

記 録

文書番号	SCJ第20期200820-20462100-002
委員会等名	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
標題	討議の記録 我が国の医学教育はいかにあるべきか
作成日	平成20年(2008年)8月20日

※ 本資料は、日本学術会議会則第二条に定める意思の表出ではない。掲載されたデータ等には、確認を要するものが含まれる可能性がある。

討議の記録

我が国の医学教育はいかにあるべきか



平成 20 年（2008 年）8 月 20 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

この記録は、日本学術会議 基礎医学委員会・臨床医学委員会合同 医学教育分科会が中心となり審議を行ったものである。

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)
国際医療福祉大学副学長・同大学三田病院院長
- 副委員長 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
- 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
- 委員
- 位田 隆一 (第一部会員)
京都大学大学院公共政策連携研究部・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
- 笹月 健彦 (第二部会員)
国立国際医療センター総長
- 瀬戸 暁一 (第二部会員)
鶴見大学歯学部教授・歯学部長
- 谷口 直之(第二部会員)
大阪大学微生物病研究所疾患糖鎖学(生化学工業)寄附研究部門・教授
- 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)
東北大学副学長、同大学院歯学研究科科長
- 長村 義之 (連携会員)
東海大学医学部主任教授、病理診断学教授、基盤診療学系長
- 末松 誠 (連携会員)
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 （連携会員）

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

第 20 期日本学術会議発足に伴い、平成 18 年 3 月に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。会員および連携会員に意見を諮り、文部科学省および厚生労働省からのヒアリングを実施し、審議を行った。

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。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、現行の制度では国民の期待に十分に答えることが難しい状況である。当分科会では時代の要請にあった医療人育成のための制度改革について議論した。多様な意見が出された。問題の認識については共有する部分が多かったものの、改善に向けた制度設計に関する部分ではなお委員間で意見に隔たりがあり、合意には至っていない。内容の重要性に鑑み、今期の分科会では結論を急がず、討議の記録としてここにまとめた。

1) 多様な医師・医学研究者育成システムの構築

現代の医学・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求められている。その要求を満たすには異なった適性を持つ種々の能力がある医師の存在が求められる。

Medical School とは 4 年生大学卒業後に 4 年間の医学教育を課する医師育成制度である。より成熟した医師の育成が可能であり、現行の 6 年制医学部と並行して導入するとの意見があった。一方新たな医師養成コースを導入することについては慎重な議論が必要であるとの意見もあり、今後医学教育の質を落とさず、また現場に混乱をきたさないよう慎重な制度設計が求められる。

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。さらに基礎医学を担う医師を養成するためにアカデミックドクター特区構想を提案した。いずれも基礎医学、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。

2) 医学部基礎・臨床教育の充実に向けた新しい方策

教養教育については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、また大学間教養教育ネットワークの構築など柔軟な開講形態を提案する。

基礎医学研究は社会的に高いニーズがあるにもかかわらず現行の医学教育システムの中で、人材不足から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、MD-PhD コースやアカデミックドクター特区の導入に加えて、大学院制度の改革、非医学部学生のキャリアパスの確立などの方策により抜本的な変革が急務である。

臨床教育においては導入された共用試験制度をさらに改良し、Student doctor 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)を実現することが可能となる。さらに国家試験に客観的臨床技能試験(Advanced OSCE=objective structured clinical examination)を導入すべきである。これらの改革に重要なのは患者たる国民の理解と協力である。

3) 医学部教育と初期臨床研修、専門医教育の連続性

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。現行の初期臨床研修は評価される側面があるものの、医師の需給バランス、医療の地域格差、基礎医学研究者の減少など深刻な問題をもたらしている側面がある。上記医学部教育制度改革を前提として、臨床研修制度を発展的に転換していくことが求められる。今期の委員会において、現行の臨床研修制度の評価と改善の方向性について一定の見解を得るには至っていない。

さらに、委員会において女性医師増加への対応、将来の適正な医師数とそれに見合った臨床医学教育体制について、卒後研修制度(初期研修、後期研修、専門医制度、大学院制度等)について、等重要な指摘がなされたが、十分な討議をするには至らず、今後さらに議論を深める必要がある。

これらの制度改革には多大な資源と広範な議論が必要である。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・医学者を養成する医学教育は、医療政策の根幹をなすものである。また医学部教育と医師教育、医療政策は不可分一体であり、その点で施策立案の一貫性が必須である。文部科学省およ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。

目 次

はじめに.....	1
検討の経緯.....	2
I 現行の医学教育システムの問題点.....	3
II 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.....	3
2) 学士入学制度で見えてきたもの.....	4
3) Medical School.....	5
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.....	6
III 医学部基礎・臨床教育の充実に向けて	
1) 臨床教育における教養教育.....	7
2) 基礎教育の問題点と改善.....	9
3) 共用試験の在り方・Student doctor の導入.....	10
4) クリニカルクラークシップの充実と国民啓発.....	12
5) 医師国家試験の改善と態度技能評価の導入.....	13
IV 医学部教育と初期臨床研修	
1) 現状の問題点.....	13
2) 改善に向けての提言.....	16
V 提言の実現における障害と対策.....	16
1) 医師教育における施策立案の一貫性.....	16
結語.....	18

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。

我が国の医学教育に関して、卒前教育に関しては全国医学部共通のモデルコアカリキュラムが導入され、講義偏重型授業から問題解決型参加型学習への転換が行われてきた。臨床教育においてはクリニカルクラークシップの導入を前提として共用試験(CBT=computer based testing、OSCE=objective structured clinical examination)が開始されている。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。しかしながら、医学教育改革は未だ道半ばであり、特に、クリニカルクラークシップを含めた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の実質化の問題、あるいはこれらと専門医制度の関係は、十分に系統的な検討がなされていない。一方基礎研究に従事する研究者となる医師の数が減少しており深刻な問題となっている。医学教育制度とも密接な関連があり、その面でも早急な対応が必要である。

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、卒前及び卒後医学教育の一貫性の吟味および卒後臨床研修制度と大学院実質化ならびに専門医制度の関連について討論を重ねた。

「我が国の医師の教育はいかにあるべきか」に関して、会員および連携会員に意見を諮り、審議を行い、臨床医学委員会臨床系大学院分科会との合同で文部科学省および厚生労働省からのヒアリングを実施し、文部科学省高等教育局医学教育課文部科学省の「医学教育改革にむけた協力者会議」等とも交流を行いつつ、討議を行った。問題点は多岐にわたっており、繰り返しの討議にもかかわらず委員間での意見は多様であった。問題の認識については共有する部分が多かったものの、改善のための制度設計、特に Medical School、臨床研修の改善等については一致した結論を得る段階には至っていない。MD/PhD コースあるいは academic doctor 養成特区など基礎医学者育成のための制度設計についても、なお意見を集約していく必要がある。極めて重要な事案であることから、今期の分科会で結論を出すことなく、次期以降の分科会での継続的な審議を行うことが妥当と判断された。従ってここにまとめたものは討議の記録であり、今後の議論の礎となるべきものである。そのため異なる意見を包含したものであることをご理解願いたい。

検討の経緯

本委員会は平成 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 日本学術会議会議室

第 3 回平成 19 年 4 月 17 日 日本学術会議会議室 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 日本学術会議会議室

第 5 回平成 19 年 10 月 2 日 日本学術会議会議室 厚生労働省医政局医事課栗山雅秀
課長およ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、本記録をまとめた。

I 現行の医学教育システムの問題点

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・医療は高度化、多様化しているにもかかわらず、医学教育の基本的体制は50年余り変わらずに経過している。医療の質向上に対する期待は高まる一方である。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、社会風潮としての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る。臨床教育においては、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。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。

現行の医学教育の期間については初期臨床研修が2年加わり、実際には7年制、8年制化している現状がある。また、国試の難関化にともない、教養科目が中断されるなど大変非効率的な教育になっている。

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)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。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の実質化の在り方についても試行錯誤の状況にある。社会のニーズにあった多様な医師、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。

II 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になう医学者・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を持つ種々の能力がある医師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。一つの方策として高校卒業時に医学部選択を迫られる現行制度に加えて多種類の選別方法の導入を提案する。医師には確立した倫理観・責任感・論理性などの資質が問われるが、一般には18歳では成熟した人格形成は困難と言える。これが多様な選別制度を提案する一つの根拠である。

もう一つは入学後の多様な教育システムである。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医療技術者になっており、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M.D.コースに加えてM.D./Ph.D.コースを設置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、アメリカの医学部の制度を導入することはできない。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コースをめざしたものであった。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なか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。

別の観点から学士入学者に期待されるのは、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、および高い国家試験合格率などがあげられる。問題点としては、学士入学者が卒業する際に、医療システムでの個別の受け皿が充分なく(欠如しており)、6年制教育卒業生同一の進路の選択を取らざるを得ない、かつ臨床研修など卒業教育の画一化、学士編入学が成熟した医師の育成に役立っているか？入学者が高齢化していないか？単なる職業の変更に使われていないか？など常に反省しなくてはいけない点である。文系から入学した学生が教育内容に十分についていけないなどの問題も指摘されている。

学士編入学については、これらの利点、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べきである。

3) Medical School

4年生の大学卒業後に4年間課する医学教育を Medical School と称してこれまで多くの議論がなされてきたが、「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 として学生も患者と接することになる。

我が国で求められるのは Medical School による“より成熟した”医師の育成である。Medical School を米国型の医学教育と置き換えれば、4年間の成熟した人材を対象にした臨床実地教育といえる。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。医療およ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を強く望みたい。

我が国での Medical School について 我が国でのニーズを考え、6年制医学部と並行しての導入が必要との議論がなされた。

一方 Medical School 導入に際してはその得失を十分に議論する必要がある。問題点としては、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、医師免許取得が二年遅れることにより学費や時間的な負担が増すこと、などがあげられる。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。その点で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。アメリカにおける医学教育制度に対する批判的な意見もあり、ヨーロッパを含めた諸外国における医学教育制度との比較検証も必要であろう。

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。

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で先進生命科学の現状を学び、複数の研究室のカンファレンスなどにも出席して実験方法や実験技術の習得を始める。そ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。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 M.D 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。

入学後も M.D.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公的な奨学金制度などである。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。

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。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。

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。

5)-1 「医学的な発想をもって人間をまなざす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、それを研究実践およ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。とりわけ、Medical School のコースにおいては、学士教育4年間に、将来の専門教育に備えて、何を学ぶことが求められるかについて、明確化していく必要がある。

5)-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。コースの変更に際しては、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ができるコース・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。

Ⅲ 基礎・臨床教育の充実に向けて

1) 臨床教育における教養教育

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なかで、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歯学系の学部では、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余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、医歯学系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)-1 医歯系「低学年向け教養教育」を、全学共通の教養教育と併せて設置: 医歯系の専門的職業人養成には、高校段階で本来学んでおく必要のある基礎的な知識の補習を専門教育に入る以前に行っていくこと、また、専門教育に入る以前に、医歯系にとりわけ必要とされる教養教育の科目を新たに設置することも必要となるだろう。

2)-2 学部高学年段階での「仕上げの教養教育」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、医歯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併行して、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「仕上げの教養教育」を実施することが重要である。

1)-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。医歯学系の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。

1)-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歯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。医歯系の学生に対しては、早い段階から、教養教育を通して、教員や TA などによる進路アドバイス体制を用意しておく必要がある。教養教育に関わる教員と医歯系の専門教員とが連携して学生にアドバイスしていくような体制も、今後、Medical School をはじめとした医学教育のコース制の採用に向けて、ますます必要となってくるところである。

1)-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「仕上げの教養教育」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。

1)-6 医歯学系の大学を越えた教養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医歯系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。大学を越えた医歯系学生向けの教養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教養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。

2) 基礎医学教育の問題点と改善

2)-1. 我が国における医学研究者の現状

(1) 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の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。

(2) 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。

(3) 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。

2)-2. 今後予想される問題点

(1) 基礎医学研究の凋落

急速な人材不足によって、我が国における基礎医学研究が壊滅的な打撃を被り、将来の医学の進歩が停止する。

(2) トランスレーショナルリサーチの質の低下

臨床部門においても臨床研究やトランスレーショナルリサーチを担う医師の質が低下し、科学的な思考体系を有する医師が減少することによって、医療の質が浅薄化する。

(3) 医学教育の崩壊

基礎医学教育が非医学部出身者のみによって行われると、人体に対する包括的な理解が欠落した医師が増加し、これが再び医学研究の人材不足につながるという悪循環に陥る。

(4) 医療サービスレベルの低下とイノベーション創出の機会減少

医学教育・研究のレベルの低下は、近い将来医療サービスの質の低下をもたらす。また、イノベーション創出の機会減少をもたらし、我が国が新しい診断・治療法を開発できなくなる。結果的に、先端医療技術を完全に欧米先進諸国に依存することになり、医療コストの増大を招く。

2)-3. 医学研究を担う人材の確保のための方策

(1) 目標

上記の危機を回避するために、医学部卒業生の最低 5% (約 400 名) を医学研究に従事させることを数値目標とする。ここで言う医学研究とは、基礎的な研究だけでなく、研究に特化した臨床応用研究やトランスレーショナルリサーチを含む。それによって基礎医学研究はもちろん、科学的見地に基づく臨床研究も活性化を図る。この目標を達成するために、下記の3つの方策を同時に取り入れる。

(2) 具体的方策

A. 「アカデミックドクター(AD)養成特区」構想

医学研究者になるための専門コースを「アカデミックドクター(AD)養成特区」として設置する。全国の医学部で年 100 名を募集し、選抜試験の成績で採用を決定する。従来の医学部教育(6年)に大学院教育(4年)を併せた 10 年教育コースとする。授業料は全額免除し、十分な奨学金を付与する。卒業後は(審査を経た上で)基礎医学部門の助教の地位を付与し、幹部候補生として遇する。特区において CBT-国家試験-臨床研修の一部を免除するような大胆な改革についても検討する余地がある。

B. 従来の大学院制度の改革

従来の医学大学院教育を、「医学研究コース」と「臨床専門コース」に大別し、博士号の名称をそれぞれ「医学博士」と「臨床医学博士」というように区別する。「医学研究コース」は基礎医学研究のみとし、厳格な資格審査を行い、学位授与率を90%以下にする。大学等の教育研究機関の教官採用にあたっては、原則として「医学博士」の資格を義務づける。

3) 共用試験の在り方・Student doctor の導入

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 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。現状においてさらに改良を重ねる上で留意する必要があると思われる点について列挙する。

3)-1 CBT の実施時期と進級要件としての役割

CBT 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。

3)-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もいままでも以上に基礎・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)-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るべきである。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、OSCE を通じ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。その意味で診療参加型 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と考える。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 OSCE 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 OSCE の実質化は着実に前進させるべきである。

3)-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ろう。

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 1991 年厚生省の指導の下に臨床実習検討委員会は下記の 4 条件のもとに医学生が医行為を行おうとの見解を示している。

- 1) 侵襲性の高くない医行為の範囲を示す
- 2) 指導医による指導・監督
- 3) 医学生の要件
- 4) 患者等の同意

さらに、文部科学省「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」においても「診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン」を示している。大学においても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。

なおいくつかの問題を解決していくことが望まれる。昨今の医療安全意識の高まりを反映して医学生が行おう医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。

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行為に関する教育業務の負担増加はきわ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一層の努力をする必要がある。

学生が医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)を用いた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 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。全国大学に導入が進められつつあるが、多大な人的、資金的負担が強えられることがその大きな阻害要因であることが、全国医学部長会議の検討でも示されている。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。

一方、学生・研修医の能力・資質を評価する上で、それぞれの施設における人物評価、推薦状を重視することが重要であるとの指摘があった。

IV 医学部教育と初期臨床研修

1) 現状の問題点

1)-1 はじめに

我が国の医師養成システムのあり方が、危機感を持って問われている。都市と地方における医師分布のアンバランス、ことに地方における医師不足、更に、一部の診療科における志望の減少が、医療供給体制に影響し国民の健康に直結する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い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。

本稿では、初期臨床研修制度の関連で現在の医学教育の問題点を明らかにし、今後、あるべき医師養成システムについて述べる。

1)-2 医学教育のゴールとは —生涯学習として学び続けられる手法の獲得—

医学、医療における新知見の発見とその臨床応用、技術革新の進歩発展は極めて早い。10年も経てば、現在の最新知識と技術ですら陳腐化し、場合によっては、現在の常識が近未来には否定され非常識となる場合すらある。学生時代に獲得した知識と技術のみで現在の診療にあたっている熟達した経験豊かな医師が居ようはずがない。医学知識と技術革新が極めて早いからである。知識と技術は卒後の診療と、学会、学術論文などを通じ日々更新され、また、自らの研究を通じ更新しているからである。医学、医療は個々の医療人の日々の生涯学習によってのみ維持されることを忘れてはならない。

これは大学における医学部教育を否定するものではない。新たな知識と技術を獲得あるいは開拓して行くためには基本が理解できていなければならず、診療においても基本診療技術を基礎としなければ高度診療技能を獲得できない。この点、大学における医学部教育は基礎導入編と捉えるべきである。

一方、初期臨床研修を含め、医学教育の目的が勘違されている様に思えてならない。如何に完璧な教育システムや有能な教育者でも10年後、20年後の知識と技術を教えることは不可能であり、教えることができるのは今の知識であり技術でしかない。しかし、最新の知識や優れた技術ですら進歩と共に陳腐化するのである。従って、生涯学習(教育)であることを前提に医学教育の真の目的は、「医の心」(倫理感)と自らが最新の知識技術を生涯教育として学び続けられる手法」を教授することであり、研究する心、研究できる技術(基礎ばかりではない、臨床研究を含む)を習得させることにこそあると考える。

1)-3 新臨床研修制度と医学部教育

6年間の医学部教育は、各大学で様々な工夫がされているが、基本的には①倫理、教養教育(リベラルアーツ)、準備教育、②基礎～社会医学教育、③臨床医学教育、④臨床実習で組み立てられている。特に、ほとんどの大学では最後の2年間は基本的に臨床実習が充てられている。以前から学部教育における臨床実習は、見学型の実習ではなく、より実効性ある診療参加型(クリニカルクラークシップ)実習であるべきとの指摘がされてきた。卒前の2年間を通じて実効性ある診療参加型実習が実施できれば、卒後2年の時間をかけ、初期臨床研修の到達目標のほとんどは、医学部卒業時点で獲得できることになる。医学部6年間で到達可能な事を8年間かけて行っていることになり、社会資源の膨大な浪費に他ならない。(本段の記述については他委員より異論が出されている)

それでは、なぜ、学部教育で有効な実効性ある臨床実習が組めないのであろうか。第一に医学生の医行為実施の法的位置付けがないことが挙げられる。これでは、診療を受ける

国民も納得しないし、指導医からすれば、学生に医行為を実施させた場合の責任を全て引き受けざるを得ず、実施させる実習内容に制限がかかることになる。第二には、医師国家試験との関連がある。1年から4年までの4年間は準備教育、基礎～社会医学、臨床医学教育などの「知識」教育である。5、6年の臨床実習は「態度・技能」教育である。その後に行われる医師国家試験は「知識」を問われることが多く、6年では臨床実習で態度・技能を学んでいるにもかかわらず、4年以前に学習した「知識」の再確認を強要されることになる。この様に、国家試験対策のため有効な実効性ある臨床実習が損なわれているという事情がある。

1)-4 二重支配を受ける医学教育

前述した如く、医学教育は生涯学習(教育)であり、卒前、卒後のシームレスな教育体制の確立が必要である。旧文部省は平成3年大学設置基準の大綱化により医学進学過程(2年)と医学専門課程(4年)の枠組みを廃止し「6年一貫教育」に切り替えた。その意味は、医学部6年間で一人前の医師に教育する体制を整備しようとするものである。一方、旧厚生省は平成12年医師法等一部改正を行い、平成16年から臨床研修必修化を決めた。医学部6年間の教育では不十分であり、更なる追加教育が必要とするものである。両省がそれぞれに進めてきた政策は相容れないばかりでなく各々をそれぞれ否定する内容である。

この様に、卒前医学教育は文部科学省の管轄にあり、国家試験を含む卒後の医学教育は厚生労働省の管轄にある。この様に、卒前・卒後を通じた生涯教育が基本の医学教育においてその政策に一貫性がないことに本質的問題は帰結するのである。政策の変更は、学生、教育者、診療の現場で働く医療人のみならず、結果的には国民の健康に直結して行く。過疎地、地方医療の崩壊、特定の診療科の極端な医師不足、都会における救急車のタライ回しなど、全ての問題に関連してきている。

1)-5 臨床研修制度のみの問題ではない

医育制度問題も臨床研修制度の問題も、日本の医療制度全体を通じて考える必要がある。現在の日本の医療制度は「医療費抑制」「医師養成の抑制」から組み立てられている。

すでに、英国では約20年前、現在の日本と同様の「医療費抑制」「医師養成の抑制」政策が実施された。その結果は惨憺たるもので、医療レベルの深刻な低下をもたらした。それを回復しようと1997年には20%医師養成増、1999年には更に20%の医師養成増を行い更に今後10～15%の養成増が行われようとしている。また、医療費抑制政策にもメスが入り対GDP比9%の水準に引き上げ、「医療費増加政策」への転換を余儀なくされた。しかし、一度、荒廃し低下を来した医療レベルの回復は容易でなく、その回復に多大な労力を強いられている。

1)-6 社会基盤の背景の差はあるにせよ、この様な失政の先例があるにもかかわらず、そ

の先例を生かすことなく、医療の荒廃に向かって国益を損なう方向で進んでいることは誠に遺憾という以外ない。

2) 改善に向けての提言

全国医学部長病院長会議は医学生涯教育に基いた医師養成のグランドデザインを確定し「医学生涯教育の観点に立った医学教育改革案」以下のごとくまとめた

1. 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. 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（基本的臨床・診療能力の涵養と専門的研修の導入期と位置付け再編）
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性及び厳格な評価の導入
6. 医学・医療研究の充実・発展と、大学院制度の生涯教育への組み込み

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。医療人養成の医学教育は、医療政策の根幹をなすものである。臨床研修制度はじめ新たな政策導入に躊躇することはないが、新たな政策には常に副作用が伴うことを常に念頭に入れ、速やかな政策転換できる強い意志を持って頂きたいと願っている。政策転換の遅れは国益を損ない、そのつけは国民に帰ってくる。命に直結する医療において、国民を犠牲にすることだけはさけ、メンツにとらわれず、最善の道を選択して頂きたいと願っている。

参考；

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

V 提言の実現における障害と対策

1) 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、その人材の多様化、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)の教育および医学（学生）教育後(post-Medical School)の教育がきわめて重要である。国策の施行も視野に入れて、医師教育の「施策立案の一貫性」について論議してみたい。

1)-1 Pre-medical education

医師教育は、生涯 active learning の姿勢を持ち続けることを要求される。我が国の教育システムは、いろいろと論議されているところではあるが、現在は必然的に大学入試を目指

した受動的でありながら競争的なものとなっていると思われる。18歳人口が減少してきている昨今、“成績での競争”をさけ、実学の能動的な習得へと目標をシフトしてゆく必要があらう。そのような、教育システムの変革を背景に、医学教育の実践を考えれば、能動的で、特色のある、コミュニケーションのとれる医師が育成可能とならう。

ここでの一貫性のある国家施策としての立案として、以下の三点を挙げたい。

- 1) 成熟した、能動的学習の可能な医師を教育する米国型医師育成 Medical School の導入
- 2) プレメディカル教育の在り方の改善—能動学習の徹底
- 3) Medical School 型教育の施行に相応しい教員の育成

1)-2 Post-medical education

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おり、この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、高く評価したい。しかし、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。そこで、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。本委員会でも既に一部は論議されてきているが、Medical School が具体化した場合に、医師育成においては、是非臨床研修の多様性(直接専門分野へ進む、海外へ留学するなど)について可能性があると良い。これからは、国際的な見地からも海外での実習なども可能にすべきであらう。ここでも、Medical School(学士編入学)卒業者の進路の多様性に対して充分に対応できる教育者の育成も重要となる。

また、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、MD-PhD コース、MD scientists の育成なども、医学教育の多様性を重視した場合、文部科学省と厚生労働省が協力して人材育成にあたることが望まれる。

1)-3 適正な医師数とそれに見合った臨床医学教育体制について

過去数年我が国において深刻な医師不足、医師偏在が顕在化している。一部地域では「病院崩壊」「医療崩壊」とも言われる事態が出来している現実がある。適正な医師数については各方面で議論が高まっていたところであるが、2008年に至って医学部定員増加の方向に政策変更がなされている。適正な医師数と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。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。本分科会ではこの点について十分な討議を行うことができなかったが、今後の課題として継続的な審議が必要である。

1)-4 まとめ

医師教育の根本的な見直しにおいて、pre- および post-Medical School の重要性を指

摘した。この中に、我が国の医療事情を鑑み、国策として取り組むべき内容も含まれ、施策の実行に向けて文部科学省と厚生労働省の協力体制に立脚した具体的な議論が望まれる。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)の創設についても今後検討すべきとの意見がある。

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。本記録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、医師教育、医学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、今後長年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。その上で、関係者各位が改革を着実に推進し、国民の理解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。