

医師養成グランドデザインへの Action Plan

平成 24 年 11 月

医師養成のグランドデザイン検証 WG

座長	神保	孝一
委員	山下	英駿
委員	持田	智
委員	中谷	晴昭
委員	奈良	信雄
委員	福島	統
委員	小山	信彌
委員	後藤	英司
委員	吉村	博邦
委員	津田	喬子

全国医学部長病院長会議 (AJMC: Association of Japanese Medical Colleges) は大学医学部・医科大学の使命を医学教育の実践の場として学生の教育と医師養成を行い、あわせて高度先進医療の研究・開発をめざすことによって国民の保健・医療・福祉への貢献を行うものとしてとらえ、平成 23 年 12 月に『医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン—地域医療崩壊とグローバル化の中で—』を発刊した。本グランドデザイン発刊は平成 19 年 9 月に発刊された『我が国の医師養成システムの在り方のためのグランドデザイン』を引き継ぐものであった。これ等過去 2 回のグランドデザインは発刊時までの全国医学部長病院長会議の使命の検証と個々の課題実現への提言がなされた。しかし、個々の提言が密に連携をもち、一貫した視野のもとにシームレスに実行される過程を検討した **action plan** までは十分言及されていなかった。

今回我々は、地域医療崩壊とグローバル化の中で我々の使命である学生の一般教養を含む医学教育、臨床実習、更に医師養成のための初期臨床医研修、後期専門医研修、医師生涯学習教育に至る過程のシームレスな実践の場を医学部・医科大学が提供するという立場から、これら一連の過程の中間地点と考えられる医師国家試験とその前後の医学教育・医師養成の過程に喫緊の改善テーマとして焦点をあて検証し、具体的な **action plan** を策定した。

現行の国家試験は 3 日間 500 問でその出題範囲も広く、多くの医学生は国家試験受験準備のために半年間から 1 年間を費やしている。このため、医学部 6

年生の臨床実習が圧迫されているだけでなく、国家試験準備のために医学生が外来・病棟を離れるために、卒前臨床実習と卒後臨床研修との間に不連続をきたし、研修医の臨床能力習得にも大きな弊害をきたしている。卒前臨床実習をグローバルスタンダードにあった形態に改善充実し、卒後臨床医研修へシームレスに移行させ、卒後臨床医研修で基本的診療能力を十分に身に付け、地域医療改善を視野に入れた医療環境の整備が我が国の医療の質向上に欠かせない。

I. 卒前教育と医師国家試験改善

第1ステップ：共用試験合格の資格化 - 「学生医」の認定

現行の共用試験は知識を問う Computer-based testing (CBT) だけでなく、パフォーマンス評価としての客観的臨床能力試験 (OSCE) も実施し、その評価結果は医療系大学間共用試験実施評価機構 (CATO) で最新のテスト理論に基づいて検証もされている。共用試験 CBT、OSCE は極めて高いレベルの評価法となっている。共用試験に合格した医学生は、臨床実習で患者診療に参加するに足る知識と技能・態度を持っていることを国民に理解してもらい、医学生が臨床現場で患者・家族から学べる環境を整えるために、全国医学部長病院長会議は共用試験合格者に対し、「学生医」の資格を認定付与する制度を確立すべきである。「学生医」は能力保障を受けたうえで、患者・家族の了承のもとで、診療参加型臨床実習を行うことで、高い臨床能力を獲得していくことになる。

Action Plan: 医学教育委員会 共用試験検討WGにて「学生医」の認定方法などについて検討を行う。「学生医」の認定は平成25年4月から開始する。

第2ステップ：「学生医」が行える医行為水準の策定

前川レポートによる「学生の医行為水準」は1991年に作成されたもので、すでに現状に合わなくなっている。共用試験により能力保障を受け、全国医学部長病院長会議が「学生医」と認定した能力のある学生が臨床実習で実施できる医行為水準を、全国80医学部・医科大学の合意のもとに作成し、学生が診療参加型臨床実習の中で患者診療に貢献できる環境を整備する必要がある。この医行為水準の策定により、患者からの理解と信頼のもとで学生が診療に参加する臨床実習が可能となる。

Action Plan: 医学教育委員会内に、「診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定WG」を設置し、検討を開始する。平成25年5月の総会に医行為水準案を提案する。

第3ステップ：臨床実習の「場」の拡充と地域医療改善のための「教育病院・施設群」

現在の臨床実習は大学附属病院が主な「場」となっている。大学附属病院が特定機能病院として我が国の医療に貢献しているが、学生の臨床実習、初期臨床医研修（臨床研修、初期研修）、後期専門医研修（後期研修）の「場」として大学附属病院のみでは、国民が求める医療ニーズに沿った教育は困難である。医師が養成される過程では、様々な疾患や患者を経験することが不可欠である。大学附属病院、地域中核病院、地域病院、地域診療所、地域保健福祉施設、地域在宅介護医療などの広い医療連携の中で、急性期疾患、亜急性期疾患、慢性疾患、難治性疾患、終末期、さらには学校保健、地域保健などを含めた予防・公衆衛生など幅広い学習環境での修練が求められる。各医学部・医科大学は医学生、臨床研修医、専門医研修医、そして医師としてのキャリア形成のために、大学附属病院だけでなく地域医療と密接に関連した教育病院・施設との連携に着手しなければならない。ここで形成される「教育病院・施設群」では、医師養成の時間軸での連携だけでなく、医学部・医科大学主導で大学附属病院がその「教育病院・施設群」の医療の質を向上させるための支援をも行うべきである。これにより、医学部及び大学附属病院が中心となって、わが国の地域医療改善のみならず医療全体の質の向上を行うこととなる。

Action Plan： 80 医学部・医科大学は卒前、臨床研修、専門医養成、医師のキャリア形成の時間軸、地域医療向上を視野に入れた教育病院・施設群の構築を開始する。

第4ステップ：卒業時 OSCE の実施とグローバルスタンダード

臨床実習の改善と医学生が卒業時に達する能力評価は同時に行われる必要がある。臨床実習を診療参加型にシフトすることで、どのような基本的診療能力を学生が獲得しなければならないのかを示すためにも卒業時 OSCE は全国 80 医学部・医科大学で実施されるべきである。医師法第 9 条には、「医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。」とあるが、現行の医師国家試験では技能は問われていない。従い、学生は技能の試験なしに卒業後、臨床研修医となって医師免許を持ったうえで患者診療に当たることとなる。それにも拘わらず医師国家試験改善検討部会報告でも国家試験 OSCE の導入は先延ばしとなっている。医師として具有すべき技能習得度を測る評価法である卒業時 OSCE を各医学部・医科大学の責任として導入する時期が来ている。これまでの厚生労働科研費の Advanced OSCE 研究、グローバルスタンダードを視野に入れた海外の国家試験 OSCE の研究など多くの研究データが蓄積されている。大学が卒業時の医学生の「能力」（アウトカム）を保証する上でも、卒業時 OSCE は導入されなければならない。

卒業時 OSCE を導入するにあたっては、まず卒業時のアウトカムを決めなけれ

ばならない。医学教育モデル・コア・カリキュラムは平成 22 年度改定で卒業時を見据えた学習目標を設定した。全国医学部長病院長会議は 80 医学部・医科大学の総意として、今までの研究データから、卒業時のアウトカムを設定し、卒業時 OSCE のモデルを提示し、80 医学部・医科大学で実施できる体制の整備に取り組まなければならない。

Action Plan: 国家試験改善検討 WG と卒後臨床研修検討 WG とでモデル・コア・カリキュラム、後期 (Advanced) OSCE 研究班報告、海外の OSCE 実施状況などの報告データからグローバルスタンダードを視野に入れた我が国での「卒業時アウトカム」の策定を行う。

Action Plan: 医学教育委員会内に「卒業時 OSCE 検討 WG」を設置し、卒業時 OSCE の基本設計を行う。

Action Plan: 各医学部における卒業時の後期 OSCE の実施状況を透明化するため、外部からのモニター、評価者を導入するシステムを構築する。

Action Plan: 全国医学部長病院長会議の「医学教育の質保証検討委員会」が中心になり、国際基準に合致した医学部教育が各医学部で実施されていることを認証評価し、医学教育の質向上を図る。

第 5 ステップ：医師国家試験の改善案の提案

Action Plan: 共用試験合格での「学生医」の認定、臨床実習の改善、卒業時 OSCE の導入を 80 医学部・医科大学で行うことで、現行の知識偏重の国家試験の軽減化を提案し、卒前臨床実習と卒後臨床研修との接合性を高めることで、医師養成の質の向上を図る。

II. 初期臨床医研修（初期臨床研修）制度

第 1 ステップ：卒前、卒後、生涯学習、医師養成における初期臨床医研修（初期臨床研修）の継続的検証

初期臨床医研修（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、基本的臨床能力、すなわち、特に重要な鑑別診断能力の育成を行い、治療方針・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。現在は地域医療改善、医学教育のグローバルスタンダードを視野に入れた卒前、卒後の教育について大きな喫緊の改革が必要な時期であり、初期臨床医研修のあり方はこのようなプロセスの一環として継続性をもつものでなくてはならない。殊に卒前参加型臨床実習の充実により到達目標で重複が多くみられる。卒前、卒後の医師育成システムのなかでの重要な通過点である初期臨床医研修についてその教育を行う病院群について、厚生労働省医道審議会臨床研修部会でも導入を目指しているが、現時点で地域医療改善を

含む明確な改革ビジョンが示されていない。更に基礎医学、社会医学をめざす医師が激減している。そういった現状の中で平成26年の新臨床研修制度改定に向けた検討が厚生労働省の検討部会が進行中であり、全国医学部長病院長会議からもそれへの提言が必要である。

Action Plan： 卒前臨床実習の充実、専門医教育の必要性などを鑑み、初期臨床医研修の到達目標を改変する。

Action Plan： 医学部卒業後の医師の専門の多様な選択を可能とするためにも、初期臨床医研修の選択、研修内容を柔軟なものとする。

Action Plan： 医学教育、医師育成について体系的、継続的に審議する三者協議（文科省、厚労省、全国医学部長病院長会議）の枠組み早急に構築する。

第2ステップ：教育病院群の構築・充実による継続的医師養成システムと地域医療改善の確立

卒前臨床研修、卒後初期臨床医研修（初期臨床研修）、専門医研修（後期臨床研修）、生涯にわたる教育がシームレスに継続性をもつ医師育成システムの構築が急務とされている。この目的の達成のためには多くの病院の参加する病院群の構築が必須であるが、そのような病院群についての大学病院との連携、地域医療改善を視野に入れた明確なビジョンはない。とくに、初期臨床医研修後に専門をもたず、生涯にわたり教育を受けるシステムにも属さない、専門医取得も目指さない医師が増加していることを示唆するデータがある（全国医学部長病院長会議で調査中）。現時点では初期臨床医研修と専門医研修は連動して行えるシステムの構築がなく、高度な医療を日本全国で受けたいという国民の医療への付託に応えがたい状態となりつつある。

Action Plan： 臨床医育成のための卒前、卒後の一貫した教育をおこなう病院群を構築する。教育病院群は地域の実情にあわせて、高度な医療を担当する医師育成、地域医療を担当する医師などの社会の要望に応える人材を育成することを目的とする。

Action Plan： 教育病院群は、卒前臨床研修、卒後初期臨床医研修（初期臨床研修）、専門医研修（後期臨床研修）、生涯教育を同じ枠組みでおこない、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教育病院群でなくてはならない。そのため、教育病院群には医学部・医科大学の主導のもとに、大学附属病院、地域の中核病院、地域の病院など現在の日本の医療の各分野（急性期医療、亜急性期医療、慢性医療など）の病院を包含する。

III. 専門医、高度専門医療人の養成とグローバルスタンダード、地域医療への貢献

我々は既に医師養成のグランドデザイン（第2章、2.）において、専門医、高度医療人の養成について、「卒前・卒後の研修で修得した基本的臨床・診療能力を背景に、社会のニーズに応えられる専門医を養成すること、臨床研修終了後の研修の重要性及びその意義と必要性をきちんと認識し、総合診療医を含め専門別に一定の臨床修練を受けることの必要性をのべた。しかしながら、現在の専門医の養成・修練は未だ制度化されていない。現行の専門医、認定医は学会ごとの認定であり、様々な問題点を有している。日本専門医制度評価・認定機構などの機能を充実させ、早急に専門医制度のあり方を見直す必要がある。その際、国民のニーズを反映した、診療科別の定数についても議論される必要がある。」と記載されている。国民のニーズは国民の求めている医療のグローバルスタンダード、地域の特殊性と地域医療改善なども十分考慮される必要がある。

第1ステップ：専門医研修（後期臨床研修）制度の確立

グランドデザインに記載されている「臨床研修終了後の研修の重要性と必要性を認識し、総合診療医を含め専門別に一定の臨床修練を受ける必要があること」については論をまたない。また、「しかしながら、現在の専門医の養成・修練は未だ制度化されていないこと」、すなわち、いわゆる専門医研修（後期臨床研修）制度が制度として我が国に存在しないことは、極めて重大な問題である。

現行の初期臨床研修制度が導入される以前は、全国の大学医学部・附属病院が初期研修を含め各領域の専門研修の大半（研修医の70%以上が大学に所属していた）を担っていたといっても過言ではない。また、残りの30%弱の研修医も、ほとんどが全国の基幹病院で研修を受けており、当時は一定規模以上の指導的病院で初期臨床医研修と専門医研修は一体として行われてきた経緯がある。

本来、医師の養成は、医学教育（一般教養を含む）、臨床実習、初期臨床研修、専門医研修（後期臨床研修）に至る、一貫したシームレスなプログラムに則ってなされるべきである。

初期臨床研修制度により卒前教育と卒後専門研修が分断され、専門医研修（後期研修、後期臨床医研修）制度が実質的に崩壊してしまった現在、高度専門医療を実践している大学附属病院こそが地域の基幹病院と連携し、率先して専門医研修（後期臨床医研修）の再構築を主導し、我が国の医療レベルの向上に寄与すべきである。

Action Plan： 卒前医学教育改革（共用試験の資格化、臨床実習の充実）、国試改革、初期臨床実習の見直しを含む、一連の医師養成のグランドデザインの中で、全国の大学医学部・附属病院の総意として初期臨床医研修と一体化した専門医研修（後期臨床医研修）プログラムを提示する。

第2ステップ：専門医制度のあり方と大学附属病院の役割

平成23年10月、厚生労働省は、「医師の質の一層の向上と医師の偏在是正を図ること」を目的に「専門医の在り方に関する検討会（座長：高久史麿日本医学会会長）」を立ち上げ、平成24年8月に計11回の議論を基に中間まとめを公表した。

中間まとめによる、検討会でコンセンサスの得られた事項の概要は以下の通りである。

- ① 専門医の定義について、「決して「神の手」を持つ医師やスーパードクターを意味するものではなく、それぞれの診療領域において、十分な経験を持ち、安心・安全で標準的な医療を提供できる医師」とすべき。
- ② 臓器別の専門医の他に総合的な診療能力を有する医師を専門医として位置付ける。
- ③ 基本18領域の専門医に「総合医・総合診療医など」を専門医として加えた19領域の専門医資格のいずれかを取得した後、サブスペシャリティ領域の専門医資格を取得する2階建ての専門医制度とする。
- ④ 特殊な技術や技能についての専門医資格は別に定める。
- ⑤ 専門医の認定は、学会から独立した第三者機関で行う。
- ⑥ 第三者機関の下に、各領域の「専門医認定委員会」と「プログラム評価・認定委員会」をおき、各学会の協力を得て運営する。
- ⑦ 新たな専門医制度は、医師偏在の是正を目的とすべきではなく、専門医の質を高め、良質の医療が提供されることを目的として構築すべきで、結果として医師の偏在が是正される効果が期待される。等々。

また、今後の検討課題として、①第三者機関の在り方、財政基盤等、②国の関与の仕方、③専門医の医療法上の位置付け、④総合医の在り方と育成、⑤専門医の養成数（定員について）、⑥医学教育、初期研修等との関係、⑦その他、専門研修プログラムに基礎研究や総合診療を組み込むこと、等々となっている。

検討会では、引き続き議論を重ね、平成24年中に一定の結論を出す予定とされている。

以上、同検討会における専門医認定の基本的な枠組みは、「現状の学会による専門医制度における専門医の認定と施設・プログラムの認定」を、「学会の協力を得て第三者機関で行う」ものであり、制度の統一性、透明性を確保することが大きな目標と考えられる。

しかし、問題点として、議論が、専門医の認定、施設・プログラムの認定等、いわば出口論あるいは認定のための外形基準の統一化に関するものが主であり、

専門医の養成についての議論（誰が何処でどう養成するか）が欠けているとの指摘がある。

認定医や専門医資格の取得は、臨床研修の成果の評価の一手段ではあるが、専門医研修（後期臨床研修）の到達目標について必要最低限のレベルをクリアしたことを示すに過ぎない。重要なのは、養成（トレーニング）の過程（如何に充実した研修を行ったか）と、如何に高いレベルの成果を達成したか（専門医としての実力を修得したか）である。専門医の認定により、後期臨床研修制度の構築、すなわち、専門医研修（後期臨床研修）に相応しい施設群の構築と研修プログラムの構築による、実力のある専門医の養成が重要であり、大学病院の役割は極めて大きい。

Action Plan： 医学部及び大学附属病院を中核として地域の基幹病院と地域医療改善を視野に入れたネットワーク（教育病院・施設群）を形成し、総合医を含む専門医の養成を如何に行うかの具体的検討を行う。

IV. キャリア・ディベロップメントと地域医療への貢献

第1ステップ：卒前から始める医のプロフェッショナルリズムとキャリア教育

医師は生涯に亘ってプロフェッションとしての自覚とともに弛まぬ自己研鑽（Life-Long Learning）による医療専門職としての知識と技能を保持し、仕事を継続し、良質な医療を提供して社会的信頼を維持する責務がある。そのためには医学部教育からプロフェッショナルリズムとキャリア教育を開始し、医師の責務を理解させ、さまざまな困難に直面しても、それを乗り越えてプロフェッションとしてキャリアを継続できる力を醸成しなくてはならない。

現在の医学部教育モデル・コア・カリキュラムには、基本的な資質として自己研鑽が求められ、キャリアを継続させる生涯学習者としての能力を身につけることが一般目標として掲げられているが、キャリアをいかに継続しキャリアアップしていくかといった自己のキャリア・デザインを具体的に描く機会がない。そのために、卒業後に個人として初めて経験する挫折を乗り越えられずに、医師を辞めてしまう人が後を絶たない。

コア・カリキュラムの到達目標にプロフェッショナルリズムとキャリア教育プログラムを組み入れ、さらに、全ての大学医学部、医科大学において、正規の医学教育カリキュラムの中でこれらの教育を開始する必要がある。

Action Plan： 大学内に医学教育センター、キャリア支援センターあるいはメディカルワーク・ライフ・バランス支援センターといった部署を構築し、必要な医学教育カリキュラムを作成する。男女医学生へのプロフェッショナルリズムおよびキャリア教育の中で、将来必要となるワーク・ライフ・バランス、医療の中のダイバーシティ、男女共同参画などを正しく理解させる。

第2ステップ：大学の教育病院群への生涯学習の提供と地域医療の改善・充実を視野に入れた地域における医師キャリア支援

大学は地域の医療機関・医師会・行政・NPOとの連携を強化して、地域医療改善・充実を視野に入れた地域を包括する医師キャリア支援に積極的に関与していくことが求められる。大学内の医学教育センター、キャリア支援センターあるいはメディカルワーク・ライフ・バランス支援センターといった部署は、対象を大学内に限らず、一旦、職を離れた人の再教育など広く地域の医師にも門戸を開き活用できる体制を整える必要がある。

Action Plan: 教育病院群における生涯学習のニーズに対して、大学医学部、大学院医学研究科（それに関連する大学院）、大学附属病院はプログラムを提供する責務がある。大学設置教育システムを活用した地域医療改善・充実を視野に入れた再教育、社会人大学院などを提供する。

参考資料

平成23年12月発刊

『医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン ー地域医療崩壊と医療のグローバル化の中でー』 全国医学部長病院長会議の立場から (まとめの抜粋)

全国医学部長病院長会議は、我が国の医療と医師養成システムの現状が国民の健康管理・福祉のみならず将来の国民の保健・医療・福祉の大幅な後退につながる緊急かつ重大な問題と捉えている。平成19年には『医師養成のためのグランドデザイン 全国医学部長病院長会議からの提言』をまとめ、問題点の根本的解決のために提言を行った。一方、グローバル化した現代社会において、国民が求める医療のニーズは多様で変化しつつあり、更に医療・医学自体の国際連携化も進んでいる。この様な中で医学教育、医学研究、医師養成更に医療の現場に直接携わっている我々は今後更に諸問題・課題を解決するために『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

検証：各大学は、入学者の質を確保し、医師として望ましい人材を選抜するために、選抜方法や高等学校教育から医学教育への接続の改善、更に医師の地域偏在、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など、いくつかの対策が講じられている。

提言：医師偏在の解決には、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

検証：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。又、医師としてのリサーチマインド形成のために60%の医学部が研究室配属を必修科目として採用しているが、いまだに基礎医学研究者になる者は少ない。

提言：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（Fitness to Practice）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

検証：臨床実習の方略：見学型ではなく診療参加型であるべきとされているが、その実施は十分ではない。医行為基準の設定、指導・責任体制等が問題点としてある。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。大学附属病院の実習のみでは基本的診療能力の修得が難しい。

提言：臨床実習は診療参加型とし、改訂モデル・コア・カリキュラムに沿って各大学で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（Community-Based Medical Education）を取り入れ、最終評価として advanced OSCE を実施する。

4. 医師国家試験の内容と方法の改革

検証：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、現状では「知識」についてのみ試験されており、技能についての試験は行われていない。

提言：医師法第9条に立ち返り、「知識」と「技能」に対する評価としての資格試験とする。評価のレベルは、医師として卒後研修を開始するのに必要な基本的な臨床能力であり、それ以上に高度である必要はない。「知識」に関する問題は、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 CBT 方式で、問題数は 200～300 問、1～2 日間で行う。「技能」に関する試験は、OSCE で行う。試験の実施は、厚生労働省から切り離し、第三者機関で行う。移行期は、各大学が、卒業試験として OSCE を行い、これに合格することを卒業の要件とする。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

検証：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。

提言：平成 16 年度から導入された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

検証：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。

提言：日本専門医制度評価・認定機構を機能させ、専門医制度を確立するとともに、総合医の定義を早急に決定し実行する。又、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る。

3. 医学研究の将来的低迷への危惧と大学院の充実

検証：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。MD-PhDプログラムの構築や基礎系大学院修了者のその後の研究環境の整備と充実が不十分である。研究者養成コース、高度専門医療人養成コースなどのプログラムの提供が不十分。大学院担当教員の負担が過重。

提言：多面的多角的改善策が必要。各大学に特徴ある 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・授業料の免除、奨学金制度の拡充などの経済的支援、臨床系研究者養成コース・高度専門医療人養成コースの設置、大学院の専任教員を増員等。

4. 生涯教育

検証：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。

提言：生涯学習のニーズに対して学部教育、卒後を一貫して医師育成のための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（それに関連する大学院）、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

検証：大学附属病院の「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。

提言：総合診療部門は、診療部門として大学附属病院に位置し、外来のみならず入院診療にも参画し、かつ教育にも関わるという存在であるべきである。

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

検証：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。またそのための組織も存在しない。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が、我が国の医学部でこの基準に沿った認証を受けている医学部はない。

提言：アメリカ医科大学協会と世界医学教育連盟から医学教育の基準が

公表されている。わが国の医学部での教育内容をこの基準と照らし合わせる必要がある。医学教育に特化したプログラム評価を行う組織を作る必要がある。機関認証を行う認証機関が医学教育に関するプログラム評価の結果を踏まえ、大学評価を行うシステムを早急に構築しなければならない。

3. プロフェッショナルリズムとキャリア・ディベロップメント

検証： 医育機関である大学医学部、大学病院には生涯教育を主要なミッションの一つとして位置づけ、体制整備をしていくことが求められているが、まだ不十分である。これまでの女性医師の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り、目に見える効果を得ることはできなかった。

提言： 医学教育センターのような医学教育部門が中心になって、明確なプロフェッショナルリズム教育プログラムを構築し、継続的な取り組みを推進する。女性医師養成には、従来の方通行的な女性医師への出産・育児支援ではなく、現実に即した利用しやすい保育施設の整備、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る。

4. 教育環境の整備

検証： 日本には医学教育の質を担保する組織として、卒前教育には米国の NBME (National Board of Medical Examiners) に相当する組織が、卒後教育に関しては米国の ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) に相当する組織がない。平成 20 年度～平成 23 年度にかけて 1298 人の医学部定員増を実施したが、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。

提言： 卒前教育改革については、医師国家試験改革は避けては通れない。医師国家試験の結果を検証し継続的な改善を行うためには、米国の NBME に相当する組織がぜひとも必要である。卒後初期臨床教育と後期専門医教育について、米国の ACGME に相当する組織が是非とも必要である。医学部定員増に見合う、教員と教育設備の一層の充実が望まれる。

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

検証： 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、既存の医学部（医科大学）は 1298 名の定員増を行っており、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。今回の定員増により、医師数は平成 44 年には OECD 加盟 30 か国の平均医師数に達し、その後はこれを凌駕して増え続けることが予測される。医学部が新設されれば地域の医師が教員として採用され、医師不足は深刻化し地域医療が壊滅的な打撃を受けることが危惧される。

提言： すでに、既存の医学部では定員増を行っており、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。医師の地域偏在と診療科偏在に対しては、各大学は夫々の地域で、地域の基幹病院と連携して、地域単位で医師の養成を図る仕組み（地域枠入学者の拡充、奨学金と連動した地域卒後研修、専門分野別医師の定員制等）を作るべきである。