

長の他に少なくとも3年以上公衆衛生の実務に従事した経験を有する医師が常勤していること。

設備については、研修を行うのに十分な機能を備えていること。

なお、研修プログラムは、研修モデルプログラム(平成5年3月25日医事第31号厚生省健康政策局医事課長通知)を参考にして定めること。

## 資料17：わが国の大学医学部（医科大学）白書'93

全国医学部長病院長会議（平5.5）

### 序文（略）

#### I 望ましい医学生の選抜

近年、わが国の社会情勢は急激に変化しており、技術革新の加速化、グローバル化、国民の価値観の多様化、高度情報化社会の出現などにより、医学・医療が大きな影響を受けつつあるのは周知のことである。このような社会の転換期に当たり、将来の医学・医療の担い手を養成するとともに、研究と診療を通じて国民の健康保持に貢献する大学医学部（医科大学）の責任は大きい。今日の医学校が当面する基本問題は複雑かつ多岐にわたり、医学校のみでの努力では解決困難な課題も多い。しかし、社会のニーズに対応して、どのような学生を入学させていかに教育するかは、医学校に責任があり、医学校の自主性が非常に大きく保証された課題である。とくに、医学教育の最初の段階ともいえる医師候補生たる入学者の選抜をめぐる諸問題は、国民はもちろん、各大学が最も関心のあるところである。

#### 1. 入試を取り巻く諸情勢の変化

わが国の18歳人口は、昭和60年代に入り増加し続け、平成4(1992)年度にはピークの約205万人に達したが、その後は減少が始まり、平成12(2000)年には151万人になると予測されている。これに対応して高等教育の計画的整備が進められつつあり、量的縮小による大学冬の時代を迎えることは明らかである。また厚生省は医師数削減政策を打ち出しており、文部省でも医学部の学生定員削減政策がとられ、昭和59(1984)年には8,360名であった全国の医学校の入学定員は、平成3(1991)年には7,770名となっているが、厚生省のいう削減目標にはまだ達していない。

一方、大学の質的充実の重要性が叫ばれており、急激な時代の変化に柔軟に対応できる能力と未知の分野

を拓く創造性に富む人材の養成が求められている。また国際化の進展により、発展途上国への医学・医療面で貢献のできる人材の養成や留学生の受け入れも、最近とみに重要になった。

#### 2. 医学・医療を取り巻く状況の変化

社会全般の変化とともに、目ざましい変革が医学・医療の分野にも起こっている。インフォームド・コンセントに代表される人間尊重の医療、技術の進歩による体外受精、臓器移植、遺伝子治療をめぐる倫理問題、チーム医療の普及、成人病やストレスの増加による疾病構造の変化などは、その例である。また医師数過剰時代の到来により医師間の競争が激しくなることが予想され、学会認定医・専門医制度の普及により生涯学習が強調されている。一般社会からの医学・医療に対する要求や批判も厳しくなっている時代である。このような時代に求められる、医師や医学研究者の適性とは何であろうか。

#### 3. 入試に関する全国アンケート調査に寄せられた意見

表1に、第1回及び第2回の全国79大学に対するアンケート調査の主な意見をまとめた。まず入試制度のあり方に関する意見が国公立大学から出されている。第一次試験として大学入試センター試験を採用している状況を、平成3,4,5年度につき表2に示した。産業医大以外はすべて国公立大学である。連続方式(A日程, B日程)と分離・分割方式(前期日程, 後期日程)とが併存しているとはいえ、年とともに分離・分割方式の前期日程が増加している。複数受験の機会を与える主旨からは、前期と後期の入学定員数を国公立大学全体で50%づつとすべきという要望も出ている。入試制度が複雑過ぎるので、もっと単純にならないかという意見もあった。目まぐるしく方式が変わるのも

表1 全国79大学医学部（医科大学）からアンケート調査にみる  
入試についての主な意見

（重複回答を含むが無回答もあった）

	第1回		第2回	
	国公立	私立	国公立	私立
入試制度のあり方の問題	7	2	9	0
入試方法の分析, 検討, 評価				
医師の適性をみる方法のあり方の問題	18	9	15	5
MCATの実施	3	5	2	6
面接の実施	6	2	4	2
小論文の実施	5	1	5	2
推薦入学の実施	5	3	5	4
各大学の自主性に任せる	3	2		

表2 大学入試センター試験を採用する大学医学部（医科大学）に  
おける入試日程の推移

（私立は産業医科大学である）

入試日程区分	平成3年度			平成4年度			平成5年度			
	国立	公立	私立	国立	公立	私立	国立	公立	私立	
分離・分割方式	23	1	0	28	1	0	36	2	0	
連続 方式	A日程	9	5	0	7	5	0	3	4	0
	B日程	10	2	1	7	2	1	3	2	1
合計	42	8	1	42	8	1	42	8	1	

問題である。

次に入試方法の分析, 検討, 評価には多くの意見が寄せられた(表1)。学力(ことに偏差値)のみにとらわれずに, 今後の医学・医療を担う資質を持つ学生をどのようにして選抜できるかは, 最も関心の高いところである。具体的方法として, 面接, 小論文あるいは推薦入学などの実施方法やそれらの成績と入学後の成績, 医師国家試験合格率, 卒後臨床研修の評価, 認定医・専門医合格率や博士の学位取得率などの相関を, 長期間のフォローアップで評価することが求められている。一部の大学ではすでに, ある程度の相関関係があるという結果を持っていることも知られている。国公立と私立との違いとして, 米国のMCATのような適性試験(skills analysis法)に対する関心は, 私立では29校中5~6校と, 国公立の50校中2~3校よりも高かった。Skills analysis法で測定できるといわれている, 問題解決能力に対する期待が持たれているためであろう。私立でも少数意見としては, 基礎学力テストとして大学入試センター試験を採用したいとするところもあったが, 成績が大学へ提供される時期が遅

いのがネックとされる。

どの大学も, 医師としての資質・適性を評価する具体的方法を求めているが, 「医師としての資質・適性とは何か」があまり明らかでないのが問題であろう。豊かな人間性, 思いやりのある温い心, 協調性など概念的, 抽象的には理解できるが, 短時間の面接や小論文で評価できることではない。また医学校の使命としては, 将来の医学研究者の確保も重要である。従って, 少数意見としては, いかなる基準でいかなる人物を選ぶかは各大学の責任, 自主性により決まることで, 他の大学にも共通する方法として利用することは困難であるというものもある。

その他, 医学部入学者は, 米国のように4年制大学卒業後の学士入学者がよいとするものや, 特殊な才能のある者も選ぶべきという意見もあった。また国際化時代に対応して, 外国人留学生の受け入れや身体障害者の合否基準に関する意見もみられた。

#### 4. 望ましい医学生を選抜

入試は, カリキュラムと並んで大学の工夫が可能な

課題である。各大学の教育目標が多様になってきたので、入試方法にも多様性は必要である。良い臨床医の養成を目標とする大学と独創的な医学研究者を育てることを目指す大学とでは、入試方法に違いがあつてよい。一つの大学が上記の両者を目標とする場合には、入試選抜方法にも色々なメニューが必要であろう。論述式の学力検査に加えて、高校調査書、面接、小論文など多様な方法を組み合わせて多面的に選抜することを、現在多くの大学が試みている。それぞれの試験(調査書、面接、小論文、学力検査成績など)をどう配点するかにより、調節可能である。傾向としては、従来の学力検査偏重から面接、小論文を取り入れることにより、動機や性格などに問題のある者を排除する方向に動き、現在ではさらに面接などをポジティブに加点するべきであろうとされている。

入学者の選抜方法の良否を、入学後の学業成績などで判定するべきでないという考え方もある。あくまでも良い医師や優れた医学研究者となるかどうかの立場から評価すべきであるが、長時間かかるうえに判定の難しい問題である。同様に、入試方法にあまりにも多くを期待するのも誤りで、入学後の教育や指導の方が良い医師養成には重要であることを忘れてはならない。

## 5. おわりに

各大学はそれぞれの教育目標に合わせて、入学者選抜方法を確立する努力が必要である。知識と技術のみならず、態度や倫理感の立派な医師を育てるには入学後の教育と指導が重要であり、入学時の選抜では、教育可能な人間が否か、ひいては生涯にわたって医師たるにふさわしい人間か否かを評価するべきである。

## II 大学設置基準の大綱化と大学改革

医学教育全般に関しては、昭和62(1987)年9月7日付の「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議：最終まとめ」があり、これに述べられていることは、今日でも些かの変わりもない。平成3(1991)年7月1日の大学設置基準の一部改正では、いわゆる大綱化により各大学の自由度が増したので、各大学・学部は特色ある教育を行い、自己点検・評価によるフィードバックによって、絶えずより良い教育を実践することが強く要請されることとなった。

医学教育は医学生や医師の一生にわたる。具体的には、入学者の選抜、学部教育、卒業教育と臨床研修及び生涯にわたる学習・研修に分けられよう。ここで

は「大学設置基準の大綱化と大学改革」ということに則し、入学者選抜、大学院を含む卒業教育及び臨床研修については他の章で取りあげられているので、主として学部教育(卒前教育)について、そのなかでも大綱化に密接に関わるることについて述べることにする(表3参考)。

### 1. 医学教育の目標

医学教育の目標については、文部省「医学部設置審査基準要項」(昭和52(1977)年8月23日改正)に、次のように示されている。

「医学教育は、確固たる倫理観に基づき、医学に関連した社会的使命を有効に遂行し得る人材を養成することを目的とする。特に、その学部教育においては、医師として最小限必要な知識・技術を体得させ、卒業直後といえども適当な指導者の下では直接独力で診療を行うことができる程度の実力を付与するとともに、医学の研究に関する豊かな思考力を涵養し、常に医学の進歩に即応しつつ、将来高度の知識・技術を有する医師又は医学者となるための基礎を培うものとする。」

これを受けて、前記の「最終まとめ」では、「期待される医師像—良き医師」養成の重視を謳っている。学部教育に要請される「良き医師」の基本は、時代や社会を越えて不変のものであり、さらに、いわゆる臨床医のみならず、医学教育者や医学研究者を目指す者にとっても共通の、医学・医療に携わる者としての基本的な態度、科学的思考力、適切な判断力を身につけるということであろう。

これを基本としたうえで、大綱化は、各大学医学部の教育理念や目標を多様化する自由を与えた。さらに、同一大学・学部であっても、教育理念や目標の異なるコースを設けることも可能になった。いくつかの大学で検討されているM.D.—Ph.D. コースは、その具体的な表われである。近年の、生命科学、工学、情報処理学などとの学際領域の科学と技術の進歩・発展に対応するためには、他学部出身者(学士入学者)を対象としたM.D.—Ph.D. コースも視野に入れるべきであろう。しかし、学部教育を終えた者に医師国家試験受験資格が自動的に与えられることを考えれば、自ずから、全てのコースに共通のminimum requirementの基準が出てこよう。

### 2. 6年一貫教育について

医学教育は、これまで、2年間の医学進学課程を終えた後、4年間の医学専門課程の教育が行われること

を原則としてきた。このたびの大綱化により、各大学医学部の教育理念や教育目標に基づいて6年一貫教育のカリキュラムを自由に組むことが可能になった。

大学入学後の早い時期から、医学生としての自覚を促し、自主的・積極的な学習態度や医師としての基本的態度を身につけるために、いわゆる early exposure の重要性や有効性が指摘されており、逆に生命倫理・医療倫理学、臨床心理学、医療社会学などの専門関連科目は、医学専門教育と並行して行われることが望ましいであろう。さらに学生の自主的学習態度を育て、医学研究への意欲を養うために、自由研究(研究室配属等)などの期間を新設した大学も多い。大綱化に伴って、6年一貫教育に変更した大学医学部では、一般に、このような方向でのカリキュラム改革が進められている。

いわゆる新設医大や私立医大では、大綱化以前から6年一貫教育が行われているところも多く、最近、チュートリアル制やクラークシップ制など新しい教育方法を取り入れた大学から、従来の6年一貫教育の一部手直しを考えている大学まで、大綱化に対する取り組みは多彩である。

総合大学の医学部では、かねていわゆる一般教育を教養部ないし他の学部委ねており、医学部のカリキュラム改革も全学的な教育改革の一環となっているため、全国アンケート調査でも検討中という大学が多い。教養部の改組と合わせて、6年一貫教育カリキュラムを志向しているのが一般的な改革の方向である。一方、大学院レベルまで一貫した課程を持つ学部が同時に全学の一般教育を担当していたり、一般教育と専門教育の施設が離れている大学では6年一貫教育に困難の多いことが、アンケート調査結果からもうかがえる。

いわゆる一般教育に2年間、専門教育に4年間という従来の方式を基本とすることも、立派に大綱化の精神には沿っている。しかしこの場合、最初の2年間の選択科目の幅が広がり、他学部の学生との交流が自由にできることから、幅広い教養や豊かな人間性を身につけ、学生一人一人の個性を伸ばすような授業科目を履修することなど、この方式のメリットを十分生かせるよう、カリキュラム編成やガイダンスに工夫を要することはもちろんである。

医学教育を大学院教育とするという意見、すなわち、アメリカで一般的に行われているように、医学進学のために要する一定の単位を大学で修得した者を入学者とする意見もアンケート調査に見られた。この方式によれば、自ら積極的に学習する態度と科学的思考法・

判断力を身につけた、成熟した大人である学生を受け入れることにより、効果的な医学教育が行えるという魅力がある。医学教育そのものを大学院教育にするという抜本的改革以外にも、このような学生を専門教育から受け入れることもできる。従来一部で行われていた学士入学は、医学研究者の養成という当初の目的を必ずしも達成し得なかったとはいうものの、学士入学者が他の学生に与える好影響も注目に値するという。さらに、M.D.—Ph.D. コースを学士入学者のためのコースとすることもできよう。

なお、従来から一般教育の形骸化がいわれ、一方では医学・医療に関する知識や技術が膨大になったため、6年一貫教育を、いわゆる一般教育を減らし、専門教育を増やすことと受け取る向きもあるが、医師に幅広い教養と豊かな人間性が要求され、医学の基礎が自然科学であることを考えれば、一般教育の必要性が減じていないのは自明の理である。

また、多くの大学で外国語教育の改革が単位数の変更を含めて志向されている。外国語教育の目的は、(1)当該外国語を使う(読み、書き、聞き、話す)ことができるようになること、(2)当該国の文化等に触れること及び(3)論理的に言語を使う習慣を身につけることであろう。国際化時代にあって、少なくとも第一外国語については(1)をマスターすることが要求されようが、いたずらに実用を追って、(2)が軽視されてはならない。また、第二外国語についても、学部教育段階では何とか読めるという域を出なくても、将来、必要になった時の学習の基礎となるばかりでなく、(2)及び(3)の観点からみれば、それなりの教育効果を挙げうるものと思われる。

### 3. 単位制について

従来、医学教育は、いわゆる一般教育は単位制、専門教育は授業時間制という二本立てで行われてきたが、このたびの大綱化で、原則として188単位以上を卒業要件の標準とする全単位制の導入がなされることになった。単位の計算方法についても各大学の自由度が大きくなったが、いたずらに単位当たりの授業時間数を多くすることなく、学生にゆとりを与える必要であろう。

単位制導入には、次のような意味があると考えられる。

- (1) 全学生必修のコア・カリキュラム(必修科目)と選択科目・自由科目に分けることにより、選択の幅を広げ、学生が自分の個性、関心、将来の進路

に合った授業科目が履修できるようになる。

- (2) 他学部、大学院、他大学や外国の大学等との単位互換が可能になる。
- (3) 前項にも関係するが、単位互換により、医学と生命科学、理・工学、人文科学や社会科学との学際領域に関心を持つ学生の個性を伸ばすことができる。このことは医学生と他学部学生相方に当てはまる。
- (4) 医師の生涯学習の機会に利用しやすくなる。
- (5) 医学以外の分野出身の大学院学生のほか医学教育者・医学研究者が、医学全般にわたる知識を身につけるために、医学のコア・カリキュラムや関係の深い専門科目を履修したり利用したりすることができる。
- (6) コメディカルの教育者・研究者、大学院学生あるいはナース等も一部の授業科目を利用できる。科目等履修生の制度もある。
- (7) 医学・医療に直接関わらない人でも、ある程度の医学教育を受けることが望ましい場合がある。このような人達も、一部の授業科目を大学の学部段階、大学院段階または生涯学習の段階で利用しやすくなるであろう。

#### 4. 医学教育者と教育業績の評価

教育が基本的には教師と学生という人間の問題である以上、医学教育者の資質は制度以上に重要である。

しかし現実には、大学教員の任用や昇任の時だけでなく、一般にその評価は研究業績によってなされている面が大きく、臨床医学系教員の場合は診療の腕の評価も加味されるであろうが、教育業績の評価はほとんどなされていないに等しい。研究業績は研究費の獲得や昇任というメリットに直接つながるのに対し、教育への貢献は正当に評価され難いこと、とくに助手の場合には、研究は評価されても教育に関しては補助者に過ぎないことから、一般に若手教員が研究を重視し、研究者としてのアイデンティティが強いのは、当然の帰結とも思われる。

このたびの大学設置基準の一部改正に伴って、ファカルティ・デベロップメントや教育業績の評価を行う気運が高まってきたことは、基本的には教育機関である大学医学部の教員が、教育者としてのアイデンティティを取り戻し、正当に評価されることへの第一歩になろう。

しかし結局は医学部教員の、教育者としての意識改革にかかっているところが大きい。

#### 5. 自己点検・評価について

従来、教員の業績の点検・評価は、ほとんど研究業績に対してなされてきた。このたびの大綱化によって、教育における大学の自由裁量が増加した分、自己点検・評価を行い、より良い教育を目指して常に改革していくことを迫られている。

教育に対する大学の自己評価には、教育理念や教育目標とそれに対する学生の到達度、教員配置、コースとカリキュラム、授業内容、教育方法、施設及び設備等が含まれよう。教員個人による自己評価が基本となるものの、さらに、学長・部局長ないし点検・評価委員会などによる評価、同僚による評価及び学生による評価等がある。このような評価に慣れていないわが国の大学職員にとって、同僚による評価は自尊心を傷つけられる気がする向きも多いし、学生による評価にはアレルギーもあろう。しかし、学生は意外に正しく評価しているものであり、学生に教育の効果があがるのが第一である。実際に評価項目、評価方法を適切に設定すれば、いわゆる人気投票でない、かなりの射た評価が行われることは、学生による評価を実施した大学関係者の等しく口にされるところである。

#### 6. おわりに

「大学教育改革の方法に関する研究」(関 正夫編、広島大学大学教育研究センター、1990年3月)の中に引用されている J.B.L. Hefferin の言によれば、大学教育の自己改革にとって次の三者が必要であるという。(1) 改革に必要な人的・物的資源の確保、(2) 改革唱導者の存在、(3) この両者について大学のシステムが開放的構造であること、端的に言えば異質な人材(新しい血)の導入を実施しやすいこと。

これまでの記述では改革に必要な外的要因(予算措置や定員の配分)を意識的に排除してきたが、スクラップ・アンド・ビルドを含めて、施設と設備の充実や教員と教育研究補助員(技術職員)の配置は、究極的には避けて通れない問題である。各大学の自己点検・評価を進展させて、日本の大学の点検・評価を行い、世界の大学と比較することにより、より良い大学に脱皮するために必要な人的・物的資源が確保できるように、予算措置や定員配分を求めることは、大学の施設や設備が貧弱で老朽化し、学生定員増に見合う教員増がなく、以前から少なかった技術系職員が国家公務員の削減の影響でますます少なくなっている日本の大学の現状を考えると、国立大学に限らず、同類の問題解決は



【国立大学】 No.2

設問 大学名	医学部内 での対応 組織		教育目標の変更		一般教育組織の 変更		一般教育カリキュ ラムの変更		専門教育カリキュ ラムの変更		進級及び卒業要 件の変更		教育・研究・診 療組織及び教員 配置の変更		大学外における 学修		科目等履修生		自己点検・ 評価の体 制と方法					
	検討 委員会等	検討 これか らする	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	実施を 含む	予定なし	未検討 又は	未検討 又は	委員 会等	検討 これか らする		
京都	○		○		○								○					△	○					
大阪	○		●																○					
神戸	○			○					●					●					○					
鳥取	○		○						●															
島根医科	○																							
岡山	○		○																					
広島	○		●			△																		
山口	○			○																				
徳島	○																							
愛媛	○			○																				
高知医科	○								●															
香川医科	○									○														
九州	○		○																					
佐賀医科	○			○						○														
長崎	○		●																					
熊本	○																							
大分医科	○																							
宮崎医科	○		○																					
鹿児島	○		○																					
琉球	○																							
計	42																							
平成4.5調査	41	1	7	15	20	8	6	28	31	8	1	33	7	3	12	27	16	4	22	7	8	27	40	2
平成4.9調査	41	1	9	17	16	10	6	26	25	13	2	27	8	2	12	28	16	4	22	7	8	27	42	0

備考 <sup>1</sup> 大学院 <sup>2</sup> 未検討 <sup>3</sup> 実績なし

[公・私立大学] No.1

設問 大学名	医学部内での対応組織		教育目標の変更		一般教育組織の変更		一般教育カリキュラムの変更		専門教育カリキュラムの変更		進級及び卒業要件の変更		教育・研究・診療組織及び教員配置の変更		大学外における学修		科目等履修生		自己点検・評価の体制と方法		
	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	
札幌医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		△		△		○
岩手医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
福島県立医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
自治医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
独協医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		△		○		○
埼玉医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		△		△		○
日本医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		△		△		○
日本医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
東邦大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
東京医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
東京女子医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○ <sup>1</sup>		○		○
慈恵医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
慶応義塾大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
昭和大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
順天堂大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
杏林大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
帝京大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
横浜国立大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
北里大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
聖マリアンナ医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
東海大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
金沢医科大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
名古屋国立大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
藤田保健衛生大学	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○

備考 <sup>1</sup> 大学院 <sup>2</sup> 未検討 <sup>3</sup> 聴講生 <sup>4</sup> 卒業 <sup>5</sup> 進級

[公・私立大学] No.2

設問 大学名	医学部内での対応組織		教育目標の変更		一般教育組織の変更		一般教育カリキュラムの変更		専門教育カリキュラムの変更		進級及び卒業要件の変更		教育・研究・診療組織及び教員配置の変更		大学外における学修		科目等履修生		自己点検・評価の体制と方法																					
	委員会等	これだけから	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	委員会等	これだけから																				
愛知医科	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○																			
京都府立医科	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○																			
大阪市立	○		○		○		○ <sup>1</sup>		○		○		○		○		○		○		○																			
大阪医科	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○																			
関西医科	○		○		○		○		○		○ <sup>2</sup>		○		○		○		○		○																			
近畿	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○																			
兵庫医科	○		○		○		○		○		○ <sup>3</sup>		○		○		○		○		○																			
奈良県立医科	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○																			
和歌山県立医科	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○																			
川崎医科	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○																			
産業医科	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○																			
福岡	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○																			
久留米	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○																			
計	36	1	2	26	9	8	6	23	7	4	26	4	26	7	4	26	7	11	2	24	5	5	22	3	5	29	3	22	12	4	21	12	16	4	17	3	11	23	29	8
平成4.5調査	36	1	3	28	6	11	7	19	10	2	24	2	24	10	2	24	10	5	2	24	10	5	22	3	5	29	3	22	12	4	21	12	16	4	17	3	11	23	29	8
平成4.9調査	36	1	3	28	6	11	7	19	10	2	24	2	24	10	2	24	10	5	2	24	10	5	22	3	5	29	3	22	12	4	21	12	16	4	17	3	11	23	29	8

備考 <sup>1</sup>未検討 <sup>2</sup>学期に明記 <sup>3</sup>卒業 <sup>4</sup>進級

すべての大学にとって急務であろう。

さらに、最近、大学教育の改革に関わるなかで感じること、大学教育を専門とする高等教育研究者は、日本全国でおそらく数十名に過ぎないと思われる。医学教育についていえば、教育に関心の深い教員が、それぞれ独自の教育・研究の専門領域を持ちながら、医学教育についても研究しているのが現状である。医学教育の立案、実施、評価に責任を持ち、教育者の資質を高めるための教育プログラムを実施する専任の教員を置いた機構を、各大学医学部に設置する必要がある時期にきているのではなかろうか。

### III 卒前医学教育の改善

#### 1. 歴史的・社会的背景

戦後、アメリカ医学の臨床と研究の高い水準は大きなインパクトを与えたが、わが国の医学教育は古い講座制の温存もあって、欧州大陸系の理論と知識を中心とする形式を継承しており、英米系の臨床重視型教育は根づかず今日に至ったといえよう。一方、教育目標の設定や到達度の客観的評価などの手法は医学教育においても取り入れられ、成果を挙げているが、臨床医学教育のガイドラインは医師国家試験制度によって外から与えられるという皮肉な形になっている。新設医大においては従来の枠にとらわれることなく、革新的な医学教育カリキュラムを採用している大学が多いが、教員数が旧設大学に比して抑制され、教育病院が充実されないため十分な成果を挙げていない。

さらに、最近の医学教育が直面する問題として、次の2点が挙げられる。第一は、生命科学の進歩によって、知識量が増大しただけでなく、学問体系の枠組みが流動化し、教育科目の伝統的基本分類が無意味化しつつあることである。第二は、社会情勢の変化で、高齢化と高度産業化社会にあつて、社会保障への国民ニーズと医学・医療水準の高度化をいかに調和させるかがますます困難になりつつあり、医学・医療・保健・福祉などの領域における医師の基本姿勢を教育のなかでどう位置づけるかが問題となっていることである。このような背景のもとで平成3(1991)年7月に大学設置基準が大綱化され、同年4月には臨床実習の実技面での医師法による制限が緩和されて、医学教育の改善を容易にする制度面の基盤が整備されてきた。各大学医学部とも、鋭意、教育改善に取り組みつつある時期であるので、その現況を全国アンケート調査から概観し、将来への方向を展望したい。

#### 2. 卒前医学教育の現状と問題点

平成3(1991)年から4(1992)年にかけて行われた3回にわたる全国79大学医学部(医学大学)長へのアンケート調査によると、卒前教育のあり方については各大学自らが選択すべき問題であるとの認識がゆきわたっている反面、教育目標や標準のカリキュラム、ガイドライン等を本委員会に検討して欲しいとの意見も20%程度みられた。

重点検討課題とされたのは、一般教育と臨床実習の問題、とくに後者を多くの大学があげている。医学教育の方法については、授業時間の短縮、重点教育、選択制の導入、自主学習と問題解決型教育、少人数教育、動機づけ、社会的要請が強い教育項目(社会医学、医の倫理、情報教育、医用工学、救急医学、プライマリ・ケア、老年医学、医学史等)、教員の教育績の評価などがあげられている(表4参考)。

##### (1) 一般教育

6年を一貫して教育効果をあげるよう努力すべきであるとの意見が圧倒的に多く、医師は十分な教養を身につけ人格を養う必要があるので、一般教育を充実させるべきであるが、時間的制約のなかでは一般教育と専門教育の関連化を図ることが重要である。

##### (2) 専門教育

基礎専門教育では選択制の導入、少人数教育、実習の強化が必要である。また、基礎医学者養成の方法も検討すべきである。

臨床専門教育では臨床実習の充実を図ることが最大の課題で、関連病院との連携、現行医師法下での制限緩和が求められている。

また、動機づけのため早い時期に病院での臨床実習を行うことが多く要望され、社会医学の早期実習の必要性もあげられた。

##### (3) 教育環境の整備

教育に直接関与する教員数の確保と教育組織の整備、医学教育者の養成、附属病院と関連病院における臨床教育スタッフの確保が問題である。この裏付けとして、医学教育機関と附属病院の予算、施設・設備の充実を要し、医学教育における自己評価の一環として教育業績の評価とその反映が必要とされている。

#### 3. 卒前医学教育改善のための提言

大学設置基準の大綱化によって行われる制度的改善は別に取りあげられたので、ここでは教育の実態面における改善として、カリキュラム、教育方法、教育ス

スタッフと教員組織の充実及び卒前医学教育環境の整備について扱いたい。

卒前医学教育カリキュラムの改善のために、次のことを提言する。

#### (1) 授業時間の短縮と時間数の削減

専門教育は医学の進歩とともに教育内容が増大し、各分野の重複も目立つようになり、思い切った重点化、時間削減が必要とされる。専門科目については、おおむね4,200時間あるいはそれに相当する単位数を目途に短縮を考えている大学が多い。また、新しい教育方法の導入や臨床実習の強化に伴い、授業時間数と単位数の関係を機械的に決定することが不合理となるので、将来の検討課題であろう。

#### (2) 重点化と統合カリキュラム

医学の著しい進歩による知識量の増大に対応し、医学教育を重点化するための授業科目の整理、統合が必要である。統合は類縁科目の水平統合と、基礎・臨床を結ぶ垂直統合があり、全課程に及ぶ完全統合はまだ少ないが、部分統合は多くの大学で実施されており、各大学が特徴を持って行うべきであろう。

#### (3) 自主学習と問題解決型教育

医学教育は伝統的に前医学教育、基礎医学、臨床医学の順を踏んで知識、理論から臨床実地への流れに従って教えられるのが通例であったが、知識伝達型教育では学生が受け身になり、講義の出席率は低く、教育効果は必ずしもあがっていない。創造的人材を育み、医師として患者の問題解決に取り組み、また研究者として未知の世界に挑むにも問題解決型教育は多くの長所を備えている。現実には限られた大学でしか取りあげられていないのは、教育方法、教材開発に工夫が必要であり、少人数学習となるため教育スタッフの養成と確保が容易でないことが主な理由で、今後の医学教育における課題である。

#### (4) 選択制の導入と複線型専門教育

授業の重点化と時間削減のため、また自主学習奨励のためにも、多くの大学で選択制の導入が図られている。基礎医学、社会医学の講座への短期配属もその一環として大いに取り入れられるべきであろう。M.D.－Ph.D.プログラムの導入は、基礎医学、社会医学への人材誘導の面からみても真剣に可能性が考慮されてしかるべきものと思う。

さらに、医学の専門分化が進めば、基礎、臨床、社会医学などのコース分けも可能性として考えるので、卒後教育との一貫性を含め将来の検討課題としたい。

#### (5) 臨床実地教育

医師法の枠内で、学生の医行為制限を緩和する厚生省「臨床実習検討委員会」の最終報告（平成3（1991）年4月）を受けて、患者の同意のもとで、かなりの臨床実技が行えるようになったが、本格的に実施するには、教員と病床の確保が大きな問題となる。従来の基準の教員数では到底対応できるものではなく、関連教育病院や一般教育協力病院の指導医のなかから適格者を選んで客員教員に任用し、パートタイムでも臨床教育を担当してもらうなどの制度が必要となる。

(6) 教育のための組織の改善と医学部教員の養成  
以上のように卒前教育を充実させる基本条件として、二点を取りあげたい。

第一は、教務委員会のような合議体でなく、医学教育の立案、実施、評価を行う中央の組織の確立である。外国では各 department から独立した医学教育専門の実務組織としてのセンターや部門等の機構を設け、多くのスタッフを配している例が多いが、日本でも医学部、附属病院や関連病院を含めた教育を組織化するため、中央の医学教育機構の確立が必要な時代に入ったと思う。

第二は、教育に関する教員の意識改革と再教育（ファカルティ・デベロップメント）である。これまで医学部教員にとっては、研究、診療が中心で、教育は厄介視されており、また、大学を離れた医師は能力があっても疎外される状況を改めるため、生涯教育の一貫として新しい教育方法を教え、学生の指導に当たる教員のプールを強化する必要がある。このためにも、教育に関する業績評価を積極的に行う必要がある。

医学教育における教育者養成のため、一部で行われているような学内ワークショップの開催などを通じて、教員の意識を改革し、教育能力を高め、後継者養成のために努力することを大学教員の大切な任務の一つとして理解させる必要がある。

#### (7) 教育資源に対する投資

医学教育は国民の健康水準を守るために必要な投資であるが、戦後の経済発展のなかで大学教育に対する投資が国家的立場からなごりにされ、創造的人材の育成に支障をきたしていることが指摘されてから久しい。

とくに、医学教育は他の学部教育に比べて時間と経費がかかるので、不公平な配分しかなされていないことは問題である。

さらに、卒前教育の最終段階である臨床専門教育は、卒後臨床研修とも連続するもので、大学附属病院とい

う教育の場を要する点で、他学部、他学科にはない特殊性を持つ。医療が社会化された現在、医療保険の財源から、医学教育を含む健康科学、保健衛生の教育に資金が還元されていないのは誠に不合理であり、これが、医療従事者不足の一因となっている。アメリカの health service は年間 45 億ドルを教育病院のために支出しているが、わが国では逆に厚生省が大学における医療は教育・研究のためであるとして、大学に対する医療費の支払いを制限する姿勢を示している。

このたびの全国アンケート調査を見ても、教員数、経費、施設・設備のあらゆる面で大学附属病院の水準はもはや指導的とはいえないことが明白であり、教育経費対医療経費といった区分にとらわれることなく、国は国民の健康政策の立場から医学・医療の教育のため大幅な投資を行う必要がある。この財源として保険や年金の資金を当てても、将来の医療資源を充実させるために決して不自然ではないと考える。

表 4 卒前医学教育における検討課題についての  
全国アンケート調査まとめ

1. 医学教育全般
  - 教育目標とカリキュラムの調整 (13), 医学教育標準カリキュラム, ガイドライン等の設定 (6)
2. 重点的検討事項
  - a. 臨床実習・臨床教育 (22), とくに学生の医行為の範囲, ガイドライン (10), 実習の場としての関連病院整備 (6)
  - b. 一般教育のあり方 (11)
  - c. 基礎医学教育のあり方 (5)
  - d. 取りあげるべき科目
    - 医の倫理と人格教育 (10), 情報教育 (3), 医療経済学 (1), 医用工学 (2), 医学史 (1)
3. 医学教育の方法とカリキュラム
  - a. 教育項目の重点化 (10)
    - 選択制 (3), 重点教育と統合カリキュラム (4), 時間短縮と週 5 日制 (3)
  - b. 動機づけの問題 (11)
    - early exposure (3), 自主学習と問題解決型教育 (4), 小グループ教育 (2), student doctor (1), 動機づけの評価法 (1)
  - c. 海外交流 (2)
4. 単位制
  - 卒業要件 (2), 大学間の互換性 (8), とくに外国大学との互換性 (1)
5. 教育環境の整備
  - 教員数, 予算, 施設・設備, 教員組織, 財政, 附属病院等教育スタッフの確保 (3), Ph.D. 教育 (2), 教育業績の評価 (1)
6. 医師国家試験の改善 (5)
7. 医学教育における自己評価 (5)

8. 各校の教育実績調査と評価, 学生の進路指導等 (1)
9. 各校の自由に任せるべき (4)
10. 回答なし (10)

注) ( ) 内は回答大学数を示し, 重複回答を含むが無回答もあった。

## IV 卒後臨床研修と臨床医養成

医学・医療が著しい進歩をみるなかで、高度の専門的知識と技能を有する医師を養成するとともに、広い視野に立って全人的な診療を行いうる基本的知識、技能を備えた医師の必要性が求められている。「期待される医師像」も提示されているが、わが国における卒後臨床研修の実情をみると、大学医学部卒業生の約 8 割が大学病院において初期研修を行い、その 9 割が学会の認定医・専門医を志向しており、臨床医の養成に当たって大学病院が果してきた役割は大きい。このため大学病院においてはそれぞれ医学教育の一貫性と、卒後臨床研修の独自性、柔軟性を保ちながら対応を重ねてきたが、その役割は増大しており、現在の大学病院の持つ諸機能には自ずと限界がある。

初期臨床研修に限らず、医学・医療において医師は生涯にわたる学習が必要である。当然、大学病院は卒前教育のみならず、卒後教育に今後一層力を注がなければならないが、そのため大学病院の組織・施設・設備などの整備充実とともに、幅広い臨床研修の機会を確保するため、大学病院以外の関連研修病院の協力が必要である。

### 1. 初期臨床研修

初期臨床研修については、厚生省「医療関係者審議会臨床研修部会」が意見書（平成 4 (1992) 年 6 月）のなかで、卒業直後の 2 年間における研修到達目標を提示している。基本的知識、技能を備え全人的診療を行いうる医師を育てる立場から、大学病院としてもこの趣旨は理解できるところである。

この点については、研修医を多数受け入れる大学病院はそれぞれ具体的研修プログラムの作成を進めているが、全国的立場からみて、前述した部会などを中心としてコア・カリキュラムの作成と統一的な研修評価方法の設定も求められる。また幅広く効率的な研修のために、大学病院のみならず関連病院に研修の場を広げるため、それぞれが研修病院群を形成する必要があるとされている。

大学病院を中心として各関連研修病院が研修理念、

研修目標、研修プログラム、指導方法、評価方法、研修医の処遇などについて具体的に検討するため、全国レベルの指針を参考として大学病院と各研修病院との間に合同研修委員会などを設置して、今後とも密接に対応することが望まれる。

## 2. 指導医と関連研修病院

生涯教育を含めて臨床研修を円滑、効果的に運営していくためには、さらに指導医の確保、関連病院の充実が求められる。指導医の充足、教育研修病院の整備について対応しなければならないが、指導医の育成と強化、研修プログラムの充実、評価など大学病院関係者が自ら改善しなければならないところもある。しかし、指導医の待遇、研修医の処遇、教育研修病院の施設・設備の充実については、国家的立場から財政的措置の強化が望まれる。この点について全国アンケート調査のなかでも文部省、厚生省と密接な連携を取りながら、医学部長病院長会議などを中心として具体案を構想する委員会を設置し、対応することを求めるものが多く、早急に対処する必要がある。

## 3. 生涯教育と学会認定医制度の協議調整

「期待される医師像」の一つに生涯教育を受ける態度、習慣があげられており、医学における生涯教育の重要性は論をまたない。

前述した大学病院の現状からみて、大学病院もまた卒業教育の一貫として生涯教育を担わなければならないが、そのためには生涯教育について一定の教育方針、具体的実施方法、評価方法や実質的メリットについて明確にしていかなければならない。

各学会において認定医・専門医制度が実施されているが、目標、方法、期間、評価や相互の関係には整合性の点から検討が残されている。全国アンケート調査のなかでも、大学は現在ほとんど関連のない形で実施されている各学会や医師会の生涯教育プログラムについて、大学病院の立場を堅持しつつ協議調整を図り、統合されたシステム作り主導権を持って参加する必要性が叫ばれている。この点についても、医学部長会議や附属病院長会議などを中心として早急な検討が望まれる。現在行われている学会認定医制協議会にも、委員を送って積極的に意見を反映すべきと考えられる。

## 4. プライマリ・ケアと総合診療など

医学の進歩、医療の変化とともに、高度先進医療か

ら人権尊重の医療に至る新たな医療問題について、大学医学部は専門的立場から積極的に取り組んでいかねばならない。大学病院の役割は高度先進医療を行うことのみではあり得ないからである。

プライマリ・ケアについては、前述した初期臨床研修のなかで対応が行われるが、さらに総合医の必要性と専門医の育成を調和を持って生涯教育のなかで進める必要がある。総合診療の教育と臨床研修の重要性が当然のこととして強調されるが、大学病院の実態はその裏腹のところがあり、教授を頂点とする講座・診療科というタコ壺は狭くて深い専門指向の強い臓器別診療に傾きやすい。総合診療部が存在しても、せめて振り分け外来でお茶を濁すか、時に厄介物扱いを受け、満足な臨床研修から程遠い状況がある。

救急医療についても、とくに大学病院では同様の問題がある。

各種専門学会の認定医・専門医制度は卒業臨床研修と臨床医養成に深いかわりを持つようになり、専門分科と細分化には光の部分と影の部分があって、近年は影の部分が目につくようになった。学会認定医制協議会の調整に限度がある現実から、医師生涯にわたる臨床研修のなかで教授なり指導医は注意を払う必要がある。

その他、現在問題となっている在宅ケア、インフォームド・コンセント、患者の自己決定権、医の倫理などについても、今後とも大学医学部は幅広く対応するとともに、専門的立場からみて指導と啓発を重ね、社会の合意形成に努めなければならない。

## V 医学研究の振興、とくに医学系大学院のあり方と医学研究者・医療行政者養成

最近、医学部出身者の間で社会医学を含む基礎医学研究者を希望するものが漸減している。基礎研究をPh.D.に任せると割り切っている米国大学医学部でも、なおM.D.に対する期待が失われずM.D.—Ph.D.コースを強化しているのは、やはり医学に関して幅広い考え方を身につけた医学部出身の基礎医学者の活躍を期待しているからであると考えられる。わが国でもこの減少傾向が極端にまで進む前に、適切な対策を講じるべきであろう。基礎医学研究者・教育者の養成は、臨床医学を含めた大学全体の医学の研究と教育に大きな意味を持っていると考えられる(表5参考)。

### 1. 医学部出身の基礎医学研究者養成について

そのためには、まず基礎医学志望者激減の原因の解

明と、それに基づく対策が考えられるべきである。そして、それと平行して、全国の大学医学部における基礎医学系・社会医学系大学院学生の数と大学院修了後の進路状況を経時的に把握し、現況と対策の成果を客観的に評価する必要がある。

基礎医学研究者を希望するものが激減している原因として、

- (1) とくに若い医学部出身者は原則的に、将来、臨床医に転向する可能性を完全に否定していないのが事実であるので、基礎医学系・社会医学系大学院に進学することによって、卒業直後から始まるべき2年の臨床研修、それに引き続いて獲得すべき臨床各科の認定医・専門医の資格から不可逆的に排除されることへの不安がある。
- (2) 臨床医と比べて、経済的に不利な条件にあることへの不安もある。このなかには、大学院修了後の安定したポストがないことへの不安も含まれる。
- (3) 基礎医学研究の魅力や社会医学研究の意義を身をもって理解する機会が少ないので、敢えて臨床医の道を開ざしてまで基礎医学研究や社会医学研究へ進む決心がつかない等の問題が指摘できる。

その対策について、(1)は基礎医学系大学院と認定医・専門医制度との、現時点における矛盾に由来するもので、経済や政治にからむものではなく、医学部内部と卒後の臨床医学教育に直接関わっている教員の指導の問題である。現在のところ、臨床研修と基礎医学研究を両立させることは難しい状態になっている。これを両立させることを可能とするのが望ましいが、国立大学医学部長会議「基礎医学若手研究者確保の方策に関する委員会」の最終報告書(平成4(1992)年10月)にもあるように、これは長期かつ困難な研究課題である。現行制度では、いずれかの時点で認定医・専門医へのコースを選ぶか、基礎医学研究者・社会医学研究者の道を選ぶかの二者択一にぶつかることになる。これは現実には止むを得ない。しかしこの選択にさいして、後者を選ぶのに才能や嗜好よりも心理的不安が大きいがために、人材の流入が阻害されていることが実は大きな問題である。

医学部卒業をひかえた学生の間はもちろん、2年の卒後臨床研修を終えた若い医師あるいは臨床系大学院学生であって、基礎医学・社会医学教室に配属されて、その分野の研究の魅力を理解し始めた人達のなかに、将来、基礎医学や社会医学に進むことを考慮する少数の人達が常に存在している。彼らが、基礎医学や社会

医学へ進みたいという意向を持ったときに、第一に影響を与えるのが(1)の不安である。もしこのときかりに、臨床の医局関係者が、1人でも多くの医局員を勧誘するという意図のもとにこの不安を煽るようなことがあると、若い人達にとって、これを克服して基礎医学や社会医学の道を選択することは事実上不可能になる。卒後臨床研修の初めからローテートせず特定の医局に属しているような場合には、この困難性はさらに大きい。このような問題を解決して、適性のある人が基礎医学や社会医学へ進む状況を作り出すのに、臨床教室、とくに医局に所属する人達が高所からの理解に立って、大学医学部における教育・研究における基礎医学や社会医学の重要性を考え、それらの分野へ進むことを希望する若い人には、医局の打算を離れて基礎医学や社会医学へ進むことに力を借す理解が必要である。

また、臨床医学と基礎医学・社会医学の研究者間の交流を容易にするあらゆる手段を研究する必要がある。臨床系大学院学生と基礎医学系大学院学生が2年程度交叉して、他の系の研究室に配属される制度が考慮されるべきであろう。ただ現実には、これを困難にする強い抵抗が内部に存在している。臨床系大学院学生の2年以上の基礎配属が円滑に実施されていた大学で、研究に大きな成果があがり高く評価されていたにもかかわらず、最近これを廃止することになった実例もある。このような傾向に対抗するために、卒後2年の臨床研修は非入局とし、各科をローテートする制度の一般化や大学院学生を医局に張りつける徒弟制度から開放して、大学院共通の学生としてとらえる卒後教育の改革が行われれば、一つの歯止めになろうという提案がある。今後、真剣に考慮すべき問題と考えられる。

(2)に関して、基礎医学や社会医学へ進むことが臨床医学へ進むことと比べて、何ら遜色がないというような条件の整備が必要であろうと考えられる。ただ、その実現には、大学医学部内部だけでは解決できない問題が提起される。この条件の実現のためには、全国レベルでの給与面での改善、大学院学生の奨学金の大幅な増額、研究費の枠の拡大、基礎医学・社会医学の研究施設・設備の整備に格段の配慮が必要であろう。それには、政治的・経済的決断も必要となるが、その前に、医学部内で臨床部門からの全面的支持が得られなければならない。また、大学全体でのコンセンサスが成り立つことが前提となる。ポストに関しては、その不安を取り除くため、大学院修了後のポストドク「医員」

的な提案もなされているが、現実には、助手から助教授にいたる多くのポストが医学部出身者で埋まらず、Ph.D. が次第に増加している現状をみると、問題は大学院修了直後の安定したポストが必要であるという点にあるようである。これに関しては、ポストドク「医員」のほか、日本学術振興会のPDのようなポストの可能性が、とくに基礎医学・社会医学研究者志望者には拡大されることが望まれる。

(3)に関して、実現可能な多くの提案がある。医学専門教育の前に early exposure として臨床医学の現場だけでなく、魅力ある基礎医学研究の現場や社会医学的な活動に学生を加わせる特別講義やセミナーなどで、基礎医学研究者や社会医学研究者による特別カリキュラムを組むなどである。

また、医学部の教育を延長し、在学中に2～3年程度の研究中心のカリキュラムを挿入するM.D.—Ph.D. プログラムを採用し、学生が臨床へ進むかどうかの選択をする前に、基礎医学研究あるいは社会医学研究の魅力を味わわせる方法が考えられる。これを、比較的小規模で、現行制度を大幅に変えずに行う方法として、少人数で研究室の生活を体験するカリキュラムの成果は概ね高い評価を受けているようである。

## 2. 医学部出身者以外の基礎医学研究者の養成について

このような狙いをもった対策にもかかわらず、基礎医学研究者や社会医学研究者志望者が依然として少ないとすれば、医学部卒業生以外からの導入を考えることが必要になる。そのためには、医学部への編入学、医科学修士課程への進学、M.D.—Ph.D. コースへの編入学、さらに大きなスケールで、薬学・生物学・生命科学などとの統合大学院研究科を作る、あるいは基礎医学・社会医学に関する独立大学院研究科を設置して、研究者を養成することも考慮しなければならないだろう。

ただ、この際、M.D. でない若い教員に対して、どのような要件を満たせば医学部教授に任用や昇任できるのかについて、基準とコンセンサスを確立しておく必要があるだろう。

## 3. M.D.—Ph.D. コースについて

医学部出身者で卒業後基礎医学研究を希望する者が激減しているもう一つの理由は、最近の基礎医学は分子レベル、遺伝子レベルで高度の生物学や化学などの生命科学の知識を必要とし、理学部等出身のPh.D. と比

肩して競争し、果して優れた業績をあげられるかどうかの不安を一般の医学生は持っており、基礎医学に進むにはかなりの勇気と決断が必要だからである。

欧米ではM.D. といえば、臨床に強く診療や手術に腕を磨くというのが最大の身上であり、基礎医学の研究はPh.D. に任せると割り切っている。事実、基礎医学の教授、助教授の約95%はPh.D. によって占められており、また臨床医学の研究においてもPh.D. のResearch Professor との共同研究を行い、自らは研究に手を下さない場合がM.D. の教員には多かった。

しかし1970年頃から米国の大学医学部において、従来のPh.D. のみに研究を任せずに、医師と科学者の両面を併せ持つM.D.—Ph.D. となる優秀な学生の養成に力を入れる傾向が現れてきた。

わが国でもM.D.—Ph.D. コースが検討されていたが、医学部と大学院の二重学籍の問題と医師国家試験の受験資格の問題があり、実現をみるに至っていない。

平成3(1991)年7月の大学設置基準の大綱化と大学院重点化によって改めてこのことが検討されるようになり、その前段階として医学部医学科に新しい医学研究専攻を設置した大学があり、いずれこれがM.D.—Ph.D. コースに移行するものと期待されている。

## 4. 大学院医学研究科の新しい医学系研究科への改組などの大学院重点化について

最近数年間に、大学院の基礎医科学や保健科学の強化のために、医学のなかに理学系をより直接的にとり入れ、医学及び理学系が有機的に一体となった新しい「医学系研究科」への改組を行った大学がある。この系の大学院では学位として博士(医学)あるいは博士(理学または学術)を授与している。すなわち旧医学系の専攻にあつては博士(医学)が、旧理学系の専攻にあつては博士(理学または学術)が授与される。このように両者を組み合わせた大学院は極めて魅力的であるように考えられがちであるが、しかしながら現状では医学部卒業生が修士課程を修了していないという理由で、旧理学系専攻(分子生命科学系など)に進むことができないという矛盾を持っている。したがって、この種の医学系研究科では、改組の本来の趣旨が完全に生かされているとはいい難い。大綱化された現在でも、この壁を打ち破ることはできないようであり、改善が望まれる。

医学系研究科への転換に関連して、医学研究科のなかで従来の学部講座の上に乗る生理・病理・社会医学・内科・外科系専攻等の伝統的専攻構成や、新設医大大

学院にみられるような形態・機能・環境生態系専攻等の、臨床系を表に出さない講座の横切りの専攻構成のほかに、分子医学系・分子生命科学系・病態科学系専攻、あるいはさらに神経科学(ニューロサイエンス)・脳研究(ブレインサイエンス)・癌研究・免疫研究・遺伝研究系などのプロジェクトの専攻を独立専攻等として加えることを検討している大学もある。工学系等と学際的相乗りの専攻もみられる。

また他大学の大学院との連合大学院も可能であり、さらに他省庁あるいは法人や企業の研究所との間で、研究者を前者の場合は併任教員とし、後者の場合には客員教員として任用し、連携大学院を発足している国立大学がある。

医学部出身者以外を受け入れ、博士課程医学研究科につながる医科学修士課程を置く国立大学が二つあり、そこでは有職者も受け入れているので昼夜開講制をとったりしている。博士課程においてもこのようなことを検討する必要がある。

## 5. 大学院大学について

高等教育の拡充充実の一つの施策が大学院の重点化である。そのために、東京大学で始まった理学院、法学院等の大学院大学構想がある。これは従来学部の上に乗っていた大学院を「部局化」し、むしろ学部をその附属教育組織とみなすもので、まず東京大学法学部の部局を法学政治学研究科へ移し大学院を格上げしたが、平成3(1991)年度である。東京大学では、次いで理学系研究科及び工学系研究科が部局化を目指し、教員は大学院研究科に所属し、学部は兼担となるという形で進行中である。

医学部については、京都大学で医学研究科が平成5(1993)年度部局化され、医学部講座が大学院講座に変わって研究者養成志向が明確に打ち出されることになる。

これは医学教育と医学研究にとって一つのエポックとなることであり、医学研究の振興が期待される。

## 6. 医療行政者の養成について

近年医学及び保健衛生の普及により、乳幼児死亡率の急減と平均寿命の延長をみた。今やわが国は世界で最も長寿の国となった。逆に壮年・老年者の循環器系の疾患などいわゆる成人病が増加し、高齢者の生活のあり方に関心が高まっている。疾病構造の変化、高齢者世帯の増加や家庭介護力の低下などで、看護や保健に対する新たな保健医療が要望されてきている。経済

力の上昇に伴い、国民の生活意識や価値観も大きく変わってきた。このような社会環境のなかに身を置いている医学部学生は、医療福祉行政を重要な課題として重視し始めている。

国のレベルで厚生省があり、都道府県レベルでは衛生主管部、地域の保健所や市町村保健センター等がある。地球レベルで国際保健協力組織としてジュネーブに本部を置く世界保健機関(WHO)等がある。

とくに今後は保健所を地域保健の拠点として取り扱い、精神保健対策、在宅ケアなどを含む活動を行うものである。保健所の取り扱う範囲は基礎医学や臨床医学の個を中心とした対応ではなく、対象は地域社会の集団であり、地域住民の疾病の予防に主力を置く保健医療活動があり、その分野は極めて広く重要なものである。これらの保健計画に参加する医学生は、大学医学部の衛生学教室や公衆衛生学教室を窓口として卒業後の道を是非とも切り開いてもらいたい。そのため、国及び地域レベルで進路を志望する学生に対して奨学金が交付されるよう求めたい。

WHOなどで活躍する国際医療行政者が、わが国の大学医学部の卒業生から輩出することを期待する。

医学部医学科または大学院医学研究科のなかに、国際的に通用する M.P.H.(公衆衛生学修士)専攻を設置することを検討するのの一法である。

表5 臨床医以外の、医学研究者・医療行政者の養成について検討すべき問題についての全国アンケート調査まとめ

「最近、医学部出身者で、卒後、基礎医学研究者・医療行政者を希望するものが激減している。これについての有効な対策を考える必要がある」という意見が多くの大学から寄せられた。アンケートにその旨を強く指摘したのは17校であるが、明瞭な指摘がなくとも、回答には各大学及びわが国の医学教育に共通する重要な問題があることを反映していた。

1. 具体的にその理由を分析した意見  
それは次のようなものである。
  - a. 臨床医学に比べて待遇が悪い  
経済的な問題：岩手、東北、福島、東邦、東海、慶応、福井、愛知、神戸、徳島、鹿児島、就職についての不安：岩手、山形、北里。
  - b. 現在の臨床研修システム(卒業直後の研修、早期入局、認定医制度)が障害となっている。  
卒業直後から医局に固定して臨床研修をすることが原因：佐賀、基礎医学系大学院と臨床各科認定医制度の矛盾：岩手、福岡、熊本、基礎医学系大学院では臨床研修制度による研修が受けられない：阪市。
2. 対策について  
まず、現況についての全国的状況の把握が必要である

という意見があった。全国で臨床医学以外に進んだ卒業生の実態調査：東北。臨床医学専攻大学院生の数と大学院修了後の進路状況調査：旭川。卒前教育での基礎配属等この目的で特別の教育を行っている大学についてその実態と成果についての調査：旭川，秋田，東北。その上で，対策をこの委員会と考えてほしいという意見が多かった。しかし，各校の自主性に任せよ：京都。「基礎医学若手研究者確保の方策に関する委員会」と連携をとりながら考えよ：三重。

具体的には，(1)医学部卒業生の基礎医学・社会医学志望者を増やす方策と，(2)医学部以外からの導入を考える方向の二種類の提案があった。

(1) 医学部卒業生から基礎医学者・医療行政者へ進む者を増やす方策：

a. に対する対策を行う（給与改善，大学院奨学金等）：上記各大学のほか，大阪，愛媛。施設，研究費の財政的支援：東海。就職についても考えよ：横浜。国家的優遇策：慶応。文部省・厚生省から重要性をアピールしてもらう：東女，近畿。行政職養成機関を作って優遇：福井，愛媛。就職を保証する：横浜。基礎医学にも医員を：山形。

b. に対する対応が大切という意見：阪市，近畿，神戸など。卒後臨床研修を全科ローテーションに：神戸，佐賀，福岡，熊本。卒業生全員に2年間非入局のうえ臨床研修：秋田。臨床系大学院はその後：昭和，福井，秋田。基礎と臨床の各段階での相互移行を自由にできるよう支援：京都。国公立間のスムーズな交流：信州。レジデント制度再考：弘前。

その他 c. 卒前・卒後の教育が重要：名古屋。early exposure：千葉。卒前高学年に基礎配属あるいは基礎医学・社会医学教室へ一時入室させる：神戸，高知。特別講義，セミナー，基礎医学研究者・医療行政者養成特別カリキュラム：杏林，山梨，神戸，広島。保健所実習強化：慈恵。基礎医学志望者に卒前・卒後のプログラムを選択できるようにする：埼玉，東海，岐阜，山口，九州。単位数に差を付ける：埼玉。基礎医学研究者を志向する者に卒前研究をやらせる：旭川。コアカリキュラムを設定：九州。大学院への飛び級入学：千葉。基礎医学履修後に前期国家試験をする：香川。

(2) 医学部卒業生以外からの導入を考える方向：

編入学や医科学修士課程の新設ないしは，M.D.-Ph.D. コース：筑波，大阪，九州，大分。医療行政者・医療管理者のための修士課程：千葉。医学教育専門職を作って検討する：千葉。薬学部や生物学部との統合大学院を作って養成する：神戸。他学部出身者の受け入れ：広島。non-medical faculty の資格を検討する：順天堂，北里。

3. その他  
日本全体の臨床医，医学者，行政者の適正な割合を考える：東京。非常勤講師を増やして対応：北海道。

## VI 附属病院と関連病院，ことに診療の質と量について

大学病院は卒前・卒後教育における臨床教育の場であるとともに，高度かつ最先端の医療を担い，また次代に向けて高度の専門的技術を備えた医師を養成し，そのための医学の研究の場として大きい役割を果たしてきた。同時に研究に基づいて開発した新しい医療を提供しつつ，常に地域の中核の医療機関として複雑，多様な役割も担ってきた。

しかしながら医療のなかには未解決の問題が少なくなく，さらに今日では情報化社会，高齢化社会など社会構造の変化，救急医療，予防医学，在宅ケアなど医療にみられる多様化の問題，遺伝子操作，体外授精，臓器移植など生命倫理に関わる問題，インフォームド・コンセント，自己決定権など医療現場にみられる対応の変化，医療従事者全体に求められる生涯教育の重要性など新たな問題もみられ，既定の概念に基づいた大学病院の組織機構では対応も難しくなりつつある。

### 1. 大学病院のあり方

前述した状況のなかで医療法の改正が行われ，医療機関の体系化が図られているが，前述したように大学病院は教育，研究，診療の三者を一体として行う医学教育・医療機関であり，その使命と役割からみて，プライマリ・ケア，救急医療から各専門領域における高度先進医療まで幅広く機能しなければならない現状にある。

特定機能病院として大学病院を位置づけることが考えられているが，大学病院が担っている活動の実状からみて，大学病院の問題とともにわが国の医療問題を解決するためには，まず大学病院の組織，施設・設備の整備充実，指導医の確保，保険制度と経営などを総合的に考えなければならない。さらに，医学教育のほか地域医療からみて関連病院との分担，協力体制を具体的に検討する必要もあり，全国アンケート調査でもこの点を協議調整する実務機構の設置を求めるものが多い。このような幅広い立場から，大学病院のあり方を位置づけることが重要である。

### 2. 関連教育病院との協力体制

大学病院が卒前教育の場として効果的に機能するためには，1大学附属病院1,000床では少な過ぎ，3,000～4,000床のベッド数が必要とされ，大幅な改善

が求められている。この点からみて、卒前教育を分担する関連病院の整備活用が必要である。さらに卒業後教育について充実した効果的研修を行うためにも、関連病院の協力が必要である。もちろん、医療資源の効果的活用と総合的患者診療体制を組み、診療の質と量の両者を満たす医療の条件整備を行うためにも、大学病院を中心として各大学が現状を勘案しながら責任ある地域医療体制を組むことが望まれる。全国アンケート調査でも大学病院はこのため、それぞれの立場から総合病院、医療の諸センター、救急病院、保健所などと密接な関係を形作り、役割分担を明らかにしつつ地域における医療体制の体系化に取り組み、早急に委員会などを設置して、大学病院、医師会、行政機関との協議と対応が必要とするものが多い。この点について、大学病院関係者の総合的視野に立った努力と協力が求められる。医局の兼業やアルバイトを主としたジッツとしての関連病院には、いろいろの問題がある。

### 3. 医療法改正の影響

大学病院の使命と役割については前述した。大学病院は教育・研究・診療の三者を一体として行っている唯一の医療機関であり、この点が適切に評価されることによって、わが国の医学・医療に一層の貢献と責任を果しうるものと考えられる。

高度の医療を提供する病院を特定機能病院として制度化するこのたびの医療法改正に当たって、この大学病院の使命と役割を十分に勘案して進める必要がある。医療機関の体系化に向けて、大学病院としては自己点検・評価によって組織・施設の整備充実を図るとともに、大学病院の機能を円滑に運営するため教育・研究に対する財政的配慮と診療に対する特別の保険制度の実施も求められる。このうえで大学病院を中心として、責任ある、かつ充実した地域保健医療体制を組み立てることができるものとみられる。大学病院が診療とともに教育と研究に重要な役割を担っている点について、文部省、厚生省など行政面からの深い理解が必要である。

### 4. 医療サービスについて

わが国は生活水準、保健・医療の向上によって世界最長寿国となったが、社会の高齢化、社会生活の複雑化のなかで医療需要もまた多様化してきている。さらに医療費の高騰についても、検討と対応が望まれている。質の良い医療サービスを推進するため、次代を背負う医学生と研修医の教育を充実するとともに、保

健・医療・福祉などの関係機関と協力して健康増進、予防医学、疾病治療のほか、今後はリハビリテーション、福祉サービス、プライマリ・ケアを推進できるよう大学病院を位置付けして、大学病院を一つの核とした地域医療体制を組む必要がある。

医療サービスの基本は医学・医術の推進とともに、医の倫理、医の心及び医療経営の基盤を強化することにある。このため、医療従事者の努力、点検と評価はもちろん、社会全体の理解と行政面の強い支援も必要である。

### 5. 医の倫理について

「依らしむべし、知らしむべからず」が通用した大学病院の医療はすでに遠い過去のものとなり、インフォームド・コンセントや患者の自己決定権に基づく良質の医療の提供が当然のこととなった。

難治の癌の告知や終末期の有終治療など、難しい対応が医師に求められる。高度先進医療や実験の先端医療は両刃の剣である。新しい医薬品や医療機器の臨床試験(治験)が大学病院で実施されることが多い。将来の患者の利益のために開発研究も必要であり、周到な準備と手続きを経て、患者への十分な説明に基づく同意を得た場合には治験の対象となる。その基準がGCP (good clinical practice) といわれるもので、これが実施に移されている。

脳死は人の死(个体死)とする脳死臨調の最終答申をめぐり、脳死後の治療の停止と臓器移植が大きな社会問題となっている。宗教上の理由による輸血拒否、AIDS患者の診療にも大学病院は直面するようになった。

これらに関しての医師としての考え方は、医学教育上の課題となり、大学病院が当面する問題の一つである。

### 6. 全国アンケート調査結果とその他の問題

附属病院と関連病院、ことに診療の質と量の問題にはどの大学も当然関心があり、検討課題を抱えていると思われるが、全国医学部長病院長会議の他にもこのことを論じている委員会等も多いことも反映してか無回答も少なくない(この点についての全国アンケート回答率は低く20%)。医療法の国会成立後現時点までの医療関係者審議会等の経緯をみれば、大学附属病院(本院)が特定機能病院として、当面30%を目標とする患者紹介制を建て前とした高度な医療を行う総合病院と位置づけられることは、反対があるにもかかわらず

時間の問題となるであろう。

そこで、プライマリ・ケアを中心とした卒前・卒後教育の一部を関連病院に依頼する必要性も生まれてくるであろうし、一般論として大学附属病院と関連病院の役割分担等について検討すべきとの提案が多かった(この点についての全国アンケート回答率は71%)。このことに関連して、大学病院外の客員教授制などの人事的配慮についての要請もあった(同15%)。関連病院との連携といっても、いわゆる病診連携、病病連携等地元医師会との対応が地域によっても異なるし、また大学の背景や歴史によって関連病院の規模も種々で、一概には論ぜられない。

これとは別に施設・設備についての予算上の問題をあげる大学もあった(同16%)。また私立医大では、附属病院の収支は臨床系教員の人件費を含めると赤字のところが多く、平成3(1991)年度1校あたり赤字平均33億円となっている。私立医大では差額ベッドの問題や、特定機能病院になったときの収支への影響の予測が切実な問題である。保険・私費混合診療の提案もあるが、国民の支持を得られるか否かが微妙なところである。

一方国立大学では、経営努力によって設備などの向上を図る前提として、附属病院等の民営化や第三セクター化等の案も考えられている。

大学附属病院の使命として、医師養成のための教育や医学研究とともに、とくに近年は地域医療サービスの提供も含まれる。これらすべてを全うするためには、十分な施設・設備、医学部教員や医師の数、看護婦その他の医療職スタッフの質と数の充実が必要条件である。

医の倫理委員会等によるチェックが研究のみならず、日常の医療にもなされなければならないと思われる。しかし大学によって、それぞれ強調点が異なるであろう。それは教育・研究上の理念の問題である。

## VII 文部・厚生行政と設置母体について

### 1. 文部・厚生行政の一元化

全国アンケート調査で、多くの大学(79大学中20)から文部・厚生行政間の連携をもっと密接にすべきであるとの意見が出された。とくに卒前教育(文部)、医師国家試験(厚生)、卒後臨床研修(厚生)、大学院(文部)が二つの省に分かれ、さらに生涯教育は医師会の分担となっている現状の不合理性が指摘され、これに対する解決策として医学教育庁、全国的な医学教育セ

ンターの設置や両省間の強力な連絡機構などの設置を含む、医学教育に関する両省行政の一元化を望む意見が多かった。同時に医学部長病院長会議としても、両省とより密接な意志疎通を図るべきであるとの意見もあった。

### 2. 教員と施設・設備の充実

国公立12大学から教員、設備、予算などの充実に関する要望が出され、大学に対して特別の予算措置を望む声が多かった。とくに技官など教育研究支援要員の定員削減が、大学の教育・研究の業務に深刻な影響を与えていることが指摘された。また私立4大学からは、私立医大に対する国からの財政的支援が急務であるとの意見が述べられた。さらに、関連病院への予算措置も要求すべきであるとの意見も聞かれた。

### 3. 医師国家試験

医師国家試験に関する意見が、11大学から出された。医師国家試験出題基準について再検討を求める意見が多く、とくに医師国家試験は幅広い一般知識をテストすべきで、枝葉末節の細かい問題は好ましくないとの意見が出されていた。また、大学の医学教育と医師国家試験制度の連携をより深める必要があるとする意見もあった。

### 4. 卒後臨床研修と臨床系大学院

8大学から卒後臨床研修の改善について要望が出され、臨床研修医の、例えば司法研修生のような身分保障と奨学金制度が必要であることが指摘された。

また大学附属病院における臨床研修医制度と臨床系大学院との関係は積年の未解決課題で、臨床研究者とは何か、臨床教員の養成のあり方に関わることであっても、どこかで突っ込んで検討することが必要であると指摘された。

### 5. 全国アンケート調査にみるその他の課題

以上のほかに、次の問題が指摘された。

- (1) 国際的立場に立った卒前臨床医学教育の目標と内容の検討
- (2) 医学部学生の医行為の範囲
- (3) 人員配置、予算についての外国との比較
- (4) 医師の生涯教育
- (5) 大学附属病院の役割とあり方
- (6) 民間資金導入のための方策
- (7) 医学部入学定員の見直し。これは医師数過剰が

唱えられる一方、一部の地域には依然として医療過疎の問題がある。

## 6. 提言一担当委員の私見

文部・厚生行政の一元化に関しては、大学は教育・研究機関である以上、現状では文部省が責任を持ってその行政に当たり、厚生行政との調整は各大学ではなくて文部省が受けとめるべきではなかろうか。一方、文部行政の枠内における大学運営を考えると、現状では各大学は責任を持って独自の長期的計画を立案する立場にあるであろうか。財政や教育の基本理念においても、これまで大学医学部は文部行政に強く依存していたため、このたびの大綱化によって自由度を与えられても、その対応に戸惑っているのが現状ではなかろうか。また各大学のなかでも、その運営は教員と事務系という二元的組織によって行われている現状では、各大学は長期的展望に基づいた責任態勢を取りにくい状態にあり、これがいま各大学が抱える悩みや戸惑いの一つであるように思われる。

一部の大学からは、現在の講座の改廃の必要性が指摘された。現在の大学における講座の名称は明治以来ほとんど変わっておらず、しかも各講座は学会、科研費、ポストなど学問の進歩とは直結しない実益と結びつき、硬直化している。この硬直化を招く要因を除いてスクラップ・アンド・ビルドも辞さず、科学と社会の進歩に即応した態勢を作る必要があるように思われる。

国公立大学医学部は国や地方自治体からの完全財政支援に安住することなく、国民や自治体市民の期待に応えるべく最大限の努力が求められる。一方、大学冬の時代から脱却すべく、適切な将来計画が必要である。

多くの私立医大から指摘された財政的困難については、適切な国家的援助が急務であることはいうまでもないが、これと同時に、これまでにこの財政的困難をもたらした私立医大経営の歪みを是正する努力も、平行して行われる必要があろう。

## VIII 医師会・学会等との関係

### 1. 全国アンケート調査結果のまとめ

79校中44大学から回答があった(表6参考)。

回答のほとんどのものは、大学と医師会・医学関係学会との連携の改善を図り、それによって医師の生涯教育を改善し、卒後臨床研修と臨床系大学院及び学会による認定医・専門医制度との関係を改善することに

ふれたものである。医師会に関するものと医学関係学会に関するものに分けて記載する。

#### (1) 医師会に関するもの

最近の医学・医療の著明な進歩によって、医学・医療には今までにないような激しい変化が起こっている。医師は、大学医学部卒業後数10年にわたって医療に従事するので、医師の生涯教育は最近はとくに重要な問題となっている。したがって昭和60(1985)年3月以来の医師会による生涯教育制度は、学術団体と称しながら開業医の経済的問題ばかりに力を入れてきた医師会としては、好い事業であると評価されている。一方、大学も独自の立場で生涯教育については努力している。しかし、生涯教育の効果をさらに高め、統合されたものに発展させるためには、大学と医師会の連携をさらに密にする必要がある。そのために、大学の代表と日本医師会、各大学と地方医師会との話し合いの場、できれば定期的話し合いの場を検討すべきではないか。

また、地域医療における医師会と大学附属病院との役割分担を明確にし、医師会に医学教育への理解を深めてもらい、大学と医師会による生涯教育の効果をさらにあげるためには、大学教員を含めた勤務医の医師会への実質的なさらなる参加が必要である。そのために、医師会の勤務医会員への処遇改善を求める声もあった。

#### (2) 医学関係学会に関するもの

諸学会が先を争って発足させている認定医・専門医制度に関する意見が大部分である。プライマリ・ケアに重きを置いた一般医養成と専門医教育とのバランスを取るために、卒後すぐに専門分野に進むのではなく、2年間のローテイト卒後臨床研修後に専門医を目指すように各学会が足並みをそろえるべきであるとの意見がある。一般医養成を目指す臨床研修と、国際的臨床医学研究者の育成を目指す臨床系大学院との整合性も求められている。

また、各学会による乱立ぎみの認定医・専門医制度は、各学会のエゴが前面に出ているので、資格取得条件等もバラバラである。前述の卒後臨床研修との関係も含めて全部を整理統合し、資格等も統一する必要がある。

医師の生涯教育の重要性から、各学会も主に専門教育の立場から生涯教育には力を入れている。大学、学会と医師会による調和の取れたより有効な生涯教育制度を確立するために、大学と医師会との前述の定期的話し合いに、学会の代表も参加してさらなる充実を図

るべきである。

学会に対して、学会開催時期を大学の夏期休暇などの教育・研究に支障のない時期に集めること、技官に対して門戸をさらに開くこと、理事や評議員選出法の再検討を望むこと等の少数意見もあった。

## 2. 意見と提言

### (1) 医師生涯教育の改善

大学卒業後の医師にとって、生涯教育が重要なことは前述の通りである。わが国の保健・医療の向上と充実のためには、医師の生涯教育制度の充実が鍵を握っているともいえる。したがって、現在は大学、学会、医師会がバラバラに行っている生涯教育を調整し、統合する必要がある。そのために、次のような方策が考えられる。

#### 1) 大学、医学関係学会、医師会の定期的話し合いの場の設定

大学の代表、各学会の代表と日本医師会の話し合い、各大学と地方医師会及び学会との話し合いがともに必要である。このことをスムーズに行い効果をあげるためには、現在の医師会の改革が先ず望まれる。

#### 2) 医師会の改革

現在の医師会は、日本医師会、地方医師会ともに、開業医中心で開業医の利益を守ることが中心の団体である。しかし、勤務医が年々増加して医師の半数を超えている現在では困難なことではあるが、医師会が開業医団体から脱皮し、医学・医療を包括する団体向上する必要がある。勤務医にも医師会の半数に近い中枢的役割を与え、勤務医の利益を守るためにも力をさいて勤務医の医師会への参加を増加させ、医師全体の団体に成長する必要がある。このことによって、医師会のパワーは増大し、大学が得意な医学・医療の教育・研究の偉大な能力も取り入れた団体となる。また、生涯教育を向上させるための大学、学会、医師会の話し合いは、代表者がお互いに重複することにもなるので非常に効果をあげることができる。

日本医学会は、日本医師会に属する組織であり、理論的には各学会を統合するものである。しかし、実状としては各学会を統合する機能を示していない。医師会が医学・医療を統合する団体に脱皮すれば、日本医学会は学会を統合する組織となるであろう。このことにより、大学、学会を代表する日本医学会、その母体である医師会による生涯教育制度は、素晴らしい効果をあげることができるであろう。

#### (2) 卒後臨床研修、臨床系大学院と認定医・専門

### 医制度について

各学会による認定医・専門医制度は、分子生物学、医用工学等の進歩によって高度化した専門医療に対応する制度として、臨床系大学院は、医学・医療における中心的研究者である国際レベルの医師たる医学研究者を育成する制度として、初期臨床研修は、プライマリ・ケアに重きを置いた一般医養成の制度として発展させるべきである。また、立派な専門臨床医、中心的な臨床医学研究者には、一般医としての素養も必要である。したがって、各学会によるすべての設定医・専門医は、2年間のローテイトによる臨床研修修了を資格取得の最小限の条件とすべきである。また、臨床研究の中心となる臨床系大学院も、臨床研修を修了した医師を採用すべきである。

これによって、基礎医学の中心的研究者を養成する基礎系大学院は、臨床研修とは無関係になるだけ早期から高度の教育を開始することになる。このことは、基礎医学振興の一助にもなると考えられる。

以上のことを実現するためには、全国の大学の代表者が集まる本会等が中心となって、まず大学の意志を統合させる必要がある。認定医・専門医制度の整合性については、各学会、日本医師会、厚生省の三者が学会認定医制協議会を作り検討中であるが、大学の代表も関与することが必要であろう。臨床研修、臨床系大学院、認定医・専門医制度が整理統合されれば、これに医師会を加えた生涯教育制度は充実されるであろう。先述のように、医師会が医学・医療を統合する組織に向上すれば、生涯教育はさらにすばらしいものに発展するであろう。

表6 医師会・学会等との関係についての全国アンケート調査回答リストアップ

- 
- 認定医・専門医等の専門分化の方向とプライマリ・ケアに重きを置いた一般医養成とのバランスの調整
  - 昭和60年3月以来、日本医師会を中心とする生涯教育体制の整備をはじめとする積極的な医師養成の改善に対する意見があり、地方医師会でも積極的な活動を続けていることに敬意を表す。しかし、現在国際的な問題となっているインフォームド・コンセント、脳死、臓器移植、高齢化などについては国の答申が出される際、本委員会としても意見を出してよいのではないかと。
  - 1. 日本医師会担当者との定期的意見交換は統一的、かつ具体的に、常に実施の方向を目指して。2. 卒前・卒後医学教育の現状の把握、問題点の抽出、将来計画の策定と実施。中・長期計画、短期計画を分けて考える。全国における医学教育の実態を熟知した上で、地域性を考慮しつつ、かつ底辺からの意見を十分汲み上げる形で医師養成、専門医制度(総合医を含む)の問題点を抽

- 出し、あるべき姿を考える。3.学会らしい役員公選制の徹底と任期制の義務づけ。
- 1.開業医のための医師会の脱皮。2.専門学会のエゴの改善と認定医・専門医制度の学会間の調整。3.真の国際性具備。
  - 現時点ではそのような具体的問題に直面してはいないが、今後本学としての検討が進展するにつれて、この委員会に検討を期待したい。多様な問題が浮上するものと思われる。
  - 各大学内における各種の学術集会(CPC、講演会等)を日本医師会の生涯教育プログラムへの組み込みの問題
  - 認定医制度と学位制度の問題
  - 生涯教育制度、学会認定医・専門医などの制度の統合と整備
  - 既にV, VII, VIII章で指摘した点を中心にしていきたい。
  - 勤務医の医師会への参加
  - 1.医師会が医学教育について理解しうるよう交流が必要であるので、その具体的方法の模索。2.学会では認定医制度の円滑な運営が求められるので、具体的な関わり方の検討(認定医レベルの臨床内容を修得すること)。
  - 日本医師会は近年、医学教育重視の姿勢を示しているが、各学会においては、いまひとつの感じがある。各学会においても医学教育について積極的に検討されるよう希望する。
  - 1.日本医師会と大学医学部・病院との連帯強化。2.日本医学会のあり方。3.各種学会・研究会の統合、整理。
  - 卒前・卒後の医学教育について、医師会の積極的参加協力に関する基本的方策について検討していただきたい。
  - 生涯学習体制の見直し
  - 本アンケートの結果、あるいはカリキュラム等の改革を実施された各大学から指摘された問題点を拾って検討していただきたい。
  - 生涯教育の実践
  - 1.専門医資格の統一について。2.地域医療における役割分担について。
  - 1.医師会が開業医団体から脱皮し、学問的、倫理的に質を高め、医学・医療を包括する団体となるよう提言する。2.各学会が閉鎖的で自己改革に乏しい。基礎医学では大学の古い講座と、臨床では各診療科の専門医制度と結びついて狭いギルドと化さないよう提言する。
  - 1.日本医師会との間では、生涯教育及び地域交流についての大学医学部の関与。2.医学関係各学会と、臨床研修医制度及び大学院制度と認定医・専門医制度との関連。
  - 医師会に対して、医学教育に対する希望等どんなことがあるか、意見を聞くかアンケートをとる必要があるのではないか。
  - 生涯教育制度と専門医認定制度
  - 医療・保健行政の統合有機化が達成された暁には、医師会、関係医学会への対応は極めて容易かつ迅速化されると考える。
  - 医療は本来、大学、医師会、医学会が密接な連携を保ちながら進められるべきであるが、こうした点に関して大学附属病院における登録医制度、医師会で実施している生涯教育制度及び各医学会の設定医・専門医制度の関係を整理する必要がある。
  - 各学会はエゴイズムを捨てて2年間の初期臨床研修修了を資格取得の条件とするよう、この委員会が強力なリーダーシップを発揮すべきである。
  - わが国の卒後臨床研修体制は、現在欧米に比べて非常に貧困であり、体制作りを急ぐ必要がある。そこで、現在各学会で行われている認定医・専門医制度、医師会の生涯教育などを統合した形のシステム作りを検討すべきである。これに付帯して、卒後臨床研修のシステム化をした場合の責任母体、また大学院制度と臨床研修制度との関連も検討すべきである。医学教育の立場からも大学、医師会、医学関係学会との関連と連携をもう少し密にする必要があり、どのような具体的な方法があるのか検討する必要がある。
  - 学会や研究会のあり方、夏期の開催
  - 国立大学医学部は、医師会にもっと接触すべきである。
  - 学会認定医問題を整理し、研修医に無用の不安を与えぬようすべきである。
  - 臨床系大学院と専門医・認定医制度の整合
  - 1.臨床医以外に、クライアント等に接触する病理医、法医、公衆衛生医の専門性の確立。2.医師会及び関係学会等に対して、同様のアンケートを依頼し、討論と意見交換の場を持つことについての検討。3.本委員会と医師会との連絡会議の定期開催。
  - 認定医制度及び生涯教育における大学の役割分担を明確にする必要がある。
  - 医師会や学会の協力なしには改革はできないので、適当な協議機関を作ってテーマごとにフォーラムを開くべきであろう。
  - 医師の生涯教育と各学会の認定医・専門医制度との関連を明確にすること
  - 大学で行われる卒後教育及び生涯教育並びに医師会や学会で行われる卒後教育及び生涯教育の連携
  - 1.認定医資格審査について、大学(講座関連学会等)よりも、臓器別(肝臓学会)・疾病別(心臓病学会)など学会種類別分類も評価する。2.学会の正会員、一般会員、学生会員などの整理、加入者の便宜を図る。技官に門戸を開く。
  - 現在、各学会において、指導医・専門医等の認定を行っているが、その認定に際して、その科における経験歴や会員歴が重視されていて、大学院における在学期間あるいは基礎教室における研究期間が全く無視されている。
  - 20年後の日本の医療の予測と対策
  - 医学関係学会で専門医制度を決めているが、(1)基礎医学教員の養成と確保について、(2)大学院制度と専門医

- 制度との関係について検討したい。
- 専門医制度の基本的構想の確立化
  - 1. 認定医・専門医制度について、学会によって制度がまちまちである。2. 初期臨床研修のあり方との関係。
  - 専門医の資格に日本医師会生涯教育の単位を含めること。

## IX 医学教育の国際化

大学医学部としては、できる限りの国際化がこれから必要であろうという認識では一致しており、全国アンケート調査をみると、各大学が国際化の実現に努力していることがよくわかる(表7参考)。ただ、わが国の医学教育が現在置かれている状況を端的にいうと、「医学・医療の後進国であると同時に、一部の国々に対しては先進国であるという両面をもつ」という特殊な状態にある。「先進国」であるという面から、特にアジアを中心にした施策が必要になるが、まず、それらの国々の医学教育や医師免許の国際性等についての実態に関するデータが不足している。このような情報にしても、わが国10万人の留学生受け入れのなかで、医系、とくに臨床系留学生は医師免許の点で難しく、近年一時的免許を与える厚生省の措置は歓迎されているが、そのほかに生活・住居の問題、学位の授与などにしても、現在では、各大学がそれぞれ個別に工夫をこらして、限られた人的・経済的資源のなかから実施してきているに過ぎない。その実情がアンケート調査に反映されている。しかし、これらは、日本全体としての国家的なフィロソフィーに基づき、国からの体系的な支持が与えられるなかで、各大学が個性的な対応をするという形でこそ初めて本当に実り多い国際化が実現できるものであろう。

一方、「後進国」としてのわが国としては、外国大学への留学については長い歴史がある。しかし、最近の国力の向上に伴って、欧米の各大学と大学院を含む学生の交換、医師や教員の招聘の頻度が増してきた。必ずしも一方的でない対等の交流が行われるようになってきたのである。

学生の交流に関しては、単位の互換性や学期の開始時期の統一がないこと、わが国で取得する医師免許が母国で通用しないこと、医学教育や医療のレベルが先進国に追いついていないことが問題として痛感されている。教員の交流に関しても、わが国にはサバティカルの制度がないこと、ハウジングへの国家の援助がないことなど、国家レベルで対等の付き合いをするため

の支持がないので、先進国大学とのギャップが大きいことが難点になっている。このような面の国家的な対応なしでは、先進国との今後の交流に問題が残るばかりでなく、アジアのなかの医学・医療の先進国としてのわが国の責任も十分果た得ないのではないかと考えられる。各大学の個別の国際化の努力は今後も続けられなければならないし、今後とも各個的な進歩はみられるであろうが、国力が向上したとされるわが国にふさわしいレベルで、先進国との交流ができる体制が国家的に整備されなければ、国際化の質と量は改善されないであろう。

もう一つ、WHOなど国際保健・医療行政機関へのわが国の分担金が多い割には、それら機関での日本人職員が少なくアクティビティが乏しいことがしばしば問題になっている。若い医師の医系国際公務員への進出が望まれるところである。保健・医療における国際貢献には多様な道があることを、大学医学部で経験豊かな教員が学生や若い医師を指導する必要があるが、そういう教員が少ないという問題がある。

表7 医学教育の国際化についての全国アンケート調査まとめ

回答からは、卒前・卒後のあらゆるレベルで交流推進を図るべきだ(大阪)という意見に代表される積極的な姿勢がうかがえた。検討すべき方向として、次のような案が寄せられた。

### 1. 現状の調査

先進国・発展途上国のカリキュラム・研修プログラム・医療の実態の情報収集と提供が先ず必要：岩手、秋田、福島、埼玉、神戸、川崎、山口、久留米、宮崎等。

### 2. わが国の医学教育の国際化への提案

外国大学(姉妹校提携)との単位互換制度：弘前、岩手、山形、筑波、東京、横浜、和歌山、広島、大分、琉球。卒前の国際化がとくに重要：琉球。研究者だけでなく教育者も含めた外国医大との交流：東京、日本、香川。サバティカル制も取り入れ体験的交流を図る：琉球。教員人事、入学者選抜に外国人を入れる：京都。外国語コースの見直し：筑波、慶応、杏林、佐賀。英語での医学講義：香川。世界に通用する教育、診療技術向上と資格の認定：秋田、東女、昭和、東海、愛知、広島。国際保健学・国際保健医療学の充実：東京、順天堂、神戸、島根。学年度を9月からにする：東邦。

### 3. 外国人学生・研修者の受け入れの支援

外国人医師の臨床研修の受け入れ方法として ECFMG のようなものが必要：信州、山梨。外国人臨時医師免許、国際医師免許を考える：阪市、神戸、広島、熊本。留学生の交換と受け入れ体制の充実：弘前、新潟、大阪。とくにアジアからの留学生の援助：日医。日本語教育の充実：山梨。アジア、発展途上国に対する医療援助、国際化が重要：山形、日本、名古屋、川崎、広島。

Diploma を与える：順天堂。

#### 4. 医師、医学者の海外派遣

海外派遣の促進：大阪、国際協力派遣医師の国家的身分保証と体制作り：秋田、東海。

## X 新設医学部（医学大学）20年のレビュー

昭和45(1970)年から始まった「新設医大」ラッシュは33校(国立17, 私立16)の増設となり, 大学医学部(医学大学)はそれまでの46校から79校となった。「医師不足」を解消するためとしてとられたこの施策は, 10年後には21世紀初頭から始まる極端な「医師過剰」を見据えた入学定員削減策に変わった。このことは, とくに新設私立医大の経営を困難に直面させた。新設医大は時代の背景を背負って, 当初から地域医療に奉仕する臨床医の養成を強調し, ベッドサイドティーチング等教員のマンパワーを必要とする教育方針を貫いているところが多いが, 国立では十分な教員定員がないこと, 私立では人件費の高騰が経営を圧迫しているとの嘆きが, 全国アンケートの回答にも見られる(この回答10校)。

存在理由を含めた新設医大のあり方について, 検討する必要があるとの意見が多く寄せられている(この回答20)。

第1回卒業生がまだ卒後15年前後で総体的な評価は難しいと思われるが, 国立・私立を問わず昭和45年以降の新設医大は新しい教育・研究・診療の理念を持っていたはずである。20年間の追跡調査は, 新設医大にも旧設医大にも参考になるとと思われる。

次に, とくに問題となるようなことについて, 私見を交えて各論的に述べる。

### 1. 新設私立医大の経営上の問題

私立医科大学協会でもとめた資料によれば, 医学部, 附属病院, 看護学校などを含めた医科大学の収支計算書は単科大学(13), 複合大学(9), 総合大学(5校)を問わず年々赤字額が増え, 平成3(1991)年度の消費収支差額は1校平均24億円の赤字である。臨床系教員人件費を含んだ附属病院の消費収支差額は33億円の赤字となっている。歴史の古い大学では他学部の収入や収益事業によってこの赤字額を補填しているが, 新設私立医大では極めて厳しい状況にある。国からの補助金は逡減傾向にあり, 6年間の平均が既に3,500万円を超えている(以上の数字は自治医大と産業医大を除く)新設医大の学納金をさらに値上げすることも困難である。経営努力とともに, 大学間単位互換制など

による教授陣の軽減や近隣地域関連病院における教育への参加依頼など, いろいろな課題が迫っている。

### 2. 新設医大における教員確保の困難

新設医大の教員名簿を見れば, 基礎医学系教授は医学部出身者が多いが, 助教授以下の教員は理学, 薬学, 農学出身者が圧倒的に多い。医学部卒業生で基礎医学を専攻するものが少ないことは, とくに歴史の浅い新設医大において著しいことを考え合わせると, 次世代の基礎医学系教授陣に医学部出身者(医師)を迎えることが困難となってくるであろう。基礎医学系教員の優遇策等が全国医学部長病院長会議においても論ぜられていたが, 基礎医学の教育・研究のあり方を含めて根本的に検討すべき問題と考える。

また自己啓発型教育や臨床実習教育においても多くの教員が必要となるが, 教員定員の枠や経営上の問題があつて思うに任せない。やはり大学間, 大学・関連病院間の相互乗り入れによる解決策の検討が必要であろう。

### 3. 英国 GMC 登録の問題

33校の新設医大卒業生が英国留学で臨床研修はもちろん, 臨床研究でも臨床活動を希望すると, これらの大学がGMCに登録されていないので, 医学部卒業生と認められなかった事例が相次いだ。その後文部省と医学教育振興財団の努力によって正規の手続きを経て, 平成3(1991)年から現在までに, この問題は解決に向かっている。

### 4. 新設医大の自己点検と改革

設置後20年を経過した新設医大の功罪については, 各大学自身による自己点検・評価の結果を待たなければならぬ。新設医大は附属病院とともにそれぞれの地域に高度な良質の医療を提供し, 医学研究の層を厚くし, 新しい医学教育の工夫を生み出した。

しかし, 20年間を経過して, 創設期の情熱が幾分かめ, また教授陣の世代交代の時期を経て, 卒業生の層が厚くなっていく頃にどのように変わってくるか, 医療情勢, 医師の需要・供給の関係はいかに変化するか, 将来の予測は難しい。統廃合を含めた医学教育機関の再編成が必要であるとの意見もある。

なお全国アンケートの回答では, この問題はどの大学にも関心があるとはいえないので無回答(47%)と, とくに本委員会での検討を認めない(4%)とを合せて半数が意見を表明していない。新設医大の37%もこの

なかに含まれていた。

20年を経過した新設医大はすでに「成人」であり、「新設」に甘えたりエクスキューズの理由にしたりはできないはずであるという意見はもっともである。伝統の重みはないがしがらみもない利点を活かし、歴史のある旧設医大ではなし難い大学改革を、改めて行うチャンスが再び到来したと認識してはどうであろうか。

## XI これからの大学医学部(医科大学)のあり方

大学医学部(医科大学)が医師養成の教育機関であることをもって本命とするのは、今後も変わらないところであろう。高等教育のなかでも、この役割からは、職業教育機関(professional school)といえるが、単なる技術教育機関(technical school)ではない。人間の健康保持・増進と疾病の問題解決のためには、人体が小宇宙といわれるように今も不明かつ未解決の問題を抱えており、さらに人間は精神・心理を有する存在であり、社会のなかの存在・社会を構成する存在でもあるので、自然科学だけでなく、人文・社会科学上の問題解決をも背負うのであれば医師はつとまらないし、医学部の役割にしても同じである。

医学のうち、自然科学的医学あるいは生物学的医学を医科学(medical science)というとし、教育機関としての大学医学部は医科学の教育機関だけでよいのではなく、ましてや医術(あるいは医療技術 medical technology)の教育機関ではなく、より広い医学(medicine)の教育機関である。しかし大学医学部は、医学は教えるが医療は教えないといわれたこともある。

医学が医科学を基礎にし、医科学の進歩に支えられているのであるから、個々の患者にもその時点で最新最優の医科学に基づいた医学を適用することが要求される以上、医学部の教育は医学研究に支えられ、医学研究あってはじめて成立するといわねばならない。

医師たる臨床医は、臨床の現場では患者に1対1の立場で対応する。チーム医療、コンサルテーション医療の時代にあるといっても、医療の原則が患者・医師間の好ましい関係で終始する以上、医師個人は患者のために医科学に良きオリエンテーションを持ち、医科学と患者を結ぶ良きメディエーターあるいは医科学の良いアプライアーである必要がある。

このことは、医師は患者に対して病気やその検査・診断・治療と予防についてよく説明し、納得を得たうえで患者自身や家族の自己決定権に基づく同意をとる能力と習慣を身につけるためにも、また患者のニーズを的確にとらえ、自ら解決できない問題の場合には、

指導者や各分野の研究者に協力を要請するオリエンテーションができればなるためにも、大学は医学教育カリキュラムを整備し、教員は教育方法を工夫し、教授能力とさらに重要なことは評価能力を向上させる必要がある。

かつては、大学医学部(医科大学)は卒前教育機関としての位置づけははっきりしていたが、実質上は附属病院の診療科ごとに医局で卒後臨床教育が行われていたもののカリキュラムが明確でなく、医局というタコ壺のなかでの偏った教育であったところへ、インターン制度からその後の卒後臨床研修制度と引継がれ、医局ごとでない附属病院全体の研修制度がようやく根づきつつある。さらに、地域医師会の会員医師の生涯学習の場を提供するように、国立大学附属病院でも登録医制度を設けて医師会員の受け入れを行っている。すなわち、大学の教育機関としての範囲の伸展であり、今後ますますそれが拡大するものと思われる。

大学の役割には教育以外に大切なものとして研究がある。医学研究機関が大学医学部(医科大学)と大学院以外にもよく整備されるようになり、分野によっては大学以上の規模と機能を有するところがあるが、大学の医学研究機関としての役割は、医師養成と同時に少数であれ医学研究者養成という、医学教育との関連において、単なる医学研究機関とは異なる役割を有する。

医学以外の分野でも基礎科学重視とその研究者養成の重要性が叫ばれ、大学院の整備と重点化が推進されている。平成5年度にはまず京都大学で、医学の大学院大学が実現する予定である。

医学の特殊性として、大学の役割としての教育と研究のほかに、診療がある。とくにこれは、大学の社会へのサービス機能の典型的な一つといってよい。本来は医学の教育と研究の場として位置づけられた附属病院があり、そこでは現実には地域市民のために診療が行われている。それに、患者は教育と研究の対象である前に最高の医学の恩恵を受け、最良の医療サービスを期待する一人の人間である。厚生行政からも大学附属病院への締めつけがきびしく、特殊性への安住が許され難くなっているが、国の医療費抑制策が嵩じてますます大赤字が累積するとしても、教育への圧迫や研究の阻害が起こらないように注意する必要がある。

国立大学附属病院を第三セクター化し、半民営の良い面を採り入れて運営する案も聞かれるが、医療の質と患者への医療サービスが向上するならばそれはよいとしても、教育と研究が後退するようなことは国として行うべきでない。国家財政の厳しいなかではあるが、

国立大学の施設・設備の後進性が憂えられ、公務員としての教職員定員の削減が続いている。国立大学が貧相にならないように、点検・評価の結果を反映して、国はしかるべき国際競争に勝つための将来計画を実現に向けてほしい。

公私立医大についても、医学教育と研究の責務が国立大学と変らぬことにかんがみ、点検・評価によって、さらに適切な財政援助が国によってなされることが望ましい。

わが国の大学医学部(医科大学)を、国際的にもさらに強化したいからである。

最後に、医学科のみを置くとして来た大学医学部(医科大学)における、看護教育の充実と看護学科の新設について述べる。

厚生省は「高齢者保健福祉推進十か年戦略」のなかで、マンパワーの確保を最重要課題とし、なかでも中核となる看護職員の増員が最も緊急であることを力説している。自民党社会部看護問題小委員会からも看護職員不足の解決に向けての提言があり、平成4(1992)年6月には看護婦等の人材確保の促進に関する法律の成立もあり、それらを受けて、文部省は医学部のなかに4年制の看護学科設置のための計画を検討してきた。

現在看護大学、看護学部ないし看護学科は10県14校に過ぎないが、将来各都道府県に看護大学(学部・学科)を設立する1県1看護学科計画があること、平成5(1993)年度からいくつかの新設国立医大医学部に看護学科を設置し、また一部国立大学医療技術短期大学部(3年制)から4年制の看護学科への移行を促進するとの見解を明らかにしている。

4年制の看護学科は日本における看護学のリーダーを養成するのが目的で、高い教養を身につけ、併せて看護の科学と技術に長じた人間性豊かな実践力のある人材の育成を目指している。そして日本の看護学のレベルを欧米先進国のそれに並ぶ高さにまで推進し、将来は修士課程はもちろん、博士課程の大学院を設置する予定である。

一般に看護学の歴史は世界的に見ても長くはなく、せいぜい1世紀余りである。欧米では1900~30年までは、看護学校の増加に併せて看護の専門分野が確認され始め、1960年に至る30年間を「看護婦数の充実の時期」、1960年からは「看護学を独立の学問として確立し、看護の理論の実態を認識しようとする動きの時

期」、1980年以降は「保健科学及びヘルス・サービスとしての看護を学際的に進める時期」として発展してきた。わが国においては、このような確たる成長の跡は見られないが、科学技術及び医療技術の変遷に従って、医療の世界における医師と看護婦間の協力と役割分担も微妙に変わってきた。

従来日本では、看護婦(看護師)は医療の「周辺」を担当する職種すなわちパラメディカルないしはコメディカル・スタッフとして扱われ、ランキングも低かった。つまり看護婦は医師に隷属し医師の仕事を介助する存在であるという医師側の思い込みに対し、看護婦側はそうした医師側の姿勢に批判的であったことも事実である。しかし、これからは同じ医学部のなかにおいて、医学科と看護学科が互いに医療の良きパートナーとなり、教授会も共有し互いに協力し合う態勢を取っていくようにならう。そして理想的なパートナーシップのなかで地域医療の向上に関心を深めていくべきである。18歳人口が減少するなかで、看護婦養成は焦眉の例外としても、国立大学では学部の新設は抑制されて医学部看護学科止まりの新設で出発するが、将来は学部規模に発展し、さらに大学院ができたあとも、生涯にわたり看護学科卒業生が誇りを持って本業の職場で活躍されることを望むものである。

#### 医学部(医科大学)の基本問題に関する委員会名簿 (平成5(1993)年3月31日現在)

	主として 担当した章
委員長	堀原一(筑波大学) 序, XI
委員	田邊達三(北海道大学) IV, VI
同	大塚正徳(東京医科歯科大学) VII
同	佐藤登志郎(北里大学) VI, X
同	玉置憲一(東海大学) III
同	斎藤英彦(名古屋大学) I
同	佐野晴洋(滋賀医科大学) V, XI
同	藤田哲也(京都府立医科大学) V, IX
同	松本圭史(大阪大学、 現大阪府立母子保健 総合医療センター) VIII
同	原田康夫(広島大学) II
同	森良一(九州大学) V

(敬称略)