

医師養成の現状の検証と改革実現のための

グランドデザイン

全国医学部長病院長会議からの提言

(素案)

全国医学部長病院長会議

平成 23 年 5 月

『医師養成の現状の検証と改革実現のためのグランドデザイン』

全国医学部長病院長会議からの提言

医師偏在に伴う地域医療崩壊と医学教育、医師養成、医療のグローバル化に
いかに対応すべきか

卒業前の課題

入学者選抜

- 1) 入学者選抜とアドミッションポリシー
- 2) 入学者定員と医師編在

ステップⅠ： 臨床実習前 教育

- 1) 医師になることを目指す学生に必要な基礎教育
- 2) 基礎医学と臨床的な疾患や病態との関連づけ(統合型カリキュラム)
- 3) 学習方略の多様性と充実
- 4) 共用試験と大学独自の評価

ステップⅡ： 臨床実習 教育

- 1) 診療参加型臨床実習内容の充実と学生の医行為
- 2) 地域医療実習の充実：診療所、小規模・中核病院との連携による地域基盤型医学教育実習
- 3) 全国の大学教育の卒業時到達目標の設定

医師国家 試験の内容と 方法の改革

- 1) 医師国家試験の現状
- 2) 現行の医師国家試験の問題点
- 3) 理念の再確認
- 4) 医師国家試験の内容と方法の改革
- 5) 改革実現のための課題

卒業後の課題

臨床研修 制度

- 1) プライマリ・ケア重視から基本的診療能力重視へ
- 2) マッチングの影響
- 3) 課題の整理と改善
- 4) 大学附属病院での臨床研修

専門医・ 高度専門 医療人養成

- 1) 専門医・高度専門医療人の養成の構築と充実
- 2) 大学病院の地域医療への貢献

医学研究の 将来的低迷への 危惧と 大学院の充実

- 1) 基礎系大学院の振興
- 2) 臨床系大学院のあり方
- 3) 魅力ある大学院の構築

生涯教育

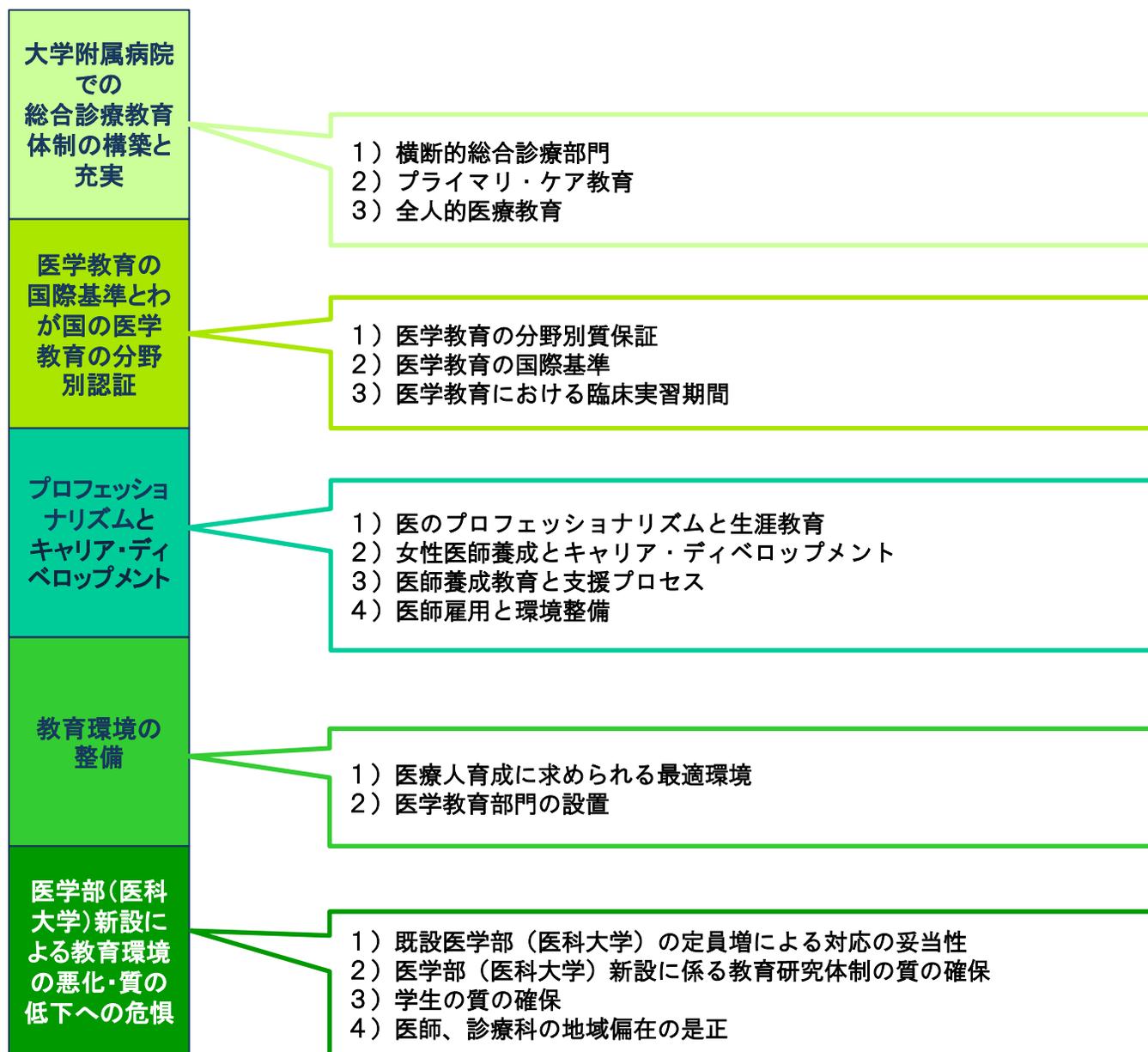
- 1) 生涯教育の充実
- 2) Continuing Professional Development (CPD) プログラムの構築とキャリア・デザイン
- 3) CPDにおける大学附属病院の役割と地域における医師支援、地域医療ネットワーク構築

『医師養成の現状の検証と改革実現のためのグランドデザイン』

全国医学部長病院長会議からの提言

医師偏在に伴う地域医療崩壊と医学教育、医師養成、医療のグローバル化に
いかに対応すべきか

卒業前・後にまたがる課題



要旨

『医師養成の現状の検証と改革改善のためのグランドデザイン』

全国医学部長病院長会議からの提言

大学医学部・医科大学の使命は、医学教育の実践の場として学生の教育と医師の養成を行い、併せて高度先進医療の研究・開発を目指す事によって国民の保健・医療・福祉への貢献を行うものとする。

全国医学部長病院長会議（AJMC）は、平成 19 年 9 月に当時大きな社会問題となっていた我が国の医療と医師養成システムの現状が国民の健康管理・福祉のみならず将来の国民の保健・医療・福祉の大幅な後退につながる緊急かつ重大な問題と捉え『我が国の医師養成システムの在り方のためのグランドデザイン』をまとめ、問題点の根本的解決のために提言を行った。この提言が現時点までどのような形で実現されてきたか検証する必要がある。また、問題点を整理した上でそれらを改革改善するための提言も必要である。

国民が求める医療のニーズは多様で時代の流れと共に変化している。グローバル化した現代社会において医療・医学自体の国際連携化も進んでいる。この様な中で医学教育、医学研究、医師養成更に医療の現場に直接携わっている我々の任務も変化しつつあると考えられる。我々はこの様な時代の変化に対し、どのように対応すべきか先ず自分たちに真摯に問う必要がある。そのためには、現状の検証が必要であり、またそれに対する改革実現のための提言も必要である。

今回、我々は『医師偏在に伴う地域医療崩壊と医学教育、医師養成、医療のグローバル化に全国医学部長病院長会議はいかに対応すべきか』という視点のもとに医学部（医科大学）の①卒業前、②卒業後、③卒業前・卒業後にまたがる課題の3章に分け現状の検証を行い、問題点解決のため提言を行ったので報告する。以下はその要旨である。

第1章 医学部（医科大学）の卒業前における検証と提言

1. 入学者選抜

入学者選抜とアドミッションポリシー、入学者定員と医師偏在
検証

- 1) 各大学は、アドミッションポリシーとともに、ディプロマポリシー、カリキュラムポリシーを明示すべきだが、これら3ポリシーを公表している大学は少ない。

- 2) 各大学は、入学者の質を確保し、医師として望ましい人材を選抜するために、選抜方法や高等学校教育から医学教育への接続の改善に向けて、さまざまな取り組みをしているが、さらに一層の工夫が必要である。
- 3) 18歳人口の減少、医学部入学定員の増加、高校での未履修科目、等を背景に入学生の学力低下が懸念されている。
- 4) 医師の地域偏在、診療科偏在に対し、入学時の地域枠、地域枠奨学金、卒前教育での地域医療実習、臨床研修での地域医療研修など、いくつかの対策が講じられている。

提言

- 1) 各大学は、設立の趣旨、歴史的背景、立地条件などに応じた固有のミッションを再確認し、必要があれば、そのミッションを再設定し、それに基づいた特色あるアドミッションポリシーを、ディプロマポリシー、カリキュラムポリシーとともに、公表すべきである。
- 2) 入学生の質を確保するため、入学者選抜の方法について、多様化、評価尺度の多元化をさらに進めるべきである。
- 3) 入学生一人ひとりについて、入学後および卒業後の追跡調査を実施し、入学者選抜の改善・工夫に役立てるべきである。
- 4) 卒業生の進路偏在を解決するために現在行われている地域枠、奨学金制度、卒前教育の改善、臨床研修制度の改善などについては、今後、その効果を十分検証していくべきである。
- 5) 医師偏在の解決には、現在行われている対策のほかに、卒前教育において医師偏在問題の現状を周知させ、卒後進路について考える機会を提供するだけでなく、入学試験においても、医師としての社会的責任を認識している受験生を選択的に選抜する方策を考案し、実施すべきである。

2. ステップ I：臨床実習前教育

検証

- 1) 一般教養教育の必要性は認識されているが、この教育に関わるマンパワーが不足している。
- 2) リベラルアーツだけでなく、初年次教育としてのリテラシー教育、未履修科目についての補習教育、コミュニケーション教育、体験実習教育が多くの医学部で取り入れられている。
- 3) 基礎医学、臨床医学にわたる統合カリキュラムが多くの医学部で実施され、講義とテュートリアル、そして実習を組み合わせたカリキュラムが実施されている。

- 4) 診療技能教育はスキルス・ラボの設置に伴い、臨床実習前に実施されるようになってきている。
- 5) 臨床実習開始前の共用試験（CBT・OSCE）が定着し、知識だけでなく、医療面接や診療技能などの一定の臨床能力を持った学生が臨床実習に進んでいる。
- 6) 従来、医学部では問題を抱えた学生への支援や、学生へのキャリア・デザイン支援が十分ではなかった。

提言

- 1) 医師になる者として医学生には一般教養教育、初年次教育だけでなく、人間としての成長（Personal Growth）を促す教育が求められている。世界的にも、医学部教育の中に学生が医療者として適切な行動が取れる（Fitness to Practice）ことをカリキュラムとして取り入れられている。この Fitness to Practice を低学年から高学年での臨床実習に取り入れなければならない。
- 2) 臨床実習前の統合カリキュラムでは、講義、テュートリアルだけでなく診療技能系実習（医療面接を含め）なども組み合わせ学生が効果的に能力を身につけていけるカリキュラム設計が求められる。
- 3) 入学生の多様化が進み、臨床研修のマッチングなど学生が選ぶキャリアの幅が広がっている現状では、医学部を挙げての学生支援のシステムの構築が必要となっている。
- 4) 共用試験はあくまでも臨床実習前というピンポイントの極めて客観的な評価である。医学部はその学生が1年生から卒業時までの時間軸の中で学生を評価している。この医学部独自の評価と共用試験の評価を組み合わせ、学生一人ひとりが良き医師になっていくように評価を活用する必要がある。

3. ステップ II：臨床実習教育

検証

- 1) 臨床実習の学習目標：モデル・コア・カリキュラム 23 年改訂版では卒業時の到達目標として示されるようになり、今後各大学における目標設定に大きな影響を与えると推測される
- 2) 臨床実習の方略：見学型ではなく診療参加型であるべきとされているが、参加型実習（クリニカルクラークシップ）の実施は必ずしも十分ではない。問題点として、医行為基準の設定、インフォームド・コンセント取得、指導・責任体制等が指摘されている。また、臨床実習で修得した技能の評価方法や基準が明確に定められていない。
- 3) 大学附属病院の実習のみでは基本的診療能力の修得が難しく、地域医

療実習を充実させる必要があるが実施体制の整備が十分ではない。

- 4) 卒業時到達目標と卒後初期研修の到達目標に重複がみられる。

提言

- 1) 臨床実習の目標は、改訂モデル・コア・カリキュラムに沿って各大学で卒業時の到達目標を設定する。
- 2) 臨床実習は診療参加型とする。5～6年生の2年間の臨床実習期間にコアとなる診療科を選択し、指導・責任体制を明確にして実習を行う。評価として advanced OSCE を実施すべきである。
- 3) 地域基盤型医学教育 (Community-Based Medical Education) を取り入れ、大学附属病院、地域の病院、診療所、在宅での実習を組み合わせ、多様な疾患や医療について学ぶ機会を提供する
- 4) 卒前臨床実習から卒後臨床研修にいたる継続性 (一貫性) を考慮して目標の重複を回避する。

4. 医師国家試験の内容と方法の改革

検証

- 1) 医師法第9条では、医師国家試験は、医師として具有すべき知識および技能を問う、とされているが、現状では「知識」についてのみ試験されており、技能についての試験は行われていない。
- 2) 「知識」を問う問題に対応するため、6年生の一定期間、座学に多くの時間が費やされ、卒前の臨床実習と卒後臨床研修の連続性が損なわれている。
- 3) 毎回その都度、500題の新作問題が作成され、全国一斉に紙ベースで実施されている点、問題作成者と出題者が同一である点、など、試験の実施方式に改善の余地がある。

提言

- 1) 医師法第9条に立ち返り、「知識」と「技能」に対する評価としての資格試験とする。なお、評価される知識、技能、態度のレベルは、医師として卒後研修を開始するのに必要な基本的な臨床能力であり、それ以上に高度である必要はない。
- 2) 「知識」に関する問題は、医師として卒後臨床研修を開始するのに最低限必要な基本的知識を問う問題とし、共用試験合格後に行う臨床実習において習得すべき知識を中心に出题する。CBT方式を採用し、問題数は200～300問で、1～2日間で行う。
- 3) 「技能」に関する試験は、医師として卒後臨床研修を開始するのに最低限必要な基本的技能および態度を問う技能試験とし、OSCEで行う。
- 4) 試験の実施は、厚生労働省から切り離し、第三者機関で行う。受験

生は、受験後、各自の成績をもって医師免許証の申請を厚生労働省に行い、厚生労働省は、その申請に基づいて免許交付の可否を判断する。

- 5) 医師資格試験としての OSCE が、上記の第 3 者機関で実施できるようになるまでの期間は、各大学が、卒業試験として OSCE を行い、これに合格することを卒業の要件とする。
- 6) 試験の実施から免許交付の時間的流れは、OSCE を 6 年生の 11～1 月、CBT を 2 月、医師免許申請と交付を 3 月上旬～中旬とする。

第 2 章 医学部（医科大学）の卒業後における検証と提言

1. 臨床研修制度

検証

- 1) 初期臨床研修の目的は、患者の状態を把握するための情報を収集し、整理し、鑑別診断を行い、処置など対応策を策定する臨床能力を涵養することである。すなわち基本的臨床能力の開発にある。これは医学的な知識を使いこなす能力の開発であり、臨床医としての根本的な能力であると考え。この考え方をまず育成することを教育プログラムでは目標とする必要がある。
- 2) これは本格的治療以前の初期の処置法ではなく、患者にとってまず大切な鑑別診断、状況把握の能力であり、すなわち基本的臨床能力（特に目の前の患者に、まず必要な事物）を判断する能力の開発である。基本的臨床能力の判断が的確にできることがプライマリ・ケアの習得につながり、臨床実践能力の向上に役立つと考える。
- 3) 臨床医育成の中で、いつ、なにを、どのように教えていくかをグランドデザインの中で検討し、臨床教育プログラムを策定していく必要がある。その検討の後に、現在行われている初期臨床研修が本当に必要か、教育プログラムでの位置づけ、そしてそれを裏付ける理念の検討が行われるべきである。

提言

- 1) 上記の目的を達成するためには、平成 16 年度から導入された現制度の課題の整理と改善策を検討する必要がある。
- 2) 今後改訂すべきことは、
 - ① 到達目標設定の改変、
 - ② 臨床医育成のための卒前、卒後の一貫した教育課程構築、
 - ③ 初期研修で高度な判断能力、優れた鑑別診断能力を開発する

ためには広いバリエーションの疾患（軽症から重症、Common Disease から難病など）を経験することを可能にする臨床研修病院群形成についての具体的な枠組みの策定、

- ④ 研修終了者の臨床能力などを評価しつつ、制度設計を常に改善するシステムを構築すること、
- ⑤ 卒前、卒後の医師育成プログラムを充実することにより、初期臨床研修を義務でなく選択とする。これにより医学研究者の育成も促進させる。

2. 専門医・高度専門医療人養成

検証

- 1) 臨床研修終了後の研修の重要性とその意義と必要性をきちんと認識し、総合診療医を含め専門別に一定の臨床修練を受けることが必要であるが、専門医認定は学会ごとの認定であるのが現状で、様々な問題点を有している。現在第3者機関が立ち上がりその準備を進めているが、現時点で、十分機能しているとは言いがたい。
- 2) 大学附属病院での研修の目的は、高度専門医療人を養成すること、研究的視点を持つ臨床医、臨床研究者を育成することである。
- 3) 希望者は新臨床研修制度の導入以前から減少傾向にあったが、導入により減少に拍車をかけ、その養成は喫緊の課題である。

提言

- 1) 早急に日本専門医制度評価・認定機構を機能させ、専門医制度を確立するとともに、総合医の定義を早急に決定し実行する。
- 2) 研究的視点を持つ臨床医、臨床研究者を育成するために、大学を中心に地域の医療機関の医師が大学をローテートするプログラムを構築する。
- 3) そのためにも、社会人大学院制度は今後更に発展させるべき制度である。同時に、基礎医学者養成の充実を図る新たなコースの設定を図る。

3. 医学研究の将来的低迷への危惧と大学院の充実

検証

- 1) 初期臨床研修の必修化と専門医資格取得のための後期研修の活発化によって、医学部卒業生の医科系大学院進学は激減している。
- 2) 基礎系大学院の充実については、MD-PhD プログラムの構築や基礎系大学院修了者のその後の研究環境の整備と充実が必要とされているが、これらの対策は未だ不十分である。
- 3) 臨床系大学院については、研究者養成コース、高度専門医療人養成コ

ースなど目的を明確にして、それぞれにあったプログラムの提供が必要であるが、各大学の取り組みは未だ十分とはいえない。

- 4) 修士課程の設置によって、基礎医学の分野への進学者の増加による基礎研究の振興も期待されていたが、現時点でその効果はみられていない。一方で、大学院博士課程には社会人入学生の割合が大きくなり、修士課程の学生指導とあわせて大学院担当教員の負担が過重となりつつある。

提言

- 1) 基礎系大学院への進学者を増加させるために、MD-PhD コースの設置の他にも各大学に特徴ある MD 研究者養成プログラムをつくること、AO 入試などによって入学段階で研究者志向の学生を確保すること、などの取り組みを図る。
- 2) 基礎医学の研究者をめざす人材に対しては、大学院の入学金・授業料の免除、奨学金制度の拡充などの経済的支援が必要である。
- 3) 臨床系大学院では研究者養成コース、高度専門医療人養成コースなど目的を明確にして、それぞれに適切なプログラムを提供する。
- 4) 臨床系大学院の中に、臨床疫学や長期追跡研究などを目標とする臨床研究コースの設置も必要である。
- 5) 研究室での大学院生への指導体制の確立のために、大学院の専任教員を増員することが必要であり、臨床各科においても研究指導を主任務とする教員の確保を考慮すべきである。

4. 生涯教育

検証

- 1) 医学の急速な進歩、医療の高度化、複雑化、さらに医療安全に対する社会からのニーズにより、医師に求められる医療レベルは常に変化し、高度化している。
- 2) 医師免許を取得し、専門医として認定された後にも、安全かつ適正な医療を実践していくために、医師には生涯にわたる弛まぬ自己研鑽 (Life-Long Learning) が求められている。

提言

- 1) このような生涯学習のニーズに対して学部教育、卒後を一貫して医師育成のためのプログラムを提供するのは大学医学部、大学院医学研究科 (それに関連する大学院)、大学附属病院の責務である。
- 2) これにより、医師が自らの専門性の充実を図り、大学、市中病院、開業など多様な医療現場で能力を発揮し、その機能がネットワーク化さ

れて地域の医療を支えるとともに将来の医師を育成する体制整備にも繋がる。また、大学附属病院はこの地域医療ネットワークのハブとして機能することができる。

第3章 医学部（医科大学）の卒業前・後にまたがる検証と提言

1. 大学附属病院での総合診療教育体制の構築と充実

検証

- 1) 大学附属病院の「総合診療科・総合診療部」のとらえ方や機能が大学によって様々である。
- 2) 総合診療部門が一つの独立した部門・講座と位置付けられていない大学もある。

提言

- 1) 総合診療部門は、診療部門として大学附属病院に位置し、外来のみならず入院診療にも参画し、かつ教育にも関わるという存在であるべきである。
- 2) 我が国の国情に合った総合診療部門を全ての医育機関に設置することが望まれる。

2. 医学教育の国際基準とわが国の医学教育キャリア・ディベロップメント

検証

- 1) 機関認証としての大学評価は、大学基準協会、大学評価・学位授与機構、日本高等教育評価機構により行われ、我が国の医学部を持つ大学は7年周期でこの機関認証を受けている。
- 2) 医学教育に特化した分野別質保証については現在行われていない。またこの医学教育に特化した分野別質保証（プログラム評価）を行う組織も存在しない。
- 3) ECFMG は平成 35 年から医学教育の世界基準に沿った認証を受けていない医学部卒業生の受験を停止すると宣言したが、我が国の医学部でこの基準に沿った認証を受けている医学部はない。

提言

- 1) アメリカ医科大学協会と世界医学教育連盟から医学教育の基準が公表されている。わが国の医学部での教育内容をこの基準と照らし合わせる必要がある。
- 2) 医学教育に特化したプログラム評価を行う組織を作る必要がある。
- 3) 機関認証を行う認証機関が医学教育に関するプログラム評価の結果を踏まえ、大学評価を行うシステムを早急に構築しなければならない。

3. プロフェッショナリズムとキャリア・ディベロップメント

検証

- 1) 医育機関である大学医学部、大学病院には生涯教育を主要なミッションの一つとして位置づけ、体制整備をしていくことが求められているが、まだ不十分である。
- 2) 医師にはプロフェッショナリズムに力点を置くキャリア・デザインを自ら作成することが求められているが、そのような教育環境が提供されてこなかった。
- 3) これまでの女性医師の就業率を高める支援の多くはスポット施策的な女性医師支援であり、目に見える効果を得ることはできなかった。

提言

- 1) 医学教育センターのような、その施設における医学教育部門が中心になって、明確なプロフェッショナリズム教育プログラムを構築し、継続的な取り組みを推進する。
- 2) 女性医師養成には、従来の方通行的な女性医師への出産・育児支援ではなく、現実に即した利用しやすい保育施設の整備、医師全体の過重労働を軽減するためのワーク・ライフ・バランス制度を構築する。

4. 教育環境の整備

検証

- 1) 日本には医学教育の質を担保する組織として、卒前教育には米国の NBME (National Board of Medical Examiners) に相当する組織が、卒後教育に関しては米国の ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) に相当する組織がない。
- 2) 卒後教育については、初期臨床教育については、卒後臨床研修評価機

構(JCEP)が、後期専門医教育については、日本専門医制評価・認定機構(JBMS)がそれぞれ存在するが、その財政的・人的基盤は極めて脆弱である。

- 3) 日本の医学部・医科大学は平成20年度～平成23年度にかけて1298人の医学部定員増を実施したが、それに見合った教員人員増および空間的教育環境改善がなされていない。
- 4) 医学教育部門の設立が進んでいるが、教員任用が適切になされておらず、少数の教員に対する教育負担が過剰になっている。
- 5) 教員の教育能力開発(Faculty Development)はある程度普及しているもののその体系的な実施は不十分である。教育担当事務職員の研修(Staff Development)はその緒についてばかりである。

提言

- 1) 卒前教育改革については、医師国家試験改革は避けては通れない。医師国家試験の結果を検証し継続的な改善を行うためには、米国のNBMEに相当する組織がぜひとも必要である。
- 2) 卒後初期臨床教育と後期専門医教育について、米国のACGMEに相当する組織が是非とも必要である。
- 3) 医学部定員増に見合う、教員と教育設備の一層の充実が望まれる。
- 4) 医学教育部門では、①エフォートの比率を明確にした兼任教員を増やす、②体系的なFDを構築する(例:全ての教員に対するFDの義務化)、③教育担当の事務職研修の実施ないしはその斡旋を行う。

5. 医学部(医科大学)新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧

検証

- 1) 医療崩壊は単なる医師不足だけではなく、地域偏在、診療科偏在、過酷な勤務環境など複雑な要因が関与している。
- 2) 平成20年以降、既存の医学部(医科大学)は1298名の定員増を行っており、定員100名の医学部を12～3大学新設したと同じ効果を持っている。
- 3) 今回の定員増により、医師数は平成44年にはOECD加盟30か国の平

均医師数に達し、その後はこれを凌駕して増え続けることが予測される。

- 4) 教育体制の確保には、優秀な教員と十分な設備が必要である。医学部が新設されれば地域の医師が教員として採用され、医師不足は深刻化し地域医療が壊滅的な打撃を受けることが危惧される。
- 5) 18歳人口が急激に減少する中、医学部入学定員を増やすことにより学生の質の低下が危惧される。

提言

- 1) すでに、既存の医学部では定員増を行っており、当面はこの定員を維持し、将来の医師需給状況を見ながら定員のあり方を柔軟に考えるべきである。
- 2) 医学部の新設に対しては慎重な対応が望まれる。
- 3) 医師の地域偏在と診療科偏在に対しては、各大学は夫々の地域で、地域の基幹病院と連携して、地域単位で医師の養成を図る仕組みを作るべきである；地域枠入学者の拡充、奨学金と連動した地域卒後研修、専門分野別医師の定員制など。

本グランドデザインの中で引用されている主要文献

1. 「医師養成のためのグランドデザイン；全国医学部長病院長会議からの提言」 全国医学部長病院長会議発行平成 19 年 9 月
2. 「平成 21 年度医学教育カリキュラムの現状」 全国医学部長病院長会議発行
3. 「わが国の大学医学部(医科大学)白書 2009」 全国医学部長病院長会議平成 21 年 5 月発行
4. 中央教育審議会「学士課程教育の構築に向けて（答申）」平成 20 年 12 月 24 日
5. 「モデル・コア・カリキュラム 23 年改訂版」 平成 23 年 3 月提示
6. 平成 18 年度医道審議会医師分科会・医師臨床研修部会資料
7. 平成 20 年度厚生労働省科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「試験問題プール制の推進等国家試験の改善に係る研究」分担研究「OSCE の実施に関する研究」報告書（研究分担者：畑尾正彦、伴信太郎）
8. 「地域医療支援センター（仮称）」平成 22 年厚生労働省から提案
9. 「提言 医師養成過程におけるプロフェッショナリズム教育の導入と具体化について」．第 16 期 倫理・プロフェッショナリズム委員会：日本医学教育学会
10. ACP 日本支部の翻訳 <http://acp.jc.naika.or.jp/jpnchap/Pro.html>
11. 「医学生の実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示」臨床実習検討委員会、厚生省健康政策局、平成 3 年 5 月 13 日

『医師養成の現状の検証と改革改善のためのグランドデザイン』（素案まとめ）

全国医学部長病院長会議は、平成19年度に引き続き『医師偏在に伴う地域医療崩壊と医学教育、医師養成、医療のグローバル化に全国医学部長病院長会議はいかに対応すべきか』という視点のもとに我が国の医療と医師養成システムの現状の検証と提言を行った。

第1章 医学部（医科大学）の卒業前における検証と提言

1. 入学者選抜

各大学は、医師の地域偏在、診療科偏在に対し、入学時の地域枠、地域枠奨学金、卒前教育での地域医療実習、臨床研修での地域医療研修等の対策を講じている。しかし、現在行われている対策のほかに、卒前教育において医師偏在問題の現状を周知させ、卒後進路について考える機会を提供するだけでなく、入学試験においても、医師としての社会的責任を認識している受験生を選択的に選抜する方策を考案し、実施すべきである。

2. ステップ I：臨床実習前教育

従来、医学部では問題を抱えた学生への支援や、学生へのキャリア・デザイン支援が十分ではなかった。医学部教育の中に学生が医療者として適切な行動が取れることを低学年から高学年でのカリキュラム、臨床実習に取り入れなければならない。

3. ステップ II：臨床実習教育

臨床実習の方略は見学型ではなく診療参加型であるべきだが、医行為基準の設定、指導・責任体制等が不備であり、更に臨床実習で修得した技能の評価方法や基準が明確に定められていない。卒業時の到達目標を設定し、その中に地域基盤型医学教育を取り入れ、最終評価として advanced OSCE を実施すべきである。

4. 医師国家試験の内容と方法の改革

卒前教育改革には、医師国家試験改革は避けては通れない。医師法第9条では、「医師国家試験は、医師として具有すべき知識および技能を問う」とされているが、技能の試験は行われていない。国家試験は卒後研修を開始するのに必要な基本的な臨床能力に対する「知識」と「技能」評価の資格試験とする。「知識」試験は、共用試験合格後に行う臨床実習において習得すべき知識を中心に問題数200～300問のCBT方式、「技能」試験は、OSCEで行う。試験実施は、厚生労働省から切り離し、第三者機関で行う。試験の実施から免許交付の時間的流れは、OSCEを6年生の11～1月、CBTを2月、医師免許申請と交付を3月上旬～中旬とする。

第2章 医学部（医科大学）の卒業後における検証と提言

1. 臨床研修制度

初期臨床研修の目的は、患者の状態を把握するための情報を収集し、整理し、鑑別診断を行い、処置など対応策を策定する臨床能力を涵養する基本的臨床能力の開発である。現制度の課題の整理と改善策を検討する必要がある（到達目標設定の改変、臨床医育成のための卒前、卒後の一貫した教育課程構築、広いバリエーションの疾患を経験することを可能にする臨床研修病院群の形成、初期臨床研修を義務でなく選択とする等）。

2. 専門医・高度専門医療人養成

臨床研修終了後の研修の重要性とその意義と必要性をきちんと認識し、専門別に一定の臨床修練を受けることが必要であるが、専門医認定は学会ごとの認定であるのが現状で、様々な問題点を有している。専門医制度を体系化・確立するとともに、研究的視点を持つ臨床医、臨床研究者を育成するためのプログラムを構築すべきである。

3. 医学研究の将来的低迷への危惧と大学院の充実

初期臨床研修の必修化と専門医資格取得のための後期研修の活発化によって、医学部卒業生の医科系大学院進学は激減している。多面的多角的改善策が必要である（MD 研究者養成プログラム作成、入学段階で研究者志向の学生確保、大学院の入学金・授業料の支援、奨学金制度の拡充、臨床系研究者養成コースの設置、大学院の専任教員を増員等）。

4. 生涯教育

安全かつ適正な医療を実践していくために、医師には生涯にわたる弛まぬ自己研鑽（Life-Long Learning）が求められている。学部・卒後教育を一貫させ生涯学習プログラムを提供するのは大学医学部、大学院医学研究科、大学附属病院の責務である。

第3章 医学部（医科大学）の卒業前・後にまたがる検証と提言

1. 大学附属病院での総合診療教育体制の構築と充実

大学附属病院での「総合診療科・総合診療部」のとらえ方や機能が大学によって様々であるので、診療と教育に直接関わる部門として確立すべきである。

2. 医学教育の国際基準とわが国の医学教育キャリア・ディベロップメント

わが国では医学教育に特化した分野別質保証については現在行われていない。ECFMG は平成 35 年から医学教育の世界基準に沿った認証を受けていない医学部卒業生の受験を停止すると宣言した。早急にわが国の医学部での教育内容を国際基準と照らし合わせ、医学教育に特化したプログラム評価を行う必要がある。

3. プロフェッショナリズムとキャリア・ディベロップメント

今迄の女性医師養成は就業率を高める支援の多くはスポット施策的な女性医師支援であった。一方通時的な女性医師への出産・育児支援ではなく、現実に即した保育施設の整備、医師全体の過重労働を軽減するためのワーク・ライフ・バランス制度を構築すべきである。

4. 教育環境の整備

日本には医学教育の質を担保する組織がない。平成 20 年度から 1298 人の医学部定員増を実施されたが、それに見合った教員人員増および空間的教育環境改善がなされていない。

5. 医学部（医科大学）新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧

医療崩壊は単なる医師不足だけではなく、地域偏在、診療科偏在、過酷な勤務環境など複雑な要因が関与している。平成 20 年以降の定員増は定員 100 名の医学部を 12~3 大学新設したと同じ効果を持っている。当面はこの定員を維持し、将来の医師需給状況を見ながら定員のあり方を柔軟に考えるべきである。