



高橋教授の

この人に
会いたい

Vol.101

ゲスト

赤津晴子氏

国際医療福祉大学顧問

日米における医学教育の違いは大きく、日本が見習うべき点は数多いと指摘されている。日本で哲学と理工学を学んだ後に渡米し、米国の大学で診療と医学教育に20年以上携わってきた経歴を持つ赤津晴子国際医療福祉大学顧問は、米国の教育文化でもある「アウトプット」の重要性を説く。対談では、赤津顧問を高橋泰教授が直撃。今後の医学教育に不可欠な視点について語り合った。

「日米の医学教育の違いが示す ジェネラリストを育てるための本質」

高橋 本日は、アメリカで公衆衛生から臨床医学、医学教育まで幅広く経験され、国際医療福祉大学の医学部初代医学教育統括センター長として一期生卒業まで新医学教育をリード・統括され、現在は本学の顧問として助言いただいている赤津晴子先生にお越しいただきました。先生は生命哲学から医学へと非常にユニークな道を進まれました。まず、このキャリア選択の背景から伺えますか。

赤津 小学校の頃から生物に興味がありましたが、大学では「生命

けざるを得ません。黙っていれば学びの輪から取り残されます。学生たちは必死に推論します。「姿勢を保てたのは、血圧がまだ維持されていた可能性がある?」「叫んでいるなら、声帯と気道は保持されているのでは?」「銃弾の軌道を考えてみると、弾は首のどこに入ったのか?」「このまま放置す

るとどうなるのか?」当然、誤った推論もあります。しかし重要なのは、不完全な知識でも「外に出す行為」をしなければ次に進めないという点です。未熟でも出す。間違っても議論し、自分の意見を出さなければフィードバックももらえず、思考修正もできない。この過程で知識が徐々につながり、

修正され、「自分の思考」に変わっていく。これこそアメリカ医学教育の真髄だと痛感しました。
アウトプット教育が育てる「問診力」という決定的な差
高橋 こうした教育文化は、臨床でどのように差として現れるので



士課程であるブラウン大学メディカルスクールに進学しました。

アメリカ医学教育の核心はアウトプットせざるを得ない文化

高橋 日米の医学教育を比べて、決定的に異なる点は何でしょうか。

赤津 医学教育に限定されたものではありませんが、一言でいえば、「アウトプットを重視する教育」が米国では徹底している点です。知識は「覚えるもの」ではなく、

「使って初めて身につくもの」という考え方が横たわっています。その一例が、頸部解剖中の医学部1年生が、解剖室での実際の解剖実習と同時進行で行っていたセミナー室での症例検討PBLでした。提示された情報は、驚くほど少ないものでした。「40代女性。頸部に銃弾を受け、叫声を上げた」。医学部入学後数週間目の学生の知識はごく限られています。が、実習中の頸部解剖学の知識を使い、自分の考えを言語化し、仲間と議論し、フィードバックを受

しょうか。
赤津 例えば問診力です。アメリカでは「診断の8割は問診で決まる」と考えられています。患者の主訴だけでなく、特にシステムレビューという問診の項目では、全身を器官別に網羅的に尋ねていきます。例えば胸の動悸を訴える患者に対しても、食欲、睡眠、便通、血便、咳、関節痛、皮膚の発疹など、一見主訴と関係ないと思える質問まで行います。これは、スポットライトに当たっている主訴以外の症状を敢えて聞き出すことにより、患者自身も認識していないデータをも広く集め、その豊富なデータから自ら問いを立て、推論し、鑑別推論を言語化し、それを指導医と議論する。この作業を繰り返し、フィードバックを受けます。アメリカの医師は教育の段階から与えられた知識や情報をもとに自分で仮説を立て、チームで話し合いながら推論を進めるといって、思考作業を繰り返します。それにより、誤った考え方は早い時期のフィードバックにより軌道修正され、更にインプットしたことを頻



高橋

AIは「思考の補助線」として これからの医師に 大きな役割を果たす

と保険制度に起因する側面もあります。アメリカでは医療費が高く、保険請求の審査も厳しいため、医師はシステムレビューをカルテにきちんと記入しないと保険請求ができない仕組みもあるのです。つまり、制度的に面倒でもやらないを得ない仕組みがあるわけです。一方、日本の医師は能力とは

関係なく、問診時間が構造的に不足しています。だからこそ、別のアプローチが必要です。高橋 私はAIがその問題を解く鍵になると考えています。AI問診システムが事前に症状や経過を整理し、関連症状を拾い上げることで、短い診察時間でも問診の幅を広げることができる。

高橋 泰

Tai Takahashi
国際医療福祉大学教授
たかはし・たい●1986年、金沢大学医学部卒業、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学部医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月、国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授。2016年9月より21年3月まで安倍内閣未来投資会議の構造改革徹底推進会合医療福祉部門副会長を務めた

赤津 日本では医師偏在や救急の逼迫が問題ですが、医師不足を「数の問題」としてだけ捉えるの

専門偏在・救急逼迫 —— 入口の力が医療全体を変える

さらに、学生時代からアメリカの医学部で行われているような対話しながら推論を言語化する訓練を生成AIを用いて行えば、臨床に出たときに「考える型」が自然と身につくはず。AIは医師を置き換えるものではなく、時間の制約が大きい日本において思考の幅を確保する補助線として非常に有効です。アメリカの教育法の「核」となるアウトプット思考を、日本の環境で再現しやすくなります。

ではなく、「入口の質」から改善する視点も日本では有用かもしれません。ジェネラリストは、医療全体の流れを最適化する要の存在です。アメリカの教育をそのまま持ち込む必要はありません。しかし、「アウトプットを避けられない環境」が思考力を育てるといえる点は共通です。日本でジェネラリストをより良く効率的に育てるためにも、この「考える力」を教育の中心に置くことは有用です。ただし高橋先生の言われるように、教員の意識改革だけを待つのではなく、AIを使った双方向教材、推論型の国家試験、学生時代からのアウトプット訓練など、外側から枠組みを変える改革が現実的かつ効果的のように思います。

高橋 入口で患者を総合的に捉える医師が増えれば、地域医療の持続性、病院経営の安定、そして患者満足度が大きく向上します。AIはこの実現を支える「思考の補助線」として、大きな役割を果たすでしょう。本日はたいへん貴重なお話をありがとうございました。



知識を「使って外に出す」 アウトプットを繰り返して、 フィードバックを受ける教育が大事

赤津

繁にアウトプットすることにより、知識の現場での活用が容易になります。

高橋 日本では専門に早く進む傾向がありますが、アメリカではどうでしょう。

赤津 アメリカでは例えば消化器内科といった専門に進む場合であっても、卒業後3年間の内科

レジデント研修にて循環器、呼吸器、内分泌、血液内科など、しかも急性期も慢性期も内科の全ての領域の研修をみっちり積み、内科専門医筆記試験に合格した後で初めて消化器内科のフェローシップ研修に進みます。『まず全体を診られて、その上で専門も診られる能力』が必須とされているから

赤津晴子

Haruko Akatsu
国際医療福祉大学顧問
あかつ・はるこ●上智大学理工学研究科、ハーバード大学公衆衛生大学院、ブラウン大学医学部、スタンフォード大学内科レジデント・内分泌内科フェロー修了。スタンフォード大学准教授、甲状腺癌メディカルディレクターを経て国際医療福祉大学医学部教授、医学教育統括センター長、副学長などを歴任し現顧問。America's Top Doctors賞、Best Doctors等受賞。

す。日本の専門医の技術レベルは非常に高いですが、医療の入口を担当する医師が「全体を診られる医師」でないと、たらい回しや過剰検査が生じ、医療の効率と質が悪化してしまいます。スペシャリストとはまずジェネラリストであり、その上で専門知識と技量を持った医師です。一方ジェネラリストは患者と医療のインターフェース、いわゆる医療の入口のトリアーがきちんと出来る有能なゲートキーパーの存在でもあるのです。

日本の医学教育が動きにくい理由 —— 内部改革の限界

高橋 日本でも「ジェネラリストが必要」という声は高まっています

すが、教育が大きく変わりませんが、教育が大きく変わりません。赤津 ジェネラリストはその分野の性格上、大変幅広い知識と経験が必要となりますが、その膨大な知識を学生時代から頻りにアウトプットする練習をしていないと、本当に使える知識として育っていきません。一方で、アウトプット型教育を体験せず、インプット重視の医学教育を受けてきた教員が、知らない教育法を実践するのは非常に難しく、意識改革だけでは限界があるように感じます。

高橋 私は、外側から仕組みを変える必要があると考えています。教材の双方向化、学習環境のデジタル化、そして評価方法——特に国家試験の形式を知識の暗記中心から、推論・説明を求めるアウトプット型に変えることです。評価が変われば教育は必ず変わります。これはどの国でも共通していません。しかし、なぜアメリカの医師はそこまで問診に時間をかけることが徹底されているのでしょうか。

日本では、時間に追われることもあり、まず検査に頼りがちです。赤津 実は、これは医療費の高さ