

医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言

—求められているのは医学部新設ではない—

全国医学部長病院長会議による補遺

「医学教育改革」

2015年 12月 2日

全国医学部長病院長会議

日本医師会・全国医学部長病院長会議
医師偏在解消策検討合同委員会内
全国医学部長病院長会議委員

- 荒川 哲男（全国医学部長病院長会議会長／大阪市立大学医学部長）
小川 彰（全国医学部長病院長会議顧問／岩手医科大学理事長・学長）
森山 寛（全国医学部長病院長会議顧問／東京慈恵会医科大学名誉教授）
河野 陽一（全国医学部長病院長会議相談役／独立行政法人労働者健康福祉機構
千葉労災病院院長／元国立大学附属病院長会議常置委員会委員長）
杉浦 哲朗（全国医学部長病院長会議／前国立大学医学部長会議常置委員会委員長
／高知大学医学部長）
炭山 嘉伸（東邦大学理事長）

目 次

1. 医学教育の改革	1
1.1. 地域医療にモチベーションを持つ学生の確保.....	1
1.1.1. 中・高校生向けセミナーの開催	1
1.1.2. アドミッション・ポリシーの明確化	1
1.2. 卒前・卒後のシームレスな教育と医師国家試験の見直し.....	2
1.2.1. リベラル・アーツ教育	2
1.2.2. 「Student Doctor」としての基本的な臨床能力の獲得	2
1.2.3. 卒業時 Post Clinical Clerkship OSCE の実施	3
1.2.4. 医師国家試験の適正化	4
1.2.5. 臨床研修制度の見直し	4
1.2.6. 医師の偏在を深刻化させない専門医制度設計	5
2. おわりに	6

1 1. 医学教育の改革

2

3 1.1. 地域医療にモチベーションを持つ学生の確保

4

5 1.1.1. 中・高校生向けセミナーの開催

6 中・高校生を対象に体験教室、出張講義等を行って、地域医療への理解を深
7 めてもらい、将来の地域医療を担おうという高いモチベーションを持つ医学部
8 志願者を増やす。

9

10

11 1.1.2. アドミッション・ポリシーの明確化

12 大学が、理念（アドミッション・ポリシー）を明確にし、教員と十分に共有
13 した上で、丁寧な入学者選抜を行っていくことで、地域医療に高いモチベーショ
14 ンを持つ学生を確保できる可能性がある。そこで、各大学が地域医療にどのよ
15 うな情熱を持っているかを入学希望者に明示（募集要項などに明記）して、地
16 域医療を担う医師としての社会的責務を理解してもらうように努めていく。

17

18 ※高知大学では、医学部医学科入学定員 110 名のうち 30 名が A0 入試である¹。

19 出願資格には「地域医療に従事する強い意欲あるいは医学研究に対する強い
20 志望動機を持つ」ことと明記されており、第 1 次選抜²後の第 2 次選抜では、
21 2 日間をかけて態度・習慣領域評価（医師となるのに基本的に不可欠な問題
22 解決能力や適性を評価）及び面接（地域医療に従事する強い意欲を持つ人物
23 を評価）が行われている。入学後の追跡調査でも、A0 入試の学生は学力のみ
24 ならず、周りからの評価・信頼も高いという結果になっており、新たな入試
25 制度の中では有用な選抜方法と位置付けられる。

26

27

¹ 高知大学 2015 年度募集人員：一般入試前期日程（一般枠 55、地域枠 10）、AO 入試 30、推薦入試地
域枠 15 <http://www.kochi-u.ac.jp/nyusi/05jininnittei/H27gakubujinin.pdf>

² 自己推薦書、自己の活動記録、調査書、学力試験（小論文、総合問題）

1 1.2. 卒前・卒後のシームレスな教育と医師国家試験の見直し

2

3 1.2.1. リベラル・アーツ教育

4 医師が地域医療との深いかかわりを意識し、生涯を通じて職業倫理の向上に
5 努めていくために、医学部6年間で医師として必要な幅広い資質を涵養するこ
6 とが重要である。そこで、社会医学、公衆衛生学等に加えて、心理学、社会学、
7 哲学、倫理学などいわゆるリベラル・アーツ教育によって幅広い視点からの考
8 察、分析能力を身につけ、将来、患者を全人的に診ることができるような基礎
9 を構築するとともに、医師としての社会的規範、行動規範を形成する。リベラ
10 ル・アーツ教育の時間は、一般教養科目を高校の学習の繰り返しにならないよ
11 うに見直して確保し、医学部6年間を通じて継続して実施する。

12 さらに、社会保障制度（医療保険及び介護保険、社会福祉など）や医療政策、
13 医療経済等についても学習する。

14

15

16 1.2.2. 「Student Doctor」としての基本的な臨床能力の獲得

17 医学部4年生終了までに、臨床実習を開始するための基本的な臨床能力を判
18 断する目的で、CBT³、OSCE⁴を課す。

19 その後、CBTとOSCEを統合した全国標準の「共用試験」を作成する。これに
20 より、全国統一基準で知識・技能・態度が担保されることになるので、共用試
21 験に合格した学生を「Student Doctor」として位置付け、診療参加型実習でよ
22 り高い臨床能力を獲得できるようにする。

23 この提言の背景として、CBTの標準化が実現したことがある。全国医学部長
24 病院長会議及び医療系大学間共用試験実施評価機構が連携し、2015年度にすべ
25 ての医学部において臨床実習開始前の共用試験CBTの合格基準を標準化した。
26 これにより臨床実習開始前の医学生の基本的な知識が担保され、医師国家試験
27 を適正化することができることとなった。

³ Computer Based Testing, 医学的知識を問う試験

⁴ Objective Structured Clinical Examination, 客観的臨床能力試験

1 1.2.3. 卒業時 Post Clinical Clerkship OSCE の実施

2 2010年9月に米国 ECFMG⁵が、2023年以降は医学教育の国際的認証を受けて
3 いる医学部・医科大学の卒業生以外には受験資格を認めない旨を高等教育評価
4 機構など日本の複数の認証評価機関に通知したことから、医学教育の国際基準
5 への準拠が求められている。2013年には全国医学部長病院長会議や日本医学教
6 育学会等との協力により、日本医学教育評価機構（JACME⁶）が医学教育分野別
7 認証評価を実施することになり、2015年のJACMEの正式発足を目指して鋭意準
8 備中である。一方、日本医学教育学会から「世界医学教育連盟（WFME）グロー
9 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」が公表され、国
10 際基準に基づく医学教育が求められている。

11 国際基準では、各医学部が卒業までに習得しておくべき医学生能力（コン
12 ピテンシー）を定め、それを実現するための教育を行うよう推奨している。そ
13 して、卒業時には、医師としての生涯学習に対応できるよう、知識・態度・技
14 能を適正に評価することを求めている。この観点から、卒業試験では、学生の
15 知識・態度・技能を総合的に評価し、卒業の可否を判定すべきである。

16 従来のがわが国の卒業試験では、科目ごとに知識を評価してきた。しかし、医
17 師として必要な能力は、臨床推論能力など総合的に解釈し、判断する能力が重
18 要であり、科目別の試験よりも、統合試験の実施が望まれ、国際基準でも推奨
19 されている。

20 一方、学生の態度・技能の評価は、わが国の卒業試験ではあまり重視されて
21 こなかった。しかし、卒業生の多くが臨床医になることを鑑みれば、卒業時に
22 医師として活躍できる態度・技能を習得しているかどうかを評価しておくこと
23 は極めて重要である。現在、医療系大学間共用試験実施評価機構において、す
24 べての医学部で統一的な臨床実習修了時のOSCEを導入すべく準備中であり、
25 2020年度を目処に全国的に正式実施が開始される見込みである。そこで、これ
26 を踏まえて、各大学で卒業時OSCE (Post Clinical Clerkship OSCE: PostCC OSCE)
27 を実施することを提案する。

⁵ Educational Commission for Foreign Medical Graduates

⁶ Japan Accreditation Council for Medical Education

JACMEの認証評価を受けることによって、ECFMGの試験が受験できるようになる。

1 卒業試験で、学生の知識・態度・技能を総合的な見地から評価しておくこと
2 は、卒前臨床実習（診療参加型実習）から卒後研修（臨床研修）への継続性を
3 高めることもできる。また、卒業試験が適正化されることで、教育の向上にも
4 つながり、国民の求める優れた医師の育成につながると期待できる。各医学部
5 の卒業生の知識・態度・技能を総合的かつ適正に評価できる卒業試験を実施す
6 ることを提案する。

7

8

9 1.2.4. 医師国家試験の適正化

10 2015年3月に発表された「医師国家試験改善検討部会報告書」⁷では、出題
11 数500題のうち、医師としての基本的姿勢を含めた基本的診療能力を問う「必
12 修問題」は現状どおりとし、「医学総論」及び「医学各論」から「一般問題」と
13 して100題程度を減らすことが可能であるとし、2017年度の第112回（2018
14 年）から実施される予定である。また、出題数の見直しに伴い、試験日数が3
15 日間から2日間になる。

16 これまで述べてきた医学部4年生終了時までの共用試験（CBT・OSCE）、卒業
17 時のPostCC OSCEによって、医学的知識や臨床能力等がこれまでより高いレベ
18 ルで担保されることになるので、医師国家試験は、適切な臨床推論を行えるか
19 どうかを客観的、最終的に評価する問題に絞り込む。

20

21

22 1.2.5. 臨床研修制度の見直し

23 2004年度に導入された医師臨床研修制度は、2009年には臨床研修制度のあ
24 り方等に関する検討会によって、「臨床研修制度の導入により大学病院が担って
25 きた地域の医療機関への医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が
26 顕在化・加速化した」⁸ことが指摘された。その大きな原因は、研修医が自由に
27 研修先を選ぶことができるマッチング制度にある。人気の高い都市部に研修医
28 が集中し、地方での医師不足が進んだ。これを受けて、制度発足後10年目に当

⁷ <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000079678.pdf>

⁸ 「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」2009年2月18日

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/dl/s0226-10a.pdf>

1 たる 2013 年には、地域偏在解消のために募集定員を変更し、臨床研修病院群の
2 形成を促進すること等の見直しが行われたものの⁹、いまだ結論は出ていない。

3 また、2009 年の臨床研修制度のあり方等に関する検討会を受け文部科学省で
4 は医学教育カリキュラム検討会から意見のとりまとめが報告され¹⁰、その後近
5 年の医学部教育は大きく改善されてきている。全国 80 大学で合格基準を統一し
6 た CBT が導入され、卒前臨床実習も従来の従来型（見学および模擬診療）から
7 参加型に変化している。卒前、卒後（後述）の医学教育が大きく変貌していく
8 中、医師臨床研修制度が従来のままであることは許されない。現行制度をゼロ
9 ベースで見直し、部分的な手直しではない基本骨格からの抜本的な改革を行い、
10 医学生涯教育の仕組みを総合的に構築する必要がある。

11 12 13 1.2.6. 医師の偏在を深刻化させない専門医制度設計

14 専門医制度は、卒前、卒後を通じた医学生涯教育の中で、特に卒後医学教育
15 の中核をなす極めて重要な医学教育体制の一つである。その専門医制度が大き
16 く変わろうとしている。2013 年 4 月 22 日、厚生労働省の「専門医のあり方に
17 関する検討会」から、専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）と医療提
18 供体制の改善を目的に「新たな専門医に関する仕組みについて」の報告書が公
19 表された。すべての医師が、いずれかの基本領域の専門医を取得することを基
20 本とすることが掲げられており、2014 年 5 月 7 日に第三者機関である「日本専
21 門医機構」が正式に発足したが、本格的な制度設計はこれからである。日本医
22 師会の役割は、地域医療をはじめとする医療提供体制全般について目配りする
23 ことであり、日本専門医機構は学問的な見地から医療の質の向上に努める、と
24 いう役割を果たしていくことになる。

25 今後の制度設計にあたっては、医師数の少ない診療科で、研修が都市部に集
26 中して地域偏在を加速させることがないように、日本医師会、全国医学部長病院
27 長会議が積極的に関与し、地域医療に配慮したものとする。

28

⁹ 「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書 ー医師臨床研修制度の見直しについてー」2013 年
12 月 19 日, <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000032870.pdf>

¹⁰ 文部科学省医学教育カリキュラム検討会意見のとりまとめ「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学
教育の改善について」2009 年 5 月 1 日,
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/038/toushin/1263119.htm

1 2. おわりに

2

3 近年、卒前医学教育の改革が急速に進んできた。共用試験 CBT の合格基準を
4 全国の大学で統一し、一定の学力を有する学生に Student Doctor の称号を授
5 与して卒前臨床実習に進む仕組みが確立され、医学生が臨床実習で実施できる
6 医行為の水準も策定された。また、JACME が 2015 年 12 月 1 日正式に発足した。
7 国際基準を踏まえた医学教育認証評価制度の下、診療参加型臨床実習がさらに
8 充実していく。加えて、国家試験の見直しも予定されている。

9

10 このように、卒前医学教育が大きく改善し、診療参加型臨床実習が充実すれ
11 ば、現在の初期臨床制度の到達目標は卒前教育で達成できることになる。また、
12 卒後医学教育では新しい専門医制度が導入される。卒前医学教育改革と新専門
13 医制度の導入を踏まえ、シームレスな医学生涯教育の観点から、全国医学部長
14 病院長会議は、臨床研修制度のゼロベースで見直し、部分的手直しではない基
15 本骨格からの抜本的な改革が必要であると考えている。

16

17 以上の観点から、卒前・卒後（臨床研修制度と専門医制度）医学教育、医学
18 生涯教育の確立こそ医師の地域・診療科の偏在解消策の最も確実な第一歩であ
19 ると考えている。