

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会

# 日本における医師養成の あり方について

全国医学部長病院長会議相談役  
山形大学学長特別補佐  
脳神経外科教授  
嘉山 孝正

(2013.3.22)

# **1) 我が国の医師育成システム の過去・現在・未来**

# 日本国民の医療を支え、発展させる力量をもった医師の育成 (これまでの日本の医師養成システム)

獲得目標

④生涯修練

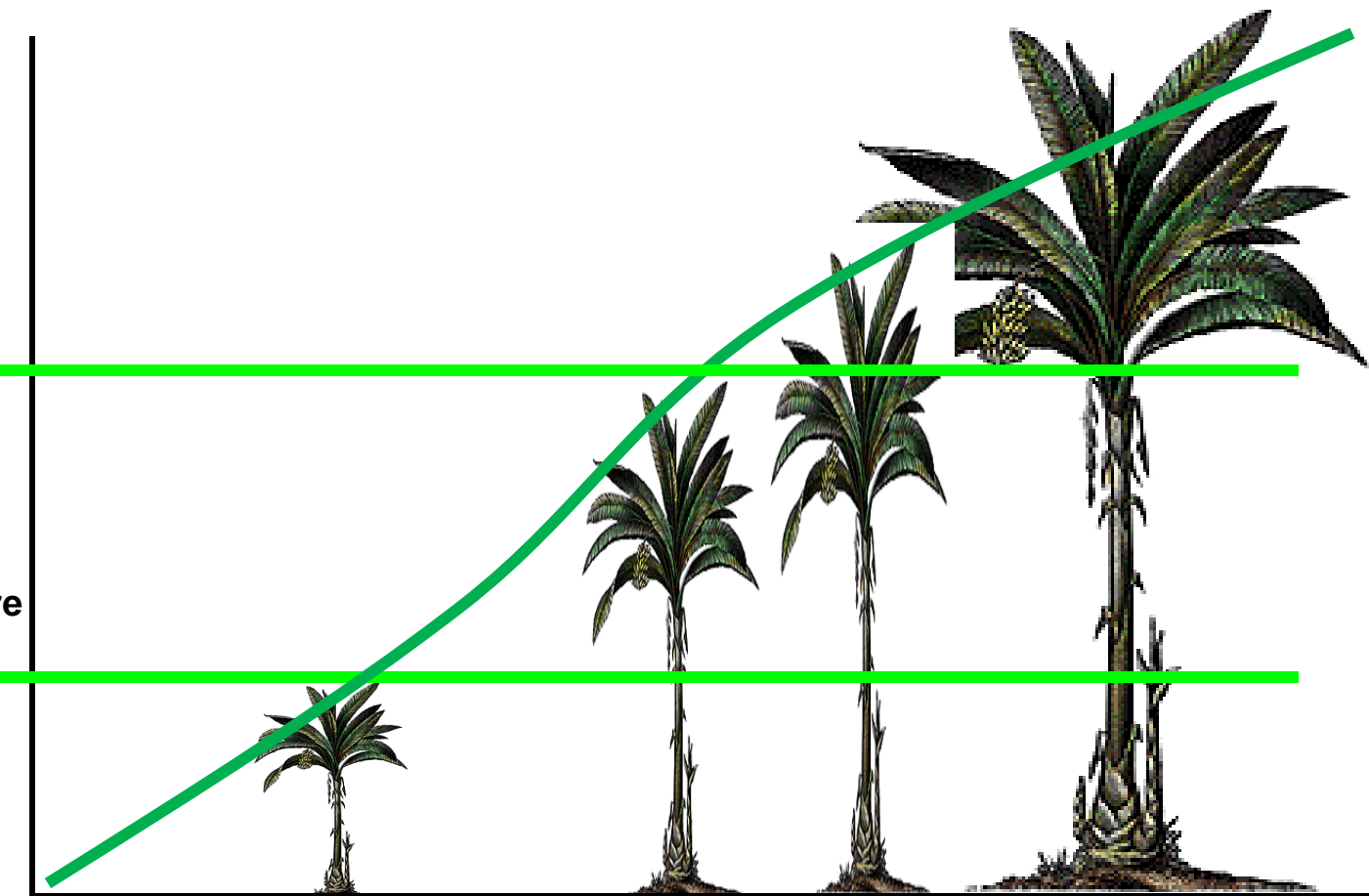
専門医試験

③専門知識  
技術、倫理

②First aid&Primary care

国家試験

①挿管、心蘇生、  
倫理感、インフォームド  
コンセント、意識判定、  
解剖、生化学、薬理



入学

大学医学部

医師

大学医局

市中病院医局

専門医

脳神経外科、外科、麻酔科、  
放射線科、内科、病理、産婦人科、  
小児科医、眼科医、家庭医など

# 日本の医療は世界一

WORLD HEALTH ORGANIZATION



*The*  
WORLD  
HEALTH  
REPORT  
2000

*Health Systems:  
Improving Performance*

従来の日本の  
医師養成シス  
テムは、世界  
一の医療を国  
民に提供しう  
るすぐれたも  
のであった！

# WHO Health Report 2000

## Health system attainment and performance in all Member States, ranked by eight measures

Member State	ATTAINMENT OF GOALS					Overall goal attainment
	Health		Responsiveness		Fairness in financial contribution	
	Level (DALE)	Distribution	Level	Distribution		
Afghanistan	168	182	181 – 182	172 – 173	103 – 104	183
Albania	102	129	136	117	173 – 174	86
Algeria	84	110	90 – 91	50 – 52	74 – 75	99
Andorra	10	25	28	39 – 42	33 – 34	17
Italy	6	14	22 – 23	3 – 38	45 – 47	11
Jamaica	36	87	105 – 107	73 – 74	115	69
Japan	1	3	6	3 – 38	8 – 11	1
Jordan	101	83	84 – 86	53 – 57	49 – 50	84
Kazakhstan	122	52	90 – 91	60 – 61	167	62
United Kingdom	14	2	26 – 27	3 – 38	8 – 11	9
United Republic of Tanzania	176	172	157 – 160	150	48	158
United States of America	24	32	1	3 – 38	54 – 55	15

# 世界一の日本の医療

## ～Health Data 2009でも総合1位～

REPORT CARD		
Health		
1	Japan	A
2	Switzerland	A
3	Italy	A
4	Norway	A
5	Sweden	B
6	France	B
7	Finland	B
8	Germany	B
9	Australia	B
10	Canada	B
11	Netherlands	C
12	Austria	C
13	Ireland	C
14	U.K.	D
15	Denmark	D
16	U.S.	D

Note: Data are not available for Belgium. For the rest, data for the most recent year available were used.  
Source: The Conference Board of Canada.

### ▲総合評価

REPORT CARD											
Health Indicators											
	Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculo-skeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical mis-adventures
Australia	B	A	A	A	B	B	B	C	B	C	D
Austria	C	A	A	B	D	A	D	A	A	A	D
Belgium	C	A	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	B	n.a.
Canada	B	A	B	B	B	B	C	C	B	C	B
Denmark	D	A	B	D	C	C	B	D	D	B	A
Finland	C	B	B	A	D	A	A	B	D	A	A
France	B	A	B	B	A	A	A	B	B	B	C
Germany	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
Ireland	C	A	A	C	C	D	B	D	B	B	C
Italy	B	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
Netherlands	C	A	A	C	B	C	B	B	C	B	A
Norway	B	A	A	B	B	B	A	B	C	A	A
Sweden	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
Switzerland	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
U.K.	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
U.S.	D	A	D	B	D	C	C	C	B	D	C

Note: Data for the most recent year available used. For details on data sources, see the Methodology section of this website.  
Source: The Conference Board of Canada.

### ▲個別指標の評価

OECD, Health Data 2009に基づく Conference board of Canadaの  
国際評価

Yamagata University  
T. Kayama



## **2) 医師臨床研修制度の検証**

# 臨床実習と臨床研修

症状： 例) 腹痛  
(患者)

学部教育

鑑別診断

+

検査  
処置(治療)

例)

急性腸炎  
胃潰瘍  
急性虫垂炎  
胆石症  
腸閉そく  
子宮外妊娠

。。。。

卒後臨床研修制度

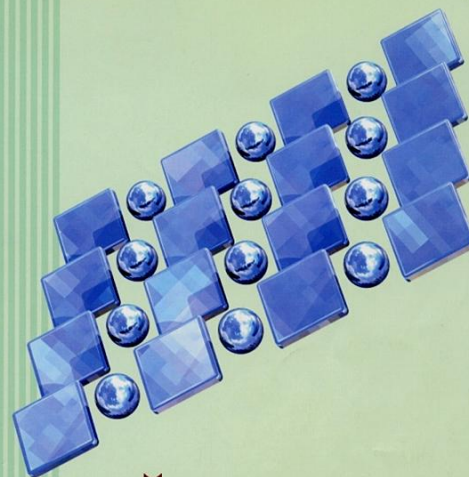
プライマリ・ケア



# 医学教育モデル・コア・カリキュラム

— 教育内容ガイドライン —

医学における教育プログラム研究・開発事業委員会



## 医師国家試験 出題基準

平成**13**年版

医事試験制度研究会

第2回全体会

資料4

### 研修プログラム小委員会検討資料

- 資料4-1 卒後臨床研修の目標(案)について(第3版)
- 資料4-2 研修プログラムの基準(案)について(第4版)
- 資料4-3 研修医の評価(案)について
- 資料4-4 組合せ決定制度(マッチング)(案)について

# Objective Structured Clinical Examination: OSCE

## 医学系の学習・評価項目（第2版、平成18年9月）

- I. 診察に関する共通の学習・評価項目：プライバシーや苦痛への配慮、身だしなみ、言葉遣い、挨拶や説明
- II. 医療面接：導入部分、患者さんとの良好なコミュニケーション、患者さんに聞く（医学的情報、心理・社会的情報）、患者さんに話を伝える、締めくくり部分、全体をとおして、報告
- III. 全身状態の把握：第一印象、視診、触診、反応、臭い、バイタルサイン、身体計測
- IV. バイタルサインの測定（四肢動脈の診察などを含む）：診察時の配慮、意識レベル、体温、呼吸、上肢の脈拍・血圧測定、下肢の脈拍・血圧測定、下肢浮腫の診察
- V. 頭頸部診察：診察時の配慮、頭部の診察、頸部の診察
- VI. 胸部診察：診察時の配慮、聴診器の使用、肺の診察（前胸部、背部）、その他背部の診察、心臓の診察、頸部血管の診察、乳房の診察（シミュレーター使用）
- VII. 腹部診察：診察時の配慮、全般的注意事項、基本的診察法、病態に応じた精密診察法
- VIII. 神経診察：診察時の配慮、診察の順序、脳神経系の診察、上肢の運動系の診察、上肢の握力の診察と徒手筋力検査、起立と歩行の診察、下肢の運動系の診察、下肢の徒手筋力検査、感覚系の診察、反射の診察、髄膜刺激徴候の診察、認知機能の診察、意識レベルの診察
- IX. 外科系基本手技：診察時の配慮、病棟手洗い、静脈採血、持続的導尿（男性、女性）、手術時手洗い・ガウンテクニック、縫合
- X. 救急：成人の心肺蘇生法、小児の心肺蘇生法、意識障害患者への初期対応、気道異物による窒息への初期対応、蘇生チームによる心肺蘇生法、重症救急病態に対する救命治療、初期救急病態の鑑別と初期治療

# 卒後臨床研修目標（医道審議会臨床研修検討部会）

医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会

## 2 具体的目標

### （1）基本的診察法

卒前に修得した事項を基本とし、受持症例について例えば以下につき主要な所見を正確に把握できる。

- 1) 面接技法（患者、家族との適切なコミュニケーションの能力を含む）
- 2) 全身の観察（バイタルサイン、精神状態、皮膚の診察、表在リンパ節の診察を含む）
- 3) 頭・頸部の診察（眼底検査、外耳道、鼻腔、口腔、咽頭の観察、甲状腺の触診を含む）
- 4) 胸部の診察（乳房の診察を含む）
- 5) 腹部の診察（直腸診を含む）
- 6) 泌尿・生殖器の診察（注：産婦人科の診察は指導医と共に実施のこと）
- 7) 骨・関節・筋肉系の診察
- 8) 神経学的診察

### （2）基本的検査法（1）

必要に応じて自ら検査を実施し、結果を解釈できる。

- 1) 検尿
- 2) 検便
- 3) 血算
- 4) 出血時間測定
- 5) 血液型判定・交差適合試験
- 6) 簡易検査（血糖、電解質、尿素窒素、赤沈を含む）
- 7) 動脈血ガス分析
- 8) 心電図
- 9) 簡単な細菌学的検査（グラム染色、A群β溶連菌抗原迅速検査を含む）

# (1) 卒後臨床研修の獲得目標

＜経験すべき診察法・検査・手技＞

**研修開始初期(9カ月目まで)に経験でき  
てしまう獲得目標の割合**

＊国立大学病院長会議オンライン卒後臨床研修評価システム(EPOC)  
のデータを利用

＊2007年度に研修を開始した研修医約4000名を対象。

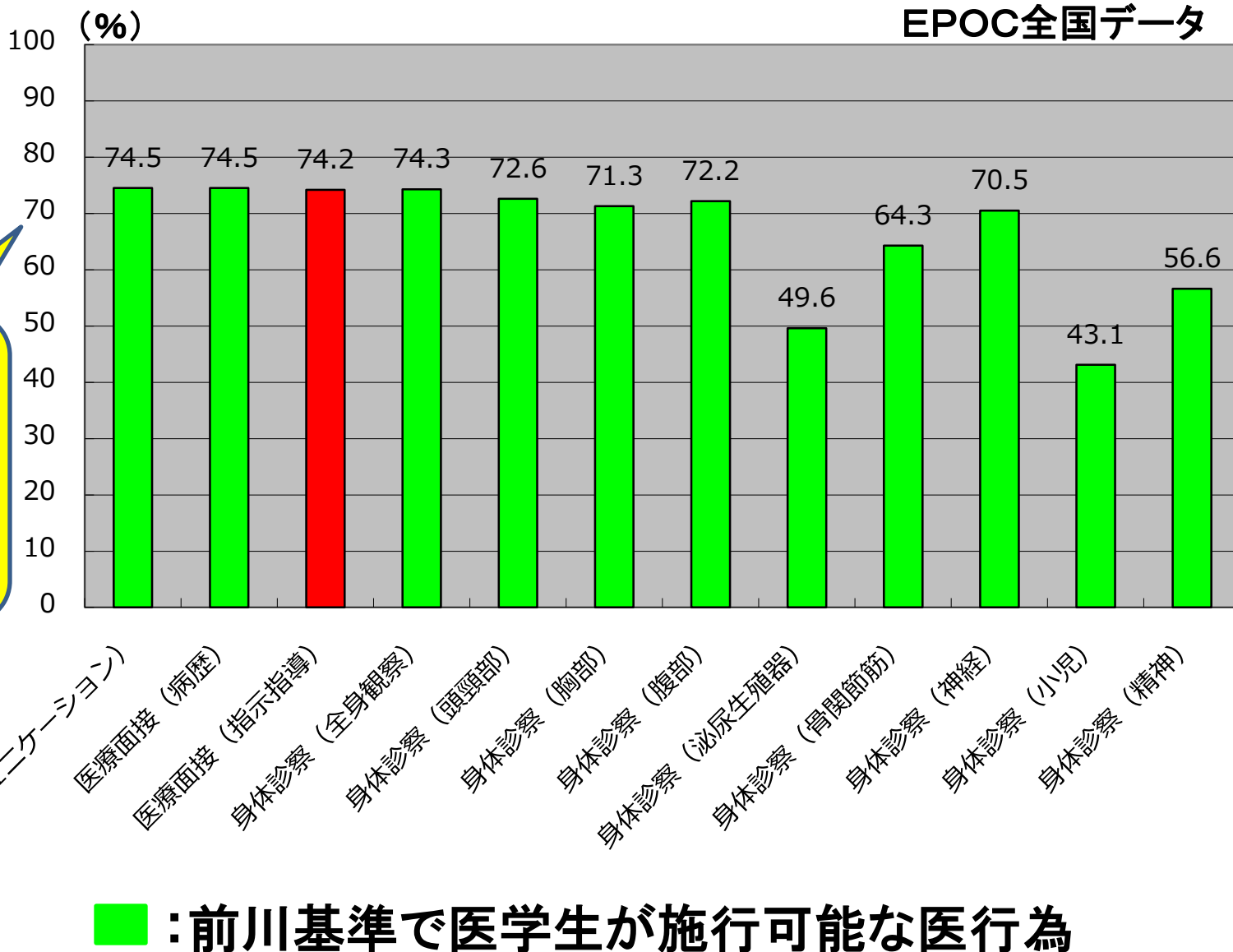
注)9か月目での評価となったのは、EPOCから得られる最初のデータが9か月目のデータであったことによる。  
(山形大学医学部解析資料)

# 研修開始9カ月目で既に経験済みの割合



## 診察

Student Doctorでも研修可能な医行為は、研修開始初期に経験してしまうものが多い。

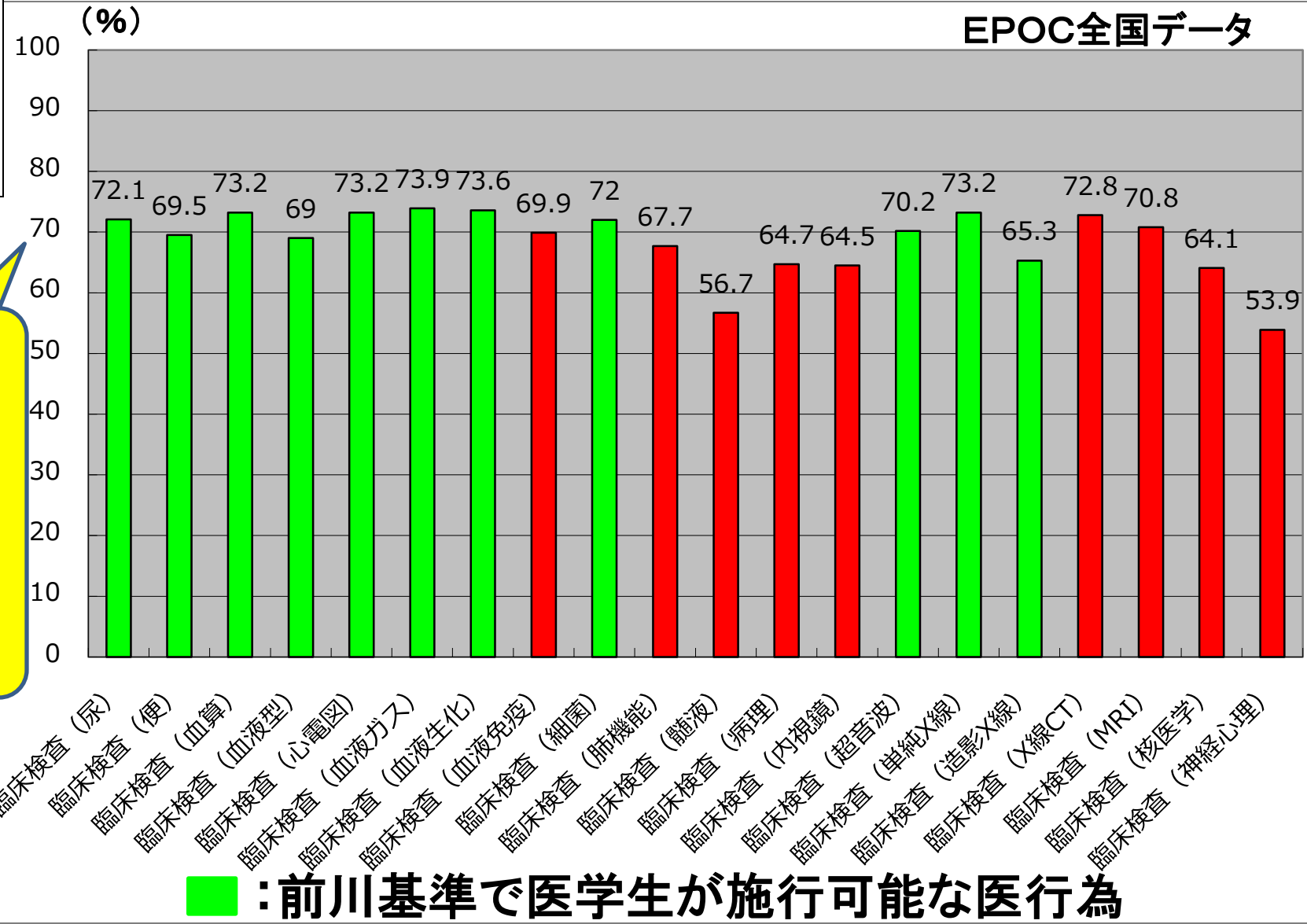


# 研修開始9カ月目で既に経験済みの割合

## 検査

Student Doctorでも研修可能な医行為は、研修開始初期に経験してしまうものが多い。

EPOC全国データ

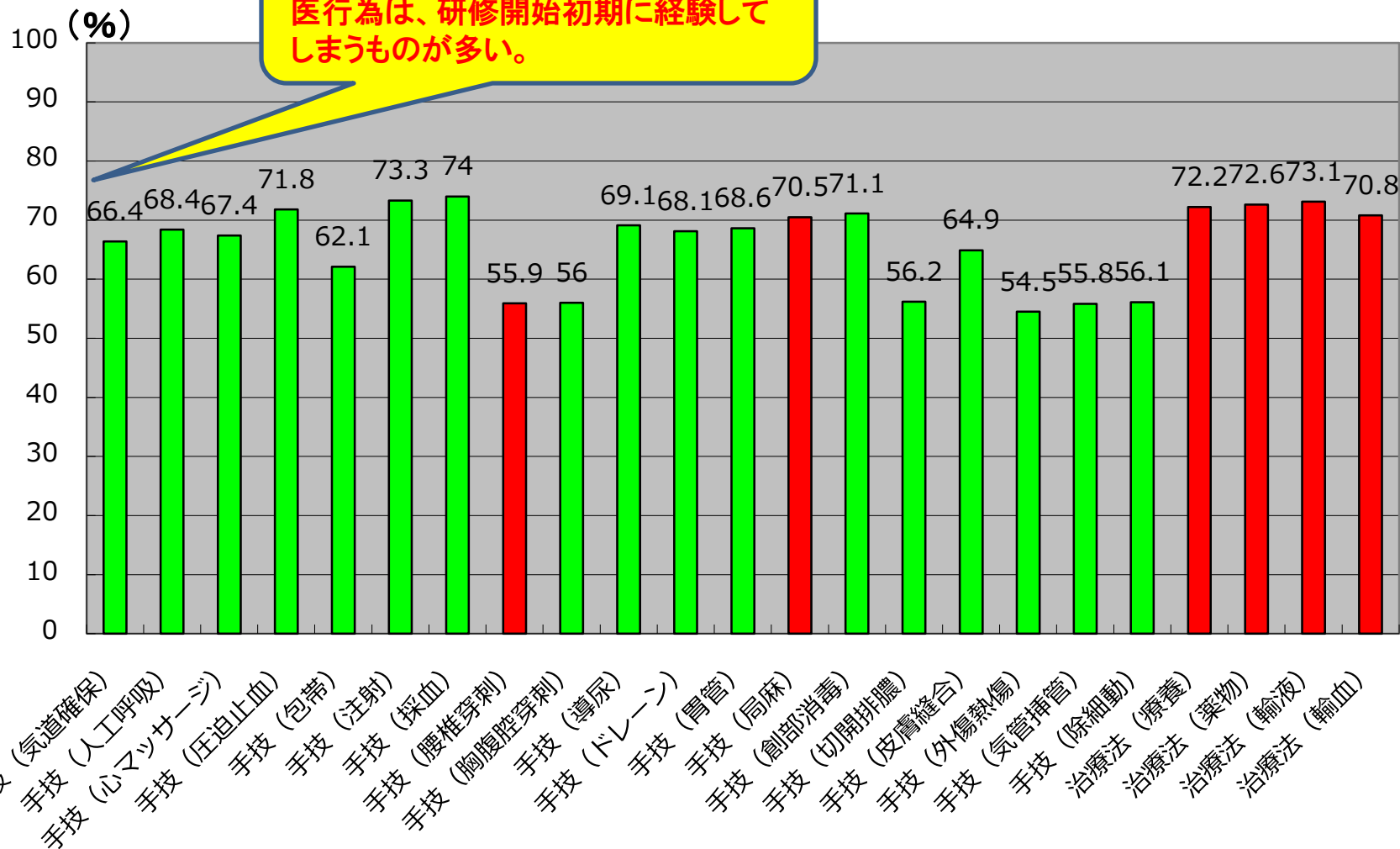


# 研修開始9カ月目で既に経験済みの割合

## 手技・治療法

EPOC全国データ

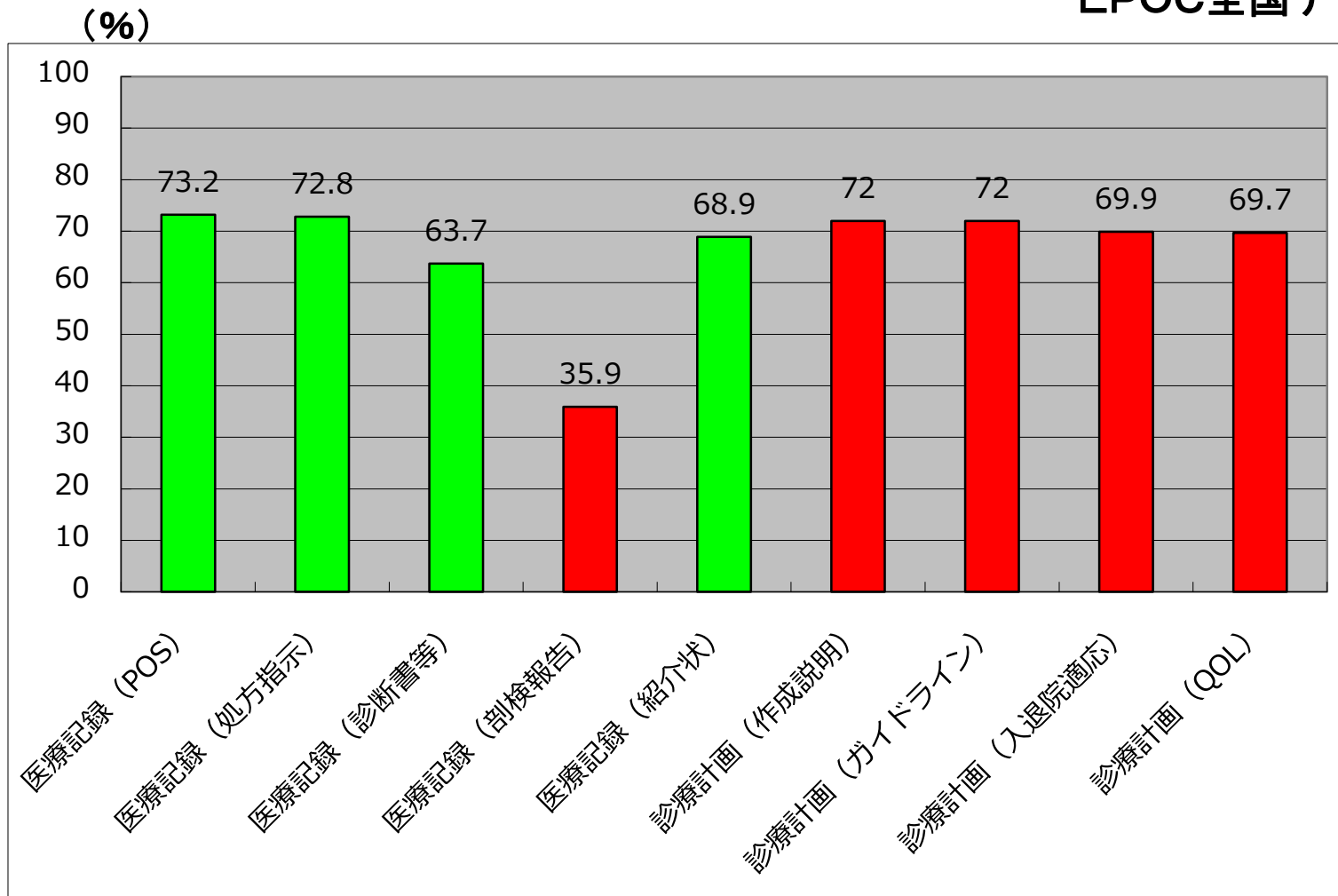
Student Doctorでも研修可能な医行為は、研修開始初期に経験してしまうものが多い。



■ : 前川基準で医学生が施行可能な医行為

# 研修開始9カ月目で既に経験済みの割合

EPOC全国データ



■ : 前川基準で医学生が施行可能な医行為

医療記録・診療計画

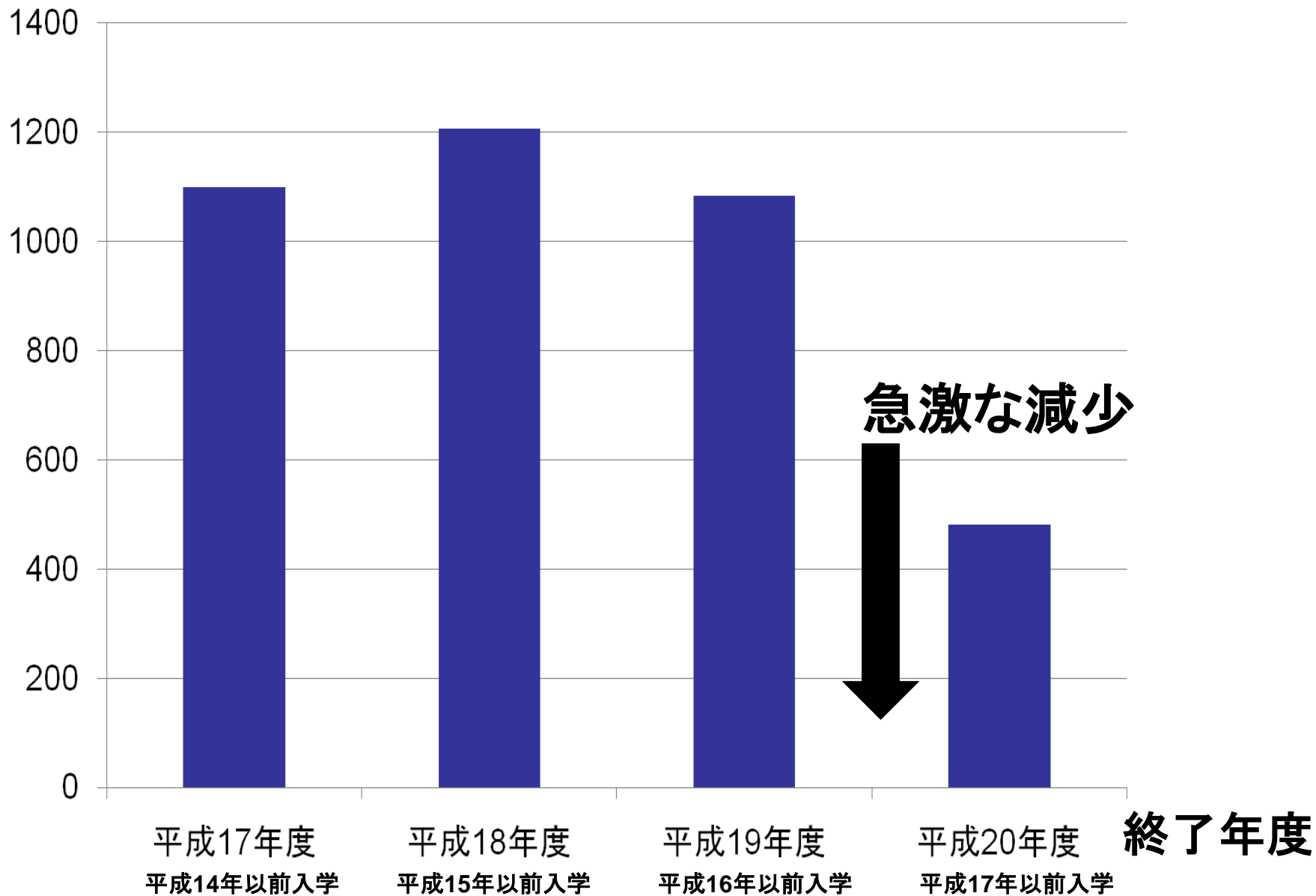


# 問題点

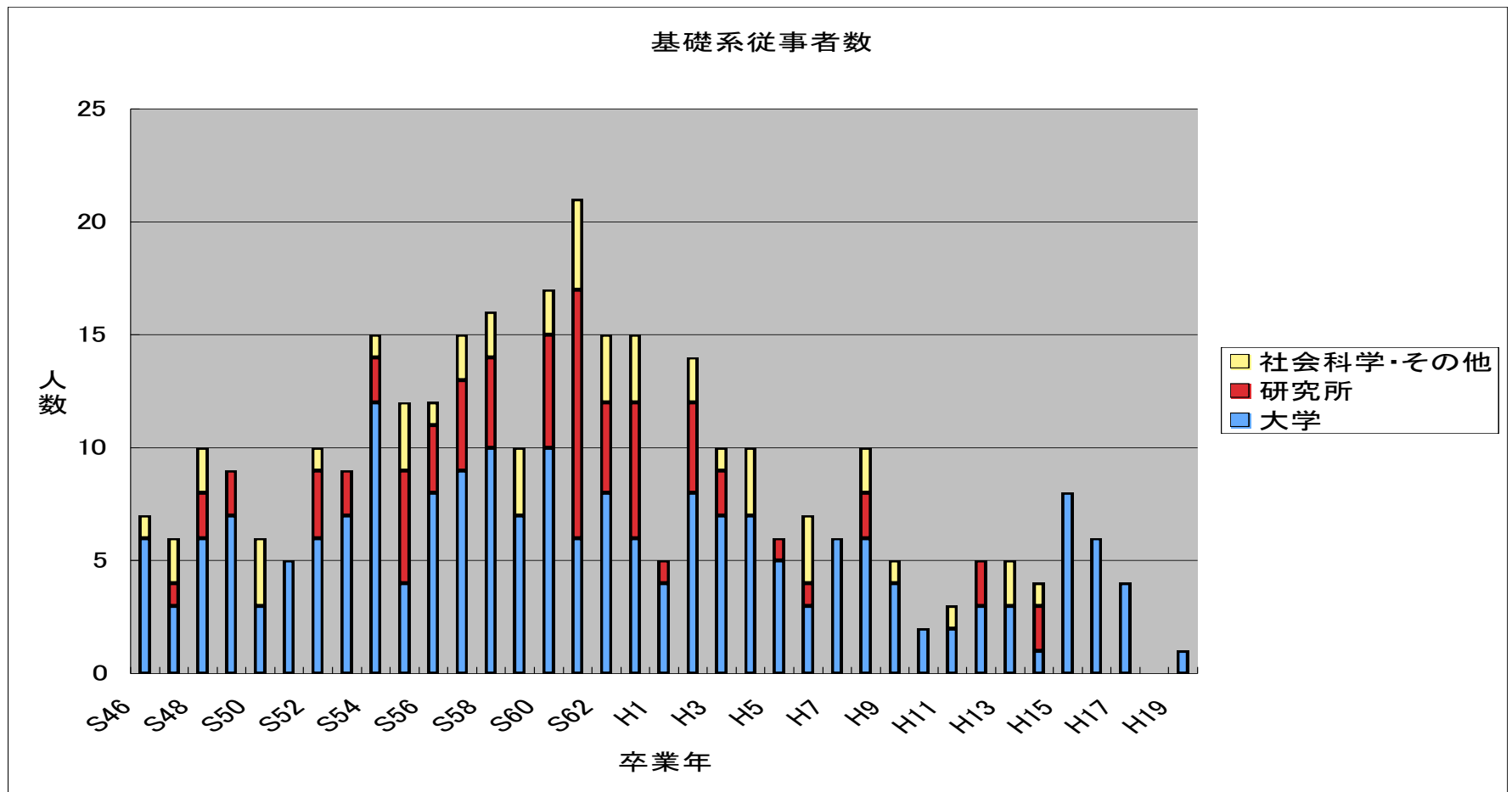
平成16年度を境に急激な変化

1. 研究者減少
2. 地域における偏在の促進
3. 診療科の偏在

# 大学院博士課程修了者のMDの人数(国立、公立、私立のうち38大学)



# 東京大学医学部卒業者のうちで 基礎研究に携わる研究者数の推移



(東京大学 清水孝雄先生ご提供)

# 臨床研修修了者帰学状況

---

- 平成14年3月(研修制度発足2年前)国家試験合格者に対する自大学+他大学所属者の割合を対照
- 平成16,17,18,19,20年国家試験合格者に対する臨床研修修了者の帰学者(他大学出身者含む)の割合

平成14年:71.4%

平成18年:50.6%

平成19年:52.0%

平成20年:55.9%

平成21年:58.7%

平成22年:51.7%

平成23年:52.9%

50%台で推移し、増加はみられない！

# 中大都市圏域と小都市圏域 における相違



**中大都市圏域**

：50万以上の都市のある都道府県



**小都市圏域**

：50万未満の都市のある都道府県

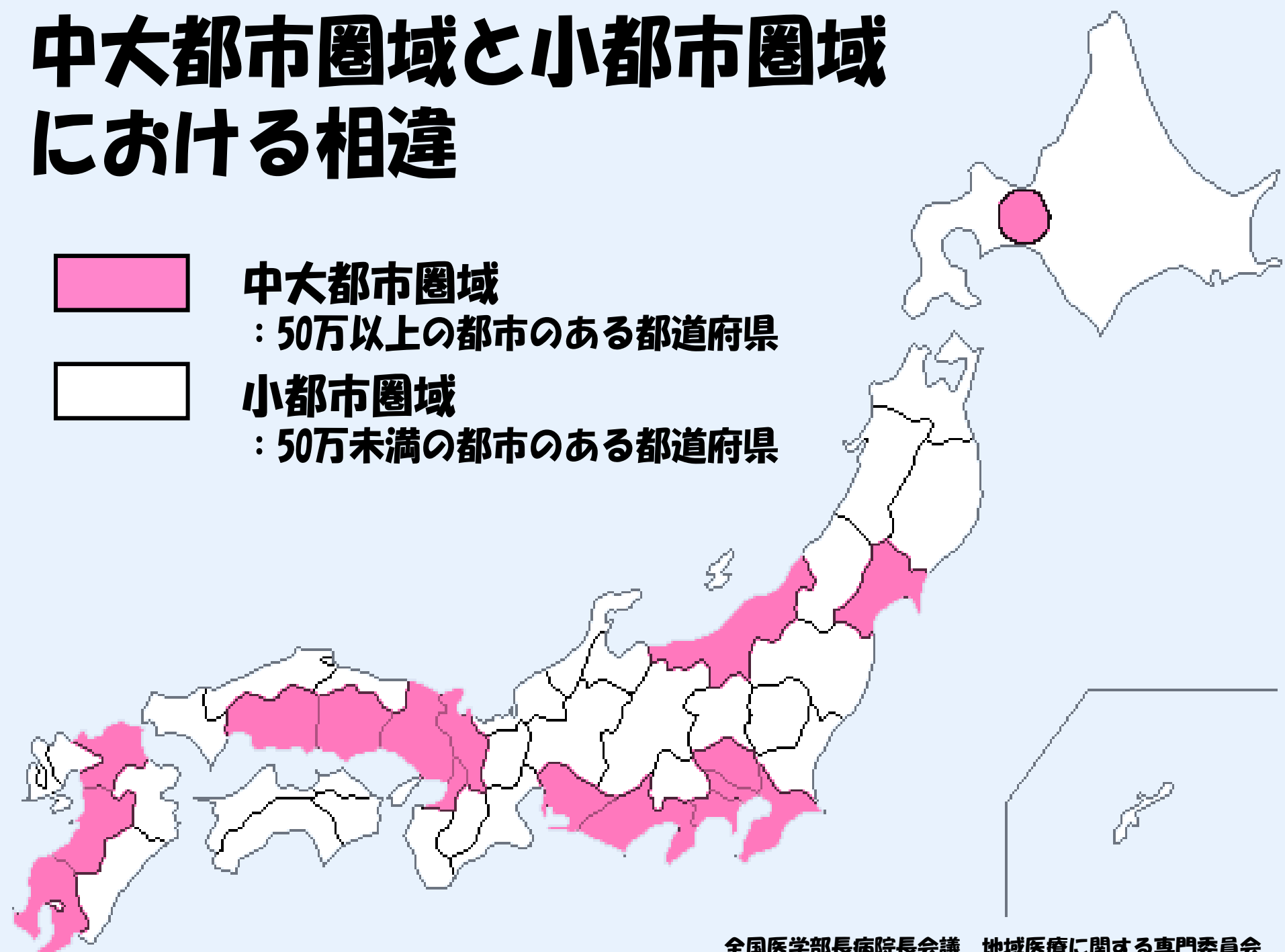


図 2-0-3 H23年 帰学率（大学別）

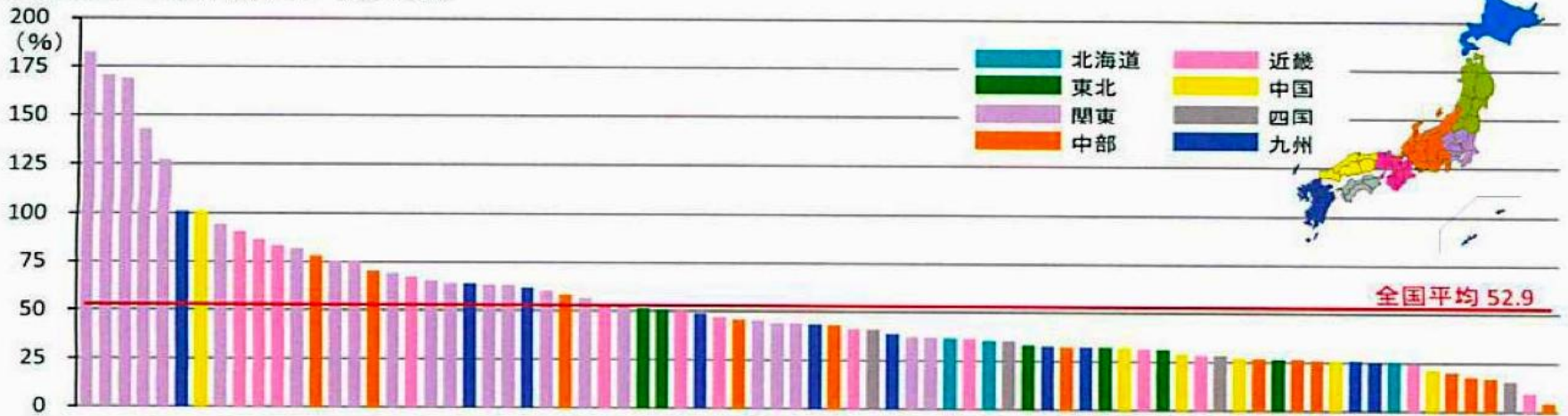
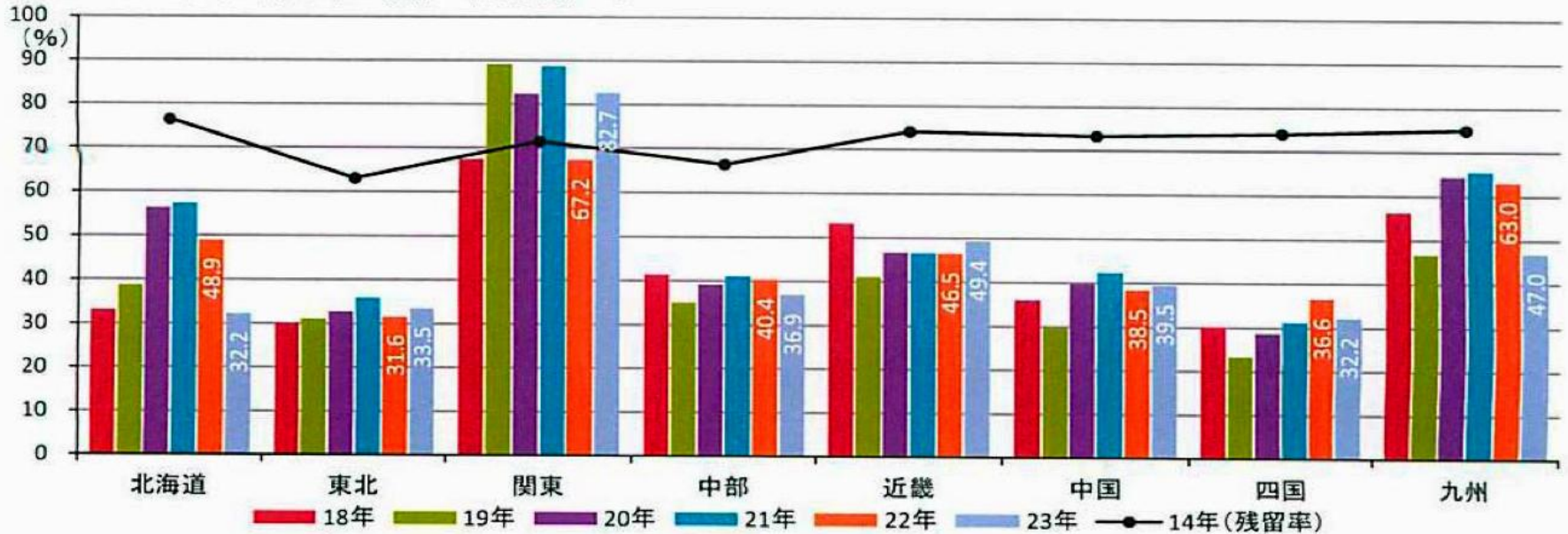


図 2-0-6 6年間の帰学率の推移（地域別）

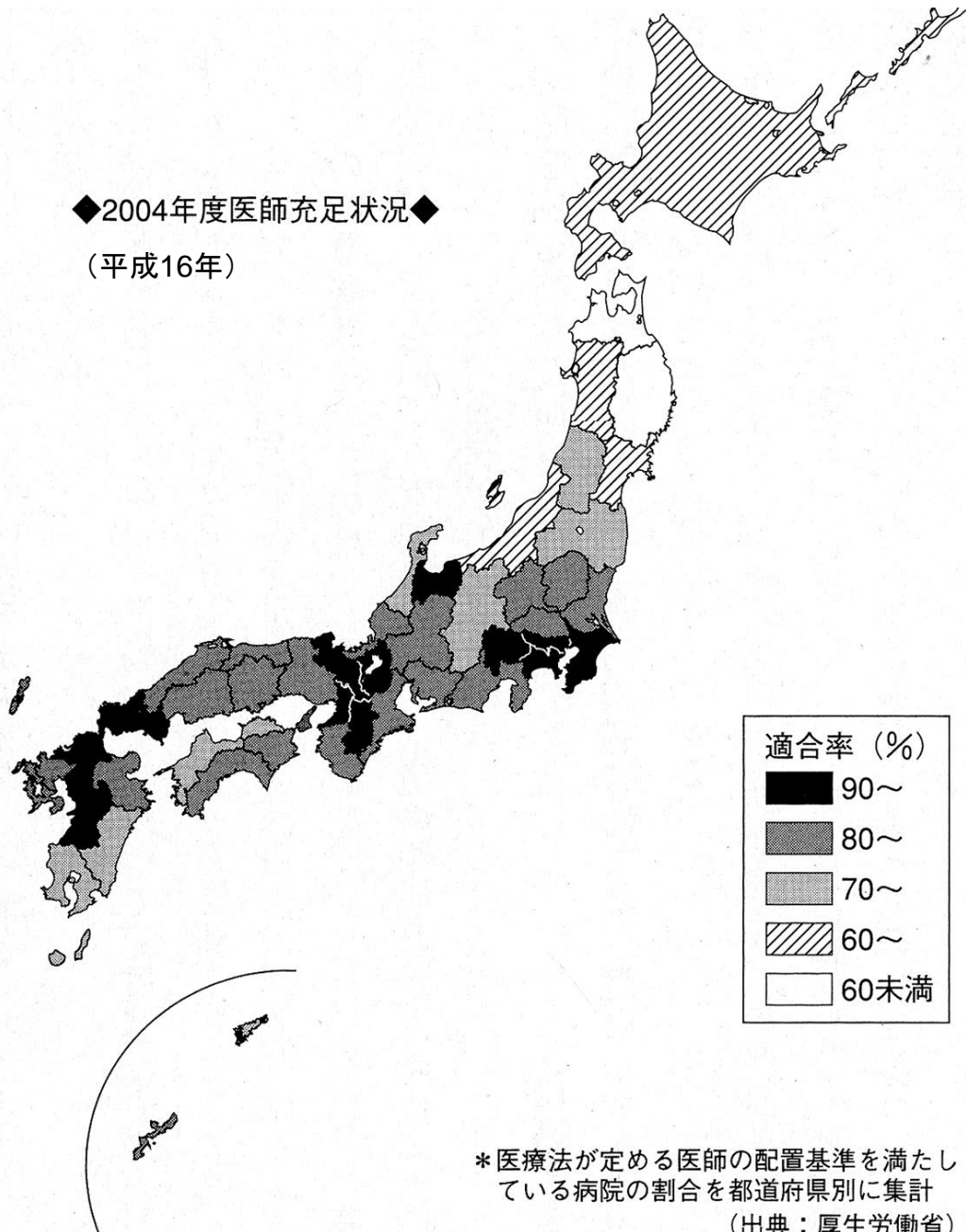


<出典>全国医学部長病院長会議  
地域医療に関する専門委員会報告 平成23年度調査結果

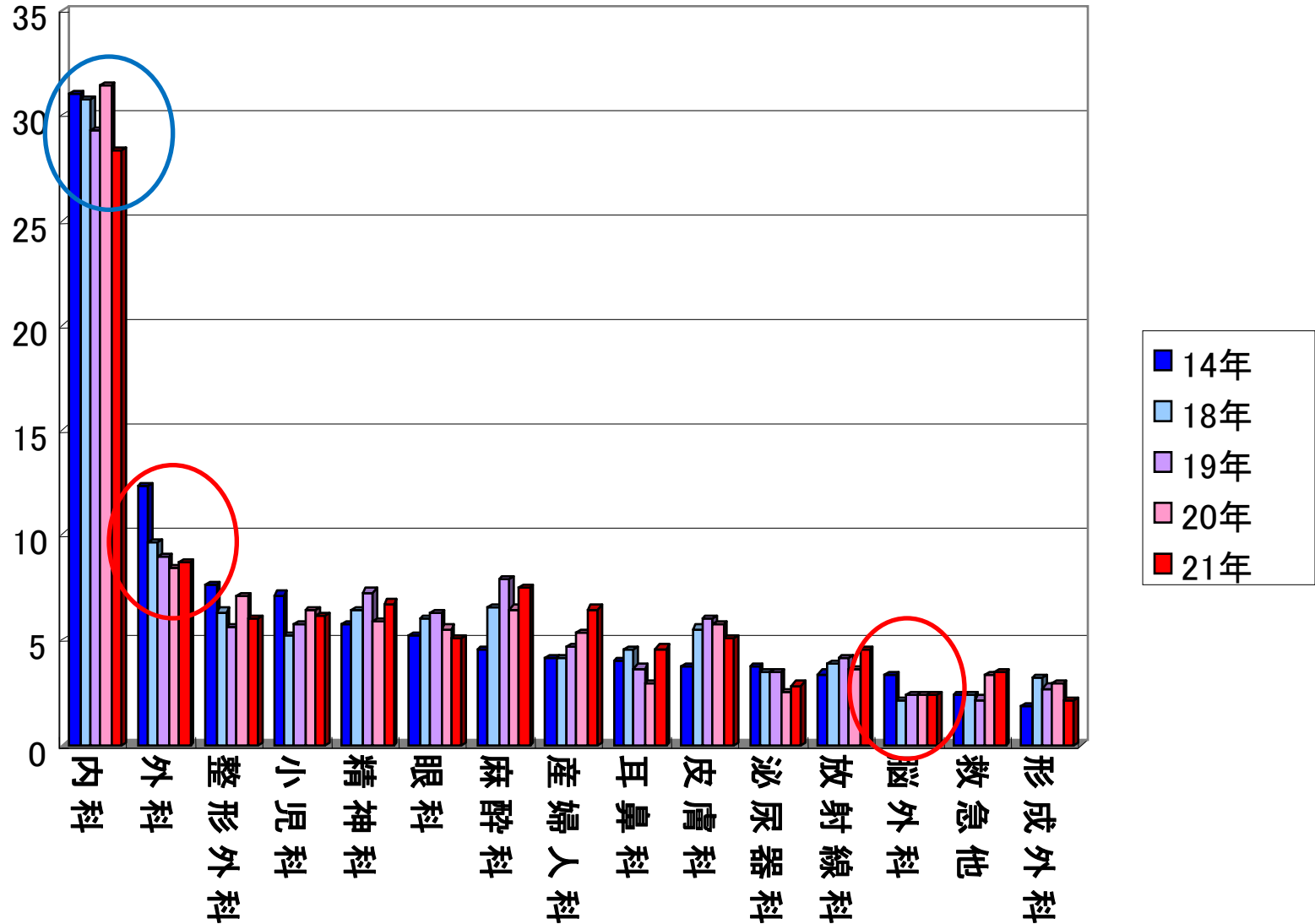
# 医師臨床研修制度後の医師の動きは地域偏在を是正する方向に進んではいない

◆2004年度医師充足状況◆

(平成16年)



# 診療科別増減 平成18, 19, 20, 21年帰学者, 平成14年卒業者





# 医師研修改革 苦しむ地方



病院が研修医を呼ぶ  
ント=3月1日、

厚労省の罪①

**公 貧 社 会**  
支え合いて 求め

重苦しい空気が漂っていた。地域病院からの医師引き揚げに踏み切るかどうかの決断を迫られ、誰も口を開かない。富山大学医学部・小児科医局長。宮脇勇教授（現医学部長）のもと、「医局風」と呼ばれる大学病院の小児科医や研究を続ける大学院生が集まっていた。06年のことだ。医局は県内の病院に20人以上の医師を異り込み、地域小児医療の「心臓部」だ。ところが、医学部卒業後3年間の「初期臨床研修」が義務化された04年度から3年間で、入局した新人医師はたった1人。教育、研究、診療の三役を担う医局本体を守りつづける医師を続けることは難しくなっていた。医局の機嫌で「引き揚げ」に決まりかけた時、大学院生の1人が口を開いた。「僕が研究を

## 病院から引き揚げ図る大学

03年2月、嘉山孝正・山形大学付属病院長（当時）は、厚生労働省内で木村義雄副大臣と向き合った。新研修制度への評価を聞かれた嘉山氏は答えた。「パンドラの箱を開けることになる。地域医療は崩壊します」。厚生労働省の受け止めは違った。03年3月、新制度の準備にあたる同省の作業部会。緊急調査結果について厚生労働省幹部は「私どもの新しい医師臨床研修だけの影響ではないと思う」と述べ、国立大学の法人化や診療報酬改定にも医師引き揚げの原因があるとした。新制度は予定通りその1年後に始まった。



休んで病棟に入りませう。他に多数入の院生が同調し、医局派も受け入れられることになった。富山大学の機嫌電話には、小児科医局長の学生が電話で「ノールアドレスがびびり登壇されている。研修先の選択を控えた学生を勉強会や懇話会に誘った。こうして僅かなる努力で、このように

で小児科医2人が退職した。富山山大によると、うち1人は富山大病院を退院後、初期研修から市民病院を選んだため医局とのつながりはなかったという。こうした事情も絡んで大学から代わりの医師の派遣はなく、14床のNICUは4月に閉鎖された。市内でNICUがある県立中央、富山大学付属の2病院には重症の新生児だけでなく、早期の恐れがある妊婦の搬送も集中

03年2月、嘉山孝正・山形大学付属病院長（当時）は、厚生労働省内で木村義雄副大臣と向き合った。新研修制度への評価を聞かれた嘉山氏は答えた。「パンドラの箱を開けることになる。地域医療は崩壊します」。厚生労働省の受け止めは違った。03年3月、新制度の準備にあたる同省の作業部会。緊急調査結果について厚生労働省幹部は「私どもの新しい医師臨床研修だけの影響ではないと思う」と述べ、国立大学の法人化や診療報酬改定にも医師引き揚げの原因があるとした。新制度は予定通りその1年後に始まった。

## 方 VS 文科

の医局に新人が何人入るのか、細部部長は常に気にしている。「大学からの医師供給が断たれたら地方の病院はおしまい。妊婦や新生児を乗せた救急車を県外に向かわせることになる」。県は「新富山県医師計画」（08・12年度）で、県外出身や新生児の救急患者を輪番で受け入れる。「最後のとりで」に県立中央、富山大学付属、富山市民院3病院を定めていた。計画初期度からその一角が閉鎖される事態にも、県の医師計画担当は「医師の配属は救済の考え次第。県の対応は限られている。特定の診療科が県内公制での勤務条件に月4万円を出す奨学金制度を06年から始めた。ただ、近隣県と争って「奨学金相場」はうぶな。09年度からは、将来労働医局と診療科双方を縛る」と答えている。

「現職も聞かされていた。研修先は90年代前半から、新制度が始まる前から起きている。『手待ち』の研修医が医局を見つけた大学医局に彼らを引き揚げた動きが02年末頃から表面化。03年2・3月に行われた医師団体の緊急調査で、『医局の引き揚げが』と回答した病院が17%に達した。

03年2月、嘉山孝正・山形大学付属病院長（当時）は、厚生労働省内で木村義雄副大臣と向き合った。新研修制度への評価を聞かれた嘉山氏は答えた。「パンドラの箱を開けることになる。地域医療は崩壊します」。厚生労働省の受け止めは違った。03年3月、新制度の準備にあたる同省の作業部会。緊急調査結果について厚生労働省幹部は「私どもの新しい医師臨床研修だけの影響ではないと思う」と述べ、国立大学の法人化や診療報酬改定にも医師引き揚げの原因があるとした。新制度は予定通りその1年後に始まった。

る条件で、入学金・授業料額と月10万円を出すことにした。しかし、金額に拘られるほど医学生は単純ではない。「曹月休暇・短時間勤務保証（救急救急センターで稼働値目P）」。3月1日、北陸随伴大学の医学生を対象に、医師紹介会社の主催で研修病院を探るイベントが金沢市で開かれた。ポスターや旗で飾られた37病院のブース。名札を下した学生に次々と声がかかる。富山大5年の男子学生（28）は、地元出身で小児科医。県内病院を中心に回ったが、指導者となる小児科医の少なさが気になった。「小児科の先生は1人」という病院は候補から消された。地域医療を支えていきたいが、まずはいい小児科医になりたい。「県外で初期研修を受けたいから地元へ戻ることも選択肢。じっくり考えます」

「現職も聞かされていたが、起きた現実はずるを超えた。医局の側面を直す仕組みを同時に入れなかったのはまずかった。04年度に新研修制度が始まる前から起きている。『手待ち』の研修医が医局を見つけた大学医局に彼らを引き揚げた動きが02年末頃から表面化。03年2・3月に行われた医師団体の緊急調査で、『医局の引き揚げが』と回答した病院が17%に達した。

03年2月、嘉山孝正・山形大学付属病院長（当時）は、厚生労働省内で木村義雄副大臣と向き合った。新研修制度への評価を聞かれた嘉山氏は答えた。「パンドラの箱を開けることになる。地域医療は崩壊します」。厚生労働省の受け止めは違った。03年3月、新制度の準備にあたる同省の作業部会。緊急調査結果について厚生労働省幹部は「私どもの新しい医師臨床研修だけの影響ではないと思う」と述べ、国立大学の法人化や診療報酬改定にも医師引き揚げの原因があるとした。新制度は予定通りその1年後に始まった。

「研修の効果は出ている」として折衷案だ。（野沢哲也）

## 臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ

平成21年2月18日

臨床研修制度のあり方等に関する検討会

(厚生労働省・文部科学省)

## 臨床研修制度のあり方等に関する検討会 構成員

飯沼 雅朗	蒲郡深志病院長、社団法人日本医師会常任理事
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
小川 彰	岩手医科大学学長
○小川 秀興	学校法人順天堂理事長
嘉山 孝正	山形大学医学部長
齊藤 英彦	名古屋セントラル病院長
◎高久 史磨	自治医科大学学長
辻本 好子	NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
永井 雅巳	徳島県立中央病院長
西澤 寛俊	特別医療法人恵和会西岡病院理事長
能勢 隆之	鳥取大学学長
福井 次矢	聖路加国際病院長
武藤 徹一郎	財団法人癌研究会理事、名誉院長
矢崎 義雄	独立行政法人国立病院機構理事長
吉村 博邦	学校法人北里研究所理事、 社団法人地域医療振興協会顧問

◎は座長、○は座長代理

(5)臨床研修制度の導入以降、大学病院において臨床研修を受ける医師が大幅に減少し、また、専門の診療科の決定が遅れたことも影響して、大学病院の若手医師が実質的に不足する状況となった。このため、大学病院が担ってきた地域の医療機関への医師の派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化・加速するきっかけとなった。

(6)研修医の募集定員は、病院ごとには一定の基準に基づき管理されているものの、総数や地域別にはほとんど調整が行われていない。このため、募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大しており、また、都市部に多くの受入病院があることと相まって、研修医が都市部に集中する傾向が続いている。

平成22年度厚生労働科学研究

## 初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究

平成22年度報告

全国医学部長病院長会議

**【目的】**新初期臨床研修制度が医師のキャリア形成にどのように役立っているか検証する。

### **【方法】**

- ・実施期間 平成23年2月28日～3月25日
- ・対象

80の大学病院と35の大学病院分院  
**新制度下**の初期臨床研修修了者  
(平成16～20年卒業医師)

**旧制度下**の初期臨床研修修了者  
(平成10～15年卒業医師)

- ・回収率

115対象病院の94%

19003対象医師の57%

\* 大学病院以外で研修を受けた医師との比較には、厚生労働科学特別研究事業「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究(研究代表者 桐野高明先生)」が平成22年度に行ったデータを用いた。

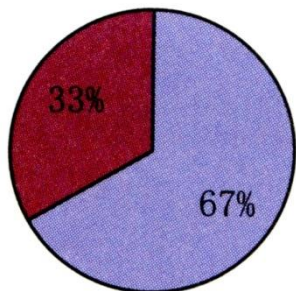
# 学位（博士）を持っているあるいは取得を目指しているか？

後期研修に大学に戻っても、学位取得の希望は低下している。

## ●全国医学部長病院長会議調査

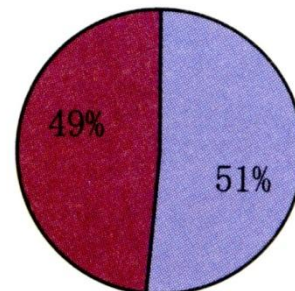
(旧制度)

- 学位取得をめざしている
- 学位取得をめざしていない



(新制度)

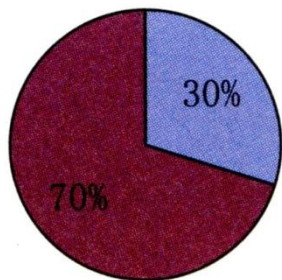
- 学位取得をめざしている
- 学位取得をめざしていない



## ●桐野班調査(大学病院を除く)

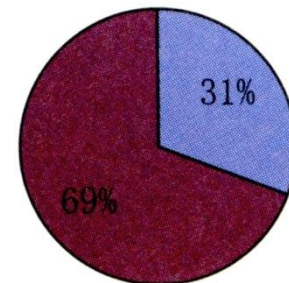
(旧制度)

- 学位取得をめざしている
- 学位取得をめざしていない



(新制度)

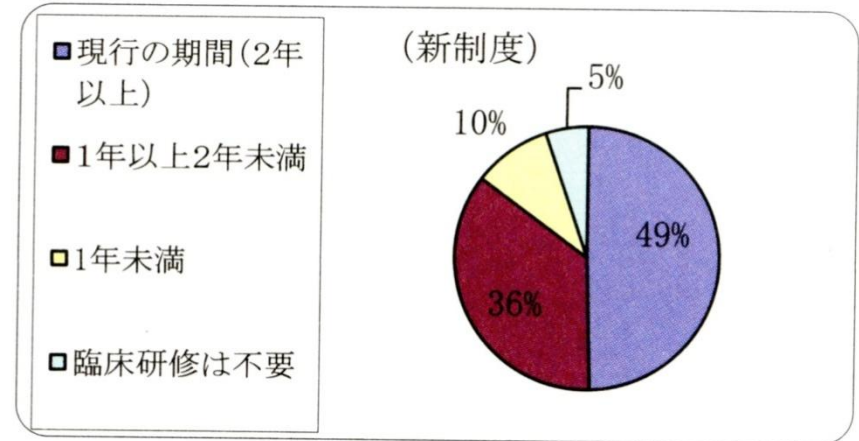
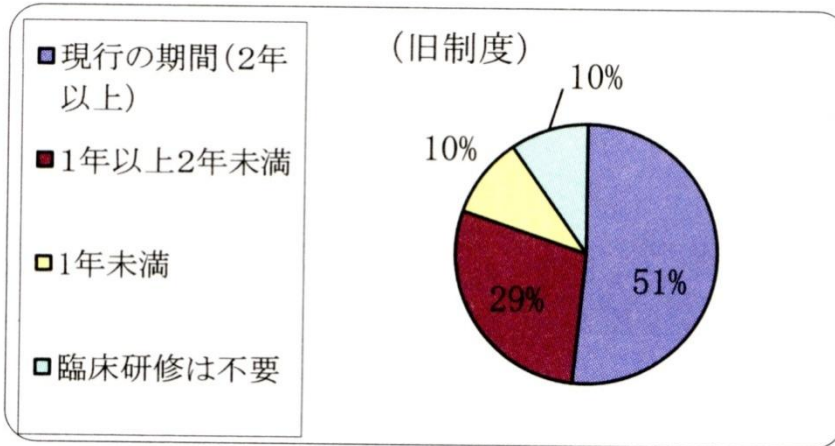
- 学位取得をめざしている
- 学位取得をめざしていない



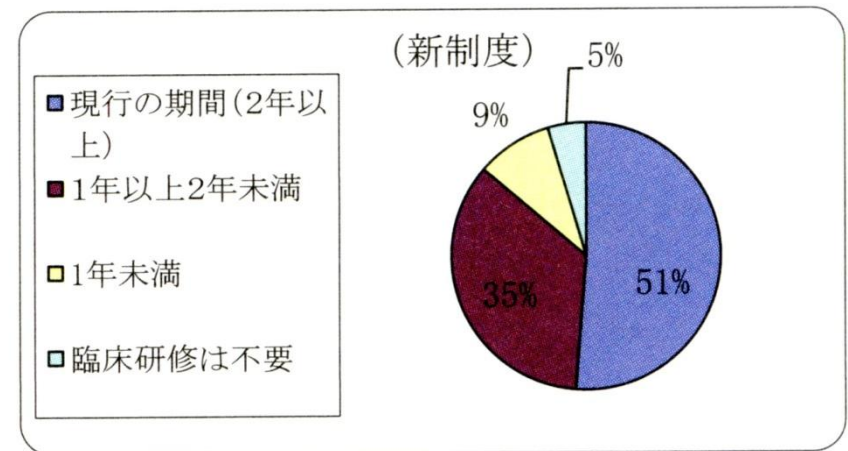
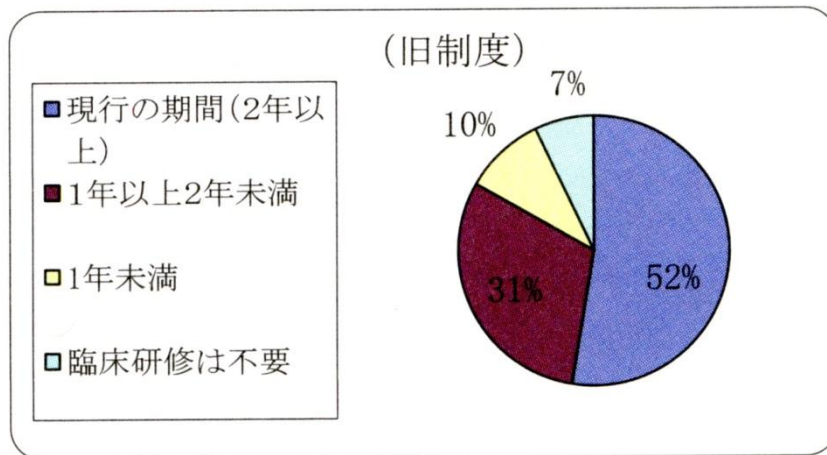
# 臨床研修の適切な期間はどれくらいか？

むしろ新制度下の研修医のほうが短くても良いと考える傾向がある？

## ●全国医学部長病院長会議調査



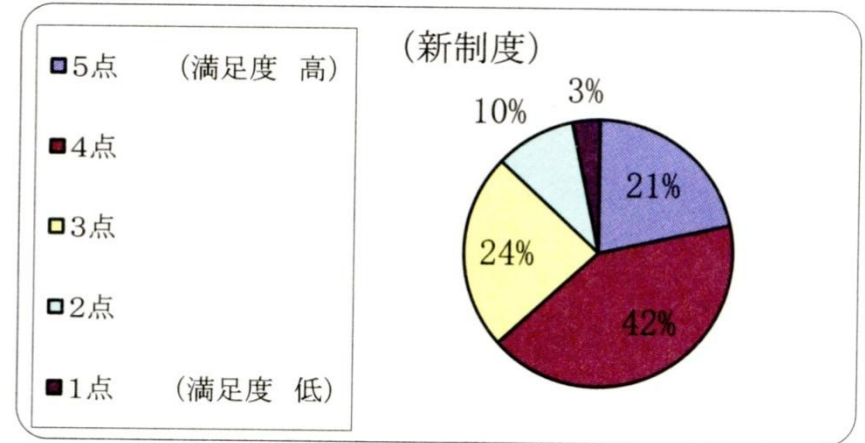
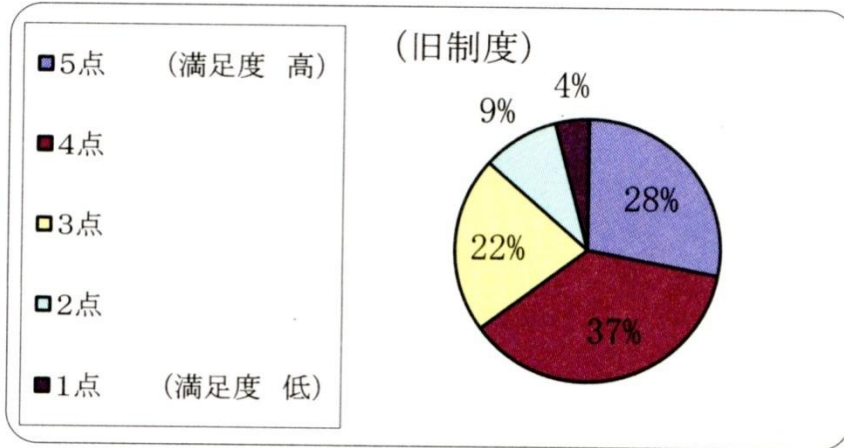
## ●桐野班調査(大学病院を除く)



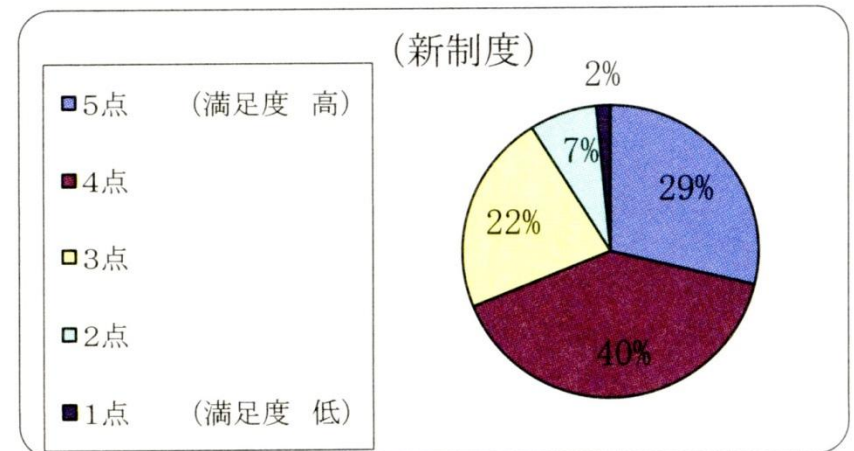
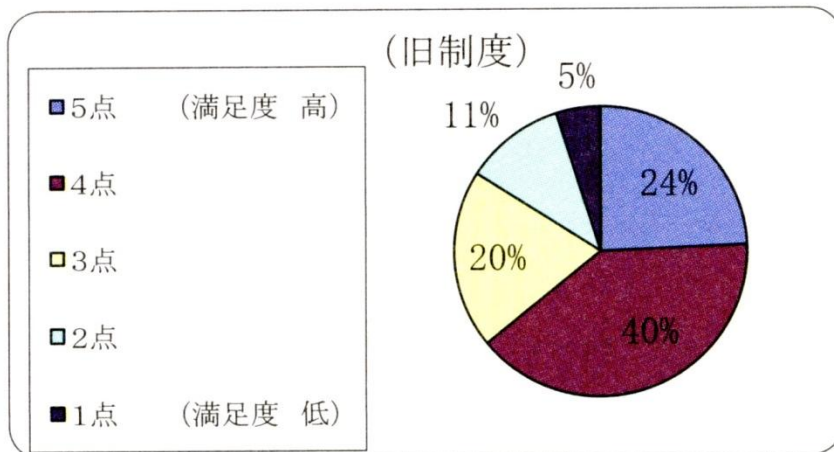
# 自身の受けた臨床研修の満足度は？

必ずしも新臨床研修制度の満足度が高いわけではない。

## ●全国医学部長病院長会議調査



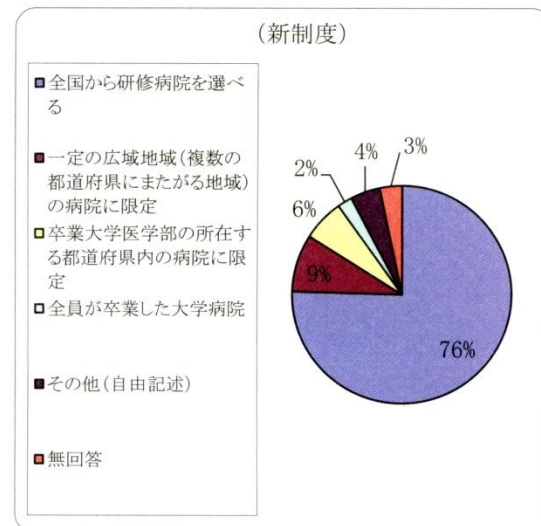
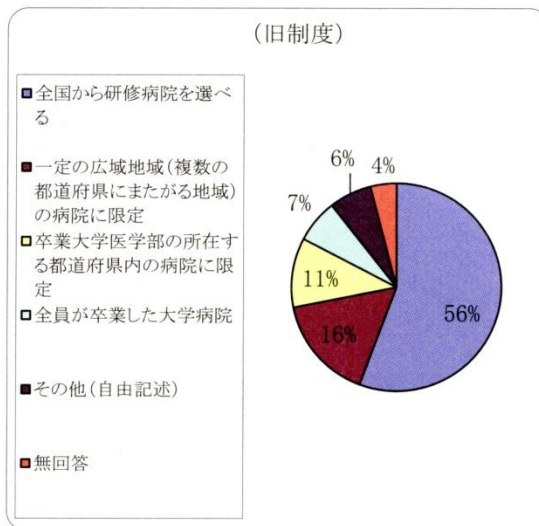
## ●桐野班調査(大学病院を除く)



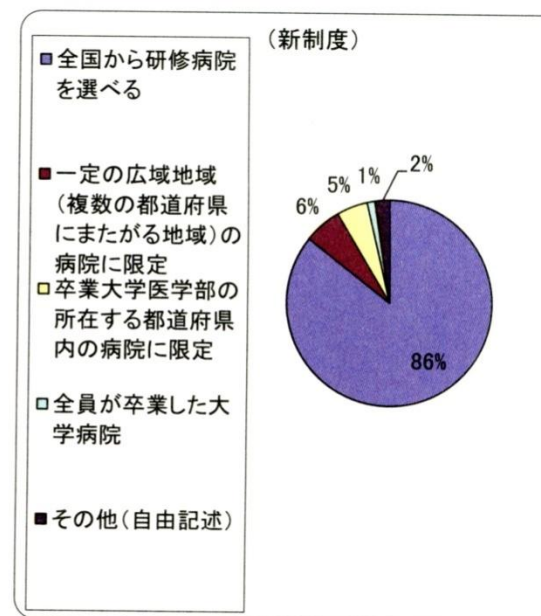
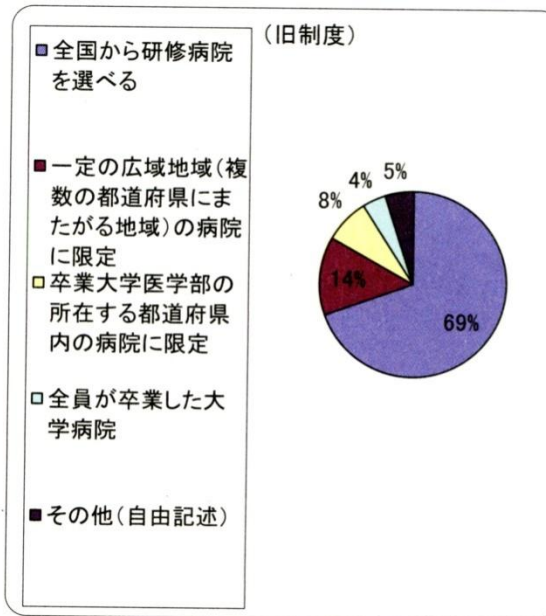
# 望ましい臨床研修場所は？

新制度研修修了者は、研修先の制限には否定的。

## ●全国医学部長病院長会議調査



## ●桐野班調査(大学病院を除く)





# 研修病院の病床数と改善すべき点

病床数の少ない研修病院では、研修の指導と初期臨床研修終了後のキャリアパス形成に問題がある。

24%

32%

21%

18%

## クロス集計25 (問20×問7)

### 臨床研修を受けた病院の病床数(問7)

【全体】

合計

～200床未満    200床～300床未満    300床～600床未満    600床～    無回答

臨床研修を行った病院で改善すべき点(問20)	臨床研修を受けた病院の病床数(問7)					合計
	～200床未満	200床～300床未満	300床～600床未満	600床～	無回答	
指導医の数が少なかった	29	79	392	593	12	1,105
研修医一人当たりの症例数が少なかった	11	14	160	637	8	830
手技を豊富に経験できなかった	9	30	391	1,609	18	2,057
多くの診療科をローテーションするため深く学べなかった	7	53	494	1,204	12	1,770
研修プログラムが充実していなかった	17	64	494	1,421	18	2,014
臨床研修後の進路の環境が整っていなかった	22	40	315	502	7	886
診療科同士の垣根が高かった	7	12	285	1,701	18	2,023
common diseaseを多く経験出来なかった	5	9	211	1,361	11	1,597
熱心な指導医が少なかった	10	41	259	619	8	937
シミュレーターや図書など機器や設備が充実していなかった	27	94	635	1,063	19	1,838
将来の進路に関わらず指導がおろそかになった	8	39	312	767	12	1,138
臨床病理検討会(CPC)が頻繁に開催されていなかった	15	45	238	424	12	734
他大学卒業の研修医と交流がなかった	21	42	387	1,257	17	1,724
卒前教育との連携が取れなかった	10	30	273	701	3	1,017
多くの診療科を選択出来なかった	21	37	362	1,351	16	1,787
その他(自由記述)	10	37	238	654	10	949
無回答	12	54	377	955	45	1,443
合計	241	720	5,823	16,819	246	23,849

回答対象医師数

92

335

2736

7495

獲得目標

生涯修練

専門知識  
技術、倫理

First aid&Primary care  
挿管、心蘇生

倫理感、インフォームド  
コンセント、意識判定、  
解剖、生化学、薬理

入学

大学医学部

医師

大学医局  
市中病院医局

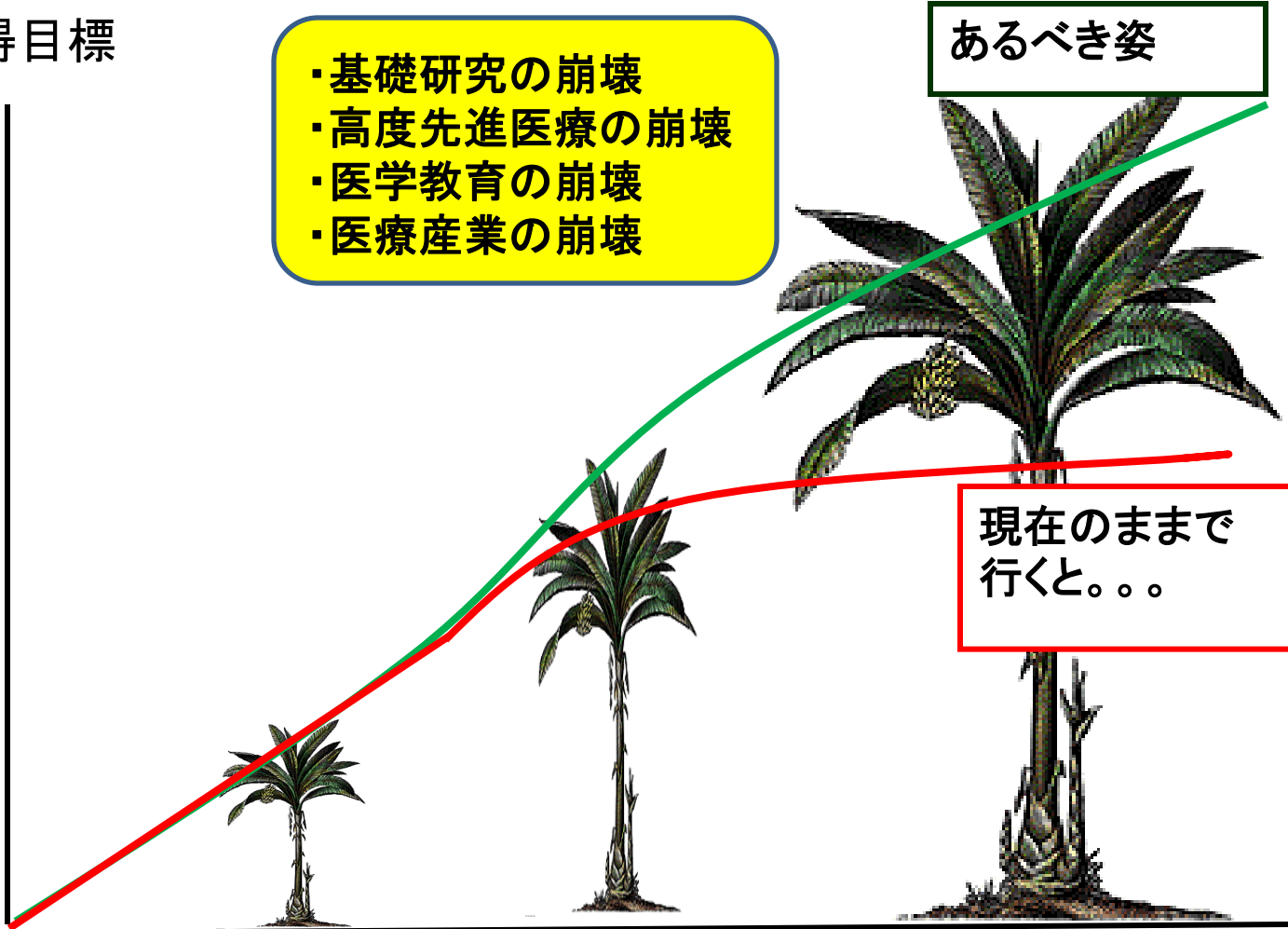
専門医

脳神経外科、心臓血管外科、麻酔科、  
放射線科、一般外科医、循環器内科  
病理医、産婦人科医、整形外科医、  
内科医、小児科医、家庭医

- ・基礎研究の崩壊
- ・高度先進医療の崩壊
- ・医学教育の崩壊
- ・医療産業の崩壊

あるべき姿

現在のままで  
行くと。。



# 問題点

Primary Careに偏りすぎた研修(ゆとり教育)

困難例を知らない → 医療連携ができない

1: 恩師のいない教育; floating doctorの増加

2: 時間を売る単なる労働者化(非プロ化)

3: 困難な医療の衰退

4: 選択科の偏在化

→ 医療レベルの低下

→ 国民の損失

### 3 制度の見直しに当たっての基本的な考え方

「2」の状況を踏まえ、より良い医師の育成のための「医師としての人格のかん養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」という制度の基本理念、および基本理念を具体化した到達目標を前提として、当面、以下の基本的な考え方に立って臨床研修制度等を見直すべきである。

- ① 研修医の将来のキャリア等への円滑な接続が図られ、各病院の個性や工夫を活かした特色ある研修が可能となるよう、研修プログラムを弾力化する。
- ② 医学部教育改革の動向や専門医制度の検討の動向等を踏まえ、卒前・卒後の一貫した医師養成を目指して、臨床研修の質の向上及び学部教育の更なる充実を図る。
- ③ 医師の地域偏在への対応、大学病院等の医師派遣・養成機能の強化、さらに研修の質の一層の向上等の観点から、研修医の募集定員及び受入病院のあり方を見直す。

### **3) 今後の医師臨床研修 のあり方**

# 今後、目指すべき方向

症状： 例) 腹痛  
(患者)

例)

急性腸炎  
胃潰瘍  
急性虫垂炎  
胆石症  
腸閉そく  
子宮外妊娠  
。。。。

鑑別診断

+

検査

処置(治療×)

参加型臨床実習  
(Student Doctor)

学部教育

学部教育

卒後臨床研修制度  
(強制)

プライマリ・ケア

# 医学部卒業生のキャリアパス

(卒後臨床研修強制後)

医学部教育

卒業

卒後臨床研修  
プライマリ・ケアのみ  
(2年間)

- 科の偏在
- 地方医療崩壊
- 高度医療崩壊
- 医学研究崩壊

(今後の医師養成のあり方)

医学部教育

基本的臨床技能獲得

卒業

プライマリ・ケア医  
(非総合医)

専門医

基礎研究者

行政官・他

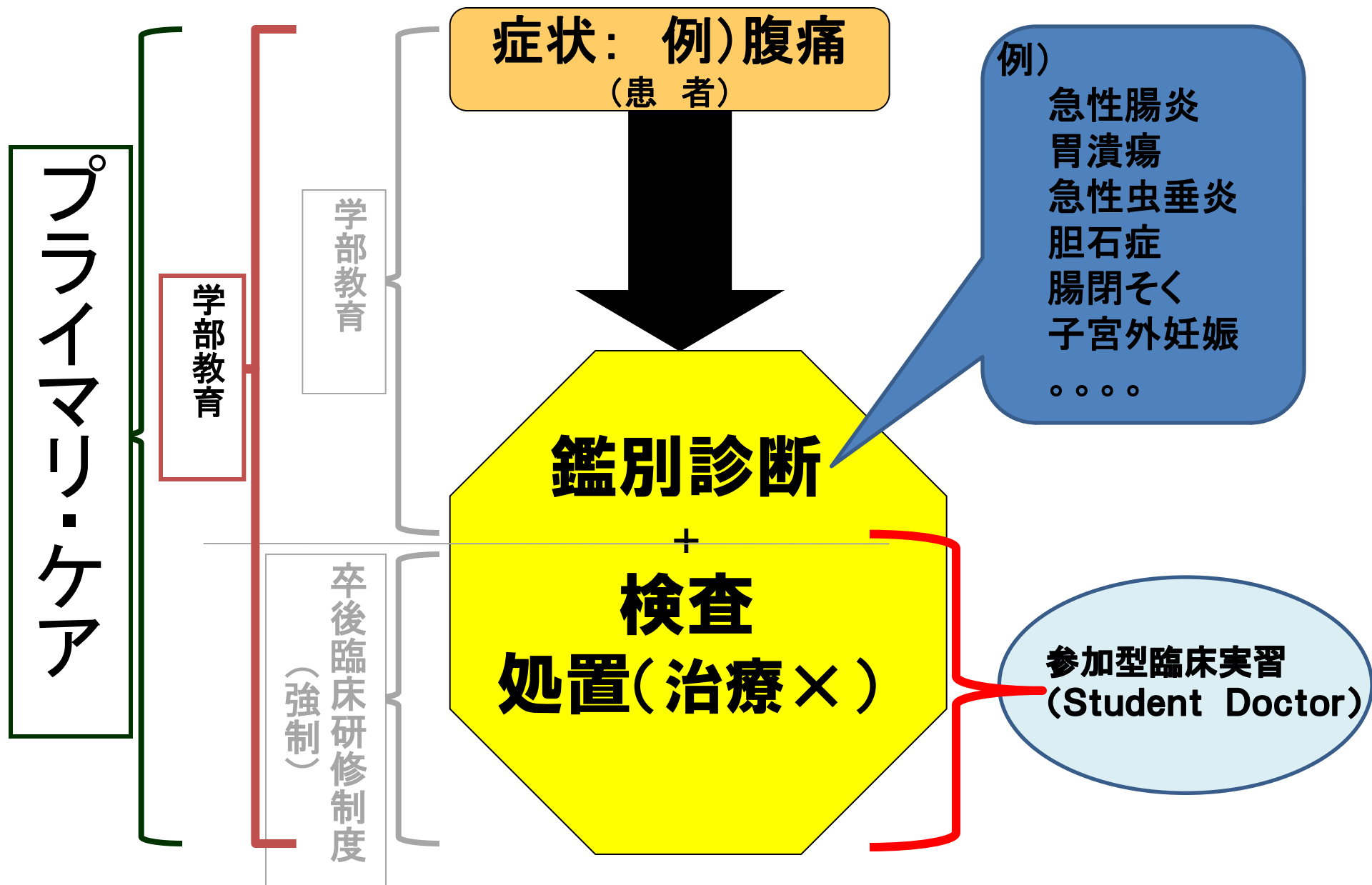
# ***Student Doctor*制度**

## **(診療参加型臨床実習)**

- ・医師免許のない学生が実習中に医行為を行うに当たり、一定レベルの知識と技量を有していることを大学が保証する制度。
- ・臨床実習資格判定(CBT & OSCE)に合格した学生に称号と認定証を付与。
- ・平成21年1月開始(山形大学)。



# このスキームは、実現可能！！



症状：例)腹痛  
(患者)

例)

急性腸炎  
胃潰瘍  
急性虫垂炎  
胆石症  
腸閉そく  
子宮外妊娠  
...

鑑別診断

+

検査  
処置(治療×)

参加型臨床実習  
(Student Doctor)

学部教育

学部教育

卒後臨床研修制度  
(強制)

プライマリ・ケア

## **4) まとめ**

# 医師臨床研修制度改革に 求められること

## ①研修プログラムの弾力化

- ・ 研修医の将来の種々のキャリアへの円滑な接続
- ・ 研修施設の特色ある研修

## ②臨床研修の質の向上と学部教育充実

- ・ 卒前，卒後の一貫した医師養成システムの構築

## ③地域との循環型教育システムの確立

(医学部、附属病院を教育システムのハブとして活用)

- ・ 大学病院等の地域への医師派遣・養成機能強化
- ・ 循環型教育による地域全体としての研修の質の一層の向上
- ・ 臨床研修医受け入れ病院のあり方の見直し