

# 国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau  
National Diet Library

URL	<a href="http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9913627_po_20150305.pdf?contentNo=1">http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9913627_po_20150305.pdf?contentNo=1</a>
DOI	10.11501/9913627
論題 Title	研究医問題—ライフサイエンス研究を支える人材の危機—
他言語論題 Title in other language	Issues on Physician Scientists: Life Science Research Personnel at Risk
著者 / 所属 Author(s)	小林 信一 (Kobayashi, Shinichi) / 国立国会図書館調査及び立法考査局専門調査員 文教科学技術調査室
書名 Title of Book	ライフサイエンスをめぐる諸課題—科学技術に関する調査プロジェクト調査報告書— (Aspects in Life Sciences: Science and Technology Research Project)
シリーズ Series	調査資料 2015-3
出版者 Publisher	国立国会図書館調査及び立法考査局
刊行日 Issue Date	2016-03-17
ページ Page	65-94
ISBN	978-4-87582-785-6
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	平成 16 年の臨床研究必修化を契機に基礎医学等の研究に従事する医師 (研究医) を目指す学生が減少している。各大学は対策を講じているが、制度的、政策的対応はほぼない状態が続き、解決は遠い。

\*掲載論文等のうち、意見にわたる部分は、それぞれ筆者の個人的見解であることをお断りしておきます。

# 研究医問題

## —ライフサイエンス研究を支える人材の危機—

国立国会図書館 調査及び立法考査局  
専門調査員 文教科学技術調査室主任 小林 信一

### 目 次

はじめに

#### I 研究医問題とその背景

- 1 研究医問題の発見
- 2 浸透しない研究医問題
- 3 臨床研修制度と研究医養成の衝突
- 4 解決されない研究医問題

#### II 研究医問題への対応

- 1 各大学の研究医養成の取組
- 2 文部科学省の施策
- 3 各種取組の問題点及び評価

#### III 研究医問題はなぜ解決しないのか

- 1 輻輳する対立が生む臨床研修と研究医養成の軋轢
- 2 大学が抱える問題

おわりに

## 【要 旨】

ライフサイエンス研究を支えるのは人材である。平成16年度の臨床研修必修化を機に、基礎医学分野の研究に進む医師（研究医）が減少していることが危惧されている。研究医の養成・確保は、ライフサイエンス研究の推進の基盤であるのみならず、将来の大学における医学教育、更には国民の健康・医療、創薬・医療機器産業の発展の鍵でもある。各大学は独自に取組を進めてきたが、政策的支援がほとんどなく、臨床研修と研究医養成の理念の衝突を繰り返し、臨床研修制度との調整が図れないまま今日に至った。ライフサイエンスが進展する中で、研究活動、医学教育、臨床研修、専門医制度の在り方は大きく変わる可能性がある。長期的・大局的観点から問題解決に向けた検討が望まれる。

## はじめに

平成27年4月に第29回日本医学会総会が開催された。4月11日の会長講演で高久史磨第6代日本医学会会長は、医学部出身の基礎医学研究者の激減、社会医学の人材不足を取り上げて、「病院勤務医の業務が忙しく、研究を続けられない。臨床から研究に移る人が減った。…（中略）…外国で研究してから日本で基礎研究を続ける人も減っている。臨床研究の教育や専門医の体制ができ学生が専門医に流れる状況もある。」と述べた<sup>(1)</sup>。また、日本の医学系大学院における、基礎医学系分野の入学者のうち、Non-MD(non medical doctor) はほぼ横ばいであるものの、MD (medical doctor. 表1参照) は漸減しているというデータを提示するとともに、MD基礎医学研究者の激減の理由として、①研究ポストが少なく、将来が不安、②医療現場が忙しすぎて、若手医師に研究の機会を与えにくい、③臨床研修制度と専門医制度を挙げ、更に「新たな専門医制度が2017年度から開始すれば、専門医を目指す医師が増えることから、さらに研究者の減少が懸念される」と指摘した<sup>(2)</sup>。

約20年前の平成8年にも高久氏（自治医科大学学長・当時）は同様の問題を提起していた。当時すでに、臨床研修の必修化問題が議論されており、高久氏は臨床研修の必修化に反対してはいなかったが、様々な課題を克服した上で必修化へ向かうべきだと論じた。特に重要な課題として、基礎医学に進むMDの確保を挙げ、高久氏は、基礎医学に進むMDの確保は平成8年段階で既に困難な状況にあったが、臨床研修が必修化されるとMDの基礎医学への進学は更に減るだろうと述べた<sup>(3)</sup>。

MDで大学院に進学して基礎医学の研究者となる者を研究医と呼ぶ。本稿では、その減少や養成・確保に関する問題を研究医問題と呼ぶ。研究医問題は改善するどころか、高久氏の予想のとおり平成16年の臨床研修必修化を経て更に深刻化した。大学医学部や学会等は関心を寄せ、各大学は多様な対策を講じた。しかし、政策的対応は後手に回った。平成20年代に、ようやく本格的な議論が始まったが、いまだに根本的解決には至っていない。

研究医問題が20年を経ても解決されないのは何故なのか。今日、人材育成においては即戦力、研究開発においては出口指向に関心が集中しがちである。このことは、医学のみならず多くの分野の人材育成や研究開発の社会に対する責任として当然のことである。一方で、我が国の医

\* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセスは、2015年12月4日である。

(1) 「基礎研究、深刻な人材難」『日本経済新聞』2015.5.19.

(2) 橋本佳子「高久会長、「産官学+民」で社会ニーズに対応—会長講演、研究の遅れを懸念、倫理問題にも言及—」2015.4.14. m3.comウェブサイト <<https://www.m3.com/open/iryoiShin/article/312414/>>

(3) 高久史磨「臨床研修の必修化」『日本生理学雑誌』58(6), 1996.6, pp.230-232.

療を長期的に支えていくためには、人を対象とするライフサイエンスの研究活動が重要であることも言うまでもない。人を対象とするという特性ゆえに、医師資格を有する研究医の確保は、ライフサイエンスの研究活動の根幹であり、日本の医学研究ひいては我が国の健康・医療や関連産業の将来を左右する課題である。本稿は研究医問題の分析を通じて我が国の医師養成及び研究医養成に内在する課題を明らかにすることを目的とする。以下では、まず研究医問題とはどのような問題なのか、なぜ問題が生じ、深刻化したのかを歴史的に描出し、次に大学や政策はどのような対策を講じてきたのか、その効果を整理する。その上で、未だ解決されない問題であり続ける理由を考察することを通じて、研究医養成に内在する課題に迫る。

なお、本稿で用いる医学分野の主要な用語とその意味について表1に整理しておく。

表1 主要な用語

用語	説明
基礎医学 社会医学 臨床医学	医学の教育研究分野は、基礎医学、社会医学、臨床医学に大別される。基礎医学は解剖学、生理学、病理学、細菌学、免疫学等を指す。社会医学は疫学、公衆衛生学、法医学等を指す。臨床医学は内科学、外科学等の教育研究分野である。基礎医学、社会医学には、医師資格を有しない研究者も参加が可能である。
MD (medical doctor)	MDは多義的であるが、基本的には医学部出身で医師国家試験に合格した者を指す。米国では、プロフェッショナル・スクールである法学部、医学部が授与する第1専門職学位がDoctorである(グラデュエート・スクールを修了して取得する研究学位としての博士号Ph.Dとは別種)。そこで、米国に倣って、医学部を卒業し、医師国家試験に合格した者をMDと呼ぶ。また、日本の学位制度では、法科大学院が授与する法務博士(専門職)が登場するまでは、専門職学位と研究学位との区別がなかったため、医学分野の博士課程を修了した者は全て「博士(医学)」(又は医学博士)を取得した。そこで、医師資格を持った博士と持たない博士を区別するために、前者をMD、後者をPh.Dと呼ぶことがある。後述するMD-Ph.Dコースの場合は、MDはMD課程(日本の場合は医学部)、Ph.DはPh.D課程(日本の博士課程)を指す。
研究医	MD研究者、Physician Scientist(臨床医科学者)ともいう。基礎医学のみならず、社会医学、臨床医学の研究者を含め、大学病院での臨床業務の傍に研究活動に従事する大学教員を広く研究医に含めることもある。本稿では基礎医学分野を中心としつつ、社会医学・臨床医学分野も含めて研究医として扱う。
臨床実習 臨床研修 専門医研修	今日の医師養成は、医学部での6年間の教育から始まる。通常5、6年生で臨床実習を受ける。臨床実習では、各診療科を回って、患者と対面しながら医療技術や医師としての能力を高める。指導医の診療を見学する見学型臨床実習のみならず、チームの一員として診療に参加する参加型臨床実習も増えている。医学部卒業後又は卒業見込みの者は医師国家試験を受験する。合格者は医師免許を取得する。その後、将来診療に従事する者は2年以上の臨床研修を受ける。臨床研修では、大学病院又は指定病院で、将来の専門診療領域に関わらず、幅広い診療科で研修を受ける。研修中の医師を研修医と呼ぶ。研修医と研修病院のマッチングは、両者の希望を踏まえて、一定の計算方法により決定される。臨床研修の後、専門医になるために専門医研修を受ける。学部卒業前の臨床実習と対比させて、臨床研修を「卒業臨床研修」と呼ぶことがある。臨床研修と専門医研修をその順番から、「初期臨床研修」「後期臨床研修」と呼ぶことがある。
専門医	特定の診療領域において各学会が定める認定基準や研修内容、到達目標を達成した、十分な知識と経験を持つ医師を専門医と認定するもの。通常は、初期臨床研修を含め5年以上の研修を行い、試験等を経て、学会から専門医の認定を受ける。専門医を指導する「指導医」も一定の研修の上で学会から認定される。多数の学会が専門医制度を創設したため、細分化のレベルが不揃いで、質保証も明確でないため、平成29年度から新しい専門医制度に移行する予定である。そこでは、基本診療領域の専門医を認定し、その上で細分化されたサブスペシャリティ領域の専門医を認定する二階建てになる。第三者機関が専門医の認定、研修プログラムの基準を示し、各学会の取組を認定することで、専門医の質の向上と制度の信頼性の向上を目指す。
臨床研究 臨床試験 治験	疾病の診断、治療、原因追究等のために人を対象とする介入(医薬品や医療機器の安全性や効果を評価するため、人体に医薬品を投与又は医療機器を適用する医療行為)又は観察による医学研究を広く臨床研究という。このうち、医薬品、医療機器、診断法等の有効性、安全性、副作用等を人に適用して調べるものを臨床試験、その中で薬や医療機器の承認を得るために実施されるものを治験という。

(出典) 各種資料を基に筆者作成。

## I 研究医問題とその背景

### 1 研究医問題の発見

#### (1) 研究医問題前史

研究医問題は、平成16年の臨床研修必修化以前からある古い問題である。本章ではほぼ時間経過に沿って、研究医問題を整理する。

1990年代には大学院に関する諸問題、特にその量的拡大が高等教育政策の焦点の一つとなっていた。一方、文部省学術審議会（当時）が平成7年7月に取りまとめた「21世紀に向けての研究者の養成・確保について（中間まとめ）」は、研究者の需給動向に関しては、量的拡大の時代から不透明感のある変動の時代へ変化することを指摘するとともに、今後の研究者の高齢化と若手研究者の不足を指摘した。高久史磨氏は学術審議会のこの議論に委員として参加し、また医・歯・薬系ワーキンググループ主査として、大学院特に医学系分野の博士課程における研究者の養成・確保問題の議論を率いた<sup>(4)</sup>。このように、1990年代は大学院による研究者養成に関心が集まった時代でもあった。

『学術月報』平成8年4月号は学術審議会の「中間まとめ」を踏まえて「若手研究者の養成」を特集した。その中で黒川高秀東京大学教授は「卒後に基礎医学へ進む医学生は、近年さらに減少している。医系以外から優秀な人材が参入しているとはいえ、基礎医学の必要性をよりよく知る医学生がこれを避ける状況はやはり健全とはいえない。…（中略）…基礎研究を幅広く展開することは、医学全体の進歩のために必要であり、新しい研究萌芽の母床としても大切である。」と言う<sup>(5)</sup>。高久氏と同じ認識である。

このことはデータにも表れている。後に清水孝雄東京大学教授が示す資料<sup>(6)</sup>中のグラフ<sup>(7)</sup>では、基礎医学分野の大学院入学者のうち医学部卒業生の比率は、昭和63年度から平成2年度が約70%で、その後低下を続け、平成14年度には30%近くにまで12年間で40ポイント低下した。臨床研修が必修化された平成16年度には30%を割り込み、平成18年度まで20%台後半である。政府統計の学校基本調査にはこうした詳細なデータは存在しないが、医学部卒業生のうち大学院に直接進学した人数を把握できる（図1）。平成元年から平成5年頃までは毎年500人以上の進学者がいたがその後減少し、平成15年には238人になる。臨床研修必修化の平成16年には52人に減少し、明らかな断絶が見られる。その後はほぼ横ばいで20～52人のあいだを推移している。卒業者に占める割合も同様の傾向である。すなわち、卒業者の数%は大学院へ進学していたものの、平成15年度までほぼ一貫して減少傾向にあった。高久氏や黒川氏が平成8年当時にMD比率の低下に危機感を持ったことは十分に根拠のあることだった。

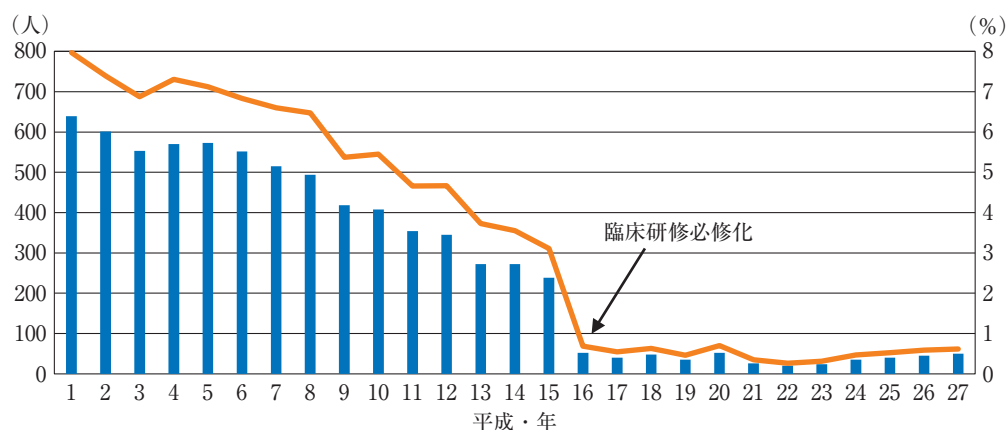
(4) 平成7年11月には文部省に「21世紀医学・医療懇談会」（後述）が設置され、将来の医療系人材の育成や大学院の在り方に関して検討を行った。高久氏はこれにも委員として参加した。

(5) 黒川高秀「21世紀のための若手医学研究者養成」『学術月報』49(4), 1996.4, pp.464-467.

(6) 清水孝雄「基礎医学研究者不足の現状と対策」（文部科学省「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」第4回資料1）2011.3.11, p.19. 文部科学省ウェブサイト <[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryo/\\_icsFiles/afldfile/2011/04/05/1303702\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryo/_icsFiles/afldfile/2011/04/05/1303702_1.pdf)>

(7) 国立大学医学部長会議の平成20年の報告に基づくものとされ、文部科学省「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会「論点整理」に関する参考資料集」2011.12.14, p.26. <[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/23/12/\\_icsFiles/afldfile/2011/12/19/1314224\\_02.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/23/12/_icsFiles/afldfile/2011/12/19/1314224_02.pdf)> もグラフを紹介している。本データに言及する文献は少なくないが、原資料が入手できないため、調査の詳細は不明であり、その正確性の判断はできない。ほかに代替可能なデータがないため、本稿もこれを参照する。

図1 医学部卒業者のうち大学院へ直接進学した人数（人）及び割合（％：折線）の推移



(出典) 学校基本調査報告書（各年度版）を基に筆者作成。

高久氏や黒川氏は、基礎医学分野の大学院入学者のうちMD比率が低下した原因として、研究内容の魅力や研究環境の問題、大学院進学した場合の経済的負担、研究者としての将来性への不安等を指摘した。一方、桐野高明国立病院機構理事長は、厚生労働省医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（以下「臨床研修部会」）が研究医問題を取り上げた際に（後述）、1980年代から基礎医学分野へ進学するMDの減少が始まっており、臨床研修必修化とは直接は関係ないことを述べた。当時の時代背景の一つとして「その前の時代、大学にいる臨床医は多くの場合、基礎医学にも行って勉強をして、場合によってはそこで論文を書いて博士として認めてもらっていたりしていたのです。…（中略）…1980年代後半に分子生物学が主流になると、基礎医学の方法論上の独占がなくなってしまったので、内科系を中心に、もう基礎には行かなくてもいいという風潮がかなり強くなって、基礎医学は基礎医学、臨床は臨床という感じに分かれてしまった」<sup>(8)</sup>と述べた。研究の進展とその変化も要因だったのである。

## (2) 医師臨床研修の必修化

日本における医学部卒業後の研修は、第二次世界大戦後に導入された義務的なインターン制度（実地修練制度）に始まり、昭和43年には医学部卒業直後に医師国家試験を受験し、医師免許取得後に2年以上の臨床研修を行うように変更された（ただし努力規定）。平成16年度には診療に従事しようとする医師は2年以上の臨床研修が必修となった。

昭和43年度以降は、臨床研修は義務ではなくなったが、大多数は臨床研修を行った。ただし、多くは大学病院又は関連病院に残り、特定の診療科に偏って研修を進めるケースが少なくなく、また研究志向が強い、地域医療との接点が少ない、処遇が不十分でアルバイトをせざるを得ない等の問題もあった。このため1990年代に厚生省の審議会を中心に改革案が検討され、臨床研修の必修化を決定した。これに基づき、「医療法等の一部を改正する法律」（平成12年法律第141号）により、「医療法」（昭和23年法律第205号）、「医師法」（昭和23年法律第201号）が改正された。<sup>(9)</sup>

改正された医師法は、2年間の臨床研修の専念、その修了の医籍への登録を定めた（第16条の

(8) 「平成25年度第4回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会議事録」2013.7.18. 厚生労働省ウェブサイト <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000015447.html>>

(9) 「医師臨床研修制度の変遷」厚生労働省ウェブサイト <<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hensen/>>

2、第16条の3、第16条の4)。また、臨床研修を修了していなければ診療所は開業できないことも規定した(第10条)。この結果、医学部を卒業し、医師国家試験に合格していても、臨床研修に専念し、医籍登録しなければ、診療所を開業できなくなった。また、「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令」(平成14年厚生労働省令第158号)は、臨床研修を医師としての基本的能力、換言すれば、全ての医師に求められる基本的能力を身につけるものと位置づけた(第2条)。これらのルールのため、研究医を目指す医師であっても、将来開業する余地を残すためには、まずは臨床研修に専念し、それを修了して医籍登録することを目指さざるを得なくなった。このため、臨床研修が必修化されると医学部卒大学院進学希望者が激減するだろうと早くから予想されていた。

臨床研修必修化後には、臨床研修を終えた者が果たして大学院進学するのかという不安が、大学関係者のあいだで徐々に切実になっていった。文部科学省中央教育審議会大学分科会大学院部会では大学院の在り方について平成16年度から検討を始めた。分野別の検討において、医療系ワーキンググループでは「臨床研修が必修化されたことにより、基礎、臨床に限らず医学研究者の育成が危なくなるのではないかとの見方もある。」<sup>(10)</sup>と懸念が示された。ただし、この段階では、新しい臨床研修が始まったばかりであり、こういった懸念がワーキンググループの取りまとめや答申で明示的に扱われるには至らなかった。

平成17年7月、第37回日本医学教育学会大会でシンポジウム「初期研修後の進路選択—医学研究者への道—」が開催された<sup>(11)</sup>。臨床研修必修化が2年目を迎えたことから、新制度の一期生たちの臨床研修後の進路選択が関心を集めていた時期である。「新臨床研修制度の実施により、医学部学生が卒業後すぐに基礎の研究室に大学院生として進むケースは一部の例外を除き激減したといわれている」中で、研修医自身も参加して議論が展開された。参加した研修医は「旧制度では、医師免許取得後は、医局に医長として入局し、臨床研修に従事する以外にも、そのまま大学院へ入学して基礎研究に携わるといった道も残されていた。しかし新制度では、医師免許を取得後二年間の臨床研修が義務づけられており、これを修了しないものは医籍登録において区別されてしまうことから、事実上医師免許取得者はほぼ全員臨床研修を受けることになった」とした上で、「二年間の臨床での研修生活が研究から足を遠のかせることになるのではないか。…(中略)…実際に研修生活を送った自らの経験を顧みて、「99%基礎に行くことはないと思う」と述べた。また、大学院進学により「臨床現場から離れてしまうことにより経験不足に陥ることへの不安」を挙げ、「研修生の間では同様の不安を抱いている者が多数存在する」と述べた。

シンポジウムに参加した厚生労働省医政局医事課課長補佐は、「医学部を卒業してすぐに大学院に進み基礎の勉強をすることは何ら禁じられているわけではない」、新しい臨床研修制度では研修医は「自分で選んで進路を決定している。嫌々行かされているわけではない」と指摘し、「新制度の立ち上げが基礎系の道を閉ざしているという考え方は誤解である」と論じた。この見方は、研修医自身の発言に見られた彼らが抱く不安とは符合しない。しかし、臨床研修と研究医確保の問題をめぐって登場する典型的な考え方の一端を示している。

(10) 「大学院部会医療系WG(第1回)議事録・配布資料」2004.10.26. 文部科学省ウェブサイト <[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo4/009/gijiroku/04111201.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/009/gijiroku/04111201.htm)>

(11) 松尾理・堀内三郎「初期研修後の進路選択—医学研究者への道—」『JMS』(108), 2005.10, pp.18-21.

### (3) 研究医問題の発見

平成18年、新臨床研修導入後2年間に過ぎ、最初の修了者が誕生した直後に、中山敬一九州大学教授が研究医問題に関する包括的な論稿を発表した<sup>(12)</sup>。

中山氏は、20世紀末以来の研究の進展により、「人間の体をひとつの生命体として捉え、それを分子レベル、細胞レベル、個体レベル、集団レベルで解析しようとする統合的な医学観が芽生え」、科学としての医学が本格的に始まり、その後急速に発展しているという。それが現在の医学研究の姿であり、当然ながら基礎医学及び基礎医学と結び付いた臨床医学が重要な役割を担うことになる。そのような時代に、医師の大学院進学への減少が起きた。中山氏はその原因を、医師の専門医指向の高まりと、「1990年代後半から始まった大学院大学化」<sup>(13)</sup>に求める。「大学院大学化」によって大学院の入学定員が増えたために、「医学博士」のプレステージは見る見る低落し、大学院進学へのメリットがなくなった。

そこに、臨床研修の必修化が加わったために、医学部を卒業して基礎医学分野に進む大学院生が大幅に減少した。それだけでなく、かつては大学病院に残っていた研修医が市中の臨床研修病院へ流出し、大学の臨床医学分野の研究活動を支える人材も不足した。そのため、かつては臨床医学分野と基礎医学分野とのあいだの人的交流によって臨床から基礎へ転進する研究医もいたが、そのルートも失うことになった。臨床研修の必修化はこのようにして研究医確保のバランスを一気に崩した。

中山氏は、基礎医学分野での研究医の貢献が必須の時代に、「基礎研究にまったく人材が行かなくなるという可能性が出てくる。畢竟、基礎部門における人材の数と質の低下は避けられず、当然研究能力も低落し、「基礎部門で優秀な医師を学ばせることができない」ことから、「早晚、臨床研究能力の低下」を招くという。さらに研究以上に重大な問題は、医学教育の崩壊であり、その回復には長期間を要し、これらは結局、国民の健康維持や経済における損失に結び付くと論じる。

中山氏の議論により、研究医問題が明確に描写され、主要な論点は出そろった。中山氏の論稿は後に様々な場面で引用され、影響力を持った。臨床研修必修化は研究医問題の唯一の原因ではないが、問題が発見される契機となった。この後、臨床研修制度は、研究医問題と対峙せざるを得ないものになっていく。

## 2 浸透しない研究医問題

### (1) 研究医問題のその後

平成18年に中山敬一氏により研究医問題が医学教育・研究上の重要な問題であることが提起される以前から、医学教育関係者のあいだでは危機感が共有されていたことは、前述の医学教育学会のシンポジウムなどからも推測できる。しかし、研究医問題の認識は行政や医療の現場には、すぐには広まらなかった。臨床研修部会は平成19年の報告書の中で、新臨床研修制度を一つの契機として、将来の基礎医学志望者の減少などの懸念について、関係者から指摘されて

(12) 中山敬一「医学部は崩壊する!?!—研修必修化がもたらす研究と教育の荒廃—」『Doctor's magazine』(79), 2006.6, pp.17-22.

(13) 当時有力国立大学で進められた「大学院重点化」を指す。教員の所属を学部から研究科に移すことで研究重視の姿勢を具現化するとともに、一部の助手、助教授ポストを教授ポストに転換する等により大学院の定員を拡大し、それに伴って国から基盤的に配分される経費を増額させる組織改革。



いることは了解しているが、基礎医学の振興は臨床研修制度の基本理念の枠外の問題であり、臨床研修制度として対応すべきことはないので、文部科学省で検討されるべきだと、臨床研修側は研究医問題に関与しないことを明記した<sup>(14)</sup>。

こうした行政側の無関心に対して、医学教育関係者は新聞等のメディアを使って、研究医問題を社会に発信した。豊田長康三重大学長（当時）は平成20年に、新しい臨床研修制度が基礎医学だけでなく、臨床医学分野にも影響を与え、我が国の臨床医学分野の研究論文数の減少、特に地方国立大学の研究論文数の減少をもたらしていることをデータで示した。豊田氏は、臨床医学分野の研究論文は世界的には増加しているが日本だけが減少していること、特に地方国立大学の論文数の減少が著しいこと等を示した。この要因として、大学院重点化により有力大学と地方大学のあいだに格差が生じたこと、平成16年度の国立大学法人化に伴い、大学病院への運営費交付金が削減され、附属病院に増収圧力がかったこと、更に新臨床研修制度の下で若手医師は研修先として大都市部や処遇の良い指定病院に流れ、大学病院を選ばなくなったために大学病院で医師不足が生じ、臨床系教員の診療負担が増加し、結果として研究時間・研究人員が減少したことを挙げている。<sup>(15)</sup>

平成20年に新聞紙上で、田中雄二郎東京医科歯科大学教授は新臨床研修制度により大学院進学が敬遠され、研究医のみならず医師資格を持ち医学教育に携わる大学教員が枯渇する危機にあることを訴えた。併せて東京医科歯科大学がMD-PhDコース（後述）を導入し、学生に早期に医学研究に従事させる工夫をしていることを紹介した。しかし、学生たちは研究には興味を示しても、生活費や授業料等の経済的負担を理由にMD-PhDコースを選択しない。米国の同様の制度では国が生活費や授業料を負担していることから、日本でも国が助成すべきことを訴えた。<sup>(16)</sup>

この時期、各大学はそれぞれ工夫しながら研究医問題へ取り組んでいた（後述）が、行政はなかなか動かなかつた。厚生労働省の「「安全と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会」の指摘<sup>(17)</sup>に基づいて、「より質の高い医師を効果的に養成する観点から、医師の卒前・卒後教育の連携をはじめとした臨床研修制度のあり方について」検討するために、文部科学省と厚生労働省は共同で「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」を平成20年9月に設置し、平成21年2月に意見の取りまとめを発表した<sup>(18)</sup>。検討会では診療科別、地域別の医師の偏在問題への対応が検討されたが、このことに関して「国立大学には経営問題があり、医師の処遇改善やマンパワーの増員などを簡単にできる状況ではない。大学病院が診療で忙しい中、教育と

(14) 「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書」2007.12. 厚生労働省ウェブサイト <<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/12/dl/h1225-2a.pdf>>

(15) 豊田長康 「「選択と集中」は諸刃の剣—地方大学の挑戦—」『ある地方大学長のつぼやき』[三重大学], 2010, pp.84-85. これは、平成20年1月10日～18日のブログ記事を再構成したものである。なお、臨床研修制度への明示的な言及はないものの、平成19年にほぼ同じ指摘をしている。同「(私の視点) 大学病院 手を打たねば機能低下進む」『朝日新聞』2007.7.20.

(16) 田中雄二郎 「[論点] 医学研究・教育の危機 大学の医師確保、国に責務」『読売新聞』2008.3.6.

(17) 「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会は、検討課題を中間まとめとして発表し、「より質の高い医師を効果的に養成する観点から、医師の卒前・卒後教育の連携をはじめとした臨床研修制度のあり方について、文部科学省と厚生労働省との合同の検討会を早急に立ち上げ、対策の具体化を図るべきである。」と指摘した。「「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりまとめ」2008.9.22. 厚生労働省ウェブサイト <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0922-6a.pdf>>

(18) 臨床研修制度のあり方等に関する検討会「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」2009.2.18. 文部科学省ウェブページ <[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/036/toushin/\\_icsFiles/afieldfile/2009/02/26/1247062\\_1\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/036/toushin/_icsFiles/afieldfile/2009/02/26/1247062_1_1.pdf)>

研究さらに地域医療支援まで行えるのは、使命感・責任感を唯一のよりどころとして懸命に努力しているため。」と大学側の窮状を訴える意見が表明された。一方で、「臨床研修が基礎医学の振興に問題があると言われているが、基礎医学の振興は文部科学省のMD-PhDコースなどのほかのことでやるべき。」という意見も示されている。後者は、1年以上前に発表された臨床研修部会の報告書（前述）の議論の域を出ない。なお、検討会の取りまとめを踏まえて、臨床研修制度の平成22年度見直しでは、研修プログラム基準の弾力化、地域医療研修、臨床研修病院の指定基準の厳格化、研修医の募集定員に都道府県別の上限を設定することなどが実施された。

研究医問題はあくまで教育問題であり、臨床研修とは別の問題であるという見方が根強く残り、厚生労働省側が研究医問題を取り合わない姿勢が見て取れる。

## (2) 清水孝雄東京大学医学部長による問題提起

この時期に、清水孝雄東京大学医学部長が自身の関わった国立大学医学部長会議研究推進・大学院教育に関する小委員会による調査結果<sup>(19)</sup>に基づいて研究医問題に関して問題提起と詳細な紹介を行っている。

清水氏は平成21年7月にまず新聞紙上で、「自治体病院の閉鎖、周産期医や救急医の不足など毎日のようにマスメディアは医療の危機的状態を伝えている。厚生労働省も重い腰を上げ、対策を始めた。しかし、この中で忘れられているもう一つ別の危機がある。」と、研究医不足の問題とその実態を社会に向けて訴えた。清水氏は国立大学医学部長会議の調査に基づいて「大学の定員削減の矛先は基礎医学に向けられ、基礎医学の教員総数がこの10年で10%減らされた。さらに、医師免許をもつ者の基礎系の大学院進学者は半数となり、教員の中の医師（MD=医学士）数は激減している（助教・助手の中でMDが占める割合は15%）。このままでは、10年後、20年後にMD教員や研究医はいなくなるだろう。」と実態を紹介する。東京大学も独自に対策を講じていることを紹介しつつも、個々の大学の取組には限界があり、国の積極的支援策を訴えた。<sup>(20)</sup>ここには、行政が研究医問題になかなか目を向けてくれないことへの焦燥感が表れている。

この後に国立大学医学部長会議は、内閣総理大臣ほかに対して要望書<sup>(21)</sup>を提出した。要望書は、新臨床研修制度の導入が医療崩壊の直接的引き金となったことを指摘すると同時に、研究医問題に関しては、「基礎医学・社会医学、臨床医学のいずれの領域においても医師免許証を持つ研究医の不足が深刻な問題であり、10年後には基礎的医学研究・教育を行う医系教員を確保できなくなる可能性が高い。医療の質はこの基礎的医学研究によって支えられており、日本の基礎的医学研究の崩壊は、その後まもなく日本の医療の質の低下をもたらすことになる。一度この状況に陥れば、いかなる措置を行ってもその回復には数十年を要する。そのような状況を回避するために、医学部に起点を置く研究医養成のための具体的施策を直ちに進めるべきである。なお、この施策に係わる奨学金等の財源は、本邦の国民の医療の質を担保するための費用として国費から措置されるべきである。」とした。これに続き平成22年にはライフサイエンス分野の学協会が政府へ要望書を提出した<sup>(22)</sup>。日本学術会議基礎医学委員会も研究医問題の指摘と対応策の提案を行った<sup>(23)</sup>。しかし、依然として政府の動きはなかった。

(19) 前掲注(7)に記したとおり、この調査の報告書は入手できていない。また、平成22年10月にも同小委員会は調査結果を発表しているが、この報告書も入手できていない。

(20) 清水孝雄「(私の視点) 研究医の不足 思い切った投資で育成策を」『朝日新聞』2009.7.29.

(21) 国立大学医学部長会議「国立大学医学部長会議からの要望書」2009.10.22. <<http://www.chnmsj.jp/youbousyo%20H21%20kokuritu.tenpu.pdf>>

清水氏は文部科学省の「第4回今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」（平成23年3月11日）に出席し、研究医問題に関して、データに基づいて詳細に紹介した<sup>(24)</sup>。清水氏は、研究医不足の問題は医師不足や医師の偏在などの問題の陰に隠れてわかりにくい問題だが大きな医療危機につながると指摘した。すなわち研究医不足が続けば医学部出身の基礎医学教員がほとんどいなくなり、医学教育の崩壊、基礎医学研究の停滞のみならず、臨床研究、橋渡し研究<sup>(25)</sup>の活力が低下し、我が国の創薬産業、医療機器産業へ負の効果をもたらし、ひいては我が国の健康、長寿社会実現に深刻な影響を与える。そして、国立大学医学部長会議の調査結果に基づいて、基礎系の大学院進学者の中でMDの割合が、昭和63年には約70%だったのが平成16年以降は約30%に低下したことを紹介し、研究医不足が現に進行していることを示した。

主要な原因として、基礎医学者の待遇が悪い、研究ポストが少ない、基礎研究に将来研究費が来なくなるかもしれないという不安があるという基礎医学が抱える問題のほかに、医療現場が忙し過ぎて若手医師に研究の機会を与えにくい状況にあり、臨床医が研究に進みにくくなっていること、初期臨床研修制度が義務化され、更に後期臨床研修で専門医を取得するという一つのルールができ上がっており、そこまでやると30歳になり、その上に指導医の資格や細分化された専門医資格を追加取得しようとする30代後半になるため、若手医師が研究に向かうタイミングを逸することを挙げる。研究医不足を解消するために、大学が医学教育を改革することはもとより、学会による専門医制度の見直しのほか、国に対しては、研究費の増額、研究医の待遇の改善、研究医コースの設定、初期臨床研修制度の改革が早急に必要だと訴えた。研究医コースは、基礎医学分野の教員や研究者になる者を毎年200人程度、MD-PhDコース、研究医育成プログラムなどの特別コースで計画的に育成しようとするもので、学生に対する奨学金（年間約30億円と試算）や教育経費等（年間約20億円と試算）の負担を国に求めた。

ここで清水氏が述べたことは、1年半前に清水氏が新聞紙上で訴え、国立大学医学部長会議などが政府に要望したことと基本的には何ら異なるものではない。実はこの間に、文部科学省は平成20年度から始まった医学部定員の増加政策の一環として、平成22年度から定員増の中に研究医枠を設定した。詳細は後述するが、規模は最終的に全国で40人とどまり、学生に対する経済的支援は大学の自助努力に委ねられるなど、国が積極的に対策を講じるものではなかった。結局、国立大学医学部長会議等の努力にもかかわらず、行政は動かなかつたのである。国による財政的支援は平成24年度を待たなければならない。

### (3) 相次ぐ提言

清水氏の「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」での報告以降も、研究医問題に関する要望や提言は続いた。日本学術会議基礎医学委員会・臨床医学委員会合同の医学教育分科会は平成23年7月に提言を発表した<sup>(26)</sup>。提言は「卒後臨床研修必修化」の影響によって、

(22) 日本生理学会ほか「基礎医学教育・研究の活性化に対する要望書」2010.2.17. 日本生理学会ウェブサイト <<http://physiology.jp/wp-content/uploads/2014/11/youbou100217.pdf>>

(23) 日本学術会議基礎医学委員会「報告 基礎医学分野の展望」（日本の展望—学術からの提言2010—）2010.4.5. <<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-h-2-5.pdf>>

(24) 清水 前掲注(6)；「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会（第4回）議事録」2011.3.11. 文部科学省ウェブサイト <[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/043/gijiroku/1305512.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/gijiroku/1305512.htm)>

(25) 基礎研究における研究成果を、産業応用、臨床等の実用化へ橋渡しするための研究。トランスレーショナルリサーチともいう。

(26) 日本学術会議基礎医学委員会・臨床医学委員会合同医学教育分科会「提言 我が国の医学教育はいかにあるべきか」2011.7.28. <<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t130-1.pdf>>

基礎医学講座では医学部出身者は皆無という状態に陥っており、基礎医学研究者の90%近くが教育・研究の危機を実感しているという調査結果がある。それと同時に臨床分野においても研究経験のない医師が増加して、トランスレーショナルリサーチの担い手が激減しつつある。つまり基礎医学分野と応用医学分野の双方で将来の医学を担うための人的投資が疎かにされており、危機的状況を迎えているのが現状である。」と、基礎医学分野のみならず臨床医学分野でも研究医が激減していることを論じている。提言の一つとして「医学研究者に対するロードマップの確立」を取り上げ、「大学院を管轄する文部科学省と医師の研修を厚生行政から考える厚生労働省の協力体制の確立による国レベルでの整合性のあるロードマップを用意することを期待する。」と述べている。これまで紹介してきたように、臨床研修を検討する立場からは、研究医問題は臨床研修とは別問題だとして突き放す感もあったが、厚生労働省もコミットすることを期待したものである。

前述の清水氏による報告が行われた「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」は平成23年12月15日に「論点整理」を公表した<sup>(27)</sup>。そこでは「基礎研究、イノベーションを担う医師（研究医）養成の充実について」の項目を立て、現状の記述とともに、「研究を志向する医師が研究費やポストの面で不安を感じているのではないかという意見もあり、国としても企業や研究機関と連携して支援策を講じる等の方策を検討していくことが望まれる。」と政策的対応の検討の必要性について一歩踏み込んだ形で記述した。

全国医学部長病院長会議は、平成19年に発表した「我が国の医師養成システムの在り方のためのグランドデザイン」<sup>(28)</sup>の検証と提言を平成23年12月に発表した<sup>(29)</sup>。そこでは、基礎医学研究者の確保や医師のリサーチマインドの形成のために、学部生の研究室配属など卒前教育の取組を行っているものの、基礎医学研究者になる者は依然として少なく、むしろ臨床研修の必修化と専門医研修の活発化によって、MDの医科系大学院進学は激減していると指摘する。対策面では、MD-PhDコース（後述）の設置、それ以外の研究医養成コースや学部入学段階で研究者志向の学生をAO入試で選抜する方法等にも言及している。臨床医学系の大学院においても、研究医やリサーチマインドを持った専門医や高度専門医療人の養成が求められており、研究医養成に際しては、基礎医学系分野との連携を密にして、臨床分野から基礎医学研究者が生まれることを促進することも提案した。

国立大学医学部長会議は、前述の平成21年の「国立大学医学部長会議からの要望書」に続いて、平成24年1月に「国立大学における医学教育の現状と今後のあるべき姿を求めて—国立大学医学部長会議からの提言—」を取りまとめ、国民・社会、行政当局及び関連諸機関、医学部を持つ国立大学法人に向けて発表した<sup>(30)</sup>。提言は、研究医養成の現状に関して、臨床医学分野でも研究志向の臨床医が減少していること、大学によって問題の深刻さが異なっていることなどを詳細に紹介している。その上で研究医養成の方策に関しては、大学ごとにどのような対策が必要で実行可能かを検討していく必要があるとした。一連の改革の資金面に関しては各大

(27) 「「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」論点整理」2011.12.15. 文部科学省ウェブサイト <[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/iryuu/1341528.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryuu/1341528.htm)>

(28) 全国医学部長病院長会議「医師養成のためのグランドデザイン—全国医学部長病院長会議からの提言—」2007.9. <<https://www.ajmc.jp/pdf/grand1.pdf>>

(29) 全国医学部長病院長会議「医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン—地域医療崩壊と医療のグローバル化の中で—全国医学部長病院長会議の立場から—」2011.12. <<https://www.ajmc.jp/pdf/23.12grand.pdf>>

(30) 国立大学医学部長会議「国立大学における医学教育の現状と今後のあるべき姿を求めて—国立大学医学部長会議からの提言—」2012.1. <[http://www.chnmsj.jp/arubekisugata%20H24\\_3.pdf](http://www.chnmsj.jp/arubekisugata%20H24_3.pdf)>

学が「努力を行った上で、不足する資金に対しては運営費交付金の増額などの財政的支援を求める。」とした。

このように、大学医学部関係者を中心とする危機感の拡大にもかかわらず、研究医問題の解決の道筋はなかなか見えない状況が続いた。特に臨床研修制度との調整は避けて通れない問題であるにも関わらず、臨床研修制度を所掌する厚生労働省側は、研究医問題は臨床研修制度の枠外の問題であるとの立場を取り続けた。

### 3 臨床研修制度と研究医養成の衝突

#### (1) 議論の再燃

厚生労働省は、平成16年度の臨床研修の新制度導入以降、ほぼ5年ごとに制度の見直しを行い、これまで平成22年度、平成27年度に制度の改定を行っている。平成22年の改定を前にした検討においては、前述のとおり、臨床研修制度のあり方等に関する検討会が研究医問題を等閑視する姿勢も見られた。しかし、平成27年度の見直しに際しては、研究医問題を無視できない状況になった。

平成27年度研修から適用する臨床研修制度の見直しに向けて、臨床研修の実施状況や地域医療への影響などに関して実態を把握し、論点を整理するために、厚生労働省は「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」を設置して検討を開始した。同ワーキンググループは平成25年2月に「論点整理」<sup>(31)</sup>を取りまとめ、その他の論点の中で「研究医養成との関係」を取り上げ、「臨床研修期間中の大学院における研究について、どう考えるか」、「臨床研修期間中は、基本理念や到達目標を踏まえ臨床研修に集中するべきであるとする見方がある一方で、希望に応じて早期に研究に従事することが可能となる弾力的な対応が必要であるとする見方があることについて、どう考えるか」の論点を記載した。ワーキンググループでの主な意見として、「研究医が減少していることは、臨床研修制度というより、処遇の改善などの環境整備の問題が大きいのではないか。」と従来と同じく研究医問題は臨床研修問題と無関係だとする見解、「臨床研修の基本理念を踏まえ、臨床研修中は臨床研修に集中するべきであり、研修期間中の大学院進学は必ずしも適切ではないのではないか。」という臨床研修の理念優先の見解の一方で、「必修・選択必修科目は適切に行った上で、選択科目の期間に、臨床研究を中心に研究などに触れることを許容してもよいのではないか。」、「到達目標や研修を行う時間との関係で、臨床研修の専念義務の範囲をどう捉えるかの問題ではないか。」といった、研究医問題に配慮して臨床研修の弾力化を許容する見解も併記された。

ワーキンググループの議事録<sup>(32)</sup>を見ると、研究医問題をめぐって意見が激しく衝突していたことがわかる。「研修期間中に大学院に進学という話が出ていたわけですが、…(中略)…個人的にも、あるいは4病院団体協議会でも協議しましたが、大反対であるということです。なぜならば、臨床研修中はもちろん労働時間はきちんとしているとしても、予習・復習は必要です。非常に短い期間でいろいろな科を回るわけですから、その間で自己研鑽ということで仕

(31) 医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ「論点整理」2013.2.8. 厚生労働省ウェブサイト <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002uz8t-att/2r9852000002uzaa.pdf>>

(32) 「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ(第10回)議事録」2012.12.19. 厚生労働省ウェブサイト <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002spvp.html>>

事が終わってからもきちんと予習・復習あるいはいろいろな調べものを十分にすることが研修期間中であり、その間に大学院に進学して、自分のデューティーが終わってから研究をしてもいいだろうという話は成り立たない。やはり研修に集中していただきたい。」と、臨床研修を優先する立場からの見解が一方にある。他方「日本医師会としては…（中略）…若干違います。…（中略）…研究的な意欲というのは、内的動機に基づくものであって、それこそが日本の医療・医学の未来を作っていくと私どもは考えています。…（中略）…2年間臨床研修に専念することによって内的動機による真理探究の機会を奪うということは、必ずしも我が国にとって良いとは余り思わない。それは少数であるかもしれませんが、…（中略）…それぞれの道は担保してあげたほうが私はいいのだと思っておりますので、2年間そこで完全に切り離してしまうことは、大きな損失だろうと思っています。」と、研究医問題への配慮を求める見解も示された。本ワーキンググループの役割は論点整理までであり、検討の舞台は臨床研修部会へと移る。

## (2) 理念の衝突

臨床研修部会は平成25年7月の第4回部会で「論点整理」で提起された研究医養成との関係を取り上げた。議事録<sup>(33)</sup>を見ると、部会ではワーキンググループ以上に激しい論争があったことがわかる。臨床研修の理念を優先する立場からは「2年間臨床研修に専念させるというのが、現在のコンセプトです。ですからアルバイトをすることはいけないという話です。「バイトをすることはいけない」と言いながら、一方で社会人大学院があるのだから、大学院で研究しろというのはいかなるものか。その辺のコンセプトをはっきりしなくてはいけない」、「臨床研修制度を2年間としている理念…（中略）…に立ち返りますと、国民が医師というライセンスを与えられている者に等しく持ってほしい技能や能力を、その2年間に修得してほしいと思っているからこそ、こういう制度ができたと思うのです。…（中略）…研究者である人とそうでない人と違うということ、私はないのではないかと思います。…（中略）…基礎研究を始めるにはtoo lateであるから仕組みを変えなければいけないというのは、どうにも次元がことなる問題ではないか」といった、臨床研修制度の理念を重視する意見が表明された。

これに対して、研究医養成への配慮を求める立場からは、臨床研修制度の問題点の一つは臨床研修の修了が開業の条件になっていることから、基礎医学分野の研究医であっても途中で方針転換して開業しなければならない場合等を考えれば、臨床研修は避けられないのであり、臨床研修制度を根本から見直すべきだという見解や、臨床研修制度が目指すことは、近年の大学側の教育改革の結果、卒業前にかかなりの程度できるようになっているので、臨床研修の在り方を見直すべきだという見解も示された。この見解に対しては、「私は、それは違うのではないかと思います。やはり免許を持って責任があつてやることと、そうでないことの差があると思うのです。」と反論が出た。これに対しては、大学側の努力を具体的に列挙した上で「初期臨床研修制度の中でやっているようなまごとのようなことは、ほとんど大学の教育の中に組み込まれることは可能です。日本の国がこれだけ苦しい思いをしているのに、なぜ皆さんがどんどんどんどんデグリーを頂くのを遅く遅く遅く遅くして、日本の国の力にならないような方向に議論をするのかというのが、私は分からないのです。」と嘆く場面もあった。大学関係者以外からは、臨床研修と研究医養成、更には医学教育改革との関連性が理解してもらえず、

(33) 「平成25年度第4回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会議事録」 前掲注(8)

議論が噛み合わないのである。

このような経過の中で、議論が噛み合わない原因の一つは、厚生労働省側の対応にあることを示唆する発言が登場する。ワーキンググループの論点整理を見て、

「臨床研修の基本理念を踏まえ集中すべきであり、臨床研修期間中の大学院進学は必ずしも適切ではない」と、今時言っている委員がいるということ自体が驚きです。実は平成16年に臨床研修制度が始まる時に、厚生労働省と大論争をしました。それは社会人大学院を作ってもいいかということでした。厚生労働省は「駄目」と言ったのです。「なんで駄目なんですか」と言ったら、要するにこの項目なのです。臨床研修中は臨床研修に集中すべきだから、そちらをやらせて、研究などとんでもないという話なのです。ところが厚生労働省は別な言葉で、臨床研修医の就業時間を9時～5時であると明確に言ったわけです。そうすると、5時になって駅前のノバに行って英語を勉強するのもいいでしょう。駅前のフィットネスクラブに行って水泳をやるのもいいでしょう。銀座に行って酒を飲むのもいいでしょう。しかし銀座に行って酒を飲むのだったら、夜中に大学に来て基礎の研究室に入り浸って勉強してもらったほうがレベルも高いし、質のいい医者ができるに決まっています。そういうことで一応お認めいただいて、今は一部の大学で社会人大学院を作って、そういうことをやっているわけです。これはある意味、大学がサービスをしてフレキシビリティを増やしているということです。かつ、ややこしい法律と規則の隙間をぬって、いろいろなアイデアを駆使してやっていることですから、これに対して文句を言われたのでは立つ瀬がないです。<sup>(34)</sup>

と言うのである。部会に出席していた文部科学省の担当者も

今、研修専念義務のところを、実際には柔軟に運用していただいていると理解はしているのですが、ただ、はっきりと文章にさせていただいて、どの大学にも周知するという形ではないと思いますので、少なくともそういった形で明確化をしていただくということは、是非お願いできたらと思います。<sup>(35)</sup>

と述べた。厚生労働省は、臨床研修の専念義務に反しない範囲で、研修医が時間外を利用して大学院に進学することを認めておきながら、そのことを文書に残す等の形で公開してこなかった。そのために、臨床研修の理念と大学側の研究医養成の努力が衝突するばかりで議論が噛み合わず、解決へ向けた議論へと進めないでいる構図が明確になったのである。

### (3) 臨床研修制度柔軟化への一歩

臨床研修部会は平成25年12月に報告書<sup>(36)</sup>をまとめた。前回の臨床研修制度の見直しの際とは異なって、研究医の養成との関係について明示的に取り上げ、研究医問題の存在とそれに対

<sup>(34)</sup> 同上

<sup>(35)</sup> 同上

<sup>(36)</sup> 「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書—医師臨床研修制度の見直しについて—」2013.12.19.厚生労働省ウェブサイト <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000032870.pdf>>

する大学側の取組について現状を記した。研究医の減少により教員確保や医学研究の質の低下について危惧する声があること、各大学が奨学金や学部・大学院を一貫したコースの設定などを通じて、研究医養成に取り組んでいること、医学部入学定員増に研究医枠を設けたこと、研究医養成においては、臨床研修の到達目標を適切に達成することを前提とした上で、臨床研修とともに時間外等を利用した大学院における研究を並行して行う特別なコースを工夫して設置していることなどを紹介し、併せて臨床研修中に大学院進学が可能であることを確認した。また、臨床研修制度の見直しの方向として、臨床研修の「中断」の弾力的扱い<sup>(37)</sup>を示した。これにより、研究医の養成にとっても選択肢を広げる効果が期待できる。ただし、「臨床研修制度における対応以外にも、処遇の改善、キャリアパスの確立、臨床でキャリアを積む中で研究の希望を有した際の研究場所の確保等の一層の環境整備も望まれる。」と注文も加えた。

この報告に基づき、臨床研修制度が一部改正された。研究医問題との関係では、平成26年4月の文部科学省高等教育局長通知<sup>(38)</sup>の別紙<sup>(39)</sup>で研修医の大学院への受入れについて「研修医には臨床研修に専念する義務が課せられていますが、臨床研修の到達目標を適切に達成することを前提とした上で、臨床研修の時間外等を利用して大学院に進学することは可能です。」と明記された。厚生労働省は「医師臨床研修に関するQ&A(研修医編)」<sup>(40)</sup>を開設し、「Q. 臨床研修期間中に基礎研究を行うため、大学院に進学できますか。」という項目を設け、「中断」手続を紹介するとともに、「研修医には、臨床研修に専念する義務が課せられていますが、臨床研修の到達目標を適切に達成することを前提とした上で、自助努力により臨床研修の時間外等を利用して大学院に進学することは可能です。臨床研修に支障が生じないように、例えば、休日・夜間の一部を利用した基礎研究のプログラムを設けている大学院もありますので、病院・大学院とよく相談してください。」と臨床研修中に大学院進学が可能であることを、制度開始10年以上を経てようやく公式に示した。

こうして、臨床研修制度の側も研究医問題の存在を直視し、少なくとも大学側の研究医養成のための各種取組を公式に容認した。ただし、大学側にとっては、研究医養成上、何ら前進があったわけではない。非生産的な理念の衝突に終始した状況を脱し、ようやく議論が噛み合いそうな段階に到達しただけである。

#### 4 解決されない研究医問題

##### (1) 日本版 NIH 構想以降の停滞

臨床研修部会で臨床研修制度の見直しの議論が始まった頃には、医療分野の研究開発政策に

(37) 「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(平成15年6月12日医政発第0612004号)は、「17 臨床研修の中断及び再開」で臨床研修の中断の基本的な考え方を示しているが、従来は「研修プログラムを提供している管理者及び研修管理委員会には、あらかじめ定められた研修期間内に研修医に臨床研修を修了させる責任があり、安易に中断の扱いを行ってはならないこと。」等の原則を示していたが、平成26年3月31日付けでこれらを削除した。

(38) 「「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」等の一部改正について(通知)」(平成26年4月16日26受文科高第171号)文部科学省ウェブサイト<[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/iryou/1347182.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryou/1347182.htm)>

(39) 「【別紙】大学における臨床研修に関する留意事項」文部科学省ウェブサイト<[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/iryou/1347179.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryou/1347179.htm)>

(40) 「医師臨床研修に関するQ&A(研修医編)」厚生労働省ウェブサイト<[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/rinsyo/qa/kenshui.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/rinsyo/qa/kenshui.html)>



大きい変化が起きようとしていた。平成25年4月に内閣官房長官は、産業競争力会議に「日本版NIH」構想を提出した<sup>(41)</sup>。これは医療分野の研究開発戦略を政治主導で策定し、研究開発関連予算を一元化することを目指すものである。構想は「日本再興戦略—JAPAN is BACK—」(平成25年6月14日閣議決定)<sup>(42)</sup>で具体化され、政策目標として位置づけられた。同戦略は、医療分野の研究開発の司令塔機能の創設、研究開発総合戦略の策定、医療分野の研究開発関連予算の一元化等の方策を打ち出した。政府は同日に「健康・医療戦略」<sup>(43)</sup>を発表した。人材面の施策として、「医療・介護のニーズとシーズをビジネスとして突合できる人材の育成」、「既存の事業に埋もれている人的資源、可能性の追求。人材の流動化」、「新しい需要に対応するためのコメディカル等の活用」等に言及したが、基礎研究を担う人材や研究医問題に関する言及はなかった。

「日本再興戦略—JAPAN is BACK—」及び「健康・医療戦略」に従って、医療分野の研究開発に関する総合戦略を策定するため、健康・医療戦略推進本部に「健康・医療戦略室医療分野の研究開発に関する専門調査会」が設置され、平成26年1月に「医療分野の研究開発に関する総合戦略」<sup>(44)</sup>がまとめられた。同総合戦略は、「基礎科学の成果を疾患の克服に向けて具体的に生かすためには、何よりも研究者の自由な発想に基づく幅広い基礎研究の重要性を認識し、基盤を構築していかなければならず、これは、今後も推進しなければならない。」と基礎研究の重要性を述べるが、基礎研究に関しては概して楽観的である。すなわち「近年、中国や韓国等の新興国においても基礎研究への取組が強化され、日米欧を急速に追い上げてきているなど、基礎生命科学や臨床医学分野での日本の論文の国際競争力は相対的に低下傾向にあるものの、我が国の基礎研究力は国際的にも依然高い競争力を保っている」とする。一方、「臨床研究論文に関する我が国の国際的存在感、基礎研究論文のそれと比して低く、かつ低下傾向にある。」とし、臨床研究に関わる人材の育成に焦点を当てた。このような動きに対して、学協会を中心に多数の批判や要望が表明され<sup>(45)</sup>、そのほとんどが基礎研究や人材育成の重視を求めた。

平成26年5月に「健康・医療戦略推進法」(平成26年法律第48号)が公布された。同法は大学や研究開発法人等の研究機関の責務として、研究開発、その成果の普及、人材の育成を規定した(第5条)。また国は「健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出に関する専門的知識を有する人材の確保、養成及び資質の向上に必要な施策を講ずる」中心的役割を担うこととされた(第16条)。しかし、同法に基づいて閣議決定された「健康・医療戦略」<sup>(46)</sup>中で列挙された人材は、臨床研究及び治験において主導的な役割を果たす専門的な医師や支援人材、バイオインフォマティクス人材、革新的医薬品、医療機器及び再生医療等製品の実用化促進のための人材、再生医療等製品等の特有の取扱いに係る専門的技能を有する人材、ニーズとシーズをビジ

(41) 菅義偉「『日本版NIH』の骨子及び『一般社団法人MEJ(Medical Excellence Japan)』の骨子」2013.4.23. 首相官邸ウェブサイト <<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/skkkaigi/dai7/siryou06.pdf>>

(42) 「日本再興戦略—JAPAN is BACK—」(平成25年6月14日閣議決定) 首相官邸ウェブサイト <[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou\\_jpn.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/saikou_jpn.pdf)>

(43) 「健康・医療戦略」(平成25年6月14日関係大臣申合せ) 首相官邸ウェブサイト <<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/senryaku/senryaku.pdf>>

(44) 医療分野の研究開発に関する専門調査会「医療分野の研究開発に関する総合戦略(報告書)」2014.1.22. 首相官邸ウェブサイト <<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/tyousakai/pdf/houkoku.pdf>>

(45) 例えば、生物科学学会連合「緊急声明 『日本版NIH』構想における資源配分と人材育成プロセスへの懸念」2013.6.11. <[http://www.nacos.com/seikaren/pdf/2013/kinkyu\\_seimei\\_130611\\_2.pdf](http://www.nacos.com/seikaren/pdf/2013/kinkyu_seimei_130611_2.pdf)>

(46) 「健康・医療戦略」(平成26年7月22日閣議決定) 首相官邸ウェブサイト <<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/suisin/ketteisiryou/dai2/siryou1.pdf>>

ネスとしてマッチングできる人材、起業支援人材である。基礎医学、臨床医学の研究者一般を対象としているわけではない。

このように、日本版NIH構想やその具体化としての健康・医療戦略推進法及び「健康・医療戦略」は、医療分野の研究開発の一元化を目指すものであるが、基礎医学のみならず臨床医学分野の基礎研究も対象ではない。平成27年4月に日本医療研究開発機構が発足し、研究資金配分の一元化が進められたが、大学の基礎研究を支える科学研究費補助金は統合されず、文部科学省所管のまま存続した。人材養成に関しても、研究医問題とは関係なく進められ、一連の動きは研究医問題の解決に何ら寄与しなかった。

## (2) 解決されない研究医問題

平成27年度にはI-3-(1)で述べたように臨床研修制度の見直しが行われ、平成29年度からは新しい専門医養成制度が開始される予定である。従来は専門医の認定制度が学会ごとにバラバラに乱立し、その質の保証も不明確であったことから、これを改め、一般社団法人日本専門医機構が統一的に、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定、専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準を作成することになっている。新たな専門医制度により専門医資格の価値が高まることは、医師のみならず患者の立場からも歓迎すべきことである。一方、そのために医師国家試験合格者の専門医志向がますます高まる可能性もある。それだけではない。現在は、附属病院等で専門医研修中の医師を社会人大学院生として受け入れ、大学院教育と専門医研修とを一体的に運用することで、臨床医学分野の大学教員の候補者を育成する例が見られる。しかし、新しい専門医研修制度では養成プログラムの基準が統一されるため、その運用次第では専門医養成プログラムが柔軟性を失い、大学院教育との両立が実質的に困難になり、専門医研修中の医師が並行して大学院で学ぶ方式が不可能になる可能性もある。その結果、基礎医学のみならず臨床医学においても、研究医の養成・確保が困難になるかもしれない。

このように、研究医問題は何ら根本的な解決を見ないまま、時間が経過した。かくして、高久氏は平成8年当時に訴えた研究医問題を、約20年を経て、平成27年の第29回医学会総会会長講演で再び取り上げるようになったのである。

## II 研究医問題への対応

### 1 各大学の研究医養成の取組

研究医問題に対する政策対応がほとんどない中で、医師養成の現場である大学医学部は手をこまねいていたわけではない。臨床研修制度の制約の下で、各大学は様々な工夫をした。大学ごとに呼称も内容も様々であるが、MD-PhDコース、研究医養成コース、研修医の社会人学生としての受入れ、入学定員における研究医枠の設定等がある<sup>(47)</sup>。図2にこれらの取組を図式化

(47) 研究医養成のための取組事例については以下を参照。研究推進・大学院教育に関する小委員会監修「全国の医学部における研究医養成の取り組み」国立大学医学部長会議ウェブサイト<[http://www.chnmsj.jp/kenkyuui\\_backnumber.html](http://www.chnmsj.jp/kenkyuui_backnumber.html)>; 全国医学部長病院長会議「わが国の大学医学部・医科大学白書」(各年版); 「特集 研究医養成」『解剖学雑誌』88(1・2), 2013.3, pp.3-28; 山田和男「臨床を支える研究医育成 大阪医大や順天堂 別枠入試や割安学費」『日経産業新聞』2014.12.15; 成相通子「基礎医学研究者の養成、4大学が現状紹介—経済支援、将来不安の解消が課題—」2015.4.27. m3.comウェブサイト<<https://www.m3.com/open/iryoiShin/article/316016/>>

図2 研究医養成のための取組の類型



(出典) 各種資料を基に筆者作成。

して示した。

図2の①は臨床研修修了後に大学院に進学する類型であり、標準的には大学に入学してから学位を取得するまでに12年を要する。②は大学院修了後に臨床研修をする類型である。これも学位取得後、臨床研修を修了まで大学入学から数えて12年を要する。これらは、最も標準的な進路パターンであるが、臨床研修、学位取得に長時間を要すること、大学院終了後に臨床研修を

する場合には、3、4年間臨床から離れていて、臨床研修に進むことへの不安が生じ得る。逆に大学院進学の前に臨床研修をした場合に、周囲が専門医研修に進む中で焦ることなく、進学意欲が維持できるか、不安がある。両者とも本人の強い意思によって成り立つ方式である。多くの学生は不安を怖れて大学院進学を避けかねない。そこで、各大学は以下に紹介するような各種の工夫をするのである。

#### (1) 大学院への早期進学と MD-PhD コース

平成16年度の臨床研修の必修化以前から、複数の大学は独自に対策を講じていた。それが MD-PhD コース (図2-③) である。

平成7年に設置された文部省「21世紀医学・医療懇談会」は平成11年の第4次報告<sup>(48)</sup>で、早期に研究医養成を行う方式について言及した。報告書は、「米国の医・歯学校の修業年限は通常4年であり、卒業すると、専門職学位である M.D. (Doctor of Medicine)、D.D.S. (Doctor of Dental Science) が授与されるが、研究を志向する優秀な学生のために、通常の学修と並行して、研究者としての学位である Ph.D. (Doctor of Philosophy) を取得するための学修を行い、6～7年間の修業年限で両方の学位を取得することのできるコースが置かれているところがある」と、米国の MD-PhD コース、DDS-PhD コースを紹介している。しかし、医学部の仕組みが異なる日本に、米国の仕組みをそのまま当てはめることはできない。また、当時、卒後臨床研修の必修化が検討されていたこともあり、それと大学院進学との関係も調整する必要があった。

そこで登場したのが、大学院への早期進学特例の活用である。既に他分野では成績優秀者が学部3年修了時から大学院へ進学できる特例が設けられていた。しかし、医学部・歯学部については国家試験受験資格との関係で特例は設けられていなかった。同懇談会は、大学審議会に対して、医学部・歯学部の学生のうち、臨床行為を伴わない研究を目指している成績優秀者に大学院早期進学特例を適用するよう要望した。また「このような特例が設けられた場合、この制度を利用して大学院に進学した者は、学部については中退の扱いとなるため、国家試験受験資格は取得できないこととなるが、大学院の課程終了後、研究上の必要性や進路変更などにより、医師・歯科医師免許を取得する必要性が生じた場合には、容易に国家試験受験資格を取得できるよう、臨床実習段階への学部再編入を認めることとするなど、各大学において柔軟な取扱いをしていくことが望まれる。」とした。つまり、主として基礎医学、社会医学分野の研究医養成を目的とし、医学部で一定年数以上学修した後に大学院へ早期進学、博士号を取得、その後学部に復学、医師国家試験を受験、という養成方式の提案である。これにより、優れた学生に確実に大学院進学してもらい、優秀な学生であれば博士課程も短期修了が可能であろうから、早く研究者を育成することが可能になる。その上で、後から医師国家試験を受験し、臨床研修をすることで、臨床研修による研究意欲の喪失などの事態を回避したいという発想である。米国の MD-PhD コースをヒントにしつつも、それとは異なり、学部の途中から早期養成コースを開始して、研究者養成を先に済ませて、結果的に医師養成まで含めて、期間短縮をしようという主旨である。

文部省大学審議会はこの要請に即応し、医学・歯学・獣医学部における大学院への早期進学特例導入を答申し<sup>(49)</sup>、大学院への早期進学のための必要在籍年数を4年以上とすること、また

(48) 「21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について (21世紀医学・医療懇談会第4次報告)」  
1999.4. 文部科学省ウェブサイト <[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/009/toushin/990401.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/009/toushin/990401.htm)>

「特例の適用により大学院に早期進学した後、進路変更等により医師等の免許を取得することを希望する者に対しては、医学部等への学部再編入を認めることとするなど、柔軟な対応が各大学においてなされることが期待される。」とした。これに基づき「学校教育法」(昭和22年法律第26号)、「学校教育法施行規則」(昭和22年文部省令第11号)が平成13年に改正され、平成14年度から施行された。

これにより、各大学が大学院への早期進学、復学の制度を駆使し、また米国のMD-PhDコースを参考にしつつ、優れた学部生を早期に研究者として養成するコースを開設していった。大学ごとに異なるが、標準的なMD-PhDコース(図2-③)は、基礎医学、社会医学分野の研究医養成を目的とする。学部4年を修了し、臨床実習が始まる前に学部を休学又は退学して、大学院に進学し、3年での短期修了を目指す。学位取得後は復学し、学部5、6年目の臨床実習の後、卒業し、医師国家試験受験に合格の後、臨床研修に進む。なお、優れた学生の大学院進学誘因とするために、各大学は同窓会に働きかけるなどして、独自に奨学金制度を用意する等の自助努力をした。

表2にMD-PhDコースの設置状況を、次に述べる研究医養成コースに関する情報とともに示した。また、表3にMD-PhDコースを設定し、かつ実際に大学院進学者がいる大学について大学院進学者数の推移を示した。多くの大学が臨床研修必修化後にその対策としてコースを開設したことがわかる。ただし、導入している大学、制度を利用している学生数ともに決して多くはない。東京大学は平成14年度に「PhD-MDコース」を開始した。10年間で11人が進学し、6人が学位取得済で、そのうち2人は基礎医学の研究室の助教になった<sup>(50)</sup>。

表2 研究医の養成を目的とした特別コースの有無(大学数)

年	回答数	あり		MD-PhDコース		研究医養成コース		その他 全国
		全国	うち国立	全国	うち国立	全国	うち国立	
2005	80	—	—	17	15	—	—	—
2007	80	—	—	17	16	—	—	—
2009	80	—	—	17	15	—	—	—
2010	80	—	—	21	18	—	—	—
2012	79	26	22	13	13	11	9	8
2014	80	33	23	14	13	13	9	10

(注)「—」は調査されていなかったことを示す。2010年まではMD-PhDコースの有無のみ質問していたが、2012年から研究医養成コースについても質問している。2012年にMD-PhDコースの設置数が減少したのは、それまでMD-PhDコースとして回答していたケースの中に研究医養成コースと呼ぶべき取組があったためだと推測される。なお、調査では「研究者養成コース」としているが、本稿では「研究医養成コース」と記す。

(出典) 全国医学部長病院長会議「わが国の大学医学部・医科大学白書」(各年版)を基に筆者作成。

(49) 文部省大学審議会「大学院入学者選抜の改善について(答申)」1999.8.9. 文部科学省ウェブサイト <[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/old\\_chukyo/old\\_daigaku\\_index/toushin/1315952.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/old_chukyo/old_daigaku_index/toushin/1315952.htm)>

(50) 吉川雅英「東京大学のMD研究者育成プログラムについて」『解剖学雑誌』88(1・2), 2013.3, pp.13-16.

表3 MD-PhDコースの大学院入学者数の推移（大学別・人）

年	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
北海道	—	—	—	—	—	—	0	2				
東北	1	0	1	0	1	0			3	0	0	0
群馬	0	0	0	0	1	0						
千葉		5	5	5	5	5	4	5				
東京	1	0	2	2	1	1	0	2	2	1	0	0
東京医科歯科		4	2	1	1	1	2	2	2	0	1	1
岐阜							1	1				
名古屋	—	—	—	—	1	0			0	0	1	0
京都						1	1	1	0	1	0	0
大阪			1									
広島									0	0	1	0
徳島	3	1	1	0	0	1	2	1	2	1	1	1
九州			1	0	2	1	0	1	0	0	0	1
熊本		0	0	0	0	0						
鹿児島		0	0	0	1	0			0	0	0	0
琉球							0	1	0	0	0	0
札幌医科	—	—	9	14	6	11	8	16			2	1

(注) 一度でも1人以上の入学を回答した大学のみ掲載した。コースは存在しても入学者が0人の大学もある。「—」はコースが設定されていないこと、空欄は回答がなかったことを示す。なお、大学別のMD-PhDコースの大学院入学者数は2007年版から調査が開始され、2003年に遡って入学者数が把握された。

(出典) 全国医学部長病院長会議「わが国の大学医学部・医科大学白書」(2007、2009、2010、2012、2014年版)を基に筆者作成。

## (2) 研究医養成コース

図2-③のMD-PhDコースは学部を休学・中退して大学院に進むため、学生は強い意思と覚悟がないと選択できない。また、大学院での研究と言っても、研究室での活動の経験がない医学部4年生にとっては、具体的なイメージが湧かないため選択肢になりにくい。そこで、学部の3年次又はそれ以前から、幅広い学生を対象として、通常のカリキュラムの外で、研究への関心を喚起する活動や研究の実施に関する基本的能力の育成のための活動、例えば研究論文の輪読、英語論文の執筆、各種の研究方法論の学習等を行う。これらは多くの場合、上級生と合同の少人数グループで実施され、上級生による下級生の指導も盛り込まれている。また、主として基礎医学分野の研究室に所属して、実験技術を習得し、実際に実験に参加したり、論文を発表したりする。場合によっては、大学院のカリキュラムの一部を学部段階で履修可能とする。このような方式を研究医養成コース(図2-④)と呼ぶ<sup>(51)</sup>。

このような形で、研究への動機づけ、研究マインドの育成<sup>(52)</sup>をすると同時に、研究方法論等をあらかじめ学び、論文執筆、発表会等により一定の水準を満たすことが認定された者については、大学院入学者選抜で筆記試験免除等の優遇をする。この間、通常の医学部の教育も受けているので、医師国家試験は一般の学生と同様に受験できる。ただし、このコースの学生は臨床研修を先送りし、まず大学院に進学する。大学院進学後は、あらかじめ準備ができてい

(51) MD-PhDコースは入学者が少なく、ほとんど個別指導のような状況であると推測されるが、研究医養成コースはグループ指導等により組織的な活動が可能である。

ことから、3年間での短期修了を目指し、学位取得後に臨床研修を受ける。学部教育と並行して大学院教育の一部を先取りすることで、全体として学位取得までにかかる時間を短縮しようとするものである。

研究医養成コースでは多くの場合、毎年一定数の学生を選抜して又は学生の意思に基づいて登録して、正規のカリキュラムの外でプログラムを進める。このため、学生の負担も小さくはないので脱落する学生や、コースを修了できても、大学院進学せずに臨床医を目指す学生も現れる可能性がある。この点でMD-PhDコースほど厳格に履修管理するのではなく、緩やかに学生を大学院進学に導こうとする取組である。もっとも、この方式では最終的に大学院進学を選択せず、臨床医になったとしても、研究の基礎ができていることから、臨床医としてその能力を生かす場面はあるであろうし、研究に興味を持った場合に研究に進む敷居も低くなると期待される。また、このような仕組みであれば、基礎医学だけでなく、臨床医学分野を希望する学生にも適用できるので、幅広い分野の研究医養成に資する。

なお、研究倫理等、研究に関わる基礎教育の一部を学部生の必修科目にする、もっと早い年次からプログラムを設定するなど、できるだけ広い範囲の学生に対して徐々に研究への導入教育をするケースも見られる。また、このような導入教育はMD-PhDコースを選択する者にとっても役に立つので、MD-PhDコースへの導入教育を兼ねて実施するケースもある。この場合は一定の段階で、MD-PhDコースによる大学院早期進学者と研究医養成コースによる学部卒業後の大学院進学者に進路が分岐することになる。

研究医養成コースを開設している大学は多くない(表2)が、MD-PhDコースと同程度の広がりはある。なお、両方のコースを併せ持つ大学もある。表4に示すように、研究医養成コースは、大学によって登録者数に差があるが、途中で脱落する者も少なくないはずなので、この人数がそのまま大学院に進学するわけではない。

### (3) 研修医の社会人学生としての受入れ

大学院の社会人学生の受入れは広く行われている。医学部以外の学部出身の企業人等を受け入れるケースが古くからある一方、臨床研修の必修化後には、研修中の医師を社会人学生として受け入れるケースも増えていると推測される。後者には、臨床研修の1年目又は2年目から研修医を社会人大学院生として受け入れるケース(図2-⑤)と、専門医研修中の医師を社会人学生として受け入れるケース(大学病院が提供する専門医コースと大学院の併修を認めるケースを含む)とがある。研修中の医師を社会人学生として受け入れるケースに関しては、大学院での研究活動と臨床研修又は専門医研修とが並行することから、臨床医学分野での受入れが多いと推測される。ただし、社会人学生の出身分野や職業、受入れ形態等の詳細な調査は見当たらないため、どの程度の規模かは不明である<sup>(52)</sup>。

前章で紹介したように、特に必修化された卒後臨床研修に関しては専念義務があることから、

52) 文部科学省は「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」を設置し、新臨床研修制度の導入、地域医療問題等を踏まえて、医学教育の改善・充実、大学病院の在り方等を検討した。「最終報告」では、研究医問題に対する学部教育段階での改善方策の一つとして「学部教育における研究マインドの育成」を取り上げた。研究マインドは「研究者に求められる志・倫理観等の資質」と定義され、学部生の研究室配属により、在学中の一定期間に実際の研究に携わる、研究マインドの育成に資する授業科目等を設定する等の取組例が示されている。医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議「最終報告」2007.3.28. 文部科学省ウェブサイト <[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/029/toushin/07041100.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/029/toushin/07041100.pdf)>

表4 研究医養成コースの新規登録者数（大学別・人）

年	2011	2012	2013	2014
北海道	2	1	3	1
群馬		1	1	1
東京	39	47	25	27
東京医科歯科	3	3	3	2
山梨	3	10	9	13
岐阜	0	2	1	0
滋賀医科	0	0	7	5
岡山	—	—	1	11
山口	0	2	52	41
札幌医科	7	11	19	21
慶應義塾	0	3	5	5
順天堂	—	—	30	(45)

(注) 典拠資料では2012年版から研究医養成コースについて調査している。この調査では「研究者養成コース」と表記されているが、本稿では「研究医養成コース」と記す。回答した大学のみ。「—」はコースが設定されていないこと、空欄は無回答を示す。学生が任意に登録できる大学もあれば、選抜する場合もあるので、数字の比較はできない。なお、順天堂大学は随時学生を受け入れており、平成26年度分は4月15日から7月11日までの登録数を表す。

(出典) 全国医学部長病院長会議「わが国の大学医学部・医科大学白書」(2012、2014年版)を基に筆者作成。

厚生労働省はウェブサイトを通じて公開していた「医師臨床研修に関するQ&A」においても、当初は大学院進学については、臨床研修前又は臨床研修後に進学できるという点だけを示し、研修時間外の夜間や休日を使った社会人大学院での履修が可能であることについては明示してこなかった。しかし、現実には各大学が個別に問い合わせるなどして、研修医の社会人学生としての受け入れが可能であることを確認し、研修医を受け入れるようになった。ただし、大学院受験の段階では臨床研修の状況が不透明であること、臨床研修1年目は研修環境に順応する必要があること等から、臨床研修2年目から社会人学生として受け入れるケースも少なくない。また、臨床研修への影響を避けるために、各大学は平日の夜間や休日の開講、e-Learningの活用等の配慮をしている。

岡山大学は、ARTプログラム（Advanced Research Training program, 先進医学修練プログラム）(図2-⑥)を開設した<sup>(54)</sup>。これは研究医養成コースと臨床研修医向けの社会人大学院生としての受け入れを組み合わせ、臨床研修と大学院を両立させて効果的に人材育成を行おうとするものである。本プログラムでは、まずPre-ARTとして学部3年時から順次、科目履修等の形で大学院講義を受講し、学部卒業後に臨床研修と大学院博士課程を同時に開始する。大学院では臨床研修の専念義務が適用される時間帯を外して、平日夜間や土曜日午後に講義等を開講している<sup>(55)</sup>。学部段階からの準備により大学院は短期修了も可能である。こうして、大学入学後最短9年で臨床研修も大学院も修了できるプログラムを構築している。

(53) 平成25年時点で、医学分野で社会人大学院制度を導入している大学は93.8%、専門医研修段階での大学院進学を認めている大学は71%、全大学院生に占める社会人学生（臨床研修及び専門医研修中の医師以外を含む）の割合は56.1%という調査結果がある。詳細な内訳は不明である。羽瀨友則「大学院と研究」『わが国の大学医学部・医科大学白書 2014』(全国医学部長病院長会議) 2014, p.343.

(54) 松井秀樹「ARTプログラム（先進医学修練）による医学研究者育成—学部・卒後臨床研修をシームレスにつなぐ早期大学院教育—」『岡山医学会雑誌』121(3), 2009.12, pp.189-193。「岡山大学が厚生労働省・卒後臨床研修推進室との緊密な連携のもとに創出した」ことが紹介されている。



## 2 文部科学省の施策

### (1) 研究医枠による入学定員増

文部科学省は平成20年度から医学部定員の増加政策<sup>(56)</sup>を開始し、その一環として平成22年度から定員増の中に研究医枠を設定した。これは、優れた教育研究資源を活かし研究医養成の拠点を形成しようとする大学が、①他の大学と連携し、②研究医養成の観点から学部・大学院教育を一貫して見通した特別コース（増員数の倍以上）を設定し、③研究医確保のための奨学金を設定するという3条件の下で優れた研究医の養成・確保に一貫して取り組む場合に、入学定員の増員を研究医枠として認めるものである。ただし、定員増は各大学について3人以内、増員期間は平成31年度までである。「研究医養成の観点から学部・大学院教育を一貫して見通した特別コース」は、既に各大学が取り組んでいたMD-PhDコースや研究医養成コースが相当する。奨学金に関しても、既に各大学が自助努力をしていたので、定員増を申請する際のハードルは、それほど高くなかったと推測される。結果的には、表5に示す定員増が実現し、これまでに累計で40人の研究医枠が認められた。

研究医枠は小規模であるが、これは研究医養成をしていることを条件に入学定員の増加を追加的に認めたもので、研究医の養成数そのものではない。当初は大学入学試験の段階で一般の入学枠と区別して、研究医枠を新たに設けて入学者選抜をするというよりは、各大学の既存の取組を認定するという性格が強かった。しかし、最近は学部入学試験と結び付け、入学段階から研究医養成を目指す取組も登場している。

順天堂大学は平成28年度入学試験で、AO入試で研究医枠分の入学者選抜を実施する<sup>(57)</sup>。「将来、臨床医として研究に携わるPhysician-Scientist(研究医)を志す者」、「スーパーサイエンスハイスクール等の高等学校で修得した知識や経験を医学・医療の学びへと活かし、将来、医学を通じた科学技術の発展を志す者」等の発掘を目的とし、「入学後は基礎研究医養成プログラムの特別コースへ優先的に進むことができ、4年次以降に基礎医学研究者養成プランを選択すると、基礎医学研究者養成奨学金（月額10万円）が貸与され」る。

東京大学医学部医学科は平成28年度入試で募集人員3人程度の推薦入試を行っている。募集要項<sup>(58)</sup>によると、医学部医学科の推薦入試は、「生命現象のしくみの解明、疾病の克服および健康の増進に寄与する医学研究を推進するため、推薦入試枠を医学研究者養成枠と位置づけ、最先端の医学・生命科学を担う国際的研究者を育成するために活用」するもので、「そのために、未知の生命現象の発見や革新的な医療につながる研究を長期的な視野のもとに実行する意欲と能力を持つ学生を受け入れ、サマープログラム等を活用した研究体験、学部進学後のPhD-MDコース（医学部在学中の大学院進学制度）への参加などを通じてリサーチマインドと研究能力を育成」する方針を示し、推薦入試を研究医養成につなげることを明らかにしている。

<sup>(55)</sup> 「大学院設置基準」（昭和49年文部省令第28号）の定める「教育方法の特例」を指す。同基準第14条は「大学院の課程においては、教育上特別の必要があると認められる場合には、夜間その他特定の時間又は時期において授業又は研究指導を行う等の適当な方法により教育を行うことができる。」と規定している。これに基づき、夜間大学院（第2条の2）ではない昼間部の課程が、夜間の時間帯や週末、夏季等に教育を行う方式を「昼夜開講制」と呼ぶ。

<sup>(56)</sup> 大学の収容定員総数を増加させる場合、文部科学省の認可（私立大学）又は届出（公立大学）が必要である。国立大学の場合は中期計画変更の認可が必要になる。これらを通じて政策的誘導や制限を行う。

<sup>(57)</sup> 「2016年度 医学部 国際臨床医・研究医枠入学試験：A方式特別入学試験」順天堂大学ウェブサイト <[http://www.juntendo.ac.jp/med/exam/kokusai\\_a.html](http://www.juntendo.ac.jp/med/exam/kokusai_a.html)>

<sup>(58)</sup> 「平成28年度東京大学推薦入試学生募集要項」<<http://www.u-tokyo.ac.jp/content/400035206.pdf>>

表5 医学部入学定員と研究医枠の推移（人）

年 度	入学定員総数	研究医枠 (新規)	研究医枠 (累計)	研究医枠（新規）大学別 (数字は研究医枠の人数)
平成22	8,846	17	17	東北2, 東京2, 東京医科歯科1, 名古屋2, 京都2, 大阪2, 山口1, 長崎1, 慶應義塾2, 順天堂1, 帝京1
平成23	8,923	6	23	筑波1, 滋賀医科2, 山口1, 九州1, 順天堂1
平成24	8,991	3	26	奈良県立医科2, 順天堂1
平成25	9,041	9	35	東京医科歯科1, 千葉2, 埼玉医科1, 順天堂3, 関西医科2
平成26	9,069	4	39	神戸2, 兵庫医科2
平成27	9,134	1	40	慶應義塾1
平成28（見込み）	9,262	0	40	—

（出典）文部科学省の報道発表「医学部入学定員の増員計画について」（各年度）を基に筆者作成。

具体的には、3、4年次にMD研究者育成プログラム（本稿の研究医養成コースに相当）に参加し、その後PhD-MDコース（本稿のMD-PhDコースに相当）へ進むことを原則とし、大学院在学中は奨学金を支給するとしている。

## （2）文部科学省による財政的支援

文部科学省は、大学教育の改善を促進するための施策やプログラムを多数運営してきた。その中には医学分野を対象とするものもあり、大学医学部等がプログラムの趣旨に沿う計画を提案し、審査委員会等の選考を経て、優れた計画に対して一定期間の資金援助を行ってきた。しかし、研究医養成に関係する支援プログラムはなかったため、これまで述べてきたように、各大学は自助努力で各種の取組を開発し、奨学金の資金を同窓会に働きかけて募金するなど、自力で資金調達してきた。

文部科学省が研究医問題対策としてようやく開始した事業が、平成24年度の「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」プログラム<sup>(59)</sup>のうち、「医学・医療の高度化の基盤を担う基礎研究医の養成」事業である。これは「基礎医学研究を担う医師の減少」を背景に、「医学部及び医学系大学院において、魅力ある基礎研究医養成プログラムを構築する優れた取組を支援」するもので、支援金額は1件あたり1年2千万円程度、支援期間5年以内（予定）、採択件数10件程度のプログラムである。これまで各大学が独自に開発してきた取組を基盤として、事後的に資金援助する形になった。もっとも、金額が小さく、期間も短いため、研究医問題解決のための公的支援としては決して十分ではなく、研究医問題への対応は依然として各大学の自助努力に委ねられている状況である。

## 3 各種取組の問題点及び評価

大学医学部の現場レベルの研究医養成問題解決への取組は、臨床研修必修化の前後から着実に積み重ねられ、既に10年以上の経験を積んできた。最近では、各種取組そのものの課題、取組の効果、取組の結果顕在化した問題点等に関しても、徐々に明らかになってきている。現段

(59) 「「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」の公募について」文部科学省ウェブサイト <[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/kaikaku/1332985.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/1332985.htm)>

階では体系的な評価はなされていないが、以下に主要な論点を示す。

MD-PhDコース(図2-③)は、大学院への早期進学特例が医学部にも適用されたことで可能になった取組であるが、各大学の自助努力で奨学金を準備するなど財政的基盤が脆弱である。そのため、財政的支援を求める提言が繰り返されてきた<sup>(60)</sup>。この要請に応えたものが「医学・医療の高度化の基盤を担う基礎研究医の養成」事業であるが、支援の規模や期間の点で十分とはいえない。また、「MD-PhDコースを導入する医学系大学は20%程度にとどまり、この制度を利用する学生の数も少ない」<sup>(61)</sup>と指摘されるほか、大学関係者の負担が大きいにも関わらず養成される研究医が少ないことから、むしろ参加者の多い研究医養成コース(図2-④)の発展を期待する見方もある<sup>(62)</sup>。一方では、「MD-PhDコースの修了者の多くが、修了後も基礎の分野で頑張っている一方で、MD研究者育成コースは全体の参加者が多いものの、卒業後に基礎に行く人は少ない」と指摘するMD-PhDコース修了者もいる<sup>(63)</sup>。

研究医養成コース(図2-④)は比較的最近に普及しはじめたもので、その発展が期待されている。実施している大学の多くは、最初は研究に関心がありそうな学生を幅広く集め、次第に振り落とす方式を採用している。実際には研究医にならない者もその初期段階では対象とすることから、効率の悪い面があることは否定できない。例えば東京大学の場合、初期の履修生10名のうち、大学院に直接進学した者は3名であったと報告されている<sup>(64)</sup>。しかし、多くの大学では、学部時代に研究を体験させ、研究マインドを育成しておくことで、そのまま大学院に進学しない場合でも、臨床研修後に研究に戻る可能性が高まり、たとえ臨床医や臨床医学分野に進んでも基礎と臨床をつなぐ研究人材になってくれるだろうと期待している<sup>(65)</sup>。

研修医の社会人学生としての受入れに関しては、かつては社会人大学院と臨床研修制度との関係が曖昧であり、制度の理解に混乱があった。現在では、研究医養成コースや研究医枠と社会人大学院制度を組み合わせ、臨床研修と大学院の並行履修、大学院の短期修了等により学部、大学院、臨床研修の全期間の短縮(標準12年を9年まで短縮可能)を図ることも提案されている<sup>(66)</sup>。

### Ⅲ 研究医問題はなぜ解決しないのか

#### 1 輻輳する対立が生む臨床研修と研究医養成の軋轢

研究医の養成・確保は、依然として試行錯誤の感もあるが、各大学が工夫をして実績を積み上げている。大学ごとに置かれている条件や期待される役割が異なるため、どの方策がベストであるとは一概には決められない。研究医養成の方策に多様性が生じるため、制度の側にも柔軟性がないと、研究医養成をめぐる問題は解決しない。これまで紹介してきたことから理解できるように、制約の最たるものが臨床研修制度である。臨床研修制度と研究医養成の軋轢は、

(60) 例えば、国立大学医学部長会議 前掲注(21)

(61) 井内康輝ほか「日本の医学系大学院—研究者養成の現状と課題(第39回日本医学教育学会シンポジウム“日本の医学系大学院はこれでいいのか”から)—」『医学教育』39(5), 2008.10, pp.317-320.

(62) 羽瀧 前掲注(53)

(63) 成相 前掲注(47)

(64) 吉川 前掲注(50)

(65) 例えば、同上; 竹田扇ほか「「創業と守成」—山梨大学ライフサイエンス特進コースと関東4大学研究医養成コンソーシアム—」『解剖学雑誌』88(1・2), 2013.3, pp.9-12.

(66) 国立大学医学部長会議 前掲注(30)

何重にも輻輳する対立と齟齬によって生じている。

### (1) 大学関係者と臨床現場・研修現場の対立

第一は、大学関係者と臨床現場・研修現場の感覚や考え方の違いである。大学側にとっては研究医の確保は大問題でも、臨床の現場や研修病院にとっては臨床医の養成の方が大問題であり、研究医問題は大学内部の問題にすぎないとみなされる。

臨床研修必修化の前後から、医学部教育が大きく変わっている事実も重要な点である。前述の文部省「21世紀医学・医療懇談会」の第4次報告に基づいて、「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」が設置され、検討の成果を平成13年に「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について—学部教育の再構築のために—」として発表し、具体策を打ち出した<sup>(67)</sup>。その結果、モデルコアカリキュラム、共用試験の実施、臨床実習の改革などが進められた。その後も見直しや改定が繰り返されている。最近ではいわゆる2023年問題<sup>(68)</sup>もあり、特に学部段階での臨床実習の改革が進められつつある。このような改革の結果、今日の医学教育は、臨床的要素が多いものになり、臨床研修により近づいている。臨床現場・研修現場の関係者が臨床研修でなければ獲得できない能力だと考えていることのある部分は、一定の条件が揃えば学部教育の中でも対応可能になり得る。このようなめまぐるしい変化を大学外の臨床現場・研修現場の医師たちは十分には理解できていないため、議論がなかなか噛み合わない。

### (2) 医学教育現場と行政の乖離

第二は、医学教育の現場と行政の感覚の乖離である。大学関係者や学協会はかなり早い段階から臨床研修必修化による研究医問題の深刻化を予想し、必修化後も学会のシンポジウムや学会誌等で取り上げるだけでなく、実態調査も実施し、要望や提言も行ってきた。新聞紙上を使って社会に対して問題提起もした。

しかし、行政はなかなか動かなかった。MD-PhDコースの導入を可能にした大学院への早期進学特例だけは比較的早い段階で対応した。その後、文部科学省が積極的な支援策を打ち出すことはなく、平成24年度に研究医養成をターゲットとした資金援助事業を実施するにとどまった。厚生労働省は、研究医問題は大学の問題であるから、臨床研修の見直し議論の中では扱わないという姿勢を長期にわたって維持したが、平成27年度を目途とした臨床研修制度の見直しの中で、激しい議論の末、ようやく平成25年末の答申で研究医問題との関係について言及した。ただし、根本的に制度改革をすとか、研究医養成問題との調整を行うというのではなく、研究医問題を明確に記したこと、それまで積極的には公表してこなかった臨床研修中の研修医が社会人学生として大学院進学することが可能であることを再確認し、広報する、という変化にとどまった。現状においても、研究医養成の問題は、基本的には大学の自己責任、自助努力に

(67) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について—学部教育の再構築のために—」2001.3. <[http://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/287175/www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/13/03/ishigaku.pdf](http://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/287175/www.mext.go.jp/b_menu/houdou/13/03/ishigaku.pdf)>

(68) 米国では医学部卒業後、臨床研修 (residency) に入るにはUnited States Medical Licensing Examination (USLME) に合格する必要がある。外国人が米国で臨床研修や診療に携わる場合は、Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) を通じてUSLMEを受験し、資格を取得する。ECFMGは2010年9月に、2023年以降の受験資格を「国際基準で認証された医学部出身者に限る」と発表した。日本には国際的な認証を受けた医学部は存在しないため、早急な対応が求められている。これを2023年問題という。ECFMG, "ECFMG to Require Medical School Accreditation for International Medical School Graduates Seeking Certification Beginning in 2023," 2010.9.21. <<http://www.ecfmg.org/forms/9212010.press.release.pdf>>

よって対処するという構図にとどまっている。

### (3) 文部科学省と厚生労働省の縦割り行政

第三は、文部科学省と厚生労働省の縦割り行政である。平成3年のいわゆる大学設置基準の大綱化によって、2年間の教養教育と4年間の医学専門教育に分かれていた医学教育が、6年一貫教育へ再編された。小川彰岩手医科大学医学部長（当時）は、その趣旨について「医学教育を詰め込みでなくより本質的な医学教育に改変し教育に実効性を持たせ十分な知識・技術を涵養し卒業時点で臨床能力ある医師を養成しようとするもの」だと述べる一方、新しい臨床研修制度は「現行の6年間の医学部の教育では十分ではないとの認識の下、卒業後更に2年の研修を必修とするものであり、医学教育の8年義務化を意味する」とし、「この旧文部省、旧厚生省によって進められてきた二つの政策が一貫した理念のもとに進められてきたとは考えがたい」と指摘した<sup>(69)</sup>。

本来であれば、医学部の卒前教育から、臨床研修、専門医研修に至るまで、更にはその後を含めた生涯学習の観点から包括的にとらえて、全体としての最適化を進めるべきである。しかし、現実には、医学教育は医学教育で改善を進め、臨床研修は臨床研修として改善を進めた。縦割り化した行政組織が、それぞれ完全を目指し、最適化を図ったため、全体としては柔軟性を欠き、かえって問題を先鋭化させた。

### (4) 全体を扱う臨床研修と少数例としての研究医養成

全体又は大多数の者を対象として共通性の高いプログラムを考える臨床研修制度と、少数の、いわば例外的存在としての研究医養成を同時に実現しようとすることは本質的に難しい。臨床研修制度と研究医養成は完全に棲み分けられる問題でも、相互に独立（無関係）の問題でもない。伝統的な大学院教育内での研究医養成を前提にする限り、臨床研修とは折り合いがつかない。そこで、大学側は少数の研修医のために昼夜開講制の導入等の努力をする。臨床研修の側が、そのような大学側の努力すら、臨床研修の理念や原理の下では許容できないと言い続け、例外を認めなければ、研究医養成はほぼ不可能になる。臨床研修側がわずかでも柔軟性を発揮できれば研究医養成は成立し得るが、柔軟性を欠くと議論が噛み合わない状況に陥り、問題の解決は見出せなくなる。

### (5) 完全すぎる臨床研修制度の不完全性

戦後の臨床研修の歴史を振り返ると、制度設計は大きく振れてきた。義務的なインターン制度から任意の臨床研修、更に臨床研修の必修化へと変遷してきたが、そのどれもが問題を生じさせ、目先の問題のみを解決しようとする完全すぎる臨床研修制度が目指された結果、導入後にかえって別のところに問題が生じることが繰り返されてきたように見える。様々な対立もこの制度の振れと無関係ではない。

医学界は今日、研究医問題以外にも、医師の地域別・診療科別の偏在や、医学教育の国際化など様々な問題に直面している。そのような困難な状況下で、様々な対立や齟齬が続くと、臨床研修制度をめぐる問題解決は一層難しくなる。あらゆる関係者が、理念や原理原則での対立

<sup>(69)</sup> 小川彰「臨床研修制度—光と影—」『学術の動向』12(5), 2007.5, pp.27-33.

を続けるのではなく、知恵を出し合うことが期待される。

## 2 大学が抱える問題

研究医問題の解決に立ちはだかる障害の中には大学側固有の課題もある。このことは当初から指摘されてきた。簡潔に言えば、処遇の悪さや経営環境の厳しさの中で、地域社会における大学病院の役割を果たしつつ、急速に進展する基礎医学・臨床医学分野の研究に取り組みなくてはならないという大学医学部や附属病院が持つ構造的な問題である。特に国立大学は臨床研修の必修化と同時期に国立大学法人化されて経営環境が激変した。様々な制度的、政策的理由で国立大学法人の財政状況は決して良好とはいえない。

なかでも附属病院は、臨床教育の場としての本来の役割のみならず、地域医療の中核的役割を担い、更に先進医療や臨床研究の担い手でもある。このような多様な役割を担う大学病院の経営基盤の確立は重大な問題であるが、法人化当初から大学病院は、その財務運営や人事管理に関して困難に直面してきた。これらの問題は、国立大学法人制度や国の財政政策に負う部分も少なくない。研究医問題の根本的解決に立ちはだかる大問題である。このこと自体が重大な問題であるが、本稿の範囲を超えるので立ち入らない。

### おわりに

研究医問題が臨床研修必修化を契機に注目を集めてから10年以上が経過した。現在の医学部学生や研修医たちは、現在の臨床研修制度しか知らない。基礎医学分野の大学院へ進学するMDが少ないことも、当たり前なことだと映っているであろう。昔はこうだったと言っても、学生たちは知る由もなく、かつて存在していた進路は、大多数の学生にとって現実味のある選択肢ではなくなっている。もはや、研究医問題の原因を臨床研修の必修化にあると議論ばかりしたところで、学生たちには何も届かない。

長期的な視点に立てば、医療の科学化がライフサイエンス研究を担う研究医を必要としているのと同じように、臨床の現場も高度化を迫られ、従来とは異なる臨床医を必要としている。ゲノム医療の進展が多数の臨床遺伝専門医を必要としていることがその典型例である。臨床遺伝専門医は、診療領域別に設けられた従来の専門医とは異なり、あらゆる診療科の要請に応じて遺伝医学に関する専門性を基に診断や治療、遺伝カウンセリングを行うことが期待されている。当然ながら研究の進度が速いので、研究と臨床を明確に区別することは困難である。このような医療分野では、伝統的な研究医、臨床医又は専門医といった区別は早晚意味を失う。医療の現場で診療領域の分類が意味を失うことはないであろうが、診療領域を超える、科学に裏付けられた専門性をどのように位置づけていくべきかがこれからの課題である。

我々は今日、医学研究も人材養成も大きく変化する局面にいることを踏まえて、建設的に議論を進めることが肝要である。研究医養成も臨床研修制度も、過去の経緯にとらわれず、長期的、大局的観点から新しい在り方が設計されることを期待したい。

(こばやし しんいち)

## Issues on Physician Scientists: Life Science Research Personnel at Risk

Shinichi Kobayashi

(Senior Specialist, Chief of Education, Culture, Science and Technology Research Service,  
Research and Legislative Reference Bureau, National Diet Library)

It is the research personnel that conduct life-science researches. The launch of the obligatory clinical training system in 2004 caused a long-lasting decrease of physician scientists in medical schools. Securing and training an enough physician scientists is critical for life science researches, which would deeply affect training in medical schools, the national healthcare system, and growth in the drug and medical equipment industries in future. Medical schools have coped with the decrease of physician scientists by themselves without government support. The public debate on this issue in the government committees has been confused, where the principle of an obligatory clinical training system came into conflict with the need to secure physician scientists. The conflict is not resolved yet. The advancement of life-science could transform not only its research style, but the training in medical schools as well as the clinical training system, where we should consider the future oriented training system beyond the conflict.