

大学医学部（医科大学）が当面する基本問題と将来*1

玉 置 憲 一*2

はじめに

全国医学部長病院長会議では、1991年に堀原一筑波大学副学長を委員長とする医学部（医科大学）の基本問題に関する委員会を設け、全国の医学部長（医科大学長）にアンケート調査を行って医学部の現状を分析し、当面する問題点を明らかにするとともに解決に向けた提言を行っている。この結果は「わが国の大学医学部（医科大学）白書」として1993年以来隔年に発行され、医学部の現状をよく反映しているので、白書'97に基づいて概要を述べたい。

1. 医学教育

医学の進歩と知識量の増大に対応する教育改革の方向は、知識偏重を脱して問題解決能力を身につけ、社会から求められる人間性豊かで臨床手技にも熟達した全人的医療能力の向上にある。専門教育の改善は以前から取り上げられていたが、1991年に大学設置基準の大綱化が実施されたのに伴って、戦後50年間変わることがなかった新制大学制度にメスが加えられ、各大学が自主的にカリキュラムを設定できるようになった。この結果形骸化した一般教育の改革が進み、96年には92%の医大で時間短縮、カリキュラム再編、専門科目へのearly exposureなどの一般教育改革がなされた。また、半数の大学で6年一貫の医学教育が採用され、専門教育では各校独自のカリキュラ

ム改革が進んでいる。もっとも遅れていた臨床実習の改善については、91年に学生の医行為制限が緩和されたものの、付属病院の教育スタッフの不足、高度専門病院である大学病院でプライマリ・ケア教育や救急医療実習と両立させることの困難性、保険診療上の問題など多くの障害がある。各大学とも教育病院と教育スタッフの確保を最大の課題としてあげており、学生が医療チームの一員として臨床実地を学ぶクリニカル・クラークシップの理想にはほど遠い状況である。学外教育スタッフの参加と交流を促進するために学外教員（いわゆる臨床教授）の採用が進められているが、採用基準や指導手当について大学間での統一は行われていない。臨床実習では臨床研修同様に診療現場での人的、物的制約があり、生涯教育の中で学部教育と卒後教育をどう位置づけるかの観点から検討する必要がある。

21世紀医学医療問題懇談会は全人的医療を医療人の目標として掲げているが、教育改革の結果、教養部が廃止されて真の教養教育がおろそかにされ、当初の意図に反した職人的専門教育偏重に陥ることを危惧する意見も少なくない。ボランティア活動や国際体験など社会に根ざした人格形成への取組みが必要であろう。

さらに、医学部卒業者の中から基礎医学、社会医学へ進む者が減少していることが憂慮されている。医師過剰時代を迎えながら臨床指向がますます高まるのは好ましいことではなく、教育目標の多様化とMD-PhDコースなど教育コースの多様化を進める必要がある。また、今後ますます必要性が高まる保健・予防教育、福祉教育などを卒前、卒後のどの時期にどのような形で行うかも課題である。日本の保健学教育は医学部の中で扱われている場合が多いので社会医学の卒前、卒後コ

*1 Current Issues and Future Prospects in Medical School

キーワードズ：医学教育，卒後教育，大学病院，医学系大学院

*2 Norikazu TAMAKI 東海大学医学部病態診断系，全国医学部長病院長会議 医学部（医科大学）の基本問題に関する委員会委員長

ースの設定も必要である。

2. 入試選抜と医学教育

受験競争が激化する中で、全人的な医療の担い手となる人間性の優れた人材を選抜する方法として、学力検査以外に面接、小論文、推薦入学など入試の多様化が進められている。しかし、年度末の短期間に各大学が一斉に入試を行い、短時間の選抜試験で医学に適した能力と素質を判断するには限界がある。また、平等、公平の原則から学力の客観的評価以外の方法を不透明として批判する傾向が強いことも問題解決を困難にしている。センター試験導入以降、偏差値輪切りによる大学の序列化がいつそう進んでいるため、分離分割方式、学士入学などによる入学者層の多様化が試みられている。学士入学は多様な教育背景や社会体験をいかせる点で、学力検査では得られない人材を得るメリットがあり、人間的成熟度やモチベーションの高さで優れている。一方、卒後訓練を含めた修業期間が長い医学では、高齢となり社会活動が短くなる欠点もある。また、医師への職業転換が主目的となり、研究者養成や長期の研修が必要な外科系に適する人材が得られないデメリットも指摘されている。

さらにこれを進めて米国式の4・4制医学教育を全面採用する案もあるが、医師として高い教育背景を得る利点があるものの、4年間で専門教育を完成する困難さがあり、臨床研修が義務化されると修業年限が最低でも10年となり、長過ぎると思われる。日本では私立医大の授業料収入減少の問題もある。最近、米国では医学生生の1/3~1/2がプレメディカルコース出身であるが、日本でプレメディカルコースが導入されると、入試の激化や学生の困り込みなどがおこり、医学へ進む人材の多様化がかえって妨げられる可能性もあろう。

3. 卒後研修と臨床研修

臨床研修はよい環境作りが問題で、一定水準以上の研修病院における指導医の確保、指導医に対する十分な手当て、ならびに研修医の生活保障が条件となる。また、研修方式は研修医が自分の道を選べるようなプログラム方式が必要であり、基礎医学、社会医学へ進む者が不利にならない配慮

が望まれる。

研修病院についての問題は、大学病院は本来専門研修を目標としており、一般研修に向く体制でないこと、一般病院が必要最低限度の保険診療基準で運営されてきたため、教育病院に必要な指導医数と診療設備が不足している点である。臨床研修医の人件費が公的資金から支出されるようになった場合、そのメリットが病院の人件費節減にすりかえられてはならない。財政面から研修医手当のめどがつかず、指導医の確保もままならないと、研修医の80%を大学病院が引き受けざるを得ず現状は変わらない。医科大学を中心とした教育研修病院群として、卒前・卒後各2年の臨床教育のために2,000床程度を各大学が確保する必要がある。

4. 大学院と医学研究の振興策

医学系大学院は、研究者だけでなく、医学教育者の養成機関として重要であり、とくに基礎系大学院では院生の優遇策が望まれている。臨床系大学院のあり方、臨床研究との関係について多くの議論があるが、日本の病院は保険医療上の診療施設として制度上からも経営上からも位置づけられており、国立のナショナルセンターを除けば研究のための施設、人員配置、研究費などもきわめて乏しく、大学院が学位取得、卒後研修をかねた吹溜りのような形で医学研究の中心になってきた現実がある。一方、大学院制度は日本ではあまりに画一的で、多様化する研究内容や社会の動きに十分適応しておらず、医学のように臨床現場が活動の中心である学問にはなじまない。従来の臨床系大学院のあり方論から一歩離れて、研究機関や高度教育制度の変革を必要としている。

科学研究の拠点としていわゆるCOE構想が打ち出され、6省庁を経由する大型研究が開始されている。これらの大型振興策は医学領域でも急速に発展しつつある生命科学分野では有効に働き、若手研究者の養成にも役立っている。一方、物質レベルを超えた複雑なシステムである人間を対象とする医学研究の振興には、長期的、複合的な研究の継続もまた欠かせないので、このような分野の振興策を行わないと長期的にみた医学の発展が妨げられるであろう。最近、しばしば批判の対象

となる治験研究は臨床医学の研究と治療方法の開発に不可欠であり、早急に正しいルールを定め、科学的方法に則って実施することが大学医学部の責務である。これに関連して臨床疫学の教育にも力を入れる必要がある。

研究振興策と人材活用の点から民間との人材交流を活発にする方法をもっと活発に行わないと、研究面で諸外国に比べて差がますます開くことが憂慮される。研究費の面で、民間資金の大学への流入を促進する税制と大学制度の改善が必要で、これが国公立間の格差是正にも役立つであろう。奨学寄付金、受託研究費、臨床治験などは大学の研究活動を支える重要な資金であり、企業や個人の寄付金を促進する税制と大学会計処理の改善が必要である。大学のエイジェンシー化が論じられているが、公益法人の税制や運営の規制を強化しようという動きがあり、過度の規制は研究の活性化を妨げるものである。すべての研究開発費を国を経由する税金と助成金でまかなう考えは時代に逆行するものであろう。

一部の国立大学では大学院重点化が進んでいるが、多くの国公立大学では検討されておらず、一部国立大学の研究体制充実の方便になっている側面もみえる。重点化が唯一の大学院充実策ではなく、各大学が取り組んでいる独自の多様な大学院充実プログラムを予算・制度面から支援するとともに、各大学の特色を明確化することで、大学間の格差でなく、特徴の差を示す必要がある。

5. 大学の組織運営と点検・評価

大学設置基準の大綱化によって各大学は自由に教育、研究プログラムを組立て、組織を改めることが可能になった一方で、自己点検、自己評価を行って社会に対し実績を公表することが求められるようになった。自己評価はほとんどの大学で実施されており、学生による授業評価は一部導入を含めると2/3の大学で行われているが、第三者評価を受けている大学は1/5に過ぎない(96年現在)。点検評価の方式は学内委員会により研究、教育、診療実績の自己申告結果を整理し、報告書を発行している大学が多い。研究業績は客観的に把握しやすいが、教育や診療について個人や組織の実績を客観的に評価する尺度がないことが問題で

ある。

もっとも必要なことは、評価の結果をいかに大学の活性化に反映させるかであるが、教育に関してカリキュラムや教育方法の改善に役立てているほかは模索状態である。評価の客観性と公平性を十分検討し、具体的改善策を提言する組織と、提言が円滑に実施される環境作りが重要である。

大学の管理運営の問題では、大講座、診療科と講座の分離、教員任期制が最近の問題であり、大学活性化に役立つ方策が真剣に求められている。大講座の導入は約40%の大学で行われており、教員の流動性や若手の登用に利点があり、教育や大きな診療科では臓器別専門科診療を行う上での利点がある。一方で、大学として維持すべき高度診療と教育研究水準の両立をいかに保つかが問題である。教員任期制導入は教育研究を活性化させる手段として有効である点に異論は少ないが、実施にあたって国、公、私立すべての大学の意志統一、大学以外の文部省をはじめとする省庁の協力ならびに一般社会の理解が必要である。最近、時限的な研究プロジェクトや寄付講座については文部省が任期制を正式に認めたため、社会的にも認知されてきたが、病院や企業との人的交流を促進するような制度も求められている。

6. 大学病院と私立医大の問題

諸外国に比べ、大学自らが附属病院をもつことが制度化されているわが国では、学生や研修医の教育上必要な総合診療ないしプライマリ・ケアと、特定機能病院としての高度専門医療ならびに臨床医学の研究開発を両立させねばならず、この矛盾はますます増大している。保険医療費は、本来、最低限度の医療を目的としたもので、教育、研究活動ははじめ高度医療のための設備投資、医療技術開発費や研修医などの医療従事者教育コストを含まないから別途にかなりの予算措置がとられない限り両立しない。とくに診療行為そのものが教育、研究でもある臨床医学の場合、大学病院の機能が本来三位一体である点で矛盾が大きい。とくに病院収入に依存している私立大学では経営上大きな困難がある。学生定員が少ない医学部では授業料収入だけは教育経費を賄えず、私学助成金も入学定員削減で減少しており、転嫁不能な医療費の消

費税負担はいっそう深刻化している。また、私立大学では研究活動の一環である受託研究が収益事業として課税対象とされるなど国公立と矛盾する措置がとられている。今後、医療費削減が進むと私立医大の運営はますます困難となるであろう。

7. 医学・医療における行政のあり方

ここ数年、医学部の入学定員問題、臨床研修義務化問題、消費税問題、受託研究費の課税問題などさまざまな点で行政上の矛盾や省庁間の行政の不一致によって医学部と付属病院は大きな影響を被ってきた。教育、研究、医療などの公的サービスは国、自治体の公的財源によって支えられており、医師養成数の38%を受けつつ私立大学も私学助成なしに運営できない。医学部・医科大学は、国民の健康を支える医学医療の人材育成を目的とするものであり、とくに文部、厚生両省間の不一致を解消すべきである。

8. 国際化社会と医学教育

国際化時代を迎え、明治以来の文化輸入を脱却して、日本の優れた医学・医療が積極的に世界へ寄与することが求められている。学生の国際交流先は先進国の比重が高いが、最近では発展途上国への学生の関心が高く、学生のNGO活動も活発である。これらの活動は地球的規模の視野を備えた国際医療人養成の見地から重要であり、諸外国のように国際活動や海外体験を奨励し、積極的に単位認定する必要があるだろう。一方、途上国医学・医療関係者の留学先は米、英、仏などが主であったが、最近のアジア留学生はオーストラリアで学ぶ

者が多く、日本への留学は制度的、文化的閉鎖性が障害になっている。受入留学生は大学では文部省、医療は厚生省、対外援助は外務省が窓口になっており、ここでも縦割り行政の弊害がみられる。日本の将来の安全保障の面からも、国際的交流が活発な医学医療分野で学生に国際的視野と活動能力を与える必要があり、カリキュラム上の優遇や海外派遣制度の充実が課題である。全国医学部長病院長会議の基本問題委員会でも各大学の国際化に向けた取組みをアンケート調査中であることを付記する。

おわりに

わが国の医療情勢はかつてない厳しい状態にあり、先進国の例にもれず、今後、医療提供者側へのコストダウン圧力が増し、医学教育にも影響が及ぶ可能性が高い。医科大学は根本的な発想の転換をはかり、各大学が均一な臨床医の養成を目指すのではなく、特徴を鮮明にして、研究分野、保健分野、国際活動など新しい医師・医学者を育てるべきである。入学定員の10%程度は国際的な医学医療活動のための人材養成を行うことを考えてもよいのではないかと思う。また、医科大学側では教育病院や教育スタッフの交流や共通化を進めていく必要もあろう。従来の保険医療制度を支える医療専門職の育成という医科大学の目標は大きな転換を迫られているといえよう。

参考資料：わが国の大学医学部(医科大学)白書'93、'95、'97。全国医学部長病院長会議刊

* * *