九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

医療従事者教育の大学化をめぐる葛藤と課題

宮本, 京子
九州大学大学院 : 博士後期課程3年

https://doi.org/10.15017/1032

出版情報：飛梅論集. 3, pp.85-106, 2003-03-28. 九州大学大学院人間環境学府発達・社会システム専攻教育学コース
バージョン：
権利関係：

KYUSHU UNIVERSITY

九州大学大学院教育学コース院生論文集，2003，第3号，85－106頁
Bull. Education Cource, kyushu U., 2003, Vol.3, pp85－106

医療従事者教育の大学化をめぐる葛藤と課題

宮　本　京　子*

Ⅰ．課題と方法

1．課題

本稿は、急速に進んでいる医療従事者養成教育の高学歴化がなぜ始まり、それがどのような問題を起こしているのかについて考察するものである。

現在、日本における医療従事者養成期間は、高校卒業資格取得後、2年間以上から6年間にわたっている(図表1)。医師以外の医療職の多くは、戦後制定された法律で、大学入学資格取得後3年制以上の養成教育が標準であった。当時は、大学進学率も低く、この教育で高度専門教育とみなすことが可能であった。しかし、大学進学率が50%になろうとする現代では、給与体系面や社会的地位の相対的低下がみられている。このため、看護職を中心に医療職養成が急速に長期化してきている。高学歴化の最も大きな目的は、より良い医療を患者に提供するためである。つまり、急速に発達する医学において、医療は高度、細分化され、教育内容が急増しており、現行の教育では対応できない面がでてきたことによっている。

現在の医療は、各医療職種がそれぞれの専門性を発揮するチーム医療が理想とされている。しかし、以前は医師を頂点とする医療であり、法的にも「医師の指示の下」「医師の指導監督の下」等の文言が明記されており、現在も改正されていない。この背景として、医師だけが6年制教育であり、それ以外の職種が4年制以下であることがある。

図表１　医療従事者養成教育期間

最低修業年限	職　　種
6年	医師、歯科医師、獣医師
4年	薬剤師
3年	看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士 視能訓練士、言語聴覚訓練士等
2年	救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士等

*九州大学大学院博士後期課程３年

これまで、4年間以上の教育が必要であった薬剤師は、6年間以上の教育に延長を図っている。この理由として、教育内容の増加や病棟等での服薬指導等の業務内容の増加がある。また、医師において2004年度からの2年間の臨床研修必修化（歯科医師は2006年度から）により、実質的に8年間の養成期間となっている。

看護職においては大学、大学院の増加による高学歴取得者による医療機関における地位向上や看護職による看護職の教育の実現を行い、「専門職」としての看護師を確立してきている。また、医療機関での管理職への就任や中央、地方行政に深く関わることにより、他の医療職をコントロールする立場になってきている。

そこで、これらの医療職の養成期間延長は、医学的必要性だけではなく、医療職間の地位や役割における優位性の獲得にもあるという仮説を立て、論じた。

本論文では、医療技術職の一つである臨床検査技師の意識調査結果を基に、医療技術職、看護職、医師の養成教育の変化のあり方について論じる。臨床検査技師を軸とした理由は、以下の通りである。職種誕生当時の1960年代は臨床検査が診断・治療に大きな位置を占めるようになってきた時代であり、保険点数上も優遇されていたため、検査技師も早急に養成が求められていた。しかも、診断・治療に直結しているため、厳しい教育がなされていた。しかし、1980年代より、自動分析装置や簡易検査装置の開発や検査に関する保険点数の切り下げや包括化が始まると、すぐに外注化やブランチラボ化が始まり、検査技師の需要は減少し、供給過剰の状態となってきている。

また、医師、看護師についで医療機関における就業人数の多いにもかかわらず、この職種が経営等の管理に関わることはほとんどなく、発言権が弱い立場にある。このような現象はいずれ他の医療技術職にも発生する問題である。そこで、臨床検査技師を一つのモデルとして、学歴を含めた養成制度について考察することは、他の医療職の今後を考える礎となると考えられる。これらの理由から、臨床検査技師を中心として、医療従事者養成教育の高学歴化を考察する。

2．方法

アンケート調査ならびに統計資料、文献を用いた。

1999年6月に全国の臨床検査技師1056名を対象として郵送法によるアンケート調査を実施した。回収率は30.1%（318/1056人）であった。回答者の背景は管理職75名、一般技師243名、男性116名、女性202名であった。平均年齢は37.9歳（27-59歳）、経験年数は平均15.8年であった。統計処理はSPSS 9.0Jを使用した。

Ⅱ．医療に関する知のあり方の変化

1．医療改革と医療職養成を取り巻く変化

厚生労働省は、「医療提供体制の改革」において、情報を充分に提供された上で、国民が選択した医療を安全に行うことができる質の高い効率的な医療提供体制の実現を図っている。また、国民

の意識の変化や厳しい医療経営状況の中で、どのように国民が望む医療を提供できるかが、医療機関にとっても重要な問題となってきている。この実現に医療従事者の養成教育が大きな意味を持っていることは明らかである。

2001年から開始された医療提供体制の改革においては、以下の8点が軸となって実施されている(厚生白書2002)。

①病院病床の機能の明確化・重点化
②根拠に基づく医療(EBM)の推進
③医療における適切な人材の育成・確保
④医療における情報提供の推進
⑤医療におけるIT化の推進
⑥医療安全対策の総合的推進
⑦救急医療の充実・確保
⑧医療機関経営に関する規制の見直し

「病院病床の機能の明確化・重点化」により、大学病院を中心とする特定機能病院や高度先進医療実施病院から一般病院、診療所まで機能分担が明確化されてきている。また、診療内容や手術数などの実績により、診療の内容まで規制されようとしている。このため、各医療機関は独自性を打ち出すことにより、患者確保を行い、生き残りをかけようとしている。

この結果、それぞれの医療機関により、必要な人材が異なるようになってきている。すなわち、特定機能病院や高度先進医療実施病院では、看護、医療技術系人材においてもスペシャリストに重点がおかれ、それ以外の一般病院では、ジェネラリストに重点をおくようになってきている。このように病院の機能分化が進むと、その病院の数の変化に伴い、医療職養成の目的も変化していくと考えられる。

「医療における適切な人材の育成・確保」においては、2004年度からの医師の臨床研修必修化開始や看護職員の専門知識・臨床技能の向上等が盛り込まれており、看護職においては、2002年度には看護大学が100校と急増してきている。2004年度には、国立医療短期大学はすべて4年制大学に改編することとなっており、看護。医療技術系の4年制化は、着実に進んでいる。

このような、大学を中心とする医療職養成機関の増加には、大きく分けて2つの理由がある。

①医療現場における人材不足

医療介護保険や医療法改正等で、看護職やリハビリ職が福祉領域にも必要になったため、需要増加になってきている。

②就職に直結した資格取得

経済不況により、求人が減少する中、就職に有利となる資格取得は進路選択において、重要になってきている。そのため、国家資格受験が可能となる医療、福祉系大学、専門学校が増加してきており、進学者も増加している。しかし、求職が多いのは、看護系、リハビリ系、診療放射線技師等の現在政策的にも人材不足といわれている職種（今田　2001）であり、その他の職種はそれほ

ど求職もなく、就職に有利であるとは言い難い。それにもかかわらず、現状ではこれらの国家資格は終生免許であるため人気は高い。

また、大学での養成教育という高学歴化の理由としては、以下の理由が考えられる。

①医療の高度化による教育内容の増加

急速に発達している医学においては、次々と新しい検査、治療、技術等が開発されている。そのため、養成機関においては、教育内容が年々増加してきている。さらに、生命倫理やコミュニケーション等新しい領域の教育も必要となってきている。このように、教育内容の急増と共に、従来の教育期間では不十分になってきた。

②社会における学歴バランス

看護、医療技術職とそれ以外の職種との学歴バランスがあげられる。昭和27年以降、次々に看護士を始め医療技術職が次々と誕生したが、基本的にその養成期間は高校卒業資格取得後3年（職種によっては2年）以上という、当時としては比較的高度な教育であった。そのため、これらの医療職の信頼度も高いと考えられていた。しかし、一般の大学進学率が上昇すると、相対的に低学歴となってきた。さらに、医療事故報道などにより、国民の医療に対する不信感の増加もあり、4年制大学を基本とする教育にする動きが高まってきている。

2．医療系以外の大学における変化

1990年代から始まってきた大学改革に関する論議は、2004年度からの国立大学の独立行政法人化を受け、いっそう盛んになってきている。古典的な大学は、知識の伝達に重きがおかれていたが、真理の探究が始まるようになり、モード論ではモード1とされる、しかし、閉鎖的な学問分野での知識生産には限界があり、学問領域を超えた知識生産へと発展していく。これがモード2であり、トランスディシプリナリであることが、必要となってくる。モード2では、目的がはっきりしており、それに向かって、学問分野の領域を超えた知識生産活動を行うことを目指しているのである。言い換えれば社会に還元される知識生産であり、社会と双方向性を持っているのである（ギボンズ1997　26頁）。

このようにこれからの大学は、社会との関わりが密になっていくことが明らかである。医学部においては、大学には大学病院が設置されているため、これまで両者は比較的に密接に関係していた。しかし、基礎系医学と臨床医学は分断化されており、基礎医学で発見された技術がなかなか臨床に転化できないことや、逆に基礎医学系では臨床材料を使った研究が困難であるなどの問題が存在していた。その理由として、基礎系医学においては動物や細胞を用いる実験が主体であり、直接ヒトに応用できなかったことがある。現在では、分子生物学的発達により、動物モデルやヒトと動物の共通遺伝子解析等により、ヒトへの応用が比較的近くなってきている。今後、大学改革の後押しもあり、工学部や理学部も含めて、これらの領域の垣根は徐々に低くなっていくことが予想される（勝木 1996）。

看護、医療技術等の大学は、社会に優秀な人材を送り込むとともに、現場での経験やリソースを

逆に大学に持ち込み、帰納法的に知識生産を行うことができる大学である。従って、さらに新しい形の大学のあり方になってくるのではないだろうか。今後、医療系大学が増加していくとともに、臨床と基礎的研究がさらに密接になることが期待できる。

3．医療職養成をめぐる変化

医療技術職の中では、特に高齢化社会による必要性から、理学療法士、作業療法士等のリハビリ関係を中心に大学新設、大学院新設がすすんでおり、この分野においては専門学校における教育の4年制も進んでいる。これに追随するように臨床検査技師、診療放射線技師においても同様に4年制化が進んでおり、医療技術職の高学歴化も進行している。その理由は、大きく分けて2つある。1つは、医学の発達により、医療技術の発達や改良に伴う業務拡大による履修内容の増加であり、もう1つは医師や看護職等の他の医療職との学歴バランスである。

3.1 医療技術の発達と業務拡大

近年の医療の発達は急速であり、それに伴い、多くの新しい医療技術が発生している。このような新しい技術や検査の開発は、これまで医師や企業を中心として行われてきたが、現在ではそれぞれの専門技術者や医学部、工学部、農学部、企業と多くの機関が共同開発していくようになってきている。そのため、医療技術者にも実際の技術のみならず、高度な専門知識教育が必要となってきている。さらに、生命倫理やコミュニケーション技術など、これまで重要視されなかった教育も必要とされてきている。

また、新しい技術や検査は厚生労働省に認可されると、免許取得とともに、医療機関では実施可能な医療技術者として認識されるため、当該学生は養成機関卒業時にある程度実施可能となっている必要性がある。したがって、校内実習ならびに臨地実習内容が拡大してきている。

リハビリ関係においては、理学療法士、作業療法士が治療計画から実施まで大きな責任を負うこととなっており、それが保険点数にも反映されている。このように、今後医療技術者の裁量権が拡大することが予測されるため、より高度な教育が必要とされている。

3.2 医療職種間の葛藤と学歴バランス

医学の高度化、細分化とともに、いろいろな医療職が誕生してきている。これらの医師以外の職種は全て医師の下位に置かれ、修学期間も医師より短くなっていることはこれまで述べた通りである。しかし、細分化された医療を医師がすべて理解することは、もはや不可能である。そのため、医師以外の医療職がその専門分野に関して指導する必要が生まれてきている。しかし、学歴の低さがそれを阻害している可能性がある（勝又　1999）また、看護職の台頭とともに、看護職とそれ以外の医療職との葛藤が生まれてきている。

3.2.1 医師と臨床検査技師の葛藤

臨床検査技師の原型である衛生検査技師が国家資格として法的な誕生時、「業務制限」や「医師の指導監督」を巡って、医師との間に葛藤があり、それは現在も続いている（宮本　2001)。臨床検査技師の業務は検体を採取し（一部は医師や看護師等が採取)、正確な検査データを迅速に返却することが基本である。現在、検査項目の増大と共に、検査に対する保険点数の包括化等により、適切な検査の選択や検査結果の解釈が困難になってきており、臨床検査技師の関与を望む声もある(愛媛県臨床衛生検査技師会2002)。しかし、「医師の指導監督」の下に業務を実施することを法的に求められている現状では難しい。

また、臨床検査技師の養成教育の低さが、医師への助言を困難としていることは事実である。細胞診や輸血等の部門において、認定専門技師等が医師の相談に応じている施設もあるが、全体的に見るとすべての検査技師のレベルを上げる必要性があるのは明らかである。

3.2.2 看護職と臨床検査技師等の医療技術職の葛藤

看護職は、医療機関において最も人数の多い職種であり、医療機関における発言権も比較的強いと言える。最近では、看護職の高学歴化が進み、副院長も誕生してきており、病院経営にも大きく関わってきている。厳しい医療経営の中、発言権の弱い職種から職員のリストラや外注化が進んできているため、臨床検査技師もその対象となっている。

理学療法士や作業療法士は、保険点数の算定により、リハビリを看護職の専門から切り離すことに成功した。その背景には、リハビリの需要の急増を背景に、4年制教育や大学院創設など、医療技術職で最も早く養成教育の延長を行っていることも無視できない。また、診療放射線技師は業務制限があるため、看護職からの独立を維持している。臨床検査技師は検体検査に業務制限がないため、看護職はおろか無資格者にもその立場を脅かされている。また、看護職は医師の補助として、臨床検査技師の実施する検査は業務制限がかかっているものに関しても、全て実施可能となっている。このため、実質的に臨床検査技師がいなくても看護師が存在すれば、検査自体は可能である。このように、看護職と臨床検査技師は職務範囲をめぐる葛藤が存在する。

3.2.3 医師と看護職

医師と看護職の葛藤は、古くから知られている。看護職は、自らの地位を向上させるため、病院に看護部を作り、各診療科の支配下にあった看護師を看護部という独立した組織とした。また、学歴の高度化を行い、行政にも人材を送り込み、看護行政を自らコントロールしていくなど、実力をつけてきた。また、日本看護協会が主導し、認定看護師や大学院レベル教育を必要とする専門看護師を育成し、看護師のレベル向上を推し進めている。

そのため、中・大規模病院においては、看護職の立場は非常に強いものとなった。しかし、個人規模、小規模の診療所や病院においては、准看護師が多く働いており、その賃金や地位は低い。日本看護協会は、准看護師廃止を求めているが、日本医師会の反対により、いまだ解決していない。

Ⅲ．各医療職の高度化

1．臨床検査技師養成制度とその高度化

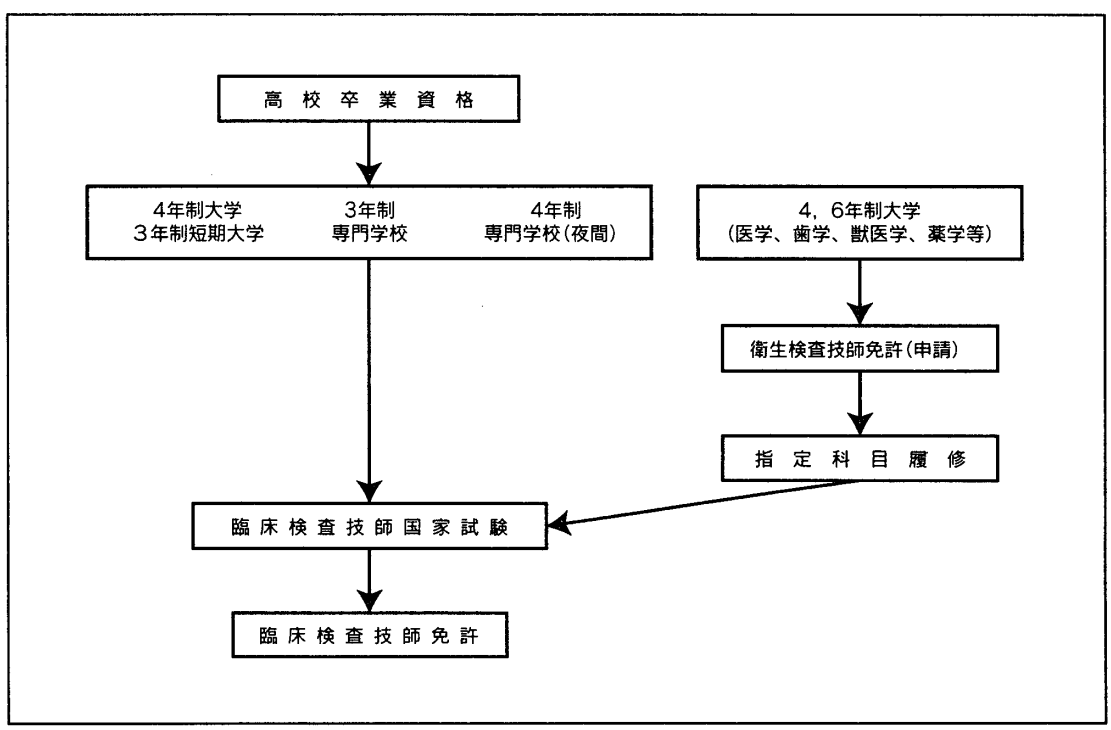
ここでは、医療技術職の一つである臨床検査技師の養成教育の変化を検討し、さらに意識調査結果を基に、医療技術職、看護職、医師の養成教育の変化について論じる

1.1　臨床検査技師養成制度の歴史

もともと臨床検査は、医師の手で実施されていた。第二次世界大戦時には旧陸軍、海軍病院において、衛生下士官や衛生兵が教育訓練を受け、検査を実施していた。それ以外では、病院において医師の指導の下、雑役を行いながら、検査試薬作成や簡単な検査を行う技術者が存在した。すなわち、系統だった教育は存在しなかった。

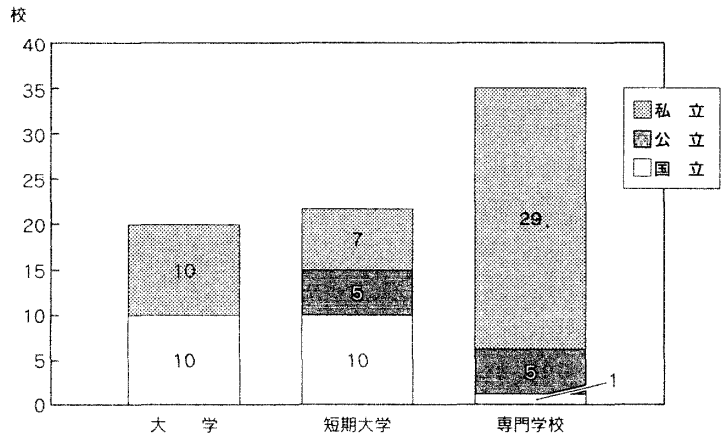
臨床検査技師養成の原型となる養成機関の誕生は、1952年4月、東京文化学園の東京文化短期大学家政科医学技術研究室から始まった。ここでは、旧制専門学校または新制短期大学卒業生の女子対象である養成期間1年の検査技師教育が実施されていた。1955年には、短期大学卒の女子志願者が少ないことや、教育内容が多いことから、高等学校卒業者対象、養成期間2年の東京文化医学技術学校となった。

図表2　臨床検査技師、衛生検査技師養成方法



1958年に臨床検査技師の前身である「衛生検査技師法」が制定され、それに伴って高校卒業後2年制の衛生検査技術養成所が設立され始めた。さらに臨床検査の急速な発達により、養成期間延長の必要性が言われ、1970年「臨床検査技師衛生検査技師等に関する法」制定時に養成機関3年以上に改められた。現在、臨床・衛生検査技師養成にはいくつかのルートが存在している（図表2）

図表３　臨床検査技師養成機関



臨床検査技師養成機関の内訳は図表3の通りである。2004年度には国立3年制短期大学はすべて4年制大学に移行の予定であり（国立専門学校は陸上自衛隊衛生学校）、4年制大学と3年制専門学校へ2極分化することとなる。

他の医療技術職においてはどうであろうか。診療放射線技師と理学療法士を図表4に示す。診療放射線技師は臨床検査技師と同様、国立短期大学が大学へ改編すると、4年制大学と専門学校の2極分化となる。

図表４　医療技術職養成機関

	大　学			短期大学			専門学校			盲 学 校		
	国 立	公 立	私 立	国 立	公 立	私 立	国 立	公 立	私 立	国 立	公 立	私 立
臨床検査技師養成機関	10	0	10	10	5	7	1	5	29	0	0	0
診療放射線技師養成機関	5	3	5	6	1	4	0	0	15	0	0	0
理学療法士養成機関	9	7	10	4	1	3	6	1	105	1	2	0

また、理学学療法士を養成している私立専門学校105校中、4年制が51校と約半数を占めている。これは、一般の大学入学率が50%に迫るため、専門学校卒であっても、学士資格を取得させ、就職時に学歴上不利にならないことを目的としている。いずれにせよ、大学と専門学校の2極化はどの分野においても共通の傾向である。

このように、専門学校においても4年制化が進んできており、今後他職種養成専門学校にも広がっていくことが予想される。このため、大学と専門学校の教育の違いをどのように明確にするのかが今後の課題となってくる。その一方で、資格取得のみを目的として、できるだけ短期間で免許取得を目的とする専門学校もある程度残っていくことも考えられる。

1.2 臨床検査技師の意識 —アンケート調査から—

ここで、臨床検査技師の業務と養成教育に対する意識をアンケート調査から明らかにする。

1.2.1 医療改革の影響

医療改革の影響については全体で、「少し影響している」が39%で最も多く、次に「かなり影響している」が37.4%であり、76.4%が影響をうけているとしていた。その内容としては「検査部門の縮小・外注化」が49.8%と約半数であり、「日本版DRG/PPSの試行」が18.5%であり、「病院の統廃合」も9.1%であった。それに対応する形で、検査を広く浅くするようになった施設や逆に特殊検査の導入や業務拡大により検査室のアピールする施設があった。また、病院全体としては、病院の機能の多様化をあげる施設があった。

1.2.2 臨床検査技師の職務の方向性

医療職の方向性として、2つの軸がある。まず一つは、職務範囲の広さと深さを基本とする方向性である。どの分野においても限定された専門分野での深い知識と技術を持つスペシャリストを重視するのか、浅く広い知識と技術を持つジェネラリストを重視するかで議論が分かれている(佐藤1999)。

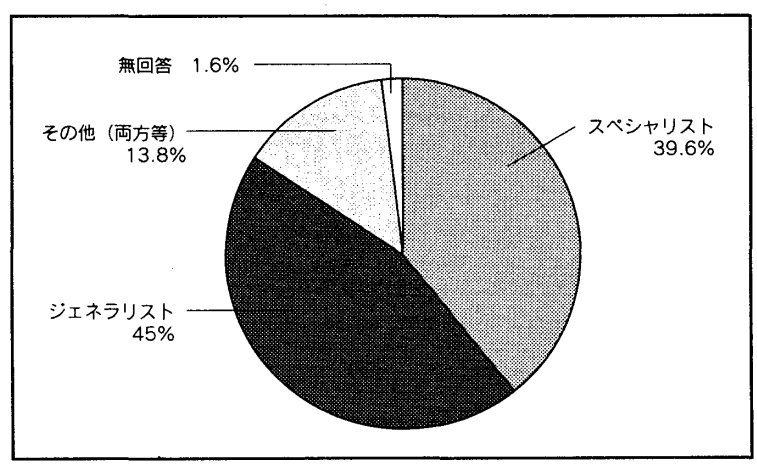
もう一つは、医療職として知識や自律性を重視するのか技術を重視するのか、職能としてのあり方による方向性である。つまり、専門的知識を持ち、自律した「専門職」と、あくまで実践的な技術を重視する「技術職」という分類である(池上1992)。

まず、自らの職務範囲のあり方に対して、どのように評価しているのか調査を行なった。臨床検査技師においては、自分が専門とする検査の有無については全体の53.8%が「専門とする検査あり」と答えていた。しかし、細胞検査士や超音波診断士等の資格所持者は21人と少数であり、専門とする検査が真にスペシャリストとしてのものか、単に長期間同じ検査を行なっているだけなのか不明確であった。

臨床・衛生検査技師をスペシャリストとジェネラリストとに分類した場合、理想的な臨床検査技師として、全体的にはスペシャリストが39.6%、ジェネラリストが45.0%であった（図表5)。

この問題に関しては、病院規模あるいは検査部規模によって大きく異なってくると考えられる。例えば、小規模の病院であればジェネラリストが必須であり、スペ

図表5　あなた自身にとって理想的な臨床・検査技師とは何ですか



シャリストは育ちにくいであろう。スペシャリストとした意見のなかにもジェネラリストが基本であり、その上でのスペシャリストとするものがあり、両方とする意見もあった。
スペシャリストとしての専門性をもつためには、その周辺の知識が必要なことは言うまでもないため、ジェネラリストとしての知識もないような技師はスペシャリストにはなりえないであろうと考えられる。

図表6　臨床検査技師は専門職か技術職か

	現在			今後		
	管理職	一般技師	全体	管理職	一般技師	全体
専門職	62.7	56.0	57.5	84.0	78.6	79.9
技術職	18.7	20.6	20.1	2.7	3.3	3.1
わからない	13.3	22.6	20.4	6.7	16.5	14.2
その他	5.3	0.4	1.6	6.7	0.8	2.2
無回答	0.0	0.4	0.3	0.0	0.8	0.6

現在、日本臨床衛生検査技師会や日本医学検査学会を中心として、細胞診、輸血検査、細菌検査等の専門技師が認定されてきている。今後このようなスペシャリストの資格が広がっていくことが予想される。

次に職能のあり方について、臨床検査技師を専門職（Technologist:知識を伴った技術を持ち、自律している技師と定義）と技術職（Technician:優れた技術のみを持った技師と定義）に分けた場合、現在の自分を「専門職」としたのは全体で57.5%であり、管理職62.7%、一般技師56.0%と有意に管理職で専門職意識が高かった。今後の臨床検査技師は専門職であるべきとしたのは、全体で79.9%であり、管理職84・0%、一般技師78・6%とやはり管理職で、専門職意識が高かった（図表6)。

この結果から、管理職は知識を伴った自律した技師を目指しているが、一般技師では今後の検査技師のあり方を「わからない」とする人が16.5%と優位に多く、管理職との意識の差が見られた。

図表7　臨床検査技師と医師とのコミュニケーション

	管理職(%)	一般技師(%)	全体(%)
充分取れている	12.0	7.0	8.2
どちらかというと取れている	60.0	46.1	49.4
どちらかというと取れていない	24.0	39.1	35.5
全く取れていない	0.0	6.2	4.7
無回答	4.0	1.6	2.2

1.2.3 患者や他の医療職とのコミュニケーション

臨床検査技師は、検査を実施し、検査データを臨床に返却するのが基本的職務である。この時、患者や医師を始めとする他の医療職とのコミュニケーションはどのようになっているのであろうか。

医師とのコミュニケーションが取れているとしたのは、57.6%であったが、管理職の82.0%に対し、一般技師では53.1%と有意に管理職で高かった（図表7）。

また、看護職等の医師以外の医療職とのコミュニケーションは、「取れている」の38.7%に対し、「取れていない」が51.3%と過半数となっていた。医師と同様、管理職のほうが一般技師より有意にコミュニケーションが取れていた。さらに患者とのコミュニケーションについてみると、「取れている」が32.1%、「取れていない」が38.2%、「コミュニケーションを取る場面がない」が23.3%であり、3分の1しかコミュニケーションが取れていなかった。

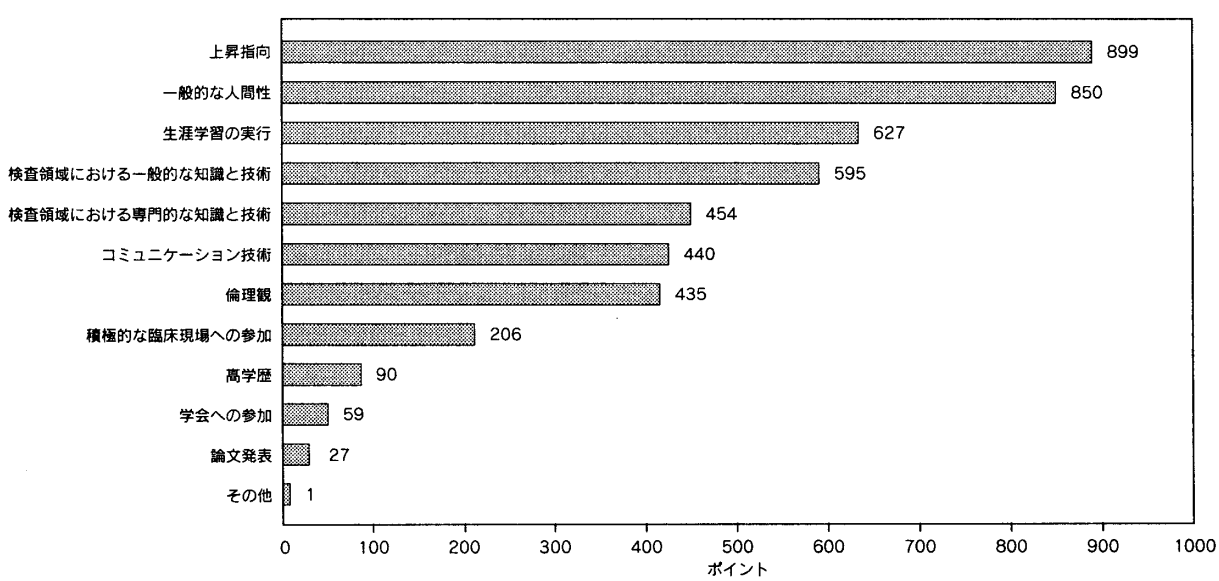
これらの結果から、臨床検査技師は患者や他職種とのコミュニケーションが不足しており、検査を介した臨床への関わりが少ないことが明らかとなった。

1.2.4 今後の臨床検査技師のあり方

今後、臨床検査技師に求められるものを重要な順に5個選択とし、1番目を5ポイント、2番目を4ポイント、3番目を3ポイント、4番目を2ポイント5番目を2ポイントとしたところ、総合的な順位は「上昇志向」が1位で899ポイント、2位が「一般的な人間性」で850ポイント、3位が「生涯学習の実行」で627ポイントであり、「高学歴」は9位の90ポイントであった（図表8）。

また、人間性を重視している傾向がみられた。職種別では、管理職が高学歴、検査領域における専門的な知識や技術について一般技師より有意にポイントが高く、一般技師では上昇志向について有意にポイントが高かった

図表8　今後臨床・衛生検査技師に求められるもの



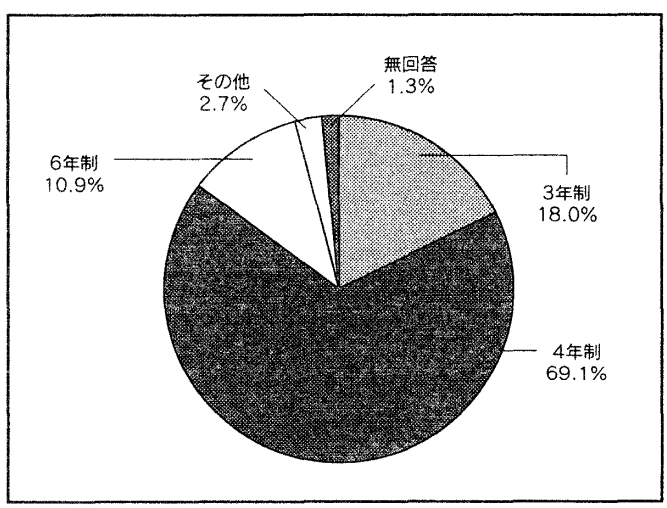
1.2.5 臨床検査技師の養成期間

回答者が臨床検査技師免許を得るために選んだ養成機関は専門学校が50.6%と最も多く、ついで3年制短大が32.4%、4年制大学が8.2%であった。職種別では、管理職は専門学校が64%であり、他の各種養成機関は8 - 9%と均等になっていた。一般技師でもやはり専門学校が46.5%と最も多かったが、ついで3年制短大が39.9%、4年制大学が8.2%であった。これは管理職の年齢47.7歳と一般の37.9歳に比べて高かった事によると考えられる。

今後、臨床検査技師を医療現場で適切な地位に位置付けるために必要な養成期間は「4年制」とする人が69.1%と最も多かった。次いで、「3年制」とする人が18.0%、「6年制」とする人が10.9%であった（図表9）。

検査技師教育については自分が受けた教育が「充分である」とした人は5.3%にすぎなかった。「どちらかというと充分である」とした人も25.2%にとどまり、「どちらかというと不充分」「不充分」をあわせると67.9%であり、かなりの人が教育は不充分であると思っていたまた、管理職は一般技師よりも教育が「不充分」であると有意に考えていた。

図表9　今後、臨床検査技師に必要な養成期間



検査技師教育については自分が受けた教育が「充分である」とした人は5.3%にすぎなかった。「どちらかというと充分である」とした人も25.2%にとどまり、「どちらかというと不充分」「不充分」をあわせると67.9%であり、かなりの人が教育は不充分であると思っていたまた、管理職は一般技師よりも教育が「不充分」であると有意に考えていた。

1.3 臨床検査技師の変化

医療職は、医師を頂点とする構造となっており、職種ごとの縦割り構造でもあるため、医療職間の壁は高く、他職種への関心は低い。臨床検査に携わる人員は、医師、看護職を除く医療職では最も多い人数が就業しているにもかかわらず、臨床検査技師の業務は医療機関の検査室という閉鎖的空間において実施されているため、一般的認識はもとより医師以外の医療職からの認識は薄い。

臨床検査技師は、3年制の養成教育が主体となっているが、大学化は他の医療職と同様始まっている。アンケート調査結果より、現場の臨床検査技師は、幅広い臨床知識や技術を持つジェネラリストを基本として考え、その上にスペシャリスト養成を考えていた。医師や他の医療職、患者とのコミュニケーションは、充分に取れているとは言い難く、特に一般技師においてコミュニケーションが取れていなかった。愛媛県臨床衛生検査技師会が臨床検査に密接な関係のある検査会社や検査

試薬・機器会社34社に臨床検査技師の問題点について調査をした結果、医師との関わりの希薄さが50%、患者への接近の少なさが29.4%（記述回答からの分類）であり、臨床への積極的な関わりが少ないとしていた（愛媛県臨床衛生検査技師会2002)。この要因として、検査技師が検査室に閉じこもっていることや専門知識や探求心の欠如、学歴による劣等感があると考えられる。また、学歴よりも臨床現場における能力の向上を重視する傾向が見られた。また、養成機関における教育は、不十分であるとするものが過半数であったが、4年制の養成期間が適切であると考えていた。

医療経営状態の悪化により、医療機関における地位がその職種の存続を左右する事態となっており、検査部門は縮小や外注化が進んできている。このため、供給過剰な状態となってきており、養成機関も減少しはじめている。これに対抗するため、医療機関によっては病棟採血や出張検査等の検査室を離れた業務を開始し、存在価値のアピールに努めている。また、患者情報管理など、従来の臨床検査の範囲以外にも業務拡大をはかっている。また、専門技師の認定を受けることにより、スペシャリストとして医師や患者、医療スタッフの信頼を高める努力も行っている。

さらに、今後の臨床検査技師のあり方に関しては、現在の技術職から専門職として、自律した技師を目指す必要性を認識していた。医療において、臨床検査は不可欠のものであり、チーム医療においても臨床検査技師は臨床への関わりをさらに強くすることにより、重要な位置を獲得することが可能である。

1.4 医療技術職の大学教育

1.4.1 医療基礎教育

これまで、医療技術職養成教育は、専門知識と技術の取得であったが、最近ではチーム医療の充実のため、コミュニケーション技術や、生命倫理学、医療経済学などこれまで殆ど実施されてこなかった教育も必要とされてきている。これらは、医師教育において先行しており、ついで看護教育、そして医療技術職ではやっと始まりかけた状態である。このように、高度な医療技術に追いつくための教育に加え、幅広い医療としての教育が必要とされてきている。

ここでそれを医療基礎教育とするが、これは医療に関係するすべての職種に必須のものである。従って、これらの教育は職種それぞれで実施するよりも、各職種が混合された環境で実施する方が、効果的であると考えられる。

また、社会状況により必要な医療職は変化する。これまでは、既存の医療職に対応できないものは、新しい職種を誕生させ、養成機関を増加することにより、これに対応してきた。医師を含めた医療基礎教育を医療職教育の基本と考え、そこを修了してから、個人の適性や社会状況に応じた医療資格を取得すれば、もっと有用な医療職養成が可能となると思われる。また、リカレント教育も可能となり、職種間の移動やキャリアアップもスムーズに実施できるようになるため、より社会的ニーズに迅速に応えられるようになる。

1.4.2 カリキュラム編成の矛盾

現在始まっている医療技術者養成大学では、カリキュラムを比較的自由に編成できるため、早期に現場を体験させるアーリーエクスポージャー(early exposure)や、卒業研究を義務付けている大学がある。しかし、その一方で増大する新しい医療技術教育にも充分な対応が求められている。しかも、医師のような研修制度が必須となっていない医療技術職においては、ある程度の即戦力も期待されている。従って、充分な臨地実習も要求されている。

また、当然国家試験に合格するだけの専門知識の教育も必要とされている。しかし、求職が少ない職種では、研究者や教育者としての教育、すなわち医療機関以外への就職も視野に入れた教育が必要となってきている。このような内容をカリキュラムに入れると、4年制でもかなりの過密なカリキュラムとなっており、しかもそれに対応できる教員養成も追いついていない。

このように、専門技術や知識をさらに充分に教育しようとして始まった大学教育は、大学だからこそ求められる新たな分野の教育の追加により、3年制よりもさらに過密なカリキュラム編成になっている危険性を持っている。このため、大学教育と臨床が互いに力を提供しあうユニフィケーションシステムの導入検討が必要である。

2．看護師養成課程の高度化

2.1 看護職の職務の方向性

看護職においても、臨床検査技師と同様、職務範囲におけるスペシャリストとジェネラリストの方向性のあり方が存在する。看護職の職務範囲は、医療機関内から、在宅、福祉まで、非常に幅広くなってきており、看護師の裁量権も平成14年度に開始された「新たな看護のあり方検討会」で検討されるなど、看護の職務範囲が広がってきている。従って、看護が実施しているすべての分野におけるジェネラリストは不可能となってきている。

スペシャリスト養成に関して、日本看護協会は資格認定制度として、専門看護師、認定看護師、認定看護管理者を制度化している。専門看護師には、がん看護、精神看護等の6分野、認定看護師には救急看護、訪問看護等の11分野があり、スペシャリスト養成の促進を行っている。

職能の方向性においては、看護は専門職であるとされている（中島　1995)。

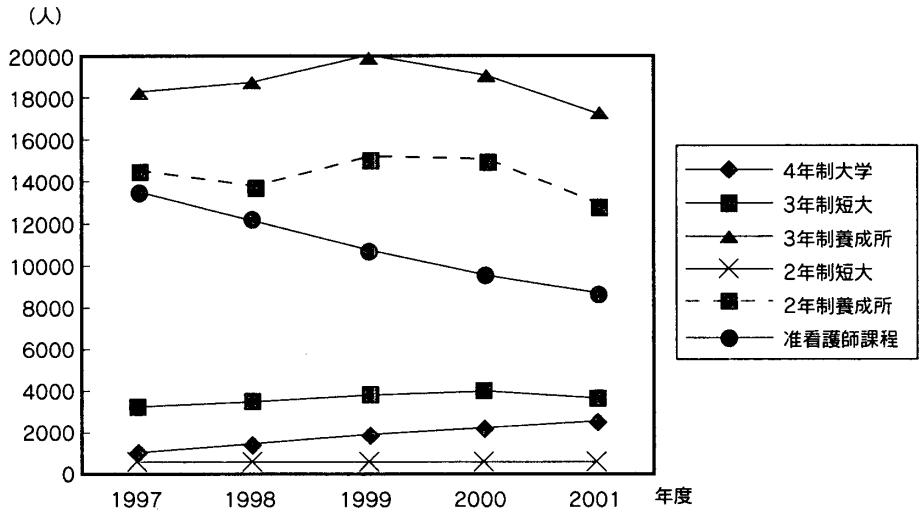
看護は科学的基盤を持ち、倫理規定も備え、専門職組織も持っており、裁量権の拡大とともに、自律性も備えるようになってきている。

このように、看護職においては、臨床検査技師とは異なり、すでに「専門職」を自明のものとして、認識している。

2.2 看護職養成の高度化による変化

従来、大学入学資格取得後2年から3年以上の養成期間が必要とされた医療職養成において、4年制大学化を急速に広めたのは、看護職である（図表10)。

図表10　看護職養成の変化



看護職においては、医師との葛藤の解決の一手段として、大学化を進め、自立性を高めてきた。看護師が看護の力を発揮するためには、ポジションと予算が必要であり、その実現には政治力は必須であり、それが大学化にも結びつくとし、看護師は厚生労働省等の中央から地方行政にポジションを獲得し、地位を上げていった（久常　2002)。

さらに、医療現場においては、チーム医療の中心として、患者と医師間のみならず、他の医療職とのコーディネーター的役割も果たそうとしている。これを実現するためには、医療機関において、上位に位置する事が必要であり、医師、薬剤師等と対等になるため、また、他の医療職よりも上位に立つために高学歴化を進めている。

しかし、看護養成の急速な高度化は、様々な問題や軋轢を生み出してきている。ここでは、現在明らかとなってきている看護大学における問題について論じる。以下に看護職の養成に関する5つの問題を取り上げて論じた。

2.2.1　養成目的の曖昧さ

看護大学の急速な増加の根拠として、看護職不足があげられている。看護協会の調査によれば、2001年の採用職員の方針として、医療機関のほとんどで、看護師のみあるいは看護師優先としている。その中で、採用したい看護職員は、「実践能力のある看護師」が87.6%でトップであり、ついで82・1%の「夜勤可能な看護師」、75.9%の「新卒看護師」であった。また、医療法人・個人経営病院では、「婦長クラスの看護師」や「主任クラスの看護師」がそれぞれ35.3%、49.5%と上位を占めていた。このように、臨床現場では「実践能力の高い看護師」を求めていることが明白であった（日本看護協会　2001)。

しかし、近年増加している4年制大学卒の看護師は臨床能力が低い者が多いことが指摘されてお

り、臨床現場の要望に充分応えているとは言いがたい（樋口ら　1999)。また、4年制大学あるいは大学院卒業の看護師が充分な臨床現場での実践を行うことなく、そのまま管理職として看護師長、副看護師長になることも多い。また、大学によっては、臨床能力のある看護師養成よりも看護の研究者養成を目的とする所もある。このように、行政における看護大学の目的は、優秀な臨床能力を有する看護師養成であるにもかかわらず、研究者養成目的とされている面もあり、その区別が曖昧となっている。

2.2.2　専門職性の低下

これまで、保健師、助産師は看護師免許取得後1年間の教育による養成制度であったが、4年制大学によっては、選択制ではあるもののこれらの国家試験受験資格取得カリキュラムを組んでいるところもある。しかし、そこでは臨地実習の不足、教員の過剰負担等、多くの問題を生じている。最も大きな問題は、看護師、保健師、助産師の国家試験を同時に受験可能となるため、これまで基礎資格であった看護師免許を所持しない保健師、助産師が誕生してきていることである。特に看護職で唯一開業資格を有する助産師については、法改正の必要性などまで考えるべき大きな問題となっている。

このように、看護職の大学化は、これまで専門職といわれてきた職種における専門職性の低下を逆に招いている。

2.2.3　臨床能力の不足

看護大学においてはカリキュラムの大綱化により、臨地実習時間が短縮されている。この結果、学生は臨床能力の育成が不十分なまま、卒業していくこととなっている（看護教育の在り方に関する検討会 2002)。さらに、臨床経験の少ない大学卒、大学院卒業の教員による教育が、臨床教育の不十分さに関係していると考えられる。また、大学経営上の理由により、保健師、助産師担当の専任教員の確保は困難であり、併任教員への負担が増加している。

文部科学省はこの事態に対し、教員の資質にも臨床能力を求め、5年以上臨床経験のある看護師を教育スタッフとして導入することを義務付けており、これは他の医療職においても同様な措置となっている。

2.2.4　臨床現場での学歴による軋轢

現在、医療機関における看護職は、助産師、正看護師、准看護師、資格を持たない看護助手等が働いており、その養成教育背景は多彩である。免許種類による業務の違いは明らかであるが、同じ免許であっても学歴による賃金格差や業務内容の差が軋轢となってくる。特にこれまで主流であった3年制養成施設や3年制短期大学卒業者と4年制大学卒業者、大学院卒業者との間には大きな軋轢が生じている。

2.2.5 臨床現場でのニーズとの乖離

看護協会は看護職の准看護師制度の撤廃を求めているが、日本医師会は准看護師制度の廃止に反対している。その背景として、看護協会は看護職の地位向上を目的とし、医師会は安価な看護労働力の確保を目的としていることがあげられる。今後、4年制大学卒の看護師が増加すると、医療機関における看護職の給与水準は引き上げられ、厳しい病院経営の中、人件費の高騰は医療機関にとってあまり望ましいことではない。特に、日本医師会に所属している多くの開業医にとって、死活問題でもある。さらに、大学卒の看護職の臨床能力が低いとされる現状では、中小病院における大学卒看護職のニーズに疑問がある。

従って、今後の看護職は大きく2分化していく可能性を持っている。実践能力形成を重視する准看護師、3年制養成所、短期大学卒の看護職と、研究、管理能力を重視する4年制大学卒である。しかし、現在医療現場で求められているのは、実践能力に優れた看護職である。看護職の高学歴化はすでにこのような大きな問題を抱えている。

3．医師養成課程の高度化

3.1 医師の職能と職務範囲

医師は専門職として定義されており、法的にも強大な権限を握っている。このため、看護を始め各医療職との間で葛藤の中心となっている。一方、医療を巡る社会的変化の中で、独裁者としての医師は否定されてきており、新たな意識を持つ医師の養成が始まってきている。

職務範囲については、大学医局制により、多くの医師はスペシャリストとして養成されている。また、さらに臓器別、疾患別の専門化された医師が養成されている。このため、多くの医師の専門外の疾患に関する臨床能力の欠落や輸血や救急蘇生等、医師として絶対必要な基礎的な技術や知識の欠落が問題となっている。これを解決するために、医学部卒業後、2年間の臨床研修必修化が2004年度から開始される。この研修により、医師として最低限必要な知識や技術を体得し、基礎的なジェネラリストとしての能力が高まることが期待されている。

3.2 医師養成制度の変化

医療職養成において職業専門教育として、最も大きな変化を遂げているのは、医学部であろう。ここでは、近年急速に進む医学教育改革について取り上げる。

1960年代後半から、医学部を持たない県から、医師不足を理由として医科大学、医学部の新設が要請され、1973年から1979年にかけて、新設医大、医学部が誕生した。この背景には、日本医師会、厚生省、文部省、大蔵省、自民党の政治的駆け引きがみられた（橋本2002）。しかし、2000年以降、医師過剰時代の危機が言われ、医学部定員削減や統廃合が検討、実施され始めてきている。このような中、医療経済の悪化、医療事故報道等により、国民の医療に対する目は厳しいものとなってきた。つまり、医療は「質」問われる時代となってきたのである。当然、医師に求められる資質は変化し、医学教育も変革を余儀なくされた。それまで、「パターナリズム」が当然であり、

医師を頂点とした閉鎖的な医療がまかり通っていたが、次第に「患者中心の開かれた医療」が社会から求められるようになり、そのための教育を医学部では試行錯誤していった。

3.3 新しい医師養成教育

急速に進歩する医学の中で、すべての知識を医学部の6年間で教育できる事は不可能となってきた。そのため、これまでの知識伝達型の教育では、不十分であり、問題解決型チュートリアル（PBL tutorial）教育と呼ばれる自己学習、問題解決能力開発の教育が重要視されるようになってきた。医師としての自覚を早期にもたせるためのアーリーエクスポージャーや患者の気持ちを理解するための、体験入院を入学早期に導入する大学が増加してきている。また、臨床能力を高めるための模擬患者導入や、OSCE（objective structured clinical examination）による臨床能力を客観的に評価できるシステムの導入も試みられてきている（高久2002）。さらに、見学型のベッドサイドティーチングから、医療チームの一員として医療に参加するクリニカル・クラークシップも急速に広まってきている[注1)]。

最も大きな変化は「患者を主体とした医学教育」であろう。他の医療従事者教育に先駆けて、前述のように劇的に教育内容を変化させている。その中には、模擬患者による医療面接教育のように一般の人々をも巻き込んで実施するものもある（Barrows HS 1993）。文部省はコア・カリキュラムの設定をはかり、体系だった教育を医学部に求めるようになっている。これは、2001年3月に医学・歯学教育に関する調査研究協力者会議が「医学教育におけるモデル・コア・カリキュラム」として発表したものである[注2)]。

さらに、これまでの医学知識、技術のみならず、医学、医療領域と融合する学問、例えば分子生物学から医療経済学や医療社会学などの教育も幅広く取り入れられ、教授陣にも医師以外が誕生してきている。その一方で、寄生虫学などマイナーな講座の廃止などが進み、全国レベルでの教育体制を考える必要性も出てきている。

いずれにせよ、医学教育は医療職系の養成教育の中で、最も市場に敏感に変化した学部であろう。

Ⅳ. 結論

医療職養成教育の高度化の葛藤とその課題について検討した。その結果、①医療職養成における連鎖的養成期間延長　②臨床検査技師の養成教育への意識と医師、看護職との明確な職能差　③看護職養成の大学化に伴う課題　④変化することで医療職のリーダーの地位を固める医師　の4点が明らかとなった。

①医療職にみられる連鎖的養成期間延長

現在、医療職養成の高度化が急速に進んでいる。特に看護職においては、大学や大学院における養成教育が拡大してきている。これまでの医療は6年制の養成期間が必要であった医師を絶対的権

力者とし、4年制の養成期間が必要な薬剤師とともに医療をリードしてきていた。しかし、看護職は医療における地位向上を目指し、高学歴を取得するようになってきており、3年制から4年制へ修業年限の延長を求めている。

このため、学歴上上位にあった薬剤師は6年制への延長を求め、医師は2年間の臨床研修義務化で実質的に8年間の養成期間延長となってきている。これらの養成期間の延長は、医療の高度化、細分化による教育内容の増大や、コミュニケーション技術や生命倫理学等の新たに必要となった教育の増加によるとされている。しかし、その裏には、医療職内における地位確保や職域をめぐる葛藤などが存在していることは明らかである。

②臨床検査技師の養成教育への意識と医師、看護職との明確な職能差

臨床検査技師の意識を調査した結果、現在の養成教育では、現場において不充分であることを認識しているものの、4年制を超える養成教育にはやや否定的であった。医療技術職である検査技師は、養成機関での教育よりも臨床現場で学ぶことを重視し、そのため、急速に変化する現場において柔軟に対応できる能力を育成する教育を望んでいた。

医療職における職務範囲に関しては、どの職種においてもスペシャリストとジェネラリストの2つの方向性が存在していた。臨床検査技師と看護は認定制度などによる専門性を重視する傾向がみられたが、医師においてはあまりに進行した専門分化への反省から、ジェネラリストとしての基礎的教育の充実が始まろうとしていた。

専門職については、医師は古来から専門職とされてきており、看護も日本看護協会を中心として、専門職としての地位を築いていた。しかし、臨床検査技師においては、現状では技術職であり、今後専門職として発展していくことが期待されていた。

③看護職養成の大学化に伴う課題

看護職の大学化について検討した結果、種々の課題をかかえていることが明らかとなった。これは、養成目的や大学の機能が確定していないことに由来するものである。現在の大学の動向としては、大学での研究の成果をいかに社会に還元するか、演繹法的なものが主なものであるが、看護・医療技術職の大学においては、現場での経験から理論を導き出すという帰納法的な研究が大きな要素として加わるため、大学の目的が絞りにくいと考えられる。しかし、社会での現場との密なる交流による研究はいずれの分野でも進んでいくものであり、これらの大学のあり方は、今後の新しい大学のあり方のモデルとなると考えられた。大学経営をも考慮に入れつつ、大学の独自性、個性を打ち出せる大学が、これから生き残る大学であり、それは大学院においても同様であろう。

さらに、看護職の高学歴化は看護職の地位の向上と医師との対等化も目的として誕生しており、現在では経営においても重要な位置を占めるにまでなってきている。そのため、他の医療職が学歴で不利にならないように高学歴化となっている一面もある。

④変化することで医療職のリーダーの地位を固める医師

医療訴訟の増加等で、医師に対する国民の認識は厳しいものとなっている。また、看護職の台頭により、チーム医療のコーディネーターとしての医師の役割も揺らいできている。このため、医師

養成教育においては、他の医療職に先駆けて、新しい教育を取り入れてきている。このような教育により、国民や他の医療職の医師に対する信頼を取り戻し、新たな医療体制を整えようとしていた。

看護職以外の医療職の大学教育はまだまだ始まったばかりである。それらの職種の殆どは「医療技術職」と言われ、看護職よりも業務領域が狭く、範囲も決まっている。このため、より高度で開拓的な、視野の広い研究能力を持った技術者の養成が必要とされている。また、医療に対する国民の意識は変化してきており、多様化されてきている。看護・医療技術職は、医学部のように時代の要請に沿った柔軟な変化をしていく必要があると考えられた

今後、看護、医療技術職共に、高度な知識や技術を習得するための養成期間の延長は必要であるが、地位や職務で有利になることを目的とした高学歴化は養成教育への過剰な投資や医療における人件費をいたずらに引き上げるだけであり、その目的を充分に認識する必要性がある。

四年制化が本格的に進んでいく医療技術職においては、看護職の課題をきちんと見据えて何を目的とする学生を教育するのか、充分に検討する必要がある。大学院まで設置を予定している大学が多い中、技術者を養成するのか、研究者か教育者を養成するのか、その分岐をどこで行うのか、そして、最終的な目的である、患者中心の医療を実現する医療者を育成する自覚を持ち、大学は進んでいく必要がある。

注）医学部のコア・カリキュラム

主な内容は、教育内容の60～70%は、技能と態度をも含めた全国共通の標準カリキュラムとし、これをコア・カリキュラムとし、残りは各大学の裁量による。この教育の評価は、臨床実習前に共用試験を行うものである。これは、2002年から臨床的な基礎知識を評価するCBT (computer based test)とOSCEを学生に実施、これに合格した学生のみ臨床実習に参加させるということが試験的に始まり、2005年から本格的に稼動する予定となっている。

[参考文献]

池上直己　医療の政策選択　勁草書房　1992　67－96頁

今田寛睦　医療マンパワーの確保と資質の向上　中央省庁二十一世紀への提言　政経調査会　2001　76－80頁

愛媛県臨床衛生検査技師会　臨床検査・21世紀の展望　2002　253-322頁

勝木元也　ヒト疾患モデル研究の夜明け　DNA研究と医学　分子医科学シリーズ第1巻　1996　63－85頁

勝又正直　ナースのための社会学入門　医学書院　1999　128頁

看護教育の在り方に関する検討会　大学における看護実践能力の育成の充実に向けて　2002　文部科学省医学教育課

厚生白書平成14年度版　ぎょうせい　2002
佐藤直子　専門看護制度　理論と実際　医学書院　1999
高久史麿　大学医学部が当面する基本問題と改革の方向　医学教育白書2002年版　篠原出版新社　2002　3－5頁
中島憲子　看護婦　黒田浩一郎編　現代医療の社会学　1995 102-122頁
日本看護協会　病院看護職員の需給状況調査　日本看護協会調査研究報告　2001
Barrows　An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. Acad.Med. 1993 vol.68 pp.443-453
橋本鉱一　福祉国家形成期における高等教育政策の過程分析—1970年代の医師養成拡充政策をめぐって—　高等教育研究　2002　111-131頁
樋口康子　吉田みつ子　看護大学卒看護職の増加と病院　病院　1999　vol.58 314－317
久常節子　看護が切り拓くものとその力　看護　2002 3月号　4－14頁
マイケル・ギボンズ　現代社会と知の創造　モード論とは何か　丸善ライブラリー　1997
宮本京子　医療専門職とその養成制度の成立発展プロセス　－臨床検査技師、衛生検査技師を中心としてー　産業教育学研究　2001　9-20頁

Conflicts and problems in the higher education of the medical professions.

MIYAMOTO Kyoko

This paper considers the reasons that have lead to the rapid growth in higher education of medical staff and some of the problems that have resulted. Higher education of nursing staff has been the driving force behind higher education of medical staff generally. A background to this study has been an increase in higher educational levels in society as a whole, rapid medical advancements and an increase in the number of medical fields and specialties.

The major purpose of medical higher education is to provide patients with the highest possible standard of medical care and treatment. However, many believe that this has lead to conflicts involving status and roles in medical work. For this reason, the increase in higher education of medical staff is producing new problems.

In this paper, the state of the change in the education of co-medical staff, nursing staff and doctors is discussed, based on the result of a poll of medical technologists. Although inadequacies in present educational arrangements for medical technologists were recognized by respondents, there was a generally slightly negative response to the idea that higher education for this group should exceed 4 years. Medical technologists attached most importance to practical education and training which raises their capability to respond flexibly "on the spot"in clinical situations.

In nursing, although higher education is increasingly common, driven in part by a desire to improve status, the following problems were seen.

①Lack of clarity as to the purpose of higher education.

②decrease in specialization and ability within specializations.

③Shortage of clinical capability and experience

④Conflict between nursing staff of different educational levels and practical clinical experience in clinical situations.

⑤Deviation with the needs of the clinical spot

Tension between the clinical need in some contexts for less well educated but clinically competent staff, and nursing staffs desire for higher education, status and financial reward. Although it was expected that the higher education of nursing and medical technologists will progress, it was thought that it was necessary to clarify the purpose.