

○司会 皆様、大変長らくお待たせいたしました。

それでは、ただ今より信州大学医学部と山梨大学医学部合同シンポジウム 平成 24 年度文部科学省公募事業「基礎・臨床を両輪とした医学教育改革によるグローバルな医師養成」を開始いたします。

私は、本日の司会を務めさせていただきます信州大学医学教育研修センター、黒川由美と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは初めに、合同主催者を代表いたしまして信州大学学長、濱田州博より開会のご挨拶を申し上げます。濱田学長、よろしくお願いいたします。

○信州大学学長 皆さん、こんにちは。

ただ今ご紹介をいただきました、信州大学長の濱田と申します。

本日は信州大学医学部と山梨大学医学部合同の医学教育成果発表シンポジウムを開催するに当たりまして、一言ごあいさつを申し上げたいと思います。

本日は文部科学省医学教育課企画官、佐々木昌弘様を初め多くの皆様にご参加いただき誠にありがとうございました。まずは厚く御礼を申し上げます。

本シンポジウムですけれども、平成 24 年度文部科学省大学改革推進事業「基礎・臨床を両輪とする医学教育改革によるグローバルな医師養成」に採択されているわけでございます。その採択されている山梨大学医学部と信州大学医学部が合同で、この 5 年間の活動成果を発表するために開催をさせていただきました。

山梨大学医学部が採択されておりますテーマは「医学医療の高度化の基盤を担う基礎研究医の養成」でございます。魅力ある基礎研究医養成プログラムを構築するすぐれた取り組みが支援されております。プログラム名はリエゾンアカデミー研究医養成プログラムで、学部と大学院を融合したリエゾンアカデミーを創設し、基礎研究医としての早期学位取得と自立を支援する教育プログラムを推進しているところでございます。

一方、信州大学医学部のほうは、テーマが「グローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習の充実」でございます。医学生の実習参加型臨床実習のさらなる充実を行うすぐれた取り組みが支援されているところでございます。プログラム名が「150 通りの選択肢からなる参加型臨床実習」でございます。ここの附属病院と長野県内約 30 の教育協力病院にて参加型臨床実習ができる環境を整えて、150 通りの臨床実習を実現しているところでございます。

それで本シンポジウムでは、まずは文部科学省の佐々木様より「今後の医学教育改革と医師養成の方向性について」と題する基調講演と、実際のプログラムの合同成果紹介をしていただくことにより、次代の医学教育、医師養成に関して方向性がはっきりしてくるのではないかと期待しているところでございます。

ところで、ちょっと私事で恐縮なんですけれども、先月浜松で「G1中部 in 浜松」なる催しがございまして、これは、いろんなパネルディスカッションを行うということで政治家から、企業家というのはいわゆるベンチャーとかを起業している方ですけれども、そういう方とかが集まるもので、もし興味がありましたら「G1中部 in 浜松」というふうに検索していただくと動画が出ていて、全部しゃべっている内容が公表されているみたいなんですけれども、なぜ私がおこのパネラーになったかわからないんですが、「ライフイノベーションとテクノロジー～変革する「いのち」と「くらし」の現場から～」という題名のパネルディスカッションに参加させていただきました。

その中で4人パネラーがいて、その中に在宅医療を専門としているというか、おこの団体の方がいらっしゃるしまして、その方たちが強調されていたのは診療、研究、教育ですか、これが三位一体で進んでいかなければいけないということ、どれかが欠けてもいけないんだということを強調されていたというのが印象に残っているところでございます。私自身もやはり医学においては診療、教育、研究、これ三位一体で進んでいかなければいけないというふうに思っておりますので、今日のこの取り組みがそういうのの一面を表してくれればというふうに思っております。

ぜひ、今日このシンポジウムが次代の医学教育、医師養成につながることを祈念申し上げてあいさつとさせていただきますと思います。ぜひこれからの約3時間、ご清聴のほどよろしくお願い申し上げます。ありがとうございました。

○司会 それでは、これより基調講演に移りたいと思います。

本日は講師として文部科学省医学教育課企画官、佐々木昌弘先生においでいただいております。ここで簡単ではございますが、佐々木昌弘先生のご略歴をご紹介します。

佐々木先生は、昭和44年秋田県横手市でお生まれになりました。平成6年秋田大学医学部をご卒業後、内科医としてご研鑽を積まれ、平成8年厚生省へご入省、以降、老健局国立病院部国立成育医療センターでは政策医療企画課長、医政局では医療安全推進室長などを歴任されました。平成21年より4年間、広島県健康福祉局長を務められ、平成25年厚生労働省医政局に医師確保等地域医療対策室長としてお戻りになりました。平成27年より現職の地域医療人材育成専門官もご併任されておられます。

本日は大変お忙しいところを、この信州までお越しいただきました。佐々木先生、本当にありがとうございます。

それでは佐々木先生、どうぞよろしくお願いいたします。

○佐々木 先生方、皆さん、こんにちは。ただ今、黒川先生より過分なご紹介をいただきました厚生労働省から今、現実的には文部科学省に出向というか、今、人事交流を進めておりますので、それで昨年10月より医学教育課企画官として、医学教育だけではなく実は24職種、医師、歯科医師、薬剤師から

精神保健福祉士、介護福祉士、社会福祉士までの 24 職種と、そして大学病院の支援を担当しております。

先ほどご紹介いただいた中にありましたとおり、私も奥羽山脈の懐、秋田県横手市、雪で作るかまくらですよね。小学校 6 年生まで過ごし、実家は秋田県横手市のままで中学、高校は、実は今日のこのプログラムのテーマに、グローバルというのがありますよね、グローバルなというのがある。で、柔道で世界一を目指し、中学、高校は東京に柔道留学をしておりました。その時の同級生は吉田秀彦という、後に本当に世界一になってプロ格闘家になった。結果、それで私は柔道世界一というのではなく地元の医学部に進んだんですが、先ほど申したとおり同級生の吉田が大学 5 年のときに本当に世界一になったということもあって、そのあたりから、やがては日の丸を背負うと、柔道として日の丸を背負うのではなく、日の丸を背負う仕事ということ考えるようになりまして。そうはいつでも平成 6 年卒業時点では、衛生学の大学院に進みまして、思いのほか博士論文が早く書けたので、2 年後の平成 8 年に厚生省に進み、そして実際、日本全体の仕事をする中で、今、我が国が世界に伍して戦える数少ない分野がこの医療、保健医療でございますので、グローバルというのを世界を目指すというよりは、世界を引っ張るグローバルな我が国の医療、そして、そういった医師養成をどう今、医学教育課の立場で進めていけるかということを考えております。

そうした中で、今日は信州大学、山梨大学の先生方、皆さんのお計らいにより今日「今後の医学教育改革と医師養成の方向性について」プレゼンする機会をいただきまして、ありがとうございます。先ほどの経歴紹介いただいた中で、そういえば一つ書き忘れたなと思ったのが、先ほど濱田学長から在宅医療の話がありましたけれども、厚生労働省医政局の在宅医療推進室長をしていたこともございましたので、今日皆さんにいろいろな話題を織り込みながらプレゼンをしたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

まず我が国、現在も保健医療システム、例えば WHO、例えば世界銀行の評価、そしてアウトカムでも平均寿命のみならず健康寿命でも世界一もしくは世界一を争う水準にあります。その我が国も医学教育の歴史もしくは近代医療の歴史を考えますと、本当にこの 150 年の歴史なんです。この 150 年の歴史の中でも、2 番、戦後 70 年、終戦後に大きな変革を迎え、そして現在に続く社会保障というものがあります。そうした中で時代が確実に変わっていく、じゃ、今後の医学教育をどう進めていくのか、そして、それに応じて医師養成をどう進めていくべきなのかというそのリンクの仕方を考えていきたいと思っております。

先ほど申し上げたとおり、150 年というのは、それ以前は鎖国の影響もあったので、我が国では漢方を中心とした医学でした。そして、幕末になって長崎から西洋医学、そして西洋風の医療が導入されるようになり、明治維新のころには、錦の御旗ってありますよね、あの錦の御旗に病院という文字を縫いつけて戊辰戦争の傷病者のために軍人病院を設置したのが、イギリスの公使館の軍医のウイリスでした。

もしそのままであれば、当時のイギリスは臨床重視というか、臨床オリエンテッド、つまり目の前に患者さんがいる、目の前に血を流している人がいる、目の前にお腹を痛がっている人がいる、じゃ、なぜそういうことか考える。今でいうと臨床推論です。というのをベースにした進め方を医学教育、そして医者養成をとというのが当時のイギリス流の考え方でした。ところが結果的には、明治維新も無事に収まったころ当時の世界最先端はドイツ医学だったということもあって、実際、明治憲法とかもドイツに学びに行ったこともあって、結果的にはドイツ医学をベースにした医学そして医療を、我が国は取り入れることとなります。当初のドイツ医学の考え方は学問重視というか、学問オリエンテッド、つまり生理、生化、解剖に始まり、そういった学問の積み重ねの上に臨床の場面というのがあるんだと。という学問の捉え方そして医学の教え方というのが、150年前に我が国は採用することとなります。

その後、一つの転機になるはずだったのが、戦後GHQが日本に進駐してきたときに、アメリカ流の公衆衛生、具体的にはどういうことかという、単なる臨床医学ではなく公衆衛生とはどういう意味かという、先ほどの例でいうと、目の前にお腹を痛めている人がいると。そこから臨床推論的に考えていくところまでは一緒なんですけれども、じゃ、その状態になったのは、例えば貧困が原因だからではないかとか、また、それは疫学的な考え方になるんですけれども、例えばそれは、その近隣の中に同じような症状が多いというのは、例えば何か環境因子があるのじゃないか、というようなところまで広げていこう。よって、狭義の医学だけではなくさまざまな学問体系を融合させようというのが公衆衛生です。結果的には我が国にはそんなに根付かず、それをさらに進めようとして10年前に専門職大学院の中で公衆衛生大学院を進めようとしたんですけれども、今4つにとどまっているというのも、我が国にはなかなか根付かない。それは根付かないというのは、我が国にはほかの方法でそれを解決し得るからということなので、無理にそれを進めるということも非現実的なことだろうと思っています。

そうした中で、医師法は公衆衛生というものを書いていますし、歯科医師法また保健師助産師看護師法、薬剤師法にも全て公衆衛生というのが出てくるのは、当時のGHQの考え方の名残りが今も残っているということです。

さて、医師法が成立した同じ昭和23年には医療法も、年というか同じ日に医療法も成立しました。その医療法の歴史的な変遷ですけれども、医療法はもともと昭和23年にできたころには、戦後の終戦後間もないころ、まずは量的に医療機関の整理、医療人材の確保が急務でした。そうはいっても人の体にメスを入れる、注射針を刺すという話、仕事ですので、病院の最低限の基準、そして先ほどの医師法や歯科医師法にあるように、医師となる人はこういう人でなければならない、そのための免許です。国家試験はこういう内容にするべきだという最低限の基準を作っていくというのが、戦後の最初の仕事でした。

その後、昭和36年には国民皆保険、昭和48年には老人医療費無料化、そしてその間には高度経済成長もあって。国民皆保険の大きな意味というのが2つあります。一つは、まず患者さんが医療にかかり

やすくなった。全額窓口で自分で払わなくて済むわけですから。患者さんがかかりやすくなった。もう一つの意味というのは、経営する側からしても、言い方あれですけども、取りっぱぐれることはなくなった。患者さんが窓口で仮に払えなかったとしても、保険のほうからお金が出て8割ほどもらえるわけですから。そういった意味では医療の需要も供給も爆発的に喚起されていったわけです。

そして、昭和60年ごろには、全国的には量的確保、整備がほぼ達成された。けども、まだ地域偏在があるということで昭和60年、今から30年ほど前からは、どうやってこの地域偏在を解消するか、別の言い方をすると医療資源の適正配分を図っていくのか。これがこの30年間の医療行政のテーマであり、そしてそれに応じた医師養成の制度を構築していくことになるわけです。例えばこの30年前に何をしたかということ、医療計画制度を導入することによって病床規制を入れた。よく病床規制を診療報酬の、医療費の文脈で当たる、つまり医療費を抑えるために病床数を減らしているんだろうということを言う人がいますけれどもそれは誤りで、診療報酬改定率を下げれば医療費は抑えられますから。じゃ、なぜ病床規制が必要だったかということ、既に病床が足りている都会に新たにベッドを作ることを規制すれば、新たにベッドを作りたい人はベッドが不足している地域でしか作れないわけですから、その結果、足りている地域がこれ以上増えることはなく、不足している地域に誘導が図れるというのが病床規制の考え方です。

そしてその後、例えば特定機能病院、療養型病床群、今の療養病床ですけども、医療は単純にベッド数が同じだったら同じかということそうではありません。当たり前ですけども、医療の中身によっても偏在があってははいけません。そこで、信州大学附属病院も山梨大学附属病院もそうであるように、特定機能病院という高度な医療をするのはどこかというのが分かる仕組みを入れました。今、群馬はちょっと事情があれですけども、基本的には47都道府県全てで特定機能病院、つまり高度な医療を受けられるという体制がこれで整っていくわけです。同時に、長患いが必要な方の場所を確保する必要もあります。そこで療養型病床群ができたわけですし、介護保険という形で、必ずしも、病院の入院以外でも長患いの人がいる場所が必要ですから、介護保険の導入へとつながっていくわけです。

そうした中で民主党政権であった5年前ですね、平成23年ですから、5年前から社会保障と税の一体改革ということを進めることになります。この社会保障と税の一体改革というのは何かということ、極めてシンプルなんです。税、つまり消費税を5%から8%、10%に段階的に引き上げる。そうすると税収入が増えますから、それによって増えた税収入を全て社会保障、具体的には少子化、医療、介護、年金の4分野に振り向けるというのが社会保障と税の一体改革ということになるわけです。この仕組みを考えていく、具体的に構築していくときに、国民は全て消費税率アップという形で痛みを伴います。となるとこの際、少子化、医療、介護、年金それぞれの分野でも国民に理解をしてもらえる痛みを伴う改革が必要だろうと。ということで、さまざまな改革はこの数年進んできているわけです。医療と介護は

セットで制度設計をしていくわけですが、これがまさに今日これから、どうやって医師養成を図るかということにも医学教育を進めるかにも関わることでありますが、これからの我が国の医療が目指す姿は、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築。そしてそれとともに、つまり同時に地域包括ケアシステムを構築するということになります。

この前段の効率的と、質の高いというのは両立するかというと、別の考え方からすれば医療というのは有限資源です。その有限資源を質の高いところに質の高いものを集めようとする、これはもう効率的に、先ほどの言うと適正配分的にやらないと。適正配分とやって言うところとちょっと嫌な言葉だとすると、適材適所って言えばピンときますよね。そうすれば、おのずと一番その人の得意なところで得意なことができるわけですから、おのずと質も高くなります。効率も効率的になります。なのでこれは、実は結果的に方法論と目的の話でもあります。

そして、地域包括ケアシステムとの関係は。地域包括ケアシステムというのは、よくこの1、2年で、医療では地域包括ケアシステムという言葉がよく出てくるようになりましたが、それって何なんだということ、よく実態がわからないという方も多くいらっしゃいます。結論からいうと、実態がよくわからないというのは正解なんです。なぜならば日本全体を一つのモデルであらわせないからです。地域包括ケアシステムというのは暮らしの場があって、それに対してかかりつけ医の先生がいたり、また介護保険の事業者がいたり、また老人クラブやNPOという地域のさまざまな人的なネットワークがあります。これらがつながっているというのが地域包括ケアシステムです。当たり前ですが、松本と、また甲府と、また東京と同じ地域ではないです。そして、それぞれの地域では仮に年齢構成が同じだったとしても、既にいる先生方、既にこの12年間で整備されてきた介護保険事業所、そして何といてもこの地域の輪というのは、仮に病気の構造、年齢構成が同じであったとしても同じはずはありません。なので、地域の実情に応じて作っていくというのが一番現実的です。

先ほど申し上げた昭和23年、戦後のころであれば日本全体で一つのモデルを示して、これに向かって日本中やりましょうという、マスプロです。マスプロダクトのやり方がよかったですと思いますが、今は少なくとも戦後70年、そして介護保険ができてからでも12年たっているわけですから。今いるプレイヤー、今ある地域の資源、それぞれの中でネットワーク、顔の見える関係を構築していくのがベストなわけ。このことを考えたときに、暮らしていくということを考えれば、どうしてもいざというときにお医者さんにかかる、いざというときに入院できる、いざというときに高度な医療まで受けられるというのは非常に大きな要因です。

逆に、受けられるという担保がないと何が起きたかということ、ひところ特養、特別養護老人ホームの待機が何万人という報道がありました。あれは特養での介護が必要な状態になってもすぐ特養に入れるかわからないから、まだそんなに健康を損ねていないうちから待機者リストに名を連ねる。つまり申し

込みをしていたから起きた現象です。現時点、その時点でのニーズと、それに対しての特養のリストと
いうののミスマッチが起きた、アンマッチが起きたわけです。それが起きないように、いざというとき
に、医療の言葉でいうと二次医療、三次医療という言葉がありますから。いざというときにかかりつけ
医のお医者さんにはしっかり近くの二次医療を行える救急医療機関や病院、そして信州大学附属病院や
山梨大学附属病院に代表される三次医療の中心となる医療機関が、地域の最後のとりでとして控えてい
る。このバックアップをしていくという、重層的に支えていくということが必要なわけです。

それで、先ほどの医療提供体制を質の高いものに再構築していくということと、地域包括ケアシステ
ムが構築されていくということがセットで必要なわけです。ちなみに病院のほうからしても地域包括ケ
アシステムがあるのが望ましいのは、最近どうしても退院調整が難しいからだと思います。退院調整の
際に、「大丈夫です。地域にはかかりつけ医の誰々先生がいますし、また、必要であれば退院前にケアマ
ネさんとカンファランスをして、ちゃんと退院後に介護につなげられるように話をしておきます」とい
った形で退院後のことを説明し、安心して退院してもらうために地域包括ケアシステムが必要になりま
す。

一つ補足しておきたいのが、ちょうど3年前の今ごろでしたけれども、この法律、社会保障改革プロ
グラム法を作ったときには、どうしても高齢者と、つまり介護と医療の一括法だったので、ここが「高
齢者が」になっているんですね。でも当たり前ですけれども、別に地域の中で暮らしていく、そしてい
ざというときに医療提供体制が二次医療、三次医療でバックアップをするというのは全年齢でもいえる
ことです。なので本来はここは「住民が」とか「国民が」とかという形に置き換え、この「介護」に相
当する部分が、例えば小児がんの子どもであれば「教育」ということになるでしょうし、同じくがんで
いうと、働き盛りだったらここは「就労」という言葉になるでしょうし。それぞれの年齢、それぞれの
ステージに応じて、全ての住民が住み慣れた地域の中で暮らしていける、それを医療提供体制が支えて
いくという形にする必要があります。

実際そのことを、高齢者だけじゃないというメッセージを発しなければいけないだろうということで、
今年の5月に障害者総合支援法が改正になりました。その中で、例えば医療的ケア児という言葉を入れ
ることによって、医療が必要なお子さんが地域の中で暮らす、まさにこの地域包括ケアシステムを法律
的に裏付けする制度を入れた。また今年の8月ですけれども、塩崎厚生労働大臣が、新しい制度を検討
する会議の場で、地域包括ケアシステムを全ての年齢に広げていくというのが厚生労働省の方針だとい
うことを言いました。このように今後の我が国の医療の姿、そしてそれが世界に発信できる姿にする
ということを考えたときに、地域に根差した形と、そしてそれをバックアップしていく形と、この両輪が
必要ということになります。

これはちょっとスキップしますけれども、介護はどういう制度改正があったかというものの図です。

これが一朝一夕にはできるわけではありませんので、今、平成 30 年に向けてさまざまな制度改正が進んでいます。そして、この平成 30 年というのを一つのターゲットの年として、医学教育の改革も今、オンゴーイングで進んでいるところです。

医師を養成していくということ、そして現場で医師が活躍できるということを考えると、どうしても医師患者関係、最近は患者医師関係という並びにするところが多いですけれども、これが鍵になります。これが患者側もまたプレイヤー、参画すべき立場です。ところが今までの医療の現場を考えると、基本的にはやっぱりお任せ的なところもありました。もちろんそれはそれで一つよかった姿かもしれませんが、それが無理解な受療行動になると、これは必ずしもよい医療、よい医師患者関係を作ることにはなるとは限りません。

そこで 2 年前の先ほどの医療と介護の一括法改正の中で、国民の責務というのが戦後 70 年初めて入りました。長いのでポイントだけ言うと、国民は地域医療の理解を深める。そして、病院ですね、病院の適切な選択をする。よくあるのが軽い病気、風邪のような症状ですぐ大病院、大学病院を受診するということはしないということですね。そして、医療を適切に受ける。これは、例えば救急車の安易な使用などをイメージしています。実はこの医療法の中に国民の責務を盛り込もうというのは、これは役所側の提案で入った条文ではありません。この法改正を検討しているときに患者代表として入っている委員から、複数の委員からの提案です。患者側もまた今、変わろうとしている。それに対応できる医師養成が必要ということになります。

ここからは医師養成の話に、医学教育になります。

まず一つ、今のポストに昨年 10 月についてから、これは宣伝しなければならないなと思ったことがあります。それは何かというと、平成 16 年からの臨床研修必修化が法律で決まったのは平成 12 年のことでした。この平成 12 年の医師法改正から、大学は医学教育は身を削る改革を進めてきているということです。大きく分けても 5 つの改革は少なくとも進めてきています。例えば、モデル・コア・カリキュラムの策定です。このモデル・コア・カリキュラムは事務局・庶務は文科省がやっていますけれども、実際の中身の検討は大学教育に携わる、医学教育に携わる先生方です。それは憲法 23 条で「学問の自由はこれを保障する」、この条文の中には大学の自治、さらには教授、何を教えるかの自由も含まれています。過去幾つかの判例も出ています。にもかかわらず自分たちが教える内容を、当時 80 の医学部の数ですけれども、80 の医学部で自分たちで教える内容を決めよう、逆にいうと今まで自分が教えてこなかったことも、これで話し合ったことは教えていこうということの意思表示をしたのが、このモデル・コア・カリキュラムということになります。

そして 2 つ目は共用試験です。CBT、OSCE を行うことを軸とした共用試験は、当たり前ですけれどもお金がかかる話です。実施にもお金がかかりますし、その準備をする組織を作るのにもお金がか

かります。本当であれば大学の中で何か機器を買ったり、また別のことに使えるお金をあえて共用試験に振り向けてでも、学部段階で臨床実習が始まる前にC B Tで知識を、O S C Eで技能、態度を自らで保証しようというのがこの共用試験です。

そして3つ目の取り組みがちょうどこのあたり、平成26年、27年ですけれども、自分たちが臨床実習に進む医学生の質を保障しようとしている中で、であれば臨床実習のときにどこまでの医行為が許容されるのか。これを平成26年、そして翌平成27年12月にリバイズし全国医学部長病院長会議の名前で出しています。これも場合によっては、一番楽をするとすれば何も手をかけずに、見といてというのがいいです。それを診療参加型実習を進める、そしてそれがどの程度までできるのかということを検討する。労力もお金も当然かかる話です。それを自らの手で医行為の水準というものを検討しています。これが3つ目です。

そして4つめが、今オンゴーイングな話として、先ほどの共用試験を臨床実習終了時にもう一度O S C Eをしようという、p o s t - C C O S C Eの取り組みが4年後の全大学参加に向けて進んでいます。繰り返しますけれども、これはとてもとても大学にとっては労力が必要な話です。でも医師国家試験、先ほど医師法の条文を出しましたけれども、覚えていますか、医師法の条文。「医師国家試験は臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能についてこれを行う」。でも実際厚生労働省が行う国家試験はこの知識だけです。技能を担保しているのが医学教育です。その付託されている医学教育の中で臨床実習前に加え臨床実習終了時でも、もう一度技能、態度を評価する、質の保証をする、この取り組みを4つ目の大きなこの十数年の間の身を削る改革で行っているわけです。

そして5つ目は、2023年問題という表現がなされましたけれども、国際水準の医学教育を、これまたお金がかかる話です。それを昨年12月に組織を立ち上げて、国際水準にある医学教育を自分の大学が行っているという認証を80、この春から81に増えましたけれども、81の大学で取り組もうとしているところ。現実的には2023年問題とされた対象になるのは、毎年8000から9000人医師になる中で年間二、三十人ぐらいです。けれども全ての大学で、自分たちは国際水準の医学教育を行っているんだということの認証を受けるべく、その審査を受ける、受審をするということの取り組みが始まっています。昨年立ち上げ、今年度中には世界医学教育連盟(WFME)の承認を受けると来年度から順次、その認証を受ける取り組みが全国各地の大学で進んでいきます。

さてあらためて、今の歴史的な医学教育の身を削る改革と、今の医師養成の高校を卒業して、そして6年間、そして2年間の臨床研修、そしてその後のということを考えていくと、今その診療参加型臨床実習の話と、あと臨床研修の話を、どうここをシームレスにつないでいくのかというのが大きなテーマになります。この臨床研修を法律化したのは先ほどの平成12年、実施は16年。その後の医学教育の身を削る改革を考えると、診療参加型臨床実習でも相当程度平成11年以前の卒業生と比べると進んでいま

す。となると、ここをつなぐものをどうしていくのか。個別具体的な話もありますけれども、例えばコア・コンピテンシーと呼ばれる資質と能力、そしてそれが評価できるものにする。それを合わせていくというのが、まずは第一歩として必要になると思います。そのことを今取り組んでいますし、また、平成30年度からの以降の実施になりましたけれども、この先の話で、この専門医の新しい仕組みというのも変わってきています。

そしてもう一つ、どうしても医学教育、医師の話をしていくと、この臨床医になる道、さらに言うと地域医療に従事する医師の確保、この議論がどうしても中心になってしまいます。でも、例えばデータでいうと、今医師免許を持っている人の中で臨床医は95%です。5%は基礎を含めた研究です。そして私のような行政に進んだり。そういった形。また臨床医の中でも、例えばこの信大の中のキャンパスにも貼ってありましたけれど刑務所で働く医師、つまり矯正医官、また検疫、外国からの感染症の侵入を防ぐ検疫といった形で、さまざまな道を進んでいくこととなります。医学教育においては臨床だけではなく大学院進学も含めて、また基礎の研究に進むことも含めて対応なニーズがあり、そしてその多様なチャンスやキャリアパスを描くことができるということを伝えていくということが、医学教育の大きな目的になります。

恐らく我が国が世界一の保健医療システムと評価をいただいているものの一つに、今までの先輩方が、例えば、アメリカもそうですし、また、ヨーロッパの中でも大陸のフランス、ドイツ、そしてヨーロッパの中でも島のイギリス、全てがややもするともう卒業後もう単線しか道がないんですね。単線しか。それに対して我が国は卒業したら、かつては医局に入り、その医局の中でも大学の中、そして大学の中でも研究を中心に担ったり、そしてまた地方の医療機関に勤務したりという、さまざまなキャリアパスということが描けてきた。その多様性があるということが我が国の医療の強みだったと思います。実際アウトカムがそうになっています。となるとその多様性ということを医学教育の中でも織り込んでいくことが必要になると思います。ここが先ほど申し上げた5大改革ということになるわけですがけれども、こうした取り組みを踏まえて先ほどの憲法23条の話はこれですね。今の医学教育は、先ほど紹介したとおり平成13年に最初に作り、そして最初の改定が平成19年、2回目の改定が平成23年ですがけれども、今年度中に3回目の改定に取り組んでいるところです。

今の中でも例えば、その地域医療や医学研究というところもあるわけですがけれども、これももう少しさらにこの5年間、冒頭というか前半で申し上げた社会の仕組みや医療の考え方が変わっているわけですから、それを反映させる形にしたいと思っています。これが先ほどの、今年度中に改定をしますと。グローバルスタンダードやさまざまな制度が変わっていくということを念頭に置きますということで進めています。先ほど申したとおり、これは文部科学省はあくまでも裏方です。実際は医学教育に携わっている先生方にまとめていただくべきものです。検討の節目節目で、例えば夏7月27日には文部科学

省主催のワークショップがありましたので、そこで経過報告をしましたし、そして今月の話ですけども、今日が12日ですか、16日にモデル・コア・カリキュラム改定の検討会を開いて、それをもとにして年内に、各大学そして各学会に個別にもう一度意見照会をしようとしています。内容的には先ほどのグローバルスタンダードへの整合性、そして国家試験出題基準等には先ほどの臨床研修もあります、それとの整合性を図ることもあります。先ほどのコア・コンピテンシーという言葉でよく表現される基本的な資質、そして能力というものの充実化を図るということを中心に進めています。そこでキャッチフレーズという言い方にしようか、基本方針という言い方にしようか迷いましたが、これはキャッチフレーズにしましょうと。基本方針だとありふれた言葉なので印象が薄いです。そこで、あえてキャッチフレーズという表現を使い、先ほど申し上げた基礎を含め、そして行政やさまざまな立場、研究開発でも必ずしも大学だけが研究開発の場ではありませんので、そういった多用なニーズに対応できる。別な言い方をすれば多用なキャリアパスを描ける、多様なチャンスがある、それを獲得できる、そういった医師、そして同時に改定を進めている歯科医師の養成を進めようということにしました。その背景には、この4行に書いていることがあるからです。

今回もう一つ意識したのは、その多用なニーズということを含めて、卒前と卒後の先ほど申したシームレスなものにしていきたいということと、実際それで厚生労働省と必ず会議のときにはお互い参加合おうということを進めています。またもう一つ、今回はタイミングが一緒だったから歯科医師ですけども、チーム医療を意識して、例えば先週というか5日前の月曜日に看護教育のモデル・コア・カリキュラム、これの初回策定のキックオフをしました。このように医療をする、チーム医療を構成するさまざまな職種の方々と共通の価値観、共通の考え方ができるように広げていこうというその第一歩として、今回は医学教育と歯学教育のモデル・コア・カリキュラム。可能なところは、オーバーラップというか記載を同じ形にして進めようとしています。先ほどのコア・コンピテンシーに相当するものも臨床研修、厚生労働省の事務局、臨床研修はこれは制度ですから、どうしても厚生労働省がリードをする形になります。その臨床研修の到達目標、そしてそれに伴う評価のワーキンググループで検討しているものと、2つ目から9つ目までの8項目は基本的にはそろえます。あとはこのプロフェッショナリズムというやもすれば測定が困難なものについても、表現の形を工夫するなどによってできるだけこのプロフェッショナリズムに相当するものも臨床研修と、卒前の医学教育で合わせようとしています。

今回は、先ほども現在のものの絵を出しましたが、こういった形でこの斜め線を入れることによって、左が入学時です、右が国家試験があるように卒業時です。この時間軸で見えていっても、必要なときに必要な教育が行えるように斜め線に入れることによってそれを明確にしようとしています。

今、地域枠がどうなるのかという議論もあります。これは情報提供的に行いますと、平成29年度までの枠と平成31年度までの枠がありますけれども、平成29年度までの地域枠は2年程度制度を延長しよ

うと。そして平成31年度までの仕組みとセットで平成32年度以降の医学部入学定員、そして地域枠の取り扱いをどうするかということが、議論が恐らく来年の夏ぐらいいまでは厚生労働省、文部科学省での方針が出せると思います。そして、それに必要な医師需給推計は、この2025年から2035年といったこの10年の間で均衡するだろうということの推計です。先ほど申しあげました医師需給にセットの医師偏在対策のメニューは、今これで議論をされています。臨床研修の、どうしても定員に対して応募者数が多いと、先ほどのベッドの話ではありませんが都会に集まってしまいます。なので、これを定員の数と実際に卒業する医師数とを近づけることによって、実際地域で必要な臨床研修病院のところにも等しく行けるような検討が進んでいます。そして、30年度以降になりましたけれども新たな専門医の仕組みも、今オンゴーイングで進んでいます。

こうした中で子どもたちの未来の、これがやたら今はやっていますね。消える仕事、残る仕事。ただ私からすればこれは全くナンセンスな話で、この国はそうなのかもしれませんけれども、何が言いたいかというと、これは自明のことで、どんなに高度なことでもアウトプットが単一であればそれは消えていくし、どんなに専門性が低くても相手に応じて変えていかなければいけないようなものは残るわけですから、同じ仕事の中でも残る人、消える人がいるように、何が言いたいかというと、相手に応じて対応できる、つまりその多用なものに対してさまざまな手段を講じることができる。そのためには基礎と臨床、両輪に代表されるようなさまざまな考え方、広範な知識、そしてそれを実行に移せる。これが我が国だけではなく世界でも勝ち残っていける。そして、我が国の医療、我が国の人々が安心して暮らせる日本の教育になると信じております。

私からのプレゼンテーションは以上です。どうもありがとうございました。

○司会 佐々木先生、最新の情報の数々をありがとうございました。

佐々木先生はこれからすぐに東京へお戻りになられます。お時間は限られておりますが、ご質問のございます方、恐れ入りますがお席で挙手をお願いいたします。マイクをお持ちいたしますので。

では、ご所属とお名前をお願いいたします。

○会場 どうもありがとうございました。

山梨大学の医学部長の武田正之でございます。私は7月のワークショップに参加させていただきまして、その後先生からたびたび重要な資料に関するメールをいただいておりますが、私、先生に1回メールでご質問した、今、大学で3ポリシーを作れと言われて、その中のコンピテンシー、卒業時におけるそのポリシーのコンピテンシーとして現状のモデル・コア・カリキュラムのを使っていますが、来年には改定になるので、それは今先生のおっしゃったとおりでやるということで進めております。その中でさっきもちょっとお示されたコンピテンシーでグローバル化というのが入っていないんですが、あれはどうなんでしょうか。

○佐々木 グローバル化がなぜ入っていないかという、その素養として身に付けていくことを積み重ねていくと、おのずとそのグローバルに対応できるような人材に育っていくということで、もう釈迦に説法ですけれども、英語をやるだけがグローバル化じゃないですし、その背景にある、例えば今、宗教という言葉を使うか悩んでいるんですけれども、倫理観や宗教観が違うさまざまなことということも含めて、そういった獲得していく能力を備えていくとグローバル化していく世の中にも対応できるということを文章中で折り込もうとしていますので、それでイメージ的にグローバル化という言葉は、あの9つの中には入れていないということになります。

○会場 大学として、もしディプロマポリシーにそれを入れても別に構わないわけですか。

○佐々木 もちろんです。これ着任してこの1年思っているのは、今って本当に3つのポリシーに代表される入学者選抜の仕方も、何をどう教えるかも、2つ目でいうともう25年前に大綱化しましたからね。そして卒業、まずこの2つは本当は相当自由度が高いですし、あと卒業時のディプロマポリシーもこれがちゃんとこういう単位授与の考え方ですというのがあれば各大学でどうぞということですので、それは今、国立大学も進む道を大まかに3つ選びましょうということも含めて自由度が高いところですので、3つのポリシーに入れること。そして、それを踏まえて今度の医学教育モデル化カリキュラムをそれに合わせていくということは可能です。

○会場 ありがとうございます。

もう1つですが、モデル・コア・カリキュラムとそれから医師国家試験の基準がずれているので、それを合わせたほうが良いという意見が大分出てきていたんですけれども、今後はやっぱり合わせる方向になるのでしょうか。先生は一致させるというふうにスライドに出ていましたけれども。

○佐々木 なるほど。これ今回やってみて思ったんですけれども、今、歯のほうは歯科医師国家試験と歯学教育モデル化カリキュラムは結果一致するんですけれども、先行後行どっちが良いかっていうのがあって、というのも今年の6月に出た医師国家試験の出題基準もあれもやり取りをしながら進めて、医師国家試験の出題基準の議論を踏まえて、コアカリのほうはこうしたほうが良いなということで、あえて時間差をつけることのメリットもあったなとは思っていますし、その意味では、先ほど申したとおり歯のほうは歯学部、歯科医師のほうが同時なので、ちょっとケースコントロール群的に今回検証してみようと思っています。

○会場 先生のように厚労省から文科省行ったり来たりされて両方知られている方が、多分いずれ統一されてきちんとされるんだなと思って聞いておりました。

どうもありがとうございました。

○佐々木 どうもありがとうございます。

○司会 武田先生ありがとうございました。

ほかにご質問がございます方いらっしゃいますでしょうか。多田先生お願いします。

○会場 信州大学の医学教育研修センター長の多田と申します。今日はどうもありがとうございました。

私一つお伺いしたいのは、十数年前から日本の医学研究の論文がどんどん減っています。その割に西欧諸国とかアメリカの論文数は全然減ってなくて、代わりに韓国とか中国の論文数がどんどん増えてきているというような状況がございますが、先生のご存じのところだと思います。私、以前、信州でも同じような現象があったものですから調べたことがあるんですけども、私の解析したところでは、助手とか今の助教とか講師のまま、その身分を持ったまま海外の有名な研究施設に行つて研究して、また戻ってくるというルートが以前はあったんですけども、今はもう行くときはもうやめて行かないといけないというような状況で、それが大きく影響したんじゃないかなというふうには考えているんですけど、文科省、厚労省、あるいは先生はどういうふうにそれ理解されていて、どういうふうに対処されようとしているのかということをお伺いしたいなと思います。

○佐々木 わかりました。

まず、どう対処していくかということになるんですけども、今年の5月でしたか伊勢志摩サミットがあった。その伊勢志摩サミット、そして9月の神戸での保健大臣会合にあわせて厚労省と議論を進めてきたのが、というか私は前半厚労省にいて進めてきた中で、まさにさっきのご質問、グローバルにどう、グローバルなことが当たり前を考えていける人材養成の中の文脈の中で、留学もそうですし、また実際にWHOに勤務したりと、ということの道筋を考えているところです。ただ、必ずしも今年の伊勢志摩サミット以降協議が進んでいるかということと実はそうじゃないんですけども、少なくとも学問的にその論文を書けるという、大学での行き来もそうですし、国際機関との行き来もそうですし、いずれにせよご指摘のポストを持ったままということの、それをどうするかというのは考えています。ただ、文科省へ来て思ったのは、それに対してそれはそれぞれの大学でご自由にというのが、大体先生方、相談しても返ってくる言葉なんですよ。となるとそれを裏打ちするのを、現実的にはお金が絡む話なので、どういう財源確保するかということが次のステップであろうと思って、今、早くこの協議を再開させねばと思っています。

あともう一つ、じゃ、なぜそうなったかというのでいうと、これちょっとほかの学部とも比較しなければと思うんですけども、日本はよく大学院に進むもしくは医局に残る医師が減ったのが、この平成16年の臨床研修必修化からだと言いますよね。それが、言い方あれですけども、本当なのかな、もし仮に本当だったら臨床研修の必修化をやめれば済む話じゃないですし、どうすれば魅力ある大学、魅力ある大学院、魅力ある教室、医局作りということにも関わる話なので、なので、その原因分析を待つまでもなく世界との関係においては進めているところですけども。

あともう一つ、これはほかの企業とかと比べると、ほかの企業でも若者は海外に赴任するの嫌がって

きているらしいですね。なので、それが若者そのものの兆候だとすると、それはまた別の手を考えなければなとは思っているところです。

答えになっていれば幸いです。

○司会 ありがとうございます。ほかに、ご質問ございますでしょうか。

相澤先生、お願いいたします。

○会場 相澤病院の相澤と申します。どうもありがとうございました。

先生のお話、大変参考になるところが多かったんですが、グローバルということについては、私2つお尋ねしたいことがあります。

1つは、基本的にやっぱり言語能力、英語についてですが、はっきり申し上げて、今の医学部の学生さん及び卒業生の語学に関する能力がちょっと低すぎて勝負にならないと思います。これはあります。残念ですけど事実だと思います。

(60分経過)

それからもう一つは、さっきちょっとお触れになりましたけれど臨床研修、卒後初期研修ですね、あれ2年間終わったときに外国行こうかなと思ったかなりの人が、まあいいかになっていった。これも残念なんですけれど現実です。ここを何かぶち抜く方向性を何かお考えいただけないかなと思います。

○佐々木 わかりました。

実は先ほどのご質問で答えていなかったことがあって、その企業の人たちとの話の中で、実は多分これだろうと思ったのが、まあいいかと思うように、日本はいいんですよ。なので、あえて、あえて外国に行って挑戦しなくてもいいし、行きたいと思ったら長期的なトレンドというと円高だから、別に教室からお金を出してもらわなくても行きたければ自分で外国になんて行けます。外国そのものの価値が下がってきているし、今、不況の中でも医師であれば国内でもやっていけるか、になりますし、あとこれはまた本当にあるのが、親が嫌がるんですよ。手塩にかけた息子、娘がせっかく医者になったのに外国に行っちゃうのが嫌と。いえいえこれ、前、密かに某県でやったことがある。こういったつまり、言語能力も、だったら、言語能力の、今のでいうと、でも基本会話能力は上がっているんですよ。先ほど言った、外国に行くこと自体は普通になってきていますから。今言ったトータルな要因を、これを医学教育の中だけで解決できるのかも含めて、文部科学省ご案内のとおり、今、小学校から英語教育を始めようということは進めているんですけども、本当にそのことイコール目的を持ったグローバル化への対応になるかっていうのは、これはもう2工夫、3工夫ぐらい必要だろうなと思って今考えています。でも、やらないという意味じゃなくて、ちゃんとそれは見据えていますという意味です。

○司会 よろしいでしょうか。ほかにどなたか。

うちの学生です。4年生です。

○会場 大変興味深いお話、ありがとうございました。

僕のこれからの将来について考えさせられるところがありました。4年生の小幡と申します。

僕が大学に入ってから大学に対してのイメージが変わりまして、1年生の後期からもう専門課程が始まってしまい、教養課程を学ぶ時間が余りにも少ないなと感じてしまいました。これからのグローバル化社会と先生はおっしゃられていたんですが、もともと文化とかそういった言語とかが違う人たちと会話する中で、はたして英語の能力だけでいいのかと。ほかの文化に対して学ぶことは、学ぶ時間は、僕らには与えられていないように感じられたので、学べるようなカリキュラムを作ってほしいなと思いました。

○佐々木 なるほど。ありがとうございます。

今ご案内のとおり、文部科学省のもう一つの方針がアクティブ・ラーニングです。つまり、教える側が教えないとそれは教わらない、学ばないということではなく、その問題意識こそが大事で、であれば、ここの図書館にその書物がないのかということと絶対にあるはずで。そういう意味では、ちょっと今批判的な答えになってしまっているようで申しわけないんだけど、いずれにせよ医学部の中で医師を中心としたティーチングスタッフじゃないと教えられないことはやはり優先されるべきことで、そうした中で相対的に自ら学べるものとの比較の中で、この授業時間の分配というのは決まっていくわけだから、教養というのはご案内のとおりリベラルアーツということで非常に重要な要素であるけれども、同じ時間の配分を考えたときに自らが学ぶべきものとして位置づけられているものと、そうでないものとの相対関係だと思ってもらえればと思います。

もちろんその中でもっとこういうのを学びたいということがあって、それは実は学生さん全員の総意であれば、その準備教育なり教養教育に相当するところの中で、あの先生の何々よりはこういうのがいいというのをもっとリクエストしていくというのはあり得ると思いますけれども、基本的な考え方は自ら学んでいく、自ら求めていくということで、できるものはそれでやっていってほしいということが文部科学省全体も今そういう考え方になっています。

○司会 ありがとうございます。

ほかに何かございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

佐々木先生、今日は貴重なご講演をありがとうございました。佐々木先生におかれましては大変お忙しい毎日をお過ごしかと存じますが、今日お目にかかれました私ども、みんな佐々木先生のさらなるご発展をお祈り申し上げるとともに、今後とも変わらぬご指導のほどよろしくお願い申し上げます。学生にも温かいお言葉、ありがとうございました。

○佐々木 どうもありがとうございました。

○司会 では、もう一度、佐々木先生に大きな拍手をお願い致します。

○佐々木 どうもありがとうございました。

本当は、さっき最後の質問も含めて、やり取りということが一番大事なことなので、メールアドレスありますので、もし必要であればどんどんやり取り、ディスカッションしていきたいと思いますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

ありがとうございました。

○司会 ありがとうございました。

以上をもちまして、基調講演を終了させていただきます。ありがとうございました。