

当財団では、2005年1月にヘルスリサーチワークショップ(HRW)を開催しました。

同HRWでは「“ 出会い ”と“ 学び ”」が最大の目的とされ、この目的のもとに様々な分野の方が集い、メインテーマ「赤ひげを評価する - その実像と虚像のはざままで - 」の討議の切り口別に

- 「財(たから)」チーム (赤ひげの経済的側面)
- 「育(そだつ)」チーム (赤ひげの人材育成)
- 「導(みちびき)」チーム(赤ひげにおけるチーム医療とリーダーシップ)
- 「望(のぞむ)」チーム (赤ひげにおける受療者のNeedsとWants)

の4チームに別れて、2日間に亘る分科会を行ないました。

分科会では様々な議論が続出し、今後の医療とヘルスリサーチにとって貴重な示唆に富む内容となりました。その成果をより有効に活用するために、本誌では、4つのチーム毎に、メンバーの代表者、ファシリテーターが、HRWで討議した内容を、その分野の権威の先生と語り合うという鼎談シリーズを本誌第44号から開始しました。

最終回の今回は「育(そだつ)」チームです。北村 聖 先生をお迎えし、メンバー代表 當山 紀子 先生、ファシリテーターの福原 俊一 先生(司会)とともに討論を交わしていただきました。



鼎談：学際を拓く

第4回

第1回HRW「育」チームからの問題提起

医療職 人材育成の理想を求めて



北村 聖 (きたむら きよし)

東京大学医学教育国際協力研究センター 教授

1978年 東京大学医学部医学科卒業

東京大学医学部付属病院、東京大学医学部
免疫学教室を経て、米国スタンフォード大学
医学部腫瘍学講座ポスドクトラルフェロー。

1986年 東京大学医学部第三内科学講座助手

1990年 東京大学医学部付属病院検査部講師

1995年 東京大学医学部臨床検査医学講座助教授

2002年 東京大学

医学教育国際協力研究センター教授

2003年 東京大学医学部付属病院

総合研修センターセンター長

厚生労働省医師国家試験作成委員、厚生労働
省保健師助産婦看護師国家試験作成委員など
歴任。



當山 紀子 (とうやま のりこ)

埼玉県朝霞保健所 保健師

1993年 大阪府立看護短期大学卒業

大阪府立母子保健総合医療センター小児科 看護師

1998年 東京大学医学部健康科学・看護学科卒業

2000年 東京大学医学系研究科国際地域保健学 修士課程修了

NPO法人Health and Development Service

プログラムオフィサー

2001年 国際協力事業団インドネシア母と子の健康手帳

プロジェクト 地域保健専門家

2003年 東京大学医学教育国際協力研究センター

研究支援推進員

2004年 埼玉県朝霞保健所 保健師



福原 俊一 (ふくはら しゅんいち)

京都大学大学院医学研究科医療疫学分野教授
当財団評議員

1979年 北海道大学医学部卒業

横須賀米海軍病院インターン

1980年 カリフォルニア大学サンフランシスコ校

医学部内科レジデント

1983年 国立病院東京医療センター

循環器科・総合診療科

1990年 ハーバード大学医学部臨床疫学部門

及び 医療政策部門

1991年 東京大学医学部講師

2000年 京都大学大学院医学研究科

医療疫学分野教授

論 点

論点-1 医療プロフェッショナル職の育成

- ・どんな医師・どんな看護職を育てるべきかというゴールが無いまま人材育成の技術論に走っても不毛である。
- ・医師のプロフェッショナリズムはセルフレギュレーションである。自分たちの技術や職業倫理を明確に可視化し、公開していくことが必要である。
- ・卒前・卒後教育でも教えられないことがある。「態度」あるいは「躰」の部分は個人の「感性」の問題である。感性のある人間を選びたい。
- ・スペシャリストであっても裾野の広い医師を目指すことが求められる。

論点-2 ヘルスリサーチ研究者の育成

- ・医学教育者を育てる人材とコースが求められる。やはり医療のプロがそれをディレクトすることが効果的と思われるが、特に看護教育に関しては、看護大学の急増の反面、現場経験のない教授が増えているのが問題。
- ・エビデンスを生み出す研究は重要だが、同時に、エビデンスが患者さんの手元に届く過程を改善する研究も重要である。それが「診療に直結した研究（clinical practice research）」である。

論点-3 ヘルスリサーチの成果の還元と活用

- ・正しいエビデンスやあるべきプロフェッショナリズムを、組織的にアクセスしやすい形で提供することが求められる。

福原：今日はお忙しい中、ご出席ありがとうございます。

まず最初に、今日の論点の医療職の人材育成というテーマとご自身のバックグラウンドがどういう関わりがあるかということ織り交ぜながら、それぞれ自己紹介いただければと思います。

北村：私は、昭和53年に東大を卒業し、その後、内科のトレーニングのコースを受けて、血液内科あるいはリサーチの部分では免疫学の研究などを行っていました。

30過ぎの時に、臨床検査部にポジションがあり、移りました。臨床検査は技師さん相手の仕事も多いのですが、年間25日位、一班5～6人で代わる代わる学生が来ます。そこで、テープレコーダーみたいに25回も同じ事をやるのは面白くなく、ちょっとずつ工夫して、色々な実習スタイルを、各班バラバラにやってみました。

その後、東大の看護学校の先生をやってくれという話があり、生理をひたすら教えました。一年生なのですが、砂に水をやるように、何でも吸い込んでくれて、本当に面白かった。そのうち、保助看の国家試験委員になり、8年間、保助看の国家試験を作っていました。医師の国家試験はサイエンスであり、正解が一つしかないのですが、看護師さんや保健師さんの問題は、「この時、あなたはこう考えて、どういう手を差しのべますか」というようなもので、必ずしも正解は一つではない。これは面白いと思っていて、結構熱中しました。

そして、医学教育国際協力研究センターの方に移りませんかというお話を頂き、現在それを仕事にしています。

當山：私はまだ、自分自身が育てられている「発展途上」過程にあると思っています(笑)。今日は北村先生と福原先生と同席させて頂くと言うことで、大変緊張していますが、「一人の若手ナースの声」として聞いて頂ければと思っています。

私は21歳で看護短大を卒業し、小児科の看護師になりました。その後大学で保健師の資格を取り、大学院で国際地域保健学の勉強をしました。大学院修了後、2年間インドネシアで国際保健協力の仕事をし、帰国後は、北村先生のいらっしゃる東京大学の医学教育国際協力研究センターの연구원として、アフガニスタンやインドネシアの研修のお手伝いをしてきました。

そして、2004年から保健所の保健師をしています。保健師になった動機は2つありました。1つは、インドネシアでは病院に行け

る人は氷山の一角で、多くの方は地域でヘルスケアを提供していかねばいけない。そのアウトリーチの活動がとても大事な事だったということを実感して、自分も保健師として働きたいと考えたのです。

福原：アウトリーチについて教えて下さい。

當山：アウトリーチの活動とは、病院で待っているのではなく、自分から住民の生活の場に出かけていく活動で、病気になる前の人も対象となります。

もう1つは、看護学生の頃、研修で保健師の活動に同行させて頂いたのですが、障害を持った方が、病院ではなく自宅で暮らすために、地域の保健師さんが家庭訪問をして、家での生活をお世話していたのがとても印象に残っていました。そして、いつか保健師になりたいと思っていたのです。

人を育てるという活動としては、時々大学に呼んでいただき、主に看護学生さんに、国際保健についての講義をさせて頂いています。

福原：私は1979年に北海道大学を卒業しました。学生時代何も勉強しなかったし、当時の国立大学の医学部は患者さんを診る技術をほとんど教えてくれなかったこともあり、「このままでは患者さんにご迷惑をかける医者になってしまう」と非常に不安になりました。当時、卒後研修制度がほとんど整備されていないこともあって、全国の病院見学後、将来何をやるにせよ北米に行って研修を受けるしかないという結論を出しました。横須賀の海軍病院でインターンをやった後、カリフォルニア大学サンフランシスコ校の内科のレジデンシーで3年間のトレーニングを受けるといふ当時では、非常に変わり者のキャリアを歩んでしまいました。(笑)

その後、日本に帰ってきて循環器に6～7年身を置き、急性疾患の患者さんを数多く診させていただき、臨床医としての生活を送った後、1980年代の終わり頃、『診療に直結した臨床研究』のトレーニングを受けに、再びアメリカのボストンへ行きました。それからは今まで、一貫して、その研究と研究者を養成する教育に関与しているというのが私のキャリアです。

たまたま東京大学で呼んでいただき、2000年に、現在北村教授がいらっしゃる医学教育国際協力研究センターの立ち上げに協力させていただいたという経緯がございます。

国民の不満は医療ではなく、医師にある

今日は人材育成というテーマで、大きく分けて、健康医療のブローをどのように育てていったらよいか、次に、ヘルスリサーチ研究の人材育成をどうしたらよいか、そして、ヘルスリサーチの成果をどう社会に還元するのか、という3つの切り口でお話していただければと思います。

最初に、私は自己紹介で、自分の母校には大変申し訳ないのですが、医師になるために必要な教育を受けなかったと申しました。それが2000年代になって、文部科学省が医学教育改革を主導したことによって、日本の80の医学校はかなり方向転換を遂げたと思うのです。しかし、オスキーなど色々な教育技術が議論される中で、忘れられがちなのは、医学教育の大元のミッションあるいはゴールが何なのかという議論です。それらの議論が本当に真剣に交わされたのかというところから問題提起していきたいと思うのですが、北村先生いかがでしょう。

北村：偏差値が高いという価値基準だけで医学部に入学する、そして、国家試験で、人間のバイオロジーをいかに覚えたかという価値基準だけで医者になるかならないかが決まるということへの反省があったようで、1990年代から、各大学の学部長クラスの話し合いでは、知識と技能と態度の3つに分けて、「今までの医学教育は知識偏重であった。技能と態度を教えたらどうだろうか」というようなレポートがあります。

そして、技能の部分と流行のオスキーが一致して、今こうなっている。あるいはオスキーの中に、医療面接という特殊な部分があり、そこで態度も結構見るといことで、にわかに教育している。特に態度の部分は教える人もいないし、教え方も誰も知らないし、どこにゴールを置くのか、真っ暗なのです。

もう一つ、最近の厚生労働省のアンケートでは、医療には8割位の国民が感心があり、不満を持っている。不満は何かというと医師の質なのです。医療の質ではなく、医師の質です。つまり「分かってくれない」「聞いてくれない」といことです。医学のレベルが低いとは思っていないのですが、気持ちいい医療がされない。だから、「人の話を聞いてくれる医者を育てて欲しい」というニーズが一番上がるそうです。それが一つのゴールかなと思います。国民が「医師がよく聞いてくれている」という満足感が得られるような教育なのだろうと思います。

福原：例えば、先生がいらっしゃる東京大学とか私がいる京都大学などは、大変優秀な方々が入っていらっしゃるし、世界のサイエンスをリードするような研究者を実際に今まで生み出してきているし、これからも生み出していかねばならないというミッションも、当然あります。非常にレベルが高く、どちらかというサイエンスにバリューを置くような医科大学では、今、どんな卒業生を世の中に出して行きたいかというコンセンサスは、もうかなり作られたのでしょうか。東大ではいかがですか。

北村：3年ほど前に、医学部の理念を作りました。色々な外国の大学のミッションを読み、自分たちはどうかと考えたのです。

それは、「基礎医学の分野であれ、臨床医学の分野であれ、どの分野でも最高の国際的リーダーを目指す。その際には、全人的な医療を念頭に置いた国際的リーダーであれ」といことです。こ

このリーダーとは、人格的にも皆さんに尊敬されるような、立派な人のことです。

福原：3年前にミッションを作り、今まで無かったものができたことで、具体的に何か変化が起きていますか。

北村：医学部のミッションの次に、病院のミッションを作りました。病院のミッションには「最良の医療をする病院」という文言があったのですが、「最良の医療」ではなく、「個々の患者に最適の医療」と変えました。医学部のミッションを読んで、「やはり相手を見た医療をしよう」という会話になるのです。

また、医学部で組織改革する時には、誰となく、「リーダー教育」という事を考えてくれます。そのように多少変化が起きています。

福原：今の医学教育の話と比較して、看護はミッションがより明確なように見えます。サイエンスが先に来ていると言うよりも、患者さん中心の医療というのを迷い無く最初から謳っているように思われるのですが、當山先生、いかがでしょうか。

論点-1 医療プロフェッショナル職の育成
看護の大学化に伴う理想と現実

當山：ありがとうございます。お医者さんに比べて、看護師は患者さんの生活全体を支援する面が大きいので、自然に患者さん中心になるのでしょうか。ただ、福原先生の言われたことを逆に考えると、サイエンスの果たす役割が弱いのかもかもしれません。

現在、看護の教育の場は、3年制の専門学校、3年制の短期大学、4年制の大学という三種類に分けられると思います。私は看護短大を卒業後、再び大学で看護を勉強する機会がありましたが、短大と大学の大きな違いの一つは、調査研究の指導と、卒業研究にける時間の多さだと思いました。私が受験した15年前には全国に数校だった4年制の大学が、十数年の間に100を超えました。それに伴い、より看護の分野で研究を行い、サイエンスを構築していくことが期待されます。

しかし、大卒の看護師の方が辞めるのが早いという話も聞きます。退職する原因は様々あると思いますが、その一つに「大学で勉強してきた理論やサイエンスに基づいた看護よりも、現場では日常的なルーチンワークが多い」という現実があるのではないのでしょうか。

福原：この10年で看護学校が一部大学化した、それに伴って看護教育のゴールも変化した、ということですか。

當山：そういう一面もあると思います。

福原：実際には、医師が処方を書いたりオーダーを出して、それに従って看護師が実践します。そういう医療法に基づいた枠組みは簡単には変わらない。その中で主体的に、自分たちが良いと思う医療を提供していきたい時、大きなジレンマがありますね。大学教育になったら、かえってそのギャップはさらに大きく感じられるのではないかと想像するのですが、そこら辺はどうですか。

當山：看護師の主体的な実践について二つ考えがあります。一つは、今の現状の中で実践できる部分で、例えば患者さんの退院指導や保健指導です。患者さんが退院した後の生活を考慮して、個々の患者さんに合った退院指導の計画を立てたり、工夫できるという点。

もう一つは、2005年11月にイギリスに一週間ほど行ったのですが、イギリスでは看護師がある程度の臨床経験を経て、更に数ヶ

月間のトレーニングを受けると、薬の処方をしたり、レントゲンの指示を出す資格が得られます。日本では診療報酬の点数としてナースができることは限られていると思うのですが、より医療行為を提供していく流れです。

福原：私は2つのチョイスがあると思うのです。一つはアメリカのようにナースプラクティショナー化して、ナースに医者と同じような権限を持たせる、という流れ。もう一つは、先ほど當山先生がおっしゃったように、医者には気がつかないような、より患者さんの生活指導等の面でのエキスパートになるという流れです。退院後にどういう生活をしたらいいとか、手術前の患者さんがしてはいけないことのエキスパートになる。つまり、医者ができない専門性を選ぶという道もあると思うのです。

當山：厚生労働省は平成17年12月に示した医療制度改革大綱の中で、保健指導を強化しようという方針を出しています。つまり「保健指導をもっと専門技術として売れるものにしていけないか」という話があると思うのです。ただ、それにはまだエビデンスが足りないように思います。「この保健指導をしたらどういう効果がある」ということを個々の人に応じて対応できるまで、保健指導の方法論を確立することが、今後期待されていると思います。

北村：福原先生が挙げた2つのルートの中で、私は後者の方が日本の看護師の行くべき道だろうと思っているし、現実その方向に行っているように思うのです。我々の頃よりも、最近のドクターは忙しいのです。患者さんに食事のことを説明したり、心のことをゆっくり聞いてあげる余裕がない。

病棟の看護師は、毎日検温に行ったりして、患者さんのすぐ傍にいます。そういうところが日本の看護師に求められていると思います。日本の医療で一番欠けているところを、今、看護師の人に埋めてもらっているのです。

ただ、その方向に看護教育が行っているかについては、また別です。100校の中には良い学校ももちろんあるのですが、医師との対立構造で、医師から独立しようという信念でできたような学校もある。対立構造ではなくて、相補完する構造ができるといいなと思います。

福原：人材育成で技術論が先行する中で、どんな医師、どんな看護職を育てるべきかというゴールが無いまま技術論に走っても、不毛のような気がします。看護師は医者になる方向に行くのか、あるいは、お互いに相補うプロを育てていくというビジョンの下に人材育成を進めるのかという議論が、とても重要な気がしますね。

論点-1 医療プロフェッショナル職の育成

プロに求められるセルフレギュレーション

次に、プロフェッショナリズムという言葉について、お話をうかがいたいと思います。

私が東大におりましたときに、客員教授で招聘したオレゴン大学のノエル教授から医師のプロフェッショナリズムについて色々教えていただきました。

欧米では、産業革命時に富裕層と貧民層の差が大きくなり、貧

民層から富裕層が非常に強い猜疑心で見られるようになった。それだけに、富裕層に属する医者、弁護士などの専門職は自分で自分を律するセルフレギュレーションをしっかりと打ち立て、倫理綱領を作り、パブリックに透明性を持って、自分たちの質を公開するという動きが、1800年代後半から起きている。日本は「お上」があり、明治維新後、政府により東京大学や京都大学が作られ、医学が上から与えられて、医者あるいは看護職が作られた、という経緯がある。そのために、ノエル教授が言うプロフェッショナリズムが日本には未だ育っていない。では、そのままでもいいのか。

私は日本医師会で生涯教育委員をやっておりますが、やはり、大元の『医者はどうあるべきか』というミッションを持つべきで、そのミッションに基づいて生涯教育のゴールも作られるべきだと思うのです。ところが、今まで日本人は、和気藹々と平和なコミュニティを作って、比較的階層性の少ない社会で生きてきた。対立した社会を形成していなかったため、欧米のような厳格なプロフェッショナリズムを必要とされなかったと思うのですが、この時代にあって、日本型プロフェッショナリズムはどうあるべきなのでしょう。

北村：プロフェッショナリズムは、日本では共通の概念としてまだ確立していませんね。

ある人の講演でこんなことを言っていました。「長嶋茂雄はどこがプロなんだ」「ゴロを捕るのも下手だ」と（笑）。ホームランの数がそんなに多かったわけでもない。しかし、一発ホームランを打って欲しい時にやってくれる。天皇が見ている試合でポンと打つ。結局、長嶋は何をしたかということ、お客を楽しませたということです。一番ファンを惹きつけた。医者に置き換えると、バイオロジーとして色々な事をよく知っている、あるいは手術が上手いということは、技能、知識の部分であり、お客を楽しませるといふか、患者さんに満足を与えることが、医者のプロフェッショナリズムだという考えに落ち着くのですが、しかし、まだ分からない。

日野原重明先生の「癌の診断はサイエンスである。しかし癌の告知はアートである」という言葉があります。

それから見ると、がんの診断ができて、それは単なる技術である。これをいかに患者さんに還元するか。いかに患者さんが病気と闘う気や生きる力を起こす形で告知するか、というアートの部分がプロフェッショナリズムだろうと、少し具体的に分かってきた。

それでプロフェッショナリズムの全体像を捉えたとは思えないのですが、今はだいたいこんなところで、自分の中で整理を付けようとしている段階です。

福原：私がノエル先生の話で目を開かされたのは、セルフレギュレーションという言葉です。日本はそれが今まで求められていなかった。それが今崩れようとしています。医療にも求められてくるのではないかと。自分たちの技術やエシックス(職業倫理)を、もう少し明確に可視化し、公開していくことをしていけないと、北村先生がおっしゃった国民アンケートの「医師に対する不信感」がますます増大していくのではないかと懸念を持っています。

北村：私も同じ考えです。透明化、あるいは社会に対する説明責任をどこかでやっていけないうけない。

今年の研修医からオリエンテーションで、雑談の形で次のよう



プロフェッショナリズムは、日本では共通の概念として確立していません。しかし医師のプロフェッショナリズムが求められる中で、社会に対する説明責任を果たしていけないといけません。

なことを話しています。自分ではプロフェッショナリズムの教育と
思っています。

「薬の名前が書いてあるボールペンを診療録を書くのに使っ
ている?」と聞くと、結構の人が使っている。でも、それで処方箋に
その薬の名前を書くのを患者さんが見ていたら、何と思うだろう
か。ボールペンはたかだか100円か200円のもの。でも不信感を
与えるには、充分なのです。だから使ってはだめなのです。そ
ういふセンスを身につけませんか、というのが一つ。

もう一つは、ちょっと考えてもらう話なのですが、例えば手術や
退院の時にお礼を内緒で持ってくる。「研修医の君の所に患者さん
が100万円持ってきたら、君は受け取る?」と聞いたら、「それは
受け取りませんよ」「10万円は?」「受け取りませんよ」「1万円は?」
と言うと、結構分かりますが、8割位は「それは良くありません」と
言います。そこで、では、あるおばあちゃんが年金の中からくしゃ
くしゃのお札で1万円出して、「ありがとう。あなたに診てもらった
ので本当に幸せでした」と言ったときに、無下に断わるのと、「お
ばあちゃん、ありがとう。この1万円を医学書を買って、よりよい医
者を目指します」と言うのと、どっちがいいのだろう。あるいはも
し、1万円の毛糸を使ってセーターを手作りで編んできた。「その
セーターを無下に断わっていいのですか」と言うのと、皆さんちょ
と揺らぐのです。貰っていい金額とか、貰っていいものと、貰って
いけないものの線引きは何でしょうという問いかけなのです。

最後に「あなたがやっている行為が全て社会にオープンになっ
た時に、恥ずかしくないのがもらってよいところです」と言うのと、何
となく分かったような顔をしてくれませう。

福原：プロフェッショナリズムを支えるのは、もう一つは、しっかり
した診療報酬があるかどうかです。患者さんともっと話したいと
思っても、あまりにも診療報酬が安すぎるために、病院は患者さん
50人を1人で診なさいと言います。そうすると5分しかない。どん
なプロの、技術の高い人が患者さんを診ても、新米のお医者さん
が診ても、初診料が3,000円で再診料が1,000円です。それは本
当にプロに払うお金なのでしょうかと、私は思います。それが安
いために、おそらくそれを代償する一つのメカニズムとして、そん
な謝礼制度があるのかも知れないですね。精神論だけではなく
て、制度面でもプロフェッショナリズムを担保する制度が必要なの
かなという気持ちがあります。

論点-1 医療プロフェッショナル職の育成
教育で教えられない「感性」の部分

次に、卒前・卒後教育の話に入りますが、よく東大で議論にな
っておりますのが「本当に教育なんか必要なのか。それより先相
応しい人を選べばいいじゃないか」という議論です。

北村：そういう議論がありますね。偏差値の高い人を呼んできて、
教科書なり本を与えて、何月何日にこれの試験をするという
と、教育をすっぽかしてでも、彼らは試験に合格する勉強をしま
す。そうすると、教育はいらないということになってしまう。

また、この話に追加して、卒前でも卒後でも、教えられないこと
があります。それは「態度」あるいは「躰」の部分です。遅刻の常
習者くらいなら叱りつけてでも直せるのだけれども、何か感性が
ないというか……。そういう部分で選びたいなという気はします。
福原：看護の世界でも、看護学校に来て欲しくないなという人も

いるわけでしょう。

富山：看護師は、向いていない人が資格を取ったとしても、仕事
は続かないように思います。それだけ、きつい仕事なのかもしれ
ません。

私は、看護では今、卒後教育の部分が弱いのではないかと
いう気がしています。お医者さんは、一種徒弟制度みたいに組織の
中で育てられますが、看護師の場合、就職先で一人一人を育て
ていくという態勢にはないような気がします。

北村：看護教育の問題は、卒前にもありますよ。特に大学になっ
たために、教育者が研究者になって、実際の現場を知らない人が
看護師を教えるという矛盾になっているのが、私は一番気がかり
です。専門学校の時は、現場の婦長さんが代わる代わるに来て
授業しているということがあったのですが。

富山：医学部の場合、医師の教育をする人は、研究者ではなく
て現場の医師ということですか?

北村：そうとは限らないけれども、一応、内科の先生が教育と診
療と研究の3つをやっているという建前になっています。ほとん
どの人は、教授であっても外来くらいはやっています。外科の先生
でも、多くの人は、教授になっても手術をやっています。それに付
属病院があります。看護大学は付属病院がないですからね。

富山：と言うことは、看護の先生たちは、教育と臨床と研究を両
立していける「場」がないわけですね。

論点-1 医療プロフェッショナル職の育成
マッチングシステムが与えたインパクト

福原：今、富山先生から教育の「場」という話が出たので、その話
をしたいと思います。

医師の養成の世界では、大きな動きが2年前に起きました。こ
れが卒後研修の必修化とマッチングで、私は、必修化よりはこの
マッチングというものが、日本の医学教育及び医療に与えたイン
パクトが、予想を遙かに超えたものがあったと考えています。

研修の「場」として、現在の大学病院は、このマッチングプロ
ラムを経て、変わろうとしているのでしょうか。

北村：今年3回目のマッチングで、ついに大学病院に行く人がマ
ッチングの段階で半数を割りました。

マッチングとは、医者の仕事の場についての究極の市場主義
なのです。人気の高いところはたくさん来て、無いところは下がる。
今までは、将来を考えると「いいな」と思っても、医局に入っ
ていた。行く勇気が無かった。大樹にしがみついて、ということが
あった。しかしマッチングで市場主義になると、みんな自分が良
い医者になるのにはどういふところがいいかと考えます。その結
果、市中病院にどっと流れたわけです。

大学の中でも割と東大は革新的だと思うのですが、アクティブ
に組織を変えられる所は、例えば内科専門ではなくて、シャッフル
した形の混合病棟化して、一つのフロアにいても色々な種類の疾
患を診ることができるよう、研修医向けに変えてしまいました。そ
のように組織が動けるところは、何とか研修の人気もあります。

福原：外に行った研修医は大学に戻ってくるのでしょうか。

北村：研究の場は大学にあるので、研究志向の人は一旦は大学
に戻って、研究に取り組んでみようと思うでしょうし、現場の診療
で数多くの患者さんを診たい、あるいは経験を積みたいという人

は、そのニーズを満たしてくれる市中病院で頑張るだろう。単純に大学に戻るということではなく、大学の良い面を見出した人は戻ってくるということかなと思います。

福原：看護の方はどうですか。マッチングは無いし、そもそも卒業後にそういうトレーニング制度はない。卒後研修システムみたいなものを作った方がよいのでしょうか。

當山：私は看護の分野でも研修システムがあった方がよいと思います。それは初めの2年間だけの研修ではなく、3年後、5年後、10年後という長期に亘ってフォローする制度があるといいと思います。例えば、初めの数年病院で看護師をし、大学院で研究をした後、再び病院に戻ったり、地域で保健師をしたりした後に、また病院に戻ったり、大学で教育職に就いたり、色々な選択肢があればよいなと思っています。

また、現場の看護師や保健師の中にも、評価されたいという気持ちがあると思います。毎日仕事に追われるように働いていますが、一体自分がやってきたことはどういう意味があるのかとか、現場で感じている問題などをまとめて研究してみるとか、そういう選択の幅があったら良いと思うのです。今は選択の道が少ないのではないかと思います。

論点-1 医療プロフェッショナル職の育成
電信柱になるな、富士山になれ

北村：あと、専門看護師制度があり、それを目指す人もいますが、大学院はそういう人のニーズに応えられているのか、あるいは専門看護師さんはどうやって育てているのか、すごく疑問です。

當山：専門看護師は資格を取るのにお金がかかりますが、資格を取っても、病院や地域に、まだそれを活かす場が少ないのが現実のようです。また、専門資格を取ったから給料が上がるのかというと、あまり反映されていないようでもあります。恐らく、専門看護師がいるということが診療報酬なりで病院の収入につながっていないということもあるのではないのでしょうか。

福原：それは医者も全く同じで、日本は欧米と逆で、専門医の方がジェネラリストより先給料が3分の1位低い。この制度が、日本がプライマリアケアを重要視して、日本の医療費抑制に貢献してきたと言われています。

東大にはスペシャリストを育てていくというミッションがありますが、ジェネラリストになりたい人はいますか。

北村：ずいぶんいます。

東大が一番最後まで縦割りしなかったのが、40歳以上の人はナンバー内科経験です。スペシャリストであっても、ナンバー内科では、医局のカンファで、違う病気とか違う研究者の話の聞いたりして、自然に育ちます。私のナンバー内科の時の医局の先輩は常に「富士山は高いから美しいのではない。裾野が広いから美しいのだ」と言っていました。「電信柱になるな。富士山になれ。一番高いのはよいが、裾野が広くなければ、内科医としてはやっていけない」と言っていたのです。縦割り・臓器別になった時に、電信柱を育てる傾向になってしまっていました。しかし先ほど言

ったように混合病棟になった時に、外国と同じようにチーフレジデントを置いて、アテンダントチームが色々な病気を診るようにしました。そうしたら、40歳以上の助手の人は納得して、研修医は喜んでいてのです。30代は始めから電信柱を目指していたものだから、もう不満たらたらです。そこで、また昔の言葉を引っ張り出してきて、「富士山になれ」と言っているのです。

福原：それは面白い現象ですね。

北村：大学ですから、一般医を目指す人はさすがに少ないのですが、スペシャリストを目指すのだけれども、育て方次第では、裾野の広い人も育つのではないかと思います。

論点-2 ヘルスリサーチ研究者の育成
スクールオブパブリックヘルスの現状

福原：次のテーマに移りたいと思います。

ヘルスリサーチという新しい研究領域の研究者をどう育成していったらよいかということが、この財団の一つのミッションでもあります。東大では、ヘルスリサーチの研究に対しては、どのような取り組みをされていらっしゃいますか。

北村：ほとんどやられていないのが現状だと思います。臨床家の研究も、症例研究などは弱いですが、ごく一部の癌などで多施設共同研究をやっていますが、本当に数が限られていると思います。

また、社会医学の講座はあるのですが、ヘルスリサーチの分野ではないように思いますね。東大で組織だったヘルスリサーチが無いので、先生が属している京大のスクールオブパブリックヘルス(SPH)を是非取り入れたいと、皆で話しているところです。

そこで福原先生にお聞きしたいのですが、スクールオブパブリックヘルスが日本で今後どのように発展して、ここを出た人がどういう場で、どのような活躍をしていくのでしょうか。

福原：北村先生のおっしゃったように、日本人は医師に対する不信感がとても強いですよ。もちろん、報道の行き過ぎや偏見もあると思うのですが、それと同時に、医学校や看護学校が、本当に患者さんや国民のことを思い、それをミッションにして医療職を教育してこなかったことを国民が敏感に感じ取っていることが一つの原因になっているのではないかと。そういう背景があって、京大のSPHでは、小杉真司議長がよくいう言葉なのですが、『東大や京大が目指している最先端の医学と、患者さん、社会との間のインターフェイスとしての役割を担うプロを育てる』ということをミッションとしているのです。

次のご質問の「京大SPHを出た人材がどこで活躍するか」です。医療プロフェッショナルは医療の場所に帰っていけばいい。しかし、医療プロではない人も来ているわけで、そういう人たちがどうやって活躍していくか、今後の課題です。例えば、医療倫理の大学院を出た人は、倫理委員会で、生命科学研究や臨床試験の倫理審査を担うプロとして生きていけないか。あるいは医療経済学では、我々の行なった医療行為を経済的に評価したり、医療経営のプロとなる。また、ヘルスリサーチを政策に反映させていくような人も必要だろうから、是非、行政の人も大学に来ていただきたい。また、最先端の医学を、分かりやすい言葉で社会に適切に正しく



現在増加している看護系の大学が、教育と研究と現場をつなぐ「場」となれば良いですね。そして、看護師が自分の夢とライフプランを描き、実現できるようになればと思います。



伝える人も必要でしょう。我々はパブリックコミュニケーションと呼んでいますけれども、そういうコミュニケーターを作る。だからマスメディアの人にも来ていただきたい。実際に今度、「医学コミュニケーション学」という講座を作って、その専門家を育てる予定です。

北村：京大のSPHでは定員は何人ですか。

福原：今は修士が22人で、博士が9人です。

北村：地方自治体で保健行政に関わるのが、ここを出た人が中心になれば、就職口はあるでしょうが、医療経済学者が各病院に一人づつ必要なわけでもないでしょうから、なかなか働き口が増えるわけでもなさそうですね。

もう一つ、医学教育者という職種が、少しずつ色々なところに出てきていますが、こういう人を育てる組織あるいはコースが必要だと思います。それがSPHの一つの分野にならないかと思うのですが、どんなものでしょう。

福原：そういうプロや部門は必要だと思うのですが、それがSPHにあるべきなのはまだ考えていません。でもヘルスプロフェSSIONALを教育する部門は、必ず大学に必要になってくるでしょうね。

北村：教育学部の人とは違いますよね。

福原：やはり医療のプロの人がディレクターになった方が、説得力が違うし、教育効果が違うと思いますね。

看護の世界では、看護教育のプロのような人はいますか。

當山：先ほど北村先生がおっしゃったように、今の大学は主に研究を行ってきた方が教授になるという面が強く、必ずしも教員が看護教育の専門家とは言えないのではないのでしょうか。

福原：それも深刻ですね。現場経験のない人が教えるのは。

京大のMCRという臨床家のための研究プログラムは、大学院生は必ず臨床経験を持っていないといけないという条件を課しています。2年研修を終わって受けに来た人がいるのですが、2年では足りないというのが我々の印象で、やはり5年くらいないと、自分のリサーチ・クエスチョンが生まれてこない。研究者であっても、診療現場の経験がないと研究も生まれないのではないかと思うのです。

そこら辺に急増している看護大学の悩みが見えますね。

論点-2 ヘルスリサーチ研究者の育成 エビデンス作りに看護師の参加を

ところで、製薬企業がするものを含めて、臨床試験が大学病院も含めた大きな病院の収入源になってきていると思うのですが、それについての取り組みはありますか。

北村：昔は、いい加減なものだったので、非常に多くやっていました。でも、実際は症例をそんなに出していないし、それがサイエンスに基づいたものでもないということで、たいした質のもの

ではなかったと思います。例の新GCPになって、ちゃんと受け入れられるような組織にして、ずいぶん臨床試験もサイエンスになってきました。

ただ、症例が出ない。契約した症例をすぐに出せない。製薬メーカーも、契約数が本当に出るかというところをしっかりと評価しだしているから、そんなにやたらに臨床試験が多くはないです。福原：臨床試験には多忙な医師をサポートするクリニカルリサーチコーディネーター(CRC)が必須と言われています。特に製薬企業が主導する臨床試験では、ナースの専門職を持っているCRCも数多くいらっしゃるのです。當山先生、CRCなどを、看護師の一つのキャリアとしてどう思われますか。

當山：それをされる方は多いのですか。

福原：かなり多いと思いますよ。

北村：まずCRCを知らない看護師さんが多いですし、なかなか看護師さんには受け入れにくいのではないかという感じがしますね。医者は割と受け入れられるのですが、看護師さんは常に患者の立場に立っているから、効くかどうか分からない薬を真剣に勧められない。既存の薬で確定した薬効のあるものでやりたい、という価値観で動いている人が多いと思うのです。

當山：看護師は、患者さんのベッドサイドで看護をすることが好きな方が多いのではないのでしょうか。コーディネーターという仕事を好きになる方がどれくらいいるか、私にはちょっとわかりませんね。

福原：先ほど、保健指導に一つの専門性を見い出していくという方向がある、しかしエビデンスがないと言われました。臨床試験は、薬に限らず、保健指導を介入してできるわけです。そういう意味で、エビデンスを作るようなサイエンスに看護師さんも参加する。研究職としてでもいいし、コーディネーターとしてでもいい。それは可能性はあるような気がするのですが、どうでしょうか。

當山：そうですね。本当に大切なことだと思いますし、看護に必要なことだとも思います。今現場でされている研究では、『数名から数十名の目の前の患者さんに、ある看護行為を提供してみたらよかった』ということ結論づけたりしています。過去の文献検索をして、その上に積み上げられた研究ではなかったり、比較研究ではないのです。看護研究の分野がもっと進めばいいなと思っています。

北村：看護の教育の中にEBN(エビデンス・ベースド・ナーシング)は少ないですよ。教育されてないから受け取れない。

當山：そうですね。看護の教育の中では、研究に関しては症例研究のようなものが主流で、集団を対象にして比較するような研究手法が、十分教育できていないのではないかと思います。

北村：エビデンス・ベースドは大事で、ベースにあるものなのですが、その教育をしっかりとしないと、本当に症例研究というか、事例研究だけで終わってしまう。

論点-2 ヘルスリサーチ研究者の育成 エビデンスを患者さんに届けるために

福原：京大のSPHでは、2004年に5~6名の教授が中心になって、先ほど申し上げた、臨床家に特化した、診療に直結した研究をする研究者を養成するプログラムを開始しました。(MCR)

臨床研究と言うと、臨床試験あるいは大規模な市販後臨床試

論点-3 ヘルスリサーチの成果の還元と活用

英語が意外と大きな障壁になっている

験に見られるような、エビデンスを生み出す研究が今まで中心でした。もちろんこれも重要で、どんどん日本は推進して行かなければいけない。ところが、エビデンスがあっても実際に患者さんの手元に届けられていないという現状が実は非常に大きい。いくらエビデンスが生まれても、それが患者さんの所に届くまでの過程を改善する研究も同じくらい、あるいはそれ以上に重要ではないかと感じているのです。そのような研究を、我々は“診療に直結した研究(クリニカル・プラクティス・リサーチ)”と呼んでいるのですけれども、それは看護の方も是非やられたら良いと思うのです。それこそ看護の方が十分な役割を見いだせる領域だと思っております。

當山：できれば良いと思うのですが、その環境がないようです。例えば、病院にいた時には、夜勤明けや日勤が終わった後に、皆で集まって看護研究をしていました。研究自体は仕事として認められていないのです。保健師の仕事の中でも、今患者さんにしなければいけないサービスに追われて、研究は後回しになります。研究の重要性がもっと認められて、研究できるシステムがないと、個人の努力では限界があると思います。

福原：それは医師も同じです。でも、看護大学ができて、大学院が今いっぱいできているので、そこでどんな研究をしていくのだろうと、私も非常に興味があるのです。まず誰かがリーダーになってやっていかれたらどうでしょうか。

北村：福原先生のお考えに大賛成です。素晴らしいと思います。

私は検査にいましたが、検査部にいる医者を相手にEBMの話をする、皆さん、エビデンスを作ることに熱中する。そうではなくて、福原先生がおっしゃったように世の中のエビデンスを臨床家が使えるように、検査データの読み方を教えるようなものが大事なのではないかと言うと、ポカンとすることです。

これは例えなのですが、エビデンスというのは米です。お米を作るのはお百姓さんで、それは世界でたくさんいるし、エビデンスはもう山ほど出てきている。それを束ねて、稲を精米してお米にするという仕事が必要です。言ってみれば米屋ですね。百姓ではなくて米屋がいる。そしてドクターはご飯を炊いて食べさせる。だから、米屋の部分をやるのが臨床検査の医者には必要なだと主張するのですが、なかなか理解してくれない。

ごく一部の有志が色々なデータを集めて、コクランの検査版のようなものを作ろうと、動き出してはいるのですが、その彼らにしても、それに載せる自分のエビデンスを作りたいという方向にすぐ走りたがるのです。



日本の臨床研究は、今までエビデンスを生み出す研究が中心でした。しかし、エビデンスがあっても、実際に患者さんの手元に届けられていないという現状が実は非常に大きい。

福原：最後に、リサーチができたとして、この成果をどう還元して活用するかということをお話したいと思います。

北村：今はコンピュータ社会ですので、正しいエビデンスとか、あるいはあるべきプロフェッショナリズムとかというものを、組織的にアクセスできやすい形で提供するのがよいのだろうと思います。

しかしそのニーズがなかなか無く、あるいは外国が非常に進んでいる。そうすると、日本は日本人のデータだけ載せればいいのかということになってしまい、寂しいので、もうちょっと何かプレイクスルーがいるのではないかと考えています。

福原：當山先生はいかがでしょう。例えば、先ほどの、保健指導が本当に患者や住民のアウトカム改善に役に立っているのかというようなエビデンスを作って、社会や政策決定者にアピールしていくというのは、看護職の今後の更なる地位向上にもつながるのではないかと思うのですが。

當山：保健師は、『公衆衛生情報』や『公衆衛生』、『保健師雑誌』という業界誌を読んでおり、良い活動があると、実際の活動に取り入れようとしています。情報に飢えていると思うのです。ただ、英語に弱いので、外国での情報は限られていると思います。今増加している看護系の大学が、情報を流し、研究と現場をつなぐ役割を担えと良いと思いますね。

福原：英語というのは、意外に大きなバリアです。EBMがなかなかプラクティスに普及しないのは、エビデンスがほとんど英語ということも大きい。

北村：だから、日本のEBMは厚労省が主体でガイドラインを作って、それが整ったら、EBMの熱が急に下がってしまいました。「EBMというのは「ガイドライン通りの診療」か」と思われたのです。

福原：そう誤解されてしまったということですね。

北村：私は、保健師さんが情報に飢えているのだったら、エビデンスを見た活動を、その地域の文化を考えて、個々の工夫を加えればよいと思うのです。ご飯なら、白米がうまいと言ったら、埼玉県の混ぜご飯にして提供していくとか。

福原：時間がきてしまいました。

本日の話をまとめますと、医療職のプロフェッショナルをどう育てるべきかについてゴールやミッションのレベルから考える時代となった。また、医療を科学する研究者をどう育てるか。これについてはファイザーヘルスリサーチ振興財団が先取りの精神で、この領域を支援してくれている。そして最後に、そのリサーチを診療や社会にどう還元するか。それが我々医療職のプロとしての存在の証明にもつながる、ということでした。

北村先生、當山先生、本日はどうも有り難うございました。

本鼎談に関するご質問、ご意見を付けておきます。

ご氏名、所属団体名、役職、電話・FAX番号、E-mailアドレスを明記の上、当財団事務局宛FAXにてお送り下さい。(書式は問いません。)

FAX番号：03-5309-9882

いただいたご質問・ご意見は、鼎談者と検討の上、本誌にご回答等を掲載いたします。

(都合によりご質問・ご意見の全てを掲載できないこともあります。予めご了承下さい。)