

医師養成についての日本医師会の提案  
第3版

2013年1月30日

社団法人 日本医師会



## 目 次

1. 医学部教育 .....	1
1.1. 基本的な考え方 .....	1
1.2. 医学部 1～4 年生 .....	2
1.3. 医学部 5～6 年生（診療参加型臨床実習） .....	4
1.4. 医師国家試験 .....	5
2. 臨床研修制度 .....	6
2.1. 基本的な方向性 .....	6
2.2. 臨床研修プログラム .....	8
2.3. 臨床研修システム .....	10



## 1. 医学部教育

### 1.1. 基本的な考え方

医学部 1～4 年生では、一般教養科目のあり方を見直し、大学 6 年間を通じて医師として必要な幅広い資質を涵養する。

医学部 4 年生終了時に、臨床能力を判断する目的で CBT および OSCE を課す。CBT および OSCE に合格した学生には「学生医（仮称）」の資格を与え、医学部 5 年生、6 年生で診療参加型臨床実習を行う。

医学部 6 年生終了後、各大学の卒業試験を経て医師国家試験を受験する。現在、医学部 6 年生は、知識問題を含む医師国家試験対策に多くの時間を割いている。こうした医師国家試験を見直し、医師国家試験は、医学部 5～6 年生の参加型臨床実習を通じて習得した深い医学的知識、および技能にもとづいて、プライマリ・ケアを中心に適切な臨床推論を行なえるかどうかを客観的に評価するものにする。

## 1.2. 医学部 1～4 年生

医学部における一般教養科目のあり方を見直し、大学 6 年間を通じたいわゆるリベラル・アーツ教育により、医師として必要な幅広い資質を涵養する。さらに、社会保障制度（医療保険および介護保険概論、社会福祉など）や医療政策および医療経済等についても学習する。

医学については、医学教育モデル・コア・カリキュラム、大学独自のカリキュラムを尊重しつつ、1 年生から基礎医学・臨床医学・社会医学の履修を積極的に取り入れ、臨床医学教育の一貫として、介護や福祉との連携を含む地域医療連携を体験できる演習、実習、ボランティア活動等を実施する。そのため、日本医師会は、地域医師会と協力して、地域医療実習等を支援する。

### 【リベラル・アーツ教育】

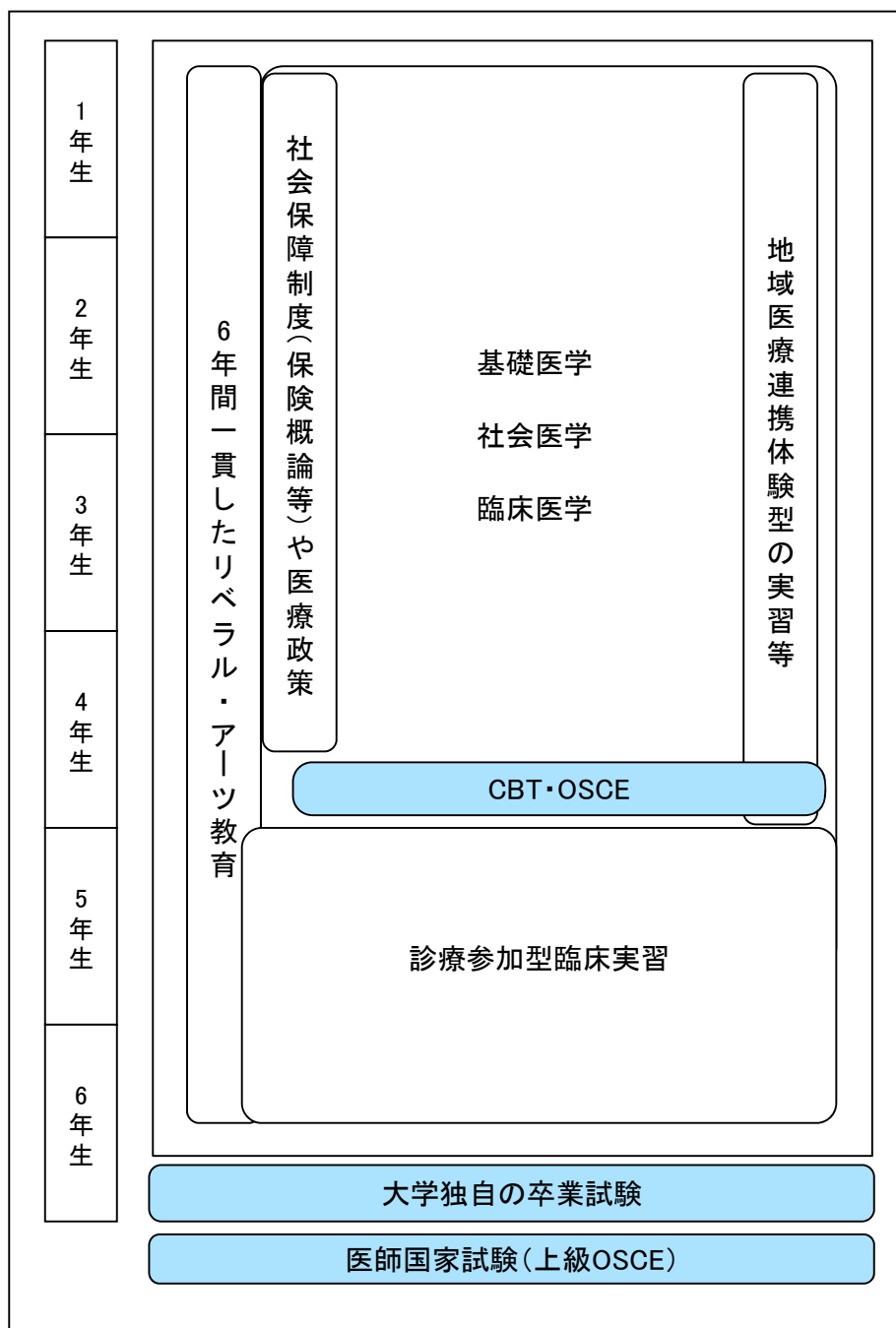
心理学、社会学、哲学、倫理学などを幅広く学ぶことを通じて<sup>1</sup>、幅広い視点からの考察、分析能力を身につけ、将来、患者を全人的に診ることができるような基礎を構築していくことを目指す。

医学部 4 年生終了時に、幅広い臨床能力を判断する目的で、CBT(Computer Based Testing, 医学的知識を問う試験)に加え、OSCE( Objective Structured Clinical Examination, 客観的臨床能力試験)を課す。現在実施されている共用試験(CBT・OSCE)<sup>2</sup>では、大学が独自に合格基準を設定しているが、全国統一の判定基準の導入を目指す。また、CBT は知識偏重にならないよう配慮し、医学部 1～4 年生の間に医療現場での実習等に参加できる機会を拡大する。

<sup>1</sup> 実現に向けては、他学部や他大学との連携も課題。

<sup>2</sup> 現在は、社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構が、80 医学系・29 歯学系大学等の参加を得て試験を運用し、その結果を管理している。共用試験の成績は、各大学個別の成績とともに進級判定等に用いられている。

図 1.1 医学部教育の枠組み



### 1.3. 医学部 5～6 年生（診療参加型臨床実習）

医学部 5 年生、6 年生は、診療参加型臨床実習に参加する。実習参加資格は、医学部 4 年生終了時の CBT・OSCE で一定水準に達した学生に対して各大学から与えられる。日本医師会は、これらの医学生が安心して実習に取り組めるよう、たとえば「学生医（仮称）」<sup>3</sup>として位置付ける必要があると考える<sup>4</sup>。

診療参加型臨床実習とは、CBT・OSCE に合格し、医師国家資格の取得を目指す学生（主に医学部の 5 年生・6 年生）が、指導教員の下で、医療チームの一員として、患者の診察、診断、治療などに参加する実習とする。

診療参加型臨床実習の内容、到達目標はモデル・コア・カリキュラム<sup>5</sup>を尊重し、さらに基礎医学・臨床医学・社会医学が密接に関係しあっていることを認識できるものにする。実習内容は、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会等で評価・検討する。日本医師会は、文部科学省および厚生労働省に対し、両省が連携して診療参加型臨床実習の水準向上のために必要な支援を行うよう要請する。

また、医師としての適格性を養う目的で、医学部 5 年生終了時または 6 年生のときに、指導教員や地域医療の代表者等による一般面接を行ない、指導教員が面接結果にもとづいて適切な指導を行っていく。

日本医師会は、診療参加型臨床実習を支援するため、次のような取り組みを行っていく。

- 「学生医（仮称）」に対する国民の理解と協力を求める。

<sup>3</sup> 全国医学部長病院長会議も以下のような「学生医」を提言している。

「共用試験（CBT・OSCE）に合格した医学生は、臨床実習で患者診療に参加するに足る知識と技能・態度を持っていることを国民に理解してもらい、医学生が臨床現場で患者・家族から学べる環境を整えるために、全国医学部長病院長会議は、共用試験合格者に「学生医」の資格を認定付与する制度を確立すべきである。」（全国医学部長病院長会議「医師養成グランドデザインへの Action Plan」2012 年 11 月）

<sup>4</sup> 臨床実習における医学生の医行為については、1991 年の「臨床実習検討委員会最終報告」（いわゆる「前川レポート」）で、違法性は阻却されるものとされている。

<sup>5</sup> 診療行為別の到達目標のほか、学生が診療行為を行う際の、患者への同意の取り方などについても指針を示している。



- 学生教育研究災害傷害保険（学研災）学研災付帯賠償責任保険（付帯賠償）<sup>6</sup>等の加入を推進する。
- 医学生のためにさまざまな情報提供を行う<sup>7</sup>。
- 指導教員の教員数確保と指導力向上のため、国に対して十分な財源の手当てと対策を要請する。日本医師会が、指導教員に対して、医師賠償責任保険（医賠償保険）の補助を行っていくことを検討する。

#### 1.4. 医師国家試験

現在、医学部6年生は、知識問題を含む医師国家試験対策に多くの時間を割いている。しかし医学的知識については、医学部4年生終了時（大学によって異なる）に受験する CBT でも高度な内容が課されている。そこで、日本医師会は、医学的知識については医学部4年生終了時の CBT で評価し、医師国家試験を上級 OSCE（Advanced OSCE）に相当する内容に見直すことを提案する。

各大学は独自に卒業試験を行う。医師国家試験を見据えて、OSCE を重視した内容にすることも可能である。

医師国家試験（上級 OSCE）は、医学部5～6年生の診療参加型臨床実習を通じて習得した深い医学的知識、および技能にもとづいて、適切な臨床推論を行えるかどうかを客観的に評価する。医師国家試験に不合格になった場合には、出身大学の診療参加型臨床実習に引き続き参加できる仕組みを検討する。

---

<sup>6</sup>（財）日本国際教育支援協会を契約者とし、（財）日本国際教育支援協会賛助会員大学に在籍する学生を被保険者とする団体契約。医療関連実習に対する付帯賠償がある。

<sup>7</sup> 現在すでに医学生のための情報誌「DOCTOR-ASE ドクターアゼ」を提供している。

## 2. 臨床研修制度

### 2.1. 基本的な方向性

日本医師会は、新医師臨床研修の基本3原則を堅持し、臨床研修医が、地域社会で充実した研修体制を構築すること、臨床研修医が単なる労働力として位置付けられることなく研修に専念できる環境を整備すること等を支援する。

また日本医師会は、2011年から臨床研修医支援ネットワークを構築し、日本医師会ホームページを通じて、日本医師会医学図書館利用サービス、生涯教育オンラインサービスなどを臨床研修医に無償で提供しているところであるが、今後、臨床研修医個人に対し、さらにさまざまな情報提供を行っていく。

なお、いわゆる後期臨床研修については、現在、検討途上にある専門医制度との関係を調整しつつ、引き続き検討する。

## 新医師臨床研修の基本 3 原則

( 2000 年 11 月 参議院国民福祉委員会附帯決議 )

1. 医師としての人格を涵養
2. プライマリ・ケアへの理解を深め患者を全人的に診ることができる  
基本的な診療能力を修得
3. アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備

## 2.2. 臨床研修プログラム

医学部5年生、6年生の2年間の診療参加型臨床実習、さらに臨床研修2年間のトータル4年間で、プライマリ・ケア能力の獲得を目指す。到達目標は、自立して患者を全人的に診ることができるよう、適切な初期対応能力を身につけることとする。初期対応能力には、地域の医療、介護、福祉資源を把握し、それらと連携をとりつつ、患者を適切な医療機関に紹介できる能力を含む。

臨床研修は、原則卒業直後から行うが、基礎医学に進む場合には後年あらためて臨床研修を受けることができるようにする。

また、臨床研修プログラムは、その成果や社会情勢の変化等を踏まえ、適宜、見直しを行なっていく。

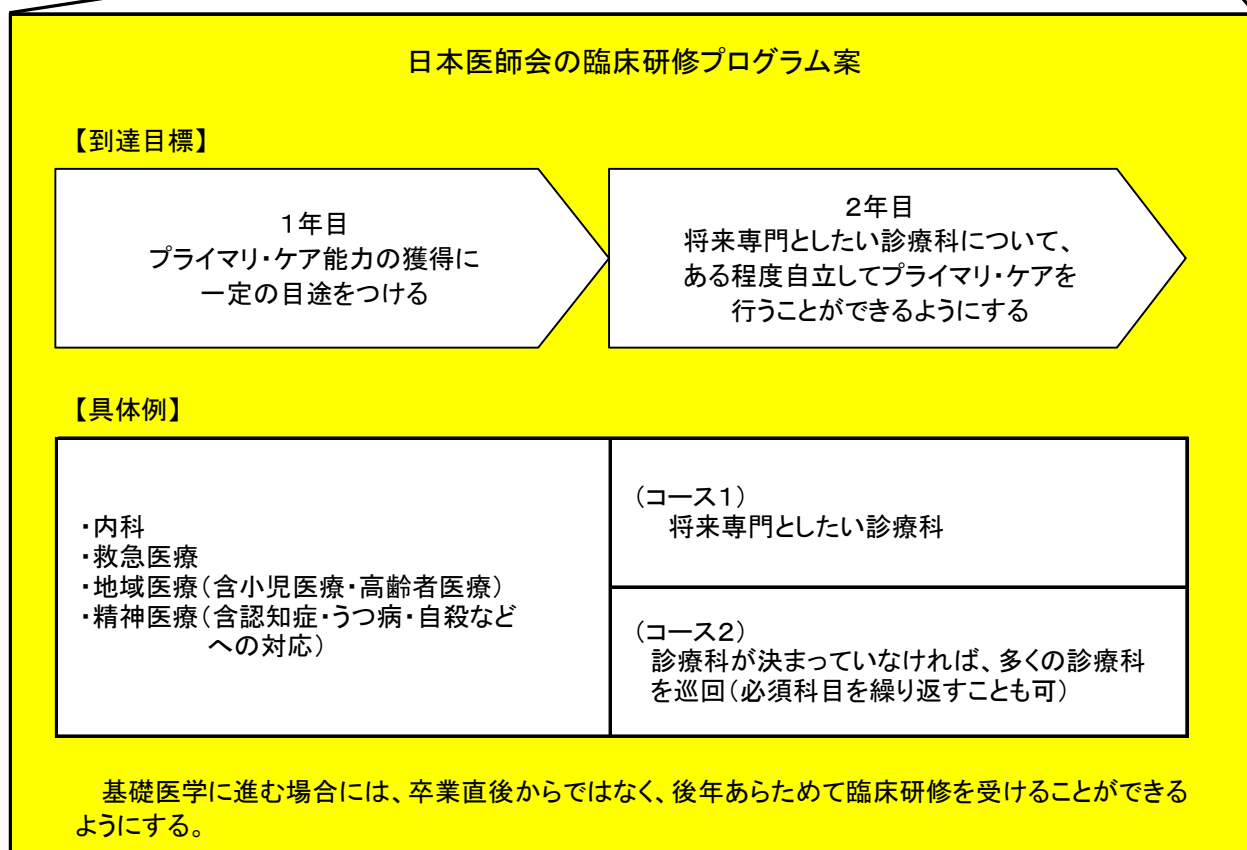
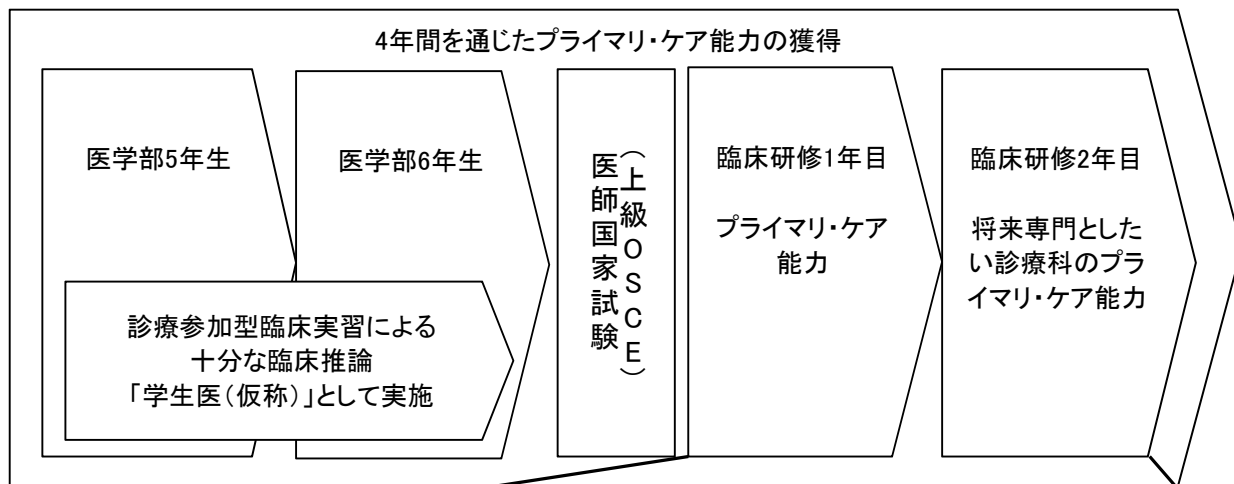
### 1年目

プライマリ・ケア能力の獲得に一定の目途をつけることを目指し、原則として1年目に必修科目を研修する。必修科目は、内科、救急医療、地域医療、精神医療とし、それぞれ介護、福祉との連携も視野に入れる。地域医療には、小児医療、高齢者医療を含む。精神医療では、認知症、うつ病、自殺などの諸課題にも対応できるよう、社会環境の変化を踏まえメンタルヘルスケアを行えるようにすることを目指す。

### 2年目

将来専門としたい診療科または多くの診療科を巡回してプライマリ・ケア能力を深めていく。将来専門としたい診療科をすでに必修科目で履修した場合には、あらためてその診療科を研修することも、その診療科以外を研修することも可能にする。

図 2.1 4年間（医学部5・6年生、臨床研修1・2年目）  
を通じたイメージ



## 2.3. 臨床研修システム

医学部5年生、6年生の診療参加型臨床実習、臨床研修2年間のトータル4年間で、プライマリ・ケア能力を獲得することを目指す。特に臨床研修の2年間、臨床研修医は地元出身大学に軸足を置きつつ、より実践的な地域医療を身につける。地域では、医師会、行政、住民などが協力して、地域であたたかく医師を養成する。

### 「大学臨床研修センター（仮称）」

- 各大学に「大学臨床研修センター（仮称）」を設置する。
- 研修希望者は、原則として出身大学の「大学臨床研修センター（仮称）」に研修先についての希望を提出する。研修希望先の地域は問わない（都道府県は自由に選べる）。
- 「大学臨床研修センター（仮称）」は、研修希望者と面談し、研修希望先を確認した上、必要があればアドバイスを行って、研修先を選定する。研修先に応募した結果、希望がかなわなかった場合、あらためて研修希望者と相談し、調整する。
- 臨床研修病院は、臨床研修医が、どの大学の「大学臨床研修センター」に所属しているかも含めて、「都道府県医師研修機構」に臨床研修医の受け入れ状況を報告する。

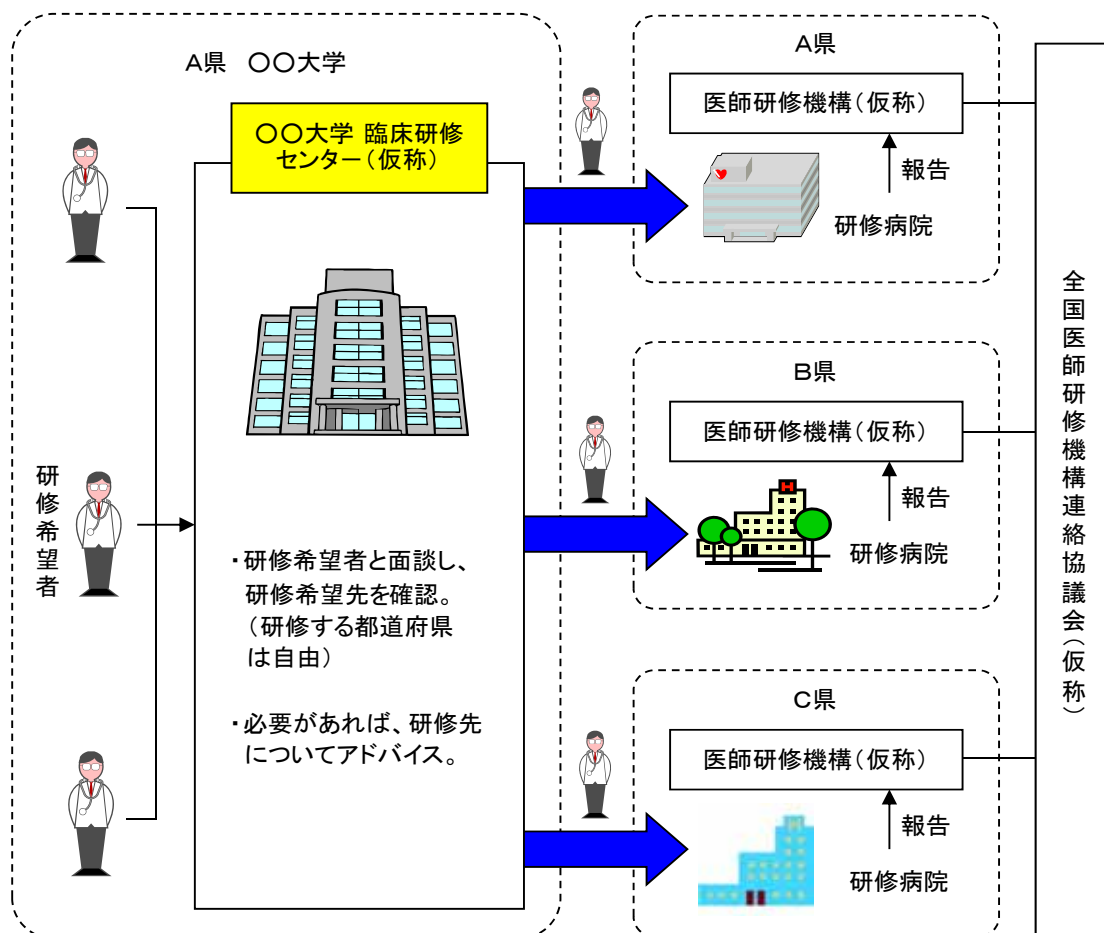
### 「都道府県医師研修機構（仮称）」

- 都道府県ごとに「都道府県医師研修機構（仮称）」を設置する。
- 「都道府県医師研修機構（仮称）」は、医師会、行政、住民代表、大学（医学部、附属病院）、大学以外の臨床研修病院で構成する。
- 各都道府県の「都道府県医師研修機構（仮称）」を束ねる「全国医師研修

機構連絡協議会(仮称)」を設置する。「全国医師研修機構連絡協議会(仮称)」は、人口や地理的条件など、地域の実情を踏まえて、研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数が概ね一致するよう、都道府県ごとの臨床研修医募集定員数を設定する。

- 「都道府県医師研修機構(仮称)」は、当該都道府県ごとの募集定員数をもとに、当該都道府県下の研修病院における臨床研修医募集定員数を調整する。
- 「都道府県医師研修機構(仮称)」は、地域で特色のある研修プログラムの検討・提案、研修病院等の登録、研修内容のフォローなどを行うほか地域の臨床研修医に対して必要な支援を行う。

図 2.2 臨床研修体制のイメージ



## 「都道府県地域医療対策センター（仮称）」

- 以下の 4 者を発展的に「都道府県地域医療対策センター（仮称）」に再編する。
  - ・ 都道府県地域医療対策協議会（現在各都道府県に設置）<sup>8</sup>
  - ・ 地域医療支援センター（現在モデル事業）<sup>9</sup>
  - ・ 「大学臨床研修センター（仮称）」
  - ・ 「都道府県医師研修機構（仮称）」
- 臨床研修医は、「都道府県地域医療対策センター（仮称）」に臨床研修修了後の就業先を届け出る。同センターは、「大学臨床研修センター（仮称）」や研修先病院等の協力も得て就業先を把握し、医師養成および医師確保対策を推進する。
- 「都道府県地域医療対策センター（仮称）」は、臨床研修修了後の医師のその後の異動や配置についても継続して把握する<sup>10, 11</sup>。これらの情報にもとづき、医師確保および偏在解消を推進するとともに、医師の生涯におけるキャリア形成支援を行っていく。
- 将来は、「都道府県地域医療対策センター（仮称）」が把握した医師の異動に係る情報を全国レベルで統合していく。

<sup>8</sup> 医療法第 30 条の 12 第 1 項にもとづき、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保、必要な医療の確保に関する事項について協議し、必要な施策を定める場として、2007 年にすべての都道府県に設置されることとなった。医師の確保が困難であり、配置についても権限がないため実効性がないなどの問題点が指摘されている。

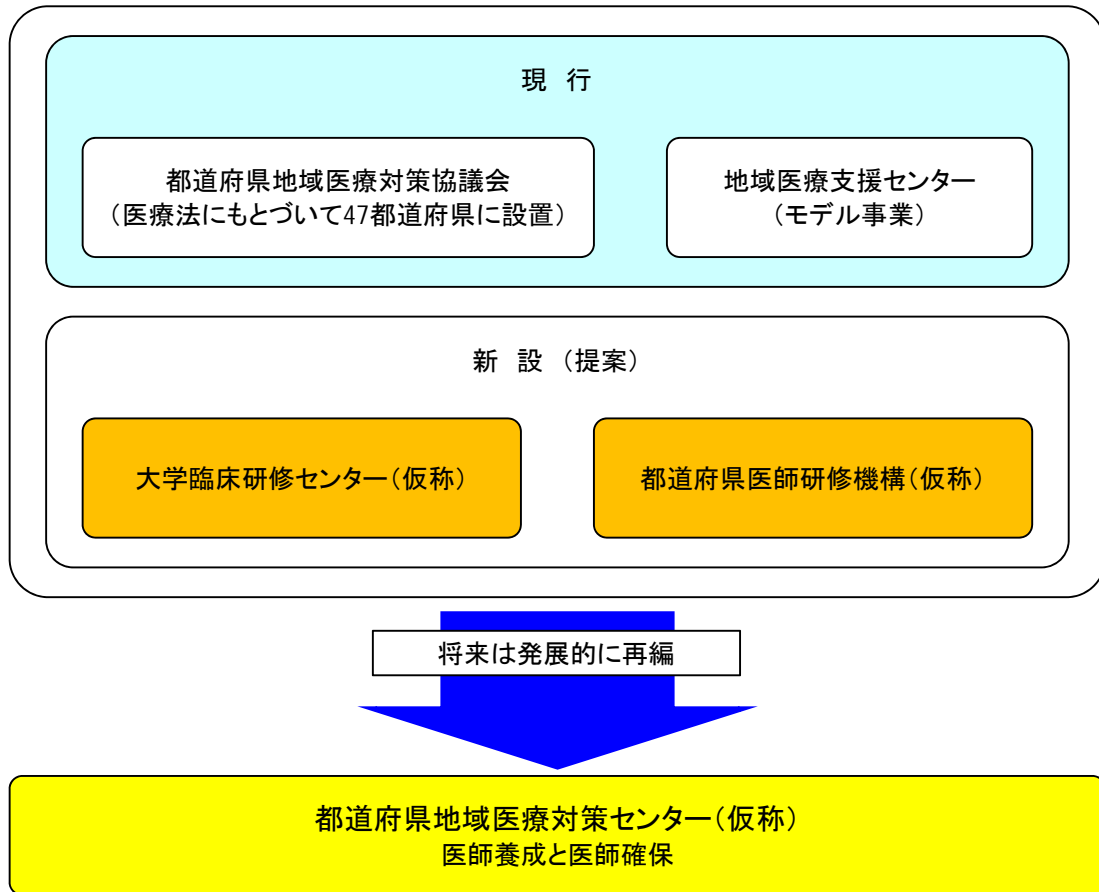
<sup>9</sup> 医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーを確立し、確保した医師を活用して、キャリア形成支援と一体的に医師不足病院の医師確保を支援するなどのために、厚生労働省予算でモデル事業としてスタートした。2011 年度に 15 道府県、2012 年度は 20 道府県で設置・運営されている。

<sup>10</sup> 都道府県単位で、医師の異動情報を把握している例として、母体保護法指定医師がある。人工妊娠中絶を行うことができる母体保護法指定医師は、母体保護法第 14 条にもとづき、人格、技能及び設備の 3 点を考慮して、各都道府県医師会が指定する。具体的には、日本医師会が作成した「母体保護法指定医師の指定基準」モデルにもとづき、地域の実情に応じて、各都道府県医師会が適格と認めたものを指定医師として都道府県医師会に登録する。併せて設備を都道府県医師会が指定し、登録する。指定医師は 2 年ごとに更新され、転居、転任などで診療施設を変更した場合などは、再申請を行うことになっている。

<sup>11</sup> 医師の届出は医師法第 6 条第 3 項により 2 年に 1 度行われており、罰則規定（50 万円以下の罰金）もあるが、報告が不備なケースも見受けられる。また異動の履歴等が分析され、医師配置の検討に資するような仕組みにはいたっていない。



図 2.3 医師養成および医師確保のための体制（将来イメージ）





---

**社団法人 日本医師会**

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2 - 28 - 16

TEL 03 - 3946 - 2121 (代)

<http://www.med.or.jp/>

---