

提 言

我が国の医学教育はいかにあるべきか



平成23年（2011年）7月28日

日 本 学 術 会 議

基礎医学委員会・臨床医学委員会合同

医学教育分科会

この提言は、日本学術会議基礎医学委員会・臨床医学委員会合同医学教育分科会の審議結果をとりまとめ公表するものである。

日本学術会議基礎医学委員会・臨床医学委員会合同医学教育分科会

委員長	北島 政樹	(第二部会員)	国際医療福祉大学学長
副委員長	瀬戸 暎一	(連携会員)	公益財団法人国際口腔医療財団代表理事
幹事	磯部 光章	(連携会員)	東京医科歯科大学大学院教授
幹事	渡辺 守	(連携会員)	東京医科歯科大学大学院教授
	鈴木 晶子	(第一部会員)	京都大学大学院教育学研究科教授
	長村 義之	(連携会員)	国際医療福祉大学大学院教授・病理診断センター長
	藤堂 省	(連携会員)	北海道大学大学院医学研究科教授

提言及び参考資料の作成にあたり、以下の方々に御協力いただきました。

谷口 直之	(第二部会員)	独立行政法人理化学研究所基幹研究所ケミカルバイオロジー研究領域システム糖鎖生物学研究グループグループディレクター
本庶 佑	(第二部会員)	京都大学大学院医学研究科教授(特任)
山本 雅	(第二部会員)	東京大学医科学研究所教授
渡邊 誠	(第二部会員)	東北福祉大学総合福祉学部教授・感性福祉研究所副所長
位田 隆一	(連携会員)	京都大学大学院公共政策連携研究部教授
小川 彰	(連携会員)	岩手医科大学医学部長・脳神経外科学講座教授
笹月 健彦	(連携会員)	国立国際医療センター名誉総長
末松 誠		慶應義塾大学医学部学部長
高野 健人	(連携会員)	東京医科歯科大学・教授
友池 仁暢	(連携会員)	国立循環器病センター病院長
中澤 博江	(連携会員)	東海大学医学部基礎医学系教授
中山 敬一		九州大学生体防御医学研究所分子発現制御学分野教授
真鍋 俊明	(連携会員)	京都大学医学部附属病院病理部教授

要 旨

1 作成の背景

疾病構造の変化、患者のニーズの多様化、生命科学や医療技術の急速な進歩などを背景として新しい世代の医療人の育成が求められている。医学教育を取り巻く環境も変化を続けている。我が国における医学部教育は、多方面の努力に支えられて多くの改革を進めているところであるが、現行の制度は硬直化しており、国民の期待に十分に答えることが難しい状況である。日本学術会議からの本提言は、現状の問題点を踏まえ、国の施策としてあるべき姿を真摯に考え、その中で実現可能な改善点についてまとめたものである。

2 現状及び問題点

医療人に求められるものが大きく変わっている中で、戦後医学教育の枠組みは基本的に変わっていない。従来型の医学教育の問題として、画一的で硬直化したプログラムでの医療人養成、臨床実技教育の軽視がある。また知識重視の教育内容は増加し続ける医学知識に対応し切れていない。限られた教育年限の中で、知識伝授型の教育から脱却し、新しい時代に対応しうる医療人の育成プログラムへの転換が求められている。臨床医学教育においては、患者中心の全人的医療を展開する医師を育成するための教育体制を確立することが急務である。基礎医学教育においては、医師の立場から研究に関わる人材が激減しており、医学研究は危機に瀕している。

このような状況に対応して、近年、学士入学制度、全国共通モデルコアカリキュラム（巻末の用語の説明参照）、全国共用試験（CBT、OSCE）（巻末の用語の説明参照）が導入された。問題解決型学習への転換が進行し、またコミュニケーション・態度教育や統合型カリキュラム、クリニカルクラークシップ（巻末の用語の説明参照）の導入が模索されている。各大学はファカルティデベロップメント（FD）を行い、また卒後教育においても、臨床研修必修化、病院マッチングシステム、プライマリーケア重視の基本診療科ローテーション等の改革が行われてきた。このような変革にもかかわらず、なお医学教育は社会のニーズに対応し切れていないのが現状である。社会のニーズに合致した多様な医師、医学者養成のコースの導入についても検討が必要である。

改革に当たって卒前教育と卒後教育、専門医教育、さらに生涯教育は不可分一体であり、特に臨床研修と医学部教育の一体的な合理化についての必要性は高いが、その点文部科学行政と厚生労働行政が縦割りで行われている弊害がある。国民に対しては、良医の育成には多くの資源と国民の協力を必要とすることについても理解を促す必要がある。

3 提言の内容

(1) 新たな医師・医学研究者育成システムの構築

現状では医学部卒業生のほとんどが臨床医になっており、基礎医学研究に携わる医学部出身者が減少を続けている。このことは将来の我が国の医学医療を考えると極めて深刻な事態である。その一因は画一的な教育プログラムにあると考えられる。その解決の一方策として新たなシステムの構築を提言する。

MD/PhD コースは、従来の6年制医学部教育に大学院教育(3または4年間)を併せた9または10年間教育のカリキュラムで physician scientist としてキャリアを歩むプログラムである。基礎医学、トランスレーショナル研究を担う優れた医師を養成するための制度設計である。多様な制度の導入に際しては共通カリキュラムを設定し、学生にはコース変更を担保し、多重制度がもたらす混乱を避けるよう十分な議論が必要である。各大学での対応には限界があり、制度が担保されるよう国策として推進すべきである。

(2) 医学部基礎・臨床教育の充実に向けた新しい方策

時代の要請にあった医療人を養成するために、医学部教育の改善に当たっては、基本的に現行の医学部教育の枠組みの中で、より充実したプログラムを組むことが現実的である。

① 臨床前準備教育：教養教育に割かれる時間はますます減少する傾向にある。患者中心の医療を体現しうる医療人育成をめざして効率のよい教養教育が求められる。そのために必要な方策として低学年向け教育の充実、高学年向け「仕上げ教育」の導入、学際的な科目編成の工夫、双方向授業、大学間教養教育ネットワークの構築、インタープロフェッション教育など、柔軟な開講形態を提案する。

② 基礎医学教育：現行の医学教育システムの中で人材不足と質の低下が懸念されており、危機的な状況に直面している。上記のMD/PhD コースの導入に加えて、IT教育の活用、大学院制度の改革、キャリアパスの確立、定年後教員の活用などの方策により抜本的な変革が急務である。

③ 臨床教育：知識伝授型から問題解決型、知識重視型から技能・態度重視型の教育へ転換を図るべきである。そのため、臨床実習開始前の共用試験制度をさらに改良し、Student Doctor (巻末の用語の説明参照) 制度を導入することによって充実した診療参加型臨床実習(クリニカルクラークシップ (巻末の用語の説明参照))を実現することが可能となる。さらに医

師国家試験を改善し、客観的臨床技能試験（Advanced OSCE=objective structured clinical examination）（巻末の用語の説明参照）を導入すべきである。

(3) 医師教育における施策の一貫性

医学部教育は初期臨床研修や専門医教育を含めた連続性のもとで行われるべきである。大学医学部教育を所管する文部科学行政と医師国家試験を含む医師教育を所管する厚生労働行政は、一体化して医師教育を担うべきである。行政関係者においては、本来不可分一体である医学部教育と医師教育、医療政策を一体化し、施策立案の一貫性をはかることが望まれる。

(4) 国民の理解と協力を得るための施策

有効な臨床教育には社会の理解と患者の協力が不可欠である。国はじめ諸機関は医学教育の重要性と教育改革についての認知度を高め、新しい臨床教育についての協力が得られるよう国民の啓発を行い、臨床教育改革への国民の共感をえるよう、法整備も含めて一層の努力をする必要がある。

4 まとめ

医療は平時の安全保障であり、教育と医療が壊れれば国は滅びるとまで言われる。医療人・医学者の養成は医療政策の根幹をなすものである。医学教育及び医師教育は本来、長期にわたり多大な人的、経済的資源を必要とするものである。制度改革は急務であり、広範な議論のもとに速やかに実行することが求められている。限りある資源を有効に使い、受益者たる国民に資するために、当事者たる医学教育関係者にあっては不断の努力を傾注し、また行政府にあっては効率の良く、大胆かつ柔軟な施策立案を行うことを期待するものである。

目 次

1	はじめに	1
2	多様な医師・医学研究者育成システムの構築	2
(1)	なぜ多様なコースが必要か	2
(2)	学士入学制度からみえてきたもの：我が国独自の制度の必要性	2
(3)	Medical School	3
(4)	MD/PhD コース	5
(5)	多様なコースを有機的に統合するために	7
3	医学部基礎・臨床教育の充実に向けて	8
(1)	臨床前準備教育	8
(2)	基礎医学教育の問題点と改善	10
(3)	共用試験の在り方・Student Doctor の導入	12
(4)	クリニカルクラークシップの充実と国民啓発	14
(5)	医師国家試験の改善と態度技能評価の導入	15
4	国際基準による外部評価	15
5	提言の実現における障害と対策 -医師教育における施策立案の一貫性-	16
6	結語	17
	<用語の説明>	19
	<参考文献>	20
	<参考資料>	
	医学教育分科会審議の経緯	22

1 はじめに

第20期日本学術会議発足に伴い、平成18年3月に第二部関連分野別委員会の分科会として、医学教育のあり方について議論する目的で「基礎医学委員会・臨床医学委員会合同医学教育分科会」が設置された。

医学・医療を取り巻く環境が大きく変わっているなかで、医学教育に求められるものも変貌してきている。医学における教授内容の増加と質的な進化、国際的な情報の共有によるグローバルスタンダードの浸透、患者の権利意識の高まり、国民の高齢化、医療経済の悪化など様々な要因があり、医療の質向上に対する期待は高まる一方である。臨床医学教育においては、患者中心の全人的医療を展開する医師を育成するための教育体制を確立することが急務である。基礎医学教育においては、医師の立場から研究に関わる人材が激減しており、医学研究は危機に瀕している。医学部卒業生の基礎医学離れは深刻であり、事実、医学系大学院は大幅に定員割れをしている。適正な定員や臨床系大学院と基礎系大学院の定員バランスについても早急に検討すべきである。早急に優秀な人材を医学研究に投入するような具体的な施策が求められている。

諸外国では医学教育システムの不断の改革が進行している。韓国では4年制大学卒業後に医学教育を行う Medical School 制度を過半数の大学が導入し、従来の6年制の制度と比較評価を行っている。さらに国家試験に実技試験を導入するなど積極的な制度改革とその評価を行っている。欧州各国でも多様な制度が取り入れられている。

我が国では現状を打開するために、学士入学が導入され、全国共通モデルコアカリキュラム（巻末の用語の説明参照）を策定し、臨床実習開始前の資格試験として全国共用試験（CBT、OSCE）（巻末の用語の説明参照）が導入された。講義偏重型授業から問題解決型学習への転換が進行しつつある。またコミュニケーション・態度教育や統合型カリキュラム、クリニカルクラークシップ（巻末の用語の説明参照）の導入が模索されている。教育体制の改革のため各大学はファカルティデヴェロップメント（FD）を繰り返している。また卒後教育においても、臨床研修必修化、病院マッチングシステム、プライマリーケア重視の基本診療科ローテーション等の改革が行われてきた。

このような変革にもかかわらず、なお医学教育は社会のニーズに対応し切れていないのが現状である。特に卒前教育と卒後臨床研修制度の関連、卒後臨床研修制度と大学院制度との整合性についても試行錯誤の状況にある。社会のニーズに合致した多様な医師、医学者養成のコースの導入についても検討が必要である。

進行しつつある教育改革はいずれも多大な人的、経済的資源を要するものである。教育に割ける教員が極端に少ない現状では限界があることは自明である。豊富な人材を持つ欧米のシステムを、その有効性ゆえにそのまま導入することには無理がある。また卒前教育と卒後教育、専門医教育、さらに生涯教育は不可分一体であり、特に臨床研修と医学部教育の一体的な合理化についての必要性は高い。その点については縦

割り行政の弊害が指摘されている。また国民に対しては、良医の育成には多くの資源と国民の協力を必要とすることについても理解を促す必要がある。

今後の我が国の「科学技術立国」としての立場と、「医師養成」の課題が、卒前、卒後の医学教育の時期に集中的に問われており、これを整理し、どのような教育体制とするべきかが、焦眉の課題となっている。こうした現状を踏まえ、本分科会においては、複合的、長期的観点から、特に卒前医学教育のあるべき姿について討論を重ね、それに基づいた提言をまとめた。文部科学省及び厚生労働省をはじめとする関係者においては、提言を真摯に検討し、改革を着実に推進する事を要請する。

2 多様な医師・医学研究者育成システムの構築

(1) なぜ多様なコースが必要か

21世紀の医学・医療は高度な先進医療技術の追求がなされる一方で長寿化に伴う多疾患を持つ難治性患者に対する予防の実施が必要とされる状況にある。また両者の中間分野を担う医学者・医療者も必要である。以上の要求を満たすには異なった適性と能力を持つ多様な医師・医学者の存在が求められる。個々の医学生に対するオーダーメイド教育制度が必要である。

一つの方策として入学後の多様な教育システムの導入がある。平成19年の医学研究者の現状分析で基礎医学研究の凋落が強く懸念された。また医学部卒業生のほとんどが臨床医になっており、基礎医学研究と基礎医学教育に携わる医学部出身者の激減が憂慮された。これらを踏まえてアカデミックドクター養成制度として医学部に一部の大学には既に設置されているMD/PhDコースを拡大することを提案する。臨床の実務には長けてはいるが、研究経験のないあるいは研究志向のない医師だけでは将来の我が国の医学医療を支える人材にはなりえない。医学部教育のなかに基礎医学研究に没頭できるコースがあれば多様な学生の中に基礎医学研究や医学部教育に自分の適性を見出す人が出ると考える。この制度は多様な選別制度による多様な能力の学生にとって選択肢を広めることとなる。

(2) 学士入学制度からみえてきたもの：我が国独自の制度の必要性

我が国はリベラルアーツ型の大学や学部は少なく、そのままアメリカの医学部の教育制度 Medical School を導入することは難しいと考えられるが、学士入学は、勉学への集中、人間性と人格の備わった成熟した医師への育成、法学・文学・音楽など多様な pre-medical 教育を背景とした特色ある医師の育成、及び高い国家試験合格率などの教育効果を期待して、導入された制度と理解されている。大阪大学が1975年に最初に始めた学士入学制度(3年次編入学制度)は、4年制の大学学部卒業生(学士)から選抜された学生を医学部3年次に編入し4年間の医学教育を行うもので、そもそもはアメリカのMD/PhDコースを目指したものであった。多様性のある

人材を集め、研究者になることを期待したものであった。この制度によって選抜され医学部課程を終えた学生のその後の進路を大阪大学で追跡調査したところ、卒業生の多くは臨床医としての道を歩んでいる結果を得ており、またその中で現在第一戦の医学研究者として活躍しているものが占める割合は、通常の医学部卒業生総数の中で医学研究を職業とする者が占める割合と比較すると若干多いだけである。つまり、この学士入学制度は多様性のある臨床医を養成するためにはすぐれた制度であるものの、研究者の養成には必ずしも適切な制度とはいえないとの結果であった。更に、学士入学者の卒業後にその特性を活かした臨床研修や医療システムの中での個別の受け皿が欠如していること、入学者の高齢化、単に進路変更のために利用されている現状、などの問題点も指摘されている。

過日行われた“全国医学部・医科大学へのアンケートに基づく「メディカルスクール構想」にたいする国立大学医学部長会議常置委員会の見解”[平成21年10月22日]によると、学士編入学は現在35大学(44%)が行っているが、3大学が募集を停止している。学士入学制度については、一部は肯定的な意見であったが、導入された頃は良好であった学生の学業成績が最近では低下傾向を示すこと、地域医療への貢献度は低く、ほとんど基礎医学に進んだ学生はいない等、多くは学士編入学生により目的に見合った貢献がなされていないという結果であり、今後も本制度の存続に関しては、議論が必要であるとの結論であった。利点、欠点を踏まえ、また卒業生の進路や社会的活動を調査検討した上で、あらためてこの制度の中で期待される人材を吟味して制度の存在意義について検証する。

(3) Medical School

卒前医学教育制度は、国によって大きく異なり、現在3つの類型に分けることが出来る。①我が国のように高校卒業後18-19歳で大学医学部に入学し5-7年間(ドイツ、オランダ、ベルギーなど)、②4年生大学を卒業しMedical Schoolで4年間(アメリカ)、若しくは、①と②の混合(オーストラリア、韓国など)で医学教育を行っている。これ等3者のどれを採用しても、各々利点と欠点があり、以下に述べるように我が国においてMedical Schoolは性急に導入する段階には至っておらず、今後その得失を十分に議論する必要がある。

Medical Schoolを本邦に導入するに当たっては、なお賛否両論のあるところである。以下にその得失を述べるが、医学教育における大きな制度改革につながることから、特に教育の質の担保について懸念する意見も多い。十分な衆議をもとに検討をすべきである。

Medical Schoolは、「米国で行われている医学教育」と定義するのがわかりやすい。米国では4年制の大学卒業後、Medical College Admission Test (MCAT)により選抜されて4年間の医学教育を受ける。2年目から臨床実習が開始され、3年、

4年とクリニカルクラークシップで実際の医療チームに配属されて患者の診療に当たる。医療の現場では、Student Doctor（巻末の用語の説明参照）として学生も患者と接することになる。この制度は、Medical Schoolとして単独に存在するのではなく、「独立して医療が遂行できるよい医者を社会に送り出すこと」を目的とした卒後臨床研修制度（resident system）に継がる一貫した医学教育制度の中にある。その根本理念はFlexnerが100年前に提唱した「如何にして良き臨床医を作るか」である。そのための第一歩として、我が国のように高校卒業生ではなく、社会的成熟度がより高い4年制大学卒業生の中から、「良い医療の具現者たらん」とする高い動機と情熱をもつ「良き医師」になる可能性がより多い志願者を、知性・人間性の両面から選抜している。しかも基礎医学と早期からの臨床医学を徹底的に教育し、在学中にUSMLE step1（2年次）とstep2（4年次）（巻末の用語の説明参照）の国家試験を課し、医師としての職業教育を通して、医学教育の質の保証を行うことに特徴がある。

現今、医療そのものの崩壊が叫ばれている我が国にあって、医療費や医療制度と共に、良質な医療の確保、特に良質な医療の提供において中心となるべき医師の資質の重要性が指摘され、従来の6年制医学教育に代わる米国型のMedical Schoolに期待が寄せられている。従来の医学教育の問題点としては、学業成績のみで、医師としての適性や社会的・精神的成熟度から選抜されていないこと、学生が未成熟であり、高邁な探究心を育成するのではなく、勉学の興味が卒業試験や国家試験に片寄っていること、種々の医学教育の改良が加えられているものの、質的・量的に不十分な指導体制のために実践的臨床教育が不足していることなどが挙げられている。これらを払拭し、“より成熟した医師の育成方法”としてMedical School制度の創設が議論に登っているのである。Medical Schoolの優れた点は、4年制大学を卒業し、成熟した人材を対象にした臨床実地教育を行えることにあると言える。そこでは、心を備えた、対話ができる、最新の診療技能を備えた医師の育成が期待できる。しかし、そこには単に医学のみの教育ではなく、医療経済学、倫理学などより高度な患者からのニーズに対応できる医師の完成が望まれる。医療及び社会に責任を担う良質な医師の育成を目指し、社会的・道義的責任感を培った能動的学習のできる学生をプレメディカルに養成することができれば、医学教育の質向上になるろう。

一方、問題点としてそもそも我が国における大学・学部のリベラルアーツ教育がpre-Medical Schoolにおける教育に対応しているのか。二重制度導入に伴う現場での混乱、基礎医学へ及ぼす影響、医師免許取得が2年遅れることにより学費や時間的な負担が増すこと、医師としての就業時期の繰り延べの問題、などがあげられる。医学部受験に関する新たな問題を引き起こす懸念もある。リサーチマインドを持った優れた臨床医を養成するためには特に基礎医学教育が重要であるとの議論があ

る。医学教育の現状を考えると、4年の教育期間では不十分であり、医学教育の質を担保する方策を検討する必要がある。Medical School は魅力ある制度であることは疑いがないが、極めて大きな制度変革の導入を行うためには、現行の教育システムを上回る効果が得られることが前提であり、今後さらに十分な議論を待つべきものと考えられる。

教育制度とともに重要なのはカリキュラムである。我が国では平成 13 年にモデルコアカリキュラムが策定され成果をあげている。内容についてはなお議論を重ねる必要がある。不断の改訂が必要とされるが、発表されたあと、内容についての改訂は小規模にとどまっている。「コア」の部分に対する「アドバンス」部分については各大学に委ねられているが、今後は医師国家試験の内容、初期臨床研修プログラムとも合わせて、十分な議論をしていく必要がある。

年々増加する膨大な医学情報や、同時に年々高度化・細分化する診断・治療技術を前に、両者を併せ持つ質の高い医師を養成することは至難の技である。これらは大学医学部や Medical School のみで達成できるものではなく、卒前と卒後の一貫した医学教育のみが可能とするものである。

我が国の医学教育における Medical School 導入の議論にあっては、上述したその得失を十分に踏まえることが必要であり、また前項で述べた医学部学士入学制度の抱える現状も踏まえ、慎重な対応が求められる。同時に、「将来どのような医師を育成すべきか」という医学教育の根本的理念を明らかにする必要がある。

(4) MD/PhD コース

MD/PhD コースは欧米では 30 年以上前からほとんどの医学部で設置されておりコース卒業者は基礎医学と医学部教育の発展を担っている現状がある。アメリカではすでに 1965 年から上記の制度を導入し、この制度からノーベル賞受賞者を始め、国際的にリードする人材を輩出している。従来の医学部教育（6年）に大学院教育（3または4年間）を併せた9または10年間教育のカリキュラムで physician scientist としてキャリアを歩むプログラムである。MD と PhD の両方を取得できるだけでなく、研究と臨床の訓練を統合して教育するシステムである。MD/PhD コース導入の利点は、両方のプログラムを別々に履修する場合に比べて時間が節約できること、患者の臨床的な問題の根底にある基礎科学的な背景への理解と知識を深め、あらたな診断法や治療法の開発にも貢献できる医師が育成されることがあげられる。さらにこのコースは臨床医学の視点を持って基礎医学研究に従事する人材を創出することにつながる。

授業は生命科学の基礎と研究の方法論・実験技術に関する準備教育より開始する。低学年では MD コースの学生と同一のカリキュラムとし、週末や正規の授業後に基礎研究室をローテーションし、先進生命科学の現状を学び、研究室のカンファレン

スに出席して実験方法や実験技術の習得を始める。ローテーションのカリキュラムは必須科目と選択科目に分け学生の将来の目標を入れた自由度の高いものとする。Social Sciences（保健や人口問題、WHO 関連など）に関心のある学生には心理学や社会学の選択が出来るようにする。ローテーションの間にフルタイムの研究を行う研究室を選択させ、研究課題と指導教員を決定する。

その後はいくつかのケースが想定される。即ち5年次から研究に専念するコースでは3-4年間で学位論文を完成させ、8年生で学位審査を受ける（PhD）。その後臨床準備期間を経て共用試験合格後クラークシップに入る。2年間のクラークシップ終了後卒業試験、医師国家試験を受験する。もう一つはフルタイムの研究を MD 取得後に行う現在の大学院制度に類似したコースである。このコースでは基礎研究室の所属をクラークシップの間も続けその後のフルタイム研究は3年間で終了できる。9年終了後学位論文を完成させ、学位審査を受ける（PhD）。

入学後も MD コースから MD/PhD コース間の変更は可能であるが、変更学年を勘案した柔軟で個別のカリキュラム作成が必要である。

本コースの学生は長期間の教育期間を必要とすることから様々なインセンティブをもうける必要がある。経済的な支援が必須である。授業料の免除や減額、返済不要の公的な奨学金制度などの諸制度を導入する。例えば、病院収益の一部を奨学金としてプールするなどの大胆な改革が一案である。学生は個々の大学で入学許可を得た後に全国一斉に行われる選抜試験により選ばれる。また国内海外留学、卒後の待遇についても格別の配慮が得られるような制度が望ましい。

本コースを高いレベルで運用するためには現在の基礎医学教員では不十分で人員構成の再構築と増員が必要である。

現在の臨床教室では医学部大学院制度は名ばかりで臨床に時間がとられて研究に専念出来ていない現状がある。MD/PhD コースの設定と並行して大学院進学生がフルタイムで研究に従事出来るようにする改革も必要である。臨床系大学院生の増加をはかる一方で、その教育にあたる人材(教員)の確保、研究を継続して行う体制、就職先の確保も同時に行うことが求められる。そのために新たな教育研究機関を創設していくことも提案された。

現在各大学で行われている MD/PhD コースは、それぞれの大学・大学院で個別の工夫で行われているところである。既に期待される人員を確保している大学も見られる。上述のような充実し、かつ柔軟性のある制度を確立するためには、国策として制度設計をすることが必要である。既に「日本の展望—生命科学からの提言」でも述べられているように、大学院生への経済支援、大学・研究機関への基盤研究経費の増大、大学・研究機関による能力ある人材の確保の柔軟化、国の機関等による大学院修了者の雇用拡大などの政策が提言されているが、MD/PhD コースの導入もこの一環として実現に向けた要望をするものである。

(5) 多様なコースを有機的に統合するために

多様な医師・医学者養成のために制度として複数のコースを設定するに際しては、以下の諸点に留意する必要がある。

① 「医学の専門的な目をもって人間を捉えるとともに、また自らも一個の人間として患者と向き合うことのできる専門家」の養成という観点から、いずれのコースにも共通する基礎的なカリキュラムを編成することが求められる。そのためには、医師・医学者にとって求められる「専門的な智」（知見のみならず、それを研究実践及び臨床実践において活用していく判断力や知恵を含む）とは何かという点について十分な検討が加えられなければならないだろう。そのうえで、入学者に対して、それぞれのコースの入学者受け入れ方針を明確にしていくことが重要である。

② 複数の養成コースを設置した場合に重要なことは、途中でコースを変更する可能性を保障しておくことである。これは、大学教育を受ける機会を実質的に保障し、ユニバーサル・アクセス（いつでも自らの選択により適切に学ぶことができる機会が整備された状態）を実現する見地から重要である。また、進路選択における個々人の状況を配慮した制度面での柔軟な運営という観点からも重要である。コースの変更の際には、変更希望者本人の意思を確認し、またその能力や適性、将来性など様々な観点から助言できる専門家グループの設置が必要である。この専門家グループには、変更希望者の所属するコース、変更希望先のコースそれぞれの教育担当者のほかに、中立の立場から相談にのることのできるコース・アドバイザーも構成員として加えられることが望ましい。

③ 医学と歯学、薬学、看護学等の他分野が、より緊密に連携する必要がある。歯学、薬学、看護学等の教育においては、隣接臨床医学教育の重要性がこれまで以上に深く認識されつつあり、医学教育カリキュラムの拡充が望まれる。また医学教育における歯学、薬学、看護学教育の重要性は、同様に強調されてしかるべきであり、教育面から医学と歯学、薬学、看護学の相互的連携を深めることが、将来、チーム医療としての基盤を確立し得ると考えられる。

3 医学部基礎・臨床教育の充実に向けて

(1) 臨床前準備教育

平成3年に大学設置基準大綱化以降、科目区分や必修教科の見直しが急速に進められる中で、基礎教育や教養教育については、履修単位が減少する傾向にある。専門的職業人養成を目的とした医学部では、専門教育の早期化や高度化が行われてきていることもあり、学部3、4年段階に向けての共通教育や基礎教育はあまり普及していない現状である。教育基本法の新たな条文では「高い教養と専門的能力を培う」（第7条）ことが大学の基本的役割として規定されている。また、平成20年に中央教育審議会大学分科会・制度・教育部会は学士課程教育の目指す「学習成果」について審議し、『学士課程教育の構築に向けて』をまとめている。こうした流れを踏まえて、今後、医学部における教養教育は以下の取り組みが求められる。

① 「低学年向け臨床前準備教育」を学部を超えて設置

医療系（医歯薬看護系）の専門的職業人養成には、従前に増して充実したリベラルアーツに加え、医の倫理、医療統計、医療経済など医療系に特化した準備教育の新設、拡充が望まれる。これら教育を通じて、医療系職業の本質とそれによって成立する社会の仕組みを学び、自らの職業を適確に選択する能力の獲得を促すことが重要である。またこれらカリキュラムの整備には、人員や施設などの基盤整備が必須である。

② 学部高学年段階での「仕上げの人間教育」の実施

これまで基礎教育や共通教育は専門教育に入る前段階で履修されるという傾向が強かった。しかし、医学系のように専門的職業人養成に関わる学部では、ある程度の専門的知見を学ぶことと並行して、その専門的知見を広い観点から深く理解していくための教養教育も必要である。また、将来、患者や医療従事者との円滑なコミュニケーションにおいて必要とされる豊かな人間理解の技能・能力も求められるところである。そこで、大学の3、4年段階での、高学年向けの「仕上げの人間教育」を実施することが重要である。

③ 学際的な科目編成の工夫

現代では、諸外国も含め、大学教育は、「何を教えるか」という観点から、むしろ「学生に何ができるようになるか」という観点へとカリキュラム編成の原理が移行しつつある状況である。医学部学生に必要とされる技能や能力について、とりわけ医師・医学者として求められる人間へのまなざしや、専門的職業人としての資質といった観点から、柔軟なカリキュラム編成をしていく必要がある。具体的には、専門領域それぞれに対応した科目編成だけでなく、例えば、「人間」、

「死生」、「生命」といった独自の観点からの学際的な科目編成を工夫することも重要である。

④ 少人数による双方向型授業、体験学習の実施ときめ細かい学生の資質把握

豊かな人間理解とコミュニケーション能力、瞬時の専門的判断力の養成が必要とされる医学系の学生に対しては、特に、少人数による双方向型の学習形態や、体験活動などを含む多様な教育方法を採用していくことも重要である。こうした授業を通して学生の資質や能力、適性などを具体的に把握することも可能であると同時に、学生自身も自らの資質や適性について早い段階から省みることが可能となる。

⑤ 授業実施形態の柔軟化

前掲の中央教育審議会大学分科会のまとめにおいても指摘されている通り（24頁）、科目の授業実施形態についても、週1回開講による2単位科目の履修という固定的な形から、週複数回開講や、2コマ続きでの開講による3単位、4単位科目も教育効果の観点から開講する形も今後必要となってくるだろう。特に、高学年で専門科目と併せて受講することが必要となる「仕上げの人間教育」においては、こうした柔軟な開講形態をとることも妥当となってくるだろう。

⑥ 大学を越えた臨床前準備教育ネットワークの形成

医学教育にコース制を導入していくためには、何が学士課程教育として学生に求められているのかを明確に規定し、また学生に提示していく必要がある。大学を越えた学生向けの準備教育について討議し、実施していくためのネットワークの形成が重要となってくるだろう。こうしたネットワークを土台とした準備教育での連携を深めることは、単に、大学相互の単位互換だけではなく、医学教育のコース制実施に際しての、基本的なコアカリキュラムの共有や、コース間の相互理解、コース変更に際しての学生向けの対応など、制度の柔軟な運用においても重要となってくることだろう。

⑦ 臨床前準備教育の達成度評価の導入

医師・医学者としての必要最低限の準備教育として必要不可欠な核となる教育内容をガイドラインとして提示すること、また、そのガイドラインに従って、個々の学生の達成度について学生自身が評価・点検できるシステムを導入する必要がある。医学系の学生に対して、早い段階からの進路アドバイスをするために、個々の学生の興味・関心、専門教育の進展具合などを鑑みながら、準備教育に関わる教員と医学系の専門教員とが連携して相談にのるようなメンター制度の導入も

併せて行うことも吟味すべきだろう。

(2) 基礎医学教育の問題点と改善

医学教育の中の基礎医学教育を論ずる際には、a) 臨床医育成の基礎をなす教育という視点と、b) 医学部卒業後に基礎医学研究者となるよう育成する視点との双方が有るものと考えられる。a) については、コアカリキュラム（巻末の用語の説明参照）の影響、b) については臨床研修医制度の影響が大きいと思われる。

① 臨床医育成の基礎をなす教育という視点

この場合は、基礎医学教育の位置づけにおいて、低学年で行われることが多いが、臨床医学を学び、実践する際の知識として重要であるという認識が教員、学生双方に大切である。すでに導入されて久しいモデルコアカリキュラムでは、「基礎医学と臨床医学を関連付けて学べる統合的プログラムの編成」を目指しており、個々の「...学」…ology が明確でなく、現象、疾患別など、横断的に学習することを目的としている。過日刊行された「全国医学部長病院長会議 我が国の大学医学部(医科大学)白書」平成21年(2009年)5月版では、基礎医学担当教員に対するアンケートで、基礎医学教育がコアカリキュラム導入によって良くなったが5件、良い点と悪い点がある43件、悪くなった4件、変わらない21件であった。このアンケートを基に、基礎教育の問題点・課題を抽出して、改善につなげる議論が必要である。

近年、情報技術(IT)が医学教育に導入され、多方面で応用が試みられている。特に、良質な画像、実習内容などを複数の大学で共有する、臨床教育への連携など、その可能性には大いに期待が寄せられている。ITの特性を十分に生かして、教育資材の作製、共有、評価などに応用されることの検討も我が国での基礎医学教育の現状を鑑みて急務なものと考えられる。また、基礎医学教育の国際化への展開も視野に入れ、検討を進めるべきであろう。

② 我が国における医学研究者の現状

ア 医学研究の必要性

基礎的な研究成果なしには、将来の医学の進歩は有り得ず、現在急速に高齢化しつつある我が国における医療問題を解決することは困難であると同時に、経済的にも多くのイノベーション機会を逸する結果ともなろう。医学研究とは将来の医療に対する「投資」に他ならず、その重要性は自明である。つまり我が国としては、現在の「医療」と共に将来への「医学研究」を同時にバランス良く進める必要がある。

イ 医学研究を担う人材の激減

現在「卒後臨床研修必修化」の影響によって、基礎医学講座では医学部出身者は皆無という状態に陥っており、基礎医学研究者の90%近くが教育・研究の危機を実感しているという調査結果がある。それと同時に臨床分野においても研究経験のない医師が増加してトランスレーショナルリサーチの担い手が激減しつつある。つまり基礎医学分野と応用医学分野の双方で将来の医学を担うための人的投資が疎かにされており、危機的状況を迎えているのが現状である。

ウ 医学部出身の研究者が必要な理由

医学の進歩に従って、研究対象がより疾患指向になりつつあり、医学知識のベースのない研究者では本質的な課題を解決することが困難なテーマが存在する。さらに実際の疾患を見ることにより具体的で深い課題設定ができることなど、医学の進歩に対して医学教育を受けた研究者は一定割合で今後も必要である。

医学教育の中で、卒業後に基礎研究あるいはトランスレーショナルリサーチに向かう人材を育成することは、今後の我が国における基礎研究を考える上で極めて重要である。医学部教員及び他学部の研究者間の有機的な議論も必要である。

③ 医学研究を担う人材の確保のための方策

基礎医学研究はもちろん、科学的見地に基づく臨床応用研究や臨床研究のシーズをもたらす中でトランスレーショナルリサーチの活性化を図るためには、医学研究を担う人材の確保のための抜本的な方策が必要である。具体的方策として、次の3点を提言したい。

ア 基礎医学の研究・大学院教育体制の改善

基礎医学に関する大学院のプログラムを充実させるとともに、若くて優秀な医師が基礎医学分野に入ってくるのを促すような多くのインセンティブ、特に待遇面での改善が求められる。最低限、授業料は全額免除し、十分な奨学金を付与する事が求められる。さらに研究専任教員の新しい増員配置は必須であり、研究者を学生教育から解放し、大学院教育・研究等に専念させる必要がある。また大学院コアカリキュラムの確立、単位互換を全国レベルで進めていく事も重要である。

イ 医学研究者に対するロードマップの確立

医学研究者に対して、大学院を管轄する文部科学省と医師の研修を厚生行政

から考える厚生労働省の協力体制の確立による国レベルでの整合性のあるロードマップを用意することを期待する。基礎系大学院を修了した後は、大学教員あるいは大学研究者へのトラックが用意されるなどの制度設計が必要である。加えて、成績優秀者には海外の大学院相当機関への留学、交流などの機会を与えるなどして、国際的な立場で活躍できるよう育成する。多様な就職コースを用意し、それぞれのコースで指導的な立場に就くことができるようなキャリアプランを用意する事も必要となろう。

ウ 研究指導体制への提案

大学院の研究指導目的に教員やスタッフを特化する方向性が必要である。また将来の指導者を育成することが必須であり、そのために定年後の教員活用を提案する。即ち、定年後に任期制の「特任研究指導担当教授」として、大学院教員として活用する仕組みを考えることは実現性のある有効な手段となろう。

(3) 共用試験の在り方・Student Doctor の導入（巻末の用語の説明参照）

CBT が全国で共通に実施され臨床実習に入る前の学生の quality check が共通基準で確認されるようになる一方、医学部・医科大学相互のチェック機構の下に OSCE（巻末の用語の説明参照）が実施されるようになり、臨床実習スキルの進捗度がある程度客観的に確認できるようになった。将来的には国家管理のもとでの資格試験の導入が求められる。そのために重要なことの一つは国民の認知に基づく医学教育への協力であり、その点でも国の責任は重い。

① CBT の実施時期と進級要件としての役割

CBT（巻末の用語の説明参照）の実施時期と進級要件としての位置づけについては実施各校によって異なっているのが現状であるが、各医学部・医科大学の6年間のカリキュラム編成に関する自由度を尊重する上で全国で画一的な実施基準を設けることの是非については慎重な議論が必要であろう。

② CBT の内容について

モデルコアカリキュラムが制定され、その項目に準拠して各医学部・医科大学の自助努力と工夫によって問題プールが作成されてきた。問題作成のガイドラインともなっているモデルコアカリキュラムの内容は、日進月歩の医学医療の変化に対応するべく改訂を重ねるべきものであると考える。また CBT の当初の方針であった基礎教育科目に対する「重心」は、臨床教育科目の問題内容の複雑性や多様性に押される形で軽視されることがないように配慮をするべきである。米国の最近の医学教育の基本的考え方として実際のスキルや専門知識の習得に重心を

おくあまり論理的思考のトレーニングが相対的に軽視されていることを反省する動きも出始めており、CBTの問題作成にあたっては今まで以上に基礎・臨床一体型の論理思考を問う問題作成の姿勢が求められるべきであろう。

③ OSCE について、特に診療参加型 OSCE と Student Doctor 制度の必要性

一方 OSCE の定着・改良と啓発も医学部・医科大学の多大の自助努力と相互連携によって順調に導入が進んでおり今後も推進すべきである。国家試験合格後ただちに初期研修に入る医学生にとって、学生に可能な範囲でより高度な技術訓練を受ける機会を設けることは極めて重要である。既に旧厚生省から学生が一定の医療行為を行うことに関する条件についての通達が出されているが、現行法では医学生の医療行為は担保されていない。そのため学生の医療行為は制限され、教育上の大きな妨げとなっている。即ち、1) 学生が行える医療行為の範囲を明示し、2) 指導医による指導の下に、3) 一定の条件を満たす医学生が、4) 患者の同意の下に医療行為を行うことを是認することが求められる。3) に該当する条件は下記に述べる student doctor 制度である。このような条件の下に、診療参加型実習と共用試験 OSCE の普及とこれに対応して医師免許を持たない医学生に一定の医療行為の訓練を受けることを認可する法整備を確立することは愁眉の急である。

これまで主体となっている OSCE では、特に人材養成面で短期的に危機に瀕している、外科系医師を目指す人材の修練効果には大きな期待が持てないことは明白である。医師国家試験合格前の現行 OSCE を通過した医学生に一定の医療行為を supervisor の厳密な監督の下で許可する Student Doctor 制度の導入と、その必要性を国民に啓発してゆく活動を推進するべきであると考えます。今後、卒前卒後医学一貫教育を推進するための大学間連携が進む中で、評価基準を一にした診療参加型臨床実習の制度をどのように普及させるかは非常に難しい課題であり、また Student Doctor による医療行為に対する法的責任のあり方をどのように捉えるかが大きなハードルとなろう。しかしながら、国民の安心・安全な医療を提供する使命を医学部・医科大学が果たしていく上で、指導医師・医学生双方の責任の範囲を明確にしてでも、一定の医療行為を認めた臨床実習の実質化は着実に前進させるべきである。

④ 共用試験実施を支える教員・職員支援の必要性

共用試験実施機構などの公的機関による取りまとめのシステムがあるとはいえ、共用試験制度の実施にあたっては医学部・医科大学は多大の自助努力を行って対応を重ねてきており、教職員の負担および実施母体となる医学部・医科大学の負担は確実に大きなものになっている。CBT、OSCE を準国家試験として位置づ

けるのであれば、制度実施に必要な財政的支援を充実させる必要がある。

(4) クリニカルクラークシップの充実と国民啓発

医学部教育において質の高い医師を養成するために必要とされるのは臨床実習の充実である。現在導入が進んでいるクリニカルクラークシップ（巻末の用語の説明参照）は、診療参加型臨床実習とも呼ばれ、患者の同意の下に学生がチームの一員として一定範囲の医療行為を実践し、その中で医師になるに際して必要な知識、技能、態度を身につける臨床実習である。欧米ではすでに古くから実施されており、その違いが日本の医学生の卒業時の臨床能力が欧米に比較して劣っていると指摘されている要因の一つであるとされている。

既に多くの大学においてクリニカルクラークシップの導入に必要な諸条件の整備が行われており、モデルコアカリキュラムの作成、臨床実習開始前の学生評価のための共用試験の導入がなされ、医学生の要件を満たす努力をしてきたところである。

昨今の医療安全意識の高まりを反映して医学生が行いうる医療行為の範囲については制約が多くなっているのが実情である。医療行為を行う学生はもとより、指導にあたる教員の負担を軽減するためには医療安全、医療過誤に対する保障を明確にして、リスクに対する支援体制の確立が必要である。「医師でなければ、医業をしてはならない」（医師法 17 条）とする法律との整合性が問題にならないよう、国には実情にあった法整備の検討をお願いしたい。

この間医学部定員が大幅に増員されている。一方、教育資材、特に人的な支援はそれに見合った増加がなされていないのが現状である。もとより大学病院における教員の臨床業務は加重、複雑になってきている。その中で医学生の医療行為に関する教育業務の負担増加は極めて深刻な状況であるといわざるを得ない。教員、指導医に対する待遇や処遇、あるいは専任職員の増員についても十全な対応が必要である。特に大学病院に勤務する医師が教育に専念できる制度を導入すれば、病院の人的負担が軽減するだけでなく、クラークシップや研修医教育の質がさらに向上すると考えられる。

一方、患者同意の要件もクリニカルクラークシップの導入に大きな制約となっている。国民の医療への不信が増している状況が背景にあり、大学、教員の側の臨床実習改善への努力にもかかわらず、新しい臨床実習の認知度は低く、協力を得がたい状況が存在する。臨床能力の高い医師の養成の直接の受益者は患者となる国民である。国はじめ諸機関は医学教育の重要性と教育改革についての認知度を高め、新しい臨床教育についての協力が得られるよう国民の啓発を行い、臨床教育改革への国民の共感をえるよう法整備も含めて一層の努力をする必要がある。

学生が医療行為を行うにあたって必要とされる医学生の技能の向上に求められ

るのは模型（モデル）を用いてのシミュレーション教育である。いわゆるスキルスラボは全国の大学に導入が進められているが、普及度、認知度はなお十全とは言い難い。特に羞恥や侵襲を伴う診察・治療手技、例えば直腸診や内診、静脈穿刺などの技術習得には必須の実習形態である。患者、指導医の負担を軽減させる効果が高く、臨床教育に不可欠の実習項目となっている。さらに普及度を高めること、ラボ運営への人的支援が必要であり、同時により教育効果の高い機材の開発を含めて一層の発展が望まれる。

(5) 医師国家試験の改善と態度技能評価の導入

教育における評価は教育効果を高め、教育内容の質を向上させる上で重要な要素である。卒前臨床教育の評価はその目的からして知識、技能、態度を包含して総合的に行わなければならない。またほぼ同じ時期に行われる医師国家試験も、同様の観点からの評価をもって医師としての資質を審査することが求められる。しかし現状では主として知識の評価が行われているに過ぎない。国家試験においても筆記試験が行われているのみである。技能、態度の評価のために検討されているのが advanced OSCE（巻末の用語の説明参照）と呼ばれる客観的臨床技能試験である。advanced OSCE は既に欧米諸国では国家試験の一部に取り入れられており、その効果が評価されているところである。我が国においても「国家試験改善検討委員会」が国家試験への導入について繰り返しの提言を行っているにもかかわらず実現に至っていない。全国の大学で導入が進められているが、実施率は平成 20 年で約 50%にとどまっている（全国医学部長会議調査）。導入が滞っている主な理由は advanced OSCE には多大な人的、資金的負担が必要とされることにあるも示されている。関係諸機関は実態を踏まえ、医師の能力向上を担保するために、全国統一的な advanced OSCE の導入を目指し、国家試験への導入についても積極的に取り組むことが望まれる。

4 国際基準による外部評価

新しい医学教育の導入に際して重要なことはその評価である。まずアウトカムベースの教育の自己点検評価が必要である。学内だけでなく、他学からの相互点検評価が求められる。さらに医学、医療とも国際交流が進み、情報技術（IT）をもとにして情報がグローバル化する中で、医学教育においても国際基準による教育評価による質の担保と不断の改革への取り組みが必要である。これによりはじめて国際的水準の実践力をもつ医師、医学研究者が育成でき、国際的競争力の保持と医療レベルの向上が可能となるものである。そのために必要なのは外部機関による評価であり、国際基準（グローバルスタンダード）の観点から教育プログラムの評価に当た

る第三者機関の設置が望まれる。

5 提言の実現における障害と対策 -医師教育における施策立案の一貫性-

医師教育にとって、医学（学生）教育が重要であることは言うまでもないが、人材の多様化、地域偏在の解消などを念頭に入れた場合、医学教育前(pre-Medical School)の教育及び医学（学生）教育後(post-Medical School)の教育の連携が極めて重要である。医師教育の「施策立案の一貫性」についての検討が必要である。医学教育及び医師教育は本来、長期にわたり多大な人的、経済的資源を必要とするものである。限りある資源を有効に使い、受益者たる国民に資するために、効率の良い無駄のない行政システムに生まれ変わることが望まれる。

既に多くの議論がなされてきたところであるが、大学医学部教育を所管する文部科学行政と医師国家試験を含む医師教育を所管する厚生労働行政は、一体化して医師教育に関わる施策を行い、教育環境を整備すべきである。医学部教育は医師国家試験の内容に大きく依存している。また殆どの学生は医学部卒業後に、厚生労働省による臨床研修に参画している。臨床研修が我が国の卒後教育として実績を挙げてきていることは、高く評価できるが、医師教育の多様性の面から見た場合には、医学部卒業生の卒後の研修の選択肢が限られてきてしまっていることもしばしば指摘される事実である。医学部教育から卒後教育の一貫性の観点からも、研修の flexibility を希望したい。

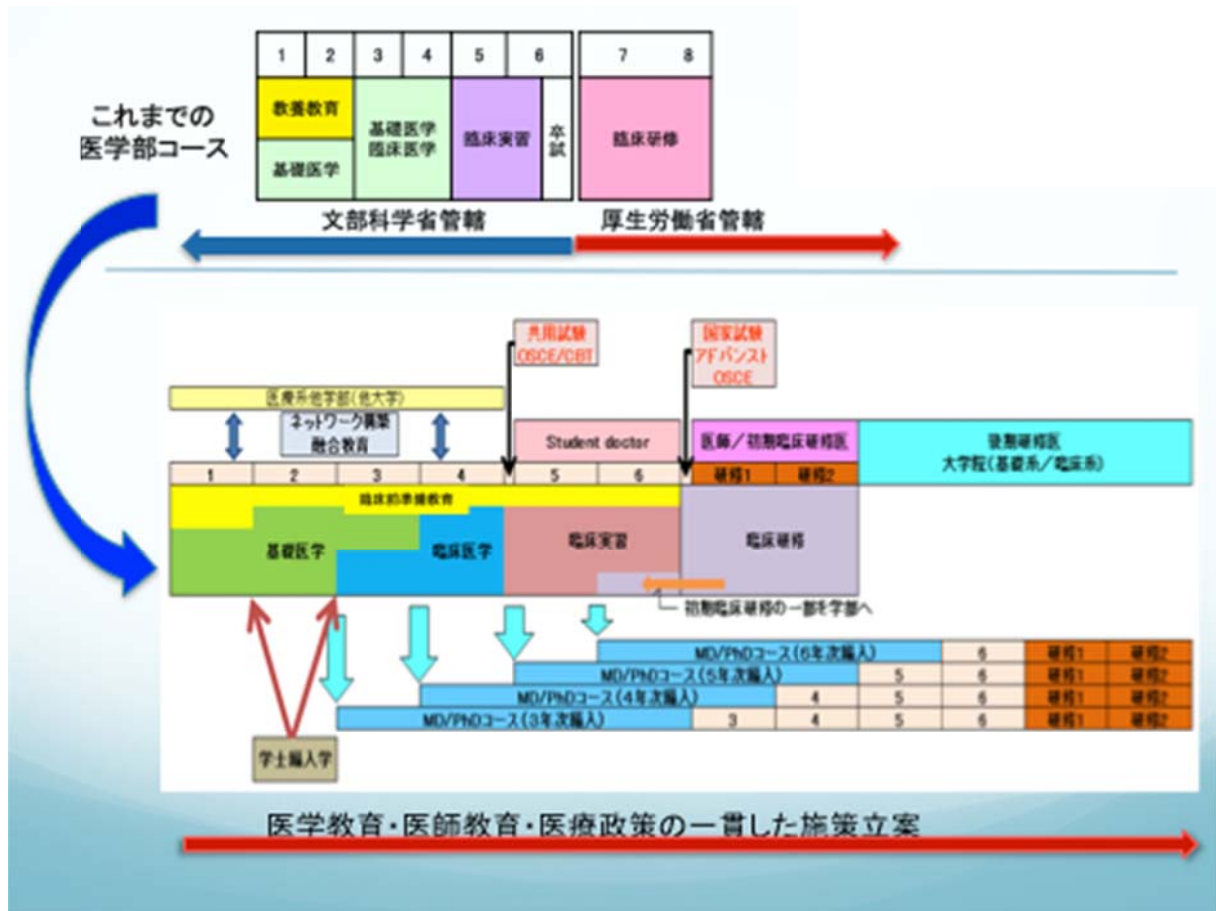
現在定着しつつある臨床研修システムを評価し存続を図るとともに、医学教育の多様性を重視した場合、MD/PhD コースなどの制度設計も視野に入れて、文部科学省と厚生労働省が協力して人材育成システムの構築にあたることを望まれる。

最近になって医学部定員の増加が行われているが、医学部定員の問題は、医学教育の内容と不可分一体である。適正な医師数と医学教育の質を保つためには定員の増減に見合った資源の適正な配置と体制の整備が必要であることは言を待たない。現在の縦割りの行政システムが医学教育、医師教育の改革の大きな妨げとなっていることは衆目の一致するところである。医師教育に関する行政を一体化して、さらには医学教育・医療制度を統一的に立案施行するシステム(省庁)の創設についても早急に検討すべきである。

6 結語

よりよい医学教育がなされた場合の受益者は患者となる国民である。また「科学技術立国」を目指す我が国における医学研究の重要性は言を待たない。本提言で述べた諸問題を解決するために制度を刷新することで、医学教育、医師教育の充実と効率化がもたらされれば、医療内容の改善や医科学の進歩、革新的医学技術の創造を通じて国民に益するものは極めて大きい。現行の制度は疲弊しており、新たな医療、医科学を担う次世代の医師、医学者の育成に効率よく対応できているとは言い難い。議論をさらに深めて、今後長期にわたって日本の医療・医学を支える人材の育成を可能とする制度設計を行っていかねばならない。医師教育を所管する行政システムについても変革を行う必要がある。その上で、関係者各位が改革を着実に推進し、国民の医学教育に対する理解と協力を得つつ医学教育の改善・充実に不断に取り組む事を要請するものである。

本提言において医学教育のシステムの変更、教育内容の変更と充実、国家試験の質的向上、さらに医学・医学教育行政の一体化について提案した。いずれも国の施策として行われてはじめて実行されるものである。文部科学省及び厚生労働省をはじめとする関係者においては、改革を着実に推進し、国民の理解と協力を得つつ医学教育の改善・充実に不断に取り組む事を要請する。



<用語の説明>

クリニカルクラークシップ

医学部で行われる臨床実習。通常5年次から1～2年間行われる。従来は見学型の実習が行われていたが、病棟の医療チームの一員として学生として可能な範囲で診療に参加する中で指導が行われる。

モデルコアカリキュラム

医学教育全般にわたる包含的なガイドライン。医学部卒業時に習得すべき総合的知識・技能・態度についての一般目標と到達目標が提示されている。医学部カリキュラム全体の2/3程度で習得させることが提言されている。従来の学体系に添った科目別ではなく、統合型に配列されている。平成13年に発表された。

CBT (Computer Based Testing)

臨床医学課程終了時期に行われるコンピューターによる学科試験。モデルコアカリキュラムから出題される。共用試験実施評価機構が管理する全国共通試験であるが、各大学で個別に行われる。進級判定には各大学の判断で利用される。

OSCE (Objective Structured Clinical Examination) と Advanced OSCE

客観的臨床技能試験。診察に関する実技試験。判断力・技術・マナーといった基本的な臨床技術を客観的に評価するため、実際の現場で必要とされる臨床技術の修得を適正に評価する有効な方法とされる。臨床医学課程終了時期に CBT と同様共用試験実施評価機構が実施しており、両者に合格していることが臨床実習参加のための要件となる。医学部終了時に行われる OSCE を advanced OSCE と呼んで区別している。

Student Doctor

共用試験の CBT と OSCE に合格した学生はクリニカルクラークシップで臨床実習を始めるが、その際大学、あるいは国から Student Doctor として一定の資格を付与されることが望まれる。諸外国では類似の制度があるが、本邦では個別に認定を行っている大学があるが、国としての制度は整備されていない。

USMLE (United States Medical Licensing Examination)

アメリカの医師国家試験。日本の試験と大きく異なるところは STEP に分かれているところで、日本の医学部を卒業した人がアメリカで医療行為を行うためには STEP 1、STEP 2 (CS、CK) を合格しなくてはならない。

<参考文献>

- [1]中央教育審議会答申『学士課程教育構築に向けて』2008年
- [2]中央教育審議会答申『我が国の高等教育の将来像』2005年
- [3]寺崎昌男『大学改革 その先を読む』東信堂、2007年
- [4]灰田宗孝、他：編入学試験における適性試験の意義、医学教育 36:61, 2005
- [5]灰田宗孝、他：選抜試験に適性試験を用いた編入学生の入学後の成績追跡調査結果（第3報）、医学教育 38, suppl:42, 2007
- [6]黒川 清：医学教育制度医学部学士入学制度、医学教育 29, 155-58/, 1998
- [7]黒川 清：今後の医学教育の展望-メディカルスクール導入の必要性 医療白書 65-70/, 2003
- [8]奈良信雄「日本におけるメディカルスクール制度の導入課題の検討も含めた医師養成制度の国際比較と学士編入学の評価に関する調査研究」平成20年度研究成果報告書
- [9]Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. Carnegie Foundation for Higher Education, 1910
- [10]林篤裕, 石井優宗, 伊藤圭他：メディカルスクール構想と入学者選抜方法：医学教育 37 : 285-291, 2006
- [11]福井次矢、日野原重明：メディカルスクール導入をめぐって 医師養成のあり方：公衆衛生 72 : 630-633, 2008
- [12]医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議最終報告 文部科学省 平成19年
- [13]わが国の大学医学部（医科大学）白書 2007 全国医学部長病院長会議 平成19年

[14]医学教育カリキュラムの現状 全国医学部長病院長会議 平成 21 年度

[15]国立大学医学部長会議小委員会報告「Advanced OSCE」に関する実態調査. 平成20年4月17日. <http://www.chnmsj.jp/advanced%20OSCE%20data.pdf>

[16]国立大学医学部長会議小委員会報告「全国医学部・医科大学のアンケートに基づく「メディカルスクール構想」に対する国立大学医学部長会議常置委員会の見解. 平成21年10月22日.
<http://www.chnmsj.jp/youbousyo%20H22%20siryou7.pdf>

[17]臨床実習開始前の「共用試験」第7版（平成21年）. 医療系大学間共用試験実施評価機構

[18]日本学術会議日本の展望委員会生命科学作業分科会、提言『日本の展望-生命科学からの提言』2010年4月5日.
(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-tsoukai-2.pdf>)

<参考資料>

医学教育分科会審議の経緯

本分科会は平成 18 年に発足し、以下のように全体会議を開催して討議を行った。

第 1 回平成 18 年 メールによる持ち回り会議

第 2 回平成 19 年 1 月 9 日

第 3 回平成 19 年 4 月 17 日

文部科学省高等教育局医学教育課 田中聡明課長補佐よりヒアリング

第 4 回平成 19 年 7 月 25 日

第 5 回平成 19 年 10 月 2 日

厚生労働省医政局医事課 栗山雅秀課長及び

文部科学省高等教育局医学教育課 三浦公嗣課長よりヒアリング

以後、それまでの討議内容を踏まえ、提言作成を目指して、インターネット上で討論を行い、討議の記録としてまとめた。

平成 21 年には第 21 期日本学術会議の中で、第二期分科会が発足し、以下のように全体会議を開催する中でヒアリング、討議を行った。

第 1 回平成 21 年 3 月 11 日

第 2 回平成 21 年 4 月 22 日

第 3 回平成 21 年 5 月 13 日

第 4 回平成 21 年 7 月 7 日

新潟大学脳研究所統合脳機能研究センター長 中田力教授及び

東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター長 奈良信雄教授

よりヒアリング

第 5 回平成 21 年 12 月 11 日

第 6 回平成 22 年 2 月 12 日

第 7 回平成 22 年 3 月 3 日

第 8 回平成 22 年 4 月 30 日

第 9 回平成 22 年 5 月 31 日

上記の会議での討議内容を踏まえ、またインターネット上で討議をおこない、この提言をまとめた。