障害、脳の問題なんやということさえ分かっていたら、こっちはさらされ
んでもええし、相手も穏やかに過ごせたのになという、教職課程でやってほしいなと思ってるんです、取りあえ
ず、まずは。

松島 ありがとうございます。

木村 私は、やっぱり逆に、医学部へ行くような学生さんがどんなふうに捉えているのかというのを知りたいん
ですよ、今よく世間で性暴力とか、すごく取り上げられているんですが、何か医学部生も含めて、いまいちその
年代の子どもらが、昔よりももっと何かよくないというんですか、被害にも加害にもなっている状態で、医学部
生でも加害になったりするということで、逆に何でかなという。その人たちにこれが足れへんからとか、こうや
った防げるというのを教えてもらいたい。

松島 中山先生、何かご意見ありますか。

中山 今、本当に一生懸命考えたんですけども、本当にそんないい答えはないんですけど、今の医学部の学生、医学部ではきょうお話を伺ったようなことを学ぶ機会、プログラムはないんですね、医学部の中には。私が35年、大昔に学部の子だったときもそうだったことは学びませんでしたし、今もそうだったようなものがあります。ですから、いわゆる地頭はいいんだけど、やっぱり教えないと、全然そういったものって自然に、ちょっと教えるとたぶんぱっと行くんでしょけれども、そのちょっと教えるという機会を作っていないんじゃないかなということをちょっと思いました。

松島 小中学生を先生方、相手にされているので、まだたぶん変化の余地がある年代というか、という印象はあるんですね。ただ、医学部生、医学をやっていく上で必ずここは学んでおかなければならないなどは感じていますし、逆に医学に進んでいる人たちってかなり世界が狭くて、勉強を中心に育っていきまして、同じような仲間と進学して行って、研修医になって、医師になってという形で、チームの中では中心にいたし、指示を出す側であったりして、あまり周りから指摘を受けたり、指導されることも、どちらかというと少なかったり、医療の病院の中でほぼ生活をしているので、社会の中という感覚も少ない集団には入るかなとは思っています。だから、例えば、だいたい中学校のころにはされているみたいですけど、デートDVとか、そういったこともあまり感覚も、考えたこともあまりないとか、そういった状況かなと思いますので、確かに命という前に相手とのコミュニケーションとか、距離感とか、そういったことを学ぶタイミングがないので、自然な環境でしか今育っていないなと聞いてて思いました。

中山 元からわりとセンスがある程度よくて、本当に共感力もある人間もいるんですけども、そうでない人たちもいるから、ちょっと底上げは教育としてやっていかないと、本当にいけないですね。さっきのトラウマインフォームドケアみたいな話も、私もまさにイケダグミエ先生がいろいろTICのことを4年くらい前に話を聞いて、ソーシャルワーカーの先生と一緒にされる中で初めて私も聞いたんですね。だから、トラウマのことなんかも十分知識を持っていないのが今の医学部生だと思います。言葉とか概念として伝えていく機会も本当に大事ななと思いました。

松島 ありがとうございます。例えば、医学部で取り扱うカリキュラムとして具体的に考えた場合、先ほどのトラウマアタッチメントとかというのも重要な項目だと思いますし、ほかに何か先生方からご提案されるとか、想起されるものとか。

小野 医学という、ほんまに絶対役に立たへんけどちょっとだけしゃべります。精神疾患の親御さんというところが、私たち、なかなか出会うことがあるんですね。それと虐待、貧困とが結びついていることがケースとしては多いんですよ。普通の我が子を守るクレーム対応なのか、パーソナリティーの部分でニーズを言うてはるのかという部分を知っておかんと子どもを守られへんなどというのはあって。これ、お医者さんも出会わはるような思いながら過ごすきょうこのごろなんですけど。パーソナリティー障害というところって、精神疾患なのか、ボーダーですね。そこがどっちか分からない今の中で、これ、知っておかないと対応でけへんなどすごく思うんですけど、きっとお医者さまはもっとやろうなど。自分の中の狭い常識で、わりと勉強してきた常識では考えられへんようなことをおっしゃるので、それがすごくその方の生い立ちにかかわっていたりするので、絶対知っておかなあかんなど思いましたし、いらっしゃるやろうなど思います、患者さんにも。

松島 中学までで積み残すというか、その先に送らないとちょっと無理だなと、時期的にも早いなというのは性行為とか、そういった突っ込んだこと以外にもあります。

小野 今、チャレンジしようかなと、今、紹介はしなかったんですけど、発達課題と愛着課題の授業を4年生で1本作ってるんですよ。いわゆるADHDなのか、アタッチメント障害なのか。持っている子どもら、だらけなんです。アスペルガー的な子も、グレーの子で。そういう授業を1本作ったんですよ。

もう1個思ってるのが、さっき言った精神疾患一覧表にしたら、たぶんいくつもあると思うんですけど、心の傷が、ダイレクトには教えないですよ。教えないんですけど、心の傷や生い立ちとか、そういったことが、ほっておくと、ちゃんとケアしないとこうなるというところを1本、中1辺りで、脳のところが出てきている中1辺りで作ってみようかな、ことしとは思っています。

木村 発達の課題なのか、愛着形成の課題なのかというのが、今、私たちすごくテーマというか、現場では。お医者さんでも見分けるのが難しい。海外では発達の課題を判定するときに一切愛着の課題がないという状態でないと発達の課題だと判定しないということを知ったことがあるんですけど、やっぱりお医者さんにとっても、いろんな患者さんの症状を見たときに、それがもともとの生まれ持った課題なのか、後から形成された課題なのかというのを見分ける力ってすごい大事だと思うんですよ。

小野 何でこんな切り込んだことをまた入れるかという、これ、小さいときはいいですよ。よう忘れるなとか、落ち着きがないとか、机の上を片付けられへんとか。でも、後々思春期に差しかかって、アイデンティティーが確立されていくかいかへんかのときに、すごいそれがネックになると生きづらさ変わっていくんですよ。厚木市の事件をちょっと読ませていただいたときに、あの方は、発達課題から来ている、養育環境もあるんですけど、発達課題からの7年も放置したという事件があったんですけども、そういったこともあって逆算して要る。友達と楽しく授業を受けながら自分自身と、子どもたちも、おれやとか、授業中、言うんですよ。だから、そういうふうなのが義務教育の中であつたら、ただの生きづらさだけが残ると自分を責めて、自傷もしくは他傷、ほかを傷つけるとか、そういったことになるやろうなというので入れてます。全然話はそれでしたけど。

木村 そういうことを知っている先生、お医者さんが必要だなと思います。

小野 というのと、行かないんですよ、医者に、そういう方って。足を運んでほしいなという、難しいんですけど。絶対自分からは行きたくないし、行かへんし、つなげるのは難しいところが何とかならんかなとよく思います。

中山 学生の教育にどうやって結びつけるか。

松島 こういった教育課題が、まだ終着地点が私自身も見えてないんですけど、命の授業だったり、性教育だったり、今話されたニュアンスの中で、実際医学部で教える人は誰がいいんでしょうか。

木村 それを教える。

小野 でも、実際にトラウマアタッチメントに触れてこられた方がいいんじゃないかなと思います。全然話が、それって、我々もたったちびっ子のトラウマに触れただけでくたくたになるんですけど、吸い取られるんですけど、もっとやと思うんですよ。それこそ西澤先生なんかは人を殺した人と対峙するので、ぼろぼろになるってよくおっしゃるんですけど、から生まれる言葉って本当に、目から鱗ですし、どこかで自分も楽になるところがあったりするんですね。話はそれるんですけど。

松島 ありがとうございます。そうすると、どうカリキュラムに入れていくかということをお我々は考えないといけないんですけども、先生方のところは一つ一つを1学年ずつ教えていただきましたが、大体何時間ずつぐらいとかというのはあるんですか。

小野 はい。各授業は2〜3時間で構成してます。

松島 1学年の間に2〜3時間の何か取り組みがあると。

小野 そうです、そうです。

松島 ありがとうございます。例えば、先ほどの西澤先生だったり、ワークショップをするとか、教える人の問題、マンパワー、時間というのが気になっているところで、例えば視聴だけの教材とかでもある程度いけるものなのか、講話を聞くじゃないですけど。どうしても誰が教えるという指導者が喫緊には、すぐには全国の大学に行き渡るようには難しいというふうにも感じていて、どういう教育法が効果があるかという、難しい質問ですけど。

小野 一番いいのは、もちろん目の前でお話を聞くのが一番とは思いますが、しょうがない部分はしょうがないと思うので。

松島 例えば、ほかの課題に、きょうの課題以外でもそうなんですけれど、教える人が少ない課題に関しては、エキスパートの人のビデオ教材を作るとか、ちょっと生の対話にならないんですけど、そういったことでもある程度効果があるようなことは想定されていますかね。

小野 西澤先生の話とかで、生きる教育じゃないですよ。

木村 医学部生に教えるときに、例えばビデオ教材的なものでも効果があるかという。

小野 それって西澤さんの話。

松島 誰の題材をいただくかということも、私たちはもともと想定がないものですから。例えばこの先生のこういうのだったら。

小野 西澤先生の話聞いてほしいです。しょうがない。ノリ、突っ込みの人なので、大阪の。もともと関西の方で。シリアスな内容を厳しくも温かく、笑いも交えて言われる。引き込まれると思うんです。だから、ライブが一番なんですけど、でも、いいんじゃないでしょうか。やっていただきたいなと思います。

木村 僕は小野先生の話、1時間、さっきの部分の聞いたら、何かちょっと感じるものが出るんじゃないかなと。

中山 そう思いました。

松島 そうですね。一応、例えば生の授業が設定できなかったとしても、エキスパートの先生からいただいた教材などでも意味はあるんじゃないかなというふうにお考えですか。

小野 社会の底で生きる方の声を聞けたときに、本当に変わりました。

松島 先生方がたぶん影響を受けられるということは、医学部生も必ず……ありがとうございます。一応、お聞きしようとした内容はだまかにお聞きできたんですけど、中山先生から追加の質問とか、いかがでしょう。

中山 本当にお話を伺えてすごくよかったです。医学と福祉の距離が最近かなり近くなってきたんですね。医療と介護も、当然介護まで連携していかなきゃいけない。昔は隣にある別世界だったんですけども、医学と教育というのも本当にかなり近づける機会なんじゃないかなと思って、あらためて聞かせていただきました。本当にどうもありがとうございました。

松島 ありがとうございます。一応、このインタビューは逐語録になって内容を先生方にご確認いただいた上での資料にはなるんですが、先ほどたくさんスライドを見させていただいたので、おそらく逐語録だけだと伝わらない部分があるんじゃないかなと危惧するんですけど。

小野 もし分からなかったら、発表原稿を送らせていただきます。

松島 よろしいですか。

小野 全然。何ほでも使ってください。

中山 ありがとうございます。

松島 ありがとうございます。

小野 いえいえ、とんでもないです。

松島 非常にありがたいです。

中山 もちろんお名前をきちんとした上で、みんなで共有して勉強させていただきたいと思います。ありがとうございます。

松島 ありがとうございます。先生方から最後に何らかメッセージやら私たちへの逆質問でもあれですけど、あれば。

小野 頑張ります。お医者さんにお世話にならんでいよいよ何とか頑張ります。でも、いざというときは助けてくださいということで、すみません。

中山 協力体制ができていたら、本当にいいなと思います。

木村 最初お話をいただいたとき、質問を見たときに答えられるかなと思ったんですけど、でも、ちょっとでもお話をさせてもらって、すごく勉強になりました。ありがとうございました。

松島 いえいえ、こちらこそ非常に刺激が強くて。

中山 そうですね。我々が消化するのが、これから。

松島 私も個人的なことですけど、小学校の先生か医師になるかですと迷ってきた経緯があるので、先生方と教育の話ができるというのが非常に楽しい時間でした。ありがとうございました。

中山 松島先生、実は僕もそうだったの。

松島 えー、マジですか。じゃ、非常にここに興味が。

中山 何かご縁があったということで。

松島 医学部には小児科になるつもりで行きました。ありがとうございました。

では、すみません、1時間以上にわたり、たくさんお話を聞かせていただいて、非常に刺激があるというか、やっぱり自分たちの世界から離れた、距離があると思う先生方でしたけれども、必ず取り込んでいかないと、社会の中の医療って見えないんだなということを感じました。ありがとうございました。

中山先生、最後によりしくお願いします。

中山 本当にお忙しいところ、貴重なお時間をいただいて、本当にありがとうございました。またいろいろご支援いただくことがあろうかと思っておりますので、そのときはどうぞよろしくお願いいたします。私たちが何か、どんなことに直接お役に立てるか、ちょっと私も精神科ではないのであれなんですけれども、何かこういったような架け橋があると、どこかで必ず役に立つと思っておりますので、ぜひこれからもよろしくお願いいたします。

松島 よろしく申し上げます。本日は、長い時間にわたり、ありがとうございました。また今後ともよろしくお願いいたします。

木村 ありがとうございました。

小野 ありがとうございました。失礼します。

木村 失礼します。

(終了)

14) 武田 信子氏

日時：2021年6月24日16:30~18:00(90分間)

参加者：春田・松島・金子

<インタビュー要旨>

社会の将来像について、先生にはどのような景色が見えていますでしょうか？

先生のご専門分野の視点からぜひお話しいただけますか？

- ・赤ちゃんの時点で、体と心と脳の発達が保障されない社会に突入している。
- ・より便利さと効率性が求められるようになり、最先端の技術が先走って、人間の発達がむしろ退化し、従来の対人コミュニケーションを別のもので補っていく社会になるかもしれない。皆が数百年後の一人一人のウェルビーイングについてすり合わせをしながら追求していくことが大事だと考えている。

2. 社会が、今お話しいただいたように変わっていくと予想される中で、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか？またどのような役割を果たしていくべきだと思いますか？

- ・人の生涯発達を身体面から保障するのが医療の役割だと思う。そのために医学的知識や技術が活用されていくことが必要で、人間というものがどういう存在かということに関する理解が必要だし判断も求められる。予防医学を重視して、もし具合が悪くなったらトリートメントやケアが必要になるかもしれないけれど、そこでも無理なものに関しては、その身体をそのまま持ちながらどう生きていくかを考える医療が求められる。その際には、当事者と周囲の人たちとの合意形成が大切にされるべきだろう。

3. 医療が、今お話しいただいたような役割を果たしていくと予想される中で、医師はどのような役割を担っていくと思われませんか？またどのような役割を担っていくべきだと思いますか？またどのような役割は「担わない方が良い」と思われませんか？

- ・身体のケアを通して、個人のウェルビーイングと社会のウェルビーイングを実現するための医療を志向し、それを実現する役割。その役割を果たすために、対人援助専門職のベースとして、対人コミュニケーションができ、対人援助ができることが求められる。

- ・人間の体や心や脳が、社会の変化にシンクロして変化していく中で、個人が社会に不適合になっていく状況があるとしたら、それに対して医師は常に、個人と社会の適合を図るプロセスの中に自分がどう位置するかを考えていなければならない。その際の判断基準は、患者のウェルビーイングであって、数値や医療側の都合でないことが必要である。

4. 医師が、今お話しいただいたような役割を担っていくと予想される中で、医学教育では何をどのように扱っていくべきとお考えですか？特に卒業する前の学生時代に学んでおくべき内容について、お話しいただけますとありがたいです。

1) 人権教育：人権関係の条約や法律、概念を具体的に学ぶ機会を通して、価値観、倫理、社会的正義、多様性、異文化理解等を深める

2) 自分自身のコア・クオリティの理解:自分を見極める

3) 知識&技術：医学的知識&技術に加えて、対人援助職に必要なベースの学習が必要。

心理学) 人間の認知プロセスと情動プロセスの理解。

ソーシャルワーク) エコロジカル・モデル：マイクロやコミュニティやマクロの視点、それを往復する視点でクライアントの状況や環境をとらえる力、社会構造の理解。

トータル・コンピテンシー) コミュニティの中で協働してそれぞれが力を発揮することを知り、実際にそうできること。

4) リフレクションの技術

上記3点が医師としての活動を通して十分にできているかを常にチェックするために、自己理解と他者理解を深めるリフレクションの方法を学ぶ。特に医師に求められる経験として、以下の3点。

- ・自分が医師になって良いのかを迷うプロセスを保障する教育（教育投資を回収しようという発想から抜けられる仕組み）
- ・生きている矛盾に堪えつつ悩む経験をすること（共感性の涵養）。
- ・自分の誤りや弱さを認める力をつけること（社会的弱者の立場の理解）。

5. 今お話しいただいたような内容について、全ての医学生が学ぶべきかという点から考えてみると、いかがでしょうか？現在、文部科学省で定めている「全ての医学生が学ぶべき内容」は、事前にお送りした医学教育モデル・コア・カリキュラムの内容になります。

・人権+コア・クオリティ+知識と技術の3つとそれを持つ自分をリフレクションする力は、対人援助職として最低限、全ての医学生が身につけるべきもの。できない学生はできるまできちんと育てる、それでも無理な場合は落とす仕組みを作ってください。

6. 今お話しいただいた内容について、誰が教えるべきだと考えますか？

・医学教育者たちが対人援助の基本を学び、教えられるようになることがベスト。困難であるならば、ソーシャルワーカーや看護師が担当することも検討していいだろう。

7. 今お話しいただいた内容について、どのように教えるべきだと考えますか？

・民主的なグループ対話を通して具体的に思考する機会と現場体験を通して実感として学ぶ機会を作る必要があると考える。

<逐語録>

聞き手 今、文科省から委託を受けて、医学教育モデル・コア・カリキュラムを改訂しようということの作業してるんですけど、まず主に今後変化していく社会を見据えて、どのような医師を養成すればいいかということですね。適宜こういった会話形式で進められたらいいかなと。

話し手 これは、何人くらいの、どういう人たちにヒアリングをして、これ、どういうふうを活用されていくんですか。

聞き手 インタビューは、今のところ10名ちょっとぐらいを予定していて。わたしたちの調査班は、社会と医療の関係みたいな感じで調べている調査班で。分野は結構いろんな、死生学の先生から、公衆衛生的な話の先生から、あとはデータ関係の先生とか。やっぱり医療と直接リンクすることも、死生学と公衆衛生は関係するところもあるんですけど。それだけじゃなくて、変わりゆく社会の中で医療の在り方をどういうふうにとらえていったらいいかということで、結構いろんな分野の先生方の話を聞いた上で医学教育ということを考えていかなきゃいけないだろうということで、積もり十数名の先生方に聞かせていただいています。

話し手 面白いですね。聞くのは面白いけど、まとめるのが大変。たぶん、きっと、これ、どうやってまとめるんだろうとちょっと思う。

聞き手 まとめるのは、こちらが医学教育モデル・コア・カリキュラム、先生が、何ページあるんですねっていうふうには。

話し手 244ページ。

聞き手 その中に、修正案としてわたしたちが提案するんです。そこの皆さんから意見をいただいた要素を集約して、こういう内容入れた方がいいんじゃないかとか、文言こんなふうに変えたらいいんじゃないかというのを

提案するエビデンスの1つとして皆さんのインタビューを使わせていただくという形です。そういうことなんですけど、先生の視点から、どんなふうに関後の未来というのが見えてる、社会の将来像が見えてるのか、まずお話しただいていいですか。

話し手 将来像というものを、今の現在の話からなるんですが、赤ちゃんが育ちにくい社会になっていると思っています。Facebookなんかにも書いてるんですけども、人の一番ベースになる赤ちゃんの時点で、体と心と脳の発達が保障されない社会にもう突入しているというふうに思っています。だから、人間としての基礎がつけられない赤ちゃんたちがこれから育っていったときに、どんなふうになっていくんだろうかということをお心配しています。

例えば、戦争のときに赤ちゃんたちがケアされないで、その人たちが大人になったときにどうなるんだろうかというふうに考えなきゃいけないように、非常に平和に見えているんだけど、赤ちゃんたちがきっちり育ってない。これ、以前、春田さんにおんぶの話をお話したことがあるんですけども、それが今もつとひどい状況になっていて。おととい、元精神分析学会長の小倉清先生にお会いして、赤ちゃんたちが1カ月で肩凝ってるんですよって話をしたら、いやいや、生まれた時点で凝っている。だから、彼のクリニック、赤ちゃんとおの、虐待をしてしまいそうな、あるいはしている母子のクリニックで、10人ぐらいからの人たちがデイケアで通ってきてるのを支えてるんだけど、そこの赤ちゃんたちは生まれてきた時点で理学療法が必要だと。全身がもうがちがちだからというんですね。わたしの知っている理学療法士や子育て支援の人たちは、1カ月時点で肩凝ってるか、最近では2週間とかって感じ、もう時点で体ががちがち赤ちゃんというのがつくられてきているということなんです。

わたしが20代のころにすでに、おなかの中に石が入ってるようだっていうふうに形容した、鳥かご、要するに子宮が柔らかくないので、金属の鳥かごの中に石が入っているというふうに形容した女性が居たというのは精神科で聞いた話ですけども。そのぐらい、なんか。それは、精神的な問題だということに思っていたんだけど、今普通の赤ちゃんたちがそうなりつつあるというのは。かつてだったら理学療法の対象だった子どもたちというのがもうみんななので、それはもう普通の子どもだみたいになるようになってきて、もっとひどい子たちが理学療法の対象というふうになってます。

でも、そういうことに気が付いてるのは女性、たくさん赤ちゃんを見てる人たちで。産科のお医者さんたちは気が付かないし。助産師さんは気が付いてますね。それから、歯科医が気が付き始めました。歯科医の場合は、歯が生え始めた後なんだけれども。口腔の発達とか、そういった歯だけじゃなくて口の中の発達が、おっぱい吸ったりとか、そういうものを含めて、全然できない赤ちゃんたちが出てきているという状態ですね。だから、それがいったいなぜなのかみたいなことはいろいろあるんですけど、きょうの話ではないから、その話はまた別とするとしても、そういう状態なので、体もそれに伴って、心も脳も発達が保障されないという状態にわたしはなってると思っています。

そんな中で、でも、より社会をよくしようというふうに思う方たちが一生懸命、科学技術を発展させようとしているわけですね。そうすると最先端の先端部分がどんどん発達していきながらも、人としての根っこ、育ちの根っここの部分というのが見えていないのかなという感じは持ってます。それは、わたしがおばあさんになってきたってことなのだろうというふうにも思うんですけども。でも、やっぱりおばあさんにはおばあさんの役割があるだろうと。人の発達ってこういうものだったんだよということは、大きな声でいっておかないといけないというふうに思っています。例えば、コンビニエントな道具がどんどん開発されることによって、蛇口をひねれない子どもたちの話はご存じでしょうか。

聞き手 はい。

話し手 ですよ。自動水栓。それから、カナダなんかで、すごく重い扉を開けて次の人を待っているみたいなのはルールだったんだけど、自動ドアになったことによって、そこでの会話がなくなっていきました。そういう感じで、コンビニエンスストアがあることによって、引きこもりの人たちがすごく生きやすくなりましたよね。生活しやすくなりましたよね。八百屋さんで買い物しなくても済むし、食べ物は全部チンで済むわけだから、引きこもりやすくなったわけです。そういうことによって人間そのものがどう変わっていくかみたいなことに、やっぱり人の命を預かろうとする人たちが気が付いていくことが必要だというふうに思っています。そういう時代でわたしたちが先端の技術も含めて使いながら、それをどう克服していくのかってことが試されているんだろうと思います。

ですから、先ほどシェアしてくださった1枚の図の中に、すごく最先端のものがばつと入っている図がありましたよね。ああいう夢の世界みたいなものがあるんだけど、その夢の中の世界で生きていく人たちが、火星のように頭だけが発達して手足がふわふわな、こういう人たちが生きていくのか。対人コミュニケーション能力が必要ない社会になっていく、あるいはそれを別のもので補っていく社会になっていく。例えば、発達障害の方たちが今は1割とか、2割とかっていわれてるわけだけれども、これが8割、9割になってしまえば、人間のコミュニケーションというのはそういうものだっていうことになるわけですよ。それがいいとか、悪いとかってわたしたちはいえなくても、そういう動きに対してどこまでわたしたちが対応していけるのかなということは問われたというふうに思っています。

ごめんなさい、社会の将来像というふうにはばつということにはできないんですけども、500年先をわたしはいつも考えるようにというふうにカナダの方にいわれたので。それは、500年先といたり、7代先というふうにネイティブの方たちがおっしゃるわけだけれども。その先を見据えたときに、今何をやるのかというふうに一人ひとりが考え始めておかないといけない。だから、将来像ってみんないつか、10年後をいつか、50年後をいつか、何年後をいつかというふうに思うんです。今回の津波が1,000年に1回の津

波なんだということだとしたら、やっぱりわたしたちは500年、1,000年という単位で物事を考えて、今の選択を始めるっていうネイティブの方たちの教えみたいなものから学ぶことがあるんじゃないかというふうに思ってる。

聞き手 まさしくほんとにいろんな変化がある中で、わたしたちはその変化に対してどれくらい、見えてるものと、見えてないもの。特に、見えてないものにどのくらい意識が向けられているのかというところ、意識を向けようとしてるのかと。

話し手 そうですね。将来のことは分からないので。とりわけ、5日後にわたしはもしかしたら交通事故で死んでるかもしれないという。

聞き手 極端な話をすれば。

話し手 そうですよ。先のことって分からない。だけど、北極星があったとしたら、北極星はたぶんもっと何万年というか、先の話じゃないですか。でも、それは見えてるわけじゃないですか。だとしたら、そちらの方向をずっと見ているということは、わたしは大事だと。あれがいったいなんなんだろうかということ、わたしたちにとつての北極星ってなんなんだろうかということをお互いみなですり合わせておくこと。それが大事だろうなって思っています。

だから、例えばいろんなものが退化して行って、ICTがすごく、もうICTというものではないようなものになって行って。そして人間の体が変わっていくけれども、そうなったときに人間の感情とか、人との在り方とか、性とか生殖とか、そういったものが、その人がウェルビーイングな状態、そのときのウェルビーイングな状態というのが今と同じかどうかは分からないけれども、ウェルビーイングな状態であるということ、よい状態であるというのはどういうことなんだろうというふうに、みんながずっとずっと追求していれば。それがお金とか、名誉とかいうものじゃなくて、ウェルビーイングというものだというふうに追求していけば、社会はそんなにむちゃくちゃに変な方向に行かないんじゃないかなという感じが。

聞き手 そういう中で、医療の在り方ってどんなふうに変わっていくと思いますか。

話し手 まず人は人が発達していくことを、生涯ですね。だから、胎児の時点から100歳、人生100年時代とかっていうふうにするわけなんだけれども、その時点までどう人が発達していくのか。それを保障するのが医療の役割なんだろうというふうに、体の面から保障していくのが医療なんだろうというふうに思っています。だから、そのために医学的知識や技術というのが活用されていくことが必要だと思っています。そうすると、まず医者が、人間ってどういうものなんだろうっていうことについての理解が必要になっていくし、そこでの判断というものが求められていく。

そのときに、どうしても何か悪い所を治療するというトリートメントの発想になるけれども。春田さんなんか、もちろん予防ということに発想を転換しておられる方だと思うんだけど。いいかどうかってことは別として、わたしはキューバに行ったときに、キューバってアメリカに経済封鎖されて、それで医療が結局、薬が手に入らないという状態になったときにどうしたか。やっぱり予防医学に向かうしかなかった。そうすると共産圏とか、社会主義圏ってことで、中国から漢方が入ってきていて。薬屋さんがみんな草とかなんです。いわゆる漢方なんです。キューバで漢方を見るっていうのはびっくりだったんですけど。お医者さん、病院にも行ったんだけど、そちらの方も予防のことをすごく一生懸命やっています。そうでないと医学が追いついていかないみたいなことをおっしゃってましたね。それは面白いなというふうに思っています。

だから、人が自分が持って生まれた体でどうやってずっと生きていくかっていう発想ですね。これは、デンマークに行ったときに、デンマークのゲアリユウ・スポーツアカデミアっていう高等教育機関なんですけれども、そこに行ったときに、わたし自身は見えてないんですけど、わたしの同僚がそこで、いわゆる日本体育大学みたいな所に障害者が入ってきていたり、前転もできないような子が入ってきたりしてるんです。その体育大学の役割っていうのが何かっていうと、その人がその体を持って一生健康にウェルビーイングな状態で生きてくためにどのような体の使い方をしていくかということをお互い学べる場が体育大学で。

うちの学生がそのときに校長先生に、オリンピックどう思いますかって聞いた学生が居たんです。校長先生が、あれはエリート競争するための人たちのもので、うちの学校はそうではなくて、一般市民のための学校だから、一般市民がどうやって健康に生きて。健康というのも分からないけど、その体、例えばほんとに骨が折れているとか、どこかが機能がおかしいとしたら、その体でどうやって生きていくかということをお互い考えていく大学なんだよというふうにおっしゃったんですね。すてきな考え方だっているというふうに思っています。

だから、やっぱり医師たちがそういう考え方で治療をしていけるようになるといいんだろうな。だから、治すというよりも、そのある体でどうしていく。だから、精神医学もそうなんだけれども、今例えば苦しい状態があったとしても、その苦しい状態が妄想を変えられない場合あるじゃないですか。そうすると、べてるなんかは発想の転換で、ときどきやってくる幻聴さんとかどう付き合うかということをお互い研究するわけですよ。そういうことと同じだと。持っている脳、持っている体、持っている心はどうコントロールしていくか。だから、予防しつつ、そこでも無理なものに関しては、どうそれを持って生きていくかってことを考えるということだろうなって思っています。

だから、こういう発想をお医者さんたちがみんな全部が持っていれば、たぶん掛ける言葉って変わると言うんです。患者さんに。出す薬も変わってくるんじゃないかって言うんですよ。あるいは、お医者さんが判断するんじゃないかって、あなたはどう生きたいのって聞くんだと思うんです。ジェネラリストっていうか、一般総合医みたいな人たちというのは、そのおじいちゃん、おばあちゃんも知っていて、家族を知っていて、その個人の病氣、この部分的な病氣を診るじゃなくて、その状態だと、あそこの家庭のお兄ちゃんが使えりとか。でも、おじいちゃん介護しながら、その体で生きてくの大変だよとか。そういう判断ができるから、一般の総合医

ってというのは大事なわけじゃないですか。水がきれいかどうかとか、その地域の全体のね。そういう発想っていうものが、単なるどんな病気にでも対応できますよっていう一般総合医ではない発想ですよ、それはね。そこが大事かなって、わたしは思っています。

それで、例えば赤ちゃんの育ちに関して、今そういう問題があるんですよということを、わたしは小児科、赤ちゃん学会のもう亡くなられた会長先生の所にごあいさつに行ってお話をしたら、いや、小児科医は赤ちゃんのこと分かんないんだよっていわれました。母性衛生学会だけ。も行ったんです、わたし、わざわざ新潟までね。そういう話、誰も扱ってなかったんですね。保育は、今まで産休明けとか、今なら産休明けだけ、それよりは0歳時って保育やってなかったですよ。だから、今やっと0歳時保育のことをいろいろ研究が始まったけれども、そこが扱えてないし。

それで日本体育大学の先生なんかとお話するんだけど、赤ちゃんの筋緊張を測定することが、技術が見当たらない。だいぶ探していただいたんですけど。だから、肩が凝ってるっていう感覚は、理学療法士さんとか、現場の人たちは分かるんです。だから、首が据わってないのに首が据わった状態になっちゃうわけ。こうやって持ち上げる検査があるんだけど、固まってるから首が上がっちゃうから、なんか2カ月なのに首据わってるよみたいな。それを小児科医さんたちが気が付かないっていう、分からないという、そういうことが起きちゃってるわけですね。

それに産科と小児科と、だから整形外科なんかもそうなんだけれども、歯医者さんとか。そういう所が、赤ちゃんってどういうものなのかということに関してもっと勉強していかないと、人間の体の基本の「基」が脅かされているなって思っています。だから、産むところまでと、産んだ後の小児科にかかるまでの間がすぽんと落ちていきます。ちょっとこれは結構、わたしとしてはすごく大きい問題だと思っていて。エビデンスないか、医者はないかっていわれて。医者たち気が付いてないからどうしようもないって。発達心理学の先生がいろんな所行ったんだけど、おまえが研究しろっていわれて。わたし、研究苦手だし、こんな雑でいいかげんな人間がそんなもんでできるわけじゃないじゃんっていったんだけど、やらざるを得ないかなと思って、なんかどうしよう、どうしよう今いつてる状態。

聞き手 なんか今話を聞いてると、そういうのが分からないというのは、実際触ってないといったらあれですけど、実際はたぶん触ってると思うんですけど、表面だけ見ているという感じ。

話し手 そうですね。だから、赤ちゃんを落っこしちゃうというのが、落下事故が問題になったときに、落下事故を防ぐために固定すればいいと思ってるわけですよ。でも、例えば飛行機の中に座った状態で、首こうやって、ここにいくらこの首のなんか枕付けられたとしても、その状態で5時間とかっていったらきつじゃないですか。でも、赤ちゃん抱っこして、固定された状態で5時間ぐらい行って帰ってくるって、今のお母さんたちだと思うんですよ。今の抱っこひもって、新生児から書いてありますからね。新生児から支えてもらわずに、この状態で自分の体重の3分の1の重さの頭をこの細い首、まだ据わってない首でこういくらやっただけ。そんなふうで育てられているということに気が付くお医者さんたちが居ないってこと。これ、どうするのと思ってる。

でも、歯医者さんたちが気が付き始めたので、助産師さんたちの会に歯医者さんがつながり始めていて、今。わたしがその研修をやったときに、歯医者さんたち結構入ってきてくださっていて。終わった後に歯医者さんが、実はうちの子がっていう相談なんです。だから結局、そういうふうで人がどう育っていくかって、まず体の部分も、脳の部分も、心の部分もどう育っていくかということを見取れるような人たちというのが地域に居ないと、いろんなことが漏れ落ちてしまう、人の発達が漏れ落ちてしまうというふうで思っています。

聞き手 そういう医者が地域に出るための教育っていうことをわたしたちは考えていかなきゃいけないって。その教育って、どんなふうにしたらいいかっていう、なんかアイデアとかありますか。

話し手 その前に、いろいろぎゃあぎゃあ書いてたことはちょっと。ここが、でも、わたし、「担わない方がいいと思う」。書いてない、4の所。

聞き手 いいですよ。それは全然、担わないとか。

話し手 それ、大事だなとか思いながら。4番、飛ばしちゃったので、じゃあ、その5番にいつちゃっていいですか。

聞き手 そうですね。医師はどのような役割って、結構いつてくれたような気がしたので。地域で。

話し手 そうですね。だから精神科医も、発達障害と書いて名前付けて終わり。あの本にも書きましたけど。小倉先生には、もっと書きたいこといっぱいあったんでしょとかいわれました。

聞き手 名前付けて終わりというところは、すごく面白い。面白いといったらあれですけど。

話し手 発達障害ってね。わたしが20代のころって、微細脳機能障害って名前だったんです。微細だから見えないっていう。そんな名前ないじゃないですか。発達の障害って、それ、人間みんな発達の障害でしょって。そういう名前の付け方をして、それがなんかもう分からないからってブラックボックスに名前付けていて、これ、ブラックボックスです、名前、分かりませんって名前を付けておいて、それでそこに薬を投与して、子どもたちがもっともっとわーって感情を出さなきゃいけないところを、マインドコントロールされておとなしくするみたいな。医療で薬を投与して、おとなしくさせる。いやいや、彼らは騒ぐことでなんとか心の平安を保とうとしてるのに、それ、マインドコントロールさせてどうするみたいな。マインドフルネスとかいって、瞑想をさせて、子どもたちに、おとなしくさせてどうすんのかって思うわけで。それだったら山ん中行って走り、小金井のプレーパーク連れて行って走り回さなきゃいけないじゃないのって、逆だよって、そういう話ですね。ちょっとその辺を書いてあるんで、後でお渡しします。

聞き手 ありがとうございます。

話し手 それで、卒業前とか、学生たちにどうい教育なんですけど。まず一番最初は、学生は、自分は医者になっていいのかという迷いを持つことが必要な時期だと思えますので。ただし今、日本のお医者さんって、経済的投資と、勉強という努力と、後でもうかるかもしれないという職業的魅力。ちょっと最近、もうからないって話、うわさも聞いてるんですけど。でも、投資相当してるんで、親も含めて途中で辞められないんですよ、たぶん入っちゃったら。医学部途中で辞めてほかへ移りましたって、ときどきそういう不思議な人いらっしゃるけど、それって相当なんか精神力がないと難しいことじゃないですか。そういう人は、だいたい医者になったって健康だと思ってるんですけど。でも、辞められないでいた人たちが残ってしまうので、その迷いをまず大事にして。辞めないで、その人が。周りが辞めろといっても辞めないというふうな場合には、6年間の間に取りあえず成長していくように、医学教育で支援しなきゃいけないでしょう。それが一番大事なことかな。きょうお伝えしたい、かなり大事なことだと思います。

聞き手 支援って、具体的にどう支援っていうことを武田先生は考えていますか。

話し手 まずは、対人援助職なんだと、医療というのは。そこにまず立つっていうことだと思っています。個人のウェルビーイングと、社会のウェルビーイングを実現するための医療行為なんだということをまずきちっと伝えていくこと。だから、基礎を知識としてまず伝えていくことだと思うんですけども。

マリオン・ボーゴという、トロント大学の先生がソーシャルワーカー養成をしておられて。その本を今わたし、翻訳しているんですね。わたしは英語はそんなにできないので、自分でゆっくり翻訳をして、これ、出すつもりでいます。来年ぐらいには出す。だから一応日本語に、プロの力も借りて訳されてるんですけど、それが読めないんです、わたし。マリオンの所に居たから分かるんですけど、中身が。でも、日本語がこれじゃ普通に読んだら分からないというから、その日本語を翻訳することを今一生懸命。日本語を日本人に通じる日本語にすることを今一生懸命やってるんですけど。

だから春田さんだったら、もしかしたら英語で読んだ方がいいかもしれないと思って、ご紹介しておきたい。どなたか、皆さん、ハーデン先生のこの本もあつという間に紹介されたじゃないですか。さすが医学部だなんていうふうに思っ。日本の教師教育って、まったく英語の本、訳せませんからね。だから、この本が出たとき、わたしは、さすがだなんて思ったの。でも、この『ダイレクト・ソーシャルワークハンドブック』も、誰もソーシャルワークの人は訳してくれないから、わたしが監訳したんですけど。この分厚い本。

なんで今こんな話をしてるかという、対人援助職として、やっぱり社会的に相当弱者の人たちを援助してるのはソーシャルワーカーだと思っ。その方たちが一番最初に倫理とか、価値観というところからスタートするんですね、教育。だから、トロント大学のわたしが大学院の初日に、ソーシャルワーカーたち、大学院に入った人たちがやってたのは、まず倫理綱領の学びからでした。日本の教員にはないんですけどね。

その方がなんて書いてるかという、援助関係におけるホリスティックなコンピテンシーを持つ必要があるっていうふうにいっ。わたしは、人権というものと、コア・クオリティというものと、それからリフレクションのこの3つが教員には必要だというふうにいってるんですけど、ちょっとそれを医療向きに今組み替えました。第一に、その人らしさ、自分がどんな人であるかということとちゃんと振り返られるような力が必要であると。例えば、小児性愛の傾向がある人。その人が周りに迷惑を掛けないのであるならばいいんですが、小児科医になるのはまずいだろうって思うんですよ。写真見てどうこうだったらまだいいんですけど、小児性愛を持つ人は小児科医になっちゃいけないということをきちっと自覚してもらおうというようなことが必要だと。そういう意味では、自分のコアな持っているもの、その人らしさというのはなんなんだろうかということとまず知ることです。だから、普通の大学生ですよ。医学始めるより前に、普通の人間としてどうなっていくかというところの教育というのが必要だと。

それから、支援するのがいいというのはどういうことなのか。援助をする、人を助けるってどういうことなのかという援助論も勉強してほしいなというふうに思っ。これは、でもすごく長いものではなくて、その発想だけですからそんなに、2コマか3コマでももしかしたら済むことかもしれないけれども。支援される側は、人間って支援したい側ですから、ずっと支援されてるばかりは嫌なんだっていうようなことを感覚的に分かってもらうというようなことですね。

それから、社会正義。これもソーシャルワークの考え方ですけれども、患者というのはやっぱり身体的に弱い状態になってますから、弱者になり得るわけですから、そこでそういう人たちに対して何ができるんだろうかというふうに考えるような発想が必要だと思っ。これはみんな知識、認知の問題なので、認知的にそういう認知が持てるように教育が可能な部分ではないかというふうにわたしは思っ。後でもうちょっと情動的な話をします。認知プロセスと、情動プロセスの2つを押さえていかなきゃいけないと思っ。今先に認知プロセスの話をして。本来は情動プロセスが先なんですけど、ちょっと今その話。

あとは、エコロジカルなモデル。これは、春田先生なんかもう分かっておられると思うんですけども。自分が直接人に接する部分なのか、ミクロなのか、コミュニティの方なのか、それともマクロな視点なのか。その視点全部を持った上で、どう多職種連携していきながら、自分がそこつないでいくような技術を身に付けて。これは、もしかしたら応用編かもしれませんが。もしかしたら学部生の中では難しいことかもしれないけれど。ただ、概念として持っておく、知識として持っておくっていうことは、かなり早い時期からやっておく必要があるだろうと。

それから、それと絡んでくるんですけど、本の中に書いたんですけど、トータルコンピテンシーの考え方というのがわたしは大事だと思っ。個人の持つ力には限界があるから、先ほどの小児科医がもっと勉強しなければなりませんではないんです、わたしが思っ。小児科医がちゃんと産科医とつながって、あるいは

子育て支援やってるお母さんたちとつながるっていうことを知っていて、助けてくれといえる。そういう具体的な技術が必要だと思っています。

それから、先ほどのデンマークの生涯発達、生涯学習のような発想とか。それに加えて、医学的知識と身体的な技能。それから、文化的知識というのは、多様性とか相違の理解なんですけど。北海道の人と沖縄の人では、身体感覚でたぶん違うと思うんです。汗腺の発達もたぶん違うんじゃないかと思うんですけど。分かんない。そこは医学でないから分かんないんですけど。そういうことも含めて、文化的な知識みたいなものも教養として。だから、医学部の学生さんたちが教養が必要であるというふうにいったときに、どんな教養が必要だっていうところで考えていくときに、その多様性っていうようなことを知っておくというようなものは入れてみてほしいなと。

それから先ほど、自分を知るみたいな所でいったリフレクションのこととか。それから今、教師教育の方で中心になってきて、これはもうちょっと10年か20年先にならないと日本に入ってこないだろうと思うんですけど、セルフスタディ、当事者研究ですね。これを学校の先生たちが、自分たちのやってることを検討して、それを研究にしていって、修正っていうのが今、世界的にはセルフスタディー、教師教育の世界で広がってるんです。1990年ぐらいから始まって、2000年以降ですね。この20年で広がっているんです。そういうことが、医学の世界でも当事者研究が必要なんだろうなというふうには思っています。

一番大事な所ですが、情動のプロセスなんですけど、人権感覚だとわたしは思っています。たぶん人権って言葉がコアカリキュラムの中になかったと思います。ないと思います。これ、実は教員の方にもなかったんですね。とんでもないから入れてっかって。教員が人権感覚なくてどうすると思ったら会長がびっくりして、入ってない？とか。入ってないですよ、全然、どこにも入ってませんよとかいって、入れていただいたんですけど。これ、人権という言葉を入れると嫌いな人たちが居るとしたら、人権って言葉じゃなくてユニバーサルデザインって言葉に換えていただいたらいいと思います。誰もが生きやすい社会という言葉にしちゃうっていうの、これは元熊本県知事のソーシャルワーカーさん、潮谷さんって方から、乳児院の先生ですけど、伺いましたけど。

これは、コミュニケーション能力の問題ではないんですよ。ハウツーのコミュニケーション能力の問題ではなくて、誰もが、赤ちゃんであろうと、女性であろうと、地位が高い人であろうと、ホームレスの方であろうと、その人には同じ尊厳があるという感覚を、小さいころからそういうご家庭に育っていた人は大学生になるころまでに身に付けているんだけど、そうでない家庭に育ってきた人たちが医学部に入っている可能性は結構、うなずいてくださってますけど。さっきからカネコ先生、すごいずっとうなずき続けて、首が疲れるんじゃないかと思うんですけど。ですよ。だから、ここの人権感覚っていうの、コミュニケーション能力にすり替えちゃいけないと、わたしは思っていて。そこを本当の意味で相手の苦しさとか、在り方に共感できるような力を付けていくということが18歳までに身に付いていないんだとしたら、そこをトレーニングしていくことってすごく難しいと思うし、そこがもし身に付いていないということが医学部の中で合意されたら、その人は落とすべきだとわたしは思います。ゲートキーピングっていう言葉は使いますか、医学部で。

聞き手 使います。いろんな意味で使いますけど。

話し手 最近、だから非認知能力が大事だとかいうことで、医学部も面接を入れたりとか努力しておられると聞くんですけど。

聞き手 おっしゃるとおりです。

話し手 わたしは大学1年生のときに、教員養成の場合は教職入門という授業で、4~5人で1組にしていろんなことをしてもらいます。そのときに、5人の中でさえ自分がコミュニケーションが困難だと思う人は、あるいは合わせたくないとか思う人は、担任無理だからっていうことをいいます。それでリフレクションは毎回、きょうはどうだったとかいう話をして。そうすると、合わせられない人はやっぱり居心地悪くなるじゃないですか。自分に合っていないって言って辞めていけますし。

あと逆で、発達障害系の人たちで、ほかでコミュニケーションがすごい下手なんですけど、そこはみんなが気を使うので、お互い心地いい場にしちゃうので、ここだったら僕、生きてけるっていう人たちが残ってしまうので、残った場合は、今度わたしの責任になって、その子を2年生以降でどうやって育てようっていうことで必死です。自覚できないので、とっても居心地がいいから、ここは僕の居場所って思っちゃうので。

聞き手 すごい興味があるんです。そういう方たちはどんなふうにも支援されてるんですか。医学部でも、もちろんそういうディフィカルトラーナーという言葉を使ったりすることもありますが。やっぱり少なからず知識がすごくあるんですけど、情動的な部分の発達がじゅうぶんではないという方も居る中で、ほんとに患者さんの目の前に立たせられない。だけど、試験は合格する。そういう人たちを今後どう支援するかってことはすごく大きな問題になっているので、そういう人たちって居心地がいいというふうに感じられたのはもちろんいいことだと思うんですけど。サポートしていくってことは、相当個性が高いことになってくると思うので、どんなふうにも具体的に支援されてるのかなというのはすごく興味があるんですけど。

話し手 他大学の教員養成では、実習に出さないということ。バレないように。それで免許を与えちゃうってことをやって。

聞き手 なんかもそれはすごく頭が、こっち側に返ってくるような。臨床実習に出さない。

話し手 わたしの場合、かつてはそういう学生たちに、教員にならないよね、ならないよねっていういながら、でも教員になってっちゃう、親のコネとか、いろんなことで。というので、ものすごく痛い思い、わたし自身がね。本人、痛い思いしてないんですけど。わたしが痛い思いするってことずっと続けてきて。ただ近年は、やっぱりそうやってかなりコミュニケーション能力が自分にはないんだっていう自覚は、1、2、3年のわたしの授業

の中で相当にやるので、できるんです。どうも自分はそういうことは下手らしいっていうことは、結構皆さん気が付かれるんです。気が付くけど、でも辞めないんですね。そこは居心地がいいから。

そうすると、もう1人ずつ個別ですよ。この人にはどうしたらいいんだろうかということで、周りの学生たちと協力し合います。学生たちも分かるので、さすがにこの人はということが。だから、どうやって接したらいいんだろうかということもみんなで考えながら、あったかいので、うちの学生たち。もうわたしも出ちゃったけど、大学。大変すぎたので、出ましたけど。あったかいから、みんなでどうやったらいいだろうねって言って、ずっと守り続けながら、とにかく守り続けながら、排除しないようにしながら育てていきます。

一番最近で成功したと思うのは、その方はわたしが落とさなかった、わたしがなんとか通しちゃったんですけど、ほかの授業で落ちてくれたんです。ほかの授業で落ちてくれたら、1年時間ができたので、その1年の間に現場に行ったりして、現場でいろんな体験を繰り返していく中で、それまでにいろいろ4年間やってきたことにプラス1年現場があったら、ぐわっと変わりました。それは、ほんとにびっくりしました。ここまでやって変わらないのかと思ったとき、わたしはちょっとどうしようと思ってたら、現場で変わりました。それは子どもたちの力と、その学校の力だと。

聞き手 具体的に、いえる範囲でいいですけど、どんなふうにならなくなっていったんですか。

話し手 勉強さえできればいいって思ってた、その人は。学校は勉強を教える所だから、僕のように受験で成功する人を育てるっていう教員になりたいと思ってたんです。

聞き手 どんなふうにならなくなっていく。

話し手 でもそれが、現場に行ってみたら、それでは通用しない子どもたちがいっぱいいて、自分が1人孤立してしまったりとか。そういうことが起きたときに、大学の中ではもう出来上がっちゃったいろんな人間関係とかあるから、突っ張ってそこで頑張ってたんだけど、学校の中ではやっぱり自分がいい教師になりたいって気持ちがある。発達障害だけど、やっぱりすごくいい教師になりたいって気持ちはあるし、人から好かれたいって気持ちをもちろん持っておられるわけだから。その中で、どうしたらいいんだろうかというふうに変え始めたみたい。だから、リフレクションの方法とか、いろんなことを学生時代に教えておいたことがぐるぐる全部回り始めて、それを校長先生がサポートしてくださって、彼はいいよっていうふうにならなくなってポジティブに見てくださった。一生懸命勉強してる力あるしとかいって。そうしたら自分が認められたので、そこで変わっていくことができました。

聞き手 心理的な安全な環境の中で。

話し手 心理的に安全な環境を校長先生とか、その学校がつくってくれたんだと思います。

聞き手 そこで振り返りをしながら、次の行動にチャレンジできた。

話し手 できた。そこはもうほんとに5年間の中で、ずーっと安全に、安全にこうされて、ときどきみんなにいわれても頑なにやらやったのが、そこから離れた世界で自分でできるようになったときに動けたという。すごいびっくりしました、わたしも。ほんとにかいとか思いました。必死でしたけどね、わたしも。わたしも、わたしの周りの学生たちも必死に彼にあっかく接しました。

聞き手 そういう意味で、場の重要性というか。

話し手 そう思います。

聞き手 まさしくほんとに医療の現場も、臨床実習という場はあるので。今はコロナでなかなか難しいところはあるんですけど。おっしゃるように、なかなか患者さんの前に出せないとか。出さないでそのままというふうにやりがちではあるんです、短期的な処方として。

話し手 それはすごい短期的じゃないですか。その人の一生を考えたときに、それで現場出したらその人が困りますよ。

聞き手 そうなんです。問題はすごく後の方に次々と。

話し手 後回しされるだけだから。

聞き手 そういう現状があるのも知っていたので。ずっと病院の方に居たので、病院でそういう。

話し手 受け止める側ですね。

聞き手 受け止める側に。今度は逆に大学に行って、大学側として何ができてことをほんとに考えていかなきゃいけないっていうのは、たぶん日本のどの大学も医学部の中ではある問題かなと思って、なるほどと思って聞いてました。

話し手 だから、変わる可能性はあるということです。ただ、それをそのまま出してはいけないということだと思えます。留年、何回かささせながら。オランダなんかの場合は、教員養成のところ、やっぱりそれが無理っていうことを実際にレポート書かせたりして。つまり、街中の親子に声を掛けてヒアリングをしてらっしゃいとか。

聞き手 すごいですね。

話し手 そういう実習をさせて、そのレポートを見て、ここのレポートで、これ、自分中心にしか書いてないじゃないか。レポートで言語化したときに、観察して親子のことを書いてこいといったのに、あなた、自分中心にしか書いてないね。ここでこういうふうには書けないとアウトなんだよってことを指摘して、その上で落とす。これができるようにならないんだら君は無理だといって落とすようにしました。それは、オランダでわたしの信頼してる先生がやってる方法でした。

もう1つの学校では、1人の学生に1人の子どもを付けて、ずーっと4年間の子どもの発達に付き合わせる。家庭教師をずっとさせる。それを全部レポートさせるってことをやってます。そういう中で、やっぱり無理な人はゲートキープしていくっていうことを判断してやっている。早いうちに、できる限り。そうでないと、6年目に落とすっていうのは無責任だろうと。可能性もないのに6年までぎりぎりやって落とすのは無理だから、でき

るだけ早い時点で、君、こうこうこうなんだけどということを、その教員の責任じゃなくて、医学部のなんているの、科というか、チームですね。チームの責任として言い渡すということ。関門を、だから1年時点、2年時点、3年時点と設けていって、それぞれで落としていくってことをしないとイケない。だって、後が大変ですもん。

聞き手 おっしゃるとおり。今お話しいただいた内容って、すべての医学生が学ぶべきかというふうに考えると、どうですか。

話し手 それがクリアできてる子も居るじゃないですか。でも、クリアできてる子たちの方が関心を持つと思いますけどね。

聞き手 おっしゃるとおり。そうなんです。

話し手 でも、そのクリアできてる子たちが、クリアできていない人たちとどう接するかってことを学ばない機会ではあると思うんです。患者さんたちの中にはそういう人たちも居るわけで、生きていけばそういう人たちと接していく力を、クリアできてる人たちが持っていないと社会は回っていかないので。9割がもしクリアしてるんだとしたら、その1割を完全に見捨てるという形じゃなくて、その人の将来を考えた上で、ほかの職業がいいんじゃないかっていうふうには持っていく。あるいはその人たちを自分たちの仲間としていくんだとしたら、どういう医療が可能であろうかって。試験管の中を見てるようになっていうふうにか。試験管の中を見てるようになら、それが原子力爆弾の開発に行かないようにするということは大事なことですけど。

だから、共感性をどう育てていくかというのは、実は大学生の18以降ではなくて、ほんとに乳幼児期にやらなきゃいけないことだから、医学教育だけの問題ではなくて人間教育の問題なわけですけどね。でも、入ってきちゃうわけだから、その18の時点で。そこはほんとに考えなきゃ。それはマリオンも、ソーシャルワーカーとして対人援助職に就くということについてすごく考えてます。ただ本来的には、例えばこつこついるんなことやるのが好きな人とか、怒鳴り散らす人でも、職人さんには向いてたりするんですよ。それから、細かいことずっとやってくような人は、畑で育てるといい場合があるわけじゃないですか。

だから、それが医療職に就くってということが問題なだけであって、その人が人間的にだめとか、そういう問題じゃないんだってことをわたしたちがどう知ってるか。合意できて。そういう社会があれば、こっちの方がいいんじゃないかっていって、そっちを紹介できるよねっていうふうに思うので、そういう社会を長い目で見ればつくっていかなくちゃいけないだろうっていうふうには思うし。医学部の中でそういう人たちを落ちこぼれというふうに思ったり、嘲笑したりするようなムードがない医学部をつくらなきゃいけない。そうすると実は9割の人たちがそうできるかっていうと、9割の人たち、できないと。それができる人は、むしろ今度は逆に減って1~2割の人だったりするわけじゃないですか。その1~2割を9割まで持つために人権教育とか、共感性を育てることとか、リフレクションができる人を育てていくとか、そういうことが必要になってくるというふうに思います。

その上で、実践はすごく複雑なわけですから、その複雑な中でさまざまにクリティカル・シンキングして専門職としての決定をしていくための判断能力みたいなものをもうちょっと後ろの方で育てていく必要があつて。わたし、この言葉、すごく好きなんですけど、リビング・コントラディクションという言葉なんです。これ、教師教育の中でいわれる言葉なんですけど。「生きている矛盾」とわたしは訳してるんですが、どう訳したらいいんだろうっていつもみんなदैいてるんだけど。生きていると、物事を合理的に処理できないっていうことだよ。わたしたち対人援助職っていうのは、その生きている矛盾に耐えつつ悩みつつある専門職なんだっていう考え方。その中で、でも判断を下していかなくちゃいけないってことです。この辺、単語でしか書いてないんですけど、一応。シェアしながら話してもいいんですけどね、今、わたしが書いてるの。これ、なんですかって聞いてもらえばいいから。

聞き手 ありがとうございます。

話し手 こんな感じでだーっと、簡単ですけど書いていて。話せなかったのは、この辺の精神科の話はちょっとしかいってなくて、高齢者の予防医学の話とかもあんまりしてなかったんですけど、ちょっとその辺飛ばして、4番がなくて、抜かしてしまって、今5番をずーっとしゃべっている感じです。

あと5番目、これ。日本の医学の構造的課題としてのジェンダーの問題。これ、重要だとわたしは思っています。女性外科医会というのがあって、そこにわたし、招かれて2~3年前に講演をやったんですけど、あんまり人は来なかったんですけど。結局、医学の働き方が男性モデルになっているので、この辺の問題解決しないと、医者が女性患者を診るときに完全に人権の問題が生じるだろうというふうに思っています。

わたし、聞いた話ですけど、産婦人科の医者は女性の方が全体的に低いので、地位が。気を抜いているだろうというのがあって。内科医は、来る患者さんが、誰が来るか分からないから、すごい人が、おじいちゃんが来たりするじゃないですか、男性でもね。だから、そこ、あまり失礼なことできないんだけど、産婦人科医はわりと失礼なことでも大丈夫っていう感覚があるんじゃないかっていうのは聞いたことがあります。助産師さんの方が基本的に技術は持っているじゃないですか。ですよ。最後に来て、だめなときだけなんかやるだけっていうふうに、助産師さんたちからわたし、よく聞いてるんですけど。医療行為になってくるから。だから、そういうことも含めて女性、今実は一番うなずいてるのがマツシマさんなんですよ、3人のうちで。

マツシマ ここにかかわってるもんで、ちょっと思わず。きのう、ちょうどこんな話、してたもんで。

話し手 してたところで。この辺、だから女性が入ってくるってことがものすごく大きな問題になるだろうと思っていて、医学教育の中で女性問題どう扱うかっていうことは大事なことじゃないかなと。さっきの、すべての医学生が学ぶべきかっていうことで、もし大学入学前までに人としての基本ができてれば、知識と技術を教えるだけでいい。これは、昔はある程度の大学までやってくるっていう人たちの中で精査されてたっていうか、ゲー

トキーピングはできてたりした時代も、もしかしたらあったかもしれないと思うんですね。それがもう今、学力だけで入ってくるようになってきてしまっているっていうことがあって。

それで普通に人としての基本というのが、どこまでどういうふうについていいか分かんないけれども、人を大事にするとか、たくさんの人たちの中で育った子どもたちっていうのは大丈夫なんです。日体大の出している『子どものからだと心 白書』っていうのがあるんですね。野井先生たちが出してるんですけど。子どもたちの興奮、前頭前野の動きとかがずいぶん変わってるんですよ。戦後どんどん変わってきているというのがあって。きちっと興奮を扱えないとか、自己制御ができないとか、コミュニケーション能力というよりも、もうすでに脳の時点でそういうトレーニングがなされていないので、子どものころ、難しい男の子たちが特に多いという研究結果があるんですね。

だから、昔だったら6歳ぐらいまでに身に付けているべき自己統制とか、そういうものがないで、高校生ぐらいまでそれを乗り越しちゃうような人たちというのが居るっていう。そういう研究結果があって。でも、学力的に高いから、医者になったり、官僚になったりできるみたいな、そういうことがあるじゃないですか。だから、そういう人たちが大学にもし入ってきたとしたら、大変ですけど大学の先生たちが基本からやらなきゃいけない。ということだと思います。育て直しなきゃいけない。

だから、戦後70人のクラスとかあったんですね、小学校で。そうすると、70人のクラスの中で対人コミュニケーション取らなきゃいけなかった。家帰ると、7~8人のきょうだい居て、いとこ居て、近所の人も居て、じいちゃん、ばあちゃん居てみたいな所で、ちょっと生意気なこといえば上の人からがつんとかやられてという。そういう中で育った子たちと、一人っ子で、すべてコンビニエントの中で暮らしてきた子どもたちでは、全然このコミュニケーション能力とか。人権意識っていう以前に、たぶん。それは人権意識というのはなかったかもしれないけど、でも少なくともコミュニケーション取らなきゃいけなかった。それがいない子たち、18歳で、大切に育てられて、お金掛けられて大学に入ってきたらなんだという。そうすると大学の先生、大変だよっていう。そこに皆さん苦労して、こんなコアカリキュラムなんて作らなきゃいけない時代になっちゃったのかなみたいな。だから、今までだったら、知識と技術を教えるのが大学だった。それが人としての基本から教えなきゃいけない時代になっちゃったということだと思います。

医療の場合は、うわさという形で排除される仕組みあるでしょうかね。ない？ 町医者だったら、あるじゃん。大学の先生は、変な人、紛れ込んでも。総合病院とかだと、変な。どうなんだろう。分かんないけど。極端なことならないのかなと思うんです、医療って。

聞き手 これって、具体的にどういうことなのかなと。うわさというと。

話し手 学校の先生って、変な先生居ると転校されて、そっちで新しいクラス持つから、なんとかなっちゃうんです、辞めないで。でも町医者だったら、変なことしたら、客来ないと思って。

聞き手 診療所だと、そうですね。クリニックとか。ただ病院だと、そうもいかなくて。

話し手 そう。それが今、大学、大学病院とかだと。

聞き手 そうですね。大学病院も、おっかい病院もそうです。

話し手 そうですよ。総合病院っていったの、そういう意味なんですけど。だから、教員よりはましかなと思っていて、そういう意味では、ひどいなっていうのが目に見える。周りの人たちに見える状態。子どもたちだけじゃない、教員って、基本的にこのひどさが。だから、職員室でここにこしてる先生が教室でものすごいことをしてるとかっていうことあるわけですね。使い分けてるっていう場合あるけど。医者は、それは無理かな。だから、ひどいのが目立つだろうと。そうでもないんだ。

カネコ でも、確かにほかの職種の人とかが気付くというのは、子どもだけが見てるっていうよりはあるかなと。

話し手 大人が見てるからね。気付きやすいから。自分の教室だけじゃないから。囲まれてる。

カネコ そうですね。外来とかは、たいてい看護師さんは大きい病院だと付いてたりとか、後ろ通ったら見たりはしたりすると思うので。

話し手 ただ問題として、1の判断の持つ意味がすごい生命にかかわってくるから、チームでの対応というのが必要になってくるよねというふうには思っていますという感じですかね。まずは、すべての医学生が学ぶべきことっていうのは、もうインターネットで学べますよね、かなり。そうでもない？

聞き手 今の話だと、たぶんコミュニケーションとか、人権とかっていう話。

話し手 そっちは学べない。だけど、インターネットで学べる部分は、後からでも詰め込みで医学の試験にコアカリキュラムの何番みたいな、だーって、丸暗記する力が彼らはあるだろうから、それはそこで置いとくとして。その前の部分にどうやって力を入れていくか。だけどそれは、そんな人権なんて教えられないよとか、倫理なんて教えられないよって、道徳なんて教えられないよって話にたぶん議論として持っていられることが多くて。学校の先生の場合、そうなんです。道徳なんて教えられないから、人間なんて育てられないからと思ってる教育学の先生いっぱいいらっしゃるんですね。

でも、ソーシャルワークになるとそうじゃないよってことになって、ちゃんと倫理教えなきゃいけないよという話になっていくので、わたしはどっちかという学ぶべきがソーシャルワークの考え方、対人援助の方の本を学んでいただく方がいいんじゃないかなと思うので、この本はほんとにお薦めなので、よかったら、『ソーシャルワーク・プラクティス』っていう本です。もしこれじゃなくて、日本語がよければこっちですけど、『ダイレクト・ソーシャルワークハンドブック』の方で。これは、でも北米の大学院でソーシャルワーカーたちがみんな読んでも本なので。わたしは、ほんとに対人援助職であれば、医療であれ、なんであれ、皆さんに読んでいただき

たい本なので。ただ、高い本だし。でも、読みやすい本ですけど。高い本だから、大学の予算で買ってください。決して個人では買わないで。という感じですね。

それで、それを誰が教えるか。それを学んだ者でしょうっていうしかなくて。ざっくりとでもいいと思うので、医学教育者たちが、そういうことって必要。きょうでもわたしがお話しただけでも、たぶんキーワードが頭に入ったんじゃないかと思うんです。だから、そういうことって必要だよってことを医学教育の方たちがまず知って、それに基づいてどうしたらいいかということを引き合って話し合うってことが必要だと思っていて。それができない人は医学教育に入っちゃいけないよね。そこでゲートキーピングするのが春田さんかなみたいな。おじいちゃんたちにゲートキーピング、どうぞゲートボールに行ってくださいみたいな、そういう感じで外に追い出していただけるといいんじゃないかと思えますけど。という感じですね。

それについてどう教えるべきかと思えますかというのは、1つはフレット・コルトハーヘンというオランダの人がALACTモデルというのをやっています。ご存じかもしれませんが。まず最初に実践から入る、目の前の起きていることから入っていくということだと思います。理論から入るんじゃないなくて、実践から入る。その実践がどうだったかということ振り返る。これは、自分1人ではなくて周りの人たちと一緒に振り返って、そこで、あーってのはたと気が付く。それは、とてもうれしい感覚なんですけど。ショックな場合もあるけれども、でも、あ、分かったっていう、そういう感覚ですね。これは、本質的な気付きということ、エッセンシャルという言葉を使いますけど。そうすると、あ、勉強しなきゃだめじゃないか。そこで初めて勉強への意欲というのが出てくるから、勉強意欲で。そして、何か本でもいいし、人からでもいいし、何か学んでいって、ほかになんかあのとき、あの声の掛け方じゃない声の掛け方があったんじゃないかといって一生懸命探して、じゃあ、それやってみた、うまくいった。これ、ぐるぐる、ぐるぐるらせん状に上がってるからALACTモデルですね。その辺は、この『教員のためのリフレクション・ワークブック』っていうこの本の中に書いたことなんですけど。絵は簡単なんですけど、読んでくのはとても難しい本です。後で見ていただくと、書いてあります。

あとは、さっきのいったマリオン・ボーゴがいつてるシミュレーション・ベースド・ラーニングって、これはたぶん医学教育から来てるんだと思います。トロントとか、北米でやっている、演劇人、アクター使っちゃうんですね。だから、例えばわたしだったら58歳の、がんと宣告されて、まだ子どもが小さくて、父母が要介護の状態の、母親ががんと宣告されて、あと3年の命といわれて、その人がなんとかなりませんかというふうに来てきた面接とかいうのがシミュレーションで用意されていて、それをアクトレスとしてわたしが実際演じてという。それは、でも、やってるんじゃないですか、医学教育の中で。

聞き手 そうですね。模擬患者さんという形で、試験でも使ってます。

話し手 そこからマリオンは、それをソーシャルワークの本に使ったということなんですけど。そんな感じでやっていくことかなと。とにかく現場で、人権を大切にしているドクターの姿を見ることが必要。それがここでいう実践という所。一番最初のこのスタートの所で、人権を大切にしている先生に感動することが必要だと思っています。トロント大学の百合田先生って、百合田真樹人っていう方なんですけど、その方が南、どこだったかな。どっかの大学が、アメリカの小学校の教員養成でナンバーワンを20年以上続けている大学なんですけど。そのこの大学は、実習先のマッチングを全部大学が責任持つんですよ。

マリオンもそうです。ソーシャルワークの実習先を、大学側がいいと思う実習先をずっとやって、3日間ぐらいその実習先から実習担当の人がやってきて、それでその3日間ずーっとそれぞれ1時間ぐらいずつ枠があって、学生たちが聞きにいくんです、そこに。その実習の内容とか、その病院の内容とか、話を。それで、そこでマッチングして、とにかくそこで勉強するんですね。いろんな現場の勉強、そこで3日間勉強するだけけど。それで、その中で、ここに実習に行きたいっていうところでアプローチするし、実習側も、この実習生来てほしいって学生にアプローチする。そのマッチングをする。だから、実習の質が保証されるっていう。いいかげんな付属とかで、あの先生ちょっとまずいよねみたいな所には送らないっていう関係性をちゃんとしている大学がトロント大学と、その百合田先生の教員の大学です。

聞き手 ありがとうございます。すごいいろんな話が聞けて、とても楽しかったです。カネコ先生とか、マツシマ先生とか、何かありますか、質問。

マツシマ ありがとうございます。途中からで非常に残念に今思ってるんですけど、動画を見ます。まさに、教えられないよってなっちゃうっていわれましたけど、そういうコミュニケーションだったり、人権だったり。まさにちょっとそんな気持ちになっていたところに、指摘されたなと思ったんですけど。学生さんについても、研修医についても、ディフィカルトラーナーって必ず居て、わたしたち自身が悩まされていて。それが解決できずにいる状況で、どうやって医学部で教える側になれるかっていうのを今ちょっと考えていたんですけど。お互いが成長しつつということにはなるかもしれないんですが、仕組み的にどうしたらいいのかというのが、今わたしの中でイメージができません。

話し手 1つだけ、わたしは言い忘れてたのがあって。よりよい医学教育を考えるのではないんです。よりよい人は、幾らでも自分でよりよくなってくれるので。平均レベルより上の人はほっといても、もしかしたらいいですよ。自分で勉強していく。医者になろうと。普通、人間、よくなりたと思うから。そうじゃなくて、一番神経集中しなきゃいけないのは、平均レベルの人たちはちょっと上を目指してもらって、平均レベル下の人たち。これをDというふうにはわたしは呼んでるんですけど。ダメジ、ドベ、だめ、デンジャラス、どんじり、どうしようもない。このDの人たちをどうやって養成して、上のCに乗っけるか、それとも排除するかということに専門職の養成は意を用いれば、そこそこの先生であれば、取りあえず風邪はなんとか治るだろう。風邪、治すのが一番難しいらしいんですけど。

それであると、対人コミュニケーションができる人であれば、ちょっとここ分かんない。自分の誤りを認められる人。ちょっと進んだけど、あ、間違っただけっていうときに、さっとそれを誰かに相談したりできる人。そういうトレーニングだけを、とにかくそのDの人たちどうするかっていうことを考えてもらえば、こっから上はたぶんほっといてもなんとかなるんじゃない。と思いませんか？ だけど、みんな養成のときに、よりよい医者をつくらうとかするわけですよ。教師もそうなんです。みんな学会に集まって、よりよい教育。社会科教育学会とかでも、みんなでいい授業を考えてんですね。いい授業考えてる人で、いい先生なんですよ。いい先生たちだけで集まって、よりよいって言って、おまえの方がよりよいとかやってるんだけど。社会科で問題なのは、丸暗記させる先生でしょう。あのどうしようもない授業やって終わらしてる先生たちがだめなわけで。その先生に担任されたら、1年間苦しいわけですよ、子どもたちは。その先生たちをどうするかっていうの、その賢い人たちはその先生どうするかを考えてって思ってる。

そこで、人権は教えられませんとかじゃないですよっていうことです。共感性は教えられませんとか、人権は教えられませんじゃなくて、わたしたちが人権どうやって学んでいったらいいとか、どうやって実感すればいいか、人権を。そもそも、教えられないっていつている皆さんが、世界人権宣言を読んだことあるんですかとか、子どもの権利条約、読んだことあるんですかとか、国連の女性会議でトルドーさんがいった演説、聞いたことあるんですかとか、エマ・ワトソンが泣きながらしゃべってるあれを聞いたことあるんですかって、教えられると思います、わたしはね。自分にはそんな、自分が教えられる人間だと思える必要はないと思います。教えられない人間であるかもしれないけども、自分もよくなりたいと努力している途上の人間ですから、一緒に学んでくれませんかだと思ってるんですけど。僕は人権教育できますかという人が居たら、まずその人を排除しなければいけない。そもそも、そんな人権教育のスペシャリストとか居たら、ちょっと危ういよねと思いますけど。

マツシマ ありがとうございます。すごく事例を思い出しつつ、先生の話、聞いてました。
話し手 この『ダイレクト・ソーシャルワークハンドブック』は、そういうことが書いてあります。それから、このマリオンの本はそういうことが書いてあって、対人援助をするというのはどういうことなのか。自分のできなさにどうやって付き合っていくということを教えていくのか。それから、そういう非合理的なこととか、矛盾してることとか、助けを求めてこない人たちにどう対応していくかとか、そういうことを学ぶのにこの本はいいとわたしは思ってる。

トロント大学ではこの本を、マリオン・ボーゴは3カ月で読みました。でも、読まない。読んでらっしゃいだから。正直、この本は、わたしは1日でやりました、京都では。2泊3日の温泉合宿でやったこともあります。中に何が書いてあるかをざっくりみんなで分担して、1章を20分から。十数章あるんで。17章かなんかあるんで、1章20分ぐらいの勢いで、だーっとやって。それでその後、今みんな毎月1回かな、読書会やってます。わたし、居なくて。企画したのはわたしで、これでやったけど。わたしもときどきは出ますけど。みんなここで学んだことが心地よいし、もっと学びたいって。とりわけ今、第5章かなんかでみんな引っ掛かっちゃって、第5章、半年ぐらいやってるんじゃないかな。コミュニケーションの章だと思うんです、確か。共感的でオーセンティックなコミュニケーションをどうやって身に付けていくかっていうところを、みんなずーっとやり続けていますね。あるいは、逆効果を生んでしまうようなコミュニケーションパターンをどう省いていくかみたいな章も、なかなか難しく面白いです。

マツシマ ありがとうございます。先生、もう1点だけいいですか。わたしが激しくうなずいていたというLGBTQとか、ジェンダーのことがなんか入れたいなと思ってる所なんですけど、コアカリに。なんですけど、どう取っかかっているのかとか、キーワードとして何かヒントをいただけないかなと思うんですけど、特にここはという、なんかお考えがあれば。すみません、漠然とした質問なんですけど。

話し手 相手のことが分からないときは、やっぱり相手の立場になるっていうことなんだろうと思うんですね。この間、キャビンアテンダントさんと話してたんですけど。キャビンアテンダントさんは、なんかすごく優秀な方と結婚しちゃったわけですよ。でも、キャビンアテンダントさんの価値観として、自分の家庭をちゃんとできる妻になるという価値観があるので、どんなに嫌な相手でも家庭を壊さないようにするにはどうしたらいいかってことに全神経を集中して、夫が機嫌よく生きていけるように、そのことによってどう、わたしはすてきな家庭を持っている、うまく夫をコントロールできる妻なのよっていうところに。そして子どもをちゃんと育て上げて医者にする妻なのよみたいなところに意識を集中するんですって。それが彼女たちのアイデンティティーなんですって。医者よりは駐在員が多いみたいですけどね。

だから、そういうふうな女性が努力してるっていうことに男性がどう気が付くかってことだと思います。いろんな女性がどういう思いで、どういうふうな生活してるかということに男性が気が付くように、シミュレーションがいいんじゃないですか、そしたら。今思い付いた。女性の一生をシミュレーションしてみる、男性が。うちの息子はこんな親に育てられたんで、彼女の方が優秀だからって言って、彼女の仕事のために自分の、すごくいい給料の会社に勤めてたんですけど、辞めて、20代で。彼女に付いて、無職になったんです。そしたら、フィリピンのど田舎で、専業主婦の悲哀ですよ。稼げない、やることない、言語通じない、新しい文化の中でやってなかなかいけなくて、相当大変な思いしてました。だから、男性でもその状況になったら、妻と同じつらさというのを味わうんだということをもっと身をもって感じたと思う。

マツシマ それで、女性だったらというシミュレーションがいいんでしょうか。それとも、LGBTQの方がより皆さんが日ごろ体感してないというか、なので。

話し手 目的がちょっと違ってくると思います。LGBTQというのと女性で、日本の場合は120位、121位という、女性がもう下の方で当たり前という文化がずーっと続いてきているから、これをあらためて問題にしようかっていう発想がほぼない。これが当たり前になる。LGBTQというのは、もうがーっと海外から入ってき

て、それをひっくり返す必要があるっていうふうにいわれて。あ、そうだねって、わりと女性問題よりも早く受け入れられるってわたしは思っただけ。もっと根が深いと思います、女性問題の方が。

LGBTQ は、だからハラスメントなんかと同じで、これは気を付けなきゃやばいよねみたいな感じでみんなが意識することができるけど。女性の問題って、意識ができない。認識ができない。そもそも、見えないから。というふうに思いますね。だから、カナダなんかだったら、LGBTQ の問題ってもう 2000 年のときにみんなでパレードしたりして。オランダなんかでも、女性だけの夫婦の子どもが居てみたいな感じで。そういうのをわたしたち受け入れていかなきゃねってというような感じで、明白な感じで見るとはいいですか。それは 1 つの方法としてあれだけど、女性の問題と LGBTQ の問題はたぶん分けて、それぞれに対応していかないと、一緒にはできない。歴史が違う。

マツシマ ありがとうございます。

カネコ すごい面白かったです。なんかほんとに面白かった。先生ともっと違う話いっぱいしたいなと思ったんですけど。トロントの話、結構されて。僕、たまたまなんですが、オンタリオ大学ってロンドンの所のファミリーメディスンのマスターに行っていて。その僕のスーパーバイザーの先生、ソーシャルワークの先生なんです。MD じゃなくてソーシャルワークの人が、ファミリーメディスンのマスターのディレクターをやっていて。僕も英語がそんなに分かんないですけど、僕のそのバイザーの先生の言葉がもっと分かったらきょうみたいな感じだったんだろうなっていうのが、先生の話聞いててすごく思いました。

あと、さっきの D の人の話がすごく印象的で。僕と春田先生って一緒に働いてないんですけど、近いところで家庭医療とか、ジェネラルプラクティスのトレーニングを受けて。そのボスの人が、D の人をどうやって上げるかとかいうか、なんとか卒業させる。やっぱり卒前とかいうか、大学を卒業するときに排除するって、日本だとなかなかなくて、なんとか頑張って上がって下さいという感じで。初期研修もなんとか頑張って上がってきて、なんかもう傷つき切ったみたいな人たちが来るっていう、なんか家庭医療のレジデンシーの指導医とかみたいな、こんなにこういう人来るんだみたいな感じで。

当然なんかモチベーションあってできる子も来るんだけど、その子たちはもう僕ら手を掛けられなくて、指導医としては。取りあえず D の子をなんとかしないとっていうので。たぶん春田先生が居た時期と、僕が居た時期でまたちょっと違うと思いますが、僕の印象としては結構 D の子たちにこっちの時間とか、リソースを割く必要があるんだなというのはすごく、こういうのが、でも教育なのかなというのは確かに思ったことがありました。話し手 ただ、先生がその子に掛けるより、たぶん周りの子の力動を移行しないとだめなんだろうと。1対1では無理なので。その環境づくりをどうしたらいいかということの研究していただくといいんだろうなと思います。そういうのは、現場で発達障害の子たちをクラスの中に入れて、とてもいいクラスをつくるみたいな、そういう技を持つてる学校の先生とかいらっしやるんですよ。そういう子を入れた方がほかの子達が育つからとかって言い切っちゃうわけですよ。そういう障害系の方たちを入れることを知っている人たちから学べるような気がします。

カネコ それはすごい面白いです。伺いたかったのは、さっきそういう子を例えば卒業させてなんかあると、やっぱり先生としても責任を感じるということをお願いしたと思うんですけど。医学部の卒前教育って、1 学年 100 人ぐらいなんですけど、基本的にあんまり、すごく誰かの面倒を見るってシステムじゃなくて、授業とかを提供は各先生がするけど、なんかやばいやつ居らしいねって話は聞くけど、別にそれを誰かが責任を持ってなんかしないとイケないという構造にあんまりなくて。もちろんチームで、やっぱり上げないよって判断をしたりとかはするんですけど。それ、おそらくは点数とか、明らかにそこがどうこうまずいみたいなことで上げませんって話はするけど、あんまりその子を卒業させて医者にしていいのかみたいなことを、その人の担当みたいなのが居るわけでもなかったりする。教員育成って何人ぐらいで何人ぐらいを見てるのかとか、どれぐらい先生が担当して、責任をどれぐらい分担されてるのかみたいなのもってちょっと伺いたいなと思って。

話し手 大学によって全然違います。わたしの大学はものすごく面倒見よかったし、その中でもわたし、かなりやっていると。英語の先生になりたいけど、英語まったくできないというような子が居るんです、英文科とかに。そういう子は、毎週何曜日、研究室においでとかいって。中学校 1 年生から問題集渡して、わたしはこっちで自分の仕事してんだけど、その問題集をやるようにいって。学校の先生になりましたよ。2 人ぐらい。

カネコ すごい。

話し手 何やってるわけじゃなくて、わたしの横でとにかく英語勉強してるというだけなんですけど。一応方法は教えますけどね、軽く。ていうような感じでした。だから、どうしたらいいのかな。でも、医学の場合、落としちゃった方がほんとはいいんだろうけどなと思うから。でも、落ちる、かなり居た。わたし、最後のころは落とすのうまかったと思います。150 人ぐらい、それが最初来るんですよ。わたしの授業って 150 人ぐらい。みんな面白いって、金曜の 1 限なんですけど、出席取らなくてもみんな来て。

でも、その中で単位だけ取って辞めていくんです。要するに元気になって、企業の方行きたいって行った子たちと、それから対人コミュニケーション無理って辞めていく子たちが居る。残った子たちがわりとうまく育っていくっていうふうになると、その中に何人か紛れ込んだ子たちは丁寧にケアできるという、そういう体制を最後のころはつくれたんです。だから、できないことではないかなというふうには思っています。具体的じゃなくて申し訳ない。ちょっと授業をどういうふうにしてたかとか説明をすれば、かなりワークを取り、毎週毎週全部ワークで進んで考えていくようなことをさせていましたし、それにコメント返していくみたいなことはしていました。

カネコ ありがとうございます。でも、イメージはわきました。

話し手 女性のことで、これ、女性のこと書きましたよね、どっかで。どっかのページで、女性がこういうふう
に育ったらどうしますかみたいな話を確かどっかで書いてて。どうするのが女性がいいことかというのを書いた
んですね。何を書いたかという、女性が成功するってどういうことかということを書いたんですね。医者のお
奥さんになってかな、年収3,000万の人の奥さんになるって、女性としては成功だったりするじゃないですか。とい
うようなその辺をどっかに書いた。ごめんなさい、見つからないや。ちょっとまた後で借りてください、春田さ
んから。その本のどっかに書きました。

カネコ 先生の子育てとかに、ちょっと話は今の女性の話になっちゃうと思うんですけど、先生が書いてたやつ
じゃなくて、子どもを育てるときとかに、例えば自分ができなかったとかそういうのを子どもに乗っけるという
か、同一視するみたいなこととかも書かれてましたね、なんかそういうことが。

話し手 そうですね。でも、お医者さんって忙しすぎるから、自分の子どもにそんなに掛けられないかなと思
う。女医さんって。どうなんですか。分らないけど。

カネコ 分かんない。でも、結構いろんな人が。

話し手 だんなさんがお医者さんで、周り全部医者で、奥さんだけが学歴が低いとかっていうときに一番危険な
パターンですよ。よくある教育虐待のパターンって。自分が育てなきゃ、その責任、わたしにあるみたいな、
わたしはばかだからっていう感じで、一生懸命自分の子どもに無理なことをさせてしまうというパターンは非常
に多かったですね。

カネコ ありがとうございます。もう1個だけ聞いてもいいですか。今回モデル・コア・カリキュラムというこ
とで、入学してから卒業までの話なんですけど、ちょっとそれとずれちゃうんですけど。入学するに当たって、
さっき先生がいったみたいに、かなり勉強させられている人が入ってくるし、合わないなと思っても辞めない
とか、お金とか投資してるから辞めないということがあると思うんですけど。先生の本とかにちょっとあったみた
いに、入試っていつ時点でやっぱり経済的な格差とか、親の格差とかが反映されて、本人の実力がすべてなわけ
ではないけど、それが本人の実力みたいに受け止められてるっていう面があると思うんですけど。その対策と
して、1個抽選を入れたらいいんじゃないかというふうにおっしゃった東大の先生が居るっていう話が入って
た。例えば、医学部の入試とかも、もっと試験だけじゃなくて一定抽選にしたらいいんじゃないかとか、ほかの
方法でもいいですけど、なんかありますか、アイデアみたいな。

話し手 医学部抽選は厳しいけど。だから、落とせればね。ウルグアイみたいに、みんな入れちゃって、全部入
れちゃって、1カ月でみんなぼろぼろ落ちちゃうみたいな。足の骨の名前を全部覚えろみたいなことをいった
ら、落ちてくかなみたいには思うけど。世界各国どうなんですか。どうしてるんですか、そういうのって。なん
かいい医者を育ててる国とか、有名などこないんですか。ハーデンさんとか、どうなんですか。

聞き手 イギリスの所。なんかやっぱり違いますよね。試験が違ったりするので。国家試験みたいのっていう
の、明確ななんかペーパー試験がイギリスとかはあまりなかったり、確かしたような気がするんですよ。なの
で、アメリカはすごく明確ですね。

話し手 医療的な処置って、わたし、よく分からないんですけど。どのぐらい学力が必要なんですか。医療処置
をしていくときの本当に必要な学力ってなんなんですか。重大な病気を見逃してはいけないというのはすごいあ
るんだけど。でも、人間だから見逃しますよね。だから、なんか最低2人は必ず。2人の人に診てもらおうとか、
なんかそういうシステムになっちゃったらなんとかなるんじゃないか。1人が診なきゃいけないってことになる
から。離島だとかは困るけど、もうなんかこう、何人かで診る体制というのはつくれないもなんですかね。

聞き手 それは、たぶんアイデアの1つかなと思います。救急とか、研修医が入ると、だいたい指導医も診たり
とかするので、そっちのが安全だったりする。1人が診るよりということはあるので、たぶんできないことは
ないと思うんです。

話し手 例えばデンマークなんかだと、小学校の低学年は2人担任なんです。2人同時に担任で、1人が学力関
係、1人が生活関係なんですね、低学年って。オランダなんかだと、あそこはワークシェアリングやってるの
で、週3日ずつだったりするんです。2人担任で、月、水、金の人と、火、木の人とかみたいに。そういうよう
なところで発見されたり、相性が決まっていたりというようなシステムがもしつくれるんだったら、そこのリ
スクは減るかなとは思いますが、非現実的。

聞き手 医師不足っていうところが今いわれているところで、偏在しているんですよ。

話し手 そうですよ。

聞き手 なので、全体にそれを浸透させるのはなかなか難しいかもしれないですけど。それって医者だけの問題
じゃなくて、受診……

話し手 そうそう。日本の過疎化が全部そうですからね。だから、オランダとかは3つに分けてんのかな。国を
3つに分けて、夏休みを最初取る、真ん中取る、最後取るとか分けて。それで省庁も全部、田舎に省庁置
いちゃうんです。九州ぐらいの広さの国だからできることなのかもしれないけど、真ん中に集中させないとい
うことをすることによって、どこに行ってもメリットが同じみたいにしていくみたいなことをしてたりしますね、
分散してね。

自分が行くときに、わたし、医者嫌いな。医者嫌って、春田さん好きなんですけど、医者嫌いなんで、行き
たくないわけですよ。行ったところで、どうせなんかロキソニンもらうぐらいな感じじゃないですか。たまに発
見してもらえることはあったりはするんだけど、検査しても何も出ないみたいなことが結構あったりする
ので。そういうときに、どこに行けばいいんだろうなというのをこちら側からすごい思っていて。でも、家庭医
みたいな方が1人いらして、その先生を見つけてからは、あそこに行って、だめだったら大きい病院紹介してもら
おう

みたいになった。そこまでがすごい大変でしたね。なんかその信頼感みたいなものをどうやって日本でつくってあげればいいのかなんて。

聞き手 まさしく GP の成果みたいところをどのようにつくっていくのかっていうところは。

話し手 ただ、さっきいった、ヤブ医者って毎年のように居るじゃないですか。免許持ってないけど、すごい人気な医者。あれでみんな治ってんですよね。

聞き手 治っている感覚を得ているということなんじゃないですかね。

話し手 あれの問題って、皆さんどうやって考えてるんですか。

聞き手 どうやって考えてる？

話し手 どうやって受け止めているんですか。ヤブ医者の方が人気があることに對して。うまくやったよなかもしれないけど、でも現実に患者の満足度が高いんだとしたら。30年間発見されなかったとか、ありますよね、よく。

聞き手 うん。

話し手 あれってなんなんだろうって。そのぐらいできちゃうものなの、医者って。

聞き手 それぐらいできちゃうというのは？

話し手 コミュニケーション能力があって、適当な薬をあげたら、それで患者さんたちってなんとかなるものなのか。そのときの患者さんたちはどうだったって研究とかないんですか。

聞き手 でも、どうなんだろう。具体的には分からないですけど、やっぱり傷つけられている患者さんって結構居て、医者に。それでやっぱりいろいろ積み重なって、積み重なって、結局、難治性っていう診断をラベリングされて。で、たまたまっていったらあれですけど、名医といわれる所に行って、すごく親切にされたりとか、よく診てもらったという感覚を得るといところで、救われたというふうに思う、その1つのストーリーとしてはじゅうぶん理解可能なので。

話し手 トロント大学のマリオン・ボーゴがどうやってソーシャルワーカーの資質というものを見ていたかという、カナダの中の一番よいといわれている評判のよいソーシャルワーカー10人にヒアリングをして、その10人がどういう活動してるかということ全部調査してリスト化して、それを目標に持っていったということをやっています。それは、だから下の方じゃなくて上の方だけども。でも、その上の方のリストを作って、その人たちをつくらうということマリオンはやっていく中でソーシャルワーカー養成をしましたね。その研究はいいと思います。

聞き手 それは面白いですね。

話し手 その中にヤブ医者も入れといたりして。ヤブ医者のどこがみんなを引きつけてた。ヤブ医者の研究、誰か。このメンバー、ちょっと無理か。誰かにやらせて。

聞き手 ヤブ医者はどうやって、その人間。

話し手 ヤブ医者はどうしてそんなに人気があったのかっていう研究です。イグノーベル賞、狙ってください。

聞き手 ヤブ医者はどう定義するのかって難しいですよ。

話し手 医師免許、持ってない人。

カネコ 捕まったりしてる人ですかね、先生がいつてるの。

話し手 そうそう。

カネコ その患者さんというか、そこにかかっていた人とかにインタビューしたりすればいい。

話し手 そうそう。なんであの医者がよかったのと。

カネコ それ、かなり面白そうですね。僕、やりたい。

聞き手 確かに面白そうですね。

話し手 すみません、話があちこち行っちゃって。

聞き手 このメモ、後で頂いてもいいですか。

話し手 もちろん。メッセージャーかなんかに張り付けちゃってもいいですか。今ここに張り付けましょうか。そしたら3人が。

聞き手 そうですね。ありがとうございます。後でこの逐語録も武田先生に1回見ていただいて、これ、ちょっとやばいんじゃないという所は削っていただいて。

話し手 大半、削んなきゃいけない。

聞き手 いやいや、そんなことはない。わたしの感想なんですけど、人間の体っていうところが変化していて、特に精神も変化していて。それは、社会の変化と同時にたぶんシンクロして変化していく中で、そのシンクロした中でやっぱり不適合していく状況をどのぐらい医師という、医療者の立場でそれを感知するというか。それを情報とか、ITCとかいうところだけじゃなくて、ちゃんと体の感触としてとか、接触としてとか、そういうのを感じながら、適合していくプロセスの中に自分がどんなふうに交ざり合っていくのかというか。そういうところがすごく大事なかなというのを漠然と、聞きながら。

話し手 赤ちゃんのことが分かる方は、5人きょうだい、もっと居たのかな、の長女で、下の子たちをみんな育ててきた人で。しかも、最初に勤めた所が重複障害児の施設です。だから、子育て支援ですてきな動きをしている人たちって、わりと障害児施設に居た人が多いです。あるいは、きょうだいが障害児だった人たち。だから、そういう所で差別の問題とか、感覚の問題とか、そういう人たちとどう接していけばいいのかみたいなことを小さいころから身に付けてきた方たちが対人援助職としてはとてもいい動きをしていて、そして赤ちゃんのことが分かる。ごめんなさい、すごいなんかちゃんとしたファイル名じゃないんです。さっきなんかうまく入らなかったから変なファイル名ですけど、今入れたので、それを見てください。

聞き手 ありがとうございます。

話し手 やっぱり自分自身が苦しい思いをするか、苦しい思いをした人の横に居るか。自分自身が苦しい思いをした人は、場合によってゆがんじゃうことがあるんですよ。でも、周りに苦しい人が居て、その人に寄り添ってきた人はそんなに自分自身がゆがむことなくその世界の中に身を浸すことができるから、そういう体験を実習とかの中にどう入れるかだと思うんですね。

例えば教員で受験ということで、さっき人が変わるって話をしたんですけど、受験、受験という教師をやりたいって、塾がよかったからという学生がもう1人別に居たんです。その学生にわたしが自由課題で、ホームレス支援の現場行ってらっしゃいっていったんですよ。それでその彼は、大みそかにホームレス支援の、単位取るためにね。ほかの子が何人か行くって言うから、僕も行くって行って。で、居た子は、トラックで大みそかの配送の助手席に座って、元ホームレスだった人がドライバーだったんです。彼は英語の教師を目指してたんですけど、その元ドライバーが数カ国後しゃべれる人で。その人がホームレスだったって話を聞いて、自分の中の価値観がふわってこう変わって。で、今まで自分が思っていた受験英語とか、受験というものはいったいなんだっただろうって考え始めたので、その人との出会いで変わりましたね、彼。

だから、お医者さんたちもそういう体験というのを大学1年のころにするっていうのは、わたしは大事なことで。だから、医学教育って思うと、医学をやんなきゃいけないように思っちゃうんだけど、もっとその、例えばアジアに行くみたいな経験。それは、武蔵大学の学生は、スリランカにたくさん送ってんです。延べで100人以上送ってるんですけど、何回も行ってるとも居るから。そうすると、スリランカの一番貧しい村に行くんです。一番貧しい村の一番貧しいおうちに泊めてもらうんです。1家族に1人。そして、言葉はシンハラ語なんです。だから、英語がうまい下手関係なくなる、一挙に。

その中に引きこもりの子とか、摂食障害の子とか、普通の大学生とか全部が森の中に1軒ずつ、ゾウが出るような所に落とされて行って、翌日井戸掘って体もやって、村人と。またそこへ戻ると、毎日がカレーなんですよね。でも、そのカレーは彼らが普段食べてないカレーなんです。お客さんだからということで出してくれる。でも、口に合わないが残したり最初しちゃうんだけど、それが残ったものが彼らの食事になるって言う。そういう中で3週間暮らす。みんながらっと変わる。人が変わります。生きてることの意味が彼らにとって変わる。

だから、そういう体験を医学部の学生たちが、一番最初はちょっときついかもしれないから、最初は日本の国内でいいと思うんですけど。わたしが教員養成で考えてたのは、夏に国内、冬から春にかけて、アジアの最貧国。その次の年からは、専門の勉強をしていくって言う感じ。で、現場に行って自分で見つけた課題について卒論書くって言う、そういう4年間の養成が教員養成でできればいいなって思っている。

対人支援、援助をする人たちっていうのは、そういう体験を持ってないとだめなんじゃないかなって思います。スリランカのキャンプは、ほんとわたしはお勧めですね。みんな学生たちが変わって帰ってくるので。そういう荒療治、どうですか。医学教育の一番最初にスリランカに行かせるって。

聞き手 僕は全然、すごくいいというのもあれですけど。たぶん全然違う、自分たちの普通が通じない体験っていうことをするって言うところに身を置くとって言うのが、たぶん相当カルチャーショックを受けて。

話し手 それは、ちゃんと守る。1人で行ったら狂っちゃうので。みんな体験を毎回こうやって、昼間は汗を流して、頭空っぽにして、とにかく土を運んで。わたしもやったんですよ。井戸堀りやって。土日に行っちゃって、学校見学目的に行つたのに土日に行っちゃって、学校開いてないっていわれて。そしたら明日やったださっていわれて、2日間わたしは井戸堀りやったんです。セメントこうやったり、土やったり。なんでこんなおばちゃんが学生と一緒にやんなきゃいけないんだとか思いながらやりましたが、面白かったです。

カネコ なんかカルチャーショックを与えるというのは、僕が医療のことを教わった先生もいって。例えば身近なとこだと、訪問診療とかに行つたときに学生だけ置いて帰って、なんか患者さんちに置いていて、後でほかの患者さん往診回って最後連れて帰るとか、半日ぐらい置いていて、取りあえずなんかしゃべってみたいにしとくとか。

話し手 それ、やったらいいんじゃないですか。それ、やったら、対人コミュニケーションできない人は、自分、この仕事嫌だと思っんじゃないの。

カネコ そうですね。そこがまた難しく。それ、僕、基本的に卒後というか、もう働いてる人でやって、研修医とか。さすがに自分の診療所の患者さんだから、ちょっとこの人、家に置いていたらまずいなという学生とか研修医は、そういうときなんというのかな、教育者として行つてると言うよりは業務を優先してるので、この人を置いていたらトラブルになるなという人はちょっとやめとくかという感じにしちゃうんですけど。

話し手 それが面白いのが、スリランカはみんな優しいんです。仏教徒なんです、皆さん。日本から来た子たちということで、言葉通じないということもあるんですけど、変な子でも受け入れてくれる。日本人ってどういふうだみたいな感じで。生まれて初めて見た外国人だったりするわけじゃないですか。そうすると、ちょっと変な子でもみんな受け入れてくれるんですよ。それが面白い装置になっているんです。

マツシマ 毎年、違う家に行くんですか。

話し手 毎年、違う地域に行きます。つまり、井戸が必要とか、トイレが必要とか、道路が必要という、向こうの現地のアレンジの方が居る。

カネコ 向こうのニーズがあるわけですね。

話し手 そう。それで日本人に会いたいからといって、電気を付けちゃった家庭とかあるんですけど。そうするとそこ、最貧じゃないからって、その家庭は外されちゃって。電気付けるお金あったんだねみたいな。電気のないおうちからやるんです。でも、その人たちがすごく明るくて、信心深くて清潔で暮らしているって言うことに気が付いたときに、どっちが豊かなんだろうって思ったときに、最初学生たちは帰りたいと思うけど、森の中で

ヘビが出るかもしれないし、ゾウが出るかもしれない所ではどうしようもなく逃げられなくて、という中で暮らしていると、もう最後、人間って愛すべき存在なんだみたいに。もう第2の家族といって、多くの学生がもう1回行きます、次の年。また会いたい、あの人たちに。ほんとの家族ができる。日本ではこういう人たちには出会えなかった。

カネコ 3年ぐらい、離島の1人診療所だったんですけど、そのときに学生さんを住民の人のうち泊めてもらったりして。なんか毎年来る子とか居るんです。この学生、この間も来た。また来たのかみたいな学生とか居たりとか。最初、なんか島を、初めて来たときは、先生、ツタヤないんですかっていわれて、ツタヤ、ないよ、この島にみたいな感じなんだけど。でも、みんなよそのうちに泊まったりとか、一緒にご飯食べたりとかして、ほんとにすごく診療所よりいっぱい学ぶことがあるなという感じはします。

話し手 日本だったらトカラ列島がいいそうです。わたし、行きたいんですけど。鹿児島島のトカラ列島。1週間に1回しか船がなくて。台風になると、その船も。

カネコ 2週間、行かれなくなっちゃうということですね。

話し手 そうそう。あそこのトカラ列島は何もないそうです。ぜひ。そういう医学教育をする大学が1個あってもいいと思いませんか？ モデルでも。

カネコ そうですね。

話し手 だから、500年後を考える話を最初しましたけど、もし500年後を考えるとしたら、今からどこかの大学がそれを10年間でも20年間でもトライアルをしたら、絶対成功すると思うんです、わたし。その成功例をつくって、春田さんのおじいちゃんになったころには成果が出るから、それを春田さんが物語るというの、どうですか。

聞き手 すみません、コメントしづらい。

カネコ 僕、それ、ほんとにやりたいし、カナダ、ノーザン・オンタリオ・スクール・オブ・メディシンという、僻地に行く人を育てる。なんかほんとみんな僻地に行くみたいな医学校、比較的最近できたと思うんですけど。あそこの人たちとか、教員とかもすごいみんな僻地医療が好きだし、楽しそうにやったりとか、住民の人と一緒につくっていくみたいな感じがすごくあるので。

話し手 ぜひ、やってください。

カネコ ぜひ、ちょっと考えます。

聞き手 モデルコアといったときに、ほんとに全部が全部同じことをやるというところも部分的には必要だと思うんですけど、そうじゃない個性をどういうふうに持っていかっていうところは、まさしく今の話、すごく大事だなと思っていて。これ、一応3分の2のカリキュラムをモデルコア。

話し手 そうですね。一応読みました。ざっくり前の方だけですけど。

聞き手 ほんと、でもそうになってないんです、現実。モデルコアがすごく多すぎて、結局ほとんどが.....

話し手 それやるのに精いっぱい。

聞き手 その方向性でほんとにいいのかってところの、たぶん今の問い掛けなのかなというふうに思っている。

話し手 そういう意味では、大学の先生たちが自分の授業のことしか考えてないというときに、カリキュラムマネジメントをどんなふうにしていかって。そうすると、たぶんすごい現場から怒られる。そんな隣の普段あいさつもしない人とどうやって毎週会議、ブラウンバックやるんだみたいなことをいわれて、そこは絶対いえないから、彼らは。そうすると、システムが悪いとかいうと思うけど。でも、そのカリキュラムマネジメントをうまくやれるような大学内の。だって、IPEとかいうんだったら、多職種とかいうのなら、隣の研究室と交流しないよということじゃないかなみたいな。

聞き手 教員のまず職種連携というか、他部門というか、連携というところからほんとに始めないといけないです。

話し手 ですね。

聞き手 おっしゃるとおり。そういう姿を見ているので、学生もというところはあるんですけど。録音されているので、なんかあれで。

話し手 これ、全部聴く人なんて居ないでしょ、こんな長時間。

聞き手 逐語録になると、また。

話し手 誰かがあれなんだ。そうすると文科省の方が読まれるわけですね。共感の嵐だと思いますよ。

聞き手 ということで、もう2時間ぐらしゃべってしまいました。すみません。

話し手 ありがとうございます。ほんと、わたしなんか声掛けてくださった春田さんのセンスが好きだわみたいな。

聞き手 ほんとに聞けてよかったです。

話し手 ありがとうございます。

聞き手 いいタイミングといったらあれですけど、あの本を実は読んでいて。あ、武田先生だと思って、お声を掛けさせていただきました。ありがとうございます。

話し手 ありがとうございます。

(終了)

15) 國松 淳和氏

日時：2021年8月17日 18:45-19:45（60分間）

参加者：金子・春田

<インタビュー要旨>

1. 社会の将来像について、事前に送らせていただいた資料のようなことを我々は想定しているのですが、先生にはどのような景色が見えていますでしょうか？先生のご専門分野の視点からぜひお話しいただけますか？
2. 社会が、今お話しいただいたように変わっていくと予想される中で、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか？またどのような役割を果たしていくべきだと思いますか？
3. 医療が、今お話しいただいたような役割を果たしていくと予想される中で、医師はどのような役割を担っていくと思われませんか？またどのような役割を担っていくべきだと思いますか？またどのような役割は「担わない方が良い」と思われませんか？

普段は「社会の将来像がどうなるか」「その中で医学教育がどうあるべきか」という視野で見えていないし、例えば「公衆衛生的な視点」すらも持っていない。患者さんの診療のことだけを考えている。前提として、日本は臨床も、研究も、教育もというユーティリティプレイヤーが多いし、そうやって色々なことを並行してやっていることにあまり自覚的でない医師が多いと感じる。

その前提の上であえて言えば、教育は大事だと思っている。自分が受け継いできたノウハウや臨床現場に立つためのノウハウ、臨床を長続きさせるノウハウは伝えていきたいと思っている。

4. 医師が、今お話しいただいたような役割を担っていくと予想される中で、医学教育では何をどのように扱っていくべきとお考えですか？特に卒業する前の学生時代に学んでおくべき内容について、お話しいただけますとありがたいです
5. 今お話しいただいたような内容について、全ての医学生が学ぶべきかという点から考えてみると、いかがでしょうか？

研修医になってからや医者になってから役立つという勉強に重点を置くのではなく、直接は役に立たないかも知れない一般教養（文学、経済など）やサブカルチャーに時間を割くのが良いのではないかと。卒前の時期を臨床推論や疾患名を覚えることに費やさず、あえて「関係のない」ことをたくさん学ぶことは意義があると思う。幅広く教養があることで、臨床で分からないことがある時に、抽象的な思考が閃くことがある。また、教養があることで患者さんとのコミュニケーションも円滑になる。

臨床の仕事を長持ちさせるには、患者との距離を詰めすぎないことが大事であり、いい位置で自分の体をキープするために余裕を持つ必要がある。余裕を持つためには学問を収めたり、色々な分野の人と交流したり、読書をしたりすることが必要と思う。

6. 今お話しいただいた内容について、誰が教えるべきだと考えますか？
7. 今お話しいただいた内容について、どのように教えるべきだと考えますか？

臨床について

大学の教員はピュアな臨床医ではなくユーティリティプレイヤーなので、大学の教員がハブになって臨床のエキスパートを呼んで授業をして貰ったり、臨床を楽しんでやっている医師を紹介して医学生に見せたりすることが有用だと思う。臨床医は教えることは厭わない人が多いが、それをシステムに乗せたり、学習者に向けて開いたりするのは時間的に余裕がないのでその仲介をしてもらいたい。日本全体の集合知として指導医の登録を行い、マッチングを行い目の前の指導医以外の人に教えて貰える仕組み、学生や他の医師が見られるようにオンラインで外来を公開する仕組みがあると良いのでは。レベルの高い人に教わりたい、と言えるのが若者の特権だと思う。

「親は選べないが指導医は選べる」

教養について

大きい大学であれば、他学部と連携する方法はあると思うが、チェックリスト的にして無理にやらせることもあまり意義が無いと思う。教養と言うのは「パンク」「反抗心」だと思う。教えられたことに反抗して自分で学ぶもの。大学としては面白い、面白くないは別にして科目を包括的に揃えておいて「これはやるものです」と提供するのがいいと思う。

岐阜大学神経内科の下畑先生は有志の学生を集めて、医療と直接関係ない本（小説や経済の本など）を読んでそれについて話す会をやっている。それは臨床医として教育の大事さを知っているからだと思う。

<逐語録>

金子 きょうは本当にお忙しいところ、ありがとうございます。自分は個人的に先生の本、いつも読んで勉強させていただいているので、今回それとは関係ないんですけど、こういうふうに先生にお話、聞くことができ、非常にありがたいなと思っています。よろしくお願いします。

一応事前にたくさん資料あって申し訳なかったんですけど、文部科学省のほうで医学教育モデル・コア・カリキュラムっていう、卒前の医学教育の中で、各大学でこういうことを触れてほしいっていうモデルのカリキュラムを作って、それを定期的に改訂しているんですけど、その一端として、これから社会が変わっていく中で、医学教育、卒前の教育はどういうふうにしていくのいいかっていうことも踏まえて改訂できればということで、今いろんな立場の方に今回のようなインタビューをさせていただいているっていうことで、それで、先生のお立場から、これからの社会の中での医学教育っていうのをどういうふうにというのを伺えればと思っています。もちろん日頃、そんなにこういう話題について考えることがないっていう方のほうが多いかなと思うので、先生が本当に思うところをざっくばらんに教えてもらえればという感じです。よろしくお願いします。

一応事前に送らせていただいた質問に沿って、形上は進めていくんですけど、全然はみ出してもらって大丈夫です。最初に2番のところで、文部科学省とか国のほうで、例えば高齢者の方が増えるとか、いろいろIT化が進むとか、災害について準備しないとイケないとかっていう未来像みたいなものがありはするんですけど、それはそれとして、先生のほうでとか、先生の普段の診療の中からとかでもいいし、先生の立場から、今後社会ってどういうふうになっていくっていうふうを考えておられるとか、そういうのがあれば教えていただいてもいいでしょうか。

國松 どこから話せばいいのかな。将来のっていうところですか。

金子 そうです。

國松 日頃もそうですし、折に触れてもそうなんですけど、こういうビジョンっていうか、視野で、全然見てないです。こういうことを考えていらっしゃる先生方にとっても恥ずかしいんですけど、本当に患者さんの診療のこ

としか考えてない。話が完全にそれるかもしれないんですけど、たぶん日本って、ユーティリティープレーヤーが多過ぎなんですよ。臨床もやるし、基礎研究もやるし、教育もやるし、外勤先でプライマリケアもやりつつ、大学で大きな診療をやったり、傍らで論文書いたりして、スーパーマンが多過ぎとか、私は逆にそんなに器用にできないっていうのがあって、たぶん、先生方だけじゃなくて、いろんな立場の先生と話して分かるんですけど、それにあんまり自覚的ではないっていうか、自覚しろっていう意味ではなくて、格好よく言えば、すごく私は診療に自分の力とか思考とかを、診療に全振りしているような感じです。

なので、恥ずかしながら、例えば公衆衛生的視点すら持ってないです。それは、一つは公衆衛生の専門家に対するリスペクトなんですけども、私は割と誇りを持って言うんですが、しよせん臨床しかできないので、公衆衛生の視点ですとか、公衆衛生っていうのは、例えば、ものの例えなんですけど、本当はやれってすごい言われるんですけど、研究とか、論文書くとか。そういうのも兼ねれないと思っているので、本当に恥ずかしい話なんですけど、きょうのほとんどの質問が答えられないとか、正答を求めてないのも分かっているんですけど、きょうは素直な臨床医の感想を述べればいいのかと思いますけど、ほとんど会話が通じないっていうか、臨床もやって、論文も書いて、教育も頑張りなさいっていう、ちょっと無言の圧力ありますよ、日本は。

金子 あります、あります。すごく分かります。

國松 いっぱいある。めちゃめちゃあります。だから、それを、私、当然診療のために論文はすごく読むし、だから、そういう研究とか論文みたいなのを全然参考にしないっていうか、むしろ参考にしていると思っているんですけど、すごくユーザーに回っているっていうのはあります。それで、私にもいろいろな医者のつながりがあるので、自分が臨床をやっているさなかに気付いた発見とか、きょうこういうことじゃないの？ っていうのは、当然知っている先生に言って、研究の端緒にしてもらっているっていうのはあります。

ちょっと話の、きょうの前提になっちゃうんですけど、その上で、きょうの話にあえて乗るわけではないんですけど、あえて言うと、教育っていうのはやっぱり大事だと思っています。臨床医を目指す医学部学生も多いはずで、そういう人にお手本にならないといけないなどは思っているんで、いろいろ関係ないという言い方を今たくさんしちゃったんですけど、教育だけは、必ずや、私が自分より目上だったり、古い世代に結果的に取って代わったとか、引き継いだように、私も年齢とともに、自分のノウハウを伝えないといけないなと思っているので、教育は大事だなと思いつつ、強いて言えば、目の前の患者さん以外のことは、医療スタッフですね、臨床現場に立つためのアドバイスとか、臨床のお仕事を長続きさせるノウハウとか、そういうのは分かってきたつもりなので、そういうことは大事だなと思っています。

なので、今の現場から社会全体の未来像を描くほどの余裕が今持てない状況。いったんお返しします。

金子 すごく分かるって言うていいのかわかんないんですけど、僕は、どっちかっていうと、そういう圧力に負けて、ちょっとやっちゃうみたいなのがあって、中途半端になっちゃうなっていうのはすごく感じています。先生が今の診療の現場とかで、教育っておっしゃってましたけど、例えば学生とか、研修医、あるいは、後期研修医みたいな人と関わる機会っていうのはどれぐらいあるのかとか、どういう教育に今関わっているのかって、教えてもらってもいいですか。

國松 それは、すごいですよ。私、3年前から今の病院に来ているんですけど、うちの病院は研修医とか、学生の名の付く人、一人もいないんですよ。なので、少なくとも研修医に相手することは、よほど何か進んで見学に来たいですって言った子たち以外は、受け入れてないっていうか、断っているっていう意味じゃなくて、そういう病院じゃない。だから、前任地の国立国際にいたときは、山ほど研修医がいるので、むしろ毎日が研修医と過ごしていることだったんですけど、今はもう研修っていうか、教育は一切していません。意識はしているんですけど、全くしてないです。

金子 僕、今たぶん先生の今働いているところの比較的近くに住んで、車とかで走っていると見掛けるときがあるので、ここなんだなとも思っているんですけど。

國松 全く診療しているだけです。ただ、研修医じゃないけど、若い先生がバイトに来たりとか、職場の後輩などはいますので、そういう人にオンジョブ的な感じで教えていることはしているんで、後輩になんかアドバイスを送っているっていうことは、どっちかっていうと、日々やっていますけど、公式なプロセスの中ではやってないです、ボランティアというか。

金子 先生は例えば国立国際とか今の所で、同僚の方も含めて、アドバイスとかされてるっていう中で、例えば卒前でこういうことをやってたほうがいいんじゃないかっていうのが、もしあれば、何か教えてもらえたらと思うんですけど。

國松 それって、今、私が即答し難くいる理由は、考えがグルグル変わるとか、いろいろ、あれが大事だ、例えば英語を学ぶのが大事だとか思いつつ、でも、それはそんなに大事じゃないかもとか、いろいろ考えては消え、考えては消えていく感じで、答えがないとかあったりするんですけどね。何周もしちゃって、でも、これって、何とか答えたいことなんですよ。貴重な臨床医の立場とは思っているんで、すごくそこは最近、自分が割と希有だなと思って、純度の高い臨床医なので、週1基礎研究やりますとかじゃないので、何か言えたらいいなと思うんですけど。

今の最新の考え方は、臨床にそんな色気っていうか、重さとか、寄せる必要はないと思ってますけどね。臨床実習はいるんだけど、例えばこういうことですよ。研修医のまねごとみたいなことは、そこまでしなくていいんです。最低限の臨床実習でいいんじゃないかなと思うんですけどね。医学部6年って、すごい包括的に学んでいく、教養を学んでいく要素が強いと思いつつ、それが重要だと思うんです。つまり、臨床医って、すごい全然関係ないことが役立ったりするので、うまく言えないんですけど。なので、医学部で役立たないことを学んでほしいぐらいなんですよ、極端なことを言うって。

だから、研修に役立つからとか、医者になったときに役立つからやるっていう、そういう職業訓練校であってほしくないなっていう気持ちがあるんですけど、大学を維持してほしいっていう気持ちがあるので、ものすごい高度な学術な学校であり続けてほしいというのがあります。すごくそれを易しく言うと、教養を身に付けてほしいということなので、むしろ容赦なく、全然将来の臨床とかに関係ないことをたたき込んでほしいなっていう感じが、今の時点では思っています。

なので、それが英語だったり、文学だったり、普通の自然科学だったり、経済だったり、哲学だったりとか、どっちかっていうと、お勉強をするほうがいいっていうか、医学部だけど.....、それを言い始めると、初期の臨床研修が必須化している問題もちょっとどうなの？ と、将来臨床をやりたくない人もいそうだろうから。それも問題なのかもしれませんが、ただ、そこは割り切ってもいいのかなと思いました。

だから、6年間は、むしろ臨床、あまり関係なくてもいいとすら、最低限の学生の病院実習でよくて、2年間の初期臨床研修で臨床をちゃんと学んで、だから、私の意味的には、8年やっていると。だから、ちょうど今のシステムで個人的にはじっくりきているんですが、気になるのは、大学ですごく臨床推論とかしたり、すごく診断のまねごとだったり、病名をすごい覚えたり、診断をすごい覚えるって、大事っちゃ大事、将来それがやりたければいいんですけど、もっともっと勉強をしてほしいっていう気持ちがあるので、すみません、うまく言えないんですけど。

金子 ちょっと確認っていうか、あれなんですけど、先生は最新の考えっていう言葉を使われたんですけど、それは先生の中での最新っていうか、変わっていく中での、先生の中でのトレンドっていうか.....。

國松 たぶん考えが移り変わるので、今の時点ではそれを思いますね。ちょっと、だから、時期が違えば、結構学生で少しは診断も学んだほうがいいのかって言うっちゃうかもしれないんですけど、でも、時代に沿うようなことを言えば、確率・統計とか、そういうの大事じゃないですか、データを読む力とか。数字を読む力って、すごい今、差が出てくるじゃないですか、コロナのせいで。だから、そういうのをやったらいいなどは何となく思うんですけど、もうちょっと、せつかく大学なので、全然関係ないこと学んでもいいんじゃないかなという気がしました。

金子 僕もすごく関係ないことを学んだらいいかなと思うんですけど、あえてお聞きしたいんですけど、先生がさっきピュアな臨床医っていうふうにおっしゃっていて、臨床を本当に突き詰めてやっているからこそ、例えば学生のうちにもっと、さっき言ったみたいに、臨床推論とか、やっとならって思う方向に話が行っても、ありかなと思うんですけど、先生はあえてそういうふうに言っているのって、もうちょっと、何でかなとか、教えてもらってもいいですか。

國松 突き詰めるっていうか、臨床のお仕事を長持ちさせるコツって、結構余裕が大事なんですよね。自分の気持ちを持たせる。油断したら、日々、切れ目なくつらいお仕事なので、自分をグッとコントロールして、患者という対象から少し距離を置くっていう、そういうコツが大事なんですけど、自分の体の位置を定めるために、結構教養っていう軸足が大事で、すごく雑なロジックで言えば、いろいろ物事を知ると、人って余裕が生まれるんですね。余裕がない人っていうのは、知識がない人なんです。どんな分野でもいいので、いろんなことを、何でもいいんですよ、別に。何でもいいんですけど、いろんなことを知っていると、余裕が生まれると。その余裕が、患者との距離を詰め過ぎないようにするっていうことに役立つんですよ。

患者さんとの距離が近ければ近いほど疲れるので、いい位置で自分の体をキープするために余裕が必要なんですけど、その余裕の一つが、医者って、一応その辺の兄ちゃんじゃないので、一応学術という、サイエンティストみたいなところがあって、それを利用して施すっていうのが臨床医なので、やっぱり学問っていうのが大事になってくる。

もちろんちゃんとした学問を修めるのもいいし、そういうのが苦手な人は、自分の好きな本をたくさん読むっていうか、多読っていうか、読書をするとか、いろんな分野の人と交流するとか、それは人それぞれだと思うんですけど、そういうほうが、最初は意識高く臨床推論を学んだ学生よりイマイチであっても、ゆくゆくは臨床の仕事が長持ちするんですよ。その視点だと思います、私が言いたいのは。

最初からいろいろ臨床医の、まねごとって言うのと、やゆしてはいますが、そうじゃなく、先取りして学ぶのも、最初はすごく上手だと思いますけど、私、そういうの、経験的に、統計、取ってないんですけど、たぶん疲れて臨床をやめていく子も多いと思いますよ。

金子 自分も先生の本で家庭医療とか総合診療って書かれるような領域で診療をずっとして、結構真面目な子が多かったり、僕はそんなに真面目じゃないけど、疲れちゃったりとか、患者さんとの距離が近いことで疲れちゃう.....。

國松 近いんですね。みんな平均的に近いですが、本当に。もう心配になるっていうか、そうなんですよね。だから、最初の話に戻るんですけど、臨床だけをやらずに、研究とか、論文書くとか、そういうふうには緩和する意味があるのかな、作用があるのかなと思って、臨床ばっかだとつらいから、たまにはっていうか、毎日臨床をやらずに、ある日は研究するとか、そういうのって、距離を置くあれになっているので、いいシステムなのかもしれないですね。だから、そういうのも悪くはないと思うんですけど。

金子 個人的には結構それもそれで、どれも自分がちゃんとできてるのかなっていうのは、だんだん分からなくなるっていう。僕、患者さんとの距離に困ってそうだなっていう子に、先生の『また来なくなる外来』を薦めて、好評というか、これでもいいんだみたいな感じになるんです。

國松 ありがとうございます。それは、ちょっと学生教育から離れるんですけど、応用が可能なんです。別に若手じゃなくて、医療者を救うノウハウにもなるんですよ。真面目な医療者っていうのはつぶれていく。それは例えば看護師さんだったり、検査技師さんとか、何でもいいんですけど、今医療者が疲れているので、結構医療

従事者に対する産業医的視点っていうのは、たぶん未開なんじゃないかと思えますけどね。もちろん問題提起してる先生はいると思うんですけど、具体的に実務として。

お医者さんの健康管理とか、お医者さんに説明して、言って聞かすって、相当難儀じゃないですか。結構能力が必要なんじゃないかなと思って、私も実は自分の患者さんに、お医者さんとか、看護師さん、結構たくさんいるんですよ。自分の病院で治らないからとか、うまく診てもらえなかったからとか、あとは、自分の病院で診てもらえるのは何だからっていう理由で結構来るんですけど、言うこと聞かないし、難しい。なので、結構医者健康管理とか、医者がつぶれないようにするとか、そういうことに、実は応用可能なので、結構真面目過ぎるっていうことは、教育のときはすごい気を付けてますよね、視野というか。

金子 一応卒前教育のことに少しだけ話を戻すと、僕も、話、ずれますけど、自分の患者さんと、自分の病院のスタッフの人とかいたりすると、自分の病院のスタッフは、また難しいというか、あまり診ないほうがいいのかなと思いつつ、来ちゃう人とか、他を紹介したりとか、他から来たりっていうのがあって、難しいなと思うので。

國松 そこもだんだんスキルだと思うんですけどね。

金子 卒前のことと言うと、さっき先生からお話があったみたいに、例えば経済でも、本を読むとかでも、別のことっていうか、臨床じゃないことを卒前に学んでもらうとすると、下のほうの7番とか8番になるんですけど、誰が教えるのがいいかとかって、先生のお考えってありますか？

國松 別に私に限らず、探せば、臨床だけやってみたい人って、いると思うんですよ。ちょっと前のはやりの、クリニシャンエデュケーターというか、臨床医でありながら教育者だっていう、でも、その言葉、あまり好きじゃなくて、とはいえ、教育に寄ってるじゃんって思うことがあるので、あれなんです、大学で教える人っていうのは、それは大学の、ある程度、権威と格を守るためだとは思いますが、先ほど最初に言ったユーティリティープレーヤーというか、純粋な臨床医では、前提上、ないはずなんです、教員だから。

なので、これは、臨床を教えるっていうことについては、外部からゲストの教員を招くしかないんじゃないかなと思ってます。それで、先生お尋ねの、教員をっていうのは、これは単科大学のちょっと弱いとこだと思うんですけど、ユニバーシティのとこだったら、少し他の学部と絡めていくとか、ちょっとそれは安易な発想なんですけど、でも、自主性に任すべきだとは思うんですけどね。

金子 学生の自主性ということですか。

國松 そうなんですよ。なかなかそれが.....、さらに個人の考えを言ってしまうと、ほぼ全員なんですけど、やれと言って、やる人って少ないと思うんですよ。一応やれやれ言い続けて、そのときは、嫌だなとか、ウザいなとか思われて、巡り巡って、時間が空いたから仕方なくこの本でも読んでみるかなみたいな、そういう教養がたぶん役立っているはずなので、あんまりチェックリスト方式で、これ読んだ、これ読んだってやっても、たぶん.....。その辺の答えまで分かっちゃうので、あんまりうまく言えないんですけど、教養を教えるって難しいですよ。

岐阜大学の神経内科の教授の下畑先生っていう先生は、この教養を教えることをなさっていますよ。定期的にある本を、課題図書を与えて、その本は全然医学と関係ないですね、経済とか、何でもいいんですけど。その課題図書にして、それを読んだ状態で輪になって、今はオンラインかもしれませんが、ああだこうだ、その本を読んで感じたことを言って、下畑先生がまとめるみたいな、それはいわゆる教養講座と割り切って言ってますね。下畑先生も、あの人、めちゃめちゃ臨床医なので、臨床医として、教養の大事さをたぶんご存じなんだと思うんですよ。だから、全然神経内科を教えるとかじゃなくて、学年関係なく有志を、ここもミソなんですけどね。有志なんですけどね。カリキュラムにしないっていうところがあって、そういうのをやりたい人同士でやって、イベントをやっているっていうこと自体は知ってるんです。それはたぶん下畑先生のできる精いっぱいなんだと思いますけどね。

金子 春田先生、何か他にお聞きしたいこととかってありますか？

春田 聞いてて、なるほどなと思いつつ、本当に聞かせていただいたんですけども、先生のピュアな臨床医の経験から、先生が最も大事にしていることって、どういうことなのかなっていうところをお聞きしたいなと思っていたんですけど。

國松 それはすごい今もたまたま一貫しているのと言うんですけど、端々に申し上げた、臨床医って、臨床の仕事を持たせないと意味ないですよ。患者さんを1回診て、もう一度診ることが多いじゃないですか。そのときにその人がいなかったら駄目なんです、厳しいことを言うと。

春田 その医者がついていうことですか。

國松 そうですね。もうちょっと言い方を変えると、臨床医って、出勤しないと駄目なんです。

春田 存在がついていうことですね。

國松 病院に存在することが大事なんです。それを妨げるものって、めちゃめちゃあるわけです。例えば日曜の夜ですよ。あした行きたくねえな。全然寝てないし、起きたくないとか、朝、起きたときに、だるいな、腰が痛い、首が痛くなって、これちょっと起きるの遅かったから、バス停まで速く走らなきゃ駄目だなとか、月曜の朝からめちゃめちゃ予約、入っても、外来、行きたくないとか、めちゃめちゃ入院、入って、これ全部回診するの、終わらないじゃんとか、あとは、例えば家族や患者さんからすごく要求が高くて、あの患者に会いたくないとか、だから、すごいいろんなことに妨げられているんですよ。

それだけならいいですよ。嫌な同僚と会いたくないとか、うるさい、やーやー言ってくる他の科のあの先生とやりとりしたくないとか、病棟の看護師さんに怒られて嫌だなとか、あと、あの患者さんが全然治らなくて、つらいとか、そういう出勤したくないっていうファクターが数え切れないほどあるんですよ。

だけど、それを何とかして出勤して、出勤し続けるっていう、出勤できて、俺、すごいっていうような感じに持っていかないといけなくて、出勤し続けることを最重視しています。そのために、ちょっと嫌なことからの距離の置き方っていうことを非常に大事にしていて、患者さんにも公言しているんですけど、何が一番大事だっていったら、自分の体調が一番大事で、あなたの体調は二の次だって公言しているんです。そうでしょうって言って、僕が出勤しなかったら、あなた助かりませんよねみたいな、そこまで露骨に言わないんですけど、順番が一番大事なのは担当医ですよ。次に、強いて言えば、患者さんなんですよ。だから、その順番を絶対に破らないようにしてるかな。

あとは、罪悪感みたいなのを持たないようにしています。一応医者っていうのは、医師法で定められた、患者の私物じゃないので、公益の存在なので、個人が罪悪感を持つ必要はないんですよ。これを露骨に言うと、すごい傲慢（ごうまん）な言い方なので、表では言わないんですけど、罪悪感を持つ必要がない。その代わり高い倫理観を、真面目で誠実な医療は必要で、それを維持するために、知識と、あと、医者の心理面の持っていき方っていうことがあるので、そういったことをすごい重視しています。

春田 先生のそういった境地というか、そういう気付かっているところは、いつどのタイミングで訪れるわけですか。

國松 直接の回答にならないかもしれないですけども、ちょっと思ったのが、臨床って、つらいので、私もそういう意味では、つらくて、やめたくて、迷いとかがあった時期もあったんですけど、どこで割り切ったかっていうと、この仕事はやっぱり職人だと思ったんですよ、プロというか。プロになりたいと思ったんですよ。そのプロというのは、だから、いわゆるスポーツ選手だったり、技術でお金をもらっている人と同じなんだから、ちょっと思い込ませたんですね。そしたら、お手本にすべき人たちっていうのは、すみませんが、大学の教員とかではなくて、世の中のプロたちだったんですよ。

その人たちを見ていくと、すごく基礎を重視して、繰り返し基礎を確認して、あと、練習だったら、本当にたくさん練習する。だから、臨床医で言うと、一例でも多く診るっていう。だから、そう思ってから勉強も好きになったし、患者さんも、例えば押し付けられても、全然押し付けられているっていう自覚じゃなくて、ありがとうございますっていうふうに感じて、おかげさまで、一例でも、私、多く診れていますみたいな感じに切り替えることができたんですよ。だから、一人でも多く診て、自分の技術を向上させたいっていうふうに割り切ったところから、ちょっと変わったかなというふうに思います。

だから、ライバルは、臨床医や、そういうんじゃないで、論文とかじゃなくて、どっちかっていうと、別分野のエキスパートたちというか、そういうことをすごく意識するようになりましたよね。心の中で思っているだけなので許してほしいんですけど、本当に。結構、でも、それは本気で思ったところですけどね。

春田 それは何かきっかけがあったんですか。

國松 きっかけというか、得意を伸ばそうと思ったときに、自分は診療で、具体的には例えば解決が難しい内科的問題を解決に持っていくっていうのが得意だと思ったし、やっているうちに得意になってきたので、それは決定的な1個のエピソードではなくて、やっているうちに、これ結構一生の仕事にできるわっていうふうに、いつしか気付いたっていう感じですよ、どちらかという。

春田 そこに教養って、先生、先ほどからずっと言っていたら、そこって、どんなふうに使ったんですか。

國松 これは難しい問題、不明熱とか、不定愁訴とか、とにかく難しい患者さんをたくさん診ていったときに、僕、全然苦にならないんですけど、おうちとかでも考えるんです。ただ、考えても、こういうふうにも考えても駄目で、変な脳の使い方になってきて、全然よそのことをやってるのに、ここに引っ掛けておくみたいな思考がだんだんできるようになってきたんですよ。これは経験的な話なんですけど、全然関係ない分野の読書をしているときに、例えばヒントを得たりできたりするんです、急に。全然関係ない、例えば何でもいいです。推理小説を読んでいたとか、雑誌を読んでいたとか、別に本じゃなくてもいいんですけど、違うネット記事を見てたとか、あとは、同じ臨床でも、全然違う科目の患者さんの診療をしたり、私で言うと、例えばですけど、新生児の症例報告なんかを見てたら、ひらめいたとか、抽象的なひらめきが出てくるんですよ、幅広く知っておくっていうか。

なので、本当に難しい問題っていうのは、たぶん抽象思考でないと解けないんじゃないかっていう、最近そういう仮説に至っていて、悩んで解いていく感じなのは、しょせん非抽象思考なので、突き詰めれば、たぶんAIでサクッと診断できる、Googleとかを駆使したりすれば、アルゴリズムとかを駆使すれば、できるんじゃないかと思うんですけど、本当に難しい問題って、たぶん将棋のすごい一線の人の思考の本とかを、私、たくさん読んだことがあるんですけど、全然、例えば古くは羽生さんなんてそうなんですけど、完全に一線の棋士たちの定跡外の手が答えだったりするので、そういうのを、私、信じやすいので、漠然とそういうのを信じている節があって、全然関係ないことをしているときに、そこから検査すればいいじゃんとか、これじゃないの？ って、本当にひらめくときがあるんですよ。

だから、あえて全然違うことを考えているっていうのはそういうところにあるので、あと、教養が広がっているのは、患者さんと話が明らかに広がるんです。だから、サブカルチャーとかでもいいかもしれない。別に何なら、自然科学でも、映画とか、旅行とか、地理とか、風俗とか、要するに土地の話とか、民俗学とか、そういうのもすごくいいかもしれないですね。

私、患者さんとうまくやるっていうのは、完全に手段だと思っているので、患者さんとうまくやると、トラブルが減って、やりとりが結果的に手短かに終わって、本当に解決したいことがズバッとすぐ終わるっていう、完全に手段として扱っていて、別に心を通わせたいわけではなくて、ちょっとひどい言い方をすれば、喜ぶから言って

るみたいなところは、正直、あるんですけどね。ちょっとバラバラな回答ですみませんが、教養ってというのはそういうところにあるかもしれない。

春田 聞いていると、先生の教養って、すごく幅広くて、たぶん医学以外のこと全て教養っておっしゃっているような気が.....。

國松 そうかもしれないですね。

春田 その中で、たぶん抽象思考が磨かれていって、ふっと何か思い付くことがある。それが今考えている複雑な、解けないような問題につながるっていう、そこをたぶん続けていくことが、先生が言う、臨床医を続けていくことっていうことと、たぶんセットとしてあるのかなというのを、聞いていて思っていて、そういう教育って、確かに今まで医学教育の中で含まれてきたかっていうと、実はあまりなくて。

國松 そうですね。たぶん結構どんなに頑張ってきた先生でも、ちょっと言葉は悪いですが、最後はダラッと開業して、割とワンパターンの診療をして終わっていくっていうことが多いけど、私にとっては、臨床を長持ちさせているとは言い難いというか、できてはいると思うけど、それは経営しているだけなんですよね。だから、絶対創意工夫してないはずなんですよね。だから、そういう意味では、大学とか大きな病院っていうのは、それなりにクリエイティブっていうか、いろんなことが起きるので疲れるんだと思うので、ワンパターンにしちゃえば疲れないうっていう証左でもあるんですけど、なかなか.....。

私は、早いうちに若者がくたびれて、せつかくうまくやれば、いい臨床医になれたのにみたいな人を多く見ているので、そこは何となく泥臭い世界なので、臨床って。教育がうまくいかないことは多いです。

春田 おっしゃるとおり、そういう急ぎ過ぎてバーンアウトしちゃう若者って、優秀な学生であればあるほど、そういうふうなわなにといいか、陥りやすい.....。

國松 つまんないって思ってたんですけど。すごい気持ち悪いことを言わせてもらおうと、臨床って、めちゃめちゃ楽しいんですよ。めちゃめちゃ気持ち悪いことを言うと、全く飽きないですよ。きょうはきょうで、めちゃめちゃ新しい面白い患者さんが来たって、ワーワー言いながらやっているのだから、お手本になる臨床医が楽しく臨床している姿を若者に見せるっていいことなので、臨床は見せることでしか教えられないかもしれない。座学で理論とか、私の脳の中を教えることはできても、姿は見せないと駄目かもしれないですね。

春田 そういう意味ではロールモデルっていい、教育学用語ではそういう言葉を使うこともありますけど、そういうことが、本当に純粋に臨床が楽しいっていいことが言える医者をちゃんと医学生に見せるっていいことが、実は大事なんじゃないかっていうことが、先生のメッセージなのかなと。

國松 そうですね、本当に。

春田 実際、でも、そういう医者がどのくらいいるのかってところが.....。

國松 そうですね。率直に言って少ないと思っていますよ、それに適した人材というか。下手すると、臨床イマイチで、教育好きってだけの人が台頭しちゃうっていいデメリットもあるので、本当にできる人は結構患者のケアに忙しかったりするのだから、結構そのハブになるような人がいるっていいか、こんなすごい臨床医がいるっていいか、中継になるような先生がいれば.....、私もそうなんですけど、結構教えたくないとか、あんまりそういうケチな人はいないと思います、臨床の先生は全然。来たら、どうぞって感じなんだけど、ただ、それをシステムにしたり、開く余裕がないっていいだけで、来たら来たで、たぶん教えると思いますよ。

というのは、患者さんに対していつも教えているんですよ、臨床医って。とにかく教えるのが仕事みたいなのがあるのだから、実は。患者さんに薬の飲み方を教えるとか、考え方を教えるとか、過ごし方を教えるとか、病気について教えるとか、毎日一人一人、教えてばっかなんですよね。だから、別に初学者が1人来たって、全然何でもないです。いつもどおり教えるだけなので、特に難しくないんですけど、なかなか臨床に忙しくて、他に割けないっていいか、ちょっと伝わりにくいことはありますよね。

春田 おっしゃるとおりだなというのを本当に思っていて、たぶん何か教えなきゃって思っている先生って、すごく多くて、ただ見せるだけでいいんですかみたいなことで遠慮される先生って.....。

國松 謙虚な先生はいるとは思いますがね。こういう場でもない限り、あんまり仕組み的なことを考えたこともないので、あれですけど、ベタですけど、登録制というか、登録しておいて、適宜、希望に応じて、こういうタイプの臨床医だっている、ストックしておいて、行きたい学生や研修医をその先生のところに派遣するっていう、マッチングシステムじゃないけど、マッチングアプリじゃないんですけど、もうちょっと自在に学ぶ相手を選んでもいいかなと思いますけどね。

選ぶ方法論すら、要するに学生・研修医はないのかもしれないけど、しょせん目の前の指導医に教わって終わっちゃうっていいか、もうちょっと全国的な、日本全体の集合知っていいか、そういうことがあってもいいと思うんです、ちょっとクロスオーバーするっていいか。学生よりも臨床研修のほうがやりやすいかもしれないです。学生でも全然体験としてはすごいいいような気がするのだから、自前よりも、そういう.....。そういう発想はいいかなとは思いますがね。

春田 それが先生がおっしゃっていたハブっていい一つの.....。

國松 そうですね。仲介してもらわないっていいか、気持ちはあるんですけど、どうしても。こういう学生が来たっていいか、言っているんですけど、どうですかっていいか、いいですよみたいな、そういうセンターがあれば、置いたらいいのかなと思ったり、やっぱりレベルが高い人から学んだほうがいいと思うんですけど、率直に言って。それは若者の特権でもあると思う。キラキラしているのだから、少しでもすごい人に来てみたいっていいか、かなえさせてあげてもいいかなと思うんです。なので、こんなすごい先生がいたかっていいか、若いうちに体感しておくのはありなんじゃないかなとは思いますが、それを知らない人がいるっていいか、問題だとは思いますが、問題っていいか.....。

春田 もったいないですよ。

國松 もったいないと思います。ほとんどの先生が偶然の出会いなので。

春田 いまだにそうですよね。

國松 でも、私、自分の恩師に教わったのは、親は選べないが、指導医は選べるって言っていたので、これは本当だと思って、なので、指導医選びは、本当は妥協しちゃいけないとこなんですよ。だから、あんまり教え好きでもない指導医に何年も教わるより、自分の意思で指導医を変えるのは、親は選べないけれど、指導医は選べるっていう、名言だと思うんですけど、そういう選択肢もあるといいかな。思い付きで、すみません。

春田 私も今、思い付きなんですけど、そういう先生たちの外来をオンラインで見るといってところは、すごく今の技術を.....。

國松 絶対もっとオンライン化して、それって応用が広くて、外来をオープンにするっていう手があるんですよ、クローズドなので。もちろん患者さんの同意はいると思うんですけど、クローズドな外来をオープンにするっていうのはありなのかなと。私の、そんな社会的な使命はないんですけど、外来のスキルを上げるっていうのを、それによってかなう面もあるんですよ。人の外来って、あんまり見れないっていうのがあって、他の先生がどうやっているのかって、僕、今なお知りたいんですよ、いろんな先生の。

結構僕、いろんな先生の外来に忍び込んで、忍び込むっていうか、聞き耳を立てに行くと、内緒で隣で聞いて、こうやって説明するのみたいなのを結構貪欲に聞きに行ってたんですよ。隣の先生の診療って、結構意外と参考になるといって、聞こえてくるじゃないですか。すごい無理言ってるなとか、この先生、意外と優しいなとか、普段めっちゃめっちゃ厳しいのに、なんで患者にこんなに優しいんだとか、糖尿病の先生のくせに、めっちゃめっちゃ甘いとか、そういうのがあったりするんですよ。

そういうのって、たぶんまねしたほうがよくて、それをたぶん言葉で伝えたら、もっと伝わるので、外来があまりに我流になっているから、最近は専門医制度で外来研修なんかを必須にしているんですけど、ちょっとお言葉ですが、形だけみたいなのとかがあり、ビデオで撮影して、それで研修するとか、そんなうまくやっていると、ちょっと思ったりもするんですけど、でも、大切な一歩だとは思いますが、なんかちょっと.....。オンラインとか、そういうのを介して集合知にするとか、ある場所のものにしないっていうか、みんなのものにするっていう感覚は大事かなと思います、医学教育の臨床研修。

春田 リソースがたくさんあるにもかかわらず、縦割りになっているっていうのと、あと、全員がつながる不思議さというのがある。

國松 だから、いつまでも現場の熱心さに依存していて、逆に熱心でなかったら、それに本当にリニアに対応しちゃうっていう残念な感じなので。

春田 すごく大事なヒントになったような気がします。すみません、金子先生、途中いろいろ入っちゃって。

金子 ちょっと今、駅のお金を払わないといけないとこにいるんですけど、この後、予約してるんですけど、更新しないと、早く出ていって音楽が流れてくるんですけど、ちょっと一瞬待ってもらっていいですか。

國松 駅のブースみたいなのですか。入ったことない、あれ。

春田 ちょっと私からもいいですか。先生の書籍とか、実は昔にこういう本とかも見せていただきながら、先生って、いろんな切り口で物事を見ているなっていうのを、書籍を通じてすごく感じているんですけど、そういう発想とか、そういうところはどこで鍛えられていくのかとか、そういうところをちょっとお聞きしたいなと思います。

國松 思えば、結局、本当に思えばですけど、たぶんいわゆる子どものころからだと思います。あるときからっていうよりは、ちょっと人と変わったことをやって、それを割と恥ずかしげもなく示したいっていう、ちょっと変わった子ではあったので、例えば子どもからちょっと進めて、例えば高校のときに私たち、数学を学ばないですか。そういう子、たくさんいたと思うんですが、先生とか、先生の周りに。例えばいろんな解き方があるって、こんな変わった解き方があるっていうのを黒板に書きたかったんです。それでたいがいどうなるかっていうと、おかげさまで、僕に同級生が難しい問題を持ってきて、僕の解き方をどうやるんだって聞くわけです。僕も調子に乗って、聞かれるとうれしいから、教えるじゃないですか。解答例はこうだけど、俺はこうやるみたいなことをやって、みんな、ふーんって言って勉強になっていくんですけど、いざテストになると、割と時間ないから、標準的な解き方が一番いいわけですよ。そうすると、僕だけ遅れて、みんな、いい点、取って、僕だけ点が悪いとか、そういうことがあって、そういう子でした。

急に臨床に合わせて恐縮ですけど、同じ考え方が嫌だみたいなのとこがあって、ただ、もちろん患者さんに迷惑は掛けられないので、臨床とか医学っていうのは、基礎医学に比べて独創は良くないっていう常識はあると思うんですけど、僕は黙って、それでも独創を臨床の場で出せないかなっていうことを、実は結構考え続けてきたのがあって、その本は集大成みたいなのとこがあります。

春田 たぶん普通の医者って言ったらあれですけど、多くの医者が見ているだろう景色をどう変えたら面白いだろうかみたいな.....。

國松 そうですね。でも、それを割と、私がやってることは本を書くことなんですよ。だから、こういう景色でやっているとか、通常こういうふうになるところを、こう考えたりするっていうのは、一応そこまで惜しげもなく書いてはいるはずではあるんですけど、すごい賛同してくれたり、はてなマークが飛んだり、いろいろあるんですけども、ちょっとまだそれに関しては、私もまだ日々改良し続けているっていうか、そういう意味では、本って、ある一時期の記載なので、たぶん今のところ、ネタは尽きないんですよ。

春田 医学部では大丈夫だったんですか。先生、どういうふうな医学生だったのかな。

國松 だから、僕、当然のように現役で受からなかったの、浪人で、私なりにまずいと思ったんですよ、すごく。これじゃ医学部、受からないなって。なので、浪人は本当割り切って、河合塾の、名古屋なんですけど、千種校って言うんですけど、その寮に入って、毎日受験勉強しました。感動したんです、河合塾に。やっぱり受験って、みんながやることやらなきゃ駄目なんだな。それを教わったんです、河合塾で。すごいお世話になりましたよ。やっぱりやりたいことばかりやっちゃ駄目だっていうことに……。でも、それはおかげさまで、国家試験のとき役立ちましたけどね。自分がやりたいことだけじゃ駄目だっていうことに、やっぱりみんながやれることをやらないと駄目だっていうのに気付いたので、すごい浪人してよかったかなと思いますけど。

春田 すごい興味深い。たぶん多くの人が、ゲームというか、受験だったり国家試験っていうゲームのルールに従って学んでいることが多いので、そうすると、その型しか……。

國松 浪人してる時、そのゲームのルールを知って感動したんですよ。

春田 そうですよ、先生の話聞いてると。

國松 現役で受かった人はこれに最初から気付いてたんだと思って、すごい、ずるいとか思ったんですけど、最初から教えてよとか思って、教えてくれなかったです、最初から。本当に気付いてよかったです。本当よかったです。

春田 賢い子はそのルールに中学ぐらいから気付いていますよね、本当に。

國松 全然気付きませんでした。

春田 僕も全然気付かなかったほうなんですけど。

國松 びっくりしました、本当、こういうことかと思って。

金子 でも、そのルールに従うっていうのに慣れてる人とかが多いじゃないですか、医学部の中とかで。そこから働き始めてから、そこからそれだけじゃないことをするのに、先生がさっき言ったみたいに、教養とかってというのが必要なのかなと思って、今。

國松 そうですね。教養って、パンクっていうか、ちょっとアンチ、歯向かっていることなんですよ。人に教わらず、自分で学ぶぞっていうのは、反抗していることなんです。だから、反抗心なんですよ、本質は。だから、授業っていうのは、ある程度、教えたとおり。自分の学習は、反抗しているんですね、あれじゃ俺のためになってないとか、俺はもっと違うことを学んでやるとかって。だから、別に必ずしも勉強じゃなくてもいいんですけどね。さっき言ったようにサブカルチャーとか、旅行とか、人それぞれでいいかなとは思うんですけどね。

金子 パンクだとすると、カリキュラムとか、大学からありがたく教えられたようなものとちょっと違うから、僕も先生言ったみたいに、教養、身に付けろよみたいに言うのって、ちょっと違ってくるかなっていう気はする。

國松 大学は、楽しくても、つまなくても、全部そろえることが大事だと思いますよ。そろえるっていうか、包括性に意味があると思うので、どんなに学生が退屈しても、これはやるもんだ、これはやるもんだで、置いていかないと、変に、別に学生におもねらなくていいというか、包括なことだと思うんです。

金子 例えばドイツ語とか、分かんないですけど、物理とかっていうのも、面白いとか、役に立つとかとは、また別に置いといたほうがいいみたいなイメージ……。

國松 やるものですよって言って履修させればいいんです。それが無駄な時間だって言っているような学生は、たぶん将来もイマイチですよ。そんな余裕でやれるほどのものじゃないので、私たちは。臨床もそうだし、たぶん基礎研究とか社会医学もそうだと思う。先生たちご存じのように、海のように広がっている世界なので、そんなフラ語かドイツ語かどっちかなんていう、そんな尺度で選ぶなよ、やってくれよって感じですね、つままないとは思うんですけど。

金子 そしたら、時間もそろそろなので、本当にありがとうございました。

(終了)

16) 藤沼 康樹氏

日時：2021年8月25日20:30~22:00(90分間)

参加者：春田・松島・金子・鋪野

<インタビュー要旨>

社会の将来像について、先生にはどのような景色が見えていますでしょうか？先生のご専門分野の視点からぜひお話しいただけますか？

・人口減少などが進む中で、医師が特別ではない存在となることで、医者への貴族化（特別階級とみなされること）が終焉する

・社会保障費を削減し、それを教育へ投資することが必要

・大学院の充実：公衆衛生大学院だけでなく、起業家、政治家、医療政策など

2. 社会が、今お話しいただいたように変わっていくと予想される中で、医療はどのような役割を果たしていくとお考えですか？またどのような役割を果たしていくべきだと思われませんか？

・気候変動やカーボンフットプリントなどを考慮した医療システムの構築

・プライマリ・ケア・ドリブンのヘルスケアシステムを基盤としてレジストレーション：医師ではなく、チームがかかりつけ機能を果たす **Patient-Centered Medical Home**

・大学医学部の再生：医局員を増やすのではなく、安心して未来に投資できる研究や社会貢献できる場所を作る

・大学自体が地域医療教育の拠点を持つ：大学が診療所や地域の病院を運営し、プライマリ・ケアの質の保証を行う

3. 医療が、今お話しいただいたような役割を果たしていくと予想される中で、医師はどのような役割を担っていくと思われませんか？またどのような役割を担っていくべきだと思われませんか？またどのような役割は「担わない方が良い」と思われませんか？

・コラボレーティブ・オルタナティブ「協働的なオルタナ医師」

・医師として尊敬されるのではなく、ほかの職種に好かれる医師

・複雑なものを複雑に考える医師

・医療政策に貢献できる医師

・臨床医学で社会貢献を考えられる医師

・患者のニーズがあれば、儲かれば何でもよい「とんでも医療」は担わないでほしい

4. 医師が、今お話しいただいたような役割を担っていくと予想される中で、医学教育では何をどのように扱っていくべきとお考えですか？特に卒業する前の学生時代に学んでおくべき内容について、お話しいただけますとありがたいです。

・医学部教育を、初期研修期間を含めた6年にする

・大学医学部では徳の高い人が教授になるシステム

・複雑なものを見せて、複雑に考え、複雑なことを考え続ける教育

・批判的思考、多面的なものの見方を提示できる教育

・看護学（看護理論など）やソーシャルワーカー学：総合的に見る視点の基盤となる学問

・地域における多職種連携実習：複雑な課題を、多様な職種で試行錯誤しながら実践する場に参加する

5. 今お話しいただいたような内容について、全ての医学生が学ぶべきかという点から考えてみると、いかがでしょうか？

- ・医学知識（A-2）は大幅に削減してもよいのでは？
- ・臨床医の40%が過去型の医療（プライマリ・ケアなど）に従事してほしいので、過去だけじゃなく未来への投資としての医療や医学教育を模索したほうがよい
- ・臨床医以外のキャリアの多様性を提示する：アントレプレナーコース、政治家コース、医療政策コースなど
- ・地域医療教育の拠点の認証制：出番と居場所を保证するべくメンバーシップを高める

6. 今お話しいただいた内容について、誰が教えるべきだと考えますか？

- ・教育資源のオンラインでの共有化：自大学の医学部教員ではなく、名人級の講師
- ・患者の語り
- ・文芸評論家

7. 今お話しいただいた内容について、どのように教えるべきだと考えますか？

- ・PBL：Problem based learning
- ・長期臨床実習：Longitudinal Integrated Clerkship
- ・小人数制のゼミ

<逐語録>

春田 最初に、モデル・コアっていうのを先生、見てもらったと思うんですけども。それを見つつ、今の社会の変化っていうのもたぶんずっと感じられてるんじゃないかなと思うんですけども。その中で先生が見てる景色っていうか、そういうところってどんなふうに見えてますか。

藤沼 やっぱ今のパンデミックって、僕、第3次世界大戦だと思っていて。第1次、第2次ってほしい4年ぐらい続いてたんですけど、おそらく4年ぐらい続くのかなと思っていて。相当、価値観が転換するだろうと思ってます、いろんな。おそらく元に戻るということはない。要するになんか、例えば人が集まったら、もうやばいものを見たみたいな感じになると思うんですね。集団で居るとかって。例えば、簡単にいうとそういうことだし。今まで普通に思ってた、人が集まってなんかやるみたいなことが、これ、ほんとに必要なかという話になったりとかするし。身近でいうと、そういう感じですよ。

例えば、Disney+とかが最近『ブラック・ウィドウ』とか、あとなんだっけ『ジャングル・クルーズ』とか、ああいうのを全部配信と映画館と同時で進めてるじゃないですか。だから、ディズニーはもう映画館やめたってことなんだよ、あれね。映画が問題じゃないんだという、完璧かじを切っちゃってるんだけど。おそらく元には戻らないというのが1つ。だから、相当な価値変化っていうか、文化の変化も来るだろうなというのがありますね。

あと、日本ってことで限っていうと、これは僕、はっきりいうと、医者や貴族化が終わる。貴族としての医者が終わるんだというふうには僕は見ています。何か、社会における医師というのを政治的に体現してる重要な委員会の委員になっているような貴族的なやつが全部破壊されるという、転倒されるという現象が、僕は実は起きてると思っていて。

その人たちは医療者に感謝をっていつてるけど、それは医者や貴族の側面を表してるわけ。実はそれは、医者の「脱神話化」って僕は呼んでる。Lone physician といって、医者というのが最後の責任を問い、ほかの職種っていうのは、もともと医者が持ってた職能をほかにシェアしたものだっていう。一応、取りあえず一時的に委託してるものだって考えてるわけだよ、昔の医者って。あくまで孤高なわけ。孤高なんです、医者は。孤高の存在だったわけだね。Lone physician っていう。おそらく、それはもう成り立たなくなるっていうことだと思っている。

終局的には、米国の家庭医の先生、いつてんだけど、僕はそれ、全面的賛成してるんだが、コラボレーティブ・オルタナティブっていう「協働的なオルタナ医師」というふうにはいつてますが、チームの中で総体的に医学的知識の豊富な一専門職という。そういう存在になることです。だから、何か特権的な存在じゃなくなると思う、僕。

ただ、一部にすごいハイテクノロジーとか、企業と結び付いて、めちゃくちゃ豪勢にやる人も居るとは思うんだが、そんな医者はほとんど存在しない。必要ないということになっていると思う。僕は、やっぱりなんか医師

像の根本的な変化が必要で、全体に例えば地域包括ケアの世界とかで、医者はだいたい医師誘発性困難事例って、医者が困難事例を生んでる例をごまんと見てきてるわけね。そういう地域の人にめちゃくちゃ迷惑掛ける存在、迷惑なやつってことになってんだよ。ほんとに、マジでそうですよ。そういう例って、死ぬほど見たんだよ、僕。長年、医者やってて。この医者だから困難事例になってんだろうみたいな。そんなのたくさん居たんですけど。そういう点で、なんかみんなに好かれる医者になることがすごく重要だと思う。ほかの職種に、好かれることが重要。尊敬じゃないんだよ。好かれることが重要だと思ってるわけ。

春田 先生がいつるコラボレーティブ・オルタナティブという、それがまず1つの将来の医師の役割ですかね。

藤沼 特に日本ではね。日本ではそうだと思います。

春田 それって具体的にどういうことなのかってことを少し聞かせてもらってもいいですか。

藤沼 さっきいった、シンプルにいうと、チームがプライマリ・ケアを担当するというイメージです。だから、まずはチームがあって、それが例えばかかりつけの担当グループなわけ。

春田 それは、地域にあるというイメージでいいですか。

藤沼 地域にあるというイメージですね。その中に医師という専門職が居て、彼や彼女はチームの中のメンバーとして役割を果たしているというイメージです。

春田 そうすると、診療所単位でって見るわけでもないですよ。

藤沼 そうじゃないです。僕は、やっぱり将来的に間違いなくレジストレーションは視野に入れた方がいいと思ってます。それなしの先進国はあり得ないし、低経済成長と人口減の中で、おそらく今みたいなマーケティング的なそういうものはもうやってる余裕はない。お金持ちがやる場合はありますが、おそらくそんな余裕はないと思いますね。だから、それを前提に考えてます。基本レジストレーションシステムで、プライマリ・ケア・ドリブンのヘルスケアシステムになるということが、僕は日本が生き残る唯一の道だと思ってます、ヘルスケアシステムでは。

だけど今、フオイパンとかをコロナ予防外来ってやってたり、白玉点滴を安くしますよっていう医師を駆逐したいよね。いいかげんにしろ、おまえらみたいな。でも、ニーズはあるんだよ、それ。だけど、ニーズはあるから、それに応えていいのかよって話に。ニーズ万歳ではないんだよね。なんでもニーズに応えますよってことじゃないと思ってます。

春田 先生が今、レジストリーとおっしゃってた、そのレジストリーのイメージって、イギリスのNHSのGPのイメージに近いですか。

藤沼 かかりつけ医というよりかかりつけチームですね。だから、ヘルスケアの入り口としてチームが存在してる。だから、僕はどっちかというメディカルホームに近い考え方です。Patient-Centered Medical Home。そこ、医療におけるわが家みたいなやつを地域の住民が持つっていうことです。それをまずちゃんとやるという。それは、全部医者で構成する必要はまったくないというふうな考え、むしろ医者じゃない領域がすごく多いと思ってます。

春田 そうすると先生がイメージするのって、地域にはグループで開業してるというイメージですか。それとも、今の日本のようにいろんな診療所がある中で、いろんなスタッフが居る中で、その中でうまく、この患者さんにはいろんな診療所のいろんなメンバーがかかわってるというイメージですか。

藤沼 未来の話だからなんだけど、もういわゆるソロプラクティスの開業というのは極めて限定した役割しかなくなるんですよ。だから、なんかライフスタイルを変えたいとか、なんか大幅に事業拡大していこうみたいな人はおそらく普通に開業しないと思います。もうそんな時代ではない。開業してアルバイトしてる人、たくさん居ますからね。昔は、病院の部長が終わって、そろそろライフスタイル変えるみたいな感じで、55ぐらいで開業したりして、収入が2倍ぐらいになってみたい、そういうイメージが昭和はあったんです。でも、平成でほぼ全部崩れたからね、それ。この30年で。

だから、むしろさっきいった機能果たすのは、僕は病院とかだと思ふ。病院とか、でかい医療法人とか、あるいは公立、例えば区立診療所とかね。そういうのが僕は必要だと思ってます。それはなんでかといったら、マンパワーがいるから。そういう人たちを雇用する新しい事業を立ち上げるというのはちょっと無理なんですよ。だから、むしろ今のリソースを再編成する形でやるしかないと思ってるんですね。機能分化が必要だと思います。

春田 そうすると、そういうデザインというか、設計がたぶんすごい大事になってきますか。

藤沼 そうですね。それが、だからおそらく、さっきいった医師会の崩壊というのが1つあるんだけど。それに基づいてほんとにフラットに議論できるってことと、ヘルスケアシステム自体をどういうふう設計したらよいかが見えてること。救急と感染症学を実現するレベルのヘルスケアシステムの浅はかな脊髄反射ポピュリズムで考えるのではなく、複雑な存在は複雑に考えなきゃ、考えられるはずはないんです。そういう人をちゃんと政策筋に送り込まないとだめだね、優秀な。ヘルスポリシーの人、必要だと思うよ、僕。医者でちゃんと養成しないとだめだと思う。政治家じゃなくて。

医者のキャリアって、だからなんか臨床医を育てるといのはほんとにいいのかっていうのは、僕はずっと考えていてですね。〇〇大学で講義した後に、かなり意識の高い12~13人の医学生と話したときにもすごい僕は衝撃というか、それはそうだろうなと思った。Z世代と話して思ったのは、今の医者の先生たちがやってる仕事に比べると、医学部がハイスpek過ぎませんかというわけだ。つまり、今やってる仕事にほんとに全部これ必要なんですかという話になるわけ。そうすると、彼らは逆にそれを逆転して、これだけ広く勉強してんだからもっと社会貢献できるだろうといってるわけだね。つまり、医者になるってことじゃなくて、医者になってや

る仕事って医学教育で受けた中のほんの一部しか使っていないから、それを全部学んだものとしてもっと別のこともできるんじゃないかといってるわけね。それで社会貢献したい。僕、これ、すごい面白いと思う。だから、例えば今、看護師が、必ずしも看護師になるための学校じゃないって宣言してるでしょう。だから、ほんとに医学部って臨床医を育てるためのとこなんですかという考えがあっていいと思う。僕は、アントレプレナーが居た方がいいと思うし、それこそ起業する人も居ていいと思いますよ。今、居るけどね。でも、そういうポートフォリオドクターというか、おそらくそれがなくて逆に今の定員のままでいったら当然、だって2050年代とか、同世代の100人中1人が医学生だよ。同世代の100人中1人ですよ。全然レアな存在じゃないわけでしょう。

春田 そうですね。

藤沼 それを維持することはおそらくないと思ってるし、基本的にオーバーになってくると思ってるんだよね。医師の貴族主義が壊れるとはどういうことかといったら、医療問題の解決はまず医者の問題であるというふうで考えるのが医者の貴族主義的なことなんですよ。医者を入れることによって、なんかヘルスケアシステムとか、国民の健康問題とかをいじれるんじゃないかと思ってるのは貴族主義なわけ。それが僕は、おそらく崩壊すると思ってるから。そんなに医者たくさんいらなくなるんじゃないかと思ってるんですよ。

さらにいうと、プライマリ・ケア・ドリブンのヘルスケアシステムに再構成するってことは、実はエコ的にも重要なんだよね。僕、ちょっと記事で書いたけど、例えば日本のヘルスケアって、カーボンフットプリントでいうと、だいたい炭酸ガス排出の5%ぐらいに寄与してんだよね。結構な量なんですよ。実は気候変動と無縁じゃないんだよね。そういう場合に、エコってなんだっていう。エコな医療システムってなんだって考えなきゃいけないと思うんです。そんなに移動しなくて済むとか、あるいは高度機械をがんがんに使うとか、入院。入院って、外来に比べて8倍の炭酸ガス出すからね。これ、計算されてんです。だから、なるべく入院しないで済むようにするとか。そもそも病院に行かなくて済む。例えば、近くにちょっと相談する人が居るとかさ。そういうので車で移動する必要なくなるわけ。それを考えないと、僕、絶対だめだと思う。

気候問題。これ、しゃべる人、ほとんど居ない、医者で。なぜだかって感じだよ、僕からいうと。なぜ、気候変動問題と自分らは無縁だと思ってるのかというのが、すごい僕はね。だって、白内障の眼内レンズ1つ変えるのだけで、確か320キロぐらいの炭酸ガス使うんだよ。カーボンフットプリントで。そういう話があるから、やっぱりなんかそういうエコロジーとか、地球環境と、あと人口減を考える医師がいないとね。やっぱり日本の国土環境は非常にいいので、だいたい5,500万人がベストだっていった。

春田 半分ですね。

藤沼 半分。5,500万人ぐらいが居ると、非常に地球環境にやさしい国になるというふうに。そういう国がくるっていうわけだよ。国っていうか、国造りとか。

春田 そこに向かっている感じはしますけどね。

藤沼 そうそう。だから、人口減は地球の正義だっていうふうに。人が多すぎるだろうというのは基本あるんです。だから、そういう点では脱成長とか、そういうこともやっぱり絶対視野に入れなきゃいけない。そういうことから来る医師像なんですよ。ヘルスケアシステムからどういう医師像が必要かということを考えていくのが必要です。

春田 そういう発想ってたぶん線形ではなくて、いろんなものを複数考えながらやっていくってことがすごい大事になってくると思うんですけど。それって医学教育では、どんなふうに方略で、どう教えるとか、誰がどんなふうにするというのはやっぱり課題になってくると思うんですけど。先生、どんなふうを考えています？

藤沼 だから1つは、年数を減らす。

春田 なんの年数ですか？

藤沼 年数を減らすというか、つまり6年制はやめるっていう。

春田 医学部6年制をやめる。面白い。その心は？

藤沼 か、6年制で初期研修をなくす。

春田 プラス2年をなくす。

藤沼 要するに、炭酸ガス出すんですよ、6年も医学部に居ると。

春田 大学に居ること自体がということですね。

藤沼 そう。だから、やっぱり臨床医教育はするけど、その後のオプションをちゃんとたくさん用意すればいいと思うんですけど。例えば、起業家コースとか、アントレプレナーコースとか、あと政治家コースとかさ。そのぐらいの感じで、だからなんていうの、臨床教育で4年間やるけど、その間に応用も。だから、そういう生涯教育じゃないけど、ずっと成長していけるスキルを最低限コアで身に付けておいて、その知識を持って社会に貢献しなさいってことですね。だから、そんなにたくさん教えずにいいんじゃないかってことだよ。だいたいこれ教えるとかっていうのは、自分のちっちゃい城を守るための大学の医局の要求の固まりでしょう。だから、うちの科はどうなるんだとか、どうでもいいんだよ。地球が減ぶんだから。下手すると、ほんとに。ちょっとマジ、考えてよ、それって感じですね。

春田 そうなんですよ。その医療だけじゃない、社会の全体像ってあるじゃないですか。今の先生の話もそうなんですけど、やっぱり多くの大学の部門では自分の所しか見えてない。自分の所さえよければいいみたいなところを医学生はずっと臨床実習のローテーションで回っていくわけですよ。

藤沼 だから、徳の高い人を教授にすればいいんですよ。医者の幸せな人生とかが狭すぎんだよ、イメージが。ハッピーってなんだよって聞きたくなるよね。あなた教授やってるけど、ハッピーってなんですかみたい

に。今度、なんか年末に教授集めてワークショップやるんだけどさ。結構申し込み多くて、もう25人ぐらい居ます。

春田 それは、もうすでに教授の人ですか。

藤沼 そうです。教授限定。オブザーバーで教授の人も参加するけど。だから、仲良く励まそうという感じです。だから、なんか大学の中じゃなくて、教授って横のつながりって意外にないでしょう。

春田 まあ、一応教授会みたいなのがありますけどね。

藤沼 最近、矢野和男さんの不確実性の時代に生きるためみたいな本を見たんだけど。あれ、すごい面白い。ハッピーな組織って、会議中に体が揺れるらしいんですよ。いつもこうやって動いてるって。これはバイオセンサーでちゃんと測定して、ビッグデータでデータ解析してんですけど。じーっとしてこうやって会議中動きが少ない所は、だいたいハッピー度が低いそうです。あと、5分から10分の立ち話が多いっていう組織。これ、すごい重要なんで。それは全部バイオセンサーでちゃんと計測されてるんです。短時間の雑談と立ち話が発生している組織。これが非常にウェルビーイングな組織らしいです。

春田 組織をそういう視点で見ると面白いですね。一方で、先ほど徳の高い人が教授に就けばいいっていう話があったんですけど、もう少し詳しく教えてください。

藤沼 基本的にやっぱりなんか未来志向っていうか。例えば今、日本で臨床医っていうのは基本的に過去に投資してるでしょう。つまり、対象が高齢者とか、病気の人たちに投資。これ、大事なんです。これはこれで大事なんだけど、未来に投資ってあるわけだね。だから医学の世界でも、なんか未来型の投資ってあるわけじゃない。未来型の仕事をする人が居ていいんだけど、みんなケアだとか、プライマリ・ケアとか、地域医療とか、高齢者医療だとかっていってると、若いわりと優秀な人たちを全部そっちへ投入してるんだよね。

だから、どっちかという、医学部だっことで比較的基礎体力のあるような、そういう人たちをも集めるとすると、その人たちの一定数、未来に投資するような仕事に向けるっていうのはすごい重要だと思うよ。それは技術開発でもいいし、アントレプレナーでもいいし、なんでもいいんだけど、なんかそっち系にちゃんと回るような形にしていけないと、僕、あまり世の中のためにならないと逆に思ってるんです。だから、それこそ基礎研究でもいいし、バイオベンチャーでもいいんだけど、なんでもいいや。そういうことに何か。臨床医っていう、地域に行く人を増やしましょうみたいなやつは、僕は、だいたい全学生の40%ぐらいがいいと思ってます。

春田 臨床医になるのが40%っていうことですか。

藤沼 ううん、じゃなくて、臨床医の中の40%が、いわゆる過去型の医療に従事するべきってこと。つまり、地域でプライマリ・ケアとか、高齢者医療とかに関わる医師が臨床医の40%くらいはありだなと思って。特に、さっきいったプライマリ・ケアは40%かな。僕は、いろんなデータ見てて、思います。あんまり多くなると、逆にちょっと医療自体の質は落ちるんで。コストは下がるけど。コストダウンしていくっていうのはすごい重要なんですよね。医療のコストダウンは、その部分をとにかく教育に回すということです、普通の。日本は他国と比べると異常に教育に投資してないんで。リサーチ&ディベロップメントに投資してないし。

大学を夢のある職場にしないとだめなんです。大学が夢のない場所にだんだんなっていっちゃって、ほんとになんかみんな大変だもんね。やっぱりそれがなくなると感じになったりとか。だから、なんか10年かけてじっくり煮詰めていくような研究とか、すごいしにくいじゃん、めっちゃくちゃ。だから、そういうのができるようになるといいなと思いますよね。夢のある職場にまた再生したい。大学の再生は、僕、すごく重要だと思う。それは、医局員を増やすことではないですね。単純にお金回してポスト増やすってことだし、安心できる場所ってことだよ。安心して働ける場所っていうか、安心して研究ができるとか、そういうことが大事なかなと思いますね。

春田 それにはすごく大きな変化が必要で、大学自体の変化だけじゃなくて、もう少し大きな変化ですかね。

藤沼 やっぱお金だと思うよ、僕。

春田 お金の割り付け方とかですか。

藤沼 割り付け方。国にあるお金の割り付け方ですね。教育になんとしても回したいというんだったら、僕は社会保障費5%ぐらい削るのは国民、納得すると思うよ。5%あったら、教育無料化できるからね。全部大学まで。5%でもいい、社会保障費。そういう点では、実はお金めっちゃくちゃあるんだよね。年金まで含めると、全体で中国の国家予算と同じだよ、日本は。実は現金があるんです。だけど、年金と社会保障でほとんど持っていかれるということになってるので。そういう点では、そういう国民の合意も必要だと思いますよね。

春田 そういうポリシーにかかわる人が必要ってことですかね。

藤沼 そうですね。だから、おそらく僕は政治に対する参加ってほとんど今選挙でしか考えてないけど、選挙に頼らない政治への参加っていうのがちょっとずつできてきてますよね。政策提言をちゃんとやるとかね。ある政策のある議員に結び付けるとか、そういうNPOとか起業家も現れてますね、若い人で。PoliPoli(ポリポリ)とかね。そういう人たちみたいな。だから、なるだけ選挙の力を落として、もっと政策提案できるような形というのをもうちょっと模索した方がいいと思ってるけど。それ、これから10年ぐらいの課題だと思うけど。

ヘルスポリシーは、やっぱりもっと専門家をつくんないだめですね。医療経済学者何人か知ってるけど、みんなだいたい臨床医崩れですとかって自虐的なこというんだよね。もともと経済学やってる人は別なんだけど、元医者とかってみんな、いや、あたしはみたいな感じなんだけど。そうじゃないヘルスポリシーやってる人が欲しい。だから最後は、臨床やなくていいよという。医学的な知識とか、臨床のセンスとかのところがあって、それでいけばいいと思ってるので。

1つは、大学院のコースがブアだと思うね。卒業した後の。公衆衛生大学院も思ったほど人、集まらないですよ。医者はあまり来てないって話も聞くし。もっとヘルスポリシーとかちゃんとやるようなところが欲しいよね。

春田 そんな中でも、卒前の医学教育のモデル・コアっていうところに、具体的にどんな内容を入れていったらいいとか、どういうことをやっていったらいいかということが今回の本題にはなるんですけど。

藤沼 よく地域に出せていうんだけど、地域そんなに理想的じゃないよというのがあるんだよね。僕は、だからほとんどは大学が教育の診療所とかを出店するのが一番いいと思ってる、実は。外に場所を持つっていう。これ、医師会の神話というか、貴族化がなくなったら可能になると思いますよ。だから、大学自体が実はそういう地域医療教育の拠点を自分で持つべきだというふうに僕は思ってます。あまりに今の地域に居る人たちが玉石混交というか、なんていったらいいのかな。だって、白玉点滴やってる医者が居るんだよ。

あとは、やっぱり僕は教育の認証制をつくるべきだと思う、地域で。医者に対してやっぱりなんか一定、だからFDちょっと出ましたぐらいじゃなくて、この人がいって言うような人を、大学のファカルティとかでやって、その人がなんていうかな。英国のGPでも卒前教育とかやってる人たちって、人生彩りだからっていうんだよね。つまり、そのことが楽しくてやってる人たちなんです。お金とかじゃないわけ。だから、お金要求する人はみんなカットして、楽しくやれますよみたいな雰囲気、200人ぐらい集めれば相当変わると思うよね。そういう地域で教えられる人。

あと、僕はほかの職種の人もちちゃんとファカルティとして採用すべきだと思います。地域包括の人とか。そういう人たちも含めて、地域医療教育を担ってもらって。そのときは、IPEでやるんです。地域IPE実習ですよ。これは絶対重要ですよ。そうしないと、コラボレーティブ・オルタナティブにならないんだよね。

春田 おっしゃるとおりですね。

藤沼 あとは、やっぱり医学部に看護学の講義を入れないとだめです。看護学原論とか、あとソーシャルワーク総論とか、そういうのをちゃんと入れるということですね。それをちゃんと看護学部にお問い合わせという。看護理論でいいと思いますよ。そういうところとか。他領域の人たちがどういうふうに育ってるのかということを感じるときがないと。結構いい人たちだよ、みたいな、その話で終わるじゃん、だいたい。看護の人たちってすごい大人だよとか、医学部の人たちって頭がよくてすごく話しにくいと思ったけど、すごいフレンドリーなんですよ。みたいな、そんなことはIPEじゃねえから。IPEじゃないんで。育ちを知らないんだめなんです。こういうこと勉強してんのかみたいな。そこはすごく重要で。それなしでは、僕はあり得ないと思います。

IPEは重要。さっきのすべてのヘルスケアシステム上のプライマリ・ケア・ドリブンのヘルスケアシステム構築っていう点でいうと、IPEは肝だよ、ほとんどは。そこで脱神話化していかないとだめだよ。

春田 ほんとに、まさしくそうだと思います。

藤沼 なんです。だから、そういう点では、僕は他学部、特にソーシャルワークと、看護学部だけでもいいや。看護学部のちゃんと学問としての看護学のレクチャーとかあるってことと、あとIPE地域実習。この2つですね。

春田 看護学の理論が先生は必要だと思うっていう背景って、なんかありますか。

藤沼 それは、いろいろあるんですけど。健康について追求しているのは看護学だからです。看護理論ってだいたい幾つか大分類があるんですけど、例えば看護の対象とは何かとか、アプローチは何か。それから、そもそも健康ってなんだとか、ハッピーってなんだみたいなことはずっと追求してきたわけ。それは医学部には存在してないんだよね。医学部教育を普通に受けると、病気を消滅させれば健康でしょっていう感じ。だから、例えば歩いて入院した肺炎の患者がだいぶ手こずって、帰るときは車いすで帰っていったみたいな。肺炎治ったからね、よかったね、健康になったよみたいな。家じゃ全然だめなんですけどみたいな。

そういう話っていうのは古典的な生物医学モデルだったわけ。さすがにそれはもうなくなってるけど。基本的に、でもそれ以上のコンセプトは何かといたら、その人の人格に、人のよさとかになっちゃうんだよね。医者の資質っていうか、彼、優しいからとか、そういう話になるわけじゃない。イルネスの部分とか、人が病むといたいってどういうことなのかみたいなことをちゃんと言語化するとか、そういうふう考えてるのか。

例えば今、当事者の語りとかあるじゃん。例えばレビー小体病の『故障した脳』とか読むと、あの手記の学びはでかいよね。あと、『リハビリの夜』とかさ。ああいう病体験とか、それを通じて、生きるとは何かとか、そこに関連して、そもそも健康ってなんなんですかとか。そういうことをちゃんと難しく教えることが重要だと。おまえらに分かってたまるかという高度な講義をすることが重要なんです。分かりやすくじゃないんだよ。ハイデガーとか出てきていいわけ。

春田 簡単に教えてくれとか、分かりやすく教えてくれというまだまだ医療者も多くて、いろんな話をするたびに理論とかを使って話をしたりすると、そんな理論の話はいいから、つまりどんなことをいいたいですかみたいなことって多いです。

藤沼 医学部、受験勉強の特徴だよ。こうやって、ペン回してるんです。くるくるって、こうやって回して、先生、結局なんなんですかみたいな。

春田 そんな感じですか。

藤沼 正解なんなんですか、試験、何出るんですかみたいな感じ。

春田 それって、医者になってからもそういう人が結構多くて。

藤沼 だからそれは、結果のない課題を与えるのが重要なんだよ。正解のない課題を与えて、考えさせるということが重要だと思う。正解ないんだよね、これって。どうやって採点するんですか。そんなのおれが決めたよって、そういうふうに、そのぐらいの感じでやればいいと思います。ただ、複雑なことは複雑に考えないと無

理だというのは、それはすごく教育した方がよくて。なんか脊髄反射的な考えじゃない。それ、おそらく僕、やっぱり何か書いたりとかする力だと思ふな。ライティング。それを小論文の解法、技法みたいなじゃなくて、そういう課題は僕、やっぱり初期には大事だと思うな。僕、それ、看護学から学んだわけなんだけど。看護師になるというのはどういうプロセスたどるかという、泣きながら自分の思考プロセス全部言語化してるわけだよ、看護過程とって。このとき何考えたのか全部説明しなきゃいけない。僕は、あの言語化のプロセスが実は頭を看護師にするとあっていて。それがあんまり医者、ないんだよ。

春田 ないですね。

藤沼 泣きながら自分のやったことを説明するとか、そういうのしないから。だから、そういう点ではなんつうかな、ちょっとかわいそうっちゃかわいそうなんだよね。結局、だからなんか単純な解決法あるんじゃないかと、絶対解決できない問題があって、それを複雑に考え続けること自体が重要だ、みたいなことって医学生にはまったく経験ないから、今までの人生の中で。それやってたら、おそらく受験落ちるんで。だから、そういう教育法は、僕、いろいろ医学部で試した方がいいと思うな。

春田 医学部初期の段階ですよね。

藤沼 初期の段階で。だから、看護過程に準ずるような何かですね。でも、感想文とか。僕、この間久しぶりに大学に呼ばれて。地域医療実習ができなくなったっていうんで、急に教授からメールが来て、先生、急なんですけどやってくれませんかみたいなので、まあ、いいっすよって感じで。2時間、時間もらって、やたらしゃべりまくったんだけど。3年生相手だったんですよ。おれ、はっきりって専攻医並みの話、した。ところが、めちゃくちゃ理解してましたよ。感想文見ると、めっちゃ深い感想もあって。一般的な人間論とか、医療とはどうあるべきとか、こういう患者どう診ますかみたいなことに関していうと、相当難しいことって理解するね。おそらくそういう講義がないんだと思うんだよ。この人が生きるっていう意味、どう見てるでしょうね、みたいなのは結構みんな考えてましたよ。それは真正面からむしろ出した方がいいと思うんだよ。

あと、音声がすごく褒められた。今までの先生の中では最も聞きやすく、音質がよかったです。疲れませんでした。今までよっぽどひどいマイクでやってたと思うんだよ。マイクとカメラをPCの付属でやって、聞きづらいう上に話が面白くないっていったら、それは学生、面白くないですよ。面白くない話だったら、音質だけよくしろという。僕はそれをいいたい、大学の先生に、マジに。それっていろんな教育方略あると思うので。ここはやっぱり人間の自律性が大事なんだなとかと思わせないというのは重要なんだよ。

そういうポリティカル・コレクティブ的な答えってさ。やっぱり多様性が重要だと思いますとかさ。そういうなんか、だからなんていうの。簡単にいえば、僕はだいたい医学生で、患者さんに寄り添った医師になりたいですっていったら、もうアウトって感じだよ。それ、決まり文句過ぎるだろうって。寄り添うって説明してみよう、もうちょっとみたいな感じ。そういう答えを期待しない。今回、なんか寄り添いたって人が増えて、教育成功しましたみたいなことってようじゃだめですね。みんな、えっというような感じ。こんな生き方がいいのかみたいな、そういうのとかを見た。

それは、だからブレンナーが東海岸でやった IPE 実習。実際、多職種で地域の貧困の患者宅行かせて、ケアを組織し直したみたいな。ああいうのは、ほんとにすごいと思います。

(※ニュージャージー州カムデン市の家庭医、ジェフリー・ブレンナー博士はデータを利用してターゲットとなるハイリスクの患者の住居をヘルスケアホットスポットティングとして特定し多職種でケアに関わった。

<https://camdenhealth.org/wp-content/uploads/2019/12/core-model-print-10.18.19.pdf>)

あと、レスター大学の、一応身の守り方を学生に教えて実習に送り出すとかさ。こんな人が近づいてきたら、ここに連絡しろとか。そういう危険地域に行くわけだ。その中で、いったい生きるとはどういうことか、このホームレスの人っていったいなんなんですかみたいな、そういう感じのインパクトがあるようなことがやれると思うね。なんかもう患者さんに寄り添った医療を行いますとか、在宅医療を行いますとかってホームページに書いてあるようだったら、アウトって感じだね。そんなことってようじゃだめですって。さて、それで、どういったっけ。複雑なこと。そういうこと。だから、複雑なものを見せないと複雑に考えられない。

春田 そうですね。そもそのことなんです、モデル・コアの構造って、先生見ていただいたように、比較的体系的にきれいに構造化されている。

藤沼 そうですね。

春田 ここにどんな文言を入れていくかってことが、たぶんこれからディスカッションするポイントになってくると思うんですけど。

藤沼 僕は、Aの2のどこをいかに削るかが一番重要だと思うんだよ。

春田 医学知識のところでですね。

藤沼 そう。スモーカー・イズ・ビガみたいな感じですか。ほんとに少なく教えて多くを学ぶみたいな、そういう感じの内容にして、おそらく A5 とか、6 とか、7 とかって、基本リンクしてるじゃん。

春田 そうなんです。

藤沼 これは、むしろ一体化して教育方略した方がいいと思うね、別々じゃなくて。さっきみたいに。僕は PBL ってすごい好きなんです。日本ってなぜか衰退したじゃない。あれ、なんで？ PBL って、すげえいい学習法だなんて思ってるんだけど。特に短期間で応用力、育てるって。あと、高村先生がいった、長期臨床実習 (Longitudinal Integrated Clerkship とって、ずっとそこに居て、なんか臨床実習やるみたいなやつ) すごい好きです。

だから、教育方略をうまくインテグレートするというのは必要かなと思いますけど。なんかクリティカル・シンキングみたいなやつ。僕がさっきいった、書くことがいいんじゃないですか、なんか批評的なという

か、クリティカルに物を見るような。今正しいっていわれてるけど、実はその両面が必ずあるとかさ。こういう見方もあれば、こういう見方もあるみたいな。そういう、これが一応正解とされているんだけど、ほかの見方からするとこういう見方も考えられるみたいな。そういう方向のやつが、僕は最初に欲しいなって思いますね。大変ですね。

春田 それをどう教えるかっていうと。

藤沼 どうなんですかね。だから僕は、それこそゼミ生とかね。ゼミっていうか、普通の大学でいうゼミがあるじゃない。ああいうのもいいなと思ってただけだね、ほんとは。研究室配属でも、僕、いいと思うけど。その中にそういうクリティカルなことをちゃんとやってるような人たちも居たりしてという感じですかね。学者って、基本クリティカルだからさ、ほんとは。常に批判意識を歓迎してるわけだから。

春田 そうですね。でも、誰が教えるかっていうことに関しては、結構先生からも地域の医者だけじゃない人たちがやっぱりしっかり教えるっていうこととか、内容に関しても書くっていうこととか、複雑なものを複雑に教えるとか、批判的思考を学ぶとか、たぶんそういうところってすごく大事なところなんだと思うんですよね。

藤沼 大事。超大事。

春田 それがベーシックな能力としてそろった上で、あとは何をやるかということに関して多様性があるキャリアが進める道をちゃんと準備しておくってことが大事なのかなというふうに先生の話聞いて思いました。

藤沼 大変上手にまとめていただいて、ありがとうございます。

春田 その上で皆さん、3人ほかに僕以外にも居るので、質問を聞きたいと思うんですが、どうですか。

松島 例えば6年間の、先生の提案では2年間は研修医の時代ですとすると、4年間でどう使うかっていうのが、今のこのコアカリのボリュームをどれくらい減らすとか、何かパーセンテージ的に、先生の考えでどう思いますか。

藤沼 僕、1つは、国試に通るってのが1つあるわけでしょう。僕は、もう国試対策やった方がいいと思う、大学で。要するに、ある短期間集中して。そこでちゃんと出て、ちゃんと。だから、国試に受かるためになんかその判断力をたくさん付けておこうとか、そういうのはいらんんじゃないかと思って。ほんとに最後のところは予備校がしてもいいかなと僕は思ってますね。その前はわりとゆったりしてるっていうか。それこそPBLじゃないけど、ああでもない、こうでもないかってやってるのはすごく大事だけど。最後の半年ぐらいは、じゃあ、これからちょっと国家試験と臨床研修に向けて知識詰め込むみたいな感じで行くっていう。だから、それやりゃいいやって、その前サボる学生も居るかもしれないけど、きつくしかっていただければいいじゃないでしょうか。

松島 すでにもうそれに近い状況ではあります。

藤沼 そうなんだ。

松島 状況っていうか、国試前にみんなばつと部活もやり終えて、勉強してってタイプの学生は、ほぼそんな時間の使い方してることを思えば、その前の時間にあたしたちが与えられる環境次第では、きっと楽しいことがあるかも。

藤沼 そしたら、その期間にちゃんと勉強すれば国試、通るんじゃないの、普通に。

松島 実はそうじゃないかなってちょっと思うんです。各論とか教えないで。

藤沼 むしろIPEとかちゃんとやった方がいいんじゃない？ 長期間ある施設に行ったりとか。その方がなんとなく学生さんも将来像が見えていいような気がするけどな。

松島 今結構、例えば3~4年生でやってることって疾患各論とかになるんですけど、そういった講義の時間を大幅に削れば、きっと時間はたくさんできるんですけど。

藤沼 そうだね。これが国試に受かるためのこの病気の最低限の知識であるってことを渡しときゃいいと思いますよ、作って。そのくらいだと思いますよ。それが嫌だから講義とか聴いてたよね、僕。自分で本読むのめんどくさいから、講義でとにかく勉強しようと思って。僕は、講義受けるのがすごい好きで。なぜかといったら、自宅で勉強しないで済むからというのがあったんですけど。知識伝達としての講義っていうのはもうなんか、それこそ渡しておけばいいんじゃないかと思えますけど。

松島 そうですね。だから、取りあえず情報だけは渡しといて、基本的には講義でやるのはPBLみたいな感じでもいいかなって、先生の話聞いて。

藤沼 講義やるんだったら、自大学の医者はもうやめた方がいいっていう。名人級の人に全部の大学の講義をやらせろってことですね。自前はいらんない。自分の大学でどう講義を組織するか。もうこのリモート時代ではやめた方がいいと思います。もうリモート時代になった最大もうコロナ後の世界では、教育リソースは共有化されるんですよ。だからそういう点では、いわゆる講義とかだったら、ほんとにいい講義をちゃんとやれる人を日本で準備するということだと思います、僕は。それを例えば1,000名にやるとか。僕はその方がいいと思います。

松島 例えば多職種で先ほど先生から出たのって、看護やソーシャルワーカーだったと思いますけど、もっとほかにも医療職系以外も含めてこういう講義は講師を入れた方がいいとあってあります？

藤沼 それは僕、患者。患者の語りですね。ここで人類学者とか、社会学者呼んでもだめですね。そういう人たちはほんとに専門分化してるんで。社会学とか人類学の方がむしろ対象、狭いですよ、本人が語れることって。なんか人間一般について語れるとかってこと。精神科医が心の専門家ではまったくないと同じです。精神科医は精神疾患の専門家なんで、人間の心の専門家ではありません。だから、例えば社会学者が人間社会についての専門家じゃないかと思ってるの大間違い。それは違うんです。文芸評論家とか、そういう人の方がむしろ面白いかもしれないんだけど。ただ、あんまり学者とかじゃないんですよね。やっぱ専門職がどういう教育を受けてるの

かってことをちゃんと知ることと、あとやっぱ患者の語りです。ビデオでもいいです。なんでもいいんですけど。そういうのは僕、すごい重要だと思います。

松島 ありがとうございます。

金子 モデル・コア・カリキュラムを作って実際に使うのっていうのは、各大学の先生に任されて、使うんですね。そのコンセプト、今結構文章で先生が見てもらったのをうまく見せるというか、使ってもらうのに、こういう見せ方をしたらいいのではないかと、そういうのがもしあれば教えてください。

藤沼 カリキュラムの？役所だから無理じゃね？ それ。省庁の文書がやたら魅力的だなんて100%あり得ないんで、まあ、こんなもんじゃないかと思うんです。そんなに読んで面白くない文書ってないですからね。全部網羅的にカバーしたっていうのは、役所的な文書としては非常に重要だと思うんですけど。だから、なんらかの形でそれをどういうふう組織化するかの自由度とか、いろんなオプションとかを示してくのはいいと思いますよね。教育方略は問わないから、レクチャーでもいいし、PBLでもいいよみたいな。そういう自由度、方略のところの自由度というか、そういうのをちょっといろいろ提示するというのが、むしろ教育の専門家としては大事じゃないかって思いますけどね。

金子 ありがとうございます。実践例みたいなものを付けるとか、そういう感じで。

藤沼 そうですね。

鋪野 ありがとうございます。わたしも1個聞きたいんですけども。さっき、大学が外に地域で教える場を持つというのもあったんですが、現状だとなかなかこれから新しくつくんなきゃいけないんで難しいと。そうなる、やっぱり地域にあるリソースを活用させていただいて形になるんですけども。そこで認証制という話があったんですが。例えば開業医の先生に今、学生をお願いするってなったときに、開業医の先生に結局インセンティブがないと続かないと思ってまして。楽しさってあると思うんです、エンジョイメント以外。エンジョイメントあると思うんですけど、それ以外のところでなんか作った方が、インセンティブって、もしあればちょっと教えていただきたいんですけども。

藤沼 僕は、なんか基本おそらく今の地域医療実習の場所ってわりとちっちゃいというか、例えば1人でやるとか、そういうとこすごく多いと思うんですよ。そういう人たち、基本的に寂しい人が多いですよ。だから、場づくり。だからリモートでもいいんですけど、そういうなんかこう、例えば1カ月に一遍ちょっと懇談会、なんでも懇談会みたいな感じで、そこに参加してメンバーシップ。メンバーシップを渡すんです。メンバーシップって、バッジでもいいんだよね。メンバーシップカード、ゴールドカードみたいなやつとか。そういう所属意識を持ってもらうっていうのは、戦略はいろいろあるんで。

居場所づくりってすごい重要なんです。それが進歩的な人だとPBRNとか、リサーチ一緒にやりませんかみたいな感じとか。そういうモチベーションのある人も居たら、それはそれでやればいいし。逆になんか臨床相談会じゃないけど、普通に普段悩んでることとか、ちょっと困ってる症例とかも含めて気軽に話し合いたい場所があったりとか。

ただ、そういうフィードバックを嫌がる人はもともとあんまり向いてない。なんか偉そうな、上から目線ですぐ行くような医者はほんとにいらない。フィードバックをいつも気持ちよく受けてくれる人ですよ。学生の意見とかちゃんと受けてくれて、なるほどねって思うような、そういうフィードバックを受け入れるというのはプロフェッショナルリズムだからね。だから、もともとフィードバックに非常に気を使う先生とかだったら、基本プロフェッショナルリズムにたけてんです。それがそういうことでちょっとずつセクションしていくことがすごく大事だと思う。

鋪野 メンバーシップっていう言葉がすごく腑に落ちました。ありがとうございます。

藤沼 そうなんです。メンバー間というのが、つくるのはちょっと方法が必要なんです。居場所と出番。ここが居場所だってことと、あと出番があるって。何か出番があるって、その2つがメンバーシップのコアです。それをなんか保証してあげるような仕組みを作る、そうすると、ここのメンバーなんだというふうな自覚が出てくると全然違うと思いますよ。だから、居場所と出番が、教育の協力者には重要です。

鋪野 ありがとうございます。すごく勉強になりました。

春田 ありがとうございます。いろんな側面で変えていかなきゃいけない部分があるなと思って。それは、今の話を聞く限りは、モデル・コアも超えた部分で考えていかなきゃいけないですね。

藤沼 ある意味、お題目でもいいと思うんだよね。お題目というか、なんというかな、それをどう応用できるかっていうところで大学ごとの力量勝負してほしいなという気がするよね。

春田 まさしく、ほんとに僕もそう思って。少し抽象的な言葉でも僕は全然いいと思って。

藤沼 いいと思います。

春田 それをどう大学で翻訳して、自分の大学らしい教育とか、そういう自由度はあって。

藤沼 それは当然ですよ。

春田 今、それがなくなってるんです。

藤沼 そうなの？ みんな同じようにやるの？

春田 というところ、全部が全部そうじゃないにしても。

藤沼 どこ行っても同じ教育が受けられるよみたいな感じ？

春田 それ、3分の2が一応モデル・コア・カリキュラムに沿った形でやりましょうとはいっているものの、モデル・コアに書かれている内容が多いので、ほぼその内容に従ってやっていますっていう大学が、まあまあある。そうすると、なんか困る。自分で考えなきゃいけないというふうにいる人が困っちゃうんです。

藤沼 えっ、自分で考えるのは困るっていつてんの？

春田 そうです。

藤沼 まさに幕末のお公家集団に近いですね。みんな誰も決断できなくて、お上が、お上がみたいな感じになってるという。

春田 そうだと思います。

藤沼 でも、将来的なヘルスケアシステムがどうあるべきかというのがないと、おそらく教えられないと思うよ、僕。おれがやってきたように生きるためにはこうだっていってるだけでしょ。

春田 そうなんです。

藤沼 それ、もう通用しないんで。やっぱりなんかそこを描きながらやる人がちゃんと教育のトップをやった方が、僕はいいと思いますよ。40代前後ぐらいの人かな。そのぐらいの人たちだよ、やっぱね。

松島 具体的な分量、だいたいなんとなく眺めていただいたと思うんですけど。先生の思う医学部教育をするためには、なんとなくこれからどれぐらいのボリュームを減らした方がいいみたいなのはありますか？

藤沼 知識レベルの各論的なやつを半分かな。50%ぐらい削って感じじゃないですか。だって、昔の話なんだけど、僕、イギリスの卒前教育のラップアップみたいなセッション、ラップアップというか、実習後のラップアップに参加したことあるんだけど。すごいなと思ったのは、例えばリンパ腫でセンチとか知らない。センチってなんですかみたいな話で。ただ、すげえつめの変化とか詳しいという。身体診察はめっちゃ詳しいんだけど、悪性リンパ腫でセンチグラムの見方がどうしたとかっていうのは、なんですか、それって感じてしたよ。

だから、やっぱりそのくらい削ってるんだなと思った。それはもうその病気持ってからでいいよという感じなんだと思うんですね。そのくらいもう絞り込んでもと思いますよ。むしろ診察の仕方、めっちゃうまかった、みんな。頭の前からつま先までちゃんとこういう診察してましたから、それはすげえ鍛えられてんなと思ったけど。だから、ほんとに現場に出てからその病気受け持ったときに知ればいいんじゃないかって知識をどんどん削っていくのは重要だと思うな。ほんとに基本的なことは押さえた方がいいけど。さっきいった、この病気のときはこの検査でこんな所見が出ますみたいな、いいんじゃないかみたいな感じですかね。

松島 ありがとうございます。

藤沼 皆さん、またお元気で、いつかお会いしましょう。失礼いたします。

(終了)

17) 春田 淳志氏

日時：2021年6月4日 17:00~18:00 (60分間)

参加者：錦織・中山・松島・高見・金子

<インタビュー要旨>

○ここ 10 年の社会の変化

- ・多職種連携に関する WHO のレポートが 2010 年に出てから、多職種連携という言葉が国内・国際的にも当たり前のように使われるようになった
- ・ YouTuber の登場も含めて、10 年前には今の社会は想像できていなかった

○今後の社会の見通し

- ・自動運転は当たり前、6G とか超ロボット社会をはじめとした情報・科学技術の社会への応用が具体化している
- ・質的研究のデータ分析も IT をもっと活用できるようになる
- ・社会構成主義的な考え方がもっと普通になっている
- ・国をまたいで色々な人が交流するようになれば、他者の視点をより理解した上で、医療・教育等のインフラ整備をはじめとした社会適応が必要となる
- ・社会変化のスピードが速いなかでどう社会適応していくかが課題になる

○将来の医師の仕事

- ・目の前の患者や地域住民を、より全体的に診る視点が求められるようになる
- ・医学という視点だけでなく、QOL や Well-Being といった視点が必要になる
- ・予測不可能な社会システムの中では、医師主導の医学モデル提供型の医療体制から、医師自身がこの場で誰とどのように関係を作っていくのか、働きかけるのかなどについて、動きながら振り返るといったことや効率的なコミュニケーションが求められる

○現在の医学教育の課題

- ・コアカリそのものが要素還元主義的である

○将来の医学教育

- ・社会構成主義的な考え方をどのように医学教育の中で取り上げていくか
- ・知識のアップデートを続けられる基盤をどのように教育していくか
- ・意思決定する際に人間の性質や自分自身を振り返る能力が求められる
- ・何を教えるべきか、ではなく、考えや価値観をどのように教えるかを考えることが求められている。例えば YouTube などの映像や画像を見てもらう、自らの行動を振り返る場を作る、などは選択肢に上がる
- ・背景にある社会構造やシステムの相互関係などを捉えたうえで、課題解決するための類推・アブダクションする能力を育むことが求められる。

<逐語録>

錦織 春田先生、こんにちは。

春田 こんにちは。よろしく申し上げます。

錦織 では、インタビューを始めます。今日のインタビューのテーマは、「今後変化していく社会を見据えて、どのような医師を養成していけば良いか」という点について、われわれが文部科学省の委託を受けて、医学教育のモデルコアカリキュラムの改定に関する仕事をしている関係で、きょうは先生のご意見をぜひ伺いたく、だいたい1時間お願いします。春田先生からはいくつか話を聞いてしまっているところもありますが、1つずついきます。

社会の将来像について、こんなようなことをわれわれの中でもディスカッションしていくということです。先生のご専門は家庭医療と述べればいいのでしょうか。多職種連携とか、私の思いつく範囲はそれぐらいです。そういう専門性を深めていかれる中で、社会が将来こんなふうになっていくだろうということについて、少しお話いただけますか。

春田 私自身は、2011年に東大の大学院に入って錦織先生のもとで医学教育学を学び、ちょうど1年前の2010年にWHOのIPEのレポートが出たのを覚えています。それが、私が博士課程でテーマにした多職種連携教育のきっかけになった一つの出来事だったからです。それからもう11年経つんだなと思うと、非常に感慨深いところがあります。

その当時、日本でも海外でもIPEという言葉は、あまり馴染みのない言葉だったと記憶しております。ですが、この10年で当たり前のように使われるようになりました。すごく大きな変化だと思っています。例えば、このモデルコアカリキュラムでも、平成26年の改定では、医療社会学とか人類学、総合診療科の必修化も加わってきて、医療だけに限らず、広く社会に根ざした医療者の育成を目指しているんだろうなという変化が、この10年の中でも見て取れるんじゃないかなと思っています。

医療だけの話じゃなくて、社会の変化はどんなことがあったのかなということ、私が思いつくのは例えば身近なところでいうとユーチューバーみたいのが出てきてますよね。いつから出てきたのかなと思うと2005年ぐらいにはもうYouTubeは開発されていて、2010年ぐらいにユーチューバーが出てきて、2015年ぐらいにユーチューバーがちょっと有名になり始めて、「フィッシャーズ」みたいな、今はかなり有名なユーチューバーたちが出てきて、今はどんな人たちもユーチューバーになれる時代で、子どもたちの1つの夢として出てくるような感じで変化してきています。それはやっぱり今回出てくるITとも関連してくるのかなと思います。

10年前にこういう社会が予想できたかということ、私自身は予想できていませんでした。多くの人もそうじゃないかなと思うんです。だから、その当時、医療社会学とか人類学がモデルコアカリキュラムに入ることや、総合診療科が必修化になることも、その兆しはあったとは思いますが、こんなふうに動いていくところは多くの人があまり具体的に想像できなかったのではないかと、思います。このような思いもよらない変化は面白い反面、すごく速いスピードで変化しているの、それにどのくらいちゃんと記憶に残った上で自分が適応できているかということも、なかなか判断が難しいですね。多分、自分以外の人も含めて、そうではないか、と推察します。

特に私は総合診療科をバックグラウンドとしているので、総合診療科が必修化することには適応してきているつもりです。しかし、それ以外の専門をやってきた人たちが総合診療科の必修化の管理・マネジメントを行う場合、どの程度本質的な部分で、臨床実習や地域医療研修が必修化に適応できているかどうか、という点では現場での苦労や困難な状況が四方から聞こえてきます。

話を戻しますが、この社会の未来像を改めて考えてみると、予測不能な部分があるのですが、おそらく一つにいろいろな課題と情報科学技術の組み合わせが出てくるんだろうなとは思いますが。例えば「IoTと災害」は想定できますし、回帰してくる部分として「アナログ健康長寿社会」というのはあるかもしれません。ITをはじめとした情報科学技術が入ってくると、それに反動して出てくる人間性みたいなところも多分あると思います。「Humanity」が見直されてくるのかもしれない。

錦織 お話を伺っていると、当たり前ですけど、先生は医療の人なので、医療と社会を見ておられて、その医療と社会の接点について話していただいたという印象を持ったのと、キーワードとしていついていただいたのが、総合診療が必須になったこと、それから人類学、社会学の部分についても少し言及いただいたし、多職種連携のことについてお話をいただきました。その速いスピードに適応したいところの話も結構興味深かったんですが、みんな適応できてるんだろうかというようなことをいわれてましたけども、そこをもう少し詳しくというか、掘ってもらってもいいですか。

春田 そうですね。1つ例を挙げるとすると、例えば研究の方法を挙げると、自分の大学院生時代は、質的研究は異文化でよくわからん、倫理審査も大変だったのは（指導教官の）錦織先生も知ってる通りです。

錦織 はいはい。

春田 でもそれが、物事を全体としてホリスティックに見る視点として、立ち位置や個人の価値が見直されてきている時代になってきて、質的研究の認知度が上がってきている。私は博士を卒業してから、筑波大学に行きましたが、質的研究の倫理審査も、大学院時代ほど違和感なく円滑に進められるようになってきました。私が筑波大学に居た5年間でも質的研究の倫理審査の円滑さはだいぶ変化してきたように思います。

ただ一方で、要素還元主義というか、量的研究を専門にしている先生たちも大学医学部では多い中で、質的研究の考えをどのくらい理解されているのかっていうことは千差万別です。例えば博士課程での審査に関わっておられる量的研究者の先生が居た際に、インタビューや主観的な分析は科学ではない、とおっしゃられる先生方もいます。社会として、全体的にみる視点の価値は認められつつあるんじゃないかと思う中でも、やっぱり大学と

いうアカデミックの中では、質的研究のような社会構成主義的な価値観の浸透は、十分ではないという状況があるように思います。

これは、社会を見る視点と考えた時に、要素還元主義はやっばり静止画像として物事を切り取ることが多く、時間軸があってもその1点と線形な関係を分析する研究が多いように思います。これまで話してきたように、社会は静止画像で見られるものではなく、全体的に様々な要素が関連しあい、さらに早い時間で変化してきます。そのような社会を捉えるときに、質的研究のような見方が必要となると思うのですが、そのような見方や価値観がまだ大学内でも浸透していない中で、教員は社会構成主義的な価値観をどのように教え、それを医学生がどのように学び、あるいは社会と医療とのつながりを医学生や研修医にどう学んでもらうのか、それを教えられる教員がどのくらい大学に居るのかなという疑問も現状ではあるかと、思っています。

その点でいうと、モデルコアカリキュラムの構造も、要素還元主義の考えが大きく影響しているんじゃないかなと思っています。コアカリの内容は要素の羅列で、これを学んだらいいんじゃないかという表に思え、そのように理解される構造になっていると思います。それが国家試験の範囲やCBTの問題のブラッシュアップにも影響し、この範囲でCBTをしっかり作りましようとする、大学自身が知識を詰め込む工場みたいな感じになってしまう。当初は、医学教育で教える内容の基盤が全国医学部で散逸していたので、モデルコアカリキュラムという考えが導入されたとは思いますが、今はそれが裏目に出ている。

一方で、社会の一部として医療を生態系のように考えると、いろんな人材が居てしかるべき大学医学部というアカデミアの分野のなかで、モデルコアカリキュラムは、学生に学ぶべき内容を限定してしまっているようにもみえます。社会とのつながりの中で医療に必要な学問を自由に学びたい人たちが、そのような学びをしてはいけない場所に大学がなってしまうようにみえます。そうすると、大学が本当に社会と医療のつながりを学ぶ場として適切なのかと考えた時に、現状には根深い問題があるんじゃないかなと思います。

錦織 質的研究の話を掘っていただいて、構成主義的な考え方みたいなのところにたどり着きましたので、それに関して1つ質問です。10年後、20年後、30年後ぐらいまで行きましようか。構成主義的な価値観は、医療の中でどのような立ち位置を占めていると先生は考えますか。

春田 30年後ですか。30年後は全然想像できないですね。せめて10年後ぐらいでもいいですか。30年ってなったらもうぼく自身の仕事は引退し、終わってるんじゃないかと思ってる時期なので。でも10年たったところで、今ようやく多分5GとかIoTが実装され、当たり前になっている時代ですよ。そうすると今度は、6Gが出て、ロボット医療、資料にも書かれている「超ロボット社会」とか。おそらく自動運転が当たり前になっている。

だから、社会構成主義的な間主観的考え方と実態としてのIT、インターネットとの融合で、複層的で包摂的なコミュニケーションがもう少しスムーズになってくるんじゃないかなと思っています。スムーズとはどういうことかという、質的研究をやり出した時に、フィールドワークに出かけ、観察したデータをメモ書きやインタビューなどの逐語録をまとめ、それを蓄積し、分析しつつ、さらに多量のデータをまとめながら、分析を続けていくと思うんです。今はそれをおおよそ人の手でやっています。10-20年後には、もう少しITのツールを使って、質的研究のプロセスがスムーズにできたりすることで、分断していた多量の質的データが、例えば高齢者や若者の集合体のデータがどこかでつながったり、地域間で転用可能なパターンが顕在化したり、それを発信するコミュニケーションツールも多様になるんじゃないかなと思っています。

最初の問いが社会構成主義、質的研究のところでしたよね。社会構成主義でしたっけ？

錦織 そうですね。10年後の将来、医療の中で社会構成主義的なものの方の見方とか考え方がどのような位置を占めているだろうか、立ち位置をとっているだろうかという問いでした。

春田 ちょっと外れましたね。そうすると、10-20年後は今よりも社会構成主義という考え方がもう少し当たり前になってきて、今はあまり身近に感じなかった心理的に遠い他者の視点、それがデータを通じて、腹落ちできる社会になっていると思います。今も、Zoomを使って、こういった実際物理的にはそばに居ないですけど、いかにも近くに居るような感覚で多世代との交流が可能ですよ。それが地理的に遠い人、世代間の距離だけでなく、国や文化をまたいで、いろんな人と交流する機会が当たり前になってくるとすると、もう少し他者の視点を理解した上で、社会の一部である医療も、社会に適応していく必要があるんじゃないかな、と思います。そして、若い世代はそういう社会で奮闘していかないといけない。なので、社会構成主義は、今より当たり前位置付けられている社会は大いにあり得ると思います。

錦織 今までのところをまとめると、一番本質的なところが社会構成主義的な考え方が今よりも当たり前になるだろうというのが先生の未来予想図でした。それが日本の医療に対して先生が話された内容ですね。じゃあ、もし社会構成主義的な考え方が今よりも当たり前になるとした場合に、医師はどんな役割を担っていくことになると思いますか。

春田 医師は、今は病院という枠組みの中で、医学の視点でより患者を診ることを必要とされる状況で働かざるを得ないように思います。未来は、おそらく患者、あるいは住民をホリスティックに見る視点が求められるんじゃないかと思っています。というのも、より自分の領域だけとか、自分の世界だけで見ることの違和感が、多様な社会を見る状況が当たり前になったらという前提ですけど、そうなれば単一の視点で医療を社会に実装することが社会に適合しない状況だと多くの医師が気づくんじゃないかなと感じるからです。だからこそ、医師の役割は今よりもホリスティックな視点で見るのが求められると思います。

錦織 一部ついていけなかったもので、少し整理しながら聞いていきます。先生がいわれた出発点が、10年後の医療はより社会構成主義的な考え方が当たり前になるだろう。私から投げた問いが、じゃあ、そういう将来において、医師はどんな役割を担っているんだろうか。

先生がいつてくださったのが、医学という点のみで仕事をするのではなく、それ以外の視点も持って仕事をするようになるのではないかと。先生の正確ない方は、そういうことをしなくちゃいけないんじゃないかと、求められるんじゃないかといういい方をされたように思いますが、ちょっとそこは私が翻訳しまして、そのような仕事の仕方をするようになるんじゃないかといつてくださったように受け止めました。今、先生が話していただいた内容は、他者の視点を理解すると、さつき先生がいわれたこととも結構近い内容だとも感じました。

ついでいけなかったところが、医学という点のみで働くのではなく、それだけでない他の視点も持って働くようになることと、目の前の患者さんをホリスティックに見るといふこととの間にちょっとギャップがあって、ついでいけませんでした。そこを埋めていただけますか。

春田 まず医学という視点だけではなく、他の視点も必要になるだろうということに関しては、今の医学の視点で見ていくと治療とか命を延ばすとか、命を救うとか、そういう生物学的な視点から離れられないんじゃないかなと思うんです。生物学的な視点以外では、すでにQOLとかウェルビーイングとか、相対的に見た時に命の長さだけじゃない、その人が大事にしている価値観があるんじゃないか、という考えです。そうした時に、じゃあ、命の長さだけじゃない価値って何なのか。ウェルビーイングを考える時に、多分生活というところが見えてくると思うんです。その時に、その視点で目の前の患者さんを見た時に、ホリスティックに、その人の背景が見えてくるんじゃないかと思ひます。

錦織 だいぶ理解が追いついてきました。ホリスティックという言葉について確認をしながら話を進めていきたいと思います。全体的という和訳を自分は当てています。これは患者さんのことを個人に対して全体的といういい方をしているのか、もっと広い範囲でホリスティックといっているのかについて話していただけますか。

春田 患者さんだけの身体・心理・社会的要素の全体性だけでなく、その地域とか社会に居る患者さんとして位置付けてみえています。多分その視点や視野の範囲は、医師が居る場によって変わってくる可能性はあるんじゃないかと思ひています。例えば、大学病院で働いている場合は、もう少し全体性の幅が医学の専門領域に寄り、ある病気の中で個人が位置付けられ、地域とか生活のつながりが想像しにくくなるため、全体性の照度が病気に寄りが高くなる可能性があります。診療所とか中小規模病院とかであれば、地域の生活がより見えやすい場なので、地域での生活の中でその患者さんを捉えられやすい。なので、その辺の照度が高くなってくる映るのかも思ひません。

錦織 だいぶ先生のいわんとしていることが分かってきました。私の理解でもういっぺんまとめます。

春田 先生の見える将来の社会像は、より社会構成主義的な見方が普通になってるだろうと。その社会構成主義的な見方がより当たり前になっていくと、お医者さんが医学という視点、この医学というのはおそらく狭義の生物医学を指しているんだと思ひます。けれど、生物医学的な視点だけでなく、例えば患者さんのQOLやウェルビーイングというような生活に直結するような内容のことまで観ていくことが、医師の役割として求められるだろう、ということですね。ここで先生が使ったホリスティックという言葉は、地域とかまで含んだ意義で使っておられました。そういった見方ができるような、そういった役割が求められるのではないかとこの話までいっぺんと思ひます。

そうすると、そういったホリスティックな見方ができるようになる、それから、社会構成主義的な視点を普通に持てるようになるために、どのような教育内容を医学教育では取り扱っていけばいいと思ひますか。

あとは社会全体のスピードでもいいですし、医療界だけでもいいですけど、その変化のスピードについてもう少し話してもらえますか。

春田 まずは後者から話しますが、速いスピードで社会や医学知識が変化していく中でどう自分自身や医療が社会に適応していくかということもキーワードになるんじゃないかなと思ひています。正直、自分自身も医学知識が年々増えていく中で、自分がどれくらい適応できてるんだろうかは、わかりません。そんな中で、意思決定に要される時間も速くなっています。例えば、在宅診療で患者さんや家族に関わっているのですが、コロナ流行で病院では面会できないなどの影響もあって、終末期の方が在宅に帰ってくることも増えています。退院時に重要な意思決定をしていったん決めて家に帰ってきたものの、急変時には入院するか、そのなかで最後の場所をどうするかということを刻々と患者さんの状態が変化する中で、患者さんと家族と多職種で決めなきゃいけないんです。ところが、訪問診療も午前中で都内の区をまたいで6件くらい回るとなると、一人の患者さんにかける時間が限られてきます。その中で意思決定をしなくてはいけないんですけど、限られた時間で刻々と変化する個々の患者さんの状況を見ながら、意思決定に関わっていく。一人の患者さんだけでなく、次から次といるんな患者さんの往診依頼が時にあります。個々の患者の状況が異なる中で、限られた時間で意思決定しなきゃいけないのは、すごく負担がかかります。なので、自分は認知の節約をしているような気がしています。大事なものをもしかして見逃しているかもしれないと思ひながらも、意思決定していかなくちゃいけない場合に何が肝になるのか、それを探るなかで、キーとなるものが見えてきたときに、そのパターンでの意思決定であれば、資源が限られた状況で、この患者さんや家族に、どの選択肢をどの順番で、どのように説明するのかを同時に考え、行動に移します。時にその説明も振り返り、言葉を変えながら実施しているので、ストレスをそれなりに感じながらやってくるような気もしています。だいぶそれにも無自覚な状況もあるかもしれないんですけど。

ですので、アップデートされた知識を自分も持っているかどうか不安だし、その自分自身が限られた時間で、限られたリソースで目の前の患者さんと意思決定をしていかなくちゃいけない部分に適応する際にも、どのくらいうまく患者家族、多職種と自分自身がかみ合っているのかを適時判断し、行動をそのままでのいいのか、あるいは変えていくかの判断をも適時していくのが、なかなか難しいと思ひています。

その時には、今まで知識を素早く適切に活用するだけでは不十分だと思うんです。もちろん大学入試などをみると、ある程度の知識を素早く正しく活用できる人材が入ってきてる印象はあるので、その能力も必要だと思います。ただそれだけじゃなく、自分自身がこの場でどんなふうに関係を作り、どのように働きかけるのか、そこを行動しながら振り返る、この一連の行動をいかに素早くできるかも、ポイントになってくると思います。

社会の変化や知識の速さもそうですが、限られたリソースでの問題解決の速さという点では、コミュニケーションの効率性が求められています。

錦織 また、たくさんのお話を話していただきましたので、整理します。先生が話してくださったのは、変化のスピードについてでした。知識のアップアップデートの速さだけでなく、在宅の診療の限られた時間の中で、その知識を活用し、関係を作り、意思決定をしなくちゃいけないことにストレスを感じているということでした。そのような状況に置かれる中で、考えながら行動する。そんなようなことをいわれたと思うんですけど、ここらばくらの言葉になるんですけど、場面で自分自身がやっつてることに対して振り返りながら、行動することをいわれてるのかと受け止めました。

あと、入学試験の話もされて、知識を活用できる人材が入ってくるけれど、それで対応できるんだろかみたいなことをいわれたような気がします。だいたい合ってますか。

春田 そうですね。速いのは、知識のアップデートがかなり速く要求されることと、一方で現場での患者・家族の思いと多職種の思いがかみ合った状況で、素早く医療サービスの適応を求められることの2点です。知識を素早く正しく活用することに長けている学生は入学してきているけれど、自分の知識をアップデートするということをしていくことや、それを意思決定とか判断というところで活用する時に、自分自身を含めて振り返られて、適応させる能力は医学教育の中で求められます。現場をスキヤニングする能力といってもいいかもしれません。自分自身も含めて、この関係性の中で、十分にこの患者さんやご家族が様々な選択肢について理解しているのか、そういうことを観察しながら、自分の言葉を選んで進んでいく、そういう状況が今の入学する学生たちに既存の医学教育の枠組みで果たしてできるのだろうか、というよりも、そういう状況に適応できるような学習機会を大学が提供できているのだろうかと考えています。

錦織 先生ができていようかというのは、おそらくできていないという反応だと読みました。今回コアカリキュラムの改定の話なんですけど、今みたいな能力が将来の医師に求められるという話を先生はされたと思います。教育カリキュラムとして、どのような内容が含まれるべきかということについて、今の振り返りということから、まず1つ。それからもう1つがさっきの地域社会、ホリスティック、この2つですかね。ホリスティックというキーワードが1つ、もう1つが振り返り。この2つが多分中心となる概念かなと聞いてて思いました。まず今の振り返りの方からいきましょうか。

春田 振り返りを医学教育のモデルコアカリキュラムに入れるっていうイメージでよいでしょうか。その際の振り返りのプロセスであるHowを聞いているのか、Whatであるコンテンツを聞いているのか、確認させてください。

錦織 コンテンツについて聞いています。そのコンテンツに振り返りという話になったのはなぜかという、先生がいわれた中で「知識もどんどんアップデートされていく。今、学んだ知識を活用するだけじゃなくて、目の前の現場を観察しながら、自分で患者さんや家族に向ける言葉を選び、進んで行く」という言葉を振り返りという言葉でも表現されて、そういった能力や現場の状況をスキヤニングする能力という言葉も先生は使われてました。じゃあ、そういった能力を身につけるためにどのようなコンテンツがコアカリの中にあるべきか。

春田 そうですね。それって、何を学ぶかということじゃないような感じがしています。どのように学ぶかということに近いかなと思うんです。それでWhatかHowかと聞きました。

錦織 なるほど。

春田 Whatといわれると、これを学べばそれができますというメッセージになりますよね。それはなかなか断言できません。ホリスティックな把握と今の振り返りを区別はしてなくて、すごく密接に関連してるんじゃないかなと思っています。現場をホリスティックにスキヤニングする、観察する、自分の言葉を相手の反応を確かめながら選んでいくところで、まさしくホリスティックな把握が可能となると思っています。それは状況を観察しながら本当にこれでいいのだろうか、みたいな感じでみているので、それは振り返りのような気もするので、分けて説明するのが難しいですね。

錦織 ぼくの方から若干乱暴かもしれませんが、あえて分けてみました。この辺まで先生が話してくださった中で、振り返ることができるようになるというのは、何を学ぶかではなくて、どう学ぶかという問いであろうということをお話されましたね。それとはホリスティックな視点を持つことと密接に関連していると先生は話されて、それはそうだなと個人的にも思いました。

一旦、振り返りの話は置いておき、前半の話に戻ります。社会構成主義的な視点を多くの医師が求められ、医学という視点以外の他の視点を持って医療の現場で働くお医者さんが求められる、そういう人材が将来の医師像じゃないかと話してくれました。そういうお医者さんは、今の生物医学、西洋近代医学だけではない、命を救うとか治療だけではない、QOLやウェルビーイングといった生活的な視点も視野にいれている。それが将来の医師像じゃないか。それをホリスティックと先生は表現されました。こういったお医者さんを育成していくために、具体的にどのようなモデルコアカリキュラムを考えたらよいと思いますか？

春田 なかなか難しいと思います。なぜ難しいかというと、モデルコアカリキュラムは、これまで何を学ぶかの内容について、主に書かれてきました。これを学んだらいいということが、メインで書かれているので、そうすると例えば人口減少、高齢社会の現状についての項目があったとすると、それを教員は教えればよい、学生は学べばいい、というメッセージとして伝わってしまう。その提示だけで、人口減少の一部として医療の役割を理解できるのか、その背景の中で現場の振り返りやホリスティックな視点を獲得できるのかというのが、疑問です。

例えば、生物心理社会モデルを理解する、ということを書いたとしても、それで本当に知識を現場で活用できるのかっていうと、難しいと思います。理解と適応のギャップがあるからです。なので、モデルコアカリキュラムにコンテンツだけを言葉で書くことの違和感がずっとあるのです。

錦織 なるほど。モデルコアカリキュラムが、先生がちょっと批判的ないい方をされた要素還元主義的な書き方をしているから、書けないというように聞いてて思いました。では、自由に、もう形式問いません。ただ、こういうことは学生の間にも学んだほしいというような自由な問いで先生書いてくださいといわれたら、どんなことを書きますか。

春田 もう書くのではないんじゃないかと、思っていたりします。

錦織 書くのではない？

春田 例えば見せるとか、YouTubeとかを使ったり画像で見せるとか、そういったこともあったりしてもいいんじゃないかと思ったりします。

錦織 今、先生がいわれてるのは言語以外の方法で伝えることについて話しておられるように受け止めました。確かにコアカリの書き方についての提言としていただいたんですけど、映像というのもありかもしれないなと思いました。ちょっとときよりは残りの時間も短くなってきたので、言葉を使うとしたら可能な範囲で、どんな言葉になりますか。

春田 抽象的な言葉が良いと思います。例えば、社会を構造的に理解するとか、構造として理解するとか、になるでしょうか。もう少し抽象度を下げるとさまざまな家族のシステム、地域のシステム、いろんな系（システム）があると思うんですけど、それらがどんなふうに関わり合っているのかを理解するとか、場のルールをどう理解するとか、そういった目標が考えられます。それには類推する能力が必要であれば、そのように書くかもしれません。それは言葉が与えるイメージ・認識の部分で、戦略的には必要なのかもしれません。

医療者としての意思決定の関わりとか、何か行為に関わる部分も必要になった時に、他者の視点や人と人との関わり、ストーリーに反応する人間の性質みたいな知識も必要になるように思います。例えば、神話から昔の人たちは知識を蓄積してきたように、一般の人たちは自分の人生のストーリーの一部として社会の変化と自分史を位置付けたりしますよね。あとはナラティブに反応する人間の本質みたいなところも含めて、複雑な要素を複雑なまま理解することが多くの方が難しいというところを踏まえた上でも、知識のアップデートをし続けながら、その知識を患者さん・家族に合致する形で応用できること、場の関係者をどう捉え、どういう意思決定をしていくのか、を考える教育機会があるとよいと思います。その背景にある社会の構造とかシステムの関係とか、それを解決するための類推・アブダクション、意思決定に関してはより人間的というか、人間の性質とか、そういう部分がモデルコアに必要なようになってくるのかなと思いました。

錦織 ありがとうございます。最後に話して下さった内容は自分の中では結構よく理解できたなと思います。

18) 玉木 敬二先生

日時：2021年9月17日16：00～17：00（60分間）

参加者：錦織・中山

<インタビュー要旨>

○法医学は社会医学か？

法医学は個を扱うため、集団を扱う公衆衛生学とは異なる印象を持っている。むしろ病理学と近く、基礎医学との親和性が高いと個人的には思っている。ただ、法という言葉が示す通り、社会との関連は強く、日本法医学会も社会医学系専門医との連携を模索中である。よって、H28年度版コアカリにある通り、法医学は社会医学の中で取り扱う方が望ましいと考える。

肥大化対応 PT

－①インタビューガイドと各大学からのインタビュー結果

－②ワークショップ事前アンケート内容とその結果

医学教育カリキュラム全般とコアカリについて

- ①. 先生の大学ではどのようにコアカリを活用していますか？
(どのようなプロセスでカリキュラムに反映させていますか)
- ②. 先生の大学ではコアカリに準拠したカリキュラムと大学独自のカリキュラムとの割合は何対何くらいでしょうか？
- ③. カリキュラムの過密が言われていますが、先生の大学でもカリキュラムが過密、学生の余裕がないなどの問題はありますか？（カリキュラムが過密であった場合）
- ④. 先生の大学のカリキュラム過密問題にコアカリがどの程度、影響を与えていますか？
- ⑤. 具体的にどのようにすればカリキュラムにゆとりが出るとおもいますか？
- ⑥. そのためにコアカリはどのようにあるべきだと考えますか？
- ⑦. 現状のコアカリでスリム化を図る具体的な提案はありますか？

現在のコアカリの使用方法について

- ⑧. よく参照（使用）している箇所とあまり参照（使用）していない箇所はありますか？
(事実上、カリキュラムに反映していない分野はありますか？)
- ⑨. 現在のコアカリでカリキュラム化が難しいと思われるものはありますか？（感染症、先進医療、地域医療、社会科学、人文科学、行動科学など）
- ⑩. また、その理由を教えてください。（専門家がない、不要と考えられる、その他）
- ⑪. 担当者（インタビューイの方）以外の方がどれくらいコアカリについて知っていると思われませんか？
- ⑫. コアカリなどに使われている医学教育の専門用語についてどれくらい知っていると思われませんか？
- ⑬. 現在のコアカリのフォーマットについてどう思われますか？
(国家試験出題基準、CBT出題基準、OSCE、分野別認証等と照らし合わせて)
- ⑭. 複数分野で共通する項目、横断的内容の記載の仕方についてご意見はありますか？
(重複箇所は削除した方がよい、重複しても詳しく記載がある方がよい...など)
- ⑮. 方略と評価に関わる記載についてご意見はありますか？

その他

- ⑯. もっと充実させたい分野はありますか？
- ⑰. ユーザーガイドがあると有用か？
- ⑱. カリキュラム作成事例集があると有用か？

インタビュー医学部①

医学教育カリキュラム全般とコアカリについて

① 先生の大学ではどのようにコアカリを活用していますか？

(どのようなプロセスでカリキュラムに反映させていますか)

カリキュラムツリーを作る際の漏れの確認。授業シラバスを作成する際に各授業がコアカリのどこに該当するかを確認するようにしている。コアカリベースで授業を構成しようという意識は大学全体に働いている。各担当講座に授業を依頼する際にコアカリのコードを確認し、付与するように依頼している(毎年)。

② 先生の大学ではコアカリに準拠したカリキュラムと大学独自のカリキュラムとの割合は何対何くらいでしょうか？

大体 8 : 1 ~ 10 : 1 で独自カリキュラムは 1 割くらい。3 分の 1 を独自にするのは時間的に困難。10 割にすると面白くなくなる。分野別認証で臨床実習を全カリキュラムの 3 分の 1 といわれると残りの 3 分の 2 にコアカリを入れ込むことも、独自カリキュラムを入れることも難しい。

③ カリキュラムの過密が言われていますが、先生の大学でもカリキュラムが過密、学生の余裕がないなどの問題はありますか？

(カリキュラムが過密であった場合)

④ 先生の大学のカリキュラム過密問題にコアカリがどの程度、影響を与えていますか？

⑤ 具体的にどのようにすればカリキュラムにゆとりが出るとおもいますか？

CBT が治療学を入れないと明示されれば、臨床実習前の臨床講義は削れるかもしれない。どの学年でどの内容やどのくらいのレベルを要求されるのかが明示されると実習前のカリキュラムを削れるかもしれない(マイルストーン)。実習で学べばよい内容まで実習前に授業で取り扱われている。

⑥ そのためにコアカリはどのようにあるべきだと考えますか？

⑦ 現状のコアカリでスリム化を図る具体的な提案はありますか？

中には専門医レベルのことも書かれている(精神科領域とか...) のでそこを減らすことでスリム化できるのではないか。自分の専門以外のところをどれくらい知っておくべきなのかを考えて作る。

現在のコアカリの使用方法について

⑧ よく参照(使用)している箇所とあまり参照(使用)していない箇所はありますか？

(事実上、カリキュラムに反映していない分野はありますか?)

医学教育に精通していない教授連中の説得材料になるようにしている。臨床実習やアプロフェッショナルなどは大学の基準として説得に使える。ただ、臨床実習の前に到達すべきことが臨床実習の到達目標に書かれている。日本医師会の医の倫理のほうが現状に合っている？

1. 現在のコアカリでカリキュラム化が難しいと思われるものはありますか？(感染症、先進医療、地域医療、社会科学、人文科学、行動科学など)

2. また、その理由を教えてください。(専門家がない、不要と考えられる、その他)

専門家が幸い居るのでカリキュラム化は大丈夫。ただ、国公立大学は職員の雇用が大変なので難しいかもしれない。

3. 担当者(インタビューイの方)以外の人がどれくらいコアカリについて知っていると思われますか？

おそらく、自分の担当分野以外はほとんど見ていない。

4. コアカリなどに使われている医学教育の専門用語についてどれくらい知っていると思われますか？

自分の分野以外の専門用語はわからないと思いますし、医学教育用語は知らない人も多いのではないかと。

5. 現在のコアカリのフォーマットについてどう思われますか？

(国家試験出題基準、CBT 出題基準、OSCE、分野別認証などと照らし合わせて)

ここは難しい。コアカリと分野別認証の整合性だけはつけてほしい。あとはコアカリに国家試験も CBT も合わせてくるのではないかと。国家試験レベルと CBT レベルをしっかりと明確にしたほうが良いかもしれません。

6. 複数分野で共通する項目、横断的内容の記載の仕方についてご意見はありますか？

(重複箇所は削除した方がよい、重複しても詳しく記載がある方がよい...など)

7. 方略と評価に関わる記載についてご意見はありますか？

その他

⑨ もっと充実させたい分野はありますか？

⑩ ユーザーガイドがあると有用か？

⑪ カリキュラム作成事例集があると有用か？

インタビュー医学部②

医学教育カリキュラム全般とコアカリについて

① 先生の大学ではどのようにコアカリを活用していますか？

(どのようなプロセスでカリキュラムに反映させていますか)

改訂版が出たタイミングでシラバス上、抜けているものがないかを医学教育統括センターですべてを確認して、マイナーで抜けていれば対応科目担当者に依頼して、入れ込んでもらう。大きなものは数年かけてカリキュラム化する。E までですべて対応している。臨床実習については臨床現場での患者さんの出現に左右されることもあるので活用できていない。厳密には教科担当者に任されている。

② 先生の大学ではコアカリに準拠したカリキュラムと大学独自のカリキュラムとの割合は何対何くらいでしょうか？

何が大学独自か？はわからない。研究や海外留学などはモデルコアカリを超えているから、おそらく、3分の1が大学独自かな。

③ カリキュラムの過密が言われていますが、先生の大学でもカリキュラムが過密、学生の余裕がないなどの問題はありますか？(カリキュラムが過密であった場合)

現状は教室単位で授業が構成されている。そうすると科目数が増えるので教えることの過密さというよりも学生の試験の負担が大きい印象。それほど過密ではない印象もある。CBT の出題基準としてコアカリは機能しているので厳格化しすぎないでほしい。ひとつでも内容が漏れたら、ダメと言われると困る。例えば、電解質異常のところであれば高 Cl 血症などは病気として存在しない。でも、書かれていると教えないといけなくなる。こういうところは電解質異常でとどめておいたほうがよい気がする。疾患名を記載するとそれを教えずにはいけないし、それ以外は教えずともよいというメッセージになる。

④ 先生の大学のカリキュラム過密問題にコアカリがどの程度、影響を与えていますか？

⑤ 具体的にどのようにすればカリキュラムにゆとりが出ると思われますか？

⑥ そのためにコアカリはどのようにあるべきだと考えますか？

あんまり大きくフォーマットを変えると現場は混乱する。ただ、臨床実習のところはどう使ってよいのかわからない。CBTの作問にも大きく影響する。勉強法のガイドにはなる。特に症候の部分。

⑦ 現状のコアカリでスリム化を図る具体的な提案はありますか？

現在のコアカリの使用方法について

⑧ よく参照（使用）している箇所とあまり参照（使用）していない箇所はありますか？

（事実上、カリキュラムに反映していない分野はありますか？）

Aの部分だけはかなりほかの部分と比べて浮いているのでどう使えばよいのかわからない。アウトカム基盤型にするのであればAの部分の下に様々なものが紐づけられて、マイルストーンがあったほうが使いやすい。モデル・コア・カリキュラムにコンピテンシーが書かれると大学独自のコンピテンシーをどうしてよいのかわかりにくい。コアカリ優先なのか、大学優先なのか、コアカリ+大学独自を付け加える感じなのか。臨床実習の部分…例えばめまいの分類は記載されているが、これは一つの分類なので、こう教えずにはいけないのか、これは例なのか、がわからない。包括的記載にし、キーワードのほうが自由度が上がる。

⑨ 現在のコアカリでカリキュラム化が難しいと思われるものはありますか？（感染症、先進医療、地域医療、社会科学、人文科学、行動科学など）

わかりにくい分野は具体的に描いて厳密に内容を決めたほうがよいのか、包括的に描いたほうが自由度が上がるのか、カリキュラム例は載せてもよいかもしれない。どれくらい自由度が認められるのかわからない。教養教育についてはコアカリには記載していない（前期に削除された）が、それはしなくてもよいというメッセージなのか、好きにしてもよいというメッセージなのか。指針は示してほしい。

⑩ また、その理由を教えてください。（専門家がない、不要と考えられる、その他）

⑪ 担当者（インタビューイの方）以外の方がどれくらいコアカリについて知っていると思われませんか？

自分の担当についてはわかっていると思う。それをほかの部分を知らしめる必要があるのか？

⑫ コアカリなどに使われている医学教育の専門用語についてどれくらい知っていると思われませんか？

自分の担当以外は知らないと思うが、大きな問題はないと思う。

⑬ 現在のコアカリのフォーマットについてどう思われますか？

（国家試験出題基準、CBT出題基準、OSCE、分野別認証などと照らし合わせて）

CBTのブループリントに事実上はなっているので、細かい記述をなくすと混乱しそうだけど、コアカリに書いてないからCBTに出せない…という不文律はなくしたほうがよい。CBT作問者が共通して大学で習っていると考えられれば出題してもよい…みたいな。

⑭ 複数分野で共通する項目、横断的内容の記載の仕方についてご意見はありますか？

（重複箇所は削除した方がよい、重複しても詳しく記載がある方がよい…など）

横断的に組みなおすのはかなり大変なので、無理かなと。

⑮ 方略と評価に関わる記載についてご意見はありますか？

臨床実習についてはCC-EPOCがちゃんと動くとならないかもしれない。

その他

⑯ もっと充実させたい分野はありますか？

⑰ ユーザーガイドがあると有用か？

⑱ カリキュラム作成事例集があると有用か？

OSCEのほうは毎年改定しているのでそれらについていけない。コアカリの改定はのスペンは5~6年なので、5~6年更新されないことを見込んだ記載にして、時代遅れにならない…なりにくい書き方にしていく必要がある。

インタビュー医学部③

医学教育カリキュラム全般とコアカリについて

① 先生の大学ではどのようにコアカリを活用していますか？

(どのようなプロセスでカリキュラムに反映させていますか)

コアカリが改訂されるたびに教務委員会、医学科運営会議で情報共有をして教科主任が微調整をしている。毎年確認していない。定期的には教科主任に任されている。分野別評価の時に確認はした。

② 先生の大学ではコアカリに準拠したカリキュラムと大学独自のカリキュラムとの割合は何対何くらいでしょうか？

教養教育はできないので全5年で考えるとほぼコアカリで終わっている。分野別認証の際に〇〇大学独自の授業として3~4個あるが、ほぼ9割以上コアカリの内容である。

③ カリキュラムの過密が言われていますが、先生の大学でもカリキュラムが過密、学生の余裕がないなどの問題はありますか？

(カリキュラムが過密であった場合)

医学生が過密なのは今に始まったことではない。しかし、多少はある。学生の話の聞いてみると分野別認証で臨床実習数を増やしたためにコアカリが前倒しになり、圧縮されたために密度が上がったことはあり得る。

④ 先生の大学のカリキュラム過密問題にコアカリがどの程度、影響を与えていますか？

単位管理に変わったこともあり、90分×15コマで2単位であるが、事実上は18コマ使っている感じなので過密度をあげている。それぞれの教科主任にコマ数の見直しをして減らすことはできている。技術的にはこのように努力してきている。

⑤ 具体的にどのようにすればカリキュラムにゆとりが出るとおもいますか？

⑥ そのためにコアカリはどのようにあるべきだと考えますか？

⑦ 現状のコアカリでスリム化を図る具体的な提案はありますか？

コアカリの冊子を少なくとも薄くしてほしい。後ろの参考資料は別冊にさせていただけるだけで気持ちが変わる。厚みがあると読む気がなくなる。特にほかの医療関連資格はいらない。それぞれの分野で文科省はどれくらいの教育時間を想定しているのか？を考え直していただきたい。薄くてもよいところも、厚く必要なところも同じ記載の仕方になっている。これも重要これも重要と足していった結果が増えてしまっている。

現在のコアカリの使用方法について

⑧ よく参照(使用)している箇所とあまり参照(使用)していない箇所はありますか？

(事実上、カリキュラムに反映していない分野はありますか？)

⑨ 現在のコアカリでカリキュラム化が難しいと思われるものはありますか？(感染症、先進医療、地域医療、社会科学、人文科学、行動科学など)

国公立大学では教養部の人材確保が難しく、他学部の人に人文社会などを教えていただく必要がある。いわゆる教養と医学人文社会は異なるので本当に必要な医学人文社会系の必要な内容を明示していただきたい。本当に必要な内容を記載していただくとよい。その場合の医療社会学、医療人文科学を教えられる人はいない。そのあたりをどこまで要求するのか？要求するのであれば教員問題を解決しないといけなくなる。あとは教育の順序性、低学年から高学年への流れを欲しい。

⑩ また、その理由を教えてください。(専門家がない、不要と考えられる、その他)

⑪ 担当者(インタビューイの方)以外の方がどれくらいコアカリについて知っていると思われませんか？

教務委員会、医学科運営会議では共有している。それ以外のメンバーは教科主任が自分の分野は把握している。しかし、実際に授業をしているのは若手であったりするのでそこまではわかっていない可能性はある。

⑫ コアカリなどに使われている医学教育の専門用語についてどれくらい知っていると思われませんか？

アウトカム基盤型のカリキュラムが機能するために最終ゴールだけでは事実上、今の日本では難しく、途中のレベルも明示しないといけないのではないか。そのプロセスはカリキュラム例のような形で別冊に記載していただくとうい。

⑬ 現在のコアカリのフォーマットについてどう思われますか？

(国家試験出題基準、CBT出題基準、OSCE、分野別認証などと照らし合わせて)

特にコアカリにそってカリキュラムを構成するとちゃんと分野別認証にも適応するような形には最低してほしい。そこが文科省へのコアカリとJACMEへの分野別認証と異なっていると大学としては非常に大変。なので、分野別認証の評価に沿ったコアカリを。また、世界標準は大切であるが、日本の社会で求められることも重要。包括的な書かれ方をするとなかなか難しいので包括的な書き方をするのであればそこにキーワードを付与する。もしくは具体的に記載する…のいずれか。

⑭ 複数分野で共通する項目、横断的内容の記載の仕方についてご意見はありますか？

(重複箇所は削除した方がよい、重複しても詳しく記載がある方がよい...など)

⑮ 方略と評価に関わる記載についてご意見はありますか？

その他

⑯ もっと充実させたい分野はありますか？

⑰ ユーザーガイドがあると有用か？

⑱ カリキュラム作成事例集があると有用か？

Good Practiceを参考資料集があるとよい。カリキュラムのスリム化に関することや具体的なカリキュラムについても。

インタビュー医学部④

インタビューガイド Ver.3

医学教育カリキュラム全般とコアカリについて

① 先生の大学ではどのようにコアカリを活用していますか？

(どのようなプロセスでカリキュラムに反映させていますか)

各科で5年ほど前にコアカリのチェック漏れの確認をおこなった。

② 先生の大学ではコアカリに準拠したカリキュラムと大学独自のカリキュラムとの割合は何対何くらいでしょうか？

コアカリ 2/3 にしている。医師免許に必須なところが 2/3

③ カリキュラムの過密が言われていますが、先生の大学でもカリキュラムが過密、学生の余裕がないなどの問題はありますか？

(カリキュラムが過密であった場合)

教えすぎというのはあるかもしれない。

④ 先生の大学のカリキュラム過密問題にコアカリがどの程度、影響を与えていますか？

⑤ 具体的にどのようにすればカリキュラムにゆとりが出るとおもいますか？

スリム化する。例えば基礎医学も 2/3 は臨床医学に直結したものとする。

選択カリキュラムの役割を明確にする。

⑥ そのためにコアカリはどのようにあるべきだと考えますか？

良医の育成を目指すカリキュラムを 2/3 とし、能力開発の部分は 1/3 として区別する。

コアカリのボリュームを減らすのではなく。統合を進めやすくして、カリキュラムのボリュームダウンにつながるコアカリにするのがよい。(そのためにはコアカリはしっかり書き込む必要があるかもしれない。)

⑦ 現状のコアカリでスリム化を図る具体的な提案はありますか？

2/3 は基礎医学も症例ベースで、1/3 は深いところを。

統合教育ができるように。

現在のコアカリの使用方法について

⑧ よく参照(使用)している箇所とあまり参照(使用)していない箇所はありますか？

(事実上、カリキュラムに反映していない分野はありますか？)

⑨ 現在のコアカリでカリキュラム化が難しいと思われるものはありますか？(感染症、先進医療、地域医療、社会科学、人文科学、行動科学など)

行動科学も各科に入れ込む。D に入れ込んでいく。医療安全、医療行動科学、EBM、倫理は基礎医学を含めた、すべての科目で行う。患者さんの行動科学につながる。低学年から高学年までシームレスに取り入れていく。

⑩ また、その理由を教えてください。(専門家がない、不要と考えられる、その他)

上記参照

⑪ 担当者(インタビューイの方)以外の人がどれくらいコアカリについて知っていると思われますか？

あまり見ていないと思われるが、コアカリはすべてシラバスに入れ込んでいる。シラバスは見ていると思われるので、そういう意味ではコアカリの内容は見ているのではないかと思う。

⑫ コアカリなどに使われている医学教育の専門用語についてどれくらい知っていると思われますか？

それほどコアカリの用語は難しくないと思う。

⑬ 現在のコアカリのフォーマットについてどう思われますか？

(国家試験出題基準、CBT 出題基準、OSCE、分野別認証などと照らし合わせて)

統合教育の事例が必要。臨床実習の例など。

⑭ 複数分野で共通する項目、横断的内容の記載の仕方についてご意見はありますか？

(重複箇所は削除した方がよい、重複しても詳しく記載がある方がよい...など)

どこで担当するかを指定したらどうか？または指定できるようなチェックシートの役割も持たせるなど。

⑮ 方略と評価に関わる記載についてご意見はありますか？

事例集が必要。

自己評価、360度評価の導入。

自己評価は低学年から実験なども自己評価を入れていく。

その他

⑯ もっと充実させたい分野はありますか？

臨床実習

推論と病態、初期対応とピットフォールについて。

37症候をもっと充実させる。37症候の記載順も重要な順で。(胸痛→頭痛→腹痛→…)

臨床実習のカルテ記載。もっと書かせないといけない。

臨床実習の充実。重要なものは全員に毎回教える必要がある。by chanceでなく。

G4-臨床実習の各科のイメージの獲得は？

→専門医に相談する過程やタイミングを学ぶなど。

垂直統合

基礎→臨床の統合 基礎医学も臨床症例から入って講義を行う

〇〇科の先生と連携して下さいとコアカリに書いておく

MDでない先生は臨床 Dr.のビデオクリップからスタートなど

デジタル教材の充実

⑰ ユーザーガイドがあると有用か？

〇〇科の先生と連携して下さいとコアカリに書いておく

⑱ カリキュラム作成事例集があると有用か？

A, 医療行動学など事例集があるとよい

インタビュー 医学部⑤

医学教育カリキュラム全般とコアカリについて

① 先生の大学ではどのようにコアカリを活用していますか？

(どのようなプロセスでカリキュラムに反映させていますか)

〇〇大では2013年にカリキュラム改訂を行ったため、直接的に反映させたというより、FDへの活用、シラバスにおける項目の確認などに活用している。次回のコアカリ改訂を反映させる予定。

② 先生の大学ではコアカリに準拠したカリキュラムと大学独自のカリキュラムとの割合は何対何くらいでしょうか？

独自のカリキュラムは本当に独自なのか？Aも含め完全に独自のカリキュラムがあるのだろうか？(研究実習や行動科学もコアカリにある)

③ カリキュラムの過密が言われていますが、先生の大学でもカリキュラムが過密、学生の余裕がないなどの問

題はありますでしょうか？

(カリキュラムが過密であった場合)

大学によっては長期休暇が確保されていないかもしれない。

一つの原因としては学年をまたいだカリキュラムが組めないことがあげられる。

④ 先生の大学のカリキュラム過密問題にコアカリがどの程度、影響を与えていますか？

コアカリだけでなく、分野別認証に対応するために、臨床実習の週数が増えたことで前倒しになったり圧縮する必要があったりと影響がある。

⑤ 具体的にどのようにすればカリキュラムにゆとりが出ると思いますか？

本当にミニマムなのか検討する。ふるいにかけてという手はあるが、そこで落ちたものをどうするかを決めておく必要がある。結局声の大きさが反映される？

⑥ そのためにコアカリはどのようにあるべきだと考えますか？

誰のためのコアカリなのか？ どういう医師を育てるか？ というアウトカムをしっかりと立てる。

⑦ 現状のコアカリでスリム化を図る具体的な提案はありますか？

基礎医学が学問として考えるかどうか？ 垂直統合を JACME は進めているがそこでのスリム化？ 一律のスリム化ではなく、濃淡をつける。

AJMC では肥大化ということは考えていないみたい。

現在のコアカリの使用方法について

⑧ よく参照（使用）している箇所とあまり参照（使用）していない箇所はありますか？

(事実上、カリキュラムに反映していない分野はありますか？)

⑨ 現在のコアカリでカリキュラム化が難しいと思われるものはありますか？ (感染症、先進医療、地域医療、社会科学、人文科学、行動科学など)

例えば、先進医療ってなんなのか？

⑩ また、その理由を教えてください。(専門家がない、不要と考えられる、その他)

⑪ 担当者（インタビューイの方）以外の方がどれくらいコアカリについて知っていると思われませんか？

コアカリは読んでいないと思うが、若い世代は CBT や国家試験出題基準など見ていると思う。

⑫ コアカリなどに使われている医学教育の専門用語についてどれくらい知っていると思われませんか？

意外とわかると思う。臨床実習ガイドラインが難しいかも。

⑬ 現在のコアカリのフォーマットについてどう思われますか？

(国家試験出題基準、CBT 出題基準、OSCE、分野別認証などと照らし合わせて)

項目だけになっているので、方略や評価の用を入れるとよいと思う。

⑭ 複数分野で共通する項目、横断的内容の記載の仕方についてご意見はありますか？

(重複箇所は削除した方がよい、重複しても詳しく記載がある方がよい...など)

重複しているところも、例えば腫瘍は方略として水平統合のヒントとなるため、細かいところは削れるが残すのも手。

⑮ 方略と評価に関わる記載についてご意見はありますか？

すべての方略は必要なく、特に A について必要と思われる。

その他

⑩ もっと充実させたい分野はありますか？

未来の Dr.に必要な能力。例えば、情報、遠隔診療など

⑪ ユーザーガイドがあると有用か？

事例や G、方略などはあったほうがよい。

⑫ カリキュラム作成事例集があると有用か？

有用

インタビュー医学部⑥

医学教育カリキュラム全般とコアカリについて

① 先生の大学ではどのようにコアカリを活用していますか？

(どのようなプロセスでカリキュラムに反映させていますか)

2016年に配属

教務委員会とカリキュラム検討委員会がコアカリ改訂時に対応している

② 先生の大学ではコアカリに準拠したカリキュラムと大学独自のカリキュラムとの割合は何対何くらいでしょうか？

コアカリの A から G とコンピテンシーも全部含めると 100%になってしまう。

コアカリのコンピテンシーに〇〇大のディプロマポリシーも作っている。

独自性を持たせていてもコアカリのコンピテンシーにあっているの、何をもって独自性があるとするか難しい。研究マインドを育成するカリキュラムを作成してもコアカリのコンピテンシーにはあってしまうので、独自性があるのかわからない。

③ カリキュラムの過密が言われていますが、先生の大学でもカリキュラムが過密、学生の余裕がないなどの問題はありますか？

いろいろと入れ込まないとならないので、過密であるのと、臨床実習をのばしているの、臨床実習前教育もがちになっている。試験間隔も短くなっていて学生にもゆとりがない。

(カリキュラムが過密であった場合)

④ 先生の大学のカリキュラム過密問題にコアカリがどの程度、影響を与えていますか？

コアカリの影響だけではない。コアカリの影響というより、JACME の臨床実習をのばすということと、臨床実習前教育をのばすことにより、過密になってもいるので、複合的に過密になっている。

⑤ 具体的にどのようにすればカリキュラムにゆとりが出るとおもいますか？

コアカリのすべてを教えなければならないという呪縛からは逃れて、授業の形態を変えるなどの工夫をすればゆとりは出るかもしれない。

⑥ そのためにコアカリはどのようにあるべきだと考えますか？

コアカリの細かい中身までは決めず、もっと大枠で決めた方がよいと思うが、

CBT のブループリントになっているので、ブループリントである以上は細かくなければならない。CBT は 2025 年から法制化されるので、CBT のブループリントである以上は細かく書くしかない。コアカリとはいったい何なのか、ありかたを考えなければならない。

⑦ 現状のコアカリでスリム化を図る具体的な提案はありますか？

スリムにするためには、CBTとの切り離しが必要であるが、それができるかどうか。
コアカリをどうするのかは、CBTとの関係をどうするのかと関連しているので難しい。
コアカリだけ議論してもだめ、CBTだけを議論してもだめ、今ある教育の枠組みを一連の枠組みとして議論しなければならぬ。

現在のコアカリの使用方法について

⑧ よく参照（使用）している箇所とあまり参照（使用）していない箇所はありますか？

（事実上、カリキュラムに反映していない分野はありますか？）

各科目でコアカリに対応しているか、年に一度教務課が調査して確認している。

⑨ 現在のコアカリでカリキュラム化が難しいと思われるものはありますか？（感染症、先進医療、地域医療、社会科学、人文科学、行動科学など）

とくに問題はない。今の医学部のカリキュラムはJACMEの内容を網羅するために認証に受からないので、この内容はJACME受審のために整備が必要であるためできていると思う。

⑩ また、その理由を教えてください。（専門家がない、不要と考えられる、その他）

⑪ 担当者（インタビューイの方）以外の方がどれくらいコアカリについて知っていると思われませんか？

各講座主任、各講座教育担当者が知っていると思う。教育主任も臨床にいて、教育主任は若手も多い。

⑫ コアカリなどに使われている医学教育の専門用語についてどれくらい知っていると思われませんか？

難しいという意見は聞かない。

⑬ 現在のコアカリのフォーマットについてどう思われますか？

（国家試験出題基準、CBT出題基準、OSCE、分野別認証などと照らし合わせて）

難しい問題。コアカリというのはCBTのフォーマット。CBT側がコアカリに寄っていることもある。教育を規定するものがいろいろとあるとややこしいので、横道の通るようなドキュメントであってほしい。

⑭ 複数分野で共通する項目、横断的内容の記載の仕方についてご意見はありますか？

（重複箇所は削除した方がよい、重複しても詳しく記載がある方がよい...など）

重なっているところは削ってあげればよいと思う。

⑮ 方略と評価に関わる記載についてご意見はありますか？

例えば臨床実習前教育のプロフェッショナルリズムなどの方略は書いていないので、知識以外の部分にも記載があると良い。

その他

⑯ もっと充実させたい分野はありますか？

小児科医なので、小児科に関する記載が雑であると感じます。小児科担当で呼ばれているので意見する。

⑰ ユーザーガイドがあると有用か？

使い方を作らなければならないようなコアカリではいけないと思う。読んだらわかるようにすべき。

⑱ カリキュラム作成事例集があると有用か？

載せてしまうとより過密化してしまう。

各大学に医学教育専門家を置くことはJACMEで言われているので、そうした教育専門家が紐解き、各大学のカリキュラムに反映すべき。

スリム化するのは容易かもしれないが、CBTとの整合性などは難しいと思う。

現在 JACME のパワーが強い。コアカリに準拠していても、とくに審査に通らないということではなく、日本の医学教育を規定しているのは JACME であるような感じがでもあり、整合性が難しいと思います。

インタビュー医学部⑦

医学教育カリキュラム全般とコアカリについて

① 先生の大学ではどのようにコアカリを活用していますか？

(どのようなプロセスでカリキュラムに反映させていますか)

前回のコアカリ改訂時のポイントはカリキュラムにとりあげている。

英語を1年生から4年生に、「プロフェッショナルリズム」という枠の講義も6年を通じて行っている。大学のコンピテンス・コンピテンシーもコアカリのAの内容に合わせて教授会で案を出してもらい、それをカリキュラム検討部門で練った。カリキュラム検討部門は医学教育センターが主導している。

分野別認証に記載されていることをコアカリにふくめるとよい。

カリキュラムにコアカリが準拠しているかどうか、カリキュラム評価部門と IR 室で調査している。

② 先生の大学ではコアカリに準拠したカリキュラムと大学独自のカリキュラムとの割合は何対何くらいでしょうか？

大学独自のものは1割程度と思われる。

(ア) 教員が自由なテーマで授業を考え、学生が好きな講座を選択する形の「選択講座

(イ) 基礎医学セミナー(基礎の講座に2週間くらい配属、やる気のある学生は夏休みも利用して約1か月経験ができるように設定)

上記以外のカリキュラムはコアカリにそって作られている。

③ カリキュラムの過密が言われていますが、先生の大学でもカリキュラムが過密、学生の余裕がないなどの問題はありますか？

まったく余裕がない。

(カリキュラムが過密であった場合)

④ 先生の大学のカリキュラム過密問題にコアカリがどの程度、影響を与えていますか？

基礎医学がとくに強迫観念のように授業や実習を増やしている傾向にあり、

コアカリ自体は直接影響しないが、やらなければならないことが示されていることも一因ではある。減らすことのできない既存の科目があるので過密化が進む。

⑤ 具体的にどのようにすればカリキュラムにゆとりが出るとおもいますか？

最低どのくらいやればよいなどの基準があるとよい。(最低何コマ程度とか、卒後教育に少し持ち越しても良い部分など)

⑥ そのためにコアカリはどのようにあるべきだと考えますか？

コアカリに優先順位をつける。これは絶対やるとか、余裕があればやるとか。新しいことをやるときには、最低何コマなど記載されていれば過密化は防げるかもそれない。また、コアカリに記載されていれば各講座と交渉しやすい。

⑦ 現状のコアカリでスリム化を図る具体的な提案はありますか？

マイルストーンとして、卒後にメインを置いているのか卒前にやるべきか等の卒前教育の守備範囲を明確にすること。

現在のコアカリの使用方法について

⑧ よく参照（使用）している箇所とあまり参照（使用）していない箇所はありますか？

（事実上、カリキュラムに反映していない分野はありますか？）

7割から8割はカバーできていると思う。

⑨ 現在のコアカリでカリキュラム化が難しいと思われるものはありますか？（感染症、先進医療、地域医療、社会科学、人文科学、行動科学など）

人文科学はできていない。行動科学というタイトルの授業はあるが、内容が求められているものかわからない。

⑩ また、その理由を教えてください。（専門家がない、不要と考えられる、その他）

行動科学は専門家がない。心理学の教員と衛生学の教員で作ってもらっている。持っているリソースだけでやろうとすると趣旨から外れる可能性がある。

⑪ 担当者（インタビューイの方）以外の人がどれくらいコアカリについて知っていると思われますか？

コアカリという言葉は9割浸透していると思う。自分の担当以外の内容をどこまで知っているかは不明。

⑫ コアカリなどに使われている医学教育の専門用語についてどれくらい知っていると思われますか？

現状でも読めばわかると思う。どうやって教えるかは理解していない可能性がある。コアカリ改定時にFDをやった。

⑬ 現在のコアカリのフォーマットについてどう思われますか？

（国家試験出題基準、CBT出題基準、OSCE、分野別認証などと照らし合わせて）

臨床推論をどの程度するかは書いていないので、研修医と比較すると

身体診察はできていない。

臨床実習では経験できていないところもあるかもしれない

⑭ 複数分野で共通する項目、横断的内容の記載の仕方についてご意見はありますか？

（重複箇所は削除した方がよい、重複しても詳しく記載がある方がよい...など）

科目によって見えかたが違うので、重複しても仕方がない。カリキュラムを組む時に濃淡をつけるなどしている。内分泌で遺伝の授業が多かったので、臨床遺伝学に入れて、内分泌の講義からは遺伝の部分抜きなど、大学で調整して対応している。

⑮ 方略と評価に関わる記載についてご意見はありますか？

とくに問題ない。細かく書いてあっても気にならない。

その他

⑯ もっと充実させたい分野はありますか？

とくになし

⑰ ユーザーガイドがあると有用か？

皆がわからないところを提示する

⑱ カリキュラム作成事例集があると有用か？

何をやっていいのかわからないという意見がある場合には、そこを提示する。

最低何コマで構成の例などを出してもらおうと有用かもしれない。

インタビュー医学部⑧

医学教育カリキュラム全般とコアカリについて

① 先生の大学ではどのようにコアカリを活用していますか？

(どのようなプロセスでカリキュラムに反映させていますか)

前回のコアカリ改定の際に、当時のカリキュラムで網羅されているか検討し、医学部長の下に基礎医学や臨床医学、臨床実習等のカリキュラム検討チームがあり、医学教育センターと共同で行った。

その後はシラバスに対応項目を記載してもらっているが、科目単位で授業内容を変更している可能性があり、すべては把握できていない。

② 先生の大学ではコアカリに準拠したカリキュラムと大学独自のカリキュラムとの割合は何対何くらいでしょうか？

1年次の共通教養科目を除き、全ての科目に対応は記載されているが、科目内での割合はなかなか把握しにくいのですが、体感的には半々くらいではないか。

*一部の科目を除き、基礎医学を含め、適切な割合に近いかと考えている。

③ カリキュラムの過密が言われていますが、先生の大学でもカリキュラムが過密、学生の余裕がないなどの問題はありますか？

カリキュラムが過密で学生の余裕がないと、自己評価している。2年生の授業が1000時間以上あったため、90分から60分に授業時間を減らし、そのうえで2・3年生の基礎医学、社会医学の授業時間を削減、現在は800時間程度となった。CBTの成績に影響するか等を調査する。

(カリキュラムが過密であった場合)

④ 先生の大学のカリキュラム過密問題にコアカリがどの程度、影響を与えていますか？

コアカリに記載されているが取り上げられていない項目がある場合、授業時間を増やすための口実に利用されるかもしれないと危惧している部分はある。本来は現在の授業内容の見直しを検討してその中で取り入れて欲しいが、教員評価で授業コマ数が多い方が評価されやすい(わかりやすい)現状があるため、授業のコマ数を増やそうとする人もいる。

⑤ 具体的にどのようにすればカリキュラムにゆとりが出るとおもいますか？

新型コロナ禍で、期せずして様々な変化があった。通学の時間が減り、ペーパーレス化が進み、反転授業を行う授業が増え、出席管理等などでもIT化がすすみ良い方向に進んでいる。悪い面が強調されがちだが、学生は皆LMSを見るようになるなど、肥大化抑制にも良い影響も出てきた。

⑥ そのためにコアカリはどのようにあるべきだと考えますか？

学修目標をより概説的に記載して欲しい。時代の流れに合わせて適切にスクラップ&ビルトして欲しい。細かく書きすぎず、ざっくり書いてあると良い。

⑦ 現状のコアカリでスリム化を図る具体的な提案はありますか？

→「学修目標の数を減らす」 そのために学修目標の数の制限、用語の統一(概説と説明など)、記載内容の統一化(例:診断と治療を軸に記載、個々の臨床検査項目や検査項目は目標に記載しないなど)、腫瘍はE-3に一元化など如何でしょうか。検査項目を書くことはやめた方がいいかもしれない。(重複するため)

現在のコアカリの使用方法について

⑧ よく参照（使用）している箇所とあまり参照（使用）していない箇所はありますか？

（事実上、カリキュラムに反映していない分野はありますか？）

カリキュラムで網羅されているはずである。臨床実習においては、マトリックス表を作成していて、学生はそれを持ち、経験したらチェックを入れる。マトリックス表は教育熱心な先生達から、学生の経験を見える化してほしいと希望があり作成した。熱心な先生たちがチェックして、学生が経験できていない項目があれば、自分たちの診療科で経験させようとしている。

⑨ 現在のコアカリでカリキュラム化が難しいと思われるものはありますか？（感染症、先進医療、地域医療、社会科学、人文科学、行動科学など）

人文科学、行動科学の分野が薄い、分野別認証でも求められており、体制上の整備を含め検討している。現在は「心理学」「医療コミュニケーション」という講義があるが、ここで行動科学をカバーしていればそれだけでよいとするか、「行動科学」という名の講義を作るかは悩んでいる。

⑩ また、その理由を教えてください。（専門家がない、不要と考えられる、その他）

医師以外の教員の活用に慣れていないのかと推察する。例えば、行動科学の専任教員を採用しようとしても、他の仕事もできる医師の資格を持つ人が採用されやすい。しかし、医師以外が教える方が良いこともある。

⑪ 担当者（インタビューイの方）以外の人がどれくらいコアカリについて知っていると思われますか？

若い世代には浸透しているが、管理職世代への浸透はまだまだ。

助教や講師がシラバス作成に関わるため、若い世代に浸透している。

⑫ コアカリなどに使われている医学教育の専門用語についてどれくらい知っていると思われますか？

コアカリに関しては、現状でも比較的平易に記載されていると感じる。

⑬ 現在のコアカリのフォーマットについてどう思われますか？

（国家試験出題基準、CBT 出題基準、OSCE、分野別認証などと照らし合わせて）

国家試験や CBT とはほぼ齟齬が無いように思う。OSCE は自分自身ではあまり感じないが、整合性について語る人はいる。分野別認証では基準には出てこない、特に問題にならないと思う。

⑭ 複数分野で共通する項目、横断的内容の記載の仕方についてご意見はありますか？

（重複箇所は削除した方がよい、重複しても詳しく記載がある方がよい...など）

腫瘍、臨床検査、遺伝医療・ゲノム医療、感染症、放射線など重なる部分があるように思うが、実際に「これはここ」というコンセンサスが現場で得られていればあまり不都合な無いかもしれない。今のコアカリでぎりぎり、これ以上重複するとまとまらないように思う。

⑮ 方略と評価に関わる記載についてご意見はありますか？

診療参加型実習についてより詳細に記載していただいたおかげで、具体的なイメージを初めて得ることができた先生も多い。

その他

⑯ もっと充実させたい分野はありますか？

これ以上は、大学独自で教えれば良いのかと思います。

⑰ ユーザーガイドがあると有用か？

有用ですが、うまく作成しないとそれが独り歩きしてさらなる過密を招く可能性があると考えます。そのガイドを見て、不足している部分を授業のコマを付け足すことがあり得る。

⑱ カリキュラム作成事例集があると有用か？

カリキュラム全体、というより「行動科学のカリキュラム」など、今後充実が望まれ分野に限定すれば良い効果が得られるかもしれません

コアカリに対する意見聴取は全国医学部長病院長会議など様々なところであるが、回答期日が近いことが多く、なかなか回答者以外の声を反映できない。現場で実際に教育している先生たちの声をどう反映させればよいか。

インタビュー医学部⑨

医学教育カリキュラム全般とコアカリについて

① 先生の大学ではどのようにコアカリを活用していますか？

(どのようなプロセスでカリキュラムに反映させていますか)

→改定時に医学研究科長から授業を担当する各診療科にエクセルファイルによるコアカリの該当部分と教えるべき点について周知と依頼があった。それ以降は定期的な周知作業は行われておらず、基本的に教える診療科教授の裁量に任せられている。

定期的にコアカリを参照するというより、分野別認証など外的な評価が入るときに照らし合わせをするのに活用する感じ。逐一活用するというわけでもなく、教員はほとんどが医学部の卒業であり、どのような内容を教えられてきたかを体感的に知っているため、なくても教えられるのだと思う。

② 先生の大学ではコアカリに準拠したカリキュラムと大学独自のカリキュラムとの割合は何対何くらいでしょうか？

→不明

③ カリキュラムの過密が言われていますが、先生の大学でもカリキュラムが過密、学生の余裕がないなどの問題はありますか？

→医学部学生や教員は元々このようなものという認識だが、他学部の教員からそう言われることはある。特に問題には感じていない。

(カリキュラムが過密であった場合)

④ 先生の大学のカリキュラム過密問題にコアカリがどの程度、影響を与えていますか？

→医学の進歩が影響しているとは思いますが、コアカリがことさら影響を与えているとは感じていない。

⑤ 具体的にどのようにすればカリキュラムにゆとりが出るとお考えですか？

→あまり細かく指示されるというより、抽象的に、ある程度どのように教えても網羅されるような書き方にしてもらおうというのでは。

⑥ そのためにコアカリはどのようにあるべきだと考えますか？

→まず、コアカリの法的位置付けが不明である。どの程度準拠しなければならず、準拠しないことで何が起るのかわからない。教えたい人間の教えたいことは尊重されるべきとは思いますが、怠惰な教員や教える内容のある程度の標準化のために参照されるものであるべき。

⑦ 現状のコアカリでスリム化を図る具体的な提案はありますか？

→上記の⑤参照

現在のコアカリの使用方法について

⑧ よく参照（使用）している箇所とあまり参照（使用）していない箇所はありますか？

（事実上、カリキュラムに反映していない分野はありますか？）

→基本的に教える箇所以外を逐一は参照していない

⑨ 現在のコアカリでカリキュラム化が難しいと思われるものはありますか？（感染症、先進医療、地域医療、社会科学、人文科学、行動科学など）

→不明

⑩ また、その理由を教えてください。（専門家がない、不要と考えられる、その他）

⑪ 担当者（インタビューイーの方）以外の人がどれくらいコアカリについて知っていると思われますか？

→授業を担当する科の教授は改訂時の周知もあって、流石に知っていると思う。ただ自分に関係するところ以外について読み込んでいる可能性は低い。

⑫ コアカリなどに使われている医学教育の専門用語についてどれくらい知っていると思われますか？

→コアカリ内の文言はそこを教える人間にとってはそこまで理解困難なものはなく、特に問題なく活用できている。

⑬ 現在のコアカリのフォーマットについてどう思われますか？

（国家試験出題基準、CBT 出題基準、OSCE、分野別認証などと照らし合わせて）

→学評などの大元がコアカリで、OSCE など具体的な試験に際して、コアカリの中から関係した部分が抜粋されているものが各出題基準と捉えている。その関係性がわかりやすい方が良い。

⑭ 複数分野で共通する項目、横断的内容の記載の仕方についてご意見はありますか？

（重複箇所は削除した方がよい、重複しても詳しく記載がある方がよい...など）

→重複箇所は削らずに、ハイパーリンクなどお互いが参照しやすい工夫・表記をするのが良いと思う。

⑮ 方略と評価に関わる記載についてご意見はありますか？→特になし

その他

⑯ もっと充実させたい分野はありますか？→特になし

⑰ ユーザーガイドがあると有用か？→大学内で行えている現状から、ガイドが有用か判断できない。（必要性を感じてはいない）

⑱ カリキュラム作成事例集があると有用か？→上記②と同様

【インタビューー所感】

インタビューーは現職着任から2年程度であり、前回のコアカリ改訂からの流れについて直接的に知らない状況であった。一方で、放射線診断科の教員として、コアカリが降りてきてシラバスに落とし込みながら教える過程に関わった経験がある。また、自身が本学の卒業生でもある。

総じて、コアカリから良い意味で独立した教育体制が確立しており、教える内容について担当診療科の裁量権が大きい印象であった。その中で、コアカリの活用意義としては、改訂時の整合性が確認される以外は、外部評価から求められた際に整合性を確認するリファレンスという位置付けになっている印象を受けた。自律的な学風が教え方とその拠り所の求め方といった教育に対する姿勢へと色濃く反映されている結果かもしれない。

その意味で、自律的に教えたい内容が定まっている大学や教員において、コアカリが過度に具体化することは阻害的に働く可能性を感じた。一方で、そもそもコアカリの位置付けや他の出題基準などとの関係性がどうな

っているのか?について、もう少し明示する必要があるのかもしれない。また、Webでの公開を睨んで、重複部分が関連項目として参照しやすい構成にしていくご提案については、とても意義深いと感じた。

インタビュー医学部⑩

医学教育カリキュラム全般とコアカリについて

① 先生の大学ではどのようにコアカリを活用していますか?

(どのようなプロセスでカリキュラムに反映させていますか)

→授業やシラバスへの落とし込みは、基本的に任された各診療科に参照するよう伝えられるのみで、中央集権的に照合や統括をしている部門はない。例外的に、FとGの疾患や症候については医療人育成・支援センターで網羅しているかを確認している。臨床実習とコンピテンシーについてはコアカリをかなり参考にしている。カリキュラム部会が抜けのないように確認している。

② 先生の大学ではコアカリに準拠したカリキュラムと大学独自のカリキュラムとの割合は何対何くらいでしょうか?

→ほとんどはコアカリに準拠しており、独自：コアカリ=1:9くらいか。〇〇県の特徴として、放射線に関係したカリキュラムや〇〇県について知ってもらう〇〇学というカリキュラムを設けている。

③ カリキュラムの過密が言われていますが、先生の大学でもカリキュラムが過密、学生の余裕がないなどの問題はありますか?

→カリキュラムの過密さは、特に臨床系の座学で感じている。臓器別ユニットで行う場合に関連する科が自分の範囲をよく教えようとして時間が足りなくなっている。また、臨床実習の72週化の影響で、基礎と臨床座学がかなり圧迫されている。解剖学のように動かせない授業を除いて、かなり再編を迫られた。例えば薬理学は授業と実習が同時に始まらないと、終わらないような事態が生じている。

(カリキュラムが過密であった場合)

④ 先生の大学のカリキュラム過密問題にコアカリがどの程度、影響を与えていますか?

→(上記③参照)臨床実習72週になった時にカリキュラムも見直すことができたらよかった。

⑤ 具体的にどのようにすればカリキュラムにゆとりが出るとおもいますか?

→基礎系はologyごと、臨床と病理はunitでやっている。効率化するならologyをやめて、系統講義で一緒にする案はあるが、ologyは学問の思考過程とその歴史を伝える役割があると考えられ、そう簡単ではない。また、基礎臨床統合という授業で基礎と臨床の講師が一堂に集まり、グループディスカッションのような授業ができればいいのかもしれない。

⑥ そのためにコアカリはどのようにあるべきだと考えますか?

→読み手にとって、読みやすく、使いやすいものであると良い。また、アウトカム基盤型教育を謳いながら、コアカリはアウトカムから示されていない。目指すところがStudent Doctorなら、まずその医師像を示すべきだと思う。

⑦ 現状のコアカリでスリム化を図る具体的な提案はありますか?

→上記の⑤参照

現在のコアカリの使用方法について

⑧ よく参照（使用）している箇所とあまり参照（使用）していない箇所はありますか？

（事実上、カリキュラムに反映していない分野はありますか？）

→基おそらく、各診療科でもそこまでコアカリを読み込んではいないと思う。FとGの箇所を漏れないように確認している程度。

⑨ 現在のコアカリでカリキュラム化が難しいと思われるものはありますか？（感染症、先進医療、地域医療、社会科学、人文科学、行動科学など）

→EBM、行動科学、プロフェッショナリズムについては難しく、サンプルが欲しい。医療に関連する社会科学領域（B-4）や人の死（E-9）なども、何をやって、どうなったらよしとするのかわからない。行動科学やプロフェッショナリズムは既存の講座で分担しあって、元々空いていた時間に入れ込んでいたので、まとまった連続的な時間が取ることができていない。また、単科大学では一般教養について他学部に助けを求めることができないので、分担でせざるを得ない。他の大学がどうしているのか気になる。

⑩ また、その理由を教えてください。（専門家がない、不要と考えられる、その他）

→②参照

⑪ 担当者（インタビューイの方）以外の人がどれくらいコアカリについて知っていると思われませんか？

→ほとんど知らないと思う。冊子はほとんど置いておらず、各診療科や講座はPDFを参照していると思われるが、目次から該当ページに飛べたり、検索できるから、かえってそれ以外のページを読まない。そのため、自分に関連しない領域は全く知らない状態だと思われる。教員だけでなく、学生にもカリキュラムの全体像を最初に理解してもらえるような記載・絵が必要と思う。

⑫ コアカリなどに使われている医学教育の専門用語についてどれくらい知っていると思われませんか？

→上記④のため、その判断ができるほど読んでいないと思われる。

⑬ 現在のコアカリのフォーマットについてどう思われますか？

（国家試験出題基準、CBT出題基準、OSCE、分野別認証などと照らし合わせて）

→学評との整合性が取れていない。また、他の基準では示すことができない、6年間の学びの全体像をもっと示すような構成にしてほしい。P13に絵があるが、ああいっただ絵をもっとこまめに挟んでも良いのではないだろうか。

⑭ 複数分野で共通する項目、横断的内容の記載の仕方についてご意見はありますか？

（重複箇所は削除した方がよい、重複しても詳しく記載がある方がよい...など）

→FとGの重複はもう少しスリムにできるのではないだろうか。

⑮ 方略と評価に関わる記載についてご意見はありますか？

→特になし

その他

⑯ もっと充実させたい分野はありますか？→むしろ、これ以上増えることは困る

⑰ ユーザーガイドがあると有用か？

→この「ユーザー」が誰なのか？によって変わってくると思う。学生を指すなら、絵を増やすことや簡単な説明でいいので薄くて、各カリキュラムが6年間の中でどういう位置付けで、どんな学びに繋がっていくのかを示したものであると良い。ユーザーが教員なら、具体的にどんなやり方をするのか、サンプルや具体例を示して欲しい。ただ、分冊になるなら、わかりやすいものが1冊あることで十分な気がする。

⑱ カリキュラム作成事例集があると有用か？

→上記②と同様

⑲ 自由意見

→コアカリを作成している人たちがどれくらい日頃から学生に接しているのか、気になるところである。また何か新しい項目・従来の役割では果たせないものを加えたときに、どこの部門のどういう人がそれを行うか？まで想定して書いて欲しい。

【インタビュー所感】

インタビューは現職着任から2年程度であり、前回のコアカリ改訂からの流れについて直接的に知らない状況であった。一方で、放射線診断科の教員として、コアカリが降りてきてシラバスに落とし込みながら教える過程に関わった経験がある。また、自身が本学の卒業生でもある。

総じて、コアカリから良い意味で独立した教育体制が確立しており、教える内容について担当診療科の裁量権が大きい印象であった。その中で、コアカリの活用意義としては、改訂時の整合性が確認される以外は、外部評価から求められた際に整合性を確認するリファレンスという位置付けになっている印象を受けた。自律的な学風が教え方とその拠り所の求め方といった教育に対する姿勢へと色濃く反映されている結果かもしれない。

その意味で、自律的に教えたい内容が定まっている大学や教員において、コアカリが過度に具体化することは阻害的に働く可能性を感じた。一方で、そもそものコアカリの位置付けや他の出題基準などとの関係性がどうなっているのか？について、もう少し明示する必要があるのかもしれない。また、Webでの公開を睨んで、重複部分が関連項目として参照しやすい構成にしていくご提案については、とても意義深いと感じた。

インタビュー医学部⑩

医学教育カリキュラム全般とコアカリについて

①. 先生の大学ではどのようにコアカリを活用していますか？

(どのようなプロセスでカリキュラムに反映させていますか)

→コアカリ導入前からディプロマポリシーのような形で用いられていた、教育要項

<https://www.iichi.ac.jp/wp/wp-content/uploads/2021/04/R3kyouikuyoukou.pdf> に各講座の狙いなどが書かれており、それはモデル・コア・カリキュラムを反映させたものになっている。また、毎年改訂作業が行われている。改訂作業は毎年秋頃に各授業の科目責任者が講座内の担当教官と改訂作業を行い、学事課へ提出。そこでは事務的な取りまとめが行われるのみで、横断的にカリキュラム内容とコアカリの整合性を確認するような作業は行われない。教務委員会にカリキュラム部会があり、必要があればそこでカリキュラムのチェックを行うが、要望があった場合に適宜、という形になっている。

到達目標はマストで入力することになっており、その作業は Moodle で行われ、プルダウンで該当項目を選択するようになっている。(そこで、コアカリの中項目とは紐付けがされる)ただし、以前からあるディプロマポリシーの項目内容も併記されている状態で、コアカリとの完全な紐付けや統合ができていないわけではない。

②. 先生の大学ではコアカリに準拠したカリキュラムと大学独自のカリキュラムとの割合は何対何くらいでしょうか？

→具体的な比率は不明だが、ほぼコアカリ準拠したカリキュラムになっていると思う。地域医療学は〇〇医大の特徴ではあるが、コアカリを踏襲しているため、独自とまでは言い難い。

③. カリキュラムの過密が言われていますが、先生の大学でもカリキュラムが過密、学生の余裕がないなどの問題はありますか？

→まず、〇〇医大は伝統的に臨床実習に重きを置いた 80 週のカリキュラムを運用しているため、3 年生で CBT と OSCE、4 年生で臨床実習、6 年生で PCC-OSCE となる。そのため 3 年生までに臨床の座学も済ませることになり、講義と試験漬けで学習負担は大きい。また現在にコアカリの構造では臨床実習前と臨床実習後が分かれすぎていて、まるで二つのカリキュラムを別々に行っているよう。

(カリキュラムが過密であった場合)

④. 先生の大学のカリキュラム過密問題にコアカ리가どの程度、影響を与えていますか？

→(上記③参照) その結果、リベラルアーツが削られやすい

⑤. 具体的にどのようにすればカリキュラムにゆとりが出るとおもいますか？

→例えば、気管支喘息が膠原病・アレルギーで教えて、耳鼻科でも教えて、それが座学臨床と実習とでまた別々に教えて、という重複は気になっている。そこの重複について整理することで効率は良くなるかもしれない。(後述)

⑥. そのためにコアカ리는どのようにあるべきだと考えますか？

→コアカ리는「D-8-1」のレベルのレイヤーまでの記載で良いと思う。その下位の学修目標は大学に任せて良いのではないか。その場合、試験問題範囲がわからなくなるかもしれないが、それは各試験を作成する機関がコアカ리를参照してブループリントを作り、それを各大学が参照すれば良いと思う。(後述あり)

⑦. 現状のコアカリでスリム化を図る具体的な提案はありますか？

→上記の⑥参照

現在のコアカリの使用方法について

⑧. よく参照(使用)している箇所とあまり参照(使用)していない箇所はありますか？

(事実上、カリキュラムに反映していない分野はありますか？)

→カリキュラムへの反映という点では、上記の学内の教育要項がよく参照されている模様。コアカ리를参照するのは、試験の出題範囲としての確認や学内の評価部会が各講座の試験を評価する場合に参照する。特に箇所の差はない。お

⑨. 現在のコアカリでカリキュラム化が難しいと思われるものはありますか？(感染症、先進医療、地域医療、社会科学、人文科学、行動科学など)

→上記の領域について、地域医療に紐付けて運用している。主に地域医療学教室が中心となって、時に学外の講師を招いてやっている。また哲学や社会心理学の non-MD 教員が担当している授業もある。地域医療という分かりやすい旗印があるので、落とし込みはうまくいっていると思う。

⑩. また、その理由を教えてください。(専門家がない、不要と考えられる、その他)

→②参照。Non-MD の教員についても、「地域医療に必要な人材を育成する」という分かりやすい目標が共有しやすい面がある。しかも、寮生の小グループにそういった教員がメンターのように関わるシステム(SMS)があり、それが理解を深め、カリキュラムのうまく機能している理由のひとつになっていると思う。

⑪. 担当者(インタビューイの方)以外の人がどれくらいコアカリについて知っていると思われますか？

→①参照。

⑫. コアカリなどに使われている医学教育の専門用語についてどれくらい知っていると思われますか？

→未聴取

⑬. 現在のコアカリのフォーマットについてどう思われますか？

(国家試験出題基準、CBT 出題基準、OSCE、分野別認証などと照らし合わせて)

→コアカ리는中項目レベルの抽象度の記載にとどめ、各試験の出題基準や範囲はそれを運用する機関がコアカ리를参照して出題基準を作れば良いと思う。そして、大学の試験は基本的に大学が裁量で出題範囲を決めればよく、その時にどう決めてわからなければ、国家試験などのブループリントを参照すれば良いのではないか。そのため、あまり細々と具体的なことをコアカリが書かなくて良いと思う。

⑭. 複数分野で共通する項目、横断的内容の記載の仕方についてご意見はありますか？

(重複箇所は削除した方がよい、重複しても詳しく記載がある方がよい...など)

→臨床実習前と後で共通の卒業目標というのは、結局座学と実習でそれぞれ達成させる「二つのカリキュラム」をこなすようになっている。そのため、両者のコンピテンシーに基づいたマイルストーン (RIME モデルのような) を盤石にする方に注力した方が良いと思う。例えば、「1 リスボン宣言等 に示された患者の基本的権利を説明できる。」これが卒業目標とするとやや物足りない気がする。これを説明できるが臨床前、これを解釈して行動で示すことが実習後、というマイルストーンを設定したら連続性が出てくるのではないか。また、これをもっと見える化することは有用だと思われる。

⑮. 方略と評価に関わる記載についてご意見はありますか？

→評価は筆記試験のように、日々の学習とは別にしなければならないという風潮がまだ強いようで、日々の形成的評価が軽視されている。このマインドセットを変えなければいけないのであって、コアカリをはじめとして評価のツールはなんだったって良い。現状では形成的評価に真剣味を持ってやるのが求められると思う。

その他

⑯. もっと充実させたい分野はありますか？→特になし

⑰. ユーザーガイドがあると有用か？→上記⑥参照。そこまで〇〇医大としては困っていない。むしろ、コアカリとしては抽象度を落とさず、試験なら各機関のブループリントを参照すれば良いと思う。しかし、困っている大学がいるならばあつての良いのかもしれない。

⑱. カリキュラム作成事例集があると有用か？

→上記②と同様

【インタビュー所感】

インタビューは〇〇医大の教育センターに勤める、医学教育の評価の専門家である。今回のインタビューで感じたのは、〇〇医大はコアカリのユーザーガイドのような位置付けとして既に教育要項があり (毎年改訂)、それを使って明確な目標 (地域医療に必要な人材育成) とカリキュラム構築を重ねてきた実績が十分に備わっていることであった。したがって、コアカリと自前のカリキュラムとの落とし所には困っておらず、地域医療のキーワードの元に、収まり良くカリキュラムが構築されており、実際としてユーザーガイドや事例集を必要としない。(むしろ、その情報を提供できる側にある)

加えて、これまでのインタビューの中では少なかった「コアカリの抽象度は現状以上でよい」ということに賛成での立場で、試験範囲は各運用機関でブループリント作れば良い (統一に拘らない) というユニークなご意見をお持ちであった。しかし、この辺りは評価の専門家の視点も多分に影響していると考えられた。

令和3年度 医学・歯学教育指導者のためのワークショップ 事前アンケート
＜医学＞集計結果【速報版】

＜調査の概要＞

本調査は、全国の大学・医学部を対象に、令和3年度「医学・歯学教育指導者のためのワークショップ」のグループディスカッションの参考にするために実施した。

＜調査対象＞

全国 82 大学・医学部

＜調査時期＞

令和3年6月

＜調査方法＞

記名式質問紙調査法(web)

＜調査内容＞

1. 地域卒学生のキャリア支援と都道府県との連携
2. 総合診療科の実習
3. 臨床実習を実践的・積極的な学びの機会とし、臨床研修レベルへとつなげていくための方略
4. 感染症教育
5. 多職種協働
6. 現行の医学教育モデル・コア・カリキュラム（H28年度改訂版）
7. 次期モデル・コア・カリキュラム改訂

＜回答率＞

82 大学・医学部中、全 81 機関より回答が得られた。(回答率 99%)

＜補足＞

- ・自由記述に記載のある【】内の数字は同一回答を指す。
- ・自由記述に記載のある〇〇は具体的な県名や大学名を指す。

6-2.

(1)H28年度コアカリ改定やJACMEによる認証評価などを契機に医学部のカリキュラムが過密になっているとの意見がありますが、カリキュラムの過密を感じていますか。

- ① 感じている 75 大学
- ② 感じていない 6 大学

(2)上記(1)で「感じている」と回答した場合、カリキュラム過密の影響が出ていますか。

- | | | |
|---|--------|-------|
| ① | 出ている | 69 大学 |
| ② | 出していない | 6 大学 |

(3)上記(2)で「出ている」と回答した場合、カリキュラムに具体的にどのような影響が出ていますか。

- | | | |
|---|------------------|-------|
| ① | 教養教育科目の削減（実験も含む） | 42 大学 |
| ② | 早期体験学習の削減 | 5 大学 |
| ③ | 基礎医学講義の削減 | 31 大学 |
| ④ | 基礎医学実習の削減 | 26 大学 |
| ⑤ | 社会医学講義の削減 | 14 大学 |
| ⑥ | 社会医学実習の削減 | 12 大学 |
| ⑦ | 臨床医学講義の削減 | 34 大学 |
| ⑧ | その他 | 22 大学 |

(4)上記(3)で「⑧その他」と回答した場合、その具体的内容を記入ください。（自由記述）

- ・2年次の基礎医学（解剖学、生理学、生化学、ウイルス学、細菌学、免疫学、研究室配属準備教育）のカリキュラムが過密。
- ・以前より通常カリキュラム外における研究活動などに取り組む時間的余裕がなくなっている。長期休暇の期間が短くなっており海外留学を含む休暇中の体験活動・体験学習にとりくみにくくなっている。
- ・学生が自主的に選択して参加する実習期間の短縮。
- ・CBTの早期実施のため臨床医学教育をCBT前と後に分割する必要があり各教員への周知が難しい。
- ・各科目の試験日程の調整に苦勞している。また、臨床実習の開始が年度単位で設定ができないため、進級判定など他学部とずれが生じている。
- ・休暇期間の削減。
- ・夏季休暇がほとんど取れず、（大学の学業と離れた）自主的な学修や病院見学ができない。
- ・十分な臨床実習期間の確保が難しい。
- ・現在、基礎医学講義・実習の統合・整理・軽減を検討中である。
- ・授業時間の削減はないが、低年次での授業密度・1日あたりの授業時間が過密になってきている。
- ・教育の自由度の低下。
- ・学生の休暇期間の短縮。

・5年次4月からの臨床実習のスケジュールにも影響し、長期休暇が設定できず、マッチング前の病院見学等を計画少なくなっている。また、試験期間はカリキュラムに考慮して設定されているが、再試験を複数科目受験する者にとっては、過密なスケジュールとなってしまう、留年者が多い傾向にある。

・過密日程（臨床実習が延長になった結果講義が全体的に低学年に移行し、低学年の授業のコマ数が増えた）のため、新たに必要とされた教育内容を入れ込む余裕がない。

・海外派遣が困難になっている。春夏冬休み期間が短縮されている。

・本学は開学して間もないため「削減」はしていないが、今後充実させることを考えるとカリキュラムが過密になる可能性がある。

・過密なスケジュールとなり、学生の負担が増している。

・研究室配属の時間が削られている。

・臨床実習期間の延長に見合った、基礎医学・臨床医学の水平的・垂直的統合が進捗していないため、1～3年次は過密カリキュラムとなっている。

・臨床実習前のグループ別演習を削減した。

・授業数の削減には至っていないが、授業コマ数確保のため一日の授業時間数が増えている。

・臨床医学系の講義時間の削減のために、垂直統合していた臨床医学系講義に含まれている基礎医学的講義が削減された。

(5)上記(2)で「出ている」と回答した場合、学生・教職員に具体的にどのような影響が出ていますか。

①	学生に余裕がない	66 大学
②	教員に余裕がない	51 大学
③	事務系職員に余裕がない	52 大学
④	その他	4 大学

(6)上記(5)で「その他」と回答した場合、その具体的内容をご記入ください。

・留年生が増えた。

・低年次で1日あたりの授業時間が多く、試験も多く、カリキュラムが過密になってきている。

・海外派遣が困難になっている。春夏冬休み期間が短縮されている。

・カリキュラムが過密となっていることについて、学生、教職員がその理由、目的を十分には理解していないことがあり、過密の解消を図るための合意形成が難しい。

(7)カリキュラムが過密であることに対して、コアカリが影響していると思いますか。

①	影響している	36 大学	
②	影響していない	15 大学	③
	どちらとも言えない	30 大学	

(8)上記(7)で「影響している」と回答した場合、カリキュラムの過密に対してどのように対処すべきと考えますか。

- | | | |
|---|-------------------------------|-------|
| ① | コアカリ量の削減 | 36 大学 |
| ② | コアカリ使用割合制限（全カリキュラムの3分の2以上）の緩和 | 15 大学 |
| ③ | どちらとも言えない | 30 大学 |

(9)上記(8)で「その他」と回答した場合、その具体的内容をご記入ください。

- ・1年次の教養教育と基礎医学教育の垂直統合、基礎医学科目間の水平統合、基礎医学教育と臨床医学教育の垂直統合を進める。
- ・臨床実習期間の再考について。時間をかけて実践的学修を行うことも大事だが、臨床実習学生の公的化と合わせて、6年間を通じた効率的な学習カリキュラムのための見直しもご検討いただきたい。
- ・コアカリは、医学教育として学ぶべき最低限の知識であり、それ以外にも教示すべき内容がある。よって、過密となる理由はコアカリのみではないと考えられる。
- ・医学部の教育課程を6年から8年に延長する。
- ・医師国家試験で求められる知識とコアカリで求められる知識のレベルに乖離があり、その乖離を臨床実習で埋められないと考える教員が多い傾向にある。結果として、共用試験 CBT 前の教育の中で、医師国家試験で求められる内容やそれ以上のレベルの教育までを全て教育する傾向にあり、それも過密にしている原因となっている。医師国家試験の出題基準はコアカリが整合性をもって整備されているとは思いますが、さらに6年間を通じた学修指針となるような見直しが行われることで対応できるのではないかと思う。特に医師国家試験の出題基準だけに出てくる疾患を臨床実習では経験できないことは多々あるため、国試の出題基準を初期研修開始時に求められると言う点で見直す必要がある。