

『医師養成の現状の検証と改革改善のためのグランドデザイン』（素案まとめ）

全国医学部長病院長会議は、平成19年度に引き続き『医師偏在に伴う地域医療崩壊と医学教育、医師養成、医療のグローバル化に全国医学部長病院長会議はいかに対応すべきか』という視点のもとに我が国の医療と医師養成システムの現状の検証と提言を行った。

第1章 医学部（医科大学）の卒業前における検証と提言

1. 入学者選抜

各大学は、医師の地域偏在、診療科偏在に対し、入学時の地域枠、地域枠奨学金、卒前教育での地域医療実習、臨床研修での地域医療研修等の対策を講じている。しかし、現在行われている対策のほかに、卒前教育において医師偏在問題の現状を周知させ、卒後進路について考える機会を提供するだけでなく、入学試験においても、医師としての社会的責任を認識している受験生を選択的に選抜する方策を考案し、実施すべきである。

2. ステップ I：臨床実習前教育

従来、医学部では問題を抱えた学生への支援や、学生へのキャリア・デザイン支援が十分ではなかった。医学部教育の中に学生が医療者として適切な行動が取れることを低学年から高学年でのカリキュラム、臨床実習に取り入れなければならない。

3. ステップ II：臨床実習教育

臨床実習の方略は見学型ではなく診療参加型であるべきだが、医行為基準の設定、指導・責任体制等が不備であり、更に臨床実習で修得した技能の評価方法や基準が明確に定められていない。卒業時の到達目標を設定し、その中に地域基盤型医学教育を取り入れ、最終評価として advanced OSCE を実施すべきである。

4. 医師国家試験の内容と方法の改革

卒前教育改革には、医師国家試験改革は避けては通れない。医師法第9条では、「医師国家試験は、医師として具有すべき知識および技能を問う」とされているが、技能の試験は行われていない。国家試験は卒後研修を開始するのに必要な基本的な臨床能力に対する「知識」と「技能」評価の資格試験とする。「知識」試験は、共用試験合格後に行う臨床実習において習得すべき知識を中心に問題数200～300問のCBT方式、「技能」試験は、OSCEで行う。試験実施は、厚生労働省から切り離し、第三者機関で行う。試験の実施から免許交付の時間的流れは、OSCEを6年生の11～1月、CBTを2月、医師免許申請と交付を3月上旬～中旬とする。

第2章 医学部（医科大学）の卒業後における検証と提言

1. 臨床研修制度

初期臨床研修の目的は、患者の状態を把握するための情報を収集し、整理し、鑑別診断を行い、処置など対応策を策定する臨床能力を涵養する基本的臨床能力の開発である。現制度の課題の整理と改善策を検討する必要がある（到達目標設定の改変、臨床医育成のための卒前、卒後の一貫した教育課程構築、広いバリエーションの疾患を経験することを可能にする臨床研修病院群の形成、初期臨床研修を義務でなく選択とする等）。

2. 専門医・高度専門医療人養成

臨床研修終了後の研修の重要性とその意義と必要性をきちんと認識し、専門別に一定の臨床修練を受けることが必要であるが、専門医認定は学会ごとの認定であるのが現状で、様々な問題点を有している。専門医制度を体系化・確立するとともに、研究的視点を持つ臨床医、臨床研究者を育成するためのプログラムを構築すべきである。

3. 医学研究の将来的低迷への危惧と大学院の充実

初期臨床研修の必修化と専門医資格取得のための後期研修の活発化によって、医学部卒業生の医科系大学院進学は激減している。多面的多角的改善策が必要である（MD 研究者養成プログラム作成、入学段階で研究者志向の学生確保、大学院の入学金・授業料の支援、奨学金制度の拡充、臨床系研究者養成コースの設置、大学院の専任教員を増員等）。

4. 生涯教育

安全かつ適正な医療を実践していくために、医師には生涯にわたる弛まぬ自己研鑽（Life-Long Learning）が求められている。学部・卒後教育を一貫させ生涯学習プログラムを提供するのは大学医学部、大学院医学研究科、大学附属病院の責務である。

第3章 医学部（医科大学）の卒業前・後にまたがる検証と提言

1. 大学附属病院での総合診療教育体制の構築と充実

大学附属病院での「総合診療科・総合診療部」のとらえ方や機能が大学によって様々であるので、診療と教育に直接関わる部門として確立すべきである。

2. 医学教育の国際基準とわが国の医学教育キャリア・ディベロップメント

わが国では医学教育に特化した分野別質保証については現在行われていない。ECFMG は平成 35 年から医学教育の世界基準に沿った認証を受けていない医学部卒業生の受験を停止すると宣言した。早急にわが国の医学部での教育内容を国際基準と照らし合わせ、医学教育に特化したプログラム評価を行う必要がある。

3. プロフェッショナリズムとキャリア・ディベロップメント

今迄の女性医師養成は就業率を高める支援の多くはスポット施策的な女性医師支援であった。一方通時的な女性医師への出産・育児支援ではなく、現実に即した保育施設の整備、医師全体の過重労働を軽減するためのワーク・ライフ・バランス制度を構築すべきである。

4. 教育環境の整備

日本には医学教育の質を担保する組織がない。平成 20 年度から 1298 人の医学部定員増を実施されたが、それに見合った教員人員増および空間的教育環境改善がなされていない。

5. 医学部（医科大学）新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧

医療崩壊は単なる医師不足だけではなく、地域偏在、診療科偏在、過酷な勤務環境など複雑な要因が関与している。平成 20 年以降の定員増は定員 100 名の医学部を 12~3 大学新設したと同じ効果を持っている。当面はこの定員を維持し、将来の医師需給状況を見ながら定員のあり方を柔軟に考えるべきである。