



## European Affairs (V)

- **Alcohol**
  - Statement on Reducing the Global Impact of Alcohol on Health and Society
  - Launch of Alcohol forum on 07/06/07. CPME founding member and signatory of the Charter
- **European strategy on Environment and Health**
  - EC Action Plan (2004-2010)
  - REACH
- Joint **CPME/Eucomed** (medical devices industry) statement (WG)

---

---

[www.cpme.eu](http://www.cpme.eu)



## European Affairs (VI)

- **Revision of the European Working Time Directive**
  - On hold at the Employment, Social Policy, Health and Consumer affairs Council (No agreement 7 Nov 2006)
  - EC consultation “Modernising labour law to meet the challenges of the 21st century”
- **CPD – continuing professional development**
  - Conference on 14 December 2006, Luxembourg (CPME) – Conference declaration

---

---

[www.cpme.eu](http://www.cpme.eu)



## Education and training: CPD

- **European Conference « CPD – Improving healthcare », Luxembourg, 14 December 2006**
  - EC, Finnish EU Presidency, stakeholders
  - Continuing Professional Development (CPD): a prerequisite for **enhancing quality of care and improving patient safety**
  - Conference focus: CPD for the **medical profession**
  - Declaration
  - **High level group – WG health professionals**

---

---

[www.cpme.eu](http://www.cpme.eu)



## Education and training: Directive 2005/36/EC

- **Directive 2005/36/EC** on the mutual recognition of professional qualifications
  - Adopted on 7 September 2005, to be transposed to national legislations by October 2007
  - Common system for all professions



## Education and training:

### Directive 2005/36/EC – M Doctors

- Recognition based on minimum training requirements (not quality criteria)
- Basic medical training: at least 6 years (Annex IV)
- Specialties:
  - All current 52 medical specialties common to 2 or + Member States (MS) continue to benefit from automatic recognition (Annex V)
  - Other specialties: under general regime

---

---

[www.cpme.eu](http://www.cpme.eu)



## Education and training:

### mobility

- Mobility and health professionals crossing borders
  - European Certificate of Current Professional Status (Edinburgh Agreement)
  - IMI Project

---

---

[www.cpme.eu](http://www.cpme.eu)



## Education and training: core curriculum

- EMSA
- European Core Curriculum: CPME (2006/144 Final)
- Bologna process (CPME 2004/109 Final)
- Current topics: values of medicine, teaching medical ethics, free movement of students

---

---

[www.cpme.eu](http://www.cpme.eu)



## Priorities 2007-2008

- **mobility** of health professionals and patients
- **high quality health and health care services** in the EU, including **patient safety**
- continued and close **co-operation** with other medical organisations and stakeholders



CPME/AD/Brd/110904/077/EN

---

At its Board meeting, Brussels, 11 September, 2004, the CPME endorsed the following policy : UEMO declaration on training for general practice/family medicine in Europe (CPME 2004/077 Final EN)

---

## **UEMO DECLARATION ON TRAINING FOR GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE IN EUROPE (UEMO 2003/179 final)**

General practitioners/family physicians are medical generalists and are, in most European health care systems, the first point of medical contact for unselected patients presenting with illnesses at an early and undifferentiated stage. In addition to diagnosis and treatment or referral, health education, preventive activities, terminal care or palliation present the tasks that general practitioners/family physicians have to address and perform. They are not only patients' advisers and advocates, but also teachers and trainers and sometimes researchers, too. Since general practitioners usually are the ones, able to coordinate the treatment of multiple specialists and self-medication, they have to have broad knowledge of all available and appropriate services within the local health care system.

The setting of the general practitioners' work within the community and the nature of their work within the patient's family and his community, the person-centred approach, the impact of the threat of disease to the patient and to his family, the inter-relationship of biological, psychological, social and cultural aspects of health problems are all specific features of the work of general practitioners. All these aspects need to be addressed in the postgraduate general practice/family medicine training, to become whether, at the current time and in current terminology, general practitioners under Title IV or family physicians under Title III of Directive 93/16/EC.

General practitioners are often those doctors, who are best placed to counsel and guide patients with chronic diseases such as diabetes, cancer, asthma, cardiovascular diseases, arterial hypertension and respiratory disorders over prolonged period of time, as well as provide the primary and continuing medical care of the majority of patients with psychiatric and psychosomatic problems. GPs/family physicians are expected and have to be able to treat and follow up patients with multiple health problems as well as terminally ill patients.

General practitioners are familiar with the whole range of common and less common diseases in their communities and also with all preventable conditions.

They are familiar with the therapeutic principles of a wide range of pharmaceutical products, their side effects and interactions since they are the doctors who prescribe most of the medicaments in ambulatory care. They have to consider and to be familiar with treatment possibilities in other medical fields in order to be able to advise and refer their patients where necessary and appropriate.

To enable them to deliver services of high quality, the training of general practitioners/family physicians requires special focus on communication skills. These skills are the basis of good patient-doctor relationships, of the diagnostic and treatment processes and of chronic disease management, which require the discussion of the disease, the treatment and the follow up plan in a way, tailored to each individual patient.

1. With this document the UEMO wishes to establish goals and proposals with special relevance for the training of general practitioners/family physicians. The purpose of the training is to produce doctors who have obtained a level of clinical competences sufficient for independent practice.
2. Thorough training is a prerequisite for good practice and must take its starting point as soon as possible in general practice. It must be conducted on both a theoretical and a practical level and ought to be of direct use in the practitioner's daily work. General practitioner organisations should strive to place general practitioners in charge of all aspects of general practice training, no matter if it is undertaken in general practice setting or at clinical posts.
3. All doctors should be exposed to training in general practice/family medicine both in their undergraduate training and as part of the postgraduate training before entering training dedicated to their careers as general practitioners/family doctors.
4. General practice/family medicine training must be orientated towards general practice throughout the entire training period. The content of training, as well as the organization and standards of training are the responsibility of the national professional, academic organisations/universities in general practice/family medicine. The frameworks within which the training takes place must necessarily include cooperation with the health and the financing authorities.
5. The goal is for the duration of training for general practice to be equivalent to the duration of other specialist trainings, including a practical and theoretical part, and for the content to be relevant and appropriate, aimed at acquiring the required competences. Flexibility should be available to take account of individuals' educational experience and needs.

A minimum of half of training time should be spent in the general practice environment.

6. No part of training should have a minimum commitment of less than 50% of full time training. The total duration of training will be extended pro rata to compensate for any periods of part time training.
7. An attempt to develop methods for the assessment and follow up of the process and results of training must be supported. Methods of evaluation must be integrated into the educational programmes. General practice organisations must decide on and take responsibility for the evaluative procedures
8. The quality of the scientific and educational posts in general practice must be delivered through explicit contracts specifying the educational content and mechanisms for evaluation, establishing precise goals and appropriate criteria, promoting the methodology and implementation of research and quality assurance in general practice.
9. Sufficient and substantial resources must be provided for training to produce skilful and competent independent general practitioners. It is the responsibility of the individual general practitioner to make optimal use of resources. It is the responsibility of the professional organizations to secure and develop an effective framework for the training of general practitioners- the network of trainers, training practices (in general practice/family medicine), hospitals and training programs. It is the responsibility of the health care systems to guarantee the financing of training and training posts, both economically and professionally.
10. Specifically allocated resources (time, money, programs and trainers) are a prerequisite for the quality assurance of structured training in general practice/family medicine. Each member state needs to plan to meet its own workforce needs and access to general practice.
11. The common core content of general practice/family medicine in Europe was defined to prepare general practitioners for independent practice in all European countries. UEMO supports the migration process in Europe stating that the quality of care for both migrating patients and migrating GPs/family physicians must be guaranteed.
12. It is high time to finally recognise the new position of general practice/family medicine in Europe, accepting general practice/family medicine as a speciality equal to all the others.

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

3. 卒前・卒後教育の一貫性に関する研究

分担研究者：篠崎英夫 国立保健医療科学院院長  
林 謙治 国立保健医療科学院次長  
遠藤弘良 国立保健医療科学院企画調整主幹  
曾根智史 国立保健医療科学院公衆衛生政策部長  
水嶋春朔 国立保健医療科学院人材育成部長  
石川雅彦 国立保健医療科学院政策科学部長

研究要旨

平成17、18ならびに19年度の調査結果をもとに、医師養成に関わる学術ならびに医療関係団体等の関係者と、わが国における今後の医師養成のあり方に関して意見交換を行い、とりわけ医師養成のあり方に大きな影響を及ぼすと考えられ、近年各方面で議論が始まったわが国へのメディカルスクール制度導入の課題を中心に一貫した医師養成のあり方を整理・提言を行うことを目的とした。

臨床研修制度は初期目的を達成したといえる。今後は卒前の臨床実習との一貫性の確保が重要となる。後期臨床研修は専門医制度と密接な関係があり、専門医制度については諸外国においては学会とは独立した第三者機関が担っており、システムの統一をはかることが望ましい。

メディカルスクール構想については、医師不足の対策としての制度導入は問題がある。学士編入学制度のより精細な評価が必要であり、また2年後に予定されている韓国の評価が参考になる。

A. 研究目的

医師養成に関わる学術ならびに医療関係団体等の関係者と、わが国における今後の医師養成のあり方に関して意見交換を行い、とりわけ医師養成のあり方に大きな影響を及ぼすと考えられ、近年各方面で議論が始まったわが国へのメディカルスクール制度導入の課題を中心に、一貫した医師養成のあり方を整理・提言を行う。

B. 研究方法

平成17、18ならびに19年度に本研究班が実施した臨床研修、学士編入学制度等に関するアンケート等による調査結果、ならびに海外における調査結果をもとに（別添資料）、以下の医師養成に関わる学術ならびに医療関係団体の関係者と個別またはグループディスカッションを行った。

・日本医師会

唐澤祥人 日本医師会会長



- 内田健夫 日本医師会常任理事
- ・日本病院会
  - 山本修三 日本病院会会長
- ・全日本病院協会
  - 西澤寛俊 全日本病院協会会長
- ・日本医学教育学会
  - 斎藤宣彦 日本医学教育学会会長
- ・学識経験者とのグループディスカッション
  - 桐野高明 国立国際医療センター研究所長（日本学術会議医療制度分科会委員長）
  - 齋藤英彦 名古屋セントラル病院長（厚生労働省医道審議会医師臨床研修部会長）
  - 福田康一郎 医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長
  - 矢崎義雄 独立行政法人国立病院機構理事長

### C. 研究結果

#### 日本医師会

- ・医師の質の担保に関して、まずは現行の卒前医学教育、卒後臨床研修について十分な検証を行う必要がある。
- ・医師不足対策の一環としてメディカルスクール構想を促進する声があるが、新制度を導入し医師を育成するまでには相当な時間がかかり、医師不足対策としては意義は薄い。
- ・医師の養成課程が現行の医学部6年制とメディカルスクールの2本立てになると、現場に様々な混乱を生じる恐れがあり、過去の医学部卒と医専卒の問題が再燃する。

#### 日本病院会

- ・メディカルスクール構想については平成19年になって急に話が出てきた。日本病院会の会員の中にもメディカルスクール構想を推進する会員もおり、会としても議論を始めたところである。
- ・また4病協の中でメディカルスクール構想に関する検討会を発足させたところである。
- ・今の日本の医師のレベルはどうか、見直しは必要である。特に臨床レベルが低いのではないかという認識を持っている。
- ・卒後臨床研修制度は良いが、卒前の医学教育は問題であると考えており、6年間の教育の中で本当に臨床教育ができてきたか疑問である。
- ・良い臨床家を育てるにはどういう教育が必要か、原点に立ち戻る必要がある。
- ・研究は臨床レベルを上げるためにあるべきで、これまでの大学における研究は、研究ありきで研究のための臨床という考えだった。
- ・リベラルアーツは大切であり、これを6年間の中に入れることができれば6年制でも良い。

#### 全日本病院協会

- ・医師不足、とりわけ勤務医不足の解決のひとつの方法として、メディカルスクールがありうるかという観点から検討中である。
- ・学士編入学のイメージを持っている。以前は6年間の医学教育が完全に2年間の教養課程とその後4年間の学部教育が分かれていた。4+4+2となり、当然2

年間の卒後臨床研修もやるべきである。

- ・視点を変えると、最初から医学教育を始めることは如何なものかと考えるし、大学に入る前の教育が大切である。

#### 日本医学教育学会

- ・日本医学教育学会（以下、学会）としてはメディカルスクール構想に関する議論を行ったことはないが、平成19年度の日本医学教育学会総会では韓国の医学教育関係者を招待して、韓国におけるメディカルスクールの現状について講演を行ってもらった。当面は韓国が3年後に実施予定のメディカルスクールの評価の結果に注目したい。
- ・また、学会としては学士編入学制度に関する長期的フォローアップの調査を行ったことはない。

#### 学識経験者とのグループディスカッション

##### a) 医学部入学年齢の面からの議論

- ・アメリカで医学教育に携わった経験からすると18歳と22歳では非常に違いがあり、この年代の数年間にはマチュリティが違ってくる。もちろん、医学教育を4年間で終えようとする、クラブ活動やスポーツをするような余裕もない。
- ・アメリカのメディカルスクールの入学者の7割以上が理系である。Association of American Medical Collegesのホームページにおいて、2007年に医学部に入った約1万7800人の専攻は何であったかを見てみると、一番多いのはバイオロジカル・サイエンスやフィジカル・サイエンスである。明らかに文系といえるヒュー

マニティー、ソーシャル・サイエンスを合わせても15%程度である。リベラルアーツを学んだ学生が多いというのは誤解であり、実際に多いのは理系である。

- ・18歳で進路を決めれば相当にモチベーションが高い人が医学部に来る。高校で成績の良い生徒が、先生から「医学部に行きなさい」と言われて医学部に進学すると言われるが、成績の良い生徒は、ちゃんと方針を立てて医学部に行っている。外国の4+4制の医学生と日本の医学生でいろいろな交流を見た経験からいうと、卒業時には、日本の医学生は外国の4+4制の医学生と比べると能力もないし、考え方もしっかりしていないといえる。だからメディカルスクールが必要だと言われたりする。しかし、日本の2年間の臨床研修終了後は、メディカルスクールの学生とほとんど遜色ない。

##### b) リベラルアーツに関する議論

- ・今のようなインマチュアな臨床医、コミュニケーション能力も理解力もないような臨床医が増えた理由は、医学部を6年一貫教育にしたことである。教養部を廃止したことが悪かった。現在、かつての2年間の一般教養、社会科学や人文科学がほとんどなくなっている。その結果、高校を出たばかりの学生に突然、注射の仕方や皮膚の切開の仕方を教えたりしている。このような医療技術者をつくるきっかけとなったのは、前倒しの6年一貫教育にある。だから、入学早々から解剖などはする必要なく、もう一度元に戻して、最初の2年間はリベラルアーツなどをやる。それで間に合わなければ、臨床

研修の2年間にやればよい。年代的にはメディカルスクールと同じである。医学部のカリキュラムにリベラルアーツなどが少なすぎる。

c) 卒前医学教育に関する議論

- ・ カレッジのときにある程度、Premed 教育のようなものをしておけば4年間で医学教育は可能である。実際、全国医学部長病院長会議が最近提言した「医師養成のためのグランドデザイン」では、1年間は一般教養とっており、それは問題ない。問題は4年生、5年生、6年生で、共用試験の後に臨床実習が入ることである。医学教育を4年間で行うことができるかどうかは、2年目と3年目の座学の期間を1年に短縮できるかどうかということだけである。おそらく、それは3年目、4年目のところに入れ込むことで可能である。
- ・ 6年間の医学部教育をもう少し効率化し、臨床能力をある程度身につければ、卒業した後すぐレジデントコースに入り、アメリカのように1年目はインターンのようにスーパーローテートする。そのようなことをすれば基礎医学も臨床医学も促進する。今のように漫然とした教育ではいけない。医学教育そのものが変われば、卒後臨床研修も変わる。ポイントは医学教育の改革である。
- ・ 医学部教育がちゃんとしていなかったために、臨床研修制度を導入せざるを得なかった。だから、大学も改善しなければいけない。例えば、臨床実習においても、到達目標などが全然設定されていない。臨床現場で何が必要なのか。縫ったり貼

ったりすることではない。そのプロセスの訓練をしていなかった。技能訓練として注射をするなど、次元が低すぎる。そのような次元の低い発想でいると、また医専に戻すことになる。もっと大事なところの視点が必要である。大学だけでなく、例えば教育関連病院、研修病院などと連携しながら教育をしないと無理である。そここのところに対する教育をしなければいけない。

- ・ アメリカのメディカルスクールは、医学部よりも関連病院での教育に重点を置いている。その関連病院は、日本のように誰か人を派遣するといったものではなく、大学の教授が併任するなど大学と一体となっていて、コミュニティとも関連を持つ総合的な存在である。そこで教育を受けて初めて、良い臨床医ができる。今の日本の大学のようなもので4年制の教育をしても、良い臨床医ができるとは考えられない。4年で良い臨床医をつくるのであれば、医学部での教育の内容の改革とともに、自己完結型の教育ではなく、コミュニティとオープンなシステムで教育をしなければいけない。単にメディカルスクールを導入しても、なかなか実はあがらないのではないか。我が国の医学教育あるいは臨床教育の内容を変える必要がある。

d) 基礎医学に関する議論

- ・ 臨床医学の推進というのは当然、医学全般あるいはサイエンス全般という面と、医療という面から考えなければいけない。良い臨床医をつくる教育だけを徹底的に行った揚げ句に、基礎医学はどうなって

もよいのだという議論にはならない。確かに大学における臨床家の教育というのは、ある種の行き詰まりに来ていることは間違いない。その仕組みを今後、どうしていくのかという1つの回答が、臨床サイドではメディカルスクールなのである。しかし、研究のほうをどうするかを考えずにメディカルスクールを作れば、日本のメディカルサイエンスは崩壊する。そこをよく考えたうえで、非常に大がかりな視野でメディカルスクールを打ち出す必要がある。

- ・アメリカの場合、医学部を卒業して基礎医学に行く人はほとんどいない。基礎医学の教育・研究はほとんど PhD が担っている。しかし、だからといって、アメリカの基礎医学教育や研究のレベルが日本より低いかといえば、そうでもない。それは別の話である。
- ・医学研究についてアメリカは今、反省期になっている。アメリカの MD が最近、ノーベル生理学医学賞を取っていない。やはり、MD のフィジシャン・サイエンティストを育てるべきだということで、今、メディカルスクールの中でも3年間で医学教育をして1年間は基礎研究とするところがある。あるいは、新しいメディカルスクールは5年制にして、まず1年は基礎研究に専念させるという、揺り戻しの動きもある。また、アメリカでは PhD がものすごく力がある。一方、我が国では今、生命科学のほとんどは MD が取り組んでいて、もう少し時間がたたないと PhD が主力になるのは難しいのではないか。
- ・「基礎医学の崩壊」と言われるが、今の状

況を見ていると、きちんとした研究に希望者が参画する、選択制にできるようになっているが、それを有効に使っていない。医学部は、他の学部と違って卒論がない。どのような形でもよいから、きちんと卒論を出させることも、1つの方法である。また、イギリスの場合、途中で MD/PhD コースへの変更ができ、サポート体制もしっかりしている。アメリカでも、途中で PhD コースに変更できる。

#### e) 医師不足との観点からの議論

- ・医師不足については、OECD の統計などを根拠に医師が足りないと言われている。例えば医師の数が人口10万当たり300人というのを1つのメルクマールとすると、医師は80年生きる間に40年くらい医師として働くので、生涯の半分を担当するとすれば、出生10万当たり医師を600人つくれば前述の人口10万当たり300人を達成できるわけである。また、人口変動がまったくない状態であれば、前述の40年というのは途中で亡くなる医師も含めてのほしいのデータなので、医師を何人つくればどれだけになるという予測はできる。すなわち、人口1億人だと年間6000人の医師をつくれば、人口10万当たり300人に達する可能性が高いわけである。もう少し精密に試算しなければいけないが、現在、医師を年間約7700人つくっていることに関しては、長い目で見れば少し過剰側に行くはずである。
- ・現状ではもっと医師をつくったほうがよいのだろうが、10年位たったとき、今度はブレーキをかけなければいけない時代

が来る。そのブレーキのメカニズムを何も組み込まないで医学部をどんどん作れば、平成10年に厚生省の「歯科医師の需給に関する検討会」が報告書であれだけ警告をしたにもかかわらず、まったく何もできないという歯科の現状を見ると、アクセルよりもブレーキのほうがよほど大変だという感じがして、慎重に願いたい。

- ・今、確かに医師不足かもしれないが、これは基本的には、医師の需給調整のシステムの老朽化によるものである。特に、各分野に医師をどのように分配するか、どのように医師をつくっていくかということ、日本では長い間検討されず、医局制度という少し旧時代のやり方にゆだねられてきたところに問題があった。単純に、医師の絶対数が圧倒的に不足していることが日本の医療を崩壊させるのだという議論は賛成できない。
- ・メディカルスクール構想については、まず、良き臨床医を育てることや、モチベーションがしっかりしている者を医師にすることについて議論がされてきた。しかし、最近の医師不足により、その議論がずれてしまった。医学教育の見直しという議論で始まったものが、早く医師を育てようという方向に議論が変わってきている。本来のメディカルスクールのあり方を考えなければならない。つまり、今の医学部の教育でどのような良い臨床医をつくるかということを考えないといけない。
- ・急に、医師不足への対応策として、メディカルスクールをどんどん作るという考え方が出てきた。医師不足が言われてい

るが、これは病院の医師不足である。医師全体が不足しているかといえば、必ずしもそうではない。これから高齢化が進むと、入院の需要はどんどん増えていくので、病院の医療はもっとニーズが多くなるにもかかわらず、病院の医師が不足するという問題がある。将来の医師の需給を推計すれば、20年後に医師がどうなっているのか。歯科医師のように「足りない」と言って作った後、新設大学を卒業した歯科医師が余ってしまい、その定員を整理するのにもものすごいエネルギーを使ったけれども、なかなかできなかった。医師を増やしても、将来、それを調整できるようなしっかりとしたブレーキを残しておかなければならない。メディカルスクールを作ってしまったら、今度は定員の削減だといって学校を閉めることは不可能である。そういう意味で、メディカルスクールを一度作ったら永遠に続くことになる。そうなれば医療の質の低下が起こるし、フリーター医師も増えてくる。

- ・メディカルスクールを作るよりは、看護師をもっと活用するシステムを作ったほうがよいのではないか。これから医療ニーズがどんどん高まっている中で、医師だけで医行為をするのはとても無理であり、もっと看護師に活躍してもらって、本当のスキルミックス、チーム医療を行うことが、メディカルスクールを作るよりも先ではないか。
- ・地域の医師不足、専門領域ごとの不足の問題とメディカルスクール問題が混在しており、これは必ず分けて議論する必要がある。基本的には、医師の絶対量が不

足しているとは思えない。それは医師の配置の問題であり、基本的に避けることができないような訴訟の問題、支援体制、地域のネットワークの問題などがあるため、どうしてもそのような領域に医師が行かなくなってしまうのである。それぞれの自治体が、病院がほしいため、中途半端なものばかり作る。そうではなく、大学を含めて地域がらみで、きちんとしたネットワークを作って、サポート体制を作ればよい。そのように、医師が働ける環境を作っていけばよいのである。医師が必ずしも不足しているとは思えない。看護師がポイントである。それとメディカルスクールは、全く別である。そこを分けて考える必要がある。

#### ① その他

- ・一番の問題は「質の担保」で、それ以外については、反対する大きな理由はないのではないか。
- ・アメリカは、医学教育に対する社会の認識が日本とは異なり、卒前の医学生が臨床能力を磨く場がある。その意味でも、日本でメディカルスクールを作っても、臨床能力がある医師が育つという保証は全くない。むしろ、昔の医専のように、中途半端な医師になる可能性がある。技術も身につけるかどうかわからない。だから、アメリカを見本にしてほしくない。
- ・日本の専門医制度では、一発の試験で良い、悪いと判断する。一方、米国の専門医制度は素晴らしい。どこで、どれくらい教育を受けて、どれくらい症例を経験して、その指導者がリコメンデーションをしているかが非常に重要であつ

て、一発の試験は確認のためにある。それらを一切不問にして、どこで何をしてきたかわからないけれども、試験だけできた人を職業教育において認めるというやり方は、あまりしない。そういう意味で、医師の教育は、卒前もそうだが、卒後の専門医に持っていくところをどのようにするかということが、日本ではすごく欠けている。そのため、専門分野の需給調整が全くできていない状況である。アメリカは規制がない国と言われるが、それぞれ専門分野について医師が自発的に非常に自己規制をかけている。

#### D. 考察

##### 臨床研修制度の評価

- ・2年間にわたるアンケート調査によれば、基本的な診療能力を身につける機会が増加し、研修医の身分と処遇が大幅に改善され研修に専念できるようになったこと等が判明した。臨床研修制度は初期の目的を達成しつつあるといえる。

##### 臨床実習との関連

- ・臨床研修制度の評価、また臨床実習に関するアンケート調査によると、臨床実習、医師国家試験、臨床研修制度が円滑につながるような仕組みを構築する重要性が指摘できる。

##### いわゆる後期臨床研修・専門医研修

- ・そもそも「後期研修」の定義が曖昧であり、病院グループにおいても未だに確立されたものはない。また臨床能力を指標とした専門医制度が未成熟であり、後期研修と専門医制度との整合性が取りにくい。一方、臨床研修制度の評価の中でも今後専門医取得の傾向がより強くなっ

ていることが判明した。今回調査した英国は学会中心から PMETB (The Postgraduate Medical Education and Training Board) と呼ばれる第三者組織、オーストラリアも Medical Council が専門医制度の統一化を図りつつある。ドイツならびに韓国は医師会・病院会が統一した制度を担当している。いずれも日本の専門医制度を確立する上で参考となる。

### メディカルスクール構想

- ・メディカルスクール構想は、医師養成のあり方、医療の在り方に関する根本的な反省から近年提唱され始めていたものに、本研究の開始と時を同じくして喫緊の課題である医師不足の解決の方策としての議論が加わった。このメディカルスクール制度導入の課題を整理することが、医師不足という現在の医療の問題を背景として、今後の一貫した医師養成のあり方を検討するために大変意義のあることといえる。
- ・メディカルスクール構想が提唱されるようになった最大の理由として医師に適性を持つ人物が医学を学ぶ制度になっているかという点である。高校卒入学と大学卒入学で医師の適性については議論が分かれており、諸外国においても考え方は様々であった。仮にメディカルスクールを導入したとしても、現行の日本の大学ではリベラルアーツを身につけられる状況にはなく、またメディカルスクール入学前に必要な premedical な基礎医学をどこで身につけるのかという問題もある。
- ・一方、医学・医療の知識・課題が年々増大する中であって、4年間で臨床医学を身につけられるのか。学士編入学でも5年間とする動きがあり、ヨーロッパでは5,500時間または6年間の医学教育期間は変わらない。
- ・導入には学校教育法の改正など、立法府における検討が必要となり、臨床研修制度導入においても審議会の答申を得てから、法改正、施行まで10年を要した。喫緊の医師不足の解決策としては問題も多い。また拙速で質の担保のない制度を導入すると、将来確実に質の悪い医師過剰という状態が引き起こされる可能性もあり、医師過剰になってからの是正は遅すぎる。
- ・メディカルスクール制度に類似した制度として学士編入学制度があり、既に多くの医学部で卒業生が出ており、本研究による調査結果では学士編入学の理想と現実には乖離があることが指摘された。より精細な評価をすることが必要である。
- ・一方、共用試験の導入など卒前医学教育の改善途上にあり、全国医学部長病院長会議も「医師養成のグランドデザイン」を発表した。臨床研修到達目標を卒後2年間のみにより達成するのではなく、臨床実習の期間も含めた一貫した目標をすることにより、既存の6年制の医学教育においてもより臨床能力を持った医師の養成が期待できる。
- ・さらにメディカルスクールの導入は、医師養成の歴史を見ても2つの制度が並存するのは新たなダブルスタンダードを作ることになり、また基礎医学の崩壊も懸念される。慎重な検討が必要である。

### E. 結論

- ・臨床研修制度は初期目的を達成したといえる。今後は卒前の臨床実習との一貫性の確保が重要となる。
- ・後期臨床研修は専門医制度と密接な関係があり、専門医制度については諸外国においては学会とは独立した第三者機関が担っており、システムの統一をはかることが望ましい。
- ・メディカルスクール構想については医師不足の対策としての制度導入には問題がある。学士編入学制度のより精細な評価、ならびに2年後に予定されている韓国の評価が参考になる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的所有権の出願・取得状況（予定を含む）

なし



厚生労働科学研究補助金(平成17～19年度)

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

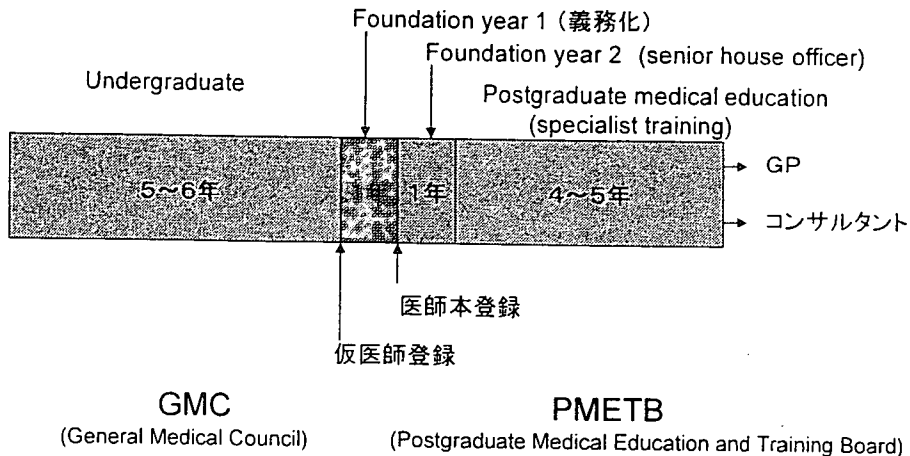
主任研究者 篠崎英夫

## 内 容

- 諸外国の現状
  - 英国
  - ドイツ
  - 韓国
  - オーストラリア
  - インド
  - EU
- 学士編入学者の現状
- 米国の現状

# 英国の医師養成制度

2005年8月より新制度

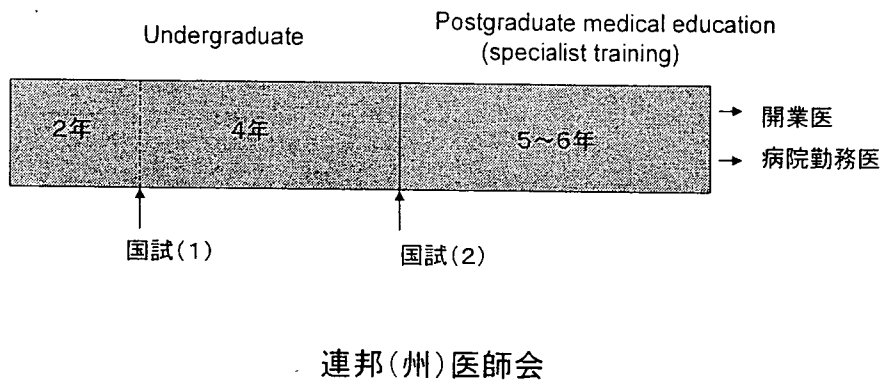


# 英国の現状

- 4+4の必要性は認めていない
- 1999年より学士入学を認める
  - 4年コース(1年次:基礎医学、2~4次臨床医学)
  - 16校(31校中)、1500名(7000名中)
- 学士入学の主目的は医師不足対策
  - 5~6年間の医学教育が、4年間に短縮
  - 医療への目的意識の高い社会性のある医師を早く養成
- オックスフォード大、ケンブリッジ大は医学研究者養成目的

# ドイツの医師養成制度

2004年10月より新制度

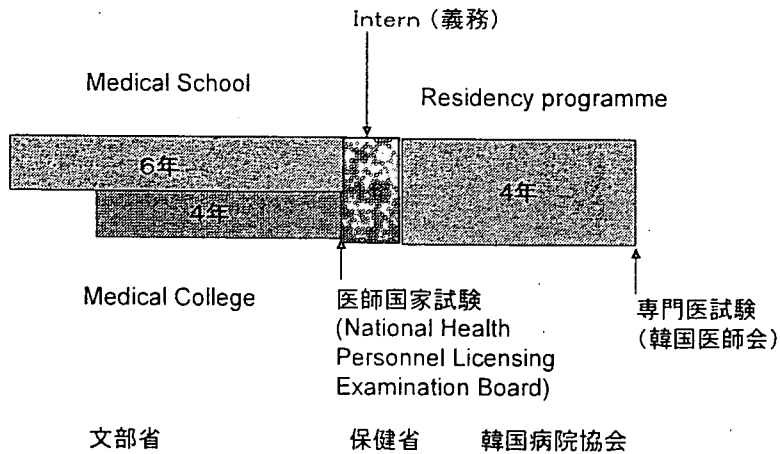


## ドイツの現状

- 4+4制の導入予定は全くない
- 学士入学の制度もない

## 韓国の医師養成制度

2003年より



## 韓国の現状

- 2003年より試行的に医学専門大学院 (Graduate School) すなわち米国式4+4制度を導入
- 導入の背景
  - 高学歴社会の到来により、医療に対して質の高い、より高度の専門性が要求されるようになってきていること
  - 「技術医」ではなく、幅広い教養と高い道徳性を持った「仁術医」を養成する必要であること
  - 優秀な生徒が医学部に集中することを防ぐこと
- 2009年までの経過措置
  - ①6のみ(14校)、②6と4+4混合(13校)、③4+4のみ(14校)
- 2010年に最終評価を予定
- ソウル大等、研究指向の大学は4+4制に否定的
- 教育期間の延長、教育費用の増加、ひいては医療費増加