

医学教育行政*1

紀伊國 献 三*2

はじめに

医学教育白書（1990年版）では、1986（昭和61年）～1990年（平成2年）3月までの状況がさまざまな観点から検討されているが、医学教育行政からの検討はなされなかった。今回は新しく医学教育行政の方向について1990年以降の流れについて検討を加えることとする。

1. 1987年（昭和62年）9月文部省が組織した「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」略称「医学教育改善会議」の最終まとめ

これは医学教育白書1990年版でも取りあげられているが、医学教育の責任にあたる文部省の医学教育行政の方向について、この最終まとめが基本的文書として考えられるであろう。事実、その後の文部省関係の医学教育の変化はこのまとめの内容にほとんど沿っている。その内容の要約が前掲白書に資料として掲載されているが、医学教育改善の視点として8つの問題点を指摘している。すなわち、1) 医学教育目標の明確化、2) 入学者選抜の改善、3) カリキュラムの改善、4) 基礎医学・社会医学の充実振興、5) 大学院のあり方、6) 国際化への対応、7) 学生数のあり方、8) 医学教育態勢の改善、である。とくに、カリキュラムの改善については医学教育と専門教育の関連として、一般教育と専門教育を密接に結びつけ、学部教育としての整合性を図り、全体一貫し

た観点からカリキュラム編成を行う必要があるとしている。その後の医学教育に関しての行政の姿勢は、ほとんどこのまとめの線に沿ったものとして検討がなされている。いま一つ重要な文書は、1987年（昭和62年）6月に国民医療総合対策本部が提出した中間報告である。これは厚生省が外部者を入れない事務次官を長とする内部者のみの本部でまとめた報告書であり、これがその後の厚生省の行う医療行政のほとんどの基本となっている。この報告書では、わが国の医療の問題点として4つをあげ、その第3としてとくに章を設け、大学病院などにおける医療と研修の見直しを求めている。この中で具体的方策として、1) 卒後教育の改善、2) 総合研修方式の普及、3) 医師国家試験の改善、4) 大学病院など高度専門病院に対する診療報酬のあり方の見直し、5) 大学病院など高度専門病院における外来診療の見直しをあげ、さらに保険医登録制度の見直しと医師の生涯教育体制の確立を掲げており、その後の厚生省の行う医学教育に係る行政の基本線を、ここに見出すことができる。

2. 大学教育の改善についての大学審議会答申

1991年（平成3年）2月8日、大学審議会は文部大臣からの「大学等における教育研究の高度化、個性化および生活化等のための具体的方策」についての諮問を受けて、大学審議会の中に大学教育部会を設置し、この部会でいわゆる大学教育の大綱化を基本とする答申をまとめた。この答申に基づき1991年（平成3年）6月3日に大学設置基準の一部を改正する省令が公布され、7月から施行されたことはよく知られている。この内容については『医学教育』23巻4号（1992年）が、この大学設置基準の改正による医学教育へのインパクト

*1 Government Policy on Medical Education

キーワードズ：医学教育行政、大学設置基準、大綱化、自己点検・評価、臨床研修改善

*2 Kenzo KIKUNI 東京女子医科大学医療・病院管理学

について特集を組んでいる。

この大学設置基準の改正の要点は文部省からの通知にみられる通り、1) 個々の大学がその教育理念・目的に基づき学術の進展や社会の要請に適切に対応すること、2) 特色ある教育研究を展開しうよう大学設置基準の大綱化により制度の弾力化を図ること、3) 生涯学習振興の観点から大学における学習機会の多様化を図ること、4) 大学の水準の維持向上のため自己点検・評価を実施すること、である。このときに最も議論されたことは、過去において一般教育科目、外国語科目、保健体育科目、専門教育科目といった授業科目の区分が基準から廃止されたことである。区分ごとの必要時間・単位・教育の規定も廃止された。いわゆる一貫教育が可能になったことである。これはわが国の医学教育においてはすでに筑波大学医学専門学群での試みなどの例にみられる通り、いくつかの医科大学においてすでに実施されたことであるが、この改正によって各大学はカリキュラムを自由に組めることとなった。

いわゆる一般教育と専門教育という区分も廃止されたが、一般教育は過去において、ともすれば高校での教育の繰り返しとの批判もあったが、改正された大学設置基準にもあるように、「幅広く深い教養および総合的な判断力を養い、豊かな人間性を涵養する」ことは大学教育において依然として重要であるはずである。ただし、この一般教育を最初の2年に限定することなく医学教育6年間を通じてこの目的を達成するようなカリキュラムを考えるとということである。外国語についても、今までの最小限の単位数が決められていたものが廃止されるなど、大学側の自主的なカリキュラム編成を可能としたのである。授業時間についても医学部設置審査基準にある通り、専門教育科目は4,200時間以上4,800時間を越えないと規定されていたものが単位性に切り替えられ、6年間で188単位以上となったことも新しい考え方である。前述した「医学教育改善会議」においても授業数をできるだけ少なくすることが提案されたが、その時の調査は多くの医科大学においては最高で6,040時間と4,800時間を越える専門教育を行っている大学が34%と少なからずあった。単位数に切り替えられ単位についても講義、演習は大

学の定める時間の授業で1単位とするなどの弾力性がみられている。

そのほかの改正もあるが、この改正設置基準において最も重要なことは、大学自らが責任をもって行う自己点検・評価が求められていることである。教育内容については、過去の多くの大学側の姿勢が設置基準をそのまま受け入れ、大学側の自主的かつ積極的な教育計画が必ずしも必要でない面が多かった。それに対して今回の改正は大学自らが教育および運営に関して、自己点検、自己評価を行う体制を組織として確立し、それを定期的に行う責任を大学側が負うこととなったのである。一部の大学においてはすでに数年前より自己点検を行っているが、その効果性や方法については今後とも検討が必要となるであろう。その点で諸外国のように、外部評価 outside examiner,あるいは同僚が行う peer reviewなどが歴史として確立していることにも注意しなければならない。最近、英国のGMC(医学協議会)のメンバーが、わが国の新設の医科大学を視察し、英国における臨床訓練が可能かの基準を検討する機会がもたれたが、それらを受けたわが国の医科大学のいずれもが、他者による評価の大学内での医学教育への教育的インパクトの大きさを指摘していることは興味深い。理論的には、わが国でも大学設置審査会のメンバーによる定期的な視察が行われているものの、より定期的かつシステマティックに医科大学の内容を検討し、できればその結果が公表されることが適当であろう。

3. 医療関係者審議会臨床研修部会意見書

厚生省の医療関係者審議会には臨床研修部会があり、1989年(平成元年)6月に卒後臨床研修目標を設定し、1990年(平成2年)11月に「臨床研修改善専門委員会最終報告」として取りまとめられた。さらに、この提案を具体的に実施に移す方策について臨床研修機能小委員会が設けられ、坂上正道氏を中心としてその検討結果を中間報告としてまとめ、この中間まとめに対する意見の聴取を経て1992年(平成4年)6月に医療関係者審議会臨床研修部会意見書を発表した。これはわが国におけるインターン制廃止に伴って、昭和43年3月に医師法が改正されて以降、臨床研修制度の

改善についてのさまざまな意見が提出されたが、それについての1つの基本的方向を示す文書である。この報告では、現在の臨床研修制度が必ずしもわが国の実態にふさわしいものではないことを認識し、今後の基本的改善が必要であるとし、その改善のいくつかの方向について検討を加えている。

第1に、臨床研修の到達目標を達成するための研修方式である。到達目標は患者を全人的に診ることができる基本的臨床能力を身につけるため、全ての研修医が達成すべきものであり、卒後2年の研修期間中に身に付けておくべきであるものとする。

第2には、研修の場の重視から研修の内容の重視として研修プログラムを重視することである。現在の臨床研修制度は研修の場の基準設定を基本としており、いわばハードな基準を中心とするものであったが、研修内容こそが臨床研修にとって最も重要なものであるとし、研修プログラムを重視する形に変えていく必要があるとする。そのため、研修プログラムに関する情報を公開し、研修医の選択を可能にする情報の提供が必要であるとしている。

第3に、研修施設群構想を導入することである。今までは臨床研修の場としては大学病院、または総合病院である臨床研修指定病院に限られていたものから、研修プログラムを取り入れることによって、いくつかの施設が大学病院または臨床研修指定病院と施設群を組んで、幅の広いユニークな臨床研修を可能とすることを目指すものである。

第4には、評価の重視であり、施設およびプログラムの研修内容について第三者機関による公平な立場からの客観的な評価が必要であるとしており、また、研修医自身も自らがどこまで臨床能力を取得したかを、確認と評価が確立されることを求め、さらに、例えば認定(専門)医資格取得のための前提となる制度にも言及している。

第5には、研修医の身分処遇の問題であり、現状についてはあまりにも格差のあることが指摘され、別途な幅広い見地からの検討も必要であることとしている。

第6には、研修費について臨床研修補助金を良い研修プログラムに対してメリハリをつけて交付

するように変更することを求めている。

第7に、実務執行体制として、臨床研修が確実に行われるよう医学界医療界の関係者を中心とする第三者機関が設けられ、臨床研修業務が執行されることが望まれるとしている。これらの点に関しては確かに欧米諸国にあっては、国ではない財政的裏づけをもった独立した自由性のある機関が、医学教育の内容全般、臨床研修の内容も計画実施し、評価していることが多いことを念頭にいたれた提案であろう。これらの提案を受けて、現在臨床研修の必修化について議論され、1994年(平成6年)12月をめぐりに医療関係者審議会臨床研修部会の検討がなされている。

以上述べたさまざまな報告書に提唱された方向を基として、さまざまな検討が各医科大学においてなされている。医学教育行政についても今までのように行政が方向をつくり、各大学がそれに従うという姿勢から、各大学が自主的な改善を行い、それを行政が支援するという方向に変わりつつあることは、文部省および厚生省においても、大筋では全く異なっていない。その時に自主的に医学教育の改善を目指す機関団体が必要である。日本医学教育学会は学術大会および各種委員会活動を通じて、医学教育の自主的な改善方向についての検討を続けてきたこれらの記録は、機関誌『医学教育』で発表されてきた。また、すべての医科大学が加盟する財団法人医学教育振興財団は、毎年1つの医科大学を選んで視察と討論の会を開催して、各医科大学における医学教育改善の試みについて全医科大学関係者が集まって検討する機会を設け、それらの報告書を発行している。また、新任の医学部長、病院長を中心として医学教育指導者セミナーも開催し、諸外国の優れた医学教育者を招いて討論を行い、その結果は機関誌 J. M. E. F. に報告している。さらに第2回国際医学教育会議を1993年(平成5年)11月に世界保健機関(WHO)と共催して、世界保健機関事務総長も参加し、150名以上の内外の医学教育専門家が「変革期の医学教育」と題して討論を行っている。これには文部省、厚生省の担当局長も出席し、前回1986年に京都で行われた第1回国際医学教育会議のフォローアップとして、果たしてわが国の医

学教育がどの方向に向かいつつあるかについて真剣な議論がなされている。文部省の医学教育課に医師である医科大学教員が勤務するようになったのも大きな前進であるが、これらの方向を受けて

医学教育行政は関係者が十分な話し合いを重ねて、21世紀に人々に奉仕する医師をどうすれば効果的、効率的に養成することができるかについてフレキシブルな検討を必要とするであろう。

* * *