

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」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」につながる教育をう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。

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。その際、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

問題解決能力の修得は、問題発見（1年次）、問題解決（2、3年次）、さらに臨床推論（4年次）へと段階的に習熟度が増すようなカリキュラムを編成する。このようなカリキュラムが充実し、効率的に運営されるには人材と経費に対する国家的な補助が必要である。

#### 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

コミュニケーション教育については、低学年の入門教育から4年次の医療面接へと繋がるような順次性のあるカリキュラムを構築する。チームワーキングについても、医療系の他学科学生との共習科目を設定するなど、他職種間の連携教育カリキュラムを取り入れる。

### 3. 共用試験（CBT, OSCE）

現在、全国の医科大学・医学部が人材と資金を出し、国家試験としてではなく、医療系大学間共用試験実施評価機構が、医学部・歯学部からの人材の集合体としてそれぞれの大学の学生の評価を行っている。今後とも本共用試験実施評価機構が、医学部の連合として試験実施体制を堅持し、将来的には、本医療系大学間共用試験実施評価機構を拡充し、主体的に機構がモデル・コア・カリキュラムを作成し、それを共用試験として実施していくべきと考える。これにより大学が自ら率先して臨床実習開始前に学生が十分医療実習を行うことができる知識、技能と人間性を有していることを患者および社会に責任をもって「保障」していること示すこととなる。このことは国の管理ではない一種の「公的な認証」制度の構築につながるものであり、社会に対し積極的にアピールしていくべきである。

共用試験の開発や実施を通して培われてきた大学間の「相互評価」システムは卒業レベルの試験にも応用が可能である。後述する「大学間に共通する卒業レベルの到達目標」をCBTやOSCEを共用試験のスタイルで実施することで、さらに大学がそのプロダクト、すなわち学生の最終的な評価を怠っていないことを社会に示すことができる。

#### 1) 共用試験の費用分担

知識（医学、医療全般にわたる基本的な知識）と技能（臨床実習開始前の基本的な技能）に対する試験（共用試験）の費用分担については大学により対応が様々である。このような状況は好ましくものではないので、全国医学部長病院長会議として一定の共通認識を持つことが必要である。

## 2) 共用試験の位置づけ

臨床実習開始前の共用試験（CBT、OSCE）が正式実施されるようになったが、この試験に合格することにより、当該学生が臨床実習を行うに足る準備状態にあることの証明となるような「資格試験」として位置づける必要があると考えられる。これにより学生が臨床実習を行うに際し、患者との了解が円滑に図られる事が望ましい。なお、この際、従来のカリキュラムによる教育成果を担保した状態で、かつ新たなカリキュラムに基づいた教育を行うことが、現有の教育スタッフでは絶対数においても無理なのでこの改善、国家的予算の確保が必要である。

## 3) 共用試験の成績

共用試験の成績が学生のその後の将来を決定するようなものになると、共用試験はその本来の目的を失ってしまう。すなわち、点数獲得技術により、OSCEは形骸化し、CBTは暗記学習を促進することになる危険性もある。したがって、共用試験の成績は「点数」としてではなく、「合否判定」として利用すべきで、序列を決めるような試験にしてはならない。共用試験はあくまで、精度の高い「断面的な評価」であることを忘れてはならない。共用試験によって、学生の成長を測ることはできない。それゆえ、各大学は、共用試験の成績のみで、自校の学生の進級を判断すべきではない。あくまでも、学生の進級はその大学で行われる試験等によって決められるべきである。

## 4) 共用試験とマッチング

臨床実習前の「共用試験」の成績を臨床研修のマッチングの際に利用する病院もあるといわれる。決して好ましいものではない。共用試験はあくまでも、臨床実習開始前の能力判定であり、臨床実習で学生が何を学んだかを測るものではない。臨床研修のマッチングでは研修を行うのに必要な臨床能力がどれだけ習得されているかをみて順位付けを行うべきである。

## 5) 医師不適格者の判定

共用試験の成績などの評価結果を参考にして、将来医師となる者として不適格であると判定した場合は、進路変更が可能なような制度を設けることが好ましい。しかし、共用試験は不適格者を選定することを目的としたものではないので、不適格か否かは大学が責任を持って総合的に判断すべきである。この際ある一定の全国共通の基準・ガイドラインを作ることも検討すべきである。

## 4. 5年目～6年目：モデル・コア・カリキュラム（臨床実習）

5、6年次の教育は実践的臨床実習の導入期と位置づけられる。このカリキュラムに入門するには4年目の共用試験を合格していることが必要条件であり、このことにより患者、社会より学生が臨床実習を積極的に行えることのコンセンサスをえる。

この期間には、基本的診療（臨床）能力の教育が重視される。このため、臨床実習の場を多様にする必要があり、地域の医療施設等での実習の比率を高める必要がある。この際、医学生の臨床実習において一定条件下で許容される基本的行為の例示が厚生労働省から1991年に出されたが、全国大学が自ら共通に現行法の範囲でより実際の・実践的な手技が修練できる臨床実習方法・レベルを再度明確にする必要がある。

#### 1) 診療参加型臨床実習の充実

診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）のカリキュラムを充実させるには、従前の臨床実習のように2週間ごとの全科ローテーションでは単なる「見学型実習」になってしまう。これを改善する一つの方法としては、①基幹科目の臨床実習（内科、外科、小児科、産婦人科、救急医学など）、あるいは②臓器別臨床実習とし、診療科を越えたカリキュラムを編成する必要がある。この際内科、外科系以外にも診断・治療系としての皮膚科、眼科、耳鼻科などを組み込む必要があるとの考えもある。しかし後述するごとく、このような枠組みを構築しても実際に学生が行うことの出来る医行為を明確にし、同時に学生・教員が2年間の臨床実習を十分行うことが出来る環境を先ず整備する必要がある。

#### 2) 大学病院での総合診療教育の構築と充実

大学病院での総合診療教育の構築と充実が必要である。大学附属病院の「総合診療科・総合診療部」のとらえ方や機能が大学病院間でも大きく異なっているので、画一的に「総合診療科・総合診療部」の教育機能を定義することは困難である。総合診療科・総合診療部には、①外来教育の導入教育、②地域医療教育のコーディネーターなどの機能を期待する。従い総合内科かあるいは更に広い診療科などとその概念を定義づけることがまず必要かと思われる。

多くの大学病院において総合診療科が、その期待される機能をしていないという現実を無視はできない。また、一般社会やマスコミ、政治家などの医療に対する期待はあまりにも現実離れしているため、欧米諸国で機能している「総合診療科」は存在できない可能性もある。もし総合内科と位置づけるのであれば、総合診療科の充実を図るためには、臓器別診療科との連携や守備範囲の厳密な設定が不可欠である。

### 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

大学附属病院、地域病院、地域診療所、在宅での臨床実習を組む。実習の場が実習内容を決める。特定機能病院のみで臨床実習を行えば、それは国民の医療ニーズの数パーセントの場面しか学生は学べないことになる。また、継続外来指導などの内容は全く含まれないことになる。5、6年次の臨床実習に積極的に地域に基づく医学教育 (Community-based Medical Education) を取り入れ、初診外来、継続外来、生活支援などの学習チャンスを作っていく。総合診療科（部）と本カリキュラムの充実により後述する卒後初期臨床研修における地域医療研修の充実や、専門医への中・後期研修への移行導入などの重要課題に使うことができるようになる。

この際、臨床教授制度をより柔軟に適応できるように改善することが重要である。臨床実習病院には臨床教授がいることを条件にするなどの対策が必要である。

更に附属病院だけでなく、積極的に地域を臨床実習の場にしていく時に、地域医師の教育能力の開発が必要になっていく。各大学は地域医師を教育資源として考え、そのためのFDを開催していく必要がある。医師養成は国民的目標であり、その目標達成のために大学と地域が協同していくシステムづくりが重要である。大学は地域の教育力を卒前臨床実習教育に活かしていく方策を実施していかなければならない。

### 4) 臨床実習と臨床研修での到達目標の重複

コア・カリキュラムで要求する臨床能力と、初期研修で要求する研修内容・到達目標とに重複が多く、多くの学生は研修で学べるのであれば学生の時に必ずしも熱心に行う必要性を感じていないという意見がある。卒前の臨床実習と卒後の臨床研修の到達目標は本来的には異なるものであり、それらの「重複」は避けなければならない。

学生は小さな道義的責任を監督者のもとで果たし、研修医は中等度の道義的責任を指導医のもとで果たし、研修後は一人の道義的責任の下で患者診療を行う。この道義的責任の重さの違いは知識と経験の違いに裏打ちされ段階的に上げていかれるのが医師の修練である。この際自ずと個々の修練段階において知識と経験に対する到達目標が異なっていくし、異なるべきである。技術習得における新参者から中堅そして古参者への成長が、臨床実習から研修を経て、専

門医・高度医療職業人へと段階的に異なる到達目標を設定し一人前の医師への成長となる形態で行われていくべきである。

一方各大学での教育姿勢によって、卒業生の臨床能力に大きな差が出て、それが研修の現場での混乱を惹き起こすことは避けなければならない。卒業時の臨床能力を大学がその責任で保証し、その能力をさらに伸ばすための研修という順次性を確立しなければならない。そのためには後述するように卒業時における OSCE の導入などの改善策が必要不可欠と考える。

#### 5) 学生の医行為前教育について

学生が臨床実習で行う医行為は「診療技能トレーニング」ではない。基礎的診療技能トレーニングはスキルス・ラボで行えばよい。学生が臨床実習で行う医行為は、学生が診療チームの一員として患者診療に携わる時、学生が患者さんの役に立つためのものである。その意味で、学生が患者さんの役に立つための「医行為」を十分なスキルス・ラボでのトレーニング後に許容していくという考え方が必要である。

#### 6) 医療安全教育

医療安全をテーマとする系統的な卒前教育の構築が喫緊の課題である。医学部・医科大学は自らの責任で学部教育でのコミュニケーション能力やプロフェッショナリズムの教育充実、そして更にもまして教育病院としての大学病院のさらなる運営の改善による教育現場での患者と医療者の安全を確立すべきである。この具体化の一つの方策としてモデル・コア・カリキュラムに記載されている医療安全に関する到達目標を具体化するクリニカルクラークシップの充実を図る必要がある。一方、医療安全教育やシミュレーションを利用した技能教育、SP を利用した患者への対応などの教育には十分な指導医教官（教員）の絶対数が必要不可欠である事も社会に認識してもらう必要がある。

### 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

モデル・コア・カリキュラムを示すことは本来当然のことであったが、従来は国家試験問題の内容がその指針となってきたものと思われる。それを到達目標として具体化して、学習者に示したことは大きな改善である。

同一レベルの教育を、ほぼ同じレベルの教育体制で行った場合、教育の成果



と教員の労働時間はほぼ比例することは自明である。教育スタッフの充実を要求するということは、現在の教育スタッフでは教育の改善はできないということとを謳っていることに等しい。従って、現在の教育スタッフで可能な範囲を示すことと、現在の教育スタッフでは既に限界に到達していて、今後ブラッシュアップを計るためには明確な国家予算の保全と教育スタッフの充実が必要である。

## 2) 卒前教育と卒後研修の関連

近年、全国の医学部・医科大学において、医学教育の改革は目覚ましいものがある。これは、単に CBT や OSCE が共用試験として行われるようになったからではなく、それ以前から各地で行われつつあった医学教育ワークショップ等の医学教育 FD の普及にあると考える。すなわち、講義中心のカリキュラムや見学型の臨床実習等の古い医学教育の悪しき面が次第に排除され、自主的にチュートリアル教育や OSCE が行われるようになり、その後、2001年3月に医学・歯学教育のあり方に関する調査協力者会議から「医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン」が示され、共用試験が実施されるようになった経緯で、コア・カリキュラムや共用試験は医学教育改革の途中経過とも言える。しかしながら、卒後研修必修化は、むしろ古い卒前医学教育をイメージして、これらすでに進みつつあった卒前教育の大きな改変を認識せずに導入されたものという声もある。その結果、研修医にとっては、卒前臨床実習の単なる繰り返しの「研修」をしているという意見も生じている。初期研修プログラムの大半は卒前教育に取り込まれており、これら重複の削除を十分検討しなければならない。卒後の初期臨床研修では competence-based な評価を加え、確実に基本的臨床能力が身に付き、専門研修への準備状況が「一人の医師」として身に付くことを目指していかなければならない。

## 3) 指導医の養成・確保

指導医の養成と確保は極めて重要である。このためには

(1) 卒前のクリニカルクラークシップと卒後初期臨床研修の教育内容の整合性を十分に図り、卒前臨床実習と卒後臨床研修の役割を明確にし、相互補完の形で重複を省き、これにより教育スタッフのマンパワー不足の改善を図る。

(2) 学生の指導方法、医師として必要な理念、卒業時モデル・コア・カリキュラム、現行法の範囲で医学生に許容されるより実際の・実践的な医行為などを十分理解して教授できるスタンダードな指導医の養成と確保を、FD などを通じて図る。

(3) 全国での指導医養成プログラムを充実させ、指導医レベルの向上と均一化を図る。

(4) 指導医の教育・研究・診療活動などにおける割合を明確にし、それに応じたキャリアシステムの構築を図る。同時にエフォート制を導入し、明確にしかも納得の行く評価方法を確立し、人事に反映されるような柔軟な体制の構築が必要である。

#### 4) 医学教育センターの設置

現在、全国の医学部・医科大学で、医学教育のための専任教員を置き、さらに医学教育センターないし医学教育講座を設置しているところは少なく、とくに国公立ではきわめて少ない。このような部門は、単にカリキュラムを運営したり CBT や OSCE を実施するのみでなく、様々な教育評価を実施し、学生・教員・事務組織にフィードバックを行い、また、医学教育の FD を絶え間なく推進していくもので、医学部・医学科組織の中核となるものである。教員定員の削減や予算不足を理由にこのような重要な部門を設置しないことは、空論の医学教育改革に終わることは明白である。すべての医学部・医科大学に医学教育センター・講座を設置することが望ましい。併せて、臨床技能研修センターないしスキルラボの設置も必要である。この際教育専門教員と学務系専門職員の増加を図る必要があり、その財源と人材を以下に確保するかが問題である。高度化する教育事務や教育予算の獲得執行を業務とする部署を作る事を考慮すべきであろう。

#### 6. 全国の大学共通の卒業到達目標の設定

全国の大学共通の卒業到達目標（卒業時モデル・コア・カリキュラム）の設定を強く提言する。また臨床実習でどのような能力の獲得を学生に求めるのかを明確にするためにも Advanced OSCE は卒業時 OSCE として取り入れるべきである。わが国の臨床実習レベルは明らかに英国、米国、カナダなどの国々より劣っている。それは英国での Final OSCE の課題を見ても明白である。試験が学生の学習を促すので、卒業時での OSCE の導入は急ぐべきである。国家試験に OSCE が導入される、されないに関わらず、全国大学医学部・医科大学が共同し責任をもって、医学教育における技能教育とその評価を行う。このためには自主的、自律的に共用試験 OSCE の形式などで卒業時 OSCE を行うべきである。

これにより、医学部・医科大学卒業生の質を社会に対し担保することができると考える。同時に卒業時における全国の大学に共通する到達目標を設定し、その中に学生に認められる、または習得すべき診療参加型医行為を明示する。

これら一連の要件が患者の学生実習に対する不安を取り省くことに役立つであろうし、学生の臨床実習に対する我々教育者の社会へのアカウンタビリティでもある。さらに全国の大学共通の卒業到達目標の設定が6年目学生の臨床実習に対するモチベーションの向上につながる。しかし、現実的にこれらを効率的に有機的に実行するには教育現場のスタッフの充実と十分な財源が必要である。一方このようなシステムを構築することは後述する現行の国家試験の改善につながることに期待が出来るので行政との積極的連携も平行して視野に入れ、十分な財源とスタッフの裏づけを確保しつつ具体的実現方策を計画すべきであろう。

#### 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）

コンピテンスのレベルは、研修医が初期研修を問題なくスタートできるレベルとする。卒業時の医学生の教育・実習アウトカムの検証を全国レベルで行う方策を全国医学部長病院長会議が自主的に早急に打ち立てるべきである。

#### 2) 卒業時モデル・コア・カリキュラムによる卒後初期研修の到達目標との重複回避

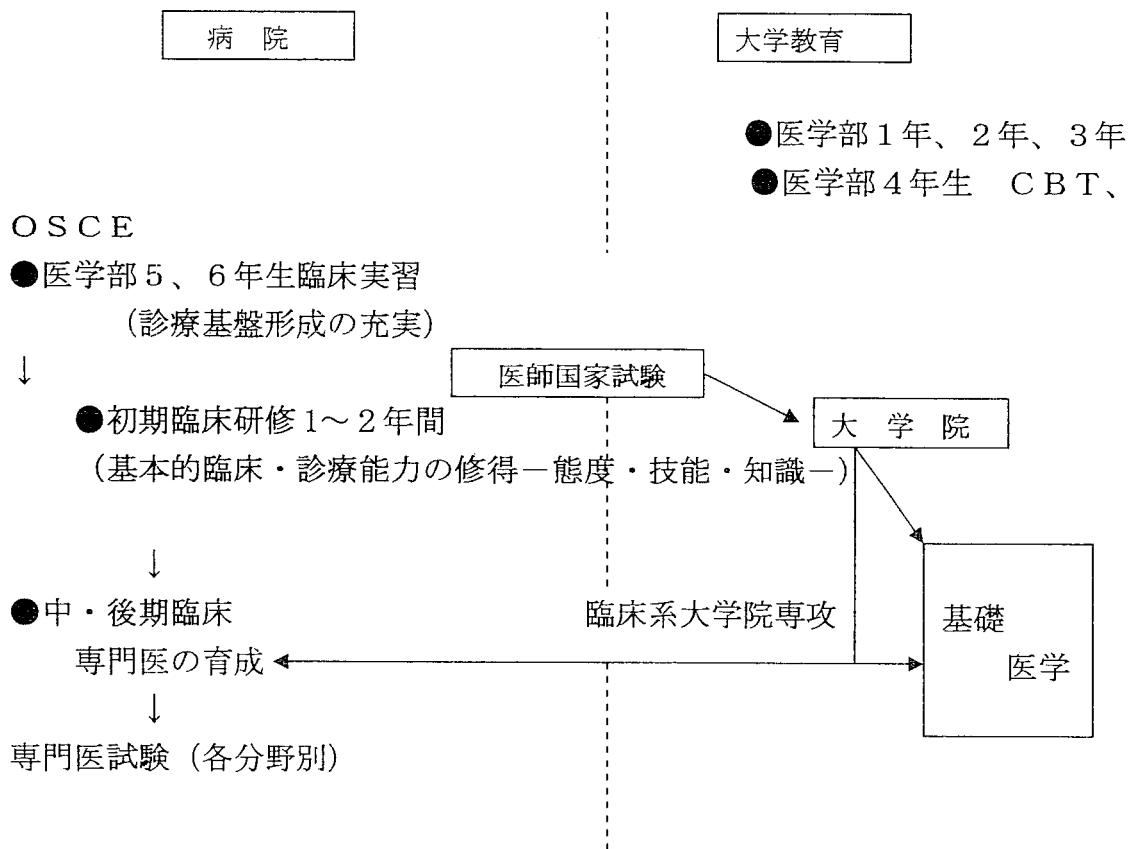
現在の卒前臨床実習教育と卒後臨床研修とは多くの重複がある。先ずこの重複を回避する事により、卒前臨床実習から卒後臨床研修にいたる継続性（一貫性）を担保できる。卒後臨床研修の到達目標を研修医が卒前臨床実習と異なることを認識できるように書き換えて行くことが必要である。

#### 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

前述したごとく、現在混乱している医学生の臨床実習を充実させるためには、医学生に許される実践的臨床実習の内容を現時点の医療環境にあった条件で新たに設置する必要がある。これによりコア・カリキュラムにおける学生の医行為が担保され、それに基づく OSCE も実施可能になる。

#### 7. 大学医学部と大学病院との連携と役割分担

大学医学部・医科大学講座と病院は、それぞれの役割分担をもっており、各々の役割を明確にする必要がある。しかし一方では、学生の臨床実習、臨床系大学院生の臨床研修において病院は学習の場でもある。両者の緊密なる連携が必要不可欠である。



## 8. 国家試験

### 1) 理念の再確認

知識（医学、医療全般に渡る広く深い知識）、技能（初歩的実践的医療技術一般）、態度（医師としての人格、態度、習慣）に対する評価を行う。ここで評価される知識、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。国家試験の内容は、卒前の医学教育の到達目標との間に整合性がなければならない。

### 2) 技能、態度に対する試験方法の導入

国家試験について医師法の第9条では、「医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。」と規定している。患者の4割が国家試験には実技試験が含まれていると思っているという報告もあり、現状の教科書的知識のみを評価する国家試験には問題がある。臨床的スキルに関する知識を問う問題にシフトすべきである。更にスキルを評価するように国家試験 OSCE の導入を目指すべきであるが、直ちに困難であるならば大学間で卒業時 OSCE を実施し、卒業生の能力保証をしていくべきである。既に共用試験 OSCE がほぼ全医学生を対象に2006年度より正式