

醫學振興

日本私立医科大学協会

第84号

Contents

巻頭言 「日本の医療開発研究の歴史と最近の動向」	2~4
座談会 「医学教育グランドデザインに関して」	5~26
論壇 「ストレスチェック制度を活用した 医療従事者のメンタルヘルス対策」	27~30
施設紹介 「自治医科大学」	31
「東京女子医科大学」	32
「昭和大学」	33
「帝京大学」	34
「順天堂大学」	35
医大協ニュース	36~47
協会及び関係団体の動き	48~53

岩手医科大学創立者 三田俊次郎と私立岩手病院

明治時代における岩手県の医療は困窮を極め、長期にわたり医学教育機関が皆無の状態が続いていた。これを憂いた三田俊次郎は、私財を投じて明治30年（1897）に私立岩手病院を創設、同時に医学講習所、産婆看護婦養成所を併設し、医師、産婆、看護婦の養成に努めた。

地域医療の安定充実に生涯を捧げた俊次郎は、私立岩手病院に施療部を置き、相次ぐ飢饉や戦争等で治療費が払えない患者にも無料で治療を行った。こうした厚生済民の精神は、脈々と受け継がれ今日の岩手医科大学の礎となっている。

岩手医科大学は、明治30年の医学講習所の設置を淵源として、本年4月20日をもって創立120周年を迎えた。

写真は、大正11年頃に私立岩手病院前にて撮影されたもので、凛と立つ俊次郎（写真中央）の姿がある。



巻頭言

「日本の医療開発研究の歴史と最近の動向」

自治医科大学学長

永井 良三 氏



I. はじめに

生命現象や病気のメカニズムを明らかにすることは、医学研究の重要な課題である。近年、これらの基礎研究の成果を診断や治療法に結びつける医療開発研究を「トランスレーショナルリサーチ（橋渡し研究）」と呼び、その重要性が広く認識されるようになった。あらゆる基礎研究は医学研究の基本であり、基礎研究の充実は診断・治療法開発の基盤である。しかし医学研究が基礎研究だけにとどまっていると臨床医学は発展しない。ところが医療開発研究を進めるには、基盤システムが必要であり、そのための経費は膨大となる。一方、確固とした体制のないままに臨床研究を行えば被験者のリスクをはじめとする倫理問題が発生する。さらに国際基準を遵守しないと、開発された医薬品や医療機器は国際市場から排除される。本稿では、これらの困難な課題を抱えるトランスレーショナルリサーチの歴史と最近の動向を概説する。

II. 日本の医療開発研究のはじまり

診断や治療法開発のための研究の重要性は、日本に近代医学が導入された明治時代から認識されていた。そのさきがけが北里柴三郎博士による破傷風の血清療法である。当時、破傷風菌は嫌気状態でなければ培養できないことは知られていた。しかしどのようにして嫌気培養系を作ればよいかは不明だった。北里博士はこれを、培養シャーレに水素ガスを満たすことによって解決した。次に北里博士は、培養液

を濾過して菌体を除き、培養液中に液性の毒素が存在することを発見した。また培養液を少量ずつ動物に注射し、日時をおいてから大量に注射しても、動物は破傷風を発症しないこと、さらに免疫能を得た個体の血清を別の個体に注射すると、その個体が免疫能を獲得すること、すなわち抗毒素の概念とこれを用いた治療法を確立した。北里博士は帰国後、伝染病研究所でさまざまな抗血清療法を実用化した。

その他にも鈴木梅太郎博士が発見したビタミンB1は、後に脚氣治療に応用された。また戦後の東大分院外科で開発された胃カメラは、現在の消化管内視鏡のもととなった。このような輝かしい歴史が、必ずしも今日の医学研究に継承されなかつたのには多くの理由がある。

III. 医療開発研究に対する規制

実用化研究ではなによりも安全性と有効性の評価が重要であり、現在ではそのための法律と指針が定められている。また、科学性と倫理的妥当性も厳しく審査される。実用化研究に伴う規制は、1902年に米国で血清療法用の血清や食品の安全性を審査する生物製剤制御法が制定されたことに始まる。1930年には食品医薬品局FDAが創設された。一方、日本で医薬品の承認時に臨床試験の成績を求めるようになったのは、1960年の薬事法の改正による。しかしながら薬効の評価は、全般改善度や概括安全度などに基づいたもので、臨床試験の国際規準を満たすものではなかった。サリドマイドやキノホルムなどの薬害事件の背景にはこうした薬事審査制度の不備があった。

日本において国際基準に則した臨床開発が可能になったのは、1980 年代から 90 年代にかけてである。この時期に、医薬品の製造工程や製品の品質、衛生や安全性の管理、製造に関する教育と組織、安全性試験、さらに治験（法的な承認を得るための臨床試験）のための法的整備が行われた。とくに 1996 年の薬事法改正と翌年の「薬事法に基づく医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（新 GCP : Good Clinical Practice）」の施行は重要な転機となつた。しかし欧米と同等の規準の導入後、日本の治験実施数は激減した。国際基準を満たすには多くの設備投資と人材が必要であり、我が国はこれに対応できなかつたためである。

一方、治験以外のトランスレーショナルリサーチは薬事法の対象外とされ、法律ではなく研究指針によって規制されてきた。しかしながらディオバンを用いた臨床研究の不正を受けて、本年 4 月に臨床研究法が成立した。これにより資金提供を受けて実施する臨床研究と、未承認または適応外の医薬品を用いる臨床研究は「特定臨床研究」と位置づけられ規制の対象となった。すなわち特定臨床研究は厚生労働省の認定する「認定臨床研究審査委員会」の承認が必要であり、厚生労働大臣に提出したのちに臨床研究を開始しなければならない。また実施計画には資金提供の状況や被験者に健康被害が生じた場合の補償についての記載が求められることになった。

こうした医薬品や医療機器の承認審査、安全対策、製造管理、品質管理、薬事監視、査察などのための科学的知識を規制科学（レギュラトリーサイエンス）という。医学に限らず科学技術の成果について恩恵とリスクを予測・評価する方法を研究し、最も望ましい形に社会と調整することを目指している。これは 1987 年に我が国から提唱された概念だったが、さまざまな理由により定着しなかった。このことが日本のトランスレーショナルリサーチの立ち遅れをさらに招いた。

被験者の人権を守る倫理規定を制定しておくこともトランスレーショナルリサーチにとって重要である。「医の倫理」は紀元前のヒポクラテスの誓いに始まるが、第 2 次世界大戦後の欧米では、ニュルンベルク綱領や、ヘルシンキ宣言、リスボン宣言などによって被験者の人権を守る規定を取り入れた法律が定められた。しかし日本はこれらの倫理規定を臨床試験の前提とする規定作りにも出遅れた。

最近の新たな動きは個人情報保護法の改正である。同法は 2015 年に改正され、本年 5 月 30 日から

施行される。今回の改正のポイントは要配慮個人情報の制度であり、医療情報も要配慮個人情報とされた。その取得と第三者への提供には本人の同意が必要となるが、同意取得が困難で、公衆衛生の向上に必要な場合は適応除外とされた。

これを受けて本年 3 月に「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」が改正された。今回の改正において、要配慮個人情報の取得や他の研究機関への提供は、研究対象者からの同意を原則としつつも、個人情報保護法の義務規定の適用除外や例外規定に該当する場合は、オプトアウトによって可能となつた。

また、本年 4 月 28 日には、「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律案（次世代医療基盤法案）」が成立し、認定された法人は医療情報を匿名加工し、これを研究機関や企業に提供できるようになった。

IV. 大学における产学連携

日本の大学では長い間、企業との共同研究の実施体制が整備されておらず、学内でもこれを避ける傾向があった。とくに 1960 年代の大学紛争の時代には、产学連携反対が学生や教職員の主張だった。1969 年 1 月に東大紛争が終結する際、大学執行部と学生代表団との間の確認書に、「大学当局は、大学における研究が資本の利益に奉仕するという意味では产学協同を否定するものであることを確認する」と明記されたのは、こうした時代を反映する。なお、この確認書を東大当局は批准しなかつたが、日本の大学における产学連携の遅れの一因になったことは否めない。

今日のトランスレーショナルリサーチは一定の規制のもとに产学連携を進めなければならず、国際基準をみたす体制の構築には、人員や設備に膨大なコストを必要とする。体制や研究費のないところで実用化研究を急ぐと、さまざまな倫理問題が発生する。研究費にも問題があり、かつて実用化研究のための科学研究費は皆無に近かった。また、実用化研究は学術的な業績になりにくく、研究者のインセンティブが働きにくかったことも大きな障害だった。

大学研究者の知的財産いわゆる特許権の保護も、トランスレーショナルリサーチの重要な課題である。米国は政府資金で行われた発明の特許権が実施した民間企業や研究者に帰属することは、1980 年の特許商標法修正条項によって定めた（バイドール

法)。しかし日本版バイドール法が制定されたのは、国立大学の法人化の議論が始まった1999年だった。こうした一連の状況から日本の医薬品や医療機器開発は次第に困難となっていました。実際、平成26年の医薬品の輸出が1兆2,604億円であるのに対し、輸入は3兆1,884億円であり、輸入超過は1兆9,300億円に及ぶ。医療機器についても、輸出が5,723億円、輸入は1兆3,685億円、輸入超過が約8,000億円であり、医薬品とともに輸入超過は急速に増大している。とくに最近は海外で開発された非常に高額な医薬品が国内で使用されており、その支払いは国民医療費の大きな負担となっている。

日本政府がトランスレーショナルリサーチの推進に力を入れるようになったのは、国立大学法人化を控えた2003年である。基礎研究の成果を実用化することの重要性が認識されるようになったこともあるが、法人化以後、知的財産などで収入を得なければ、国立大学の維持が困難になると予想されたためである。

こうして国立大学には産学連携本部が設置され、2007年に文部科学省の「橋渡し研究拠点形成事業」が始まった。現在、全国11の拠点にはトランスレーショナルリサーチの規則に通じた人材が配置され、学内のシーズの探索と支援、細胞調製センターなどの施設整備、病院内での規則や研修体制、さらに国の審査機関である医薬品医療機器総合機構PMDAとの相談や人事交流などが行われている。また橋渡し研究拠点以外にも医工連携や再生医療、ゲノム研究、さらに医療イノベーションなどの研究拠点が相次いで設置された。2015年には日本医療研究開発機構いわゆるAMEDが設置され、従来、文部科学省、厚生労働省、経済産業省が独立して管理していた研究費配分と研究の進捗管理を担うようになった。

こうした整備にも関わらず、日本の大学におけるトランスレーショナルリサーチの体制はいまだに脆弱である。医薬品開発は実用化までに少なくとも10年、場合によっては数十年を要するため、その間の研究体制の維持は容易でない。さらに成功確率が低いうえに、研究の途中で成果を発表できないことが多い。産学連携のあり方だけでなく、実用化研究に従事する研究者のポストや評価など、大学における医療開発研究のあり方を考え直す時期にあるといえる。

V. Precision Medicineへの取組み

最近の医学研究では、より適切な診断・治療をめざす個別予見医療が注目されている。例えば一

部のがん治療では特定の遺伝子変異に対して有効な抗がん剤が存在する。しかし、肺がんに対するオプジーボの有効な患者は2割程度であり、薬剤反応性を事前に予測する研究が求められる。また、生活習慣病のような多因子疾患の場合はゲノムのみでは解決できず、多様な健康・医療情報を統合する必要がある。オバマ政権時代の米国は、この課題に対しPrecision Medicine Initiativeを発動した。これは精密医療と訳されるが、患者を個別化・サブグループ化し、予後を予測しようとすることが大きな特徴である。

多様なデータの統合はビッグデータ時代の到来を意味する。すでにIoT(Internet of Things)は社会全体に及びつつあるが、一部の医療分野でもウェアラブルデバイスやモバイル端末をインターネットで連結して個別化が可能となった。しかしビッグデータを用いた研究では、推測の根拠となるデータの質が必ずしも担保されておらず、予測計算に必要な事前確率の設定次第で結果は大きく異なる。このため不確実な情報の増加は避けられない。これに対して小規模であっても独自のデータを整備し、状況に応じて自らの立場を弁明できるように準備しておくことが大切である。

VI. おわりに

トランスレーショナルリサーチの重要性は認識されるようになったものの、基礎研究は医学研究の基本であることはいうまでもない。基礎研究を疎かにするといずれ開発研究も行き詰まる。このため基礎研究を含めて医学研究費を確保し、人材を育成する必要がある。

トランスレーショナルリサーチは従来の好奇心駆動型の研究と異なり、行政や市民も参加する問題解決型研究であり、研究者には透明性と説明責任が求められる。また、研究は単なる研究者の好奇心の追求ではなく、研究の成果が市民の自律的生き方に貢献するという姿勢を忘れてはならない。

産学連携だけでなく、大学のあり方は時代と共に変化する。大学と大学病院を研究プラットフォームとしていかに発展させるかはわが国の大変な課題である。さらに、研究のあり方にとどまらず21世紀の社会における大学の役割を考える上でも、トランスレーショナルリサーチについて理解を深めておくことが重要である。

座談会

医学教育グランドデザインに関して

日時：平成 29 年 3 月 22 日（水）16 時～18 時

場所：アルカディア市ヶ谷（私学会館）会議室

佐々木 昌弘 氏

文部科学省高等教育局医学教育課企画官

寺野 彰 氏

獨協学園理事長、日本私立医科大学協会会長

栗原 敏 氏

東京慈恵会医科大学理事長、協会教育・研究部会担当副会長

山下 敏夫 氏

関西医科大学理事長、協会病院部会担当副会長

吉村 博邦 氏

日本専門医機構理事長、協会参与

(司会) **小川 彰 氏**

岩手医科大学理事長、協会総務・経営部会担当副会長

(広報委員会) **炭山 嘉伸 氏**

東邦大学理事長、協会広報委員会委員長

(広報委員会) **小栗 典明 氏**

日本私立医科大学協会事務局長



【はじめに】

炭 山 本日は、お集まりいただきましてありがとうございます。

広報誌「医学振興」第84号の座談会をこれから開催させていただきます。

今回は、84号発刊に際しまして特別企画として「医学教育グランドデザインに関して」ということを主体として、これから座談会をお願いしたいと思います。

本協会では医師養成制度検討委員会を数回に亘って開催させていただきましたが、その過程の中で「医学教育グランドデザイン（案）」が作られております。今回、その案の最終的な完成版を目指して、私立医科大学協会としての何か提言が、この座談会で得られればと思います。

司会は、協会総務・経営部会担当副会長であり、この委員会の委員長である小川先生にお願いしておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

本日は、文部科学省医学教育課の佐々木企画官にもお出ましいただきました。どうぞ宜しくお願ひいたします。

小 川 司会を仰せつかりました小川でございます。医師養成制度の在り方に関しましてはかなり重たい事項でございまして、日本におきます医師養成をどのように理想に近づけたら良いのかということを全国医学部長病院長会議でも議論されているわけでございますが、本協会といたしましては、私立医科大学の立場に立った医師養成制度の在り方を検討しようということでスタートしたものです。この委員会の発足に関しましては寺野会長からの強いご希望があつてスタートしたもので、医学教育グランドデザインを議論する前に、本協会が医師養成制度検討委員会を発足させた経緯について、寺野会長からお話をいただければと思います。

【日本私立医科大学協会医師養成制度検討委員会発足の経緯について】

寺 野 医学教育全体を見ますと、言うまでもなく学部教育、卒後教育、生涯教育と分かれるわけです。それを細かく言えば、教養教育、基礎教育、臨床教育、そして臨床研修と専門研修、生涯教育

となるのです。これに関しては全国医学部長病院長会議の方で神保孝一札幌医大名誉教授のご努力でグランドデザインを作りました。立派なものがでてておりますけれども、全国の私立・国立・公立全部をあわせたものであるということと、若干時間も経過したということもありまして、私立医科大学協会として、特徴を持ったグランドデザインが必要なのではないかと考えたところです。

もともと本協会におきましても教育・研究部会というのがありますと、実際の教育はそこで議論されているわけです。医師養成制度全般で考えてみると、医師臨床研修システムも新しいものがでて10年以上経過したですから、それに対して何らかの対策を考えなければいけないということで、本協会としてもこの点を問題にしております。

もう1つは、新しく日本専門医機構ができて新専門医制度が検討されるようになりました。そこで、医師臨床研修対策委員会と新専門医制度検討委員会をそれぞれ立ち上げていたのですが、医学教育全体を考えるにあたっては、卒前教育と臨床研修と専門医教育がシームレスになされる必要があるということが、特に最近痛感されるわけです。

そこで、医学教育そのものに関しては教育・研究部会の方で議論しますけれども、少なくとも臨床研修対策と専門医制度に関して、それに関連して医師偏在対策を含めた上で、医師養成制度検討委員会という新委員会を作つて、そこで基本的に審議をし、考えていくという発想で作ったものです。全国医学部長病院長会議にも同じような委員会がありますが、それに対する提言ということも含めた上で、本協会として検討していくことです。

ですから、全体として見ると、卒前医学教育、臨床教育、専門医教育、生涯教育、それらを全体として考えられるような委員会として、この医師養成制度検討委員会を作つたというのが経緯です。

小 川 本委員会が発足した経緯についての根幹のお話をいただきました。医師養成制度ということになりますと、大学といたしましては、入口のところの入学試験はどうあるべきかというところから始まって、教養、基礎医学教育、診療参加型の臨床実習を含めた卒前の医学教育と、さらに卒後

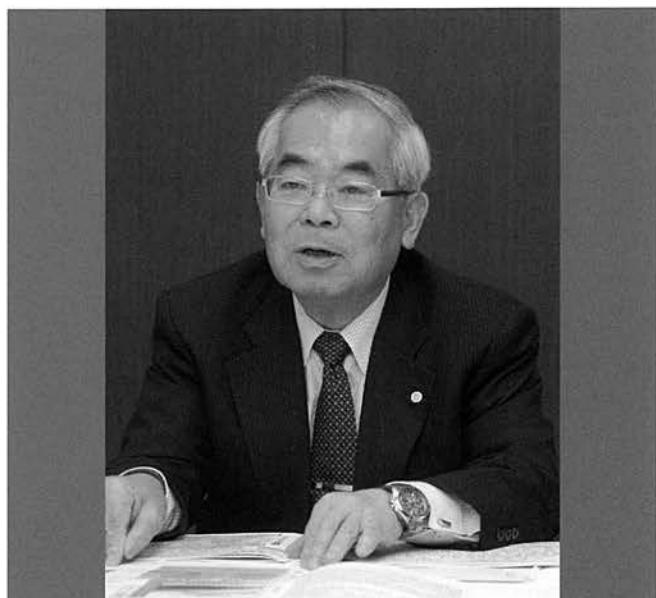
に関しましては、国家試験を経て、現在問題になっている臨床研修、あるいは専門医制度、更にはその後の生涯学習につながります。特に生命科学に関しましては 5 年と言っていられないぐらいターンオーバーが速いわけで、そういう意味で生涯学習として医師の技能を磨いていかなければ新しい医学についていけません。一方、これ全てを今日の座談会の中で語り尽くすことは不可能でございますので、ポイントを絞って、卒前に関しては共用試験と国家試験のあり方、卒後に関しては、全国医学部長病院長会議、私立医科大学協会から臨床研修のあり方について提言をしてきたわけでございまして、この辺に関しまして議論をしたいということでございます。

それから、日本専門医機構がスタートいたしました。現在、新専門医制度をスタートさせるべく吉村先生が孤軍奮闘しておられるわけでございますので、専門医制度のところで議論いただきたいと思います。また、共用試験、国家試験、その間にある診療参加型の臨床実習、そして卒後の臨床研修、専門医制度、この辺のところをポイントにして議論をしていただければと思います。

卒前医学教育に関しましては、本協会の提言の中にも、教養（リベラルアーツ）教育、基礎医学教育、臨床医学知識教育、さらに診療参加型臨床実習教育ということでまとめておりますけれども、この辺に関しましては現在、改訂が進められているモデル・コア・カリキュラムとの関係がございますので、佐々木企画官から、それからお話をいただければと思います。

【モデル・コア・カリキュラム改訂と協会グランドデザインについて】

佐々木 資料「医学教育グランドデザイン（案）」（以下、資料 2）と資料「卒前・卒後の医師養成を巡る近年の動き」（文部科学省作成）（以下、資料 4）をお手元にご用意ください。資料 2 は、小川先生がまとめられた「医学教育グランドデザイン（案）」です。資料 2 の縦軸と同様に資料 4 も縦軸に医学部教育から国家試験、臨床研修、専門教育、生涯教育と並べています。資料 4 の横軸は、平成 12（2000）年から平成 35（2023）年までをカバーしたものでございます。



寺野 彰 氏

獨協学園理事長

日本私立医科大学协会会长

資料 4 の 1 枚目の意味は、平成 12 年の臨床研修必修化の法改正、制度実施は平成 16 年ですが、その平成 12 年からこれだけの改善・改革を卒前教育では、共用試験、CBT、OSCE の実施も含めて重ねてきたわけです。専門医機構は平成 26 年 5 月の設置ですが、国家試験、臨床研修、その先の生涯教育と、卒前・卒後の一貫性の議論をするのであれば、臨床研修にしても国家試験も、卒前のこの間の劇的な教育改革を前提に議論すべきものだと思います。

今、小川先生からご紹介のあったモデル・コア・カリキュラムについては、寺野先生にも検討に参画いただき、6 年ぶり 3 回目の改訂となりました。

正直なところ、個々の中身は、この 6 年間の時点修正ですので、大きな変更はございません。ポイントとなるのは、私立医科大学協会からのご提言など、単なる中身の時点修正に留まらずに、大局的に医学教育と捉えている点です。

今でも医学部は白い巨塔のように言われることが少なくない中で、改革を進めていることを対外的にアピールすることを意識しています。よって、医学教育関係者だけではなく広く国民に訴えるという体裁になっています。

また資料 4 には、「これからのことと特に強調したいこと」という頁があります。今回は、「多

様なニーズに対応できる」ことをキャッチフレーズとしていますが、別の言い方をすると「多様なキャリア形成ができる」ということになります。多様なニーズに対応、多様なキャリア形成ができるということを踏まえての卒前教育をしていただいて、何より学生が将来に夢を抱き、そして卒業後も可能性を狭めないような生涯学習、そして職場選びをして欲しいと思います。なお、日進月歩の医学・医療の全てを卒前で学修することを想定していませんし、卒前の学修範囲をすべてを授業でカバーするのではないことを、今回のモデル・コア・カリキュラム（以下、コアカリ）改訂の中で明記をしています。

さて、対外的なアピールを考えたときに、外の目がきちんと医学教育には入っていることもアピールすべきだと思います。

そこで、5つの外の目、まず1つ目は、JACME（日本医学教育評価機構）が、WFME（世界医学教育連盟）の正式な認証を踏まえ、第三者評価をするし、2年に1度AJMC（全国医学部長病院長会議）の調査もありますので、評価の目が入っていると思います。

2つ目は、Post Clinical Clerkship OSCE（臨床実習後の客観的臨床能力試験）が今年の夏から施行が始まり、平成32年までには全大学が正式導入します。それによって医学教育のプロ同士の相互のチェックの目が入ります。

3つ目は、臨床実習時間がWFMEとの関係で自ずと増えていきますので、そうなると大学病院ではなく地域実習の時間が増えてきます。そうなると医師会や病院団体を含めて、より地域の目が入ることになります。

4つ目は、卒後です。今回の改訂の大きな特徴は、卒前・卒後のシームレスな教育を意識したことで、象徴的なのは、医師として求められる基本的な資質・能力を、コアカリと臨床研修の到達目標とで、事実上統一しました。また、改訂コアカリでも例示したように、ポートフォリオ的な記録の充実も含めて、単に何科を何週間回りましたというのではなく、何ができるようになったか、どんな症例を経験したか等をきっちり記録化するということも含めて、卒後の目が入ります。

5つ目は、他職種の目です。これまでの経緯もあって、医学と歯学は同時にコアカリを改訂しま

す。今回は、歯学から見ても医学教育がイメージできるように、全体の体裁を合わせ、さらにできるだけ共通の記載を増やしました。この作業の過程で、平成25年に改訂した薬学コアカリも参考にしましたし、看護が今コアカリを初めて作っていますので、今回の医学コアカリを反映します。これらにより、チーム医療を構成する他の医療系の教育を担っている学部との比較も可能になり、目が入りやすくなっています。

最後になりますが、資料4の中の「今後は」のスライドをご覧ください。改訂コアカリでは冒頭に「考え方」を記載していますが、その中で、今後も、大学関係、文部科学省、厚生労働省、日本医師会等の関係団体で、まさに今日のテーマであります「医学教育のグランドデザインのあるべき姿を検討し構築する取組を更に進められたい。」ということを明記しています。これによって、コアカリを改訂したから数年は大学にお任せで中央官庁はお休みというのではなくて、卒後も見据えた医師養成・医学教育のグランドデザインを、少なくとも臨床研修の平成32年見直しの方向性は、2年前の平成30年12月ぐらいまでにはレポートができるでしょうから、これに向けての議論が必要です。また国家試験も、来年からは3日間500問が2日間400問になり、翌年には、次の国家試験の改善検討が始まります。つまり、絶えず卒前・卒後と連動した議論が必要になります。こうした将来に向けての議論の際には是非、私立医科大学協会が進められるグランドデザインが活かせるようにならないかと思っています。

小川 佐々木企画官からお話をあったことに関して、何かご発言ございますでしょうか。

全部連動しているわけでございまして、そういう意味でも非常に難しいわけでございますけれども、佐々木企画官の最後のお話の中にありましたように、平成32年4月予定の卒後臨床研修制度の見直しというのは、5年目の見直しが21年に行われまして、10年目の見直しが26年に行われたのですけれども、10年目の卒後臨床研修制度の見直しに関しては、単に数合わせといいますか、内容の問題ではなくて、5年のときの見直しで「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」が発表されたわけですけれども、このときに「臨床研修制度の導入以降、大学病院において臨床研

修を受ける医師が大幅に減少し、また、専門の診療科を決定することが遅れたことも影響して、大学病院の若手医師が実質的に不足する状況となつた。このため、大学病院が担ってきた地域の医療機関への医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化・加速するきっかけとなつた。」と問題点が文章化されているわけです。

もう 1 つは、研修医の募集定員が 1.3 倍を超える規模まで拡大していることによって、都市部に多くの受入病院があることと相まって、研修医が都市部に集中する傾向が進んでしまったということで、2 番目の問題に関しましては、10 年目の見直し、平成 26 年の見直しのときに、将来的には 1.1 倍までに募集定員を絞っていくのだということで、今それが準備されて実際に動いてはいるのですけれども、抜本的な臨床研修制度の見直しまでには行かなかつたということで、その次のチャンスとなりますと平成 31 年です。今年が平成 29 年ですので、来年には成案を出さないと、31 年の見直しには間に合わないという状況です。しかし、まだそこのところがスムーズに行ってないというのが現状だと思います。

寺 野 その問題はもちろん重要な問題です。それと関連した形で佐々木企画官から、モデル・コア・カリキュラムについてのお話があったのですけれども、これは臨床研修制度を考えるにしろ、専門医制度を考えるにしろ、学部教育における特に臨床ですね。実は、基礎の問題というものがもっと重要だというのも見落としてはいけない重要な面ですけれども、4 年の終わりに CBT をやり OSCE をやる。あと Student Doctor という形で大きく教育が変わったわけですよね。知識集約型は CBT で、卒業試験並びに国家試験は、おそらく将来的には Student Doctor を中心としたものになるだろうと、私は予想しているのですけれども、そういう前提に立ったモデル・コア・カリキュラムの大きな改変に伴って、今、小川先生が言われた臨床研修制度というものを考えていかなければいけない。さらに専門医制度。まさにシームレスなことを議論する絶好の機会に来ているだろうと思うのです。そのことを有機的に考えながらなんですかけれども、先に佐々木企画官の言われたモデル・コア・カリキュラム、その前の CBT 等も含んで、あるいはその前の共用試験の問題もあ



佐々木 昌弘 氏
文部科学省高等教育局医学教育課企画官

るかもしれないけれども、そこにフォーカスを置いて話して、それから、今の小川先生の話にした方が。

小 川 そうですね。ちょっと先走ってしまいましたけれども、全部関連しているものですから。話の進め方からすれば、モデル・コア・カリキュラム。これは卒前医学教育のモデル・コア・カリキュラムでございますから、これがどういうふうに変わってきて、基礎医学、臨床医学の知識の部分、さらに態度・技能という臨床実習教育に至るプロセスに関して議論したいと思います。

山 下 よろしいですか。佐々木先生がご説明された 3 頁目は今までのものですね。事前に資料が送られてきましたので読ませていただきましたが、後ろから 3 枚目が「28 年度改訂版」概要ですね。これを見ますと、今までのモデル・コア・カリキュラムにあった「準備教育」という言葉が、「28 年度改訂版」ではなくなっているのです。準備教育というのは、医学教育を受けるための準備という意味ですね。

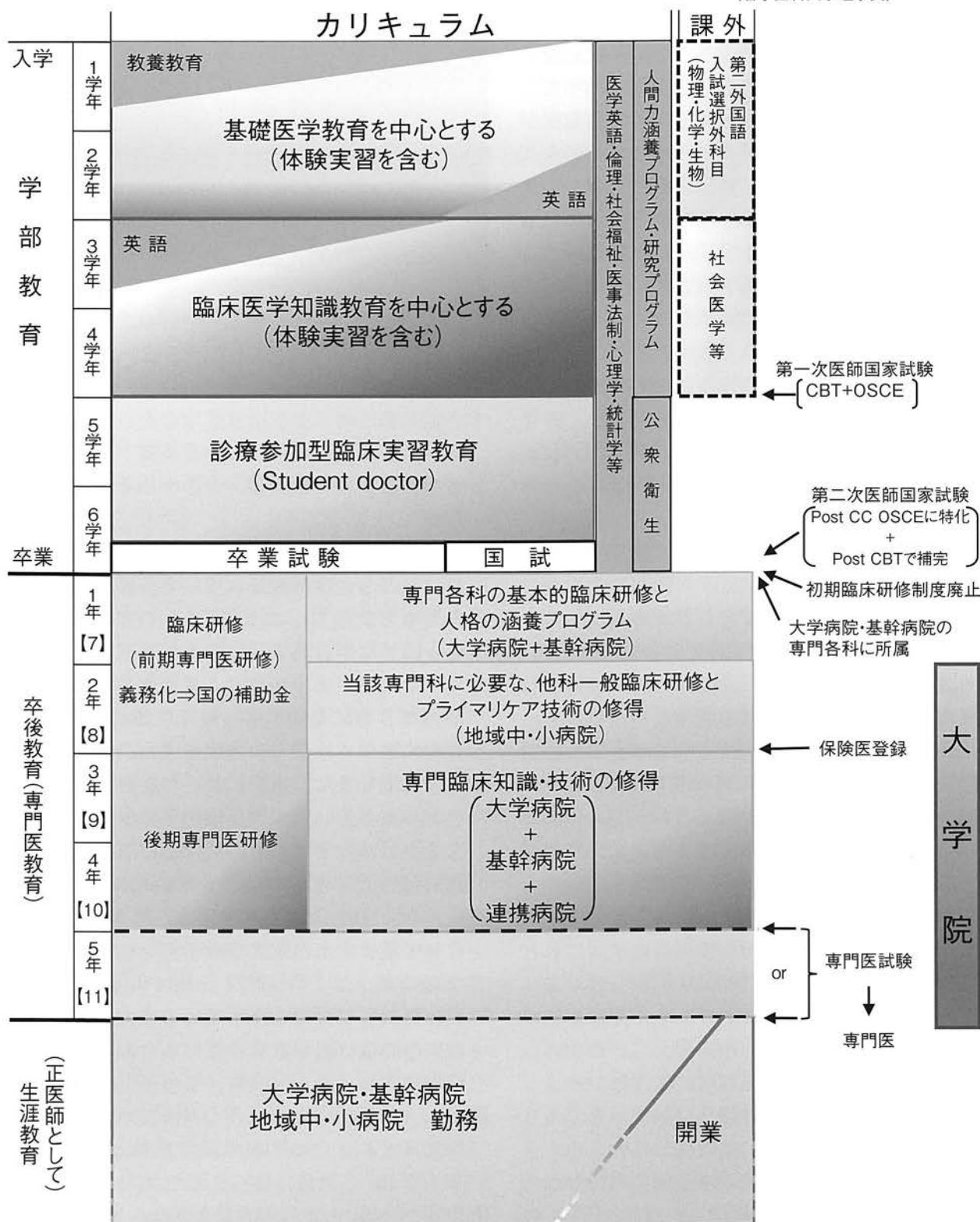
佐々木 そうです。今まで明記していましたが、今回はそれも含めて医学教育全体ということで、多くは B、C 項目に移しました。

山 下 結局、1 年目のカリキュラムを組むときに、多くの大学は、高校で習ったことの復習というか、

平成29年2月3日

医学教育グランドデザイン（案）

一般社団法人日本私立医科大学協会
医師養成制度検討委員会
委員長 小川 彰
(岩手医科大学理事長)



補完をしているのですね。それに 1 年間かなりの時間をとる。新しいモデル・コア・カリキュラムの中で、高校の補完は必ずしも必須でないと判断して良いんですね。

佐々木 最終的に整理するときに意識したのが、コアカリに書かれていればすべて授業で教えるのか否かという論点です。そこで、「コアカリは教える項目のリストではなく、学生が獲得する・修得する能力の体系的整理」ということを明確にしました。つまり、それぞれの大学のカリキュラム編成の自由度が高まるということを意味します。

山 下 と申しますのは、グランドデザイン(資料 2)にありますが、診療参加型臨床実習とか、臨床医学知識教育とか、ここが充実しないとだめになってくる。しかし、教養教育もやらなければだめということになりますと、どうしても 1 年目のときに高校の勉強の繰り返しというところをテクニカルには外さないと収容しきれない。

もう 1 つは、「鉄は熱いうちに打て」ということで、さあ医学部へ入ったぞというときに、また高校の復習では、やる気がなくなってしまうのです。だから、そういうものを課外へ出すような組み方をしても良いのかどうかということが気になりますて、ご質問させていただきました。

佐々木 今の制度論で言うと、平成 3 年の大綱化以来そこは自由になりました。

山 下 そうですか。

佐々木 が、そうは言っても、やはり従前のカリキュラムを大学は意識しますよね。ただ、規定上は時間の使い方は各大学自由になっています。

山 下 結局、化学とか生物は、医化学とか微生物学とか、そういう基礎と連携しながら上手く組み込んでいけるとは思うのです。

小 川 第一次ベビーブームの時代、昭和 40 年代ぐらいですけれども、あの頃に 18 歳人口が 240 万人いたわけです。現在は 108 万人しかいない。半分以下になっていて、2030 年には 80 万人、3 分の 1 に減るといわれています。そういう中で医学部の定員が、昭和 40 年代は全国で 3,500 人の定員だった。現在は 9,000 人になっています。ですから、定員は倍以上になって、18 歳人口は半分以下になっています。18 歳人口に対する医学部定員からすると約 6 倍の広き門になっているわけですよ。

寺 野 しかし現実には広き門ではないですよ。

小 川 要するに、18 歳前後受験適齢人口に対する医学部定員からすれば、約 6 倍の広き門になっているにもかかわらず、医学部志願は増え続けています。

寺 野 それは狭くなっている。

小 川 何を申し上げたいかというと、そうするとかなり有能な学生が来ているのにもかかわらず、高校の理科（物理、化学、生物）をもう一回大学で再履修をしなければならないような状況になっていること自体がおかしいのではないか。そのぐらいのレベルはクリアしているはずだということですけれども、実際に大学で教鞭を執っている先生方の目からすると、物理、化学、生物の能力が決して高くはないということで、課外でも何かしらの補講教育をやらなければいけないということになっているわけで、非常に矛盾をしているわけです。

炭 山 資料 3 の提言案の（2）に、教養教育のあり方が書いてありますよね。これ非常に良いと思うんです。基礎学力を含めてこれだけのことを低学年で全部やろうとしたときに、大量の落第生が問題になる。しかも、苦手な物理だと化学だとそういうものに時間を取られて、たくさんある他の試験に時間が割けないという問題が、低学年の学生たちにすごくハードパンチで効いているんですね。ですから、それをここに書いてあるように、学力補充という形で課外で単位制みたいな形にしたらどうか。何も 1 年でやらなければいけないとか、2 年でやらなければいけないという学年の進級判定に使うのではなくて、数年にわたって、他の倫理学、医事法制、医療統計学、心理学というようなものも含めて数学や物理や化学、生物は解剖と直結して今から重要かもしれません、そういうようなものを各学年を通して単位制をとっていくようなものというのを、私立医科大学協会として提言するというのはどうなんでしょうか。

小 川 その先に、生化学だと生理学を履修するわけですよね。生理学のベースには物理の知識が必要だし、生化学の基には化学の基礎知識が必要になるということで、私としては、生理学、生化学、解剖学の中に、生命化学としての生物だと化学だと物理を入れ込んでいく方が現実的ではないかと思うのですけれども、どうでしょうか。

山 下 先ほど私も同じことを言ったのですが、今、炭山先生がおっしゃった提言の中の(2)の教養教育の①に基礎学力補充は入学後に「再評価し、課外での授業で行う」というのはきちんと書いてあるのですが、その他に「基礎医学との連携」という言葉を一言入れていただきたいと思います。

小 川 そうですね。ありがとうございます。それから、山下先生がおっしゃった、せっかく医学部に入ったのに高校の復習をやっているようではモチベーションが下がってしまうというのは、まさしくそのとおりです。これは(2)の教養教育の⑤のところに書いてあるわけですけれども、モチベーションを保つためには、医学部に入ったということを自覚させるようなカリキュラムにしていかないといけない。ということは、物理、化学、生物をやるにしても、それを基礎医学と連携をさせた形で入れていくというのが、ひとつ大事なことかなと思います。独自にやってしまうと、高校と同じではないかということになってしまって。そういうことではないかと思うのです。

栗 原 教養教育のカリキュラムは、各大学が独自に組めば良いと思います。ご指摘の生理学、生化学と言ったいわゆるオロジーと言われている学問体系に捉われた教育は、一時廃止しようということになったことがあります。しかし、例えば生理学や生化学などは、昔の枠組みとかなり異なり、遺伝子や物質のレベルで解明されているものもあり、これまでの学問体系に準拠した教育内容を組み替えていく必要はあると思います。

それと、我々の大学では、いわゆる基礎科学、例えば、化学、物理学、生物学は、医学との関係も視野に入れながら、1年生のときに履修するようになっています。また、リベラルアーツと言われる、社会科学や人文科学などは、講義ではなくセミナーなどのグループワークを探り入れるように工夫していますから、必ずしも高校でやったのと同じ繰り返しということはうちの大学に関してはないと思います。

小 川 もう1つは、山下先生がおっしゃったように、高等学校における理科教育と基礎医学とのジョイントというのがあるのですけれども、今度は基礎医学になったときに、基礎医学は何のためにあるかというと、臨床医学をやるために基本として基礎医学があるわけです。そういうことに

なると、基礎医学と臨床医学教育とのコラボレーションも重要になってくるのだろうと思うのです。

寺 野 それはそうなんですけれど、異論を言えば、臨床教育の中に基礎を取り込むというのが今はやりで、実際そうしているのですけれども、私は、必ずしもそれが正しいとは思わないんです。基礎は基礎としての存在価値があるわけで、それが臨床を理解すための手段という意味での基礎とは限らない。そういう面もあるけれども、やはり基礎は基礎としての教育の仕方というか、考え方というものを、今、教える時期ではないかと思うんですけど、どうですか。

栗 原 臨床の先生からそのようなご発言を頂き嬉しく思います。それぞれの学問には、歴史がありますから、学問が発展してきた経緯を系統的に学ぶことは大切だと思います。その上で、臨床との関係が理解できるように、橋渡しをする教育が必要と考えます。

吉 村 物理とか、化学とか、生物の教員は医学のことをほとんど知りませんから、そういう中で橋渡しをする、あるいは融合させるというのは、医学部の基礎系の教員あるいは臨床系の教員との相当密接なコミュニケーションが必要になってくると思います。

小 川 基礎医学のあり方まで行ったのですけれども、基礎医学と臨床医学の関係というところは、(改訂)モデル・コア・カリキュラムの中ではどういうふうに整理されているのですか。

佐々木 資料3提言案の2頁に「垂直統合と水平統合を意識したカリキュラム」とありますので、これをもとに説明します。統合を進めていけば、生理学は生理学のみで存在するだけではなく、例えば、解剖学とどう結びつけていくかということが必然的にポイントになります。この結びつけ方は、ステレオタイプなものではなく、大学の腕だと思います。全ての大学が同じような教え方ではなく、大学の自由度というか個性の中で、結びつけを考えるべきと思って改訂しました。

山 下 非常に良いお言葉をいただいたと思います。もちろんコア・カリキュラムはコアですからそれは外さないように。しかし、3分の1ぐらいは自由度があっても良いということですね。

佐々木 先ほども5つの目が入ると説明しました

が、第三者評価として JACME など外のチェックの目が入る以上は、そこは自由放任と批判される筋合いもないで、大学の自由度だと思っています。

吉 村 実は、私のところの北里大学は生命科学系の 7 つの学部があるので、一般教養部で物理、化学、生物の授業を行っています。医学部というより自然科学の基礎としての授業なのです。その教員の方々は実は医学とは直接の関わりはないんですね。そういう人たちが現に教えていますから、それをいかに、今、言ったような斜めの方向にもっていくかというのを今後の大変な課題であろうと思います。

小 川 この部分を議論しておりますと、後 10 時間ぐらいかかりますので。(笑)

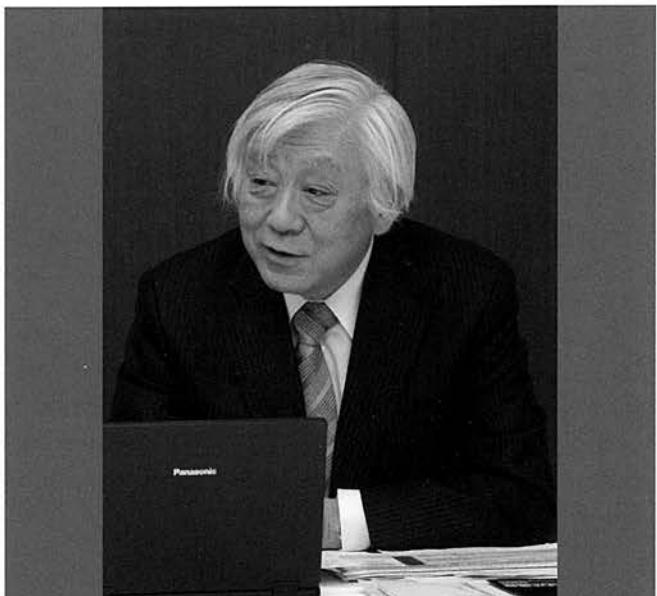
佐々木 この論点で 1 つだけ問題提起したい点は、生理、生化、解剖、薬理といった学問分野に、医学部卒業の人たちが行きたいと思えるような医師養成の仕方は、一工夫も二工夫もしないと、かなり厳しいと思っています。

栗 原 その点について基礎の立場から言わせていただいくと、大学改革があったときに、生理学講座が 1 つになったり、一講座の定員が削減されるようなことが全国的に起こり、将来を見据えた時に、基礎医学をやろうという若い人のモチベーションが下がったと思います。その結果、基礎医学研究者の道を選択しないという人が多くなっていることは確かだと思います。アメリカなどでは、non-MD の人も相当医学を勉強しているので、教育上あまり問題が無いように思います。

寺 野 基礎問題は、教育のシステムそのものだけでなく、卒後教育の臨床研修にも、専門医制度と一緒に非常に密接に結びついているので、そこら辺はまたその段で。

【共用試験のあり方】

小 川 そうですね。話を先に進めたいのですけれども、今、卒後の臨床研修との関係で、卒後医学教育と卒後の臨床研修との関係で問題になっていることがあるわけです。例えば 3 の資料の(4)臨床医学知識教育をやって、これをチェックして、そして診療参加型臨床実習に進んでいくのですけれども、臨床基礎知識の教育の目標が到達されて



小川 彰氏

岩手医科大学理事長

協会総務・経営部会担当副会長

いるのかが共用試験でチェックされるわけです。今度は診療参加型臨床実習をやって国家試験に進むわけですけれども、国家試験の到達目標も共用試験の到達目標とほとんど同じ。さらに、初期という言葉はないはずなのですが、今までには初期臨床研修としてやられてきた臨床研修の 2 年後の到達目標が、また似たような到達目標になっている。ということは、要するに 3 回同じ到達目標で教育がされていて効率が悪いのではないかということです。今度は JACME も活動が始まりました。現在、見学型の臨床実習教育になっているのを、臨床実習教育を強力に進めなければならないということになっているわけです。卒前に行われる臨床実習教育がレベルの高いものになれば、現在の卒後に行っている臨床研修とバッティングすることになる。そういう中で、私立医科大学協会でつくった提言の中には、3 回同じようなことをされているのであれば、共用試験は CATO (医療系大学間共用試験実施評価機構) が頑張ってやってくれておりますし、これに関しては大きな問題がないと考えているわけです。現在では、全国 80 大学が同じ評価基準で 5 年生の臨床実習に進めましょうということで、全国医学部長病院長会議が Student Doctor の称号を授与している。これに関しては前から議論がございまして、これは国

家資格化して、文部科学省あるいは厚生労働省、国がStudent Doctorの称号を付与するべきではないかという議論があったわけです。

そういう意味では、今回私立医科大学協会で作った提言案の中には、現在行われている共用試験を第一次国家試験として位置づけて、これは知識ですから、CBTと臨床に進むにあたっての簡単なOSCEで評価をしたらいかがかとしているわけです。さらに、現在の国家試験で、また同じCBTと同様に、知識を問うようなことになると、重複が生じることになります。要するに、5年生、6年生で診療参加型の臨床実習をやろうとしているのだけれども、国家試験がまた知識のことを問われることになると、過去に勉強したことの復習が必要となり、国家試験対策のための勉強に臨床実習の時間が取られてしまうことになります。私立医科大学協会としては、国家試験に関しましては、アドバンスドOSCEに特化した二次国家試験にしたらいかがなののかというような提言をまとめさせていただいたわけです。

その辺に関しまして、どうでしょうか。

佐々木 これまでも議論されてきた点ですが、立法技術的には、他の法律で様々な事例はあります。ただ、法制化するには、それぞれの大学の利害が一致するかが第一関門になります。例えば、CBTが第一次国家試験化することによって統一基準になり、各大学の自主的な判断がなくなるというトレードオフの関係になります。

また、今の国家試験が知識偏重型だとか、これから臨床実習の時間が増えていくにもかかわらず、臨床実習が国家試験の役に立つ内容になってないというのであれば、国家試験のあり方の見直しもありますが、まずは国家試験の作問について議論するのが先だという順番になると思います。

寺 野 CBTを4年生の終わりにやって、臨床参加型教育の資格試験みたいなもの、これを国家資格にするのかどうか。Student Doctorの性格をどういうようにするかに關係してくるのです。問題は、Student Doctorの教育を5年・6年でやって、知識のことはあまりやらないで、しかも6年生の終わりに知識集約型の試験をするというのは矛盾していると思うし、Student Doctor教育というのを阻害していると思いますよ。

今、佐々木企画官の方から、大学によって差が

あるからCBTにおいての考慮が必要だということですけれども、今の国家試験も共通にやっているのだから、その段階で共通にやっても構わないのではないかと思います。

問題は、1年生と2年生の中くらいで教養と基礎があって、後は2年間から2年半ぐらいしか臨床ができない。その間で膨大な知識を全部入れて、そこで国家試験化するような試験をして良いのかという素朴な疑問はないわけではないんです。極端に言ったら、1年・2年で教養基礎を終わって、3年・4年で臨床の知識を入れて、5年・6年で技術をつける。そういう状況で4年の終わりに基礎も含めて臨床的な知識試験をやるという場合、今の国家試験のレベルでそのままの形にもっていくのは無理があるのではないか。私が学生だったら、そう思いますね。

山 下 だけど、それはそこでやる方が良いと思うのです。

寺 野 だったらレベルを下げる、ないし基本的なものに絞る。

山 下 レベルを下げるより、臨床の医学知識教育を受けた直後ですからね。その時はかなりの知識があると思いますし、そこで1回やっておいて、後は卒業試験という手があります。本来なら各大学は卒業試験をきちんとやり、文部科学省がそれを認めて、国家試験がなくても、その大学が卒業させたら医師にしてもおかしくないと思うのですが。現実問題として足らないところとか、その大学が必要と考える医学的知識を卒業試験で補充したらという考えが、この提案の中にあるのです。

【国家試験のあり方】

寺 野 それはあるんですが、今の卒業試験は実は国家試験の予備試験になっているから、それは基本的に考え直さなくてはいけないですね。

山 下 ガラッと変えないとダメですね。

小 川 歴史的にも明治時代にそういうルールがあったのです。きちんとした学校であれば卒業試験をもって医術開業試験免除という医学校があつたんです。そういう流れもあったわけです。ただ、現在は、皆さんおっしゃるのは、医学・医療に対して国民の不信感がまだあるということからすると、国家試験があった方が良いのではないかとい

う整理もされているわけです。

山 下 寺野先生の言われるのもわかるのですが、4年の終わりで国家試験をして一回きちんと終えておかないと、5・6学年がまたいい加減になる。5・6学年は診療参加型の臨床実習が本当の意味でできるように1つの区切りをつけることに大きな意味があると思うのです。

寺 野 本当に2年間でできるのかなという心配があるというだけの話で、それに関しては異論ないのです。そもそも国民に医学教育が信頼されるかどうかということが今問題になったけれども、国民に過大な期待があるかもしれない。今の国家試験のレベルまで本当に必要なかどうか。もっと基礎的なところをきっちと4年生のときに押させておけば、それをもって5年・6年しっかりとやれば、あとは専門領域として実際にやるわけだから、国家試験のレベルが高ければ高いほど良いとどんどん高くしていくことには反対なんです。

小 川 そのとおりです。医学教育というか医学の学習というのは、生涯学習でずっとやっていかなければ到底その高みには行けないわけです。それを学生の医学部教育6年の中に全部押し込んで全てを学んできてくださいというのは、到底無理な話なのです。ですから、あくまでもミニマム・リクワイアメント（最低限必要な）でやるしかないし、そこにプラス自らどうやって学んでいくんだという視点がその中に入っていれば良いのではないかと思うのです。

寺 野 そのとおりです。

山 下 覚える必要のある知識量が急激に増えていますよね。今後はそれを全部覚える必要はないのでは。時代はどんどん変わりますし、AIなどが医学教育や臨床の場に入ってきますと、末梢のことなどはそういうのに助けていただいて、コアのところを中心にこれからはやっていければ、2年間でも可能ではないかと思います。

寺 野 それができれば、私も賛成です。

炭 山 ミニマム・リクワイアメントが何なのかということが多い難しいですよね。

小 川 それを医学教育のモデル・コア・カリキュラムの中で整理をしていただければ、本当は一番格好が良いわけですよ。

炭 山 それをどのように評価するかということと、ミニマム・リクワイアメントをどこまで設定



炭山 嘉伸 氏

東邦大学理事長
協会広報委員会委員長

するか。そして、それをどのようにして評価していくか。もう1つ大事なのは、5年・6年の臨床実習が、今、活かされてなくて、本当の意味でのアドバンスド・クリニカル・クラークシップがなされてないわけです。小川先生の先ほどの説明の中で言わっていましたが、5年・6年が国家試験の予備校化したみたいな学校が結構あって、実習がどういう働きをしているのか。それが非常に無駄だと思うのです。これは国家試験のあり方に大きく影響し、国家試験そのものが臨床実習を中心としたようなOSCEも入れたそういう問題に特化していくように変わってくれれば、当然のことながら臨床実習にもっと各大学重きを置かざるを得なくなると思うのです。

山 下 そういうふうに変えようということですね。

炭 山 ゼビ変えてもらいたいということです。

小 川 そのためには、卒業した後の国家試験のあり方が非常に重要で、そこでまた知識のことを聞くことになると、どうしても過去の復習が必要になって予備校化してしまう。昔、診療参加型の臨床実習にしましょうということで声高らかに上げたのですけれども、真面目に診療参加型の臨床実習をやった大学は国家試験の合格率が下がってしまったという事実がありました。そして、どんど

ん診療参加型の臨床実習が後退をして、見学型の臨床実習になってしまった。これが原因で現在のJACME ができて、このような臨床実習の時間では到底だめだということになったのです。

実は、平成21年の臨床研修制度のあり方等に関する検討会の後に、文部科学省の中に臨床研修制度のあり方等に関する検討会を受けて、教育はどうすれば良いかということを議論しました。吉村先生も私も委員に加わって議論しました。あのときに調べて愕然としたのが、ものすごく短い臨床実習の時間でした。これでは到底臨床実習とは言えないでしょうというような状況だったわけです。それがここ10年近くの間にずいぶん変わってきて、良くなってきたわけです。

医師法九条に国家試験があげられているのですけれども、資料3提言案の4頁の⑥のところに、「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。」と述べられており、「知識」はCBTとOSCEを統合した全国標準の「共用試験」(第一次国家試験)、「技能」はPost Clinical Clerkship OSCEで評価する第二次国家試験として整理すれば、医師法から逸脱することはないだろうと思います。これはJACMEが進めていることとも合致するということになるのだろうと思います。

【診療参加型臨床実習について】

栗 原 今度、診療参加型臨床実習の時間が増えました。この実習を行うには、実習施設がたくさん必要です。先日、文部科学省の臨床GP事業の発表会があり、全国から40～50人集まりました。関連病院を持っていないところはこの実習ができないという発言がありました。それから、学生の能力の問題があります。能力の高い学生はどんどん勉強して、教えなくても指導者とディスカッションしながら自分で調べて伸びます。この点は、大学が置かれている事情によります。ある大学は関連病院がそれほどないので、どうして慈恵では診療参加型臨床実習ができるのですか、という質問がありました。まだ始まったばかりですが、施設の問題と学生のやる気と能力が問題になり、実効性ある実習にするには条件が整う必要があると思います。良い指導者がそれぞれの実習病院にい

ないと、この実習は成果が上がらないと思うのです。その辺のところは、よく屋根瓦方式の教育と言われますが、屋根瓦の基になる瓦がちゃんとしないなければ、次の瓦は崩れてしまいます。

岸 山 関連病院が少ないので、国公立が多いんですか。

栗 原 質問があったのは、地方の新設の国立大学でした。

佐々木 新設だと、確かにその課題があると思います。このため、改訂コアカリでは、平成18年の医療法改正で全都道府県に設置されている地域医療対策協議会というのがあり、この協議会の活用を明記しました。協議会は医療従事者の確保が任務ですから、もし県庁が医学生に県内に残って欲しいのであれば、実習先の確保などで、大学だけではなく同じく協議会メンバーの医師会、病院団体にも協力要請して欲しいと思っていますし、これにより地域の医療人たちと大学との信頼醸成が進むことを期待しています。

栗 原 ある地域病院に学生を出すときに、そこにうちの大学からたくさん教員が行っていると、学生の情報を伝えやすいですし、また、受ける医師のモチベーションも上がります。関連病院を持ってないところは難しいですね。

佐々木 もう1つの論点が、実習先病院に対して大学でのFDが必要になる点です。例えば臨床研修指定病院であれば、指導医資格を取っているので、それらも考慮して各大学で指導してくださる先生の卒前教育の視点からの質の確保をお願いしたいと思います。

寺 野 そういう意味から言うと、専門医制度の地域関連病院とかそういうものが、すごく大きな役割を持つんですよね。その意味では、すごく良いのではないかと思う。それはあとで吉村先生から説明を聞いてください。

吉 村 全国医学部長病院長会議でも、学生実習を充実させるために教育連携病院を作りましょうということになっているわけです。それが専門医制度の連携施設に繋がることを期待しているのですが、それができないところがあるということですか。これからは連携施設での教育、研修がとても重要になってくると思います。

栗 原 慐恵医大から教員が70名ぐらい行っている病院が2つ、3つあるので、そういう病院には

頼みやすいですね。ですから実習をやるときスムーズにいくのですが、関連病院を持っていないところはどうするのかという質問が出てくるのです。

炭山 指導者の問題ですね。

佐々木 新設だと、声かけすら、誰にどう声かけをして良いかわからないということがありますか。

小川 1県1医科大学でつくられた新設医科大学は、基本は600床の病院1つしか持っていないんですよ。そこに働く臨床系教員も200数十名。ですから私立医科大学の本院ベースで考えると、半分ぐらいの病床規模と教員規模しかないわけです。その中で、最近入学定員が増えた中で、それが臨床系に行ったときに、地方の新設国立大学の大学病院だけでは到底臨床実習はできないということから始まっているわけです。

吉村 今の学生実習と卒後の臨床研修と専門医研修と3段階の教育を担当するとなると、大学だけではとてもじゃないけれどもできないのです。

小川 ですから、周りの病院を上手に使ってやるしかないんですが、医師不足地方の大学ですと、今度は関連病院も医師不足の状況ですから、その中でお願いしますというわけにもなかなかいかないというところもないわけではないのです。

山下 その主な原因が新医師臨床研修制度なのです。医師が地方の国立にはおらんのですよ。出す余裕もないし。

【医師臨床研修制度について】

小川 せっかく医師臨床研修制度が出てまいりましたので、医師臨床研修制度に焦点を移していくたいと思います。医師臨床研修制度に関しましては、先ほど申し上げましたように、平成16年にスタートして、5年ごとに見直しをするということが決められていたわけです。初めの5年の見直しのときには、山下先生がおっしゃったような大学の地域における医師不足、大学病院が担ってきた地域の医療機関への医師派遣機能が低下してしまったということが明確に文章化されております。だからどうだということではなかったのですが、あの当時は、5年しかまだ経っていないので、臨床研修制度の良い面もあるかもしれないから、もうちょっと様子を見ましょうということになっ



栗原 敏氏

東京慈恵会医科大学理事長
協会教育・研究部会担当副会長

てしまったんです。10年目の見直しのときには、1.3倍まで膨らんでいた臨床研修定員が、地域偏在を生んでいるとされ、募集定員の適正化を図るということだけが議論されていました。今度15年目の見直しのときにガッカリとやらなければならぬのですが、これに関しましては、もちろん寺野先生や私も入っているわけですけれども、全国医学部長病院長会議から「現行の医師臨床研修制度をゼロベースで見直し、部分的手直しではない基本骨格からの抜本的な改革を行い、時代の要請に応じた新しい制度の構築を要望します。」という要望が出されました。

これが平成27年の末ですから、これから1年ちょっと経っているわけです。この中で、新医師臨床研修制度を含む医師育成全体の在り方に関する検討委員会を国で早急に設置をして、その中で議論をしてくださいということをお願いしたのですけれども、これが全然進んでいない状況です。本会で「医師養成制度の在り方に関する提言」を出すことになった1つの原因是、それを憂えてこれをどうにかしなければならない。そのためには臨床研修制度に代わる対案を出していかないと、国は納得してくれないだろうということで始まっているわけです。その辺をこれからどうやって進めていったらしいのか。佐々木企画官、何かアイ

デアがございましたら。

佐々木 恐らく、総論的な議論をしても結論や合意は得にくいと思います。よって、1つ1つ論点を明確にし、全体像を見据えた上での提案をしていくことが結局は近道です。具体的には、福井先生が座長の到達目標ワーキンググループは29年度中に、翌30年度には、指導ガイドラインの改正やプログラムの見直しが、過去の例だと12月にはまとめます。つまり、臨床研修の5年後見直しが目前に迫っています。まずここが1つのポイントです。

先ほど来の議論をタイミングの視点で整理すると、まず国家試験は、急には2段階にならないにしても、来年から500問が400問になるので、その効果検証を踏まえ、過去の例だと平成31年3月には、4年ごとの国家試験改善検討部会の報告がまとめます。次に臨床研修は先ほど申し上げた来年12月がタイミングで、少なくとも臨床実習が今後の卒前教育に占める割合が増え、かつ充実するでしょうし、臨床実習を重視しようというのには国民も当然ながら後押ししているはずなので、臨床研修見直しの大きな考慮ポイントになります。

次は専門医で、日本専門医機構の来年スタートがありますので、これら3大タイミングで、全体の整合性のとれた主張を、個別の論点を明確にしていくことが重要になります。

炭山 卒後研修制度の見直し、平成32年と書いてありますね。

佐々木 32年4月施行のものは、30年12月までに、過去の例からすると報告書を出しますので、恐らく1年内には議論がスタートすると思います。

小川 募集をしなければなりませんから、募集はその前年度の夏までにやるわけで、そこでマッチングをするのであれば、その段階でやらなければならないということになりますと、基本骨格に関しましては、来年の暮れまでに決着をつけておかないとどうしようもないということですね。

山下 かなり思い入れがあるので言わせていただきますと、「医学振興」の5年前の巻頭言（医学振興第74号：平成24年5月17日発行）で私は「廃止」と明確に主張しました。しかし、その後この議論はなかなか進みませんでした。1年少し前に全国医学部長病院長会議の卒後臨床研修検討ワー

キンググループに初めて参加したら、5年後には少し手直しをしましょうね、というような雰囲気なんですよ。そこで「弊害が多いから廃止した方が良い」と私が言ったら、大半の人は何を言い出すのかときょとんとした顔をしましてね。そのときに地方の国立の2人の委員が「廃止も良いね」と私の意見に強力に賛同してくれ、心強く思いました。それほど地方の国立は非常に疲弊しているということです。

ところが、31年か32年の次の5年を漫然と待っていたら、また同じような手直しで終わってしまうと思うのです。寺野先生も今まで配慮をいろいろされて、明確に「廃止」と言いにくかったのを今回はしっかりとおっしゃっていただきました。ここまで来たら、さっきあったように、やはり臨床研修制度がある程度良いところもあるという意見もあるので、繰り返しになりますが、この際、JACME（日本医学教育評価機構）ができる臨床参加型の実習が充実し、後ろの専門医制度も充実しというこのタイミングを逃さず廃止へ持っていく。「廃止」と言う以上は、それに代わる対案が必要です。全体の卒前・卒後の医学教育の流れの中で、こうすれば廃止にしても何らおかしくないのではないかというのが、私どもでグランドデザインを作る1つのきっかけになったと思うのです。

入学時に「鉄は熱いうちに打て」と言いましたが、卒業時にも同じことが言えると思います。卒業してせっかくこれから産婦人科医になろうとか、外科医になろうとか、救急医になろうというのだが、また同じ臨床実習の繰り返しでやる気がなくなってしまう。本当に弊害が多い。だから、ここは本協会としては「廃止」というのをきちんと言ふことが必要かなと思います。

小川 そのとおりだと思います。

山下 全国医学部長病院長会議もほとんど最近そういう流れになっているようにお見受けするのです。

小川 去年の全国医学部長病院長会議の総会において、「廃止」ということを強く主張したのは、寺野先生と私と嘉山先生とか複数の方々でした。

山下 影響力のある先生方が言わされているから、こういう流れになってきたのですよ。

小川 そのときに地方の会員の先生方から、「こ

れ以上臨床研修制度を続けていくのだったら、うちの大学はつぶれます」ということをおっしゃった大学がありました。

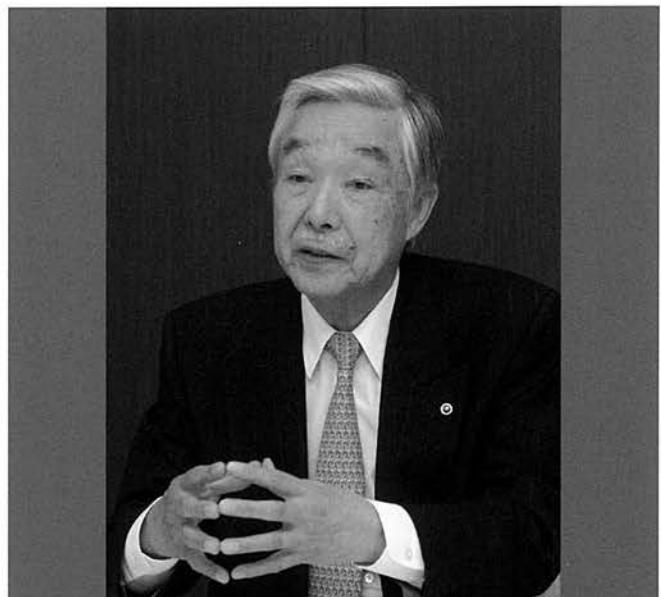
寺 野 血の出るような叫びでしたね。

小 川 そのとおりです。ところが、どうしてもその当時の会長は、「廃止」という言葉に踏み切れなかった。その結果どうなったかというと、「ゼロベースで見直し、部分的手直しではない基本骨格からの抜本的な改革」という言葉になってしまったのです。

山 下 わかります。だから、本協会としては、明確にこれを打ち出して、それに対応できるシームレスな教育を提案している。このシームレスというのが非常に重要なのですが、弊害の一一番の原因是、卒前教育と卒後教育を違うところが管轄しているためだと思います。卒前教育や国試は文部科学省管轄であって、臨床研修は厚生労働省管轄、専門医制度は学会及び専門医機構。こういう制度を管轄するところが全部違ったら話にならないのです。そこへ横串を刺して全体で日本の医学・医療の将来のためにやろうというような組織を是非作っていただきたい。これを 1 つのきっかけにして、全国医学部長病院長会議に寺野先生、小川先生に持っていっていただいて、一緒に共同でグランドデザインを作って、それを日本医師会、四病院団体協議会の協力を得ながら、かつ政治力も使い、行政を動かすというので成案にもっていってほしいということです。

吉 村 今、先生がおっしゃった「弊害」ということが大事だと思うんです。確かに臨床研修制度の良い点はあったと思うのですが、良かった点だけが強調されている。弊害が何かをしっかり議論する必要がある。大学を希望する初期研修医の減少が専門研修医の減少、さらには中堅のスタッフの減少につながっています。人材の枯渇が、教育に研究にさらには診療の疲弊に及んでいるわけです。ですから、弊害を 1 つずつ挙げて、こういう弊害があるから、今の臨床研修をなくしてもこういうことをやればこんなことができますよということを提示することが大事ですよね。

山 下 初期研修医制度の弊害は明確です。これによって地域医療が崩壊し、診療科格差がものすごく大きくなり、フリーターの医師が増えて、いわゆる日本の医療レベルが下がり、最後は大学院生



山下 敏夫 氏

関西医科大学理事長
協会病院部会担当副会長

など基礎研究をする人が減り、研究力が低下した。

寺 野 臨床研修は廃止と言い続けてきたのですけれども、政府には全く反応がないということは確かなんです。ただ、どこが悪いんだということを言われると、今述べられたようなことがあるんですけども、一方において良いところもあるではないかという人もいることは確かなんです。研修そのものは、Student Doctor と新しい専門医制度の間に挟まれて、その臨床研修は押しつぶされるというような感じの状況だなと見ているんです。ただ、臨床研修の場合に給与が出るからそれで良いんだと主張する人がいることはいるのです。この給与というのが、先日愕然としたんだけれども、国立と私立では雲泥の差であって、私立から見たら、どちらかと言えば無視しても良いぐらいのものなのです。この間、全国医学部長病院長会議で地方の国立大学がこの制度を早くやめてくれと言っているわけです。

もう 1 つは、医師法十六条の二で決まっているので、これは変えられないというのは嘘です。こんなものは変えられます。司法修習などでも、2 年だったのが、今は 1 年になっています。いずれ廃止になるだろうと思うのです。法律で云々というのは変えられるんです。いきなり 2 年がゼロになるのが無理だというのなら、次のときには 1 年

にする。だって2年目は役に立つてないのだから、せめて1年にする。そして、次のときに廃止しようと、2段階廃止はあり得ると思う。ただ、給与の問題と法律で決まっているのだから廃止できないという論が結構強いんですが、私は、それは全く間違いで嘘だと思う。それだけは言っておきます。

栗 原 確かに診療参加型臨床実習が全国にこれから広がろうとしているところですね。そのアウトカムがどうなのかという評価がないままに、これがあるから臨床研修はいらないのではないかと言える段階ではないと思っています。医師としての基本的診療能力が卒業時に十分だということでしたら、臨床研修を廃止することを考えても良いと思います。

臨床研修制度で確かに大学を離れていく人が多いですが、これはマッチングという制度を導入したからで、臨床研修は、医師としての基本的臨床能力を涵養するという意味があると思います。今の臨床研修制度を廃止して、専門科に入るようとしても、大学に残る人は以前のようにはならないと思います。そのところをよく考えて制度を作らないと、医師の偏在を解消できないのではないかでしょうか。

山 下 違うのです。それが専門医制度の根本だと。栗 原 だから、そこにつなげられるかが問題ですね。

山 下 つなげられます。

栗 原 それをきちんとやることを説明しないと、うまくいかないと思います。

山 下 最要点は、エゴかもわからないですけれども、専門医制度を作るときに、卒業後すぐに大学病院や基幹病院にまず入って、その各科に所属し、管理は病院がするというシステムを作ることが非常に重要なです。専門医制度はそこをはやけさせないように、是非お願いしたいです。そのところがクリアしないと、栗原先生の言われるように…。

栗 原 臨床研修制度でパンドラの箱を開けたので、なかなか元に戻すことはできないと思います。

山 下 だけれども、大学病院あるいはそれに準ずるところでということにすれば、だいぶ改善すると思いますけれどね。

栗 原 それはやってみないとわからないですね。

山 下 そう言われたら何でもそうですよ。

小 川 寺野先生、3の資料の5頁のところに、本会の見解としては「初期臨床研修制度は廃止が望ましい」という文言にしてあるわけですけれども、「廃止すべきである」という方が良いですか。例えば、この前提に、先ほど山下先生がおっしゃったような、臨床研修制度が始まった後での負の様々な問題点が指摘をされていて、それが顕在化してきている。だから「廃止すべきである」とすると、②をどうするかということです。②は要するに、廃止をしないで中身だけ変えて。

山 下 現在の形の初期臨床研修制度はやめようということなのです。先生方が何度もおっしゃっていますが、新医師臨床研修制度というのが正規な名前でして、「初期」ではないのですね。だから、臨床研修制度を、まさにこのグランドデザインですけれども、いわゆる専門医制度とひっつける。そうすると法律的にも問題なくクリアできる。そういう工夫をすべきだということです。

小 川 ですから、2番目に書いてあるのが、いわゆる「初期」ではなくしてしまって。

山 下 「初期」を廃止して、工夫をして。

寺 野 これは初期臨床研修制度という言葉を使っているけれども、いなれば義務年限制度なんですよ。法的な義務なんです。専門医制度というのは義務ではありませんので、そういう意味では第三者機関としてやるという形をとっているのです。補助金がもらえるのかどうか知らないけれど、その中の臨床研修制度という形でもっていくのだったらかまわないと思うんです。

吉 村 問題なのは、教育や研修が行われる場所だと思うんです。卒前の大学での臨床実習と教育は大学でやるわけですよ。これは決まっている。実は、それ以後、卒業してからは、資料5関係法令の2頁目にありますが、「診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならぬ」(医師法 第十六条の二)と書いてあるわけです。ここなんですよ。これがるために大学でなくても良いわけですよ。しかも大学でない方が給料は高いわけですよ。

寺 野 でも、それは専門医だってそうでしょう。

吉 村 専門医も、実は大学とか大病院が基幹病院になって、地域の中小病院と病院群を形成するこ

とになっています。ところが、今、中小の病院を中心に、基幹病院になれないと研修医が来なくなるとすごい反対が出ています。今まで研修医が来ていたのが全部大学に集まってしまうということで、自分の病院がつぶれると。

寺 野 大学に集まるのがなんで悪いのか。

山 下 大学で一人前にして、その後、その人達を関連病院に行ってもらうわけですからね。

吉 村 今、来ているのに、来ないようになる。

山 下 先生、そこで負けないようにしてください。

吉 村 先ほども研修の場が問題だと言いましたが、初期研修も研修指定病院の基準が厳しければそれほど問題なかったのではないかと思います。基準があまりにも緩くなってしまって、研修医が全国にばらまかれてしまった。

寺 野 大学に附属する病院だけにしたら、もっとすごい反発になる。

山 下 それに準ずる病院でも良いといっておられますよね。

吉 村 ところが、今、初期研修医が来ているところは、新しい専門医制度でも引き続き研修医が是非来るようにしてほしいと言われている。結局、初期研修と同じものになってしまいます。

山 下 結局、大学で育てて、育った人が中・小病院で働くわけですからね。

吉 村 まさに中小病院が反対をされて…。

寺 野 それをやっていたら専門医が成り立たない。

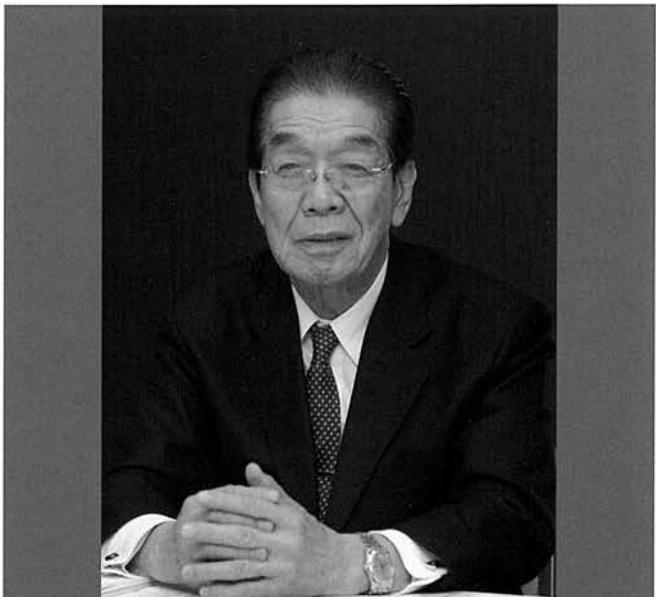
吉 村 本来は、専門医になった医師が地域の病院に循環する仕組みになるべきなんです。今、研修医が来なくなるという意見が政治的な動きになっている。そこが困っているところです。

寺 野 厚生労働大臣が怒っているとかね。

吉 村 初期研修の見直しの議論の時も、全国医学部長病院長会議から研修施設の基準は 500 床以上の教育病院とすべきだということを強く主張したのですけれども、小さな施設でもきちんとした研修ができるところがあるなどという意見が出て、結局骨抜きになっている。

小 川 そこは今までの医道審議会の医師臨床研修部会の中では、年間 3,000 例なんですよ。3,000 例といったら、200 床レベルの病院ですから、それを全部認めているわけです。

寺 野 広げ過ぎたんですよ。臨床研修の場を広げ



吉村 博邦 氏

日本専門医機構理事長

協会参与

過ぎたところに、大きな問題があるんです。

吉 村 なかなか戻らない。

寺 野 そうなんだけれど、私は専門医機構の中で、専門医制度というものと医師の偏在、地域医療というものが混在していると思っているんです。専門医というのは、あくまでもそれは学会を中心とした専門医であるべきだと突っ張って良いと思っているんです。ただ、あまりに地域偏在の問題ばかりを中心に置いたら専門医制度が成り立たないんですよ。大学に残って、そこから派遣するというシステムが、それを前は良いと言っていたんですよ。それが一部の地方から出てきた委員によって崩れたんです。そういう方向をとらないと、日本の医療そのものが崩れていくわけだから、大学中心にやるんだということを、吉村先生、でかい声で言うしかないですよ。

吉 村 それを皆さんコンセンサスとして受け入れてくれていない。大学の先生方は皆さん賛成です。学会の人たちも賛成です。

山 下 専門医制度というのは、本来アカデミックなものだということだと思うのです。

吉 村 ですから新しい制度は大学とか大病院が基幹病院になって、地域の病院と病院群を形成して病院群を作ること。その中でローテイトしながら研修するというコンセンサスの下で進められてき

たんです。今になって急に、俺のところに研修医を回せという意見が強くなって、研修の質を担保するという原点が揺らいでいる。

寺 野 それは小川先生が言わされたみたいに、年間3,000例の症例というのはあまりに緩すぎて、それを10,000例とか、そういうふうに基幹病院中心にすれば良いんですよ。それだったら、大学病院だけによる必要はないかもしれない。

山 下 3,000例は初期研修の話でしょ。

小 川 初期研修ですよ。

山 下 初期研修するのはそれでも良いけれども、専門医になるというのには、同じ基準でやつたら…。

小 川 専門医の問題とはすこし違うと思います。

吉 村 私が言いたいのは、初期研修でも施設基準が厳しければそれほど問題はなかったのではないかということです。まして専門研修では、学会がかなり厳しい基準を設けていて、大学や大病院が基幹病院となる仕組みになっています。今、それを緩めてほしい。緩めないと認められないという議論になっている。ここは踏ん張りどころです。初期研修でも、栗原先生おっしゃるように、一度広がったものは、なかなか元に戻すのは難しい。

小 川 結局、3,000例でしたが、何で今度だめになるんだという既得権の問題なのです。ところが、3,000例も骨抜きになっているのです。2,500例でも、行って研修の内容を見てくれれば、それでちゃんとやっていれば、それも認めるということになってしまっているから、全部骨抜きなんです。

吉 村 専門医研修をやるにしても、確かに地方の声も大事ですから、皆さんの了解が得られるようにしっかり説明していかないといけない。

栗 原 アウトカムベースで考えれば、本協会として目指すところは、卒前の臨床教育を充実させます、国民の負託に応えるだけの医師の教育は卒前教育で十分できます。卒前教育が充実すれば、卒後の医師の基本的診療能力を涵養するために作られた今の臨床研修制度は必要なくなります。卒後はすぐに専門研修につなげることが可能です。そういうことではないですか。だから、我々は、卒前教育のアウトカムを担保できるような教育をするということが重要だと考えていました、ということを国民に理解してもらうことが肝要だと思いま

小 川 それが前提です。

栗 原 言わせていただくと、私たちの附属病院では学外から来る研修医が半分くらいいます。研修が始まると、研修医の間でレベルがずいぶん違うという声を聞いています。我々は採用時の試験を厳しくして、人物も評価し、質の高い研修医を採用するように方針を変えました。

吉 村 先生のところはご見識ですね。

栗 原 私立医科大学協会として、卒業生の医師としての知識、技能、態度を担保できる教育をきちんとやるように努力をするということではないかと思います。

寺 野 それは当然ですね。

佐々木 議論の俎上に乗せるためには、廃止を前面に出すのではなく、論点を明確にし、そのために選択肢として廃止とするなど、全体としての書き方の工夫が必要だと思います。当然ながら、制度が必要と考えている方もいらっしゃるので、それはそれで相手の論点もあるでしょうから、これら両方の論点を丁寧に整理しないと、大学としても医学生にも説明がつかないと思います。

小 川 わかりました。

佐々木 いずれにせよ、この法改正が行われた平成12年と今とでは、医学教育も随分と進みましたし、将来に向けても Post Clinical Clerkship OSCE や国際基準対応など、確実に更なる臨床実習の改善が進みます。このため、制度開始時に、また前回見直し時に想定していたものが、今の時代に臨床実習が増えて、地域の病院にも実習を組めるので、これによりどこまでプライマリーケア技術の涵養が担保できるのかなど、臨床研修で求めているものの再検討が必要になると思います。更には、その先の生涯教育へのつなげ方も変わりますし、新専門医制度も同様です。

寺 野 私は、廃止を主張していますけれど、それに対する抵抗があるのなら、まず1年短縮、1年で十分だと思っています。

山 下 やはり、私立医科大学協会の理想的なグランドデザインはこうであるとはっきり主張すべきです。ただ一方で、以前に当協会で検討した「現実案」を腹案として持っておくということじゃないかと思います。

栗 原 1年でも良いと言われたのですが、現実的には、もうほとんど1年間、専門研修ができるわ

けですから、例えば、臨床研修を 1 年間に短縮して専門研修につなげましょうという形を本協会として提案しても良いと考えます。

寺 野 基本的なものは 1 年でやる。まずはね。

吉 村 ただ、研修する場所が問題だと思います。

大病院と、中小病院が連携したところで研修するということを、皆さんに理解してもらわないと。

小 川 大きな病院にすれば良いのですけれどね。連携をしてやるということをしっかりとと言わないと。

佐々木 先ほどの炭山先生のご指摘に近いですが、各段階のマイルストーンとして何をどう評価するのかがないと、議論もすれ違いのままになりますがいかがでしょうか。

吉 村 医学部に入学する前は医学知識はゼロなわけですよ。医師の養成は、ゼロから専門医までステップワイズなんです。初心者・初級医師・中級医師・上級医師・熟達医師とステップワイズに行くわけですから、国家試験を受けたか受けないかだけではなくて、その中のステップに応じてチェックし評価する。初心者はここまで、中級者はここまで、そういう意味で共用試験とか卒業試験とかがある。

寺 野 だから国家試験の内容も変わってこなければいけないし、状況によっては、研修が終わったときの試験も必要になってくるかもしれない。それは国家試験にするかどうか、専門医機構でやってもかまわないのかもしれません。そういうふうなアウトカムをきちんとするということに関しては反対ないです。

吉 村 そうしないと同じことを何回も繰り返すことになってしまう。

栗 原 それと JACME が機能して、大学における医師養成の基礎が担保されれば、それこそ国家試験をなくして、イギリスのように、この大学の卒業生なら国家試験を受験しなくても次のステップに行っても良いというようになるのかもしれません。しかし、去年の医学教育振興財団のフォーラムで発表したイギリスの GMC (英国総合医学評議会) から来た人は、大学の教育の質保証をするより、全国的な試験をやった方が良いという考え方をもっていました。ですから、いろいろなやり方があると思います。1 つの理想案としては、國家試験に縛られないで、それぞれの大学の医学教



小栗 典明 氏
日本私立医科大学協会事務局長

育の質が保証され、質保証された大学の卒業生は次のステップとして、専門研修に進めるようにできればよい、という考えもあると思います。

寺 野 1つ1つステップワイズに進んでいくという吉村先生の話は、それはそうだろうなと思います。でも、そのステップを完全に評価できるテストなりが必要なんです。今はその評価ができない。その評価の仕方、あり方を、我々は考えなければいけない。

山 下 専門医を各学会で評価していますよね。試験をして、きちんと出口はやっているわけです。更新もりますから。

寺 野 専門医は、学会にもよるけれど、しっかりやっていますよ。

山 下 だから、チェックは十分できるのではないかということですね。

寺 野 同時に並行して、国民が本当に欲している医療像、医師像って何なんだということも話しておかないといけない。何でも知っている医師が良いんだというのも、間違いんですよ。自分がもし病気になったら、専門は専門できちんとした専門医になってほしいと思いますよ。もちろん、いろんなことを知っている専門があっても良いけれども、本当の専門を作るというのが重要なんです。それが、何か最近は疎かにされて、何でも知って

いれば良いんだ、広く知つていれば良いんだというのが、確かに流行していると、私は思いますね。

山 下 このごろ若い医師は、スマホで専門外のことや、稀少疾患のことなどを調べていますよ。そのうち、AIでかなりの診断ができるようになる。そういう時代にだんだんなってくると思うんですけどね。

吉 村 今は、とにかく卒業さえすれば、それでいいんだと。研修などしたくないという人もいるわけですよ。あとは自由にやらせろと。

栗 原 それは危ないです。

寺 野 今の弁護士もそうなんです。弁護士は逆に就職できないのが多いから、司法修習1年終わったら、いきなりマンションで事務所を開く。これは大変な問題になっている。食えなくなったら反社会的勢力とでも一緒になってしまふ。そういう状況というのが医師にも来るかもしれないよということです。

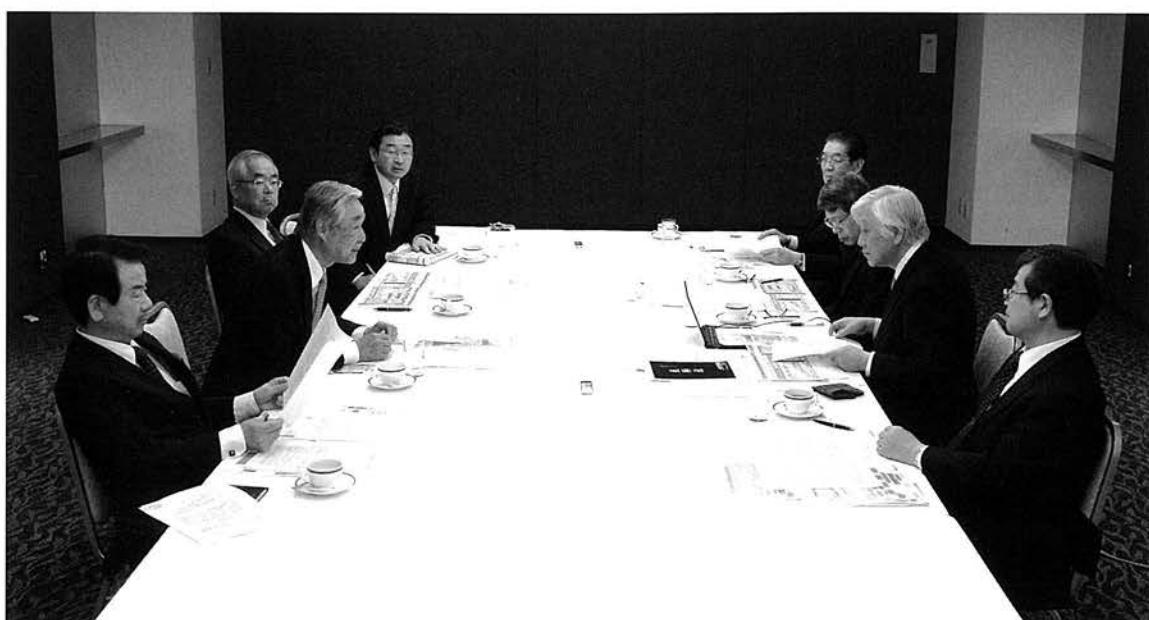
小 川 今までの卒前医学教育と国家試験の問題、そして、それが終わった後のこの辺からが専門医教育と連動してくるところですけれども、臨床研修制度がどうあるべきかということと、先生の進めておられる専門医制度の制度設計というところからどうですか。

【新専門医制度について】

吉 村 基本的には2つ問題があるんです。1つは、これまでの専門医制度は各学会が独自に仕組みを

作って運用してきました。制度も認定基準もバラバラで専門医の質が一定していないということ。また医療の細分化が進んで現在機構が扱っている専門医の数は102に及んでいます。これでは一般市民、患者にとってわかりにくいだけでなく、患者の受診の良い指標となっていない。これを何とか標準化して専門医の質を一定レベルに保ちたいということです。また、専門医の区分ですが、シンプルに先ずは基本診療科の専門医を取得して、その後にその他の細分化した専門医を取得するという仕組みを作ろうということです。

もう1つは、医師の養成の問題で、現在、初期臨床研修が2年間必修化されています。これは医師として基本的な診療能力を涵養することが目的となっています。ところが、その後の専門研修については統一的な仕組みがわが国にはないわけです。少なくとも3年ぐらいは、せめて基本的な診療科の研修、例えば、眼科なら眼科、産婦人科なら産婦人科の研修をしっかりとやる仕組みを作りたいというのが2つ目の課題です。専門研修が必要だというのはあたり前だと思うのですけれども、専門研修なんかやりたくないという人も出てくる。自由にやらせてほしいとか、何でも診れる医師であれば良いではないかとか、全員がやる必要があるのかとか、いろいろな意見が出てきている。また医師を強制配置するのかとか、中小病院からは大学中心の仕組みで自分のところに研修医が来なくなるなどの意見も出てなかなか進まない。これは大病院と中小病院とが連携して専門医を育て



るんすと一生懸命皆さんに説明しているんですけども。

山 下 日本の医療の将来を考えたら、どっちが良いかというのを説得してくださいよ。

吉 村 大学に集まると言うけれども、今、有給ですから、大学に 5 年も 6 年もいられないんですよ。

小 川 出て行かざるを得ないんですよ。

吉 村 基幹病院になりたい、大学が中心になると大学と連携したところしか研修医が行かなくなると反対しておられる。もう少し長い目で見ていただきたいなと思うのです。

山 下 レベルが低下しますよ。本当に心配です。

吉 村 実は、専門研修は領域に分かれますから、都道府県ごとに見ると、各領域で 1 年間に 1 人とか 2 人とか数人なんですよ。少ない専攻医を各病院が奪い合いをしていたら、いつまで経っても診療科の偏在は改善しません。むしろ大学に集めればバランスよく育つし循環していくので、是非そういう仕組みを作りたい。

小 川 うちの大学でも、今年から専門医の専攻医で大学に行きたいという人が激増しまして、そのまま同意すると、3 年はやるわけじょ。そうすると 3 倍になるわけですよ。その後、その人たちが専攻医としてトレーニングして、みんな大学にいたいと言ったらパンクしてしまうわけです。ですから、いずれにしても 3 年経ったら一部の人は、助手として大学に残る人もいるかもしれないけれども、多くの人々は外の病院にローテーションなり何なりで出て行かざるを得ないんですよ。そうでないと大学にばかり人が集中することになる。

吉 村 実際にはそうやって研修を終えた医師が地方に回っていくと思うのです。

小 川 回っていくのですけれども、いずれにしても正規の職員として雇用できるかというと、私立はまだ柔軟性があるから良いんですけども、国立は大変ですよ。

山 下 一般には逆ですよ。そんな集まるのだったら、みんな心配しない。地方の国立や多くの私立も人が来ない。研修も、その後も来ない。で、大騒ぎなんですよ。

吉 村 もう 1 つ大事なことは、研修のやり方です。3 年くらいのプログラムを作ってきちんと専門医を養成すること。もう 1 つは、研修施設です。前

にも言いましたけれども、基幹施設と連携施設とで病院群を作つて、その中で研修を行うのです。これに対しても、大学病院が中心になる仕組みだ、プログラムを組まれると女性医師が大変だとか、反対が出てくるわけです。

山 下 そういう意見は無視するわけにいかんのですか。日本のためにですね。

佐々木 女性医師の妊娠や、男性も含めて育児や留学、研究などの中断ルールはどうなっていますか。

吉 村 もちろん、プログラムを柔軟に運用したり、女性医師で妊娠、出産、育児などでプログラムが難しい場合、他に介護や留学など特別の事情がある場合には、今までとおり何年かかっても試験が受けられる仕組みも考えています。たぶん理解がまだ十分でないと思うので、理解されるように頑張りたいと思っています。

佐々木 もう 1 点、大学がいわゆる囲い込みをするのではないかという懸念があります。臨床研修であれ専門医制度であれ、私立医科大学協会は少なくとも大学で抱え込もうと思っておらず、グループというか、地域と一緒に育てる意志があるということを、強く文字で明確にした方が良いと思います。

小 川 わかりました。すこし話がずれるかもしれませんけれども、そもそも論で、いわゆる「専門医の在り方に関する検討会」が厚生労働省の中にできて、その報告書が出たのを受けて、今、日本専門医機構がやっているわけですよ。そのときに、先ほど先生のお話にもありましたように、現在 102 の専門医がある。実際には 27 万名の医師がいるのだけれども、専門医を持っている医師の数は、正確な数は忘れましたけれども 60 万名ぐらいいるわけです。ということは、ダブルライセンスで 2 つも、3 つも、4 つも持っている方々がいらっしゃる。今度は、27 万名の内、専門医を 1 つも持っていないという方々が半分いる。

吉 村 今、7 割になったんです。新しいデータではね。

小 川 7 割が持っている。3 割は持っていない。

吉 村 3 人に 1 人はまだ持っていないということです。

小 川 専門医の在り方に関する検討会の中で、「医師は基本領域のいずれか 1 つの専門医を取得することを基本とする」という文言が入っていますよ

ね。ということは、日本専門医機構としても、将来の日本の医師像の中で、医師となったからには何かしらの基本領域の専門医を1つだけは必ず持つようにということですね。

吉 村 これは法律ではありませんから、強制ではありませんが、あくまで医師としてのプロフェッショナルとして、自律的に社会に対して医師のクオリティを示す仕組みであるということです。ただ、今後は日本専門医機構が認証した専門医が広告できるようになる予定です。また、将来、病院機能の評価などに専門医の在籍などが必要になるなど、医療の中に位置付けられる可能性もあると思います。

小 川 今、日本は基本領域を持っているのが70%ぐらいなんですね。

吉 村 そんな状況です。大事なのは、どこで研修をするか、どういう条件でやるかなんです。

山 下 そこが一番重要なところなんです。

吉 村 私立医科大学協会としては、是非大学を中心ということは言うべきだと思います。ただ、私の立場では…。

栗 原 先生のお立場からはそうでしょうね。

吉 村 私立医科大学協会と連携してやっていきたいということで。

佐々木 小川先生、中小病院の懸念を払拭するため、何で大学を中心として地域で組もうとしているかというと、そういう医師の人的なやりとりは、結局は患者が裨益する話だし、地域に医師が循環するために、医師をプールでき個々の医師の特徴を把握するのは我が国では大学が担うのが現実的だということを前面に打ち出さないと、実際に困っている、不安に思っている院長は納得できないと思います。また、国民や患者にも、生涯かけての医師の技能向上には、一定程度、様々な病院を経験することが望ましいことも理解していく必要がありますね。

小 川 その辺もきちんと声にしていく必要があると思います。

吉 村 患者さんにしてみれば、きっちりとした研修を受けた医師に診てもらいたい。地域間格差も減らしてほしい。それから専攻医は、早く一人前の医師になりたい。しっかりした研修を受けたいということだと思うのです。そういう仕組みになるために日本専門医機構は頑張っているんです。地

域に研修医が来ないというのは、本当はちょっと違うかなと。ただ、医師が来ないのは確かに困りますから、それは循環するんですよということを理解していただくということだと思います。

栗 原 診療参加型臨床実習が行われるようになって、地域病院に学生が行くことになります。そうすると、学生は様々な患者さんと接しますし、その病院は来る学生のことがよく分かるようになります。患者さんと医学生との関係が近くなっていくと思います。そういう中で、その病院で臨床研修をやっても良いと思う学生が増えてくると、地域医療にも貢献できると思います。診療参加型臨床実習はそういうメリットもあるのではないかと思います。その意味でも良いと思います。

吉 村 受ける方も努力するでしょうしね。

佐々木 大学側から地域病院にアピールするチャンスですよね。

吉 村 専門医機構としても、しっかりアピールしていくたいと思っています。

【おわりに】

小 川 大変良いかつ重要なご意見をたくさんいただきました。しかし、まだまだ消化不良のところもないわけではありません。何分にも医学教育グランドデザインに関しましては、日本の医師の卒前医学教育から生涯学習まで含めたかなり広範なお話になってしまいました。今日は、共用試験、国家試験、臨床研修、専門医制度、あとモデル・コア・カリキュラム、この辺を中心にしてお話を聞いていただきましたけれども、短い時間の中で、皆様のご協力でかなり深く掘り下げて議論ができたのではないかと思います。本当に重たいテーマを2時間という短時間の間に、思った以上に深く掘り下げていただいたのではないかと感謝を申し上げます。

最後に、炭山先生からお願ひします。

炭 山 ご苦労さまでした。内容につきましては、ご自分で確認していただきたいと思います。本日は、ありがとうございました。(了)