

大学医学部・医科大学が当面する問題と将来^{*1}

井内 康輝^{*2}

はじめに

筆者は2002年から2006年まで広島大学医学部長の任にあり、全国医学部長病院長会議（国立42校、公立8校、私立28校、防衛医大1校から構成される）、国立大学医学部長会議（旧国立大学42校が属する）などに属し、大学医学部および医科大学の当面する諸問題を議論してきた。さらに、全国医学部長病院長会議の常置委員会の1つである“医学部（医科大学）の基本問題に関する委員会”に属しているが、この委員会では2年に1度、全大学の医学部長あるいは医科大学長に対して行ったアンケート調査にもとづいて『わが国の大学医学部（医科大学）白書』および『白書の検証と補遺（提言）』を発刊しており、著者も最新版である『白書2005』の作成に参与している。

こうした背景から本稿では、この『白書2005』のデータを基本にして前述の会議などで議論されてきたことを紹介したいが、その多くは本書の各項目において詳細に述べられるはずであり、本稿での記述が総論的になることをお許しいただきたい。本稿では以下に、1) 国立大学法人化と大学運営、2) 大学評価のあり方、3) 医学教育の質の向上、4) 医学研究と大学院体制、5) 大学付属病院の現状、6) 医科系大学による社会貢献のあり方、のそれぞれについて当面する課題と将来について述べてみたい。

1. 国立大学法人化と大学運営

2004年4月、国立大学法人がスタートした。この変革は明治初期の帝国大学の創設、第二次世界大戦後の新制大学の発足に匹敵する大改革であるが¹⁾、そのポイントは国立大学における①マネジメントの改革、②財務基盤の強化、③特色ある教育・研究の創出、である。

大学におけるマネジメント改革では、まず学長のリーダーシップ（統率力）が問われるが、その基盤となる学長の選考方法についても構成員による選挙重視から意向投票を参考とした学長選考会議による決定にシフトした。しかし、法人化後の学長選考の結果をみると、改革派と称される学長候補への支持は低く、大学における運営方法の改革に対する抵抗の大きさもうかがえる。学長は教学の責任者であるばかりでなく、役員会のトップとして経営の最高責任者として位置づけられる。従来の教官（員）、事務官（員）別のたて割りの管理組織や、部局代表からなる会議や全学委員会を廃止して、学長が設定した戦略的な目標を実現するための“企画・執行（plan・do）”を担う教員・職員の一体型の組織が大学運営を担う形が多く大学の大学でみられるが、これらが真に機能していくことが、これからの課題といえる。

従来の特別会計制度にもとづく国立大学の運営は、国立大学法人のスタート時に、2003年の収支差額をベースとし毎年一定額を減額するという運営費交付金の補填による運営へと変貌した。企業会計と同様に財務諸表の提出と監査が求められ、2005年夏には初年度（2004年度）の決算の概要が一般に公表された。ここでは、多くの大学運営は黒字であり、大幅な黒字を挙げた大学もあることがマスコミでも取り上げられたが、実態としては移行期の一時的な利益が多く含まれており、経営努力あるいは経費の節約による黒字額は

^{*1} Current Issues and Future Prospects in Medical School

キーワード：国立大学法人化、医学教育、社会貢献

^{*2} Kouki INAI 広島大学大学院医歯薬学総合研究科病理学（前医学部長）

大きいとはいえない。今後の各大学運営における財源としては、運営費交付金のほかには、①施設設備整備費（第3期科学技術基本計画における重点施策にもとづくものなど）、②自己収入（授業料などの納付金、付属病院の収入など）、③外部資金（科研費、寄附金など）などがある。この中で授業料については、文部科学省の設定した標準額の上下10%の範囲でしか各大学に自由度がなく、大学の収入増をこれに頼ることは難しい。法人化によって最も期待するところは、外部資金の導入である。従来の科研費のほかに、21世紀COEをはじめとする文科省関連の競争的資金、産学連携による共同研究資金などをいかに獲得するかが今後の大学経営を左右する。従来の国立大学においては、研究の多様性の確保も重要な使命であり、過去積み上げられてきた多くの分野の研究基盤を維持するための経費をいかに確保するかと、これと競争的資金を得やすい先端的研究の推進をいかにバランスよく大学内に位置づけていくかが重要な課題となる²⁾。

中央教育審議会答申「我が国の高等教育の将来像」（2005年1月）では、新時代の高等教育は全体として多様化し、世界的な研究・教育の拠点形成、高度専門職業人の養成、幅広い職業人の養成などの機能やその比重の置き方が各大学で異なってきた、これが各大学の個性・特色の表れとなり、それぞれが緩やかに機能的に分化していくものと考えられる、と述べられている³⁾。この答申にあるように法人化という状況の下では、各大学が画一性から脱却して特色を明確にすることが加速されると思われる。文部科学省の提供する特色GP、現代GP、医療人養成GP、大学院教育GPなども各大学における特徴的な教育プログラムを支援する競争的資金である。機能分化、個別化は国内での競争のみならず、国際的レベルでの競争も視野に入れて取り組むことが課題となろう。

国立大学法人化は各大学のマクロ的な運営に大きな変革をもたらしつつあるが、ミクロレベルでみると、各大学の構成員ひとりひとりの意識改革には必ずしも連がっていない面も指摘される。さらに私立大学からみれば、国民の税負担である運営補助金が国立と私立の間で大きな隔たりとして

なお存在することが指摘される。今後とも国立大学法人の存在意義が明確となるように、国立大学法人自身の説明責任を果たすことが求められているといえよう。

2. 大学評価のあり方

1991年の大学審議会答申「大学教育の改善について」において、大綱化と並んで大学の自己評価が提言されたことにもとづいて、同年、大学設置基準が改正され、その第2条に大学の自己点検・評価の努力義務が示された。これによって各大学は自己点検・評価を忠実に実施したが、自己点検・評価における客観性の欠如に対する批判もあり、多くの大学において積極的に外部評価が実施されるようになった。さらに、1998年10月の大学審議会答申「21世紀の大学像と今後の改善方策について」では、大学改革の基本理念として教育・研究の質の向上、ことに大学院の教育・研究の高度化・多様化が重要であり、その手段として多元的評価システムの導入の必要性が示された。ここでは各資源配分機関が大学の教育研究の個性を伸ばし、質を高める適切な競争を促進し、効果的な資源配分を行うため、きめ細やかな評価情報に基づき、より客観的で透明性の高い方法によって適切な資源配分を行う必要がある、とされている。

この答申にもとづいて大学に対する第三者評価を行う組織として、大学評価・学位授与機構が発足した。そして2000年から、全学テーマ別評価、分野別教育評価、分野別研究評価が試行的に行われ、分野別教育評価、分野別研究評価では、医学の分野でそれぞれ6大学が対象となった。さらに2002年11月の学校教育法の改正によって大学の質の保証に係る新たなシステムとして“認証評価制度”が導入され、2004年4月からその設置形態の如何を問わず、わが国のすべての大学は文部科学省によって認証された評価機関による評価を受けることが義務づけられた⁴⁾。

大学を対象としたこの認証評価を行う機関としては①大学基準協会（50年余の歴史をもつ、国立・公立・私立の枠をこえた会員制の団体）、②日本高等教育評価機構（私立大学協会を母体に新

設され、2004年に認証を受けた)、③大学評価・学位授与機構、の3者がある。これらは、評価方法や評価基準に違いがある点に問題があるが、さらに、大学としての総合的評価と、学問分野別の評価の関係が未整理であることも問題である。大学における教育・研究の発展のためには、今後は学問分野別の評価の充実が不可欠と思われる。

従来の国立大学では法人化に伴い、文部科学省内に設置された国立大学法人評価委員会の6年サイクルでの評価を受けることになっているが、この評価の中で教育・研究に対する評価は、前述の大学評価・学位授与機構に負託するとされている。2004年度から始まった認証評価は7年サイクルであり、6年サイクルの法人評価との間で、大学としての評価を受けるスケジュールの調整も求められる。今後、各大学においてはこうした各様な評価を整理しておく必要があり、構成員の担う評価に関する負担を可能な限り軽減してゆく努力が、本来の業務である教育・研究の充実のために求められよう。

2005年の医科大学アンケート調査（『白書2005』^{5,6)}によれば、法人化によって任期制を導入する大学が増えているが、これと連動して、教育・研究・診療・社会貢献（活動）と分けて幅広い分野の活動の点検・評価が行われている。しかしこうした教員個々の活動評価については、これを管理・運営や人事に反映させる仕組みが不十分であるし、比較的安易に行える研究業績の評価は行われても、教育評価や診療面での評価が難しいことが浮彫りになっている。導入された任期制の運用は大学の活性化には欠かせないが、その際の再任の可否、再任の基準などにこの個々の教員の活動評価が大きくかかわることを考えると、今後の大学運営の基盤としての評価のあり方の確立が早急に解決すべき課題となる。

3. 医学教育の質の向上

医学教育は入学者の選抜からはじまる。18歳人口の減少という状況もふまえて、大学の入学者選抜方法は一般的にみて、AO入試や推薦入試の枠が拡大する方向にある。医学部においては、学力偏重の入試の改善策として面接試験方法の改善

が模索されてきたが、医師としての適性のある人材を面接で見出すことは容易ではなく、入試として求められる人物評価の公平性・透明性を確保しながら、大学独自の判断基準で人材の選別をするとなれば、教職員の多大な時間と労力を費やす面接が必要である。適切な人物評価の方法の開発が課題である。

一方、学士編入学制度については、2005年度においてすでに全国21の国立大学法人で定員145名の入学枠が設けられており、今後も増える予定である（国立大学医学部長会議常置委員会報告⁷⁾）。明確な目的意識をもつ学生を得られ、研究志向の学生の養成にもつながることが期待されているが、国立大学法人の多くではまだ制度導入からの間がなく、現時点ではその有用性を評価できないとする大学が多い。また、全国レベルで学士編入学定員が増えたため入学者の質が低下しているとして、制度の停止あるいは廃止を検討している大学もある。

メディカル・スクール制についても議論は多い。2004年9月の国立大学へのアンケート調査では、メディカル・スクール制への賛成は4校（9.5%）、反対は18校（42.9%）、現在のところどちらともいえないとしたのは20校（47.6%）であり、導入に積極的な大学は少ない。反対の理由としては、入学者の年齢が上がること、それに伴う大学院進学者、とりわけ医学研究者の減少、などの理由が挙げられている。医療に対する社会のニーズの変化、18歳人口の減少、新医師臨床研修制度の導入による医学教育の実質8年化などによって、入学者選抜の方法も抜本的に考える時期が到来していると思える。メディカル・スクール制にとらわれず、日本型の医学教育のあり方を確立していくことが課題であろう。

入学後の一般（教養）教育については、大学設置基準の大綱化以降、専門教育を重視して教養教育を縮小する傾向が続いているが、医学教育を企画する際には、教養教育の重要性の認識には変わりがない。医学教育の中で専門教育との有機的な連携をつけながらの教養教育の再構築に向けて、教養教育の担当者と専門教育の担当者の協議が必要である。こうした密な連携のもとに、従来の

科目の設定にこだわらない教養教育科目を立ち上げるなどの工夫が必要であろう。

モデル・コア・カリキュラムの導入と、問題立脚（解決）型教育（テュートリアル方式など）の普及、共用試験（CBT, OSCE）の導入は医学教育を大きく変貌させた。その詳細については、別稿に詳しく述べられているが、大きな問題点としては、基礎医学が専門教育の中で存在感を失いつつあり、将来行われてきた基礎医学者の養成や基礎医学の発展に支障がでるとの危惧がささやかれる。基礎医学教育におけるより一層の工夫が大きな課題である。

卒前の臨床実習ではクリニカル・クラークシッポの導入が重要であり、多くの大学で学生の医行為の水準設定や卒前の OSCE による学生の評価が行われている。しかし、医学部の教員側のマンパワー不足が一層深刻になりつつある現在、学生の臨床実習の指導を担う教員の確保が難しくなっているとの指摘がある。医療安全の面からも、十分な数の指導教員の確保は必須であり、このことは医学部および付属病院における緊急の課題である。

学生の海外への派遣については、多くの大学がその重要性をふまえて取り組みをすすめている。海外に学生を派遣する大学の多くが単位の互換も行っているが、外国人学生の受け入れ数が少ない。その要因としては、宿泊施設が不十分であることが挙げられており、今後の国際交流の発展には解決すべき課題のひとつである。

最後に MD-PhD コースについて言及する必要がある。MD-PhD コースは国立大の約 1/3 で設置されているが、ここへの入学者の実態は明らかでない。早期から生命科学に興味をもたせることができ、研究者の確保の面からこの制度を普及させる必要がある。

4. 医学研究と大学院の体制

医学部の大学院講座化は、多くの大学で行われ、『白書 2005』^{5,6)}によれば、国立では 24 校（56%）が終了、7 校（16%）が計画中である。公立では 70%、私立では 45% がすでに終了ないしは計画中である。

医学部において大学院を重点的に整備してきた目的は、医学・医療の発展のための医学研究者の養成と高度な医療の知識と技術を身に付けた高度専門医療人の養成にあるが、新医師臨床研修制度の導入によって、研修医の 2 年間の研修終了後の進路としては、市中病院での後期臨床研修（専門医研修）を望む割合が大きく、大学院への進路希望者は大きく減少している。これを受けて、2005 年 9 月に発表された中央教育審議会答申「新時代の大学院教育」では、医療系大学院の在り方として研究者養成のほかに、「医師・歯科医師など高度の専門性を必要とされる業務に必要な能力と研究マインドを涵養することも求められるようになってきている」ことを認めている⁸⁾。具体的には、関連学会における認定資格（専門医）の取得に必要な教育内容を大学院のカリキュラムの中に取り込むことができる、とした。すなわち専門医資格の取得と大学院教育を一本化することが可能となったが、こうした事態に至ると、大学院レベルにおいて、研究中心の大学と、臨床医養成を中心とする大学との二極化が顕著になると推測される。

大学院講座化に伴い、全国の医学系の大学院の定員は約 5,300 名にふくれあがった。先に述べた医学部卒業生の進路選択の変化は当然これらの定員を充足することの困難さを明確にしており、この時点で大学院の入学定員の見直し（縮小化）も必須の課題である。

一方で、大学院での教育や研究の質の向上は大学院への進学者を確保する上でも欠かせないが、大学院講座化された大学でも教員の定員が増えた大学はごく少なく、むしろ国立大学法人化によって教員定員は減少している。大学が何をめざすかを明確にし、そのための人材の重点的配分を大胆に行わない限り、大学院を中心とした医学研究の質の低下は避けることができないと思われる。

5. 大学付属病院の現状

『白書 2005』において明らかとなった大学付属病院の基本姿勢は、国立・公立・私立間で違いが大きい^{5,6)}。すなわち、国立においては医学研究の発展に重点がおかれているのに対し、公立・私

立ては医療従事者の養成に重点がある。医療過疎地への医師派遣については、国立・公立・私立のいずれでも優先度が低かったが、新医師臨床研修制度の導入によって研修医を含めた大学病院自体での医師数の減少により、医療過疎地への医師派遣が不可能となったといえるかもしれない。しかし地方の大学では、社会貢献という立場で大学の使命を考えると、医療過疎地への医師派遣を含めた地域医療への貢献は必須であり、国・県など行政との協議などをふまえて、新たなシステム作りが急務である。

大学付属病院の運営については、病院長の責任と権限の拡大が必須であろう。特に法人化された国立大学では、講座による診療科の運営を病院長のもとに一本化することが求められる。講座と診療科の運営については、公立・私立ではこれを別とする大学が多いのに対し、国立では過半数において両者の連携が維持されている。これらのメリット・デメリットに関する検証をふまえた改革が必要であろう。病院長に対する経営面でのサポート体制として、戦略的な管理・運営・企画を行う部門が73%の大学付属病院で立ち上がっており、さらに約33%では民間の経営コンサルタントの導入も行われている。国立においては付属病院として2%の経営改善係数が課せられており、この係数クリアのために、戦略的で効率的な経営が重要課題となるであろう。

大学病院で働く医師の労働条件の改善は、大学病院における優秀な教育・研究の担い手の確保という立場でも重要な課題である。法人化に伴って教員は、教育公務員特例法の適用から労働基準法の適用に変わり、診療以外に教育や研究の義務を負い、昼夜を分たず勤務する大学病院の医師の状況が違法とされる事態が生まれている。しかし現状の医師数で、法を守りこれまでの機能を維持することは不可能であり、抜本的な解決策を考える時期に至っている。

6. 医科系大学による社会貢献のあり方

新医師臨床研修制度の導入以後、医科系大学が社会から求められる貢献として最大のものは“地域一とくに医療過疎地域における医師確保”であ

る。この問題の発端は、新医師臨床研修制度の導入が、必然的に大学から市中病院への研修医のシフトを生じさせるものであり、これまで地域の医師の確保に貢献してきた大学の役割を無視したことにある。とはいえ、特に地方の大学においては地域住民や行政・政治の要望を受けて、大学は医師の派遣や確保に苦悩しているのが現状であり、全国で“地域医療協議会”が作られ、医学系大学の50%はこれに参加している。さまざまな批判や非難を耐えながら、その責務を果たそうとする大学に対してさまざまな角度からの支援を求めたい。

この問題の抜本的な対策としては、2005年3月に国立大学医学部長会議および国立大学附属病院長会議の常置委員会が合同でまとめた“地域における医師の確保などの推進について（提言）”がある⁹⁾。

その要旨は以下のようにまとめられる。

- 1) 医師紹介システムの構築
- 2) 専門医の不足解消
 - (1) 専門医の育成
 - (2) 同一医療圏内における専門医の適正配置
- 3) 女性医師の労働力確保
- 4) 自治体病院などの機能の見直し
- 5) 医療制度における取組み
 - (1) 医師配置基準の見直し
 - (2) 地域性を考慮した診療報酬制度
 - (3) 病床数の基準の見直し
 - (4) 地方自治体による国立大学病院への公的支援
 - (5) 地域医療専門医制度の創設
 - (6) 地域医療に従事する医師への行政的優遇措置
- 6) 医師の育成・教育制度における取組み
 - (1) 地域特別推薦枠などの入試の改革
 - (2) 学部教育、卒後研修における地域医療重視のカリキュラムの作成
 - (3) 地元入学者への奨学金制度の導入
 - (4) 医学部入学定員の見直し

これらの中には短期で取り組み可能なものもあるが、多くは中・長期的な対策であり、行政と大学が一体となって時間をかけて取り組む必要があ

るものが多い。特に専門医の増加の問題については、若手医師の間の専門医指向と各専門分野（学会）における医学・医療の進歩の結果生じてきた問題であり、これを放置すれば、これからの医師は大都会に在在する専門医ばかりとなる。大胆な専門医の数の規制と、全国レベルでみたその適正な配置が課題である。

おわりに

大学医学部・医科大学のもつ最大の使命は国民・人類の健康を守り、その幸福と繁栄の源を支える医師の養成である。これまでの日本における医師養成システムは誤りとはいえない。それは日本が世界に冠たる長寿国であることで証明されているが、長寿は世界でもまれな国民皆保険制度の運用によって、すべての国民が等しく医療の恩恵に浴してきたからかもしれない。昨今、医療の果たす役割、医師に求められる役割も急速に変貌しつつあり、これを適確に判断して、将来に向けた医師養成システムから医科大学のあり方を模索していくことが肝要であろう。

文 献

- 1) 大崎 仁. 大学改革 1945-1999 (新制大学一元化から21世紀の大学像へ). 有斐閣, 東京, 1999.
- 2) 相澤益男. 国立大学法人化一年の現状と課題. IDE 現代の高等教育, 2005; 475 (11月号): 5-10.
- 3) 中央教育審議会. 我が国の高等教育の将来像 (答申). 2005年1月28日.
- 4) 館 昭. 動き出した認証評価と今後の課題. IDE 現代の高等教育, 2005; 476 (12月号): 5-12.
- 5) 全国医学部長病院長会議. わが国の大学医学部 (医科大学) 白書 2005. 2005年5月.
- 6) 全国医学部長病院長会議. わが国の大学医学部 (医科大学) 白書 2005 の検証と提言. 2006年5月.
- 7) 国立大学医学部長常置委員会, 教育制度に関する小委員会. 学士編入学制度及びメディカル・スクール制に関する報告書. 2005年10月.
- 8) 中央教育審議会. 新時代の大学院教育—国際的に魅力ある大学院教育の構築に向けて—. 2005年9月5日.
- 9) 国立大学医学部長会議常置委員会, 国立大学附属病院長会議常置委員会. 地域における医師の確保などの推進について. 2005年3月.