

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

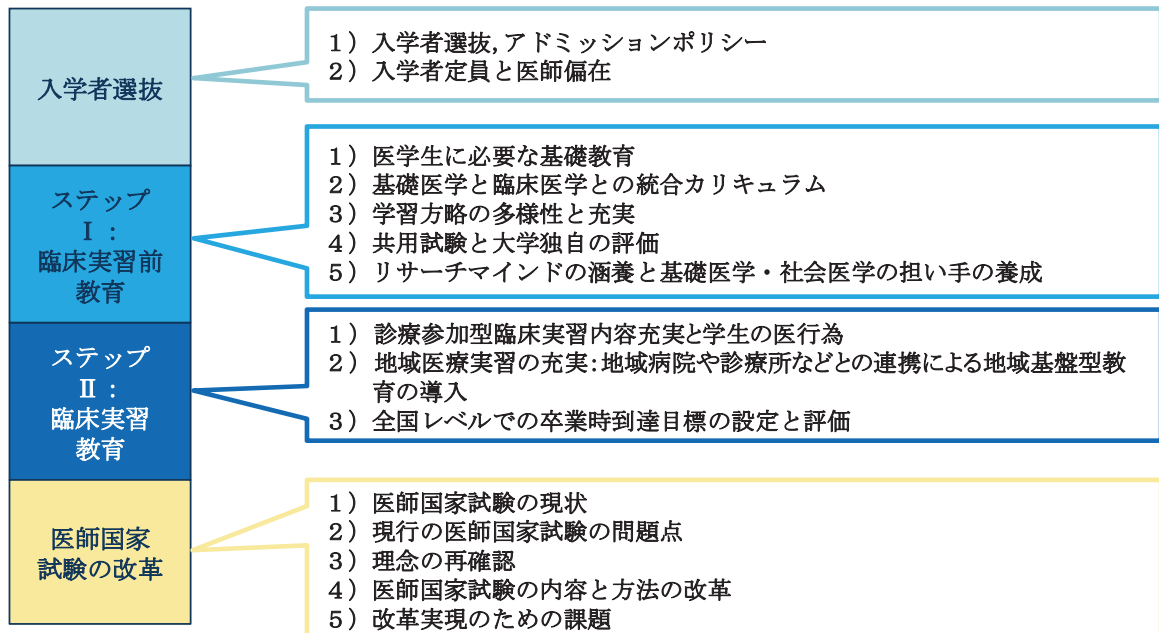
全国医学部長病院長会議

平成 23 年 12 月

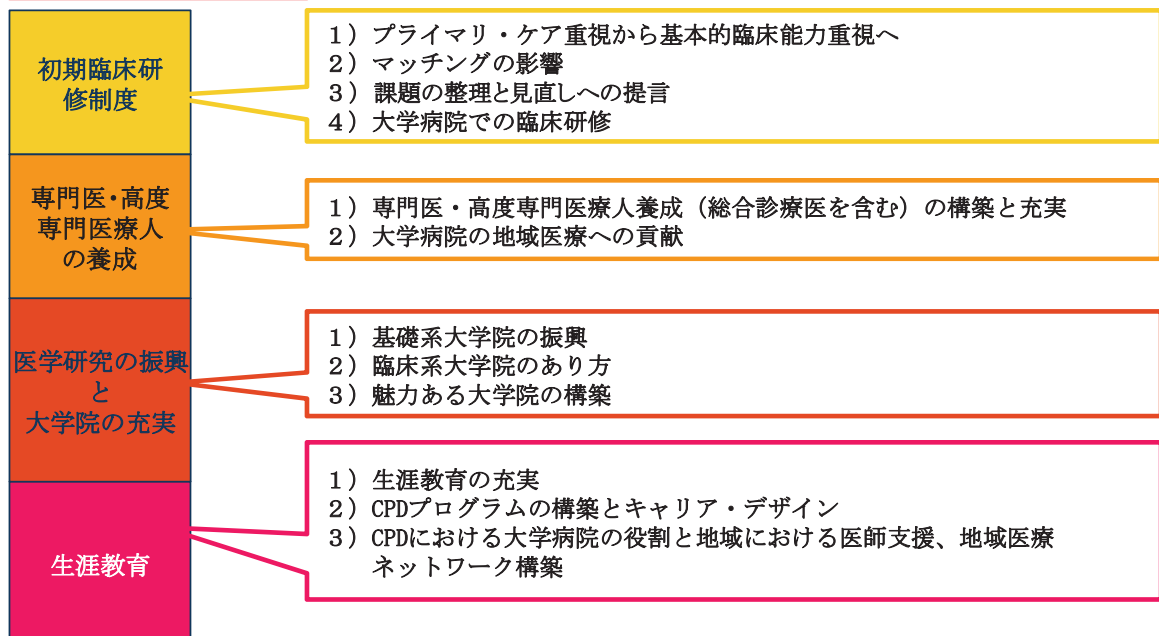
『医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン －地域医療崩壊と医療のグローバル化の中で－』

全国医学部長病院長会議の立場から

卒業前の課題

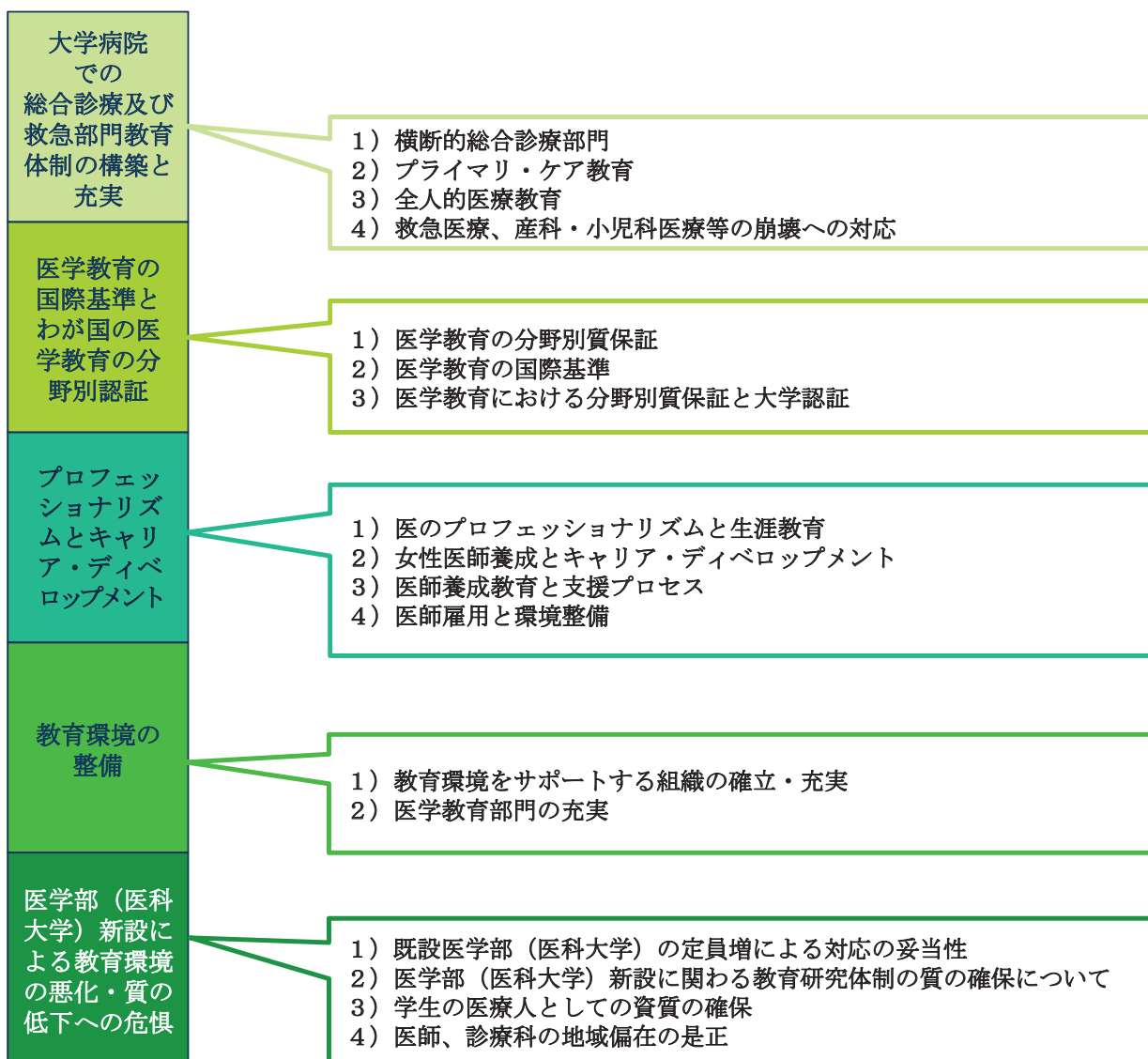


卒業後の課題



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

卒業前・後にまたがる課題



要旨

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

大学医学部・医科大学の使命は、医学教育の実践の場として学生の教育と医師の養成を行い、併せて高度先進医療の研究・開発を目指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する。

全国医学部長病院長会議（AJMC: Association of Japanese Medical Colleges）は、平成19年9月に当時大きな社会問題となっていたわ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『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』をまとめ、問題点の根本的解決のために提言を行った。この提言が現時点までどのような形で実現されてきたか検証する必要がある。また、問題点を整理した上でそれらを改革改善するための提言も必要である。

国民が求める医療のニーズは多様で時代の流れと共に変化している。グローバル化した現代社会において医療・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の任務も変化しつつあると考えられる。我々はこの様な時代の変化に対し、どのように対応すべきか先ず自分たちに真摯に問う必要がある。そのためには、現状の検証が必要であり、またそれに対する改革実現のための提言も必要である。

今回、我々はこのような『地域医療崩壊と医療のグローバル化の中で全国医学部長病院長会議の立場から』医学部（医科大学）の①卒業前、②卒業後、③卒業前・卒業後にまたがる課題の3章に分け現状の検証を行い、問題点解決のため提言を行ったので報告する。以下はその要旨である。

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、アドミッションポリシー、入学者定員と医師偏在

検証

- 1) 各大学は、アドミッションポリシー（入学者受入方針）とともに、ディプロマポリシー（卒業時の到達目標の指針）、カリキュラムポリシー（教育課程の基本的な考え方）を明示すべきだが、これら3ポリシーを公表している大学は少ない。
- 2) 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に向けて、さまざまな取り組みを実施しているが、さらに一層の工夫が必要である。
- 3) 18歳人口の減少、医学部入学定員の増加、高校での未履修科目があること、などを背景に入学生の学力低下が懸念されている。
- 4) 医師の地域偏在、診療科偏在の是正のために、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

- 1) 各大学は、設立の趣旨、歴史的背景、立地条件などに応じた固有のミッション（使命）を再確認し、必要があれば、そのミッションを再設定し、それに基づいた特色あるアドミッションポリシーを、ディプロマポリシー、カリキュラムポリシーとともに、公表すべきである。
- 2) 入学生の質を確保するため、入学者選抜に際して、選抜方法の多様化、評価尺度の多元化をさらに進めるべきである。
- 3) 学生一人ひとりについて、入学後および卒業後の追跡調査を実施し、ミッションの達成状況を検証すべきである。
- 4) 卒業生の進路偏在を解決するために現在行われている地域枠、奨学金制度、卒前教育の改善、臨床研修制度の改善などについては、今後、その効果を十分検証していくべきである。
- 5) 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

- 1) 一般教養教育の必要性は認識されているが、この教育に関わるマンパワーが不足

している。

- 2) リベラルアーツ（一般教養科目）だけでなく、初年次教育としてのリテラシー教育（読み書き能力）、高校において未履修理科科目の補習教育、コミュニケーション教育、アーリーイクスプोजチャー（早期体験実習：低学年から臨床現場を体験させる学習）をはじめとする体験実習教育が多くの医学部で取り入れられている。
- 3) 基礎医学、臨床医学にわたる統合カリキュラムが多くの医学部で実施され、講義とテュートリアル（少人数で、チューターと呼ばれる家庭教師役の教員の指導の下、ある課題について学生自身が自ら学び、討議する学習方法）、そして実習を組み合わせたカリキュラムが実施されている。
- 4) 医療倫理教育の重要性は認識されているものの、教育内容は医学部ごとにばらつきがあり、マンパワーも不足している。
- 5) 各大学にはスキルス・ラボ（人形や器具などのシュミレーターを用いて医療技術を学ぶ施設）が設置され、診療技能教育は、臨床実習前に効果的に実施されるようになっている。
- 6) 臨床実習開始前の共用試験が実施されこの中でコンピューターを用いた筆記試験であるCBT（Computer-Based Testing：コンピューターの画面上で設問や解答を行う試験）や客観的に臨床能力を試験するOSCE（Objective Structured Clinical Examination：模擬患者を用いて医療面接や身体所見の取り方を審査する試験）が定着し、知識だけでなく、医療面接や診療技能などの一定の臨床能力を持った学生が臨床実習に進んでいる。
- 7) 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。
- 8) 基礎医学研究者不足や医師としてのリサーチマインド（研究精神）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ままである。

提言

- 1) 医師になる者として医学生には一般教養教育、初年次教育だけでなく、人間としての成長を促す教育が更に求められている。世界的にも、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カリキュラムとして取り入れられている。このことを低学年から高学年での臨床実習に取り入れなければならない。
- 2) 臨床実習前の統合カリキュラムでは、講義、テュートリアルだけでなく診療技能系実習（医療面接を含め）なども組み合わせ学生が効果的に能力を身につけていけるカリキュラム設計が求められる。
- 3) 学生の多様化が進み、臨床研修のマッチングなど学生が選ぶキャリアの幅が広が

っている現状では、医学部を挙げての学生支援のシステムの構築が必要となっている。

- 4) 共用試験の合格を、当該学生が臨床実習を行うことができる「資格」として位置づける（認定は全国医学部長病院長会議が行う）。こうすることで、学生が診療チームの一員として診療に参加することについて患者からの了解が得やすくなると思われる。
- 5) 基礎医学研究者不足や医師としてのリサーチマインド形成のために取り入れられた研究室配属は実施する大学も実施時間数も増えており研究室配属を継続するべきである。さらに学生が自分の興味で選べる研究テーマを卒前教育6年間で継続して研究活動ができるように学年を超えた科目設定を検討すべきである。また、基礎医学のめざすもの、基礎的研究の醍醐味を伝えるために、短時間であっても分野別講義を加えることも考慮する必要がある。

3. ステップ II：臨床実習教育

検証

- 1) 従来、卒業時の技能や態度に関する到達目標が明確では無かった。しかし、モデル・コア・カリキュラム22年度改訂版では、臨床実習の学習目標が卒業時の到達目標として示されるようになった。今後各大学における目標設定に大きな影響を与えると推測される。
- 2) 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とされているが、参加型実習（クリニカルクラークシップ：実習生が医療チームの一員となって診療に参加する実習形式）の実施は必ずしも十分ではない。問題点として、医行為基準の設定、インフォームド・コンセントの取得、指導・責任体制などが指摘されている。また、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。
- 3) 臨床実習に際しては、医療安全に関する教育が重要であるが、実習あるいは研修現場における医療安全教育は必ずしも十分とはいえない。
- 4) 大学病院の実習のみでは基本的診療能力（救急を含む）の修得が難しく、地域医療実習を充実させる必要があるが実施体制の整備が十分ではない。
- 5) 卒業時到達目標と卒後初期研修の目標に重複がみられる。

提言

- 1) モデル・コア・カリキュラム22年度改訂版に示された卒業時到達目標に沿って各大学で卒業時の到達目標を設定する。今後、グローバルな視点から、卒業時の学習成果（アウトカム）について十分に検討して、カリキュラムや評価法を開発する必要がある。

- 2) 臨床実習は診療参加型とする。5～6年次の2年間の臨床実習期間にコアとなる診療科（内科、外科、救急科、産科、小児科、精神科など）において、指導・責任体制を明確にして参加型実習を行う。評価については、オンライン卒後臨床研修評価システム（EPOC）に類似したシステムの導入や臨床実習修了後に卒業試験としてOSCEを実施することなどが求められる。
- 3) 実習現場における医療安全教育の充実を図るとともに、指導教員が責任をもって学生の監督および適切な指導を行う。同時に、学生の診療行為については医員、研修医が、患者のケアについては看護師が協力して指導に当たることが必要である。
- 4) 地域基盤型教育を取り入れ、大学病院、地域の病院、診療所、在宅での実習などを組み合わせて、プライマリケアから高度専門医療、一次救急医療から三次救急医療を含む（終末期医療を含め）多様な疾患や医療（救急を含む）について学ぶ臨床教育システムを構築する。地域全体で優れた医師を養成していくという基本的な考え方が大切である。
- 5) 卒前臨床実習から卒後臨床研修にいたる継続性と一貫性を考慮して目標の重複を回避する。

4. 医師国家試験の改革

検証

- 1) 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、現状では知識偏重の試験のみがされており、技能についての試験は行われていない。
- 2) 膨大かつ細部にわたる「知識」を問う問題に対応するため、6年次の一定期間、座学に多くの時間が費やされ、卒前の臨床実習の時間を確保することが困難となっている。
- 3) 毎回その都度、500題の新作問題が作成され、全国一斉に紙ベースで実施されている点、問題作成者と出題者が同一である点、など、試験の実施方式に改善の余地がある。
- 4) 医師国家試験を管轄する厚生労働省、卒前教育を管轄する文部科学省、卒前教育を実践する医学部（医科大学）の3者が対等な立場で、医師国家試験のあり方や改善について話し合う場がない。

提言

- 1) 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。なお、評価される知識、技能、態度のレベルは、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。

- 2) 「知識」に関する問題は、医師として卒後臨床研修を開始するのに最低限必要な基本的知識を問う問題とし、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出题する。CBT方式を採用し、問題数は200～300間で、1～2日間で行う。
- 3) 「技能」に関する試験は、医師として卒後臨床研修を開始するのに最低限必要な基本的技能および態度を問う技能試験とし、OSCEで行う。
- 4) 上記2)、3)を実際に行い、医師国家試験の結果を検証し、継続的な改善を行うための第3者機関を設置すべきである。
- 5) 受験生は、受験後、第3者機関から発行される成績をもって医師免許証の申請を厚生労働省に行い、厚生労働省は、その申請に基づいて免許交付の可否を判断する。
- 6) 医師国家試験としてのOSCEが、上記の第3者機関で実施できるようになるまでの期間は、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要件の一つとする。
- 7) 試験の実施から免許交付の時間的流れは、OSCEを6年次の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。
- 8) 厚生労働省、文部科学省、全国医学部長病院長会議の3者で、医師国家試験のあり方について協議する。

第2章 医学部（医科大学）の卒業後における検証と提言

1. 初期臨床研修制度

検証

- 1) 平成16年度から導入された現制度の課題の整理と検証が充分なされていない。
- 2) 検証すべき課題として例えば、
 - ①卒前教育、初期・後期（専門）研修の到達目標における整合性や継続性に問題がある。
 - ②初期臨床研修を通じて多様な疾患を経験して基本的な臨床判断能力を修得するための臨床研修病院群の形成が必ずしも十分ではない。
 - ③研修修了者の臨床能力などの適正な評価が十分になされていない。研修制度設計を常に改善するシステムも確立していない。また、研修施設基準の緩和に伴い、研修の質の低下も懸念されている。
 - ④医学研究者、殊に基礎医学研究者を養成する視点が欠如している
- 3) マッチング制度の準備活動が卒前高学年の学習を阻害している。

提言

- 1) 初期臨床研修制度そのもののあり方を含め、医師養成全体の教育プログラムをみなす必要がある。卒前教育、初期・後期（専門）研修の到達目標を精査し、一貫した内容とする。また、卒前、卒後の医師養成プログラムを充実することにより、初期臨床研修を義務でなく選択とする。
- 2) 臨床医養成の初期段階としての研修の目的は、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、処理など対応策を策定する臨床能力を涵養することである。これは医学的な知識を使いこなす能力の開発であり、臨床医としての基本的な能力である。この基本的臨床能力を養成することを研修目標とすべきである。
- 3) 大学病院、中核病院、地域病院、診療所などからなる臨床研修病院群を形成し、初期研修で重症から軽傷、Common Diseaseおよび難病、さらに、一次・二次・三次救急疾患など広いバリエーションの疾患を経験して基本的な臨床判断能力を修得できるようにする。
- 4) 研修修了者の臨床能力などを適正に評価するシステムを構築する。また、研修制度全体を評価して再設計できるようなシステムを確立する。研修施設基準の強化も必要である。
- 5) 医学研究者、殊に基礎医学研究者の養成を推進するため、初期研修を自由に選択できるような制度とする。
- 6) マッチングを目的とした病院見学や採用試験などが学生の学習を妨げないようにする。

2. 専門医・高度専門医療人の養成

検証

- 1) 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、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。現在第3者機関が立ち上がりその準備を進めているが、現時点で、十分機能しているとは言いがたい。
- 2) 大学病院での研修の目的には、専門医・高度専門医療人（総合診療医を含む）を養成すること、研究的視点を持つ臨床医、臨床研究者を養成することなどがある。

提言

- 1) 日本専門医制度評価・認定機構などの第3者機関を適切に機能させ、各専門学会と協調し、早急に専門医制度を確立することが望まれる。
- 2) 研究的視点を持つ臨床医、臨床研究者を養成するために、大学を中心に地域の医

療機関の医師が大学をローテートするプログラムを構築する。そのためにも、社会人大学院制度を今後更に発展させるべきである。

3. 医学研究の振興と大学院の充実

検証

- 1) 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。
- 2) 基礎系大学院の充実については、MD-PhDプログラム（医師の教育課程と研究者養成課程をミックスしたプログラム）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必要とされているが、これらの対策は未だ不十分である。
- 3) 臨床系大学院については、研究者養成コース、高度専門医療人養成コースなど目的を明確にして、それぞれにあったプログラムの提供が必要であるが、各大学の取り組みは未だ十分とはいえない。
- 4) 修士課程の設置によって、基礎医学の分野への進学者の増加による基礎研究の振興も期待されていたが、現時点でその効果はみられていない。一方で、大学院博士課程には社会人入学生の割合が大きくなり、修士課程の学生指導とあわせて大学院担当教員の負担が過重となりつつある。

提言

- 1) 基礎系大学院への進学者を増加させるために、MD-PhDプログラムの設置の他にも各大学に特徴あるMD研究者養成プログラムをつくること、AO入試（Admission Office入試：口頭試問などの学力以外の入試事務局による入学試験）などによって入学段階で研究者志向の学生を確保すること、などの取り組みを図る。
- 2) 基礎医学の研究者をめざす人材に対しては、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が必要である。
- 3) 臨床系大学院では研究者養成コース、高度専門医療人養成コースなど、目的を明確にして、それぞれに適切なプログラムを提供する。研究者養成コースでは、基礎系大学院との連携を密にして、臨床系大学院から基礎医学の研究者が生まれることを促進する仕組みも求められる。また、真の臨床研究を推進するために、臨床系大学院の中に、臨床疫学や長期追跡研究などを目標とする臨床研究コースの設置も必要である。
- 4) 研究室での大学院生への指導体制の確立のために、大学院の専任教員を増員することが必要であり、臨床各科においても研究指導を主任務とする教員の確保を考慮すべきである。

4. 生涯教育

検証

- 1) 医学の急速な進歩、医療の高度化、複雑化、さらに医療安全に対する社会からのニーズにより、医師に求められる医療レベルは常に変化し、高度化している。
- 2) 医師免許を取得し、専門医として認定された後にも、安全、安心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が求められているが、体系化したシステムの構築が不十分である。

提言

- 1) このような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養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、大学病院などの責務の一つである。
- 2) これにより、医師が自らの専門性の充実を図りつつ、大学、地域の病院、診療所などによりネットワーク化された様々な医療現場で能力を発揮しえるようになり、地域の医療を支えるとともに将来の医師を養成する体制整備にも繋がる。大学は学会、医師会、病院協会などと連携して、このような地域医療ネットワーク形成と充実に協力する必要がある。

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. 大学病院での総合診療及び救急部門教育体制の構築と充実

検証

- 1) 大学病院の「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。
- 2) 総合診療部門が一つの独立した診療部門・講座と位置付けられていない大学もある。
- 3) 医師の地域偏在、診療科偏在が課題となっている中、地方のみならず首都圏においても救急・産科・小児科など過酷な勤務を強いられる診療科の医師が減少傾向にあり、国民の医療に対する不安を助長している。
- 4) 最近の若手の医師は、過酷な勤務環境の診療科勤務を避け、当直勤務や重症患者の少ない楽な診療科を選ぶ傾向が強くなっている。

提言

- 1) 総合診療部門は、診療部門として大学病院に位置し、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) わが国の国情に合った総合診療部門を全ての医育機関に設置することが望まれる。

- 3) 学生教育の中で、救急医療、産科、小児科等、医師が忌避しがちな診療科の魅力を伝えとともに、人材と資金を集中させることにより、夫々の診療科の活力を向上させる必要がある。医師不足による一層の勤務負担の増大による悪循環を断つ必要がある。
- 4) 医師の社会的使命、医師としての歓び、誇りを自覚させ、涵養する教育を充実させること。また、それに対する何らかのインセンティブを付与する必要がある。

2. 医学教育の国際基準とわが国の医学教育の分野別認証

検証

- 1) 機関認証としての大学評価は、大学基準協会、大学評価・学位授与機構、日本高等教育評価機構により行われ、わが国の医学部を持つ大学は7年周期でこの機関認証を受けている。
- 2) 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。またこの医学教育に特化した分野別質保証（プログラム評価）を行う組織も存在しない。
- 3) 米国、カナダにおける外国人医学部卒業生を対象とした医師資格国家試験を担当する委員会であるECFMG（Education Commission for Foreign Medical Graduates）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、わ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

- 1) 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。
- 2) 卒前医学教育に特化したプログラム評価を行う組織を設置する必要がある。
- 3) 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. プロフェッショナリズムとキャリア・ディベロップメント

検証

- 1) 医師にはプロフェッショナリズムに力点を置くキャリア・デザインを自ら作成することが求められているが、そのような教育環境が整備されてこなかった。
- 2) 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

- 1) 医学教育センターのような、その施設における医学教育部門が中心になって、明確なプロフェッショナリズム教育プログラムを構築し、継続的な教育への取り組

みを推進する。

- 2) 女性医師養成には、従来の一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

- 1) 日本には、卒前の医学教育の質を担保する組織がない。例えば、米国の医科大学評価委員会であるLCME（Liaison Committee on Medical Education（米国）医学教育連絡委員会）や、医師免許資格試験ステップ1, 2を統括する機構であるNBME（National Board of Medical Examiners（米国）医師免許試験委員会）などである。
- 2) わが国の卒後教育に関しては、初期臨床研修については、卒後臨床研修評価機構が、後期専門医教育については、日本専門医制評価・認定機構がそれぞれ存在するが、米国の卒後研修を統括する評議会であるACGME（Accreditation Council for Graduate Medical Education卒後医学教育認証協議会/卒後医学教育認可評議会）に比較して、財政的・人的基盤は極めて脆弱である。
- 3) 日本の医学部・医科大学は平成20年度～平成23年度にかけて1,298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教育環境改善がなされていない。
- 4) 医学教育部門の設立が進んでいるが、教員任用が適切になされておらず、少数の教員に対する教育負担が過剰になっている場合が少なくない。
- 5) 教員の教育能力開発であるFD（Faculty Development教員研修）はある程度普及しているもののその体系的な実施は不十分である。教育担当事務職員への研修であるSD（Staff Development職員研修）はその緒についたばかりである。

提言

- 1) 卒前教育改革には、米国のLCMEに加え、NBMEに相当する組織が必要である。
- 2) 卒後初期臨床教育と後期専門医教育について、米国のACGMEに相当する組織が必要である。
- 3) 医学部定員増に見合う、教員と教育設備の一層の充実が早急に解決されなければならない。
- 4) 医学教育部門では、卒前教育に限らず、初期臨床研修や医師の生涯学習にも関与すべきである。そのためにも、①エフォートの比率を明確にした兼任教員を増やすこと、②全ての教員・臨床指導医に対しFDを義務化することなどにより体系的なFDを構築すること、③教育・研修担当の事務職研修の実施ないし支援を行う

こと、④卒前・卒後・生涯学習にまたがるスキルス・ラボ（技能トレーニング施設）やe-Learningシステム、地域の医療施設などの学習環境を整備し、大学内だけでなく広く地域の医師にも学習環境を提供していくべきである。現状においては、これらが欠けており充実・改善すべきである。

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

- 1) 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。
- 2) 平成20年以降、既存の医学部（医科大学）は1,298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。
- 3) 今回の定員増により、医師数は平成44年には経済協力開発機構であるOECD（Organisation for Economic Co-operation and Development）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。
- 4) 教育体制の確保には、優秀な教員と十分な設備が必要である。医学部が新設されれば地域で活躍している多くの医師が教員として採用される可能性があり、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。
- 5) 18歳人口が急激に減少する中、医学部入学定員を増やすことにより、学生の資質の低下が危惧される。

提言

- 1) 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。
- 2) 医学部の新設には、問題点が多く、慎重な対応が望まれる。
- 3) 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など）を作るべきである。

本グランドデザインの中で引用されている主要文献

1. 「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」全国医学部長病院長会議 平成19年9月発行
2. 「平成21年度医学教育カリキュラムの現状」 全国医学部長病院長会議平成22年5月1日発行
3. 「わが国の大学医学部（医科大学）白書2009」 全国医学部長病院長会議 平成21年5月発行
4. 「わが国の大学医学部（医科大学）白書2010」 全国医学部長病院長会議 平成23年5月発行
5. 中央教育審議会「学士課程教育の構築に向けて（答申）」平成20年12月24日答申
6. 「モデル・コア・カリキュラム22年度改訂版」 平成23年3月提示
7. 平成18年度医道審議会医師分科会・医師臨床研修部会資料 平成18年12月提示
8. 平成20年度厚生労働省科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「試験問題プール制の推進等国家試験の改善に係る研究」分担研究「OSCEの実施に関する研究」報告書（研究分担者：畑尾正彦、伴信太郎）平成21年3月報告
9. 「地域医療支援センター（仮称）」平成22年8月厚生労働省から提案
10. 「提言 医師養成過程におけるプロフェッショナリズム教育の導入と具体化について」. 第16期 倫理・プロフェッショナリズム委員会：日本医学教育学会 医学教育 第42巻2号 p123-126 平成23年4月
11. ACP（American College of Physicians）日本支部の翻訳<http://acpjc.naika.or.jp/jpnchap/Pro.html>
12. 「医学生の実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示」臨床実習検討委員会、厚生省健康政策局、平成3年5月13日

本ブランドデザインの中で使用されている略語

AAMC : Association of American Medical Colleges アメリカ医科大学協会

ACGME : Accreditation Council for Graduate Medical Education 卒後医学教育認証協議
会/卒後医学教育認可評議会

AMEWPR : Association for Medical Education in the Western Pacific Region 西太平洋
地区医学教育連合/西太平洋地区医学教育連盟

AO : Admission Office 入試担当オフィス

CBE : Computer-Based Education コンピュータを用いた教育

CBT : Computer-Based Testing コンピュータを用いた客観試験

CME : Continuing Medical Education 医師の生涯教育

CPD : Continuing Professional Development 継続的専門能力開発/継続能力開発

DORA : Directory of Organization that Recognize/Accredit Medical Schools 医学部認証
機関登録簿

ECFMG : Education Commission for Foreign Medical Graduates 外国医学部卒業生試験
委員会

EPOC : Evaluation System of Postgraduate Clinical Training オンライン卒後臨床研修評
価システム

FD : Faculty Development 教員の教育能力開発

IPE : Inter-Professional Education 多職種連携教育/専門職連携教育

JBMS : Japanese Board of Medical Specialties 日本専門医制評価・認定機構

JCEP : Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training
卒後臨床研修評価機構

LCME : Liaison Committee on Medical Education (米国) 医学教育連絡委員会

NBME : National Board of Medical Examiner (米国) 医師免許試験委員会 OECD :
Organization for Economic Co-operation and Development
経済協力開発機構

OSCE : Objective Structured Clinical Examination 客観的臨床能力試験

PBL : Problem-Based Learning 問題基盤型学習

SD : Staff Development 職員能力開発

TBL : Team-Based Learning チーム基盤型学習

USMLE : United States Medical Licensing Examination 米国医師免許試験

WFME : World Federation for Medical Education 世界医学教育連盟

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

はじめに

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

- 1) 入学者選抜とアドミッションポリシー
- 2) 入学者定員と医師偏在

2. ステップ I：臨床実習前教育

- 1) 医学生に必要な基礎教育
- 2) 基礎医学と臨床医学との統合カリキュラム
- 3) 学習方略の多様性と充実
- 4) 共用試験と大学独自の評価
- 5) リサーチマインドの涵養と基礎医学・社会医学の担い手の養成

3. ステップ II：臨床実習教育

- 1) 診療参加型臨床実習内容充実と学生の医行為
- 2) 地域医療実習の充実：地域病院や診療所などとの連携による地域基盤型教育の導入
- 3) 全国レベルでの卒業時到達目標の設定と評価

4. 医師国家試験の改革

- 1) 医師国家試験の現状
- 2) 現行の医師国家試験の問題点
- 3) 理念の再確認
- 4) 医師国家試験の内容と方法の改革
- 5) 改革実現のための課題

第2章 医学部（医科大学）の卒業後における検証と提言

1. 初期臨床研修制度

- 1) プライマリ・ケア重視から基本的臨床能力重視へ
- 2) マッチングの影響
- 3) 課題の整理と見直しへの提言
- 4) 大学病院での臨床研修

2. 専門医・高度専門医療人の養成

- 1) 専門医・高度専門医療人養成（総合診療医を含む）の構築と充実

- 2) 大学病院の地域医療への貢献
- 3. 医学研究の振興と大学院の充実
 - 1) 基礎系大学院の振興
 - 2) 臨床系大学院のあり方
 - 3) 魅力ある大学院の構築
- 4. 生涯教育
 - 1) 生涯教育の充実
 - 2) CPDプログラムの構築とキャリア・デザイン
 - 3) CPDにおける大学病院の役割と地域における医師支援、地域医療ネットワーク構築

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. 大学病院での総合診療及び救急部門教育体制の構築と充実
 - 1) 横断的総合診療部門
 - 2) プライマリ・ケア教育
 - 3) 全人的医療教育
 - 4) 救急医療、産科・小児科医療等の崩壊への対応
- 2. 医学教育の国際基準とわが国の医学教育の分野別認証
 - 1) 医学教育の分野別質保証
 - 2) 医学教育の国際基準
 - 3) 医学教育における分野別質保証と大学認証
- 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
 - 1) 医のプロフェッショナリズムと生涯教育
 - 2) 女性医師養成とキャリア・ディベロップメント
 - 3) 医師養成教育と支援プロセス
 - 4) 医師雇用と環境整備
- 4. 教育環境の整備
 - 1) 教育環境をサポートする組織の確立・充実
 - 2) 医学教育部門の充実
- 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
 - 1) 既設医学部（医科大学）の定員増による対応の妥当性
 - 2) 医学部（医科大学）新設に関わる教育研究体制の質の確保について
 - 3) 学生の医療人としての資質の確保
- 4) 医師、診療科の地域偏在の是正

まとめ

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

はじめに

全国医学部長病院長会議（AJMC）は平成19年9月に当時大きな社会問題となっていたわ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、『我が国の医師養成システムのあり方のためのグランドデザイン』をまとめ広く関係機関に問題点の根本的解決のために以下の8点の提言を行った。

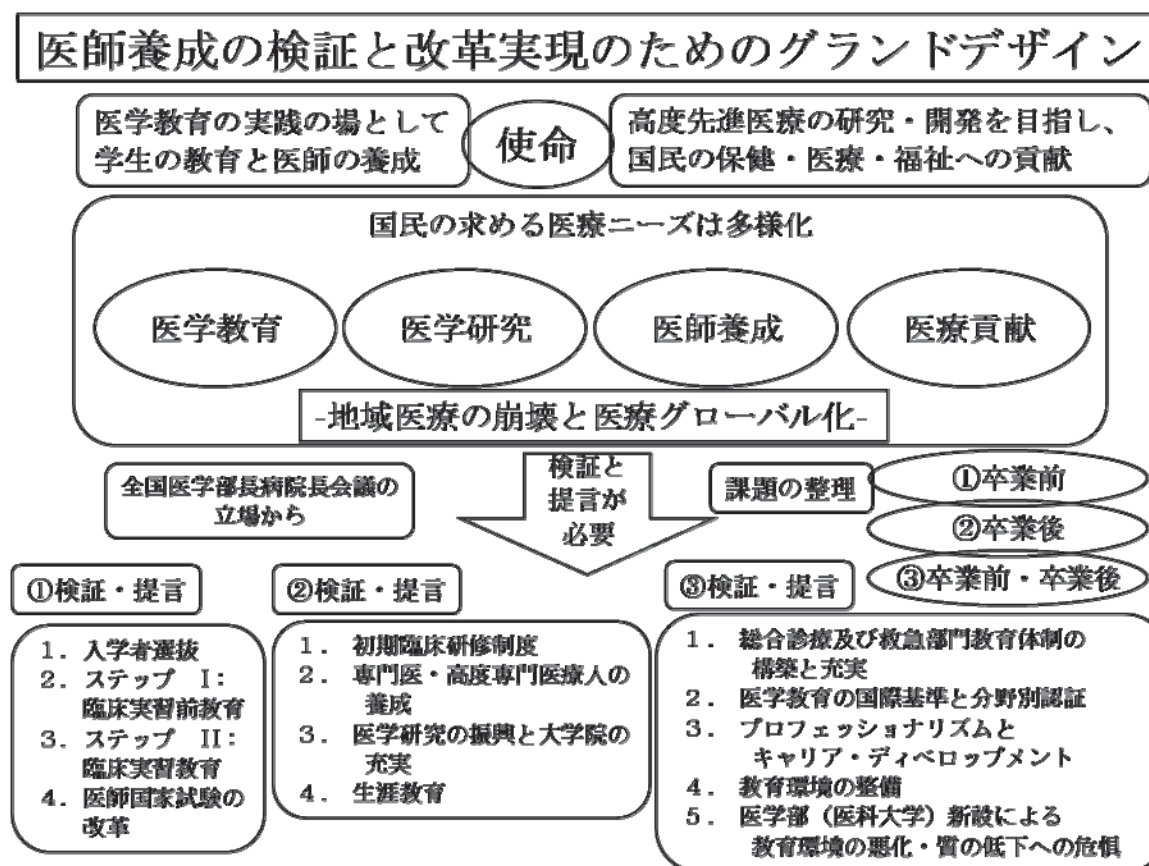
1. 医学生 of 臨床実習開始前の医学知識、技能の評価、認定制度（共用試験）の実効性のある資格制度としての確立、
2. 医学生の医行為実施の法的整備による診療参加型臨床実習の充実、
3. 全国共通の卒業時の到達目標の設定と評価の義務付けによる、医師国家試験の見直し（技能・態度を問う試験の導入）、
4. 新臨床研修制度の理念の見直し；「プライマリ・ケアに対応出来る臨床能力の涵養」から、「基本的臨床・診療能力の涵養と専門的研修の導入期としての位置付け再編」、
5. 研修指定病院基準・マッチング制度の見直しと地域別定数及び厳格な評価の導入、
6. 専門医・高度医療職業人養成制度の構築と充実、
7. 医学研究の低迷と基礎系、臨床系大学院の充実
8. 継続性をもった生涯教育の充実。

大学医学部・医科大学の使命は、教育・研究の実践の場として学生の教育と医師養成を直接行い、併せて高度先進医療の開発と提供、国民の保健・医療・福祉への貢献を行うものであり、その社会的責任は大きい。そのためには①医療という職業を行う者に求められている倫理観に裏打ちされた医療技術の獲得に必要な研修を実施し、②得られた知識・技能を生涯にわたり維持していくための弛まぬ自己研鑽・自己学習能力を有する医師を一貫性と継続性をもって養成する必要があると考える。

平成19年当時社会問題となっていた①都市と地方における医師分布のアンバランス、②地域における医師の寡少化と地域医療の崩壊、③特定領域における医師志願者の減少などが国民の健康管理に直接影響を及ぼしているのみならず将来の国民の健康福祉の大幅な後退につながる緊急かつ重大な問題であると指摘し、グランドデザインに基づいた

改革実行の必要性を問うた。これら3課題は現在も大きな社会問題として存続している。一方、国際社会のグローバル化の波は医療のみならず医学教育、医師養成のシステムそのものにも多くの影響を与えており、その内容と我々の今後の方向性との整合性の解析を緊急に行う必要がある。今回のグランドデザイン作成の到達目標は『医師偏在に伴う地域医療崩壊と医療のグローバル化の中で』の全国医学部長病院長会議の立場から現状の検証を行い、問題点を整理し医師養成のさらなる改革実現を図ることを目的とした。全国医学部長病院長会議は日本全国の国立、私立、公立大学の総合体であり、本グランドデザインはこれらの大学に共通する立場を基本として個々の課題に対する検証と提言が行われている。しかし、個々の大学は各母体組織に特化した問題点も多々あり、それに基づく課題の整理、検証、提言などが今後なされ、報告されることが期待される。

本グランドデザイン冊子は医学部（医科大学）の①卒業前の課題、②卒業後の課題、③卒業前と卒業後の両方にまたがる課題の検証と提言の3章に分け構成されている。



第1章 医学部（医科大学）の卒業前教育における検証とグランドデザイン

1. 入学者選抜

医療を実践するのに必要な知識や技能が日々増加し、高度化する中、医学部入学者にはそれらを生涯にわたって継続的に学習し、習得するために必要な基礎学力と知的能力を有することが不可欠である。同時に、国民から期待される良医を養成するという観点から、望ましい医師としての資質、具体的には医学・医療を通じて社会に貢献するという明確な目的意識や情熱、能動的な学習態度、コミュニケーション能力に富み、他者を尊重し、他者の立場で考え、協調して行動できる態度、調和のとれた豊かな人間性と偏らない判断力、時代の変化への適応力、他者と共感できる人間性を有していることも医学部入学者には求められる。入学者の選抜に当たっては、これらの視点を重視して行うことが重要である。

1) 入学者選抜とアドミッションポリシー

(1) アドミッションポリシー

医学部の入学者選抜は、各大学のアドミッションポリシー（受験生に求める能力、適性などについての考え方をまとめた入学者受入方針）に基づいて実施されるべきである。アドミッションポリシーは、各大学の教育目標（卒業時アウトカム）を示したディプロマポリシー、教育目標を達成するためのカリキュラムに関する基本的な考え方を示したカリキュラムポリシーと三位一体をなす。各大学は、これら3つのポリシーをホームページなど適切な方法で公表すべきである。特に、アドミッションポリシーについては、各大学が求める学生像や医学部教育を受けるのに必要な学習内容（高等学校段階で習得しておくべき内容、履修すべき科目）などを、募集要項などを通じて受験生に明示するとともに学内の教職員にも周知することが必要である。現在、アドミッションポリシーはほとんどの大学で公開されているが、ディプロマポリシー、カリキュラムポリシーとともに示している大学は少ない。各大学は、それぞれのミッションを自ら見直し、これを3つのポリシーとして広く社会に明示すべきである。

(2) 入学者選抜の現状

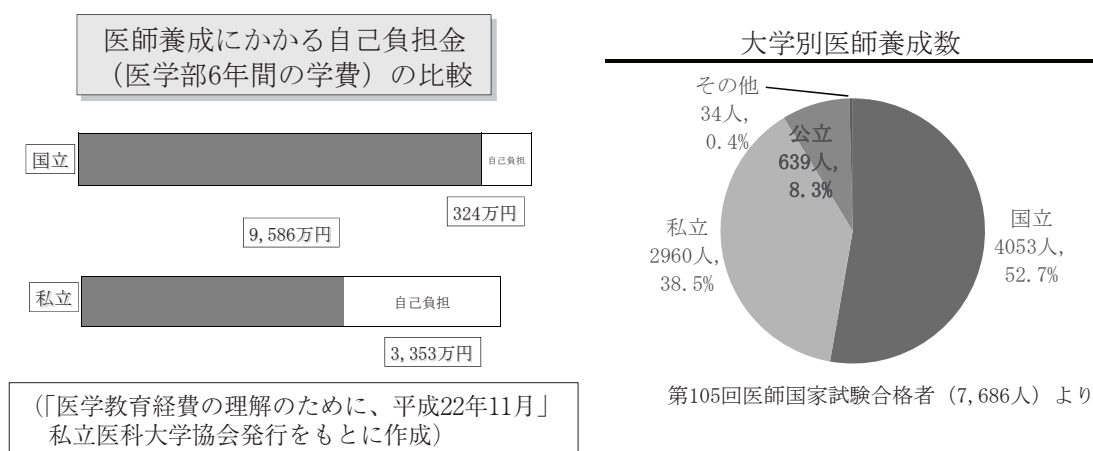
中央教育審議会が平成20年12月24日に出した「学士課程教育の構築に向けて（答申）」によると、少子化と入学定員の拡大が進行することに伴い、大学の志願者のほとんどが入学できる状態（いわゆる「大学全入」）になっており、これに伴う高校生の学習意欲の低下が懸念される。また、高等学校における必修科目の未履修問題も問題視されている。大学生の学力低下に関する大学教員に対する意識調査では、61%の教員が、「学力低下が問題となっている」、と回答しており、科目知識、基礎的能力が低下していると

考えている教員はそれぞれ66%、68.6%にのぼっており、学力低下の具体的内容としては、主体性の欠如、論理的思考能力欠如、日本語の基礎学力の低さ、が上位3位を占める。

医学部入学者に関しては、「平成21年度医学教育カリキュラムの現状」（全国医学部長病院長会議発行）によると総定員数8,147人に対して、総受験者数は98,024人であり、定員数より受験者数が大幅に上回る状況が続いている。設立母体別に見た総受験者数は、国立27,890（倍率5.63）、公立3,184人（倍率3.95）、私立66,950人（倍率13.4）で、私立の競争倍率は国立に比べて2倍以上の狭き門となっている。このことから、他学部に比べて医学部においては、入学者選抜において学力水準の比較的高い学生を選抜できる状況にある。しかしながら、第3章の5. で詳しく述べるように、入学定員増の影響もあり、入学生の質の確保が重要な課題となっている。

一方、わが国の医師養成は、学士編入学制度を導入している一部の医学部（医科大学）を除くと、大部分は6年制医学部に入学することを基本としている。医師養成機関である医学部は、国立43校、公立8校、私立29校からなるが、第105回（平成22年度）医師国家試験合格者から見た医師養成数は、国立4,053人（52.7%）、公立639人（8.3%）、私立2,960人（38.5%）、その他34人（0.4%）であり、わが国では、医師の約1/2を国立が、約1/3を私立が養成していると言える。

医学部6年教育で一人の医師を養成するのに約1億円の経費がかかると言われる。学生一人が医学部に納入する6年間の学費納金は、私立の場合は平均3,352.8万円である（「医学教育経費の理解のために 平成22年11月」私立医科大学協会発行）のに対して、国立の場合324.3万円であり、国立と私立の間には大きな格差がある。したがって、医学部入学に際して、保護者の経済力も一つの大きな要因となっており、医師にふさわしい多様な人材を受け入れるために解決すべき課題の一つになっている。



(3) 選抜方法の改善

入学者の選抜方法に関しては、基礎学力や知的能力を判定する学力検査のみに頼ることなく、医師として望ましい資質を評価するために、面接、小論文、高等学校長からの調査書、適性検査などの活用に加え、推薦入学やAO入試の導入など、選抜方法の多様化、評価尺度の多元化を進めることが必要である。また、受験生の資質や目的意識、意欲、ボランティア経験などについて時間をかけてきめ細かく判定する工夫（例：カナダの全ての医学部では入学者選抜に際してmultiple mini-interviewという10～12のOSCE形式のミニインタビューをおこなって、倫理観、コミュニケーション能力、協調性などを評価している）も望まれる。この際、入試科目の種類・内容については、アドミッションポリシーに基づいて適切に定め、募集要項などに予め記載しておくべきである。さらに、医師として望ましい人材の選抜については、選抜方法の改善にとどまらず、高等学校教育と医学教育との接続を改善（高等学校教育から医学教育への円滑な移行）するという観点から、大学医学部と高等学校の連携の充実や取組の改善を図ることも重要である。各大学は、これらのことを念頭に、選抜方法の改善に取り組む努力を試みている。その内容については、「わが国の大学医学部（医科大学）白書」（全国医学部長病院長会議発行）に詳細なアンケートの集計結果が公表されている、各大学がさまざまな工夫をしている様子が見えてくる。

入学者選抜において採用されている選抜方法

	全体	国立	公立	私立
大学入試センター試験と各大学が独自に出題する学力試験	62	42	8	12
面接	58	38	7	15
高校の推薦書	9	3	0	6
小論文	46	18	5	23
その他	38	17	2	19

わが国の大学医学部（医科大学）白書2009年（全国医学部長病院長会議）より

入学者選抜において採用されている選抜方法

	全国	国立	公立	私立
回答校（校）	80	43	8	29
大学入試センター試験	61	42	8	11
各大学が独自に出題する学力試験	79	42	8	29
面接	74	40	8	26
高校の推薦書	11	1	3	7
小論文	48	20	4	24
推薦書	4	0	1	3
その他	29	14	1	14
計	306	159	33	114

わが国の大学医学部（医科大学）白書2010年（全国医学部長病院長会議）より

なお、多様な人材を受け入れ、医師となる意欲と資質を真に有する人材を確保するという観点から、医師を養成するために必要な経費の負担のあり方について再検討する必要がある。この際、医師となるために自己負担しなければならない経費に対しては、奨学金制度の拡充と充実をはかるなどの対策も重要である。現在、医学部学生が利用可能な奨学金としては、(1) 日本学生支援機構（旧育英会）による奨学金、(2) 自治体による奨学金、(3) 各大学が独自に行っている奨学金や特待生制度、などがあるが、十分とはいえない。

(4) 入学者の追跡調査と評価

入学後の学業成績、学習態度、課外活動の状況、卒業試験や医師国家試験の成績、卒後臨床研修の目標達成度、大学院あるいは専門医研修の状況、生涯学習の状況、医師としての活動、などについての追跡調査と評価を、一人ひとりの入学者について実施し、各大学のミッションの達成状況を検証すべきである。しかしながら、現状ではこのような追跡調査を実施している医学部はごく限られている。評価に際しては、教官（員）のみで行うのではなく、学生同士によるピアレビュー、コメディカルスタッフや患者による評価なども取り入れるとともに、学力以外の態度やマナーなどについても評価対象とし、360度の多面的な評価・点検を行うことが重要であり、その結果に基づいて、教育活動の改善に取り組むべきである。

2) 入学者定員と医師偏在

(1) 「地域医療貢献、医師偏在問題」と「必要な総医師数問題」の違い

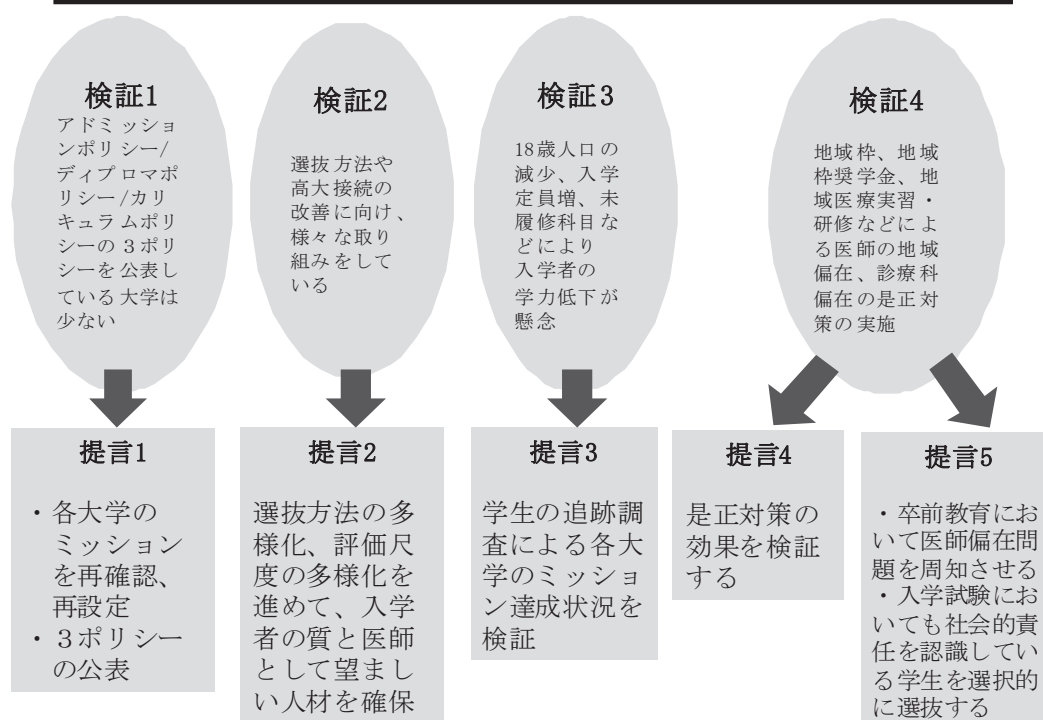
仮にわが国の総医師数が総需要に対して不足しているとしても、「地域医療貢献」「医師偏在」問題を放置したままで医学部増設、あるいは医学部入学者の定員増を行うと、新たな大問題が生じる。仮に医師数が必要数の80%しか充足されていない分野・地域の医師数を、医師養成数を増やすことで充足率100%にするには、単純計算では医師養成数を1.25倍に増やす必要がある。しかし、その結果、現在医師数が足りている分野では必然的に+25%の医師数過剰状態が生じることは不可避である。「偏在問題」は「必要な総医師数問題」とは全く別途に論じられなければならない。

(2) 「医師偏在問題」の改善

「医師偏在問題」の改善には、現在でもいくつかの対策が試みられている。入学定員における地域枠、地域枠奨学金制度、医学生への地域医療実習の実施、出身大学地域での臨床研修の促進、臨床研修プログラムへの地域医療（その地域の実情に沿った）研修の導入など卒前・卒後カリキュラムの改善や、小児科、産科、救急診療での診療報酬の見直しなどの医療システムの改善などが行われている。今後、これらの対策がどのように医師の地域偏在や診療科偏在を是正していくか注視していく必要がある。

医学部も卒前教育カリキュラムを通して、それぞれの医学部が持つ地域貢献のミッションを医学生に伝え、また、地域で活躍するために必要な基本的臨床能力を臨床研修への連続性の中で身に付けさせる教育を行うとともに、医学生に医師の地域偏在の現状や診療科偏在の事実を伝え、医学生自身が医師として国民に貢献すべき存在であるという社会的責任の自覚を持たさなければいけない。そのためにも、医師の社会的責任を認識する受験者を入学させる入学試験システムを構築していく必要がある。

入学者選抜，アドミッションポリシー，入学者定員と医師偏在



2. ステップ I：臨床実習前教育

「わが国の医学部（医科大学）白書2009」（全国医学部長病院長会議）によれば、「一般（教養）教育は、必要だけれども教員のマンパワー不足などを背景として効果的に行なうのがかなり困難なようである。準備教育モデル・コア・カリキュラムに準拠し基礎学力の低下を補完する教育を重視して、今後、この一般（教養）カリキュラムを変更あるいは変更を検討している大学が6割を超えている。医療人としての人格形成を目的として、初年次での医療体験実習やボランティア活動、コミュニケーション能力を涵養する教育などを重視したカリキュラムを導入している大学は8割に達している。」と教養教育でのアウトカム設定と教員確保に困難を抱えつつも、初年次教育、特に暗記中心の受験勉強から課題発見・問題解決能力への移行、経験学習（学外体験実習）、コミュニケーション教育の導入に多くの大学が積極的に取り組んでいることがうかがえる。

1) 医学生に必要な基礎教育

大学教育の大綱化により、6年間の医学部教育の中で目に見えて大きく変化したのは一般教養教育であろう。その変化は時間的短縮にとどまらず、内容的にも変化した。リベラルアーツの大きな目的は、将来に向けてスケールの大きな人間に育つよう人間性を育むことである。しかし、2009年度版「医学教育カリキュラムの現状」（全国医学部長病院長会議）をみると、一般教養教育は、はじめの1年間に集約しておこなわれており、内容的にも医学を学ぶための準備教育に重点がおかれている。従前の医学進学課程では、

学生がその後の医学教育を受けるための準備教育だけでなく、むしろ人間性を育くむリベラルアーツ教育に重点が置かれていた。しかしながら、平成13年に発表された「準備教育モデル・コア・カリキュラム」が準備教育に焦点を当てたものであったため、リベラルアーツについての十分な議論が教員間で行われず、また、学生だけでなく医学専門教員からも早期の医学教育開始を求める声も強かったこともあり、一般教養教育に割く時間の短縮が行われたさらいがある。特に臨床実習週数を増やすために、基礎医学教育の早期化が必要になったのも教養教育の短縮化に拍車をかけた。医学教育が問題解決型学習を取り入れるようになると、低学年から問題発見・課題解決学習への導入が必要になり、基礎医学知識の学習前に行えるコミュニケーション教育、学外体験学習などが低学年のカリキュラムに組み込まれるとますます一般教養教育が圧迫されることとなった。

医師になることを目指す学生に必要な基礎教育には、人間性涵養のための教養教育、医学を学ぶための準備教育、自律的学習ができるようになるための問題発見・課題解決教育、そして医師になる者としての態度習慣形成が含まれている。しかしこれらの能力は学生が身に付けた能力（コンピテンシー）として学習評価することが難しい。米国の教養教育大学ではOutcome-Based Curriculumを導入し、学生のコンピテンシーを育てる教育が行われている。今後、わが国もアウトカムの考え方でこの時期の教育を再構築していく必要がある。

準備教育として問題になるのは生物学未受験学生の問題である。今現在の入試制度では医学の学習に不可欠な生物学、物理学、化学の3科目を高等学校で十分履修しないまま医学部に入学してくる学生がかなりいる。生物学の知識がない学生は基礎医学カリキュラムで時に学習困難を抱える場合がある。物理学の学習が不十分な学生は生理学で扱う内容で理論的な理解を欠く場合も見受けられる。自然科学の学習内容については高大連携の観点および入学後の補修学習の観点から見直していく必要があろう。

2) 基礎医学と臨床医学との統合カリキュラム

カリキュラムは、大学の理念・目標を具現化するための基本をなす。当然、各大学のカリキュラムは個性をもち、多様であってしかるべきである。

医学教育モデル・コア・カリキュラムの提示以来、各大学では、何らの形で統合型カリキュラムを導入した。そのことにより、80医科大学・医学部は多くの点で類似性を共有した。特に、共用試験の導入が、一層そのことを加速化されたといえる。このことは、医学教育がグローバル化されていく現在では、当然の帰着とも考えられる。

統合カリキュラムは、歴史的な医学の発展と軌を一にした-ologyを中心とした医学教育の在り方に一石を投じた教育概念である。基礎医学と臨床医学を、一人の患者を中心とした統合的な医学教育に基本概念を変えた発想といえる。

統合カリキュラムには、基礎統合、臨床統合と基礎・臨床統合の2つのタイプの統合型カリキュラムがあるが、基礎・臨床統合の形態は人的資源の問題があり、完全に実施している大学は少ない。しかし、低学年における構造と機能を統合した形の基礎学力の向上や、臨床における臓器別統合カリキュラムの形態はとりやすい。今後は、基礎医学と臨床的な疾患や病態との関連づけに焦点をしばった学習形態をいかに構築していくべきかが大きな課題となろう。

基礎医学の実習形態も統合化の試みがなされ、一定の成果を上げつつある。今後、臨床症例のPBL（Problem-Based Learning）とカップリングさせた実習の試みも、学生のモチベーションを高める工夫として用いられるべきであろう。さらに、基礎医学の学習でスキルス・ラボ（技能トレーニング施設）を活用した診療技能学習を行うことも、基礎・臨床の統合に有効な手段と考える。例えば、循環生理学実習に循環器シミュレーションモデルの活用、腹部解剖学実習と腹部超音波実習、体表解剖学と採血実習、胸部解剖学実習と中心静脈穿刺トレーニング、頭頸部解剖学実習と経鼻胃管挿入トレーニングなどが挙げられる。

基礎医学と臨床的な疾患や病態との関連づけを重視した学習は、2・3・4学年にわたり基礎・臨床双方から意識的に行われる必要がある。

3) 学習方略の多様性と充実

臨床実習で医師になるものとして多くのことを学ぶために、臨床実習前教育では、知識、技能だけでなく、課題発見・問題解決能力やFitness to Practice（医師になる者として適切な行動が取れる）を涵養しなければならない。ここでは臨床実習前教育として初年次から臨床実習開始時まで継続して涵養する能力とその学習方法とについて述べる。

（1）初年次教育でのスタディ・スキルズ

初年次教育としては、①生命科学を学ぶための準備教育、②リテラシー（読み書きの能力）教育、③コミュニケーション能力の養成、④人間性・社会性教育（いわゆるプロフェッショナリズム「＝使命感を育てる教育」）が挙げられる。1年次教育の目的としては、これから専門教育を受ける上で必要不可欠な「学習能力の修得」が重視されよう。学習能力（スタディ・スキルズ）の修得は、受験勉強での暗記中心の学習から、自ら疑問を持ち、調べ、その内容の真偽性を吟味して、独自に理論的に問題を解決する策を講じる能力を身に付けるために必須であり、「転換期教育」として位置づけられる。初年次教育の中でも、人間としての成長、医療人としての人格形成に対し多くの医学部が改善を行っている。その主な内容は、医療体験実習・奉仕活動、コミュニケーション、プレゼンテーションの導入である。

(2) 人間としての成長

一般教養は1年次に集中して学習すべきではなく、2年次以降も継続して学ぶ必要がある。「教養教育」の定義は人により異なるが、「人間としての成長」をめざすものであり、単なる「常識としての知識の伝授」に止まるものではない。人間として成長するには、まず、「自分自身を知る」と「他者を知る」ことを体験的に理解することから始まる。このため、医学教育の始まる1、2年次に「自分自身を振り返り」、「他者を知る」ために、「生活する人間」と「他者との関わり」を学習の中心に据えての体験学習を準備する。知識としての「教養」修得の際も、情報に関する判断力や、意思決定力、想像力を育む教育法を用いて各学年で選択科目として取得することができるようカリキュラム構造を考える。

さらに入学時から、医療を取り巻く環境、社会環境における医療の役割と位置づけについて十分な教育を行なう必要がある。殊に①患者とはどういう「存在か」や、②医療は患者にどのようなことができるかなどの「患者学」、さらに③どのような医療があるか(救急外来、入院、介護、継続外来、生活支援など)、及び④政治と医療、社会における医療制度、医療に関する法律、医療改革などの社会的側面などを学べるようなプログラムが必要である。一方、コミュニケーションやチームワーキングの能力は青年期を通して継続して発達するものである。このため、1年次から臨床実習開始時にかけて臨床実習前教育期間に継続的カリキュラムを立てていく必要がある。特に1年次はその第1段階として、他者の多様性に対して、否定的になったり、防衛的になったりする様々な思いを抱える自分自身の感情の動きに焦点を当てたプログラムも導入すべきである。さらに、内省を促すためにも、コミュニケーションについての科学的なモデルや理論を明確に学習する機会も用意されるべきである。

医師になる者として適切な行動が取れる能力(Fitness to Practice)の教育は世界レベルでの医学教育課題である。2009年3月に英国のGeneral Medical Council とMedical School Councilは「Medical Students: Professional Values and Fitness to Practice」を発行し、医療者として適切な行動が取れる学生を育てることは医学部が持つ国民への責任とした。社会規範を犯したり、刑法上罰せられたりする医師は医学部在学中からその行動に問題があることが多いとされている。この課題はプロフェッショナリズム教育としてますます重要な医学教育の大きな課題となっていくであろう。

医の倫理に関する教育の現状をみると、多くの医学部で講義として実施されているが、クリニカルクラブシップに取り入れているのは23.1%にとどまっている。また、80%の医学部(国立35、公立8、私立21)では、独立した科目として授業が行われている(「平成21年度医学教育カリキュラムの現状」全国医学部長病院長会議)が、医療倫理教育担当が一貫してカリキュラムをもっているのは28%にとどまり、医の倫理の教育の重要性は認識されているものの、教育内容は医学部ごとにばらつきがあり、マンパワーも不足している(児玉知子、ほか. 医学教育 40:9-17, 2009)。

医療倫理に関する教育の実態

1. 医療倫理教育の形式（複数回答可）

	全国	国立	公立	私立
回答校（校）	80	43	8	29
1. 講義	78	42	8	28
2. チュートリアル	27	16	2	9
3. 学内臨床実習中	28	15	1	12
4. 学外関連施設での臨床実習中	11	8	0	3
5. その他	9	4	1	4
計	153	85	12	56

2. 医療倫理教育の評価方法

	全国	国立	公立	私立
1. 筆記試験	35 43.8%	19 44.2%	4 50.0%	12 41.4%
2. レポート	28 35.0%	15 34.9%	1 12.5%	12 41.4%
3. 口頭試問	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
4. その他	17 21.3%	9 20.9%	3 37.5%	5 17.2%
計	80 100.0%	43 100.0%	8 100.0%	29 100.0%

3. 医療倫理教育を臨床・クラークシップに取り入れている

	全国	国立	公立	私立
回答校（校）	78	42	7	29
1. はい	18 23.1%	11 26.2%	3 42.9%	4 13.8%
2. 検討中	20 25.6%	13 31.0%	1 14.3%	6 20.7%
3. いいえ	40 51.3%	18 42.9%	3 42.9%	19 65.5%

4. 医療倫理教育の目標達成を共用試験や医師国家試験等で確かめることに賛成ですか

	全国	国立	公立	私立
1. はい	35 43.8%	18 41.9%	1 12.5%	16 55.2%
2. どちらともいえない	39 48.8%	21 48.8%	6 75.0%	12 41.4%
3. いいえ	6 7.5%	4 9.3%	1 12.5%	1 3.4%
計	80 100.0%	43 100.0%	8 100.0%	29 100.0%

「わが国の大学医学部
医科大学）白書 2010」
全国医学部長病院長会議
平成23年5月発行

本来ならば、医師として不適格な者が入学試験をくぐりぬけられないように、大学は最大限の努力を注ぐべきである。一方、大学が入学を許可した以上は、安易に「不適格者」と判定するのではなく、医学・医療の意義を十分に学ばせ、専門課程で学ぶためのモチベーションを高めるよう工夫をこらすべきであろう。入学試験での論文試験や（時間をかけ、専門教育の教授以外の他領域教員、カウンセラーも含めての）面接試験、さらには適性能力試験の導入も提案されているが、これらの検討も必要である。

現実問題として入学試験で医師不適格者を発見し、入学を未然に防ぐ事は困難なことが多い。そのため、次善の策として不適格者を入学後できるだけ早期に発見する必要がある。近年、医学部入学者の人格傾向と入学後の学業成績および医師になってからの問題行動との関連が外国では研究テーマとなっている。入学後に目的を見失い、結果として不適格者になるような例も多い。他学部と連携するなど、これらの不適格者に自分に最も合った道を示すことができるよう、また、キャリア・カウンセラーなどの支援者の配置など新たな方策を講じる必要がある。

この際、入学後に判明した医師不適格者の定義が必要かと思われる。たとえば、①道

徳的あるいは常識的な素養に欠ける学生、②周囲の人間（医師、看護師などのコメディカルや患者など）と円滑な人間関係や基本的な意思疎通が取れない学生、③あまり勉強しない（あるいは勉強することができない）学生などがあるが、これらの学生に対しては、その行動を記録し、学年進行に伴ってどのように行動が改善するか、しないかをポートフォリオ評価の手法を用い、フィードバック内容や当該学生の振り返りなどを集積し、医師としての適性を評価していくことを医学部がその責任をもって行っていかなければならない。

社会は国民のための医師を求めている。そして一人の医学生を医師に育て上げるには1億円の経費がかかっていること、自分の利益のために医師になるものではないことを各人が認識する必要がある。すべての医学生が「自分は、国民のための医師になる」という自負を持つようになるためには、低学年から医療・福祉の現場に触れ、国民、市民、地域住民が持っている医療ニーズや医学生への期待を知る必要がある。

（3）学生支援システムの構築

多くの医学部で学生支援のためのアドバイザー制度やチュータ制度が取り入れられ、一人の教員が数人の学生を担当して相談役を務めている。また、学生が抱える精神的な問題を念頭に、「学生相談室」も多くの医学部で設置されている。しかしながらこれらの制度は必ずしも十分には機能していないと考えられる。

学生が抱える問題は変化してきており、平成12年に文部科学省医学教育課が提示した「大学における学生生活の充実方策について」では学生相談を次のように定義している：「これまで、学生相談機関は、問題のある一部の特別な学生が行くところというイメージが根強くあったが、本来、学生相談はすべての学生を対象として、学生の様々な悩みに応えることにより、その人間的な成長を図るものであり、今後は、学生相談の機能を学生の人間形成を促すものとして捉え直し、大学教育の一環として位置付ける必要がある。」平成18年度学生相談活動に関する実態調査では、相談内容は①適応相談（性格や対人関係に関する問題、精神障害を抱えながら通学することなどについて）、②修学相談（不本意入学、休・退学、転部、留学などについて）、③進路についての相談、④一般的な生活面についての相談（経済的問題、悪質商法による被害、宗教勧誘、健康面などについての相談）が上位である。「5年前に比較して、特に増加していると思われる相談内容」としては、①対人関係（家族・友人・知人・異性関係）、②精神障害（神経症、気分障害、統合失調症など）、③心理・性格（アイデンティティー、セルフコントロールなど）、が挙げられている。この中で特に問題となるのは、暴力事件、軽犯罪、ストーカー、ハラスメントなどの事件性のある問題、不登校、引きこもり・無気力などの引きこもり系、うつ状態、自殺念慮・企図などの命にかかわる問題、そして発達障害である。この結果は医学部のみを対象にした調査ではないが、医学部でも同様な問題が生じてい

ると考えられる。アドバイザー制度やチュータ制度では、必ずしも学生相談内容に教員が対応できるとは限らない。また、医学生は自分が抱えている問題により、将来、医師としての道が閉ざされるのではないかという不安もあり、一人の教員に頼る制度では解決が困難である。全国の大学の調査によれば、学生相談機関に専任の専門職を置いているのは、国立大学47.1%、公立大学6.7%、私立大学15.4%で、全体では19.6%にすぎない（平成18年度学生相談活動に関する実態調査）。問題を抱える学生は今後とも増えていくと予測される。学生が抱える問題をしっかり受け止め、時間をかけて教職員と一緒に解決していく制度、学生支援システムを各医学部・医科大学の実情に合わせ構築していかなければならない。

（４）地域医療・福祉における実習の充実

人口動態が変化し、疾病構造も大きく変わってきている今日においては、地域における保健、医療、福祉・介護の全体性を念頭に入れたヘルスケア・システムの構築が求められている。そのために医学教育においても地域での保健・医療・福祉施設での臨床体験学習を各学年次に取り入れ、医師の役割、コメディカルの役割を知る機会を設ける（例えば、高齢者施設、小児施設、障害者施設、在宅ケア、ホスピス、保健指導、学校保健、産業保健など）。地域のコミュニティでの体験実習を体系的に取り入れることで、医療者としての視点からみた、「施設内のシステムや、地域との連携の状況、あるいは施設利用者などの把握と理解」を行うと共に、医師になるものとしての自覚を促すことができよう。こういった中で、①地域医療が誰によってなされるべきか、又はなされているか、②地域における医療構造、③コメディカルと医師との位置づけなどを理解し、「医師の使命」に対する動機付けを学ぶことを期待する。このような地域医療・福祉施設での実習を充実させるには、行政機関に積極的な協力を求めていく必要がある。入学定員における地域医療枠の設定などで、医学部と地方自治体との連携が強化されつつある。この連携をさらに進め、医学教育の中で地方自治体との共同を図っていく時にきている。

地域には様々な保健・医療・福祉資源がある。地域で高齢者や子どもを支援する団体など、医療機関とは直接関係なくとも、地域住民の健康増進にかかわる人々がいる。このような社会資源は、一人の患者を地域で支えていくという共通の目的を持っている。学生がこのような地域社会資源の存在を知り、医療者以外の関係者との間での多職種連携を知る機会を地域学外実習として用意していかなければならない。

（５）患者や多医療職者が参加する授業

コミュニケーション教育については、低学年の入門教育から４年次の医療面接へと繋がるような順次性のあるカリキュラムを構築する。医療者コミュニケーション教育では、標準模擬患者だけでなく、患者や一般市民にも授業への参加をお願いし、患者・市民参

加授業として、医学生が年齢も性別も生活習慣も異なる一般市民から学べる環境を作る。医療者間のチームワーキングについては、医療系の他学科学生との共習科目の設定、多職種の職場での体験学習などの多職種間の連携教育カリキュラムを取り入れるなど、さらなる多職種連携教育IPE（Inter-Professional Education）の拡充が求められている。

（６）臨床推論教育

PBL－チュートリアルなどの少人数教育を用いることで、課題発見（１年次）、問題解決（２、３年次）、さらに臨床推論（４年次）へと段階的に医療における問題解決能力の習熟度を増すようなカリキュラムを編成し、新しい学習方法を導入していかなければならない。従来から導入されているPBL-チュートリアルは学生６～７名に対し、１人のチューター教員を配する必要がある。現状の医学部の教員資源ではPBL-チュートリアルを拡充したくても教員数が足りず拡充ができない医学部も多い。近年、教員負担を理由にPBL-チュートリアルを縮小する傾向も見受けられる。その一方で、教員への教育に係る負担を軽減するために、少数の教員で１００名規模のクラスサイズで、問題解決型学習を行えるTBL（Team-Based Learning）がいくつかの医学部で実施されるようになってきている。近年の新しい学習方法や学習理論の成果を踏まえ、積極的に講義・実習以外の多様な学習方法を導入していくことが望まれる。

（７）診療技能教育（スキルス・ラボ（診療技能トレーニング施設）の有効活用）

学生が臨床実習で行う医行為は「診療技能トレーニング」ではない。基礎的診療技能トレーニングはスキルス・ラボで行えばよい。学生が臨床実習で行う医行為は、学生が診療チームの一員として患者診療に携わる時、学生が患者の役に立つためのものである。その意味で、学生が患者の役に立つための「医行為」を、スキルス・ラボで十分なトレーニングを行った後に許容していくという考え方が必要である。

診療技能トレーニングは初年次から導入されるべきである。バイタルサイン実習は必ずしも基礎医学を修了してから行う必要はない。救急蘇生、感染防御、障害者補助（車いすの補助、視覚障害者の誘導など）などの実技訓練カリキュラムを、初年次から臨床実習開始前にかけて継続し導入する。

４）共用試験と大学独自の評価

「わが国の大学医学部（医科大学）白書2010」によれば、共用試験CBTやOSCEの導入により６割以上の大学が、臨床実習に必要な知識が導入前より向上したと分析しており、共用試験が本来の目的を果たしていることが分かる。

全国の医科大学・医学部が人材と資金を出し、医療系大学間共用試験実施評価機構などが、医学部・歯学部からの人材の集合体としてそれぞれの大学の学生の評価を行って

いる。今後とも本共用試験実施評価機構が、医学部の連合として試験実施体制を堅持していくべきと考える。これにより大学が自ら率先して臨床実習開始前に学生が十分に医療実習を行うのに必要な知識、技能と人間性を有していることを患者および社会に責任をもって「保証」していること示すこととなる。このことは国の管理ではない一種の「公的な認証」制度の構築につながるものであり、社会に対し積極的にアピールしていくべきである。

（１）共用試験の位置づけ

臨床実習開始前の共用試験（CBT、OSCE）は国民にも知られ、認められる試験となりつつある。この試験に合格することにより、当該学生が臨床実習を行いうるに足る準備状態にあることを、全国80医学部の総合体である全国医学部長病院長会議が証明する「資格」（学生医）として位置づける。共用試験合格が全国医学部長病院長会議認定の資格として認められれば、学生が臨床実習を行うに際し、学生が診療チームの一員として患者診療に参加することについて患者からの了解が得やすくなると思われる。

（２）共用試験の成績

共用試験の成績が学生のその後の将来を決定するようなものになると、共用試験はその本来の目的を失ってしまう。すなわち、点数獲得技術により、OSCEは形骸化し、CBTは暗記学習を促進することになる危険性もある。したがって、共用試験の成績は「点数」としてではなく、「合否判定」として利用すべきで、序列を決めるような試験にしてはならない。共用試験はあくまで、精度の高い「断面的な評価」であることを忘れてはならない。共用試験によって、学生の成長を測ることはできない。それゆえ、各大学は、共用試験合格は臨床実習への進級のMinimum Requirementとし、この試験の合格者のうち自大学の進級要件を満たした者のみを臨床実習に進ませる。学生の患者診療参加の責任はその大学が負うべきものである。

（３）共用試験と大学独自の試験との関係

共用試験はあくまでも、臨床実習開始前に行われるピンポイント評価に過ぎない。これに対し大学は、学生を初年次から継続的に見続けることができる。知識、技能、態度は学生が初年次から継続的にカリキュラムの中で学習していくものであり、そのプロセスを学生一人ひとりの焦点を当てて追跡することこそ、共用試験にはできず、大学でしかできないことである。

知識、技能、態度そして医師になるものとして適切な行動が取れる力を大学は評価し続け、その能力がどのように育っているのか、どの部分にどのような学習困難があるのかを早期に発見し、その学生の学習支援を行うための評価を大学は開発していかなけれ

ばならない。医学生ひとりが医師になるには膨大な経費が費やされている。その経費の多くは国民からの税金を当てている。大学には確実に一人ひとりの医学生を医師にしていく社会的責任がある。

5) リサーチマインドの涵養と基礎医学・社会医学の担い手の養成

従来から各大学においては、基礎医学・社会医学の将来の担い手となる人材を発掘するために、MD-PhDコース（プログラム）として、医学部在学中に研究科へ進学する方策をすすめてきた。このコースはすでに半数以上の大学に設置はされているが、これを選択する学生は少ない（第3章3.1, 基礎系大学院の振興,を参照）。これとは別に、医学生の時期にリサーチマインドを涵養することを目的に、自らの希望する基礎医学・社会医学の研究室に配属されて一定期間（数ヶ月～数週間）研究を行う研究室配属実習が行われている。医学教育カリキュラムの現状（2009年）によれば、48医学部（60%）で必修科目（平均194時間が充当）とされ、その他に18医学部（22%）でも、希望者のみの選択科目として研究活動を行える科目が設定されている。こうした試みは、基礎医学・社会医学の重要性に鑑み、その将来を担う研究者・教育者を養成するために行われているものの、これまでのところこうした研究者・教育者の成り手は少ない。その要因は多様であるが、とくに臨床実習前教育の講義実習での研究的側面への曝露の減少、臨床実習の早期化、大学院制度と専門医制度、大学教員としてのポストの少なさと給与問題、などがあげられ、その解決は容易ではない。

しかしこうした現状をのりこえるべく、臨床実習前教育において、学生に研究の醍醐味を経験させることのできる柔軟な科目の設定を継続することが是非とも必要である。研究室に所属することで行える学会発表や論文発表を単位化して卒業要件に組み入れるなど、全ての医学生に対してリサーチマインドを涵養するカリキュラムとすることも検討する必要がある。また、統合カリキュラムが基礎と臨床を統合的に学ぶ点では優れているが、基礎医学のめざすもの、基礎的研究の醍醐味を伝えるためには、短時間であっても-ologyを中心とした分野別講義を加えることも考慮する必要がある。

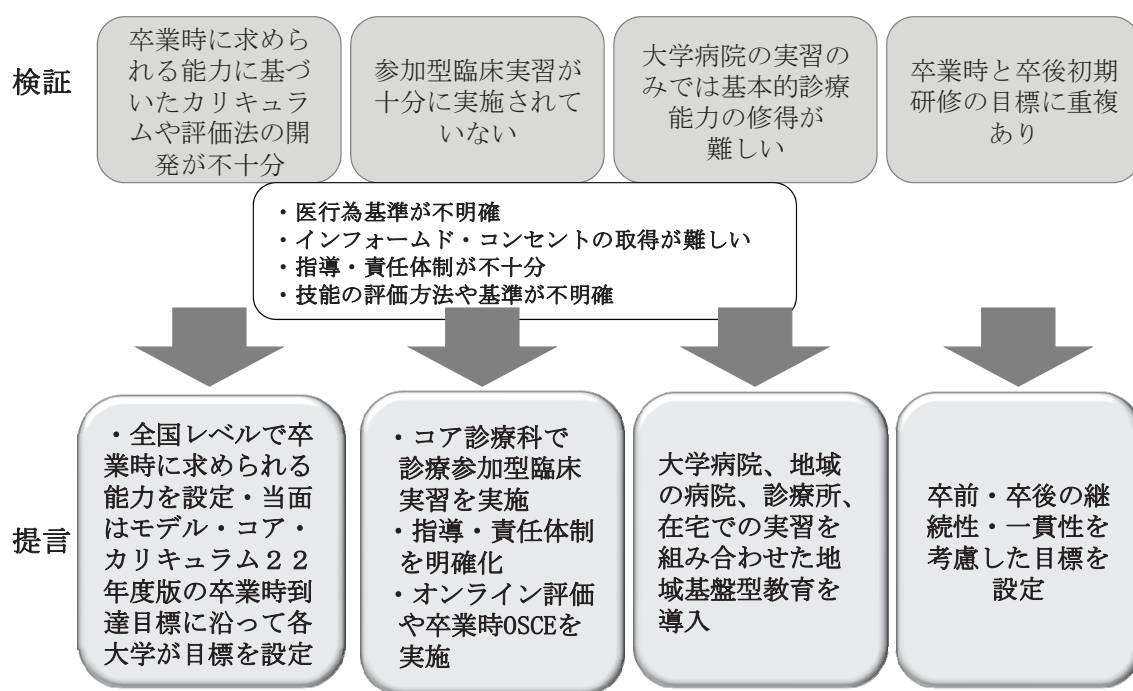
2. ステップ II：臨床実習教育

臨床実習教育の充実は、わが国の医学教育における最重要課題であり、グローバル化という視点からも改善が急務である。

従来、モデル・コア・カリキュラムには卒業時の実技などに関する到達目標は示されていなかった。しかし、モデル・コア・カリキュラム22年度改訂版では、臨床実習の学習目標が卒業時の到達目標として示されるようになり、今後各大学における目標設定に大きな影響を与えると推測される。また、実習の方略は、見学型ではなく診療参加型であるべきとされてきた。しかし、現時点においてもなお、全国の医学部・医科大学で診

療参加型実習が十分には行われていない。導入を阻害する要因として、医行為基準の設定に関する問題や、国民意識の変容などが指摘されている。加えて、臨床実習期間中に、大学病院や地域の病院での実習によって基本的診療能力（救急を含む）を修得させる必要があり、この具体的な方策の検討が求められている（地域基盤型教育の導入）。また、臨床実習の評価に関しては、実習により修得した知識、技能、態度を、誰が、いつ、何について、どのように評価するかが明確にされていない。全国レベルでの到達目標の設定や評価方法の標準化も求められている。また、グローバルな視点からは、学習成果（アウトカム）基盤型カリキュラムを導入する必要がある。本項では、このような臨床実習に関わる広範な問題について、グランドデザインの構築に必須の事項に焦点を絞って問題点と解決案をまとめた。

3. ステップⅡ：臨床実習教育



1) 診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）内容充実と学生の医行為

(1) 診療参加型臨床実習の目的・意義

医学教育でもっとも重要なものの一つが臨床能力を修得するための臨床実習である。医学部教育では6年次卒業時に学生が実施できるアウトカムを設定し、5～6年次の臨床実習期間内で修得できるようにカリキュラムを構築することが望まれる。臨床実習の期間は、国際的な医学教育水準であるWFME（World Federation for Medical Education 世界医学教育連盟）あるいはLCME（Liaison Committee on Medical Education 米国・医学教育連絡委員会）の基準に準拠して十分な期間を設ける。

臨床実習には、学生が主体性をもって診療活動に従事する診療参加型臨床実習と、指導者の診療を主として見学によって学ぶ見学型臨床実習がある。診療参加型臨床実習は、コアになる診療科（たとえば、内科系診療科、外科系診療科、小児科、産科婦人科、救命科など）を4～8週間ずつローテートする。一方、見学型臨床実習では、コア診療科以外の診療科を1～2週間ローテートする。両者にはそれぞれの特性があり、臨床実習期間中で有機的に選択して実施することが望ましい。

診療参加型臨床実習では、学生が医療チームの一員として参加し、学内外の外来・病棟や保健・医療・福祉施設で診療活動に参加する。参加型臨床実習では、指導教員の指導の下で医師・研修医・看護師・コメディカルなどと協調して自主的な診療活動に参加することにより、医師として求められる態度・知識・思考能力・技能などを修得する。特定の診療科の患者の診療を習得するというよりも、医師に必須の基本的診療能力（救急を含む）を習得することが主な目的となる。

一方、見学型臨床実習では、学生時代にすべての診療科をローテートすることにより、将来は専攻しない診療科の患者をも体験しておくことに意義がある。

（2）診療参加型臨床実習で修得すべき内容

診療参加型臨床実習で修得すべき内容は、卒業時に求められる学習成果（アウトカム）あるいは能力（コンピテンシー）に相当する。しかし、わが国では、医師に求められる能力についてまだ十分な議論がなされていない。米国などではこれを明示しており（ACGMEのコア・コンピテンシーなど）、この内容に沿って臨床実習や臨床研修の到達目標が設定されつつある。

診療参加型臨床実習では講義・教科書などだけでは修得できない下記のような能力を身につける。

- ①患者・家族と接して良好な人間関係を構築できる能力を培う。
- ②患者・家族から適切な情報を収集し、整理して記載し、必要に応じて提示できる能力を培う。
- ③身体診察を行い、身体所見を確認し、整理して記載する能力を培う。
- ④病態を把握し、問題を解決する臨床推論能力を培う。
- ⑤基本的な検査、治療、教育計画を立案する能力を培う。
- ⑥得られた情報を提示し、医療スタッフと協議する能力を培う。
- ⑦医療スタッフとの協調性を培う。
- ⑧指導教員の下で、基本的な医行為を実施し、修得する。

これまで、臨床実習における医行為の基準は明確ではなく、臨床実習検討委員会（平成3年5月13日、厚生省健康政策局）が提示した「医学生の実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示」を参考に、各大学が独自に医行為基準を設定して

きた。しかし、文部科学省の「モデル・コア・カリキュラム22年度改訂版」には、卒業時の到達目標が明示されている。今後、この目標に沿って各大学が臨床実習目標（実技や態度を含む）を定めると考えられる。

（３）臨床実習体制

診療参加型臨床実習では患者・家族さらに医療スタッフと接するために、さまざまなトラブルの発生が懸念される。従って、医学生に対する医療安全に関する教育も重要である。全国調査によると、医療安全および危機管理（リスクマネジメント）に関する教育は、すべての医学部で行われているが、独立した科目として授業が行われているのは、42校（国立21、公立8、私立13）に過ぎない（「平成21年度医学教育カリキュラムの現状」全国医学部長病院長会議）。また、医療安全教育をクリニカルクラブシップに取り入れているのは60.3%にとどまっている。研修医に対する医療安全教育は大学病院においては100%行われているが、関連病院においては65.8%にとどまり、十分とはいえないのが現状である。クリニカルクラブシップを含めた臨床実習の際には、指導教員が責任をもって学生の監督および適切な指導を行うとともに、学生の診療行為については、医員、研修医も協力して指導を行うことが重要である。また、患者のケアについては看護師が指導に当たることも必要である。

医療安全に関する教育の実態

1. 医療安全および危機管理（リスクマネジメント）に関する教育を行っている

	全国		国立		公立		私立	
1. はい	78	97.5%	41	95.3%	8	100.0%	29	100.0%
2. 検討中	1	1.3%	1	2.3%	0	0.0%	0	0.0%
3. いいえ	1	1.3%	1	2.3%	0	0.0%	0	0.0%
計	80	100.0%	43	100.0%	8	100.0%	29	100.0%

2. 医療安全教育をクリニカル・クラブシップに取り入れている

	全国		国立		公立		私立	
回答校（校）	78		42		7		29	
1. はい	47	60.3%	26	61.9%	6	85.7%	15	51.7%
2. 検討中	8	10.3%	3	7.1%	1	14.3%	4	13.8%
3. いいえ	23	29.5%	13	31.0%	0	0.0%	10	34.5%

3. 大学病院において研修医に対する医療安全管理に関する教育を（オリエンテーションなどで）事前に行っている

	全国		国立		公立		私立	
1. はい	80	100.0%	43	100.0%	8	100.0%	29	100.0%
2. 検討中	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
3. いいえ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	80	100.0%	43	100.0%	8	100.0%	29	100.0%

4. 関連病院で研修医に対する医療安全管理に関する教育を（オリエンテーションなどで）事前に行っている

	全国		国立		公立		私立	
1. はい	50	65.8%	33	78.6%	6	85.7%	11	40.7%
2. 検討中	10	13.2%	6	14.3%	0	0.0%	4	14.8%
3. いいえ	16	21.1%	3	7.1%	1	14.3%	12	44.4%
計	76	100.0%	42	100.0%	7	100.0%	27	100.0%

「わが国の大学医学部
医科大学）白書 2010」
全国医学部長病院長会議
平成23年5月発行

従来の見学型臨床実習では学生が1～2週間のローテーションで全診療科を回ること

が基本であった。この方式の利点は全診療科の診療内容を知ることができ、医師として巡り会う可能性のある多数の疾患を経験できる点にある。しかし、コミュニケーション能力、臨床推論能力、医療スタッフとの協調性などを培うには、コアとなる診療科（内科、外科、救急科、産科、小児科、精神科など）に4～8週間程度所属し、たとえば入院中の患者であれば転帰が分かるような実習が望まれる。5～6年次の2年間の臨床実習期間で、コアとなる診療科を数科選択し、学生が十分な期間をかけて臨床実習に専念できるようにする。コア以外の診療科については、見学型臨床実習を中心に、1～2週間程度の期間でローテートしてもよい。

診療参加型臨床実習では、診療録に記載することが望まれる。この場合には、学生が日々診療録を記載し、指導教員がチェックする。電子カルテにおいても、学生が診療記録を入力できるシステムが望ましい。殊に学生の臨床実習、研修医の教育にも配慮した電子カルテの確立が早急に望まれる。

また、臨床実習の内容を明記するため、学習ポートフォリオを記載しておくことを推奨する。

（４）臨床実習による学習成果の評価

参加型臨床実習では、学生の学習成果を適正に評価し、フィードバックすることが望まれる。このため、ポートフォリオを活用した評価や、オンライン評価システムなどを導入して学習成果を評価し、指導教員がフィードバックを行う必要がある。また、総括的評価としては卒業時OSCEの導入が推奨されている。

全国共通の卒業時到達目標の設定や評価については後述する。

（５）臨床実習実施上の課題

現行法では学生が医行為を行うには制約がある。ただし、学生が適正な知識・技能を有することが保証され、責任ある指導体制の下で、患者の了承が得られれば、侵襲的な医行為を除けば、違法性が阻却されると考えられる。このため、臨床実習を受けるのに必要な学力があることを臨床実習開始前の共用試験で厳正に確認しておくことが前提となる。さらに、責任体制を明確にした指導体制を構築して実習を行うことが重要である。患者、必要に応じて家族からの同意を得ておくことも必須要件である。

さらに臨床実習の過程では、患者、学生自身、医療スタッフなどに事故の発生しうることが考えられる。これらに対し、賠償保険に加入しておく必要がある。

2) 地域医療実習の充実：地域病院や診療所などとの連携による地域基盤型教育（Community-based Education）の導入

高学年の臨床実習においては積極的に地域基盤型教育（救急を含む）を取り入れ、大

学病院、地域の病院、診療所、保健・介護施設、在宅での実習を組み合わせ、プライマリケアから高度専門医療、一次救急医療から三次救急医療を含む（終末期医療を含め）、多様な疾患や医療について学ぶ機会を提供する必要がある。特定機能病院のみで臨床実習を行えば、学生は国民の医療ニーズの数パーセントの内容しか学ぶことができない。

「わが国の大学医学部（医科大学）白書2009年」の、2008年調査によれば、医学部カリキュラムにおいて、学外施設での臨床実習を、国立40、公立7、私立24校が正式に取り入れており、すでに全体の90%以上の大学において地域の病院における実習を行っていたことになる。また、診療所で実習を行っている大学は、国立24、公立5、私立11校であった。その後の白書2010年版によると、学外施設での実習が国立42、公立7、私立28、診療所での実習が国立25、公立6、私立17大学と増えており、地域基盤型教育は拡大しつつある。この様に、数の上では地域基盤型教育が広がっているように見えるが、形骸化しており必ずしも円滑に機能していない例も多いといわれている。

地域基盤型教育（救急を含む）においては、初診外来、救急処置、継続外来、生活支援などを学習する機会を設けるべきである。それには、学生が地域の多様な医療現場に出て行って学ぶ、あるいは地域医療を担う医師（臨床教授など）が大学病院に出向いて学生指導を行うことが必要となろう。

例えば、地域基盤型教育では臨床教授制度を活用することが重要である。2008年時点で、国立39、公立8、私立12大学、2010年には国立39、公立8、私立19校と80%以上の大学が臨床教授制をすでに導入している。一方、「わが国の大学医学部（医科大学）白書2009年」によれば、12大学（白書2010調査では15大学）が臨床教授の附属病院での診療を認めている。

しかし、臨床教授制が必ずしも地域基盤型教育において十分に機能しているとは限らない。臨床教授制導入に際しては、適切な募集、選考、基準設定がなされる必要がある。実習先は特色ある優れた医療施設であるべきであり、臨床教授・准教授などの存在を実習施設の条件にするなどの対策が必要である。また、何よりも、地域基盤型教育（救急を含む）の優れたカリキュラムが準備されていなければならない。

大学病院だけでなく積極的に地域病院、診療所、保健福祉施設を臨床実習の場としていくには、地域医療に携わっている医師の教育・指導および評価能力の開発も必要となる。各大学は地域の医師を貴重な教育の人的資源として考え、そのためのFD（Faculty Development教員の教育能力開発）を実施する必要がある。さらに、大学病院の総合診療実習と地域基盤型実習（救急を含む）の統合・充実、卒後の初期研修における地域医療研修や後期研修での地域病院での研修の質の向上にもつながる。

優れた医師の養成は国民的目標であり、その目標達成のために地域のすべての医療、保健、福祉などの施設が一体となって、医師を丁寧な育て上げるようなシステムの構築が欠かせない。その際、大学は、地域を学びの場として、指導医の教育・指導力を高め

る中心的な役割を担うことになる。

3) 全国レベルでの卒業時到達目標の設定と評価

わが国の臨床実習レベルが英国、米国、カナダなどの国々より劣っていると指摘されるようになって久しい。この点については、現行のカナダのOSCE（Objective Structured Clinical Examination客観的臨床能力試験）や米国のUSMLE（United States Medical Licensing Examination米国医師免許試験）のStep 2 Clinical Skills（CS）の課題などからも明らかだと思われる。

このような背景もあり、全国の大学に共通の卒業時到達目標の設定を望む声が多く聞かれるようになり、平成21年の調査（医学部白書2009）では、全国で51大学が卒業時到達目標の設定が必要と回答している。その後、平成23年3月に提示されたモデル・コア・カリキュラム22年度改訂版では、臨床実習の学習目標（実技・態度を含む）が卒業時の到達目標として示され、今後はこれに沿って各大学において目標設定が行われると考えられる。

全国共通の卒業時到達目標の設定は高学年学生の臨床実習に対するモチベーションの向上につながる。一方、このような目標を達成するような教育を効率的かつ有機的に実行するには教育現場のスタッフの充実と十分な財源確保が必要となる。行政との積極的連携も視野に入れて、具体的な実現方策を講じるべきと考えられる。

また、全国大学医学部・医科大学が共同で責任をもって臨床技能・態度教育とその評価を行う必要がある。このためには、臨床研修におけるEPOC（Evaluation System of Postgraduate Clinical Training:オンライン卒後臨床研修評価システム）に類似したシステムや学生のポートフォリオを活用した評価方法の導入が求められる。また、医師国家試験としてOSCEが導入されるか否かに関わらず、各大学による自主的、自律的な共用試験OSCEのような形での卒業時OSCEを行うべきと考えられる。

これにより、医学部・医科大学卒業生の質を社会に保証することができると考える。また、このような評価を行うことが、患者の学生実習への積極的参加を促すことに繋がるであろうし、学生の臨床実習に関する我々教育者の社会への説明責任を果たすことにもなる。

（1）卒業時到達目標の考え方

卒業時到達目標は、卒前教育の学習成果（アウトカム）にマッチした内容であるべきである。卒業時のアウトカムとしてのコンピテンシー（能力）のレベルは、研修医が初期研修を問題なくスタートできるレベルとする。米国では卒後教育の質を検証する機関であるACGME（Accreditation Council for Graduate Medical Education卒後医学教育認証協議会）がレジデントに求められるコア・コンピテンシーを明示しており（患者のケア、

医学的知識、診療に沿った学習と向上、対人・コミュニケーション・スキル、プロフェッショナルリズム、システムに基づいた診療)、これに基づいて研修プログラムが開発されている。また、AAMC (Association of American Medical Collegesアメリカ医科大学協会) がこれに合わせて卒前臨床実習によって身につけるべきコンピテンシーの大枠を示しており、この修得に適した方略や評価法を紹介している。これまで、わが国では、プロセス基盤型のカリキュラム・プランニングが一般的であり、各単元や科目の到達目標をアウトカム (学習成果) との整合性を検討せずに積み上げる傾向があった。しかし、グローバルな視点からみれば、わが国でも、アウトカムとしてのコンピテンシー (能力) を明確にする必要がある。医学教育モデル・コア・カリキュラム22年度改訂版では、診療技能 (救急を含む) や態度に関する学習目標が、卒業時の到達目標として示されるようになり、今後さらにアウトカムが重視されるようになると考えられる。

(2) 卒業時到達目標と卒後初期研修の到達目標との重複問題

現行の卒前臨床実習教育と卒後臨床研修の目標には多くの重複がある。研修医が、卒後臨床研修の到達目標が卒前臨床実習とは異なることを明確に認識できるように書き換えて行く必要がある。例えば、到達すべき技能の具体的なレベルを明記する事により、卒前臨床実習から卒後臨床研修にいたる継続性 (一貫性) を示すことが可能となろう。「わが国の大学医学部 (医科大学) 白書2009年」によれば、卒前・卒後の一貫性を考えた方策をとっている大学は全国で11校 (国立7, 公立2, 私立2) であり、白書2010年でも16校 (国立11, 公立0, 私立5) に過ぎない。

4. 医師国家試験の改革

1) 医師国家試験の現状

医師国家試験は、医師法第9条「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。」に基づき、厚生労働省によって実施されている。合格者は医籍に登録され、厚生労働大臣から医師免許証が交付される。医師免許証の更新制度はなく、一度発行された医師免許証は、そのまま一生有効である。

平成13年3月に実施された第95回医師国家試験から現在まで、試験は500問の多肢選択問題からなり、3日間で行われている。試験問題は、必修問題、一般問題、臨床問題、禁忌肢問題の4種類から構成されるが、毎回、医師国家試験委員会によって新たに作成されている。試験問題は実施後、受験生の持ち帰りが認められているほか、合格発表後に厚生労働省のホームページに正解とともに公開される。

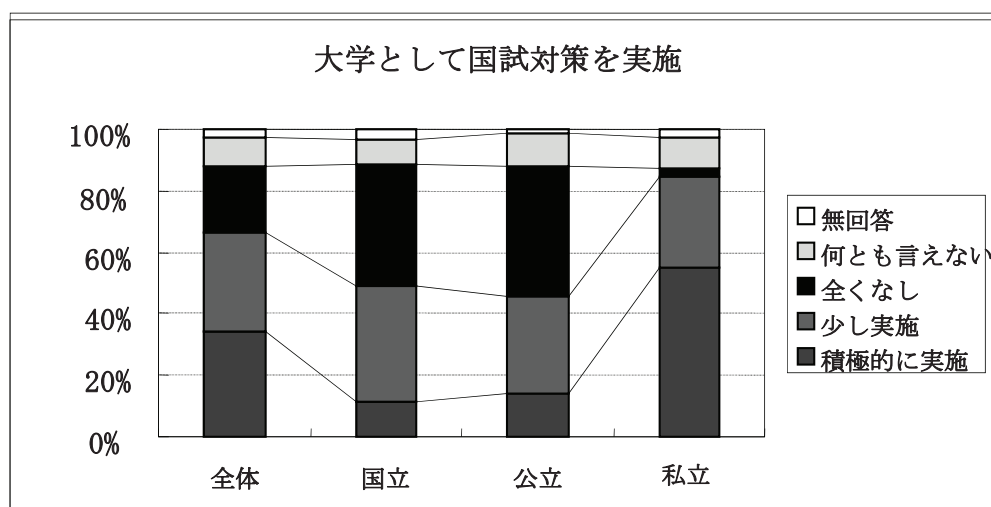
合格基準は、必修問題では80%以上の正解が必要な絶対基準であるが、一般問題と臨床問題は相対基準によって定められる。禁忌肢問題に関しては、どの問題が該当するの

か公表されておらず、合格基準の決め方も明示されていない。

合格発表後、受験生には個人宛てに、問題種別の得点と合格基準、禁忌肢の選択状況が通知されるが、受験生の出身大学に対して、これらの情報は報告されない。また、複数正解となった問題、採点から除外されることになった問題など、採点にあたって特別な取り扱いが行われた問題については、その理由と取り扱い方法が、合格発表と同時に公表されている。

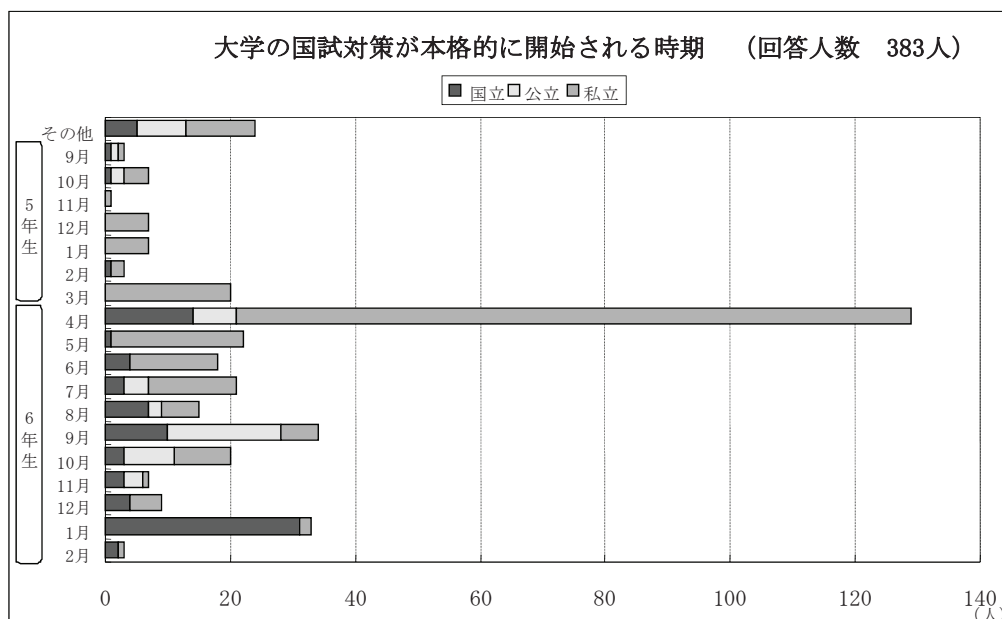
第102回医師国家試験アンケート調査結果 受験生

全国医学部長病院長会議



第102回医師国家試験アンケート調査結果 受験生

全国医学部長病院長会議



2) 現行の医師国家試験の問題点

全国医学部長病院長会議では、医師国家試験の実施後、受験生と教官（員）を対象にアンケート調査を行ってきた。現行の医師国家試験に関しては、さまざまな問題が指摘されてきたが、以下のように要約することができる。

（１）医師法第9条では「医師として具有すべき知識および技能について、これを行う」とされているが、「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。試験問題の作成にあたっては、「臨床実習の成果が反映される問題」を出題する努力がなされているが、現行の試験では「技能」についての評価はできてない。

（２）問題作成は、多数の出題委員によって多大な努力が注がれているが、良質の問題を毎年新たに500題作るのは難事である。試験の事後評価で不適切問題として採点から除外される問題や、複数正解として取り扱われる問題が、毎回、複数発生していることも、その証左である。

（３）本来、資格試験であるはずだが、合格基準として相対基準が使われるため、実質的には競争試験となっている。さらに、絶対基準で判定される必修問題の合格基準は80%と比較的高く設定されていること、禁忌肢問題については情報が乏しいこと、問題そのものが「知識」を問う問題であり、その量が年々膨張していること、などから受験生は「知識」の獲得に専念せざるを得ず、いわゆる国家試験対策のため座学中心の学習に多くの時間が費やされる状況となっている。結果として、5、6年次学生が最も力を入れるべき臨床実習の形骸化を招いている。

（４）医師国家試験は厚生労働省の管轄として行われ、医師免許証は厚生労働大臣から交付されるが、多大な労力を費やして試験問題を作成する委員の大多数は受験者である医学部学生の教育を担当している大学教員である。試験委員は厳重な管理・拘束を受け、問題漏洩には細心の注意が払われているが、その可能性は皆無とは言い切れない。また、医学部を卒業したものの、国家試験には不合格となる受験生が毎年、数百人出ている。これは、大学教員自らが卒業を認定した学生に対し、大学教員自らが作成した試験問題によって医師としての資格を認めない、という矛盾を生じている。

（５）医師国家試験は、医学部卒業時点では医師としての業務が未経験な受験者に一生涯有効な国家資格を与えるかどうかを判定する試験であり、判定そのものに無理がある。また、いったん合格してしまえば一生涯医師として認められることから、医師国家試験合格によってゴールに到達したと勘違いする受験生も出かねない。

（６）医師国家試験は厚生労働省が管轄しているが、厚生労働省、卒前教育を管轄する文部科学省、卒前教育を実践する医学部の3者が対等な立場で、医師国家試験のあり方や改善について話し合う場がない。

3) 理念の再確認

医師法第9条の精神に立ち返り、知識（医学、医療全般に渡る広く深い知識）、技能（基本的かつ実践的医療技術一般）、態度（医師としての人格、態度、習慣）に対する評価としての資格試験とする。ここで評価される知識、技能、態度のレベルは、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。また、国家試験の内容は、卒前の医学教育および卒後臨床研修の到達目標との間に整合性がなければならない。

現在、医師国家試験は厚生労働省の管轄の下に行われているが、厚生労働省、卒前教育を担当する文部科学省、卒前教育を実践している医学部・医科大学（全国医学部長病院長会議など）の3者が、医師国家試験のあり方や改善について対等な立場で話し合う場を設置する必要がある。

4) 医師国家試験の内容と方法の改革

「（仮称）医師資格試験実施機構」による 医師国家試験のイメージ図

6年生11～12月

医師資格試験OSCE（「OSCEセンター」ができるまでは
各大学による卒業試験OSCE）

*再試験あり。
合格することを医師国家試験CBTの受験資格とする。

6年生2月

医師資格試験CBT

*医師として卒後臨床研修を開始するのに最低限必要な
基本的知識のうち、共用試験合格後に行う臨床実習で
学習すべき基本的知識（想起・解釈・問題解決）を
中心に出題。200～300 問、2日間。

6年生3月

医師資格試験CBT およびOSCEの合格証をもって
厚生労働省に医師免許の申請を行う。

（1）試験の内容と方法の改革

①「知識」に関する試験

医師として卒後臨床研修を開始するのに最低限必要な基本的知識（想起・解釈・問題解決）を問う。卒前医学教育の到達目標のうち、共用試験CBT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出題する。問題解決能力を問うシミュレーション問題、順次解答式問題などを出題するため、CBT方式を採用する。問題数は200～300問とし、1～2日間で行い、合格判定は絶対基準、あるいは絶対基準を補完する相対基準を用い

て行う。

CBT方式にすることによって複数回の試験を、時期を変えて実施することが可能となるので、全国同一日時で実施する必要がなくなるばかりでなく、春と秋の年2回の医師資格認定も可能となる。秋に医師になった者のマッチングについては別途考える必要があるが、医師不足が問題となっている現状から考えると、年2回の資格認定は十分検討する価値がある。但し、現在の共用試験CBTの結果を見ると、再試験受験者で点数の上がる傾向が認められているので、春と秋の資格認定の試験について、受験回数はそれぞれ1回にすることが望ましい。

②「技能、態度」に関する試験

医師として卒後臨床研修を開始するのに最低限必要な基本的技能および態度を問う技能試験を行う。技能試験は、共用試験を通じて広く認知されているOSCEで行う。医師の資格を認定するために実施するOSCE（以下「医師資格試験OSCE」）の実施方法に関しては、会場、シミュレータなどの設備、評価者、模擬患者などハードの整備と、課題作成、評価項目、評価基準、合否判定基準などソフトの整備のほか、経費や実施母体など、解決すべき課題が多い。システム全体について検討する必要があるが、平成20年度厚生労働省科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「試験問題プール制の推進等国家試験の改善に係る研究」分担研究「OSCEの実施に関する研究」報告書（研究分担者：畑尾正彦、伴信太郎）において具体的な実施案が提示されている。

（2）試験の実施体制の改革

①「知識」に関する試験の実施体制

現在の医師国家試験の実施主体は国であり、試験問題の作成は厚生労働省で行われている。一方、質の高い良問によって試験問題を構成するためには、問題のプール化も検討すべきである。正解率、識別指数の分かっている既出問題や新たに作成した問題を多数プールし、そこから採用した問題によって国家試験を組み立てることができれば、国家試験を安定的に実施することが容易となる。また、このことにより試験問題を作成した者と、実際に出題する試験問題を選択する者を分離することができ、より客観的な試験の実施が可能となる。

上記（1）に述べた現在の医師国家試験の諸問題を克服するためにも、試験問題のプール化は必要である。一方、既出問題の正解率は高くなることから、試験問題のプール化には、試験問題を回収し、非公開とすることが望ましい。しかしながら、受験者から出された行政文書の開示請求が平成17年6月21日に内閣府の情報公開・個人情報審査会にて認められたことにより、従来非公開であった医師国家試験問題が第95回以降はすべて公開されることになり、平成18年2月に実施された第100回医師国家試験からは試験問

題の持ち帰りも可能となった。

このような状況で、試験問題のプール化を実効あるものにするためには、数万題の問題プールを構築し、継続的に試験問題のブラッシュアップ作業を行う必要がある。この作業は膨大な労力を要するので、試験問題の作成と実施を厚生労働省から切り離し、共用試験実施機構に準じた（あるいは共用試験実施評価機構を発展させた）第3者機関（仮称「医師資格試験実施機構」）でこれらを行うことを提案したい。このことによって、医師国家試験問題の改善を継続的に行うことも可能となる。「医師資格試験実施機構」は、上記4）（1）の①に従った試験（仮称「医師資格試験CBT」）を、全国、複数会場で実施する。受験生は、これを受験し、その成績をもって医師免許証の申請を厚生労働省に行い、厚生労働省は、その申請に基づいて免許交付の可否を判断することになる。因みに、「医師資格試験実施機構」は、将来的には、医師の資格のみでなく、歯科医師、看護師、臨床検査技師など、現在の厚生労働省が管轄している国家資格に関する試験業務を包括的に取り扱うことも考えられよう。

②「技術、態度」に関する試験の実施体制

上記4）（2）の①で述べた「医師資格試験実施機構」が行う。具体的には、全国数カ所に同機構が運営するOSCEセンターを作り、通年での受験を可能とする。因みに、OSCEセンターでは医師の資格試験のみでなく、歯科のOSCEに対応することも考えられる。

「医師資格試験OSCE」を実施するOSCEセンターができるまでの期間、卒業試験としてのOSCE（以下「卒業試験OSCE」）を各大学が段階的に取り入れ、これに合格することを卒業要件の一つとすることを推進する。

卒業試験OSCEを実施するまでに整備すべきこととして、ハード面ではシミュレータを備えた会場の確保（大学ごとに実施するか、複数の大学がグループを作り相互に協力して実施するか）、評価者と模擬患者の確保と養成、ソフト面では卒業時到達目標の設定、評価課題の作成、評価方法の決定などがあげられる。また、言うまでもなく、必要な経費の手当てが必須である。これらの整備には、共用試験実施評価機構に準じた組織の設立が不可欠であり、先に述べた「医師資格試験実施機構」ができれば、これに担わせるのが効率的である。全国医学部長病院長会議としても、「医師資格試験実施機構」の設立と運営にはできるだけ支援をすることが必要である。

（3）試験の実施時期について

一般に、OSCEはCBTに比べて準備および実施ともに多大な労力を要するので、「卒業試験OSCE」は「医師資格試験CBT」に先行し、また実施期間を十分に確保して行う必要がある。したがって、「卒業試験OSCE」を「医師資格試験CBT」の受験資格として6

年生2学期から3学期にかけての一定期間内に実施することが適当である。また、OSCEセンターが設立された段階では、複数回の受験機会を与えることも検討すべきである。

「卒業試験OSCE」を「医師資格試験CBT」の受験資格とした場合、医師の資格認定の最終決定は、「医師資格試験CBT」の結果に基づいて行われることになる。「医師資格試験CBT」については、厚生労働省による医師資格認定の日を基準に、資格試験受験者による申請から厚生労働省による認定までの事務手続に必要な日数から逆算して、試験実施の最終日を決めることになる。一方、医師資格認定は大学卒業の日より早くすることはできない。これは、医師の資格を得たものの、大学を卒業できないという事態を避けるために必要である。春の試験に関しては、全国の大学の現状を見ると、厚生労働省による資格認定は3月中旬にならざるを得ない。したがって、資格試験の実施期間は、2月中に終了している必要があるので、2月の1カ月間に全国複数の試験会場で、医師資格試験CBTを実施することが適当である。秋の資格認定に関しては、既卒者が対象となるので、厚生労働省の業務予定に基づいて実施日を決めればよい。

5) 改革実現のための課題

(1) 技能試験の導入は、現行の医師国家試験の改革と表裏一体で

医師国家試験に「技能、態度」の実技試験を導入することが求められているが、現行の医師国家試験に上乘せする形で、安易に実技試験を導入することは、避けるべきである。初めに述べたように、現在の医学生は、知識中心に出題される医師国家試験に備えるため、座学中心の学習に多くの時間を費やさざるを得ない状況になっている。このような現状に、さらに技能試験が導入されれば、医学生の負担は増える一方で、卒前教育への影響も避けられない。技能試験の導入は、現行の医師国家試験の改革と表裏一体で行われるべきである。

(2) 共用試験の実効性ある資格制度としての確立

卒前医学教育において臨床実習の充実が求められている中、全国の医学部（医科大学）では、診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）の導入と推進に取り組んでいる。診療参加型臨床実習を実のあるものにするためには、指導する教員の努力だけでなく、患者さんの理解と協力が不可欠である。そのため、一部の大学では、共用試験合格者にスチューデントドクターの称号を与えるなどの取り組みを行っているが、医師免許のない医学生の医行為について十分な理解を求めるのは必ずしも容易ではなく、診療参加型臨床実習を推進する上での隘路となっている。このような状況を打開するため、共用試験合格者に、全国の医学部が一種の「公的な認証」を与え、社会に対して積極的にアピールすべきである。

なお、共用試験を医師資格認定の第1ステップとして捉え、国家試験の一部にする考

え方もあるが、この場合には、CBTの出題に際して基礎医学の学習成果を反映する問題の出題数を増やすなど、基礎医学教育の空洞化を招かないような配慮が必要である。

(3) 国民の理解を得るための活動

医師国家試験の改革には、国民の理解と協力を得ることが不可欠である。国民から望まれる医師を養成するのは大学医学部・医科大学だけでは困難であり、国民全体で取り組むことが不可欠である。国民的理解を得るための活動は国が主体的に進めることが求められるが、全国医学部長病院長会議としても協力し、それぞれの地域の住民の理解を求める日常活動を行うことが重要である。

医師国家試験の改革



第2章 医学部（医科大学）の卒業後教育における検証とグランドデザイン

医学部（医科大学）卒業後の医師、医学研究者養成は卒前の学生臨床実習と連続して一貫した教育のグランドデザインの中で構築することが必要不可欠である。新臨床研修制度における医師養成プログラムの到達目標は、卒前教育の教育目標である医学教育・モデル・コア・カリキュラム、医師国家試験の出題基準とかなりの重複があることから卒前教育として行うことが十分に可能である。そこで、整合性をもって臨床研修制度の教育システムを再検討し、必要性、位置づけを含めて抜本的に見直すべきである。この問題は、欧米の高い臨床能力をもつ医師の養成課程の後塵を拝さないようにし、わが国における国際的にも優れた臨床医養成のための専門教育のプログラム構築を目指す必要性の視点からの検討が必要である。

1. 初期臨床研修制度

1) プライマリ・ケア重視から基本的臨床能力重視へ

現在の厚生労働省の臨床研修のためのガイドラインに沿った医師養成の理念についての検討が行われるべきと考える。即ち、臨床医を養成する過程において、基礎的科目（基礎医学、社会医学）、臨床医学の各分野（外科学、内科学、脳外科学、皮膚科学など）を学習し習得したのち、実践教育として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課程を教育する必要がある。いわゆる基本的臨床能力を実践の場で習得する教育課程である。これは専門領域を問わず全ての臨床医にとっての根本的な能力であると考ええる。この能力をまず養成することを教育課程では目標とする必要がある。これは基本的診療能力（本格的治療以前の初期の処置法）ではなく、患者にとってまず大切な鑑別診断、状況把握の能力であり、すなわち基本的臨床能力（目の前の患者に、まず必要な事物を判断する能力）の開発である。このような能力はどのような専門領域を選択しても臨床医としては必須の能力である。

臨床医養成のプログラムの中で、いつ、なにを、どのように教えていくかをグランドデザインの中で検討し、臨床教育課程を策定していく必要がある。その検討の後に、現在行われている初期臨床研修が本当に必要か、教育課程での位置づけ、そしてそれを裏付ける理念の検討が行われるべきと考える。

2) マッチングの影響

マッチングは医学生の進路を流動化させ、医学生が真剣に進路を考えるようになり、また臨床研修病院では魅力づくりとしてカリキュラムの充実や指導医養成に尽力するなどのプラスの効果も少なくないが、一方で卒前教育や医師の配置に深刻な悪影響も与えている。

（１）医学部臨床実習への影響

平成16年に臨床研修制度と、これに伴うマッチング制度が導入されてから、5-6年次学生において研修先選択などの活動が盛んになり、学業に悪影響を及ぼしているとの指摘がある。自らの将来を左右しかねないマッチングのためということの名目に、多くの学生は5、6年次に有名研修病院の見学、実習、面接などに飛び回っている。一般に、大学では、マッチング関連活動を理由に正規の実習を欠席することを許可していない。しかし、実習担当の教員はしぶしぶ、これを許容しているのが実情であろう。

特に6年次には、6-9月に、多くの研修病院でマッチングのための面接試験あるいは見学・実習が実施されている。10月にマッチング結果が発表されるまで精神的に落ち着くことができない者もあり、マッチング制度は、医学部における臨床実習に好ましくない影響を与えていると考えられる。

6年次は、本来は「臨床実習」に専念する期間である。しかし、実際にはマッチング試験、学内卒業試験、医師国家試験の準備の時期となっており、卒前の臨床実習教育が空洞化している懸念がある。このままでは医学教育は5年で充分ではないかと誤解されかねない。

（２）臨床研修病院の見学時期、研修の実施情報

現在は見学時期は特に限定されていない。また、研修の情報についても、最近ではHPなどを活用して病院の紹介や研修実施状況を紹介する事例が急速に増えているが、すべての病院で必ずしも質のそろった情報が提供されている状態ではない。

（３）マッチング実施のタイミングについて

米国やカナダにおけるマッチング制は、専門研修（レジデンシー）の研修指定病院を選択するための制度である。日本ではマッチング制度の理念と現状を十分検証しないままに初期臨床研修（米国のインターン制度に相当するローテート研修）開始前に導入したことから、現在の多くの混乱と問題をきたしたという意見もある。マッチング制度が導入された結果、研修医はどこでも自由に研修を受けることが可能となり、都市部への医師の集中、地方における医師寡少化を助長した。また、初期臨床研修では基本的診療能力の修得を重視するとしたため、学生は大学病院より市中病院での研修を選ぶようになった。

大学病院と地域が連携して基本的臨床能力を卒前から卒後早期にかけて身につけさせるような医師養成システムを構築するとすれば、マッチングは卒前ではなく専門医・高度専門医療人研修開始前に行うことが考慮されるべきである。また、医師の地域別定数や専門領域別定数を考慮した制度を導入すべきとの指摘もあるが、その利点と欠点についての十分な検討が今後の課題である。

3) 課題の整理と見直しへの提言

(1) 2年にわたる臨床研修の検証

理念、制度設計（グランドデザイン）をもとにした議論が行われるべきであり、以下のような検証が現在進行中である。平成22年度の臨床研修制度改定では、多様なプログラムの導入、臨床研修から専門医研修へと連続性を持った臨床研修内容の選択が可能になるなど、制度が改善された。しかし、今回の制度改革において、到達目標の設定が変わらないまま、必須は内科、救急、地域医療となり、外科、麻酔科、産婦人科、小児科、精神科は5科の中から2科以上の選択となった。これは基本理念が不変との発想であり、いわば方法論レベルでの改変にすぎないため、臨床医養成のための卒前、卒後の一貫した教育課程構築にはなっていない。理念からの検討がなされておらず、到達目標はそのままにして診療科選択の制度を変えたため、教育現場での混乱を招くことが危惧される。また、平成16年度から導入された初期臨床研修制度についてのこれまでの厚生労働省の検証は、医師養成の全体過程の中での位置づけについての視点が欠落しているために、臨床研修制度を今後改革、改善していくための情報が不足している。

今後の臨床研修制度について検証するためには、①効果を検証するため、臨床研修修了者の評価と今後の医療人としてのキャリア形成における臨床研修の意義を検証すること、②卒前臨床実習、医師国家試験のあり方、臨床研修終了後の専門医研修との連携において制度設計を行う視点が必要であり、文部科学省、厚生労働省との連携が重要である。

(2) 研修施設基準の見直し

理念にそった医師養成システムを構築し、国際的にも通用する臨床医を養成するためには、医師としての高度な判断能力、即ち優れた臨床推論能力を開発する必要がある。そのためには広いバリエーションの疾患（重症から軽症、Common Diseaseおよび難病、さらに、一次・二次・三次救急疾患など）を経験する必要があるが、現時点での制度設計にはこの視点が欠落している。そうでないと多くのCommon Diseaseの中から早急に対応、処置すべき重症、難治性の患者を見出し、専門医に紹介することができない。このためには、研修の基幹となる病院は600床以上の病院とする。研修施設認定を厳格にすることによって、認定をはずれた施設は、積極的に研修協力病院となってもらい研修ネットワークを構築するという案を全国医学部長病院長会議では提言している。研修協力病院としては、それぞれの研修プログラムを多様で充実したものとするために、目的を明確にした選択基準の設定が行われるべきである。教育の継続性を担保するためには、システムの構築が必須であり、外形基準の設定は必須である。平成18年度医道審議会医師分科会・医師臨床研修部会資料によると、500床未満の病院での臨床研修数は1807名（臨床研修医総数8000名）におよび、臨床研修医の23%に及んでいる。平成22年度からの研

修プログラム改定に伴い研修病院群の形成を厚生労働省は推進することを盛り込んでおり、実効性をあげるためにも、基幹病院の外形基準を現在の入院患者数ではなく、病床数での設定を求めるなど基準の強化を求める必要がある。

（３）研修終了の評価

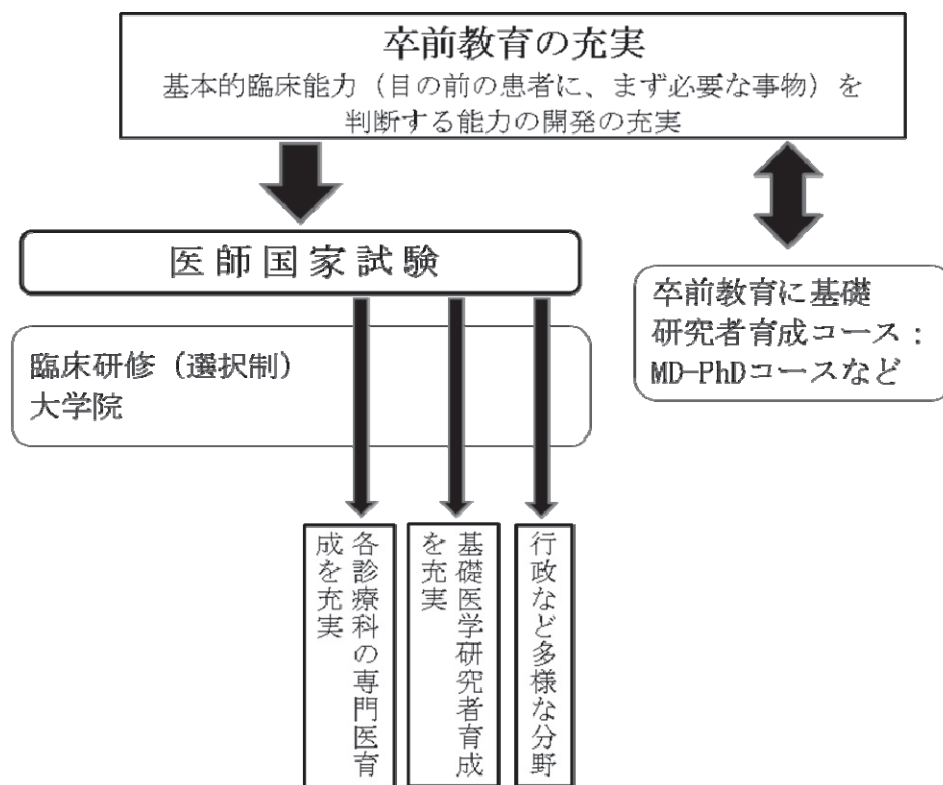
理念にそった医師養成システムを構築し、国際的にも通用する臨床医を養成するために、まずは到達目標の全面的な改訂を行うべきである。さらにその項目に沿った評価がなされる必要がある。この際に、卒前教育での教育内容とその評価との整合性、連続性の視点からの検討が必要である。現時点での「x x x x」を経験したとの評価は、研修制度の目指すものを直接に評価しているとは言い難く、今後の制度設計を考える上での制度検証には役立っていない。研修制度の理念、システムなどの検討と連動した再検討の必要性がある。

（４）到達目標の検討

平成22年度から多様なプログラムが導入され、必須とされる診療科も変更になった。にもかかわらず、到達目標設定は変更されなかった。これでは本末転倒である。理念にそった医師養成システムを構築し、国際的にも通用する臨床医を養成するためには、臨床研修終了時点で求められる臨床能力を明確にした上で、そのための具体的な研修目標を示すような制度そのものの抜本的再検討が必要である。

（５）研究者養成コースの設定

臨床研修制度が発足したことで減少が加速したとされる医学研究者を養成するために、MD-PhDコースが多くで大学で設置された。しかし、MD-PhDコースを選択する学生は期待に反して伸び悩んでいる。この対策として、新たに卒業後直ちに臨床研修を開始するのではなく、医師免許取得後に基礎系や社会学系の講座にて研究を行い、希望する場合には、研究の過程で臨床研修を行い、将来の専門を決めるコースを新たに設定する。本コースは、現行法の下でも開設可能である。卒後の臨床研修の開始時期を柔軟にとらえ、医師・医学研究のキャリアパスに多様性を持たせることが肝要である。また、医学研究者、殊に基礎医学研究者の養成を推進するためにも、初期研修を自由に選択できるような制度とする。



4) 大学病院での臨床研修

臨床研修を医師・医学者養成の課程として再検討し、その位置づけ、今後のあり方を医師・医学者養成のグランドデザインにそって検討する必要がある。そのためには大学病院での臨床研修のあり方について、理念、教育システム、到達目標についての十分な検証と制度設計に対する建設的な提言を行う義務が大学病院にある。

(1) 卒前から開始される医師・医学者養成の課程で、臨床実習に基づく臨床能力養成の段階（ステップ）とその評価の検討

- ①臨床医としての基礎：患者からの情報（面接、診察、検査など）により正しい診断と治療計画を設定する基本的な考え方を習得する課程は卒前教育で行える。その学習到達度を評価するためにCBT, OSCEを行う（第1章, 2, 4）共用試験と大学独自の評価に述べられている）。
- ②臨床医としての診療実践：卒前の教育との連続性を保ち、その後に続く専門医養成プログラムへの橋渡しとしての実践教育システムとしての臨床研修を構築する。そのために、現在卒後の臨床研修到達目標とされている「臨床医にとってのコア」について、可能な限り卒前の臨床実習において獲得できる診療参加型の臨床実習プログラムを構築する。卒後の臨床研修ではなく、医学部6年教育の卒業時点で、「臨床医にとってのコア」が獲得されていることを評価するために、知識のみではなく、態度・技能の評価も行う医師国家試験の改革が必要である（第1章、4 医師国家試験）。

験の改革参照)。この結果、卒後の臨床研修は、上述の「卒前の教育との連続性を保ち、この後に続く専門医養成プログラムへの橋渡しとしての実践教育」が行える課程へと進化する。

(2) 臨床研修を行う場合の研修先決定のシステム整備

上記のごとき改革の結果、卒後の臨床研修は、現在の「後期研修」に近い位置づけとなる。研修先の決定には、現行のマッチング制度を使用することも可能である。臨床研修が「後期研修」に近づいた場合は、臨床研修を義務化する必要はなく、選択制とする。大学病院には、専門医養成の核として、卒前教育から専門医養成までをシームレスに行なう養成プログラムの開発が要求される。さらに大学病院を核とした研修システムを推進するためには、地域の中核病院と積極的に連携し、大学病院と地域中核病院との間の循環型研修を重視したシステムでなければならない。

(3) 医師・医学者養成のための環境整備

多様な医師・医学者養成のためには以下のような環境整備が必要である。

- ①医師・医学者養成スタッフの充実：診療現場での教育が充実される必要がある。このためには診療現場における教育スタッフの充実（教員数の増加、FDの体系化、教育実績の評価を教員評価に加えるなど）が必要である。
- ②多様な教育は大学病院を基幹とする病院、研究施設のネットワークを整備することにより可能となるため、その整備が必要である。必ずしも地域病院のネットワークだけではなく、広範な連携を模索すべきである。
- ③診療科、地域における医師偏在の問題を医師養成課程の整備のみで解決することは不可能であり、医療全体のグランドデザインが必要である。前項も含めて地域別定数制は、その目的としている地域の医師偏在の対策とは成りえないので今後十分な検証を必要とする。

2. 専門医・高度専門医療人の養成

十分な卒前教育後に臨床研修を行い、その後、大学病院、地域病院などで実践的医療の場で主治医として技能や態度を研修することが必要である。しかし、現行の卒後研修は、卒前教育と重複するところがあり、卒前教育を充実させることにより、卒前、卒後教育のシームレスなプログラムを構築していく必要がある。特に、認定医、専門医などの資格をとるための養成・修練を行うに当たり、ただ単に指導にあたる専門医が養成病院にいれば良いということではない。その後の医師としての成長を考えると目指す専門分野について学修をする体制が充実し、さらには研究が可能な環境で研修を受けることも十分考慮する必要がある。臨床系大学院教育もこれと一体となるものと言える。この

際、後に述べるように（第2章,3医学研究の振興と大学院の充実）基礎系を目指す医師には特別なコースを作る必要性がある。また、主として各学会が行っている認定医・専門医制度に対して十分なる検証を行い、国民的視点に立ち、国民が納得できる制度であることが必要条件である。

1) 専門医・高度専門医療人養成（総合診療医を含む）の構築と充実

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、社会ニーズに応えられる専門医を養成する。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、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が必要である。

しかしながら、現在専門医の養成・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。現在第3者機関が立ち上がりその準備を進めているが、早急にシステムを構築していく必要がある。現在の専門医制度は学会主導で構築されており、日本専門医制度評価・認定機構など機能を充実させ、早急に専門医制度のあり方を見直す必要がある。この際、国民のニーズを反映した、診療科別の定数性についても議論される必要がある。

（1）大学・大学病院における専門医・高度専門医療人養成

大学・大学病院での研修の目的は、第一に日進月歩の医学・医療に関する知識、技能を習得し、生涯学習能力を涵養し、教育能力や指導能力を有する高度専門医療人を養成すること、第二は研究的視点を持つ臨床医、臨床研究者を養成することであり、そのためには、専門医養成と連動した養成プログラムを作る必要がある。このなかには、高度専門医療人養成のための臨床系大学院コースも位置付けられる。

（2）専門医としての総合診療医（家庭医、病院総合医）の養成

今後ますます、地域の病院・診療所での総合診療医的機能の強化が期待されている。それに伴い、わが国の実情にあった総合的な診療能力を有する医師の養成システム構築の必要性が増すであろう。特に地域の病院では、幅広い診療能力を有する病院総合医のニーズが昨今特に高まっている。大学病院、医学部（医科大学）自体も本来の「教育機関」としての役割を十分認識し、これらの総合診療に特化した専門教育スタッフの充実を図り、地域中小病院、一般病院、診療所などとの関係の中で「専門医としての総合診療医（家庭医、病院総合医）」養成の役割を分担していくべく、独自のシステム構築を進めるべきである。

（3）中核病院、地域病院と密なる連携

認定医、専門医養成には大学病院は魅力ある養成内容の構築を中核病院、地域病院と

密なる関係を取りながら図る。大学とそれに附属する病院は本来有している豊富な教育設備、先端医療設備と、それを応用できる有能なスタッフを大いに活用すべきである。更に中核病院、地域病院をローテートすることにより専門性を高めていくプログラムを構築すべきである。これによって地域の医師寡少、偏在などの問題をある程度解決する方向性を生み出すことができる。

(4) 専門医の適正配置

将来的には特定の地域や診療科の医師不足を解消するには家庭医、病院総合医を含む各診療科別の専門医の地域及び国家レベルでの適正配置数を検討し、それを具体化できるシステムを構築すべきである。心臓血管外科では、年間の手術総数から適正な施設数、専門医数を割り出し、施設の集約、専門医数の制限に議論が進んでいる。これはいわば自主規制であるが、むしろ国家レベルで行われるべきであると考ええる。診療科の適正配置はもちろん、医師の偏在についても検討すべきであると考ええる。

(5) 専門医・高度専門医療人養成の経済的身分保証

臨床研修医は5日間労働に対し一定の給与が支給されている。一方、これら研修医よりも臨床実績がある専門医・高度専門医療人養成者に対しての明確なる十分な経済保障はなされていない。これは大学病院に勤務する医師の給与体系が教育職として支給されているからである。病院に勤務する医師の給与は医師としての給与体系となるべきである。さらに、大学病院の専門医・高度専門医療人養成医に対し、文部科学省、都道府県自治体からある程度予算処置が講じられているが、極めて不十分といわざるを得ない。これら医師の多くが所属する教室、講座などからの兼業で生活費を補っているという現状を解決し、その時間を研究に費やすことが出来るような方策でなければならない。前段でも述べているような専門医制度が確立される必須条件としては、それなりの経済的身分保障とも一体である。

2) 大学病院の地域医療への貢献

新臨床研修医制度により、大学病院に残る医師数が減少し、そのため、地域への医師派遣機能が崩壊しつつある。その中で、どのような地域貢献が出来るかを、現在摸索している段階にある。今後は、地域の病院への医師派遣に変わり、地域の医師の研修の場としての役割が重要になってくると思われる。そのため研修システム構築が、地域貢献の新しい形となりえる可能性を模索したい。

(1) 専門医・高度専門医療人養成における地域医療研修

専門医・高度専門医療人養成における医師の地域での実践的臨床修練はそれぞれの領

域の医師の研鑽の一貫としてとらえ、大学と地域の中核・基幹病院などが連携した養成プログラムを構築する。各都道府県に少なくとも一大学が設置されており、地域ごとに医師養成のプログラムを構築するに際して大学が中核病院となり、地方自治体、更に日本医師会などと協力し、研修プログラムのディレクターの一員としての中心的役割を担うことは重要である。

（２）ローテートシステムによる専門医・高度専門医療人養成の充実

地域での医療は、主として専門医・高度専門医療人養成の中で行う。ことに初期専門医・高度専門医療人養成に際しては、地域中核・基幹病院での十分なる実践を考慮すべきであり、またその重要性を十分認識すべきである。大学病院での専門医・高度専門医療人養成プログラムから地域医療で臨床実践を行うに当たっては、一定の期限でのローテートシステムを継続できる環境を構築する。このシステムが充実し充分機能すれば、大学病院から地域医療への貢献は活性化する。

（３）専門医・高度専門医療人養成における臨床系大学院

専門医養成期間中に臨床系大学院に入学でき、高度医療専門医養成に不可欠な研究志向を持ち、一見複雑に見える多彩な臨床を論理的に整理し、統合し問題を解決する能力を身に付け、更に新医療を開発し臨床導入を図る研究など、高度先進医療を発展させる臨床研究能力を養成するなどの目的を明確にして適切なプログラムの提供を行う。そのための方策としての社会人大学院制度は今後更に発展させるべき制度であると考える。

（４）地域地方自治体、地域医療機関と密な連携による専門医養成

現状の大学・大学病院が地域における医師確保の問題に関し、実際にどの程度かかわることが出来るか各大学により異なるが、大学は責任と方向性を持ち地域・地方自治体、地域中核病院・基幹病院と密な協力体制を構築することは必要条件である。

（５）地域医療研修施設における指導医の勤務

大学病院と地域中核・基幹病院が連携した統合型専門医・高度専門医療人養成を行うに際し、地域中核・基幹病院に大学から指導医を派遣する場合には一定の期間内で期限をつけて派遣すべきである。このことはきちんと明文化しておく必要がある（キャリアパスに基づいたローテート勤務）。

（６）ＩＴの活用

電子カルテの運用が日常的な診療手段として必要不可欠なものになりつつある。しかしながら、電子カルテには全国統一の形式のものはなく、医療機関ごとに全く違うもの

を使用している。そのため、病院内では患者情報、検査データ、画像情報は十分供しているが、病院間での患者情報のやりとり、地域連携パスでの運用には困難がともなう。もう少し国が主導して、ある程度統一したシステムを構築することが望まれる。専門医・高度医療職業人養成医が地域病院で臨床実践を行うに際しては、ITの活用、電子カルテの共通化、などを推進することによって、専門医・高度専門医療人養成プログラムの充実、改善が行われるべきである。

(7) 地域医療での診療実績

キャリア・デザインとして、教員の地域医療貢献について大学として評価するシステムを導入する。臨床系教員の採用、昇任などにあたり、地域医療での診療実績などを評価項目に入れる。

(8) 柔軟性のある地域医師支援と地域医療機関との連携

国民のニーズに合った地域における専門医・高度専門医療人養成プログラムを支援する大学・大学病院の役割を十分認識し、実行していかなければならない。ことに大学病院と地域医療機関との連携を図り、ローテートシステムにより地域の特性と特色を生かした柔軟性のある養成プログラムを作り上げる必要がある。

(9) 大学病院でのトランスレーショナルリサーチ人材の養成

新科学技術の臨床導入や、臨床開発治験ならびに臨床応用できる基礎研究の意義や楽しさを体験できる期間などを専門医・高度専門医療人養成プログラムに取り入れる。

3. 医学研究の振興と大学院の充実

大学の使命は知の継承と創造にある。これを教育・研究組織と関連させると、知の継承は主として学部における人材の養成に委ねられ、知の創造は主として大学院における創造的研究が担うと考えられる。医学部及び医学系大学院にあてはめると、医学部の目標は知の継承としての医師養成であり、医学系大学院の目標は、生命現象の解明、病態の分析、診断法・治療法の開発などからなる、知の創造である。

一方で、医学・医療の進歩は各分野の先進的な技術を次々と生み出し、それらの基盤となる知識も進化・複雑化している。若手医師がこうした先進的な技術・知識を修得して専門医の資格を得ようとすれば、一定の臨床経験を積む年月が必要となり、必然的に、より早く専門医資格の取得に取り組もうとする。従って成果を生むまでに時間のかかる医学研究ことに基礎的な研究を遂行しようとする人材が少なくなる傾向は避けられない。その結果、大学院の使命である知の創造を担う医学部卒業生（以下、MDと略す）が激減し、このままでは“日本における医学研究は崩壊する”といわれるまでの状況にあ

る。

平成19年9月に提言された“医師養成のためのグランドデザイン”では、「医学研究の将来的低迷への危惧と基礎系および臨床系大学院の充実がとりあげられ、その要約としては、MD-PhDプログラムの構築、さらに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望まれる」、とされている。その具体策としては高度専門医療人養成のための臨床系大学院についての記述が多く、基礎系大学院についての言及は乏しい。

こうした現状を打破し、日本における将来の医学研究を支えるために、基礎系および臨床系の大学院の振興策を具体的に実現するかが喫緊の課題である。

1) 基礎系大学院の振興

わが国の大学医学部（医科大学）白書2009（以下、白書2009、と略す）によれば、MDで大学院博士課程修了者のうち、基礎医学分野に進んだ者は、全国の国公立大学をあわせて、平成17年度96名、平成18年度119名、平成19年度127名、白書2010によれば平成21年度148名、平成22年度 28名と少しずつではあるが増加傾向を示す様にみえる。しかし、これは必ずしも実態とは一致していない様に思える。実際にMDで基礎医学分野の教育・研究に従事しているものは極めて少なく、この白書2009、2010にある数値をよくみると、特定の大学でこの人数が多いことから、一定期間、基礎医学を学んだ後、基礎医学分野から離れる人材が多いと推測される。

MD-PhDコースの設置は、基礎医学分野への進学者を確保する意味が大きいと思われる。白書2009、2010によれば、平成17年～平成22年の6年間におけるMD-PhDコースへの入学者は、全国で平均20名前後（平成16年度 10名、平成17年度 21名、平成18年度 22名、平成19年度 19名、平成20年度 21名、平成21年度 18名、平成22年度 32名）とほぼ一定しているが、全く入学者のいない大学もある。改善すべき点としては、経済的支援（授業料の免除や特別な奨学金の支給など）の充実が要望されている。

基礎系大学院への進学者は、真に研究者マインドをもつことが求められ、現状ではこうした人材の確保は容易ではない。そのためには卒前教育において、MD-PhDコースの設置の他にも、独自のMD研究者養成プログラムの展開などの方策を通して、医学生に早くから基礎研究への興味をもたせる試みに取り組むとともに、入学者選抜の段階でも人材を確保する工夫が可能である。たとえば、研究者志向のAO（Admission Office入試担当オフィス）入試などがそれにあたる。

一方で、これら基礎医学の研究者をめざす人材に対しては、大学院の入学金・授業料などの免除、奨学金制度の拡充などの経済的支援が手厚く行われる必要がある。そのためには基礎医学研究者をめざす大学院生は定員を少なくし、教員の数とは連動しない少数の学生定員として、少数精鋭主義による研究者養成を試みることも必要であろう。

2) 臨床系大学院のあり方

平成19年9月の“医師養成のためのグランドデザイン”では、高度専門医療人養成のための臨床系大学院コースについての記述が目立つ。また、専門医養成の中で一定の研究期間を含むプログラムの策定も提案され、大学病院の中でトランスレーショナルリサーチを担える人材の養成をめざす、ことが述べられている。

白書2009、2010から、これらに関する調査項目を抜き出してみると、臨床系大学院カリキュラムの中で、研究者養成コースと高度専門医療人養成コースを区別している大学は国公私あわせてそれぞれ23校（28.8%）、22校（27.5%）にすぎない。具体的な内容については、高度専門医療人養成コースでは、がんプロフェッショナル養成プランを作成し、専門医資格も取得できるカリキュラムの設定がなされている。一方、臨床研究者養成コースでは、医学・生命科学研究の遂行に必要な基本的知識・技術をコースワークで修得させること、などが述べられている。

また、白書2009、2010によれば、卒後2年間の初期臨床研修後に専門医養成制度を構築する必要があると考える大学は46校（63.0%）、47校（61.0%）であり、実際に卒後2年間の初期研修後の専門医養成制度をもつ大学は36校、44校ある。その多くでプログラムは設定されているが、これと大学院進学コースとの関連については、専門医養成制度に入る当初からでも途中でも大学院に進学可能とする大学が、51校と圧倒的に多い。このことから大学院進学と専門医養成制度の間の線引きが不明確であることは否めない。

リサーチマインドをもった専門医・高度専門医療人を養成することは将来の日本の医療水準を高めるには必要不可欠である。従って高度専門医療人養成コースの中で一定の研究期間（基礎的研究への従事期間）を含むプログラムを策定するなど、多様性のあるプログラムを構築することは有用である。この場合、臨床系大学院在籍の一定期間が認定医・専門医などの認定に必要な期間に加算される制度を構築することも考えられるが、大学院があくまで研究者養成を主目的とすることの阻害にならないようにすることが大切である。一方、研究者養成コースでは、基礎系大学院との連携を密にして、臨床系大学院から基礎医学の研究者が生まれることを促進する仕組みも求められる。また、真の臨床研究を推進するために、臨床疫学や長期追跡研究などを目標とする臨床系大学院のコースの設定も日本の臨床研究の発展のためには必要である。

3) 魅力ある大学院の構築

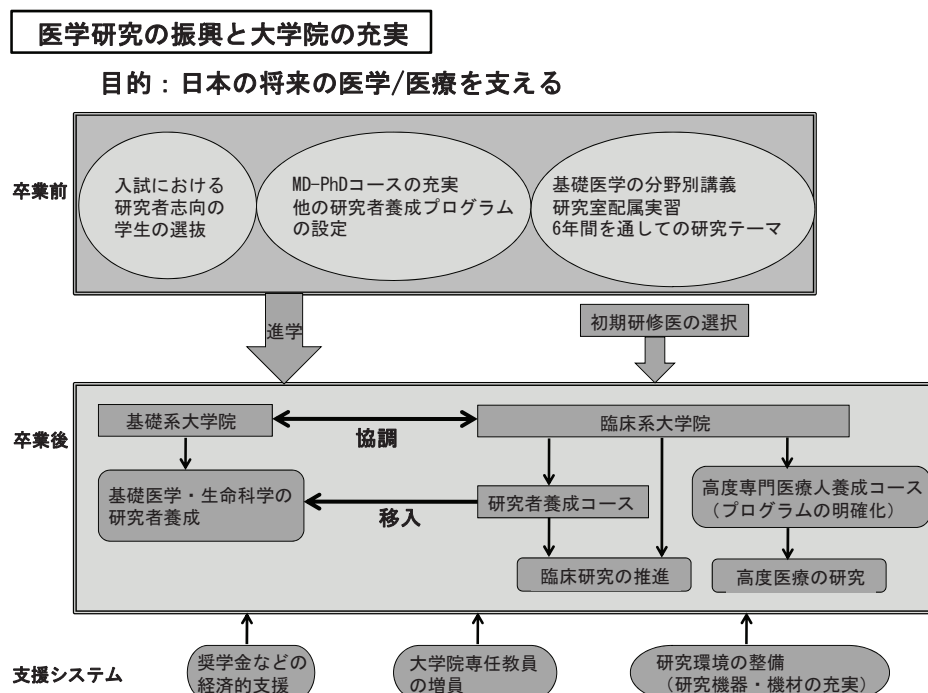
白書2009、2010によると、医学部以外の大学出身者のための修士課程を設置している大学は48校（60.8%）、49校（61.3%）と多い。この修士課程への入学者は、平成20年度で国立918名、公立120名、私立132名、平成21年度は国立867名、公立106名、私立129名、平成22年度は国立808名、公立99名、私立132名にも及ぶ。その評価として、基礎医学の研究者へ進む人材がMD以外から出てくることがあげられている。しかし、その教育内

容の充実にも課題があることがあげられている。

一方、大学院博士課程の定員充足率をみると、白書2009では55校（70.5%）、白書2010によると49校（61.3%）が定員割れの状態である。また、社会人入学は、白書2009では71校（89.9%）、白書2010では72校（90.0%）の大学で認められており、定員が充足されている大学でも社会人入学生がこれを支えている。このため従来のフルタイムの大学院生に比べ研究の質の確保も重要な課題となり、教員側でも夜間や土日での開講や研究指導が行われ、教育負担は大きい。

こうした現状を打破するためには、大学院専属の教員を確保し充実した指導体制を作ることが必要であるが、白書2009、2010によれば、研究教授（リサーチプロフェッサー）制を導入している大学はわずか4校、6校のみである。

今後においても、修士課程を含めた大学院の学生数が増加することが予想され、課程制の運用の面からは年限内での学位授与が原則とされるため、各研究室での大学院生への指導体制の確立が急務である。大学院の専任教員を増やすことで、教員の授業負担を軽減し、さらに研究機器・機材の共同利用などを促進して効率的に研究環境の整備をすすめるなどの対策が求められる。臨床各科においても、研究主体の教員の確保が考慮されるべきである。



4. 生涯教育

医学の急速な進歩、医療の高度化、複雑化、さらに医療安全に対する社会からのニーズにより、医師に求められる医療レベルは常に連続的に変化し、高度化している。医師免許を取得し、専門医として認定された後にも、安全、安心、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。

1) 生涯教育の充実

生涯学習のニーズに対して、学部教育および卒後における医師養成プログラムでは、自律的学習能力の習得が重要視されている。卒後における医師養成プログラムでは、専門医の養成さらに生涯教育に対して、大学医学部、大学院医学研究科（及びそれに関連する大学院）、大学病院、そして多くの連携する施設といった豊富なソフト面・ハード面での教育リソースを活用しつつ医師・医学者を養成し、その診療能力の向上、臨床研究などを生涯にわたって支援する義務がある。医育機関である大学医学部・医科大学、大学病院は、生涯教育を主要なミッションの一つとして位置付け、体制を整備していく必要がある。

2) CPD（Continuing Professional Development継続的専門能力開発）プログラムの構築とキャリア・デザイン

「生涯を通じて発達する」存在として人間が捉えられることで生涯教育もCME（Continuing Medical Education医師の生涯教育）からCPDと解釈されるようになってきた。CPDは医師に限定されず、専門職、特に医療専門職全般に共通する生涯教育の考え方である。専門医取得後の前期生涯設計は、自分の設定した専門性を具体的に臨床あるいは研究に活かす時期である。そこで自らの専門性の充実を図り、大学でも市中病院でも若手中堅として活躍することができる。後期生涯設計は自分の生涯をほぼ決定する時期で、大学、病院、開業の方向性が確定し、実践される時期となる。その中でCPDのあり方が議論されるべきである。このようなキャリアを設計していく過程で常にCPDに基づいたプログラムを自ら作成し、実行していくことがこれからの医師には求められる。

3) CPDにおける大学病院の役割と地域における医師支援、地域医療ネットワーク構築

医育機関としての大学と地域を循環するシステムなどによりシニアエイジドクターも参加して地域医療をサポートしていくネットワークを、大学病院を中心として構築する。このために大学医学部または大学病院内に生涯教育を支援する部門を立ち上げ、運営していくために、安定的財政支援を求めるものである。平成22年に厚生労働省から提案された地域における「地域医療支援センター（仮称）」は、大学医学部、大学病院をハブとして構築されることにより、実効性のある事業として今後、発展、定着すると考えられることを学会、医師会、病院協会などと連携して、強くアピールする必要がある。

第3章 医学部（医科大学）の卒業前・後にまたがる教育における検証と グランドデザイン

医師は、臨床に従事するにせよ、研究に従事するにせよ、行政を含めたマネジメントに従事するにせよ、また近隣住民の健康管理に従事するにせよ、全日本を対象にしたマネジメントに従事するにせよ、国際的貢献を目的にした研究・教育・診療に従事するにせよ、日々進歩するエビデンスに基づいた知識や、技術に後れを取らぬように生涯にわたる弛まぬ自己研鑽を続けなければならない。そのためには、世界標準を踏まえて、その学習をサポートするための環境（人的、物的、金銭的）を整えるとともに、全体像を踏まえた個々の学習・教育の構築を考えなければならない。部分最適の総和は調和の取れた全体像を決して構成しないことを認識して、卒業前から卒業後の初期、後期専門、及び生涯教育に連なる継続した学習・教育を考えておかねばならない。

1. 大学病院での総合診療及び救急部門教育体制の構築と充実

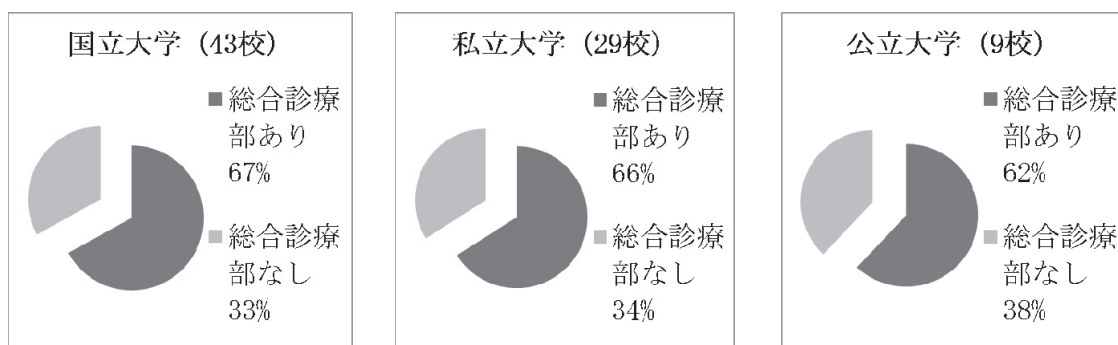
本項目については、初刊（平成19年発行）においては「4. 5年～6年次モデル・コア・カリキュラム（臨床実習）2）大学病院での総合診療教育体制の構築と充実」において言及され、『大学病院の「総合診療科・総合診療部」のとらえ方や機能が大学病院間でも大きく異なっている』と述べつつ『総合診療科・総合診療部には、①外来教育の導入教育、②地域医療教育のコーディネーターなどの機能を期待する』とした。

大学病院の「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のは、今日においても当時と同様であり、外来のみに特化していたり、教育のみに特化していたりする現実はある。しかし、出発当初の在り方は多様であってよいが、軌道に乗るようになった暁には、診療部門として大学病院に位置し、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の仕方が望ましいことは疑いの無いところであろう。しかしながら、まだ総合診療部門が一つの独立した部門・講座と位置付けられていない大学もある（表）。

表 総合診療部の有無

	総合診療部門（あり）[内講座]	総合診療部門（なし）
国立大学	29[15]	14
公立大学	5[2]	3
私立大学	19[7]	10

※防衛医科大学校は国立に、自治医科大学、産業医科大学は私立に含めた



総合診療教育体制の構築と充実は、ともすれば臓器別診療科の寄せ集めになりやすい大学病院における臨床教育においては非常に重要である。以下に、その理由を挙げる。

1) 横断的総合診療部門

医療における診断は、症状・徴候（症候）からのアプローチがその第一歩であり、そこから臨床推論が展開される。しかるに、専門細分化が進んだ大学病院においては、このようなアプローチを日常診療で行っているのは、横断的な診療部門（救急部門、総合診療部門など）である。

横断的な診療部門の中でも、救急部門と総合診療部門ではその診療における力点は大きく異なることを認識しておく必要がある。救急部門は、救急診療の場における緊急病態の除外と初期対応に重点が置かれるのに対し、総合診療部門は、一般診療の場において、特定の病因を同定しがたい病態の診療や、よく遭遇する健康問題に対する予防・診断・治療ならびに心理社会的な側面も含めた医療・ケアに主眼が置かれる。

2) プライマリ・ケア教育

総合診療部門の卒前教育におけるもう一つの重要な役割に、プライマリ・ケア教育がある。プライマリ・ケアとは、「地域の第一線で展開される医療で、医療のみならず保健活動（予防や健康増進などに代表される）や、福祉活動（高齢者ケアに代表される）とも連携し、個人のみならずその人を取り巻く家族環境や地域の人的資源や施設などにも通暁した医療で」ある。プライマリ・ケアは地域医療の維持のために必要不可欠であり、その教育は総合診療部門と地域の医療機関（病院・診療所）のみならず、行政機関や福祉関連施設との密接な連携の下に実施することが望ましい（別途、地域医療部門が設置されている場合には、総合診療部門と地域医療部門が連携してプライマリ・ケア教育を展開することによって人的資源の有効活用も可能となる）。

3) 全人的医療教育

これまでの医学教育では、健康問題を幅広く横断的に見ていく診療科による教育が不

十分であった。そのために「部分の総和が全体になる」ような誤った考え方を多くの医学生が身に付けてしまう結果となったと思われる。総合診療部門のように、健康問題を幅広く横断的に診ていく診療科も、一つの専門領域として位置づけることによって、全人的医療教育を卒前教育から無理なく始めることが出来るようになる。

総合診療部門は、未だに多くの大学医学部・医科大学においてその重要性が十分認識されているとは言えず、一つの独立した部門・講座と位置付けられていない大学もあるが、今後は全ての医育機関において総合診療部門の設置が望まれる。また、その研究や高度専門医療人養成も視野に入れるならば、他の診療科と同じ講座として位置付けられることが望ましい。このような総合診療部門の重要性については、一般社会やマスコミ、政治家に対する周知も積極的になされる必要がある。

教育はその社会の歴史・文化的背景によって異なる対応や構造が求められる。日本における総合診療部門の設置に当たっては、場当たりの対応や欧米の既往のモデルの適用では不十分であり、マクロ的には日本の社会制度の本質やその進化可能性に関する、ミクロ的には各施設の歴史的経緯やその発展可能性に関する理解に基づく組織構築や人員配置が必須である。

4) 救急医療、産科・小児科医療等の崩壊への対応

医師の地域偏在、診療科偏在が課題となっている中、地方のみならず首都圏においても救急・産科・小児科など過酷な勤務を強いられる診療科の医師が減少傾向にあり、国民の医療に対する不安を助長している。特に、最近の若手の医師は、過酷な勤務環境の診療科勤務を避け、当直勤務や重症患者の少ない楽な診療科を選ぶ傾向が強くなっている。

学生教育の中で、救急医療、産科、小児科等、医師が忌避しがちな診療科の魅力を伝えるとともに、人材と資金を集中させることにより、夫々の診療科の活力を向上させ、医師不足による一層の勤務負担の増大による悪循環を断つ必要がある。また、医師の社会的使命、医師としての歓び、誇りを自覚させ、涵養する教育を充実させること。また、それに対する何らかのインセンティブを付与する必要がある。

2. 医学教育の国際基準とわが国の医学教育の分野別認証

WFME (World Federation for Medical Education世界医学教育連盟) は2003年に、Basic Medical Education (卒前医学教育)、Postgraduate Medical Education (卒後医学教育)、Continuing Professional Development (継続的専門的能力開発) of Medical Doctorsの「WFME Global Standards for Quality Improvement」を公にし、さらにWFMEの各地区でこれの最新版を作成し始めている。欧州版は2007年に更新され、WFMEのホームページで公開されている。わが国が属するAMEWPR (Association for

Medical Education in the Western Pacific Region)でも改定版作成が進められ、WFMEのホームページに2011年5月に掲載された。

1) 医学教育の分野別質保証

わが国の大学教育の質保証制度は、機関認証として大学基準協会、大学評価・学位授与機構、日本高等教育評価機構が実施している。この3機関はDORA (Directory of Organization that Recognize/Accredit Medical Schools医学部認証機関登録簿)に登録され、国際的にも大学教育認証機関として認められている。しかしながら、これらの機関では大学の機関認証は行っているが、分野別質保証(プログラム評価)は行っていない。世界の高等教育が分野別質保証を重要視するなかで、文部科学省は平成20年中央教育審議会答申「学士課程教育の構築に向けて」以降、分野別質保証に関して、日本学術会議にその審議を依頼した。しかしながら、日本学術会議は医学に関しては、当面取り上げない分野として審議を行っていない。

2) 医学教育の国際基準

医学教育の国際基準が定められる理由は、国境を越えた医師の移動が顕著になってきているからである。米国、英国、ニュージーランドでは国内で働く医師のうち25%が外国の医科大学の卒業生である。わが国の医学教育を受けたものも外国で医師として働く機会が増えているだけでなく、わが国に外国の医学部を出た医師が国内で診療するケースも増えてきている(政府は平成22年に外国人医師の臨床修練の制度の緩和策を閣議決定している)。世界的には現在、医学部新設ラッシュが起こっている。ECFMGによれば、平成14年当時に比べ医学部入学者数は、マレーシアで46%、パキスタンで38%、インドで31%、ネパールで27%、サウジアラビアで47%、シリアで38%、ブラジルで38%、カリブで60%増となっている。世界的な医学部新設ラッシュ(医師養成の質保証への疑問)と、医師の国際間移動が増える中、アメリカ・カナダでの外国医学部卒業生に対する医師資格認定を担当するECFMGは、平成22年9月に「2023年からアメリカ医科大学協会、米国医師会がサポートするLCME、またはWFMEが決めた基準に認定されていない医学部卒業生のECFMGへの受験を認めない」と宣言した。LCMEの基準も、WFMEの基準もCompetence-based Curriculumになっていることを求めている。わが国の医学教育はCompetence-basedには至っていない医学部が多く、早急なカリキュラム改革が求められることになるであろう。

一方で、コンピテンシーに視野を移せば、卒前教育で卒業生に求めるコンピテンシーとは何か、の議論が必要となる。この議論は、「医師の役割」に通じるものである。診断治療をするだけが医師の役割ではない。地域医療の中で予防医学を実践し、様々な社会資源を利用しながら地域住民の健康増進を図ること、医療行政に参加していくことな

ど、従来の医学教育では重点が置かれてこなかった能力開発が求められてくる。現代の医療ニーズに対応できる卒業生を育てるためには、大学病院中心の臨床実習では不十分であろう。基本的臨床能力を卒前、卒後研修で系統的に身に付け、その能力を医療のステークホルダーである患者・市民に認められることが求められる。コンピテンシーを測る試験法として客観的臨床能力試験（OSCE）があるが、医師資格を与える医師国家試験でコンピテンシーを測るOSCEが導入されないこと自体が国際基準からかけ離れていることになる。

3) 医学教育における分野別質保証と大学認証

わが国の医学教育は、伝統的に、十分な基礎知識を授けてから臨床実習に入るという形式で、1年次から4年次までの前臨床実習教育期間後に、臨床実習に入る形式となっている。また医師国家試験の準備のために、6年次の臨床実習数が十分に確保できない状況である。しかしながら、AAMCの基準や、WFMEヨーロッパ版の基準では、6年間の医学教育の最低2年間以上の臨床実習を求めている。2009年のわが国医学部での平均臨床実習は59週である。AAMC、WFMEヨーロッパ版の基準からみると臨床実習数を増やしていく必要がある。臨床実習では、大学病院だけでなく、様々な医療ニーズを経験するために、地域中核病院、慢性疾患病棟、初診患者の外来、慢性疾患の継続外来、在宅医療、地域住民の健康管理や予防医学など、多様な臨床実習の場を確保しなければならない。

医学部は最低限の国際基準を満足する医学教育カリキュラムの改定を行い、医学部自身が卒業生のコンピテンシーを保証し、それを医学部自身が自己点検評価を行い、さらに医学教育の分野別質保証を行う第三者機関を作り、各医学部が医学教育プログラムの外部評価を受ける体制を早急に作る必要がある。そして、医学教育の分野別質保証を受けた大学が学校教育法で定められた大学としての認証評価を受ける制度を全国医学部長病院長会議は、文部科学省と協議し作り上げていく責任がある。

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

医学知識・技術の急速な進歩や変化する社会情勢に対応するために、医師は生涯に亘って学習することが求められている。従来からの生涯教育（CME）はこの目的に合った教育の一つであるが、近年医療事故の再発防止、医療不信の軽減などの観点から、従来のCMEのような受け身的な知識修得のための生涯教育ではなく、医療専門職全般に共通する問題を認識し、生涯を通して継続的で、かつプロフェッショナリズムに力点を置く新たな生涯教育（CPD）の概念が世界の潮流となってきた。

1) 医のプロフェッショナルリズムと生涯教育

このような流れを受けて、平成14年には「新ミレニアムにおける医のプロフェッショナルリズム」と名付けられた医師憲章が米国内科学会と欧州内科学会合同で策定されるなど、医のプロフェッショナルリズムの教育と行使の重要性が高まってきた。わが国においても医師という専門性の高いキャリアの養成においては、その出発点である大学医学部、大学病院において、医のプロフェッショナルリズムを取り入れた教育体制を整備することが求められる。すなわち、医療専門職としての知識と技能を備え、患者の利益を最優先し、社会正義のために積極的に活動する職業的責務を教育し、医学教育の目標およびアウトカムとして明示する事である。さらにこのプロフェッショナルリズム教育を各学会や医師会における生涯教育プログラムに導入することで、生涯に亘る実践が可能となり、医療に対する社会的信頼を保持できると考えられる。

各施設においては、医学教育センターのような医学教育の全体像を掌握する部門が中心になり、明確なプロフェッショナルリズム教育推進プログラム（Professional Development Program）などにより、継続的な取り組みを推進することが望まれる。

2) 女性医師養成とキャリア・ディベロップメント

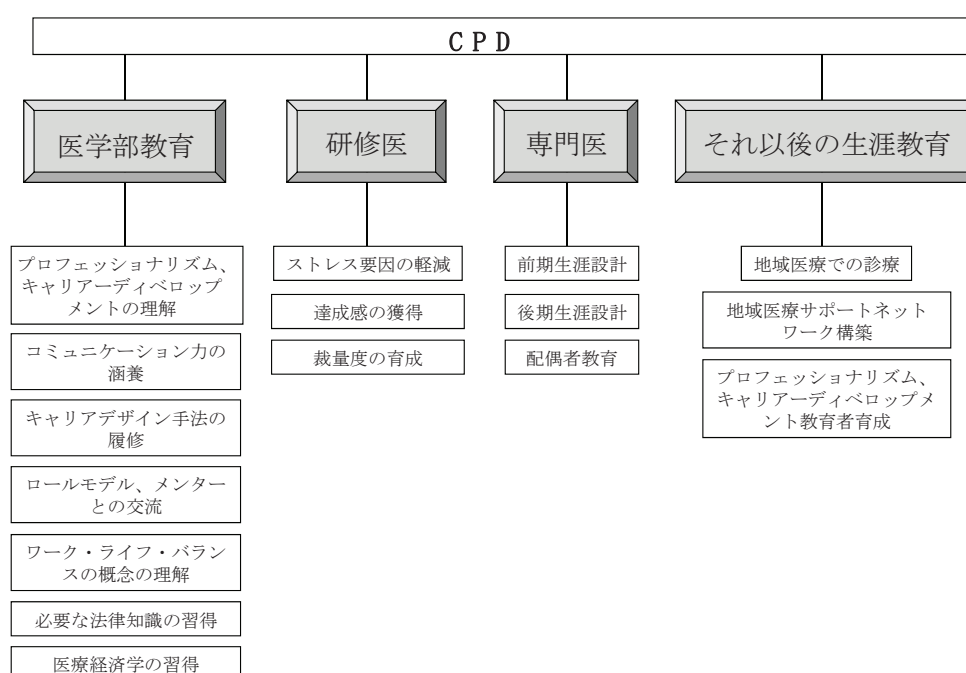
平成12年以来、日本の医師国家試験合格者における女性割合は30%を超えている。若い世代の女性医師の比率が増大する中で、女性医師の離職の最大の理由が妊娠・出産・育児と仕事との両立困難によるものであり、最近では親の介護と仕事との両立困難によるキャリアを積んだ医師の離職も問題になりつつある。さらに一旦現場から離れたあとの復職には、日進月歩の医療に対する遅れが乗り越え難い壁となっていることも指摘されている。これまでも女性医師支援の名の下に種々の対策が講じられてきたが、期待に反して目に見える効果は現れていない。その理由として、医療崩壊は単に女性医師のみの問題ではなく、男性医師も含めた医療全体における過重労働が基本的な問題であるにもかかわらず、女性医師支援の多くは医療崩壊の主要因が女性医師の離職増加によるという間違った認識に基づいて行なわれたこと、さらに、その支援が女性医師の当然の権利であるかのような意識となってしまう、医師として果たすべき本来の責任感を希薄にしていること等が考えられる。したがって、従来の一方通行的な女性医師への出産・育児支援ではなく、現実に即した支援を行うと共に、医師に必要なキャリア・ディベロップメントの重要性を認識させ、意識改革を積極的に行う必要がある。

キャリア・ディベロップメントとは、医師として生涯研鑽し、社会貢献するという目的意識を啓発し、それを生涯持ち続けることのできる医師の養成のことである。

3) 医師養成教育と支援プロセス

医師養成は医学部に始まり生涯にわたる教育と支援プロセスを考慮する必要がある。

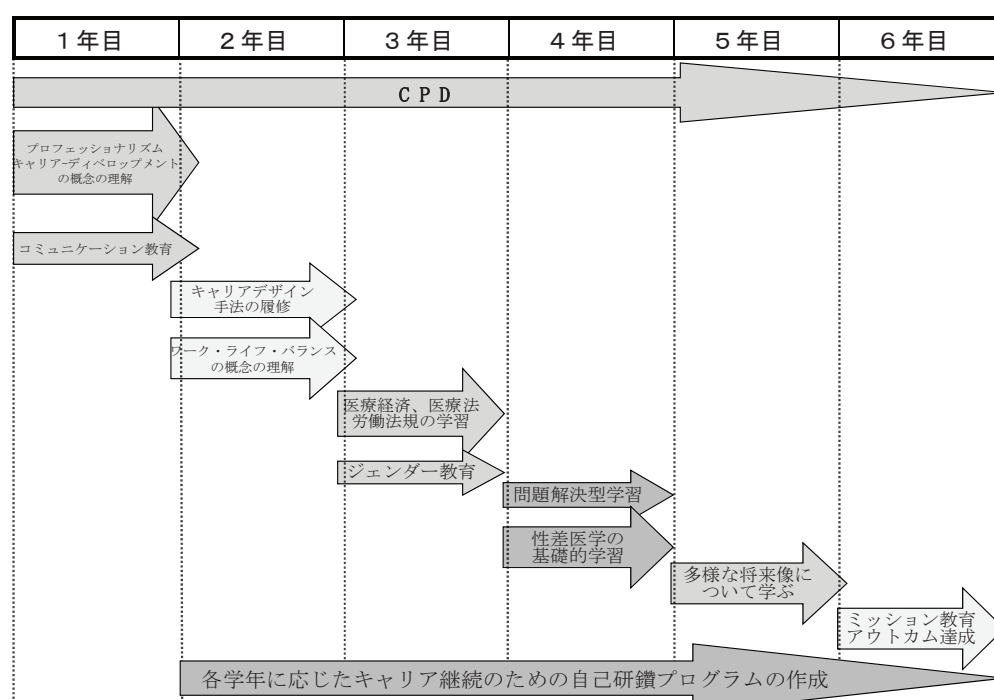
医師養成の段階的教育と支援プロセス



(1) 医学部教育

キャリアプランを自ら立案して実践する能力を育む医学部教育は特に重要であり、6年間を通してCPDの概念を基盤とした教育を行い、各学年に応じたキャリア継続のための自己研鑽プログラム作成を支援する。言い換えれば「医師の責務を理解し、仕事と生活目標を設定し、目標に到達するために何をすべきか自ら考えて行動する姿勢をしっかりと身に付けるための教育と支援」である。具体例を図2に示す。

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に関する医学部教育



1年次は、女性、男性に関わらず医師の就業率を高めるキャリア・デベロップメント、社会からの信頼度を高めるプロフェッショナリズム教育の意味を理解させる。すなわち、医師になった後のプロフェッショナリズムを考える機会を与え、育児、介護などの避けられない局面を乗り切って、プロフェッショナルとして仕事の継続の大切さを学ぶ。

さらに、コミュニケーション能力は生涯を通して必要とされるものであり、医療安全の観点からも不可欠である。コミュニケーション教育については、低学年の入門教育から4年次の医療面接へと繋がるようなステップアップを考慮したカリキュラムを構築する。医療系の他学科学生との共習科目の設定などはチームワーキングに有用である。

2年次は、キャリアデザインの手法を履修する。ロールモデル、メンターとの交流は有用である。さらに、ワーク・ライフ・バランスの概念を理解する。

3年次は、医療経済、医療法、労働法規（男女機会均等法、育児・介護休業法など）の学習や、医学の面からみたジェンダー教育を行う。妊娠、出産の可能性のある女性のキャリアについて学ぶよい機会となる。

4年次は、問題解決能力を養成する問題解決型学習を行う。このことはチームワーキングにおけるコミュニケーション能力の養成にも有用である。さらに他職種間との連携教育カリキュラムも取り入れる。性差医学の基礎的知識を修得する。

5年次は、大学教員、勤務医、開業医、行政者、留学による研修など多様な将来の可能性について学ぶ。

6年次は、ミッション教育を行い、アウトカム達成を目指す。

（2）研修医

ストレス要因の軽減、達成感の獲得、裁量度の養成が重要である。

（3）専門医

専門医取得後の前期生涯設計は、自分の設定した専門性を具体的に臨床あるいは研究に活かす時期である。そこで自らの専門性の充実を図り、大学でも市中病院でも若手中堅として活躍できる。

後期生涯設計は自分の生涯をほぼ決定する時期で、大学、病院、開業の方向性が確定し、実践される時期となる。その中でCPDのあり方が議論されるべきである。さらに、この期間においては配偶者教育も重要となる。

（4）それ以後の生涯学習

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。臨床系教員の採用、昇任などにあたり、地域医療での診療実績などの教員の地域医療貢献を評価項目に入れる。

医師リクルートと地域ネットワークの構築を視野にいて、医育機関としての大学と地域を循環するシステムなどにより、シニアエイジドクターも参加して地域医療をサポートしていくネットワークを構築する。さらに、プロフェッショナリズム、キャリア・ディベロップメント教育者の雇用と養成のための安定した財政支援が必要である。

4) 医師雇用と環境整備

雇用に関する主な労働法制には、①産前産後休業（産前6週、産後8週）、軽易な業務への転換など、②雇用における男女均等取り扱い、妊娠、出産などを理由とした解雇その他不利益取り扱いの禁止など、③子が満1歳（最大1歳半まで）の育児休業、子が3歳までの短時間勤務制度など、④通常の労働者と同視すべき短時間労働者の差別的取り扱い禁止、パートタイム労働法、⑤子育て支援のための計画の策定義務化、次世代育成支援対策推進法、などがある。これらの法制に関する知識は学生のみならず大学設置者、病院経営者にも周知させる必要があり、医師がこれらの労働法制下で活躍できるような環境整備も実際に実施されることが重要である。

以上によって、現実に即した利用しやすい保育施設の設置、医師全体の過重労働を解消するための医療現場でのワーク・ライフ・バランス制度の構築が進められるとともに、6年間の医学教育の中で利他の精神に基づく医師としての自覚が涵養されることによって、男性、女性医師共に生涯を通してキャリアを推進することが可能となる。

4. 教育環境の整備

卒前教育から生涯教育に至る（表1）まで、医学・医療教育現場の「環境」は、医療プロフェッショナルとしての成長や発達に非常に大きな影響を与えている。環境には「時間的」なもののほかに、「人的」なもの、「空間的」なもの、「その他の教育環境」があり、それらが十分に保障された状態にないと、プロフェッショナルとしてのよりよい成長・発達あるいは学びが阻害される可能性がある。その上、現代のように複雑化・高度化した社会では、環境そのものの多様化も急速に進んでいる。

医学教育の教育環境の「時間的」なもの以外の諸要因としては、表2に掲げたような多種多様なものがある。従来からの、医学部や大学病院はもちろん、地域の病院、診療所のみならず、保健・福祉・介護関連施設など、学習活動の展開される場を広く教育環境としてとらえ、多様性の豊かな教育環境を整えていく必要がある。人間を取り巻く環境条件をどのように「最適化するか」を考えることは極めて重要なことであり、施設内で取り組むべきことのほかに、全日本的な見地から、医療人養成に求められる最適環境も追求すべきである。さらには、今後の課題としては、「医学におけるオープンエデュケーション（講義などをウェブサイト上で無料公開するなどして、世界のどこにいてもインターネットで学ぶことができるような教育システム。ウェブの進化に伴う教育の

オープン化)」にも積極的に取り組んでいく必要があるだろう。

表1 時間軸に見た医学教育

1. 卒前教育
2. 卒後教育
 - 1) 卒後初期臨床研修
 - 2) 後期専門医研修
 - 3) 研究者養成
 - 4) 生涯教育 (CPD)

表2 教育環境の諸要因

- 教育環境をサポートする組織
 - ・ 全国的組織 (米国の LCME,NBME ,ACGME に相当する組織)
 - ・ 各施設における医学教育部門
- 人的教育環境
 - ・ 教員のスキル
 - ・ 評価法
 - ・ 教育法
 - ・ スタッフの帰属意識
 - ・ 学生のサポート
- 空間的教育環境
 - 学習空間**
 - ・ 講義室 (大きさ、オーディオなどの設備) ・ 実習室
 - ・ IT 環境
 - ・ 図書館 (含む電子教科書)
 - ・ チュートリアル室
 - ・ スキルス ・ ラボ
 - ・ 病院その他の医療施設
 - ・ リサーチ環境
 - ・ 海外 ・ 国内の協定施設
 - 生活空間**
 - ・ 宿舎
 - ・ 食事
 - ・ 談話室
 - ・ 厚生施設
 - ・ 交通手段
- その他の教育環境
 - ・ 明確化な教育ヴィジョンとミッション
 - ・ 構造化されたカリキュラム
 - ・ カリキュラムの柔軟性
 - ・ 教材

※ それぞれの施設には特徴ある教育環境があるべきである。それは、それぞれの施設のヴィジョンとミッションによる。

1) 教育環境をサポートする組織の確立・充実

ここでは、表2に示した全ての項目については述べず、特に教育環境の整備に関して、教育の質を担保する全日本レベルの組織としての米国のNBME、ACGMEに相当する組織と、各機関レベルにおける医学教育部門について付言しておきたい（LCMEについては第3章、2 医学教育の国際基準とわが国の医学教育の分野別認識を参照のこと）。

日本の医師国家試験は認知領域の試験としては信頼性、透明性、公平性、効率性の高いものとなっているが、臨床的推論を問うような解釈レベルや問題解決レベルの問題が少ない。さらには、その他に二つの大きな問題点を抱えている。

第一には、現行の医師国家試験は、技能、態度を測定できておらず、妥当性に欠ける。第二には、法的には、医師法の第二条に「医師になろうとする者は、医師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない」と規定され、第九条に「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。」とされている。にもかかわらず現行の医師国家試験では技能、態度を測定していないのは法的にも問題がある。（第1章、4, 2）現行の医師国家試験の問題点）

このように問題のある医師国家試験の抜本的改革のためには、第三者機関、たとえば米国のNBME（National Board of Medical Examination医師免許試験委員会）のような組織が是非必要である（（仮称）「医師資格試験実施機構」）。そして現在共用試験に導入されているCBTのノウハウを共有して、臨床的推論を問うような解釈レベルや問題解決レベルの問題を作問しやすくするとともに、技能、態度の評価法導入にもシステマティックに取り組むことが出来るようにすべきである（第1章、4, 4）医師国家試験の内容と方法の改革を参照）。

一方、卒後の専門医研修の質の確保のためには、米国のACGMEのごとき組織の確立を念頭に置かねばならないが、これに関しては日本専門医制評価・認定機構などが米国のACGMEのような機能を持てるようになることが望ましい。

2) 医学教育部門の充実

その呼称は「医学教育推進室」、「医学教育センター」など様々であるが、医学教育を主たる業務とする教員を配置する医学部・医科大学が増えてきている。このことは、従来「診療」、「教育」、「研究」の3本柱といわれながら軽視されがちであった教育を重視する傾向として望ましい。

大学医学部・附属病院に医学教育部門と臨床研修センターを設置している場合、各々が卒前教育、初期臨床研修に特化させるのではなく、医学部・附属病院が協同して卒前・卒後・生涯学習の拠点として機能させることが今後求められる。

医学教育部門専任教員は、学習理論、学習方法などについて医学部・附属病院の教員

を支援していく必要がある。現代の医学教育には新しい手法が取り入れられているが、教員のすべてがその理論的背景を十分理解しているわけではない。効率的な教育を行うためにはその理論背景を、そして教育での実践研究の成果を知っている必要がある。医学教育部門専任教員はその専門的知識により、医学部や附属病院などの教員・職員の学習活動を支援していくべきである。

また、医師には卒前、卒後初期研修、専門医研修、そして生涯学習 という長い時間軸での学習が求められる。医学部・附属病院には様々な学習環境がある。例えば、診療技能環境としてのスキルス・ラボ（技能トレーニング施設）、遠隔教育と学習管理ツールとしてのe-Learning（ICT教育・学習）などが挙げられる。これらを卒前教育だけではなく、卒後・生涯学習の教育資源としてオープンにしていくことも大学の責務である。大学がその資源を用い、地域の医師たちにも学習環境を提供し、積極的に生涯学習の拠点となっていくために、医学教育部門の機能を発展させていく必要がある。さらに、医学教育は高等教育の一部であり、国内外の高等教育政策と無縁ではない。医学教育プログラムの認証という分野別質保証の問題を見ても、それぞれの大学で行っている医学教育と国内外の高等教育の動向とを比較検討する部門が求められる。教育の高度化、国際化そして質保証という社会的責任を果たすために、医学教育部門は臨床研修センターなどと機能的連携を持ち、医師の学習の時間軸の中で活動していくことが必要となるであろう。

しかし、現状ではその部門の教員が教授1人であるような場合も少なくなく、兼務の教員もエフォートの比率が明確でない場合が多い。欧米のようにエフォートの比率による給与の分割まではすぐには困難であるにしても、一定のエフォートを明確にした教育部門兼任職を置くなど、従来の教員の在職形態にとらわれないダイナミックな人員配置を考えるべきである。

その部門の役割として、下記の3業務を特に求めたい。これら業務を各大学で独自に実施困難な場合には、全国（あるいは地域）レベルでの教育・研修活動へ橋渡しする役を担う形でもよい。

①「教員の教育能力開発」

「カリキュラム・プランニング」、「教育・指導方法」、「評価法」の3つのコースをFDとして準備し全ての新任教員にこの履修を求めるべきである。

②医学教育部門の事務職の研修（SD: Staff Development）

教育部門に従事する事務職には、必ず教育担当の事務職員のための研修を義務づけるべきである。

③医学部卒前教育・初期臨床研修・医師の生涯学習にわたる継続的学習環境の提供

診療技能トレーニングのためのスキルス・ラボ（技能トレーニング施設）は卒前、卒後ともに重要な学習環境である。同様に、e-Learningも卒前・卒後・生涯学習にわたる

重要な学習環境である。このような、医学部、附属病院をまたぐ学習環境を提供し、新しい学習手法を導入し、大学医学部・附属病院が医師のどの時間軸でも学習できるように、地域の医師にも学習環境を開放し、大学がその教育力を地域にも広げる役割を担うべきである。

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

「医療崩壊」は単なる医師不足ではなく、地域格差、診療科間の格差、過酷な労働環境による勤務医の減少など、様々な問題が複雑に関連しており、医師養成増のみで解決できる問題ではない。昨今、医療崩壊の解決策の一つの方法として医学部（医科大学）新設の容認、検討がなされているが、医学部の新設には多くの問題点が含まれており、本会議ではかねてから医学部の新設に対して慎重な対応を求めてきた。当面の医師数の確保については以下のとおり既存の医学部の定員増で対応すべきと考える。

1) 既設医学部（医科大学）の定員増による対応の妥当性

全国の既設の医学部（医科大学）は、平成20年以降入学定員の増員を行っており、平成23年の入学定員は過去最大規模を上回る8,923名となっている。すなわち、2007年のいわゆる削減時入学定員（7,625名）と比べると1,298名の増員となっており、これは従来の入学定員90～100名規模の大学医学部を13～4大学新設した事と同じ効果を持っている。

今回の増員分を含めた医師数の将来予測（平成18年の厚生労働省による医師将来予測に平成22年までの増員分を加算したもの）によると、現状の人口千人あたり2.1人の臨床医数は、平成44年にはOECD加盟国の平均値である3.1人を超え、平成52年には3.4人、平成62年には3.9人に達し、その後もさらに増え続けることが予測されている。

今回行われた一連の入学定員増は10年間の期限付であり、将来は需給状況を調査し、定員を調整することとなっている。すなわち、既存の医学部を活用する最大の利点として、将来の医師需給状況の変化に応じ、迅速かつ容易に定員を調整することが可能となること、また、定員増に対応した既存の大学の教職員の増員と施設を整備することにより、現有の優れた教育研究力を活用し必要最小限の費用で教育研究資源の確保が可能となることが挙げられる。

平成22年度からは研究医養成のための入学枠が設けられ基礎医学研究医の養成も図られており、これらの措置は既設の医学部（医科大学）の研究教育環境の維持・充実の目的にも合致するものと考ええる。

2) 医学部（医科大学）新設に関わる教育研究体制の質の確保について－臨床系教員の確保に伴う地域医療崩壊の危惧－

教育研究体制の確保には、質の高い基礎および臨床医学教育を行う教員と高度な施設

が必要である。現在、わが国における医学部学生は約45,000人、一方、医師の資格を有する医科大学の教員（基礎系の非医師教員を除く）は平成20年の厚生労働省統計によると46,000人である。すなわち、医学生1人に対し医師資格を有する教員が1名以上（定員100名の大学では6学年で600名以上）が配置されている。昨今の医師不足の中、医学部新設のために地域の第一線で活躍している多くの中堅の臨床医が臨床系教員として招かれることとなれば、地方の医師不足による医療崩壊がさらに壊滅的な打撃を受けることが強く危惧される。

また、医科大学の新設には1校あたり約1,000億円ともいわれる莫大な資金を要するといわれている。無駄な投資を避け資源の有効活用を図るためにも既存の医学部（医科大学）の施設設備を充実させ教育研究資源の確保を図るべきと考える。

3) 学生の医療人としての資質の確保

第1章、2の入学者選抜の項で述べたが、入学者には、医療を実践するための知識や技能を生涯にわたって学習し習得するための基礎学力と知的能力が不可欠であり、また、社会に貢献するという明確な目的意識や情熱、能動的な学習態度、コミュニケーション能力、他者を尊重し共感できる豊かな人間性など医療人として必要とされる多くの資質が求められており、その確保は極めて重要な課題である。

(1) 医学部入学の難易度の低下

1960年代（昭和35～45年）の医学部入学定員は約3千名で、当時の18歳人口は200万人を越えていた。すなわち、当時は18歳人口のほぼ500～700人に1人が医師になっていた。その後、1970年代にいわゆる新設医大34校が設置され、入学定員は8,280人へと倍増し、一方、18歳人口は約170万人に減少した。その結果、1980年代には、18歳人口のほぼ200人に1人が医師になる時代を迎えた。その後、入学定員は7,625人にまで削減されたものの、18歳人口の減少は定員減を上回って進んだことから、平成19年には18歳人口の171人に1人が医師となる時代となり、平成23年現在、入学定員は8,923人に増員され、一方18歳人口は120万人と以前の約半数になったことから、現在では18歳人口の134人に1人が医師になる時代を迎えている。すなわち、医学部入学の難度は以前の1/5にまで低下していることになる。今後、更なる18歳人口の低下に伴い、現状の入学定員のままでも、やがて百人以下に1人が医師になる時代を迎えることとなる（表1）。

政府が提案している医学部入学定員を現在の1.5倍にあたる11,000にした場合、平成39年以降18歳人口の97人に1人、その後やがて70人に1人の医学部入学者となる（表1）。以前に比べて医学部入学者の難易度は10分の1にまで低下することが予測され、医学生の資質の低下が強く危惧される。

(2) 18歳人口千人当たりの医師養成数について

前項では、18歳人口の何人に1人が医師になるかを示したが、同じ数字から、18歳人口千人当たりの医師養成数はどれくらいにあたるかを計算（入学定員÷18歳人口×1,000）すると以下のとおりとなる。

前述のとおり、1960年代には、18歳人口500～700人に1人の医学部入学者であったが、これを18歳人口1,000人あたりの医師養成数に換算すると1.7～2人の養成数になる。この年代は、現在、ほぼ60歳以上の高齢医師に相当するが、この年代の医師養成数が、現在のOECD（Organization for Economic Corporation and Development経済開発協力機構）加盟30か国の平均医師数である人口千人対3.1人に比べて明らかに少なかったことを意味している。

その後、1970年代のいわゆる新設医大の設置以降、18歳人口200人に1人の入学者となったが、これはその年代の18歳人口1,000人あたり5人の医師養成数に相当する。すなわち、新設医大設置以降は、現在のOECD平均（人口千人対3.1人）をかなり上回るペースで医師の養成がなされて来たことを示している。なお、この年代は、現在ほぼ60歳より若い年代であるが、この年代以降の若年の医師数はOECD平均を上回る十分な数の医師がすでに養成されていることを示している。

平成23年では、前述のとおり134人に1人の入学者であるが、これは18歳人口1,000人あたり7.5人というOECD平均の倍以上のペースの医師が養成されていることを示している。今後、さらなる18歳人口の減少にともない、現状の入学定員のままでも早晩18歳人口千人あたり10人を越えるハイペースの医師養成数となることが予測される（表2）。

平成44年頃にわが国の医師数がほぼ充足する予測であることを考えれば、その6年前（平成38年頃以降）には、現在の入学定員8,846人を3,000人あるいはそれ以下に大幅に削減する必要があるものと思われる。新設医大を設置すればそれを廃止することは極めて困難であり、前述のとおり、既存の医学部で定員を調整することが妥当と考える。

4) 医師、診療科の地域偏在の是正

医師数の増員が成し遂げられたとしても、地域偏在や、診療科偏在は解決するわけではない。

地域偏在解消のためには、医科大学が設置されている夫々の地域で、地域の基幹病院と連携し、卒前卒後に亘って地域に根付いた医師を養成する必要がある。大学に思い切った投資を行い、地域の大学が若い医師にとって魅力ある存在となるような施策を採るべきと考える。

また、医学教育には莫大な国費が投じられていることを考えれば、特に、地方の医学部入学者が、卒業と同時に都会に回帰する現状に対する何らかの制約を設けることも考慮すべきと考えられ医学部入試における地域枠の一層の拡充、学費相当額の奨学金制度

とリンクさせた卒後の一定地域での診療（研修）の義務化（返済免除の条件とする）なども考慮する必要があるだろう。

診療科の偏在については、本来、職業選択の自由との整合性や診療報酬の加算あるいはドクターフィーの導入などの方策が優先されるべきであるが、卒後の一定期間の専門研修に限って、専門分野別の研修医定数の導入、研修施設の地域別配分、強力なインセンティブの付与などの施策を考えることも一法と考える。

（表 1）1960 年以降の医学部入学定員の推移と 18 歳人口

（上 3 段は新設医大の設置前、中 3 段は新設医大の設置後、下 3 段は将来予測）

年 度	入学定員	18 歳人口	医師になる割合	（18 歳人口千人当り養成数）
1960 年	2,840 人	200 万人	704 人に 1 人	（1.42 人）
1966 年	3,560 人	249 万人	699 人に 1 人	（1.43 人）
1969 年 （新設直前）	4,040 人	213 万人	527 人に 1 人	（1.90 人）
1981 年 （新設直後）	8,280 人	188 万人	227 人に 1 人	（4.41 人）
2007 年 （削減時）	7,625 人	130 万人	171 人に 1 人	（5.85 人）
2010 年 （増員後）	8,846 人	122 万人	138 人に 1 人	（7.25 人）
2027 年	8,933 人	107 万人 ^{*1}	120 人に 1 人	（8.35 人）
2040 年	々	94 万人 ^{*2}	105 人に 1 人	（9.56 人）
2050 年	々	77 万人 ^{*2}	86 人に 1 人	（11.60 人）

（表 2）入学定員を 11,000 人に増員した場合の将来予測。

年 度	入学定員	18 歳人口	医師になる割合	（18 歳人口千人当り養成数）
2027 年	11,000 人	107 万人 ^{*1}	97 人に 1 人	（10.3 人）
2040 年	々	94 万人 ^{*2}	85 人に 1 人	（11.8 人）
2050 年	々	77 万人 ^{*2}	70 人に 1 人	（14.3 人）

（^{*1} 2027 年の 18 歳人口：2009 年出生数 107 万人。18 年後の 2027 年の 18 歳人口は同じく 107 万人とした）

（^{*2} 2040 年、2050 年の 18 歳人口：国立社会保障・人口問題研究所の出生中位予測による）

表説明

1. 1960年代は、医学部入学定員は3,000 ～ 4,000人。18歳人口は200万人以上。500人～700人に1人が医師になっていた。
2. 1970年代の医学部新設（34校）以降、1980年に定員は一気に8,280人に増加。人口は100万人代。200人に1人が医師になる時代になった。医師過剰が懸念され、閣議決定により、定員は7,635人に削減されたが、18歳人口の減少に伴い人口比の医師養成数は増加した。
3. 現在（平成22年）は、入学定員8,846人（削減時より1,221人増）、人口は122万人で、138人に1人（18歳人口千人あたり7.3人）の医師が養成されている。
4. 将来は、18歳人口のさらなる減少により、入学者の割合は18歳人口100人以下に1人となる。
5. 医師養成数の適正值は、その時点の18歳人口千人あたりの医師養成数を基準に考える必要がある。医師数が充足した時点以降は、その時々18歳人口千人あたり、医師を3.1人ずつ（現在のOECD平均並みの医師数を確保する場合）養成すればよい。平成22年現在、18歳人口千人当たり7.25人という極めてハイペースの医師養成がなされており、医師が充足する年の少なくとも6年前には、現状の8,846人の定員を3,000人以下に大幅に減ずる必要がある。
6. 入学定員を11,000人に増員した場合、20年を待たずに医師養成数は18歳人口100人以下に1人、人口千人あたり10人以上の異常な養成数となり、医師過剰が懸念される。

まとめ

全国医学部長病院長会議は平成19年9月当時社会問題となっていた①都市と地方における医師分布のアンバランス、②地域における医師の寡少化と地域医療の崩壊、③特定領域における医師志願者の減少などが国民の健康管理に直接影響を及ぼしているのみならず将来の国民の健康福祉の大幅な後退につながる緊急かつ重大な問題であると指摘し、グランドデザインに基づいた改革実行の必要性を問うたが、これら3課題は現在もなお国民のニーズに基づく大きな社会問題として存続している。

我々ができる現在の医療危機の打開策は医学部、医科大学が自主的、自律的に緊急性をもって“一貫性と継続性を持った医師養成というレールに基づくグランドデザイン”に沿って平成19年からのインターバルの現状を再度見直し世に問うこと、と考えた。一方国際社会のグローバル化の波は医療のみならず医師養成のシステムそのものにも多くの影響を与えており、その内容と今後の方向性についての解析を緊急に行う必要がある。このため我々は、前回提言の地域医療崩壊改善に関する実施状況の検証とグローバル化の中で新たに生じた課題の整理、検討を全国医学部長病院長会議の立場から行い、さらなる改善の実施推進を図ることを目的とし、本書を発刊した。

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

医学部（医科大学）に共通する使命は、教育・研究の中心として医学部学生の教育と医師養成を通じて、国民の医療・福祉へ貢献するところにある。入学者選抜は、医学部にとって、その使命を達成するための第1歩であり、医師となるにふさわしい意欲と資質を真に有する人材を選抜することが重要である。一方、各大学の設立の趣旨、歴史的背景、立地特性は、極めて多様であり、各大学医学部は開学の原点に戻り、それぞれ固有のミッションを再確認すべきである。その際、必要があれば現代社会に相応しいように見直し、定め直すことも必要である。そして、各大学はミッションへの貢献を志す、志の高い学生を選択するためのアドミッションポリシーを改めて設定し、公表すべきである。選抜方法に関しては、基礎学力や知的能力を判定する学力検査のみに頼ることなく、医師として望ましい資質や各大学の目指すミッションへの志を評価するために、選抜方法の多様化、評価尺度の多元化を進めることが必要である。入学後については、一人ひとりについてフォローアップシステムを構築し、各大学のミッションの達成状況を検証するとともに入試方法の改善・工夫に取り組むべきである。

医学部卒業生の進路偏在問題はいまだに解決されていない。偏在は諸分野・諸領域に渡っている。「偏在」には①地域間偏在、②診療科間偏在、③基礎医学・臨床医学間偏

在などがあり、改善策はそれぞれ総括的、多面的に立案されなければならない。「医師の地域偏在問題」を改善するため、現在、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の推進、臨床研修制度を含む医師養成医療システムの対策などが講じられている。これらの施策の効果については、今後、厳正に検証していかなければならない。また、医学部においても卒前教育や卒後研修において、医学生や研修医に対して、医師偏在問題の現状や医師としての社会的責任を認識させるカリキュラムを作り、各医学部がミッションとしてもつ地域貢献や社会貢献について認識させていく努力をしなければならない。

2. ステップ I：臨床実習前教育

教養教育、受験勉強から大学生としての学習法への転換としての初年次教育、医学を学ぶための準備教育、そして医の倫理を含む、医師という専門職業人になる者として適切な行動が取れるための学習が中心となる。ここでの学習が、医学生一人ひとりが臨床実習でどれだけ多くのことを学べるかを決める。医学生は基礎知識だけでなく、学生が臨床の場で自ら学べる能力（職場の中で学ぶ力）の開発をこの時期に目指していかなければならない。準備教育モデル・コア・カリキュラム、医学教育モデル・コア・カリキュラムの検討により、この時期の学習内容は精選されつつある。また、共用試験の定着により、医学部のカリキュラムも学生の臨床実習前教育は整備されつつある。

しかしながら、医学生としての態度・習慣形成の教育についてはさらなる改善も必要であろう。特に、医学生として適切な行動がとれるように日常からの学生支援の在り方は今後の論点である。医学部は今まで学生一人ひとりへの学習支援、生活支援（対人関係を含む）、奨学金相談、進路相談（キャリア・デザイン）について十分な対策を取ってこなかった。しかし、これからは学生生活を通じて「人としての成長」を促し、医師としての適性をも育てていかなければならない。学生支援は教員だけの仕事ではない。まさに教職協同で一人ひとりを支える支援体制の構築が急がれる。

また、近年の医学研究の低迷を受けて、医学生の時期にリサーチマインドを涵養するために、自らの希望にもとづいて基礎医学・社会医学の研究室に配属されて一定期間研究を行う研究室配属が行われている。これは医学生全体にリサーチマインドをもたせ、殊に基礎医学・社会医学の将来の担い手となる人材を発掘するために重要である。加えて、基礎医学のめざすもの、基礎的研究の醍醐味を伝えるために、短時間であっても分野別講義を加えることも考慮する必要がある。

3. ステップ II：臨床実習教育

臨床実習教育の改善は、わが国の医学教育における最重要課題であり、グローバル化という視点からも改善が急務とされている。

医学教育モデル・コア・カリキュラム22年度改訂版では、臨床実習の学習目標が卒業時の到達目標として示されるようになり、今後の各大学における目標設定に大きな影響を与えると考えられる。

一方、実習の方略は、見学型ではなく診療参加型であるべきとされている。特にコアとなる診療科目での実習は診療参加型とすべきである。また、この前提条件となる、医学生の医行為基準の明確化やインフォームド・コンセント取得に係わる問題などは早急に解決される必要がある。なお、臨床実習の際には、実習現場における医療安全教育の充実を図るとともに、指導教員が責任をもって学生の監督および適切な指導を行うことが大切である。

実習の場としては、大学病院だけではなく地域の病院や診療所などに協力を求め、地域全体で医師を養成していくというシステムの構築が望まれる。これにより初めて、医学生に、終末期医療を含む総合的かつ救急患者への対応を含む基本的な診療能力を修得させることが可能となろう。また、学生の実技能力に関しては、評価項目の設定や評価基準の標準化が必要である。オンライン臨床研修評価システムであるEPOCに類似したシステムの導入や各大学（あるいは大学群）が行う卒業時OSCEによる評価が求められる。また、グローバルな視点からは、卒業時アウトカム（学習成果）やコンピテンシー（能力）の設定、これに基づいたカリキュラムや評価法の開発が求められる。

4. 医師国家試験の内容と方法の改革

医師法では、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おらず、いわば違法状態となっている。また、「知識」の試験に備えるため、医学部6年生の一定期間、座学に多くの時間が費やされ、卒前の臨床実習と卒後臨床研修の連続性が損なわれる原因となっている。試験の実施方式に関しても、500題の新作問題が毎回作成され、全国一斉に紙ベースで実施されている点、問題作成者と出題者が同一である点、など、改善すべき点がある。

現在、医師国家試験は厚生労働省の管轄で行われているが、厚生労働省、卒前教育を管轄する文部科学省、卒前教育を実践する医学部の3者が対等な立場で、医師国家試験のあり方や改善について話し合う場を設置する必要がある。

医師国家試験を改革するには、医師法に立ち返り、「知識」と「技能」を評価する資格試験とする必要がある。具体的には、「知識」に関する問題は、医師として卒後臨床研修を開始するのに最低限必要な基本的知識を問う問題とし、共用試験CBT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出題する。出題方式はCBTとし、「技能」に関する試験は、OSCEで行う。

なお、国家試験問題の改善を継続的に行うため、試験の実施は第三者機関が行い継続

的な改善を行う。受験生は、受験後、各自の成績をもって医師免許証の申請を厚生労働省に行い、厚生労働省は、その申請に基づいて免許交付の可否を判断する。医師資格試験としてのOSCEが、第3者機関で実施できるようになるまでの期間は、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の一つとする。

第2章 医学部（医科大学）の卒業後における検証と提言

1. 初期臨床研修制度

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能力である基本的臨床能力開発を可能にする理念で行われるべきと考える。このためには臨床医養成のプログラムの中で、いつ、なにを、どのように教えていくかをグランドデザインの中で検討し、臨床教育課程を策定していく必要があり、その目的を達成するためには、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。今後改訂に際して、臨床医養成のための医学部の卒前、卒後の一貫した教育課程を構築し、多様な疾患を経験することを可能にする臨床研修病院群形成についての具体的な枠組みの策定しつつ、生涯教育の観点からの医師養成プログラムとして行われる必要がある。医学研究者養成、特に基礎医学研究者養成を考えると、初期臨床研修の自由選択制も検討する必要がある。

2. 専門医・高度専門医療人（総合診療医を含む）の養成

卒前教育と臨床研修後、実践的医療の場で専門医・高度医療職業人としての十分な臨床技能・態度を研修する環境が必要である。その際、卒前、卒後教育のシームレスなプログラムを構築していかなければならない。また専門医・高度医療職業人養成施設では単に指導にあたる専門医がいれば良いという問題ではなく、その後の目差す専門分野について学問をする体制が充実し、研究が可能な環境である必要がある。また、主として各学会が現在行っている専門医制度に対しても国民的視点に立ち、国民にとって分かりやすい制度であるよう十分な検証を行い、より良き専門医・高度専門医療人養成環境設定への努力をすることも必要である。

3. 医学研究の振興と大学院の充実

大学院の使命である知の創造を担う医学部卒業生が激減し、このままでは“日本における医学研究は崩壊する”といわれるまでの状況である。基礎系大学院の振興については、各大学でMD-PhDコースの設置以外に、独自のMD研究者養成プログラムを展開することや、研究者志向のAO入試を導入するなどを行い、かつ基礎医学の研究者をめざす人材に対しては、奨学金制度の拡充などの経済的支援が手厚く行われる必要がある。一方、

臨床系大学院については、リサーチマインドをもった専門医・高度専門医療人を養成することが、将来の日本の医療水準を高めるには必要不可欠であることから、高度専門医療人養成コースの中に一定の研究期間（基礎的研究への従事期間）を含むプログラムを策定するなど、多様性のあるプログラムを構築することは有用である。また、研究者養成コースでは、基礎系大学院との連携を密にして、臨床系大学院から基礎医学の研究者が生まれることを促進する仕組みも求められる。また、真の臨床研究を推進するために、臨床系大学院の中に臨床疫学や長期追跡研究などを目標とする臨床研究コースの設置も必要である。さらに、研究室での大学院生への指導体制を確立するために大学院の専任教員を増やすことや、研究機器・機材の共同利用などを促進して研究環境の設備をすすめる、などの対策が求められる。

4. 生涯教育

医学の急速な進歩、医療の高度化、複雑化、さらに医療安全や救急医療に対する社会からのニーズにより、医師に求められる医療レベルは常に連続的に変化し、高度化している。医師免許を取得し、専門医として認定された後にも、安全、安心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が求められている。このような生涯学習のニーズに対して卒前・卒後教育を一貫して医師養成のために大学が中心となって学会、医師会、病院協会などと連携して、プログラムを提供する。これにより、医師が自らの専門性の充実を図り、大学病院、地域病院、診療所などの多様な医療現場のネットワークの中で能力を発揮することができる。このネットワークが地域の医療を支えるとともに将来の医師を養成する体制整備にもつながる。また、大学病院はこの地域医療ネットワークのハブのひとつとして機能することができる。

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. 大学病院での総合診療及び救急部門教育体制の構築と充実

大学病院の「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。外来のみに特化していたり、教育のみに特化していたりする現実がある。望ましいのは診療部門として大学病院に位置し、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ふ存在の仕方である。しかしながら、まだ総合診療部門が一つの独立した部門・講座と位置付けられていない大学もあり、この点の改善が早急に望まれる。総合診療教育体制の構築と充実は、ともすれば臓器別診療科の寄せ集めになりやすい大学病院における臨床教育においては非常に重要且つ欠かせないものである。医師の地域偏在、診療科偏在が課題となっている中、地方のみならず首都圏においても救急・産科・小児科など過酷な勤務を強いられる診療科の医師が減少傾向にあり、国民の医療に対する不

安を助長している。学生教育の中で、医師が忌避しがちな診療科の魅力を伝えるとともに、人材と資金を集中させることにより、夫々の診療科の活力を向上させ、医師不足による一層の勤務負担の増大による悪循環を断つ必要がある。また、医師の社会的使命と倫理観、医師としての喜び、誇りを自覚させ、涵養する教育を充実させる必要がある。

2. 医学教育の国際基準とわが国の医学教育の分野別認証

平成22年9月にECFMGは、平成35年以降は医学教育カリキュラムが、AAMCまたはWFMEが提示している国際基準に認証されていない医学部卒業生の受験を認めないと宣言した。わが国の医学部卒業生が米国での医師資格試験を受験するためには、医学教育分野のプログラム評価の制度（医学教育についての分野別質保証）の確立が求められることになる。全国医学部長病院長会議は文部科学省およびわが国の認証機関（大学基準協会、大学評価・学位授与機構、日本高等教育評価機構）と連携し、早急に医学教育に関するプログラム認証の制度を作っていかなければならない。

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

医療に対する社会的信頼を保持するために、医師は医療専門職としての知識と技能を備え、患者の利益を最優先して社会正義のために良質な診療を行う責務がある。そのためには生涯にわたるプロフェッショナリズムの教育と行使が重要であり、大学医学部、大学病院では生涯教育を主要なミッションの一つとして位置づけ、教育体制を整備していくことが求められる。医学教育センターのような、その施設における医学教育部門が中心になって、明確なプロフェッショナリズム教育プログラムを継続的に推進し、それを各学会や医師会の生涯教育プログラムに繋いでいくことが重要である。女性医師養成とキャリア・ディベロップメントには、これまでのような一方通行的な女性医師への出産・育児支援や、スポット施策的な女性医師支援ではなく、現実に応じた柔軟で利用しやすい保育施設の整備とともに医師全体の過重労働を軽減するためのワーク・ライフ・バランス制度の構築が必要である。

4. 教育環境の整備

医学部卒業前教育から卒業後教育更には生涯教育に至るまで、医師養成のための医学・医療教育現場の「環境」は、医療プロフェッショナルとしての成長や発達に非常に大きな影響を与えている。環境には「時間的」なもののほかに、「人的」なもの、「空間的」なもの、「その他の教育環境」があり、それらが十分に保障された状態にないと、プロフェッショナルとしてのより良い成長・発達、学びが阻害される。人間を取り巻く環境条件をどのように「最適化するか」を考えることは極めて重要なことであり、施設内で取り組むべきことのほかに、全日本的な見地から、医療人養成に求められる最適環境を

追求すべきである。このためには、「医学におけるオープンエデュケーション」の場の設置の検討もなされる必要がある。さらに医学教育部門は、卒前教育に限らず、初期臨床研修や医師の生涯学習などの卒後教育にも関与すべきである。そのためにも、現状において欠けている①エフォートの比率を明確にした兼任教員の増員、②教員・臨床指導医に対する体系的なFDの構築、③教育・研修担当の事務職研修の実施と斡旋、④卒前・卒後・生涯学習にまたがる学習環境の整備、ならびに地域医師への学習環境の提供などを充実させ改善すべきである。

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

医療崩壊は単なる医師不足ではなく、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。医療崩壊の解決策として、医学部新設の容認、検討がなされているが、すでに既存の医学部で12～3大学を新設したと同等規模の入学定員増が図られている。医学部新設には多くの問題があり、当面の医師数の確保は既存の医学部の定員増で対応すべきである。教育研究体制の確保には、質の高い基礎および臨床医学教育を行う教員と十分な施設が必要である。昨今の医師不足の中、医学部新設のために地域の第一線で活躍している多くの中堅の臨床医が臨床系教員として採用されることとなれば、地方の医師不足による医療崩壊がさらに壊滅的な打撃を受けることが強く危惧される。

全国医学部長病院長会議

会 長	森山 寛
副会長	中谷 晴昭
顧 問	吉村 博邦
顧 問	小川 彰
顧 問	河野 陽一
相談役	神保 孝一
相談役	嘉山 孝正
相談役	寺野 彰

医師養成のグランドデザイン作業ワーキンググループ

座 長	神保 孝一
委 員	山下 英俊
委 員	堀内 三郎
委 員	別所 正美
委 員	奈良 信雄
委 員	福島 統
委 員	後藤 英司
委 員	小山 信彌
委 員	伴 信太郎
委 員	津田 喬子
委 員	井内 康輝
委 員	吉村 博邦
委 員	豊嶋 良一
	(順 不同)

オブザーバー	相馬 仁
オブザーバー	宮本 篤

全国医学部長病院長会議 事務局

事務局長	長田 正昭
事務職員	内山 真記
臨時職員	中道 有美

平成23年度

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

全国医学部長病院長会議

〒113-0034

東京都文京区湯島1-3-11 お茶の水プラザ8F

電話03-3813-4610 FAX 03-3813-4660

E-mail info@ajmc.jp