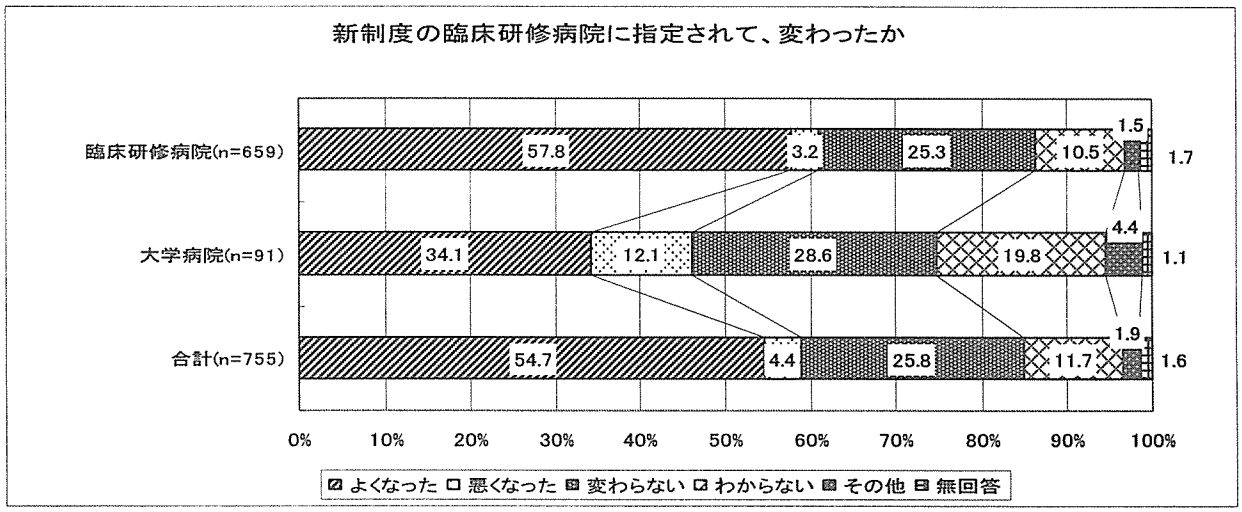
（７）新医師臨床研修制度による病院の変化について

新制度の臨床研修病院に指定されて、「よくなった」と回答したのが臨床研修病院では57.8%、大学病院では34.1%、「悪くなった」と回答したのが臨床研修病院では3.2%、大学病院では12.1%であった。



厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術総合評価研究事業）
分担研究報告書

2．臨床研修の到達目標に関する研究—卒前医学教育への前倒し導入に関して

分担研究者：　林　　謙治　　国立保健医療科学院　次長
研究協力者：　石川　雅彦　　国立保健医療科学院　政策科学部長

研究要旨

新臨床研修制度の初めての修了者が誕生して以来、医師の養成の在り方の変容に対応することが求められている。今回、臨床研修の到達目標を再評価して、卒後臨床研修の効率化および卒前医学教育の充実を図るために、到達目標の内容を卒前医学教育への前倒し導入が可能か否かを25の研修病院（大学病院、臨床研修病院）の指導医211名と新医師臨床研修制度を修了した3年目の後期研修医184名を対象としてアンケート調査を行った。

その結果、基本的な診察法・検査・手技で、患者に侵襲を与える可能性が低い項目に関しては、研修医、指導医とも卒前への前倒しに積極的であった。また、患者に侵襲を与える検査や治療に関しては、研修医、指導医とも、前倒しに消極的であった。研修医に関しては、現在所属している診療科別での検討も行ったが、基本的な臨床検査に関しては、一部の項目で、麻酔・外科系の研修医が前倒しに積極的な傾向が明らかになった。

臨床研修の到達目標の卒前への前倒し導入に関しては、指導医、研修医ともども、複数の項目で前向きの結果が得られた。侵襲を与える項目に関しては慎重である調査結果であったが、今後、さらに情報収集し、前倒し導入の功罪に関して検討を重ねたい。

A．研究目的

平成16年度から新医師臨床研修制度が導入されたことに伴い、卒前の医学教育のあり方や初期研修修了後の医師養成の在り方の変容が求められている。

平成18年春に、この新制度の修了者が初めて誕生したが、習得すべき臨床研修の到達目標として掲げられた内容のうち、卒前に前倒しして実施することが可能であれば、卒前医学教育の充実と初期臨床研修の効率化にもつながることと考えられる。

今回、2年間の新医師臨床研修修了者の医師と研修指導医に対して、アンケート調査を行い、現在の臨床研修の到達目標の卒前への前倒し導入に関して調査を行った。

B．研究方法

臨床研修を2年間修了して、後期研修に入っている卒後3年目の医師（以下、研修医）、ならびに研修指導を担当している指導医（以下、指導医）を対象とした。対象病院は全国の大学病院、および臨床研修病院から選出し、協力の依頼を受諾した26病院を対象として、協力可能人数を双方で確認

後に研修医と指導医に対する自記式アンケートを送付し、記載後回収した。調査期間は平成19年1月18日～3月9日までとした。

アンケートの内容は、厚生労働省で公開している臨床研修の到達目標（http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818b.html）において、Ⅱ経験目標のうち、A 経験すべき診察法・検査・手技の項目と、C特定の医療現場の経験の一部（救急医療、予防医療）とし、B病態とCの一部（地域保健・医療、周産・小児・成育医療、精神保健・医療、緩和・終末期医療）は除いてアンケート用紙を作成した。

倫理面への配慮として、施設や個人が特定され評価されるものではないことを明記した文書を、アンケートに同封して説明を行った。

C．研究結果

26病院中、25病院（96.2%）よりアンケートが回収された。病院の内訳は、大学病院 13、臨床研修病院 12 であった。また、職位別のアンケート回収率は、指導医211名で86.1%(211/245)、研修医184名で75.7%（184/243）であった。結果を以下に示す（資料１）。

A 経験すべき診察法・検査・手技

１）医療面接

特に卒前への前倒しに積極的な意見が多かったのが、研修医（44.6%）、指導医(37%)ともに医療面接の基本となるコミュニケーションスキル・解釈モデル・受診動機・受療行動の把握、病歴聴取、などであった。また、患者・家族対応には双方とも消極的であり（研修医 6.0%、指導医 5.7%）、指導医と研修医との認識の差はあまり認めなかった。

２）基本的な診察法

卒前への前倒しに積極的であったのが、バイタルサイン（指導医 32.6%、研修医 34.6%）、頭頚部診察（研修医 28.8%、指導医 29.4%）、胸部の診察、(研修医 24.5%、指導医 21.8%)、腹部の診察（研修医 23.4%、指導医 22.3%）、神経学的診察（研修医 26,1%、指導医 23.2%）であった。消極的と考えられたのが、泌尿・生殖器の診察（研修医 10.3%、指導医 13.7%）、小児の診察（研修医 15.8%、指導医 13.7%）であった。

指導医と研修医との認識に大きな差は認めなかったが、精神面の診察では、研修医 16.8%、指導医 11.4%と若干の差異を認めた。

３）基本的な臨床検査

全体的に卒前への前倒しに積極的であった。一般尿検査、便検査、血算・白血球分画では 50%以上、血液型判定・交差適合試験、血液生化学的検査では 40%以上であった。研修医は血液型判定・交差適合試験が 40%以上であり、30~40%は、一般尿検査、便検査、血算・白血球分画、血液生化学的検査であった。

この項目では指導医、研修医で比較的認識が分かれる傾向がみられた。指導医のほうが全体的に卒前への前倒しに積極的であった。

しかし、髄液検査や内視鏡検査、造影X

線検査、ＣＴ検査、MRI 検査、核医学検査などでは軒並み消極的であり、特に患者に侵襲を与える検査に関しては双方とも卒前への前倒しに大変消極的であり、侵襲が低い超音波検査でも消極的であった。

４）基本的手技

全体的にそれほど卒前への前倒しに積極的ではなかったが、30%前後で前倒しに積極的な項目としては、圧迫止血、包帯法、心マッサージ、皮内注射法、皮下注射法、静脈採血法、および創部消毒とガーゼ交換であった。患者に侵襲を与え、うまくいかない場合に合併症が甚大である項目、即ち、中心静脈確保、穿刺法（腰椎）、腹腔穿刺法、胸腔穿刺法は 5%以下で、指導医では中心静脈確保で 1.4%、他の 3 項目では前倒し可能という意見は皆無であった。特に、侵襲度の高いと思われる項目では、指導医は卒前への前倒しに消極的であった。

５）基本的治療

治療関連では全体的に卒前への前倒しに消極的で、いずれの項目も 10%以下であった。特に、薬物の作用や輸血関連では、指導医の消極性が目立った。

６）医療記録

診療録の記載では指導医（32.2%）、研修医（26.1%）ともども、卒前への前倒しに積極的な傾向がみられた。しかし、処方箋、指示箋の作成・管理、診断書・死亡診断書、死体検案書の作成・管理、CPC、紹介状関連では、比較的消極的であった。

７）診療計画

診療ガイドライン、入退院の適応判断、総合的な管理計画では、卒前への前倒しは困難と考えている結果であった。

Ｃ特定の医療現場の経験

１）救急医療

バイタルサインの把握に関しては、指導医（33.2%）、研修医（31.5%）ともども、卒前への前倒しに積極的であった。しかし、二次救命処置、頻度の高い救急疾患の初期治療、専門医への適切なコンサルテーション、大災害時の救急医療関連では、双方とも軒並み 10%以下であった。

２）予防医療

救急医療に比較して、卒前への前倒しには積極的であった。そのなかでも、食事・運動・休息・飲酒・禁煙指導とストレスマネージメント、性感染症予防、家族計画の指導に関しては、やや高い割合であった。予防接種などの侵襲的な項目は卒前への前倒しに消極的であった。

なお、研修医に関しては、初期研修を受けた病院別（大学病院、臨床研修病院、大学病院＋臨床研修病院）にも検討したが、医療面接、基本的な検査、基本的手技（心マッサージ、圧迫止血、静脈採血等）、医療記録（診療録）、救急医療（バイタルサイン）などで卒前への前倒しに積極的な傾向があり、これは病院による差異は明確ではなかった。

研修医に関しては、さらに現在所属し

ている病院別にも検討したが、差異は明確ではなかった。

また、現在所属している診療科別での検討では、特に基本的な臨床検査に関しては、一部の項目で麻酔・外科系に所属している研修医が、卒前への前倒しに積極的な傾向があった（資料２）。

指導医に関しては、現在所属している病院別（大学病院、臨床研修病院）、所属病院の病床数別でも比較検討したが、差異は明確ではなかった。また、指導医の診療科別での検討では、患者に侵襲を与える手技に関しては、診療科での差異はなく前倒しに消極的であった。

D．考察

医療面接に関しては、既に卒前医学教育にて、OSCE の影響もあり、各大学で盛んに行われ、SP（模擬患者）による演習を取り入れているところもあり、十分学習してから卒業していると考えられるため、前倒しには積極的であった可能性がある。

基本的な身体診察法では、全身、頭頚部など体表部のポピュラーな診察、および胸部・腹部の診察は、卒前の OSCE や臨床実習で比較的十分実施されている認識の結果の可能性がある。泌尿・生殖器の診察は、卒前の導入には倫理面や患者への配慮の面から、小児の診察も本人・家族への配慮の面からの認識かと考えられる。

基本的な臨床検査では、全項目に渡って前倒しに積極的な意見であったが、これは単純な検査は十分卒前への前倒しが可能との認識と考えられた。侵襲的検査に対して消極的なことは予想できるが、超音波検査でも、卒前導入が消極的なことは意外であった。

診断に係る重要な検査に関しては、卒前導入には慎重な姿勢が伺われ、基本的治療関連でも、患者に直接侵襲を与えかねない薬物関連、輸血関連での指導医の卒前への前倒しに対する消極性が目立ったことは、医療事故への懸念もあるのではないかと考えられた。このような場合には、シミュレーター等による十分な訓練が必要と考える。

医療記録関連でも、診療録記載以外には特に卒前への前倒しに積極性がみられなかったが、やはり患者に直接関連するものに関しては、卒前教育で必要十分な医療記録の書き方を習得すべきである。正確な診療録の記載はエラーの回避に十分関連するものであり、卒前にて一定レベルまで教育することの重要性を強調したい。

診療計画も、患者と直接対峙して作成するものであり、卒前に行うには、シミュレーションによる教育教材の作成が必要となる。

救急医療の経験も、本来であれば卒前に十分な教育が必要であり、基本的な救急の診断・治療で卒前に前倒しできるものがあると考える。特に二次救命処置や専門医のコンサルテーションに関しては、臨床実習の教育で比較的行えると考えている。

予防医療に関しても、卒前への前倒しに消極的な認識であったが、地域医療実習等で、今後は十分卒前に履修可能なものになると考えられる。

研修医が 3 年目以降に、どの診療科を選択するかによって、特に基本的な臨床検査の一部で卒前への前倒しに関して積極性に差が見られる傾向にあったが、その真意を知る必要があり、今後、直接面接、ヒヤリ

ングを含めた調査の必要性があると考える。

E．結論

臨床研修の到達目標の卒前への前倒し導入に関しては、指導医、研修医ともども、複数の項目で、導入に前向きの結果が得られたが、侵襲的な項目には慎重である結果が得られた。今後、シミュレーション等の導入による、卒前への前倒しが可能か否かを検討する必要があり、さらに、面接調査等を加えて前倒しの意味づけに関して検討を重ねたい。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表　０件
2．学会発表　０件

H．知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。）

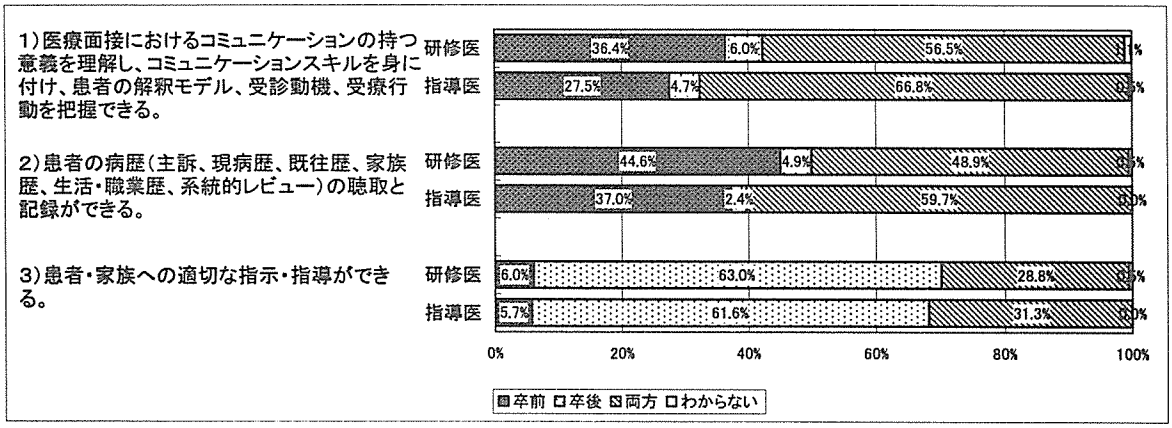
1．特許取得　０件
2．実用新案登録　０件
3．その他　０件

(資料1)臨床研修の到達目標に関するアンケート
研修医・指導医別　集計表 【全体グラフ】

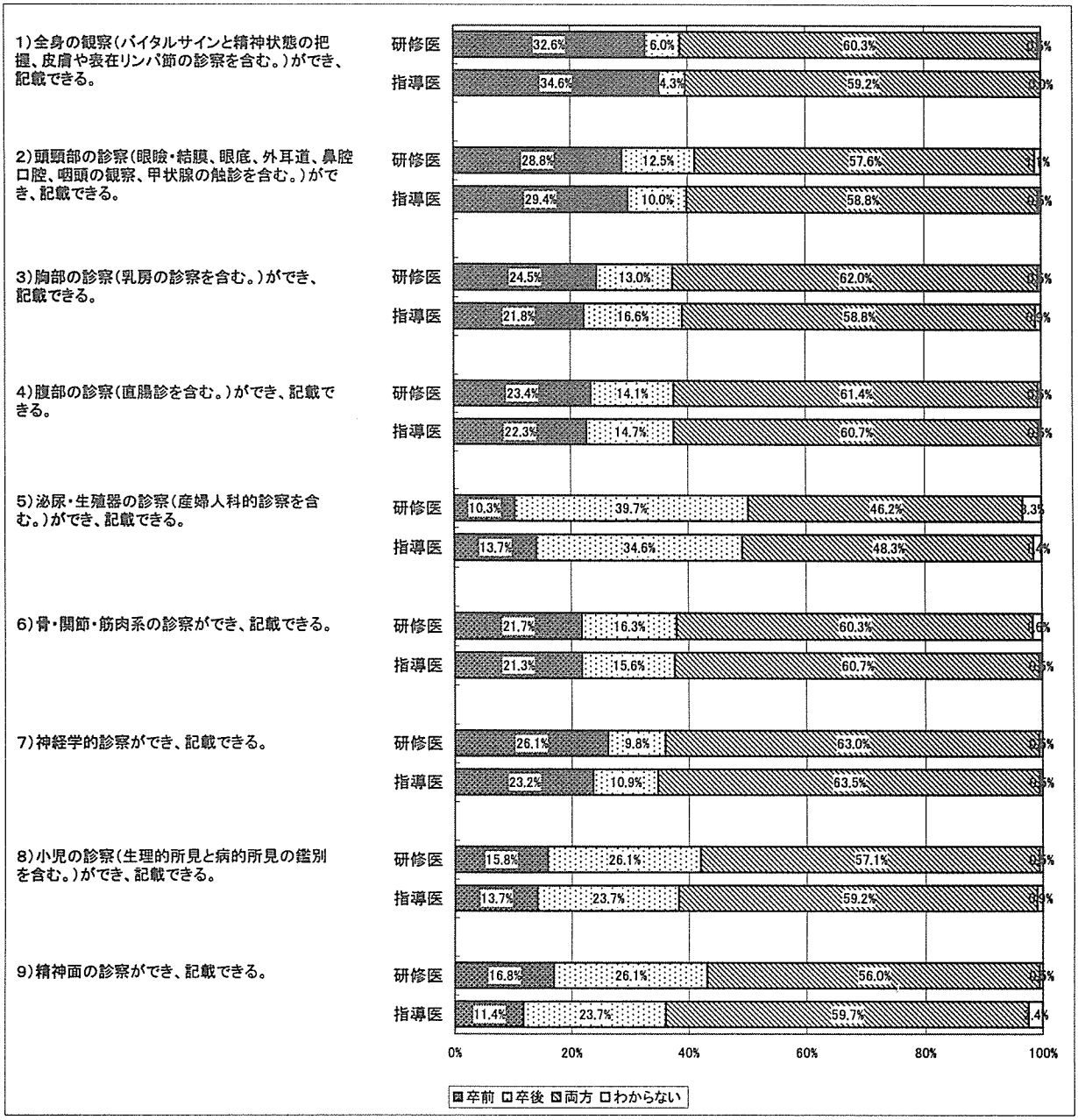
アンケート回答者数：研修医	184
アンケート回答者数：指導医	211

A. 経験すべき診察法・検査・手技

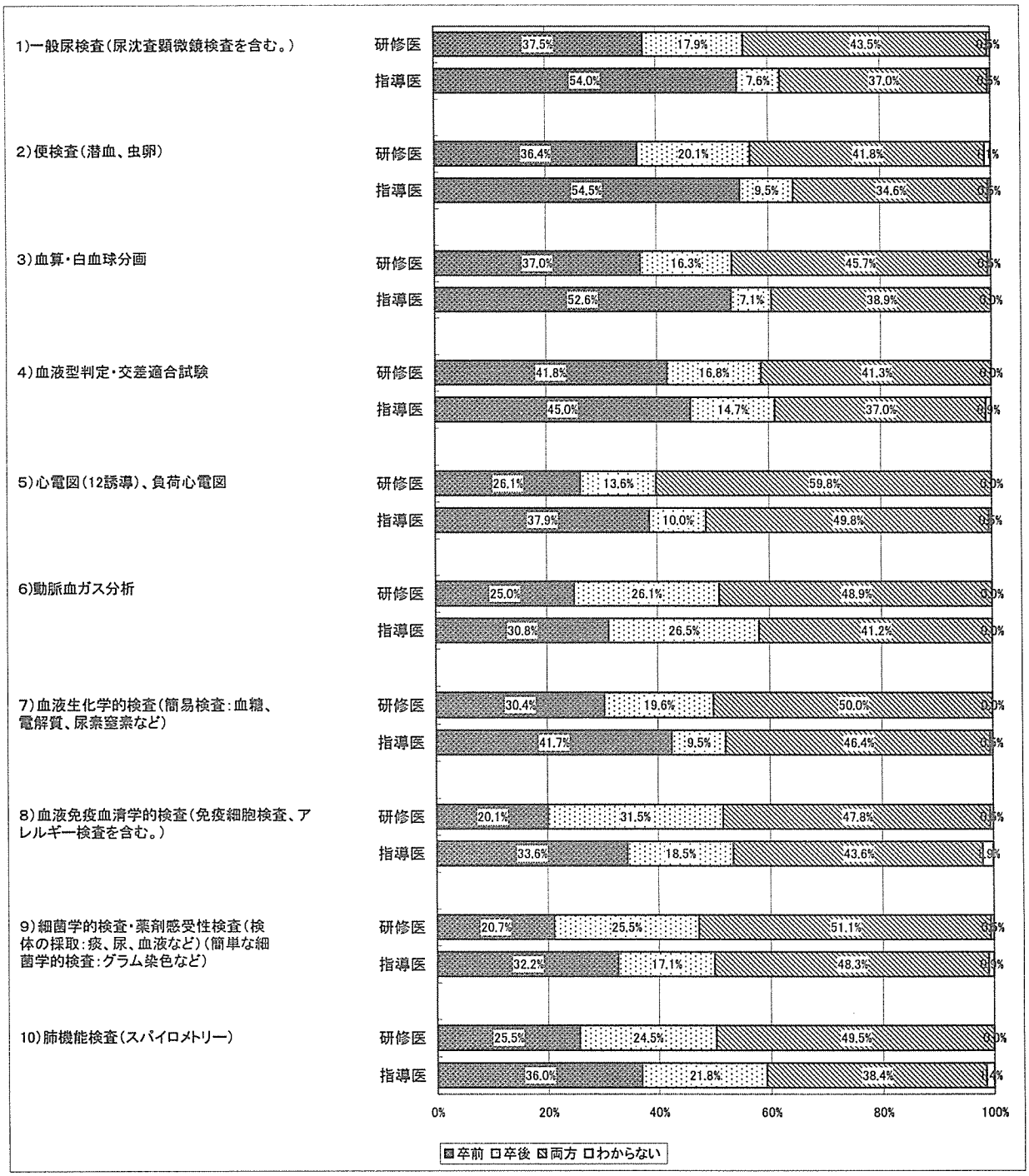
(1)医療面接



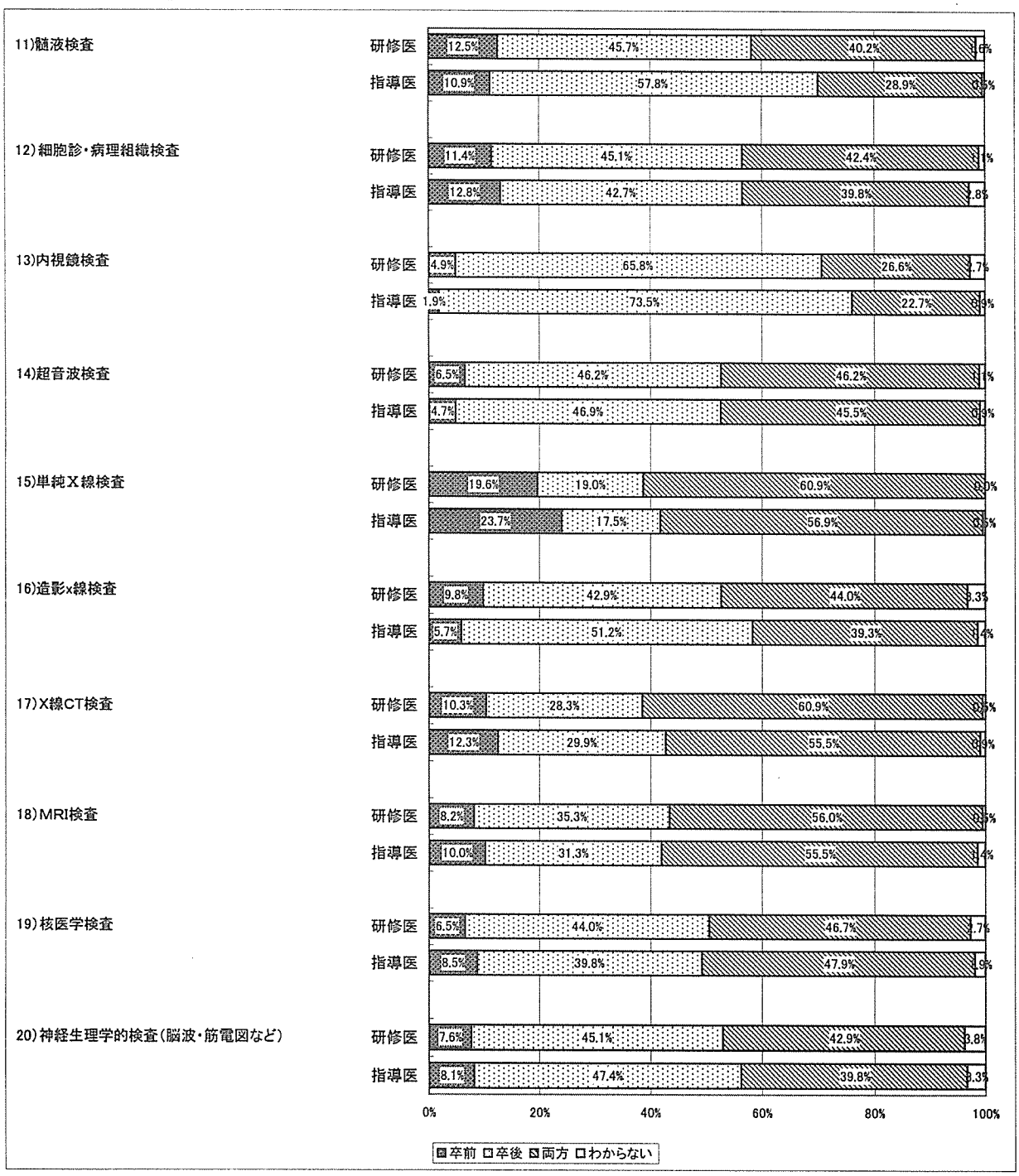
(2)基本的な身体診察法



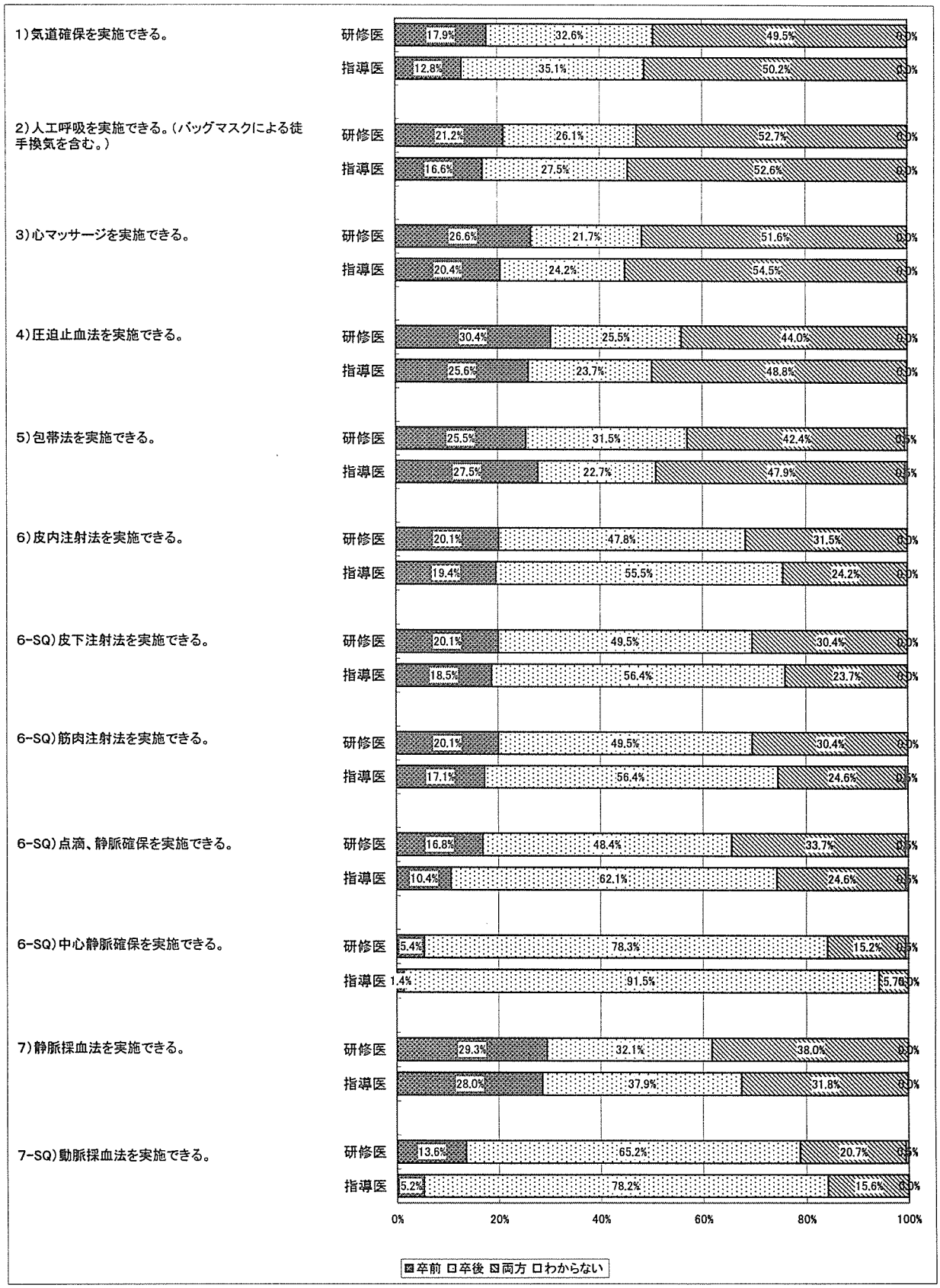
(3)基本的な臨床検査


1)一般尿検査(尿沈査顕微鏡検査を含む。)
研修医 37.5% 17.9% 43.5% 0.5%
指導医 54.0% 7.6% 37.0% 0.5%
2)便検査(潜血、虫卵)
研修医 36.4% 20.1% 41.8% 0.1%
指導医 54.5% 9.5% 34.6% 0.5%
3)血算・白血球分画
研修医 37.0% 16.3% 45.7% 0.5%
指導医 52.6% 7.1% 38.9% 0.0%
4)血液型判定・交差適合試験
研修医 41.8% 16.8% 41.3% 0.0%
指導医 45.0% 14.7% 37.0% 0.9%
5)心電図(12誘導)、負荷心電図
研修医 26.1% 13.6% 59.8% 0.0%
指導医 37.9% 10.0% 49.8% 0.5%
6)動脈血ガス分析
研修医 25.0% 26.1% 48.9% 0.0%
指導医 30.8% 26.5% 41.2% 0.0%
7)血液生化学的検査(簡易検査:血糖、電解質、尿素窒素など)
研修医 30.4% 19.6% 50.0% 0.0%
指導医 41.7% 9.5% 46.4% 0.5%
8)血液免疫血清学的検査(免疫細胞検査、アレルギー検査を含む。)
研修医 20.1% 31.5% 47.8% 0.5%
指導医 33.6% 18.5% 43.6% 1.9%
9)細菌学的検査・薬剤感受性検査(検体の採取:痰、尿、血液など)(簡単な細菌学的検査:グラム染色など)
研修医 20.7% 25.5% 51.1% 0.5%
指導医 32.2% 17.1% 48.3% 0.9%
10)肺機能検査(スパイロメトリー)
研修医 25.5% 24.5% 49.5% 0.0%
指導医 36.0% 21.8% 38.4% 1.4%
0% 20% 40% 60% 80% 100%
卒前 卒後 両方 わからない

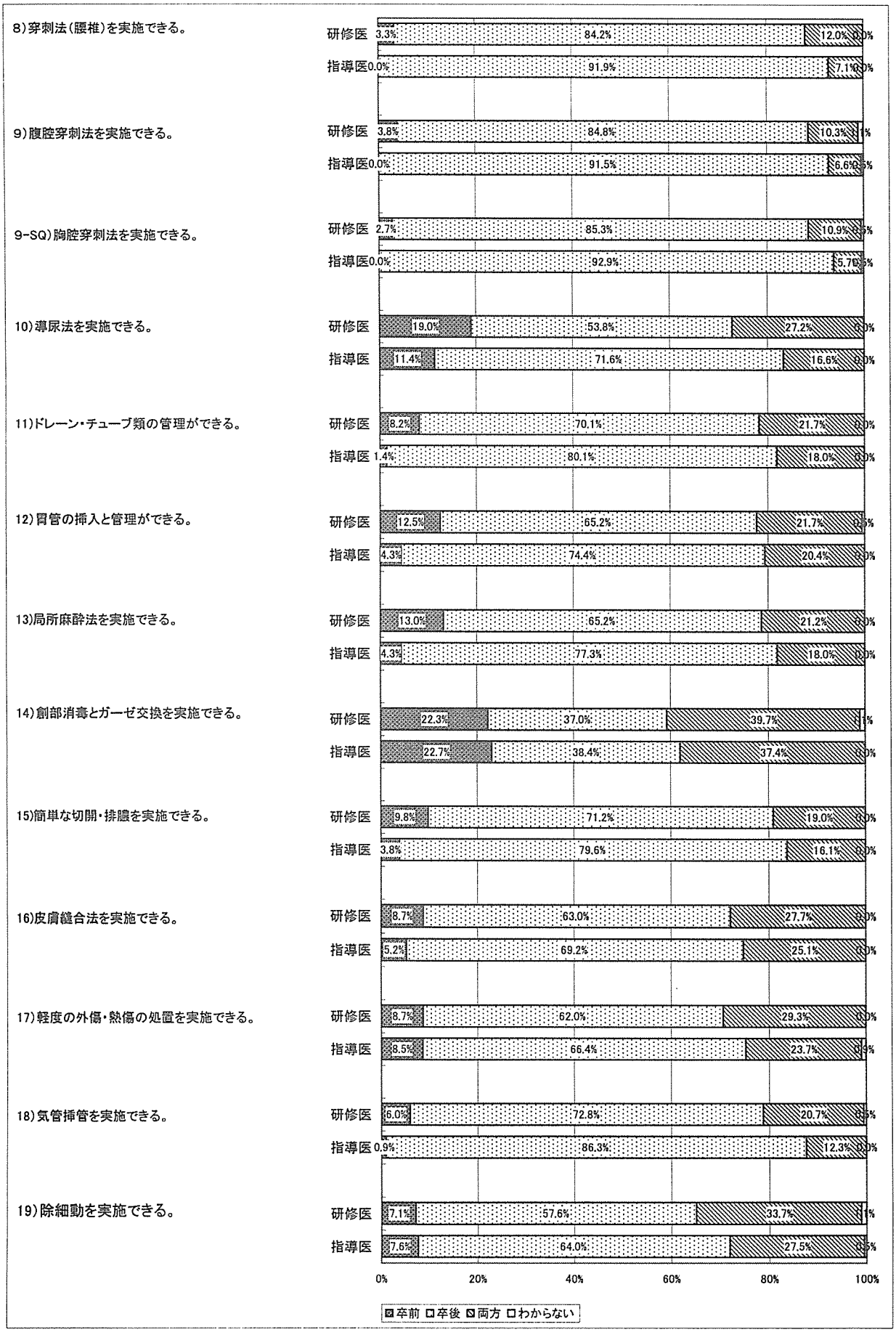
(3) 基本的な臨床検査


11)髄液検査
研修医 12.5% 45.7% 40.2% 1.6%
指導医 10.9% 57.8% 28.9% 0.5%
12)細胞診・病理組織検査
研修医 11.4% 45.1% 42.4% 1.1%
指導医 12.8% 42.7% 39.8% 2.8%
13)内視鏡検査
研修医 4.9% 65.8% 26.6% 2.7%
指導医 1.9% 73.5% 22.7% 0.9%
14)超音波検査
研修医 6.5% 46.2% 46.2% 1.1%
指導医 4.7% 46.9% 45.5% 0.9%
15)単純X線検査
研修医 19.6% 19.0% 60.9% 0.0%
指導医 23.7% 17.5% 56.9% 0.5%
16)造影x線検査
研修医 9.8% 42.9% 44.0% 3.3%
指導医 5.7% 51.2% 39.3% 1.4%
17)X線CT検査
研修医 10.3% 28.3% 60.9% 0.5%
指導医 12.3% 29.9% 55.5% 0.9%
18)MRI検査
研修医 8.2% 35.3% 56.0% 0.5%
指導医 10.0% 31.3% 55.5% 1.4%
19)核医学検査
研修医 6.5% 44.0% 46.7% 2.7%
指導医 8.5% 39.8% 47.9% 1.9%
20)神経生理学的検査(脳波・筋電図など)
研修医 7.6% 45.1% 42.9% 3.8%
指導医 8.1% 47.4% 39.8% 3.3%
0% 20% 40% 60% 80% 100%
卒前 卒後 両方 わからない

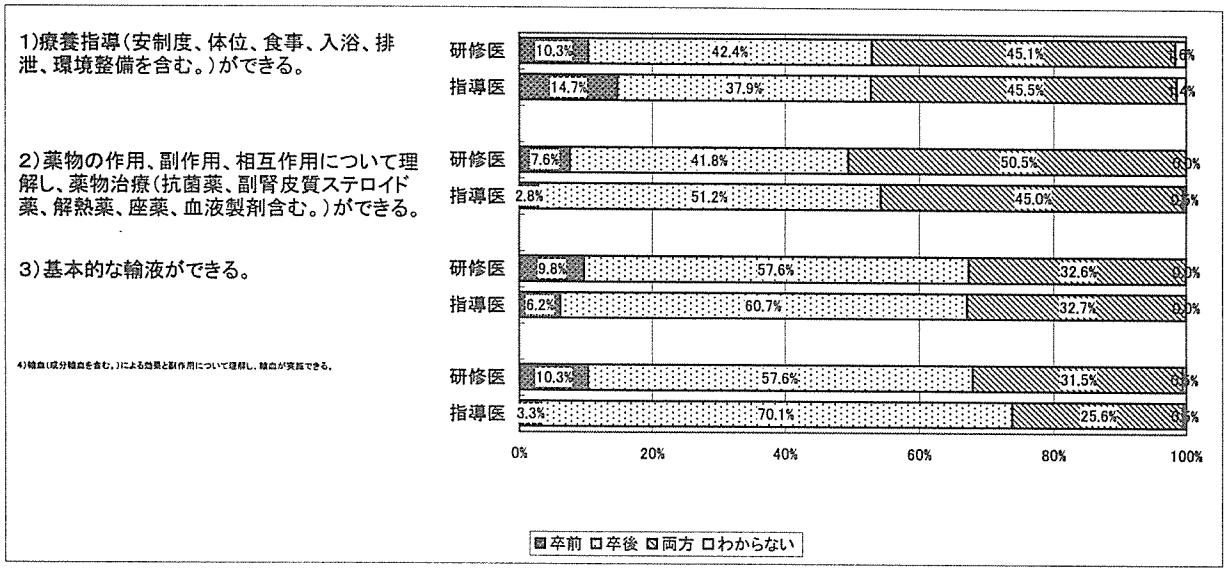
(4) 基本的手技


1)気道確保を実施できる。
研修医 17.9% 32.6% 49.5% 0.0%
指導医 12.8% 35.1% 50.2% 0.0%
2)人工呼吸を実施できる。(バッグマスクによる徒手換気を含む。)
研修医 21.2% 26.1% 52.7% 0.0%
指導医 16.6% 27.5% 52.6% 0.0%
3)心マッサージを実施できる。
研修医 26.6% 21.7% 51.6% 0.0%
指導医 20.4% 24.2% 54.5% 0.0%
4)圧迫止血法を実施できる。
研修医 30.4% 25.5% 44.0% 0.0%
指導医 25.6% 23.7% 48.8% 0.0%
5)包帯法を実施できる。
研修医 25.5% 31.5% 42.4% 0.5%
指導医 27.5% 22.7% 47.9% 0.5%
6)皮内注射法を実施できる。
研修医 20.1% 47.8% 31.5% 0.0%
指導医 19.4% 55.5% 24.2% 0.0%
6-SQ)皮下注射法を実施できる。
研修医 20.1% 49.5% 30.4% 0.0%
指導医 18.5% 56.4% 23.7% 0.0%
6-SQ)筋肉注射法を実施できる。
研修医 20.1% 49.5% 30.4% 0.0%
指導医 17.1% 56.4% 24.6% 0.5%
6-SQ)点滴、静脈確保を実施できる。
研修医 16.8% 48.4% 33.7% 0.5%
指導医 10.4% 62.1% 24.6% 0.5%
6-SQ)中心静脈確保を実施できる。
研修医 5.4% 78.3% 15.2% 0.5%
指導医 1.4% 91.5% 5.7% 0.0%
7)静脈採血法を実施できる。
研修医 29.3% 32.1% 38.0% 0.0%
指導医 28.0% 37.9% 31.8% 0.0%
7-SQ)動脈採血法を実施できる。
研修医 13.6% 65.2% 20.7% 0.5%
指導医 5.2% 78.2% 15.6% 0.0%
0% 20% 40% 60% 80% 100%
卒前 卒後 両方 わからない

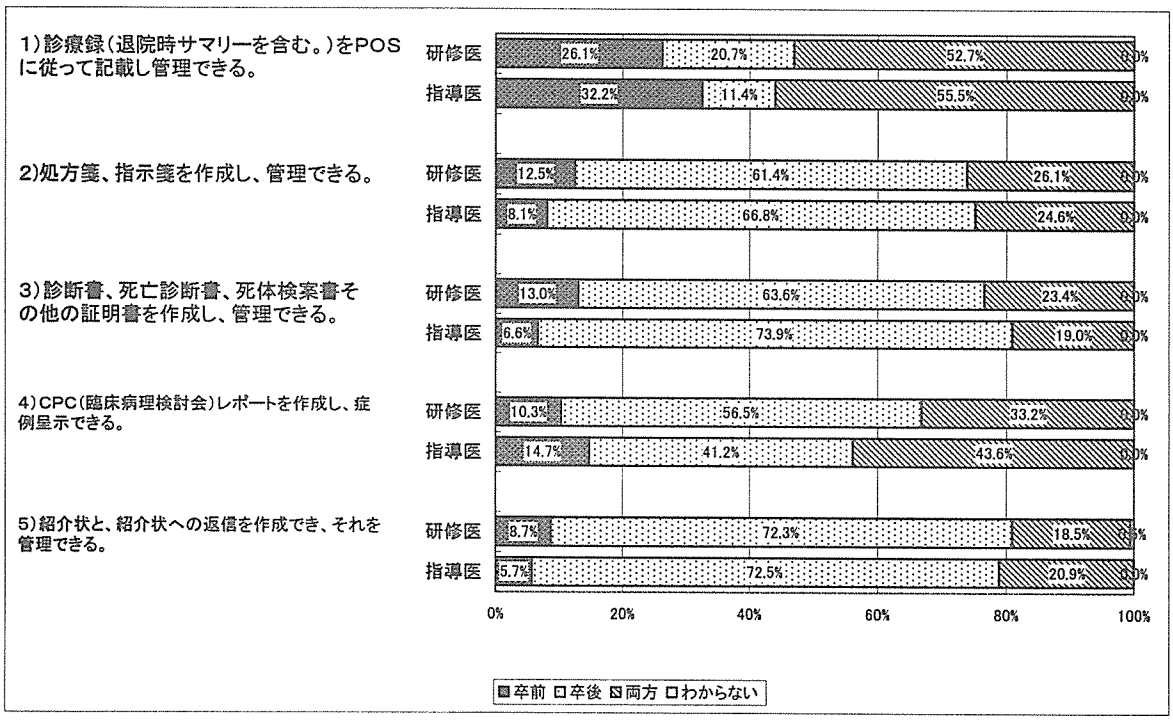
(4) 基本的手技


8)穿刺法(腰椎)を実施できる。
研修医 3.3% 84.2% 12.0% 0.0%
指導医 0.0% 91.9% 7.1% 0.0%
9)腹腔穿刺法を実施できる。
研修医 3.8% 84.8% 10.3% 1.1%
指導医 0.0% 91.5% 6.6% 1.5%
9-SQ)胸腔穿刺法を実施できる。
研修医 2.7% 85.3% 10.9% 0.5%
指導医 0.0% 92.9% 5.7% 1.5%
10)導尿法を実施できる。
研修医 19.0% 53.8% 27.2% 0.0%
指導医 11.4% 71.6% 16.6% 0.0%
11)ドレーン・チューブ類の管理ができる。
研修医 8.2% 70.1% 21.7% 0.0%
指導医 1.4% 80.1% 18.0% 0.0%
12)胃管の挿入と管理ができる。
研修医 12.5% 65.2% 21.7% 0.5%
指導医 4.3% 74.4% 20.4% 0.0%
13)局所麻酔法を実施できる。
研修医 13.0% 65.2% 21.2% 0.0%
指導医 4.3% 77.3% 18.0% 0.0%
14)創部消毒とガーゼ交換を実施できる。
研修医 22.3% 37.0% 39.7% 1.1%
指導医 22.7% 38.4% 37.4% 0.0%
15)簡単な切開・排膿を実施できる。
研修医 9.8% 71.2% 19.0% 0.0%
指導医 3.8% 79.6% 16.1% 0.0%
16)皮膚縫合法を実施できる。
研修医 8.7% 63.0% 27.7% 0.0%
指導医 5.2% 69.2% 25.1% 0.0%
17)軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる。
研修医 8.7% 62.0% 29.3% 0.0%
指導医 8.5% 66.4% 23.7% 0.9%
18)気管挿管を実施できる。
研修医 6.0% 72.8% 20.7% 0.5%
指導医 0.9% 86.3% 12.3% 0.0%
19)除細動を実施できる。
研修医 7.1% 57.6% 33.7% 1.1%
指導医 7.6% 64.0% 27.5% 0.5%
0%
20%
40%
60%
80%
100%
卒前 卒後 両方 わからない

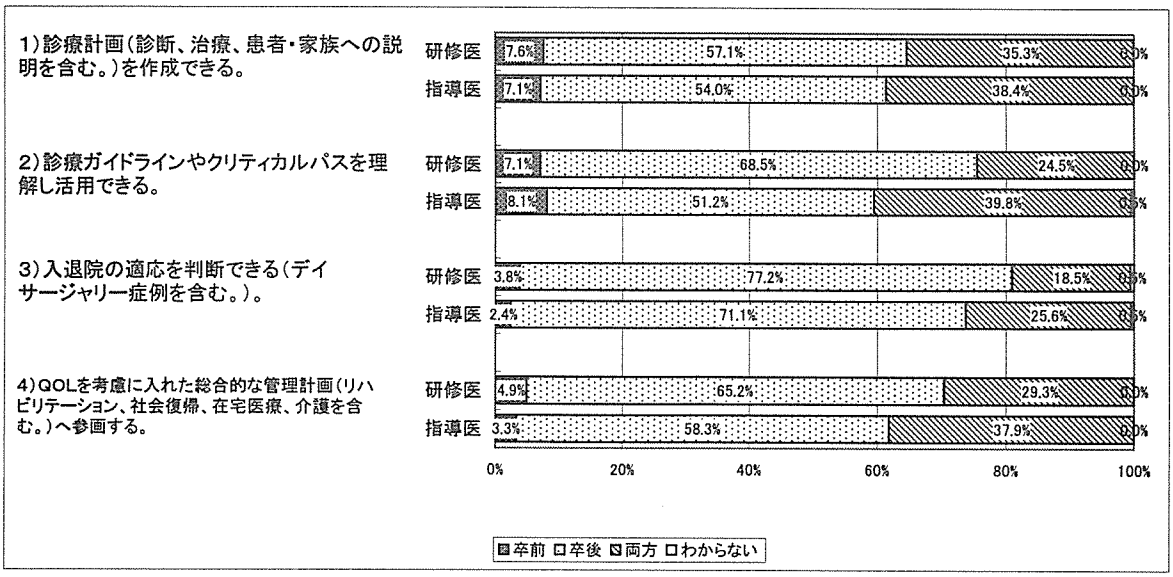
(5)基本的治療



(6)医療記録

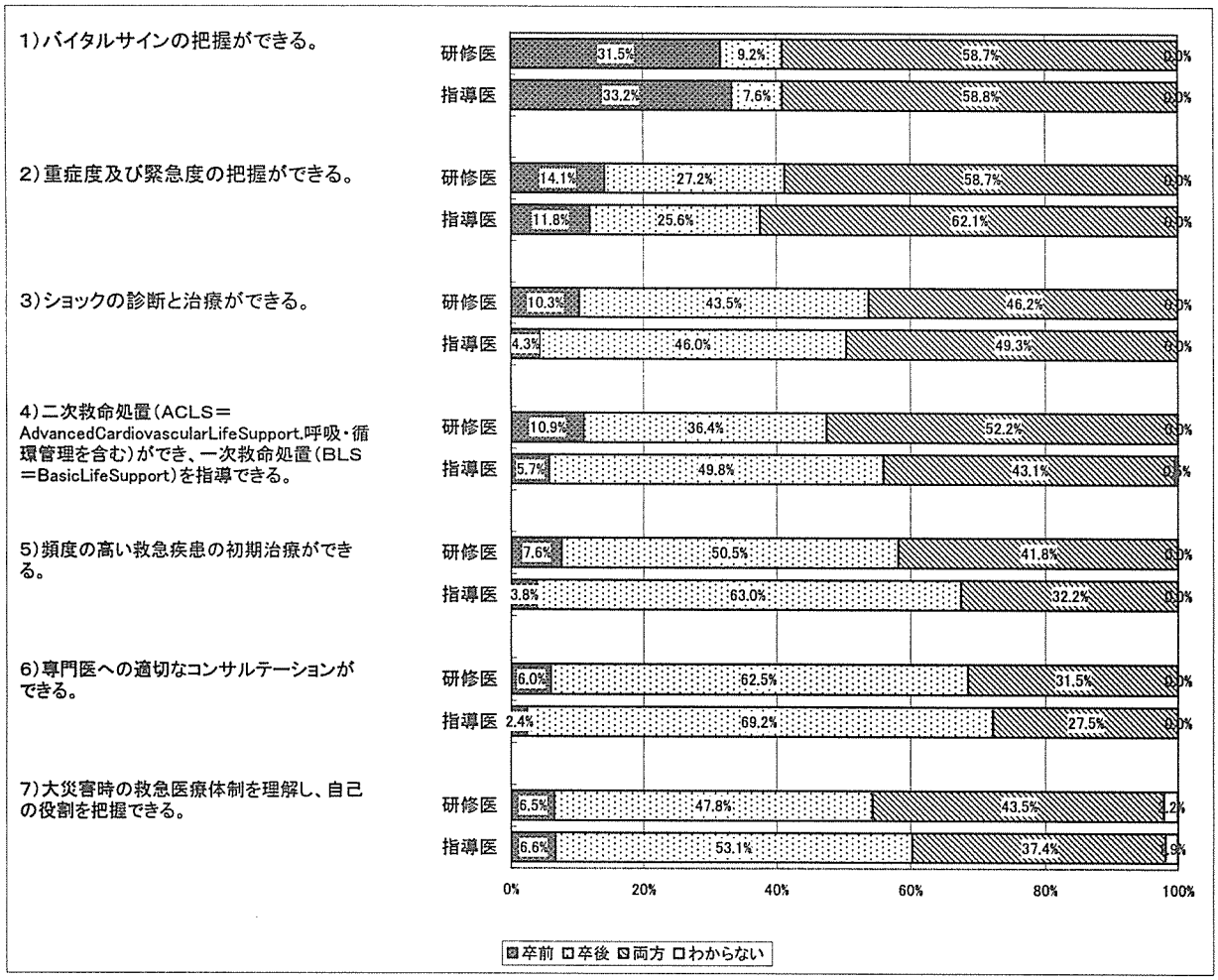


(7)診療計画

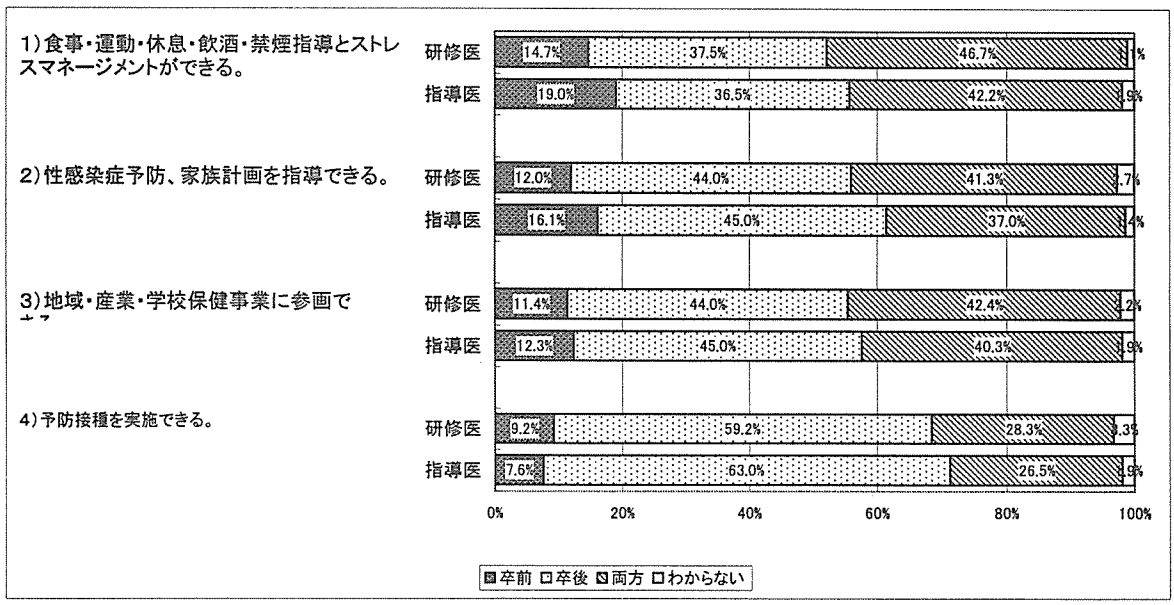


C. 特定の医療現場の経験

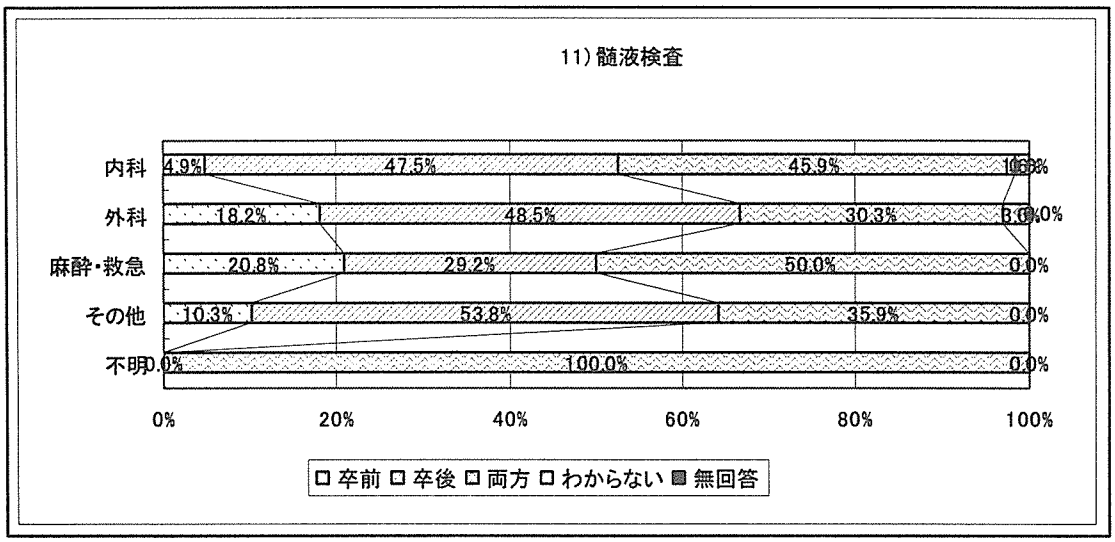
(1) 救急医療

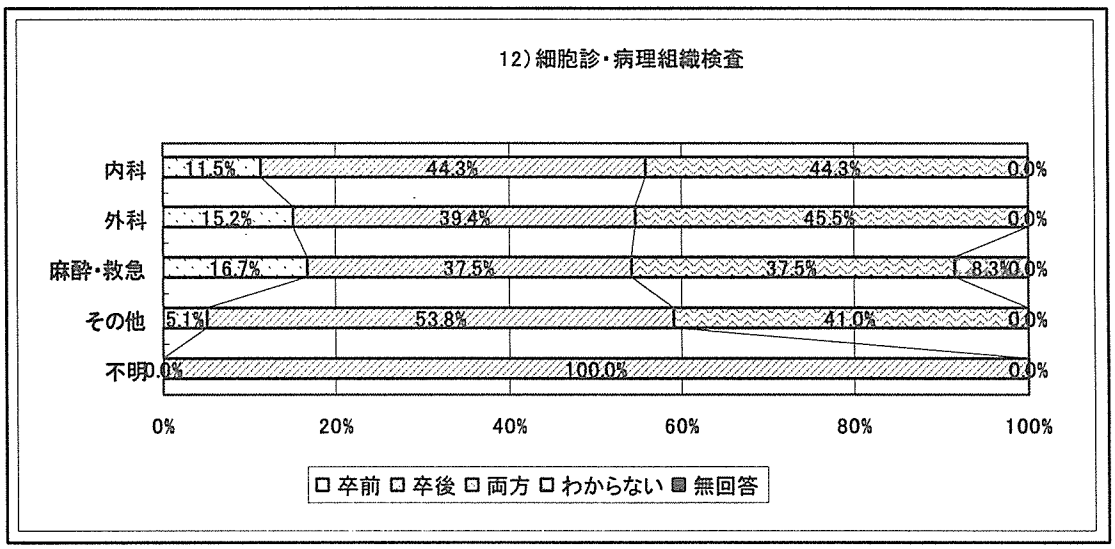


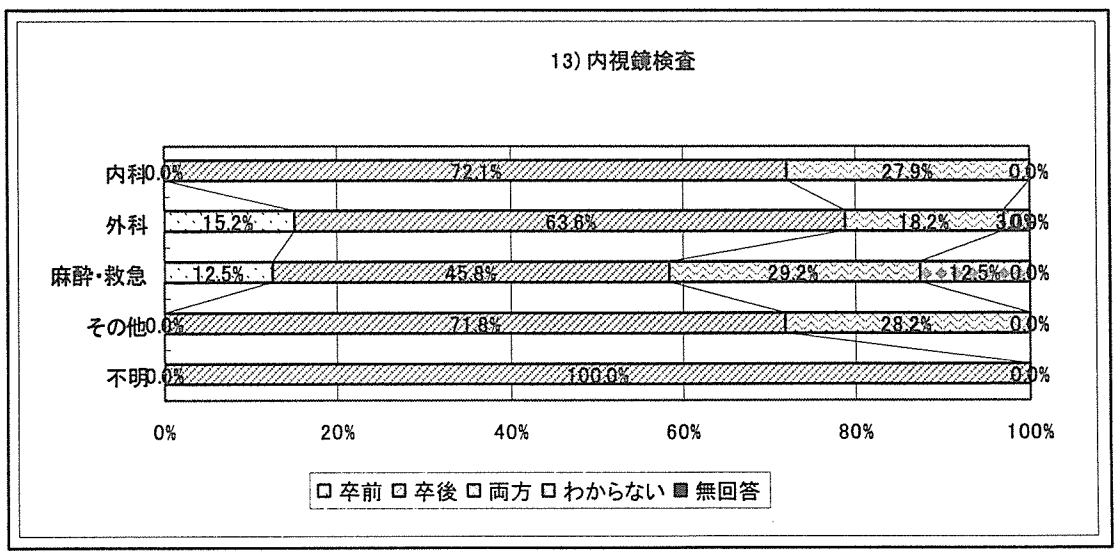
(2) 予防医療

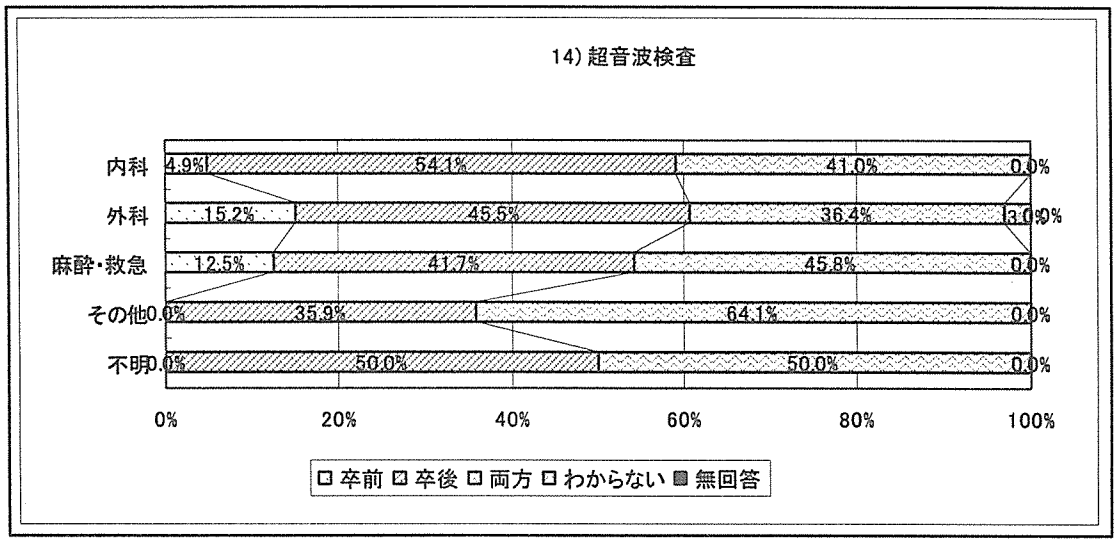


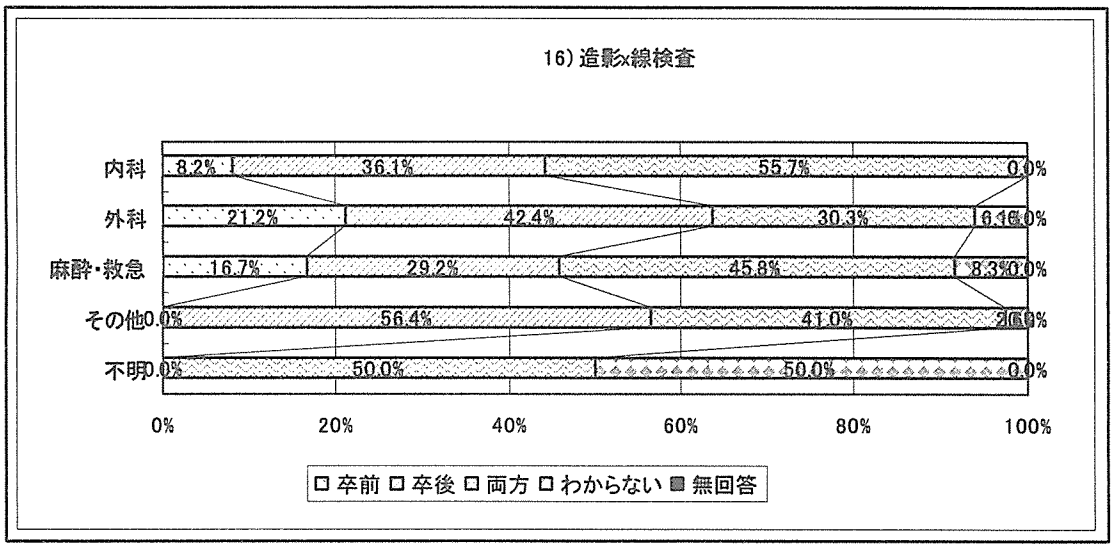
（資料2）　基本的な臨床検査　　（3年目研修医、診療科別）

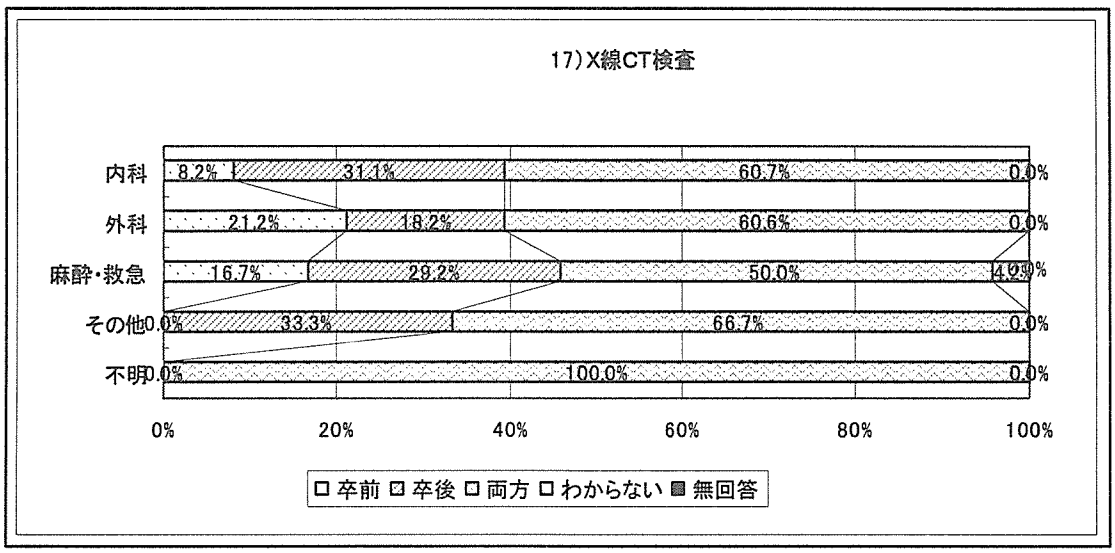


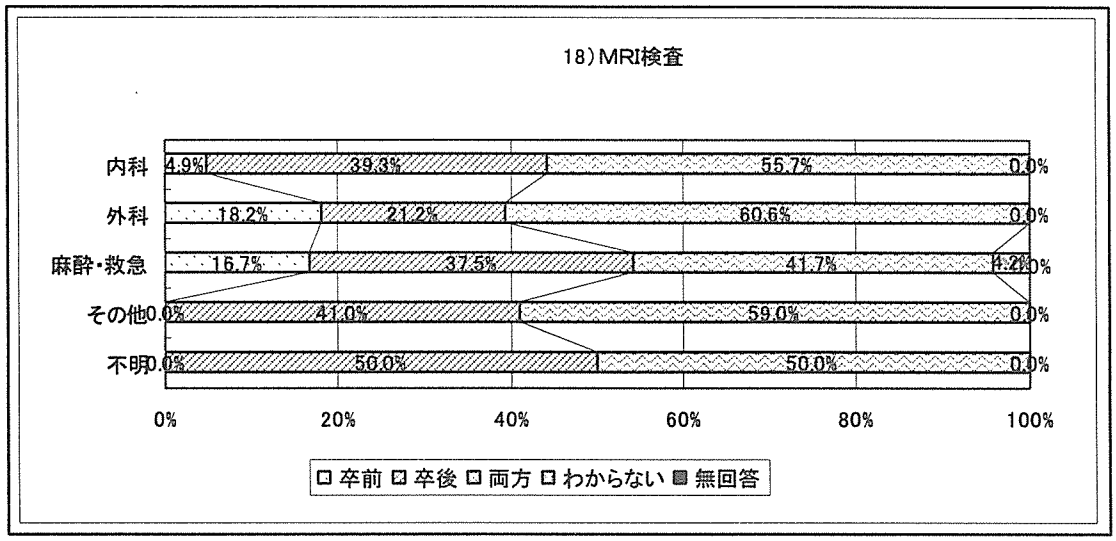


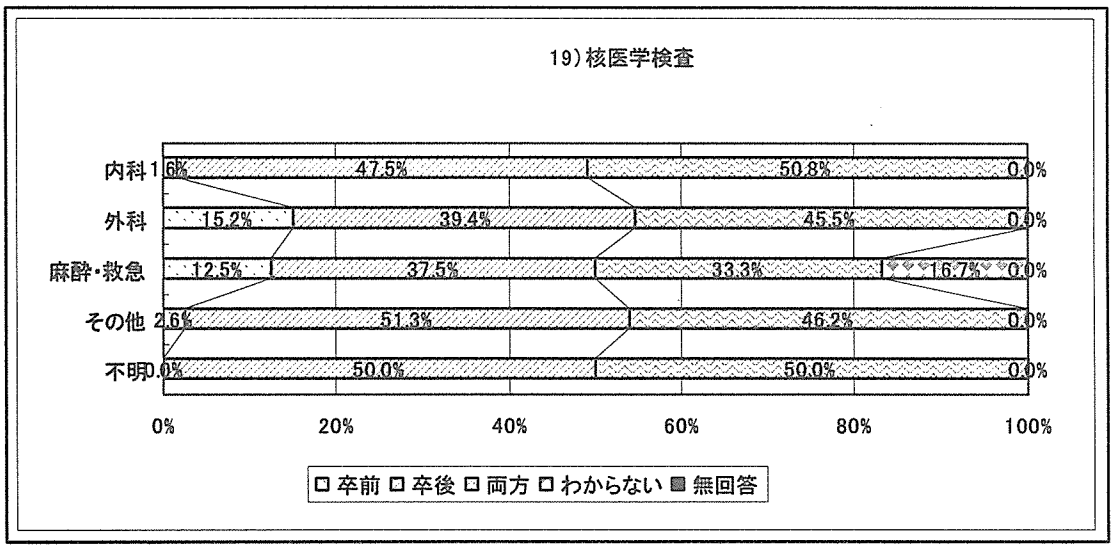


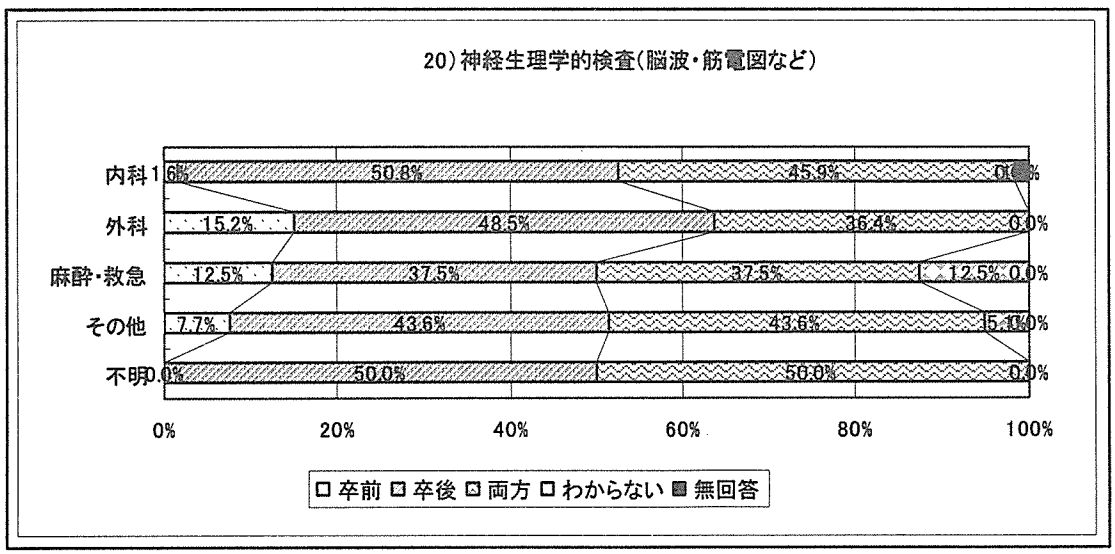

14) 超音波検査
内科
外科
麻酔・救急
その他
不明
4.9%
54.1%
41.0%
0.0%
15.2%
45.5%
36.4%
3.0%
12.5%
41.7%
45.8%
0.0%
0.0%
35.9%
64.1%
0.0%
0.0%
50.0%
50.0%
0.0%
0%
20%
40%
60%
80%
100%
卒前 卒後 両方 わからない 無回答


16) 造影x線検査
内科
外科
麻酔・救急
その他
不明
8.2%
36.1%
55.7%
0.0%
21.2%
42.4%
30.3%
6.1%
0.0%
16.7%
29.2%
45.8%
8.3%
0.0%
0.0%
56.4%
41.0%
2.6%
0.0%
0.0%
50.0%
50.0%
0.0%
0%
20%
40%
60%
80%
100%
卒前 卒後 両方 わからない 無回答


17) X線CT検査
内科
外科
麻酔・救急
その他
不明
8.2%
31.1%
60.7%
0.0%
21.2%
18.2%
60.6%
0.0%
16.7%
29.2%
50.0%
4.2%
0.0%
0.0%
33.3%
66.7%
0.0%
0.0%
100.0%
0.0%
0%
20%
40%
60%
80%
100%
卒前 卒後 両方 わからない 無回答


18）MRI検査
内科
外科
麻酔・救急
その他
不明
4.9%
39.3%
55.7%
0.0%
18.2%
21.2%
60.6%
0.0%
16.7%
37.5%
41.7%
4.2%
0.0%
41.0%
59.0%
0.0%
0.0%
50.0%
50.0%
0.0%
0%
20%
40%
60%
80%
100%
卒前 卒後 両方 わからない 無回答


19）核医学検査
内科
外科
麻酔・救急
その他
不明
1.6%
47.5%
50.8%
0.0%
15.2%
39.4%
45.5%
0.0%
12.5%
37.5%
33.3%
16.7%
0.0%
2.6%
51.3%
46.2%
0.0%
0.0%
50.0%
50.0%
0.0%
0%
20%
40%
60%
80%
100%
卒前 卒後 両方 わからない 無回答


20）神経生理学的検査（脳波・筋電図など）
内科
外科
麻酔・救急
その他
不明
1.6%
50.8%
45.9%
15.2%
48.5%
36.4%
0.0%
12.5%
37.5%
37.5%
12.5%
0.0%
7.7%
43.6%
43.6%
5.1%
0.0%
0.0%
50.0%
50.0%
0.0%
0%
20%
40%
60%
80%
100%
卒前 卒後 両方 わからない 無回答

厚生労働科学研究費補助金（医療技術総合評価研究事業）
分担研究報告書

卒前教育から生涯教育を通じた医師教育の在り方に関する研究

３．医学部における学士編入学制度に関する研究

分担研究者　　曽根　智史　国立保健医療科学院 公衆衛生政策部長

研究要旨：今後の医師養成制度の検討に資する目的で、現行の医学部学士編入学制度に関する調査を実施し、その現状と課題を明らかにした。学士編入学制度には、編入学生が全体として、勉学へのモチベーションが高く、幅広い見識や高いコミュニケーション能力を持っていること等のメリットがある。一方、学業成績にばらつきが大きく、学年が進むにつれ低下傾向がみられること、受験産業化や学士編入学導入校の増加のため、特徴ある学士入学生の割合が減る懸念のあること、卒後研究者になる者が少ないこと、臨床医になっても県外に出て地元医療への貢献が少ないこと、経済的な問題が起こりやすいこと等の問題点が指摘された。100%の学士編入学といえるメディカルスクール制度を考える際は、その早急な導入を目指すより、まず現在の学士編入学制度のメリットを維持しつつ、多くの問題点を解決するための対策を適切に講じることを優先させる方が、より現実的であり、よりよい医師を養成することにつながるのではないかと考えられた。

研究方法：① 2 大学医学部の学士編入学関係者（大学担当者、学生）に対して、面接調査を実施した。各大学とも調査は 1 日間で、2 名の調査員により実施した。②上記面接調査の結果をもとに、学士編入学制度に関する質問票を作成し、平成 12 年度以前に学士編入学制度を導入した（従って既に卒業生を出している）9 大学医学部に郵送法で調査を実施した。

結果：学士編入学制度には、編入学生が全体として、(1) 勉学へのモチベーションが高いこと、(2) 幅広い見識や高いコミュニケーション能力を持っていること、(3) クラスをまとめるリーダーシップを発揮するなど他の学生に良い影響を与えること等のメリットがある。一方、(1) 学業成績にばらつきが大きく、学年が進むにつれ低下傾向がみられること、(2) 受験産業化や学士編入学導入校の増加のため、特徴ある学士入学生の割合が減る懸念のあること、(3) 研究者養成志向の大学においても卒後実際に研究者になる者は少ないこと、(4) 臨床医になっても県外に出る傾向にあり、地元医療への貢献が少ないこと、(5) 6 年一貫の医学教育のため一般入試生のカリキュラムと整合させるのが難しいこと、(6) 年齢が高いため家族の扶養など経済的な問題が起こりやすいこと等の問題点が指摘された。

まとめ：100%の学士入学であるメディカルスクール制度を考える際は、その早急な導入を目指すより、まず現在の学士編入学制度のメリットを維持しつつ、多くの問題点を解決するための対策を適切に講じることを優先させる方が、より現実的であり、かつ結果的によりよい医師を養成することにつながるのではないかと考えられた。

研究協力者
石川雅彦　国立保健医療科学院 政策科学部長
今井博久　国立保健医療科学院 疫学部長
児玉知子　国立保健医療科学院 政策科学部
　　主任研究官

A．研究目的

学士編入学制度とは、既に大学を卒業した者が、希望する大学の 2 年次または 3 年次に編入学する制度である。昭和 50 年度から大阪大学医

学部で始められたが、近年多くの大学で取り入れられている。平成18年4月現在、全国80医学部のうち、31大学で導入されており、編入学定員は250名となっている。今後の医師養成制度の検討に資する目的で、現行の医学部学士編入学制度に関する調査を実施し、その現状と課題を明らかにした。

B．研究方法

①学士編入学の関係者（大学担当者、学生）に対する面接調査

基礎的な意見を収集して課題を整理し、質問紙調査に生かすことを目的として、2大学医学部の学士編入学関係者（大学担当者、学生）に対して、面接調査を実施した。各大学とも調査は1日間で、2名の調査員により実施した。

②学士編入学の大学担当者に対する質問紙調査

上記面接調査の結果をもとに、学士編入学制度に関する質問票を作成し、平成12年度以前に学士編入学制度を導入した（従って既に卒業生を出している）9大学医学部に郵送法で調査を実施した。

調査項目は、編入時期、学士編入学制度の目的、入試の傾向、地元出身者の優遇、実社会での就業体験の考慮、性別の考慮、応募者数の推移、就業体験者の割合、学士編入学定員の全定員に占める割合と望ましい割合、特別なカリキュラムの提供、一般入学生と比較しての特徴、卒後進路、卒後勤務地、今後の展望、自由記載（良い点、改善が必要な点）等であった。

（倫理面への配慮）

①については、大学担当者および学生にも書面またはメールで調査の承諾を得た。大学名と面接した関係者名および聴取した内容は、分担研究者が一括管理し、報告書にも個人名がわからないように記載した。

②についても、書面あるいはメールで調査の承諾を得た。大学名と回答した関係者名および聴取した内容は、分担研究者が一括管理し、報告書にも個人名がわからないように記載した。

C．研究結果

①学士編入学の関係者（大学担当者、学生）に対する面接調査

（1）大学担当者に対する面接調査

鹿児島大学

＜学士編入制度の動向＞

・志願者は導入時46倍の倍率であり、現在は15－20倍となっている。（他大学の学士編入導入や受験日が重なるなどの理由）

・学士編入学の予備校も存在しており受験産業化している面もある。医学部入学への安易な別ルートとなる可能性もある。

・導入当初は文系出身者が多かったが、現在は理系が多い。

・合格者の性差については全く公平に扱っているが、男女比は男性：女性＝1：1.2（男性32名・女性38名）とほぼ同等であり、ここ2年間は1：1.5と女性が増加傾向である。

・女性医師増加への対応は現段階ではまだ行っておらず、昨年より委員会を設置して対応を検討している。

＜学士編入制度導入の長所＞

・リーダー的存在となり、クラス全体の勉強に対するモチベーションを高める。

・医学部は時として閉鎖的になりがちであるが、他学部卒業者の編入により、異分野への興味や関心を持つとともに相互理解が深まり、社会性

が養われる。

＜学士編入制度の問題点＞

・学士編入生の成績は概ね良好であるが、記憶力の低下に苦労している学生が多い。

・経済面：多くの学生がアルバイト、もしくは奨学金制度や貯金を使用しながらの学生生活であるが、記憶力の低下に伴い必然的に学習量が一般学生に比して多く、アルバイトの時間が取れず経済的に苦しいことが二重のストレスとなっている。特に扶養家族がある場合は問題となる。（医師会の奨学金制度も検討中である）

・メンタルヘルス：上記のように経済的な要因が絡む場合、より深刻なストレスとなっているようである(メンタルヘルス担当者より)。

＜学士編入制度の展望について＞

・現在の制度にはある程度満足しており、定員も10名でほぼ妥当と考えている。今後も学士編入は継続予定であるが、定員数の増減は考えていない。

・医師不足、特に離島などの僻地医療従事者が不足しており、学士編入者へは地域医療に貢献してほしいと考えている。（短期・中期的）

・学士編入生の卒後進路については、現在第1期編入生が後期臨床研修中であり、今後の動向を見守りたい。（中・長期的）

旭川医科大学

ＧＰＡ（Grade Point Average：優良可の成績の得点換算平均点）による学業成績の比較では、入学直後の3学年においては、一般選抜の学生よりは成績が良いが、学年進行と共に有意差はなくなる。しかし、学士編入生の中で成績の二極化が認められ、卒業まで非常に優秀な状態（上位10位以内）を続ける者と、学年進行とともに成績低位になっていく学生に分かれる傾向にある。

修学態度は概ね良好である。一般入試学生との年齢差があるが、課外活動にも積極的に参加し、社会経験を活かし、若い同級生（現役、一浪）をリードしていく傾向がある。過去には多浪して入学した学生や、一般入試で入学した学士が、現役や一浪の学生に助けられていたことも多かったことからみると、現在の学士編入生は、一般選抜の学生に対し、良い影響を与えているように思われる。

(2) 学生に対する面接調査

鹿児島大学

数名の現役学生から個人的な見解が得られたが、概ね編入制度には満足しているものの、カリキュラムの効率性（休暇期間が長い）や合格基準の透明性（特に面接試験）に関する意見が出ていた。

旭川医科大学

＜回答学生のプロフィール＞

Ａ：畜産学部卒。30代。製薬会社に約12年勤務。

Ｂ：薬学部卒。薬剤師。20代。勤務経験なし。

Ｃ：歯学部卒。歯科医師。40代。臨床13年半。大学院4年。歯学博士。

＜学士編入学の動機＞

Ａ：製薬会社では、病院内で治療関係の仕事を長くしていた。医師と接しており、医師という職業に関心を持った。

Ｂ：もともと学部の講義で医療薬学というのがあり、非常に興味があった。薬剤師では患者と直接接することができないと思った。患者と接触することができる医師の仕事がしたい。

Ｃ：現在は歯科医であるが、全身疾患を診療し

たい、と思った。

＜一般入学生との違い＞

A：社会経験があると、社会人としての対応が身についている。また、周囲とのコミュニケーションがうまくとれる。研究熱心である。

B：目的意識を持ち学習しているので、積極的で成績も比較的よい。マナーもしっかりしている。

C：目的意識を持ち学習している。周囲とのコミュニケーションがうまく取れ、他の学生や教官とも違和感なく接することできる。

＜社会人としての経験が役立ったか＞

A：はい。製薬会社だったので、薬剤のことなどは知っていた。医療現場のこともある程度知っていた。

B：経験なし。

C：基礎知識は古く役立たなかったが、臨床知識は役立った。

＜学士編入学を継続した方がよいか＞

A：はい。若い、幼い学生たちに社会常識やマナーなどを教えるなど、良い影響を与えられる。10%くらいの割合で居たらよいのでは。5%では少なくて影響を与えられないだろう。

B：はい。よい影響を与えられと思います。

C：はい。18歳の段階で自分の適性や興味をきめられないから。

＜卒後の進路希望＞

A：勤務医、研究者

B：勤務医（内科医）

C：勤務医、開業医

②学士編入学の大学担当者に対する質問紙調査

調査結果を資料1に示す。平成12年度以前に学士編入学制度を導入した9大学（旭川医科大学、群馬大学、千葉大学、東海大学、滋賀医科大学、大阪大学、神戸大学、島根大学、鹿児島大学）すべてから回答を得た。

・編入学時期については2年次と3年次がほぼ半数ずつだった。

・学士編入学制度の目的については、研究者志向が明確な大学も一部みられた。

・入試については、一般的な英語や面接の他、独自の方式をとるところがあった。大部分が理系学生に有利な入試傾向であった。

・地元優先枠がある1校を除いて地元出身者に対する配慮はなかった。

・実社会での就業体験もほとんど考慮されていなかった。

・性別は、すべての大学で考慮されていなかった。

・概ね入試倍率は高く、志願者が増加傾向にあるところも一部みられた。

・入学者に占める実社会での就業体験のある者の割合にはばらつきがみられた。

・現在の全定員に占める学士編入学者の割合は概ね5～15%で、適切な割合は、5～10%との回答が多かった。

・学士編入学者に特別なカリキュラムを提供しているのは2校のみであった。

・一般入学生と比較しての学士編入学生の特徴としては、「熱心に勉強する」、「コミュニケーション能力が優れている」、「幅広い見識を持っている」との項目に肯定的な回答が多く、次いで、「クラスをまとめる能力がある」、「経済的に苦労している」では肯定的な傾向があった。一方、「入学時の成績がよい」、「卒業時の成績がよい」の項目では中間～否定的な傾向がみられた。また、コメントとして、「制度開始当初は、学士入学者が一般学生をまとめたり、刺激を与えたりしたが、各年度でばらつきがあるものの