



福島医発第 2533 号 (総)

平成 21 年 3 月 14 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 横 倉 義 武

(公印省略)

文部科学省・厚生労働省「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」等の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、今般、文部科学省及び厚生労働省合同で設置された「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」において、臨床研修制度等に関する意見のとりまとめが行われました。

今回の臨床研修制度の見直しでは、国が定める必修の診療科は内科（6か月以上）、救急（3か月以上）にとどめることとし、これらの診療科における研修は、原則として1年目に実施する。内科、救急以外で従来必修とされた科目（外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科）は新たに選択必修と位置づけ、この中から各研修医が2診療科を選択する等の研修プログラムの弾力化や募集定員や受入病院のあり方の見直しなどが行われました。

また、本とりまとめは、厚生労働省医道審議会医師分科会医師臨床研修部会に提出され、同部会において臨床研修制度の見直しについて議論されましたので、ご参考にその際の資料もあわせてお送りいたします。これを受けて、今後パブリックコメントが募集される予定となっております。

(添付資料)

1. 臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ

(参考資料)

1. 厚労省医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（平成 21 年 3 月 2 日開催）
資料 1 今後の臨床研修制度の概要について（案）
資料 2 今後の臨床研修制度の概要について（案）のイメージ
資料 3 研修医の募集定員に関する都道府県別の上限についての試算

小郡三井医師会より

学術担当理事 永田正和
会長 丸山 泉

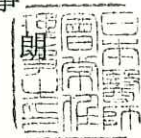
(生85)

平成21年3月4日

都道府県医師会担当理事 殿

日本医師会生涯教育担当理事

飯 沼 雅



文部科学省・厚生労働省「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」等の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、今般、文部科学省及び厚生労働省合同で設置され、小職が参画する「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」において、臨床研修制度等に関する意見のとりまとめが行われました。

つきましては、本とりまとめをお送りいたしますので、ご査収の程よろしくお願い申し上げます。

また、本とりまとめは、厚生労働省医道審議会医師分科会医師臨床研修部会に提出され、同部会において臨床研修制度の見直しについて議論されましたので、ご参考にその際の資料もあわせてお送りいたします。なお、これを受けて、今後パブリックコメントが募集される予定となっておりますことを申し添えます。

(添付資料)

1. 臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ

(平成21年2月18日 臨床研修制度のあり方等に関する検討会)

(参考資料)

1. 厚生労働省医道審議会医師分科会医師臨床研修部会(平成21年3月2日開催)資料

資料1 今後の臨床研修制度の概要について(案)

資料2 今後の臨床研修制度の概要について(案)のイメージ

資料3 研修医の募集定員に関する都道府県別の上限についての試算



臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ

平成 2 1 年 2 月 1 8 日

臨床研修制度のあり方等に関する検討会

目次

1	はじめに	1
2	臨床研修制度導入以降の状況	1
3	制度の見直しに当たっての基本的な考え方	2
4	臨床研修制度等の見直しの方向	3
5	おわりに	5
参考資料 1	主な意見	6
2	構成員	18
3	検討経過	19

1 はじめに

本検討会は、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中間とりまとめ（平成20年9月）に基づき、医師の臨床研修制度等のあり方について検討を行うことを目的として、平成20年9月8日に第1回の会合を開催した。

以降、関係者からのヒアリング、研修医等に対するアンケート、さらに関係団体からの意見等を参考に、計6回にわたる会合を重ねてきたが、今般、臨床研修制度等の見直しについて意見を取りまとめた。

文部科学省及び厚生労働省においては、引き続き十分な連携を図りながら、本検討会で出された様々な意見を真摯に受けとめ、以下のとりまとめに沿って臨床研修制度等を速やかに見直すことを要請する。

2 臨床研修制度導入以降の状況

医師の臨床研修制度は、より良い医師の育成を図るために、「医師としての人格のかん養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」を基本理念として、平成16年度に義務化された。制度導入から5年を経て、以下のような様々な状況が見られる。

- (1) 制度導入以降、多くの病院で研修医の受入れ・指導の経験が積み、そのノウ・ハウが蓄積・共有化されてきている。今後、各病院が蓄積されたノウ・ハウをベースに病院の個性や指導上の工夫を活かした特色ある研修を展開していく上で、国が定める研修プログラムの基準の見直しが求められている。
- (2) 複数の診療科をローテートすることで、研修医の基本的な診療能力に一定の向上が見られるなど、全体として制度の基本理念が実現されつつある。他方、将来のキャリア等に関わらず多くの診療科での短期間の研修が一律に行われることで、研修医のモチベーションを損なったり、専門医等の多様なキャリアパスへの円滑な接続の妨げとなる場合がある。
- (3) 平成13年度に全国の医学部共通のコア・カリキュラムが公表され、また、平成17年度からいわゆる共用試験（CBT^{*1}、OSCE^{*2}）が実施されるなど、医学部教育の見直しが大幅に進展した。一方、こうした医学部教育改革の動向と臨床研修制度が十分に連動しておらず、双方の教育・研修内容の間で調整が必要となっている。

- (4) 現行制度の下で、研修医と受入病院との間での全国的なマッチング・システムが導入されたこととともなって、研修医の受入病院の数が飛躍的に増加し、研修医を受け入れた病院の活性化に貢献した。他方、受入病院の指導体制等に格差が生じており、臨床研修の質の一層の向上が求められている。
- (5) 臨床研修制度の導入以降、大学病院において臨床研修を受ける医師が大幅に減少し、また、専門の診療科を決定することが遅れたことも影響して、大学病院の若手医師が実質的に不足する状況となった。このため、大学病院が担ってきた地域の医療機関への医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化・加速するきっかけとなった。
- (6) 研修医の募集定員は、病院ごとには一定の基準に基づき管理されているものの、総数や地域別にはほとんど調整が行われていない。このため、募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大しており、また、都市部に多くの受入病院があることと相まって、研修医が研修後も含め都市部に集中する傾向が続いている。
- (7) 現行制度の下で研修医の身分と処遇（給与等）が大幅に改善され、研修医が経済的な心配をすることなく研修に専念できる環境が整った。ただし、処遇内容は研修医と病院との雇用契約で決まるため、結果的に病院間で研修医の処遇内容に違いが生じており、中には研修制度の本来の趣旨に照らして不適切に高額な処遇の事例が見られる。

*1;CBT(Computer Based Testing) :

知識の総合的理解力をコンピューターを用いて評価する客観試験

*2;OSCE(Objective Structured Clinical Examination) :

臨床実習に必要な基本的診療技能・態度を評価する客観的臨床能力試験

3 制度の見直しに当たっての基本的な考え方

「2」の状況を踏まえ、より良い医師の育成のための「医師としての人格のかん養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」という制度の基本理念、および基本理念を具体化した到達目標を前提として、当面、以下の基本的な考え方に立って臨床研修制度等を見直すべきである。

- ①研修医の将来のキャリア等への円滑な接続が図られ、各病院の個性や工夫を活かした特色ある研修が可能となるよう、研修プログラムを弾力化する。

- ②医学部教育改革の動向や専門医制度の検討の動向等を踏まえ、卒前・卒後の一貫した医師養成を目指して、臨床研修の質の向上及び学部教育の更なる充実を図る。
- ③医師の地域偏在への対応、大学病院等の医師派遣・養成機能の強化、さらに研修の質の一層の向上等の観点から、研修医の募集定員及び受入病院のあり方を見直す。

4 臨床研修制度等を見直しの方向

「3」の基本的な考え方に立ち、以下のように臨床研修制度等を見直すことが適当である。

(1) 研修プログラムの弾力化

- 国が定める必修の診療科は内科（6か月以上）、救急（3か月以上）にとどめることとし、これらの診療科における研修は、原則として1年目に実施する。
- 内科、救急以外で従来必修とされた科目（外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科）は新たに選択必修と位置づけ、この中から各研修医が2診療科を選択する。
- 選択必修の診療科について、研修医の希望に応じていずれの診療科の研修も確実に実施できるよう、受入病院は各診療科のプログラムを必ず用意し、受け持ちの入院患者について指導できる体制を確保する。
- 内科、救急など基本的な研修を1年間とし、2年目から将来のキャリアに応じた診療科における研修を行うことができるようにする。また、研修開始時に将来のキャリアに応じた診療科における研修を一定期間行った後に、内科、救急以下の研修を行うことも可能とする。
- 現在行われているような多くの診療科をローテートする研修も、引き続き各病院の判断で実施できることとする。
- 小児科、産科など医師不足の診療科の医師の確保に資するよう、一定規模以上の病院は、将来これらの専門医になることを希望する研修医を対象とした研修プログラムを用意する。
- 研修2年目に、十分な指導体制の下で、地域の第一線の病院、診療所において研修を行う地域医療研修（1か月以上）を必修とする。研修施設は、関係自治体の意向を踏まえるなど地域の実情に応じて選定されるよう配慮する。

- 到達目標について、研修医の到達度を客観的に評価する仕組みを構築するとともに、今後の医学的知見・技術の進歩、疾病構造の変化、さらに卒前教育や臨床研修の改善状況等に対応しつつ、適切に見直すシステムを構築する。
- プログラムの弾力化に併せて、研修の質を確保するため、指導体制、研修内容、研修医の到達度等について、受入病院を第三者的に評価し、その結果をフィードバックする体制を構築する。

(2) 募集定員や受入病院のあり方の見直し

- 研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、人口分布を始め医師養成規模・地理的条件等を考慮した都道府県別の募集定員の上限を設定する。
- 各病院の募集定員は、過去の研修医の受入実績等を踏まえ適正規模に見直すとともに、大学病院等の地域の中核病院による医師派遣実績等も勘案した上で、当該都道府県の募集定員の上限と必要な調整を行って設定する。その結果、募集定員の大幅な削減の対象となる場合などについては、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。
- 研修希望者が、自分の将来のキャリア等を勘案し、各病院の特色ある研修プログラムを選択できるよう、引き続き、受入病院が公表した研修プログラムを全国規模で選択できるようにする。
- 研修の質の向上のため、研修プログラムを管理する病院について、症例数、設備、指導体制など病院の水準・規模の面で基準を強化するとともに、大学病院など地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成を推進する。その結果、管理型臨床研修病院の指定取り消しの対象となる場合などについては、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。
- 研修医の処遇（給与等）は、研修医と病院との雇用契約の中で決定されるべきものであるが、研修制度の趣旨を著しく逸脱するような不適切な事例については、是正を誘導するための一定の措置を講ずる。

(3) 関連する制度等の見直し

- 臨床実習を始める医学生の一質を担保するため、大学の共用試験の合格水準を標準化する方向で検討するとともに、産科や小児科、精神科など診療科の医師不足に対応し、身体面のみならず精神面も重視した全人的医療を進めるための臨床実習の充実を図るなど、医学教育のカリキュラムの見直しを行う。
- 医学部卒業生の地域定着を促進するため、各大学の実情に応じ、医学部入学における地域枠の拡大などの取組みを進める。
- 臨床研修修了後の専門性を高める研修及び生涯学習のあり方について、医師の診療科偏在や地域偏在の是正を図り、医師のキャリアパスが明確となるよう見直す。
- 卒前の臨床実習の充実の状況を踏まえながら、医学生の一医行為の取扱いや国家試験の内容を見直す。
- 大学病院等による医師派遣機能を、地域の関係者の意向が十分反映された開かれたシステムとして再構築する。
- 今般の臨床研修制度等の一見直しに伴い、研修指導体制の充実や研修内容等の評価システムの構築、医師派遣機能の強化など、優れた医師養成に必要な予算の拡充を図る。

5 おわりに

今回の見直しの結果、研修医の診療能力の向上や地域医療の確保にどのような効果、影響があったか、研修の具体的内容、研修医の到達度等を継続的に検証し、5年後を目途に改めて制度の見直しについて検討する必要がある。

将来的には、卒前、卒後の一貫した医師養成を図るという観点から、医学教育、臨床研修及びその後の専門性を高める研修を含め、医師の生涯にわたる研鑽のあり方について、さらに抜本的に見直していくことも必要である。

また、医師不足問題への対応は、臨床研修制度の見直しだけでは不十分である。医師養成の拡大、医師の勤務環境の改善、医療関係職種間の連携など、関連する対策の一層の強化を強く望む。

最後に、病院関係者が、本制度の見直しの趣旨を踏まえて臨床研修の充実に取り組み、医師養成への国民の期待に応えることを期待する。

臨床研修制度のあり方等に関する検討会における 主な意見

1. 議論の進め方について

- 臨床研修制度が始まる時から、これを実行すれば日本の地域医療は崩壊するだろう、田舎から医者がいなくなるだろう、科の偏在も起きるだろうと言っていた。全身状態が診れないようなものが診れるようになったとか、そういういい点はあった。この委員会でどのように臨床研修制度を変えたらいいのかというスタンスでやったほうがよい。
- 医師を養成するということについては質と数の問題もあり、地域医療での医師不足という問題はあるが、これらは個別の問題として、この委員会では、枠組みをどのようにつくっていくのかということをも根本的に考えておかないと、これからの医療供給はうまくいかない。この委員会で文科省と厚労省とが合同して、連携しながら検討できたらよい。
- 制度改革は、研修医あるいは指導医側の理解も重要だが、国民の共感や理解がないと進んでいけない。どのような医師を国民が望んでいるのかというのが、非常に重要なこと。もう一つ重要なのが、どのような医療体制を国民の方が今望んでいるのか。オン・ザ・ジョブのトレーニングの中で、地域を巻き込んだ部分を大学、大きな研修病院も含めて考えてなければ、国民の理解や共感が得られない。
- 医師を養成する側と、医療の体制をつくる側とが、一緒になってどのようにしていけばいいかということを考え、地方にある大学、都会にある大学といろいろな形で進めていくのがよく、枠組みも新しい概念でやらないといけない。
- 目的は国民、社会の理解をいかに得るかということであり、そのためには、国民に社会を理解させるために客観性のある、国際的に通用するデータを提示して、現状を知らせることによって現場の意見も的確に伝え、そして社会、国民がいかに判定するかということが肝要。
- 現場の初期研修医のアンケート回答率が低く、ほんとうに信頼していいかどうか、このままのデータを現場の意見として考えていいかどうか検討してもらいたい。
- 制度設計に、変更は必須の課題であって、そのときの状況で見直す必要がある。
- 各論で研修制度をどうするかということではなく、その背景には地方における医療崩壊という実情があることを前提にして、この委員会が立ち上がっているので、そういうところに戻って議論していかなければならない。
- 臨床実習がいまだに医学教育の現場の中で定着せず、後退をしているという現状から、卒前の医学教育から卒後の教育、そして生涯教育につながるきちとした全体の制度設計の中で議論を進めていかなければならない。
- 診療科の偏在、地域の偏在、勤務形態（勤務医と開業医）の偏在という3つの偏在に卒後研修制度がどのくらい関わっているのか、その3つの偏在に対して解消する、影響する部分があるかどうかという議論をしていく必要がある。
- 限られた期間にある程度まとめなければならぬとすると、全部の問題をここで議論することは到底不可能。初期研修の問題を主に議論せざるを得ない。自分が専門に行くところをどの程度優先するのかという問題を最終的には報告書としては絞らざるを得ない。
- 見直しにあたっては、臨床研修の基本理念を後退させてはならない。むしろ、いかに充実させていくかという見直しが必要。

- 研修制度のすぐできる手直しとして、マッチングの手直し。募集枠を9,000程度までに絞って、質の高い研修病院を残す。その際に、地域分布、人口を考慮する。数年かかる手直しとして、臨床実習の質の改善と、国家試験を知識重視型から実技重視型に変えること。そして最後に、卒後研修の内容・期間について検討してはどうか。
- 少なくとも2年間は処遇が保障された研修制度があるのだから、この制度を有効に使うべき。
- この検討会の中では時間が限られているので、事務局で質問を整理して、各関係団体に具体的な質問を出して、意見をもらって、それを踏まえて報告書をまとめていきたい。
- 国民にとって良い医師を育てるということなので、全人的に診ることのできる医師が必要。
- 制度開始から5年経って、研修を受けた人がどうなっているかはアンケート調査だけではちゃんとした評価がない。
- 患者の立場から考えてもらいたい。研修医の立場だけ考えてもらっては困る。
- 研修医の到達度を評価する客観的なシステムが必要。さらに、今回の見直しの5年後にも再度見直しをしていただきたい。
- 研修制度には公費が使われているので、国民が納得する内容の見直しをやらなければならない。
- 文科省と厚労省が一貫して医師養成を考えるようになったことはうれしいことであり、今後これをどうやって充実するかという議論が期待される
- 大学の研修医を充実させることも、日本の医療の根幹を支えるために必要ではないか。

2. 医師不足、地域偏在について

- 新臨床研修制度が地域の医師不足を招いたと言われていることに、信憑性があるかどうか疑わざるを得ない。千葉県のように、一生懸命やれば若いお医者さんは集まる。実際に、地域でも新臨床研修制度がいい具合に動いている。すぐれた指導医とか研修体制があればそこに人が集まる。
- どのような専門分野の先生が、どこにどれくらい足りないかというデータが示されなければ、医師が足りないかどうかはわからない。幅広い臨床能力を持つ、経験症例数を増やそうという新臨床研修制度自体の最大の目的は、達成しつつある。新臨床研修制度を、医師不足の最大の原因ととらえるのは、まだデータ不足ではないか。
- 毎年、医師総員は少しずつ増えてきたのに、ここ数年の間に、医療崩壊というのが社会問題化した。この間に変わった制度は、臨床研修制度以外にない。研修医は各診療科のマンパワーにはなっていない。約15,000名から16,000名の医師が突然消えたというのと同じ状況になっている。全国医学部長病院長会議のデータによれば、人口50万人未満の小さな都市しかない都道府県では研修医が大学に30%しか残っていないので、大学の医師派遣機能の大幅な低下を招いて、今の地域医療の崩壊を招いている。数カ月あるいは1年で潰れていくような病院が、地方にはたくさんある。
- 医療崩壊の原因を臨床研修との関係から見ると、影響は若干あったと思うが、これが大きな要因だとは思っていない。この研修制度が始まる前から北海道では、特に産婦人科の集約化などが始まっていた。専門教育を受けた先生方が地方に行きたがらない。逆にこの研修制度がなければ、医療崩壊は今以上にあったかもしれない。
- 質の高いよい医師を育成する、研修の質を高めるということと、医師の偏在の是正とは、2つの別の課題。研修制度の部分だけの見直しだけでは足りない。この際、卒前・卒後の一貫した医師養成システムの構築を考えるのは非常にいいこと。しかし、これは中長期的な目標である。すぐに偏在や不足を是正するためには、学生の数と病院の募集数を近づける、地域枠を設定する。

- 昔、患者さんは内科、小児科を受診していたが、今は患者さんが小児科医を求めるため、医師不足が相対的に起こっている。地域には、相当レベルの高いお医者さんでないと行けない。自分の生活の問題もあって、なかなか行けないという状況がある。
- 医師不足の問題は、OECDのデータで人口に対する医師数が30カ国中27位。高等教育の予算は、30カ国中29位。医療費は30カ国中22位。専門別の医師数分布は、厚労省にデータがある。この臨床研修医制度ができて、主要重点都市の研修医の数は、減っているという事実がある。
- 長崎も年々研修医が減少している。都市と地方の病院に適正に人を配置するマッチング制度が必要。マッチングのための面接の期間を全国統一とすべき。専門医の協会がマッチングの枠を決めている欧米の様にリーズナブルところで手を打てば、無駄がなくなるだろう。
- 大学病院が地域医療のキーとなるのは確かで、大学を中心として地方自治体や病院を含めて、新しい医師の養成システムをつくらなければならない。その中に初期の臨床研修制度を組み込んでいくしかない。それをやるためには、研修病院による経済的インセンティブの差をなくすことと、各地域で研修医数の枠を決めること。地域の中だけでマッチングするのではなく、各都道府県の枠を決めた上で全国でマッチングをすればよい。
- 募集定員を9,000名くらいまで絞る作業をする中で分布をうまく考えて、できるだけ地域の偏在が起こらないようにする。
- 大学の医局が医師を派遣していることは、よくないだろうということで臨床研修制度を始めた。北海道では大学の主導で北海道医療対策協議会が、調整を行っている。今まで大学にその役割を負わせてきたというのは、行政の責任だと思っている。行政主導でそのような仕組みを都道府県に作ることによって、大学は非常に楽になるのではないか。
- そもそも医師の養成数が少なすぎる。各医学部の定員を少しずつ増やすだけでは間に合わない。メディカルスクールというか、社会人を4年間で医師にするような所を医師の少ない県に限って作ることを文部科学省も一緒に検討してはどうか。
- 新潟県内の医師不足は極めて深刻。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。地方の大学病院の問題を抜きに、我が国の医療問題や研修医問題を語ることはできない。
- 平成16年以降大学入局者も減少している。このような状態が続くと、新潟県内の医療は維持できない。大学病院が力をつけて元気にならなければ、地域医療はもたないと現場では実感している。
- マッチングは地方と都市のバランスが保てるよう早急に改善するべきである。
- 初期臨床研修が終わって、大学にどのくらい戻ってくるかが重要であり、小さな都市しかない都道府県の帰学率は30%、これで地域医療を守れといっても不可能な状況。特に大都会のない都道府県においては、もう待ったなしの状況であり、来春にはそういう小さな県の地方医療は色々なところで崩壊して、住民の生命に関わるものが起こってくるのではないかと思う。そういう意味ではこの委員会の使命というのは、極めて重要だということを認識して、早急なディスカッションをお願いしたい。
- データ出す時にはその都道府県の大学病院に何%戻ったかではなく、大学以外の病院も含めてどれだけ戻ったかというシミュレーションが必要だと思う。大学とほかの病院を合わせて少ないのであれば地域医療は崩壊だが、大学病院は少ないけれども、その県の中他の病院に後期研修で戻っていれば、崩壊ということにならないと思う。
- 臨床研修が終わった後に大学にどれだけ戻るかということが重要だが、大都会のない都道府県では帰学率が低いので、研修制度を抜本的に見直す、もしくは一時凍結するなど

の対応が必要。

- 研修制度が医師不足の原因になったとは事実誤認。医師数が閣議決定で抑制されていたことが問題であり、深刻さを増した。
- 研修制度によって、医籍には登録されているが地域医療に貢献していない医師が日本の医師数の約7%にあたる15,000人もいる。
- 研修制度が医師不足を招いたのではなく、顕在化させた。
- 研修制度が医師不足の全ての諸悪ではないが、きっかけになったことは確か。意外な事実だが、研修制度が研修医の都市集中を助長した訳ではなく、研修制度が始まってむしろ都市部では研修医は減っている。
- この検討会のきっかけは医療崩壊にある。余裕があれば研修を3年でもやればよいが、医療崩壊で余裕がないのだから、現状の中でどう対応していくかが問題。
- この制度の一番大きな問題は科の偏在を作ったこと。マッチングで医学部生に普通の社会人と同じような職業選択をさせてしまったことが問題。
- 地域偏在への対応としては、臨床研修修了後の専門研修医が都市に集中しすぎるべきでないよう方策を考えるべき。

3. 研修期間、内容について

- 研修制度が医師引き上げの大きな要因。札幌医科大でも派遣医師は減少し、派遣できないケースが増加している。制度見直しの提言として、2年目での地域医療の期間を拡大してはどうか。
- 研修制度が、現在の医療の混乱を招いたことは事実。大学病院を建て直すことが、地域医療を建て直す近道であり正道である。その即効策は、今年の大学病院特別コースを全科に適応させること。
- この研修制度は、従来の制度に比べてアドバンテージがあった。プライマリ・ケアを教えて、眼科や精神科に行く人も全身が診れるようになったが、いくつかの問題もある。処遇の高いところに行っていること、地域医療の崩壊、科の偏在である。研修制度の教育の質の担保をしながら見直しをしなければならない。卒前・卒後、診療科ごとにダブりがあるので、獲得目標を達成できれば、1年への期間短縮も可能。
- 2年を1年に変えることで大学に人が集まるかどうかは、大変疑問。
- 患者が学生に診られるのを嫌がるため、臨床実習はどんどん後退している。プライマリ・ケアの教育は、現場の診療所なり開業医の先生の所へ行行って勉強しないと、本当の意味での教育にはならない。中心は卒後だと思うが、今のように専門科の下をぐるぐる回っても、本当の意味でのプライマリ・ケアの教育にはならない。
- なぜこの臨床研修制度ができたかという、卒前教育だけではすぐに臨床に役に立つ医師ができないということがあった。しかも国民のニーズに応えられるようなプライマリ・ケアをやる医師も育てなければならないということで、最低2年間の研修は必要だということで始まった。もし今後、現状の枠を大きく変えるのであれば、卒前教育をどうするかという前提がなければならない。卒前教育が今のままであれば、最低2年は必要。
- 大学以外に属している者には、8,000人も医師が減ったという感覚はない。ある病床以上の研修病院でしっかり症例を診ながら研修することと、地域の中でオン・ザ・ジョブで学んでいくこと、この両方が求められている。2年を1年にすることによるメリットとデメリットをしっかりと整理した上で次の段階に進んでいかないと、また同じような議論の混乱を招いてしまう。大学と大学以外の研修病院とが協調してやっていくところがあってもよいのではないか。
- 研修期間のグローバルスタンダードは2年で、例外がアメリカの1年。卒前教育を変え

ないで1年にしてしまうのは、患者にとっては危ない医師がいっぱい出てきて困ると思う。

- 研修医確保に向けて新潟県では、大学と17の研修指定病院がコンソーシアムをつくって一体となって懸命に努力していたが、マッチ者数は年々減少傾向だった。しかし平成20年に少し回復の兆しがあり、この要因はプログラムの規定が緩和されて大学の研修希望者が増加したこと。専門重点コースを設けたところ、マッチ者が増えた。研修予定者の中に基本的な診療科目を2年ローテートするカリキュラムより、専門研修を取り入れたカリキュラムを希望する者が増えたということを反映しているのではないかな。
- キャリアが見えるローテーションが必要。1年目に希望の診療科を回り、診療科も3月単位にして細切れのないようにする、2年目には一定の期間、地域の医療機関で実践的な医療を研修するような仕組みがよいと思う。すべての研修医に小児科、産婦人科、精神科の研修を義務づけるよりも、自分のキャリアに必要な診療科を選択できるようにする。
- 高齢化社会で複数の疾患を有する患者が多くなっているので、タワーマンション型の専門医の育成ではすき間ができて医師不足は解消せず、専門医といえども富士山型の幅広い臨床能力を持つように育成してほしいという社会からの要望があってこの臨床研修制度が発足した。
- 現場の指導医は、今の研修はあまり役に立ってない、大きな理由として、全く関係のないところに回されると真面目にやらない、結局むだが多いということを言っていた。
- 現行の制度でも2年目に8カ月間の選択期間があって、それはかなり自由に使える。既に大学病院からの提案があったような重点コースも始まっていて、現状の制度は進化しつつある。ただし、2年を急に1年にすることは非常に無理がある話であって、2年の期間は堅持しつつ、2年目をかなりフレキシブルにするということで、あまり意見の差はないのではないかな。
- 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。
- 卒後研修だけを見直したので色々な問題が起きた。研修制度の中身と、指導者と受ける側のモチベーションをどうやって上げるのかということを見直す必要がある。
- 卒後研修に関しては、獲得目標で決めないで内科や小児科ということで決めてしまったので、あまり役に立っていないというインプレッションが出たのではないかな。したがって、中身としては科を取り払って獲得目標を設け、研修医が本当に獲得できたのかという検証制度をきちっと設けるという見直しをすれば、研修制度が機能していくのではないかな。
- 2年間の研修を終わった時点での研修医の臨床能力などについての評価を行ったが、古い制度の時の研修医に比べて、新しい制度になって臨床能力が身についたと思っていたり、経験症例数がどれくらい古い制度に比べて増えたかというデータがある。
- 最初に希望する科へ行った後、今までと同じようなローテーションではむだになる。自分が本当に行きたい科があれば、そこに必要な科をその科の先生方と一緒に考えて選択するという形、自分のキャリアのために必要な科を回るというデザインが必要。
- 制度の中身の運用の仕方を変えることによって、かなりよくなるのではないかなと思う。その方法論としては獲得目標の見直し。CBTの中身とすり合わせることで、質の保証をするような研修場所も見直す必要がある。コンソーシアムで責任者をつくって、その研修医が獲得目標をちゃんと獲得したという保証をできるような制度につくり直す必要がある。
- 全身管理のできる医師は患者をよく診てくれるが、全身管理のできない医師もいるので、プライマリ・ケアができる医師を育てるということは賛成。研修制度に対する看護師か

らの意見としては、多くの科を回ることによってプライマリ・ケアに必要な経験を積むことができる、研修の目標を達成するためには最低でも2年間は必要。

- 研修医へのアンケートでは、現状のプログラムで良いということ。
- 研修2年間のあとの医師をどうするかということが大事。研修修了後の行き先が見えることが重要。
- 研修プログラムの見直しとマッチング方法の見直しの2つが論点になると思う。2年を1年にするという議論もあるが、急に1年にすることは難しいので、必修期間は1年、2年目は後期研修につながるようなある程度自由度のある診療科の選択期間として、せっかく獲得した2年間はそのまま内容を見直す方が実質的ではないか。
- 地域保健・医療の1月の内容の検証が不十分ではないか。保健所研修が研修医の息抜き場になってしまっている。地域保健・医療の見直しが必要。
- 地域医療を必修とする場合は、第一線の診療所や中小病院での研修として、保健所や療養施設は地域医療に含めないこととしたいと考えている。第一線の診療所や中小病院ならば、1ヶ月でも色々な経験ができると思う。
- 臨床研修は内科、救急など、特に基本となる診療科を研修する1年を主体としてはどうか。内科、救急、診療所で研修する地域医療をプライマリ・ケアの基本としてはどうか。また、期間は1月もしくは3月以上にするか意見を聞きたい。
- 2年目に将来専門とする診療科を選択することで、診療科偏在がなくなるかは疑問。
- 統一的なカリキュラムでがっちりやるのは現実的ではないので、基本線を定めて、ある程度選択範囲を広げてはどうか。選択必修の概念が入ってもよいのではないか。元々、小児科は小児救急で、精神科は急性期もしくは隠れた精神科患者を専門医に紹介できるように研修することを想定していた。
- スーパーローテイトで研修医の意欲が低下するとあるが、臓器別の専門性に偏りすぎたためにスーパーローテイトになったのだから、幅広く診るべき。
- 興味のない科をローテイトするのは良くないといった研修医の意見がある。
- プログラムの弾力化について議論していただきたい。内科6月、救急3月で良いと思う。従来必修とされていた診療科については選択必修とし、弾力化のことを考えると1つか2つ選ぶのが良いと思う。
- プログラムの設定は基本的な考え方に則ってだと思う。到達目標を達成するためにどうしたらよいかで考えるべき。
- 基本となる内科、救急を最初に回り、なるべく多くの科を回ることが2年間で有効に使うことではないか。
- プライマリ・ケアも必要だが、その後は専門医に診てもらいたいと国民は思う。今の日本は難しいことをやる専門医がいなくなっている。この制度はそういう専門医を育てる観点で抜けている。プログラムの弾力性が必要。プライマリ・ケアだけでなく救急だけでもできる。
- 総合医は別の問題であり、後期研修でやるべきこと。日本で足りないのは、幅広い観点で患者を診る医師ではないか。若いうちに多くの患者を診る方が将来につながると思う。そうすると多くの科を回った方が良いが、1月の研修では短いので3月は必要。
- 3月は必要。科ではなく獲得目標でプログラムを組むべき。
- 到達目標を踏まえないければ議論が成り立たない。到達目標はきっちりすべき。
- 研修医にも多様な人がいるので、今の制度には合わない人もいた。プログラムを弾力化して、色々な人に対応できるようにしてはどうか。ただ自由にしすぎると基本的な部分が失われるので、基本的な診療能力は獲得できるようにする。
- 現在使われている到達目標をそのまま使うと、おそらく修了認定されない人が出てくる可能性が高いのではないか。

- 到達目標は変えないで議論すべき。
- 現在のプライマリ・ケアであれば学生でできる。到達目標も変えなければならない。
- 到達目標を変えないのであれば、この検討会の意味がない。その上で、プログラムの弾力化をすべき。
- 到達目標全体を変えるのは難しいので、入院した患者を受け持って報告するとされているAランクの疾患を見直してはどうか。
- 国民がどういった医師を求めているかと考えると、救急、地域医療、高齢化に対応できるような医師が必要。タワーマンション型ではなく裾野の広い診療能力を持った医師の養成が必要になる。地域医療の定義は必要。
- 保健所ではなく、地域の第一線の医療機関ならばかなりの経験ができると思う。
- 地域医療とは、しっかりとした指導医がいて、在宅ケアをやっているような診療所をイメージしている。
- 寄せられる意見の95%は2年間研修を行うべきという意見。2年間をどう活用していくかが問題。
- 地方の一番困っている自治体病院でさえ2年間を主張し、研修医を養成することが目的だと言っている。
- 現在でも8月の選択が可能だが、これでは足りないというのが今の見直しの意見だと思う。
- 獲得目標をもう一度見直して、プログラムをどう組むかは病院に任せて弾力化すべき。
- 到達目標は項目を削除したり追加したりするのではなく、入院患者を診て報告する部分を見直してもらいたい。選択必修は1科目以上としてはどうか。
- 獲得目標に優先度をつけて重層化を図って、必修を決めてもらいたい。
- 選択必修はせいぜい2科目までが良いと思う。
- 救急は6月でも良いのではないか。その中に外科も小児科も麻酔科も入る。
- 精神科救急の話もあるので、救急をもっと長くという意見もある。
- 地域医療も3月以上にしたほうが良いのではないか。
- 選択必修の数については2診療科がよいと考える。選択必修の期間については3月でなくとも、熱心にやれば到達目標を達成できる。
- 地域医療の研修施設としては在宅医療を担う第一線の病院、診療所とすべき。
- プライマリ・ケアの研修を強制することで、大学が担う高度医療と医学研究の崩壊が同時に発生している。プライマリ・ケアを卒後研修制度の中とするよりは学部教育においてすることで卒後の診療科の偏在や基礎研究者の育成にも対応できる。
- 研修プログラムの弾力化の趣旨からいうと、何ヶ月以上で何科はもっと必修ということを細かく決めると元と同じことになってしまう。
- 自分の行く気のない診療科に1月回るとモチベーションがなくなる。興味があれば期間は問題ではなく1月でも十分。
- 医師免許を取得した直後は最もモチベーションの高い時期であり、必修部分を少なくして弾力的なプログラムにしようというのが今回の見直しの趣旨である。
- 基本理念、到達目標を変えないことを前提として2年の研修期間が確保できたことはありがたい。
- 「基本的な診療能力」という表現は「幅広い基本的診療能力」とした方がよい。

4. 研修病院、指導医について

- 研修医が少なくなった大学はあるが、大学で優れた臨床研修病院を参考にして追いつこうとしたところがあるのかを知りたい。大学のミッションは卒前教育、卒後教育、診療、研究で、卒後研修は大学にとっては4分の1の意味しかない。臨床研修病院は、診療と

研修の2つがミッションなので、おそらくクオリティーがよくなる。また、病院や大学病院はわずかな数の医療者でやっていかなくてはならない。これらを構造的な問題ととらえて、そこにメスを入れるということをぜひ考えていただきたい。表面的に医師不足イコール研修制度というレベルの話ではない。

- 研修医の処遇に上限を設ける、例えば全国平均の1.5倍以上の研修病院には補助金を出さなければ、本質的な研修プログラムの面で、各病院が競争して質の高い研修をできるようにする。
- 大学の機能を生かしつつ、研修制度をつくらなければならない。大学の機能を生かしつつ、基幹病院と連携したプログラムをつくることは当然できる。
- 研修医のアンケートでは、研修病院のほうが評価が高い。大学病院は、教育、研究、診療のうちの1つ。研修病院は、マンツーマンで、オン・ザ・ジョブのトレーニングで指導している。特定の研修病院は非常に高い給料を出す。中小病院があまり手術や救急をやらないため、大学病院に患者さんが殺到している。それで臨床はますます忙しくなって、研修医に手がなかなか回せない。この問題は、日本の医学教育、医療提供体制すべてにかかわる問題。
- 話を伺っていると、大学病院は随分被害者意識を持っているように聞こえる。なぜそんなに大学病院は研修医に嫌われたのか。
- 大学の研修医は、いわゆる雑用が多い。古い医局制度に戻ただけで現状の問題が解決するというのは、ちょっと無理がある。
- 大学病院の研修は厳しいと言われるが、雑用も大事。一番悲しいことは、給料が安いこと。
- 研修医の1/3が500床以下の病院に行っている。教育の質を担保するためには、研修病院のベッド数を制限することが必要。法律で縛っている制度なのに病院によって処遇が違うのはおかしい。処遇を全国统一にすることが必要。しかし、根本的解決は、医師数、医療費、教育費を増やすこと。
- 現場の人の生の声を集めてもらいたい。もし前倒しにすると、大学の教育の場面が増えるので、クラークをもっとたくさん雇うことが必要。「研修医のために、研修医のために」と言っても、実際に現場にいる医師たちは疲弊しているので考慮が必要。
- 大学病院で働く医師は、教員であり、医師として認められていない。医療体制全体の構造的な問題。
- 学生はお金に目のくらむ存在であって都会を好むというのではなく、真剣に自分の将来を考えている。学生に選ばれるような大学病院になる必要がある。大学病院よりも一般の病院のほうが倫理に劣るというのも少しおかしい。
- 大学と大学以外という議論の仕方はやめていただきたい。
- 研修医たちに、メンターとなる人がいるか、ローテーションを超えて本当に相談できるサポーターがいるかと聞いてみると、自分が本当に頼れるような人はいないということだった。
- 最初と一緒に働いて、その文化に触れてお互いに知り合い、例えば当直している時に、夜中に一人きりで判断に困った時に、夜中でも電話できるようなメンターが必要。
- 大学は、地域への医師の供給に重要な役割を果たしてきた。元々、大学病院の指導能力は高い。500床以上の病院を管理型として、それより小さな病院を協力病院として募集定員数を削減すべき。
- 地方の大学を絡めての医療崩壊の根源は、国立大学病院のスタッフの処遇が非常に低いこと。人事院勧告のように医師の初任給を11%上げるということを国立大学でやったら、すべての病院が多分経営破綻になるという状況がある。だから、地方での大学病院の指導医のマンパワーの充実と処遇改善をすれば日本の医療の将来は明るくなる。

- プログラムが細切れ、メンターの存在がはっきりしない、研修医の裁量権が発揮できる場面が少ないという問題点は、診療科が林立している大規模の病院や大学病院の問題であり、総合診療や総合病棟が機能しているような病院には研修医が集まっている。また、小規模病院の1人か2人しか研修医がいないところで、どういうふうなキャリアや研修のプロセスを組んでいくかという問題も大事なので、小さい病院だからいいというわけではないというご指摘はもっとも。
- ある程度数の研修医がいないと、研修医は切磋琢磨できない。今回の研修制度についてはプログラムと施設については、見直しの一定の方向性だけは出してもらいたい。
- 参考人として病院の方を呼んでももらいたい。基礎データとして各県でどのように初期研修医の数が推移しているか、その中で大学病院と大学病院以外ではどのようなになっているかという基礎データを出してもらいたい。
- 地域医療、特に僻地の医療というものを実際に若い先生方に見てもらいたい、体験してもらいたいという思いで、200床以下の病院が臨床研修指定病院に手を挙げている。
- 指導医の確保などを考えると大学との連携が必要。
- 大学には研修病院に派遣する中堅の医師、指導医がいない。理想と現実はかけ離れている。
- 医局の力が弱まったのだから、大学のあり方を見直さなければならない。大学にはお金と人がもっと必要。
- 新しい制度になって研修医の臨床能力は向上している。研修病院よりも大学病院の研修医の方が向上の度合いが大きい。これは大学病院にメリットが大きかったのではないか。
- 基本的な考え方として、臨床研修制度を含めて医師の育成・教育にはお金がかかることを盛り込むべき。研修の質の向上には指導医の処遇の改善が欠かせない。
- 大学と研修病院の研修医数の差が何に起因しているのか検証が必要。
- 卒後臨床研修評価機構の調査でも研修病院の方が人気がある。大学も変わらなければならないのではないか。
- 大学と研修病院の一番大きな違いは、給与等ではなく研修プログラムが良いかどうかということ。
- 施設基準の見直しについては、大学にも行い、プログラムを重視した見直しが必要。
- 国家資格を持った人間が非常勤なのはおかしい。一番難しいことをやっている大学の処遇が一番低い。大学の医師の処遇を改善しない限り大学が潰れてしまう。
- 基本的考え方として、指導医の処遇改善、教育の経費がかかることを認識しないと話は進まない。
- 指定基準の規模は、指導体制や設備なら分かるが、サイズだけで足切りするのは良くない。ベッド数等の規模は研修の質には関係ない。
- 病床規模だけでなく、救急の受入数等も考えてもらいたい。
- 関連病院で症例数はカバーできるので色々な工夫が必要。ただベッド数だけで決めるのは良くない。
- たすき掛けは病院にとって自主的な研修システムではないので、自主的にやっている病院は管理型として認めてはどうか。
- ベッド数での制限は反対。中小の病院の方が研修医の満足度が高い。
- 受け入れ病院を第三者的に評価しフィードバックする体制を構築する際には、厚生労働省の地方厚生局に役割を持たせてはどうか。
- 研修病院の基準は、単純に病床数でカットするのではなく、研修の質や研修病院の評価を考慮に入れるべき。
- 大学における指導医や研修医の待遇の改善が望まれる。
- 大学以外の研修病院が医師派遣機能を持っているかがひとつの課題であり、また、研修

医を養成をした大学や研修病院が指導医を抱え込まないで派遣するという考え方がなければならない。

- 研修プログラムの弾力化に際しては、受け入れ病院を第三者的に評価し、その結果をフィードバックすること、到達目標をしっかりと評価するシステムがないと質の担保と説明責任が果たせない。
- 研修病院は、初期に続いて後期の研修が一貫してできる施設でないといけないと思う。

5. 卒前・卒後の一貫教育について

- プライマリ・ケアは2年ではできず、4、5年かかる。プライマリ・ケアと専門医療の両方のバランスがないといけない。初期臨床研修と後期の臨床研修の一貫性がないといけない。
- 研修制度を前倒しして医学部の5、6年で今の研修の1年目をやらせるというのが、1つの解決策としての具体的な案。このときにスチューデント・ドクターは、やる処置の範囲を決めてやればよい。
- 今回の研修制度をどうして変えたかという、専門の病気しか診ない、それ以外の領域は診ないというタイプの医師があまりにも目立ってきたので、将来、どういう専門分野に行くにしても、幅広い研修を受けてもらうというのがスターティングポイントだった。本当は1年でよかったのかもしれないが、卒前の臨床実習が大学によって非常にバラつきがあって、卒後2年間は必要ではないかということで2年間のプログラムを考えた。それが地域の医師不足の引き金になったというのは、ある程度はそうだろうが、ほかにもたくさんの要因がある中の1つだと思っている。もしプログラムを考えるとということならば、まず卒前教育でどの程度の改善ができるかということを保証した上で、卒後教育を動かさなければならない。
- 検証してみないといけないが、2年は大体妥当なところだろう。研修期間を1年にした場合、問題点は、医学教育が1年短くなるから、どういう教育をやるか、すなわちカリキュラムをどうするかということ。
- 医学教育は前倒しになって進んでいる。獲得しなければいけないコア・カリキュラムとアドバンスド・カリキュラムが設定され、全国で凸凹のあった医学教育がかなり均一化して、質の保証がされている。
- この制度が入ったのは、専門分化が進みすぎたからプライマリ・ケアに対応できるような基本的なものを入れようということだった。研修が終わった後に、専門医をいかに養成するかをターゲットにして学部教育と初期研修と後期研修を考えるということ。大学の派遣というのは、派遣であると同時に、医師の養成の場でもある。大学は派遣をしているから悪いのではなくて、派遣をしながら養成してキャリアアップをしているのが崩れたところに、大きな問題があるのではないかと。後期の研修につながるという意味で、1人とか2人の研修医の中小の病院を少し絞って、専門医が育つ所で、初期から後期につながる研修ができるようなシステムにしてもらいたい。
- プライマリ・ケアも本来、後期研修の中に入るべき。
- 臨床研修制度については、学部教育の充実策とセットで見直すべきである。
- キャリアが見えるように希望科をきちんと決めて研修に入るためには、卒前の臨床実習等が重要になる。
- 医師を育てるためには現場で患者から学ぶということが原点になっている。「21世紀医学・医療懇談会」でも患者から学ぶ臨床実習を直接現場で学ばせるようにすべき、そのためには適切な進級評価認定システムをつくる必要があるということが提言された。これを受けて、平成13年にモデル・コア・カリキュラムが具体化され、それに基づいて臨床実習開始前の評価試験をやることになった。臨床実習のガイドラインもでき、臨

床実習開始前の具体的な到達目標の設定をし、それに準拠して共用試験というシステムで強化することになった。知識についてはコンピュータを使った試験をやる。また、臨床技能については、平成17年から4回のトライアルを得た後、正式実習をスタートしたところ。

- 昨年、モデル・コア・カリキュラムの改訂が行われ、特に臨床実習の改善に向けた本格改訂が必要であるということが最終報告で提言された。臨床実習のワーキンググループでは、卒業時にどの辺まで到達しなければならないかということと、卒業生研修で何が求められているか、その整合性をきちんと合わせようというのが結論であった。
- 大学の先生方は自分の専門も大事だと思うが、少し視野を広げ、全体としてどういう方向に行ったらよいのかをよく考えてもらいたい。社会に対しては、現場に出さないと学生は育たない。100%を要求されたら、学生は現場に出ていけない。改めて医師養成はどうあるべきかを社会的にも十分検討してもらいたい。
- 全国医学部長病院長会議からの提言として「医師養成のためのグランドデザイン」を作成した。臨床研修制度だけを見直しても、卒前教育あるいは卒後の生涯教育を含めてデザインしないと、医学教育は成り立たないという観点である。この提言の内容は、1番、医学生の実習開始前の医学知識、技能の評価、認定制度、これを共用試験として実効性のある資格制度として確立する。これはクリニカル・クラークシップの実施ができないのは法的な裏づけがないから。2番目に、医学生の医行為実施の法的整備による診療参加型臨床実習の充実、これを担保するものとして共用試験において、実効性のある資格制度として確立する。3番目は、全国共通の卒業到達目標の設定と評価の義務づけによる医師国家試験の見直し。これは共用試験と国家試験に整合性がないということ。4番目は、新臨床研修制度の理念を見直すこと。基本的臨床・診療能力の涵養と専門的研修の導入期として位置づけて再編する。そしてシステムとしては研修指定病院基準、あるいはマッチング制度の見直しと地域別定数及び厳格な評価の導入をしていくということ。それから医学研究の将来的低迷への危惧と基礎系、臨床系大学院の充実。この提言に沿って臨床研修のデザインの見直しを進めてもらいたい。
- 卒後臨床研修から後期研修まで一体化したシステムをつくらなければならない。初期臨床研修の病院は、情報公開されているが、後期研修に関してはまとまった情報がなく、そういうシステムを整備することが必要ではないか。具体的には、地方ごとに大学病院が中心となって、中核病院と協力してもっと研修の内容や医師のキャリアパスも含めたコンソーシアムや地方の研修医が卒後からめぐるようなシステムを形成しなければならない。マッチングの問題も初期臨床プラス後期臨床も含めてマッチングをすることも可能性として考えられる。後期研修の枠組みを学会レベルではなく、早急につくって、情報をしっかり集約して、今ある臨床研修にプラス後期臨床研修をどうつなげていくかということ、地域ごとに考えていかなければならない。
- 共用試験をパスした方々には、仮免許のようなものを出して、医療行為に近いことができるというお墨つきを出してもらいたい。文部科学省も厚生労働省も、そのことを国民に向かって発信して、医療行為に近いことを学生がするのは当たり前だと思ってもらえるような環境づくりをお願いしたい。
- どのレベルで共用試験を合格させているか、今調査をかけている。例えばCBTを50点で合格されているとしたら、社会はどう見るかということはよく考えなければならない。この判断は大学に任せているが、その合意をもう少し高いレベルで標準化されてくれば対応することもやぶさかではない。ただ、大学によってかなり差があるというのが現状で、そこをどう把握をしていくかが問題。共用試験をパスした方に仮免許のようなものを出すことについて、行く行くそうできればよいが、法的根拠をどうするかというのは、非常に難しい。

- 国家試験で専門医レベルを超えている問題がたくさん出るようになってきた。これは出題している先生方の感覚の問題だと思っている。国家試験の内容をもう少し大学の先生方によく考えてもらわなければならない。
- 研修の期間を、もし1年にするならば前倒しで学部教育をもっときちんとするということが条件。
- 大学がまだ変わってない、教育でまた元へ戻ってしまったのではないかとショックを受けた。
- CBTでは臨床推論的なことの得点が低い。これは昔に戻ったというよりも、少しよくなってきたが、まだ十分ではないということ。
- クリニカル・クラークシップについては、OSCEとCBTの検証をしてもらって、法改正を含む後押しのエビデンスをつくってもらいたい。同時に各大学でのクリニカル・クラークシップのあり方を見詰めてもらった延長線上に卒後研修がある。
- 大学の医学教育の中においても、大学病院のカリキュラムにおいても、一般の方たちの協力を得るという意識が希薄ではないのかという印象を持っている。共用試験をクリアした人には一定の業務をとという話があったが、今の国民の不信感の中ではなかなか解決できる問題ではないと思っている。ただ、最近患者の側も冷静になろうという萌芽が見えてきているので、まさにチャンスの時だとも思う。しかし、厚労省とか文科省が上意下達的に国民に知らしめても、それで納得できるような状況にはないということを理解願いたい。
- 医師を増やすにあたって、総合医を育成する体制を作るべきではないか。
- 2年を1年にするにしても、卒前教育の体制をかなり改革しなければならない。
- 基本的な考え方の部分に、勤務医、開業医の偏在についても盛り込むべき。総合医をどう養成していくかについても書き込んでもらいたい。後期研修医以降の身分、処遇が保障されていないので、しっかりしたものにするべき。
- 総合医が増えることによって、難易度の高い医療や医学研究が衰えることが危惧される。国民がどのような医療を求めているかということに基づいて、生涯教育がうまくいくように制度を見直すべき。
- CBT、OSCE等の医学教育にどれだけのものを求めるか、その上に臨床研修をのせる必要がある。
- CBT、OSCE、卒業試験、国家試験を急速に見直すことは難しいので、現状の中で初期研修をどうするかということを考えざるをえない。
- 後期研修では、総合医を含めた専門医をバランス良く養成する必要がある。
- 外科的手技、小児科も救急の中でやれる。精神科や産婦人科の経験は卒前実習でもできるのではないか。
- 臨床研修は、いかに良き臨床医を育てるか、いかに後期研修に連結させるかだが、後期につながっていないのが一番の問題。
- 卒前と臨床実習と生涯教育を見越した、全体的な医学生涯教育に立脚した制度の見直しを根本的に図ることが必要。
- 大学の共用試験の合格水準を標準化するという表現は文章をルーズしないと硬すぎる。
- 地域枠については、国立大学協会からも増やすようお願いしており、地域に定着する方法を将来的に見込んでいる制度であり、続けて欲しい。
- 卒前卒後の教育で救急の研修をきちんとやることが重要であり、人に対するお金などきちんとした手当をすることが重要。

臨床研修制度のあり方等に関する検討会 構成員

飯沼 雅朗	蒲郡深志病院長、社団法人日本医師会常任理事
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
小川 彰	岩手医科大学学長
○小川 秀興	学校法人順天堂理事長
嘉山 孝正	山形大学医学部長
齊藤 英彦	名古屋セントラル病院長
◎高久 史磨	自治医科大学学長
辻本 好子	NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
永井 雅巳	徳島県立中央病院長
西澤 寛俊	特別医療法人恵和会西岡病院理事長
能勢 隆之	鳥取大学学長
福井 次矢	聖路加国際病院長
武藤 徹一郎	財団法人癌研究会理事、名誉院長
矢崎 義雄	独立行政法人国立病院機構理事長
吉村 博邦	学校法人北里研究所理事、 社団法人地域医療振興協会顧問

◎は座長、○は座長代理

臨床研修制度のあり方等に関する検討会 検討経過

第1回（9月8日）

○フリートーキング

第2回（10月16日）

○ヒアリング

- ・今井 浩三 （札幌医科大学長）
- ・富田 勝郎 （金沢大学病院長）
- ・河野 茂 （長崎大学医学部長）

第3回（11月18日）

○ヒアリング

- ・下條 文武 （新潟大学長）
- ・福田 康一郎 （共用試験実施評価機構副理事長）
- ・平出 敦 （京都大学医学教育推進センター教授）

○臨床研修に関するアンケート調査速報状況報告

第4回（12月17日）

○ヒアリング

- ・小川 克弘 （むつ総合病院長）
- ・木下 佳子 （NTT東日本関東病院副看護部長）

○臨床研修に関するアンケート調査中間結果報告

○論点の整理と検討の方向性について（たたき台）

第5回（2月2日）

○臨床研修に関するアンケート調査最終結果報告

○関係団体からの意見報告

○意見の取りまとめに向けた議論（まとめの骨子）

第6回（2月18日）

○意見の取りまとめ（意見のとりまとめ案）

今後の臨床研修制度の概要について(案)

1 研修プログラムについて

基本的な考え方

- より良い医師の育成のため、「医師としての人格のかん養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」という制度の基本理念、および基本理念を具体化した到達目標を前提とする。
- 研修プログラムは、各病院の個性や工夫を活かした特色のあるものとする。病院の実情を踏まえつつ、研修医の将来のキャリア等に円滑につながるように、研修を行う診療科の構成、各診療科における研修期間及び研修時期を定める。

(1) 臨床研修を行う分野

- 内科、救急部門及び地域医療を「必修科目」として、必ず研修を行う。
- 外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科を「選択必修科目」として、この中から2診療科を研修医が選択して研修を行うことを必修とする。病院の判断で、これらの診療科の全部又は一部を「必修科目」とすることもできる。
- 「選択必修科目」については、研修医の希望に応じていずれの診療科の研修も確実に実施できるよう、臨床研修病院は各診療科で研修を行うことができるプログラムを必ず用意し、受け持ちの入院患者について指導できる体制を確保する。

(2) 研修時期・期間

- 原則として、当初の12月の間に内科及び救急部門を研修し、次の12月の間に地域医療の研修を行う。
- 原則として、内科は6月以上、救急部門は3月以上、地域医療は1月以上の研修を行う。
- 「選択必修科目」は、病院の判断で適切な期間の研修を行う。

(3) 地域医療の研修

- 地域医療の研修は、十分な指導体制の下で、患者が営む日常生活や居住する地域の特性に則した医療(在宅医療を含む)について理解し、実践するという趣旨であり、へき地・離島診療所、中小病院、診療所等において行う。

- 研修を行う施設は、関係自治体や地域医療対策協議会の意向を踏まえるなど、地域の実情に応じて選定されるよう配慮する。

(4) 医師不足の診療科への対応

- 研修医の募集定員が一定数以上（例えば20人以上）の臨床研修病院は、将来小児科医及び産科医になることを希望する研修医を対象とした研修プログラム（募集定員2名以上）を必ず設ける。

(5) 到達目標の達成度の評価

- 到達目標について、研修医の達成度を客観的に評価する仕組みを構築する。

2 臨床研修病院の指定基準について

基本的な考え方

- 研修の質の向上のため、臨床研修病院の基準を強化するとともに、医療機関の連携による臨床研修病院群の形成を推進する。

(1) 臨床研修病院（協力型臨床研修病院を除く。以下同じ。）の指定基準

- 臨床研修病院は、以下の事項を満たすものとする。
 - ① 救急医療を提供していること
 - ② 年間入院患者数が3,000人以上であること
 - ③ 研修医5人に対して指導医を1人以上配置すること
 - ④ 臨床病理検討会（CPC）を適切に開催していること
 - ⑤ 協力型臨床研修病院その他の医療機関と連携して研修を行うこと
- * その他の基準は現行どおり

(2) 経過措置

- 臨床研修病院の指定基準に適合しなくなり、指定取り消しの対象となる場合などについては、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。

(3) 臨床研修病院の新規指定の取扱い

- 協力型臨床研修病院として一定の実績があることを前提に、指定基準を満たす場合は新規指定を行う。

3 研修医の募集定員について

基本的な考え方

- 研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、都道府県別の募集定員の上限を設定する。
- 各病院の募集定員を、過去の研修医受入実績を踏まえ適正規模に見直すとともに、医師派遣実績等を勘案した上で、都道府県の募集定員の上限と必要な調整を行って設定する。

(1) 病院における研修医の募集定員は、以下の数値を超えないこととする。

① A

A: 当該病院の過去数年間(例えば過去3年間)の研修医の受入実績の最大の数値。ただし、一定の定義に基づき、当該病院から他の病院に派遣されているとみなされる常勤医師がある場合には、その数を勘案して一定の限度内で定める数を加算する。

② 当該病院が所在する都道府県内にある臨床研修病院及び大学病院の募集定員の合計が、(2)で定める当該都道府県の募集定員の上限を超える場合は、以下の計算式により算定した数値

$$A \times B \div C$$

B: (2)で定める当該都道府県の募集定員の上限

C: 当該都道府県内における臨床研修病院及び大学病院が希望する募集定員の合計

③ 経過措置

BがCより大幅に小さい場合は一定の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。

- (2) 各都道府県における募集定員の上限とは、以下の計算式により算定した数値をいう。

* 研修医の数については1学年分

① $D + E + F$

D: D1とD2のうちの多い方の数値

D1: 全国の研修医の前年度総数 × 当該都道府県の人口 / 全国の総人口

D2: 全国の研修医の前年度総数 × 当該都道府県内の大学医学部の入学定員の合計 / 全国の大学医学部の入学定員の合計

E: $D \times \alpha$ (100平方km当たりの医師数が60.7未満の道府県に限る)

* 60.7は東京都、大阪府を除く全国の100平方km当たりの平均医師数

F: $D \times \text{離島人口} \times \beta / \text{当該都道府県の人口}$

* 離島人口とは、離島振興法及び沖縄振興特別措置法における指定離島の人口

* α 、 β とは、調整係数(例えば $\alpha=10\% \sim 20\%$ 、 $\beta=5$)

- ② 都道府県の募集定員の上限が、当該都道府県内における病院が希望する募集定員の合計よりも大幅に下回る場合は一定の経過措置を設ける(例えば削減率は当面10%を上限とする)。

- (3) 各病院の募集定員の増員の取扱いについて

- 当該病院の所在する都道府県内にある病院が希望する募集定員の合計が当該都道府県の上限を超えない場合には、当該病院の前年度の研修医の採用実績や地域の実情等一定の条件の下に、増員を認めることとする。

- (4) 新規指定における募集定員の取扱いについて

- 臨床研修病院を新規に指定する場合は、募集定員を2名とする。

4 適用時期等について

- 平成22年度から研修を受ける研修医に対する臨床研修から適用する。
○ 5年以内に必要な検討を行い、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

今後の臨床研修制度の概要について(案) のイメージ

研修プログラム弾力化により考えられる研修プログラムの例①

1. 現在と同様の研修プログラム

1年目

2年目

内科 6月	外科3月	救急3月	麻酔科 1月	産婦人科 1月	小児科 1月	精神科 1月	地域医療 1月	選択科目 7月 * あらかじめ研修病院が 選択肢を設定する
-------	------	------	-----------	------------	-----------	-----------	------------	---

2. 2年目に将来専門とする診療科で研修を行う研修プログラム

1年目

2年目

内科 6月	救急3月	選択必修 3月 (2科目で3月)	地域医療 1月	将来専門とする診療科を中心に 関連の診療科での研修 11月 * あらかじめ研修病院が 選択肢を設定する
-------	------	------------------------	------------	---

研修プログラム弾力化により考えられる研修プログラムの例②

3. 研修開始時から将来専門とする診療科(例えば外科)で研修を行う研修プログラム

1年目

2年目

(例)外科 3月	内科 6月	救急3月	地域医療 1月	(例)麻酔科 3月	(例)外科 8月
-------------	-------	------	------------	--------------	----------

4. 選択必修の科目や地域医療を重点的に実施する研修プログラム

1年目

2年目

内科 6月	救急3月	選択必修 3月 (1科目で3月)	選択必修 3月 (1科目で3月)	地域医療 3月	選択科目6月 * あらかじめ研修病院が 選択肢を設定する
-------	------	------------------------	------------------------	------------	--

臨床研修病院の指定基準の見直し(案)

現 状

指定基準(協力型臨床研修病院等と共同で満たす)

- 臨床研修を行うために必要な症例があること
 - ・ 内科・外科・小児科・産婦人科・精神科の年間入院患者100人以上
- 救急医療を提供していること
- 臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること
- 指導医1人が受け持つ研修医は5人までが望ましいこと



案

指定基準(臨床研修病院が単独で満たす)

- 臨床研修を行うために必要な症例があること
 - ・ 年間入院患者3,000人以上
- 救急医療を提供していること
- 臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること
- 研修医5人に対して指導医1人以上配置すること
- 協力型臨床研修病院その他の医療機関と連携して研修を行うこと

都道府県別募集定員の上限の考え方(案)

① 人口分布

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県別の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

② 医師養成状況

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県別の医学部入学定員}}{\text{全国の総医学部入学定員}}$$

③ 地理的条件

(a) 面積当たりの医師数
(100平方km当たりの医師数)

(b) 離島の人口

①
と
②
の
多
い
数

+

③

○全国の研修医総数を「①人口分布を勘案して配分した数」と、「②医学部入学定員を勘案して配分した数」の多い方の数に、「③地理的条件を勘案した数」を加えた数を都道府県別の募集定員の上限とする

都道府県別の募集定員の上限を設定

研修病院の募集定員設定方法(案)

一般的な設定方法

都道府県の募集定員 の上限と調整

前年度募集定員

次年度募集定員

超過分調整

過去の採用実績

医師派遣を評価

例えば、過去
3年間の採用
実績の最大値

例えば、10名加算

例えば、都道府県内の
病院の募集定員の合計
が100名で、都道府県
の上限が90名の場合、
原則として、募集定員に
 $\frac{90}{100}$ を乗じて調整

A病院

医師派遣
あり

30名

20名

$20 + 10$
 $= 30$ 名
(10名加算)

$30 \times \frac{90}{100}$
 $= 27$ 名
(3名削減)

経過措置

削減率が大きい場合、
削減の割合に一定の
限度を設ける

B病院

医師派遣
なし

12名

10名

10名
(加算なし)

$10 \times \frac{90}{100}$
 $= 9$ 名
(1名削減)

※都道府県別の募集定員の上限を調整する必要がない場合は、募集定員の増員が可能

研修医の募集定員に関する都道府県別の上限についての試算
(20年度研修医採用実績を用いた場合)

都道府県	① 20年度 募集定員	② 20年度 採用実績	③ 19年総 人口 (万人)	④ 21年度 医学部 定員	⑤ 採用実績を人口割合で配分	⑥ 採用実績を医学部定員割合で配分	⑦ ⑤と⑥と で多い数	⑧ 100km ² 当たり医師数 (18年)	⑨ 面積当たりの医師数による加算*1	⑩ 離島振興法及び沖縄振興特別措置法指定離島の人口(19年)	⑪ 離島人口による加算*2	⑫ 都道府県の上限 (⑦+⑨+⑪)	⑬ 都道府県の上限と募集定員との差 (⑫-①)	⑭ 都道府県の上限と採用実績との差 (⑫-②)	⑮ 都道府県の上限と採用実績との差の割合 (⑭÷②)*3	⑯ 経過措置後の上限*4	⑰ 採用実績との差 (⑯-②)
北海道	504	313	557	327	337	295	337	14.7	68	13,994	5	410	△ 94	97		410	97
青森県	113	63	141	120	85	108	108	27.7	22			130	17	67		130	67
岩手県	112	66	136	110	82	99	99	16.8	20			119	7	53		119	53
宮城県	189	115	235	110	142	99	142	71.6		5,413	2	144	△ 45	29		144	29
秋田県	133	63	112	115	68	104	104	19.9	21			125	△ 8	62		125	62
山形県	112	60	120	120	73	108	108	33.2	11	275	1	120	8	60		120	60
福島県	144	76	207	100	125	90	125	27.7	26			151	7	75		151	75
茨城県	176	119	297	108	180	98	180	75.6				180	4	61		180	61
栃木県	174	126	201	223	122	201	201	64.4				201	27	75		201	75
群馬県	158	80	202	110	122	99	122	66.3				122	△ 36	42		122	42
埼玉県	306	214	709	190	429	172	429	265.9				429	123	215		429	215
千葉県	400	283	610	110	369	99	369	193.4				369	△ 31	86		369	86
東京都	1,582	1,338	1,276	1,411	772	1,274	1,274	1,697.8		26,021	13	1,287	△ 295	△ 51	△3.8%	1,287	△ 51
神奈川県	750	584	888	420	538	379	538	651.7				538	△ 212	△ 46	△7.9%	538	△ 46
新潟県	156	70	240	120	145	108	145	40.9	15	67,824	21	181	25	111		181	111
富山県	117	54	111	105	67	95	95	94.4				95	△ 22	41		95	41
石川県	139	86	117	220	71	199	199	71.2		100	1	200	61	114		200	114
福井県	86	49	82	110	50	99	99	42.2	10			109	23	60		109	60
山梨県	89	51	88	120	53	108	108	41.7	11			119	30	68		119	68
長野県	204	106	218	110	132	99	132	34.6	14			146	△ 58	40		146	40
岐阜県	170	95	210	100	127	90	127	37.1	13			140	△ 30	45		140	45
静岡県	268	160	380	110	230	99	230	91.8		353	1	231	△ 37	71		231	71
愛知県	707	446	736	415	446	375	446	274.1		4,357	2	448	△ 259	2		448	2
三重県	154	75	188	120	114	108	114	60.5	12	4,914	2	128	△ 26	53		128	53
滋賀県	108	85	140	110	85	99	99	72.9				99	△ 9	14		99	14
京都府	353	274	264	210	160	190	190	167.3				190	△ 163	△ 84	△30.8%	247	△ 27
大阪府	860	613	881	510	533	461	533	1,165.8				533	△ 327	△ 80	△13.0%	552	△ 61
兵庫県	420	319	559	215	338	194	338	142.4		9,300	3	341	△ 79	22		341	22
奈良県	130	78	141	105	85	95	95	79.9				95	△ 35	17		95	17
和歌山県	109	74	102	95	62	86	86	56.0	9			95	△ 14	21		95	21
鳥取県	70	30	60	90	36	81	81	48.4	9			90	20	60		90	60
島根県	95	37	73	105	44	95	95	28.9	19	23,696	16	130	35	93		130	93
岡山県	227	150	195	220	118	199	199	73.7		3,330	2	201	△ 26	51		201	51
広島県	228	142	287	110	174	99	174	79.5		16,436	5	179	△ 49	37		179	37
山口県	136	57	147	105	89	95	95	58.7	10	5,004	2	107	△ 29	50		107	50
徳島県	84	49	80	105	48	95	95	56.7	10	299	1	106	22	57		106	57
香川県	100	64	101	105	61	95	95	135.9		8,044	4	99	△ 1	35		99	35
愛媛県	127	68	145	105	88	95	95	59.9	10	17,337	6	111	△ 16	43		111	43
高知県	86	38	78	105	47	95	95	30.6	10	280	1	106	20	68		106	68
福岡県	604	434	506	430	306	388	388	290.4		2,416	1	389	△ 215	△ 45	△10.3%	391	△ 43
佐賀県	77	58	86	100	52	90	90	85.2		2,197	2	92	15	34		92	34
長崎県	154	68	145	105	88	95	95	97.1		155,614	51	146	△ 8	78		146	78
熊本県	154	98	183	110	111	99	111	67.1		4,046	2	113	△ 41	15		113	15
大分県	110	54	120	105	73	95	95	50.0	10	5,125	3	108	△ 2	54		108	54
宮崎県	70	45	114	105	69	95	95	38.3	10	1,218	1	106	36	61		106	61
鹿児島県	143	68	173	105	105	95	105	44.0	11	56,119	17	133	△ 10	65		133	65
沖縄県	175	140	137	107	83	97	97	130.3		129,829	46	143	△ 32	3		143	3
計	11,563	7,735	12,777	8,566	7,735	7,735	9,272	75.8	351	563,541	211	9,834	△ 1,729	2,099		9,911	2,176

注) 本試算は、20年度研修医採用実績を用いたものであり、22年度の募集定員について算定する場合は、21年度採用実績を用いる必要がある

* 1 100平方km当たりの医師数が60.7未満の県には10%加算、30未満の道県には20%加算
(東京都及び大阪府を除く全国の100平方km当たりの平均医師数が60.7)

* 2 離島人口×調整係数5÷都道府県全体の人口

* 3 ⑮は各都道府県内の病院が今後希望する募集定員の合計を、20年度研修医採用実績に等しいと仮定して、試算したものである

* 4 ⑮の減少の程度が10%を超える場合、経過措置として、各都道府県内の病院が希望する募集定員の合計(この場合、20年度採用実績に等しいと仮定)から減少する割合の限度を10%とする