

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

① 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・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。

② 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、①地域保健・医療についての記載の充実、②腫瘍に関する病態発生・診断・治療についての体系的記載、③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、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①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、②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、①待遇・処遇が悪い（22.2%）、②プライマリ・ケアの能力がよく身に付けられない（21.6%）、③研修に必要な手技（症例）の経験が不十分（19.7%）、④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、①地理的条件が良い（30.4%）、②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、①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%）、②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。
- 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、①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、②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、①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、②一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、③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。