

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(AJMC: 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、問題発生の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、① 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、② 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。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、

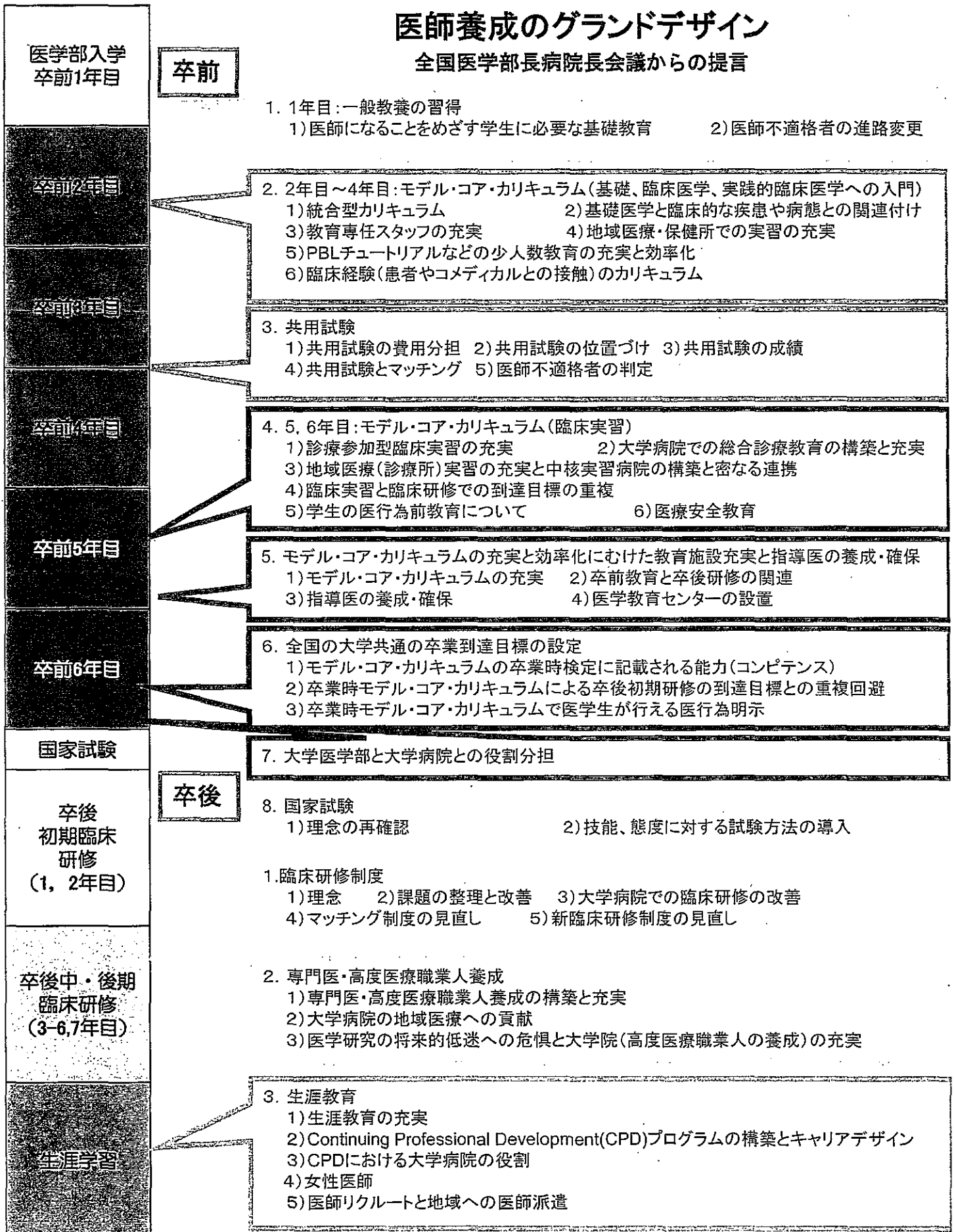
医学・医療に携わる全ての人々に、強く提言する。

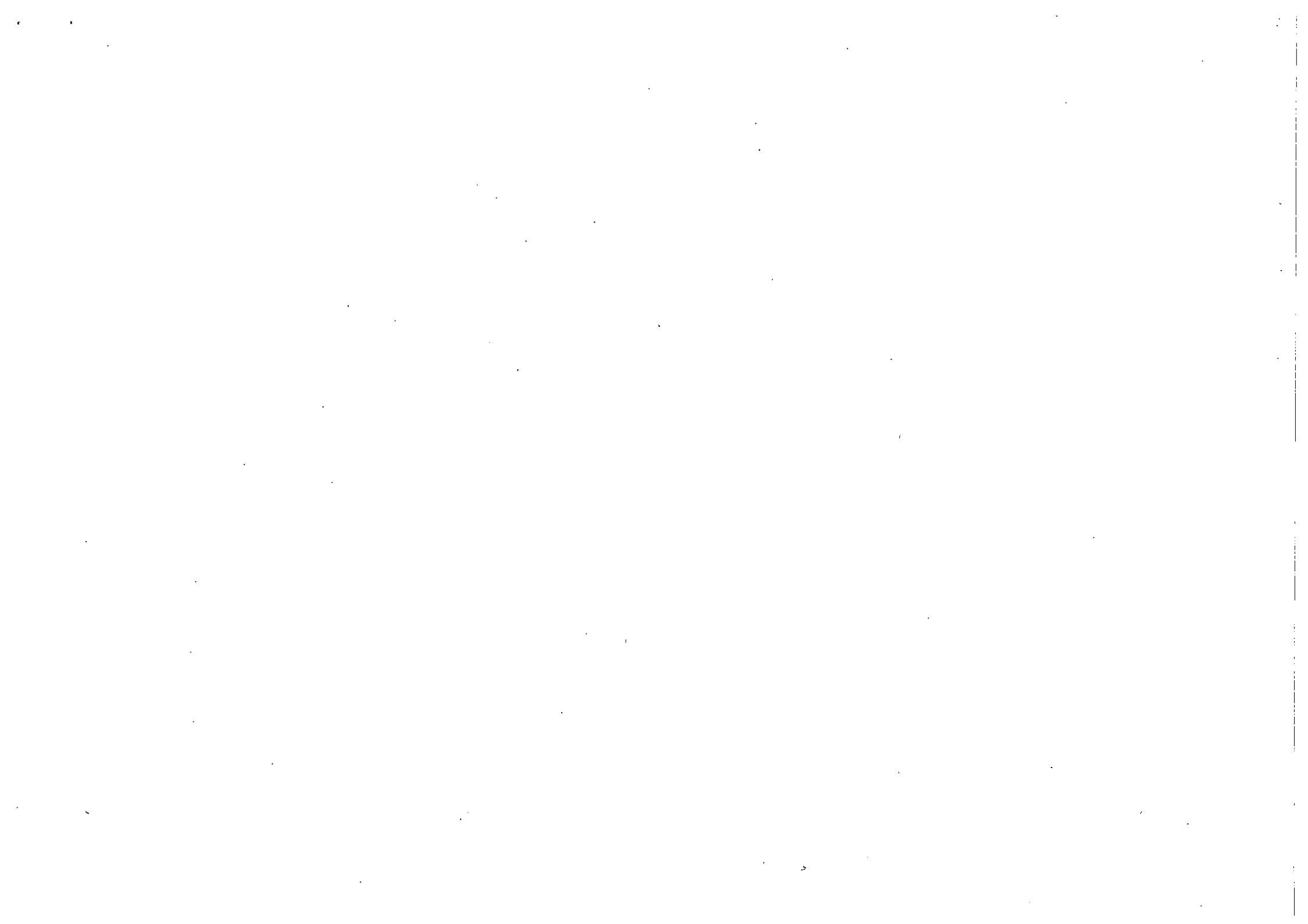
1. 医学生 of 臨床実習開始前の医学知識、技能の評価、認定制度（共用試験）の実効性のある資格制度としての確立。
2. 医学生の医行為実施の法的整備による診療参加型臨床実習の充実。
3. 全国共通の卒業到達目標の設定と評価の義務付けによる、医師国家試験の見直し（技能・態度を問う試験の導入）
4. 新臨床研修制度の理念の見直し；「プライマリケアに対応出来る臨床能力の涵養」から、「基本的臨床・診療能力の涵養と専門的研修の導入期としての位置付け再編」。
5. 研修指定病院基準・マッチング制度の見直しと地域別定数及び厳格な評価の導入
6. 専門医・高度医療職業人養成制度の構築と充実
7. 医学研究の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



医師養成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





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、我々医育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、①生命科学を学ぶための準備教育、②リテラシー（読み書きの能力）教育、③コミュニケーション能力の養成、④人間性・社会性教育（いわゆるプロフェッショナルリズム「=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①患者とはどういう「存在か」や、②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③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④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」につながる教育を受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だろう。

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、①道徳的あるいは常識的な素養に欠ける学生、②周囲の人間（医師、看護師などのコメディカルや患者など）と円滑な人間関係や基本的な意思疎通が取れない学生、③あまり勉強しない（あるいは勉強することができない）学生などがあるが、この場合、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④一定の科目、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こともありえる。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。この際、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、①事実確認、②手技修得、③研究的側面、③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、①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、②地域における医療構造、③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