

四病院団体協議会
メディカルスクール検討委員会
報 告 書

—よりよい臨床医の育成を目指して—

平成20年10月

四 病 院 団 体 協 議 会
メ デ ィ カ ル ス ク ー ル 検 討 委 員 会

目 次

	ページ
1 はじめに	1
2 我が国における医学教育システムの現状と課題	1
3 医学教育システムとしてのメディカルスクール	3
4 よりよい臨床医を育てるために	5
5 提言	6
6 おわりに	7
資料	
1 委員名簿	8
2 検討経過	9
3 医師不足の現状	11
4 何故、今、メディカルスクールなのか	14
5 諸外国における医学教育システムの現状と課題	19
6 米国の医育制度について	25
7 シンガポールデューク大学分校について（視察報告）	28
8 我が国におけるメディカルスクールの検討	36

1 はじめに

現在の医師不足、医療崩壊の最前線は病院である。日本の医療の中核を担ってきた病院が今や瀕死の状態にある。どうしたら医師不足を克服することができるのか、どうしたら医療の崩壊を食い止め、医療を再生させることができるのか、その解決策が求められている。

平成16年に導入された卒後の臨床研修制度の必修化によって、大学病院で研修を行う医師は減少し、大学から医師派遣を受けている病院の医師の減少につながった。臨床研修修了者の進路選択について関心が集まっているが、大学に回帰する流れは見られない。新しい制度のもとで研修を受けた医師は、今後どのような進路選択を行っていくのだろうか。彼ら・彼女らは現在、医師不足、医療崩壊に見舞われている医療の現場にどのように加わってくれるのだろうか。彼ら・彼女らが一人前になるとき、果たして今のどのような医療体制、医療レベルは維持されているのだろうか。

こうして見ると、現在の医師不足もさることながら、将来の日本の医療を考える上で、医師育成が重要なキーワードであることは疑いがない。現状では、政府、地方自治体などあらゆるレベルで対策が取られているが、効果のある対策はほとんど見出すことができていない。1、2年の短期的な対策だけでは限界があり、むしろ、より長期的な視点、これからの医師育成のあり方を見据えることから、医師不足、医療崩壊の解決策が見えてくるのではないかと。そこで、注目したのがメディカルスクールである。

メディカルスクールは、文部科学省の21世紀医学・医療懇談会第4次報告では、「大学の学部4年間に於いて幅広い教養教育の学習を修了し卒業した者を対象として、医療に関する専門的な学修を集中的に行う」学校と説明されており、米国を中心に行われている医学教育システムである。我が国においては、米国への留学経験者が多いことなどもあり、メディカルスクールに対する関心は従来から高く、たびたび注目を浴びてきた。臨床医を育てるシステムとして比較した場合、我が国で行われている現行の6年間の医学部教育よりも優れているのではないかと考えられているからである。もし、メディカルスクールという医学教育システムが優れているのであるならば、それを導入することで、日本の医師育成をよりよいものに変えることができるのではないかと、今すぐにはないにしても、近い将来、日本の医療の問題を解決する有力な方法なのではないか。

そこで、四病院団体協議会では、専門の委員会を設置し、メディカルスクールに関する検討を行うこととした。本報告書は、この検討の結果をとりまとめたものである。

2 我が国における医学教育システムの現状と課題

健全な医療制度の維持は、国家にとって最重要課題のひとつであり、医療崩壊は、国家の存続をも揺るがしかねない問題である。そして、日本の医療が、現在、崩壊寸前のところに置かれているという事実は、残念ながら、否定できない。

現在、最も危機的状態にあるのは、臨床の最前線となる「病院医師」の不足である。医療崩壊を防ぐためには、まず、病院における実働医師の数を確保しなければならない。一人の医師を育てるために必要な時間を考慮すれば、医学部定員増は緊急対策とは成り得ない。その反面、恒久的な医師の供給という観点から見れば、「医師の総数」が「実働医師の数」に大きな影響を与えることも否定できない。

恒久的に適切な医師の供給を確保するためには、二つの要素を同時に考慮しなければならない。それは、「適切な医師の総数の確保」と「適切な医師の分布の確保」である。我が国の医療制度が抱えている最大の問題点は、医師の分布を適切に制御するシステムの欠如である。それは、「適切な専門医制度」の欠如に他ならない。

適切な医療制度とは、よき臨床医を育てる制度の確保から始まる。それは、よき医療を施したいと願う人間を医学部に入れ、医師となるための基礎学問を修得させた後に、臨床医としての実践教育を継続するというものである。医学部を卒業し医師免許を取得するという過程は、「資格試験に合格する」とことは、根本的に違っている。言い換えれば、医師免許を取得することで臨床医教育が終わり、その後は、生涯、臨床医として一人前と認められるというものではない。医師の国家試験と医師免許の交付は、それまで連続して行われてきた「初期医学教育」の「修了証」であり、臨床医教育とは、そこから始まるものである。

臨床医教育で最も大切な部分は、卒後研修である。医学部で医学の基本を学んだ者が、医療という実践科学の一人前の施行者となるために受ける訓練の場が、卒後研修なのである。従って、臨床医の育成に関する限り、「医学部教育」と「卒後研修」とは切り離して語ることはできない。

医学は日々進歩している。従って、医学実践である医療もまた、日々、変化を続けている。それはまた、卒後研修によって一人前の臨床医となった医師であっても、現場の医師としての能力を維持するためには、研修を継続する必要があることを意味する。それが、生涯教育と呼ばれるものである。

医学部教育、卒後研修、そして、生涯教育とは、適切な医療制度を維持するための必須事項である。そして、ここでのキーワードは「一貫性」である。医学部教育、卒後研修、生涯教育とは、一連の教育課程であり、どれ一つとして切り離して語るができない。

臨床教育制度における先進国である米国では、この、医療における一貫性教育を、全国的に展開している。言い換えれば、どの医学部を卒業し、どの卒後研修を受け、どこで生涯教育を受けようとも、「一貫性」が維持される制度が確立されているのである。それには、それぞれの医学部での教育レベル、それぞれの卒後研修の教育レベル、そして、それぞれの生涯教育の教育レベルが、すべて、一定水準を満たすことの保証が成されていることが必須となる。

我が国では、平成16年に新しい卒後臨床研修制度が始まった。それは、インターン制度が廃止されて以来36年ぶりの抜本的な改革であった。診療に従事しようとするすべての医師は、この臨床研修を受けなければならないこととされ、適切な指導体制の下

で、医師としての人格をかん養し、プライマリ・ケアを中心に幅広く医師として必要な診療能力を効果的に身に付けることを目的として開始された。このような改革が行われたのは、卒後研修の教育レベルを一定水準に保つために他ならない。

新しい臨床研修制度の導入により、大学病院で研修を受ける研修医の割合は、70%程度から50%程度へと大きく低下した。大学病院の研修医不足が医師不足を引き起こし、市中病院に派遣していた医師を大学病院へ働き手として引き戻すことを余儀なくされた。また、大学病院からの医師派遣によって維持されていた病院は大きな影響を受けた。そのため、新しい臨床研修制度は医師不足の誘因となったことは否定できない。

しかし、新しい制度の導入は、卒後研修の教育レベルを一定水準に保ち、よりよい臨床医を育てるための試みであった。したがって、その方向性に間違いはない。現状を振り返ってみるならば、新しい卒後臨床研修制度は、医学部教育のあり方、卒後研修修了後の専門医教育、さらには専門医の生涯教育など、現行の医学教育システムの問題を改めて浮き彫りにしていると言わざるを得ない。

現状では、医学部教育では一定水準の教育レベルが保たれており、かつ、医師国家試験という統一試験によって、その基準の達成が目に見えるものとして管理されている。卒後の2年間の臨床研修も、前述のとおり、一定水準に保たれている。しかし、臨床医教育の一貫性という観点で見ると、それは、臨床研修修了時点で断絶している。だからこそ、臨床研修制度を大学病院を中心に研修を行うような旧来の制度に戻そうとする意見が出てくる余地がある。しかし、重要なのは、よい臨床医を育てるためにシステムとして有効なのか、医師が生涯を通して能力を維持するという一貫性が維持されるのかという視点である。

現状では、卒後研修を修了したあと、よい臨床医となるためのプロセスは、残念ながら、個々の医師の良心と、その自主的な努力に頼らざるを得ない制度となっている。日本における専門医制度には多くの問題が存在し、すべての卒後研修において一定の教育レベルが保障されているとは言い難い。生涯教育に至っては、保証制度は存在しないと断言しても過言ではない。したがって、臨床研修制度のみに手を加えても、根本的な問題は望みがたい。必要なのは、「一貫性」が維持される制度の確立である。

3 医学教育システムとしてのメディカルスクール

メディカルスクールは、米国では126校、カナダには18校ある。中には、ブラウン大学のように、わが国と同様の高等学校卒業後6年間の医学教育課程を併設している大学や、カナダのマクマスター大学のように、3年間で卒業できる課程の大学もあり、医師養成カリキュラムは、わが国ではみられないような柔軟性が認められる。ちなみに、ブラウン大学は、最近になって、6年制コースを廃止したとのことで、現在は、米国の医師養成課程のほぼすべてがメディカルスクールといってよい。

メディカルスクールへの入学は、大学の成績と全米規模で行われる学科試験（Medical

College Admission Test : MCAT) の成績、推薦状、そして長時間にわたる面接などの結果を総合して判断される。したがって、米国の最年少の医学生は 22 歳であるが、実際は、4 年制の大学を卒業した後、1～3 年の社会経験を積んで医師になりたいという強い動機を有する者が選抜されるため、入学時の平均年齢は 23～24 歳である。そうして、2 年間の学科教育と 2 年間の臨床実習（クリニカル・クラークシップ）を受けることになる。最近の約 40 年間の動向を見ると、わが国の医学部に比べて、北米のメディカルスクールでは、新たな医学教育カリキュラムがダイナミックに、“実験的に”と言ってもよいほど、大胆に試みられ、検証されているようである。そのような入学選抜・教育課程を経て養成された医師の平均像をわが国の医師の平均像に比較すると、臨床医としての強い動機付けがなされており、コミュニケーション能力に優れ、広い教養を有する優れた臨床医ということになろう。

北米、とくに米国でのメディカルスクールの特徴の一つが、病院での優れた臨床医を養成することに重点が置かれていることである。そもそもメディカルスクールの設立が、病院への附設という形でなされ、優れた臨床医の養成が唯一最大の目的である大学が少なくない。1972 年にメディカルスクールを附設したメイヨー・クリニック、2004 年のクリーブランド・クリニック、明年（2009 年）開設予定のタフツ大学との協同によるメイン・メディカル・センターなどはその典型である。この点において、ドイツ医学の影響を受け、学問としての医学を学ぶ大学がまず先にあって、医学を研究的に応用する場としての病院が附設されてきたわが国と、病院がまず先にあって、そこで働く臨床医を養成するために大学を併設してきた英国や米国では、医療と医学の教育に対する根本的な考え方・態度が大きく異なることもやむをえない。同時に、北米のメディカルスクールは大学院レベルでの専門職業人養成課程であるため、医学教育を終えた後に博士号を取る必要がなく、したがって、キャリアの一時期、若い医師が大挙して基礎医学研究を行うという現象は見られない。

過去 60 年以上にわたって、北米、とくに米国に留学した日本人医師は膨大な数にのぼるはずである。しかしながら、現在、わが国の医療界で強い発言力を持つ医師の大多数は、基礎医学の研究者として留学しており、臨床医として北米の病院で研修し勤務したことがある者は圧倒的に少ない。つまり、臨床の現場で、北米の多くの医師の実力を知り、その理由が医師養成システムの違いに根ざすことを肌身を持って（言葉でうまく表せない部分を含んで）経験した者が少ないことが、メディカルスクール論議の障害の一つになっているように思われる。

高校卒業生の中から選抜された医学生に 6 年間の教育を行うというわが国と同様の医師養成課程のみを有していた国々のうち、1990 年代以降、北米型のメディカルスクールを設置するところが次々とでてきた。1990 年代初頭から始まったオーストラリアでのメディカルスクール化（すでに半数以上の医学部がメディカルスクールに改変）、韓国での数年以内に完了する全医学部のメディカルスクール化、2007 年に開校したシンガポールのメディカルスクールなど、アジア・オセアニアに限っても動きは急である。

4 よりよい臨床医を育てるために

よい臨床医を育てることの先には、医療の質を保証する厳格な専門医制度の確立がある。先ごろ、日本学術会議において、10年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了することが必要であるとの意見に集約され、「要望」として提出されている。医学部入学を「入口」とすれば、専門医制度は「出口」と言える。つまり、専門医制度の確立は「出口」でのクオリティ・コントロールに他ならないが、すでに日本学術会議においてはその必要性と実現を打ち出している。

前述のとおり、医学部教育、卒後臨床研修は、現在、一定水準に保たれている。しかし、医学部教育、卒後研修、生涯教育が一連の教育課程であり、どれ一つとして切り離しては単独では機能しえないことを考えるならば、専門医制度の確立という新しい働きかけは、それ以前の医学部教育、卒後臨床研修にも当然影響を与えるものであり、現行のままでもいいということにはならない。「出口」でのクオリティ・コントロールに新たな制度変更が加えられるのであれば、当然、「入口」におけるクオリティ・コントロールについても、それに呼応したシステムの変化で対応することが必要である。

現在、医師不足に対応するため、医学部の定員増加が図られようとしている。病院医師の不足は危機的状態にあり、医師の総数を増やすことは欠かせない。一方で、現状の医学部教育、卒後臨床研修のまま、医師の総数を増やすことは、そのまま、病院医師の増加にはつながらない。医学部の定員増加を、単なる医師の増加ではなく、日本の医療の中核を担う病院の医師を増やすことにつなげるためには、従来の医学部教育、卒後臨床研修に対して見直しが必要である。その中でも特に重要なのは、よりよい臨床医を増やすということにおける医学部教育と卒後臨床研修との一貫性の確保である。この鍵になるのが医学教育システムとしてのメディカルスクールの導入である。

メディカルスクールは、従来の医学部教育と比較すると次のような点が優れていると考えられる。

1. より優れた臨床医が養成される可能性が高い

- ① 我が国では、単に成績が良いからという理由で、親や高校の教師に勧められて、18歳で医学部に入学する者が少なくない。それに比べて、メディカルスクールでは、22歳以降に入学するため、医療への献身的な心構えを持った学生が入学する。つまり、医師になることに強く動機付けされた学生が多くなり、より優れた臨床医が養成される可能性が高くなる。
- ② 大学（少なくとも4年間）で医学以外の学問（科学、人文科学）に触れ、すでに幅広い教養が身に付いている者が入学する。幅広い教養は、優れた臨床医に不可欠の素養である。
- ③ 22歳以降に入学することから、人間的に成熟している学生（より「おとな」の学生）を対象に教育することが可能となる。人間的な成熟は、優れた臨床医に不可欠である。

2. 効率的で質の高い医学教育が可能になる

- ① メディカルスクールでは、高校卒業後の学生を対象にする6年制の場合の教養教育が不要なため、短期間で医学教育を修了できる。
- ② メディカルスクールでは、すでに4年間の大学教育で幅広い基礎学力をつけている学生が対象となることから、質の高い斬新な教育方略を導入することが可能となる。

5 提言

我々は、我が国に次のような形でメディカルスクールを導入することを提言する。

1. 4年間の大学教育課程修了者（学士）の中から、良き臨床医になりたいという強い意欲と一定レベル以上の学力を有する者を選抜し、4年間の医学教育を行う大学院レベルの医師養成機関（メディカルスクール）を創設する。
2. 卒後臨床研修で高い評価を受けている病院を母体とする。
3. 北米のメディカルスクールで採用されているカリキュラムを参考に、さまざまな教育背景を有する学士の特性を最大限生かした質の高いカリキュラムを採用する。

なお、メディカルスクールの導入は全国一律に行う必要はない。むしろ、そのような考え方で導入は危険ですらある。近年、メディカルスクールを導入した国においても、一律に導入するというやり方はとられてはいない。世界的にも、すでに前例がある取り組みである。ここはむしろ腰を据えて医学教育のアウトカムを客観的に比較・検証しながら行うことが肝要である。よりよい臨床医を育成するための日本に適したシステムの確立につながらなければならない。

また、メディカルスクールの導入のためには、現行の法制度の改正が不可欠である。6年間の医学教育を受けた者が医師国家試験を受けることができるという医師法、それにカリキュラムのあり方を規定している学校教育法である。今後、メディカルスクール導入の必要性について理解が広がり、医療関係者のみならず国民からも支持を得ることが必要である。

6 おわりに

既存の医学教育が医学部を中心とする考え方から作り上げられたシステムだとすれば、ここに示したメディカルスクール構想は、臨床現場のニーズから出発し、現場における臨床教育を中心として作り上げる医学教育システムの提唱である。ある意味、従来の考え方とは正反対の発想に立つシステム構築であるが、近代科学が実証した「複雑系」の扱い方としては、最も適した方法論といえる。

卒後研修から遡って医学部教育を構築することは、良き臨床医を育てるための必要条件である「医学部教育と卒後教育との一貫性」を保証することになる。かつ、4年制大学卒業生を対象とした4年制の大学であることから、最短時間での医師養成システムともなる。

また、基礎医学の教授陣を既存の医学部からの特任教授として募ることは、メディカルスクール運営上の経費負担を軽減する目的もあるが、基礎医学教育と基礎医学研究の実践を個々の大学の枠という制約から切り離すことにより、より自由な環境に置くという目的もある。これは、既存大学の基礎教授陣の活動に、更なる自由度を与えるという効果があるばかりでなく、メディカルスクールの医学生が、それぞれの志向に基づいて、基礎研究に進む場合の選択の幅を、劇的に増すことにもつながる。

ここに掲げたメディカルスクール構想は、既存の医学部定員の増加では適切な医師の増員対策とはならないジレンマに置かれた日本の医療が、その危機的状態を打破するために実践可能な、切り札である。

四病院団体協議会メディカルスクール検討委員会 委員名簿

委員

- | | | |
|------|----|------------------|
| 堺 | 常雄 | 社団法人日本病院会副会長 |
| 西澤 | 寛俊 | 社団法人全日本病院協会会長 |
| 日野 | 頌三 | 社団法人日本医療法人協会副会長 |
| ○ 山崎 | 學 | 社団法人日本精神科病院協会副会長 |

(○ : 委員長)

協力委員

- | | | |
|----|----|----------------------|
| 中田 | 力 | 新潟大学脳研究所統合脳機能研究センター長 |
| 福井 | 次矢 | 聖路加国際病院院長 |
| 本田 | 宏 | 済生会栗橋病院副院長 |
| 金村 | 政輝 | 東北大学病院総合診療部講師 |

四病院団体協議会メディカルスクール検討委員会 検討経過

平成 19 年 8 月 22 日

四病院団体協議会総合部会に日本精神科病院協会から医育制度としてのメディカルスクール制度検討提案され、各病院団体から委員を推薦し、メディカルスクールの検討を行うことが了承された。

平成 19 年 9 月 19 日

日本病院協会 堺常雄副会長、医療法人協会 豊田堯会長、全日本病院協会 西澤寛俊会長、日本精神科病院協会 山崎學副会長が参加し、第 1 回メディカルスクール検討準備会が発足し、メディカルスクールの必要性の是非、外部委員を含めた委員構成、委員会の今後の進め方について討論をした。その結果メディカルスクールについて共通の知識を習得し、外部有識者を含めて検討を進めていくことになった。

平成 19 年 10 月 24 日

第 2 回メディカルスクール検討準備会が開催され、外部委員として新潟大学脳研究所・統合脳機能研究センター中田力教授、聖路加国際病院福井次矢院長、済生会栗橋病院本田宏副院長、東北大学地域医療システム金村政輝准教授に加わって頂くことになった。

平成 19 年 12 月 12 日

第 1 回メディカルスクール検討委員会が発足し、中田力委員から「アメリカの医育教育制度の現状と課題について講演を頂き、講演後意見交換が行われた。

平成 19 年 1 月 14 日

第 2 回メディカルスクール検討委員会が行われ、豊田堯委員から日野頌三医療法人協会副会長に委員の交代があり、第 1 回に引き続いて中田力委員から「アメリカの医育制度の現状と課題（臨床編）」について講演を頂き、討論が行われた。

平成 20 年 2 月 28 日

第 3 回メディカルスクール検討委員会を行い、国立療養所多磨全生園松谷有希雄園長から医育制度の現状と将来の展望について講演を頂き、メディカルスクールについての意見交換をした。また中田委員から 2007 年にシンガポール政府が資金拠出してシンガポールに米国デューク大学シンガポール校が開設されたことが紹介され、検討会で視察を行うことになった。

平成 20 年 4 月 23 日～24 日

中田委員、山崎委員が Duke University、Graduate Medical School Singapore (Duke-NUS) の視察を行った。

平成 20 年 5 月 22 日

第 4 回メディカルスクール検討委員会を行い、シンガポール視察報告が行われ、今後の中間取り纏めについての討論が行われた。

平成 20 年 6 月 26 日

第 5 回メディカルスクール検討委員会を行い、委員から提出された原稿を検討し、次回委員会で最終報告書案を作成することとした。

平成 20 年 7 月 24 日

第 6 回メディカルスクール検討委員会で、最終報告書案の検討を行った。

医師不足の現状

医師不足の実態；医師増員が必要な理由

日本は低医療費政策（1983年の医療費亡国論がその象徴）を実現するため、長年にわたって意図的に医師養成数を抑制してきた。その結果現在では以下のような事態が発生している。すでに世界一の高齢化社会の日本は近い将来団塊の世代の高齢化で世界が経験したことがない超高齢化社会に突入し、爆発的に医療需要が増大することは必至だ。今すぐにも医師増員を実行することが、日本の医療崩壊を防ぎ、日本の国民の命の安全保障を守るために必要最低条件である。

結論

人口当たり医師数がグローバルスタンダードと大きく乖離

医師（特に勤務医）の労働環境の悪化

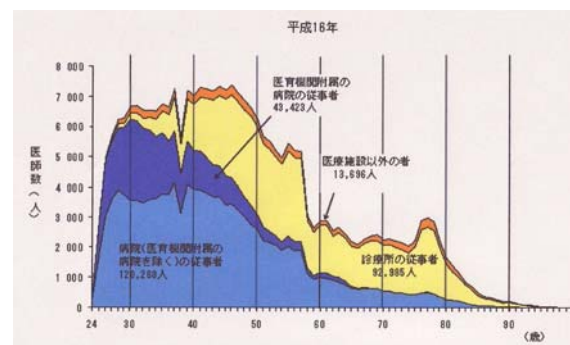
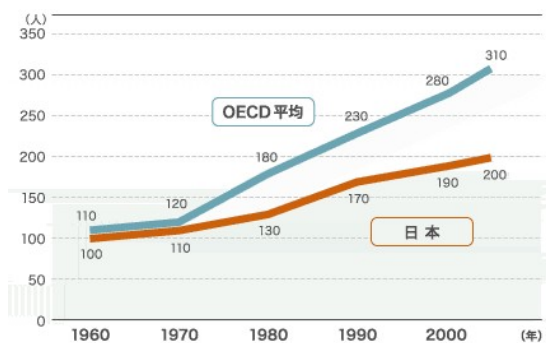
医療の質の担保（専門医やベッド数あたり医師数不足）が困難

医療崩壊を食止めるための必要最低条件

解説

人口当たり医師数がグローバルスタンダードと大きく乖離

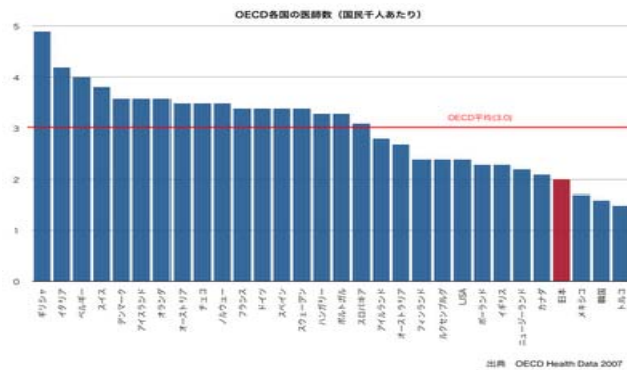
日本是世界一の高齢化社会にもかかわらず、人口当たり医師数は世界 63 位で OECD 加盟約 30 カ国中でも最も下位のグループに属している。また日本の医師数のカウントには公務員や一般企業では退職となる 65 歳以上も含まれてカウントされているのが大きな問題（医師の労働時間調査に 80 歳以上まで含まれていることに注意）。



施設の種別にみた医師数（年齢別）のグラフ

平成 16（2004）年 12 月 31 日現在

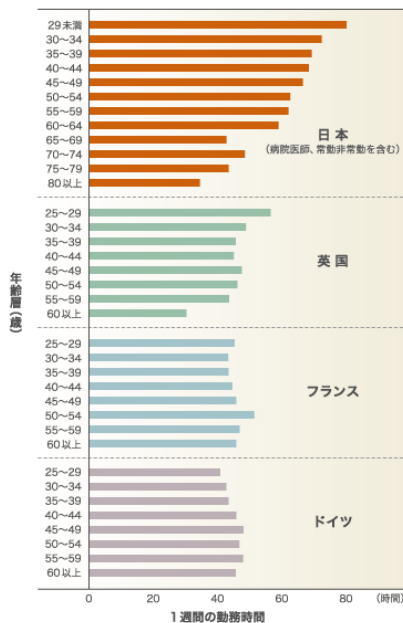
厚生省H.P. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/04/kekka1-2-4.html>



「OECD 各国の医師数（国民千人あたり）2004 年」 出典 OECD HEALTH DATA 2007

医師（特に勤務医）の労働環境の悪化

日本の医師（特に勤務医）の多くは当直明けも取れず、過重労働を行っている。医療の安全性を担保するため、さらに質の担保のために生涯教育を充実させる意味でも劣悪な労働環境改善は必要である。なおこのグラフから他の国の医師には定年があって引退しているのに対し、日本の医師が高齢となるまで働いて、医師不足をささえていることが読み取れる。



日本：国立保健医療科学院タイムスタディ、英国、フランス、ドイツ：OECDデータ

医療の質の担保（専門医やベッド数あたり医師数不足）が困難

日本のベッド当たり医師数が少ないことは周知の事実。医療の高度化を支えるためには医師の増員と専門性の向上も必要最低条件。さらに日本では実は医師数不足に加えて、医師や看護師を支えるコメディカルスタッフも極端に少なく、たとえ現場で医療秘書等を増員しようと希望しても赤字がこれを困難にしている。つまり極端に医師が少ないうえに、

医師が事務作業に加えて本来は他職種が分担できる業務まで行わざるを得ないのが大きな問題となっている。

病院が消える 苦悩する医者への告白 高岡善人 講談社より改編

病院名	ボストン S.E 病院	日本 S 国立病院	済生会栗橋病院
	1992	1992	2001
ベッド	350 床	310 床	310 床
職員	2011 人	200 人	474 (44) 人
職員／ベッド	5.7 倍	0.6 倍	1.5 倍
医師	371 (296) 人	39 (16) 人	47 (4) 人
看護師	620 (100) 人	85 人	239 (28) 人
看護助手	64 人	15 人	30 「30」 人
栄養士	120 人	7 人	4 人
レジデント	113 人	0 人	5 人
秘書	90 人	0 人	5 人
ハウスキーパー	75 人	0 人	34 「34」 人
患者運搬専任係	17 人	0 人	0 人
その他	541 人	54 人	198 (12) 「20」 人
	() 非常勤数		「 」 外注委託

医療崩壊を食止めるための必要最低条件

日本と同様に医療費と医師数を抑制して医療が崩壊した英国では、ブレア政権になってから医師数は 50% 増加、医療費も GDP 当たり 10% を目標に増額している。米国は日本より人口当たり医師数が多いが将来の高齢化にそなえて医師数 30% 増が提言されている。医師増、医療費増に方針を大きく転換した英国では、いったん崩壊した現場の医療従事者の士気が回復しにくいことが問題となっている。日本も他国に学び同じ轍を踏まぬように、医師増員と医療費増に踏み切る時だ。

まとめ

日本はすでに世界一の高齢化社会、そして団塊の世代の高齢化を目前に控えている。日本は世界からいかにこの超高齢化社会を乗り切るか、今後の政策を注目されていることを忘れてはならない。大幅に医師と医療費を増やして、医療費亡国論から医療立国論への発想の転換が求められているのだ。

何故、今、メディカルスクールなのか

はじめに

医療危機が叫ばれてから久しい。実際のところ、日本の医療はかなり危ない状態にある。健全な医療制度の維持は、国家にとって最重要課題のひとつであり、医療崩壊は、国家の存続をも揺るがしかねない問題である。そして、日本の医療が、現在、崩壊寸前のところに置かれているという事実は、残念ながら、否定できない。

健全なる生活は、すべての人間に保障された権利である。医療には、与える側と受ける側という区別は、本来存在しない。たとえ、現在医療を施す側にいる人間であったとしても、すべて、やがて医療の恩恵を受ける側に立つことになる。たからこそ、医療現場とは、国民が作って、国民が守るべき、すべての国民にとって重要な場所なのである。

医療問題を語る時、そこには、利害関係を争う人間やグループが中心となることは適切ではない。医療は全ての国民のものであり、特定の団体同士が占有的に議論する問題ではないのである。国民として、自分たちの持っている経済力から、いったいどれだけの経費をかけるかを決め、志を持った有能な医師を育て、お互いが信頼できる医療実践の場を作り出せば良いのである。心ある日本の人々が真剣に取り組めば、実現できないわけがない。

様々な問題事象の背景には、常に複雑に関係した原因群が存在している。医療も例外ではなく、現在の危機的状態を招いた原因も多彩である。問題は、これまで、目に見える一つ一つの問題に対症療法的な対策を施すことを繰り返してきたことにより、更に、問題を悪化させてしまっていることにある。医療が複雑系に属することの認識を欠き、非線形行動を基本とする複雑系に対する適切な対処法を怠ったことにより、必然的に生み出された結果である。

負のスパイラルに落ち込む寸前のところまで来ているわが国の医療を正しい方向に向かわせるための対策はあるのだろうか 2008年6月27日、その原案は、日本学術会議によって取りまとめられ、要望「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—」として公表された（以下、「要望」と記載する）[1]。今、日本が採るべき道筋が示されたのである。それは、本委員会で議論を続けてきた、メディカルスクール構想とも呼応する。

本委員会では、上述した「要望」にも取り上げられている「適切な医師の育成問題」に焦点を当て、日本におけるメディカルスクールの在り方について、真剣な議論を重ねてきた。ここに、その提言を纏めることとする。

恒久的、かつ、適切な医師の供給とは 何が問題なのか

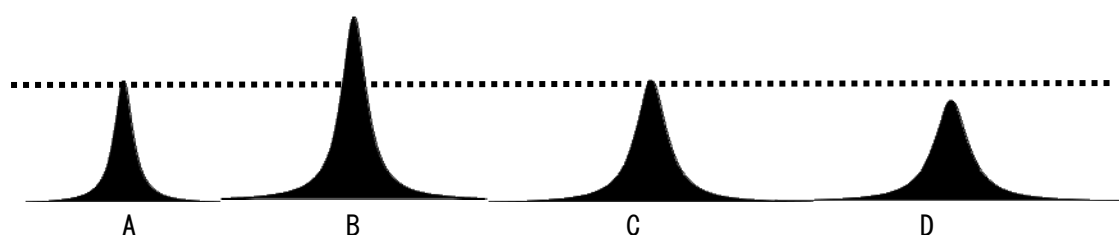
さまざまな分野で、医師不足が指摘されている。一般に、この医師不足とは医師の絶対数の不足であり医学部の定員を増やすことで解決できる、との風潮がある。しかし、問題はそれほど単純ではない。医学部の定員を増やすことで増加するのは医籍登録された医師

の数であり、日本では、その数が実際に現場で臨床に携わっている医師と必ずしも一致しないのである。

現在、最も危機的状態にあるのは、臨床の最前線となる「病院医師」の不足である。医療崩壊を防ぐためには、まず、病院における実働医師の数を確保しなければならない。その対策に関しては、「要望」に詳しく記載されており、ここでは重複を避けるが、一人の医師を育てるために必要な時間（医学部で6年＋卒後研修2-6年）を考慮すれば、医学部定員増が、今そこにある危機を回避するための緊急対策とは成り得ないことも、明白である。

その反面、恒久的な医師の供給という観点から見れば、「医師の総数」が「実働医師の数」に大きな影響を与えることも否定できない。極端な単純化を許されるならば、その効果は、以下のように示すことができる。

医師の分布を正規分布で表したとする。このとき、医師の総数は、正規分布内の面積（黒く塗りつぶされた部分）で表されることになる。分布が、典型的な病院医師を中心とした分布だとすれば、病院医師の数の変動は、正規分布の高さで表されることとなる。



現在の状態をAとして、病院医師の数（高さ）を点線で表す。医師の分布状態（正規分布の幅）に変化がないとすれば、医師の総数（面積）を増やす作業は、病院医師（高さ）の増加を生む（B）。しかし、医師の総数（面積）を増やしても、分布に変化があれば（幅が広がれば）、病院医師（高さ）が増えるとは限らない（C）、むしろ、総数（面積）が増えても、病院医師（高さ）が減ることもあり得る（D）。

ここから理解されることは、恒久的に適切な医師の供給を確保するためには、二つの要素を同時に考慮しなければならないことである。つまりは、「適切な医師の総数の確保」と「適切な医師の分布の確保」である。「要望」に明記されたように、日本の医療制度が抱えている最大の問題点は、医師の分布を適切に制御するシステムの欠如である。それは、「適切な専門医制度」の欠如に他ならない（詳細は「要望」を参照のこと）。

「要望」で明記された医療制度改革の要綱に政府・行政が適切に対応し、適切な専門医制度に向けての活動が開始されたと仮定して、言い換えれば、「適切な医師の分布の確保」の保証がなされ、医師の総数を増やしたときに、図C、Dのような状態にならないことが保証されたと仮定して、次に問題となるものが、適切な医師の総数をどのように確保するかである。図Aから図Bへの移行がスムーズに行われることが、日本の医療危機を救う、最も効果的な方法論だからである。

良き臨床医の育成法とは

適切な医療制度とは、良き臨床医を育てる制度の確保から始まる。それは、良き医療を施したいと願う人間を医学部に入れ、医師となるための基礎学問を修得させた後に、臨床医としての実践教育を継続するというものである [2]。

医学部を卒業し医師免許を取得するという過程は、「資格試験に合格する」こととは、根本的に違っている。言い換えれば、医師免許を取得することで臨床医教育が終わり、その後は、生涯、臨床医として一人前と認められるというものではないのである。極端な表現が許されるならば、医師の国家試験と医師免許の交付は、それまで連続して行われてきた「初期医学教育」の「修了証」であり、臨床医教育とは、そこから始まるものなのである。

臨床医教育で最も大切な部分は、卒後研修である。医学部で医学の基本を学んだ者が、医療という実践科学の一人前施行者となるために受ける訓練の場が、卒後研修なのである。従って、臨床医の育成に関する限り、「医学部教育」と「卒後研修」とは切り離して語ることはできない。

医学は日々進歩している。従って、医学実践である医療もまた、日々、変化を続けている。それはまた、卒後研修によって一人前の臨床医となった医師であっても、現場の医師としての能力を維持するためには、研修を継続する必要があることを意味する。それが、生涯教育と呼ばれるものである。

医学部教育、卒後研修、そして、生涯教育とは、適切な医療制度を維持するための必須事項である。そして、ここでのキーワードは「一貫性」である。医学部教育、卒後研修、生涯教育とは、一連の教育課程であり、どれ一つとして切り離して語るができない。

臨床教育制度における先進国である米国では、この、医療における一貫性教育を、全国的に展開している。言い換えれば、どの医学部を卒業し、どの卒後研修を受け、どこで生涯教育を受けようとも、「一貫性」が維持される制度が確立されているのである。それには、それぞれの医学部での教育レベル、それぞれの卒後研修の教育レベル、そして、それぞれの生涯教育の教育レベルが、すべて、一定水準を満たすことの保証が成されていることが必須となる。

日本では、どうであろうか？

医学部では一定水準の教育レベルが保たれており、かつ、前述したように、国家試験という統一試験によって、その基準の達成が目に見えるものとして管理されている。しかし、臨床医教育の一貫性は、ここで崩れる。医学部を卒業したあと、良き臨床医となるためのプロセスは、残念ながら、個々の医師の良心と、その自主的な努力に頼らざるを得ない制度となっているのである。「要望」に詳しく述べられているように、日本における専門医制度には多くの問題が存在し、すべての卒後研修において一定の教育レベルが保障されているとは言い難い。生涯教育に至っては、保証制度は存在しないと言っても過言ではない。

では、どうすればよいのか？

最適な答えは、「要望」に示されたように、医療の質を保証する厳格な専門医制度を確立することである。それは、是が非でも達成しなければならない。しかし、それには時間がかかる。ただ、待っている訳にはいかない。

では、今、出来ることはあるのか？

答えは「ある」である。医学部教育から卒後教育まで一貫して行うことのできる制度を、すぐにでも導入することである。

具体的には、どうすればよいのか

問題点を整理すれば、以下のようになる。

- ◇ 病院医師の不足は危機的状態にあり、医師の総数を増やすことは欠かせない
- ◇ しかし、医師の総数を増やすことが、そのまま、病院医師の増加にはつながらない
- ◇ 良き臨床医を育て、病院医師を増やすには、医学部教育と卒後研修との一貫性の確保が必要である
- ◇ 日本が置かれた現状は待ったなしの状態にあり、良き臨床医の育成に時間をかけていられない

である。

ここから、明らかなことは、現存する医学部の定員増加では、何一つ解決できないことである。この、ある意味、日本の医療制度が置かれた、「絶体絶命」ともいえる現状を打破するひとつの策が、メディカルスクール構想の導入である。

具体的には、

1. 卒後研修で高い評価を受けている代表的な病院群が共同で、現在、最も必要とされている病院医療の専門医に関して、患者総数、教育スタッフ総数に基づいて、米国卒後研修制度に匹敵する、的確な卒後教育プログラムを作成する
 2. 卒後教育プログラムで教育可能な医師総数の 1/3 に相当する学生数を一学年とする、四年生のメディカルスクールを創立する
 3. メディカルスクールの医学生は、米国同様、臨床教育を卒後研修を受けている医師たちに混じって行き、卒業後、上記の卒後教育プログラムに進むことができる
- との構想である。そして、メディカルスクールの構築は、

1. 生物学など所定の必須項目を履修した、四年制大学の卒業生に受験資格を与え、入学試験を行う。
2. アメリカで一般的に使われているカリキュラムに準じたカリキュラムを用いて、四年で基礎から臨床までを習得させる
3. 臨床医学の教授は、卒後研修を担当する臨床医が担当する
4. 基礎医学の教授は、メディカルスクールで full time の採用をせず、既存の医学部の基礎系教授陣から希望者を募り、一つの課について数名のグループを作り、それぞれを特任教授として報酬を提供する、part time 形式で行う。

との、基本概念に従って、最小限の経費で、かつ、効果的に、実践することができる。

おわりに

現存の医学教育が医学部を中心とする考え方から作り上げられたシステムだとすれば、ここに示したメディカルスクール構想は、臨床現場のニーズから出発し、現場における臨

床教育を中心として作り上げる医学教育システムの提唱である。ある意味、従来の考え方とは正反対の発想に立つシステム構築であるが、近代科学が実証した「複雑系」の扱い方としては、最も適した方法論といえる。

卒後研修から遡って医学部教育を構築することは、良き臨床医を育てるための必要条件である「医学部教育と卒後教育との一貫性」を保証することになる。かつ、四年制大学卒業生を対象とした四年制医学部であることから、最短時間での医師養成システムともなる。

基礎教授陣を既存の医学部からの特任教授として募ることは、メディカルスクール運営上の経費負担を軽減する目的もあるが、基礎医学教育と基礎医学研究の実践を個々の大学の枠という制約から切り離すことにより、より自由な環境に置くという目的もある。これは、既存大学の基礎教授陣の活動に、更なる自由度を与えるという効果があるばかりでなく、メディカルスクールの医学生が、それぞれの志向に基づいて、基礎研究に進む場合の選択の幅を、劇的に増すことになる。

ここに掲げたメディカルスクール構想は、既存の医学部定員の増加では適切な医師の増員対策とはならないジレンマに置かれた日本の医療が、その危機的状態を打破するために実践可能な、切り札なのである。

参考資料

- [1] 日本学術会議：要望「信頼に支えられた医療の実現－医療を崩壊させないために－」
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-y3.pdf>
- [2] 中田力：自己形成するアメリカ医療。学術の動向 2007. 5:52-56, 2007
http://www.h4.dion.ne.jp/~jssf/text/doukousp/pdf/200705/0705_5256.pdf

諸外国における医学教育システムの現状と課題

- 医学教育は、卒前の医学教育システムと卒後の専門医取得までの研修システム、さらには、専門医取得後の生涯学習システムの3つの側面からとらえることができる。
- 近年、医療の高度・専門分化、医師患者関係の変化、科学的な根拠に基づく医療の推進など医療を取り巻く環境は大きく変化しており、医師という専門職のあり方、さらには医師育成のあり方を見直す動きが高まっている。
- このような医師育成のあり方を見直す動きは古くからあり、米国においては、1870年以降、いくつかの医学校においてカリキュラム改革が進んだ。そして、1910年、いわゆる Flexner Report^{※注1}によって、一般的な医学校における教育レベルが低いことが明らかとなった。この報告書を契機に、医学校の総合大学との統合が進むこととなり、関連教育病院は医学校のアカデミックなメディカルセンターとして位置づけられるようになった^{※注2}。その後、このようなメディカルセンターでの卒前教育（クリニカル・クラークシップ）と卒後研修（レジデンシー・プログラム）が発展し、今日の北米型の医学教育システムにつながっている。

※ 注1…Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. Carnegie Foundation for Higher Education, 1910.

※ 注2…ゴードン・L・ノエル著, 加我君孝監訳. 変貌する日本の医学教育-米国医学教育者の提言. 金原出版, 東京, 2004.

- 一方、世界に視野を向ければ、第二次世界大戦後の1953年にWHO（世界保健機関）が世界医師会との共催により、第1回世界医学教育会議を開催している。会議では、先進国の医師不足が開発途上国で教育を受けた医学校の卒業生の先進国への流出によって補われていることについて、先進国による開発途上国の「教育の搾取」であるとの指摘もあがったという^{※注3}。その後、世界医学教育会議は1972年まで4回開催されたが、世界的な医師不足の中での医学教育に対する関心の高まりを反映し、WHOを中心に世界各国における医学教育改革の事例収集が進められた。

※ 注3…中川米造, 岩淵勉, 堀原一監訳. 医学教育と地域保健計画. 篠原出版, 東京, 1984.

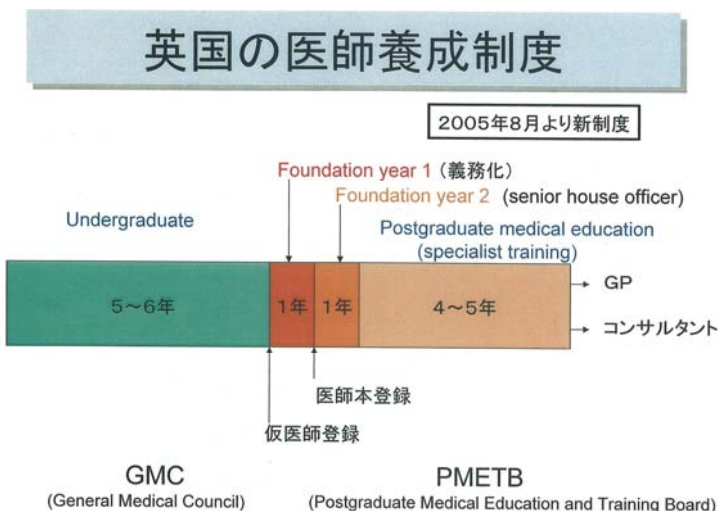
- カナダのマクマスター大学や米国のハーバード大学における問題基盤型学習（problem-based-learning、PBL）の導入、tutorial方式の導入は、このような世界的な医学教育改革における先駆的な試みである。新しい医学校を創設する際に、PBLを完全に医学教育カリキュラムの根幹に据えたのがマクマスター大学であり、長い歴史を有する伝統校における医学教育カリキュラム改革として、PBLを実験的に導入したのがハーバード大学のNew Pathwayであった^{※注2}。
- その後、PBLは、北米のみならず、英国、オーストラリア、アイルランド、スコットランドなどで導入された。現在では、世界の医学教育にも大きな影響を与えており、医学教育改革の大きな潮流となっている。
- また、米国のWWAMIプログラム（Washington、Wyoming、Alaska、Montana、Idahoの米

国北西部 5 州の頭文字を指す) は、へき地における医師育成システムとして注目を集めている。日本においてもこれを参考にした取り組みが行われている。この WWAMI プログラムは、そもそも、医師不足の中での医学教育改革として 1970 年代に WAMI プログラム (Washington, Alaska, Montana, Idaho の 4 州) として開始された^{※注 3} ものであり、米国においては、良医を育てるという医学教育改革の流れと、医師の偏在を解消しようとする医学教育改革の流れが並行して存在する。

- 北米における医学教育改革に共通する特徴として、科学的なアプローチがあげられる。このアプローチはいくつかの段階から成る。まず、医学教育についての現状分析が行われ、問題の把握がなされる。その後、仮説が設定され、問題を解消するためのプログラム開発が行われる。施行の後、プログラムが導入される。プログラムの実施後、評価が行われる。評価結果はプログラムの改善に役立てられる。このような一連のシステムティックなアプローチをもって取り組まれており、医学教育改革は継続的な活動となっている。
- 現在、このようなアプローチの仕方も含めて、北米型の医学教育カリキュラムをモデルとした医学教育改革が世界的に進行しているが、なかには、卒前の医学教育において、従来型の高等学校卒業生を対象とした 6 年間の卒前医学教育から、大学卒業生を対象とする 4 年間の卒前医学教育、いわゆるメディカルスクールを導入する国々も現れている。
- これらの国々では、医学教育システム上の問題をどのように見なしているのか。そして、その解決を図るためにどのような医学教育プログラムを開発しようとしているのか。メディカルスクールはどのような効果を期待して導入されたのか。それは、卒前の医学教育システムだけの改革であるのか、それとも、卒後研修、さらには、生涯学習までも視野に入れた改革であるのか、など興味がつきない。
- 先ごろ、我が国でメディカルスクールに関する調査研究が行われた^{※注 4}。従来からの 6 年間の卒前医学教育を継続している国と 4 年間の卒前医学教育を導入した国に対する現地調査の結果が示されており、示唆に富む結果と考えられる。以下は、当該先行研究からの引用である。

※ 注 4…厚生労働科学研究費補助金医療安全・医療技術総合研究事業「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 (主任研究者 篠崎英夫)」平成 17 年度総括・分担研究報告書 (2007 年 3 月), 同平成 18 年度総括・分担研究報告書 (2007 年 3 月), 同平成 19 年度総括・分担研究報告書 (2008 年 3 月), 同平成 17~19 年度総合研究報告書 (2008 年 3 月)

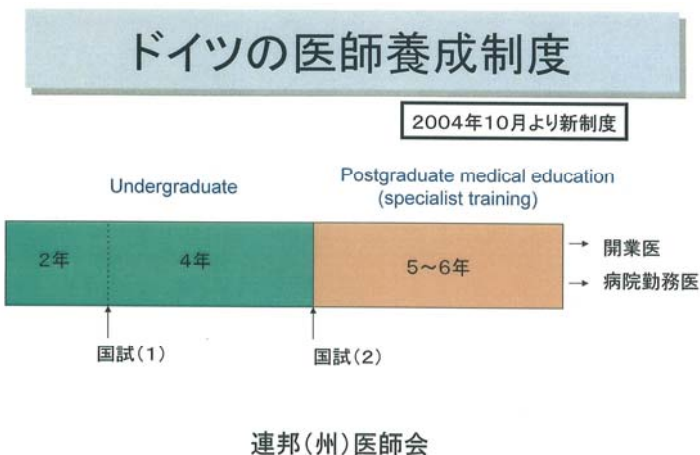
【英国】



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】

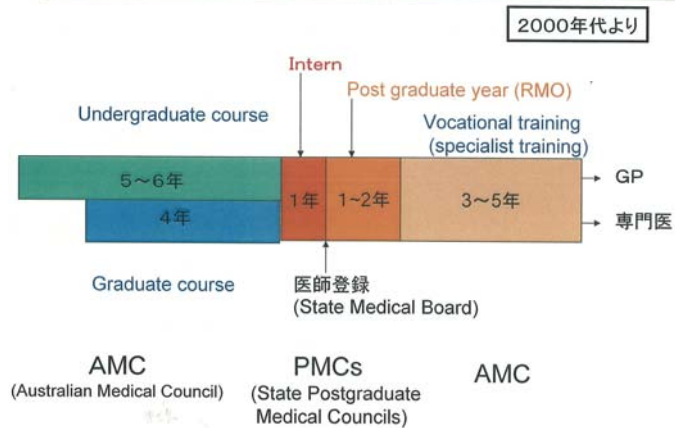


ドイツの現状

- 4+4制の導入予定は全くない
- 学士入学の制度もない

【オーストラリア】

豪州の医師養成制度



オーストラリアの現状

- 10年前よりgraduate course(4年生)導入開始
- 最低3年間の教育を受けたbachelorの学位が必要
- 17大学中、約半数がgraduate course採用、このうち2校が undergraduate graduate両方採用
- シドニー大の入学者の7~8割は医学関係の学位取得者
- 導入の背景は医師不足対策として医師養成の期間短縮ならびに社会の変化に対応した教育のflexibilityを重視
- 4年間では教育期間が短すぎ、基礎医学の教育が十分でないとの評価もある

【韓国】

韓国の医師養成制度



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
- なお、この研究結果においては、我が国へのメディカルスクール導入の課題について、次のような記載がある。今後、メディカルスクール導入について検討を行う際には、これらの課題に対してどのように解決を図るのかなどの議論が必要と考えられる。
- ◇ 入学前に必要な premedical な基礎医学をどこで身につけるのか。
 - ◇ 4年間で臨床医学を身につけられるのか。
 - ◇ 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。

◇ 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。

- 平成 16 年（2004 年）、我が国において全国 80 の国公私立大学の医学部教員約 12、000 人を対象とした全国調査が行われた。調査結果^{※注 5}によれば、何らかの形態でメディカルスクールを実現したいと考えている教員が約 6 割に及ぶことが明らかとなっている。教員の専門分野毎の集計結果では、全面的にメディカルスクールに変更すべきと考える教員が約 25%と最多であったものの、他の選択肢については意見が分散し、一部の大学をメディカルスクールに切り替える、一部の大学にメディカルスクールを併設する、現行の学士編入学の制度で十分、現行の学部入学の制度で十分が拮抗する結果であった。

※ 注 5…林篤裕, 石井優宗, 伊藤圭他. メディカルスクール構想と入学者選抜方法. 医学教育 2006;37(5) : 285-291.

- 全国調査の結果では、医学部教員の見解は分かれ、一定の方向に集約されてはいない。したがって、仮に日本の医学教育、それも卒前の医学教育改革を行う上でメディカルスクールが望ましいと考える教員が多いものの、現状では、一律に導入することは極めて困難であると考えられる。
- メディカルスクールの一律導入は、前述のマクマスター大学創設のような取り組みを全国で行おうとするものと言える。また、メディカルスクールの一部導入は、ハーバード大学の New Pathway のような取り組みを 1 校で行うのではなく、複数の学校単位で行うものと言える。もし、メディカルスクールを導入するのであれば、ハーバード大学が New Pathway を導入したときのように、6 年制の医学教育カリキュラムと 4 年制の医学教育カリキュラムを比較するという考え方で、一種の社会実験として試行的に導入するという方法が現実性が高いのではないかと考えられる。
- 隣の韓国では、メディカルスクールを試行的に導入し、2010 年にその評価が行われる予定であるという。導入の目的がそもそも日本と韓国では同じではないが、導入によってアウトカムである卒業生の態度、知識、技能にどのような変化が見られるのか。文化的にもかなり近い国での試行であり、どのような結果をもたらすのか興味もたれるところである。

米国の医育制度について

・メディカルスクールという言葉は、北米の医師養成機関の大部分がそうであるように、「4年間の大学課程修了者の中から、医師として働きたいという強い意欲と一定レベル以上の学力を有する者を選抜し、4年間の医学教育を行う大学院レベルの医師養成機関」を意味する。

・平成3年（1991年）の文部省令改正による大学設置基準の大綱化とそれにもなう大学院重点化の際、メディカルスクールの導入の可能性をめぐって様々なところで議論が交わされたことがある。当時の文部省高等教育局医学教育課長がわが国の大学医学部をメディカルスクールに変えることに積極的な発言をしたこともあり、いくつかの大学では医学部教授会でかなり真剣に議論された。その結果、メディカルスクールに改変することを教授会で決定した国立大学も現れたが、当の医学教育課長が交替したために、メディカルスクール構想は実現せず、議論もいつの間にか立ち消えになった。

今回は、勤務医不足や地域医療の危機という医師の養成や配置をめぐる社会的問題を背景に、法曹界におけるロースクールの設置という前例もあり、メディカルスクールの導入がにわかに現実味を持って議論されるようになった。2007年には、本検討委員会以外にも、東京都庁にメディカルスクール有識者検討会が設置され、メディカルスクールの設置の可能性について議論が続けられている。

北米のメディカルスクール：わが国の6年制医学部との比較

現在、米国には、メディカルスクールが126校、カナダには18校ある。中には、ブラウン大学のように、わが国と同様の高等学校卒業後6年間の医学教育課程を併設している大学や、カナダのマクマスター大学のように、3年間で卒業できる課程の大学もあり、医師養成カリキュラムは、わが国ではみられないような柔軟性が認められる。ちなみに、ブラウン大学は、最近になって、6年制コースを廃止したとのことで、現在は、米国の医師養成課程のほぼすべてがメディカルスクールといってよい。

メディカルスクールへの入学は、大学の成績と全米規模で行われる学科試験（Medical College Admission Test：MCAT）の成績、推薦状、そして長時間にわたる面接などの結果を総合して判断される。したがって、米国の最年少の医学生は22歳であるが、実際は、4年制の大学を卒業した後、1～3年の社会経験を積んで医師になりたいという強い動機を有する者が選抜されるため、入学時の平均年齢は23～24歳である。そうして、2年間の学科教育と2年間の臨床実習（クリニカル・クラークシップ）を受けることになる（図）。最近の約40年間の動向を見ると、わが国の医学部に比べて、北米のメディカルスクールでは、新たな医学教育カリキュラムがダイナミックに、“実験的に”と言ってもよいほど、大胆に試みられ、検証されているようである。そのような入学選抜・教育課程を経て養成された医師の平均像をわが国の医師の平均像に比較すると、臨床医としての強い動機付けがなさ

れており、コミュニケーション能力に優れ、広い教養を有する優れた臨床医ということになろう。

北米、とくに米国でのメディカルスクールの特徴の一つが、病院での優れた臨床医を養成することに重点が置かれていることである。そもそもメディカルスクールの設立が、病院への附設という形でなされ、優れた臨床医の養成が唯一最大の目的である大学が少ない。1972年にメディカルスクールを附設したメイヨー・クリニック、2004年のクリーブランド・クリニック、明年（2009年）開設予定のタフツ大学との協同によるメイン・メディカル・センターなどはその典型である。この点において、ドイツ医学の影響を受け、学問としての医学を学ぶ大学がまず先にあって、医学を研究的に応用する場としての病院が附設されてきたわが国と、病院がまず先にあって、そこで働く臨床医を養成するために大学を併設してきた英国や米国では、医療と医学の教育に対する根本的な考え方・態度が大きく異なることもやむをえない。同時に、北米のメディカルスクールは大学院レベルでの専門職業人養成課程であるため、医学教育を終えた後に博士号を取る必要がなく、したがって、キャリアの一時期、若い医師が大挙して基礎医学研究を行うという現象は見られない。

過去60年以上にわたって、北米、とくに米国に留学した日本人医師は膨大な数にのぼるはずである。しかしながら、現在、わが国の医療界で強い発言力を持つ医師の大多数は、基礎医学の研究者として留学しており、臨床医として北米の病院で研修し勤務したことのある者は圧倒的に少ない。つまり、臨床の現場で、北米の多くの医師の実力を知り、その理由が医師養成システムの違いに根ざすことを肌身を持って（言葉でうまく表せない部分を含んで）経験した者が少ないことが、メディカルスクール論議の障害の一つになっているように思われる。

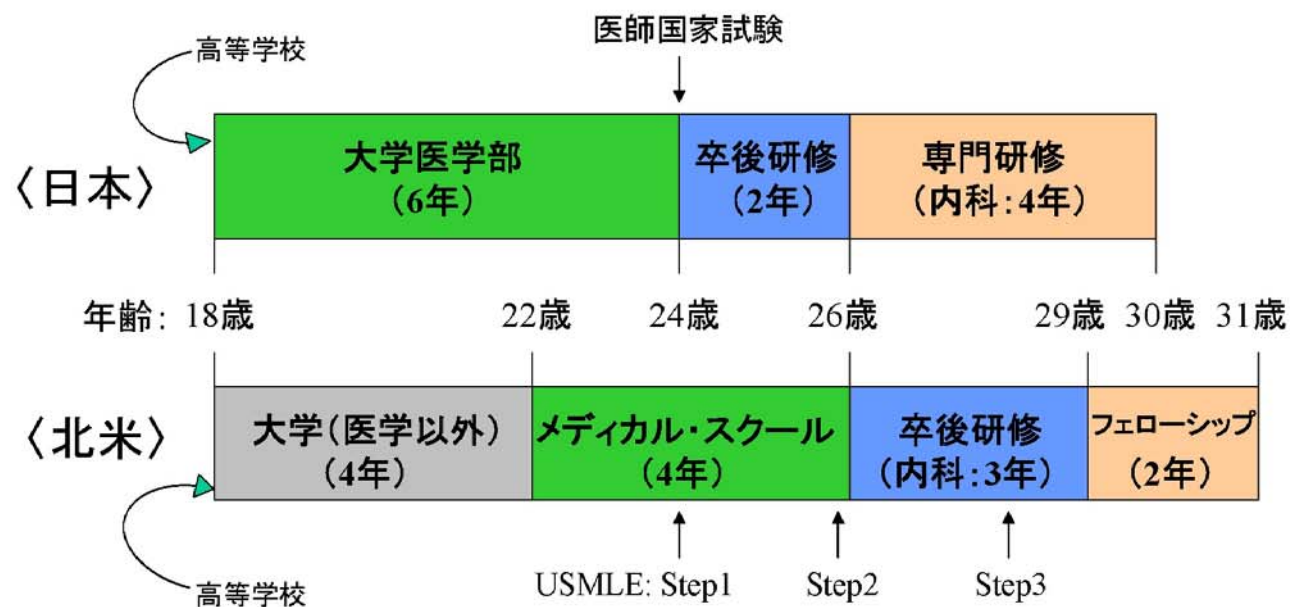
北米以外の国々におけるメディカルスクール

高校卒業生の中から選抜された医学生に6年間の教育を行うというわが国と同様の医師養成課程のみを有していた国々のうち、1990年代以降、北米型のメディカルスクールを設置するところが次々とでてきた。1990年代初頭から始まったオーストラリアでのメディカルスクール化（すでに半数以上の医学部がメディカルスクールに改変）、韓国での数年以内に完了する全医学部のメディカルスクール化、2007年に開校したシンガポールのメディカルスクールなど、アジア・オセアニアに限っても動きは急である。

引用文献

福井次夫、日野原重明. メディカル・スクール導入をめぐる 医師養成のあり方. 公衆衛生 72:630-633, 2008

図. 医学教育制度: わが国と北米の比較



シンガポールデューク大学分校について（視察報告）

日程

平成 20 年 4 月 23 日：成田—シンガポール

4 月 24 日：Duke-NUS (<http://www.gms.edu.sg/>) 視察

4 月 25 日：National Neurological Institute (<http://www.nni.com.sg/>) 視察

4 月 26 日：休日

4 月 27 日：シンガポール—成田

背景と目的

Singapore は日本と同様、欧州型の医学部制度（6 年生大学、医学士）を採用している国家である。しかし、近年、Singapore においても、この欧州型の医師養成制度による様々な弊害が顕著となり、Singapore 政府は、米国型メディカルスクール（大学院、医学博士）の導入を決め、米国 Duke University に協力を要請した。その結果、設立されたものが Duke University, Graduate Medical School, Singapore (Duke-NUS) である。日本における米国型 Medical School 導入を検討している本委員会にとって、Duke-NUS は、他に類を見ない実践例であり、その成立経過についての詳細情報を獲得することは、これからの議論を進める上で、極めて役立つことであると考えられた。

視察

Duke-NUS は既存の Singapore General Hospital (SGH) を base として、それに隣接するようにして作られている。現在は medical school そのものは temporal building に配置されているが、高層ビルを建設中である。

（右図）



National Neurological Institute は神経系疾患の臨床と研究を対象とする施設で、Singapore の神経系医学教育の中心を占める。その母体は、Tan Tock Seng Hospital (TTSH) であるが、Duke-NUS の母体である Singapore General Hospital (SGH)、をはじめ、KK Women's、Children's Hospital (KKH)、および、Changi General Hospital (CGH)、等、Singapore の中核病院をすべて統合した形で、運営されている。

Duke-NUS責任者との会合

日時：4月24日 14:00

場所：Dr Cook's Office, Duke-NUS Building 1, Singapore, Singapore

Duke-NUS 側出席者：

Sandy Cook, Ph.D.

Associate Dean, Medical Education, Research & Evaluation Department

Craig Stenberg, Ph.D.

Associate Dean, Student Affairs & Admissions

Summary of Key Questions and Answers

- 従来の Singapore 医師養成制度は？
医学部は一つだけ
6年生大学、医学士
現在、年間、約250人、300人程度に増やす予定
- Dukeは何故 Singaporeに？
Singapore政府からの要請
経済的には余り利点がない
使命感を持っている
- 計画は？
2000年から2005年まで
- 医学生は？
最初の classが入ったところ
最初の classは25名
75%女性
将来は50-80名程度
- 開講までに必要だった経費、および、年間の必要経費は？
自分たちには分からないので、調べて報告する
基本的には(約90%) Singapore政府が出している
- 抵抗は？
政府の推進していたことなので、特になし
医師不足は顕著
- 教員は？
米国人教員数：約50名
臨床教育の staffは90%が Singapore人
Singaporeの臨床 staffは Dukeで教育
米国で resident trainingを受けた医者を adviserとして採用

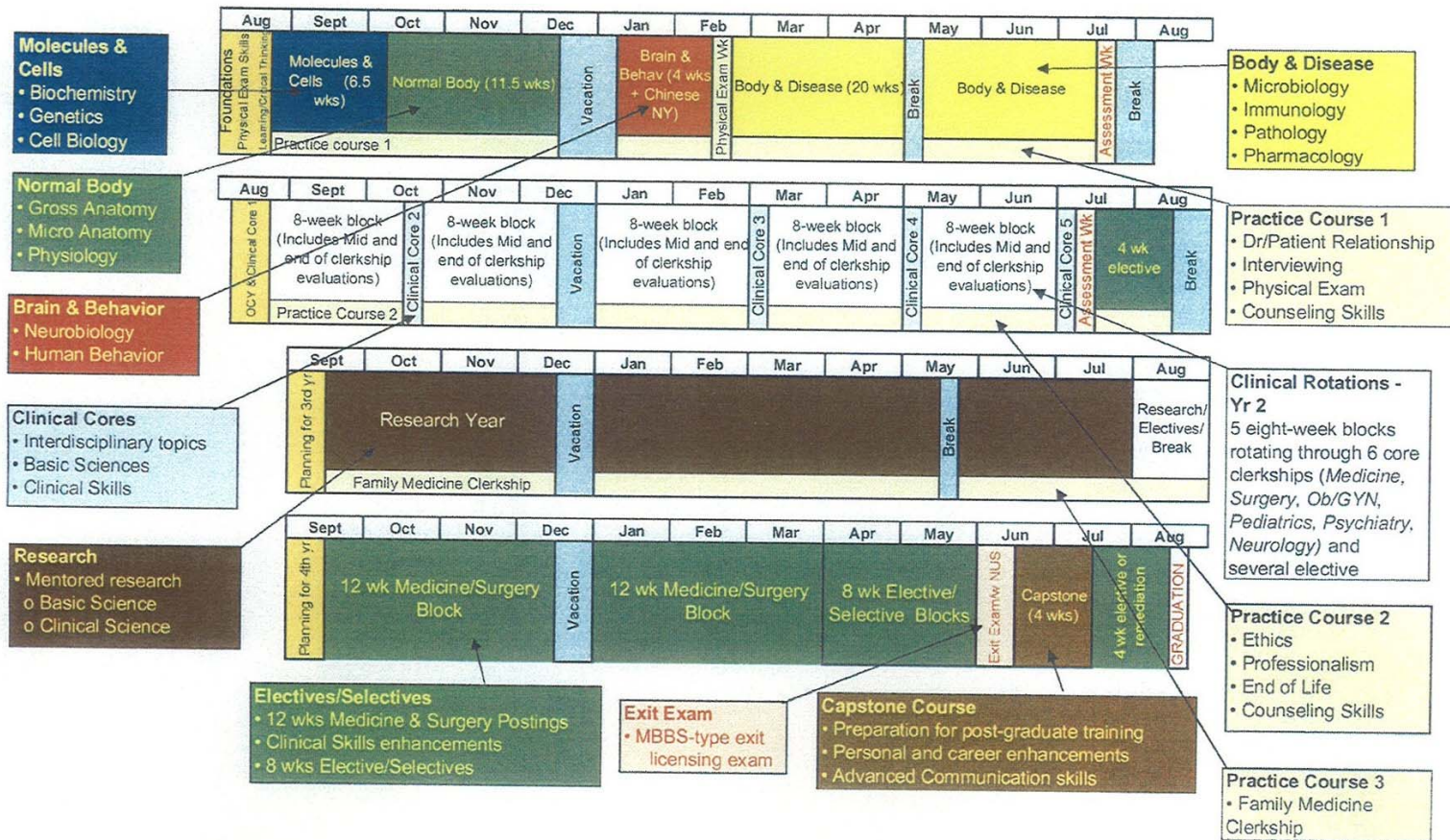
- 医学教育のカリキュラムは？
米国の要求と Singapore の要求の両方を満たすように工夫
研究の年を作っている
詳細は attach した表を参照
National Board Step I と Step II は受験
- 卒業生の資格は
Singapore では医学部卒業生
米国では FMG (※ Foreign Medical Graduate, 米国国外の医学校卒業生)
(将来は米国内 medical school 卒業生と同等としたい)
- 卒後研修は
Singapore の制度は従来どおり
米国には FMG だが、Step II まで持っているので有利
ACGME と同様の組織を Singapore に作る予定
ACGME そのものの認定を考えているが、難しいだろう
- 将来日本との collaboration は？
十分考えられる
Singapore-NUS への日本人の入学を希望

Attachment

- #1 Duke-NUS curriculum summary
- #2 UCSF curriculum summary
- #3 Duke-NUS homepage front page
- #4 NNI homepage front and affiliation page

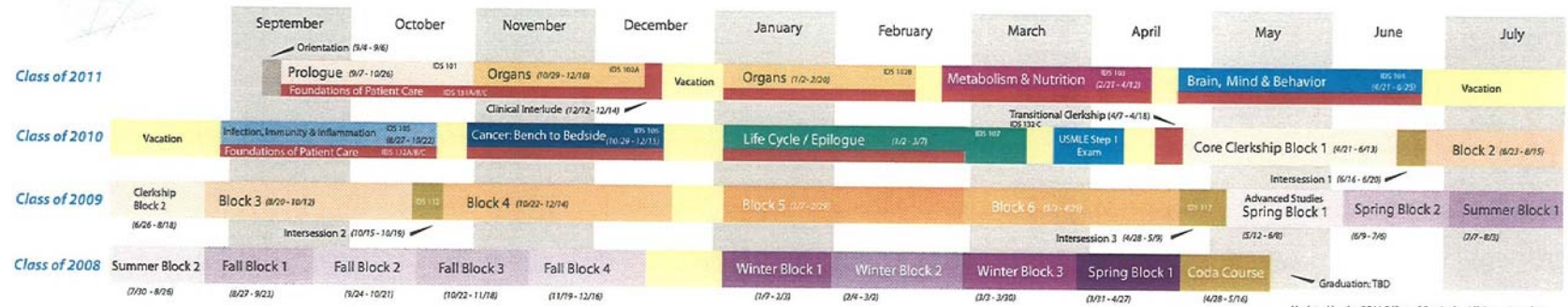
The LEAD Curriculum

31





Academic Year Planning Guide
 School of MEDICINE
 2007-2008

2007 2007 2008 2008 2008










Updated by the SOM Office of Curricular Affairs on March 1, 2007
 for latest updates, please check the calendars on the Med Student Portal at <http://medschool.ucsf.edu/medstudents/calendars/>



DUKE  NUS
GRADUATE MEDICAL SCHOOL SINGAPORE

Igniting the Pioneer Spirit

[Home](#) [Admissions](#) [Education](#) [Research](#) [Corporate](#) [Contact Us](#)

About Duke-NUS		Our Faculty	Curriculum
	Prospective Students		
Student Affairs		Careers@ Duke-NUS	
	News and Events	Friends of Duke-NUS	<p>Artist's impression of the new Duke-NUS GMS campus</p> <p><i>Medical school is an adventure like no other, and the GMS curriculum has special features to enhance the spirit of adventure with which our students approach each phase.</i></p> <p>-- R. Sanders Williams, MD Senior Vice Chancellor for Academic Affairs, Duke University</p>

Want to apply for the 2009 entering class?
[Click here](#)

Duke-NUS Graduate Medical School Singapore | 2 Jalan Bukit Merah Singapore 169547 | tel: +65 6516.7666 | info@gms.edu.sg
Duke University School of Medicine | National University of Singapore
[Terms of Use](#) | [Privacy](#) | [Non-discrimination](#)



Quick Links

- [Neus-Link](#)
- [MOH Estimated Bills](#)
- [Endowment Funds](#)
- [Career Opportunities](#)

[Specialists Outpatient Clinics](#)



[Updates on Clinical Neuroscience](#)

[Patient Education Pamphlets](#)



Upcoming Events

January-December 2008
[Neuroscience Seminars for Family Physicians](#)

14-16 February 2008
[2nd NNI-Aesculap Academy Neurosurgical Approa](#)

29 March 2008
[Community Care Partners Programme \(CCPP\) Wo](#)
[Click here for full Event Listings](#)

05 April 2008
[1st Normal Pressure Hydrocephalus Symposium](#)

12 April 2008
[Moving Forward with Parkinson's Disease Public Fi](#)

March-October 2008
[Parkinson's Disease Support Group Meetings](#)

20 August 2008
[Community Care Partners P](#)  [mme \(CCPP\) Wo](#)

17-18 October 2008
[Movement Disorders Educational Course 2008](#)

18 October 2008
[Community Care Partners Programme \(CCPP\) Anr](#)

31 Oct - 02 Nov 2008
[10th Singapore Stroke Conference](#)

13-14 November 2008
[8th Advanced Neuroradiology Course](#)

28-30 November 2008
[EEG/EMG Workshop](#)

Best viewed with Microsoft Internet Explorer 5 and above, with 800 x 600 screen resolution.
Copyright 2005, National Neuroscience Institute. All rights reserved.
11 Jalan Tan Tock Seng Singapore 308433 Tel: (65) 6357-7153 Fax: (65) 6256-4755.



About Us

About Us

Vision & Mission

Milestones

Tender Notice

Join Us



print friendly version

Want to stay in touch?

Sign up for **eNews**
It's free!

National Neuroscience Institute (NNI)

The NNI is the international specialist centre for treatment, education, training and research into the neurosciences.

Its medical care is complemented with state-of-the-art medical equipment and imaging technology. It is the only institute in Singapore with a dedicated Neuroradiology Department.

In the area of patient care, the NNI provides clinical neuroscience services to :-

- Singapore General Hospital (NNI-SGH)
- Tan Tock Seng Hospital (NNI-TTSH)
- KK Women's and Children's Hospital (NNI-KKH)
- Changi General Hospital (NNI-CGH)

General Information

National Neuroscience Institute
11 Jalan Tan Tock Seng
Singapore 308433
Tel: (65) 6357 7153
Fax: (65) 6256 4755

我が国におけるメディカルスクールの検討

<メディカルスクール導入賛成の論拠>

1. より優れた臨床医が養成される可能性が高い。
 - ①我が国では、単に成績が良いからという理由で、親や高校の教師に勧められて、18歳で医学部に入学する者が少なくない。それに比べて、メディカルスクールでは、22歳以降に入学するため、医療への献身的な心構えを持った学生が入学する。つまり、医師になることに強く動機付けされた学生が多くなり、より優れた臨床医が養成される可能性が高くなる。
 - ②大学（少なくとも4年間）で医学以外の学問（科学、人文科学）に触れ、すでに幅広い教養が身に付いている者が入学する。幅広い教養は、優れた臨床医に不可欠の素養である。
 - ③22歳以降に入学することから、人間的に成熟している学生（より「おとな」の学生）を対象に教育することが可能となる。人間的な成熟は、優れた臨床医に不可欠である。
2. 効率的で質の高い医学教育が可能になる。
 - ①メディカルスクールでは、高校卒業後の学生を対象にする6年制の場合の教養教育が不要なため、短期間で医学教育を修了できる。
 - ②メディカルスクールでは、すでに4年間の大学教育で幅広い基礎学力をつけている学生が対象となることから、質の高い斬新な教育方略を導入することが可能となる。
3. メディカルスクールを従来の6年制医学教育と並列して設置すれば、双方の教育アウトカムを客観的に比較・実証できる。
4. 大学医学部に附属病院を作るのではなく、病院にメディカルスクールを附設すれば、より臨床志向の強い医師を養成できる。

<メディカルスクール導入反対の論拠>

1. 我が国では、すでにかかなりの数の医学部で学士編入制度が導入されている。年齢的に22歳以上で、メディカルスクールと同じであるにも拘らず、とくに優れた臨床医が輩出されているとの評価は得られていない。
2. メディカルスクールを併設すると、医師になるための複数のコースができ、医師集団を分断化、あるいは階層化してしまう恐れがある。（ある意味では、ヒエラルキーが崩れてしまう。）
3. 臨床志向の強い医師のみが養成され、基礎医学研究者が養成されない。
4. 教育期間が4年間では、大学の経営が成り立たない。

導入反対の意見に対して、以下のような反論も成り立つ。学士入学については、高校卒業の医学生に少数の学士入学者が加わったとしても、カリキュラム自体が6年制用であり、メディカルスクールのクラス全体の雰囲気・文化やカリキュラムの質が根本的に異なる。複数の医師養成コースができることによる、医師集団の分断・階層化の

可能性については、たとえ一時的そのようなことがあったとしても、あくまでも優先すべきは、より良い医療を提供できる医師の養成である。基礎医学研究者の養成がおろそかになるとの危惧も、米国のメディカルスクール卒業生には多数のノーベル賞受賞者が輩出しているにも拘らず、日本の医学部卒業生には皆無であることから、基礎医学者の養成についてもどちらが優れているのか明らかであろう。つまり、我が国の医学教育は、臨床医の養成についても基礎医学者の養成についても、欧米諸国に比べれば、非常に中途半端な状態にあることを意味している。最後に、4年制では採算性の採れない既存の大学医学部をメディカルスクールにするのではなく、まったく別個にメディカルスクールを作ればよいであろう。

<メディカルスクール導入の障害>

6年間の医学教育を受けた者が医師国家試験を受けることができるという医師法、それに学校教育法を改正する必要がある。

引用文献

福井次矢、日野原重明. メディカル・スクール導入をめぐる 医師養成のあり方. 公衆衛生 72:630-633, 2008

四病院団体協議会

メディカルスクール検討委員会報告書

担当事務局

〒108-8554

東京都港区芝浦3-15-14

(社)日本精神科病院協会

TEL (03) 5232-3311

fax (03) 5232-3309

Home Page <http://www.nisseikyo.or.jp/>

E-mail office@nisseikyo.or.jp