

**医師養成のためのグランドデザイン
全国医学部長病院長会議からの提言**

全国医学部長病院長会議

平成 19 年 9 月

要 約

1．提言の背景

現在ほど、我が国の医師養成システムのあり方が真剣に、しかも危機感を持って問われている時期は過去になかったであろう。都市と地方における医師分布のアンバランス、ことに地域における医師の寡少化、更には特定領域における医師志望者の減少が国民の健康管理に直接影響を及ぼし大きな社会問題となっている。これらの問題は、医学・医療をとりまく環境の変化に伴って、かねてから徐々に進行していたものと思われるが、殊に、平成 16 年に導入された、新臨床研修制度を契機に一気に顕在化し、状況は年々悪化の一途を辿っているといっても過言ではない。

全国医学部長病院長会議(A J M C : Association of Japanese Medical College)は、これらの問題を国民の福祉の後退につながる緊急かつ重大な問題と捉え、問題発生を契機となった新臨床研修制度の見直しについてすでに数次にわたり関係省庁をはじめ広く社会に提言を行ってきた。しかし、我々、医師養成の現場に直接かかわるものとしてこれら問題の根本的な解決には医学教育・医師養成の現状を検証し将来の医師養成はどうあるべきかを考察し、医師養成グランドデザインを作成し、本グランドデザインに基づいて改革を実行することが必要と考え、提言を行った。

2．グランドデザインの骨子

新臨床研修制度は長い医師養成期間の内、2年間という極めて限られた期間であり、卒前教育実習・卒後研修更に生涯教育を含めた一貫性をもったスパンの中で見る必要がある。

先ず、学部教育については、すでに全国の医学部・医科大学において医学教育の改善充実が着実に進展しており、一般教養の習得、専門教育についてはコア・カリキュラムに沿った基礎、臨床医学、実践的臨床医学への入門教育などがチュートリアル教育をはじめとする様々な新しい教育手法を用いて展開されている。

次いで、臨床実習については、実習開始前に全国の医学部・医科大学が自主的に参加して実施されている「共用試験」を充実させ、実行性のある資格試験と位置付ける必要がある。第一段階として、学生が臨床実習を行うに際して必要な知識、技能、倫理観を先ず試験する。次いで卒業時に於ける全国共通の到達目標を設定する事により国民の納得する医師としての総合的・平均的レベルを担保する。この際医学生に許容される実践的臨床実習の内容と医行為を明示し、学部最後の2年間の臨床実習の改善と充実を図る。これらの卒前教育の充

実は、医師国家試験の充実にも関連するものであり、知識を問う試験に加えて、技能、態度を問う試験の導入が望まれる。

卒後の初期臨床研修の理念は、現在は「プライマリケアに対応出来る臨床能力の涵養」とされているが、2年間の初期研修では到底プライマリケアに対応出来る臨床能力が習得できるものではない。「基本的臨床・診療能力の涵養」とすべきである。その1年目は基本的なコア診療研修を総合的に行い、残りの期間を研修修了後の専門医・高度医療職業人養成への移行期として構築する。専門医・高度医療職業人の養成に際しては内科・外科系専門領域各々に共通する基本的知識と技能の習得と実践及びその後の各専門別知識・技能・実践の2段階に分けたプログラムを各専門別分野が横断的に連携し構築する。この間、臨床系大学院、地域での医療実践を十分考慮し、大学、大学病院、中核病院、地域病院と連携した総合的、系統的プログラムを構築する。

基礎系大学院の充実および基礎医学研究者の確保は医学研究さらに高度先進医療充実の将来的発展と密接に関連するものであり、卒前から基礎医学へ進む医学生や卒後の大学院生の意欲を高める学習環境（たとえば MD・PhD プログラムの構築）さらに基礎系大学院修了者のその後の研究環境の整備と充実が望まれる。

生涯教育は医師という専門職業人としての継続的成長(Continuing Professional Development;CPD)に必要不可欠であり、殊に高齢化社会を迎え医師がLife Long Learning (3L)のプロセスを構築する際に必要不可欠である。

教育機関である大学・大学病院は自己の組織に埋没せず他組織である団体・医療機関・行政などにより積極的に連携し CPD プログラムと個々人のキャリアデザインの構築と充実に取り組むべきである。

3. グランドデザインに基づく提言

我々大学医学部・医科大学の使命は、医療という職業を行う者に求められている倫理観に裏打ちされた医療技術の獲得に必要な研修と、得られた知識・技能を生涯にわたり維持していくための弛まぬ自己研鑽・自己学習能力を有する医師を一貫性と継続性をもって養成することであると考えます。医学生の教育、医師養成さらに医療の現場に直接かかわっている大学人の立場から卒前・卒後の医学教育・医師養成の現状を見直して、グランドデザインを構築した。本グランドデザインに基づき、卒前教育・臨床実習、卒後臨床研修、専門医・高度医療職業人養成、生涯教育に関する我が国の中・長期的医師養成の現状を改善するために以下の事項を緊急に実現することを大学自身はもとより、

医学・医療に携わる全ての人々に、強く提言する。

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

目 次

はじめに

第1章 医学（医科大学）の卒前教育における検証とグランドデザイン

1. 1年目：一般教養の習得
 - 1) 医師になることをめざす学生に必要な基礎教育
 - 2) 医師不適格者の進路変更
2. 2年目～4年目：モデル・コア・カリキュラム（基礎、臨床医学、実践的臨床医学への入門）
 - 1) 統合型カリキュラム
 - 2) 基礎医学と臨床的な疾患や病態との関連付け
 - 3) 教育専任スタッフの充実
 - 4) 地域医療・保健所での実習の充実
 - 5) PBL チュートリアルなどの少人数教育の充実と効率化
 - 6) 臨床経験（患者やコメディカルとの接触）のカリキュラム
3. 共用試験（CBT、OSCE）
 - 1) 共用試験の費用分担
 - 2) 共用試験の位置づけ
 - 3) 共用試験の成績
 - 4) 共用試験とマッチング
 - 5) 医師不適格者の判定
4. 5年目～6年目：モデル・コア・カリキュラム（臨床実習）
 - 1) 診療参加型臨床実習の充実
 - 2) 大学病院での総合診療教育体制の構築と充実
 - 3) 地域医療（診療所）実習の充実と中核実習病院の構築と密なる連携
 - 4) 臨床実習と臨床研修での到達目標の重複
 - 5) 学生の医行為前教育について
 - 6) 医療安全教育
5. モデル・コア・カリキュラムの充実と効率化にむけた教育施設の充実と指導医の養成・確保
 - 1) モデル・コア・カリキュラムの充実
 - 2) 卒前教育と卒後研修の関連
 - 3) 指導医の養成・確保
 - 4) 医学教育センターの設置
6. 全国の大学共通の卒業到達目標の設定
 - 1) モデル・コア・カリキュラムの卒業時検定に記載される能力（コンピテンス）

2) 卒業時モデル・コア・カリキュラムによる卒業初期研修の到達目標との重複回避

3) 卒業時モデル・コア・カリキュラムで医学生が行える医行為明示

7. 大学医学部と大学病院との役割分担

8. 国家試験

1) 理念の再確認

2) 技能、態度に対する試験方法の導入

第2章 医学（医科大学）卒業後の検証とグランドデザイン

1. 臨床研修制度

1) 理念

2) 課題の整理と改善

3) 大学病院での臨床研修の改善

4) マッチング制度の見直し

5) 新臨床研修制度の見直し

2. 専門医・高度医療職業人養成

1) 専門医・高度医療職業人養成の構築と充実

2) 大学病院の地域医療への貢献

3) 医学研究の将来的低迷への危惧と大学院（高度医療職業人の養成）の充実

3. 生涯教育

1) 生涯教育の充実

2) Continuing Professional Development(CPD)プログラムの構築とキャリアデザイン

3) CPDにおける大学病院の役割

4) 女性医師

5) 医師リクルートと地域ネットワークの構築

おわりに

はじめに

わが国における医学教育、医師養成さらに医療は大きな転換期に立っている。現在国民の間で広く要望されている医療安全、患者満足の医療視点は医学生の医療安全教育、プロフェッショナルリズムの修得、有能な医師育成などを主眼とした医学基盤教育の充実に反映され、医学教育改革が各大学医学部、医科大学において徐々に進行しつつある。このような改革は単に日本のみの現象ではなく、多少の時間的差異があるにせよ世界的な潮流でもある。

この中で平成16年より新臨床研修制度が導入された。この制度導入の趣旨は全ての医師にプライマリケアに対応できる臨床能力を涵養すること、研修に専念できる処遇を確保することなどであり、これに対し全国医学部長病院長会議は異論の無い所である。

しかし、全国医学部長病院長会議による新臨床研修制度発足後の研修医の進路調査の結果2年間の間に以下の点が明らかとなった（平成18年7月20日の緊急声明）。

1. 地方の大学病院における研修医離れが加速；北海道、東北、中国地方50.9-56.7%の減少、人口50万人以上の都市では10%の減少、50万人以下の都市で60%の減少。大学病院のみならず、研修病院においても地方においては、研修医の過疎化が進行している。全国医学部長病院長会議は研修医の地方での大学病院を含めた研修病院における研修医の減少に関しては地方の人口自体の減少や2年間の初期研修が始まったためのタイムラグなども考慮し、今後更に検証する必要があると考える。

2. 大学病院における特定領域志望者の大幅な減少；産婦人科30.4%減少、小児科49.4%減少、救急29.8%減少、外科45.3%減少、脳神経外科55.3%減少。診療科ごとの総数に対するデータは厚生労働省のそれと異なっているが、全国医学部長病院長会議の調査によると、内科も10%以上の減少を示している。内科医は絶対数が多いこと、僻地などの地域医療を担ってきた医師の多くは内科医であるため、その影響は計り知れないことが予想される。更に外科系診療領域や救急担当診療科、小児科へ進む医師の減少が顕著であり、近い将来における我が国の医療はほぼ壊滅的状况に陥ると考えられる。一度、破壊された医療構造の再構築にはおそらく数十年の歳月を要するものと思われることから、極めて深刻な問題として危惧される。

3. 新医師研修制度の導入を契機に「地域の医師不足が顕在化」した。全国各地における地方の中小病院の診療科の縮小、廃止が増加し、僻地や地方の医療の崩壊（医療法の問題も包含）とともに、大学での医師不足が加速した。結果として学生教育、医師養成に関わる指導者、高度先進医療に携わる医師、研究者不足が発生し、将来的には、日本の医学教育、高度先進医療、医学研究の沈滞が危惧される。

上記の問題点は必ずしも全てが新臨床研修制度の導入によるものではなく、一部は徐々に進行していたものでもあり、大学が自ら積極的に改善に取り組むべきものも少なくない。又、これら問題点の多くは、根本的には政府の医療費削減に起因しているとも考えられる。医療安全など医療の質確保などの観点からも医療政策の抜本的変更が望まれる。

大学医学部・医科大学の本来の使命は医学教育、研究、医師養成、高度先進医療の開発と提供である。我々は新臨床研修制度を卒前の学生教育・臨床実習、卒後の臨床研修、さらには認定医・専門医・高度医療職業人の養成にいたる一貫性のある医師養成システムの構築の観点から見るべきと考える。従ってただ単に研修医の大学離れや地域の医師偏在・不足といった問題点にとどまらず、今後の医学教育、医師養成と医療、医学研究と先進医療の開発をいかに構築するかという視点から、先ず現状を客観的に検証し、医学教育・医師養成の改善にむけての中・長期的グランドデザインを立て、その後、新臨床研修制度の改善がいかにあるべきかを論ずることが必要と考える。

医学の中で、人の生命科学を学ぶという医学研究の重要性を十分認識する必要がある。日本の将来の医療・保健・福祉の充実・向上のためには、生物学・生命科学・基礎医学・臨床医学研究のたゆまざる発展が国益上必須である。殊に、基礎医学が充実、繁栄するためには、これ等各分野からの人材が総合的に有機的に連携し共同研究を行うことを視点に入れつつ、医学部からの基礎医学研究を志向する大学院生の確保のみならず、基礎医学者の研究環境そのものが改善され、生涯設計に関する展望が明白になる必要がある。基礎医学研究の道を選ぼうという新進気鋭の若い医師・基礎医学研究者は今後益々減少していくことが懸念される。しかも、国公立では法人化とそれに伴う経営最優先による診療義務の多忙化、教育、研究業務への時間の制約が先行しているのが現状で、このままでは、教員の教育・研究への意欲が低下し、優秀な教員の大学離れとなり、ひいては有能な若手医師の大学ばなれにもつながっているように思われる。同様なことは法人化とは無関係な私立でも起こっていると考えられる。大

学が若手医師・医学研究者に自信を持って提供できる環境を提示できなければ、彼らはより条件のよい所へ流れるであろう。殊に卒後大学に残り研究を行うという大学院生、研究生は極端に減少しており、大学における医学研究は危機に瀕している。現場では既に優れた教育・研究・診療に必要な若手・中堅人材の枯渇を引き起こしており、この事態は大学医学部・医科大学の機能の衰退を招き、終局的には日本の医療の低下につながることは明らかである。

全国医学部長病院長会議は現在の日本の医学、医療教育における緊急課題・問題点を次の第1、2章に整理した。本グランドデザインは、先ず、我々医療機関に属する者を対象に、第二に関係省庁を含む行政を対象に、第三に広く一般国民を対象として作成したものである。

第1章 医学部（医科大学）の卒前教育における検証とグランドデザイン

1.1年目：一般教養の修得開始

1) 医師になることをめざす学生に必要な基盤教育

基盤教育としては、生命科学を学ぶための準備教育、リテラシー（読み書きの能力）教育、コミュニケーション能力の養成、人間性・社会性教育（いわゆるプロフェッショナリズム「=使命感を育てる教育」）が挙げられる。1年次教育の目的としては、これから専門教育を受ける上で必要不可欠な「学習能力の修得」が重視されよう。学習能力（スタディスキルズ）の修得は、受験勉強での暗記中心の学習から、自ら疑問を持ち、調べ、その内容の真偽性を吟味して、独自に理論的に問題を解決する策を講じる能力を身に付けるために必須であり、「転換期教育」として位置づけられる。

生命科学を学ぶための準備教育は、「準備教育モデル・コア・カリキュラム」としてまとめられているが、医学教育の変化と共に、準備教育も見直す必要がある。現在、医学教育モデル・コア・カリキュラムの改定の準備が進んでいる。この時期に、医学教育モデル・コア・カリキュラムだけでなく、準備教育モデル・コア・カリキュラムもその内容の点検、改定の準備を始めるべきである。

一般教養は1年次に集中的に学習すべきではなく、2年次以降も継続して学ぶ必要がある。「教養教育」の定義は人により異なるが、「人間としての成長」

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

さらに入学時から、医療を取り巻く環境、社会環境における医療の役割と位置づけについて十分な教育を行なう必要がある。殊に患者とはどういう「存在か」や、医療は患者にどのようなことができるかなどの「患者学」、さらにどのような医療があるか(救急外来、入院、介護、継続外来、生活支援など)及び政治と医療、社会における医療制、医療に関する法律、医療改革などの社会的側面などを学べるようなプログラムが必要である。一方、コミュニケーションやチームワーキングの能力は青年期を通して継続して発達するものである。このため、1年次から臨床実習にかけての6年間の継続的カリキュラムを立てていく必要がある。特に1年次はその第1段階として、他者の多様性に対して、否定的になったり、防衛的になったりする様々な思いを抱える自分自身の感情の動きに焦点を当てたプログラムも導入すべきである。さらに、内省を促すためにも、コミュニケーションについての科学的なモデルや理論を明確に学習する機会も用意されるべきである。

一般教養教育を初めの1年間に集約して行うことは、実際には困難であり、6年間の一貫した人間性・社会性教育をカリキュラムに導入すべきである。一方、メディカルスクール制や学士入学制度の導入なども十分検討する必要がある。しかし、メディカルスクールを考える場合、入学前に「高等教育」で十分に「人間としての成長」につながる教育をうけていることが前提として求められる。しかしながら、現時点でこのような教育を行う、いわゆる「リベラルアーツ大学」は日本にほとんど存在しない。このような状況において、安易にメディカルスクール制を導入することには注意を要する。

2) 医師不適格者の進路変更

本来ならば、医師として不適格な者が入学試験をくぐりぬけられないように、大学は最大限の努力を注ぐべきである。一方、大学が入学を許可した以上は、安易に「不適格者」と判定するのではなく、医学・医療の意義を十分に学ばせ、

専門課程で学ぶためのモチベーションを高めるよう工夫をこらすべきであろう。入学試験での論文試験や（時間をかけ、専門教育の教授以外の他領域教員、カウンセラーも含めての）面接試験、さらには適性能力試験の導入も提案されているが、これらの検討も必要である。現実問題として入学試験で医師不適格者を発見し、入学を未然に防ぐ事は困難なことが多い。とはいえ、不適格者を入学後できるだけ早期に発見する必要がある。入学後に目的を見失い、結果として不適格者になるような例も多い。他学部と連携するなど、これらの不適格者に自分に最も合った道を示すことができるよう、また、キャリア・カウンセラーなどの支援者の配置など新たな方策を講じる必要がある。

この際、入学後に判明した医師不適格者の定義が必要かと思われる。たとえば、道徳的あるいは常識的な素養に欠ける学生、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、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、この場合、具体的に、どのくらいの成績であれば、不適格者と判定するか、その基準を示す必要がある。更に一定の科目、例えば人体解剖実習中になどに不適格性を示すものの、その他の科目で成績が良い学生もいるがこれら学生にも方向転換の可能性を示すことも有効であろう。

2. 2年目～4年目：モデル・コア・カリキュラム（基礎、臨床医学、実践的臨床医学への入門）

各大学のカリキュラムは個性をもち、多様であってしかるべきである。従って、モデル・コア・カリキュラムが必ずしも2年生から開始されるのではなく、1年生から開始されるところもありえる。また、1年次からの継続で、2年時以降も医師としての人間性・社会性教育を取り入れる。そのためには、臨床実習前に人文・社会科学の選択科目を学生が履修できるような機会を作る必要がある。その際、単位互換などの方策や、大学間コンソーシアムの利用も視野に入れる。英国では student-selected component (special study module) として全学年にこのようなコースが準備されている。

1) 統合型カリキュラム

統合カリキュラムには、基礎統合+臨床統合の2層性のものと、基礎・臨床統合の1層性のものがある。各大学の人的教育資源からどちらの統合カリキュラムが適切かを判断し、積極的に統合カリキュラムを導入すべきと考えられる。統合カリキュラムを導入した場合は、評価も統合カリキュラムに沿う形に組みなおす必要がある。診療技能教育では、知識と技能とのつながりが学生に分かる統合カリキュラムにする必要がある。例えば、解剖学の骨学・筋学・靭帯学

と運動障害の学習、生理学実習と呼吸音の異常、心雑音の学習などを統合したカリキュラムを編成して、知識と技能とが連携するような教育を行う必要がある。

2) 基礎医学と臨床的な疾患や病態との関連付け

生理学実習、生化学実習、薬理学実習、細菌学実習などの基礎系実習には、事実確認、手技修得、研究的側面、臨床検査的側面がある。基礎系実習の内容を見直し、まず、臨床検査等との連携を図る。研究的側面に関しては、「研究室配属」を拡充し、希望する学生には年単位の研究室配属を認め、MD-PhDコースに仕立てていく必要もあろう。2年次から知識を重ねた領域(基礎・臨床医学)での診療技能学習を、スキルス・ラボを利用して並行して行うべきであろう。例えば、循環器生理学と心電図実習、腹部解剖学と腹部超音波実習、体表解剖学と採血実習、胸部解剖学と中心静脈穿刺トレーニング、頭頸部解剖学と経鼻胃管挿入トレーニングなどが挙げられる。

3) 教育専任スタッフの充実

教育専任部門の充実と、教育施設(実習室)の充実が不可欠である。統合カリキュラムの管理、スキルス・ラボの運営、競争的教育資金の獲得、管理など、従来の講座や委員会組織では業務遂行が困難となってきた。また、今後は地域医療など、地域での臨床実習の拡充が急務となっている。後述するように、統合カリキュラム、教育施設管理、学外実習遂行業務など、教育専任スタッフが管理していく業務は拡大するであろう。これ等業務を行っていくためには財政的裏付けが必要不可欠であり、それ無しには今後の改善は期待できない。

4) 地域医療・保健所での実習の充実

地域での保健・医療施設での臨床体験学習を各学年に取り入れ、医師の役割、コメディカルの役割を知る機会を設ける(例えば、老人施設、小児施設、障害者施設、在宅ケア、ホスピス、保健指導、学校保健、産業保健など)。地域のコミュニティでの体験実習を体系的に取り入れることで、医療者としての視点からみた、「施設内のシステムや、地域との連携の状況、あるいは施設利用者などの把握と理解」を行うと共に、医師になるものとしての自覚を促すことができよう。こういった中で、地域医療が誰によってなされるべきか、又はなされているか、地域における医療構造、パラメディカル(コメディカル)と医師との位置づけなどを理解し、「医師の使命」に対する動機付けを学ぶことを期待する。このような地域医療・保健所での実習を充実させるには行政の積極的な協力がなければ成り立たない。

5) PBL チュートリアルなどの少人数教育の充実と効率化

問題解決能力の修得は、問題発見（１年次）問題解決（２、３年次）さらに臨床推論（４年次）へと段階的に習熟度が増すようなカリキュラムを編成する。このようなカリキュラムが充実し、効率的に運営されるには人材と経費に対する国家的な補助が必要である。

６）臨床経験（患者やコメディカルとの接触）のカリキュラム

コミュニケーション教育については、低学年の入門教育から４年次の医療面接へと繋がるような順次性のあるカリキュラムを構築する。チームワーキングについても、医療系の他学科学生との共習科目を設定するなど、他職種間の連携教育カリキュラムを取り入れる。

３．共用試験（CBT,OSCE）

現在、全国の医科大学・医学部が人材と資金を出し、国家試験としてではなく、医療系大学間共用試験実施評価機構が、医学部・歯学部からの人材の集合体としてそれぞれの大学の学生の評価を行っている。今後とも本共用試験実施評価機構が、医学部の連合として試験実施体制を堅持し、将来的には、本医療系大学間共用試験実施評価機構を拡充し、主体的に機構がモデル・コア・カリキュラムを作成し、それを共用試験として実施していくべきと考える。これにより大学が自ら率先して臨床実習開始前に学生が十分医療実習を行うことができる知識、技能と人間性を有していることを患者および社会に責任をもって「保障」していること示すこととなる。このことは国の管理ではない一種の「公的な認証」制度の構築につながるものであり、社会に対し積極的にアピールしていくべきである。

共用試験の開発や実施を通して培われてきた大学間の「相互評価」システムは卒業レベルの試験にも応用が可能である。後述する「大学間に共通する卒業レベルの到達目標」をCBTやOSCEを共用試験のスタイルで実施することで、さらに大学がそのプロダクト、すなわち学生の最終的な評価を怠っていないことを社会に示すことができる。

１）共用試験の費用分担

知識（医学、医療全般にわたる基本的な知識）と技能（臨床実習開始前の基本的な技能）に対する試験（共用試験）の費用分担については大学により対応が様々である。このような状況は好ましくものではないので、全国医学部長病院長会議として一定の共通認識を持つことが必要である。

2) 共用試験の位置づけ

臨床実習開始前の共用試験（CBT、OSCE）が正式実施されるようになったが、この試験に合格することにより、当該学生が臨床実習を行うに足る準備状態にあることの証明となるような「資格試験」として位置づける必要があると考えられる。これにより学生が臨床実習を行うに際し、患者との了解が円滑に図られる事が望ましい。なお、この際、従来のカリキュラムによる教育成果を担保した状態で、かつ新たなカリキュラムに基づいた教育を行うことが、現有の教育スタッフでは絶対数においても無理なのでこの改善、国家的予算の確保が必要である。

3) 共用試験の成績

共用試験の成績が学生のその後の将来を決定するようなものになると、共用試験はその本来の目的を失ってしまう。すなわち、点数獲得技術により、OSCEは形骸化し、CBTは暗記学習を促進することになる危険性もある。したがって、共用試験の成績は「点数」としてではなく、「合否判定」として利用すべきで、序列を決めるような試験にしてはならない。共用試験はあくまで、精度の高い「断面的な評価」であることを忘れてはならない。共用試験によって、学生の成長を測ることはできない。それゆえ、各大学は、共用試験の成績のみで、自校の学生の進級を判断すべきではない。あくまでも、学生の進級はその大学で行われる試験等によって決められるべきである。

4) 共用試験とマッチング

臨床実習前の「共用試験」の成績を臨床研修のマッチングの際に利用する病院もあるといわれる。決して好ましいものではない。共用試験はあくまでも、臨床実習開始前の能力判定であり、臨床実習で学生が何を学んだかを測るものではない。臨床研修のマッチングでは研修を行うのに必要な臨床能力がどれだけ習得されているかをみて順位付けを行うべきである。

5) 医師不適格者の判定

共用試験の成績などの評価結果を参考にして、将来医師となる者として不適格であると判定した場合は、進路変更が可能なような制度を設けることが好ましい。しかし、共用試験は不適格者を選定することを目的としたものではないので、不適格か否かは大学が責任を持って総合的に判断すべきである。この際ある一定の全国共通の基準・ガイドラインを作ることも検討すべきである。

4. 5年目～6年目：モデル・コア・カリキュラム（臨床実習）

5、6年次の教育は実践的臨床実習の導入期と位置づけられる。このカリキュラムに入門するには4年目の共用試験を合格していることが必要条件であり、このことにより患者、社会より学生が臨床実習を積極的に行えることのコンセンサスを与える。

この期間には、基本的診療（臨床）能力の教育が重視される。このため、臨床実習の場を多様にする必要があり、地域の医療施設等での実習の比率を高める必要がある。この際、医学生の臨床実習において一定条件下で許容される基本的行為の例示が厚生労働省から1991年に出されたが、全国大学が自ら共通に現行法の範囲でより実際の・実践的な手技が修練できる臨床実習方法・レベルを再度明確にする必要がある。

1) 診療参加型臨床実習の充実

診療参加型臨床実習（クリニカルクラクシップ）のカリキュラムを充実させるには、従前の臨床実習のように2週間ごとの全科ローテーションでは単なる「見学型実習」になってしまう。これを改善する一つの方法としては、基幹科目の臨床実習（内科、外科、小児科、産婦人科、救急医学など）あるいは臓器別臨床実習とし、診療科を越えたカリキュラムを編成する必要がある。この際内科、外科系以外にも診断・治療系としての皮膚科、眼科、耳鼻科などを組み込む必要があるとの考えもある。しかし後述するごとく、このような枠組みを構築しても実際に学生が行うことの出来る医行為を明確にし、同時に学生・教員が2年間の臨床実習を十分行うことが出来る環境を先ず整備する必要がある。

2) 大学病院での総合診療教育の構築と充実

大学病院での総合診療教育の構築と充実が必要である。大学附属病院の「総合診療科・総合診療部」のとらえ方や機能が大学病院間でも大きく異なっているので、画一的に「総合診療科・総合診療部」の教育機能を定義することは困難である。総合診療科・総合診療部には、外来教育の導入教育、地域医療教育のコーディネーターなどの機能を期待する。従い総合内科かあるいは更に広い診療科などとその概念を定義づけることがまず必要かと思われる。

多くの大学病院において総合診療科が、その期待される機能をしていないという現実を無視はできない。また、一般社会やマスコミ、政治家などの医療に対する期待はあまりにも現実離れしているため、欧米諸国で機能している「総合診療科」は存在できない可能性もある。もし総合内科と位置づけるのであれば、総合診療科の充実を図るためには、臓器別診療科との連携や守備範囲の厳密な設定が不可欠である。

3) 地域医療(診療所)実習の充実と中核実習病院の構築と密なる連携

大学附属病院、地域病院、地域診療所、在宅での臨床実習を組む。実習の場が実習内容を決める。特定機能病院のみで臨床実習を行えば、それは国民の医療ニーズの数パーセントの場面しか学生は学べないことになる。また、継続外来指導などの内容は全く含まれないことになる。5、6年次の臨床実習に積極的に地域に基づく医学教育(Community-based Medical Education)を取り入れ、初診外来、継続外来、生活支援などの学習チャンスを作っていく。総合診療科(部)と本カリキュラムの充実により後述する卒後初期臨床研修における地域医療研修の充実や、専門医への中・後期研修への移行導入などの重要課題に使うことができるようになる。

この際、臨床教授制度をより柔軟に適應できるように改善することが重要である。臨床実習病院には臨床教授がいることを条件にするなどの対策が必要である。

更に附属病院だけでなく、積極的に地域を臨床実習の場にしていく時に、地域医師の教育能力の開発が必要になっていく。各大学は地域医師を教育資源として考え、そのためのFDを開催していく必要がある。医師養成は国民的目標であり、その目標達成のために大学と地域が協同していくシステムづくりが重要である。大学は地域の教育力を卒前臨床実習教育に活かしていく方策を実施していかなければならない。

4) 臨床実習と臨床研修での到達目標の重複

コア・カリキュラムで要求する臨床能力と、初期研修で要求する研修内容・到達目標とに重複が多く、多くの学生は研修で学べるのであれば学生の時に必ずしも熱心に行う必要性を感じていないという意見がある。卒前の臨床実習と卒後の臨床研修の到達目標は本来的には異なるものであり、それらの「重複」は避けなければならない。

学生は小さな道義的責任を監督者のもとで果たし、研修医は中等度の道義的責任を指導医のもとで果たし、研修後は一人の道義的責任の下で患者診療を行う。この道義的責任の重さの違いは知識と経験の違いに裏打ちされ段階的に上げていかれるのが医師の修練である。この際自ずと個々の修練段階において知識と経験に対する到達目標が異なっていき、異なるべきである。技術習得における新参加者から中堅そして古参加者への成長が、臨床実習から研修を経て、専

門医・高度医療職業人へと段階的に異なる到達目標を設定し一人前の医師への成長となる形態で行われていくべきである。

一方各大学での教育姿勢によって、卒業生の臨床能力に大きな差が出て、それが研修の現場での混乱を惹き起こすことは避けなければならない。卒業時の臨床能力を大学がその責任で保証し、その能力をさらに伸ばすための研修という順次性を確立しなければならない。そのためには後述するように卒業時における OSCE の導入などの改善策が必要不可欠と考える。

5) 学生の医行為前教育について

学生が臨床実習で行う医行為は「診療技能トレーニング」ではない。基礎的診療技能トレーニングはスキルス・ラボで行えばよい。学生が臨床実習で行う医行為は、学生が診療チームの一員として患者診療に携わる時、学生が患者さんの役に立つためのものである。その意味で、学生が患者さんの役に立つための「医行為」を十分なスキルス・ラボでのトレーニング後に許容していくという考え方が必要である。

6) 医療安全教育

医療安全をテーマとする系統的な卒前教育の構築が喫緊の課題である。医学部・医科大学は自らの責任で学部教育でのコミュニケーション能力やプロフェシヨナリズムの教育充実、そして更にもまして教育病院としての大学病院のさらなる運営の改善による教育現場での患者と医療者の安全を確立すべきである。この具体化の一つの方策としてモデル・コア・カリキュラムに記載されている医療安全に関する到達目標を具体化するクリニカルクラークシップの充実を図る必要がある。一方、医療安全教育やシミュレーションを利用した技能教育、SP を利用した患者への対応などの教育には十分な指導医教官（教員）の絶対数が必要不可欠である事も社会に認識してもらう必要がある。

5. モデル・コア・カリキュラムの充実と効率化にむけた教育施設の充実と指導医の養成・確保

1) モデル・コア・カリキュラムの充実

モデル・コア・カリキュラムを示すことは本来当然のことであったが、従来は国家試験問題の内容がその指針となってきたものと思われる。それを到達目標として具体化して、学習者に示したことは大きな改善である。

同一レベルの教育を、ほぼ同じレベルの教育体制で行った場合、教育の成果

と教員の労働時間はほぼ比例することは自明である。教育スタッフの充実を要求するということは、現在の教育スタッフでは教育の改善はできないということ謳っていることに等しい。従って、現在の教育スタッフで可能な範囲を示すことと、現在の教育スタッフでは既に限界に到達していて、今後ブラッシュアップを計るためには明確な国家予算の保全と教育スタッフの充実が必要である。

2) 卒前教育と卒後研修の関連

近年、全国の医学部・医科大学において、医学教育の改革は目覚ましいものがある。これは、単に CBT や OSCE が共用試験として行われるようになったからではなく、それ以前から各地で行われつつあった医学教育ワークショップ等の医学教育 FD の普及にあると考える。すなわち、講義中心のカリキュラムや見学型の臨床実習等の古い医学教育の悪しき面が次第に排除され、自主的にチュートリアル教育や OSCE が行われるようになり、その後、2001年3月に医学・歯学教育のあり方に関する調査協力者会議から「医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン」が示され、共用試験が実施されるようになった経緯で、コア・カリキュラムや共用試験は医学教育改革の途中経過とも言える。しかしながら、卒後研修必修化は、むしろ古い卒前医学教育をイメージして、これらすでに進みつつあった卒前教育の大きな改変を認識せずに導入されたものという声もある。その結果、研修医にとっては、卒前臨床実習の単なる繰り返しの「研修」をしているという意見も生じている。初期研修プログラムの大半は卒前教育に取り込まれており、これら重複の削除を十分検討しなければならない。卒後の初期臨床研修では competence-based な評価を加え、確実に基本的臨床能力が身に付き、専門研修への準備状況が「一人の医師」として身に付くことを目指していかなければならない。

3) 指導医の養成・確保

指導医の養成と確保は極めて重要である。このためには

(1) 卒前のクリニカルクラクシップと卒後初期臨床研修の教育内容の整合性を十分に図り、卒前臨床実習と卒後臨床研修の役割を明確にし、相互補完の形で重複を省き、これにより教育スタッフのマンパワー不足の改善を図る。

(2) 学生の指導方法、医師として必要な理念、卒業時モデル・コア・カリキュラム、現行法の範囲で医学生に許容されるより実際の・実践的な医行為などを十分理解して教授できるスタンダードな指導医の養成と確保を、FD などを通じて図る。

(3) 全国での指導医養成プログラムを充実させ、指導医レベルの向上と均一化を図る。

(4) 指導医の教育・研究・診療活動などにおける割合を明確にし、それに応じたキャリアシステムの構築を図る。同時にエフォート制を導入し、明確にしかも納得の行く評価方法を確立し、人事に反映されるような柔軟な体制の構築が必要である。

4) 医学教育センターの設置

現在、全国の医学部・医科大学で、医学教育のための専任教員を置き、さらに医学教育センターないし医学教育講座を設置しているところは少なく、とくに国公立ではきわめて少ない。このような部門は、単にカリキュラムを運営したり CBT や OSCE を実施するのみでなく、様々な教育評価を実施し、学生・教員・事務組織にフィードバックを行い、また、医学教育の FD を絶え間なく推進していくもので、医学部・医学科組織の中核となるものである。教員定員の削減や予算不足を理由にこのような重要な部門を設置しないことは、空論の医学教育改革に終わることは明白である。すべての医学部・医科大学に医学教育センター・講座を設置することが望ましい。併せて、臨床技能研修センターないしスキルラボの設置も必要である。この際教育専門教員と学務系専門職員の増加を図る必要があり、その財源と人材を以下に確保するかが問題である。高度化する教育事務や教育予算の獲得執行を業務とする部署を作る事を考慮すべきであろう。

6. 全国の大学共通の卒業到達目標の設定

全国の大学共通の卒業到達目標（卒業時モデル・コア・カリキュラム）の設定を強く提言する。また臨床実習でどのような能力の獲得を学生に求めるのかを明確にするためにも Advanced OSCE は卒業時 OSCE として取り入れるべきである。わが国の臨床実習レベルは明らかに英国、米国、カナダなどの国々より劣っている。それは英国での Final OSCE の課題を見ても明白である。試験が学生の学習を促すので、卒業時での OSCE の導入は急ぐべきである。国家試験に OSCE が導入される、されないに関わらず、全国大学医学部・医科大学が共同し責任をもって、医学教育における技能教育とその評価を行う。このためには自主的、自律的に共用試験 OSCE の形式などで卒業時 OSCE を行うべきである。

これにより、医学部・医科大学卒業生の質を社会に対し担保することができると考える。同時に卒業時における全国の大学に共通する到達目標を設定し、その中に学生に認められる、または習得すべき診療参加型医行為を明示する。

これら一連の要件が患者の学生実習に対する不安を取り省くことに役立つであろうし、学生の臨床実習に対する我々教育者の社会へのアカウンタビリティでもある。さらに全国の大学共通の卒業到達目標の設定が6年目学生の臨床実習に対するモチベーションの向上につながる。しかし、現実的にこれらを効率的に有機的に実行するには教育現場のスタッフの充実と十分な財源が必要である。一方このようなシステムを構築することは後述する現行の国家試験の改善につながることも期待が出来るので行政との積極的連携も平行して視野に入れ、十分な財源とスタッフの裏づけを確保しつつ具体的実現方策を計画すべきであろう。

1) モデル・コア・カリキュラムの卒業時検定に記載される能力(コンピテンス)

コンピテンスのレベルは、研修医が初期研修を問題なくスタートできるレベルとする。卒業時の医学生の教育・実習アウトカムの検証を全国レベルで行う方策を全国医学部長病院長会議が自主的に早急に打ち立てるべきである。

2) 卒業時モデル・コア・カリキュラムによる卒後初期研修の到達目標との重複回避

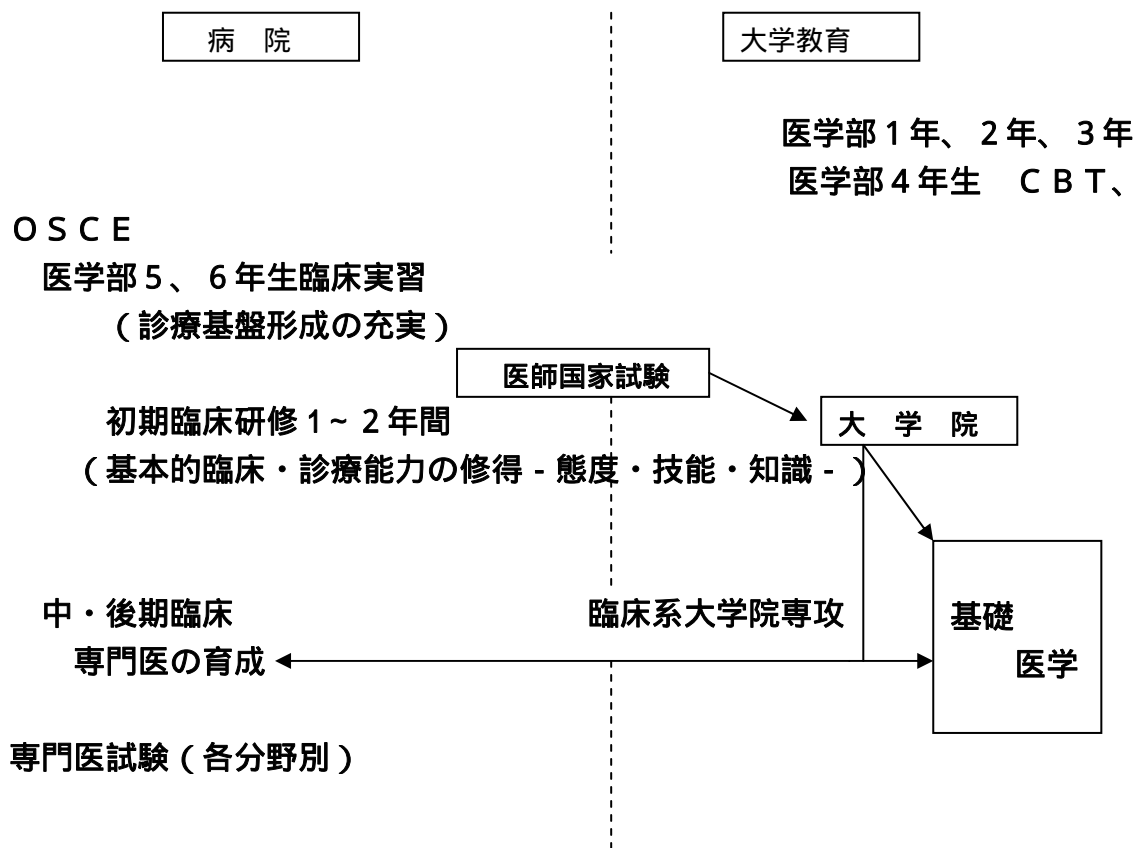
現在の卒前臨床実習教育と卒後臨床研修とは多くの重複がある。先ずこの重複を回避する事により、卒前臨床実習から卒後臨床研修にいたる継続性(一貫性)を担保できる。卒後臨床研修の到達目標を研修医が卒前臨床実習と異なることを認識できるように書き換えて行くことが必要である。

3) 卒業時モデル・コア・カリキュラムで医学生が行える医行為明示

前述したごとく、現在混乱している医学生の臨床実習を充実させるためには、医学生に許される実践的臨床実習の内容を現時点の医療環境にあった条件で新たに設置する必要がある。これによりコア・カリキュラムにおける学生の医行為が担保され、それに基づくOSCEも実施可能になる。

7. 大学医学部と大学病院との連携と役割分担

大学医学部・医科大学講座と病院は、それぞれの役割分担をもっており、各々の役割を明確にする必要がある。しかし一方では、学生の臨床実習、臨床系大学院生の臨床研修において病院は学習の場でもある。両者の緊密なる連携が必要不可欠である。



8 . 国家試験

1) 理念の再確認

知識（医学、医療全般に渡る広く深い知識）、技能（初歩的実践的医療技術一般）、態度（医師としての人格、態度、習慣）に対する評価を行う。ここで評価される知識、技能、態度のレベルは、医師として卒後研修を開始するのに必要な基本的な臨床能力であり、それ以上に高度である必要はない。国家試験の内容は、卒前の医学教育の到達目標との間に整合性がなければならない。

2) 技能、態度に対する試験方法の導入

国家試験について医師法の第9条では、「医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。」と規定している。患者の4割が国家試験には実技試験が含まれていると思っているという報告もあり、現状の教科書的知識のみを評価する国家試験には問題がある。臨床的スキルに関する知識を問う問題にシフトすべきである。更にスキルを評価するように国家試験 OSCE の導入を目指すべきであるが、直ちに困難であるならば大学間で卒業時 OSCE を実施し、卒業生の能力保証をしていくべきである。既に共用試験 OSCE がほぼ全医学生を対象に2006年度より正式

実施され、臨床実習を開始するのに必要な基本的な能力が担保されるようになった。卒業時の共用試験 OSCE が実現すれば、卒後研修を開始するのに必要な能力を担保することが可能になり、大学が責任をもって卒業生の能力を保証することにつながる。

この際、大学は責任を持って OSCE で技能を評価することの信頼性、妥当性について充分検証をする必要がある。医学教育の一貫性の観点から国家試験の時期自体についても検証・提言すべきである。

第 2 章 医学部（医科大学）卒業後の検証とグランドデザイン

医学部（医科大学）卒業後の医師養成は卒前の学生臨床実習を充実と密接に連携しており、両者の一貫したグランドデザインを構築することが必要不可欠である。新臨床研修制度の研修内容は欧米では卒業前の学生臨床実習の中で行われていることが多い。卒後の臨床研修制度の理念と到達目標を再確認し、研修内容の見直しと検証を行い、よりよき制度の構築を図る。

1. 臨床研修制度

1) 理念：医療一般と救急医療に関する深い造詣と実践的医療知識・技能の獲得即ち「基本的臨床・診療能力の涵養」

新研修制度が目指している“プライマリケア”の概念には、救急対応能力（軽症から重症、超急性から亜急性）が含まれているが、救急医療研修の充実を図りそれを初期研修の主要な研修項目とすることが望ましい。しかしこの際注意すべき事は“プライマリケア”を十分行うことの技能と知識を持つには多くの研修と経験が必要である。臨床研修の理念は将来のプライマリケアを含めた認定医、専門医・高度医療職業人となるために必要な“基本的臨床・診療能力の涵養”であり、その目的はこの研修がその先どのような専門に進むにせよ、医師としての基本ベースになる経験をつむ事であるとすべきである。

2) 課題の整理と改善：

(1) 1年目、2年目の臨床研修の検証

従来、卒前臨床実習と卒後研修で重複のあった保健所などでの実習・研修を卒業前のコア・カリキュラムの中で行うことが出来ると考えられる。しかし研修が「基本的臨床・診療能力」の養成とすると、当然研修でも一定の「地域での経験」が重要である。卒前臨床実習、卒後臨床研修間の整合性が必要である。地域医療施設での実習・研修は、卒前、卒後と繰り返しスパイラルに行うことが重要であり、医師になってから地域医療を実践してみることは大切なことである。

さらに2年間の研修のうち1年間を基本的なコア診療科研修(例えば、内科、外科、救急など)に絞り、残された1年間の研修は専門医・高度医療職業人養成などへの移行期として捕らえるカリキュラムを構築する。

(2) 研修施設基準の見直し

臨床研修の本来の到達目標と地域性(研修医の定数、配置などを含む)を考慮にいれ、現状のプライマリケアに重点を置いた施設基準から「基本的臨床・診療能力の涵養」のための十分な研修をおこなう教育研修施設であり、専門医・高度医療職業人養成を視野にいれた地域バランスを考慮した条件を含む厳しい施設基準に変更する。

(3) 研修終了の評価

アメリカの制度と比較した場合、卒後の資格検定制度(医師資格、専門医認定)は明らかに基準が甘い。現在導入されたばかりの臨床研修制度においても、医師国家試験に合格した以降の研修成果を検定する制度は設けられてはいる(EPOC等)が、効果的なシステムとなっていない。これでは、研修制度が何らかの役に立っているのか、役に立ったのか、などの評価や品質保証になるはずはない。医師法改正により、病院管理者になるためにこの研修が義務化されたにもかかわらず、その研修の成果が客観的に評価されるものでなく、あまりに杜撰な制度であるとしかしいようがない。臨床研修のアウトカム評価のための「研修医」、「研修施設」評価の適切なる施行が必要である。

(4) 「プライマリケア」について

卒後臨床研修で研修医が十分なプライマリケアの能力を獲得するのはまったく不可能と言わざるをえない。僅かな期間の研修でローティトする診療科の専門的知識・技能が備わるとは誰も思っていない。卒後研修制度で研修したすべての研修医にプライマリケア能力があると認定したとすれば、まさに中途半端な医療技術を持つ同様の医師を世に送り出すことになる。従い新臨床研修制度の導入の趣旨である“全ての医師にプライマリケアに対応できる臨床能力を涵養”という文言は適切ではない。“基本的臨床・診療能力の涵養”と改めるべきである。

3) 大学病院での臨床研修の改善

研修プログラムの診療科を横断する理念と到達目標について十分な検証を行い、教育内容の濃い魅力ある研修プログラムの構築を図り、広く明示する。

(1) 大学病院と中核研修病院との連携

大学病院と中核研修病院との密なる関係を図る事により十分なプライマリケア医学の研修が出来る体制を構築しつつ、管理型臨床研修を充実させる。

(2) 研修環境の整備

研修医の研修以外の負担を軽減する対応（例えば、他の職種との業務分担、看護補助員の確保など）を配慮する。更に研修宿泊施設などの環境面の改善を図る。

(3) 指導医の確保

指導医の絶対数を増やし、研修医に対し十分な教育を行うことの出来る環境を充実させる。

4) マッチング制度の見直し

(1) 学生臨床実習への障害

マッチング制度のため、多くの医学部の学生は5年次の夏休み前から有名研修病院の見学、実習、面接などに飛び回っている。将来を左右しかねないマッチングのためということの名目に、正規の学部臨床実習が障害されているとも聞いている。大学では、そのような時の正規の実習を休むことは許可していないが、学生のローテイト先の担当者はしぶしぶ許容している。特に6年次では、6-7、8月には多くの研修病院でのマッチングのための面接試験あるいは実習が設定されており、医学教育は学生の側からみると5年で修了しているかのようにも捉えられている。学生にとって6年次は、マッチングのための面接、卒業試験、そして国家試験のための受験勉強の時期となっており、ここでは「臨床実習」の影はきわめて希薄になってしまっている。このままでは医学教育は5年で充分と誤解されかねない。現状でのマッチング制度は、臨床実習のありかたに重大な影響が出ている。現状では国家試験との兼ね合いもあり、夏期休業期間に限定するなどの暫定的処置が必要である。

(2) マッチング先病院情報の開示と施設見学時期の限定

一方、卒業後の良い研修病院を見つけるにあたり、各研修病院はインターネットなどを通じて学生に十分情報を公開する工夫や病院見学を大学の臨床実習の休みとなる夏季休暇期間に限定するなどの改善が必要である。

(3) 地域別定数制の導入

米国やカナダにおけるマッチング制はレジデントの研修指定病院選択のための制度である。日本では本制度の理念と現状を十分検証せずに臨床研修制度(インターン制度と類似の期間の研修)に導入したことから現在の多くの混乱と問題を生じさせたと考えられる。殊にマッチング制度の導入と共に研修医はどこにでも研修にいけるようになり、都市への医師偏在、地域における医師寡少化を助長したと考えられる。マッチング制を継続させるのであれば、地域別定数等を考慮したマッチング制度に変えるべきである。

5) 新臨床研修制度の見直し

現在行なわれている臨床研修制度導入に対する評価に関する多くの調査は主として実際の研修内容の評価の調査でなく、研修医の満足度の評価である。満足度の調査だけでは国民に対して臨床研修制度の是非に関し満足な回答を与えているとは思わない。本研修制度が法制化して施行されている現状を考えると以下の点が考慮、実行されるべきである。

(1) 研修指定病院基準の見直し

研修指定病院の基準を緩和後、新たに参入した研修指定病院が十分な研修を提供しているかどうかの検証がなされていない。厚生労働省が掲げた研修の必修項目の達成や課されているレポート提出が形骸化している可能性もEPOCの解析データからは伺える。従って、新規参入病院については1年後の調査を実施し、必要に応じ改善勧告を行うなどの取り組みが望まれる。また、緩和した研修指定病院基準が妥当かの検証も望まれる。

(2) 評価制の導入

研修病院を指定する時にきちんと評価する。現在の施設基準では研修医に対する指導がきちんと行われているという担保がない。研修修了での試験または能力判定制度を原則として導入すべきである。しかもなによりも研修病院指定を見直し、同時に指導体制がしっかりと行われていることを評価する必要がある。EPOCが研修制を評価しているがこれはプロセスの評価であり、2年間のアウトカムの評価は別に行う必要がある。competence-basedな研修医評価法が導入されていくべきと考える。

(3) 研修医の都市への偏在

現状のプライマリケアに重点を置いた施設基準から地域性(研修医数、配置などを含む)を考慮にいれた地域バランスの考慮や専門医・高度医療職業人養成を視野に入れた条件を含む厳しい施設基準に変更する。現在マッチング研修

医のスポットは全国で 12,000 あり、医学部を卒業する学生数は 8,000 であるので研修希望医は希望すれば全国に自由に研修先を選択することが可能である。北米で行われているようにスポットの数を卒業生と同数とするなどの積極的な改革が行われるべきである。

(4) 専門医・高度医療職業人養成への移行との関連

従来、卒前臨床実習と卒後研修で重複のあった地域医療施設、保健所での実習・研修を卒業前のコア・カリキュラムの中で行うこと、研修 1 年目は基本的なコア診療科研修を例えば、内科、外科、救急などに絞り、2 年目の研修は専門医・高度医療職業人養成などへの移行期として捕らえるカリキュラムを構築する。この際、専門医・高度医療職業人養成への移行期間を義務化することにより、大学病院や一般研修指定病院での後期研修医の囲い込みとならないように十分注意する必要がある。

2. 専門医・高度医療職業人養成

十分な卒前教育後に 2 年間の臨床研修を行いその後、大学病院、地域中核病院や市中病院などの実践的医療の場で主治医の一員として臨床の基本的事項とくに技能や態度を研修することは有益であり、必要である。しかし、この際単に認定医、専門医などの資格をとるための養成・修練で、そのためには単に養成病院にて指導にあたる専門医がいれば良いという問題ではない。その後の医師としての成長を考えると目差す専門分野について学問をする体制が充実し、さらには研究が可能な環境で研修を受けることも十分考慮する必要がある。臨床系大学院教育もこれと一体となるものと言える。この際、主として各学会が行っている認定医・専門医制度に対して十分なる検証を行い、国民的視点に立ち、国民が納得する制度であることが必要条件である。

1) 専門医・高度医療職業人養成の構築と充実

新臨床研修制度の 2 年間で修得した基本的臨床・診療能力を背景に、さらに総合的な診療能力を向上させ、社会ニーズに応えられる専門医を育成する。現在の法制下では 2 年間の臨床研修終了で独立した開業も可能である。臨床研修終了後の研修の重要性とその意義と必要性をきちんと認識し、総合診療医を含め専門別に一定の臨床修練を受けることが必要である。

臨床研修後の臨床医養成・修練は未だ制度化されていない。しかし医療の中心である内科医、外科医の研修については、内科・外科専門領域の基本的臨床修練（例えば内科系においては消化器、循環器、呼吸器、神経内科など）を一

定期間（例えば 1 から 3 年）終了し、認定医などの資格を取得した後に、改めて専門別の内科・外科系臨床研修を更に数年（例えば 2 年から 4 年、特殊な領域では更に長期間でありえる）行うなどのシステムを構築する必要がある。

（１）専門医・高度医療職業人養成の制度化

大学・大学附属病院での研修の目的は第一に日進月歩する医学・医療に関する知識、技能を習得し、生涯研修能力を涵養し、教育能力や指導能力を有する高度医療職業人を養成すること、第二は研究的視点を持つ臨床医、臨床研究者を育成することである。従って、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。同時に経済的、身分的保障をまず明確にしなければならない。このなかには、高度医療職業人養成のための臨床系大学院コースも位置付けられる。

（２）専門医としてのプライマリケア医、家庭医育成

今後ますます、地域診療所での General Practitioner (GP) 的機能の強化が期待されている。それに伴い、わが国の実情にあった地域医師の養成システム構築の必要性が増すであろう。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、プライマリケア医学、家庭医学に特化した専門教育スタッフの充実を図り、独自のシステムを地域中小病院、一般病院、診療所などとの関係の中で「専門医としてのプライマリケア医、家庭医」育成の役割を分担していくべきである。

（３）中核病院、地域病院と密なる連携

認定医、専門医養成には大学附属病院は魅力ある養成内容の構築を中核病院、地域病院と密なる関係をとりながら図る。大学とそれに附属する病院は本来有している豊富な教育設備、先端医療設備とそれを行うことの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、地域病院をローテイ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事ができる。

（４）専門医の適正配置

将来的には特定の地域や診療科の医師不足を解消するにはプライマリケア、家庭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。

(5) 専門医・高度医療職業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、これら研修医より更なる臨床実績のあるに専門医・高度医療職業人養成者対しての明確なる十分な経済保障はなされていない。大学病院の専門医・高度医療職業人養成医に対し、文部科学省、都道府県自治体から予算処置がある程度あるが極めて不十分といわざるを得ない。大多数のこれら医師が教室、講座などからの出張医療で生活費を補っているという現状を解決しなければならない。

2) 大学病院の地域医療への貢献

現在の大学病院での専門医・高度医療職業人養成システムが必ずしも地域のニーズにあっていない面もあることを大学は十分認識し、反省しなければならない。地域は外科・内科系の十分な幅の広い臨床経験を有する“専門医”を望んでいるにもかかわらず外科系や内科系の“ジェネラル専門医(認定医)”を育成するシステムがないのは大きな問題であり、その構築のために改善する努力が必要である。各専門診療科間の横断的連携へのバリアーを取り省く努力が必要と思われる。

(1) 専門医・高度医療職業人養成における地域医療研修

専門医・高度医療職業人養成における医師の地域での実践的臨床修練はそれぞれの領域の医師の研鑽の一貫としてとらえ、大学と地域の中核・基幹病院などが連携した養成プログラムを構築する。各都道府県に少なくとも一大学が設置されており、各地域ごとに医師養成のプログラムを構築するに際して大学が中核病院、地方自治体更に日本医師会などと協力し研修プログラムのディレクターの一員としての中心的役割を担うことは重要である。

(2) ローテイトシステムによる専門医・高度医療職業人養成の充実

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

(3) 地域地方自治体、地域医療機関と密な連携による専門医養成

現状の大学・大学病院が地域における医師確保の問題に関し、実際にどの程

度かかわることが出来るか各大学により異なるが、大学は責任と方向性を持ち地域・地方自治体、地域中核病院・基幹病院と密な協力体制を構築することは必要条件である。

(4) 地域医療研修施設における指導医のローテイト勤務

大学病院と地域中核・基幹病院と連携した統合型専門医・高度医療職業人養成を行うに際し、地域中核・基幹病院に指導医を大学から派遣する際には一定の期間内で期限をつけ派遣し、このことをきちんと明文化して派遣すべきである(キャリアパスに基づいたローテイト勤務)。

(5) ITの活用

専門医・高度医療職業人養成医が地域病院で臨床実践を行うにはITを活用し絶えず専門医・高度医療職業人養成内容の充実、改善と公開が図られるようにする。

(6) 地域医療での診療実績

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

(7) 柔軟性のある地域医師支援と地域医療機関との連携

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

3) 医学研究の将来的低迷への危惧と大学院教育(高度医療職業人の育成)の充実

(1) 専門医・高度医療職業人養成における臨床系大学院

専門医養成期間中に臨床系大学院に入学でき、高度医療専門医養成に不可欠な研究思考を持ち、一見複雑に見える多彩な臨床を論理的に整理し、統合し問題を解決する能力を身に付け、更に新医療を開発し臨床導入を図る研究など、高度先進医療を発展させる臨床研究能力を育成出来る環境を作る。

(2) 臨床・研究期間の設定

リサーチマインドをもった専門医・医療人を養成することは将来の日本の医療水準を高めるには必要不可欠である。専門医・高度医療職業人養成の課程で臨床主体のプログラムと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。

(3) 専門医認定

臨床系大学院在籍の一定期間が専門医・高度医療職業人養成中に、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。これにより、臨床系大学院生の絶対数と臨床研究、基礎研究に対するモチベーションを高める。

(4) 研究主体の教員の確保

診療と研究のバランスをとるように改善すると共に、研究主体の教員の確保を臨床系各科においても考慮する。

(5) 大学病院でのトランスレーショナルリサーチ人材の養成

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

3. 生涯教育

1) 生涯教育の充実

医療の高度化、複雑化、さらに医療安全に対する社会からのニーズにより、医師に求められる医療レベルは高度化している。医師免許を取得し、専門医として認定された後にも、安全且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。このような生涯学習のニーズに対して学部教育、卒後研修では生涯学習に通じる自律的学習能力の修得に重点がおかれるようになってきた。学部教育、卒後研修に続く専門教育、更に生涯教育に対しても大学、大学院、大学病院には、その教育リソースを活用して果たすべき役割がある。医師の生涯教育をさらに充実させるために医育機関である大学医学部、大学病院は、生涯教育を主要なミッションの一つとして位置付け、体制を整備していく必要がある。

2) Continuing Professional Development (CPD) プログラムの構築とキャリア-デザイン

「生涯を通じて発達する」存在として人間が捉えられることで生涯教育も

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

3) CPD における大学病院の役割

大学病院内に生涯教育支援(ライフサポート)センターなどの立ち上げとその運営のための安定的財政支援を考慮する。

4) 女性医師

現在、女性医師は全医師の 16.4%を占めるが、最近の医師国家試験合格比率は 33.7%で、今後さらに高くなると考えられる。女性医師の就業率を高める職場環境(24 時間保育、病院保育、再研修制度)整備のための財政支援が望まれる。また、医師不足が深刻な小児科では医師の 31.2%、産婦人科では 21.7%が女性医師によって占められるようになっている。今後は、女性医師が出産や育児等の問題を抱えていても勤務を続けられるように職場環境(24 時間保育、病児・病後児保育、一時保育、再研修・職場復帰支援制度など)の整備を進める必要がある。すでに、日本医師会では 18 年から厚生労働省の方針に沿って「女性医師バンク」事業を開始している。また、文部科学省の「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム」でも 19 年度は「女性医師支援」をテーマにした取組みを募集するなど、新しい動きもみられる。今後、様々な支援取組が展開されるものと期待される。

5) 医師リクルートと地域ネットワークの構築

医育機関としての大学と地域を循環するシステムなどにより、シニアエイジドクターも参加して地域医療をサポートしていくネットワークを構築する。

おわりに

本年 5 月には、文部学科省による「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議（座長 高久史麿自治医科大学長）」から医学教育の改善と充実に関する最終報告が提出されている。今回の検証、提言の一部は重複している面もある。

今回の提言のうち、医学教育に関わる内容の多くは、1999年2月に公開された21世紀医学・医療懇談会第4次報告の「21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について」に含まれている。提言から8年以上を経て、同様の提言を再び行わなければならない所に、我が国の医学教育・医師養成システムの問題点がある。

米国の AAMC(American Association of Medical College)が中心となって組織している LCME(League of College for Medical Education)、カナダにおける RCPS(Royal College of Physicians and Surgeons)の様な各大学の医学教育を評価・認証する組織を我が国においても早急に構築する必要がある。AAMC に相当する我が国の組織は、まさに全国医学部長病院長会議(AJMC)であり、卒業時モデル・コア・カリキュラム、医学教育の評価・認証システムなどを構築する役割を果たすことができる。現在の医療危機の状況は、緊急性をもって医学部、医科大学が一貫性と継続性のある医師養成というルールに基づくグランドデザインに沿って自主的、自立的に行政、医師会、社会などと協力し医学教育、医師育成システムを改革すべき時期であると考え、実際の医師養成に直接関わっている連合体である我々AJMC がそれを先導すべきであると考え、また自らを律する意味で課題を整理・検証し、ここに医師養成に関するグランドデザインを提言した。これら提言の実現への努力により新臨床研修制度と共に顕在化した諸課題の整理と改善が早急に進む事を切望する。行政・関係諸機関との連携のもとに本グランドデザインに基づく提言を実現させることが我々の国民に対する責務と考える。

以上

本グランドデザインは平成19年5月18日に開催された全国医学部長病院長会議総会にて承認されたものであるが、以下の委員会委員により作成された。

全国医学部長病院長会議	会 長	大橋 俊夫
	副会長	澤 充
	顧 問	吉村 博邦
	名誉顧問	布施 勝生
	相談役	神保 孝一

専門委員会委員長会	委員長	小川 彰
	委 員	堀内 三郎
	委 員	別所 正美
	委 員	福島 統
	委 員	永井 良三
	委 員	當瀬 規嗣
	委 員	嘉山 孝正
	委 員	奈良 信雄
	委 員	北村 聖
	委 員	小山 信彌
委 員	寺野 彰	
委 員	水田 祥代	

医師養成のグランドデザイン作業ワーキンググループ		
委員長	神保 孝一	
委 員	布施 勝生	
委 員	田邊 政裕	
委 員	田中 雄二郎	
委 員	福島 統	
委 員	後藤 英司	
委 員	下條 文武	