

# 医学教育白書総説\*1

中 川 米 造\*2

## はじめに

今期の医学教育の特徴は、前期に量から質への転換のための設計図の整備ができたことを踏まえて、いよいよ実質的な変換がはじまったことであると要約できよう。1991年、大学設置基準の改訂によって、従来のように細目までの規定を廃し、それに代えて、大学の自由裁量を大幅に可能にする、いわゆる大綱化と自己点検とさらにその公表が要請されることになったため、医科大学においてもかなり大胆な改革が実行されるようになった。

とくに患者人権との関連を表の理由に、これまで制限されてきた臨床実習についても、医師法の解釈について厚生省の見解がしめされたことによって、より実践的な内容にすることができるようになった。このことは患者の全人的な理解や対処、とくに態度習慣を含む倫理的な面での教育がよりいっそう強化されなければならなくなったことを意味する。

医学教育については社会やマスメディアからの注目もいっそう真剣の度を高めつつある。卒後臨床研修も、1994年から研修の到達目標と研修プログラムの作成を、研修病院資格認定条件にしたことによって、従来のようにストレート、ローテイト方式などにこだわらなくてもよくなった。

大学院教育や専門医教育との関係も、このような到達目標を明示することによって従来のような競争を回避できることが可能になると考えるが、問題は各大学の意向および専門学会が、どの程度その趣旨に賛同するかにかかっている。

いずれにしても、よりよい医師を目指して改革がすすめられつつあることは確かであるが、そのよい医師について、まだはっきりしたイメージはうまれていない。とくに細分化、技術化が要求される一方で、全人的な対応も要求されており、この対立する傾向をどのような形で調整させるかは、医療の原点への真剣な模索と合意形成が必要であろう。

## 1. 卒前教育

大学設置基準の大綱化という変化は、それまで細目にこだわり、実質的な充実が伴わず、それへの責任態勢は不在のままという傾向がつかった大学の自主性、主体性を再確認させる契機になった。大幅なカリキュラム改革がほとんど全ての大学で行われるようになった。

とくに医学進学過程については、総合大学では教養部廃止によって、一般教育を全学部教員が関与することによって多彩なコースが提供される形態をとる大学が増えてきた。単科の医科大学では、土曜日の休業、授業時間の短縮を考慮してのことか、医進過程の短縮、専門教育の早期導入がはかられつつある。いわゆる早期体験学習の機会を与える大学もめだってきた。医師教育における一般教育あるいは教養は、いかに考えるべきか、単なるカリキュラム操作以前にあらためて考慮されるようになったということであろう。

専門教育過程では細胞、組織、または臓器別の取り組みがさらに進捗しつつあるが、それらの個体あるいは患者レベルでの統合については医学概論、医学史、医の倫理などの講義は増えているものの、実際の臨床場面で、疾患の全体像、家族および医療チームの関係の理解、態度価値観の修得の学習についてはあまり変化は認められない。

\*1 A Present State of Medical Education in Japan  
キーワード：Overview, Medical Education, Japan

\*2 Yonezo NAKAGAWA 大阪大学名誉教授

いくつかの大学病院に総合診療部がもうけられたが、専門細分化の進行しつつある中で、そこでの診療、教育、研究をどのように位置づけるかについてはまだ安定していないようにみうけられる。

総体として病棟実習の時間は増えているが、施設、スタッフの不足を理由に、各科の壁はまだ厚く、実習内容の全体的な調整と実施、評価には円滑化を欠いている。クラークシップの意義は多少認められてはいるが、総体としてはまだ学生を受動的にとどめ、見学や小講義が大部分の時間をしめている。臨床実習検討委員会の意見をいれた医療法の解釈に、医学生が直接患者に接する診療手技の実習を行うこともできるようになったが、まだ大学側の基準や体制整備にまではいたっていない。積極的な導入にはまだ2、3年は要するものとおもわれる。

## 2. 卒後臨床研修

1994年度から各研修病院は臨床研修プログラムを作成するよう、またその実施にあたっては一施設だけでなく、関連施設(専門病院, 中小病院, 診療所, 保健所, 老人保健施設, 社会福祉施設など)にも広げた研修施設群として行うことができるようになったために、充実した研修を行うことができるようになった。これによって、従来のようにストレート型かローテイト型かの研修方式のよっても基礎的な臨床研修の実はあげられることがいづれできる。

大学病院での研修は文部省管轄であるので、かならずしも、この方式を採用する義務はない。しかも大学病院で研修をうける者はいぜんとして約80% (1993年度)で、相対的に病床数の少なく、受け持ち患者数も極端に少なく、バラエティーも少ない症例しか体験できない状況は急には変わらない。改革の可能性については、とくに日本の医師需給と医師のキャリア・チョイスに関わる諸条件と大学の関わりあいについてさらに分析が必要であろう。

卒後研修については、1994年2月、日本学術会議の地域医学研究連絡委員会が作成した「医師卒後臨床研修の改善について」と題する報告書は注目されるべきである。

## 3. 臨床研修制度と専門医制度

日本の医療は大学の医局の中でいきなり超専門化された医療を修得するという形で行われてきた。そのために全人的総合的な基礎的な臨床に関わる知識、技能、態度に欠けることが多くの識者によって指摘されてきた。しかしながら、医学生にとってモデルとしては大学におけるもの以外には体験する機会が少なく、しかもそれが最良のものという価値観の中で育つために、上述のように圧倒的多数の卒業生は大学病院で細分化された医療を研修してきたと考えられる。

その反面、専門医同士で、みずからの資質基準を確立保全するいわゆるプロフェッショナルリズムの確立もされてこなかった。とくに日本医師会は医師に格差を生むという理由で、専門医の制度化には反対してきたという経緯がある。

しかしながら、厚生省が診療科目名の表示に関する検討委員会報告書(1986年)を公表してからは、多くの学会が競って専門医認定を発足させるようになった。1994年現在でその数46を数える。これまでの医学教育の傾向からすると、細分化された専門医指向はいつそう促進されることは十分予測できるところであるが、卒後の基礎的臨床研修との整合性には、とくに検討が必要であろう。また、急いで制度化したり、年配の医師には単に経験年数や、学会費を支払い年数などで認定する学会があったり、認定方式にばらつきがある。これは、かえって国民の医師選択に混乱を起こさせる恐れがある。

## 4. 大学院

医学部卒業生はほかの学部卒業生と違って大多数が大学院に進学して学位の修得を期待する。これは欧米の事情とは異なる日本の特徴である。欧米では大学院は、医学教育者、研究者の養成が目的であるが、日本ではただ医学博士のタイトルを受けることが主要な目的である。そのために、医学教育法の実習もなければ、医学研究法についての総合的教育の機会もなく、ただ短い期間、院生が所属している講座の研究プロジェクトの一部を分担してデータを提供することの見返しとして学位を授与されるという形になっている。

とくに問題なのは臨床系の大学院である。医学研究科大学院生全体の56%もが臨床系の講座に所属しているが、研究期間はとうぜん臨床研修は十分には行えないにも関わらず、さらに、その研究も、少なくない場合、基礎系の講座に委嘱して実験や指導をうけている。学位を修得すれば、より有能な医師と認められるという漠然とした理由であろう。大学院の教育は臨床研修医制度とは別のものであること、両者の間に明確な区分をすることが必要であろう。

最近、大学学部とは別個に独立した大学院がもうけられる傾向がみられるようになってきた。これらが、本質的な大学院としての役割をもつことができるかどうかは大いに注目される。

## 5. 生涯教育

日本医師会が本格的に生涯教育制度を発足させたのは1987年からである。それはすべて自己申告による報告という形式で行われてきたが、申告率は次第に低下する傾向をみせてきた。1992年からは日本医師会の生涯教育講座への10時間以上の出席を義務化することによって評価の客観性を高め、かつ社会的評価にも耐えるように図られた。さらに、単に受動的な講義の聴講ではなく、発表や実習などの能動的学習への評価も加えられるようになったことは、生涯学習の原則にそったものとして評価されよう。

なお、地域の開業医に病院を開放し、入院や手術の必要な患者の診療に開業医が主治医としてあたる開放型病院制度は、昭和53年に発足したものであるが、承認を受ける病院の数も伸びず、承認を受けても活用されない病院が多く、厚生省は廃止の方向で検討をはじめた。学閥や地域医師会のとりのくみ方に問題があるという見方がある。

その一方で、進歩した医療の現場を実際に体験するために地域医師会が地域の中核病院と登録医契約を結んだり、また、国立大学病院にもとくにそのための定員枠を準備しているが、この方式はいまのところ順調に推移しているようである。

## 6. 日本医学教育学会

日本医学教育学会は1964年創立25周年を迎えた。今期の会員は微増(940→951)、機関会員は

微減(112→107)にとどまっている。大会は従来の慣例にしたがって東京とそれ以外の都市と交代で行い、毎回300~400人程度の参加者を集めている。

学会誌『医学教育』は、時に多少発行日が遅れる傾向はあるが順調に刊行されている。とくに、投稿原稿が多数よせられるようになったことは喜ばしい。このために特集を組むことが難しくなっている。医学教育に関する論文を業績として認められるためには、それが査読によって水準に達していることを証明されることが必要である。このため1991年に査読制度を発足させた。

選抜検討委員会が企画実施にあたっている、入試選抜に関する討議会は毎年夏休み中にアップToDateなテーマによって行い、多くの医科大学からの参加をえている。

卒前教育委員会はターミナル・ケア教育の実態調査、大学設置基準の一部改正に関する特別研究会の開催、国家試験の医学教育に対する影響調査などを行った。

国家試験検討委員会は、毎年の国試問題についての評価を行っているが、これは出題にあたって非公式ながら少なからざる影響をあたえている。また、出題基準(ガイドライン)の改訂にあたり提言を行い、臨床全科目の統合に影響をあたえている。

卒後臨床教育委員会は、卒後臨床教育の目標達成の方略について討議を重ね、さらに教育技法委員会との合同討議によって具体案を作成(1993年)した。また、1991年には、卒後臨床研修の実態に関して、全国大学付属病院、研修病院にアンケート調査を行った。生涯教育委員会はすでにこの委員会で作成された生涯教育目標をとくに開業医の観点からの見直しを行い、資源や方略、評価法まで含めて提案された。

教育技法委員会は『医学教育技法マニュアル』刊行(1993)、ついで『臨床教育マニュアル』の編集をほぼ完了近日中に刊行の段階に達している。

国際関係委員会は、第22回大会のパネル・ディスカッション「国際化時代へ向けての医学教育」の企画、医科大学における医学生のための医学英語に関するアンケート調査を行った。

ワーキング・グループとしては行動科学グルー

ブは倫理教育法の開発，とくに症例検討会に倫理問題を含めることが効果的であること，また，模擬患者をもちいる学習において，隘路になっている模擬患者としては，医療に関心ある市民団体のメンバーと協力することの意味と効果を試行によって検証した。

なお，長年本学会の運営にかかわってきた牛場大蔵会長，中川米造副会長，福間誠之委員は10期をもって，役員を辞し，鈴木淳一会長の下に新体制で臨むことになった。

### 7. 医学教育者のためのワークショップ

1974年以来毎年富士教育研修所で開催される「医学教育者のためのワークショップ」には，終始本学会のメンバーが実質的に企画運営にあずかってきた。ワークショップという学習方式とその効

果については参加者の多くの認めるところである。その体験をもとに多くの医科大学でもミニ・ワークショップが行われて，教員や組織の揮発に寄与している。

### おわりに

本白書にはとくにコメディカル教育の概況について収録した。現在医療関連職種として認定されたものは16種あり，150万人が従事している。ほかに法制化のための運動をつづけているものも，ますます増える傾向がある。社会的要請とともにチーム医療のありかたが教育のなかでも問われている。とくに医師養成過程において，福祉との連携とともに，医療概念の拡大と効率的なチームワークについての訓練が望まれている。

\* \* \*