

1. 耳 痛**SBO**

1. 耳痛の原因と治療法を列挙する。
2. 耳痛患者を診察し、必要な検査を実施ないし指示し、応急処置を行う。
3. 推定された原因疾患について連絡状を付して、耳科専門医に紹介する。

(注) 主な疾患：急性中耳炎、外耳炎、外耳道異物、外傷、中外耳悪性腫瘍、中耳真珠腫など。

2. 突発性の難聴**SBO**

1. 突発難聴の原因と治療法、予後について述べる。
2. 突発難聴の患者を診察し、聴力検査、神経学的検査などを実施ないし指示し、結果の判断をする。
3. 難聴の程度、原因の推定に従って、耳科専門医に連絡状を付して紹介する。

3. 発作性めまい**SBO**

1. 発作性めまいの原因、症状、治療について述べる。
2. めまい患者を治療し、必要な検査を行い、あるいは指示し、応急処置を行う。
3. 推定される原因疾患に従って、安静加療を続けるか、適当な専門医への紹介を速に行う。

(注) 主な原因疾患：メニエール病、急性各種内耳炎、頭部外傷後遺症、内耳循環不全、中耳真珠腫、内耳梅毒、第八神経炎・腫瘍など。

4. 鼻出血 ([4]c. 参照)**5. 呼吸困難****SBO**

1. 呼吸困難の原因、機序、処置法について述べる。
2. 呼吸困難患者を治療し、原因を速やかに推定し、適切な救急処置を行う。
3. 原因探索のため、さらに必要な検査を実施ないしは指示し、結果を判定し、処置を行う。
4. 原因治療に適当な専門家に紹介する。

(注) 主な疾患：上気道疾患；急性喉頭浮腫、ジフテリー、舌下・頸部フレグモーネ、下咽頭・喉頭腫瘍・異物など。下気道疾患；気管支炎、気管支ぜんそく、気管気管支腫瘍、異物、肺炎、肺結核、有毒ガス吸入など。全身疾患；心不全、術後障害、ガス中毒など。

6. 気管食道異物**SBO**

1. 気管食道異物の症状と治療法について述べる。
2. 気管食道異物の患者を診察し、その状態の重篤度を的確に把握し、救急処置を行う。同時に専門医に連絡する。
3. 原因確認のために必要な検査、必要な術前検査を行いあるいは指示する。
4. 専門医の治療実施に協力、介助する。
5. 異物摘出術後の管理を行う。

(注) 注意すべき異物症：幼児のビーナツなど植物性気管異物、老人の義歯食道異物。

(鈴木淳一)

資料 7

教育病院群制度について

教育病院群制度検討打合せ

昭和48年3月

教育病院群構想の理解のために

1. 社会福祉の充実は、現在わが国が抱えている最も重要な課題のひとつである。

高度経済成長の歪みが是正され、快適な環境の中で健康な生活を営むことができるようになること、これは等しく国民の願いである。

この願いを実現するために必要とされる諸々の施策の中でも、保健からリハビリテーションまでを含めた包括的地域医療の供給体制を全国的に整備することは、最も重要な施策のひとつである。

すなわち、医療需要の量的質的変動に対応することのできる、十分な医療の場と医療従事者を整備充実することが、現在強く望まれている。

2. 従来わが国の医学教育、ことに臨床教育は、卒前、卒後共に大学附属病院に偏りすぎており、しかも、その大学附属病院は卒前、卒後にわたって十分な臨床経験を積ませるといふ役割を果たすことが困難な現状にあることは、すでにしばしば指摘されてきたところである。

また卒後の臨床研修については、臨床研修病院制度が実施され徐々に成果をあげつつあるが、近年、関係者においてより広い観点から種々論議がかわされてきたところである。

すなわち、昭和45年7月、当時の厚生大臣が医師の教育に関連して、医科大学の新增設をすすめる一方、大学

附属病院を必要とせず、国公立病院を教育病院とする方式の確立が必要であると述べたことによりこの問題は俄かに衆目を集めることとなった。

一方、大学教育の側からも、昭和44年8月の大学病院の基本問題に関する調査研究会（会長：美甘義夫東大名誉教授）、および昭和46年12月の医科大学（医学部）設置調査会（議長：黒川利雄癌研附属病院長）が、それぞれ文部大臣あての報告を行ない、大学附属病院と連携協力して学生の教育にあたる「関連教育病院」の制度を設けるべきであるとの提言を行なった。

また、これらの報告に相前後して、昭和45年11月、全国国立大学附属病院長会議の大学附属病院のあり方委員会でも、ほぼ同趣旨の見解が表明されている。

最近では、本年3月、関連教育病院調査研究会（座長 懸田克躬順天堂大学長）の第1次報告があるが、これは前述の各報告を受けて、関連教育病院の具体化に関する諸問題について検討したものである。

3. このように、従来診療を主目的としていた地域の病院に医学教育機能を付与すべきであるという考え方が多方面から起ってきているのであるが、そもそも、臨床教育の主目的は個々の臨床例に接して適正な診療内容を決定する能力を養うことにあり、このためには、医師が診療を行なうにあたって指導医が助言を行ない、さらに症例検討会において診療内容が適切であるかどうか、熱心な討議が行なわれるというように、二重三重のオーデイトが行なわれ、患者にとって最適の診療が選ばれる体制が整えられていることが必要である。

このように整備された第一線の医療場において地域の健康や疾病の実態に応じて教育が行なわれるならば医学教育が充実されるのみならず、それを通じて地域医療の整備向上が果たされることが十分期待されるのである。

4. このような考え方に立って、われわれは、以下に述べる教育病院群制度を提案するものである。

すなわち、この制度は、卒前の臨床医学教育、卒後の臨床研修さらには医師の生涯教育を含めた臨床教育の場として、大学附属病院のほかには地域の病院群の教育機能を整備充実しようとするものである。

先進諸外国においては、各々その歴史的経過は異なるとしても、病院が臨床教育の大きな役割をになう形が極めて一般的であり、しかもその効果は高く評価されている。もし、わが国においても、すでに発足している地域の病院における卒後の臨床研修制度の考え方を掲げ、独自の教育病院群制度を打ち立てるとするならば、それは大学附属病院から地域の病院に医学教育を押し拡げると

いう、ひとつの歴史の転換を産み出すことになるということもよい。すなわち、医学教育を新しい流れにのせることになるわけである。したがって、その実現のためには、これに当る多くの分野の人々の確固たる信念に基づき、十分練られた施策がすすめられることが不可欠の前提である。

5. 教育病院群制度の所期の目的が達成されるためには、次の諸条件が整えられることが必要である。

第1点は教育目標および方法の確立である。

目まぐるしく変動して行く社会のニーズに対応し、めざましく進歩して行く医学を絶えず取り込んで行ける医師となるためには、卒前教育と卒後教育の目標をどのように設定するか、今後さらに進むであろう専門分化への動きと、同時に進むであろう包括化に対するニーズに医師はどのように対応して行くのか、今後の医療体制の変化をふまえながら、この目標が設定されてこそ、教育病院における教育の方法や内容を決定することが可能となり、またこれが歯止めになって、一部で危惧を持たれているような教育のレベルダウンを防ぐことも可能となるであろう。さらに、最も効果的な臨床実習の方法とその実習方法に十分フィードバック効果をもたらし得る評価方法の確立そしてこれらを円滑かつ効率的に進めて行くための教育責任体制のあり方を十分に考慮せねばならない。

第2点は、関係者の理解と医学教育に対する認識をいかに深めるかという点である。

すなわち、病院設置者および管理者についていえば、本来診療を目的とする病院の役割に教育機能を付与することは、その伝統の少なかつたわが国においては、簡単に受け入れがたいことは十分予測されることである。教育機能を付加することによって得られる病院機能全体のレベルアップについての設置者、管理者の十分な理解はもとより必要であるが、その理解を支える公けの施策が必要であることはもちろんである。

また、病院医師自身にも意識の転換が要請される。近年大学附属病院においてすら、後輩医師や学生の教育に対する医師の使命感の欠如が見られるが、後継者を育てることはすべての医師の使命であり、また教育に参加することの意義を十分に理解する必要がある。もちろんこのような意識の転換のみでなく、医師の教育への参与に対する評価とその実績に対する適当な処遇を行なうこともまた重要なことであろう。

さらに、本制度を軌道にのせて進めるためには大学側の十分な理解が必要である。病院が大学と関連する際にも、大学の病院支配という意識を避けながら、しかも十分な援助を惜しまない態度が本制度実施上不可欠であ

る。

第3点は、地域社会の合意の問題である。

地域の保健、医療体制の充実に対する地域社会のニーズを十分反映するよう、地域の行政機関、医療担当者の理解が深められることが不可欠である。

また、臨床教育においては、実際の患者の診療を通しての学習が根本となるが、このために正しい診療がゆがめられたり、患者にマイナスになるようなことは絶対に避けられなければならない。というよりむしろ教育病院における診療内容がより向上することから受ける患者のメリットが大きいという状況が作られる必要がある。こうなるとこそ、地域住民のこの制度に対する信頼が得られることになるであろう。

第4点はマンパワーの問題である。

病院医師の不足は本制度の大きな隘路であり、これを改善して行くための強力な施策が不可欠であるが、単にその数の充足のみならず、教育に対する十分な熱意と能力を持つ医師の確保が重要である。

また、看護婦その他の医療従事者についてもその充実が重視されるべきである。

第5点は財政上の問題である。

先進国においては、医学教育は卒業教育、生涯教育を含めて、公的性の強いものと理解されており、わが国を例外とすべき理由はもとよりあり得ない。このことは、診療報酬制度のもとに運営されている地域の病院における教育を考慮する際に、改めて確認される必要がある。

現在すでに高い診療機能を持つ地域の病院の多くは、その診療機能の維持、運営そのものが経済的に困難になってきているが、これは、現在のわが国の診療報酬制度においては、その根底に医学や医療の本質に対する配慮が乏しく、よりよい医療とは相容れない部分が少くないためと考えられる。

また、臨床研修指定病院については臨床研修補助金が投入されているが、これは、われわれの期待する新しい臨床教育を実現するという観点からすれば不十分であり、これらの状況のまま高度の教育をになうことはきわめて困難である。したがって、診療報酬体系の改善について努力がはらわれなければならないが、この教育病院群構想の実現のためには特に教育にかかわる経費について公的な財政措置が行なわれるべきである。

6. われわれは、教育病院群制度の必要性と意義を深く認識し、以上のごとき種々の問題点を十分にふまえながら、悪条件をできる限り排除し、また直ちに解決不可能なものは徐々に克服しながら、この制度をすすめてい

くことが必要であるとの見地に立ち審議を重ねてきたが、ここに、基本的な考え方について以下のとおりまとめたものである。

教育病院群構想

1. 構想の概要

この構想は、地域ごとに総合病院および特殊な病院をふくめた教育病院群を設定し、有機的関連を保ちながら、それぞれの病院に従来の診療機能に加えて教育機能を付与するものである。

医学の目標は国民の健康を守る点にあるが、地域の傷病の実態の中から医学の課題が見出され、かつ、医学の進歩が国民に還元されるためのシステムの一環として、教育病院群は位置づけられる。

地域の病院に地域の医療をふまえた教育機能を付与することは、医療の場に教育マインドを育て、それがすなわち医療水準の向上につながるものであろう。

他方、医学教育の立場からも従来の大学附属病院のみでの卒前教育は、必ずしも十分ではないとの反省があり、教育病院群は、臨床教育の充実を目指す大学医学教育の内容向上についての協力の場ともなりうる。

したがって条件が合致する場合には、教育病院群の中のあるものは、大学と関連し関連教育病院となることも適当である。

このような教育病院群制度のもとに行なわれる内容を具体的に述べれば、次のとおりである。

1. 卒前教育の充実

卒前教育に関しての教育病院群の利点は、一つには、次に述べるように学生の臨床教育が大学附属病院では得られにくい面について行なわれるという点にある。

(1) 国民の傷病に即した十分な臨床教育が受けられること。

(2) 患者の背景となっている社会的条件をとらえつつ診療を行なうことを学ぶこと。

(3) 診療各科の連携および他の医療従事者との連携のもとに医療を行なうことを学ぶこと。

(4) 大学附属病院に加えて、地域の病院での経験を得ることにより臨床例が豊富になること。

なお、現在医科大学（医学部）の急増とそれに伴う大学附属病院の設置がすすみつつあり、このことは一時的には地域の病院から多数の医師、看護婦等が吸い上げられ、地域の医療の低下をもたらすおそれも考えられるが地域病院に働く教育能力のある者が教育にあたることにより、この経過的摩擦が緩和されることになろう。

しかしながら、これに関しては、医学教育の経費節減の観点から論議されることは決して許されるべきでない

ことは勿論である。

2. 卒後教育の充実

(1) 医師の養成にあたっては、卒直後の教育が卒前と同様に重要な意味をもつことは論をまたない。

この卒直後の数年間は、卒前教育を基礎として、病院における実際の診療にたずさわって、将来独立して診療を行なう能力を身につける時期に相当する。

現在、国の施策としては2年間の臨床研修指定病院における研修が行なわれているところであるが、世界の趨勢は、はじめの2年程度の期間で医療チームの一員として活動するに必要な最低の技能を身につけ、引き続き数年において独立診療が可能となる能力を修得するという方向にある。この時期に十分な指導を受け研さんを積むことが、すぐれた臨床能力を持つ医師となるために重要であり、また、医学の進歩を吸収する意欲と能力を生涯のものとして身につけることにつながるものである。

(2) とくにこの卒後の時期を教育病院群で行なうことの意義は、卒前教育についての利点として挙げた諸点のほか、次の点にある。

ひとつには、学位を中心に進められてきた従来の大学附属病院での卒後研修に対して、教育病院群における卒後研修はすぐれた医療の新しい手を産み出すための教育が行なわれることに特徴がある。

また、国民の保健と包括医療についての社会における正しい位置づけを行なうことができる洞察力を持つことを学ぶに適している。

この点については、WHO がヨーロッパの医学教育について「医学生も多くは、現行の教育によって臨床診断と治療にかなりの能力を具えるようになるが、実社会における医療行為に十分準備ができていない……」と憂慮していることを、わが国の実情に即して考慮する必要がある。

(3) このような卒後教育を実現するためには、人的にも物的にも十分考慮された教育の場が用意される必要があるが、卒後の臨床教育は本来少人数教育たるべきものであって、そのための経費は決して安価なものではあり得ない。

現在の臨床研修制度は、アメリカの10数年前の水準にすら達していないとも見られ、われわれの期待する卒後教育に比し格段の差があるといわざるをえない。その意味で教育病院群の整備による卒後研修の充実が強く望まれるが、とくに医科大学の卒業生の急激な増加が予想される現在、きわめて急を要することでもある。

しかもこのことは、医師の大学への集中、地域的偏在という現在の問題点に対する一つの緩和策となることも

期待される。

3. 生涯教育への貢献

診療にたずさわる医師は、医学の進歩を吸収し地域の住民の医師に対する要求を絶えず把握し、それに応え得る能力を求められるものであり、生涯にわたる研さん、すなわち生涯教育は医師の当然のつとめである。

しかしながら、これは単に個人の努力のみ待つべきものでなく、その努力をひき出しうる環境整備のための施策も講ぜられるべきである。

われわれは、生涯教育全体についての展望を明らかにするものではないが、この教育病院群は、生涯教育について一つの重要な場を提供することになる。

たとえば、教育病院の医師も含めた地域の医師による症例検討会等の臨床研究活動、医療情報の交換等の促進は、地域医療の向上につながるものとなる。

2. 教育病院群の基準

所期の目的を達成するような教育病院群に求められる条件は、次のようなものである。

(1) すぐれた診療機能とすぐれた教育機能をあわせもつことが必要である。

(2) 教育病院の要件としては、設備、病床数、人員のみではなく、病院の管理、病床の回転率等を含めた病院機能全体が問題となる。すなわち数量的な要件にとどまることなく、質的にも医師の指導能力が高いことは当然要求されるが、そのほかにも指導医の教育への情熱、病院内の医療従事者の協力態勢といった眼に見えない機能も重視すべきである。これらにより、相互に切磋琢磨を是とする雰囲気醸成されてくることが望ましい。

(3) 教育病院には、臨床教育を担当するにふさわしい資格を備えた指導医のほか、教育機能を果たすために必要な数の医療従事者が充足されていなければならない。

(4) 教育病院は、臨床面の研究機能を十分に備えるものでなければならない。

(5) 教育病院群については、臨床教育が常に関連科目を含めた広い視野のもとで行なわれるようにするための診療各科のそろった総合的な病院と、特徴ある診療科を中心とした高度の診療機能を有した病院であることが必要である。

総合的な病院について基準を示すと、別紙(1)のとおりである。

特殊な病院の基準および群の中の病院間の連携については、なお検討を要するものである。

3. 教育病院群制度の運用

(1) 教育病院群制度は、地域の医療の特性を勘案しながら全国的に整備し、それぞれの地域の医療がこの教育

病院の活用によりさらに向上できるシステムの一環とすることがのぞましい。

また、現在の臨床研修は、教育病院群が受けとめ、現在の指定病院については、その内容を引き上げ、教育病院としての条件をととのえるよう整備すべきである。

(2) また、教育病院群の認定にあたっては、単に「基準」をみたしているということだけでなく、数字にあらわせない部分も含めて、厚生省に置かれる適切な認定機関により、総合的に判断して行なうべきであり、また一つの群の範囲は、それぞれの地域の卒前、卒後の臨床教育についての機能の実態、教育機能充実への要請の度合、地域内の各病院の特色などを総合的に勘案したうえで設定すべきものであろう。

さらに、教育病院群の実施にあたっては、教育の目標の設定、評価を年度ごとに確実に進めなければならないことが必要であり、認定機関が行なうこととする。

また、教育病院の運営等について目的に反した運営が行なわれた場合には、教育病院の指定を取り消す措置等が必要であらう。

(3) この制度の進展のためには、大学、病院はもとより、国、自治体も積極的に制度の確立に努めなければならない。国および自治体が十分な援助を惜しまないことがこの制度を軌道にのせるための重要な要素である。すなわち、病院の施設および設備の整備ならびにマンパワーの充実に関しては、日進月歩の医療の進歩を受けとめられる高水準の機能を常に維持向上できるように十分助成すべきである。さらに、一般病院に教育の責任を付与することは現行の診療報酬制度のもとでは経費の面できわめて不都合であるので、教育にかかる不採算部分については十分な措置を講ずべきである。

4. 教育病院群と大学の関係

以上述べたように、教育病院群制度は地域の医療全体および医学教育全体の中でとりあげられるべきのものであるが、とくに関連教育病院として卒前教育の協力の場となる場合には、地域医療にない手であることを第一義的目的とする地域の病院がその機能をそこなうことなく教育に協力し、また、学生の受ける教育が質の高いものであるためには、さらに次の点について配慮されることが必要である。

(1) 関連教育病院は、まず地域の医療にない手であるということが、卒前の臨床教育を引き受けるにあたって、十分に理解されるべきである。

(2) 卒前教育の最終責任は大学にあることおよび病院は協議で定められた範囲内において臨床教育について責任を有するものであることの原則が確認されなければな

らない。この原則のもとに、両者が相互の主体性を尊重しつつ、常に密接な連携を保つべきである。

このため、しかるべき協議機関を設置し、定期的に協議を行なう体制が設けられるべきである。

(3) 大学と関連教育病院の間の相互の人事交流は、相互の連繫、協力態勢を強力にする意味で重要である。

(4) 外国の例では大学直轄の附属病院を設けず、大学以外の者が運営する高水準の病院を臨床教育の場として活用しているものもあるが、わが国の現状から考えると、卒前の臨床教育は、大学病院および関連教育病院で実施することが適当である。

(5) 関連教育病院でどの程度の数まで学生の臨床教育を引き受けるかについては、当該地域における教育病院群の整備状況等を考慮し決定されるべきである。

(6) 関連教育病院における卒前の臨床教育の内容については、大学附属病院における教育の単なる量的補充と考えるのではなく、在来の大学では行なえないような教育がそこで行なわれることにより、全体として従来の水準を上まわる臨床教育が期待されるものでなければならない。なお、実習要領の一例を別紙(2)にかかげた。

(7) 学生と身近に接触する若い先輩医師がいることが、学生の教育上効果的であるので、関連教育病院は、まず卒業教育を担当する病院であることが望ましい。

(8) 指導医については、その臨床面における指導能力は、大学における教授等と同等の評価を受けるものであり、その称号等について、さらに検討する必要がある。

(9) 教育病院において学生が実際に患者と接触する場合には、患者側に教育病院の趣旨が十分理解されるようにすると同時に教育活動が患者に与える影響についてとくに配慮することが必要である。

(10) 実際に学生の臨床教育を行なう場合に必要となる経費は原則として大学側が負担すべきである。

おわりに

われわれは、昭和47年5月以来20回に及ぶ会合を持ち教育病院群制度について検討を重ねてきた。

その間、あらゆる観点から論議が交わされたのであるが、それは主として本制度実現と発展のための種々の困難の排除がどの程度可能かについての認識をめぐるのであった。この制度が医療の向上と医学教育の充実に役立つものであり、わが国医療のためにその実現が必要であると理解する点においては全員の意見の一致をみているものである。

われわれの報告を機として関係者におかれて、十分な、積極的検討が加えられ、所期の目的に沿った教育病

院群が実現されることを強く期待するものである。

専長 赤倉一郎
 出月康夫
 伊藤昭夫
 岡島道夫
 鈴木秋悦
 鈴木淳一
 日野原重明
 吉岡昭正

(別紙1) **教育病院の認定基準**

総合的な病院の認定基準

- 1 卒前および卒後の臨床教育を行なうにふさわしい十分な数と種類の患者を有する総合的な病院であること。
 - (1) 一般病床の年間平均利用病床数が300床以上であり、これらが診療各科に適当に配分されていること。
 - (2) 診療科として次の各科または部門が独立していること。
 内科、外科、小児科、皮膚科、産婦人科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科、放射線科、精神科、麻酔科(麻酔部門であつてもよい。)
 - (3) 救急部門を置いていること。
- 2 診療のための施設および設備の整っていること、ならびにこれらについて臨床教育を行なうための配慮がされていること。
 - (1) 各診療科の設備および中央診療施設が整備され、診療機能が高いこと。
 - (2) 組織的な病歴管理が行なわれていること(中央病歴管理室の設置が望ましい。)、定期的な症例検討会等が行なわれていること、剖検率が高いこと(剖検数50体、剖検率30%以上であることが望ましい。)等診療評価の過程を通じて診療機能を高める基礎がととのっていること。
 - (3) カンファレンスルームがあり、病棟、検査室等で教育を行なうに足る場所がととのっていること。
 - (4) 病院の管理運営が適正に行なわれていること。
- 3 高度の診療を行なうに必要な医師およびその他の職員が確保されているだけでなく、臨床教育を行なう能力と熱意をもっていること。
 - (1) 診療各科に一定の資格を有する指導医がいること。
 - (2) 病理解剖および検査部門を担当する医師がいること。
- 4 高度の診療と教育をささえる研究に必要な施設と設

備がととのっていること。

- (1) 図書館、研究室等研究に必要な施設、設備がととのっていること。
- (2) 研究に必要な経費が措置されること。
- (3) 研究業績の報告が行なわれていること。
- 5 具体的に卒前および卒後の臨床教育を行なう場合には、次の措置がとられなければならない。
 - (1) 少人数教育に必要な医師、その他の医療従事者およびその事務を担当する専任の事務職員等を置かなければならないこと。
 - (2) 卒前および卒後の臨床教育にあたる指導責任者を定めるほか、教育の計画、評価をする組織を設置し、臨床教育が一貫した方針で行なわれる体制をととのえること。
 - (3) 教育のための視聴覚設備等、必要な備品を整備すること。
 - (4) 宿舎、控室、ロッカー等を整備すること。
 - (5) その他教育のために必要な経費を措置すること。

(別紙2) **関連教育病院における実習要領**

- 1 オリエンテーション
 - (1) 病院の機構および機能
 - (2) 臨床実習の方針
 - (3) 臨床実習スケジュール・方法
 - (4) 評価方法
 - (5) 臨床実習に対する心構え、実習の限界等の説明、指導
- 2 実習内容
 - (1) 問診、理学検査の習得〔基礎実習(臨床入門実習)によってすでに得た基本的技能を発展させ、十分な習得状態に達する。〕
 - (2) 臨床検査(生化学的、物理学的、生物学的、放射線学的、病理学的その他)の計画とその主たるもの実施または見学
 - (3) 診断に必要な諸情報の解釈と診断論理の実習
 - (4) 治療方針の決定と治療効果の判定に基づく診断または治療方針の修正
 - (5) 主たる治療方法(薬物療法、食事療法、手術療法、特殊療法)の見学、学習
 - (6) 正しい病歴記載の訓練
 - (7) 患者の苦痛に対する理解、適切な患者の取扱い、患者および家族への説明、療養指導
 - (8) 救急患者診療の実習
 - (9) 致死患者診療の実習、剖検要領、剖検の見学
 - (10) リハビリテーション要領の実習
 - (11) 診療に必要な文献検索方法の実習

- (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