

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

全国医学部長病院長会議 平成28年5月

医師養成のグランドデザイン検証ワーキンググループ(神保 孝一座長)

平成19年及び23年に、[医師養成のグランドデザイン](#)を発刊して以来、学部教育・実習、卒後研修、専門医研修、生涯学習という医師養成の流れの中で、[一貫性と継続性に基づいた教育アウトカムの設定の必要性](#)について検証と提言を行ってきた。

平成26年には、医学生が全ての医療施設で臨床実習を行うに際しての全国統一化をめざした[診療参加型臨床実習のための医行為水準](#)を策定した。

本グランドデザインではこれら一連の流れを継承し、更なる[医師養成の現状の検証](#)を行い、医師養成における妥当性、信頼性を担保したより[適正な評価法の導入](#)を行う必要性、専門医研修との連携をもつ[基幹型、協力型病院群](#)よりなる臨床研修ネットワークを構築し、卒前、卒後臨床プログラムを多様で充実したものとする方策を提言している。

本概要版は、「I はじめに」及び「II 医師養成のグランドデザイン: 検証と提言」(p7-p30)を中心としたまとめである。

# I はじめに

医師は生涯にわたり、国民から求められる医療ニーズに応えるべく学修を続ける必要がある。

医師養成は5段階(ステップ)に大別できる(図)。個々のフェーズは段階的に異なり、ステップアップする到達目標により構成される。

医師養成においては、充実した医学教育と多様な臨床経験を一貫してシームレスに積むことのできる環境、場の設定が必要となる。急性期の診断・治療に加えて、健康管理・予防医学、さらに生活支援を行うことができる医療を提供できるために、幅広い医療の全てを学ぶ環境が必要である。

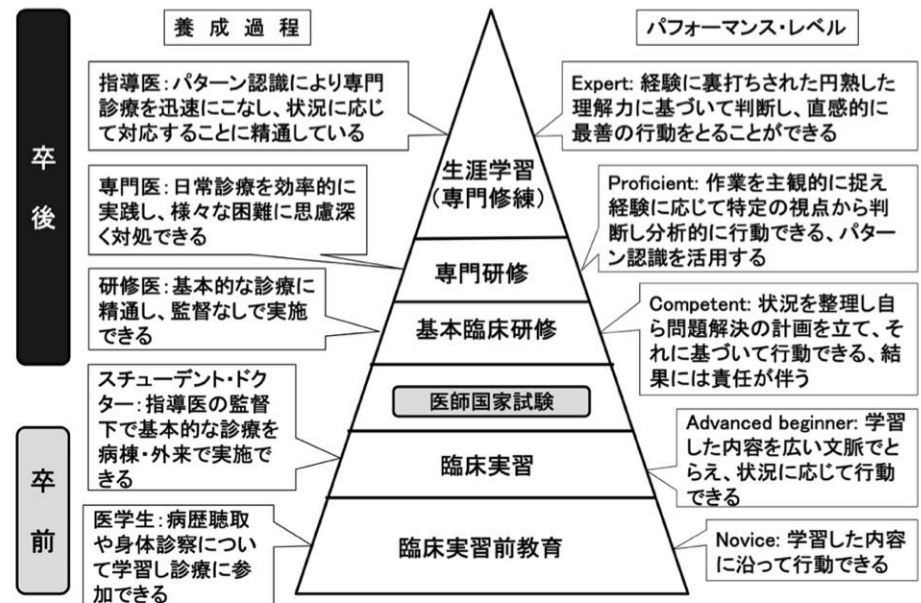
従前、主たる臨床経験の場を提供してきた大学附属病院が提供出来る十分な臨床教育の場は限定されつつある。一方で、大学附属病院での専門分化は、医学研究、各種専門領域の診療という極めて重要な役割を果たすために必要である。

本来、**専門医はresearch physician でなければならない**。専門医トレーニングのプログラムにこそ、臨床現場に潜む研究課題に対応できる能力開発を加えるべきである。実地医家として地域医療に携わる医師にも研究能力は不可欠である。地域医療の現場にも、たくさんの研究課題が存在し、その解決は医師としての重要な役割である。

大学医学部と附属病院は、この様な臨床実習と臨床研修を同一組織内で同時に一貫性をもち、シームレスに出来るような臨床教育の場を提供し、さらに研究の支援ができる組織である。大学医学部・附属病院は、このような**本来持っている組織機能とあるべき姿**を開学の原点に戻り、国民のために、医療の進歩のために、そして今後複雑化する医師の役割を医師が果たせるようにするために**更なる努力と自己改革を行う必要がある**。

多様性のある臨床経験の場の設定を考えた場合、大学医学部と大学附属病院は学外に卒前・卒後を通じた教育拠点、基幹病院を持ち、これら組織と一体化して機能することが求められる。この際、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、そして社会保険・福祉を担当する医療・福祉・保健機関、更に市町村の行政などと密接に連携する「**医師養成における教育・実習と研修病院・施設群**」を構築することが必要であり、しかもこの「**研修病院・施設群**」での研究活動を医学部が支援する義務がある。このシステム作りこそが**医学部・大学附属病院の社会的責任**である。

## 医師の養成過程とパフォーマンス・レベル



※平成26年5月「診療参加型臨床実習のための医学生の医行為水準策定」を改編

## Ⅱ. 医師養成のグランドデザイン: 検証と提言

### 1. 医学部の卒業前における医師養成の検証と提言

#### 1) 入学者選抜

##### <検証>

1. アドミッションポリシー、ディプロマポリシー、カリキュラムポリシーの明示がなされているが、それらの整合性が不十分である。
2. 入学者選抜の方法には学力試験、面接、調査書、小論文など多様なものがあるが、医師になるものの適格性を正確に評価することは困難。平成33年から入学者選抜方法が大きく変わることが予想され、その入学試験改革への対応が必要。
3. 医師臨床研修制度の導入以来、地方の医師不足、診療科の医師偏在が明らかとなり、医学部学生定員増が行われたが、しかし、その偏在は解消されず、都市部では医師過剰の方向に向かっている。
4. 地域枠の学生が卒業する時期となっているが、その有効性の検証は不十分。
5. 学士編入学は日本の医師養成システムの中での位置づけを再考する時期となっている。



##### <提言>

1. 卒業時アウトカムからディプロマポリシーを定め、それを涵養するカリキュラムポリシーを策定し、育成の対象となる入学者をアドミッションポリシーに従って選抜すべきである。
2. 入学者選抜には、道徳性発達を測定できるとされるジレンマ課題を用いた面接等新たな選抜方法を有効に活用すべきである。
3. 今後人口減少に向かう我が国においては必要な医師数を客観的に算出し、増加している各大学の入学定員を過去のレベルに戻すべきである。
4. 地方の医師不足および診療科の医師偏在に対しては、カリキュラムの改善、医学生の社会的責任の自覚、診療報酬の見直し、地域医師のキャリア形成の見直しなどあらゆる手段を講じて解決すべきである。
5. 学士編入学のフォローアップなどを行い、その意義を含め再考し、日本における医師養成の中での位置づけを明確化すべきである。

## 2) ステップ1: 臨床実習前教育

### <検証>

1. 教養教育と医学専門教育の連携が不十分である。教養教育での学修と卒業時アウトカムとの関連が多くの医学部では示されていない。
2. 医学部では能動的学修(アクティブ・ラーニング)の導入が遅れている。
3. 統合カリキュラムが医学部で用いられているが、学生と教員双方とも理解が不足しており、統合カリキュラムの利点が発揮されていない。
4. 臨床実習前の教育期間での多職種連携教育の導入が進んでいる。
5. 多くの医学部が問題を抱える学生に真摯に対応をしている。
6. スチューデント・ドクター制度が確立された。臨床実習での診療参加型臨床実習が拡充されることが期待される。
7. 研究医養成のための様々な試み(MD-PhDコース、研究室配属、放課後型研究室配属など)が実践されている。



### <提言>

1. 教養教育を医学教育の一部として認識し、卒業時アウトカムとの整合性を検討すべきである。この検討では、多様性の理解、汎用的技能、職業職者としての社会的責任などの重要学修課題にも焦点を当てるべきである。
2. 基礎医学、臨床医学の情報量の爆発的増加は今後も続く。学生自ら学修課題を発見し、それを問題解決するための学修スタイルを学ばせる学修環境を作り、継続的に能動的学修が身に付くカリキュラムを開発すべきである。
3. 学生が効率的に知識を学び、知識を補充・活用できることを目指した統合カリキュラムが必要である。低学年からの患者接触プログラムの拡充、ケースを用いたアクティブ・ラーニング等、自己主導型学習の環境を整えるべきである。アクティブ・ラーニングの導入には教職員教育が欠かせない。
4. 多職種連携教育の学修経験を臨床実習の場で活かす工夫をすべきである。附属病院での臨床実習だけでなく、在宅の場や、予防医学の学修の中でも多職種連携教育を進めていく必要がある。
5. 学生支援には教員のみではなく、職員にも助力を求め、さらに学生カウンセラーの配置も進めていかなければならない。
6. スチューデント・ドクターを患者、家族に知ってもらう活動を全国医学部長病院長会議および各医学部が進めていかなければならない。
7. 基礎医学研究医を志す学生が安心して、研究者への道に進めるためにどのような方策が考えられるのか、国を挙げて検討するべきである。

### 3) ステップII: 臨床実習教育

#### <検証>

1. グローバル化の視点からアウトカム基盤型教育(Outcome-Based Education; OBE)の導入が求められるが、臨床実習の学習アウトカムとして卒業時に求められる能力(コンピテンシー)やその評価法は未だ普及していない。
2. コンピテンシーを達成するためには診療参加型臨床実習を導入する必要がある。クリニカルクラークシップは全ての大学で導入されているが、必ずしも診療参加型とはなっておらず、改善すべき事項が残されている。



#### <提言>

1. 卒前・卒後・専門研修まで見通したコンピテンシーを作成し、その通過点(マイルストーン)として卒業時に求められる能力(臨床実習の学習目標)を設定する。「指導医の指導・監督のもとで実施できる」ことが、臨床実習終了(卒業時)そして卒後研修を開始できる医学生の要件である。
2. 大学病院を基幹病院とし、地域の協力病院においてコア診療科で十分な期間(4~8週間)診療チームの一員として診療に参加できる体制を構築する。よくある疾患・病態を経験し、慢性疾患の診療にも参加できる地域の病院、診療所などを実習施設として組み入れる。
3. 診療参加型臨床実習の学習目標をコンピテンシー、モデル・コア・カリキュラムの到達目標、ガイドラインの医行為水準を踏まえて設定する。全国的統一基準設定に際しては平成26年に全国医学部長病院長会議より発刊された参加型臨床実習のための医行為水準規定策定に沿って行われるべきである。
4. 臨床実習では、医学生が診療の現場で何ができるかを直接評価するworkplace-based assessment(診療現場での評価)がコンピテンシーの評価(形成的評価を含む)には適している。OBEでは教育のアウトカムとしてのコンピテンシー評価が特に重要で、妥当性、信頼性のある評価法を選択し、実施すべきである。

## 4) 医師国家試験の改革

### <検証>

1. 医師法第9条では、「医師国家試験は医師として具有すべき知識および技能を問う」とされている。現状では「知識」を主として問う試験のみが実施され、技能についての実技試験は行われていない。
2. 多くの医学部・医科大学では、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、「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は全体の22%に過ぎない。医師国家試験は、卒前臨床実習と卒後臨床研修の連続性を損なう障壁になっている。
3. 問題作成者と出題者が同一であること、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。出題数を減らしてもこれらの問題点は解消されない。



### <提言>

1. 医師国家試験は「技能」も評価する資格試験とすべきである。なお、評価される知識、技能、態度のレベルは、医師として卒後研修を開始するのに必要な基本的な臨床能力であり、それ以上に高度である必要はない。
2. 「知識」に関する問題は、多数のプール問題からCBT形式で出題すべきである。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。一般問題を可及的に削減することが、卒前臨床実習と卒後研修の連続性を維持するために必須である。
3. 「技能」に関する試験は、医師として卒後臨床研修を開始するのに最低限必要な基本的技能および態度を問う実技試験とし、透明性の高い「臨床実習終了時OSCE(仮称)」が全医学部でなされるべきである。
4. 医師国家試験は厚生労働省から独立した第三者機関である「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、質、難易度の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(仮称)」は各大学で同機構の設定した課題を、学外から派遣される同機構委員の監視下で、透明性を保って実施する。
5. 受験生は「臨床実習終了時OSCE(仮称)」および「医師国家試験資格CBT(仮称)」を受験後に、各自の成績をもって医師免許証の申請を厚生労働省に行い、厚生労働省はその申請に基づいて免許交付の可否を判断する。
6. 試験の実施から免許交付までの6年生における時間的流れは「臨床実習終了時OSCE(仮称)」を11～1月、医師国家試験資格CBT(仮称)」を2月に実施し、医師免許申請と交付を3月上旬～中旬とすべきである。

## 2. 医学部の卒業後における医師養成の検証と提言

### 1) 臨床研修制度

#### <検証>

1. 初期臨床研修制度は専門領域によらない基礎的診療能力向上に貢献という長所がある一方、医師の地域偏在、診療科偏在、博士学位取得者の減少、専門学会に所属する医師の減少などの現象との関連性について認識が十分なされておらず、それへの検証・対策も極めて不十分である。
2. 卒前教育や専門研修との関連で、初期臨床研修の位置づけの検証が不十分である。更に卒後多様な進路(医学研究者、殊に基礎医学研究者、行政担当者など)をとる医学部卒業者を養成する視点が欠如している。
3. 卒前教育、初期臨床研修・専門研修間の整合性が十分検証されていない。研修過程の目的(基本的な臨床判断能力の獲得、すなわち基本臨床研修)を達成するための到達目標と評価システムの検証と構築が必要である。
4. 研修施設が、研修目的を達成するために必要な基準と要件を満たしているかの検証が不十分である。特に臨床研修病院群(臨床研修指定病院)の構成、定員についての検証が十分ではない。基幹型病院と協力型病院の機能分担と協力体制などに基づいた臨床研修定員の設定がされていない。
5. 研修医の処遇について、適切な処遇についての検証がおこなわれていない。標準から著しく逸脱して高い給与が支払われている。
6. マッチング制度の準備活動が高学年学生の卒前時学習を阻害している。
7. 募集定員について、平成25年度時点で研修希望者数に対する全体の募集定員数の割合は約1.237倍であり、定員の見直しが求められる。



#### <提言>

1. 現行の臨床研修制度をゼロベースで見直し、部分的手直しではない基本骨格からの抜本的な改革を行い、時代の要請に応じた新しい制度の構築をはかる。卒前臨床実習と初期臨床研修、後期専門医研修の流れの一貫性と連動性を精査し、その後の専門研修へとシームレスに段階的に移行するという医師養成の教育プログラム体系が構築できるよう改革すべきである。
2. 臨床医養成の初期段階としての研修(基本臨床研修)の目的は、患者の状態を把握するための情報を収集し、整理し、鑑別診断を行い、自ら問題解決の計画を策定し、それに基づいて行動でき、その後の専門研修に移行できる臨床能力を涵養することである。すなわち医師として医学知識を使いこなす実践臨床能力の開発であり、この基本的臨床能力を涵養することが研修目標となるべきである。
3. 大学病院、中核病院、地域病院、診療所などからなる臨床研修病院群を形成し、初期研修で広いバリエーションの疾患を経験して基本的な臨床判断能力を修得できるようにする。
4. 研修医の適切な処遇についての検証がおこなわれるべきである。
5. 研修修了者の臨床能力などを適正に評価するシステムを構築する。
6. マッチングを目的とした病院見学や採用試験などが学生の学習を妨げない制度設計とすべきである。
7. 募集定員は、医師の地域偏在などを是正する方法として、今後、研修希望者数に対する全体の募集定員数の割合は約1.0 ~ 1.1倍とすべきである。

## 2) 専門医・高度専門医療人の養成

### <検証>

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



### <提言>

1. 専門医・高度専門医療人の養成は、卒前臨床実習から臨床研修との連続性、基礎的あるいは臨床的な医学研究が可能となる研修環境などを勘案しながら制度設計できるようにすべきである。
2. 専門医育成の制度設計においては、World Federation for Medical Education (WFME世界医学教育連盟)の「Postgraduate Medical Education ; WFME Global Standards for Quality Improvement」を念頭に置いて、下記の諸点を確立すべきである。
  - a. 「専門医・更新(certification)」と「専門研修プログラム・研修施設評価認定(accreditation)」の両面の充実
  - b. プログラム責任者と指導医の位置付けとFD(教員の教育能力開発; Faculty Development)の義務づけ
  - c. 専門医としての総合診療医(家庭医、病院総合医)の養成
  - d. 中核病院、地域病院と密なる連携をとったシステム形成
3. 一貫性のある卒後の基本研修及びその後の専門研修を体系的に構築するための議論をする何らかの会議体を、文部科学省、厚生労働省、日本医師会、日本医学会などと連携の上、本会議を中核として早急に立ち上げるべきである。



### 3) 医学教育・研究の振興と大学院の充実

#### <検証>

- 基礎系大学院の振興
  - MDで基礎医学分野の教育・研究に従事しているものは極めて少ない。
  - 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。
  - 「研究医枠」による医学部入学定員増が措置されているが、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。
- 臨床系大学院のあり方、専門医と学位、臨床疫学
  - 高度専門医療人養成のための臨床系大学院コースの取組が行われている。大学病院の中でトランスレーショナルリサーチを担える人材の養成をめざす取組も行われている。
  - 専門研修制度の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。大学院進学と専門医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、初期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、この制度に対する評価は分かれている。
  - 専門医制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組が求められている。
- 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・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。
- 魅力ある大学院の構築、社会人大学院
  - 修士課程を設置している大学は増えているが入学者は減少傾向にある。
  - 定員割れの状態の大学院博士課程が多い。社会人入学者数の割合も多く、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。
- 日本発の臨床研究の質と量の改善
  - 日本発の臨床医学研究は、現在世界30位となっている。また世界のコア・クリニカルジャーナル120誌の英語原著論文のうち2.3%を占めているに過ぎない。
  - 臨床研究低迷の大きな要因は、臨床研究デザインの手法や手法の体系的な教育が大学医学部や医科大学、特に大学院レベルで教えてこられなかったことである。
  - さらに、臨床医が臨床研究を実施し発信することを可能にするProtected Time制度、疾患データベース、臨床研究指導者、研究者ネットワークなどの不備・不足も要因である。



#### <提言>

- 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。
- 大学院における教育・研究と基本臨床研修や専門医研修制度の研修プログラムとが相互に連携を持ち、基本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。
  - 臨床系大学院を活性化させるには、大学院在籍の一定期間が認定医・専門医などの認定に必要な期間に加算される制度を構築することも有効な方法である。しかし、大学院があくまで研究者養成を主目的とすることの阻害にならないようにすることが大切である。
  - 研究者養成コースでは、基礎系大学院との連携を密にして、将来的に臨床系大学院から基礎医学の研究者が生まれることを促進する仕組みも求められる。
  - 基本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る必要がある。
  - 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必要がある。
  - 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の確保などに課題がある。
- 各大学は、研究倫理教育を実施し、「研究データなどに関するガイドライン」を作成するなど研究不正防止のための体制を整備すべきである。但し、規制や罰則が研究者の萎縮に繋がりがり、自由な研究が阻害されることのないように注意をしなければならない。
- 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などの対策が求められる。
- 日本発臨床研究の質と量の改善
  - 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な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。
  - 臨床医学研究者の学習・研究時間をプロテクト・保証する仕組み(Protected Time制度の導入など)を確立するべきである。
  - 臨床研究への研究費助成の拡大、透明性の高い審査・評価システムの確立、臨床研究者を育成するための人材育成ファンド、研究者ネットワーク、疾患データベースの構築などを目指すべきである。

## 4) 生涯教育

### <検証>

1. 医学の急速な進歩、医療の高度化、複雑化、さらには社会的ニーズの高まり等により、医師に求められる能力は常に変化し、高度化している。
2. 医師免許を取得し、初期研修を修了して専門医として認定された後にも、安全、安心かつ適正な医療を実践していくために、医師には生涯にわたり弛まぬ自己研鑽(専門修練)をつむことが求められる。しかし、体系化した教育プログラムや教育の場のネットワークはまだ構築されていない。



### <提言>

1. 生涯教育は、大学入学時から、学部教育、初期研修、専門研修などを通して一貫した構想に基づいたプログラムで行われるべきものと考えられる。生涯学習プログラムにおいて大学は専門医機構や医師会などと連携して大きな責任を負うべきである。また、卒後教育でも、重要な役割を担うべきである。
2. 地域の病院、診療所、さらに在宅などでの医療実践により、地域包括ケアシステムにおいて中心的な役割を担う人材の養成も求められている。さらに、生涯教育支援ネットワークの構築も必要となる。大学は、学会、医師会、病院協会などと連携して、このような生涯学習支援ネットワークの要となる必要がある。

### 3. 医学部の卒業前・後にまたがる医師養成の検証と提言

#### 1) 横断的・総合的な医学・医療の研究

##### <検証>

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



##### <提言>

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

#### 2) 医学教育の国際基準とわが国の医学教育の分野別評価

##### <検証>

1. 医学教育の質保証が十分には実施されていない。
2. 国際基準から見て、医学教育では下記の点に課題がある。
  - a. 臨床実習時間が短く、かつ、見学型が主になっている。
  - b. 学生の自己学習が十分でない。
  - c. 統合型カリキュラムによる教育が行われていない。
  - d. 教員の教育にかけるモチベーションが低い。



##### <提言>

1. 国際基準に基づいて医学教育分野別評価を行い、医学教育の質を保証し、社会に示すべきである。
2. 臨床実習を参加型にし、十分な時間数をとるべきである。
3. PBL(Problem-Based Learning問題解決型学習)、TBL(Team-Based Learningチーム基盤型学習)などの学習方法を促進し、e-learningなど自己学習のための環境を整備すべきである。
4. 基礎医学と臨床医学の統合、臓器別統合教育など、旧来の講座単位ではなく、統合型教育を進めるべきである。
5. FD(教員の教育能力開発Faculty Development)やWS(講習会Workshop)で教員の教育への積極的関与を進め、教育技法の向上を図るべきである。また、教員の教育業績を評価するシステムを構築すべきである

### 3) プロフェッショナリズムとキャリア・ディベロップメント

#### <検証>

1. 医師には欧米諸国では生涯教育の成果として、プロフェッショナリズムあるいはプロフェッショナルとして求められる能力が重視されている。
2. わが国では、医のプロフェッショナリズムを取り入れた教育体制(キャリア・ディベロップメント)の整備は不十分である。
3. 特に女性医師がキャリアを継続し、向上するためには、男女医学生のキャリア・ディベロップメントを再検討する必要がある。



#### <提言>

1. 各大学医学部・医科大学においては、医学教育の全体像を掌握する部門が中心になり、明確なプロフェッショナリズム教育推進プログラムを編成して、継続的な取り組みを推進すべきである。キャリア・ディベロップメントで重要なことは、医学教育におけるキャリア教育の具体的内容を明確にして、各大学医学部・医科大学がそれを共有して教育に反映すべきである。  
具体的内容として、
  - a. 医師としての就労を生涯継続する。
  - b. 医学知識と技能の研鑽に励み、中断しない。
  - c. 自己啓発力を形成する。
  - d. 医学・医療を社会へ還元する意識を持つ。
  - e. 男女平等な社会の実現に努力する。
  - f. ワークライフバランスを正しく理解する。
2. 女性医師がキャリアを継続し向上するには、医学部入学早期からの男女医学生へのキャリア教育が極めて重要である。これらの教育によって培われた医のプロフェッショナリズムは、家庭と社会における男女平等意識を醸成し、女性医師の活躍に繋がるものである。

## 4) 教育環境の整備

### <検証>

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



### <提言>

1. 医学部や大学病院はもちろん、地域の病院、診療所のみならず、保健・福祉・介護関連施設など、学習活動の展開される場を広く教育環境としてとらえ、多様性の豊かな教育環境を整えていくべきである。
2. 能動的問題解決能力の獲得を促すような環境整備をすべきである。
3. 教育環境の最適化のためには、施設内で取り組むべきことのほかに、全国的な見地から、医療人養成に求められる最適環境も追求すべきである。
4. 教育の一貫性を考えた場合、医学部と附属病院が協同して卒前・卒後を通した教育拠点、基幹病院として一体化して機能させるべきである。
5. 医学教育部門は、2017年から開始される予定の専門医制度においては、各専門分野に共通する教育支援をも担うことが求められるのみならず、今後多くの医療職の教育支援組織としても活躍すべきである。
6. 医学教育部門は、医師会などと連携し、医師の生涯学習にわたる継続的学習環境の提供にも参加すべきである。
7. 今後の医学教育部門は、専任教員とともに多くの兼任教員から構成されるべきである。
8. 兼任教員は、教育業務エフォートの比率を明確にし、その教育への貢献を評価されるとともに、教員の教育能力の獲得や貢献が教育業績としてそれぞれの教員のキャリアパスにプラスに働くような仕組み作りをすべきである。
9. 全ての新任教員に「教員の教育能力開発(FD)」への参加を義務付け、「カリキュラム・プランニング」、「教育・指導方法」、「評価法」の3つのコース履修を求めるべきである。
10. 教育部門に従事する事務職には、医学教育部門の事務職の研修(SD:StaffDevelopment:職員能力開発)を義務づけるべきである。

## 5) 医学部新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧

### <検証>

1. 2008年以降、2015年までに、既存の医学部(医科大学)は1,509名の定員増を行っており、定員100名の医学部を15大学新設したと同じ効果を持っている。
2. 上記の定員増を考慮した医師数の将来予測によると、2012年の人口10万人あたり227人から、2025年には292人に達し、経済協力開発機構(OECD)加盟国の加重平均医師数280人を凌駕し、さらに、2030年には319人、2040年には379人となり、かねてから指摘されていた医師不足の状況を脱し、むしろ過剰となることが予測されている(社会保障制度改革推進会議、第5回医療介護の活用による改革の推進に関する専門調査会資料H27年6月より)。
3. 一方、1960年代以降の18歳人口千人当たりの医学部入学定員(医師養成数)の推移をみると、1960年では、入学定員は2,840人で、18歳人口は約200万人であった。すなわち、18歳人口千人当たりの入学者定員(医師養成数)は1.4人(約700人に1人が医学部進学)であった。しかし、2015年現在では、入学定員は9,134人に増加、18歳人口は119万人に減少しており、18歳人口千人当たりの医師養成数は7.7人(130人に1人が医学部進学)となっている。すなわち、以前にくらべ、医学部入学の難易度は5分の1以下に低下している(入学し易くなっている)。
4. 本会議の「医学生の学力低下問題に関するアンケート調査結果(2015年3月)」によると、入学定員増に伴い低学年(1年次および2年次学生)の留年者および休学者が有意に増加しており、また、精神的な問題、学習意欲の低下、基礎学力の不足など、問題を抱えた学生が増加している。
5. 教育体制の確保には、優秀な教員と十分な設備が必要であり(現在、医学生1人に臨床系教員1人が配置されており、定員100人の医科大学では600人の臨床系教員が必要)、医学部が新設されれば、近隣の医科大学をはじめ地域で活躍している多くの医師が教員として採用されることとなり、近隣の医科大学をはじめ我が国の地域医療が壊滅的な打撃を受けることが危惧される。
6. かかる状況下で、平成27年、政府は、東北地方の震災復興のシンボルと称して、東北地方に定員100名の医学部の新設を容認し、さらに、成田市における特区による医学部の新設(140名)を容認している。



### <提言>

1. すでに、既存の医学部では定員増を行っており、早晚、医師数はOECD(経済協力開発機構)の加重平均を凌駕しさらに増え続ける予測であり、また、入学の門戸は大幅に拡大しており、医学生の学力の有意な低下傾向(留年者や休学者の増加)などが示されている。かかる状況下での医学部の新設は医学生のさらなる質の低下を助長するものであり、再考すべきである。
2. 新設に伴い、近隣の大学病院、あるいは、地域で活躍している中堅医師が大量に教員として引き抜かれることとなれば、近隣の大学をはじめ地域医療に甚大な悪影響を及ぼす可能性がある。また、新設には多額の初期投資および運営維持の資金(補助金など)が必要で、一たび新設した医学部(医科大学)を閉鎖することは困難で、資源の無駄使いを避けるべきである。
3. 医学部新設は、教育環境の悪化・質の低下を惹起し、わが国の医学・医療に重大な悪影響を及ぼすことが懸念されることから、強く反対する。

## 6) 医師偏在、診療科の地域偏在の是正のための論理の展開

### <検証>

1. 医師の勤務地および診療科の選択は、職業選択の自由の原則の下、医師個人の選択にまかされている。
2. 大学病院には、高度・先進医療の提供、専門医の養成、地域への医師派遣、臨床研究の推進など多様な役割が求められているが、平成14年の初期臨床研修制度の導入以降、若手医師の大学病院離れにより、果たすべき役割が十分に果たせていない。
3. 国は、医師不足に対応するため、平成20年以降、平成27年度までに入学定員を増員(1,509名増)したが、その大半が地域枠であり、平成27年の地域枠学生の募集定員は、68大学、1,513人(文部科学省報告より)となっている。今後、この地域枠学生達は順次卒業時期を迎える予定であり、地域医療の担い手として、地域の偏在解消に貢献することが期待される。
4. 定員増が図られたとしても、勤務環境の厳しい外科、救急医療、産科・小児科領域等での医師不足(診療科偏在)は深刻で、さらに訴訟のリスクが高いことも事態を悪化させる要因となっている。
5. 専門医については、前述のとおり、新たな第三者機関としての一般社団法人日本専門医機構が設立されたところであり、今後、制度の運用を工夫することで地域および診療科の偏在解消を図ることが期待される。
6. 医学部入学者に占める女性医師の割合は、最近、約40%に達しており、病院の医師不足の要因の一つであることが指摘されている。女性医師も男性医師と同様に幅広い診療科選択が可能となるよう勤務の平等化が優先されるべきであり、医師のキャリア形成についての認識が重要である。



### <提言>

1. 今日の医師不足(地域偏在、診療科偏在)の契機となった初期臨床研修制度の抜本的見直し(学生臨床実習、卒後基本研修・専門研修をシームレスに行う仕組みを大学が責任を持って構築し、専門医の育成と地域並びに診療科の偏在の解消に寄与する仕組みの構築)を本会議が中心となって提言すべきである。
2. 大学と地域の基幹病院が研修施設群を形成し、卒前卒後に亘って地域に根付いた医師を養成する。
3. 地域枠学生について、国、地方自治体、大学、地域病院など関係者が連携して、卒業生が地域に定着する具体的な方策(関係者による会議体の設置、キャリアパスの構築、インセンティブの付与など)を早急に検討すべきである。
4. 勤務環境の厳しい外科系、救急、産科、小児科などに対して、①診療報酬の一層の増額(医師個人への還元が不十分)、②ドクターフィーの導入、③専門研修における、分野別あるいは地域別定数の導入、④強力なインセンティブの付与、⑤専門医機構との連携なども考慮すべきである。
5. 卒前・卒後の、地域医療を念頭においたカリキュラムの改善、医学生の社会的責任の涵養、医師が忌避しがちな診療科の魅力を伝える実習や体験、人材と資金を集中させて悪循環を断つこと、地域の医師のキャリア形成への支援、入学時からの経年的アンケート調査によるデータを蓄積し入学者選抜にフィードバックさせるなど、様々な工夫をすべきである。
6. 女性医師の増加に対し、育児と仕事が両立できる環境、子育て支援政策の徹底が必須で、医師不足の緩和に大きく貢献するよう、女性医師のキャリア継続が容易になる環境を設定すべきである。

Ⅲ. 医師養成の質保証と改革実現 (p31-p126)では、「Ⅱ. 医師養成のグランドデザイン: 検証と提言」のもとになった内容が、文献やデータに基づいて詳細に述べられている。

特別寄稿として、以下の2つの論文が掲載されている。

- 「明日の医療は？ 大学病院を考える」 日本医師会総合政策研究機構 主席研究員 佐藤敏信氏 (p127-p134)
- 「人口動態と医師需要」 一般社団法人 未来医療研究機構 代表理事 長谷川敏彦氏 (p135-p148)

Ⅳ. まとめ: 医師養成のあるべき姿 (p151-163)では、Ⅱ及びⅢで取り扱われた以下の各項目に関して、提言を中心に展開されている。

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