

実施され、臨床実習を開始するのに必要な基本的な能力が担保されるようになった。卒業時の共用試験 OSCE が実現すれば、卒後研修を開始するのに必要な能力を担保することが可能になり、大学が責任をもって卒業生の能力を保証することにつながる。

この際、大学は責任を持って OSCE で技能を評価することの信頼性、妥当性について充分検証をする必要がある。医学教育の一貫性の観点から国家試験の時期自体についても検証・提言すべきである。

第2章 医学部（医科大学）卒業後の検証とグランドデザイン

医学部（医科大学）卒業後の医師養成は卒前の学生臨床実習を充実と密接に連携しており、両者の一貫したグランドデザインを構築することが必要不可欠である。新臨床研修制度の研修内容は欧米では卒業前の学生臨床実習の中で行われていることが多い。卒後の臨床研修制度の理念と到達目標を再確認し、研修内容の見直しと検証を行い、よりよき制度の構築を図る。

1. 臨床研修制度

1) 理念：医療一般と救急医療に関する深い造詣と実践的医療知識・技能の獲得即ち「基本的臨床・診療能力の涵養」

新研修制度が目指している“プライマリケア”の概念には、救急対応能力（軽症から重症、超急性から亜急性）が含まれているが、救急医療研修の充実を図りそれを初期研修の主要な研修項目とすることが望ましい。しかしこの際注意すべき事は“プライマリケア”を十分行うことの技能と知識を持つには多くの研修と経験が必要である。臨床研修の理念は将来のプライマリケアを含めた認定医、専門医・高度医療職業人となるために必要な“基本的臨床・診療能力の涵養”であり、その目的はこの研修がその先どのような専門に進むにせよ、医師としての基本ベースになる経験をつむ事であるとすべきである。

2) 課題の整理と改善：

(1) 1年目、2年目の臨床研修の検証

従来、卒前臨床実習と卒後研修で重複のあった保健所などでの実習・研修を卒業前のコア・カリキュラムの中で行うことが出来ると考えられる。しかし研修が「基本的臨床・診療能力」の養成とすると、当然研修でも一定の「地域での経験」が重要である。卒前臨床実習、卒後臨床研修間の整合性が必要である。地域医療施設での実習・研修は、卒前、卒後と繰り返しスパイラルに行うことが重要であり、医師になってから地域医療を実践してみることは大切なことである。

さらに2年間の研修のうち1年間を基本的なコア診療科研修（例えば、内科、外科、救急など）に絞り、残された1年間の研修は専門医・高度医療職業人養成などへの移行期として捕らえるカリキュラムを構築する。

（2）研修施設基準の見直し

臨床研修の本来の到達目標と地域性（研修医の定数、配置などを含む）を考慮にいれ、現状のプライマリケアに重点を置いた施設基準から①「基本的臨床・診療能力の涵養」のための十分な研修をおこなう教育研修施設であり、②専門医・高度医療職業人養成を視野にいれた地域バランスを考慮した条件を含む厳しい施設基準に変更する。

（3）研修終了の評価

アメリカの制度と比較した場合、卒後の資格検定制度（医師資格、専門医認定）は明らかに基準が甘い。現在導入されたばかりの臨床研修制度においても、医師国家試験に合格した以降の研修成果を検定する制度は設けられてはいる（EPOC等）が、効果的なシステムとなっていない。これでは、研修制度が何らかの役に立っているのか、役に立ったのか、などの評価や品質保証になるはずはない。医師法改正により、病院管理者になるためにこの研修が義務化されたにもかかわらず、その研修の成果が客観的に評価されるものでなく、あまりに杜撰な制度であるとしかいいようがない。臨床研修のアウトカム評価のための「研修医」、「研修施設」評価の適切なる施行が必要である。

（4）「プライマリケア」について

卒後臨床研修で研修医が十分なプライマリケアの能力を獲得するのはまったく不可能と言わざるをえない。僅かな期間の研修でローテイトする診療科の専門的知識・技能が備わるとは誰も思っていない。卒後研修制度で研修したすべての研修医にプライマリケア能力があると認定したとすれば、まさに中途半端な医療技術を持つ同様の医師を世に送り出すことになる。従い新臨床研修制度の導入の趣旨である“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”という文言は適切ではない。“基本的臨床・診療能力の涵養”と改めるべきである。

3) 大学病院での臨床研修の改善

研修プログラムの診療科を横断する理念と到達目標について十分な検証を行い、教育内容の濃い魅力ある研修プログラムの構築を図り、広く明示する。

(1) 大学病院と中核研修病院との連携

大学病院と中核研修病院との密なる関係を図る事により十分なプライマリケア医学の研修が出来る体制を構築しつつ、管理型臨床研修を充実させる。

(2) 研修環境の整備

研修医の研修以外の負担を軽減する対応（例えば、他の職種との業務分担、看護補助員の確保など）を配慮する。更に研修宿泊施設などの環境面の改善を図る。

(3) 指導医の確保

指導医の絶対数を増やし、研修医に対し十分な教育を行うことの出来る環境を充実させる。

4) マッチング制度の見直し

(1) 学生臨床実習への障害

マッチング制度のため、多くの医学部の学生は5年次の夏休み前から有名研修病院の見学、実習、面接などに飛び回っている。将来を左右しかねないマッチングのためということの名目に、正規の学部臨床実習が障害されているとも聞いている。大学では、そのような時の正規の実習を休むことは許可していないが、学生のローテイト先の担当者はしぶしぶ許容している。特に6年次では、6-7、8月には多くの研修病院でのマッチングのための面接試験あるいは実習が設定されており、医学教育は学生の側からみると5年で修了しているかのようにも捉えられている。学生にとって6年次は、マッチングのための面接、卒業試験、そして国家試験のための受験勉強の時期となっており、ここでは「臨床実習」の影はきわめて希薄になってしまっている。このままでは医学教育は5年で充分と誤解されかねない。現状でのマッチング制度は、臨床実習のありかたに重大な影響が出ている。現状では国家試験との兼ね合いもあり、夏期休学期間に限定するなどの暫定的処置が必要である。

(2) マッチング先病院情報の開示と施設見学時期の限定

一方、卒業後の良い研修病院を見つけるにあたり、各研修病院はインターネットなどを通じて学生に十分情報を公開する工夫や病院見学を大学の臨床実習の休みとなる夏季休暇期間に限定するなどの改善が必要である。

(3) 地域別定数制の導入

米国やカナダにおけるマッチング制はレジデントの研修指定病院選択のための制度である。日本では本制度の理念と現状を十分検証せずに臨床研修制度（インターン制度と類似の期間の研修）に導入したことから現在の多くの混乱と問題を生じさせたと考えられる。殊にマッチング制度の導入と共に研修医はどこにでも研修にいけるようになり、都市への医師偏在、地域における医師寡少化を助長したと考えられる。マッチング制を継続させるのであれば、地域別定数等を考慮したマッチング制度に変えるべきである。

5) 新臨床研修制度の見直し

現在行なわれている臨床研修制度導入に対する評価に関する多くの調査は主として実際の研修内容の評価の調査でなく、研修医の満足度の評価である。満足度の調査だけでは国民に対して臨床研修制度の是非に関し満足な回答を与えているとは思わない。本研修制度が法制化して施行されている現状を考えると以下の点が考慮、実行されるべきである。

(1) 研修指定病院基準の見直し

研修指定病院の基準を緩和後、新たに参入した研修指定病院が十分な研修を提供しているかどうかの検証がなされていない。厚生労働省が掲げた研修の必修項目の達成や課されているレポート提出が形骸化している可能性もEPOCの解析データからは伺える。従って、新規参入病院については1年後の調査を実施し、必要に応じ改善勧告を行うなどの取り組みが望まれる。また、緩和した研修指定病院基準が妥当かの検証も望まれる。

(2) 評価制の導入

研修病院を指定する時にきちんと評価する。現在の施設基準では研修医に対する指導がきちんと行われているという担保がない。研修修了での試験または能力判定制度を原則として導入すべきである。しかもなによりも研修病院指定を見直し、同時に指導体制がしっかりと行われていることを評価する必要がある。EPOCが研修制を評価しているがこれはプロセスの評価であり、2年間のアウトカムの評価は別に行う必要がある。competence-basedな研修医評価法が導入されていくべきと考える。

(3) 研修医の都市への偏在

現状のプライマリケアに重点を置いた施設基準から地域性（研修医数、配置などを含む）を考慮にいれた地域バランスの考慮や専門医・高度医療職業人養成を視野に入れた条件を含む厳しい施設基準に変更する。現在マッチング研修

医のスロットは全国で12,000あり、医学部を卒業する学生数は8,000であるので研修希望医は希望すれば全国に自由に研修先を選択することが可能である。北米で行われているようにスロットの数を卒業生と同数とするなどの積極的な改革が行われるべきである。

(4) 専門医・高度医療職業人養成への移行との関連

従来、卒前臨床実習と卒後研修で重複のあった地域医療施設、保健所での実習・研修を卒業前のコア・カリキュラムの中で行うこと、研修1年目は基本的なコア診療科研修を例えば、内科、外科、救急などに絞り、2年目の研修は専門医・高度医療職業人養成などへの移行期として捕らえるカリキュラムを構築する。この際、専門医・高度医療職業人養成への移行期間を義務化することにより、大学病院や一般研修指定病院での後期研修医の囲い込みとならないように十分注意する必要がある。

2. 専門医・高度医療職業人養成

十分な卒前教育後に2年間の臨床研修を行いその後、大学病院、地域中核病院や市中病院などの実践的医療の場で主治医の一員として臨床の基本的事項とくに技能や態度を研修することは有益であり、必要である。しかし、この際単に認定医、専門医などの資格をとるための養成・修練で、そのためには単に養成病院にて指導にあたる専門医がいれば良いという問題ではない。その後の医師としての成長を考えると目差す専門分野について学問をする体制が充実し、さらには研究が可能な環境で研修を受けることも十分考慮する必要がある。臨床系大学院教育もこれと一体となるものと言える。この際、主として各学会が行っている認定医・専門医制度に対して十分なる検証を行い、国民的視点に立ち、国民が納得する制度であることが必要条件である。

1) 専門医・高度医療職業人養成の構築と充実

新臨床研修制度の2年間で修得した基本的臨床・診療能力を背景に、さらに総合的な診療能力を向上させ、社会ニーズに応えられる専門医を育成する。現在の法制下では2年間の臨床研修終了で独立した開業も可能である。臨床研修終了後の研修の重要性とその意義と必要性をきちんと認識し、総合診療医を含め専門別に一定の臨床修練を受けることが必要である。

臨床研修後の臨床医養成・修練は未だ制度化されていない。しかし医療の中心である内科医、外科医の研修については、内科・外科専門領域の基本的臨床修練（例えば内科系においては消化器、循環器、呼吸器、神経内科など）を一

定期間（例えば1から3年）終了し、認定医などの資格を取得した後に、改めて専門別の内科・外科系臨床研修を更に数年（例えば2年から4年、特殊な領域では更に長期間でありえる）行うなどのシステムを構築する必要がある。

（1）専門医・高度医療職業人養成の制度化

大学・大学附属病院での研修の目的は第一に日進月歩する医学・医療に関する知識、技能を習得し、生涯研修能力を涵養し、教育能力や指導能力を有する高度医療職業人を養成すること、第二は研究的視点を持つ臨床医、臨床研究者を育成することである。従って、専門医養成と連動した養成プログラムを作る必要がある。同時に経済的、身分的保障をまず明確にしなければならない。このなかには、高度医療職業人養成のための臨床系大学院コースも位置付けられる。

（2）専門医としてのプライマリケア医、家庭医育成

今後ますます、地域診療所での General Practitioner (GP) 的機能の強化が期待されている。それに伴い、わが国の実情にあった地域医師の養成システム構築の必要性が増すであろう。大学病院、医学部（医科大学）自体も本来の「教育機関」としての役割を十分認識し、プライマリケア医学、家庭医学に特化した専門教育スタッフの充実を図り、独自のシステムを地域中小病院、一般病院、診療所などとの関係の中で「専門医としてのプライマリケア医、家庭医」育成の役割を分担していくべきである。

（3）中核病院、地域病院と密なる連携

認定医、専門医養成には大学附属病院は魅力ある養成内容の構築を中核病院、地域病院と密なる関係を取りながら図る。大学とそれに附属する病院は本来もっている豊富な教育設備、先端医療設備とそれを行うことのできる有能なスタッフを大いに活用すべきである。更に中核病院、地域病院をローテイトすることにより専門性を高めていくプログラムを構築すべきである。これによって地域の医師寡少、偏在などの問題をある程度解決する方向性を生み出す事ができる。

（4）専門医の適正配置

将来的には特定の地域や診療科の医師不足を解消するにはプライマリケア、家庭医を含む各診療科別の専門医の地域及び国家レベルでの適正配置数を検討し、それを具体化できるシステムを構築すべきである。

(5) 専門医・高度医療職業人養成の経済的身分保証

臨床研修医は5日間労働に対し一定の給与が支給されている。一方、これら研修医より更なる臨床実績のあるに専門医・高度医療職業人養成者対しての明確なる十分な経済保障はなされていない。大学病院の専門医・高度医療職業人養成医に対し、文部科学省、都道府県自治体から予算処置がある程度あるが極めて不十分といわざるを得ない。大多数のこれら医師が教室、講座などからの出張医療で生活費を補っているという現状を解決しなければならない。

2) 大学病院の地域医療への貢献

現在の大学病院での専門医・高度医療職業人養成システムが必ずしも地域のニーズにあっていない面もあることを大学は十分認識し、反省しなければならない。地域は外科・内科系の十分な幅の広い臨床経験を有する“専門医”を望んでいるにもかかわらず外科系や内科系の“ジェネラル専門医（認定医）”を育成するシステムがないのは大きな問題であり、その構築のために改善する努力が必要である。各専門診療科間の横断的連携へのバリアーを取り省く努力が必要と思われる。

(1) 専門医・高度医療職業人養成における地域医療研修

専門医・高度医療職業人養成における医師の地域での実践的臨床修練はそれぞれの領域の医師の研鑽の一貫としてとらえ、大学と地域の中核・基幹病院などが連携した養成プログラムを構築する。各都道府県に少なくとも一大学が設置されており、各地域ごとに医師養成のプログラムを構築するに際して大学が中核病院、地方自治体更に日本医師会などと協力し研修プログラムのディレクターの一員としての中心的役割を担うことは重要である。

(2) ローテイトシステムによる専門医・高度医療職業人養成の充実

地域での医療は主として専門医・高度医療職業人養成の中で行う。ことに初期専門医・高度医療職業人養成に際しては地域中核・基幹病院での十分なる実践を考慮すべきであり、またその重要性を十分認識すべきである。大学病院での専門医・高度医療職業人養成プログラムから地域医療で臨床実践を行うに際しては、一定の期限を限ったローテイトシステムを継続できる環境を構築する。このシステムが充実し充分機能すると大学病院からの地域医療への貢献は活性化する。

(3) 地域地方自治体、地域医療機関と密な連携による専門医養成

現状の大学・大学病院が地域における医師確保の問題に関し、実際にどの程

度かかわることが出来るか各大学により異なるが、大学は責任と方向性を持ち地域・地方自治体、地域中核病院・基幹病院と密な協力体制を構築することは必要条件である。

(4) 地域医療研修施設における指導医のローテイト勤務

大学病院と地域中核・基幹病院と連携した統合型専門医・高度医療職業人養成を行うに際し、地域中核・基幹病院に指導医を大学から派遣する際には一定の期間内で期限をつけ派遣し、このことをきちんと明文化して派遣すべきである（キャリアパスに基づいたローテイト勤務）。

(5) ITの活用

専門医・高度医療職業人養成医が地域病院で臨床実践を行うにはITを活用し絶えず専門医・高度医療職業人養成内容の充実、改善と公開が図られるようにする。

(6) 地域医療での診療実績

キャリアデザインとして、教員の地域医療貢献について大学として評価するシステムを導入する。臨床系教員の採用、昇任などにあたり、地域医療での診療実績などを評価項目に入れる。

(7) 柔軟性のある地域医師支援と地域医療機関との連携

国民のニーズに合った地域における専門医・高度医療職業人養成プログラムを支援する大学・大学病院の役割を十分認識し、実行していかなければならない。ことに大学病院と地域医療機関との連携を図り、ローテイトシステムにより地域の特性と特色を示した柔軟性のある養成プログラムを作り上げる必要がある。

3) 医学研究の将来的低迷への危惧と大学院教育（高度医療職業人の育成）の充実

(1) 専門医・高度医療職業人養成における臨床系大学院

専門医養成期間中に臨床系大学院に入学でき、高度医療専門医養成に不可欠な研究思考を持ち、一見複雑に見える多彩な臨床を論理的に整理し、統合し問題を解決する能力を身に付け、更に新医療を開発し臨床導入を図る研究など、高度先進医療を発展させる臨床研究能力を育成出来る環境を作る。

(2) 臨床・研究期間の設定

リサーチマインドをもった専門医・医療人を養成することは将来の日本の医療水準を高めるには必要不可欠である。専門医・高度医療職業人養成の課程で臨床主体のプログラムと一定の研究期間を含むプログラムを策定するなど、多様性のあるプログラムを構築する。

(3) 専門医認定

臨床系大学院在籍の一定期間が専門医・高度医療職業人養成中に、認定医・専門医などの認定に必要な期間に加算される制度を構築する。これにより、臨床系大学院生の絶対数と臨床研究、基礎研究に対するモチベーションを高める。

(4) 研究主体の教員の確保

診療と研究のバランスをとるよう改善すると共に、研究主体の教員の確保を臨床系各科においても考慮する。

(5) 大学病院でのトランスレーショナルリサーチ人材の養成

新科学技術の臨床導入や、臨床開発治験ならびに臨床応用できる基礎研究の意義や楽しさを体験できる期間などを専門医・高度医療職業人育成プログラムに取り入れる。

3. 生涯教育

1) 生涯教育の充実

医療の高度化、複雑化、さらに医療安全に対する社会からのニーズにより、医師に求められる医療レベルは高度化している。医師免許を取得し、専門医として認定された後にも、安全且つ適正な医療を実践していくために、医師には生涯にわたる弛まぬ自己研鑽(life-long learning)が求められている。このような生涯学習のニーズに対して学部教育、卒後研修では生涯学習に通じる自律的学習能力の修得に重点がおかれるようになってきた。学部教育、卒後研修に続く専門教育、更に生涯教育に対しても大学、大学院、大学病院には、その教育リソースを活用して果たすべき役割がある。医師の生涯教育をさらに充実させるために医育機関である大学医学部、大学病院は、生涯教育を主要なミッションの一つとして位置付け、体制を整備していく必要がある。

2) Continuing Professional Development (CPD) プログラムの構築とキャリアデザイン

「生涯を通じて発達する」存在として人間が捉えられることで生涯教育も

CME(continuing medical education) から CPD(continuing professional development)と解釈されるようになってきた。CPDは医師に限定されず、専門職特に医療専門職全般に共通する生涯教育の考え方である。専門医取得後の前期生涯設計は、自分の設定した専門性を具体的に臨床あるいは研究に活かす時期である。そこで自らの専門性の充実を図り、大学でも市中病院でも若手中堅として活躍することができる。後期生涯設計は自分の生涯をほぼ決定する時期で、大学、病院、開業の方向性が確定し、実践される時期となる。その中で CPD のあり方が議論されるべきである。このようなキャリアを設計していく過程で常に CPD に基づいたプログラムを自ら作成し、実行していくことがこれからの医師には求められる。

3) CPD における大学病院の役割

大学病院内に生涯教育支援（ライフサポート）センターなどの立ち上げとその運営のための安定的財政支援を考慮する。

4) 女性医師

現在、女性医師は全医師の 16.4%を占めるが、最近の医師国家試験合格比率は 33.7%で、今後さらに高くなると考えられる。女性医師の就業率を高める職場環境（24 時間保育、病院保育、再研修制度）整備のための財政支援が望まれる。また、医師不足が深刻な小児科では医師の 31.2%、産婦人科では 21.7%が女性医師によって占められるようになっている。今後は、女性医師が出産や育児等の問題を抱えていても勤務を続けられるように職場環境（24 時間保育、病児・病後児保育、一時保育、再研修・職場復帰支援制度など）の整備を進める必要がある。すでに、日本医師会では 18 年から厚生労働省の方針に沿って「女性医師バンク」事業を開始している。また、文部科学省の「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム」でも 19 年度は「女性医師支援」をテーマにした取組みを募集するなど、新しい動きもみられる。今後、様々な支援取組が展開されるものと期待される。

5) 医師リクルートと地域ネットワークの構築

医育機関としての大学と地域を循環するシステムなどにより、シニアエイジドクターも参加して地域医療をサポートしていくネットワークを構築する。

おわりに

本年5月には、文部学科省による「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議（座長 高久史麿自治医科大学長）」から医学教育の改善と充実に関する最終報告が提出されている。今回の検証、提言の一部は重複している面もある。

今回の提言のうち、医学教育に関わる内容の多くは、1999年2月に公開された21世紀医学・医療懇談会第4次報告の「21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について」に含まれている。提言から8年以上を経て、同様の提言を再び行わなければならない所に、我が国の医学教育・医師養成システムの問題点がある。

米国のAAMC(American Association of Medical College)が中心となって組織しているLCME(League of College for Medical Education)、カナダにおけるRCPS(Royal College of Physicians and Surgeons)の様な各大学の医学教育を評価・認証する組織を我が国においても早急に構築する必要がある。AAMCに相当する我が国の組織は、まさに全国医学部長病院長会議(AJMC)であり、卒業時モデル・コア・カリキュラム、医学教育の評価・認証システムなどを構築する役割を果たすことができる。現在の医療危機の状況は、緊急性をもって医学部、医科大学が一貫性と継続性のある医師養成というルールに基づくグランドデザインに沿って自主的、自立的に行政、医師会、社会などと協力し医学教育、医師育成システムを改革すべき時期であると考え。実際の医師養成に直接関わっている連合体である我々AJMCがそれを先導すべきであると考え、また自らを律する意味で課題を整理・検証し、ここに医師養成に関するグランドデザインを提言した。これら提言の実現への努力により新臨床研修制度と共に顕在化した諸課題の整理と改善が早急に進む事を切望する。行政・関係諸機関との連携のもとに本グランドデザインに基づく提言を実現させることが我々の国民に対する責務と考える。

以上

本グランドデザインは平成19年5月18日に開催された全国医学部長病院長会議総会にて承認されたものであるが、以下の委員会委員により作成された。

全国医学部長病院長会議	会 長	大橋 俊夫
	副会長	澤 充
	顧 問	吉村 博邦
	名誉顧問	布施 勝生
	相談役	神保 孝一

専門委員会委員長会	委員長	小川 彰
	委 員	堀内 三郎
	委 員	別所 正美
	委 員	福島 統
	委 員	永井 良三
	委 員	當瀬 規嗣
	委 員	嘉山 孝正
	委 員	奈良 信雄
	委 員	北村 聖
	委 員	小山 信彌
	委 員	寺野 彰
委 員	水田 祥代	

医師養成のグランドデザイン作業ワーキンググループ		
委員長	神保 孝一	
委 員	布施 勝生	
委 員	田邊 政裕	
委 員	田中 雄二郎	
委 員	福島 統	
委 員	後藤 英司	
委 員	下條 文武	