

## 広く社会を知ること

### - Newcastleでの学外実習 -

梅田珠実

神戸市保健福祉局参事

1985年 筑波大学医学専門学群卒業

はじめに

医学を志したのは、医師という職業に就こうと考えたからである。筑波大学を選んだのは、ほとんどの学生が親元を離れ、学内の宿舎で生活する点に心惹かれたことがきっかけだったと思う。基礎・臨床・社会医学が統合されたカリキュラムや問題解決型の講義など、筑波大学医学専門学群が特色ある医学教育を行っていることを、実は入学するまで知らなかった。医師になるというゴールが同じである以上、学ぶ環境の差はあっても、学ぶ内容に大差はないだろうとしか思っていなかったのである。ところが、事実はそうではなかった。もし筑波大学で学んでいなければ、私は今と異なる道を歩んでいたことと思う。否、筑波大学で学んだことで別の道が開けたと言うべきかもしれない。何故なら、医師免許は取得したものの、臨床医の仕事には就かず、厚生行政の世界に身をおくことになかったか

らである。

学外実習の経緯

5年次も終わりに近づいた頃、オーストラリアNewcastle大学での実習希望者が募られた。6年次の4月～6月は、前年1年かけて付属病院各科をローテーションした後、学外の病院等を数箇所回って実習する期間だったが、初めて海外実習の機会が与えられ、単位としても認められることになったのである。それ以前にNewcastle大学の医学生が私たちの学年で学ぶなど交流があり、先方の教授と懇意であられた堀原一教授(当時)のご尽力でNewcastle大学との交換留学が実現した。希望者の面接は、当時学群長をされていた阿南功一先生と、有志の英会話クラスを指導しておられた講師のVictor先生によって行われた。なぜ海外で実習したいのか動機を問われ、直前にひらめいた「日本とは異なる医療制度を知り

たいから」という理由を述べた。最終的に、柳沢正史君と私の2名が留学できることになった。

### 斬新な医学教育

オーストラリアの医学部は5年制のため、私たちは最終学年である5年生とともに学んだ。半日シリーズの病院実習は、前年筑波大学で経験したものと大きな相違はなかった。一方、講義はというと、週にたった1日だけだった。Newcastle大学では、「講義をしない医学教育」と形容されるように、学生の自己学習に力点が置かれている。例えば1人ずつ与えられる仮想症例について、48時間以内に診断、治療計画、その疾患や関連臓器系の基礎・臨床医学、社会医学等を網羅するレポート作成や口頭試験が課せられていた。このため学生は、最新の文献にも目を通す必要があり、「自ら学ぶ」ことがよく訓練されていた。時折、基本的な疾患や病態を知らない学生もいて、重要な知識は必ず講義で教えられてきた私にとっては驚きだったが、新しい知識を受身で覚えるのではなく、主体的に疑問の答えを探しながら吸収していく様子は、1年次からの自己学習で培われたものと思われた。

週1度の講義は授業というより討論会のようなもので、学生による症例発表に始まり、それと関連して教官から学生たちへの

問いかけ、学生たちから教官への質問のやりとりが主だった。臨床医学のみならず、基礎医学、社会医学の教官も同時に講義室に現れ、同じテーマを複数の専門家が多面的に掘り下げていった。

筑波大学のカリキュラムも、診療科講座別ではなく、症状徴候ごとの問題解決型の教育方法に特徴があり、また、5年次には学生が症例を発表し教官が解説する形態の講義が多かったため、Newcastle大学の講義に違和感はなかった。しかし、筑波大学よりさらに革新的な教育方法や自己学習中心の取組みがあることに驚いた。

### GPクリニック実習

もう1つ印象に残ったのは、GR (General Practitioner : 一般医)のもとでの実習である。病院実習は留学期間の前半に終了し、学生たちは卒業試験に忙しく、その対象とされない私は週に1度の講義以外することがなくなった。そこで、現地の医学生にとって必須であるGPクリニックでの実習をさせてもらうことになった。オーストラリアでは、すべての患者(一部救急を除く)はGPを受診する。GPはあらゆる症状・性・年齢の患者の診療を行い、患者の生活環境や職業も踏まえて、丹念に問診し、時間をかけて説明・指導する。専門治療が必要な場合の判断や、適切な病院に照会すること

も GP の重要な役割である。当時日本では、重症・軽症を問わずあらゆる患者が大病院を受診する、いわゆる「3時間待ちの3分診療」がよく問題にされていたので、プライマリケアと専門医療の機能分担・連携がされている制度に感心した。

また、私には5年次の筑波での病院実習で心にひっかかっていたものがあった。外科で担当させてもらった高齢の患者さんが、手術後意識も戻らぬまま亡くなったことである。人の死をどう受けとめてよいかわからなかった未熟な私は、ひどく動揺した。患者さん本人が、どの程度手術のリスクを理解して同意していたのか懐疑的になり、また最期の時を機械に囲まれて終えることも非人間的に感じていた。もちろん大学病院は高度医療を担う機関であり、一般病院や診療所などを含む日本の医療全体の中では特殊な存在であると言えるが、大学病院での印象が強烈だったために、オーストラリアの GP のもとで提供される全人的な医療とそれを担保する医療制度がことさら強く印象に残った。

#### 帰国後の出会い

帰国後、同級生とは別に口頭試問を受けることになったが、何を試験されるか見当がつかなかった。私の試験の担当は、当時社会医学系教授であられた小町善男先生

だった。先生は「海外に行ったならその国の保健医療システムを学んでいないと意味がない」と思われたそうで、厳しい質問をされたが、私はむしろ我が意を得たりとオーストラリアのプライマリケアシステムについて述べた。その時をきっかけに、小町先生の門下の一員に加えていただき、厚生行政における科学的根拠に基づく政策のあり方を学ばせていただいている。

その夏開催された医学教育学会で、留学の際お世話になった堀先生のご講演があり、先生の持ち時間の一部でNewcastle大学での経験を発表するよう言われて学会に参加した。そこでプライマリケア教育が、医学教育の中でも重要な課題となっていることを知り、プライマリケアを推進している厚生省の担当官にも会う機会を得た。その頃の私は、卒後の進路が専門領域ごとに細分化されていることに違和感をおぼえつつも、オーストラリアで見たような GP をめざして、まずは大学の内科に進もうと考えていた。一方で、厚生省が家庭医の制度を検討していることに関心を持ち、前述の担当官と知り合ったことがきっかけで霞が関での勉強会などを傍聴させてもらうことになった。厚生省で話を聞くうちに、自分が GP になるよりも、GP のような制度をつくる側の仕事にいつしか興味が多くなっていった。

厚生省受験を決めた後、当時社会医学系

教授の紀伊国献三先生に話を聞いた。国際的な行政機関であるWHOの仕事も重要と言われたが、このときは後に自分がWHOに出向することになるとは思いもよらなかった。紀伊国先生には、WHO会議で先生がジュネーブに来られるたびにお世話になるなど、国際協力について多くのご教示をいただいた。

おわりに

以上述べた、海外実習と帰国後の出会いが転機となって、ごく自然に臨床医ではなく行政官への道を進むこととなった。同時期に国内で実習した同級生もまた、様々な病院での経験と筑波大学の先生方の助言を吸収しながら、進路を選択し職業観を身に付けていったものと思う。さらに私たちの後も、後輩たちが海外での実習を経験している。大学生という20代の頭のやわらかい時期に、広い視野を与えられ経験を広げることは、きわめて重要であると思う。

個々の国の医療は、その国の歴史、国民性、社会制度と密接な関係があり、社会の変化とともに変遷していく。社会の中での医療のあり方、医療人として社会とのかかわりを考えることは、私のように行政の職についた者のみならず、臨床や研究職においても益々不可欠となっているように思う。医師になってからではなく、医学生の頃から

医療をめぐる様々な課題に触れること(early exposure)が必要と考える。

最後になったが、海外実習をカリキュラムとして認め、その実施・継続に尽力された、故阿南功一先生、澤口重徳先生、堀原一先生に心より感謝の意を表したい。初めての試みであったため、責任者として恐らくいろいろなご心配をいただいたものと思う。当時の私は、そのようなことに思いも至らず、好奇心いっぱい動き回り、無謀な旅もして帰国した。おかげで、外国生活や言葉が通じないことにさほど動じなくなったことは、厚生省入省後の英国留学やWHO勤務の際にも大いに役立った。

うめだ たまみ