

- (12) 病院の機構と機能の理解，医師以外の医療従事者とのチームワークに対する理解
- (13) 疾病と保健における個と社会との関係，病院の地域医療における役割に対する理解

3 実習方法

- (1) 実際の診療の場で指導医のもとに直接患者に接して行なう実習が臨床実習の最も本質的な部分である。診療科の性格，実習の性格によって，外来救急部門または病棟が適宜用いられる。
- (2) 教育回診：問診，理学検査，臨床検査成績の解釈，診断の思考論理，治療方法の選択等に関するチェックおよび討議を通しての学習
- (3) 臨床カンファレンス：患者の診療（例えば診断決定，治療決定，手術適応その他）に対する討議を通しての学習
- (4) スモールグループプレクチャー：重要事項について随時行なわれる。
- (5) その他病院本来の研究会合（例：臨床病理検討会，CPC，セミナー，専門的病棟回診等）に随時参加する。

4 評価方法

- (1) 一定のチェックリストに評価を記入する方法，口答試験によって評価する方法，日常の観察によって評価する方法等種々の方法の中から選択された方法で行なわれる。
- (2) 関連教育病院におけるこの評価は，大学における最終評価になんらかの形で加えられる。

以上は，関連教育病院における臨床実習要領の一例であって，実際には大学と病院との協議によって，種々異なる形式のものも実施されるであろう。

資料 8

医学教育の現状とあり方

全国医学部長病院長会議
 医学部（医科大学）あり方委員会
 昭和50年6月13日

序

本報告の目的は，わが国の医学教育の現状を述べ，早急に改善さるべき諸点を指摘して関係者に訴えようとするものである。

最近数年間に，医師法一部改正によるインターン制廃止，それに伴う医学部・医科大学の卒前教育の大巾な改

変，総定員法による人員不足のまま発足した医師増政策による医学部・医科大学の新增設，という目まぐるしい動きがあった。

全国医学部長病院長会議はその都度，これに対処すべき施策を関係者に要望してきた。一方その間に医学教育その他について各種の委員会を設けて審議検討を進めてきた。特に医学校の人的・物的の現状につき数年来調査を進めてきた「現状調査」は，教育・研究・診療要員，パラメディカル要員の実態調査をはじめ，施設・設備などについて多項目にわたる徹底したものであって，しかも，それぞれについて望ましいと考える「モデル案」を考えた。項目ごとに中心世話校，分担校をきめて，全国の医学校の実態を調査したのであって，一部はなお継続して行われている。これによって本報告をより具体的なものとする予定であった。

いま，その調査の完結をまたずして本報告を公にする所以は，事態が余りにも深刻かつ急を要すると考えたからである。為政者はこの報告から，わが国の医学教育の現状が諸外国のそれに比していかに劣るか，また外国の政府がいかにこのことに真剣であるかを知り，医学教育は正に国家的事業であることを認識して，早急に必要な施策を講じなければ国民の望む医療を実現することは不可能となるであろう。同時にこれをもって医学関係者は自らの厳しい反省の資料としたい。

昭和50年6月13日

全国医学部長病院長会議
 医学部（医科大学）あり方委員会

委員長 中井準之助（東京大）
 委員 岡本道雄（京都大） 香月秀雄（千葉大）
 桑原章吾（東邦大） 三辺 謙（慶応大）
 永沢 滋（日本大） 伴 忠康（大阪大）
 古川哲二（九州大） 松本 胖（千葉大）
 南 武（慈恵医大）

前文

病苦に悩む時，ひとはひたすら救いを求める。これに応えるのは医師である。健康を謳歌しているとき，ひとはみな医者忘れ，おのれの内臓の所在をさえ忘れる。これこそ医学の望む理想の状態である。

救いを求められた医師は，その病因を適確に探り当てる知識と，当を得た治療の施せる技術がなければならぬ。しかし，病人は病める人間であって，病める臓器ではない。病を医す小医でなく，人を医す中医が望まれる所以であり，医師および医学教育者に過重なまでに倫理性，人間性が要求されるのも当然のことといえよう。

しかし，内臓の所在を忘れた健康人が増すことは，医

師と為政者を含めた広義の医学の勝利であり、健康な生活を保証した憲法の理想が実現されつつあることになる。国が医されてゆくわけである。

その理想はなお遠い。病を医すのが小医なら、小医となるのも容易ではない。不明の病気は多く、治療困難な病気の多いことは周知の通りである。健康を維持することとともに、これらの果てしない研究課題が医学に求められている。

医学校は、現代の最高水準の医学教育を施して医師を養成する必要がある。絶えず新しい研究を続けつつ、医学者を養成することが求められる。国民が求めるからであり、人類共通の願いだからである。

医師が白衣をつけて患者に対するとき、そこには出身校の差もなく、経験年数不足の弁解も許されない。頼られるに足る能力がなければならぬ。いかなる他の職業も、これほど直かに人の生命を左右するものはない。憲法が国民の健康な生活を保証するならば、その時代の最高最善の努力を医学教育に向け、常に最高水準の医師を確保する保障をしなければならない。医学校に設置形態の差はあっても、その内容に差があってはならない道理である。国公立の如何を問わず医学校には国庫負担が行き届いている諸外国に比し、わが国の現状は余りにも惨めである。

健康の時、医者をおぼろげに忘れることができるのは、医者が常にいることの安心感が無意識のうちにあるからである。文明と全く切り離された辺境に行く探検隊に加わる医師は、同行するだけで十分にその役目を果たす。しかし、無医村は文明の国にありながら、医学の恩恵から遠ざけられている。ここでは健康な生活を保証する憲法の箇条が履行されていないことになる。国家がその責任を追求されるべき問題であり、医師を責めるだけでは解決しない。このためには為政者と医師とが慎重に検討する必要がある。数年前から「一県一医大」の旗印のもとに、医学部、医科大学の新增設が行われている。しかし、医学校の増設が直ちに無医村の解消につながるものではない。

米国、西独並みに人口10万人に対し医師150人とすることを目標としている。しかし、医師の分布は常に大都会、大病院に集中するのは世界的現象である。医学校を増設し、医師増をはかっただけで無医村をなくすると考えるのは安易にすぎる。

全国医学部長病院長会議が本報告を作成するに至った企画、経緯を述べながら、さらに説明を敷衍したい。

昭和43年、医師法改正によってインターン制度が廃止された。わが国未曾有の大学紛争の発端となったもので

ある。この改正により、卒業と同時に医師国家試験受験資格が生じ、したがって従来の実地修練が実質的に学部教育に喰い込むことになった。この荷重の代償を保証する附帯決議（要員増、施設・設備の整備）は実行されないうまま、新制度が発足したのである。

附帯決議の実行を条件として新制度を受け入れるべきであったが、医学校の当事者には、法改正と同時に始まり、そのあと長く続いた紛争のため、これを強く叫ぶ機会を逸したのである。

同年、さらに総定員法による定員削減、定員不補充が実施され、附帯決議による増員どころか、二重の負担を負うことになった。削減は今日も続き、附帯決議による補償は実行されないままである。

昭和45年、医学校内の強い不満を抱えたまま、当事者としては新制度に対応すべく授業方針、内容を改変しなければならなかった。しかもより効果的な方法としてベッドサイドティーチングが採用された。これは少数教育であるため、臨床教育の効果をあげることができる一方、従来の数の医師、看護婦では、負担が増大するばかりであって、教官、看護婦の犠牲において今日も続けられている。本会議では、新制度に対応するためと、医学教育・研究を根本的に再検討するため、医学教育あり方、医学研究あり方および病院あり方の3委員会を発足させた。これに参加した委員は全国の大学に及び、審議に費やした時間は膨大なものとなった。

昭和46年、その間しばしば国立医学部長会は前記に関する要望書を文部大臣その他関係者に提出したが反響がなかった。その頃政府によって医師増のため「一県一医大」の旗印のもとに、医学生増募、医大・医学部の新增設の声があがった。本会議は政府その他の関係者を訪問し、現状でさえ充分な教育が行えないこと、ことに基礎医学者、看護婦の不足の甚だしいことなどを訴え、短期間に医学校を増すことは暴挙であると説いた。時の首相にも代表者が会ったが、聞き入れられなかった。

昭和47年、一方、3あり方委員会の報告をまとめる必要がある。これを裏付けして医学教育の現状の貧困さを訴えるため、全国の医学部・医科大学の協力をえて現状調査を開始した（昭和46年）。両者をまとめて「医学教育白書（仮称）」を作成すべく医学部（医科大学）あり方委員が発足、前記3あり方委員長および全国医学部長病院長会議会長・副会長もこれに参加することとなった。一方このための「現状調査」は教育要員、パラメディカル要員の実態調査から、施設・設備・備品に至り、今日もなお継続されているものもあるという大事業となった。

昭和48年、しかし医学学校増設は、当事者の憂慮にもかかわらず着々進められた。本会議としては、なおもその危険であることを訴えるため、上記あり方委員会によって早急に「医学教育に関する提言」をまとめ、急ぎ関係者に呼びかけた。その結果は周知の通りである。

しかし、このことはわれわれの努力が空しかったとして諦めるべき問題ではない。新設の医学学校では刻々学生が育ちつつあり、すでに臨床課程に入った学生を迎えながら、看護婦不足のため140床しか稼動していない大学もある。学生増募を行った既設大学にも、それに見合うだけの補償がない。

さきに述べたように、患者に対する医師にとって一切の弁解は許されない。一定の能力を持たねば、忽ち医療過誤の危険が待ち構えている。本会議としては医学教育の危機を関係者に急ぎ訴えるため、この報告をまとめることとなった次第である。

以下各項目について、わが国の医学教育の現状を述べ、諸外国のそれと比較し、直ちに改善すべき問題点、あるべき姿を明らかにしたい。為政者およびこのことに責任ある関係者が虚心に耳を傾け、早急に真剣に改善の方途を講じられんことを強く要望する。

医学教育・研究の再検討

医学の教育・研究は診療と切りはなしては存在しえない。しかも医学の対象は個人はもちろん、集団・地域へと拡がりつつある。大学が孤立しては充分な医学教育を行うことはできない。

医学教育について

ここ10数年来、世界のすべての国で医学教育の改革が行われつつある。また新しい医科大学は、ことに新興国に新設されつつある大学を含めて、新しい教育理念に基づいて、よりよい医学教育を求めている。

これらの大学に共通した理念は、単に病気の治療を目的としたかつての医学から、社会の健康に対するニーズの変化に応える包括医学への転換とみることができ。すなわち、医学の対象は、個人を超えて集団に拡がり、かつ遺伝、環境の影響など、さらに自然科学のみならず心理学・社会学なども含む広い視野から、人間の健康と疾病を捉える方向に変化しつつある。

また近年、大学における医学教育に教育学の理論と原則が導入され、カリキュラム作成に当っては、まず教育目標を明確化し、学生がこの目標に到達しうるように教育計画を建てることの重要性が認識されつつある。例えば、1953年米国医科大学協会(AAMC)が認定した「医学教育の目標」では、「体系的な知識を詳細に与えることではなく、学生が医学全体に応用できる基本的原則を

学び、事象や経験を正確に判断しうるよう習慣づけ、保健や疾病の問題を解決するに当り、これらの原則並びに判断力を賢明に駆使できる能力を伸展しうるよう配慮すべきである。」と述べられており、さらにこれを敷衍して、「学生の獲得すべき基本的知識、医師として必要な習慣、必須な臨床的・社会的技能、基本的知的態度および倫理的原則」等について、卒前教育の目標の項目を詳細にあげている。そしてこのような教育目標に学生が到達できるように、多種類の教授・学習方法を効果的に組み合わせて学生の自主的な学習を促進したり、比較的初期の段階から、病人や家族に接触させて、学習の意欲を高めると同時に、医師としての使命感、倫理感を体得させるなどの方法が一般的に採用されている。

一方、わが国においては、卒前医学教育の目標が必ずしも明確ではなく、その上明治以来の講義を主とした一方通行的教育方法が長い間踏襲されて来た。近年臨床教育にベッドサイド教育方式がとり入れられたが、その内容は必ずしも最良のものとはいえない。そして卒業生の能力も、国際的に余り高い評価を受けていないともいわれている。その原因としては、大学自身の教育改善努力の不足を卒直に認めなければならない。同時にそれらを行うために必要な、人員、施設、予算の整備が並行して行われなかったことにも問題がある。

米国においてはかつてのフレクスナー報告が粗悪な医育機関を廃止し、内容を質的に高めるという“アカデミズム”の強調にあったのに対し、数年前に出されたカーネギー委員会の第二次報告では、地域保健を基盤とした医師ならびに医療従事者の教育が勧告されている。すなわち、同委員会は既設の医科大学、および地区の人口、人口増加率等を参考にして、いくつかの地区に新しい大学保健科学センターを、充分の人口を持たず、またこれらのセンターから若干離れた地区に、地区保健教育センターを設置するよう勧告している。そして卒前教育においても、卒後教育においても総合的医学により多くの力点がおかれるべきであり、医学教育のすべての時期において、抽象的理論と臨床経験がより細心に統合されるべきこと、卒後の訓練は教育病院と同様に、地域社会の病院、近隣のクリニックその他の施設での経験を包含すべきことを強調している。

医学学校がそれぞれの地域における医育の中軸をなすことは、他の分野において大学がその地方の文化の中心をなすことと変りはない。しかし卒前教育にはじまり、卒後教育、生涯教育と研さんを重ねながら地域保健に奉仕すべき医師にとって医育と医療とは一体不可分のものである。

また、このことは単に医師のみならず、広く医療従事者を含めて考慮されねばならない。

さて、上述の方向が具体化されるためには、各方面の協力と努力が必要である。

まず、大学は自ら、地域の関連病院、その他の機関と協力して、医療普及教育体系を効果的に実現できるようカリキュラム改革を導入する。

たとえば、ベッドサイドティーチングのやり方一つをとっても、各グループ毎に各科の教官が病状を説明し、ある特定の疾患について講義を繰返す方法から、むしろ学生を指導教官、主治医、レジデントからなる診療チームに加え、チームの一員として、それなりの責任を持たせながら自主的に参加させる方法にかえる。またプロジェクトごとに臨床各科、あるいは臨床講座と基礎講座との総合プログラムを組んで討論に参加させるのも一法であろう。しかしこれらが効果をあげるには十分な施設、設備と、多くの人、周到な準備が必要なのは言うまでもない。

また地方自治体は管轄の異なる各種の医育、医療、保健機関によびかけ、総合的な連絡協議会（仮称）をつくるようあせせんする。また、単に個々の機関の努力にまち、あるいは国の援助のみに頼ることなく、応分の人的、物的援助をも考慮する。ことに保健関連要員の教育訓練にあたっては、大学、病院、医師会等との協力の下に、国とともに主たる役割を果たすべきである。

国は、これらの計画の最終責任を負うものであり、国政の重点事項として積極的にこの方向を推進しなければならない。

大学病院のあり方

大学病院は基礎医学教室と一体となって医学生の臨床教育と医学研究を行う機関としての病院である。

病院としてその時代に要請されるレベルの診療と、その向上、進歩のための科学としての医学の研究が行われ、この両者を通してその間に医学生の教育が行われる。

医学部は教育の面では大学の各部門、とくに一般教育と、研究の面では学内外の各種研究部門や機関と関連を持つが、診療の面では大学病院以外の医療機関と密接に関連をもっている。

すなわち、大学病院は教育、研究のほかに、本来地域の医療機関のセンター的存在として、診療責任の一端を担うものである。むしろ、それなりの診療責任を全うするために研究が行われ、この両者によって教育が行われると云っても良い。従って大学病院は、他にいくつかの総合病院、小児・母子センター、精神病院、成人病セン

ター、リハビリテーションセンター、救急病院、診療所、保健所などと調和をたもって地域医療体系を形造らねばならない。

医学教育、とくに臨床教育の理想とするところは少数人数実地教育で、医学生が病人を主とした、すなわち人権が守られながら診療が行われるなかで教育されることである。さきに述べたように、こうした実地教育を大学病院のみで行うことはもはや不可能であり、関連病院を含めて、広い範囲で診療に直接結びついた教育の場を求めべきである。

このことは卒前教育のみならず、ことに卒後の教育、生涯教育のためにも責任があり、かつ充実した、大学病院を含めた地域保健医療体制の確立が早急に望まれる。そして、すべての病院を目的に応じて診療に耐える病院に整備し、そこで医師が生活の保障を得て医師らしく生き甲斐を感じて働けるようにすれば、医師の偏在も次第に是正されて行くであろう。

本来、すべての病院は診療を中心としながら、それを向上するための研究を行い、またこれらの過程で教育をも分担しているものと考えられる。しかしこの三者の重みは病院の規模、性格によってことなり、大学病院はその成り立ちからして、他の病院に比べて、診療のほかに教育、研究により多くの責任を持つものである。

従って大学病院には診療科教官のほかに、指導教官が必要であり、医師数をはるかに上まわる数の医療保健要員、たとえば薬剤部員、看護部員、医療技術員、事務職員などが配置されるべきである。このほか、同時に活発な研究が行われるためには相当数の研究技術員も必要となってくる。

医師である教官は原則的に教育、研究、診療のすべてに関与しながら、その中にはいくつかの特殊化した人があってもよく、また同一個人がある時期に、そのいずれかに重点をおくものがあってもよい。

しかし医学部、病院全体としては教育、研究、診療の三部門は常に均整がとれてそれぞれ必要な要員を確保し、各々明確な責任体制が互いの連けいのもとに確立されていなければならない。

診療科は対応する講座と有機的に連けいし、中央診療部、医学部基礎部門とも密接な関連を持つべきである。診療科の分け方には現在の診療科別のほか、大きく外科系、内科系に分ける方法、あるいは機能別、臓器別に分けるやり方などいくつかの案が考えられているが、これらは各大学の自主性にまかせてよいと思われる。要は現在のように固定化してしまわないことで、この方向の推進を妨げている原因の一つは要員の不足と不十分な設備

にあるといてよい。

一般的に云えば、医学部、大学病院には、基礎、臨床併せて全学生数と略同数、あるいはそれ以上の専任指導教官が必要とされ、ほかに病院の規模、性格に応じて、相当数の医師 (resident) が配置されなければならない。

しかし、当面の問題は医師定員の確保もさることながら、前述の医療保健要員の配置が、医育、医療およびこれに関連した研究をより効果的に進めるためにも緊急であろう。

医学研究について

医学校における研究は、今日まで、学位制度と深く関連してきたともいえる特殊な一面をもっていたことも事実である。しかし、このような状態では、わが国独自の独創的な研究を永続的に発展させることはむずかしい。

このためには次の事項について改善が望まれる。1) 研究要員は十分な経済的、身分的保証が与えられるべきである。2) 研究の多様化、教育カリキュラムの根本的改善、大学院制度の改革などに関連し、研究要員の増加が望まれる。3) 研究を推進するための新たな措置として、すぐれた研究者に対し、リサーチフェローシップに対応するような制度、ないしは、医学研究員制度を設け、別途に十分な手当を支給して研究を継続させるよう考慮すべきである。4) 研究補助員の養成、その待遇、資格、将来に対する保証と人員の大幅な増加が望まれる。この問題はわが国の研究部門の中で最も立ちおけている部分である。

研究のための予算と施設について

研究の多様化と研究機器の大型化に伴い、研究予算の絶対的不足が表面化しているが、研究の発展と独創性の開発のためには、予算と施設に対する根本的な改善を必要とする。そのためには、1) 文部省科学研究費補助金の増額、これを人件費として研究者あるいは研究技術員の雇用に使用できるような改善も望まれる。2) 共同利用のための研究施設の設置増。3) 教官研究費 (教官研究旅費を含む) の増額などが望まれる。

研究者の養成について

医学校の授業内容は、当然のことながら臨床医師の養成を目標に編成されていて、在学中には研究者の育成のための訓練がほとんど行われていない。そのため、医学校出身者が研究者として出発する年齢は、他学部に比し著しくおくれ、この間に創造的な芽をつむことにもなりかねない。このためにはたとえば外国の一部の大学で実施されているような専門課程2年修了後、従来の臨床医学のコースのほかに、研究コースを設置したり、あるいは生物科学部または研究所を大学に併設するのも一つの

方法である。この方法はまたすぐれた臨床医の育成にも役立つ。

一方、現在医学部以外の出身者が基礎医学者として常勤する傾向が急速に増加しつつあるが、これらの研究者の多くは、医学に対する基本的な理解が充分とはいえない。したがって、それらの人々のために、たとえば2年制の大学院を設置して特定の科目を修得した後に医学修士を与えるなどの制度も考慮されるべきであろう。

もちろん医学部出身者が基礎医学者となり、その教育・研究を担当することは、その経験からいっても望ましいことである。しかし現実には卒業者のほとんどが臨床医を志す。その背景の一つには経済的理由がある。医学部出身者に基礎医学を志向させるような優遇措置を講じることは是非必要である。

大学院のあり方について

大学院は将来医学の教育と研究にたずさわる専門家を養成するための機関として発足したが、この制度の運営に必要な独自の指導要員、予算および施設に対する配慮の不足、入学定員の無定見な拡大、大学院学生の身分的、経済的保証に対する考慮の欠如などが、この制度の当初の目的をきわめてあいまいなものにし、その存続の意義を著しく低下したことは否定できない。したがって、今後この制度を存続させ、その活用と効果を期待するためには、上記の諸点についての十分な改善を前提としなければならない。

とりわけ臨床系においてこの制度の意義が問われた理由は、その目標が明確でなかったことにあると思われる。すなわち、臨床系にあっては、この制度は研究者養成のための課程というよりは、診療技術修得のためのいわば卒業教育の一課程として利用され、一般の課程を歩む者と大学院学生との間の差異、あるいは「けじめ」を充分明らかにすることができにくかった。

しかし、矛盾は臨床系大学院のみではない。基礎系においても大学院学生と助手ないし研究生との違いは明確でなく、ただ臨床系ではその矛盾がより多く目立つにすぎないともいえる。したがって今後は単にある種の研究要員、臨床要員というよりは、はっきりした目的意識をもち、またその独自の目的のために整備されたコースとして位置づける必要がある。たとえば基礎・臨床を分けることなく形態学系、生理学系、生化学系、社会医学系などに大別して考えるのも一つの方向であろう。本来、基礎と臨床という呼称は、教育内容の違いと、診療に携わるか否かという業務上の違いとから分けられているのであって、医学の中に異質に対立する二つの分野が存在することを示すものではなく、まして研究の上で、その

目的や方法に本質的な差異があるのでもない。臨床における研究とは何かということがとくに問題になったのは、1) 医学部における研究が生物学的に傾斜し、人間尊重の精神がうすれるとともに病める人たちに直ちに還元されるような研究、あるいは、診療の実際面から提起される研究が比較的減少しつつあること。2) 研究方法の飛躍的な発達によって、診療業務と研究との両立が困難となりつつあること、などから、臨床における研究の進め方について新しい反省が迫られていることに原因している。

したがって、今後の臨床研究としては、1) 理念として：現象の観察、解析、理論の形成へと進む自然科学的研究の中で、人間の生命の尊厳を認識しながら現象を正しく把握することから出発することが大切である。2) 臨床講座の構成人員：教育、研究ならびに診療を満足に遂行することのできる適切な人員数にまで増員し。3) 研究の内容、学位制度、大学院制度の改善。4) 卒後教育制度の確立などによって、疾病に密接に関連する研究が展開されることが期待される。

さらに大学院における履修内容の充実をはかるためには、同一大学内あるいは、いくつかの大学が共同した大学院を形成し、国公私立間でも相互に門戸を開放し合うような試みを実施することも考えられる。また、大学院学生に対する個人研究費、給費、または奨学金の額を大幅に引き上げることも必要である。このような経済的な改善と同時に、各年度ごとに厳格に履修状況を判定するなどして、この制度の実施面についてきめこまかく改善することが望まれる。

教育・研究・診療要員の充実と待遇改善

医学教育はその特殊性ゆえに、特に多くの要員を必要とする。一方、地域医療機関との待遇の格差のために、大学は優秀な若手医師を失いつつある。

教育・研究・診療要員の充実

わが国における医学教育の要員は、古くから行われていた講義形式による教育を基盤として算定された必要数のまま現在に至っている。しかし、医学教育の内容は科学の進歩や社会的要請などによって時代とともに著しく多様化し、高度化し、質および量ともに急激な変化と増大の傾向を示し、現在の定員ではこれに対応することが不可能な状態に達している。

教員は教育内容の充実に努力すれば、研究時間を削減せざるを得ず、とくに臨床関連講座においては更に診療という重大な責務を負わされており、それらを完遂するためには著しく過重な業務を強いられる。そのうえ、インターン制度の廃止にともない、卒前教育期間内の教育

密度を高め、臨床経験を豊富にするばかりでなく、医療における倫理性を体得させるためには、少人数のベッドサイドティーチングの充実が不可欠であり、このために教員の業務量はますます過大となっているのが現実である。

これらの実態（昭和46年調査）については、全国医学部長病院長会議が昭和48年3月に発表した「医学部の現状調査に関する報告（第1次）」においても明らかである。

それによると、国立24大学医学部専門課程における年間平均授業実施時間数は、講義3,024時間、実習1,885時間、合計4,909時間であるが、関係した教官すべての延実授業時間数（準備時間を含む）は、講義5,510時間、実習48,917時間、合計54,427時間におよび、週当たりの平均延実時間数は1,700時間に達している。

諸外国の医学教育関係教員数について調査したところ、米国における1967年の89医科大学の平均教員数は、基礎医学関係では講師以上の常勤68人、非常勤28人、研究員96人、臨床医学関係では講師以上の常勤149人、非常勤402人、臨床要員（医師）276人の多くを有しており、わが国のそれに比して格段の相違がみられる。さらに1973年の他の報告によれば、米国の医科大学の教員1人に対する学生の割合は平均1.4人となっている。しかし、医学教育を担当しているのは上記の常勤者のみでなく、このほぼ2倍の非常勤者または特志教員がおり、これらを加えると全教員数は、学生総数の2倍以上となる。

英国では、1970年度のオックスフォード大学およびロンドンのGuy病院医科大学の教員当りの学生数は、それぞれ1.75人および1.48人となっている。西ドイツにおける教員当りの学生数は、1960年度5.0人、1966年度3.8人とやや改善されつつあるが、さらに少人数教育などを充実させるためには大幅な教員の定員増が必要であることが学術審議会から答申されている。

昭和46年におけるわが国の現況は、25国立大学医学部の学生総数9,836人に対し、講座教官（助手を含む）は3,433人に過ぎず、教官1人当りの学生数は2.9人となり、米・英に比して約2倍を示している。諸外国の統計と比較するため、講座、診療科、研究施設などをすべて含めた講師以上の教官総数をみれば、2,926人で、教官当りの学生数は3.4人となり、教官数の著しい不足は明らかである。

また、1大学当りの平均教官数は、講座教官（助手を含む）137人、さらに診療科を含めた全教官（助手を含む）でも264人に過ぎず、米国の1大学当りの平均515

人に比して約半数であり、そのうえ非常勤教官数においても格段の差異がみられる。以上は教官数の多い国立大学における調査であり、公・私立大学における現況はさらにこれを下回るものである。

この昭和46年の現状調査を基盤として医学教育のモデル的なカリキュラムを編成した場合に、それを実施するための必要教官数はどの程度であるかを算定したところ、基礎系教育には149（うち講師以上56）人、臨床系教育には597（うち講師以上160）人、計746（うち講師以上216）人となり、米国の現状とはほぼ等しくなる。

わが国の医学校においては、卒前教育のみならず卒業教育の相当部分をも担当している。にもかかわらず、それに対する配慮（特に要員の）はほとんどなされていない。そればかりではなく、教育・研究・診療の三者が一体となって円滑に運営されることこそ医学教育の本質であり、効果を高めうる基盤であるにもかかわらず、それら要員の定数はきわめて乏しく、各人の負担がますます増大するばかりでなく、その業務を完遂することも困難な状態に達している。すなわち、教育要員の不足はすでに述べたごとくであるが、さらに研究関係要員ならびに医療関係要員などにおいて著しい。

わが国においては、有給研究員の制度がなく、研究技術者および研究補助者の定員がきわめて少ないため、その多くを非常勤者によって補っているが、それも著しく制限された予算によって処理するため、種々の問題が惹起されている。

医療関係要員としては、国立大学病院では医員の制度が設けられ、ようやく軌道に乗りつつあるが、これも定数に制約があり、充分とはいえない現況にある。その他、看護部要員にしても、医療技術者ならびにその補助者、薬剤部要員にしても、現在の病床数、外来患者数、手術数、検査数、投薬数などの増加に対して著しい不足をきたしている。

これらの点に関しては、現在までも各医育機関においてカリキュラムの再検討、研究の合理化、診療の能率化など、あらゆる面からでき得る限りの改善を絶えず試みてきたが、国民の要望に応えられる医学教育を実施するためには、教育・研究・診療のすべての分野にわたってそれぞれの要員の増加が不可欠の条件であるとの結論に達した。

要員の待遇の改善

医学教育の質的ならびに量的向上を計るためには、施設、設備などの環境条件の整備拡充の必要なことはいうまでもないが、それにも増して優秀な人材を充分に確保することが不可欠の条件である。このためには、それら

表1 大学教官（医師）と医療職との給与（月額）比較（昭49.4）

区 分	初任給	8年後	16年後	24年後	
医療職(一)医師	160千円	213千円	274千円	306千円	
大学教官	助 手	120	153	172	
	講 師		161	192	227
	助 教 授		166	202	237
	教 授			211	267

表2 米国の106医科大学の常勤教官の平均年俸（1973～4）

	臨床系	基礎系
主任教授	48.2千ドル(633)人	35.8千ドル(503)人
正 教授	39.3 (2,348)	28.1 (1,371)
副 教授	32.4 (2,776)	22.1 (1,428)
助 教授	26.8 (4,313)	17.7 (1,957)
平 均	36.7 (10,070)	25.9 (5,259)

表3 英国の医学校の教官年俸例（1970年）

医科大学名	オックスフォード	セントトーマス
基礎系教授	3,445～4,975ポンド	3,500～5,400ポンド
臨床系教授	5,295～6,065	4,000～6,250

表4 フランスの医科大学の教官年俸例（1970年）

C.H.U. Creteil

正 教 授	120千フラン
副 教 授	100
助 教 授	36
講 師	18

要員の待遇をより高めるとともに勤務環境を改善することが重要である。とくに従来より問題となっていた教官の待遇改善に関しては、すでに各方面から数次にわたって多くの意見が出されており、昭和49年4月以降ある程度の是正が行われたにもかかわらず、いまだに病院勤務医との間には著しい格差が認められる。例えば医療職と比較すると、表1のごとく、初任給においても8年後、16年後、24年後においてすなお30～60%の差が現存しており、待遇改善の実はあがっていない。

試みに諸外国の医療機関における教官の給与を示せば、1973年の米国106医科大学の常勤教官の平均俸給は表2のごとくであり、1970年の英国における俸給例は表3、同年のフランスにおける例は表4のごとくである。

調査時期が異なるので、わが国との俸給の比較を正確に行うことは困難であるが、時期の最も接近している米国の例を見れば、その差異が余りにも大きいことが理解できる。

以上のごとく、医学教育を担当する教官の待遇は諸外国に比して著しい格差があるのみでなく、国内において

も同じ公務員である医療職との間にもかなりの差がある。このような状況においては優秀な教官を確保し、定着させることは困難であるばかりでなく、最近実施されつつある関連教育病院との教官の人事交流も、待遇の格差が隘路となって円滑に運営されず、医学教育に重大な支障をきたすものと考えられる。したがって、まず教官の待遇の改善が現在の急務といわざるを得ない。

また、医学教育に重要な役割を果たしている研究関係員および医療関係要員のいずれにおいても、その待遇は他に比して格差があり、優秀な人材を得ることが困難なうえに、これを定着させることも容易でない。しかもそれらの定員がきわめて制限されているため、現状では非常勤職員によって補充せざるを得ないが、この待遇が一般に比して余りにも低いと、補充すら困難であるばかりでなく、身分上の種々の問題をおこしている。

したがって、教育、研究、診療のすべてにわたって定数の是正を計るばかりでなく、その待遇を大巾に改善して人材の確保に努めることが重要であり、止むを得ない場合は、非常勤職員に依存せざるを得ないが、その際にも待遇に充分な配慮をすべきである。これに対して大学側も、教官その他の要員の業績・能力の厳格な評価を継続的に行う姿勢が強く望まれる。

医学校の設置と国の財政援助

国民の生命、健康をあずかる医師は公的性の強い職業である。したがって医師を育てる医学校は、その設置形態の如何にかかわらず国を挙げての努力により、その時点の最高の基準にしたがって要員（医学者・医師・看護婦・技術者その他）・施設・設備を整備し、教育・研究・診療の体制が充分整った上で開校し、教育の実績をみた上で認可すべきである。

医学校の増減

アメリカのフレクスナー報告（1910年）は世に知られている。Abraham Flexner がカーネギー財団の援助をえて北米の医学校を調査し、その大部分が低級なものであると指摘した。これをうけてアメリカ医師会（AMA）とアメリカ医学校協会（AAMC）が強力な活動を開始し160の医学校は約半数にまで減少した。この権威ある査察は今なお数年ごとに続けられている。

日本では明治2年（1869）の3校（東京、大阪、長崎医学校）から明治12年48校となり、明治21年（1888）には21校に減少している。これはむしろ財政的困難による。因みに医学校数はその後多少の増減はあっても著変なく経過して昭和16年（1940）26校、ここで第2次大戦の軍医養成のために医学専門学校が急増された結果、昭和21年当時は74校を数えるに至った。昭和26～27年には

医専の廃止、医大への昇格によって39校、昭和44年46校から僅か5年後昭和49年には、70校（国立9校、私立15校増）となる。政府の医師増の方針によったもので、冒頭に述べた条件はほとんど無視されている。

医学校の開設と認可

日本では医学校の創設、開設は同時に学生の入学すなわち開校を意味し、それ以前に認可されていることになる。

アメリカの1973年度調査資料によると、1960～2年以降に創設された医学校22校のうち、卒業生を出して、正式に認可されたもの14校、まだ卒業生を出さず、認可の資格のないものが8校ある。この8校が創設から開校までに費やした準備期間の平均は4.3年であり、これらの入学者数は24～49人（平均31人）で、既設校の1/4以下である。

1）創設から開校までに充分の時間をかけて準備している。最高9年である。

2）開校はしても、なお完全な受け入れ体制が出来るまでは学生数を抑えている。既に認可され、数年を経た学校でさえ、古い学校に比べて入学者を少なく採用している。古い学校：新しい認可校：未認可校の入学者数比は4.6：2.2：1である。

西ドイツは医療需要の急増にともなう医師不足対策として、既存の大学の入学定員的大幅増、ついで約10校の医科大学の新設を決定した。しかしそのための教員とくに基礎医学教員の養成には充分な時間がかけられた。

これと並行して医学教育内容の改革の必要性が叫ばれたが、結局学術審議会が1966年に勧告した改革案が一般の支持を受けることになり、その結果ベッドサイド教育の導入や、関連病院の確保が義務づけられるようになった。これを実現するために、数年間にわたって西ドイツ全体の大学関係予算の30～40%が医学教育の拡充に割り当てられている。

わが国ではどうか。最近の例をみると、

1）政府の医師増の方針により、文部省は大学設置審議会に諮る。

2）文部省に委嘱された数名の委員により、学長、病院長予定者の複数候補者リストがつけられる。

3）上記のうちから予定者に決定されたものが準備室をつくり、教授、助教授予定者をリストアップする。

4）大学設置審議会分科会の医学専門委員会は、このリストにつき書類によって資格審査を行う。

5）国立ならばこの間に予算要求が出され、予算通過すなわち認可であり、認可と同時に医学進学課程への学生募集、入学となる。

国の方針決定から学生入学までがいかに短期間に進められるかは、冒頭に述べた最近の事例で明らかである。医学専門委員会も最低基準を充足している以上は合格と判定せざるをえないし、どこにも拒否権はない。学生が臨床課程に進むころ、なお看護婦不足のために病床が著しく不足していても、その医学校に教育停止を命ずることはできない。看護婦確保の見通しがあること、をもって認可の条件としているからである。

われわれが反省すべきことは余りにも多い。

その第一は認可の問題である。たとえば国立医学校は国自身が設置するのであるから国の認可事項ではない、という解釈から「予算通過」は「認可」と同義語となるという。この発想は公式主義そのものであって、人間尊重の理念がない。たとえ国が発意し、必要条件をみたして発足したとしても、人命をあずかる医師を教育する機関である以上、その実績を確認したのち、はじめて認可する、というアメリカの精神を学ぶべきであろう。これは医学関係者も反省し、政府ともども改革につとめるべきであろう。わが国でも古くは私学においてこの方式がとられていた。初期には数少い学生を募集し、卒業生を出してはじめて認可された。当時の為政者も医学教育者も真剣であった。

米国における医学校の廃止の問題を考えてみたい。充分の準備と、卒業生を出す教育の効果をあげての上で認可されても、その後の監査によってなお不充分と判定されれば廃校とする。これは医学教育に対する徹底した監視であり、厳しさであって、信頼するに足る医師を世に送るための二重保証である。しかも、これが医師会と医科大学連合による査察の結果によっていることが重要である。さらにその勧告によって政府は財政的援助をす。フレクスナー委員会に指摘され、アメリカ医師会(AAMA)とAAMCの勧告によって閉鎖された医学校の大部分はこのようにしてその後ほとんどが再開されたのである。終始一貫して見事であり、敬服すべき処理法である。

昭和46～47年、政府の一県一医大のスローガンが打ち出されたとき、国立医学部長会議について全国医学部長病院長会議はその無謀に対し警告を発した。主たる理由は基礎医学者および看護婦の不足であった。しかしただ徒らに反対したのではない。医師法改正に伴う医学校の負担荷重、したがって不十分な教育になることをおそれて、一刻も早く附帯決議にもとづいて、要員、施設、設備の充足をすること、その充実をはかったのちは、まず既設医学校が学生増募を行うのに決してやぶさかではないことを説いた。

現実に24の医学校がつくられ、学生は進級しつつある。過去を語ってはい手遅れになる。応急の措置と、それにづく刻々の手だてをつくし、あわせて将来の検討を早急に始めなければならない。

国の財政援助について

国がその重要政策として国民の福祉、そのための医療の普及を望むのであれば、優秀な医師を育て確保する責任がある。そのためには設置形態(国公立)の如何を問わず、医学校は大巾に国の財政援助を受けるべき性格のものとするのが当然であろう。

ヨーロッパ諸国の多くの医学校は国立であるが、私立医学校もほとんど国庫負担によって運営されている。アメリカの医学校97校(州立51、私立46、1971/72年)はその総支出額の54%を連邦政府、州政府、財団等からの補助金によっている。このうち連邦政府負担は補助金総額の43%を占める。その規模も大きく、1校平均総支出額は約74億円、したがって各種補助金も1校あたり41億円となる。しかもこれらはすべて病院経費を含まない数字である。これに比べるとわが国の昭和50年度私学に対する補助金は、従来より改善されたとはいえ、人件費の半額および教育・研究設備費の一部をまかなうにすぎない。

ところでわが国の私立医学校数は28校で、全医学70校の40%を占める。とくに公立医学校9校は国立、私立の谷間にあって運営は困難であり、地方財政に左右され、したがって公立学校間に格差も生じる。このように本来、国家的事業であるべきものが、その多くを国の財政援助を受けることの少ない公私立医学校(全体の53%)に負っていることになる。

県や私学に医学教育をゆだね、その教育に均等性を期待し、均一な最低基準をもつ卒業生を期待しながら、財政援助に格差があることは論理的にも矛盾しているといえよう。公私立学校への国庫負担を大幅に増額して国立並みとしてこそ、すべての医学校に同等の責任が生じ、そこではじめて国にはその卒業生に対して統一の医師国家試験を課する権限が生じるといえよう。

さきに述べた医学校の設立、認可の問題がここで改めて重要性をもつ。国は財政援助によってその経済的規模に国公立の格差をなくし、医学関係者は厳しい自己規制によって絶えずその実績を監査し続けることによって、はじめて医学教育の特殊性を生かし、国の求めるよき医師を育てることができよう。

これは何も事新しいことではなく、他国においてすでに行われていることであり、ひとりわが国が立ちおけていることなのである。

文部省と医学関係者はともに真剣に検討し、早急に実現をはかるべき重要課題である。

医師評価の問題

医師は終生の職業であり、卒後の国家試験の後にも絶えず教育・研究の機会が与えられねばならない。またその実績を厳しく評価するとともに、それに報いる制度が考えられねばならない。

医学教育の目的は、よき医師、よき医学者の養成にある。すでに述べてきたように、医師は直接人の生命をあずかる職業であるがゆえに、診療に不可欠な知識と技術をそなえるとともに、高度の道徳的責任感が要求される。医学校はこの期待に応じて医学生を教育し、新しい医師を送り出す。一方、医学は常に進歩し、より新しい診断、治療の知識と方法が開発され、それに伴って新しい病気も発見される。ひとたび医師免許をえてからも、医師はつねにこのような新しい医学の知識、技術を取り入れていく必要がある。このような医師の生涯教育（生涯勉強）があってこそ、患者は医学の進歩の恩恵をうけることができ、医師はその職業に対する誇りを保ち続けることが可能となる。

卒前医学教育においては、基礎医学、臨床医学のすべての科目は必修であって、これは他学部には見られないことである。なぜなら人体は完全な生きて有機体であり、将来の専門が何であれ、正常な人体について、また将来の専門外となるかもしれない病気についても学んでおく必要があるからである。

患者に接する臨床課程に進む前に、基礎医学の課程を修了する。国により、学校によってその方法は異なっても、この前期課程を修了しなければ後期課程に進めないような仕組みがある。

一般にアメリカの医学校では、各科目修了ごとに行われる試験が厳しいことはわが国の比ではない。学年試験に失敗すれば放校となり、他の医学校からも閉め出されるから、専門を変えざるをえない。

西ドイツでは1974年から医師国家試験の新制度を発足させた。医学校在学6年の間に4回の試験がある。わが国の医学進学課程および基礎医学課程の一部にあたる2年間を終えて医師前期試験、そのあと第4学年の終りに第一次医師試験、第5学年の終りに第二次医師試験、そして第6学年で実地修練を終えて最終の第三次医師試験があり、これが最終的な医師国家試験に該当する。それぞれの試験に合格してはじめてつぎの試験が受けられるのは勿論であり、再試験は2回までしか受けられない。これらの制度は「設置基準」の項で述べた学術審議会の作成した医学教育改革案に従って連邦議会が決定したも

のである。

アメリカでは医師会、医学校協会、病院協会の代表者からなる National Board of Medical Examiners が1915年にできた。これは医師免許の水準を高め、各州での基準を統一することを目的としたものである。現在ではここで作成された共通の試験問題がほとんどすべての州で医師免許試験として用いられ、カナダもこの機関の試験問題を用いている。そのうちのいわゆる National Board 試験は2学年末の基礎医学試験、4学年末そして1年の実地研修後に受ける臨床医学の試験の3部からなっている。多くの医科大学がこれらの試験の合格を進級や卒業の条件としており、その合格を医師免許の条件としている州もある。

かつてわが国では各医学校の卒業試験に合格すれば医師免許が与えられた。今日の国家試験は戦後にはじまったものである。アメリカにならってインターン制度が採用され、卒後1年間の実地修練を終えたのち受験することができた。その初期には臨床医学だけではなく基礎医学をも含めた試験が課され、合格率は低かった。その後、間もなく基礎医学の試験が除かれ、臨床医学試験も水準が下げられた。したがって多くの学校の卒業生が100%近い合格率を示した。この状態は長く続いた。東南アジアからの留学生が日本の医学校を卒業し、国家試験にも合格して母国に帰り、そこでの国家試験に失敗して医師となれず、職を転じるという日本にとって不名誉なことも、この頃に起きている。ちなみに、そこではイギリスやアメリカでの医師免許はそのまま通用し、日本の医師免許は認められていない。そしてこの「甘い」国家試験のはらむ危険性に対する警告は、ようやく認められ、最近になって厳格な国家試験が課されるようになった。ところがその結果は余りにも惨めな合格率となって現れた。医学教育関係者にとって正に頂門の一針であり、「廃校」ないし「新規学生募集停止」に値する出来事である。

医師には高い最低基準がなければならない。これを決定するのは統一国家試験であり、その合格判定基準はつねに論議的的となっている。しかし受験者の教育は各医学校に一任されている以上、わが国でもアメリカ、西ドイツのような段階方式を考慮する必要がある。同時に医学校入学者選抜のあり方と、医学校の認可、認可後のアフターケアがより重要な問題となってくることは当然である。

医師は終生の職業であり、その免許は卒業直後の一回の国家試験によって授けられ、終生保証されているわけである。問題はここにある。国家試験の水準を高くし、

厳正にするとともに、医師の生涯教育または医師の自律的な生涯勉強が必要であり、その結果を評価する方法が論議される所以である。

アメリカでは医師免許取得ののち、さらに専門別に修練し、認定をうける専門医制度が定着している。全米医師の約1/3が専門医の認定をうけており、その再教育コースも設けられていて、認定更新の論議もなされている。

開業のかたわら一定病院に勤務して新しい教育をうけ、評価をうける制度もあり、その病院はまた、医師会や学会からなる委員会の審査をうける仕組みになっている。

このようにして医師や医療の評価が二重三重に行われて、医療の水準向上のための努力がたえず行われている。アメリカでの医療費は高額である。しかし医師はその報酬に見合う努力を生涯続けており、それを可能にする方法が組織だって強かに準備されている事も事実である。

これに比べて、残念ながらわが国ではすべてに立ちおくれている。早急にしかも組織だった方策を講じなければならぬ。それにはまず医師自身に職能水準をつねに高く維持しようとする意欲が必要である。同時に医療機関、医育機関はそれを可能にするための具体的な制度、方法をとりきめ、実行する熱意がなければならない。さらに医療行政面では、それらの努力と実績を客観的に評価し、それに報いる制度を考える必要がある。医師の能力を評価しない現行医療制度は、むしろ医師、医療機関の医療向上への意欲をそぐものであり、再検討の時点にきているといえよう。いずれにしても、この三者一体となつての努力によって、はじめて医療水準の向上が可能となる。

むすび

国をあげて医学教育にとり組まなければ、「国民の健康な生活を保証する」憲法の条項を死文化するおそれがある。このためにたとえば内閣直属の「医学教育審議会」の如き強力な機関の設置を提案したい。

医学部、医科大学は他学部、他大学に比して著しく異なる特殊性をもっている。たとえば、医学の教育と研究には患者の診療が必須である。この為の病院は外に開かれており、地域医療機関としての性格をも兼ねている。教育研究のための診療を、地域医療機関としての業務のためにする診療とを区別することはできない。

学生は卒業試験までは文部省の所管に属し、引続いての医師国家試験は厚生省が行う。免許取得後、研修医として大学病院に勤務しても、卒後2年間の手当・研修費

は、国立大学では文部省から、公私立大学では厚生省から支給される。

臨床教育の実効を上げるにはベッドサイドの少人数教育が必要であり、そのための必要病床数は3,000~4,000床が望ましい。しかしこのすべてを附属病院にもつことは実現困難である。これに代わるには欧米にならって、学外の一般病院を関連教育病院として活用する方法がある。しかし学外の病院はその経営母体が区々である。その病院の医師のうち有資格者を臨床教授とし、学部学生を派遣して臨床教育を受けさせたい。そのためには外部の病院に対し、教育・研究の費用を支払わなければならない。この場合どこがその掌にあたるかが問題である。

以上挙げた例からも、医学校の置かれた立場が他学部と異なることは明瞭である。

また先に述べた政府の「一県一医大」を例にとってみると、政府に無医村を無くしたい発想が起こる。厚生省に諮問する。医師の絶体数が不足しており、毎年何人増せば、アメリカ並みとなるという答申が返ってくる。政府は文部省に命じ、文部省では国の方針として、それに見合う数の医学校の新設と、既設医学校に学生増募を命じ、これによって算数的解決をする。この時、医学教育の当事者が如何に声を大にして、その無謀をなじり、阻止しようとしても、これを真剣に受けとめるところがないのは、むしろ当然かも知れない。

アメリカでは連邦政府や州が医学校に財政援助をする一方、民間の強力な団体である医師会や医大連合と緊密な連絡を保ち、その建議を尊重する。本年度限り全廃されることとなったインターン制も、医師増のための学生増募、医学校の新設、そのための国費の支出も、すべてこれらの機関からの建言によっている。別項に述べたフレクサナー報告を想起されたい。

イギリスにはイギリスの医学教育制度に歴史的な一紀元を画するといわれるトッド報告(1968年)がある。首相の医学教育に関する諮問機関として首相が卒先して議会の承認をうけた強力な組織である王立医学教育審議会の委員長がトッドであった。

西ドイツには大統領の諮問機関として学術審議会(1957年)がある。構成員は大学、研究所の教授、連邦政府と州政府の官吏およびその推薦者合計35名からなる。これは医学校を含む高等教育・研究の制度改革、拡充について審議し、1960年以来しばしば重要な答申を出している。その勧告に従ったものの一つが別項に述べた医学校の卒前教育カリキュラムや試験制度の改革である。

ひとつの提案

わが国で医学教育にたずさわるものは、管理職にあると否とを問わず、常に医学教育、研究のための要望・提案の聲が闇に吸い込まれる如き空しさをかこってきた。

昭和44年以来、国立医学部長会は窮余の一策として「医学教育庁」（仮称）の設立を提案してきた。文部省・厚生省の医学教育に関する部門を合併したような所管庁であれば、医学教育の特殊性を理解した行政が行われるであろう、という発想からであった。しかし、これは実現可能なものというより、医学教育者の願望をこめた象徴的なものであった。

アメリカのAAMCにならって全国医科大学連合を設立せよとの声もある。医学部長病院長はわが国ではその任期が2、3年にすぎない。従ってその集まりである全国医学部長病院長会議では長期継続の審議は困難であり、その声は弱い、ということによるものである。

しかしわが国では、このような民間組織がいかに慎重に討議を重ねて建議しても、実効があがらない嫌いがある。

医学教育はその特殊性のために、中央教育審議会でも審議対象とされずに終わっている。しかし医学教育をこのまま放置すべきではない。国民の健康をより高めるために、より広い視野と長期的ビジョンを持って医学教育問題と積極的にとり組む内閣直属の審議会の設置は、われわれが当初から抱いていたもう一つの構想であった。

その後しばしばの検討の結果もこれを肯定するものであった。

本会議は、わが国の首相自ら医学教育の重要性を認識し、卒先してその諮問機関として、たとえば内閣、関係官庁、医学教育機関、医師会の代表者と一般の有識者からなる「医学教育審議会」（仮称）を設置し、本審議会が卒前・卒後にまたがり、文部・厚生両省にまたがる医学教育問題を総括して審議決定する体制をつくられんことを強く期待してやまない。

資料 9

医学部設置基準の改善について

大学設置審議会
（昭和50年7月7日）

1 医学教育の目標

医学教育は、確固たる倫理観に基づき、医学に関連した社会的使命を有効に遂行し得る人材を養成することを

目的とする。

特に、その学部教育においては、医師として最小限必要な知識・技術を体得させ、卒業直後といえども適当な指導者の下では直接独力で診療を行うことができる程度の実力を付与するとともに、医学の研究に関する豊かな思考力と創造性を涵養し、常に医学の進歩に即応しつつ、将来高度の知識・技術を有する医師又は医学者となるための基礎を培うものとする。

なお、教育、研究その他の分野で専門的に必要な能力は、学部教育によって得られた医学一般に関する理解を基礎とし、大学院その他の卒後教育によってこれを修得するものとする。

2 医学部の教育研究組織

(1) 学部・学科の組織

医学部に医学科を置く。

(2) 講座制

1 医学部で専門教育科目を担当するため開設すべき講座は、次の各号合わせて30講座以上とする。

ただし、特別の事情がある場合は28講座以上とすることができる。

ア 基礎医学に関する講座

（人体の基本構造、機能その他人間生物学に関するもの）

イ 臨床基礎医学に関する講座

（疾病の原因及び病態に関するもの）

ウ 臨床医学に関する講座

（疾病の診療原理及び応用に関するもの）

エ 社会医学に関する講座

（人間健康の社会的側面及び社会問題に対する医学の応用等に関するもの）

2 教育研究の効果的な遂行のため、関連する講座を統合し、単一の講座として運営する場合は、それに応じて講座数を減らすことができることとする。このような場合には、特に教育研究内容に偏りの生じないよう配慮する。

（説明）

(1) 医学部で開設すべき講座について大学設置分科会申合せにおいては、解剖学2講座、生理学2講座、……麻酔学1講座というように、基礎13講座、臨床14講座、合計27講座がそれぞれの名称及び数に至るまで細かく定められていた。

本建議においては、医学部には従来どおり講座制を設けることとしているが、開設すべき講座の名称及び講座別の数については特に定めないこととした。ただし、医学の基本的な分野である前記の各号に関する講