医学教育の今！（最終回）

改革すべき日本の医学教育

昭和医科大学医学部 医学教育学講座
泉（いずみ）　美貴（みき）
Miki IZUMI

要旨

＜卒前教育＞
・医師法の改正を活かした、真の診療参加型臨床実習（以下 C.C.）を実施する必要がある。
・そのために、共用試験受験前の低学年から、見学型の臨床実習 (1 日／週、数週／年など）が必要である。

＜臨床研修制度＞
・卒前教育における診療参加型臨床実習の実質化に伴い、制度の終了を視野に入れ期間を短縮すべきである。
・権限や責任の大幅な付与により、学生医とは明確に差別化されなければならない。
・適切な評価により研修に適度な競争を導入し、成績によって診療地域や診療科の偏在を決定することにより、研修中は自己研鑽により高いレベルを担保すべきである。

はじめに―日本の医学教育の変遷

「医学教育の今!」と題した連載を、12 回にわたり掲載しました。ご自分が受けてこられた教育とは様変わりしていると感じましたか？私には、自分が大学を卒業した 38 年前と本質的にはあまり変わっていないように感じられました。

その間、平成 16 年（2004 年）から臨床研修医制度が始まり、平成 27 年（2015 年）から日本医学教育評価機構（JACME）による医学分野別国際認証制度が開始され、平成 30 年（2018 年）から新専門医制度が導入されました。令和 5 年（2023 年）から医学生が医療に携われるように改正された医師法が施行され、同年から Post clinical clerkships OSCE や共用試験（CBT, OSCE）が義務化されるなど、改革が次々に行われました。教育はアウトカム基盤型教育（outcome-based medicine: OBM）となり、授業はアクティブ・ラーニングが推奨され、カリキュラムの改編には IR（Institutional Research）で得られた情報を元に実施することが求められています。一方で、平成 16 年（2004 年）からの国立病院機構の独法化後は、大学病院が研究や教育の場から、資金調達の場へと変貌してしまいました。

I. 医学部の教育―入学時から開始する臨床実習と診療参加型臨床実習の充実

医学部時代の 6 年間の医学教育も大きな問題をはらんでいます。日本は約 150 年前にドイツの医学教育を輸入しましたが、それは教授が中心で講義が主体の師弟制度でした。臨床実習は見学による「見て覚える」スタイルです。戦後は、アメリカを中心として基礎医学教育と臨床医学の統合が重視され、臨床実習が実質化される動きにあって日本は取り残され、共用試験（CBT, OSCE）や平成 13 年（2001 年）から策定されているモデル・コア・カリキュラムなど、独自の歩みを続けたのです。

現行の医師養成課程を**図**に示します。医学部に入学しても「準備教育」と称する教養教育が 1 ～ 2 年間あります。この間に多くの医学生は、医師になるという目標を忘れモチベーションが著しく低下することは有名です。その後も「臨床前医学教育」つまり「一

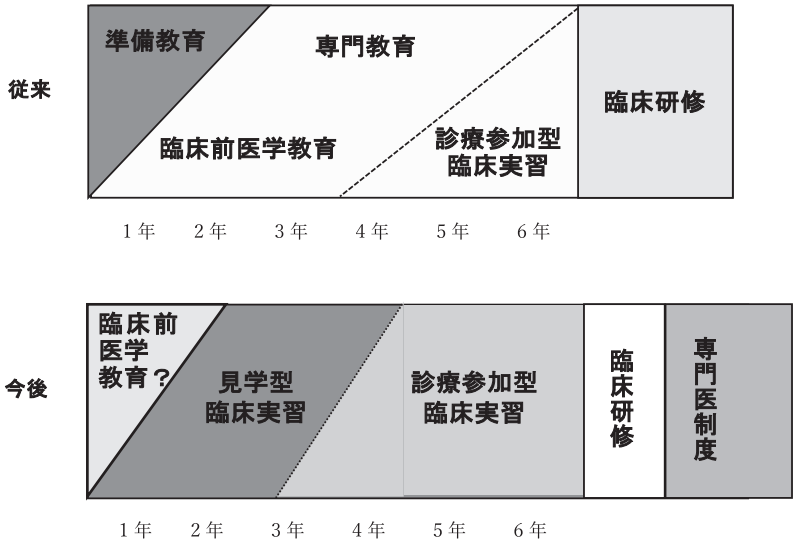

図　現行の医師養成課程[1]と、筆者が描く今後望まれるカリキュラム

医学部に入学したというのに患者を診ない、「準備教育」や「臨床前医学教育」だけでは、医学生のモチベーションが低下するのは必然である。入学直後から見学型の臨床実習で現場の経験を積むからこそ知識の修得の必要性が理解でき、共用試験後に診療参加型臨床実習にシームレスに進めるのである。

般教養」の講義が続き、その後にようやく「専門教育」つまり臨床医学を学びます。この4年間余り、医学生が患者に会うことはありません。なぜ、誰のためにその知識が必要なのかも判らないまま、座学が繰り返され、筆記試験によって測られるのです。共用試験（CBTとOSCE）の義務化後は、合格が診療参加型臨床実習に参加するための要件ならびに医師国家試験の受験要件ともなりました。ここで大事なことは、共用試験に合格しても、座学から突然診療に参加することは不可能だということです。診療に参加するためには、それまでに臨床現場を経験する「見学型の臨床実習」が充分な期間必要なのです。医学は患者から学ぶものであり、教科書から座学により学ぶものではありません。国際認証の基準（グローバルスタンダード）で「統合教育」の重要性が強調されているものの、統合するのはカリキュラムではなく、主語は学修者であり、「医学生が患者を診療するに際し、学問領域ごとではなく、患者を全人的に診ること」を忘れてはいけません。それには、教室での学びと臨床実習とが両輪として進行する必要があるのです。つまり、医学生は、初年次から医学を学び、患者を診る経験が必須なのです。アメリカでは、4年間の修業年限の約半分以上は診療参加型臨床実習で、最後の1、2年間は世界中どの国で学ぶこともでき、研究に専念することも奨励されています。診療参加型臨床実習では、診療チームに完全に溶け込み、主治医の一人としてカルテ記載や手技を学びます。私の感覚では、アメリカの医学生は、日本の専攻医の2、3年目くらいの診療能力があります。

臨床現場で指導する医師はよく、「臨床実習を行うには学生の知識が不足している」と嘆きますが、どれほどの知識があれば十分といえるのでしょうか、知識を学ぶモチベーションはどこから湧き出るのでしょうか。畳の上の水練は止めましょう。

法改正を活かし診療参加型臨床実習を充実させることにより、現行の臨床研修医制度は発展的に解消されると期待しています。その結果、医師免許を取得後すぐに専門領域の修練ができれば、年齢を過度に気にすることなく大学院に進む余裕も生まれるでしょう。

Ⅱ. 臨床研修制度ー競争なき構造と意欲の低下

令和6年（2024年）に始まった働き方改革により、

医師、とりわけ臨床研修医の時間外業務に厳しい上限規制が求められるようになりました。果たして、臨床研修医は旧来よりも幸福になったのでしょうか？少なくとも大学病院に勤務する医師からは、研修医の能力や意欲のあまりの凋落ぶりに、諦めとも絶望ともいえない感覚を抱いています。卒業後すぐの数年間は、（どんな職業でもそうですが）医師として宝物のように重要な時期で、この間に能力を伸ばすことなくして一流の医師になることは不可能と言えます。それにもかかわらず現行の臨床研修制度の元で研修医は、各科でお客様扱いをされ、患者の容体や手術の都合によらず 17 時に帰宅することを当然の権利と捉えています。業務時間の減少は自己研鑽の軽視を招来し、大学院への進学者は減少の一途をたどり、研究力の低下は目を覆うものがあります。臨床研修医の評価は、レベル１～４の４段階です（**表**）。レベル１は学生レベル、レベル２は１と３の中間、レベル３が研修終了レベル、レベル４は３年目以上のレベルと定義されていますから、ほぼすべての研修医はレベル３と評価されています。さらにこれらのレベルには基準の設定がないため、研修医として何ができればレベル３（研修終了）であるのかは、指導医の主観に委ねられています。研修医はこの競争のないシステムの上にあぐらをかき、3 年目には誰もが望む地域で望む診療科に進むことができるのです。世界中で、医師が診療科や働く地域を、何の競争もなく希望できるのは日本だけです。

おわりに一次世代の医師を育てるために、今すべきこと

医学部の入試は、かつてないほど苛烈で、日本の高校生の理系のトップ層がこぞって医学部に入学しており、筆者が教育を受けた時代に比べると、非常に優秀です。「日本では高校を卒業してすぐに医学部に入学するので米国の大学院大学のような教育は無理だ」と、できない理由を探すことなく、学生を信じ、責任を持って次世代の医学教育を世界に誇れる内容に改革していく必要があります。

文　献

1）　礒山 智史. 令和6年7月24日令和6年度医学・歯学教育指導者のためのワークショップ https://www.mext.go.jp/content/20250515_mext_igaku-00042449_2.pdf.（引用日2025年10月31日）

表　研修医評価票Ⅰ

研修医評価票　Ⅰ　　A. 医師としての「基本的価値観（プロフェッショナリズム）」に関する評価

A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
・社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

	レベル1 学生レベル	レベル2 1と3の中間	**レベル3 研修修了レベル**	レベル4 3年目以上の レベル	観察 機会 なし
自己	□	□	□	□	□
指導	□	□	□	□	□

A-2. 利他的な態度
・患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。
・自分の仕事以外も進んで行う姿勢がある*

	レベル1 学生レベル	レベル2 1と3の中間	**レベル3 研修修了レベル**	レベル4 3年目以上の レベル	観察 機会 なし
自己	□	□	□	□	□
指導	□	□	□	□	□

A-3. 人間性の尊重
・患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

	レベル1 学生レベル	レベル2 1と3の中間	**レベル3 研修修了レベル**	レベル4 3年目以上の レベル	観察 機会 なし
自己	□	□	□	□	□
指導	□	□	□	□	□

A-4. 自らを高める姿勢
自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

	レベル1 学生レベル	レベル2 1と3の中間	**レベル3 研修修了レベル**	レベル4 3年目以上の レベル	観察 機会 なし
自己	□	□	□	□	□
指導	□	□	□	□	□

以上の項目（医師としての基本的価値観・プロフェッショナリズム）に関して、研修の評価に影響を及ぼすような事実（トラブルになったケースとか、非常に良かったことなど）があれば、記述してください。

コメント（印象に残るエピソードがあれば記載してください。レベル1とした場合は、必ず理由をお書きください）

出典：オンライン臨床教育評価システム（PG-EPOC）
（https://epoc2.umin.ac.jp）