# 第６回　臨床研修制度のあり方等に関する検討会

日時：平成21年2月18日（水）17:00～19:00
場所：文部科学省3階　3F1特別会議室

## 議　事　次　第

１．開会

２．議題

臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ（案）について

３．閉会

【配付資料】
資料１：臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ（案）

【参考資料】
参考１：嘉山委員提出資料
参考２：これまでの検討会での主な意見

資料１

# 臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ

# （案）

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

## 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とりまとめた。

文部科学省及び厚生労働省においては、本検討会の意見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、医師としての人格のかん養と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・指導の経験が積まれ、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）多く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研修を一律に課すことや１か月単位の研修が続くことが、研修医のモチベーションを損なったり、専門的な研修への円滑な接続の妨げとなる面がある。

（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などから、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、専門の診療科の決定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の派遣機能が低下し、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、「医師としての人格のかん養、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や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、研修医の募集定員や受入病院のあり方を見直す。

## 4　臨床研修制度等の見直しの方向

「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）に止めることとし、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１～２の診療科を選択する。

○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工夫するとともに、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、大学病院等の地域への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、医学部入学における地域枠の一層の拡大を進める。

○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見直しに伴い、研修指導体制の充実や研修内容等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、地域医療の確保や研修医の診療能力にどのような効果、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。

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
# 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、<br>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）

参考1

# 日本国民のための
# より良い医学教育創設

## ー全ての利権と思惑を超えてー

山形大学医学部長

嘉山　孝正

平成21年2月18日

第6回臨床研修制度のあり方等に関する検討委員会資料

# 新臨床研修制度以前の日本の医師の成長

# 日本の医療は世界一

WORLD HEALTH ORGANIZATION

*The*
WORLD
HEALTH
REPORT
2000

*Health Systems:*
*Improving Performance*

# WHO Health Report 2000

Health system attainment and performance in all Member States, ranked by eight measures

| Member State | ATTAINMENT OF GOALS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Health | | Responsiveness | | Fairness in financial contribution | Overall goal attainment |
| | Level (DALE) | Distribution | Level | Distribution | | |
| Afghanistan | 168 | 182 | 181 – 182 | 172 – 173 | 103 – 104 | 183 |
| Albania | 102 | 129 | 136 | 117 | 173 – 174 | 86 |
| Algeria | 84 | 110 | 90 – 91 | 50 – 52 | 74 – 75 | 99 |
| Andorra | 10 | 25 | 28 | 39 – 42 | 33 – 34 | 17 |
| Italy | 6 | 14 | 22 – 23 | 3 – 38 | 45 – 47 | 11 |
| Jamaica | 36 | 87 | 105 – 107 | 73 – 74 | 115 | 69 |
| Japan | 1 | 3 | 6 | 3 – 38 | 8 – 11 | 1 |
| Jordan | 103 | 83 | 84 – 86 | 53 – 57 | 49 – 50 | 84 |
| Kazakhstan | 122 | 52 | 90 – 91 | 60 – 61 | 167 | 62 |
| United Kingdom | 14 | 2 | 26 – 27 | 3 – 38 | 8 – 11 | 9 |
| United Republic of Tanzania | 176 | 172 | 157 – 160 | 150 | 48 | 158 |
| United States of America | 24 | 32 | 1 | 3 – 38 | 54 – 55 | 15 |

# 医療事故はプライマリ・ケアで起きているわけではない！

## 患者取り違え手術で起訴

横浜地検が 医師ら6人

横浜市立大医学部付属病院（横浜市金沢区）で昨年一月、二人の男性患者を取り違えて手術した事故で、横浜地検は二十二日、「取り違えに気付く機会はあった」などとして、執刀医で同病院の[illegible]ら医師四人と[illegible]二人を、業務上過失傷害の罪で在宅のまま横浜地裁に起訴した。[illegible]われて書類送検された当時の病院長は「[illegible]」として、「嫌疑不十分」で不起訴とし、ほかに書類送検された十一人は起訴猶予とした。

起訴されたのは、[illegible]ほか、[illegible]、二十七歳と三十五歳の看護婦。

（朝日新聞2000 (H12). 3.23）

## 手術中に出血死 産婦人科医起訴

福島県大熊町の県立大野病院で2004年12月、帝王切開の手術中に同県内の女性（当時29歳）が出血性ショックで死亡した事故で、福島地検は10日、手術を執刀した産婦人科医師の加藤克彦容疑者(38)を業務上過失致死と医師法（異状死体の届け出義務）違反の罪で福島地裁に起訴した。

起訴状によると、加藤容疑者は、胎盤が子宮に癒着し、大量出血する可能性を認識していたにもかかわらず、本来行うべき子宮摘出などを行わず、胎盤を無理にはがして大量出血を引き起こしたとされる。さらに、医師法で定められた24時間以内の警察への届け出をしなかったとされる。

（読売新聞 2006 (H18). 3.11）

2002年（平成14年）8月3日　土曜日　朝日新聞

割りばし事故

## 杏林大医師を在宅起訴

東京地検「男児救えた可能性」

割りばしがのどに刺さって男児が死亡した事故で、東京地検は2日午後、杏林大学医学部付属病院（東京都三鷹市）耳鼻咽喉科の根本英樹医師(34)を業務上過失致死の罪で在宅のまま起訴した。根本医師ははっきりと過失を認めていないが反省の言葉を述べているという。

死亡したのは、東京都杉並区の高校教諭杉野正雄さんの三男隼三ちゃん（当時4）。

同地検は、多数の医師の意見を聞き、「通常の医師のレベルの注意をもって適切な治療をしていれば少なくともこの時点で死ぬことはなかった。命が助かる可能性も十分あった」と結論づけた。

調べによると、隼三ちゃんは99年7月10日、綿あめの割りばしが刺さって同病院に運び込まれた。診察中も嘔吐し、意識が低下してぐったりしており、頭蓋内の損傷が疑われたが、根本医師は、頭部をCTスキャンで撮影することも、脳神経外科医に引き継ぐこともせず、傷口に軟膏を塗るなどしただけで帰宅させた。治療時間はわずか10～15分で、隼三ちゃんは約15時間後、頭蓋内損傷で死亡した。

### 遺族「大きな壁越えた」

「立証困難と言われる医師の治療ミスを起訴してくれた。大きな壁を乗り越えたことに感謝しています」

根本医師が起訴されたとの連絡を受け、隼三ちゃんの父正雄さん(51)は少しだけ笑顔を見せた。居間に飾られた遺影を見上げ、「隼三も私たちの幸せも戻ってこないけれど、大きな前進です」とつぶやいた。

東京地検は先月、東京女子医大病院の医療ミスで医師を立件した。「少しでもこの流れが確立してほしい」。正雄さんが語気を強めた。

一方、石井良章・杏林大付属病院長は「担当医が起訴された事実は厳粛に受け止めている。ただ、当時は救急医療として最善の努力を尽くしており、過失はなかったと思う」とコメントした。

（朝日新聞 2002 (H14). 8.3 ）

# プライマリ・ケアに求められること

プライマリ・ケア

学部教育

卒後臨床研修制度（強制）

症状:　例）腹痛
（患　者）

**鑑別診断**
＋
**生命維持**
**処置（治療×）**

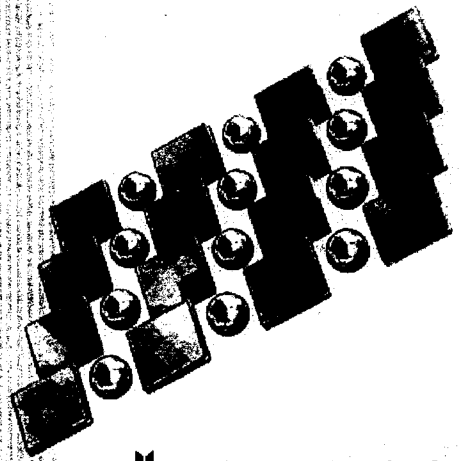
例）
急性腸炎
胃潰瘍
急性虫垂炎
胆石症
腸閉そく
子宮外妊娠
○○○○

# 卒後臨床研修の陰

## 医学教育モデル・コア・カリキュラム

— 教育内容ガイドライン —

医学における教育プログラム研究・開発事業委員会



## 医師国家試験出題基準

平成13年版

医事試験制度研究会



| 第2回全体会 |
| --- |
| 資料4 |

## 研修プログラム小委員会検討資料

資料４－１　卒後臨床研修の目標（案）について（第３版）
資料４－２　研修プログラムの基準（案）について（第４版）
資料４－３　研修医の評価（案）について
資料４－４　組合せ決定制度（マッチング）（案）について

# Objective Structured Clinical Examination: OSCE

## 医学系の学習・評価項目（第２版、平成18年9月）

Ⅰ．診察に関する共通の学習・評価項目：プライバシーや苦痛への配慮、身だしなみ、言葉遣い、挨拶や説明

Ⅱ．医療面接：導入部分、患者さんとの良好なコミュニケーション、患者さんに聞く（医学的情報、心理・社会的情報）、患者さんに話を伝える、締めくくり部分、全体をとおして、報告

Ⅲ．全身状態の把握：第一印象、視診、触診、反応、臭い、バイタルサイン、身体計測

Ⅳ．バイタルサインの測定（四肢動脈の診察などを含む）：診察時の配慮、意識レベル、体温、呼吸、上肢の脈拍・血圧測定、下肢の脈拍・血圧測定、下肢浮腫の診察

Ⅴ．頭頸部診察：診察時の配慮、頭部の診察、頸部の診察

Ⅵ．胸部診察：診察時の配慮、聴診器の使用、肺の診察（前胸部、背部）、その他背部の診察、心臓の診察、頸部血管の診察、乳房の診察（シミュレーター使用）

Ⅶ．腹部診察：診察時の配慮、全般的注意事項、基本的診察法、病態に応じた精密診察法

Ⅷ．神経診察：診察時の配慮、診察の順序、脳神経系の診察、上肢の運動系の診察、上肢の握力の診察と徒手筋力検査、起立と歩行の診察、下肢の運動系の診察、下肢の徒手筋力検査、感覚系の診察、反射の診察、髄膜刺激徴候の診察、認知機能の診察、意識レベルの診察

Ⅸ．外科系基本手技：診察時の配慮、病棟手洗い、静脈採血、持続的導尿（男性、女性）、手術時手洗い・ガウンテクニック、縫合

Ⅹ．救急：成人の心肺蘇生法、小児の心肺蘇生法、意識障害患者への初期対応、気道異物による窒息への初期対応、蘇生チームによる心肺蘇生法、重症救急病態に対する救命治療、初期救急病態の鑑別と初期治療

# 卒後臨床研修目標（医道審議会臨床研修検討部会）

医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会

2 具体的目標

（1）基本的診察法

卒前に修得した事項を基本とし、受持症例について例えば以下につき主要な所見を正確に把握できる。

1）面接技法（患者、家族との適切なコミュニケーションの能力を含む）
2）全身の観察（バイタルサイン、精神状態、皮膚の診察、表在リンパ節の診察を含む）
3）頭・頸部の診察（眼底検査、外耳道、鼻腔、口腔、咽頭の観察、甲状腺の触診を含む）
4）胸部の診察（乳房の診察を含む）
5）腹部の診察（直腸診を含む）
6）泌尿・生殖器の診察（注：産婦人科の診察は指導医と共に実施のこと）
7）骨・関節・筋肉系の診察
8）神経学的診察

（2）基本的検査法（1）

必要に応じて自ら検査を実施し、結果を解釈できる。

1）検尿
2）検便
3）血算
4）出血時間測定
5）血液型判定・交差適合試験
6）簡易検査（血糖、電解質、尿素窒素、赤沈を含む）
7）動脈血ガス分析
8）心電図
9）簡単な細菌学的検査（グラム染色、A群β溶連菌抗原迅速検査を含む）

# 病床規模別 病院数・研修医数

【単独・管理型臨床研修病院（大学病院を含む）】　　（単位：施設、人）

| 区分 | 平成15年度 | | | 平成16年度 | | | 平成17年度 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 病院数 | (うち、研修医が在籍する病院数) | 研修医数 | 病院数 | (うち、研修医が在籍する病院数) | 研修医数 | 病院数 | (うち、研修医が在籍する病院数) | 研修医数 |
| ～99床 | 0 | (0) | 0 | 2 | (1) | 2 | 2 | (2) | 4 |
| 100床～199床 | 1 | (1) | 3 | 42 | (20) | 46 | 56 | (28) | 73 |
| 200床～299床 | 18 | (16) | 60 | 122 | (63) | 143 | 141 | (91) | 243 |
| 300床～499床 | 248 | (175) | 807 | 417 | (291) | 1,162 | 446 | (333) | 1,487 |
| 500床～699床 | 193 | (158) | 2,027 | 215 | (191) | 2,075 | 223 | (204) | 2,163 |
| 700床～999床 | 83 | (79) | 2,502 | 85 | (82) | 2,080 | 85 | (83) | 2,006 |
| 1，000床～ | 42 | (42) | 2,761 | 44 | (43) | 1,884 | 44 | (44) | 2,024 |
| 計 | 585 | (471) | 8,160 | 927 | (691) | 7,392 | 997 | (785) | 8,000 |

**1,807**

（H18　医道審議会医師分科会・医師臨床研修部会資料）

# 医学部卒業生のキャリアパス

（卒後臨床研修強制前）

卒　業

- プライマリ・ケア医（＝総合医）
- 専門医
- 基礎研究者
- 行政官・他

（卒後臨床研修強制後）

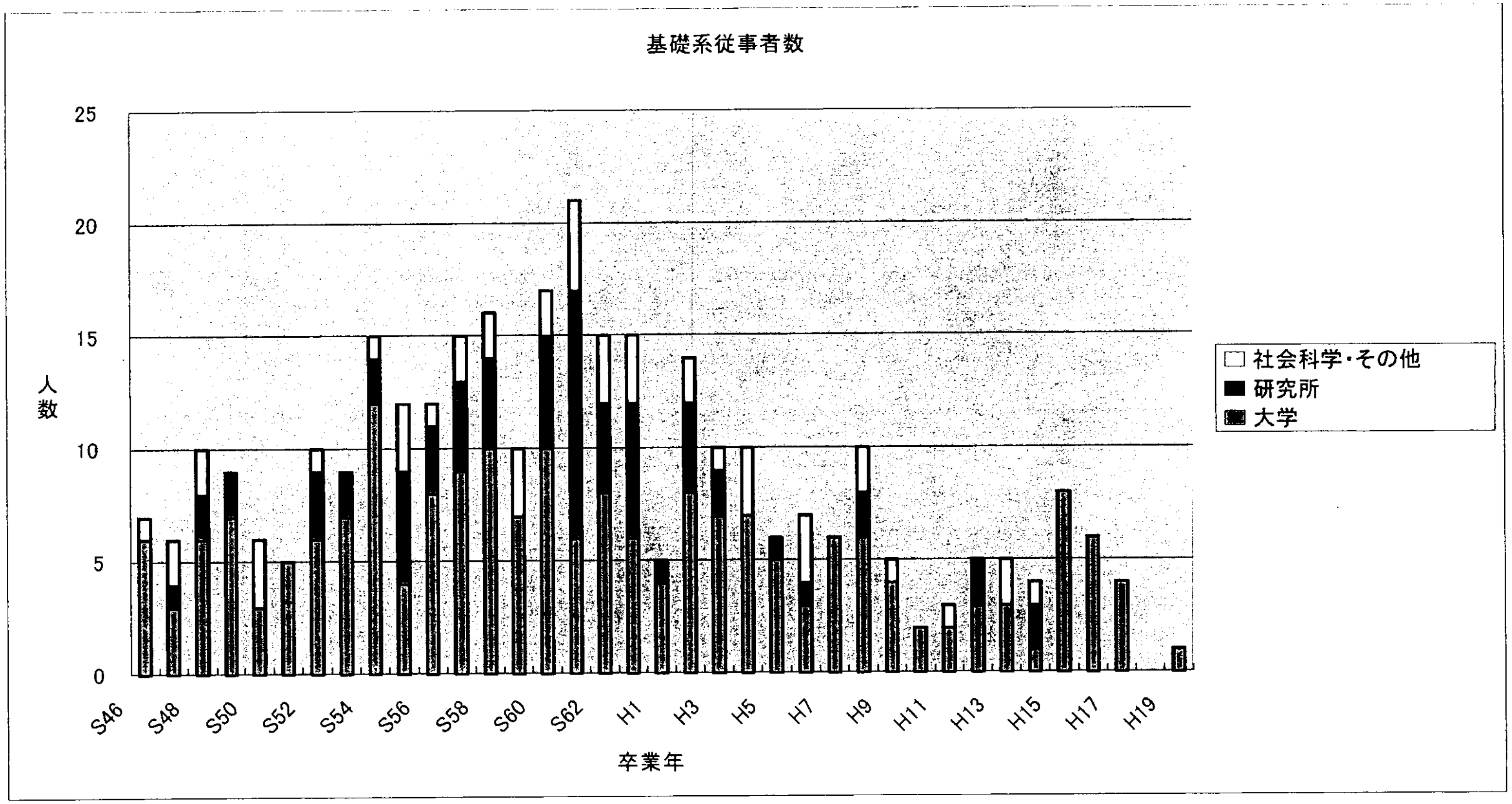
卒　業

プライマリ・ケアのみ
（2年間）

- ●科の偏在
- ●地方医療崩壊
- ●高度医療崩壊
- ●医学研究崩壊

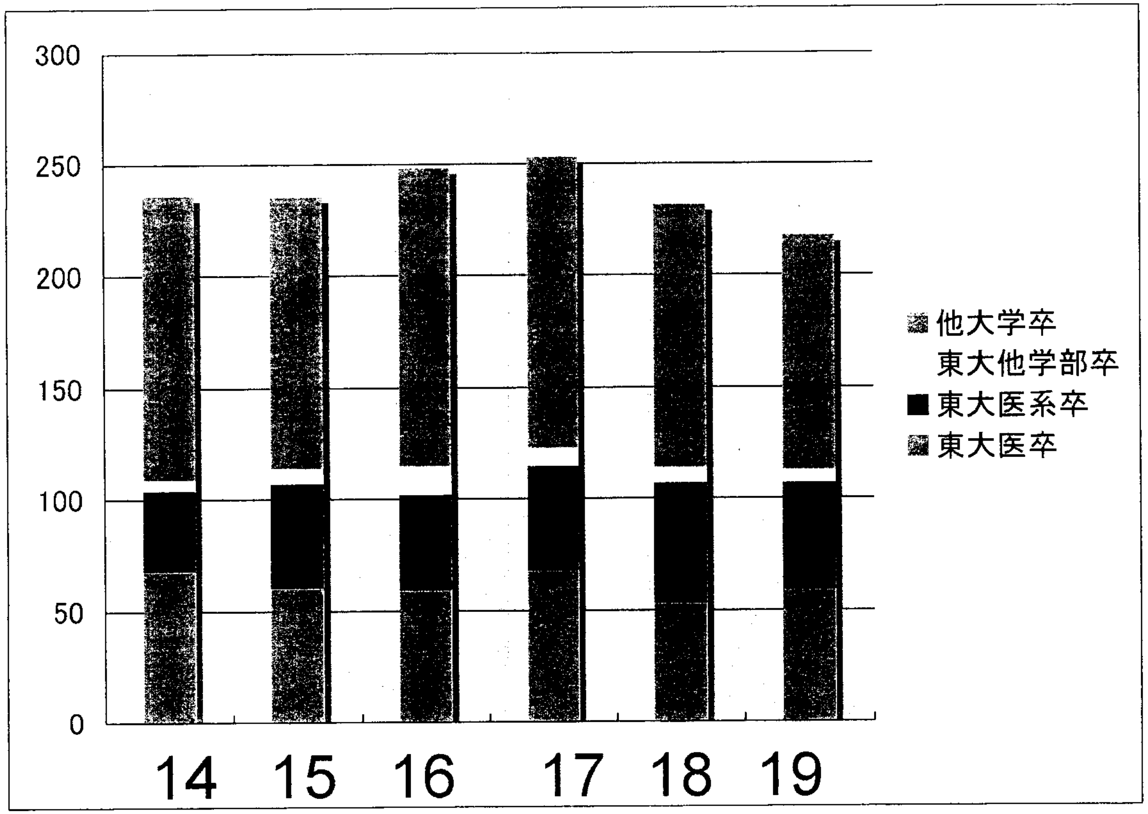
# ●医学研究の現況

# 東京大学医学部卒業者のうちで
# 基礎研究に携わる研究者数の推移




（東京大学　清水孝雄先生ご提供）

# 東京大学医学系研究科
# 大学院生総数の変移




卒業年度

（東京大学　清水孝雄先生ご提供）

# New England Journal of Medicine

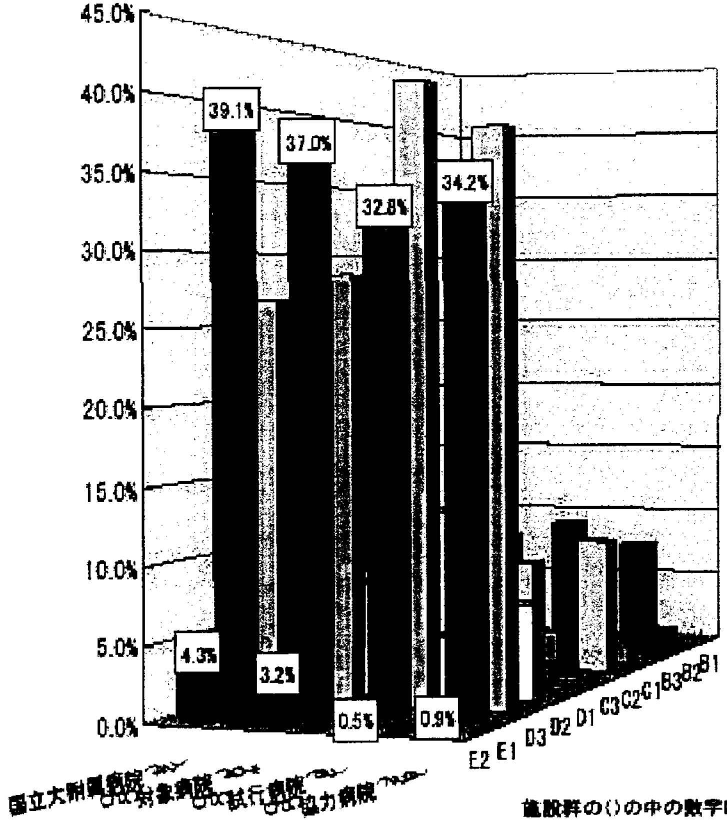
**Scientific Reports Published by Country 2004-2006**
**(Original Articles and Brief Reports)**

| | 2004 | 2005 | 2006 | Submitted 2006 | Accept Rate % |
|---|---|---|---|---|---|
| World-Wide Groups | 21 | 24 | 32 | | |
| Canada | 7 | 8 | 7 | 153 | 4.6% |
| | | | | | |
| European Groups | 13 | 9 | 6 | | |
| Austria | 2 | | 2 | 37 | 5.4% |
| Belgium | 2 | 1 | 3 | 34 | 8.8% |
| Denmark | 3 | 2 | 1 | 50 | 2.0% |
| Finland | | 1 | 1 | 41 | 2.4% |
| France | 5 | 4 | 4 | 166 | 2.4% |
| Germany | 7 | 8 | 9 | 210 | 4.3% |
| Greece | | 1 | 1 | 29 | 3.4% |
| Italy | 5 | 6 | 7 | 200 | 3.5% |
| Netherlands | 6 | 2 | 2 | 140 | 1.4% |
| Norway | 1 | | 3 | 26 | 11.5% |
| Poland | | | 1 | 22 | 4.5% |
| Spain | 1 | 1 | | 83 | 0.0% |
| Sweden | 5 | 1 | | 70 | 0.0% |
| Switzerland | 4 | 2 | | 34 | 0.0% |
| Turkey | | | 1 | 55 | 1.8% |
| United Kingdom | 8 | 8 | 9 | 252 | 3.6% |
| | | | | | |
| Asian Groups | 1 | | | | |
| Australia | 3 | 1 | 2 | 61 | 3.3% |
| Bangladesh | | | 1 | 5 | 20.0% |
| Hong Kong/China | 1 | 1 | 2 | 124 | 1.6% |
| India | 1 | | | 93 | 0.0% |
| Indonesia | | | 1 | 0 | |
| Japan | 2 | 2 | | 147 | 0.0% |
| Korea | | | 1 | 25 | 4.0% |
| New Zealand | 1 | 2 | 2 | 16 | 12.5% |
| Singapore | 1 | | | 19 | 0.0% |
| Taiwan | 2 | 1 | | 43 | 0.0% |
| Thailand | 2 | 1 | | 8 | 0.0% |
| Vietnam | 2 | 3 | | 1 | 0.0% |
| | | | | | |
| South American Group | | | 1 | | |
| Argentina | 1 | | | 5 | 0.0% |
| Brazil | 1 | | 1 | 38 | 2.6% |
| Congo | | | 1 | | |
| Haiti | | 1 | | | |
| Israel | 1 | 2 | 1 | 49 | 2.0% |
| Kenya | | 1 | | 2 | 0.0% |
| Malawi | | | 1 | | |
| Mexico | | 1 | | 13 | 0.0% |
| Mozambique | | 1 | | | |
| Peru | 1 | | 1 | 1 | 100.0% |
| Tanzania | 2 | 1 | | | |
| Uganda | | | 1 | 1 | 100.0% |
| | | | | | |
| United States | 95 (46%) | 107 (53%) | 92 (47%) | 1334 (36%) | 6.9% |
| | | | | | |
| **Total:** | **207** | **203** | **197** | **3417** | **6.1%** |

（国際医療福祉大学 北島政樹先生ご提供）

# ●高度医療の現況

# 手術難易度構成　施設群比較（MDC05:循環器系）




データの出典：
→www.mhlw.go.jp/shingi/2006/04/s0427-3.html
・中医協・診療報酬調査専門組織・DPC分科会
（平成18年度第1回）資料（D-4）（7）
"手術難易度"に基づきます。
・調査対象データ期間は平成17年7月～10月です。
・施設別難易度別手術件数がゼロまたは10件
未満の場合公表対象外となり、
ここでは0（ゼロ）として扱かっています。

（平成17年4月～10月 data）

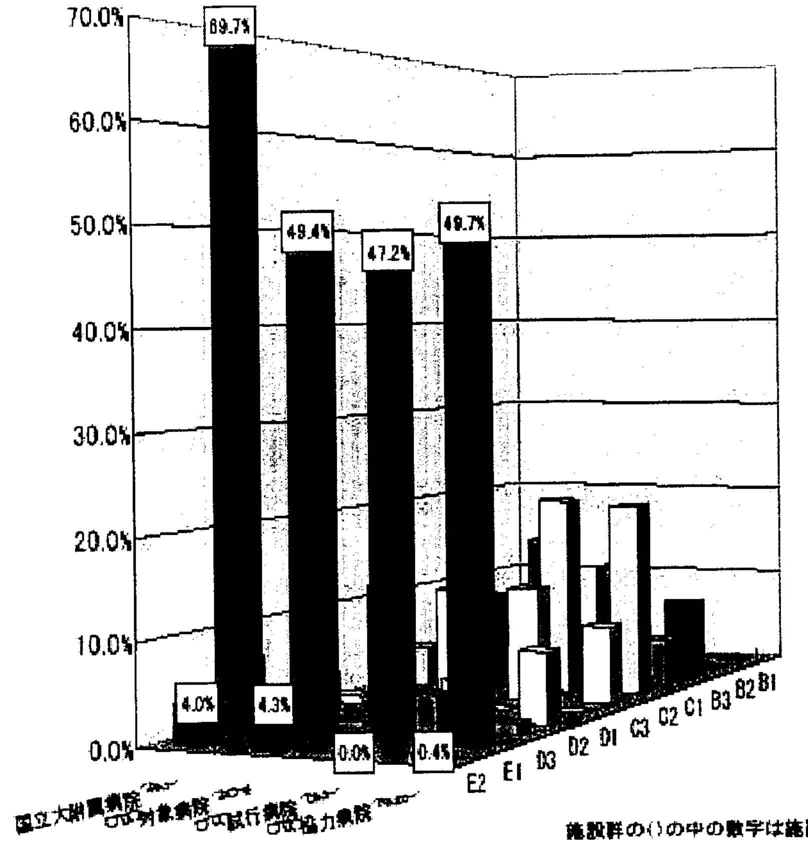
| 難易度 | 国立大学附属病院（42） | DPC対象病院（40）＊ | DPC試行病院（62） | DPC協力病院（228） |
|---|---|---|---|---|
| E2 | [illegible] | 3.2% | 0.5% | 0.9% |
| E1 | [illegible] | 37.0% | 32.8% | 34.2% |
| D3 | [illegible] | 28.4% | 41.1% | 38.0% |
| D2 | [illegible] | 7.6% | 4.2% | 6.5% |
| D1 | [illegible] | 0.0% | 0.2% | 0.1% |
| C3 | [illegible] | 0.2% | 0.8% | 0.0% |
| C2 | [illegible] | 11.1% | 7.6% | 9.4% |
| [illegible] | [illegible] | 1.4% | 2.1% | 1.2% |
| B3 | [illegible] | 8.6% | 8.8% | 8.3% |
| B2 | [illegible] | 2.4% | 1.0% | 1.3% |
| B1 | [illegible] | 0.0% | 0.0% | 0.1% |
| 合計 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

＊除く42国立大附属病院

施設群の()の中の数字は施設数を表します。難易度は外保連の分類によります。

（全国国立大学付属病院長会議データーベース管理委員会報告：H19.6.）

# 手術難易度構成　施設群比較（MDC01:脳神経系）




データの出典：
→www.mhlw.go.jp/shingi/2006/04/s0427-3.html
・中医協・診療報酬調査専門組織・DPC分科会
（平成18年度第1回）資料（D-4）（7）
"手術難易度"に基づきます。
・調査対象データ期間は平成17年7月～10月です。
・施設別難易度別手術件数がゼロまたは10件
未満の場合公表対象外となり、
ここでは0（ゼロ）として扱かっています。

（平成17年4月～10月 data）

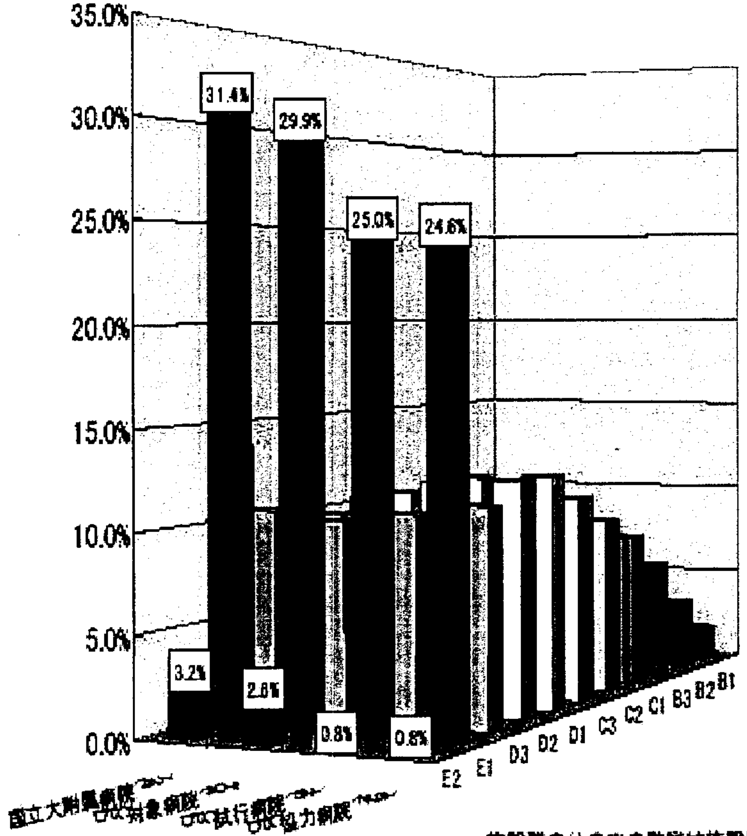
| 難易度 | 国立大学附属病院（42） | DPC対象病院（40）＊ | DPC試行病院（62） | DPC協力病院（228） |
|---|---|---|---|---|
| E2 | [redacted] | 4.3% | 0.0% | 0.4% |
| E1 | [redacted] | 49.4% | 47.2% | 49.7% |
| D3 | [redacted] | 0.7% | 3.6% | 1.1% |
| D2 | [redacted] | 7.9% | 4.1% | 7.2% |
| D1 | [redacted] | 0.3% | 0.0% | 0.0% |
| C3 | [redacted] | 11.4% | 11.7% | 8.0% |
| C2 | [redacted] | 10.1% | 20.6% | 20.1% |
| [redacted] | [redacted] | 0.7% | 0.9% | 4.9% |
| B3 | [redacted] | 14.9% | 11.9% | 8.2% |
| B2 | [redacted] | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| B1 | [redacted] | 0.4% | 0.0% | 0.2% |
| 合計 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

＊除く42国立大附属病院

施設群の（）の中の数字は施設数を表します。難易度は外保連の分類によります。

（全国国立大学付属病院長会議データーベース管理委員会報告：H19.6.）

# 手術難易度構成　施設群比較（全MDC）




**データの出典：**
—www.mhlw.go.jp/shingi/2006/04/s0427-3.html
・中医協・診療報酬調査専門組織・DPC分科会
(平成18年度第1回) 資料 (D−4) (7)
"手術難易度"に基づきます。
・調査対象データ期間は平成17年7月～10月です。
・施設別難易度別手術件数がゼロまたは10件
未満の場合公表対象外となり、
ここでは0(ゼロ)として扱かっています。

（平成17年4月～10月 data）

| 難易度 | 国立大学附属病院（42） | DPC対象病院（40）* | DPC試行病院（62） | DPC協力病院（228） |
|---|---|---|---|---|
| E2 | [illegible] | 2.6% | 0.8% | 0.8% |
| E1 | [illegible] | 29.9% | 25.0% | 24.6% |
| D3 | [illegible] | 10.1% | 10.5% | 11.0% |
| D2 | [illegible] | 9.7% | 11.9% | 12.1% |
| D1 | [illegible] | 11.0% | 11.9% | 12.1% |
| C3 | [illegible] | 10.8% | 9.7% | 10.6% |
| C2 | [illegible] | 8.4% | 9.3% | 9.2% |
| [illegible] | [illegible] | 6.8% | 6.7% | 8.0% |
| B3 | [illegible] | 6.2% | 6.7% | 6.1% |
| B2 | [illegible] | 3.2% | 3.8% | 3.7% |
| B1 | [illegible] | 1.3% | 1.7% | 1.7% |
| 合計 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

*除く42国立大附属病院

施設群の()の中の数字は施設数を表します。 難易度は外保連の分類によります。

（全国国立大学付属病院長会議データーベース管理委員会報告：H19.6. ）

## 第34表　救急自動車による急病の傷病程度別の疾病分類別搬送人員の状況

（平成19年中）

| 分類項目＼程度 | | 死亡 | 重症 | 中等症 | 軽症 | その他 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 循環器系 | 脳疾患 | 2,867<br>(5.1) | 78,484<br>(29.9) | 164,442<br>(14.1) | 67,848<br>(4.6) | 0<br>(0.0) | 313,641<br>(10.6) |
| | 心疾患等 | 21,375<br>(37.7) | 50,642<br>(19.3) | 117,796<br>(10.1) | 88,601<br>(6.0) | 0<br>(0.0) | 278,414<br>(9.4) |
| 消化器系 | | 1,954<br>(3.5) | 18,972<br>(7.2) | 144,263<br>(12.4) | 149,078<br>(10.1) | 0<br>(0.0) | 314,267<br>(10.6) |
| 呼吸器系 | | 3,281<br>(5.8) | 30,810<br>(11.7) | 135,114<br>(11.6) | 110,790<br>(7.5) | 0<br>(0.0) | 279,995<br>(9.4) |
| 精神系 | | 306<br>(0.5) | 2,017<br>(0.8) | 29,487<br>(2.6) | 117,922<br>(7.9) | 0<br>(0.0) | 149,732<br>(5.0) |
| 感覚器系 | | 167<br>(0.3) | 2,329<br>(0.9) | 39,881<br>(3.4) | 88,020<br>(5.9) | 0<br>(0.0) | 130,397<br>(4.4) |
| 泌尿器系 | | 528<br>(0.9) | 3,526<br>(1.3) | 34,795<br>(3.0) | 60,504<br>(4.1) | 0<br>(0.0) | 99,353<br>(3.3) |
| 新生物 | | 1,996<br>(3.5) | 13,907<br>(5.3) | 27,113<br>(2.3) | 4,872<br>(0.3) | 0<br>(0.0) | 47,888<br>(1.6) |
| その他 | | 7,152<br>(12.6) | 20,663<br>(7.8) | 184,974<br>(15.9) | 278,382<br>(18.8) | 0<br>(0.0) | 491,171<br>(16.6) |
| 症状・徴候・診断名不明確の状態 | | 17,080<br>(30.1) | 41,422<br>(15.8) | 286,338<br>(24.6) | 515,056<br>(34.8) | 2,971<br>(100.0) | 862,867<br>(29.1) |
| 合計 | | 56,706<br>(100.0) | 262,772<br>(100.0) | 1,164,203<br>(100.0) | 1,481,073<br>(100.0) | 2,971<br>(100.0) | 2,967,725<br>(100.0) |

（注）（　）内は構成比（単位：%）を示す。

（総務省消防庁：平成20年度「救急・救助の現況）

# 今後、目指すべき方向

# 今後の医師の成長

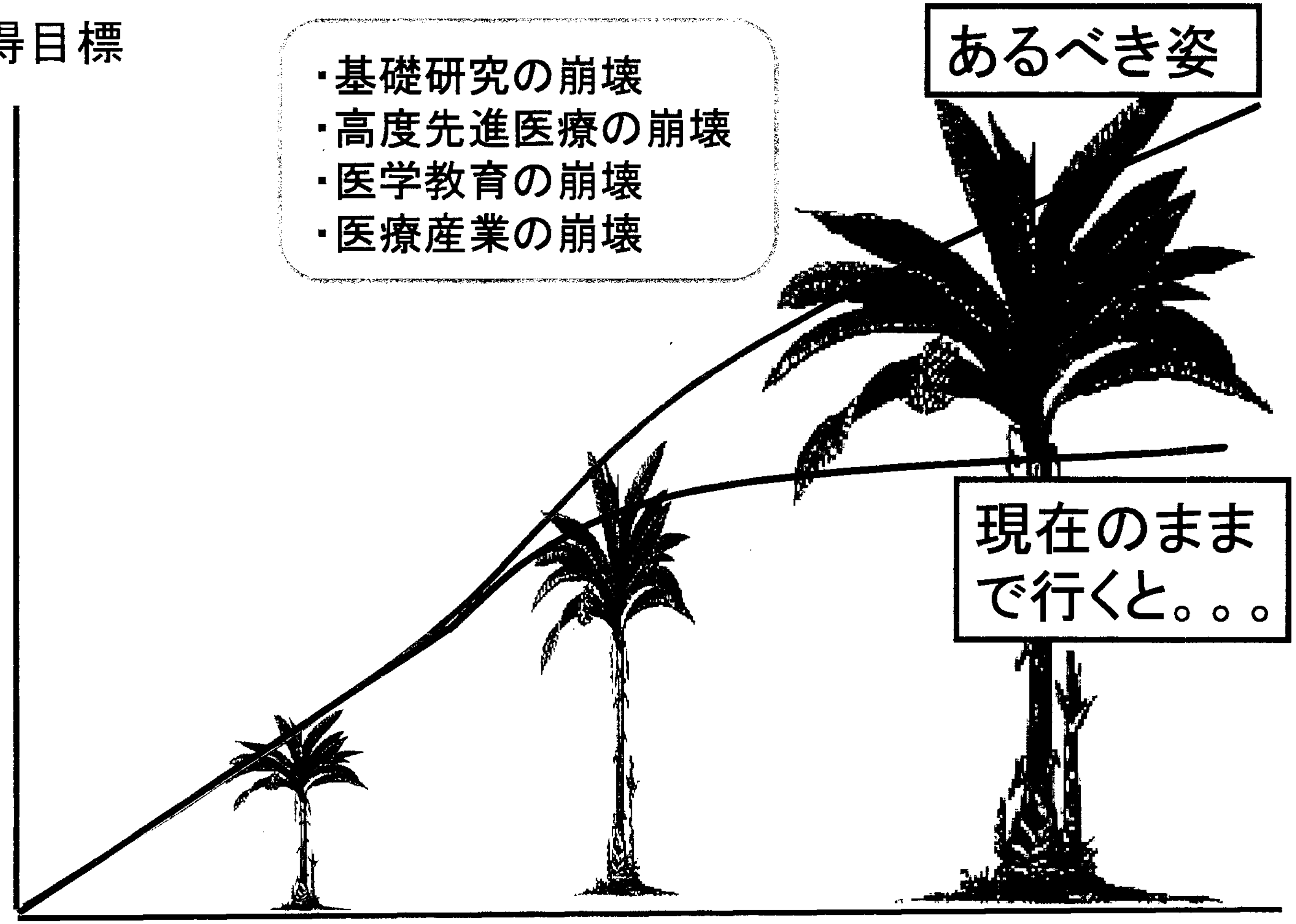
獲得目標

生涯修練

専門知識
技術、倫理

First aid&Primary care
挿管、心蘇生

倫理感 、インフォームド
コンセント、意識判定、
解剖、生化学、薬理




入学 *大学医学部* 医師 *大学医局* *市中病院医局* 専門医

脳神経外科、心臓血管外科、麻酔科、
放射線科、一般外科医、循環器内科
病理医、産婦人科医、整形外科医、
内科医、小児科医、家庭医

# 米国の研修制度

Congress of Neurological Surgeons

Young Neurosurgeons' Directory

2000-2001

## Johns Hopkins Hospital

Donlin M. Long, M.D., Chairman/Program Director
Johns Hopkins Hospital
Department of Neurosurgery
600 North Wolfe Street, Meyer 7-113
Baltimore, MD 21287

Phone: (410) 955-6405
Fax: (410) 955-6407
E-Mail: dmlong@jhmi.edu

| Name | CNS | Training Status | Member Since | Completion |
|---|---|---|---|---|
| Amundson, Eric | No | Resident | | June, 2005 |
| Anfezana, David | Yes | Resident | | June, 2001 |
| Chou, Dean | Yes | Resident | | June, 2003 |
| Clatterbuck, Richard | Yes | Resident | January, 1997 | June, 2002 |
| Garonzik, Ira | Yes | Resident | | June, 2004 |
| Haroun, Raymond | Yes | Resident | June, 1997 | June, 2001 |
| Hue, Sherwin E. | No | Resident | | June, 2005 |
| Lesniak, Maciej S. | Yes | Resident | April, 1998 | June, 2003 |
| Moriarity, John L. | Yes | Resident | | June, 2002 |
| Perry, Victor L. | Yes | Transitional | October, 1997 | June, 2000 |
| Rhines, Laurence D. | Yes | Transitional | April, 1999 | June, 2000 |
| Samdani, Amer F. | Yes | Resident | | June, 2004 |
| Schlosser, Michael J. | Yes | Resident | | June, 2006 |
| Schwarz, Jacob | No | Resident | | June, 2006 |
| Storm, Phillip B. | No | Resident | | June, 2003 |
| Thia, Quoc-anh | No | Resident | | June, 2006 |

21

# 今後、目指すべき方向

プライマリ・ケア

学部教育

症状： 例）腹痛
（患 者）

鑑別診断
＋
生命維持
処置（治療×）

軽症例・Common Diseasesの知識だけでは、高度医療・医学基礎研究に進む人間が育たない！

例）
急性腸炎
胃潰瘍
急性虫垂炎
胆石症
腸閉そく
子宮外妊娠
。。。。

# 医学部卒業生のキャリアパス

## （卒後臨床研修強制後）

卒　業

↓

プライマリ・ケアのみ
（2年間）

↓

- ●科の偏在
- ●地方医療崩壊
- ●高度医療崩壊
- ●医学研究崩壊

## （今後、目指すべき制度）

学部教育
（プライマリ・ケア）

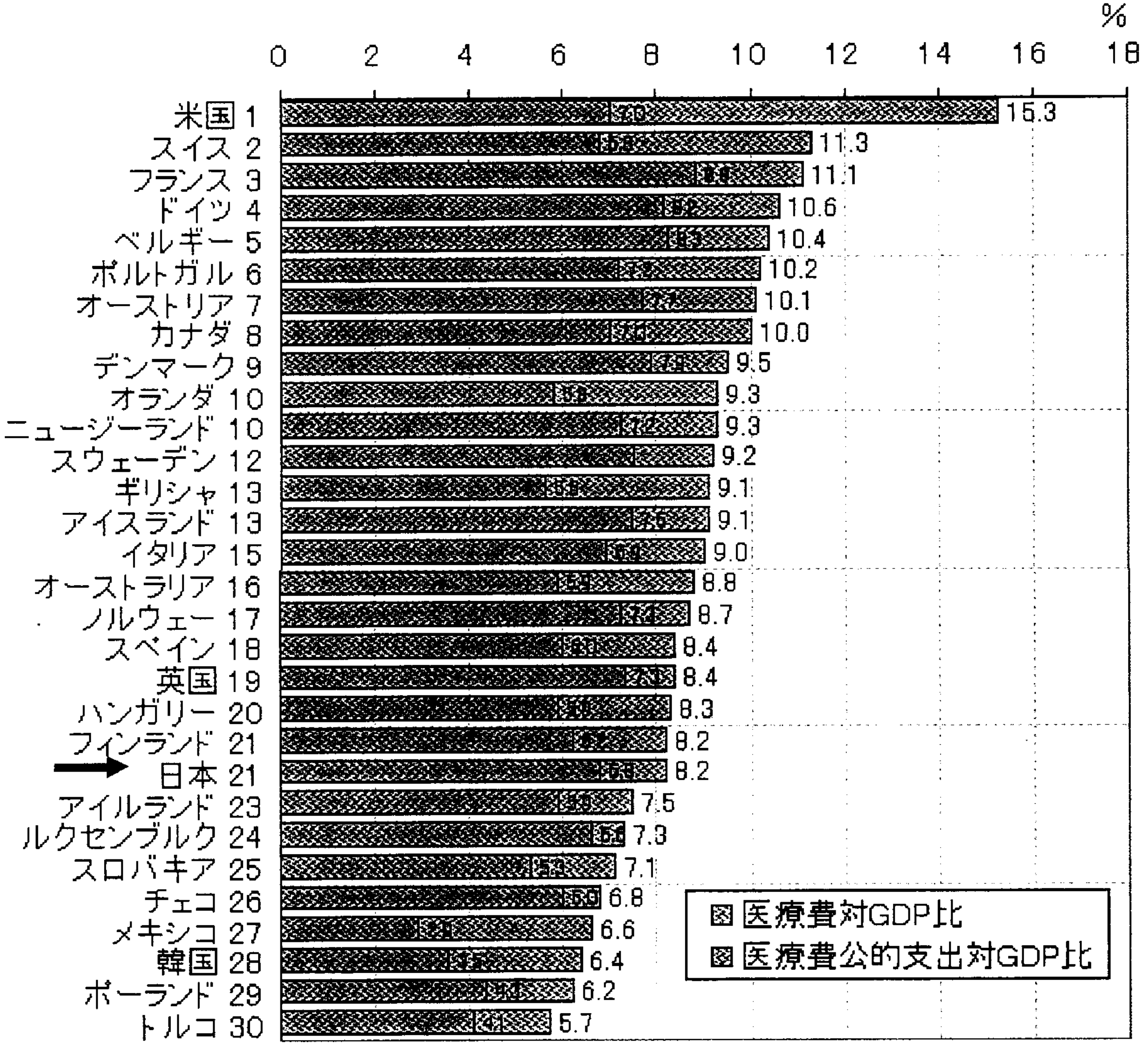
卒　業

↓

- プライマリ・ケア医（≒総合医）
- 専門医
- 基礎研究者
- 行政官・他

# 医学・医療をとりまく
# 国家の大問題

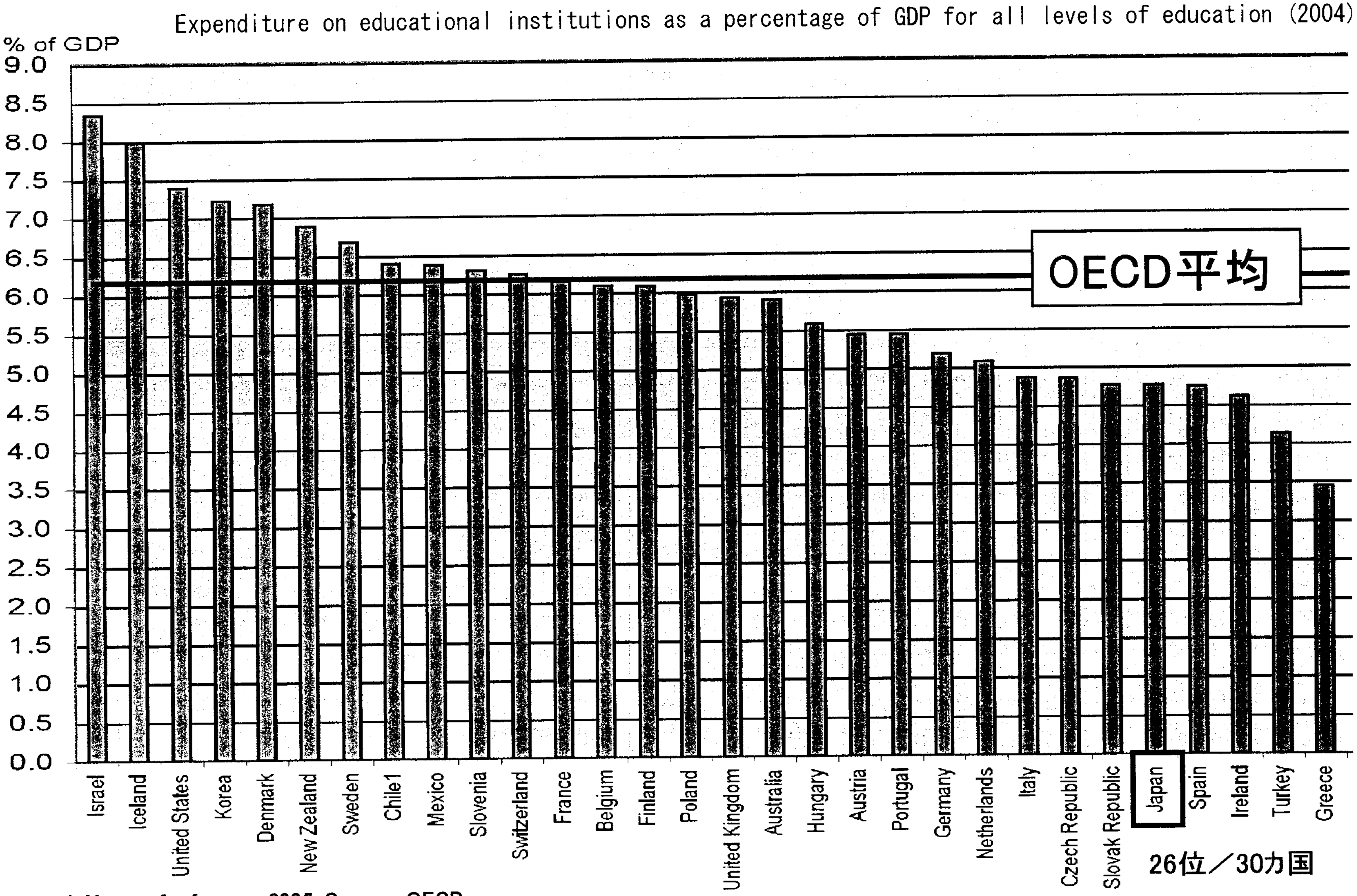
OECD諸国の医療費対GDP比率(2006年)




(注) オーストラリア、日本、スロバキア、トルコは2005年データ。公的支出対GDPは公的割合から算出。ただしデンマーク、オランダは2002年、ベルギーは1996年の割合による。

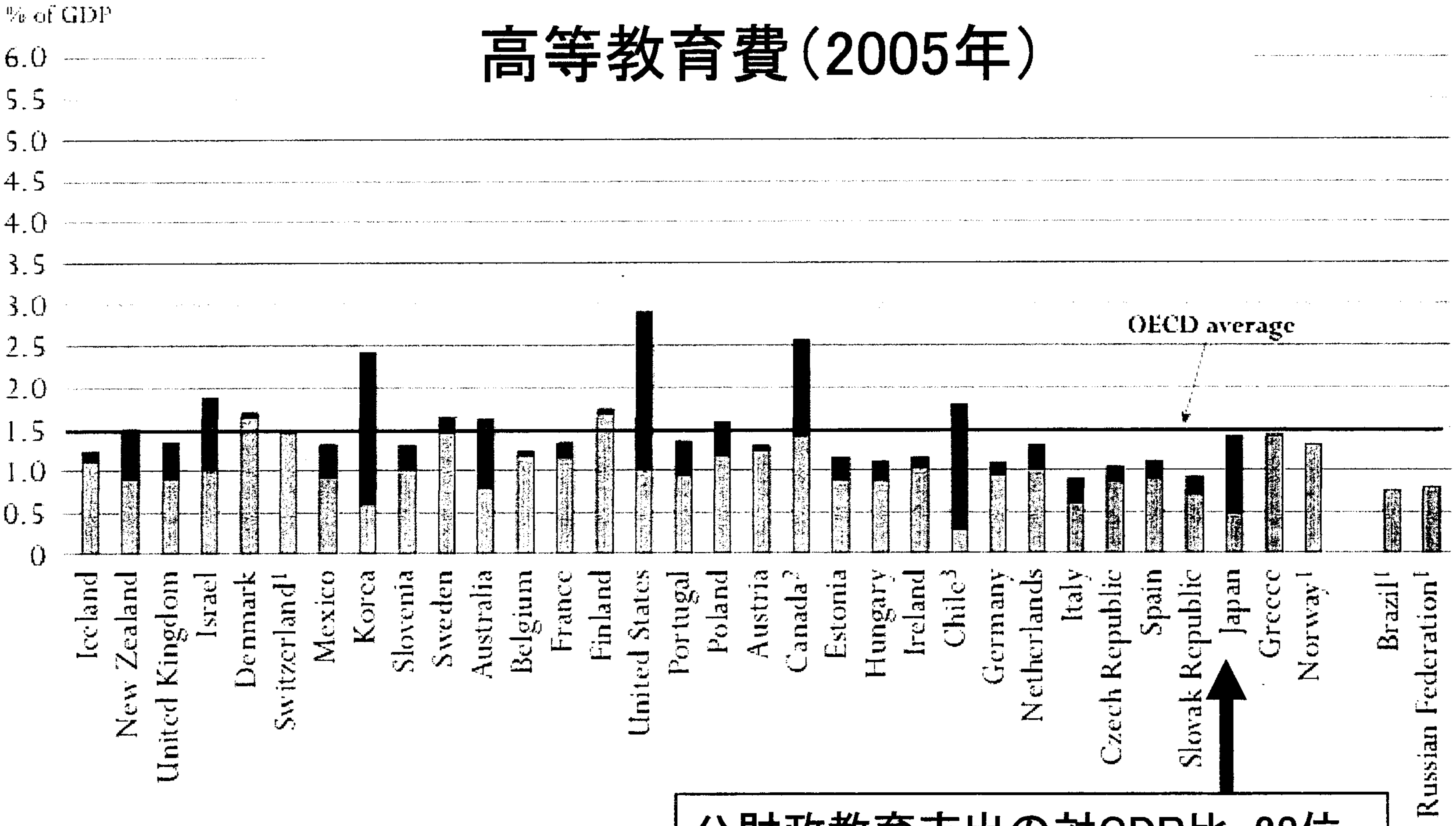
(資料) OECD Health Data 2008 (Data last updated: June 08, 2008)

# 国内総生産GDP)に占める公財政支出学校教育費の割合の国際比較




1. Years of reference 2005. Source: OECD.
2. Expenditure from public sources only. Countries are ranked in descending order of total expenditure from both public and private sources on educational institutions in 2004.

# 高等教育費（2005年）

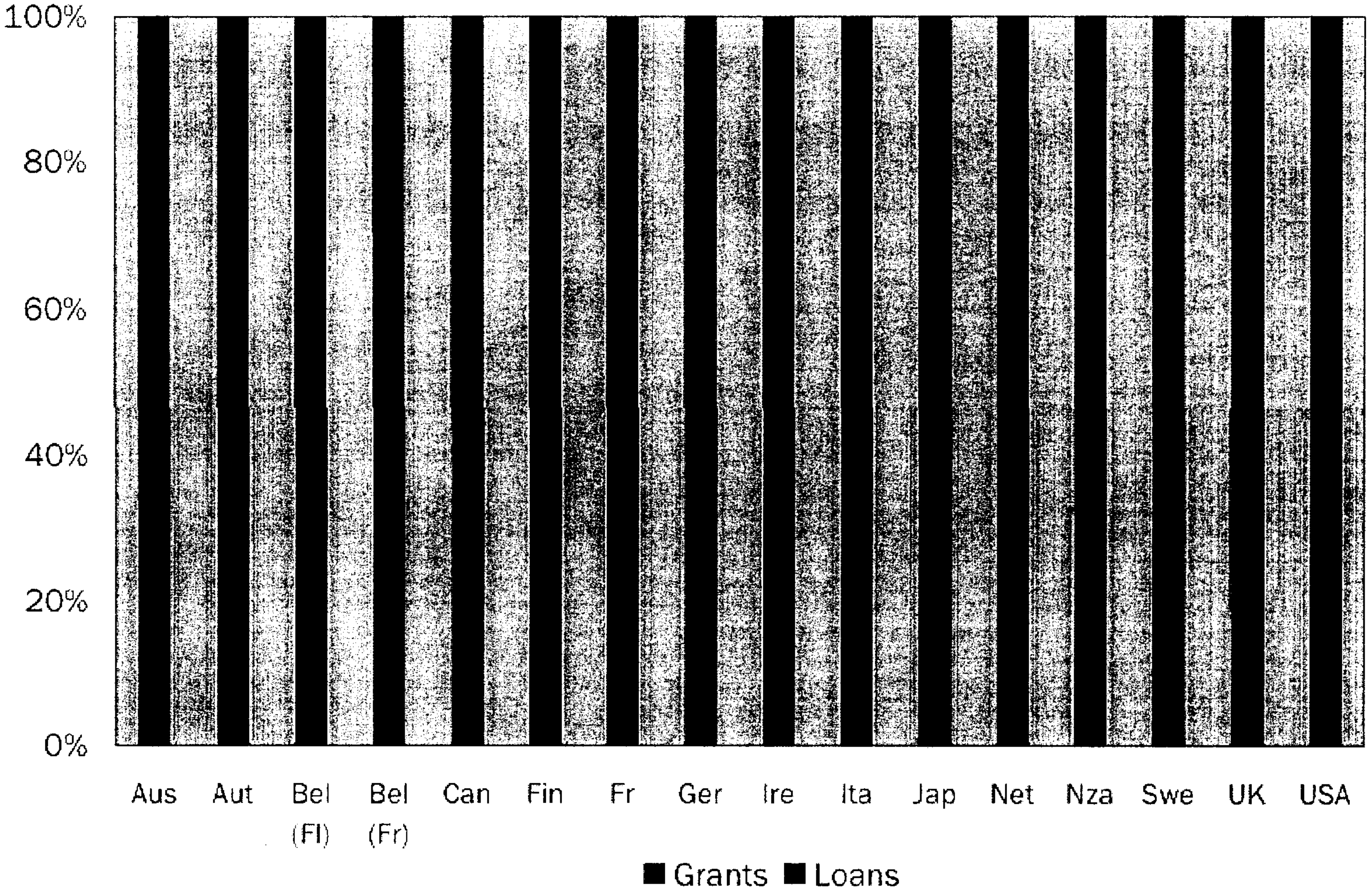



(OECD Education at a Glance 2008)

**公財政教育支出の対GDP比：28位**
**（データの存在する28カ国中）**

参考：図表で見る教育2008. 日本に関するブリーフィングノート.（OECD教育局指標分析課）

# 奨学金国際比較 (Grant/Loan)




(2003年データ:Educational Policy Institute:Global Higher Education Ranking 2005から抜粋)

## Grant

| | US $ | Japan ¥ |
|---|---|---|
| Australia | 1,376 | 189,242 |
| Austria | 849 | 116,844 |
| Belgium (Flemish) | 275 | 37,821 |
| Belgium (French) | 254 | 34,931 |
| Canada | 1,114 | 153,289 |
| Finland | 2,565 | 352,879 |
| France | 1,350 | 185,694 |
| Germany | 315 | 43,379 |
| Ireland | 1,028 | 141,481 |
| Italy | 254 | 34,941 |
| Japan | 0 | 0 |
| Netherlands | 3,969 | 546,021 |
| New Zealand | 1,224 | 168,356 |
| Sweden | 2,757 | 379,263 |
| United Kingdom | 963 | 132,440 |
| United States | 4,025 | 553,737 |

## Loan

| | US $ | Japan ¥ |
|---|---|---|
| Australia | 2,789 | 383,716 |
| Austria | 0 | 0 |
| Belgium (Flemish) | 0 | 0 |
| Belgium (French) | 0 | 0 |
| Canada | 1,468 | 202,001 |
| Finland | 647 | 88,972 |
| France | 0 | 0 |
| Germany | 315 | 43,379 |
| Ireland | 0 | 0 |
| Italy | 0 | 0 |
| Japan | 1,768 | 243,225 |
| Netherlands | 652 | 89,736 |
| New Zealand | 2,580 | 354,878 |
| Sweden | 3,087 | 424,672 |
| United Kingdom | 4,261 | 586,160 |
| United States | 4,865 | 669,239 |



(2003年データ:Educational Policy Institute:Global Higher Education Ranking 2005から抜粋)

参考２

未定稿

# 臨床研修制度のあり方等に関する検討会
# これまでの主な意見

１．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。（大熊委員①）

○ どのような専門分野の先生が、どこにどれぐ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。（福井委員①）

○ 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①)

○ 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①）

○ 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。（齊藤委員①）

○ 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。（能勢委員①）

○ 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。（小川座長代理①）

○ 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。（河野長崎大学医学部長②）

○ 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。（齊藤委員②）

○ 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。（福井委員②）

○ 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（西澤委員②）。

○ 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。（大熊委員②）

○ 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。（下條新潟大学長③）

○ 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。（下條新潟大学長③）

○ 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。（下條新潟大学長③）

○ 初期臨床研修が終わって、大学にどのぐ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こと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。（小川彰委員③）

○ 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、その県の中の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。（西澤委員③）

○ 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。（小川彰委員④）

○ 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。(大熊委員⑤)

○ 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1万5000人もいる。(小川彰委員⑤)

○ 研修制度が医師不足を招いたのではなく、顕在化させた。(嘉山委員⑤)

○ 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。(小川座長代理⑤)

○ 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。(小川彰委員⑤)

○ 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。(嘉山委員⑤)

2．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。（今井札幌医科大学長②）

○ 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。（富田金沢医科大学附属病院長②）

○ 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。（嘉山委員②）

○ 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。（齊藤委員②）

○ 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。（高久座長②）

○ なぜこの臨床研修制度ができたかというと、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。（西澤委員②）

○ 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。（永井委員②）

○ 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。（大熊委員②）

○ 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。（下條新潟大学長③）

○ 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ヶ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かと思う。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。（平出京都大学教授③）

○ 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。（矢崎委員③）

○ 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。（武藤委員③）

○ 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。（齊藤委員③）

○ 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。（齊藤委員③）
○ 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。（嘉山委員③）
○ 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。（嘉山委員③）
○ 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。（福井委員③）
○ 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。（平出京都大学教授③）
○ 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と、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。（嘉山委員③）
○ 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でプライマリ・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。（木下ＮＴＴ関東病院副看護部長④）
○ 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。（小川克弘むつ総合病院長④）
○ 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。（矢崎委員④）
○ 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年間はそのままで内容を見直す方が実質的ではないか。（高久座長④）
○ 地域保健・医療の１ヶ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の場になってしまっている。地域保健・医療の見直しが必要。（辻本委員④）
○ 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。（高久座長④）
○ 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ヶ月もしくは３ヶ月以上にするか意見を聞きたい。（高久座長④）
○ 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。（福井委員④）
○ 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。（矢崎委員④）
○ 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。(大熊委員⑤)
○ 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。(高久座長⑤)
○ 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。(高久座長⑤)

○ 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。（西澤委員⑤）
○ 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年間を有効に使うことではないか。（高久座長⑤）
○ 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。（嘉山委員⑤）
○ 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。（高久座長⑤）
○ 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。（嘉山委員⑤）
○ 到達目標を踏まえなければ議論が成り立たない。到達目標はきっちりすべき。（福井委員⑤）
○ 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。（齊藤委員⑤）
○ 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。（福井委員⑤）
○ 到達目標は変えないで議論すべき。（西澤委員⑤）
○ 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。（嘉山委員⑤）
○ 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。（小川座長代理⑤）
○ 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。（矢崎委員⑤）
○ 矢崎委員の意見に賛成。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。（永井委員⑤）
○ 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。（高久座長⑤）
○ 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。（大熊委員⑤）
○ 私のところに寄せられる意見の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。（高久座長⑤）
○ 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。（西澤委員⑤）
○ 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。（福井委員⑤）
○ 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るべき。（嘉山委員⑤）
○ 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。（矢崎委員⑤）
○ 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。（嘉山委員⑤）
○ 選択必修はせいぜい2科目までが良いと思う。（高久座長⑤）
○ 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。（武藤委員⑤）
○ 精神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。（高久座長⑤）
○ 地域医療も3月以上にしたほうが良いのではないか。（齊藤委員⑤）

3．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。（福井委員①）

○ 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①）

○ 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①）

○ 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①）

○ 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。（辻本委員②）

○ 大学の研修医は、いわゆる雑用が多い。古い医局制度に戻し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。（今井札幌医科大学長②）

○ 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。（富田金沢医科大学附属病院長②）

○ 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。（嘉山委員②）

○ 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。（武藤委員②）

○ 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。（小川彰委員②）

○ 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。（大熊委員②）

○ 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。（小川彰委員②）

○ 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。（平出京都大学教授③）

○ 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。（平出京都大学教授③）

○ 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。（平出京都大学教授③）

○ 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。（下條新潟大学長③）
○ 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っとも。（矢崎委員③）
○ 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。（吉村委員③）
○ 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。（大熊委員③）
○ 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。（西澤委員③）
○ 指導医の確保などを考えると大学との連携が必要。（小川克弘むつ総合病院長④）
○ 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。（小川彰委員④）
○ 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。（小川克弘むつ総合病院長④）
○ 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。（福井委員④）
○ 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。（齊藤委員④）
○ 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。（武藤委員④）
○ 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。（高久座長④）
○ 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。（福井委員④）
○ 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。（大熊委員④）
○ 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。（嘉山委員④）
○ 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。（小川座長代理④）
○ 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。(齊藤委員⑤)
○ 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。(永井委員⑤)
○ 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。(高久座長⑤)
○ 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。(齊藤委員⑤)
○ 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。(福井委員⑤)

４．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。（吉村委員①）

○ 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。（武藤委員②）

○ 今回の研修制度をどうして変えたかというと、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いうことならば、まず卒前教育卒前教育でどの程度の改善ができるかということを担保した上で、卒後教育を動かさなければならない。（福井委員②）

○ 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。（能勢委員②）

○ 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。（嘉山委員②）

○ 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。（吉村委員②）

○ プライマリ・ケアも本来、後期研修の中に入るべき。（高久座長②）

○ 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。（下條新潟大学長③）

○ 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。（平出京都大学教授③）

○ 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。（福田ＣＡＴＯ副理事長③）

○ 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。（福田ＣＡＴＯ副理事長③）

○ 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。（福田ＣＡＴＯ副理事長③）

○ 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。（小川彰委員③）

○ 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って歩け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を、地域ごとに考えていかなければならない。（矢崎委員③）

○ 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。（福井委員③）

○ 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。（福田ＣＡＴＯ副理事長③）

○ 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。福井先生のご提言に関しては、行く行くは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。（福田ＣＡＴＯ副理事長③）

○ 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。（武藤委員③）

○ 福田先生の発表の中で、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。（嘉山委員③）

○ 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。（福田ＣＡＴＯ副理事長③）

○ クリニカル・クラークシップについては、福田先生に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。（永井委員③）

○ 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。（辻本委員③）

○ 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。（小川克弘むつ総合病院長④）

○ 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。（武藤委員④）

○ 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、処遇が保証されていないので、しっかりしたものにすべき。（永井委員④）

○ 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。（嘉山委員④）

○ 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。（能勢委員④）

○ 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。（高久座長④）

○ 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。（吉村委員④）

○ 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。（吉村委員⑤）

○ 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。（吉村委員⑤）

５．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。（嘉山委員①）

○ 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①）

○ 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①）

○ 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①）

○ 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。（小川座長代理①）

○ 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。（武藤委員③）

○ 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。（矢崎委員③）

○ 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。（小川彰委員③）

○ 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っ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。（小川彰委員③）

○ 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ぐ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。（永井委員③）

○ 限られた期間にある程度まとめなければならないとすると、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。（高久座長③）

○ 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。（小川克弘むつ総合病院長④）

○ 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。（福井委員④）

○ 少なくとも２年間は処遇が保証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。（高久座長④）

○ この検討会の場では時間が限られているので、私と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、次回の検討会までには意見をもらって、それを踏まえて報告書をまとめていきたい。（高久座長④）

○ 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。（大熊委員⑤）
○ 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ちゃんとした評価がない。（武藤委員⑤）
○ 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。（永井委員⑤）
○ 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。（福井委員⑤）
○ 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。（矢崎委員⑤）