

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ことがないように方策を考えるべき。

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点、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。
- 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やっていた。
- 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。
- 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。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。
- 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ったデザインが必要。
- 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・ケアの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ている、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年にとり議論もあるが、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年間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月が良いと思う。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ふ。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年間に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が抜けている。プログラムの弾力性が必要。プライマリ・ケアだけなら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月でなくても、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で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には、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。処遇を全国統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。
- 最初に一緒に働いて、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あまり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つとも。
- ある程度の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点。
- 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、自主的にやれ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こと、専門の病気が診ない、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担保した上で、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ト・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の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。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、医学生の臨床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いない、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、後期につなげ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。