

# 総 説\*

中 川 米 造\*\*

## はじめに

これは日本医学教育学会としてまとめる第2回の日本医学教育の現況報告である。前回は、昭和47年2月に刊行された。その基調は医師需給状況の急迫に対応するため、医学生を増加すること、すなわち既設校では入学定員の増加、そして医学校の新設が相次いですすめられ、それに伴って、教員不足や新設に当たっての資金問題など、主として量的な問題に焦点が当てられていた。

それから、6年経過した現在、医学教育問題の基調は、ようやく量的な側面から質的な側面に転化しつつあるように思われる。量的には、まだ医師の需給を改善するにはいたっていないが、急激な医学生定員の増加によって、すでに近い将来、逆に医師過剰時代がくるといふ危惧の声さえあがりつつある。昭和46年に、政府が医学校の増設に踏み切った時点における目標は、「昭和35年における医師と患者数の相対的比率を一応の基準として、昭和43年における必要医師数」を求め、人口10万当たり150人の医師数を昭和60年（のち昭和50年に変更）までに確保することであった。これは昭和50年には達成できなかったが、昭和60年には、166.4と目標を上まわり、さらに昭和75年（西暦2000年）には、213.3に達するものと推定されている（厚生省特別研究ヘルスマンパワーの将来予測）。

## 1. 私立中心の医大増設計画は改められたが

前回の白書において、あまりにも私立医大の新設が増え、これに対して国公立の新設が少なかったことを問題点として指摘した。とくに、これら新設の私立医科大学は、入学にさいして、法外な寄付金を要求することが伝えられ、これは教育の機会均等にも反すると、社会的な批判を浴び、同時に、政府の医師増員計画に対する責任のとりかたについても批判が集中した。おそらくは、こ

れらの批判によるというよりは、景気刺激のための「列島改造計画」の一端としてであろうが、無医大県解消を目標とした国立医大の新設計画が軌道にのせられ、昭和53年3月現在で、あと4県を残すのみとなった。今後、私立医大が新設されることはほとんど考えられない。

新設医大の、ときに入学試験の成績にあまり関わりなく、寄付金の負担力の大小を考慮して、入学者が決定され、しかもそれは、教授会とほとんど無関係に、理事者が行うことのあることが明らかにされたことは“高度の知識・技術の持主”（パースンズ）としての医師の役割期待に背くものであり、“知的オーソリティ”（バターソン）を認めにくくすることによって、医師の一般的評価を落すものとして、かなり重大な意味をもつ。

しかしながら、この私立医大の寄付金問題が表面化したことによって、教授会の教学権、入学者選抜にさいしての責任と権限回復の動きがみられるようになったことは、改善方向への志向の現れとして評価しなければならないであろう。

といて、法外な寄付金がまったく不要になったわけではない。私立大学への国庫助成は次第に引き上げられてきているとはいえ、限度は、教職員人件費の半額までであり、最近とくに高度化しつつある医療設備や、教育施設をまかなうまではいたらない。社会的批判と、それを受けての、文部省の介入指導は、私立医大入学金の標準化を名目として、寄付金はむしろ公然化した。昭和53年1月付で日本私立医科大学協会が発表した「医学教育経費の理解のために」というパンフレットによれば、本年度、私立医科大学の入学時寄付金の平均は709万円、これは国立医科大学の35倍、アメリカの私立医大の最高（1977）に比しても、さらに2倍という高額に達している。

## 2. 依然続く教員不足

短い期間に続々と医学校の新設があったことが教員の高給に大きな困難をつくり出した。これは依然として変わらない。昭和23年の新制大学の発足から、昭和46年ま

\* Introduction.

\*\* NAKAGAWA, Yonezo 大阪大学医学部医学概論研究室

で、わが国の医学校数は46を保った。同年から昭和53年まで、26校が増加したことになる。設置基準によって、26校分の必要教員数を計算すると、5,460名に達する。

新設校が教員の不足に悩むだけでなく、これを供出する既設校の教員も不足してくる。たとえ定員を満たしていても、その定員基準自体が、原則的には大講義方式を中心としたもので、小グループ、臨床実習中心主義にはそぐわないものとされている。加えて医学の分科の進行に伴い、講座数は次第に増えているのに、医学部授業の総時間数は一定の枠に入れられているために、講座当たりの分担時間は少なくなっているが、人員不足の声が大きいというパラドックスが生じている。

大学設置審議会は、昭和50年7月、新しい時代に対応できるように、医学部の設置基準を改訂し、講座も、基礎医学、臨床基礎医学、臨床医学、社会医学の4つの大分類のみを定めて、弾力的に組織できるように配慮したが、あまり実効はあがっておらず、講座要求、人員要求の声のみ大きい。

ただとくに急迫の強かった基礎系教員の後継者たるべき、大学院学生の充足状況は最近やや好転しつつあるかにみうけられる。とくに、地方都市における医学校にその傾向がみられ、また大都市の大学の基礎系の大学院に、地方都市の大学医学部の出身者の応募が目だつようになっている。これが、どのような意味をもつのか、いましばらく観察が必要であろう。

### 3. 過熱する医学校入学試験とその改革

石油ショックで経済の高度成長にブレーキがかかり、産業界の新卒者採用の手控えが起り始めてから、医学校の入試は、ますます競争が激しくなった。新設私立医大の裏口入学が社会的な批判にさらされたのも、この激化する競争試験をまったく無視して、ただ金力のみによって不公正に入学できることが示されたためもある。一方、経済成長の停滞をよそに、医療費のみは依然上昇をとげ、多くの開業医の収入も、それに伴って着実に上昇しているようにみえたことも、医学校入学志願者の急増、したがって入学試験の過熱化を招いた。それら、医学校への入学志願者のなかには、他学部の卒業生や、あるいはすでに卒業して就職していたものが、学生として医学部に再志願する数も増えてきた。

入学試験において競争が激化してくると、選別のためには、出題者はますます解答を困難にするように工夫をこらすことになり、一方、受験者は、それを解くための技術の練磨のために努力することになる。このような受験技術にすぐれたものが、ただちに他の知的能力、およ

び態度、習慣などにおいて、劣るものであるという証明はないが、かといってそれらが平行しているという証明もない。しかし、どちらかといえば、前者についての不安は一層高まる。全面的とはいえないまでも、入試成績の順位は、その入学後の学習成績とは一致しないことについては、次第にデータが積み重ねられており、とくに受験浪人の期間は、それが長くなるほど入学後の学習成績がよくないということも、次第に信じられつつある。

昭和54年度から、大学入試の過熱を改め、高校教育の正常化を計って、国立大学に関して統一一次試験が行われることになった。これを機会に、たんに学力だけでなく、将来の医師として必要な基礎的資質を備えた受験生を選抜することの重要性和、その方法を本学会は提案し、一定度の影響を与えた。

### 4. 展望を生むか教養部改革

教養課程問題は、新制大学にとって、もっとも手のつけにくいものであった。専門課程を修める前に、民主的社会の一員としてよき市民を育成するために、一般教育を修めさせることが必要であるという趣旨については原則的に異議のないところである。とくに医学教育においては、そのことが強調され医進課程という特別コースとして位置づけられてきた。しかしながら、現実には教師側にとっても、学生側にとっても、医進課程は不満と不平が集中するところであった。医学専門課程の教師たちは、教養部あるいは医進課程の教師たちに、入学試験問題の作成、採点や一般教育、基礎教育を請負わせながら、多くの場合教育計画の意志決定には参加させながら、一方、医進担当の教師たちは、医進や教養課程を担当することで、それぞれの専門学会からも孤立感をいただき、教育に多くの時間を割きながら、いま一步、情熱が湧かないということが多かった。さらに医進課程の学生にとっては、医学部に入学したと思っているのに、一向に医学部らしい授業のないことに失望し、これまたインセンティブを欠くというような事情があった。

最近になって、ようやく医進・教養教員の教育に対する意志決定機関への参加や、とくに2、3の国立大学でみられる総合科学部とか語学センターなど、研究組織として教官処遇の改善が試みられつつあり、また医進課程学生に対する専門部教員による、あるいは医進担当教員との協同によるオリエンテーションプログラムの導入などが、次第に採用される傾向があり、これらが契機になって、医進課程の意義の再確認と充実への道を開くことができそうである。

## 5. カリキュラム改革は続いているが

専門課程でのカリキュラム改革は依然続いている。とくに新設医大では、新しい課題への対応を目標として、カリキュラム改革が盛んである。既設の大学でも定員増に伴い、カリキュラムに工夫が要求されている。新しい課題のうち、大きいのは急速に増加する情報量を、限られた時間内でいかに効率的に学習させるかということ、および社会の医師に対するニーズが変わって、医師中心主義から患者中心主義へと移行してきたことであろう。さらにいえば、上にもふれた大人数学学生教育への対応がある。

当然、教育目標、あるいは学習目標を明確化したうえで、教育法、評価法の策定に及ぶのが順序であるが、ほとんどの医学校において個別的教育目標はもとより、一般的教育目標も定めてはいない。目標を欠いたまま、導入される新カリキュラムは往々にして思いつきに終わることが多く、評価によってフィード・バックを受けることもないので、たとえ担当教員が情熱をもって取り組んでも実効はあげがたいであろう。

何故に、各大学において一般教育目標の決定が困難であるかは、今後分析される必要がある。とともに、医師国家試験の出題レベルの向上に伴い、医学教育の目標を、国家試験合格に狭く限定する傾向が現れてきていることも注意しなければならない。国家試験で判別できるのは認知領域のある種の部分であり、とくに精神運動領域、情意領域についての選別はできない。この選別できない領域にこそ、医学校教育の大きな責任がある。

カリキュラム改善のための専門委員会は各大学で設けられている。その委員会の構成員としても、教授以外の教員の参加、あるいは学生参加の道も開かれる傾向にあるのは望ましい。しかしながら、上述したように一般的目標を欠いたままでは、技法のみの変化に終わるおそれがある。昭和50年に大学設置審議会医学専門部会の行った建議『医学部設置基準の改善について』（資料9）には、この種の設置基準には珍しく、教育目標が冒頭に掲げられている。それを単なる作文に終わらせるかどうかは、今後の医学教育の、いわば命運にも関わるといえよう。

## 6. 緒についての教師研修

医学教育は大学で行われ、大学教師によって指導される。大学教師の大部分は、その職業生活の第一義を研究成果をあげることにしている。その限りにおいて、教育は二義的になる。小・中学校の教師は、その資格認定

にさいして教育学を修得していることが要求されるが、大学教師は研究履歴によって任用される。教育法については、それぞれが学生時代に観察して得た経験、または先輩の方法を模倣することによっているにすぎない。いわばそれぞれが我流の方法によっている。教育目標の策定に抵抗が強い理由の一端は、このような我流の教育法に批判や制限が加えられることを警戒してのこともある。

したがって、医学教育の真の改革のためには、原則的には一般教育目標を定め、正しい評価法によって持続的に点検改良できるような教育方法を開発することであるが、実は、それ以前に医学校教師の意識改革が重要になる。世界保健機構は、世界の医療や保健の正しい普及発展のためには、新しい医師の登場を必要とし、そのためには新しい医学教育が、さらにそのためには、教師の意識改革が必要であるという判断から、1971年、医療保健従事者の教師の教育研修計画を発足させた。直轄のセンターを、シカゴとモスクワにおき、その下に地域センターを、さらに各国にもセンターをおくことによって、医療保健に関する教育科学の原則を普及させようというものである。

西太平洋地域のセンターは、オーストリアのシドニーにおかれ、1973年から2週間程度のワークショップが年に2回ほどあて開催され、わが国からも、毎回2名程度が参加して、一種“洗脳”に近い影響を受けて帰ってきている。これら“シドニー帰り”の教師たちが世話人となり、厚生省・文部省共催によって、1974年から毎年1回ワークショップがもたれ、さらに医学校や教育病院でも、同様なワークショップがもたれて成果をあげつつある。

しかしながら、ワークショップという形式の制約によって、全体としては、いまだ参加者の比率は少なく、さらに広く教師の研修をすすめるためには恒常的な研修の援助を行うセンターの設立が望まれる。

## 7. 改善がかなり進んだ医師国家試験

それが一部であるにせよ、医科大学の入学者選抜や、教育法について社会の疑惑を生むような事態が払拭されていない以上、国民の医療の掌となる医師の資質についての、国として基準を守るために、国家試験による選別を行うことは避けがたい。もちろん、多人数に対して、できる限り客観的に、信頼性と妥当性を保障するために、技術的限界はあるにしても、その範囲ではできるだけ改善の実をあげなければならない。

幸い医師国家試験は、最近、つねに国民的関心の的になっている。このため、医学校におけるカリキュラム改

革よりは、はるかに改革の実効はあがっている。評価論的な検討についても、かなり綿密な検討がされるようになったし、さらに出題範囲とレベルの維持のために、『医師国家試験出題基準』（1977）が作成発表されたことは、卒前教育目標を定めるうえでも大きな影響を与えることになる。

ただ、より充実した改革をはかるためには、現在のよるような2年任期制の試験委員会制によっては困難であろう。アメリカ、西ドイツなどにおけるような、専門的な研究開発機関をもつ必要がある。

## 8. 方向がみえてきた卒後教育

戦後のわが国の医学教育のなかで、もっとも混迷をきわめたのは、卒後教育に関する部分であった。インターン制度をめぐり、また専門医制度の導入をめぐって紛争が絶えなかったのも、卒後教育の目的、方法、質源について当事者間に合意が成立しなかったからである。しかも、このことが、卒前教育の計画化を進めるのを怠る理由としても用いられた。

しかしながら、ここ数年の間に、卒後教育の目標がかなり具体的に形をととのえてきつつある。いわゆるプライマリー・ケアを目標とした、研修計画で、これが教育科学的な方法によって、かなり精密に組み立てられつつあり、すでにモデル案までできて実施に入っているところも現れてきた。もちろん、まだ日本語として定着していない、このプライマリー・ケアの理解については不一致があり、このために計画が失敗する不安もあるが、地域医療の第一線の要求に応えることのできる医師を具体的に想定した学習計画がここまで具体化されたことは、

これまでにはなかったことであり、その育成は大きな課題である。

## 9. 伸び悩む生涯教育

日本の医師の生涯教育は、多彩でありながら今1つ普及に限界がある。日進月歩の医学の進展を学習しないことは、ときに不知による医療過誤の責任をとらされるという消極的な面だけでなく、国民保健のうえでも大きな意味があり、医師会としてももっとも重要な課題でなければならないが、多くの生涯教育のプログラムへの参加者は、つねに顔触れが固定しており、新しい参加者を迎えることに困難がある。これは日本の医療報酬体系が、医師の能力向上を顧慮しないことが最大の原因だと思われるが、逆に、そのような条件であるにもかかわらず、熱心な参加者も存在するという点に、むしろ注目すべきであろう。

学習自体を自己の価値実現の1つであると位置づけ、自己学習の態度および方法を、医学校時代に身につけさせるか、あるいは、入学者選抜に、そのような性向のあるものを採用することで積極的位置づけも可能である。また、生涯教育のプログラムや実施法にも工夫が必要であるかもしれない。

以上、日本の医学教育のあらゆる面に、ようやく実質的、科学的な検討が加えられ、改革の方向を見出す方法論が見出されてきたということができよう。つぎは、それを実践に移す責任と連帯の組織化の段階である。それは内閣直属の医学教育庁のようなものが良いのか、あるいは全国医科大学連合のようなものが良いのか、近い将来に決断が必要であろう。