

卒後臨床研修(必修化)に関する アンケート集計結果

出月康夫* 折茂 肇** 生涯教育課

研修医への質問と回答

研修医の自由意見

研修教育指導責任者への質問と回答

研修教育指導責任者の自由意見

調査の目的

平成12年11月に医師法の一部が改正され、平成16(2004)年4月1日から医師の臨床研修が「必修化」されることになった。診療に従事しようとする医師は、2年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院または厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならないこと、臨床研修を受けている医師は、研修に専念しなければならないことなどが決められている。

現在、必修化のための準備が進められているが、まだ具体的な姿は見えていない。いちばんの問題は、研修医の処遇(身分保障・経済保障)と、研修医を指導する側の受け入れ体制である。これらの条件が整備されない限り、必修化はしたけれど、かえって一層余裕のない劣悪な環境下で研修が行われ、良質な医療を望む国民の期待に応えられないことも危惧される。

次代を担う医師の養成は、将来の国民の健康に関わる大きな問題である。そこで今回、研修医の側から見た臨床研修の実態、指導者側の指

導体制の現状を把握するためにアンケート調査を行った。

調査の方法

調査対象

研修指導者側は2001年3月30日時点での臨床研修指定病院388、医学部・医科大学附属病院(分院含む)124、合計512施設の研修教育指導責任者を選んだ。一方、研修医側は研修医名簿のようなものが存在しないため、医学中央雑誌による検索では、特定の大学卒業者などを対象とした調査が多く、全国的な調査を見つけることができなかった。全日本医学生自治会連合の調査が新聞紙上を賑わせたが、同じような対象にアンケートして屋上屋を重ねるのは避けた。今回の調査では日本医師会会員名簿の中から、2000年度および2001年度の医学部・医科大学卒業者510名を、おそらく臨床研修を受けているのではないかと想定して抽出した。ただし大学附属病院に所属する者が多かったため、研修指定病院から50病院を無作為に選び、研修教育指導責任者にそれぞれ3名分の研修医

*いづき・やすお：東京大学名誉教授(外科)/**おりも・はじめ：東京都老人医療センター院長(老年病)

用アンケートを手渡していただくよう依頼した。したがって、研修医の調査対象者は合計 660 名となった。

調査期間

本誌の発行日の関係で、調査期間を平成 13 年 7 月 3 日～7 月 25 日とした。ただし、締め切り後到着した調査票も可能な限り集計に含めた。

回答率

研修教育指導責任者からは 512 名中 373 名 (73%)、研修医は転勤のため返送された 5 通を

除き 655 名中 143 名 (22%) の回答を得た。研修教育指導責任者の所属機関は国公立大学附属病院 17%、私立大学附属病院 13%、臨床研修指定病院 70%、また臨床経験年数は 30～39 年が 48%、20～29 年 38% と大半が 20 年以上の経験をもち、20 年以下は 10% に満たなかった。役職は副院長が 41% で最も多く、以下、部長 32%、病院長 12%、科長 7%、その他となっている。一方、研修医の所属機関の内訳は、国公立大学附属病院 36%、私立大学附属病院 16%、臨床研修指定病院 45%、その他であった。

アンケート集計を読んで

アンケートの内容から読み取れる問題点は多岐にわたるが、以下の 3 点に集約されよう。

1. 研修医の側からみた問題点

①研修の内容について、現状では救急医療および診療所、老健などでのプライマリ・ケアについての研修が少なく、その重要性が指摘されている。

②待遇について、現状では身分保障が不十分であることが指摘されている。研修病院からの平均的収入は国公立大では 65% が月に 10～19 万円、私立大では 56% が 10 万円未満と、国公立大と私立大の格差が大で、私立大では 83% が生活のためにアルバイトをせざるをえない状況にある。アルバイト先は研修病院以外の施設が多く、不十分な教育のまま第一線の診療現場でアルバイトをしている実態が浮かび上がる。医療事故がいつ起こっても不思議ではない現状である。身分保障はこの臨床研修医制度の成功の鍵を握る最も重要なことで、国の財政援助がぜひとも必要である。優れた研修医を世に送り出すには研修医の評価が必要であるが、現状ではそのための評価委員会もなければ評価も行われていない。評価システムを作ることは必須と考える。

2. 研修指導医の側からみた問題点

研修指導医に一定の資格が必要であり、また指導医の身分、経済的保障が必要とする意見が多い。現状では指導医はいわばボランティアに近い形で次世代の育成に貢献しているようで、指導医の身分保障はぜひとも必要と考える。指導医の数と質も大きな問題である。多くの臨床研修病院では医師は日常の診療に忙殺され、研修医の教育に時間を十分割けないのが現状である。また、大学病院においても教育スタッフの数が少なく（欧米の大学病院に比し、5～10 分の 1）、十分な教育ができないとの意見が多い。指導医の質についてもこれを評価するシステムがない。

3. 研修病院の側からみた問題点

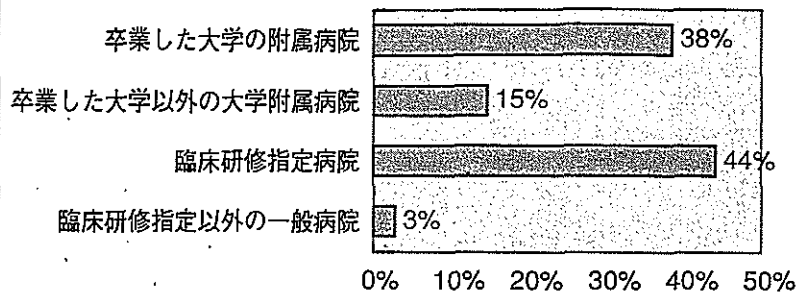
研修病院の側からは国の財政援助が必要 (70%)、研修医の身分や経済的保障が必要 (74%)、指導医の質と数の確保が必要 (47%) との意見が多かった。

いずれも至極当然の意見で、これらの問題が解決されない限り、臨床研修医制度は絵に描いた餅に終わるであろう。

(東京都老人医療センター 折茂 肇)

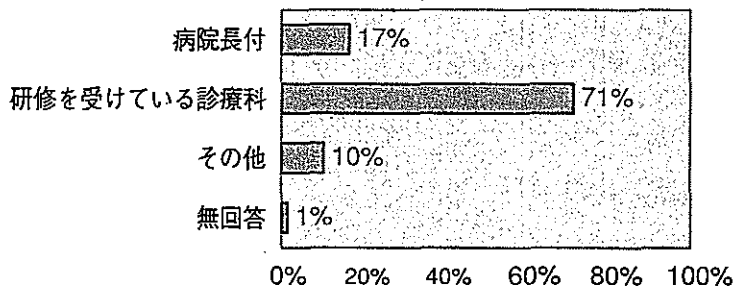
研修医への質問と回答

B 卒業後研修はどこで受けていますか



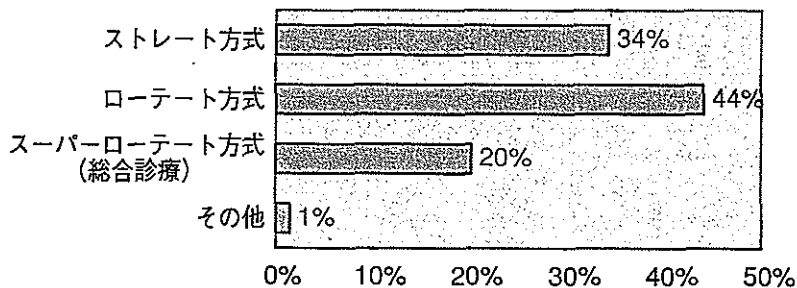
■ 設問「A」では卒業後臨床研修を受けているかどうかをたずねているが、回答者全員が受けていたので、図の表示を省略した。

C 研修中のあなたの所属先はどこですか



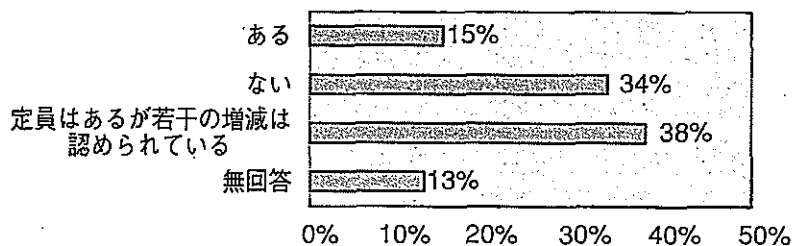
■ 「その他」の所属先としては、病院そのもの、将来所属する医局、総合診療科、あるいは教育研修部、レジデントセンターなどがあげられている。

D あなたが受けている研修方式は何ですか

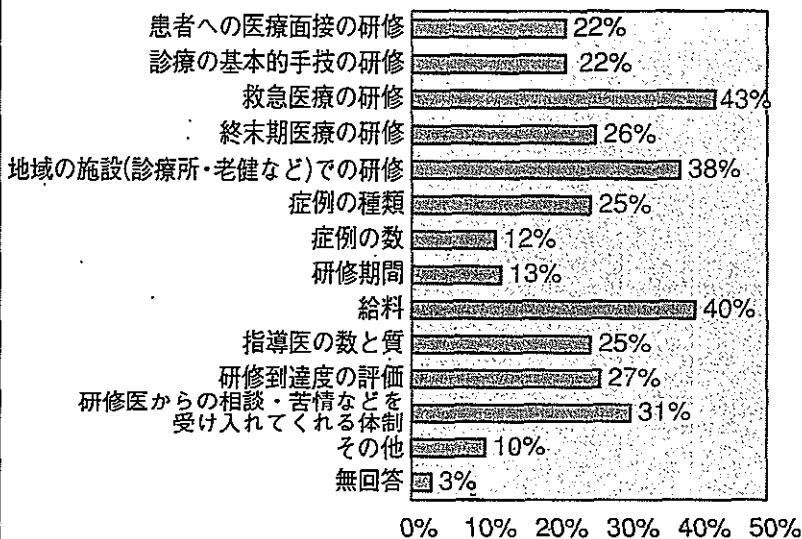


■ 研修方式は1年目と2年目とで違うことがあるが、現在受けている研修方式で分類した。

E (Dでローテート方式で研修を受けている方に) ロテーションする診療科にはそれぞれ定員がありますか



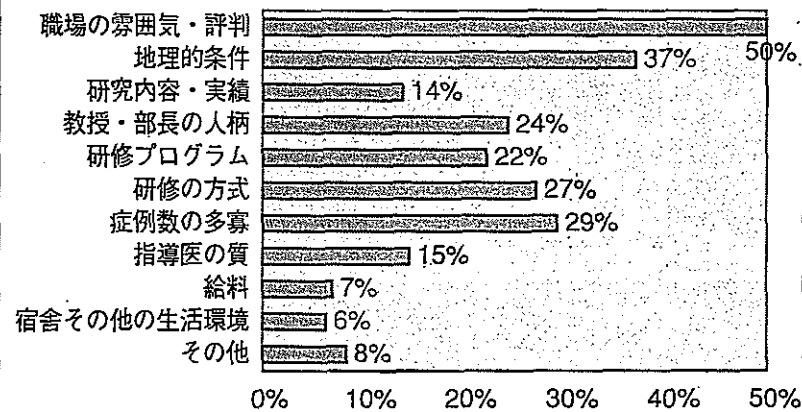
F あなたが受けている研修で不足していると思われるのは何ですか（複数回答）



■ 「その他」に、以下の研修内容が「不足している」としてあげられていた。

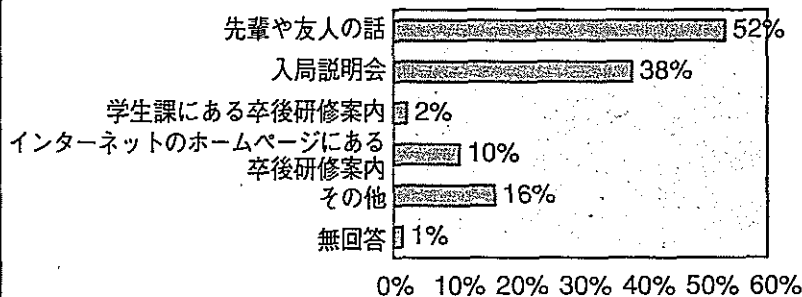
- ・倫理面の教育
 - ・保険制度や医事法に関する教育
 - ・プライマリ・ケアの研修
- 研修内容ではないが、
- ・カンファレンスがない
 - ・日常業務に追われテキストを読む時間がない
 - ・職場環境
 - ・評価のフィード・バック
 - ・スタッフの人数
- など、研修指導体制に関わるものも見られた。

G 研修病院を選択する際に何を重視しましたか（複数回答）



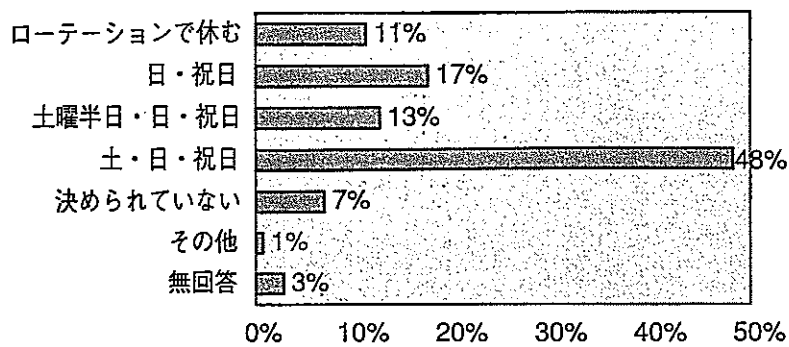
■ 「その他」には、「医局の人事により決められていて、選択権がない」という回答が多く見られた（7件）。

H 研修病院を決める際に利用した情報源は？（複数回答）



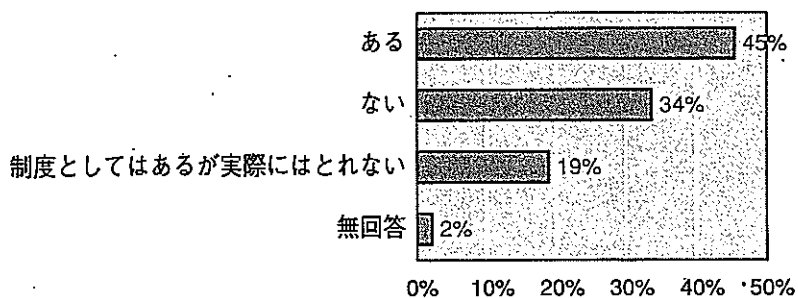
■ ここでも「その他」として、「選択権がない」という回答が見られる一方で、『臨床研修病院ガイドブック』を利用したり、「実習での経験」、「病院見学」、「直接話を聞きに行った」など、積極的姿勢も見られた。

I 病院で定められている休日はありますか

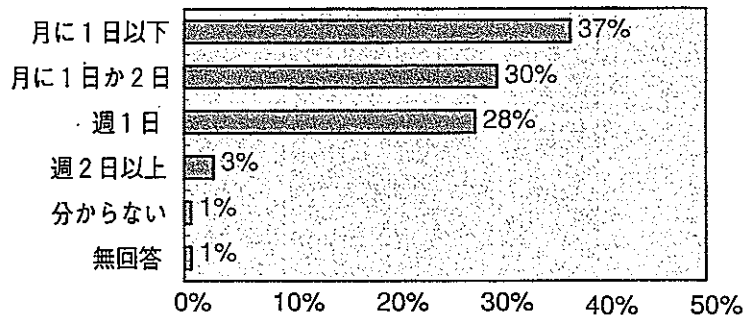


■ 制度としての休日はあっても、「設問K」の回答に見られるとおり、実際にとることのできる休日は「月に1日以下」(37%)か「月に1日か2日」(30%)程度。

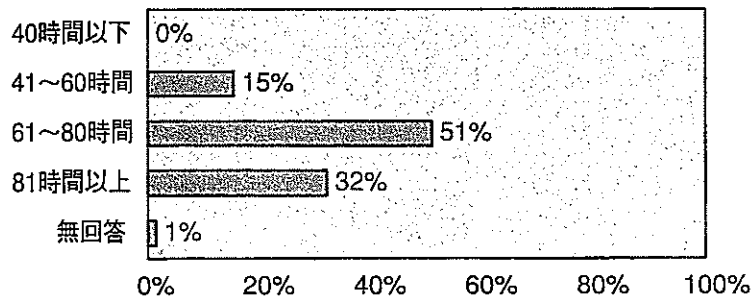
J 定休以外に有給休暇等の特別な休暇がありますか



K 実際には休日はおよそ何日とれますか

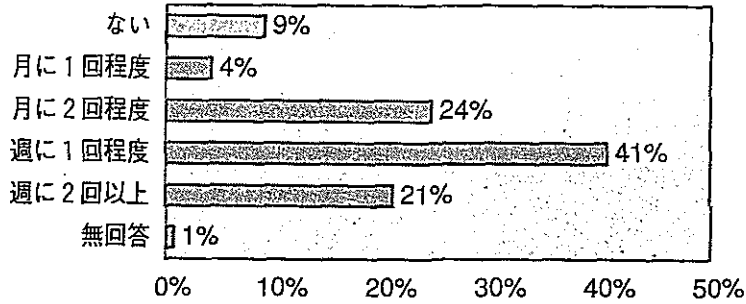


L 1週間の平均的勤務時間は約何時間ですか

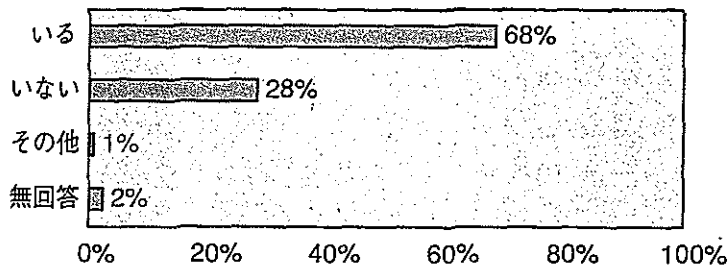


■ 週61時間以上勤務している者が83%を占める。最も長時間の勤務は、週112時間で、1日も休まないで1日16時間の勤務である。

M 当直はどの程度ありますか

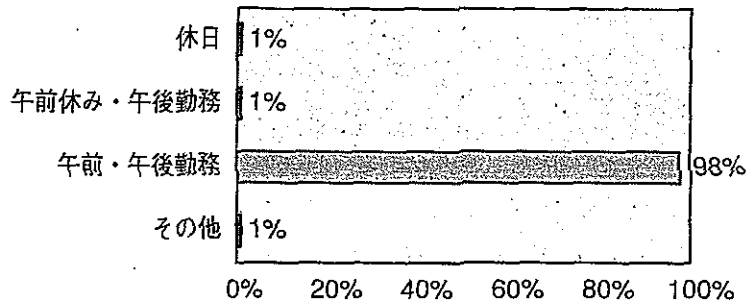


N 当直時、研修医がすぐに相談できる医師が近くにいますか



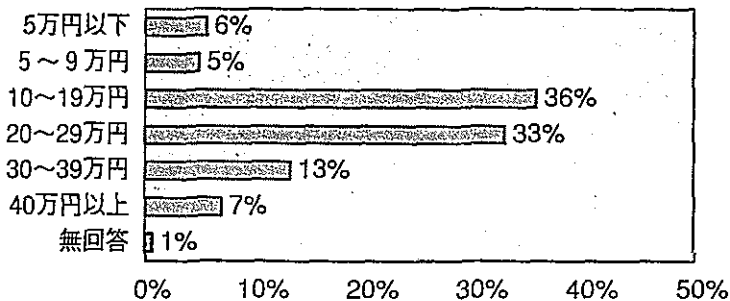
■ 当直時、約1/4の研修医には相談できる医師が近くにいない。

O 当直明けの勤務の状況は？



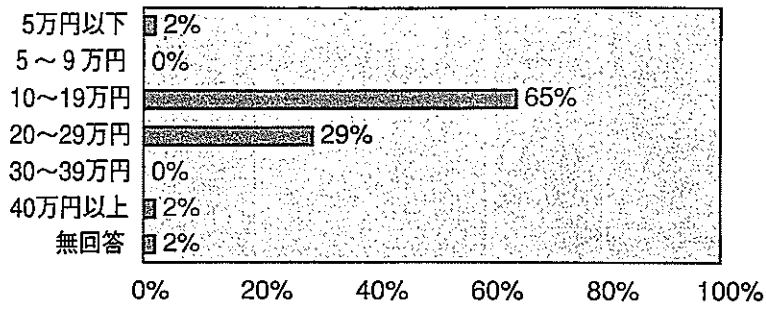
■ 当直明けでも全くといっていいほど(98%)休日がとれない。

P 研修病院からの平均的な収入は1か月どのくらいですか(全体)



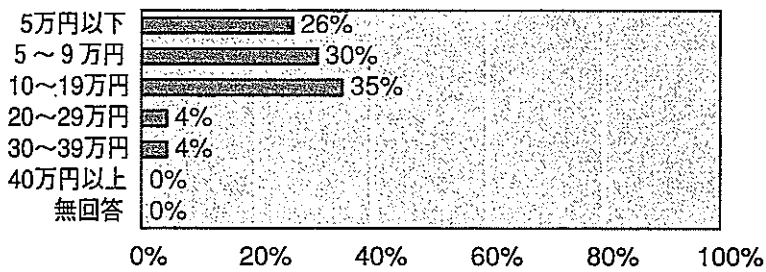
■ 平均的月収の最低額は全くの無給(1名; 国公立大学附属病院), 最高額は60万円であった。

P-(2) 研修病院からの平均的な収入は1か月どのくらいですか (国公立大：回答数51)

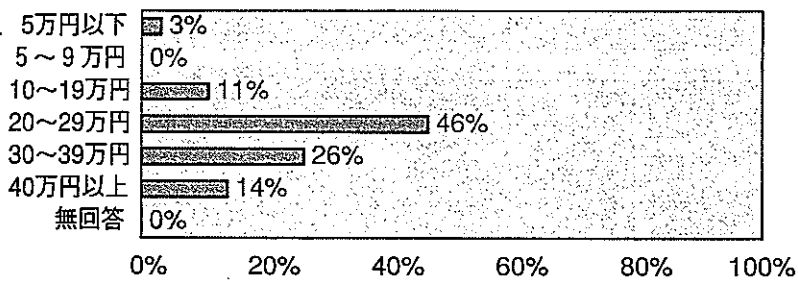


■ 研修病院が国公立大学附属病院か私立大学附属病院か研修指定病院かによって研修医の月収は大きく違ってくる。

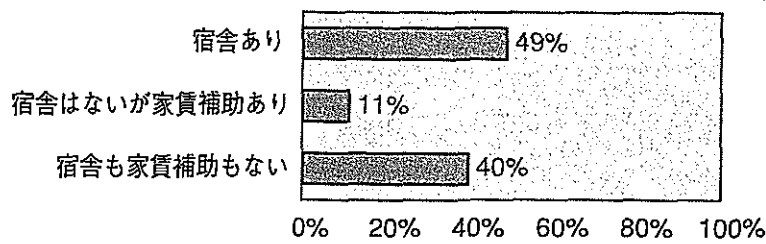
P-(3) 研修病院からの平均的な収入は1か月どのくらいですか (私立大：回答数23)



P-(4) 研修病院からの平均的な収入は1か月どのくらいですか (研修指定病院：回答数65)

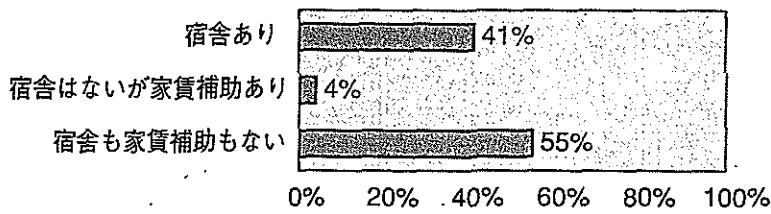


Q 研修医も利用できる宿舎がありますか (全体)

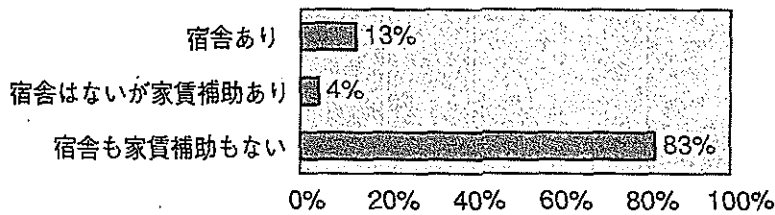


■ 「宿舎あり」が半数(49%)を占めるが、私立大学附属病院では「宿舎あり」は13%にすぎず、83%が「宿舎も家賃補助もない」。

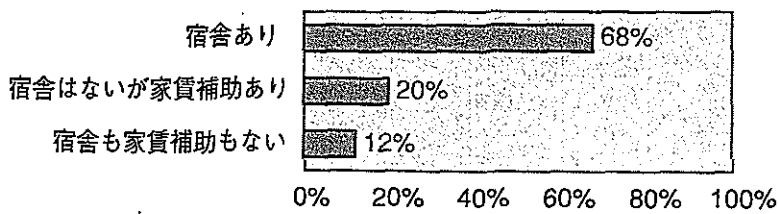
Q-(2) 研修医も利用できる宿舎がありますか (国公立大：回答数51)



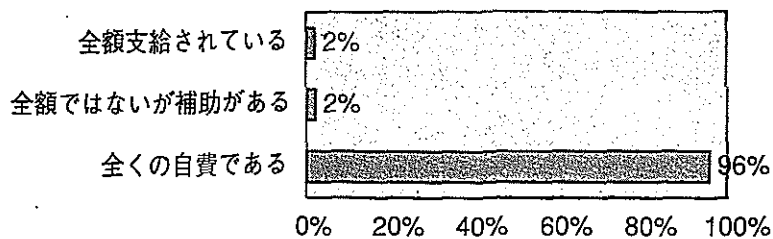
Q-(3) 研修医も利用できる宿舎がありますか (私立大：回答数23)



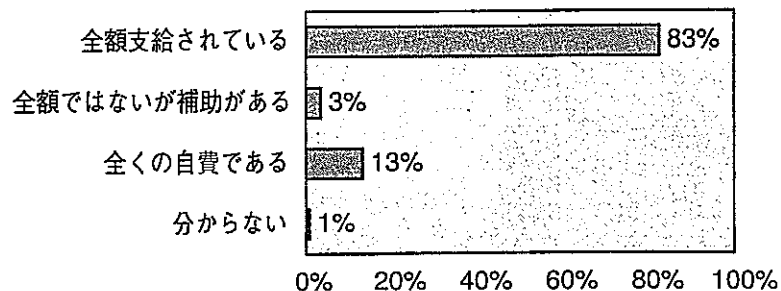
Q-(4) 研修医も利用できる宿舎がありますか (研修指定病院：回答数65)



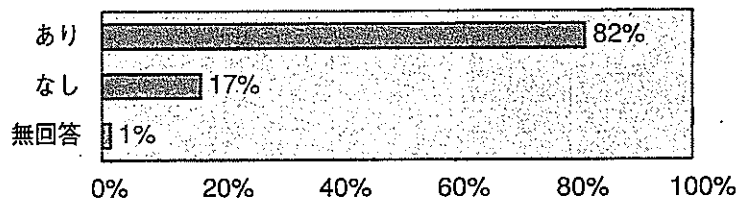
R 昼食等食事代は支給されていますか



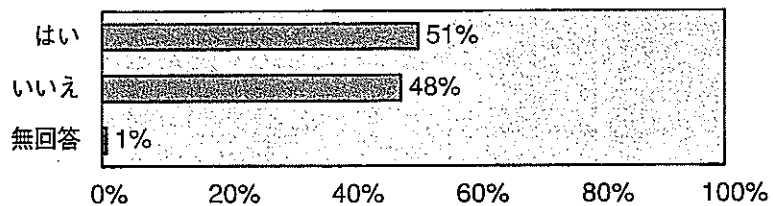
S 白衣のクリーニング代は支給されていますか



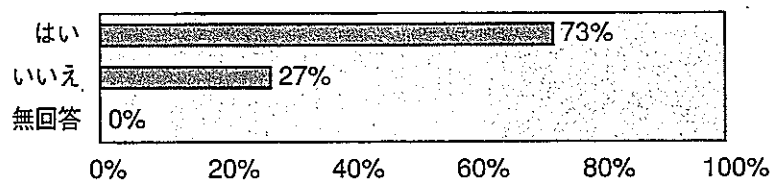
T 社会保険制度はありますか



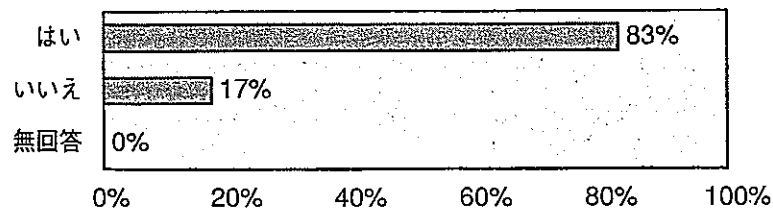
U 研修病院以外で診療(アルバイト)をしていますか (全体)



U-(2) 研修病院以外で診療(アルバイト)をしていますか (国公立大：回答数51)

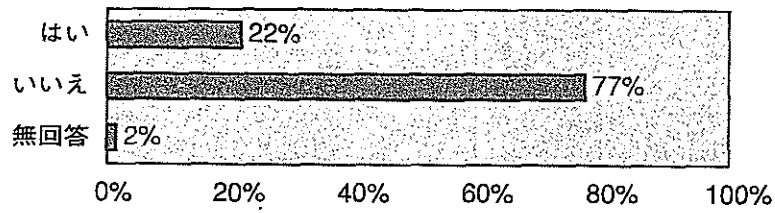


U-(3) 研修病院以外で診療(アルバイト)をしていますか (私立大：回答数23)

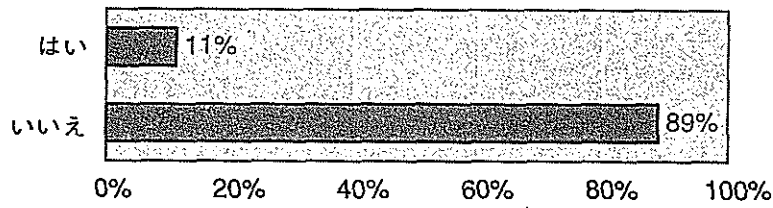


- アルバイトをしている者の、日勤のアルバイト日数は週1日程度が大半であったが、週2日もその1/4に見られた。
- アルバイトの当直は研修医の約35%が行っており、大半は週1~2回の当直であるが、週3回以上も見られ、最も多い者は週に5回当直を行っていた。
- 研修指定病院の研修医は、大部分がアルバイトをしていないが、大学附属病院ではアルバイトをしている者が多い(国公立大：73%、私立大：83%、研修指定病院：22%)。

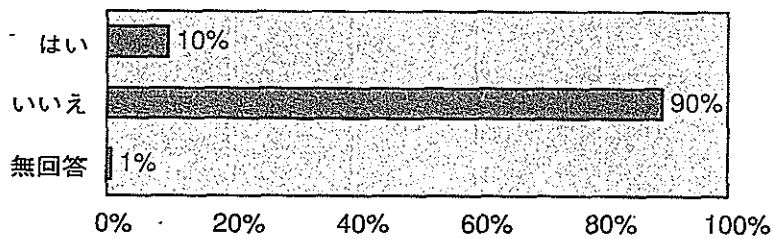
U-(4) 研修病院以外で診療(アルバイト)をしていますか
(研修指定病院：回答数65)



V 結婚していますか

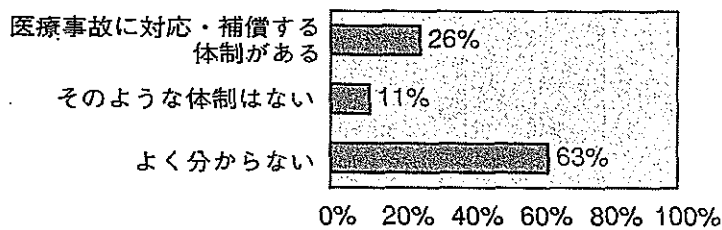


W 親から経済的援助(仕送り)を受けていますか

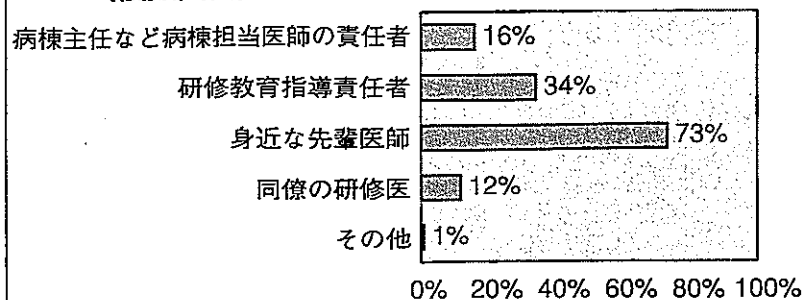


■ 仕送り額は「不定」,「家賃」という者もあったが,月に5万~15万円が多い。最も多額の仕送りは30万円。

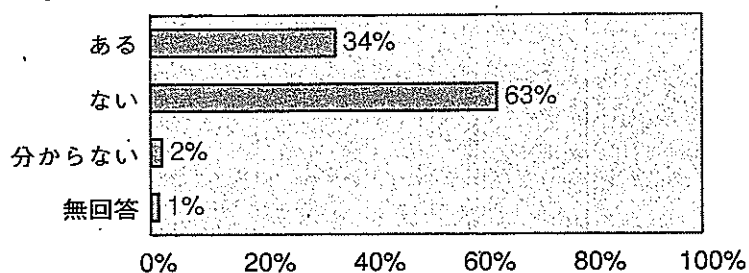
X あなたの病院には万一研修医が医療事故を起こした場合の対応・補償の体制がありますか



Y 診断・治療上の疑問はだれに相談していますか
(複数回答)

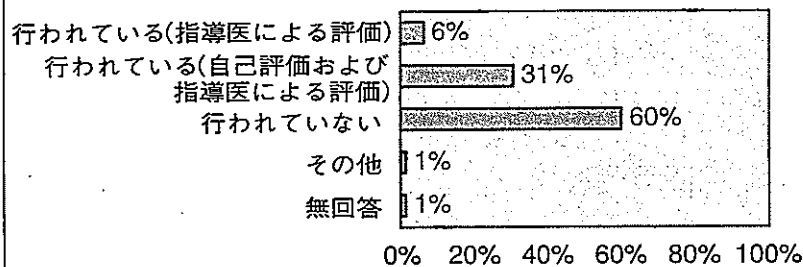


Z 研修目標の到達度を評価する研修(評価)委員会がありますか

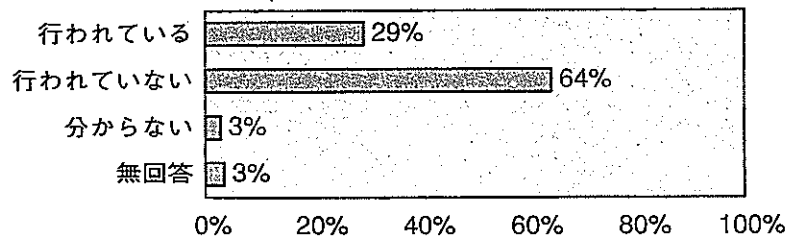


■ 研修を評価する委員会もなければ(委員会なし・分からない65%),評価も行われていない(64%)

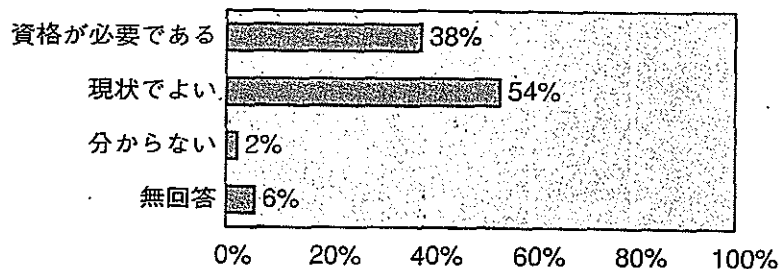
AA 一定期間終了時あるいは各ローテーション終了時に評価項目に従った評価が行われていますか



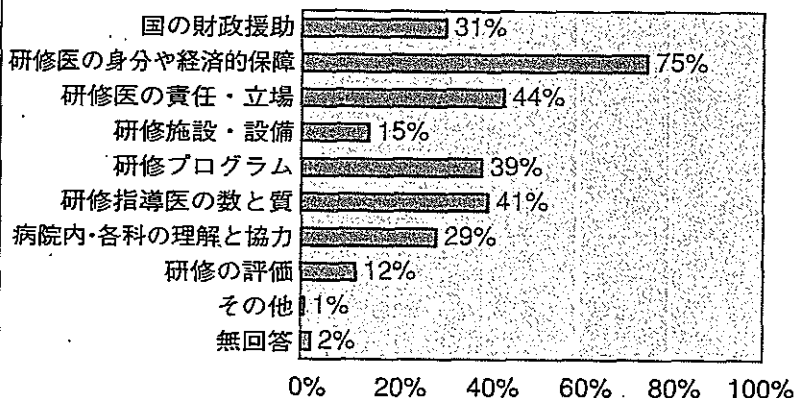
BB 2年間の初期研修終了時に研修目標を達成しているかどうかの評価が行われていますか



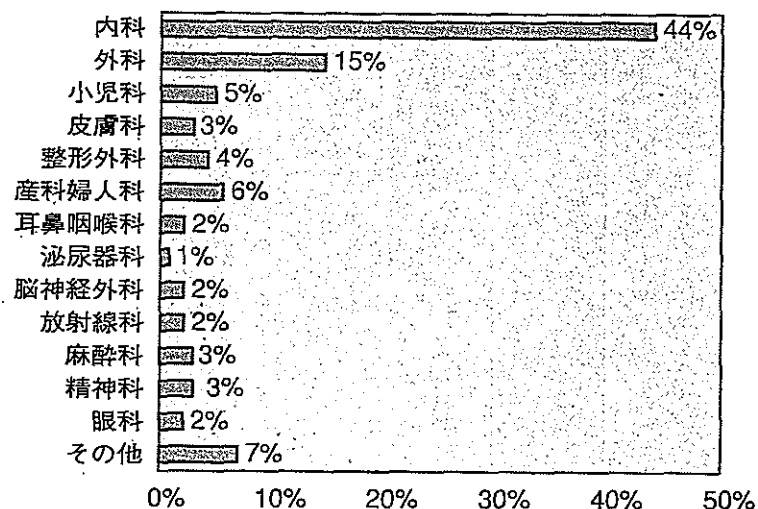
CC 臨床研修必修化後の研修指導医の資格について



DD 臨床研修必修化に際して改善すべき点はどこでしょうか (複数回答)



EE 臨床研修終了後、あなたはどの診療科に進みたいですか



■ 「その他」の診療科として、「形成外科」、「リハビリテーション」、「ターミナルケア」、「総合診療」があげられていた。

■ 内科・外科のサブスペシャリティーをあげた者は以下のとおり。

<内科>

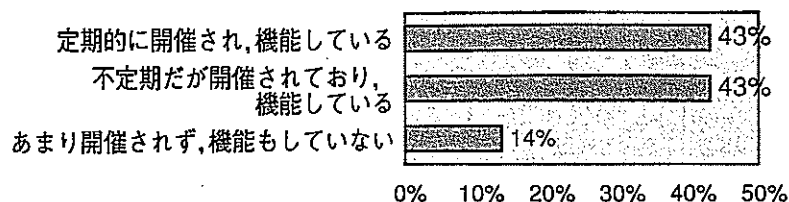
- ・消化器内科 (15名)
- ・循環器内科 (9名)
- ・神経内科 (4名)
- ・腎臓内科 (4名)
- ・呼吸器内科 (3名)

<外科>

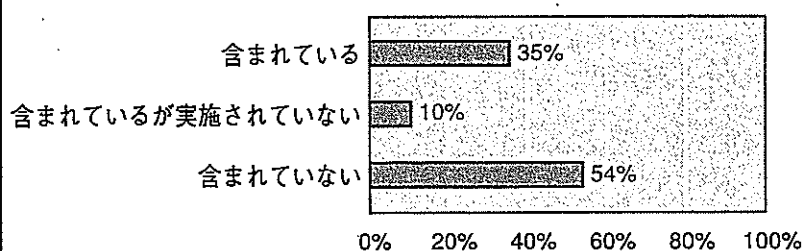
- ・消化器外科 (8名)
- など

研修教育指導責任者への質問と回答

A 貴病院の研修委員会は実際に開催され機能していますか

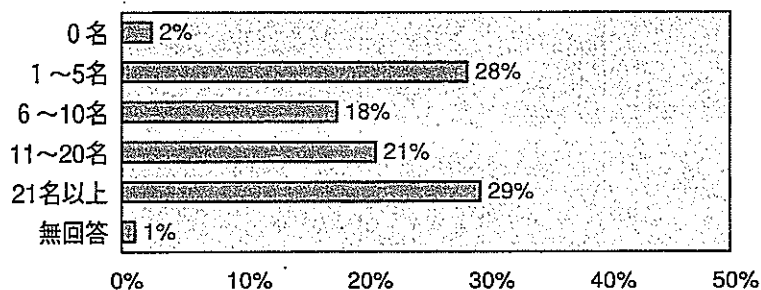


B 貴病院の研修プログラムには他施設での研修が含まれていますか



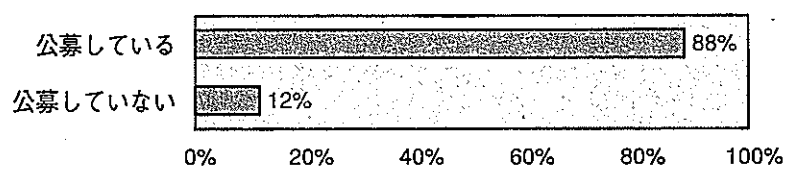
■ 他施設での研修で圧倒的に多いのは、精神科研修（他施設での研修がある病院の30%）。以下、多い順に、放射線科、救急救命、産婦人科、地域医療の研修。そのほか耳鼻咽喉科、皮膚科など臨床各科にわたる研修を行っているが、離島・へき地での研修（4件）、高齢者医療施設での研修（2件）も見られた。

C 現在貴病院に研修医は何名いますか



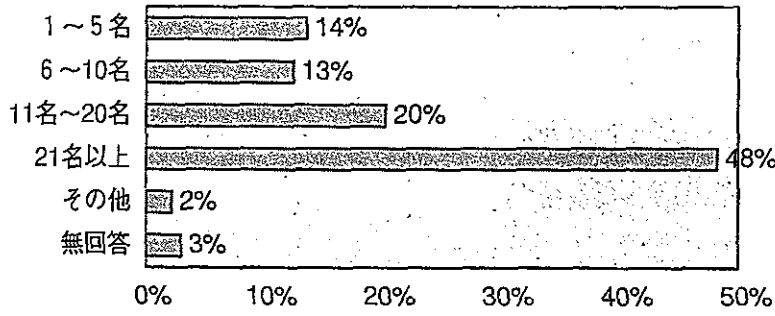
■ 大学附属病院と臨床研修病院と同時に聞いているため、ばらつきが多いが、21名以上の研修医がいる病院の約68%が大学附属病院である。

D 貴病院では研修医は公募していますか



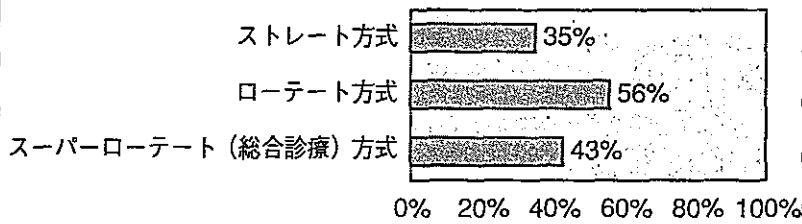
■ 公募していない病院でも、その約80%は複数の大学からの研修医を受け入れている。（設問「E」で上記についてたずねたが図示は省略）

F 貴病院では指導責任者以外に常勤の研修指導医はいますか

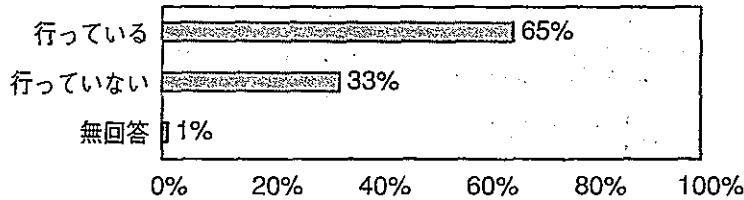


■ 「その他」には、「専属はいない」、「特定していない」とあり、「先輩医師は原則として指導にあたる」という回答が見られた。

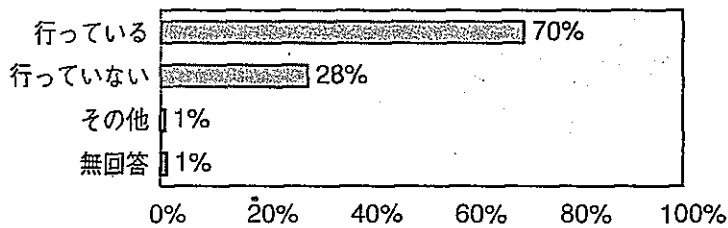
G 貴病院の現在の研修方式は（複数回答）



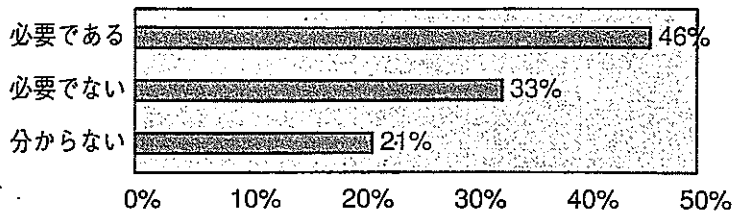
H 研修目標を達成しているかどうかの評価を随時（一定期間終了時または各ローテーション終了時）行っていますか



I 2年間の初期研修修了時に研修目標を達成しているかどうかの評価を行っていますか

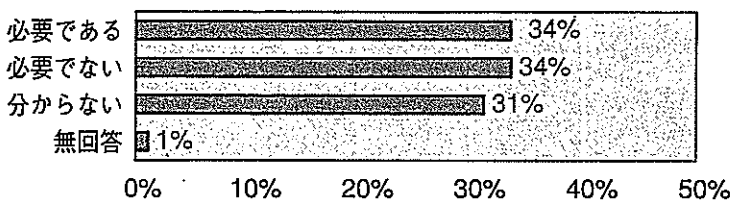


J 地域の他施設（診療所・老健）での研修の必要性を感じますか

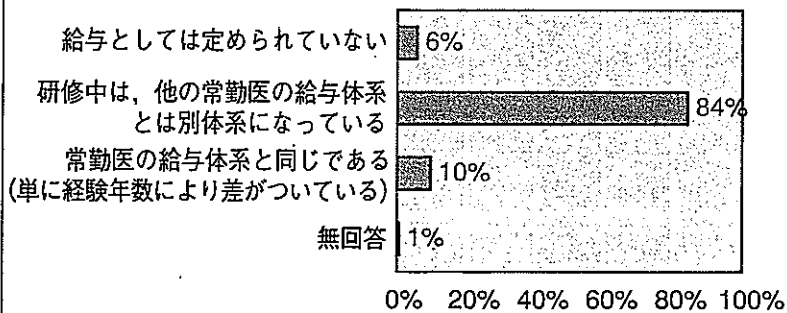


■ 「診療所で研修医を指導する時間的余裕があるかどうか」との声もあった。

K 地域の施設での実習をコーディネートする第三者機関が必要だと思いませんか

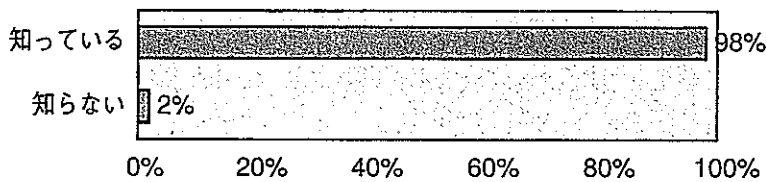


L 貴病院では研修医の給与体系がありますか

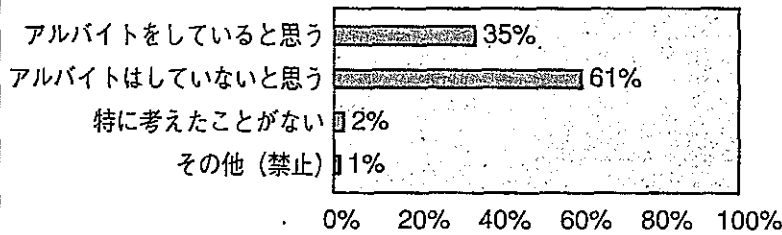


■ 給与としては定められていない病院は、私立医科大学附属病院（16病院）と臨床研修病院（4病院）である。

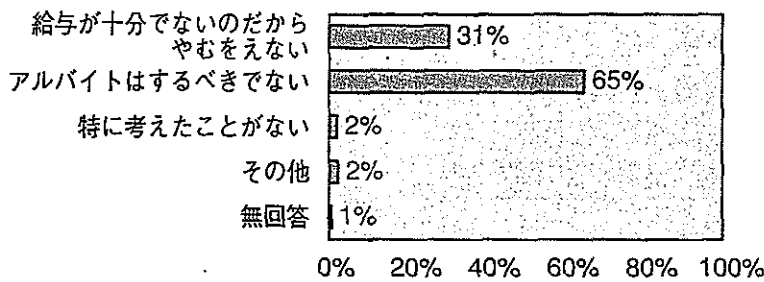
M あなたは研修医の給与額（研修費）を知っていますか



N 貴病院の研修医はアルバイトをしていますか

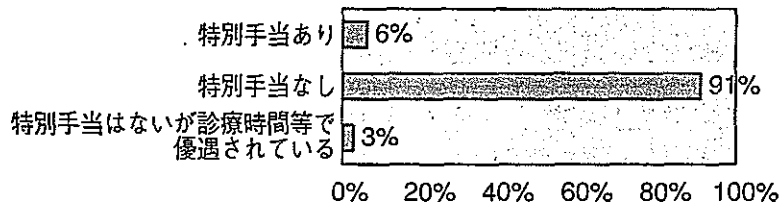


O 研修医が他の病院でアルバイトをすることをどう考えますか



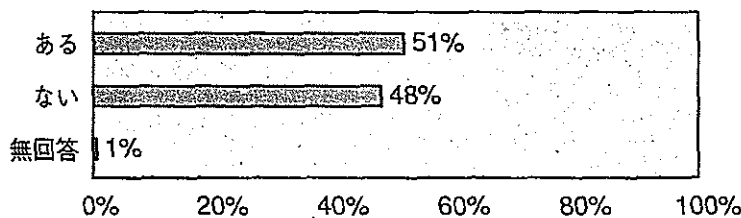
■ アルバイトの経済的理由以外に「症例を経験する機会としては必要かもしれない」、「研修の一環として有益であれば…」、「第一線病院での研修は必要だ」などの意見も見られた。

P 貴病院では研修指導医としての特別な処遇がありますか

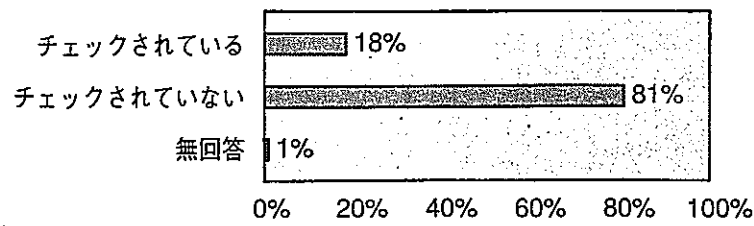


■ ほとんど (91%) が特別手当はない。ある場合でも、月額5,000円程度から、最高額でも4万2,000円である。また、個人にではなく診療科に支払われる病院もあった。

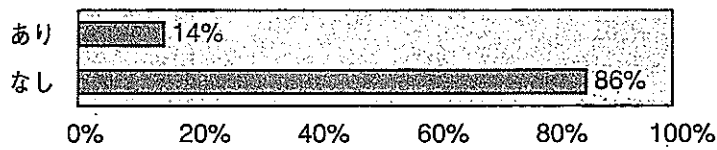
Q 研修指導用マニュアルはありますか



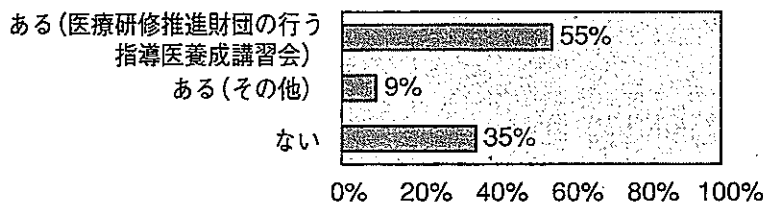
R 研修指導医の質が定期的にチェックされていますか



S 貴病院内に研修指導医向けの研修制度がありますか

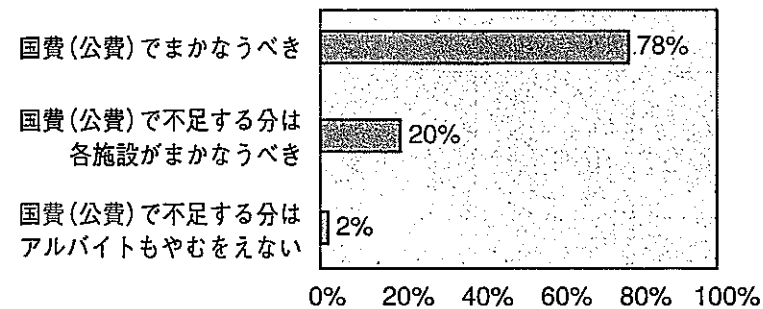


T これまで研修指導医としての研修を受けたことがありますか（複数回答）

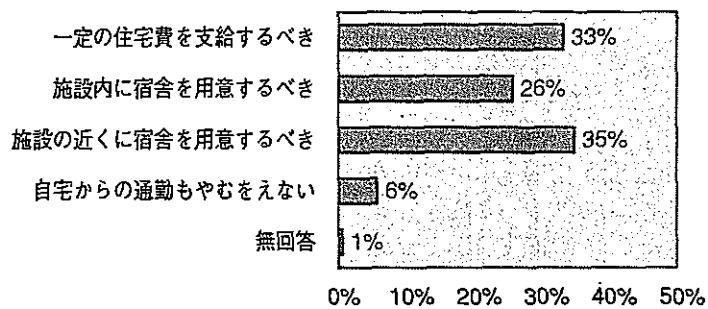


■ その他の研修として、「大学主催のワークショップ」が6件と多かった。ほかに「日本医学教育学会主催の研修会」、「海外での研修」。

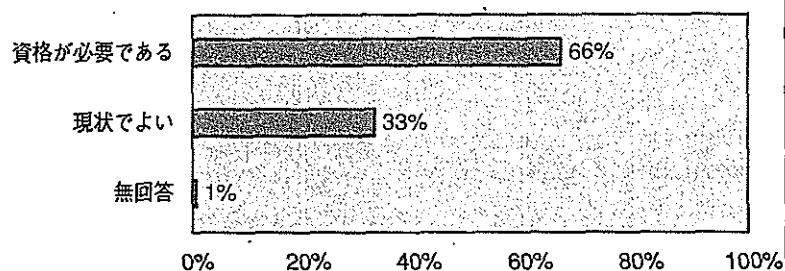
U 臨床研修必修化後の研修医の生活費について



V 臨床研修必修化後の研修医の住宅について

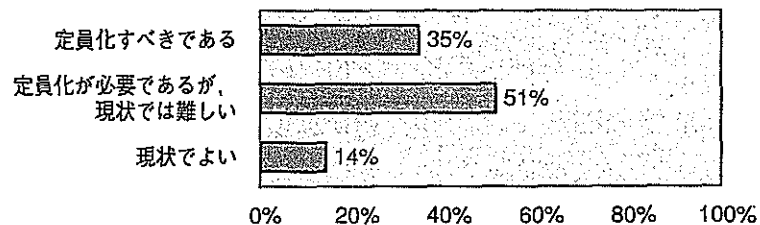


W 臨床研修必修化後の研修指導医の資格について

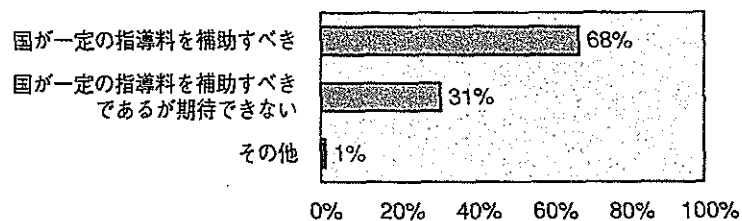


■ 「知識や技術のほかに指導医には人間性という重要な要素が問われなければならない」という意見があった。

X 臨床研修必修化後の研修指導医の定員化について

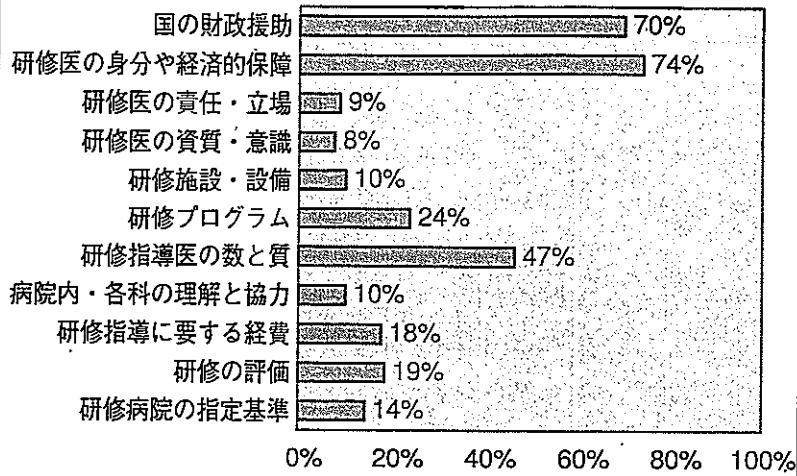


Y 臨床研修必修化後の研修指導医の処遇について

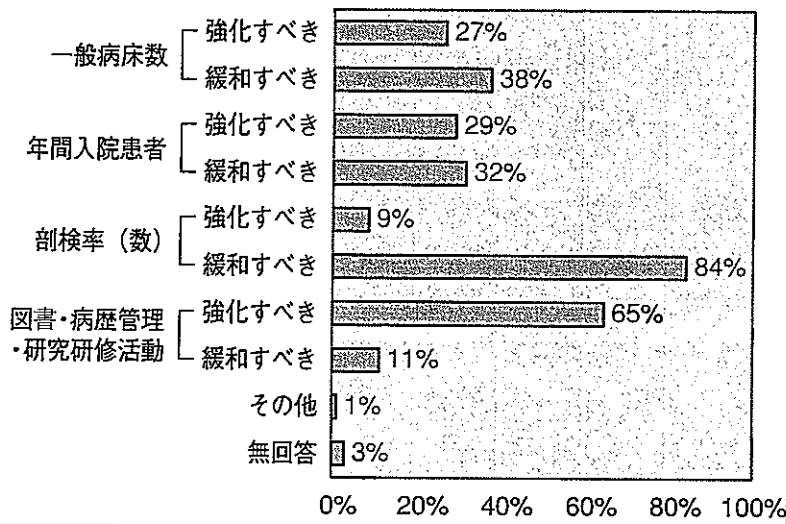


■ 「研修指導医の資格を認定するのであれば、処遇はなされるべき」、「専任を置くべき」のほかに、「そんなけちな精神で指導しているのではない」という強いコメントもあった。

Z 臨床研修必修化に際して改善すべき点はどこでしょうか（複数回答）



AA 研修病院の指定基準で見直すべき基準はどれですか（複数回答）



■ 研修病院の指定基準では剖検率（数）を緩和してほしいという声が圧倒的に（84%）高い。

自由意見から (要旨)

研修医の場合

必修化など

▼必修化の必要なし。1つの科で1~6か月程度研修したところで何も身に付かないし、すぐに忘れる。教えるほうも、自分の科に進まない人に対してどこまで熱心に指導してくれるか疑問である。

▼必修化にする必要はないと思います。反対です。

▼経済的に保障されれば、必修化されることは研修に専念できるので、良いことだと思う。

研修方式など

▼1年目は臨床研修指定病院の呼吸器内科、2年目の現在は大学附属病院の内科で研修している。1年目の病院は、他の内科(消化器、循環器内科等)は他大学の学閥であったため、ローテーション研修は受けることができなかった。しかし呼吸器内科の中でも多臓器合併症の方々を診療する機会はあった。2年目の大学病院は、学閥はないものの他科は全くの別会社、非常にコンサルトをしにくい。他大学はどうか知らないが、大学病院は他科との連携が非常に悪く、今後、ローテーションの義務化が行われても、身に付くものが少ないと思われる。臨床医としての知識、技術を効率よく身につけるには、大学病院よりもむしろ地域の第一線の総合病院内でのローテーション研修がよいと思われる。また、アルバイトを禁止するならば、研修医の賃金や身分について公務員並みの保障は最低限あるべきだと考える。国民は良質な医療を求めているが、現状よりさらに余裕のない制度を施行す

るのなら、医療の質の悪化は避けられない。

▼もう少しきちんと制度化すればよいと思う。ローテーションも入局した後のローテーションであれば、学生の実習とさほど変わらないレベルの研修しかできない。中途半端なローテーションであるならばしないほうがよい。臨床研修も問題だが、根本は6年間の医学教育から見直す必要があると思われる。医師過剰というならば、入学定員を減らして十分な教育を行えばよいと思う。国家試験を難しくして医師数を減らそうというのは言語道断である。

▼現在、出身県の公立病院にて研修を受けています。大学病院とは違い、スーパーローテーションで内科、外科、麻酔科などを研修する予定です。週に何回もアルバイトに行かないと、生活できないところもあるそうですが、研修に集中できるという点では恵まれていると思います。今後、すべての研修医が、国による補助で研修できればよいと思います。また、可能であるならば、多くの科を若いうちに研修できるシステムが必要であると思います。不安な点としては、現在のどの医局にも属していないということで、将来のことが予測できない状態です。また、研究したいと思ったときや、海外研修の可能性なども予測できません。国による研修医のためのシステムづくりを期待します。

▼2年間各科を回るが、数か月ある科に所属しても、実際には何もできず修了する可能性が高いと思われます。結局は、ストレートで勉強したほうがその後の伸びが違うでしょう。必ずしも内科、外科といったメジャーを回るのがよいとは思われません。個人が、将来どの科の知識、技術が必要かを考え、自由に研修期間などを決められるプログラムができれば、よりよいと思います。

▼最終的には専門領域別に分かれるので、その

前にいろいろな分野を経験するのは有意義と思う。しかし、すべてを回るのではなく、選ぶ科を絞って効率的に回るのがよいと思う。

▼私が以前研修していた大学病院では、救急ローテートが必修としてありますが、見学しているだけで、ポリクリ学生と同等の立場であったそうです。卒後研修の受け入れ体制が形だけでは、ポリクリの延長となりかねないと思います。実際、私はローテートする前に外の病院に出ました。

▼形だけローテート方式を取り入れても、中身が伴っていないのが現状。そういう状況で「研修しろ」と言われても時間の無駄だと思う。また、研修医の身分保障をしっかりともらいたい。大学病院では非常勤扱いなので、有給もないし給料も非常に安い。研修プログラムもはっきり決まっていないため、関連病院での研修を希望しても、大学に人員が少ないという理由で大学に残るように言われる。個人の研修よりも、医局の都合が優先されている。

経済保障など

▼国が本気で臨床研修を必修化するのなら、まず財政をきちんとすべきであろう。「研修は勉強なのだから金なんかいいだろう」では、制度そのものが早晩に崩壊すると思われる。「衣食足りて礼節を知る」ではないが、せめて給料の保障はしてもらいたい。

▼私の知る範囲では、研修先の所属病院からだけでは生活に十分な収入は難しい。他の病院の当直といったアルバイトによってまかなわれているのが現状である。今後、必修化によってアルバイトを禁止すれば、収入面での不安がいちばんの懸念事となる研修医が多いのではないだろうか。厚生労働省、国の医療費抑制といった政策のため、医師数削減目的の必修化であってはならない。

▼社会人として最低限の収入がないとやっていけない。

▼良い医師を育てるための研修システムが必要

というので研修必修化がされるのでしょうか、研修医が一線で働いている現在の状況で給料は安すぎるのではないのでしょうか。このため、アルバイトをしなければならず、研修病院での仕事に集中できないために、医療事故も増えるようになると思われる。良い医師を増やし、安全な医療を提供するためにも、一線で働く研修医の処遇の改善が必要だと考える。

研修医の労働条件など

▼せめて当直の次の日の朝だけは本当に眠らせてほしい。小児科の当直は全くといっていいほど眠れません。余裕がないと良質の医療や研修はできません。

▼医療が高度で専門化している現在、過度の労働により集中力が低下した状態で研修を受け、業務をこなしていくのには不安があります。

▼漫然とローテーションを行っても、generalistができあがるわけではなく、medical interview, history taking, physical examination がきちんとできて、初めて臨床能力が高い医師となると考えます。こういった基本をきっちり教えることができる指導医の育成も急務と考えます。また、研修医は労働力として病院運営になくならない病院も多いと考えますが、その労働条件は、労働基準法の内容をはるかに上回る労働時間で、かつ薄給です。過労死の問題もあり、早急な対策が必要です。医師の労働時間に関しては、国のレベルでの実態調査も必要と考えます。開業医、勤務医の一部は、自己犠牲で何とか患者さんをみている現状があります。「国民の医療サービスの質をどう改善するか」を念頭に、研修内容を決めていただきたいと思います。医局の力関係で研修内容がゆがんだものにならないことを期待します。

▼友人の話では、民間の研修指定病院では研修医を体裁の良い便利屋（注射係、消毒係）として安い給料で使っているようである。研修になっていないと思われる。もちろんそのような悪質な医療機関は一部にすぎないと思われる

が、今後、研修指定を行う際には十分に吟味してほしい。

▼医師の労働条件および環境について考え直す必要があると思う。研修医は研修している身であるからというのは、少し問題があると思う。

▼大学病院での研修は、土・日・祝日は「休み」と名目上なっていました。平日の労働時間とさほど変化なく、夏休み以外、気の休まるような休みはほとんどありませんでした。気分転換する日なくして、どうして365日間仕事ができるでしょうか。

▼忙しいと、評価がどうのと言っているがなくなる。評価表をつけてもらうように言われているが、あまりつけてもらっていない（お願いできていない）。病院によって格差があり、評価はどうか疑問である。

指導医・指導体制など

▼現在研修指導に当たっている医師は、2年目の研修医から臨床経験10年目前後の医師まで、その経験に幅があり、同じ手技や治療法についても各医師により方法がちまちまである。指導内容の全国共通の基準を作り、それをもとに指導を行うようなシステムを作ってもらいたい。

▼研修においては、指導者側にも大きな責任がある。研修医はもちろん、指導医も指導内容に関して評価されることによって、両者とも成長するのが望ましい。しかし現在の医局システムのような、縦割り社会では大変困難である。また、指導医側にあまり「指導する義務」を感じていない場合が多く、あたかもボランティアのようなものとされている。研修を受ける側より研修を指導する側の構造変革が重要である。

▼必修化に見合う指導医の育成・数の確保が必要だと思う。研修到達の評価などは行ってもよいが、特に必要ないと思う。実際の学問は、基本的に本人のやる気によるものと思う。

▼臨床研修を必修化するのであれば、評価をしっかりと、研修が不十分であれば、その科

は研修したとは認めないなどのことは必要。スーパーローテートで1つの科が短いなら、何もせずに研修が終わる可能性が大きい。現在でさえいい加減な研修をしている人はわずかだが存在し、絶対に自分は診てもらいたくないと感じる人もいる。評価をしっかりとやらないなら、研修の必修化は不必要で、今までどおりストレート研修をしても構わないと思う。何にでもある程度対応できる医師を作るために、わざわざ必修化するわけなので、評価は行われるべきだ。

その他

▼今の病院運営自体が若い研修医にかなり依存しているという現実を受け入れる必要がある。そのために、より大切に育てていく必要がある。▼研修医を安い労働力として使うのではなく、次世代の医師として教育をもっと考えるべき。

研修教育指導責任者の場合

必修化の条件整備—全般的に

▼専門に偏った医師を作らないという意味で、重要な制度だと思われる。患者さんは、内科的疾患、外科的疾患、その他の科にかかわる疾患を同時にもっていることが多く、少々のことであれば1つの科を受診するだけで済ませてしまいたいのに、こまごましたことで複数の科を受診しなければならない現状は改善したいものだ。些細なことが分からなくて「別の病院に行きなさい」と言う医師が多すぎる。

▼臨床研修が全国的に標準化されるためにも、臨床研修指定病院の認定基準、指導医の認定基準が定められ、それに即して各施設が必修化へ向けて対応しなければならない。また、必修化へ向けて指導医の研修システムや、指導医の教

育体制（時間的余裕）について考慮されなければならない。多忙な日常の診療業務の中での教育は難しい。本来、臨床研修はあくまで教育の一環であり、将来に備えての投資と考えるべきである。そのことを国（厚生労働省）は認識して実施すべきであり、臨床研修必修化によって、研修医の配属を定員外の人員増と見做すなどはもってのほかである。また、入局してその枠の中で研修するなどという大学の都合だけの案は、従来の研修と変わらず、許されることではない。

▼どのような研修システムを導入したとしても、研修の質（研修医、研修指導医、研修病院等）を評価するシステムが同時に導入されなければ、卒後研修は成果があがらない。

▼今回の卒後教育必修化は、不透明な部分が多すぎますが、原則、総論的には歓迎すべき制度と考えます。研修方式は、従来の大学医局講座制を中心とした3コースを設定しているようであるが、2年間は初期研修として、基本的な総合診療研修であるべきです。大学医局の抱えた医局員のバイトかたがたの出張依頼研修では、当初から骨抜きと言わざるをえない。すべての研修指定病院での研修後、大学医局に入局、あるいは引き続いてシニアレジデントとしてさらに専門研修するという大原則を作るべきだと考えます。大学病院を含め、研修病院は安い労働力確保などというさもしい考え方では、日本の医師は育たない。アンケートにはないが、全国ネットの臨床研修医のマッチング制度、組織を作らないと、卒後臨床研修は従来の医局の枠を払拭できない。強く主張したい。

▼臨床教育を有意義、有効なものにするためには、卒後臨床研修の改革を卒前の臨床教育と連結させて行う必要がある。これまでのように研修指導医が、毎年、処方やオーダーの初歩から研修医の指導をするのではなく、医学部学生、1年目研修医、2年目研修医および研修指導医がチームを形成して、教育、診療にあたるシス

テムを作ることが方策であろう。医療上の些細な手続き、手技についての教育は、医学部学生に対しては主に1年目研修医があたり、1年目研修医に対しては2年目研修医が主に行い、研修指導医は総括を行うといった、米国の臨床研修システムが効率がよいと考える。卒後臨床研修を有効にするために施設、設備の充実が必要である。研修医の居室、机、ロッカーは最低限必要であるし、カンファレンス室の充実、パソコンやAVシステムの更新がどの教育研修機関にも必要であろう。研修医の身分、経済的保障のほか、健康保険、医事訴訟対策保険を充実させる必要がある。

研修指導体制・指導医の現状など

▼自分のインターン時代を振り返ると、日本では卒業生の行き先のほとんどが、十分でないというより、お粗末な教育、ないしは教育もしないで1年間を棒に振った人たちがいかに多かったかを考え、ぞっとせざるをえない。何とか物になる教育をしようとするれば、研修指導者に予算が出て初めて、人材に余力が生じ、教育にあたる余裕ができる。現在、大多数の病院では赤字解消、効率の良い診療のために追いまくられ、余力をなくしている。教育研鑽への意欲を少しでもかき立てるために予算処置が絶対必要と考えられる。

▼この数年来、勤務医の労働は、労働時間、労働密度、労働の質、すべて異常に過重となっている。研修医の指導は重要であるが、勤務医の労働量の減少を図らねば、十分な研修指導を行うことはできないと思います。

▼現在の多くの大学は研究が主体で、初期研修に必要な質の高い、バランスのとれた臨床ができていない。大学での質の高い研修は望み難い。市中病院には質の高い臨床が行われているところが少なくないが、日常の臨床をこなすのが精一杯で教育まで手が回らない。決定的にマンパワーが不足している。研修指導者を雇用するための財政的援助が不可欠である。臨床のできる

良い指導者なくして、良い臨床研修ができないことは自明の理である。

▼現在、研修医のほとんどは、国家試験合格後、大学の医局にストレート入局している。その結果、自分の専門は診られるが、医師としての幅広い知識を身に付けていないため、病院勤務医となった際、当直体制に組み入れるうえで大変問題となっている。救急医療は、わが国の医療のなかでも最重要な課題の1つと思われる。最低限の初期救急(一次救急～二次救急の一部)についての診療技術を身に付ける研修が必要であり、そのための教育、研修には費用がかかるものである。頻発する医療過誤にも研修医が関与する比率は高く、国民の生命を守る医師の研修にあたっては、国は当然予算措置を行うべきである。また、その指導にあたる医師は日常業務に上乘せして指導業務が加わるため、病院としては医師の増員も考慮しなければならない。そのため当然、指導医についても国の財政補助が必要である。すでに、劣悪な研修条件下で研修医の過労死事件も起きている。国は、国民の健康と命を守る義務があり、それを全うするためには全人的な医療を身に付けた数多くの医師を作ることであり、必修化する以上、責任をもった研修体制の構築を考えていただきたい。

▼指導医を養成するための研修会が少なすぎると思います。研修の実をあげるためには、指導医の資質が大きくかかわっているわけで、そのための機会をもっと保障されるべきだと考えます。また関連してですが、地域ごとに総合診療科を有する大学の医師などが中心となって、オープン研修のための討議の場をどんどん開いていくべきだと思います。

大学医局制度との関係など

▼大学病院と関連病院の関係を残したままでの研修医制度は、大学が初期教育を一般の臨床研修指定病院に押しつけるだけの結果となり、研修医の質も病院の質も向上しません。あくまで一個人としての研修医と病院が契約するべきも

のと思います。またこのためには研修修了後の方向性をもっとはっきりさせておく必要があると思います。

▼必修化は法制化されたが、必修の内容がまだ見えてこないため、対応と今後の院内体制整備に苦慮している。入局決定時期、卒前研修との関連、大学院との関連、学会専門医(認定医)制度との関連など。研修の評価を第三者が行うことは、研修内容の充実化に大きく貢献すると思われるが、根本には医局講座制の問題がある。人の異動が自由となり、競争社会となることを目指していると思われるが、その欠点についても議論が必要である。

▼研修の必修化にあたり、現在の大学の医局制度が最もネックになるように思う。突然のように必修化されても、当院のような地域にある病院では、なかなか優秀な研修医は集まらない。各病院が責任ある指導体制をとれば、それは解決すると言われればそれまでだが、一気に大学医局からの研修医派遣を途絶えさせられると、指導医のレベルも上がらないだろう。研修病院の指導基準は、個人的には妥当と考えている。しかし剖検率などで全くクリアしていない所もあり、これらの指定は一定期間ごとに評価、審査されるべきと思うが、そのためにも剖検率は年間10%(ベッド数)というのは厳しいと思う。研修方式と指導(受け入れ)体制など

▼大学病院では研修医の受け入れが多く、必修となる小児科を院内のみで研修することが困難となっている。必修化を導入した場合、救急医療、小児科領域での施設が少ないため、研修が困難となる可能性があるため、これらの受け入れ施設の拡大を図るべきである。

▼たった2年間の臨床研修経験で、研修科のすべてが分かるわけでもなければ、必要最低限のプライマリ・ケアが身に付くわけでもない。単にローテーションしたというにすぎない。質の検討がもっとなされるべきだと考える。研修病院や指導医の格差が大きく、EBMが叫ばれる今

日でも、臨床医の経験と勤に頼るウエイトは大きい。指導医および研修医の人間性にも左右される要素が大きい。それを比較、標準化、minimum requirementを確立することは現時点では困難といわざるをえない。これは医学教育だけでなく、日本の教育そのものを見直す必要があると考える。思いやりと自己犠牲の精神をもち、強靱な身体と、優しく熱い心と程々の頭脳を有した若者が、医師を素直に志すことのできる社会を、日本人みんなで創り上げていくべきだと考える。

▼1 診療科 2 か月程度の細切れ研修では、過去のインターンやポリクリ、または最近のクリニカルクラクシップと何ら変わりません。各診療科で「お客さん扱い」で終わってしまい、研修医および指導医双方にとってメリットがありません。各施設で自由度をもたせてほしい。臨床研修の責任部署として、総合診療部の設置が望まれます。また、救急診療部の設置やスーパーローテートに対する準備が必要です。研修修了の認定は、施設内だけでは甘くなります。全国共通の第三者機関による評価が公平であると考えます。

▼当院も、臨床研修システムは総合診療方式を中心に整備を行っているが、研修医の出身大学により、学内の研修システムや、当院での研修に対する希望が異なっていることも問題となっている。特に2年目からの研修を希望されるとき、総合診療方式では内科系が6か月だけとなってしまい、他の内科系研修医の負担が増えるので、2年目からの研修は救急のみ2か月回ることとしている。一応公募となっているが、今までの大学との関係を保っていく必要がある研修施設は多いと思われる。大学で1年、2年目を外の病院でというとき、整合性を保っていくシステムが必要になると考える。

▼卒後初期臨床研修では、救急医療が行えることが重要と考える。研修医の病院選択の条件として、救急患者を受け入れるシステムのあるこ

とをあげるものが多く、また実際、救命救急センターで医療行為を含むさまざまな経験ができたことを、良かったとしてあげる研修医が多い。救命救急医療の現場は、医学医療の実践の場として若年医師に与えるインパクトが強く、それだけに、十分な指導体制の整備が早急に必要とされると思う。

▼総合診療方式が採用される場合、内科系、外科系、麻酔・救急の3部門のローテート以外に、小児科もローテート先として組み込む案があるようですが、これには大変大きな問題があります。小児科医が不足している現在、国民が期待しているのは小児救急医療で小児科医に診てもらいたいことです。その要求に応えるには小児科医の増加対策こそ必要で、すべての医師への小児科研修の必修化では解決しません。それどころか、ただでさえ過重な小児医療環境に研修教育義務が加わりますと、小児科医の過労死が増えることとなります。したがって、小児科を必修ローテート枠から外していただくべきだと考えます。

▼現状では、研修医だけでなく指導医の労働条件が過酷である。欧米と比較して教育スタッフの数は1/10以下。さらに定員削減が待っている状況では、教育はますます困難になる。研修医の給与も含めて、国がバブル後の失策で失った50兆以上の財産の大きさに比較すれば、現在、国が出し惜しみしている教育や研修医指導に要する費用は、なんと微小なものであろうか。

▼臨床研修補助金の額が少ない。例として、病理解剖実施に際してもかなりの費用がかかり、病院が負担している。

研修医・指導医の待遇

▼臨床研修医も、司法研修生と同様の立場、待遇を受けるべきだと思う。現状では、教育はすべてボランティアで行われている。教育担当責任者をつくり、外来業務などはフリーにして教育だけを行い、それに対して手当てを支払うべきである。