

医療記録の記載件数

- | | | | | |
|---------|-----|------|-------|------|
| • 死亡診断書 | 0通 | 1～5通 | 6～10通 | 11通～ |
| 旧制度 | 18% | 41% | 19% | 23% |
| 新制度 | 7% | 55% | 21% | 17% |

- | | | | | |
|-------------------------|-----|------|------|-----|
| • CPCレポ ^o ート | 0例 | 1、2例 | 3、4例 | 5例～ |
| 旧制度 | 64% | 26% | 7% | 3% |
| 新制度 | 11% | 82% | 5% | 2% |

- 死体検案書、紹介状についても、同様に、新制度研修医の記載件数は有意に増加していた。

結論

1. 自己評価と経験症例数のデータによると、旧制度研修医（平成15年）に比べて新制度研修医（平成18年）の臨床能力は著しく向上した。
2. 研修病院研修医に比べて大学病院研修医の向上の度合いが大きかった。
3. 平成15年に認められた研修病院研修医と大学病院研修医との差はほとんどなくなった。

新臨床研修制度の評価と制度改革の提言

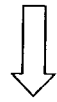
3. 新医師臨床研修制度の問題点

新臨床研修制度の「問題」

平成16年から始まった新臨床研修制度

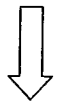


病院勤務医の大学への引き上げ

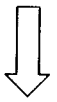


「医師不足」

その他の多くの
要因・背景



“新臨床研修制度が原因だ”



“新臨床研修制度を変えるべきだ”

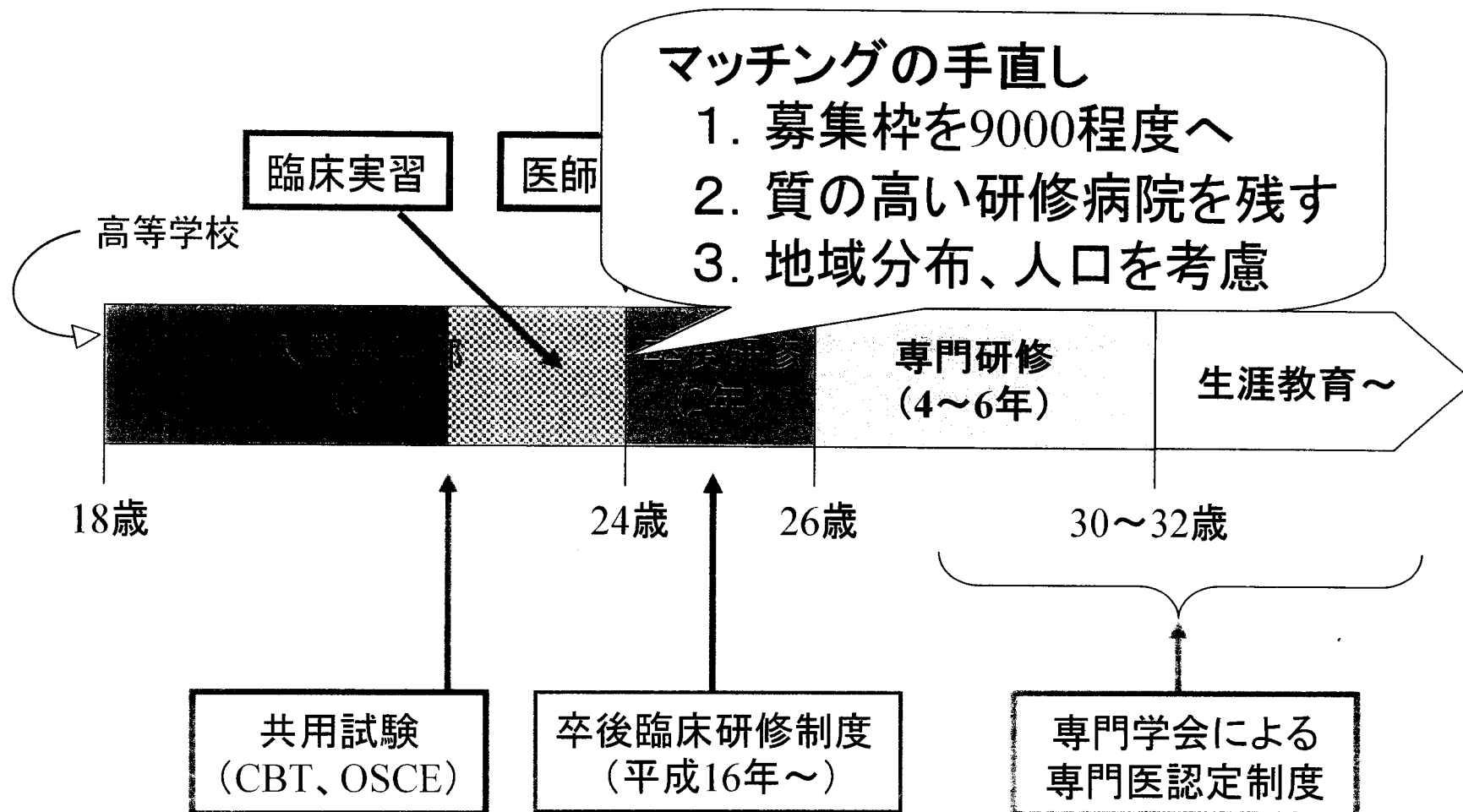
その他の要因・背景

1. 偏在：地域、診療科、病院-診療所
2. 医師の絶対数不足、病院勤務医の不足
3. 非効率的な医療提供体制：総合医の不在
4. 医師の供給に関する鳥瞰図的・長期計画の欠如
5. 新臨床研修制度による研修医の流動化
6. 大学病院の研修プログラム、待遇の相対的な
7. 「医局」の権威構造＜将来の安定
8. 「医学博士」＜「専門医」
9. 大学院教育、PhDコースの充実不足
10. 職業としての医師の相対的魅力の低下
11. 若い世代での“ワークライフバランス”の変化

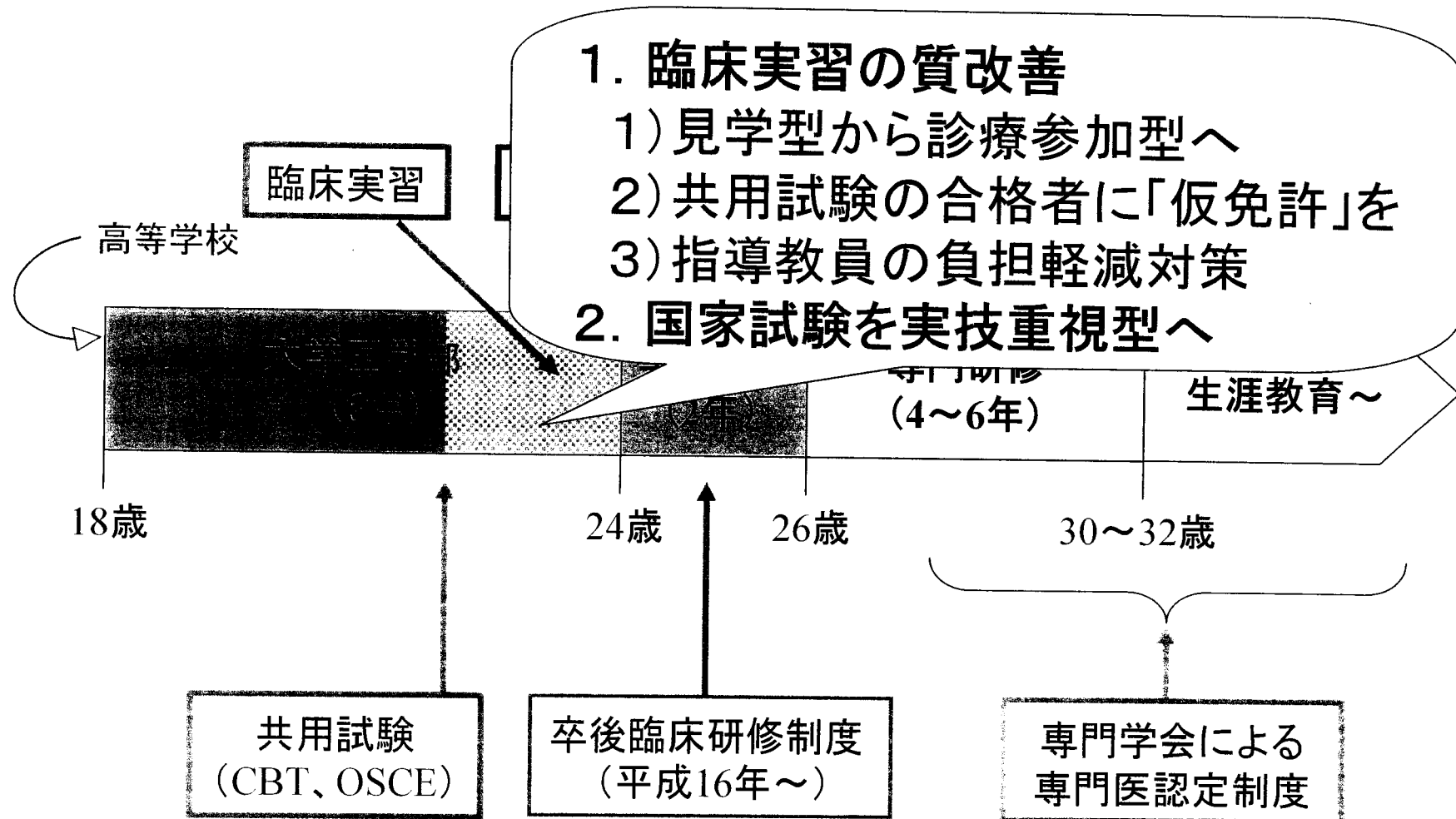
新臨床研修制度の評価と制度改革の提言

4. 臨床研修制度の手直し・改善(提言)

1. すぐにできる臨床研修制度の手直し・改善



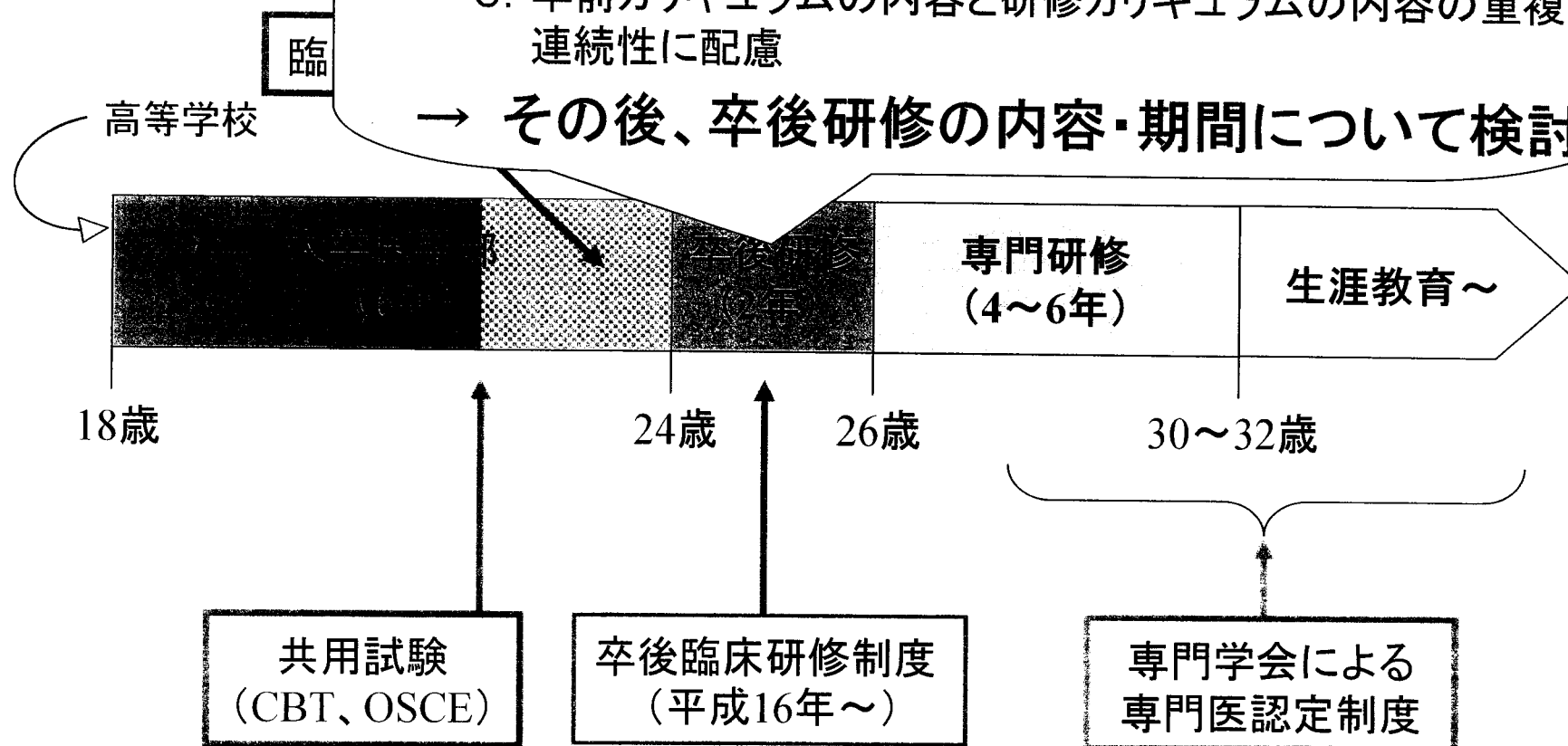
2. 数年かかる(学部での学年進行)臨床研修制度の手直し・改善



3. 数年後にはじめて可能となる手直し・改善

1. 学部5年・6年の臨床実習が見学型から診療参加型になり、質が高まる
2. 大学間の格差がなくなる
3. 卒前カリキュラムの内容と研修カリキュラムの内容の重複、連続性に配慮

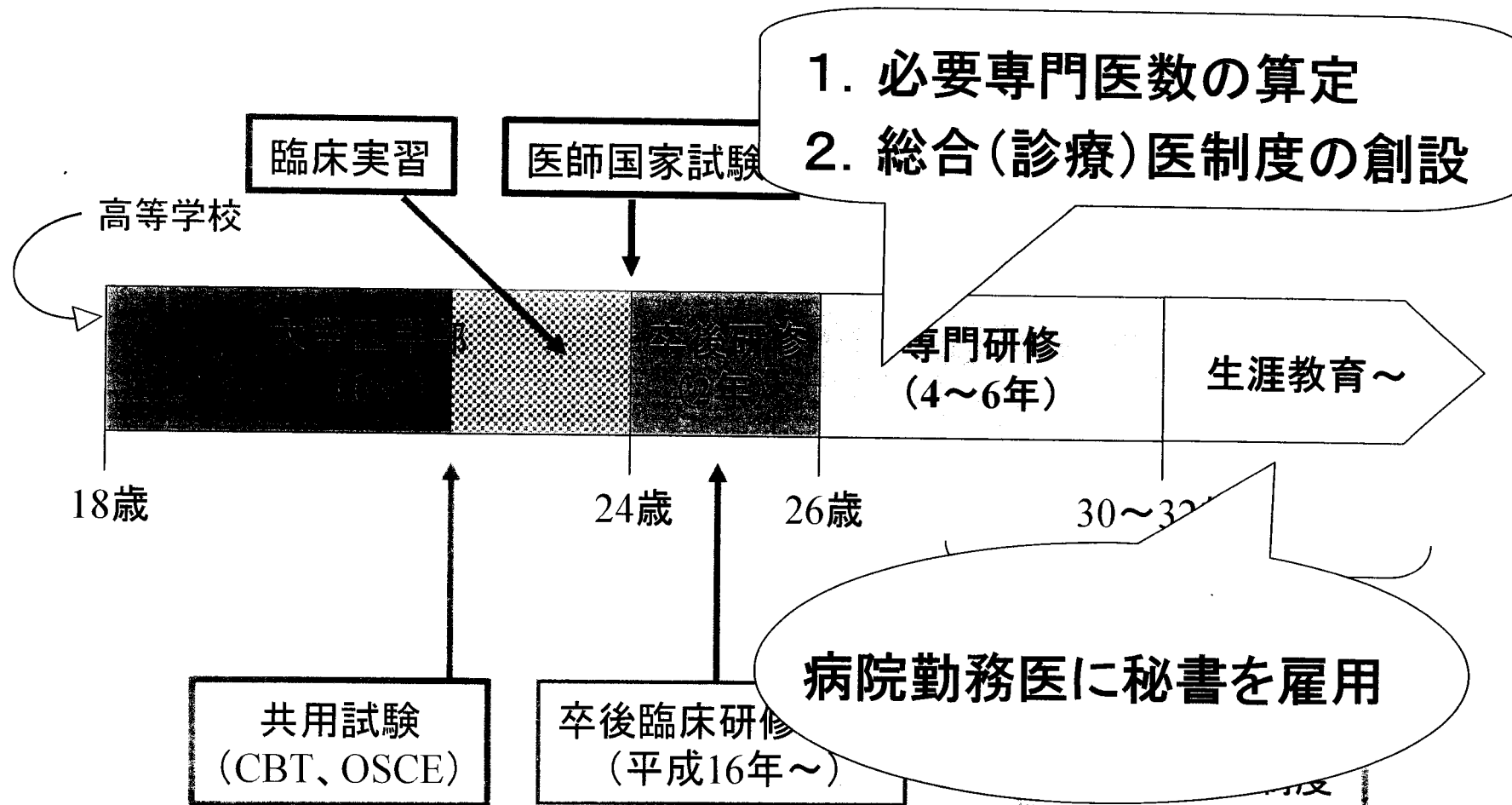
→ その後、卒後研修の内容・期間について検討



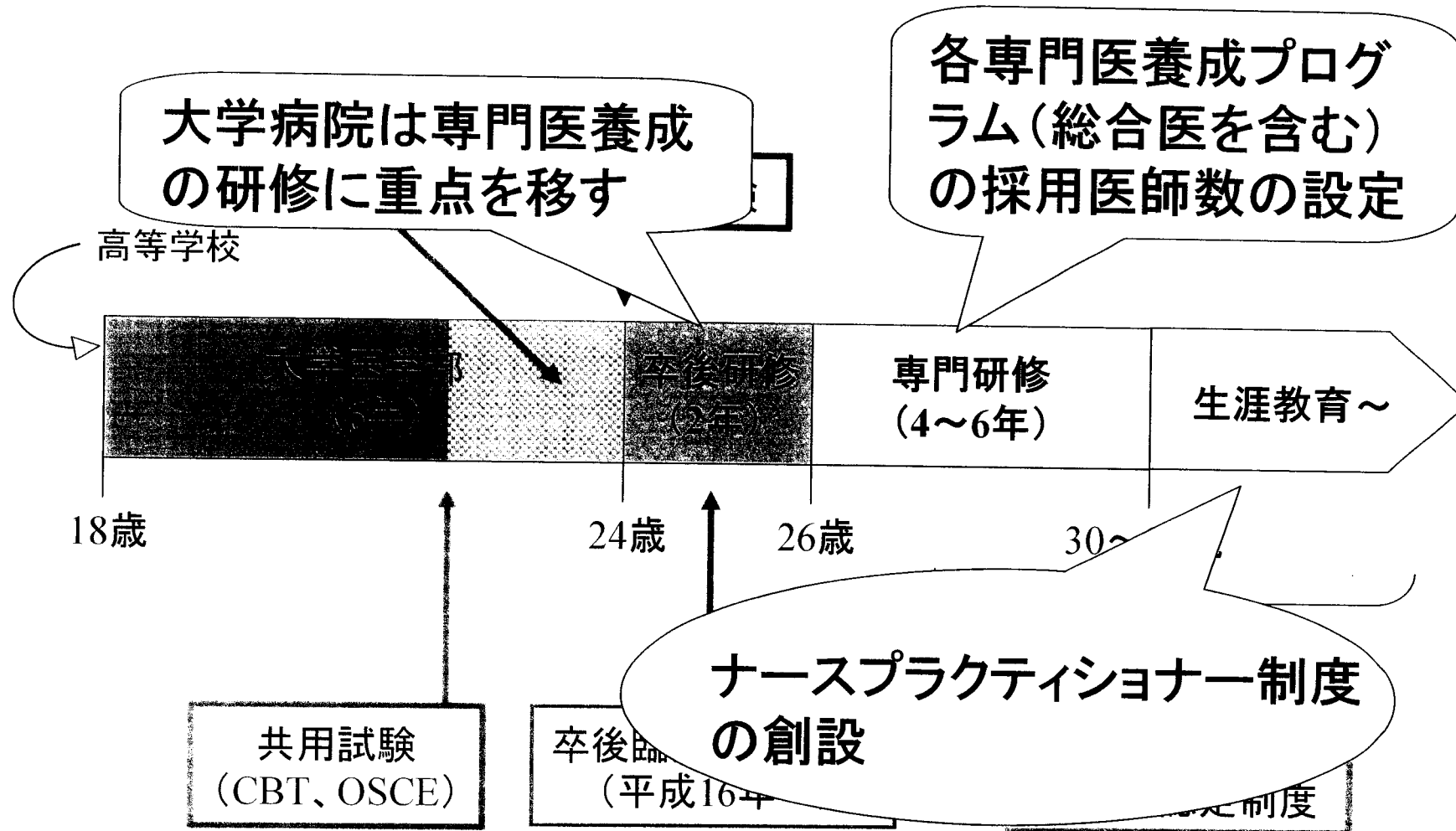
新臨床研修制度の評価と制度改革の提言

5. 医師不足問題への対応(提言)

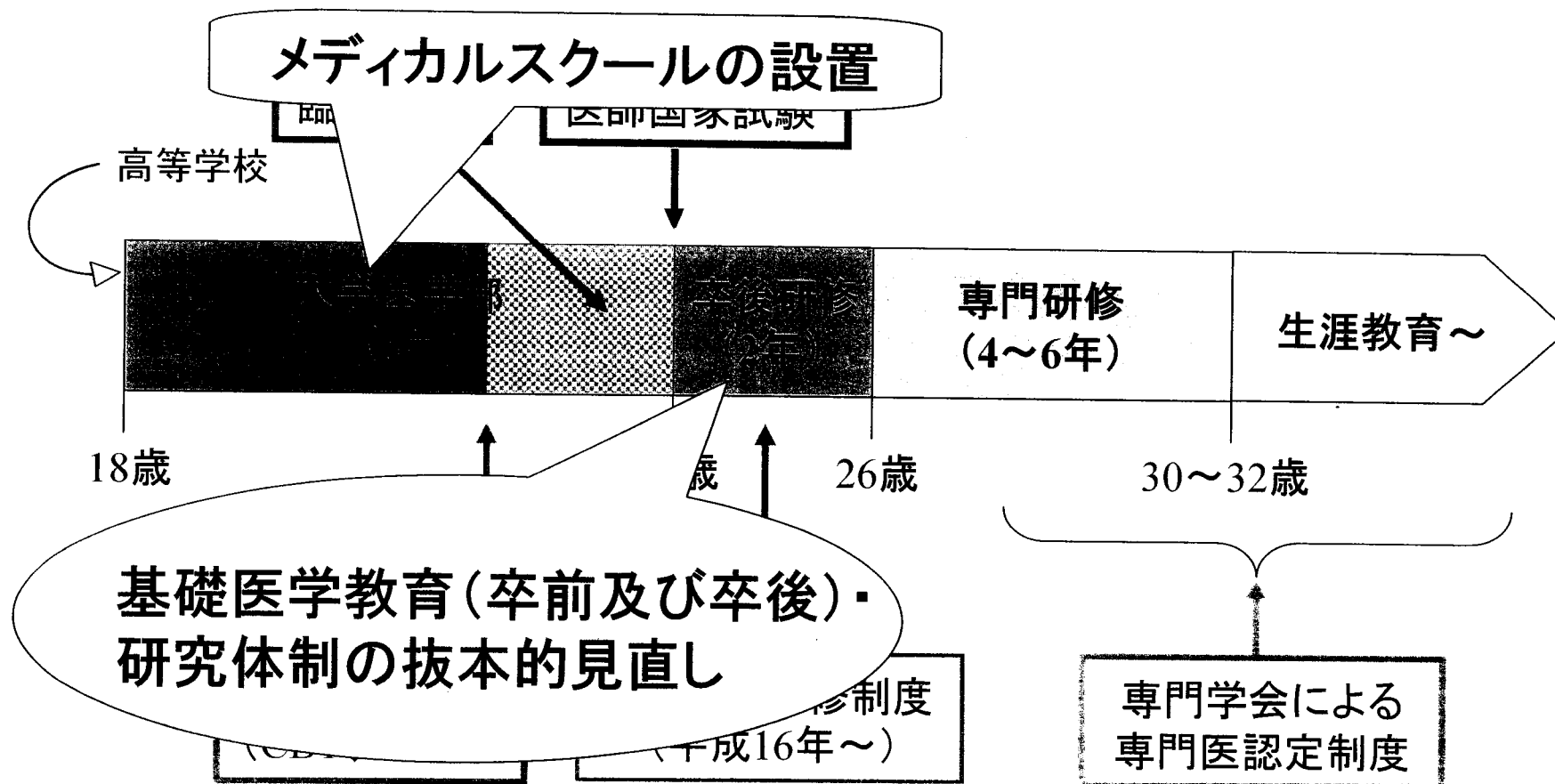
1. すぐにはできる医師不足問題への対応



2. 数年以内にできる医師不足問題への対応(1)



3. 数年以内にはできる医師不足問題への対応(2)



医師養成課程の改善策私案(福井):まとめ

1. マッチングでの募集研修医数を1学年9000程度とする。
 2. 医学部4年次終了時の共用試験合格者に「仮免許」を発行する。
 3. 医学部5年次・6年次の臨床実習を「クリニカル・クラークシップ(診療参加型)」にする。
 4. 医学部卒業時点での国家試験を「OSCE」主体とする。
 5. 卒前教育の大学間格差がなくなったことを確認したうえで、臨床研修プログラムの内容と期間を再検討する。
 6. 各専門分野の必要専門医数を、疾病発症数や受診患者数、地域分布などを考慮して算定する。そのうえで、専門医養成プログラムでの採用専門研修医数を決める。
 7. 総合医認定制を導入する。
 8. 大学病院は専門研修(卒後3年目以降)に重点を移す。
 9. 基礎医学の研究・教育体制を抜本的に見直す。基礎医学研究施設の集約化・規模拡大・大学院プログラムの改善、基礎医学大学院生の優遇、等。
 10. 臨床医の養成に特化した大学院レベルのメディカル・スクールを設置する。
-

【医師の業務負担軽減のために】

1. 病院勤務医数名に1人程度の秘書を雇用できるようにする。
2. ナースプラクティショナー(臨床経験を積んだナースが大学院レベルの教育を受けた後、診療行為ができる)制度を設ける。