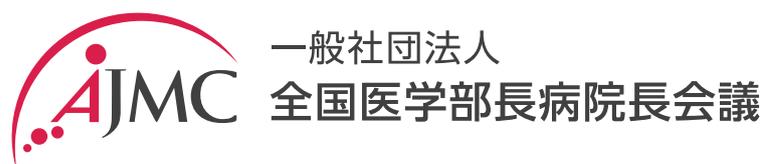


我が国で求められる医師養成のための グランドデザインへの提言

—卒前・卒後のシームレスな医学教育を目指して—



令和4年3月

目 次

第1章 臨床実習前教育	3
1. リベラルアーツ教育・準備教育	3
2. 基礎医学	4
3. 社会医学	7
4. 臨床医学	8
5. 共用試験 (CBT, OSCE)	12
1) 共用試験導入に至る経緯	
2) 共用試験CBT	
3) 臨床実習前OSCE (Pre-CC OSCE)	
4) 共用試験とStudent Doctorの認定	
5) 共用試験の公的試験化	
第2章 臨床実習教育	15
1. 臨床実習 (クリニカルクラークシップ)	15
1) 臨床実習 (クリニカルクラークシップ) の充実	
2) 臨床実習 (クリニカルクラークシップ) の内容	
3) 参加型臨床実習の充実のために必要な整備	
2. 診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 (Post-CC OSCE)	18
1) Student Doctorの医行為	
2) 診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 (Post-CC OSCE)	
3) Post-CC OSCEの正式実施	
4) Post-CC OSCEの位置づけ	
第3章 国家試験改革	21
第4章 卒後臨床研修制度	23
1. 卒後臨床研修制度	23
2. EPOC 2	25
第5章 専門医・高度医療人養成	27
1. 専門医の質の担保 vs. 医師偏在の改善：医療法及び医師法の改正	27
2. シーリングによる専攻医偏在の是正	28
3. 臨床研究専門医の創設	28
4. 総合診療専門医の基本領域への追加	29
第6章 医学研究の振興と大学院の充実	31

第7章 生涯教育	34
1. 地域医療・ネットワーク	34
2. 女性医師	36
3. リフレッシュ（リカレント）教育	38
4. Continuing Medical Education (CME) / Continuing Professional Development (CPD)	40
第8章 医学教育分野別評価	44
第9章 働き方改革	48
第10章 地域医療問題	50
1. 地域医療構想	50
2. 三位一体改革	51
3. 地域枠制度	52
第11章 被災地支援医療	55

第1章 臨床実習前教育

1. リベラルアーツ教育・準備教育

<現状と課題>

昨今の医学教育は大きく変化しつつある。授業では教養科目や基礎医学が削減され診療参加型実習の充実がはかられている。CBT・OSCEによるスチューデント・ドクター（Student Doctor）制度が始まり卒業時点でのPost-CC OSCEの制度化も現在検討されている。このような昨今の医学教育の変革は、医学部国際認証制度を契機に主に米国の医学教育に準じて国内の大学に導入されたもので、大学教員はもとより学生達にも少し戸惑いや不安があるようにも思われる。米国では大学生として4年間を終了したあと医学部へ入学しさらに4年間の医学教育を受けている。日本では高校から直接医学部へ入学しその後6年間で高等教育と医学教育を受けている。日本の医学部生は大学生としての高等教育と医師としての知識技能の獲得をこの6年間の中で行う必要がある。我が国において医学部は決して専門学校ではない。国公立全ての医学部は医学専門教育だけに偏ることなく高等教育機関としての大学の機能を担保し責務を果たさなければならない。

昨今の医学教育改革の潮流の中にかあって大学医学部には高等教育機関としての自覚に陰りがみられる。医学教育改革に翻弄される中で大学としての人間教育への関心が薄れてきている。受験勉強を強いられてきた医学部生にとって大学生時代は自我を確立し人間として成長をとげるためにもっとも大切な時期である。大学という高等教育機関では自由な環境の中、国語や英語の語学はもとより哲学・倫理学・社会学など人間としての教養を身につける必要がある。これらの教養やそこから獲得される能力は、人間を対象とする医学や医療に必要なだからという客体的な理由だけではなく、医学部生が一人の社会人として、過去・現在・未来を見通す力、歴史と世界を俯瞰する視野、それらを統合して自らの思考や方法に育て上げていくという主体的な能力形成の基盤ともなる。時代の変遷の中で現行の医学教育モデル・コア・カリキュラムが掲げる「多様なニーズに対応できる医師の養成」という観点からも、各大学がアドミッションポリシーに従って人間教育に大学の特性や個性をもたせ多様なニーズに応える必要がある。

医学教育モデル・コア・カリキュラムではプロフェッショナリズムとして、医の倫理と生命倫理、患者中心の視点、医師としての責務と裁量権等が求められている。また卒後臨床研修の到達目標では医師としての基本的価値観として、利他的な態度、人間性の尊重、自らを高める姿勢、医学・医療における倫理性、社会使命と公衆衛生への寄与等が求められている。これらの医師としての基本的な資質や価値観を担保しうる人間教育は、卒前・卒後のシームレスな医学教育の中に現在組み込まれてはいるが、臨床能力強化を掲げる昨今の医学教育改革の中にかあっては、これまで特段注目されることはなく検討される機会も少なかった。医師を目指すうえで当然だと考えられてきた基本的な価値観が、激動する世の中や変容する倫理観や価値観の中で昨今の医学部生に十分身につけているのかどうか懸念もある。診療参加型臨床実習の拡充によって基礎医学教育が前倒しされ、教養教育（リベラルアーツ教育や専門準備教育）に十分な時間をさけない現状もある。臨床前医学教育として基礎と臨床の教育連携強化は進みつつあるが、専門家間交流の少ない教養教育と医学教育の連携に関しては手つかずの状態と言わざるを得ない。このような現状にかあって医学部における教養教育改革は、医学教育改革のあとに大学が取り組むべき次なる課題である。

＜提言＞

各大学で抱える現状や事情は異なるとしても、医学部の教養教育と医学教育を分離独立させて行う従来型の授業方式には変革が必要である。医学部に入り早く専門教育を受けたいと考えがちな学生に対し当該教養科目の必要性と重要性が理解できるよう授業内容やカリキュラム編成にも工夫が望まれる。基礎医学科目においてはPBL方式や基礎・臨床統合講義の導入が学生の学習意欲を向上させている。教養科目においても同様な取り組みが望まれる。国語教育ではコミュニケーション・プレゼン能力やレポート・文書作成など記載能力の育成に配慮する。英語教育では会話能力だけでなく英文情報の収集能力や英文コミュニケーション能力の育成に配慮する。哲学教育では人間や社会に対する深い洞察能力を身に付け人間や学生自身の生き方や価値観につき考える機会を与える。倫理教育では医師としてだけでなく人間としての倫理感を考察しながら体得できるよう配慮する。社会学教育では人間社会における矛盾や問題点を世界的視野で理解考察する機会を与える。人間として医師として必要な資質と倫理観や価値観の育成は準備教育期間だけではなく、臨床前医学教育や専門教育とも連携させて継続的に行うことが望まれる。そのためには医学教育と連携のない教養科目専任教官と医学教育担当者が相互に連携をはかり、教育目的に応じてデザインされたカリキュラムや授業内容が必要となる。医学教育同様に教養教育においても教育資材や教育カリキュラムの大学間連携が今後必要となるかもしれない。医学教育と連携できる教養科目専任者の確保が困難な場合には、大学間における教育人材の相互協力も効率的な手段となりうる。

今後リベラルアーツ教育・専門準備教育においては、医師としての教養や人格を身につけるのは6年間の教育を通してであることを念頭に、その後の臨床前教育や臨床実習に繋げていく教育内容と方法を模索するべきである。医学専門教育に重点を置くあまり、国語、倫理や哲学を含めたりベラルアーツ教育・専門準備教育が疎かになってはならない。

2. 基礎医学

＜現状と課題＞

平成30年11月26日付の中央教育審議会からの「2040年に向けた高等教育のグランドデザイン（答申）」では、実現すべき方向性の第一として、「学修者が『何を学び、身に付けることができるのか』を明確にし、学修の成果を学修者が実感できる教育を行っていること」、すなわち「学修者本位の教育への転換」を挙げている¹⁾。日本医学教育評価機構（JACME）による「医学教育分野別評価基準日本版Ver.2.32²⁾」でも、「1. 使命と学修成果」の「1.3 学修成果」の**基本的水準**において、「医学部は、意図した学修成果を定めなければならない。それは、学生が卒業時までにはその達成を示すべきものである。」として、これまでの課程（プロセス）基盤型教育から学修成果（アウトカム）基盤型教育への転換を提唱している。

「医学教育分野別評価基準日本版Ver.2.32」では、「2. 教育プログラム」の「2.3 基礎医学」の**基本的水準**において、「医学部は、以下を理解するのに役立つよう、カリキュラムの中で基礎医学のあり方を定義し、実践しなければならない。」として以下の2項目を挙げている。

- ・臨床医学を修得し応用するのに必要となる基本的な科学的知見
- ・臨床医学を修得し応用するのに必要となる基本的な概念と手法

実際に基礎医学の一部である生化学を学生に講義していると、「医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成28年度改訂版³⁾」の「C-2-5) 生体物質の代謝」で、解糖系、糖新生の講義をしていると

きには、つまらなそうな顔をして聴講している学生が多く、「C-4-3) 代謝障害」で、糖尿病の講義をしたときに初めて解糖系、糖新生の理解の大切さを認識するようである。学生にとっては、「生体物質の代謝」の知識を学ぶ意義が分からないうちに、それを覚えるのは決して楽しい作業ではなく、その知識が「代謝障害」に基づく疾患の理解にとって必要であることを認識して初めて、「学修の成果を実感」できるのである。この点で、基礎医学教育においては、基礎・臨床統合教育の講義形態が望ましいように思われる。英国のUniversity College London Medical Schoolでも、臨床医学への応用という文脈で基礎医学的知識を理解させるため、基礎医学の講義は生理学、生化学、解剖学という枠組みではなく、臓器別・疾患別の枠組みで行われている⁴⁾。また米国のStanford Medicine⁵⁾など、「学修者本位」のアクティブ・ラーニングの一つとして「Flipped Classroom (反転授業)」を導入している大学も多くなってきている。2012年にシンガポールのDuke-NUS Medical Schoolを訪問したときに、その教育システムに大きな感銘を受けた。Duke-NUS Medical Schoolでは、基礎・臨床統合教育が反転授業の形式で行われている。

Duke-NUS Medical Schoolでは座学を廃し、TeamLEAD (Learn, Engage, Apply, and Develop) というTBL (Team-Based Learning) が1年次の基礎医学教育システムの根幹を成している⁶⁾。学生は症例問題を与えられ (この意味でPBL (Problem-Based Learning) である)、その問題解決のために予め自学自習し (その教材は、指定教科書、e-ラーニング、その他の参考資料等である)、クラスルームではチーム毎にディスカッションし、それぞれのチームの結論を発表、チーム間のディスカッションを通して正解に至る、という仕組みである。この章の担当者はそのクラスルームを参観させてもらったが、チーム内のディスカッションもチーム間のディスカッションも非常に生き生きとしたもので、学生はまさに「学修の成果を実感」しているように思われた。症例問題は、基礎研究者、臨床医からなるスタッフの共同作業で作成する。こうして1年間をかけて、「分子、細胞、組織」、「人体の構造と機能」、「脳と行動」、「人体と疾患」に関する知識を習得し、2年次からのClinical Clerkshipに臨む。そもそもDuke-NUS Medical Schoolには、生化学講座、生理学講座、薬理学講座等の「オロジー」別の基礎系講座は存在せず、Principal Investigator (PI) がそれぞれのラボを持ち、PIは教育に関しては、自分の研究テーマに関連する症例問題作成に関わり (学生の事前学習用の教材作成も含む)、学生からの質問に答え、クラスルームにおける司会進行役を務める。学生はTeamLEADで、このようなアクティブ・ラーニングを通して、臨床医が仕事をするのにより直接的に役立つ基礎医学的知識を獲得することが期待されるし、臨床の現場でのカンファレンスにおけるディスカッションへの準備教育も受けることになるのである。すなわち、「学修者本位」のアウトカム基盤型教育であり、卒前・卒後のシームレスな医学教育にも適うものになっている。

Duke-NUS Medical Schoolのような反転授業のシステムを日本の大学に取り入れる際の最大の問題点は、学生のMorale (士気、勉学意欲) の程度である。Duke-NUS Medical Schoolの学生のMoraleはおしなべて大変高いように感じられた。日本の大学の入学者はその点で、学生によりMoraleのばらつきが大きく、このシステムを導入した場合、Moraleが高い学生は高い学修成果を得られるが、Moraleが低い学生はそれなりの学修成果しか得られず、学生間の格差が広がってしまう危険性が大いと感じる。この問題を克服するためには、入学者選抜で単に学力の高低を基準とするのではなく、Moraleの高い学生を選び出す選抜方法を確立することが必要と考える。またDuke-NUS Medical Schoolでは、個々の学生にクリッカーを持たせて、クラスルームの冒頭、チーム内のディスカッション後、チーム間のディスカッション後に理解度評価のための小テストを実施し、個々の学生の成績をその都度毎に集計していたのが、印象的であった。こうすることによって、個々の学生のMoraleを持続させることができるし、学生・教員も「学習の成果」を数値的に実感することになる。

JACMEによる「医学教育分野別評価基準日本版Ver.2.32」の「2. 教育プログラム」の「2.3 基礎医学」では、**質的向上のための水準**として、「医学部は、カリキュラムに以下の項目を反映させるべきである。」として以下の2項目を挙げている。

- ・科学的、技術的、臨床的進歩
- ・現在及び将来的に社会や医療システムにおいて必要になると予測されること

<提言>

中央教育審議会からの「2040年に向けた高等教育のグランドデザイン（答申）」でも、「大学は、教育と研究の本来的な機能の発揮を通じて、社会の将来的な発展を支え、推進する基盤となるものである。」としている。この点で、基礎医学教育においては、基礎医学研究を担う医師の養成のみならず、研究マインドを持つ臨床医の養成することにより、「社会の将来的な発展を支え、推進する基盤となる」ことを目指さなければならない。近年基礎医学研究を担う若手医師の割合が減少しており、文部科学省では「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」事業⁷⁾、「基礎研究医養成活性化プログラム⁸⁾」等を立ち上げている。多くの大学で、基礎系研究室に一定期間学生を配置し、基礎研究の面白さを体得させるプログラム（フリークォーター等）を取り入れているが、基礎研究を担う若手医師の減少に対する対策として功を奏しているとは思えない。基礎・臨床統合型の講義の中で、疾病の病因解明や治療法開発におけるブレイクスルーとなった基礎研究を紹介することにより、学生の研究に対するモチベーションを上げることが重要であるが、基礎研究に進む若手医師の少なさには、キャリアパスに不安があることが大きな要因となっていると思われる。この点では、大学や研究機関における基礎研究医に対するテニユアポストの確保など、キャリアパスの構築が急務であると考えられる。

脚注

- 1) 文部科学省 中央教育審議会 2040年に向けた高等教育のグランドデザイン（答申）平成30(2018)年11月26日
(https://www.mext.go.jp/content/20200312-mxt_koutou01-100006282_1.pdf)
- 2) 日本医学教育評価機構 医学教育分野別評価基準日本版Ver.2.32 令和元(2019)年11月18日
(https://www.jacme.or.jp/pdf/wfmf-jp_ver2.32.pdf)
- 3) 文部科学省 モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会 医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成28年度改訂版
(https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afeldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf)
- 4) University College London Medical School ホームページ (<https://www.ucl.ac.uk/medical-school/study/undergraduate/mbbs-programme/course-structure>)
- 5) Stanford Medicine ホームページ (<http://med.stanford.edu/md-admissions.html>)
- 6) Duke-NUS Medical School ホームページ (<https://www.duke-nus.edu.sg>)
- 7) 文部科学省 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ホームページ
(https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/1319461.htm)
- 8) 文部科学省 基礎研究医養成活性化プログラムホームページ
(https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryuu/1385091.htm)

3. 社会医学

<現状と課題>

社会医学においてカバーしている領域はかなり広範にわたっており、ここでその全てを網羅することはできないが、人口動態や社会経済環境を背景として、医療に対する社会的要請等も変化の中で、医療と社会との関わりを全体として見直していくことが求められている。本提言では、かかる観点から、社会医学の教育のあり方を考える。

保険医として診療を提供する枠組みである医療保険制度や各種関連法規について、学生のうちから基本的な理解を養う必要がある。診療の対価である診療報酬は国民の公的負担によって賄われるものであり、医師は保険診療のルールを遵守しなければならないが、こうした責任感を涵養する上でも、医療を取り巻く制度の全体構造を理解することが不可欠となっている。少子高齢化に伴って疾病構造も変化する中、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が進められており、医療機関の機能分化・連携や地域包括ケアシステム構築についての理解を深めることも必須となっている。

宇沢弘文が著書「社会的共通資本」において述べた通り、「社会的共通資本」である医療は、決して市場原理に委ねられるものでも、国家の官僚的統制によって管理されるものでもない。その一方で、最近、高額薬剤などの問題が注目を集める中、費用対効果評価をはじめ、医療経済的な視点の重要性も指摘されるようになっており、薬剤の適正使用ガイドラインなどにより、臨床現場にも大きな影響を及ぼしつつある。

こうした状況を背景として、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」でも、「限られた医療資源の有効活用の視点を踏まえ、保健・医療・福祉・介護の制度の内容を学ぶ」こととされており、医療保険制度、診療報酬制度をはじめとする関連制度や医療経済について学習する機会が設けられている。また、地域包括ケアシステムや多職種連携などについても積極的に学ぶようになってきている。しかしながら、学ぶべき内容が必ずしも体系的に整理されていない面がある。しかも、現状においては、多くの場合、それらが持つ意味合いを十分に考えさせるまでには至っておらず、制度の表面的な理解を求めるにとどまっているという問題を抱えている。

<提言>

医療制度や医療経済について学ぶべき内容は、近年の多岐にわたって進められている制度改革の動向や医療を取り巻く社会経済環境の変化なども踏まえて、随時検討し、見直す必要がある。制度の基本的枠組みに加えて、最新の動向とその背景について、認識をより深められるように、教育する内容を体系的に整理すべきである。

例えば、医療機関の機能分化・連携や地域包括ケアシステム構築は、今後の地域医療のあり方や多職種連携の中での医師の役割、医師のキャリアパスにも大きな影響を与えるものであり、その意味合いを深く洞察させるような教育が求められる。また、医療経済的な視点についても、限りある医療資源をどのように適正使用するかという観点から、費用対効果評価による医療技術の経済評価などの手法と課題について、基本的な知識を学ぶことが求められる。その中で、医療経済的な視点とともに、患者の医療へのアクセスに関する倫理的な問題も含め、臨床現場における適切な診療のあり方について考える機会を設ける必要がある。これらは社会医学の教育のみで実現できるものではなく、臨床現場でも有効に活かせるように、臨床医学における教育とも連携し、体系的に取り組むことが望まれる。

4. 臨床医学

<現状と課題>

令和2～3年度にかけての新型コロナウイルスの感染拡大により、従来型の教室での大規模授業からICTを活用したリモート授業が必要となった。これを踏まえて各大学がICTによる遠隔授業の整備に追われ、実施できる基盤が整備された。しかしながら、安全に授業を施行するための、学生および教員に対する検査・スクリーニングの体制、授業内容や運営方法、学修評価などに関する全国的な基準の整備が今後望まれる。

平成17(2005)年より医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO)を主体に全国統一の共用試験(CBT, OSCE)が実施され、平成27(2015)年よりCBTに関しては最低合格基準が設定されているが、最終的な臨床現場へ出すかどうかの判断は各機関に委ねられている。さらに、OSCEについては、全国的な最低合格基準の標準化が行われていない。

現行の共用試験は、臨床実習の始まる前の3～4年次に行われるが、合格できない学生が存在する。現在は臨床実習の週数が増加したこともあり、年次の途中に共用試験が行われる大学もあり、共用試験の合格基準を標準化するのであればそういった場合においてOSCEやCBTに落ちた生徒がどのように学修を継続するかの扱いに関しては、大学間である程度で統一した見解が必要とされる。

共用試験のうちCBTは、医師国家試験との内容に重複された部分があり、差別化されていない。この是正には国家試験の内容の抜本的な見直しをセットで考慮する必要がある。

臨床教育に進むために必須となるStudent Doctor認定証は、共用試験(CBT, OSCE)合格者に対し平成27年より医学部長病院長会議が発行したものを各大学において使用するという全国的な取り組みが実施されているものの、Student Doctorが行った患者に対する医行為についての法的な位置づけが不明瞭な部分が残っている。平成30(2018)年の「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究」(以下、門田レポート)において、「どこまでの医行為が違法性阻却に該当するか臨床現場では不明確である」とされている。

平成29(2017)年より始まった日本医学教育評価機構(JACME)の分野別評価では世界医学教育連盟(WFME)で提唱されている72週以上のClinical Clerkship(CC:診療参加型臨床実習)を推奨している。そのため全体の診療参加型臨床実習の週数は増加したものの、平成28(2016)年5月版のグランドデザインで指摘された「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。」とある状況が大きく変わっていないとすると、依然として全診療科を短い週数ずつ回る形の実習が残り、あるべき診療参加が十分に行われていない可能性がある。コア診療科を4～8週間ローテートできるようにするには、一部の診療科の臨床実習を選択制とする必要があり、その場合には選択されなかった診療科の内容を臨床実習前教育で補完するなど、臨床実習前教育・臨床実習教育が一体となった各人のキャリアプランに合わせたカリキュラムの構築を検討する必要がある。

シミュレーション教育に関しては、前述のいわゆる門田レポートにおいて、手技ごとの大学において実施させる方針(71～97%)と医学生の経験(16～85%)とに解離が大きく、手技の修得だけでなく医療安全の観点からも、臨床前教育としてのシミュレーション教育の教育側と受け手側のギャップが存在することが大きな問題である。

平成28(2016)年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラム内改訂の概要I(3)には「医師として求められる基本的な資質・能力」として、従来からのカリキュラムにある医学知識や診療技術に加えて、プロフェッショナリズム、コミュニケーション能力、チーム医療の実践、医療の質の

安全の管理、社会における医療の実践などが新たに必要項目として示されているが、現状としてこれらの項目を「どのように拡張あるいは詳述して用いるかは、各大学の裁量に委ねられる」とされており、大学間での差が大きく、かつ実質上学修できる時間数は非常に少ないことが示唆される。

プロフェッショナリズムと関連して、現代社会はジェンダーであったり行動様式であったり家族のかたちであったり患者を取り巻く背景が多様化しており、社会における多様な価値観を認めながら、各患者の権利を擁護するような臨床倫理教育が必要とされている。

改訂版モデル・コア・カリキュラム内の項目にも記載されている「医療の質の安全の管理」に関して、現在の医療現場、特に特定機能病院の現場では、医療安全および感染制御の知識と実践が近年急速に重要視されている。医療安全に関しては、医療事故情報収集等事業や平成27(2015)年より運営が開始された医療事故調査・支援センターの仕組みへの理解は、社会的に医師となった初日から訴求されている。また、感染制御に関しては、近年の新型コロナウイルス感染症の世界的な拡大において我が国における感染制御を理解している医療者の需要が逼迫した事実がある。一方で、現状の臨床実習前教育でこれらの医療安全および感染制御を学修する場面は現場のニーズに対し、限定的である。

患者が高齢化するにつれ、併存症を持つ患者が多くなり、病態はいわゆる疾患と症状が1対1対応する状況から、より複雑化した病態へと変化している。また、高齢者核家族なども増え、患者を取り巻く家庭や地域の状況への理解も必須となってきている。しかしながら、現状の臨床実習前教育においては、統合カリキュラムといえど臓器別、システム別の学修が主体であり、このような複雑化した高齢患者の病態および患者を取り巻く環境を理解するための、患者および家族とのコミュニケーション力や地域包括ケアなど社会の仕組みの知識を学修する場面が少ない。これらは改訂版のモデル・コア・カリキュラムにおいて、「医師として求められる基本的な資質・能力」として加えられただけでなく、WFMEの「2.5 臨床医学と技能」の基礎的水準においても「学生が卒業時には適切な臨床上の責任が取れるよう、患者との接触を持ち、」と言及されている。しかしながら、従来の医学教育においては、このような能力を教育できるような教員は少なく、各大学任せでない教育の仕組みの構築を行う必要がある。

モデル・コア・カリキュラムではEとして「全身に及ぶ生理的变化、病態、診断、治療」が挙げられており、また上記項目でも記したような高齢患者が複数臓器の障害を抱えるケースが増えている中、重症患者を多職種で集学的に治療する集中治療医学の役割が増加してきている。一方で、従来のカリキュラムは臓器別に縦割りで構成されており、大学における臨床場面では救急科や麻酔科、あるいは循環器内科がそれぞれ集中治療を請け負っていることも多く、集中治療医学の位置付けが分かりにくいことも実情であり、現場では集中治療を担える有能な医師の不足が叫ばれて久しい。さらに、多診療科、多職種が関わり臓器横断的でありかつ重篤な患者を診ることは、死生観をも学ぶことができるため、医学教育にとっての位置付けは極めて重要である。臨床前教育と臨床実習教育、さらには卒後臨床教育と連携しながら、このような多職種連携かつ集学的な診療舞台である集中治療医学を学ぶ場を構築していく社会的な取り組みが必要とされている。

改訂版モデル・コア・カリキュラム 改訂の概要には(6)として「腫瘍」の充実が挙げられ、腫瘍に関する教育が重要視されている。今後、この領域ではゲノム医療の進展により、個別化診療がますます重要視されるようになる。一方で国家試験という統一試験を一つの目標とおく医学部の学部教育では、疾患・病態と治療法を単純対応させた形の教育から脱却できていない。本邦ではがんは死亡原因の圧倒的な第一位であり、腫瘍学ならびに放射線治療学を発展させ、臓器やモダリティに特化しない治療（免疫療法、遺伝子治療などを含む）の学修の充実化が求められている。

WFMEのグローバルスタンダードでは、「3.2 評価と学修との関係」の質的向上のための水準において、「過剰な情報量を学ぶ必要性は軽減されるべきであり、過剰負担となるカリキュラムは避けるべき」と記載されているため、基礎医学、社会医学との統合カリキュラムおよび臨床実習教育と臨床前教育における重複を減じるさらなる努力を行うべきである。また国家試験の内容に関しての見直しも同時に行うべきであろう。

WFMEのグローバルスタンダードに準拠した医学教育分野別評価基準日本版「2.5 臨床医学と技能」の基本的水準に「健康増進と予防医学の体験 (B 2.5.3)」、「2.6 カリキュラムの構造、構成と期間」の基礎的水準において、「非正統的、伝統的あるいは代替医療との共通領域と共に必須の内容と選択の内容とのバランス、カリキュラムにおける健康促進、予防医学、リハビリテーションの役割に配慮」が求められている。学生に負荷をかけすぎないように配慮しながら、予防医学および伝統的医療等のカリキュラムへの組み入れを検討すべきである。

平成28(2016)年5月版のグランドデザインにおいて主張されていた、基礎医学と臨床医学とが垂直的に統合されたカリキュラムの構築、多職種連携教育の導入、能動的学修(アクティブ・ラーニング)に重きをおいた学修方略の充実化の重要性については、各大学ごとに足並みの違いはあるが、進展してきており、今後も引き続きその進展が求められている。

<提言>

新型コロナウイルスに代表される新興感染症の感染拡大局面においても、学習の遂行を担保するような全国的な基準の整備を実施する。具体的には、①学生および教員に対する検査・スクリーニングの体制、対面授業に出席できる基準の整備、②リモート授業を実施するために必要な設備基盤の基準、③リモートあるいはハイブリッドに対応できる授業内容や運営方法、学修評価の基準の全国統一的な整備を行う必要がある。これらは、臨床実習前の臨床医学教育のみならず、基礎医学教育、臨床実習教育などとも整合させる必要がある。

大規模な教室で行われるいわゆる座学講義のみならず、少人数で行われるPBLなどにおいてもリモート環境で実施できる授業内容の構築や環境の整備が望まれる。

平成30(2018)年の「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究」(門田レポート)および日本医師会・全国医学部長病院長会議(AJMC)が共同で行った「卒前卒後のシームレスな医学教育を実現するための提言」にあるように、全国統一の共用試験(CBT, OSCE)に関して、実施のみならず最低合格基準の設定および適用を厳格に運営し、最終的には公益法人でなく国による位置付けの明確化が望まれる。また、共用試験に不合格であった学生の学修意欲を絶やさないための仕組みも同時に構築する必要がある。

前述の門田レポートおよび卒前卒後のシームレスな医学教育を実現するための提言では、臨床現場におけるStudent Doctorの医行為についての明文化された法律はないため、あくまでも法的な解釈に基づいて違法性を阻却して臨床現場で運用されているという状況が、あるべき診療参加型実習と臨床実習現場での実態との解離の一因となっていることを考慮し、Student Doctorの医行為を法的に明確化することが求められる。

診療参加型臨床実習をより実践に近づけるために、コア診療科を現在より長く4～8週間ローテートできるようにすると、一部の診療科の臨床実習は選択制とする必要が生じる。医師国家試験の出題範囲が全ての診療科に及ぶ限り、臨床実習で選択されなかった診療科の学修内容は臨床実習前教育で補完するなどの措置が必須となる。つまり、臨床実習および医師国家試験の改革と歩調を

合わせ、臨床前教育・臨床実習を一体として各学生のキャリアプランに合わせた垂直的に統合された個別化カリキュラムの構築についての検討を行う。

共用試験（CBT）と医師国家試験との内容の重複の改善、および診療参加型臨床実習を充実化するための選択制導入をするのであれば、国家試験の内容を知識問題から臨床実地問題に重点化することなどの抜本的な見直しと臨床前教育における到達目標の変革をセットで考慮する必要がある。

臨床前教育として、シミュレーションの実施方針と実際の経験とのギャップを埋めるべく、手技ごとにシミュレーション教育の浸透度の目標を設定し、全国統一的な評価方法などの導入を図る。またコスト面を考慮すると、各機関が別途導入しなければならないシミュレーター機器よりもソフトウェア上で完結できるバーチャルなシミュレーターなどを開発し、施設横断的に医学教育に対するコストを下げる手法などに関しても検討を進める。

平成28(2016)年度改訂版で、医学教育モデル・コア・カリキュラム「医師として求められる基本的な資質・能力」に新たに追加された項目、特に、臨床現場で必要とされる「プロフェッショナルリズム」、患者管理能力だけでなく医療従事者を導くリーダーシップを含んだ「コミュニケーション能力」、多職種連携教育などを用いた「チーム医療の実践」、医療安全や感染制御に関する「医療の質の安全の管理」、病病連携や在宅医療あるいは介護などを対象とした「社会における医療の実践」に関する課程は、各大学に任せるだけでなく、あるべき教育内容やそのやり方などを共有し、またその評価の仕方を検討する必要がある。

現在の特定機能病院において、医療安全および感染制御は極めて重要で、厚生労働省の立入検査でも重点項目である。また、各病院内の医療安全、感染制御に関わる部門は医師以外の職種の役割も大きく、このような部門が病院内で行っている業務、ベッドサイドあるいは外来での医療安全・感染制御関連業務の実際、またなぜこういった部門が重要視されているかの社会的な背景などを学ぶ課程を臨床実習前教育において充実化させる必要がある。また、その教育効果の評価は、臨床前段階で行うだけでなく、実際の臨床実習の現場においても実施することを検討する。

臨床現場では高齢化および医療技術の発展により、患者の生死に関わる「腫瘍」や「多臓器不全」を扱う学問である「腫瘍学」「集中治療医学」の重要性がますます増しているにも関わらず、従来型の臓器やモダリティに特化した形の医学教育が主流を占めている。これら医学としても最先端の分野であるが、専門としている人材は現場では不足している中、「腫瘍学」はある程度各大学で教育課程が充実されつつあるが、「集中治療学」はまだ麻酔科や救急医学科などの一部でしかないため、多職種連携の集学的な学問体系として独立して充実化させることを検討する。これらの学問は、臨床前教育だけでなく、臨床実習教育、卒後臨床教育とも連携して、足並みをそろえて充実化させる。

前回のグランドデザインから引き続き、基礎医学と臨床医学との垂直的統合カリキュラムの構築、多職種連携教育の導入、能動的学修（アクティブ・ラーニング）に重きをおいた学修方略の充実化を推し進める必要があり、各大学の達成度の見える化などを行って、それぞれの取り組みを支援する。伝統医療や予防医学の組み入れについても同様に評価を行う。

脚注

- 1) WFME Global Standards for Quality Improvement: Basic Medical Education. World Federation for Medical Education. 2015年
- 2) 医学教育分野別評価基準日本版 Ver. 2.32. 日本医学教育評価機構. 令和元(2019)年
- 3) 今後の医学教育改革方針. AJMC 専門委員長会・医学教育委員会合同委員会. 平成28(2016)年
- 4) 医学教育モデル・コア・カリキュラム,モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会. モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会. 平成28(2016)年

- 5) 卒前卒後のシームレスな医学教育を実現するための提言. 日本医師会・AJMC. 平成30(2018)年
- 6) 医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究. 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金. 平成30(2018)年
- 7) 福島統. 医学教育の目的は患者安全にある (Fitness to Practice) 日本医師会雑誌. 第145号第10巻206. 平成29(2017)年
- 8) 黄世捷. 医学部卒前教育におけるICTを利用した実践型Problem-Based Learningの開発と導入. 聖マリアンナ医科大学雑誌. Vol. 48, pp. 197-210, 2021年
- 9) 松山泰. 新型コロナウイルス感染症流行下における自治医科大学のリモート教育. 月刊地域医学 Vol.35 pp 625-629, 令和3(2021)年

5. 共用試験 (CBT,OSCE)

1) 共用試験導入に至る経緯

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。臨床実習の充実化という観点から、以前より医学生への診療参加型臨床実習の導入が求められていた。一方、医師免許を持たない医学生が診療参加型臨床実習を行うためには、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し (21世紀医学・医療懇談会第4次報告)、医師法第17条に照らした違法性を阻却することが必要であることから、全国共通の評価システムとして平成18(2006)年度から共用試験が正式導入された。共用試験は、診療参加型臨床実習に必要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。共用試験を行い医学生の資格化を行うことは、当該医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保証するためである。

平成14(2002)年、全国医学部長病院長会議 (AJMC) と医学教育振興財団に全国歯科大学長病院長会議が協力して共用試験実施機構が発足し、平成17(2005)年3月に社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構 (CATO、平成26年に公益法人化) として文部科学省に認可された。その年の12月に共用試験の第1回目の正式実施が行われ、現在まで継続している。

2) 共用試験CBT

<現状と課題>

共用試験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各大学医学部の教員が分担して作成し、CATOがブラッシュアップした上で出題されている。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。また、各大学における試験の実施に際してはCATOから監督者が派遣され、試験が公正に行なわれているかをモニターする。

当初、CBT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、進級判定に使用したとしても各大学の合格基準はまちまちであった。そこでAJMCは、全国的に一定水準を確保するという観点から、CBTの全国共通最低合格ラインを設定することとした。具体的には、出題された問題の組合せによる難易度の差を項目反応理論

(IRT : Item Response Theory) によって補正した「IRT値」で表記された学生の成績に基づき一定の合格基準を定めることとし、平成27(2015)年度中盤以降は「IRT値359」をAJMCの定める最低合格基準としている。それに基づき、各大学は359以上のレベルで合格基準をそれぞれ設定し、学生が診療参加型臨床実習を開始するための必須要件として運用している。

さらに、共用試験CBTのIRT値と医師国家試験の点数の間には非常に強い正の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、共用試験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CBTの成果が評価され、平成30(2018)年の第112回医師国家試験から出題数が従来の500問から一般問題を100問減らした400問に変更となっている。

<提言>

「知識」に関する問題は、引き続きCBT形式で出題すべきである。CBT形式の問題は、正答率、識別指数が予測できるようブラッシュアップされ、質・難易度を均一化した多数のプール問題から出題すべきである。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) 臨床実習前OSCE (Pre-CC OSCE)

<現状と課題>

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もう一つの方策として、Pre-CC OSCEが行われている。CBTが基礎医学や臨床医学の知識を評価するのに対し、Pre-CC OSCEは診療参加型臨床実習に参加しようとする学生の技能と態度を評価するものであり、医学教育モデル・コア・カリキュラムに準拠してCATOが作成した学習・評価項目に基づく実地試験である。具体的には、医療面接、頭頸部診察、全身状態とバイタルサイン測定、胸部診察、腹部診察、神経診察、四肢と脊柱診察、基本的臨床手技、救急蘇生手技 (BLS) など、臨床実習のために必要な部位ごとに分かれた診察を模擬患者やシミュレーターに対して行い、臨床技能や態度を評価する。評価者は各大学の教員であるが、均一性と公平性確保のために、CATOが中心となった講習による評価者認定制度が設けられている。また、他大学教員も外部評価者として実施大学に赴く一方、CBTと同様、CATOから派遣された監督者がモニターを行う。

「態度」として評価される要素は明示されにくい、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。

<提言>

試験実施のための施設や模擬患者 (SP) の確保はこれまで各大学の自助努力に委ねられてきた。一方、Pre-CC OSCE公的試験化に向けて、実施条件の均てん化や十分な人数の質の高いSPの確保等が必要である。高い透明性を保ったOSCEの実施のためには、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り、質の高いSPの養成システムも整備が必要である。

4) 共用試験とStudent Doctorの認定

平成24(2012)年のAJMC総会において、共用試験や大学独自の試験に合格し、診療参加型臨床実習を行うことが認められた医学生に、「スチューデント・ドクター (Student Doctor)」という称号を賦与することとなり、平成25～26年度の2年間のトライアルを経て、平成27(2015)年度から本格的に運用されている。これは、AJMCが統一基準のもとに資格を認証することにより、「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」という要件を具現化したものと言える。

共用試験CBTとPre-CC OSCEの両方に合格し、且つ各大学の進級要件を満たした学生について、各医学部長（医科大学長）がAJMCに申請を行うと、それぞれの学生に対してStudent Doctor認定証が発行される。AJMCという全国組織からStudent Doctorとして認定されることにより、医学生は責任を改めて自覚することが期待され、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。また、認定証は写真入りの名札としても使えるカード型であり、それを着用して臨床実習を行うことにより、その学生がStudent Doctorであることを指導教員や他の医療従事者だけでなく、患者に対しても明示できる。すなわち、社会に対する説明責任という観点からも有用な制度である。

5) 共用試験の公的試験化

当初、共用試験は医療系教育分野におけるプロフェッショナルオートノミーの一つとして始まり、公的化は想定していなかった。一方、診療参加型臨床実習が益々重視される中であって、医師法に照らしたその違法性を阻却するという観点から、AJMCとしては、Student Doctorの法的位置付けを明確にする必要性を認めている。そのため、共用試験CBTとPre-CC OSCEの公的試験化を要望してきた。令和元(2019)年になって、厚生労働省の医道審議会などでこれらの公的試験化が議論され、令和2(2020)年5月には、医道審議会医師分科会からの報告書において、共用試験CBTとPre-CC OSCEの公的化やStudent Doctorの法的位置づけについて言及された。そして、これらの内容を含む医療法と医師法の改正が、令和3(2021)年5月28日付けで公布された¹⁾。このうち、臨床実習に関する事項については令和5(2023)年4月1日に、医師国家試験の受験資格に関する事項については令和7(2025)年4月1日にそれぞれ施行予定となっている。

今後、法律の施行に向けて、厚生労働省、文部科学省、CATOなど関係団体と実施に向けての調整を早急に進める必要がある。

脚注

- 1) 厚生労働省：「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」の公布について（通知）

第2章 臨床実習教育

1. 臨床実習（クリニカルクラークシップ）

1) 臨床実習（クリニカルクラークシップ）の充実

<現状と課題>

臨床技能教育は「低学年での患者接触を伴う早期体験実習から高学年での診療参加型臨床実習を含み、全体で6年教育の1/3、概ね2年間を指す」となっている。したがって、これまでの国内における臨床実習を大幅に増やすことが必要となっており、各医学部における臨床実習（クリニカルクラークシップ）でも実習期間を長くするカリキュラム改編がなされている。

臨床実習教育については全国医学部長病院長会議（AJMC）が発行している令和元（2019）年度版の医学教育カリキュラムの現状¹⁾によると合計で平均64.4週（M4平均13.5週、M5平均39.7週、M6平均14.9週）となっている。平成29（2017）年度調査時点²⁾の平均60週に比べて延長され、充実してきた。さらに平成29（2017）年度調査時点では各大学医学部が令和3（2021）年度まで臨床実習の時間数改定を行い、平均68週まで伸ばすと回答しており、卒業前の参加型臨床実習の充実傾向が伺える。

また、臨床実習の内容については医学モデル・コア・カリキュラムの中でも必ず経験すべき診療科に定義されている内科、外科、小児科、産婦人科、精神科等は4週以上を確保している大学も多く、卒業後臨床研修の必修分野のうち、外科、小児科、産婦人科、精神科で求められる最低4週間の研修期間と同程度の期間となってきた。

平成29（2017）年の「医学教育カリキュラムの現状」においては全ての医学部（80校）でクリニカルクラークシップを導入しており、うち58大学では全ての診療科で導入している。内容としては「受け持ち患者の日々の診察（64/80校）」、「回診に参加（79/80校）」、「プレゼンテーション（77/80校）」、「医行為（採血・手術助手等（77/80校）」、「診療録の記載（73/80校）」、「カンファレンスへの出席（79/80校）」と日常臨床のほぼ全てにわたっており、現行の卒業後臨床研修とそれほど大きく変わらない内容となっている。

このように卒業前臨床実習においては、従前の短期間の見学型臨床実習から一つの診療科に長期間所属して行う参加型臨床実習が取り入れられつつあり、その実態も卒業後臨床研修と大差ないものとなりつつある。一方で卒業後臨床研修においては令和2（2020）年改定により、7診療科（内科、外科、小児科、精神科、産婦人科、救急、地域医療）のごく短期間の必修研修が復活したが、指導医側が研修医を把握できない、責任ある診療を行わせることができない等、の問題が懸念されている（第4章、卒業後臨床研修制度参照）。

<提言>

卒業前・卒業後教育のシームレス化を行うためには卒業前臨床実習教育の充実と連動した形での卒業後臨床研修のあり方を考える必要がある。現在は「卒業後臨床研修（初期研修の2年）」の議論が卒業前臨床実習と卒業後3年目以降の専門研修の狭間で分離した形で行われており、幅広い臨床実践能力の獲得目標が広く・浅く設定されているが、短期間の実習ではこれが実際の臨床でどこまで役立つかどうかは疑問が残る。

現代の医療は一人の医師が全ての分野をカバーするのは不可能であることを考えると、臨床研修

中には、幅広い診療能力を獲得するために、救急や夜間診療などの現場で「First Aid」の判断を行い、専門診療科へトリアージできる「First Aid型医療人材」の育成が求められている。このためには文部科学省、AJMC、厚生労働省医道審議会医師分科会医師臨床研修部会ならびに医師専門研修部会、日本専門医機構が一体となって真に幅広い診療能力を有するFirst Aid型医師を効率的に養成するための議論と研修体系の再整備が望まれる。

一方でM6の実習については各大学医学部とも期間が短く（M6平均14.9週、前述）、M6の前半で臨床実習が終了してしまい、再び“座学型教育”に戻ってしまう空白期間が生じている。これは筆記型医師国家試験の準備に費やされている側面が大きいと考えられる。欧米諸国では医師国家試験に臨床推論の面接や臨床客観的臨床能力試験（OSCE）などを取り入れている国も多く、米国では臨床実習後客観的臨床能力試験（Post-CC OSCE）について国内6か所の常設OSCEセンターにおいて医学生に対するOSCEを行って、診療実践能力を試験している。また、ドイツでは医師国家試験については学部2年目に第1回目、2回目は5年次で筆記試験を行い、卒業前6年次には第3回目の試験があるが、OSCEタイプの口頭試験（2日間）のみになった。これは卒業時に筆記試験があると6年次の臨床実習に身が入らないというのが理由である³⁾。

現在の日本の医師国家試験（筆記試験）は6年目終了時となっているが、それを例えば5年目終了時などに筆記型の医師国家試験として前倒しし、6年目は1年を通して臨床実習を行い、最後に実技試験であるPost-CC OSCEのみを行う。両者に合格した場合に医師免許を付与するといった措置をとれば、6年目における臨床実習を中断せずに1年間続行することにより、臨床実践能力の持続的な向上が期待できる。これが実現すれば、卒前・卒後教育のシームレス化をさらに推進でき、現状の短期間の診療科ローテーションベースの卒後臨床研修ではなく、卒前から将来の専門診療科を見据えた中で、真に臨床能力を有する「First Aid型」、「アウトカムベース」の、より高度な臨床研修内容に改善できる可能性がある。

ドイツでは卒前臨床実習の充実により、1988年から16年間続いた18か月の卒後臨床研修制度（AiP; Arzt in Praktikum）は2004年までで廃止されている⁴⁾。カナダにおいても20年以上前に卒後研修でのローテーション制度が見直され、医学部卒業後には専門診療科だけの2年間の臨床研修になっている⁵⁾。フランスにおいては医師国家試験合格後に3年間の「一般医コース」と4年間の「内科コース」、5年間の「外科コース」に分かれて行われており、卒後のローテーション研修はない⁶⁾。これらの国の例のように卒前の臨床実習の内容と実習期間をより充実させることにより、現在日本で行われている短期のローテーション型卒後臨床研修から脱却し、より効果的な臨床研修を構築することが可能となり、卒前実習・卒後臨床研修・専門研修を有機的につないでいくようなシームレスな研修体制の構築ができるであろう。

2) 臨床実習（クリニカルクラークシップ）の内容

<現状と課題>

医学モデル・コア・カリキュラムの中で「G 臨床実習」の項目の中ではG-1診療の基本、G-2臨床推論、G-3基本的臨床手技など、において学生が学ぶべき内容が挙げられている。その中で最も重要なのは現在の医学教育の主流となりつつあるEPA（Entrustable Professional Activities: 信託可能業務）の考え方であり、学生がStudent Doctorとして医療チームの一員になり、実際に臨床業務の形で患者の診察、鑑別診断、診断計画、治療計画などを組み立てる能力を養い、臨床推論として原因疾患の単なる暗記ではなく、病態から疾患を導きだすプロセスを考えさせることが何よりも重要である。

＜提言＞

AJMCとしてはFirst Aid型の診療能力を養うことを重視しているが、モデル・コア・カリキュラムでも、将来その科の医師にならない場合でもどのようにその専門診療科にコンサルテーションすればよいか分かることが求められており、その診療科について基本的な診断推論、診断・治療計画の立案、治療等について学ぶこととしている。したがって、臨床実習の考え方としては疾患に対する侵襲的な手技や治療を体験することがPriorityではなく、疾患への取り組みを学ぶことが重要と考えられ、今後の臨床実習のあり方の中でStudent Doctorの権限などについてもさらに検討すべきである。

3) 参加型臨床実習の充実のために必要な整備

＜現状と課題＞

いわゆる門田レポート⁷⁾にあるように必修項目とされている内容についても50%以上が経験できている比率が未だ必ずしも十分ではなく、一般国民、特に患者の理解と協力を得るためにはStudent Doctorの法的立場が確立されることが必要である。Student Doctorの法的担保がなされてこそ、医学教育モデル・コア・カリキュラムや診療参加型実習のための医学生の医行為水準策定(AJMC, 平成27年12月)や門田レポートなどに基づく有効な診療参加型臨床実習の実現が期待できる。令和3(2021)年5月28日に医師法の改正にて法的位置づけが明らかにされており、今後卒前臨床実習のさらなる充実が期待される。

＜提言＞

臨床実習の長期化や内容の充実に伴って大学病院内で実習を行うStudent Doctorの人数が増加し、経験できる患者数・疾患の種類、教える側のマンパワー不足の問題も生じており、大学病院以外の市中病院での実習を充実させる必要性が高まっている。一般病院においては豊富なコモディージーの症例経験を通じて幅広い診療能力を醸成できるメリットは大きいと考えられるが、一般病院において日常診療で忙殺されている指導医に対するマンパワーの支援、インセンティブを充実させていく必要がある。また、一般の市中病院においては医行為実践前のシミュレーション教育についても機器更新や新規機器導入についてはインフラが乏しい状況であり、これらの整備については各大学医学部においても限界があり、公的資金の投入によるOSCEセンターのような共用施設の充実など、大きな枠組みでの検討をしていく必要がある。

脚注

- 1) 令和元(2019)年度 医学教育カリキュラムの現状、設問9
- 2) 平成29(2017)年度 医学教育カリキュラムの現状、設問9
- 3) ドイツにおける医学教育と医師国家試験、奈良信雄、鈴木利哉、医学教育 2014年、45(3)、193-200
- 4) 研修医制度を廃止したドイツでの就活、堀籠晶子、日経メディカル、平成22(2010)年6月7日
(<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/blog/kurofunet/ahorigome/201006/515432.html>)
- 5) カナダにおける医学教育と医師国家試験、奈良信雄、医学教育 2014年、45(4)、284-290
- 6) 水野篤、週刊医学界新聞、第2973号、平成24(2012)年4月9日
- 7) 厚生労働省医政局長、医政発0730第84号、平成30(2018)年7月30日

2. 診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 (Post-CC OSCE)

1) Student Doctorの医行為

医師免許を持たない医学生が診療参加型臨床実習において医行為を行うことは、前述したように医師法第17条に抵触する可能性がある。この違法性については、共用試験や「スチューデント・ドクター (Student Doctor)」制度により、一定の範囲の医行為については阻却できると思われる。平成3 (1991)年の前川レポートや、平成30(2018)年に改められた門田レポートで、医学生が行うべき医行為について整理されており、その範囲の医療行為については、実質的には違法性の無いものと解釈される。一方、臨床実習の現場においては、判断の困難さが伴うこと、患者からの個別同意を取得することに時間や労力がかかること、患者側にとっても医学生の医行為が安全なものであるのかという不安がつきまとうことなどから、診療参加型臨床実習は十分に定着していない。また、臨床実習において求められる学生の到達度が必ずしも明確ではなかった。そのため、大学間あるいは大学内の診療科間で、求められる到達度の設定や指導法、指導内容について、大きな差を認める場合もあった。

これまで全国医学部長病院長会議 (AJMC) は、CBTとPre-CC OSCEが公的試験化し、Student Doctorが法的に位置づけられる資格となることを強く希望してきた。その結果、共用試験の公的試験化とStudent Doctorの法的位置づけを含む医療法と医師法の改正が令和3 (2021)年5月28日付けで公布された。Student Doctorによる医行為の実施が法的に担保されてこそ、モデル・コア・カリキュラム、門田レポートなどに基づく有意義な診療参加型臨床実習の実現が期待できる。また、患者にとっても違法ではないことが明確になり、必要に応じた同意を得られやすくなることで、診療参加型臨床実習が促進されることが期待される。今後、この法律の施行に向けて、厚生労働省、文部科学省、医療系大学間共用試験実施評価機構 (CATO) など関係団体と調整して制度設計を進める必要がある。

2) 診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 (Post-CC OSCE)

臨床実習による卒業時到達目標を明確にし、学生の到達度を評価する目的で、平成23(2011)年版以来のAJMCのグランドデザインなどで、卒業時OSCEの導入が掲げられてきた。平成27(2015)年の厚生労働省の医師臨床研修改善検討部会報告書において、医師国家試験へのOSCE導入についてCATOが運営する卒業時OSCEの状況をみて判断するとの見解が示された。この提案に基づき、卒業試験としての臨床実習後OSCE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ことで、全ての医学部で導入を推進してきた。

平成29(2017)年度からはCATOにより作成されたOSCE課題 (機構課題) を使用する臨床実習後OSCEのトライアルが実施され、参加大学を増やしながら令和元(2019)年度までトライアルを続けてきた。令和2(2020)年度からは、「診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験 (Post-CC OSCE)」として正式実施が可能となった。AJMCとしては、CATOのPost-CC OSCEを卒業時OSCEとして採用してもらうよう会員大学に推奨するが、新型コロナウイルス感染症への対応のため具体的な開始時期は不透明となっている。

Post-CC OSCE実施の現状について、令和元(2019)年度のトライアル後にアンケート調査を行った。実施日数は1日が42校、2日が38校で、機構課題3題、独自課題平均2.7題であった。会場は少人数学習室の使用が58校、病院外来の使用が23校、その他が31校であった。SPは平均51.8名であっ

た。その内訳は、SPスペシャリストは65校で平均24.2名であり、その他には医学生、他学科の学生、事務職員、学内の教員が参加していた。評価者は平均71.3名であった。学内の教員が最も多く80校で平均66.5名であった。その他、連携病院・関連病院指導医が17校で平均13.9名、CATOからの派遣評価者が68校で平均3.4名であった。

3) Post-CC OSCEの正式実施

<現状と課題>

CATOのPost-CC OSCEは、機構課題が3題、大学独自課題が0～3題で計画されている。いずれも十分な評価のためには課題数を増やす必要があるが、一方で課題を増やすと全体の日程が大幅に伸びることになり、負担が大きい。また、評価者や模擬患者（SP）の必要数を確保することは難しくまたコストもかかる。さらに、Post-CC OSCEの公平・公正な実施を担保するためにビデオ撮影が必須となっているが、未整備な大学も多い。その結果、設備投資が必要となるなど、Post-CC OSCEの経費について各大学の負担は大きい。このように、Post-CC OSCEを正式実施するにあたっては、いくつ課題が見えているが、いずれも当面は各大学の自助努力に委ねられている。AJMCとしては、CATOのPost-CC OSCEを採用してもらうよう会員大学に推奨するが、大学の準備状況によっては速やかに開始できないこともありうる。その場合は、各大学の判断で独自の卒業時OSCEを行うこととなっている。

正式実施にあたりPost-CC OSCEの受験料は受験生1人あたり2万円とすることをCATOが決定した。受験料の根拠とされている、Post-CC OSCEに関する新規のシステム開発などの経費については、試験の継続的改善のために必要であると説明されているが、必ずしも受験生に直接の利益となるものではない。今後ともCATOとの情報交換や協議を通じて、受験料設定額の適否について検証していくことも必要である。

<提言>

AJMCは、卒業の時点で全身を診ることができ、病態を理解し、緊急対応がとれる医師としての能力を身につけさせ、卒後臨床研修、専門医研修へとシームレスにつなげられる医師の育成を目指している。卒前の段階で、一般的な医療に対応できる能力を身に付けておき、卒後の早い時期に専門の研修に入っていけば、地域社会が望む専門医の養成に資すると考えられる。Post-CC OSCEの内容は、このような能力を主に問うべき内容として設計されるべきである。

Post-CC OSCEの正式実施にあたっては様々な課題が見えている。評価者とSPの確保と養成は重要な課題である。各大学の自助努力によらず、CATOを中心に養成に取り組むべきである。また、医学生が負担する受験料については、正式実施5年後に見直す予定となっている。当初の設備投資費がかなり含まれており、将来的には値下げが望ましい。さらに、Pre-CC OSCEと同様に、試験の信頼性、妥当性、公平性確保の観点から、Post-CC OSCEもOSCEセンターを設置して実施するべきである。

4) Post-CC OSCEの位置づけ

<現状と課題>

Post-CC OSCEは国家試験の一部を成すものではないため、その公的位置付けが不明確となっている。現状では各大学が卒業判定に使用できる「技能」に関する試験となっている。Post-CC OSCEの正式実施後も卒業判定は各大学の権利とするべきで、CATOのPost-CC OSCEを卒業判定に取り入れるかどうかの判断、また取り入れた場合の合否判定は各大学に委ねられるべきであるということについては、AJMCとCATOとの間で合意されている。

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CBT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」とその運用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。

医学部4～6年生の前半にて臨床実習を終えた後の最終学年においては、現状では多くの医学部で知識を問う筆記式国家試験のための座学が中心となることで医学部での臨床実習と卒後臨床研修が分断されており、それがシームレスな医学教育の一つの障壁となっている。Post-CC OSCEの方式を発展させて国家試験に組み込むなどの議論が進めば、最終学年の後半においても診療参加型臨床実習を充実させることができ、卒後臨床研修との有機的なシームレス化を達成でき、さらには卒後臨床研修の一部を卒前に行うことが可能となる。また、こうすることで卒後臨床研修期間の短縮が可能となり、ひいては真に臨床能力を養う専門医研修が早期に行えるようになる。

<提言>

今回の法改正の中には、Post-CC OSCEは含まれていない。当面はPost-CC OSCEの公的位置付けの議論が必要である。将来的には医師国家試験改革の「技能」に関する試験は、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、Post-CC OSCEを医師国家試験の技能試験として位置づけるべきである。また、その実施は、CATO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）」を全医学生に対してなされるべきである。

ただし、現行の医師国家試験に上乘せする形で、実技試験を安易に導入することは避けるべきである。座学中心の国家試験対策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。このようなシームレスな実習と研修の改革が達成できれば、有用な若手医師の臨床現場への供給が早期に可能になり、地域医療にも貢献できるということを強調したい。

第3章 国家試験改革

<現状と課題>

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及び技能について、これを行う」とされている。また、共用試験CBT（Computer Based Testing）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、主として「知識」を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）の導入について継続して検討している。国家試験改善検討WGによるアンケート調査によれば、平成30(2018)年度にこれを実施した医学部、医科大学は73校(92%)であったが、令和元(2019)年度には全80校で実施され、うち79校は共用試験実施評価機構によるトライアルに参加し、61校では卒業判定に使用された。令和2(2020)年度より機構提供課題と大学独自課題の組み合わせによる正式導入が予定されていたが、新型コロナウイルス感染拡大によって5校で中止され、75校(94%)では実施されたが、多くの大学では規模が縮小された。課題内容、模擬患者、評価者の質と確保、OSCE実施状況の透明性担保のためのビデオ撮影などの会場、実施体制の整備が課題となっている。

医師国家試験では第95回から500題の新作問題が出題されてきたが、臨床実習前に問うべき内容が出題される共用試験CBTの導入に伴い、平成30(2018)年の第112回から医学総論と医学各論の一般問題が50題ずつ減らされ、一般問題150題、臨床実地問題250題の計400題となり、試験日数は3日間から2日間に減少した。

出題内容について、医師国家試験改善検討部会は「高度な専門的事項を問う内容ではなく、臨床研修において、指導医の下で診療に従事するのに必要な知識および技能を問う水準とするとともに、診療科に関わらずに総合的な鑑別診断や治療方針の選択に関する能力を問う内容」とするよう提言しており、臨床実地問題では「症候から優先順位を考慮しつつ鑑別診断を進めて行くという臨床医としての思考過程に沿った問題」を重視し、一般問題については「臨床実地問題としての出題が困難である範囲や繰り返し出題すべき重要な範囲を中心としたもの」に限るべきとしている。国家試験改善検討WG構成員による第114回医師国家試験の問題評価では臨床実習の成果を問うと見なされる問題は31.2%であったが、アンケート調査では受験生の51.7%、教員の43%が臨床実習の成果を問う問題が「多数あった」または「やや多かった」と回答していた。令和2(2020)年度は新型コロナウイルス感染拡大によって臨床実習が中止、短縮、代替された影響か、第115回医師国家試験のアンケート調査で臨床実習の成果を問う問題が「多数あった」または「やや多かった」と回答した受験生は34.5%にとどまり、教員では43%であった。

アンケート調査によれば、6年生の臨床実習カリキュラムの週数は平均14.9週（最多：28週、最少：4週）であり、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。臨床実習の成果を問うと見なされる問題が未だに少ない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、相変わらず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。

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。

<提言>

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。

「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形式で出題すべきである。「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CBT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。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。

「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。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、共用試験と同様に、透明性が高く、標準化された「臨床実習終了時OSCE（Post-CC OSCE）」を全医学部で実施すべきである。

医師国家試験は厚生労働省から独立した第三者機関である「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、難易度を均一化した多数のプール問題から出題する。「臨床実習終了時OSCE（Post-CC OSCE）」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。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、条件を統一化すべきである。

受験生は「臨床実習終了時OSCE（Post-CC OSCE）」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。

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（Post-CC OSCE）」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。

第4章 卒後臨床研修制度

1. 卒後臨床研修制度

<現状と課題>

現状では卒前・卒後そして専門医養成までの効率的でシームレスな教育体制および教育プログラムが構築されておらず、臨床研修制度は非効率的な医師養成制度となっている。2年間の卒後臨床研修修了時に獲得できる診療能力項目は極めて限定的であり、それらは卒前に教育可能な項目と大部分が重複している¹⁾。諸外国と比較しても非効率的な医師養成システムは現状の医師不足の一因でもありと考えられる。

平成16(2004)年の医師臨床研修制度の導入により深刻な医師の地域偏在、医師不足が進行し、これらに起因する地域医療崩壊が起こってしまった²⁾。

平成16(2004)年の医師臨床研修制度の導入は基礎医学研究者の激減も招き、卒前卒後における様々な取り組み、例えば、学部における医学研究者コースの設置や臨床研修中に大学院入学を可能にする方策などが立案、実施されているが、ほとんど成果を上げていないのが現状である。

一か月程度の短期間のローテーション方式の研修は、医師として第一歩を踏み出す時期における所謂メンターとの出会いが困難である。メンターとの出会いが難しいことに起因する医師としてのプロフェッショナルリズムの欠如やいわゆるフリーランス医師の増加が顕在化している^{1), 3)}。また、メンターの不在は医師としての遣り甲斐よりも生活の質を重視する若手医師のモチベーションの低下にも影響し、医師の診療科偏在という形で顕れていると危惧される。受け入れる側においても短期間で回ってくる研修医に対して教育熱意の低下が起きることもやむを得ない状況であると考えられる。

<提言>

研修における育むべき医師像、すなわち「救急医療の現場で患者を診察し、脳・心臓・呼吸器など生命にかかわる病態を理解し、適切な緊急処置を行い、必要に応じて専門医を呼ぶことなど一次対応ができる幅広い診療が可能な医師」の養成を見据えた諸制度の改革を図ることが重要である。具体的な育むべき医師像を定めない医師臨床研修制度設計はコンパスを持たない航海の如くであり、更に制度の評価も、また、研修医の評価も困難である。

第一に卒前教育・医師国家試験・専門医教育の改革と密接に連携した臨床研修制度の構築と教育プログラムの策定が必須である。そのためには全体を見渡した俯瞰的議論の場が不可欠である。卒前・卒後の医師養成における制度設計に関わる諸審議会の再構築を行うべきである。

育むべき医師像に対応した、卒前教育評価と連携可能な卒後臨床研修のための評価制度の導入(cf. EPOC2)が必要である。これにより客観的な教育効果の評価が初めて可能になり、制度の改善が可能になると考える。

卒前教育の延長のような短期ローテーション方式の教育システムからの脱却と将来の医師としてのキャリアを見据えた、専門医教育と連動した柔軟な研修プログラムの構築を図るべきであり、令和2(2020)年に再導入された7診療科の必修化は早急に見直すことが強く望まれる。一例として下図のような専門医教育と連動したプログラム設計が考えられる。

First aidと将来のキャリアを考慮した臨床研修プログラムの例(1)



これらを実現すると共に幅広い診療能力 (cf. 育むべき医師像) の獲得を可能にするための診療能力ベースの到達目標の設定 (例えば内科において長期の研修を受けつつ、小児科、脳神経外科あるいは小児外科などの診療科において小児採血を修得することも可能にする。) とそのための獲得すべき具体的診療能力項目の設定を行う。具体的な研修プログラムや診療能力到達目標の設定、それに対応した評価項目の原案策定などを主導する諸専門領域の代表を含むタスクフォースを早急に全国医学部長病院長会議 (AJMC) の組織内に立ち上げる必要がある。

上述のような専門医までの一貫した教育システムを意識した臨床研修基幹病院の厳選を行うべきである。もちろん、民間病院における研修を否定するものではないが、現状では大学を中心とし地域の病院と連携したバランスの取れた臨床研修が望ましいと考える。

上記全ての項目を満足する臨床研修制度構築と教育プログラム策定に当たっては、関係諸審議会と日本における全ての医師養成機関の合意形成組織であるAJMCの密接な協力関係が必要不可欠である。

脚注

- 1) 参考資料 1 : 臨床研修制度に関するアンケート調査報告書 : AJMC医学教育委員会 令和元(2019)年
- 2) 参考資料 2 : 医師不足 - 現状分析と改善への提言 : 国立大学医学部長会議 令和元(2019)年
(http://www.chnmsj.jp/ishibusoku_teigen_2019.pdf)
- 3) 参考資料 3 : 第55回社会保障審議会医療部会資料 2 : 厚生労働省 平成29(2017)年
(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000112918.pdf)

2. EPOC2

<現状と課題>

現在の卒前臨床実習は、卒後研修の間の連携が十分とは言えない点が問題となっており、卒前・卒後の分断、内容の重複などにより、非効率に行われていることが指摘されている。今後は、参加型臨床実習を充実させるとともに、卒前・卒後の実習・研修内容のシームレス化を図っていくことが求められる。

卒前実習と卒後研修のシームレス化のために、有力なツールとなりうるのが、オンライン臨床教育評価システムであるEPOC2 (E-Portfolio of Clinical training) である。これは、国立大学病院長会議が開発し、平成16(2004)年の臨床研修制度発足時から研修医の50~70%に利用されてきたオンライン卒後臨床研修評価システムの「EPOC (Evaluation system of POstgraduate Clinical training)」を、大幅にリニューアルしたもので、令和2(2020)年4月より研修医向けの本運用が開始されている。

EPOC2の特色は、令和2(2020)年からの臨床研修制度の見直しに準拠していること、スマートフォンやタブレットなどの携帯端末での入力を可能にしたことである。この導入により、卒後臨床研修においては、研修の記録や評価を、オンライン評価システムを用いて一元管理できる体制が整っている。

卒前教育においても、評価システムのオンライン化は時代の流れであるが、大学ごとにそのシステムを開発・管理するのは膨大な人的資源と予算を必要とする。EPOC2を卒前でも利用できれば、各大学における負担を大幅に軽減でき、大きなメリットとなりうる。

EPOC2を活用できれば、卒前卒後のシームレスな連携を促進し、重複を減らした効率的な実習・研修の提供が可能になる。卒業生の同意を得ておけば、国際認証等で求められる卒業生のフォローアップ調査にも活用できる。また、評価の標準化も可能となることから、大学を超えた比較や解析が行えるようになり、参加型臨床実習の在り方や臨床研修制度の見直しの議論に役立つデータ収集が可能となる。

その一方で、本来卒後研修向けに開発されたEPOC2を卒前教育に使用するには、いくつかの課題が残されている。

- ① 経験する症候・疾患については、EPOC2は、厚生労働省の定める臨床研修に関する施行通知（医師臨床研修ガイドライン）に準拠して項目が設定されているため、卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラムとは一致していない部分がある。たとえば、モデル・コア・カリキュラムにおいて臨床実習における臨床推論の項で学習が求められる症候は37あるが、このうち臨床研修で経験すべき症候として挙げられているのは29である。
- ② 評価尺度については、EPOC2では、手技等の評価尺度について、「指導医の直接の監督の下でできる」をレベル1とし、「後進を指導できる」のレベル4まで、4段階で記録することになっている。これを卒前臨床実習に用いるには、「見学」や「手伝い」といった、研修医にとってのレベル1よりも下位の評価尺度が必要となる。また、学生を信頼し任せられる役割（EPA：Entrustable Professional Activities）の到達目標にも対応が必要である。実習記録についても、担当入院症例病歴要約や振り返りなど、モデル・コア・カリキュラムの診療参加型臨床実習実施ガイドラインには掲載されていないフォーマットがある。

このような課題に対応するために、EPOC2をベースとして、卒前教育にフィットするように改良したCC-EPOC (Clinical Clerkship E-Portfolio of Clinical training) が開発された。これにより、評価項目や評価尺度、実習記録などについては、モデル・コア・カリキュラムに準拠する形で利用可能となる。

<提言>

CC-EPOCは、実習・研修の記録や評価を一元管理でき、卒前・卒後教育のシームレス化を図るうえで非常に有用なツールとなりうる。CC-EPOCは、導入に特別な設備を必要とせず、コストや人的資源も低く抑えられることもあり、全国全ての医学部において、卒前教育でCC-EPOCの導入を推奨すべきである。

CC-EPOCが全国の大学に導入されることを前提として、臨床実習の実態について、全国レベルでの把握を行うべきである。そのデータを活用して、参加型臨床実習がどの程度実践されているのかの評価を行うとともに、大学による違いの大きい項目や、全ての大学で到達している項目など、実習目標ごとの到達状況の分析を行うべきである。

今後、モデル・コア・カリキュラムの妥当性の評価および今後の改訂や、臨床研修制度の見直し等について検討する際には、このようなデータを活用して、エビデンスに基づく議論を行うべきである。

第5章 専門医・高度医療人養成

1. 専門医の質の担保 vs. 医師偏在の改善：医療法及び医師法の改正

<現状と課題>

1960年代に始まり50年以上にわたって続いてきた従来の日本の専門医制度については、各学会が自律的に運用してきた経緯があり、医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として新専門医制度が立ち上がり、平成26(2014)年5月に新たな第三者機関である「(一社)日本専門医機構」が設立された¹⁾。

新制度の元、平成29(2017)年4月に専門医の研修を開始すべく準備が進められたが、地域医療の偏在を招くという懸念から1年先送りとなった。この懸念に対して、平成29(2017)年4月、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」が設立され、臨床研修・専門研修も含めた卒前・卒後教育全般と地域医療に関する問題点が検討された。地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するために、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項が策定され、同時に医療法および医師法の改正が行われた。この結果、平成30(2018)年7月に医師法の改正が行われ、医師法16条の10及び11が加えられ、専門研修についても厚生労働大臣・都道府県知事の意見が反映されるようになった²⁾。

専門医制度等医師の研修に関わる事案は全て「地域医療対策協議会」で検討され、ここで出た意見は「都道府県知事」を経由して厚生労働省が受けとり、「医道審議会医師専門研修部会」で審議し、そこでの決定事項を「厚生労働大臣の意見」として機構と学会に伝えることとなり、機構と学会にはその意見を反映する努力義務が生じることとなった(医師法16条の10)。また、「医道審議会医師専門研修部会」は、研修に関する必要な措置について、厚生労働大臣を通じて要請できることとなり、機構と学会はその要請を反映する努力義務を負うこととなっている(医師法16条の11)。

「医道審議会医師専門研修部会」の委員は、地域医療を憂える議員や県知事、市長等を含むが、新専門医制度の設計に関与した学会関係者は除外したメンバー構成であり、厚生労働省が「事務局」、日本専門医機構と学会は「参考人」の扱いとなっている。会議では、これまで放置されてきた医師偏在に不満な委員が機構に対して一方的に質問する場面がみられ、機構は多くの質問を受けて防戦一方であり、学会の代表者にはほとんど発言の機会とは与えられない状況である。こうして新専門医制度には地域医療を憂える声が色濃く反映されることとなっている。

<提言>

医師法16条の10及び11の立て付けからもみられるように、医道審議会において専門医機構や18基盤学会は、地域医療の責任者や厚生労働省から一方的に意見・要請される立場になっている。医道審議会においても、専門医機構や18基盤学会は、参考人として扱われており、地域医療にのみに議論が集中する傾向があり、本来あるべき建設的で意義ある話し合いが行われているかは疑問である。現在、積極的に医師偏在に関して検討を行っている学会も多く存在しており、今後は、機構と18基本領域学会が合同して、都道府県知事や市長など地域の代表者に対して対等な立場で建設的に話し合える機会を作っていく必要がある。

2. シーリングによる専攻医偏在の是正

<現状と課題>

シーリングは、専攻医偏在を是正するために、多く専門医を受け入れている都道府県の専門医の数を制限するものであり、新専門医制度が始まった平成30(2018)年度より適応された。平成30(2018)年は5大都市（東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県）について、各診療科（外科、産婦人科、病理、臨床検査および総合診療科以外）のシーリングが行われ、それ以降も専門医の採用数が多い都道府県に対して、診療科ごとのシーリングが、毎年専門医機構で決定され実施されている³⁾。

専攻医の偏在を表す数値として、各都道府県の専攻医数の全国比を各都道府県の必要専攻医数の全国比で割った値を用いることができるが、令和2(2020)年は、令和元(2019)年より1.0（偏在がなくなったとき値）に近づいており、専攻医の偏在が改善している可能性がある⁵⁾。また、各都道府県の令和2(2020)年の専攻医採用者数の令和元(2019)年からの増加率を見ると、平均が5.4%（-37.3%～+34.3%）であったが、増加率が多い都道府県は、医師の足下充足率が高い西日本より、低い東日本により多く存在していることから、専攻医偏在の改善が見て取れる。一方で、シーリングが適用されている東京都、大阪府などに隣接または周辺県に高い増加率がみられており、本来の専攻医が少ない都道府県に、専攻医が十分行き渡っていない可能性も否定できない。

令和3(2021)年から新たに連携（地域研修）プログラムが追加された。連携プログラムとは、シーリングによって急激に採用医師数が減る影響への配慮から、シーリング対象外の都道府県と連携して1年6ヶ月以上、研修を行える制度である。実施した結果、シーリング対象周辺の都道府県と連携するプログラムが多くなる傾向があることから、必ずしも地域医療貢献という形になっていない。

<提言>

現在の都道府県単位でのシーリングでは十分な対応ができているとは言えないため、今後、二医療圏、領域（学会）別、大学の関連病院の範囲、勤務形態（勤務医vs.開業医）、ライフスタイル（子育てなど）などを加味して、細やかなシーリングの設定が望まれる。また、日本の研究力を維持するためには、シーリングの設定に関しては、必要医師数の算出を診療エフォートのみならず、研究のエフォートも考慮して算出することが望ましい。

シーリングによる医療提供体制の偏在是正に対する効果の検証については、特に中・長期にわたる検証が必要であり、シーリング継続の鍵になる。連携プログラムについては、シーリングがかかっている都道府県に隣接する都道府県を対象として選択しているものが多く、本来の専攻医の採用数が低い地域への効果が少ないため地域ブロックを設定して、連携先をシーリング対象のブロック外とするブロック制も提案されている。

3. 臨床研究専門医の創設

<現状と課題>

専門医制度は、これまで臨床診療を実際に行う専門医を中心に制度設計が進められてきた。一方、アカデミアにおける医学教育あるいは医学研究においても、医師が自身の臨床的専門性に基づいて中心的役割を果たす必要がある。特に、医学研究は、これまで、基礎医学に勤しむ研究者のみならず、専門医を取得して臨床診療を経験し、その後、大学院や研究所で医学研究に進んだ医師によつ

て支えられてきた。このように、臨床医がその経験を基盤として、研究・教育に携わることができなければ、我が国における臨床医学の研究・教育の発展に多大な影響をうける。そこで専門医機構では、新たに臨床にかかわる研究・教育の中心的役割を担う専門医師を目的として臨床研究医コースを新設することとなった⁴⁾。

臨床研究医コースの概要は、2年間の臨床研修を終了したあと、カリキュラム制による専門研修とともに大学院等で医学研究を同時並行に行うことで、7年間のうちに特定の基本領域の専門医教育と大学院での学位を取得する。

臨床研究専門医の募集初年度にあたる令和3(2021)年度は、23コース40名の募集を行ったが実際に応募・採用となったのは27名と少なかった。令和4(2022)年度も、40名の募集をする予定である。

<提言>

現在、臨床研修医の中で、専門医になろうとするものは90%以上いるが、学位取得を希望するものは40%に留まっている。従って、医学研究を担う医師が激減しており、日本の研究力が問われる事態となっている。その中において臨床研究専門医は重要な役割を演ずるものと思われるが、開始された令和3(2021)年の応募は27名と定員割れを起こしており、今後は、臨床研究専門医制度における身分保障など、利点を広く周知することにより応募者の増員を促すことが必要である。日本の臨床研究医は6,000名と言われており、これをキャリアの30年で割った200名が本来の必要数と予想されているが、今後志望者数をみながら40名から100名程度まで増加可能であると考えられる。

4. 総合診療専門医の基本領域への追加

<現状と課題>

日本における専門医制度の方向性を決定づけた「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)において、総合診療医について基本領域の1つとして加えるべきことから、総合診療専門医の育成は日本専門医機構が行うこととなり、平成30(2018)年度に第1期生が研修を開始、そして令和3(2021)年秋、初めての機構認定の総合診療専門医が誕生することとなった。応募が200名前後と少ないことが問題で、キャリアパスが明らかでないことが一因と言われていたが、令和3(2021)年7月に、日本病院総合診療学会と日本プライマリ・ケア連合学会が合同声明で、サブスペシャル専門医として、病院総合診療専門医(日本病院総合診療学会)と新・家庭医療専門医(日本プライマリ・ケア連合学会)の2つの道を提案した。

<提言>

当初から総合的な医療を展開できる点において、地域医療に最も必要とされる人材と考えられ、機構においても、自らが総合診療専門医については運営してきたが、毎年応募が少ないのは、総合診療を標榜する学会が乱立しており選択が難しかったことと、専門に終了後キャリアパスがはっきりしなかったことから、敬遠された可能性があった。今回、日本病院総合診療学会と日本プライマリ・ケア連合学会が合同でサブスペシャリティ領域の提案に至ったことで、今後、志望者の増加が見込まれる。また、内科専門医とのダブルボードも可能になるということも追い風になるものと思われる。

脚注

- 1) 専門医制度新整備指針（第二版）一般社団法人日本専門医機構 平成29(2017)年6月
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000361469.pdf>)
- 2) 医療法及び医師法の一部改正について(資料2)：平成30年度第1回医道審議会医師分科会 医師専門研修部
会 厚生労働省 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000361462.pdf>)
- 3) 令和3年度専攻医募集のシーリングにかかる スケジュール等について(資料1)：令和2年度第3回医道審
議会医師分科会 医師専門研修部会 厚生労働省 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000673077.pdf>)
- 4) 臨床研究医コース整備指針(案) 一般社団法人日本専門医機構 令和3(2021)年8月21日(参考資料6) 令和
2年度第3回医道審議会医師分科会 医師専門研修部会 厚生労働省
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000673096.pdf>)

第6章 医学研究の振興と大学院の充実

<現状と課題>

1) 基礎系大学院

医学部医学科出身者で基礎医学分野の教育・研究に従事しているものの数は極めて少ない。また、論文発表数から見た我国の医学系の研究業績は基礎研究・臨床研究ともに質の高い業績数が減少している。

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医学部は増えているにもかかわらず入学者は減少傾向にある。また、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者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。

主に国立大学系の医学系大学院では修士・博士の大学院充足率は満たされている大学もあるが、医学部医学科出身の学生が基礎系の研究室で研究を志向することは減っている。要因には様々な要素が考えられるが、大学・研究所等での研究職のポスト不足、全国的な（特に地方での）医師不足、初期研修制度の必修化および後期研修としての専門医制度の拡充のため大学院に進学しにくくなった、ことなどが挙げられる。また現在計画されているカリキュラム改革では卒前・卒後のシームレスな医学教育が進められているが、医師養成という観点が目立ちがちで医学生に臨床志向を強めることとなり研究医を養成する観点からはネガティブに作用する可能性がある。

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ですが、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。また多くの大学がMD-PhDコース以外にも基礎配属型研究コース、初期研修と大学院を並列化したプログラム、専門研修と大学院を並列化したプログラムなどの魅力的なプログラム・コースを用意して医学生が研究に対する興味を持ってくれるよう努力しているが、結果が出るのには時間がかかる。

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

高度専門医療人養成のための臨床系大学院コースの取り組みが行われている大学が多い。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り組みも行われている。

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。

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。

日本専門医機構が設立され「専門医制度整備指針」が発出されたが、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、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。

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り組みが求められている。日本発の臨床医学研究は、世界の中でそれほど進んでいるとは言えず、世界のコア・クリニカルジャーナル120誌の英語原著論文に占める割合も少ないのが現状である。臨床研究低迷の大きな要因の一つは、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育されてこなかったことである。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研究時間確保のための制度、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>

国の施策も多く実施されている（基礎研究医養成活性化プログラム、卓越大学院プログラム、先進的医療イノベーション人材養成事業、次世代がん医療創生研究事業、再生医療実現拠点ネットワークプログラム、新興・再興感染症研究基盤創生事業、橋渡し研究戦略的推進プログラムなど）が、医学研究の減弱化は残念ながら進んでしまっている。要因としては人材確保の問題（ポスト不足、地域医療を支える必要性）、経済的な問題（大学への交付金削減、研究費の削減、配分の重点化）、時間・環境の問題（大学教員の職務活動時間は教育・診療に割かれる時間が増え研究時間は減る傾向が強い、競争の激化により研究環境が悪化）があると考えられ、これらの問題点を解決することが重要と考えられる。そこで以下のような事項を提言したい。

- 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べきである。
- 2) 大学院における教育・研究体制においては臨床研修や専門研修の研修プログラムと相互に連携を持ち、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。
 - ① 研究者養成コースをはじめとする卒前の基礎研究への体験教育では、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。
 - ② 臨床系大学院を活性化させるためには、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。専門研修のカリキュラム上で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。
 - ③ 一部の大学の卒後研修コースに取り入れられているが、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。
 - ④ 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) 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。各大学は、研究倫理教育を実施し、「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る必要がある。

- 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
 - ① 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。
 - ② 臨床医学研究者の学習・研究時間を確保・保証する仕組み（いわゆるProtected Time制度の導入など）を確立すべきである。
 - ③ 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。

第7章 生涯教育

1. 地域医療・ネットワーク

<現状と課題>

大学医学部と地域医療機関とのネットワークは、①各都道府県の地域医療の充実のみならず、②卒前教育から卒後臨床研修、新専門医制度、生涯教育までシームレスに医学教育を充実するといった2つの役割を担ってきた。近年、各ステージの教育改革が同時に進む時代をむかえており、大学医学部が各種地域医療機関とのネットワークを充実してシームレスに理想的な教育を進めることにより、都道府県内の医療を向上させることへの期待が高まっている。

1) 各都道府県内の医療を充実する

平成16(2004)年に卒後臨床研修制度が開始された。これにより研修のフリーアクセスが進んだため大学医学部各科の医師派遣能力が低下し、全国各地の地域医療崩壊が一気に加速した。まさにこの結果は、大学医学部の重要なミッションとして、各都道府県における最後の砦である特定機能病院としての先端医療を実施すると同時に、地域医療機関とのネットワークを生かした各科の人材育成により、地域医療を維持する役割を担っていたことを明確にした。平成30(2018)年に新専門医制度が始まって以前の大学への流れが戻りつつある。今後、これまでの一連の経緯を踏まえた対応を進めることは、日本の医療充実のために重要と考えられる。

2) 卒前教育から生涯教育までシームレスに理想的な医学教育を実現する

医師免許の質保証として、全ての医師に基本的な診療実践力が必要であり、コアカリキュラムが整備されて卒前教育の中心的な目標となってきた。これにより大学医学部には、専門教育に偏りすぎることなく各分野統合して卒前教育の目標にあった教育を実施すること、さらに関連する地域医療機関での教育を拡充していくことが求められてきた。このような教育改革は欧米から進められてきたが、その必要性は日本でも50年以上前から指摘されてきた¹⁾。その後、昭和50(1975)年頃から一部の大学で地域医療機関での臨床実習がはじまり、平成2(1990)年前後からは徐々に全国的に拡充されてきた。地域医療崩壊が深刻化していた平成20(2008)年前後からは、多くの大学医学部に地域医療教育に関する講座やセンターが開設されるとともに、各種地域医療機関や行政とのかかわりが強化され、地域医療は全ての医学生が学び実習すべき科目として重視されてきた。

医師の生涯教育には、卒前教育、卒後臨床研修から引き続き医師免許の質を保証するための日本医師会による生涯教育制度と専門性の質を保証する日本専門医機構による新専門医制度があり、いずれにも大学医学部各科が様々な観点で関わっている。これまで以上に大学医学部と地域医療機関がネットワークを生かして両者を充実することが重要になっており、将来にわたってその地区の医療充実へとつながることが期待されている。

3) 大学医学部と地域医療機関とのネットワークの意義

① 医師免許の質保証1：全ての医師が基本的な診療実践力を修得し生涯向上する。

卒前教育には、将来、どのような分野に進んでも修得しておくべき基本的な診療能力を卒業生全員に実践レベルで修得させる責務がある。それには、患者、家族、医療従事者との円滑なコミュニケーションのために必要とされる豊かな人間性、プロフェッショナルリズム、医師の医療行動科学の実践力も含まれる。このような、卒前教育の目標を十分に達成して、生涯にわたつ

て医師免許の質を保証するためには、常に各科に多くの医師・医療者がいて紹介型の高度医療機関である大学医学部における教育・実習のみでは不十分であり、医師数が限られ患者・家族および地域社会がより近い位置にあり、地域包括ケアの様々な段階の患者を多職種連携チームで診療する各種地域医療機関と教育を連携していく必要がある。また、卒前教育により身につけた基本的な診療実践力を引き続き医師の生涯教育で向上していくためにも、このネットワークが重要となってきた。

② 医師免許の質保証2：全ての医師が地域医療連携の実践力を修得する。

将来、どのような医療機関や専門分野で勤務しようとも、目の前の患者は、それぞれの医療機関の特性を生かした医療を受け、他の機関と連携して医療を継続する。この地域包括ケアシステムの中で、各段階で担当する医師・医療者が、患者・家族に医療やコミュニケーションの不連続感やそれに伴う不安感を抱かせてはならず、主治医を含めて多職種医療チームが一体となって心身ともに安心して医療連携が行われることが理想である。したがって、全ての医師には生涯にわたって地域医療連携に関する各種実践力の向上が必要であり、卒前教育から一貫して生涯教育においても大学医学部と地域医療機関とのネットワークが必須となってきた。

4) 現在の課題

近年、述べてきた目標を達成するために、多くの大学で臨床実習前教育の改革や大学各科と地域医療機関とのネットワークを生かした診療参加型臨床実習の本格実施に向けてカリキュラム改革が進んできている。医学教育の分野別認証評価が追い風になって改革は進んできているものの、まだ全ての教育の実践現場には浸透しておらず、必ずしも質保証されている状況にはない。また、その後の生涯教育も、諸外国に比べて十分に質保証されている体制に達していないことが指摘されており、今後の課題となっている²⁾。

<提言>

教育改革が十分に進まない主な要因として、教育にかかる時間が確保できないこと、各ステージの教育目標や教育手法が十分に周知・共有されていないこと、実践指導力の質が保証されるようなFDが計画的に実施されていないこと、効果的効率的なデジタル教育が十分に活用されていないことが挙げられる。

1) 卒前・卒後の各ステージでシームレスな教育の共通目標を設定し共有する

卒前教育の目標は、医師免許を質保証する基本的な診療実践力の修得であり、シームレスに卒業臨床研修、生涯教育につながってきている。全体として改革を進めるためにこのような目標を共有することが重要であり、大学医学部と地域医療機関のネットワークで教育に携わる全てのメンバーで一貫した教育体制づくりを推進していくことが必要である。

2) 教育の質を保証するように計画されたFaculty Development (FD) を計画的に企画する

指導者が、目標を実現するための教育手法を必ずしも修得していないことが、各教育現場での改革が十分に進まない一因となっている。近年、多くの大学医学部では、学内のみならず地域医療機関の指導医とともに各種FDを開催している。しかし、単発で行われる講演会形式のものが多く、必ずしも各科の特性に合った教育の質を保証して実践力に結びつくFDとして計画的に行われていない現状がある。今後、各ステージの教育の実践力を質保証するFDの充実は必須と考えられる。その際、次に述べるデジタル教育の活用を工夫して進めていく必要性が高い。

3) 講義・演習・実習・評価における各種デジタル教育を充実する

大学医学部と地域医療機関が一体となって教育を進めていくために最も重要と考えられるのが、デジタル教育の充実である。多数の教材や情報に24時間アクセス可能となって時間的に多忙な医師が効果的・効率的に学ぶことができること、教材の充実により卒前教育から生涯教育まで医師の生涯にわたる各ステージの教育や教育手法の学習あるいはFD等で活用できること、臨床現場におけるオンライン指導に活用できること、評価のデジタル化によって様々な質保証や単位化が容易になることなどメリットは多く、特に大学医学部と地域医療機関とのネットワーク間の教育の充実にも圧倒的に効果的を發揮する。したがって、今後、大学医学部は各機関と連携し、デジタル教育の充実をこれまで以上に重要なプロジェクトとして進めていく必要がある。

以上、卒前教育から卒後臨床研修、新専門医制度、生涯教育までシームレスに理想的な医学教育を実現するための大学医学部と地域医療機関のネットワークについての現状と課題解決に向けての提言を述べてきた。最近の大学医学部と各都道府県とが連携した新型コロナウイルス感染症対応から、これらネットワークの重要性がこれまで以上に認識される時代になっている。大学医学部の役割として、このネットワークを強化して確実に各ステージの教育改革を推進し、各都道府県における医療の充実を実現していくことが期待される。

脚注

- 1) シンポジウムI 医学教育、日本医学協会 発行、医学書院、昭和41(1966)年6月
- 2) 第IX次 生涯教育推進委員会答申「卒前・卒後教育の一貫性から見た日医生涯教育制度のあり方」
(http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180620_4.pdf)

2. 女性医師

<現状と課題>

女性医師の就労継続やキャリアアップのための取り組みが始まって久しい。女性医師の支援が継続して行われているにもかかわらず、依然としてキャリアの中断やキャリアアップの断念、その結果として指導的地位の女性医師が少ない状況が続いているのは、医師の勤務状況とこれらの支援との間にギャップが存在している可能性や当事者である医師の意識の問題が考えられる。その根底には、多くの女性が仕事をもちながら育児や介護、家事の中心的担い手とされる、いわゆる固定的性別役割分担意識が強いわが国の現状があると考えられる。

医学部学生に占める女性の率は30%台であり、医師に占める女性の割合はわが国でも20%を超え増加してきている。医師に占める女性の割合の国際比較では、エストニア74.0%、フィンランド57.7%、スウェーデン48.0%、英国48.6%、ドイツ46.6%、フランス44.3%、米国36.1%でありOECD平均は46.5%である(OECD.Stat <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51879>より)。わが国でも女性医師はさらに増加していくと予想される。女性には女性の良さがあり、女性医師を希望する患者も少なくない。その一方で、女性の増加が問題視され、一部の大学で入学試験での差別が行われていたのは、女性医師の能力の問題ではなく、日本の医療界が抱える背景に問題があったと考えられる。

女性医師の診療科による偏在は「男性も女性も、意欲に応じて、あらゆる分野で活躍できる社会」が実現していないことを意味している。各診療科における女性医師の占める割合は、皮膚科47.5%、

麻酔科38.8%、眼科38.3%に対し泌尿器科5.7%、脳神経外科5.5%、整形外科4.9%である。女性医師は、現在の日本の医学界の状況の中でもワークライフバランスを取りやすく医業を継続しやすい診療科を選択する傾向がある。

これらの状況を是正し、医師の社会でも性差に関わらず活躍できる男女共同参画社会を構築しないと、これからのわが国の医療は機能して行かなくなると考えられる。そのための対策としてまず重要なのは、年齢・性別に関わらず、全ての医師個人が固定的性別役割分担意識から脱却することである。その上で、男女共同参画に必要な社会基盤の整備を進めていくことが重要であると考えられる。

<提言>

全国医学部長病院長会議（AJMC）男女共同参画推進委員会は、平成30(2018)年度に「女性医師等のキャリア支援策に関する実態調査」実施し、それを踏まえて令和元(2019)年度に女性医師等のキャリア支援についての提言を作成し、あわせて優れた取り組みを紹介した。その提言の内容を紹介し、今後の女性医師の活躍を後押ししたい。

まず重要なのは、医師の長時間労働の是正が必要である。女性医師が勤務を継続できない主因は、長時間労働であることは実態調査より明らかであった。働き方改革を推進し、性別や年齢を問わず、誰もが働ける職場を実現する必要がある。労働時間削減の具体的な方策としては、業務の移管（特定看護師、医療クラーク、地域連携など）、業務の共同化（複数主治医制、チーム医療など）、業務内容の見直し（合同当直、会議の削減など）が挙げられる。

次に、多様な勤務形態を許容する勤務制度の確立が必要である。画一的な労働制度を是正し、多様なニーズ（育児、介護、不妊治療等）に応じた働き方に対応できる柔軟な勤務体制の整備を進めるべきである。具体的には、短時間正規雇用制度、シフト勤務、当直免除、時間外勤務免除、複数主治医制、在宅勤務制度（画像診断医、病理医等）など、柔軟な勤務態勢整備が望まれる。これらの勤務形態を給与体系と連動させ、女性医師に限らず、全ての医師に選択可能なものとするなどの検討も必要である。

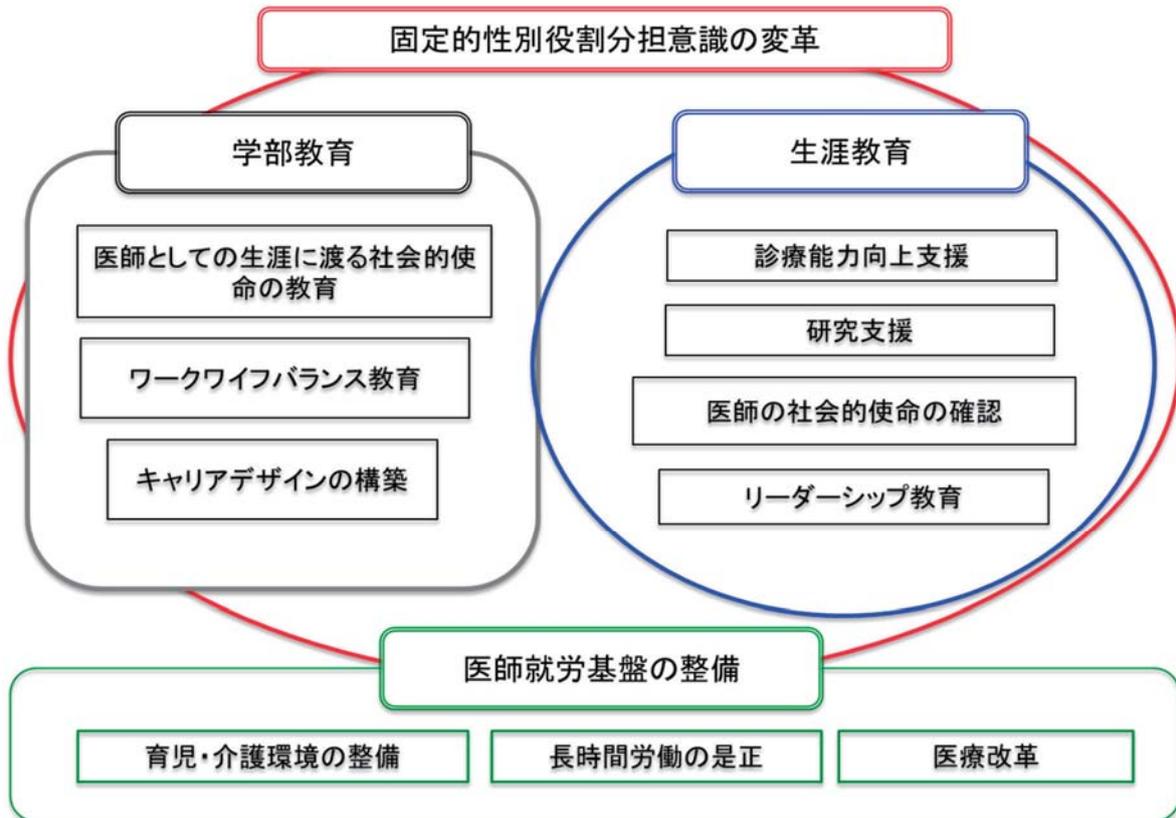
育児と介護支援に関しては、社会資源の整備とともに、高度プロフェッショナルである医師が医業を中断しないで済むように外注を可能にさせる収入増加も必要である。育児世代の医師にとって、保育施設を病院が持ち、保育時間の延長、24時間保育、病児・病後保育、休日保育など、医師の勤務形態（当直や夜勤、休日の日勤、緊急の患者対応、夕方からのカンファランスや講習会参加など）に合わせた対応が用意されていれば医業に注力できキャリアアップもできる。また、これらの対応を病院に勤務する医師だけでなく、大学院生、基礎医学教室の教員、常勤復帰を目指している非常勤医にも対象を広める必要がある。保育支援制度は、事業所内保育施設設置に限定することなく、多様なニーズに応えるためにも、他の施設との連携や地域との連携での保育支援制度も視野に入れることが望ましい。育児休暇は、女性に限定せず男性にも平等とし、女性医師だけがキャリア中断の犠牲者となってはならない。

やむを得ず医業を中断した医師の常勤医への復職支援としては、手技の訓練や知識面のキャッチアップなどを目的として臨床研修、専門外来診療、手術や検査などのスキルトレーニング、在宅学習制度など診療科の特性に合わせた復職支援が必要であり、それを円滑に進めるための復職担当の職員・教員の配置、他の施設との連携や地域との連携も重要である。

復職支援以外のキャリアアップ支援や研究支援は、女性に限らず男性も含めた若手医師に対して

公平に行われるべきである。しかし、管理職である女性が少ない現在、女性リーダー育成研修など、女性がキャリアアップのための研鑽を積める制度があることが望ましい。女性医師が自信を持ってキャリアアップできるように、メンター制度、ピアサポート、相談窓口の設置をすすめ、優れた女性医師を多く育成することが日本の医療発展の鍵の一つである。

図1 女性医師キャリア・ディベロップメントのグランドデザイン



3. リフレッシュ（リカレント）教育

<現状と課題>

1) 医師の偏在の現状

令和元(2019)年医師需給分科会「医療従事者の需給に関する検討会」は、将来時点における都道府県単位の不足医師数を公表した。これによると令和18(2036)年時点で医師不足と予想される都道府県は、47都道府県中12道県であるが、二次医療圏単位では、46都道府県が医師不足の二次医療圏を有しており、令和18(2036)年時点でも医師の偏在は解消していないことが予想されている。各都道府県は、医師不足、医師偏在への対策として、令和2年に医師確保計画を策定した。この計画で求められている確保方針は、都道府県内医師の派遣調整等の短期的な対策と、地域枠の増員等の長期的な対策を組み合わせることで医師偏在是正を目指すとしているが、ここでいう地域枠増員による対応は、ともすると都道府県知事がなかば強制的に未だ経験の少ない若手医師を配置することになるなど、問題点も指摘されている。

一方、平成29(2017)年に公表された厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向

等に関する調査」研究班による「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」では、回答した医師の44%が、今後、地方（東京都23区及び政令指定都市、県庁所在地等の都市部以外）で勤務する意思があると回答している。若手医師を強制的に地方に配置するのではなく、地域医療に従事あるいは関心を持つ医師にとって自己実現しやすい環境を整備し、地域医療で活躍してもらうことこそが、医師の偏在解消のために重要と考えられる。

2) 医師の再就職

Continuing Professional Development (CPD) において再就職は、後期生涯設計として重要である。自身のキャリアを設計していく過程で、常にCPDに基づいたプログラムを自ら作成し、実行していくことが、これからの医師には求められる。

令和2(2020)年2月、政府は「70歳までの就業機会確保を企業の努力義務」とする、高年齢者雇用安定法などの改正案を閣議決定した。また、3月には、国家公務員の定年を段階的に65歳へ引き上げる国家公務員法の改正案も閣議決定されている。このように、政府の方針として、これまでの定年年齢を超えても働くことが求められる社会となっている。

平成30(2018)年にある県の医師会が、県内の公立病院に勤務する55歳以上の医師174名に対して行ったアンケート調査では、69%が再就職を希望していることが明らかとなった。平成30(2018)年度の三師調査における60歳以上の医師の割合をみると、平成28年度25.1%であったが、平成30(2018)年度は26.7%に増加している。このように、多くのシニアエイジドドクターが、病院の定年退職の年齢を過ぎても、現役で活躍し、その数は増加している。

<提言>

医師の不足、医師偏在の改善策として、従来、三省（厚生労働省、文部科学省、総務省）は、医学部定員の地域枠の拡大、奨学金制度、臨床研修における地域診療の推進、女性医師バンク事業、女性医師復帰支援講習会、退職医師の活用、小児科医師以外の医師による小児の初期救急医療への参加等を提案してきたが、医師の偏在の解消に至っておらず、実行性のある効果的な医師確保対策の実施が必要である。

現況で述べた通り、一般病院等を定年退職した後も自分の専門領域に関わらず、一般総合内科的なものも含めて医療を続けたい医師は増加している。また基礎医学系研究に従事してきた医師の中にも、退職後、地域医療に貢献したいという希望者も少なくない。しかし、これらの医師の不安は、専門性の高い領域の医師や研究者としてこれまでやって来て、専門外の疾患に対するPrimary Care、First Aidを提供できるかという不安である。退職後も仕事を望む医師は、もともとモチベーションも高く、臨床経験も豊富で、短期間の研修を受け一般的な疾患のPrimary Care、First Aidを学ぶことにより、優秀な“一般医 (General Physician)”になりうる素養を有している者が多い。このような医師が、リカレント (リフレッシュ) 教育を受けて、地域医療に貢献することは、我が国の医師のCPDにおける選択肢が増えるだけでなく、医師確保対策として大きな効果が期待される。

医育機関である大学医学部・医科大学、大学病院は、卒前卒後教育だけでなく、医師の生涯教育も主要なミッションの一つと位置付け、体制を整備していく必要がある。具体的には、大学医学部・医科大学または大学病院内に生涯教育を支援する部門を立ち上げ、その教育リソースを活用して、シニアエイジドドクターのリカレント (リフレッシュ) 教育を提供する。

更に、医学の急速な進歩や医療の高度化、複雑化、医療安全に対する社会からのニーズ等により、

医師に求められる医療レベルは常に連続的に変化し、高度化している。医師免許を取得し、専門医として認定された後にも、安全、安心、かつ適正な医療を実践していくために、医師には生涯にわたる弛まぬ自己研鑽 (Life-Long Learning) が求められている。リカレント (リフレッシュ) 教育は、このLife-Long Learningの場を提供することも可能である。

このリカレント (リフレッシュ) 教育を、実効性のあるものとして定着、発展させるため、安定的財政支援を求めるものである。

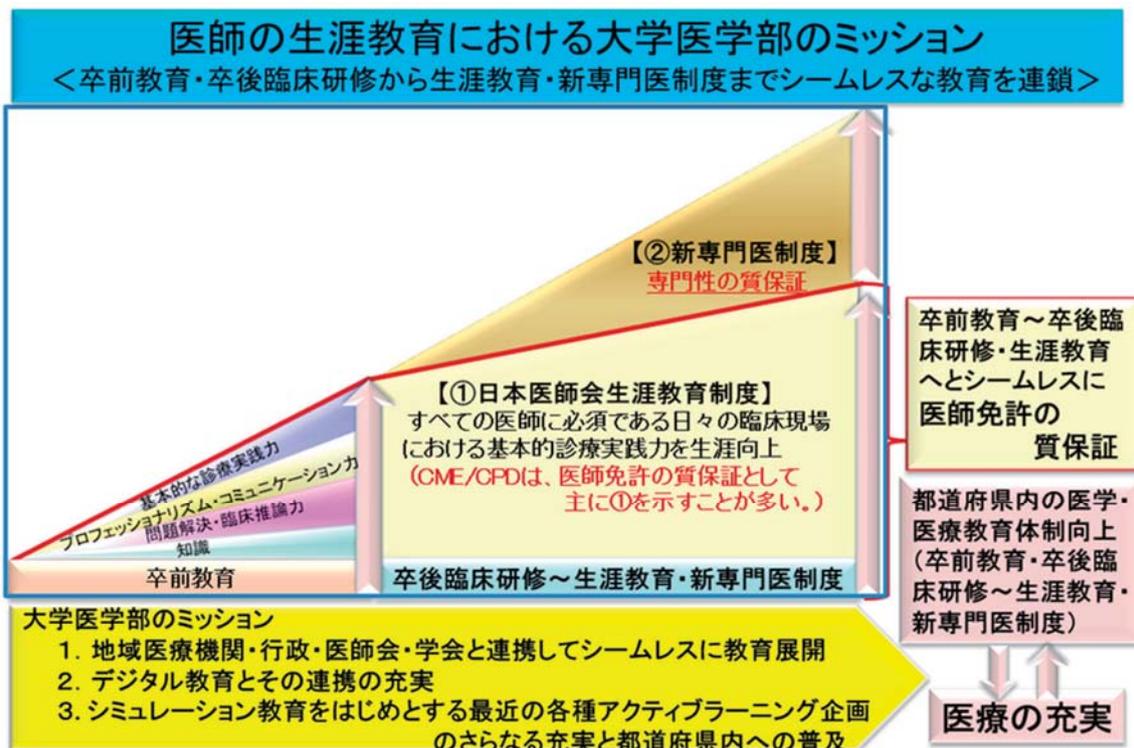
4. Continuing Medical Education (CME) / Continuing Professional Development (CPD)

<現状と課題>

医師の生涯教育は「Continuing Medical Education (CME)」とされてきたが、知識や技術のみならず幅広いプロフェッショナルの領域にわたる継続的な自己研鑽を含むことから、近年、「継続的専門職能開発 (Continuing Professional Development : CPD)」と表現され世界に広がってきている¹⁾。

(本稿では、CME/CPDと記載する。) これまでの歴史的な経緯から、日本における医師の生涯教育は、①「卒前教育からシームレスに医師免許の質である基本的な診療の実践力を保証する役割を担う日本医師会による生涯教育制度」と、②「専門性の質保証を担う専門医機構による新専門医制度」の2つに分類される²⁾。いわゆる生涯教育としてのCME/CPDは、主に①を示すことが多い。これからのCME/CPDは、医学知識や技術の学習だけではなく、個人の専門性の質保証と同時に、その基盤となる医師免許の質として全ての医師に必須となるプロフェッショナリズム、基本的な診療実践力、コミュニケーション力、チーム医療を充実する教育力、医師の医療行動科学を含んだ包括的な実践力を生涯にわたって質保証するための様々な機会として、その地区の医療向上に直結する重要事項と捉える必要がある。

図 医師の生涯教育と大学医学部の教育ミッション (文献²⁾より改変)



多忙な医師が、日常診療の向上のために効果的・効率的に学ぶデジタル教育の充実が日本における長年の課題となってきた。令和2(2020)年からの新型コロナウイルス感染症対策の過程で、デジタル教育・情報の活用が急速に普及してきている。是非、このタイミングで、大学医学部が主導して、これまでの日本の課題であったデジタル教育改革を一気に推進させ、卒前教育～生涯教育まで一貫した効果的な展開を実現することにより将来に向かって継続的に医療を向上していくことが期待される。

1) 日本における医師の生涯教育と大学医学部のミッション

卒前教育から卒後臨床研修、新専門医制度、生涯教育まで各ステージの教育改革が進んでいる現在、大学医学部の役割がこれまで以上に重要になっている。

近年、急速に改革が進む卒前教育では、全ての医師に必須とされる基本的な診療実践力を卒業生全員に修得させて医師免許の質を保証することが求められている。それには患者・家族・医療従事者との円滑なコミュニケーションのために必要とされる豊かな人間性、プロフェッショナルリズム育成も含まれる。限られた6年間でその目標を実現するためには、教育内容を精選して基礎医学、社会医学から臨床医学まで各分野統合したアクティブ・ラーニングを充実し、大学医学部と地域の各種医療機関が連携して集大成としての本格的な診療参加型臨床実習の実現することにより、卒業生全員に知識・技術・態度を包括する実践的な能力を身につけさせることが必要と考えられている。

その後、卒前教育とシームレスにつながるCME/CPD充実のための大学医学部の役割は、引き続き地域医療機関・行政・医師会・学会と連携して最近の教育手法を共有することにより、都道府県内の医学教育体制を向上することにあり、それによりその地域の医療充実につなげることが理想的である。

2) 世界の動向

OECDの調査³⁾では、37か国のうち、医師のCME/CPDが行われている国は30か国であった。CME/CPDが、医師免許等の更新の条件となっているのが米国をはじめとする12か国、義務化されているが医師免許更新の条件となっていないのが12か国、自主性に任されているのは日本、スウェーデン、デンマーク、ギリシャ、イスラエル、コスタリカの6か国であった。米国では、医師の生涯教育の質保証を担う機関として生涯教育認定協議会（ACCME：Accreditation Council for Continuing Medical Education）が1981年に設立された。これは米国医師会や米国専門医制度協議会をはじめとする7つの団体から構成され、各学会の講習、各種シミュレーションセミナー、多数のオンライン学習教材、日々の診療における文献検索など、多くの機会を含めてCME/CPDの単位認定が行われている。州によって相違はあるが、医師免許や専門医の更新にはCME/CPDの一定の単位修得が義務づけられている。

3) 日本の課題

このような世界的な動きに対し、日本のCME/CPDは実践的な質が保証されているものなのかどうか長年の課題とされてきた。改革が困難であった背景には、①専門医制度と関連した必修単位などのインセンティブがないこと、②e-ラーニングなどのデジタル教育の活用が不十分なこと、③達成度の評価が不十分なこと、④各種シミュレーションセミナーなどのアクティブ・ラーニング企画が必ずしも十分に単位取得できるものとして申請されていないことなどが指摘され、卒前教育と一貫した改革が進められてきている。実際、平成30(2018)年度の日本医師会生涯教育の単

位取得状況⁴⁾は、年間の平均取得単位（13.33単位）のうち、講習会・学会などが全国平均11.50単位、体験学習0.85単位、日医雑誌の問題解答0.35単位、日医eラーニング0.58単位となっている。このように、単位取得のほとんどが講演会・学会の出席点となっている点、eラーニングなどのデジタル活用がほとんど進んでいない点が課題と考えられる。

近年、大学医学部では、デジタル教育の推進、シミュレーション教育などの最近のアクティブラーニング手法が進められてきた。両者とも、新型コロナウイルス感染症対応によって、さらに一気に推進されてきており、今後の十分な活用による効果的な教育戦略が期待される。

＜提言＞

CME/CPDを向上するためには、これまで以上に大学医学部が主導して、次の3つの事項を推進していく必要がある。

1) デジタル教育およびシミュレーション教育の充実

多忙な医師が、一定の目標に向かって確実にCME/CPDを進めるには、まずは日本で遅れているeラーニングなどのデジタル教育を圧倒的に充実し、事例ベースの各種シミュレーション教育とハイブリッドして展開していく必要がある⁵⁾。それには、卒前教育から引き続き動画や音声を駆使したeラーニング教材の作成を推進すること、各学会・学術雑誌などによるオンライン情報の発信を増加させること、日々の診療における情報検索をCME/CPD単位として認定可能とすること、eラーニング教材学習後や講演会後の確認テストなどオンラインでの評価を導入することなど、様々な戦略で進めることが重要である。デジタルを活用した企画・教材作成は、これまで、各大学の個々の教員が独自に進めてきていたが、現在、全国展開の研究が進んできている⁶⁾。

2) アクティブ・ラーニング企画充実とその単位申請を推進する

既にアクティブ・ラーニングの企画として、シミュレーションを用いた二次心肺蘇生法（Advanced Cardiovascular Life Support : ACLS）、日本内科学会認定内科救急・ICLS講習会（Japanese Medical Emergency Care Course : JMECC）、小児二次救命処置法（Pediatric Advanced Life Support : PALS）、外傷初期診療コース（Japan Advanced Trauma Evaluation and Care : JTEC）などが行われている。実践的な講習会としては、卒後臨床研修指導医講習会などが、臨床現場における体験学習としては、症例検討会、共同診療、地域包括ケアに関する検討会、医療連携に関するカンファレンスなどが行われている。今後、大学医学部の役割として、これまで以上にシミュレーション教育をはじめとする最近の各種アクティブ・ラーニング企画を充実し、単位申請することにより各都道府県全体でCME/CPDを充実していくことが期待される。

3) CME/CPDと新専門医制度との連携強化の必要性

長年の課題であったCME/CPDの受講率の向上を実現して医師免許の質を保証するためには、新専門医制度との連携強化が重要となる²⁾。諸外国のように新専門医制度における各専門分野の専門医の申請や更新時には、CME/CPDの目標単位をクリアしていることを条件とすれば、卒前教育から引き続き重要な医師免許の質保証の基盤の上に専門性が保証される理想的な展開となる。この場合、各専門分野のニーズによってCME/CPDの学習内容の項目であるカリキュラムコードや必要単位数を検討する必要があると考えられる。

述べてきたように、大学医学部のミッションとして、急速に進む卒前教育改革から引き続き、デジタル教育、シミュレーション教育等を積極的に活用して生涯教育（CME/CPD）を向上し、各都道府県における理想的な医療充実に結びつけていく教育体制づくりが、これまで以上に期待される時代になっていることを意識して改革を進めていく必要がある。

脚注

- 1) CPDの質的向上のためのWFMEグローバルスタンダード（2015年改訂版）
(http://jsme.umin.ac.jp/com/ct/WFME_GS_CPD2015_JP.pdf)
- 2) 第IX次 生涯教育推進委員会答申『卒前・卒後教育の一貫性から見た 日医生涯教育制度のあり方』
(http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180620_4.pdf)
- 3) OECD Health Systems Characteristics (<http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm>)
- 4) 平成30年度 日本医師会生涯教育制度集計結果報告書
- 5) 第X次生涯教育推進委員会答申『新しい世代に主眼を置いた生涯教育制度の円滑な運用と環境整備』
(https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200624_2.pdf)
- 6) 自治医科大学 医学教育センター (<https://www.jichi.ac.jp/jmec/project.html>)

第8章 医学教育分野別評価

<現状と課題>

1) 日本医学教育評価機構（JACME）の設立

医師を養成する機関にとって国民に良質の医療を提供することが必須である。そのため医学部では自己点検及び外部評価を通して、医学教育の質を国民に向けて保証することが求められる。従来、我が国の医学教育評価への取り組みは、学校教育法に基づき大学基準協会、大学評価・学位授与機構、高等教育評価機構によって行われてきたが、個別の学問分野別評価は実施されていなかった。しかし、医学・医療のグローバル化を背景に、医学教育における分野別評価制度の確立が必要不可欠となっていた。

折しも文部科学省では、平成23(2011)年12月の「今後の医学部入学定員のあり方に関する検討会」で、「我が国では、医学教育に特化した分野別評価は行われてこなかったが、我が国が国際水準の教育を実施していることを証明するためにも、日本の医学部が世界医学教育連盟(WFME)のグローバルスタンダードに基づく医学教育プログラムの評価を受ける環境を整備促進し、医学教育に特化した分野別評価制度を確立すべきである」と指摘された。

また、国の第2期教育振興基本計画(平成25年6月閣議決定)においても、高度専門人材育成に向けて、「大学における分野別質保証の構築・充実に向けた取り組みを促進する」とこととした。

平成22(2010)年9月に、米国医師国家試験受験資格審査NGO団体(ECFMG)から、「令和5(2023)年以降は、国際基準で認定を受けた医学校の出身者にしか申請資格を認めない」との通告があった。これを機に全国医学部長病院長会議(AJMC)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的に通用する医学教育の質保証の仕組みづくりが図られた。

「医学教育質保証検討委員会」において議論を行う中、分野別評価組織として一般社団法人「日本医学教育評価機構(JACME)」が設立されることになった。評価基準はWFMEのグローバルスタンダード(2012版)に基づく日本版を作成することが提案され、平成24(2012)年度と平成25(2013)年度のAJMC総会において承認された。JACMEの目的は、我が国の医学教育の質を高め、国際的な基準からみて諸外国に遜色ない医学教育が実施されていることを世界に示すことにある。さらに医学部・医科大学の使命である「国民に良質の医療を提供できる医師の育成」に向け、医学教育現場での改善への取り組みを促進していくことにある。

2) 国際基準と本邦の取り組み

世界医学教育連盟(WFME)は「医学教育の国際基準2012年版」を公表し、日本医学教育学会医学教育分野別評価基準策定委員会は2012年版に準拠した日本版を平成25(2013)年に作成し、これを文部科学省大学改革推進事業による医学教育分野別評価試行で用いた。平成27(2015)年9月に世界医学教育連盟は「医学教育の国際基準2015年版」を公表した。これに伴い、日本医学教育評価機構基準・要項検討委員会では、この2015年版基準に準拠した日本版を平成28(2016)年4月に作成し公表した。その後、この基準は細かい改訂が繰り返され令和2(2020)年11月にVer.2.3が公開されているが、Ver.2.32(2019年)と大きな変更はない。日本の医学教育が国際認証を受けるべきとの気運が高まった背景には、2010年の米国ECFMGによる宣言に加えて、Medical Tourism

(患者の国際間移動)やPhysician Migration(医師の国際間移動)など国際社会の変化や、医療の実践に学修成果基盤型教育(Outcome Based Education)を導入するべきとの考えが広がったことが挙げられる。日本の医学教育を国際的基準に合致したものにする方針は重要であり、この理念に基づき平成27(2015)年12月に全国医学部の医学部長を中心に、日本医師会、日本医学会連合、日本医学教育学会などの諸団体の協力の下、JACMEが設立され、一元的に医学教育の分野別評価に取り組むことになったことは前述の通りである。

3) 求められている内容と評価する項目

世界医学教育連盟は医学教育の基本となる医学部卒前教育について国際基準を提示した。この基準に準拠して、「一般社団法人日本医学教育評価機構基準・要項検討委員会」は日本の医学部における学部教育の日本版基準を定めている。この基準は、9領域とその下位に位置する36の下位領域で構成される。領域とは、医学教育の構造、課程、内容および学修成果/コンピテンシー、評価、学修環境にまたがる全般的構成要素で以下の9項目である。1. 使命と学修成果、2. 教育プログラム、3. 学生の評価、4. 学生、5. 教員、6. 教育資源、7. 教育プログラム評価、8. 統轄および管理運営、9. 継続的改良。下位領域とは、全般的構成要素の中で、教育評価指標に結びつく具体的な項目である。

各下位領域についての達成度は2段階の水準に分けて設定されている。①基本的水準:全ての医学部が達成してはならない水準である。外部評価にあっては達成が示されなくてはならない。基本的水準は「しなければならない(Must)」等と表現される。②質的向上のための水準:この基準は、国際的合意によって定めた医学部運営および医学教育執行についての優れた水準を規定する。医学部は、これらの基準の一部または全てについての達成度もしくは達成の見通しについて示すべきである。これらの基準達成は、各医学部の発展段階、資源、および教育方針により異なることがあり得る。最も進んだ医学部であっても全ての基準を満たすとは限らない。質的向上のための水準は「すべきである(Should)」等によって表現される。

公表された基準は国際認証を受審する際には、自己点検評価の指標になるものである。自己点検評価には全ての項目・水準に関して、A. 基本的水準/質的向上のための水準に関する情報、B. 基本的水準/質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価、C. 現状への対応、D. 改善に向けた計画の4項目の記載と根拠資料の提示が求められる。また、外部評価の際にも、この基準に基づいた自己点検評価と実地視察を基に、この基準に則って外部評価と提言がなされる。医学教育の国際基準は、必要最低限のものを示しているもので、各医学部における独創的な取り組みを排除するものではない。むしろ、理念、目標を活かして、日本や地域の文化や伝統に根を下ろし、独自の使命を果たすために多くの取り組みがなされていることを踏まえ、更なる発展を奨励するものである。もとより、この基準そのものが、日本の医学教育の更なる発展のために改訂、改良されていくことが必要と考えられる。

4) 本邦における受審の現状

平成29(2017)年から令和3(2021)年まで受審した56大学の「医学教育分野別評価」の結果について(令和3年8月1日現在)「日本医学教育評価機構」ホームページ上に公開されている。

＜提言＞

1) 受審者（大学）の取り組み対応とその意義

分野別評価が開始された時点における受審意義は、ECFMGの要請に対する適合の他に、医学教育のレベルアップ、すなわち基準に従って評価して振り返ること、その結果教育プログラムの改善を後押しできるということであった。現状でも受審の意義は大きく変わらないと考えられる。しかし、分野別評価を受審するにあたって、大学の対応は容易ではない。その準備に恐らく1年以上要すると思われる。各大学によってその対応は異なると考えられるが、医学教育担当グループのみの場合と医学部全体で対応する場合があるだろう。前者の場合効率はよいであろうが、その場合、関与しない教員に「教育」に対する自学の取り組みや現状、さらには医学教育のトレンドを知る機会を失う可能性がある。医学部、特に臨床系の教員は多忙であり、臨床、研究、教育を同時に担っていることも多い。臨床、研究を熱心に取り組むことが「教育」に対する免罪符になると考えている教員も散見される。また、各教員はある程度の医学教育の経験があり、主義、主張を有していることも多い。しかし一方教育学を学んできたわけではない。医学部内を考えたとき、教育に関わる全教員が、医学教育について考える機会が与えられることには大きな意義がある。そういう意味では、全学挙げて取り組むことが、その大学の医学教育の改善や発展に繋がるものと考えられる。

2) 大学基準協会機関別認証評価

大学基準協会大学評価は、理念・目的、内部質保証、教育研究組織、教育課程・学習成果、学生の受け入れ、教員・教員組織、学生支援、教育研究等環境、社会連携・社会貢献、大学運営・財務の10基準から成っている。一方、医学教育分野別評価は使命と学修成果、教育プログラム、学生の評価、学生、教員、教育資源、プログラム評価、統轄および管理運営、継続的改良の9領域から成っている。このようにこの2つの評価が求める事項が重複している部分も多い。もちろん評価の観点に違いがある、前者は、大学の教育研究活動の質を社会に対し保証すること、報告書の提示によって、大学の改善・向上を支援すること、評価を通じて大学が社会に対して説明責任を果たしていくことを支援することとしている。一方後者は米国ECFMGの宣言が引き金となり、日本の医学教育が国際認証を受けるべきとの機運が高まり、国際基準の到達度をみるとともに、医学教育の自己点検評価の指標になるとしている。評価の目的や観点到違いが主張されているものの、大学側からすると、その準備、根拠資料の収集、報告書の作成等膨大な時間と労力を要している。分野別評価の現地調査は2巡目からは5日間から4日間に短縮される予定である。それでもそれぞれで評価を行う利点と費やす時間を考慮すると、無駄な部分も少なくなく、必要な評価を効率よく行う方法を模索することを提案したい。

3) 将来に向けた認証評価基準

医学教育分野別評価開始の引き金は、米国ECFMGが「2023年以降、医学教育の国際的認証を受けている医学部の卒業生以外には米国での医師資格が得られない」という宣言であった。もちろん医師の国際間移動や国際社会の変化、さらにはOutcome-Based Educationが医学教育のあるべき姿であるという認識が広まったという背景がある。実際これまでわが国の医学教育は国際基準という概念がなかったし、ガラバゴス化しているという指摘に反論できなかったのも事実である。そしてJACMEがWFMEに認証され、発足した。すでに平成25(2013)年からトライアル認証評価が行われ、平成29(2017)年からは認証評価が正式に実施された。それ以降多くの医学部が受審し、認証評価に適合してきた。そこで見えてきたのは、わが国の医学教育はガラバゴスではなく、国

際的基準からみても決して外れたものではないという事実であった。臨床実習の期間が短いことが指摘されてきたが、これは我が国の充実した初期臨床研修制度とリンクするものであって、従来の短い臨床実習が異常であるという指摘はあてはまらない。卒業後すぐにへき地や離島において最前線で医療を実践しなければならないという地域はまれであるし、一般市民もそれを望んでいない。今回の認証評価の実施でほとんどの医学部で臨床実習期間が長くなったが、その評価については相当な時間を要すると思われる。ただ、長くした臨床実習期間は生かされるべきであって、より初期臨床研修制度との連携が望まれる。認証評価のもう一つの大きな目的は、自身の医学教育、特に教育プログラムを振り返ることである。実際、自主的な努力だけでは改善できないことも多く、評価という外圧が推進力となっていることは確かな事実である。「隣の医学部」がどのような教育法を採用しているのか知らないことも多い。全国のほとんどの医学部に、医学教育講座や医学教育センターが設置され、医学教育そのものの体系化が進んできた。認証評価が一巡したとき、おそらくわが国の医学教育が国際基準を軽くクリアしていることが明らかになるだろう。今後は国際基準に基づいたものを達成することは当然のこととして、独自性、すなわち各大学で取り組んでいるプラスの部分が評価・公表され、他大学がそれらを消化、吸収することによって、医学部全体がレベルアップするのではないだろうか。

脚注

- 1) 日本医学教育評価機構 (Japan Accreditation Council for Medical Education : JACME) <https://www.jacme.or.jp/>
- 2) 医学教育分野別評価基準日本版Ver.2.33. 世界医学教育連盟 (WFME) グローバルスタンダード2015年版準拠 令和2(2020)年11月2日

第9章 働き方改革

<現状と課題>

1) 議論の背景

一般企業で相次いだ異常な時間外労働問題は医師の働き方にも波及し、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討委員会」において平成29(2017)年8月から22回に及ぶ議論が重ねられた。平成31(2019)年3月に取りまとめた報告書では、令和6(2024)年4月に施行する医師の罰則付き時間外労働の上限時間を年間960時間とし、地域医療確保や研修を目的とする特例として年間1,860時間と提示した。

この検討会の議論は、「そもそも医師は労働者か？」という疑問からスタートし、「病院で雇用されていれば労働者」という世間的常識の共有をまず行った。併せて「医師の健康確保は医療安全の観点からも重要」という認識も、その後の議論の根幹となった。

そして報告書では、「我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働に支えられており危機的な状況」で明記された。戦後、様々な医療改革が行われてきたが、そのほとんどがハード面での改革であり、今回初めて生身の人間としての医師にスポットライトが当てられた、きわめて画期的な改革と言える。実現にあたっては難問山積ではあるが、このような背景を理解しておく必要がある。

2) 大学医学部・大学病院が地域の医療提供体制に果たす役割

大学医学部・大学病院は、卒前・卒後の医学教育を通じて医師の養成の場となっており、医学研究の面では、基礎医学・臨床医学領域の研究者の養成とその活動の場としての役割を有している。一方、医療提供の面では、最大の医療資源と最も高度な医療機能を有する医療機関として、地域の高次医療・救急医療の最前線に立っている。さらに地域医療確保の面で、地域が必要とする医療人材の供給という役割を担っている。これらの役割は、わが国の医学の発展と医療の質の確保・向上のために必要不可欠なものであり、多くの地域では、他に代替可能な機関は存在せず、将来にわたり唯一無二の存在と言える。

3) 大学医学部・大学病院に勤務する臨床系教員の特殊性

大学医学部・大学病院に勤務する臨床系教員は、教育・研究・診療の各分野の業務を並行的に遂行しており、診療中心の一般病院の医師とは働き方が大きく異なる。しかしながら、これまで臨床系教員は、その業務を長時間労働を前提とした人員配置や業務配分で遂行してきており、この状況は至急改善する必要がある。さらに臨床系教員の労働時間の短縮を図るためには、その業務内容の全面的な見直しが必要となると考えられる。

臨床系教員の勤務条件の改善を進める上では、臨床系教員が大学医学部・大学病院で担っているわが国の医学教育・研究と地域高次医療提供のあり方も同時に見直す必要がある。

<提言>

1) 医師の労働時間の上限設定について

- ① 地域医療確保暫定特例水準（B水準）については、まず各施設において医師に対する客観的勤怠管理と業務内容の見直しを速やかに行い、勤務医の労働時間短縮の取り組みを集中的に推進する必要がある。
- ② B水準の病院数は令和6（2024）年度の段階で最小限とし、令和6年度以降もその削減を数値目標に基づいて推進し、さらに地域医療確保暫定特例水準そのものの終了年限の前倒しを図ること。
- ③ 集中的技能向上水準（C-1、C-2水準）については、集中的技能向上のために必要な労働時間を含めた勤務のあり方を早期に検討し、その縮減を図ること。特に、C-1水準については、早期に時間外労働との関係性を明らかにし、時間設定をエビデンスに基づいて適正化する必要がある。
- ④ C-2水準については、その必要性を含めた総合的検討を行い、対象となる診療領域及び指定医療機関を早期に決定し、その上で適正な時間設定を行うべきである。

2) 医師の労働時間短縮の方策について

- ① 医師の業務の効率化の実現のために、有効と考えられるあらゆる施策を実施し、多面的な取り組みを推進すること。
- ② 医師の継続的就労及び臨床現場への復帰を支援する体制の整備を推進すること。
- ③ タスクシェア・タスクシフトを可能にするためには、医師およびコメディカルスタッフの増員が不可欠であり、そのために必要な財政支援を大学病院に対して行い、財務基盤の強化を図ること。

3) 大学医学部・大学病院に勤務する「臨床系教員の働き方」について

- ① 臨床系教員の働き方については研究者であり臨床医であるという業務の二重性が前提となる。
- ② 研究については裁量性が高いため、専門業務型裁量労働制を基本とし、みなし労働時間を超える臨床業務に対しては適正な処遇を行うとともに、研究の活力を損なわない勤務体制が確保されるべきである。
- ③ 兼業・副業を前提とする給与体系の見直しも必要であり、そのためには診療報酬制度等の抜本的改革を検討すべきである。

第10章 地域医療問題

1. 地域医療構想

<現状と課題>

現在進められている地域医療構想では、大学病院の位置づけが不明瞭である。各自治体の構想において、大学病院が単に各大学病院の位置する二次医療圏の中の一つの病院として評価されているため、三次医療圏を越えた専門性の高い医療提供という大学病院が本来果たしている地域の病院と異なる重要な役割が位置づけられていない。

さらに、何よりも問題なのは、卒前教育ならびに卒後人材養成に果たす重要な役割が考慮されていない。つまり教育機関としての役割が地域医療構想の中で位置づけられておらず、大学病院が存在する各都道府県において必要とされる人材の中身（地域医療を担う総合医、各診療科を標榜する医師、高い専門性を有する専門医、世界の医学・医療の進歩を支え、牽引する研究医の育成等）が議論されず、多くの場合単に二次医療圏における医師の数のみが評価対象となっており、医師偏在の本質と地域で求められる医師像が議論されていないことが最大の問題である。

現状では、地域医療構想は主として国が主導する財政的課題、つまり人口減少社会において必要とされる病床数（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）のあり方を見直し、医療費高騰に歯止めをかけることに主眼が置かれているため、地域医療の中身の議論が深まらない恐れがある。地域医療の維持には医師確保が大前提であるが、それを単に医師数という数のみの議論で終わらせてはならない。医師確保は、大学と都道府県の密接な連携に基づく地域卒出身医師の育成と配置、医師の働き方改革、各地域の特性を踏まえた各地域で求められる医師像の議論、女性医師が抱える課題、大学から派遣されている非常勤医師の役割等の多くの課題を総合的に議論する必要がある。これらの多くの課題を病院の再編・統合も含めた医療提供体制の見直しの中で議論することが必要である。

我が国の医師育成のあり方を大学医学部の入学から卒後教育に至るまでのパッケージで考える必要があり、そのような視点を地域医療構想に反映させる必要がある。すなわち、入試における課題（嘉山規範）、卒前教育の課題（現在進められているCBTの公的位置づけの推進、診療参加型臨床実習の充実とPost-CC OSCEによる臨床実践能力評価の充実とそれに伴う医師国家試験改革）、さらにこれらの卒前教育とシームレスにつながる卒後初期臨床研修制度の抜本的改革とその後の専門医育成という医師育成の卒前卒後の課題を地域医療構想調整会議の議論にも反映する必要がある。

<提言>

大学病院の位置づけを地域医療構想に明示すべきである。単に二次医療圏の一病院としてではなく医師養成機関としての役割を明確化し、都道府県自治体および医師会との緊密な連携のもとで各地域医療に求められる医師の育成することを明記すべきである。

地域医療構想では、病床の機能分化の推進による病院の再編・統合等の財政的視点が重視されがちであるが、もう一つの大きな柱である医師確保の観点における大学病院の役割を卒前卒後教育改革を踏まえて位置づけ、地域医療構想に反映させるべきである。

2. 三位一体改革

<現状と課題>

超高齢社会と人口減少社会の到来が同時に進行する我が国において、国はいわゆる団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）となる令和7（2025）年、さらに65歳以上の高齢者が最大化すると想定される令和22（2040）年を見据えて我が国の医療提供体制を維持するために、医療の三位一体改革（地域医療構想の実現、実効性のある医師偏在対策、医師の働き方改革の推進）を推進している。これらの改革はいずれも大学医学部および附属病院のあり方に大きな影響をもたらすものであり、特に地域医療と大学との密接な関係性に大きな影響があると考えられる。三位一体改革の「地域医療構想の実現」、「医師偏在の改善」、「医師の働き方改革推進」は相互に関連性が深くいずれかがつまずくと全体が破綻する恐れがある。

医師の働き方改革については進め方次第では、地域医療の維持に不可欠な地域の中核病院への大学医局からの医師派遣が維持されなくなる恐れがある。つまり、大学病院における医師の業務の軽減に失敗すれば大学病院のマンパワーを維持するために地域の病院から医師を引き上げざるを得なくなり、万一そのような事態となれば、新臨床研修制度導入によって地域医療機関への大学による医師派遣機能が破綻した悪夢が再来する恐れがある。したがって、医師の働き方改革は、全体の取り組み、つまり医師のタスクシフティング、ICT技術の導入による医師の仕事の効率化と軽減化、地域医療構想に基づく地域医療の機能分化・連携が進み、病院の集約化・重点化の進行が実現すること、そして女性医師の活躍を実現するための取り組み等が同時に達成されていくことが重要である。

また、もう一つの大きな改革である医師偏在対策の決め手として、医学部入試における地域枠制度と地元出身者枠制度を挙げているが、これらの制度設計は現時点においていくつかの不十分な部分があり、途中で脱落する学生が20%を超える大学がみられることや、定員が充足していない大学もあることから、今後さらに地域の特性を踏まえた制度設計が必要と思われる。また、医師（診療科）偏在対策のために算出されている「医師偏在指数」の数値と実際の認識に乖離があるように現場では感じられ、実働していない医師数が算定式に含まれている診療科があるように思われる。さらに専門医制度における県別に設定された診療科シーリング制度においては、あきらかに隣県および近県から送り込まれた隠れ専門研修医が混入しており、制度の厳密な運用がないがしろにされている事案がみられる。また、医師配置については、より具体的にどの医療圏に何科の医師が何名必要かという数字を設定し、これを実行する権限を自治体（都道府県）とその地域に所在する大学に与えることが必要であると思われる。

<提言>

医師の働き方改革における労働時間の上限の削減は是非とも進めるべき課題であるが、地域の中核病院への医師派遣機能が破綻することのないように、医師の仕事の効率化をはかる種々の取り組み（タスクシフティングやIOT導入等）、とくに女性医師の活躍を実現する取り組みと連動させることが不可欠である。

地域医療構想実現による地域医療の機能分化・連携が進み、病院の集約化・重点化の進行が実現することが地域病院への医師派遣機能の維持に必要と思われる。

医師偏在の解消に地域枠や地元出身者枠を整備することは有効と考えられるが、その制度設計には依然として課題が残されている。

3. 地域枠制度

<現状と課題>

平成16(2004)年に新臨床研修制度が導入された後、大学、特に地方大学に残る医師が激減したことにより、大学医局から派遣され地域医療を担う医師数が減少し、地域の医師不足が進行した。このような状況で生じた深刻な医師不足を踏まえて、医学部の臨時定員増が平成20(2008)年より開始された。加えて、地域に定着して地域医療を担う医師を育成し、医師の地域偏在と診療科偏在を解消する目的で地域枠制度が導入された。平成30(2018)年度時点で地域枠制度を導入している大学は77大学中68大学(88.3%)であり、地域枠卒業生が徐々に増加している現在、地域枠制度の有用性が実感できるようになってきており、この制度への地域の期待は大きい。言このため、今後の地域枠定員の見直しを含めた医学部臨時定員増分の削減に関しては、地域の実情を詳細に分析した上での慎重な対応が必要である。

地域枠制度の種類は多岐にわたるが、選抜時期、奨学金支給の有無、履行義務の明示の有無により大別すると以下の様な制度区分に分類される。

A：奨学金を支給する制度

A 1：別枠で入学選抜を実施し、卒業後一定の年数の義務履行を課すもの

A 2：入学後選抜し、卒業後一定の年数の義務履行を課すもの（いわゆる手上げ方式）

B：奨学金を支給しない制度

B 1：別枠で入学選抜し、卒業後、一定の年数の義務履行を課すもの

B 2：別枠で入学選抜するが、卒業後の義務履行年数が明示されていないもの

この内、A枠は都道府県の抱える医師不足等への直接の効果を主たる目的とするものであり、B 1枠は卒業した大学及びその関連施設での研修を含む履行義務を規定していることからして、大学に所属する医師の拡充と医師派遣機能の回復を主たる目的とし、間接的に地域医療への貢献を趣旨とするものと言える。また、地元出身者を応募要件とするB 2枠は出身地指定により地元定着の可能性が高いという実情を踏まえ、大学の地元医療への貢献を具体化するために設定されている制度といえよう。このように、実務面では大学と自治体等との協力関係で運用されている面があるものの、A枠の運用主体は自治体であり、B枠の運用主体は大学であるということから生じる微妙な違いがある。

現状の定員はA 1が最も多く、以下B 1、A 2、B 2の順となっている^{注1)}。A枠の奨学金のほとんどは自治体の財源によるものであり、その貸与金額は1,000万円から1,500万円程度のもが多い。

以上のような制度区分の意義を踏まえれば、現在浮上している地域枠の医学部恒久定員への組み込み案はB枠についてはある程度妥当するものの、A枠については検討の余地がある。

注1：平成30(2018)年7月25日厚生労働省より制度内容の目安を示す「キャリア形成プログラム運用指針」（医政発0725 第23号参照）が通知され、指針で示された方向へ制度内容の変更が進み、奨学金受給枠の制度内容は全国である程度一定の内容に集約されるものと思われる。一方、奨学金非受給枠でも、上記運用指針によれば、奨学金受給枠に準じた義務を課す方向性が示されている。

地域枠の充足率は概ね90%程度で推移してきたが、医療法改正に伴い令和元年度入試から充足率の低かったA 2枠定員は減少している。

現在までの地域枠学生の学力については、設立別、制度区分別、都市規模別で見ると違いがある

ものの、ストレート卒業率ならびに医師国家試験合格率はともに全国平均と比較しても遜色はなく、医師国家試験合格率に関しては、むしろ高い傾向を示している。このことから、地域枠導入により質の低い学生が入学する可能性があるとの従来からの懸念は当たらないことが判ってきた。

卒前ならびに卒後の地域枠からの離脱は、平成29(2017)年度までの入学者全体(9,163人)でみると離脱者は164人で離脱率は1.8%で、そのほとんどはA枠の者であった。離脱時期が6年次から臨床研修終了までに多いことから、この期間を経過した者の離脱率をみると、概ね5.9%程度(A1:8.1%、A2:7.0%、B1:1.1%)に留まっており、地域枠制度以前の離脱率(概ね20%弱程度)と比較すると、低い値に収まっている。今後継続した努力が必要であるものの、次に述べる地域枠入学生に対する様々な支援体制が実施されてきた結果であろう。

地域枠学生に対する卒前支援体制(メンター制度、特別教育プログラム提供、セミナーの開催等)を整備している大学は全国67大学中61大学あり(91%)、主として支援を担っているのは、地域枠制度発足以来拡充されてきた地域医療に関連する講座等の教員である。これら教員の不断の努力を介して地域医療への意欲・興味を継続的に涵養されていることが推察される。

一方、卒後の地域枠医師の支援を行っているのは66大学中46大学(約69.7%)であり、人口が少ない地方の県庁所在地に設置されている大学の方が支援を行っている率が高い傾向にある。支援内容としては、相談窓口の設置、キャリアパスの提示、交流会の開催、メンター制度の実施などであった。また支援を行っているのは、自治体担当者、地域医療支援センター、所属講座、大学・医師会・自治体などで構成する協議会、学内のキャリア形成支援センター、地域医療に関係する講座教員等であった。

卒後の地域枠医師のキャリア形成における大きな課題は専門医取得と学位取得である。専門医取得については、義務履行に対する猶予期間の設定や専門医取得プログラムの設定、義務履行とみならず専門研修期間の設定、専門研修が可能な施設へ優先配置等により支援が行われている。しかし、奨学金を貸与する制度では、義務履行とキャリア形成を両立することが難しい場合があり、多くの大学で専門医取得に関する支援体制の構築を行うもしくは改善する必要があるとの指摘が多い。

学位取得についても、取得支援制度を設ける大学が増えつつあり、支援内容としては大学院履修機関を義務猶予期間とする、大学院履修機関の一部を義務履行に含めるなどの支援が増えている。

地域枠制度の最重要課題の一つに制度からの離脱の問題がある。各大学は離脱を回避するために、卒前からの個別対応を含む地域医療に関する教育・啓発活動等を実施しているが、なかなか決め手に欠くのも事実である。一方、平成29(2017)年から実施された「臨床研修マッチングに際して地域枠であることを記載する」というルールの設定は、外形的に義務履行を推進する一助となっている。専門医制度においても、特にA枠の医師については、同様の明確な制度の実施と研修病院の対応が望まれる。

地域枠医師の義務履行に関する配置調整については、義務内容の自由度が高く、柔軟なキャリア形成が可能であるB1枠についてはあまり問題とならない。問題は義務内容がある程度制約されているA枠である。現状では、大学教員や地域医療支援センター職員等が地域枠医師のキャリア形成等に関する希望を十分に聴取し、地域の医療ニーズ(自治体が目的とする医師不足地域等への派遣の必要性や、必要とされる医師の専攻(総合医か特定の診療科の専門医か等))を踏まえた調整を行い、最終的に自治体が決定する場合が多い。しかし、この調整は各々の利害が衝突する場面があり、難航することがある。改善策として、第三者的に配置調整を所掌事項とする委員会等の設置などが進められているが、地域枠制度の趣旨である「医師不足の解消」と医師個人の「キャリア形成」の両立という観点から引き続き検討が必要な課題である。

＜提言＞

1) 医学部の臨時定員増削減に際しての地域枠定員数の見直し

地域の医師不足と診療科偏在の問題は医師少数県に限定した問題ではなく、程度の差こそあれ島嶼部や山間部の医療過疎地を抱える医師少数県以外の都道府県においても大きな問題である。加えて、教育・研究・診療を含めた地域医療の中核を担う地方大学に残る医師数の減少に対する改善も大きな課題である。このことを踏まえると、充足の程度を見ながら、最低でも医学部の義務年限である6年先の充足の程度を予測して地域枠定員の見直しにつなげる必要がある。そして、必要な場合には、医師不足等の解消後の状態を維持するための必要医師数についても検討課題に入れる必要がある。そのためには、人口動態等を含め地域の特性や実情を熟知した地域の大学・自治体による詳細な検討を踏まえ、地域枠制度の継続、定数削減等を決定すべきである。

また、地域枠の恒久定員への組み込み案については前述した制度区分の意義を踏まえ、医学部の使命である教育・研究・診療を維持するための必要医師数（ある程度恒久定員に依存）をも考慮に入れ、柔軟に対応できるよう再考すべきである。地域の実情に応じ、必要な場合には臨時定員の一部を残すなどの施策も視野に入れ、臨時定員の削減方法を検討すべきである。

2) 地域枠制度のさらなる改善点

地域枠への応募者に対する制度趣旨とその詳細な内容の徹底した周知や地域枠入学生への卒業・卒業後の支援体制の拡充に関しては継続した努力が必要である。

離脱回避に関しては、やむを得ない事情による離脱を除き、専門医取得等のキャリア形成との兼ね合いに関する場合が多いことを踏まえ、地元の研修体制を加味した専攻別の詳細なキャリア形成プログラムの策定を推進し、地域に定着する良医の育成に注力する必要がある。

地域枠医師が初期研修終了後、義務履行に関する配置調整をオーガナイズする仕組みの整備が必要である。地域枠医師本人の希望を聴取する仕組みと自治体・大学・医師会・地域の病院等の代表を構成員とする委員会の設置はキャリア形成と地域のニーズの調整という意味合いから有用である。

女性医師が結婚を機に離脱せざるを得ないこと等を考慮し、他の都道府県奨学金受給者や自治医大卒業生と婚姻した場合の義務履行年限の相互互換制度である結婚協定の設定、さらには一般入学医師との地域貢献義務に関する新たな協定の作成など地域枠の女性医師が安心して義務を履行できる制度設計が必要である。

初期臨床研修修了後の離脱防止のためには専門研修プログラム登録において当該都道府県以外のプログラムには採用できないような制約を設定することが望まれる。

地域枠制度で優秀な人材を確保するために、国は地域枠学生の入学後の成績が優秀であること、医師としてキャリア形成と地域医療貢献を両立させている事実を公表し、国民に対して肯定的な情報発信をすべきである。

脚注

- 1) 平成30年度 全国医学部長病院長会議（AJMC） 地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する調査報告
- 2) 平成30年度 全国医学部長病院長会議（AJMC） 地域医療検討委員会 報告

第11章 被災地支援医療

<現状と課題>

平成23(2011)年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震は、東日本各地での大きな揺れや、大津波、火災などにより、12都道府県で2万2,000人余の死者（震災関連死を含む）及び行方不明者が発生した。沿岸部の街を津波が襲来し破壊し尽くす様子や、福島第一原子力発電所におけるメルトダウン発生は大きな衝撃を与え、1,000年に一度とも言われるほどの規模、被害程度の凄まじさであった。とくに、阪神・淡路の震災との相違は、津波被害と放射線被害である。中には、町ごとなくなり、その跡地には瓦礫が大量に堆積した地域も多く認められたため、従来の救急医学だけではなく、慢性病の管理から栄養面を含む公衆衛生学的な問題まで幅広い支援が求められており、さらには、その被害が広域であるため、国を挙げて効率的かつ長期にわたる支援体制の構築が急務であった¹⁾。

震災から1週間経った3月18日に、全国医学部長病院長会議（AJMC）、日本医師会、全日本病院協会、日本病院協会が集まり、被災者健康対策チームを結成し、その後、4月14日までに計9回にわたって被災地の医療支援について議論を進め、4月15日にAJMCに「被災地医療支援委員会」が設置されたのである。本委員会は、4月22日に政府が中心となり結成された被災者健康支援連絡協議会（関連省庁・日本医師会など18組織34団体からなる）の1組織として中心的な支援を行い、政策提言を行うこととした²⁾。

平成23(2011)年9月からは、現地からの要求と供給をマッチングするための具体的作業にとりかかった。具体的には、全国の大学を9つのブロックに分け、各病院の支援を必要とする診療科に各ブロックをあてて、そのブロック内で派遣する医師を調整した。派遣に伴う費用を災害対策の公費で賄うため、都道府県の健康福祉関係の部署から派遣要請を提出していただき、本委員会で派遣の可否を検討したうえで派遣を決定した。また、現地の状況を確認しながら、派遣の終了時期についても本委員会で検討した。これらの情報は全て本部に集約され、各都道府県の災害対策本部と病院へ連絡する役割を担った。その結果、平成26(2014)年3月までに、76大学から延べ3,295人の医師を、被災3県及び茨城県の7病院16診療科に派遣した。また、福島県および福島県立医科大学より要請のあった甲状腺検査のため、医師・検査技師の派遣を平成26(2014)年5月より開始し、平成31(2019)年3月まで31大学から63名を派遣し終了した。また、いわてこどもケアセンターへ、児童精神医学を専門とする医師の派遣を平成26(2014)年5月から開始し、令和元(2019)年9月までに19大学82日間の支援を行った^{2), 3)}。

東日本大震災への支援がほぼ終了した平成28(2016)年、今後の被災地医療支援委員会の体制について検討が行われ、今後も委員会自体を存続させ、万一災害が起こった際にも全国で連携して協力し合える体制を維持して行くことが了承された。その後、本委員会では、「大規模災害発生時の被災地医療支援」のほか、「局地的、小規模災害発生時の被災状況調査および支援」を毎年度の活動計画に挙げている。後者について、これまでの主な活動は以下のとおりである。

- 1) 平成28(2016)年4月14日以降に熊本県と大分県で相次いで発生した地震では、熊本県で50名が死亡し、熊本県、大分県、佐賀県、福岡県、宮崎県において多くの負傷者が発生した。国立大学病院長会議では震災に対する協定があり、被災大学への支援は当日から行われる。熊本地震の際は九州大学が中心となり、ただちに九州の大学の被災状況の確認と支援体制がと

られた。AJMCでは急性期における医療支援は積極的には行ってこなかったが、過去の経験から直ちに行動がとられ、研究試料等の保管に関して文部科学省に支援の措置を依頼した³⁾。

- 2) 平成30(2018)年7月の岡山県・広島県を中心とした豪雨被害⁴⁾、8月の大阪府北部地震⁵⁾、9月の北海道胆振東部地震⁵⁾においては、状況調査をおこない被災者健康支援連絡協議会において報告した。
- 3) 令和元(2019)年12月に日本に上陸した台風19号では静岡県や関東地方、甲信越地方、東北地方などで記録的な大雨となり、甚大な被害をもたらした。本委員会で状況調査をおこない、全国23大学が被災者・避難者の受入、DMATの派遣、避難所・被災医療施設への医療支援をおこなっていることを報告した。

<提言>

東日本大震災という1,000年に一度とも言われるほどの稀有な大災害を機に設立された本委員会であるが、全国82大学の叡智で被災地の支援体制を効率よく進める体制が整ったことには大いに意義がある。また、東日本大震災の際に日本医師会、日本病院協会、日本病院会等とAJMCが、国からの要請を受け創設した「被災者健康支援連絡協議会」の主要構成団体としての活動は、現在も継続中であり、中心的な支援をおこない、政策提言を行っていくことは重要である。

平成28(2016)年の熊本地震の際には、当時の嘉山孝正委員長が活動報告の中で「本委員会の過去の経験から直ちに行動がとれ、文部科学省のおかげで熊本大学の凍結標本が救われました。」と述べておられる。また、その後の局地的災害においても、迅速に被害状況の把握と支援の必要性についての検討が行われてきたことも上述のとおりである。AJMCとしての具体的な医療支援には至らなかったが、それらは被害状況や支援の必要性について速やかな判断ができたからこそとも言える。

一方、医療支援のための情報共有サイトは、現在山形大学のサーバーに置かれているが、AJMCの活動の一環として情報を集めることを考えた場合、有事の時にすぐに対応ができるように常に備えることが重要であり、AJMCのホームページ内に情報共有サイトを作ることを含め、管理体制を検討する必要がある。

以上、被災地医療支援委員会の活動を中心に現状や課題について記載してきた。この度のグランドデザインの副題「～卒前・卒後のシームレスな医学教育を目指して～」においては、被災地医療支援に関する医学教育について継続的に検証と改革を進めて行くべきである。

東日本大震災を機に、救急医療や災害医療に関する様々な取り組みがなされ、医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）においても、災害医療（災害時保健医療、医療救護班、災害派遣医療チーム（DMAT）、災害派遣精神医療チーム（DPAT）、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、災害拠点病院、トリアージ等）に関するキーワードが新たに加わっている。「局地的、小規模災害発生時の被災状況調査および支援」にある通り、最近全国各地で豪雨や台風、地震等の局地的災害が発生しており、東日本大震災に比べれば遥かに小規模とはいえ、多くの人々が被災しているのが現状である。このような災害は今後も毎年のように起こることが想定され、災害医療に関する系統的な教育を充実させていく必要がある。今後は、臨床実習前教育、臨床実習、卒後臨床研修、専門研修、更に生涯学習に至る5つのどのフェーズにおいても、被災地医療支援に関連した教育が促進されることを期待する。

脚注

- 1) 平成30(2018)年度 AJMC 被災地医療支援委員会活動実績
- 2) 令和2(2020)年7月22日 AJMC 被災地医療支援委員会 資料1-10被災者健康支援連絡協議会事務局報告
- 3) 令和2(2020)年7月22日 AJMC 被災地医療支援委員会 資料1-12平成28年熊本地震状況
- 4) 令和2(2020)年7月22日 AJMC 被災地医療支援委員会 資料1-14平成30年7月豪雨状況
- 5) 令和2(2020)年7月22日 AJMC 被災地医療支援委員会 資料1-13平成30年6月大阪府北部地震状況

一般社団法人 全国医学部長病院長会議 (AJMC)

会	長	湯澤	由紀夫	
副	会	尾野	恭一	
監	事	別所	正美	
監	事	稲垣	暢也	
顧	問	新井	一	
顧	問	山下	英俊	
相	談	役	富澤	一仁

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	竹石	恭知
委	員	吉岡	充弘
委	員	土橋	和文
委	員	福島	統
委	員	相原	道子
委	員	内木	宏延
委	員	須藤	啓広
委	員	山上	裕機
委	員	赤池	雅史
委	員	前村	浩二
アドバイザー		奈良	信雄
アドバイザー		黒岩	敏彦

寄稿者

第1章-1	江石	義信	(東京医科歯科大学)
第1章-2	石崎	泰樹	(群馬大学)
第1章-3	村上	正泰	(山形大学)
第1章-4	大嶽	浩司	(昭和大学)
第1章-5	齊藤	延人	(東京大学)
第2章-1	松村	明	(筑波大学)
第2章-2	齊藤	延人	(東京大学)
第3章	岩間	亨	(岐阜大学)
第4章-1	丸山	眞杉	(宮崎大学)
第4章-2	前野	哲博	(筑波大学)
第5章	古川	博之	(旭川医科大学)
第6章	北川	昌伸	(東京医科歯科大学)
第7章-1	長谷川	仁志	(秋田大学)
第7章-2	唐澤	久美子	(東京女子医科大学)
第7章-3	佐藤	慎哉	(山形大学)
第7章-4	長谷川	仁志	(秋田大学)
第8章	河田	了	(大阪医科薬科大学)
第9章	山本	修一	(千葉大学)
第10章-1	守山	正胤	(大分大学)
第10章-2	守山	正胤	(大分大学)
第10章-3	小林	誠一郎	(岩手医科大学)
第11章	尾野	恭一	(秋田大学)

我が国で求められる医師養成のためのグランドデザインへの提言
—卒前・卒後のシームレスな医学教育を目指して—

発行日 令和4年3月31日

発行者 一般社団法人全国医学部長病院長会議 (AJMC)
編集責任者 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 竹石 恭知

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

印刷 株式会社 興版社