

医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議

第一次報告

平成18年11月28日

**医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議
第一次報告 目次**

| | |
|--|----|
| はじめに | 1 |
| 1 地域医療を担う医師の養成及び確保について | |
| （１）地域医療を担う医師の不足と医学教育・大学病院の果たす役割 | 2 |
| （２）医学部の今後の入学定員の在り方 | 3 |
| （３）入学者選抜における地域枠の在り方 | 5 |
| （４）学部教育における地域医療を担う医師養成の在り方 | 6 |
| （５）卒後教育における地域医療を担う医師養成の在り方 | 8 |
| 大学病院における新医師臨床研修の充実 | 8 |
| 新医師臨床研修後の研修における総合診療医の育成 | 10 |
| 大学や大学病院における生涯学習体制の整備 | 10 |
| （６）地域医療を担う医師確保に関する大学病院の役割 | 11 |
| 大学病院による地域医療支援 | 11 |
| 遠隔医療システムの活用 | 12 |
| 2 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂について | |
| （１）「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に基づく学部教育の充実 | 13 |
| （２）地域保健・医療についての記載の充実 | 13 |
| （３）腫瘍に関する病態発生・診断・治療についての体系的記載 | 14 |
| （４）医療における安全性への配慮と救命・救急に関する記載の充実 | 15 |
| （５）医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂に関する今後の検討課題 | 15 |
| 3 最終報告に向けた検討課題 | |
| （１）入学者選抜方法の改善について | 17 |
| （２）共用試験の位置付けの明確化 | 17 |
| （３）新医師臨床研修との整合性・接続性・役割分担を踏まえた臨床実習の在り方 | 18 |
| （４）大学病院における新医師臨床研修の充実 | 19 |
| （５）専門医養成の在り方 | 20 |
| （６）医学系分野で求められる教育者・研究者の養成 | 21 |
| （７）臨床研究の推進 | 22 |
| （８）教育研究病院としての大学病院の役割を適切に果たすための組織体制の在り方 | 23 |
| （９）女性医師の増加に伴う環境整備 | 23 |
| 別添資料 1：地域保健・医療に関するモデル・コア・カリキュラムの改訂 | |
| 2：腫瘍に関するモデル・コア・カリキュラムの改訂 | |
| 3：医療における安全性への配慮等に関するモデル・コア・カリキュラムの改訂 | |

医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 第一次報告

はじめに

高齢化による疾病構造の変化、患者のニーズの多様化、生命科学や医療技術の急速な進歩などを背景として、国民の期待にこたえる良き医療人の育成が一層重要となっている。

このため、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（座長：高久史磨 自治医科大学学長）（以下「平成13年協力者会議」という。）は、報告書「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について」を取りまとめ、医学教育の具体的な改善方策についての提言を行った。この報告書は、これまでの医学教育の内容を整理、精選した「医学教育モデル・コア・カリキュラム」（以下「モデル・コア・カリキュラム」という。）の提示、臨床実習をこれまでの見学型から診療参加型とした臨床実習カリキュラムの提示、臨床実習開始前の学生の評価システム（共用試験）の導入の提案、教える側（教員、教育組織）の教育能力開発の推進のための提案、を柱としている。

現在、文部科学省では、これに基づいた医学教育改革を推進しており、各大学はモデル・コア・カリキュラムに基づくカリキュラム改革や診療参加型臨床実習等の実施に努めている。また、平成17年度から、社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構により、すべての医学部が参加する臨床実習開始前の共用試験が正式実施されている。

さらに、平成16年度より、医師免許取得後の2年間の臨床研修が必修化された。これは、医師が、適切な指導体制の下で、医師としての人格をかん養し、プライマリ・ケアを中心に医師としての必要な診療能力を効果的に身につけることができるようにするものとされている。

このように、良き医療人の育成のために卒前・卒後における教育の改善・充実が図られる一方で、地域医療を担う医師の養成・確保や腫瘍学教育、医療安全教育の充実など、新たに緊急かつ重要な課題が提起されている。

このため、本協力者会議は、平成17年5月より、近年の医学教育改革の動向を検証するとともに、新たな課題の解決を目指した医学教育の改善・充実方策を提言するため、検討を行ってきた。

このたび、地域医療を担う医師の養成・確保や社会的要請が高い事項に対応するモデル・コア・カリキュラムの改訂等について一定の議論の結果を取りまとめることができたので、第一次報告として公表するものである。さらに残された課題については、最終報告の取りまとめに向けて引き続き議論を行っていくこととしたい。

1 地域医療を担う医師の養成及び確保について

検討に当たっての基本的な考え方

- (1) 地域医療を担う医師の不足と医学教育・大学病院の果たす役割
- a) へき地を含む地域における医療体制の確保は、医療政策の重要な課題である。
 - b) しかしながら、関係者の努力にもかかわらず、医師の地域偏在は依然として大きな問題であり、へき地を含む地域での医師の確保は極めて困難なものとなっている。また、小児科、産婦人科等の特定の診療科での医師の確保も極めて困難なものとなっている。
 - c) このため、厚生労働省、総務省及び文部科学省は、平成15年11月に地域医療に関する関係省庁連絡会議（以下「関係省庁連絡会議」という。）を設置し、へき地を含む地域における医師確保対策やそのための医師養成の在り方などについて検討を行い、平成16年2月に3省庁として取り組むべき課題を取りまとめた。さらに、平成17年8月には「医師確保総合対策」を取りまとめ、医療資源の集約化・重点化など当面必要となる対応策から、適宜取組を進めているところである。
 - d) また、平成19年度からの医療制度改革においては、へき地医療対策等に係る医療連携体制の医療計画への記載、地域医療対策協議会の制度化等地域や診療科における医師偏在への対応のための措置が実施される予定であるが、既に全都道府県において地域医療対策協議会が設置され、当該都道府県内の大学医学部・大学病院関係者も構成員として参画した上で、医師の確保・配置対策等について検討・協議が行われているところである。
 - e) 中長期的な視点に立ち、継続的かつ安定的に地域医療を担う医師を確保していくことを考えた場合、医療制度の改革に加えて、医学教育の果たす役割が重要となる。特に地方に所在する医学部においては、大学卒業後に医師として地域への定着を図ることが必要になっている。大学医学部は、国公立を問わず、地域の医育機関として地域医療を担う医師の養成と地域への定着に向けた医師の生涯学習の場の提供を期待されている。
 - f) また、大学病院については、地域の中核病院として特定機能病院の役割の発揮や高度先進医療の提供による地域医療の水準の向上に努めることが期待されている。
 - g) このような社会の要請に応えるため、各大学においては、地域の医育機関として、学部教育、卒後教育の各段階において、将来の地域医療を担う人材の養成に努めるとともに、各大学病院においては、地域の中核病院として、他の医療機関との緊密な連携による適切な医療体制の構築のために協力を行うことが必要である。

(2) 医学部の今後の入学定員の在り方

これまでの経緯

- a) 医師の需給については、昭和61年に厚生省の「将来の医師需給に関する検討委員会」の最終意見において、平成37年には医師の10%が過剰になるとの需給検討に基づいて、平成7年を目途に医師の新規参入を10%程度削減するとの提言がなされた。また、昭和62年に文部省の「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」の最終まとめにおいて、平成7年に新たに医師になる者を10%程度抑制することを目標として、国公私立大学を通じて入学者数の削減等の措置を講じることが提言された。
- b) さらに、平成10年には厚生省の「医師の需給に関する検討会」の報告書において、平成29年頃から供給が需要を上回り、その後も乖離の拡大が続くとの需給検討に基づいて、高齢者人口の最も多くなる平成32年を目途に医師の新規参入の概ね10%の削減を目指すことを提言した上で、入学定員については、昭和61年の検討委員会の提言に係る、昭和59年当時の医学部入学定員を10%削減するという目標の達成に向けて、改めて関係者が調整の上、具体的に取り組むことが要請された。また、平成11年に文部省の「21世紀医学・医療懇談会」の第4次報告において、医学部の入学定員について、当面、昭和61～62年に立てられた削減目標の達成を目指して国公私立大学全体で対応すべきことが提言された
- c) これらの提言を踏まえ、各大学において入学定員の削減が行われ、現在までに、入学定員が最高であった昭和59年当時と比較して、国公私立を合わせ7.9%（国立10.7%、公立0.8%、私立5.3%）の削減が実施されている。

厚生労働省の「医師の需給に関する検討会」の報告書等

- a) 厚生労働省においては、平成17年2月より、「医師の需給に関する検討会」を設けて平成10年の検討会報告書公表後の医療を取り巻く環境の変化や社会経済状況の変化等を踏まえた医師の需給の将来推計や取り組むべき課題について検討を行い、同年7月には地域別、診療科別の医師の偏在解消に関する当面の医師確保対策を中間報告としてとりまとめた上で、平成18年7月には、その報告書がとりまとめられた。
- b) 同報告書では、将来の医師の需給の見通しとしては、「供給の伸びが需要の伸びを上回り、平成34年（2022年）に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるという結果になった」としている。一方、「全体の需給とは直結しないが、地域別・診療科別の医師の偏在は必ずしも是正の方向に

あるとは言えず、また、病院・診療所間の医師数の不均衡が予想される等の問題があり、厚生労働省は関係省庁と連携して効果的な施策等を講じることが必要である」とした上で、大学医学部における地域枠の設定、地方公共団体が取り組んでいる勤務地を指定した奨学金の設定、地域枠と奨学金の連動の推進等の具体的な取組に関する提言がなされた。入学定員に関しては、「医師の養成には時間がかかること、また、多額の国費が投入されていることを踏まえれば、医師数が大きく過剰になるような養成を行うことは適当ではない」医学部定員の増加は、短期的には効果がみられず、中長期的には医師過剰をきたす」とする一方、「(へき地を含む)地域における医療体制の確保は喫緊の課題であることから、すでに地域において医師の地域定着策について種々の施策を講じているにも係わらず人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要がある。」としている。

- c) さらに、平成18年8月に関係省庁連絡会議において取りまとめられた「新医師確保総合対策」においては、奨学金の拡充など実効性のある医師の地域定着策の実施等を条件として、医師の不足が特に深刻と認められる10県(青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重)及び自治医科大学において、最大10人、期間は平成20年度からの最大10年間を限度として、医師の養成数に上乗せする暫定的な調整の計画等を容認するとともに、関係審議会において、大学の具体的な定員の在り方について検討を行った上で大学の定員増の申請の審査を行うこととされたところである。

医学部における今後の入学定員の在り方について

- a) 医師の需給見通しに基づく医師数の適正化については、大学の入学定員の削減という養成課程の入口の段階だけではなく、養成課程における学生への進路変更を含めた適切な指導、国家試験の改善などの養成の出口の段階、さらには資格取得後の段階も視野に入れ、総合的に対策を講じることが必要である。また、医学部の入学定員については、医師の需給というマクロ的な数量調整の観点だけでなく、質の高い医師の育成・確保をいかに図っていくべきかという視点から検討する必要がある。
- b) 厚生労働省の検討会報告書を踏まえれば、入学定員総体の削減も含め需給見通しに基づく医師数の適正化に引き続き取り組むことが必要である一方、地域別・診療科別の医師の偏在の問題に関する対応の充実を図る必要がある。地域別・診療科別の医師の偏在の問題に関する対応としては、入学定員の増加は短期的には効果は見られず、厚生労働省の検討会報告書で提言されているように、地域に必要な医師の確保の調整を行うシステムの構築等が求められるところであるが、入学定員に関してもこの問題への対応を図るため、厚生労働省の検討

会報告書で提言されている医学部定員の暫定的な調整の実施に向けて関係者が連携して具体的に検討を進めることが必要である。このため、本調査研究協力者会議においては、「新医師確保総合対策」にある、大学の具体的な定員の在り方について、大学の地域定着策の実施等も含め、今後、具体的に検討を行うこととしている。

- c) なお、後述するとおり、卒業後実際に地元に着することにより結びつけるためには、入学者選抜の工夫改善、モデル・コア・カリキュラムの充実等による学部教育における地域医療に関する教育の改善、大学病院における新医師臨床研修や地域医療支援等の改善など、医学部の入学定員の扱いと併せて、地域別・診療科別の医師の偏在の問題への対応の充実を図ることが必要である。

(3) 入学者選抜における地域枠の在り方

- a) 近年、医師不足が特に深刻な地域に設置されている大学を中心に、医学部の既存の入学定員内に地元出身者のための入学枠（いわゆる地域枠）を設けて、将来、地域医療に従事する意欲のある者の養成に努めようとする取組が行われている。
- b) 平成18年度の入学者選抜においては、地域枠を用いた入試を実施する大学医学部は全部で16大学であり、このうち平成18年度から新たに実施した大学は9大学である。いずれも推薦入学において実施されており、その割合は入学定員の1割程度である。
- c) 一般に、卒業後に地元の医療機関等に勤務する者の割合については、地元出身者が地元以外の出身者を上回っていると考えられることから、こうした地域枠の設定は、地域の医師確保に資する有効な方策の一つであると考えられる。
- d) 地域枠を設ける大学においては、例えば、地域枠の対象となる高等学校等に対して地域枠の趣旨を十分に説明するとともに、高校生に対して、へき地等における医療の確保・向上や地域住民の福祉の増進など、医師として地域社会に貢献することの魅力や、そのような医師に求められる人格や適性などについて説明する機会を設けるなど、高等学校教育との連携を図ることが必要である。
- e) 特に、理科や数学に重点を置いたカリキュラムの開発や大学等との連携方策についての研究を実施しているスーパーサイエンスハイスクールと大学とが連携した取組を進めることにより、高校生の生命科学や医学に対する興味・関心を、より一層高めることも可能である。
- f) また、地域枠の設定に当たっては、AO入試の一環として行うことや、推薦入試で行う場合であっても、受験生に地域の社会福祉施設等におけるボランティア活動を通じて地域の保健、医療、福祉について考える経験を求めたり、医師不足の深刻な地域の関係者の意見を参考にするなど、より地域医療に対する意欲の高い学生を選抜する工夫をこらすことや、大学として適切な教育体制を確

保することを前提に、地域枠を拡大することも考えられる。

- g) さらに、地域枠で入学した学生を地域医療に貢献できる医師として養成するため、カリキュラムを編成する際には、選択制カリキュラムの設定や内容の工夫も含め地域医療への関心を高めるためのカリキュラムを開発するとともに、地方自治体や地域の医療機関等と連携して地域医療と接して学ぶ機会を提供するなど、地域医療への貢献を志す学生が、6年間を通じて地域医療についての理解を深めるよう工夫することが必要である。
- h) 一方、都道府県の中には、地元の医師確保のために奨学金制度を実施しているものもある。
- i) これは、都道府県が、学生に対して医学部・医科大学在学中に奨学金を貸与し、卒業後、自県内の公的医療機関等において一定期間医師として勤務することを条件に返還を免除するものである。こうした奨学金制度の中には、小児科、産婦人科など特に医師の確保が困難な診療科での勤務に特定したり、へき地での勤務に特定したりして実施している例も見られる。
- j) 学生の地域医療に対する志向を促すためには、入学者選抜における地域枠の実施とこうした奨学金制度との関連を持たせることも有効である。大学や都道府県が協力して地域枠と奨学金制度を有効に組み合わせる例は現在でも見られ、今後は、従来の地元出身者のための地域枠に加え、出身地にとらわれず、将来地域医療に従事する意志を有する者を対象とした新たな入学枠（新たな地域枠）を設定した上で卒業後の従事を担保するための奨学金制度を組み合わせるなど、卒業後実際に地元に着住することに結びつけるための取組を一層強化推進することが必要である。
- k) 地域枠を設ける大学においては、その実施に当たって、都道府県との連携を図ることが重要である。特に、前述した卒業後実際に地元に着住することに結びつけるための取組の実施・実現にあたっては、地域医療対策協議会の活用等を通じて都道府県と緊密な連携協力を図ることが必要である。
- l) このほか、学士編入学の募集人員の一部を地域枠として設定した大学の例もあり、各大学が地域に貢献する医師の確保のために様々な取組の工夫改善を図ることが必要である。

学部教育に係わる論点

- (4) 学部教育における地域医療を担う医師養成の在り方
 - a) モデル・コア・カリキュラムは、すべての医学生が、卒業までに学んでおくべき態度、技能、知識に関する教育内容を精選し、現代的課題を加え、基礎医学と臨床医学の有機的連携を備えた教育内容のガイドラインである。
 - b) 各大学では、平成14年度よりこれに基づいたカリキュラム改革を進めている。

- c) 平成17年5月に全国医学部長病院長会議が公表した「わが国の大学医学部（医科大学）白書2005」（以下「医学部白書」という。）によれば、平成16年11月現在、医系全80大学（防衛医科大学校を含む。以下同じ。）中66大学においてカリキュラム改革が実施されている。
- d) モデル・コア・カリキュラムにおいては、医学生の到達目標として、「地域医療の機能と体制（地域保健医療計画、救急医療、災害医療、へき地医療、在宅ターミナル）を説明できる。」「地域保健と医師の役割を説明できる。」「地域保健（母子保健、老人保健、精神疾患、学校保健）を概説できる。」ことなどが掲げられている。
- e) 地域医療に関する教育は、授業科目数や開講年次に差があるものの、すべての大学医学部・医科大学において実施されており、今後一層の充実が求められている。
- f) 今後の各大学の地域医療に関する教育の改善を図るため、「2 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂について」に詳述するとおり、モデル・コア・カリキュラムにおける地域医療に関する記述の充実を提言する。
- g) 6年間の医学教育を通じて、学生が地域医療に貢献したいという考えを深めていくことが求められており、既に多くの大学の医学部教育のカリキュラムにおいて設けられている地域医療の実態を学習する機会等を通じて、学生に対する地域医療に関する学習の一層の充実を図ることが必要である。学生の地域医療に関する興味・関心を高めるためには、学部教育の早期から地域医療の現場に赴いて、地域住民の生活意識や医療ニーズについてアンケート調査を行うなど、学生に地域の実情を肌で感じる経験をさせることも有効である。医学部白書によれば、平成16年11月現在、51大学において臨床実習開始前に地域病院や医療施設での早期体験学習が実施されている。
- h) さらに、53大学において臨床実習を学外の地域の病院で実施しているほか、20大学において地域保健に関する実習を保健所等で行っている。
- i) このほか、地域医療従事者や地域保健従事者による特別講義、コメディカル等の医療従事者体験実習や離島、へき地における実習を実施したり、社会医学実習において地域特有の課題について保健所の職員とともに調査研究を実施するなど、学生の地域医療や地域保健への関心を高めるための様々な取組が見られる。
- j) 各大学におけるこのような取組の広がりや充実が求められる。また、多くの大学で、学外の医療機関等の協力を得るにあたって、臨床教授制度を活用しており、この制度の一層の活用を図るとともに、教育効果等について検証しつつ、臨床教授への報酬の支給等の財政的支援についても検討することが必要である。
- k) また、学生にへき地医療についての理解を深めさせ、プライマリ・ケアの能力を向上させるために、各大学は、各都道府県に置かれているへき地医療支援機構

の担当医師の参画を得たり、地域医療を専門とする教育組織を設けるなど、その教育体制の整備について検討を行うことが必要である。

- l) さらに、医療現場においては、医師に加え、看護師、薬剤師等のコメディカルをはじめとした医療関係者が参画、協働して患者に質の高い医療を提供することが求められていることから、将来地域において医師として多様な医療関係者と連携できるよう、学生に対し、コメディカルをはじめとした医療チームの構成員との円滑なコミュニケーションや協調等に関する能力や態度を習得させるための学習や機会を充実させることも必要である。
- m) このような各大学における地域医療を担う医師養成の取組を、国や地方公共団体がそれぞれの役割分担に応じ、必要な予算措置や寄附講座の設置等を通じて支援することが必要である。
- n) 地域医療に関する教育に対する国の財政支援としては、「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム（平成18年度予算額12億9千万円）がある。これは、平成17年度から予算措置された事業であり、大学病院を置く国公立大学が、全人的医療や地域医療等を担う医療人を養成するために行う特色ある優れた教育の取組みに対して重点的な財政支援を行うものである。例えば、離島医療に携わる医療人の養成のための教育プログラムや、地域で生きる医師の定着に向けたホームステイ型研修プログラム等の取組が行われている。地域医療を担う医師養成の重要性にかんがみ、各大学の取組の充実に加えて、今後、このような国の財政支援が拡充されることが求められる。

卒後教育に係わる論点

(5) 卒後教育における地域医療を担う医師養成の在り方

大学病院における新医師臨床研修の充実

- a) 平成16年4月より医師の臨床研修が必修化され、診療に従事する医師は、医師免許取得後2年間の臨床研修を受けなければならないこととされた。
- b) 従来の医師の臨床研修については、出身大学やその関連病院を中心に専門の診療科に偏った研修が行われていたため、幅広い診療能力が身に付きにくく、また、地域医療との接点が少ないと評されてきた。
- c) こうした背景を踏まえ、新医師臨床研修制度は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、基本的な能力を身につけることを基本的な考え方としてスタートした。
- d) 研修医は2年間の研修プログラムの中で、内科、外科、救急、小児科、産婦

人科、精神科、地域保健・医療の各医療分野において、日常的に頻繁に関わる負傷又は疾病を経験するとともに、医師として必要な基本姿勢・態度を身につけることとなる。

- e) また、都市部の大病院だけではなく、地域の中小病院、診療所、保健所、社会福祉施設等においても研修が行われることとなり、研修医は、医療のみならず、地域の保健、福祉の分野についても経験することとなった。
- f) 各大学病院は、それぞれの大学の特色を生かしつつ、専門分野に偏ることのない基本的な診療能力の育成を目的とした研修プログラムの策定や、共同して臨床研修を実施することとなる地域の医療機関との幅広い連携、研修医の指導を行う指導医の養成、研修医が研修に専念できるような適切な処遇の確保など、様々な点で尽力している。
- g) しかしながら、研修医のマッチングの結果、ほとんどの大学病院において研修医の数は必修化以前と比べて減少した。大学病院の臨床研修医の在籍状況は、必修化前の平成15年度の72.6%から、必修化後の平成16年度は55.9%、平成17年度は49.2%、平成18年度は44.7%と大幅に低下しつつある。特に地方大学における減少が著しくなっている。さらにスーパーローテーション方式になり、研修医の配置や指導体制についても、見直しが必要となった。
- h) このため、大学病院においては、自らの教育、研究、診療の体制を確保する必要が生じ、従来のように地域の医療機関等からの医師紹介の要請に応じることが難しくなっている。
- i) このような状況の中で、独自に必要な医師を確保することが難しく、かつ、大学病院のほかに医師の紹介を要請するあてのない地域の医療機関は、診療を継続することが困難になっており、このことが、「新医師臨床研修制度の実施に伴い、大学病院が医師を引き揚げている。」との指摘につながっている。地域での卒後臨床研修者数を増やすとともに、地域医療への定着を図る観点から、地域全体として大学病院と地域の医療機関、保健所等が、連携した卒後臨床研修体制を整備し、医学生への積極的な情報提供を行うことが必要である。
- j) さらに、新医師臨床研修制度においては、「地域保健・医療」が必修科目となっており、少なくとも1ヶ月以上の研修が必要とされるが、臨床研修の指導医や研修医が地域保健・医療の重要性を十分に理解していない場合があるとの指摘がある。
- k) 各大学においては、ワークショップや指導医講習会の開催を通じて、指導医に対し、地域保健・医療の重要性について理解を深めさせることが必要である。
- l) また、地域保健・医療の研修の効果を高めるためには、大学側と受け入れ側の緊密な連携が不可欠であるとともに、研修前後の研修医への十分な指導が必要である。

- m) その際、保健所等における地域保健に比して、診療所等における地域医療の経験が十分でないとの指摘もあり、研修医の地域医療の経験を充実させることが必要である。
- n) さらに、大学病院における研修医の減少傾向が生じた原因を分析するとともに、研修医に対する教育指導体制の整備や処遇の改善、大学病院と協力病院等との緊密な連携体制の構築等に取り組むことが必要である。

新医師臨床研修後の研修における総合診療医の育成

- a) 臨床医は一定の専門領域を持って患者に医療を提供しており、臨床研修の終了後、専門領域の基礎的な研修を行う必要がある。
- b) 旧来の卒後臨床研修修了後の専門領域における研修については、大学病院を中心とした研修病院にすべてが委ねられ、研修を希望する医師は、多くの場合、各病院の診療科に配属されて、独自の指導体制の下で、標準化された研修プログラムもなく、診療を行っている場合が少なからず見られた。
- c) このため、卒後2年間だけでなく、引き続き実力ある専門医の養成と継続的かつ専門的な臨床教育・研修提供体制を整備する必要があり、広範囲な分野において高度専門医療を提供する大学病院が地域の医療機関等と連携を図りながら、その中核を担っていくことが求められる。
- d) 地域医療を担う医師を養成する観点からは、卒後3年目以降の医師には、専門的診療能力、チーム医療を行うためのリーダーシップに加えて、地域医療を担うための全人的な診療能力を高めさせることが必要である。
- e) このため、地域社会で特にニーズの高い総合的なケアを修め、プライマリ・ケアを極める医師も、高度な専門性を持った臨床医であるとの認識に立って、専門医研修における総合診療医の養成システムを構築していくことが重要である。
- f) 大学病院においては、地域の医療機関との連携を図りながら、プライマリ・ケアのための研修を行うことのできる体制を整備することについて検討する必要がある。
- g) その際、関係学会が総合診療医の標準的な研修プログラムの設定も含めた認定医制度を設けるなど、総合診療医の専門性が社会的にも認知されるような仕組みを設けることが望まれる。

大学や大学病院における生涯学習体制の整備

- a) 医師の生涯にわたる学習については、各学会や医師会等により様々な場が提供されている。医学・医療に関する最も豊富な教育資源を有する大学や大学病院は、地域の実情に応じて、医師等の医療人のみならず、社会人に対する生涯学習の機会を提供することが求められており、平成17年3月現在、68の大学病

院で生涯学習に関する取り組みを行っている。さらに、57の大学病院で地域の医師、看護師等を研修生として受け入れており、60の大学病院で医療従事者を対象とした講演会等を実施している。今後、このような取組の効果等を検証した上で、現に医療現場で勤務している者が参加しやすい運営上の工夫等の改善に努めることが必要である。

- b) 特に、医療人の養成の場である大学や大学病院においては、学部教育、卒後教育の各段階において、医師が生涯にわたって個々人の専門性を高められるよう、医師としてのキャリア形成に中核的な役割を果たすことが求められる。
- c) 地域医療を担う医師の養成の観点からは、例えば、大学や大学病院において、地域医療等にかかわることを希望する様々な年代の医師が診療能力の向上を目指して、プライマリ・ケアやへき地医療、医師不足が指摘されている分野の医療等について学ぶ機会を提供することが期待される。特に、地域における医療体制の確保のためには、離・退職した潜在的な医師の活用が求められることから、定年退職した医師や子育て等の理由により退・休職した女性医師の復帰に対する支援の充実が求められる。

大学病院に係わる論点

(6) 地域医療を担う医師確保に関する大学病院の役割

大学病院による地域医療支援

- a) へき地を含む地域における医療提供体制の確保は、医療政策における重要課題であるが、従来、地域の医療機関等からの要請に基づいて必要な医師を派遣するようなシステムは構築されていなかった。
- b) このような状況の中で、大学病院は、地域の中核的な医療機関として、地域の医療機関等からの要請を受けて医師を紹介することにより、地域における医師確保に対して一定の役割を果たしてきた。
- c) しかしながら、これは大学病院が組織的に行うものではなく、各診療科の裁量に委ねられていたために、透明性に欠けるものであったことは否めない。
- d) このため、文部科学省では、大学における医師紹介システムの明確化と決定プロセスにおける透明性の確保を推進しており、平成17年3月現在、35大学で、医師紹介窓口を一本化している。各大学においては、診療科単位で行っている医師紹介の窓口を一本化するなど、透明性を確保しながら医師紹介を行うシステムを構築することが必要である。
- e) また、地域医療の充実・発展に貢献する観点から、大学が地域の医療行政を担う都道府県と緊密な連携を図ることが求められている。例えば、大学として地域における地域医療対策協議会へ積極的に参画し、地域の医療機関との病・病診連携を実施して、地域における医療機能分担を推進したり、地域にお

ける医療資源の集約化に資する医師紹介を行ったりするなど、都道府県の医療施策への協力が期待される。

- f) さらに、前述したように、医療人の養成の場である大学病院においては、医師が生涯にわたって個々人の専門性を高められるよう、医師としてのキャリア形成に中核的な役割を果たすことが求められていることから、大学病院は、自ら積極的にキャリア形成の場の提供を図るとともに、都道府県や地域の医療機関等と連携し、地域における医療提供体制の確保に重要な役割を担うことが必要である。
- g) その際、小児科、産婦人科等、医師不足が指摘されている分野も含め、指導体制の充実を図るなど、人材養成のための体制を整備することが必要である。
- h) また、大学病院の救命救急センターや救急部は、地域の救急体制の中核として重要な役割を果たしており、大学病院における救命救急体制の整備・充実と救急医の養成を図ることも必要である。
- i) このような大学病院の地域医療の確保のための取組を国や地方公共団体は支援することが求められる。

遠隔医療システムの活用

- a) 平成17年3月現在、大学病院においては、28病院において遠隔医療を実施しており、例えば、旭川医科大学では、眼科領域での遠隔医療システムによって、患者が遠方の医療機関を受診しなくても、身近な地域で、対面で専門医の診察を受けることとほぼ同等の成果が得られている。
- b) このように、大学病院が、情報通信技術を活用して地域の医療機関とのネットワークを形成するなどにより、医療面での協力を行うことが期待される所であり、国や地方公共団体がこうした成功事例等を取り上げ、特に医師の確保が困難な地域における医療提供の充実を図るために必要な支援を行うことについて検討が必要である。

2 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂について

(1) 「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に基づく学部教育の充実

- a) モデル・コア・カリキュラムの策定・導入は、我が国で初めての試みであったことから、検討に当たっての時間的制約等もあり、記載上明らかな誤りや重複が見られる。また、モデル・コア・カリキュラム公表後の法制度等の変更により、モデル・コア・カリキュラムの記述が現在の状況にそぐわなくなっている点も見られる。
- b) さらに、医学や医療を取り巻く環境の変化により、地域保健・医療を担う人材の育成や腫瘍学教育、医療安全教育の充実のように、社会的要請が高く、早急にモデル・コア・カリキュラムへ反映されることが望ましいものも生じている。
- c) これらのことを踏まえて、モデル・コア・カリキュラムの改訂について検討する必要がある。
- d) ただし、モデル・コア・カリキュラム導入による学生への教育効果を検証するためには、モデル・コア・カリキュラムによる教育を受けた学生が2～3回卒業する時期まで待つ必要があると考えられる。
- e) このため、今回の改訂は、モデル・コア・カリキュラムの全面改訂ではなく、必要最小限の改訂とすることとした。
- f) 具体的には、以下に示すように、地域保健・医療についての記載の充実、腫瘍に関する病態発生・診断・治療についての体系的記載、医療における安全性への配慮と救命・救急に関する記載の充実を図るとともに、法制度、名称等の変更に伴う用語や記載上の誤り等の修正を行う。その他の今後改訂が必要と考えられる事項については、引き続き検討を行うこととする。
- g) また、今後、医学・医療の進歩やこれらを取り巻く環境の変化に伴って、モデル・コア・カリキュラムの全面改訂が必要となると考えられることから、そのサイクルと仕組みについて検討する必要がある。

(2) 地域保健・医療についての記載の充実

- a) 現在のモデル・コア・カリキュラムにおいては、医学生の到達目標として、「地域医療の機能と体制（地域保健医療計画、救急医療、災害医療、へき地教育、在宅ターミナル）を説明できる。」、「地域保健と医師の役割を説明できる。」、「地域保健（母子保健、老人保健、精神疾患、学校保健）を概説できる。」ことなどが掲げられているが、他の事項についても記述されている各項目の中で散在している。
- b) 各大学における地域保健・医療を担う人材の育成の取組を推進し、学生に地域

保健・医療に関する興味・関心を高めるための体系的な学習機会を提供するためには、「項目（F）医学・医療と社会」の中に、地域保健・医療に関する新たな項目を新設した上で、「地域医療の在り方と現状および課題を理解し、地域医療に貢献するための能力を身に付ける。」ことを一般目標として明示するとともに、地域保健・医療の全体像を把握することのできる学習内容を到達目標として記述することが適当である。

- c) その際、地域における医師不足等の社会問題を踏まえ、医師の地域偏在、小児科・産婦人科等の分野別偏在等の地域保健・医療の抱える課題に関する各大学の教育を推進する観点からの記述を到達目標に明記することが適当である。
- d) 上記を踏まえ、別添資料1のとおり改訂を行うことが適当である。

(3) 腫瘍に関する病態発生・診断・治療についての体系的記載

- a) 現在のモデル・コア・カリキュラムにおいては、「B 医学一般」の「3 原因と病態」の中で、腫瘍に関する項目を設けるとともに、他の項目の中でも腫瘍に関連する記述を設けるなどして、医学生の到達目標を定めている。
- b) がんが日本人の死亡原因の第一位を占め、全死亡原因の約3割を占めるに至る中で、がん治療専門医の育成のため、各大学における腫瘍に関する専門的な教育を推進するための必要な見直しを行うことが適当である。
- c) 具体的には、手術、放射線療法、化学療法をはじめとして、がん治療に必要とされる集学的治療(高度で専門的な技術等を必要とする治療法の組み合わせ)のための基本的事項を確実に習得できるよう、腫瘍に関する項目を「D 全身におよぶ生理的变化、病態、診断、治療」の中に位置づけた上で、【病理・病態】【発生原因・疫学・予防】【診断】【治療】等の系統的な学習事項の区分を設けてそれぞれの区分ごとに到達目標を明示するなど、体系的に記載することが適当である。
- d) 上記を踏まえ、別添資料2のとおり改訂を行うことが適当である。
- e) なお、各大学においては、社会的要請の高い放射線療法や化学療法も含め、がん診療全般を取扱う教育組織を設置するなどして学部教育の充実に取り組みるとともに、大学病院においても、がん診療に特化した診療組織の設置やがんに関する専門医の資格を取得できる専門医研修の実施等によりがん診療や専門医養成等の充実に取り組みることが必要である。特に、大学院のコースワークの中に専門医資格取得のための教育内容を盛り込むとともに、大学病院における実施修練を充実させるなど、がん専門医の養成における大学院と大学病院との連携の充実を図ることが必要である。そのために、大学院と大学病院におけるがん治療教育のコーディネーターを設けることも考えられる。さらに、大学院における学位の取得とともに専門医を養成する取組に加え、内科認定医、外科専門医等各診療科の基盤学会の資格を取得した医師を対象とした、がんの診断・治療・研究に必要な高度先進的な知識と技術の修得の機会の提供や、看護師、薬剤師、診療放射線技師等

のがん医療に携わるコメディカルに対する実践的な教育の機会の提供も必要である。

(4) 医療における安全性への配慮と救命・救急に関する記載の充実

- a) 現在のモデル・コア・カリキュラムにおいては、医学生の到達目標として、「医療事故はどのような状況で起こりやすいかを説明できる。」「医療事故や潜在的医療事故が発生した場合の対処の仕方について学ぶ。」こと等が掲げられている。
- b) 社会的要請である質の高い医療の提供を実現するためには、新たな診断・治療方法の確立等と並んで、患者側の視点に立った安全性の高い医療の提供が重要であり、医療上の事故等の発生後の対応に加えて、ダブルチェックやチェックリスト法等の具体的な予防方法に関する学習内容を盛り込むなど、医療上の事故等を予防するための学習内容を充実させることが適当である。なお、このような学習は、医学生が患者に直接接する臨床実習開始前までに行うことが適当である。
- c) あわせて、医療従事者自身の安全確保や事故対応に関する学習内容も新たに盛り込むことが適当である。
- d) さらに、様々な分野における個人情報の流出が社会問題となっていることを踏まえ、医療現場におけるこのような事案の発生を予防するために、患者のプライバシーへの配慮等の個人情報の取り扱いに関する学習内容を新たに盛り込むことが適当である。なお、このような学習は、入学後早期に行うことが適当である。
- e) 上記を踏まえ、別添資料3のとおり改訂を行うことが適当である。
- f) なお、救命・救急に関しては、モデル・コア・カリキュラムの配列順序は履修順序を示しているものではなく、順序も含め具体的な履修方法は各大学の判断によるものであるが、医療安全に関する学習の充実や臨床実習における安全性の確保の徹底の観点から、救命・救急の基本的処置方法である一次救命処置（脳心肺蘇生）を入学後早期に医学生に履修させた上で体系的な学習機会を提供するなど、各大学において、臨床実習開始前までに救命・救急に関する基本的な知識・技能を確実に習得させるための取組を行うことが必要である。
- g) 今後、上記のような各大学の取組の推進を図った上で、その取組の状況を踏まえ必要と判断される場合には、一次救命処置（脳心肺蘇生）の早期の履修も含め救命・救急に関するモデル・コア・カリキュラムの改訂を検討することが適当である。

(5) 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂に関する今後の検討課題

- a) 医学教育が医師養成を目的としていることを踏まえれば、そのカリキュラムの編成にあたっては医師国家試験との関連を考慮することが求められる。
- b) モデル・コア・カリキュラムの公表後の法制度、名称等の変更により、モデル・コア・カリキュラムの記述が現在の状況にそぐわなくなっている点も見られ、

共用試験の問題作成と出題の際の支障となっている。

- c) このため、医師国家試験出題基準を参考に、法制度、名称等の変更に伴う用語や記載上の誤り等の修正をすみやかに行うことが必要である。
- d) さらに、4年ごとの医師国家試験出題基準の改正も踏まえつつ、法制度、名称等の変更にすみやかに対応してモデル・コア・カリキュラムに反映するための恒常的な体制の構築を、文部科学省を中心として、各大学、医学関係者、社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構、東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター（MDセンター）の協力を得ながら具体的に検討することが適当である。
- e) その際、モデル・コア・カリキュラムによる教育を受けた学生が2～3回卒業し、学生への教育効果の検証が可能な平成20年度前半には、モデル・コア・カリキュラムの全面改訂を行うことも考えられるが、その際には、上記d)の体制を活用することが考えられることから、この点も視野に入れて検討を進めることが望まれる。

3 最終報告に向けた検討課題

入学時点に係わる論点

(1) 入学者選抜方法の改善について

- a) 近年、少子化の進行に伴って、専攻分野によっては学生数が収容定員に満たない大学が生じてきている中で、すべての医学部においては入学定員を満たすのに十分な学生が入学を志願しており、かつ、他分野と比較して成績優秀な学生が多いと考えられている。
- b) しかしながら、その一方で、入学後に医師になろうとする目的を見失ってしまい、学習に十分に取組めない学生の姿も見られる。
- c) 各高等学校においては、生徒本人の希望や適性に基づいて進路指導が行われているところであるが、高等学校の教員の中には医学部の出身者がいないため、生徒本人も教員も医師に求められる資質や医学部教育を受けるのに必要な学習、医学部の教育や研究の現状、医療現場の問題点などを十分に理解することなく、進路を決定している場合もあると考えられる。
- d) このため、今後、大学から高等学校等への適切な情報提供の在り方なども含め、入学者選抜方法の改善について検討する必要がある。

学部教育に係わる論点

(2) 共用試験の位置付けの明確化

- a) 医学部における教育の効果を高め、質の高い医師を育成するためには、学生が臨床実習に入る際の進級の時点や卒業認定の時点において、カリキュラムの内容に準拠して、それぞれ必要とされる能力・適性の目標を設定し、段階を踏んで厳正に評価することが必要である。
- b) このような観点から、医学生が患者に直接接する診療参加型の臨床実習を開始する前に学生が備えるべき必要最小限の態度、基本的診療能力、知識の総合的理解力及び問題解決能力を適正に評価する共用試験が、医系全80大学の参加を得て、社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構により平成17年12月から正式実施されている。
- c) この共用試験は、モデル・コア・カリキュラムに準拠し、臨床実習開始前にコンピュータを用いた客観試験(Computer Based Testing, CBT)によって知識の総合的理解力と問題解決能力を評価し、客観的臨床能力試験(Objective Structured Clinical Examination, OSCE)によって態度、基本的臨床技能を評価することにより、一定基準以上の学生を臨床実習に参加させるために、医系

全80大学が協力して推進している大学間で共通の評価システムである。

- d) このような共用試験の位置付けにかんがみ、モデル・コア・カリキュラムの改訂を行う際には、共用試験の問題作成や出題を円滑に行う観点からも検討が行われることが必要である。
- e) したがって、前述したように、今回のモデル・コア・カリキュラムの改訂においては、明らかな記載上の誤りの修正を行うとともに、法制度や名称の変更による修正などを行う必要がある。また、法制度、名称等の変更にすみやかに対応してモデル・コア・カリキュラムに反映するための恒常的な体制の構築について検討する必要がある。さらに、本格的なモデル・コア・カリキュラムの改訂の際に、社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構の果たす役割についても検討する必要がある。

(3) 新医師臨床研修との整合性・接続性・役割分担を踏まえた臨床実習の在り方

- a) 診療参加型臨床実習は、学生が診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら、医師の職業的な知識・思考法・技能・態度の基本的な内容を学ぶことを目的としている。
- b) 診療参加型臨床実習は、モデル・コア・カリキュラムに位置付けられるとともに、平成13年協力者会議により平成3年の厚生省臨床実習検討委員会最終報告の内容を踏まえたガイドラインが示されている。
- c) 医学部白書によれば、平成16年11月現在、66大学において診療参加型臨床実習を何らかの形で実施しているが、その実施を各診療科に任せることなく組織的に教育体制に組み入れている大学は43にとどまっている。このため、診療参加型臨床実習の実施にあたっては、各診療科の連携協力体制、さらにはコメディカルを含めた診療チームの連携協力体制を構築するなど、組織的な教育体制を確立することが必要である。
- d) また、平成16年度より新医師臨床研修制度が導入されて卒後の臨床研修が必修化され、マッチング・システムに基づいて研修医が出身大学以外の大学病院や臨床研修病院で研修を行っている中で、研修医の臨床に関する態度、技能、知識の習得の程度が出身大学により大きく異なっているとの指摘がなされている。このため、診療参加型臨床実習参加前のみならず、終了時すなわち卒業時に求められる、臨床に関する態度、技能、知識の標準的な到達目標の提示や評価の在り方について検討することが必要である。
- e) さらに、医療安全に対する国民の要望が高まる中で、学生が、臨床現場で医療安全の徹底の観点から決して行ってはならない行為を学習することが重要となっている。また、診療参加型臨床実習における侵襲的医行為や羞恥的医行為の実施にあたっては、学生の態度、技能、知識の適切な評価や指導医による指

導・監督等に加え、患者に対する医学生である旨の明確な紹介と患者の理解と同意を徹底することが必要である。このため、前述したように、診療参加型臨床実習に関するガイドライン等は示されているが、医療安全の観点から、侵襲的医行為や羞恥的医行為の在り方について更に検討することが必要である。

- f) また、学生に対し、専門的な知識にとどまらず、患者や家族と良好で信頼されるコミュニケーションができる能力や態度を育成し、医療チームの構成員との協調や実践的な診療技能を習得させるためには、実際の医療の現場における診療参加型臨床実習の充実を図ることが必要である。このため、各大学においては、学生が診療チームの一員として診療業務を分担しながら実践的に学ぶ機会を充実するため、臨床実習のカリキュラムの工夫・改善や教育体制の整備・充実に努めることが必要である。
- g) その一方で、医学部白書によれば、平成16年11月現在、53大学において学外の地域の医療機関での臨床実習が何らかの形で導入されており、大学病院では経験しにくい症例や地域における医療の実態を学ぶことができるなどの利点が指摘されており、学外の医療機関の活用とともに、大学病院との連携協力体制の構築が必要である。
- h) このような状況の中で、学部段階における臨床実習と新医師臨床研修との整合性・接続性・役割分担を明確にし、より効率的に医学教育を行うことの必要性が指摘されている。
- i) このため、医療安全の観点も踏まえて、新医師臨床研修制度における研修内容との整合性・接続性・役割分担に配慮した診療参加型臨床実習の在り方について明らかにするとともに、臨床実習に係るモデル・コア・カリキュラムの改訂について検討する必要がある。

卒後教育に係わる論点

(4) 大学病院における新医師臨床研修の充実

- a) 平成16年度から導入された新医師臨床研修制度では、コンピュータによるマッチングによって研修希望者の研修病院が決定されており、大学病院における研修医数は、新制度導入前(平成13~15年度)は、全体の約7割を占めていたが、新制度導入後は年々減少し、平成18年度の研修希望者では約5割となっている。
- b) この減少傾向には、様々な要因が考えられるが、平成17年3月に厚生労働省が行った「臨床研修病院及び臨床研修医に対するアンケート」結果によれば、研修医が受けている臨床研修の満足度について、臨床研修病院では、概ね5割が満足し、2割が満足しておらず、大学病院では、概ね3割が満足し、4割が満足していない状況にあり、臨床研修病院と大学病院とでは満足度に差が生じ

ている。大学病院の研修医が研修に満足していない主な理由としては、待遇・処遇が悪い(22.2%)、プライマリ・ケアの能力がよく身に付けられない(21.6%)、研修に必要な手技(症例)の経験が不十分(19.7%)、研修に関する診療科間(病院間)の連携が悪い(14.9%)が挙げられ、いずれの理由も、臨床研修病院の研修医より高い割合となっている。一方、研修医が大学病院に応募した動機については、地理的条件が良い(30.4%)、病院の施設・設備が良い(22.8%)が上位となっており、臨床研修病院の研修医と比較して多い動機としては、大学病院など他病院との臨床研修終了後の研修の連携がある(13.6%)、自病院における臨床研修終了後の研修が充実(10.4%)が挙げられる。なお、平成18年3月に厚生労働省が行った2年次研修医に対するアンケート結果においても、研修体制や研修プログラムについての研修医の満足度は、大学病院より臨床研修病院において高い状況にある。

- c) また、平成17年の研修医マッチングの中間公表によると、大学病院を第一志望とする者は、33.9%にとどまっており、この点からも、大学病院は、新医師臨床研修の研修場所としては必ずしも研修医から評価されていないことが伺える。
- d) 大学病院は、本来的には医師養成を行う医学部等の教育研究施設として設置されているものであるが、その指導体制や教育機能を活かし、新医師臨床研修制度で求められている基本的な診療能力を幅広く身に付けさせるための総合的な臨床教育を提供することが期待されている。
- e) このため、各大学病院においては、診療科ごとだけではなく、大学全体の統一的な理念に基づく研修目標やプログラムを策定するとともに、基本研修科目や必修科目ごとに到達目標を明示し、その下でローテーション方式の新医師臨床研修を実施する体制を構築することが必要である。
- f) また、総合診療部などを活用した総合診療方式の積極的な導入、卒後臨床研修センター等を中心とした全体的なコーディネート体制の充実、学外の多様な医療機関との連携や研修希望者の要望の反映、研修希望者への情報提供の在り方など具体的な改善方策について検討する必要がある。

(5) 専門医養成の在り方

- a) 医師の養成においては、まず医師として必要な基本的知識、態度及び技能についての6年間の医学部教育を経た後、基本的な診療能力を幅広く身に付けるための2年間の新医師臨床研修が義務付けられており、その後、必要に応じて、3~5年程度の専門医資格を取得するための専門医研修が行われている。
- b) このように、専門医の養成に至るまでに10年程度の長期間の養成システム

が不可欠であり、しかも、1施設のみで医師の養成のすべてを担うことは困難であるとともに医師が多様な経験を積むためには好ましくない。

- c) したがって、特に、新医師臨床研修修了後は、都道府県や地域の医療機関と連携し、大学病院や地域の多様な医療機関をローテーションしながら修練や経験を積むことにより、医師としてのキャリア形成が可能となるような医師養成システムを構築することが必要である。大学病院は、自ら積極的に専門医養成の場の提供や養成プログラムの充実を図った上で、地域の医療機関等と連携し、このような医師養成システムの構築に中核的な役割を果たすことが求められる。
- d) また、大学病院における専門医養成においては、医師の分野別偏在の指摘も踏まえつつ、幅広い診療分野においてバランスよく専門医を養成していくことが期待される。その際、診療から離れた医師も含めて専門医資格の取得を希望する様々な年代の医師に対しても専門医研修を提供することが望まれる。また、前述したとおり、地域医療を担う医師を養成する観点から、大学病院の専門医研修における総合診療医の養成システムを構築していくことが必要である。
- e) さらに、大学院における人材養成に係る目的の明確化やコースワークのカリキュラムの工夫・改善を図った上で、専門医養成における、大学院の取組の充実や、大学院と大学病院との連携の充実を図ることが必要である。具体的には、大学院のコースワークの中に専門医資格取得のための教育内容を盛り込むとともに大学病院における実施修練を充実させる取組や、大学病院の専門医研修者が大学院にも在籍し博士号を取得する取組の推進とそのための体制の整備が求められる。
- f) このため、大学院教育との関連も踏まえながら、専門医養成の在り方について検討する必要がある。

教育者・研究者養成に係わる論点

(6) 医学系分野で求められる教育者・研究者の養成

- a) 大学や大学病院は、現在の我が国の医療を担うとともに、今日の医学・医療の諸課題に対応するための高度かつ多様な教育研究を展開し、未来の医療を切り拓くという使命も担っており、医学系分野の教育者・研究者の養成は重要な課題である。
- b) 優れた教育者や研究者を養成するためには、学部教育の段階から、継続的に病態解明・診断・治療について検証し、改善しようとする意欲や積極的に研究に参加する姿勢などを育てていく必要がある。
- c) また、平成17年9月の中央教育審議会答申「新時代の大学院教育 国際的に魅力ある大学院教育の構築に向けて」及び中央教育審議会大学分科会大学院部会医療系ワーキンググループ報告書においては、従来、我が国の大学院教

育においては、一般に研究者養成のみに重点が置かれ、かつ、その内容は論文作成の指導が中心であり、科学的な思考法や研究の方法論を身に付けさせるための体系的な教育は必ずしも十分に行われていないとの問題点が指摘されている。

- d) さらに、今後、大学院においても、教育機能を重視して、体系的な教育目的・内容を明確に持ったコースを設定し、コースワークの充実・強化を図ることなどについて提言がなされている。
- e) また、平成18年3月の「大学院教育振興施策要綱」においては、人材育成目的の明確化や教員組織体制の見直し、産業界との連携の強化等の大学院教育の実質化について、同月の「第3期科学技術基本計画」においては、多様性の苗床の形成のための基礎研究の推進や大学の人材育成機能の強化等について提言がなされている。
- f) その一方で、新医師臨床研修制度が導入され、将来研究者を志望する者であってもほぼ臨床研修の実施を選択することから、研究の開始が遅れ、研究者のキャリア形成に影響が及ぶことや、また、多くの大学病院で研修を行う研修医が減少したことを契機に、特に研修希望の少ない大学を中心として、医学研究を担う人材が不足して、研究そのものが沈滞することを懸念する声が上がっている。
- g) このため、医学系分野で求められる教育者・研究者の養成方策について、新医師臨床研修制度による状況の変化も考慮に入れながら検討する必要がある。

(7) 臨床研究の推進

- a) 新しい医療の開発を行う上で、生命科学の進歩を実際の医療へ展開するトランスレーショナルリサーチや、その基盤となる、これまでの診断・治療の検証を行いながら医療の改善を目指す臨床研究の役割は重要である。また、予防医学の観点からの社会医学(疫学)研究、治験に関わる研究、大学間や他の医療機関との連携による Evidence Based Medicine のデータの蓄積等も必要である。
- b) 研究における日本の論文の割合は伸張しているが、臨床研究での割合は横ばいである。また、我が国の医学研究のうち、「Nature」や「Science」に掲載されるような基礎研究分野に比べて、「New England Journal of Medicine」や「Lancet」に掲載されるような臨床研究分野の論文数は伸張していないのが現状である。
- c) このような状況の中、臨床研究を推進するために、大学は、臨床研究のデータセンターとしての機能・役割を充実させることが必要である。
- d) 臨床研究を推進する際の課題としては、基礎研究と比較して臨床研究の学

問的価値が社会的に十分評価されていない、大学病院において臨床研究を行うに際して、医師が研究に十分な時間を割くことができない、といったことが考えられる。

- e) さらに、人材養成の観点からは、臨床研究を行う上で必要な疫学、統計学についての専門家が不足している、一部の大学院の臨床系の専攻においては、収容定員以上の学生を受け入れているためにティーチング・スタッフが不足している、臨床系の専攻に所属する学生に対して十分な臨床研究の指導が行われていない、ことが考えられる。
- f) このため、我が国における臨床研究の推進のために求められる人材や、その養成方策について検討する必要がある。

教育研究病院としての大学病院に係わる論点

- (8) 教育研究病院としての大学病院の役割を適切に果たすための組織体制の在り方
 - a) 大学病院は、医療人の養成のための教育機関、新しい医療技術の研究・開発を行う研究機関、高度の医療を提供する地域の中核的医療機関として、重要な役割を果たしてきた。
 - b) 国民の医療に対するニーズが多様化・複雑化し、医療人の一層の資質の向上が期待されている中で、大学病院には、医療人の育成のための一層の臨床教育の充実が求められている。
 - c) しかしながら、新医師臨床研修制度の導入に伴う研修医の減少に見られるように、大学病院が教育機関としての役割を果たすための体制の整備が十分ではないのではないかと考えられるような状況が見られる。
 - d) また、大学病院が安定的な経営を行っていくために臨床系の教員は診療に多大な時間を割かなければならない状況にあり、教育、研究に深刻な影響を与えている。多くの教員が、教育、研究、診療を発展させようと使命感を持って働いているが、診療の負担から教育や研究の時間を十分に割くことができず、総労働時間も長時間に及び、厳しい現実に疲弊してしまうような状況も見られる。
 - e) このため、教育研究病院としての大学病院の役割を適切に果たすための組織体制の在り方について検討する必要がある。
- (9) 女性医師の増加に伴う環境整備
 - a) 厚生労働省の調査によれば、女性医師の数は昭和40年に10,128人であったものが平成16年には44,628人となっており、この間に4.4倍増加している。男性医師の数は、昭和40年に99,241人であったものが平成16年には225,743人となっており、この間の女性医師の増加率は、男性医師の同期間の増加率2.3倍を大きく上回っている。

- b) 医師総数における女性医師の割合は、昭和54年までの15年間は9%台で推移していたが、昭和55年に10%台に達してからその割合が順調に増え、平成16年には16.5%となっている。
- c) 育児休業等、子育てと仕事の両立を支える制度の整備は進んでいるが、実態では女性医師は男性医師に比べ、出産・育児による労働の一時的な中断や短縮が多く、平均した生涯労働時間が少ない傾向にある。
- d) このため、大学病院における短時間勤務の導入や勤務時間内のカンファレンスなど、女性医師の働きやすい環境の整備や、子育て等の理由により退・休職した女性医師の復帰に対する支援の充実について検討する必要がある。

「項目（F）医学・医療と社会」の中（「（1）社会・環境と健康」と「（2）疫学と予防医学」の間）に、下記のとおり、地域医療に関する項目を新設することとする。

| 改訂案 | 現行 |
|--|--|
| （項目F）医学・医療と社会 | （項目F）医学・医療と社会 |
| （1）社会・環境と健康 一般目標： 社会と健康・疾病との関係について理解し、個体および集団をとりまく環境諸要因の変化による個人の健康と社会生活への影響について学ぶ。 到達目標： 1）健康、障害と疾病の概念を説明できる。 2）社会構造（家族、コミュニティ、地域社会、国際化）と健康・疾病との関係を概説できる。 （削除） 3）環境と健康・疾病との関係（環境と適応、主体環境系、原因と保健行動、環境基準と環境影響評価、公害と環境保全）を概説できる。 4）生態系の変化が健康と生活に与える影響（有害物質、環境発がん物質、内分泌攪乱物質）を概説できる。 （削除） 5）病診連携と病病連携を説明できる。 6）地球環境の変化、生態循環、生物濃縮と健康との関係を説明できる。 7）各ライフステージの健康問題について説 | （1）社会・環境と健康 一般目標： 社会と健康・疾病との関係や <u>地域医療</u> について理解し、個体および集団をとりまく環境諸要因の変化による個人の健康と社会生活への影響について学ぶ。 到達目標： 1）健康、障害と疾病の概念を説明できる。 2）社会構造（家族、コミュニティ、地域社会、国際化）と健康・疾病との関係を概説できる。 3） <u>地域医療の機能と体制（地域保健医療計画、救急医療、災害医療、へき地医療、在宅ターミナル）を説明できる。</u> 4）環境と健康・疾病との関係（環境と適応、主体環境系、原因と保健行動、環境基準と環境影響評価、公害と環境保全）を概説できる。 5）生態系の変化が健康と生活に与える影響（有害物質、環境発癌物質、内分泌攪乱物質）を概説できる。 6） <u>地域保健と医師の役割を説明できる。</u> 7）病診連携と病病連携を説明できる。 8）地球環境の変化、生態循環、生物濃縮と健康との関係を説明できる。 9）各ライフステージの健康問題について説明 |

| | |
|---|---|
| <p>明できる。</p> <p><u>8) シックハウス症候群を概説できる。</u></p> <p>(削除)</p> | <p>できる。</p> <p><u>10) シックハウス症候群を概説できる。</u></p> <p><u>11) 災害救急医療におけるトリアージを説明できる。</u></p> |
| <p><u>(2) 地域医療</u></p> <p><u>一般目標 :</u></p> <p><u>地域医療の在り方と現状および課題を理解し、地域医療に貢献するための能力を身に付ける。</u></p> <p><u>到達目標 :</u></p> <p><u>1) 地域医療に求められる役割と機能および体制等、地域医療の在り方を概説できる。</u></p> <p><u>2) へき地および離島における地域医療の現状と課題について説明できる。</u></p> <p><u>3) 医師の偏在 (地域及び診療科) の現状について説明できる。</u></p> <p><u>4) 地域における、保健 (母子保健、老人保健、精神保健、学校保健) ・医療・福祉・介護の分野間の連携及び多職種間の連携の必要性について説明できる。</u></p> <p><u>5) 地域医療の基盤となるプライマリ・ケアの必要性を理解し、実践に必要な能力を身に付ける。</u></p> <p><u>6) 地域における、救急医療、災害医療、在宅ターミナルの体制を説明できる。</u></p> <p><u>7) 災害救急医療におけるトリアージを説明できる。</u></p> <p><u>8) 地域医療に積極的に参加・貢献する。</u></p> | <p>(新設)</p> |
| <p><u>(3) 疫学と予防</u></p> <p>(略)</p> | <p><u>(2) 疫学と予防</u></p> <p>(略)</p> |

| | |
|--|---|
| <p>(4) 生活習慣と予防医学 (略)</p> | <p>(3) 生活習慣と予防医学 (略)</p> |
| <p>(5) 保健、医療、福祉と介護の関係 一般目標： 保健、医療、福祉と介護の制度の内容を学ぶ。 到達目標： 1) ~ 3) (略) (削除) 4) 産業保健を概説できる。 5) 医療の質の評価 (質の定義、クリティカル・パス) を説明できる。 6) 国民医療費の収支と将来予測を概説できる。 7) 医師法と医療法を概説できる。 8) 医療関連法規に定められた医師の義務を列挙できる。 9) 医療資源と医療サービスの価格形成を説明できる。 10) 医療従事者の資格免許、現状と役割、連携とチーム医療を説明できる。 11) 感染症予防医療法・食品衛生法の概要と届け出義務を説明できる。 12) 予防接種の意義と現状を説明できる。 13) 医師法と医療法以外の医療関係法規を概説できる。</p> | <p>(4) 保健、医療、福祉と介護の関係 一般目標： 保健、医療、福祉と介護の制度の内容を学ぶ。 到達目標： 1) ~ 3) (略) 4) <u>地域保健 (母子保健、老人保健、精神保健、学校保健) を概説できる。</u> 5) 産業保健を概説できる。 6) 医療の質の評価 (質の定義、クリティカル・パス) を説明できる。 7) 国民医療費の収支と将来予測を概説できる。 8) 医師法と医療法を概説できる。 9) 医療関連法規に定められた医師の義務を列挙できる。 10) 医療資源と医療サービスの価格形成を説明できる。 11) 医療従事者の資格免許、現状と役割、連携とチーム医療を説明できる。 12) 感染症予防医療法・食品衛生法の概要と届け出義務を説明できる。 13) 予防接種の意義と現状を説明できる。 14) 医師法と医療法以外の医療関係法規を概説できる。</p> |
| <p>(6) 診療情報 (略)</p> | <p>(5) 診療情報 (略)</p> |
| <p>(7) 臨床研究と医療 (略)</p> | <p>(6) 臨床研究と医療 (略)</p> |

「項目(D)全身におよぶ生理的变化、病態、診断、治療」の中「(1)感染症」と「(2)免疫・アレルギー疾患」に、下記のとおり、腫瘍に関する項目を新設することとする。

下記の新規項目「腫瘍」の追加により、現在のコア・カリキュラム9～10ページの以下の項目を削除。

「B 医学一般 3 原因と病態 (6)腫瘍」

現在のコア・カリキュラムの「腫瘍」にある7項目(*)は下記改訂項目へ移動(一部表現修正)。

| 改訂案 | 現行 |
|--|---|
| 項目 B 医学一般 3 原因と病態 | 項目 B 医学一般 3 原因と病態 |
| (削除) | <p>(6)腫瘍</p> <p>一般目標: <u>細胞の増殖・分化の機構とそれらの異常を学び、腫瘍の定義、発生機構と病態を理解する。</u></p> <p>到達目標: <u>1)組織の再生と修復や肥大、増生、化生、異形成と退形成を説明できる。*1</u> <u>2)良性腫瘍と悪性腫瘍の違いを説明できる。*2</u> <u>3)上皮性腫瘍と非上皮性腫瘍の違いを説明できる。*3</u> <u>4)腫瘍細胞の異型成と多型性を説明できる。*4</u> <u>5)局所における腫瘍の増殖、局所浸潤と転移を説明できる。*5</u> <u>6)腫瘍発生に関わる遺伝的要因と外的因子を説明概説できる。*6</u> <u>7)癌遺伝子と癌抑制遺伝子を概説できる。*7</u></p> |
| 項目 D 全身におよぶ生理的变化、病態、診断、治療 (1)感染症 (略) | 項目 D 全身におよぶ生理的变化、病態、診断、治療 (1)感染症 (略) |

| | |
|--|------|
| (2)腫瘍 | |
| <u>一般目標:</u> <u>腫瘍の病理・病態、発生原因・疫学・予防、 症候、診断・治療と診療の基本的事項を学ぶ。</u> | (新設) |
| <u>【病理・病態】</u> | |
| <u>到達目標:</u> | |
| <u>1) 腫瘍の定義を説明できる。</u> | * 1 |
| <u>2) 組織の再生と修復や肥大、増生、化生、 異形成と退形成を説明できる。</u> | * 2 |
| <u>3) 良性腫瘍と悪性腫瘍の違いを説明でき る。</u> | * 3 |
| <u>4) 上皮性腫瘍と非上皮性腫瘍の違いを説 明できる。</u> | * 4 |
| <u>5) 腫瘍細胞の異型性と多型性を説明でき る。</u> | * 5 |
| <u>6) 腫瘍と染色体異常の関係を概説できる。</u> | * 6 |
| <u>7) 局所における腫瘍の増殖、局所浸潤と 転移を説明できる。</u> | * 7 |
| <u>【発生原因・疫学・予防】</u> | |
| <u>到達目標:</u> | |
| <u>1) 腫瘍発生に関わる遺伝的要因と外的因 子を概説できる。</u> | * 1 |
| <u>2) がんに関連する遺伝子(がん遺伝子とが ん抑制遺伝子)の変化を概説できる。</u> | * 2 |
| <u>3) 悪性腫瘍の疫学を概説できる。</u> | * 3 |
| <u>4) 悪性腫瘍の予防を概説できる。</u> | * 4 |
| <u>【症候】</u> | |
| <u>(【ショック】発熱【けいれん】意識障害・失 神【脱水】全身倦怠感【肥満・やせ】黄疸)</u> | |
| <u>【発疹】貧血【リンパ節腫脹】浮腫【胸水】</u> | |
| <u>【胸痛】呼吸困難【咳・痰】血痰・喀血【めま い】頭痛【運動麻痺・筋力低下】腹痛【悪 心・嘔吐】嚥下困難・障害【食思(欲)不振】</u> | |
| <u>【便秘・下痢】吐血・下血【腹部膨隆(腹水を 含む)・腫瘤】血尿【尿量・排尿の異常【月経 異常【腰背部痛】はE1参照)</u> | |
| <u>【診断】</u> | |
| <u>到達目標:</u> | |
| <u>1) 腫瘍の細胞診と組織診の違いを説明で きる。</u> | |

| | |
|--|--|
| <p>2) 腫瘍の画像診断を概説できる。 3) 腫瘍の遺伝子診断を概説できる。 4) 腫瘍マーカーの意義を説明できる。 5) 悪性腫瘍の病期分類を概説できる。 6) 悪性腫瘍の予後因子を概説できる。</p> <p>【治療】 到達目標: 1) 腫瘍の集学的治療を概説できる。 2) 腫瘍の手術療法を概説できる。 3) 腫瘍の放射線療法を概説できる。 4) 腫瘍の化学療法を概説できる。 5) 腫瘍の生物学的療法を概説できる。 6) 腫瘍における支持療法を概説できる。 7) 腫瘍における緩和療法を概説できる。</p> <p>【診療の基本的事項】 到達目標: 1) 腫瘍の診療におけるチーム医療を概説できる。 2) 腫瘍の診療における生命倫理 (バイオエシックス)を概説できる。</p> | |
| <p>(3)免疫・アレルギー疾患 (略)</p> <p>(4)物理・化学的因子による疾患 (略)</p> <p>(5)成長と発達 (略)</p> <p>(6)加齢と老化 (略)</p> <p>(7)人の死 (略)</p> <p>(8)死と法 (略)</p> | <p>(2)免疫・アレルギー疾患 (略)</p> <p>(3)物理・化学的因子による疾患 (略)</p> <p>(4)成長と発達 (略)</p> <p>(5)加齢と老化 (略)</p> <p>(6)人の死 (略)</p> <p>(7)死と法 (略)</p> |

「項目（A）基本事項」について、下記のとおり改訂する。

| 改訂案 | 現行 |
|--|--|
| <p>A 基本事項 2 医療における<u>安全確保</u></p> | <p>A 基本事項 2 医療における<u>安全性への配慮と危機管理</u></p> |
| <p>(1) 安全性の確保</p> <p>一般目標： <u>医療上の事故等(インシデント(ヒヤリハット) 医療過誤等を含む。)</u>は日常的に起こる可能性があることを認識し、事故を防止して患者の安全確保を最優先することにより、<u>信頼される医療を提供しなければならないことを理解する。</u></p> | <p>(1) 安全性の確保</p> <p>一般目標： <u>医療事故</u>は日常的に起こる可能性があることを認識し、事故を防止して安全で信頼される医療を提供しなければならないことを理解する。</p> |
| <p>到達目標： 1) <u>実際の医療には、多職種が多段階の医療業務内容に</u>関与していることを具体的に説明できる。</p> | <p>到達目標： 1) <u>医療事故はどのような状況で起こりやすいか</u>を説明できる。</p> |
| <p>2) <u>医療上の事故等を防止するためには、個人の注意力はもとより、組織的なリスク管理が重要であること</u>を説明できる。</p> | <p>2) <u>医療事故を防止するためには、個人の注意力はもとより、組織的なリスク管理の重要性</u>を説明できる。</p> |
| <p>3) <u>医療現場における報告・連絡・相談と記録の重要性や、診療録改竄の違法性</u>について説明できる。</p> | <p>3) <u>事故の可能性を予測し、それが重大事故につながる</u>システム(フェイル・セーフ・システム)の必要性を説明できる。</p> |
| <p>4) 医療の安全性に関する情報(<u>薬害や医療過誤の事例、やっつけいけないこと、模範事例等</u>)を共有し、事後に役立てるための<u>分析の重要性</u>を説明できる。</p> | <p>4) 医療の安全性に関する情報(<u>成功事例や失敗事例</u>)を共有し、事後に役立てる<u>必要性</u>を説明できる。</p> |

| | |
|--|--|
| <p>5) <u>医療機関における安全管理体制の在り方</u> (事故報告書、インシデント・レポート、リスク管理者、事故防止委員会、事故調査委員会) を概説できる。</p> | <p>5) <u>医療機関における安全管理のあり方</u> (事故報告書、インシデント・レポート、リスク管理者、事故防止委員会、事故調査委員会) を概説できる。</p> |
| <p>6) <u>医療の安全確保のための、職種・段階に応じた能力の向上を図ることができる。</u></p> | <p>(新設)</p> |
| <p>(2) <u>医療上の事故等への対処と予防</u></p> <p>一般目標： <u>医療上の事故等(インシデント(ヒヤリハット) 医療過誤等を含む。)</u>が発生した場合の対処の仕方を学ぶ。</p> | <p>(2) <u>危機管理</u></p> <p>一般目標： <u>医療事故や潜在的医療事故が発生した場合の対処の仕方について学ぶ。</u></p> |
| <p>到達目標： 1) <u>インシデント(ヒヤリハット)と医療過誤</u>の違いを説明できる。</p> | <p>到達目標： 1) <u>医療事故と潜在的医療事故</u>の違いを説明できる。</p> |
| <p>2) <u>医療上の事故等(インシデント(ヒヤリハット) 医療過誤)</u>が発生したときの緊急処置や記録、報告について説明し、実践できる。</p> | <p>2) <u>医療事故や潜在的医療事故の可能性と緊急処置や報告などの対応について説明し、実施できる。</u></p> |
| <p>3) <u>医療過誤に関連して医師に課せられた社会的責任と罰則規定(行政処分、民事責任、刑事責任)</u>を説明できる。</p> | <p>3) <u>医療事故に関連した基本的事項(行政処分、民事責任、刑事責任、司法解剖)</u>を説明できる。</p> |
| <p>4) <u>病理解剖、司法解剖、行政解剖の役割と相違点について概説できる。</u></p> | <p>(新設)</p> |
| <p>5) <u>基本的予防策(ダブルチェック、チェックリスト法、薬品名称の改善、フェイルセイフ・フールプルーフの考え方など)</u>について概説し、実践できる。</p> | <p>(新設)</p> |

| | |
|---|---|
| <p><u>(3) 医療従事者の健康と安全</u></p> <p>一般目標： <u>医療従事者が遭遇する危険性（感染を含む）について、基本的な予防・対処方法を学ぶ。</u></p> | <p>(新設)</p> |
| <p>到達目標： <u>1) 医療従事者の健康管理の重要性を説明できる。</u></p> | <p>(新設)</p> |
| <p><u>2) 標準予防策（Standard Precautions）の必要性を説明し、実行できる。</u></p> | <p>(新設)</p> |
| <p><u>3) 患者隔離の必要な場合について説明できる。</u></p> | <p>(新設)</p> |
| <p><u>4) 針刺し事故等に遭遇した際の対処の仕方を説明できる。</u></p> | <p>(新設)</p> |
| <p>3 コミュニケーションとチーム医療 (2) 患者と医師の関係</p> <p>一般目標： 患者と医師の良好な関係を築くために、患者の個別的背景を理解し、問題点を把握する能力を身につける。</p> | <p>3 コミュニケーションとチーム医療 (2) 患者と医師の関係</p> <p>一般目標： 患者と医師の良好な関係を築くために、患者の個別的背景を理解し、問題点を把握する能力を身につける。</p> |
| <p>到達目標： 1) 患者と家族の精神的・身体的苦痛に十分配慮できる。</p> | <p>到達目標： 1) 患者と家族の精神的・身体的苦痛に十分配慮できる。</p> |
| <p>2) 患者に分かりやすい言葉で対話できる。</p> | <p>2) 患者に分かりやすい言葉で対話できる。</p> |
| <p>3) <u>患者の心理的および社会的背景や自立した生活を送るための課題</u>を把握し、抱える問題点を抽出・整理できる。</p> | <p>3) 患者の心理的および社会的背景を把握し、抱える問題点を抽出・整理できる。</p> |

| | |
|--|--|
| 4)医療行為が患者と医師の契約的な信頼関係にもとづいていることを説明できる。 | 4) 医療行為が患者と医師の契約的な信頼関係にもとづいていることを説明できる。 |
| 5) 患者の要望（診察・転医・紹介）への対処の仕方を説明できる。 | 5) 患者の要望（診察・転医・紹介）への対処の仕方を説明できる。 |
| (削除) | <u>6)カウンセリングの重要性を概説できる。</u> |
| <u>6) 患者のプライバシーに配慮できる。</u> | (新設) |
| <u>7)患者情報の守秘義務と患者等への情報提供の重要性を理解し、適切な取扱ができる。</u> | (新設) |

添 付 資 料

| | |
|--|---|
| 医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議設置要項 | 1 |
| 医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議名簿 | 2 |
| 「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂に関するワーキング・グループ名簿 | 3 |
| 教育者・研究者養成方策の充実に関するワーキング・グループ名簿 | 4 |
| 診療参加型臨床実習の在り方に関するワーキング・グループ名簿 | 5 |
| 第一次報告までの審議経過 | 6 |
| 第一次報告のポイント | 7 |
| 第一次報告（概要） | 8 |

医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議について

平成17年5月6日
高等教育局長決定

1. 目的

大学の医学教育の改善、充実に関する専門的事項について調査研究を行い、必要に応じ報告を取りまとめる。

2. 調査研究事項

- (1) 学部及び大学院における医学教育の改善・充実について
- (2) 地域医療を担う医師養成の在り方について
- (3) 教育研究病院としての大学病院の在り方について
- (4) 教育研究・診療組織の在り方について
- (5) その他

3. 実施方法

- (1) 別紙の協力者により調査研究を行う。
- (2) 必要に応じ、小委員会を設置して検討を行うことができるものとする。
- (3) 必要に応じ、関係者からの意見等を聴くことができるものとする。

4. 実施期間

平成17年5月6日から平成19年3月31日までとする。

5. その他

本会議に関する庶務は、高等教育局医学教育課において処理する。

医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議名簿

(協力者) 22名

| | | |
|-----|----------------------|---|
| | あらがわ よしひろ 荒川 義弘 | 東京大学医学部附属病院臨床研修部副部長 |
| | おおはし としお 大橋 俊夫 | 信州大学医学部長 全国医学部長病院長会議会長 |
| | おがわ ひでおき 小川 秀興 | 学校法人順天堂理事長 順天堂大学長 |
| | かわさき あきのり 川崎 明徳 | 学校法人川崎学園理事長 社団法人日本私立医科大学協会会長 |
| | きたむら きよし 北村 聖 | 東京大学医学教育国際協力研究センター教授 |
| | さとう しんや 佐藤 慎哉 | 山形大学医学部脳神経外科講師 |
| | しんどう さちえ 新道 幸恵 | 青森県立保健大学学長 |
| | すいた さちよ 水田 祥代 | 九州大学病院長 国立大学附属病院長会議地域医療問題小委員会委員長 |
| 座長 | たかく ふみまる 高久 史麿 | 自治医科大学学長 |
| | たなか ゆうじろう 田中 雄二郎 | 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 臨床医学教育開発学分野教授 |
| | つじもと よしこ 辻本 好子 | 特定非営利法人ささえあい医療人権センターCOML理事長 |
| | てらお としひこ 寺尾 俊彦 | 浜松医科大学学長 |
| | ながわ ひろかず 名川 弘一 | 東京大学腫瘍外科教授 |
| | いぬま まさお 飯沼 雅朗 | 社団法人日本医師会常任理事 |
| | はぶ そのこ 垣生 園子 | 東海大学医学部免疫学教室教授 |
| | ふくい つぐや 福井 次矢 | 聖路加国際病院院長 |
| 副座長 | ふくだ やすいちろう 福田 康一郎 | 千葉大学大学院医学研究院教授 |
| | まつお せいいち 松尾 清一 | 名古屋大学大学院医学研究科病態内科学講座免疫応答内科学教授 名古屋大学医学部附属病院副病院長 |
| | みなみ まさこ 南 砂 | 読売新聞東京本社編集局解説部次長 |
| | よしあら みちやす 吉新 通康 | 東京北社会保険病院管理者 社団法人地域医療振興協会理事長 |
| | よしだ おさむ 吉田 修 | 奈良県立医科大学学長 |
| | よしむら ひろくに 吉村 博邦 | 北里大学医学教授 全国医学部長病院長会議顧問 |

(オブザーバー) 2名

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| | わた ひろお 和田 裕生 | 総務省自治財政局公営企業課地域企業経営企画室長 |
| | くりやま まさひで 栗山 雅秀 | 厚生労働省医政局医事課長 |

医学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂に関するワーキング・グループ名簿

| | | |
|--------|--------|----------------------------|
| 主査 | 福田 康一郎 | 千葉大学大学院医学研究院教授 |
| 副主査 | 北村 聖 | 東京大学医学教育国際協力センター教授 |
| | 相川 直樹 | 慶應義塾大学病院長 |
| | 相澤 好治 | 北里大学医学部教授 |
| | 梶井 英治 | 自治医科大学地域医療学センター教授 |
| | 齋藤 宣彦 | 国際医療福祉大学附属三田病院副院長 |
| | 奈良 信雄 | 東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター教授 |
| | 仁田 善雄 | 東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター助教授 |
| | 福島 統 | 東京慈恵会医科大学教育センター副センター長教授 |
| | 福本 陽平 | 山口大学医学部附属病院総合診療部長 |
| | 松村 理司 | 医療法人社団洛和会洛和会音羽病院院長 |
| オブザーバー | 渡 三佳 | 厚生労働省医政局医事課試験免許室専門官 |

教育者 研究者養成方策の充実に関するワーキング・グループ名簿

主査 大橋 俊夫 信州大学医学部長

副主査 垣生 園子 東海大学医学部教授

飯島 俊彦 秋田大学医学部長

河上 裕 慶應義塾大学先端医科学研究所所長

児玉 龍彦 東京大学先端科学技術研究センター教授

祖父江 元 名古屋大学大学院医学系研究科教授

高野 健人 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授

鍋島 陽一 京都大学大学院医学研究科副研究科長

前原 喜彦 九州大学大学院医学研究院教授

宮園 浩平 東京大学大学院医学系研究科教授

森下 竜一 大阪大学大学院医学系研究科教授

オブザーバー 宮寄 雅則 厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室長

オブザーバー 池田千絵子 研究振興局研究振興戦略官付先端医科学研究企画官

診療参加型臨床実習の在り方に関するワーキング・グループ名簿

| | | |
|--------|--------|--|
| 主査 | 名川 弘一 | 東京大学腫瘍外科教授 |
| 副主査 | 田中 雄二郎 | 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 臨床医学教育開発学分野教授 |
| | 大久保 善朗 | 日本医科大学精神医学教室主任教授 |
| | 大滝 純司 | 東京医科大学病院総合診療科教授 |
| | 岡井 崇 | 昭和大学病院産婦人科教授 |
| | 河野 陽一 | 千葉大学大学院医学研究院小児病態学教授 |
| | 後藤 英司 | 横浜市立大学医学研究院教授・臨床研修センター長 |
| | 新保 卓郎 | 国立国際医療センター研究所医療生態学研究部長 |
| | 高瀬 浩造 | 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療政策学教授 |
| | 名郷 直樹 | 社団法人地域医療振興協会 地域医療研修センター長 |
| | 丹生 健一 | 神戸大学大学院医学系研究科耳鼻咽喉・頭頸部外科学教授 ・卒後臨床研修センター長 |
| | 平出 敦 | 京都大学大学院医学研究科附属医学教育推進センター教授 |
| | 吉田 素文 | 九州大学大学院医学研究院医学教育学教授 |
| オブザーバー | 小澤 時男 | 厚生労働省医政局医事課課長補佐 |
| オブザーバー | 井内 努 | 厚生労働省医政局医事課課長補佐 |

第一次報告までの審議経過

第 1 回 平成 17 年 5 月 24 日

主な議題：問題提起

第 2 回 平成 17 年 7 月 12 日

主な議題：地域医療を担う医師養成の在り方、関係者からのヒアリング

第 3 回 平成 17 年 9 月 6 日

主な議題：地域医療を担う医師養成の在り方、卒前教育

第 4 回 平成 17 年 10 月 4 日

主な議題：地域医療を担う医師養成の在り方、卒後教育

第 5 回 平成 17 年 11 月 8 日

主な議題：地域医療を担う医師養成の在り方、教育者・研究者養成及び大学病院

第 6 回 平成 18 年 2 月 2 日

主な議題：第一次報告骨子（案）審議

第 7 回 平成 18 年 3 月 20 日

主な議題：第一次報告骨子（案）審議

第 8 回 平成 18 年 7 月 28 日

主な議題：医師の需給に関する検討会報告書、各ワーキングにおける検討状況

第 9 回 平成 18 年 9 月 27 日

主な議題：第一次報告（案）審議

第 10 回 平成 18 年 11 月 7 日

主な議題：医学部の期間を付した定員の在り方について、教育研究病院としての大学病院の在り方等について

第 11 回 平成 18 年 11 月 28 日

主な議題：医学部の期間を付した定員の在り方について、臨床研究に関する関係者からのヒアリング、第一次報告決定

平成 18 年 10 月 5 日から同年 11 月 4 日まで一次報告（案）のパブリックコメントを実施。第 11 回会議において報告の上、一次報告を決定。

このほか、『「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂に関するワーキンググループ』を 5 回、『教育者・研究者養成方策の充実に係るワーキンググループ』を 6 回、『診療参加型臨床実習の在り方に関するワーキンググループ』を 5 回開催。

医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 第一次報告のポイント

1 地域医療を担う医師の養成及び確保について

医学部定員の暫定的な調整の実施に向けて、関係者が連携して具体的な検討を進めることが必要。

大学の具体的な定員の在り方について、大学の地域定着策の実施等も含め、今後、具体的に検討。

入学者選抜における、地域枠の拡大、地域枠で入学した学生に対する地域医療に関する教育の充実、出身地にとらわれず将来地域医療に従事する意志を有する者を対象とした新たな入学枠（新たな地域枠）の設定、地域枠と奨学金制度の組み合わせなど、卒業後地元に着することにつながるための取組の推進。

地域医療を専門とする教育組織を設けるなど、大学の教育体制の整備。

大学病院の新医師臨床研修における、研修医に対する教育指導体制の整備や処遇の改善、大学病院と協力病院等との緊密な連携体制の構築、プライマリ・ケアのための研修を行うことのできる体制の整備。

大学や大学病院は、医師が生涯にわたって個々人の専門性を高められるよう、医師としてのキャリア形成に中核的な役割を果たすべき。

キャリア形成の場を提供し、都道府県や地域医療機関等と連携して地域における医療提供体制の確保に重要な役割を果たすことが必要。

へき地医療等について学ぶ機会の提供、定年退職した医師や退・休職した女性医師の復帰に対する支援の充実。

大学病院における、医師不足が指摘されている分野等の指導体制の充実、救命救急体制の整備。

大学病院の遠隔医療システムの活用。

2 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂について

地域保健・医療、腫瘍（がん）、医療安全に関する学習内容の充実。

大学院と大学病院との連携の充実等による、がん専門医等の養成の推進。

3 最終報告に向けた検討課題

臨床実習の在り方、新医師臨床研修の充実、専門医養成の在り方、教育者・研究者の養成、大学病院の組織体制の在り方等について、引き続き検討。

医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 第一次報告（概要）

1 地域医療を担う医師の養成及び確保について

(1) 地域医療を担う医師の不足と医学教育・大学病院の果たす役割

関係者の努力にもかかわらず、医師の地域偏在は依然として大きな問題であり、へき地を含む地域での医師の確保は極めて困難なものとなっている。

各大学においては、地域の医育機関として、学部教育、卒後教育の各段階において、将来の地域医療を担う人材の養成に努めるとともに、各大学病院においては、地域の中核病院として、他の医療機関との緊密な連携による適切な医療体制の構築のために協力を行うことが必要である。

(2) 医学部の今後の入学定員の在り方

医師の需給見通しに基づく医師数の適正化については、大学の入学定員の削減という養成課程の入口の段階だけではなく、養成課程における学生への進路変更を含めた適切な指導、国家試験の改善などの養成の出口の段階、さらには資格取得後の段階も視野に入れ、総合的に対策を講じることが必要である。また、医学部の入学定員については、医師の需給というマクロ的な数量調整の観点だけでなく、質の高い医師の育成・確保をいかに図っていくべきかという視点から検討する必要がある。

地域別・診療科別の医師の偏在の問題に関する対応としては、入学定員の増加は短期的には効果は見られず、地域に必要な医師の確保の調整を行うシステムの構築等が求められるところであるが、入学定員に関してもこの問題への対応を図るため、医学部定員の暫定的な調整の実施に向けて関係者が連携して具体的に検討を進めることが必要である。このため、本調査研究協力者会議においては、大学の具体的な定員の在り方について、大学の地域定着策の実施等も含め、今後、具体的に検討を行うこととしている。

(3) 入学者選抜における地域枠の在り方

地域枠を設ける大学においては、高校生に対して、へき地等における医療の確保・向上や地域住民の福祉の増進など医師として地域社会に貢献することの魅力や、そのような医師に求められる人格や適性などについて説明する機会を設けるなど、高等学校教育との連携を図ることが必要である。

地域枠の設定に当たっては、受験生に地域の社会福祉施設等におけるボランティア活動を通じて地域の保健、医療、福祉について考える経験を求めるなど、より地域医療に対する意欲の高い学生を選抜する工夫をこらすことや、大学として適切な教育体制を確保することを前提に、地域枠を拡大することも考えられる。

地域枠で入学した学生を地域医療に貢献できる医師として養成するため、カリキュラムを編成する際には、選択制カリキュラムの設定や内容の工夫も含め地域医療への関心を高めるためのカリキュラムを開発するとともに、地方自治体や地域の医療機関等と連携して地域医療と接して学ぶ機会を提供するなど、地域医療への貢献

を志す学生が、6年間を通じて地域医療についての理解を深めるよう工夫することが必要である。

入学者選抜における地域枠の実施と奨学金制度との関連を持たせることは有効である。大学や都道府県が協力して地域枠と奨学金制度を有効に組み合わせる例は現在でも見られ、今後は、従来の地元出身者のための地域枠に加え、出身地にとらわれず、将来地域医療に従事する意志を有する者を対象とした新たな入学枠（新たな地域枠）を設定した上で卒業後の従事を担保するための奨学金制度を組み合わせるなど、卒業後実際に地元に着することによって結びつけるための取組を一層推進することが必要である。

（４）学部教育における地域医療を担う医師養成の在り方

地域医療従事者や地域保健従事者による特別講義、コメディカル等の医療従事者体験実習や離島、へき地における実習を実施したり、社会医学実習において地域特有の課題について保健所の職員とともに調査研究を実施するなど、学生の地域医療や地域保健への関心を高めるための取組の広がりや充実が求められる。

学生にへき地医療についての理解を深めさせ、プライマリ・ケアの能力を向上させるために、各大学は、各都道府県に置かれているへき地医療支援機構の担当医師の参画を得たり、地域医療を専門とする教育組織を設けるなど、その教育体制の整備について検討を行うことが必要である。

各大学における地域医療を担う医師養成の取組を、国や地方公共団体がそれぞれの役割分担に応じ、必要な予算措置や寄附講座の設置等を通じて支援することが必要である。

（５）卒後教育における地域医療を担う医師養成の在り方

大学病院における新医師臨床研修の充実

地域全体として大学病院と地域の医療機関、保健所等が、連携した卒後臨床研修体制を整備し、医学生への積極的な情報提供を行うことが必要である。

各大学においては、ワークショップや指導医講習会の開催を通じて、指導医に対し、地域保健・医療の重要性について理解を深めさせることが必要である。また、地域保健・医療の研修の効果を高めるためには、大学側と受け入れ側の緊密な連携が不可欠であるとともに、研修前後の研修医への十分な指導が必要である。

さらに、大学病院における研修医の減少傾向が生じた原因を分析するとともに、研修医に対する教育指導体制の整備や処遇の改善、大学病院と協力病院等との緊密な連携体制の構築等に取り組むことが必要である。

新医師臨床研修後の研修における総合診療医の育成

地域社会で特にニーズの高い総合的なケアを修め、プライマリ・ケアを極める医師も、高度な専門性を持った臨床医であるとの認識に立って、専門医研修における総合診療医の養成システムを構築していくことが重要である。

大学病院においては、地域の医療機関との連携を図りながら、プライマリ・ケアのための研修を行うことのできる体制を整備することについて検討する必要がある。

関係学会が総合診療医の認定医制度を設けるなど、総合診療医の専門性が社会的

にも認知されるような仕組みを設けることが望まれる。

大学や大学病院における生涯学習体制の整備

医療人の養成の場である大学や大学病院においては、学部教育、卒後教育の各段階において、医師が生涯にわたって個々人の専門性を高められるよう、医師としてのキャリア形成に中核的な役割を果たすことが求められる。

大学や大学病院において、地域医療等にかかわることを希望する様々な年代の医師が診療能力の向上を目指して、プライマリ・ケアやへき地医療、医師不足が指摘されている分野の医療等について学ぶ機会を提供することが期待される。特に、地域における医療体制の確保のためには、離・退職した潜在的な医師の活用が求められることから、定年退職した医師や子育て等の理由により退・休職した女性医師の復帰に対する支援の充実が求められる。

(6) 地域医療を担う医師確保に関する大学病院の役割

大学病院による地域医療支援

各大学においては、診療科単位で行っている医師紹介の窓口を一本化するなど、透明性を確保しながら医師紹介を行うシステムを構築することが必要である。

大学として地域医療対策協議会へ積極的に参画し、地域の医療機関との病病・病診連携を実施して、地域における医療機能分担を推進したり、地域における医療資源の集約化に資する医師紹介を行ったりするなど、都道府県の医療施策への協力が期待される。

大学病院は、自ら積極的に医師としてのキャリア形成の場の提供を図るとともに、都道府県や地域の医療機関等と連携し、地域における医療提供体制の確保に重要な役割を担うことが必要である。

小児科、産婦人科等、医師不足が指摘されている分野も含め、指導体制の充実を図るなど、人材養成のための体制を整備することが必要である。

大学病院の救命救急センターや救急部は、地域の救急体制の中核として重要な役割を果たしており、救命救急体制の整備・充実と救急医の養成を図ることも必要である。

遠隔医療システムの活用

大学病院が、情報通信技術を活用して地域の医療機関とのネットワークを形成するなどにより、医療面での協力を行うことが期待される所であり、国や地方公共団体が必要な支援を行うことについて検討が必要である。

2 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂について

(1) 「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に基づく学部教育の充実

医学や医療を取り巻く環境の変化により、地域医療を担う人材の育成や腫瘍学教育、医療安全教育の充実のように、社会的要請が高く、早急にモデル・コア・カリキュラムへ反映されることが望ましいものも生じていることなどを踏まえて、モデル・コア・カリキュラムの改訂について検討する必要がある。

(2) 地域保健・医療についての記載の充実

各大学における地域保健・医療を担う人材の育成の取組を推進し、学生

に地域保健・医療に関する興味・関心を高めるための体系的な学習機会を提供するためには、「項目（F）医学・医療と社会」の中に、地域保健・医療に関する新たな項を新設した上で、「地域医療の在り方と現状及び課題を理解し、地域医療に貢献するための能力を身に付ける。」ことを一般目標として明示するとともに、地域保健・医療の全体像を把握することのできる学習内容を到達目標として記述することが適当である。

その際、医師の地域偏在、小児科・産婦人科等の分野別偏在等の地域保健・医療の抱える課題に関する各大学の教育を推進する観点からの記述を到達目標に明記することが適当である。

（３）腫瘍に関する病態発生・診断・治療についての体系的記載

がん治療専門医の育成のため、各大学における腫瘍に関する専門的な教育を推進するための必要な見直しを行うことが適当である。

腫瘍に関する項目を「D 全身におよぶ生理的变化、病態、診断、治療」の中に位置づけた上で、【病理・病態】【発生原因・疫学・予防】【診断】【治療】等の系統的な学習事項の区分を設けてそれぞれの区分ごとに到達目標を明示するなど、体系的に記載することが適当である。

各大学においては、がん診療全般を取扱う教育組織を設置するなどして学部教育の充実に取り組むとともに、大学病院においても、がん診療に特化した診療組織の設置や専門医研修の実施等によりがん診療や専門医養成等の充実に取り組むことが必要である。

特に、大学院のコースワークの中に専門医資格取得のための教育内容を盛り込むとともに、大学病院における実施修練を充実させるなど、がん専門医の養成における大学院と大学病院との連携の充実を図ることが必要である。そのために、大学院と大学病院におけるがん治療教育のコーディネーターを設けることも考えられる。さらに、各診療科の基盤学会の資格を取得した医師を対象とした、がんの診断・治療・研究に必要な高度先進的な知識と技術の修得の機会の提供や、がん医療に携わるコメディカルに対する実践的な教育の機会の提供も必要である。

（４）医療における安全性への配慮と救命・救急に関する記載の充実

社会的要請である質の高い医療の提供を実現するためには、新たな診断・治療方法の確立等と並んで、患者側の視点に立った安全性の高い医療の提供が重要であり、医療上の事故等の発生後の対応に加えて、具体的な予防方法に関する学習内容を盛り込むなど、医療上の事故等を予防するための学習内容を充実させることが適当である。あわせて、医療従事者自身の安全確保や事故対応に関する学習内容も新たに盛り込むことが適当である。

さらに、様々な分野における個人情報流出が社会問題となっていることを踏まえ、医療現場におけるこのような事案の発生を予防するために、患者のプライバシーへの配慮等の個人情報の取り扱いに関する学習内容を新たに盛り込むことが適当である。

(5) 医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂に関する今後の検討課題

医師国家試験出題基準の改正も踏まえつつ法制度、名称等の変更にすみやかに対応してモデル・コア・カリキュラムに反映するための恒常的な体制の構築を、文部科学省を中心として、各大学、医学関係者、社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構、東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター（MDセンター）の協力を得ながら具体的に検討することが適当である。

3 最終報告に向けた検討課題

(1) 入学者選抜方法の改善について

大学から高等学校等への適切な情報提供の在り方なども含め、入学者選抜方法の改善について検討する必要がある。

(2) 共用試験の位置付けの明確化

モデル・コア・カリキュラムの改訂を行う際には、共用試験の問題作成や出題を円滑に行う観点からも検討が行われることが必要であり、明らかな記載上の誤りの修正を行うとともに、法制度や名称の変更による修正などを行う必要がある。また、法制度、名称等の変更にすみやかに対応してモデル・コア・カリキュラムに反映するための恒常的な体制の構築について検討する必要がある。さらに、本格的なモデル・コア・カリキュラムの改訂の際に、社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構の果たす役割についても検討する必要がある。

(3) 新医師臨床研修との整合性・接続性・役割分担を踏まえた臨床実習の在り方

診療参加型臨床実習の実施にあたっては、各診療科の連携協力体制、さらにはコメディカルを含めた診療チームの連携協力体制を構築するなど、組織的な教育体制を確立することが必要である。

医療安全に対する国民の要望が高まる中で、診療参加型臨床実習における侵襲的医行為等の実施にあたっては、学生の態度、技能、知識の適切な評価や指導医による指導・監督等に加え、患者に対する医学生である旨の明確な紹介と患者の理解と同意を徹底することが必要である。

医療安全の観点も踏まえて、新医師臨床研修制度における研修内容との整合性・接続性・役割分担に配慮した診療参加型臨床実習の在り方について明らかにするとともに、臨床実習に係るモデル・コア・カリキュラムの改訂について検討する必要がある。

(4) 大学病院における新医師臨床研修の充実

各大学病院においては、診療科ごとだけではなく、大学全体の統一的な理念に基づく研修目標やプログラムを策定するとともに、基本研修科目や必修科目ごとに到達目標を明示し、その下でローテート方式の新医師臨床研修を実施する体制を構築することが必要である。

総合診療部などを活用した総合診療方式の積極的な導入、卒後臨床研修センター等を中心とした全体的なコーディネート体制の充実、学外の多様な医療機関との連携や研修希望者の要望の反映、研修希望者への情報提供の在り方など具体的な改善

方策について検討する必要がある。

(5) 専門医養成の在り方

新医師臨床研修修了後は、都道府県や地域の医療機関と連携し、大学病院や地域の多様な医療機関をローテートしながら修練や経験を積むことにより、医師としてのキャリア形成が可能となるような医師養成システムを構築することが必要である。大学病院は、自ら積極的に専門医養成の場の提供や養成プログラムの充実を図った上で、地域の医療機関等と連携し、このような医師養成システムの構築に中核的な役割を果たすことが求められる。

さらに、大学院における人材養成に係る目的の明確化やコースワークのカリキュラムの工夫・改善を図った上で、専門医養成における、大学院の取組の充実や、大学院と大学病院との連携の充実を図ることが必要である。具体的には、大学院のコースワークの中に専門医資格取得のための教育内容を盛り込むとともに大学病院における実施修練を充実させる取組や、大学病院の専門医研修者が大学院にも在籍し博士号を取得する取組の推進とそのための体制の整備が求められる。

大学院教育との関連も踏まえながら、専門医養成の在り方について検討する必要がある。

(6) 医学系分野で求められる教育者・研究者の養成

優れた教育者や研究者を養成するためには、学部教育の段階から、継続的に病態解明・診断・治療について検証し、改善しようとする意欲や積極的に研究に参加する姿勢などを育てていく必要がある。

医学系分野で求められる教育者・研究者の養成方策について、新医師臨床研修制度による状況の変化も考慮に入れながら検討する必要がある。

(7) 臨床研究の推進

臨床研究を推進するために、大学は、臨床研究のデータセンターとしての機能・役割を充実させることが必要である。

我が国における臨床研究の推進のために求められる人材や、その養成方策について検討する必要がある。

(8) 教育研究病院としての大学病院の役割を適切に果たすための組織体制の在り方

新医師臨床研修制度の導入に伴う研修医の減少に見られるように、大学病院が教育機関としての役割を果たすための体制の整備が十分ではないのではないかと考えられるような状況が見られる。

教育研究病院としての大学病院の役割を適切に果たすための組織体制の在り方について検討する必要がある。

(9) 女性医師の増加に伴う環境整備

大学病院における、女性医師の働きやすい環境の整備や、退・休職した女性医師の復帰に対する支援の充実について検討する必要がある。