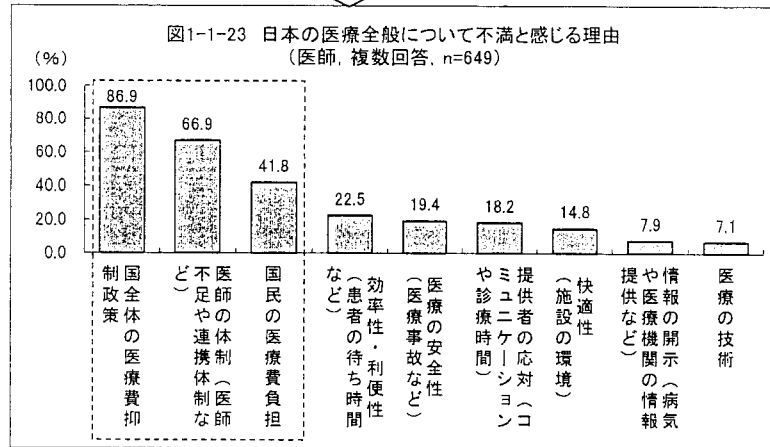
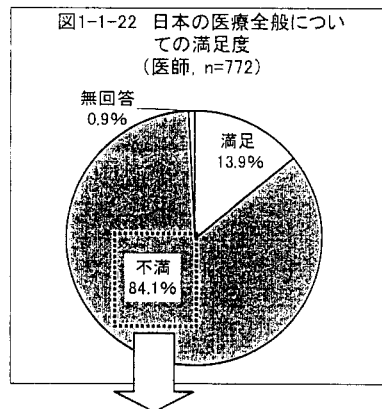


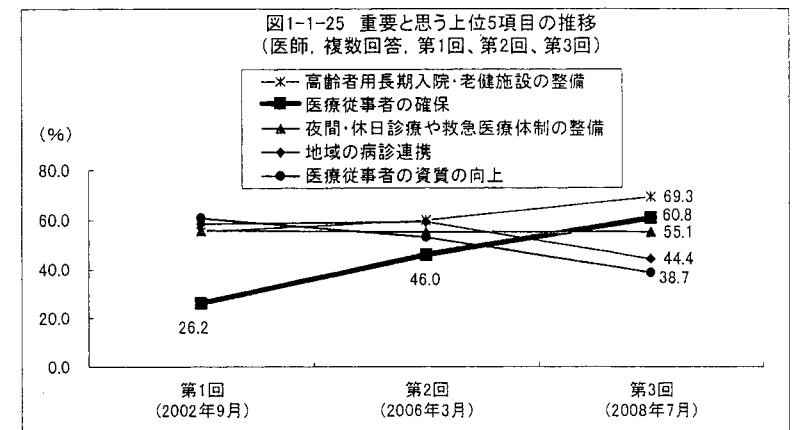
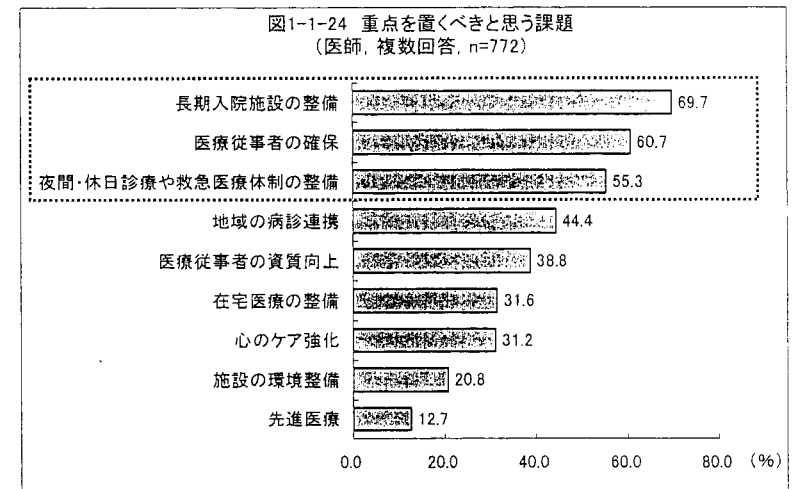
(3) 医師の現状

1) 医師の満足度と重点課題

日本の医療全般について「満足」と回答した医師は13.9%、「不満」と回答した医師は84.1%であった(図1-1-22)。不満と感じる理由として最も多かったのは、「国全体の医療費抑制政策」であり86.9%であった。ついで「医師不足や連携体制などの医師の体制」が66.9%、「国民の医療費負担」が41.8%であった(図1-1-23)。

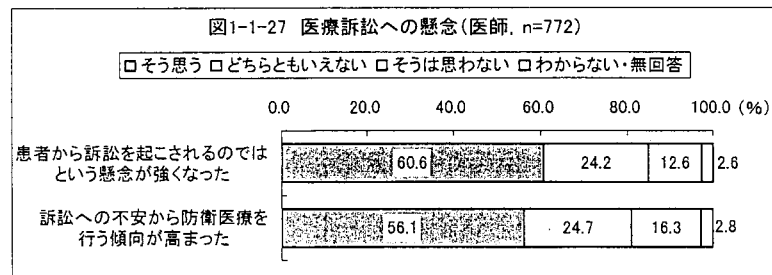
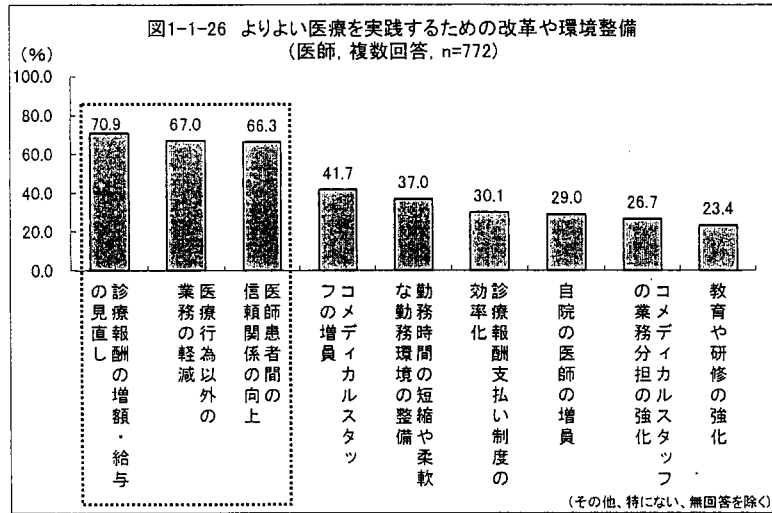


また、医師が考える重点を置くべきと思う課題の上位3項目は、「長期入院施設の整備」(69.7%)、「医療従事者の確保」(60.7%)、「夜間・休日診療や救急医療体制の整備」(55.3%)であった(図1-1-24)。特に医療従事者の確保は、第1回調査26.2%、第2回調査46.0%、第3回調査60.8%と急速に増加しており、医療現場における医師、医療従事者不足の実態を示していると推察される(図1-1-25)。



## 2) よりよい医療のための改革や環境整備

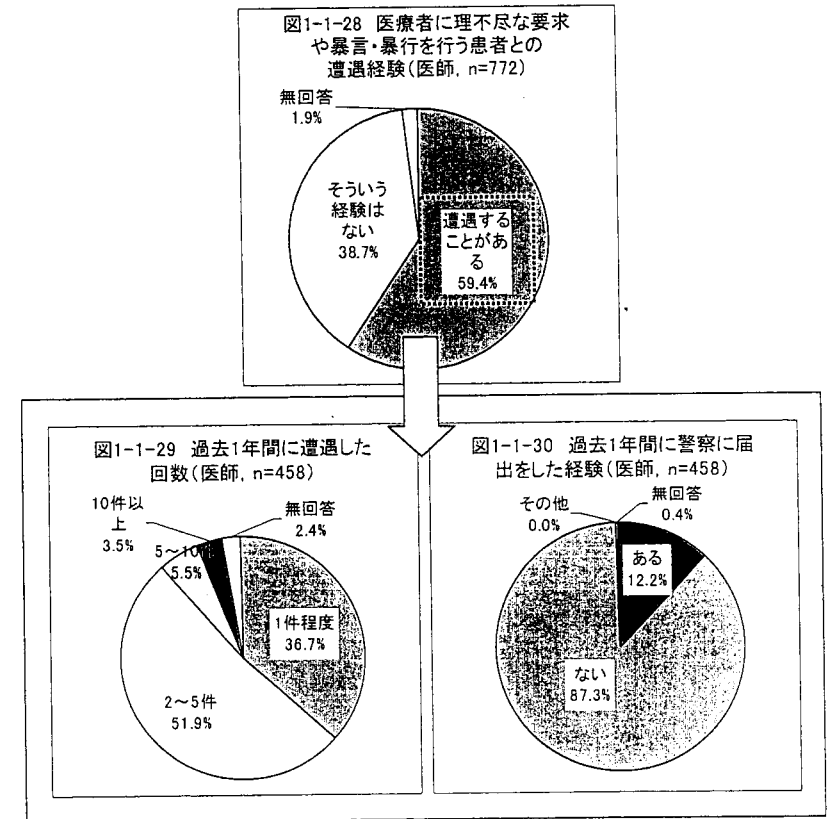
医師が考えるよりよい医療のための改革や環境整備については、「診療報酬の増額・給与の見直し」が70.9%、「医療行為以外の業務の軽減」が67.0%であった(図1-1-26)。「医師患者間の信頼関係の向上」は今回66.3%であったが、この項目は前回調査(62.7%)よりも3.6ポイント上昇した。この背景として、医師の間で訴訟に対する懸念が強くなっていることがあげられる(図1-1-27)。



## 3) 患者の問題行動

ここでいう「患者の問題行動」とは、患者の医療者に対する暴言、理不尽な要求、暴力行為や器物破損等を指す。

このような問題を起こす患者に遭遇することがあると回答した医師は59.4%に上っていた(図1-1-28)。そのうち、過去1年間に遭遇した回数が1件程度は36.7%であり、約6割の医師が複数回遭遇していた(図1-1-29)。遭遇した医師のなかで警察に届出をした人は12.2%であり(図1-1-30)、病院・診療所別では、病院医師の14.2%、診療所医師の8.8%が、過去1年間に警察への届出をした経験があった。



#### (4) 今後の課題

国民、患者が考える重要課題は、これまでと同様「夜間休日・救急医療の整備」、  
「長期入院施設等の整備」であった。特に今回は「長期入院施設等の整備」という回  
答が多く、療養病床削減などに対する国民や患者の不安が大きいことが示唆された。

一方、在宅医療については、国民の間では家族やヘルパー等の人的資源が不足して  
いるとの回答が多かった。

かかりつけの医師がいる人は国民の約半数で、医師の幅広い能力や 24 時間体制の  
ほか、他の医療機関との情報共有がニーズとして挙げられた。

また、国民の約 8 割は医療に格差が生じることに反対であり、所得の高低にかかわ  
らず同じ医療を期待することについては、過去 2 回の調査と大きな変化がなかった。

日本の医療全般に満足しない理由のトップは、国民の医療費負担であった。また国  
の医療費抑制政策に対する国民の意識も高まっていることも判明した。厳しい経済環  
境の中、国民が今後、社会保障への不安や不満を一層強める可能性がある。

一方、医師の間でも、医療全般に対する不満が極めて高かった。医療従事者の確保  
ができず、医師不足の問題を抱え、個別医療への努力を行いながらも、患者との信頼  
関係に不安を持ち、患者からの訴訟を危惧している実態が浮かび上がった。多様な患  
者への対応に苦慮しており、患者の問題行動にも約 6 割の医師が遭遇している。

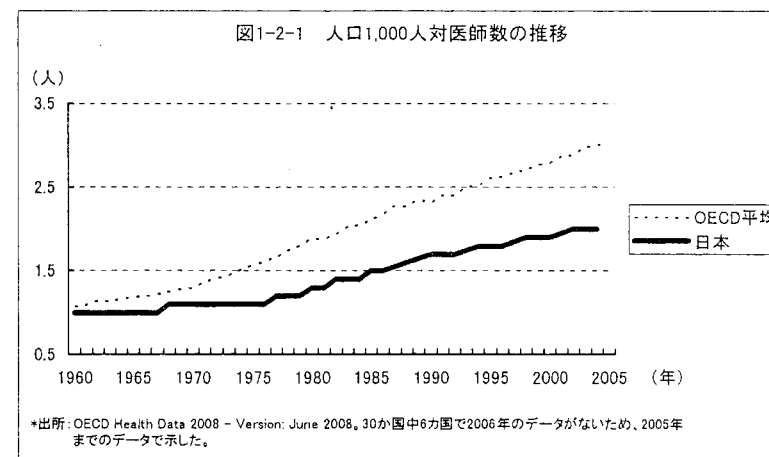
今後の検討においては、調査から明らかになった国民、患者のニーズに応えたと  
ともに、医師のニーズにも応えていくことが必要である。

## 2. 医師不足対策と医療従事者の確保

### (1) 医師の偏在と不足の実態

日本の医師数は、1960 年代までは OECD 平均をやや下回る程度であった(図 1-2-1)。  
しかし、1982 年に「医師及び歯科医師については、全体として過剰を招かないように  
配置し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検  
討を進める」<sup>8</sup>ことが決定され、医師数が抑制されることになった。さらに 1997 年にも、  
引き続き医学部定員の削減に取り組むことが確認された<sup>9</sup>。

この間、OECD 諸国と日本の人口 1,000 人当たり医師数の格差は広がりつづけ、現  
在 OECD 平均 3.0 人(2005 年)に対し、日本は 2.1 人<sup>10</sup>(2006 年)である。



<sup>8</sup> 「今後における行政改革の具体化方策について」1982年9月閣議決定

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/029/siryu/05062701/010.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/029/siryu/05062701/010.htm)

<sup>9</sup> 「財政構造改革の推進について」1997年6月3日閣議決定「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む」。

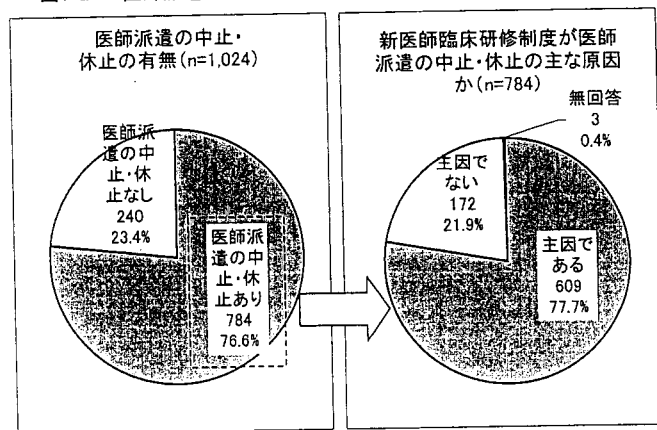
<http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/1997/0604zaisei/kaku.html>

<sup>10</sup> OECD データは、病院、診療所、介護老人保健施設の医師のみを対象としている。医師数全体(医事機関の臨床系以外、行政機関等に勤務の医師および無職の医師を含む)では、人口 1,000 人対医師数は 2.2 人。

2004年4月、医師のプライマリ・ケア能力を充実させることを目的として新医師臨床研修制度が導入され、初期研修医が大学病院以外の病院を選ぶケースが多くなった。このため、大学医学部の教室（医局）の医師供給システムが事実上崩壊し、医師配置の偏在化を通じて、医師不足が顕在化した。

日本医師会が2008年4月に行ったアンケート調査<sup>11</sup>によると、新医師臨床研修制度の導入以降、関連医療機関への医師の派遣を中止・休止したことがある教室（医局）は76.6%に達していた（図1-2-2）。さらにこのうち、新制度の導入が主な原因であると回答した教室（医局）が77.7%あり、新制度の導入を主因として、約6割の教室（医局）が医師の派遣を中止・休止したことが明らかになった。

図1-2-2 医師派遣の中止・休止の有無と新医師臨床研修制度の関係



<sup>11</sup> 日医総研「新医師臨床研修制度と医師偏在化・医師不足に関する調査：新医師臨床研修制度は医師不足を顕在化させたか」日医総研ワーキングペーパーNo.166,2008年6月。新医師臨床研修制度導入に伴う医師の動向等を把握するために、大学医学部と大学の臨床系の各教室（医局）を対象に行った調査。有効回答数は、大学医学部65、大学の臨床系の各教室1,024。http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=376

2008年6月、従来の閣議決定に代えて医師数を増加させる方針が打ち出され<sup>12</sup>、「基本方針2008」では、医学部定員を過去最大程度まで増員することとされた<sup>13</sup>。

2008年9月には、「『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会」において、「OECDの平均医師数が我が国のその約1.5倍であることも考慮し」「将来的には50%程度医師養成数を増加させることを目指すべき」<sup>14</sup>との報告書がまとめられた。

これを受けて、2008年11月、文部科学省は2009年度の医学部定員を、過去最大規模を上回る8,486人にすると発表した<sup>15</sup>。

医師数増加は重要な課題であるが、そのためには、医師不足の実態を把握する必要がある。そのため日本医師会では、2008年10月、「医師確保のための実態調査」<sup>16</sup>を実施した。

その結果、おおむね5年前と比較して、医師数が減少（大幅減少・減少・やや減少）した病院が39.6%あった。診療科別で見ると、減少（いなくなった・大幅減少・減少・やや減少）した病院の割合がもっとも大きいのは産科・産婦人科（39.9%）であり、つづいて内科（38.0%）であった（図1-2-3）。

<sup>12</sup> 「安心と希望の医療確保ビジョン」2008年6月18日, http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/s0618-8.html

<sup>13</sup> 「経済財政改革の基本方針2008」2008年6月27日,閣議決定,

http://www.keizai.shimon.go.jp/minutes/2008/0627/item1.pdf

<sup>14</sup> 「『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会中間とりまとめ」2008年9月22日,

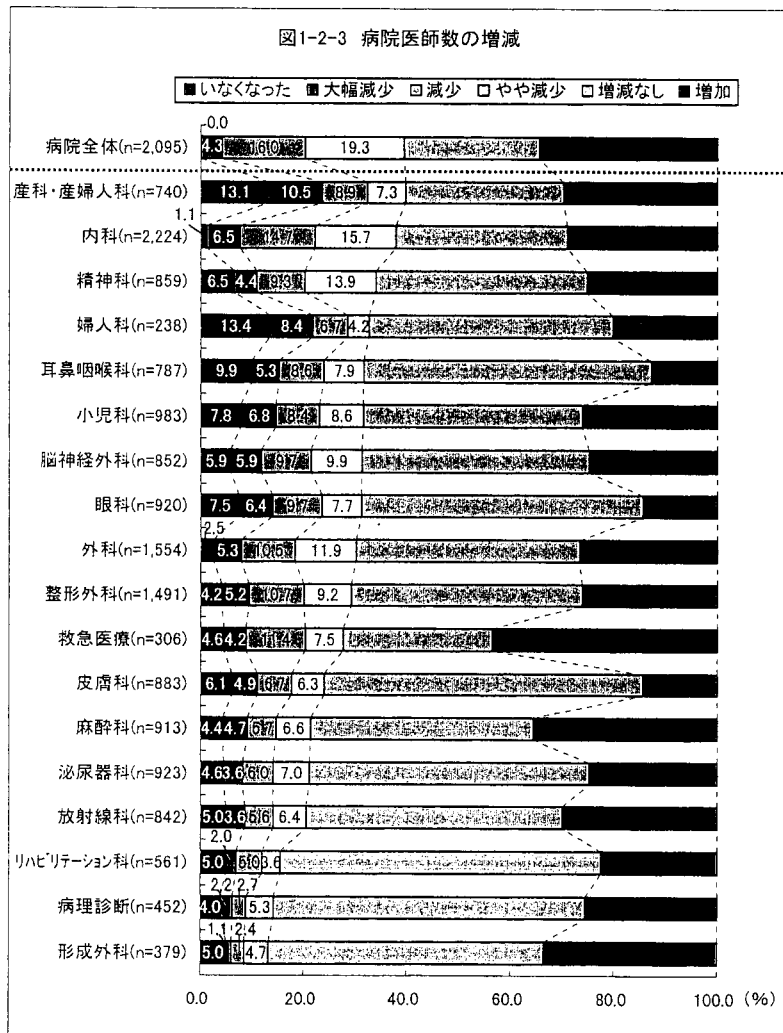
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0922-6a.pdf

<sup>15</sup> 「平成21年度医学部入学定員の増員計画について」文部科学省,2008年11月4日,過去最大は1981年から1984年の8,280人、2003年から2007年は7,793人、2008年は7,625人。

http://www.mext.go.jp/b\_menu/houdou/2011/08110604.htm

<sup>16</sup> 日医総研「医師確保のための実態調査」日医総研ワーキングペーパーNo.178,2008年12月,病院の有効回答は2,668。http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=388

図1-2-3 病院医師数の増減



また医師不足を理由として「外来の閉鎖・休止・縮小」が18.3%、「病棟閉鎖・病床縮小」が9.5%、「夜間等の救急対応休止」が7.1%の病院で起きていた(図1-2-4)。特に、内科で「外来の閉鎖・休止・縮小」が多く、産科・産婦人科は「病棟閉鎖・病床縮小」、小児科は「夜間等の救急対応休止」が目立った(図1-2-5)。

図1-2-4 病院で医師不足を理由として起きた問題(n=2,668)

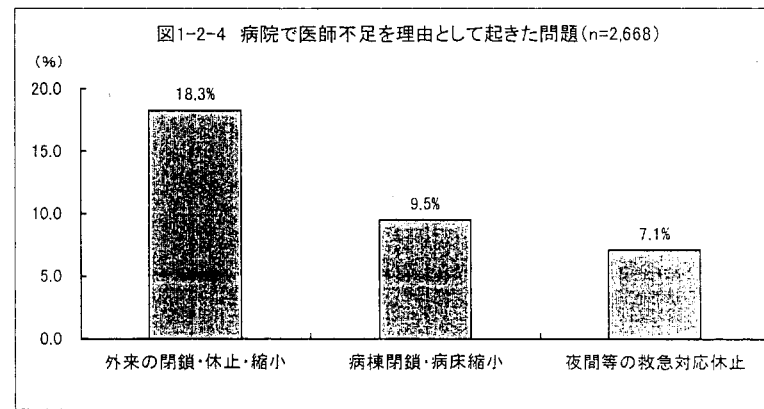
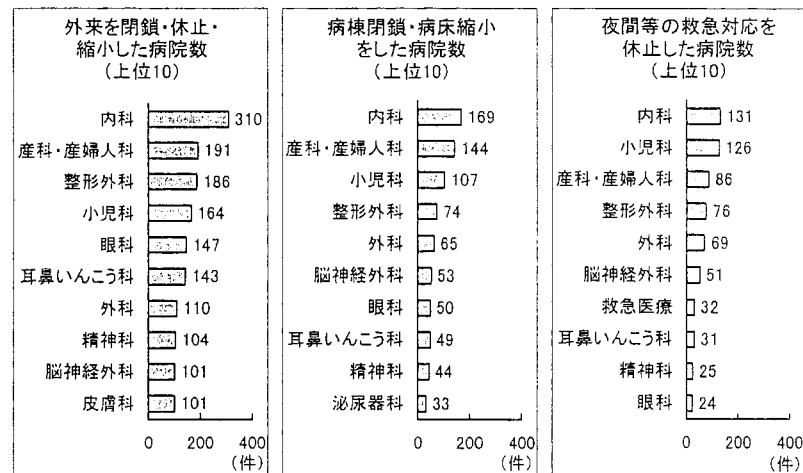


図1-2-5 病院で医師不足を理由として起きた問題(診療科別)



## (2) 医師数増加に向けての日本医師会の考え

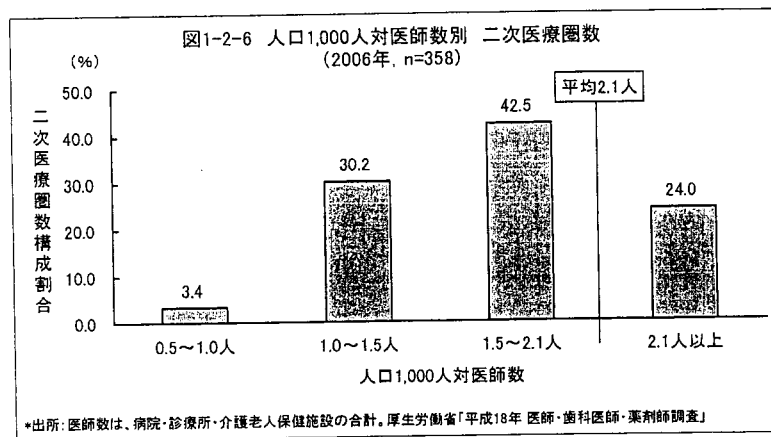
日本医師会は、国が医師数増加に転じたことを評価するが、医師数の増加は、財源の確保を絶対の前提条件として進めるべきである。そのことを強く主張した上で、医師数増加の考え方についていくつか示す。

### 1) 人口1,000人当たり医師数をOECD平均水準にした場合

人口1,000人当たり医師数は、OECD平均3.0人(2005年)、日本2.1人(2006年)である。仮にOECD平均を目標とする場合、日本の医師数を約1.5倍にしなければならぬ。

### 2) 医師不足地域の底上げを図るとした場合

日本の人口1,000人当たり医師数は平均2.1人であるが、二次医療圏別に見ると2.1人未満の二次医療圏が76.0%ある(図1-2-6)。そこで、仮に、人口1,000人当たり医師数が2.1人以上の二次医療圏では医師数を据え置き、平均未満の二次医療圏では、一律2.1人に上げるとする。このとき必要な医師数は307.7千人で、現状(2008年)266.4千人の1.15倍である。



本来、必要な医師数は、地域住民の疾病構造や年齢構成、医療機関へのアクセス等によって異なる。ここでは、単純化して平均値2.1人を基準に概算したが、地域別の必要医師数について、より具体的な実態把握、検討が必要である。

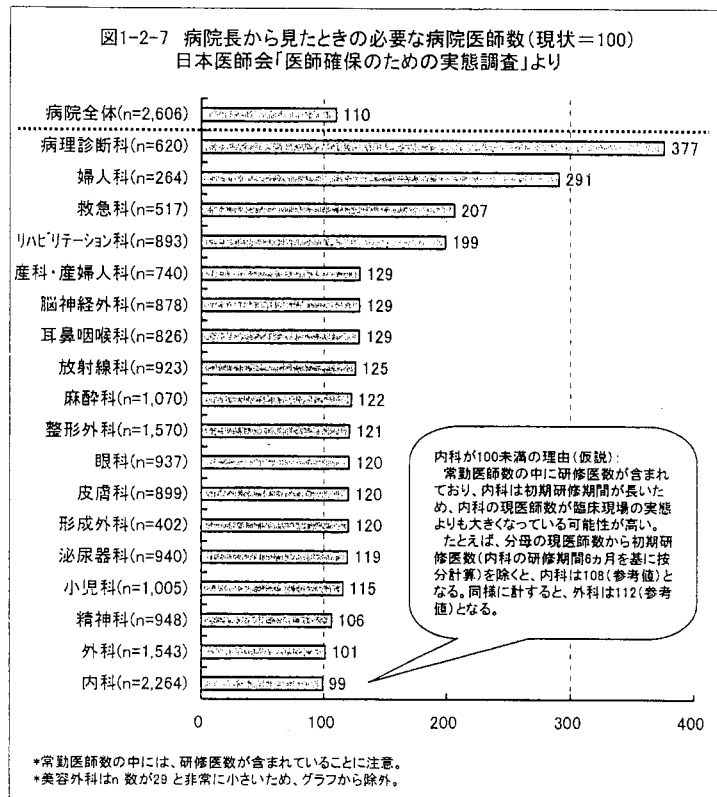
### 3) 病院長から見たときの必要な病院医師数—「医師確保のための実態調査」より

日本医師会は前述した「医師確保のための実態調査」(2008年10月実施)において、医師不足の実態を調査するとともに、病院長に、病院の役割や機能から見て必要な医師数を質問した。

調査では、現在は標榜していない診療科、または現在は医師がいない診療科でも、地域医療のために必要だと判断できる場合には、必要医師数を回答してもらった。そして必要医師数と、別途記載してもらった現状の医師数(常勤医師数+非常勤医師の常勤換算数)とを比較した。

その結果、病院長は、現状の約1.1倍の医師数を必要としていると推計された(図1-2-7)。ただし、必要な医師数の考え方は、病院によって到達目標が異なるなど、必ずしも定義を一定にできないため、結果の取り扱いには注意が必要である。また、単に医師数を増加させても、現場の医師不足は解消されず、前提として、偏在の解消、病院勤務医の負担軽減のための施策が必要である。

ところで、内科は現状の医師数に比べて、必要な医師数が1倍未満であった。同調査では、病院の38.0%が内科の医師数が減少(いなくなった・大幅減少・減少・やや減少)したと回答しており(23頁、図1-2-3)、この結果とは乖離が見られた。この要因として、分母の現状の医師数の中には研修医が含まれているが、内科は初期研修期間が長いため、内科の現状の医師数が臨床現場の実態よりも大きくなっている可能性が考えられる。仮に、分母の現状の医師数から初期研修医数を除くと(内科の研修期間6カ月をもとに按分計算による算出)、内科の場合も1倍超になる。

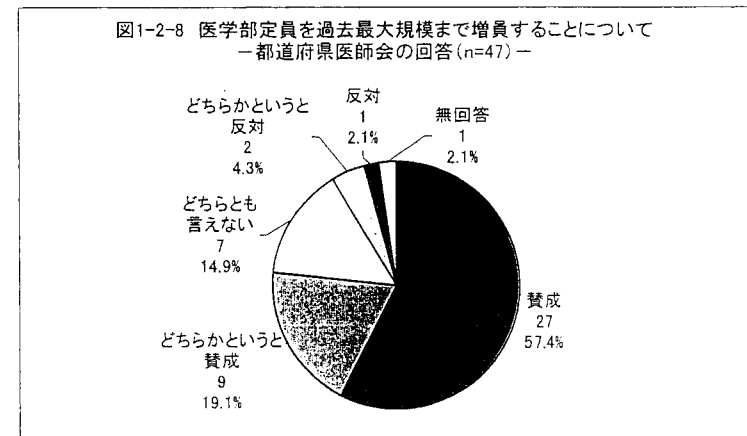


#### 4) 医師養成数を過去最大規模まで増員することに対する都道府県医師会の考え

医学部定員を過去最大規模まで増員することについて、日本医師会が2008年10月に47都道府県医師会にアンケートを行ったところ<sup>17</sup>、「賛成」27、「どちらか」と賛成」9であり、合計36(76.6%)が賛成意見であった(図1-2-8)。

ただし賛成意見の中にも、医師数増加に対応するための医療費財源の確保、診療科・地域の偏在の解消、女性医師の離職の問題の解決などを求める声があった。

どちらとも言えない、反対という意見の中には、偏在の解消につながらない、医学教育の充実が図れない、将来の医師過剰の懸念がある、ビジョンなき定員増になっている危険性がある、医師不足の検証が不十分である、などの指摘があった。



以上のデータや考え方を踏まえ、日本医師会は現時点で、医師数を中長期的に現状の1.1倍～1.2倍にすることが妥当と考える。仮に医師養成数を現状の1.1倍にした場合、医師数が1.1倍になるのは約10年後、1.2倍になるのは約20年後である(図1-2-9)。

2009年度には、医学部養成定員が過去最大規模を超えて増員された(2009年度は

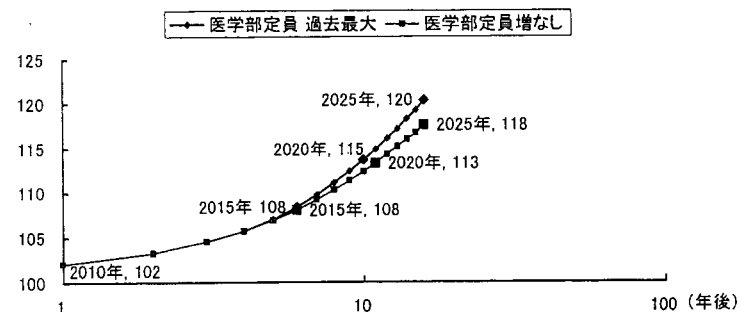
<sup>17</sup> 日医総研「医師確保のための実態調査」日医総研ワーキングペーパーNo.178,2008年12月。本アンケートは前述したように病院のほか、都道府県医師会にも行っており(調査項目は異なる)、都道府県医師会の回答数は47、<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=388>

8,486人で、2008年度7,625人の1.11倍。過去最大は1982年の8,280人）。日本医師会はこのことを支持するが、財源の確保が最優先であることは言うまでもない。同時に医学部教育および臨床研修制度までの一貫した改革が必要である。また、環境変化を踏まえて医師養成数を継続的に見直していく。

### 医師数増加に向けての前提条件

1. 財源の確保
2. 医学部教育から臨床研修制度までの一貫した教育制度の確立
3. 医師養成数の継続的な見直し（遅くとも医師数が現状の1.1倍になる以前に抜本的な見直し）

図1-2-9 医学部定員増と医師数との関係  
—2008年を100とする—



\*出所：厚生労働省「医師需要に関する機械的試算」2008年8月

### (3) 初期臨床研修制度の改革案

#### 1) 制度改革の背景

医学の専門化・細分化によって、医療が高度化した反面、専門化・細分化の反動から、プライマリ・ケアの充実が求められるようになった。そして、2004年4月に、プライマリ・ケアの充実を目的として、新医師臨床研修制度が導入された。新制度は、卒後2年間、専門科を決めずに、臨床研修指定病院（大学病院に限らない）で臨床研修を行うものである。

新医師臨床研修制度の教育的意味や効果は、医師が育っていくプロセスを見て評価すべきであり、評価には10年程度のタイムスパンが必要である。しかしすでに、新医師臨床研修制度の導入によって、医師偏在化を通じた「医師不足の顕在化」という問題が発生している。

新医師臨床研修制度導入以前は、医学部卒業生の約7割<sup>18</sup>が専門科を決めた上で大学病院に勤務していたが、新医師臨床研修制度によって、初期研修医が専門科を決めないまま大学病院以外の病院を選択するケースが増えた。このため、大学医学部の教室（医局）が十分な数の医師を確保できなくなり、医師供給機能が働きにくくなった。その結果、大学からの医師供給に依存していた地域では、医師確保が困難になり、医師不足が深刻化した。この問題には緊急に対応しなければならない。そのため、新医師臨床研修制度の教育的意味や効果を、時間をかけて十分に評価・検討すべきであることは認識しつつ、緊急的な医師確保対策として臨床研修制度の改革案を提示する。

#### 2) 制度改革の方向性

日本医師会の制度改革の方向性を以下に示す。

第一に、医師偏在化・医師不足の問題の緩和あるいは解消を目指す。

第二に、医学部教育から切れ目のない初期研修制度を確立する。

臨床研修制度について議論される際は、初期研修だけに注目されがちであるが、医師の育成には長い期間が必要である。医学部教育から始まり、初期研修、いわゆる後

<sup>18</sup> 厚生労働省「臨床研修医在籍状況の推移（平成20年度）」医政局医事課編。新医師臨床研修制度導入前（2003年度）の臨床研修医の在籍状況は大学病院72.5%、臨床研修病院27.5%。  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html>



期研修、専門医資格の取得、博士号の取得というプロセスを経るからである。

第三に、初期研修を十分な臨床対応能力のある医師の育成と位置づける。

現在の新医師臨床研修制度は、プライマリ・ケアの充実という目的で運用されている。専門科に進む前に、短期間でさまざまな診療科を経験するが、そのことに積極的な意味が感じられないとの声もある。そこで、初期研修は、基本的診療能力の獲得、例えば ALS (Advanced Life Support: 二次救命処置) 研修会の受講等に重点を置く。

### 制度改革の3つの方向性

1. 医師偏在化・医師不足問題の緩和あるいは解消
2. 医学部教育から切れ目のない初期研修制度の確立
3. 十分な臨床対応能力のある医師の育成という視点に立った初期研修の位置づけ

### 3) 改革案の概要

改革案の各論に入る前に、現在の新医師臨床研修制度と比較しながら、改革案の概要を示す(表 1-2-1)。

表1-2-1 改革案と現行制度の比較

項目	改革案	現行制度
医学部教育と初期研修	医学部6年間+初期研修1年間 医学部5年生、6年生は臨床実習を行う ・5年生は大学病院で内科を中心の実習 ・6年生は大学病院以外の病院でも実習	医学部6年間+初期研修2年間 医学部5年生、6年生は事実上、見学実習
専門科の選択	初期研修前に決定	初期研修後に決定
研修内容	侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力の獲得を目的としたプログラム。各診療科の研修期間は自由設定。	1年目に、内科6カ月、外科3カ月、救急・麻酔科3カ月。 2年目に、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を各1カ月。残りは選択科目。
研修体制	大学病院と大学病院以外の研修病院が連携して、地域内でローテーション	各病院単位
研修医の配置	都道府県地域医療研修ネットワーク <sup>*注1)</sup> が初期研修医の希望を踏まえて研修病院を決定	臨床研修病院を単位として、マッチングを実施

\*注1) 地域医療研修ネットワークは、都道府県単位で設置。都道府県医師会、大学、臨床研修病院、行政、住民代表で構成。

### ① 現在の新医師臨床研修制度

現在の新医師臨床研修制度では、初期研修期間は2年間であり、初期研修後に専門科を決定する。初期研修1年目に、内科6カ月、外科3カ月、救急・麻酔科3カ月の研修を行う。2年目に、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を各1カ月研修し、残りの期間は選択した科で研修する。研修は各臨床研修病院単位であり、マッチングは初期研修医と各臨床研修病院の間で行われる。現状、卒業生数に対して、過大な募集定員数となっていることもあり、症例数の多いところや相対的に条件の良い病院など大学病院以外の病院を選択するケースが増加している。

### ② 改革案

改革案では、初期研修期間を1年間とし、初期研修前に専門科を決定する。研修内容は、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力を獲得できるものとする。具体的には、ALS 研修会の受講などである。この要件を満たすことが求められるため、各診療科の研修期間は自由に設定できる。研修は都道府県単位で設置される地域医療研修ネットワークが指定した医療機関で行われる。

### 4) 改革案の各論

#### ① 初期研修期間

現行制度では初期研修期間は2年間であるが、改革案では1年間とする。同時に、医学部における臨床実習の充実を図る。医学部5年生は、大学病院において内科を中心とした各専門領域の臨床実習を行う。医学部6年生は、大学病院および大学病院以外の病院でも臨床実習を行う。

医学部教育からトータルで考えれば、初期研修としては1年間で十分にプライマリ・ケアの充実に対応できると考えられる。後述するように、どの診療科をどれぐらいの期間研修するかは各初期研修医の判断となるが、2年間を1年間に短縮するためには、例えば現在内科の研修は6カ月間であるが、これを短縮化する。特に、内科のプライマリ・ケア部分は医学部5年生、6年生の臨床実習で十分に対応可能である。

しかし、現状、医師免許を持たない医学部5年生、6年生の臨床実習が事実上、見学実習になっていることが問題である。この背景には、「医師でなければ、医業をなしてはならない」という医師法第17条の規定がある。この法律を厳格に適用すると、

医学部教育における臨床実習は破綻してしまう。日本の医療の質向上という視点から、国民の理解を得ながら柔軟に解釈し、運用していく必要がある。

ところで、医学部5年生、6年生が見学実習ではなく、臨床実習を実施できるという根拠はすでにある。現在、医学部では臨床実習に先立ち、4年生または5年生の時に、二つの試験が課されている。一つは、CBT（Computer Based Testing）である。これは、臨床実習開始前までに修得しておくべき必要不可欠な医学的知識を、総合的に理解しているかどうかを評価するものである。もう一つは、OSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験、通称オスキー）である。これは、医学生の臨床能力（臨床実技）を客観的に評価するために開発された評価方法であり、症例への具体的な対応が求められる。

これら2つの試験は医学生が臨床実習を行うことの正当性を担保するものと考えられて作成されている。したがって、これらのテストに合格していることは医学生の臨床実習の仮免許交付に相当するが、厚生労働省の狭義の「医業」の解釈が障壁となっており、実際は機能していない。

他方、仮に医学生に明確に仮免許を交付しても、患者に、医師免許を持っていない医学生に診療されることを不安視する傾向があるとの指摘もある。さらに、不測の事態が生じた場合の責任の所在が明確ではない。したがって、国は国民の理解を得た上で、より具体的な制度を設計すべきである。

初期研修を1年間にすることは、医師偏在化・医師不足問題の緩和につながるという意味もある。新医師臨床研修制度は、専門科を決めない2年間の初期研修を義務化した。この結果、約1万5千人の実質的な臨床医が減少した。初期研修期間を1年間にすれば、約7,500人の供給減に止まることになる。

## ② 専門科の決定

現行制度では初期研修後に専門科の決定を行うが、改革案では初期研修前に自分自身が専門科として診療科の決定を行う。

現行制度は、専門科の決定を先延ばしにしているに過ぎないとの指摘もある。たとえば、自分自身では専門科が決まっているにもかかわらず、専門科を決定しないまま希望以外の診療科を短期間ずつ回るというのは、その教育的効果も薄いと言われている。

また、専門科が決まっていない人は、最初に研修した診療科や、2年目にローテーションする診療科、あるいは研修期間が長い診療科の影響を強く受けたり、激務である診療科を敬遠したりする傾向があるとの意見もある。その結果、選択する専門科の偏り、診療科における医師の偏在を促進しているとも考えられる。

さらに現行制度では、専門科が決まっていないため、研修医は明確な動機付けができにくく、指導医側も短期間で何をどこまで教えるのか判断しにくい。改革案では、専門科が決定済みであるので、研修医は自分の位置づけを明確にしなが初期研修に取り組むことができる。他方、指導医側も研修医の専門科の位置づけを考えながら必要性や重要度に応じて、指導内容を決めていくことができる。このことから、教育における効率・効果の両面で望ましい結果が期待できる。

なお新人医師が、初期研修を実施する前に専門科を決定できるのかどうかについては議論があるが、従来そうであったように、一般的には多くの新人医師が専門科を決定できると考える。なお、改革案では研修を実施する過程において、当初選択した専門科を変更することができることとする。

## ③ 研修内容

現行制度では、内科（6カ月）、外科（3カ月）、救急・麻酔科（3カ月）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療（各1カ月）、選択科目（残り期間）となっているが、改革案では各診療科の研修期間は自由に決定できる。また、専門科を選択済みであるので、その専門科の指導医に相談して、各研修医は自分の研修プログラムを策定する。

改革案での研修内容（研修で達成しなければならない内容）は、救急蘇生、全身管理等、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門に限定した基本的診療能力の獲得である。十分な臨床対応能力のある医師を育成するためには、こうした基本的診療能力の獲得が初期研修として重要である。

ここで問題になるのは、各診療科の研修期間が規定されていない以上、研修期間を消化するだけでは初期研修修了を認定するわけにはいかないということである。何らかの形で獲得スキルを評価・認定し、修了資格を与えなければならない。具体的には例えば、ALS研修会の受講などを利用する方法がある。ただし、研修で目的が達成されたか否かの判定方法や認定方法は別途、具体案の作成が必要である。

#### ④ 研修体制

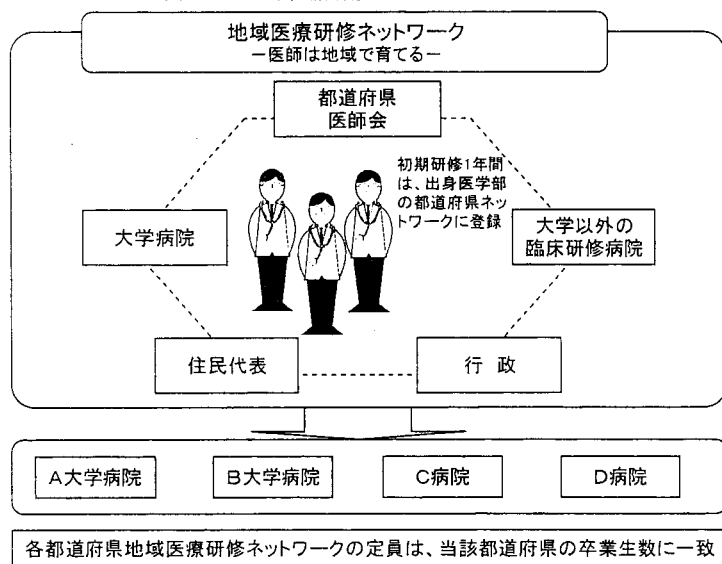
改革案は「地域で医師を育てる」という発想に基づく。

現行制度では各臨床研修病院が研修単位になっているが、改革案では地域医療研修ネットワークを研修単位とする。研修医は初期研修の1年間、出身大学が所在する都道府県の地域医療研修ネットワークに所属し、都道府県内で施設間をローテーションして、地域医療の全体像を経験する。

地域医療研修ネットワークは都道府県単位で設置し、都道府県医師会、大学、臨床研修病院、行政、住民代表で構成される(図1-2-10)。医師を育成していくためには、医学教育的な見地だけではなく、地域社会の理解と合意も重要であるからである。

現状、地方病院における指導体制が、都市部の病院に比べて、脆弱であることが背景にあることからローテーションは研修医だけではなく、指導医も対象とする。また、研修医の具体的なローテーションは、大学病院と大学病院以外の病院での研修とを必ずセットで行う。

図1-2-10 地域医療研修ネットワークのイメージ図



#### ⑤ 研修医の配置

現行制度では初期研修医と大学病院および臨床研修病院との間でマッチングが行われるが、改革案では、都道府県地域医療研修ネットワークが初期研修医の希望を踏まえて研修病院を決定する。

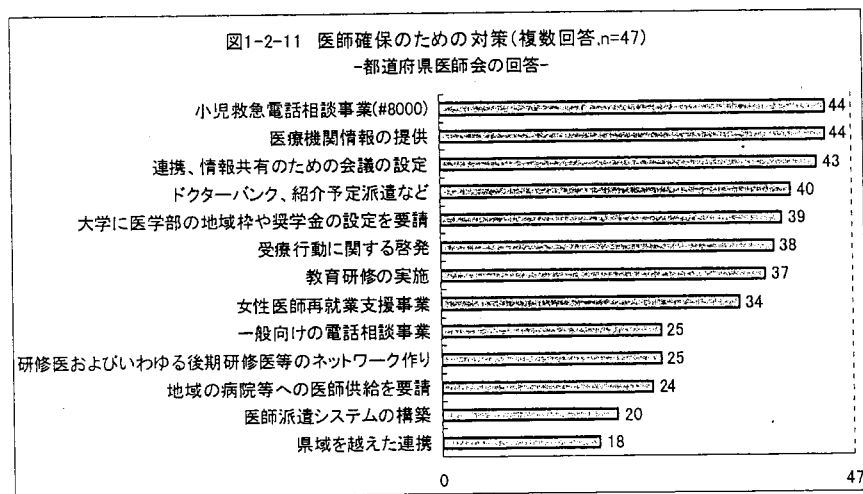
現行制度では、卒業生数に対して過大な募集定員数となっており、各病院の症例数や条件の差などにより、病院間や地域間で医師の偏在を加速させている面がある。そこで改革案では、都道府県地域医療研修ネットワークの定員は卒業生数に一致するように調整配分される。

都道府県地域医療研修ネットワークは、都道府県ごとに医師需給、就労状況を考慮して、初期研修医の適正配置を追求する。したがって、都道府県単位で、大学病院と大学病院以外の研修病院の間で連携して、初期研修医の調整配分を行い、初期研修医の病院間のローテーションを支援する。

(4) 医師確保対策

日本医師会は、前述した「医師確保のための実態調査」において、都道府県における医師確保のための具体的施策とその効果についても調査した。

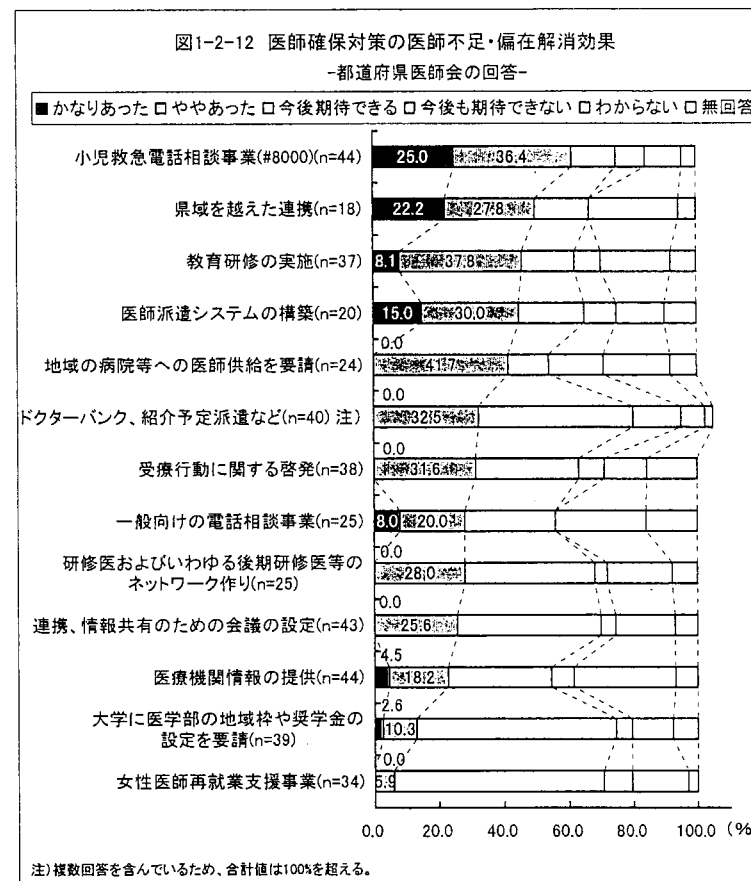
「小児救急電話相談事業（#8000）」、「医療機関情報の提供（ホームページでの診療情報の提供など）」、「連携、情報共有のための会議の設定（医療機関の連携、医療関係職種との連携）」はほとんどの都道府県で実施されていた（図 1-2-11）。



医師不足・偏在解消効果があった（かなりあった・ややあった）との回答は、「小児救急電話相談事業（#8000）」、「県域を越えた連携」、「教育研修の実施」の順に多かった（図 1-2-12）。

「県域を超えた連携」、「医師派遣システムの構築」は実施している県は少ないが、効果が「かなりあった」との回答が比較的多く、特に行政等が単独で行うよりも、医

師会・行政等が共同で実施している県での評価が高かった<sup>19</sup>。また、女性医師再就業支援事業は今後への期待度が高いという点で注目される。



<sup>19</sup> 県域を超えた連携について、効果がかなりあったという回答は、行政等が単独で実施（n=10）した場合 20.0%、医師会・行政等が共同（n=2）した場合 100%。医師派遣システムの構築について、効果がかなりあったという回答は、行政等が単独で実施（n=11）した場合 18.2%、医師会・行政等が共同（n=3） 33.3%。