

**厚生労働科学研究費補助金
医療安全・医療技術評価総合研究事業**

**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**

平成 17 年度～19 年度 総合研究報告書

主任研究者 篠崎 英夫

平成 20 (2008) 年 3 月

目次

I 総合研究報告

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・・・・・・・・・・1

篠崎英夫

(資料1) 「医師臨床研修に関する調査結果」概要(平成17, 18年度)・・・・12

(資料2) いわゆる後期臨床研修に関する病院グループに対する調査結果・・・・62

(資料3) 臨床研修の到達目標に関するアンケート結果・・・・・・・・・・66

(資料4) 医学部における学士編入学制度に関する意見調査結果・・・・・・・・76

(資料5) 医学教育機関の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・85

(資料6) 諸外国における医師養成制度・・・・・・・・・・・・・・・・・・89

II 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・93

I . 総合研究報告書

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）

平成17年度～19年度総合研究報告書

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

主任研究者： 篠崎英夫 国立保健医療科学院 院長

研究要旨

平成16年度から新医師臨床研修制度が導入され、卒後2年間の医師臨床研修が大きく変化している。これに伴い、卒前の医師養成のあり方および臨床研修後の医師養成の在り方も変容を求められている。そこで、臨床研修制度ならびにいわゆる後期臨床研修制度の実態に関する調査、卒前教育について臨床実習ならびに学士編入学に関する調査、諸外国における医師養成システムに関する実地調査、さらにわが国の医師養成制度の歴史に関する文献的調査を行った。そしてこれら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る、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した。

氏名・所属機関名および職名・分担研究者

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
水嶋春朔 国立保健医療科学院人材育成
部長
曾根智史 国立保健医療科学院公衆衛生
政策部長
石川雅彦 国立保健医療科学院政策科学
部長
長谷川慧重 前（財）医療機器センター理
事長

逢見憲一 国立保健医療科学院主任研究官
烏帽子田彰 広島大学大学院公衆衛生学教
授
大井田隆 日本大学医学部公衆衛生学教授
大久保一郎 筑波大学大学院人間総合科学
研究科教授
牛尾光宏 前独立行政法人国立病院機構本
部医療部長
柏木知子 前独立行政法人国立病院機構本
部医療部係長

A. 研究目的

平成16年度から導入された臨床研修制度により、卒後2年間の臨床研修の在り方が大きく変化している。これに伴いその前後、すなわち卒前の医師養成のあり方およ

研究協力者

今井博久 国立保健医療科学院疫学部
児玉知子 国立保健医療科学院主任研究官

び臨床研修後の医師養成の在り方も変容を求められている。卒前教育においては、臨床実習の見直しのみならず、医学部入学選抜試験の見直しにまでさかのぼり、ひいては近年議論が活発化しつつあるわが国へのいわゆるメディカルスクール制度導入の問題にも関係する。また、臨床研修を修了した医師に対する研修においては、いわゆる後期臨床研修の在り方や専門医制度にも関係する。

そこで、新たな臨床研修制度そのものの評価、いわゆる後期臨床研修制度の実態調査、卒前臨床実習・学士編入学制度等の卒前医学教育の評価、さらには諸外国の医学教育を含み医師養成システムの実態調査等を行い、一貫した医師の養成・研修システムのあり方を検討し、ひいては国民に求められる質の高い医師の養成・確保につなげることを目的とした。

B. 研究方法

臨床研修制度に関する調査

平成17、18、19年度の3回にわたり、臨床研修医1年目と2年目全員（平成19年度は2年目のみ）ならびに臨床研修医を受け入れている臨床研修病院を対象としたアンケート調査を、厚生労働科学院研究「新医師臨床研修制度の評価に関する研究（主任研究者：福井次矢）」と合同で、調査票の郵送法により実施し、その結果の分析を行った。

いわゆる後期臨床研修制度に関する調査

調査の対象病院グループ本部として、複数病院（5病院以上）を统一的に運営または管理している法人等の組織から選出した

17カ所、都道府県立病院管理局47カ所の計64カ所を選出し、郵送法により調査した。

卒前教育に関する調査

臨床研修修了者と研修指導医に対して、臨床研修到達目標の卒前への前倒し導入に関するアンケート調査を行った。

学士編入学制度の実態について、2大学医学部の学士編入学関係者（大学担当者と学生）に対して面接調査を実施し、この調査結果をもとに平成12年度以前に学士編入学制度を導入した9大学医学部に郵送法で調査を行った。

諸外国における医師養成システムに関する調査

平成17年度に英国、ドイツ、韓国、18年度にオーストラリア、インドにおいて行政（保健省、文部省等）、大学ならびに医師会等を訪問し、面接調査ならびに意見交換を行った。19年度にはWHO、EUならびにヨーロッパの医師養成の関係者を訪問し、面接調査ならびに意見交換を行った。

医師養成制度の歴史に関する調査

わが国の明治以降の医師資格と医学教育の歴史について、大学紀要等の文献や資料を収集し、検討分析を行った。

今後の医師養成のあり方に関する総合的検討

平成17、18、19年度の研究成果（臨床研修制度の評価、いわゆる後期臨床研修制度の実態調査、卒前臨床実習・学士編入学制度等の卒前医学教育の評価、諸外国の

医学教育を含み医師養成システムの実態調査等)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個別並びにグループディスカッション形式により意見交換を行った。

倫理面への配慮

わが国および諸外国の公的機関を対象とした訪問調査、及びインタビュー調査では、回答した内容がそのまま公表されないことを明記した文書を提示し、調査への協力を依頼した。また郵送調査等をする際は、調査票を無記名とし、回答した内容がそのまま公表されないことを明記し、インフォームドコンセントを得て、調査への協力を依頼した。

調査実施時の調査原票、データの管理については、アクセスを主任・分担研究者に限定し、最大限の秘匿性確保対策を講じた。

C. 研究結果

臨床研修制度に関する調査

新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究班(主任研究者:福井次矢)と共同で開発したアンケート調査票(研修経験、研修環境、習得技術など)を用いて、平成17・18・19年度に全国の臨床研修病院(合計1072病院、内大学病院104病院)に在籍している1年次研修医(19年度は対象外)、2年次研修医、病院を対象として病院ごとに自記式調査を実施し、平成17・18年度に実施した調査結果について詳細分析をした。

新医師臨床研修制度の1回目、2回目の研修終了者となる平成17・18年度2年

次に対する調査結果から以下のことがあきらかとなった。研修体制に関する満足度は、大学病院(42.9%)より臨床研修病院(62.3%)において高く、また、病床規模が小さい病院ほど高い傾向にあった。臨床研修病院においては「職場の雰囲気が良い」(43.0%)、「研修に必要な症例・手技の経験が十分」(42.6%)、大学病院においては「指導医の指導が熱心」(29.0%)等が多い。また、300床未満の病院において「職場の雰囲気がよい」等の理由が挙げられている。目標が「十分達成されたと思う」、「ほぼ達成されたと思う」と回答した研修医の割合は、全体では62.6%、臨床研修病院では68.4%、大学病院では55.0%であり、臨床研修病院の方が大学病院より高い傾向にあった。研修後に専門としたい診療科は、内科(11.3%)、小児科(7.6%)、外科(7.1%)、消化器科(7.0%)、麻酔科(6.8%)の順に高かった。

いわゆる後期臨床研修制度に関する調査

約半数の対象病院グループにおいて傘下の個々病院ではなく本部として、いわゆる後期臨床研修に関する何らかの研修支援を行っていた。研修内容作成について複数の病院を管理する本部が基準を示し、研修プログラム審査等を行っている例が見られ、また必要性に応じ複数の病院にわたった研修プログラムを調整している例があった。このことから、いわゆる後期臨床研修についても、個々の病院のみの取り組みではなく病院グループ本部を例とするなんらかの研修体制支援組織が求められている実状がわかった。

卒前教育に関する調査

13 大学病院ならびに 12 臨床研修病院の協力を得て、3 年目の研修医計約 184 名ならびに臨床研修指導医計 211 名に対して、臨床研修の到達目標に関してその卒前への前倒しに関するアンケート調査を行った。その結果、患者に侵襲を与える可能性が低い基本的な項目に関しては前倒しに積極的な傾向があり、麻酔・外科系に所属する研修医が、基本的臨床検査の一部に関して、前倒しに積極的な傾向であること等の知見が得られた。

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りやすいこと等の問題点が指摘された。

諸外国における医師養成システムに関する調査

英国は、医学部への入学年齢は日本と同様で、18 歳時に統一試験等により医学校へ

の入学が決定する。卒前の医学教育は教育省でも保健省でもなく、General Medical Council (GMC ; 英国医学協議会) という非政府組織が担当している。医学教育の期間は通常、最低 5 年間である。米国のように 4 年間の他の学部を卒業した後 (学士)、4 年間の医学部で医学教育を受けるとい、いわゆる 4 + 4 制の必要性は認めていないが、この考え方に近いものとして 1999 年より他学部卒業後に医学部に入る学士入学を認められるようになった。医師国家試験はなく、医学校を卒業すると GMC にまず仮医師免許登録される。つまり大学医学部の卒業証書が GMC における登録の条件となっている。卒後研修については、2005 年 8 月から 2 年間の「Foundation Programme」という新たな臨床研修制度が始まった。専門研修はこの 2 年間の「Foundation Programme」が修了した後に行われる。病院顧問医 (Consultant) と開業医 (GP) になる道に分かれての専門研修はそれぞれ 4 ~ 5 年間に及び、その後それぞれ専門医として認定される。なお、専門医認定はこれまで各学会 (Royal Colleges of Medicine) が行っていたが、現在は PMETB (The Postgraduate Medical Education and Training Board) といわれる組織が一括して行っており、学会主導から PMETB に権限委譲が行われている。

オーストラリアは、高校卒業生を対象とする undergraduate course と、米国と同様の学部卒業を前提とする graduate course の 2 つが存在する。Undergraduate course はこれまでは 6 年間で基本であったが、1970 年代から 5 年間で MBBS (Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery) を与え

る大学が出てきた。さらに6年間で MBBS と Bachelor of Science の2つの degree を与える大学もある。graduate course に入学する場合には最低3年間の教育を受けた bachelor の学位が必要である。卒前の医学教育機関は4～4.5年である。graduate course の評価については必ずしも一定したものではなく、将来 graduate course undergraduate course のどちらかに統一する予定はなく社会の変化に対応して教育の flexibility という視点からの域を出していない。卒業後、State Post Graduate Medical Council が定めたガイドラインに従って各科をローテーションしながら1年間インターンとして公的教育病院で研修を受けなければならない (PGY 1 :Post Graduate Year 1)。この1年間の研修を修了すると各州の State Medical Board に医師として登録されることとなる。大多数の若い医師はこのインターンが修了するまでに将来の専門を決めているといわれているが、その後さらに1～2年間診療科や病院をローテーションする研修を続ける (Resident Medical Officers, PGY2, PGY3)。この prevocational training の期間を修了すると専門医研修(vocational training)に進むことになる。2001年から学会が提供する専門医研修プログラムは Australian Medical Council が認定することとなっている。研修プログラムは学会によって違いがあるが、一般的に3～5年間の研修期間となっている。さらに subspecialty の研修は2～4年を要する。

インドは、アーユルベエダ等の伝統医学の医師を養成する大学もあるが、西洋医学の医師を養成する日本の医学部に相当する

ものが、MBBS (Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery)と呼ばれる学士課程である。学士課程は4年半の医学教育と1年間のインターンで、計5年半の課程を修了すると MBBS の資格が与えられる。MBBS 取得後の医師は州レベルの council に登録し、その後 Medical Council of India に登録されることとなる。しかし、日本の卒後2年間の初期臨床研修や英国のPGY 1、2に相当する義務的な研修制度は存在しない。したがって、Medical Council of India に登録後すぐに開業等臨床を行うことは可能である。しかし一般的には専門分野の研修のために、①MD、MSと呼ばれる大学における post graduate course の道に進むか、②diplomat in medicine or surgery と呼ばれる病院におけるコースに進むか、大きく2つに分かれる。

韓国は、これまでは高校卒業後に大学入試を経て6年制の医学部 (College of Medicine) に入学するという制度 (医学進学課程2+医学課程4、いわゆる2+4)であった。ところが、2003年より医学部を医学専門大学院 (Graduate School) とし、Collegeを卒業した後に入学する制度 (4+4制)を導入した。ただし、2003年に4+4制を導入したといっても一斉に切り換えるのは難しいため、2009年までの経過措置として、各大学は、①2+4制のみ、②2+4制と4+4制の混合、③4+4制のみ、のいずれを選択してもよいとした。医師になるためには、医学専門大学院を卒業後に医師国家試験を受験する必要がある。韓国の医師国家試験を実施するのは保健省の管轄下にある NHPLB (National Health Personnel

Licensing Examination Board) という組織である。卒後研修は通常5年である。卒後まず1年間のinternshipにより総合研修を受け、その後4年間の専門医のためのResidency trainingを受ける。4+4制の導入によりInternshipの廃止も視野においており、今後の検討課題とされている。Residency trainingは韓国病院協会が実施している。専門医は現在26あり、専門医試験は韓国医師会が行っている。サブスペシャリティはさらに2~3年のトレーニングが必要である。

ドイツは、18歳で医学校に入学し、6年間の医学教育を受ける。2年間の基礎課程を修了すると、その後3年間の医学教育(基礎医学、臨床医学)に入り、6年目は病院での臨床実習を受ける。卒後研修の制度は近年大きく様変わりした。従来卒業後18カ月は医師見習い(Arzt im Praktikum)として働く義務があった。この実習医師制度が2004年に廃止された。専門医研修は平均5~6年にわたるが、専門科目によって、あるいは病院医、開業医を目指すかによって多少研修年数に差がある。専門医研修が終わると、臨床医としての実力をチェックするための専門医試験を受け、これに合格して初めて専門医として認定される。この専門医試験も州医師会が実施している。4+4制の導入予定は全くなく、これは伝統的なマイスター制度等の影響もあり、18歳になる頃には将来自分は何をするかという目的意識はすでに定まっているのが当然だと考えが背景にある。さらに、学士入学の制度もない。

WHOでは医師のみならずいずれの医療関係職種についても、必要教育年限に関す

るグローバルスタンダードは設けていない。どのようなプロフェッションが必要であるのか、言い換えれば、どのようなコンピテンシーを持った職種が必要があるかを、まず国として考える必要がある。

現在1993年に制定されたEU指令93/16では医学教育の最低基準として教育期間および授業時間を規定しており、学生を医師として認めるためには教育期間は6年間、総授業時間を5,500時間としている。医学の進歩や医学を取り巻く社会環境等の変化を鑑みて、現行の規定でも特に問題はなく、今のところ規定の変更の予定はない。現在高等教育の改革議論が行われており、高等教育を3年の学士(Bachelor)と3年のマスター(Master)に分離するという提案がある。これに医学教育についてあてはめると、現行の6年間のpreclinical期間(Bachelor)と3年間のclinical期間(Master)に分離することを意味する。医学教育は基礎理論教育から臨床教育までの一貫性が重要であり、この3+3のシステムは好ましくなく、5~6年間の一貫した教育が必要であると考えている。

医師養成制度の歴史に関する調査

第二次大戦前のわが国においては、医師は、(1)旧来漢方医、(2)大学・医学校終了、(3)医術開業試験合格者、から構成されており、統一された資格ではなく、医師社会内部での軋轢を作り出していた。“医育一元化”政策や戦中の(臨時)医専増設もこの傾向を助長したといえる。

今後の医師養成のあり方に関する総合的検討

平成17、18年度の研究成果（アンケート調査結果、海外調査結果等）をもとに、これまでの制度のレビューを行い、①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、②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、③臨床能力を指標とした専門医制度の未成熟性、後期研修と専門医制度との整合性、が結果として判明した。続いて医師養成に関わる学術ならびに医療関係団体の関係者を交えた検討の結果、今後の医師養成のあり方を考える上で、メディカルスクール制度導入の議論が重要であることが確認され、以下の課題が指摘された。①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の意義は薄い、②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、③今の日本の医師のレベルはどうか見直しは必要であり、特に臨床レベルが低いのではないかと、④卒後臨床研修制度は良いが、卒前の医学教育は問題であり、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、⑤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。

総合ディスカッションでは①医学部入学年齢の面、②リベラルアーツに関する面、③卒前医学教育に関する面、④基礎医学に

関する面、⑤医師不足との観点からの面、⑥その他、から議論を行った。

D. 考察

平成18年度研修2年次を対象とした調査の詳細分析においても、平成17年度と同様に、研修体制についての研修医の満足度は、大学病院（42.9%）より臨床研修病院（62.3%）において高く、また、病床規模が小さい病院ほど高い傾向にあった。また研修プログラムについての満足度は、大学病院（45.5%）に比し、臨床研修病院（60.8%）であった。目標が「十分達成されたと思う」、「ほぼ達成されたと思う」と回答した研修医の割合は、全体では62.6%、臨床研修病院では68.4%、大学病院では55.0%で、研修体制満足度を反映する傾向にあった。

平成19年度研修2年次を対象とした調査は、現在、入力、集計作業を実施しており、プライマリケアの習得、全人的医療の実践に重点がおかれた新医師臨床研修制度の初期3年間の評価を総合的にとりまとめ、今後の継続したモニタリング調査等を実施していくことが必要であると考えられる。

本研究において調査した英国、ドイツ、韓国、オーストラリア、インドいずれにおいてもより良い医師の養成にむけて卒前、卒後の教育・研修制度の改革が進められているが、その背景には医師不足、経済情勢等さまざまな政治・社会的理由があることが判明した。

英国、オーストラリア、インドは医師国家試験がなく、各大学が教育の修了を認定し、MBBS (Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery) という学士を与え、こ

れが政府に登録されることにより、医業が行えることとなる点は共通である。また **Medical Council** という政府の第三者機関が医学部の認定、**M B B S**の登録等、医学教育の質担保に努めている点も共通である。しかしオーストラリアは 90 年代には米国流の **graduate course** が一部の大学で導入されはじめ、韓国同様、卒前の医学教育課程として **undergraduate course** と **graduate course** が並存している。インドでは、2000年代に入り医学部数の著しい増加が見られ、また卒業教育の統一化に向けた検討が始まっている。

ただ、いずれの国においても、医師不足・偏在、若い医師の専門医指向という世界的な共通課題を抱えている。医学部の人気の高さや入学の難易度は昨年度調査した英国、ドイツ、韓国とも共通した状況であり、医学生数を増加させているが、都市部への集中、女医の増加、欧米への流出等の要因により、医師数の不足感、偏在の問題は両国共通となっている。若い医師の専門医指向、**generalist**の人气低下も同様である。

韓国における4+4制の導入は政府主導型で、主な目的は優秀な学生の医学部への過度の集中を避けることにある。ただし、4+4制には学生の年齢が上昇するという問題もある。教育期間の延長、教育費用等の増加となり、ひいては医療費増にもつながるため医療界には反対の声も強い。また研究志向の大学は4+4制の導入により若い優秀な学生を獲得できなくなり、研究レベルが低下する懸念があるため、導入に対して必ずしも賛成ではないといわれる。オーストラリアの **graduate course** の評価については必ず

しも一定したものはなく、韓国と違い、将来 **graduate course undergraduate course** のどちらかに統一する予定はなく、社会の変化に対応して教育の **flexibility** という視点からの域を出ていない。インドでは **graduate course** の導入については医師不足の現状や教育年限の延長の理由から当面その考えはないが、インドで教育を受けた医師が世界の多くの国々で受け入れられ、活躍している現状を鑑みると、インドの卒業教育がある意味では **global standard** となっているともいえる。

Australian Medical Council ならびに **Medical Council of India** といった政府の第三者的機関が卒前の医学教育については医学部の認定をはじめ教育の質の確保に有益な働きをしていると考えられるが、卒業後の専門医教育についてはいずれの機関とも国内の制度を完全に統一しているとはいえず、したがって、両機関が卒前から卒業まで一貫した医師養成の中心的役割を担っているとはいえない状況にある。

1993年に制定された6年間、5,500時間を定めているEU指令93/16は、EU加盟国間の医師資格の相互承認のための基準ではあるが、その後変更されることもなく、また今後も変更される予定がなく、この基準がヨーロッパスタンダードとして定着していることが判った。一方、ヨーロッパの高等教育の改革プロセスであるボローニャプロセスにおいては **bachelor** 3年ののち、**master** 3年という3+3のシステムの導入の議論がなされているが、ヨーロッパの医学教育関係者は卒前の医学教育に3+3のシステムの導入に対してはこぞっ

て反対を表明している。これは、近年の卒前医学教育の潮流である、医学生に対し早い時期から患者や医学の社会的側面に触れさせ、入学から卒業まで一貫して基礎（preclinical）と臨床（clinical）を同時に学習されるいわゆる integrated curriculum の考えに沿ったものである。基礎（preclinical）の定義にもよるが、ヨーロッパにおけるこの考えは、ある意味では米国の4+4システムとは異なると言える。

第二次大戦前のわが国においては、医師は、(1) 旧来漢方医、(2) 大学・医学校終了、(3) 医術開業試験合格者、から構成されており、統一された資格ではなく、医師社会内部での軋轢を作り出していた。“医育一元化”政策や戦中の（臨時）医専増設もこの傾向を助長したといえる。

臨床研修の到達目標の卒前への前倒し導入に関しては、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る必要がある。

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。

卒前教育と卒後研修を管轄・実施する組織団体はどうあるべきかという問題も重要である。卒前・卒後教育の一貫性という視点で考えれば、この点においてもわが国が米国、英国など医学教育先進国に学ぶべき

部分は少なくない。

メディカルスクール構想は、医師養成の在り方、医療のあ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在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は、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5,550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意味がない。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、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

新医師臨床研修制度における臨床研修医に対する調査により、効果的な臨床研修をすすめる観点からみた生涯を通じた医学教育の課題および方向性を検討するための基礎資料を得ることができた。

EUの卒前医学教育の最低基準である6年間、5,500時間は定着したものである。Preclinical と clinical は分離すべきではなく、integrate されたシステムで教育されるべきである。EUにおける専門医は約50認定されており、専門医資格取得のための卒後の教育・訓練期間は5～6年となっている。General practitioner の専門医と

しての位置づけの重要性が高まっている。

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が必要であり、また2年後に予定されている韓国のメディカルスクール制度の評価が大いに参考になる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 2件

1) 石川雅彦、遠藤弘良、林 謙治、篠崎英夫. 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—. 医学教育 2007, 39(1):19~27

2) 福井次矢、高橋理、徳田安春、大出幸子、野村恭子、矢野栄二、青木誠、木村琢磨、川南勝彦、遠藤弘良、水嶋春朔、篠崎英夫: II. 新臨床研修制度の影響 1. 臨床研修の現状: 大学病院・研修病院アンケート調査結果. 日本内科学会雑誌 96(12)、31-44、2007.

2. 学会発表 5件

1) 石川雅彦、遠藤弘良、林 謙治、篠崎英夫: 臨床研修の到達目標における、卒前

医学教育への前倒し導入の検討. 第39回日本医学教育学会総会; 2007.7.27,盛岡

2) 石川雅彦、遠藤弘良、林 謙治、篠崎英夫. 医療安全から見た、卒後臨床研修到達目標の再評価. 第2回医療の質・安全学会学術集会; 2007, 11.24 東京

3) 水嶋春朔、遠藤弘良、石川雅彦、曾根智史、川南勝彦、青木誠、矢野栄二、福井次矢: 新医師臨床研修制度1期生を対象とした臨床研修の満足度・目標達成度に関する調査結果. 第39回日本医学教育学会総会、盛岡、2007.7. 抄録集 p27.

4) 矢野栄二、野村恭子、青木誠、木村琢磨、川南勝彦、遠藤弘良、水嶋春朔、高橋理、徳田安春、大出幸子、福井次矢: 新医師研修制度下研修医の特性と満足度: 大学病院と一般研修病院との比較. 第39回日本医学教育学会総会、盛岡、2007.7. 抄録集 p27.

5) 福井次矢、青木誠、木村琢磨、野村恭子、川南勝彦、遠藤弘良、水嶋春朔、高橋理、徳田安春、大出幸子、矢野栄二: 2年次研修医の臨床能力にもたらした新研修制度の影響. 第39回日本医学教育学会総会、盛岡、2007.7. 抄録集 p29.

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 平成 17 年度「臨床研修に関する調査結果」概要

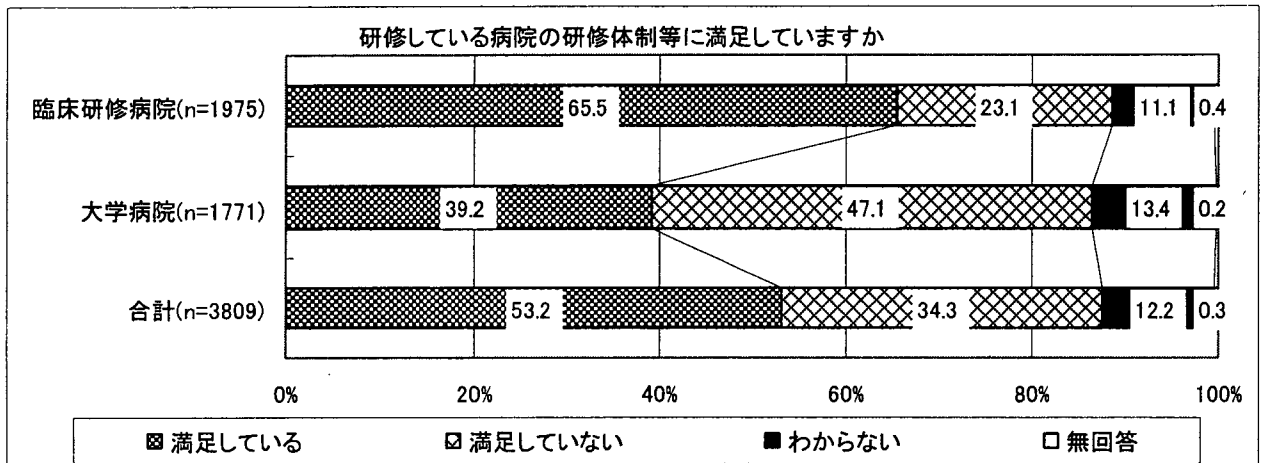
< 2 年次研修医への調査より >

1. 臨床研修体制・プログラムについて

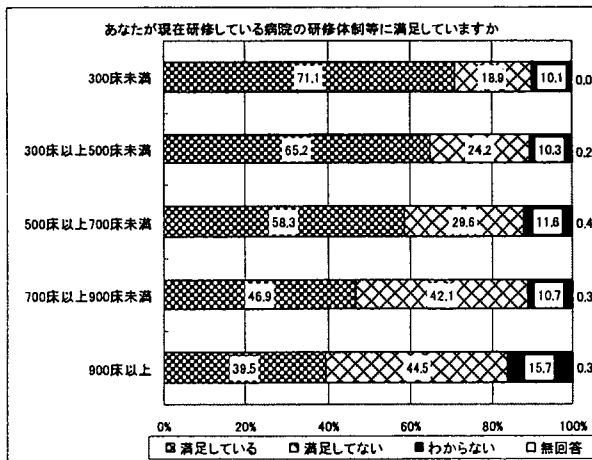
(1) 研修体制についての研修医の満足度は、大学病院より臨床研修病院において高く、また、病床規模が小さい病院ほど高い。

昨年度（1 年次研修医）の満足度と比較すると、臨床研修病院では満足している者が 11.0 ポイント増加、満足していない者が 0.7 ポイント減少しているが、大学病院では満足している者、満足していない者ともに 4 ポイント程度増加している。

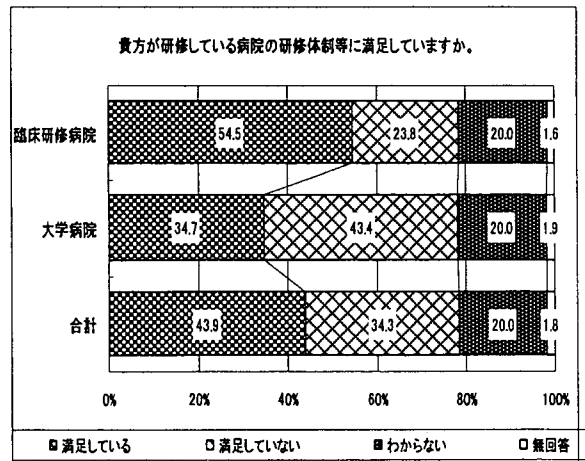
●平成 17 年度 研修体制についての満足度（臨床研修病院 / 大学病院）



●平成 17 年度（病床規模別） 研修体制についての満足度



●平成 16 年度（臨床研修病院/大学病院） 研修体制についての満足度

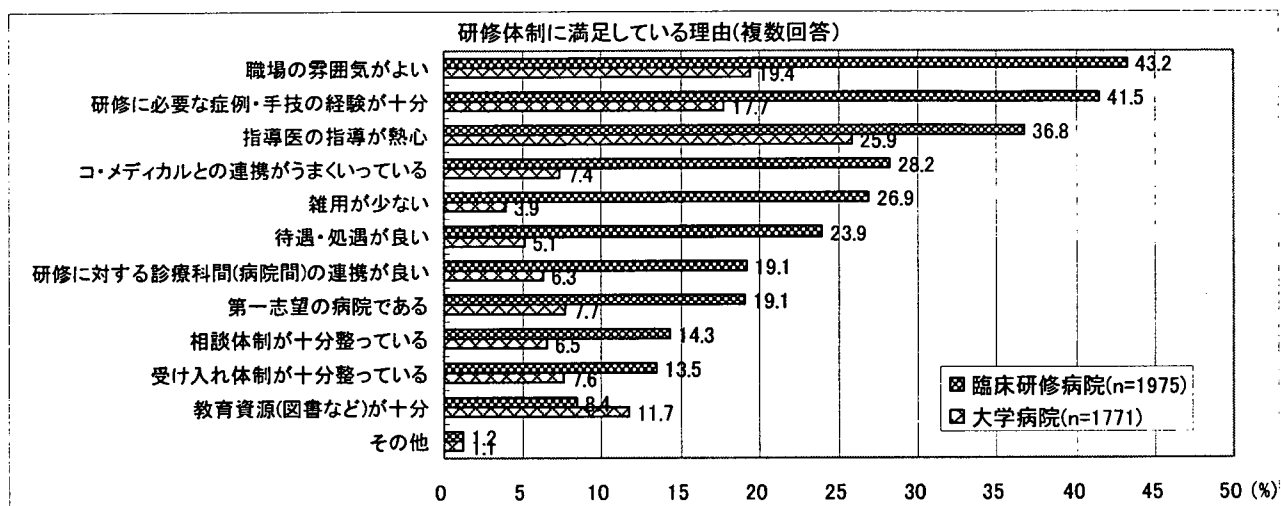


(2) 研修体制に満足している理由、満足していない理由

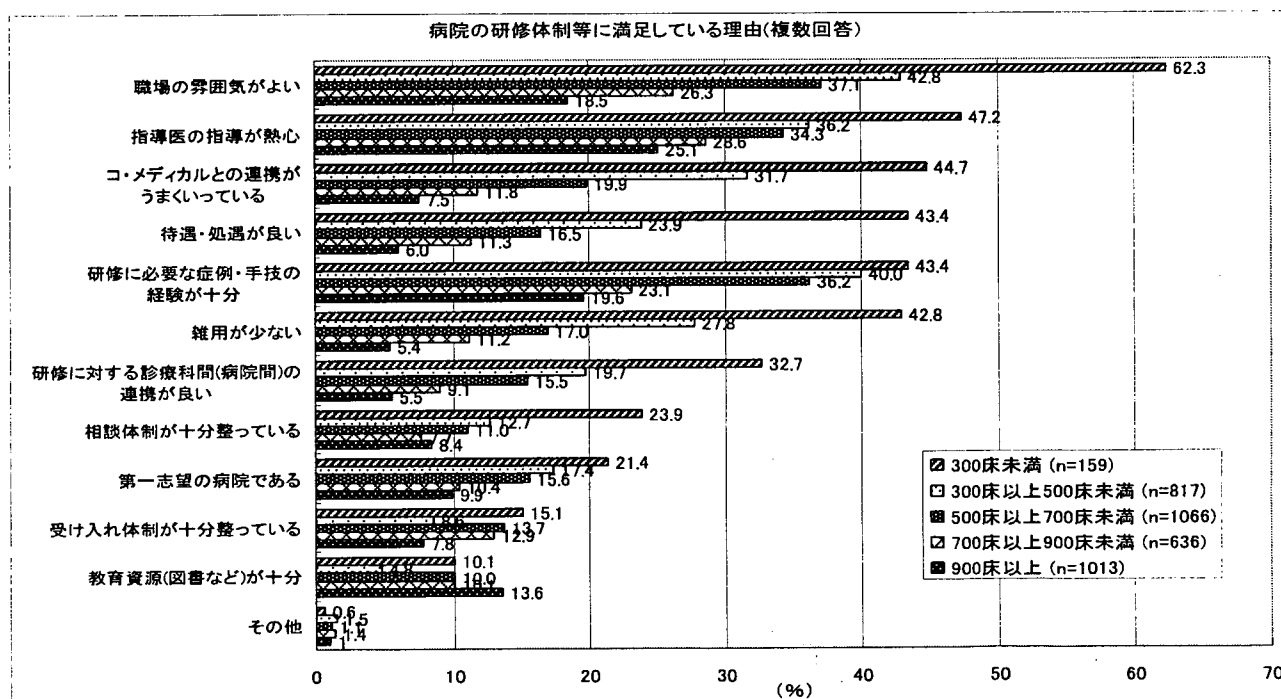
1) 研修体制に満足している理由としては、臨床研修病院においては「職場の雰囲気がよい」(43.2%)、「研修に必要な症例・手技の経験が十分」(41.5%)、大学病院においては「指導医の指導が熱心」(25.9%)等が多い。また、300床未満の病院において「職場の雰囲気がよい」等の理由が挙げられている。

(なお、本データは、「満足した」と回答した研修医がそれぞれ選択した項目の数を分子とし、臨床研修病院、大学病院それぞれのアンケートに回答した研修医数を分母として計算している。今後の「満足している理由」「満足していない理由」は同様の計算法を行っている。)

●平成17年度 研修体制に満足している理由 (臨床研修病院 / 大学病院)

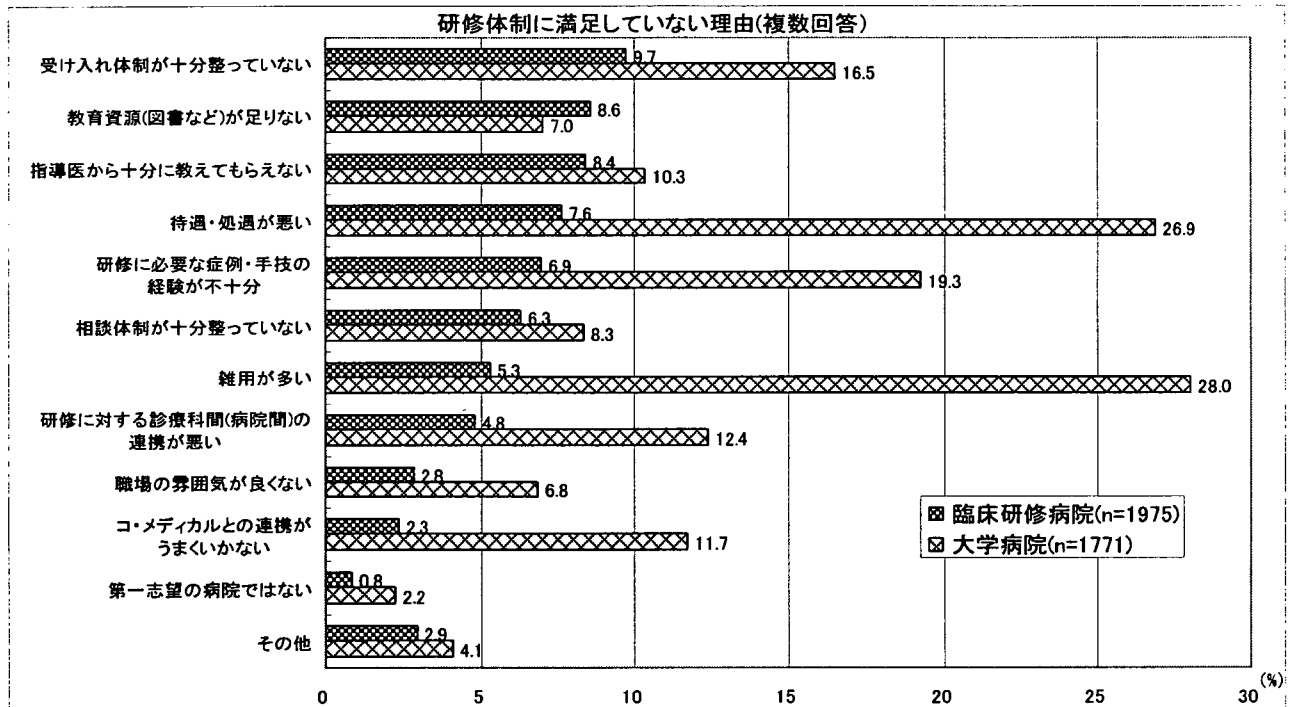


●平成17年度 研修体制に満足している理由 (病床規模別)

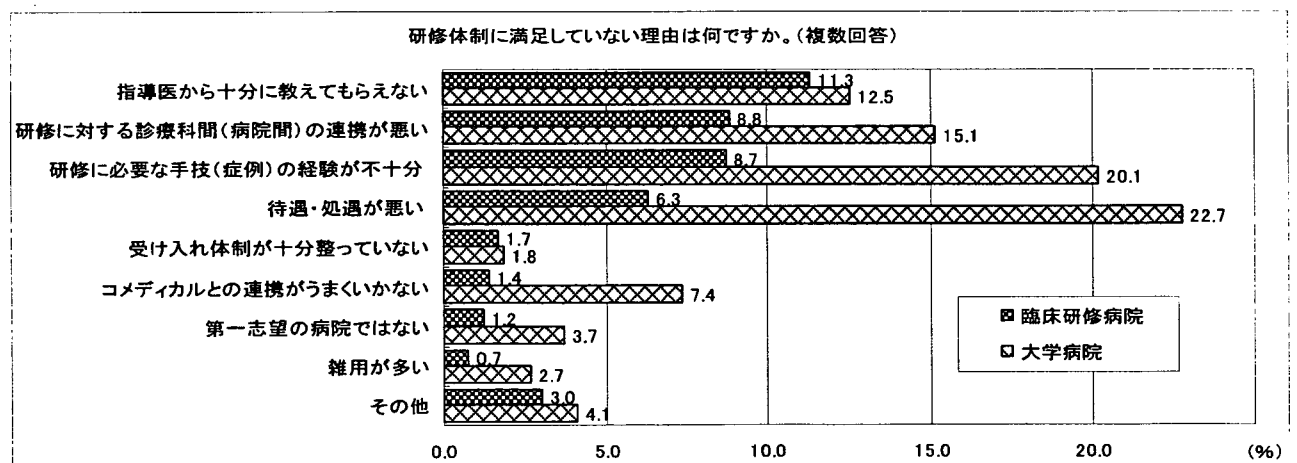


2) 研修体制に満足していない理由は、臨床研修病院においては「受け入れ体制が十分整っていない」(9.7%)、大学病院においては「雑用が多い」(28.0%)、「待遇・処遇が悪い」(26.9%)等が多い。また、昨年(1年次研修医)の満足していない理由と比べ、特に「受け入れ体制が十分整っていない」、「雑用が多い」が大きく増加している。

●平成17年度 研修体制に満足していない理由(臨床研修病院/大学病院)



●平成16年度研修体制に満足していない理由(臨床研修病院/大学病院)



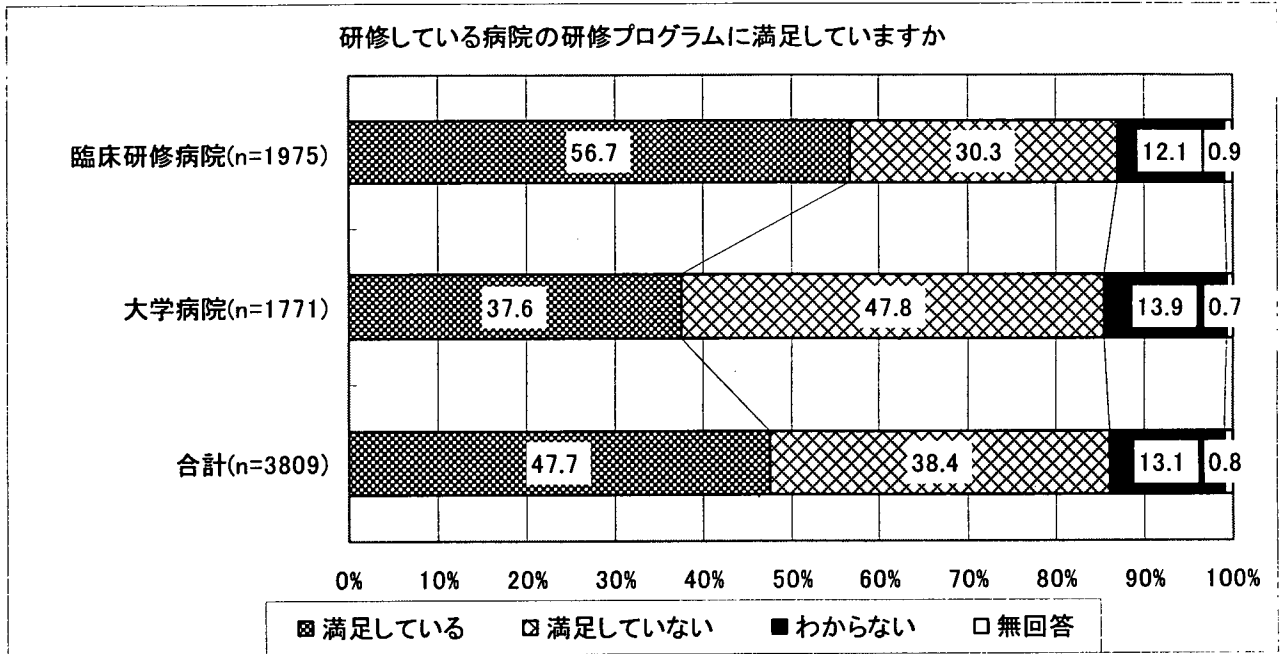
●研修体制に満足していない理由(平成16年度/平成17年度比較)

		平成16年度	平成17年度
受け入れ体制が十分整っていない	臨床研修病院	1.7%	9.7%
	大学病院	1.8%	16.5%
雑用が多い	臨床研修病院	0.7%	5.3%
	大学病院	2.7%	28.0%

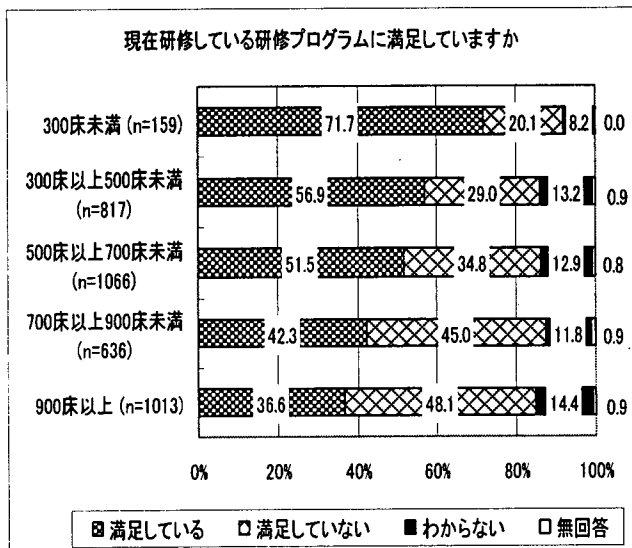
(3) 研修プログラムについての研修医の満足度は、大学病院より臨床研修病院において高く、また、病床規模が小さい病院ほど高い。

昨年度（1年次研修医）の満足度と比較すると、臨床研修病院では満足している者が6.5ポイント、満足していない者が1.2ポイント、大学病院では満足している者が3.1ポイント、満足していない者は4.7ポイント増加している。

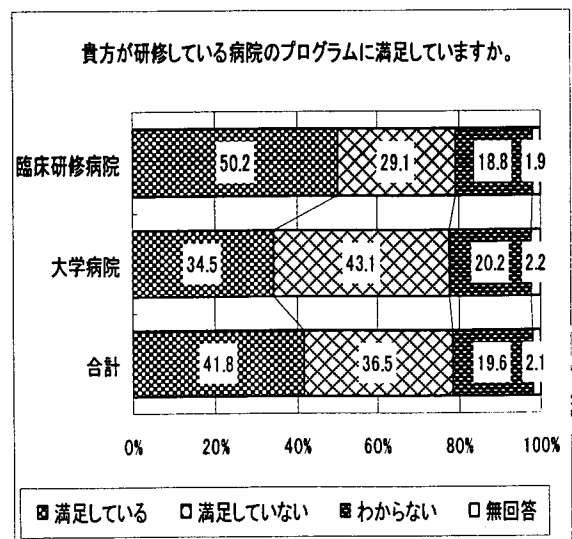
●平成17年度 研修プログラムについての満足度（臨床研修病院 / 大学病院）



●平成17年度（病床規模別）
研修プログラムについての満足度



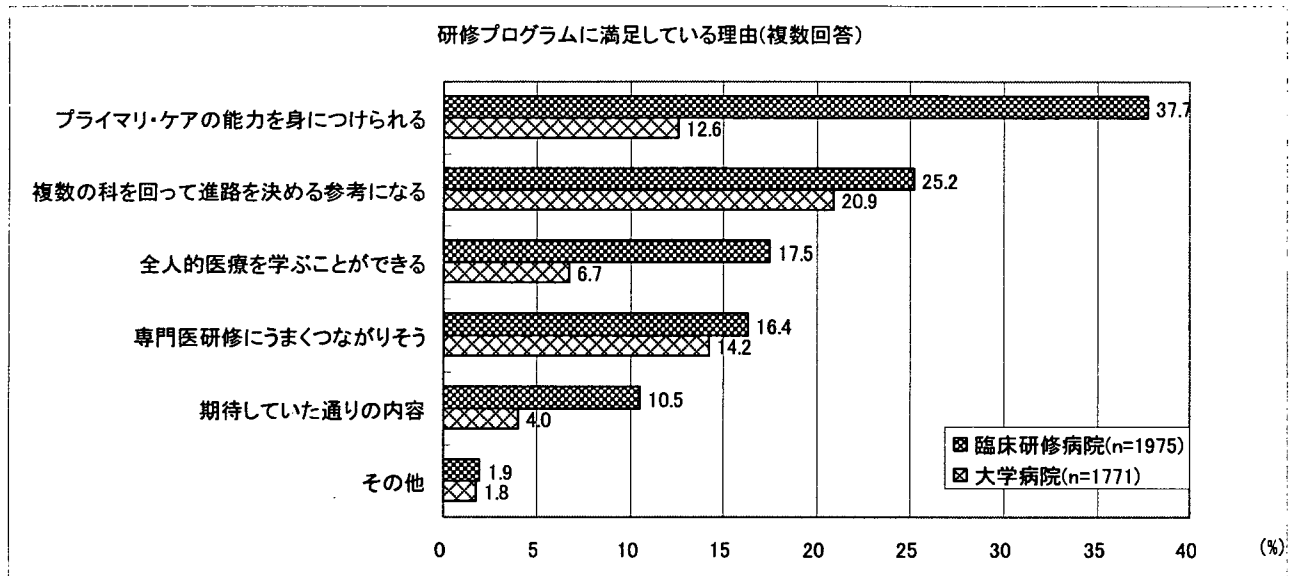
●平成16年度（臨床研修病院/大学病院）
研修プログラムについての満足度



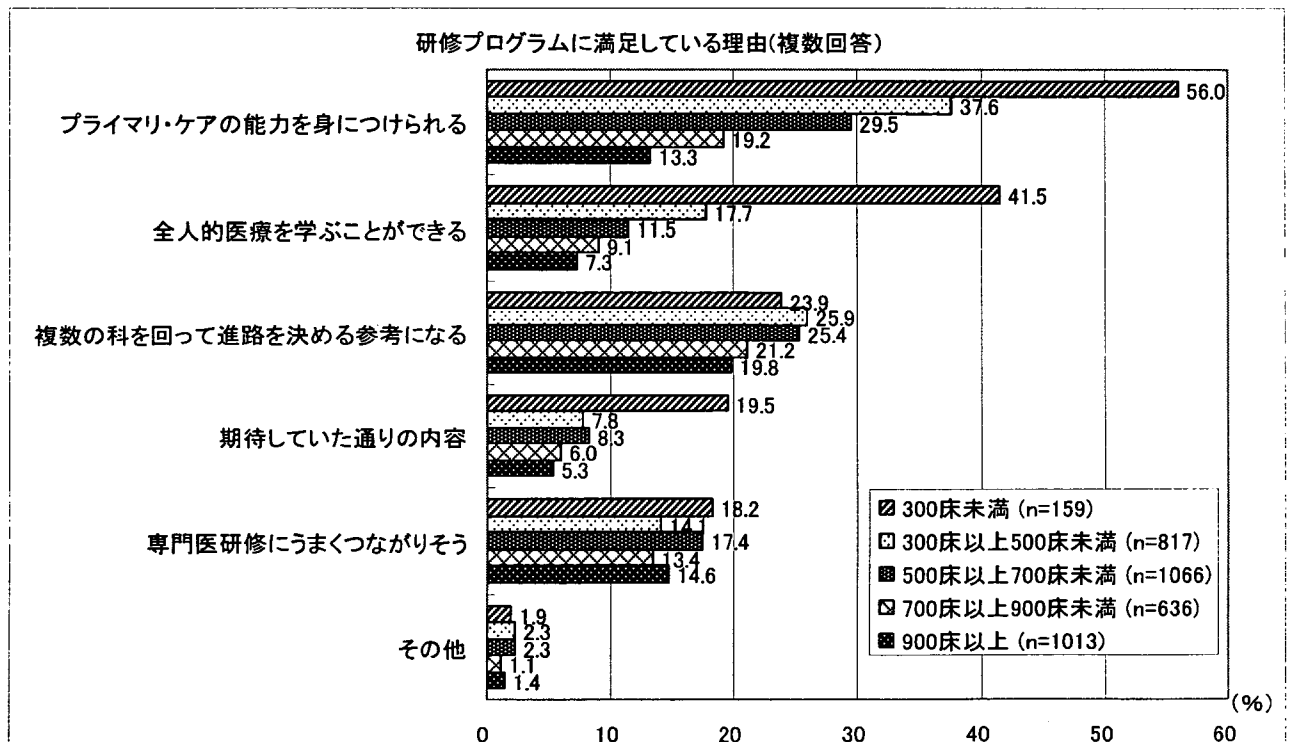
(4) 研修プログラムに満足している理由、満足していない理由

- 1) 研修プログラムに満足している理由は、臨床研修病院においては「プライマリ・ケアの能力を身につけられる」(37.7%)、「複数の科を回って進路を決める参考になる」(25.2%)、大学病院においては「複数の科を回って進路を決める参考になる」(20.9%)等が多い。また、特に300床未満の病院においては「プライマリ・ケアの能力を身につけられる」「全人的医療を学ぶことができる」が多い。

●平成17年度 研修プログラムに満足している理由（臨床研修病院 / 大学病院）



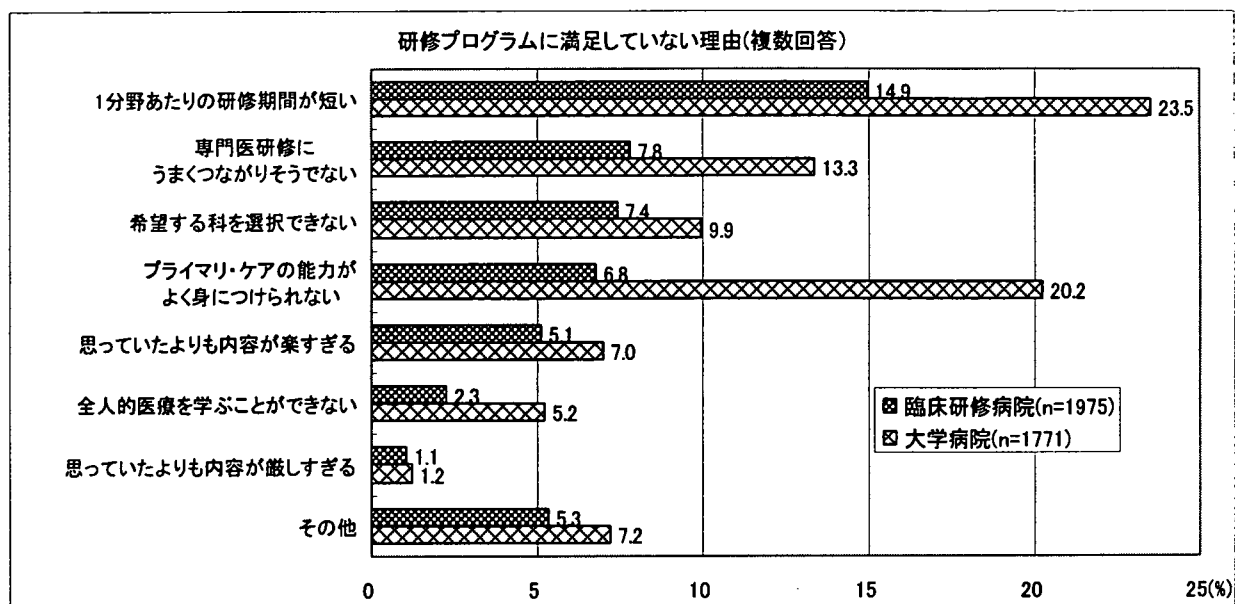
●平成17年度 研修プログラムに満足している理由（病床規模別）



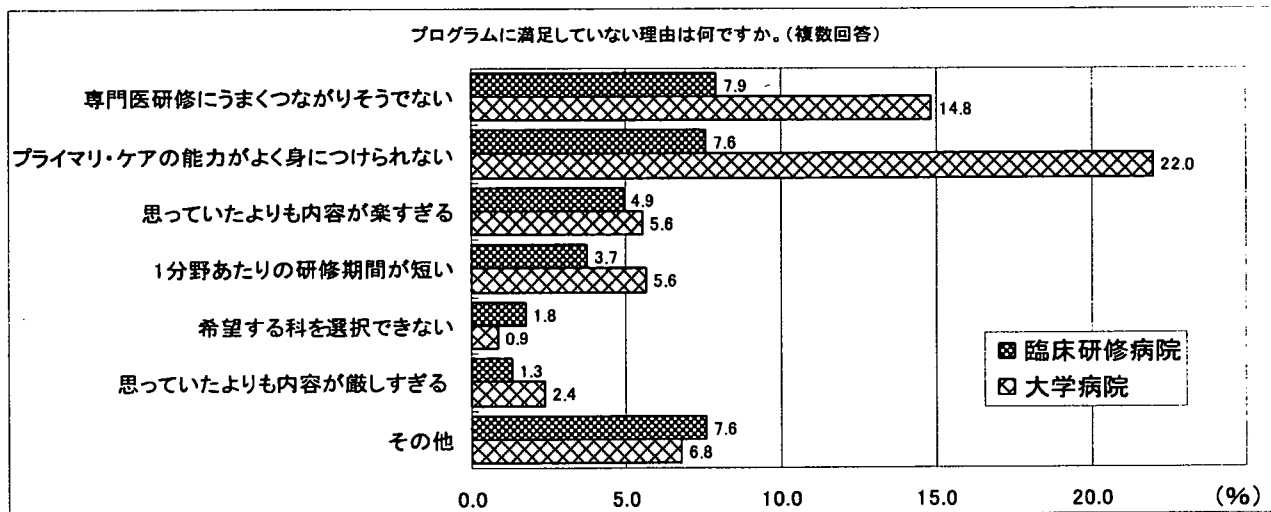
- 2) 研修プログラムに満足していない理由は、臨床研修病院においては「1分野あたりの研修期間が短い(14.9%)」、大学病院においては「1分野あたりの研修期間が短い(23.5%)」「プライマリ・ケアの能力がよく身につけられない(20.2%)」等が多い。

また、昨年(1年次研修医)と比べると、特に「1分野あたりの研修期間が短い」が増加している。

●平成17年度 研修プログラムに満足していない理由(臨床研修病院 / 大学病院)



●平成16年度 研修プログラムに満足していない理由(臨床研修病院 / 大学病院)



●研修体制に満足していない理由(平成16年度/平成17年度比較)

		平成16年度	平成17年度
1分野あたりの研修期間が短い	臨床研修病院	3.7%	14.9%
	大学病院	5.6%	23.5%