

臨床研修制度のあり方等に関する検討会 (第1回検討会における主な意見 (未定稿))

- 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というのを疑わざるを得ない。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よ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)
- 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。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。(福井委員)
- 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。(福井委員)
- 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いい。(嘉山委員)
- 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)

○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)

○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)

○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)

○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、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)

○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。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)

○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)

○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。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26～27位。高等教育の予算は、30カ国中29位。医療費は30カ国中21～22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、東京、京都、大阪、福岡など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。そういうデータを次の会に事務局で用意すべき。(小川座長代理)

○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)

Subject: 構想日本フォーラムでの先生のご発言を拝見いたしました。
From: [REDACTED]
Date: Tue, 7 Oct 2008 12:54:17 +0900 (JST)
To: tkayama@med.id.yamagata-u.ac.jp

山形大学医学部長

嘉山孝正様

お忙しいところ大変申し訳ございません。
先日、初期研修検討委員会に關しましてメールを送らせていただきました群馬大学医学科5年の[REDACTED]と申します。

このたびは先生に御礼を申し上げたくメールさせていただきました。先日インターネットで、構想日本のフォーラムにて嘉山先生が「医学部5年生で医師国家試験の受験を」と発言されているのを拝見しました。

先生も既に同じ事を考えてみえたのだと驚くと同時に日本の医療について、このように真剣に考え、ご尽力されてみえる先生がいらしたと知って胸が熱くなりました。

学生として全く無力ではありますが、先生のお考えになる医学教育改革に少しでもお役に立てたらと思い、学生の立場から見た医学教育について、周囲や友人の医学生に色々な意見を求め集めさせていただきました。

お忙しいところ大変恐申し訳ございません。
もし、お目通しくださいましたら大変幸甚でございます。

■ 医学生としての問題意識 ■

1. 現行の臨床実習について

○ 医学生に責任を与えてくださる教育熱心な診療科がある一方で、見学中心の科も多く、現状では臨床実習全体を通じて、クリニカルクラークシップを実践することは難しくなっております。

○ クリクラが難しい理由としては、指導して下さる現場の

先生方が本当に忙しいためだと思います。今後の医学部定員増により、さらに先生方の負担が増加することが懸念されます。

○ 研修医の先生方は大変忙しそうで見学ばかりしているのは非常に申し訳ないと感じます。

2. 先生が提唱してみえる医学部5年生での医師国家試験の受験について

★ 臨床実習の後の5年生の終わりに国家試験を受験することをみとめ、6年次に本当の意味での「クリニカルクラークシップ」を行う。

○ 国家試験へのルートを複線化する。

(1) 5年次で医師国家試験合格者

→6年次に在籍大学にてクリニカルクラークシップ。

“臨床研修制度のあり方等”に関する意見

前略

検討会では時間もなく発言の機会もありませんでしたので、私の考えの要点および私見を記させていただきます。

1. 厚労省と文科省の大臣以下、関係者が一同に会して検討会を開催したことを高く評価し、今後の継続を期待する。(もっと早く行うべきであったが。)
2. 資料を拝見すると、従来からの種々の会議で問題点はほぼ出つくしているもので、全く新しい意見はない。
3. 医師数不足、研修医偏在の真否はそのデータの根拠があいまいで、どちらかの意見を一方的に信ずるわけにはいかない。偏った情報に基いて議論するのは無駄なことである。おそらく地域によって格差があるに違いないので、地域ごとの現状をより正確に調査報告し、エビデンスに基づいて議論すべきであろう。厚労省の役人が、もっと現場に出て現場の声を傾聴すべきである、との大臣の指摘は全く正しいと思う。
4. 研修制度の問題と医師不足、医療崩壊の問題は相互に関連するが、基本的には別々に論じるべきであろう。
5. 諸悪の根源は新しい研修制度にありこれを中止すべしとの意見が大学病院現場にある。しかし研修制度の理念は間違いではないので、問題点を修正し、正すべきは正して継続するのがよいと考える。

6. 研修期間2年は長すぎるという指摘があり、医学部6年目から研修を始めることを真剣に検討する必要がある。私もこの意見に賛成である。現役の学生からも同様の意見が送られてきた。法改正が必要なら改正すればよい。
7. 指導医が足りないという問題は、クランクの雇用により医師を雑用から解放することが解決の1つとなろう。また、教育能力を評価するシステムが必要であり、大学病院の改革が必要である。
8. 意見を言える人は、私も含めて医療現場から離れている人がほとんどである。現場の人（研修医、指導医）の生の声をもっと傾聴すべきであると思う。
9. おかしな所は改める。決めたらそのゴールに向かって徹底的に努力する、という基本姿勢を両省の関係各位にお願いしたい。種々の理由をつけて改革を遅延させることがあってはならない。

草々

癌研有明病院
メディカルディレクター
武藤徹一郎