

ドイツの医学教育にみられる最近の動き

東京医科大学 名誉教授 岡嶋 道夫

はじめに

日本は明治初期から第二次世界戦争までドイツから医学を学んできたので、多くの人は日本の医学はドイツの踏襲であったと考えている。しかし調べてみると、ドイツの医師国家試験は大変厳しく、卒業直後の臨床実地修練が一九〇一年に義務化され、また専門医制度が一九二四年に設けられたことなど、ドイツ医学の特色は伝わっていなかった。これらについては、本誌にシリーズとしてすでに発表させていただいた。

戦後私たちの目は米国に向けられ、ドイツの事情には疎くなったが、その間にドイツは米国から学ぶなどして、医学教育の改革に努力してきた。そして、二〇〇二年と二〇〇三年は、表1にみるように、卒前教育、卒後教育および生涯教育の各分野で大きく前進する

表1 ドイツにおける医学教育改革の動向

2002年	医師免許規則	卒前教育と医師国家試験を32年ぶりに大改定。臨床を一層重視した卒前教育。1901年以来継続した卒後臨床初期研修を廃止。
2003年	卒後研修規則	規則の大幅な書き換え。家庭医業務を行う専門医の教育を改定。
2003年	生涯研修規則	新たに制定。研修単位の規定、罰則を設ける。

ことになっている。

卒前教育

ドイツは「医師免許規則」という法律によって、卒前の医学教育と医師国家試験が規定され

ている。最初にこの規則が作られたのは一八六九年であるが、二年後の一八七一年にドイツ人医師ミュラーとホフマンが来日して、出来たばかりのこの規則に準拠してドイツ医学を日本に伝えた。しかし、厳しい試験制度は実施されなかった。

医師免許規則は一九〇一年、一九二四年と一九二七年、一九五三年、一九七〇年に大きな改定が行われたが、一九七〇年には第六学年を十二カ月のベッド・サイドティーチングにするという画期的な改革を行った。そして三十二年後の二〇〇二年六月に再び大改定され、二〇〇三年から実施に移されることになった。

これにより、基礎と臨床の統合、学際的かつ包括的な学習がより充実し、少人数教育もさらに徹底する。一方、国家試験を二回に減らし、マルチプルチョイスの問題を少なくするが、大

学独自の試験は充実させる。そして卒前の臨床教育が充実したという実績に基づいて、一九〇一年から続いた卒後の臨床初期研修を廃止することになった。

ドイツの口頭試験について

ドイツ人は、筆答試験よりも口答試験の方が受験者の実力が分かるという伝統的な考えを持っている。したがって、一九七〇年の試験規則改定の際に、四回の国家試験のうち三回にマルチプルチョイスを導入したが、口答試験も三回実施している。

臨床に入ってから二回の口答試験では、受験生は試験の前に患者を割当てられて診察し、それに関する報告を試験当日に提出する。口答試験は受験生四名に対して三名の試験官が三、四時間、および四〜五時間をかけて行う。三名の試験官のうち一名は試験委員長として、適正な試験が行われるように配慮する責任を有し、また試験には立会人も入れることになっている。試験官になる教授などのスタッフの時間的負担は相当なものであるが、これを敢えて行っているのがドイツの医師国家試験である。

二〇〇三年から医師免許規則が改定され、国家試験が二回に減るが、最後の臨床の試験では、以前と同様に試験の前に患者が与えられ、これについてヒストリー、診断、予後、治療計画ならびに総括を含んだ報告を試験当日に提出し、それについて質問される。また、試験は二日間

となり、両日も受験生一名につき最低四十五分、最高六十分をわたって試験される。試験は四名ないし五名の試験官で行われる。

客観的な評点という点ではマルチプルチョイスの方が適切とも言えるが、口答試験では実力をこまかくすることができない。臨床の実力を、筆答試験問題の改良でテストしようと苦慮する日本とは対照的である。

ドイツの専門医試験

ドイツの専門医試験も口答試験で実施され、筆答試験は行われない。口答試験と言っても、面接試験だけで合否が決定されるのではない。この試験で重要なのは、研修を指導した各コースの指導医の作成する詳細な研修報告書と、その指導医がつけた評価が試験委員会に集まっています、それを事前に審査した複数の試験委員によって、口答試験が実施されることにある。

卒後研修規則によると、研修はその科の専門医によって指導されなければならない。医師会が人格も含めて認定した専門医が指導医になるが、指導医リストは公表される。指導医がその研修機関を離れると、指導医としての資格は取り消される。このように指導医にも厳格な規定が適用される。

専門医の口答試験は、最低三名の試験官で実施されるが、その中には受験者の専門と同じ科の専門医が必ず入る。試験の傍聴も許されている。一名の受験者は三十分間質問され、判定は

試験官の多数決による。ここで合格しないときは三ヶ月から二年間の研修の延期、あるいは特定の勉強が必要であることが指示されて再試験を受ける。

ノルトライン州における

専門医試験

ノルトライン州医師会が発行した「業務報告2002」という冊子に、専門医試験の実施が具体的に述べてあったので紹介しよう。

この医師会の管轄地域の人口は一千万人、ドイツの人口は八千万人余であるから、ドイツ全体ではここに述べる数の八倍に相当する数の専門医試験が行われている勘定になる。

専門医の種類は四十一であるが、サブスペシヤルティなど試験の対象となる専門領域がその他に六十ほどある。ノルトライン州医師会は二〇〇一年に、これらの領域において二〇六二名の試験を行っている。その不合格率は6・59%であった。ちなみに、最近の不合格率は、

- 一九九六年 6・62%
- 一九九七年 7・54%
- 一九九八年 6・15%
- 一九九九年 7・10%
- 二〇〇〇年 6・48%

口答試験は医師会の建物で行われるが、一年間を通して二十日近くの試験日（いずれも土曜日）が組まれる。一日に組める試験委員会の数は三十五まで、そして一日に試験できるのは百

二十名くらい。三名の試験官がフルタイムで試験しても、一日に四名の受験者の試験が限度とのこと。筆答試験のような一斉試験ではないので、受験者や試験官への連絡は電話も含めてかなりの数に達する。また事前審査のために、研修報告書などの資料が送付されるが、その数は二〇七〇〇通に達することである。

専門医の種類

一般医学 Allgemeinmedizin (family medicine, general medical practice)に相当し、内科、外科、産婦人科、病理学、労働医学など、四十一種類の専門医が用意されている。またサブスペシャリティは、内科専門医の血管、内分泌、消化器血液及び腫瘍、心臓、腎臓、肺臓などのように十八種類ある。

この他に上記の専門医称号に併記する形となる二十三の小さな専門がある。

また、これらとは別に、食道・胃・十二指腸内視鏡検査、結腸直腸内視鏡検査、各部位の超音波検査、眼科のレーザー外科など、専門的な診断や治療技術に対しても、研修の症例数を定めた規定ができていて、書類による審査が必要である。これらの資格はコンピュータで保険の支払と連動しているの、資格がないと診療報酬は支払われない。このようにして医療の質が確保されている。

知識や技術の進歩により、専門の種類や分類が大変に複雑になってしまったので、二〇〇三

年には整理された形で卒後研修規則が発表される予定である。

家庭医の位置付けと

卒後研修

ドイツでは一九二四年に専門医制度が発足し、専門医と家庭医の業務が確立して今日に至っている。法律上は、医師免許を取得すると家庭医として開業できる建前になっていたが、一九七〇年代後半に疾病金庫は、家庭医としての卒後研修を義務づけ、これを済ませていないと保険医として認めないことにした。また一九六八年には一般医学という専門医が発足し、一九九四年からは一般医学専門医でないと開業できないことになった。

これにより、家庭医には一般医学専門医の資格を有する新しいタイプの医師と、それ以前からの家庭医（専門医資格を有しない）の2種類が共存するようになった。後者に対しては、その経験年数などを考慮して、一般医学専門医の称号を逐次与えている。

一方、サブスペシャリティを持たない内科専門医と小児科専門医は、一九九六年に内科または小児科の専門医として留まるか、あるいは一般医学（家庭医）の業務を担当するかの選択を迫られた。95%の小児科医と75%の内科医が一般医学を選択したが、これは一般医学の医師を補強するという意味で、政策的にはプラスであった。その結果、家庭医にはサブスペシャリティ

イを持たない内科または小児科の専門医が加わり、3種類の家庭医が混在することになった（図1）。

ところで、家庭医の卒後教育はどうあるべきかということとは、以前から継続する重大な課題であった。現在のところ、一般医学の卒後研修は、内科と開業医に重点をおいたローテーションで行われているが、研修のポジションを確保するのに大変苦労している。そのために、一般医学つまり家庭医の定員が満たされていない。これを解決するために、二〇〇二年五月の医

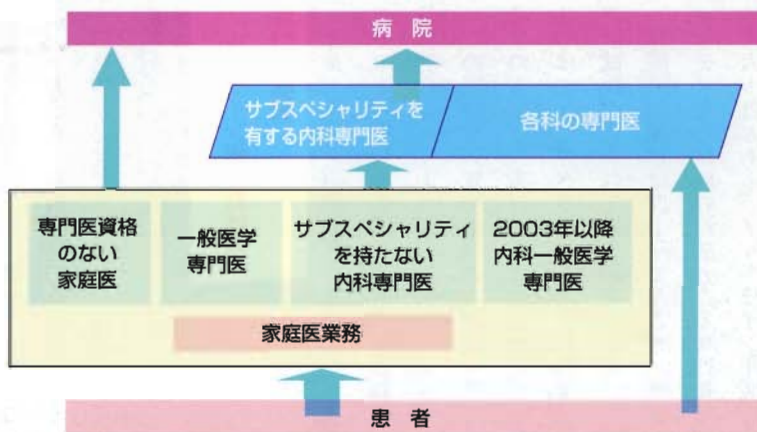


図1 家庭医業務と診療の流れ
患者は家庭医、専門医のいずれも選択できるが、病院に直接行くことはできない

師大会において、新しい決議がなされた。それによると、卒業研修の初期二年は、内科と一般医学の研修医が内科において同じ研修を行い、三年目から内科は内科のサブスペシャリティに向けての研修に入り、一方一般医学は家庭医を目指した研修に入ることになった。これを規定した新しい卒業研修規則は二〇〇三年五月の医師大会で議決される予定である。それにより、将来の家庭医は「内科」と「一般医学」の両要素を具えた性格のもの、つまり「内科・一般医学専門医」という名称の専門医に置き換わっていくことになる。

家庭医業務についてヨーロッパの状況をみると、EU理事会は一九八六に指令を出し、一九九五年以降に general medical practice を始める医師は、最低二年間の general medical practice に関連した卒業研修を受けることを、加盟国に義務づけている。このようなヨーロッパの動きに対して、日本は現状のままではよいのか考えてみる必要があるのではないだろうか。

生涯研修

ドイツでは医師職業規則によって生涯研修が義務づけられてきたが、その目標は数値などでは示されていなかった。しかし、二〇〇三年からはドイツ統一の「生涯研修規則」を実施し、「生涯研修証明書」を交付することになり、三年ほど前からその準備に入っている。その準備というのは、州ごとにそれぞれ規定を作って三

年間試行し、その結果を持ち寄ってドイツ統一の規則を作るという段取りである。

連邦医師会が示した基準は、五年間に二五〇点、あるいは三年間に一五〇点で、一点は通常一時間の生涯研修に相当する。しかし、講習への出席という受身ではなく、本人も積極的に参加するような生涯研修に対しては付加点数が考慮される。

この規定に達しないときに罰則が適用される。どのような罰則であるかは知らないが、すでに施行しているスイスでは専門医資格の停止である。

研修は州医師会の研修委員会の承認を得たものでなければならぬが、人口一千万を擁するノルトライン州医師会での二〇〇一年のプログラムは六千を超えている。プログラムは州医師会雑誌に発表されるが、インターネットでも容易に検索できるし、他の州のプログラムに参加することもできる。他の州も同じような数のプログラムを用意している。

企業が医師会公認の研修プログラムにお金を出すことを禁止し、医師たちは自費で企画・参加することになっているので、その費用は経費として認められる。診療報酬は年々きつくなる傾向にあるが、医療の質向上のために、自ら進んで厳しさを求めていく医師会と医師たちの姿勢には注目したい。

おわりに

本稿では、ドイツにおける医学教育の最新の動向に焦点を当ててみた。そこに現れた改革への原動力は、つねに「患者のため」を考えることから生まれてきている。医療と医療制度に国民が満足し、医師の社会的地位が他の職業より高く評価されているのがドイツである。

岡嶋道夫(おかじまみちお)先生のプロフィール

東京医科歯科大学 名誉教授

1924年東京生まれ。1947年東京大学医学部卒業。インターン修了後同大学法医学教室に入室。東京大学助教授、順天堂大学教授を経て1969年東京医科歯科大学法医学教授、1990年定年退職。同年より3年間東京都監察医務院非常勤院長。1963年から2年間ドイツに留学。退職後、ドイツの医療と医学教育に関連する資料の翻訳と紹介に努める。



ホームページは <http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/>
ドイツの医療に関連する資料を掲載している。