

# メディカルスクール有識者検討会報告書

平成21年8月5日

メディカルスクール有識者検討会

はじめに

本検討会は東京都の策定した計画である「10年後の東京」に基づき、知事本局長の諮問を受け、平成19（2007年）8月から「メディカルスクール」の実現に向けた検討を開始した。

我々は、現在の日本の医療が抱えている最も根幹的な課題が医療の質の確保にあり、医師の資質の向上につながる医学教育システムを構築することが重要であるとの基本認識に基づきこれまで議論を重ねてきた。

「メディカルスクール」については、医学界においても様々な意見がある上に、その定義も曖昧なまま導入の賛否が主張されることもあり、その検討はスタート段階から極めて困難なものであった。本検討会は、外部専門家からのヒアリングなどを交え、医学教育の現状と課題を解析し、そのあり方や求められる医師像を描き出すという基本的な作業から始め、それらを実現するために必要な体制やカリキュラムを検討することで「メディカルスクール」の概念を明確化することができた。

「医療崩壊」という言葉がマスコミを賑わせるようになって久しい。とりわけ最近の産科、救急分野をめぐるいくつかの痛ましい事例は、我が国における医師不足や地域・診療科による医師の偏在の問題を大きくクローズアップさせることになった。一方、国では問題の本質に対する十分な議論がなされないままに、いくつかの一時的な対策がとられてしまっている。本検討会は事態を深刻に受け止めつつも、一時的な社会現象に流されることなく深い現状分析と冷静な議論を行ってきた。議論の過程では、目指すべき「メディカルスクール」の整備水準が高過ぎるきらいがあり、行政が実現に向けたステップに進む際の障害となるのではないかとの懸念も示されたが、今後の具体的な検討に当たってはこうした懸念を十分に踏まえるべきことを前提として、理想的な姿を提案した。

本報告書は「メディカルスクール」に関する限られた範囲のものに過ぎないが、東京都におかれては、これまでの議論を通じて明らかになった課題を受け止め、365日24時間の安全・安心と患者中心の医療の実現を目指す「東京発医療改革」を推進し、日本における医療制度をよりよくするためにあらゆる努力を払われることを期待する。

平成21年8月5日

メディカルスクール有識者検討会  
座長 鴨下重彦

## 目 次

1	メディカルスクール有識者検討会の設置	1
2	メディカルスクール有識者検討会の検討方針と検討の経緯	1
3	現在の医学教育の課題	
	(1)専門の基礎となるリベラルアーツのあり方	2
	(2)医学生の実践的教育の不足	2
4	我が国の医学部におけるこれまでの取組み	5
5	医学教育システムの改革	
	(1)期待される医師像	5
	(2)医師の生涯教育と指導医育成のあり方	5
	(3)医学教育機関のあり方	6
	(4)新しい医学教育機関	7
	(5)実践的な臨床教育を重視したカリキュラム	7
	(6)新しい医学教育モデルと課題	8
6	まとめ	9

### [資料]

用語解説	11
メディカルスクール有識者検討会設置要綱	14
メディカルスクール有識者検討会委員名簿	16
メディカルスクール有識者検討会開催状況	17

## 1 メディカルスクール有識者検討会の設置

東京都は、平成18年12月に、東京の近未来に向け、様々な分野で、より高いレベルの成長を遂げていく姿を描いた「10年後の東京」を策定した。その中で、「生涯にわたって健康に過ごせ、質の高い医療を受けられる環境を創出する」ことを重要なテーマとして取り上げた。また、「実践重視の医師の人材育成に取り組むことにより、良質の医療を提供」する、なかでも、「本質的な課題は医学教育のあり方である」こと、さらに、東京都は「医療提供の土台となる実践面を重視した「人づくり」に取り組んでいく」ことを課題としている。

メディカルスクール有識者検討会は、東京都知事本局長から委嘱を受け、米国の medical school に範をとり、臨床能力の高い医師を養成する専門職大学院「メディカルスクール」の実現に関する検討を行うことを目的として、平成19年8月に設置された。

## 2 メディカルスクール有識者検討会の検討方針と検討の経緯

今日、医療技術の高度化、専門分化、患者の権利意識や医師の説明責任に対する関心の高まりなどを背景に、医療の質、医師の質が問われるようになった。そこで、今日的な、あるいは近未来的な医学・医療上の諸課題、都民・国民の期待にこたえ得る臨床能力に優れた医師を養成するために、(1)日本の医学教育の現状と問題点、(2)日本型メディカルスクールの実現に向けた課題と解決策、(3)日本型メディカルスクールの制度設計、の3点を主な論点として検討を開始した。なお、最近、地域・特定診療科における医師不足・偏在が社会的に問題となっているが、本検討会は、教育の質を無視した医師急造策の策定を目的とするものではなく、あくまでも医師の「質」の向上を図る観点から、わが国の医学教育の改善方法について検討したものである。

また、現時点において、東京都が主体となってメディカルスクールを設置・運営する具体的な計画はない。このため、本検討会では、東京都の医療にとって重要な、将来の医学教育のあり方を広く議論することとなった。

議論を重ねる中で、いわゆる「メディカルスクール」という概念は曖昧であるとの指摘があった。例えば、「メディカルスクール」がアメリカの medical school を意味することもあれば、4年制大学の卒業生を入学させる医学部の学士編入学制度と同一視することもある。さらに、法科大学院の例に見られる専門職大学院制度を利用した医学教育制度を意味することもある。また、病院が医学教育機関を設置することを「メディカルスクール」とする考え方もある。したがって「メディカルスクール」の概念の明確化を計りつつ、医学教育のあり方について議論を行った。

今日の医学教育制度に多くの問題が存在することは明らかであるが、それは必ずしも医学教育のみに基因するわけではなく、医療制度、研修制度、病院の管理運営体制、大学教育制度、初等・中等教育制度、さらにこれらを支える国あるいは自治体の財政などの様々な要因が関与する。また、各大学においては、改革のために多くの試みがなされ、一定の

成果を挙げてきたという事実を評価する必要がある。医学教育制度は歴史的に度重なる改革が行われてきたが、それは同時に大きな社会的混乱を惹起してきたことも事実であり、制度の変更の際には慎重な議論が必要である。したがって、我が国の医学教育の現状と課題を十分に踏まえ、医学教育のあり方の全体像を明らかにし、その上で、新たな医学教育機関のあり方について検討した。

### 3 現在の医学教育の課題

医学は、生命と人々の健康を、また病気に陥った人間存在を対象とする学問である。このため、医学は、自然科学だけでなく、社会科学や人間学としての側面を有し、市民の期待に応え、共感を得るものである必要があり、その成果は市民に還元されなければならない。すなわち、医療現場では、「真理を探究する自然科学」だけでなく、「人のQOLを高める社会科学」の面も併せもつ医学を、医療として実践できる人材の育成が求められる。このため医師は、医学知識や技術の習得だけでなく、社会や文化など人間に関する多くを学びながら、成長しなければならない。しかしながら、従来の医学部教育の中では、病気に陥った人間存在を対象とする職業に従事する医師としての価値観、態度、行動と規範などについては、必ずしも十分な指導が行われていない。この点に関しては、今日、医学部を卒業する時点における到達目標として以下の点が挙げられている。

専門職業人としての技術と態度、倫理原則の理解と実行、法的責任の理解と対処、多文化社会での医療実践、心理社会的問題の理解と実践、医療経済的問題に対する理解と評価、医学の発展に対する貢献

これらの教育目標が必ずしも現実には達成されているとは考えられていない背景として、我が国の医学教育で指摘される以下の問題を考察する。

#### (1) 専門の基礎となるリベラルアーツのあり方

医学部に入学する学生の多くは高校の成績が優秀であるが、そのみで医師としての適性や社会的常識を備えているとは限らない。また、大学によっては1年次から医学教育を前倒しで行っており、医師としての使命感や豊かな人間性を涵養し、専門性の基礎となるべきリベラルアーツ教育が十分に行われているとは言い難い。これらはしばしば我が国の医学教育だけでなく、他学部における教育についても指摘されるところである。もとよりリベラルアーツは必ずしも年齢によって、あるいは医学部教育によって身につくものではなく、初等・中等教育や大学入試のあり方、大学教育のあり方、更には日本の精神風土、日本社会の職業人養成に関する大学の位置づけに関する考え方の問題としても考えなければならない。

#### (2) 医学生の実践的教育の不足

医学生時代における診療に必要な知識・技能・態度の教育が十分とは言えず、卒業

時の臨床能力が一定水準に保たれていないといわれる。その要因として、下記の点が挙げられる。

#### ① 学生の未成熟

我が国の学生は、遊び、アルバイトや課外活動に割く時間が米国の学生よりも多く、自習時間が少ない。経済的にも多くの学生が学資を親の援助に依存しており、社会的な成長は米国の医学生よりも遅い印象がある。一方、米国の医学教育では、講義の時間が少なく、自習に多くの時間が割かれている。内科学を例に取れば、医学生はハリソンの内科書（Harrison's Principles of Internal Medicine）を通読し、参考文献もあわせて自ら学習する。これを可能にしているのは、学生の猛烈な勉学意欲である。医学校の図書館には深夜12時頃まで勉強している多くの学生を見ることができる。また、授業の出席率は95%以上である。このような勉学の姿勢を支えているのは、専門職を目指す使命感だけでなく、精神的な成熟度も関係する。また、多くの学生は入学前に仕事に就くことによって学資を得たり、返済責任を負う奨学金や融資を受けており、経済的に自立しているという背景もある。

また、米国では、学生時代の成績や教師による評価が、医学部卒業後の研修病院の選択や専門医の総数管理が行われている診療科の選択に大きな影響を与えることも高い勉学意欲の背景となっている。

#### ② 試験対策に長時間かける教育

日本の医学生が実践的な臨床力を身に付けていない一因として、卒業試験と知識試験である国家試験対策に割く時間が多いことが挙げられる。多くの医学部において、最終年次は卒業試験と国家試験対策に充てられ、実習の時間が十分に確保されていない。

一方、米国の大学は卒業の前日まで実習が行われ、通常の試験や国家試験の受験は実習の合間に行われている。これを可能にするのは学生の猛勉強と豊富なスタッフによる実習、さらに実習の間のきめ細かい試験システムである。

#### ③ コア・カリキュラムの問題

我が国の医学生の臨床知識は必ずしも深くはなく、実践力も十分ではない。その理由は、我が国では精選された基本的内容を重点的に履修させるコア・カリキュラムが必ずしも浸透せず、かつ医師の専門分化が米国ほど進んでいないために、医学生は広い範囲の知識を求められていることが考えられる。実際、わが国の医師国家試験は広範な科目にわたっている。しかしながら、このように短期間で広い範囲の医学教育を受けることは、必ずしも問題があるともいえず、例え浅いレベルであっても広汎な医学分野を学生時代に学ぶことに意義を認める医学教育関係者は多い。

一方、米国の医学生は全ての科目を学ぶわけではなく、学生時代の講義と実習

は内科、外科、精神科、家庭医学などが必修（コア・カリキュラム）であるが、他の多くの科目は選択制となっている。講義時間は多い大学でも1日に4時間（50分授業）といわれ、知識の習得は学生の自主的学習に任せられていることが多い。また、実習科目も限られている。その代わりに、選択した科目については、将来の志望に応じて実践的な臨床実習を長期間にわたって受けることができる。例えば、将来、内科を専攻する学生のための耳鼻科実習は、外来を中心として行うが、手術を見学することはない。これに対し、将来、耳鼻科を志望する学生には、手術室での実習を重点的に行うなどである。このような教育が日本の医療状況に適しているかは、十分な議論が必要である。

#### ④ 十分ではない指導体制

わが国では、学生一人あたりの教員数が米国に比して圧倒的に少ない。我が国の各国立大学医学部は学生が約600人に対して、内科教授は数名、助教以上の称号を持つスタッフは250～400名程度である。また、実習の際は、7人～10人の学生に一人の教員が担当することが多い。

一方、Harvard Medical Schoolでは、学生約650人に対して、内科教授は100名、professorの称号を持つスタッフは約9000名である。また大学病院（関連病院）の中に、基礎的な研究を行う施設が備えられ、多くの基礎研究者が仕事をしている。このため学生は、常に基礎から臨床にいたる第一線の研究に触れることができる。

また、教育にはスキルが必要であるが、わが国では教育者としてのトレーニングを積んだ者が教育するわけでもなく、教育したことが大きく評価されることもない。このようなことも教育の質の向上への大きな障害となっている。

#### ⑤ 実践的な教育に対する制約

わが国では、平成3年に出された「臨床実習検討委員会最終報告」において、①適切な医学知識と技量を有すること、②教員の監督のもとになされること、③比較的安全な医行為に限ること、④患者からのインフォームドコンセントを得ること、の4つの条件を揃えることにより、医師の資格を有さない医学生が医行為を行うことの違法性は阻却されるとの判断がなされている。しかしながら、いまだに社会的合意は十分に得られていないのが実情であり、今後、法的な整備が必要である。一方、米国では学生がチーム医療の一員として診療に参加するため、臨床実習はより実践的であり、学生時代に臨床的な力を身に付けることができる。

なお、これらの問題は、これまでも繰り返し指摘されてきたところであるが、本来、医師の育成は、学生時代の教育だけでは不十分である。むしろ、医師の生涯教育の中で、良質な医師育成を行わなければ実現できないと考えられる。すなわち、現在の努力が明日の発展の基盤となるキャリアパスを用意することが重要であり、このようなシステムがわが国で確立していないことが、医学教育のあり

方に大きな影響を与えている。

#### 4 我が国の医学部におけるこれまでの取り組み

上述の問題点を踏まえ、わが国の医学部においても医学教育の改善に向けた取組が行われてきた。すなわち平成13年3月に医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議による報告書をもとに、国公私立大学共通のモデル・コア・カリキュラムの作成、臨床実習開始前の学生に対する適切な評価システムとして共用試験の導入、コミュニケーション能力の養成、少人数・自己学習を中心としたチュートリアル教育の導入、診療参加型の臨床実習（クリニカルクラークシップ）の実施などである。これらの努力によって状況は少しずつ改善しているが、教員や学生の意識改革は必ずしも十分でない。また、学生1人あたりの教員数が米国に比較して圧倒的に少ない中での改革により、現場の負担は増大していることも事実である。

#### 5 医学教育システムの改革

##### (1) 期待される医師像

###### ○ 人間性豊かで、全人的医療を実践する医師

医療の実践においては、患者の医学的・社会的課題に基づいて、個々の患者に最適の医療を提供することが最も重要である。このためには、豊かな教養と多様な経験を踏まえ、患者とのコミュニケーションを図り、病気だけでなく、患者の人生観にも配慮した全人的医療を実践できる医師を養成する必要がある。

###### ○ 「自然科学」だけでなく、「人のQOLを高める医学」を身につけた医師であり、臨床のリーダーとなれる医師

最先端の基礎医学を教育された学生に、実践重視・臨床重視の教育を行う。卒業後は、チーム医療の中核となるだけでなく、臨床研究を統括する能力を涵養する。すなわち、よくデザインされた大規模臨床研究を主導する、また基礎研究の成果を実用化するトランスレーショナル・リサーチや、既に行われている医療を評価し、基礎医学に課題を還元するなど、“Evidence Based Medicine（根拠に基づく医療）”の進歩に貢献できる医師も養成する。

###### ○ 国際的に通用する医師

グローバル時代に相応しく、医学・医療のあり方を概念としてまとめ、日本語だけでなく、英語でもプレゼンテーションや文書で表現できる医師を養成する。

##### (2) 医師の生涯教育と指導医育成のあり方

医学教育は学部教育だけでなく、卒後研修、専門医教育、さらに生涯教育という一連のシステムの中で考える必要がある。すなわち、それぞれのステップの努力と実績が、次のステップに進む際の評価対象とされるシステムが必要である。また、医師と



なった後も日進月歩の医学研究の成果を取り入れ、その時代に妥当とされる医療を実践する必要がある。したがって、医学教育改革を考える場合、同時に、生涯教育のあり方も検討しなければならない。例えば、優れた研修病院で卒後研修を受けるためには、学生時代の高い評価が求められ、そのキャリアが生涯にわたって積み重なるシステムであれば、自ずと医学教育は改善に向うと考えられる。そこで、各地域において、レベルの高い教育病院を整備し、同時に指導医数の確保と指導医教育を積極的に行ない、また、教育病院を医師の生涯教育の場としても機能させるなどの目標を掲げ、それらを達成するのに十分な財政的配慮を行うことによって医学教育の専門家を育成し、質の高い医学教育に貢献することが重要である。

### (3) 医学教育機関のあり方

様々なバックグラウンドを持ち、多様な教育システムのもとで育った医師が医療を担うメリットは考慮に値する。とくに、自然科学を理解する能力と人間の心理や社会のシステムを理解する能力の統合、いわゆるリベラルアーツの基礎をもち、臨床能力に優れ、「人」を診ることのできる医師を育成できるよう医学教育機関の改革が必要である。

医学教育機関においては、真に医師となる意欲と資質を有する人材を選抜することが重要である。我が国の医師養成は、一部の大学において学士編入学制度を導入しているものの、6年制医学部に入学することを基本としている。しかしながら、医学部入学にあたっては、18歳時点での学力や親の経済力が大きな要因となるなど、多様な人材を受け入れるためには課題がある。そこで、人間科学や社会科学に対する幅広い関心と教養を身につけた学生や、すでに4年制の大学で学んだ人材、社会経験のある人材を対象として医学教育を行なう意義はあると考えられる。これによって精神的にも成熟し、医療に対する高い志をもった人材が医師を目指すことができるようになる可能性は高い。一方で、現在の学士編入学制度が必ずしも高い評価を得ていない背景に、学士編入学者の中には勉学意欲の低い学生も含まれているという問題点があることを認識する必要がある。

なお、カリキュラムは臨床実習に多くの時間が割かれるために、医学知識は、多くの教材から自習で学ばなければならない。これを実践できる基礎学力と勤勉さは学生に必須である。

また、新しい医学教育は、「(2) 医師の生涯教育のあり方と指導医育成のあり方」に述べたごとく、医師の生涯教育体制の充実とキャリアパスの確立、指導医育成があって初めて機能すること、すなわち医学教育制度改革だけの問題ではないことは、十分に留意すべきである。

#### (4) 新しい医学教育機関

新しい医学教育機関は、そのスタッフや設備において、米国の medical school に匹敵するものとすべきである。また、臨床重視の教育であっても、基盤となる自然科学、社会科学、基礎医学教育をおろそかにすることがあってはならない。さらに、基礎医学の教員には一流の研究者を揃え、希望する学生や卒業生は基礎医学の研究者としての道を歩むことができるように、研究体制を充実する。

我が国の医学部は6年間の課程であるため、中途退学者は高校卒の学歴となる。このため、適性を欠く学生の退学が躊躇される傾向がある。そこで、このような学生については、在学中の進路変更が容易な医学教育システムとする。

諸外国の状況をみると、オーストラリア、韓国、シンガポールにおいては、我が国と同様、高校卒業生の中から選抜された医学生を対象に教育を行う6年制のシステムと、アメリカ型の4年制の medical school とを並存させている。韓国では、medical school を2003年から試行的に導入しており、2011年にはその評価が行われる予定である。

わが国でも現在の18歳よりも入学年齢を高くした4年制の医学教育制度は検討に値する。しかしながら、新しい医学教育制度が安直で質の低い医学教育機関とならないよう、教育の質を保証する必要がある。特に、最近、一部の法科大学院における教育の質の低下が懸念されているが、専門職大学院制度を医学教育に適用する場合には、職員数や教育研究体制の充実に格別の配慮が必要である。

#### 【具体的方策】

##### ① 入学者の選抜方法

医療・医学は変化が激しく、動きは急速である。このため新しい知識や考え方に適応できる能力のある学生が、これからの時代に求められる。そのため、入学者は十分な時間をかけて、意欲と資質のある学生を選抜する。求められる学生の資質については前述したが、医学と医療への志、時代の変化への適応力、自然科学的および社会科学的思考力、共感力などの人間性、その他の臨床医としての資質、ボランティア経験など、多様な面を評価し、全国から優秀な人材を選抜する。

##### ② 学生の意識改革を促進させる手法の導入

医学・医療に対する高い志と優れた資質を持つ者が医学教育を受けられるよう、奨学金の賦与や融資を積極的に行う。また、臨床医学に適性のない学生の進路変更を容易に行えるように、途中で何らかの学位（医科学士など）を与えて、一旦、卒業させるという方法も考慮する。

#### (5) 実践的な臨床教育を重視したカリキュラム

現行の医学部を凌ぐ職員数と優れた指導医を擁することにより、基礎医学を十分に踏まえた上で、実習中心の臨床医学教育を行う。

## 【具体的方策】

### ① 自然科学、社会科学、人間学を統合した基礎医学教育と実践的臨床教育

最初の2年間で基礎医学を修得した後に、後半2年間で病院を中心とした臨床現場における教育を実施する。カリキュラムは下記の内容を含む。

- ・ 問題解決型学習、チーム学習、ケース基盤型学習等で、総合的に修得する教育
- ・ 患者中心の医療、インフォームドコンセントなどの医療倫理教育
- ・ 早期に、病院や介護施設等での臨床体験実習に参加
- ・ 症例を疫学的に見る俯瞰的な視点
- ・ 新たな医療・医学のコンセプトを作る能力の育成
- ・ チーム医療の一端を担う教育
- ・ 実習病院と連携した幅広い診療科分野の実習
- ・ 歯学・薬学など他領域との合同実習
- ・ 希望する者には基礎医学、社会医学や臨床医学研究も行えるような柔軟かつ多様なコース
- ・ 臨床実習にあたっては、学生が指導医の指導・監督のもと、一定の医療行為を行い、実践経験を積める体制とする。
- ・ 指導医の数と質の充実、および教育能力の評価による教育の質の向上
- ・ 欧米の大学との連携

### ② 充実した指導体制

- ・ 現在の医学部では、7～8人程度の学生に1人の教員がついて実習を担当することが多い。より十分な指導を行うための教員数を確保することが必要である。
- ・ 指導医に対する評価を行うと同時に、教育病院では十分な数のスタッフをそろえ、優れた指導医には正当な評価が行われるなど指導医の働きやすい環境を整備する。
- ・ 地域における診療所や近隣病院との連携を整備する。その際、地域の指導的医師には臨床教授などの称号を付与し、指導の責任体制を明確にする。

### ③ 研究体制の整備

- ・ 臨床医学のみならず、基礎医学、社会医学に対する理解も重視し、基礎医学、社会医学の研究者の育成も可能な体制とする。
- ・ 最先端の研究を行う研究所との連携を強化し、指導医や学生が交流できる体制とする。

## (6) 新しい医学教育モデルと課題

例として、2つの4年間で要する医学教育システムを検討した。これらの案は、現行の6年制医学部とは異なる医師養成システムとして検討に値する。しかしながら、

実現には多くの課題があり、医学教育関係者、医療者、行政機関、社会と十分な議論が必要である。また、実現した場合は、現行の6年制医学部と併存して、10年後には評価を行う。

#### ① アメリカ型メディカルスクール

専門職大学院型であり、学士を対象とした4年間の教育システムである。また、卒業時に専門職博士の学位を授与する。しかしながら、アメリカの medical school は膨大な人員と予算に裏付けられたシステムであることは、理解しておく必要がある。また、アメリカは専門医育成の傾向が強いが、社会システム、医療システムの異なる日本では、むしろ総合医のニーズが高い。このため、アメリカのシステムを無批判に導入することのないよう注意が必要であり、将来型の医学教育機関は、人員、設備等において米国に匹敵するものであるべきである。なお、日本でこれを実施する場合、課題として以下の点が挙げられる。

##### ○ 医師法（第11条）の改正

- ・ 医師国家試験の受験資格は、「修業年限6年の医学部卒業者」とあるが、医師養成の専門職大学院卒業者にも受験資格を授与する法改正が必要である。

##### ○ 専門職大学院設置基準の改正

- ・ 4年間の医師養成専門職大学院を創設する場合には、特別規定を整備する。

##### ○ その他、学位規則も整備が必要である。

#### ② 3年次選抜型の4年制医学部

入学者は他大学や他学部で2年以上の教養課程を修了、あるいは卒業していることを要件とする。両者の比率は、状況を見ながら適宜変更する。また、2年間の基礎医学の課程が修了した時点で、大学卒業資格（医科学士など）を付与し、適性のある学生のみを対象として後半2年の臨床実習教育を行う。課題として、下記の点が挙げられる。

##### ○ 学校教育法（第87条）の改正

- ・ 現行の6年制医学部に加えて、4年制医学部を併行することを規定する。  
特に他大学で取得した2年間の単位認定が必要となる。

##### ○ 学位規則の改正

- ・ 4年間のうち、前半の2年で大学卒業資格を付与する。

## 6 まとめ

医学・医療のもつ多面性を理解し、医療を実践する人材の育成は、重要な社会的課題である。急速に少子高齢化が進む東京都においても、医療のあり方と医療人の育成は常に議論が必要である。しかしながら、医学教育の改革は、医学教育制度の変更のみで達成できるものではない。医師の生涯教育システムや、それを支える人材育成、また、膨大な財政的裏づけがあつて初めて可能となる。特に、医学教育制度を改革し、新たな教

育機関の設置を提案する場合は、これを担う主体と理念の明確化が求められる。かつて軍医速成のために設置された医学専門学校を例にとるまでもなく、拙速に新しい医学教育制度を導入し、これによって医師の質の低下を招くことは、決してあってはならない。

また、医師の生涯教育を考えると、社会で活動する医師が生涯教育を受けることが可能な肉体的、精神的、経済的余力を持てるような医療体制を構築する必要もあろう。

今回、本検討会は東京都知事本局長の委嘱を受けて医学教育のあり方を議論し、2つのタイプの医学教育システムを検討課題として提案するとともに、その法的問題点を挙げた。しかしながら、現在、東京都には主体的に新しい医学教育機関を発足させる計画はない。この状況で、新しい医学教育システムの提案を行う意義については、委員の間で多くの議論がなされた。その結果、今回の検討では、医学教育のあり方を中心に議論を行い、制度設計の詳細には踏み込まなかった。とはいえ、将来の医学教育のあり方について、都内の有識者がさまざまな角度から検討したことの意義は大きい。

医学教育の改革には、長い時間と慎重な議論が必要である。東京都においては、新しい医学教育機関を設置しなくとも、都内の大学病院における医学教育や医療の支援、指導医の育成、大学と都立病院等が一体となった臨床実習や臨床研修、都立病院等における東京医師アカデミーでの卒後教育体制の充実、勤務環境の改善、コメディカルスタッフの充実や医療クラークの導入拡大、また、医学生への奨学金制度の充実、高校生におけるリベラルアーツ教育の強化など、直ちに取り組むことのできる課題は多い。

いずれにしても、わが国の医学教育を改革し、新しい医学教育制度を導入するには、制度設計、予算、スペース、運営システム等、多くの検討課題がある。具体的検討に入る前に、まずは東京都の主体的な姿勢と財源の明確化が求められる。