

# 第2回 臨床研修制度のあり方等に関する検討会

日時：平成20年10月16日（木）15:00～17:00

場所：厚生労働省 18階 専用第22会議室

## 議 事 次 第

### 1. 開会

### 2. 議題

#### （1）臨床研修に関するヒアリング

今井浩三先生（札幌医科大学学長）

富田勝郎先生（金沢大学附属病院長）

河野茂先生（長崎大学医学部長）

#### （2）その他

### 3. 閉会

#### 【配付資料】

資料1：事務局提出資料

資料2：前回検討会での主な意見

資料3：嘉山委員配付資料

資料4：武藤委員配付資料

資料5：今井浩三先生配付資料

資料6：河野茂先生配付資料

#### 【参考資料】

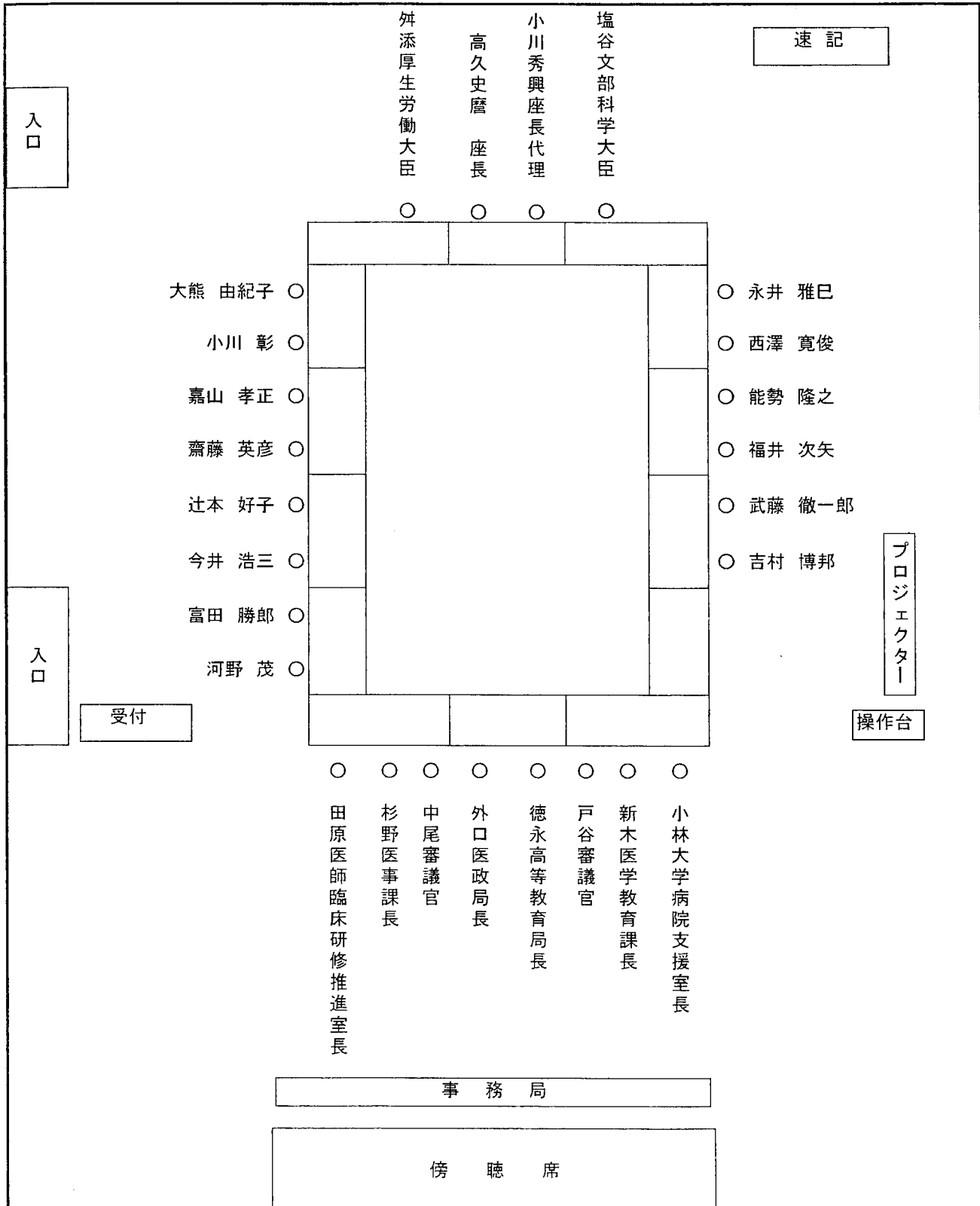
平成20年度臨床研修マッチング 組み合わせ結果（平成20年10月16日公表）

# 第2回「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」座席表

平成20年10月16日(木)

15:00～17:00

厚生労働省18階 専用第22会議室



## 臨床研修制度のあり方に関する検討会名簿

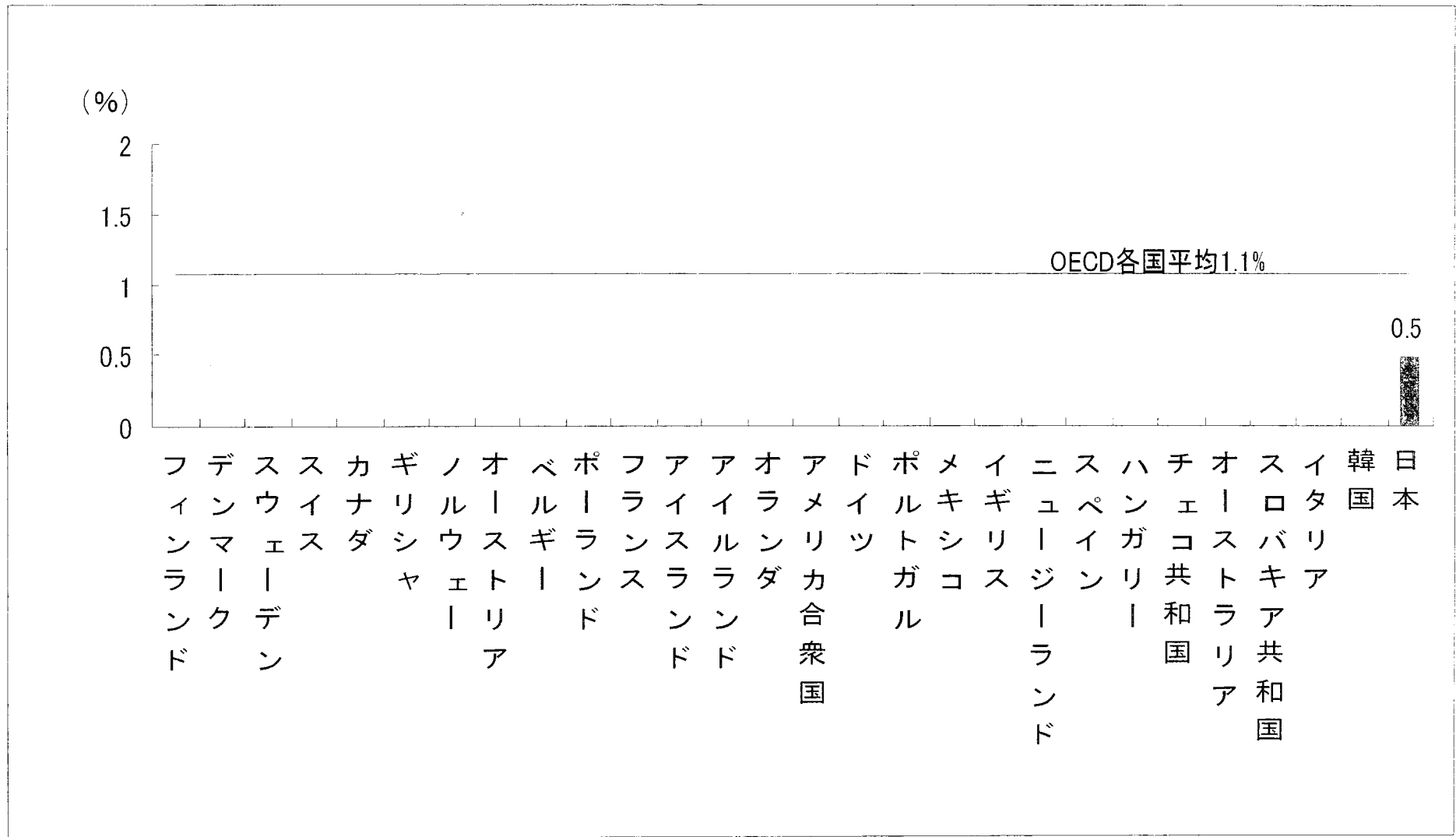
飯沼 雅朗	蒲郡深志病院長	社団法人日本医師会常任理事
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授	
小川 彰	岩手医科大学学長	
小川 秀興	学校法人順天堂理事長	
嘉山 孝正	山形大学医学部長	
齊藤 英彦	名古屋セントラル病院長	
○高久 史麿	自治医科大学学長	
辻本 好子	NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長	
永井 雅巳	徳島県立中央病院長	
西澤 寛俊	特別医療法人恵和会西岡病院理事長	
能勢 隆之	鳥取大学学長	
福井 次矢	聖路加国際病院長	
武藤 徹一郎	財団法人癌研究会理事	名誉院長
矢崎 義雄	独立行政法人国立病院機構理事長	
吉村 博邦	学校法人北里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

○印は座長

(五十音順)

# 事務局提出資料

# OECD加盟国の高等教育に対する公財政支出の対GDP費(2005年)



# GDPに占める公財政教育支出の割合(2005年)

国名	全教育段階	初等中等教育	高等教育
オーストラリア	4.3	3.4	0.8
オーストリア	5.2	3.5	1.2
ベルギー	5.8	3.9	1.2
カナダ	4.7	3.2	1.4
チェコ	4.1	2.7	0.8
デンマーク	6.8	4.4	1.6
フィンランド	5.9	3.8	1.7
フランス	5.6	3.8	1.1
ドイツ	4.2	2.8	0.9
ギリシャ	4.0	2.5	1.4
ハンガリー	5.1	3.3	0.9
アイスランド	7.2	5.2	1.1
アイルランド	4.3	3.3	1.0
イタリア	4.3	3.2	0.6
日本	3.4	2.6	0.5

国名	全教育段階	初等中等教育	高等教育
韓国	4.3	3.4	0.6
ルクセンブルグ	m	3.7	m
メキシコ	5.3	3.7	0.9
オランダ	4.6	3.3	1.0
ニュージーランド	5.2	4.0	0.9
ノルウェー	5.7	3.8	1.3
ポーランド	5.4	3.7	1.2
ポルトガル	5.3	3.8	0.9
スロバキア	3.7	2.5	0.7
スペイン	4.1	2.7	0.9
スウェーデン	6.2	4.2	1.5
スイス	5.6	3.9	1.4
トルコ	m	m	m
イギリス	5.0	3.8	0.9
アメリカ	4.8	3.5	1.0
OECD各国平均	5.0	3.5	1.1

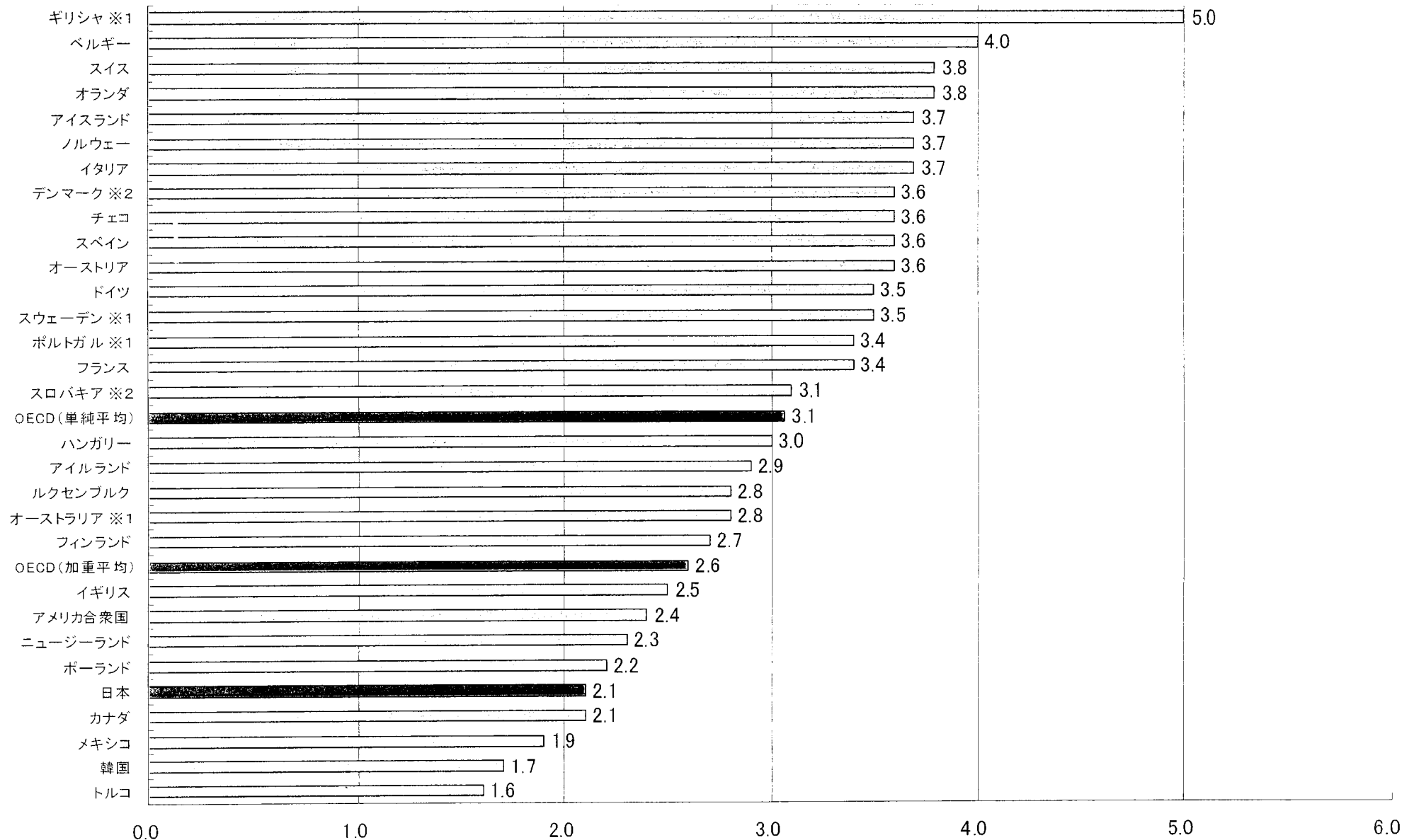
(注) 1 公財政教育支出は、公財政から教育機関へ直接支出した経費並びに家計及びその他の私的部門への補助(学生への生活補助を除く)である。

2 「全教育段階」には、「初等中等教育」「高等教育」のほか、就学前教育及びその他(教育段階分類不可)が含まれている。

3 「m」は、データが不明。

(資料) OECD『図表でみる教育』(2008年版)

# OECD加盟国の臨床医数の状況(2006年度)



※1 2005 ※2 2004

注1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。

注3 一部の国では、臨床医数ではなく総医師数を用いている。

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

出典「OECD HEALTH DATA 2008」

# OECD加盟国の医療費の状況(2006年)

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
	順位	順位			
アメリカ合衆国	15.3	1	6,714	1	
スイス	11.3	2	4,311	3	
フランス	11.1	3	3,449	8	
ドイツ	10.6	4	3,371	10	
ベルギー	10.4	5	3,488	7	
ポルトガル	10.2	6	2,120	23	
オーストリア	10.1	7	3,606	6	
カナダ	10.0	8	3,678	5	
デンマーク	9.5	9	3,349	11	
オランダ	9.3	10	3,391	9	
ニュージーランド	9.3	10	2,448	22	
スウェーデン	9.2	12	3,202	13	
アイスランド	9.1	13	3,340	12	
ギリシャ	9.1	13	2,483	19	
イタリア	9.0	15	2,614	18	

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
	順位	順位			
オーストラリア	8.8	16	2,999	15	※
ノルウェー	8.7	17	4,520	2	*
イギリス	8.4	18	2,760	16	
スペイン	8.4	18	2,458	21	
ハンガリー	8.3	20	1,504	24	
日本	8.2	21	2,474	20	259,770円※
フィンランド	8.2	21	2,668	17	
アイルランド	7.5	23	3,082	14	
ルクセンブルク	7.3	24	4,303	4	
スロバキア	7.1	25	1,130	27	※
チェコ	6.8	26	1,490	25	
メキシコ	6.6	27	794	29	*
韓国	6.4	28	1,480	26	
ポーランド	6.2	29	910	28	
トルコ	5.7	30	591	30	※

【出典】「OECD HEALTH DATA 2008」

(注1)上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

(注2)※の数値は2005年のデータ

(注3)\*の数値は予測値

(注4)日本円については、日本銀行「基準外国為替相場」により算出



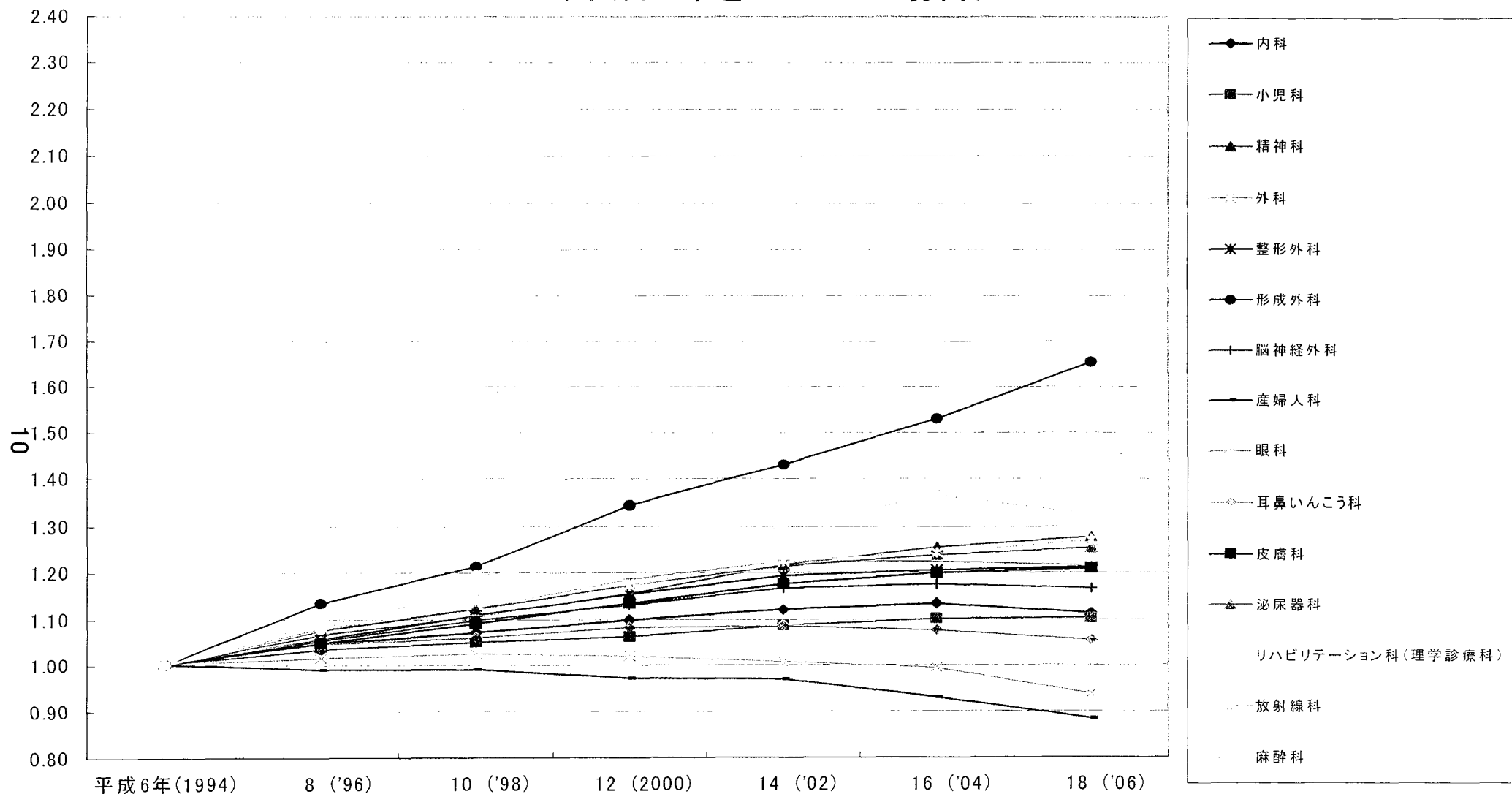
# 診療科別医師数の推移

従事する診療科名 (主たる)	医師数 (平成18年)	医師数 (平成10年)	増減
総数	263,540	236,933	26,607
内科	70,470	72,702	-2,232
心療内科	841	433	408
呼吸器科	3,966	2,898	1,068
消化器科(胃腸科)	10,762	9,038	1,724
循環器科	9,416	7,445	1,971
アレルギー科	184	196	-12
リウマチ科	760	429	331
小児科	14,700	13,989	711
精神科	12,474	10,586	1,888
神経科	355	495	-140
神経内科	3,443	2,923	520
外科	21,574	24,861	-3,287
整形外科	18,870	17,229	1,641
形成外科	1,909	1,399	510
美容外科	394	167	227
脳神経外科	6,241	5,871	370
呼吸器外科	1,255	818	437
心臓血管外科	2,585	2,243	342
小児外科	661	566	95

従事する診療科名 (主たる)	医師数 (平成18年)	医師数 (平成10年)	増減
産婦人科	9,592	10,916	-1,324
産科	482	353	129
婦人科	1,709	1,188	521
眼科	12,362	11,408	954
耳鼻いんこう科	8,909	8,954	-45
気管食道科	22	18	4
皮膚科	7,845	7,072	773
泌尿器科	6,133	5,452	681
性病科	26	18	8
こう門科	373	365	8
リハビリテーション 科(理学診療科)	1,855	1,125	730
放射線科	4,883	4,445	438
麻酔科	6,209	5,585	624
病理	1,297	—	—
救命救急	1,698	—	—
研修医	14,402	—	—
全科	301	522	-221
その他	3,148	3,898	-750
不詳	1,434	1,326	108

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

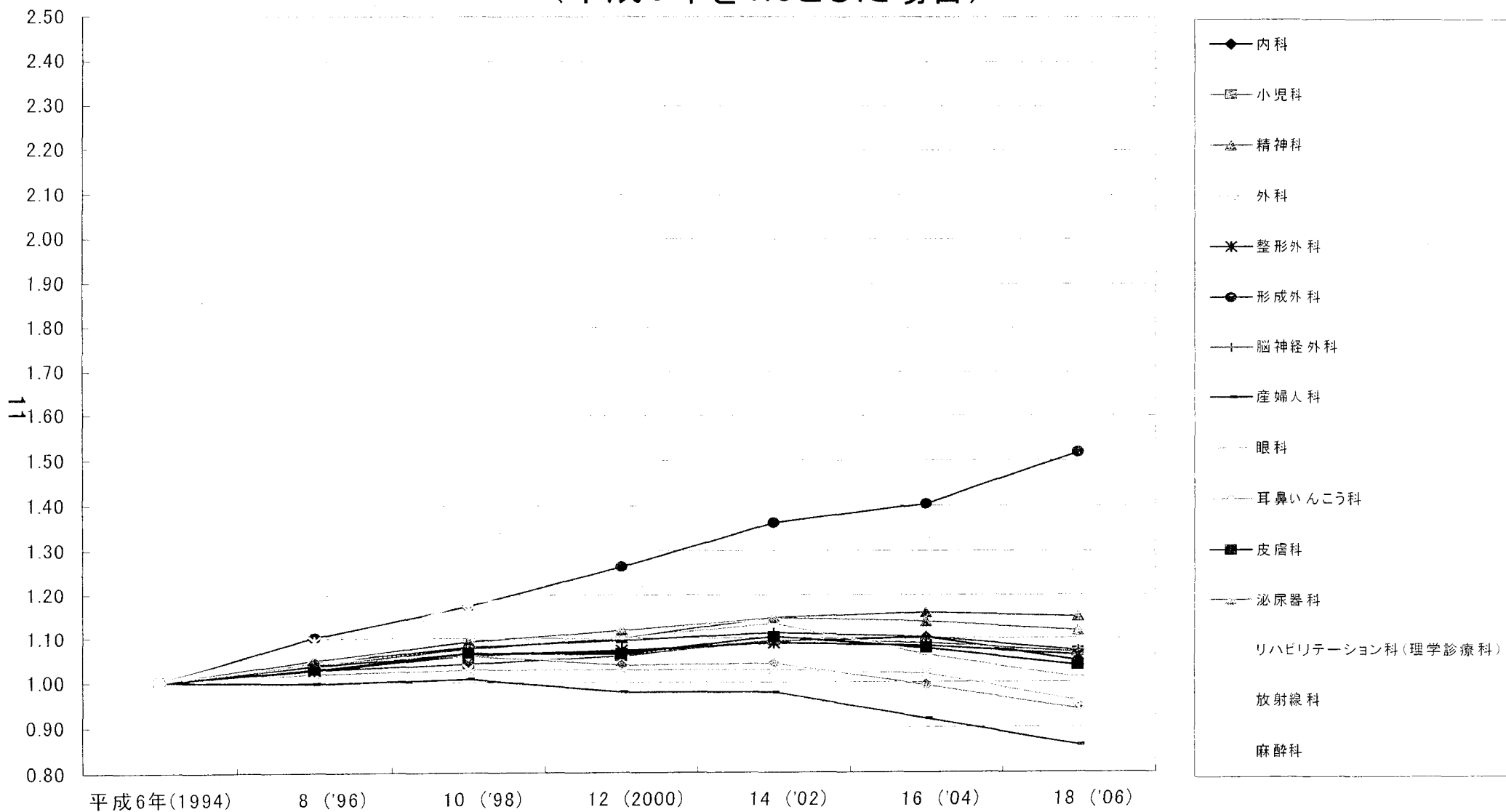
# 診療科別医師数の推移 (平成6年を1.0とした場合)



注) 内科・・・内科、心療内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科  
 外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科  
 精神科・・・精神科、神経科  
 耳鼻いんこう科・・・耳鼻いんこう科、気管食道科  
 泌尿器科・・・泌尿器科、性病科、こう門科

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

# 診療科別医師数の推移 病院従事者 (平成6年を1.0とした場合)

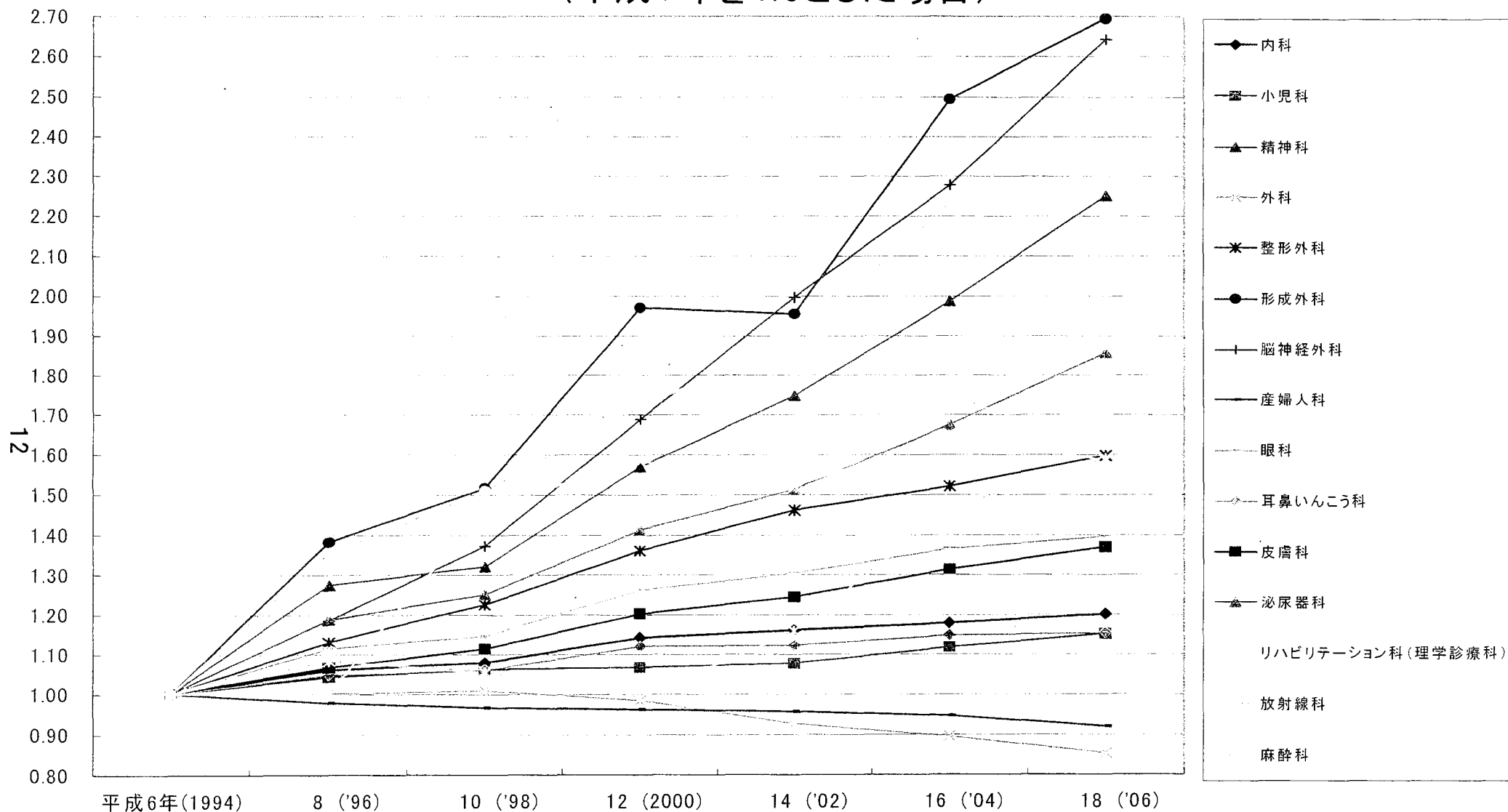


注) 内科・・・内科、心療内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科  
 外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科  
 精神科・・・精神科、神経科  
 耳鼻いんこう科・・・耳鼻いんこう科、気管食道科  
 泌尿器科・・・泌尿器科、性病科、こう門科

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

# 診療科別医師数の推移 診療所従事者

(平成6年を1.0とした場合)



注) 内科・・・内科、心療内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科  
 外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科  
 精神科・・・精神科、神経科  
 耳鼻いんこう科・・・耳鼻いんこう科、気管食道科  
 泌尿器科・・・泌尿器科、性病科、こう門科

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

# 都道府県別にみた人口10万人対医師数

○都道府県別に見て、人口10万人対医師数は最小で141.6(埼玉県)から最大で292.1(京都府)まで存在。  
(人口10万人対従事医師数で見ると、最小で135.5(埼玉県)から最大で272.9(京都府)まで存在。)

13

	平成10年	平成18年			平成10年	平成18年	
	(総医師数)	(総医師数)	(従事医師数)		(総医師数)	(総医師数)	(従事医師数)
全国	196.6	217.5	206.3	三重	175.6	186.2	177.9
北海道	192.8	219.7	206.7	滋賀	176.3	202.3	190.7
青森	168.3	180.0	170.5	京都	262.9	292.1	272.9
岩手	168.8	186.8	174.1	大阪	228.9	250.5	237.6
宮城	184.7	208.7	196.0	兵庫	193.7	213.8	203.4
秋田	177.1	200.9	188.9	奈良	180.2	208.3	201.0
山形	177.2	203.0	187.9	和歌山	221.4	257.5	246.3
福島	167.5	183.5	176.1	鳥取	255.8	281.0	259.9
茨城	136.4	155.1	146.7	島根	228.1	263.1	247.8
栃木	181.0	204.7	195.1	岡山	237.0	264.1	251.3
群馬	187.9	208.6	199.2	広島	222.9	234.4	222.5
埼玉	116.5	141.6	135.5	山口	216.6	241.9	227.6
千葉	138.3	159.1	153.5	徳島	263.3	291.9	270.1
東京	264.4	282.0	265.5	香川	233.7	250.8	238.7
神奈川	164.2	178.3	172.1	愛媛	219.3	232.8	224.3
新潟	168.8	185.2	171.0	高知	258.3	275.8	263.2
富山	207.6	238.3	220.1	福岡	252.1	278.3	262.8
石川	253.5	254.3	239.6	佐賀	209.7	240.9	229.1
福井	197.1	215.9	206.1	長崎	237.8	271.3	256.8
山梨	180.8	199.1	192.6	熊本	239.7	252.6	240.0
長野	171.9	198.9	190.0	大分	219.4	240.8	229.6
岐阜	156.8	179.9	173.0	宮崎	199.2	222.7	209.7
静岡	157.7	177.2	169.9	鹿児島	211.7	230.8	220.8
愛知	175.0	192.1	180.7	沖縄	176.6	216.7	208.3

	人口10万人対医師数の 平成10年→平成18年の増加率
全国	110.6%(196.6 → 217.5)
東京	106.7%(264.4 → 282.0)
大阪	109.4%(228.9 → 250.5)
愛知	109.8%(175.0 → 192.1)

(参考) 総医師数

全国平均 … 217.5人

最大都道府県 … 京都府(292.1人)

最小都道府県 … 埼玉県(141.6人)

最大と最小の差は、約2.1倍

出典: 厚生労働省大臣官房統計情報部

平成18年 医師・歯科医師・薬剤師調査

注) 総医師数…医師・歯科医師・薬剤師調査に届け出た全ての医師の数  
従事医師数…総医師数のうち、医療機関(病院・診療所)に勤務する医師の数

# 二次医療圏別人口10万人当たり従事医師数

○ 各都道府県内においても、県庁所在地など人口当たりの医師数が多い地域と、郡部など少ない地域が見られる。

平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差
北海道	上川中部	288.6	3.4倍	石川県	石川中央	302.1	2.5倍	岡山県	県南東部	289.5	2.1倍
	根室	84.7			能登北部	120.6			高梁・阿新	136.2	
青森県	津軽地域	258.4	2.6倍	福井県	福井・坂井	282.6	2.6倍	広島県	呉	279.7	1.6倍
	西北五地域	97.9			奥越	108.5			広島中央	175.1	
岩手県	盛岡	254.4	2.4倍	山梨県	中北	246.6	2.4倍	山口県	宇部・小野田	363.1	2.3倍
	釜石	105.9			峡南	103.9			萩	154.9	
宮城県	仙台	296.0	4.2倍	長野県	松本	301.3	2.3倍	徳島県	東部Ⅰ	315.9	2.1倍
	黒川(※1)	70.5			木曾	130.7			南部Ⅱ	147.2	
秋田県	秋田周辺	258.1	2.4倍	岐阜県	岐阜	224.8	1.8倍	香川県	高松	283.5	1.9倍
	湯沢・雄勝	108.6			中濃	123.9			小豆	149.8	
山形県	村山	230.4	1.8倍	静岡県	西部	212.9	1.9倍	愛媛県	松山	275.2	1.9倍
	最上	127.1			中東遠	110.5			宇摩	148.1	
福島県	県北	230.2	2.7倍	愛知県	尾張東部	316.7	4.4倍	高知県	中央	301.3	2.3倍
	南会津	86.8			尾張中部	72.6			高幡	133.2	
茨城県	つくば	305.0	3.6倍	三重県	中勢伊賀	235.0	1.7倍	福岡県	久留米	399.4	2.8倍
	鹿行	85.7			東紀州	135.2			京築	140.3	
栃木県	県南	260.8	2.2倍	滋賀県	大津	303.3	2.8倍	佐賀県	中部	303.9	2.1倍
	県西	118.6			甲賀	109.6			西部	145.3	
群馬県	前橋	376.8	2.8倍	京都府	京都・乙訓	361.7	3.2倍	長崎県	長崎	325.4	3.1倍
	太田・館林	135.6			山城南	114.0			上五島	106.6	
埼玉県	西部第二	232.6	2.4倍	大阪府	大阪市	315.2	2.0倍	熊本県	熊本	369.0	3.4倍
	児玉	96.0			中河内	161.5			阿蘇	109.8	
千葉県	安房	294.5	3.1倍	兵庫県	神戸	262.7	1.9倍	大分県	別荘速見	285.9	2.4倍
	夷隅長生	95.3			西播磨	139.9			臼津	118.7	
東京都 (※3)	区中央部(※2)	1,173.5	9.3倍	奈良県	東和	253.7	1.8倍	宮崎県	宮崎東諸県	287.9	2.5倍
	西多摩	126.3			西和	141.1			西都児湯	114.0	
神奈川県	横浜南部	222.3	1.8倍	和歌山県	和歌山	324.9	2.2倍	鹿児島県	鹿児島	329.2	3.2倍
	県央	124.2			那賀	146.8			熊毛	104.3	
新潟県	新潟	218.4	1.8倍	鳥取県	西部	352.3	1.9倍	沖縄県	南部	245.1	1.7倍
	魚沼	118.1			中部	182.5			宮古	144.4	
富山県	富山	264.8	1.5倍	島根県	出雲	393.6	3.1倍				
	高岡	178.6			雲南	125.4					

※1 黒川(大和町、大郷町、富谷町、大衡村)

※2 区中央部(千代田区、中央区、港区、文京区、台東区)

※3 島しょ医療圏を除く。

## 都道府県別研修医在籍状況推移

都道府県	平成15年度 採用実績 ①	平成20年度 採用実績 ②	増 減 ②-①
北海道	288	313	25
青森県	56	63	7
岩手県	38	66	28
宮城県	88	115	27
秋田県	61	63	2
山形県	56	60	4
福島県	79	76	△ 3
茨城県	85	119	34
栃木県	119	126	7
群馬県	119	80	△ 39
埼玉県	118	214	96
千葉県	268	283	15
東京都	1,707	1,338	△ 369
神奈川県	404	584	180
新潟県	89	70	△ 19
富山県	59	54	△ 5
石川県	95	86	△ 9
福井県	48	49	1
山梨県	54	51	△ 3
長野県	104	106	2
岐阜県	116	95	△ 21
静岡県	109	160	51
愛知県	436	446	10
三重県	77	75	△ 2

都道府県	平成15年度 採用実績 ①	平成20年度 採用実績 ②	増 減 ②-①
滋賀県	83	85	2
京都府	411	274	△ 137
大阪府	689	613	△ 76
兵庫県	310	319	9
奈良県	101	78	△ 23
和歌山県	68	74	6
鳥取県	51	30	△ 21
島根県	30	37	7
岡山県	146	150	4
広島県	181	142	△ 39
山口県	93	57	△ 36
徳島県	68	49	△ 19
香川県	50	64	14
愛媛県	65	68	3
高知県	47	38	△ 9
福岡県	546	434	△ 112
佐賀県	58	58	0
長崎県	105	68	△ 37
熊本県	115	98	△ 17
大分県	54	54	0
宮崎県	50	45	△ 5
鹿児島県	91	68	△ 23
沖縄県	81	140	59
計	8,166	7,735	△ 431

資料:厚労省医師臨床研修推進室調べ

都道府県別研修医定着率(国家試験合格者数に対する研修医数の比率)

都道府県	平成20年度 採用実績 ①	平成19年度国 試合格者数②	定着率 ①/②
北海道	313	309	1.01
青森県	63	106	0.59
岩手県	66	82	0.80
宮城県	115	88	1.31
秋田県	63	100	0.63
山形県	60	100	0.60
福島県	76	81	0.94
茨城県	119	113	1.05
栃木県	126	212	0.59
群馬県	80	100	0.80
埼玉県	214	163	1.31
千葉県	283	103	2.75
東京都	1,338	1,261	1.06
神奈川県	584	361	1.62
新潟県	70	88	0.80
富山県	54	93	0.58
石川県	86	202	0.43
福井県	49	102	0.48
山梨県	51	101	0.50
長野県	106	95	1.12
岐阜県	95	83	1.14
静岡県	160	113	1.42
愛知県	446	387	1.15
三重県	75	100	0.75

都道府県	平成20年度 採用実績 ①	平成19年度国 試合格者数②	定着率 ①/②
滋賀県	85	97	0.88
京都府	274	204	1.34
大阪府	613	485	1.26
兵庫県	319	193	1.65
奈良県	78	91	0.86
和歌山県	74	64	1.16
鳥取県	30	84	0.36
島根県	37	86	0.43
岡山県	150	201	0.75
広島県	142	94	1.51
山口県	57	92	0.62
徳島県	49	92	0.53
香川県	64	94	0.68
愛媛県	68	98	0.69
高知県	38	86	0.44
福岡県	434	413	1.05
佐賀県	58	91	0.64
長崎県	68	83	0.82
熊本県	98	101	0.97
大分県	54	89	0.61
宮崎県	45	102	0.44
鹿児島県	68	105	0.65
沖縄県	140	109	1.28
計	7,735	7,697	1.00

※ 平成19年度国家試験合格者数は大学医学部卒業者7,697名その他、認定及び予備試験による者36名があり、合計7,733名



## 臨床研修制度のあり方等に関する検討会 ( 第1回検討会における主な意見 (未定稿) )

- 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というのを疑わざるを得ない。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よ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。(大熊委員)
- 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。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。(福井委員)
- 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。(福井委員)
- 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いい。(嘉山委員)
- 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。(能勢委員)

○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。(永井委員)

○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1万5,000名から1万6,000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。(小川彰委員)

○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。(西澤委員)

○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、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

できるようになる。(齊藤委員)

○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。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。(吉村委員)

○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。(能勢委員)

○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。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26～27位。高等教育の予算は、30カ国中29位。医療費は30カ国中21～22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、東京、京都、大阪、福岡など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。そういうデータを次の会に事務局で用意すべき。(小川座長代理)

○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4つのうちの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。(高久座長)

Subject: 構想日本フォーラムでの先生のご発言を拝見いたしました。  
From: [REDACTED]  
Date: Tue, 7 Oct 2008 12:54:17 +0900 (JST)  
To: tkayama@med.id.yamagata-u.ac.jp

山形大学医学部長

嘉山孝正様

お忙しいところ大変申し訳ございません。  
先日、初期研修検討委員会に關しましてメールを送らせていただきました群馬大学医学科5年の[REDACTED]と申します。

このたびは先生に御礼を申し上げたくメールさせていただきました。先日インターネットで、構想日本のフォーラムにて嘉山先生が「医学部5年生で医師国家試験の受験を」と発言されているのを拝見しました。

先生も既に同じ事を考えてみえたのだと驚くと同時に日本の医療について、このように真剣に考え、ご尽力されてみえる先生がいらしたと知って胸が熱くなりました。

学生として全く無力ではありますが、先生のお考えになる医学教育改革に少しでもお役に立てたらと思い、学生の立場から見た医学教育について、周囲や友人の医学生に色々な意見を求め集めさせていただきました。

お忙しいところ大変恐申し訳ございません。  
もし、お目通しくださいましたら大変幸甚でございます。

#### ■ 医学生としての問題意識 ■

##### 1. 現行の臨床実習について

○ 医学生に責任を与えてくださる教育熱心な診療科がある一方で、見学中心の科も多く、現状では臨床実習全体を通じて、クリニカルクラークシップを実践することは難しくなっております。

○ クリクラが難しい理由としては、指導して下さる現場の

先生方が本当に忙しいためだと思います。今後の医学部定員増により、さらに先生方の負担が増加することが懸念されます。

○ 研修医の先生方は大変忙しそうで見学ばかりしているのは非常に申し訳ないと感じます。

##### 2. 先生が提唱してみえる医学部5年生での医師国家試験の受験について

★ 臨床実習の後の5年生の終わりに国家試験を受験することをみとめ、6年次に本当の意味での「クリニカルクラークシップ」を行う。

○ 国家試験へのルートを複線化する。

(1) 5年次で医師国家試験合格者

→6年次に在籍大学にてクリニカルクラークシップ。



## “臨床研修制度のあり方等”に関する意見

## 前略

検討会では時間もなく発言の機会もありませんでしたので、私の考えの要点および私見を記させていただきます。

1. 厚労省と文科省の大臣以下、関係者が一同に会して検討会を開催したことを高く評価し、今後の継続を期待する。(もっと早く行うべきであったが。)
2. 資料を拝見すると、従来からの種々の会議で問題点はほぼ出つくしているの  
で、全く新しい意見はない。
3. 医師数不足、研修医偏在の真否はそのデータの根拠があいまいで、どちらかの意見を一方的に信ずるわけにはいかない。偏った情報に基いて議論するのは無駄なことである。おそらく地域によって格差があるに違いないので、地域ごとの現状をより正確に調査報告し、エビデンスに基づいて議論すべきであろう。厚労省の役人が、もっと現場に出て現場の声を傾聴すべきである、との大臣の指摘は全く正しいと思う。
4. 研修制度の問題と医師不足、医療崩壊の問題は相互に関連するが、基本的には別々に論じるべきであろう。
5. 諸悪の根源は新しい研修制度にありこれを中止すべしとの意見が大学病院現場にある。しかし研修制度の理念は間違いではないので、問題点を修正し、正すべきは正して継続するのがよいと考える。

6. 研修期間2年は長すぎるという指摘があり、医学部6年目から研修を始めることを真剣に検討する必要がある。私もこの意見に賛成である。現役の学生からも同様の意見が送られてきた。法改正が必要なら改正すればよい。
7. 指導医が足りないという問題は、クラークの雇用により医師を雑用から解放することが解決の1つとなろう。また、教育能力を評価するシステムが必要であり、大学病院の改革が必要である。
8. 意見を言える人は、私も含めて医療現場から離れている人がほとんどである。現場の人（研修医、指導医）の生の声をもっと傾聴すべきであると思う。
9. おかしな所は改める。決めたらそのゴールに向かって徹底的に努力する、という基本姿勢を両省の関係各位にお願いしたい。種々の理由をつけて改革を遅延させることがあってはならない。

草々

癌研有明病院  
メディカルディレクター  
武藤徹一郎

# 今井浩三先生配布資料



第2回 臨床研修制度のあり方等に関する検討会  
(2008年10月16日)

# 臨床研修に関するヒアリング

札幌医科大学学長・理事長 今井 浩三

# 札幌医科大学の理念

最高レベルの医科大学を目指します

- 人間性豊かな医療人の育成に努めます
- 道民の皆様に対する医療サービスの向上に邁進します
- 国際的・先端的な研究を進めます

# 配分総額

## 教員1人あたり

	大学	千円
1	東京大	6,714
2	東京工業大	5,338
3	京都大	5,062
4	大阪大	4,859
5	東北大	4,471
6	名古屋大	4,240
7	東京医科歯科大	3,601
8	北海道大	3,445
9	九州大	3,185
10	豊橋技術科学大	2,719
11	東京都立大	2,647
12	京都府立医科大	2,510
13	札幌医科大	2,156
14	横浜市立大	2,078
15	福井医科大	2,075
16	浜松医科大	1,885
17	滋賀医科大	1,875
18	広島大	1,812
19	聖路加看護大	1,775
20	神戸大	1,764

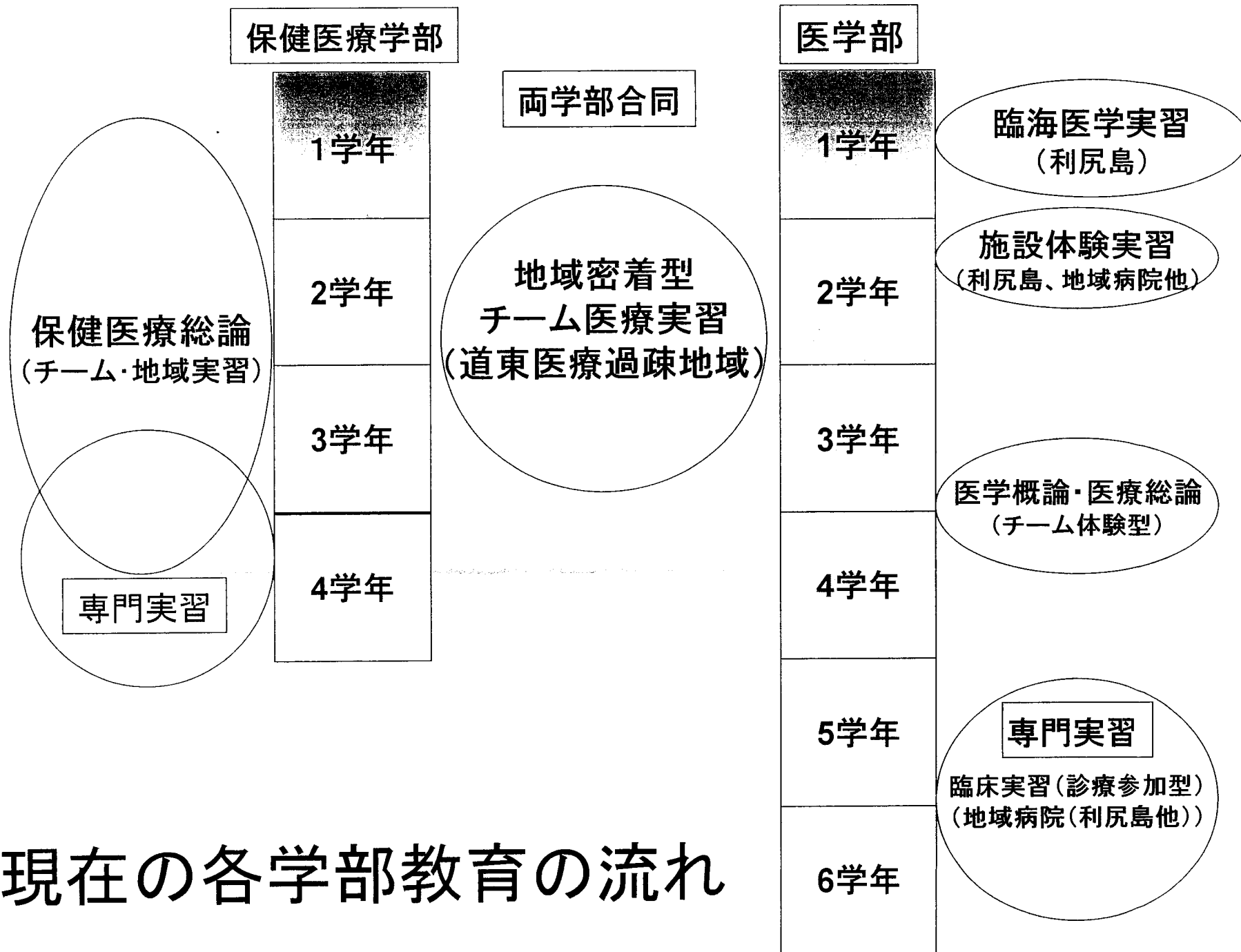
### 配分総額

大学	配分総額
1 東京大	10,000
2 東京工業大	8,000
3 京都大	7,500
4 大阪大	7,000
5 東北大	6,500
6 名古屋大	6,000
7 東京医科歯科大	5,500
8 北海道大	5,000
9 九州大	4,500
10 豊橋技術科学大	4,000
11 東京都立大	3,800
12 京都府立医科大	3,600
13 札幌医科大	3,200
14 横浜市立大	3,000
15 福井医科大	3,000
16 浜松医科大	2,800
17 滋賀医科大	2,800
18 広島大	2,700
19 聖路加看護大	2,600
20 神戸大	2,500
21 筑波大	2,400
22 熊本大	2,300
23 新潟県立大	2,200
24 筑波大	2,100
25 富山県立医科大	2,000
26 九州歯科大学	1,900
27 岐阜大	1,800
28 群馬大	1,700
29 岡山大	1,600
30 豊田工業大	1,500
31 北陸薬科大	1,400
32 長崎大	1,300
33 千葉大	1,200
34 長岡技術科学大	1,100
35 松本医科大	1,000

学	711
	922
医科大	917
大	913
	903
大	889
大	886
	880
大	879
	877
大	862
	859
	838
大	837
大	826
	824
	822
歯科大	810
大	797
立医科大	783
大	782
	772
大	763
医科大	758
大	746
大	743
	732
	682
	656
	653
	673
大	672
大	667
大	662
大	649
科大	641

# 文部科学省GPの採択状況(H19年度まで)

	対象	テーマ	結果
現代GP	両学部	・地域密着型チーム医療実習	採択
	大学院	・医療研究者・地域医療従事者 支援型知財教育	採択
特色GP	両学部	・学部一貫教育による地域医療の マインドの形成	採択
橋渡し 研究支援	臨床への橋渡し	・オール北海道先進医学・医療拠 点形成	採択
がんプロ	大学院	・北海道の総合力を生かすプロ養 成プログラム	採択



# 現在の各学部教育の流れ

# 地域密着型チーム医療実習

## 学科合同

: 医学科、看護学科、理学療法学科、作業療法学科

## 地域密着型

: 北海道東部(別海町、中標津町、釧路市)

## チーム医療実習

: 地区踏査(第2学年3月)

参加型実習・健康教育セミナー(第3学年8月)

# 市立根室病院

# 内科医不在の恐れ

## 4月から 旭医大が引き揚げ

【根室】市立根室病院（羽根田俊院長、百九十九床）で内科に常勤する

受診や入院を余儀なくされるほか、救急患者にも影響が出る。

したため、四月からは派遣できなくなったと市に通知。もう一人の医師も退職する意向だ。

に内科を持つ民間病院や診療所が十力所あるが、規模が小さく、外来、救急患者の受け入れには限界がある。民間病院の計

四人の医師が四月から不在となる恐れがあることが三十日、分かった。旭川医大が内科への派遣を三月末で打ち切るなどするため、市は道などに

市立病院は内科、外科、小児科など十七診療科がある総合病院で、道の地域センター病院に指定されている。常勤医師は現在十一人。

市立病院では、年間の外来患者延べ七万六千人のうち三割、入院患者延べ五万三千人の五割を内科が占める（いずれも二〇〇五年度）。また、

昨年、急病で同病院に運ばれた救急患者六百二十四人のうち半数は内科系疾患だった。市内には市立病院以外

新たな医師派遣を要請している。内科医を確保できなければ、年間延べ五万人を超える外来患者や入院患者の多くは百二十

内科の医師四人のうち三人を派遣している旭医大は、新人医師に二年間の研修を義務付ける臨床研修制度の影響で同大学

自体の医師不足が深刻化

通し。このため根室市は



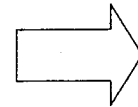


# 市立根室病院について

- (1)平成18年3月末時点で常勤医師17名体制(うち旭川医大から15名派遣)
- (2)平成18年4月以降、常勤医師5名引き上げにより常勤医師12名体制  
(北大：産婦人科、旭川医大：消化器内科、心臓血管外科)
- (3)平成18年9～10月で、更に引き上げが表面化(循環器内科(常勤)ほか、非常勤医師等)

○平成18年11月現在

診療科目	常勤医師	非常勤医師
内科	4名	1名
外科	2名	
整形外科	2名	1名
小児科	1名	1名
泌尿器科	1名	
眼科	1名	
産婦人科・皮膚科・ 耳鼻咽喉科・麻酔科		各1名
計	11名	7名
研修医	1名(1ヶ月交替)	



○平成19年4月見通し

常勤医師	非常勤医師
	1名
1名	1名
1名	
1名	
	各1名 (麻酔科を除く)
3名	5名
1名(1ヶ月交替)	

※網掛けは、平成19年4月から派遣中止が見込まれる医師

# 臨床研修医の推移：札幌医科大学

## 1 初期臨床研修医の推移

	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
Aコース	32人	28人	13人	8人	14人
Bコース	38人	30人	35人	21人	29人
Cコース	—	—	2人	7人	4人
計 (札幌医大卒者)	70人 (60人)	58人 (53人)	50人 (40人)	36人 (33人)	47人 (39人)

## 2 後期臨床研修医の推移

	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	H20
参加者数 (札幌医大卒者)	106人	97人	97人 (80人)	77人 (64人)	—	—	78人 (60人)	77人 (63人)	71人 (58人)	71人 (58人)

※ H13までの参加者数のうち札幌医大卒者は不明。

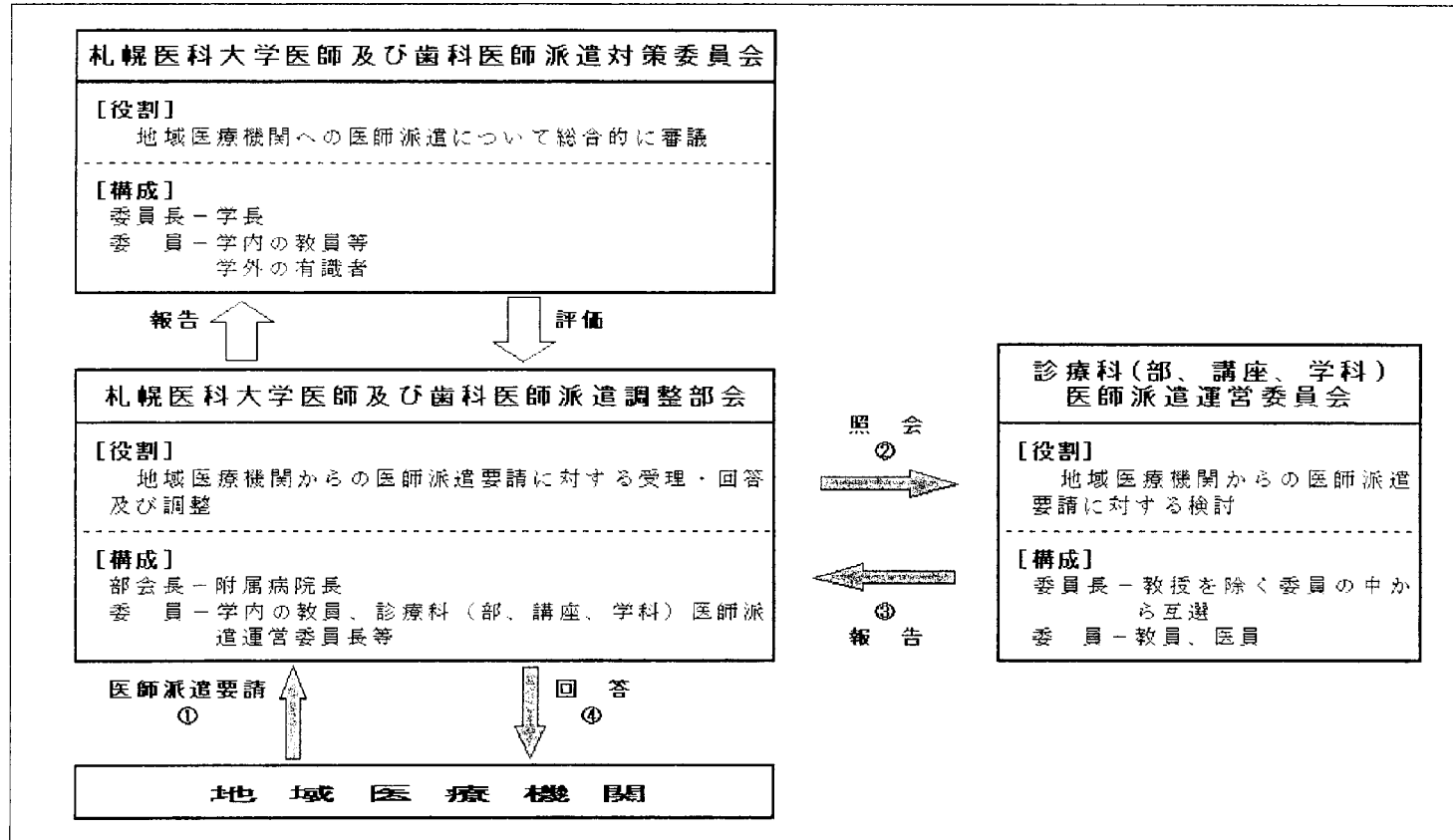
# 札幌医科大学医師及び歯科医師派遣システム

- 札幌医科大学は、優れた医療人の育成に努めるとともに、教員等の本学所属の医師を地域医療機関に派遣し、北海道の地域医療に貢献。
- 平成16年度から、医師派遣要請に対する窓口を一元化した医師派遣制度を実施。

## 札幌医科大学医師及び歯科医師派遣システム

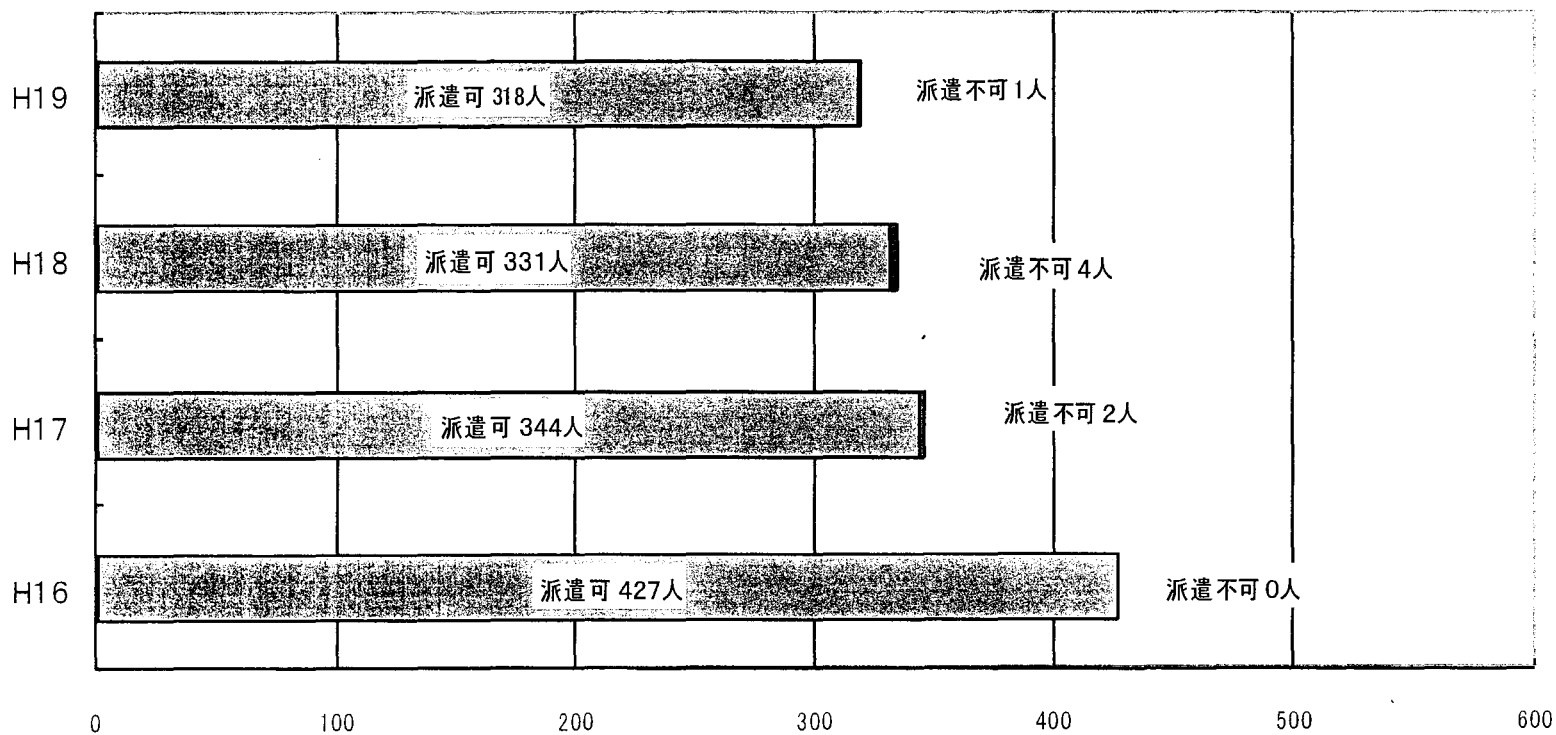
- この制度は、医師派遣の透明性を確保し、円滑な対応を行うため、「札幌医科大学医師及び歯科医師派遣対策委員会」の下に、「調整部会」を設置し、すべての派遣要請の窓口をここに一元化するとともに、派遣の可否については、各診療科ごとに設置する「医師派遣運営委員会」の検討結果を調整部会において調整し、地域医療機関に回答をしている。

# 札幌医科大学医師及び歯科医師派遣システムの概要図



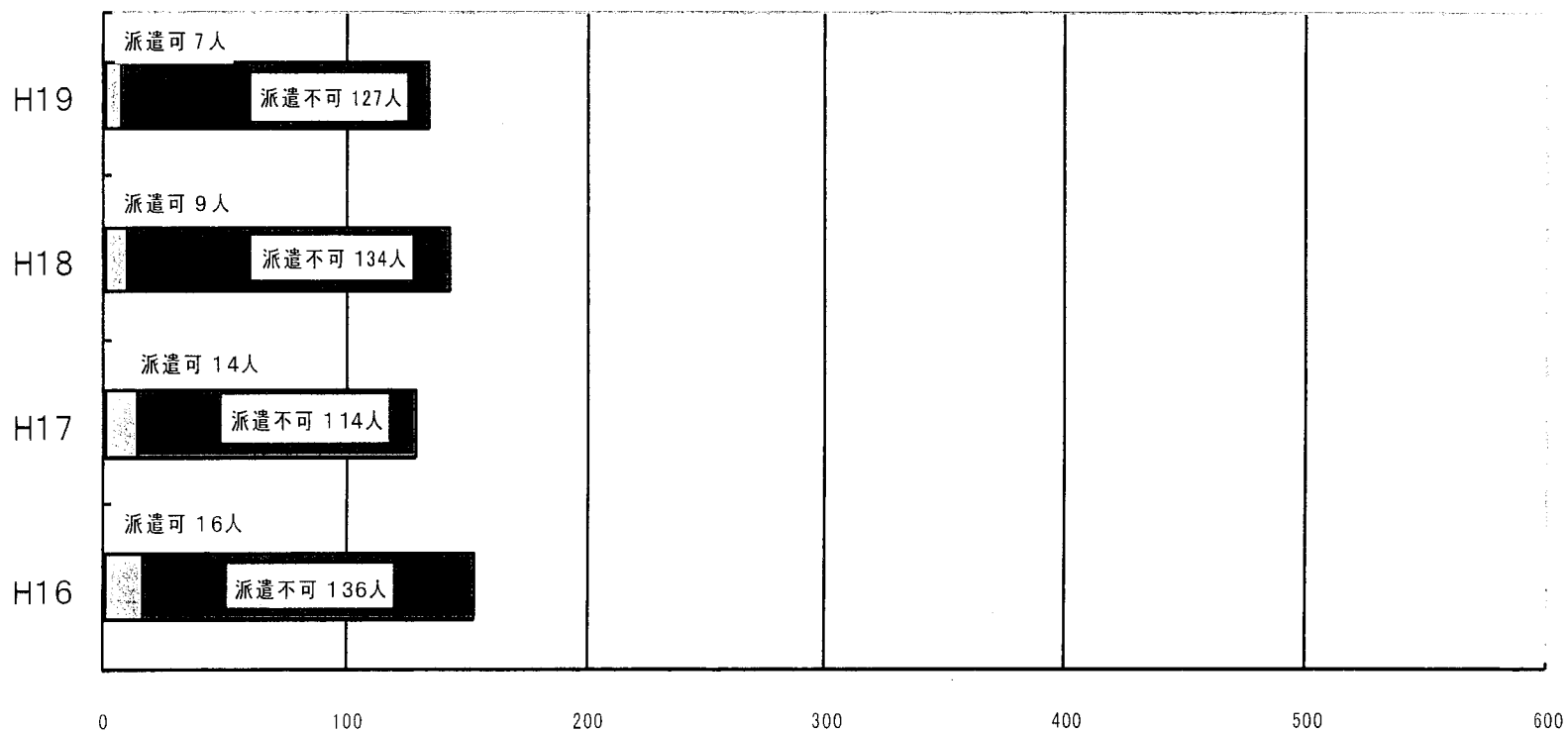
# 1 常勤医派遣要請に対する検討結果(各年度実績)

派遣検討結果(継続:実人員)



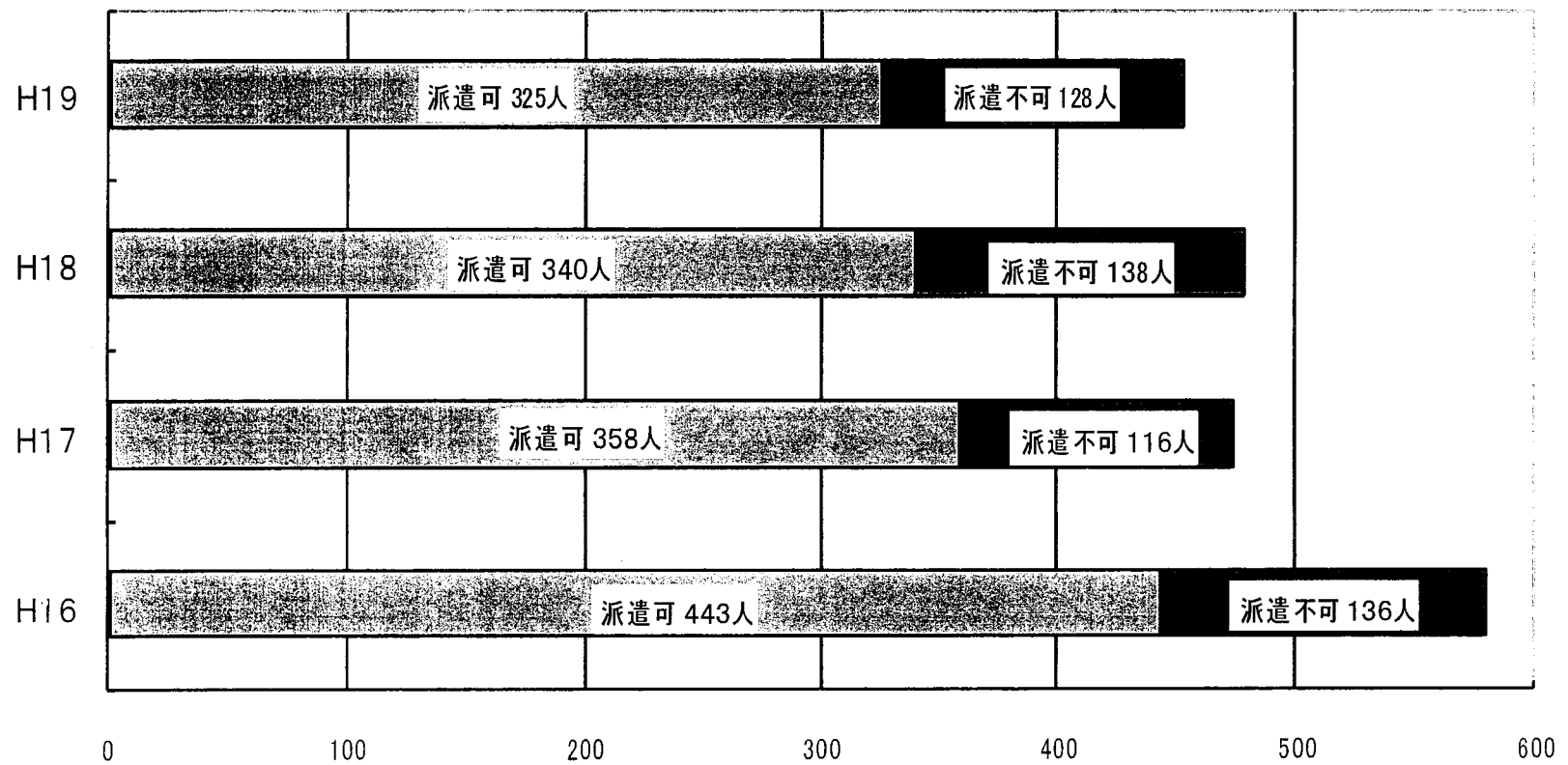
# 1 常勤医派遣要請に対する検討結果(各年度実績)

## 派遣検討結果(新規:実人員)



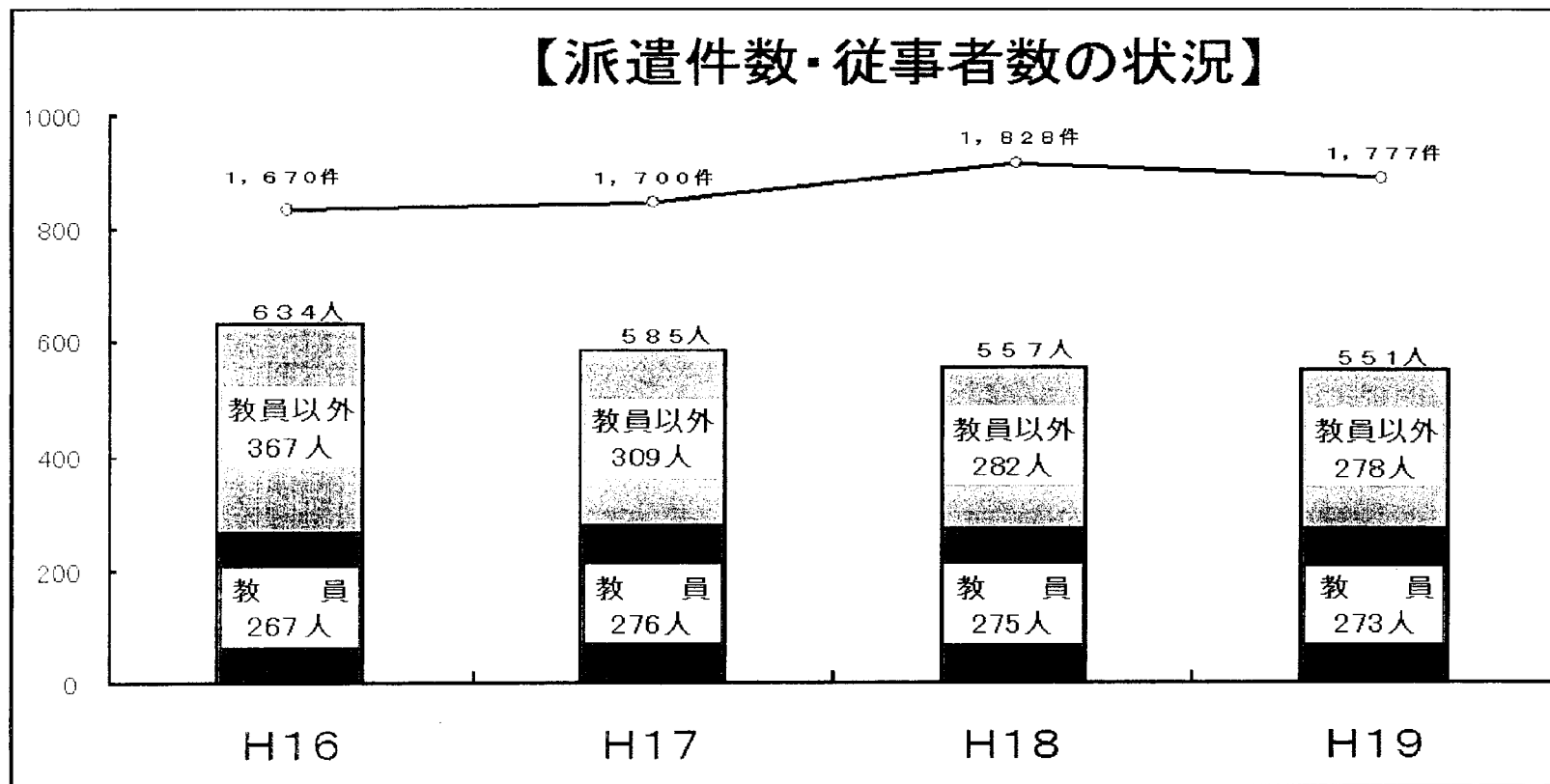
# 1 常勤医派遣要請に対する検討結果(各年度実績)

派遣検討結果(合計:実人員)

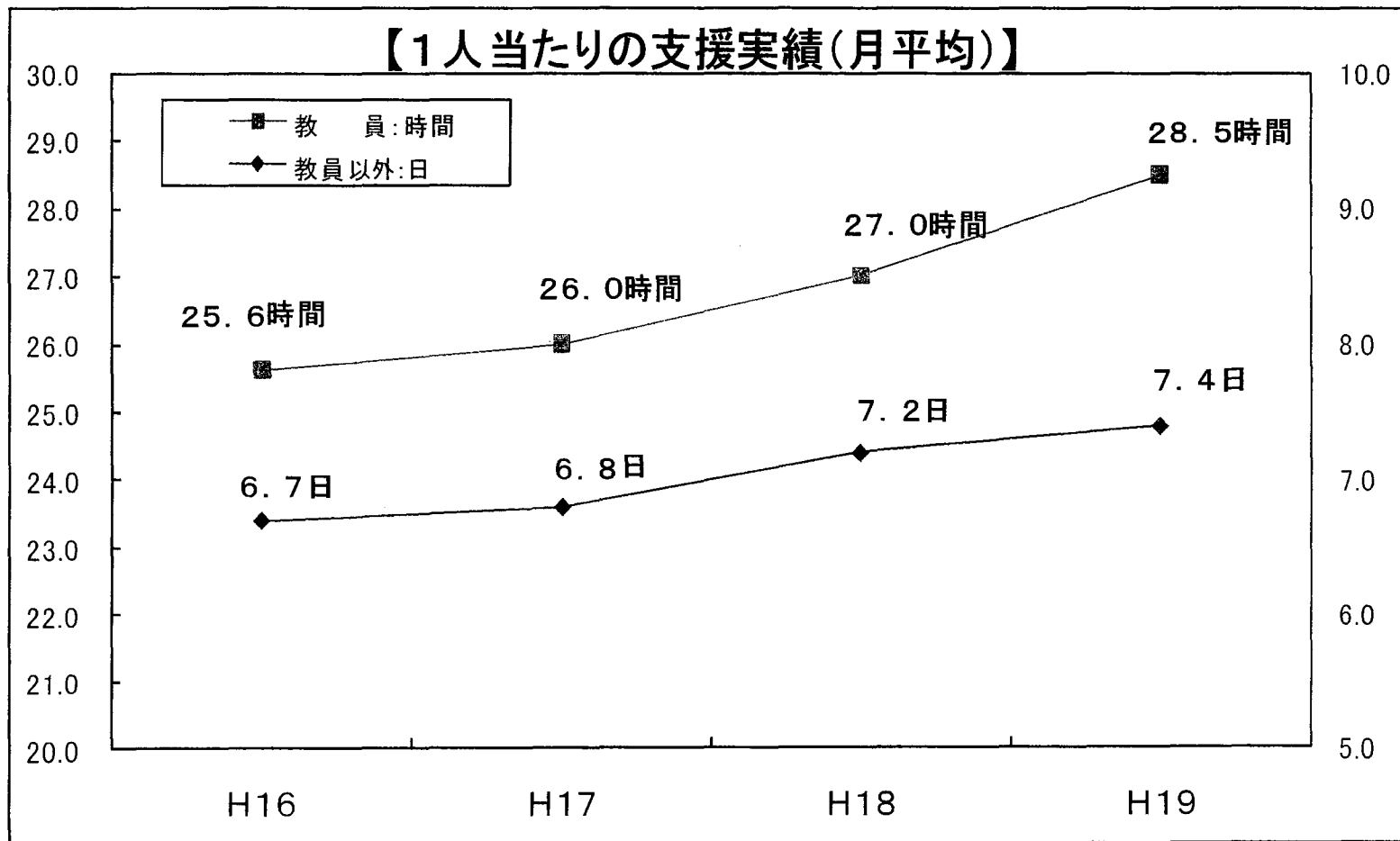




## 2 非常勤医師の派遣状況(各年度実績)



## 2 非常勤医師の派遣状況(各年度実績)



# 医師消える恐怖

## 引き揚げ拡大

地域住民の通い慣れた病院から次々と消えていく医師たち。道内三つの大学医学部が各地の病院に進める医師の引き揚げは、地域医療の現場

に深刻な影を落としている。医師の異動時期となる春に向け、医師引き揚げはさらに増える恐れもある。われわれの健康を守る医療体制が、危

(医療問題取材班)



## 通院に片道2時間 根室市民

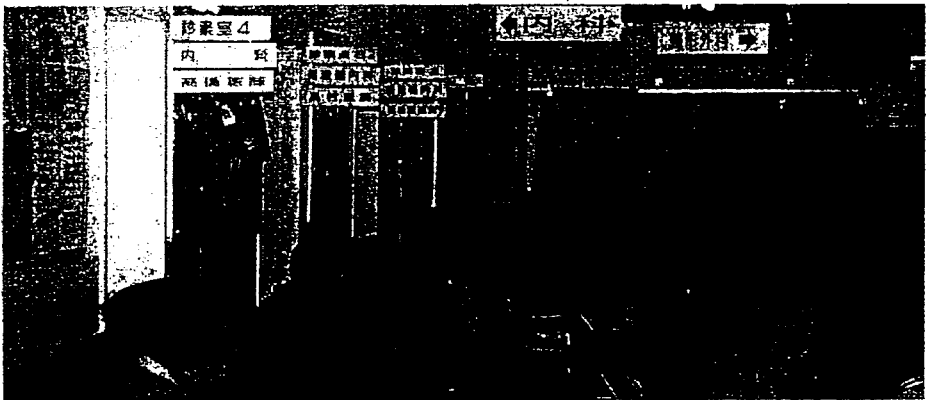
内科の常勤医四人すべ、病院に通うと、往復バスが三月末になくなる。賃は四千八百八十円。家族の見通しとなった市立根室の車で送ってもらっても、片道一時間以上かか

「これからこの病院に通うのはいいのかわからない」。根室市の無職横沢シゲさん(仮名)は一日、病院入り口でその舌を振り絞った。百二十キロ離れた釧路市の病院でも一日、患者から

## 集まらぬ新人医 道内3大学

「今までも綱渡りの状態でありはりしてききましたが、その綱も完全に切れそうなんです」。釧路労災病院から小児科医を引き揚げる北大小児科の有賀正教授は、そう釈明する。

一〇〇四年に導入された臨床研修制度の影響によって進んだ大学病院の人手不足。北大小児科で



4人の内科医師すべてが3月いっぱいまで離れる見通しとなった市立根室病院の待合室。一白

# 卒後臨床研修スケジュール

【1年目】  
(基本研修科目)

【2年目】  
(必修科目及び選択科目)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----	----

内科

外科

救急/  
麻酔科

精神科

小児科

産婦人科

地域医療

自由  
選択A

自由選択B

研修期間は6か月とし、最小2か月1単位として2科以上の選択を原則とする。

研修は3か月とする。

研修は3か月とする。

それぞれ1か月以上を原則とする。

基本研修科目、必修科目の補完、又はプライマリ・ケアを主眼においた自由選択。ただし最長1科6か月が原則。

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----	----

内科

外科

救急/  
麻酔科

精神科

小児科

産婦人科

地域医療

研修期間は6か月とし、最小2か月1単位として2科以上の選択を原則とする。

研修は3か月とする。

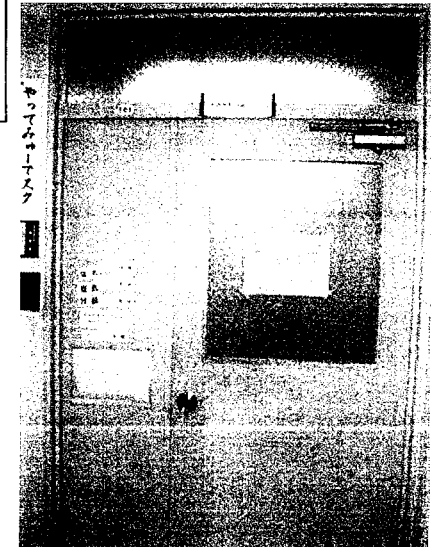
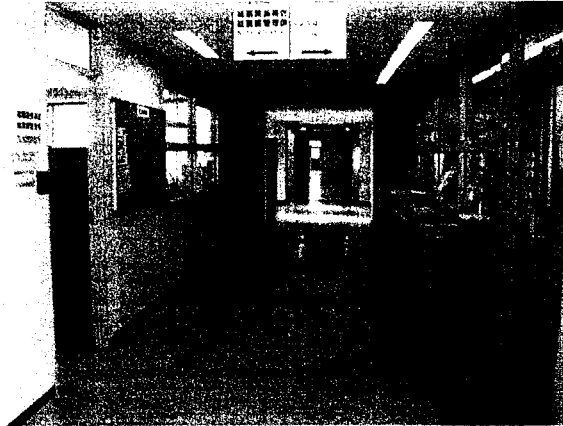
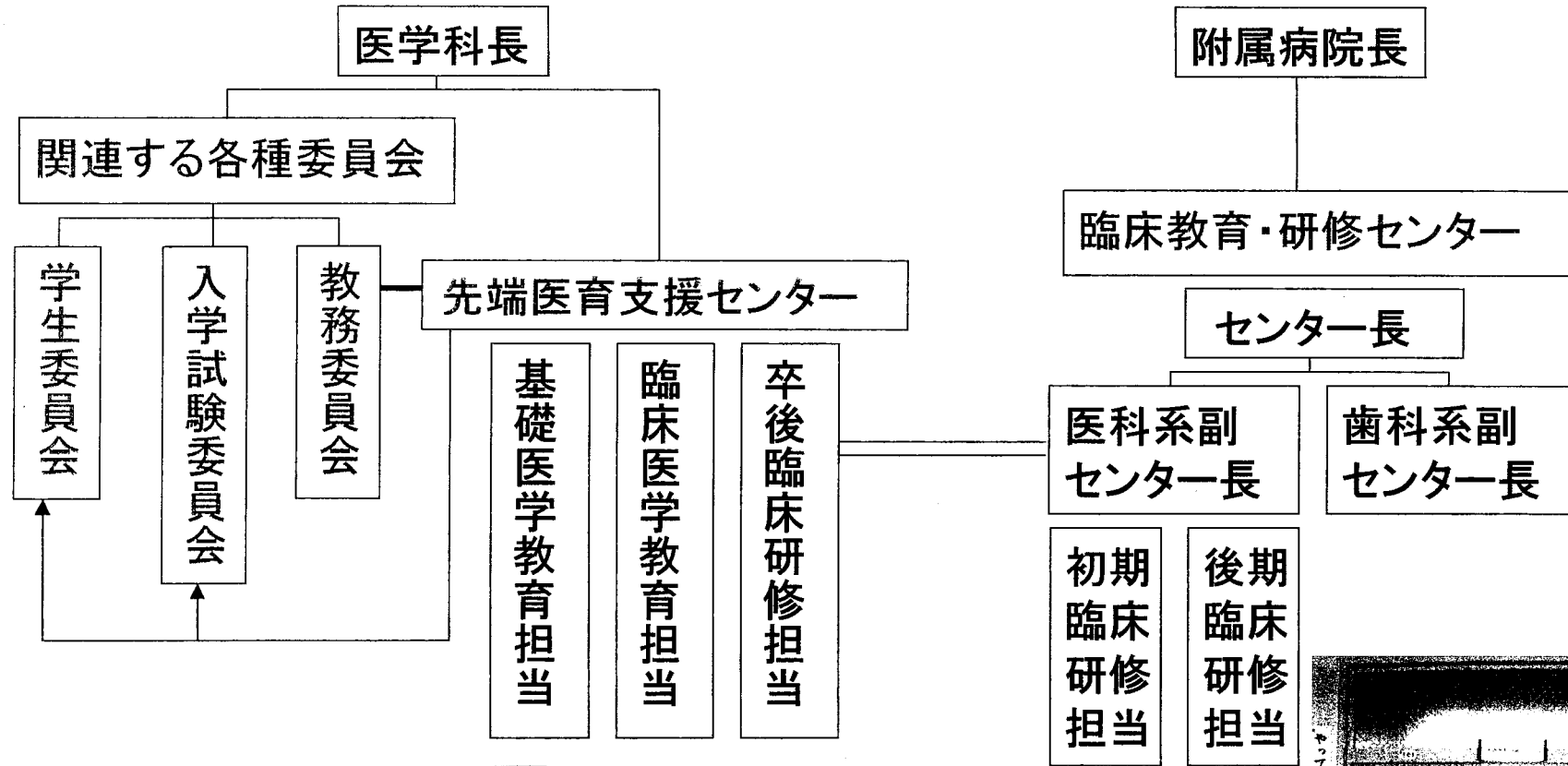
研修は3か月とする。

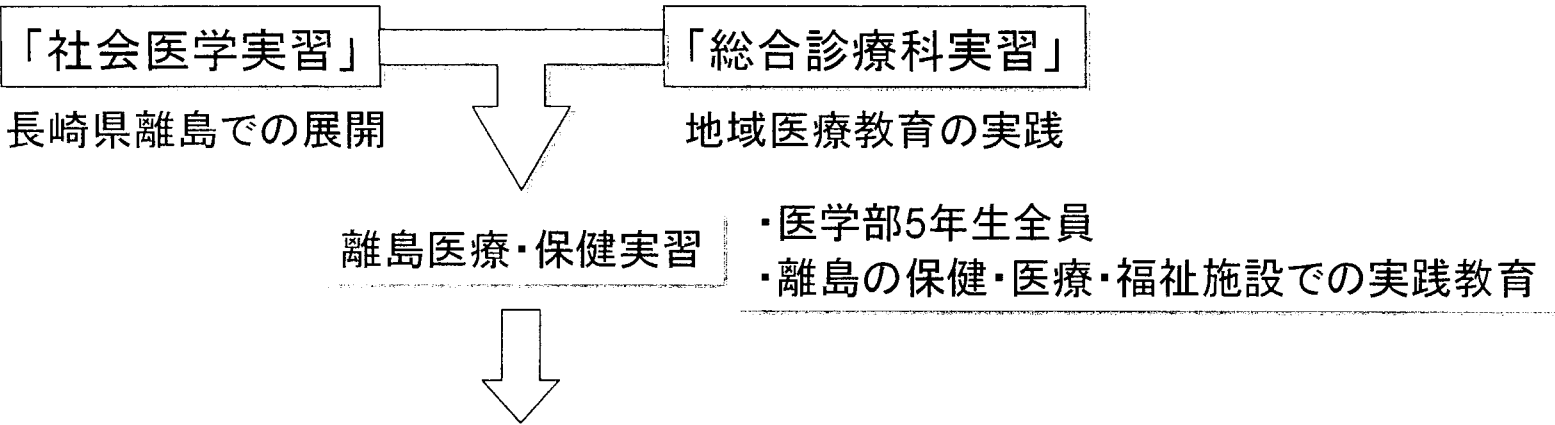
それぞれ1か月以上を原則とする。

出身大学と同じ都道府県内に限る。2年目内の最低6ヶ月とする。

# 河野茂先生配布資料

# 長崎大学における卒前卒後教育体制

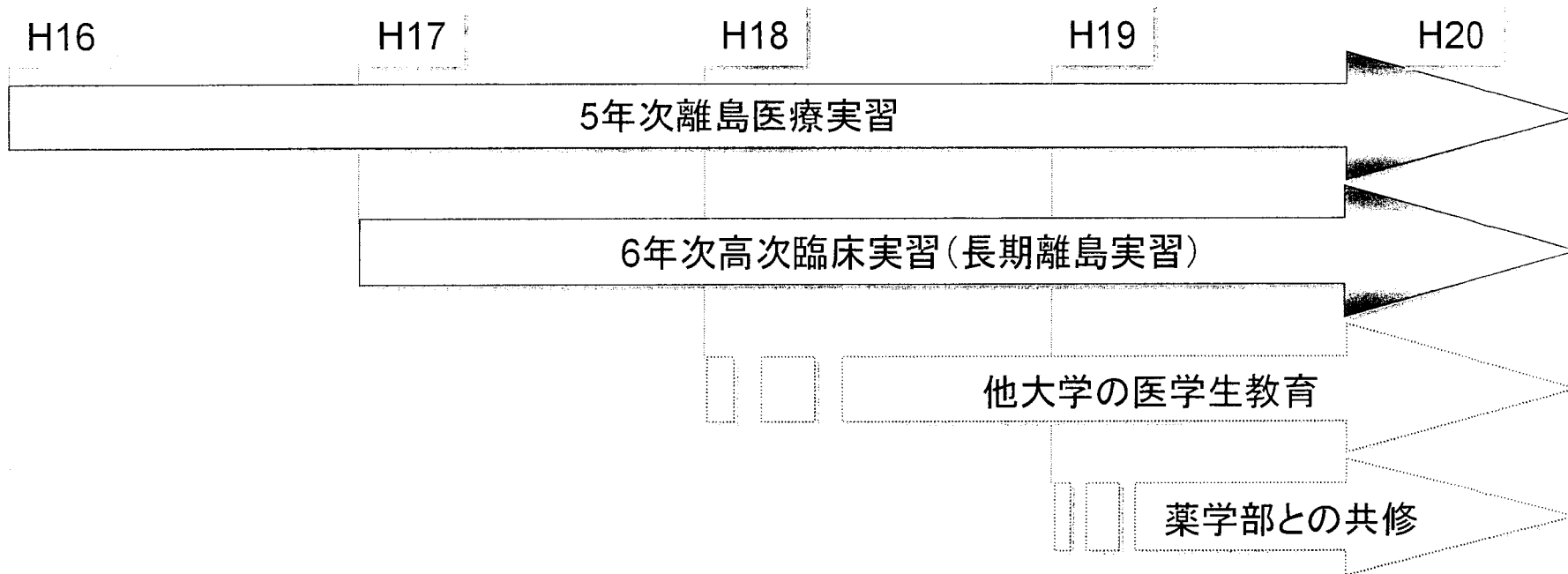




特色GP(H16～H19年度)

## 「地域と連携した実践型医学教育プログラム」

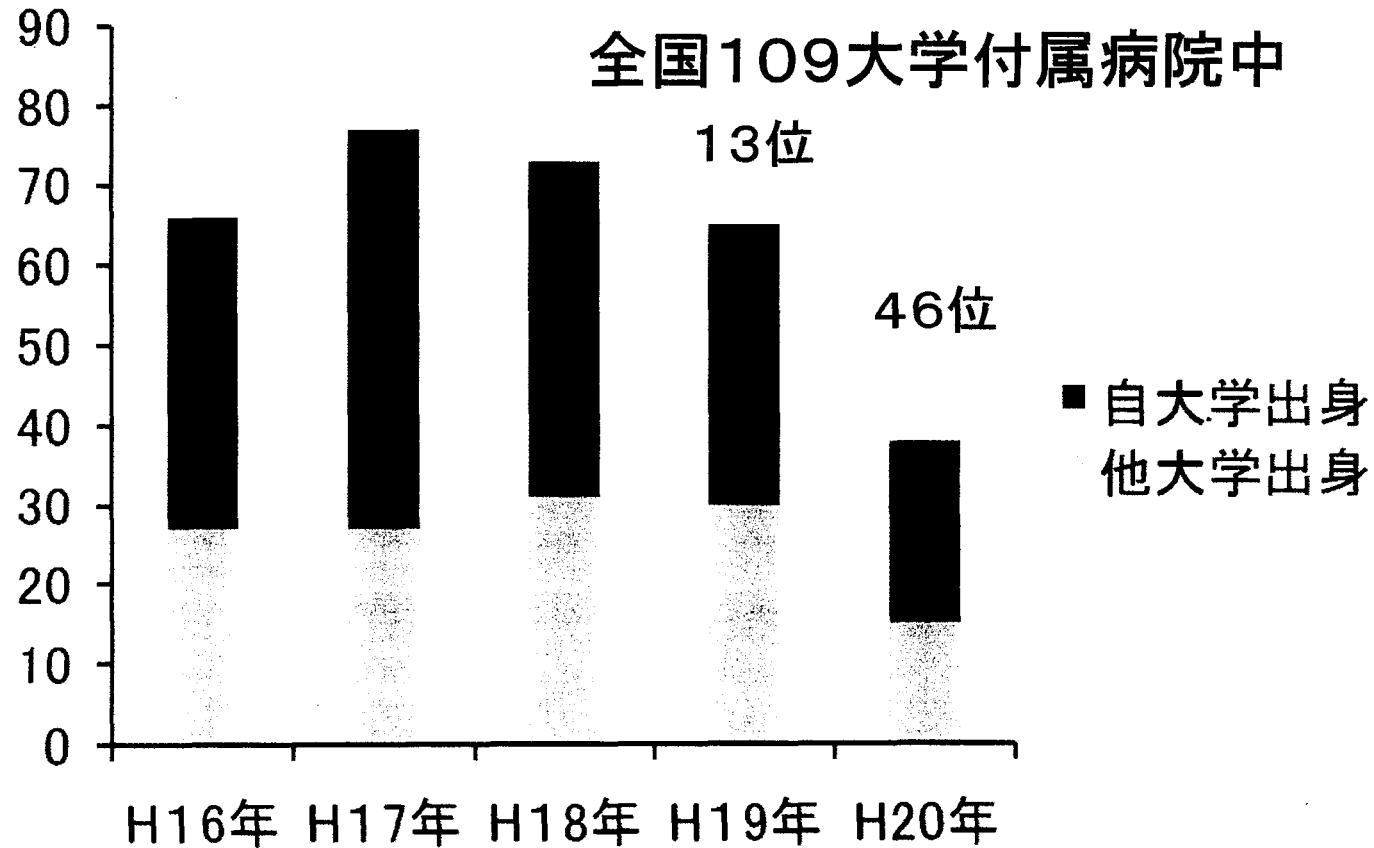
～現代版「赤ひげ」の育成を目指した長崎県五島列島における包括的保健・全人的医療教育の実践～



大学・部局横断型の地域医療一貫教育

# 長崎大学病院のマッチング結果

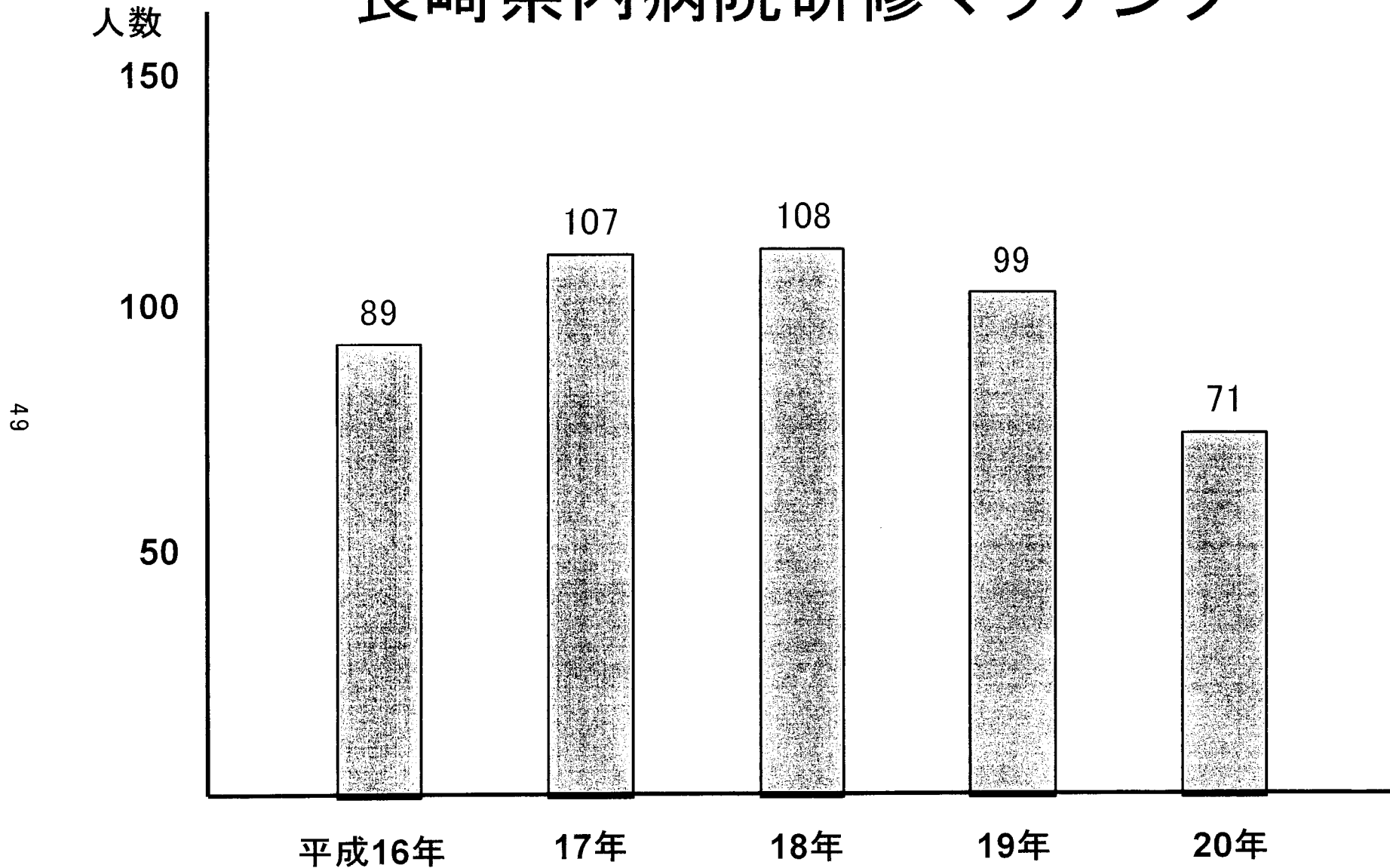
定員90名



医師臨床研修マッチング協議会

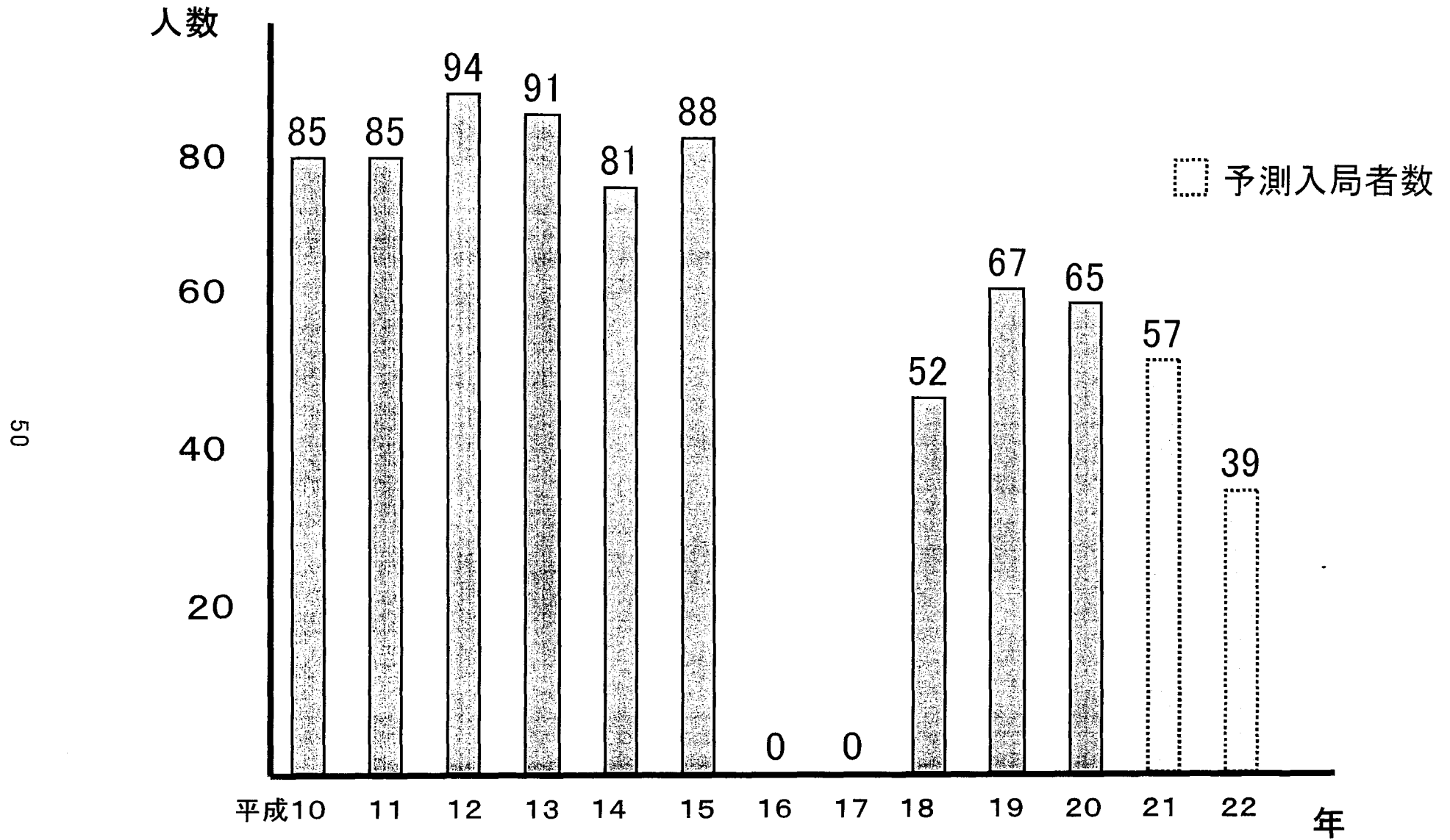


# 長崎県内病院研修マッチング



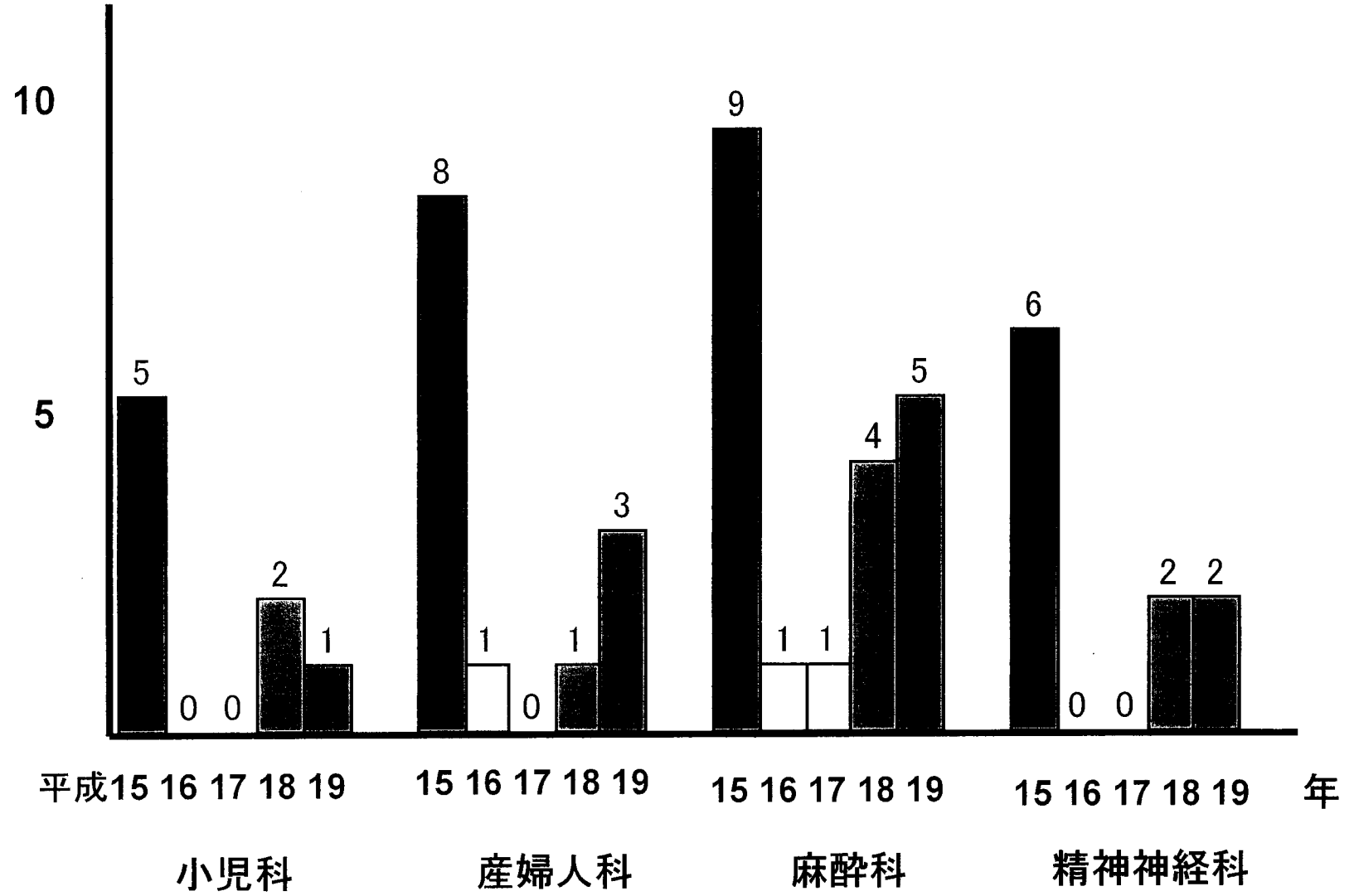
医師臨床研修マッチング協議会

# 長崎大学入局者数



# 入局者数

人数



# 長崎県で生まれた子どもは 他所で生まれた子どもよりも危険!?

## 乳児死亡率ワースト10

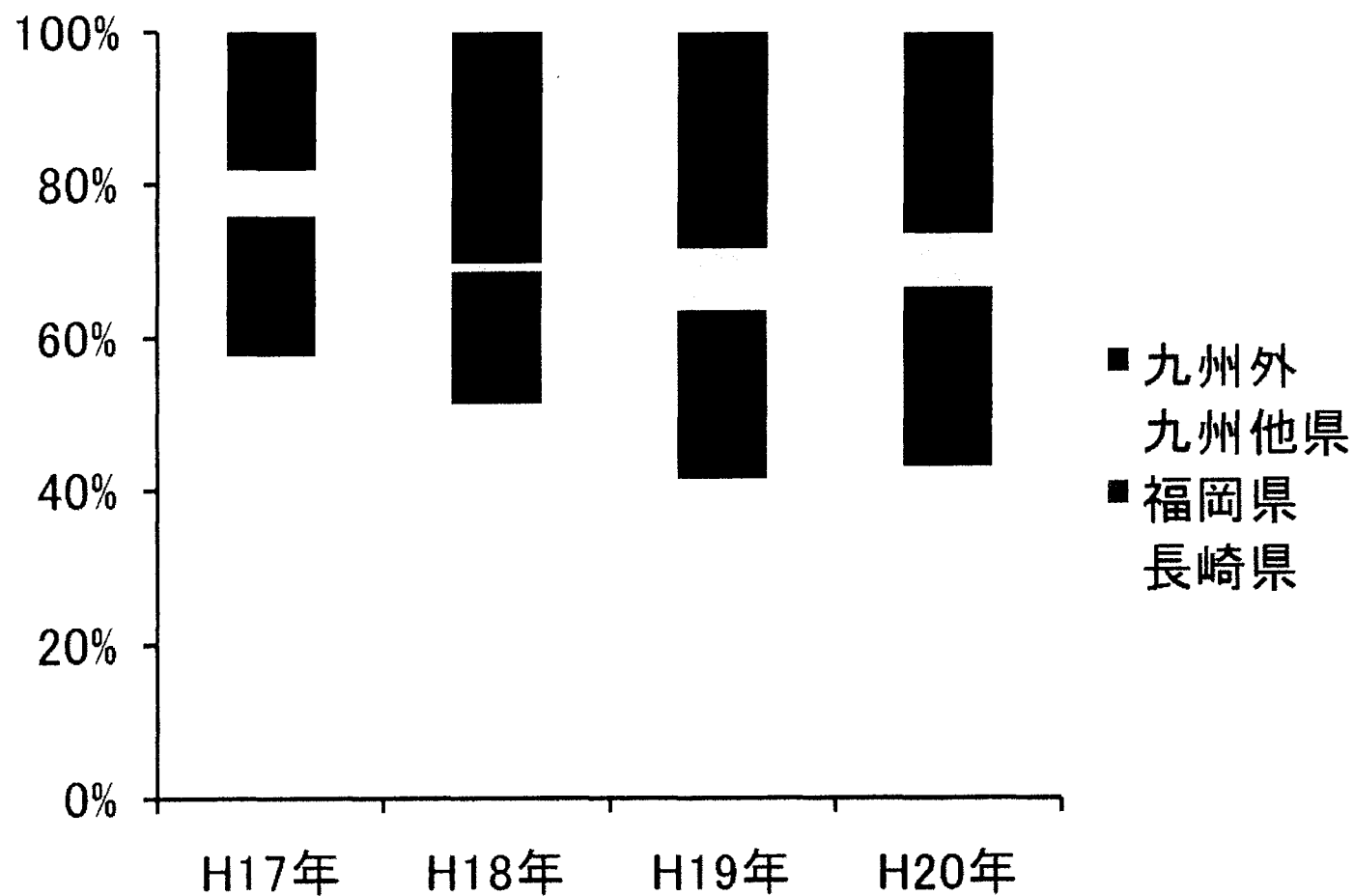
1位	高知
2位	栃木
3位	奈良
4位	長崎
5位	滋賀
6位	福井
7位	北海道
8位	佐賀
9位	埼玉
10位	石川

## 新生児死亡率ワースト10

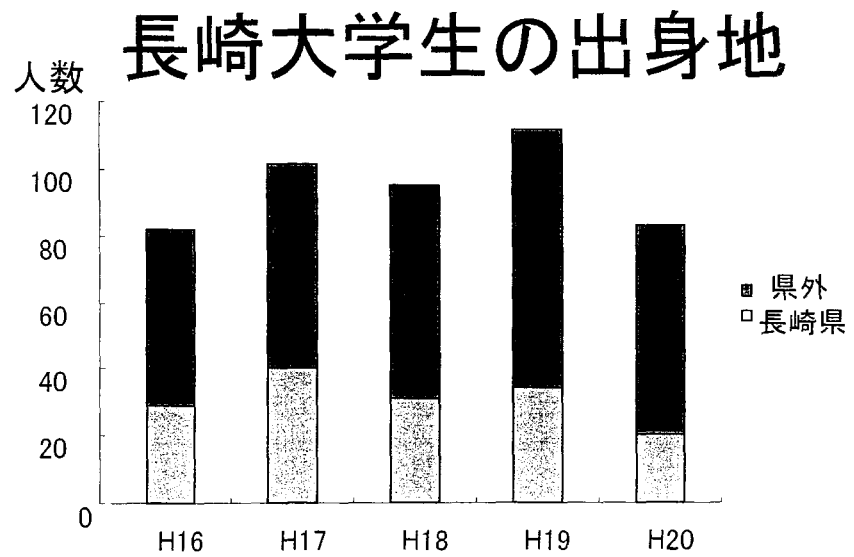
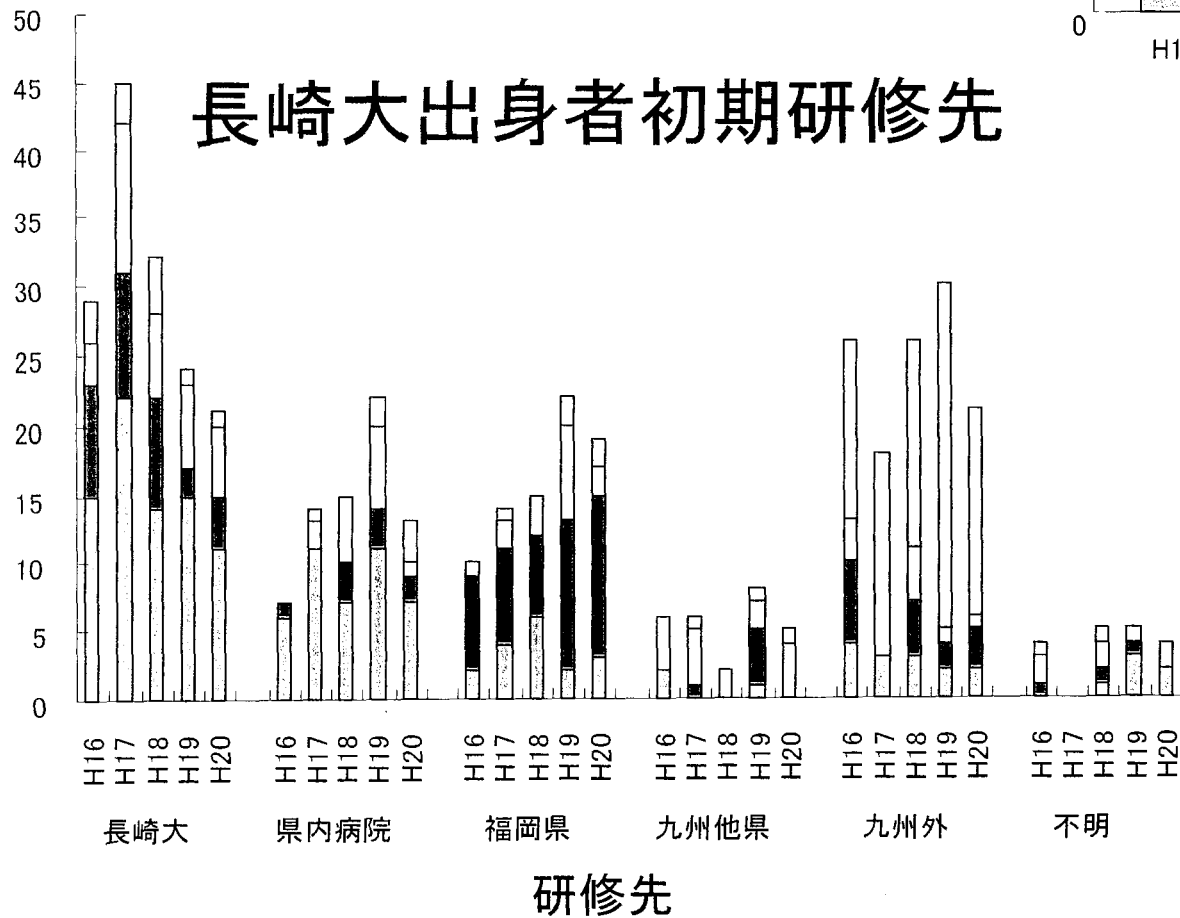
1位	高知
2位	栃木
3位	滋賀
4位	福井
5位	徳島
6位	長崎
7位	鳥取
8位	秋田
9位	富山
10位	北海道

(平成16年)

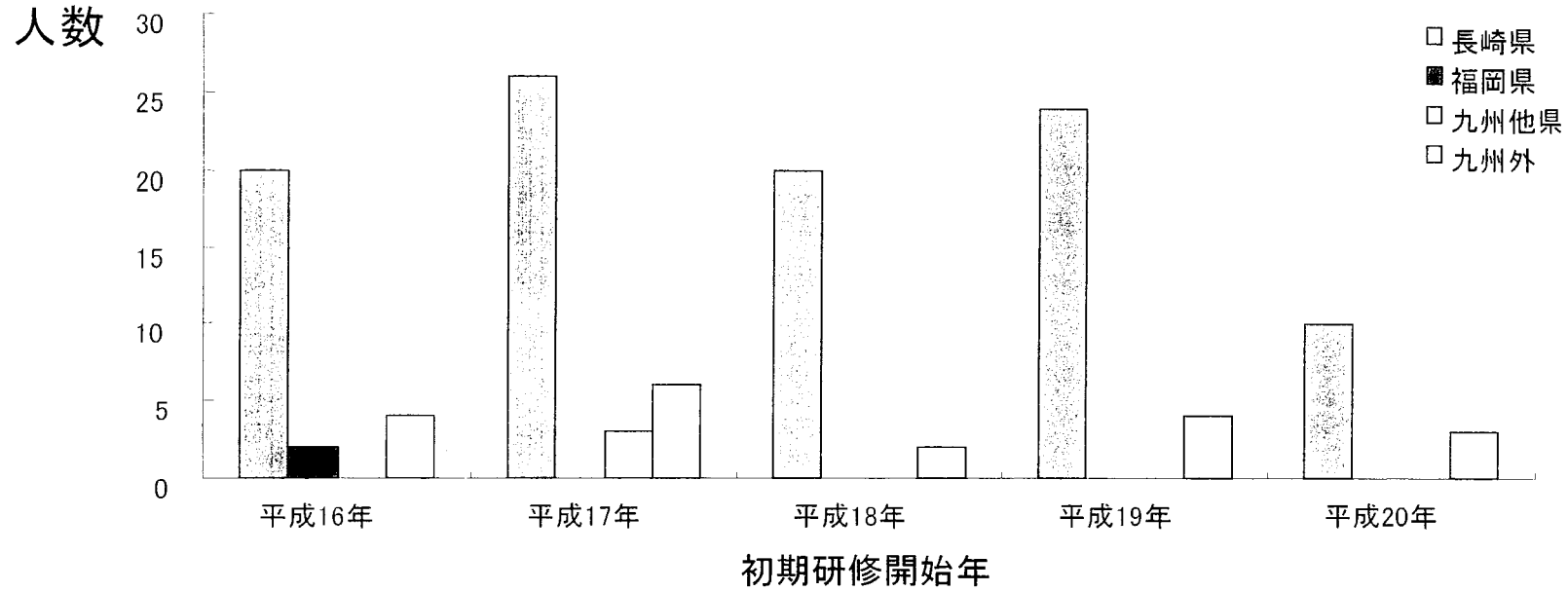
# 長崎大学新卒者の就職先



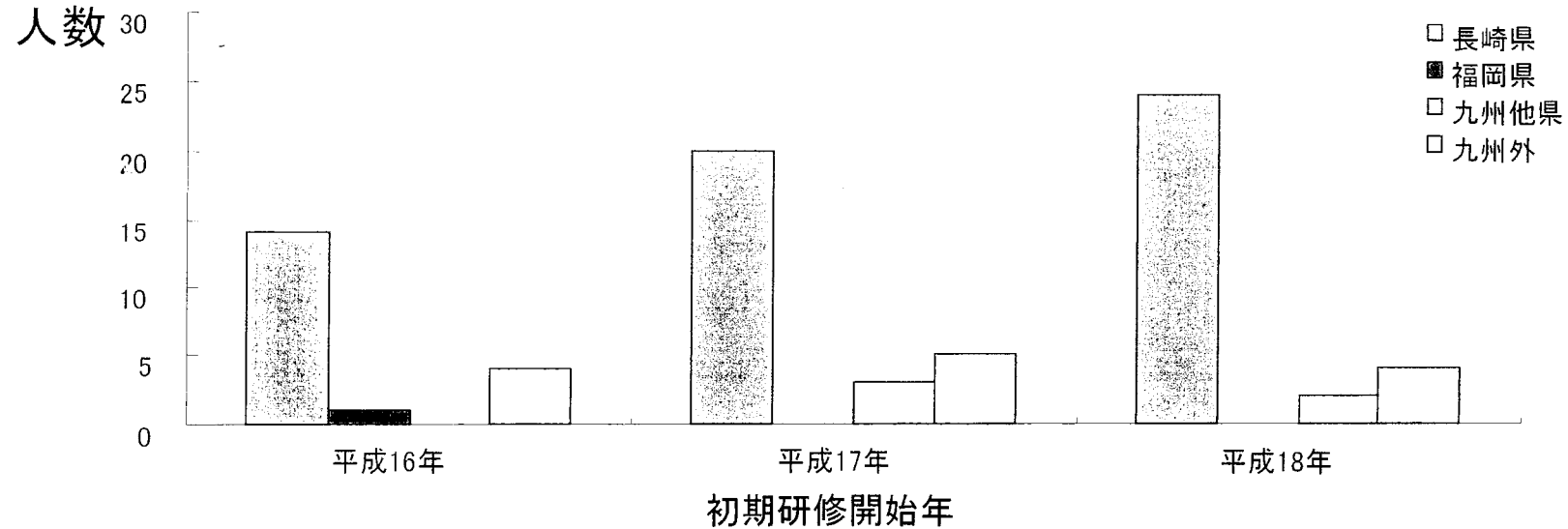
人数



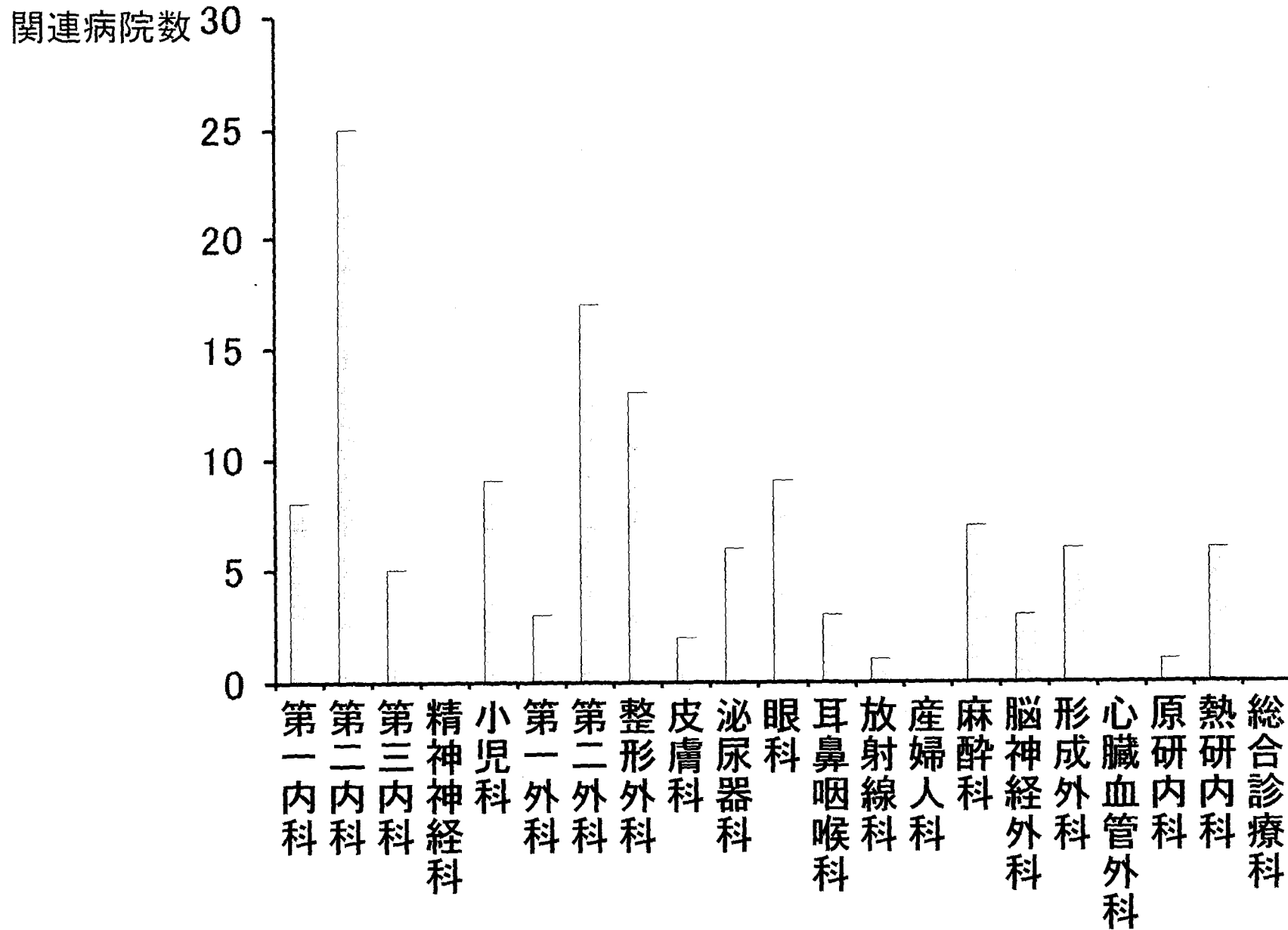
# 他大学出身者で長崎大学で初期研修を受けた者の出身地



# 他大学出身者で長崎大で後期研修を受けた者の出身地



# 撤退あるいは派遣人数の削減を行った関連病院数





## 今日のメッセージ

金沢大学病院 富田勝郎

1. **2年間の初期臨床研修制度**が、現在の医療の混乱(①地域医療崩壊、②医師偏在、医師不足、たらい回し・・・)のゴングを鳴らしたことは明らか。

医師不足問題: 2年間で  
8000人/y 医師 × 2 = 16000人が消えた、というのも事実だが、そう単純なことではない。

2. **根源は大学病院の医局制度の良さを適正に評価せず、崩壊を図ったことによる**  
大学の医局制度は日本が150年かけて試行錯誤しつつ築いてきた「資本主義と社会主義の中庸をいく」すばらしいシステムである。白い巨塔のような問題点は修正していけばいい。

日本では大学病院が軸となって“医の心、倫理観”を大切に、拝金主義・市場原理主義に偏らない真の医療を追求、実行し、教育するのが許されてきた。また地域医療を支えてきた。

大学病院は、臨床・教育・研究・病院連携・地域医療の要であることは論をまたない  
今後も大学病院のこの総合力を基軸にして医療を建て直すのが最も近道であり正道である。

3. **今年の“大学病院専門医型特別コース”を全科に適応推進させる**

これにより、すでに方向を決めている研修医は、安心してそれに合った研修プログラムをプランできる。

研修期間が1年短縮したのと同じとなる。

実質、入局したのと同じ感覚で教育指導に力が入る。

医学部(学生時代)との連結感が強くなるので、卒業大学の大学病院にそのまま残る率(定着率)が高まる。

地域医療は大学病院と行政の連結を強くする