

(3) 初期臨床研修制度改革案

1) 制度改革の背景

医学の専門化・細分化によって、医療が高度化した反面、専門化・細分化の反動から、プライマリ・ケアの充実が求められるようになった。そして、2004年4月に、プライマリ・ケアの充実を目的として、新医師臨床研修制度が導入された。新制度は、卒後2年間、専門科を決めずに、臨床研修指定病院（大学病院に限らない）で臨床研修を行うものである。

新医師臨床研修制度の教育的意味や効果は、医師が育っていくプロセスを見て評価すべきであり、評価には10年程度のタイムスパンが必要である。しかしすでに、新医師臨床研修制度の導入によって、医師偏在化を通じた「医師不足の顕在化」という問題が発生している。

新医師臨床研修制度導入以前は、医学部卒業生の約7割¹⁸が専門科を決めた上で大学病院に勤務していたが、新医師臨床研修制度によって、初期研修医が専門科を決めないまま大学病院以外の病院を選択するケースが増えた。このため、大学医学部の教室（医局）が十分な数の医師を確保できなくなり、医師供給機能が働きにくくなった。その結果、大学からの医師供給に依存していた地域では、医師確保が困難になり、医師不足が深刻化した。この問題には緊急に対応しなければならない。そのため、新医師臨床研修制度の教育的意味や効果を、時間をかけて十分に評価・検討すべきであることは認識しつつ、緊急的な医師確保対策として臨床研修制度改革案を提示する。

2) 制度改革の方向性

日本医師会の制度改革の方向性を以下に示す。

第一に、医師偏在化・医師不足の問題の緩和あるいは解消を目指す。

第二に、医学部教育から切れ目のない初期研修制度を確立する。

臨床研修制度について議論される際は、初期研修だけに注目されがちであるが、医師の育成には長い期間が必要である。医学部教育から始まり、初期研修、いわゆる後

¹⁸ 厚生労働省「臨床研修医在籍状況の推移（平成20年度）」医政局医事課調べ。新医師臨床研修制度導入前（2003年度）の臨床研修医の在籍状況は大学病院72.5%、臨床研修病院27.5%。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html>