

平成19年4月20日(金) 10時～12時
医道審議会医師分科会医師臨床研修部会

日本医師会

**「医師の臨床研修についての検討委員会
(プロジェクト)」における議論**

日本医師会常任理事 飯沼 雅朗



医師の臨床研修についての検討委員会(プロジェクト)の 趣 旨

唐澤日本医師会会長挨拶より

平成16年度にスタートした新医師臨床研修制度は一定の成果を上げ、評価されていると認識しているが、一方では、これを批判する声も耳にする。確かに、新医師臨床研修制度を機に、医師偏在、研修医の大学離れ、基礎医学研究者の減少、地方・へき地医療崩壊というような新たな社会問題が顕在化したことも事実である。

この検討委員会では、臨床研修について、広くわが国の良き医師養成という観点からご議論していただきたい。

医師の臨床研修についての検討委員会 (プロジェクト)委員

(役職はH18.7当時)

相澤 徹(信州大学医学部医学教育センター長)

小川 彰(岩手医科大学医学部長)

小山田 雍(秋田県医師会会長、小山田医院院長<小児科>)

◎北島 政樹(慶應義塾大学外科学教授)

北村 聖(東京大学医学教育国際協力研究センター教授)

堺 常雄(聖隷浜松病院院長)

篠崎 英夫(国立保健医療科学院院長)

寺本 明(日本医科大学脳神経外科学教授)

伴 信太郎(名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授)

樋口 紘(岩手県立病院名誉院長)

廣川 信隆(東京大学医学部長)

○福井 次矢(聖路加国際病院院長)

堀田 知光(国立病院機構 名古屋医療センター院長)

<13名>

オブザーバー

栗山 雅秀(厚生労働省医政局医事課長)

三浦 公嗣(文部科学省高等教育局医学教育課長)

宮寄 雅則(厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室長)



開催した4回の委員会での主な報告事項

第1回 H18.9.20

- ・ 厚労省 平成17年度「臨床研修に関する調査」最終報告 (H18. 8. 31)
- ・ 全国医学部長病院長会議「緊急声明」(H18. 7. 20)

第2回 H18.11.8

- ・ 文科省「医学教育の改善・充実にに関する調査研究協力者会議」
第一次報告(案)について (H18. 10. 4)
- ・ 平成18年研修医マッチングの結果 (H18. 10. 19)
- ・ 日本医師会による医師確保に関する見解 (H18. 10. 17)

第3回 H19.1.17

- ・ 文科省「医学教育の改善・充実にに関する調査研究協力者会議」ワーキンググループ“診療参加型臨床実習の在り方について”審議経過報告

第4回 H19.2.14

- ・ 厚労省医道審議会医師分科会医師臨床研修部会(H19. 2. 5)ヒアリングから
福井次矢「2年次研修医の臨床能力にもたらした新医師臨床研修制度の影響」
堺 常雄「研修病院からみた医師臨床研修制度」

新医師臨床研修制度についての調査結果より

● 厚労省平成17年度「臨床研修に関する調査」最終報告(H18.8)

- ・臨床研修の目標達成度: 全体64.4%(大学病院57.6、臨床研修病院70.8)
- ・臨床研修体制の満足度: 全体53.2、大学病院39.2、臨床研修病院65.5
- ・研修プログラムの満足度: 全体47.7、大学病院37.6、臨床研修病院56.7
- ・研修後の診療科別進路: 内科14.6、外科8.9、小児7.5、麻酔5.8、産婦4.9
- ・診療科を選んだ理由: 学問的興味63.0、やりがい60.2

アンケートのとり方、設問内容が不適切、必ずしも実態を表していない。

● 福井次矢聖路加国際病院長「2年次研修医の臨床能力にもたらした新医師臨床研修制度の影響」

- ・15年3月(旧制度)と18年3月(新制度)にそれぞれ2年次研修を終えた研修医を対象に臨床能力、症例数等の調査を行い、比較した結果、新制度研修医の方が臨床能力についての自己評価が高く、経験症例数も増えている。

到達目標が明確化した新制度下の自己評価の方が高いのは当然。

● 堺 常雄聖隷浜松病院長「研修病院からみた医師臨床研修制度」

- ・患者、医師、コメディカルなどの評価を総合すると良い医師が育ちつつある。

勝ち組の病院と地方の病院とは格差が大きい。



全国医学部長病院長会議「緊急声明」(H18.7.20)

- ・全国医学部長・病院長会議は、当初は新医師臨床研修制度の廃止を含めた迅速な見直しという話もあったが、廃止というマイナスの方向ではなくて、よりよい方向にということので18年7月に緊急声明を出した。
- ・大学の医師不足・基礎医学者不足、地域における医師不足、医師偏在などは、新医師臨床研修制度にすべて起因するわけではないが、後押ししたことは事実である。日本の医学・医療の危機であり、迅速な見直しと迅速な対応を強く望む。
- ・臨床研修制度の位置付けを明確にして、卒前臨床実習、卒後の生涯研修を含む一貫性のある医学生涯教育システムを早急に構築すべきである。



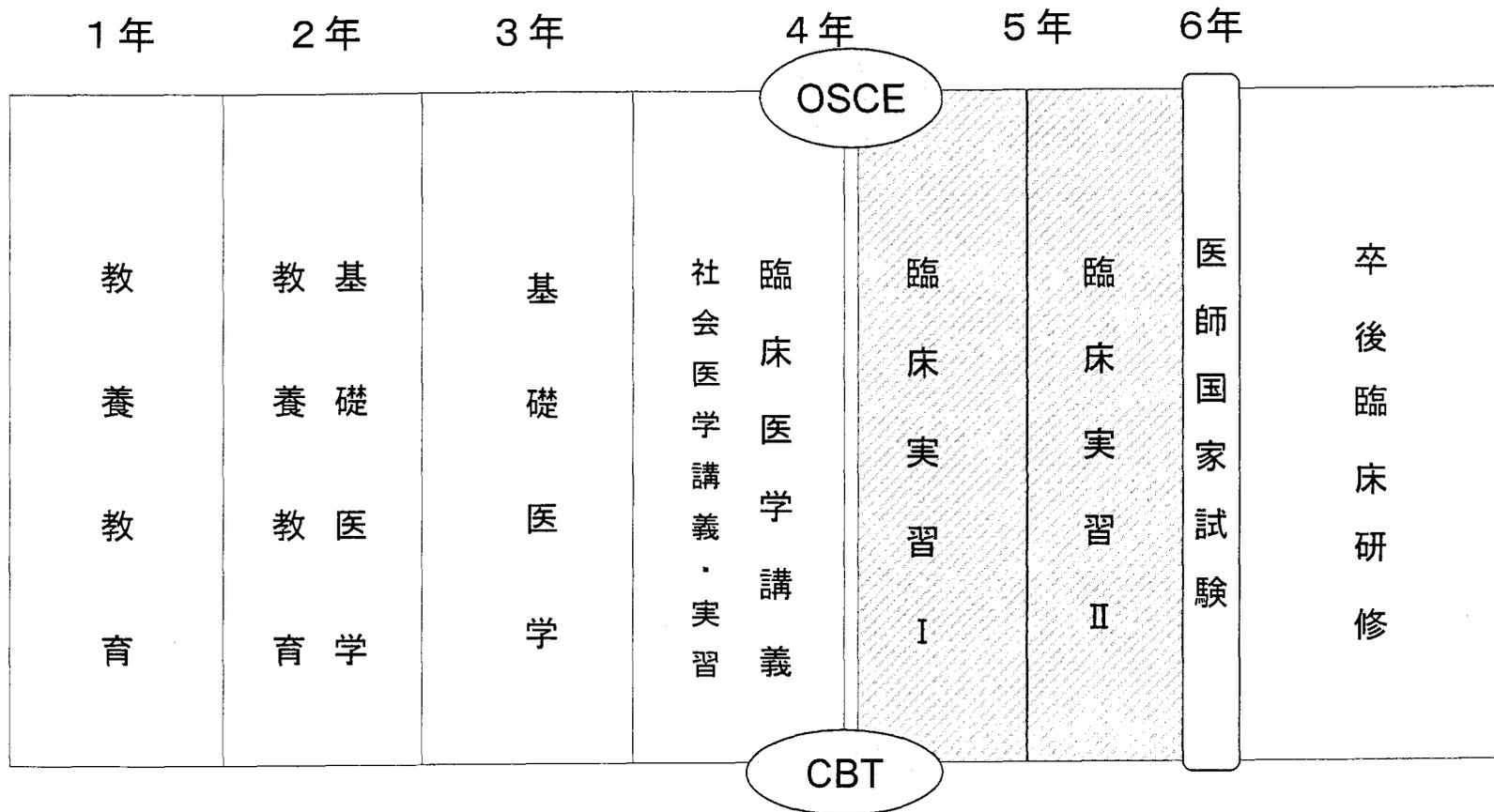
どのように、新医師臨床研修制度を議論するか。

●学部教育、卒前臨床実習、卒後臨床研修、いわゆる後期研修、生涯教育という一貫した医師養成過程の中で臨床研修制度の在り方、より良い方向を考える。

●新医師臨床研修制度のポジティブな面は高く評価するが、地域の医師不足・偏在、研究者養成、診療科の偏在などネガティブな面を含めた大局的な視点から評価し、見直すべきである。



医学教育から卒後臨床研修まで



卒前臨床実習を充実させる。その1

- 臨床研修の到達目標の多くは、医学生の間には達成できる内容である。そのためには現在の卒前臨床実習を充実させることが重要。充実すれば、臨床研修は1年でもよい。卒前臨床実習が今の状態のままでは、臨床研修2年間は必要である。
- 大学がクリニカル・クラークシップ(診療参加型臨床実習)をしっかり行えば、米国のように卒直後からスペシャリティのトレーニングを開始できる。
- 臨床に直結したスチューデントドクターのシステムを確立しないと、2年間が大きな無駄になる。
- なぜクリニカルクラークシップが進まないか。
 - ① 医療安全、医療過誤に対する保障がない。
 - ② 指導医が疲弊している。十分なスタッフ、予算が必要。
 - ③ 教育技法が普及していない。例えば、気管挿管を行うためのスキルラボやシミュレータの充実度に大学間で差がある。

卒前臨床実習を充実させる。その2

- (文科省)学生の臨床実習は、医行為を必ずしも第一義とはせず、診断から治療へという、いわば医師としての思考回路を身に付けること、医師としての基本的な知識と技術をどう一体化させていくかというプロセスの中に置くことが重要である。
- 卒前にも実践的なことをできる範囲で行い、免許取得後もっと広く行うことにより、臨床医としての読み書きそろばんにあたるものをしっかり身に付ける必要がある。一貫した教育課程を築けば、臨床研修の在り方も変わる。
- 上記の考え方は、2年間の臨床研修制度ありきに基づいた考え方である。全国共用試験(OSCEとCBT)によってその質が担保されているのであるから、学生に仮免許を与えて、5, 6年生の間にしっかり実習をさせる。現在国が赤字を抱えている中で、わざわざ予算化して臨床研修をやることはない。



全国共用試験(OSCEとCBT)について

- 診療参加型臨床実習が進展しないから、全国共用試験という考え方が登場した。OSCEとCBTをパスすることにより、知識と技量はあるレベルまで達していることを指導医側、患者にも明示できる。仮免許を与え、医学生にスチューデントドクターという意識を持たせることもよい。
- 平成17年12月から正式に開始した全国共用試験を評価し、社会的認知を高めるためにも、いずれ国のシステムとして動かしてほしい。
- 文科省が言わないと動かないということが日本の教育をおかしくしていることもあるから、各大学の自主的な参加で共用試験機構をつくった経緯がある。機構と文科省が一体となって学生の質の担保と国民への周知に努めるべき。



医師国家試験の在り方

- 医師国家試験は知識を問うペーパー試験であり、6年生の2/3が医師国家試験対策に費やされ、結果として卒前臨床実習が骨抜きになってしまっている。
- 国家試験に臨床実地試験を導入すれば、かなり卒前の技能教育が熱心に行われるのではないか。
- 4年生修了時に全国共用試験（OSCEとCBT）を行い、臨床に入る学生の質を担保する試みが各大学で始まっている。全国共用試験が重み付けられ、医師国家試験へのステップとして位置付けられるとよい。
- 卒前の教育方法はずいぶん変化しているが、その評価方法がまったく従前のままでは一貫性は望めない。文科省、厚労省が協力して改善に取り組んでほしい。



基礎医学研究者激減に対して

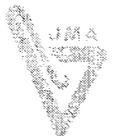
- 日本の生命科学、基礎医学の研究は圧倒的に医学部がリードしてきた。現状は、基礎医学に入ってくる人は激減しており、10年、20年先の日本の医学・医療に大きなダメージを与える。
- 基礎研究志望者は臨床研修を修了しなくてもよいと考えるが、その辺りのキャリアパスが示されていない。あるのは、2年間はともかく臨床研修が義務だということだけである。
- 臨床研修期間に基礎の大学院に入ることができる、あるいは基礎医学で挫折しても臨床に方向変換できるパスウェイを提示する、など柔軟な対応が望まれる。
- 博士号、学位より専門医資格をとるのが若者の傾向か。
- 基礎医学研究者は日本に何人必要か。その議論がないまま、減った、少ないというのはおかしい。また、大学院の学生枠が1学年5,000人は適切であるか。



地方の医師不足・偏在とその対策 その1

緊急対策

- マッチングシステムの見直し。卒業生8,000人に受け皿が12,000近くある。臨床研修病院の指定枠を8,500~9,000程度に減らす。また、標欠病院までが臨床研修病院として指定を受けているのはおかしい。
- 地域枠設定(マッチング時、あるいは後期研修のところで) ⇔ 医師の職業選択の自由
- へき地勤務あるいは出身地勤務の義務化 ⇔ 医師の職業選択の自由



地方の医師不足・偏在とその対策 その2

中長期対策

- 今まで大学vs市中病院、大学vs医師会という構図で研修問題を捉えていたが、医師という同業種で協力しあっていかないといけない。例) 一次救急の休日急病診療所の運営を医師会が担い、勤務医の負担を軽減する。
- 各地域の医師の需要・供給の把握、勤務医の就労環境の把握、後期研修先の把握などにより、地域医療のデータベース化を図り、共有化する。
- 幅広く診ることのできる医師(総合診療医、総合医)が地域に確保され、専門医へ送るシステムが確立されること。そのためには医師「確保」だけでなく、総合医を「養成」することも重要である。

診療科の偏在について

- 救急、産科、小児科などの診療科を希望する医師が少ないわけではない。これらの診療科は、重症化すると非常にリスクでいまの社会状況からするとやりたくても躊躇せざるを得ない。
- 産科領域で検討された無過失補償制度をもっと広げてほしい。クリニカルクラクシップ同様、リスクに対するサポートがないと進まない。
- 異状死の問題に対し、第三者機構の設置に向けた厚労省の検討会の議論等に期待している。

プライマリケア研修について

- 国民が求めるプライマリケア医とは何か。患者は専門性を有しながら、なおかつ幅広く診てくれる医師を望むのではないか。
- プライマリケア研修は、病床数の少ない病院での研修がよいという印象を受けるが、2年間終了後なかなか継続性がない。プライマリケア医、総合医をどう育てるか。
- 医学部教育において、地域の医療機関との連携でプライマリケアを体験することが重要である。プライマリケアこそ、診断から治療へのプロセスを学ぶ絶好の機会である。臨床実習の裾野を拡げていかなければならない。

