

医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会 議事次第

平成22年7月7日（水）

10時00分 ～ 12時00分

厚生労働省専用第21会議室（17階）

○ 開 会

○ 議 事

1. 臨床研修制度の評価に関する研究の実施状況について
2. 臨床研修制度に対する評価の進め方について
3. その他

○ 閉 会

資 料

- 1 平成21年度「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」
- 2 臨床研修制度に対する評価の進め方について（案）

参考資料

- 1 臨床研修修了者アンケートについて
- 2 平成22年2月18日医道審議会医師臨床研修部会意見とりまとめ
- 3 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の意見のとりまとめ

I : 目的 現行の臨床研修制度を検証するため、必要な基礎資料や制度改善のためのたたき台を提供し、評価を含む制度のあり方について提言することを目的とする

II : 評価の対象となる領域

1. 研修医の到達目標達成度評価

- (1) 到達目標の達成度を評価する方法
 - ・全国の基幹型病院を対象としたアンケート
- (2) 研修医の基本的診療能力の自己評価に関する調査
 - ・研修医を対象にしたアンケート
- (3) 研修医の到達目標に関する調査
 - ・基本理念の下での到達目標の妥当性についての定期的な検証
- (4) EPOC(オンライン卒後臨床研修評価システム)の活用による現状把握
 - ・EPOCのデータによる到達目標達成の現状把握

2. 研修プログラム(研修病院)の評価

- 第三者評価による研修病院の質の確保に関する調査
 - ・訪問調査による研修病院の評価
 - ・臨床研修病院の指定基準と研修の質との関連についての評価

3. 制度自体に対する評価

- (1) 研修医の定員に関する評価
 - ・研修医の定員の適切な設定方法
 - ・地域医療ニーズに応じた都道府県別の定員上限の算定方法
- (2) 研修医(3年目以降含む)の動向把握データベース構築

III : 調査の実施方法等(計画を含む)

1. 研修医の到達目標達成度評価

- (1) プログラム責任者を対象とした臨床研修目標到達度評価アンケートを実施(*1)
 - ① 到達目標達成の総括評価は、2年目終了時、主に指導医・プログラム責任者がレポート要約等で実施
 - ② 約1割の病院で研修開始前に研修医及び指導者に対し評価方法を明示していない
- (2) 研修医自己記入式アンケート(*2)を経年的に観察する方法を検討(22年度予定)
- (3) 初期研修の内容や目標の妥当性について、初期研修修了者を対象としたアンケート(22年度予定)
- (4) リアルタイムでの目標の達成状況とデータ収集の可能性を検討(22年度予定)

2. 研修プログラム(研修病院)の評価

- サーベイヤーによる訪問調査(22年度予定)
 - ・指定基準に係る小規模病院への系統的評価

3. 制度自体に対する評価

- (1) 初期研修医および診療科目別の初期研修修了者の地域分布情報を把握する
 - GIS(地図情報システム)を活用
- (2) 三師調査・臨床研修修了者アンケートを活用

*1: H21年度厚生労働科学研究「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価」(主任研究者: 日本歯科大学内科客員教授 齋藤宣彦)

*2: H19年度厚生労働科学研究「新臨床研修制度に関する評価研究」(主任研究者: 聖路加国際病院長 福井次矢)

平成21年度厚生労働科学研究費補助金
行政政策研究分野 厚生労働科学特別研究事業

初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究

平成21年度 総括研究報告書

研究代表者 桐野高明

平成22年5月

目 次

1. はじめに	3
2. 目的	4
3. 方法および経過	5
4. 結果および考察	7
5. 平成22年度の研究に向けて	13
6. 参考資料	15

1. はじめに

新医師臨床研修制度は、「努力義務」に過ぎなかった旧医師臨床研修制度における諸問題を解決すべく、高齢化社会に伴う医療ニーズの変化を背景として、基本的な診療能力を幅広く修得することを目的に、第150回国会参議院国民福祉委員会附帯決議(1)を受け、平成12年に医師法等の一部改正し、医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令(以下「臨床研修省令」)を定めて(2),(3),(4)、平成16年から導入された(5)。

新制度では、全国の臨床研修プログラムの情報公開がさらに進み、医学部卒業生が、研修施設を選択する際の自由度がさらに高まった。多くの研修医が出身大学以外の研修病院で研修を行うようになり、大学附属病院と臨床研修病院の研修医数比率が、旧制度で7:3であったのが、新制度施行後、その比率が5:5(平成21年度は46.8:53.2)を下回る状態が続いている(6)。

研修医の減少は大学病院の医師労働力減少に直結し、残された若手医師は過重労働を余儀なくされた。スタッフ確保が困難となった大学は関連病院から中堅医師を引き上げた。これによって地域の病院の空洞化が進行したことより、新医師臨床研修制度は医師の地域偏在や地域医療崩壊など、医療における諸問題の顕在化を促進したとも言われている。

新制度導入に伴う研修医に対する指導医の負担増加とほぼ時期を同じくして、医療費等を含む社会保障費の削減政策を背景に、法人化された国立大学病院にも経営指標達成に向けた努力が求められたことなどから、他にも多くの複合的要因が重なり、大学、特に地方大学の附属病院を取り巻く医療環境はますます厳しさを増し、大学で働く若手医師の労働環境が悪化した。

このような背景のもと、厚生労働省医師分科会医師臨床研修部会では、平成18年12月から1年間にわたるヒアリングと討議に基づいて平成19年12月に取りまとめた報告書(7)の中で、臨床研修の質の改善を重視しつつも、地域医療や医師偏在への影響等、新研修制度の「副作用」についても言及しており、この内容に基づき平成20年3月、臨床研修省令の改正が行われた(8)。

次いで平成20年に入り、救急患者のたらい回しや、小児科・産科医の不足問題がマスコミで地域医療崩壊の象徴として取りあげられたことも契機となり、舛添厚生労働大臣は平成20

年6月18日に「安心と希望の医療確保ビジョン」(9)を取りまとめた。その中の「1. 医療従事者の数と役割」において、臨床研修制度の見直しについて言及した。

上記ビジョンの具体化に関する検討会を経て、平成20年9月、厚生労働省・文部科学省合同の「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」が立ち上がった。この検討会は計6回の会合を開き、有識者8名からのヒアリングを行い、平成21年2月18日に「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」と題する報告書を公表した(10)。この報告書の内容に沿った形で、臨床研修制度見直しに基づく厚生労働省令の改正案が作成され、パブリックコメント募集を経た後、平成21年5月11日に省令施行通知を改正、平成22年4月開始の臨床研修に適用される運びとなった(11)。

文部科学省でも、卒後臨床研修制度見直しの動きを受けて、医師の卒前医学教育、卒後臨床研修、いわゆる後期研修(専門研修)、大学院教育、生涯教育を担う大学が、これらを一貫して見直し改善を図っていくため、「医学教育カリキュラム検討会」を立ち上げ、平成21年2月から4月にかけて計7回の会合を行い、その結果を平成21年5月1日に「医師臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について」と題する報告書に取りまとめた(12)。

以上のように、新医師臨床研修制度が開始されて以来、医療をめぐる世論や医療を取り巻く環境の変化に影響され、制度は数回にわたり部分的な手直しを受けてきた。しかしながら、本制度によって、①臨床研修の基本理念に提示しているような医師人材を養成できているのか否か、②医療の現状や将来の医療や医学教育のあるべき姿に即した医師人材の養成を行っているか否かについて、データの蓄積はいまだ十分とは言えない。したがって、制度を系統的に評価・検証するための客観的なデータを蓄積し、その改善に結びつけることが重要である。(13)、(14)、(15)

以上より、医師臨床研修制度が担うべき将来の良質な医療を支える医師人材育成の原点に立ち戻り、現行制度を客観的に評価するためのあり方について考察したうえで、持続的改善を目的とした評価のための指標と評価のための方法論を確立することが喫緊の課題となっている。

2. 目的

本研究班は、医師臨床研修制度の基本理念および厚生労働省や文部科学省における医師臨床研修に関する報告書等の内容を踏まえた上で、法で定める卒後2年間の医師臨床研修制度について、省令で定められた5年毎の見直し(16)や年度毎の検証を行うための基礎資料、

すなわち医道審議会医師分科会医師臨床研修部会等で、委員が共通の基盤で議論を行うための、客観的根拠や制度改善のためのたたき台を提供し、評価を含む制度のあり方について提言を行うことを目的とする。したがって、制度に対する価値判断を行う事は本研究班の直接的な役割ではない。

研究班の構成

○主任研究者

桐野高明 国立国際医療センター総長

○分担研究者

大滝純司 東京医科大学総合診療部教授

小川 彰 岩手医科大学学長

北村 聖 東京大学医学教育国際協力研究センター教授

斎藤宣彦 日本歯科大学附属病院内科客員教授、前医学教育学会会長

西澤寛俊 特別医療法人恵和会西岡病院理事長

福井次矢 聖路加国際病院院長

山下英俊 山形大学医学部附属病院院長

3. 方法

平成21年9月より平成22年3月に班会議を5回開催し、参考人からの情報提供を交えつつ、本研究の内容について討議を行い、制度評価の方向性を確認する同時に、試行的な調査等を行った。

第1回班会議(平成21年9月14日):

- ・医師臨床研修制度の現状と本研究班の目的確認(田原克志室長)
- ・研究班のあり方についてのブレインストーミング

第2回班会議(平成21年11月4日)

- ・平成21年度研修医マッチングの結果(田原克志医師臨床研修室長)
- ・研修病院・研修プログラムの評価(医師臨床研修評価機構:岩崎榮専務理事)
- ・大学病院からみた医師臨床研修制度の要改善点(小川・山下分担研究者)

第3回班会議(平成21年12月17日)

- ・オンライン臨床研修評価システム(EPOC)を含む臨床研修の評価について
(東京医科歯科大学臨床教育研修センター長田中雄二郎教授)
- ・平成21年度厚生労働省科学研究費地域医療基盤開発推進研究事業
「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」アンケート調査素案

(主任研究者:前日本医学教育学会会長、日本歯科大学内科齋藤宣彦教授)

第4回班会議(平成22年2月15日)

- ・「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」アンケート調査中間報告
- ・医師臨床研修制度の評価改善等に関連した情報収集・連絡網について
- ・報告書取りまとめ骨子についての討議

第5回班会議(平成22年3月12日)

- ・「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」アンケート調査最終報告
- ・報告書取りまとめ(案)についての討議

評価のあり方を検討するにあたって、最初に以下の方針について確認した。

1) 現行医師臨床研修制度の基本理念に基づく検討:

現行医師臨床研修制度の基本理念、すなわち「臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」は、しかるべき手続きを踏んで慎重な議論を尽くした上で定められた制度の根幹をなす部分であり、これに対する評価を行うことは本研究班のスコープ外であると考えられる。したがって、医師臨床研修制度の「基本理念」を本研究班の審議の前提とする。「基本理念」の考え方に沿って、制度の各論および平成21年度5月省令施行通知に基づく見直しの内容等が適正であるか否かの評価を可能にする方法についての検討を行う。

2) 評価の対象について:

評価のあり方について検討を行うに際の「評価」については、対象を便宜上以下の3領域に分けて行い、取りまとめ役は以下の通りである。

- | | |
|---------------------------|------------|
| (1) 研修医の到達目標達成度評価: | 齋藤宣彦 分担研究者 |
| (2) 研修プログラム(研修病院)の評価: | 北村 聖 分担研究者 |
| (3) 制度それ自体の評価(制度が及ぼす影響等): | 桐野高明 主任研究者 |

なお、上記の(1)については、当研究班の齋藤宣彦分担研究者が主任研究者を務める、「医師の初期臨床研修到達目標達成度評価に関する研究」(厚生労働科学研究費補助金健康安全確保総合研究分野 地域医療基盤開発推進研究)が研究の詳細について担当す

ることとした。

3) 評価のあり方に関する基本的な原則:

評価の結果を今後の初期臨床研修制度を中心とする医師の教育制度に反映させ、制度の改善を行うためには、評価のあり方を検討するに当たっては以下のような条件に留意すべきである。

- (1) 年度を越えて比較ができること
- (2) 悉皆性のあること
- (3) 客観性のある全体評価(個人や施設の個別評価ではない)であること
- (4) 評価疲れに陥ることのない、簡素で効率的な評価であること
- (5) 既存データおよび研究成果の活用に留意すること
- (6) 諸外国との比較も想定し、評価指標や手法の国際標準やデータ互換を考慮すること

また、特別の配慮を要することとして、「プライマリ・ケア」という言葉の持つ意味の多様性が挙げられる。「プライマリ・ケア」については、第150回国会参議院国民福祉委員会附帯決議(平成12年11月)、医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について(いわゆる臨床研修に関する省令)の前文等、医師臨床に関係する多くの文書で使われているが、語義が不明確である。議論を行う際には、あらかじめ語義の解釈について関係者の中で確認をしておくことが必要である。

以上の原則に基づいて、評価のあり方についての班会議における討議内容、および参考人として情報提供をして頂いた有識者の方々との意見交換を通じて、評価のあり方に関して以下の結果(選択肢)および提言内容を得た。

4. 結果および考察

1) 研修医の到達目標達成度評価

(1) 研修到達目標の達成度の評価方法の実態把握:

現制度の「基本理念」と「臨床研修の到達目標」に沿って2年間の研修成果が適正に評価された上で修了認定が行われているか否かについて、臨床研修を行う全ての基幹型病院1059カ所のプログラム責任者を対象とした「臨床研修目標到達度評価アンケート」(17)を実施し、現状の把握を行う。この結果より、現在、全国の臨床研修を行っ

ている病院における研修医評価の方法ならびに修了認定プロセスの実態が明らかになり、研修医の到達目標の達成度評価の方法、およびそれに基づく2年間の修了認定のための評価方法(総括的評価)について、改善のための示唆が得られ、一定のモデル的基準を示すことも可能となる。

(2) 研修医の基本的診療能力(知識、技術、態度)に関する自己評価:

「新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究」(平成17～19年度厚生労働科学研究費補助金)によって報告されている研修医の臨床能力の修得状況、症状・病態の経験例数等のデータを参考とし、本研究における評価の対象、手法、限界等を勘案した上で、悉皆性の高い調査としてこれを用い、将来に向けて経年的に観察していく方法についても検討する。

(3) 「臨床研修の到達目標」の設定に関する調査:

臨床研修制度の「基本理念」のもと、制度導入後の医療の変化や研修の実態に応じて、「臨床研修の到達目標」の設定が妥当なものであるか否か、定期的な検証を行うべきである。新医師臨床研修制度導入から今までの実績に基づいて、現場からの声に耳を傾けつつ、卒前教育-卒後初期研修-卒後後期研修(専門医研修)-生涯教育を一連の流れの中で、初期臨床研修の到達目標の設定が行われているかについて調査を行うべきである。例えば、新制度で2年間の研修を修了し、現在後期研修(専門医研修)を行っている医師を対象として、自分の経験した初期臨床研修の内容や到達目標の妥当性等についての調査を行い、制度を評価するための基礎資料とすることや、卒前臨床実習と卒後初期臨床研修の円滑な接続について、卒前のコアカリキュラムと卒後臨床研修の到達目標の内容を具体的に比較検討し、両者を併せて到達目標の達成度評価を行えるか否か、検討を行うべきである。この際、共用試験(CBT, OSCE)の内容や医師国家試験の出題基準の設定についても配慮することが必要である。また、同一項目であっても、卒前と卒後では到達すべき深さに差があることにも配慮すべきである。さらに、経験した症例・手技等について、医師のキャリアを通して記録が保存され、研修の結果が統合的に評価できる方法等についても調査および検討を行うべきである。

(4) オンライン卒後臨床研修評価システム(EPOC)の活用(18):

EPOC を活用することによって、理論上、研修医や研修プログラムについての全国規模でのリアルタイムのデータ収集が可能であるが(悉皆性の担保が可能)、平成20年度における普及率は全研修医の約60%(約5000人)にとどまる。入力操作が煩雑であるとの評価もあり、普及率が伸び悩んでいたが、年々インターフェースの改良が進

み、使い勝手が良くなってきた。今後、「臨床研修の到達目標」の見直しによって項目数が整理され、一方でEPOCの持続的改良が行われれば、普及率が飛躍的に向上する可能性を秘めている。EPOCでこれまで集積されたデータの一部を、研修医の到達目標達成度評価の現状把握に活用し、EPOCと質的評価手法(ポートフォリオやサンプリング等)を組み合わせる研修医の評価を行う手法について検討する。また、EPOC等、全国すべての臨床研修を行う病院が使用する研修目標到達度評価ツールの普及を前提に、現行の「臨床研修の到達目標」の見直し(簡素化を含む)と同時に制度評価のための客観的データ収集システムの構築など、到達目標設定と評価システムとをあらかじめ機能的に一体化した制度設計も考えられる。

2) 研修プログラム(研修病院)の評価

(1) 臨床研修を行う病院(研修プログラム)の認証制度と第三者評価:

現在、基幹型臨床研修病院指定のための外形基準は定められているものの、臨床研修の質保証を目的とし、外形基準による評価(ストラクチャー評価)、プロセス評価、アウトカム評価とを組み合わせる包括的プログラム評価に基づいて、国が臨床研修を行う全病院を対象として行う認証制度は存在していない。一方、第三者評価機構である卒後臨床研修評価機構(JCEP)は、on-site visit(訪問調査)を含む包括的評価を基本とした臨床研修病院の認定を行っているが、基幹型の全病院数1,059(平成22年3月現在)に対して、平成17年開始以来現在(平成22年3月)まで、76病院の認定を行ったに過ぎない(19)。また、JCEPは手挙げ方式で評価受審の病院を募っているが、申請病院が臨床研修について比較的意識の高い病院に偏っているのではないかと指摘もある。以上の現状を踏まえた上で、まず、臨床研修を行う病院(プログラム)の最低限の質担保のために、認証制度の導入が必要か否か、必要であるとすればどのようなステップを踏んで導入すべきか、について検討を加える必要がある。現実的な選択肢として、現在JCEPが行っている臨床研修病院の評価システムをプロトタイプとして、将来、複数の第三者評価機構のあることを前提にして、全ての臨床研修を行う病院が、一定期間内に受審できるような評価内容や評価体制の具体的な検討が必要である。例えばJCEPの訪問調査を行うサーベイヤーは平成22年3月現在で284名が登録されており、平成22年5月にはその数は300名を超えると予想される。サーベイヤー300人がフルに稼働したと仮定した場合、1年間に約1000件以上の訪問調査が可能であると試算されるが、現実的に全基幹型病院(1059病院)の訪問調査を行うとした場合、再評価(評価点数に応じて、2年、4年、6年間隔)の頻度を含めてどのくらいの期間が必要なのか、サーベイヤーの数はどの程度が必要なのか、いくつかの

仮定を設けてシミュレーションを行う必要がある。上記の臨床研修病院としての評価の前提として、日本医療機能評価機構による病院自体の評価も重要視されるべきであろう。

(2) 基幹型臨床研修病院の指定基準における病床規模または年間入院患者数によるカットオフ値設定について:

平成21年5月の臨床研修省令の改正によって、基幹型臨床研修病院の指定基準の1つとして「年間入院患者数3,000人以上」の項目が加わった。これは、急性期病床数約150床以上を有し、標準的な平均在院日数を有する病院ならば指定基準をクリアできることを想定したものである。臨床研修の質を確保するためには、基幹型病院の指定基準として、より多い病床数(およそその目途として、大学病院の最小病床数550床程度)のカットオフ値を設定すべきとの意見がある一方、質の良い研修ができれば病院の規模にかかわらず臨床研修病院として指定を行うべきとの意見もある。さらに、病床数や年間入院患者数をそのまま用いるのではなく、研修医1人あたりの数字で計算すべきであるとの指摘もある。しかしながら、臨床研修病院の指定基準において、病床規模または年間入院患者数を用いたカットオフ値を設けることが妥当か否か、もしカットオフ値を設けるのであればどのような客観的根拠に基づいて数値を設定すべきなのか、については厳密に検証されていない。したがって今後、基幹型病院の外形基準とそこで行われる臨床研修の質との関連等が評価可能となるようなデータの収集を行い、それに基づいて基準を設定すべきであると考えられる。

3) 制度それ自体に対する評価(地域医療への影響についての評価も含む)

(1) 初期臨床研修医の全国定員及び都道府県別定員上限を決定する根拠となる指標:

医学部学年定員数(卒業者数または国家試験合格者数)に対して適正な初期研修医の定員(マッチング定員も含む)について、それを決定する根拠となるような客観的データは何か、検討を行う。都道府県別の研修医定数上限を決めるための根拠と、その根拠を導くためのデータの収集方法について考慮する。例えば、3)-(2)に述べた、地域医療ニーズをもとに算定する手法等を用いることも考えられる。

(2) 地域医療計画と医師人材育成との連携に対する評価のあり方:

見直し後の臨床研修省令においては、基幹型病院や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促進しつつ、地域における複数の医療機関が連携して人材養成を行うべきであることが強調されている。地域毎の基幹型臨床研修病院の必要数や配置、そこにおける専門医(指導医)および後期研修医定員を考慮し

た場合の初期研修医定員の適正数などについては、その地域における将来の医療のあるべき姿(地域医療ビジョンないしは地域医療計画)を反映した医療機関や医師(専門医)の配置を反映したものでなければならず、その地域の医療ニーズアセスメントに基づいた医療施設の集中化・重点化政策との整合性について配慮することが求められる。具体的には、地域毎の疾病及び外傷の発生状況等を地図上にデータとして表示し、各々の発生地点から医療施設へのアクセス方法(救急医療・待期的医療)を考慮に入れた上で、どのように医療機関を配置すべきか、その医療機関にどのくらいの医師(専門医)を配置すべきかをまず考慮すべきであろう。その上で、各々の医療機関が受け入れる患者数(症例数)と専門医数(すなわち指導医数)に応じて、研修の質を考慮しつつ適正な初期または後期研修医定員数を振りわけることが必要である。それらの総和として、都道府県別の研修医定員数上限を設定することも考えられる。例えば、地図情報システム(GIS: Geographical Information System)の手法を用いて、地図上で医療ニーズ、医療機関、医師の配置等の情報を表示し、相互の関連を機能面から視覚化することによって、研修医を含む医師の最適配置のシミュレーションを行う事なども可能である。なお、厚生労働省が3年毎に行う医療施設調査(静態調査)(21)から抽出された病院データについても、当研究班として法令に基づく情報提供の申請書を提出したうえで、より詳細な情報の提供を受けその活用を考慮すべきである。さらに、急性疾患に関しては、各地域のDPC病院でのICDコーディングに基づいたデータの蓄積があり、これらを各地域の医療ニーズの評価に反映することも考えられる。

(3) 医師の地域別、専門分野別分布が明確となるような人材データベースの構築:

新医師臨床研修制度によって若手医師の大学離れが促進され、大学関連病院のスタッフ確保が困難となったことより、医師の地域偏在や地域医療崩壊など、医療における諸問題の顕在化を促進したとされるが、新制度導入後に初期研修医数が増えた大学や地域も多くあり、そのような地域であっても卒後3年目以降の若手医師の地域定着率は低く、これが地域医療の担い手の減少を引き起こしている事例も多い。また、現在の地方大学医学部入学者は都会の高校出身者が多く、初期臨床研修を修了し、将来の就職先を想定しつつ後期研修プログラムを選択した場合、自分の出身地にUターンすることが多く、これが卒後3年目以降の若手医師の地方大学離れの一因になっていると言われる。しかしながら、これらの現象を裏付ける全国規模の客観的データは不足している。したがって、医師臨床研修制度の地域医療への影響を評価し、効果的な介入を行うために、厚生労働省が2年毎に行っている医師・歯科医師・薬剤師調査(いわゆる三師調査)(20)の結果も活用しつつ、初期研修2年修了後、卒後3年目以降(後期研修または専門医研修以降)の医師の地域分布、専門分野別(日本専門医制評価・認定機構の「基本領域」および「Subspecialty 領域」に準拠)研修状況について、全国規

模で把握できるよう、また医籍番号に基づいた個人毎の情報が経時的に把握できるよう、確度の高い医師人材データベースを構築することが必要である。この場合、個人情報の取扱いに対する配慮をどのように行うかについての検討が必須である。

(4) 初期臨床研修制度以外にも複合的な要因が関与している問題の評価:

地域医療に従事する医師が減少している問題、基礎医学者が減少している問題(特に法医学、解剖学、病理学の3分野)等については、医師臨床研修制度の他にも複合的な要因が絡み合っており、根本原因を解明することは容易ではない。例えば3)-(1)のような手法を用いて、実態を把握するための正確なデータを収集したうえで、因果関係がより明確となるような評価項目、手法を選択して評価を行うことが必要である。

4) 初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究を可能とする体制の構築と試行的データ:

平成21年度研究の一環として、以下の予備的および試行的情報の収集・整理・分析を行った。

(1) 臨床研修を行う病院からの迅速かつ効率的な情報収集システムの整備:

臨床研修を行う病院で日々研修医に接し、指導やマネジメントの責務を負う担当者から、臨床研修現場の実態を正確に反映する情報を得て、制度の評価を行うことは、制度の目指すべき方向を設定するために欠くことができない。これを実現するため、研修プログラムを主催する基幹型臨床研修病院の①院長、②研修管理委員長、③プログラム責任者、④事務担当責任者の了解を得て、これら責任者へ直接連絡可能な電子メールや電話番号を登録して頂いた。今後当研究班の活動を行う上で、この情報ネットワークを駆使して効率よく情報を収集し、制度評価に役立てる予定である。

(2) 臨床研修を行う病院等に関する地理情報システム構築に向けての基本情報の入力:

基本情報として厚労省医師臨床研修推進室がマイクロソフトエクセルに取りまとめた全国の基幹型臨床研修病院1,059カ所のデータを用いた。住所等から割り出した位置データ、都道府県、二次医療圏、設置主体、病床数(科目別)、研修医定員、研修医実員等について、を全国版電子地図上(縮尺は任意に設定可能)に表示した。地図情報システム(GIS: Geographical Information System)のPCソフトウェアとしては、世界で最も広く用いられている ESRI 社の“ArcGIS”をベースとして開発された、PASCO 社の“MarketPlanner”を用いた。GIS を利用したデータ提示・解析の例として、地図上で、(1) 臨床研修を行う病院の位置の表示、(2) 左記に加えて、病院毎の研修医実員/研修医定員のパイグラフによる表示、(3) 二次医療圏毎の人口十万人あたりの研修医数を

地図上に色分けして表示するなど、初歩的な表示・解析を試みた。今後、臨床研修を行う病院に関するより詳細なデータの入力及び分析、例えば、各地域における診療所を含む全ての医療機関の位置情報、傷病発生状況、専門医の分布、さらにはカーナビデータベース等を応用した傷病発生地点から医療機関への到達時間を表示するアクセスマップなど、地域医療の機能的側面を考慮した医療資源(施設・人材等)の最適配置をシミュレーションすることが可能である。本法は、専門医制度の改善において、専門医の質の向上を一義的に考えつつも、同時に専門医の2つの偏在問題(地域偏在および診療科偏在)についても効果的な対応を行おうとする場合、地域における専門医の配置を可視化できることより、医療政策上きわめて有用である。

5. 平成22年度の研究に向けて

以上の結果より、当研究班としての評価のあり方を検討する項目について多くの選択肢が示された。しかしながら、すべての項目について、当研究班で評価の実際を行う事は不可能である。したがって、当研究班の平成22年度の活動として、今まで示された選択肢のうち、(1)重要性の高いもの、(2)緊急性の高いもの、についてリストアップして当研究班としての優先順位を設定し、評価の主体、対象、目的、具体的方法を明確にした上で、先行モデル的に取り組むことが望ましい。このような考え方に従って、平成22年度においてはまず、以下のような調査・研究を優先的に行うべきであろう。

(1) 初期臨床研修を修了した医師に対するアンケート調査:

新制度における初期臨床研修を修了した医師(卒後4~5年、既に専門医を取得した者も含む)を対象として、自分が受けた臨床研修プログラム(在籍した臨床研修病院)が良かったか否か、様々な角度より設問を設定し、アンケート調査を行う。その結果を、臨床研修病院の病床規模、大学・非大学、地域別、専門診療科別、男女別、年次別等で分析し、評価を行う。さらに、同じ対象者において、初期研修を振り返って、「専門とする分野にかかわらず重要と考えられる卒後2年間で研修すべき内容」を調査した結果に基づいた評価を行い、現行の「臨床研修の到達目標」の運用並びに将来の見直しの基礎資料とする。なお、このアンケート調査については、当研究班(厚労省)と全国医学部長病院長会議が内容について予め調整した上で共同実施することが望ましい。

(2) 基幹型病院の指定基準強化に関連した調査:

今回の制度見直しによって、基幹型病院の導入とともにその指定基準が強化され、「年間入院患者数3,000人以上」の項目が加わった。これに伴い、小規模の臨床研修病院によっては、研修医を継続的に受け入れているにもかかわらず、今後基幹型臨床研修病院

として研修医を募集することができなくなる可能性がある。一方、病床数や年間入院患者数など、病院の規模とそこで行われる臨床研修の質の間に相関があるか否かについての客観的な根拠は乏しい。したがって、今年度研究の一環として、臨床研修評価に関するNPO、例えばJCEP(卒後臨床研修評価機構)サーベイヤーの協力を得て、外形基準上取消に相当する小規模病院を含むいくつかの臨床研修を行う病院への実地調査を行い、そこにおける臨床研修の体制について系統的な評価を行う。また、このような実地調査を通じて、全国の臨床研修プログラムを対象とした認証制度を前提とした評価のあり方についても検討を行う。また、全ての臨床研修を行う病院を対象として、研修期間中に実際に経験した研修医1人あたりの症例数および指導医数に関する調査を行い、病床規模や年間入院患者数との関連についても調査を行う。

(3) 医師人材養成と地域医療に係る地図情報システム(GIS)のデータ整備:

初期臨床研修医および初期臨床研修修了後の後期研修医について、その所在を地図上で把握するように情報を整備する。初期研修医のみならず、後期研修に影響する専門医制度改革に関連した2つの医師の偏在問題(診療科・地域)に着目して、診療科目別の後期研修医(卒後3年目以降)の地域分布についての情報を収集し、これを地図上で視覚化することによって、専門医プログラムの定員設定レベルで専門医の地域偏在是正が可能か否か、検討を行う。また、三師調査および医療施設調査の結果や、地域毎の保険医登録およびDPCデータを基礎として行う専門医の最適な配置に関するシミュレーション方法についても、GISを用いたモデル的な検討を行う。

(4) コンピュータを用いた全国規模の卒後臨床研修評価システムの検討:

表記のシステムを用いて、研修医及び研修プログラムに関する全国規模でのリアルタイムのデータ収集が可能であるか否かの検討を、EPOCをモデルとして行う。特に、今秋に導入される簡易型EPOC(minimum EPOC)について、全国規模での研修病院網羅的なデータ解析が可能か、EPOCとポートフォリオやサンプリングなど、質的評価方法との組合せで効果的な研修医の評価が可能か否か、検討を行う。

以上

<参考資料>

1) 第150回国会参議院国民福祉委員会附帯決議

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/001100.html>

2) 医師法(抜粋、昭和23年7月30日法律第201号)

、<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hourei/480730.html>

3) 医師法施行令((昭和28年12月8日政令第382号)、

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hourei/531208.html>

4) 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令(平成14年12月11日厚生労働省令第158号)

、<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hourei/021211.html>

5) 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について(平成15年7月28日医政発第0728001号厚生労働省医政局長通知)、

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818.html>

6) 臨床研修医在籍状況の推移、

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html>

7) 医道審議会医師臨床研修部会報告書(平成19年12月)、

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/12/h1225-2.html>

8) 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について(平成20年3月26日医政発第0612004号厚生労働省医政局長通知)

9) 厚生労働省「安心と希望の医療ビジョン」(平成20年6月18日)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/s0618-8.html>

10) 厚生労働省・文部科学省臨床研修制度のあり方等に関する検討会報告書、「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)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/s0226-10.html>

11) 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について(平成21年5月11日医政発第0612004号厚生労働省医政局長通知)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818a.html>

12) 文部科学省医学教育カリキュラム検討会報告書「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について」(平成21年5月21日)

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/038/toushin/1263119.htm

13) 平成17年度「臨床研修に関する調査」最終報告書、

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/chosa-saisyu/index.html>

14) 平成18年度「臨床研修に関する調査」最終報告書、

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/chosa-saisyu06/index.html>

15)平成17～19年度厚生労働科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業「新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究」(主任研究者:福井次矢)総合研究報告書.平成20年4月.

16)医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について(平成21年5月11日医政発第0612004号厚生労働省医政局長通知):第4検討規定 厚生労働大臣は、臨床研修省令の施行後5年以内に、臨床研修省令の規定について所要の検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとしたこと。

17)「臨床研修目標到達度評価アンケート」(厚生労働科学研究費補助金健康安全確保総合研究分野地域医療基盤開発推進研究、主任研究者:日本歯科大学内科齋藤宣彦)

18)EPOC(エポック)-オンライン臨床研修評価システムホームページ

<http://epoc.umin.ac.jp/>

19)NPO 法人 卒後臨床研修評価機構(JCEP: Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training)ホームページ

<http://www.jce-pct.jp/>

20)平成20年度医師・歯科医師・薬剤師調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>

21)平成20年度医療施設調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/>

臨床研修制度に対する評価の進め方について（案）

1 基本方針

- 次回の制度見直しに向けて、医道審議会医師臨床研修部会（以下「研修部会」）において、臨床研修制度に対する総合的な評価を行う。
- 評価を行うに当たっては、研修部会と別にワーキンググループ（以下「WG」）を開催して、臨床研修の実施状況や地域医療への影響などに関する実態を把握し、論点を整理する。

2 評価項目（主なもの）

- 「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」の意見のとりまとめ（平成 21 年 2 月 18 日）で指摘された諸課題、これまでの研修部会での議論等を踏まえ、主な評価項目は、以下（1）～（4）のとおり。

（1）制度の運用状況に関する評価

- ① 研修医の基本的な診療能力
例：到達目標の達成度、経験症例数、修得能力
- ② 受入病院の指導・管理体制
例：指導医、プログラム責任者、研修管理委員会、研修医の評価
- ③ 受入病院の研修プログラム
例：研修科目（必修、選択必修、選択）、研修期間、病院群の形成
- ④ 受入病院における研修医の処遇
例：給与、社会保険、勤務時間
- ⑤ 臨床研修の修了状況
例：研修の修了・未修了、研修の中断・再開
- ⑥ 募集定員及び研修医の分布
例：地域別の分布、病院の規模・種類別の分布、マッチング

（2）制度の導入による影響に関する評価

- ① 研修医のキャリア形成に与えた影響
例：医師の進路（診療科、地域、大学病院・市中病院、基礎医学）
- ② 地域医療に与えた影響
例：大学病院の医師派遣機能、医師の診療科偏在・地域偏在

(3) 関連する医学教育の実施状況の把握

① 卒前教育の状況

例：共用試験（CBT、OSCE）、臨床実習

② 生涯教育の状況

例：学会認定の専門医研修

(4) 制度そのものに対する評価

○ (1) ～ (3) を踏まえた総合的な評価

例：基本理念、到達目標、研修期間、臨床研修病院の指定基準、
研修プログラムの基準、募集定員の設定方法

3 実態把握の方法（主なもの）

(1) 臨床研修、地域医療に関する統計データの活用

例：研修医の受入実績、医師・歯科医師・薬剤師調査

(2) ヒアリング、アンケート調査

○対象者： 研修医、臨床研修修了者、指導医、プログラム責任者、
病院長、大学医学部長、医療関係団体 等

○調査項目：研修医の進路、指導を受けた病院・研修の内容に対する評価、
研修医の意欲、研修医に対する評価 等

(3) 臨床研修病院への訪問調査

○対象病院：主として小規模の基幹型臨床研修病院（関連する協力型病院を含む）

○調査項目：臨床研修の実施体制、到達目標の達成状況 等

(4) 関係団体が実施する調査

4 WGの開催

○ 臨床研修の実施状況や地域医療への影響などに関する実態を把握し、
論点を整理するため、研修部会とは別にWGを開催する。

○ WGでは、必要な評価項目を適宜追加し、実態把握や論点整理を行った
結果について、研修部会に報告する。

○ WGは有識者10名程度で構成し、年数回開催する。

5 次回の制度見直しに向けたスケジュール

- ・平成22年10月頃 WGを開催
- ・平成24年中を目途 WGでの検討結果を研修部会に報告
- ・平成25年中を目途 研修部会において、臨床研修制度に対する総合的な評価を
行い、制度全般の見直しを検討
- ・平成26年4月以降 見直し後の制度に基づいて、平成27年度から臨床研修を
受ける研修医を募集

臨床研修修了者アンケートについて

1 調査目的

○臨床研修の実態を把握するとともに、医師不足の対策を講じるための基礎資料を得るため臨床研修修了者アンケートを実施

2 調査対象

○臨床研修を修了するすべての医師

*以下2学年について実施

- ・平成19年度開始研修医（平成21年3月修了）
- ・平成20年度開始研修医（平成22年3月修了）

3 調査期間

毎年3月1日～同年4月30日

4 調査内容

○卒業大学、出身地、研修病院の場所・種別、研修した診療科、修了後の勤務地・診療科等、研修内容および研修後の進路に関する質問（詳細は別紙質問票を参照）

5 実施主体

厚生労働省医政局、各地方厚生局を通じて実施

6 調査方法

- 厚生労働省より、各臨床研修病院および大学病院に対して、アンケート用紙を送付。
- 研修了者が記入して、各病院事務局を經由して各地方厚生局に提出

7 調査の結果

○調査結果の概要については公表を予定

臨床研修修了者アンケート（質問票）

このアンケート調査は、臨床研修を修了した医師の進路に対するお考えを把握し、政策に反映させるため、厚生労働省が実施する調査です。調査の趣旨をご理解いただき、ご協力下さいますようお願いいたします。

※ 回答用紙のみを回収しますので、全て別紙回答欄にご記入下さい。

問1 あなたが卒業した医学部はどこですか。

（別紙：医学部の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する学校番号をご記入下さい。）

問2 現在、あなたの実家（父母の家等）が所在する都道府県はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問3 あなたが高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県（出身地）はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問4 あなたが卒業した高校等が所在する都道府県はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問5 あなたが臨床研修を行った主たる病院が所在する都道府県はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問6 あなたが臨床研修を行った主たる病院の種別はどれですか（選択肢の番号を1つお答え下さい）

01 卒業した大学の大学病院 02 卒業した大学以外の大学病院 03 臨床研修病院

問7 あなたが臨床研修を行った病院を選んだ理由についてあてはまるもの全てを選択しその番号をお答え下さい（複数回答可）。

- | | |
|---|---|
| 01 臨床研修のプログラムが充実
03 臨床研修修了後の研修が充実
05 他病院とのネットワーク・連携が豊富
07 臨床研修後の進路やキャリアが比較的自由
09 指導体制が充実
11 著名な医師や高い業績のある医師がいる
13 処遇・待遇（給与）が良い
15 高度な技術や知識を習得できる
17 様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める
19 伝統や実績がある
21 先輩等の評判が良い
23 学生時代の住居に近い
25 交通の便がよい
27 出身大学だから
29 奨学金をもらっていた（もらう予定がある） | 02 臨床研修の理念に賛同
04 大学院博士課程のプログラムが充実
06 臨床研修後の進路やキャリアを考えて有利
08 様々な病院を経験したい
10 熱心な指導医が在職
12 病院の施設・設備が充実
14 多くの症例を経験できる
16 プライマリ・ケアに関する能力を修得できる
18 ホームページやパンフレットの情報が充実
20 優れた研修医が集まっている
22 実家に近い
24 大都市圏である
26 雑用が少ない
28 友人や恋人、先輩が在職している（在職する予定）
30 特になし |
|---|---|

問8 あなたが経験した臨床研修を振り返って、全体としての満足度についてお答えください。

満足していない ← 1 2 3 4 5 → 大変満足している

問9 あなたが臨床研修で実際にローテートしたプログラムについてお答えください。

(別紙：診療科または基礎系の分野の一覧をご参照の上、該当する番号とその研修を行った期間及び病院の所在地(都道府県)をローテートした順番に回答用紙にご記入下さい。)

※ 研修開始前のオリエンテーションの期間は、その直後にローテートした診療科に含めてください。

※ 1ヶ月未満は小数で表してください。(例 2週間=0.5か月)

※ 記載されたすべてのプログラムの期間を合計すると、24ヶ月を超えるかどうかをご確認ください。

※ 研修を行った病院の所在地(都道府県)は、都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい。

問10 あなたが臨床研修を行う前の時点で、将来もっとも従事したいと考えていた診療科または基礎系の分野はどれですか(完全に一致するものがない場合は最も近いものをひとつ選択)。

(別紙：診療科または基礎系の分野の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する番号をご記入下さい)

問11 あなたが現時点で、将来もっとも従事したい診療科または基礎系の分野はどれですか(完全に一致するものがない場合は最も近いものをひとつ選択)。

(別紙：診療科または基礎系の分野の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する番号をご記入下さい)

問12 問10と問11の回答が異なる場合だけ回答ください。

臨床研修前に希望していた診療科または基礎系の分野が研修後に変わった理由について当てはまるもの全てを選択してください(複数回答可)。

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 01 問10の診療科よりも問11の方に魅力を感じる | 02 研修開始前には問11が未定だった |
| 03 適性・才能がない | 04 仕事の内容が想像と違った |
| 05 やりがいが見いだせない | 06 なんとなく相性が合わない |
| 07 人間関係に疲弊 | 08 体力的にきつい |
| 09 精神的にきつい | 10 患者・患者家族とのトラブルが多い |
| 11 拘束時間が長い | 12 突然呼び出されることが多い |
| 13 労働時間に比べて給与が少ない | 14 希望者が少ないため待遇改善の見込みがない |
| 15 優れた指導者がいない(または転出してしまった) | 16 研修施設・設備が充実していない |
| 17 学問的な興味を失った | 18 医学博士号や専門医資格が取りづらい |
| 19 将来的に専門性を維持しづらい | 20 希望者が多いため経験が積めない |
| 21 希望者が多いため独立・開業が困難 | 22 訴訟となるリスクが高い |
| 23 独立・開業までに時間がかかる | 24 独立・開業に多額の投資が必要 |
| 25 結婚・出産の時期が遅くなる | 26 恋人・家族の希望 |

問13 問12の回答について伺います。あなたは問12で挙げた点が改善されれば、臨床研修前に希望していた診療科または基礎系の分野に従事したいですか。(選択肢の番号を1つお答えください)

- | | |
|----------|--------|
| 01 はい | 02 いいえ |
| 03 わからない | |

問 14 問 11 の回答について伺います。あなたが将来もっとも従事したい診療科または基礎系の分野を選択した理由について当てはまるもの全てを選択してください（複数回答可）。

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| 01 適性・才能があると感じた | 02 やりがいがある |
| 03 なんとなく相性が合う | 04 患者・患者家族からの信頼を得やすい |
| 05 平日に研究日がとれる | 06 当直回数が少ない |
| 07 勤務時間外に呼び出されることが少ない | 08 労働時間に比べて給与が高い |
| 09 労働時間が長いがその分給与が高い | 10 優れた指導者がいる |
| 11 学問的に興味がある | 12 医学博士号や専門医資格がとりやすい |
| 13 専門性を維持しやすい | 14 訴訟のリスクが低い |
| 15 先輩や教授に誘われた | 16 独立・開業しやすい |
| 17 親や親戚がその診療科で開業している | 18 親や親戚がその診療科・分野に従事（開業除く） |
| 19 出産・育児休暇後に復帰が容易である | 20 出産・育児休暇がとりやすい |
| 21 恋人・家族の希望 | |

問 15 臨床研修修了後の研修の場・勤務先をどのように決めますか。（選択肢の番号を1つお答えください）

- | | |
|---------------------|----------------|
| 01 情報を集めて自分で探す | 02 大学から紹介してもらう |
| 03 大学以外の施設から紹介してもらう | 04 その他 |

問 16 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として希望する主たる勤務地（都道府県）はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問 17 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として希望する主たる病院等の種別はどれですか（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

- | | |
|-------------------------|------------------|
| 01 卒業した大学の大学病院 | 02 卒業した大学以外の大学病院 |
| 03 大学病院以外の病院（臨床研修病院を含む） | 04 診療所等を開設 |
| 05 臨床医以外の進路（基礎医学、行政機関等） | |

問 18 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として、勤務を希望する病院を選んだ理由について当てはまるもの全てを選択しその番号をお答え下さい（複数回答可）。

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 01 臨床研修修了後の研修プログラムが優れている | 02 優れた指導者がいる |
| 03 病院の施設・設備が充実 | 04 臨床研修を受けた病院である |
| 05 国公立の病院である | 06 出身大学である |
| 07 平日に研究日が取れる | 08 当直回数が少ない |
| 09 当直明けに休みが取れる | 10 勤務時間外に呼び出されることが少ない |
| 11 労働時間に比べて給与が高い | 12 労働時間が長いがその分給与が高い |
| 13 超過勤務手当がきちんと支払われる | 14 福利厚生が充実している |
| 15 臨床研究が優れている | 16 専門医取得につながる |
| 17 医学博士号が取れる | 18 へき地医療への情熱 |
| 19 出産・育児休暇がとりやすい | 20 出産・育児休暇後に復帰が容易である |
| 21 出身地である | 22 実家に近い |
| 23 大都市圏である | 24 配偶者の居住地・勤務地である |
| 25 子供の教育を考えた | 26 恋人・家族の希望 |
| 27 先輩医師からの紹介 | 28 大学からの派遣 |

問 19 あなたは子どもが生まれて乳幼児期の間、育児休暇を取ることにについてどのようにお考えですか。
(選択肢の番号を1つお答えください)

- | | |
|-------------------------|-----------------|
| 01 仕事に復帰できる等の条件が合えば取りたい | 02 取りたい (01 以外) |
| 03 取らなくてもよい | 04 わからない |

問 20 あなたの子どもが乳幼児期の間、子育てをしながら勤務を続ける上で、勤務先にもっとも設置してほしいものはどれですか。(選択肢の番号を1つお答えください)

- | | |
|-----------------------|----------------|
| 01 短時間勤務制度 | 02 フレックスタイム制度 |
| 03 当直や時間外勤務の免除 | 04 勤務先に託児施設がある |
| 05 子どもの急病等の際に休暇が取りやすい | |

問 21 あなたは医師不足地域の医療に従事することについてどのようにお考えですか。
(選択肢の番号を1つお答えください)

- | | |
|---|------------------|
| 01 条件が合えば従事したい | 02 条件にかかわらず希望しない |
| 03 現在医師不足地域の医療に従事している (あるいは、現在医師不足地域に従事することを希望している) | |

問 22 問 21 において「01 条件が合えば従事したい」と回答された方に伺います。
仮に、あなたが医師不足地域の医療に従事するとしたら、主にどのような条件が必要ですか。あてはまるもの全てを選択しその番号をお答え下さい (複数回答可)。

- | | |
|-------------------|--------------------------------|
| 01 臨床研修中である | 02 臨床研修修了後の研修中である |
| 03 専門医取得後である | 04 定年退職後である |
| 05 一定の期間に限定されている | 06 地域医療に従事した後に留学できる |
| 07 先端医療を修得する機会がある | 08 サバティカル (一定期間勤務後の長期的な休暇) がある |
| 09 地域の中核病院である | 10 入院のない小規模の診療所である |
| 11 病院の施設・設備が整っている | 12 他病院とのネットワーク・連携がある |
| 13 自分と交代できる医師がいる | 14 事前に地域医療に従事する研修期間がある |
| 15 給与がよい | 16 子どもの教育環境が整備されている |
| 17 配偶者が就業できる | 18 居住環境が整備されている |
| 19 配偶者の同意がある | 20 単身赴任の生活費や親族のもとへの交通費の補助がある |
| 21 現在の生活圏から近い | 22 介護等のために、親族のもとへ短時間で移動できる |
| 23 出身地である | 24 実家に近い |
| 25 奨学金を受けられる | 26 臨床能力を高めるための充実したプログラムがある |

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。

医学部の一覧

<国立大学法人等>		2 2	三重大学医学部	<公立大学・公立大学法人>		7 3	東邦大学医学部
0 1	北海道大学医学部	2 3	滋賀医科大学	5 1	札幌医科大学	7 4	日本大学医学部
0 2	旭川医科大学	2 4	京都大学医学部	5 2	福島県立医科大学医学部	7 5	日本医科大学
0 3	弘前大学医学部	2 5	大阪大学医学部	5 3	横浜市立大学医学部	7 6	北里大学医学部
0 4	東北大学医学部	2 6	神戸大学医学部	5 4	名古屋市立大学医学部	7 7	東海大学医学部
0 5	秋田大学医学部	2 7	鳥取大学医学部	5 5	京都府立医科大学	7 8	聖マリアンナ医科大学
0 6	山形大学医学部	2 8	島根大学医学部 (島根医科大学)	5 6	大阪市立大学医学部	7 9	金沢医科大学
0 7	筑波大学医学群	2 9	岡山大学医学部	5 7	奈良県立医科大学	8 0	愛知医科大学
0 8	群馬大学医学部	3 0	広島大学医学部	5 8	和歌山県立医科大学	8 1	藤田保健衛生大学医学部 (藤田学園保健衛生大学、 名古屋保健衛生大学)
0 9	防衛医科大学校	3 1	山口大学医学部	<私立大学>		8 2	大阪医科大学
1 0	千葉大学医学部	3 2	徳島大学医学部	6 1	岩手医科大学	8 3	関西医科大学
1 1	東京大学医学部	3 3	香川大学医学部	6 2	自治医科大学	8 4	近畿大学医学部
1 2	東京医科歯科大学医学部	3 4	愛媛大学医学部	6 3	獨協医科大学	8 5	兵庫医科大学
1 3	新潟大学医学部	3 5	高知大学医学部	6 4	埼玉医科大学	8 6	川崎医科大学
1 4	富山大学医学部 (富山医科薬科大学)	3 6	九州大学医学部	6 5	杏林大学医学部	8 7	久留米大学医学部
1 5	金沢大学医学部	3 7	佐賀大学医学部	6 6	慶應義塾大学医学部	8 8	福岡大学医学部
1 6	福井大学医学部 (福井医科大学)	3 8	長崎大学医学部	6 7	順天堂大学医学部	8 9	産業医科大学
1 7	山梨大学医学部 (山梨医科大学)	3 9	熊本大学医学部	6 8	昭和大学医学部	<その他>	
1 8	信州大学医学部	4 0	大分大学医学部	6 9	帝京大学医学部	9 8	認定及び予備試験
1 9	岐阜大学医学部	4 1	宮崎大学医学部 (宮崎医科大学)	7 0	東京医科大学		
2 0	浜松医科大学	4 2	鹿児島大学医学部	7 1	東京慈恵会医科大学		
2 1	名古屋大学医学部	4 3	琉球大学医学部	7 2	東京女子医科大学		

都道府県の一覧

01	北海道	13	東京都	25	滋賀県	37	香川県
02	青森県	14	神奈川県	26	京都府	38	愛媛県
03	岩手県	15	新潟県	27	大阪府	39	高知県
04	宮城県	16	富山県	28	兵庫県	40	福岡県
05	秋田県	17	石川県	29	奈良県	41	佐賀県
06	山形県	18	福井県	30	和歌山県	42	長崎県
07	福島県	19	山梨県	31	鳥取県	43	熊本県
08	茨城県	20	長野県	32	島根県	44	大分県
09	栃木県	21	岐阜県	33	岡山県	45	宮崎県
10	群馬県	22	静岡県	34	広島県	46	鹿児島県
11	埼玉県	23	愛知県	35	山口県	47	沖縄県
12	千葉県	24	三重県	36	徳島県	48	海外

診療科または基礎系の分野の一覧

01	内科	11	リウマチ科	21	消化器外科	31	産婦人科
02	呼吸器内科	12	感染症内科	22	泌尿器科	32	産科
03	循環器内科	13	小児科	23	肛門外科	33	婦人科
04	消化器内科(胃腸内科)	14	精神科	24	脳神経外科	34	リハビリテーション科
05	腎臓内科	15	心療内科	25	整形外科	35	放射線科
06	神経内科	16	外科	26	形成外科	36	麻酔科
07	糖尿病内科(代謝内科)	17	呼吸器外科	27	美容外科	37	病理診断科
08	血液内科	18	心臓血管科	28	眼科	38	臨床検査科
09	皮膚科	19	乳腺外科	29	耳鼻いんこう科	39	救急科
10	アレルギー科	20	気管食道外科	30	小児外科	40	総合診療(科)

41	解剖学	44	薬理学	47	微生物学	50	行政機関
42	生理学	45	病理学	48	寄生虫学	60	地域保健・医療
43	生化学	46	法医学	49	衛生学・公衆衛生学 (国際保健含む)	99	未定

平成23年度の臨床研修における対応等について

I 23年度の臨床研修への対応について

1 当面の取扱い（激変緩和措置）への対応について

(1) 基幹型臨床研修病院の指定について

- 激変緩和措置については、基幹型臨床研修病院が新しい基準を満たすための猶予期間として24年度から研修を始める研修医の募集まで継続した後、廃止する。
- ただし、過去3年間に研修医の受入実績がない基幹型臨床研修病院については、激変緩和措置を適用しない。

(参考：当面の取扱い)

新たな指定基準を満たさない基幹型臨床研修病院は、一定の条件の下で22年度末まで指定を継続する。

(2) 小児科・産科プログラムの作成について

- 必置となっている当該プログラムの定員4名分を、病院の定員に別途加算する取扱いとする。
- この取扱いに伴い、激変緩和措置は不要となるため廃止する。

(参考：当面の取扱い)

小児科又は産科の研修プログラムのいずれか（定員2名以上）を設けることで差し支えないとする。（定員20名以上の研修病院）

(3) 病院の募集定員について

- 23年度の研修については激変緩和措置を継続し、その後の取扱いは、研修の実施状況、地域医療への影響等を評価して定める。
- ただし、激変緩和措置については、次回の制度の見直しまでに廃止する。

(参考：当面の取扱い)

臨床研修病院の募集定員は21年度研修の内定者（マッチ者）の実績を勘案する。
(22年3月末までの取扱い)

(4) 都道府県別の募集定員の上限について

- 「(3) 病院の募集定員について」と同様の取扱いとする。

(参考：当面の取扱い)

都道府県の募集定員の上限の値は、各都道府県の研修医受入実績から10%以上削減しない。

2 臨床研修病院群の形成の促進について

- 地域における臨床研修病院群の形成を促進するため、病院の募集定員については、研修医の受入実績、医師派遣等を勘案した定員を基本とし、都道府県の定員の上限の範囲内で、都道府県において、研修医の受入実績や地域の実情等を勘案して調整ができるようにする。このような募集定員の調整を含め、地域において臨床研修の内容を検討する場の設置を促進する。
- このため、一定の割合までは無条件に増員できるという現行の取扱いは廃止する。

(参考：現行の取扱い)

原則として、各病院は、 $A \times B / C$ を超えない範囲で増員ができる。

* A (過去3年間の受入実績の最大値+医師派遣加算)

× B (都道府県の上限值) / C (希望定員の合計)

3 著しく高額な給与を支払っている場合の補助金の取扱いについて

- 研修医に決まって支払われる給与(当直手当等を除く)が、一定額(年額720万円)を超える場合は、病院に対する補助金を一定程度減額する。
- この取扱いは23年度の研修から適用する。

II 次回の制度見直しに向けた取組みについて

- これまでの臨床研修の成果を評価し、臨床研修病院の指定基準(新規入院患者数、救急医療の実施等)を含め、制度全般の見直しに向けた検討に着手する。
- 具体的には、研修医に対する評価、病院・プログラムに対する評価、地域医療に与える影響等について、どのように評価を行うかを含め、本部会において、平成22年度以降、継続的に検討を行い、必要な対応を行う。

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

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にもよって、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点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だから、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。
- 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。
- この検討会の場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やら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ほしい。
- 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。
- 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 reflects 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ため、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つ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いない、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書いていた。
- 現行の制度でも2年目に8カ月間の選択期間があつて、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つ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つて、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たが、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ら、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。

- 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年間を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に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はっきりと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メンバ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、救急の受人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ぬ。

- 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のが重要であり、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 |

◎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）