

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会 ～これまでの主な意見(テーマ別)～ 【未定稿】

※ゴシック体の部分は前回のご意見

【医師数】

(養成数)

- ・ 医師の需給を考える上で重要なことは、①診療科バランスの是正と②女性医師対策の2点。その議論に入る前に、マスで見たときに日本の医師数は満ちているのかということについて述べる。まず、資料4のp3の人口10万対医師数を見ると、日本はOECD加盟30カ国のうち27位。OECD平均は3.0だが日本は2.0であり、これだけでも不足している。また、資料7のp14の各国医師の労働時間の比較をした資料では、日本の60～64歳の医師は、イギリス、ドイツの25～29歳の医師よりも働いている。さらに日本の65歳以上の医師の平均労働時間はイギリス・ドイツの平均労働時間と同じである。また、都道府県別人口10万対医師数を見ると、最も多いのは京都であるが、それでもOECD平均の3.0には達していない。一方、医師数が少ないのは、埼玉、茨城、千葉等の首都を取り囲む地域である。(小川委員①)
- ・ 資料7のp24にあるように医師の高齢化が進んでいる。単にマクロの医師数だけでは議論できない。私は救急部長や脳外科教授を兼任しているが、2000年頃から教室員が研究室へ帰ってくる頻度が減っており、仕事量が増えていると感じる。(嘉山委員①)
- ・ 医師の需給については詳しく解析をして決める必要があるが、資料4のp11のグラフでは需要曲線が1本しかない。医療を受ける側の要求はここ数年急激に増してきており、そういう要素も含めれば、需要曲線も複数のパターンがあつてしかるべき。また、供給曲線も供給体制等の変え方によっていくつかのパターンがあつて良い。(岡井委員①)
- ・ かつて医学部定員を削減した際、国立など授業料の安いところが定員を減らされた。授業料が非常に高い大学の学生には「この人たちを医者にして本当に大丈夫か」と思える人も多い。医学部定員を増やす際も、ただ増やせばいいというのではなく、どういう大学の定員を増やすべきか考えるべき。(大熊委員①)
- ・ 医師を増加させるべきなのは明らかだが、偏在を是正できるような増加の仕掛けを考えないといけない。大熊委員の言った国公立と私立の定員の配分や、自治医大方式の取り入れなども含めて考えていかないと国民の理解を得にくいのではないか。(海野委員①)
- ・ 今のまま数を増やしてもアンバランスを広げるだけという可能性もある。(高久委員①)
- ・ 全国医学部長病院長会議の調査結果はまだ出ていないが、個人的な見解を言うとこれから11年間で医学部定員を倍増すべき。これには大雑把に言って2000億から2400億円程度かかると思われる。医師を地方に行かせる仕組みを考える必要はあるが、マクロで見るとこの程度の増加は必要。(嘉山委員②)
- ・ 厚生労働省の試算では需給が均衡するのに22年間かかるが、倍増すれば11年で追いつく。これにより医療事故も少なくなり、患者にも利益がかえってくる。東大の学部長も大増員

が必要だとの認識であった。具体的には100人の定員の大学であれば150人に増やす。(嘉山委員②)

- ・ (学生数を増やした場合の教育システムの問題については) 座学については問題ない。実習についても、山形大学でもやっているように市中病院とリンクして行えば問題はない。(嘉山委員②)
- ・ アメリカでは良い病院に医学部がついてくるイメージ。良い病院に勤務している医師を教授にして医学部を増やしてはどうか。(大熊委員②)
- ・ 医学部定員を増加させるのは良いが、医学部の数を増やすことには反対である。アメリカでは定員を増やしたが、日本では一県一医大構想で学部自体を増やしたため、基礎教育に問題が生じた。(土屋委員②)
- ・ 医師の数を増やすべきだということは間違いないが、医学部自体の数をメディカルスクールなどとして増やすのではなく、医学教育にノウハウのある既存の医学部の定員を増やすのが良い。大熊委員の云われる如く、市中にある国公立病院における優秀な勤務医、特に臨床医には臨床教授になって医学教育に活躍してもらえばよい。(小川委員②)
- ・ 私立医大全体で320人位を目途に増やせるという結論は出ている。国立についても文部科学省としてよく相談して結論を出してほしい。(高久・小川委員②)
- ・ 前回、医学部の定員を増やす際に授業料が高い私立ばかりを増やすと患者としては不安だということを行ったが、これに関して授業料と偏差値の相関が高いという資料も参考までにつけさせてもらった。(大熊委員③)
- ・ 時間に着目した医師需要見通しでは不十分であり、現状は、「3時間待ちの3分診療」といったことで医師不足をカバーしている。患者に満足してもらうために、十分説明をするなどによって、診療時間を長くするならば、それによっても医師数の需要も変わってくる。(岡井委員⑤)
- ・ 女性医師の就業率を改善についてするにあたっては、女性医師自身が育児期間にはいると、女性医師を労働時間が減ることとなるので、今後、女性医師が増える状況下では、需要見通しについては、その状況を勘案して推計する必要がある。(岡井委員⑤)
- ・ 提出資料は、実際の現状と異なる感が否めない。医師の労働も偏在している。産科に1回当直すると24時間拘束、勤務しないときはテレビをみているが、オンコールのとたんに、勤務することになり、気が休めない状況が続く。産科が労働時間を守り、いいサービスを提供するためには、圧倒的に数が足りない。(川越委員⑤)
- ・ 土屋委員が提出した第2回会議資料の年代別医師の資料が示されているが、44歳以下の若い医師が、小児医療や救急医療などの非常に苦しい病院の現場を支えている。一方、地域医療は、病院現場をはれた高齢医師が担っているとの現状がある。そこで、養成数をふやすのであれば、このような現状をふまえて養成数を増やす必要があり、特に、24時間救急、急性期医療等にどのくらいの人員を割く必要があるのかを考える視点が必要。(海野委員⑤)
- ・ がんセンターにおいては、常勤医師が130人、非常勤医師が130人体制で勤務しており、事務局提出資料では、実態をあらわしていない。長谷川データは、アンケート調査なので、おざなりな回答になっている感がある。(土屋委員⑤)
- ・ 長谷川データの業務時間に待機時間が含まれていないこともおかしい。産婦人科医はオンコールが月563時間というデータがある。業務時間でみても月303時間である。(海

野委員⑤)

- ・学納金と偏差値は明らかな相関関係がある。定員増をする際は学納金が安いところを増やしてほしい。既存の医学部で定員増に対応しきれないというのであれば、医学部を新たに作ってもいいのではないか。(大熊委員⑤)
- ・医学部の定員を増やすと、偏差値が高い大学に入りやすくなるため、現在偏差値の高くない大学に新しい層が入ってくることになる。そうすると、高所得の家庭の学生が優先的に入ってくるということも起こりうる。私学の定員を増やす場合は、入学者の経済的な負担を緩和することを考えることも必要。希望者はまだいないようだが、千葉では、産科に勤務するのであれば、私学と国立の授業料の差額を出すというような奨学金を設けている。(海野委員⑤)

(働き方・女性医師)

- ・資料4のp11の医師の需給のグラフについては、労働基準法に従えば本来週40時間と仮定されるべきだが週48時間とされている。この推計では正確な需給バランスの推計にはならない。(嘉山委員①)
- ・医師数は年々増えているが、女性医師の割合が増加している。タイムスタディを行わないと、実態と乖離してしまう。(嘉山委員①)
- ・医師の国家試験合格者に占める女性の割合は3分の1になっており、産婦人科だけでなく、他の診療科でも女性医師の問題は出てくる。女性医師は子育てなどがあるため、今後は1人当たりの医師が割ける労働時間が減ってくる。それを前提に医師需給の推計をすべき。(和田委員①)
- ・産婦人科は20代医師の70%が女性だが、大体10年するとバーンアウトして働き場所を変えてしまう。現場を支える若手医師たちが去っていく労働環境を前提にして数を数えても仕方がない。(海野委員①)
- ・平成16年の日本女医会の調査では、男性医師と比べ、女性医師は労働時間が半分に近く、収入も低い。これは、女性医師はパートタイムで働くことが多いため。また、女性医師は診療科も眼科などが多く、外科などは少ない。(高久委員①)
- ・日本胸部外科学会の労働条件調べでは、労働基準法が守られている病院は10%しかない。一般病院では「守られている」が14%、「まあまあ守られている」が36%、大学病院ではそれぞれ3%と16%になっている。医師が健全に働けるという条件の下で、需給を推計すべきである。(土屋委員①)
- ・女性医師は労働時間が約半分ということを考えると、例えばこれから医師数を100人増やしたとしても60、70人程度の増加にしか当たらない。(和田委員①)
- ・嘉山委員の資料では、病院勤務医の勤務時間が長いが、私の記憶では、開業医の勤務時間はそれに比べて短かったのではないかと思う。(高久委員①)
- ・医師不足を解決するにあたっては旧労働省の問題も大きい。よく「女性医師のために」と言われるが、「女性のために」というのではなく、「男性も含め労働基準法に合わせたらどうなるか」という視点から医師の数を考えなければならない。(大熊委員①)
- ・女性医師の夫は医師であることも多く、過剰な勤務なのは男性医師も同様なので、女性医

師だけの問題ではない。(大熊委員⑤)

- ・ 女性医師が出産すると、医師としての労働力は相当減る。供給体制としては、女性医師が当直のない診療科目を選択するなど、質が変化することになるので、現場では、労働力としては、女性医師1人は0.5人程度にカウントせざるを得ない。(岡井委員⑤)
- ・ 医師の労働時間についてはタイムスタディをやるべきで、調査にあたっては、現場をよく分かっている人がプランニングする必要がある。その際、紙を配布するだけでなく、医師について回るべき。(嘉山委員⑤)
- ・ 医師の正確な勤務状態を把握するために、医師へのアンケートでなく、タイムスタディをやるべき。(川越委員⑤)

(訴訟リスク等)

- ・ 大野病院の事件以降、医療事故の届出が増えているというが、それは基準が変わって病院が届け出るようになったから。思っているほど訴訟自体は増えておらず、マスコミなどによってつくられた錯覚だと思う。時間的・精神的・金銭的にハードルが高いため実際訴訟は起こしにくい。この事件により医療崩壊が起こったというのは乱暴な議論であり、医師の先生方が間違っただけを認めないでほしい。(大熊委員①)
- ・ 民事訴訟は明らかに増加傾向にあるし、刑事訴訟も医師法21条の届出が始まる前は年数件程度だったのが、その後には90件を超えている。刑事訴訟、民事訴訟に行く前に医療機関として対処できたのではという話はあるが、少なくとも訴訟リスクの増加は幻想ではない。(和田委員①)
- ・ 医師が少ないことから過重労働になり、それによりさらに医師が少なくなるという悪い循環が起きている。これを断ち切るためには強制的に過重労働をやめさせないといけない。まず、当直の次の日に働かせることを止めさせる。止めさせないと病院にとってマイナスになる、あるいは止めさせるとプラスになるという仕組みをつくり、病院に当直後の勤務を止めさせるインセンティブを与えるべき。そうすれば当直後の勤務を止めさせて持たなくなるような病院の統廃合も自然な形で進んでいくのではないか。これにより、一番当直の多い産婦人科が一番休みが多くなり大逆転できる。(岡井委員③)
- ・ 医療安全の観点から見ても、当直の後の勤務は、例えばパイロットだとロンドンから東京まで飛んだ後に即ワシントンまで飛ぶようなもので、危険きわまりない。それが現に行われてきたというのが非常に問題。病院を辞める人の多くはQOLを求めており、そこは充分考える必要がある。(高久委員③)
- ・ 6月28日に「あなたを診る医師がいなくなる」というシンポジウムをおこなったが、そこでは委員①労働基準法上の「当直」とは実態が異なる医師の当直を夜間勤務とみなし、交替勤務とする、委員②夜勤の後に診療に従事することは事故につながるため禁止するという明確な提言がなされている。政府が決めてしまえば対応もとれる。即禁止が難しい病院については禁止までの行動計画をつくることにすればよい。(大熊委員③)

【医師養成の在り方】

(専門医)

- ・ 医学部の定員増や臨床研修制度の見直しとともに、専門医制度についても議論をする必要がある。(海野委員①)
- ・ 専門医についてコントロールする第三者機関には権限を持たせることが必要。(土屋委員②)
- ・ アメリカでは①専門医認定協議会の代表、②病院協会の代表、③医師会の代表、④医学部長会議の代表、⑤学会の代表という5つの違う立場の者たちが集まって専門医制度をコントロールしている。(土屋委員②)
- ・ 現在の日本の専門医制度には、①学会が独自に認定しているため制度が不統一であり、必ずしも質が担保されていない。②専門医のイメージが多様であり、標準的な医療を担うことの出来る医師としての資格と、特定の技術・技能等に特化した医師としての資格が分けられていない。③専門医取得のインセンティブがないという問題点がある。権限のある専門医の評価認定機関を設けるとともに、基本的な専門医資格と、特定の技術・技能等に特化した専門医資格を分ける必要がある。また、専門医取得者にドクターフィーをつけるなど何らかのインセンティブを設ける必要がある。(吉村委員②)
- ・ 全ての医師が基本専門医資格を取得するという仕組みにして初めて量のコントロールができる。全ての医師が基本専門医資格を取得し、その後にトレーニングを積み重ねれば特定の技術・技能等に特化した専門医資格を取得できるという制度にすべきである。(吉村委員②)
- ・ アメリカの医師は24の基本領域の専門医資格のいずれかを必ず取得する。それで初めてドクターフィーをもらえる。その後トレーニングを経ることによりサブスペシャリティの専門医の認定を受けられ、それによりドクターフィーもあがる。また、基本的な専門医資格の中には総合内科、一般外科・家庭医が含まれている。なお、専門医養成の費用はレジデント1人当たり約1000万円であり、3年から5年かけて教育される。(吉村委員②)
- ・ 標榜診療科というのは、受け入れる患者の範囲を示すもの。それに「～専門医」と併記することで、患者にその医師がどういうトレーニングを受けたかわかるようにするという意義がある。(吉村委員③)

(家庭医・総合医)

- ・ 総合医が大事ということは以前から訴えてきた。デンマークでは家庭医の養成が進んでおり、80%を自宅で看取ることができている。その家庭医の後ろにすぐ飛んできてくれる専門医もいる。総合医については日本医師会が反対しているようだが突破して実現してほしい。(大熊委員①)
- ・ アメリカのレジデンスモデルにのっとり後期研修を制度化するという考え方については賛同するが、何科を何人と決めることは標榜の自由と相反することになるため、委員会等をつくって慎重に議論すべき。後期研修についてどこでコントロールし、どこで数を決めるのかということについて議論する必要がある。(高久委員②)

- ・ 諸外国では GP も立派な専門医として認められ評価されている。その卒前・卒後・生涯教育のあり方を検討せねばならない。(小川委員②)
- ・ 寝たきり老人の多い国と少ない国ということで調べたところ、寝たきり老人が少ない国は家庭医の収入や彼らに対する尊敬の念が他分野の医師と同等に高かった。(大熊委員②)
- ・ 日本には家庭医の研修プログラムがなかったので小児科の研修を北海道で行った後、カナダで家庭医の正規のトレーニングを受けた。その後、川崎医大に戻ってきたが、大学病院の中では家庭医の役割を発揮することは難しいと考え、北海道家庭医療学センターを創設して日本初となる本格的な家庭医療養成研修システムを構築し、自分がいる間に 16 名が研修を修了した。2 年前に福島県立医科大学に移り、大学の中ではなく、県内に広がる地域を基盤とした県単位の広域家庭医養成システムを構築した。(葛西教授③)
- ・ 家庭医療は様々な特徴を持つ(家庭医療の定義は資料 4 p 3 参照)が、これを実際の診療で発揮できるかが問題であり、質については注意して教育を行っている。(葛西教授③)
- ・ 「家庭医」とは、健康問題や病気の 8 割を占める「日常よく遭遇する状態」に適切に対応することができ、専門医や他の専門職の方と連携し、患者の気持ちや家族の事情、地域の特性を考慮した、エビデンスに基づく「患者中心の医療」を実践できる医師をいう。患者中心の医療を行うと患者の満足度、健康度が上昇するというエビデンスが統計解析を用いた量的な研究でも示されている。(葛西教授③)
- ・ 家庭医療の先進国(イギリス、オランダ、デンマーク、カナダ等)では、家庭医療は医療制度上も医学教育制度上も確立している分野である。(葛西教授③)
- ・ 地域で活躍する家庭医と、高度先進医療を扱う専門医と 2 種類の医師が必要であり、両者が連携することが重要。救急でも、8 割を家庭医が対応し、それ以外の部分は専門医と連携すれば、かなり良いケアができる。家庭医の教育を早急に進めるべき。(葛西教授③)
- ・ 家庭医療先進国のように家庭医と各科専門医の割合がほぼ同じであると仮定した場合に、家庭医と各科専門医が協働すると、ヘルスケア要求の 90%以上に対応でき、病院とスペシャリストは 1 次や 1.5 次の救急に時間を取られず必須の仕事に集中することができる。住民が医療機関をどういうふうにご利用したらいいか相談をする家庭医がいれば、住民の受療パターンも改善し、病院勤務医の QOL の向上により立ち去り型開業も減少する。基幹病院における各科専門医の不足も緩和し、各科専門医療の質が向上する。さらに長寿医療、予防在宅医療のマンパワーも確保することができる。また、地域枠で入学した医学生に対し、目指すべきキャリアパスを提示することもできる。(葛西教授③)
- ・ 福島医科大学モデルの特徴として、大学内の連携に対する志向性が強かったこと、専門分野を超えた教授たちによるプロジェクトチームが組織され、良く機能したこと、県行政からのバックアップ、町村行政からの協力があつたこと、附属病院だけでなく県内に広がる地域を実践・教育活動のフィールドとし、設立母体の異なる多くの医療機関から参加・協力を引き出せたこと、個人的なつながりもあり、日本最大の家庭医療国際ネットワークからの支援を受けられたことなどがある。(葛西教授③)
- ・ イギリスの家庭医制度で、2004 年から質を高くしたらお金が入ってくるというラジカルなシステムを実験的に導入したところ、2 年後の調査ではパフォーマンスが上昇した。こういう形ではないにしても、日本でも実情にあわせて、家庭医の質を追求できるようなイン

- センティブも含めた仕組みをつくってほしい。(葛西教授③)
- ・ 都道府県単位以上の広域に及ぶ公益性の高いシステムを構築して、家庭医と家庭医療指導医を多数養成してほしい。現在家庭医療学会が70程度の研修プログラムを作っているが、一つの大学、一つの病院で行われていて、中々都道府県単位で行えていないので広域で行えるように誘導してほしい。その際には、大学医療機関、住民、行政、医師会の協働ができていく先進モデルを核としてほしい。福島や北海道が良いモデルになると思う。(葛西教授③)
 - ・ 国民のニーズに応えるための質の高い家庭医の教育・評価・認定システムの構築を支援してほしい。(葛西教授③)
 - ・ 医師が1人で地域に出て行くのはかなりきついため、バックアップ体制が非常に大切だと思う。(川越委員③)
 - ・ 北海道で10年間行った取組については、住民の満足度、救急のトリアージ、医療機関の適正利用という点で改善したという報告がある。日本家庭医療学会では、平成18年から標準化された後期研修のプログラムをつくり、募集を始めた。現在70程のプログラムが進められているが、多くのプログラムでは指導医自体が家庭医のことについてよくわかっていなかったり、内科のプログラムとほぼ変わらないようなことをしていたりとまだまだな状況。これを受け、現在年に4回指導医へのワークショップも行っており、数年後が楽しみだという状況。(葛西教授③)
 - ・ 家庭医は地域医療に不可欠だが、社会的に認知されていないため、若い医師が行きにくくなっている。そこをしっかりとする必要がある。(岡井委員③)
 - ・ 各診療科とともに総合医も基本専門医資格として認定したいと考えている。総合医も当然専門医の一つとして含めたい。(吉村委員③)
 - ・ 日本は1人で開業するイメージが強いが、我々が考えているのは指導医2人、研修医2人の4人体制。夜間も交替で回せるため、医師のQOLも悪くない。もう少し大きいところでは指導医を指導する上級指導医を含めた8人体制を想定している。福島は研修医が13名集まっているが、後期研修の2年間は病院での研修が中心。3年目から2人グループで地域に出てもらい、それを指導医が見てまわっている。(葛西教授③)
 - ・ 北海道家庭医療学センターの後期研修は人数が少ないためあまり知られていないが、うまくいっていると聞いている。自治医大の場合も色々な形でバックアップはおこなっており、7年間の地方勤務で医師たちは非常にプライマリケアに強くなる。(高久委員③)
 - ・ 20年前に厚生省が家庭医構想を打ち出したが、強い反対が出て立ち消えになった。その後も総合医認定制について話を進めていたが、厚労省から総合科の提案をしたところまとまらなかった。今、医師会では日本家庭医療学会やプライマリケア学会、総合診療学会と共同で総合科の認定制をつくらうという案がある。しかし、これにも早速小児科学会から「総合医が小児の患者を診ると小児科診療のレベルを下げる」と反対が出ている。個人的には岡井委員のいったようなキャリアパスをつくるべきだと思うし、後期研修について議論するときには総合医、家庭医が当然議論にはいってくると思う。(高久委員③)
 - ・ 新しいコンセプトを導入する際には、その問題点を把握していないと後から大きな問題になる。家庭医の研修を行う際には、専門医とのシームレスな連携が可能になるよう強調し

てほしい。(嘉山委員③)

- ・ 家庭医の本質については反対する人は少ないが、実際の管理・運営的な話になると異論が出る。日本でどうしたらうまくいくのかということを考えてもらいたい。専門医との連携については我々も気を配って教育を行う。どういうタイミングで専門医に送るのが良いかということも地域によって異なるため、地域の実情にあわせて考える必要がある。(葛西教授③)
- ・ 資料9の6-1にあるように団塊の世代の医師に地域医療の研修を行うリフレッシュ研修というものを行っており、既に6人を輩出している。心臓外科の医師が専門を捨てて総合医になれば安心して離島にも出せる。こういうところに予算を取ってもらいたい。研修費用は大体8000万程度。(嘉山委員③)
- ・ 岡井委員のされた話は今持ち出すと問題が多い。葛西先生から説明のあったような研修プログラムにより家庭医がある程度養成されたところで後から名称をやる方が、発展性がある。それまでのつなぎとしては、嘉山委員が言ったようにある専門分野で一人前になった医師に教育を行い、幅を広げてへき地に行けるようにするというプログラムもいいのではないか。(土屋委員③)
- ・ 大学病院や研修病院はセクショナリズムが強いが市中病院は隔壁がないため、例えば同じ内科でも消化器、循環器、呼吸器の全てを勉強できる。大学病院も隔壁をとってローテーションができるシステムをつくらないと、家庭医を大量に養成することは難しい。葛西先生のところの取組を全国的に広げるにはどうすればいいのか真剣に考える必要がある。(土屋委員③)
- ・ 後期研修でも家庭医のコースはできてきているので、何らかの形で認定してやれば、若い医師たちも入ってくるはず。若い医師たちは何らかの資格がほしいという意識が強い。(高久委員③)
- ・ 地域による医師の偏在については、家庭医療の普及が一つの解決策であると思う。日本の中で地域医療として家庭医療を必要としているところがどれくらいあり、その地域でどのような形で専門医と家庭医が連携する体制を作っていくかということを考えなければならない。(海野委員③)
- ・ 総合医の養成については、葛西先生や自治医大が行っているような医師になった当初からのトレーニングとともに、専門分野に長けた医師が開業して地域医療を担う際のトレーニングをあわせて考える必要がある。(吉村委員③)
- ・ イギリスの家庭医は非常に良いと思うが、その反面イギリスの医療のレベルがあまり良くないのはなぜなのか。学会の危惧は家庭医から専門医へ患者が行くときの壁が高いのではないかということ。イギリスでは実際家庭医から専門医へ送る際に6ヶ月待ちということも起きている。(嘉山委員③)
- ・ イギリスの医療について日本で今言われていることの多くはサッチャー政権の時代の話であり、ブレア、ブラウンになった後の新しい情報はほとんど入ってきていない。私が資料として出した日本医事新報の文献を是非よんでもらいたい。(葛西教授③)

(臨床研修制度)

- ・ 臨床研修制度の見直しについて、厚生労働省は大学から意見を聞いたと言うが、例えば心臓手術等の全国ランキングを見ると、上位に入っているのは市中病院であり、現在は市中病院の方が患者の信頼も厚い。こういった市中病院から事情を聞かなければ意味がない。
(土屋委員②)
- ・ 臨床研修制度については評価するところもあるが、見直しが必要。厳しい診療科に手をうつこと、大学の研修医が減ったこと、フリーターの医師が増えていてトレーニングシステムを作ることは対応すべき。資料4のP5より、大都市圏域での大学において臨床研修を経験しており、どうしても小都市圏域は、明らかに少なくなっている。資料4P2より、研修制度の理念はよかったが、定員過剰であったため、空席が3,000人もある状況。地域別に定数を決めて、大学と基幹病院が連携したプログラムの作成が必要。(吉村委員⑤)
- ・ 研修施設の認定基準を厳格化することで、「質の高い医師の養成」と「全診療科のバランスのとれた医師養成」を行う必要がある。(吉村委員⑤)
- ・ 現在の臨床研修制度について、2年間新規医師が誕生しないこと、地域医療に影響を及ぼしていること、指導体制が充実していない500床以下の臨床研修病院で1/3の研修医が研修を行っていること等を踏まえ、①研修期間を2年から1年に短縮すること、②臨床研修病院の指定基準を500床以上にするを提言する。(嘉山委員⑤)
- ・ 現在の臨床研修制度は、旧態依然とした医局制度の弊害を鑑みて作られた制度であるので、廃止することには反対する。また、研修医も自分たちで研修する病院を選んで行っているのであり、選ばれなかった病院は、選ばれなかったことを自覚すべき。研修医が集まらないのは制度の問題ではないのではないかと。(大熊委員⑤)
- ・ 旧研修制度は、悪いところもあったが、それでも日本の医療は世界一であった。現在の臨床研修制度についても、研修の質の向上の観点から見直しを行うべき。(嘉山委員⑤)
- ・ 臨床研修制度の研修期間を短縮することに対しては、賛成する。また、指導体制の充実や研修の質の向上の観点から見直しを行うべき。(川越委員⑤)
- ・ 卒後臨床研修評価機構において、臨床研修の評価が行われているが、診療だけを行ったり、指導体制が充実している病院は、研修医からも人気がある。給与が高かったり、留学させてくれる病院も人気はあるが、研修期間を1年に短縮することも含めた検討が必要。(高久委員⑤)
- ・ 現在の臨床研修制度の下では、旧制度の時ほど研修医に能力が身に付いていない。興味がない診療科もローテートしなければならないことにも起因すると考えられる。また、臨床実習で身につけたことを国家試験の勉強期間で現場を離れて忘れてしまい、研修でゼロからやり直さなければならないことも無駄。卒前卒後で一貫した医学教育を行えば、こういった無駄がなくなり、研修期間の短縮に繋がるのでは。ひいては医師不足対策にも繋がる。
(岡井委員⑤)
- ・ アメリカでは、卒前卒後一貫教育を行っている。厚生労働省と文部科学省とが協力して、一貫性のある医学教育カリキュラムを組めば、確かに研修期間の短縮は可能。(土屋委員⑤)