

資料 21：医学教育センターの設置について

日本学術会議*（平9.7.15）

1. 医学教育センター（Medical Education Center—MEC）設置の必要性

1. わが国における医師養成の現状

医学教育体制は、学部教育、卒業後研修そして生涯学習によって構成されている。

医学教育に限らず、教育の現場では学生、教員、カリキュラムの三つの要素があり、その中で教員の役割は、適切なカリキュラムのもとに、学生をいかに効果的に学習目標に到達させるかということにある。

大学教員の多くは、その業務の第一義を研究成果に挙げることと考えて研究に専念し、ともすると教育は第二義的に考える傾向にある。初等中等教育では、教師はその資格認定に際し、教育学を修得することが要求されるが、大学教員は研究歴、研究業績によって任用されているのが現状である。

近年の医学医療の進歩と医療に対する社会のニーズの変貌によって、良き医師、とくに確固とした生命倫理観を持つ医師の育成が強調されるようになったことは当然のことである。それに伴って、医学教育の改善も医学界の内外から叫ばれて久しい。確かに医学教育の改善は、多くの識者たちの努力によって今日まで徐々にではあるが進められてきたが、なお抱える問題は数多い。その中で、医師を養成する医育機関の教員の質を向上することは、国民の医療を担うという視点に立ったとき、国家的に取り組まねばならない重大かつ緊急の課題である。しかるに、わが国では従来より卒前学部教育は文部省、卒業臨床研修は厚生省、そして生涯学習は日本医師会および各専門学・協会がそれぞれ主管しているのが現状であり、とかくそれらの間の連携には齟齬をきたすことが多かった。とくにその狭間にある問題では、解決に困難なことが少なくなかった。

こうした現状を勘案しながら、わが国における医師養成の現状を俯瞰して、医学教育センター（Medical Education Center, MEC）の必要性を論じたい。

2. 卒前学部教育

戦後、新制大学への切り換えが行われたとき、わが国の医科系大学はGHQの公衆衛生福祉部（PHW）の指導で、2年の医学進学課程と4年の専門教育課程が定められた。

昭和45年から始まった一県一医大構想による医科大学の急増後、昭和48年に学校教育法第55条の改正で、それまでの2年の進学課程と4年の専門課程の分離型を6年一貫教育で行うことを原則とした。しかし旧設の医学部では、依然として2年4年の完全分離型が行われてきた。

平成3年7月1日、大学設置基準の一部改正が施行されて、大学の教育課程は大綱化と称する自由化が大幅に採用されることになった。同時に、これまでの医学進学課程と専門課程の区分は廃止され、医科大学は6年間を通して自由にカリキュラムを編成することとなった。つまり社会のニーズに応える良き医師育成は、各大学に任されることになった。どのような医師が誕生するのか、それは各大学の教育目標にかかることになる。その結果は、大学が自ら責任をもって自己点検・自己評価をすることが課せられ、さらに積極的に外部評価を受けることになった。これに伴い、各医科大学ともカリキュラムの大幅の改定に取り組みを始めている。しかし、ここで強調すべきは、大綱化によりカリキュラムが大学独自で自由に組めるようになったとしても、学生を指導する教員の質ならびに教育に対する熱意を、いかに向上するかということである。

こうした点については、既に文部省が「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」（昭和62年）報告書で、「教員の質の向上と教育への自覚」を指摘している。すなわち、大学医学部の一般的傾向として、教員は研究には熱心であるが、教育に対する能力と自覚が十分でないことを指摘し、さらに教員採用時に教育者としての評価がなされていない、大学教員が教育技法を身につけていないことなどを憂い、これに対する改善策を早急に講ずる必要があると論じている。さらに、文部省は「21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して」—21世紀医学・医療懇談会第一次報告書（平成8年）の「学部教育の改善」の項の中

* 医学教育学研究連絡委員会
委員長：青山英康

でも、学部教育の改善を図る上で、教員の果す役割が極めて大きいと論じ、教員選考時の教育能力の評価、教員指導体制の充実、講座制の見直し、大学間の教員交流化の推進および任期制の導入などについて論及している。同報告書によれば、現在年一回行われている文部省・厚生省共催の「医学教育者のためのワークショップ」（後述）の拡充を図ることを提言している。

3. 卒後臨床研修

卒後臨床研修制度は昭和43年に始まった。戦後のGHQのもとに施行されたインターン制度が、身分や待遇保障の欠如のために、いわゆるインターン紛争を招来した。その結果、2年間の臨床研修制度が開始されたが、見切り発車の形で始まった卒後臨床研修制度も、その後数多くの問題点をもたらした。その主なものは、努力規定であって必修ではないこと、研修目標が明確でないこと、大学病院に研修医が集中し、ストレート方式の研修であること、研修医の待遇が十分でないこと、指導医の待遇および体制が十分でないことなどが挙げられている。

こうした点については、医師研修審議会の意見書(昭和48年、昭和50年、昭和53年)を皮切りに、厚生省・医療関係者審議会臨床研修部会の意見書(平成元年、平成2年、平成4年)、日本医師会・臨床研修懇談会報告書(平成3年、平成4年)などが相次いで出され、さらに医学教育振興財団や日本医学教育学会からも、これに類する臨床研修改善に関する報告書が発表された。その後、日本学術会議・地域医学研究連絡委員会報告(平成6年2月)、臨床研修研究会報告(平成6年6月)が、相次いで臨床研修の義務化を提言し、これを受けて厚生省・医療関係者審議会臨床研修部会(意見中間まとめ・平成6年)が、正式に臨床研修は必修とすることが望ましい、という報告書を発表した。

卒後臨床研修の必修化については、医学界のみならず社会的にも大きな反響を呼び、日本学術会議・医学教育研究連絡委員会および地域医学研究連絡委員会が合同で公開ワークショップを開催した(平成7年11月)。その席上、議論の一つとして、卒前の学部教育と卒後臨床研修との連携を十分に行うためにも、また臨床研修の適正な運営を行うためにも、第三者機構の設置が望ましいことが指摘された。

質の高い国民医療を行う医師養成のためには、臨床研修必修化が極めて重要であることは論をまたないが、その実施のためには諸条件が整備される必要があるが、日本医学教育学会では、「卒後臨床研修必修化に向けての提言」(平成7年6月)の中で、全国的規模の第

三者機構の設置を要望している。また厚生省・平成7年度特別研究事業「臨床研修の評価及び修了認定等に関する研究班」報告書(平成8年3月)の中にも「臨床研修の改善・推進を図るためには行政的規制を強化するより、むしろ臨床研修病院の自主的取り組みを進めることが望ましく、そのためには欧米諸外国にみる如く、非政府組織の第三者機関を設置し、これが厚生大臣の委託を受けて、臨床研修に関する諸業務を行うように」と報告している。臨床研修に関する諸業務には、臨床研修病院指定の審査、プログラム・ディレクターの作成、研修修了の認定などが含まれるが、とくに指導医の教育(Teacher Training)は大きな役割を持つことになる。

平成7年に創設された医療研修推進財団が、臨床研修指導医のためのワークショップを年2~3回開催を始めたが、「医学教育者のためのワークショップ」と同様、講師陣は日本医学教育学会が主体となって行っているのが現状である。

4. 生涯学習

高度の専門性を有し、日進月歩の医学的知識と医療技術を追求するために、医師が生涯にわたって研鑽を積むことは当然であり、医師の生涯学習は近年活発に行われている。

生涯学習が提唱されたのは、1965年、フランスの社会教育学者ポール・ラングラントといわれているが、米国では医師の生涯学習は既に義務づけられている。

わが国では日本医師会が、昭和62年より生涯学習を制度化した。それにより会員は年間50単位以上の学習を自己申告し、所属医師会に報告することになっている。

一方、学会認定医は昭和37年、日本麻酔学会が麻酔指導医制度を施行したことに始まり、その後多くの学会が相次いで採用するようになった。昭和56年、学会認定医制度協議会が発足し、日本医学会加盟の学・協会で認定医制度を発足しないし計画している学・協会を加盟資格とした。

学会認定医制度は若手医師の専門医志向を高め、さらに認定医による標榜科名の議論に拍車をかけ、平成6年には学会認定制度協議会加盟学・協会の認定医・専門医数は20万人を越えるに至った。医師が自己の専門領域を継続的に研鑽し続け、生涯学習の一環として認定医・専門医を位置づけることは望ましいことであるが、各学・協会間、あるいは日本医師会との間の整合性については問題を残している。そうした意味から、昭和61年に学会認定医制度協議会、日本医学会、日本

医師会の三者による「認定医制度についての三者懇談会」が発足し、種々の問題について検討を重ねている。しかし、地域医療に従事する個人診療所の医師（いわゆる開業医師）が、学会認定医制度協議会の加盟学・協会への参加、あるいは研修が果して現実的なものかどうか、なお今後、検討すべき課題である。むしろ日常診療を通じて効果的な日本医師会の生涯教育制度や開業医師の学術団体（例えば、日本プライマリケア学会、臨床内科医会など）の方が、参加し易いのではないと思われる。こうした点についての検討も三者懇談会を含めた第三者機関で行うべき課題であろう。

5. Teacher Training Center (TTC) の設置

医学教育改善の必要性は、医学の急速な進歩、医療情報の膨大化、専門分化による医療体系の変化など、さまざまな理由が挙げられる。理由は何であれ、国民の医療を担う医師の養成は片時も休むことはできない。21世紀のより良き医療のために恒常的な改善方策をとることが、現在我々に課せられている使命といえよう。

かかる観点から、わが国の医学教育の現状をみると、遺憾ながら国家的規模による改善施策に欠けるものがある。

明治5年、西洋医学を導入したわが国の医学教育が、終戦によって幾つかの変革があったにせよ、現在なお伝統的教育方法を残している部分が少なくない。

医学生や研修医の臨床能力を国際間で比較したとき、残念ながら、わが国の医学生・研修医が欧米の医療先進国に比べて劣ることを認めざるを得ない。もしこのことが国民の受ける医療水準に及ぶとしたら、寒心に堪えないことといわざるを得ない。

医師養成も医学を場とした教育学である。「師の背中を見て学ぶ」姿勢も大切かもしれないが、教育に対する基本的姿勢並びに科学的教育技法を医学教育に携わる者は身につけるべきである。言い換えるなら、医師養成に携わる者は、一人一人が教育に関する基本的考え方と効果的技法を習得すべきである。このことは夙にWHOが多年の調査研究の結果得たものであり、既に国際的に実施されて多大の実績を挙げている。

わが国でも1974年以来、オーストラリア・New South Wales 大学 (Sydney) にある西太平洋地域保健医療教員養成センター (WHO, Western Pacific Regional Teacher Training Center for Health Personnel) が主催するワークショップに参加した人達を中心となって「医学教育者のためのワークショップ」(静岡県裾野市・富士教育研修所) を開いている。本年

で23年目を迎えたが、この種のワークショップは、1回に参加できる人数は少なく(現状は40名、医科大学より20名と臨床研修病院より20名)、多くの医学系教員が参加することは不可能である。従って、この富士ワークショップ参加者が、所属機関に帰ってエコーワークショップ(ミニワークショップ)を開催し、既に過半数の大学で実施されるに至り、普及しつつあるが、現行の公的な核心母体のない現状ではその活動に限界がある。

医師養成に携わる教員の多くが、こうした教育技法を学ぶためには、中心的な施設において種々のテーマについて頻りに繰り返して実施することが必要となる。そのためには、かかる業務を主体とする Teacher Training Center を設立することが急務である。

こうした Teacher Training Center は、WHO が以前より提唱、推進しているところである。わが国は、西太平洋地域に所属するが、西太平洋地域ではオーストラリアの他、フィリピンと韓国で既に設立されている。

医学教育の抱える問題点は多い。そのいずれも解決せねばならない。しかし医学教育者トレーニングセンターの設置は急務であると同時に、これが実現の暁は、他の問題点の解決がより容易になることが予測される。

II. わが国における Teacher Training の現状

1. これまでの Teacher Training の経緯

従来、医学の分野における教育者はその教育の理念、教育方法、さらに教員評価方法に関しては先輩、同僚を手本として自己流に開発しており、とくに組織立った養成を受ける機会はなかった。昭和42年頃より大学改革がインターン・学生運動を介して大いに叫ばれたが、昭和44年、真に医学教育を論ずる場を作るべく、当時の慶應義塾大学牛場大蔵医学部長を中心に全国医学部長・病院長会議を基盤として日本医学教育学会を設立するために8月30日に発起人会が開催された。後に、これが第1回日本医学教育学会総会となった。

一方、医学教育における教育者養成の概念は、WHO の RTTC (Regional Teacher Training Center) に始まる。WHO の西太平洋地域における RTTC は豪州シドニーの New South Wales 大学医学部に拠点を構えているが、大学には医学教育学部が設立されている。日本における医学教育者の教育は、1973年6月に RTTC がシドニーで開催した「医学部長及び教育指導者のためのワークショップ (Workshop for Deans and

Educational Leaders)」に牛場大蔵、日野原重明、館正知が参加したことに端を発している。テーマはカリキュラム・プランニングであり、2週間滞在された。その後、1973年にもう一度(故吉岡昭正、豊川裕之両氏)、1974年に2回(尾島昭次、鈴木淳一両氏および堀原一、田中勸両氏)のワークショップに参加した。その成果を踏まえて、1974年(昭和49年)12月に日本での第1回「医学教育者のための医学教育ワークショップ」が富士教育研修所で開催された。これが本邦における組織立った医学教育のTeacher Training(TT)の始まりである。

当時はワークショップという言葉自体耳新しいものであった。ワークショップは問題解決型の学習研修方法であり、或る問題点について小グループで討議し、その結果を全体会議で発表し、Taskforce(TF:機動部隊、実践指導者)のもとに改善を計る学習乃至問題解決法である。テーマによって時間を要し、このようなWHOのワークショップは2~3週間の合宿形式で行われた。

(1) 全国医学教育者のための医学教育ワークショップ:

全国医学教育者のための医学教育ワークショップは昭和49年来毎年開催されている(表1)。第1回から第5回までは厚生省が主催となり、医学教育学会が第1回から第3回迄は文部省科学研究費を受けた総合研究班(「卒後医学教育の再編成に関する総合的研究」:主任研究者:牛場大蔵)、第4、5回は米国Macy財団をもとに経済的、人的に援助・協力し、WHOからも第1、2回は人的、3回以降は精神的後援を得た。第6回以降は文部省・厚生省の共催となり、協力者として日本医学教育学会と新設の医学教育振興財団が加わり、WHO後援のもとに現在に至っている。

(2) WHOのRTTCによるワークショップ:

日本の医学教育ワークショップの原点であるRTTCのワークショップには毎年のように日本からも参加しており、さらに最近ではRTCが所在するNew South Wales大学医学教育学部のワークショップにも参加している(表2)。

(3) 各大学、病院等施設、地域、学会単位における医学教育ワークショップ:(表3)

施設単位のワークショップは1~3日の期間で行われることからミニワークショップと称されている。テーマの多くはカリキュラム・プランニングを中心とした研修であるが、問題解決のワークショップも行われている。

(4) 臨床研修ワークショップ(臨床研修指導医養成講習会):

このワークショップは臨床研修研究会が主催し、厚生省、日本医師会、日本医学教育学会の後援のもとに、医療研修推進財団に運営が委託され、開催された。平成7年度に第1回ワークショップが2カ所で開催され、平成8年度に第2回として3カ所で開催された(表4)。

2. 医学教育が関係する全国的組織

医学教育に関する活動には研究、検討、教育・訓練、普及、提言等様々あるが、所轄官庁および国公私立を包含した全国的組織・団体として挙げ得るのは次の如くである。

- (1) 所轄官庁:大学関係は文部省、卒後は厚生省であり、全国医学教育者のためのワークショップを共催している。
- (2) 日本医師会:医師全体を対象としているが、現在は主として生涯学習に力点を置いている。過去に1回教育者のためのワークショップを開催している。
- (3) 全国医学部長病院長会議:各医科大学、官庁、政府等に提言・建議するにふさわしい高い立場の団体といえる。昭和48年の医学教育に関する提言の中に、医学教育の一貫性の重視から、文部省と厚生省を統一した医学教育庁の設立により、行政の一本化の要望が提示された。3年毎に「医学教育カリキュラムの現状」を調査・発表している(医学教育白書:昭和53年)。この医学部長・病院長会議を基盤として日本医学教育学会が昭和44年に設立された。
- (4) 日本医学教育学会:医学教育に関する研究の充実発展ならびにその成果の普及を目的として1969年8月に発足し、1997年に日本医学会への加盟が承認された。医学教育を学問として研究し、毎年学術集会が開催されている。全国医学教育者のためのワークショップ、臨床研修指導医養成講習会(臨床研修ワークショップ)を後援し、さらに施設単位のワークショップを支援している。
- (5) 医学教育振興財団:この財団法人は1979年4月に発足し、日本ならびに諸外国の医学教育(卒後の臨床研修を含む)の動向と実情に関し調査研究を行い、その成果を医学教育機関に提供するとともに、広く社会に公開するなど、日本における医学教育の充実向上について寄与している。本財団には国公私立大医学部、医科大学すべてが加

表1 医学教育者のためのワークショップ

回	開催年月日	主催	協力・後援	主 題	参加者数	講師数		
						タスク フォース	コンサル タント	ディレクター
1	1974. 12.14～21	厚生省	日本医学教育学会 (文部省科研費)・WHO	カリキュラム・ プランニング	20	5	7 WHO2	1
2	1976. 12.15～22	厚生省	日本医学教育学会 (文部省科研費)・WHO	カリキュラム・ プランニング	20	5	8 WHO2	1
3	1977. 1.10～17	厚生省	日本医学教育学会 (文部省科研費)・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	9	1	1
4	1977. 12.18～24	厚生省	日本医学教育学会 WHO	教育評価	28	5	2	1
5	1978. 12.4～11	厚生省	日本医学教育学会 WHO	教育評価	28	5	3	1
6	1979. 12.15～21	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	教授方法	28	5	5	1
7	1980. 12.8～14	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	教授方法	30	6	3	1
8	1981. 12.13～18	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	7	2	1
9	1982. 12.12～17	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	6	2	1
10	1983. 12.11～16	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	組織としての教 育機能の開発	40	6	4	1
11	1984. 12.2～7	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	組織としての教 育機能の開発	40	6	3	1
12	1985. 12.8～13	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	組織としての教 育機能の開発	40	6	2	1
13	1986. 12.7～12	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	6	2	1
14	1987. 12.6～11	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	6	2	1
15	1988. 12.4～9	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	6	2	1
16	1989. 12.3～8	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	6	2	1
17	1990. 12.2～7	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	6	1	1
18	1991. 12.8～13	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	6	1	2
19	1992. 12.6～11	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	6	1	2
20	1993. 12.10～15	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	6	3	2
21	1994. 11.27～12.2	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	6	4	1
22	1995. 12.10～15	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	40	6	1	2
23	1996. 12.1～6	厚生省 文部省	日本医学教育学会 医学教育振興財団・WHO	カリキュラム・ プランニング	41	6	3	2

表 2

- 1) RTTC (Sydney) での WHO Intercountry Workshop の日本人参加者
- 1973年 「Curriculum Planning」 牛場大蔵・日野原重明・館 正知
 1973年 「Curriculum Planning」 吉岡昭正・豊川裕之
 1974年 「Curriculum Development」 尾島昭次・鈴木淳一
 1974年 「Evaluation」 堀 原一・田中 勲
 1974年 「Teaching Methods」 岩瀬 勉・山下文雄
 1975年 「Teacher Training Centers for the Medical and Health Professions」 牛場大蔵・森 亘・北川定謙
 1975年 「General Education」 小沢 満・小野寺壮吉
 1975年 「Evaluation」 吉田 修・戸倉康之
 1976年 「Dental Health Personnel Education」 河村洋二郎・榎原悠紀田郎
 1976年 「Generating Educational Change in Medical Faculties」 中川米造・山本寅夫・宮里不二彦
 1976年 「Instructional Design」 林 茂
 1977年 「Midwifery Teacher Training」 松本やえ子・小林 隆
 1978年 「Health Services Manpower Development」 西 三郎・下田智久
 1979年 「Faculty Development」 福岡誠之・高石昌弘
 1980年 「Development of Instructional Materials」 西岡和男・杉山武敏
 1982年 「Assessment of Clinical Performance」 内藤政人
 1983年 「Evaluation of Training Programs for Primary Health Care」 辻村信正
 1987年 「Management Training for National Health Development」 足立和彦
 1986年 「The Management of Change in Training Institutions」 青山英康・橋本信也・滝沢秀次郎
 1987年 「Implementation of Innovations in Medical Education」 平野 寛 (杏林大)・斎藤和雄
 1988年 「Health Workforce Planning」 徳永力雄
 1989年 「Management of Human Resources in Health」 中山英明
 1990年 「Primary Health Care」 北川曉子
- 2) New South Wales 大学医学教育学部留学
- 1993年春 「医学教育一般, 少人数学習」: 大野良三
 1993年夏 「少人数学習, 問題基盤型学習」: 大野良三, 小山 勇, 猪野裕英, 杉本映一
 1995年春 「少人数学習, 問題基盤型学習」: 豊嶋良一, 茅野秀一, 吉村和法
 1995年夏 「総合カリキュラム, 問題基盤型学習」: 森田孝夫, 村田宣夫, 稲葉宗通
 1996年 「総合カリキュラム, 問題基盤型学習」: 高橋 通, 田中秋悟, 村上三郎, 有田和恵

表 3 医学教育ワークショップ実施状況 (1997年 5月現在)

1)

大学等	数	実施数	%
国立	新設 (1970年以降)	18	12 66.7
	既設	25	9 36
	合計	43	21 48.8
公立	8	1	12.5
私立	新設 (1970年以降)	16	13 81.5
	既設	13	11 84.4
	合計	29	24 82.8
総計	80	46	57.5

2)

病院—14
 その他施設, 学会等—12

盟しており, 医学振興を目的に, 幾多の事業を展開して多大の成果を挙げている。毎年の「医学教育者のためのワークショップ」(文部省, 厚生省共催)への協力も行っている。

- (6) 医療研修推進財団: 医療関係者全般を対象とした各種研修を通じ, マルチメディアを一つの有効な手段としながら, 医療関係者の資質の向上に寄与すべく, 平成7年に設立された。臨床研修研究会の委託を受けて, 臨床研修指導医養成講習会(指導医ワークショップ)を平成7, 8年度の2回開催した。
- (7) 臨床研修研究会: 卒業直後の臨床研修の重要性から, その充実, 進歩発展を目的として臨床研修指導病院が組織化され, 昭和58年より毎年学術集

表4 臨床研修ワークショップ（臨床研修指導医養成講習会）

回	開催年月日	場 所	主 催	委 託	後援	主 題	参加者	講 師
1	1996.2.20～24	御殿場	臨床研修 研究会	医療研修 推進財団	厚生省 日本医師会 日本医学教育学会	臨床研修 開発	50	22
1	1996.3.4～8	鈴 鹿	同	同	同	同	同	同
2	1997.2.17～21	鈴 鹿	同	同	同	同	50	16
2	1997.3.11～15	御殿場	同	同	同	同	50	16
2	1997.3.24～28	川 崎	同	同	同	同	50	16

会を開催している。臨床研修指導医養成講習会（臨床研修ワークショップ）を平成7,8年度に医療研修推進財団に委託し開催している。

III. TTC が持つべき機能

Teacher Training Center の機能としては、まず医学教育者のためのワークショップの開催・運営が挙げられる。それにはこれまでの長い間の実績をもつ「医学教育者のためのワークショップ」がモデルになろう。

このワークショップは厚生省・文部省共催であるが、実際には医学教育学会のメンバーの、いわばボランティア的性格を帯びたものである。これを恒常的な組織にして運営することが必要である。したがって、このワークショップを発展充実するために、以下にこれまでのこのワークショップの概要を記すことにする。

開催は年1回（毎年12月初旬）、場所は静岡県裾野市にある富士教育研修所、開催期間は5泊6日である。

テーマとしては、教育の基本ともいえるべき「カリキュラム・プランニング」が中心であるが、これまでに「教育評価」、「教授方法」、「組織としての教育機能の開発」なども取り上げられた。

WHOの後援に加わり、医学教育振興財団が財政的協力、日本医学教育学会がタスクフォースと呼ばれる講師陣の人的協力を行っている。事務局運営は厚生省健康政策局医事課と文部省高等教育局医学教育課の担当官と医学教育振興財団職員があたるが、2～3年で交代している。

参加者数はいろいろな制約のため40名であるが、毎回応募者は多く、3～4倍である。これまでに、このワークショップに参加した者は約800名を越えるが、全国医科大学および臨床研修病院の教育担当者総数からみれば、ほんの一握りの数に過ぎない。Anderson (King's College Hospital Medical School) も言うよ

うに、医学校教員のためのワークショップは頻回に開催する必要がある。

最近では、参加者の教育学的レベルにも格差があり「カリキュラム・プランニング」は基礎コースとして、既に周知している者も多く、さらに専門のコース、あるいはカリキュラム・プランニング以外のテーマの開催を望む声も大きくなってきた。その意味からも、現在の「医学教育者のためのワークショップ」は基本として、これをさらに拡大・発展させる必要がある。

このように本センターでは、医学教育に携わる者の研修に関する大小のワークショップを定期的実施するとともに、医学教育に関する文献情報の収集と医育機関への伝達、新しい教育技法の開発と評価、そして諸外国のTTCとの国際的連携により、わが国の医学教育水準の向上を図ることが任務となる。

このような状況を考えればTeacher Training のみに止まらず、臨床研修に関わる第三者機関あるいは医師国家試験に関わる第三者機関などの機能も持ち、医学教育センターの構想も視野の範囲内に入れておくべきである。

IV. MEC の役割

Medical Education Center の目的は、単に教育の細かい技法を修得することに止まらず、医学教育に携わる者が、教育についての正しい関心と認識をもち、教授法の研究と能力向上を身につけることである。このことは何も教育学を学んで、教育の専門家になることではない。良き医師を育成するために、学生あるいは研修医に対して、日常の医学・医療の教育をどのように効果的に行うべきか、教員自身が研修するためのものである。

そもそも大学教員の研修は、カナダでは1950年代のはじめには既に行われていたといわれ、その後、英国

の大学で急速に広まった。

Anderson は、医学校教員のトレーニングを強調し (Training of medical teacher, Lancet ii: 7880: 566-568, 1974), ワークショップ開催が有効であると論じている (Brit. J. Med. Educ. 6: 296-300, 1972).

ワークショップ形式による医学校教員の Teacher Training は世界各国へと普及しており, 米国では Illinois 大学医学部教育開発センターが有名である。

WHO はこうした教育効果を高く評価し, ワークショップ開催のためのガイドラインを提供しており, 世界の主要地域に Regional Teacher Training Center (RTTC) を設置し, 各国に NTTC を置くことを推奨している。したがって, TTC は医科系大学および臨床研修病院の教育担当者に対し, ワークショップ形式による Teacher Training を行うことであるが, このワークショップに参加した教員が, 所属する施設で学生・研修医に対して効果的な教育を行うことが期待される。

医学の進歩は著しい。それに伴って, 医学教育も進歩・発展していかなければならない。

ワークショップのテーマ一つをとり挙げて, 今や「カリキュラム・プランニング」のみでは済まされない時期にきている。

講義形式の受動的学習から問題解決型の能動的学習に大きく変わろうとしている現在, 例えば, tutorial 教育, クリニカル・クラークシップ制による臨床実習の改善, さらに臨床能力評価法としての OSCE (Objective Structured Clinical Examination), 標準模擬患者 (Standardized Patient) の利用など, 続々と登場している新しい教育技法を多くの教員に早急に伝達する必要がある。

こうした教育技法を, すべての医育機関の教育担当者に伝え, 啓蒙・普及し, かつ, 教員の基本的姿勢を正しく身に付けるには MEC によるワークショップが最も効果的である。

世界各国の医学教育部門との情報交流により, わが国の医学教育を高い水準に保つとともに, より良い教育方略, 評価方法の研究開発により, それを国内外に提供することが期待できる。

V. 提 案

我が国の医学教育については数多くの問題が指摘されながらも, 伝統的な講座制を基盤にして今日に至っている。卒前教育は文部省, 卒後研修は厚生省, そして生涯学習は各専門分野の学・協会と日本医師会とい

うように所管を異にしなが, 教育の場は伝統的な医科系大学の講座制を基盤としている。各部署の立場があり, その尊重と調整などのためかなりの時, 場所, 人が割かれている。したがって, 医学教育としての一貫性を図るためには, 新しいシステムの開発が必要と考えられ, これを WHO が提唱する National Teacher Training Center の実績を評価し, 我が国の実態に最も適応した第三者機関を National Center として Medical Education Center を構築する必要があると考えられる。

(1) National Center の機能

我が国の場合は単に医学教育の教育者の質的な向上を図るための National Center に終わらせるべきではなく, 関係行政機関としての文部省及び厚生省と医師会及び学・協会とは独立した総合調整機能を持った Board としての機能も求められる。このような機能を発揮できて, 卒前・卒後及び生涯の一貫性を持つ医学教育の体制が確立されると考えられる。

これに加えて, 医学教育技法の開発及び教育効果の科学的評価方法の開発と普及という機能も必要となる。

(2) 施 設

これらの機能を遂行するためには, まず次の施設が要求される。

① センター長室及び秘書室

② 研修室

最低 40 人程度のワークショップを開催することのできる部屋 (大: 1, 小: 6) と視聴覚教育室及びロールプレイ観察室

③ 研究開発室及び資料室

④ 管理室

それぞれの居住空間とともに設備の整備が必要であろう。

(3) 職員—スタッフ

常勤スタッフとしては, 常勤のセンター長とこれを支える日常的な管理・運営を担う事務職員数名で発足できる。

機能としての研修については, 非常勤の講師 (タスクフォース等) との契約及び研究開発については, 班研究をセンター長がコーディネートして, 流動研究員の受け入れ体制でもって対応が可能である。

(4) 財 源

Medical Education Center は卒前, 卒後及び生涯の教育全般を対象とするので, 卒前, 大学を主体とした医学教育振興財団, 卒後および医療全般を対象として

いる臨床研修推進財団とは別に、教育施設の適性評価を含めた新しい構想の第三者機関として設立されることが望まれる。まず、その軸となる TTC について、そ

の構成、活動に適う設立費用と運営費の検討が重要である。

資料 22：医師卒後臨床研修の改善について

日本学術会議* (平 6.2)

1. はじめに

近時、医学の進歩に伴い、専門領域が次第に細分化される傾向にあり、各医学会においても専門医（学会認定医）制度が普及するとともに、各医科大学でも同様に専門医養成の教育方針が強化され、医師の専門医志向傾向はますます強くなりつつある。医師は自分の専門領域以外の患者の診療に消極的となり、そのために重大な合併症を見落とし、緊急の処置が遅れたりすることがあり、患者を全人的に診る基本的な臨床能力を十分身につけていない医師が増えつつあるのが現状である。

第2次大戦後、日本に導入された医学実地修練（インターン）は、制度としては望ましいものであったが、研修医の資格や経済的保障などの面で問題があり、十分に卒後臨床研修の効果を上げることができず、昭和43年に医師法の一部改正とともに廃止された。改正された医師法第16条の2には、「医師は、免許を受けた後も2年以上（中略）臨床研修を行うよう努めるものとする。」とあり、財政的な措置を含めて、教育病院の設備や指導体制の充実について附帯決議がなされている。この線に沿って、これまで厚生省・文部省・国立大学協会・日本医師会などが、卒後2年間の臨床研修に関していろいろな試案を出し、あるいは予算を計上して、その実効を上げるべく努力してきた。

しかし、免許を取得した医師の大多数は専門医志向が強いため、基本的臨床能力を身につけることを目標とした卒後臨床研修が十分に行われているとは言い難い。これは医師法による規定が努力目標でしかなく、強制力がなく、研修内容も各施設の独自性に委ねられているためと考えられる。

日本学術会議地域医学研究連絡委員会は、これまで

地域医学の概念と展開とか地域保健医療計画の評価と将来展望などについて検討を行ってきたが、第15期においては卒後臨床研修（以下研修という。）の改善を取り上げ、ヒアリングや討議を重ね、以下のごとく改善案を取りまとめた。

2. 研修制度改善の基本的方向

患者を全人的に診る基本的臨床能力を身につけるための研修は、医師が独立して診療し、あるいは他の医師に対し指導的立場に立つ場合には必須であるという基本的な考えに基づき、研修を義務化しようとするものである。

3. 研修制度の目標

研修制度としては、欧米諸国で行われているように、理想的にはローテートないしスーパーローテート（総合診療）方式による2年間の研修を義務化し、研修生の身分を保障し、診療行為を可能ならしめるべきである。

その骨子は次のごとくである。

(1) 医学部学生は、医学部を卒業し、将来診療に携わろうとする場合、医師国家試験に合格し、医師免許を受けた後、2年間の研修を行うものとする。この研修を終えたものに対し厚生大臣は研修修了証書を交付する。

基礎医学系に進んだ者も将来診療に携わろうとする場合、その時点でこの研修を受けられるようにすべきである。また、臨床系の大学院に進学する医師もその前にこの研修を修了することが望ましい。

(2) 研修を修了していない医師は、病院又は診療所の管理者になれず、また、医長・部長・科長などの管理職ないし指導者になることは望ましくない。このためには医療法（第10条）の改正が必要

* 地域医学研究連絡委員会