

私の医学教育論

青沼和隆

人間総合科学研究科教授

私は医師としての経歴のうち、はじめに大学で五年間の研修を行った後は、2004年4月に筑波大学に赴任するまで大学での生活というものを経験したことはなかった。臨床助教授として、自分の勤務していた病院において多くの後輩医師に対する卒後研修を自分なりに考え、実践してきたのみであり、もとより医学以外の分野における卒後教育・研修というものを経験したことはなく、また医学教育というものを専門に研究しているわけでもないの、他分野の卒後教育と比較するようなことは出来ない。しかし今回、実際に学生や卒後の若い医師を教育する立場に立ったことを契機に、医学教育について自分の考えを述べたいと思う。

私が受けた医学教育

私は1977年に医学部を卒業し、医師としての人生を歩み始めた。今年で医師として

はや30年近くの道のりを歩んだことになる。卒業後、大学での五年間の研修を除いては、2004年4月に筑波大学に赴任するまで、大学生生活というものを経験したことはなかった。私の出身校である山口大学医学部では、五年生までは学生教育のほとんどが基礎医学の実習と臨床医学講義という形で行われ、六年生になって初めて半年程度の臨床実習を受けたのみであった。山口大学を卒業後、初めに東京医科歯科大学附属病院で二年間は内科学の研修、その後三年間は心臓病学の研修を行った。その五年間で医師として最も重要な資質である、わが身を滅して病に倒れた人に奉仕する心を身につけることが出来た。指導いただいた武内重五郎教授は当時の内科学の分野では最も高名な先生であり、武内重五郎教授監修の“内科学書”は内科学各分野の最新知識と治療を網羅した初めての日本語の内科学書で、爆発的に売れたことを記憶している。

毎週回診後のカンファレンスでは一番前に座らせていただき、プレゼンテーション後に武内重五郎教授から各症例に対する質問をいただいた。質問のほとんどは答えることが出来ずに宿題となり、翌週のカンファレンスで宿題報告という形で勉強したものを発表した。宿題の勉強は一学年上の先輩研修医、もしくは内科研修を終え各専門分野に入りたての諸先生に教わりながら自分でも文献などを当たり勉強したことを覚えている。この口頭試問により内科学全般に対する当時最新の豊富な知識を身につけることが出来た。また、医学教育のみならず人間としていかにあるべきか、一人の医師としていかにあるべきかといった全人教育を受け、それが私の貴重な財産になっている。

その当時の先輩と後輩の肉親以上に強い結びつきを語る時に、私にとって決して忘れられないエピソードを二つ紹介する。まず一つ目であるが、私の所属した医局は、金曜日は早朝から抄読会、その後症例紹介、教授回診、午後から臨床カンファレンスという順番で進み、毎週金曜日の前日はその準備で若手の医師は寝る間もなかった。特に週一回の抄読会に当たった前日は、研修医は徹夜で教授回診の用意と抄読会の準備とを行わなければならなかった。研修医一年目の冬のある時、私に抄読会の当番が回っ

てきた。その週は受け持ちの新患が八例を超えていたため、症例呈示の用意を先に始めたところ翌朝の午前三時になっても新患紹介プレゼンテーション用の大きな看板の作成が終わらなかった。焦りながら、用意を終えたときは午前四時になっていた。それから三時間で抄読会の論文を読んで発表するため、机に向い論文を読み、要約を書き始めたところ、激しい睡魔に襲われカンファレンスルームの机でだらしなく意識消失してしまった。はっと我に返ったときは朝の六時であり、抄読会用の論文を読む時間は無く、万事休すと深く反省したことを覚えている。しかしながら机の上を見ると、私が抄読会で読もうとした正にその論文の日本語の要約・図の貼り付け・問題点の要約などがすでにきちんと出来ていた。しばらくは夢の中の様でもあり訳がわからなかったが、その字体を見た瞬間、それは紛れも無く一学年上のD先輩の字であった！何と私が眠りこけている間に先輩が代りに用意してくれたのであった。その先輩は肝臓病学を専攻され、在野で頑張っておられたが一昨年肝硬変で他界された。私は今でもその先輩を尊敬し続けている。翌年、自分が二年目の研修医となったとき、私の受け持ちの一年目の研修医が抄読会の論文を読まずに同じように眠りこけている時、代って抄読会用の要約を彼の机の上に置いて

てあげたのは言うまでも無く、そのことで自分が少し成長したことが自覚され何かうれい気分になったことが今も蘇ってくるのである。

二つ目のエピソードは、私が研修医ローテーションで血液内科を学んでいた時のことである。22歳の女性が数日間持続する高熱と歯肉からの出血で緊急入院された。当時は末梢血の血液計算と血液標本の作製は研修医が行う必要があり、早速血液スメアをひいたのを記憶している。彼女は急性前骨髄性白血病であり、出血傾向が顕著なため脳内出血などが発症すると予後が極端に悪くなる疾患であり、当時の医学では入院からの生存退院の確率は20%以下であった。しかし入院後は抗生物質の投与と抗白血病薬の投与で状態が落ち着き、歯肉出血は続いているものの少しの間元気を取り戻していた。本人は最近お父様をなくし、お母様とお姉さまの三人でヨーロッパ旅行を計画していた矢先の入院であった。私は学生時代ヨーロッパを幾度か訪れており、ヨーロッパのすばらしさをお話しし、“ヨーロッパ旅行が出来るようにがんばって治療して元気になろうね”と話したところ、“なんか希望が湧いてきたわ”と話して、元気に退院することを楽しみにしておられた。しかしながら血小板が一万を割って、ある日の夕方急に意識障害を来たした。私は何

がどうなったかをしばし把握することが出来ず茫然としていたが、ここでも一年先輩のD先生が一般病棟でのことにもかかわらず即座に気管内挿管を行い人工呼吸器につないだ。その後全く反射が無くなりいわゆる植物状態となり、CT検査では脳内出血が脳室を穿破し、脳出血が脳脊髄液内にも及んでおり、教授をはじめ血液内科の講師の先生もそれ以上の濃厚治療を行っても救命は無理であると考えられておられた。しかしながら、家族は出来ることは何でもしてあげたいという希望があり、私も諦めきれず延命治療を継続したが多くの先生から無駄であることを諭された。ただ一人D先生のみが“君がやれるところまで頑張れ、協力するよ”と言って下さった。多くの専門治療の指示はいろいろな先生に聞きながら行ったが、私に出来る事といえば、彼女のそばにいて手を握ってあげる事ぐらいであった。2週の間全く反応の無いまま経過し、回診の度に多くの先生から“無理だから諦めろ”といわれ続けたが、15日目に入った朝、私が手を握ったところかすかに握り返す反応があった。その事を教授回診で報告すると、武内先生がわざわざ手を握って確かめられ、“良かったね”と一言言葉をかけていただいた。その後彼女は快方に向かい脳出血のため失明したが、車椅子で元気に退院した。この症例を経験した後、私は

全ての病めるものに対して出来る限りの事をしようと誓い、また一学年上のD先生が多くの先生からの批判をお一人で受け、私をかばっていただき私が望む様に治療する事を許してくれた事に深く感銘すると共に自分もこのような指導を後人に行うことを誓ったのであった。当時の先輩・後輩の関係というものはこの様に非常に強くお互いに助け合いながら患者の治療に当たり、またお互いに刺激しあい鼓舞しあいながら自立していったのである。

日本での研修を終えた後、米国フロリダ州のマイアミ心臓研究所というところで2年半にわたり心臓病の診断と治療学の研修を行った。米国で受けた教育も、毎日のチーフ (John J. Rozanski, M.D.) との症例検討と週2回のボス (John W. Lister, M.D., Arthur J. Gasselín, M.D.) とのカンファレンスであった。不明なことは質問するか分厚い教科書、当時米国の大病院でしか手にとることが出来なかった特殊な分野の教科書や多くの循環器雑誌で学んだ。この様に、当時の医学知識と手技の習得という臨床医学の教育は、米国においてさえもすぐ上の先輩の手取り足取りの教えと、時折の指導者とのカンファレンスという、いわゆる“徒弟制度 (Meister)” のような形式で行われていたのである。この様に私が卒業した当時の、医師としての濃密な師弟関係というものは、

“徒弟制度 (Meister)” という現在の社会では少々いやな感じの言葉で表されるのであるが、私の同輩や私の年代以前 (1977年卒業) の先輩医師にとっては多かれ少なかれ心がほっとするような懐かしさと望郷の念を持って思い出されることであろう。

帰国後は、筑波大学の関連病院でいうと、筑波メディカルセンターや日立総合病院のようないくつかのいわゆる急性期救急病院で臨床医として研鑽を積んだが、その間に多くの若手の先生と共に仕事をした。後輩に対しては自分が恩師から受けた教育法を非常に気に入っていたため、同じ方法で下に伝えようと努力してきたつもりである。それは古臭い言葉で言えば“徒弟制度 (Meister)” として嫌われるかと思ったが、逆に多くの若い先生がこの様な教育を受け入れてくれ、彼らに支えられながら自分でも満足できる臨床医としての生活を送った。この後輩の多くは現在首都圏の大病院において臨床医としての手腕を遺憾なく発揮し、また彼らも私と全く同じ様な方法で若手に臨床教育を行っており多くの優秀な臨床医を育てている。その事からも、彼らには非常に密度の高い臨床教育がなされたと自負し、“徒弟制度 (Meister)” も悪くはないと考えているのである。

現在の医学教育

最近では学生教育の様式が変わり、学生に対するテュートリアル、クリニカルワークショップといった耳に真新しい名前と呼ばれる医学教育方式が採用されて、医学生時代から積極的に臨床の場面に出て行き、自分で問題提起をして問題解決に至る医学的な道筋と考え方を学ぶ試みがなされている。また、卒後教育では屋根瓦方式の卒後研修法という方法が採用されている。しかしこれらの方式は呼び名は異なるがすぐ上の医師がすぐ下の医師を指導し、彼もまたすぐ上の医師の指導を受けるといふ、まさに30年前に私が受けた卒後研修教育と何等変わりはないのではないかと考えている。全ての医療技術が向上し、新たな呼び方の医学教育が導入された現在においてさえも、卒後臨床医学教育の根本というものは、要は四六時中すぐ上の身近な先輩にくっついて全てを見て・聞いて・行って学ぶ事と、時折指導者から受けるちょっとした示唆と、自身が行う日々のたゆまぬ勉強であって、そういった面から見てみると臨床医学教育の本質は数十年にわたってさえも何も変わっていないのではないだろうか。今後も未来永劫、いつの時代にもどの国においても医学教育の基本は、耳にとって快くない言葉ではあるが古き時代で言うところのいわゆる“徒弟制度 (Meister)” に負う所が大

きいのである。そのような観点から突き詰めて考えると、医学教育とは、時代に応じて呼び方は異なっても闇雲に医学の知識を詰め込ませることではなく、人を愛し、人を敬い、人を理解するといった、医療人として最も基本的な事柄に対する情熱を喚起させる事で、各人に医学という膨大な知識の集積を自発的に学ぶ姿勢を植えつけることが要であると考えられる。

終わりに

以上、筑波大学に身をおき、今後多くの学生や将来を嘱望される若き医師の教育に当たる事になった私の臨床医学教育に対する考え方を気の向くままに書いてきたが、この行為によって自分自身の現在の考えをまとめてみる事が出来た。私の考えるところではいつの時代も、医療人にとって最も大切なものは先人が築き育ててきた病める人に対する高貴な人類愛を紡いでゆく事と数々の医学的な考え方を後人が受け継ぎ更に高めて行く事であると思う。この様に、古き時代から現代までその志が脈々と未来永劫続いて行く事で臨床医学の真の発展があるのである。

(あおぬま かずたか/病態制御医学・循環器病態医学分野)