

# 第3回 臨床研修制度のあり方等に関する検討会

日時：平成20年11月18日（火）14:00～16:00

場所：文部科学省 3階 3F1 特別会議室

## 議 事 次 第

### 1. 開会

### 2. 議題

(1) 臨床研修に関するアンケート調査について

(2) 臨床研修に関するヒアリング

下條 文武先生（新潟大学長）

平出 敦先生（京都大学医学研究科医学教育推進センター長）

福田 康一郎先生（医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長）

(3) その他

### 3. 閉会

#### 【配付資料】

資料1：これまでの検討会での主な意見

資料2：臨床研修に関するアンケート調査について

資料3：下條先生配付資料

資料4：平出先生配付資料

資料5：福田先生配付資料

別冊1：臨床実習開始前の「共用試験」第5版（平成19年）

別冊2：医師養成のためのグランドデザイン全国医学部長病院長会議からの提言

## 臨床研修制度のあり方に関する検討会名簿

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 史麿	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	

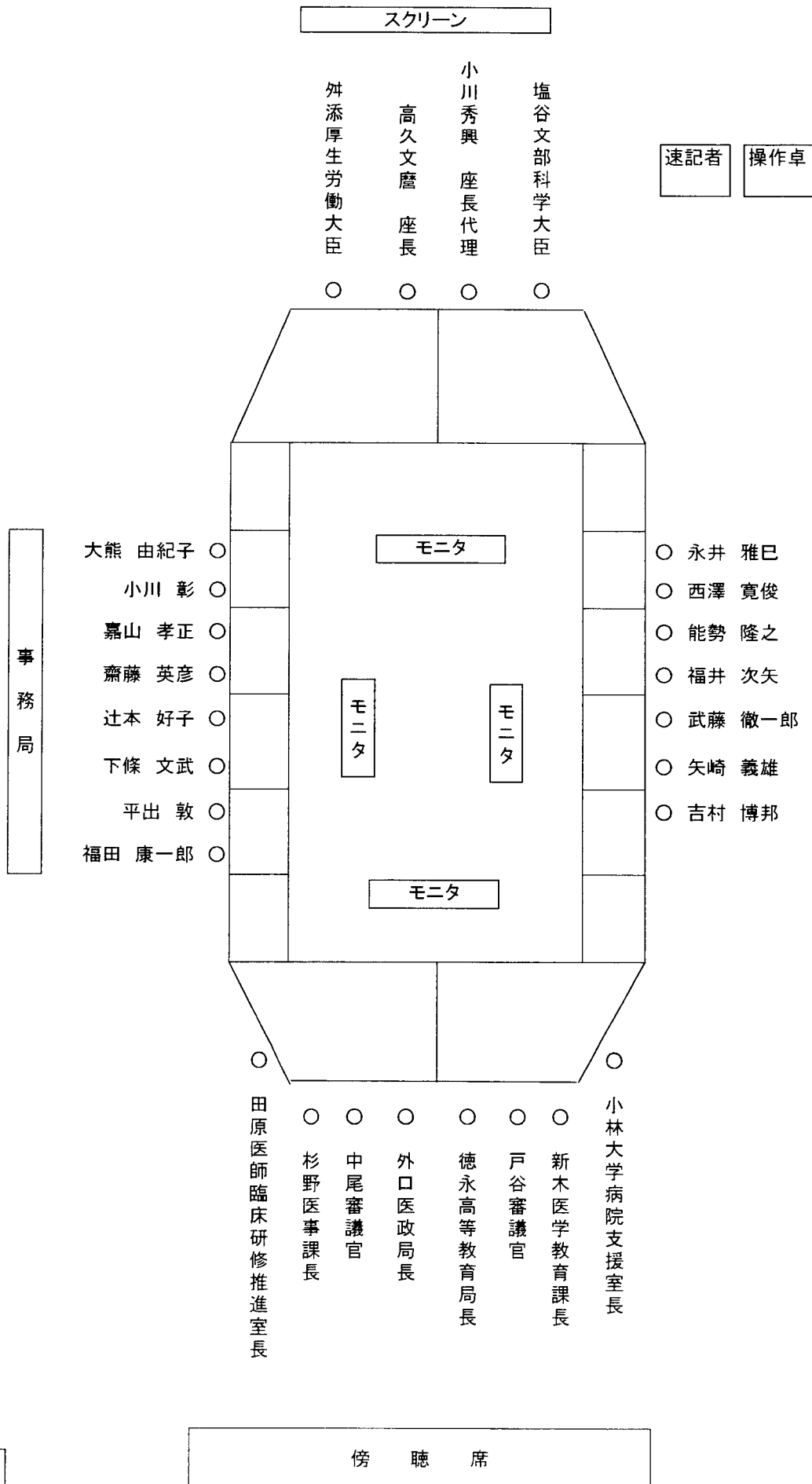
◎は座長、○は副座長

# 第3回「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」座席表

平成20年11月18日(火)

14:00～16:00

文部科学省3階3F1特別会議室



## 臨床研修制度のあり方等に関する検討会 これまでの主な意見（未定稿）

### 1. 地域偏在について

- 新臨床研修制度が地域の医師不足を招いたと言われていることに、信憑性があるかどうか疑わざるを得ない。千葉県のように、一生懸命やれば若いお医者さんは集まる。実際に、地域でも新臨床研修制度がいい具合に動いている。すぐれた指導医とか研修体制があればそこに人が集まる。（大熊委員①）
- どのような専門分野の先生が、どこにどれくらい足りないかというデータが示されなければ、医師が足りないかどうかはわからない。幅広い臨床能力を持つ、経験症例数を増やそうという新臨床研修制度自体の最大の目的は、達成しつつある。新臨床研修制度を、医師不足の最大の原因ととらえるのは、まだデータ不足ではないか。（福井委員①）
- 臨床研修制度が始まる時から、これを実行すれば日本の地域医療は崩壊するだろう、田舎から医者がいなくなるだろう、科の偏在も起きるだろうと言っていた。全身状態が診れないようなものが診れるようになったとか、そういういい点はあった。この委員会でもどのように臨床研修制度を変えたらいいのかというスタンスでやったほうがよい。（嘉山委員①）
- 毎年、医師総員は少しずつ増えてきたのに、ここ数年の間に、医療崩壊というのが社会問題化した。この間に変わった制度は、臨床研修制度以外にない。研修医は各診療科のマンパワーにはなっていない。約1万5,000名から1万6,000名の医師が突然消えたというのと同じ状況になっている。全国医学部長病院長会議のデータによれば、人口50万人未満の小さな都市しかない都道府県では研修医が大学に30%しか残っていないので、大学の医師派遣機能の大幅な低下を招いて、今の地域医療の崩壊を招いている。数カ月あるいは1年で潰れていくような病院が、地方にはたくさんある。（小川彰委員①）
- 医療崩壊の原因を臨床研修との関係から見ると、影響は若干あったと思うが、これが大きな要因だとは思っていない。この研修制度が始まる前から北海道では、特に産婦人科の集約化などが始まっていた。専門教育を受けた先生方が地方に行きたがらない。逆にこの研修制度がなければ、医療崩壊は今以上にあったかもしれない。（西澤委員①）
- 質の高いよい医師を育成する、研修の質を高めるということと、医師の偏在の是正とは、2つの別の課題。研修制度の部分だけの見直しだけでは足りない。この際、卒前・卒後の一貫した医師養成システムの構築を考えるのは非常にいいこと。しかし、これは中長期的な目標である。すぐに偏在や不足を是正するためには、学生の数と病院の募集数を近づける、地域枠を設定する。（斉藤委員①）

- 医師不足の問題は、OECDのデータで人口に対する医師数が30カ国中27位。高等教育の予算は、30カ国中29位。医療費は30カ国中22位。専門別の医師数分布は、厚労省にデータがある。この臨床研修医制度ができて、主要重点都市の研修医の数は、減っているという事実がある。(小川座長代理①)
- 長崎も年々研修医が減少している。都市と地方の病院に適正に人を配置するマッチング制度が必要。マッチングのための面接の期間を全国統一とすべき。専門医の協会がマッチングの枠を決めている欧米の様にリーズナブルところで手を打てば、無駄がなくなるだろう。(河野長崎大学医学部長②)
- 大学病院が地域医療のキーとなるのは確かで、大学を中心として地方自治体や病院を含めて、新しい医師の養成システムをつくらなければならない。その中に初期の臨床研修制度を組み込んでいくしかない。それをやるためには、研修病院による経済的インセンティブの差をなくすことと、各地域で研修医数の枠を決めること。地域の中だけでマッチングするのではなく、各都道府県の枠を決めた上で全国でマッチングをすればよい。(斎藤委員②)
- 募集定員を9,000名くらいまで絞る作業をする中で分布をうまく考えて、できるだけ地域の偏在が起らないようにする。(福井委員②)
- 大学の医局が医師を派遣していることは、よくないだろうということで臨床研修制度を始めた。北海道では大学の主導で北海道医療対策協議会が、調整を行っている。今まで大学にその役割をかわせてきたというのは、行政の責任だと思っている。行政主導でそのような仕組みを都道府県に作ることによって、大学は非常に楽になるのではないかと。(西澤委員②)。

## 2. 研修期間、内容について

- 研修制度が医師引き上げの大きな要因。札幌医科大でも派遣医師は減少し、派遣できないケースが増加している。制度見直しの提言として、2年目での地域医療の期間を拡大してはどうか。(今井札幌医科大学長②)
- 研修制度が、現在の医療の混乱を招いたことは事実。大学病院を建て直すことが、地域医療を建て直す近道であり正道である。その即効策は、今年の大学病院特別コースを全科に適応させること。(富田金沢医科大学附属病院長②)
- この研修制度は、従来の制度に比べてアドバンテージがあった。プライマリ・ケアを教えて、眼科や精神科に行く人も全身が診れるようになったが、いくつかの問題もある。処遇の高いところに行っていること、地域医療の崩壊、科の偏在である。研修制度の教育の質の担保をしながら見直しをしなければならない。卒前・卒後、診療科ごとにダブリがあるので、獲得目標を達成できれば、1年への期間短縮も可能。(嘉山委員②)
- 2年を1年に変えることで大学に人が集まるかどうかは、大変疑問。(斎藤委員②)
- 患者が学生に診られるのを嫌がるため、臨床実習はどんどん後退している。プライマリ・ケアの教育は、現場の診療所なり開業医の先生の所へ行って勉強しないと、本当の意味での教育にはならない。中心は卒後だと思うが、今のように専門科の下をぐるぐる回っても、本当の意味でのプライマリ・ケアの教育にはならない。(高久座長②)

- なぜこの臨床研修制度ができたかという、卒前教育だけではすぐに臨床に役に立つ医師ができないということがあった。しかも国民のニーズに応えられるようなプライマリ・ケアをやる医師も育てなければならないということで、最低2年間の研修は必要だということで始まった。もし今後、現状の枠を大きく変えるのであれば、卒前教育をどうするかという前提がなければならない。卒前教育が今のままであれば、最低2年は必要。(西澤委員②)
- 大学以外に属している者には、8,000人も医師が減ったという感覚はない。ある病床以上の研修病院でしっかり症例を診ながら研修することと、地域の中でオン・ザ・ジョブで学んでいくこと、この両方が求められている。2年を1年にすることによるメリットとデメリットをしっかりと整理した上で次の段階に進んでいかないと、また同じような議論の混乱を招いてしまう。大学と大学以外の研修病院とが協調してやっていくというところがあってもよいのではないか。(永井委員②)

### 3. 研修病院について

- 研修医が少なくなった大学はあるが、大学で優れた臨床研修病院を参考にして追いつこうとしたところがあるのかを知りたい。大学のミッションは卒前教育、卒後教育、診療、研究で、卒後研修は大学にとっては4分の1の意味しかない。臨床研修病院は、診療と研修の2つがミッションなので、おそらくクオリティーがよくなる。また、病院や大学病院はわずかな数の医療者でやっていかななくてはならない。これらを構造的な問題ととらえて、そこにメスを入れるということをぜひ考えていただきたい。表面的に医師不足イコール研修制度というレベルの話ではない。(福井委員①)
- 研修医の処遇に上限を設ける、例えば全国平均の1.5倍以上の研修病院には補助金を出さなければ、本質的な研修プログラムの面で、各病院が競争して質の高い研修をできるようになる。(斉藤委員①)
- 大学の機能を生かしつつ、研修制度をつくらなければならない。大学の機能を生かしつつ、基幹病院と連携したプログラムをつくることは当然できる。(吉村委員①)
- 研修医のアンケートでは、研修病院のほうが評価が高い。大学病院は、教育、研究、診療の4つのうちの1つ。研修病院は、マンツーマンで、オン・ザ・ジョブのトレーニングで指導している。特定の研修病院は非常に高い給料を出す。中小病院があまり手術や救急をやらないため、大学病院に患者さんが殺到している。それで臨床はますます忙しくなって、研修医に手がなかなか回せない。この問題は、日本の医学教育、医療提供体制すべてにかかわる問題。(高久座長①)
- 話を伺っていると、大学病院は随分被害者意識を持っているように聞こえる。なぜそんなに大学病院は研修医に嫌われたのか。(辻本委員②)
- 大学の研修医は、いわゆる雑用が多い。古い医局制度に戻ただけで現状の問題が解決するというのは、ちょっと無理がある。(今井札幌医科大学長②)
- 大学病院の研修は厳しいと言われるが、雑用も大事。一番悲しいことは、給料が安いこと。(富田金沢医科大学附属病院長②)

- 研修医の1/3が500床以下の病院に行っている。教育の質を担保するためには、研修病院のベッド数を制限することが必要。法律で縛っている制度なのに病院によって処遇が違うのはおかしい。処遇を全国統一にすることが必要。しかし、根本的解決は、医師数、医療費、教育費を増やすこと。（嘉山委員②）
- 大学病院で働く医師は、教員であり、医師として認められていない。医療体制全体の構造的な問題。（小川彰委員②）
- 学生はお金に目のくらむ存在であって都会を好むというのではなく、真剣に自分の将来を考えている。学生に選ばれるような大学病院になる必要がある。大学病院よりも一般の病院のほうが倫理に劣るというのも少しおかしい。（大熊委員②）
- 大学と大学以外という議論の仕方はやめていただきたい。（小川座長代理②）

#### 4. 卒前・卒後の一貫教育について

- 医師を養成するという点については質と数の問題もあり、地域医療での医師不足という問題はあるが、これらは個別の問題として、この委員会では、枠組みをどのようにつくっていくのかということをも根本的に考えておかないと、これからの医療供給はうまくいかない。この委員会で文科省と厚労省とが合同して、連携しながら検討できたらよい。（能勢委員①）
- プライマリ・ケアは2年ではできず、4、5年かかる。プライマリ・ケアと専門医療の両方のバランスがないといけない。初期臨床研修と後期の臨床研修の一貫性がないといけない。（吉村委員①）
- 昔、患者さんは内科、小児科を受診していたが、今は患者さんが小児科医を求めため、医師不足が相対的に起こっている。地域には、相当レベルの高いお医者さんでないと行けない。自分の生活の問題もあって、なかなか行けないという状況がある。医師を養成する側と、医療の体制をつくる側とが、一緒になってどのようにしていけばいいかということを考え、地方にある大学、都会にある大学といろいろな形で進めていくのがよく、枠組みも新しい概念でやらないといけない。（能勢委員①）
- 研修制度を前倒して医学部の5、6年で今の研修の1年目をやらせるというのが、1つの解決策としての具体的な案。このときにスチューデント・ドクターは、やる処置の範囲を決めてやればよい。（武藤委員②）
- 今回の研修制度をどうして変えたかということ、専門の病気しか診ない、それ以外の領域は診ないというタイプの医師があまりにも目立ってきたので、将来、どういう専門分野に行くにしても、幅広い研修を受けてもらうというのがスターティングポイントだった。本当は1年でよかったのかもしれないが、卒前の臨床実習が大学によって非常にバラつきがあって、卒後2年間は必要ではないかということで2年間のプログラムを考えた。それが地域の医師不足の引き金になったというのは、ある程度はそうだろうが、ほかにもたくさん要因がある中の1つだと思っている。もしプログラムを考えるということならば、まず卒前教育卒前教育でどの程度の改善ができるかということをも担保した上で、卒後教育を動かさなければならない。（福井委員②）

- 検証してみないといけないが、2年は大体妥当なところだろう。研修期間を1年にした場合、問題は、医学教育が1年短くなるから、どういう教育をやるか、すなわちカリキュラムをどうするかということ。(能勢委員②)
- 研修期間のグローバルスタンダードは2年で、例外的なのがアメリカの1年。卒前教育を変えないで1年にしてしまうのは、患者にとっては危ない医師がいっぱい出てきて困ると思う。(大熊委員②)
- 医学教育は前倒しになって進んでいる。獲得しなければいけないコア・カリキュラムとアドバンスド・カリキュラムが設定され、全国で凸凹のあった医学教育がかなり均一化して、質の保証がされている。(嘉山委員②)
- この制度が入ったのは、専門分化が進みすぎたからプライマリ・ケアに対応できるような基本的なものを入れようということだった。研修が終わった後に、専門医をいかに養成するかをターゲットにして学部の教育と初期研修と後期研修を考えるということ。大学の派遣というのは、派遣であると同時に、医師の養成の場でもある。大学は派遣をしているから悪いのではなくて、派遣をしながら養成してキャリアアップをしているのが崩れたところに、大きな問題があるのではないか。後期の研修につながるという意味で、1人とか2人の研修医の中小の病院を少し絞って、専門医が育つ所で、初期から後期につながる研修ができるようなシステムにしてもらいたい。(吉村委員②)
- プライマリ・ケアも本来、後期研修の中に入るべき。(高久座長②)

## 5. その他

- 制度改革は、研修医あるいは指導医側の理解も重要だが、国民の共感や理解がないと進んでいけない。どのような医師を国民が望んでいるのかというのが、非常に重要なこと。もう一つ重要なのが、どのような医療体制を国民の方が今望んでいるのか。オン・ザ・ジョブのトレーニングの中で、地域を巻き込んだ部分を大学、大きな研修病院も含めて考えてなければ、国民の理解や共感が得られない。(永井委員①)
- 目的は国民、社会の理解をいかに得るかということであり、そのためには、国民に社会を理解させるために客観性のある、国際的に通用するデータを提示して、現状を知らせることによって現場の意見も的確に伝え、そして社会、国民がいかに判定するかということが肝要。(小川座長代理①)
- 現場の人の生の声を集めてもらいたい。もし前倒しにすると、大学の教育の場面が増えるので、クランクをもっとたくさん雇うことが必要。「研修医のために、研修医のために」と言っても、実際に現場にいる医師たちは疲弊しているので考慮が必要。(武藤委員②)
- そもそも医師の養成数が少なすぎる。各医学部の定員を少しずつ増やすだけでは間に合わない。メディカルスクールというか、社会人を4年間で医師にするような所を医師の少ない県に限って作ることを文部科学省も一緒に検討してはどうか。(大熊委員②)



## 臨床研修に関するアンケート調査について

- 1 概要
  - 臨床研修にかかわる現場の医学生、研修医、指導医等の意識を把握するため、約17,000人を対象としたアンケート調査を実施した。
- 2 実施主体
  - 調査は、全国医学部長病院長会議と臨床研修協議会が共同して実施。
  - 医学生、大学病院の研修医等については、全国医学部長病院長会議が調査を実施。
  - 臨床研修病院の研修医等については、臨床研修協議会が調査を実施。
- 3 調査の対象
  - (1) 医学生
    - 80大学医学部の6年生全員
  - (2) 初期研修医
    - 大学病院（本院）80施設の研修医、1年次各10名、2年次各10名程度
    - 臨床研修病院80施設の研修医、1年次各4名、2年次各4名程度
  - (3) 初期研修修了医
    - 大学病院（本院）80施設の卒後3～5年目の医師について各診療科から各1～2名
    - 臨床研修病院80施設の卒後3～5年目の医師について5～10名程度
  - (4) 指導医等
    - 大学病院（本院）80施設の指導医について各診療科から各1～2名、プログラム責任者全員、医学部長、病院長
    - 臨床研修病院80施設の指導医について各診療科から各1～2名、プログラム責任者全員、病院長
- 4 調査方法
  - 全国医学部長病院長会議から大学に、また臨床研修協議会から臨床研修病院に調査票を送付し、各施設から調査対象者に調査票を配布して回収、とりまとめ、全国医学部長病院長会議、または臨床研修協議会宛に返送。
- 5 調査内容
  - アンケート調査票（別添1）のとおり
- 6 調査の実施状況（速報）
  - 11月11日までに到着した回答用紙（67大学、61臨床研修病院から8,945名分）を集計（別添2）。
  - 11月11日以降に到着した回答用紙については、次回検討会までに集計予定。

## アンケート調査票

現在、文部科学省・厚生労働省の合同検討会において、臨床研修制度等のあり方について有識者により検討が行われています（参考資料参照）。このアンケート調査は、医学生や現場の先生方の臨床研修に対するお考えを把握し、合同検討会での議論を一層深めるため、全国医学部長病院長会議及び臨床研修協議会が共同して実施する調査です。アンケート調査の趣旨をご理解いただき、ご回答下さいますよう、お願いいたします。

- ※ このアンケートは、医学部の6年生、臨床研修医（いわゆる初期研修医）、初期研修を修了した医師（卒後3-5年目の医師）、初期研修の指導医、初期研修のプログラム責任者、医学部長、病院長を対象としています。
- ※ 回答用紙のみを回収しますので、自由記載を求めている設問も含め、全て、回答欄にご記入下さい。なお、記入にあたっては、記入要領をご参照ください。

お忙しいところ恐縮ですが、ご協力の程、よろしくお願いいたします。

### ■全員の方に問1～問3についてお伺いします。

問1 あなたの現在の病院内でのお立場は次のうちどれですか（選択肢の番号を1つお答え下さい）。なお、選択肢番号「02～05」のいずれかを選ばれた場合は、医師として何年目であるかについてもお答えください。

- |                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| 01 医学生                  | 02 初期研修医（医師として〇年目） |
| 03 卒後3-5年目の医師（医師として〇年目） | 04 指導医（医師として〇年目）   |
| 05 プログラム責任者（医師として〇年目）   | 06 医学部長            |
| 07 病院長                  |                    |

問2 あなたが卒業した（あるいは卒業見込みの）医学部が所在する都道府県はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問3 あなたが卒業した（あるいは卒業見込みの）大学の種別はどれですか（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

- |         |         |         |
|---------|---------|---------|
| 01 国立大学 | 02 公立大学 | 03 私立大学 |
|---------|---------|---------|

### ■医学生、初期研修医、卒後3-5年目の医師、指導医、プログラム責任者の方に問4～問6についてお伺いします。

問4 現在、あなたの実家（父母の家）が所在する都道府県はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問5 あなたが高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県（出身地）はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問6 あなたが卒業した高校が所在する都道府県はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

■医学生、初期研修医、卒後3～5年目の医師の方に問7～問19についてお伺いします。

問7 あなたが臨床研修（いわゆる初期研修）を行う予定の病院（あるいは、行っている病院、あるいは、行った病院）が所在する都道府県はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問8 あなたが初期研修を行う予定の病院（あるいは、行っている病院、あるいは、行った病院）の種別はどれですか（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

- |                |                  |
|----------------|------------------|
| 01 卒業した大学の大学病院 | 02 卒業した大学以外の大学病院 |
| 03 臨床研修病院      |                  |

問9 あなたが初期研修を行う予定の病院（あるいは行っている病院、あるいは行った病院）を選んだ理由についてあてはまるもの全てを選択しその番号をお答え下さい（複数回答）。

- |                           |                               |
|---------------------------|-------------------------------|
| 01 初期研修のプログラムが充実          | 02 初期研修の理念に賛同                 |
| 03 初期研修修了後の研修が充実          | 04 大学院博士課程のプログラムが充実           |
| 05 他病院とのネットワーク・連携が豊富      | 06 初期研修後の進路やキャリアを考えて有利        |
| 07 初期研修後の進路やキャリアが比較的自由    | 08 様々な病院を経験したい                |
| 09 指導体制が充実                | 10 熱心な指導医が在職                  |
| 11 著名な医師や高い業績のある医師がいる     | 12 病院の施設・設備が充実                |
| 13 処遇・待遇（給与）が良い           | 14 多くの症例を経験できる                |
| 15 高度な技術や知識を習得できる         | 16 プライマリ・ケア（初期診療）に関する能力を修得できる |
| 17 様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める | 18 ホームページやパンフレットの情報が充実        |
| 19 伝統や実績がある               | 20 優れた研修医が集まっている              |
| 21 先輩等の評判が良い              | 22 実家に近い                      |
| 23 学生時代の住居に近い             | 24 大都市圏である                    |
| 25 交通の便がよい                | 26 雑用が少ない                     |
| 27 出身大学だから                | 28 特になし                       |
| 29 その他の意見（自由記載： )         |                               |

問10 仮に、全国すべての研修病院が同じ給与になった場合、初期研修を行う病院として、あなたの選択は変わりますか（あるいは、変わったと思いますか）（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

- |                             |
|-----------------------------|
| 01 給与の変化によって選択は変わらない        |
| 02 給与の変化によって選択が変わる（変わったと思う） |

問11 問10において「02 給与の変化によって選択が変わる（変わったと思う）」と回答された方に伺います。変わる（変わったと思う）場合、どのような地域の病院を選びますか（あるいは、選んだと思いますか）（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

- |              |                     |
|--------------|---------------------|
| 01 大都市圏の病院   | 02 卒業した大学のある都道府県の病院 |
| 03 医師不足地域の病院 | 04 その他（具体的に： )      |

問12 問10において「02 給与の変化によって選択が変わる（変わったと思う）」と回答された方に伺います。変わる（変わったと思う）場合、どのような種類の病院を選びますか（あるいは、選んだと思いますか）（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

- |         |           |                |
|---------|-----------|----------------|
| 01 大学病院 | 02 臨床研修病院 | 03 その他（具体的に： ) |
|---------|-----------|----------------|

問 13 初期研修修了後の研修の場として希望する（あるいは、行っている）主たる勤務地（都道府県）はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問 14 初期研修修了後の研修の場として希望する（あるいは、行っている）主たる病院等の種別はどれですか（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

- |                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| 01 卒業した大学の大学病院          | 02 卒業した大学以外の大学病院 |
| 03 大学病院以外の病院（臨床研修病院を含む） | 04 診療所等を開設       |
| 05 臨床医以外の進路（基礎医学、行政機関等） |                  |

問 15 将来従事したい（あるいは従事している）診療科または基礎系の分野はどれですか（完全に一致するものがない場合は最も近いものをひとつ選択）。

（別紙：診療科または基礎系の分野の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する番号をご記入下さい）

問 16 問 15 の回答について伺います。その診療科または基礎系の分野を選択した理由について当てはまるもの全てを選択してください（複数回答）。

- |                        |               |
|------------------------|---------------|
| 01 学問的に興味がある           | 02 やりがいがある    |
| 03 給与・処遇がよい            | 04 自由になる時間が多い |
| 05 訴訟が少ない              | 06 優れた指導者がいる  |
| 07 親や親戚がその診療科または基礎系の分野 | 08 先輩や教授に誘われた |
| 09 その他の意見（自由記載： _____） |               |

問 17 初期研修修了後の研修の場として、あなたが現在の病院に勤務を決めた理由（あるいは、将来勤務したい病院を希望する理由）について当てはまるもの全てを選択しその番号をお答え下さい（複数回答）。

- |                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| 01 初期研修修了後の研修プログラムが優れている | 02 出身大学である          |
| 03 優れた指導者がいる             | 04 初期研修を受けた病院である    |
| 05 給与・処遇がよい              | 06 病院の施設・設備が充実      |
| 07 専門医取得につながる            | 08 医学博士号が取れる        |
| 09 臨床研究が優れている            | 10 実家に近い            |
| 11 出身地である                | 12 配偶者の居住地・勤務地である   |
| 13 大都市である                | 14 子供の教育を考えた        |
| 15 へき地医療への情熱             | 16 先輩医師からの紹介        |
| 17 大学からの派遣               | 18 その他（自由記載： _____） |

問 18 あなたが将来専門とする診療科を選択する際（あるいは診療科を変更する際）に医師不足といわれている診療科を選択しますか（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

- |  |                  |
|--|------------------|
| 01 条件が合えば選択したい                               | 02 条件にかかわらず選択しない |
| 03 現在医師不足の診療科に従事している（あるいは、現在医師不足の診療科を希望している） |                  |

問 19 問 18 において「01 条件が合えば選択したい」と回答された方に伺います。仮に、あなたが医師不足の診療科に従事するとしたら、主にどのような条件が必要ですか。当てはまるもの全てを選択して下さい（複数回答）。

- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| 01 給与・処遇がよい      | 02 自由になる時間が多い         |
| 03 訴訟が少ない        | 04 医学部在学中に奨学金が用意されている |
| 05 十分な事前研修が受けられる | 06 その他（自由記載： _____）   |

■指導医、プログラム責任者、医学部長、病院長の方に問20～問22についてお伺いします。

問20 現在の勤務地（都道府県）はどこですか。

（別紙：都道府県の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する都道府県番号をご記入下さい）

問21 現在勤務している病院等の種別はどれですか（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

01 卒業した大学の大学病院      02 卒業した大学以外の大学病院      03 臨床研修病院

問22 現在専門としている診療科または基礎系の分野はどれですか（完全に一致するものがない場合は最も近いものをひとつ選択）。

（別紙：診療科または基礎系の分野の一覧をご参照の上、回答用紙に該当する番号をご記入下さい）

■卒後3～5年目の医師、指導医、プログラム責任者、医学部長、病院長の方に問23についてお伺いします。

問23 研修制度導入により、初期研修を修了した医師の総合的な診療能力は以前よりも高くなったと思いますか（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

01 高くなった                      02 どちらかといえば高くなった      03 どちらかといえば低くなった  
04 低くなった                      05 どちらともいえない                  06 わからない

■全員の方に問24～問27についてお伺いします。

問24 現在、初期研修の期間が2年以上となっていることについてどのようにお考えですか（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

01 現状が良い                      02 一定の条件の下に短縮したほうが良い  
03 一定の条件の下に延長したほうが良い      04 様々な研修期間（1年、2年、3年など）から選択できるほうが良い  
05 わからない                      06 その他（自由記載：                      ）

問25 初期研修では、現在、内科、外科、救急部門（麻酔科を含む）、小児科、産婦人科、精神科及び地域保健・医療が必修科目となっていますが、必修科目についてどのようにお考えですか（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

01 現状が良い                      02 必修科目を少なくしたほうが良い  
03 必修科目を多くしたほうが良い              04 もっと自由に診療科を選択できるほうが良い  
05 わからない                      06 その他（自由記載：                      ）

問26 仮に、国等の公的機関が医師を計画配置することとした場合、本人の希望を勘案しつつも最終的にはあなたの勤務地を公的機関が決定するという考え方についてどう思いますか（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

01 賛成                                  02 一定の時期・期間であれば賛成  
03 インセンティブとの組み合わせなら賛成      04 反対  
05 その他（自由記載：                      ）

問27 問26において「03 インセンティブとの組み合わせなら賛成」と回答された方に伺います。そのインセンティブにあてはまるもの全てを選択しその番号をお答え下さい（複数回答）。

01 処遇・待遇（給与）がよい                      02 他の地域や病院での研修の機会がある  
03 先端医療を修得する機会がある                  04 事前に地域医療に従事する研修期間がある  
05 地域医療に従事した後に留学できる              06 サバティカル休暇（一定期間勤務後の長期的な休暇）がある  
07 専門医取得につながる                          08 医学部在学中に奨学金が用意されている  
09 子どもの教育環境が整備されている              10 居住環境が整備されている  
11 単身赴任に対して補助がある                      12 その他（自由記載：                      ）

■医学生、初期研修医、卒後3-5年目の医師、指導医、プログラム責任者の方に問28～問29についてお伺いします。

問28 あなたが医師不足地域の医療に従事することについてどのようにお考えですか（選択肢の番号を1つお答え下さい）。

- |  |                  |
|--|------------------|
| 01 条件が合えば従事したい                                     | 02 条件にかかわらず希望しない |
| 03 現在医師不足地域の医療に従事している（あるいは、現在医師不足地域に従事することを希望している） |                  |

問29 問28において「01 条件が合えば従事したい」と回答された方に伺います。仮に、あなたが医師不足地域の医療に従事するとしたら、主にどのような条件が必要ですか。あてはまるもの全てを選択しその番号をお答え下さい（複数回答）。

- |                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|
| 01 子どもの教育環境が整備されている | 02 居住環境が整備されている                |
| 03 処遇・待遇（給与）がよい     | 04 単身赴任に対して補助がある               |
| 05 配偶者の同意がある        | 06 出身地である                      |
| 07 現在の生活圏から近い       | 08 事前に地域医療に従事する研修期間がある         |
| 09 先端医療を修得する機会がある   | 10 他病院とのネットワーク・連携がある           |
| 11 自分と交代できる医師がいる    | 12 病院の施設・整備が整っている              |
| 13 地域医療に従事した後に留学できる | 14 サバティカル休暇（一定期間勤務後の長期的な休暇）がある |
| 15 地域の中核病院である       | 16 入院のない小規模の診療所である             |
| 17 一定の期間に限定されている    | 18 初期研修中である                    |
| 19 初期研修修了後の研修中である   | 20 専門医取得後である                   |
| 21 定年退職後である         | 22 医学部在学中に奨学金が用意されている          |
| 23 その他（自由記載： _____） |                                |

■全員の方に問30についてお伺いします。

問30 医師の臨床研修、地域偏在、診療科偏在についてお考えがあればお聞かせ下さい。

自由記載： \_\_\_\_\_

設問は以上です。ご協力有難うございました。

## 都道府県の一覧

01	北海道	13	東京都	25	滋賀県	37	香川県
02	青森県	14	神奈川県	26	京都府	38	愛媛県
03	岩手県	15	新潟県	27	大阪府	39	高知県
04	宮城県	16	富山県	28	兵庫県	40	福岡県
05	秋田県	17	石川県	29	奈良県	41	佐賀県
06	山形県	18	福井県	30	和歌山県	42	長崎県
07	福島県	19	山梨県	31	鳥取県	43	熊本県
08	茨城県	20	長野県	32	島根県	44	大分県
09	栃木県	21	岐阜県	33	岡山県	45	宮崎県
10	群馬県	22	静岡県	34	広島県	46	鹿児島県
11	埼玉県	23	愛知県	35	山口県	47	沖縄県
12	千葉県	24	三重県	36	徳島県	48	海外

## 診療科または基礎系の分野の一覧

01	内科	11	リウマチ科	21	消化器外科	31	産婦人科
02	呼吸器内科	12	感染症内科	22	泌尿器科	32	産科
03	循環器内科	13	小児科	23	肛門外科	33	婦人科
04	消化器内科(胃腸内科)	14	精神科	24	脳神経外科	34	リハビリテーション科
05	腎臓内科	15	心療内科	25	整形外科	35	放射線科
06	神経内科	16	外科	26	形成外科	36	麻酔科
07	糖尿病内科(代謝内科)	17	呼吸器外科	27	美容外科	37	病理診断科
08	血液内科	18	心臓血管科	28	眼科	38	臨床検査科
09	皮膚科	19	乳腺外科	29	耳鼻いんこう科	39	救急科
10	アレルギー科	20	気管食道外科	30	小児外科	40	総合診療(科)

41	解剖学	44	薬理学	47	微生物学	50	行政機関
42	生理学	45	病理学	48	寄生虫学		
43	生化学	46	法医学	49	衛生学・公衆衛生学		

## アンケート調査の実施状況(速報)

## 1. 回収状況(平成20年11月11日現在)

大 学 : 調査対象80施設中67施設が回答

臨床研修病院 : 調査対象80施設中61施設が回答

		医学生	初期研修医	卒後3-5年目の医師	指導医	プログラム責任者	医学部長	病院長	合計
(大 7 施設分) 学	配布数	5,996	1,981	2,072	2,576	329	65	65	13,084
	回収数	4,003	943	892	1,606	298	62	60	7,864
	回収率	66.8%	47.6%	43.1%	62.3%	90.6%	95.4%	92.3%	60.1%
(臨床 6 1 施設分) 病院	配布数		447	306	754	89		56	1,652
	回収数		278	156	502	89		56	1,081
	回収率		62.2%	51.0%	66.6%	100.0%		100.0%	65.4%
(合 1 2 8 施設分) 計	配布数	5,996	2,428	2,378	3,330	418	65	121	14,736
	回収数	4,003	1,221	1,048	2,108	387	62	116	8,945
	回収率	66.8%	50.3%	44.1%	63.3%	92.6%	95.4%	95.9%	60.7%



## 2. 集計状況（平成20年11月11日現在）

	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問3 卒業大学の種別														
1 国立大学	2,285	57.1%	630	51.6%	573	54.7%	1,283	60.9%	245	63.3%	44	71.0%	82	70.7%
2 公立大学	345	8.6%	89	7.3%	65	6.2%	134	6.4%	39	10.1%	6	9.7%	12	10.3%
3 私立大学	1,351	33.7%	495	40.5%	395	37.7%	679	32.2%	100	25.8%	12	19.4%	21	18.1%
無回答	22	0.5%	7	0.6%	15	1.4%	12	0.6%	3	0.8%	-	0.0%	1	0.9%
回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%	2,108	100.0%	387	100.0%	62	100.0%	116	100.0%
問8 初期研修を行う（行った）病院の種別														
1 卒業した大学	1,331	33.3%	636	52.1%	455	43.4%								
2 卒業した以外の大学	652	16.3%	291	23.8%	164	15.6%								
3 臨床研修病院	2,020	50.5%	274	22.4%	404	38.5%								
無回答	-	0.0%	20	1.6%	25	2.4%								
回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%								

	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問9 初期研修を行う(行った)病院を選んだ理由														
1	初期研修のプログラムが充実	2,130	53.2%	417	34.2%	360	34.4%							
2	初期研修の理念に賛同	648	16.2%	103	8.4%	80	7.6%							
3	初期研修修了後の研修が充実	719	18.0%	122	10.0%	63	6.0%							
4	大学院博士課程のプログラムが充実	173	4.3%	44	3.6%	27	2.6%							
5	他病院とのネットワーク・連携が豊富	557	13.9%	129	10.6%	78	7.4%							
6	初期研修後の進路やキャリアを考えて有利	1,027	25.7%	328	26.9%	183	17.5%							
7	初期研修後の進路やキャリアが比較的自由	669	16.7%	167	13.7%	153	14.6%							
8	様々な病院を経験したい	705	17.6%	156	12.8%	147	14.0%							
9	指導体制が充実	1,514	37.8%	321	26.3%	232	22.1%							
10	熱心な指導医が在職	1,074	26.8%	198	16.2%	177	16.9%							
11	著名な医師や高い業績のある医師がいる	351	8.8%	93	7.6%	67	6.4%							
12	病院の施設・設備が充実	988	24.7%	266	21.8%	211	20.1%							
13	処遇・待遇(給与)が良い	718	17.9%	120	9.8%	133	12.7%							
14	多くの症例を経験できる	1,253	31.3%	284	23.3%	384	36.6%							
15	高度な技術や知識を習得できる	642	16.0%	179	14.7%	123	11.7%							
16	プライマリ・ケアに関する能力を修得できる	1,182	29.5%	164	13.4%	241	23.0%							
17	様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める	1,063	26.6%	297	24.3%	280	26.7%							
18	ホームページやパンフレットの情報が充実	51	1.3%	9	0.7%	12	1.1%							
19	伝統や実績がある	473	11.8%	101	8.3%	88	8.4%							
20	優れた研修医が集まっている	381	9.5%	50	4.1%	60	5.7%							
21	先輩等の評判が良い	809	20.2%	150	12.3%	111	10.6%							
22	実家に近い	1,058	26.4%	369	30.2%	297	28.3%							

	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
23 学生時代の住居に近い	434	10.8%	162	13.3%	128	12.2%								
24 大都市圏である	548	13.7%	150	12.3%	111	10.6%								
25 交通の便がよい	576	14.4%	156	12.8%	124	11.8%								
26 雑用が少ない	142	3.5%	32	2.6%	51	4.9%								
27 出身大学だから	1,045	26.1%	556	45.5%	392	37.4%								
28 特になし	48	1.2%	28	2.3%	19	1.8%								
29 その他	99	2.5%	42	3.4%	36	3.4%								
無回答	62	1.5%	11	0.9%	11	1.0%								
回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%								

問10 全病院が同じ給与になった場合、初期研修病院の選択が変わるか

1 選択は変わらない	3,080	76.9%	1,012	82.9%	831	79.3%								
2 選択が変わる	911	22.8%	201	16.5%	207	19.8%								
無回答	12	0.3%	8	0.7%	10	1.0%								
回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%								

問11 変わる場合、どのような地域の初期研修病院を選ぶか

1 大都市圏の病院	471	51.7%	106	52.7%	112	54.1%								
2 卒業した大学のある都道府県の病院	257	28.2%	53	26.4%	61	29.5%								
3 医師不足地域の病院	52	5.7%	16	8.0%	9	4.3%								
4 その他	116	12.7%	24	11.9%	20	9.7%								
無回答	15	1.6%	2	1.0%	5	2.4%								
回答人数	911	100.0%	201	100.0%	207	100.0%								

	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問12 変わる場合、どのような種類の初期研修病院を選ぶか

1 大学病院	354	38.9%	79	39.3%	59	28.5%								
2 臨床研修病院	507	55.7%	109	54.2%	137	66.2%								
3 その他	29	3.2%	12	6.0%	5	2.4%								
無回答	21	2.3%	1	0.5%	6	2.9%								
回答人数	911	100.0%	201	100.0%	207	100.0%								

問14 初期研修修了後の研修の場として希望する(行っている)病院等の種別

1 卒業した大学の大学病院	1,580	39.5%	562	46.0%	556	53.1%								
2 卒業した大学以外の大学病院	842	21.0%	249	20.4%	227	21.7%								
3 大学病院以外の病院	1,459	36.4%	368	30.1%	242	23.1%								
4 診療所等を開設	14	0.3%	3	0.2%	4	0.4%								
5 臨床医以外の進路	56	1.4%	12	1.0%	1	0.1%								
無回答	52	1.3%	27	2.2%	18	1.7%								
回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%								

	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問15 将来従事したい診療科または基礎系の分野														
1	内科	565	14.1%	166	13.6%	47	4.5%							
2	呼吸器内科	71	1.8%	29	2.4%	37	3.5%							
3	循環器内科	184	4.6%	59	4.8%	37	3.5%							
4	消化器内科(胃腸内科)	170	4.2%	74	6.1%	53	5.1%							
5	腎臓内科	46	1.1%	20	1.6%	24	2.3%							
6	神経内科	91	2.3%	22	1.8%	35	3.3%							
7	糖尿病内科(代謝内科)	78	1.9%	24	2.0%	24	2.3%							
8	血液内科	58	1.4%	16	1.3%	18	1.7%							
9	皮膚科	84	2.1%	34	2.8%	58	5.5%							
10	アレルギー科	5	0.1%	4	0.3%	1	0.1%							
11	リウマチ科	31	0.8%	13	1.1%	14	1.3%							
12	感染症内科	10	0.2%	6	0.5%	4	0.4%							
13	小児科	459	11.5%	84	6.9%	54	5.2%							
14	精神科	144	3.6%	64	5.2%	65	6.2%							
15	心療内科	13	0.3%	2	0.2%	1	0.1%							
16	外科	198	4.9%	48	3.9%	23	2.2%							
17	呼吸器外科	23	0.6%	10	0.8%	13	1.2%							
18	心臓血管外科	76	1.9%	17	1.4%	14	1.3%							
19	乳腺外科	22	0.5%	7	0.6%	7	0.7%							
20	気管食道外科	2	0.0%	0	0.0%	0	0.0%							
21	消化器外科	143	3.6%	37	3.0%	32	3.1%							
22	泌尿器科	69	1.7%	21	1.7%	41	3.9%							
23	肛門外科	5	0.1%	0	0.0%	0	0.0%							
24	脳神経外科	119	3.0%	17	1.4%	39	3.7%							
25	整形外科	205	5.1%	76	6.2%	44	4.2%							

		医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
26	形成外科	43	1.1%	12	1.0%	31	3.0%								
27	美容外科	14	0.3%	3	0.2%	1	0.1%								
28	眼科	84	2.1%	43	3.5%	39	3.7%								
29	耳鼻いんこう科	89	2.2%	36	2.9%	43	4.1%								
30	小児外科	59	1.5%	13	1.1%	3	0.3%								
31	産婦人科	166	4.1%	36	2.9%	32	3.1%								
32	産科	65	1.6%	8	0.7%	16	1.5%								
33	婦人科	31	0.8%	8	0.7%	3	0.3%								
34	リハビリテーション科	12	0.3%	4	0.3%	9	0.9%								
35	放射線科	88	2.2%	39	3.2%	37	3.5%								
36	麻酔科	127	3.2%	58	4.8%	77	7.3%								
37	病理診断科	21	0.5%	7	0.6%	4	0.4%								
38	臨床検査科	0	0.0%	0	0.0%	2	0.2%								
39	救急科	86	2.1%	19	1.6%	23	2.2%								
40	総合診療(科)	88	2.2%	30	2.5%	12	1.1%								
41	解剖学	2	0.0%	0	0.0%	0	0.0%								
42	生理学	7	0.2%	4	0.3%	0	0.0%								
43	生化学	1	0.0%	2	0.2%	2	0.2%								
44	薬理学	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%								
45	病理学	24	0.6%	4	0.3%	4	0.4%								
46	法医学	5	0.1%	2	0.2%	0	0.0%								
47	微生物学	3	0.1%	0	0.0%	0	0.0%								
48	寄生虫学	2	0.0%	0	0.0%	0	0.0%								
49	衛生学・公衆衛生学	9	0.2%	5	0.4%	1	0.1%								
50	行政機関	10	0.2%	2	0.2%	0	0.0%								
	無回答	96	2.4%	36	2.9%	24	2.3%								
	回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%								

	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問16 その診療科または基礎系の分野を選択した理由														
1 学問的に興味がある	3,106	77.6%	885	72.5%	798	76.1%								
2 やりがいがある	2,803	70.0%	788	64.5%	716	68.3%								
3 給与・処遇がよい	272	6.8%	99	8.1%	90	8.6%								
4 自由になる時間が多い	446	11.1%	207	17.0%	210	20.0%								
5 訴訟が少ない	234	5.8%	75	6.1%	65	6.2%								
6 優れた指導者がいる	669	16.7%	281	23.0%	279	26.6%								
7 親や親戚がその診療科または基礎系の分野	418	10.4%	123	10.1%	96	9.2%								
8 先輩や教授に誘われた	312	7.8%	197	16.1%	159	15.2%								
9 その他	98	2.4%	36	2.9%	23	2.2%								
無回答	73	1.8%	26	2.1%	16	1.5%								
回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%								



	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問17 初期研修修了後の研修の場として、現在の病院に勤務を決めた理由

1	初期研修修了後の研修プログラムが優れている	1,496	37.4%	292	23.9%	140	13.4%							
2	出身大学である	1,325	33.1%	458	37.5%	508	48.5%							
3	優れた指導者がいる	1,579	39.4%	442	36.2%	413	39.4%							
4	初期研修を受けた病院である	759	19.0%	375	30.7%	334	31.9%							
5	給与・処遇がよい	660	16.5%	180	14.7%	69	6.6%							
6	病院の施設・設備が充実	1,283	32.1%	308	25.2%	259	24.7%							
7	専門医取得につながる	1,880	47.0%	537	44.0%	493	47.0%							
8	医学博士号が取れる	663	16.6%	174	14.3%	172	16.4%							
9	臨床研究が優れている	579	14.5%	122	10.0%	87	8.3%							
10	実家に近い	763	19.1%	283	23.2%	255	24.3%							
11	出身地である	907	22.7%	287	23.5%	264	25.2%							
12	配偶者の居住地・勤務地である	229	5.7%	102	8.4%	80	7.6%							
13	大都市である	546	13.6%	149	12.2%	95	9.1%							
14	子供の教育を考えた	248	6.2%	49	4.0%	23	2.2%							
15	へき地医療への情熱	101	2.5%	25	2.0%	15	1.4%							
16	先輩医師からの紹介	145	3.6%	76	6.2%	72	6.9%							
17	大学からの派遣	80	2.0%	51	4.2%	60	5.7%							
18	その他	55	1.4%	22	1.8%	14	1.3%							
	無回答	229	5.7%	43	3.5%	16	1.5%							
	回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%							

問18 医師不足といわれている診療科を選択するか（医師不足の診療科に変更するか）

1	条件が合えば選択したい	2,656	66.4%	692	56.7%	418	39.9%							
2	条件にかかわらず選択しない	766	19.1%	318	26.0%	321	30.6%							
3	現在医師不足の診療科に従事している	540	13.5%	203	16.6%	292	27.9%							
	無回答	41	1.0%	8	0.7%	17	1.6%							
	回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%							



	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問19 医師不足の診療科に従事するのに必要な条件

1	給与・処遇がよい	1,727	65.0%	407	58.8%	259	62.0%							
2	自由になる時間が多い	1,084	40.8%	317	45.8%	197	47.1%							
3	訴訟が少ない	1,166	43.9%	257	37.1%	168	40.2%							
4	医学部在学中に奨学金が用意されている	137	5.2%	17	2.5%	11	2.6%							
5	十分な事前研修が受けられる	1,294	48.7%	316	45.7%	194	46.4%							
6	その他	186	7.0%	69	10.0%	40	9.6%							
	無回答	148	5.6%	46	6.6%	27	6.5%							
	回答人数	2,656	100.0%	692	100.0%	418	100.0%							

問21 現在勤務している病院等の種別

1	卒業した大学の大学病院							1,122	53.2%	164	42.4%	30	48.4%	23	19.8%
2	卒業した大学以外の大学病院							430	20.4%	124	32.0%	29	46.8%	37	31.9%
3	臨床研修病院							477	22.6%	87	22.5%	-	0.0%	52	44.8%
	無回答							79	3.7%	12	3.1%	3	4.8%	4	3.4%
	回答人数							2,108	100.0%	387	100.0%	62	100.0%	116	100.0%

	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問2 2 現在専門としている診療科または基礎系の分野														
1	内科						52	2.5%	22	5.7%	2	3.2%	6	5.2%
2	呼吸器内科						61	2.9%	9	2.3%	2	3.2%	3	2.6%
3	循環器内科						100	4.7%	28	7.2%	-	0.0%	9	7.8%
4	消化器内科(胃腸内科)						117	5.6%	20	5.2%	5	8.1%	6	5.2%
5	腎臓内科						54	2.6%	9	2.3%	2	3.2%	2	1.7%
6	神経内科						68	3.2%	16	4.1%	3	4.8%	1	0.9%
7	糖尿病内科(代謝内科)						61	2.9%	10	2.6%	3	4.8%	5	4.3%
8	血液内科						49	2.3%	10	2.6%	1	1.6%	0	0.0%
9	皮膚科						71	3.4%	7	1.8%	2	3.2%	2	1.7%
10	アレルギー科						3	0.1%	2	0.5%	-	0.0%	0	0.0%
11	リウマチ科						22	1.0%	3	0.8%	-	0.0%	0	0.0%
12	感染症内科						6	0.3%	2	0.5%	-	0.0%	0	0.0%
13	小児科						104	4.9%	23	5.9%	4	6.5%	4	3.4%
14	精神科						85	4.0%	9	2.3%	1	1.6%	0	0.0%
15	心療内科						4	0.2%	1	0.3%	-	0.0%	1	0.9%
16	外科						55	2.6%	8	2.1%	-	0.0%	7	6.0%
17	呼吸器外科						47	2.2%	7	1.8%	-	0.0%	1	0.9%
18	心臓血管外科						53	2.5%	8	2.1%	-	0.0%	4	3.4%
19	乳腺外科						17	0.8%	3	0.8%	-	0.0%	1	0.9%
20	気管食道外科						0	0.0%	0	0.0%	-	0.0%	0	0.0%
21	消化器外科						78	3.7%	17	4.4%	-	0.0%	10	8.6%
22	泌尿器科						66	3.1%	7	1.8%	2	3.2%	6	5.2%
23	肛門外科						0	0.0%	0	0.0%	-	0.0%	0	0.0%
24	脳神経外科						77	3.7%	16	4.1%	5	8.1%	11	9.5%
25	整形外科						84	4.0%	15	3.9%	1	1.6%	10	8.6%

	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
26	形成外科						38	1.8%	7	1.8%	-	0.0%	1	0.9%
27	美容外科						0	0.0%	0	0.0%	-	0.0%	0	0.0%
28	眼科						57	2.7%	5	1.3%	1	1.6%	3	2.6%
29	耳鼻いんこう科						66	3.1%	5	1.3%	1	1.6%	2	1.7%
30	小児外科						33	1.6%	4	1.0%	-	0.0%	2	1.7%
31	産婦人科						87	4.1%	20	5.2%	1	1.6%	2	1.7%
32	産科						10	0.5%	0	0.0%	-	0.0%	0	0.0%
33	婦人科						8	0.4%	3	0.8%	1	1.6%	0	0.0%
34	リハビリテーション科						22	1.0%	2	0.5%	-	0.0%	0	0.0%
35	放射線科						80	3.8%	9	2.3%	-	0.0%	0	0.0%
36	麻酔科						107	5.1%	18	4.7%	-	0.0%	8	6.9%
37	病理診断科						35	1.7%	2	0.5%	-	0.0%	0	0.0%
38	臨床検査科						20	0.9%	1	0.3%	-	0.0%	0	0.0%
39	救急科						73	3.5%	15	3.9%	1	1.6%	1	0.9%
40	総合診療(科)						36	1.7%	27	7.0%	-	0.0%	2	1.7%
41	解剖学						0	0.0%	0	0.0%	2	3.2%	0	0.0%
42	生理学						0	0.0%	0	0.0%	4	6.5%	0	0.0%
43	生化学						0	0.0%	0	0.0%	6	9.7%	0	0.0%
44	薬理学						1	0.0%	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%
45	病理学						2	0.1%	1	0.3%	3	4.8%	0	0.0%
46	法医学						0	0.0%	0	0.0%	-	0.0%	0	0.0%
47	微生物学						0	0.0%	0	0.0%	2	3.2%	0	0.0%
48	寄生虫学						0	0.0%	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%
49	衛生学・公衆衛生学						3	0.1%	2	0.5%	2	3.2%	0	0.0%
50	行政機関						1	0.0%	0	0.0%	-	0.0%	0	0.0%
	無回答						95	4.5%	14	3.6%	3	4.8%	6	5.2%
	回答人数						2,108	100.0%	387	100.0%	62	100.0%	116	100.0%

	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問23 研修制度導入による総合的診療能力の変化

1	高くなった				122	11.6%	217	10.3%	60	15.5%	3	4.8%	28	24.1%
2	どちらかといえば高くなった				304	29.0%	460	21.8%	93	24.0%	8	12.9%	21	18.1%
3	どちらかといえば低くなった				56	5.3%	264	12.5%	44	11.4%	5	8.1%	13	11.2%
4	低くなった				61	5.8%	313	14.8%	48	12.4%	14	22.6%	4	3.4%
5	どちらともいえない				284	27.1%	633	30.0%	114	29.5%	23	37.1%	37	31.9%
6	わからない				164	15.6%	104	4.9%	14	3.6%	6	9.7%	4	3.4%
	無回答				57	5.4%	117	5.6%	14	3.6%	3	4.8%	9	7.8%
	回答人数				1,048	100.0%	2,108	100.0%	387	100.0%	62	100.0%	116	100.0%

問24 現在の初期研修の期間について

1	現状が良い	1,224	30.6%	312	25.6%	278	26.5%	619	29.4%	116	30.0%	9	14.5%	41	35.3%
2	一定の条件の下に短縮したほうが良い	806	20.1%	271	22.2%	229	21.9%	729	34.6%	156	40.3%	41	66.1%	58	50.0%
3	一定の条件の下に延長したほうが良い	56	1.4%	23	1.9%	20	1.9%	59	2.8%	9	2.3%	-	0.0%	2	1.7%
4	様々な研修期間から選択できるほうが良い	899	22.5%	385	31.5%	324	30.9%	415	19.7%	56	14.5%	6	9.7%	5	4.3%
5	わからない	786	19.6%	156	12.8%	137	13.1%	111	5.3%	8	2.1%	-	0.0%	0	0.0%
6	その他	119	3.0%	34	2.8%	47	4.5%	163	7.7%	36	9.3%	6	9.7%	8	6.9%
	無回答	113	2.8%	40	3.3%	13	1.2%	12	0.6%	6	1.6%	-	0.0%	2	1.7%
	回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%	2,108	100.0%	387	100.0%	62	100.0%	116	100.0%

問25 現在の初期研修の必修科目について

1	現状が良い	1,371	34.2%	268	21.9%	238	22.7%	520	24.7%	73	18.9%	5	8.1%	24	20.7%
2	必修科目を少なくしたほうが良い	772	19.3%	335	27.4%	308	29.4%	715	33.9%	183	47.3%	28	45.2%	45	38.8%
3	必修科目を多くしたほうが良い	68	1.7%	15	1.2%	22	2.1%	38	1.8%	4	1.0%	1	1.6%	5	4.3%
4	もっと自由に診療科を選択できるほうが良い	1,196	29.9%	461	37.8%	357	34.1%	601	28.5%	95	24.5%	24	38.7%	32	27.6%
5	わからない	406	10.1%	62	5.1%	58	5.5%	61	2.9%	3	0.8%	-	0.0%	1	0.9%
6	その他	79	2.0%	41	3.4%	51	4.9%	163	7.7%	26	6.7%	3	4.8%	8	6.9%
	無回答	111	2.8%	39	3.2%	14	1.3%	10	0.5%	3	0.8%	1	1.6%	1	0.9%
	回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%	2,108	100.0%	387	100.0%	62	100.0%	116	100.0%

	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
問26 医師の計画配置について														
1 賛成	289	7.2%	49	4.0%	22	2.1%	78	3.7%	14	3.6%	3	4.8%	5	4.3%
2 一定の時期・期間であれば賛成	1,006	25.1%	269	22.0%	233	22.2%	431	20.4%	86	22.2%	10	16.1%	36	31.0%
3 インセンティブとの組み合わせなら賛成	521	13.0%	151	12.4%	143	13.6%	374	17.7%	81	20.9%	10	16.1%	21	18.1%
4 反対	1,973	49.3%	690	56.5%	609	58.1%	1,135	53.8%	191	49.4%	30	48.4%	48	41.4%
5 その他	84	2.1%	18	1.5%	25	2.4%	75	3.6%	12	3.1%	6	9.7%	5	4.3%
無回答	130	3.2%	44	3.6%	16	1.5%	15	0.7%	3	0.8%	3	4.8%	1	0.9%
回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%	2,108	100.0%	387	100.0%	62	100.0%	116	100.0%
問27 インセンティブについて（インセンティブとの組み合わせなら医師の計画配置に賛成の場合）														
1 処遇・待遇（給与）がよい	399	76.6%	123	81.5%	123	86.0%	297	79.4%	70	86.4%	10	100.0%	15	71.4%
2 他の地域や病院での研修の機会がある	298	57.2%	80	53.0%	74	51.7%	216	57.8%	47	58.0%	6	60.0%	18	85.7%
3 先端医療を修得する機会がある	236	45.3%	58	38.4%	61	42.7%	214	57.2%	31	38.3%	4	40.0%	13	61.9%
4 事前に地域医療に従事する研修期間がある	127	24.4%	27	17.9%	21	14.7%	67	17.9%	22	27.2%	4	40.0%	10	47.6%
5 地域医療に従事した後に留学できる	108	20.7%	27	17.9%	20	14.0%	89	23.8%	21	25.9%	4	40.0%	5	23.8%
6 サバティカル休暇がある	235	45.1%	75	49.7%	65	45.5%	147	39.3%	29	35.8%	4	40.0%	7	33.3%
7 専門医取得につながる	306	58.7%	75	49.7%	80	55.9%	220	58.8%	44	54.3%	8	80.0%	16	76.2%
8 医学部在学中に奨学金が用意されている	75	14.4%	16	10.6%	25	17.5%	83	22.2%	19	23.5%	6	60.0%	9	42.9%
9 子どもの教育環境が整備されている	259	49.7%	72	47.7%	59	41.3%	172	46.0%	36	44.4%	4	40.0%	5	23.8%
10 居住環境が整備されている	290	55.7%	86	57.0%	93	65.0%	227	60.7%	48	59.3%	4	40.0%	8	38.1%
11 単身赴任に対して補助がある	219	42.0%	67	44.4%	62	43.4%	156	41.7%	27	33.3%	2	20.0%	2	9.5%
12 その他	11	2.1%	1	0.7%	6	4.2%	11	2.9%	3	3.7%	-	0.0%	0	0.0%
無回答	5	1.0%	1	0.7%	1	0.7%	6	1.6%	1	1.2%	-	0.0%	0	0.0%
回答人数	521	100.0%	151	100.0%	143	100.0%	374	100.0%	81	100.0%	10	100.0%	21	100.0%

	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問28 医師不足地域に従事することについて

1	条件が合えば従事したい	2,822	70.5%	799	65.4%	617	58.9%	999	47.4%	174	45.0%				
2	条件にかかわらず希望しない	823	20.6%	252	20.6%	273	26.0%	695	33.0%	129	33.3%				
3	現在医師不足地域の医療に従事している	192	4.8%	118	9.7%	135	12.9%	339	16.1%	72	18.6%				
	無回答	166	4.1%	52	4.3%	23	2.2%	75	3.6%	12	3.1%				
	回答人数	4,003	100.0%	1,221	100.0%	1,048	100.0%	2,108	100.0%	387	100.0%				

問29 医師不足地域に従事するのに必要な条件

1	子どもの教育環境が整備されている	1,618	57.3%	388	48.6%	290	47.0%	448	44.8%	50	28.7%				
2	居住環境が整備されている	1,648	58.4%	455	56.9%	363	58.8%	565	56.6%	98	56.3%				
3	処遇・待遇（給与）がよい	1,883	66.7%	538	67.3%	457	74.1%	788	78.9%	126	72.4%				
4	単身赴任に対して補助がある	788	27.9%	208	26.0%	144	23.3%	280	28.0%	56	32.2%				
5	配偶者の同意がある	1,365	48.4%	356	44.6%	297	48.1%	511	51.2%	103	59.2%				
6	出身地である	516	18.3%	131	16.4%	93	15.1%	88	8.8%	17	9.8%				
7	現在の生活圏から近い	551	19.5%	166	20.8%	110	17.8%	230	23.0%	41	23.6%				
8	事前に地域医療に従事する研修期間がある	589	20.9%	131	16.4%	93	15.1%	120	12.0%	32	18.4%				
9	先端医療を修得する機会がある	803	28.5%	200	25.0%	175	28.4%	229	22.9%	27	15.5%				
10	他病院とのネットワーク・連携がある	1,259	44.6%	370	46.3%	294	47.6%	510	51.1%	93	53.4%				
11	自分と交代できる医師がいる	1,628	57.7%	489	61.2%	389	63.0%	658	65.9%	114	65.5%				
12	病院の施設・整備が整っている	894	31.7%	296	37.0%	221	35.8%	424	42.4%	69	39.7%				
13	地域医療に従事した後に留学できる	261	9.2%	48	6.0%	26	4.2%	53	5.3%	6	3.4%				
14	サバティカル休暇がある	738	26.2%	231	28.9%	170	27.6%	297	29.7%	55	31.6%				
15	地域の中核病院である	334	11.8%	71	8.9%	92	14.9%	179	17.9%	28	16.1%				
16	入院のない小規模の診療所である	79	2.8%	44	5.5%	23	3.7%	54	5.4%	18	10.3%				
17	一定の期間に限定されている	1,004	35.6%	324	40.6%	277	44.9%	434	43.4%	86	49.4%				
18	初期研修中である	54	1.9%	22	2.8%	8	1.3%	3	0.3%	1	0.6%				
19	初期研修修了後の研修中である	96	3.4%	36	4.5%	20	3.2%	12	1.2%	2	1.1%				
20	専門医取得後である	633	22.4%	125	15.6%	133	21.6%	86	8.6%	13	7.5%				

	医学生		初期研修医		卒後3-5年目の医師		指導医		プログラム責任者		医学部長		病院長	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
21 定年退職後である	211	7.5%	36	4.5%	18	2.9%	155	15.5%	53	30.5%				
22 医学部在学中に奨学金が用意されている	112	4.0%	19	2.4%	15	2.4%	14	1.4%	1	0.6%				
23 その他	44	1.6%	15	1.9%	5	0.8%	28	2.8%	4	2.3%				
無回答	65	2.3%	10	1.3%	12	1.9%	25	2.5%	3	1.7%				
回答人数	2,822	100.0%	799	100.0%	617	100.0%	999	100.0%	174	100.0%				

第3回 臨床研修制度の在り方等に関する検討会(平成20年11月18日)

## 新潟県における医師養成の現状と課題

—地域医療への新潟大学の取り組みから臨床研修制度を考える—

新潟大学長 下條 文武



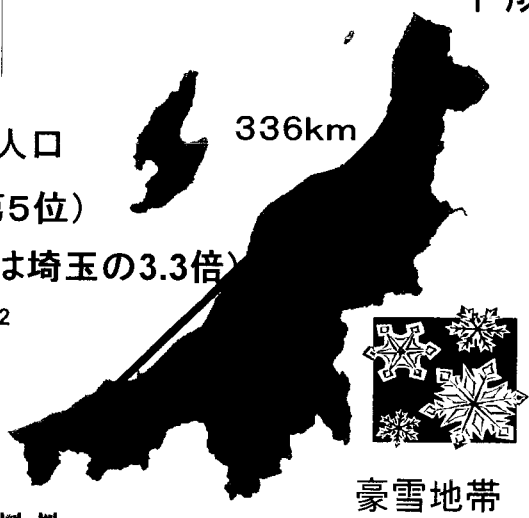
# 都道府県(従業地)別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数

平成18(2006)年12月31日現在

(人)

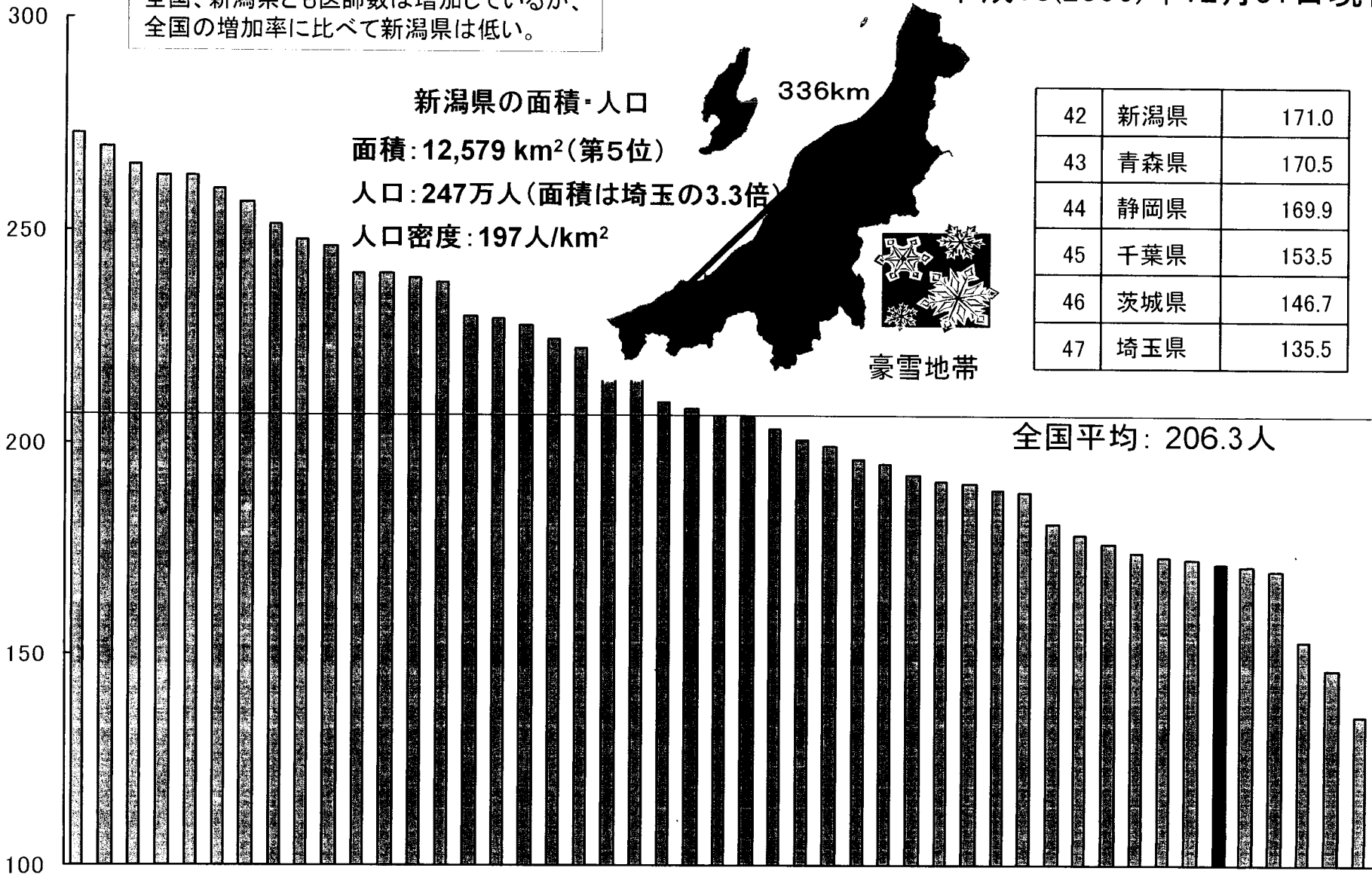
全国、新潟県とも医師数は増加しているが、  
全国の増加率に比べて新潟県は低い。

新潟県の面積・人口  
面積: 12,579 km<sup>2</sup> (第5位)  
人口: 247万人 (面積は埼玉の3.3倍)  
人口密度: 197人/km<sup>2</sup>



42	新潟県	171.0
43	青森県	170.5
44	静岡県	169.9
45	千葉県	153.5
46	茨城県	146.7
47	埼玉県	135.5

全国平均: 206.3人



新潟県 171.0人, 42位

# 新潟大学医学部の医学教育改革

医学教育モデル・コア・カリキュラム  
チュートリアル (tutorial) 教育

## 新潟大学医学部の新カリキュラム (平成12年度から)

早期医学体験実習 (Early Medical Exposure; EME); 1年次

統合臨床医学コース (臨床医学入門); 3年次前期

臓器別統合コース; 3年次後期～4年次前期

臨床実習入門コース; 4年次後期

医療面接, 身体診察法, など

シミュレーターによる実習の導入

臨床実習開始前の学生評価のための共用試験システム

OSCE (Objective Structured Clinical Examination)

CBT (computer based testing)

臨床実習 I (学内全診療科); 5年次

臨床実習 II (クリニカルクラークシップ; 学外病院); 6年次

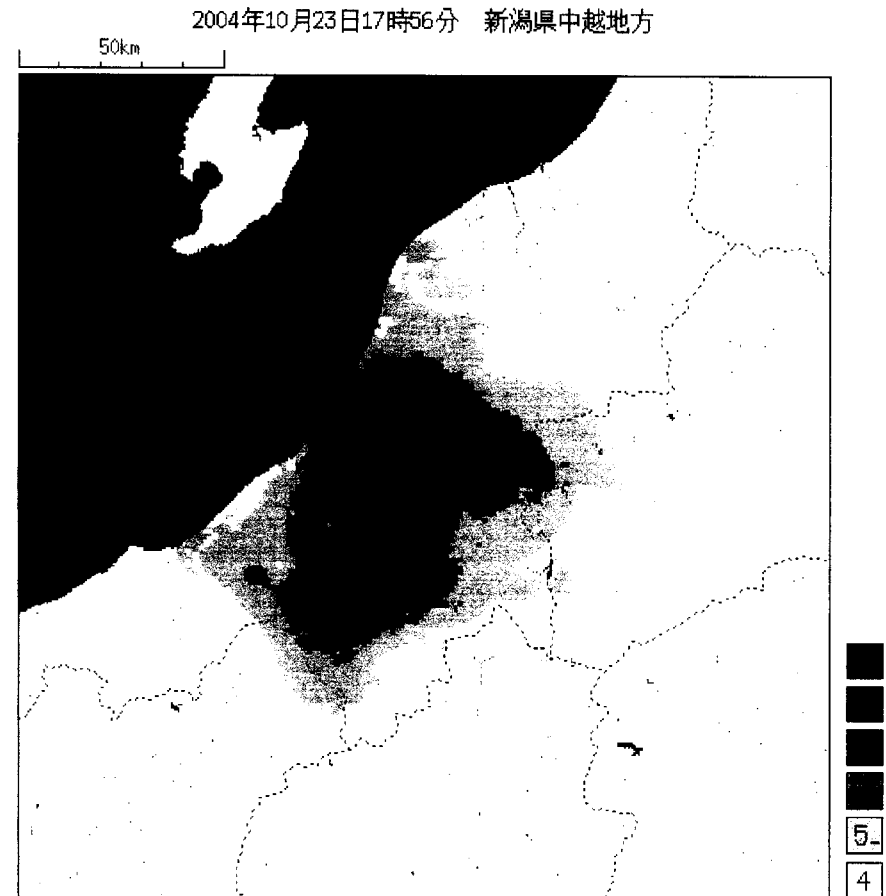
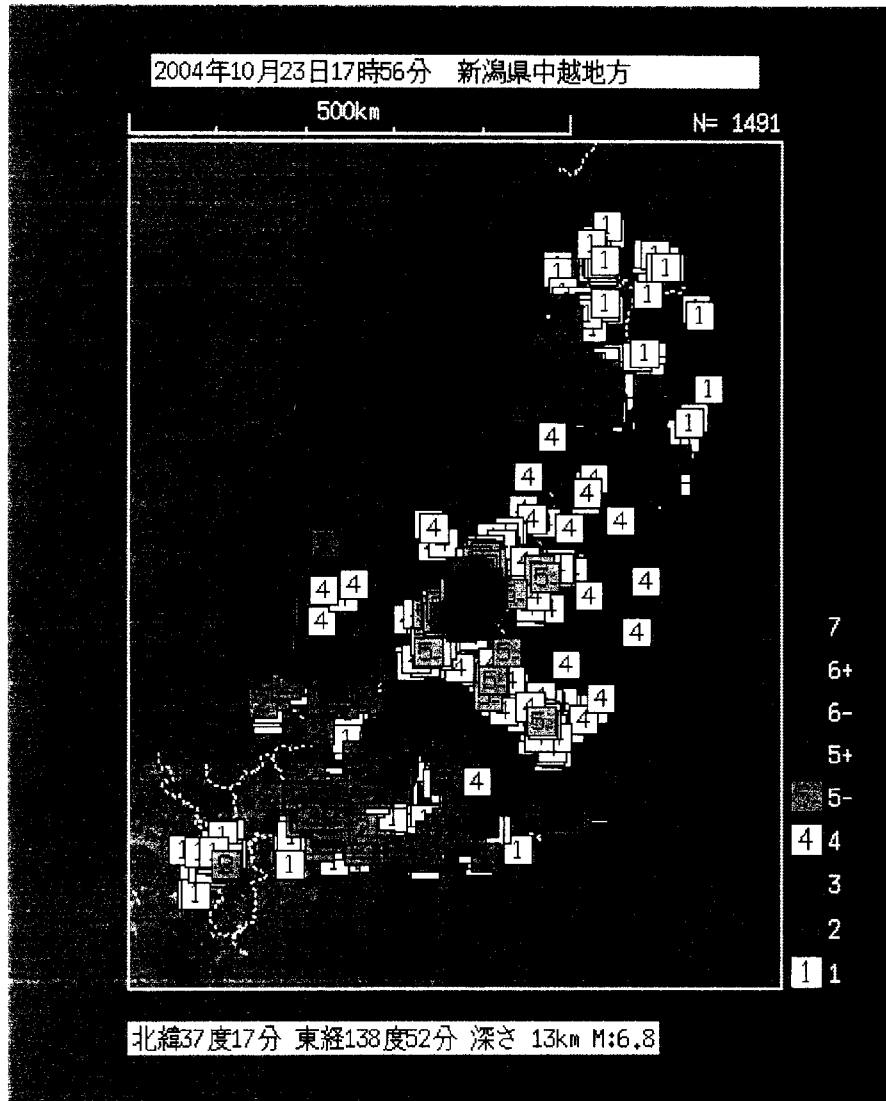
# 新潟大学医学部における地域医療学プログラム

- 1年次: EME(早期臨床体験)に地域医療施設の追加
- 2年次: 医学概論Ⅱで, 課題に「医師不足が起こる原因と対策」, 「地域医療は今後どうあるべきか?」を追加し討論
- 3年次: 統合臨床医学コース(臨床医学入門)で, 「症候の基礎知識」, 「チーム医療」について学習
- 4年次: コース「臨床実習入門」のユニット「地域医療」で, 地域医療の講義と地域支援テレビシステム実習を導入
- 5年次: コース「臨床医学講義」のユニット「地域医療」で, 地域医療機関の医師が非常勤講師として講義
- 6年次: コース「臨床医学講義(集中)」のユニット「保険制度, 地域医療, 疫学」で地域医療病院医師が講義

臨床実習Ⅱの実習病院に, クリニカルクラークシップによる地域医療病院を

# 平成16年10月23日新潟県中越大震災

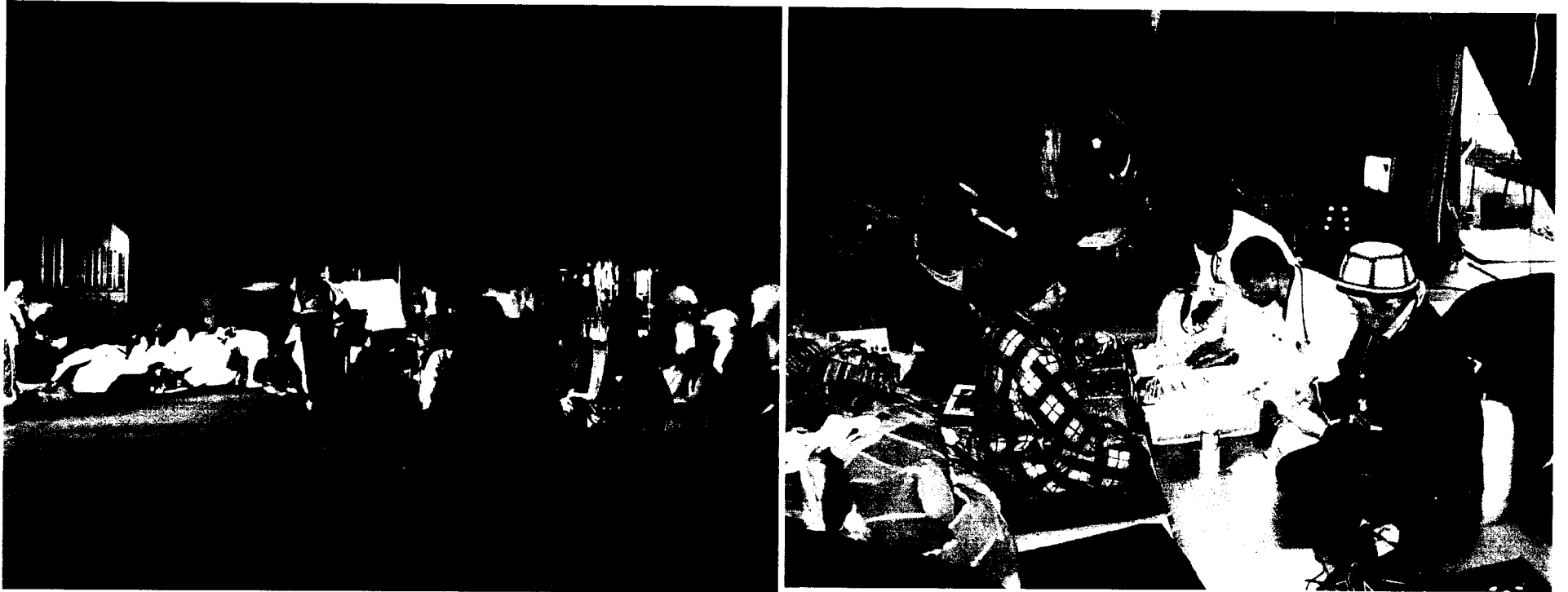
平成19年7月16日は中越沖地震



災害拠点病院にも損壊被害

# 新潟大学病院による災害医療支援

医師，看護師，薬剤師，臨床検査技師，歯科技工士，歯科衛生士，事務職員からなる医療班チームを編成し医療活動を展開した



- ・自己完結型のチーム医療が有効な医療支援となる
- ・地域医療に対してもチーム医療が最も重要である

# これからの地域医療

使命感に燃えた個人による

いわゆる「赤ひげ先生」に頼るのではなく、



## チームによる地域医療支援

新潟大学による「赤ひげチーム」

地域医療に意欲ある医師たち

看護師，薬剤師，

理学療法士，社会福祉士など

文部科学省「地域医療等社会的ニーズに対応した  
医療人教育支援プログラム(医療人GP)」による支援

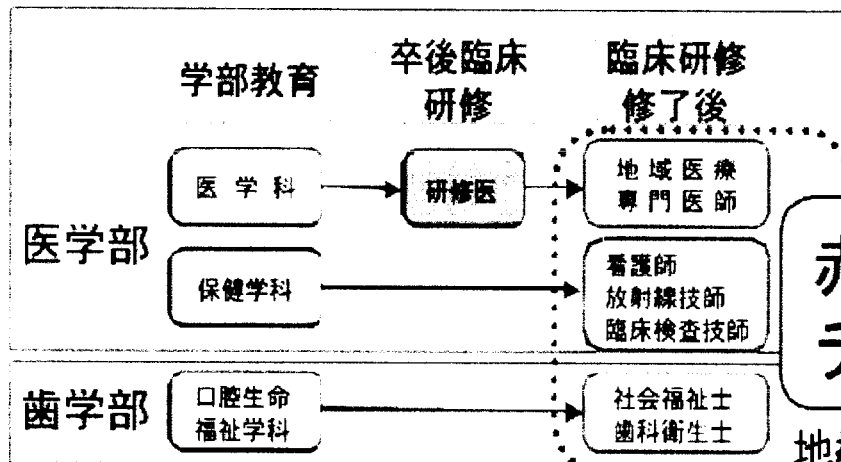
# 中越地震に学ぶ赤ひげチーム医療人の育成

本プログラムの対象は学生、研修医、地域医療実践医師らである

新潟大学  
医歯学総合病院



育成



赤ひげ  
チーム

地域を支える  
総合医療チーム

- ・ワークショップ
- ・フィールドワーク
- ・地域医療体験実習
- ・チーム遠隔医療
- ・チーム訪問診療
- ・研修
- ・地域医療学
- ・遠隔医療
- ・短期的支援

専任教員  
3名

兼任教員  
7名

コアシテーション員

録医師 40名

事務職員  
2名

地域支援

テレビシステム

テレビ会議  
医用画像の送受信

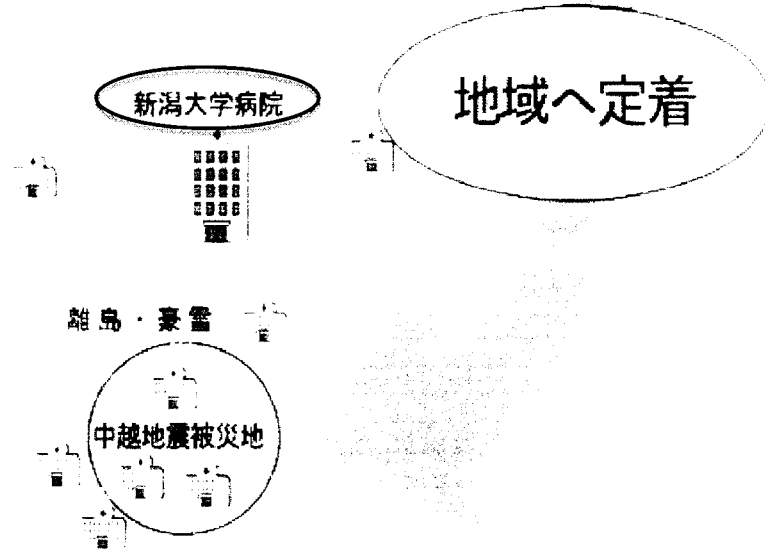


診断支援  
治療方針の決定  
患者搬送決定

地域医療教育支援  
アドバイザー  
中越地震被災地 3名  
離島・豪雪地 6名



地域医療病院



文部科学省「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム(医療人GP)」による支援

# フィールドワーク・地域医療体験実習

- 多職種学生によるチームで、大学の中では学べない実際の地域医療の現場に触れる
- 過疎化，高齢化，少子化，地域医療の問題を，実際の現場を見ることでより理解する
- 地域医療におけるプライマリケア・チーム医療の重要性を知る





# 学部学科を超えた学生による ワークショップとフィールドワーク(1)

平成17年度第1回(平成18年3月13日～15日)

山古志陽光台仮設診療所

山古志陽光台仮設住宅

県立松代病院

厚生連魚沼病院

南魚沼市立ゆきぐに大和病院

湯沢町保健医療センター



県立松代病院

平成18年度第1回(平成18年8月1日～3日)

十日町市役所

上越市清里区総合事務所

魚沼市役所

阿賀町役場

十日町市松之山診療所

上越市清里診療所

魚沼市堀之内病院

阿賀町鹿瀬診療所

# 学部学科を超えた学生による ワークショップとフィールドワーク(2)

平成18年度第2回(平成18年9月19日～21日)

長岡市山古志支所  
十日町市松之山診療所  
魚沼市立堀之内病院

長岡市山古志診療所  
上越市清里診療所  
柏崎市北条診療所

第3回(平成19年3月12日～14日)

長岡市山古志支所  
長岡市山古志診療所

県立松代病院  
厚生連魚沼病院  
ゆきぐに大和病院  
湯沢町保健医療センター



# 学部学科を超えた学生による ワークショップとフィールドワーク(3)

平成19年度第1回(平成19年8月1日~3日)

十日町市 阿賀町 魚沼市 十日町市国保松之山診療所  
県立松代病院 県立津川病院 魚沼市立堀之内病院

平成19年度第2回(平成19年9月25日~27日)

柏崎市国保北条診療所  
上越市国保清里診療所  
上越市国保吉川診療所  
上越市国保牧診療所

第1回佐渡訪問医療実習  
(平成19年9月11日, 12日)

佐渡市立両津病院  
厚生連佐渡総合病院  
佐渡市



# 学部学科を超えた学生による ワークショップとフィールドワーク(4)

平成19年度第3回(平成20年3月10日～12日)

柏崎保健所

中越沖地震で「災害医療本部」  
を設置, 医療マネージメントを  
行った



県立松代病院  
南魚沼市ゆきぐに大和病院  
十日町市国保松之山診療所  
上越市国保清里診療所  
湯沢町保健医療センター

赤ひげチーム  
学部教育プログラム

## 学生によるワークショップとフィールドワーク 参加者募集

多職種学生による地域医療チームをテーマとした  
「平成19年度第3回ワークショップとフィールドワーク・地域医療体験実習」  
を行います! 休業期間中ですが、多数の皆さんの参加をお待ちしています☆

- ◆対象 新潟大学医学部医学科学生  
新潟大学医学部保健学科学生  
新潟大学歯学部口腔生命福祉学科学生
- ◆日程 第3回 平成20年3月10日(月)～12日(水)
- ◆内容 1日目: 集合時間 8:45 解散時間 17:00頃  
多職種学生によるワークショップ(グループ学習、討議及び発表等)  
2日目: 集合時間 8:30 解散時間 18:30頃  
フィールドワーク・地域医療体験実習  
3日目: 集合時間 8:45 解散時間 12:00頃  
多職種学生によるワークショップ(グループ学習、討議及び発表等)

予定訪問先  
柏崎...その他

<申し込み先>

下記の電話、FAX、E-mailにて受け付けますので、氏名、連絡先をご連絡下さい!

新潟大学医学部総合病院 東病棟4階

地域医療教育支援コースステーション

TEL:025-227-0885 FAX:025-227-0886

E-mail: [nuh@nuh.niigata-u.ac.jp](mailto:nuh@nuh.niigata-u.ac.jp)

または各学科担当教員、学務係まで



<http://www.nuh.niigata-u.ac.jp/cor/index.html>

# 学部学科を超えた学生による ワークショップとフィールドワーク(5)



## 現時点での参加学生



医学部医学科	52名
医学部保健学科	34名
歯学部口腔生命福祉学科	25名
法学部	2名
その他	1名

---

計 114名



魚沼市立堀之内病院

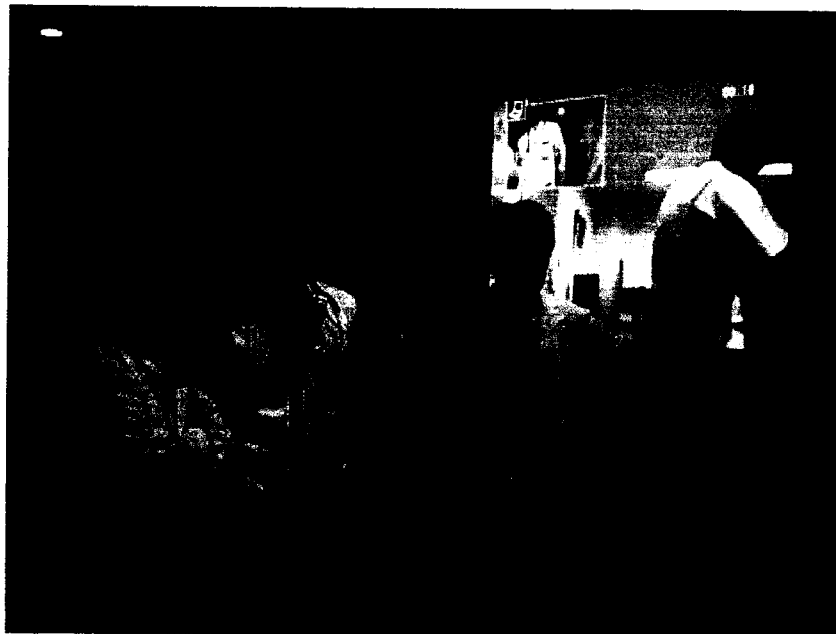
# 地域支援テレビシステムの活用効果

平成18年2月23日  
県立津川病院



平成18年7月12日  
厚生連魚沼病院

# 地域支援テレビシステムの活用(1)



大学病院検討会室  
検討会

- ・専門的な症例について専門医に相談できる
- ・必要に応じて転院などの処置をとることもある

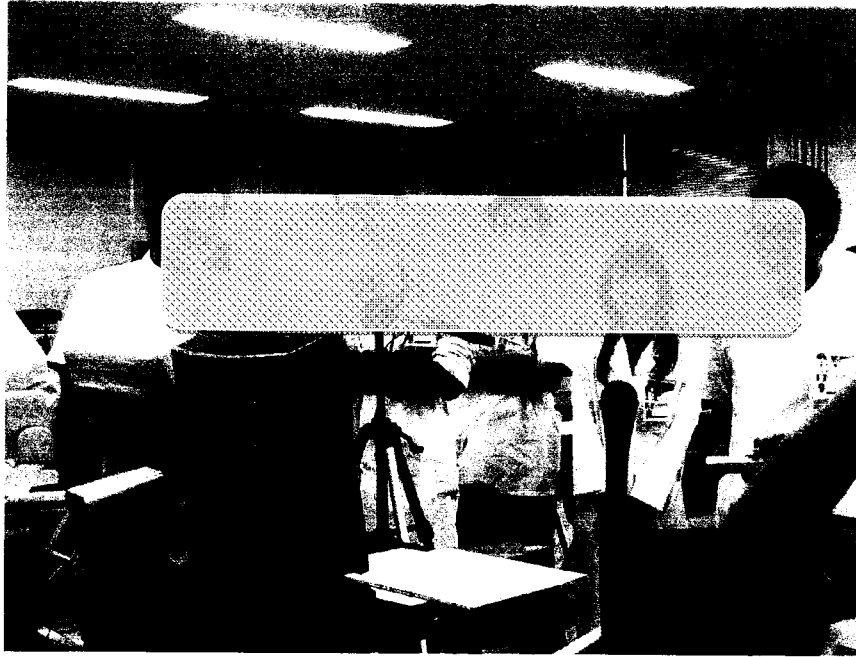


佐渡市立両津病院

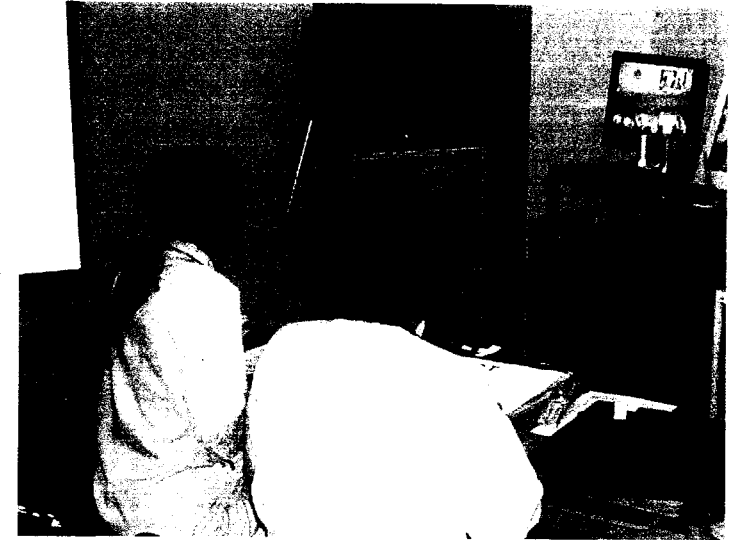


県立松代病院

## 地域支援テレビシステムの活用(2)



大学病院検討会室  
(研修医を含め)



県立松代病院

「ツツガムシ病」や「レプトスピラ感染症」「マムシ咬症」などの症例や、診断や治療困難症例などについて、地域医療病院と大学病院との検討



## 地域支援テレビシステムの活用(3)



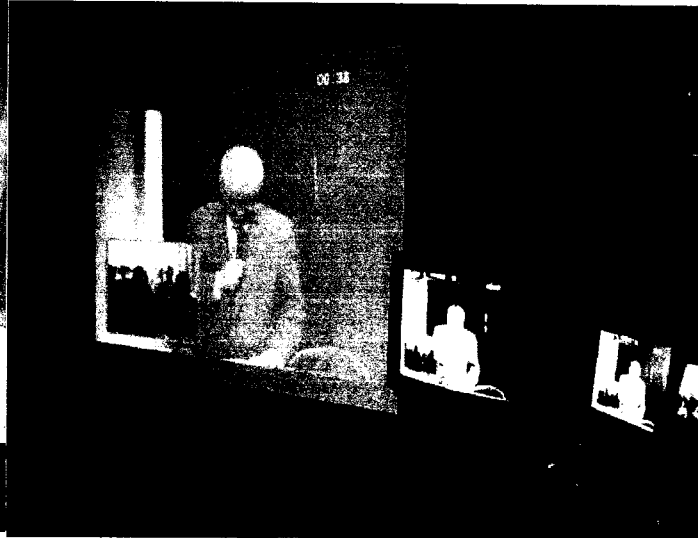
県立妙高病院

県立柿崎病院

講演会の様子を相互に配信し、より多くのスタッフに参加してもらった



# 地域支援テレビシステムの活用(4)



県立松代病院

松代・津川間で地元首長・  
有識者を交えた情報交換会

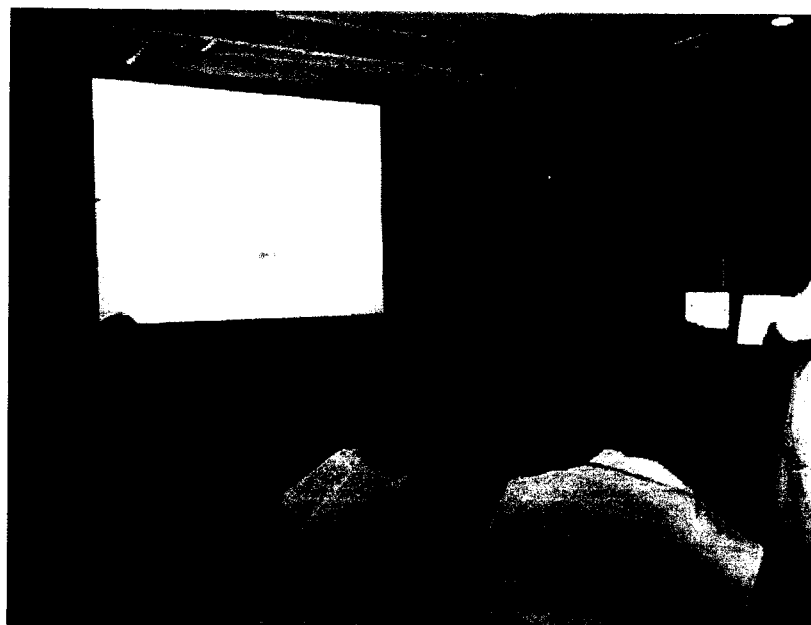


県立津川病院

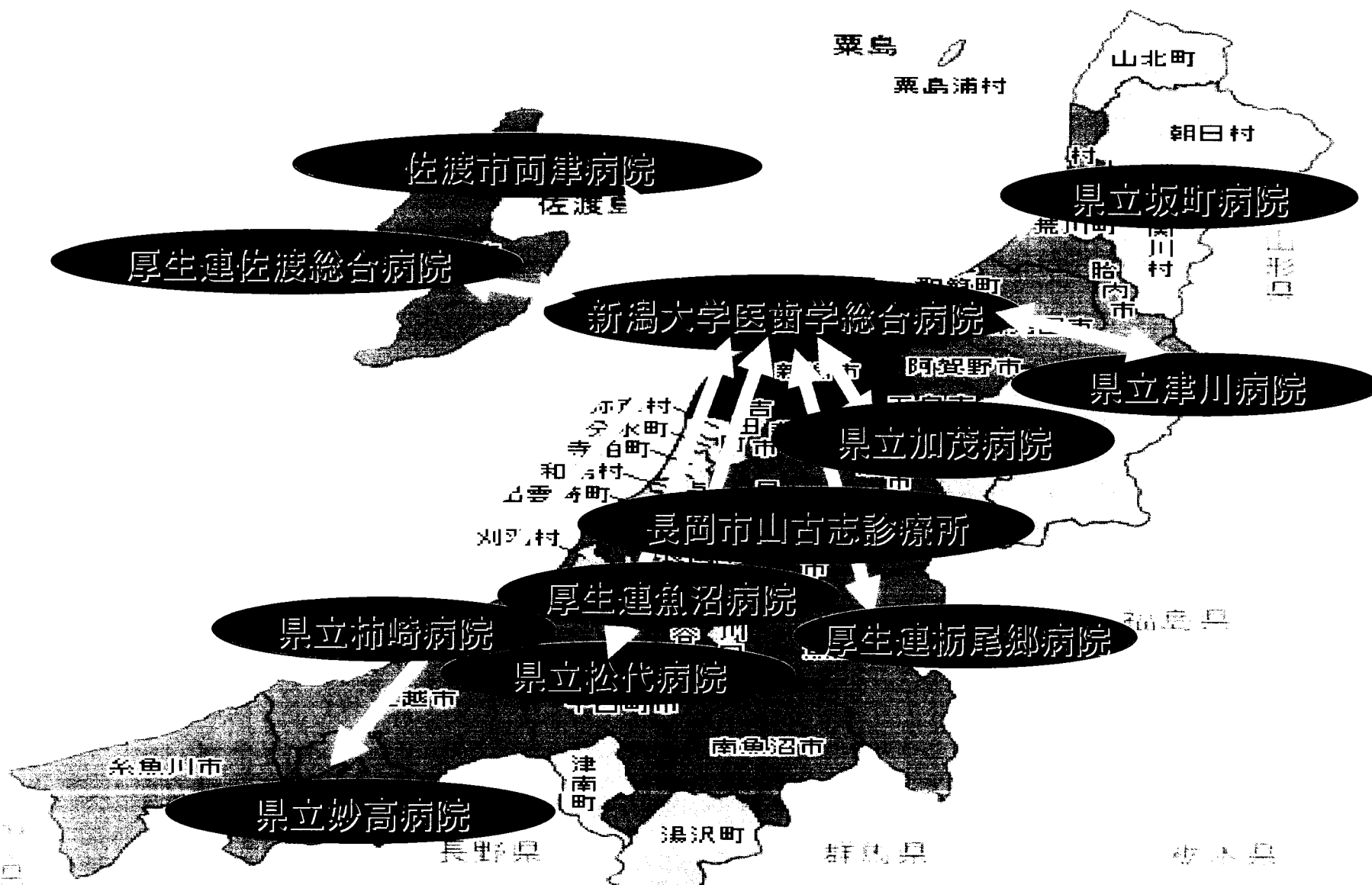
## 地域支援テレビシステムの活用(5)

### 医学部医学科4年次学生 臨床実習入門「地域医療」

県立松代病院 県立津川病院  
県立柿崎病院 厚生連栃尾郷病院  
県立妙高病院 佐渡市立両津病院  
厚生連佐渡総合病院



# 地域支援テレビシステムを設置している医療機関



中越地震被災地のみならず離島・豪雪地帯など広域の医療過疎地域を抱えている

## 地域支援テレビシステムの活用(6)

---

大学専門医への 症例相談	212
-----------------	-----

卒前・卒後医学教育への活用	64
---------------	----

大学病院からの、あるいは 地域医療機関同士 の講演会など	12
------------------------------------	----

その他	19
-----	----

---

307

平成20年5月18日現在

# 地域支援テレビシステムの効果

- ・地域支援テレビシステムは地域と大学間、あるいは地域間の連携を活性化している: 大学と地域病院全体が一つのチームである意識醸成のツール
- ・地域を支える総合医療チームの力を向上させ、大学教育の質の向上を図り、地域医療を担う医師の定着に寄与する。医療支援への動機付け。

54



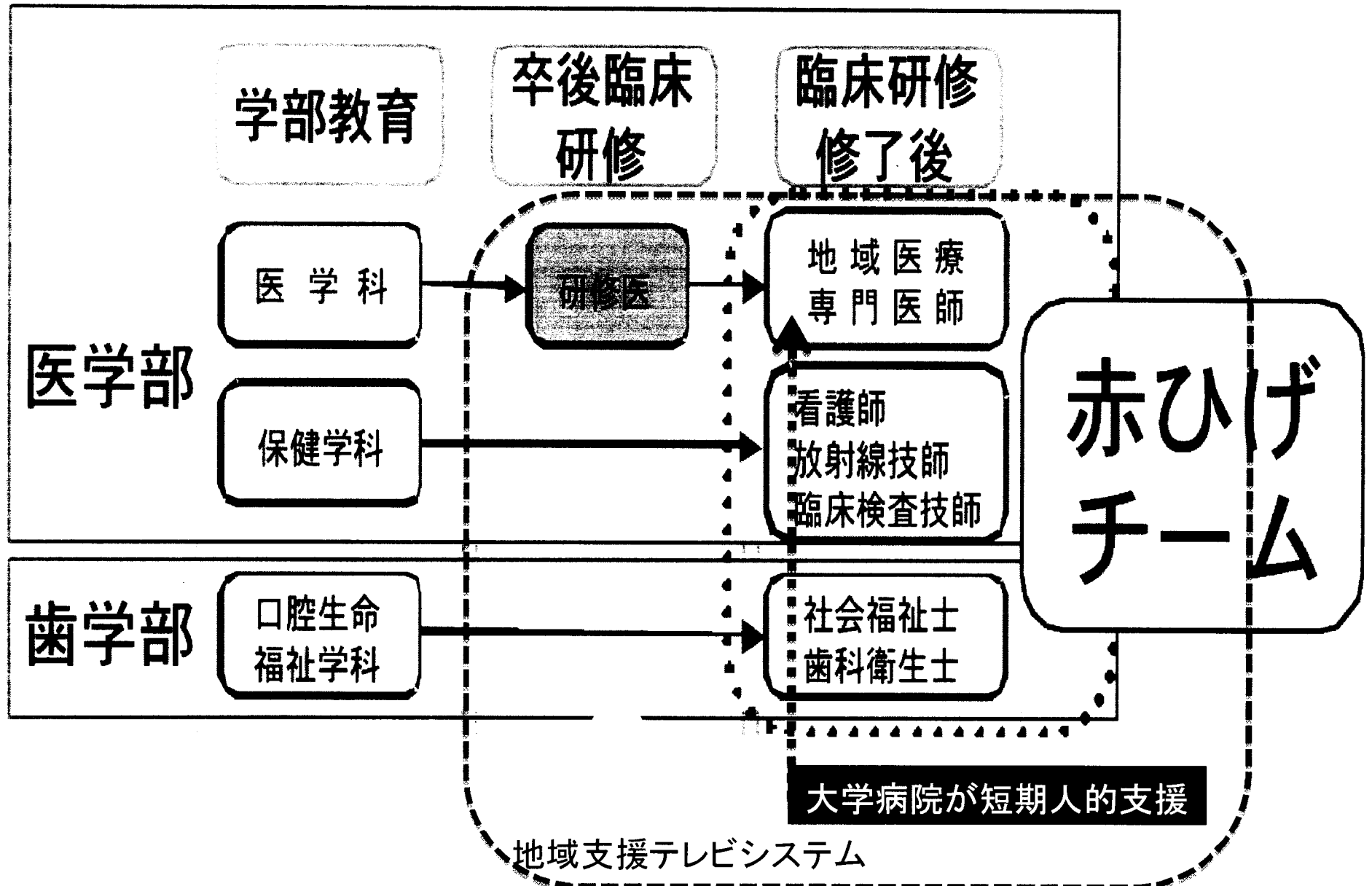
新潟大学医歯学総合病院

情報の共有・連携  
の活性化

「赤ひげチーム  
医療人」の定着



# 赤ひげチームプログラム

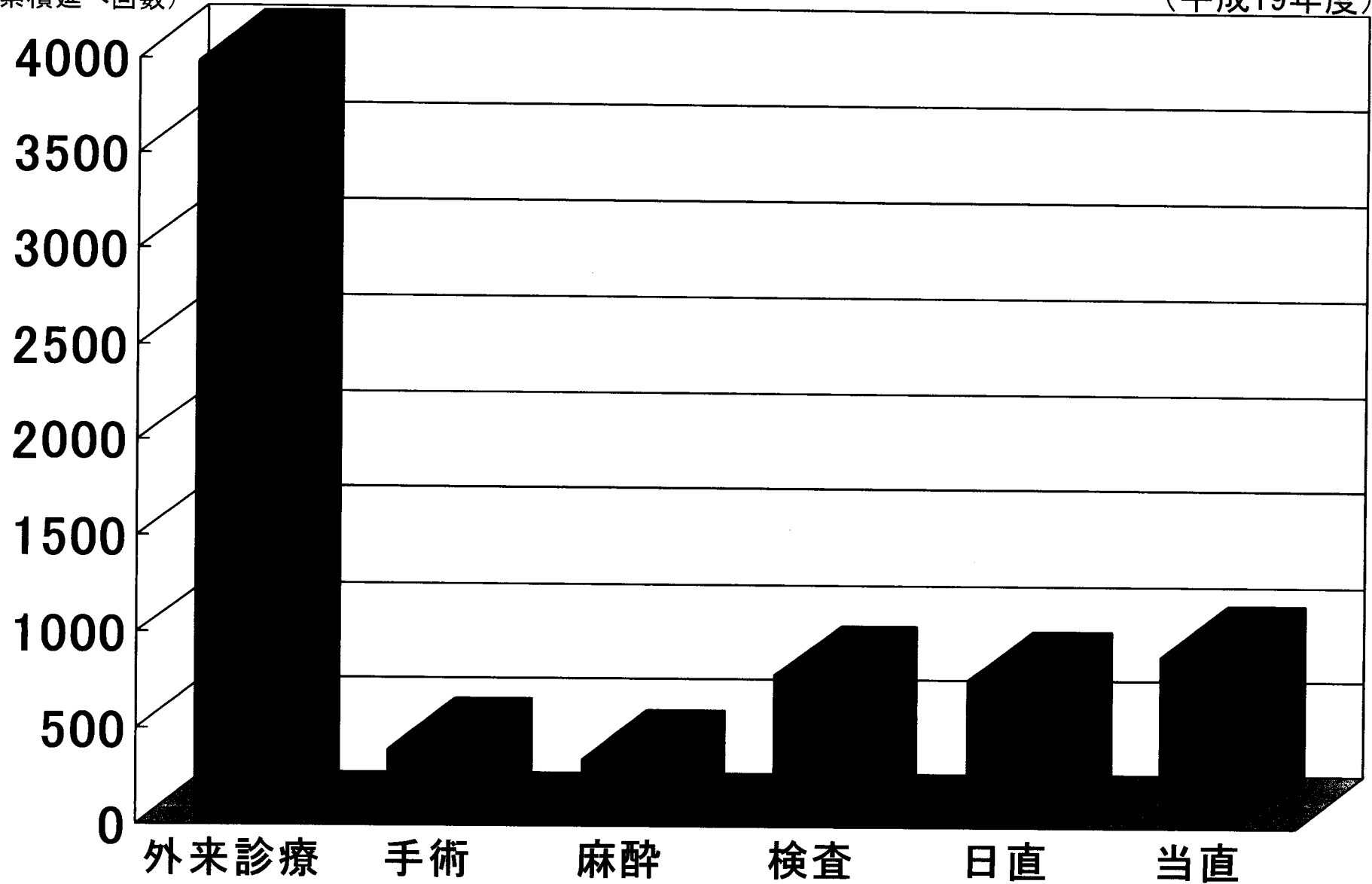


学部学科を超えた学生によるワークショップとフィールドワーク

# 新潟大学からの県内11地域医療機関への支援状況

(累積延べ回数)

(平成19年度)





## ～新潟県の研修医確保に向けて～

新潟大学が中心となり良医育成新潟県コンソーシアムを結成

### (目的)

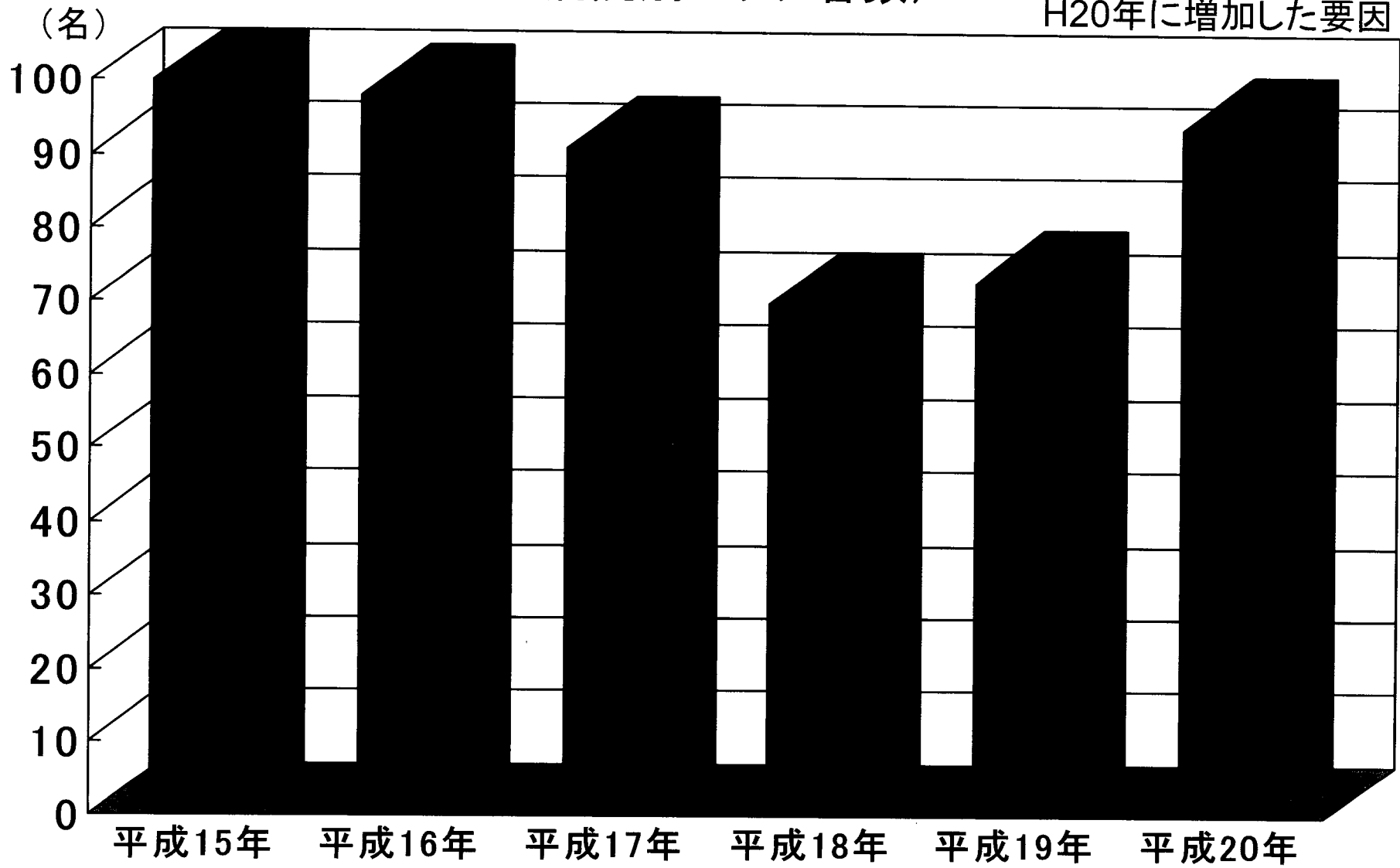
コンソーシアムは、新潟県内の臨床研修病院(新潟大学医歯学総合病院を含む)における医師及び臨床研修医の確保及び定着の促進を図り、本県の地域医療を担う良医育成に資することを目的とする。

### (コンソーシアムの事業)

- (1) 臨床研修制度に係る情報交換、臨床研修対策等に関すること
- (2) 本県の臨床研修指定病院のPRに関すること
- (3) 臨床研修指定病院の指導体制の充実にに関すること
- (4) その他必要な事項に関すること

# 新潟県内研修医マッチングの動向 (病院別マッチ者数)

H20年に増加した要因



■ 新潟大学病院 ■ 新潟県内臨床研修病院

研修希望者の選択性をより多様にするために、  
平成20年度より3つの研修プログラムを用意した

研修プログラムA(内科重点コース):

将来、内科系を希望し、内科研修を充実させたい研修医  
向けプログラム

研修プログラムB(外科系重点コース):

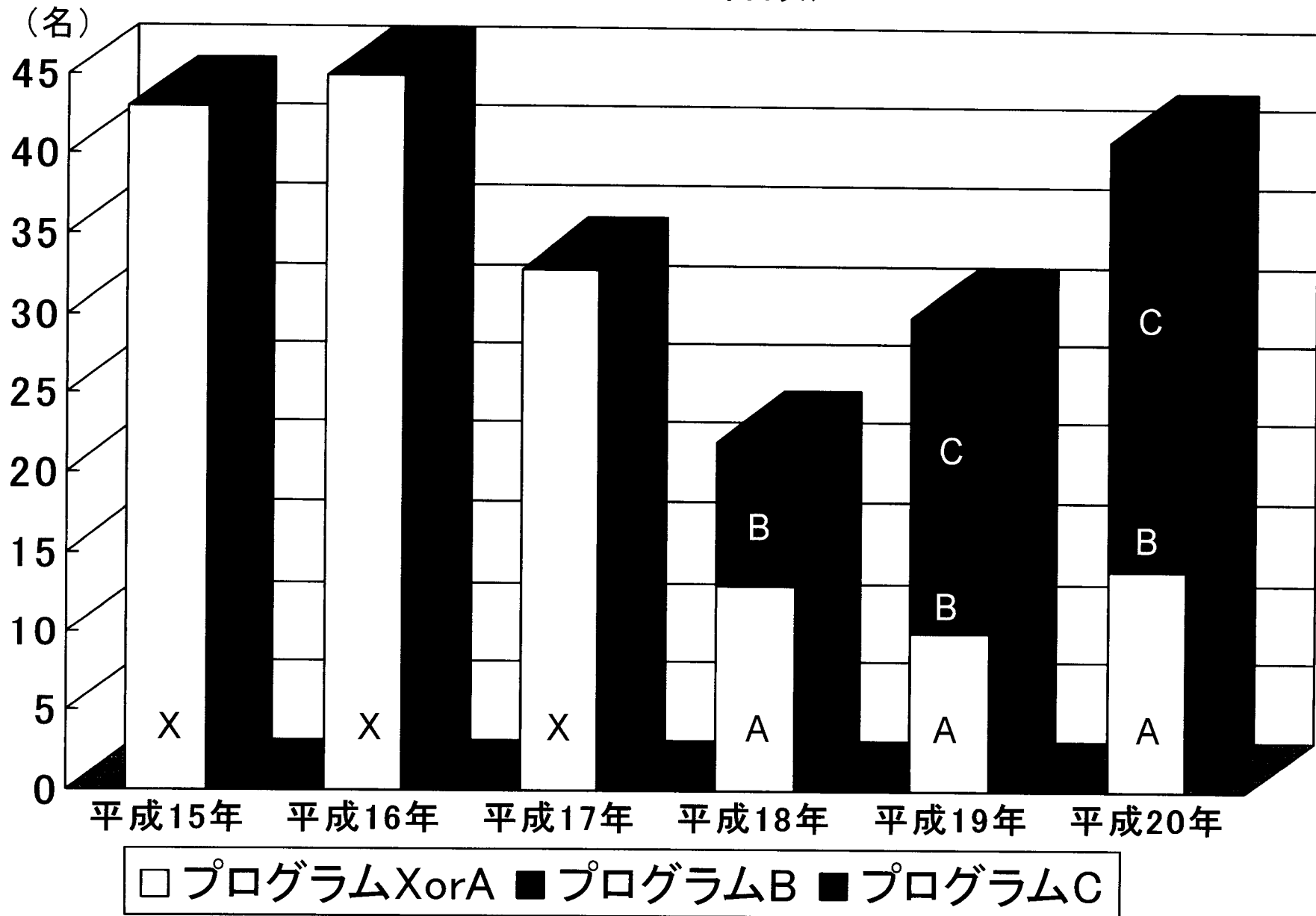
将来、外科系を希望し、外科系研修を充実させたい研修医  
向けプログラム

研修プログラムC(専門重点コース):

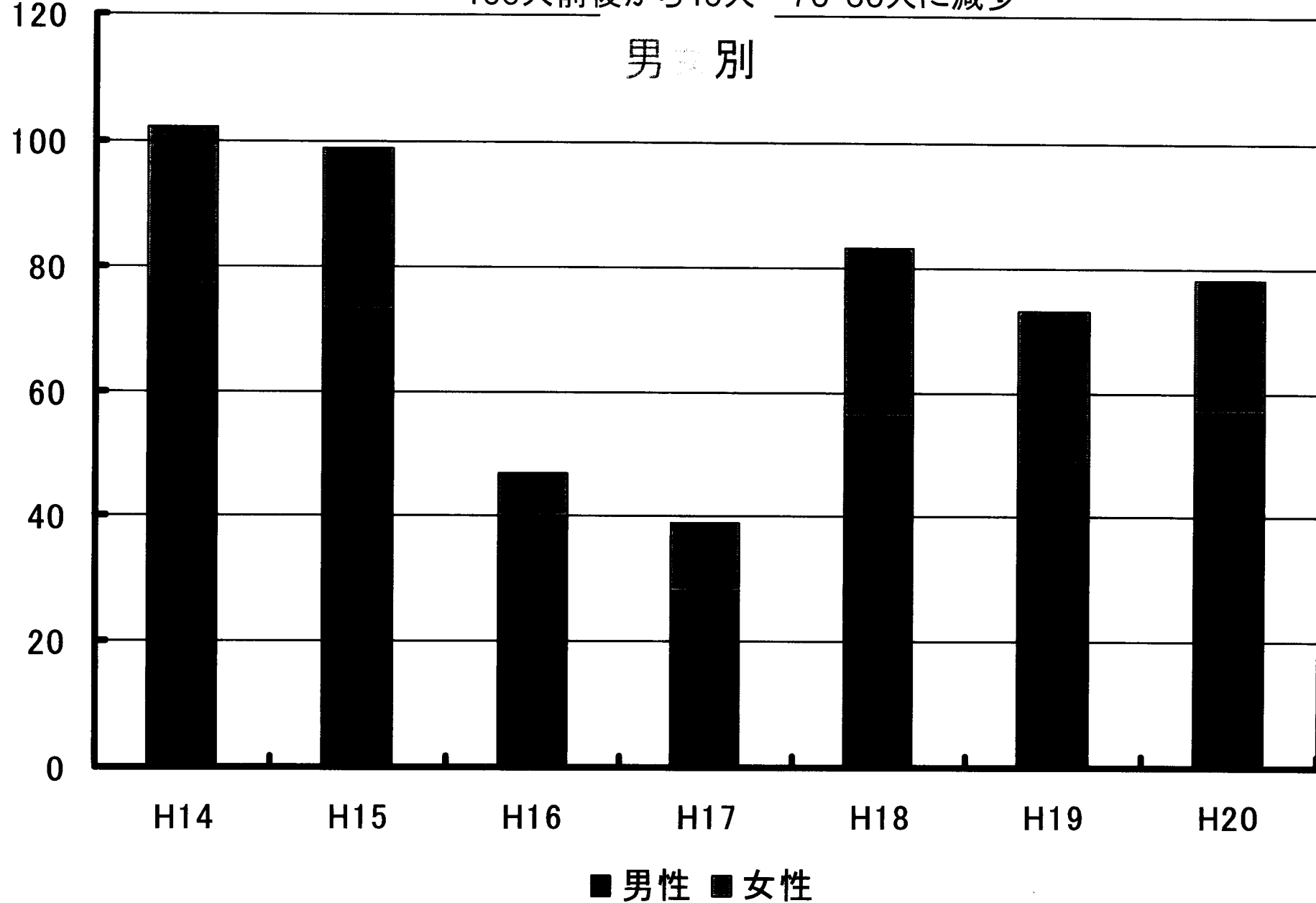
卒後臨床研修修了後の専門研修希望診療科を決めている  
研修医が、臨床研修当初より後期専門研修を念頭に置いて  
研修を行えるプログラム

研修プログラムCでは、専門研修希望診療科での3ヶ月研  
修から臨床研修を開始し、希望診療科で研修を修了する

# 新潟大学病院におけるプログラムCマッチ者の増による (マッチ者数)



研修終了後に新潟大学病院に新規所属者(いわゆる入局者)の数  
(名)  
100人前後から40人～70・80人に減少



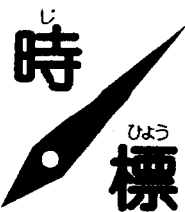
# まとめ

○ 深刻な医師不足状態の新潟県における地域医療維持には、医療機関のチーム連携が必須であり、大学病院がその中心となり、効果的な役割を果たす。

○ 大学病院の若手医師、中堅医師の処遇改善をはじめ、地域医療の中心・最後の砦となる大学病院の機能の充実に資する施策が必要。

○ 臨床研修制度は、専門(後期)研修を見据えて、学部教育における臨床実習との接続(卒前・卒後)に焦点を絞って検討すべき。

最近の医療現場における混乱と不安は深刻さを増している。小児科、産科の閉鎖、救急指定を返上する病院の続出、さらには病院の相次ぐ破綻(はたん)など、医師不足に起因する医療の危機を反映した現象が起(こ)っている。特に地域医療を担う地方の医療



現場では、医師のマンパワー不足の解決策に光明を見いだせずに、暗澹(あんたん)と絶望している。その原因が医師の絶対数不足とともに地域的偏在と診療科ごとの偏りにあることは明らかである。

りに卒後臨床研修制度の大改革が行われ、二〇〇四年四月から新しい臨床研修制度がスタートした。その基本理念は、プライマリケアのため基本的な診療能力を幅広く修得するとともに、医師としての人格を育てることである。しかし、「地方で研修医をどう確保していくのか、研修の内容と質の向上をどう確保していくか」の具体策がないまま、研修予定者の希望と受け入れる研修病院側の意思で決まるマッチング制度が導入され、研修医は自由に研修病院を選べるようになった。その結果、大都市圏以外では研修医が不足するという地域偏在が顕著になり、医療危機に拍車をかけているのである。地方で深刻化する医師不足に対し、〇六年八月、政府関係省庁連絡会議は「新医師確

## 学生と地域医療の課題探る

保総合対策」を取りまとめ、人口当たりの医師数と面積当たりの医師数が少ない青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重の十県で〇八年度から最大十年間、一年当たり十人まで県内の大学の医学部定員を増やすという医師養成策を発表し



下条 文武

た。しかし、医師の養成には時間がかかるし、何により地域医療を担う意欲ある医師の育成が喫緊の課題であるといえる。

の養成・医学教育への積極的な取り組みとして、〇五年度から「中越地域に学ぶ赤ひげチーム医療人の育成」という特色ある取り組みを行っている。その理念は、一人のキャリア性ある献身的な赤ひげ医師に頼るのではなく「システムとして地域医療を支える医師を養成する体制」を構築するものである。

る。大病院内の登録医師がテレビシステムにより地域の医師との双方向の情報交換を密にし、しばしば直接地域に出掛けて地域医療をバックアップしている。すなわち「赤ひげチーム医療人」とは、大病院を含め地域医療を担う医療人全体をチームととらえ、地域が抱える問題を大病院も共有し、学生や研修医が地域医療を経験し、考える機会とする取り組みである。地域での学生らのフィールドワークにも効果を上げている。

げじょう・ふみたけさん 1943年葦崎市生まれ。甲府一高卒業後、新潟大医学部へ進学。98年12月に同大医学部教授。同大病院長、同大副学長を経て2008年2月より現職。

(新潟大学長)

## 臨床研修制度の見直し案について

医師臨床研修制度については、平成 16 年度からの必修化以来の矛盾が指摘されるようになり、抜本的な見直しが検討されております。しかし、その検討の内容には、臨床研修のより現場に近いところで、研修医と日夜、苦闘している研修センターの担当者の声が反映できていないのではないかという危惧があります。

国立大学病院長会議では、臨床研修センターの代表者が集まる臨床研修協議会や、その運営を担当する臨床研修委員会において議論を行ってまいりました。

今回、さまざまなご意見が、国立大学病院病院長からも含めて寄せられましたので、ご参考までに資料として提出いたします。(素案の項目ごとに寄せられた意見の一部を記載)

平成 20 年 11 月 17 日

京都大学医学部附属医学教育推進センター・教授

平 出 敦



## 1. 研修のあり方、基本理念について

すでに、平成19年2月の提言においては、「臨床研修の基本理念を定着させるためには、単に定められた診療科をローテーションするだけではなく、真の意味で研修医自身の将来や進路とリンクした形で研修が行なわれることが必要である。そのためには、現在の一律の設定を、研修医に対して強いるだけではなく、特徴のある研修プログラムの選択が研修医に許されることも重要である。」として、現行の研修のあり方の見直しを提言した。現行のローテーションシステムでは、自分自身のキャリア形成に現在ローテイトしている診療科での研修がどのように役だつのか研修医に見えにくいのである。

臨床研修においては、単なる医業の実務家を養成するのではなく、いわゆるプロフェッショナル（publicに責任を有する高度な職業人）を養成していく必要がある。このためには、プロフェッショナルとしての専門家のモデルが研修医に見え、実感できるシステムを構築していく必要がある。まず、研修の基本理念に、こうしたプロフェッショナル養成の理念をこめ、以下のような形で柔軟な制度にすべきである。

## 2. 新しいローテーションシステムについて

### 1) キャリアが見えるローテーション

プロフェッショナル養成のために研修医自身にキャリアが見えるローテーションを実現するためには、1年目に、希望する診療科において研修をすることが望ましい。これにより、自分の将来像を描きながら研修医がローテイトできるとともに、診療科も良好なメンターシップを発揮できる。すでに小児科重点プログラム、産婦人科重点プログラムを実施している大学では、研修医がこれらの診療科とコミュニケーションして、研修医がこれらの診療科のプロフェッショナルたちの文化に触れ、その中で育成されるという点が現場で認識されている。こうした体制は研修医自身にキャリアが見えやすく、単なる実務家ではなくプロフェッショナル養成をめざすローテーションに結びついていると考えられる。

### (国立大学附属病院から寄せられた意見)

・1年目に希望する診療科において1年間研修することを提言する。これによって、医師としての自覚や考え方、患者さんに対する接遇がより効果的に研修できると思う。(A大学)

・1年目に希望する診療科において研修することは、良い方法と考えますが、研修医の多くは、まだ、進むべき道を決めていないか、決めかねている場合が殆どです。

従って、どれくらい効果的かは疑問です。また、決めていた診療科を変更する場合でも、柔軟な束縛のない配慮が必要でしょう。(B大学)

## 2) 研修の実質を高めるローテーション

ローテーション期間は、原則として3ヶ月間を単位とすべきである。たとえば、1か月の産婦人科研修では、単に見学研修に陥っているという指摘がある。到達目標として経験したことを重視して、短期間のローテーションを強いると、スタンプラリーのような研修になりがちである。プロフェッショナルをめざす研修を実現するためには、研修医が病棟でより実質的な役割を果たせるようになる期間が必要である。このためには、原則3ヶ月間を単位とするローテーションが望ましい

### (国立大学附属病院から寄せられた意見)

・ 研修プログラムに関しては、基本研修科目と地域医療のみで必修科目は必要ないと思います。保健所も不要です。必修科目のなかでは強いてあげるなら小児科と地域医療(保健所はなし)のみでよいです。この訴訟社会の中で、数ヶ月の産婦人科研修をしたからといって、誰も将来僻地において出産に立ち会おうとは思いません。また、将来の進路に沿った細分化されたプログラムにして選択できるようにしたほうがよいと思います。米国の研修システムまで細分化される必要はありませんが、内科プログラム、外科プログラム、小児科プログラム、産婦人科プログラム程度はあってもよいのではないのでしょうか。やはりモチベーションの上がらない診療科での研修は研修医にとっても指導医にとってもメリットよりデメリットが大きいと思います。

(以下略)

(C大学)

・ 必修科の1ヶ月のローテーションは有効性が低いと思います。選択科は最低1ヶ月の任意の期間でも良いかと思いますが、必修科を必修とする以上は提言素案の通り2-3ヶ月は必要と考えます。(D大学)

### 3) 地域医療を推進するローテーション

研修医が地域医療を担う心と技能を、実践的な医療として一定の期間、研修することは現在の医療の状況を考慮すると極めて重要である。地域の基幹的な施設として診療を行っている医療施設は、およそ 200～400 床規模の研修病院であり、もともと募集数も限られていることから、内定する研修医数の変動が大きく、指導体制も不安定となり将来を担う人材確保の点でも問題である。これらの規模の医療機関では、研修医の募集を独自に行うのではなく、むしろ大病院や規模の大きな医療機関から 2 年目の特定の期間、安定的に研修医の供給を受ける形態が望ましい。これにより我が国全体としての研修医の募集定員は削減され、規模により階層化された研修施設となる。研修医にとっては、大病院での研修だけでなく、研修 2 年目の一定の時期に、地域医療を担う医療機関で、より実践的な医療を研修することは重要であり、自分のキャリアを見据えながらも、よりジェネラルな診療を経験することができる。

#### (国立大学附属病院から寄せられた意見)

・指導体制が不十分ながら研修指定を受けている中小病院が存在していることから主張の要旨は理解するが、大規模病院ではなくても管理型研修病院として地域医療と研修医育成を十分に担っている病院が存在することにも言及した方が良いのではないか。(E大学)

・大まかには賛成です。しかしながら 300 床ほどの離島の病院で管理型の初期研修医が徐々に増え、離島医療を担っていく人材が育成されていたところですので、そういった病院を協力型に変えていったいいものか思いは複雑です。(D大学)

・初期医師臨床研修のレベルを引き上げるため、教育スタッフが充実して教育レベルの高い病床数 500 床以上の総合病院を基幹病院とするのがいいと考えます。それ以下の病床数の病院での研修は協力型の一環として行うことを可能にして、研修の幅を広くすることは可能です。また、これにより、基幹病院が協力型病院での研修の質の検証を行うことが可能となります。(N大学)

#### 4) 基本研修科目、必修研修科目の設定の見直し

すべての研修医に小児科、産婦人科、精神科の研修を強いるより、こうした診療科の人材養成を優先すべきである。現行のローテーションでは、研修医が自分のキャリアが見えるローテーションを実現しようとしても、基本研修科目、必修研修科目の研修が一律に義務付けられているため、この期間の研修が形骸化しているケースが多い。研修指導の負担を考慮しても、専門家をめざす研修希望者に3か月の充実した研修を求める方が、病棟運営上も円滑である。また、卒前の臨床実習との兼ね合いからも、学生が、生き生きと役割をはたす研修医とともに学ぶ方が、これらの重要な診療科をめざす学生のリクルートの面からも好ましい。

ローテーションプログラムの1例として、1年目の研修においては、3か月の希望科の研修をおこなう。そのほか、内科系、外科系それぞれ、3か月の研修をおこなう。内科系と外科系の選択については、研修医が自分の将来を考慮して将来の希望科と相談の上、選択の幅をできるだけ広く認めるべきである。麻酔・救急については、3ヶ月間を全研修医に義務付けることは適当と考える。また、2年目の研修については、研修医が将来、選択する科を中心にローテーションする。しかし、地域の医療機関においては、内科・外科を中心に、より一般診療に近い診療科の中から選択させるべきである。

#### (国立大学附属病院から寄せられた意見)

・2年間の研修の中で呼吸・循環をしっかりと身につけてほしいと思います。また、消化器も必須と思います。その後は、内科、外科等、方向性によって幅広く研修し、興味のある科の選択ができることも大切だと思います。(K大学)

・全人的医療の担い手の養成には精神科の他、麻酔科での疼痛管理や蘇生技術の習得、救急部での対応能力の涵養など、3ヵ月以上の期間ではなくても研修効果を挙げることができる研修はあり得ると考えますので、新臨床研修制度に関する評価のデータを、この研修制度の指導医や研修修了医からも広く収集し、評価をきちんと行った上で、この制度の良い面を残し、弊害を除去して、新プログラムを検討していただきたいと思います。(K大学)

・新しいローテーションシステムの導入自体については大賛成です。  
ただし、その方法についてはもっと慎重に提言をだすべきだと思います。

(以下、略)

(F大学)

・細かく定められている研修プログラムの弾力化を図ることにより、研修医が将来の方向性を持って研修に取り組むことが可能となると考えられます。(G大学)

・超高齢社会における在宅医療の重要性を鑑み、在宅医療、老健施設を含む診療所研修を1ヶ月組み込むべき。在宅医療、診療所は指導医が一人ないし少数であり、1年目は現実的ではない。(H大学)

・主旨は妥当であるが、内科外科を目指す研修医に小児科研修が不要とは思わない。そのつもりでないだろうが誤解を招かないようにしたい。(E大学)

・基礎研究の空洞化がさげばれているが、場合により基礎研究コースなどもありえるかもしれない。基礎コースを設定する場合、大学院コースを取った場合の終了後の臨床研修コースを別枠で設定することも考慮すべき時期にきていると考えられる。(I大学)

・現状の1ヶ月の必修科研修を廃止し、2つ程度の診療科広域選択性の導入をする。その際には3ヶ月の研修期間は妥当である。

例：日本でお産を産科医以外がアシストして、もしことが起きれば確実に訴訟対象となる。医療安全面からも問題である。飛行機の中でお産に行き会うかもしれない・・・などの極めてまれな状況は研修に課すべき問題ではない。(I大学)

・「“重要な”診療科」は全て“重要な”診療科であり、システムの差別化は全ての科に適応されても良いのではないかと思います。(中略)へき地での一般診療は外科が専門であっても医師一人で皮膚科や耳鼻科や眼科等も診るとというのが現状だと思います。(D大学)

・基本研修科目や必修研修科目の変更等については、卒前教育の充実・改革が前提としてのものだと思う。(B大学)

・まずは、初期医師臨床研修期間を1年として、基本的な臨床能力の基礎固めに加えて、将来の専門医研修プログラムに継続していくようなシステムの構築が必要と考えます。このために、必修研修科、到達目標も抜本的な見直しが必要と考えます。(N大学)

5) 研修期間を1年間とするか2年間とするか

臨床研修の期間を全体としてどの程度の期間とすべきかについては、研修医に必要な研修の内容から論議すべきである。しかし一方では、医師の循環という視点からも考慮しなければならない。大学病院を中心となり医師を循環する機能が低下した現在、ローテーション期間をただちに1年間と定めることには、リスクがある。その理由として、半数におよぶ多くの研修医が大学病院以外の医療機関で研修しているが、これらの研修医の多くが、その研修病院になんらかの形で、1年間の研修後もとどまることが予想されるからである。大学病院や大学が紹介する病院に移って循環しにくい状態が助長される可能性もある。研修医の新たな流動化が起こって、機能不全の危機が迫っている大学病院にむしる致命的な影響を及ぼす可能性がある。

(国立大学附属病院から寄せられた意見)

・提言素案の2-5)の研修年数に関しまして、学部教育における臨床実習の一層の充実を前提としての研修期間を1年間に変更することは是非避けていただきたい現在の研修制度の大枠の中で、これらが実施されると、研修医の大学離れは解消されないまま、2年間の現行の研修の一部を学部教育に課されることになる危険性が大きいにある。(J大学)

・初期研修期間を2年のままで、内容的にはローテーションは1年で も良いと思います。  
(F大学)

・研修期間をただちに短縮することは難しいと思いますが、検討が必要であることは要望していただきたいと思います。(O大学)

・適切な指摘である。1年に短縮することが良い結果をもたらすという保証はない。  
(E大学)

・欧米に比し、人口比のドクター数がもっとも少ない日本では1年への短縮が妥当である。これに関連して2. の5)の1年か2年かの内容はあたかももう1年市中病院にとどまれば大学にとって危機的になる?!ととれるが、現状もこのようであり、説得力に欠ける。

(I大学)

・大学における卒前教育の充実化を図ることで、卒後研修期間を2年間から1年間（基本研修科主体）に短縮してもプライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得することは十分可能である。希望する専門医研修に早期に移行する方が研修意欲の向上やより質の高い医師養成につながると考える。

研修期間の短縮は、より指導体制の整った大学病院での研修を有利とし、特に学生教育から連続した効率の高い研修を受けることのできる卒業大学病院での研修を選択する研修医の増加が期待できる。（L大学）

### 3. 募集定員の削減について

研修医の募集定員を、研修医数に見合う形で、我が国全体として削減することは必要であるが、どのように削減するか周到に考慮する必要がある。一律に削減するのではなく、研修施設における研修の実質を考慮した選択的なルール作りが求められる。従来、大学病院は、地域への医師の供給に重要な役割を果たしてきた。また、大学病院では、多くの専門医、指導医が集結しており、研修指導の能力は大きい。現状では、研修医の募集定員は、救急患者受け入れ数や分娩数など主として症例数で制限されているが、指導体制の整備された医療機関を研修病院とすべきである。また、500床以上の医療機関を管理型研修病院として、それより規模の小さな医療機関を協力病院とする方法もある。また、大学病院の定員と一般研修病院の定員を別個に定めることもひとつの方法である。

#### （国立大学附属病院から寄せられた意見）

・募集定員の削減は必要であると考えが、医師不足地域については配慮して頂きたい。  
（M大学）

・大学病院はいわゆる“たすきがけ”プログラムの形で、中小都市部を中心に地域中核病院にも1年間1000名以上の研修医を派遣しているため、これを定員削減の対象にすることは地域医療の崩壊を加速することになると懸念される。（H大学）、（P大学）

・定員ギャップの大きな要因が大学病院の定数の大きさとマッチ率の低さであるという現実を考えると、研修病院だけに定員削減を押し付けるといふご都合主義は大きな反発を生み出すに違いない。そういう意味では上記の主張は穏当であろう。（E大学）

- ・人口当たりでの研修医数を割り出し、地域全体での上限を設定すべきである。  
これは場合により、都道府県単位より広いエリアによる上限により研修医数の規制をするなどが考えられる。(I大学)
- ・実績がどうであれ、地方の大学病院の定員を削減しないで頂きたい。(D大学)

#### 4. 卒前教育と国家試験について

こうした見直しにより、現行のローテーションから研修医にとって将来が見えやすいプロフェッショナル養成をめざす研修が期待されることになる。が、その前提として、卒前の充実した臨床実習が不可欠である。学生が研修医とともに、自ら進んでメディカルケアに参画して自分のキャリアに関して、見つめることができれば、提言するようなローテーションシステムは、理想的な形で展開することになる。しかし、現在の卒前の臨床実習は、必ずしも十分とはいえない。現在、大学においては、卒前の臨床実習の前に、全国共用試験を通じて実技試験を取り入れるなど、臨床実習の実質化に努力している。大学の卒前教育が国家試験の予備校教育に陥らないようにするためにも、知識のみが問われる現在の医師国家試験のありかたをもう一度、検討する必要がある。

#### (国立大学附属病院から寄せられた意見)

- ・医師国家試験のあり方を見直すのは賛成ですが、現在の卒前臨床実習が、医師国家試験の重圧のために不十分になっているとは思いません。それに必要な人的資源の投入と担当教員の熱意、指導力向上によって卒後臨床研修につながる充実した臨床実習が可能になると考えます。(K大学)
- ・やはり大学としては、卒前教育、卒後一貫教育の重要性を強調して、文部科学省と厚生労働省がぜひあゆみよるべきであることを強調すべきである。(K大学)
- ・本年の医学教育学会でも発表されましたが、EPOCの内容についてある大学のクリニカルクラークシップ(M5の1年間で)ではほとんどカバーできており、卒前の教育が良ければ今の初期研修は1年で充分だと思われまますので、お書きになっている卒前実習はすべての大学にあてはまる普遍的な実態ではないように思われます。(F大学)



・学生が行う医行為を拡大し、国家的に保証することも大切と考えます。国家試験に関しては学生が暗記志向となり、箇条書きの教科書しか持たないようにしてしまう試験ではなく、考えることを学習させる試験であって欲しい。問題数は削減してよいのではないのでしょうか。

国家試験ではありませんが初期臨床研修の到達目標の削減も行うべきと考えます。初期臨床研修期間に最も大切なのは生涯を通じて持つべき、医学・医療に対する基本的姿勢・態度の育成と考えます。(D大学)

・全国医学部長病院長会議の提言にも盛り込まれているように、基本的な方針としては、卒前教育の充実をはかり、これにより初期医師臨床研修制度は発展的に解消し、米国などでみられるように、卒後のマッチングは専門医研修の選択を行うシステムにするのが良いと考えます。(N大学)

#### 【その他、国立大学附属病院より寄せられた意見】

・現在の臨床研修制度は、その理念、実現度など、総合的に見ればプラスに評価すべきだと思います。ただ、その実施に伴う医師の偏在などの弊害や研修プログラム上の改善すべき点が顕在化してきていることも事実です。この点は、研修医や病院のアンケート結果にも表れています。従って、この制度が発足してその十分な評価をするには未だ早すぎる5年目の現在、撤廃、廃止などの一部の強硬意見に影響されることなく、制度の改善、修正の姿勢で臨むべきだと思います。(K大学)

・研修医の待遇を一定範囲に限定することを検討いただきたい。卒後1年目から研修医の身でありながら高額の給与を受け取ることは、本人のその後のキャリアにとっても不幸である。(J大学)

・研修医の給与は全国一律にする。(地域手当等は考慮してもよい。)(Q大学)

・研修医の給与に上限を設けて欲しい(R大学)

・卒後臨床研修終了後のことに何も触れられていない。大学病院としての意見を盛り込むべきである。(J大学)

・現在の研修医は1年目からFA権を持たされ、将来が見通せない中でとりあえず近い将来のこののみを考えて、初期研修先を選んでいきます。

当然、楽な仕事に就こうとする方向への流れができて、自己犠牲を払ってでも患者さんのために尽くそうという考えのある医師には育ちません。

医のプロフェッショナリズムは忘れられます。(A大学)

・市中の研修病院では、後期研修後の医師を育てるプランがありません。

卒業後の5～6年目という、専門医として最も重要な時期に更に自己を磨ける指導が行われません。

これでは、今後、専門医のレベルは下がり、新たな診療技術を開拓する専門医は少なくなる一方です。(A大学)

・研修施設の基準を厳格にする必要がある。現在の研修施設をみると、適切に研修を指導できていない施設や、診療科の欠如や医師数から、指導が現実的に不可能な施設も研修医を受け入れている現実がある。(A大学)

・現在の臨床研修制度は、良いところ、悪いところはあるにせよ、ある程度の役割を果たしてきていると考えます。(中略)

今の医師不足問題を解決するには、大学病院の機能を回復させることが不可欠です。医学生の増員では10年かかりますが、大学病院の医師数を増員させることが

まず必要であり、即問題解決に結びつく早道と考えます。医学生の増員で、教員の増員がなければ、結果的には医師不足を助長することになりかねません。(B大学)

# 医学教育の改善・充実：現状と今後の課題

－卒前教育と卒後研修の整合性・連続性を目指して－

平成20年11月18日 臨床研修制度のあり方等に関する検討会



# 1. これまでの経緯と改善・充実の状況

- 医学教育の改善に関する調査研究協力者会議（文部省、昭和62年）
  - ・臨床実習の改善：面接・診療技能教育の必要性、見学型実習を患者さんから学ぶ実習へ転換（学生も診療チームに参加）
- 臨床実習検討委員会（厚生省、平成3年）
  - ・医師法との関係、医学生に許容される医行為のレベルと事前評価
- 「21世紀医学・医療懇談会報告」第1次～第4次報告（文部省、平成8年～平成11年）
  - ・医療人としての能力適性に留意した人材選考、患者に学ぶ実習の充実、大学と地域の連携で医療人育成
  - ・教育内容の精選と多様化、適切な進級認定システムの構築と進路指導
- 「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について—学部教育の再構築のために—」（文部科学省、平成13年3月）
  - ・学部教育内容の精選＝「モデル・コア・カリキュラム：教育内容ガイドライン」、「診療参加型臨床実習実施のためのガイドライン」、「準備教育モデル・コア・カリキュラム」提示
  - ・臨床実習開始前の学生の適切な評価システム構築の具体化（共用試験システム）
- 医師国家試験改善検討委員会報告書（厚生労働省、平成15年3月）
  - ・共用試験による臨床実習に臨む学生の能力・適性の確保、基礎科目の評価の充実

## 2. モデル・コア・カリキュラムの提示

### 教育内容を精選したモデル・コア・カリキュラムの内容

学問体系・専門領域の枠を越えた統合型内容として提示、技能・態度・知識の具体的な到達目標、約7割の授業時間でコア内容を効果的に履修、特色ある選択制カリキュラムの導入

A 基本事項

B 医学一般

C 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療

D 全身におよぶ生理的変化、病態、診断、治療

E 診療の基本

症候・病態からのアプローチ、基本的診察知識、基本的診察技能

F 医学・医療と社会

G 臨床実習

全期間を通じて身に付けるべき事項、内科系臨床実習、外科系臨床実習

→ 診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン

臨床実習開始前および卒業時までには到達すべきレベルを提示

### 臨床実習開始前までの到達レベル評価の仕組み

●全国の大学で共通で利用できる試験システム(共用試験)の開発

●知識の統合的理解・問題解決能力はコンピュータを用いた試験 CBT で評価

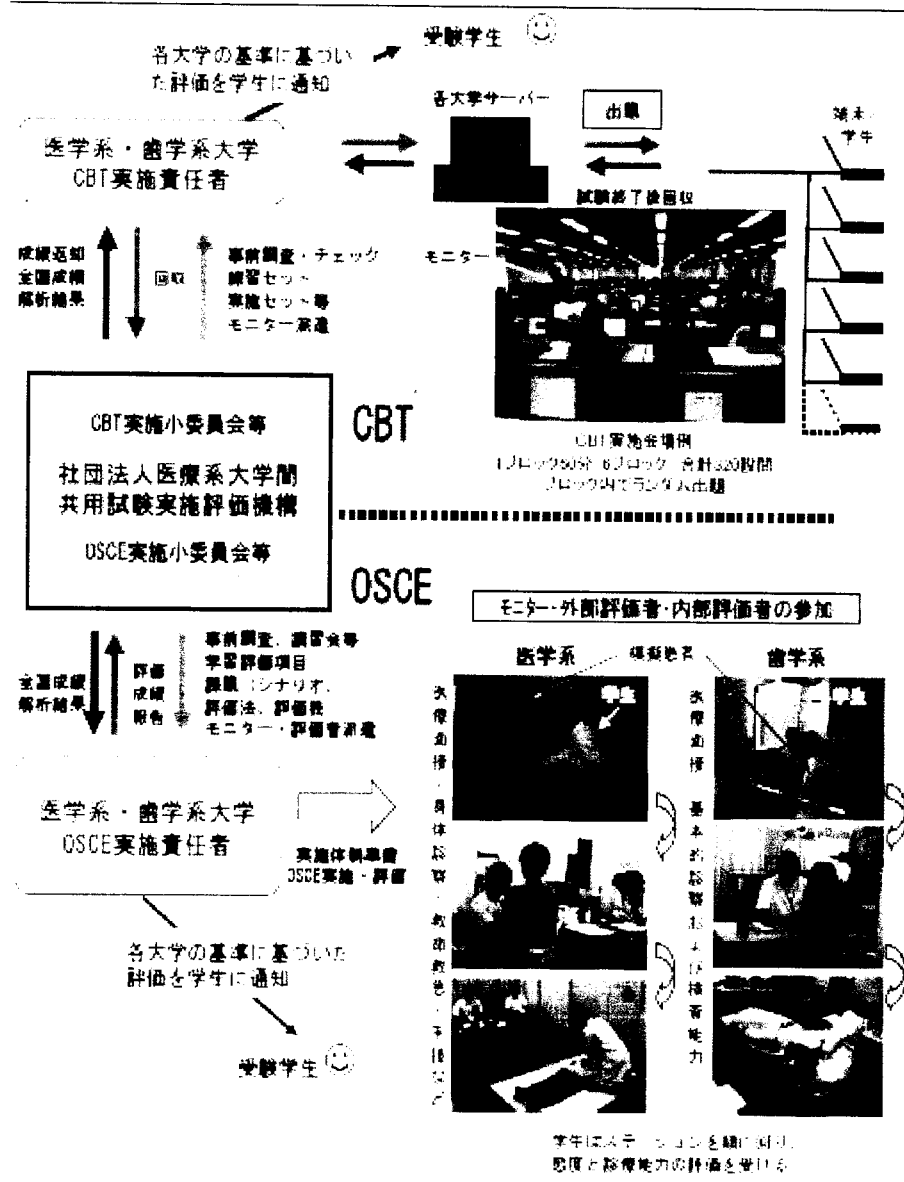
プール問題によるランダム出題方式のCBT : プール問題の継続的確保+システム開発

●態度・技能については、客観的臨床能力試験OSCEで評価 : 実技実施・評価システム開発

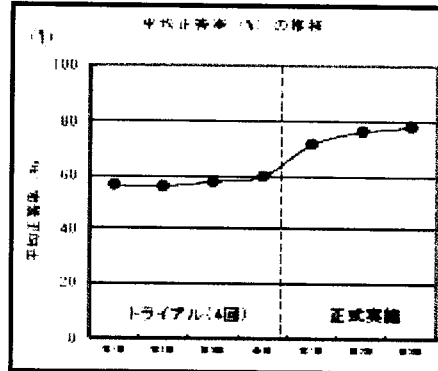
●平成14年～トライアル4回、平成17年～正式実施 (社)医療系大学間共用試験実施評価機構

# 3. 臨床実習開始前の共用試験

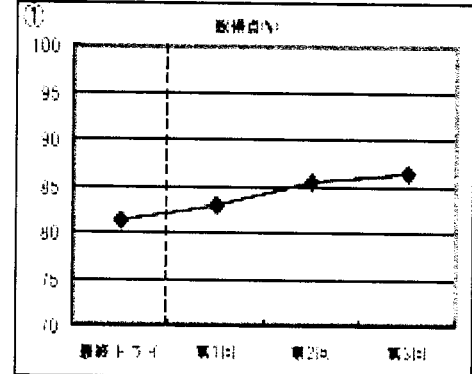
## 共用試験実施の概要



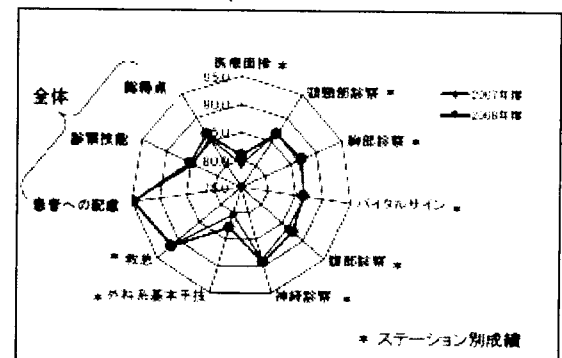
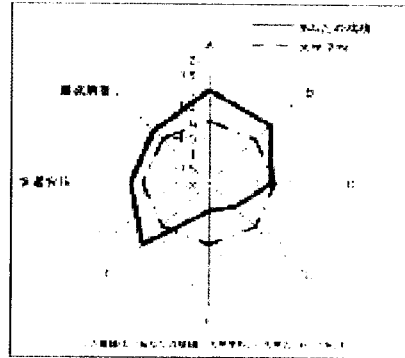
## CBT成績の推移



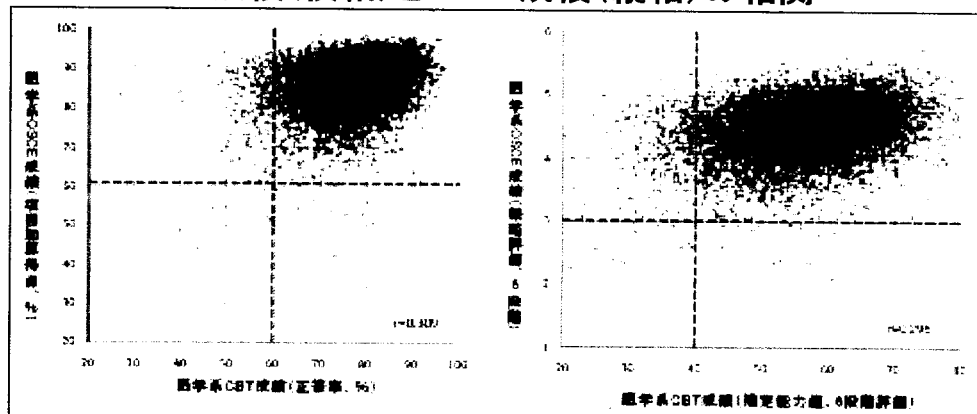
## OSCE成績の推移



【コアカリキュラム・問題形式別得点】



## CBT成績(横軸)とOSCE成績(縦軸)の相関



### 3. モデル・コア・カリキュラム改訂と今後の課題

医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議：最終報告(平成19年3月)

●モデル・コア・カリキュラム改訂に関する恒常的体制の構築(文部科学省)

- ・連絡調整会議、専門研究組織の設置(実務は共用試験実施評価機構が担うのが適当)
- ・モデル・コア・カリキュラム/共用試験の検証 → 臨床実習充実に向けたモデル・コア・カリキュラム改訂の具体的検討(卒業時の到達目標等の明確化)も必要。

●今後の課題： 診療参加型臨床実習の充実

- ・単なる知識・技能の習得や診療の経験にとどまらず、医療現場で必要な診断・治療等の思考力(臨床推論)・対応力を養う必要。
- ・診療科が個々に実習を独立して行うのではなく、全体として体系的に実習内容を学生に提供。学習成果を段階的・体系的蓄積・記録し、実習終了時や卒業時の評価や指導に活用する。
- ・臨床実習終了時の到達目標と評価基準の明確化を図った上で、技能・態度についての学習・評価項目の提示とAdvanced OSCE等の実施による評価や指導の充実を図る。
- ・卒後研修内容も勘案し、卒前・卒後教育通じて一貫した教育内容のグランドデザインを示す必要。
- ・学外地域医療機関での実習の充実、地域社会や患者の協力の理解を得られる不断の努力。共用試験成績の有効利用)。医療チームの連携・診療情報の取り扱いへの配慮。

- 医師国家試験出題基準改訂部会報告書(平成19年3月)医師養成における各段階の到達目標が一連の整合性を持つように検討すべき。医師臨床研修部会報告書(平成19年12月)臨床研修制度を含む医師養成のあり方として、卒前教育と卒後研修で修得すべき知識・技能を明確化し、一貫性を担保する重要性。

# 4. まとめ

## 協力者会議報告(平13年)

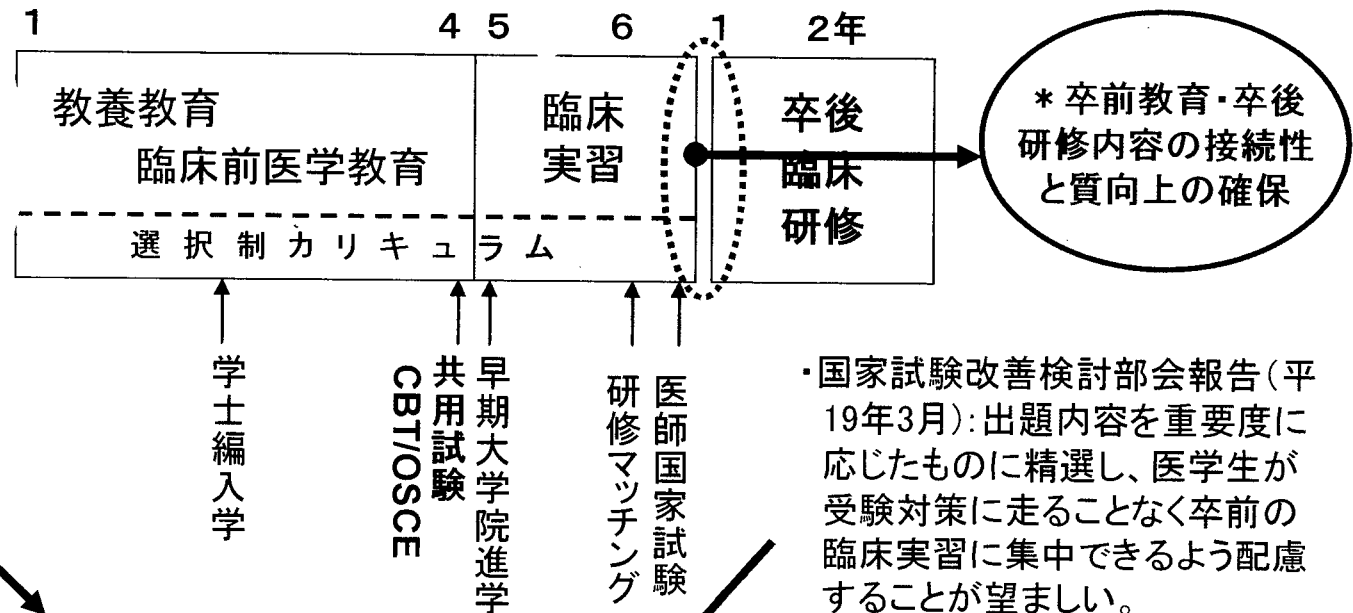
- ・コア・カリキュラム策定
- ・多角的授業方法
- ・技能・態度教育の充実
- ・臨床実習の改善充実
- ・共用試験導入
- ・選択制カリキュラム導入

## 協力者会議報告(平19年)

- ・入学者定員増
- ・モデル・コア・カリキュラム改訂(地域医療・腫瘍・医療安全教育の充実)
- ・教育者研究者育成
- ・コア・カリキュラムの本格改訂準備
- ・臨床実習の充実:臨床実習内容、卒業時到達目標の設定と評価

## 今後の重要課題

- ・実習実施体制(専門分野・診療科単位→全体を視野に)
- ・実習時間の確保、地域協力病院との連携
- ・臨床実習終了時の態度・技能修得レベルと評価(Adv OSCE・実習記録・卒後研修開始時との整合性)
- ・許容される医行為と患者の協力、診療情報へのアクセス
- ・教員の教育評価、教育支援+マンパワーの確保



卒前・卒後教育を通じて優れた医師を養成するための一貫した教育内容のグランドデザインを示す。

コア・カリキュラム改訂→臨床実習の充実と卒業時到達レベルの確立、円滑な臨床研修への移行

大学・研修病院・文部科学省・厚生労働省・共用試験実施評価機構等が連携して早急に具体化

・国家試験改善検討部会報告(平19年3月):出題内容を重要度に応じたものに精選し、医学生が受験対策に走ることなく卒前の臨床実習に集中できるよう配慮することが望ましい。

→専門分野別試験問題の出題レベルに問題!

・マッチングの時期?

・医師臨床研修部会報告書(平19年12月)卒前臨床実習と卒後臨床研修の到達目標が円滑に繋がる必要。