

## 医師臨床研修部会における主な意見

### 1. 基本理念と到達目標について

#### 1) 基本理念

- ・ 卒前教育や専門医研修なども含め、当部会としてどこまでをどういう方向性で議論するのかについて、一定のコンセンサスを得ておく必要があるのではないかと。
- ・ 現在の臨床研修制度導入以降、少子高齢社会、在宅や認知症などがこれまで以上にクローズアップされており、また、三次救急の病院等に患者が集中し疲弊してきており、これらの問題に適切に対応できる医師の育成が社会から求められている。
- ・ 国民のニーズに応えられる医師の養成が重要であり、臨床研修では、どの分野にも共通する基本的な部分（ベース）はおさえておく必要がある。その意味でも、現在の基本理念は外すべきではないのではないかと。
- ・ 本来、医師は、一生勉強を続けていくべきであり、どこかがそれをシステムとして担保しておく必要がある。臨床研修は、そのようなシステムの入口であるという意識を持つ必要がある。
- ・ 見直しを議論するにあたっては、臨床研修制度ができた発端を念頭に置く必要がある。
- ・ 臨床研修制度の導入が、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を低下させた、また、研修医が都市部へ集中する傾向があるといった問題を、前回の見直しでは十分に解決できなかったのではないかと。
- ・ 医師の偏在は大きな問題であるが、地域枠の設定や地域医療支援センターの設置など都道府県内に定着を図っていく取組が行われており、また、専門医の在り方についても別途検討されている。このような状況の下で、臨床研修制度は、基本的には現在行われている方向で検討することが適当ではないかと。
- ・ 臨床研修制度の導入により地域偏在が加速したという意見を否定するものではないが、だからといって、臨床研修制度自体が悪いとは言えないのではないかと。
- ・ ストレート研修によって非常に専門に特化した医師が増え、日本の医療が少し偏っているのではないかと指摘があつて臨床研修制度が始まった。また、研修病院の選択度が高まったことにより、研修医が都市部に偏在していることも事実だと思うが、以前のような大学による派遣体制が世界標準という訳でもない。これらの状況を踏まえた上で、具体的な方策を考えていく必要があるのではないかと。
- ・ 必要に応じて、関係者からヒアリングする必要があるのではないかと。
- ・ 施行通知の基本理念にある「プライマリ・ケア」という言葉は、診療科等によって意味も変わってくるため、全身管理がきちんとできる、しっかりとした診療、判断ができるような能力を持つと

というような定義づけが必要ではないか

- ・コミュニケーション能力という部分も必要ではないか。
- ・現在の文章も「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」「医師としての人格のかん養」とあるので、全体を概ねカバーしているのではないか。
- ・理念としては、「プライマリ・ケア」よりは「ファーストエイド」がふさわしいが、いずれにしてもこれらの言葉がないほうがすっきりするのではないか。
- ・施行通知の基本理念には、「基本的な診療能力(態度・技能・知識)を身に付けるもの」とあるが、この( )書き部分も到達目標で議論すべきことなので、基本理念からは落とした方がすっきりするのではないか。
- ・前回改正の経緯等についてはきちんと検証が必要ではないか。
- ・「プライマリ・ケア」という言葉は医療界に定着しているため、見直すに当たっては慎重な議論が必要ではないか。
- ・現在の臨床研修は、ミニマムエッセシャルであるが、それができればいいという風潮があり、それを打破するようなコンセプトを打ち出さないと、研究医はもとより、地域の医療や高度の医療を支える臨床医もいなくなってくる恐れがあるのではないか。

## 2) 到達目標とその評価

- ・臨床研修の2年間は、そもそも「病気」とは何なのかという基本を学ぶべきものという視点が重要ではないか。また、研修修了時に、何が達成できたのかの評価が重要ではないか。ただし、研修制度の見直しの中で医師の配置の話をどこまですべきかを考えるのは非常に難しい。
- ・到達目標の具体的項目については、この部会とは別にワーキンググループをつくって検討し、次期見直し時にこだわらず、少しずつ手直ししていくというやり方がいいのではないか。
- ・基本的な診療能力を身に付けるためには、全身管理、緊急かどうかを判断できるトリアージが重要であるため、大事なところを重点的に研修するという到達目標とするのがいいのではないか。
- ・現状は、評価手法、評価システムが各病院で違うため、標準化、統一化が必要ではないか。
- ・医学部の時のC B Tなどの共用試験と、国家試験と、臨床研修の到達目標は、ほぼ同じ内容であるため、臨床研修でどこの科にも属さずローテーションするならまた同じことをやるのかということで外の病院に出ようかと思うのもある意味当然である。そうすると(将来のキャリアに対する)指導者のいない医師になってしまう。
- ・調査によっては、決められたプログラムを修了していないところもある可能性があることから、到達目標の達成については、より厳密な評価を行うべき。

### 3) 臨床研修全体の研修期間

- ・質が担保できれば、何年間かの間に到達目標を達成するようなフレキシビリティのある仕組み、期間についても自分で選べる仕組みの導入が必要ではないか。
- ・将来の日本のためにどのような医師を養成するかということは極めて難しい議論であり、極めて優れたスペシャリストを養成するという観点と、ジェネラリストを沢山養成するという観点では相当違ったものとなってくる。臨床研修期間についても、短くという意見もあれば、2年間必要という意見もあるが、現行制度でも、弾力化により、かなりフレキシビリティを持たせたプログラムの提供が可能である。今後とも議論をしていかないといけない。
- ・卒前に臨床研修医と同レベルに育成できるという考えには違和感がある。免許を取って責任をもって行うことと学生とでは差があると思う。ただ、卒前教育が充実すれば、卒後臨床研修の質を更に高くすることができるのではないか。

## 2. 基幹型臨床研修病院の指定基準について

### 1) 研修プログラム

#### 研修診療科

- ・今回の制度の見直しにあたっては、前回（平成21年度）の見直しの評価をしたうえで議論する必要がある。例えば、前回の見直しによりプログラムの弾力化なども行ったが、結果的に大学に行く研修医は増えなかった。
- ・現在は、マニュアル化されていて患者の気持ちが分からない医師が出てきたという面もあり、精神科の研修が足りないことによるものであるため、精神科を必修科目に戻すべきである。
- ・麻酔科は、挿管だけでなく全身管理を経験できる研修に最適な場であり、必修科目とすべきである。
- ・外科の本質は外傷を受けた患者の全身管理であり、それは研修として学ぶべきであり、外科を必修科目とすべき。
- ・現在の弾力化プログラムの自由選択期間について、細切れにいろいろな科をまわるより、専門とする志望科目を決めて早めに専門的な研修を始めた方がいいのではないか。
- ・卒前の医学部教育を充実させたとしても、医師免許を取得してから行う医療は少し意味が違い、ラーニングスピードもかなりの差があるため、卒後研修で行うことは重要である。
- ・細切れのローテーションだと人間関係が希薄になり、必要な胆力を伝えられるメンターを見つけることが難しくなっている。
- ・将来、専門医を目指す人のコースと別のジェネラルなコースをはっきり分けた方がいいのではないか。

- ・診療科という考え方ではなく、基本理念、到達目標を達成するため、全身管理やトリアージというかきちんとした臨症的な判断ができるような症例を経験するという考え方がいいのではないか。その症例を経験するのは何科であってもよいし、複数の科が連動して教育するという点でもいいのではないか。
- ・現在行われている手術の麻酔件数のうち、麻酔科医がコントロールしているのは6割ほど。麻酔科医は約6,000人なので、5割増し位で麻酔科医が必要だと考えている。
- ・2年間の期間が変わらないのであれば、小児科を必修とすべき。また、今後、卒前教育の中で小児科の臨床実習が充実していくこととなると、臨床研修については旧来のストレート方式が可能ではないか。
- ・臨床研修の基本理念に鑑みると、女性固有の生理的、肉体的、精神的変化を理解し、特に若い女性に多い疾患について一定の診療能力を身に付けるため、産婦人科の研修は重要である。
- ・地球環境が変化中、次世代に及ぼす影響について、小児科と協力のうえ、子供の成長を胎児から連続にみていくような研修プログラムも必要ではないか。
- ・卒前教育での実習の充実も大変重要であるが、産婦人科は、医師免許を持っていない学生が関与しにくい面があり、免許取得後の研修が重要ではないか。
- ・精神疾患については、自殺対策や認知症の精神症状など一般科も総合失調症も含めた精神疾患に直面しなければならない状況であり、研修医が精神科の研修を行うべき。
- ・精神疾患への対応は、研修というより、精神科とそれ以外の科とがどう診療連携していくかについて、どう教育していくことかということではないか。
- ・医学部5,6年次と2年間の臨床研修とのトータル4年間でプライマリ・ケア能力の修得を目指すこととし、臨床研修は、内科、救急医療、地域医療（小児医療、高齢者医療を含む）、精神医療を必修とし、2年目は将来専門としたい診療科を中心に研修を行う仕組みとすべき。
- ・基本理念と到達目標が以前と同様である以上、それを達成するためには、弾力化する前のプログラムに戻した方がより望ましいのではないか。
- ・現場の例でいうと、できるだけ多くの診療科を経験してもらいたいと思う一方、自分が進むべき道を見極めるための研修をいう意見もあるため、ある程度、自由に選択できるプログラムとしてるところがある。その結果としては、多くの診療科を経験しているようだ。

### 各研修診療科の研修期間

- ・麻酔科を必修科目とする場合は、最低3ヶ月は必要だと考える。
- ・外科を必修科目とする場合は、少なくとも3ヶ月は必要だと考える。
- ・小児科を必修科目とする場合は、最低2ヶ月、できれば3ヶ月は必要だと考える。
- ・産婦人科を必修科目とする場合は、研修1年目に少なくとも1ヶ月は必要だと考える。
- ・精神科を必修科目とする場合は、少なくとも1ヶ月程度は必要だと考える。

## 2) 必要な症例

- ・プライマリケアや診断能力を高めるためには、現在の指定基準にあるような必要な症例数という数の話ではなく、研修医が、様々な病気を様々なフェーズで診られるような状況を作ることが重要ではないか。
- ・研修病院については、小さな病院でも熱心な指導者がいるところもあるが、一般論としては、700床程度以上の病院であれば症例数を確保できるのではないか。
- ・現在でも3,000人未満の病院へ訪問調査を行っており、概ね問題ないという結果ではなかったか。
- ・現在の訪問調査は、既指定の基幹型臨床研修病院に対するものであり、新規の病院に関するデータはないのではないか。
- ・数の議論よりも、研修の質を上げるための仕組みの議論をすべきである。例えば、複数診療科がチームとして協力できる体制とすることや、複数病院がしっかりと病院群を形成することが重要である。
- ・訪問調査により個々の病院を評価することが有効ではないか。
- ・現在は、3,000人以上いる病院には訪問調査は入っておらず、また、外部評価システムも確立されていない。指定基準は、第三者の評価と併せて議論すべき。
- ・仮に3,000人以上であったとしてもそれだけで良しとするのではなく、何らかのチェック・評価は必要ではないか。
- ・3,000人という数字が合理的かどうかは議論があるが、何らかの数の基準は必要ではないか。仮に3,000人を基準とするにしても、訪問調査は3,000人未満だけを対象とするのでは不十分である。
- ・入院患者数で割りきれものではないため、研修内容、研修の質を評価した上で、内容に基づいて指定基準を考える必要があるのではないか。

## 3) 指導・管理体制

- ・現在の臨床研修は、様々なところをローテーションするため、ヒューマンコンタクトが希薄になっている。どこかが長期にわたって責任をもって育てるようなシステムを作る必要がある。
- ・臨床研修制度上は、責任をもって研修を行うためのプログラム責任者という役割が位置付けられており、このような仕組みを成熟させていく必要がある。
- ・以前は、大学の医局で医師個人のキャリア形成を支援していたが、現制度が導入されて研修病院を自由に選べるようになったことで、帰学者以外は、キャリア形成支援に責任を持つ人がいなくなった。

- ・将来的には、現在の都道府県の地域医療対策協議会や地域医療支援センター等を充実・統合し、臨床研修後の就業先、その後の異動や配置についても継続してキャリア形成支援を行うシステムが必要ではないか。
- ・かつては、まずは大学の医局に所属するものだという意識があったが、現在は医師になったら所属は完全に自由だと考える人が増えている。
- ・指導医はもちろんのこと、今まで以上にきちんとしたプログラム責任者を養成する必要。
- ・現場の例でいうと、小さな病院では診療科同士が仲が良く、研修医がある診療科をまわっている間に、他科の先生達もその教育に大きく関与してもらっているということも現実に行われている。
- ・臨床研修病院における、研修教育体制、研究への支援体制、事務処理体制の整備充実のための財政支援が望まれる。
- ・プログラム責任者講習会の受講についても、例えば努力義務などとしていくべきである。

#### **4) 募集定員の設定**

##### **募集定員の設定方法**

- ・地方で研修医が増えているといっても、循環型でまわっているのではなく、研修病院にいるだけで、学会や研修会などにも参加しないという人が増えている。
- ・研修希望者は出身大学を通じて研修病院を調整・選定するとともに、各都道府県ごとに関係者からなる合議体を設置して、全国ベースで研修希望者数と概ね一致するような募集定員を設定するシステムを構築すべきである。
- ・激変緩和措置については、予定どおり廃止すべき。
- ・都道府県別の募集定員の上限については、人口の分布や高齢者などを勘案したスキームで、漸次、定員と受入実績の差を縮めていく必要があるのではないか。
- ・都道府県上限の設定の際、高齢者の人口や人口当たりの医師数なども加味することも検討すべきではないか。
- ・全体の研修希望者数と募集定員の差については、あまり差を縮めてしまうと、アンマッチの数が多くなるという問題が生じる恐れがあるため、慎重な検討が必要ではないか。
- ・都市部の都道府県上限を更に削減することについては、都市部としての役割もあることから、慎重に検討する必要がある。
- ・地域偏在の観点からは、激変緩和措置の廃止に加えて何らかの工夫をすることで、例えば 1.1 倍程度となるように募集定員を減らしていかなければ実効性がないのではないか。
- ・地域のよっては、激変緩和措置を廃止した場合の影響が大きい。例えば京都府では、必修化前と比べ、研修医数が 51%も減少する。

- ・大学病院は県内外に多くの医師を派遣しており、激変緩和措置の廃止により募集定員が減ると、これらの医師派遣能力が低下し、地域医療に影響が出るため、現行の医師派遣加算の算定方法の見直しが必要ではないか。
- ・特に都市部の大学では、県外や医師不足地域も含め、多数の医師派遣を行っており、募集定員の設定に際しては、このようなことへの再評価が必要ではないか。
- ・激変緩和措置の廃止により研修医数が減ることになると、大学の活性化に影響し、未来を担う医療者や医学者、国際的な研究者のレベルを保つことが難しくなるため、特に国際的な医学研究を行う大学の定員には何らかの配慮が必要ではないか。
- ・医師不足の県では、様々な取り組みを行っており、例えば、大学の県内定着枠やいわゆる地域枠なども含め、今後、県内で臨床研修を開始する者が増加することが見込まれることから、地域に配慮した募集定員の設定が必要ではないか。
- ・都市部の大学病院は、地方出身者より都市部出身者の割合が多い一方で、研修の一環として、研修医を県外や医師不足地域の協力病院に送り出しており、このような取り組みへの配慮も必要ではないか。
- ・小児科・産科特例プログラムについては、現場での感覚では小児科志望者数の増加に一定の効果があるように思う。産科医療機関の現状はまだ厳しく、この特例措置の評価を十分に行う必要があり、廃止の判断をするには時期尚早ではないか。
- ・小児科・産科特例プログラムについて、現行では、小児科・産科は選択必修科目であり、7科必修にするかも含め、今後の研修科目をどうするかという点と併せて議論する必要がある。

## 地域枠への対応

- ・地域枠も様々なタイプがあるが、その取扱いについて、きちんと設計しておく必要があるのではないか。
- ・地域枠の学生も、基本的にはマッチングの枠内とすべき。ただし、都道府県内で微調整できる仕組みの検討が必要ではないか。
- ・地域枠をマッチングから外すこととすると、様々な意味でのクオリティ・コントロールができなくなるのではないか。
- ・いわゆる地域枠の学生は、自治医大生とは異なり、一般学生と同じ内容の教育を受けており、卒後の進路のところだけマッチングから外して固定すると、どうしても競争原理が働かなくなるため、少なくとも県内では一般学生との競争は必要ではないか。
- ・地域枠を設定している多くの県では、フルマッチはほとんどないため、ある病院にはマッチしなくても、県内の他の病院へは行けるはずであり、そういう意味では、地域枠の学生もマッチングの枠内として一定の競争はさせるべきではないか。

- ・いわゆる地域枠に配慮した募集定員の設定、特に多数の地域枠学生が当該地域で確実に研修を行うことができるような制度設計が必要ではないか。
- ・いわゆる地域枠は、各都道府県がそれぞれ独自のルールを設定しているため、臨床研修制度の中で、全国統一の取り扱いを行うのは困難ではないか。
- ・大学医学部の入学定員は、地域枠を中心に増加しており、今後、相当数の学生が卒業してくるが、実際の具体的な影響は現時点では不明であるため、漸次、その効果を検証し、臨床研修制度との関係も検討していくこととしてはどうか。

## 5) 研修医の処遇等の確保

- ・制度導入後、研修医の身分や意識が変わり、待遇もかなり良くなった。他方、指導医や大学医局との関係、いわゆる師弟関係の醸成が十分にできなくなった面もある。
- ・研修医は労働力ではないと言われるが、実際の現場では、研修医の立場について、様々が意見がある。
- ・研修医を労働者として位置づけたことが、足かせになっている面があるのではないか。例えば、当直の翌日に仕事をするなどとは医師としては当たり前のことではないか。
- ・今の学生は、手間のかかる診療科を敬遠する傾向がある。研修医として、先輩より処遇が良く、先輩より早く帰れるなど、医師としてのモラルを壊してしまった。後期研修で大学に残っても、学位の取得の気運は低下している。今のままだと、屋根瓦方式もなくなり、困難事例も知らず、恩師のいない教育となり、フローティングの医師が更に増加し、日本の医療が衰退してしまう。人に誠意を尽くす仕事だという原点に戻る必要がある。
- ・小さな病院でも、医局員や研修医、事務職員、他のスタッフの集まる場所をワンフロアに配置し、研修医が研修の合間に様々な職種と交流することで、診療内容だけでなく病院全体の仕組みや病院の活動そのものを理解してもらうような工夫をしている例もある。
- ・研修医の処遇について、臨床研修制度上で具体的に給与を制限することは難しいと思うが、例えば、現在、一定額以上の病院へは補助金を一部削減する仕組みがあり、これをもう少し厳しくしてもいいのではないか。

## 6) その他

### **臨床研修病院群の形成**

- ・臨床研修病院群の形成は重要な課題であるが、現在、例えば、隣の病院との2病院だけで群といっているものや、協力病院が全国にまたがっているものなど様々であり、議論が必要ではないか。



- ・例えば、リハビリの病院や在宅クリニックと連携し、訪問診療や看取りなどの在宅での研修も重視している病院もある。
- ・地域や病院の規模というよりも、どのような内容の病院群であるかが重要であり、例えば、第三者評価などで、病院群全体の研修体制として評価していくことが大切ではないか。
- ・現在は病院の機能が分化しており、大学病院、地域の中核病院、地域の病院ではそれぞれ診る患者が異なる。様々な症例を経験させるためには、様々な機能の病院をミックスした病院群とすべきであり、そのことを外形基準とする必要があるのではないか。
- ・大学と臨床研修病院は、臨床研修とそれに続く後期研修に関して、プログラムを共有できる体制、臨床と研究、臨床と教育を行き来できる体制が作れるようにすべき。
- ・今後、高齢化がますます進み、限られた医療資源を効率的に運用することや、たとえ専門医であっても広い視野を持って関連分野を理解することなどが求められるため、臨床研修の段階から、大学病院、地域の中核病院、診療所などで様々な経験をすることが非常に重要ではないか。
- ・現在は、およそ4分の1程度の医師は大学と関わらず個人で専門研修を行っていると予想され、また、全体の4割が女性医師ということに鑑みれば、個人の立場で一貫してキャリアを作り続けていくことは非常に難しいと思われる。そのためにも病院群の形成が重要であり、大学と地域病院が協力していくことを促す仕組みが必要ではないか。
- ・臨床研修病院の中には、例えば、大学から指導医を派遣してもらわず、研修医も非入局で採用しながらも、大学と情報共有をはじめ協調して上手くやっている病院もある。

### 第三者評価

- ・第三者による評価をどのようにしていくかについても念頭に置いて議論する必要があるのではないか。
- ・第三者評価については、義務付けはしないまでも何らかの条件の1つとすべきではないか。
- ・第三者評価については、まずは、現在よりも強い意味での努力目標とし、最終的には、研修病院に第三者評価を義務付ける方向とすべきではないか。

### 都道府県の役割

- ・都道府県の役割について議論する必要がある。
- ・現在でも都道府県には、募集定員を調整する役割があるが、実際には、大学をはじめ関係者の信頼関係が十分ないと機能しないため、もう少し、その役割を担保する仕組みが必要ではないか。
- ・地域枠をはじめ、各地域の事情は都道府県によって様々なため、現在の地域協議会の権限を強化し、県内における調整機能を高める必要があるのではないか。

## 制度運用上の問題

- ・指導医講習会は、研修病院としての指定前に受講していることが必須ではないか。

### 3 . 中断及び再開、修了について

- ・中断者、特に女性の中断者の扱いについて丁寧に議論する必要がある。
- ・女性医師への対応、妊娠、出産後の育児のサポート等は大変重要である。
- ・出産等に関連して、現在の休止期間（90日）との関係も議論が必要ではないか。
- ・研究医との関係も踏まえると、中断を積極的に行う場合を想定し、一定期間は基礎研究へ行って再び研修に戻って来ることができるような制度設計も考える必要があるのではないか。
- ・中断に関連して、ローテーションで環境が変わるときに、適応しやすい人と全く適応できない人がいる。環境に適応できない人が必ずしも医師に向かないという訳ではないため、何らかの検討が必要ではないか。
- ・中断に関して、一般の疾病等と妊娠・出産は、別の取り扱いとすべきではないか。
- ・育児のための保育所の問題で中断していることがあるとすれば、サポート体制が必要ではないか。
- ・メンタルヘルスに関して、プログラム責任者をはじめとしたフォロー体制が必要であり、その責務を明示し、そのための講習会等の受講を促す仕組みが必要ではないか。
- ・メンタルヘルス等での中断が起こった場合に、各地域でその後をフォローする病院を指定しておくなどの仕組みづくりが必要ではないか。

### 4 . その他

#### 1 ) 地域医療の安定的確保

<再掲>

- ・臨床研修制度の導入が、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を低下させた、また、研修医が都市部へ集中する傾向があるといった問題を、前回の見直しでは十分に解決できなかったのではないか。
- ・医師の偏在は大きな問題であるが、地域枠の設定や地域医療支援センターの設置など都道府県内に定着を図っていく取組が行われており、また、専門医の在り方についても別途検討されている。

このような状況の下で、臨床研修制度は、基本的には現在行われている方向で検討することが適当ではないか。

- ・臨床研修制度の導入により地域偏在が加速したという意見を否定するものではないが、だからといって、臨床研修制度自体が悪いとは言えないのではないか。
- ・ストレート研修によって非常に専門に特化した医師が増え、日本の医療が少し偏っているのではないかという指摘があつて臨床研修制度が始まった。また、研修病院の選択度が高まったことにより、研修医が都市部に偏在していることも事実だと思うが、以前のような大学による派遣体制が世界標準という訳でもない。これらの状況を踏まえた上で、具体的な方策を考えていく必要があるのではないか。
- ・医学部の時のC B Tなどの共用試験と、国家試験と、臨床研修の到達目標は、ほぼ同じ内容であるため、臨床研修でどこの科にも属さずローテーションするならまた同じことをやるのかということで外の病院に出ようかと思うのもある意味当然である。そうすると（将来のキャリアに対する）指導者のいない医師になってしまう。
- ・地方で研修医が増えているといっても、循環型でまわっているのではなく、研修病院にいて、学会や研修会などにも参加しないという人が増えている。
- ・今の学生は、手間のかかる診療科を敬遠する傾向がある。臨床研修で、最初から先輩より高い給与をもらい、先輩より早く帰れるということで、医師としてのモラルを壊してしまった。後期研修で大学に残っても、学位の取得の気運は低下している。今のままだと、屋根瓦方式もなくなり、困難事例も知らず、恩師のいない教育となり、フローティングの医師が更に増加し、日本の医療が衰退してしまう。人に誠意を尽くす仕事だという原点に戻る必要がある。
- ・研修医の将来のキャリアへの円滑な接続を図るため、卒前・卒後のシームレスな医師養成を目指し、医学部教育を更に充実させ、募集定員及び研修病院の在り方を見直す必要がある。現在は、卒後に一度切れてしまうため、大学病院から地域へ医師派遣し養成していくという循環型がいいのではないか。
- ・現在行われている手術の麻酔件数のうち、麻酔科医がコントロールしているのは6割ほど。麻酔科医は約6,000人なので、5割増し位で麻酔科医が必要だと考えている。
- ・研修希望者は出身大学を通じて研修病院を調整・選定するとともに、各都道府県ごとに関係者からなる合議体を設置して、全国ベースで研修希望者数と概ね一致するような募集定員を設定するシステムを構築すべきである。
- ・将来的には、現在の都道府県の地域医療対策協議会や地域医療支援センター等を充実・統合し、臨床研修後の就業先、その後の異動や配置についても継続してキャリア形成支援を行うシステムが必要ではないか。
- ・激変緩和措置については、予定どおり廃止すべき。
- ・都道府県別の募集定員の上限については、人口の分布や高齢者などを勘案したスキームで、漸次、定員と受入実績の差を縮めていく必要があるのではないか。
- ・都道府県上限の設定の際、高齢者の人口や人口当たりの医師数なども加味することも検討すべきではないか。

- ・全体の研修希望者数と募集定員の差については、あまり差を縮めてしまうと、アンマッチの数が多くなるという問題が生じる恐れがあるため、慎重な検討が必要ではないか。
- ・都市部の都道府県上限を更に削減することについては、都市部としての役割もあることから、慎重に検討する必要がある。
- ・地域偏在の観点からは、激変緩和措置の廃止に加えて何らかの工夫をすることで、例えば 1.1 倍程度となるように募集定員を減らしていかなければ実効性がないのではないか。
- ・地域枠の学生も、基本的にはマッチングの枠内とすべき。ただし、都道府県内で微調整できる仕組みの検討が必要ではないか。
- ・地域枠をマッチングのから外すこととすると、様々な意味でのクオリティ・コントロールができなくなるのではないか。
- ・いわゆる地域枠の学生は、自治医大生とは異なり、一般学生と同じ内容の教育を受けており、卒後の進路のところだけマッチングから外して固定すると、どうしても競争原理が働かなくなるため、少なくとも県内では一般学生との競争は必要ではないか。
- ・地域枠を設定している多くの県では、フルマッチはほとんどないため、ある病院にはマッチしなくても、県内の他の病院へは行けるはずであり、そういう意味では、地域枠の学生もマッチングの枠内として一定の競争はさせるべきではないか。
- ・例えば、リハビリの病院や在宅クリニックと連携し、訪問診療や看取りなどの在宅での研修も重視している病院もある。
- ・地域や病院の規模というよりも、どのような内容の病院群であるかが重要であり、例えば、第三者評価などで、病院群全体の研修体制として評価していくことが大切ではないか。
- ・現在は病院の機能が分化しており、大学病院、地域の中核病院、地域の病院ではそれぞれ診る患者が異なる。様々な症例を経験させるためには、様々な機能の病院をミックスした病院群とすべきであり、そのことを外形基準とする必要があるのではないか。
- ・大学病院は県内外に多くの医師を派遣しており、激変緩和措置の廃止により募集定員が減ると、これらの医師派遣能力が低下し、地域医療に影響が出るため、現行の医師派遣加算の算定方法の見直しが必要ではないか。
- ・特に都市部の大学では、県外や医師不足地域も含め、多数の医師派遣を行っており、募集定員の設定に際しては、このようなことへの再評価が必要ではないか。
- ・医師不足の県では、様々な取り組みを行っており、例えば、大学の県内定着枠やいわゆる地域枠なども含め、今後、県内で臨床研修を開始する者が増加することが見込まれることから、地域に配慮した募集定員の設定が必要ではないか。
- ・いわゆる地域枠は、各都道府県がそれぞれ独自ルールを設定しているため、臨床研修制度の中で、全国統一の取り扱いを行うのは困難ではないか。
- ・大学医学部の入学定員は、地域枠を中心に増加しており、今後、相当数の学生が卒業してくるが、実際の具体的な影響は現時点では不明であるため、漸次、その効果を検証し、臨床研修制度との関係も検討していくこととしてはどうか。

## 2) 研究医養成との関係

- ・現在の問題は、基礎医学に進む人はそれなりにいるが、医師免許を持った人が少ないというもの。研究マインドを持ち続けるモチベーションが大切であり、そのためには、卒前教育、臨床実習を充実し、臨床研修研修で行うことを卒前にできれば、卒後はなるべく研究も含めた各専門分野でのマッチングを行うというようなシステムに変えていくべきではないか。あるいは、臨床研修を行うにしても、自由度を上げるべき。ローテーションで地域も含めしっかり回る人もいれば、基礎研究に行きたければそれが可能となるような行ったり来たりできるバリエーションを用意しておく必要があるのではないか。
- ・基礎医学へ進んだ人への処遇の改善や、どのようなルートで研究の道へ進んできてもその人をきちんとした立場に置いてあげることができる仕組みづくりということも重要ではないか。
- ・臨床研修との関係では、もう少し弾力化してもいいではないか。研究医プログラムというようなものがあっても良いのではないか。
- ・真理を探究しようとする内発的な動機というのは、外で決められて枠組みによってではなく、その人のキャリアの中で突然起こってくるものであるため、その時にきちんと選択できるようにすることが重要ではないか。
- ・臨床研修制度が、研究医の育成に大きな影響を与えていることは否定できない。研修で医療の現場に立つ間に研究マインドが薄れてきてしまうため、臨床研修制度にある程度の自由度は必要ではないか。
- ・臨床研修制度との関係でいえば、基礎研究に進んでも全員が教授等になれる訳ではなく、途中で方向転換して病院勤務や開業を考える人もいるが、臨床研修を修了していなければその管理者となることができないという規定があることがネックとなっているのではないか。
- ・現在、大学に設けられている入学時の研究医枠の学生がどのように進んでいくかをきちんとフォローしていく必要がある。
- ・基礎医学系大学院入学者に占める医師の割合は以前から低下傾向にあり、臨床研修必修化によって急激に下がったものではないため、臨床研修と研究医の問題は分けて考えるべき。
- ・現在は研究のレベルが非常に高くなっており、外の病院で何年か働いてから研究を始めるというのは現実的に難しくなっている。ただし、今の大学はどんな方でも受け入れる体制にはなっている。また、以前、臨床系から基礎系の教授になっていた頃は、臨床における研究レベルが非常に高かったが、現在は、基礎系、臨床系双方が枯渇してきている。これらを踏まえれば、基礎研究者を育てるなんらかのコースを意図的に考える必要があるのではないか。
- ・研究医の養成は喫緊の課題であることを踏まえれば、行き来できる仕組み、すなわち、臨床研修を大学における単位制のようなものとして、有効期間を設定しておくという考えもあろうかと思うが、臨床研修は臨床医が備えるべき基本的診療能力の獲得が目的であり、極めて優れた人をこの制

度で養成するということは想定していないため、これは将来に向けての引き続きの課題としてはどうか。

### 3) 関連する医学教育等

- ・現在は、医学部でのC B T、国家試験及び臨床研修の到達目標の内容が同じで、ある意味、同じ評価が3回行われている。卒前教育との連動、臨床研修後の生涯教育との連動についても議論が必要ではないか。
- ・大学の麻酔科での教育でも、学生と初期研修医と後期研修医と同じことをするというのが現実であり、もう少し工夫ができるのではないか。
- ・研修医の将来のキャリアへの円滑な接続を図るため、卒前・卒後のシームレスな医師養成を目指し、医学部教育を更に充実させ、募集定員及び研修病院の在り方を見直す必要がある。現在は、卒後に一度切れてしまうため、大学病院から地域へ医師派遣し養成していくという循環型がいいのではないか。
- ・国家試験改革は必要ではあるが、医師として知識も持つておく必要があり、臨床実習は重要ではあるが、その知識のレベルを落とすと医療のレベルも落ちていくことにならないか。
- ・医学部4年終了時に試験を課し、何らかの資格を与えたうえで、5,6年次に診療参加型臨床実習を行う。6年次の国家試験は、5,6年次の実習で習得した医学的知識や技能に基づいた適切な臨床推論を行えるかを評価するものとしてはどうか。
- ・臨床研修制度が施行され10年を向かえようとしている。現在、大学における医学教育が大きく変わってきており、臨床実習等が充実してきている。また、医師の生涯学習という観点も踏まえる必要もあり、臨床研修の必要性も含めた医師養成の全体像を議論していくことが重要ではないか。
- ・卒前教育、国家試験、臨床研修とその後も含め、全てを連続させて考えていく必要がある。
- ・臨床研修だけを切り出して考えるには限界があり、もう少し高い視点で、どういう医師を養成していくべきなのかを考えた場合は、ある一定期間に勉強しておくべきことを定めそれを生涯にわたってチェックできるシステム作りが重要ではないか。
- ・今回の見直しの平成27年度から開始される臨床研修という観点では、時間的な制約もあり、基本的なフレームワークは維持していくこととなると考えられるが、現在行われている、卒前教育、国家試験、専門医に関する取り組みを踏まえて近い将来に総合的に勘案する必要があるのではないか。