

日本の医学教育の現況*1

中川 米造*2

4 回目のこの医学教育白書で扱う昭和57年から61年の間の日本の医学教育の推移を一言で表すとすれば、それは量から質への転換のための準備期であったといえよう。第3回では、医師過剰論が台頭しつつあったが、今回は、その検討を通じて、新しい質への模索が始まっている。しかもこの模索は、臨時行政改革審議会や臨時教育審議会など、広く行政の体制改革、教育理念や体制の改革が進められようとした背景の中での模索であり、とくに医療に関していえば、健康保険の財政硬直化の中で保健医療の効率化を目標とした制度の見直しが進行するのを横目にみながらの模索であった。一方で、医療技術の高度化も急速に進められ、それによる医療へのインパクトも大きい。とくにそれが先端的であることから生命観や価値感に動揺を与え、狭い範囲の当事者だけで対処できない状況をつくり出したことも、大きな影響力があった。

質的な転換のためには、閉鎖的自己完結的な体制が、環境に向けて開かれることが必要である。どれほどの開けが可能となるかが、今後の推移を占う鍵となるであろう。以下、いくつかのトピックについて、現況を概説する。

1. 医師数は多いか

前回の白書が扱った最終年すなわち、昭和57年に、「各県一医大」政策の最終校、琉球大学医学部が、第1回の学生を受け入れ、来年の昭和62年

に、その学生たちは卒業する。以後、全国で80の医学部医科大学（防衛医科大学校を含め）は、毎年、計算上8,340人の新卒者を出すことになる。医師国家試験の合格率を80%として毎年約6,700人の新しい医師が世の中に出ることになり、このままの状態を続けるときは、21世紀の初頭に人口10万人に対する医師数は200人を超えることが推計される。このような事態は、かつて経験しなかった。まず反応したのは日本医師会で、昭和58年医業経営検討委員会は「医師急増問題」について見解を作成、わが国の適正医師数は人口10万対180前後が適当であり、そのために医学部の入学定員の上限を70人に抑えるべきであるとした。厚生省も文部省との間でこの問題についての意見交換を行い、同年7月には関係者を集めて「医師数に関する検討会」というタイトルで公開シンポジウムをもって世論の動向に探針を入れた。59年5月には、厚生省の医務局長の私的な諮問機関として「将来の医師需給に関する検討委員会」を発足させて、さらに具体的な抑制策に意志のあることを示した。文部省側も、最後の政策校である琉球大学医学部の建設が終った段階から、消極的な姿勢をゆるめて、国立大学協会、私立医科大学協会、全国医学部長病院長会議などへ、厚生省の意図する方向を伝えて、医学部入学定員についての意見を求めた。これらの公的な機関の動きに触発されて、適正医師数は広く議論をまきおこすようになった。

しかしながら、適正医師数を導き出す理論はない。アメリカでは日本より先に医大増設に踏み切ったが、その際にも準拠すべき理論は作ることができなかった。基本的には世論に押され、それをなぞる形で、政府が予算化したり、また予算の削減を行ったというのが実情といえよう。日本の場

*1 A Present State of Japanese Medical Education.

キーワード：医学教育・医師数・地域保健医療・情報・医倫理学

*2 NAKAGAWA, Yonezo 大阪大学医学部環境医学教室

合も、医師不足の声の大きさに、人口10万対150をめぐりに医学部定員増や医大増設が行われたが、それを超すと、医師集団の中に不安が生じて、それが厚生省筋への圧力となったものと考えられる。ただ、増設と削減では問題が根本的に異なる。増大は、ただ、予算と人員を配当すればよいが、削減の場合は、すでに存在している施設から予算を引き上げ、人員を放出させねばならない。当然大きな抵抗が起る。とくに、私立医大に関しては、入学定員の削減は直ちに経営上の困難を意味する。とすれば、削減の主体は国公立医大が担わなければならない。そこで、医師数は多いかという反問によって問題の捉え直しを要求することにもなる。

それは最終的には、いかなる医療形態を今後とるかという考察と不可分であり、それが明らかになるとすれば、それに向けての改革を意識的に進めない限り、医学教育機関の存続の基盤は掘り崩されるという認識を生まざるをえない。

2. 地域保健医療

将来に向けて、いかなる医療形態をとるべきであるかも、現在進行中の大きな問題である。高度経済成長期が終って、政府の財政に硬直化が起ってきた。巨額の国債の償還期に入った政府としては、あらゆる“冗費”の節約に努めなければならない。保健や福祉の部門にも見直しが始まった。問題を複雑にするのは、高度経済成長に翳りが生じてから、医療関連産業が有望な成長産業の1つとして注目を浴び、他産業からの参入が急激に増加して、医療技術のいわゆる高度化のための器材の開発が競争で進められてきたこと、そして、これらの器材を取り入れての医療は、医療供給体制に大きな影響を与えることなどである。

日本の医療は、これまで病院と診療所の機能分化が明らかでなく、さらに歴史的に供給体制においては、公的な支出を抑制する政策がとられてきたために、総体として経営主義的な体質が出来上がってきた。これらによって、病院と診療所、さらに病院においても、公的病院と私的病院など、すべての医療機関が競争を意識しつつ発展してきたといえよう。このような競争は、日本の医療技術の普及向上の面では、かなり有効に作用してき

た。たとえば、診療所の設備や技術の高さは、とくに医師会筋から、しばしば指摘されてきたところである。しかしながら、医療技術の高度化は、ようやく、病院・診療所間の機能分化や、病院においても、特殊設備や技術によって、分化しなければならなくなってきた。高度化技術を適用するためには、高額な設備投資が必要であり、それらを競って普及させても、採算割れになり経営を困難にするからである。

硬直化傾向を強める健康保険財政下では、外見上より合理的な基礎をもっているために、病院医療は、患者を集めやすいという判断からか、急速な病院病床の増加を招き、それがさらに健保財政の硬直化に輪をかけるという悪循環が始まっている。ここに財政的圧力を背景に医療供給体制の見直しが迫られる理由がある。先進高度医療を適用する医療施設を限定したり、とくに、病院と診療所、あるいは病院と家庭の間に中間的な、ケアよりケアを主体にした施設を設けようとする政策誘導が行われているのも、それらの状況を踏まえ、今後、必ず到来する高齢化社会の医療供給体制に備えるものである。

このような医療施設の分化と統合が整合的に行われるためには、これらをすべて包み込む地域という概念を確立することが不可欠である。一定の具体的な人口集団を対象にし、その医療ニーズの把握にたつてこそ、合理的な医療供給体制が設計できるからである。地域医療計画は、ここにきて、にわかにその現実性を獲得し、昭和60年12月には医療法の改正によって法的な裏付けを与えられるまでになった。

地域計画を策定する段階になると、ここにはじめて、第一次、第二次、第三次の医療の区分と、その比率や配分も具体化する。診療所は第一次医療の担い手として、新しく、その課題や、課題解決のための知識、技法についての検討をしなければならなくなる。医学教育施設も、これまでのように、第三次医療の開発実施のみを任務とし続けることは、次第に困難になりつつある。プライマリ・ケアという言葉は、この数年間、かなりの現実感をもって語られるようになった。家庭医を主題にした検討も、行政側からの提起に触発されたものであったが、ようやく真剣に、進められつつ

ある。

医師国家試験も、昭和60年の第79回をひとつのエポックとして、新しい段階に入ったと考えられる。試験回数が年1回になった。試験科目が必須5科目と選定2科目以外に医師国家試験出題基準（ガイドライン）に重要として収録された項目についても出題されることになった。科目中心主義から総合的観点の導入が始まったものとして注目するに足る。この総合が何か、まだ明文化されてはいないが、すでに日程にのぼっている今後のガイドラインの改訂作業を通して明らかにされるであろう。

卒後基礎臨床研修では、すでに昭和48年以来、プライマリ・ケアを中心とすることが提案され続け、指導基準も作られ、改訂も重ねられ、とくにそれを助長する政策的誘導が行われてきたが、専門医制度や大学院教育などとの関係が整備されていないために、徹底を欠いてきた。地域医療の計画化の進行が今後の動向を定めるであろう。

医師会が、これまではボランティアな原則で実施していた生涯教育を必修にするよう制度化しようとしているのも、地域医療の中での役割の自覚によるものである。

実は、このような地域医療やプライマリ・ケアの重視は、世界保健機関が発見し、推進する方向でもある。“単に病気が虚弱がないだけでなく、肉体的・精神的・社会的に良好な状態”として健康を新しく規定して発足した世界保健機関は、近代医療の象徴でもあり、成果でもある第三次医療を普及するだけでは、目的を達成できないことを認識し、“西暦2000年までにすべての人々に健康を”というスローガンを達成するためには、地域計画とプライマリ・ケアを基盤にすえなければならないことを、いわば方法論として提唱したのが、1978年のアルマ・アータ宣言であった。日本も、いまようやく、それらを考慮しなければならない段階に達したのである。

3. 医学の進歩のインパクト

医学が進歩するということは、まずもって知識・情報の増大を意味する。しかしながら、増大する知識に常に遅れないように追従していくのは困難になる。

知識を開発する任務を担う研究者は領域を限定し、分化して、さらに深さを追うことで効果を上げることができるが、得られた知識を利用する医療担当者としては、そのような細分化された知識のすべてを獲得することは、物理的に不可能である。それにもかかわらず、新しい知識情報を無視することは、医療担当者としての責任問題と考えられている。

同じことが医学教育についても言える。これまで医学の進歩に合わせて、専門科目を増やし、一般的な知識を修得させようとしてきたが、ようやく物理的な限界に達してきた。しかも、知識の発展・変化は急速に古い知識の価値を落していく。改めて、ミニマム・エッセンシャルの学習課題の設定が望まれるようになるとともに、方法としての情報の蒐集と整理が学生に修得されなければならない。また医療担当者に広く普及されなければならない。したがって、この期間、いくつかの医科大学に設けられた医療情報学講座は、新しい医療体制とそれへ参加する運命を担う医学士の教育にとって、大きな意義がある。

医学の進歩は、画期的な技術をつぎつぎとうみだしていく。それらは確かに有効な方法であり、適用されれば大きな恩恵を与えることが可能ではあるが、あまりにも新しいために、社会の常識や慣習への挑戦となり、不安をかもしだす。欧米の場合は、これらの事態に対処するため、早くから倫理委員会や、医倫理学（あるいはバイオエシックス）の研究施設が広く設けられて、具体的な事例の検討や、それらに関する基本的問題の検討、処理にあたってきたために、新技術の実際の導入の体制はほとんど確立されているが、日本では、医学を自然科学の一部として、社会とは関係の薄いものという認識が支配的であったために、倫理的配慮の体制への関心が大幅に遅れた。しかしながら、体外受精や脳死、臓器移植など、社会的な合意を得なければならない新技術の導入のためには避けては通れないことが認識され、多くの大学医学部に倫理委員会が設置された。これは今後大きな意味をもつであろう。

とくに、このような倫理委員会が、直接それぞれの技術開発者を外して、しかも施設内の委員以外に、外部からの委員を加えたという事態は重視

されなければならないであろう。それは古典的な医の倫理が当事者の個人的自覚と自省をうながす、自律的なものであったのに対し、公開性を原則とする新しい倫理の誕生を意味するからである。それは先端技術のみならず、日常的な医療の安全性をも否定して、医療についての意志決定の公開性（そして科学性）を要求することが予想せられるからである。

すでに、それは情報科学と結びついて開発段階に入っている。ただ、生命現象の複雑さや、人間が対象となることによって、人間の特性である個性の占める部分が大いことから、それらの確度も制限されることが避けがたい。加えて、意志決定に、患者側の参加が重視されることから、これまでのように、すべての医療上の判断を医師にまかせるといった様式を維持することが困難になる。新しい医療関係、とくに行動科学的な検討

と、その応用が要求されてくる。医学教育において、これまであまり意識的に取り上げられなかった情意領域、つまり態度・習慣などの学習に関心を向けなければならない必然性が生れる。アーリーエクスポージャーなど体験学習を中心にした、この領域への取組みが、いくつかの学校で始まっている。さらに、医学生たちが自主的に、ときに学校の垣根を越えて、ワークショップ形式の学習会を企画、実行し始めていることは、特記するに値しよう。

量から質への転換が始まっている。それは、明治以来、ほとんど変化のなかった、わが国の医学教育の根底的な変革であるかもしれない。多くの議論や検討が、“21世紀の”という言葉で冠して行われているのも、質的な転換を意識しているからだと考えざるをえない。