医師養成の質保証と改革実現のための
グランドデザイン

―全国医学部長病院長会議の立場から―

一般社団法人
全国医学部長病院長会議

平成28年５月

目　次

Ⅰ．はじめに…… 7
Ⅱ．医師養成のグランドデザイン：検証と提言…… 13
　１．医学部の卒業前における医師養成の検証と提言…… 15
　　１）　入学者選抜 …… 15
　　２）　ステップⅠ：臨床実習前教育 …… 16
　　３）　ステップⅡ：臨床実習教育 …… 17
　　４）　医師国家試験の改革 …… 18
　２．医学部の卒業後における医師養成の検証と提言…… 20
　　１）　臨床研修制度 …… 20
　　２）　専門医・高度専門医療人の養成 …… 21
　　３）　医学教育・研究の振興と大学院の充実 …… 22
　　４）　生涯教育 …… 24
　３．医学部の卒業前・後にまたがる医師養成の検証と提言…… 25
　　１）　大学病院での救急、総合診療、高齢者診療部門教育の構築と充実 …… 25
　　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 …… 25
　　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 …… 26
　　４）　教育環境の整備 …… 27
　　５）　医学部新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧 …… 28
　　６）　医師偏在、診療科の地域偏在の是正のための論理の展開 …… 29
Ⅲ．医師養成の質保証と改革実現…… 31
　第１章　医学部の卒業前における医師養成の質保証と改革実現…… 33
　　１．入学者選抜…… 33
　　１）　入学者選抜、アドミッションポリシー、面接、学力判定 …… 33
　　２）　入学者定員と学士編入、地域枠 …… 37
　　２．ステップⅠ：臨床実習前教育…… 40
　　１）　医学生に必要な準備教育、基礎教育、教養教育のあり方 …… 40
　　２）　基礎医学と臨床医学との統合カリキュラム、多職種連携教育 …… 44
　　３）　学習方略の多様性と充実、学生支援 …… 46
　　４）　共用試験による医学生の全国統一質保証と共用試験の資格化 …… 51
　　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、研究医養成 …… 54
　　３．ステップⅡ：臨床実習教育…… 56
　　１）　クリニカルクラークシップ（診療参加型臨床実習）…… 56
　　２）　地域医療（地域包括ケア）実習の充実：地域病院、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 …… 59
　　３）　全国レベルでの卒業時到達目標の設定と評価、卒業時OSCE …… 60
　　４．医師国家試験の改革…… 62
　　１）　医師国家試験の現状 …… 62
　　２）　現行の医師国家試験の問題点 …… 63
　　３）　理念の再確認 …… 65
　　４）　医師国家試験の内容と方法の改革 …… 65
　　５）　改革実現のための留意点 …… 68
　第２章　医学部の卒業後における医師養成の質保証と改革実現…… 69
　　１．臨床研修制度…… 69

１） 臨床研修の医師養成課程における位置づけ …… 69
２） 臨床研修の目的とする基本的診療能力 …… 71
３） 目的を達成するための病院群の構築 …… 72
４） 研修の評価、課題の整理と見直しへの提言 …… 73
５） マッチングの影響、マッチングのための新たな提案 …… 76
２．専門医・高度専門医療人の養成…… 77
１） 専門医・高度専門医療人の養成（総合診療専門医を含む）の構築と充実 …… 78
２） 統一的な専門研修制度の設計と日本専門医機構にもとめられるもの …… 79
３．医学教育・研究の振興と大学院の充実…… 82
１） 基礎系大学院の振興 …… 83
２） 臨床系大学院のあり方、専門医と学位、臨床疫学 …… 84
３） 研究倫理教育、教育不正防止の取り組み …… 86
４） 魅力ある大学院の構築、社会人大学院 …… 87
５） 日本発臨床研究の質と量の改善 …… 88
４．生涯教育…… 90
１） 生涯教育の充実、プロフェッショナリズム涵養 …… 90
２） 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の構築 …… 91
３） 医師雇用に関連する法規と環境整備 …… 91
第３章　医学部の卒業前・後にまたがる医師養成の質保証と改革実現…… 92
１．横断的総合的な医学・医療の教育…… 92
１） 横断的総合診療部門 （救急、総合診療、高齢者診療部門）との相互連携、継ぎ目のない診療 …… 92
２） プライマリ・ケア医、家庭医と病院医 …… 92
３） 全人的医療教育、医療倫理、医療安全 …… 94
２．医学教育の国際基準とわが国の医学教育の分野別評価…… 94
１） 国際基準からみた日本における医学教育のあり方 …… 94
２） 医学教育の国際基準に基づく分野別質保証、JACME …… 97
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…… 99
１） 医のプロフェッショナリズムと医学教育におけるキャリア教育 …… 99
２） キャリア・ディベロップメントと女性医師キャリア支援 …… 100
３） CPD（Continuing Professional Development　継続的専門能力開発）プログラム構築とキャリア・デザイン …… 101
４．教育環境の整備…… 103
１） 教育環境をサポートする組織の確立・充実 …… 104
２） 医学教育部門の充実 …… 105
５．医学部新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧…… 107
１） 既設医学部の定員増による対応の妥当性の再確認 …… 107
２） 学生の医療人としての資質の確保 …… 109
３） 医学部新設に係る社会的問題 －医師数ではなく地域偏在・診療科間偏在解消こそが必要－ …… 111
６．医師偏在、診療科の地域偏在の是正のための論理の展開…… 116
１） 入学者定員と医師偏在改善について …… 116
２） 専門医養成と診療科及び医師の地域偏在の是正 …… 118
３） 大学病院の地域医療、医師偏在是正への貢献 …… 119
４） 医療経済と救急医療、産科、小児科、麻酔科、外科医療などの崩壊への対応 … 121
５） 女性医師の働き方と医師偏在 …… 122

６） 医師の地域偏在・診療科偏在対策に関する合同委員会からの緊急提言について… 123
７．特別寄稿…… 127
１） 明日の医療は？大学病院を考える …… 127
２） 人口動態と医師需要 …… 135

Ⅳ．まとめ：医師養成のあるべき姿…… 151
１．医学部の卒業前における医師養成のあるべき姿…… 153
１） 入学者選抜 …… 153
２） ステップⅠ：臨床実習前教育 …… 153
３） ステップⅡ：臨床実習教育 …… 154
４） 医師国家試験の改革 …… 155
２．医学部の卒業後における医師養成のあるべき姿…… 155
１） 臨床研修制度 …… 155
２） 専門医・高度専門医療人の養成 …… 156
３） 医学教育・研究の振興と大学院の充実 …… 157
４） 生涯教育 …… 157
３．医学部の卒業前・後にまたがる医師養成のあるべき姿…… 158
１） 横断的・総合的な医学・医療の教育 …… 158
２） 医学教育の国際基準とわが国の医学教育の分野別評価 …… 158
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 …… 159
４） 教育環境の整備 …… 160
５） 医学部新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧 …… 160
６） 医師偏在、診療科の地域偏在是正のための論理の展開 …… 161

『医師養成の質保証と改革実現のためのグランドデザイン』
全国医学部長病院長会議の立場から

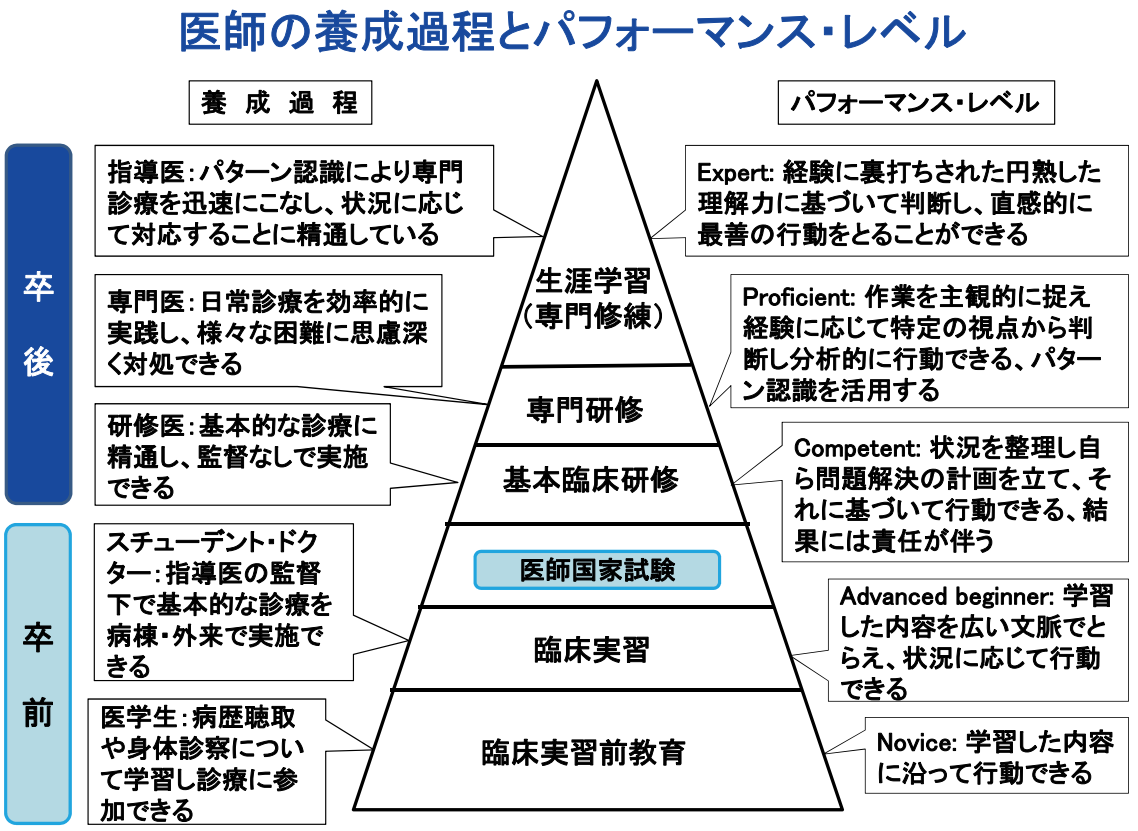
Ⅰ．はじめに

『医師養成の質保証と改革実現のためのグランドデザイン』
全国医学部長病院長会議の立場から

Ⅰ．はじめに

William Oslerの言葉に“The students should be where the patients are”がある。これは学生に限らず、医学を学ぶ者は患者と接することで医師としての役割を知り、その役割を果たすべく生涯にわたって学ぶことの重要性を意味している。医師の役割（Doctor’s role）は時代の流れと社会状況の変化に伴い、今後、大きく変化していく面もあると想像される。しかし、たとえどのように医師の役割が変化しようとも、医師は医学部入学から生涯にわたり、国民から求められる医療ニーズに応えるべく学修を続ける必要があることには変わりはない。

このような生涯にわたる医師養成は５段階（ステップ）に大別できる。これらは（１）卒前の医学教育である臨床実習前教育、（２）臨床実習、更に（３）卒後の臨床研修、（４）専門研修そして（５）生涯学習の５フェーズで行われている。個々のフェーズは段階的に異なり、ステップアップする到達目標により構成されているが、その段階的移行は一貫性を持ちシームレスに行われる必要がある（図）。



※平成26年5月「診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定」を改編

医師養成においては充実した医学教育と多様な臨床経験を一貫してシームレスに積むことのできる環境、場の設定が必要となる。医師養成という視点からは、急性期の診断・治療のみならず、健康管理・予防医学、そして地域包括ケアシステムが理想とする「病気を持ち続けても自己実現を果たせる」ような生活支援を行うことができる医療を提供するために、幅広い医療の全てを学ぶ環境が必要である。従前の卒前・卒後医学教育と医師養成では、主たる臨床経験の場を大学附属病院に依存していた。しかし、特定機能病院として研究機能と困難症例の診療機能を拡充していく中で、大学附属病院が提供できる十分な臨床教育の場は限定されつつある。一方で、大学附属病院での専門分化は医学研究、各種専門領域の診療という極めて重要な役割を果たすためには今後とも必要である。

卒前の医学教育と臨床実習、卒後の基本的診療能力を養う臨床研修では、臨床経験の場の多様性を確保することが重要となってくる。更に、専門研修では専門医として実際の臨床に携わることで研究課題が見えてくる。専門医というのは、本来はresearch physicianでなければならない。専門医トレーニングのプログラムにこそ、臨床現場に潜む研究課題に対応できる能力開発を加えるべきである。リサーチマインドを持ち、専門研修のトレーニングを終えた医師はさらなる専門性の鍛錬に進む医師と実地医家として地域医療を支えるために幅広く修練をつむ医師になっていく。研究機関に残る医師に研究的能力が必要なのは当然であるが、実地医家として地域医療に携わる医師にも研究的なマインドは不可欠である。またプライマリ・ケアの地域医療の現場にも、たくさんの研究課題が存在し、それを解決することも医師としての重要な役割である。

臨床経験の場の多様性、そして研究能力の開発を卒前医学教育、臨床実習、臨床研修、専門研修そして生涯学習の５つのフェーズで一貫性をもち、シームレスに学ぶことができる環境とはどのようなものであろうか。

大学医学部と附属病院は、この様な臨床実習と臨床研修を同一組織内で同時に一貫性をもち、シームレスにできるような臨床教育の場を提供し、さらに研究の支援ができる組織である。大学医学部・附属病院はこのような本来持っている組織機能とあるべき姿を開学の原点に戻り国民のために、医療の進歩のために、そして今後複雑化する医師の役割を医師が果たせるようにするために更なる努力と自己改革を行う必要がある。一方、多様性のある臨床経験の場の設定を考えた場合、大学医学部と大学附属病院は学外に卒前・卒後を通した教育拠点、協力病院（中核病院、地域病院など）を持ち、これら組織と一体化して機能することが求められる。この際、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、そして社会保険・福祉を担当する医療・福祉・保健機関、更に市町村の行政などと密接に連携する「医師養成における教育・実習と研修病院・施設群」を構築することが必要であり、しかもこの「研修病院・施設群」での研究活動を医学部が支援する義務がある。このシステム作りこそが医学部・大学附属病院の社会的責任である。

我々医師養成グランドデザイン・ワーキンググループは平成19年、23年の医師グランドデザインの発刊以来、学部教育・臨床実習、卒後臨床研修、専門研修、生涯学習という医師養成の流れの中で、一貫性と継続性に基づいた教育アウトカムの設定の必要性について検証と提言を行ってきた。更に平成26年には医学生が全ての医療施設で臨床実習を行うに際しての全国統一化をめざした診療参加型臨床実習のための医行為水準を策定し、提言してきた。

本グランドデザインではこれら一連の流れを継承し、更なる医師養成の現状の検証を行い、医師養成における妥当性、信頼性を担保したより適正な評価法の導入を行う必要性、専門研修との連携をもつ基幹型、協力型病院群よりなる臨床研修ネットワークを構築し、卒前、卒後臨床プログラムを多様で充実したものとする方策を提言している。なお、本「医師養成の質保証と改革実現のためのグランドデザイン」では、従来使用されていた「初期臨床研修制度」、「新医師臨床研修制度」は、用語の混乱をさけるために「臨床研修制度」または「基本臨床研修制度」という用語に統一して記載している。また「専門医研修」、「後期研修」も「専門研修」という用語に統一している。

本グランドデザインの中で使用されている代表的略語の日本語訳

ABMS：American Board of Medical Specialties 米国専門医審議会
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
AO：Admission Office入試担当オフィス
CBE：Computer-Based Educationコンピューターを用いた教育
CBT：Computer-Based Testingコンピューターを用いた客観試験
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
CPX：Clinical Performance Examination 臨床パフォーマンス試験
DOPS：Direct Observation of Procedural Skills 臨床手技観察試験
ECFMG：Education Commission for Foreign Medical Graduates外国医学部卒業生教育委員会
EPA：Entrustable Professional Activity任せられる専門職（医師）業務
FD：Faculty Development 教員の教育能力開発
GMC：General Medical Council 英国医事委員会/ 総合医療審議会
GPA：Grade Point Average 学業平均値
ICT：Information and Communication Technology 情報通信技術
IPE：Interprofessional Education多職種連携教育/専門職連携教育
IPW：Interprofessional Work専門職連携
IRT：Item Response Theory 項目反応理論
JACME：Japan Accreditation Council for Medical Education 日本医学教育評価機構
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
MCAT：Medical College Admission Test 全米統一医学部入学適正試験
MCQ：Multiple Choice Question 多肢選択問題
Medical School Council：医学部協議会
mini-CEX：mini-Clinical Evaluation Exercise ミニ臨床評価試験
MMI：Multiple-Mini-Interview 異なる課題を提示した複数の面接ブースを回る方法
MOOC：Massive Open Online Course インターネット上で大規模に公開されたオンライン講義
MSF：Multisource Feedback 360度評価
NBME：National Board of Medical Examiner（米国）医師免許試験委員会
OBE：Outcome-Based Educationアウトカム基盤型教育

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
WHO：World Health Organization 世界保健機構
WS：Workshop 講習会

Ⅱ．医師養成のグランドデザイン：
検証と提言

１．医学部の卒業前における医師養成の検証と提言

１）入学者選抜

＜検証＞

(1) ほとんどの医学部・医科大学で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け入れ方針）が存在し、公表されている。ディプロマポリシー（大学の教育目標、卒業時到達目標）、およびカリキュラムポリシー（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考え方）の明示がなされているが、それらの整合性が十分検討されていない。

(2) 入学者選抜の方法には学力試験、面接、調査書、小論文など多様なものがあるが、医師になる者の適格性を正確に評価することは難しい。

(3) 平成33年から、現在行われている大学入試センター試験に替わり、大学入学希望者を対象に単に知識を問う入学試験ではなく、「知識・技能を活用して、自ら課題を発見し、その解決に向けて探求し、成果などを表現するために必要な思考力・判断力・表現力等の能力を中心に評価する試験を導入する」としており、入学者選抜方法が変わることが予想されるので、その入学試験改革への対応が必要となる。

(4) 医師臨床研修制度の導入以来、地方の医師不足、診療科の医師偏在が明らかとなり、医学部学生定員増が行われた。しかし、その偏在は解消されておらず、都市部では医師過剰の方向に向かっている。

(5) 医学部入学定員増の主なものは地域枠であり、これらの学生が卒業する時期となりつつある。その有効性、すなわち実際に地域定着がなされているか、彼らのキャリアアップを如何にすべきかを含めて十分な検証が必要である。

(6) 学士編入学が多くの大学でなされて、多様な経歴を持つ学生の医師への道筋となっているが、日本の医師養成システムの中での位置づけを再考する時期となっている。

＜提言＞

(1) 卒業時アウトカムからディプロマポリシーを定め、６年間の医学教育の中でそれを涵養するカリキュラムポリシーを策定し、そのカリキュラムに沿って育成の対象となる入学者をアドミッションポリシーに従って選抜すべきである。

(2) 入学者選抜には今まで用いてきた小論文などの方法に加えて道徳性の発達程度を測定できるとされるジレンマ課題を用いた面接など新たな選抜方法を有効に活用すべきである。

(3) 今後人口減少に向かう我が国においては必要な医師数を客観的に算出し、増加している各大学の入学定員を過去のレベルに戻すべきである。

(4) 地方の医師不足および診療科の医師偏在に対しては、卒前・卒後のカリキュラムの

改善、医学生の社会的責任の認識強化、特定の診療報酬の見直し、地域の医師のキャリア形成の見直しなどあらゆる手段を講じて解決するよう努力すべきである。

(5) 学士編入学から医師となった者のフォローアップなどを行い、その意義を含め再考し、日本における医師養成の中での位置づけを明確化すべきである。

2）ステップⅠ：臨床実習前教育

＜検証＞

(1) 主として実施されている教養教育が、その後の医学専門教育と十分な連携が取れていない。教養教育での学修と卒業時アウトカムとの関連が多くの医学部では示されていない。

(2) 医学部では能動的学修（アクティブ・ラーニング）の導入が遅れている。

(3) 様々な統合カリキュラムが医学部で用いられているが、学生と教員双方の統合カリキュラムに関する理解が不足しており、必ずしも統合カリキュラムの利点が発揮されていない。

(4) 臨床実習前の教育期間での多職種連携教育の導入が進んでいる。

(5) 多くの医学部が問題を抱える学生に真摯に対応をしている。

(6) 共用試験の成績（CBTでの能力値359以上）で、全国医学部長病院長会議が学生の所属する医学部の医学部長の申請を持って、スチューデント・ドクターの称号を与える制度が確立された。これにより、臨床実習での診療参加型臨床実習が拡充されることが期待される。

(7) 研究医養成のための様々な試み（MD-PhDコース、研究室配属、放課後型研究室配属など）が実践されている。

＜提言＞

(1) 教養教育を医学教育の一部として認識し、卒業時アウトカムとの整合性を各医学部が検討を始めるべきである。この検討では、「学士力」が示す、多様性の理解、汎用的技能、職業職者としての社会的責任などの重要学修課題にも焦点を当てるべきである。

(2) 基礎医学、臨床医学の情報量の爆発的増加は今後も続く。この中で、全ての知識を医学部で教え込むことは不可能である。医療という文脈の中で、学生が自ら学習課題を発見し、それを問題解決するための学修スタイルを学ばせる学習環境を作る必要がある。そのためには各医学部が、１年次から継続的に能動的学修が身に付くカリキュラムを開発すべきである。

(3) 学生が効率的に知識を学び、医療の文脈の中でその知識を補充し、活用できることを目指した統合カリキュラムを作っていく必要がある。そのためには、低学年からの患者接触プログラムの拡充、基礎・社会・臨床医学を統合するようなケー

スを用いたアクティブ・ラーニング、自らの学習過程を振り返り自ら課題を発見しそれを解決する自己主導型学習の環境を整えるべきである。これらのアクティブ･ラーニングの導入は学生の生涯学習能力の開発につながる。アクティブ･ラーニングの導入には教職員教育（Staff Development 職員能力開発）が欠かせない。

(4) 臨床実習前教育期間での多職種連携教育の導入が進んでいるが、この学習経験を臨床実習の場で活かす工夫をすべきである。附属病院での臨床実習だけでなく、在宅の場や、予防医学の学修の中でも多職種連携教育を進めていく必要がある。

(5) 主に、低学年の学生ではその未熟性が故に問題行動を起こすことがある。学生支援には教員のみではなく、職員にも助力を求め、さらに学生カウンセラーの配置も進めていかなければならない。

(6) スチューデント・ドクターを患者、家族に知ってもらう活動を全国医学部長病院長会議および各医学部が進めていかなければならない。

(7) 卒後臨床研修終了をもって医籍登録が完了する現状では、研究医を志す学生が卒直後に基礎医学講座に大学院生として進学することは困難な場合が多い。基礎医学研究医を志す学生が安心して、研究者への道に進めるためにどのような方策が考えられるのか、国を挙げて検討するべきある。

3）ステップⅡ：臨床実習教育

＜検証＞

(1) グローバル化の視点からアウトカム基盤型教育（Outcome-Based Education；OBE）の導入が求められるが、臨床実習の学修アウトカムとして卒業時に求められる能力（コンピテンシー）やその評価法は未だ普及していない。

(2) コンピテンシーを達成するためには診療参加型臨床実習を導入する必要がある。クリニカルクラークシップは全ての大学で導入されているが、必ずしも診療参加型とはなっておらず、改善すべき事項が残されている。

＜提言＞

(1) 卒前・卒後・専門研修まで見通したコンピテンシーを作成し、その通過点（マイルストーンズ）として卒業時に求められる能力（臨床実習の学習目標）を設定する。「指導医の指導・監督のもとで実施できる」ことが、臨床実習終了（卒業時）とそして臨床研修（卒後時）を開始できる医学生の要件である。

(2) 大学病院を基幹病院とし、地域の協力病院においてコア診療科で十分な期間（４～８週間）に診療チームの一員として診療に参加できる体制を構築する。よくある疾患・病態を経験し、慢性疾患の診療にも参加できる地域の病院、診療所などを実習施設として組み入れる。

(3) 診療参加型臨床実習の学習目標をコンピテンシー、モデル・コア・カリキュラム

の到達目標、ガイドラインの医行為水準を踏まえて設定する。全国的統一基準設定に際しては平成26年に全国医学部長病院長会議より発刊された参加型臨床実習のための医行為水準規定策定に沿って行われるべきである。

(4) 臨床実習では、医学生が診療の現場で何ができるかを直接評価するworkplace-based assessment（診療現場での評価）がコンピテンシーの評価（形成的評価を含む）には適している。OBEでは教育のアウトカムとしてのコンピテンシー評価が特に重要で、妥当性、信頼性のある評価法を選択し、実施すべきである。

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。また、共用試験の導入後は、医師国家試験は臨床実習の成果を問う試験としての位置付けが明確になっている。しかし、現状ではMCQ（Multiple Choice Question）の形式で「知識」を主として問う試験のみが実施され、技能についての実技試験は行われていない。医師国家試験改善検討部会は臨床実習終了後OSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験）の導入を提唱しているが、共用試験実施評価機構による平成27年度の調査ではこれを実施している医学部、医科大学は54校で、卒業ないし進級の要件にしているのは47校に止まっている。また、OSCE実施状況の透明性を保つためにはビデオ撮影が必須であるが、同調査によると録画しているのは20校に過ぎない。

(2) 多くの医学部では、６年生の一定期間を座学に費やすカリキュラムが採用され、結局のところ「知識』を問う問題への対応となっている。受験生を対象としたアンケート調査でも、学内における医師国家試験対策が十分であったと回答した学生が多く、これは座学中心のカリキュラムを反映した結果と考えられる。平成26年度の国家試験改善検討WGによる検討では、第109回医師国家試験で臨床実習の成果を問うと見なされる問題は全体の22％に過ぎず、一般問題ではその比率が特に低い。このことが座学中心のカリキュラムを採用せざるを得ない原因と推定され、現行の医師国家試験は、卒前の臨床実習と卒後の臨床研修の連続性を損なう障壁になっている。

(3) 医師国家試験は毎回500題の新作問題が出題されているが、問題作成者と出題者が同一であること、その担当者が比較的短期間で交代すること、出題責任者の意向によって難易度、出題内容が大きく変わることなどの問題点がある。このため相対評価が合格基準として採用されている一般問題と臨床実地問題では、試験ごとに合格基準が大幅に変動している。医師国家試験改善検討部会は平成29年度から出題数を減らし400題程度にすることを発表したが、その際もこれら問題点は解消されていない。

＜提言＞

(1) 医師法第９条に立ち返り、医師国家試験は「知識」のみならず「技能」も評価する資格試験とすべきである。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、正答率、識別指数が予測できる多数のプール問題からCBT（Computer-Based Testingコンピューターを用いた客観試験）形式で出題するべきである。「医師国家試験資格CBT（仮称）」には想起型でなく、解釈型、解決型の問題を多く出題することが望まれる。出題範囲は臨床実地問題と社会医学を主体とする。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事項を、共用試験合格後に行う臨床実習の成果を問う形式で出題すべきである。原則的に全問で症例を提示し、社会医学および臨床医学の想起的事項も、その中で問うことが求められる。出題数を減らすことが重要ではない。一般問題を可及的に削減することが、臨床実習と臨床研修の連続性を維持するために必須である。

(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実技試験とし、OSCEの形式で実施する。なお、その実施は、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構ないし、それを発展させた機関（仮称：医師資格試験実施機構）などが中心となり、共用試験と同様の透明性の高い「臨床実習終了時OSCE（仮称）」を全医学部でなされるべきである。

(4) 医師国家試験は厚生労働省から独立した第３者機関である「医師資格試験実施機構（仮称）」などが実施することが望ましい。知識を問うCBT形式の試験では、同機構が全医学部の登録した問題をブラッシュアップし、質、難易度の均一化した多数のプール問題から出際する。「臨床実習終了時OSCE（仮称）」は各大学で同機構の設定した課題を、学外から派遣される同機構委員の監視下で、透明性を保って実施する。なお、質の高いOSCEの透明性を保った実施には、全国に複数の「OSCEセンター」を設置し、形式、条件を統一化するべきである。

(5) 受験生は「臨床実習終了時OSCE（仮称）」および「医師国家試験資格CBT（仮称）」を受験後に、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。

(6) 試験の実施から免許交付までの６年生における時間的流れは「臨床実習終了時OSCE（仮称）」を11～１月、医師国家試験資格CBT（仮称）」を２月に実施し、医師免許申請と交付を３月上旬～中旬とすべきである。

２．医学部の卒業後における医師養成の検証と提言

１）臨床研修制度

＜検証＞

(1) 平成16年度から導入された現行の臨床研修制度は基礎的診療能力の向上に一定の貢献をした。例えば、プライマリケアー ,ファーストエイド についての教育が行われ、診療能力の向上に資するという長所があった。一方、制度発足後、医師の地域偏在、診療科偏在、博士学位取得者の減少、専門学会に所属する医師の減少などの現象が起こっている。この現状と臨床研修との関連性についての認識が十分なされておらず、それに対する検証・対策も極めて不十分である。

(2) 臨床実習の充実、専門研修における制度改革に伴う臨床研修の位置づけについての検証が不十分である。更に多様な進路（医学研究者、殊に基礎医学研究者、行政担当者などを含む）をとる医学部卒業者を養成する視点が欠如している。

(3) 臨床実習、臨床研修、専門研修間の整合性が十分検証されておらず、また継続性を含めた到達目標も設定されていない。研修過程の目的（基本的な臨床判断能力の獲得、すなわち基本臨床研修）を達成するための到達目標と評価システムの検証と構築が必要である。

(4) 研修施設が、研修目的を達成するために必要な基準と要件を満たしているかの検証が不十分である。特に臨床研修病院群（臨床研修指定病院）の構成、定員についての検証が十分ではない。基幹型病院と協力型病院の機能分担と協力体制などに基づいた臨床研修定員の設定がされていない。

(5) 研修医の処遇について、適切な検証が行われていない。標準から著しく逸脱して高い給与が支払われている。

(6) マッチング制度の準備活動が高学年学生の卒前時学習を阻害している。

(7) 募集定員について、平成25年度時点で研修希望者数に対する全体の募集定員数の割合は約1.237倍であり、定員の見直しが求められる。

＜提言＞

(1) 現行の臨床研修制度をゼロベースで見直し、部分的手直しではない基本骨格からの抜本的な改革を行い、時代の要請に応じた新しい制度の構築をはかる。具体的には医師養成全体の教育課程の中での運営方法など多角的に基本骨格から検討し直し、医師として基本臨床研修を行うに際しての“あるべき姿”を反映し、中長期的に新しい制度へと変わりえるよう構築し直す必要がある。すなわち、卒前臨床実習とその後の臨床研修、専門研修の流れの一貫性と連動性を精査し、指導医のもとで行う臨床実習から責任を伴う医師として必要な基本的臨床能力を習得し、その後の独立した医師としての専門研修へとシームレスに段階的に移行するという医師養成の教育プログラム過程が構築できるよう改革すべきである。

(2) 臨床医養成の初期段階としての研修（基本臨床研修）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、自ら問題解決の計画を策定し、それに基づいて行動でき、その後の専門研修に移行できる臨床能力を涵養することである。すなわち医師として医学知識を使いこなす実践臨床能力の開発であり、この基本的臨床能力を涵養することが研修目標となるべきである。
(3) 病院群の構築に際しては大学病院、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、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。特に基幹型病院は臨床研修の課程全体について責任をもち高度医療にも地域医療にも対応できる規模を持つ病院とし、その要件は厳格なものとすべきである（病床数600以上など）。病院群としては臨床実習、臨床研修、専門研修など医師養成教育プログラムシステムと密接に一 貫性を持って、直接連結したものであるべきである。
(4) 研修医の処遇について、給与を含めた適切な処遇についての検証が行われるべきである。
(5) 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べきである。
(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制度設計とすべきである。
(7) 募集定員は、医師の地域偏在などを是正する方法として、今後、研修希望者数に対する全体の募集定員数の割合は約1.0 ～ 1.1倍とすべきである。

２）専門医・高度専門医療人の養成

＜検証＞

(1) これまでの我が国における専門医・高度専門医療人の育成については、体系的な研修システムが存在しなかったことが大きな問題であった。
(2) 現在の医師の卒後研修は、国により２年間の臨床研修制度が義務付けられているが、その主な到達目標は「基本的診療能力の修得」であり、その後の専門研修については、各専門学会が定める専門医資格の取得を一つの目標に、多くの施設が独自にプログラムを作成し、研修医を受けいれている現状にある。この専門研修は任意であり、専門医資格（広告可能な専門医資格）を有しない医師も全ての年代で半数強に留まっている。
(3) 臨床研修制度の導入以降、大学病院の研修医が激減し、高度医療を担う人材の不足、医学研究の衰退、地域の医師不足などが惹起され、現在なお解消されていない。
(4) 厚生労働省による「専門医の在り方に関する検討会」の報告書（平成25年４月公表）を受けて、平成26年５月に「(一社）日本専門医機構」が設立され、新たな仕組みによる専門医制度の構築が平成29年４月の認定を目標に開始されたところである。

＜提言＞

(1) 専門医・高度専門医療人の養成は、卒前臨床実習から臨床研修との連続性、基礎的あるいは臨床的な医学研究が可能となる研修環境などを勘案しながら制度設計できるようにすべきである。

(2) 専門医育成の制度設計においては、World Federation for Medical Education（WFME：世界医学教育連盟）の「Postgraduate Medical Education；WFME Global Standards for Quality Improvement」を念頭に置いて、下記の諸点を確立すべきである。

(a)「専門医・更新（certification)」と「専門研修プログラム・研修施設評価認定（accreditation)」の両面の充実

(b) プログラム責任者と指導医の位置付けとFD（Faculty Development：教員の教育能力開発）の義務づけ

(c) 専門医としての総合診療医（家庭医、病院総合医）の養成

(d) 中核病院、地域病院と密なる連携をとったシステム形成

(3) 一貫性のある卒後の基本研修及びその後の専門研修を体系的に構築するための議論をする何らかの会議体を、文部科学省、厚生労働省、日本医師会、日本医学会などと連携の上、本会議を中核として早急に立ち上げるべきである。

3）医学教育・研究の振興と大学院の充実

＜検証＞

(1) 基礎系大学院の振興

(a) 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い。

(b) 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が、MD-PhDコースの入学者は少なく、大学院に進む学生も少ない。

(c) 基礎医学系及び社会医学系教室の人材育成を目的として「研究医枠」による医学部入学定員増が措置されている。しかし、研究医養成コース修了者のうち基礎医学研究に進んだ者はわずかである。

(2) 臨床系大学院のあり方、専門医と学位、臨床疫学

(a) 高度専門医療人養成のための臨床系大学院コースの取組が行われている。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取組も行われている。

(b) 卒後２年間の臨床研修後の専門研修制度をもつ大学が半数近くある。また、専門研修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多い。大学院進学と専門研修制度の間の線引きが不明確となっている。

(c) 大学院に入学し、臨床研修と研究を同時に行える制度を設ける大学が増えてい

るが、この制度に対する賛否はほぼ同数であり、評価も分かれている。

(d) 日本専門医機構が設立され「専門医制度整備指針（第１版)」が出されたが、大学院や研究活動の位置付けが十分になされているとはいえず、新しい専門医制度は大学院や研究者養成の阻害要因となる危険性を有している。

(e) 臨床研究を推進するために、臨床疫学や長期追跡調査研究などを行える臨床系大学院のコースの設定の取組が求められている。

(3) 研究倫理教育、研究不正防止の取り組み

研究不正に対する社会的な関心が高まり、各大学及び研究機関は研究倫理教育や研究不正防止の取り組みを強化することが求められている。

(4) 魅力ある大学院の構築、社会人大学院

(a) 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増えているにも関わらず入学者は減少傾向にある。

(b) 大学院博士課程では、定員割れの状態の大学が多い。社会人入学者数の割合も多く、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。研究の質の確保が重要な課題となり、教員側の教育負担も増大している。

(5) 日本発の臨床研究の質と量の改善

(a) 日本発の臨床医学研究は、現在世界30位となっている。また世界のコア・クリニカルジャーナル120誌の英語原著論文のうち2.3%を占めているに過ぎない。

(b) 臨床研究低迷の大きな要因は、臨床研究デザインの方法や手法の体系的な教育が大学医学部や医科大学、特に大学院レベルで教えてこられなかったことである。

(c) さらに、臨床医が臨床研究を実施し発信することを可能にするProtected Time制度、疾患データベース、臨床研究指導者、研究者ネットワークなどの不備・不足も要因である。

＜提言＞

(1) 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。さらに、MDの基礎医学研究者を増やすためには、常勤の教員ポストの確保、待遇の改善、幅広い基盤的な研究費の確保などの施策を導入し、将来に対する不安を排除し、研究をサポートする体制を整備するべきである。

(2) 大学院における教育・研究と臨床研修や専門研修の研修プログラムとが相互に連携を持ち、臨床研修及び専門研修のいずれの期間においても大学院在籍を可能とした上で十分な研究活動を行えるようなシステムを構築し明確にすべきである。

(a) 臨床系大学院を活性化させるには、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有効な方法である。しかし、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。

(b) 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、将来的に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。

(c) 臨床研修や専門研修中に、社会人入学制度を活用し基礎系、臨床系大学院に入学し十分な研究活動を行えるような環境を設定すべきである。

(d) 新しい専門医制度における専門研修施設群が専門研修プログラムを作成するにあたっては、大学院の活性化及び研究活動推進の観点を十分に取り入れるべきである。

(e) 日本の臨床研究の発展のためには、臨床系大学院の体系的な教育カリキュラムの設定が必要である。そのためには、疫学に加えて、倫理学、統計学、公衆衛生学などの教育内容を充実すべきである。これらの教育を専門とする教員を確保すべきである。

(3) 各大学は、研究倫理教育を実施し、「研究データなどに関するガイドライン」を作成するなど研究不正防止のための体制を整備するべきである。但し、規制や罰則が研究者の萎縮に繋がり、自由な研究が阻害されることのないように注意すべきである。

(4) 魅力ある大学院の構築のためには、研究の質の確保と同時に、大学院生への指導体制の確立が急務である。また、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最先端の研究環境の整備をすすめるべきである。

(5) 日本発臨床研究の質と量の改善

(a) 臨床研究の質と量を改善するためには、臨床医学研究者の育成及び指導者の充実が課題である。大学院における体系的教育カリキュラムの導入に加えて、指導者による臨床研究の実践修練が必要である。

(b) 臨床医学研究者の学習・研究時間をプロテクト・保証する仕組み（Protected Time制度の導入など）を確立すべきである。

(c) 臨床研究への研究費助成の拡大、透明性の高い審査・評価システムの確立、臨床研究者を育成するための人材育成ファンド、研究者ネットワーク、疾患データベースの構築などを目指すべきである。

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、さらには社会的ニーズの高まり等により、医師に求められる能力は常に変化し、高度化している。

(2) 医師免許を取得し、臨床研修を修了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り弛まぬ自己研鑽

（専門修練）をつむことが求められる。しかし、体系化した教育プログラムや教育の場のネットワークはまだ構築されていない。

＜提言＞

(1) 生涯教育は、大学入学時から、学部教育、臨床研修、専門研修などを通して一貫した構想に基づいたプログラムで行われるべきものと考えられる。生涯学習プログラムにおいて大学は専門医機構や医師会などと連携して大きな責任を負うべきである。また、卒後教育でも、重要な役割を担うべきである。

(2) 地域の病院、診療所、さらに在宅などでの医療実践により、地域包括ケアシステムにおいて中心的な役割を担う人材の養成も求められている。さらに、生涯教育支援ネットワークの構築も必要となる。大学は、学会、医師会、病院協会などと連携して、このような生涯学習支援ネットワークの要となる必要がある。

3．医学部の卒業前・後にまたがる医師養成の検証と提言

1）横断的総合的な医学・医療の研究

＜検証＞

(1) 医学･医療教育は、専門分化する診療部門（縦糸）と横断的･総合的診療部門（横糸）の両面の教育が必要であるが、横断的・総合的診療部門に対する人的・物的配慮が不十分である。

＜提言＞

(1) 大学においては、救急部門、総合診療部門、高齢者診療部門のそれぞれの専門性を認識し、これらの部門を講座として確立し、それぞれの領域の教育・研究を行うとともに、診療においては緊密に連携した体制を構築すべきである。

2）医学教育の国際基準とわが国の医学教育の分野別評価

＜検証＞

(1) 医学教育の質保証が十分には実施されていない。

(2) 国際基準から見て、医学教育では下記の点に課題がある。

(a) 臨床実習時間が短く、かつ、見学型が主になっている。

(b) 学生の自己学習が十分でない。

(c) 統合型カリキュラムによる教育が行われていない。

(d) 教員の教育にかけるモチベーションが低い。

＜提言＞

(1) 国際基準に基づいて医学教育分野別評価を行い、医学教育の質を保証し、社会に示すべきである。

(2) 臨床実習を参加型にし、十分な時間数をとるべきである。

(3) PBL（Problem-Based Learning：問題解決型学習）、TBL（Team-Based Learning：チーム基盤型学習）などの学習方法を促進し、e-learningなど自己学習のための環境を整備すべきである。

(4) 基礎医学と臨床医学の統合、臓器別統合教育など、旧来の講座単位ではなく、統合型教育を進めるべきである。

(5) FD（Faculty Development：教員の教育能力開発）やWS（Workshop：講習会）で教員の教育への積極的関与を進め、教育技法の向上を図るべきである。また、教員の教育業績を評価するシステムを構築すべきである。

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

＜検証＞

(1) 医師には欧米諸国では生涯教育の成果として、プロフェッショナリズムあるいはプロフェッショナルとして求められる能力が重視されている。

(2) わが国では､医のプロフェッショナリズムを取り入れた教育体制（キャリア･ディベロップメント）の整備は不十分である。

(3) 特に女性医師がキャリアを継続し、向上するためには、男女医学生のキャリア･ディベロップメントを再検討する必要がある。

＜提言＞

(1) 各医学部においては、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リズム教育推進プログラムを編成して、継続的な取り組みを推進すべきである。

キャリア・ディベロップメントで重要なことは、医学教育におけるキャリア教育の具体的内容を明確にして､各医学部がそれを共有して教育に反映すべきである。

具体的内容として、

(a) 医師としての就労を生涯継続する。

(b) 医学知識と技能の研鑽に励み、中断しない。

(c) 自己啓発力を形成する。

(d) 医学・医療を社会へ還元する意識を持つ。

(e) 男女平等な社会の実現に努力する。

(f) ワークライフバランスを正しく理解する。

(2) 女性医師がキャリアを継続し向上するには、医学部入学早期からの男女医学生へ

のキャリア教育が極めて重要である。これらの教育によって培われた医のプロフェッショナリズムは、家庭と社会における男女平等意識を醸成し、女性医師の活躍に繋がるものである。

4）教育環境の整備

＜検証＞

(1) 教育環境は「時間（学習する時間・期間）」、「教育をサポートする組織」、「人的教育環境」、「空間的教育環境」、「その他の教育環境」がある。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。
(2) 実習施設としての学外施設の利用が少しずつ進んできている。
(3) 各大学で教育全般にわたる責任を持つ教務委員会や教学委員会などでは、同一教員が複数の委員会委員となるケースも多く、教員の負担過剰が問題になっている。
(4) 医学教育を主たる業務とする部門および教員が、殆どの大学医学部・医科大学に設置されるようになったが、卒前教育を担当する部門と卒後教育を担当する附属病院の部門が別組織として設置されている場合が少なくない。

＜提言＞

(1) 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べきである。
(2) 能動的問題解決能力の獲得を促すような環境整備をすべきである。
(3) 教育環境の最適化のためには、施設内で取り組むべきことのほかに、全国的な見地から、医療人養成に求められる最適環境も追求すべきである。
(4) 教育の一貫性を考えた場合、医学部と附属病院が協同して卒前・卒後を通した教育拠点、基幹病院として一体化して機能させるべきである。
(5) 医学教育部門は、2017年から開始される予定の専門医制度においては、各専門分野に共通する教育支援をも担うことが求められるのみならず、今後多くの医療職の教育支援組織としても活躍すべきである。
(6) 医学教育部門は、医師会などと連携し、医師の生涯学習にわたる継続的学習環境の提供にも参加すべきである。
(7) 今後の医学教育部門は、専任教員とともに多くの兼任教員から構成されるべきである。
(8) 兼任教員は、教育業務エフォートの比率を明確にし、その教育への貢献を評価されるとともに、教員の教育能力の獲得や貢献が教育業績としてそれぞれの教員のキャリアパスにプラスに働くような仕組み作りをすべきである。
(9) 全ての新任教員に「教員の教育能力開発（FD）」への参加を義務付け、「カリキュ

ラム・プランニング」、「教育・指導方法」、「評価法」の３つのコース履修を求めるべきである。

⑽ 教育部門に従事する事務職には、医学教育部門の事務職の研修（SD：Staff Development：職員能力開発）を義務づけるべきである。

５）医学部新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧

＜検証＞

(1) 2008年以降、2015年までに、既存の医学部は1,509名の定員増を行っており、定員100名の医学部を15大学新設したと同じ効果を持っている。

(2) 上記の定員増を考慮した医師数の将来予測によると、2012年の人口10万人あたりの医師数は227人から、2025年には292人に達し、経済協力開発機構（OECD）加盟国の加重平均医師数280人を凌駕し、さらに、2030年には319人、2040年には379人となり、かねてから指摘されていた医師不足の状況を脱し、むしろ過剰となることが予測されている（社会保障制度改革推進会議、第5回医療介護の活用による改革の推進に関する専門調査会資料H27年６月より）。

(3) 一方、1960年代以降の18歳人口千人当たりの医学部入学定員（医師養成数）の推移をみると、1960年では、入学定員は2,840人で、18歳人口は約200万人であった。すなわち、18歳人口千人あたりの入学者定員（医師養成数）は1.4人（約700人に１人が医学部進学）であった。しかし、2015年現在では、入学定員は9,134人に増加、18歳人口は119万人に減少しており、18歳人口千人あたりの医師養成数は7.7人（130人に１人が医学部進学）となっている。すなわち、以前にくらべ、医学部入学の難易度は５分の１以下に低下している（入学し易くなっている）。

(4) 本会議の「医学生の学力低下問題に関するアンケート調査結果（2015年３月）」によると、入学定員増に伴い低学年（１年次および２年次学生）の留年者および休学者が有意に増加しており、また、精神的な問題、学習意欲の低下、基礎学力の不足など、問題を抱えた学生が増加している。

(5) 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り（現在、医学生１人に臨床系教員１人が配置されており、定員100人の医科大学では600人の臨床系教員が必要）、医学部が新設されれば、近隣の医科大学をはじめ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こととなり、近隣の大学医学部・医科大学のみならず我が国の地域医療が壊滅的な打撃を受けることが危惧される。

(6) かかる状況下で、平成27年、政府は、東北地方の震災復興のシンボルと称して、東北地方に定員100名の医学部の新設、さらに成田市に特区による医学部の新設（140名）を容認している。

＜提言＞

(1) すでに、既存の医学部では入学定員増を行っており、早晩、医師数はOECDの加重平均を凌駕しさらに増え続けることが予測される。また入学の門戸は大幅に拡大されており、医学生の学力の有意な低下傾向（留年者や休学者の増加）が示されている。かかる状況下での医学部の新設は医学生の更なる質の低下を助長するものであり、再考すべきである。

(2) 新設に伴い、近隣の大学病院、あるいは、地域で活躍している中堅医師が大量に教員として引き抜かれることとなれば、近隣の大学をはじめ地域医療に甚大な悪影響を及ぼす可能性がある。また新設には多額の初期投資および運営維持の資金（補助金など）が必要となり、一たび新設した医学部を閉鎖することは困難で、資源の無駄使いを避けるべきである。

(3) 医学部新設は、教育環境の悪化と質の低下を惹起し、わが国の医学教育・医療に重大な悪影響を及ぼすことが懸念されることから、強く反対する。

6）医師偏在、診療科の地域偏在の是正のための論理の展開

＜検証＞

(1) 医師の勤務地および診療科の選択は、職業選択の自由の原則の下、医師個人の選択にまかされている。

(2) 大学病院には、高度・先進医療の提供、専門医の養成、地域への医師派遣、臨床研究の推進など多様な役割が求められているが、平成16年の臨床研修制度の導入以降、若手医師の大学病院離れにより、果たすべき役割が十分に果たせていない。

(3) 国は、医師不足に対応するため、平成20年以降、平成27年度までに入学定員を増員（1,509名増）したが、その大半が地域枠であり、平成27年の地域枠学生の募集定員は、68大学、1,513人（文部科学省報告より）となっている。今後、この地域枠学生達は順次卒業時期を迎える予定であり、地域医療の担い手として、地域の偏在解消に貢献することが期待される。

(4) 定員増が図られたとしても、勤務環境の厳しい外科、救急医療、産科・小児科領域等での医師不足（診療科偏在）は深刻で、さらに訴訟のリスクが高いことも事態を悪化させる要因となっている。

(5) 専門医については、前述のとおり、新たな第三者機関としての一般社団法人日本専門医機構が設立されたところであり、今後、制度の運用を工夫することで地域および診療科の偏在解消を図ることが期待される。

(6) 医学部入学者に占める女性医師の割合は、最近、約40％に達しており、病院の医師不足の要因の一つであることが指摘されている。女性医師も男性医師と同様に幅広い診療科選択が可能となるよう勤務の平等化が優先されるべきであり、医師のキャリア形成についての認識が重要である。

＜提言＞

(1) 今日の医師不足（地域偏在と診療科偏在）の契機となった臨床研修制度の抜本的見直し（卒前の臨床実習、卒後の臨床研修･専門研修をシームレスに行う仕組み、専門医の育成と地域・診療科の偏在の解消に寄与する仕組みを大学が責任を持って構築する）を本会議が中心となって提言すべきである。

(2) 大学と地域の病院が基幹病院と協力病院となり研修施設群を形成し、卒前・卒後に亘って地域に根付いた医師を養成すべきである。

(3) 地域枠学生については、国、地方自治体、大学、地域病院などからの関係者が連携して、卒後に地域に定着する具体的な方策（関係者による会議体の設置、キャリアパスの構築、インセンティブの付与など）を早急に検討すべきである。

(4) 勤務環境の厳しい外科系、救急、産科、小児科などに対して、①診療報酬の一層の増額（医師個人への還元が不十分)、②ドクターフィーの導入、③専門研修における、分野別あるいは地域別定数の導入、④強力なインセンティブの付与、⑤専門医機構との連携なども考慮すべきである。

(5) 卒前・卒後の地域医療を念頭においたカリキュラムの改善、医学生の社会的責任の涵養、医師が忌避しがちな診療科の魅力を伝える実習や体験、人材と資金を集中させて悪循環を断つこと、地域の医師のキャリア形成への支援、入学時からの経年的アンケート調査によりデータを蓄積し入学者選抜にフィードバックさせるなど、様々な工夫をすべきである。

(6) 女性医師の増加に対し、育児と仕事が両立できる環境、子育て支援政策の徹底が必須で、医師不足の緩和に大きく貢献するよう、女性医師のキャリア継続が容易になる環境を充実すべきである。

Ⅲ．医師養成の質保証と改革実現

第１章　医学部の卒業前における医師養成の質保証と改革実現

１．入学者選抜

１）入学者選抜、アドミッションポリシー、面接、学力判定

（１）アドミッションポリシー

平成25年度（2013年）医学教育カリキュラムの現状（全国医学部長病院長会議）の調査によると、全国医学部80校中、アドミッションポリシーを公開しているのは79校である。カリキュラムポリシーは70校、ディプロマポリシーは71校が公開している。この２年前の平成23年度（2011年）の調査では、公開していたのはアドミッションポリシー60校、カリキュラムポリシー55校であったことを見ると、アドミッションポリシー、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシーの公開が進んでいることが分かる。今後、アドミッションポリシー（入学者受入れの方針）、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシー（教育の実施や卒業認定・学位授与に関する基本的な方針）を義務化するための法令上の検討が行われることとなっている[1)]。

ディプロマポリシーは、「学生が卒業する時に最低限必要とする能力を示した学位授与方針」と定義される。すなわち、卒業時アウトカムを意味することになる。しかしながら、医学部の中で明確に卒業時アウトカムを設定しているところは多くはない。本来は卒業時アウトカムを設定し、この能力を卒業時にどのように測るかを考えた上で、ディプロマポリシーを定め、この能力を６年一貫医学教育の中でどのように涵養するかというカリキュラムポリシーとが連動していなければならない。そして、このカリキュラムに沿って能力を育てることのできる入学者を選抜するためのアドミッションポリシーを示す必要がある。今後、医学部は入学希望者や社会が理解できる一連のディプロマポリシー、カリキュラムポリシー、アドミッションポリシーを作成し、明示していかなければならない。

アドミッションポリシーでは、求める学生像のみならず、入学者に求める能力とは何か、また、それをどのような入学者選抜で測定するかを示すことにより、この医学部が目指す能力を持った医師を養成し、それによってどのように社会貢献するのかも医学部のミッションとして示していく必要がある。

（２）入学者選抜

平成24年度（2012年）わが国の大学医学部（医科大学）白書2012によれば、現在行われている入学選抜方法は表1のように多様化する傾向にある。

多くの医学部では、独自の学力試験、面接、調査書、小論文を用いている。面接に関しては、個別面接（小論文、自己紹介書などを資料とする場合もある）、集団面接、異なる課題を提示した複数の面接ブースを全て回る方法（Multiple-Mini-Interview：MMI）などの方法が用いられている。

大学入試センター試験や独自の学力試験で、点数として測れる学力は客観的に測定

	全国	国立	公立	私立
回答校	80	43	8	29
大学入試センター試験	62	42	8	8
独自に出題する学力試験	80	43	8	29
面接	77	40	8	29
高校の推薦書	6	4	0	2
小論文	46	19	3	24
推薦書	2	1	0	1
調査書	54	25	5	24
志望理由書	7	4	0	3
自己推薦書	3	2	1	0
その他	8	2	0	6
合計	345	182	33	130

表１．選抜方法（平成24年度（2012年）わが国の大学医学部（医科大学）白書2012より）
（注：その他；自己紹介書、自己評価書、履歴書、適性検査、特別活動記録）

できるが、入学試験の学力試験成績と入学後の成績や医師国家試験の成績との間には明確な相関は認められないとの報告が多い。一方、医師になる者としての適格性や入学後の学習が困難なく行える能力を面接などの方法を用いて評価しようとしているが、医師になる者としての適格性や学習能力は複雑な因子が関与しているために、選抜方法としての信頼性、妥当性の検討は十分には行われていない。医師になる者の適格性は単純ではない。

例えば、「conscientiousness」という因子は、臨床実習前の教育についてはポジティブな因子となるが、臨床実習ではネガティブな因子となるとの研究結果がある[2)]。このように入学者に求められる能力が複雑な因子の集合であることから、面接でこれを測定しようとしても困難を伴うこととなる。

一方、道徳性心理学でのKohlbergらの研究[3)]では、ジレンマ課題を用いることで被験者の道徳性発達を測定できるとしている。ジレンマ課題に対し、どのような知識を用い価値判断を行い、それを行動に移してもよいかどうかの決断をするかを観察することにより、被験者の知識と価値観および論理性を測ることができる可能性がある。国内外の医学部入試で、いくつかのジレンマ課題をMultiple-Mini-Interview（MMI）の方法を用い、受験者の道徳性発達を評価する試みがある。複数の面接官が、複数のジレンマ課題に対する受験者の対応を「構造的」に面接する（structured interview 構造化面接）方法は有益であるとされている[2)]。今後、面接に関しては海外の経験やいままでのわが国の経験、さらに道徳性心理学の知見を加えて、医師になる者を選抜する方法として研究を進めていく必要がある。

（３）今後の入学試験のありかた：喫緊の課題

平成26年12月22日に中央教育審議会の高大接続特別部会から答申「新しい時代にふさわしい高大接続の実現に向けた高等学校教育、大学教育、大学入学者選抜の一体的改革について」[1] が公表された。その中で、入学試験に関して、「我が国が成熟社会を迎え、知識量のみを問う『従来型の学力』や、主体的な思考力を伴わない協調性はますます通用性に乏しくなる中、現状の高等学校教育、大学教育、大学入学者選抜は、知識の暗記･再生に偏りがちで、思考力･判断力･表現力や、主体性を持って多様な人々と協働する態度など、真の「学力」が十分に育成・評価されていない。」との批判がされている。さらに答申は、「18歳頃における一度限りの一斉受験という特殊な行事が、長い人生航路における最大の分岐点であり目標であるとする、我が国の社会全体に深く根を張った従来型の『大学入試』や、その背景にある、画一的な一斉試験で正答に関する知識の再生を一点刻みに問い、その結果の点数のみに依拠した選抜を行うことが公平であるとする、『公平性』の観念という桎梏は断ち切らなければならない。大学入学者選抜は、一時点の学力検査によってその後の人生を決定させるためのものではない。先を見通すことの難しい時代において、生涯を通じて不断に学び、考え、予想外の事態を乗り越えながら、自らの人生を切り拓き、より良い社会づくりに貢献していくことのできる人間を育てることが高等学校教育及び大学教育の使命であり、これからの大学入学者選抜は、若者の学びを支援する観点に立って、それぞれが夢や目標を持ち、その実現に必要な能力を身に付けることができるよう、高等学校教育と大学教育とを円滑に結び付けていく観点から実施される必要がある。」と述べている。

今まで、入学者選抜は「客観性」伝説に縛られ、医師になる者としての適格性を十分には測ってこなかった。しかし、医学部がその社会的責任、医師を養成するという責任を果たすために、従前の「公平性」に縛られることなく、医学部が責任を持って入学者の選抜を行う時期に来ている。

高大接続の改革のために、国は平成31年度（2019年）から「高等学校基礎学力テスト」を導入し、高等学校での基礎学力の証明（段階評価）を行い、これを内申書に記載することが提案されている。平成32年度（2020年）には「大学入学希望者学力テスト」を導入し、現行の大学入試センター試験を廃止するとしている。「大学入学希望者学力テスト」について答申は、「大学入学希望者が、これからの大学教育を受けるために必要な能力について把握することを主たる目的とし、『確かな学力』のうち『知識･技能』を単独で評価するのではなく、『知識･技能を活用して、自ら課題を発見し、その解決に向けて探究し、成果等を表現するために必要な思考力･判断力･表現力等の能力』（「思考力・判断力・表現力」）を中心に評価する。」と説明している。大学入学希望者学力テストが測ろうとしている能力とは、米国で実施されているMCAT（Medical College Admission Test）が求めている能力と重なる。

MCATは受験者の①problem solving、②critical thinking、③writing skills、④knowledge of science concepts and principleを測る試験として設計されている[2]。米

国での研究では、４年制大学でのGPA（Graded Point Average)、医学部が行う面接、そしてMCATが入学者選抜でもっと有用な評価方法であるとしている[2)]。わが国でもかつて、福岡大学医学部の西園昌久を中心に、「医学部入学試験　問題解決能力テスト（Skills Analysis法)」の研究が行われていた[4)]。かつて医学部で行われていたSkills Analysisの研究結果は、国が進めようとしている「大学入学希望者学力テスト」の開発に役立つはずである。医学部は全ての大学入試で試みようとしている「思考力・判断力・表現力」のテスト開発に積極的に参加していくべきである。

中央教育審議会は大学入試改革をかなり速いスピードで進めていくであろう。これに対応し、医学部も従前の「公平性」に縛られることなく、「高等学校基礎学力テスト」や「大学入学希望者学力テスト」の利用の検討を始めるとともに、独自の試験として「知識・技能を活用して、自ら課題を発見し、その解決に向けて探究し、成果などを表現するために必要な思考力・判断力・表現力などの能力」を測る試験の開発を行っていく必要がある。「大学入学希望者テスト」は広い意味での大学教育への入り口の試験ではあるが、この試験だけでは医学部に入学し、医学を学び、医師としての適格性が育つ学生を選抜することは困難であろう。また、このような非認知的能力を測定するには複数回の試験が必要との研究成果もある[2)]。医学部は、「高等学校基礎学力テスト」や「大学入学希望者学力テスト」を利用し、さらに医学部独自の試験も開発しなければならない。今まで蓄積されているSkills Analysis法を再度見直し、新しい試験を作っていかなければならない。しかしながらこの開発は１医学部が単独で行えるものではない。全国80医学部が力を合わせて、新しい試験を開発し、社会が求める医師を養成するための入学者選抜の在り方を考えなければならない。

脚注

１）新しい時代にふさわしい高大接続の実現に向けた高等学校教育、大学教育、大学入学者選抜の一体的改革について（平成26年12月22日　中央教育審議会）http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/__icsFiles/afieldfile/2014/12/22/1354191_1.pdf

２）Patterson F, Ferguson E. Selection for medical education and training. In Swanwic T Ed, Understanding Medical Education. Evidence, Theory and Practice. Wiley-Blackwell, 2010, UK.

３）道徳性心理学研究会編集．道徳性心理学．北大路書房．1992年．京都.

４）西園昌久．医学部入学試験　問題解決能力テスト（Skills Analysis法）問題作成マニュアル．平成５年３月、文部省科学研究費補助金（総合研究Ａ)．財団法人医学教育振興財団．日本におけるNEW MCAT skills-analysis法の研究報告書．昭和61年９月.

２）入学者定員と学士編入、地域枠

（１）入学者定員

昭和56年の琉球大学医学部の新設以降、医療費伸び率の抑制策が継続され、医学部定員は7600人程度で20年にも及ぶ長きに亘り、検討されることなく維持されてきた。この間、医学・医療の進歩や医療情勢の変化などに起因する潜在的医師不足は、大学を中心とした医師派遣機能により補填され、表面化することなく推移してきたと言える。しかし、平成16年の新医師臨床研修制度の発足以来、研修医の都市部への偏在と大学残留医師数の減少に伴う医師派遣機能の破たんなどにより､医師不足が顕在化し、特に、医師不足が顕著な地方都市では「医療崩壊」とまで言われるようになった。このような状況を踏まえ、緊急施策として平成20年より現在に至るまで、段階的な医学部定員増が行われた。平成27年現在では、平成19年の定員7,625人に比べ1,509人増の9,134人となり、７年間で約20％に及ぶ急速な定員増が行われたことになる。

本来、医師供給の出発点である医学部入学者定員は、必要医師数に連動すべきものである。長期間を要する医師養成期間を考えれば、人口動態（特に少子高齢化と人口減少)、疾病構造、医療提供体制などに伴う医療需要の変化、医学・医療の進歩・発展などの近い将来の変化を予測し、一定の間隔で継続した見直しが必要である。そして、その見直しに特に重要な資料となるのは、精度の高い全国を対象とした疾病統計である。ほとんどの疾患を網羅した詳細な疾病登録制度の確立と、それを基礎とした必要医師数に関する指標設定に対しての総合的な検討の推進は急務の課題である。そして、今回の定員増の最終年度とされている平成31年度までには、ある程度の結論を出す必要がある。

（２）地域枠、学士編入

「緊急医師確保対策」や「病院等における必要医師数実態調査」の結果などを踏まえて設定された制度に「地域枠」および「学士編入」制度がある。前者は地域に定着して地域医療を担う医師を育成する趣旨で設けられたものであり、後者は歯学部の定員減と連動した医学部定員増を端緒として設けられた制度である。何れも医師不足の解消を目指したものであるという共通項を除けば､制度趣旨は異なるものと思われる。

ａ）地域枠と入学者定員

医学部定員増以来、地域枠の入学者定員は増加し、全国の医学部の87.5％にあたる70の医学部では、合計1,513名（平均21.6名）の定員枠を設けている。そのほとんどは何らかの義務履行を伴うものであり、その内の６割以上の地域枠には奨学金が支給されている[1)]。しかし、地域枠の志願者数は地域によりやや偏りがある。また、国公立では入試合格者のほとんどが入学しているものの、私学における奨学金を伴う地域枠では入学しない合格者が目立つ傾向にある。併願によるものかなどの理由は定かでは

ない。地域枠の目的と理念の設定の有無に関しても奨学金を伴う枠では80.4％の大学で設定しているのに対し、奨学金を伴わない枠のそれは64.0％と差がある。また、地域枠全体を通じて、特別なカリキュラムを準備している大学は約4割程度に過ぎない[2)]。

以上のように、現在実施されている地域枠には、奨学金の有無や義務履行期間の長短、勤務先の限定などの制度設定自体にばらつきがあり、大学の取り組みにも温度差が見られ、一律には議論ができない。しかし、卒業生が出始めている現在、この制度の実効性確保は今後とも重要な課題である。なぜなら、実効性を担保できれば、継続して医師の地域的偏在を改善できる有効な手段の一つとなるからである。そのためには、次に述べるような地域枠卒業生が地域に定着することを確実にするための要件などを充足させ、学部教育のみならず卒後のキャリア形成においても、地域枠制度自体が有利で魅力あるものになるべく改善を進め、多くの優秀な学生の応募を促進し、適切なアドミッションポリシーの下、入学選抜につなげる必要がある。

ｂ）地域枠制度の充実化

地域枠制度の最終目的は医師の地域定着とそれに伴う地域医療の向上にある。このためには、学部での地域医療に関する講義・実習などに加え、地域医療の実情に触れる機会を増加させ、ロールモデルなどにより様々なキャリアパスの提示などを行い、地域医療に特化した教育内容を充実させ、地域医療への意欲を継続して涵養し、卒後研修につなげる必要がある。そして、卒後研修では、専門知識・技術などを習得し、臨床医としての基盤を形成する重要な時期が、義務年限の履行と重なることへの配慮が必要である。すなわち、地域の実情に合わせ、地域枠医師のキャリアアップ（総合診療医的視点からのスキルのみならず専門医取得や学位取得のための研究期間の確保など）と医師不足地域への配置の両立又は調整を図り、「広い視野を有し、地域医療の核となる良医を育て、質の高い地域医療の確保を目指す」ことを地域枠制度本来の目的に位置づけるべきである。

以上のような目的を達成するためには、学部教育と卒後研修を一体と捉え、大学を核とした研修病院群を形成し、分担と協同の下、学部教育に続く義務履行と専門研修等とのバランスを図った柔軟な研修プログラムの策定および卒前・卒後の教育・研修を一体として支援し管理する部署（地域医療学講座や地域医療支援センターなど）の設置と拡充が必要である。

ｃ）学士編入

27年度現在、医学部の45％に当たる36の大学で学士編入学制度を実施している。しかし、編入年次や入学資格は大学間で異なる。編入年度については、２年次編入が2/3弱を占めているものの、１年次後期や３年次への編入で募集している大学もある。入学資格についても学士の資格でよい大学から、修士・博士、さらには歯科医師の資格を求めるものまで様々である。

過去の医学部カリキュラムは２年間の教養教育を経て３年次から専門教育が始まっていた。このことから３年次編入では比較的カリキュラム上の問題は生じなかった。しかし、専門教育の前倒しが行われている現在、編入年次によっては、入学者への未履修科目の補充などが必要となる。また、以下に述べるように編入学制度本来の意義を入学選抜や学部教育に十分生かし切れていないという現状があり、今後の大きな課題である。

編入学制度本来の目的・理念は、他学部での学修の成果や社会での経験を医学・医療のフィールドで生かせる機会を提供し、社会性を伴う医学･医療の発展のため、様々な能力を有し、意欲ある多様な人材を育成することにあると思われる。しかし、以上のような編入学制度の目的・理念の達成に疑問を感じている大学は、同制度を導入している大学の半数に上っている。この理由の一つは、「学び直し」の意義を主たる動機として入学する学生が非常に少なく、単に医師になることを目的として入学する学生が多いことにあろう。また、編入学制度を導入している大学自体の取り組みにおいても、編入学制度に特化したアドミッションポリシーを設定している大学は、約３割に過ぎず、同制度の目的・理念が達成されていると判断している大学は半数に満たない。さらには、編入学入試の廃止を含む大幅な変更を検討している大学は同制度を導入している大学の２割以上に上る[3)]。

上述の背景を踏まえると、入学選抜に際しては、①編入年次に応じて、必要な学力を審査することを最小限に止め、②入学志願者が培ってきた能力・経験を医学・医療の領域で生かせるか否かを判断すること、③志望の動機についての入念な審査が重要な課題である。各大学は編入学独自の特色あるアドミッションポリシーを設定し、それに応じた学生選抜を実施すべきである。単なる医師養成を許容する編入学制度は制度自体の意義を喪失させる結果につながるものと思われる。今後は、編入学学生の学部学習・卒後の動向などを踏まえ、入学試験制度の大幅な見直しや能力を発揮できる場の提供など、多方面での継続した検討および、その結果を踏まえた改革が必要である。

脚注

１）文部科学省　平成27年度医学部入学定員の増員について
２）全国医学部長病院長会議　わが国の大学医学部・医科大学白書2014
　第２章　Ⅱ．地域医療支援と入学試験　p110-146
３）全国医学部長病院長会議　わが国の大学医学部・医科大学白書2014
　第２章　Ⅲ．学士編入学者選抜　p147-152

２．ステップⅠ：臨床実習前教育

１）医学生に必要な準備教育、基礎教育、教養教育のあり方

（１）一般教育の現状

平成25年度（2013年）医学教育カリキュラムの現状（全国医学部長病院長会議）によれば、多くの医学部は医療人育成の視点から専門教育前に一般教育を重要だとしている。一般教育としては、①医学専門科目を学ぶための準備教育、②学習の方法（スタディスキル）やジェネリックスキル（リテラシーを含む）を含む初年次教育、③人文科学、社会科学を中心とした教養教育、そして④早期臨床体験などの医学導入が含まれる。一般教育（教養）の必修授業単位は全国平均で、１年次で27.2単位、２年次で9.4単位、３年次で4.4単位、４年次で2.6単位、５年次で2.0単位、６年次で2.0単位と、多くは１年次科目として設定され､初年次教育科目（医療体験実習､コミュニケーション、プレゼンテーション、リメディアル教育など）が増えつつある。しかしながら、一般教育を担当する教員が不足していると回答しているのが80校中35校で人的資源は必ずしも確保されていない。

準備教育に関しては平成13年３月に「準備教育モデル・コア・カリキュラム」が示された。その内容は、①物理現象と物質の科学、②生命現象の科学、③情報の科学、④人の行動と心理であるが、その後、改定はされておらず、これをコア・カリキュラムと考え使用することは困難となっている。

一般教育も６年一貫医学教育の一部である。この視点から一般教育を見直す必要がある。医学部は医師を養成するが、その時にそれぞれの医学部がどのような能力を持つ卒業生を育てるかの目標である「卒業時アウトカム」を設定する必要がある。一般教育はこの「卒業時アウトカム」を医学専門教育とともに一体となって、学生全員に身につけてもらう教育をしなければならない。医学部６年間で育てる協働者として一般教育を担当する教職員の教育改善への意思が求められている。

（２）初年次教育の重要性

平成20年度の医学部定員増以来、１～３年次の留年率と１～２年次の休学率が有意に増加していることが明らかになっている[1)]。アンケートでの教員からの自由記載の中には、「具体的な要因としては、①精神的な問題により学習ができない状態にある場合、②自分の適性と医学部での教育の間に齟齬を感じて学習意欲が低下している場合、③部活動など他の興味の対象に時間を取られているために学習のための時間が取れない場合、④高校までの学習と大学入学後の教育の形式に落差があり、必要とされる学び方が身についていない場合、⑤高校までの学習に不十分な点があり医学部進学後の教育についていけない場合などが挙げられる」との意見もある。

留年者でみると、平成24年度１年次は237名、２年次は472名、３年次は277名で、明らかに２年次の留年が多い。多くの医学部では２年次で解剖学、生理学、生化学などの基礎医学教育が開始され、学生にとっては一気に情報量が増えるとともに、自身

の学習方法の改善を行わなければならない時期である。2年次の留年が多いことから、学生の中には医学部の学習をこなすための学習方法が身に付いていない、すなわち、スタディスキルの問題がある可能性がある。

初年次教育とは、「高等学校から大学への円滑な移行を図り、大学での学問的・社会的な諸経験を“成功”させるべく、主として大学新入生を対象に作られた総合的教育プログラムであり、高等学校までに習得しておくべき基礎学力の補完を目的とする補習教育とは異なり、新入生に最初に提供されることが強く意識されたもので、1970年代にアメリカで始められ、国際的には『First Year Experience（初年次体験)』と呼ばれている。具体的内容としては、（大学における学習スキルも含めた）学問的・知的能力の発達、人間関係の確立と維持、アイデンティティーの発達、キャリアと人生設計、肉体的・精神的健康の保持、人生観の確立など、大学における教育上の目標と学生の個人的目標の両者の実現を目指したものになっている。」[2)]と定義されている。

「学士課程教育の構築に向けて（答申)」[2)] では、「学士力」として下記の能力が示されている。初年次教育はこれらの「学士力」の基盤となる能力の獲得を目指したものを各医学部が一般教育担当者とともに作っていく努力を行う必要がある。

1．知識・理解

(1) 多文化・異文化に関する知識の理解

(2) 人類の文化、社会と自然に関する知識の理解

2．汎用的技能

(1) コミュニケーション・スキル：日本語と特定の外国語を用いて、読み、書き、聞き、話すことができる。

(2) 数量的スキル：自然や社会的事象について、シンボルを活用して分析し、理解し、表現することができる。

(3) 情報リテラシー：情報通信技術（ICT）を用いて、多様な情報を収集・分析して適正に判断し、モラルに則って効果的に活用することができる。

(4) 論理的思考力：情報や知識を複眼的、論理的に分析し、表現できる。

(5) 問題解決力：問題を発見し、解決に必要な情報を収集・分析・整理し、その問題を確実に解決できる。

3．態度・志向性

(1) 自己管理力：自らを律して行動できる。

(2) チームワーク、リーダーシップ：他者と協調・協働して行動できる。また、他者に方向性を示し、目標の実現のために動員できる。

(3) 倫理観：自己の良心と社会の規範やルールに従って行動できる。

(4) 市民としての社会的責任：社会の一員としての意識を持ち、義務と権利を適正に行使しつつ、社会の発展のために積極的に関与できる。

(5) 生涯学習力：卒業後も自律・自立して学習できる。

4．統合的な学習経験と創造的思考力

これまでに獲得した知識・技能・態度等を総合的に活用し、自らが立てた新たな課題にそれらを適用し、その課題を解決する能力。

特に、汎用的能力の獲得は２年次以降に医学専門教育が始まった時に自律的に学習を継続するために必要不可欠なものである。初年次教育で身につけた汎用的能力や態度・志向性、創造的思考力が２年次以降の教育と連動し、各医学部が目指す「卒業時アウトカム」の獲得へと螺旋型カリキュラムを作っていく必要がある。自らの学習課題を発見する能力と自己学習能力があれば、リメディアル教育は成功するであろう。しかし、自らの学習課題や学習ニーズを見いだせず、自分の学習活動を振り返る能力がなければ、リメディアル教育は成功しないと考えられる。

（３）教養教育の考え方

一般教育という考え方は、わが国が昭和20年の敗戦後、米国から来たものであるが、昭和21年のアメリカ教育使節団は「日本の高等教育機関のカリキュラムには、概して普通教育（general education）を受ける機会が乏しく、早くから狭い専門化（specialization）が進められ、また職業的（vocational or professional）な面が強調され過ぎているように思われる。自由な思考のための基盤を作り、専門的訓練のためのより良い基礎を与えるためには、幅広い人文主義的な態度を育成する必要がある。それによって学生の将来の人生はより豊かなものになり、自分の職業的活動が、人間社会全般の中で、どのような位置を占めているかを理解できるようになるだろう。普通教育は、学生がそれに全面的な信頼を置き、特別の分離されたものと考えることのないよう、学生たちの正規のカリキュラムの中に統合されるべきものと考える。また、一般教育だけでなく、専門分野の関連した科目をもっと自由に、学生の専門教育の課程に組み込むべきであろう。」[3] と我々に進言した。この考え方は今でも通用する。しかし、戦後わが国が行ってきた教養教育はこの理念とは全く異なるものである。この理念を医学教育の言葉にすれば、教養教育とは、①自分が就く職業が社会でどのように役立つのか、②医学部で学んだ知識と技術をどのように使うべきかの判断をするときの知識、③自分の職業と社会の人々との関係を知り、職業職者としての職責と幸せを知ること、④それを知るために教養教育は専門教育と協働して、医学教育の一部としてカリキュラムに組み込まれるべき、と読み替えられるのではないだろうか。アメリカでは教養教育のみを担当する教員は原則としていない。専門の学問の講座に所属し、その学問の入り口として教養教育科目を担当する。教養教育が組織的にも、教員という人的資源としても専門学問と乖離することはない。大学設置基準の大綱化は、日本独特の教養教育機関を無くし、教養教育の教員はその専門の分野の教員が教えるというアメリカ型の教養教育の組織を作ろうとした改定でもあったが、その試みは成功していない。

もうひとつ興味深い議論がある。それは、「専門性に立つ教養人」を育てるのか、「教養ある専門人」を育てるのかである。「時間的空間的に全体が見通せない状況下で自らの位置を確認し、他者とともに手を携えて持続可能な文明生活を営むことのできる一般人を育成する場として期待されているのではないか。その意味で、ひとつの専門

性と密接に結びついた柔軟な思考力と知的触手、他の専門性と交流できる力こそが、今求められている教養のひとつの姿ではないだろうか。この意味で教養は単体では機能しない。専門性と結びつくことによってはじめて他の専門性との連携、あるいはそれへと触手を伸ばすことも可能になる。」[4] という考えがある。医師はその職責の中で様々な判断をしていく。たとえば医療倫理に関わる判断を行う場合、もっとも重要なことはその事案に関する人文社会科学的知識であろう。過去の歴史を知り、歴史の蓄積としての事実を知り、現在の社会規範の成り立ちを知って、それから判断するのではないか。もしそうだとすれば、医療におけるすべての判断は、歴史、人文科学、社会科学、そして社会理解が基盤となる。これを教養というのではないだろうか。自分の職業を行って、他者に影響を与えていく職種として、教養を学びながら日々の実践を振り返る能力を養う学習が教養教育の目的であろう。そのように考えれば、教養教育が専門教育とかけ離れて単独で存在することはできない。実際に、欧米の医学教育では「medical humanities」と呼ばれる教育は、臨床実習前ではPBL-チュートリアルの事例検討で、臨床実習ではケースカンファレンスのなかで、「専門性に立つ教養」として学生は学ぶ[5]。英国では、医学教育の中で学生の選択科目（Student Selected Component）として、人文社会科学を含む様々な科目を医学教育の全学年で選択することが可能となっている。すなわち、学生が臨床という文脈の中で、学ぶ必要を感じたときに、学びたい「教養科目」を学ぶ教育システムができている。

医学部は今、自身の卒業時アウトカムのために全学生にどのような能力を身につけさせようとするのかを明確にし、学生が医師になった時に自らの職業実践のための知識と論理性をどのように育てるか議論を始めなければならない。そのキーワードは、教養教育である。

脚注

１）全国医学部長病院長会議．医学生の学力低下問題に関するアンケート調査結果報告書．平成25年12月．

２）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．http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2008/12/26/1217067_001.pdf

３）天野郁夫．教養教育再考．IDE現代の高等教育2014；565：4-12.

４）佐々木一也．立教大学全学共通カリキュラムにおける教養教育の未来．IDE現代の高等教育2014；565：49-53.

５）Gordon JJ, Evans HM. Learning medicine from humanities. In Swanwich T Ed, Understanding Medical Education. Evidence, Theory and Practice. Wiley-Blackwell. 2010. UK.

２）基礎医学と臨床医学との統合カリキュラム、多職種連携教育

平成13年医学教育モデル・コア・カリキュラムが最初に提示された。それ以降、平成19年、平成22年に改訂され、現在に至っている。医学教育モデル・コア・カリキュラムの発表以後、多くの大学が何らかの形で基礎医学と臨床医学の統合型カリキュラムを導入している。すなわち、日本において伝統的に行われてきた「オロジー」を中心とした医学教育を抜本的に見直し、個々の患者を前にして、基礎医学と臨床医学の知識を俯瞰し、統合的に活用し、診断を行いそして治療を行うことができるような系統的・統合的医学教育を行おうとしたものである。しかしながら、統合型カリキュラムの利点と欠点も徐々に明らかとなり、基礎医学と臨床医学との統合型カリキュラムは如何にあるべきかについて再び議論される状況となっている。

（１）統合型カリキュラムの種類

統合型カリキュラムには、基礎統合、臨床統合、そして基礎・臨床統合の様々な組み合わせが存在し､各大学の事情に応じて各種統合型カリキュラムが実施されている。基礎統合では、解剖学・組織学と病理学、生理学・生化学と薬理学などいくつかの基礎医学科目の組み合わせに基づく統合講義が想定される。臨床統合では臓器別の組み合わせがよく行われ、例えば消化器内科と消化器外科、循環器内科と心臓血管外科といった組み合わせである。基礎・臨床統合教育ではやはり臓器別・疾患別の臨床統合講義に、それと関連した病理学や薬理学等の基礎系科目の講義が加わることが多い。また、教育の形態も種々のものがあり、それらを組み合わせた教育が行われる。すなわち、問題解決型学習（Problem-Based Learning, PBL）は講義のみならずチュートリアル学習と組み合わせたもの、あるいはスキルスラボを活用して、シミュレーション機器を用いた臨床技能学習を組み合わせてより学生のモチベーションを上げ、学習させるような統合型カリキュラムがある。

（２）統合型カリキュラムの功罪

統合型教育はそのカリキュラムのコーディネーターがその目的や意義を十分に理解し、カリキュラムを編成、講義形態を調整すれば、重複することがない効果的な講義などの教育が行われる可能性がある。しかしながら、講義を担当する教員間の意思の疎通や調整がうまくなされなければ、まとまりのない教育に陥ってしまう危険性もあり、その場合は６年間にわたる医学教育全体に却って悪影響を与える可能性もある。基礎医学と臨床医学の統合型教育のもう一つの問題点としては、その実施には教員のマンパワーが多く必要となってくることである。最近、特に後継者が不足し、医師資格を持つ教員が減少しつつある基礎系教室では理想的な統合型カリキュラムの実践には困難さを感じることが多い。単一の基礎科目（例えば薬理学）の講義において、臨床を意識した統合型教育を行うことも、決して不可能ではないと思われることから、

それぞれの大学の状況、教員の資質などを考慮して最もその大学に相応しく、効果的な統合型教育を行うべきであろう。

（3）多職種連携教育

患者中心の医療を実現するためには、専門職間でのコミュニケーション能力を向上させ、高い倫理観に立って問題解決能力を発揮できる医療人を養成することが重要である。人口の高齢化が進み、また現代の多様化する医療ニーズに応えるためにも、様々な職種が連携して問題解決に取り組むことが必要である。多職種連携の形態には正しい答えや理想を明示できるものではない。多職種連携することそのものが目的ではなく、患者の状況や患者が居住する地域の状況を考慮し、課題解決のための最適な方法をチームで考え、実践することが重要となる。自身の専門職を中心に考えるのではなく、患者が求めること、患者に必要なことを、専門職間のみならず患者と家族を含めたチームで考える連携が求められる。そのために、それぞれの専門職を理解し、医療チームの中で一人の人間として信頼関係を築ける人間性の教育、患者との良好な関係を築く教育が入学後、早くから行われることが望ましい。

医療の高度化、専門化に伴い、医師、看護師、薬剤師などが医療チームとして協力し、理想的な医療を提供しなければならない。殊に、医療現場では他の専門職と連携し、お互いの職種の重要性を理解し、学びあって、それぞれの専門性を発揮して協働しながら患者を治療しなければならない。その際、相互を尊重し、各々の知識と技術を生かし自律しながら患者のためにという共通目標を持って協働することになる。多職種が連携し、協働することは、多職種連携実践（Interprofessional Work; IPW）と呼ばれるものである。IPWを可能とする能力を身に付けさせる教育は多職種連携教育（Interprofessional Education; IPE）であり、核となる「コミュニケーション能力」「倫理的感受性」「問題解決能力」を育成し、そのうえで「健全な職業観」、「使命感や責任感」、「協調性（バランス感覚）」、「学び続ける意欲」を身に付けさせることを目標とする。

すなわち、相手を尊重する気持ちを持ちつつ、生活背景を考慮して患者を理解し、医療チームの各スタッフとの信頼間関係を築くためには、戦略的な教育としてIPEの実践が不可欠である。IPEでは、事例や地域の実情に応じ、個々のケースに対してどのような医療チームを組み、どのように対応するのかを医学部学生に加えて看護学科、理学療法学科、作業療法学科、そして福祉系の学科などの学生による混成チームで考え、柔軟に対応できる能力を醸成することが目的となる。IPEは医療・福祉に関わる多職種連携を体験しながら学ぶ新しい教育方法として、イギリスにおいて開発された。この教育が10年以上前に日本において紹介され、導入されはじめ、現在では多くの大学で取り入れられている。IPEを受けた医学生は、受けない学生に比して、他の医療職やチーム医療に対する捉え方に差があることが分かっている。

しかし、その歴史は浅く、わが国での教育方法は十分確立しているとはいえず、また適切な評価方法も発展途上にあるというのが現状である。医学教育学会や他の学会

でも専門委員会を結成しIPEについて議論が進んでいるところである。各大学が共通して実践できるカリキュラム・プランニングの方法、教育指針、評価方法の確立が求められる。

日本国民に健康で文化的な明るい生活をもたらすための、医療をはじめとする実践活動は、医師だけが支えることはできない。医師は、様々な職種からなるチームの中でリーダー（コーディネーター）の役割を持つ立場であることは基本であるが、場合に応じて看護師、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員などがその役目を持つこともあり得る。柔軟な医療チーム作りの上に、問題解決が図られることも求められる。医療・介護職者の連携を通して、国民の健康な生活を支えていけるようIPEのさらなる発展が望まれるところである。

３）学習方略の多様性と充実、学生支援

（１）PBL（Problem-based Learning：問題解決型学習）とTBL（Team-based Learning：チーム基盤型学習）の現状

平成25年度（2013年）医学教育カリキュラムの現状（全国医学部長病院長会議）によると、PBL導入校は、75校（国立39校、公立７校、私立29校）で、導入予定がないと回答したのが４校であった。チューターが同席するコアタイムは平均75.9時間（最大501.5時間、最低8.5時間）である。PBL導入の効果として、学生の自主性やモチベーション、理解度、自学自習能力の向上を挙げる医学部が多いが、一方では学生間の能力格差の広がりや教員間の認識の相違、PBL自体の有用性について判定困難を挙げる医学部もある。

TBL導入校は40校（国立19校、公立６校、私立15校）である。実施学年は１年次10校、２年次８校、３年次11校、４年次23校、５年次４校、６年次２校と４年次が最も多い。年間実施時間の平均は41時間（最大477時間、最小３時間）、導入予定がないと回答した医学部は20校であった。TBLによる学生への影響については、積極性、理解力、問題解決能力、臨床推論能力、プレゼンテーション能力、実践力、コミュニケーション力などが向上したとの意見があるが、一方で、効果不明、学生間の格差が広がったとの否定的意見もあった。

（２）アクティブ・ラーニング

アクティブ・ラーニングは、「教員による一方向的な講義形式の教育とは異なり、学修者の能動的な学修への参加を取り入れた教授・学習法の総称である。学修者が能動的に学修することによって、認知的、倫理的、社会的能力、教養、知識、経験を含めた汎用的能力の育成を図る。発見学習、問題解決学習、体験学習、調査学習等が含まれるが、教室内でのグループ・ディスカッション、ディベート、グループ・ワーク等も有効なアクティブ・ラーニングの方法である。」[1)] と定義されている。PBLも

TBLもアクティブ・ラーニングの一つである。

近年注目されているアクティブ・ラーニングの一つとして、「反転授業：Flipped Classroom」がある。ハーバード大学の白熱授業のサンデル教授の授業も反転授業である。反転授業とは、「説明型の講義など基本的な学習を宿題として授業前に行い、個別指導やプロジェクト学習など知識の定着や応用力の育成に必要な学習を授業中に行う教育方法」[2)] である。「スタンフォード大学医学部では、2012年に一部の授業において知識習得部分をオンライン学習に切り替え、対面授業で患者の臨床事例や生理学的知識の応用を中心とした対話型活動にした。その結果、学生の授業評価がよくなり、授業への出席は任意だったにも関わらず、出席率が30％から80％に向上している。」[2)] このように医学部での導入例もある。

アクティブ･ラーニングにはいろいろな手法が用いられているが、アクティブ･ラーニング自体が目指すものは「深い学習：Deep Learning」である。従前の大講義では、教師が知識を学生に伝達していた。しかし知識の半減期は３年から５年である。また、理解とは、新しく得た知識が、学習者がそれ以前に得ていた知識と経験との間で関連付けが行われ、新しい知識を学習者が吸収することで学習者自身の認知構造が作り変えられることである。知識がただ覚えているだけのものであれば、試験が終わればその知識は忘却される。新しく得た知識を今までの知識や経験と符合させ、学習者自身が納得する作業が理解には必要であるが、大講義は、学習者一人ひとりがその活動をする環境は提供していない。知識が意味あるものとして、学習者の理解を得るためには、その知識が持つ意味を考えたり、その知識を使ってみたりする機会が必要となる。知識を暗記するだけであれば、一人学習でもできるが、知識を使ってみたり、自分の理解が正しいかどうかを確かめてみたりするためには、他者が必要となる。反転授業では、知識を覚えることは一人学習で、他者がいる講義室ではグループ討論をすることでこの知識の理解を進めようとする（Lecture hall without lecture）。

知識を得るには、その知識の意味を知る機会が必要である。東大の客員教授も務めたノエル教授は､「(アメリカの)医学校のカリキュラムやレジデンシー･プログラムは、学生やレジデントが学ぶ必要が生じていない事項を教えることをやめつつある。すなわち、ある疾患を実際に見て、それを学ぶ必要が出てくるより前に、その疾患についての記事や論文を勉強させることが少なくなってきている。この教育の基本となっている考え方は、乳癌の詳しい勉強をするべき時期は、学生が実際の患者を受け持ったときであって、その半年や１年前ではないというものである。」[3)] と指摘している。自分が付く職業の文脈の中で、その知識の意味が分かる環境で、知識を得て、その知識の活用を学ぶ環境が効率的な学習環境と言える。PBLやTBLは臨床シナリオという文脈の中で、知識を得て、理解につなげようとするアクティブ・ラーニングの一つであり、反転授業は知識を自宅で覚えてきて、その知識の活用を講義室で学ぶものである。

平成24年８月28日の中央教育審議会「新たな未来を築くための大学教育の質的転換

に向けて～生涯学び続け、主体的に考える力を育成する大学へ～」（答申）から引用する。

「我が国においては、急速に進展するグローバル化、少子高齢化による人口構造の変化、エネルギーや資源、食料等の供給問題、地域間の格差の広がりなどの問題が急速に浮上している中で、社会の仕組みが大きく変容し、これまでの価値観が根本的に見直されつつある。このような状況は、今後長期にわたり持続するものと考えられる。このような時代に生き、社会に貢献していくには、想定外の事態に遭遇したときに、そこに存在する問題を発見し、それを解決するための道筋を見定める能力が求められる。生涯にわたって学び続ける力、主体的に考える力を持った人材は、学生からみて受動的な教育の場では育成することができない。従来のような知識の伝達・注入を中心とした授業から、教員と学生が意思疎通を図りつつ、一緒になって切磋琢磨し、相互に刺激を与えながら知的に成長する場を創り、学生が主体的に問題を発見し解を見いだしていく能動的学修（アクティブ・ラーニング）への転換が必要である。すなわち個々の学生の認知的、倫理的、社会的能力を引き出し、それを鍛えるディスカッションやディベートといった双方向の講義、演習、実験、実習や実技等を中心とした授業への転換によって、学生の主体的な学修を促す質の高い学士課程教育を進めることが求められる。学生は主体的な学修の体験を重ねてこそ、生涯学び続ける力を修得できるのである。」[4)]

わが国では、他学部に比較して医学部でのアクティブ・ラーニングの導入が遅れている。既に、知識を大講義で伝達することは限界にきている。また、現代の学生は大講義という受動的学習に耐える能力を持ち合わせていない。医学部はアクティブ・ラーニングの学習上の特性を理解し、できるだけ早期にアクティブ・ラーニングの導入を図っていく必要がある。アクティブ・ラーニングを導入するためには、初年次教育でのスタディスキルなどの汎用的能力の獲得が欠かすこのできない条件である。アクティブ・ラーニングの導入は自己主導的学習を行う能力の開発につながる。この学習方法の導入は、学生の生涯学習能力の獲得につながる。

（３）医師としての適格性（Fitness to Practise）の教育

医師になる者として適切な行動が取れる能力（Fitness to Practise）の教育は世界レベルでの医学教育課題である。2009年に英国のGeneral Medical Council とMedical School Councilは「Medical students: Professional Values and Fitness to Practise」[5)]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。まさに医師としての適性を育てる教育を考える時期に来ている。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。

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。

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。とはいえ、学習困難を含めた問題行動を取る学生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、結果として学習困難者になるような例も多い。問題を抱える学生を早期から支援し、問題行動の是正を図っていかなければならない。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もあろう。この場合、入学後に判明した学生の問題行動を定義しておく必要がある。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。しかしながら、学生の問題行動の本質はその学生の未熟性にある。人間としての経験を積むことによってその多くは解決可能であると考える。１年次から、学生の問題行動をフィードバックという手法で振り返りを促し、その成長過程を６年間という時間軸の中で支援していく体制を作らなければならない。

医師国家試験改善検討部会報告書（平成27年３月30日）に「医師国家試験を受験する者には医師としての人間性・倫理性の評価が適切に行われることが前提であり、今回の見直しにあたり、各医学部においては６年間の卒前教育の中で医師としての人間性・倫理性を適切に評価するよう努め、医師として求められる基本的資質の向上が図られるよう、より一層の教育内容の充実を強く希望する。」との記載がある。医師としての適格性の教育は今や、世界的課題である。医学教育の目的が患者安全にある以上、医学部卒前教育ではこの医師としての適格性を教育していかなければならない。そのためには、学生支援のための教職員を確保していく必要がある。

（４）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ー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」[6] 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[7] 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・無気力などのひきこもり系、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ー制度では、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が一緒に解決してく制度、学生支援システムを各医学部の実情に合わせ構築していかなければならない。

脚注

１）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. http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2008/12/26/1217067_001.pdf

２）ジョナサン・バーグマン、アーロン・サムズ．反転授業．Odyssey．2014年、東京.

３）ゴードン・ノエル．変貌する日本の医学教育．金原出版．東京．2004年.

４）中央教育審議会「新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて～生涯学び続け、主体的に考える力を育成する大学へ～」（答申）平成24年8月28日

５）General Medical Council. Medical students: professional values and fitness to practice. http://www.gmc-uk.org/education/undergraduate/professional_behaviour.asp

６）文部科学省。大学における学生生活の充実方策について（報告）－学生の立場に

立った大学づくりを目指して－．平成12年６月http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/012/toushin/000601.htm
７）独立行政法人　日本学生支援機構．大学における学生相談体制の充実方策について－「総合的な学生支援」と「専門的な学生相談」の「連携・協働」－平成19年３月．http://www.jasso.go.jp/gakusei_shien/documents/jyujitsuhousaku.pdf

４）共用試験による医学生の全国統一質保証と共用試験の資格化

臨床実習の充実化という観点から、医学生への診療参加型臨床実習の導入が以前より叫ばれてきた。診療参加型臨床実習とは、学生が単に診療を見学することにとどまるわけではなく、医療チームの一員として診療に参加して経験を積みながら学習するものである。診療参加型臨床実習を充実したものとするためには、臨床実習開始前の学生の能力と適性について全国的に一定水準を確保するための共通評価システムの構築が重要ということから、共用試験が導入されることとなった。平成14年に共用試験実施機構が発足し、平成17年度から共用試験の正式実施が行われ、既に10年経過している。共用試験は、診療参加型臨床実習に必要不可欠な医学的知識を理解しているかを総合的に評価する客観試験（CBT；Computer Based Testing）と基本的臨床技能と態度を評価する客観的臨床能力試験（OSCE；Objective Structured Clinical Examination）からなる。これまで全国の80大学医学部・医科大学が参加し、実施されてきたがその利用法は各大学に任せられてきた。その結果、共用試験の成績を進級判定の参考程度として扱うのみの大学もあり、進級判定にたとえ使用したとしても各大学においてCBTの合格ラインレベルはまちまちという状況であった。全国医学部長病院長会議は、平成25年度から共用試験に全国統一のレベルを設定し、診療参加型臨床実習に進む医学生の質保障を行うことを目的として共用試験を利用した資格化を試行することとなった。

（１）OSCEとCBT

OSCEは医学教育モデル・コア・カリキュラムに明示されている診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目に基づいて、評価するものである。OSCEについては公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構（以下、共用試験実施評価機構と略す）が中心となり、全国の大学教員のOSCE評価の均一性と公平性確保のためにFDを行うと共に、各大学にモニター教員を派遣して行っている。医師として具有すべき態度と必要最小限度の技能を具有しているか否かを評価するのがOSCEである。「態度」として評価される要素は明示されにくいが、医学生が医師として持つべき人間性そして病める人を思いやる心を持つよう各大学は日頃から教育すべきであることは言うまでもない。

CBTの試験問題は医学教育モデル・コア・カリキュラムの項目と内容に準拠して

出題されている。コンピューターを用いて、あらかじめ正答率、識別係数、難易度などによって適切な問題と評価され、プールされた問題からそれぞれの学生に異なる問題がランダムに出題される。問題によって難易度が異なることから、出題の組合せ段階で難易度に差が出ないように調整され、更に統計処理法によって項目反応理論（Item Response Theory, IRT）によって難易度の検討が行われ、最終的に各学生の「能力値」が算出される。

（２）共用試験を用いた診療参加型臨床実習に進む医学生の資格化

全国医学部長病院長会議では、「基礎と臨床の医学的知識を有機的に統合して理解しているかについて評価するCBT」の全国共通最低合格ラインを設定した。過去数年間全国の医学生の平均能力値はほぼ一定となっており、その平均値は59前後で推移している。全国医学部長病院長会議は、過去３年間の能力値の平均値－1.5×標準偏差、すなわち能力値43を推奨最低合格ラインと位置づけた。この合格ラインに満たない学生は１回にのみ再試験を受けることが可能となっており、約500－600名の受験者が再試験を受ける可能性があり、この人数は共用試験実施評価機構が対応可能な人数と考えられる。

このCBTの推奨最低合格ラインの妥当性については、様々な議論がなされた。本来、合格レベルというものは絶対的な基準であるべきであり、相対的な基準であるべきではない。しかしながら、最初は必ずどこかのレベルに設定しなければならないものでもある。能力値43の意義について、国立、公立、私立の医学部から９大学を抽出し、過去５年間の4,000人以上の学生について、それ以後の留年経験率、医師国家試験合格率を検討してみたところ、CBTの成績が能力値43以上の学生では留年率は2.3％、医師国家試験不合格率は3.8％であったのに対し、能力値43未満の学生では留年率および医師国家試験不合格率はそれぞれ26.4％、23.8％と約10倍の差があった。CBTの能力値と医師国家試験の点数の間には非常に良い相関があることがいくつかの解析で明らかとなっており、CBTは医学生が基礎と臨床の医学的知識を理解しているかを的確に評価していると思われる。

共用試験実施評価機構では平成27年度（2015年度）内に項目反応理論を用いた成績評価（IRT標準スコア）の変更を行うことを発表した（共用試験実施評価機構資料）。共用試験は2006年度に第１回の正式実施が行われ、その結果を基準集団としてIRT標準スコアが算出されてきた。IRT標準スコアは2006年から2008年に急激に上昇し、その後上昇したまま安定している。そこで、共用試験実施評価機構は2012年から2014年の３年間の成績を基準集団として2015年度中盤からIRT標準スコアの表記を変更した（共用試験実施評価機構資料）。また、従来コアカリ大項目６領域および問題タイプ２領域に分けて項目特性値の推定を行っていたが、今後全領域をまとめて項目特性値の推定を行うこととなった。IRT標準スコアの表記法もスコアを10倍として三ケタの整数で表示するように変更した。新IRT標準スコアと旧IRT標準スコアの対応表も示さ

れており、容易に変換は可能である。旧IRT標準スコアで43以上を合格としてきたが、平成27年度中盤以降は新IRT標準スコア359以上となり、IRT359が全国医学部長病院長会議推奨の最低合格ラインとなった（全国医学部長病院長会議広報No 66）。

臨床実習に進む学生はCBTのみならず、OSCEにも合格しなければならず、臨床実習に進む医学生にふさわしい態度と技能を身に付けることが必須である。また、それぞれの大学には独自の科目試験が存在し、それらに合格しなければ進級できないので、それらの試験に合格することも不可欠である。CBT、OSCEそして各大学の進級に必要な科目試験の合格が確認されたところで、各大学の医学部長（医科大学長）から全国医学部長病院長会議への申請がなされ、初めて各学生への認定書の発行となる。この共用試験を用いた診療参加型臨床実習に進む医学生の資格化は平成25年度および平成26年度という２年間のトライアルを経て、平成27年度から本格運用となった。

（３）臨床実習に進む医学生の呼称

共用試験や大学独自の試験に合格し、臨床実習に進むことが認められた医学生にどのような呼称を与えるかも、もう一つの課題となる。いくつかの調査によって「学生医」「スチューデント・ドクター（Student Doctor）」「医学実習生」「スチューデント・フィジシャン（Student Physician）」など大学において様々な呼称を用いていることが分かった。平成24年の全国医学部長病院長会議総会において、この呼称に関する議論がなされ、「白衣式」のような式典と同様に、臨床実習に進む医学生みずからが医療チームの一員として診療参加型臨床実習に進み、それ相応の重い責任を持って患者に相対することになることを自覚させることが期待できるため、「スチューデント・ドクター（Student Doctor）」という呼称を使用すべきという結論に至った。もちろん、医師免許を未だ持たない医学生が「スチューデント・ドクター（Student Doctor）」と名乗ることは、医師法第18条に抵触する可能性があり、現場では患者に十分説明を行い、医学生であることを伝え、理解して同意をとる必要があることは言うまでもない。既に19大学で「スチューデント・ドクター（Student Doctor）」という呼称で臨床実習を行っているが、この呼称使用による表立った問題は起きていない。平成26年度に８大学（国立大学４校、公立大学２校、私立大学２校）を抽出し（共用試験検討委員会調査資料）、その附属病院入院中の患者261名に臨床実習を行う医学生を「スチューデント・ドクター」と呼ぶことについて、アンケート調査を行った所「不適当」と答えたのは８％以下であり、ほぼ受け入れられていると解釈できるが、今後、「スチューデント・ドクター」と呼ばれるのは医学生であることを十分説明し、将来医師になる学生の教育への協力について、理解を頂くことが重要であろう。

（４）共用試験による医学生資格化の意義

診療参加型臨床実習前に共用試験を行い、学生の資格化を行うことは当該学生が臨床実習を行うに足る医学的知識、技能、人間性を持つことを、責任を持って保証する

ことを意味するものである。全国医学部長病院長会議が認定書を発行することにより、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、より理解が得られやすい状況になると思われる。認定証を交付された学生はスチューデント・ドクターとしての責任を改めて自覚し、患者の人権や医療の安全に十分な配慮をして、指導教員の指示に従って真摯な気持ちで臨床実習に臨むことが求められる。

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、研究医養成

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）（定義：医学部６年間の途中から大学院に入学できる制度、大学院修了後に学部に戻ることが可能）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。各大学によってMD-PhDコースの設計は様々であるが、現在３分の１の25大学が開設している（国立大学医学部長会議　研究医養成および大学院教育に関するアンケート調査結果報告書2013年、以下アンケート調査2013）。一部の大学では平成13年度以前から開始しているが、半数近くが平成19年度以降に開始しており、このコースを開設する大学が増えている。白書2009、2010（脚注引用文献）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。アンケート調査2013（脚注引用文献）によれば、MD-PhDコースを選択して大学院に進んだ学生の数は、平成20年度７名、平成21年度11名、平成22年度15名、平成23年度15名と増加しており、そのほとんどが基礎医学の教室の大学院生になっている。なお、上記の定義には当てはまらないが、医学部編入学者や放課後型の基礎研究室配属を広くMD-PhDコースと呼んで、リサーチマインドをもつ医学生を育成する取り組みも全国でなされている。

平成22年度に良質の臨床医の養成を支える基礎医学系及び社会医学系教室の人材育成を目的として「研究医枠」による医学部入学定員増が開始され、それにともなう研究医養成コースが、全国20大学（国立13大学、公立１大学、私立６大学）に設置され、平成27年度入学定員までに40名の入学定員増が措置されている。この増員は、複数大学の連携により研究医養成の拠点を形成する大学の入学定員増であり、増員期間は平成31年度までとされている。平成32年度以降の取扱いは、その時点の医師養成数の将来見通しや定着状況を踏まえて判断することとしている。これら研究医枠の学生が期待通り基礎系の大学院に入学し基礎医学の道を目指すかどうか、またこの取組が継続するかどうかを今後見守る必要がある。

また、文部科学省の大学教育改革の１つとして、基礎・臨床を両輪とした医学教育改革によるグローバルな医師養成が平成24年度に開始され、その内の１つに、「医学･

医療の高度化の基盤を担う基礎研究医の養成」プログラムが開始された（平成24年度～平成28年度）。これは医学部及び医学系大学院において、魅力ある基礎研究医養成プログラムを構築する優れた取組を支援するものであり、10件のプログラム（国立８件、公立１件、私立１件）が支援を受けている。このプログラムの成果、継続性、波及効果については、今後見守る必要がある。

このような試みとは別に、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が、これまでの所こうした研究者・教育者養成への成り手は少ない。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ており、その解決は容易ではない。さらに、現在、臨床実習期間の増加に伴って基礎医学教育の前倒しが行われつつあり、基礎医学研究室配属の期間も前倒しされたり短縮されたりすることが想定される。従来から、研究室配属の制度には、学生の習熟度や意欲の問題、希望する研究室に配属されない問題、教員の負担増の問題などが指摘されていたが、基礎医学教育の前倒しによって、これらの問題が顕在化し、より深刻になることも想定される。カリキュラム改革に伴い、学生の実情にあった制度の見直しを検討すべきと考えられる。

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。従来から、講座の統合などによって基礎医学の講座数が減少している実態が報告されてきた。それぞれの基礎医学の学問体系は、現代医学・医療の基盤をなすものであり、しかも基礎医学は現在もダイナミックに進歩し続けている。統合型カリキュラムは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、医学部において基礎医学の講座を維持し、-ology（---学）を中心とした分野別講義を行う余地も検討する必要がある。

３．ステップⅡ：臨床実習教育

１）クリニカルクラークシップ（診療参加型臨床実習）

臨床実習教育の充実は、わが国の医学教育における重要課題であり、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・カリキュラム平成22年度改訂版（以下、改訂版）[1] 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。改訂版を踏まえて全国医学部長病院長会議が診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定ガイドライン（ガイドライン）[2] を作成、公表した。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、「平成25年度医学教育カリキュラムの現状」では、80大学（100％）がクリニカルクラークシップ（CC）を実施していると回答している。CCで学生が到達目標を達成するためには、学生はコア診療科で十分な期間診療チームの一員として診療に参加することが求められる（下記）。しかし、コア診療科を設定している大学は26大学（33％）しかなく、コア診療科も内科などでは専門診療科を１、２週間でローテートする大学もあり、内容は様々であった。現時点においてもなお、全国の医学部で診療参加型臨床実習が十分に行われているとは言えない。導入を阻害する要因として、医行為水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。また、グローバルな視点からは、学修アウトカム基盤型教育（Outcome-Based Education,OBE）を導入する必要がある。臨床実習で修得すべき目標は、卒業時に求められるアウトカムあるいは能力（コンピテンシー）に相当する。OBEではコンピテンシーを設定し、臨床実習でそれが達成されたことを正確かつ厳格に評価することが求められる。OBEの導入には、モデル・コア・カリキュラムの到達目標、ガイドライン、コンピテンシー、評価方法などについて全国レベルでの検討が必要となる。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。

（１）診療参加型臨床実習の目的・意義

医学教育で最も重要な科目の一つが臨床能力を修得するための臨床実習である。OBEでは卒業時に学生が示せる能力を学習アウトカムとして設定し、それが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。

診療参加型臨床実習は、①コアになる診療科（たとえば、内科、外科、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。②学生は診療チームに参加し、その一員として診療業務を行う。③学内外病院の外来・病棟や診療所、保健・

医療・福祉施設で診療活動等に参加する。④臨床実習では、指導教員の指導監督の下で医師、研修医、看護師、その他の医療専門職などと協働して自主的に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。⑤一般診療への参加によりよくある疾患を経験して卒後研修を開始するのに必須の基本的診療能力（救急を含む）を修得すること、これら５項目が主な目的となる。

（２）診療参加型臨床実習で修得すべき内容

臨床実習で修得すべき目標は、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。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。しかし、ここで示された到達目標は科目、診療科における学習目標に相当し、包括的な概念であるコンピテンシーとして妥当な表現にはなっていない。改訂版で新たに加えられた「医師として求められる基本的な資質」についても到達目標との関係が明示されていないため、６年間の学習アウトカムとしてどの目標を達成すればどの資質が育成されるのか不明である。

改訂版では卒後研修への連続性について言及されていないが、到達目標は「指導医の指導・監督のもとに習得すべき目標」とされており、「指導医の指導・監督のもとで実施できる」ことが臨床実習終了（卒業時）そして卒後研修を開始できる医学生の要件となる。わが国では、卒業時、臨床研修修了時、専門研修修了時に医師に求められるコンピテンシーとその水準についてまだ十分な議論がなされていない。ten Cate らは「任せられる専門職（医師）業務」（Entrustable Professional Activity：EPA）を遂行できるレベルが卒後研修や専門研修で達成すべき水準としている[3)]。卒業時は「指導医の指導・監督のもとで実施できる」水準であり、EPA に至る通過点（マイルストーン）である。卒前医学教育、卒後研修、専門研修により共通に修得すべきジェネラル・コンピテンシーが設定されることによってEPA に至るシームレスな継続性のある医師育成の教育、研修が可能になる。米国（ACGME）ではそのような観点から既にジェネラル･コンピテンシーとそれに至るマイルストーンズが設定されている。我が国においても卒前医学教育、卒後研修、専門研修の関係者らの総意により研修の出口としてのジェネラル・コンピテンシーとそこに至るマイルストーンズを設定することが望まれる。

（３）臨床実習体制

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、医師として遭遇する可能性のある多数の疾患を経験できる点にある。しかし、医療面接、身体診察などによる患者情報の収集、それに基づく患者評価と診療計画立案などの基本的な診療能力を培うには、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、入院から退院まで患者の転帰を確認できる実

習が望まれる。５～６年次の２年間の臨床実習期間で、コアとなる診療科において学生が十分な期間をかけて臨床実習に専念できるような臨床実習の体制を構築する必要がある。更によくある疾患・病態を経験でき、慢性疾患の継続診療や在宅医療にも参加できる地域の病院、診療所などでの臨床実習も十分な実習期間を確保して組み入れなければならない。

学生は診療チームに参加することで患者診療の責任の一端を担い、以下のような臨床実習を実践する（参考例）。学生は最新の患者情報を収集するために毎朝一番に受け持ち患者を診察し、バイタルサインや看護・診療記録をチェックする。回診などで患者情報、評価、診療計画などを指導教員に報告し、フィードバックを受ける。外来・新規入院患者に対しても患者情報を収集、評価、考察して鑑別診断、診断計画、治療計画の作成に参加する。診療チームと患者、患者家族とで設定される病状や検査・治療計画の説明と同意取得に参加する。外来やベッドサイドで行われる静脈採血や末梢静脈の血管確保などの基本的手技を見学・実施する。学生は診療内容を日々診療録に記載し、指導教員のチェック、フィードバックを受ける。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。学生はこのような臨床実習体制の下で診療参加することで基本的な診療能力を培うことができる。

（４）臨床実習による学習成果の評価

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。臨床実習により修得した基本的な診療能力をレポート、口頭試問、ペーパーテスト（MCQ Multiple Choice Question　多肢選択問題など）など従来行われていた方法だけで評価することは困難である。医学生が診療の現場で何を、どのようにできるかを直接評価するworkplace-based assessment（診療現場での評価）（mini-CEX clinical evaluation exercise ミニ臨床評価試験、Direct Observation of Procedural Skills：DOPS、臨床手技観察試験、MSF：Multi Source Feedback 360度評価）がコンピテンシーの評価（形成的評価を含む）には適している。模擬患者の協力を得たOSCEやClinical Performance Examination：CPX、臨床パフォーマンス試験なども有用である。生涯学習能力など学生の態度、習慣の評価には、診療現場での評価に加えてポートフォリオを活用し、指導医や他の医療専門職からの評価、フィードバックにより学生の査察を促す指導が推奨されている。OBEでは教育のアウトカムとしてのコンピテンシーの評価が特に重要で、妥当性、信頼性のある評価法を選択し、厳格に実施すべきである。

（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。学生の実施が許容される具体的な医行為と水準については全国医学部長病院長会議から出された「診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定（平成26年７月）」に詳述されている。さらに臨床実習では、患者、学生自身、医療スタッフなどに事故の発生す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（地域包括ケア）実習の充実：地域病院、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を取り入れ、大学病院、地域の病院、診療所、保健、福祉・介護施設、在宅での地域包括ケアに関する実習を組み合わせて、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、終末期医療、医療と福祉・介護との関係、多様な疾患・病態や医療、保健、福祉・介護のしくみなどについて、体験的に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。

地域基盤型教育においては、地域での初診外来、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必要がある。それには、学生が地域の多様な医療、福祉・介護現場に出向いて体験的に学ぶ、あるいは、臨床教授など、実際に地域医療を担う医師が大学病院に来て学生指導を行う必要がある。

しかし、今日、臨床教授制は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、選考基準の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、実習施設の要件を「臨床教授・准教授などが指導すること」にするなどの方策が必要である。また、何よりも、地域基盤型教育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、地域病院、診療所、保健、福祉・介護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などの教育・指導および評価能力の開発も必要となる。各大学は地域の医療人を貴重な教育の人的資源として、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。また、地域において、学生は卒後初期研修医や専門研修中の医師と交流することも重要である。くわえて、教育・指導・評価においてはICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）を活用すべきである。

さらに、大学病院や地域の病院における総合診療実習と地域基盤型実習の統合・充実化は、卒後の基本臨床研修における地域医療研修や総合診療専門医研修などの質の

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・介護などの施設が一体となって、医師を丁寧に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、さらに教育支援において中心的な役割を担うことが望ましい。

３）全国レベルでの卒業時到達目標の設定と評価、卒業時OSCE

全国レベルでの卒業時到達目標について最新のものは、認知領域（知識の領域）については、平成23年３月に提示された「モデル・コア・カリキュラム平成22年度改訂版」と「平成25年版医師国家試験出題基準」として示されている。情意領域（態度・習慣）、精神運動領域（技能）については、「モデル・コア・カリキュラム22年度改訂版：G　臨床実習」示されている。

（１）全国レベルでの卒業時到達目標の設定

全国レベルでの卒業時到達目標は、臨床研修で指導医の監督・指導の下で診療チームの一員として診療できる臨床能力として、統一したものが示されるべきである。その際には、細目の策定のみを行うのではなく、臨床能力（competence）の大枠を示し（カナダでは７つ[1]、米国のACGMEでは６つ[2]のcompetenceが示されている）、それぞれの臨床能力に寄与する、個別の臨床能力が示されるのが望ましい（教育アウトカムの明示）。このような示し方の利点は、バランスの取れた臨床能力を獲得する（例えば知識の獲得に偏り過ぎない、あるいは特定の領域の能力の獲得に偏り過ぎない）ための教育設計がしやすいことにある。

ただし、「モデル・コア・カリキュラム22年度改訂版」と「平成25年版医師国家試験出題基準」を、大枠の臨床能力から遡って個別の臨床能力の明示に書き直すことは容易なことではない。また、それぞれの細目の明示とそのタイムテーブルは各大学によって異なってしかるべきものである。従って、全国レベルの提示としては、現在の夫々の枠組みを踏襲しながら、この二つが齟齬の無いようにすることが望ましい。情意領域、精神運動領域の目標設定は「モデル・コア・カリキュラム平成22年度改訂版」のみに示されているので、今後は、卒業時点でのOSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験）を念頭に置いた到達目標（competencies）をつくる必要があるであろう。この設定の妥当性を検討し必要な改変を加えればよい。問題は、認知領域の示し方である。

脚注

１）Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: CanMEDS
http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework

２）Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. Med Teach 29: 648-54, 2007.

（２）全国レベルでの卒業時到達目標の評価

（a）全国レベルでの卒業時到達目標の評価 - 認知領域の評価

認知領域の評価については国家試験の出題基準の改変と実施方法の改善が現実的であろう。

出題方法については、出題基準に則って、どうしても一般問題でしか問えないような領域（公衆衛生、法律など）以外は、臨床実地問題を主体とした問題が望ましい。また出題形式は、現行のペーパー・テストではなく、臨床推論（連問）や実践的な臨床問題（動画）が出題できるCBT（Computer Based Testing:コンピューター上で受験する方式）の導入が望まれる。

（b）全国レベルでの卒業時到達目標の評価 - 情意・精神運動領域の評価

このためには、現在卒業時OSCEと国家試験OSCEが検討されている。平成25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）では、67.5％（54/80校）で臨床実習終了時のOSCEが導入されている。評価を考える時には、①妥当性、②信頼性、③実施にあたっての費用対効果、④学生の学習態度に対する影響、⑤公平性などの考慮が必要である。

世界的にみて、国家試験レベルでのOSCEの導入で先行しているのはカナダ、米国であるが国情がかなり違う。その点、国情の似た韓国での経験は最も参考になるであろう。韓国の国家試験OSCEは2009年から導入されており、まず実技試験（OSCE）を受けた後、筆記試験を受けるという順番で行われている。韓国に訪問調査した結果では、国家試験OSCEのプラス面は、スキルスラボでの教育が増えて、患者又は模擬患者を相手にした実習とか試験をやる大学が増えてきた。カリキュラムも､医療面接、身体診察、臨床手技とか外来実習などが増えてきている。このようなプラスの側面がある反面、実技試験の準備のための予備校がもう既に幾つかできているということがあり、また一部の学生は国家試験の実技試験のために、病棟や外来ではなくて、スキルスラボに出入りしているという現状が出現している。さらには、各学校の臨床実習は、国家試験の実技試験を意識したものになっている傾向があるというマイナス面があることが分かっている。これらの韓国での経験、及び日本には共用試験OSCEという経験、さらにはヨーロッパでは各大学単位でのOSCEが行われていることなどを勘案すると、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構が主体となって、臨床実習終了後のOSCEを提供し、機構が届けるステーションに各大学独自で各臨床科からステーション課題を加えて「臨床実習終了後OSCE」を行うことが、臨床実習の活性化にも繋がる評価になると思われる。

（c）卒後初期臨床研修に進むことが許される臨床能力の担保

情意領域の評価はOSCEでは限界がある。そのためには、各大学医学部・医科大学

における臨床実習の評価を組み入れることが必須である。

結論的に言えば『「臨床実習の評価」＋「臨床実習終了後OSCE」』で医学部（医科大学）の卒業の可否を評価し、認められた学生のみが医師国家試験を受験できるようにすることが望ましい。

４．医師国家試験の改革

１）医師国家試験の現状

医師法第９条「医師国家試験は、臨床上必要な医学および公衆衛生に関して、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」に基づいて、医師国家試験は厚生労働省が実施している。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、そのまま一生涯有効である。

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。試験会場は北海道、宮城県、新潟県、石川県、愛知県、大阪府、広島県、香川県、福岡県、熊本県、沖縄県にそれぞれ１施設、東京都に２施設の計13施設である。試験問題は、総論200問、各論200問、必修100問から構成され、一般問題と臨床実地問題が総論と各論ではそれぞれ100問、必修ではそれぞれ50問出題されている。禁忌肢問題が総論、各論、必修の全てに一定数含まれているが、その問題数とどの問題が該当するかは公表されていない。

試験問題は医師国家試験委員会によって毎年新たに作成される。出題する委員名は公開されているが、委員の選定基準は明らかになっていない。受験生は試験実施後に問題用紙を持ち帰ることが認められている。また、合格発表後には厚生労働省のホームページに出題された問題が正解とともに公開されている。

合格、不合格は、一般問題を１問１点、臨床実地問題を１問３点として計算し、必修は80％以上正解の絶対基準で、必修問題を除く一般問題と臨床実地問題は受験生の平均点と標準偏差を基に設定した相対基準で判定されている。一般問題、臨床実地問題、必修問題がそれぞれ基準以上で、禁忌肢問題の不正解数が規定以下の場合に合格と判定される。一般問題、臨床実地問題の合格基準と禁忌肢問題の規定数は発表されるが、その算出方法は公開されていない。なお、合否の判定前には正答率、識別指数を基に各問題の妥当性を評価する委員会が開催されている。同委員会で不適切と判定された問題は、その理由と削除、複数正解などの取り扱い方法とともに、合格発表時に公表される。合格発表後は、受験生に個人宛で、問題種別の得点と合格基準と禁忌肢の選択状況が通知される。しかし、受験生の出身大学には、これらの情報は報告されない。

なお、医師国家試験改善検討部会は平成27年３月30日に平成29年度以降は出題数を

400題程度に減少させ、２日で実施することを発表した。同報告書によると、必修問題は現行と同様に100問で絶対基準で判定し、一般問題と臨床実地問題は計300問で、両者を併せて相対基準で判定することになる。また、臨床実習終了後OSCEを共用試験OSCEと同様に全医学部、医科大学で実施することも提唱している。

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は、医師国家試験終了後に毎年、受験生と教員（官）を対象としたアンケート調査を実施している。現行の医師国家試験に関し、さまざまな問題が指摘されており、これらは以下のように要約される。

（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。しかし、出題形式が多肢選択問題であり、実技試験が実施されていないため「技能」に関する十分な評価が行われていない。医師国家試験に関して全国80医学部、医科大学の教員（官）を対象としたアンケート調査では「臨床実習の成果を問う問題」は「多かった」「少なかった」との回答がそれぞれ第108回は40％と29％、第109回は44％と26％であった。また、国家試験改善検討WGの構成員が全500問を１問ごとに評価した調査では「臨床実習の成果を問う問題」と見なすことができるのは22％で、臨床実地問題の総論が34％で最も高く、一般問題の各論と必修がともに７％であり、特に低率であった。

（２）医師国家試験は資格試験であるが、必修問題以外では相対評価による合格基準が採用されており、競争試験となっている。このため毎年合格率はほぼ一定であるが、問題の難易度によって合格基準が変動しており（表１）これが受験生、教員（官）の不安を煽っている。

表１．医師国家試験の合格率と合格基準

試験（年、回数）		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
		102	103	104	105	106	107	108	109
受験者数		8,535	8,428	8,447	8,611	8,521	8,569	8,632	9,057
合格者数		7,533	7,668	7,538	7,686	7,688	7,696	7,820	8,258
合格率（％）		90.6	91.0	89.2	89.3	90.2	89.8	90.6	91.2
合格基準	一般問題（％）	65.0	63.1	62.8	64.5	67.0	69.5	65.3	64.5
	臨床実地問題（％）	66.5	64.3	64.6	62.6	71.2	72.7	66.2	67.5
	必修問題（点）	160*	160*	160*	160*	160	160	160*	160
	禁忌問題（問以下）	2	2	3	3	3	3	3	3

＊除外問題があり、同問題不正解者は合格基準が異なる。

（３）多数の出題委員の多大な努力によって問題が作成されているが、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、複数正解として取り扱われる問題が毎年発生している。医師国家試験に関して受験生を対象としたアンケート調査では、良問が「多かった」「少なかった」ないし「ほとんどない」との回答がそれぞれ第108回は21％と50％、第109回は36％と31％であった。また、教員を対象とした調査では「不適切」ないし「少し不適切」との回答は、第108回では一般問題が36％、臨床実地問題が38％、必修問題が22％、第109回ではそれぞれ29％、23％、16％であった。WG構成員による全問の解析では、500題中「良問」は第108回、第109回とも42％で「普通」はそれぞれ44％と42％、「不適切」が15％と16％であった。「不適切」と判定された理由は、一般問題では「共用試験で問うべき内容」が多く、その他では「知識ないし解釈、解決が難問（専門医レベル）」が多かった。

（４）上記の結果、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のが現状である。医師国家試験に関する受験生を対象としたアンケート調査では、第108回は79％、第109回は78％が「６年生における臨床実習は十分であった」と回答している。しかし、平成26年度に全国医学部の教員を対象とした調査では、６年生の９月以降は、臨床実習がほとんど実施されていなかった。一方で、受験生に対する調査では、第108回は56％、第109回は45％が「大学における国家試験対策は十分であった」としていた。また、受験生は「臨床実習に役立つ問題」が「多い」と第108回では33％、第109回で27％が回答したのに対して「国試対策が役立つ問題」はそれぞれ42％と46％が「多い」としていた。６年生における臨床実習は形骸化しているが、学生はこれを十分と認識し、一方で国家試験対策に専念している卒前医学教育の実態が窺われる。

（５）医師国家試験の受験会場は12都道府県の13会場であり、大学の所在地によっては、受験生の宿泊、交通などの負担が大きい。会場によって照明、温度など物理面での管理が不十分である事例が、受験生のアンケート調査では挙げられている。

（６）医師国家試験は厚生労働省の管轄で行われ、医師免許証は厚生労働大臣が交付しているが、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。試験委員の負担は大きいため、その交代も頻繁であるが、新たな委員の選定に際しての明確な基準がない。

（７）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、その可能性は皆無ではない。また、医学部を卒業したが、医師国家試験には不合格となる受験生が、毎年800～1,000人発生している。「大学教員が卒業を認定した学生に対して、大学教員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」といった矛盾を生んでいる。

（８）医師国家試験は、医学部卒業時には医師としての業務が未経験である受験者に、一生に亘って有効とする国家資格を与える認定試験であり、判定そのものに無理がある。また、いったん合格すると一生涯医師として認められることから、医師国家試験合格がゴールであるとの誤解を受験生に与える可能性がある。

（９）卒前医学教育は文部科学省が管轄しているが、医師国家試験は厚生労働省の管轄で実施される。このため共用試験と医師国家試験の差別化が明確でない。第108回医師国家試験に関する調査では「CBTに出題すべき問題が多かった」と受験生の19％、教員の23％が回答していた。第109回医師国家試験の調査では一般問題、臨床実地問題、必修問題に区分して集計したが、受験生が「多かった」とした比率は、それぞれ11％、12％、16％であり、また教員は全問を通して24％であった。また、ワーキンググループによる解析では、500問中第108回は32問（6.4％）、第109回は18問（3.6％）が共用試験で出題すべきと判定された。厚生労働省、文部科学省、全国医学部長病院長会議の３者による懇談会は平成25年度に開始されたが、共用試験と医師国家試験の在り方に関する討議は十分行われていない。

３）理念の再確認

医師法第９条の精神に立ち戻り、医師国家試験は「医学、医療全般に渡る広く深い知識」、「基本的かつ実践的医療一般の技能」および「これを実施する際の医師としての人格と態度」を評価する資格試験とすべきである。ここで評価される知識、技能、態度の水準は、医師として卒後研修を開始するのに必要な基本的臨床能力であり、それ以上に高度である必要はない。また、臨床実習を開始するに際して必要な知識、技能および態度は、既に共用試験によって評価されており、医師国家試験ではこれらに該当する出題は避けて、試験を簡素化するのが望ましい。卒前医学教育と卒後臨床研修は連続性を保ち、また、その到達目標の整合性がとられる必要があり、そのためには現行の医師国家試験は改革すべきである。

４）医師国家試験の内容と方法の改革

（１）試験の内容と方法の改革

(a)「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と、これに基づいた解釈能力、問題解決能力を問う。卒前医学教育の到達目標のうち、共用試験合格後に行う臨床実習で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に、CBT方式を採用する。一般問題の出題内容のうち社会医学を除く事項には、本来であれば共用試験CBTで出題すべきものが含まれている。また、社会医学に関する問題は、医師として必要最低限の事項に限定すべきである。また、受験生は共用試験に合格した以降は患者に接することで、臨床医学を学んでいることを考慮すると、全問題は臨床実地問題として、社会医学の事項、臨床医学、基礎医学で医師として必須の知識も、その出題形式の中で問うことが望まれる。従って、一般問題は原則として廃止すべきであるが、症例の提示

が困難な社会医学の事項は、必修問題として医師としての最低限必要な出題内容とすべきである。

なお、問題数に関して、遠隔地での受験など受験生の負担を考慮すると、２日間で実施できる範囲内に削減すべきである。また、正答率、識別指数が予測できる問題を多数プールし、CBT方式で出題することによって、年度ごとの難易度の変動を解消し、医師資格試験として絶対基準で合格判定することを目指す必要がある。

CBT方式にすることで、時期を変えて複数回の試験を実施することが可能となる。このため全国一斉に、同一日時で実施する必要がなくなる。また、春と秋に年２回の医師資格認定も可能となる。しかし、秋に医師になった者の卒後臨床研修の在り方については検討の必要性が生じる。また、受験回数の制限に関しては、今後検討すべき課題である。

(b)「技能」と「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と同様にOSCEによって実施する。医師の資格を認定するために実施するOSCE（仮称：臨床実習終了時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面と、課題作成、評価項目、評価基準、合否判定基準などソフト面をともに整備し、経費、実施母体なども検討する必要がある。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」で「OSCEの実施に関する研究」が分担研究として行われており（分担研究者：畑尾正彦、伴信太郎)、その報告書を参考に具体的な実施案を構築すべきであろう。

（２）試験を実施する体制の改革

(a)「知識」に関する試験の実施体制

現在の医師国家試験は、実施主体が国であり、試験問題は厚生労働省によって作成されている。質の高い良問で試験問題を構成するためには、問題のプール化を検討すべきである。正解率、識別指数の分かっている既出問題、新たに作成した問題を多数蓄積し、そこから採用した問題によってCBT形式で医師国家試験を実施すれば、問題の難易度、質は安定し、毎年一定の水準での判定が可能になる。また、試験問題作成者と実際に出題する問題を選択する者を分離することが望ましく、これによって客観性の高い試験システムを構築すべきである。

試験問題のプール化を実効性のあるものにするためには、数万題の問題を蓄積し、新たな問題を補給するとともに、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。この作業に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独立して、共用試験実施評価機構に準じた機関ないしは発展させた機関（仮称:医師資格試験実施機構）を構築することも考えられる。

「知識」に関する医師国家試験資格CBT（仮称）は、受験生が全国の複数会場で受

験する。共用試験CBTと同様に「医師資格試験実施機構（仮称）」から派遣されるモニターの監視下に、各大学で試験を実施する透明性の高いシステムも検討する価値がある。なお「医師資格試験実施機構（仮称）」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、現在は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機構へと発展させることも考えられる。

(b)「技術」と「態度」に関する試験の実施体制

上記に提案した共用試験実施評価機構に準じた機関ないしは発展させた機関（仮称：医師資格試験実施機構）が主導的に行う。当面は卒業試験としての臨床実習終了時OSCE（仮称）を各大学が実施し、これに合格することを卒業要件の一つとする。「医師資格試験実施機構（仮称）」が各大学の実施する臨床実習終了時OSCEにモニターと外部評価者を派遣し、共用試験OSCEと同様に高い透明性をもって実施されることで、医師国家試験の実技試験とする。

共用試験実施評価機構による平成27年の調査ではこれを実施している医学部は54校で、卒業ないし進級の案件にしているのは47校に止まっている。また、OSCE実施状況の透明性を保つためにはビデオ撮影が必須であるが、同調査によると録画しているのは20校に過ぎない。医師国家試験改善検討部会の提案に従って、早急に全ての医学部は臨床実習終了時OSCE（仮称）の導入を推進すべきである。また、今後の普及、発展のためには、ハード面、ソフト面ともに全国レベルで整備することが求められる。ハード面ではシミュレータを備えた会場を確保し、大学ごとに実施するのか、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などを検討する必要がある。また、評価者と模擬患者の確保と養成も重要である。一方、ソフト面では卒業時到達目標の設定し、これに基づいて評価課題を作成し、評価方法を決定しなければならない。これらの業務は共用試験実施評価機構を発展的に改組した「医師資格試験実施機構（仮称）」が担当することも一つの可能性として考えられるが、その場合、全国医学部長病院長会議はその設立と運営を支援することが求められる。

（３）試験の実施時期について

OSCEはCBTに比して準備と実施に多大な労力を要する。このため「臨床実習終了時OSCE（仮称）」は「医師資格試験CBT（仮称）」に先行して実施し、その期間も確保しなければならない。従って「臨床実習終了時OSCE（仮称）」はその合格を「医師資格試験CBT（仮称）」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のが妥当である。

「臨床実習終了時OSCE（仮称）」を「医師資格試験CBT（仮称）」の受験資格とした場合、医師の資格認定は最終的に「医師資格試験CBT（仮称）」の結果に基づいて決定することになる。「医師資格試験CBT（仮称）」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った事態を避けるために必要である。全国の大学の現状を勘案すると、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。このため資格試験の実施期間は、２月中に終了する必要がある。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（仮称）」を実施することが適当である。これに遡って「臨床実習終了時OSCE（仮称）」を11～１月に実施し、６年生における臨床実習の期間を10月末まで延長させることが望まれる。試験回数を年２回に増やす場合は、秋にも資格認定を行うが、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ることも可能である。

５）改革実現のための留意点

（１）技能試験の導入は、医師国家試験改革の一環として、実現すべきである。現行の医師国家試験に上乗せする形で、実技試験を安易に導入することは、避けるべきである。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で、医学生の負担はさらに増すことになり、これが卒前医学教育に及ぼす影響は避けられない。

（２）医師国家試験は、卒前医学教育と卒後臨床研修の連続性を考慮して、そのあり方を検討すべきであり、卒前医学教育の中では共用試験との役割分担を明確にすべきである。このため医師国家試験の改革に応じて、共用試験CBTおよびOSCEもその内容が変更される可能性があることを念頭に置く必要がある。共用試験CBTでは基礎医学の学習成果を反映する問題の出題数を増やし、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）医師国家試験の改革には、国民の理解と協力が不可欠である。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必要がある。国民的理解を得るための活動は国が主体的に進めるべきであるが、全国医学部長病院長会議も協力し、それぞれの地域で住民の理解を求める啓発活動を行うことが重要である。

第２章　医学部の卒業後における医師養成の質保証と改革実現

１．臨床研修制度

臨床研修の目標は、指導医の監督のもとで医行為を行う臨床実習とは異なり、医師免許を有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の対応策を立案し、実行する能力、即ち基本的臨床能力の開発（基本臨床研修）であり、これによりその後の独立した医師としての専門研修へのスムーズな移行を可能にするという理念で設定されるべきである。また医学部卒業後の医学研究者養成は卒前の臨床実習と連動し、卒後の一貫した教育・研修グ ランドデザインの中で構築することが必要である。

現行の臨床研修制度の到達目標は、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り、これら重複点の整合性を図る必要がある。更に、現行の臨床研修制度の研修内容とシステムを医師養成グランドデザインに沿って検証し、現在進んでいる卒前医学教育改革と専門研修制度の導入を踏まえ、基本骨格からの改革を行い、時代の要請に応じた新しい制度の構築を図る必要がある。

１）臨床研修の医師養成課程における位置づけ

臨床研修制度は平成16年度の発足から10年を経過し、医師の専門領域によらない基本的診療能力向上に一定の貢献をしている。すなわち、プライマリケアー，ファーストエイドについての教育が行われ、診療能力の向上に資するという長所がある。しかし、その一方、臨床研修制度導入と並行し、医師の地域・診療科偏在、学位取得者数の減少（文部科学省大学振興課調べ、全国医学部長病院長会議編「わが国の 大学医学部（医科大学）白書」)、専門学会に入会する医師数減少（基本領域の専門学 会に対する全国医学部長病院長会議の平成24年度の調査：基本18領域のうち臨床研修 制度導入前後の比較のできない病理学会を除く17学会で、平成14～15年度の学会入会者数に比較して、平成18～23年の入会者数は年平均で91.7％に減少）などの問題が起こっている。

日本の医療にとって地域における医師偏在の問題解決は重要な課題であるが、厚生労働省調べ（臨床研修修了者アンケート調査）で「医師不足地域への従事に ついての意識」によると、平成21～23年の調査では、現在医師不足地域で医療従事 している者が約８％、(現在は勤務していないが)「条件が合えば従事したい」者が約 ３分の２いたが、平成25年の調査では、現在医師不足地域で医療従事しているのが約５％、(現在は勤務していないが)「条件が合えば従事したい」が約55％となり、さらに平成26年度の調査では「積極的に従事したい」約４％､「条件が合えば従事したい」が約64％となっ

ている[1)]。統計上実際に従事している割合は示されておらず、必ずしも比較はできないが、実際に地域医療に従事している割合は極めて少ないと考えられる。 地域における医師偏在は多様な原因が複雑に絡み合った結果ではあるが、臨床研修制度が大きな影響を及ぼしていること、更に本制度の施行中に進行していることから現在の制度設計では地域における医師偏在問題の解決が困難であることを示唆している。

地域医療に意欲をもつ約３分の２の医師が将来的にも地域に定着し、高度な医療を地域に提供し続けるシステムを構築するためには、医師のキャリア形成において卒前教育、臨床実習、臨床研修、専門研修を一貫性と連結性をもつ課程として検討し、そのあるべき姿を抜本的に検証し、改革する必要がある。この際医師養成グランドデザインにおける臨床研修制度の到達目標は、指導医の監督のもとで行う臨床実習から高度の専門性と独立性を有する医師養成である専門研修へスムーズに移行することができる基本的診療を幅広く責任をもって行う能力を有する医師を養成するものである。また、臨床実習から臨床研修にスムーズに移行するためには臨床実習における医行為の範囲を全国医学部長病院長会議が策定したガイドラインに沿い詳細に検討し、参加型臨床実習がより一層充実した過程となるよう努力する必要もある。

WHO による報告[2)] および OECD 関連の調査[3)] で世界一の医療を達成した我が国医療界を支えてきた優れた臨床医・研究医養成を今後とも継続して行い、欧米の高い臨床能力、研究能力をもつ医師の養成過程の後塵を拝さないように、グローバルスタンダードを視野に入れ、その充実を図る必要がある[4)]。この際、わが国に一貫性と継続性をもつ優れた医師養成プログラムを樹立するという視点から臨床研修制度を臨床実習、専門研修間との整合性を図りつつ、新しい有益な制度となるよう検証し、抜本的に見直す必要がある。

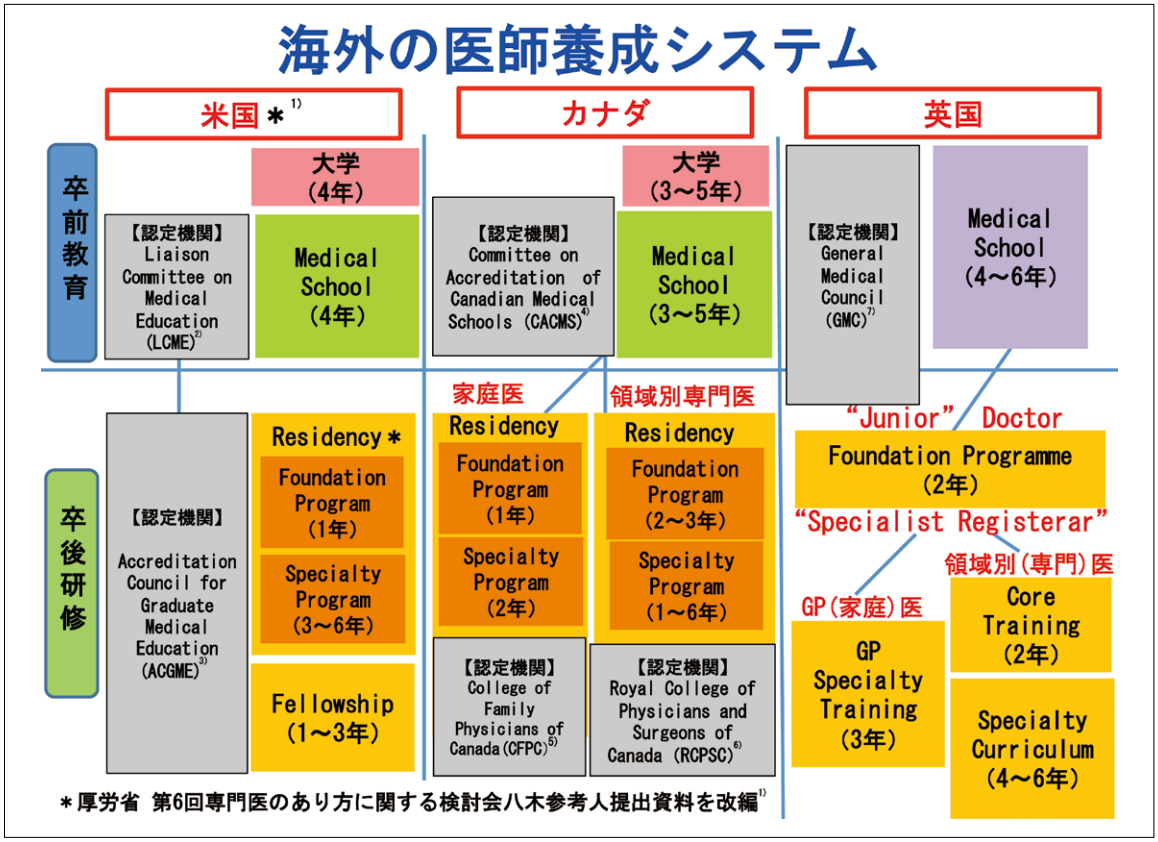
脚注

１）厚生労働省　臨床研修修了者アンケート調査結果概要
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/rinsyo/

２）WHO：Overall health system attainment in all Member States, WHO index, estimates for 1997.　The World Health Report 2000.

３）OECD Health Data 2009 に基づく Conference board of Canada の国際評価

４）英国、米国、カナダにおける医師養成システム（図：海外の医師養成システム）と比較すると、日本の臨床研修はいずれも Foundation　Programme（Program）に相当する。これらの国では 卒後１～３年の臨床研修を行い、その後専門研修へと移行している。



出典資料

1）平成24年　厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会（第６回）」ヒアリング資料
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000024jj2-att/2r98520000024jkj.pdf

2）Liaison Committee on Medical Education (LCME) webサイト
http://www.lcme.org/

3）Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) webサイト
http://www.acgme.org/acgmeweb/

4）Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools (CACMS) webサイト
http://www.afmc.ca/accreditation/committee-accreditation-canadian-medical schools

5）College of Family Physicians of Canada（CFPC）webサイト
http://www.cfpc.ca/Home/

6）Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) webサイト
http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/public

7）General Medical Council (GMC) webサイト http://www.gmc-uk.org/

2）臨床研修の目的とする基本的診療能力

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て基本的臨床能力の獲得

を目指すという概念のもとに、理念と運用方法についての検討が行われるべきと考える。臨床医を養成する課程において、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、脳神経外科学、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、処置などの対応策を策定するという基本的臨床能力を実践の場で習得する医師養成教育課程が臨床研修である。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る。これはプライマリ・ケア（本格的治療以前の初期の処置法）のみではなく、目の前の患者にとってまず大切な鑑別診断、的確な病態把握の能力であり、このような基本的臨床能力（目の前の患者に、まず必要な事物を判断する能力）を開発することが重要である。このことは、専門研修においてどのような専門領域を選択しても臨床医として必須の能力でもある。

３）目的を達成するための病院群の構築

（１）基幹型病院の研修施設基準の見直し

病院群改革を目指して理念に沿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、すなわ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 Diseases、診断・治療の困難な疾患など）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 Diseases 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（基幹型病院）は高度医療、地域の中核病院としての機能を果たしている病院とすべきである。上記の基幹型病院の基準に合わないが、基幹型病院と連携しつつ医師養成に高いモチベーション をもち医師養成に適した診療分野を有している施設は、協力型病院となる。これらの 病院より形成される臨床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これまでも提言しており、その理念は「医師臨床研修制度の見直しについて（平成27年度研修より適用予定）―医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書（概要）―」にも採択されている[1)]。

（２）協力型病院の基準

臨床研修を有意義なものにするには、上記のような基幹型病院は、協力型病院に対し、その設置基準と機能を具体的に示し、現制度を抜本的に改革すべきである。協力型病院は、基幹型病院と診療連携、医師育成プログラムの共有など高いモチベーションを持ち医師養成をおこなえる施設である。基幹型病院、協力型病院がそれぞれ臨床研修プログラムを多様で充実したものとするために、病院群構築の目的を明確にした選択基準が設定されるべきである。また、病院群構築に際しては、シームレスな卒後

教育を実現するため、専門研修との連携を考慮に入れることが必須である。

（３）外形基準の設定

基幹型、協力型のそれぞれの病院の機能を設定したのちには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、病床数500床未満の病院での臨床研修数は1,807名（臨床研修医総数8,000名）におよび、臨床研修医の23％に及んでいる。上記のように平成27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[2)]、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600以上で特定機能病院などに準じる機能をもつ病院とするなど基準の高度化を求める必要がある。

脚注

１）厚生労働省　医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書「医師臨床研修制度の見直しについて」概要
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000048467.pdf

２）厚生労働省　医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書―医師臨床研修制度の見直しについて―
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000032870.pdf

４）研修の評価、課題の整理と見直しへの提言

臨床研修とその内容（到達目標）の設定には、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、臨床研修から専門研修へと連続性を持った臨床研修内容の選択が可能となるなど、制度が改善された。しかし、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。平成27年度から施行の臨床研修制度改定でも到達目標についての変更は行われず、平成32年度臨床研修制度改定における検討課題となったのみである。専門研修制度が平成27年度から開始される現状を鑑みると、すぐれた臨床医（幅広い臨床能力をもち、専門医としての診療ができる）養成のための卒前、卒後の一貫した教育課程を構築するという理念に基づく臨床研修制度の早急な検討が必要である。

今後の臨床研修制度のあり方について検討するためには、① 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必要がある。また、②卒前臨床実習、医師国家試験のあり方、さらに臨床研修終了後の専門研修との連携などについての検証を行い、それに基づくこれら制度設計の見直しが必要である。この際、文部科学省、厚生労働省との 連携も必要である

③臨床研究を研究医養成の課程として位置付けて、今後のあり方を検討するためには高度医療職業人養成のグランドデザインに沿って理念、教育システム、到達目標などについての検証と制度設計を行い今後の運用のあり方に対する建設的な提言を行う必要がある。

（１）卒前の臨床実習に基づく臨床能力の段階（ステップ）とその評価の検討

卒前教育においては、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あくまでも指導医の監督下で行われる。このため、その学習到達度を評価するために CBT, OSCE 合格を条件として行う臨床実習、その成果を検証する OSCE の構築、医師国家試験で臨床能力を検証することは必要不可欠であるが、学習内容と到達度には一定の限界がある。

一方、卒後の臨床研修（基本臨床研修）の目的は、医師免許を有して医学知識を使いこなす実践臨床能力の開発で あり、結果には責任を伴う。医師として、患者の状態を把握するための情報を広く収集し、整理し、鑑別診断を行い、自ら問題解決の計画を策定し、それに基づいて行動 でき、その後の独立した医師としての専門研修に移行できる臨床能力を涵養することである。

この卒前の臨床実習（指導医の監督下で基本的な診療を実施できる）と卒後の臨床研修（医師として基本的な診療に精通し、監督なしで実施できる）との到達目標の相違は医師養成課程における患者の保全と医の質の保証の上で極めて重要な根本的理念 である。

（２）臨床研修を行う場合の研修先決定のシステム整備

卒後の臨床研修の基本構築の設定には、専門研修へのシームレスな一貫性を持った移行を踏まえた制度設計が必要となる。専門研修を目的とする制度設計のためには、多様なキャリア設計を可能とするシステムの構築が必要である。例えば、将来専攻する専門分野（基本19領域）を決定していない医学生については現行の制度を利用し臨床研修を行い､その後に専門研修を行うルートをとれるようにすることも有用である。卒業時に将来専攻する専門分野（基本19領域）を決定し、専門研修を卒後すぐから開始しようと希望する場合でもパーフォアマンスレベルとアウトカムの異なる臨床研修と専門研修とのきちんとしたすみ分けが必要である。しかし、今後専門研修制度の体系化の充実とともに海外で既に実施されているごとく、専門研修の内定している専門科で一定期間臨床研修を選択する事ができるなどのように、種々の形態で一定期間臨床研修と専門研修とが統合したようなカリキュラム選択の可能性も検討し、グローバルスタンダードを視野に入れ、日本の土壌にあった臨床研修プログラム樹立のために多様化と充実化を図ることが重要である。

また、臨床、基礎 研究を行う研究マインドを持った医師の養成、卒前の　MD/PhD プログラムを取った医師の研究継続の保証、臨床系大学院を希望する医師のキャリア設定など専門研修と連携したキャリアプログラムの構築も必要である。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、地域の中核協力病院と積極的に連携し、大学病院と地域中核協力病院との間の循環型研修を、病院群を利用しつつ可能にする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。

（4）研修終了の評価

理念に沿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検討を行うべきである。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「ｘｘｘｘ」を経験したとの評価は、臨床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。

（5）到達目標の検討：厚生労働省「医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ[1)]」への要望

平成32年度からの臨床研修における終了時点で求められる臨床能力の到達目標の設定においては、これまで述べてきたように、臨床研修前の卒前教育の充実、臨床研修後の専門研修との整合性を明確にした上で、具体的な研修目標を示す必要がある。上記検討ワーキンググループ に要望したい。

（6）医学部卒業後の進路の多様性確保の意義：研究医養成コースの設定

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 コースが多くの大学で設置された。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り、平成27年度からの臨床研修制度改定でも取り上げられている。ただ、研究医養成のための制度に多くの研修医が属しているわけではなく、多くが臨床研修後の学位取得希望が7割を占める（平成25年度厚生労働省調べ「臨床研修修了者アンケート調査」[2)]）とのことであるが、新専門医制度の発足により変動することも考えられる。

脚注

1）厚生労働省　医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei.html?tid=211764

2）厚生労働省　平成25年臨床研修修了者アンケート調査結果概要（1）
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049070.pdf

5）マッチングの影響、マッチングのための新たな提案

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を名目に、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、または見学・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おり、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、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、最近はホームページ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で臨床研修（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も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。

２．専門医・高度専門医療人の養成

わが国における現行の卒後研修は、国により卒後２年間の臨床研修が必修化されている。しかし、それに続く専門研修については体系的な研修システムが存在しないことが大きな問題であった。

平成16年に現在の臨床研修制度が導入される以前は、努力義務としての臨床研修と専門研修は、研修としての体系性は不十分であったが、大学病院をはじめとする全国の基幹的病院が教育病院となって、多様な施設をローテートしながら、臨床と研究を含めてバランス良く自律的に行われてきた。しかし、平成16年に現在の臨床研修制度が必修化されたのを契機に、大学での研修希望者が激減し、従来の医局あるいは地域の基幹的教育病院を中心とした卒後の専門研修の仕組みが崩壊し現在に至っている。特に、必修化後の研修施設の指定基準が、努力義務であった時代に比べ大幅に緩和されたことから、多くの一般中小病院が研修施設として参入した。これらの施設は、基本的診療能力の修得には適している面がある一方で、専門研修を行うには必ずしも十分でない。その結果、臨床研修と専門研修との連続性が分断され、臨床研修終了後、十分な専門研修の機会に恵まれないままの、いわゆるフリーター的な医師が大都市を

中心に増加していることも大きな問題として指摘されている。

一方、専門研修の研修内容についても、統一的なプログラムが定まっていたわけではなく、多くは各専門学会が定めている専門医資格の取得を一つの目標に、各施設が独自にプログラムを策定し専門研修医を受け入れていた状況にあった。また、この専門研修は任意であり、医師として必ずしも受ける必要はなく、前述のフリーター的医師のみならず常勤医としてしかるべき施設に勤務する医師の中にもプログラムに則った専門研修を受けない医師も少なくなかった。平成24年度厚生労働科学研究による専門医取得者についての調査によると、何らかの学会の広告可能な専門医資格を取得している医師は、ほとんどの年代で約半数強にとどまっているのが現状である（下表参照）。

医籍登録後年数		0～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20～24年	25～29年	30～34年	35～39年	40～44年	45年～	全体
広告可能専門医	取得割合	0.0%	40.2%	66.3%	67.7%	67.4%	65.8%	64.1%	57.9%	48.3%	34.5%	50.9%
	うち複数取得	0.0%	4.6%	19.5%	25.4%	27.3%	26.4%	24.0%	20.6%	15.5%	7.6%	17.0%

出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」（※平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査における広告可能な専門医の取得状況より、医療施設の従事者についての集計。）

１）専門医・高度専門医療人の養成（総合診療専門医を含む）制度の構築と充実

わが国の今後の専門医の在り方については、厚生労働省による「専門医の在り方に関する検討会」の最終報告（平成25年４月公表）を受け平成26年５月に新たな第三者機関である「（一社）日本専門医機構」が設立され、平成29年４月からの新たな専門医の認定開始に向けて活動が進行中である。

従来の専門医制度については、各領域の学会が自律的に独自の方針で専門医制度を設け運用してきた経緯があり、問題点として、①専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準が統一されておらず、専門医の質にばらつきがあったこと、②専門医として有すべき能力について医師と国民の間に捉え方のギャップがあったこと、③多種多様な専門医が存在し国民にとって分かりにくいことなどが指摘されていた。この他、制度を統括してきた（旧）社団法人日本専門医制度評価認定機構を構成する社員が全て学会であり、その財政基盤も全て学会に依存しており、さらに、学会自ら専門医を養成し自ら認定しており、利益相反（お手盛り）ではないかとの批判があった。

今回の専門医制度改革の重要な要点を右表に示した。

特に、大学病院を中心とした研修施設群の構築は、かねてから本会議が強く主張してきた提案事項であり、新たな専門医養成の仕組みについては、概ね妥当なものと考える。

本会議は、新たな第三者機関である日本専門医機構の設立時の社員として参画しているが、各専門学会とは異なり、日本の医学・医療教育全体を俯瞰する立場から、今後、新たな専門医制度の構築と運営に積極的に関与し、卒前、卒後の一貫性のある専

表

1．従来の学会中心の専門医制度を改め、第三者機関を設立して専門医の養成と認定を行う 2．専門医取得の仕組みを、基本領域の専門医資格を取得したのちにサブスペシャルティ領域の専門医資格を取得する二段階制とする 3．総合診療専門医を新たに基本領域の専門医資格に位置付ける 4．今後は、全ての医師がいずれかの基本領域の専門医資格を取得することを基本とする 5．第三者機関が認定した専門医資格を広告可能とする 6．専門医の研修施設については、大学病院や地域の中核病院などの基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が病院群を構成する 7．多様な医師を養成するニーズに応えられるよう研究志向の医師を養成する内容を盛り込むことを検討する医籍登録後年数

門医養成のプログラムの策定に向けて議論を進める必要がある。

2）統一的な専門研修制度の設計と日本専門医機構にもとめられるもの

卒前臨床実習と卒後臨床研修で修得した基本的診療能力を基盤に、社会からのニーズに応えられる専門医を養成するという専門研修の重要性とその意義と必要性を十分に認識し、総合診療専門医を含め、専門別に一定の臨床修練を受けられる制度を構築することが必要である。

（一社）日本専門医機構のもとでの制度設計に当たっては、日本における専門医教育制度の歴史と既にある構造を考慮しながら、激変を避ける必要はあるが、いくつかの抜本的な改革要件が考えられる。

（1）新しい専門医制度に必須と思われる要件

①「専門医認定・更新（certification)」と「専門研修プログラム・研修施設認定(accreditation)」;（一社）日本専門医機構には、「専門医認定・更新部門」と「専門研修プログラム･研修施設認定部門」の二つの部門が設置されている。専門医の認定、更新を行う作業はもちろん必要であるが、質の高い専門医を如何に育成するかという教育に重点を置いた視点が最も重要である。その意味で、研修プログラム、研修施設を評価し認定することは極めて重要であるが、単に、各学会の研修プログラム、研修施設の評価・認定を行うことのみに留まらず、検討会の報告書にも示されているように、全ての医師が専門研修を受けることが基本となるような、実効性のある統一的な専門研修体制を如何に確立するかが最優先されるべきである。また、現行の卒前教育(学生実習)、臨床研修、専門研修をシームレスに、かつ、系統的な研修プログラムとして抜本的に再構築し直す必要があること、臨床系大学院など医学研究の重要性につ

いても、十分な認識をもって制度の設計がなされることも必要である。

因みに、米国では、「研修施設認定accreditation」と「専門医資格認定certification」は、利益相反のないよう、別の組織により運用されている。医師の卒後研修の施設認定は、民間の非営利組織である「卒後教育認証評議会（Accreditation Council for Graduate Medical Education：ACGME）」が、140の専門領域（24の基本領域を含む）について、約9,500のレジデンシー・プログラムを認定し、卒後教育を統括している。一方、研修プログラムの修了者に対しては、厳格な試験（知識、技術、倫理などを含む）により専門医資格認定が行われているが、資格認定の制度を統括する民間の非営利組織として、「米国専門医審議会（American Board of Medical Specialties：ABMS）」があり、その構成メンバーである24の基本領域の専門医審議会（専門医ボード）が、領域毎に専門医試験（サブスペシャルティ領域を含む）を行い専門医資格（Board certified physician）を付与する仕組みとなっている（注：試験を実施し認定証を発行するのは、夫々の領域の専門医ボードであり、ABMSは制度の統括を行う組織である）。

わが国においても、新たな日本専門医機構を専門医の資格認定を統括する組織（実務は各学会の専門医委員会などに委ねる）として位置付けるとともに、将来的にはACGMEに相当する卒後教育全般を統括する組織を設立し、統一的に学生教育から臨床研修（初期基本研修）、後期専門研修に至るシームレスなシステムを構築する必要があるものと考える。また、現在の我が国の臨床研修制度については、医療研修推進財団、初期臨床研修マッチング協議会などの組織が活動しており、これらの組織を、専門研修を含めて再編、充実することも考慮すべきと考える。

②プログラム責任者と指導医の位置付けとFD（指導医講習）の義務づけ；質の高い専門医・高度専門医療人の養成のためには、厳しい施設要件を満たした適切な研修施設とともに、臨床能力、教育能力、さらには研究能力に優れた指導医養成とプログラム全体を統括するプログラム責任者が不可欠である。

更には、診療現場における教育スタッフ（教員・指導医）の増員、FD（教員・指導医研修）の体系化、人事における教育実績の評価など、それらの重要性を認識する施設の長の意識改革が不可欠である。また、屋根瓦方式による、研修医同士で教育を行う風土を醸成することも重要である。

これまでの専門医養成は関連病院への人材派遣と一体となっていて、むしろ後者に重きが置かれていた。しかし、新制度では前者に重きを置いた制度設計を（人材派遣の側面も考慮しつつ）考えないと、次項で述べるグローバルスタンダードからみて質保障が出来ていないと指弾されることになろう。

③World Federation for Medical Education（WFME）の「Postgraduate Medical Education ; WFME Global Standards for Quality Improvement」[1] を念頭に置いた制度設計をすべきこと；卒前教育では「日本医学教育学会（編）医学教育分野別評価基準日本版V1. 20:世界医学教育連盟（WFME）グローバルスタンダード2012年版準拠」[2] を基本にした医学部の分野別認証制度が始まろうとしている（現在既に試行は

始まっている）。現在の臨床研修および専門研修もこのグローバルスタンダードを考えた制度設計をしておくべきである。

（２）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べきであろう。

（３）専門医としての総合診療医（家庭医、病院総合医）の養成

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。今後ますます期待は大きくなるであろう。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、診療所などとの緊密な連携の中で「専門医としての総合診療医（家庭医、病院総合医）」養成の役割を分担すべくシステム構築の充実を進めるべきである。

（４）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、地域病院と密なる連携を図りながら構築すべきである。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。このような連携の工夫によって、新たな研究的視点を持つ臨床医、臨床研究者を養成することも可能となるだろう。

（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証はなされていない。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に対し、文部科学省、都道府県自治体からある程度の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証とも一体である。

なお、米国のレジデントは、１年次で約２万人（内米国人は１万６千人）、総数約10万人であり、１人あたり約10万ドルの補助金（合計100億ドル、日本円で約１兆円）が老人医療保険からレジデント受け入れ施設に支給されている。我が国においても、卒後研修（臨床研修＋専門研修）に対する診療報酬上の何らかの評価が与えられるべきと考える。

（６）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総合診療専門医（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との議論もあり、今後の検討課題である。

（７）専門医・高度専門医療人の養成の構築と充実のためのアクションプラン

専門医・高度専門医療人の養成の構築と充実のための具体的なアクションプランとして、①現行の臨床研修の施設認定基準を厳しく設定し、専門研修との連続性を確保する、②大学病院あるいは基幹的な教育病院が中心となって具体的な研修施設群を形成し、学生実習を含む、臨床基本研修から専門研修を連続して行えるプログラムを構築する、③我が国の医学医療の進歩発展を図る観点から、基礎あるいは臨床的な医学研究が可能となる研修環境の中での卒後研修を構築する、④そのための何らかの会議体あるいは組織を文部科学省、厚生労働省とも連携のうえ、本会議を中核として早急に立ち上げることなどが必要と考える。

脚注

1）「Postgraduate Medical Education ；Global Standards for Quality Improvement」World Federation for Medical Education（WFME）2012年

2）日本医学教育学会（編）医学教育分野別評価基準日本版V1. 20:世界医学教育連盟（WFME）グローバルスタンダード2012年版準拠

３．医学教育・研究の振興と大学院の充実泉

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。

実際、日本の医学研究の落ち込みは著しく、2012年３月に医薬産業政策研究所が発行した「政策研ニュースNo.35」によれば、1998年-2002年、2003年-2007年、2008年-2011年の各期間に掲載された原著論文数国別ランキングにおいて、日本は基礎医学雑誌（Nature Medicine, Cell, J Exp Med）では３位、３位、４位であったが、臨床医学雑誌（New Engl J Med, Lancet, JAMA）では12位、18位、25位と大きく低下した[1)]。同様に、文部科学省の科学技術政策研究所が2013年３月に出した「科学研究のベンチマーキング2012」によれば、被引用回数のトップ論文数（Top1％補正論文数）の1999年-2001年と2009年-2011年の国際順位を比較すると、基礎生命科学では４位から７位に、臨床医学分野では８位から14位に低下している[2)]。このような現状を打破し、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。

脚注

１）医薬産業政策研究所　2012年3月発行「政策研ニュースNo.35」

２）文部科学省　科学技術政策研究所「科学研究のベンチマーキング2012」2013年３月報告

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、全国の国公私立大学をあわせて、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、白書2012によれば平成22年度及び平成23年度はいずれも約200名と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、2012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2008、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。「研究医養成および大学院教育に関するアンケート調査結果報告書」（国立大学医学部長会議　2013年：以下、アンケート2013、と略す）によれば、MD-PhDコースを選択して大学院に進んだ学生の数は、平成20年度７名、平成21年度11名、平成22年度15名、平成23年度15名と増加しており、そのほとんどが基礎医学の教室の大学院生になっている。

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。

平成22年度に良質の臨床医の養成を支える基礎医学系及び社会医学系教室の人材育成を目的として「研究医枠」による医学部入学定員増が開始され、それにともなう研究医養成コースが、全国20大学に設置され、平成27年度入学定員までに40名の入学定員増が措置された。これら研究医枠の学生が、期待通り基礎系の大学院に入学し基礎医学の道に進むためには、解決すべき課題が多く指摘されている。

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。さらに、MDの基礎医学研究者を増やすためには、常勤の教員ポストの確保、待遇の改善、幅広い基盤的な研究費の確保などの施策を導入し、将来に対する不安を排除し、研究をサポートする体制を整備する必要がある。

脚注

１）わが国の大学医学部（医科大学）白書2009、白書2010　全国医学部長病院長会議　2009年、2011年

２）研究医養成および大学院教育に関するアンケート調査結果報告書　国立大学医学部長会議　2013年

２）臨床系大学院のあり方、専門医と学位、臨床疫学

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、医学研究者

や医学教育者の確保に必要なだけでなく、将来の日本の医療水準を高めるには必要不可欠である。臨床系大学院において、高度専門医療人養成コースの中で一定の研究期間、臨床研究以外の研究（基礎的研究や社会医学研究など）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有用であると考えられる。しかし、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。

（１）高度専門医療人養成のための臨床系大学院コース

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[1)]。

白書2008、2010、2012、2014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％）、18校（22.5％）、20校（25.0％）であった。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、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[2)]。

（２）臨床研修後の専門研修制度

また、白書2008、2010、2012、2014によれば、卒後２年間の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％）、43校（53.8％）であり、実際に卒後２年間の臨床研修後の専門医養成制度をもつ大学は36校、44校、39校である。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、71％と圧倒的に多い[2)]。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。

（３）臨床研修と大学院入学を同時に行う制度

臨床研修医の臨床研修専念義務が緩やかになり、大学院入学を同時に行える制度を設ける大学が増えている。アンケート2013によれば、臨床研修医の大学院入学を「行っている」大学が、78校中29校（37.2％）あった。行っていない大学の場合、基本臨床研修医の大学院入学を「検討中」は46校の回答数中15校（32.6％）、今後「予定なし」

は31校（67.4％）であった。しかしながらこの制度に対する賛否はほぼ同数であり、賛成とする立場からは、１）研修医の多様なニーズに応える、２）研究医を育成するために必要、という意見がある一方で、反対とする立場からは、臨床研修医は臨床と大学院生との両立は困難とする意見が多かった。また制度はあるものの、大学院入学者はいないがごく少数の大学がほとんどである。今後、研修プログラムおよび大学院カリキュラムの両面からの工夫が必要と思われる。

（４）新しい専門医制度と大学院

平成26年４月に、専門医の育成と専門医制度の確立を目指して一般社団法人日本専門医機構が設立され､同年７月には「専門医制度整備指針（第１版）」[3] が発表された。新しい専門医制度は２段階制であり、臨床研修後全ての医師は19基本診療領域のいずれかの専門医資格を取得することが求められている。その上で、２段階目のサブスペシャルティ専門医に進む医師もあるとされる。新たに提唱されている「専門研修プログラム制」により、専門研修施設群（基幹施設単独の場合もある）が専門研修プログラムを作成して、それに基づいて専門医を養成する仕組みである。この「専門医制度整備指針」には、学問的姿勢や学術活動に関して一定の記述があるものの、大学院や研究活動の位置付けが十分になされているとはいえず、各領域別モデル専門研修プログラムによる差も大きい。臨床研修制度や学会認定専門医制度以上に、新しい専門医制度は大学院や研究者養成の阻害要因となる危険性を有している。専門研修施設群が専門研修プログラムを作成するにあたっては、大学院の活性化及び研究活動推進の観点を十分に取り入れる必要がある。

（５）臨床疫学研究及びデータベース研究

また、真の臨床研究を推進するために、臨床疫学研究やデータベース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。そのためには、研究デザイン学、臨床疫学、統計学、倫理学、などの教育内容の充実や、それらを専門とする教員の確保などの課題がある。

脚注

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　平成19年９月
２）わが国の大学医学部（医科大学）白書2008、白書2010、白書2012、白書2014　全国医学部長病院長会議　2009年、2011年、2013年、2015年
３）専門医制度整備指針（第１版）日本専門医機構　平成26年７月

３）研究倫理教育、研究不正防止の取り組み

理化学研究所におけるSTAP細胞論文問題、生命科学分野の研究論文の捏造、医薬

品の臨床研究データ改ざんなど､医学に関連する研究不正が相次いで問題化している。このような中で、研究不正に対する社会的な関心が高まり、文部科学省では平成26年８月に「研究活動における不正行為への対応等に関するガイドライン」を大臣決定とした。厚生労働省も臨床研究を対象とした新たな法規制を検討中である。このような状況の中で、各大学・研究機関は研究倫理教育や研究不正防止の取り組みを強化することが求められている。また、公的研究費の使用に関しても、従来から「研究機関における公的研究費の管理・監査のガイドライン（実施基準）」（平成19年２月[1)]）に基づいた体制がとられていたが、平成26年２月にこのガイドラインが改正されて[2)]、より厳密な運用が求められるようになっている。

研究倫理教育では、各研究機関が組織的に全ての所属する研究者に対して対象者に応じた学修方法で行う必要がある。研究者が責任ある研究活動を行うために、自律的に規範を遵守することが求められている。このことが、科学への信頼を確立し科学の独立性を保つことに繋がる。

研究不正防止のために、各研究機関は規定を設けて、責任体制を明確化し、研究倫理委員会の設置や不正告発への対応体制を整え、不正事案を調査する体制を整備しておく必要がある。

研究不正防止の取り組みでは､「研究データ等に関するガイドライン」を作成し、研究に関わる資料等の保存について定め、実験ノートの記録や保管方法、研究発表のもととなった研究資料や資料・装置の保存法などを示す必要がある。個人データ、法的規制の対象物、倫理上の配慮を必要とするものに関しては、それぞれの規制やガイドラインに従う必要がある。

しかしながら、大学によって研究内容や規模は様々で一律に規制することは困難である。また、規制や罰則が研究者の萎縮に繋がり、自由な研究が阻害されることのないように注意をしなければならない。

脚注

１）研究機関における公的研究費の管理・監査のガイドライン（実施基準）　文部科学省　平成19年２月、平成26年２月

２）研究活動における不正行為への対応等に関するガイドライン　文部科学省平成26年８月

４）魅力ある大学院の構築、社会人大学院

白書2008、2010、2012、2014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％）、50校（62.5％）、54校（67.5％）である。この修士課程への入学者は、平成20年度～26年度の各年度で、1,170名、1,102名、1,039名、972名、954名、920名、879名であり、設置大学数が増えているにも関

わらず減少傾向にある。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。その一方で、その教育内容の充実、定員確保、就職先の確保などの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状況をみると、白書2008、2010、2012、2014では55校（70.5％）、49校（61.3％）、47校（59.5％）、55校（68.8％）が定員割れの状態である。また、社会人入学は、白書2008、2010、2012、2014では71校（89.9％）、72校（90.0％）、74校（93.7％）、75校（93.8％）の大学で認められており、白書2012、2014では社会人入学者数の割合が半数を超えていることでも分かるように、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2014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。

脚注

１）わが国の大学医学部（医科大学）白書2008、白書2010、白書2012、白書2014　全国医学部長病院長会議　2009年、2011年、2013年、2015年

５）日本発臨床研究の質と量の改善

日本発の医学研究は、基礎研究では世界５位以内と健闘をしているものの、人あるいは集団を対象とする日本発の臨床研究は、2004年の段階で世界11位であり、その後凋落を続け、2012年では世界30位となっている。また世界のコア・クリニカルジャーナル120誌の英語原著論文のうち2.3％を占めているに過ぎない[1) 2)]。

（１）世界30位の要因は、複合的ではあるものの、その最も大きな理由は、臨床研究デザインや研究手法の体系的な教育が医科大学、特に大学院レベルで行われてこなかったことが最大の要因と考えられる。臨床研究の体系的な教育カリキュラムを、大学院のカリキュラムに導入する必要性がある。

（２）さらに、臨床医が臨床を継続しながら、臨床研究を実施し発信することを可能にするProtected Timeの概念、臨床医の多彩なリサーチ・クエスチョンに応えられるデータベースの存在、臨床研究の実践修練に相当する期間を指導するメンターの存在、そして研究者のネットワークなども我が国では不足している。さらに、現在、臨床研究を体系的に教育できる研究者は限られている。人的資源を効率的に活用するために、全国の数大学を拠点として、臨床研究人材育成センターを設置する必要がある。

（３）臨床医が、臨床研究の体系的な学習を受け、さらに実践修練を受けたとしても、その後継続的に臨床研究を発信させるためには、Protected Timeの概念の導入が必須である。米国では、Varmus（ノーベル医学生理学賞受賞）がNIHのDirectorであった当時に開始したK Awardなどの若手研究者育成制度が現在の米国の独り勝ちの状況を支えている一因と言えよう。我が国でもNIHのK Awardに相当するような、５、６年かけて、独立した臨床研究者を育成するための大型の恒常的な研究人材育成ファンドを創設する必要がある。ファンドへの申請者の所属施設は、若手研究者の学習・研究時間をプロテクト・保証する仕組みも必要で、違反施設には研究費返納など厳しい措置が必要である。

（４）研究者ネットワークを通じたデータベース構築を助成する制度も追申する必要がある。現在は学会が中心となってこのようなデータベースを構築しているが、学会に限定する必要はなく、研究者や臨床医療施設などが自発的に形成するネットワークや、これを支援する非営利団体等にも助成する制度が必要である。

（５）現在、特定機能病院には、一定数の臨床研究原著論文の発信が要件として求められている。新専門医制度では、専門医指導施設の認定や専門医取得要件などにもこのような要件を付与する専門科が増えている。医師個人レベルでの臨床研究へのニーズが高まるとともに、施設レベルでも臨床研究の推進が加速されることが期待される。

（６）文部科学研究や厚生科学研究の助成において、臨床疫学研究への助成枠や研究助成費の量を大幅に増やす必要がある。しかしながら、臨床疫学研究の体系的な知識や経験を有し、研究申請の審査を担当しうる専門人材が不足している現状がある。当初10年程度は外国人のエキスパートも審査員に入れて、透明性の高いpeer reviewを徹底する必要がある。

脚注

１）北海道大学教授　西村　正治　2011年６月３日　週刊：北海道医療新聞

２）豊田長康　2012年3月　国立大学附属病院の今後のあるべき姿を求めて～その課題と展望～　国立大学附属病院長会議

４．生涯教育

医学の急速な進歩、医療の高度化、複雑化、さらに医療安全等に対する社会からのニーズにより、医師に求められる知識や技術は常に変化し、高度化しつつある。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。WFMEでは、生涯教育の概念としては、Continuing Medical Education（CME）より Continuing Professional Development（CPD）の方が適切と考えており、その国際基準Global Standards 2015年版を2003年版の改訂版として公表している。WFMEは、CPDは診療現場等における自主的な活動に伴うものであることが望ましいとし、生涯教育に相応しい環境、情報技術ICTの進歩に伴う新しい形の教育、評価方法の開発などを重視している。

今後わが国においては、各学会、日本専門医機構、日本医師会が中心となって生涯教育のあり方について検討すると考えられる。大学は、生涯教育に必須の医学・医療における新たな知見、診断・治療法などに関する情報の発信源となり、教育支援において重要な役割を担うことになるであろう。さらにCPDは、大学入学時から、学部教育、初期研修、専門研修などを通して一貫した構想に基づき、順次性なども考慮したプログラムに沿って行われるべきものと考えられ、この課題に関して大学は大きな責任を負うことになる。

１）生涯教育の充実、プロフェッショナリズム涵養

医師は‘自律性’と‘自己規制の特権’を与えられた専門職（プロフェッション）である。その特権が与えられるためには社会との契約がその基盤にあると考えられ、その内の一つが「プロフェッショナルとしての能力の保持」である。そのためには、医師は自らの生涯教育を、自律性を持って構築することが求められている。

生涯教育の目標は、医師会や医学教育学会で十分な検討を経たものが提示されている。また学習方法もe-learningやDVD学習、あるいは各学会主催のhands-on講習会など様々な工夫がされている。問題は評価である。評価については確立されていないばかりか、免許更新制度との関係でむしろタブー視されてきた側面がある。世界の潮流を考えた時、社会に対する責任として質の担保のための評価は避けて通れない[1)]。

このような現状に鑑みて、学部教育および卒後臨床研修、専門研修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をなお一層重要視すべきであろう。臨床研修以降の医師養成プログラムについては、2017年から開始される専門医の養成制度の中で生涯教育の評価システムを組み込んで専門医資格の再認定制度などを確立していくことが求められると思われる。その際、医育機関である医学部、大学病院は、大学院医学研究科、それに関連する大学院、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て、生涯教育を主要なミッションの一つとして位置付け、生涯教育を支援する義務がある。

脚注

1）木下牧子：生涯教育委員会．日本医学教育学会（監修）医学教育白書2014年版 p316，篠原出版新社，東京，2014.

2）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の構築

少子超高齢化時代に向けて、医育機関としての大学と地域の医療施設や介護施設等を循環するネットワークシステムの構築が求められる。このシステムにおいては、先進的なICT（Information and Communication Technology：通信情報技術）を活用し、人的資源として経験豊富なシニアエイジドクターも参加して地域包括ケアシステムをサポートする。また、本システムにおいては、大学医学部や大学病院、学会・専門医機構、医師会、地方自治体などが各々の立場において適切な役割を担うことになる。このため、大学に最新の知識や技術の教育を支援する部門を立ち上げることが望まれる。また、ネットワークシステムと教育支援部門を運営していくための安定的な財政支援が必要となる。この点について、大学は学会・専門医機構、医師会、病院協会、地方自治体などと連携して、強く社会にアピールする必要がある。

3）医師雇用に関連する法規と環境整備

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、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、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、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（24時間保育、病児保育）、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、卒前・卒後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。

第３章　医学部の卒業前・後にまたがる医師養成の質保証と改革実現

１．横断的総合的な医学・医療の教育

１）横断的総合診療部門（救急、総合診療、高齢者診療部門）との相互連携、継ぎ目のない診療

日本の大学病院は、殆どの場合に医学部と一体的な運営がなされており、教育は研究、診療と切り離すことはできない。そのような状況を勘案しながら、以下の記述をする。

医療における診断は、症候（症状・徴候）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、横断的総合的な診療部門（救急部門、総合診療部門、高齢者診療部門など）に限られる。特に専門細分化が進んでいる大学病院においては、患者診療面のみならず教育面から見ても横断的総合的な診療部門の必要性は高い。

まず認識しておかなければならないのは、このような部門は専門各科が協力すればカバーできると考えるのは大きな誤りであるということである。横断的総合的な診療部門は、全体を俯瞰しながら各部分に注意を向けるのに対して、専門各科は、まず専門領域の異常の有無に注意が向けられる。あるいは、言葉を変えて言えば、「部分最適の総和は全体最適にならない」ということである。

次に、横断的総合的な診療部門の中でも、救急部門、総合診療部門、高齢者診療部門ではそれぞれの診療における力点が大きく異なることを認識しておく必要がある。これは、それぞれの領域の研究についても言えることである。

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、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・ケアや特定の病因を同定しがたい病態の診療に主眼が置かれる。高齢者診療部門は、特に加齢に伴う生理的な側面と病的な側面を判断しながらアプローチをするというそれぞれの専門性がある。それぞれの部門は、その診療、教育、研究において異なったニーズがあり、基本的には大学においてはこれらの部門が講座として確立して教育・研究にあたるとともに、緊密に連携して診療に当たることが望まれる。診療の場面でどのような連携を構築するかは施設毎に異なることになろう。

２）プライマリ・ケア医、家庭医と病院医

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・介護活動（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・介護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が可能となる）。

平成25年の厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」報告書[1]においては、「総合診療専門医を養成するためには、臨床実習などの卒前教育においても、それぞれの診療科を単にローテートするだけでは総合的な診療能力を養成するようにプログラムを構築し、地域の診療所や病院、介護福祉施設などの協力を得て実習を実施するとともに、頻度の高い疾病や全人的な医療の提供、患者の様々な訴えに向き合う姿勢などを学ぶことが必要である」とされ、今後は卒前教育を含む総合診療専門医教育が促進されると考えられる。

総合診療専門医の養成については、日本専門医機構の総合診療専門医に関する委員会で検討されている。平成26年５月の「総合診療専門医に関する委員会のまとめ」[2]では、総合診療専門医に期待される役割を「主に、地域を支える診療所や病院において、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の医療、介護、保健等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等を合む）を包括的かつ柔軟に提供すること」としており、「家庭医」としての役割が重視されていると思われる。「病院医」については、「大学病院や一定規模以上の総合病院などにおける総合診療部門（総合診療部、総合診療科、総合内科など）では、主に内科系のバックグラウンドを有する医師が、臓器に特化しない内科的疾患を有する患者の診療などを中心に活躍している現状がある。今後、かかる部門では、内科系の医師（新・内科専門医など）とともに、新たな総合診療専門医（地域を診る視点を有する医師）が活躍することも期待される。また、一定規模以上の専門研修施設の総合診療部門などに勤務する医師には、研究活動とともに、新たな総合診療専門医育成のプログラム責任者（教育者）としての役割も期待される」との記載があり、病院医は指導的役割を担うことになると考えられる。

脚注

１）「専門医の在り方に関する検討会」報告書　厚生労働省　平成25年４月

２）「総合診療専門医に関する委員会のまとめ」日本専門医機構　総合診療専門医に関する委員会　2014年５月

３）全人的医療教育、医療倫理、医療安全

これまでは、健康問題を幅広く横断的にみるという教育が不十分であった。このため、「部分の総和が全体になる」というような誤った考え方を多くの医学生が身に付ける結果となったと思われる。平成25年の厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」報告書でも、総合診療専門医の養成において全人的な医療の提供が重視されており、全人的医療教育は今後急速に広まると考えられる。

総合診療部門のように、健康問題を幅広く横断的に診る診療科も、一つの専門領域として位置づけて教育を担当することによって、全人的医療教育を卒前教育から無理なく始めることができるようになると考えられる。

全人的医療を行うには、医師としての高い倫理観･使命観･責任感（プロフェッショナリズム）、医療安全、チーム医療、コミュニケーション、生涯学習などについて学ぶ必要がある。まず、卒前・卒後のアウトカムを設定する。卒前教育においては、初学年から高学年まで順次性や一貫性に配慮し、知識のみならず技能や態度などについて、演習や実習により能動的に学ばせる必要がある。また、卒前の臨床実習、卒後の臨床研修、専門研修、生涯学習においては診療現場で実践的に全人的医療について学び、定期的に自己ならびに他者による適切な評価を受けるべきである。

２．医学教育の国際基準とわが国の医学教育の分野別評価

１）国際基準からみた日本における医学教育のあり方

（１）医学教育の質保証（Accreditation）が求められている理由

1984年ごろからWorld Health Organization（WHO）は、その下部組織である世界医学教育連盟（World Federation for Medical Education：WFME）とともに、世界レベルでの医学教育の改善を目指す活動を始めた。まずは世界中の医学部長に医学教育の教育目標についての調査を行い、その結果を1988年のWorld Conference on Medical EducationでEdinburgh宣言[1)]として発表した。その内容は、以下に示されてる。

①医学部は病院だけでなく、地域の健康資源を含め医学教育の場の多様性を図る。
②利用可能な資源を使って、その国の健康課題に沿ったカリキュラムを策定する。
③受動的学習から能動的学習や自己主導的学習に移行し、学生が生涯学習能力を獲得できるようにする。
④知識を覚えるだけでなく、医師としての職責や社会的価値を身に付けるためのカリキュラムと評価方法を確立する。
⑤教員に、自身の専門知識を有するだけでなく、教育者としての能力を開発する。
⑥健康増進や予防医学を求める患者のマネージメントも学習目標として設定する。
⑦病院や地域での患者の健康問題を解決するために、基礎医学の教育と臨床実践の教

育を統合する。
⑧入学者選抜にあたっては、知的能力や学力だけでなく、人間としての質（非認知的能力）も選抜基準に含める。
⑨教育担当省（文部科学省）や健康担当省（厚生労働省）、さらには地方自治体と協働し、医学部の使命の再定義、カリキュラムの改定、教育改善を行う。
⑩その国が必要とする医師の能力と数を入学選抜指針に加える。
⑪多職種と医療実践、教育、研究する機会を増やす。
⑫生涯学習のための資源を提供し、医師の生涯学習に関与する。

これら12点である。Edinburgh宣言後も世界の医学部の医学教育改革が進まなかったため、再度、1993年にWHOは、World Summit on Medical Educationを開き、Edinburgh宣言の推進を図った。医学教育の目標を作るだけでは医学教育の質の改善は進まないと考えたWFMEは、1998年にPositon Paper[2]を出し、医学教育の分野別質保証というAccreditationの制度を作るべきと主張した。これを受けてWHOは2005年にWHO/WFME Guideline for Accreditation of Basic Medical Education[3]を公表し、医学教育の分野別質保証のやり方（国際的に認められた認証評価の仕方）を示した。Accreditationを制度化することで医学教育の質保証をしようと考えたわけである。この流れの中で、2010年９月にEducational Commission for Foreign Medical Graduates（ECFMG）の宣言が出された[4]。

（２）医学教育分野別評価基準日本版-世界医学教育連盟（WFME）グローバルスタンダード2012年版準拠が求めていること

WFMEは、2003年に医学教育の基準としてQuality Improvement in Basic Medical Educationを出し、2012年に改定を行った（最新版は2015年改訂版である）。2012年改訂版をもとに日本医学教育学会は、日本版の医学教育分野別評価基準を作成した。ここで求めていることは以下に要約できる。
①それぞれの医学部の「使命」が明確で、その使命が学内外に周知されている、学修アウトカムが決められていて、学生、教職員そして医学部関係者に周知されている。
②カリキュラムが学修アウトカムを習得できるように組まれている、学年間、学年を超えた科目同士の連携が取られており、医学部全体として学生が学修アウトカムを身に付けられるようになっている。また、教育改善が行える組織体制になっている。
③学生評価が学習理論を基盤に実施され、信頼性、妥当性が検証されている。学修アウトカムを評価する評価方法が採用されている。
④学生選抜が適切に行われ、入学後の教育に円滑に進むことができるようになっている、学生が在学中に学生支援を受けられるようになっている。
⑤適切な教員を配置している。
⑥学修アウトカムを獲得できるように教育環境が整備され、技術教育や臨床経験ができるようになっている。

⑦カリキュラム全体を絶えずモニターし、学生の学修成果をデータとして集め、教育の内部質保証の体制が整えられている。卒業生の調査を行い、その結果をカリキュラム改訂に活かす、医学部が社会から求められていることを調査し、カリキュラムに反映させる。
⑧教職員が協働して教育の管理運営を行う組織体制となっている。
⑨継続的改良が行われている。
これら９点である。

（３）わが国の医学教育への示唆

学修成果基盤型教育への移行を行わなければならない。各医学部が負っている地域・社会・国からの要請を確認し、各医学部が独自のスクールミッションを定め、それをもとに卒業時アウトカムを設定する必要がある。卒業時アウトカムの明示がその医学部の社会的責任の明示でもある。卒業時アウトカムをディプロマポリシーに落とし込み、そこからカリキュラムポリシーそしてアドミッションポリシーを作っていく必要がある。

カリキュラムポリシーに沿って、各医学部は学習理論や医学教育研究の根拠に基づきカリキュラムを設計し、医学部６年間一貫教育のなかで、学年内での教育の統合、学年を超えた科目間での統合を図り、医学は１科目としてのカリキュラムを開発し、学年進行とともに学生一人ひとりがその能力を身につけていることを測るための評価を行っていく。学生が能力を獲得するために、学習環境を整え、教職員という人的資源を確保していく。学生の学修成果を指標にカリキュラムが機能しているかどうか、また教育上の問題点を探すために、学修成果という指標を基にした教育データの蓄積を行い、このデータをもとに自己点検を行う体制を作っていく必要がある。

経験と勘による医学教育ではなく、データ分析に基づいたデミングサイクル（Plan, Do, Check, Action：PDCAサイクル）を回し、絶えず教育改善を図ることで患者安全を医学教育の目的にすべきである。

自己点検だけでなく、同僚評価としての外部評価を加えることにより、各医学部の優れた点と改善点が明確化される。この外部評価は医学教育を行っている「同僚」でなければできない支援である。医学部同士がお互いに助言を与えあって、そして優れた点を学び合うことにより、わが国の医学部がさらに成長していくことを目指していかなければならない。

脚注

１）Lancet 1988；8609：462-3.
２）International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' -educational programmes. A WFME position paper. Med Edu 1998;32:549-558.
３）http://wfme.org/accreditation/whomfme-polyci/28-2-who-wfme-guidelines-for-

accreditation-of-basic-medical-edudcation-english/file
４）http://www.ecfmg.org/forms/rationale.pdf
５）http://jsme.umin.ac.jp/ann/WFME-GS-JAPAN_2012_v1_2-3.pdf

２）医学教育の国際基準に基づく分野別質保証、JACME

（１）分野別質保証の必要性

高等教育機関である大学では、それぞれの持つミッションを達成すべく系統立てた教育を行い、教育成果として有為な人材を社会に送り出すことが求められる。また、研究活動を通じて社会の叡智を高めることも重要である。

これらの目的を達成するためには、大学は自己点検によって教育プログラムを絶えず見直して評価し、優れた点や特色ある点は伸ばし、改善する必要があると認められたものについては改善計画を立てて実行するべきである。自己点検評価は内部質保証として極めて重要で、継続的に実施する必要がある。

内部質保証は重要ではあるが、公正さを担保するために第３者機関による客観的評価を受けることも欠かせない。これは外部質保証となり、大学の継続的な教育改善に有用となる。

このように内部質保証と外部質保証を行うことによって社会から認知され、信頼を得ることになる[1)]。

高等教育機関の中でも、医学部は国民の健康を守り、健康の増進に貢献できる医師を輩出する使命を担っていることから、他学部以上に社会的責任は大きい。このため、医学教育の質保証は社会的責務を果たすためにも重要といえる。大学評価・学位授与機構、大学基準協会、高等教育評価機構による大学機関別認証評価だけでなく、医学部教育のプログラム評価を行い、分野別質保証を実施することが欠かせないといえる。

（２）国際基準に基づく医学部教育分野別質保証の必要性

国民に良質の医療を提供することは、医師を養成する機関にとって必須の命題である。このため、医学部ではたえず自己点検評価並びに外部評価を受けて、医学教育の質を保証することが求められる。実際、イギリス、アメリカ、カナダ、オーストラリアなどの欧米先進諸国では、Medical Councilや医学校協会などが中心になって、医学教育の分野別評価を10年以上前から実施している。近隣の韓国、台湾、タイ、マレーシアなどのアジア諸国においても、自主的に医学教育の分野別評価が実施されている。

翻って本邦の状況を見ると、2002年の学校教育法改正によって2004年から大学機関別認証評価が行われているものの、医学教育の分野別評価は実施されてこなかった。医学・医療のグローバル化に対応し、欧米諸国、アジア諸国など海外諸国と同等の医学教育分野別評価制度を確立することは、もはや世界的趨勢から必須の要件と考えられる。

折しも、2010年９月に、アメリカのECFMG（Educational Commission for Foreign

Medical Graduates）から、「2023年以降は国際基準で認定を受けた医学校からの出身者にしかECFMG申請資格を認めない」との通告があった。これは、医学・医療のグローバル化に対応し、国際的に通用する医師養成制度を確立すべしとの警鐘とも捉えられる。

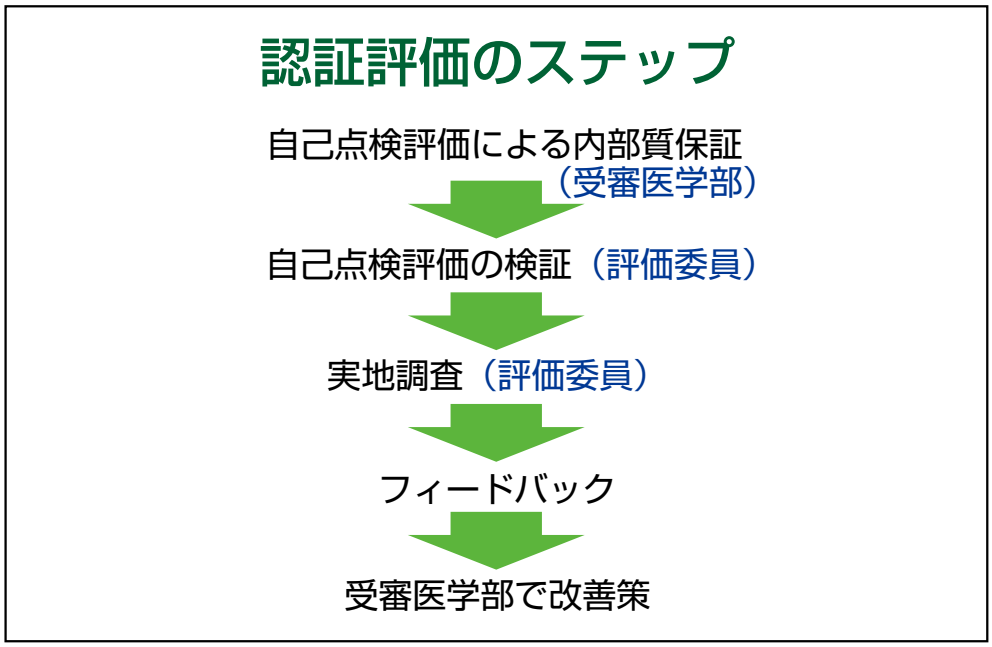
この通告を機に、全国医学部長病院長会議内に「医学教育質保証検討委員会」が組織され、医学教育分野別評価制度の確立に向けた議論が開始された。同時に文部科学省とも協議し、国際レベルでの医学教育の質保証の実施を目指すこととなった。

（３）国際的に通用する医学部教育質保証制度の確立と目標

医学教育分野別評価を実施するには、母体となる組織が必要である。ECFMGの要件、また世界医学教育連盟（WFME）の要項にも、医学教育分野別評価を実施する組織の資格として、「政府and/or全医学部」に認められていることが条件になっている。また、評価は国際基準で行う、という条件も提示されている。そこで、「医学教育質保証検討委員会」で議論を行い、分野別評価団体として日本医学教育評価機構（Japan Accreditation Council for Medical Education：JACME）を設立し、評価基準はWFMEのグローバルスタンダード（2012年版）に基づくことが提案された。この提案は、平成24年度と平成25年の全国医学部長病院長会議総会で協議され、承認が得られた。JACMEは2015年12月１日に一般社団法人として登記された。

JACMEによる分野別質保証は、国際的に標準な方法で実施することにしている（図１）。今後はJACMEを実質的な組織とし、WFMEから正式な認証を得ることが求められる[2,3]。

図１.



JACMEによる医学教育分野別評価は、国際基準から見て各大学医学部の教育プログラムを評価する目的がある。外部評価によって、各大学の特徴や優れた点を伸ばし、改善する必要のあるものは助言や提言を行う。こうした活動を通じ、全国の医学の教育の質を向上させ、国際的に活躍できる有能な医師を輩出することに目標を置いている。

脚注

１）金子元久：認証評価の展望。大学評価研究12：5-13,2013.

２）奈良信雄：医学教育分野別認証評価と学修成果基盤型教育。日内会誌104：2523-2526，2015.

３）奈良信雄：国際基準に基づく医学教育分野別認証評価。医学のあゆみ256：171-175，2016.

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医学教育におけるキャリア教育

プロフェッショナリズムは、日本語で表わすことが難しい概念の一つと言える。職業倫理や医師に求められる資質に近い概念ではあるが必ずしも同意ではないという意見が多い。平面的なコンセプトではなく、教育対象が置かれた場所、時期、立場により濃淡が生じるような重層的な構造をもつ概念だと考えられる。

平成14年（2002年）には「新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム」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リズムの教育と行使の重要性が高まってきた。特に欧米では、米国ACGME、英国Tomorrow's Doctors、欧州WFME/CPDの提案に見られるように、生涯教育の成果としてプロフェッショナリズムあるいはプロフェッショナルとして求められる能力が重視されている。

わが国においても医師という専門性の高いキャリア養成においては、その出発点である医学部、大学病院において、医のプロフェッショナリズム（医療・臨床倫理を含む）を取り入れた教育体制（キャリア・ディベロップメント）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ことである。さらにこのプロフェッショナリズム教育を専門医制度や医師会における生涯教育プログラムに組み入れることで、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。

今後、わが国おけるプロフェッショナリズムの概念、教育目標あるいは教育成果を明確にする必要がある。また、各施設においては、医学教育・臨床・生涯教育研修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

ショナリズム教育推進プログラム（Professional Development Program）を編成して、継続的な取り組みを推進することが望まれる。

2）キャリア・ディベロップメントと女性医師キャリア支援

近年、若い世代の女性医師の比率が増大する中で、依然として女性医師の離職が多い。そ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。

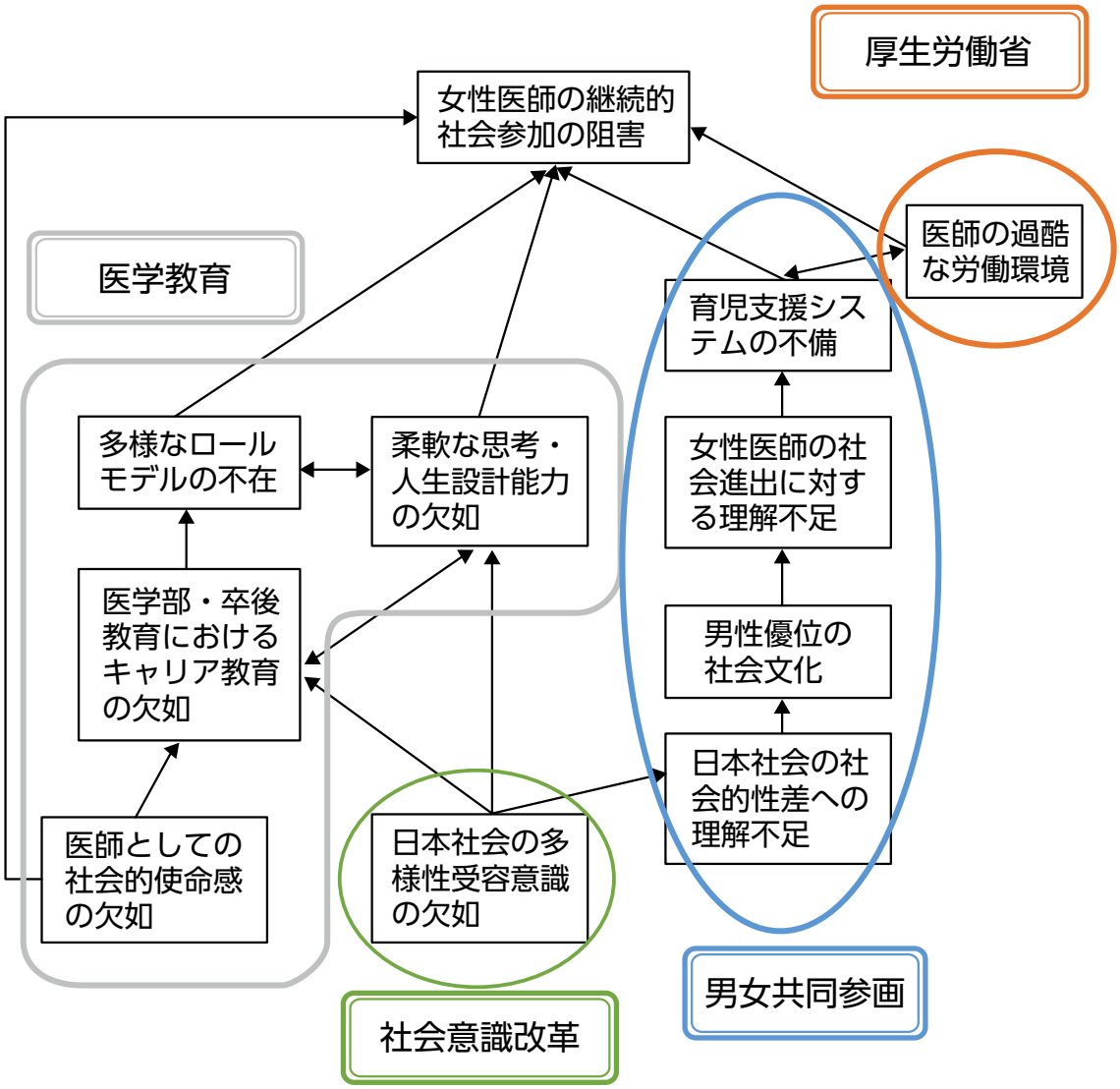
離職防止のための施策はさまざまな形で講じられており、院内保育・病児保育・24時間保育の浸透、短時間勤務を始めとした勤務形態の多様性も実現しつつあるが、女性医師の継続的社会参加を阻害している因子は多様であり（図１）[1)]、期待に反して目に見える効果は現れていない。

全国医学部長病院長会議男女共同参画推進委員会は、全国の医学部を対象に平成25年（2013年）に施行したアンケート調査「医師のキャリア形成に関連する医学部教育の実態調査」結果に基づいて、キャリア教育の定義ならびにその具体的内容を公表し、医学部教育におけるキャリア・ディベロップメントの重要性を提示した[2)]。キャリア教育の定義は「医学生・若い研修医に対して、医師のプロフェッショナリズムをいかに継続していくかの確固たる動機づけ」であり、具体的内容として①医師として就労を生涯継続する、②医学知識と技能の研鑽に励み、中断しない、③自己啓発力を形成する、④医学・医療を社会へ還元する意識を持つ、⑤男女平等な社会の実現に努力する、⑥ワークライフバランスを正しく理解するを提案した。

さらに、日本医学教育学会女性医師キャリア教育検討委員会も医学教育の重要性を指摘しており、女性医師のキャリア支援を視野にいれたキャリア継続のために、①医師の社会的使命（プロフェッショナリズム）、②キャリア・デザイン（職業人としての将来設計）立案能力、③職業に対する多様な価値観を受容する能力、④支援に対する姿勢、⑤社会的性差の認識とその対応能力、の５つの学習目標を掲げ、医学教育にかかわるすべての組織が共有すべきであるとしている[1)]。

女性医師がキャリアを継続し向上するためには、男性、女性の区別なく医学部におけるキャリア教育を通してキャリア・ディベロップメントを理解させることと、女性医師自身の意識改革は当然のことながら、それにもまして男性ならびに社会の意識改革がそれに伴うことが重要である。

図１　女性医師の継続的社会参加を阻害する因子分析



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

従来からの生涯教育CMEは、受身的な知識修得に留まっていた。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、医療専門職全般に共通する問題を認識する必要が生じた。それによって生涯を通して知識や技術を保持し、自己の能力の維持・向上を図るための生涯教育としてCPDの概念が世界の潮流となってきた。このCPDは継続的専門能力開発と訳されているように、医師に限らず、医療従事者、専門職・技術職全般に共通する生涯教育の考え方である。

企業においてはキャリア・デザイン（定年までの見通し図）を当然のこととして描かせている。医師の場合、従来は講座（医局）に所属していれば知らず知らずの内にキャ

キャリア・デザイン（職業人としての将来設計）立案能力（表１）

	学習目標	具体的目標	学習方法	評価
入学前 入学後早期	2-1	多彩なロールモデル像を知る 必要な情報を収集する	先輩の講義（*1） 病院見学、自己学習	レポート（PF）
臨床実習前	2-1	多彩なロールモデル像を知る 必要な情報を収集する	SGD・ケーススタディ 先輩の講義（*1）、自己学習	レポート（PF）
	2-2	複数の将来設計図を描く	講義（講師は男女）	レポート（PF）
	2-3	女性のライフイベントを学ぶ 自分の将来設計図を描く	ロールモデルの提示（講演）（*2）、将来設計図の作成	レポート（PF）
臨床実習中	2-1	実習を通じて多彩なロールモデル像を知る 必要な情報を収集する。（研修施設、海外教育施設など）	実習 自己学習	レポート（PF）
	2-2	先輩、同級生と情報交換する	先輩、同級生とSGD （*3）	レポート（PF）
	2-3	現実を認識し、自分の将来設計図を再度描く	SGD･将来設計図の作成（*4）、チューターからのフィードバック	レポート（PF）
	2-4	卒業までに必要に応じて計画を修正する	SGD･将来設計図の修正（*4）、チューターからのフィードバック	レポート（PF）（マッチング願書に添える）
臨床研修医	2-1	多彩なロールモデル像を知る 必要な情報を収集する。（専門医取得、海外留学など）	自己学習 先輩の講義（*1）	レポート（PF）
	2-2	先輩、同僚、後輩と情報交換する	先輩、同僚、後輩とSGD（*3）	レポート（PF）
	2-3	自分のキャリアプランを作成する	キャリアプランの作成（*5） メンターからのフィードバック	レポート（PF）
	2-4	必要に応じて計画を修正する	キャリアプランの修正（*5）、 メンターからのフィードバック	レポート（PF）（入職願書に添える）
専攻医	2-3	自分のキャリアプランを再検討する	キャリアプランの再検討（*5）、 メンターからのフィードバック	自己評価
	2-4	必要に応じて計画を修正する 後輩へのアドバイスを行う	キャリアプランの修正（*5）、 メンターからのフィードバック 後輩への講義 （*1） ロールモデルとして講演（*2） 同僚、後輩とSGD （*3）	自己評価 アンケート
生涯教育・管理者教育	2-3	自分のキャリアプランを再検討する	キャリアプランの再検討	自己評価
	2-4	必要に応じて計画を修正する 後輩へのアドバイスを行う キャリアサポート体制を構築する	キャリアプランの修正 ロールモデルとして講演（*2） SGDのチューターとなる（*4） メンターとなる（*5） 管理職研修	自己評価 アンケート 360度評価 病院機能評価 外部評価

２－１　医師としての将来設計に必要な情報を得る。（専門医取得や海外留学などの具体的なプロセス）
２－２　医師としての将来設計図を複数描くことができる。（臨床、研究、行政、教育などの多様なコース）
２－３　個人のライフイベントを予測し、自分の将来設計図を描く。
２－４　状況に応じて計画を修正し、柔軟に対応する能力を身につける。
PF　portfolio　ポートフォリオに入れる
SGD　small group discussion　少人数討論

リアが育成されて、医師として一定の水準に達することができたと言われるが、実際にはこれまで医学教育における立案能力育成は看過されてきたと考えられる。これからは、CPDに基づいた医療人としてのキャリア・デザインを作成するための医学部入学後早期からの教育が求められる。

表１[1)] は日本医学教育学会女性医師キャリア教育検討委員会によるキャリア・デザイン立案能力育成のための方策を一例として提示した。

脚注

１）木下牧子ほか：特集　女性のキャリア教育、女性医師キャリア教育検討委員会報告－女性医師キャリア教育における学習目標．医学教育：46巻・第３号、2015年

２）「医師のキャリア形成に関連する医学部教育の実態調査」報告書、2013年10月全国医学部長病院長会議

４．教育環境の整備

卒前教育から生涯教育に至るまで、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。教育環境には「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、

表１　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（技能トレーニング施設）　・病院その他の医療施設
　・研究環境　・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*
　・明確化な教育ビ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　・教材の多様性

* それぞれの施設には特徴ある教育環境があるべきで、それはそれぞれの施設のビジョンとミッションによる。

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１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。MOOC〔massive open online course〕など）」にも積極的に取り組んでいく必要があるだろう。

１）医学環境をサポートする組織の確立・充実

入学から卒業までの６年間一貫した医学教育が各大学で実施される中、学生の能動的問題解決能力獲得が学生に必須である。そのための学習環境として、設備の整った講義室や実習室、図書館の充実が求められる。講義室においては、学生が受身にならないよう、講義の理解度をチェックするための機器を導入するなど、教員と学生が双方向にコミュニケーションがとれるような工夫をする大学がみられる。学生が自分から講義に参加するという意識を高めるよう、大学側の努力がなされている。また、図書館では、書籍、コンピューター設備、グループ学習のための演習室などの確保に加え、管理システムの発達により、長時間（中には24時間）図書館を学生に開放できるようになってきた。実習室においても、一人一人の学生が積極的に参加し、体験の機会を多く持てるよう、設備などの工夫がなされてきている。

ほとんどの大学で取り入れられているチュートリアル教育は、学生の能動的問題解決能力という目的達成のためにふさわしい方法とされ、初年次からチュートリアルを取り入れる大学も増えている。効果的に進めるためには、チュートリアルのための演習室や演習室内の設備を整えるなど、アメニティに注意が払われるべきであり、予算の確保が必要である。チュートリアル教育が日本で取り入れられてから久しく、慣れてきたところであるが、チューターを担う教員の力量にも注意が必要で、チューターによる学生グループ間の学習に差が出ないよう、チューターのトレーニングも重要である。

１学年からの早期体験は一貫教育の中で定着し、学生の勉学意欲向上のために、ほとんどの大学で実施されている。その場は学外の医療、福祉施設に確保されている。一方、診療参加型臨床実習も大学病院に加えて、学外施設で行われる大学が多くなっ

てきた。したがって、学外の指導者に教育力が求められ、指導の質向上のためにも大学と連携した組織を構築したうえで、継続的に教育内容を検討し、改善する姿勢が求められる。

各大学で教育全般にわたる責任を持つ役割は、教務委員会や教学委員会などが担っている。しかし、当該委員会が扱う内容は広範囲に及ぶため、個々の教育（カリキュラム、チュートリアル、臨床実習など）に関して、さらに異なる委員会が組織されている。同一教員が複数の委員会委員となるケースも多く、教員の負担過剰も問題になっている。一部の教員に負担が偏らないよう、公平に役割分担がなされることが望まれる。

医学教育センターなど、医学教育に特化した組織が全医学部で設置されている現状がある。この組織に期待されることは、カリキュラムの編成など卒前医学教育全般、教育評価方法の開発と実施、FDの企画、実施による教員への対応、共用試験管理、OSCE担当と運営、学生の悩み相談やメンタルケアを含めた学生生活支援、地域医療教育の開発、スキルスラボの整備や運営、学部間あるいは他大学との教育連携、卒前・卒後の一貫教育、諸外国との連携による国際化など多様で、卒前のみならず卒後につながる一貫教育の構築と実践というかなめの役割を担う。しかしながら、構成員数は１施設平均約５人との報告があり、必ずしも十分な専任の教員数が配置されているとは言えない。他の診療科からの兼務教員も多い。医学教育センターなどの役割の遂行に専念し、グローバルにも発展することに貢献できる人材開発と専任教員の増員が望まれる。

医学教育の方法は世界中で議論され、改善が加えられている。FDは教育の質を上げ、教員の教育能力の開発に重要な役割を持つ。医師としての能力を身に着けるための質の高い教育者を養成するのみならず、各大学の建学の精神に照らし合わせ、大学独自の特徴を教育に反映させることも求められ、FDの果たす役割は大きい。各大学のFDに関わる人材育成には、国内のみならず海外の他大学との交流も有効である。各大学がしっかりしたFD組織をもち、予算の確保を行う必要がある。

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組織・部門が殆どの医学部に設置されている。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。

卒前教育を担当する大学医学部の医学教育部門と卒後教育を担当する附属病院の臨床研修センターが別組織として設置されている場合が少なくないが、教育の一貫性を考えた場合、今後は、医学部と附属病院が協同して卒前・卒後を通しての教育拠点として両者を一体化して機能させることが求められる。さらには、2017年から開始される予定の新専門医制度においては、このような医学教育部門が各専門分野に共通する教育支援をも担う必要が出てくると思われる。もっと先には、同様な教育ニーズは今

後多くの医療職に生じてくることが予想され、そのような場合の支援組織としても活用されるべきであろう。すなわち､今後の医学教育部門は「医療者教育支援センター」として卒前・卒後を通貫して発展させていくべきと考えられる。このような組織は、専任教員とともに多くの兼任教員から構成されるべきである。

教育部門専任教員は、学習理論、学習方法、教育プログラム立案などについて各部署の人材育成を支援していく必要がある。現代の医学教育には様々な新しい手法が取り入れられているが、全ての教員・職員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。平成26年度から開始されている日本医学教育学会の「認定医学教育専門家資格制度」は、このような立場の教員・職員の医学教育能力の涵養には有用な制度であると思われる。

また、医師教育に限って言えば、医師には卒前の臨床実習、卒後の臨床研修、専門研修、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。

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は必須である。

最後に、医学教育部門の役割として、下記の３つの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。またこれらの業務は、今後多職種を対象としたものに発展していくべきであることは、前述した通りである。

(a)「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履修を求めるべきである。

(b) 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。
(c) 医学部卒前教育・臨床実習・臨床研修・専門研修・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、大学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、医学部・大学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）既設医学部の定員増による対応の妥当性の再確認

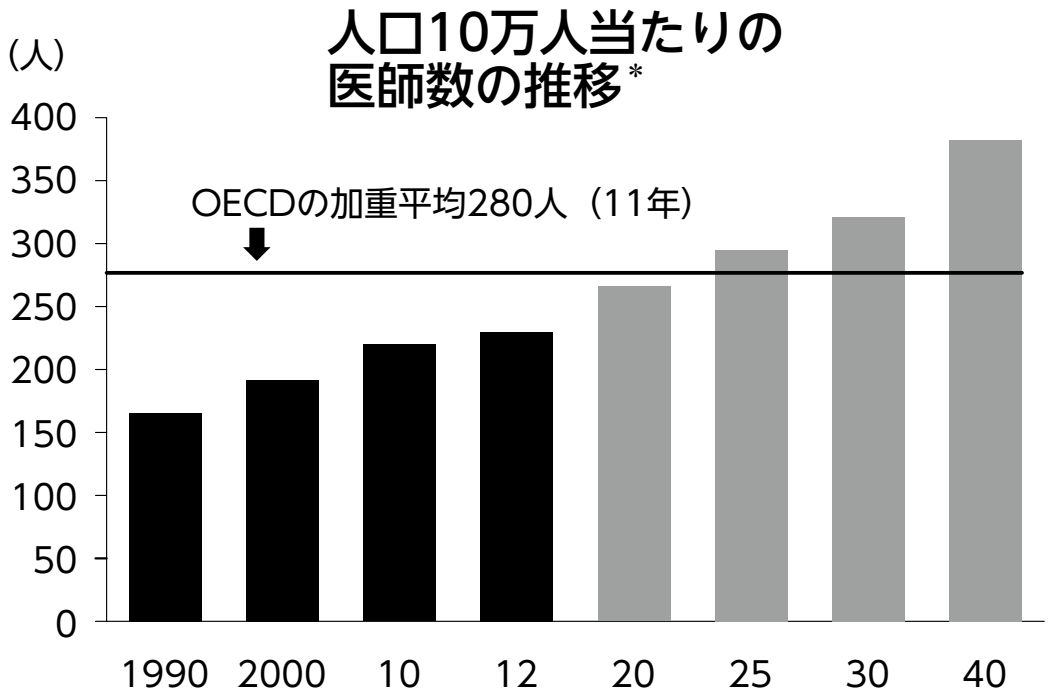
「医療崩壊」は単なる医師不足ではなく、地域格差、診療科間の格差、過酷な労働環境による勤務医の減少など、様々な問題が複雑に関連しており、医師養成増のみで解決できる問題ではない。昨今、医療崩壊の解決策の一つの方法として医学部新設の容認、検討がなされているが、医学部の新設には多くの問題点が含まれており、本会議ではかねてから医学部の新設に対して慎重な対応を求めてきた。当面の医師数の確保については以下のとおり既存の医学部の定員増で対応すべきと考える。
なお、政府は、平成27年８月東北地方に東日本大震災の復興のシンボルと称して、入学定員100名の医学部の新設を認可し、さらに成田市において特区による医学部新設を容認したが、再度、改めて慎重な対応を望む。

（１）医学部入学定員増の現状

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27年の入学定員は過去最大規模を上回る9,134名となっている。すなわち、平成19年（2007年）のいわゆる削減時入学定員7,625名と比べると1,509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15～７大学新設したことと同じ効果を持っている。今回の一連の入学定員増は10年間の期限付であり、将来の医師の需給状況を調査し、定員を調整することとなっている。

（２）最近の定員増を踏まえた医師数の将来予測

医師数の将来予測について、2015年６月、厚生労働省は、最近の医学部入学定員増や今後の人口推計などを基に人口10万人当たりの医師数の推計結果を発表した（下図のグラフ参照）。それによると、人口10万人当たりの医療機関に勤務する医師数は1990年以降一貫して増え続けており、2012年の227人から、2020年には264人に、2025年には292人となり、OECDの平均（2011年の加重平均）である280人を上回り、その



*2015年６月厚労省のまとめより改変。2012年までは医療機関で勤務する医師数の集計値、20年以降は推計値。

後も2030年に319人、2040年に379人と増加が続き、先進国の中で低水準という長年続いた状況から抜け出し、むしろ過剰となる見通しが示された（図１）。すなわち、既存の医学部の定員増で、医師数は十分確保される見通しとなっている（内閣府社会保障制度推進本部第５回医療介護の活用による改革の推進に関する専門調査会（平成27年６月15日）[1] 資料より）。

政府はこの推計結果を基に、2020年から医学部の定員を減らす検討に入ったことを発表している（平成27年９月13日日本経済新聞より[2]）。

脚注

１）内閣府社会保障制度推進本部第５回医療介護の活用による改革の推進に関する専門調査会（平成27年６月15日）

２）平成27年９月13日日本経済新聞

（３）既存の医学部（医科大学）の施設設備の活用

既存の医学部（医科大学）の施設設備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る。

（４）既存の医学部（医科大学）の教育研究資源の確保・充実

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近隣の医科大学をはじめ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、当該大学をはじめ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。

（５）医科大学新設に要する資金

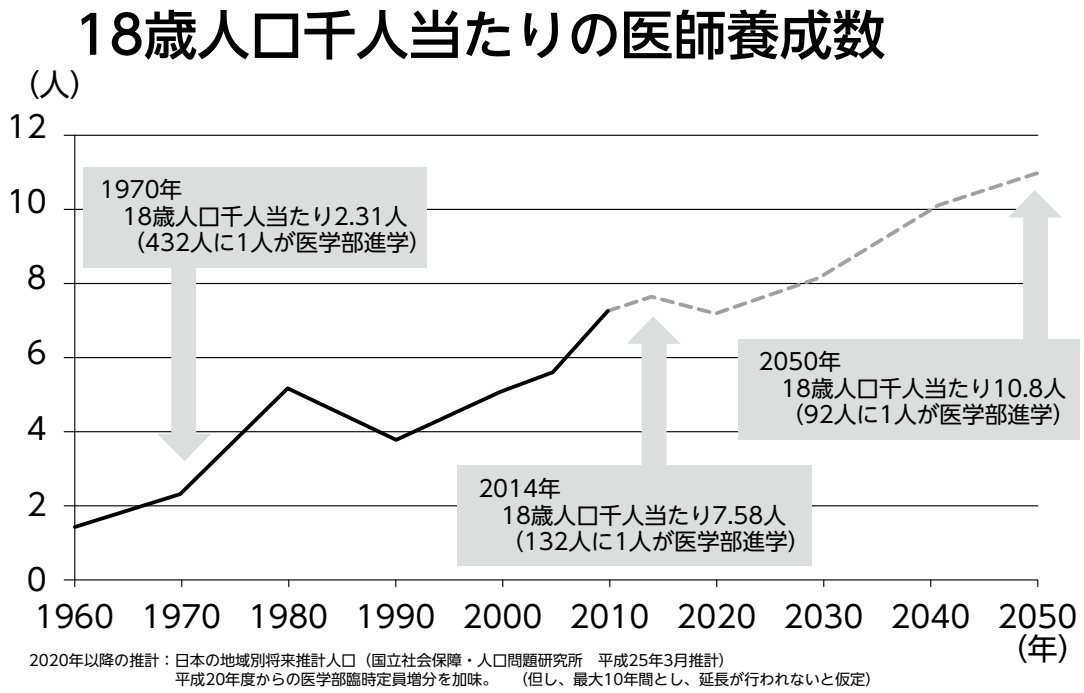
医科大学の新設には１校あたり約1,000億円ともいわれる莫大な資金を要するといわれている。無駄な投資を避け資源の有効活用を図るためにも既存の医学部の施設設備を充実させ教育研究資源の確保を図るべきと考える。

２）学生の医療人としての資質の確保

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について

医学部入学の難易度は、ある時点の入学定員とその時点の18歳人口の比率によっておおよそ決まるといえる。過去の医学部入学の難易度をみると、1960年時点の入学定員（医師養成数）は2,840名、当時の18歳人口は約200万人であった。したがって、当時の18歳人口千人あたりの入学定員は、1.4人（約700人に１人が医学部に進学）であった。しかるに、2015年現在の入学定員（医師養成数）は9,134人に増員（３倍強）されており、一方、18歳人口は119万人（ほぼ1/2）にまで減少している。したがって、現在の18歳人口千人あたりの入学定員は7.7人（130人に１人が医学部に進学）という状況になっている。すなわち、以前に比べ現在の医学部入学の難易度は、５分の１以下にまで低下（入学が容易）となっている。



出典：内閣府社会保障制度推進本部第５回医療介護の活用による改革の推進に関する専門調査会（平成27年６月15日）資料より。

おりしも、平成27年６月、厚生労働省は、18歳人口千人当たりの医師養成数（入学者定員）について、1960年以降2014年までの過去の推移、および、平成20年以降の医学部入学定員増分を加味（但し、増員は最大10年間とし、延長が行われないと仮定）した2050年までの推計値を発表した（下図のグラフ参照）。それによると、1970年（昭和45年）の18歳人口千人当たりの医師養成数（入学定員）は2.31人（432人に１人が医学部進学）であったが、2014年では、7.58人（132人に１人が医学部進学）となり、さらに、2050年には、10.8人（92人に１人が医学部進学）となると予測している。

すなわち、1970年（新設医大設置前）に比べると2014年（現在）では、入学の門戸は3.28倍に広がっており、入学の難易度がほぼ３分の１以下に低下しており、さらに2050年では、門戸は4.7倍に広がり、難易度はほぼ５分の１に低下する（入学し易くなる）ことを示している。

医学部入学者の偏差値が高ければ良いというわけではないが、門戸があまりにも広がれば、医師の資質として必ずしも好ましいとは言えない学生が入学する可能性が高くなることが強く懸念される。

（２）最近の医学生の学力低下問題について

本会議における「医学生の学力低下に問題に関するアンケート調査結果（平成27年３月）」によると、平成20年以降の一連の医学部入学定員増に伴って、低学年（医学部１年次および２年次）の学生の留年者数（実数）と定員増を勘案した補正留年率

（単純な留年者の増加率を定員増加率で除して補正したもの）、さらに休学者数（実数）と補正休学者率（単純な休学者の増加率を定員増加率で除したもの）などが経年的に上昇していることが報告されている。１年次学生の補正留年率は平成20年以前に比べ平成24年は152％に（単純増加率は179％）、２年次学生も135％（単純増加率は157％）に達しており（下表参照）、補正休学率も１年次学生で188％（単純増加率は221％）に、２年次学生で124％（単純増加率は145％）に達している。なお、平成25年度では、留年者、留年率ともやや低下傾向（改善傾向）が伺える。

	定員増以前の留年者数平均	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
１年生	132.7名	148名	176名	214名	212名	237名	210名
留年増加率		115.1％	132.6％	161.3％	159.8％	178.6％	152.8％
定員増加率		101.8％	110.9％	115.6％	116.6％	117.5％	118.2％
補正留年率		113.1％	119.6％	139.5％	137.0％	152.0％	129.3％

２年生	299.8名		341名	396名	441名	472名	466名
留年増加率			113.7％	132.1％	147.1％	157.4％	155.4％
定員増加率			110.8％	110.9％	115.6％	116.6％	117.5％
補正留年率			102.6％	119.2％	127.2％	135.0％	132.3％

その他、アンケートの中の自由意見として、精神的な問題や、学習意欲の低下、学習方法が分からない、基礎学力の不足など、様々な問題を抱えた学生が多いことも指摘されている。わが国の18歳人口は、今後さらに減少することが予測されており、現状の入学定員が続いた場合、入学の難易度のさらなる低下、学力の低下が危惧される。医学生の質の確保の観点から、入学定員の見直し（削減）が必要であり、医学部新設が如何に不要かつ有害無益であり、既設の医学部の入学定員増による対応の妥当性が明らかである。

３）医学部新設に係る社会的問題　―医師数ではなく地域偏在・診療科間偏在解消こそが必要―

全国医学部長病院長会議は、将来医師数推計、医師数の国際標準、医師養成増（医学部定員増）による質の低下など（第３章　５．医学部新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧参照）エビデンスに基づいて、平成20年頃から一貫して、「医学部新設反対」の立場をとり、時の政権に「意見書」、「声明」などで表明して来た。「医学部新設反対」に関しては、全国医学部長病院長会議の重要な基本方針として未だ主張し続けている。

この様な、重要な指摘に耳を貸さず、政府は、平成27年8月東北地方に東日本大震災の復興のシンボルと称して、１校に限定し入学定員100名の医学部の新設を東北薬

科大学に認可し、さらに成田市において特区による医学部新設の方向性を容認した。人口減少が進む中､将来の医師養成政策に禍根を残すことのない政策に舵を切るなど、再度、改めて慎重な対応が望まれる。

（１）教員、医師、看護師の確保に伴う地域医療崩壊の危惧―東北地方における医学部新設問題―

「東北地方における医学部設置認可に関する基本方針について」（復興庁、文部科学省、厚生労働省：平成25年12月17日）[1] の「４つの留意点の②、③」、「東北地方における医学部設置に係る構想審査会構想審査結果」（構想審査会：平成26年8月28日）[2] の「７つの条件の（２）、（４）、（５）」、「「選定に当たっての条件」の検証結果」（構想審査会：平成27年３月17日）「６項目の今後の対応が必要な事項の（３）、（４）」に述べられている様に、国の基本方針、東北地方における医学部設置に係る構想審査会の審査、検証結果において一貫して指摘されている重要事項の一つは、「地域医療に支障を来さない教員、医師、看護師等の確保」である。しかしこの点の条件に対する対応が適切に行われているかは極めて疑問である。すなわち、「「選定に当たっての条件」の検証結果」（構想審査会）平成27年３月17日の（３）では「教員や医師、看護師等の確保について、採用地域や採用機関等のバランスに十分配慮しつつ、地域医療に支障を来さないよう、引き続き適切に対応すること。広く全国に積極的に人材を求め対応を行うこと。」とされている。

しかし、平成27年６月30日現在の採用予定者174名の内訳は、3/4にあたる134名が東北地方からの採用であり、東北以外はわずか40名である。また、東北大学からの直接の採用予定者は実に64名に上り1/3強を占めている。さらに、東北地方からの採用の134名のほとんどが東北大学関連である。従って、採用予定者の約3/4は東北大学関係者である。

これは構想審査会で示している「採用地域や採用機関等のバランスに十分配慮しつつ」また、協議会で決めた「地域医療に支障を来さないための教員等の公募及び選考に関する基準」（平成26年11月11日）[3] の「特定の機関（大学、病院）から極端に多く採用することのないようにする。」というルールにも大きく反している。自らの大学が主催した委員会で決めたルールすら遵守できない組織では教育機関としての適正すら疑われる。現時点では、本問題が大きく東北の地域医療崩壊に結びついているわけではない。しかし、教員については、年次進行による整備が認められており、臨床系教員（医師）は学生が臨床教育を受ける年次までに整備すれば良い事になっている。入学生が３学年以降に進む３－４年後には多くの臨床教員を雇用する必要が生じる。従って、この段階で地域医療崩壊が顕在化する事が予想される。

地域医療崩壊が顕在化すれば国の基本方針で強調され、構想審査会が繰り返し指摘してきたこれらの問題が解決されることなく医学部設置が進められてきたことになる。

従って、地域医療崩壊の顕在化は重大な社会問題となり、国、構想審査会の責任問

題になる事が危惧される。ひとたび「地域医療崩壊」や「偏在」が顕在化すればその回復は容易ではなく、長期にわたり社会問題化し、国民からの責任追及の声も高まる事が予想される。

脚注

１）東北地方における医学部設置認可に関する基本方針について（３省庁合意） 復興庁・文部科学省・厚生労働省：平成25年12月17日

基本方針の項目三つ目の〇留意点（必要な条件整備）に四つの中項目に　番号があるが、②教員や医師、看護師の確保に際し引き抜き等で地域医療に支障を来さいような方策を講じること③大学と地方公共団体が連携し、卒業生が東北地方に残り地域の医師不足の解消に寄与する方策を講じること

２）東北地方における医学部設置に係る構想審査会構想審査結果

東北地方における医学部設置に係る構想審査会：平成26年８月28日構想審査結果

二、選定にあたっての条件

(2) 上記協議会の活用等により、東北大学をはじめとする既存の大学との教育面、卒後の医師確保における役割分担と連携を整理し、東北6県全体の医師偏在解消につなげる枠組みを確立し、仙台への医師の集中とならないようにすること

(4) 教員や医師、看護師などの確保について、公募を行うに当たり、地域医療 に支障を来さないことを担保する具体的な基準や指針を定めて対応すること。看護師の確保についても具体的な方策（年次計画、採用方法、採用後の育成方法等）を示すこと。附属病院の拡張整備にあたっても、県当局と相談の上、地域医療に支障を来すことなく進めること。

(5) 医師の東北地方への定着を促す修学資金の仕組みについて、宮城県等と制度の詳細について精査し、単に東北地方に残るようにするのではなく、地域偏在の解消に対してより実効性が高く、かつ持続可能な仕組みとした上で、東北各県と十分な調整を行うこと。かつ、修学資金だけでなく、入学者選抜から学部教育、卒後研修を見通した定着率の充実に取組み続けること。

３）地域医療に支障を来さないための教員等の公募及び選考に関する基準

東北医科薬科大学医学部　教育運営協議会：平成26年11月11日

この基準の１．のまた書き以降、以下の文言が続く

１．本学は、教員の採用にあたっては、現在勤務している地域の医療に支障が生じないよう配慮し、医師数が少ない地域から採用することのないようにする。また、特定の機関(大学、病院)から極端に多く採用することのないようにする。

（２）「国家戦略特別区域における医学部新設に関する方針」に対する疑問と見解

平成27年７月31日に公表された「国家戦略特別区域における医学部新設に関する方

針」[1] によると、新設される医学部の目的は“グローバルな人材の育成”とされている。しかしながら、グローバル人材の育成は、既存の医学部・医科大学で遍く行われていることであり（資料：全国医学部長病院長会議白書2015年版）、ことさら新設医学部の必要性を説明する理由とは成り得ない。まして、このような曖昧かつ抽象的な要件のみで、国際的に活躍できる医療人が育成できるのか、医学教育・医師養成に携わる者としては疑問を禁じ得ない。また、後述するように、新設への応募に強い意欲を示している施設（のちに唯一応募した国際福祉大学）から公表された募集案によると、“国際的医療人”の枠はわずかで（140人の定員のうち20名）、殆どの卒業生（140人の定員のうち120名）が、新設医学部の目的に反し、一般臨床医として日本国内で医療を行うことを防ぐ方策が示されていない。従って、仮に募集をすることになった場合には、この点に関して厳格な審査とルールが適応されてしかるべきである。

「国家戦略特別区域における医学部新設に関する方針」に示されている下記２項目は、その目的から見るとはなはだ妥当性を欠く内容となっている。

ａ）「留意点（必要な条件整備）」に関する見解と方針への疑問

①では、「一般の臨床医の養成・確保を主たる目的とする既存の医学部と次元の異なる、上記の目的（世界最高水準の「国際医療拠点」をつくるための国際的な医療人の育成）に沿った際立った特徴を有する医学部とすること」とされ、「具体的には」との前置きのあと、以下の事項に総合的に取り組み、際立った特徴を有するものであること、と再度強調されている。また冒頭で述べられている「一般の臨床医の養成・確保を主たる目的とする既存の医学部」とはどの医学部を指しているか明確でない。全国医学部長病院長会議による2014年度の国際交流に関する調査によると、2012、13、14年度の3年間、安定して毎年約1万-1万3千人の医師を海外に派遣し、毎年約1,300人の医師を海外から受け入れている。また、学生に関しても、毎年約1,600-1,800人の学生を海外に派遣し、毎年約1,000人の学生を海外から受け入れている。

さらに全国医学部長病院長会議では、文部科学省支援事業に協力し、国際基準に基づく分野別認証評価を試験的に実施し、独立した評価機構の発足に道筋をつけてきた結果、2015年12月に一般社団法人日本医学教育評価機構（JACME）が設立された。今後、７年以内に全80医学部・医科大学はJACMEによる認証評価を受審することが決定され、国際基準に則った、本格的な医学教育の分野別認証評価制度下での質保証が実現する。「診療参加型臨床実習期間」を含めた十分な期間（74週）を確保した臨床実習が、認証の必要条件となっており、既存の全医学部において、この条件をクリアするための準備が進められている。

方針に記されている、既存の医学部とは「次元の異なる」「際立った特徴を有する」医学部とはどのようなものなのか、具体的に明確化する必要がある。特に、具体的な事項として挙げられた８項目については“ふさわしい‥”、“一定年数‥”、“十分な‥”、“‥確保や実施（割合）”など抽象的表現に終始し、数値目標やそのレベルなどが全く示されておらず、極めて具体性に欠くと言わざるを得ないばかりか、設定される数値によっ

ては、目的にそぐわない低い水準の教育レベルとなることが大いに危惧される。

また④では世界最高水準の十分な教育環境が整えられ、教育の質が確保できるような適切な人数とすること、とある。臨時措置を除き長い歴史のある既存医学部にもない140名という多数の入学定員に対して、この目標を達成する教育体制の構築が可能かははなはだ疑問である。

いずれにしろ仮に設置を認可するのであれば、それに向けて、このような際立った特徴の具体化を議論する必要があり、この構想の実現可能性を検討し審議する、密室ではない、開かれた委員会の設定を強く求める。

仮に将来的に設置が認可された場合、開学後の実績がこれらの具体的数字に達しない際は、どのような対処が行政からなされるのかについても具体的に言及されるべきである。

ｂ）「社会保障制度への影響」について

昨年12月に提出した「国家戦略特区での医学部新設に反対する」声明文でも指摘したように、養成された医師が、当初の目的に反して一般臨床医として勤務するようであれば、長期間にわたり社会保障制度に影響を及ぼすことになるのは明白である。にもかかわらず、養成された医師が海外へ行かず一般臨床医とならない方策がこの方針には何ら示されていない。卒業生が国際医療拠点の整備に求められる人材としてふさわしい活動をしていることが検証されたとしても、養成された医師が一般臨床医として日本国内で診療に専念することはないという、実効ある方策を示すべきである。

当初、実質的な候補大学は国際医療福祉大学と考えられ、2015年７月の政府方針を受けて、現実的に唯一その大学のみが名乗りを上げた。成田市分科会でも、政府が方針案を出す以前から､当該大学「ありき」の議論が非公開で行われていたようである。その案では、140名の入学定員のうち、グローバル人材育成のための定員はわずか20名であり、この数値から推測すると当該大学は120名の一般の臨床医育成が本来の意図や目的であることは明白であり、本方針で示された「国際的な医療人の育成」とはかけ離れている。

設置が予定されている成田市ならびにその周辺は、大学病院を含めた基幹病院が数多く存在し、余剰の病床は皆無である。方針では「医学部新設及び附属病院の設置のための教員や医師、看護師の確保に際し、引き抜きなどにより地域医療に支障を来さない」ことが指摘されているが、この事は厳格に守られなければならない極めて重要な事項の一つである。

このように今回の「国家戦略特別区域における医学部新設に関する方針」で示された内容は、数多くの矛盾点、疑問点や問題点を内包しており、到底、容認できるものではない。真に世界で活躍できるグローバル医療人材を育成するためには、既存の医学部の中から、高い実績を有するふさわしい施設を選定し、公的資金を投入し、充実を図ることが近道であり、リスクも少なく、また看護師など医療スタッフの引き抜き

などにより成田市ならびに周辺地域の医療崩壊を招く心配もなく、しかも医学部新設による税金の無駄遣いを防ぐことができる唯一の道である。

脚注

1） 国家戦略特別区域における医学部新設に関する方針（案）
内閣府・文部科学省・厚生労働省：平成27年7月31日
方針（案）の内容　www.kantei.go.jp/jp/singi/tiiki/…/dai4/shiryou.pdf

6．医師偏在、診療科の地域偏在の是正のための論理の展開

1）入学者定員と医師偏在改善について

入学者定員と連動した総医師数の適正化（第1章1－2）および第3章5を参照）のみでは医師偏在の問題は解決できない。仮に医師数が必要数の80％しか充足されていない診療科または地域の医師数を、養成医師総数をもって充足率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、医師数が充足している診療科または地域では必然的に＋25％の医師過剰状態が生じる。過剰を可及的に避け、偏在を是正することを目的とするという点で、「偏在問題」は「必要な総医師数」とは別途に論じられなければならない。そして、偏在には、地域的な偏在と診療科の偏在の２つが存在する（診療科の偏在については3章、6－2）参照）。

地域的な偏在の実態は、人口当たりの都道府県別や２次医療圏別の医師数で比較されることが多い。しかし、実際には、医療機関へのアクセスの点などにより、隣接する都道府県や２次医療圏間で医師不足が解消されているような実態もあり、一概に論じることはできない。

一方、地域における個別の病院の医師補充の多くは、従来大学病院が担ってきた。このことを考えると、地域的偏在問題の大きな要因は、大学が担ってきた医師派遣機能の破たんにあるとも言える。すなわち、中大都市部の大学に比べ小都市部の大学では、臨床研修医数および専門研修医数が大幅に減少していることによるところが大きい。臨床研修制度発足以前は、各大学の卒業生の約７割以上が大学に残り、関連病院の支援に従事していた。しかし、現在、大学に残る医師数は卒業生の６割程度（全国平均）に落ち込み、小都市圏の大学では４割弱にまで落ち込んでいる（平成26年全国大学附属病院研修医に関する実態調査参照）[1)]。

臨床研修医の都市部への集中と大学の有する医師派遣機能以外にも大都市およびその周辺地域への地方からの医師の流入なども報告され、現時点での格差是正の見通しは明らかでない[2)]。また、地方から都会への人口流出も懸念され、それに伴う地域高齢者の孤立化なども大きな問題である。このような状況に対して、地域偏在の是正を図るべく以下のような方策を講じる必要がある。

（1） 入学定員などの制度的な改善

ａ）地域枠もしくは地元出身者優先枠の継続した確保

研修医の都市部への集中は､地方の大学に都市部出身者が多いことが関係している。そして、都市部の受験生の学力に比べ地方の受験生の学力が比較的低いという現状を踏まえると、医学部合格者における都市部出身者の占める割合が高いという傾向は継続するものと思われる。しかし、入学試験の成績と入学後の成績はパラレルに推移するものとは言えない。一方、一般枠の入学者より地域枠入学者の地元定着率は高い傾向にある（一般入学者の地元定着率は平均45％であるのに対して地域枠入学者のそれは83％[3)]。文部科学省医学教育課調査による）[2)]。このようなことを踏まえると、地域の実情に合わせ、地域枠などの地元出身者優先枠を維持または拡充し、継続して運用することは、医師の地域的偏在解消の大きな手段となる。また、学力差に乖離がある場合には、教職員数の充実を前提として、入学後のリメディアル教育による補填も並行して推進する必要がある。

ｂ）臨床研修病院の定員について

現在、臨床研修病院の募集定員は11,052名（平成27年度）で医学部卒業者数を遥かに超え、制度実施以来、マッチ率は中大都市部で高い傾向が継続している。地域の医師不足を解消するためには、医師不足地域の研修医定員の増員とともに募集定員と卒業者数の近接化を図ることが早急な対策となろう。これにより、定員割れしている地方小都市に位置する研修病院への研修医の増加が見込まれ、その効果は医師の地域への定着に波及するものと思われる。

ｃ）医師偏在に関する情報発信

医師の需給状態や地域的・診療科的偏在を客観的データに基づき、継続して情報発信するシステムの構築は、入学時の動機付け、臨床研修地の選択、専門診療科の選択などに関する有用な情報源となる。このような情報は医師の将来の方向性に間接的ではあるものの影響を及ぼし、自律的な偏在解消の一助となる。これには、2025年を目指して始められた「地域医療構想」[4)] に含まれるであろう疾患統計や診療情報分析なども有用な資料となろう。

（2）卒前教育・卒後研修の充実

現在、多くの大学では独自に様々な取り組みが行われている。すなわち、医学生への地域医療実習の実施、卒業生に対する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研修の導入などである。

このような卒前教育・臨床実習と卒後研修カリキュラムなどの改善の主な目的は、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ることにある。すなわち、地域で活躍するために必要な基本的臨床能力を卒前教育・卒後研修の連続性の中で身に付けさせることに加え、客観的情報に基づいた地域偏在の現状や診療科偏在の事実を踏まえた上で、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

会的責任を自覚させることにある。そのためには、適切なアドミッションポリシーの下で入学選抜を行い、卒前・卒後を通じて地域医療学講座などによる継続した教育・研修活動を拡充させる必要がある。地域枠入学生に対する特別なカリキュラムを準備している大学は約４割に過ぎないことからも判るように、カリキュラムを含めた学生教育の大幅な改善が求められる（わが国の医学部・医科大学白書2014参照）[5)]。また、成績、進路、学生の志向の変化などを入学時からの経年的アンケート調査などにより蓄積し、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構築に向けフィードバックすることも必要である。

脚注

１）全国医学部長病院長会議　平成26年度全国大学付属病院研修医に関する実態調査報告　p18-19　参照
２）岡田直己他、第112回日本内科学会講演会　医師流入動態推計　講演
３）文部科学省医学教育課　大学における地域医療の充実のための取組（地域枠）に関する調査（平成27年５月）
４）厚生労働省　地域医療構想策定ガイドライン
５）全国医学部長病院長会議　わが国の大学医学部・医科大学白書2014　p128

２）　専門医養成と診療科及び医師の地域偏在の是正

わが国の専門医制度については、すでに第２章、２．専門医・専門医療人の養成の項で述べたとおり、厚生労働省による「専門医の在り方に関する検討会」の最終報告書（平成25年４月公表）[4)] を受け、その在り方が大きく変わることとなった。同報告書の要点の中で、特に、①全ての医師がいずれかの専門医資格を取得することを基本とすること、②新たに総合診療専門医を基本専門医資格に位置付けること、③新たな専門医の研修施設は、大学病院や地域の中核病院などの基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が病院群を構成すること、が盛り込まれており、新たな専門医制度の構築により、結果として医師の偏在是正に寄与することが大いに期待される。

前述のとおり、大学病院が中心になって研修施設群を構築することについては、かねてから本会議が提唱しているところであり、各都道府県に少なくとも１校は設置されている大学が研修施設群の中核施設として研修プログラムを統括的に構築することにより、大学が一定数の専攻医の研修状況などを継続的に調整し、基幹施設と地域の連携病院をローテートさせることにより、地域医療の確保と地域の医師偏在の解消に一定の効果が得られることが期待される。また、研修プログラムの中に、一定期間の研究活動の期間を設定するなど、大学ならではのプログラムを構築することも必要なことと考える。一方、診療科の偏在是正についても、将来的には専門領域別あるいは地域別の定数を定めることが考えられる。諸外国の制度を参考にしつつ、医療提供体

制や社会制度の違いがある中で、我が国における新たな日本専門医機構が医療界の利害の対立を超え、かつ、国民的合意の下で領域別あるいは地域別の専門医の定数を定めることができるかどうか大きな課題である。

その他、医師不足地域あるいは不足専門領域の専門医養成プログラム、あるいは、養成された新たな専門医の診療に対して、強力なインセンテイブを付与することも、診療科偏在に対する有効な手段となるものと考える。さらに、総合診療専門医が基本領域の専門医資格に位置づけられたことは、今後、高齢化社会のさらなる進展が予測される中、過度に分化した領域別専門医による診療科偏在の是正に一定の歯止めとなることが期待される。

脚注

１）平成26年全国大学附属病院研修医に関する実態調査
２）文部科学省医学教育課調査
３）わが国の医学部・医科大学白書2014

３）大学病院の地域医療、医師偏在是正への貢献

大学病院は、地域へ先進医療・高度医療を提供する医療機関として地域医療の中心的役割を担ってきた。また、医育機関であることから地域医療に従事する医師を養成し、地域医療機関を支えるための医師派遣機能を維持することも求められている。加えて、コホート研究などを通じた地域住民の健康増進と疾病予防に関する啓発活動、地域住民の協力を得て行う臨床研究の推進なども大学病院が果たすべき重要な使命である。しかし、地域差があるとはいえ、医師の地域的偏在により以上のような役割を十二分に発揮できない状態が続いている（６－１）参照)。今後は、前・卒後の教育・研修環境を整備し、地域に定着する医師の確保を様々な方策により推進する必要がある。また、超高齢化社会に対する大学病院の位置づけをも視野に入れ、診療機能の分化･統合、予防医学の推進など地域医療に対する大学病院の役割を果たす必要がある。

以上のような大学病院の地域での使命を果たすための必要条件は医師の確保にあり、以下に述べるように医師養成体制の変革を目指す必要がある。

（１）学部教育・臨床研修・専門医研修の連続性の確保と医師養成の効率化の推進

現在、CBTと連動したStudent Doctor制度の導入やカリキュラムの見直しなど、医学教育は様々な面で改変されつつある。中でもJACMEによる分野別認証評価と連動した臨床実習の強化・拡充は大きな変革につながるものと思われる。

なぜなら、今後、医行為水準[1)] に基づき臨床実習の拡充が進めば、パーフォアマンスレベルと到達目標を異にする臨床研修および今後整備されていくことが期待される

専門研修のカリキュラムとの一貫性と連続性を持った医学部卒前、卒後の医師養成過程を確立するという視点から、現行の臨床研修の見直しを図り、新たな卒後研修体制を構築する必要性が生じるからである。このような学部教育から専門医育成までの連続性または一貫性を考慮した新しい医師養成体制の構築に際しては、地域医療の中核的役割と一貫した医師養成の使命を担う大学が主導して進める必要があり、地域医療機関との強固な連携が必須である。また、このような体制作りに加え、都市部の大学と地方の大学が研修プログラムを介して人的交流を推進すれば、養成医師の地域定着に加え、交流を通じた全国レベルの研修の標準化が期待でき、知識・技術の習得のみならず、医師養成に不可欠な要件である問題解決能力やリサーチマインドの涵養をさらに向上させることができる。従来からの、閉鎖的ともいわれた医局講座制の枠組みを大学と地域医療機関などとの共同作業により、新たな開かれた効率の良い卒後研修体制へと発展させる必要がある。

以上のような体制の構築には、第一に魅力あるプログラム作りと、自由度の高いキャリアパスの提示が必要であり、そのための要件には以下のようなものが含まれる。

(a) ローテーション方式により構築したアウトカム志向の統合プログラムの作成とそれに基づく大学病院と地域の基幹病院が連携した研修病院群を形成すること。

(b) プログラムの策定に際しては、大学は地域の中核病院であるという責任の下、地域の特性に応じた一定の方向性を提示し、地域の医療機関はもとより、地方自治体、医師会などと共同して作成にあたること。

(c) 地域の実情を熟知したうえでの専門性の涵養という観点から、地域中小病院の支援を通じた地域医療研修なども、必要に応じプログラムに組み込むこと。

(d) 大学から派遣された指導医の指導実績や地域の医師不足に悩む医療機関へ派遣された医師の支援実績を地域医療貢献として評価するシステムを構築し、大学独自の評価に組み込むなどのインセンティブを設定すること。

(e) 研修の基盤作りには、大学が個々の研修病院疾患データベースなどを一括管理し、標準的なものから高度なものまで経験症例の集積を図り、各種専門医研修の履修評価と配置調整を行う体制を整えること。

以上のような、連続性・一貫性を担保した医師養成システムを構築することは、医師不足に悩む地域医療機関の支援と表裏一体の関係にあることから、偏在解消の大きな原動力となる。

脚注

1）全国医学部長病院会議　診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定　平成26年７月

（２）新しい医師養成システムの構築とともに推進すべき事項

学部教育から専門医養成までを一体化したプログラムの効率的・合理的運用を図る

ためには以下のような付随的事項の充実をも視野に入れる必要がある。

（a）高度専門医療人養成臨床系大学院および社会人大学院制度の拡充

これらの制度は専門研修などと並行して履修可能であり、高度医療専門医養成に不可欠な研究志向を涵養し、一見複雑に見える多彩な臨床を論理的に整理・統合し問題解決能力を身に付けることができるという点で、専門医養成制度を補完・拡充するものである。さらには、高度先進医療などを発展させる臨床研究能力を養成するなどの目的に対し適切なカリキュラムの提供を行えば、地域への高度医療の提供や地域におけるトランスレーショナルリサーチ人材の育成にもつながるものといえ、今後さらなる拡充を図るべきである。

（b）地域医療機関との連携の強化

大学病院は地域の最終医療機関として、また、地域へあまねく高度医療を提供する医療機関として位置づけられる。このため、地域医療機関・医師会・行政機関との強固な連携体制は、前述した新しい医師養成システムの構築に必要であるのみならず地域医療の向上の観点からも必須である。今後は、2025年を目指して進められている高齢者の急増に対応する医療提供体制の視点（「病床機能報告制度」による病床変更、「地域医療ビジョン」の策定など）への対応として、回復期・慢性期病院や介護施設などとの連携強化を推進し、大学病院においても疾病の治癒、延命を目的とする高度医療の提供のみならず、患者の生活復帰を志向した医療連携重視の観点を継続して重要視する必要がある。

（c）ICT活用の推進

地域中核・基幹病院での専門医養成に際しては、大学病院での指導体制の充実のみならず、研修レベル維持のため、大学からの期間を定めたローテーション方式による指導医の派遣なども検討する必要がある。このことから、大学病院が基幹病院指導医の養成を行うシステムの構築を目指す必要がある。これらの充実により研修内容の均一化が図れる。このためには、病院間のICTによる連携を拡充し、TV会議システムを利用したカンファレンスや研修指導などのできる環境を整備することが必要である。加えて、必要な患者情報、検査データ、画像情報などの情報が共有できるようになれば、研修効率の向上のみならず、地域の医療情報の一元管理による地域連携の大きな進歩につながる。このためには、国が主導して電子カルテの統一化や電子化された医療情報の全国統一基準の策定および推進が望まれる。

4）医療経済と救急医療、産科・小児科、麻酔科、外科医療などの崩壊への対応

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、小児科など、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。

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、社会問題ともなった大野事件にあるように、診療にはある程度リスクがあり、訴訟リスクの高い産婦人科、小児科、外科は少なくなる傾向がある。一方、訴訟リスクが少なく、診療業務が重労働とならない診療科は、人気となっている。方策としては、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方法と考えられる。診療報酬上は、これらの点については、全くと言っていいほど評価はされておらず、偏在の一因となっていると考える。この点については、診療報酬上の評価とともに、一般社会への理解と協力のためのプロパガンダが必要である。

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、医学部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。しかし、大学だけが努力しても、医師となった卒業生は、現在の臨床研修制度では、大学に残るインセンティブとしては弱く、ある意味強制力を持った仕組みが必要であると考える。大学に残る医師数を増加させ、ある一定期間を地域に配置することにより、地域偏在を少しでも緩和することができる。その意味でも、臨床研修制度は抜本的改革も含め、検討する必要があると考える。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。

5）女性医師の働き方と医師偏在

かつて医師の過剰と言われた問題は、2000年代半ば頃から医師不足問題へと転換してきた。現在では医師偏在との関連で一定地域の医師不足が論じられるようになった。ある年齢に達した病院勤務医が診療所開設などによって病院から離脱してしまう傾向は以前からあった。その場合、女性の方が男性より早い段階で病院からの離脱を選択しており、近年の女性医師数の増加によってその絶対数が増加しつつある。それが病

院の医師不足の大きな要因になっていることも指摘されている[1)]。

女性医師は将来の結婚や子育てを想定して非常勤医を選択するキャリアプランをたて、そのために診療科選択を狭めてしまうことが考えられる。このような女性医師の非常勤医選択はマンパワーの減少に繋がり、選択する診療科の偏った選択も医師偏在の要因と考えられている[2)]。

2010年において女性医師の占める割合が高い診療科は、病院、診療所ともに皮膚科、眼科、小児科、産科婦人科、麻酔科であり[3)]、皮膚科や眼科の選択が極めて多い。その理由は単一には論じられないが、急変時には時間外でも率先して応じなくてはならない我が国の主治医制度が家庭との両立を困難にすることから、患者の急変を伴うことが少ない診療科を選択しているためである[2)]。

今後、女性医師数の増加がさらに進む現状においては、常勤医師として男性と同様に幅広い診療科選択が可能となるような勤務の平等化が優先されるべきである。それには育児と仕事との両立ができる環境が必須であり、子育て支援政策の徹底こそがその実現を可能にすると考える。このことによって女性医師のキャリア継続が容易になるならば、医師偏在ひいては医師不足の緩和に大きく貢献すると考える。

脚注

１）川村　顕：女性医師のキャリア選択―病院／診療所選択の男女比較―．保健医療社会学論集19巻２号、2008

２）http://jww.iss.u-tokyo.ac.jp/jss/pdf/jss6401_045068.pdf

３）厚生労働省大臣官房統計情報部　平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査

６）医師の地域偏在・診療科偏在対策に関する合同委員会からの緊急提言について

2004年度に新医師臨床研修制度が創設され、臨床研修医が大学病院以外の病院を選ぶケースが多くなった。医師が不足した大学病院では、地域の医療機関への医師の派遣に困難を生じるようになった。そのため地域の医療機関では、新たな医師を確保することができず、医師不足が顕在化した。

このような状況を踏まえ、医学部入学定員は、2008年度から暫定的な増員が行われ、2010年度以降は地域枠を中心に引き上げられている。この結果、医学部入学定員は2007年度には7,625人であったが、2015年度には9,134人となり1,509人増加した。これは、医学部15校の新設にも相当する増員である。このように、医師の絶対数の不足に対して一定の手当てがなされており、順次、医学部定員増の効果が現れてくるものと期待される。

こうした中、一部にはさらに医学部を新設し、医師養成数の増加を図るべきだとの意見もあるが、現状のいわゆる医師不足の本質は、医師の地域・診療科偏在であり、

これらの解消こそ喫緊の課題であると考えられる。この課題解決のためには、医師自らが新たな規制をかけられることも受け入れなければならない。また、卒前教育の充実はもちろんのこと、それにつづく卒後教育の充実のためには現行の臨床研修制度の抜本的な見直しや適切な専門研修制度の設計が必要である。

このような背景のなか、全国医学部長病院長会議は日本医師会との間で、「医師偏在解消検討合同委員会」を７回の開催の中で検討し、以下の緊急提言をまとめた。

医師の地域・診療科偏在の解消や医師の配置に向けての緊急提言の骨子は大きく5つからなる。

(a) 医師キャリア支援センター構想
(b) 出身大学がある地域での臨床研修の実施
(c) 病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入
(d) 地域ごと診療科（基本領域）ごとの医療需給の把握
(e) 医学部入学定員の削減と新たな医学部設置認可の差し止め

（１）医師キャリア支援センター構想

従来は医師の異動を正確に把握する仕組みがなく、出身大学においてさえ卒業生がどこで何に従事しているかを全て把握できておらず、彼らのキャリア形成を支援する仕組みがなく、いわゆるフリーター医師を生む要因の一つとなっている。また2010年度以降は、地域枠を中心に医学部の定員の増員が図られているが、その地域枠の卒業生の異動を継続的に把握するシステムもなかった。

そこで各大学において「医師キャリア支援センター」を設置し、すべての医学生と卒業生は、出身大学の「医師キャリア支援センター」に登録し、センターは入学時から卒業後、生涯にわたり医師の異動を把握し、卒前・卒後教育（臨床研修やマッチング）、専門医や生涯教育にわたり、医学生や医師のキャリア形成を支援する。医籍登録番号はその際の一つの有用なツール（活用）であり、この登録番号を積極的に活用する仕組みを検討する。

一方、行政は、キャリア形成支援や医師確保を目的とした「地域医療支援センター」を設置したが、各地域において充分に機能しているとは言い難い。各都道府県の「地域医療支援センター」は各大学の「医師キャリア支援センター」と情報を共有しながら支援し、地域の医師会や医療機関との連携に協力する。また都道府県内に複数校ある場合は、それらの調整機能を担う。さらに将来的には、全国のネットワーク組織として「全国医師キャリア支援センター連絡協議会（仮称）」を設置し、全ての医師のキャリア形成を支援すると同時に、その移動を把握する。

大学離れが進んでいる現状のままでは、大学の派遣する力がすぐに戻ると思えず、このセンター構想は本緊急提言の目玉の一つである。

（２）出身大学がある地域での臨床研修

「医師キャリア支援センター」は臨床研修希望者と面談し、研修先の相談に乗る。

臨床研修は原則、出身大学の地域（出身大学の関連病院のある範囲を含む）で行う。臨床研修医の需給が均衡しない地域では、「全国医師キャリア支援センター連絡協議会」で各地域の情報を共有し、需給調整を支援する。また「医師キャリア支援センター」は、地域の実情に応じ、地域行政、医師会、医療機関、住民（代表・団体）と協力して、地域で魅力ある研修プログラを作成する。

2004年度に臨床研修制度が導入された後に研修医が大学離れとともに都市部に集中し、大学病院が担ってきた地域の医療機関に医師の派遣機能が低下し、地域におけるいわゆる医師不足が顕在化・加速化した。現在は都道府県別の募集定員の上限を設けるなど、若干の改善は認められるようになってきたが、更にそれを促進する意味で、あえて出身大学の地域での臨床研修を原則とする提案を行った。

現状の医学部定員の地域枠（様々な条件があるが）においても法的拘束力がなく、ルーズなところがあるとの指摘も多い。臨床研修を行った地域に医師が定着しやすい傾向があり、偏在解消には大きな期待がかけられる。しかしながら“出身大学がある地域での臨床研修を原則化する”などについては、「まずは強制力や罰則を持たせない」方針であるため、各大学は医学生に対して自校や地域への愛着を育み、地域での臨床研修につなげる一層の努力を要する。

（３）病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入

一般的に医師はへき地などへの長期間の勤務に際して、臨床経験などキャリアの継続に関しての不安があった。しかし強制的に思える仕組みだが、地域医療の経験は生涯学習という長い医師養成の意味からも極めて重要であると考えられる。

そこで一定期間、医師不足地域で勤務した経験があることを病院・診療所の管理者の要件とする提案である。また医師不足地域や勤務期間および卒後年数上限（たとえば卒業後何年までに一定期間）は、「地域医療支援センター」と都道府県行政、地域医師会、大学が協議し調整する。医師不足地域は、へき地などに限定せず、地域・診療科偏在の実態を踏まえて、その時々で判断する

そしてこれを実現するためにも、「医師キャリア支援センター」が医師のキャリア支援形成を一体として行っていく。これまでのようにへき地などでの医師確保対策として独立して行うものではない。

（４）地域ごと診療科（基本領域）ごとの医療需給の把握

大学の「医師キャリア支援センター」が、地域医療支援センターや医師会とともに、各地域の現状と将来の医療需給のデータを把握する考えであり、医師配置の自主的な収斂を目指している。また医師や医学生の診療科選択に際しては、大学の「医師キャリア支援センター」が相談に乗る構想である。

すなわち地域医療支援センターは「医師キャリア支援センター」、医師会および医療関係団体と協力して、各地域の現状及び将来の医療需給（診療科別医師数、地域の

性・年齢別人口構成並びに診療科別受療率を踏まえた各診療科医師一人当たりの患者数など）に関するデータを把握し整備する。

地域の「医師キャリア支援センター」は、これらの需給データを医師（医学生を含む）に提供し、地域ごと診療科（基本領域）ごとにあるべき医師配置に自主的に収斂されていくことを目指す。また、「医師キャリア支援センター」は情報を提供するだけでなく、医学生（医師）の診療科選択にあたって十分に相談に乗り、医学生（医師）と診療科（基本領域）ごとに求められる適性とのミスマッチが生じないようにする。

このような調査に基づいて自主的な適正配置の取り組みを行っても、地域・診療科偏在の改善が見られない場合には、欧州で行われているような“地域ごと診療科（基本領域）ごとの保険医登録枠”を検討することも、将来的には必要になるかもしれない。ちなみにフランスでは専門医枠が設定されており、またドイツでは地域ごと診療科ごとに定数が定められており、定数超過の地域では、保険医として開業できないが、逆に定数に大幅に満たない地域では、診療報酬上の優遇がある。

（５）医学部入学定員の削減と新たな医学部設置認可の差し止め

本格的な医学部定員の見直しが予定されている2019年度を待たずに、早急な削減をし、地域枠を維持する場合は「一般枠の削減」を求める。さらに、千葉県成田市の国家戦略特区における医学部新設構想の認可差し止めを求める提言である。

医学部入学定員は、2008年度以降の増員によって相当数が確保されている。またここまでの提言が順次実現されていけば、医師の偏在が解消することも期待される。現在の暫定的な医学部定員増については、2019年度（一部は2017年度）に見直しを行うことになっているが、情勢の変化を踏まえて、早急に定員削減を行うことを求めるものである。医学部定員増分の解消に際して、地域枠を維持する場合は一般枠を削減する。

全国医学部長病院長会議は、日本医師会、日本医学会、2015年５月13日に国家戦略特区で検討されている医学部を含め、新たな医学部設置を認めることはできないという医学部新設反対の緊急声明を発表した。その要約は以下のごとくである。

(a) これからの医学部新設は医師不足対策にはならない。
一人前の医師になるためには入学後約十数年の期間が必要である。

(b) 医師不足対策には地域・診療科偏在解消が必要である。
単に医師数を増やしても地域・診療科偏在を増悪させるのみで、医師不足は解消しない。地域・診療科偏在解消対策の策定こそが必要である。

(c) 医学部新設は国際機関から世界一と評される日本の医療を崩壊に導く。
定員増による医学生の学力低下が重要問題として指摘されている。18歳人口が激減している中、医学生のこれ以上の増加は、WHOより世界一の医療と評された日本の医療を崩壊させ、国民が求める質の高い安全な医療に逆行する。

(d) 医師養成には国民の負担による多額な養成費用が必要である。
医学部６年間で医師の養成に必要な経費は一人当たり約１億円に上る。これら

の財源の多くが国民の税負担であることを踏まえても、医学部新設は現実的ではない。

(e) 地域医療の再生をさまたげるおそれがある。
医学部新設には、優れた基礎系及び臨床系の教員が多数必要。医学部新設のために全国の大学や地域の基幹病院から有能な医師・教員が引き抜かれれば、地域医療は崩壊の危機にさらされる。また看護師に関しても同様である。

(f) 国際医療人育成はすでに実施されており特区での実施に意味はない。
国家戦略特区での医学部の新設は、「グローバルスタンダードに対応した国際医療人育成」を目指すとされているが、「国際医療人育成」のためのカリキュラムはすでに既存の医学部において実施されている。第三者機関としての日本医学教育評価機構を発足させグローバルな医師養成に力点を置く医学教育改革も進んでおり、特区で医学部を新設し国際医療人を育成する妥当性はない。

2008年以降の医学部定員増加を踏まえると、人口1,000人当たり医師数は2025年頃にOECD加重平均を超え、その後増え続け、すぐに医師過剰の時代を迎える。また医学部入学者は、1975年には18歳人口218人に１人であったが、2014年には132人に１人となっており、医学生の学力低下が大きな問題となっている。現在の医学部定員（2015年9,134人）を維持した場合、2025年には18歳人口の117人に１人、2050年には79人に１人が医学部に入学することになり、医学生が最低限履修すべき教育水準に到達できるのかという懸念がある。

今後、日本の人口が減少し、高齢者が増加するため回復期や慢性期の需要が高まることが予測されるなど、医療の需要変化もあることから、医療の需給調査を行うなど、医師数の見直しは緊急で重要な課題である。

７．特別寄稿：

１）明日の医療は？大学病院を考える

日本医師会総合政策研究機構　主席研究員　佐藤敏信

はじめに　そもそも医師は、不足しているのか

1961年の国民皆保険の達成と高度経済成長とが相まって、医療需要が増大し、医師は著しく不足しているとされるに至った。そうした中での医学部の新設ラッシュは1970年の秋田大学医学部に始まり、1973年には政府部内で一県一医大構想として結実した。

しかしながら1980年代に入ると、その政府部内に早くも過剰論が台頭してきた。この時点では欧米と比べて過剰と言えるほどの水準ではなかったのだが、経済の停滞とともに将来の医師過剰とそれに伴う医療費の高騰とが懸念されたためである。その背

景には、いわゆる供給者誘発需要の考え方がある。現行の保険診療の仕組みの中で医師が増えれば、つまり供給者が増加すれば、患者さん、つまり需要が作り出されるのではないかというものである。実際に、地域別の人口当たり医師数と医療費との間に相関があることも観察されている。

いずれにしても、当時の厚生省が、数回にわたって医師養成計画や将来の医師需給について公表し、その結果を元に、1990年頃からは実際に医学部の定数削減が行われるようになった。しかし、2000年頃から、いわゆる救急車のたらい回しやお産難民などの話題がマスコミで取り上げられるようになり、あらためて医師は不足しているのではないかとの指摘が相次ぐようになった。

（１）不足とされる背景

偏在ではなく、不足であるとする意見にも一定の根拠はある。それらは、

(a) 近年、医師数が増加したと言っても、OECD各国の中の人口10万人当たりの医師数で比較すると、未だに下位グループに属している。

(b) そもそも医療機関への（患者の）アクセシビリティーが高いため、医師一人当たりの患者数は入院・外来ともにOECD各国のおよそ３倍に達しており、それをこなすにはまだ足りないはずである。

(c) 単純に人口10万人当たりの医師数で考えれば、近い将来OECDの中位グループには達するかもしれないが、実態は高齢の医師の増加によってまかなわれることになる。

(d) 地域的なバラツキが大きく、人口10万人当たりで医師数が100を切る二次医療圏も多数存在する。

（２）単純に不足と言い切れるか

このような状況をどう見ればいいだろうか。単純に不足であれば、医学部の入学定員を増やせばいいだろう。しかし､結果を見る限りどうもそれだけでは難しそうである。

まず診療科である。図１は1996年の各診療科の医師数を100としてその後の増減である。結論から言えば、医師全体の数は16年間に25％も増加したのに、外科、産婦人科が増加基調にないことが見て取れる。

次に地域を見てみる。図２は1996年に人口当たり医師数の上位下位それぞれ５都府県を選び、1996年の人口当たり医師数を100としてその後の増加である。下位５県の伸び率は概ね全国平均を上回り､逆に上位５県は下回っている。総じて言えることは、

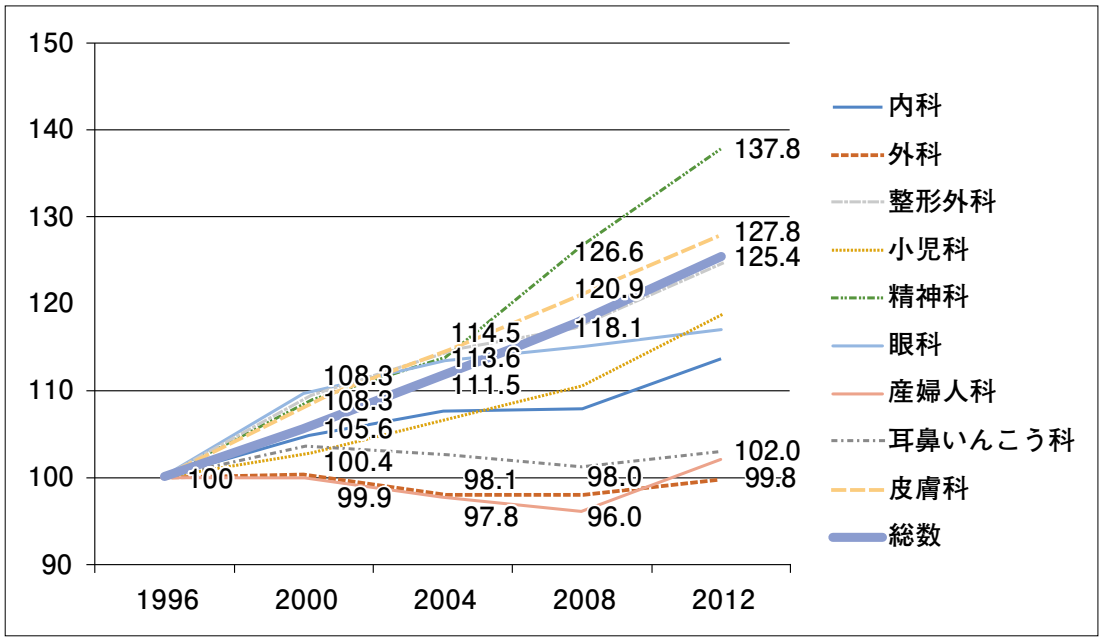
(a) 医師の総数は順調に増加している。

(b) それにもかかわらず、外科、産婦人科など、本来増加の期待される診療科の医師数の増加には繋がっていない。

(c) 同様に、人口当たり医師数で下位の県の不足の解消に繋がるような増加は見られていない。

(d) つまり、医師の総数が増加すれば、その「恩恵」によって、外科や産科も一定程度増加し、医師不足地域も解消されるだろうと思われたのが、実際にはそうなっていないようである。

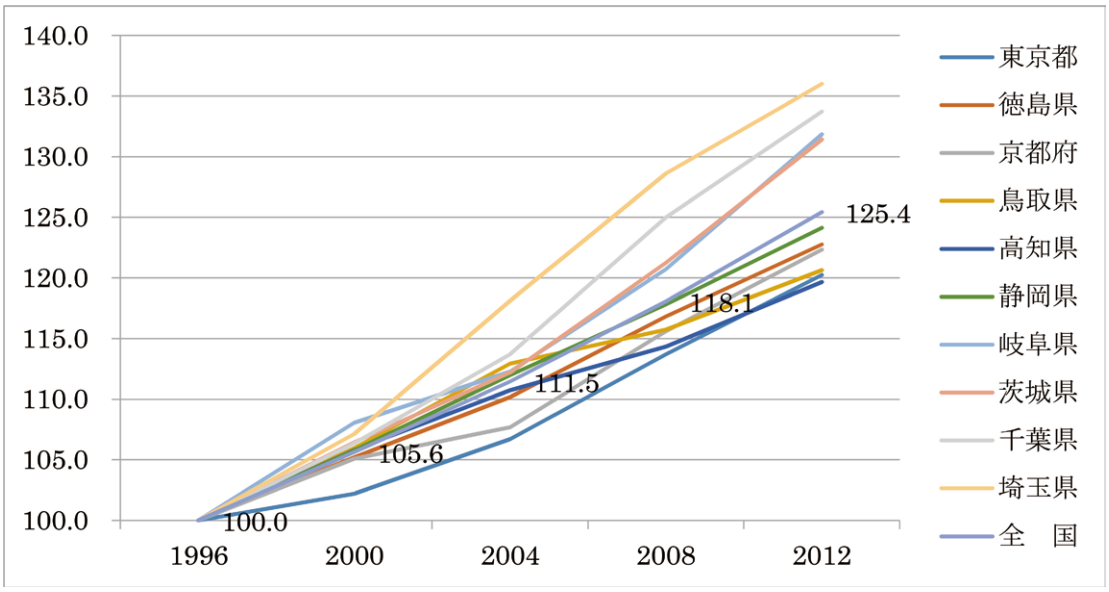
図１



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

1996年の各診療科の医師数を100。研修医は除いてある。
内科系、外科系の標榜科については筆者で独自に足し上げ。

図２



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

（３）それでは、偏在か。偏在だとしてどういう対策が考えられるか

前述のように、数字上は医師の「不足」と理解することもできようが、医師数が増加しても期待した診療科や地域で増加していないとすれば、対策を考える上では「偏在」を念頭に置かざるを得ない。

さて、筆者は人口当たり医師数が比較的少ない岩手県の県庁での勤務を経験し、医師不足対策にも取り組んだが、そこでの経験を元に言えば、残念ながら絶対的な切り札というものはない。どうすればこの地域や病院に残ってくれるかということは、結局のところ「医師の立場に立って」様々な視点から取り組むということに尽きる

ここでは、実現の可能性があるかどうかはともかくとして、考えうる対策を列挙する。

(a) 医学部定員の増加

誰もが考える案だが、既に述べたように、現状の枠組みを維持したままで、どの程度まで定員を増加させれば、期待した診療科や地域で増加してくるかがはっきりしない。

この案は、言わばtreacle down理論のようなものである。医学部定員を増やしていけば、いつかは不足している診療科でも医師が増えるだろうという考え方に立っている。先ほどの図にも示したとおり、近年、医学部定員を逐次増加させたにも関わらず、現時点ではそうした効果は認められず、外科、産婦人科の医師数は、減少か横這いで推移している。後述の強制力を持つ対策との組み合わせで初めて効果を発揮すると言える。

(b) 地域枠

既に各県、各医学部で実施済みであり、効果がはっきりするのはこれからである。問題があるとすれば、次のとおりである。

ア）単純な学力だけで言えば、相対的に学力の低い学生が入学する恐れがある。

イ）義務的な勤務はせいぜい卒業後９年程度であり、本当に医師としての実力が発揮できる頃には医師を真に必要とする地域からは移動してしまう可能性が高い。

ウ）そもそも17歳、18歳の高校生が自分の進路を決めるだけの情報を持ち合わせているか、またそのときの「契約」は社会通念上妥当か。

(c) へき地などの勤務の義務化

こういう提案について、職業選択の自由を言い立てる向きもあるが、たとえば小学校教諭や都道府県庁職員なども長短、程度の差はあれ、へき地などの勤務を経験するような仕組みになっている。

医師の養成に時間がかかること、そのコストも莫大なものになること、これから定員の増加を行っても、その効果が現れる頃には日本の人口自体の減少もあって、むしろ医師過剰のおそれがあることなどを勘案すれば、一時的には強制力を持ったへき地などでの勤務を制度化して乗り切るのも一考であろう。

もちろん留意すべき点は多々ある。

ア）卒業生全員か？

イ）へき地などの勤務はどういう時期に、どのくらいの期間か？

ウ）そもそもへき地などとはどういう場所か？

エ）誰をどこにいつ頃の決定は、どういう組織が行うのか？

オ）派遣される医師の希望はある程度尊重されるのか？

などがそうである。また、

カ）強制力はあるのか？

キ）拒否すればどうなるのか？

ク）医師の目指す診療科とへき地などの希望する診療科が合致するか？

これら８項目なども重要な課題として検討しなければならないだろう。

(d) 診療科の調整

へき地などの勤務の義務化で、地域偏在は一定程度解消するとしても、診療科の偏在については、別の方策が必要になる。

シンプルに考えれば、地域（医療圏）ごと診療科ごとに必要医師数を算定し、実際との過不足を検討することになろう。そして、新規の医師の参入にあたっては審査を行って、その可否を決定するという仕組みになろう。現在も、病床について地域医療計画や医療構想（ビジョン）の中で算定することとなっており、考え方も仕組みもこれに準じるものと考えるとわかりやすいだろう。

この案の最大のポイントは、診療科の定義をどうするか、それを何で担保するか、ということになる。現行の法体系の中では、診療科は医師本人の自由な「申し出」によっている。しかも、複数の標榜が自由である。つまり、診療の内容や質は個々の医師の自主的な判断に委ねられ、どちらの診療科が主でどちらが従であるかなども基本的には問わない。

したがって、この仕組みを真に有効なものとするためには、現在検討の途上にある専門医制度とリンクさせる必要がある。その場合に、どういう仕組が考えられるだろうか。

ア）専門医ごとに定数を設ける。

イ）定数は設けないが、実際の診療にあたって何らかの制限や誘導策を設ける。

本来、専門医は、資格・資質を問うものであって、競争試験のような性質のものではないので、当面はア）のような厳格なものは考えにくいだろう。したがって、専門医としての評価は淡々と行われるとして、イ）のように実際の診療において、何らかの制限や誘導策を設けるというのが自然だろう。

イ）で進めるとして、具体的には次のような仕組みが考えられる。

①この項の冒頭に示したように、あらかじめ全国ベースで診療科ごとの必要医師数を算定しておく。この場合の医師数は専門医の資格を持つ医師の数とする。同じ要領で地域（医療圏）ごとにも算定しておく。

②地域ごとに算定した数と実際との過不足とを踏まえて、新規に医師が参入しようとする場合には、専門家や自治体などによる審査を行い、参入の可否を決定する。

③参入が認められた場合に、その地域、その診療科で保険医としての登録を認める。つまり保険診療を可能とする。

④もちろん、保険診療によらず、自由診療を行う場合はこの限りでない。

この案の、最大の問題点は、専門医制度が定着するまでになお時間を要するということである。制度の仕組み自体もそうだし、全国のほとんどの医師が何らかの形で専門医を取得するまでの期間が必要である。

もう一つは、③のような保険診療の可否とリンクできるかという点である。前述の「病床」の場合には、ある地域で知事が過剰と判断したにも関わらず、知事の判断に従わない場合、保険診療を拒否できるという条項があり、それに倣うとすれば全く荒唐無稽な案ということでもない。

これ以外にも、診療科ごとの必要医師数をどう算定するのかという問題がある。医療というサービスは国民全体や個々の患者の経済状態などに大きく左右されるので、絶対的な需要量などを計算することは不可能だ。そうすると、やはり病床の例に倣って、全国平均、都道府県平均などを明示し、その平均からの乖離で見ていくしかなかろう。

いずれにしても、専門医制度の検討の現状から見て、当面は、医療法の下での標榜科に着目した制限に留まるであろう。たとえば、現在は内科を主として診療しようとする場合に併せて皮膚科を標榜することも自由であるが、その地域の標榜診療科の状況に合わせて、標榜できなくなることがあるということである。専門医とリンクさせ、しかも保険診療とリンクさせた場合と比べると、実行力は弱いが、現場の医師からの抵抗も比較的少ないし、一方で将来の布石ともなるので、差し当たりはこういう案でしのぐことになろう。

（4）国公立・公的病院を中心にした再編

国公立・公的病院に勤務されている、あるいは管理しておられる方にとっては、頭の痛い問題かもしれないが、避けて通ることはできない。人口減少社会が現実のものとなった中、特に県庁所在地などの都心部での「乱立」に近いような状態が見受けられる。そうして、それらの病院の相当数が、総合病院時代の価値観のまま多くの診療科を抱え、周辺の病院との差別化もできないままである。大胆な改革がなされているように見える病院でも、結局はCT、MRIなどの高額医療機器を自前で買い揃え、収支状況から見て不釣合いな豪華ロビーやエスカレーターである。このことは、医師についても言える。結局は、周辺の病院と医師の奪い合いになる。手術を例に取れば、麻酔科医を奪い合い、病理医を奪い合うということになる。当然、症例数も少ないままにとどまるため、外科医の手技の向上にも繋がらない。

提案として言えることを、あらためて列挙しておく。

ａ）病院自体を周辺の病院と統合する。その場合、病床などのダウンサイジングも同時に行う。

ｂ）病院を残す場合にも、周辺の病院との見合いで診療科を大胆に縮小する。一人医長の診療科などは、周辺のクリニックとの連携で乗り切る。

ｃ）診療科を残す場合にも、周辺の病院との見合いで診療内容を特化する。

ｄ）診療科の統合や縮小に当たっては、部門別収支計算の結果を参考にする。

ここで強調しておきたいことは、公立病院の場合、病院を自前で所有するという意義をあらためて問うてみる必要があるということである。言うまでもないが病院を所有するということはそれぞれの自治体の自由な意志である。つまり所有している自治体もあれば、そうでない自治体もある。なぜこの場所に、しかも自前で所有するのかという当初の設置目的が時代とともに変容したとするなら、漫然と経営を続けるのではなく、その努力や資源は他のもっと意義のある住民サービスに振り向けるべきである。

もう一つは、統合・縮小のイニシャティブを誰が取るかということである。

ア）統合の場合はもちろん、縮小や特化の場合にも、結果的には病院の評判を落としたり、経営を大幅に悪化させたりする可能性が高い。

イ）そういう状況が予測される中で、それぞれの設置主体がそれを許すか。また周辺の病院の設置主体との調整はどうするのか。

ウ）さらには、おそらく東京に所在するであろうそれぞれの経営母体がそれを許すのであろうか。

エ）そもそも医師の供給は未だに大学医局に頼る部分が大きく、どの病院に配置し、どの病院に集中させるかは医局の長たるそれぞれの教授の判断によるところが大きい。その医局の意向と完全には一致しないような大胆な統合を誰が企画し、どう合意形成するのか。

オ）さらには土地・建物、負債の処理などを考えると、地元に調整を担う絶対的なリーダーが不在。

カ）知事・都道府県庁にその役割をとの声も聞かれるが、医療行政、それも病院の経営・運営に豊富な知識・経験を有している職員はそう多くはない。むしろ近年は、ジェネラリストが重用される傾向にあり、医療に詳しい人材は最早稀少とも言えよう。

キ）そもそも医療行政を行う上では、健康保険制度や診療報酬の仕組みを熟知している必要があるが、そうした制度は中央集権的に管理されており、都道府県などの自治体及びその職員はこれまでほとんど関与してこなかったし、今後もその可能性は低い。

（５）―偏在を含む、いわゆる医師不足の原因を、全て新医師臨床研修に帰すると判断を誤る。―学位（博士号）の意義と専門医制度の影響―

第二次世界大戦前の日本において、公文書において身分を表示する場合、学位（博

士号）は、位階や勲等、爵位などに次ぐほどのものであったという。またその授与権も旧帝国大学等に限られていたため、取得するということは大変な名誉であった。「末は博士か大臣か。」という言葉が当時の雰囲気をよく伝えている。

戦後は、新制大学の発足とともに授与権が広がり、希少性の面での価値は幾分下がったと言える。それでも大学で教鞭を取ることを考えれば、博士号は必要条件であったと言えよう。つまり、大学にお世話になる他はない。また、そのことで臨床医としての就職先の選択肢も広がるということになっていたわけである。

では、専門医はどうか。1980年頃には、それまでの研究至上主義に変わって、臨床の能力の重要性が指摘されるようになっていた。また、その延長線上で、専門医資格の取得の意義もはっきりと認識されるようになった。しかしこの時点では、思ったほど大きな動きにはならなかった。その理由は、専門医資格の取得が、前述のような身分を表わすほどの社会的な名誉ではないのはもちろん、経済的な見返りともリンクしていなかったことにあろう。もっとはっきりと言えば診療報酬上の評価がなかったということである。給与の面でも、国公立病院や公的病院において、俸給表上の差異がないのは周知の事実である。専門医が診療しようが、それ以外の医師がしようが診療報酬や給与の面で差がないという時代が続いたのである。

そうした中で、はっきりと潮目が変わったといえるのは厚生労働省の専門医の在り方に関する検討会である。2013年（平成25年）４月には報告書も公表されているが、中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行うことを謳っている。実利的なもの、とりわけ経済的な見返りのようなものは現時点では明確でないが、差し当たりは広告可能とされている。また、その養成の場所は、大学病院などの基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）の病院群となっている。

整理をすると、博士号の意義・価値は相対的に下がり、専門医がそれに取って代わろうとしていることは間違いない。そしてその場所は、以前のように大学に限定されたものではなく、それ以外の地域の病院でも取得が可能ということである。つまり臨床医としての研鑽にのみ着目すれば、最早、大学に在籍する必然性はなくなった。別の言い方をすると、大学での努力や苦労に見合うだけの何かがなくなったのである。

もちろん現在検討されている専門医制度の中で、こうした動きが大きく変わる可能性も秘めている。

いずれにしても、医局に医師が集まらない原因を、全て新・医師臨床研修制度のせいにして片付けるのではなく、こうした経緯や底流、それに現在の若い医師たちの志向を正しく認識して、冷静な評価、判断がなされなければ、改善の方向もまた間違ってしまうであろう。

２）人口動態と医師需要

一般社団法人　未来医療研究機構　代表理事　長谷川敏彦

１　問題提起

１）需給モデルの再考

これまで医療の需要は、制度による規制や、医学会の伝統を勘案しつつも、「それぞれ独立した需要（患者頭数）と供給（医師頭数）が、市場によって均衡する」とする古典的な経済モデルを下敷きとして来た。そして、更に、「需要」は入院・外来共にそれぞれ均質で、現在の医療の延長上にあり、「供給」も現在と同質で、均質な医師が想定されてきた。

しかし、これまで下敷きとされた経済モデルは、医師需要を検討する場合には適当でないのではないか。「社会」「医学」「医師」は、それぞれ独立して存在するものではなく、医学は社会の一部をなし、医師は社会や医学の産物だからである。したがって、これらの要素がつながっているモデルを構築する必要がある。

そして、需要と供給の想定も適切でない。「需要」すなわち必要とさえる医療やケアは均一ではなく、多様かつ現在の形態からは大きく転換することが予想される。そしてもちろん、質的のみならず量的に変化する。「供給」すなわち必要とされる医師も均一ではない。需要から想定される医師も多様であるが、医師自身も生涯のキャリア形成の過程で、研修医・専門医、あるいは勤務医・開業医と、動的に移行するからである。

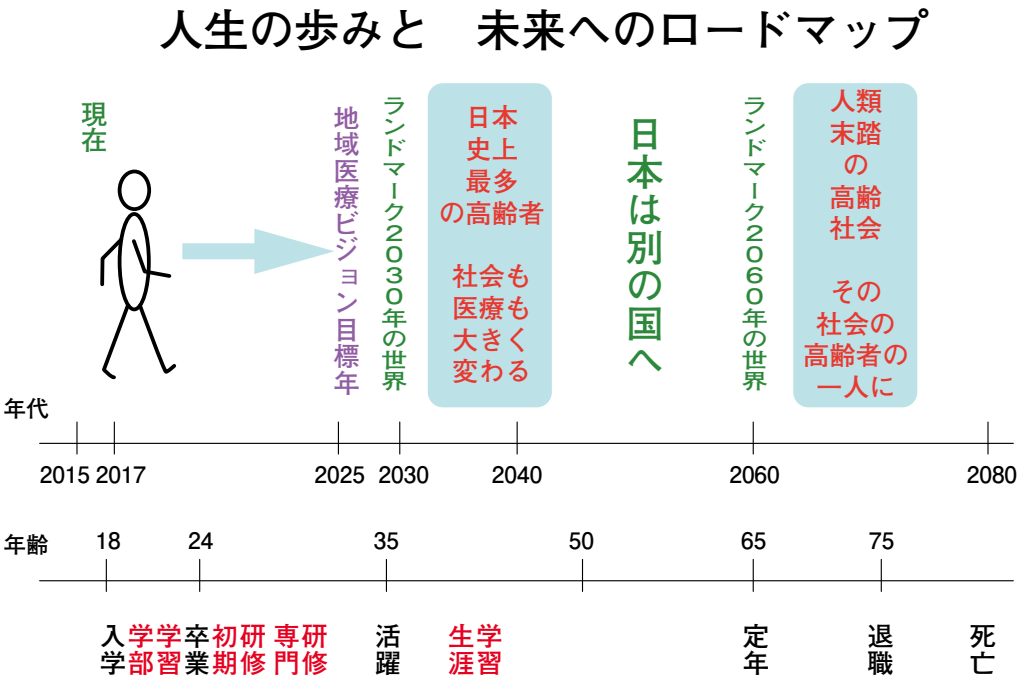
これらの需要と供給が出会う「社会」は、これから「全く異なった国となる」といってもいいほどの、大きな転換が予想される。

２）医学生のキャリア

元来、医学教育は未来の医師を想像する活動である。幼稚園を含めると15年間の教育の後、高校を卒業して医学部に入学し、かつては教養２年、基礎２年、臨床２年（現在、これらをもう一度根本的に見直すことが本書の狙いであろうが）の長い学習を終え、２年間の臨床研修・数年間の専門研修、それから数年の慣らし運転の末、やっと一人前の医師となる。30歳代半ば、入学後ほぼ15から17年かかって、やっと臨床医として自分で意思決定でき後輩を指導できる中堅医師が完成する。一般に、徹夜ができる年齢は50歳まで、せいぜい60歳頃までであるとすれば、急性期医療の現場でアクティブに活動できるのは、完成後たった15～25年ほどということとなる。

すると、本章で需給を検討する対象となる医師、つまり、医学部入学定員数を構成し、さらに本報告書で検討する新たな教育の対象となる医学生は、2030～2050年頃に、医療界の中核として、活躍する未来の医師となる（図１）。

図１



２　社会の未来

１）人口

実は、2030～2050年の間は、日本が全く別の国になる過程である。それを示す驚きの図を示す。人類の永い間の平均寿命であり、かつこれまでの生産生殖年齢の上端50歳で分割し、人口構成割合の240年間、明治維新（1868年）から次世紀（2110年）との推移をみると、驚くべきパターンが浮かび上げる（図２、３）。

50歳以下の人口は、19世紀以来1970年頃まで一定で殆ど（80～85％）を占めて安定していたものが、急激に減少し、2060年以降は逆に50歳以上の人口が2/3近く（約60％）を占める社会に転換し、安定する。日本は世界に先駆け、若年者を中心とする19世紀型の人口構造から生産後、生殖後人口を中心とする21世紀型に転換する、人口遷移（demographic drift）のど真ん中にある。未来予測のなかでも、人口構成は、人口慣性（demographic momentum）と言われる現象によって、最も安定しているとされるので、2060年頃までの予測はほぼ確実で、それに基づくバックキャスティングが必要となる。

２）労働力

人口数は社人研の中位推計で2030年に1.17億、2060年に0.88億まで減少するとされている。労働力は、性年齢別就業率が不変と仮定して、2030年に2010年対15％減、2060年には半減する。

図２

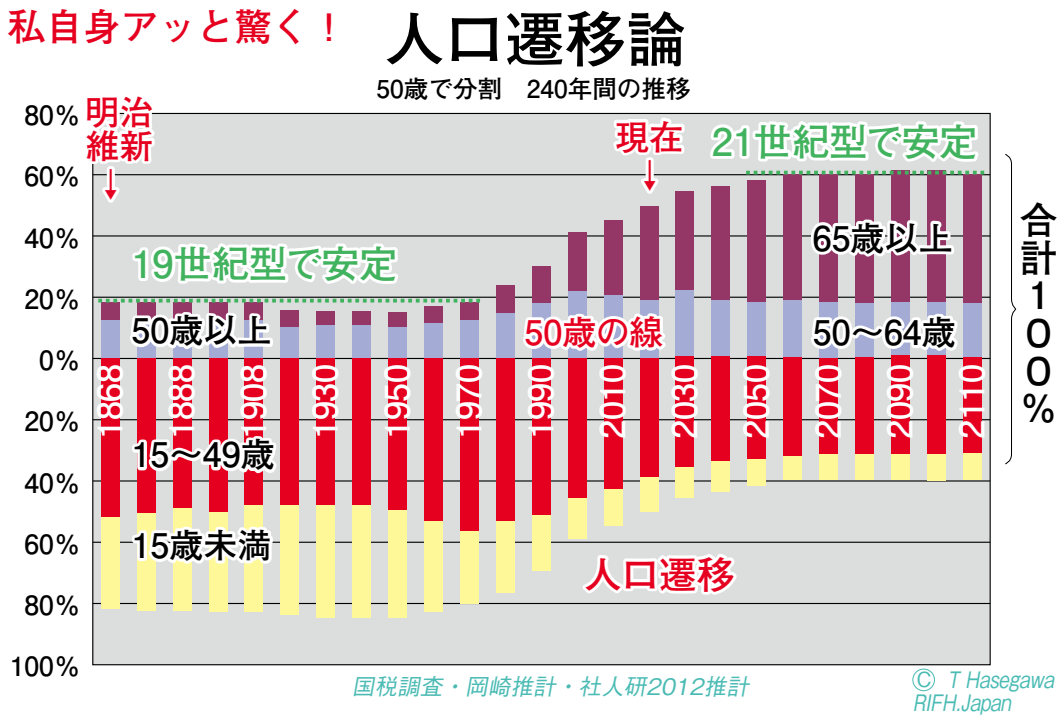

私自身アッと驚く！
人口遷移論
50歳で分割　240年間の推移
明治維新
現在
21世紀型で安定
19世紀型で安定
65歳以上
50歳以上
50歳の線
50～64歳
15～49歳
15歳未満
人口遷移
合計100%
80%
60%
40%
20%
0%
20%
40%
60%
80%
100%
1868
1888
1908
1930
1950
1970
1990
2010
2030
2050
2070
2090
2110
国税調査・岡崎推計・社人研2012推計
Ⓒ T Hasegawa
RIFH.Japan

図３

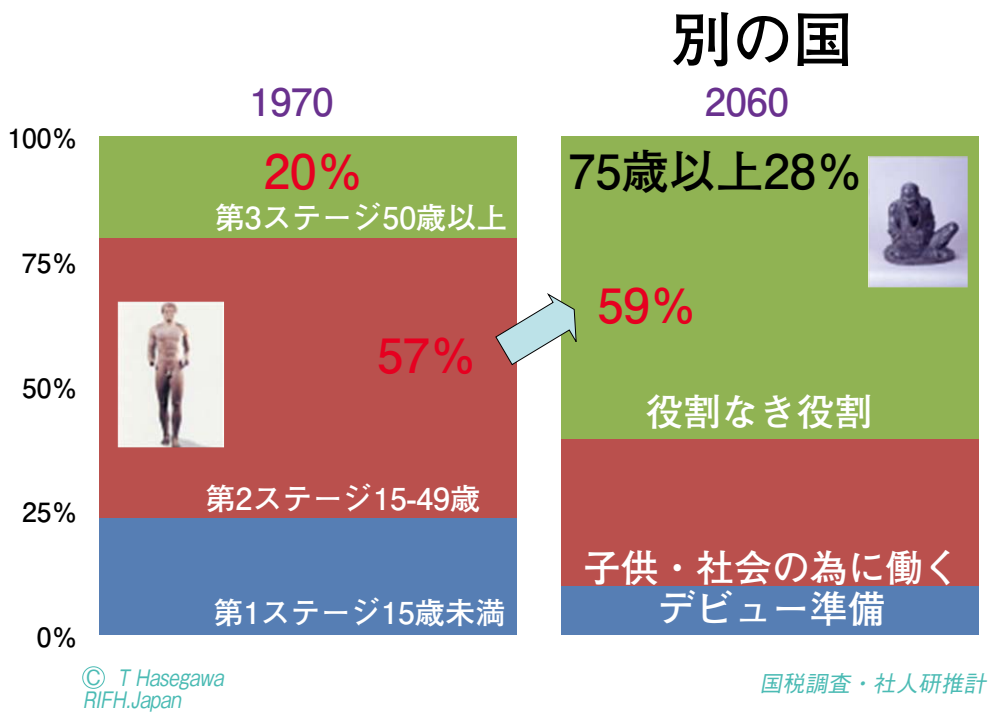
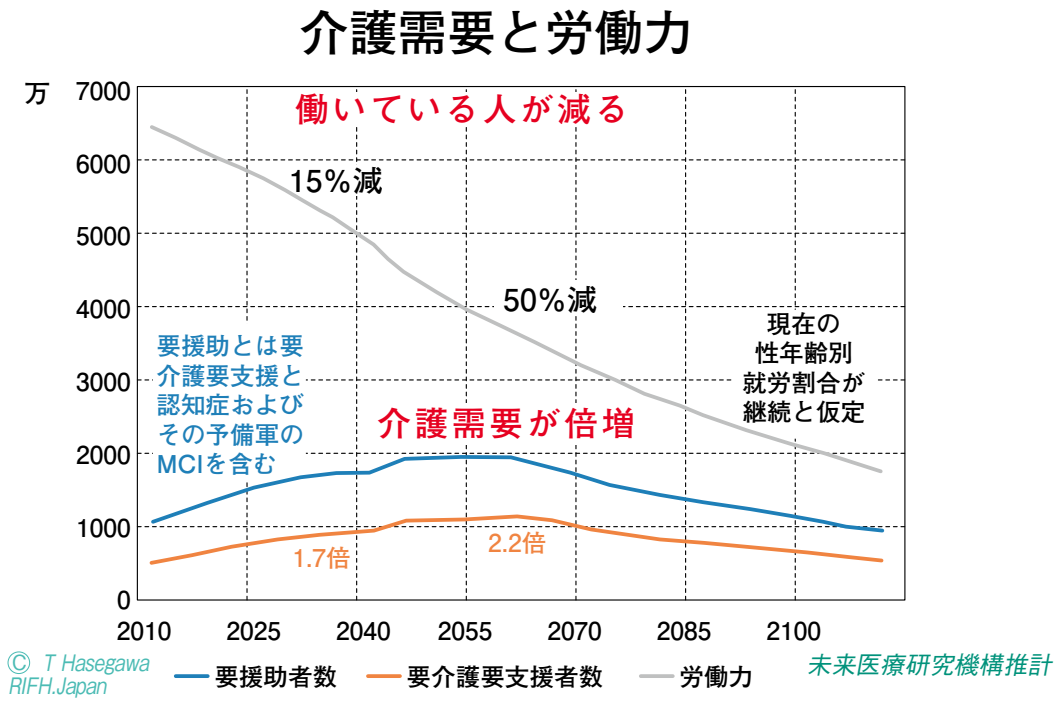

別の国
1970
2060
100%
75%
50%
25%
0%
20%
第3ステージ50歳以上
57%
第2ステージ15-49歳
第1ステージ15歳未満
75歳以上28%
59%
役割なき役割
子供・社会の為に働く
デビュー準備
Ⓒ T Hasegawa
RIFH.Japan
国税調査・社人研推計

図４



一方、要介護要支援は、2010年現在の500万人から、2030年には1.7倍、2060年には2.2倍に激増する。介護負担が大きく増えるにも拘らずそれを支える生産人口が大幅に減少する（図４）。

３）家族

加えて、家族の形態が大転換し、多様化する。未婚の増加が想定され、2030年頃には約1/3が未婚、約1/3が離婚、残りの約1/3が添い遂げても最後は独居となる。高齢独居が急増し社会が家族の代替えとなる必要がある。

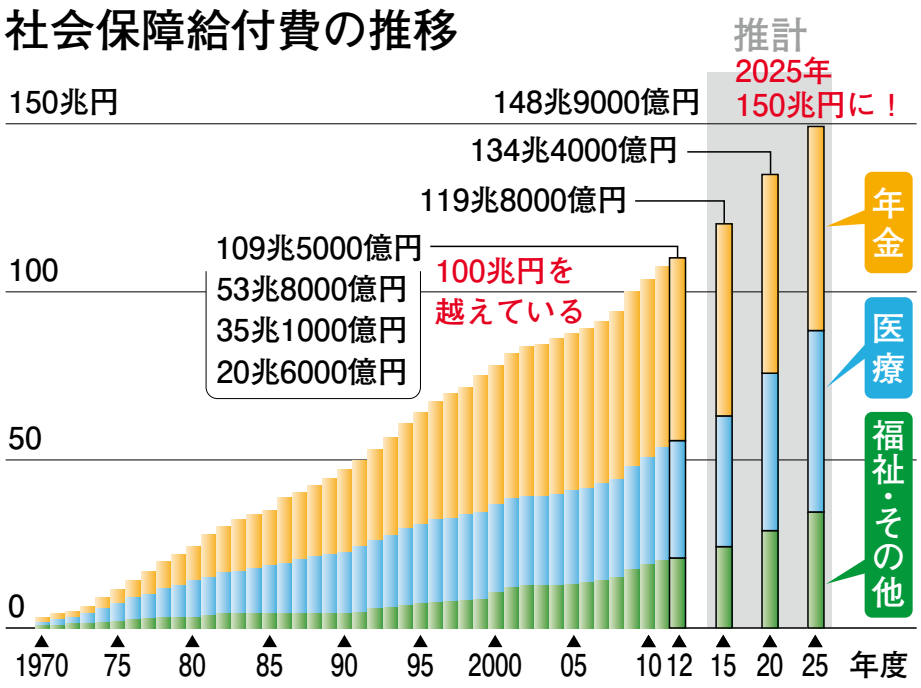
４）リスク

この間、政府の公式発表によると、70％の確率で首都圏直下型、南海トラフ地震が連動して起こり、京都大学藤田聡教授によると、最大で47万人の死者、520兆円の損失が起きると想定されている。富士山の噴火の兆候もある。更に、世界で最後に残った東アジアの冷戦体制の崩壊の可能性があり、政治経済の混乱や難民流入が危惧される。

国内の財政状況を見ると、現在、社会保障費は100兆円に近付き、2025年には150兆円になると予測され、国家財政から補填される必要がある。国債は膨れ上がり、1,000兆円に近づいている。対国民総生産では2.2倍と、ギリシャやポルトガルを抜いて世界一の割合となっている。政治や災害によるリスクをきっかけに、社会保障制度が破綻する可能性が危惧される（図５）。

2030年頃までは現在の状況が煮詰まって進行化すると想定されるが、この報告書の

図５



対象となる未来の医師が働く2030-2050年の環境は、これまでとは質的に異なり、全く別の厳しい社会を想定する必要がある。

３　医療の未来

１）ケア概念の再考

これまで、古典的には、若年者は１つのケア、すなわち「急性期ケア（acute care）」が必要で、時折、骨折など疾病の種類に応じて「回復期ケア（rehabilitative care）」が必要とされる。１つの疾患が１つのエピソードの形を取って発症することが多いからである。２つ目のケアが必要となっても、完全に回復するか、回復せずとも障害は固定し、疾病は治癒するのが代表的な自然史である。

一方高齢者では５つのケアが必要とされている。特に、後期高齢者においては、まず、慢性疾患、例えば、高血圧・糖尿病などに対する「慢性期ケア」が必要で、更に、それらの増悪によって、「急性期ケア（acute care）」が必要となり、疾病の種類も、障害を生むことが多いことに加え、治療による廃用症候群（disuse syndrome）などで、多くの場合、「回復期ケア（rehabilitative care）」を必要とすることが多い。回復期ケアが終了しても、「長期ケア（long term care）」に移行し、最期は、不治の状態を抱えて死に至る「末期ケア（terminal care）」を必要とすることとなることが多い。ここで言う「急性期ケア」は、疾患として急性病のみならず、疾患として慢性病の癌なども含む。すなわち「急性期ケア」とは、比較的大量の医療資源を投入

することによって、短期に問題を解決する医療のことを指している。又、「長期ケア」とは、疾病と障害を抱え、したがって、医療と介護が必要で、通常、死ぬまで続くケアと定義されている。

教科書的には、これらのケアは１つのケアの終了と共に、次のケアのステップに入るとされ、最期は末期ケアで終わると考えられてきた。そして、それらのケアの場所は、「慢性期ケア」においては診療所など外来の形態で、「急性期ケア」においては人材や医療機器など資源が豊かで平均在院日数が比較的短い急性期病院において、「回復期ケア」はリハビリ機能や専門家を有する回復期病院において、「長期ケア」は地域に在宅医療力や介護力が存在する場合は在宅で、これらを欠く場合には長期ケア施設で、同様に、「末期ケア」は地域に末期ケア力が存在する場合には地域で、存在しない場合には施設で行われるべきだとされてきた。医療政策においても、効率や質の観点から、回復期病院の整備、地域の医療力・介護力・末期ケア力の強化が進められてきた。そして、それを制度的に担保するために、2000年以降介護保険が、2006年以降高齢者医療制度が創設されるに至っている。

日本の場合は、1980年代以降の急速な高齢化と家庭の核家族化が急速に進行し、回復期・長期・末期のケアが地域のケア力の充実以前に進行し、病院がその機能を代替してきたことは否めない。現在進められている地域包括ケアは、「住み慣れた地域で障害や疾病があっても最期まで安心して暮らすことができることを支えるシステムの構築」を目指し2025年を目標年に、それぞれの病院の役割や機能を決める地域ビジョンの計画が、今年度策定されることになっている。

２）ケアサイクルの提案

さて、高齢者のケアの過程、すなわち疾病や障害の自然史は、これまで教科書で想定されてきたように、ケアと施設が、それぞれ順次、段階的に移行するのであろうか？いや、実は、「長期ケア」の段階から、明確に「末期ケア」に移行するのではないのが実態である。つまり、「長期ケア」の状態においても、疾病の急性増悪や資源を必要とする「急性期ケア」のエピソードが発生し、続いて「回復期ケア」「長期ケア」の状態と安定しても、又、次の「急性期ケア」を必要とするエピソードが発生し、入退院を繰り返し、その過程がケアの循環、すなわちサイクルを成すことが多い。つまり長期ケアは「ケアサイクル」の様態を取ることとなる（図６－７）。

しかし、この間、病院の医療の中身は大きく転換すると想定される。以前、筆者が米国留学を終え、滋賀医科大学へ赴任した際、若年者の手術では、単一疾患で単一介入で治癒が可能であったのに対し、高齢者の場合は、せっかくの手術後も他疾患で死亡したり、あるいはがんの再発が起きたりし、「急性期ケア」のあり方を巡って、「自分自身は医者なのだろうか？医療をしているのだろうか？」と自問自答したことを覚えている。当時、高齢者のケアは１割程度であったものが、現在、恐らく1/3以上、近々2/3に増加すると想定される。

図６

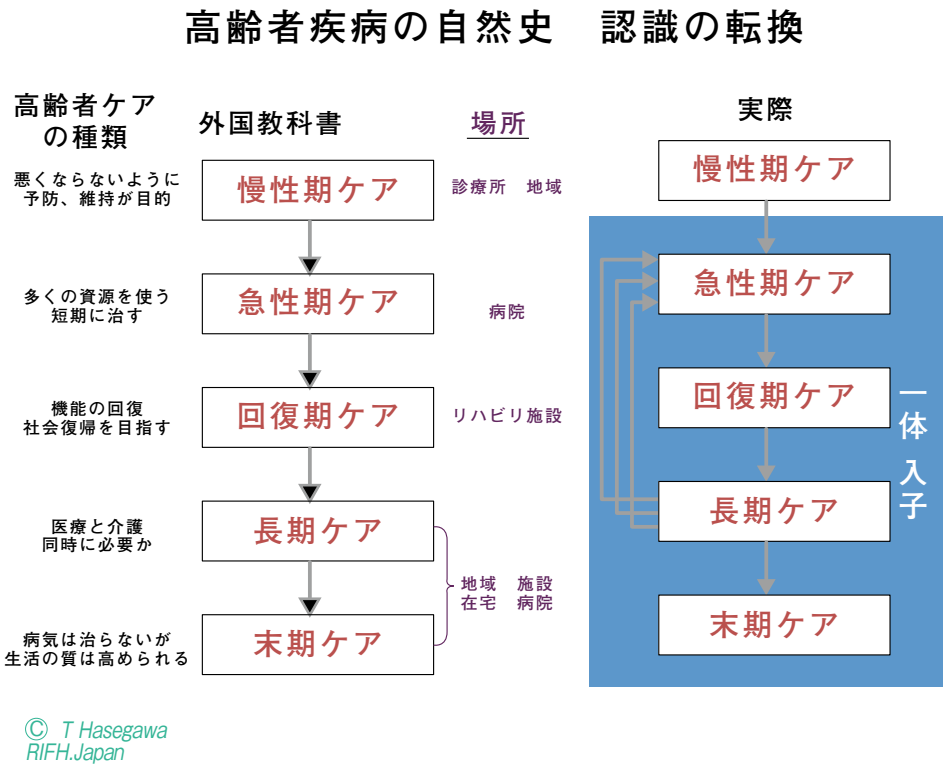
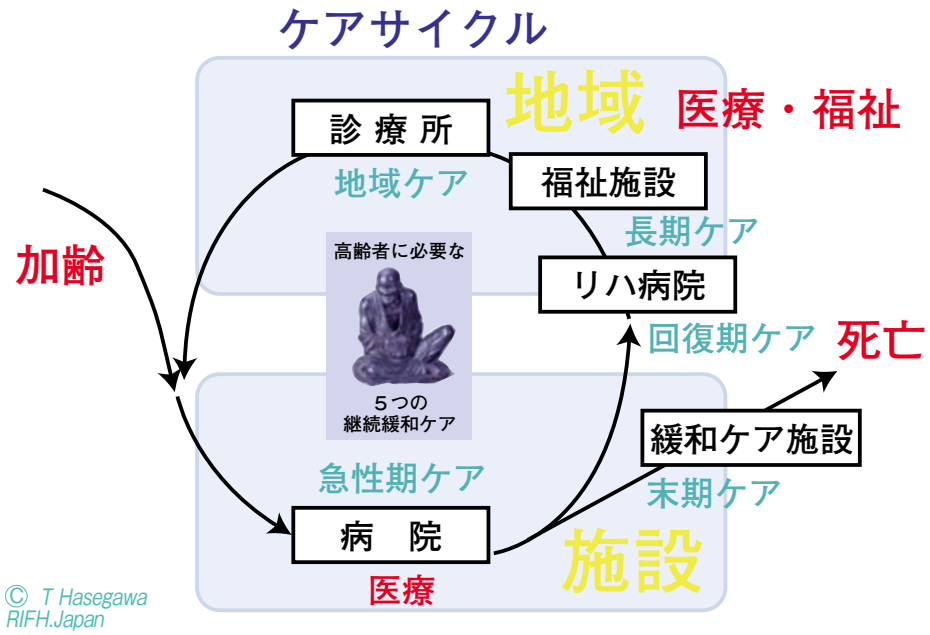

高齢者疾病の自然史　認識の転換
高齢者ケアの種類
外国教科書
場所
実際
悪くならないように予防、維持が目的
慢性期ケア
診療所　地域
多くの資源を使う短期に治す
急性期ケア
病院
機能の回復社会復帰を目指す
回復期ケア
リハビリ施設
医療と介護同時に必要か
長期ケア
地域　施設
在宅　病院
病気は治らないが生活の質は高められる
末期ケア
慢性期ケア
急性期ケア
回復期ケア
長期ケア
末期ケア
一体入子
© T Hasegawa
RIFH.Japan

図７


ケアサイクル
地域
医療・福祉
診療所
地域ケア
福祉施設
長期ケア
加齢
高齢者に必要な
５つの
継続緩和ケア
リハ病院
回復期ケア
死亡
緩和ケア施設
急性期ケア
末期ケア
病　院
施設
医療
© T Hasegawa
RIFH.Japan

つまり、高齢者では「ケアサイクル」における急性期の入院が大半を占めることとなり、それが医療の標準（de facto standard）になることが示唆される。

３）医療需要の予測

外来需要としての有病受診者数、入院需要としての退院患者数、介護需要としての要介護要支援者数の３つを、性年齢別の割合を一定と仮定して未来予測した。

３つのピークはそれぞれずれる。外来需要は2020年以降、下降をたどる。入院需要は2030年頃まで上昇し、2010年対1.5倍に増加した後、横ばいとなって2045年頃から下降する。介護需要は2045年まで増加し続け、2010年対2.2倍まで上昇し、2060年頃から下降に転ずる（図８）。

しかし、この需要を75歳以下と後期高齢者75歳以上に分解して予測すると、外来も入院も同様のパターンを示す。75歳以下は下降を続け、75歳以上は介護需要と良く似たパターンを示す。ピークの違いはそれぞれのコンポーネントの割り合いの違いに過ぎず、75歳が比較的多い外来需要はピークが早く、比較的多い入院需要は少し遅れ、殆ど存在しない介護需要は75歳以上のパターンを示すことになる（図９）。ということは、入院需要も、エピソードが１回で完結する比較的若年の需要は減少し、要介護要支援、つまり、ケアサイクルから発生する入院需要が、相対的に増加することを意味している。要介護要支援は、今後、激増すると予想されるものの、種々の政策により減らさねばならず、成功すれば、入院需要はさほど増えないということになる（図10）。

図８

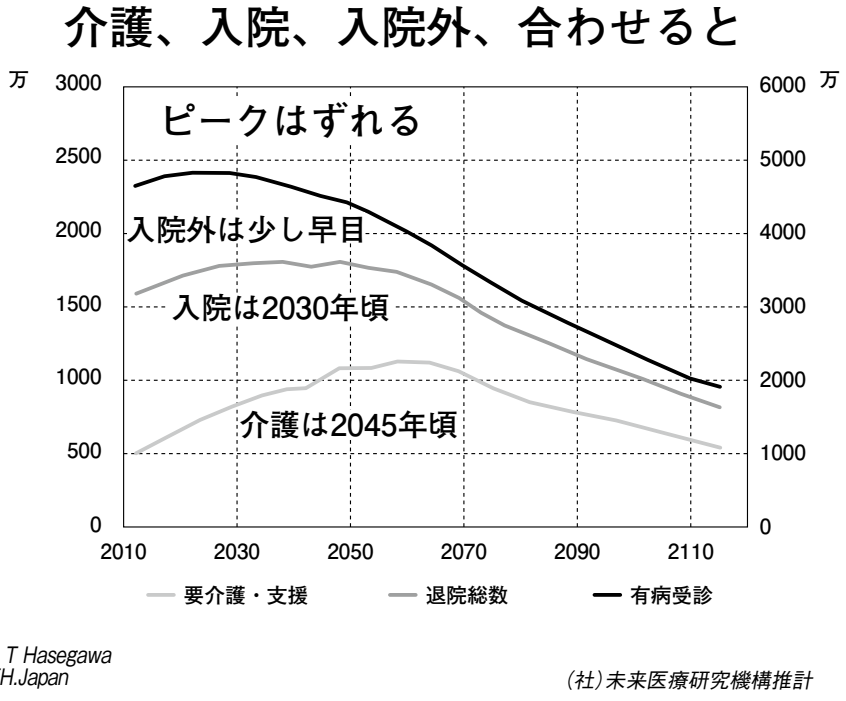


図 9

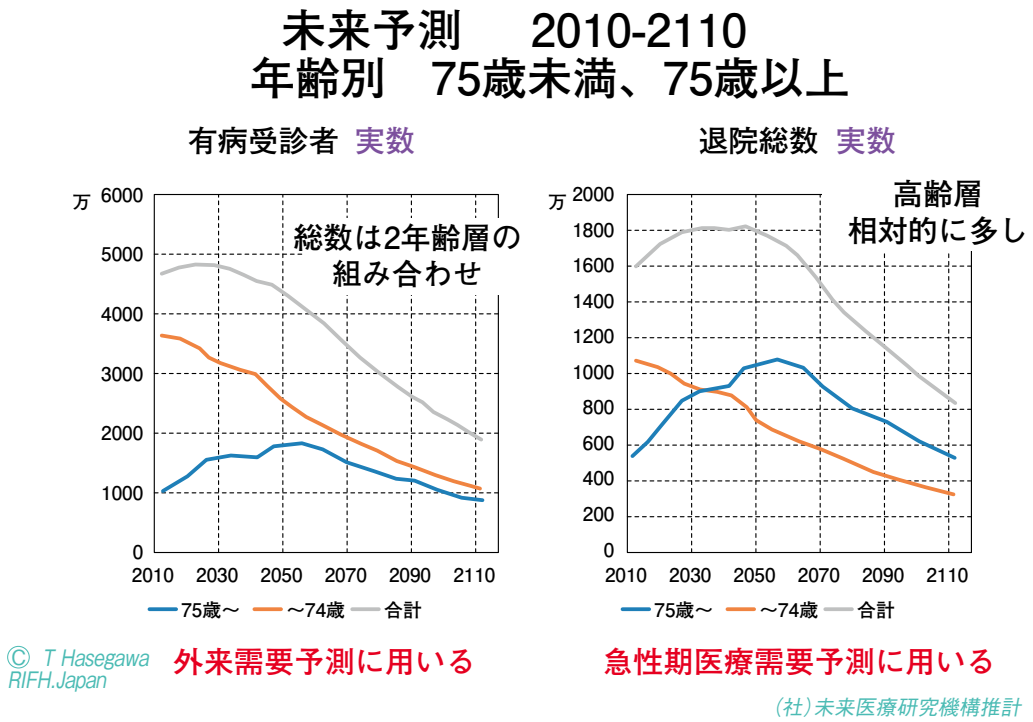
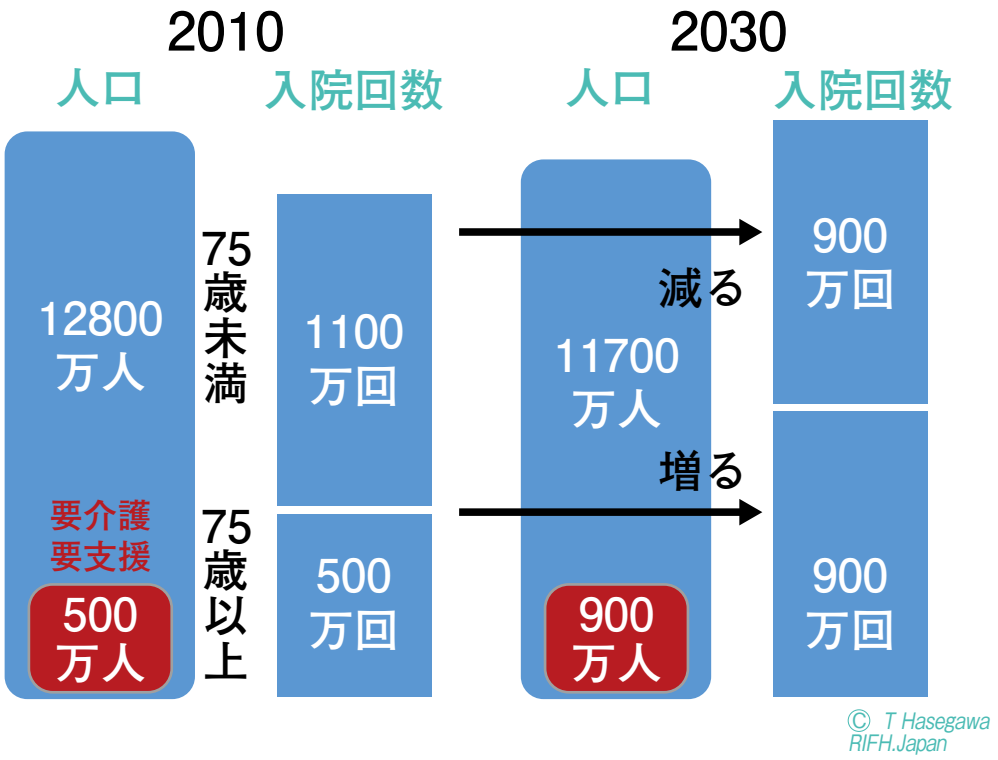

未来予測　2010-2110
年齢別　75歳未満、75歳以上
有病受診者 実数
退院総数 実数
万
6000
5000
4000
3000
2000
1000
0
2010 2030 2050 2070 2090 2110
総数は2年齢層の
組み合わせ
75歳～ ～74歳 合計
万
2000
1800
1600
1400
1200
1000
800
600
400
200
0
2010 2030 2050 2070 2090 2110
高齢層
相対的に多し
75歳～ ～74歳 合計
© T Hasegawa
RIFH.Japan
外来需要予測に用いる
急性期医療需要予測に用いる
(社)未来医療研究機構推計

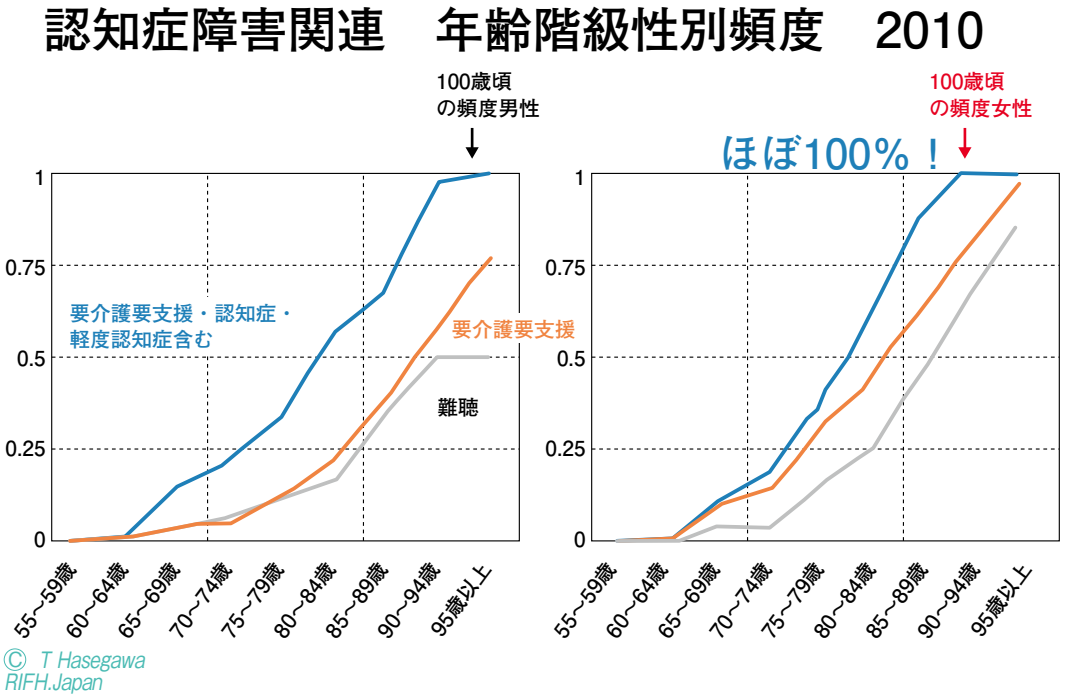
図10


2010
2030
人口
入院回数
人口
入院回数
12800
万人
75
歳未満
1100
万回
要介護
要支援
500
万人
75
歳以上
500
万回
減る
11700
万人
900
万回
増る
900
万人
900
万回
© T Hasegawa
RIFH.Japan

4）医療目標の転換

毎年発表される簡易生命表を用いると、100歳の生存率は男４％、女７％と小さい。しかし､生年コホートの生命表を用いると､団塊の世代1950年生まれは､それぞれ７％･14％、1971年生まれでは８％・20％となり、日本の現存の女性の５～６に１人は100歳まで生きることとなる。95歳生存率をみると、ほぼ半数に近い。又、日本の女性個人も社会も医療界も、その覚悟と準備は出来ていないのではなかろうか。95歳以上となると、MCI（軽度認知症）、認知症、要介護要支援のいずれかの状態ではほぼ100％に近く、難聴は90％を超す。医療や予防の目標は、もはや延命ではなく、これらの状態を如何に改善するかにあると言っても過言ではなかろうか（図11）。

図11



死の意味も大きく変わる。永い人類の歴史を通して殆どの死は外的要因により、比較的若年に突然もたらされ、したがって、恐怖に満ちた避けるべきもの、煩わしく抱えたくない事象であった。しかし、長寿化により、長く向き合わねばならない、避けられないものと変わったのではなかろうか。加えて、生物的な延命とは、かかる種々の技術が開発されてきている。言い換えれば、各人が自ら死へのプロセスをデザインすることができ、選択できる素晴らしい時代が来たとも言える。医療は、延命・疾病の治癒のみならず、このプロセスを支援する役割を持つことになった（図12）。

従って医療の目的は従来の「疾病の治癒、救命」から「生活、人生を支える」ことに大きく転換する。現在の近代西洋医学はその転換に対応できていないように想われ

図12

死のありようが大転換

	19世紀型	21世紀型
時期	子育て、退職終えてすぐ	終えてから長く向き合う
特徴	突然、不意にやってくる	確実にくる色々な過程
契機	神様が殺してくれる	繰返す疾病や障害の末
延命	あまり方法がない	栄養呼吸ほか多数
対応	避けたい不幸	自分に良い死に方選べる
態度	考えたくない恐怖	考えざるを得ない
場所	家庭地域が多い	自分が選ぶ

メメント・モリ

© T Hasegawa
RIFH.Japan

21世紀　我々はほんとうに幸運♡

医療大転換

起源	19世紀後半	21世紀
寿命	50歳まで	85歳以上
原因	外的・母子	老化
疾病	単一	複数
経緯	単一エピソード	継続発症
目標	治癒・救命	機能改善・人生支援
目的	治す医療	支える医療
場所	病院	地域
特徴	施設医療	ケアサイクル

る。医療の目的は大きく転換し、元来それが目的であった福祉と、目指すものが同一となる。もはや医療と福祉は連携するのではなく統合されることとなるのである。

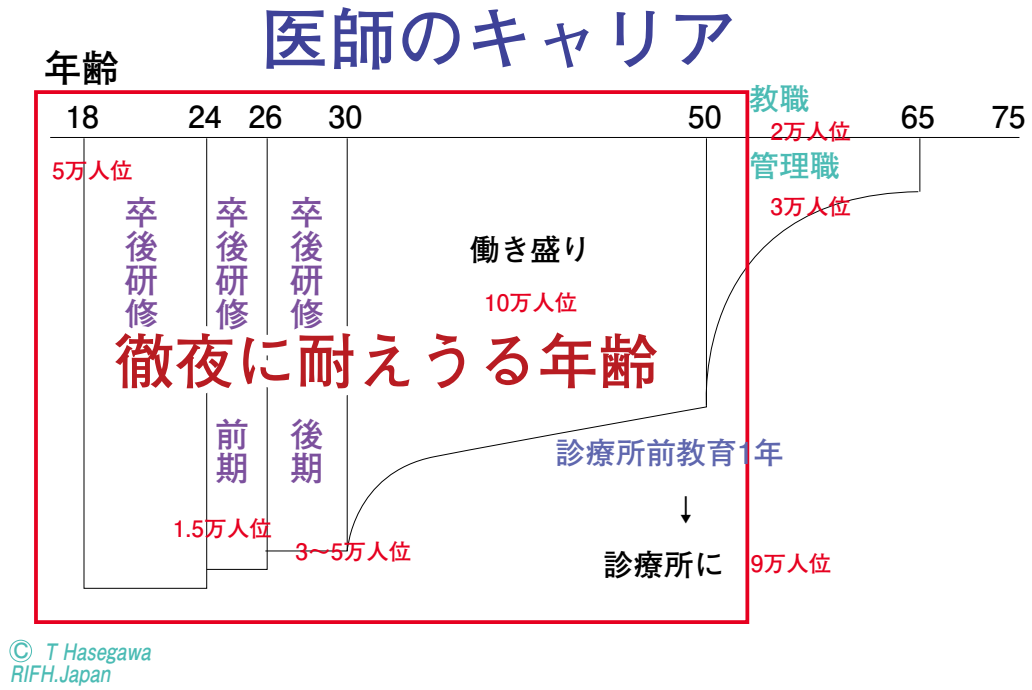
高齢者、特にケアサイクルに入った老人へのケアは、本人が「希望する機能の改善」、言い換えると「生活の質の向上」を目指すことになる。

実はその結果　どんな機能を希望するのか、死ぬまでどのような生活をしたいか、ケアの受け手が考えをもたない限り、ケアの供給者は支えようがないことになる。言い換えると若年者は想定される身体の問題に焦点を合わせてケアを供給者が選択することも可能であったに対して、高齢者は、ケアにおいても役割なき役割を超えて、自らの生き方を考えておくことがケアを受ける前提となる。

4　医師の未来

医師の未来を考察するためには、伝統的キャリアパス、体力の変化、世代別の勤労観を勘案する必要がある（図13）。

図13



1）歩留まり

医師の供給は、体力の変化をふまえ、まず、急性期病院での勤務を想定する。基礎数は、臨床研修終了後、専門研修を含めた病院勤務医が、毎年どれくらい確保できるかにかかっている。病院勤務医数は、最初の歩留まり数に平均の勤続年数を掛け合わせた数となる。

臨床研修開始後、大学でのオリエンテーションが足りないせいか、専門研修に移行する医師が減り、定職に就かず、検診やコンタクトレンズ関連のアルバイトで食べるモラトリアム的医師が出現し、それが、1,000人近くまで存在するとの噂がある。又、逆に、日本に帰国して働くことを前提に中国など外国の医学校で学ぶ日本人も、1,000人単位で存在するかもしれないとの推測もある。これらを対象に、歩留まりを増やす努力により、病院への供給を増やすことができる。

2）生産性

医師の生産力は、単なる頭数だけでなく生産性に左右される。生産性はいくつかの要素に左右される。すでに述べた体力、医学教育の質、そして技術者の組み合わせチー

ム（skill mix）などである。組み合わせチームは、例えば、医師間では、中堅医師、研修医、更にはベテランの効果的組み合わせ、特に、ケアサイクル対応を考えるとすれば、臓器専門医とそれらを繋ぐための結合専門医のチームが極めて重要な鍵となる。コメディカル間では、医師や看護師、薬剤師の組み合わせにより、生産性は大幅に異なる。

米国でレジデントを終え、米国で働いていた私の友人が帰国し、日本の医師の仕事を見て、「何でそんなことまで医師がするの？」と言って帰ったことは、印象的であった。医療のチーム化、病院のマネジメントの課題と言えよう。

技術や経験を持つ医師が高齢化しても、上手く支えてそれを活用することも、同じ課題と言える。以上の議論をまとめると以下の公式となる。

【急性期病院医師生産力】＝【入学定員 x 卒業率 x 医師免許試験合格率】
x【歩留まり】x【勤務年数】x【生産性】
勤務年数：体力、労働条件、支援体制
生産性：最適Skill Mix、マネジメント力

３）診療所医師

病院の次のキャリアを考えると、高齢者施設などの需要が、現在は増加傾向にあるものの、長期的には頭打ちとなると想定される。したがって、中心は、やはり診療所である。入学定員数の増加と共に歩留まりは増えたので、結局、病院やキャリアを終えて診療所勤務する医師の供給が増加する。一方外来需要はもう既に減少の局面に入ったので、キャリア選択には厳しいものがある。加えて、開業には初期投資が必要で、今後、診療所医師の勤務医化など、種々の新しい開業状態が想定される。この様な需要の内、バランスから考えて、今後、需要が増加するのは在宅診療医のみなので、多くの医師がそこに殺到するのではなかろうか。在宅診療医は前述の如く、新しいケアの型なので、一定の質の担保が必要で、専門医としての特定の期間の、適切な研修プログラムの確立が望まれる。

４）緊急の課題

地域における在宅診療医の必要性は上述した。

これから緊急に必要なのは、急性期病院内において、複数の疾患を持ち、地域で生活の過程で急性増悪し、急性期ケアを必要とする患者を受け入れ、「臓器専門医を繋ぐ統合の専門医」である。

しかし同時に、実は、臓器専門医の不足が危惧される。専門家（expert）の定義は、「沢山失敗した人」とされている。これから、臓器専門医を新たに養成するに当たって、患者での失敗は許されない。シミュレーション、スーパーヴィジョンシステムを含めた教育のイノベーションが求められる。

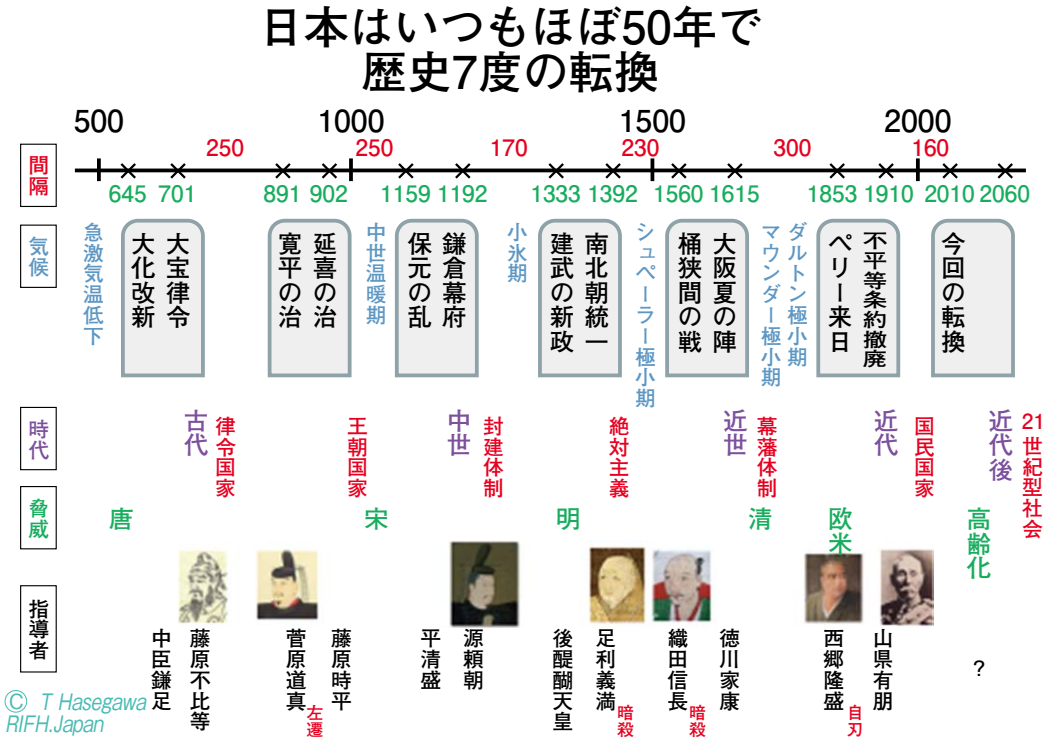
5　総括

医師需要を考えるのには、医師の頭数のみを議論するのは危険である。社会･疾病･ケア・制度・そのほかの職種との関係を踏まえた分析が必須である。

これからの50年、日本は社会のレベルでは、「新しい人生の型、家族の型、国の型」を生み出す必要がある。個人のレベルでは、「生き方、働き方、人との繋がり方」を考え直すことが必須である。「新しいケア、医学体系、健康観、身体観、医療システム、社会保障制度」そして「21世紀の新たな医学教育」はこれらの大転換に対応して創造される。21世紀の医学とその教育は、大転換を先駆ける日本から発信される。

時間は余り残されていない。しかし、日本の過去にそのヒントがある。過去６回の大転換期「古代国家」「王朝国家」「武家国家」「幕藩体制」「国民国家」の成立過程に藤原不比等、菅原道真、足利義満、織田信長、西郷隆盛らのリーダーが活躍し、転換が進められた。多くが暗殺されるか左遷された。それぞれの列島規模の転換は、永くかかったように見えても、菅原道真を除いて、いずれも50年である。日本人は50年単位で列島全体の体制を変えてきたのである。そのためには個々人の意識も含めた大きく深い変革が必要となる。

図14



Ⅳ．まとめ：医師養成のあるべき姿

Ⅳ．まとめ：医師養成のあるべき姿

本グランドデザインは、あくまでも全国医学部長病院長会議の立場から、その組織集合体である大学医学部・医科大学とその附属組織である大学附属病院に於ける医師養成のあるべき姿をまとめた。

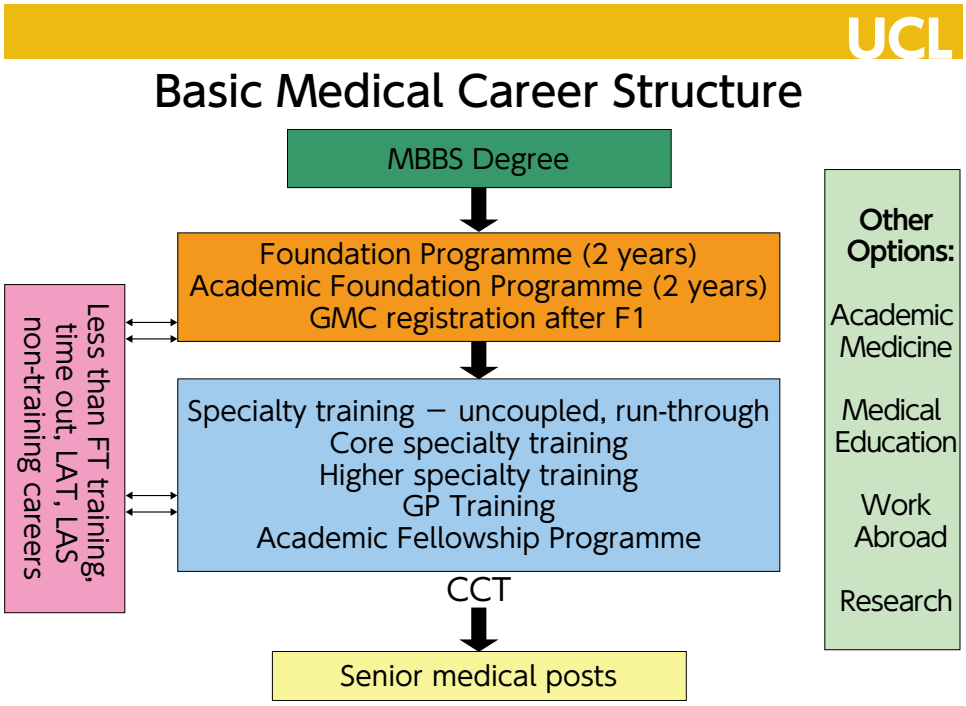
医師養成課程は本書の冒頭（Ⅰ．はじめに）で示したように５フェーズ（卒前の①臨床実習前教育、②臨床実習、と卒後の③臨床研修、④専門研修、更に⑤生涯学習）に大別し得る。個々のフェーズにおいて期待されるパフォーマンス・レベルは異なり、段階的にステップアップする到達目標により構成されている。その段階的移行は一貫性を持ちシームレスに行われる必要がある。従前の医師養成システムの構築は各フェーズの到達目標とコンピテンシー（教育の成果として求められる能力）は整理されず、個々の整合性が十分図られていなかった。このためとかく各フェーズ間の重複が強調され、混乱が起っていた。卒前の臨床前教育、臨床実習と卒後の臨床研修、専門研修の在り方を総括的に精査し、各フェーズの到達目標とコンピテンシーとの整合性を中長期的視野に立ち総合的、抜本的に検討し充実させることにより、一貫した新しい医師養成教育プログラム制度が誕生するよう改革すべきである。

本グランドデザインは各フェーズの現状の解析と検証を客観的に行い、国民の医療のニーズに沿った医師養成の更なる改善と充実のために、我々医学部と大学病院が責任を持って行うべき「医師養成の質保証と改革実現」への道筋を纏めた。この際、各フェーズの到達目標と期待される成果は英国（図：英国における医師養成課程の基本構築）、米国、カナダなどの国々で現在行われているグローバルスタンダードとの比較検討も視野に入れ、日本の土壌に合うよう設定されている。また検証と提言への客観性を図るために２名の学外識者に特別寄稿を依頼した。これらは①日本医師会総合政策研究機構　佐藤敏信主席研究員による「明日の医療は？大学病院を考える」と②未来医療研究機構　長谷川敏彦代表理事による「人口動態と医師需要」である。

現在、「医療崩壊」が国民の懸念している大きな社会問題の一つとなっている。これは単なる医師の絶対数の増加により解決できる問題ではなく、地域格差、診療科間の格差、過酷な労働環境など、様々な問題が複雑に関連している。こういった混乱時においてこそ、医学部と大学病院は、高度先進医療を担うと共に、医育機関として地域で活躍する医師を養成し、地域医療に貢献することが求められる。医学生としての卒前の医学教育、臨床実習の充実と共に、医師としての卒後の臨床、専門研修において、医師会、病院協会や更に日本専門医機構などに加え文部科学省や厚生労働省などの行政とも連携して地域の医療機関と密接した実習・研修施設群を形成する。大学は医師養成のプログラム・ディレクターとしての心構えをもって臨床と研究の両面からなる質の高い医師養成を統括する役割を果たすことが望ましい。新設医大の設立により医師数の増員が図られたとしても、医師の地域偏在や、診療科偏在は解決するわけではない。既存の大学の自己改革への更なる努力のみならず、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積極的な施策と環境の整備改善に必要な財政的援助が求められる。

図：英国における医師養成課程の基本構築



脚注

卒前・卒後の医師養成カリキュラムはGMC（General Medical Council）により総合的に統括されている。大学医学部・医科大学卒業でMBBS degree（医学士学位）を取得し、その後Foundation programme（基礎研修：日本の臨床研修に相当）で卒後研修の開始となる。F1（Foundation year 1）修了でGMCにProvisional registration（暫定医師登録）となり、F2修了にてFull registration（正医師登録）となり、GP（一般医、家庭医）になるならGP training（一般医・家庭医研修）、臓器別専門医になるならCore specialty training（コア専門研修、CT1-2年）ないしはSpecialty training（専門研修、ST1～、途中での変更無し）へ入る形となる。CTの場合は、２年経過後にST3への編入をして専門医Consultantへの道を目指す。このほかにBoard Based Trainingというのが２年あり、後期研修（CT/ST）の最初の２年に６ヵ月毎に４つの専門を回り、終了後にCT2ないしはST2に編入する経路もある。また、専門研修に入れなかった場合には、Non-training jobとして病院で働くことが可能であるが、研修期間とは認識されない。

https://www.ucl.ac.uk/medicalschool/education-consultancy/ningbo/programme/foundationyears

http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200708/cmselect/cmhealth/25/2505.htm

１．医学部の卒業前における医師養成のあるべき姿

１）入学者選抜

多くの医学部・医科大学でアドミッションポリシーが存在し、公表されている。各大学において、卒業時アウトカムからディプロマポリシーを定め、６年間の医学教育の中でそれを涵養するカリキュラムポリシーを明示し、これらの整合性を検討する必要がある。

近い将来、高大接続の改革をめざし、医学部入試を含めて大学入試制度の大幅な変更が予定されている。医学部の入試については、今まで学力試験、面接、調査書、小論文など多様な方法が用いられてきた。これらに加えて、道徳性発達を測定できるとされるジレンマ課題を用いた面接、問題解決能力テストなど新たな選抜方法の開発など、多くの大学の協力の上で医師になるものの選抜に最も適した方法の開発を行うべきである。

医師臨床研修制度の導入以来、地方の医師不足、診療科の医師偏在が明らかとなり、医学部学生定員増が行われたが、その偏在は解消されず、医師過剰の方向に向かっている。今後、地域枠入学制度の有効性を検証すると共に、人口減少に向かう我が国においては必要な医師数を客観的に算出し、増加している各大学の入学定員の削減を行うべきである。地方の医師不足および診療科の医師偏在に対しては、卒前・卒後のカリキュラムの改善、医学生の社会的責任の自覚、特定の診療報酬の見直し、地域の医師のキャリア形成の見直しなどあらゆる手段を講じて解決するよう努力すべきである。

学士編入学が多くの大学で実施され、多様な経歴を持つ学生の医師への道筋となっているが、単に医師免許を得るための道筋とすべきではなく、日本の医師養成システムの中での位置づけを明確にし、廃止を含めて再検討すべきである。

２）ステップⅠ：臨床実習前教育

１年次に実施されている教養教育が、その後の医学専門教育と十分な連携が取れていない。１年次の教養教育を医学教育の一部として認識し、卒業時アウトカムとの整合性を各医学部が検討を始めなければならない。６年一貫医学教育で、「学士力」、特に、多様性の理解、汎用的技能、職業職者としての社会的責任などの重要学修成果を育てていく必要がある。また、初年次教育では、受験勉強から医学部での学修への変換という学修スキルの獲得を目指すことも求められる。

医学部ではICTの教育への利用が遅れている。ICTの導入の遅れは能動的学修（アクティブ・ラーニング）環境の整備の遅れの原因にもなっている。初年次を中心に、自己学習の習慣を身に付けなければ、今後も続く基礎医学、臨床医学の情報量の爆発的増加の中で学生は対応ができなくなっていくであろう。医療という文脈の中で、学生が自ら学習課題を発見し、それを問題解決するための学習スタイルを学ばせる問題解決能力を育てるために、１年次から継続的に能動的学習が身に付くカリキュラム開

発が望まれる。問題解決能力を養うためには統合カリキュラムが有益であるが、学生と教員双方の統合カリキュラムに関する理解が不足しており、その利点が発揮されていないのが実情である。

臨床実習前の教育期間での多職種連携教育の導入が進んでいる。この学修経験を臨床実習の場で活かす工夫が求められている。大学病院での臨床実習だけでなく、在宅の場や、予防医学の学修の中でも多職種連携教育を進めていく必要がある。

研究医養成のための様々な試み（MD-PhDコース、研究室配属、放課後型研究室配属など)が実践されている。卒後臨床研修終了を持って医籍登録が完了する現状では、研究医を志す学生が卒直後に基礎医学講座に大学院生として進学することは困難な場合が多い。基礎医学研究医を志す学生が安心して、研究者への道に進めるためにどのような方策が考えられるのか、国を挙げて検討する必要がある。

多くの医学部が問題を抱える学生に真摯に対応をしているが、学生支援には教員のみではなく、職員にも助力を求め、さらに学生カウンセラーの配置も進めていかなければならない。

共用試験の成績（CBTでの能力値43以上）で、全国医学部長病院長会議が学生の所属する医学部の医学部長の申請を持って、スチューデント・ドクターの称号を与える制度が確立された。更に個々のスチューデント・ドクターが臨床実習を行うに際しての医行為水準の全国統一化を図るために医行為水準が策定された。これにより、臨床実習での診療参加型臨床実習が拡充されることが期待される。今後は、スチューデント・ドクターと臨床実習における医行為水準に関して患者、家族に知ってもらう活動を全国医学部長病院長会議および各大学医学部・医科大学が進めていかなければならない。

3）ステップⅡ：臨床実習教育

グローバル化の視点からアウトカム基盤型教育（OBE）の導入が求められるが、臨床実習の学習アウトカムとして卒業時に求められる能力（コンピテンシー）やその評価法は未だ普及していない。卒前教育・臨床実習及び卒後臨床研修・専門研修まで見通したコンピテンシーを作成し、その通過点（マイルストーンズ）として卒業時に求められる能力（臨床実習の学習目標）を設定すべきである。卒業時に求められる医学生のレベルは「指導医の指導･監督のもとで実施できる」であり､臨床実習終了（卒業時）そして卒後研修を開始できる研修医の要件である。

コンピテンシーを達成するためには診療参加型臨床実習を導入する必要がある。クリニカルクラークシップは全ての大学で導入されているが、必ずしも診療参加型とはなっておらず、改善すべき事項が残されている。

診療参加型臨床実習には以下のような実践が求められる。大学病院を基幹病院とし、地域の協力病院も参加してコア診療科で十分な期間（４～８週間）診療チームの

一員として診療に参加できる体制を構築する。よくある疾患・病態を経験し、慢性疾患の診療にも参加できる地域の病院、診療所などを実習施設として組み入れる。診療参加型臨床実習の学習目標をコンピテンシー、モデル・コア・カリキュラムの到達目標、ガイドラインの医行為水準を踏まえて設定する。全国的統一基準設定に際しては平成26年に全国医学部長病院長会議より発刊された参加型臨床実習のための医行為水準規定が参考となる。医学生が診療の現場で何ができるかを直接評価するworkplace-based assessmentがコンピテンシーの評価（形成的評価を含む）には適している。OBEでは教育のアウトカムとしてのコンピテンシー評価が特に重要で、妥当性、信頼性のある評価法を選択し、実施すべきである。

４）医師国家試験の改革

医師国家試験は医師法第９条で「医師として具有すべき知識および技能を問う試験」とされ、共用試験の導入後は臨床実習の成果を問う試験として位置付けられている。しかし、現状ではMCQの形式で「知識」を主として問う試験のみが実施され、技能についての実技試験は行われていない。また、問題作成者と教育者が大学教員で同一であること、その担当者が比較的短期間で交代すること、出題責任者の意向によって難易度、出題内容が大きく変わることなどの問題がある。

医師法第９条に立ち返り、医師国家試験は「知識」のみならず「技能」も評価する資格試験で、そのレベルは、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を問うべきものとする改革を早急に実施することを提言する。「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の成果を問う内容とすべきであり、CBT方式で難易度の判明しているプール問題から出題するのが望ましい。「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実技試験とし、OSCEの形式で実施する。なお、実技試験は全国一斉に実施するのは困難であり、共用試験と同様に、各医学部・医科大学で行う「卒業時OSCE」を先ず導入すべきである。また、医師国家試験は厚生労働省から切り離して実施すべきであり、第３者機関として「医師資格試験実施機構（仮称）」を建立する必要がある

２．医学部の卒業後における医師養成のあるべき姿

１）臨床研修制度

現行の臨床研修制度をゼロベースで見直し、部分的手直しではない基本骨格からの抜本的な改革を行い、時代の要請に応じた新しい制度の構築を図る。

臨床研修制度の目標は、指導医の監督のもとで医行為を行う臨床実習とは異なり、

医師として責任をもっ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し実行する能力、すなわち基本的臨床能力の開発（基本臨床研修）であり、これによりその後の独立した医師としての専門研修へのスムーズな移行を可能にするという理念で設定されるべきである。

従い、臨床実習、臨床研修（基本臨床研修）、専門研修の現状を精査し、個々のステップの到達目標（パフォーマンス・レベル）を明確にし、個々のステップが一貫性と継続性をもちシームレ スに移行し得る医師養成過程の一環とした制度とし、充実した新しい医師養成制 度へとなり得るよう構築しなおす必要がある。

更に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を策定しつつ、地域および診療科間の医師偏在解消の促進にも寄与し得るプログラムを構築する必要がある。また基礎系、臨床系医学研究者、特に基礎系医学研究者の養成にも不利にならない制度設計の構築も考慮する必要がある。

２）専門医・高度専門医療人の養成

2017年から新しい専門医制度が始まる。平成26年５月７日に一般社団法人日本専門医機構が設立され、今新しい制度設計の真最中である。このような時に、このグランドデザインの提言の持つ意味は極めて大きい。新しい専門医制度では19の基本領域の診療科が認定されている。専門医資格をとるための養成・修練を行うに当たり、これまでの学会認定、医局ベースの研修制度とは異なった制度設計が求められることになる。また、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ていることはもちろんであるが、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。これは、臨床系大学院教育改革と一体にならないと実のあるものとはなるまい。この際、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（第2章、3医学研究の振興と大学院の充実）。

制度設計の時の参考となるのが、英国、カナダや米国のレジデント制度であるが、これまでの日本における専門医教育制度の歴史と構造を考慮しながら、日本ならではの制度設計がなされる必要がある。

更に質の高い専門医・高度専門医療人の養成のためには、厳しい施設要件を満たした適切な研修施設とともに、臨床能力、教育能力、さらには研究能力に優れた指導医、また、養成プログラム全体を統括するプログラム責任者が不可欠である。診療現場における教育スタッフ（教員）の増員、FD（教員研修）の体系化、人事における教育実績の評価、教育部門の設置と統括責任者の任命など、その重要性を認識する施設の長の意識改革が不可欠である。また、屋根瓦方式による、研修医同士の教育を行う風土を醸成することも、重要である。

３）医学教育・研究の振興と大学院の充実

日本の医学研究の振興のためには、先ず医学生の時期からリサーチマインドを涵養することが大切である。基礎医学研究の醍醐味を伝えるためには、基礎医学の講座を維持しつつ、能動的学修や問題解決型学修などを取り入れる必要がある。また、基礎研究室配属や研究医養成プログラム、MD-PhDコースの充実が求められる。

基礎医学の研究者をめざす人材に対して手厚い経済的支援が必要である。さらに、常勤の教員ポストの確保、待遇の改善、幅広い基盤的な研究費の確保などの施策を導入し、将来に対する不安を排除し、研究をサポートする体制を整備する必要がある。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。

臨床系大学院において、高度専門医療人養成コースの中で一定の研究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。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有用である。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すると共に、研究機器・機材の共同利用などを促進して効率的に最先端の研究環境の整備をすすめる必要がある。

新しい専門医制度は大学院や研究者養成の阻害要因となる危険性を有している。専門研修施設群が専門研修プログラムを作成するにあたっては、大学院の活性化及び研究活動推進の観点を十分に取り入れる必要がある。

我が国の臨床研究の質と量を改善するために、臨床疫学研究者を育成し、専門的指導者を確保する必要がある。大学院における体系的教育カリキュラムの導入に加えて、専門的指導者による実践修練が必要である。また、臨床研究者の学習・研究時間を保証する仕組みを確立する必要がある。研究助成費の拡大、疾患データベース構築、研究者ネットワーク作りなども求められる。

４）生涯学習（専門修練）

医学の急速な進歩、医療の高度化や社会変化（超高齢化社会への突入、医療経済的な制約、医療安全などに対する社会意識の高まりなど）により、医師に求められる能力は多様化･高度化しつつある。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。このような生涯教育のニーズに沿って卒前・卒後一貫して医師を養成するために、大学が中心となって、学会・専門医機構、医師会、病院協会などと連携してプログラムを提供すべきである。これにより、医師は自らの専門性の充実を図り、大学附属病院、地域の病院や診療所、地域包括ケアシステムなど多様な医療現場によって構成される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教育体制の整備にもつながる。また、大学はこのような生涯教育を支援するネットワークの要として機能することができる。

３．医学部の卒業前・後にまたがる医師養成のあるべき姿

１）横断的総合的な医学・医療の教育

日本の大学附属病院は、殆どの場合に医学部と一体的な運営がなされているため、教育は研究、診療と切り離すことはできない。そのために、医学・医療の進歩に伴う医学・医療研究、専門最先端医療の必要性に伴う専門細分化が進んで、症候（症状・徴候）からの臨床推論を学ぶ環境に乏しくなっている。このようなアプローチを日常診療で行っているのは、横断的総合的な診療部門（救急部門、総合診療部門、高齢者診療部門など）である。このような部門は専門各科が協力すればカバーできるものではない。部分最適の総和は全体最適にならない。

救急部門、総合診療部門、高齢者診療部門は、それぞれ診療、教育、研究において異なったニーズがあり、基本的には大学においてはこれらの部門が講座として独立して教育・研究にあたるとともに、緊密に連携して診療に当たることが望まれる。しかし、診療の場面でどのような連携を構築するかは施設毎に異なることになろう。
総合診療部門については、卒前・卒後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・介護施設との密接な連携の下に実施することが望ましい。

横断的総合的な診療部門のもう一つの役割は全人的医療教育である。全人的医療を行うには、医師としての高い倫理観・使命観・責任感（プロフェッショナリズム）、医療安全、チーム医療、コミュニケーション、生涯学習などについて学ぶ必要がある。総合診療部門のように、健康問題を幅広く横断的に診る診療科が一つの専門領域として位置づけられて教育を担当することによって、全人的医療教育を卒前教育から無理なく始めることができるようになると考えられる。この際、実際の教育は、他の関連診療科と連携してカリキュラム構築をする必要がある。

２）医学教育の国際基準とわが国の医学教育の分野別評価

高等教育機関における教育の質を保証することは極めて重要である。学生を教育し、社会に優秀な人材を送る上で、教育の質保証は欠かせない。このため、2004年以来、大学基準協会、大学評価・学位授与機構、高等教育評価機構によって大学の機関別認証評価が全大学を対象に実施されている。ただし、医学部における教育は機関別認証

評価だけでは不十分で、国民の健康を維持・増進する立場から、医学教育のプログラムを評価することは欠かせない。実際、欧米先進国や近隣のアジア諸国では、自主的に医学教育の分野別評価が実施されている。

わが国では医学教育の分野別評価の必要性は2010年まで全く議論されてこなかった。しかし、2010年アメリカECFMGの通告を機に、改めて医学教育分野別質保証の重要性が指摘され、2011年から分野別評価による教育の質保証にかかる制度構築が検討され、現在トライアルが進められている。教育の質保証はECFMG対策では決してない。本来は自主的に実施しておくべき医学教育の質保証がなされてこなかったこと自体が問題で、ECFMGの通告が良いキッカケを与えてくれたと評価すべきである。

わが国の医学教育が優れていることは疑う余地はない。しかし、グローバル化が進められる中、旧来の教育プログラムを真摯に見直し、良い点や独創性のある部分はさらに伸ばし、その一方で自己点検ないし第３者評価で改善を指摘された事項は積極的に改善すべきである。医学教育は、社会や疾病構造の変化などに対応して見なす必要がある。

医学教育分野別評価制度を確立し、医学教育の質保証を進めるべきと考える。そうしてこそ、社会からも、また国際的にもわが国の医学教育が信頼され、医学・医療の発展に貢献できるであろう。

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

医師には受け身的な知識習得ではなく、CPD（Continuing Professional Development）の概念に基づく自己研鑽が求められている。大学医学部・医科大学においては医学教育の全体像を掌握する部門が中心となり、医のプロフェッショナリズムを取り入れた教育体制（キャリア･ディベロップメント）を整備しなくてはならない。

特に女性医師がキャリアを継続し向上するためには、女性特有のライフイベントを理解して、働き方の多様性を認容することが極めて重要である。全国医学部長病院長会議はキャリア・ディベロップメントの中で、男性、女性の区別なく教育すべき６つキャリア教育の具体的内容を提唱してきた。すなわち、①医師として就労を生涯継続する、②医学知識と技能の研鑽に励む、③自己啓発力を形成する、④医学・医療を社会へ還元する意識をもつ、⑤男女平等な社会の実現に努力する、⑥ワークライフバランスを正しく理解するの６項目である。キャリア教育によって充分にプロフェッショナリズムを涵養し、社会の意識改革がそれに伴えば、女性医師の生涯に亘る活躍が期待できる。

さらにキャリア教育を専門医制度や医師会等における生涯教育プログラムに導入することで、生涯に亘るキャリア・ディベロップメントが可能となる。

４）教育環境の整備

医療プロフェッショナル教育には、時間的、人的、そして空間的環境の整備が必要不可欠である。卒前教育から始まる医師としての生涯学習という長い時間軸での学習が求められる。卒前から生涯教育のどのフェーズでも学習できる時間的環境、施設の設備のみならず学外との連携などを含めた空間的環境、そして十分なスキルを備えた教員やスタッフなどの揃った人的環境、これらすべてがそろった教育環境が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。また、複雑・高度化した現代社会では、急速な環境変化や多様化への柔軟な対応も医師には求められる。その対応能力の醸成に向けて医学部では、医学教育を専門的に担う組織の構築と人材確保を行い、卒前・卒後が一貫性した教育体制を整え、人材育成の発展がもたらされることに繋がらなければならない。医学教育を専門的に担う教員には、上記環境整備のために大きな役割を担うことが使命である。高等教育である医学教育において、自身の専門に特化するのではなく広範囲をカバーできる教員の教育能力開発（ファカルティ・ディベロプメントの推進）、教育担当の事務職員との機能的連携及びその指導、そして医学部卒前にはじまる医師の生涯学習にわたる継続的学習環境の提供が重要であることは論を俟たない。さらに教育力は大学教員のみならず、地域の医師などの学生や研修医の教育に関わるすべてのスタッフにも求められる。大学の教育力を地域にも十分に広げるべきである。

５）医学部新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧

昨今の深刻な医師不足を受けて、2008年以降、医学部入学定員は経年的に増員され、2015年の入学定員は9,134名となっている。これは、増員前（2007年）に比べ1,509名増で、定員100名の医科大学を15校以上新設したことに匹敵する。これらの定員増と今後の人口減少を考慮した厚生労働省による医師数の将来予測（2015年６月）によると、人口10万人当たりの予測医師数は、2012年の227人から、2025年には292人に達し、OECD加重平均280人を凌駕し、2030年には319人、2040年には379人へと急増し、その後さらに増え続けることが予測されている。すでに、文部科学省は、医学部入学定員のあり方を議論する検討会を設置し、定員削減について検討を開始するとの方針が示されている。

一方、教育研究体制の確保には、質の高い基礎系及び臨床系の教員と施設が必要である。既存の医学部では医学生１人に対して医師資格を有する教員が１名以上配置されており、学定員100名の医学部を新設するには600名以上の教員が必要とされる。新設に伴い近隣の医科大学をはじめ地域で活躍する優秀な医師が多数教員として招聘されれば、地域の大学をはじめ地域医療に壊滅的な影響がおよぶことが強く懸念される。

かつて、1960年代の医学部入学定員は約3,000人、18歳人口は200万人を超えており、

当時は、18歳人口の500～700人に１人が医師なっていた。一方、2015年の入学定員は9,134人、18歳人口は119万人であり、今や、18歳人口の130人に１人が医師になる時代を迎えている。すなわち、入学の難易度は約５分の１に低下しており（入学が容易となっている）、今後、18歳人口のさらなる減少にともない、入学の門戸はさらに広がることが確実視されている。

また、2008年の入学定員増の措置以降、医学生の学力低下が問題となっており、本会議の医学生の学力低下問題に関するワーキンググループの調査結果によると、医学部１年次～２年次学生の留年者、休学者が、定員増とともに、有為に増加していることが示されている。

かかる状況下で、医学部が新設されれば、入学の門戸はさらにひろがり、教育環境の悪化とともに、医学生の質の低下が一層加速することは必至である。

本会議として、医学部の新設には強く反対する。

６）医師偏在、診療科の地域偏在是正のための論理の展開

（１）入学定員増による偏在改善について

医師偏在の要因は単一ではなく、医師数増のみで偏在の問題は解決できない。すでに、過去８年間で、医学部入学定員は1,509名の増員がなされ、医師数は2025年にはOECD加重平均を凌駕し、数の上ではほぼ充足する目途がたっている。むしろ、その後の医師過剰時代の到来が危惧されている。すでに、医師不足問題は、数ではなく偏在の解消こそが問題である。

過去８年間の定員増は、主に地域枠による増員であり、文部科学省の調査によると、地域枠学生の地元定着率は一般入学者より高い傾向にある（地域枠89％、一般枠54％）。地域枠入学者は、今後、順次実地臨床に参入する予定であり、地域偏在の是正に寄与することが期待される。引き続き、地域枠を維持し、さらに拡充する必要がある。

（２）臨床研修病院の定員について

現在の、初期臨床研修制度における研修病院の定員は、卒業者数を遥かに超える11,004名（平成26年度）であり、マッチ率が中大都市で高い傾向にある。今後、都会の一般病院の定員を削減し、医師不足地域の定員を増やすことも必要である。

（３）卒前・卒後教育の充実

卒前・卒後の教育カリキュラムの中で、地域で必要な基本的診療能力を身に付けさせるとともに、地域偏在の現状や診療科偏在の事実を伝え、国民に貢献すべき社会的責任を自覚させる必要がある。そのための地域医療学講座の設置、その教育・研修活動の充実が必要である。

（4）専門医の養成と偏在の是正

2014年に日本専門医機構が設立され、従来の学会による個別的な専門医の養成と認定の仕組みから、統一的な基準に基づく新たな仕組みへの転換が図られた。改革の要点の一つに、総合診療専門医が新たに基本領域の専門医資格として位置付けられており、今後は、全ての医師がいずれかの基本領域の専門医資格を取得する事を基本とすることが決まっている。

基本領域の専門医の養成については、大学などの地域の基幹病院と協力病院が連携して研修病院群を形成し、夫々の地域で専門医を養成することが定められており、地域偏在に寄与することが期待される。また、総合診療専門医は、今後、高齢化社会や地域における医療の担い手として、地域偏在の解消にも大きく貢献することが期待されており、医学部としても総合診療専門医の養成を積極的に推進する必要がある。

また、将来的には、専門領域別の定数の導入、医師不足領域の専門医養成プログラムあるいは専門医の診療に対する何らかのインセンティブ付与、研修プログラムにおける研究に関する選択項目あるいは必修項目の設定など、国民的合意を得てさらなる充実・改善への努力が求められる。

全国医学部長病院長会議は、同機構の設立時の社員であり、今後とも、専門医制度の充実に積極的に貢献することが期待される。

（4）大学病院の地域医療、医師偏在への貢献

大学病院は、高度先進医療を担うと共に、医育機関として地域で活躍する医師を養成し、地域に医師を派遣する機能を維持することも求められる。「診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定」に伴う医学生の全国的臨床実習の充実とともに、卒後の専門研修において、新たに設立された日本専門医機構とも連携し、地域の医療機関と連携した研修施設群を形成し、大学が研修プログラム・ダイレクターとなって臨床と研究の両面からなる質の高い研修を統括する役割を果たすことが望ましい。また、高度専門医療人養成臨床系大学院及び社会人大学院制度の拡充、地域医療機関との連携の強化、ICTの活用も望まれる。

大学の医師派遣機能の回復のためには、今日の医師不足を招いた直接の要因である現在の臨床研修制度の抜本的な見直しが不可欠である。

（5）救急医療、産科、小児科、麻酔科、外科医療などの崩壊への対応

最近の若手の医師は、過酷な勤務環境の診療科を避け、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。また、外科系診療科では、訴訟のリスクが高いことも要因の一つとなっている。医学教育の中で、若手医師が忌避しがちな診療科の魅力を伝え、人材と資金を集中させることにより、社会的使命や医師としての歓び、誇りを自覚させるとともに、何らかのインセンティブを付与する必要がある。卒後研修の一定期間に限って、専門医分野別定数の導入、地域別配分、強力なインセ

ンティブの付与を考える必要がある。

（6）女性医師の働き方と医師偏在

多くの女性医師は将来の結婚、出産や子育てに対して不安を抱いており、実際に仕事と家庭の両立が成り立たない場合や将来の困難さを想定して非常勤医師を選択したり、診療科の選択を狭めざるを得ないことがある。それがマンパワー不足につながり、医師偏在の要因の一つと考えられる。女性医師の占める割合の多い診療科は、皮膚科、眼科、小児科、産科婦人科、麻酔科であり、勤務予定を組みやすい、患者の急変や時間外の応需が比較的少ないなどが理由とされている。急変時に時間外でも率先して応じなければならない主治医制もその要因として挙げられている。希望する科を選択でき、男女平等の勤務が可能となるためには、何よりも育児と仕事の両立が可能となる環境が必須であり、子育て支援の充実が医師偏在、医師不足の緩和に大きく貢献するものと考えられる。

一般社団法人　　全国医学部長病院長会議

会　長	荒川　哲男
副会長	小原　　明
顧　問	小川　　彰
顧　問	森山　　寛
顧　問	別所　正美
相談役	神保　孝一
相談役	嘉山　孝正
相談役	寺野　　彰
相談役	河野　陽一
相談役	岡村　吉隆

医師養成のグランドデザイン検証ワーキンググループ

座　長	神保　孝一
委　員	吉村　博邦
委　員	山下　英俊
委　員	小林誠一郎
委　員	和泉　孝志
委　員	持田　　智
委　員	中谷　晴昭
委　員	田邊　政裕
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	津田　喬子
委　員	伴　信太郎
委　員	相馬　　仁
アドホック委員	福原　俊一
アドホック委員	荒川　哲男
アドホック委員	小川　　彰
アドホック委員	森山　　寛
ゲスト寄稿者	佐藤　敏信
ゲスト寄稿者	長谷川敏彦

謝辞

本グランドデザインは、全国医学部長病院長会議事務局職員一同、殊に石橋秀昭事務局長、中西芳子、山本久美子、川口亜希事務職員及び皮膚病総合医学研究所　一村郁子、地蔵真希子事務職員の多大なる努力と協力のもとになされた。これら貢献に対し深謝の意を表する。

発行日　平成28年５月27日
発行者　一般社団法人全国医学部長病院長会議（AJMC）

医師養成の質保証と改革実現のためのグランドデザイン
―全国医学部長病院長会議の立場から―

〒113-0034
東京都文京区湯島１-３-11 お茶の水プラザビル４F
電話 03-3813-4610　FAX 03-3813-4660
E-mail info@ajmc.jp

印　刷　社会福祉法人 北海道リハビリー
〒061-1195
北海道北広島市西の里507番地１
電話 011-375-2116　FAX 011-375-2115