

激変緩和措置廃止に伴う 京都府への影響について

京都府健康福祉部

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会

平成25年6月27日(木)

1. 研修医が激減！

激変緩和措置の廃止により、京都府では定員が 29%(82名)と大きく減少する

	基本定員A (各病院の過去 3年間受入実績 最大値+医師派 遣加算)	都道府県募 集定員上限 B	病院の希 望定員の 合計 C	調整後の 定員 [B<Cの 場合:A× B/C]	前年度の 内定者数 保障	小児科・ 産科特例 加算	27年度 募集 定員 (試算)
激変緩 和措置 あり	292	239	292	251 (約82%)	271	12	283
激変緩 和措置 なし	292	180	292	193 (約62%)		8	201
差	—	▲59	—	▲58	—	—	▲82

29%の落ちこみ

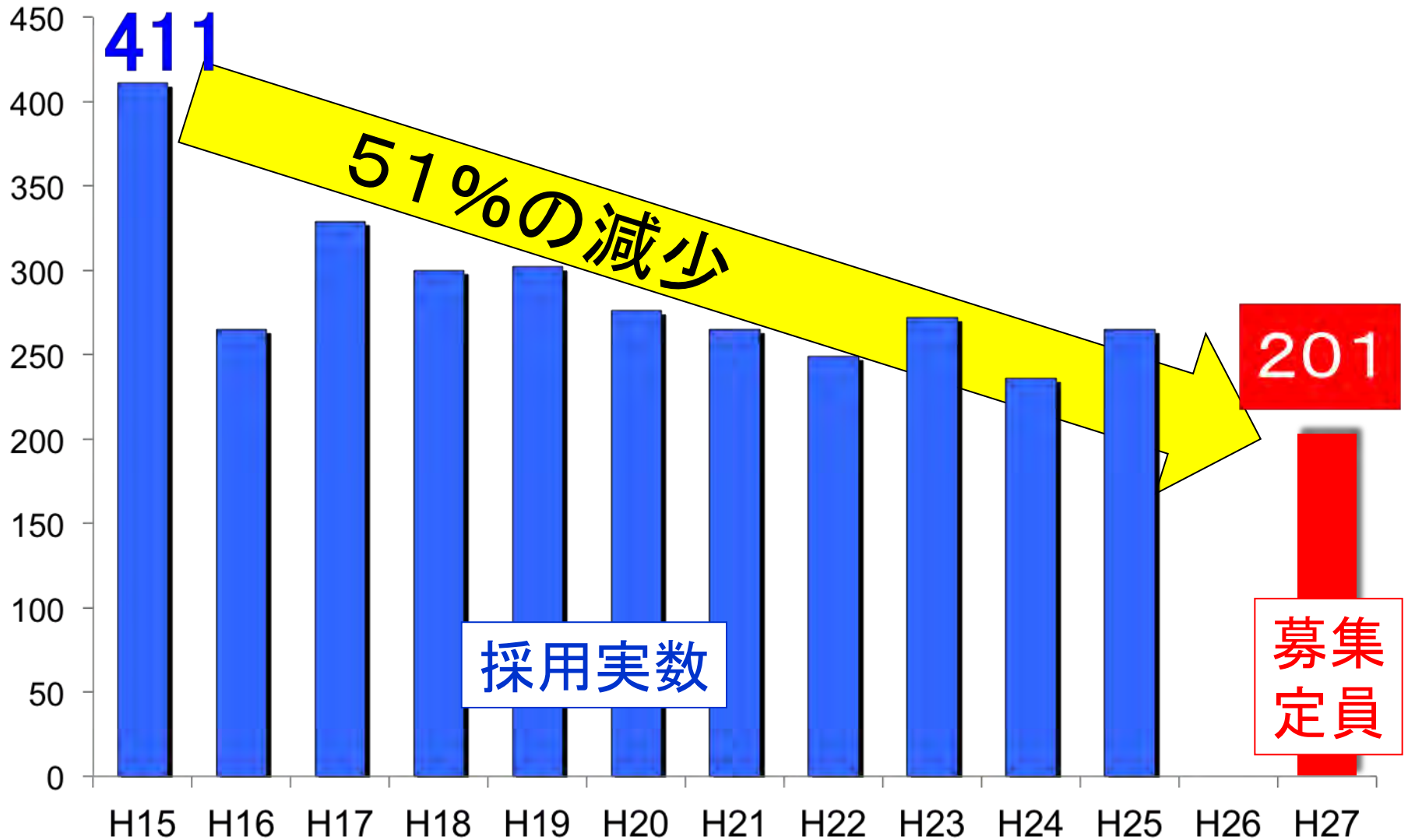
(単位:人)

予想される京都府の変化

都府県	24年度 採用数 (実績)	27年度 募集定員 (上限)	激変緩和措置 中止による 減少数	減少の 割合
東京都	1,327	1,258	▲69	5.2%
神奈川県	554	544	▲10	1.8%
愛知県	459	448	▲11	2.4%
大阪府	592	532	▲60	10.1%
京都府	236(H24) 265(H25)	180	▲56 (H24) ▲85(H25)	23.7% 32.0%
福岡県	416	372	▲44	10.6%

京都府は突出した影響を受ける

新臨床研修実施前を基準とした 京都府の変化

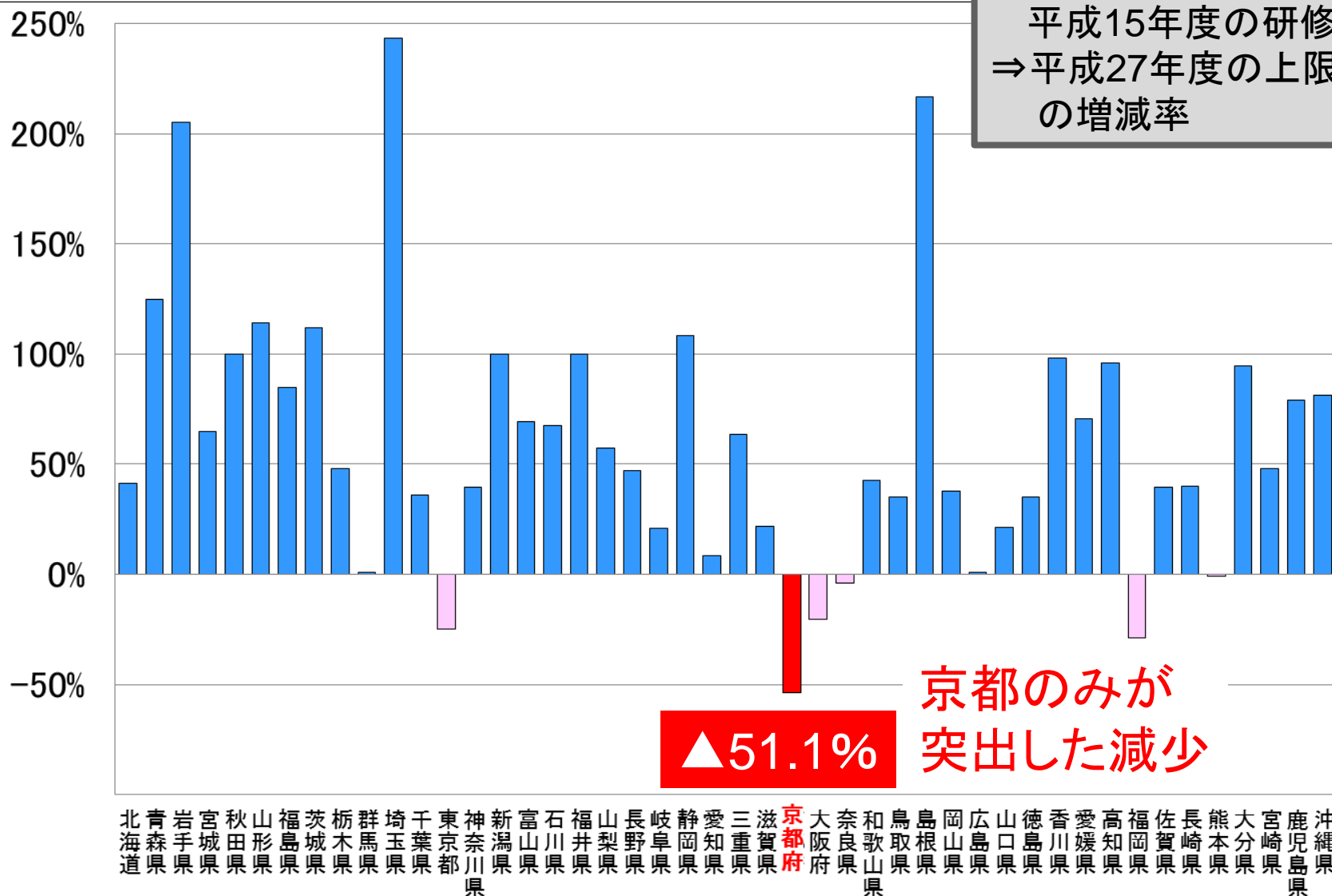


新臨床研修制度開始

激変緩和措置廃止

新臨床研修実施前を基準とした研修医数の変化

平成15年度の研修医数
⇒平成27年度の上限定員の
増減率



▲51.1%

京都のみが
突出した減少

H27の上限定員は、「H24定員に係る激変緩和措置がなしの場合の試算数値」を使用した

2. 京都府の施策と現状

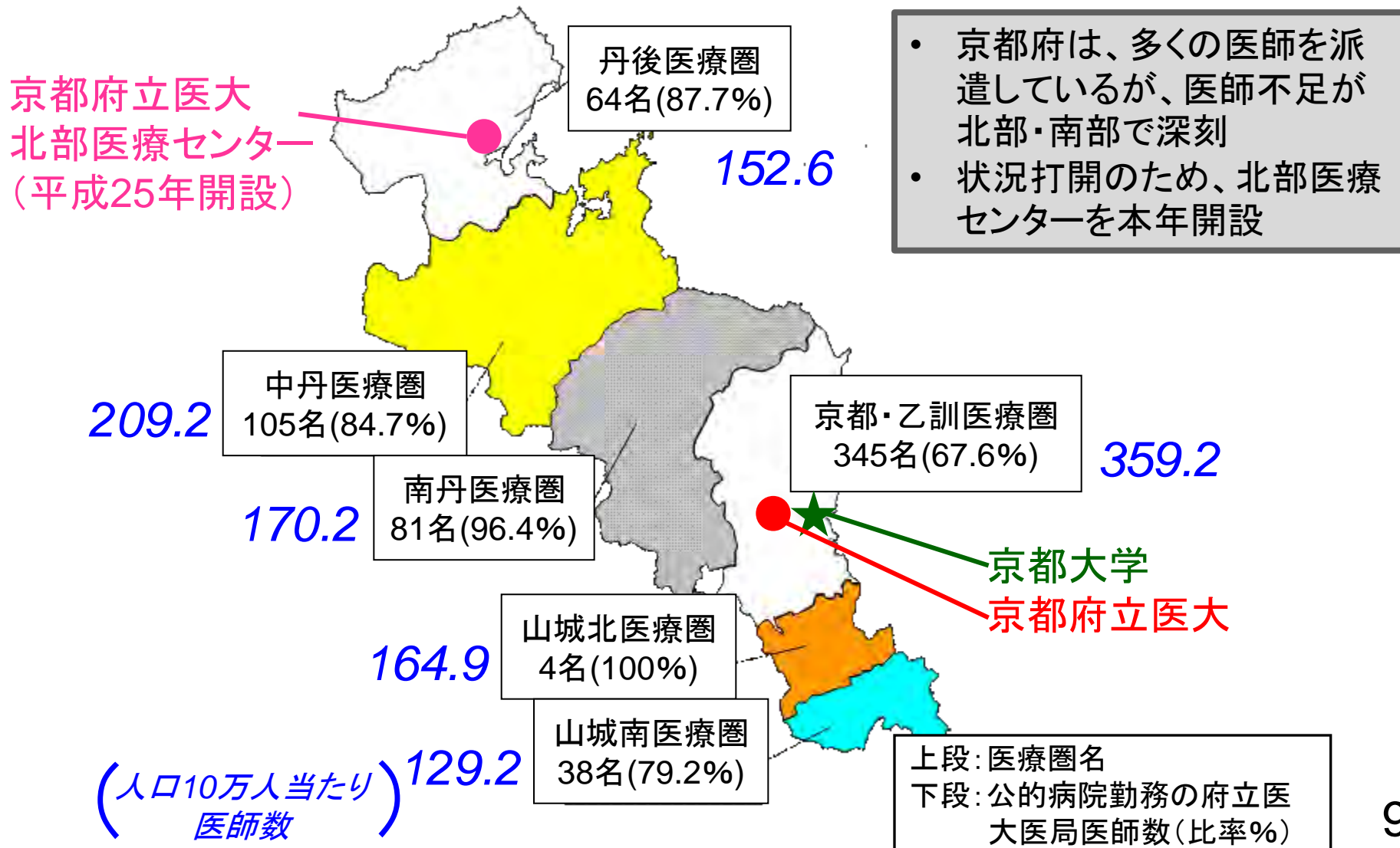
京都府地域医療支援センター(KMCC)

□ 京都府、二大学、府医師会、病院団体等と連携した『オール京都体制』

- 府内循環型のキャリアパス作成
 - ⇒ 総合診療科／救急科コース
- 初期・後期研修医の確保
 - ⇒ 説明会の参加・開催
- キャリア形成支援
 - ⇒ 医師会と連携研修会、女性医師等就労支援…
- 全国への情報発信
 - ⇒ フォーラム、研修病院ガイドブック、メールマガジン…
- 京大での地域医療教育シンポジウム開催



府内公立・公的病院に勤務する 府立医大出身医師数と割合



京都府の地域医療に貢献する府立医科大学

府立医大と同規模の国立・私立医大の国庫補助金

大学	定員	国庫補助金
京都府立医科大学	630名	なし
国立 医科大(単科)	約600名	6,144百万円
私立 医科大(単科)A	約700名	1,743百万円
私立 医科大(単科)B	約650名	1,761百万円

平成20年度決算額調べ

京都府は、厳しい財政状況の中、国から財政支援を受けず、10年間で約840億円の一般財源を投入

京都府の地域枠学生

京都府立医科大学 地域枠(推薦入学枠) **7名**

- ・平成20年度入学生から3名で設置
⇒ 21・22年度で2名ずつ増員
- ・平成25年度現在 **35名在籍**

条件

- ・府奨学金(180万円／年)を6年間受給
卒後は、府内の医療機関で研修(3年)及び勤務(6年)
- ・研修先・府立医大(初期研修2年+後期研修1年)
- ・勤務先・奨学金の返還免除施設(北部地域)

京都大学・府立医科大学の府外への派遣状況

京都大学

京都府立医科大学

派遣先 病院		派遣 医師数	うち臨床研修病院	
			派遣 医師数	派遣先 初期研修 医定員
府内	18	50	32	55
府外	54	193	184	418
合計	72	243	216	473

派遣先 病院		派遣 医師数	うち臨床研修病院	
			派遣 医師数	派遣先 初期研修 医定員
府内	52	341	223	94
府外	26	127	93	50
合計	78	468	316	144

卒後7～15年の医師の派遣状況
平成24年度一年分の集計
(単位:病院数、人)

3. 激変緩和措置廃止による影響

制度改変が京都府に与える影響

1. 大学病院の医師派遣能力は低下し、**府内外の医師不足地域が崩壊する**
2. 医師不足地域の中核病院の定数減により、**地域医療提供体制が後退する**
3. 未来を担う医学医療の**研究分野へ影響**を与え、国際競争力が低下する

4. 京都府としての要望

京都府の要望

現行の定数算定方法では課題へのきめ細かな対応に限界があるため、**見直しが必要**

- ① 医師を養成するための医師派遣に対する評価
→ 医師派遣加算の算定方法の見直し
- ② 医師確保困難地域など地域医療の充実
→ 地域枠加算の新設
- ③ 国際的な医学研究への評価
→ 医学研究加算の新設

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会

臨床研修制度に関するヒアリング

－平成25年6月27日－

青森県

良医育成支援特別顧問
健康福祉部次長

小川 克弘
藤本 幸男

1. 青森県における臨床研修の状況

(1) 地域医療確保に当たっての基本的考え方

- 地域全体で医師及び医師を目指す若い人たちをきちんと支え、育成する。



「良医」を育むグランドデザインを策定(平成17年度)

＜基本戦略＞

- ① 学ぶ環境を整える
- ② 意欲を持って働く環境を整える
- ③ 仕組みを整える

(2) 臨床研修の取組み

- 青森県医師臨床研修対策協議会の設置・運営
 - 同協議会による合同での事業展開
- ① 臨床研修病院合同説明会
 - ② 臨床研修医セミナー
 - ③ 臨床研修医ワークショップ
 - ④ 臨床研修指導医ワークショップ

① 合同説明会



② 研修医セミナー



③ 研修医ワークショップ



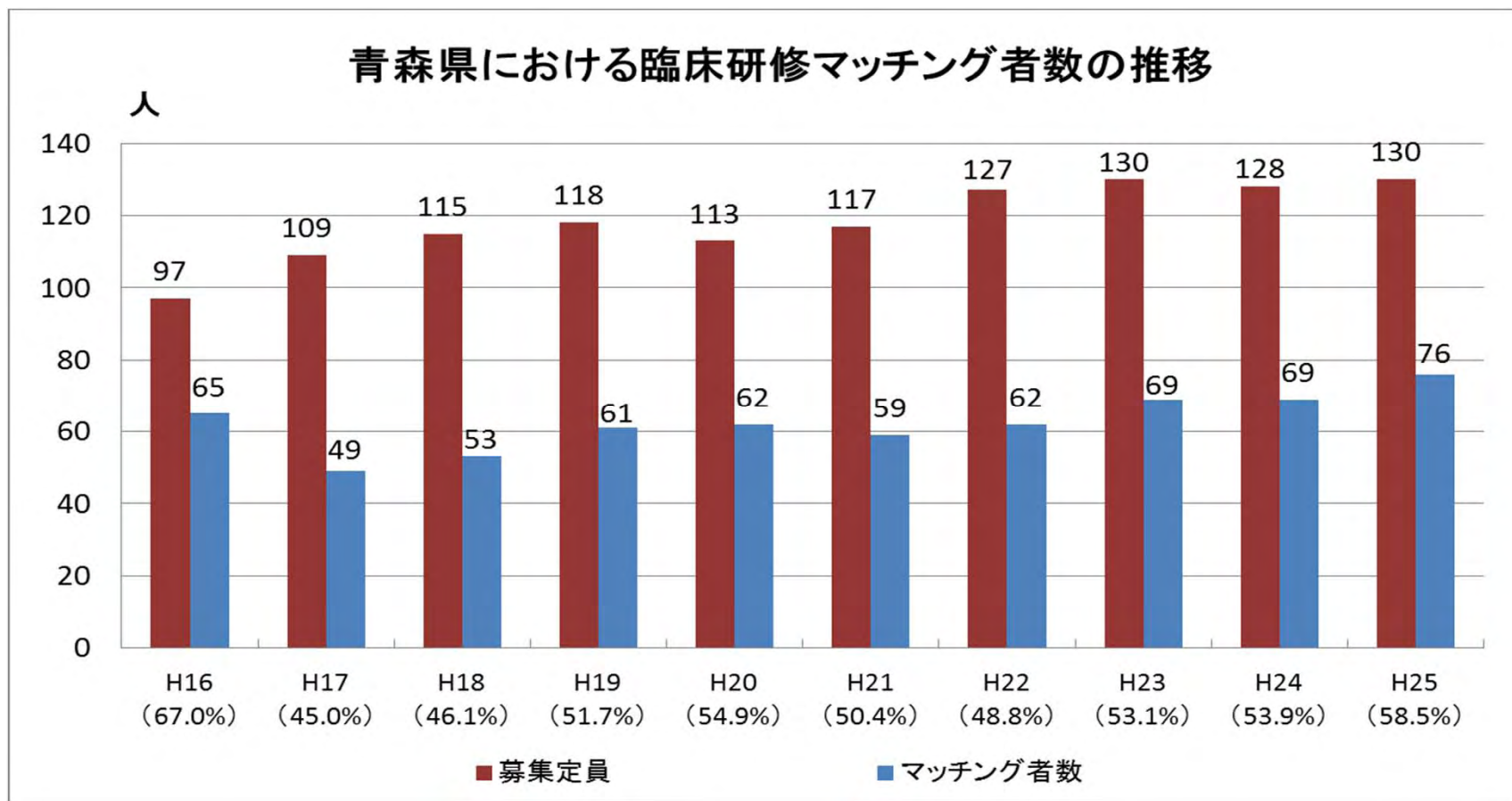
④ 指導医ワークショップ



(3) 臨床研修の状況

➤ ① 臨床研修マッチング者数の推移

- ・ 堅調に増加傾向で推移
- ・ 募集定員の6割弱

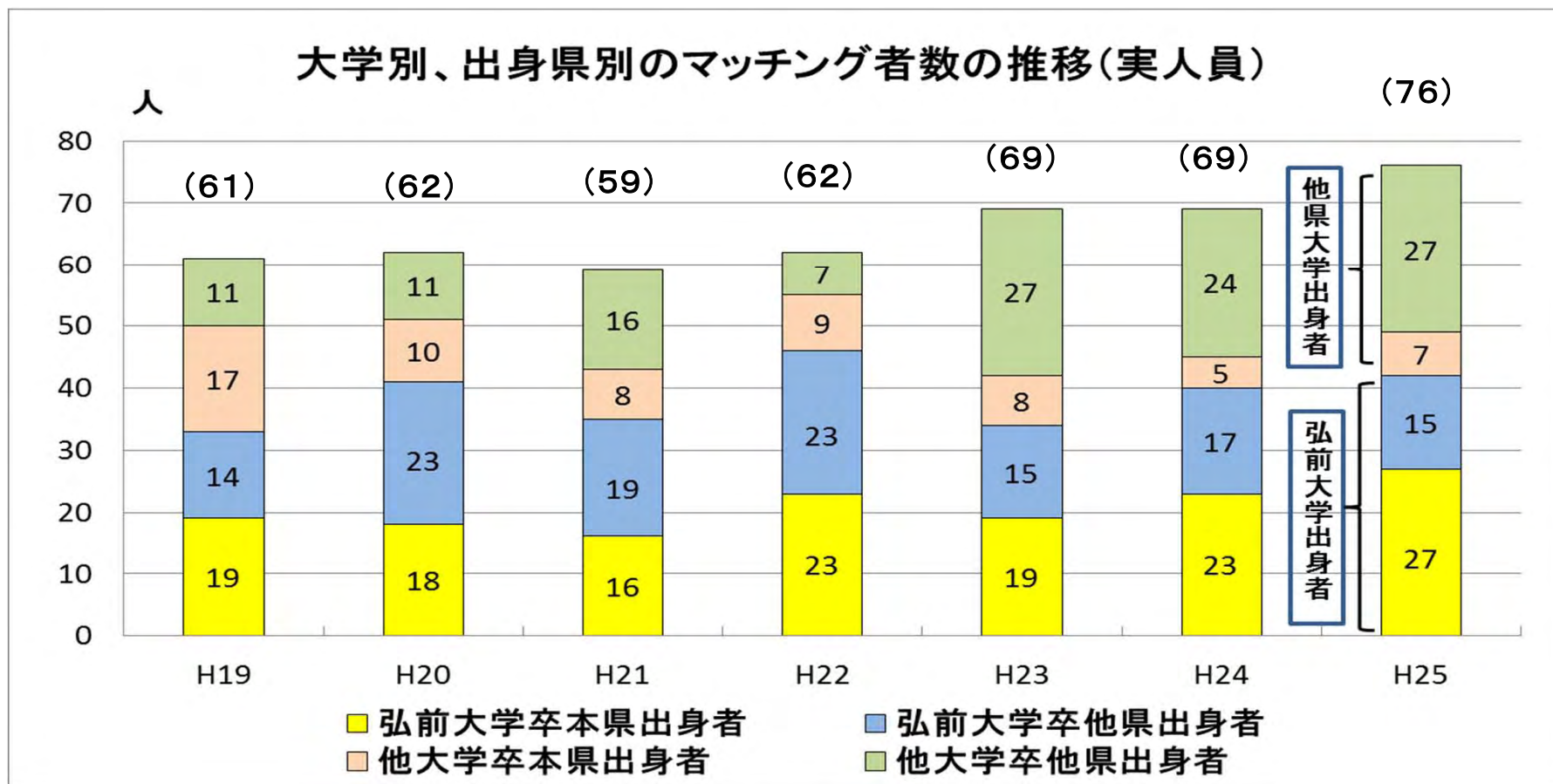


※自治医大医学生は除く。

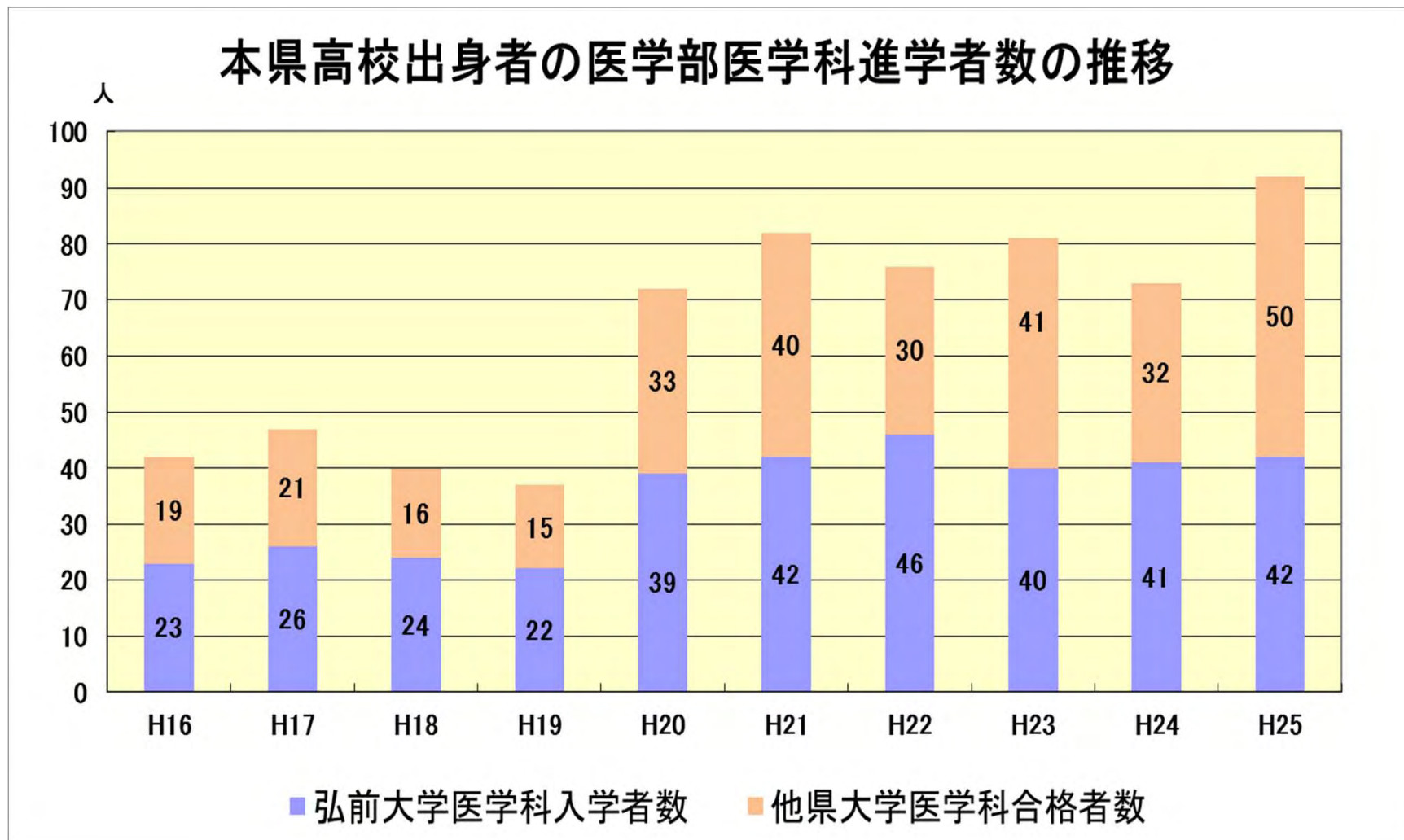
(3) 臨床研修の状況

➤ ② 大学別、出身県別のマッチング者数の推移

- 弘前大学卒のうち本県出身者の8割以上が本県臨床研修を選択
- 他県大学卒のうち本県出身者の約4割が本県に回帰し臨床研修を選択
- 本県出身の医学科進学者数が大幅に増加し、今後、臨床研修でマッチング数の増加見込み

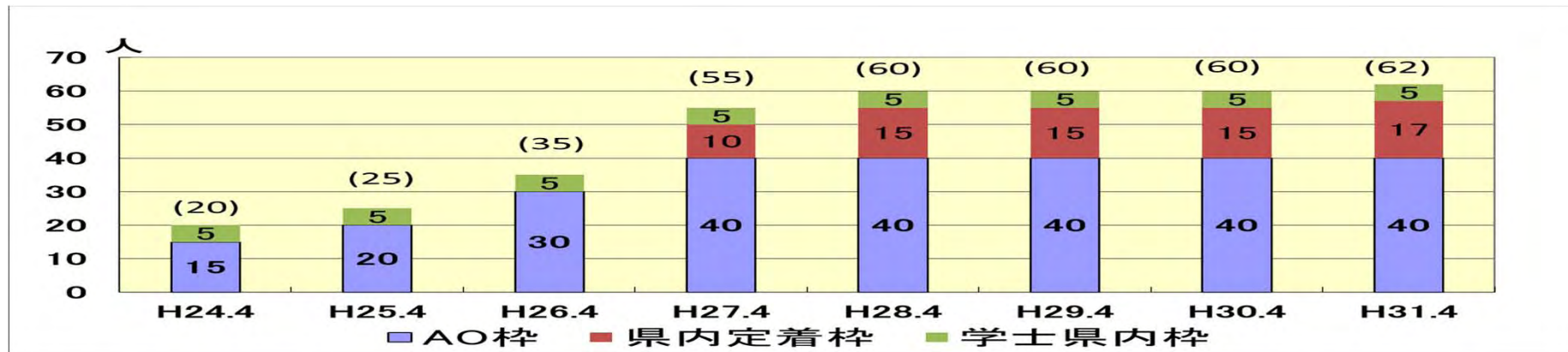


(参考)



(3) 臨床研修の状況

➤ ③弘前大学医学部医学科地域枠卒の臨床研修1年目



【弘前大学医学部医学科地域枠の臨床研修先指定条件】

- | | | |
|-------|--------------|--|
| 県内定着枠 | H24.4～H30.4) | 卒業後は弘前大学医学部または関連施設で勤務することを確約できる者(臨床研修先の指定なし) |
| A O 枠 | H31.4) | 卒業後直ちに弘前大学医学部附属病院の臨床研修プログラムにしたがって臨床研修を行い、引き続き附属病院または医学研究科関連施設で医療に従事することを確約できる者 |
| 学士県内枠 | H24.4～H29.4) | 卒業後は弘前大学医学部附属病院の臨床研修プログラムにしたがって臨床研修を行い、その後青森県内で医療に従事することを確約できる者 |
| // | H30.4～) | 卒業後直ちに弘前大学医学部附属病院又医学研究科関連施設のプログラムにしたがって臨床研修を行うことを確約すること。 |

【青森県医師修学資金】

- 県の修学資金は30人を対象としており、被貸与者のほとんどが地域枠と重複している。
- 貸付条件として、臨床研修先は指定していない。

(3) 臨床研修の状況

- ④ 今後、マッチング者数が増加傾向となり、現行の募集定員を充足していく見込みである。

H21 入学生(188人)

県外大学・他県出身は直近過去3年間の平均マッチ数で固定

県外大学・青森県出身	40人
弘前大学・地域枠以外	70人
弘前大学・地域枠	55人

× 0.4 (直近過去3年間の平均)

× 0.2 (直近過去3年間の平均)

地域枠55人が全員県内に残ってくれると仮定

H27 県内マッチ数(111人)

県外大学・他県出身	26人
県外大学・青森県出身	16人
弘前大学・地域枠以外	14人
弘前大学・地域枠	55人

H23 入学生(190人)

県外大学・他県出身は直近過去3年間の平均マッチ数で固定

県外大学・青森県出身	41人
弘前大学・地域枠以外	66人
弘前大学・地域枠	60人

× 0.4 (直近過去3年間の平均)

× 0.2 (直近過去3年間の平均)

地域枠60人が全員県内に残ってくれると仮定

H29 県内マッチ数(115人)

県外大学・他県出身	26人
県外大学・青森県出身	16人
弘前大学・地域枠以外	13人
弘前大学・地域枠	60人

H25 入学生(198人)

県外大学・他県出身は直近過去3年間の平均マッチ数で固定

県外大学・青森県出身	50人
弘前大学・地域枠以外	63人
弘前大学・地域枠	62人

× 0.4 (直近過去3年間の平均)

× 0.2 (直近過去3年間の平均)

地域枠62人が全員県内に残ってくれると仮定

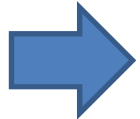
H31 県内マッチ数(121人)

県外大学・他県出身	26人
県外大学・青森県出身	20人
弘前大学・地域枠以外	13人
弘前大学・地域枠	62人

2. 課題

(1) 募集定員の確保

- 今後、臨床研修医の増が見込まれている。



医師不足地域に配慮した募集定員の確保

(2) 地域枠のマッチングにおける配慮

- 大規模な地域枠による臨床研修医の増が見込まれる。



地域で確実に受け入れることのできる仕組み

2. 意見

(1) 募集定員について

地域枠の5年次在学者数や医学部入学定員に占める地域枠の割合を募集定員上限の算出要素に加えるなど、地域の従事義務がある地域枠からの卒業生が、当該地域で確実に研修を行うことに配慮した制度設計とした上で、全国の募集定員がマッチング申込者数(医学部医学科卒業生実数)に近づくようなシステム構築に努めていただきたい。

(2) 地域枠のマッチングについて

➤ アンマッチ対策をした上でのマッチング枠内で良いと考える。

● その場合、アンマッチ対策として

- ✓ 個別に本人・病院と相談し、互いに内定・上位登録などを調整する必要がある。
- ✓ 地域枠医学生の上位登録により、県内の特定の臨床研修病院から地域枠以外の医学生が押し出されてアンマッチとならないような対策が必要と考える。

➤ 県は、臨床研修病院の更なる魅力向上などに努めていく。国においても、引き続き支援が必要と考える。

➤ 地域枠からの卒業生の大幅な増加を見極めることが必要であることから、2年～3年後に臨床研修制度の中間見直しが必要と考える。

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会
臨床研修制度に関するヒアリング
－平成25年6月27日－

全国自治体病院協議会
常務理事

酒井 和好
公立陶生病院 院長

平成26年度研修に向けた名大ネットワーク基本方針

1. 名大ネットワークに参加する病院は、研修医がどの大学診療科に入局していても、あるいは入局していなくても、二年間の初期研修期間中は研修医の自主性・主体性を尊重した研修を提供する。
2. 名大ネットワークに参加する病院は、「すべての研修医がプライマリ・ケアに対応するのに必要な基本的臨床能力を習得する」ことを目的に、主要な診療科をすべて研修するスーパーローテーション研修方式を採用する。
3. 名大ネットワークに参加する研修希望者は、上記の研修方式を理解して研修を行う。
4. 名大ネットワークは、参加病院の研修情報、ならびに研修後の進路に関する情報を収集し、ネットワークに参加した研修希望者に情報を公開する。

平成26年度研修に向けた名大ネットワーク基本方針

5. 研修病院の決定は、全国マッチングシステムによる。
6. 名大ネットワークに参加する病院は、全国の研修希望者に研修の機会を広く提供すること、および研修医の多様性を確保することを目的として、同一大学出身者の集中的な採用は控える。
7. 名大ネットワークは、全国マッチングシステムによって研修病院が決定しなかった研修希望者に対して、参加病院の空席状況などの情報提供を通じて、研修病院決定のためのサポートを行う。
8. 名大ネットワークは、臨床研修の質を向上させるための取り組み（後期研修プログラムやキャリアパスの開発）を協同して行う。

平成25年度

初期臨床研修医募集

Primary care と Speciality の融合をめざす





研修管理委員長
近藤 康博

初期臨床研修の2年間は、医師としての基盤を築く大変重要な時期です。

その大切な2年間で陶生病院でともにすごしませんか？

21世紀の医療を担うみなさんの、「**夢と可能性**」を最大限に伸ばす環境を提供します。

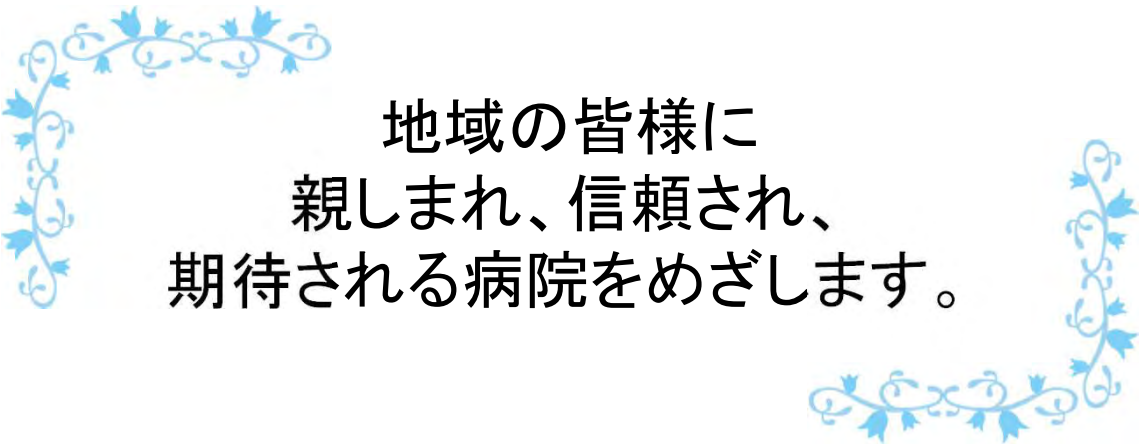
医師としての基礎的な診断能力(態度、技能、知識)の習得に加え、チーム医療の大切さを学びつつ、社会貢献を意識した高い志を身につけて、世界に向かって羽ばたいていきましょう。

当院は、全科に渡って十分な症例数を持ち、情熱あふれる上級医・指導医のもと「**屋根瓦方式**」を実践しています。2年間の臨床での経験を学術活動にまで結びつけることができます。また初期研修で培った経験をさらに専門性にまで高めるべく積極的に後期研修も受け入れております。

私たち陶生病院スタッフは、みなさんとともに成長し、互いに尊敬し誇りに思うような関係になることを楽しみにしています。

県内外を問わず多くの方々のご応募をお待ちしております。当院は常に改革を意識した発展途上の病院です。みなさんが当院にさらなる新風を吹き込んでくださることを期待しています。

基本理念



地域の皆様に
親しまれ、信頼され、
期待される病院をめざします。

基本方針

1. 患者さま本位の医療を念頭においた診療活動を推進いたします。
2. 高度、先進医療を積極的に取り入れ、地域の皆様に適正な医療を提供いたします。
3. 地域の医療機関との連携を進め、当院の役割を急性期医療を担う地域基幹病院と位置づけ、医療機能の向上を図っていきます。

瀬戸市, 尾張旭市, 長久手市の

三市組合立の総合病院

※平成24年1月 長久手町→長久手市になりました。

公立陶生病院

尾張旭市
Owariasahi

瀬戸市
Seto

長久手市
Nagakute

Favorable Location

名古屋中心部へのアクセスも良好です。



名鉄瀬戸線
「新瀬戸」から
「栄町」まで 25分

東名高速道路
名古屋インターま
で 25分

名古屋瀬戸道路
長久手インターまで
20分

急性期医療部門の整備を主たる目的とする

新病棟建設中！

平成25年秋完成予定

詳しくはHPをご参照ください。



24時間・365日断らない救急を実践し続けています。⁹

院内保育所が 新しくなりました！

平成22年夏開設



陶生病院では、子育てをしながら働くスタッフに、より働きやすい環境を提供していきます。

病院紹介

診療科

神経内科

消化器内科

呼吸器・アレルギー内科

腎・膠原病内科

内分泌・代謝内科

血液内科

循環器科

小児科

外科

整形外科

形成外科

脳神経外科

呼吸器外科

心臓血管外科

皮膚科

泌尿器科

ベッド数 716床

感染症用特別ベッド 6床

ICU 8床

NICU 15床

産婦人科

メンタルクリニック

眼科

耳鼻咽喉科

リハビリテーション科

放射線科

麻酔科

歯科口腔外科

施設認定

日本口腔外科学会認定医制度指定研修機関

日本脳神経外科学会専門医訓練施設

日本外科学会外科専門医制度修練施設

日本医学放射線学会放射線科専門医修練協力機関

日本消化器内視鏡学会指導施設

日本胸部外科学会認定医認定制度指定施設

日本整形外科学会専門医制度研修施設

日本眼科学会専門医制度研修施設

日本耳鼻咽喉科学会専門医研修施設

日本消化器外科学会専門医制度指定修練施設

日本内科学会内科専門医教育病院

日本麻酔学会麻酔科認定病院

日本泌尿器科学会専門医教育施設

日本産科婦人科学会専門医制度卒後研修指導施設

日本消化器病学会専門医制度認定施設

日本呼吸器外科学会専門医制度関連施設

日本病理学会認定病院A

日本小児科学会小児科専門医研修施設

日本呼吸器学会認定施設

日本循環器学会認定循環器専門医研修施設

日本超音波医学会認定超音波専門医制度研修施設

日本皮膚科学会認定専門医研修施設

日本神経学会専門医制度教育関連施設

日本アレルギー学会 認定教育施設

日本消化器集団検診学会認定指導施設

日本透析医学会認定医制度認定施設

日本リウマチ学会教育施設

日本乳癌学会認定医・専門医制度関連施設

日本東洋医学会研修施設

日本心血管インターベンション学会研修施設

日本集中治療医学会専門医研修施設

日本静脈経腸栄養学会実地修練認定教育施設

日本静脈経腸栄養学会NST稼働施設

三学会構成心臓血管外科専門医認定機構基幹施設

呼吸器外科専門医認定機構関連施設

日本救急医学会救急科専門医指定施設

日本臨床細胞学会認定施設

日本周産期・新生児医学会専門医制度周産期母体・胎児専門医暫定研修施設

日本周産期・新生児医学会専門医制度周産期(新生児)専門医暫定研修施設

日本呼吸器内視鏡学会専門医制度認定施設

日本臨床腫瘍学会認定研修施設

日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設

日本腎臓学会研修施設

日本脳卒中学会研修教育病院

日本がん治療認定医機構認定研修施設

ステントグラスト実施施設

婦人科悪性腫瘍科学療法研究機構登録参加認定施設

日本緩和医療学会認定教育認定施設

日本心血管カテーテル治療学会教育認定施設

日本血液学会血液研修施設

日本内分泌学会認定教育施設

日本糖尿病学会認定教育施設

専門外来

神経内科	頭痛・物忘れ外来
呼吸器・アレルギー内科	禁煙外来
腎・膠原病内科	腎不全専門外来
循環器科	不整脈外来、ペースメーカー
小児科	ワクチン、発達神経、乳児検診、NICUフォロー、アレルギー、小児循環器、低身長
外科	肛門外来、乳腺外来、ストーマ外来
整形外科	手の外科外来
心臓血管外科	静脈外来、心臓外来皮膚科
皮膚科	光線療法・冷凍凝固法、帯状疱疹・イオントフォーシス
産婦人科	腫瘍・更年期、胎児エコー・羊水検査・遺伝相談、不育症、母乳外来
麻酔科	緩和ケア外来
歯科口腔外科	腫瘍、インプラント、顎関節症

手術

年間の手術総件数は入外あわせて
3,700件以上



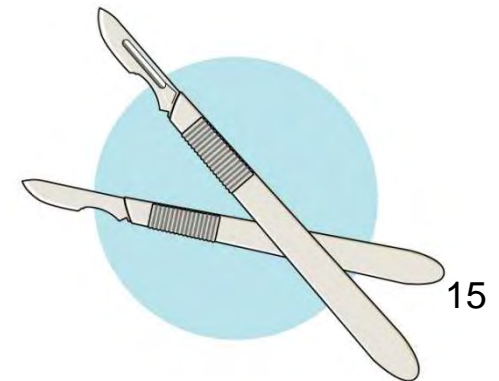
悪性疾患を中心に、良性疾患に対しても
積極的に手術を行っています。

年間の科別手術件数(平成23年度)

診療科	手術総数
血液浄化療法部	10
腎・膠原病内科	101
神経内科	10
呼吸器・アレルギー内科	12
外科	839
整形外科	921
脳神経外科	177
心臓血管外科	95
呼吸器外科	86
皮膚科	10
泌尿器科	271
産婦人科	484
眼科	801
耳鼻咽喉科	143
その他 全診療科合計	4,155

	麻酔件数
全身麻酔	1,671
硬膜外麻酔	500
脊椎麻酔	774
伝達麻酔	212
球後麻酔	744
局所麻酔	574
静脈麻酔	168

外科症例も豊富です。



血液浄化療法部



年間患者数19,000人以上

周産期母子センター NICU

未来をめざす瞳と
希望をつかむ手を

大切に大切に・・・



ひたむきに
命と向き合う・・・

真摯に
命を見つめる・・・

がん診療も積極的に取り組んでいます。

平成18年11月 尾張東部の「地域がん診療連携拠点病院」に指定

無菌病棟新設

癌化学療法管理チーム

がん相談支援室

セカンドオピニオン外来

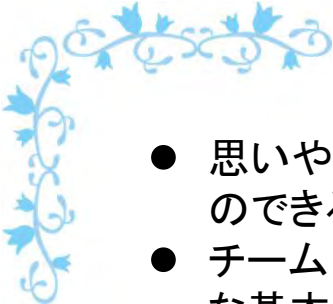
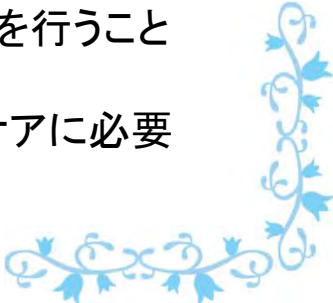
外来化学療法室

緩和ケア外来

公立陶生病院は今、病院をあげて「がん診療」に力を入れています

研修について

研修理念

- 
- 
- 思いやりを持って患者と接し、専門性にとらわれない全人的医療を行うことのできる医師を目指す。
 - チーム医療の一員として地域医療に貢献できるよう、プライマリケアに必要な基本的診療能力を習得する。

研修基本方針

- 安全で安心な医療を行うための基本診療能力を身につける。
- 地域の基幹病院としての役割を理解し、地域医療の現場を経験する。
- 質の高い医療を提供するよう、生涯に渡って学び続ける姿勢を養う。
- 広い視野と見識を身につけるため、学会参加、発表を積極的に行う。
- 患者やその家族に信頼されるようなコミュニケーション能力を身につける。
- 病気ではなく人を診る姿勢を身につける。

卒後臨床研修に関する外部評価を 受審しました。

(NPO法人
卒後臨床研修評価機構の
認定制度)

- ・ 2011年12月9日受審
- ・ 2012年2月1日付け認定証発行
- ・ 4年間の認定



ローテーション例

1年次 (4月～3月)

4月	神経内科
5月	腎・膠原病内科
6月	循環器科
7月	消化器内科
8月	呼吸器・アレルギー内科
9月	代謝内科／血液内科
10月	外科系 (外科6・整形3・脳外2・心外1・呼外1・泌尿器1・耳鼻1)
11月	
12月	
1月	救急部
2月	麻酔科
3月	小児科

2年次 (4月～3月)

4月	選択科目1
5月	
6月	産婦人科
7月	地域医療
8月	精神科
9月	小児科
10月	ICU
11月	
12月	選択科目2
1月	
2月	選択科目3
3月	

精神科(公立陶生病院, 豊田西病院, 聖十字病院)1ヶ月

地域医療(公立陶生病院, やまぐち病院, 愛知県心身障害者コロニー中央病院)1ヶ月

選択科目6ヶ月(全ての診療科対象)

Primary careとSpecialityの融合を目指し、 十分な初期研修と充実した後期研修を お約束します。

十分な初期研修

年間 6,000台以上の救急車を受け入れています。



救急外来において
十分なプライマリケアを
経験できます。

充実した後期研修

各科とも専門医がおり、
各学会認定施設の資格
を取得しています。



専門医への道を希望する
場合にも最適な環境です。

進路

初期研修修了 16名中（定員16名）

うち内科系 外科系・小児科・病理等

20年度	11名
21年度	12名
22年度	15名
23年度	11名
24年度	12名

6名	4名
7名	5名
10名	5名
6名	5名
9名	3名

↓

当院で引き続き後期研修へ

当院研修医の出身大学（過去5年間）

愛知医科大学
旭川医科大学
大阪医科大学
関西医科大学
北里大学
岐阜大学
高知大学
滋賀医科大学
信州大学

東京医科大学
東北大学
獨協医科大学
名古屋市立大学
名古屋大学
奈良県立医科大学
福井大学
三重大学
山形大学

島根大学
東邦大学
長崎大学
富山大学

全国の大学から
採用しています！！

研修医の活躍の場

当直(救急外来)

- 月4-5回
- 17:15-8:30
- 翌日半日休み
- 体制は
1年目2人、
2年目2人、
内科直、外科直



救命救急医療への取り組み

- **多忙な当直時間 : 診療結果に不安が...**

でも大丈夫!

当直明け午前8時から8時30分まで、各科部長が交代で当直帯診療のチェックを行います。

- **救急外来当番は研修医のお仕事だけど...**

でも大丈夫!

3年目の先輩が必ず1名現場で指導をしてくれます。

「屋根瓦方式」でサポートします。

年間の救急外来受診者数

救急外来受診患者数

	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
時間内	5,295	4,966	5,459	5,422	5,436	5,445
時間外	25,529	24,005	27,236	24,752	24,197	23,356
合計	30,824	28,971	32,695	30,174	29,633	28,801
一日平均	84.4	79.4	89.6	82.7	81.0	78.9

救急車での受診患者数

	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
時間内	1,891	1,748	1,778	2,163	2,061	2,101
時間外	4,414	4,098	4,147	4,664	4,751	4,442
合計	6,305	5,846	5,925	6,827	6,812	6,543
一日平均	17.3	16.0	16.2	18.7	18.6	17.9

救命救急医療教育も院内で行います。

1. AHA BLSコース 3 ～ 4回／年 院内開催
2. AHA ACLSコース 1 ～ 2回／年 院内開催
3. 日本救急医学会認定ICLSコース 1回／月 院内開催
(研修医一年次に全員受講)
4. JPTECプロバイダーコース 2回／年
(研修医一年次に全員受講)
5. BLS & AED講習会 適宜開催



院内設置AED

各教育コースを院内開催できる人材がそろっています。

★ AHA認定

BLSインストラクター

医師 7名

看護師 7名

臨床工学技師 1名

ACLSインストラクター

医師 6名

★ 日本救急医学会認定

ICLSコースディレクター

医師 2名

ICLSインストラクター

医師 6名

看護師 10名

★ JPTEC認定

インストラクター

医師 5名

看護師 4名

貴重な経験をしたら・・・

当院の熱血指導医が、
あなたの体験を全国レベルの学会参加へと
つなげてくれます

日本集中治療学会
日本救急医学会
日本臨床救急医学会
および各地方会

院内で学べる環境があります。

主な院内勉強会

1. ランチョンセミナー：毎週金曜日（春、冬の一部は週二回、水金）
2. 院内集談会：随時
3. 学術講演会：随時
4. 臨床研究会・CPC：月2回（**研修医のプレゼンスキルを磨きます**）
5. 救急医療教育プログラム：月1回
6. メディカルコントロールの会（救急隊との重症搬送患者のケースカンファレンス）：月1回
7. クリニカル・パス大会：月1回
8. 合同腫瘍カンファレンス：月1回
9. 研修医のはてな：適宜（**当直での「？」を解決します**）
10. 各分野臨床懇話会
11. その他

「ランチョンセミナー」

毎週金曜日(一部水曜) 12:00~13:00

4月~5月

「基本手技」「一般講義」

水金

胃管挿入、気管切開カニューレ交換、胃瘻チューブ交換等／バルーン留置法 圧迫止血法、心マッサージ／除細動、気管挿管／気道確保、人工呼吸、簡単な切開・排膿、皮膚縫合法、など

5月中旬~12月

「一般講義」

金

JPTec 救急の心構え、急性腹症、小児救急概論～救急医としての心得～、IHDの臨床、COPDの臨床、など

1月~3月

「基本手技のおさらい」「一般講義」

水金



**「ランチョンセミナー」
毎週(水)金曜日**

「臨床研究・CPC」

第2・4水曜日 午後5時30分～

研修医は、年間ひとり1題担当します。

血痰・喀血の検討

当院におけるてんかんの治療検討

CPC 原発素不明腺癌の一例

ドクターカーの現状

CPC 溺水後ARDSをきたし、ICUで全身管理を行なったが死亡した一例

当院における胃癌の検討／致死的不整脈に対する塩酸アミオダロンの使用

CPC 腹部巨大腫瘍でGISTが疑われた一例

アナフィラキシーとアレルギー性皮疹／当院におけるIgA腎症についての検討

CPC 間質性肺炎の一例

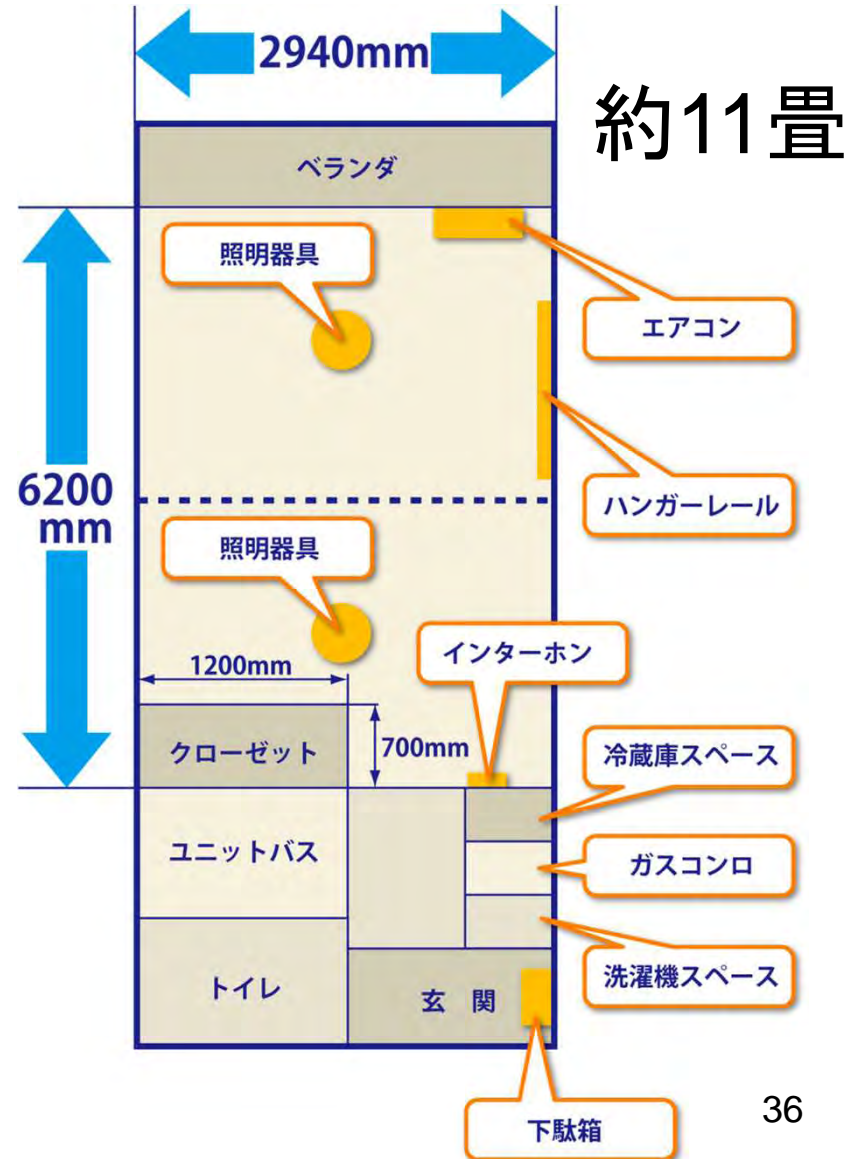
支援ツール

- **Science Direct**
- **MD Consult**
- **MedicalFinder**
- **メディカルオンライン**
- **Cochrane Library**
- **Jdream**
- **医中誌Web**
- **Annual Review Online**
- **治療薬マニュアルWeb**
- **UpToDate**
- **今日の診療イントラネット版**
- **今日の診療WEB版法人サービス**

研修医寮も完備しています。



パブリックサイド 71



研修医寮内装



家賃：24,000円
(駐車場代：5,000円)

新規採用 オリエンテーション



新規採用 オリエンテーション2



大規模災害受入訓練



研修2年次を 囲む会



東日本大震災 被災地派遣



初期研修は是非 公立陶生病院へ！！ たくさんの先輩が待っています！



あなたも、「レジデントマニュアル執筆者」の指導が受けられます！



執筆者一覧 (執筆順)

宮城征四郎	群星沖縄臨床研修センター センター長
石原 享介	神戸市立医療センター中央市民病院副院長
上甲 剛	公立学校共済組合近畿中央病院放射線科医長
喜舎場朝雄	沖縄県立中部病院呼吸器内科部長
知花なおみ	那覇市立病院内科医長
羽白 高	天理よろづ相談所病院呼吸器内科
屋良さとみ	琉球大学大学院感染症制御学
片上 信之	先端医療センター総合腫瘍科部長
櫻井 滋	岩手医科大学講師・第三内科
富井 啓介	神戸市立医療センター中央市民病院呼吸器内科医長
芝田 豊通	神戸市立医療センター中央市民病院画像診断 放射線科副医長
原永 修作	琉球大学大学院感染症制御学
進藤 丈	大垣市民病院呼吸器科医長
谷口 博之	公立陶生病院呼吸器・アレルギー内科部長
中島 義仁	公立陶生病院循環器科第三部長
平松 哲夫	小牧市民病院呼吸器・アレルギー科部長
金城 俊一	浦添総合病院呼吸器内科医長
園部 誠	京都大学附属病院呼吸器外科
板東 徹	京都大学大学院准教授 臓器機能保存学
健山 正男	琉球大学大学院准教授・感染症制御学
長谷川隆一	公立陶生病院救急部集中治療室第二部長
近藤 康博	公立陶生病院呼吸器・アレルギー内科第二部長
石田 直	倉敷中央病院呼吸器内科主任部長
田口 善夫	天理よろづ相談所病院呼吸器内科部長
田中 栄作	天理よろづ相談所病院感染症管理センター センター長
小川 賢二	国立病院機構東名古屋病院臨床研究部長
西村 浩一	京都桂病院呼吸器センター部長

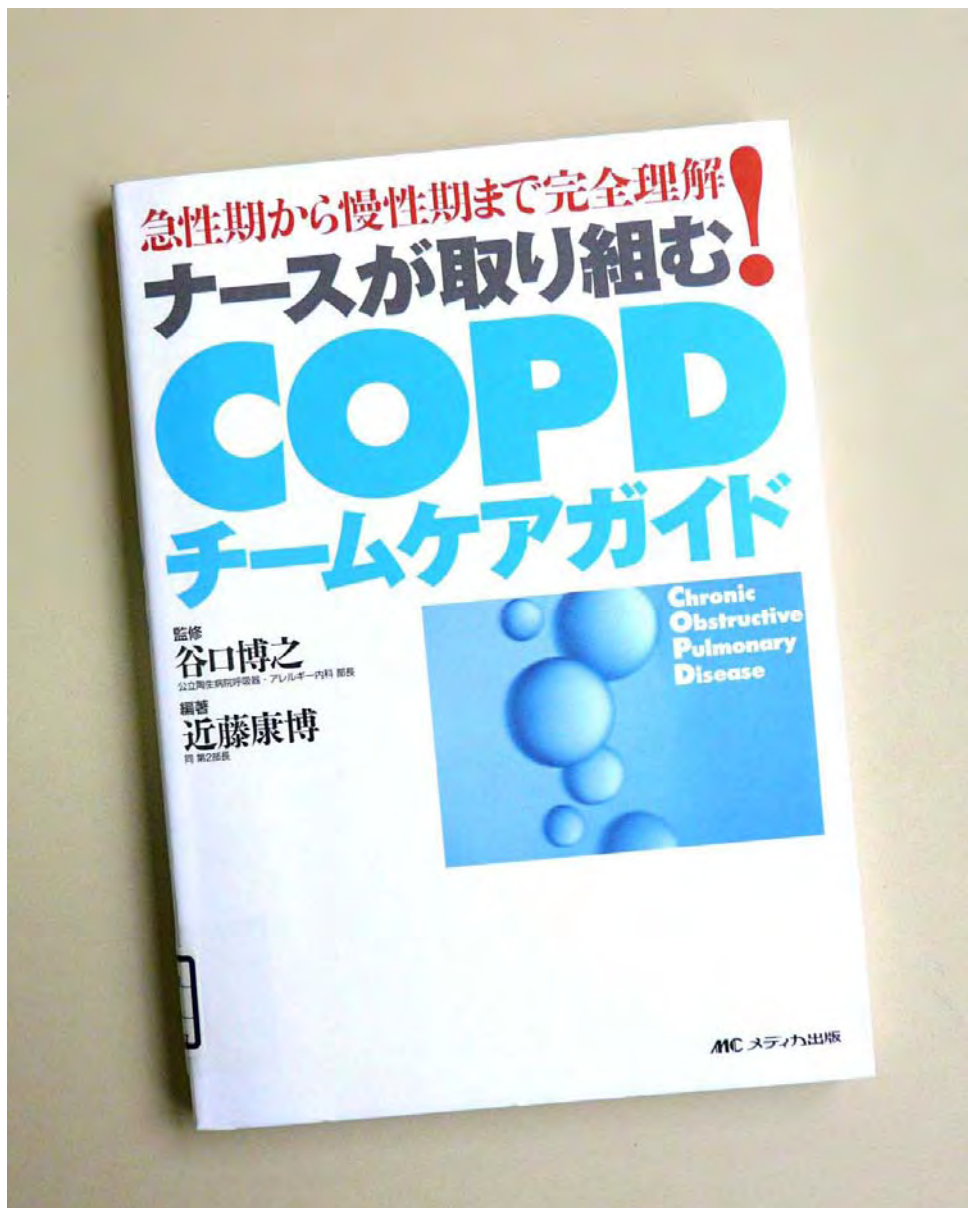
実地で看護師と医師の連携プレーが学べます！



呼ぶ側と呼ばれる側
双方の視点で構成。
「コールすべきかどうか分からない」
「伝える内容に自信がない・・・」
を解決！

執筆者は
当院のICU部長と看護師長

「チームケア」の実践！ 執筆者はほぼ当院のスタッフ



執筆者一覧

監修 谷口 博之 たにくち ひろゆき 公立陶生病院呼吸器 アレルギー内科部長
 編集 近藤 康博 こんどう やすひろ 公立陶生病院呼吸器 アレルギー内科第2部長

執筆

第1部 広がりつつあるCOPDの危険

1 近藤 康博

第2部 病態の理解

1 近藤 康博
2 近藤 康博

第3部 通院患者の看護と指導

- | | | |
|-----------|------------|-----------------------------|
| 1 西山 理 | にしま おさむ | 公立陶生病院呼吸器・アレルギー内科第4部長 |
| 2 西山 理 | | |
| 3 渡邊 文子 | わたなべ ふみこ | 公立陶生病院中央リハビリテーション部 |
| 小川 智也 | おがわ ともや | 公立陶生病院中央リハビリテーション部第2理学療法室室長 |
| 4 中村 直人 | なかむら なおひと | 公立陶生病院薬剤部主任 |
| 勝野 晋哉 | かつの しんや | 公立陶生病院薬剤部 |
| 5 宇野 光子 | うの みつこ | 公立陶生病院7A病棟看護師長 |
| 6 佐藤 七美子 | さとう なみこ | 公立陶生病院5B病棟看護師 |
| 7 植村 佳絵 | うえむら よしえ | 公立陶生病院5B病棟看護師 |
| 8 山田 三枝 | やまだ みつえ | 公立陶生病院栄養管理部栄養管理室主任（管理栄養士） |
| 伊藤 美由紀 | いとう みゆき | 公立陶生病院栄養管理部栄養管理室（管理栄養士） |
| 9 渡邊 文子 | | |
| 小川 智也 | | |
| 10 伊藤 実紀乃 | いとう みきの | 公立陶生病院5A病棟副主任看護師 |
| 小山田 信子 | おやまだ のぶこ | 公立陶生病院ICU主任看護師 |
| 11 小野 薫 | おの かおる | 公立陶生病院5B病棟看護師 |
| 12 吉川 公章 | よしかわ こうしょう | 医療法人宏潤会大同病院院長 |
| 13 水野 大介 | みずの だいすけ | 公立陶生病院地域医療部医療ソーシャルワーク室 |

第4部 急性増悪時の治療と看護

- | | | |
|----------|-----------|-----------------------|
| 1 木村 智樹 | きむら ともき | 公立陶生病院呼吸器 アレルギー内科第3部長 |
| 2 長谷川 隆一 | はせがわりゅういち | 公立陶生病院救急部集中治療担当第2部長 |
| 3 有菌 信一 | ありぞの しんいち | 公立陶生病院中央リハビリテーション部 |
| 小川 智也 | | |
| 4 中村 直人 | | |
| 5 木村 智樹 | | |

「いい病院2012」で当院が紹介されました。

Top どこまでも
「患者思考」

Interview

公立陶生病院
総合病院としてのトータルな医療が活かされた
心臓治療と救急外来

「地域医療を支える」 「断らない病院」

公立陶生病院は救急外来に秀で、近隣の救急車の多くを受け入れている。1日平均18台、年間約6800台の救急車を受け入れ、救急外来を受診する患者数は年間約30000人に達する。日中4名、夜間6名の医師で担当し、たとえ休日であっても、重症の患者が搬送されればすぐに駆けつけてくれる。

「市民が病院に對して真っ先に望むことは、たらい回しにしたりせず、いつでも診てくれるということではないでしょうか。当院では「救急車を断らない病院」を目指して取り組んでいます。例えば、心筋梗塞など



院長 酒井 和好

さかいかずよし ●日本循環器学会認定循環器専門医、日本超音波医学会認定超音波専門医、全国自治体病院協議会常務理事、全国公立病院連盟理事、名古屋大学医学部臨床教授

は、夜間でも休日でも、時間を問わず突然発症します。治療は一刻を争い、病院を運んでいく時間はなく、とにかく一番近くの病院に向かう必要があります。いつでも救急車を受け入れられるかどうかは、救命率に直結します」と酒井和好院長は話す。

患者の病院到着からカテーテル治療によって血液が流れるまでの時間は90分以内が望ましいとされる中、同院では既に平均で40分を表現、現在は30分以内を目標にさらなる時間短縮を試みているという。

診療科間で連携できる 総合病院のメリット

高度な心臓治療を実施することで知られる同院だが、総合病院としての利点を最大限に生かし、診療科間の連携によって患者一人ひとりに合った医療を提供している点に注目しなければならぬだろう。

「実際、高齢者になると心臓以外にもさまざまな疾患を抱えているケースが非常に多い。カテーテル治療のための検査で、他の疾患が発見されることも少なくない。こうしたとき、同院ではすぐに診療科間で連携することができ、心臓疾患の治療は重要ではあっても、最優先すべきかどうかについては総合的な判断が必要になる。冠動脈の治療を先に行ったがために薬を中止できなくなったり、出血しやすくなったりなど、他の診療科の治療を妨げる可能



副院長 味岡 正純

あじおかまさよし ●日本循環器学会認定循環器専門医、名古屋大学医学部臨床講師、瀬戸医師会副会長

性もあるからだ。もちろん、心臓の治療が他の科における治療をサポートするケースも多い。味岡正純副院長は次のように話す。



総合病院の利点を生かして高度な心臓手術を行う公立陶生病院

公立陶生病院

診療科目：内科、神経科、精神科、循環器科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科

診療時間：月～金 8:30～13:30
休診日：土・日・夜

〒489-8642 愛知県瀬戸市西道分町160番地
TEL.0561-82-5101 FAX.0561-82-9139
http://www.tosei.or.jp/

週刊朝日MOOK



全総力を結集した
信頼のランキングデータ

全国
5296病院の
手術数が
わかる!

2012

がん、心臓病、脳疾患、がん放射線治療、人工関節、眼、耳の病気など疾患別に紹介
全国トップ3300病院
執刀医、治療医リスト6900人

●特集企画
東日本大震災から1年——
被災地の医師から五つの提言
東北のこれから、
日本のこれから。

小川彰医師 (岩手医科大学学長)
遠藤渉医師 (気仙沼市立病院院長)
飯沼一宇医師 (石巻赤十字病院院長)
目黒泰一郎医師 (仙台厚生病院理事長)
立谷秀清医師 (福島県相馬市長)

本誌は収益の一部を
日本の対がん活動のために
寄付します

手術数でわかる

いい病院

全国ランキング

朝日新聞出版

公立陶生病院における卒後臨床研修への取り組み

特集

公立陶生病院
 研修管理委員会委員長、呼吸器・アレルギー内科主任部長、医療情報部長¹⁾
 医療情報部 研修管理室²⁾
 医療情報部 図書・医療情報室³⁾
 研修管理委員会 active core 委員長⁴⁾
 研修管理委員会副委員長、外科主任部長、感染制御部長⁵⁾
 病院長⁶⁾

近藤康博¹⁾、長江智志²⁾、古滝梨乃²⁾、岩瀬真奈美³⁾、中島義仁⁴⁾、川瀬義久⁵⁾、酒井和好⁶⁾

はじめに

公立陶生病院は、昭和57年に臨床研修病院の指定を受けて以来400名あまりもの研修修了者を輩出してきた総合病院である。周産期母子センター（PICU・NICU）、ICU、結核病棟、血液浄化療法部を備えた高機能病院であり、地域がん診療連携拠点病院、災害拠点病院、地域医療支援病院の各指定を受けた地域の中核病院である。当院は、急性期医療を中心に幅広い専門医療を提供しつつ、地域全体で医療の質の向上と効率化を図りながら、地域住民へ良質な医療サービスを提供することをその使命としている。このような病院機能を達成・維持するためには、医師の確保は必要不可欠である。本

稿では当院における研修医確保および育成における取り組みを紹介したい。

歴史と施設概要

当院は、昭和11年10月に設立され、昭和34年に瀬戸市、尾張旭市、長久手町（現長久手市）の二市一町の組合立病院となった。昭和57年に臨床研修病院に指定され、平成11年にNICU、平成12年にICUを設置した。平成19年に地域がん診療連携拠点病院、平成21年10月に災害拠点病院、平成23年9月には地域医療支援病院に指定された。

職員数は現在1,052名、うち医師174名、薬剤師26名、技師138名、看護職員560名、事務職員92名、労

務員62名である。診療科は全24科（表1）で外来部門では各種専門外来を有している（表2）。看護単位は17単位で、一般病棟が16病棟、結核病棟が1病棟である。施設認定は表3に示すごとく多岐にわたる。

卒後臨床研修に対する取り組みの歴史は長い。平成16年の新臨床研修制度の導入に先立ち、約40年の長きにわたり名古屋大学方式による非入局スーパーローテート方式による研修を行ってきた。この経験のため新臨床研修制度による研修体制にもスムーズに移行することが可能であった。現在も名古屋大学と名古屋市立大学の関連病院として、両大学と密接な関係を保っている。若手医師の人材確保

(表1) 病院紹介

診療科		ベッド数 716床
		感染症用特別ベッド 6床
		ICU 8床
		NICU 15床
神経内科	外科	産婦人科
消化器内科	整形外科	メンタルクリニック
呼吸器・アレルギー内科	形成外科	眼科
腎・膠原病内科	脳神経外科	耳鼻咽喉科
内分泌・代謝内科	呼吸器外科	リハビリテーション科
血液内科	心臓血管外科	放射線科
循環器科	皮膚科	麻酔科
小児科	泌尿器科	歯科口腔外科

(表2) 専門外来

神経内科	頭痛・物忘れ外来
呼吸器・アレルギー内科	禁煙外来
腎・膠原病内科	腎不全専門外来
循環器科	不整脈外来、ペースメーカー
小児科	ワクチン、発達神経、乳児検診、NICUフォロー、アレルギー、小児循環器、低身長
外科	肛門外来、乳癌外来、ストーマ外来
整形外科	手の外科外来
心臓血管外科	静脈外来、心臓外来皮膚科
皮膚科	光線療法・冷凍凝固法、帯状疱疹・イオントフォレーシス
産婦人科	腫瘍・更年期、胎児エコー・羊水検査・遺伝相談、不育症、母乳外来
麻酔科	緩和ケア外来
歯科口腔外科	腫瘍、インプラント、顎関節症

と育成のためには、初期研修医と後期研修医の充実が不可欠であり、このバランスを維持することが重要である。当院は各科の専門性が充実していることも幸いし、後期研修医は、初期研修からの継続者はもちろんのこと、大学医局からの紹介や全国各地域からの希望者などにより構成されている。

研修に対する考え方

初期臨床研修の2年間は、医師としての基盤を築く大変重要な時期である。研修医の存在は、病院にとってはもちろんのこと、日本にとって21世紀の医療を担う人材として大きな財産であるとの認識が重要である。臨床研修病院は、医師としての基礎的な診断能力（態度、技能、知識）習得の場であり、チーム医療の大切さを学びつつ社会貢献を意識した高い志を育む場であり、何よりも、研修医自身の「夢と可能性」を最大限に伸ばす環境を提供する責務があると考えている。

この責務を全うするにあたり最も大事なことは、研修医のみならず、上級医、指導医などの医師および他職種のスタッフの満足感・達成感を大切にすることであると考える。スタッフの満足感が乏しい組織には人は集まりにくく、満足感・達成感が得られる組織にはおのずと人が集まりやすくなる。当院は、真摯な意見に耳を傾けることにより、意欲的なスタッフがそのモチベーションの高さに比例した満足感・達成感が得られる環境づくりを研修の柱としている。研修医の個のモチベーションに働

(表3) 施設認定

日本口腔外科学会認定医制度指定研修機関	日本リウマチ学会教育施設
日本脳神経外科学会専門医訓練施設	日本乳癌学会認定医・専門医制度関連施設
日本外科学会外科専門医制度修練施設	日本東洋医学会研修施設
日本医学放射線学会放射線科専門医修練協力機関	日本心血管インターベンション学会研修施設
日本消化器内視鏡学会指導施設	日本集中治療医学会専門医研修施設
日本胸外科学会認定医認定制度指定施設	日本静脈経腸栄養学会実地修練認定教育施設
日本整形外科学会専門医制度研修施設	日本静脈経腸栄養学会NST稼働施設
日本眼科学会専門医制度研修施設	三学会構成心臓血管外科専門医認定機構幹線施設
日本耳鼻咽喉科学会専門医研修施設	呼吸器外科専門医認定機構関連施設
日本消化器外科学会専門医制度指定修練施設	日本救急医学会救急科専門医指定施設
日本内科学会内科専門医教育病院	日本臨床細胞学会認定施設
日本麻酔学会麻酔科認定病院	日本周産期・新生児医学会専門医制度周産期母体・胎児専門医暫定研修施設
日本泌尿器科学会専門医教育施設	日本周産期・新生児医学会専門医制度周産期(新生児)専門医暫定研修施設
日本産科婦人科学会専門医制度卒業後研修指導施設	日本呼吸器内視鏡学会専門医制度認定施設
日本消化器病学会専門医制度認定施設	日本臨床腫瘍学会認定研修施設
日本呼吸器外科学会専門医制度関連施設	日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設
日本病理学会認定病院A	日本腎臓学会研修施設
日本小児科学会小児科専門医研修施設	日本脳卒中学会研修教育病院
日本呼吸器学会認定施設	日本がん治療認定医機構認定研修施設
日本循環器学会認定循環器専門医研修施設	ステントグラスト実施施設
日本超音波医学会認定超音波専門医制度研修施設	婦人科悪性腫瘍科学療法研究機構登録加認定施設
日本皮膚科学会認定専門医研修施設	日本緩和医療学会認定教育認定施設
日本神経学会専門医制度教育関連施設	日本心血管カテーテル治療学会教育認定施設
日本アレルギー学会認定教育施設	日本血液学会血液研修施設
日本消化器集団検診学会認定指導施設	日本内分泌学会認定教育施設
日本透析医学会認定医制度認定施設	日本糖尿病学会認定教育施設

(表4) 初期研修終了後後期継続者

卒年	受験者数	定員	マッチ者数	採用者数	後期研修継続者	(見学・実習者実績)	
						年度	実人数
H16	57	16	16	16	13	H16	187
H17	59	16	16	16	11	H17	200
H18	56	16	16	16	13	H18	232
H19	72	16	16	16	11	H19	237
H20	48	16	16	16	12	H20	207
H21	37	16	16	16	15	H21	190
H22	28	16	15	15	11	H22	214
H23	39	16	16	16	—	H23	223
H24	33	16	16	16	—	H24	157 (8月まで)
H25	29	16	—	—	—	H25	—

きかけると共に、スタッフを大切にするという病院全体でのモラル向上が何よりも重要であると認識しているからである。

初期臨床研修実績

新臨床研修制度に移行した平成16年からの採用研修医数は、国家試験不合格者があった平成23年を除いて定員数16名を維持してきている。このうち約8割の研修医は、引き続き当院での後期研修を選択している(表4)。採用者の出身大学も、愛知医科大学、旭川医科大学、大阪医科大学、関西医

科大学、北里大学、岐阜大学、高知大学、滋賀医科大、信州大学、東京医科大学、東北大学、獨協医科大学、名古屋市立大学、名古屋大学、奈良県立医科大学、福井大学、三重大学、山形大学と、全国に及んでいる(過去5年間の実績)。

研修管理委員会

新臨床研修制度の導入に先がけて平成13年に研修管理委員会が発足した。構成メンバーは、各科主任部長に加え、看護師、薬剤師、臨床工学士、理学療法士、管理栄



(図1) 病院説明会

養士、社会福祉士、事務職、協力型病院・協力施設代表者、有識者を含めた総勢70名である。このように研修管理委員会は多職種で構成される大所帯であるため、少人数で効率的に実務をこなす下部組織として、active core 委員会を作り、会の実効性を高めることにした。この委員会は、中堅以下の医師を主体とし、研修医を含めた20名程度の構成員からなっている。当院の初期臨床研修プログラムに関して、活発な議論を行いながら、個々の研修に関する基準や体制の原案を作成し、多岐にわたる問題点を解決しつつ研修体制の改善・改革に努めている。東海北陸地区臨床研修病院合同説明会でも、active core 委員会を中心となり企画・運営を行っている(図1)。

研修管理室

平成21年、卒後臨床研修に関する外部評価受審に先立ち、より一層の研修体制の拡充と学生見学受け入れ体制の改善を目指して、研修管理室に専従事務職員1名を配した。平成23年には1名追加し2名体制とした。ここは、active

core 委員会と並んで、当院研修体制のフロントラインを担う重要な部署である。

研修管理室の主な役割は、研修体制の充実に関する業務と新規採用に関する業務に大別される。前者に関しては、研修管理委員会の運営、個別研修プログラムの作成・調整、各種勉強会・講習会の企画・運営、研修医からのよろず相談等が含まれ、国の定める臨床研修制度の遂行を主な業務とする。後者については、医学生の病院見学・実習の管理、企画、対応に加え、病院説明会の企画・運用、ホームページにおける臨床研修のページの管理を手掛けている。

見学については、各科の週間スケジュールから、推奨する曜日などの情報紹介、個々の要望に合わせた調整を行っている。見学時の昼食の提供も選択肢を増やすなどきめ細やかな対応を行っている。また、慣れない病院見学や採用後について不安を抱える学生へのフォローアップも積極的に行っている。当院の長所・短所はもちろんのこと、研修ローテーションなど多面的な情報提供を行いつつ、

学生の質問に丁寧に答えることで疑問点を解消できるように努めている。良き相談相手としての役割も重要な側面であると認識している。

また、医学生に見学対象として選ばれる魅力ある病院づくりを推進するための材料として、なぜ陶生病院を選んだかだけでなく、何故選ばなかったかについても調査を行い、次年度以降の病院の対応や研修体制自体の見直し等に役立てることができるよう研修管理委員会に feed back を行っている。このような幅広い業務がある程度の完成度を維持しつつ行うためには、専従であることが不可欠である。

昨年度の卒後臨床研修評価機構による外部評価を受審の際には、研修管理室が中心となり受審前のワーキンググループや各種体制作りを行うことにより4年間の認定を受けることができたのは、まことに喜ばしい結果であった。


陶生病院研修の特徴

当院の研修スローガンは、「Primary care と Speciality を融合：十分な初期研修と充実した後期研修を目指す」である。

初期研修期間中、1年目は救急ローテートが必須であり、2年目になるとローテートに関わらず月3～4回程度の救急外来当番を担当する。当院は年間6,000台以上の救急車を受け入れており急性期診療を十分経験することが可能である。また、各科とも専門医と各学会認定施設の資格を取得しており、充実した後期研修を提供して

(表5) 院内での救命救急医療コース

救命救急医療教育も院内で行います。	
1. AHA BLSコース	3～4回/年 院内開催
2. AHA ACLSコース	1～2回/年 院内開催
3. 日本救急医学会認定ICLSコース	1回/月 院内開催 (研修医一年目に全員受講)
4. JPTECプロバイダーコース	2回/年 (研修医一年目に全員受講)
5. BLS & AED講習会	適宜開催



院内設置AED

(表6) 主な院内勉強会

院内で学べる環境があります。	
1. ランチョンセミナー	：毎週金曜日(春、冬の一部は週2回、水金)
2. 院内集談会	：随時
3. 学術講演会	：随時
4. 臨床研究会・CPC	：月2回 (研修医のプレゼンスキルを磨きます)
5. 救急医療教育プログラム	：月1回
6. メディカルコントロールの会	(救急隊との重症搬送患者のケースカンファレンス)：月1回
7. クリニカル・パス大会	：月1回
8. 合同腫瘍カンファレンス	：月1回
9. 研修医のはてな	：月2回 (当直での「?」を解決します)
10. 各分野臨床懇話会	
11. その他	

いる。当院の研修プログラムは Primary care の研修から始まり、Speciality 研修の導入までを目指したものであり、専門医への道を希望する場合にも最適な環境を提供している。

当直は月4～5回で、1年目2名、2年目2名、内科直、外科直の体制 (ICU直、NICU直、産科直、小児科直は別) で行っている。研修医1年目のみで対応することはなく、屋根瓦方式の教育体制実践の場になっている。当直明けには必ず指導医によるチェックが行われ、監査機構と教育体制の両輪を備えている。また、当直明けの午後は休みとし、on と off を切り替えられるよう努めている。この実効性を高めるために、臨床研修管理事務担当者が休みを取っているかどうかの確認を行い、勤務を続けているような場合には研修科の主任部長に改善連絡を行っている。そして、救急外来や各科診療で貴重な症例を経験した場合には学会発表へつなげるよう指導を行っている (研修医の発表実績は年間で約40件)。

救命救急医療の教育も充実しており表5に示す各教育コースを開

(表7) ランチョンセミナー

「ランチョンセミナー」	
毎週金曜日(一部水曜) 12:00～13:00	
4月～5月	「基本手技」「一般講義」 水金
胃管挿入、気管切開カニューレ交換、胃瘻チューブ交換等/バルーン留置法 圧迫止血法、心マッサージ/除細動、気管挿管/気道確保、人工呼吸、簡単な切開・排膿、皮膚縫合法、など	
5月中旬～12月	「一般講義」 金
JPTEC 救急の心構え、急性腹症、小児救急概論～救急医としての心得～、IHDの臨床、COPDの臨床、など	
1月～3月	「基本手技のおさらい」「一般講義」 水金

催できるスタッフが揃っており院内で講習を受けることが可能である。また、その他表6に示すように、院内で学べる環境の充実に努めている。ランチョンセミナーは「基本手技」と「一般講義」の2部構成となっている (表7)。特に基本手技編では、各種基本手技を入職時に行い、臨床経験を積んだ1年目の後半でおさらいのレクチャーを受ける。さらに2年目には新1年目に対するレクチャーの講師となるため知識と手技が確実に身につく。ともすれば自己流となりやすい基本手技は研修教育を通じて病院全体での統一化・標準化につながり、ひいては医療安全の礎となっていく。

臨床研究会では、研修医が各々

年間1題、2年間で2題を担当する。テーマは興味深い症例から関連病態のまとめなどに広がりを持たせて発表している。中堅医師が指導する体制となっており、統計解析も含めたまとめを行うことで、統計学的手法を身につけると共にプレゼンテーション能力も身につけることが可能である (表8)。この経験を全国大会レベルの学術集会や学術誌への発表につなげることも多い。実地臨床能力とアカデミック能力の両者を会得することを目標としている。CPCでも1例は担当症例を持って発表する機会がある。

担当指導医は、2年間を通じての指導医・上級医が各1名ずつと、各科ローテーション時には各科指導医

(表8) 臨床研究会・CPC

<p>「臨床研究会・CPC」 第2・4水曜日 午後5時30分～ 研修医は、年間ひとり1題担当します。</p>
<p>血痰・咯血の検討 当院におけるてんかんの治療検討 CPC 原発素不明腺癌の一例</p>
<p>ドクターカーの現状 CPC 溺水後ARDSをきたし、ICUで全身管理を行なったが死亡した一例</p>
<p>当院における胃癌の検討／致死的不整脈に対する塩酸アミオダロンの使用 CPC 腹部巨大腫瘍でGISTが疑われた一例</p>
<p>アナフィラキシーとアレルギー性皮膚疹／当院におけるIgA腎症についての検討 CPC 間質性肺炎の一例</p>

(表9) 学術支援ツール

研修医室・外来・病棟でも利用できます。	
<ul style="list-style-type: none"> • UpToDate • Science Direct • MD Consult • Cochrane Library • Medical Finder 	<ul style="list-style-type: none"> • メディカルオンライン • JDream • 医中誌Web • Annual Review Online • 今日の診療Web版

1名が担当する。各科指導医は、各科での到達目標に達しているかどうかを研修終了時に評価し、2年間を通じての担当指導医は、半年毎に到達目標の達成状態を面談の上で評価・指導している。2年修了時には、研修管理委員長、副委員長、active core 委員長、副委員長全員による個別面談を行い、研修システムに対する研修医からの feedback を得て、改善・修正に努めている。

また、一般診療と学術研究用の支援ツールも充実しており、表9に示すサービスを病院契約しており、院内各部署から閲覧可能となっている。

その他、医局行事として研修医の歓迎会や送別会は、創意工夫ある余興が名物になっており毎年盛大に行われている(図2)。課外活動もさかんで、例えば陶芸クラブにも多くの研修医が参加して地元瀬戸市の伝統工芸に触れる機会もある。

研修医の各種委員会への参加

研修医は、研修管理委員会をはじめとして、active core 委員会、医療安全委員会、感染防止対策委



(図2) 研修医歓迎会・囲む会

員会、救急委員会、等の委員会に参加している。各種委員会への参加は、医療に関連する幅広い知識の習得という教育的な目的に加え、各種情報の共有、研修医からの意見の吸い上げが行えるという有用性もあり、何よりも研修医自身が医療チームの一員であるという自覚を形成するきっかけにもつながる。

研修プログラム

2年研修で、1年目は内科6ヵ月、外科系3ヵ月、救急部1ヵ月、麻酔科1ヵ月、小児科1ヵ月をローテート研修し、2年目は地域医療1ヵ月、ICU2ヵ月、産婦人科1ヵ月、小児科1ヵ月、精神科1ヵ月、選択科目6ヵ月をロー

テート研修する。選択科目の組み合わせ等は研修医の希望を優先し、具体的な割り振りについては、原則として研修医同士で調整してもらう。その結果完成したローテート希望表を各担当科が承認する形式をとっているため、研修医個々の希望と研修科人数のバランスが取れたローテートの作成が可能となっている。

平成23年度からは、研修医向けに医療安全に関する研修会を開催している。インシデント発症時の対処法、およびヒヤリハットレポートやインシデントレポート作成の意味やその具体的な方法を学んでもらい、医療安全に対する認識を深めることができるよう教育の機会を設けている。

東海地域での取り組み

当院は、東海若手医師キャリア支援プログラムに参加しており、東海地区全域からも後期研修希望者を受け入れる体制を整えつつある。本プログラムでは、東海地域の全ての大学病院が連携をして、全ての診療科・専門分野において関連病院と協力しながら専門医になるためのキャリアを形成する道程（コース）を一堂に集めて公開し可視化している。各大学にはキャリア形成支援センターが設置され、専任の職員がキャリア形成の支援にあたり、後期研修、専門研修の情報提供を行い、地域ぐるみで若手医師育成に努めている。

今後の課題

2011年12月にNPO法人卒後臨床研修評価機構の認定制度を受審し4年間の認定を受けた際、現状では達成困難な要求がかなり含ま

れていると感じた。しかしながら、視点を変えれば目標とすべき基準を示されたと捉えることも出来る。重点目標を定め改善の歩みを止めることなく到達目標に向かいたいと思う。

研修医獲得に次いで重要なのが、初期研修から後期研修に移行する医師をいかに獲得するかである。このためには、初期研修における屋根瓦方式での教育体制を堅持しつつも、各専門科のactivityを高めることが重要である。また、後期研修医のモチベーションに合わせた個別性のある研修への対応も重要であると認識している。当院の年間学会発表数は平成23年度で376題であるが、忙しい日常臨床の合間をぬっての学会活動となっているのが現状である。現場の医師が疲弊せず、実地臨床と臨床研究の両立が可能となるような研修教育体制、事務処理体制、研究支援体制をいかに整備してい

くかについては日々模索中である。

おわりに

患者から、医師から、医療関係者から、そして大学からも「信頼され、期待され、必要とされる病院」を目指すことが必要であると考える。職員が自分の職場でやり甲斐を感じている病院、医療者が高いモチベーションを持ち続けている病院、そういった病院は見学者の目から見ても魅力的に映るにちがいない。見学者にとって研修医や上級医の姿というのは数年後のまさに自分の姿なのである。小手先の体制作りではなく、研修医のみならず、職員全体の自己実現を可能とする環境整備に努めるというビジョンの基に、魅力ある病院運営を目指したいと考えている。

特集

臨床研修センターと救命救急センターの連携で 臨床研修医を確保する

八戸市立市民病院 臨床研修センター
今 明秀、田端健太郎
病院管理者
三浦 一章

目的

研修医は、都市部に集中していると言われていたが¹⁾、地方でも特色を出すことにより研修医獲得を目指す。

方法

平成16年から平成23年までに、八戸市立市民病院の研修医確保数、募集プログラム数、採用試験倍率、マッチングの中間報告結果、学生見学数、採用研修医の出身地域、研修医から後期研修への移行状況を調査した。研修医確保に苦戦した時にとった対策について考察する。

結果

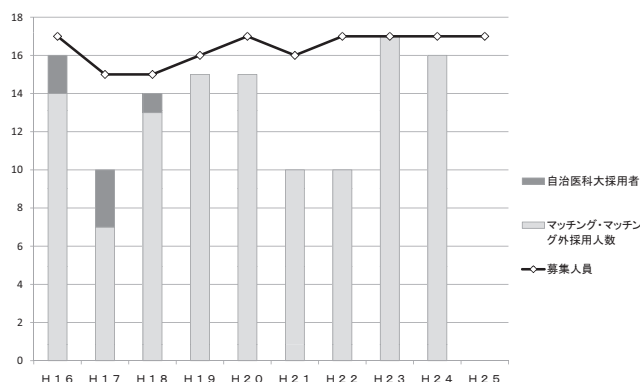
1. 八戸市立市民病院の研修医採用数 (図1)

毎年、募集数を上回る受験者数があるが、マッチングの結果、採用者は定員割となる年もあった。15名以上採用できたのは、16,19,20,23,24年度。17,21,22年度は落ち込んだ。特に21,22年度は連続不人気で、緊急対策をとることになった。自治医大卒業生はマッチング外採用であるが、19年度より青森県庁の方針変更により同卒業生の研修指定病院より外された。

2. 募集プログラム (表1)

募集プログラムは、16年度から内科、外科、小児科の3プログラムに分けて募集した。学生時代から専門診療科を決めている学生を主なターゲットにした。他施設では、一施設一プログラム募集が多く、それらと差別化を考えた。新臨床研修制度黎明期に行なった工夫である。

翌年17年度は定員割れた。これを受けて、プログラムの修正を検討した。18年度から救急プログラムを追加した。翌年合計募集人数は15→16名とした。テレビドラマや映画では国民に存在感を示していた「救命救急」であったが、救急プログラムは全国的に珍しく、全国の学生から注目されることを期待した。このあとの数年間



(図1) 研修医採用数年次推移
マッチング外採用：平成20年度1名。22年度2名。24年度は1名。

採用年度	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
プログラム	内科、外科、小児科	内科、外科、小児科	内科、外科、小児科、救急	内科、外科、小児科、救急	内科、外科、小児科、救急、産婦	内科、外科、小児科、救急、産婦	内科、外科、小児科、救急、産婦	臨床研修(15)産婦(2)	臨床研修(15)産婦(2)	臨床研修(15)産婦(2)
募集人員	17	15	15	16	17	16	17	17	17	17

(表1) 募集プログラム
学生のニーズと社会のニーズを考え、プログラムを変更してきた。

はこの戦略が大当たりした。

産科医師不足解消に向けて、手をこまねいて見ているわけにはいかなかった。出来ることから開始した。20年度産婦人科プログラムを増設し、産科医師志望の学生を取り込むことにした。最初から産婦人科志望の研修医を確保することは苦戦が予想されたが、地域の基幹病院の使命を果たすために挑んだ。研修医フルマッチが有名研修病院の姿のようにとらわれていたが²⁾、欠員覚悟で、産婦人科コースを増設した。現在では、研修医定員20名以上の施設には、産婦人科と小児科プログラムの併設が義務付けられているが³⁾、当施設で、それ以前から自主的に取り組みを開始している。

臨床研修制度が軌道に乗り、卒業生が出ると、学生時代に専門診療科を決めなくてもいい風潮になった。5つの診療科プログラムに分けて募集する方法は学生に敬遠されてきた。また人気の救急プログラムだけが高倍率で、他のプログラムが定員割れした。23年度からその対策として、募集コースを分けずに一プログラムとした。

ただし、産婦人科コースは、依然として我が国の産婦人科医師不足の危機的状況が変わらないので、2名募集で残すことにした。

3. 募集プログラム別倍率(図2)

受験者数÷募集人数で倍率を計算した。受験者数の中には、他施設を第一志望にしている学生も含まれるため、倍率が1.0以上でも定員割れすることがある。内科プ

ログラムの倍率が年々減少した。救急プログラムが18年度から開始になり、20、21年度は高倍率となった。

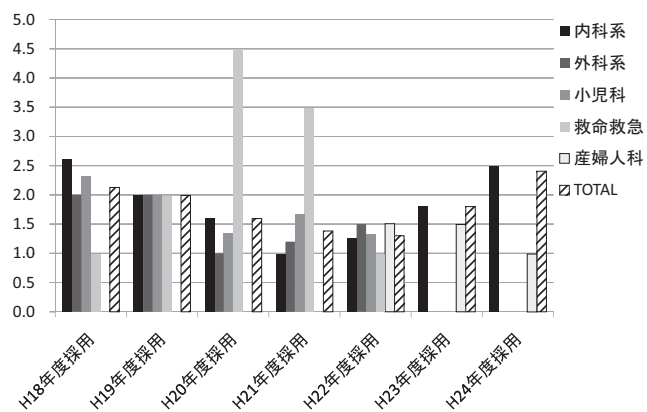
22年度採用の研修医の倍率が落ち込んだ原因を臨床研修センターで検討し、対策をねった。彼らが施設見学に訪れた1年前の21年は、ちょうど青森県ドクターヘリ開始の準備時期と重なる。

23年度から始まった臨床研修プ

ログラム15人の倍率は、それまでの内科・外科・小児科プログラムの倍率を上回った。産婦人科プログラムは、2名募集に1～3名の受験があるが、他施設と併願者が多かった。

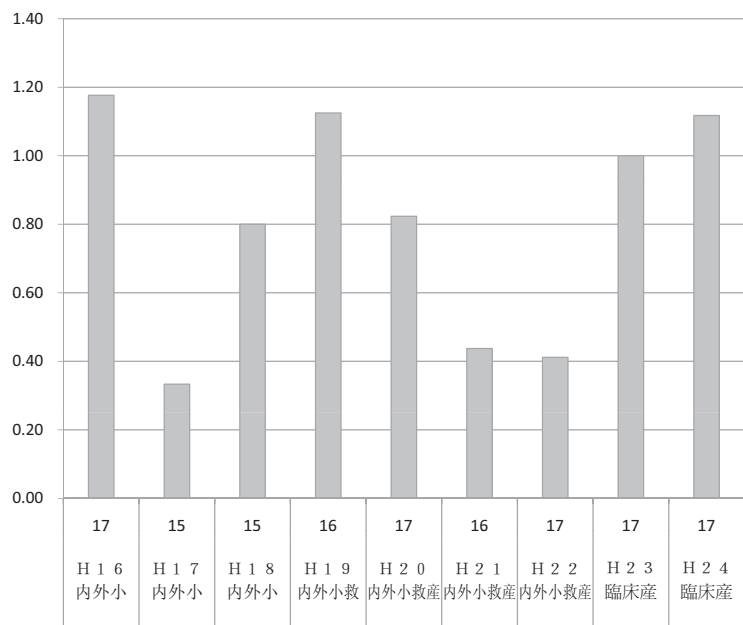
4. マッチングの中間報告結果(図3)

先に述べた倍率は、真の人気度を示さない。第一志望者を把握で



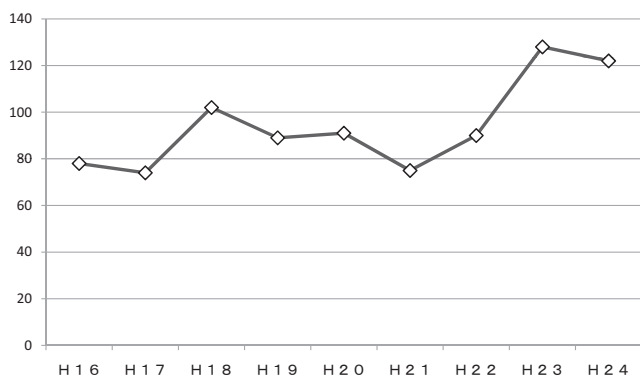
(図2) 募集プログラム別倍率

23年度から臨床研修プログラムで一括募集に切り替えた。23年度からの臨床研修プログラムはそれ以前の内科と同じ色で示す。



(図3) 中間発表から見た人気度

中間発表人数÷募集人員を年度別に示した。下段は、募集人数、採用年度、募集プログラム。内：内科、外：外科、小：小児科、救：救急、産：産婦人科、



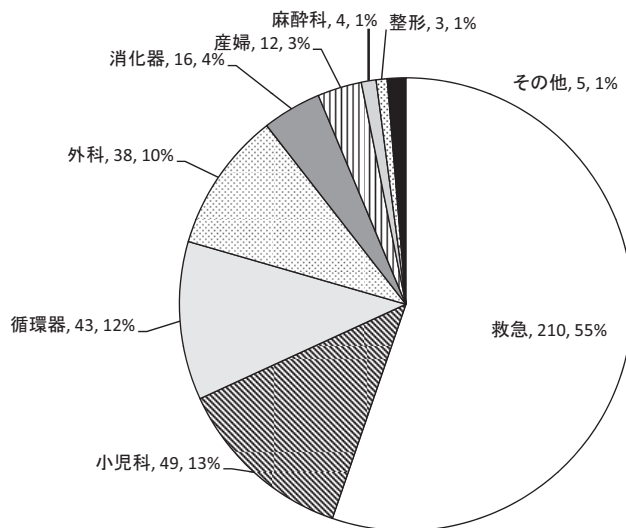
(図4) 採用年度別見学学生のべ人数
平成24年度採用に相当する学生は、22年、23年に見学に来ている。それらは24年度に集計される。

きていないからだ。臨床研修機構が9月に発表する、マッチングの中間報告では、その時点での第一志望者数が発表される。中間報告の第一志望者数は、そのまま図1の採用研修医数とほぼ相関する。

5. 学生見学数

図4に採用年度別見学学生のべ人数を示す。16,17年に見学に来た18年採用予定の学生は102名。その後減少し、21年採用学年の学生見学は最低値の75名になった。その後徐々に増え、平成23年度採用学年の見学学生は128名まで増えた。

平成23年度の学生128人は延380日各診療科を見学していた。診療科毎の日中に受けた学生見学延日数を図5に示す。見学者の55%は、救命救急センター見学で210日間見学を受けていた。小児科49日、循環器43日、外科38日と続く。一泊二日以上で見学に来る学生は全員夜間ERを見学している。夜間ER見学を含めると、ほぼ全員救命救急センターを見学している。



(図5) 診療科別学生見学を受けた日数 n=380日
H23年度中に施設見学を受けた診療科の延日数。病院実習を含む。実学生数128人。

	H19	H20	H21	H22	H23	H24
当院採用者数計(人)	15	15	10	10	17	16
弘前大学卒業	青森県出身者	3	0	0	0	2
	他県出身者	0	4	1	1	0
他大学卒業	青森県出身者	9	5	2	2	4
	他県出身者	3	6	7	7	10

(表2) 出身校別研修医採用者
他大学、他県出身者が多い。

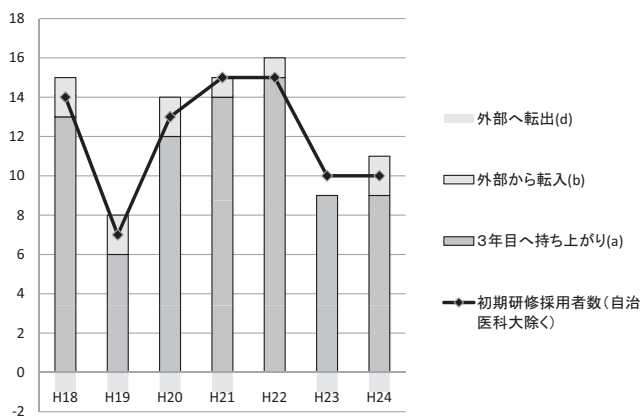


(図6) 平成16~平成23年度在籍研修医出身大学分布

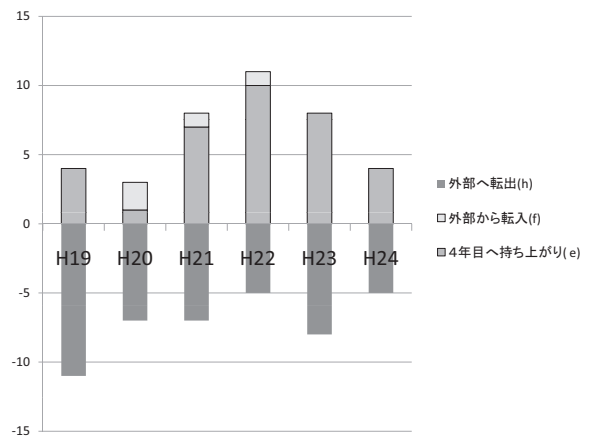
6. 採用研修医の出身地域(表2)

県内高校出身かつ県内大学卒業生から採用された研修医は、20~23年度連続ゼロだった。当施設では出身地、出身校にとらわれずに研修医を採用している。青森

県や東北地方だけでなく、全国から研修医が集まっている(図6)。青森県が地元大学卒業生の県内定着を研修医確保の重点目標にしているが、当施設の方針はそこにはない。限りある地元大卒業生の勧



(図7) 研修医から後期研修への移行状況
2年目→3年目研修医在籍状況



(図8) 研修医から後期研修への移行状況
3年目→4年目医師在籍状況

誘競争に加わることはしていない。

7. 研修医から後期研修への移行状況 (図7, 8)

3年制の臨床研修であるが、2年終了時に修了証を出している。2年終了時に転出する研修医は一学年に1～2名いる。平均93%はとどまり3年目研修を受けている。3年目研修医を卒業し、4年目に残る医師は平均36%で、診療科により差が出る。4年目医師の後期研修を実行できているのは、外科、救命救急センター、小児科、消化器内科、麻酔科である。特に、外科では、3年目から4年目の在籍率が高い。

考察

16年度の新臨床研修制度開始時は、地元医大と青森県出身者で研修医を集めることができたが、翌年17年度には、研修医獲得数は落ち込んだ。その後、研修医の人気を回復させるために行ってきた様々な対策を述べる。

臨床研修センター

● 臨床研修センター設立

落ち込んだ研修医の人気を回復させた最大の戦略は、臨床研修センターの設立と考える。病院管理者が臨床研修評価機構の指針に従い導入したシステムである⁴⁾。八戸市立市民病院臨床研修センターは18年11月に設立され、臨床研修事務に特化した職員を配置している。見学学生、実習学生や、在籍研修医に様々な角度から介入する。臨床研修センターの構成員は4名で副院長兼臨床研修センター所長、医長、事務、臨時職員から成る。

当施設では臨床研修センター所長と臨床研修管理委員長は兼務し、決定権と遂行権を兼ね備えている。臨床研修センターのスタッフは一日に十数回、内線電話で連絡を取り合い、さらに数回顔を合わせてアイデアを出し合い、問題の即時解決と決断、そして行動に移す。自画自賛するならリーダーシップだが、独裁者的な欠点も否めない。この方法は医師不足で危機的状況の東北地方において

は^{5,6)}、混乱期を乗り越える有力な方法と考える。

● 臨床研修推進委員会設立

臨床研修センター所長兼臨床研修管理委員長の即時行動は、大事な問題を解決できた。しかし、細かい問題には対応できないこともあった。臨床研修センター所長兼臨床研修管理委員長は救命救急センター所長も兼務している。残りの臨床研修センター職員も、他の部門と兼務である。20,21年度は、青森県ドクターヘリの立ち上げのため、救命救急センター所長の業務はピークを迎えていた。そのため臨床研修センター所長としての働きが不十分となった。学生の施設見学時に十分な対応ができていなかった。研修医採用数が落ち込んだ一因である。

臨床研修センター所長の負担を減らすために、臨床研修管理委員会の下部組織として、平成21年度より診療局長が中心となり臨床研修推進委員会が立ち上がった。臨床研修管理委員会では審議しきれないきめ細かい事項について検討を行っている。臨床研修推進委員

会は、指導医、コメディカル、事務、研修医（オブザーバー）の計30名ほどで、各小委員会に分かれて活動している。臨床研修センター所長のリーダーシップと、多職種の多数の委員が臨床研修に関する問題について意識を共有し解決していく診療局長が中心の臨床研修推進委員会の体制が併存している。

広報

●ブランド化による研修医の獲得
当施設では10年以上前から充実した外科研修を実施してきた。その広報はほとんどされていなかったが、地元や東北地方の大学からクチコミで研修医が集まっていた。新臨床研修制度が始まった16年度だけは、その延長で研修医を集めることができたが、翌年からは苦戦した。先駆的な救命救急を新たに臨床研修の中心に据え募集範囲を全国に拡大し広報を開始した。八戸市立市民病院とえば、「救急」というような、いわゆるブランド化を促進し、病院ホームページやブログ（劇的救命.jp）、募集要項やポスターのレイアウトなどで注目を集めるよう広報に工夫した。救急講習会を院内で多数開催し、院内外の研修医から受講生を公募し、全国の医学生に向け「劇的救命」を宣伝した。

●救急ブランド化の努力

ブランド化には「先駆者」としての商品が必要である。「劇的救命」とは予測救命率が低い外傷患者を救命する unexpected survivors の邦訳である。これを診療の質の検討に使う。「サンダー

バード作戦」とは、空からドクターヘリ、陸からドクターカーを同時出動させる事。八戸市立市民病院救命救急センターが行っているこの二つの取り組み（商品）は我が国において先駆的である。ブランドになるには「頂点」である実績が必要である。平成21年度病院機能評価の救急医療機能分野で4項目中3項目に評点5の国内最高点を獲得した。そして、「先駆者」としての商品と「頂点」の実績を広報する。効果的な広報は、学生と研修医が見ることが多い商業雑誌に論文を載せること、インターネットに学生をターゲットにしたメッセージを載せることであり、これらの努力を惜しまず活動した。掲載した論文は19年45, 20年37, 21年22, 22年49, 23年20編となった。

救急ブランドを看板にして全国の学生対象の臨床研修イベントに積極的に参加し、病院見学母集団を広げることに成功した。ブランド化の取り組みの指標を見学者数に置いている。ブランド化は進んでいる。

●東京駅八重洲口から3時間

研修医対象の大規模講習会や研究会は東京で開催されることが多い。八戸—東京は新幹線で3時間の距離。東京から西に3時間向かうと神戸がある。神戸のことを田舎という人はいない。たしかに、国民から見ると青森県八戸市は田舎だが、研修医の学習環境では田舎ではない。八重洲口から3時間で到達できる距離が八戸である。東北新幹線という時速300kmの新型車両が走る恩恵は大きい。早

朝、東京駅を出発すれば、朝の救命救急センター回診に間に合う。

八戸ではカッコいい都市生活はできない。八戸市でも映画館や、スターバックスの近くに住むこともできるが、研修医は帰宅する時間が遅いため、八戸市で可能なほんのわずかなアーバン生活も楽しむことはできない。このような事実を学生に説明することにより、田舎生活のマイナス面を払拭できる。

学生対応

●見学に来やすい雰囲気づくり

学生が施設見学の申し込みをしやすいうように、病院ホームページを工夫した。これにより簡単に必要な情報を伝達でき、見学・実習で当施設に来ている学生数が科ごとに確認できる。遠隔地のため多くの学生は病院内に宿泊する。前泊・後泊も可能、土日見学も可能など学生の要望に柔軟に対応している。青森県内の施設の半数は見学学生に交通費を支給しているが、当施設の見学学生は年間100人を超え、高額となるため支給はできていない。その代わりに宿泊する学生には食事を提供している。また在籍している研修医が、学生を外へ連れ出し、夜の八戸を案内することも多い。臨床研修イベントの病院説明会には、在籍中の研修医が参加する。その際、研修医にオリジナル名刺を持たせ、研修医の病院所属感と一体感を高め、学生対応のモチベーションを上げ、より学生に好印象づけるよう工夫した。

●臨床研修センター所長と面談は

1時間

学生見学はほぼ毎日ある。初日朝のオリエンテーションは臨床研修センター事務担当が行っている。おおよそ隔日で学生の対応を臨床研修センター所長が行なっている。1回の面談は1時間位で、説明の内容は、自分も院長も研修医を経験したこと、三年制、スーパーローテート、多い研修医数、救急が充実、プライマリケア、各種実技講習会、4年目進路などを詳しく説明している。十分な時間をとって話をしているので、学生の評判がいい。

研修内容の充実

●医療の原点は救急医療にあり

専門医思考の日本の医療界にあっても、院長は職員を集めた集会で事ある毎に基本診療の大事さを強調してきた。その言葉は「医療の原点は救急医療に有り」に集約される。救急医療を大事にするブレない姿勢は、指導医、研修医だけでなく、多職種に浸透している。

●プライマリケア

最初に患者に接触し、問診、身体所見、簡単な bedside で出来る検査、鑑別診断、治療、これらを実行することをプライマリケアと呼ぶ。当施設では臨床研修医の目標をプライマリケアのマスターに置いている。研修医が、このプライマリケアを修練出来る場所とタイミングは唯一救急外来にある。救急外来は紹介状なし患者がほとんどで病歴聴取、身体所見が重要となる。ここでは、研修医が診療に参加できるチャンスが非常に多

い。救急外来での教育体制を強化することが、良質の臨床研修に近づく。

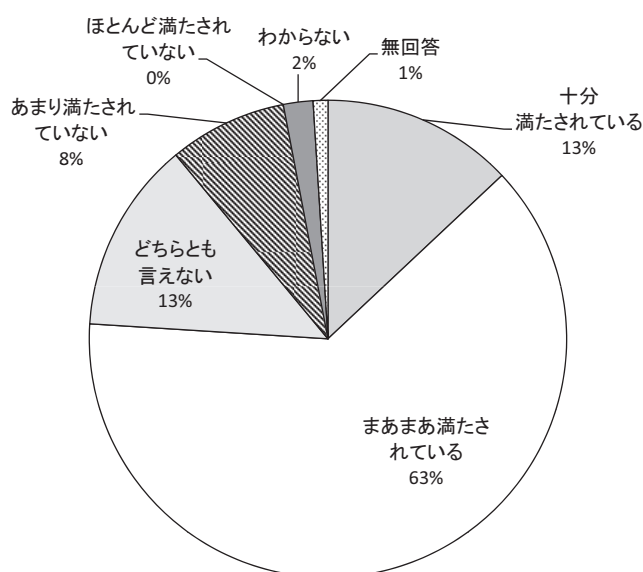
●救急部門が充実（救急3ヶ月、麻酔科3ヶ月、当直月4回+各科対応救急呼び出しは頻回）

救急外来には24時間いつでも救急専従医師が2名以上、専従看護師が5名配属されている。23年度救急外来患者数22,550人（救急車受入5,299名）。数自体は、スーパーERと言われる都会の救急病院に比べると見劣りするが、その診療に参加する一人の研修医にとって、有り余る症例数である。都会のERでは、対象人口が多すぎて、殺到する一次救急患者に疲弊する。25万都市の八戸市では、その心配はない。しかし、地方都市では、百万都市に比べて、三次救急患者が少ないはずである。当施設では、23年度ドクターカー出動は1027件/年、ドクターヘリ出

動は347件/年で、これらにより重症患者を集約することに成功し、人口規模より多くの三次救急患者を収容している。研修医は一次救急の患者だけではなく二次、三次救急患者の診療にも充分に参加できるので、救急外来の満足度は高い。また、モチベーションの高い研修医と救急医が診療する救急外来は、市民からも信頼を得ている（図9）。

●患者—指導—教科書—患者のサイクル

「患者は教科書」という言葉がある。この言葉は熟練した医師にはよく当てはまるが、発展途上の研修医は「救急外来で患者だけを見て朝を迎える—翌日通常勤務—夜寝る」では、進歩がない。そこでは、タイミングよく指導医からのフィードバックが必要である。外科手術室では外科医が指導するように、救急外来では、救急医が指



（図9）八戸市消防救急体制の充実度
第5次八戸市総合計画で平成23年9月八戸市有識者に対して調査。
充分満たされている、まあまあ満たされている、を合わせると76%が満たされている。ほとんど満たされていないは0%。

導するのが望ましい。当院では救急専従医が16名在籍しているので、行き届いた指導が可能である。

1年目の研修医は知識、経験、技術とも未熟である。朝まで働いた救急当直の研修医はいつ教科書を開くのであろうか。当施設では、1年目研修医の救急当直は、夜11時で終了している。それ以降は帰宅し、教科書を見る。1週間後の当直の時には、「患者+指導+教科書」が「経験」となっているはずだ。

● Off the job training

16年より Objective Structured Clinical Examination (以下 OSCE) を取り入れた外傷初期診療講習会 (primary-care trauma life support; PTLIS) を研修医対象に開催してきた。近年、様々な団体が Off the job training を開発している。日本救急医学会の心肺蘇生 (ICLS) と病院前外傷救護 (JPTEC)、日本集団災害医学会の Mass Casualty Life Support (MCLS)、米国家庭医療学会の産科救急 Advanced & Basic Life Support in Obstetrics (ALSO&BLSO)、飯塚病院で開発された救急初療コース Triage&action、米国麻酔学会の Difficult Airway Guidelines、これらをそのままあるいは、一部加工して当施設で開催している。また、オリジナル講習会として一次救命、気管挿管、中心静脈穿刺、被爆医療がある。月に一度は講習会を開催している。

大学教育で OSCE に慣れた研修医にとって、これらの講習会は当たり前のことで、古い医学教育

を受けた指導医は考えを改める必要がある。また指導医は成人学習法を学ばなければならない。今後多くの講習会を開発したい。

● 本を買って読め

八戸には大学病院や都会と違い、医学書を扱う書店が近くにない。通常、手にとってページを開いて吟味して購入することが多い医学書であるが、当院では不可能。研修医はインターネットで表紙だけを見て買うことになる。時には、予想外の内容で失望することがある。このように無駄になる図書購入があるのだが、それも、給料が高ければ心配ない。無駄な投資になることを恐れずに、どんどんインターネットで医学書を買うことを勧めている。

プログラムの特徴

● プログラムの特徴⇒スーパーローテート

著者は、約30年前に、院長は約40年前に、ともにスーパーローテートの研修を経験した。新臨床研修制度が始まった平成16年には、スーパーローテートの研修プログラムが必修であったはずである。しかし、その意義を理解していない多くの先輩医療人の決断で、内科、救急、地域医療のみが必修となる研修プログラムに22年度から変更になった。多くの施設では、残った研修期間を自由度の高い研修と称して、自由選択期間にしている。極端な例は、2年目研修期間のほとんどを、一つの診療科に希望することができる。高い到達度の専門医療を求め過ぎて、医療の基本を習得しない医師

が我が国で増えたために起こっている弊害を忘れてはいけない。当院では、すべての研修医に、外科、小児科、産婦人科、麻酔科、精神科を必修としている。そのせいで大学卒業時に考えていた診療科と2年目終了時に希望する診療科は約半数の研修医で一致しない。2年目終了時に国内で医師不足と言われる、外科、産婦人科、小児科、救急、麻酔科⁵⁾を希望する研修医が当院では数多く存在する。

● プログラムの特徴⇒3年制

スーパーローテートすると、2年間に自由選択期間が少ない。例えば、他施設では、2年間の研修期間中に一つの診療科を希望すれば最大当該科を14ヶ月修練可能である。当院では、それを補うために、研修期間を3年にしている。2年目の一部と3年目を自由選択と捉える。3年目には、希望する専門診療科で研修する。院内では3年目までを研修医と呼んでいる。

研修医室には、1～3年目の研修医が同居している。多くの施設では、1、2年目だけで研修医集団を形成しているのとは違い、3年目までが揃っているため、そこでは屋根瓦方式の相互学習が可能となる。3年目は愛情をもって1年目を指導する。3年目は下級生に指導するのと引換に、様々な仕事を下級生に肩代わりしてもらうこともある。40名を超える研修医が、切磋琢磨する姿は美しい。

● 通信簿

研修医→指導医・診療科の評価と指導医・病院職員→研修医の評価を行っている。後者は通信簿と

して、学年末に臨床研修管理委員長から研修医に手渡している。様々な講習会や勉強会の出席率が、研修医ごとにバラつきがあるのが臨床研修センターの悩みであったが、通信簿にそれらの出席状況を記載し、総合評価に加味することで、出席率が上がることを期待している。

まとめ

研修医を15名以上採用できたのは、平成16, 19, 20, 23, 24年度。16年度から内科、外科、小児科の3プログラムに分けて募集した。17年度は定員割れし、プログラムの修正を検討し、18年度から救急プログラムを中心に据えた。21, 22年度は連続10名と不人気で、緊急対策をとることになった。23年度から募集プログラムを分けずに一コースとした。

学生見学者数は、18, 21年度に75名まで減ったが、工夫の結果100名を超え、23年度は128名まで

増えた。学生はER含めた救命救急センターをほぼ全員見学している。

救命救急のブランド化に成功し、研修医募集の広報が容易になった。青森県や東北地方だけでなく、全国から研修医が集まっている。

研修医から後期研修への移行状況は、研修3年制を敷いているので、3年目には96%、4年目まで残るのは36%であった。

研修医確保の成功は臨床研修センターと救命救急センターの連携に負うところが大きい。臨床研修管理委員会の業務を多職種で構成する臨床研修推進委員会が手助けしている。

(文献)

1) 北海道医療対策協議会：医師確保のための提言平成24年2月。
http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/24ishikakuho_

[teigen.pdf](#)

- 2) 病院情報局：2011年度初期臨床研修人気病院ランキング（一般病院編）。<http://hospia.jp/wp/archives/2912/>
- 3) 厚生労働省医政局：医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818a.html>
- 4) NPO 法人卒後臨床研修評価機構：自己評価調査票 October 2011 http://www.jce-pct.jp/standard_october2011.pdf
- 5) 厚生労働省医政局：平成22年（2010年）医師・歯科医師・薬剤師調査の概況 http://www.mhlw.go.jp/toukei/sai-kin/hw/ishi/10/dl/kekka_1.pdf
- 6) 金村 政輝：医師不足と地域医療の崩壊〈Vol.2〉現場からの「提言」医療再生へのビジョン。日本医療企画.2008年

2013/6/27



東京医科歯科大学医学部附属病院長
田中雄二郎

1

内容

- 今日の立場
 - 都会の大学の臨床研修プログラム責任者
- お伝えしたいこと
 - 医師派遣は県（所在地の自治体）を越えている
 - 大学と一般病院の協調が重要である
 - 政策的な誘導が必要である

本学卒業研修プログラム（H23年度一）

	プログラムⅠ（定員55名）	プログラムⅡ（定員60名）												
1年目	<table border="1"> <tr> <td>内科 6ヶ月</td> <td>救急 2ヶ月</td> <td>外科 2ヶ月</td> <td>自由/ 麻酔 2ヶ月</td> </tr> </table> <p>大学</p>	内科 6ヶ月	救急 2ヶ月	外科 2ヶ月	自由/ 麻酔 2ヶ月	<table border="1"> <tr> <td>内科 6ヶ月</td> <td>救急 2ヶ月</td> <td>外科 2ヶ月</td> <td>自由/ 麻酔 2ヶ月</td> </tr> </table> <p>協力病院</p>	内科 6ヶ月	救急 2ヶ月	外科 2ヶ月	自由/ 麻酔 2ヶ月				
内科 6ヶ月	救急 2ヶ月	外科 2ヶ月	自由/ 麻酔 2ヶ月											
内科 6ヶ月	救急 2ヶ月	外科 2ヶ月	自由/ 麻酔 2ヶ月											
2年目	<table border="1"> <tr> <td>地域 1ヶ月</td> <td>産/小/精 1-2科/ 各1ヶ月</td> <td>自由選択9-10ヶ月</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>救急当番 1ヶ月相当以上</td> </tr> </table> <p>協力病院（含む大学）</p>	地域 1ヶ月	産/小/精 1-2科/ 各1ヶ月	自由選択9-10ヶ月			救急当番 1ヶ月相当以上	<table border="1"> <tr> <td>地域 1ヶ月</td> <td>産/小/精 1-2科/ 各1ヶ月</td> <td>自由選択9-10ヶ月</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>救急当番 1ヶ月相当以上</td> </tr> </table> <p>大学</p>	地域 1ヶ月	産/小/精 1-2科/ 各1ヶ月	自由選択9-10ヶ月			救急当番 1ヶ月相当以上
地域 1ヶ月	産/小/精 1-2科/ 各1ヶ月	自由選択9-10ヶ月												
		救急当番 1ヶ月相当以上												
地域 1ヶ月	産/小/精 1-2科/ 各1ヶ月	自由選択9-10ヶ月												
		救急当番 1ヶ月相当以上												

この他 小児科・産婦人科重点研修プログラム（定員4名）

3

協力病院での研修

たすきがけ病院(プログラムⅠ・Ⅱ)				
武蔵野赤十字病院 三楽病院 土浦協同病院 北信総合病院	青梅市立総合病院 日産厚生会玉川病院 JAとりで総合医療センター 友愛記念病院	都立墨東病院 豊島病院 草加市立病院 横浜市立みなと赤十字病院	同愛記念病院 横須賀共済病院 太田西ノ内病院	大森赤十字病院 平塚共済病院 ひたちなか総合病院
プログラムⅡのみ				
東芝病院 秀和総合病院	横浜南共済病院 三島社会保険病院	柏市立柏病院	川口工業総合病院	蓮田病院 中野総合病院 東京共済病院

青梅市立総合病院



都立墨東病院



武蔵野赤十字病院



東京共済病院



横須賀共済病院



横浜市立みなと赤十字病院

4

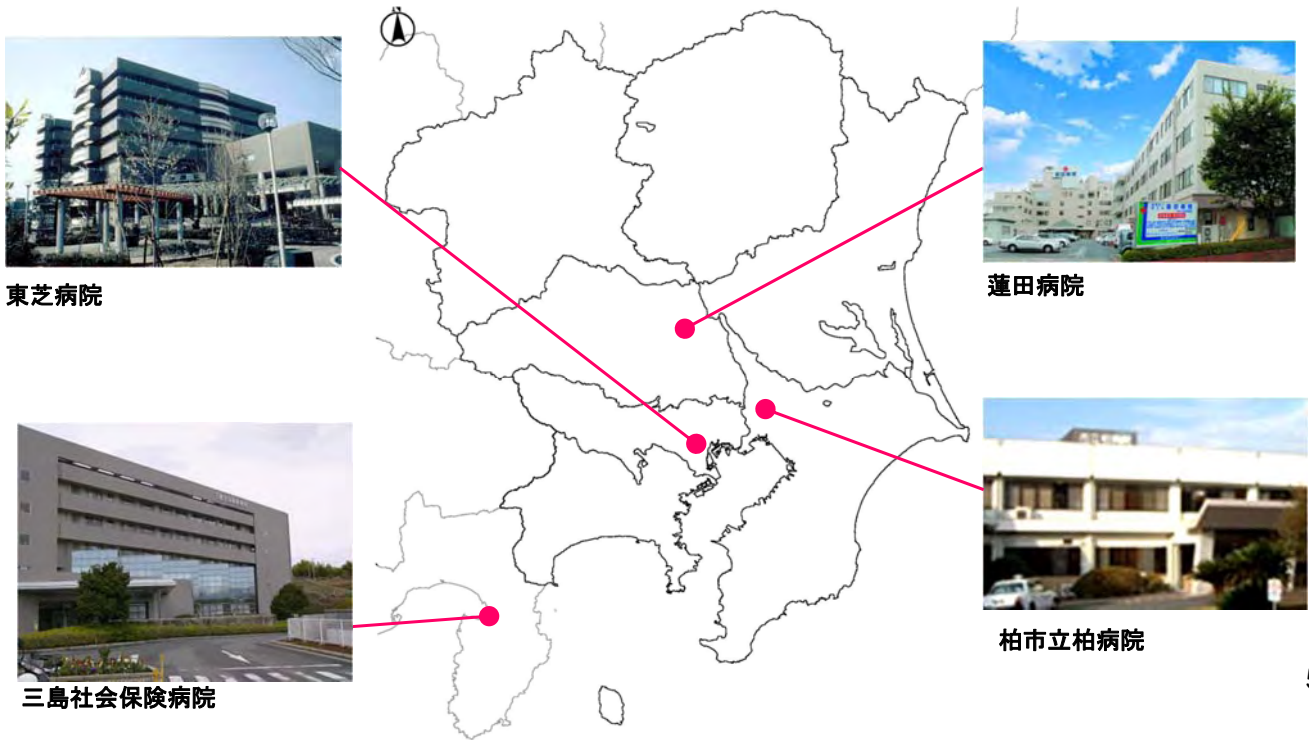
協力病院での研修（非基幹型病院も）

たすきがけ病院(プログラムI・II)

武蔵野赤十字病院 三楽病院 土浦協同病院 北信総合病院	青梅市立総合病院 日産厚生会玉川病院 JAとりで総合医療センター 友愛記念病院	都立墨東病院 豊島病院 草加市立病院 横浜市立みなと赤十字病院	同愛記念病院 横須賀共済病院 太田西ノ内病院	大森赤十字病院 平塚共済病院 ひたちなか総合病院
--------------------------------------	--	--	------------------------------	--------------------------------

プログラムIIのみ

東芝病院 秀和総合病院	横浜南共済病院 三島社会保険病院	柏市立柏病院	川口工業総合病院	蓮田病院	中野総合病院	東京共済病院
----------------	---------------------	--------	----------	------	--------	--------

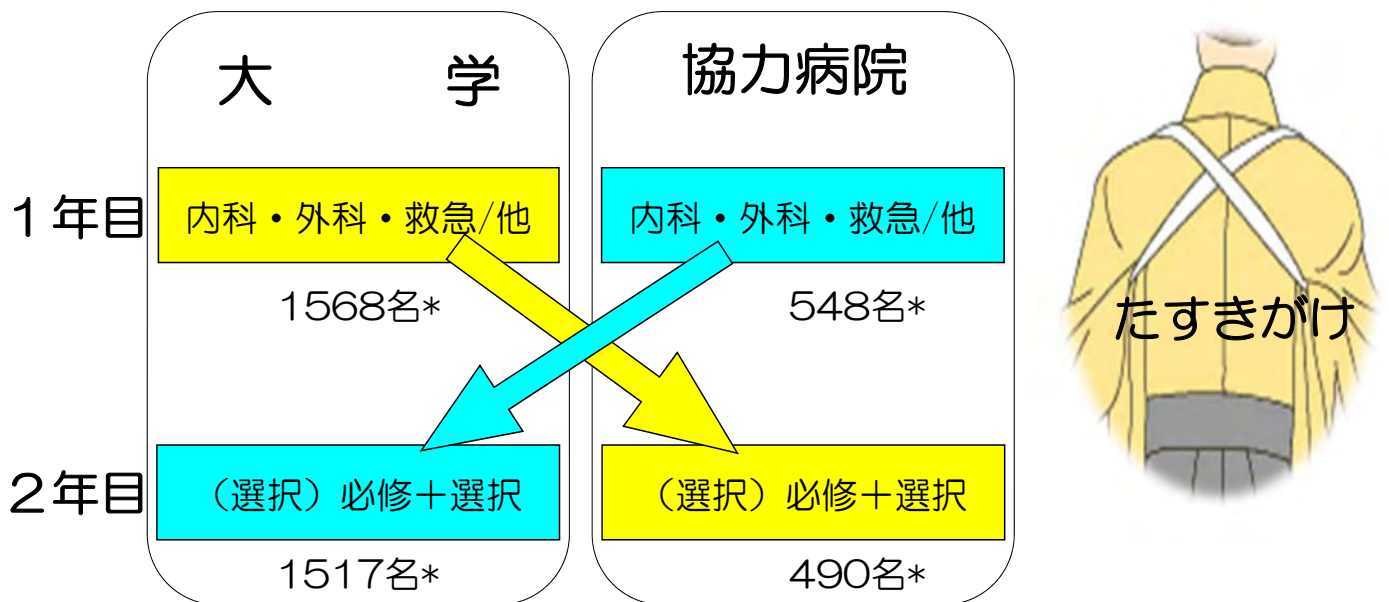


5

“たすきがけプログラム”とは



- 大学病院プログラムに特有の研修
- 特定機能病院と地域中核病院を1年ずつ経験できる
- マグネットホスピタル以外の地域病院にも研修の機会を設定できる



- H24年度国立大学附属病院プログラムに所属している研修医数
(協力病院研修医が少ないのは2年間大学プログラムもあるため)

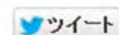
6

人気臨床研修プログラムの多くは“たすき掛け”

2012年9月28日 橋本佳子(m3.com編集長)

<http://www.m3.com/iryolshin/article/159450/>

▶この記事に対する医師のメッセージ数: 1件



1位は東
2012年、
として登録
大学が、2
床研修先

表1 医師臨床研修マッチングの大学病院(本院)ランキング
(医学部を持つ医科大学・医科大学、計79の本院分を集計。「1位希望人数」が多い順にランキング。同率
率」が高い順に掲載。2012年順位のカッコ内の矢印は2011年との比較)

順位	順位					病院名	定員 (A)	1位希望 人数(B)	充足率 (B/A)
	2012年	2011年	2010年	2009年	2008年				
1(↑)	2	1	1	1	1	東京医科歯科大学医学部附属病院	119	107	89.9%
2(↓)	1	2	2	2	2	東京大学医学部附属病院	132	85	64.4%
3(→)	3	4	5	8	8	東京女子医科大学病院	78	70	89.7%
4(↑)	9	6	9	3	3	京都大学医学部附属病院	54	69	127.8%
5(↑)	8	4	44	20	20	京都府立医科大学附属病院	64	66	103.1%
6(↑)	22	7	24	4	4	兵庫医科大学病院	62	58	93.5%
7(↑)	16	12	12	20	20	筑波大学附属病院	86	57	66.3%
8(↓)	6	9	5	20	20	東京慈恵会医科大学附属病院	51	55	107.8%

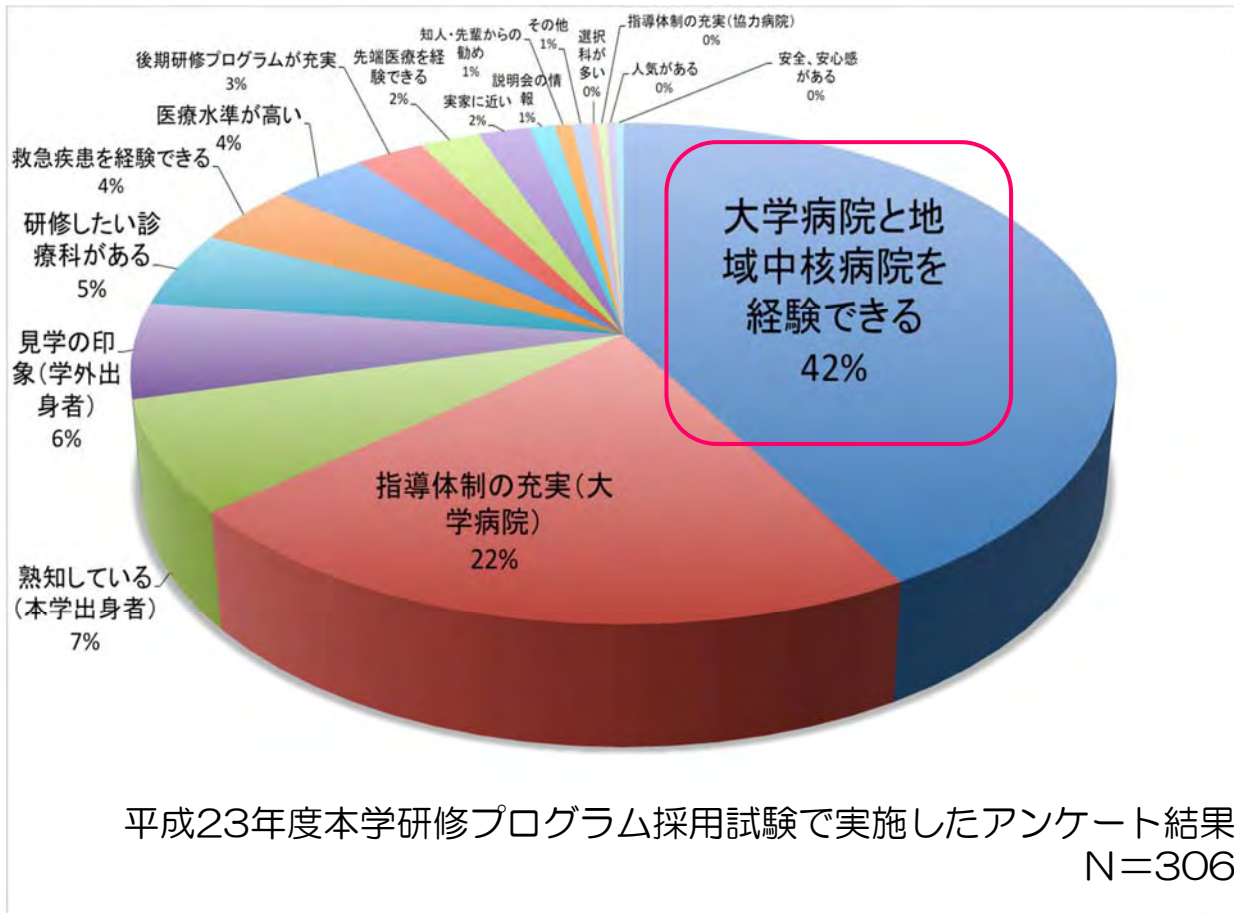
“たすきがけ”プログラムを主体とする国立大学

1年目研修医(24年)+2年目研修医(23年)

TMDU
東京医科歯科大学

大学名	自大学	協力病院	合計
東京医科歯科大学医学部附属病院	123	110	233
筑波大学附属病院	67	64	131
東京大学医学部附属病院	188	58	246
九州大学病院	89	56	145
北海道大学病院	37	53	90
富山大学附属病院	34	16	50
長崎大学病院	49	43	92
金沢大学附属病院	72	42	114
熊本大学医学部附属病院	62	42	104
大阪大学医学部附属病院	66	35	101
千葉大学医学部附属病院	32	33	65
山口大学医学部附属病院	21	31	52
宮崎大学医学部附属病院	37	28	65
信州大学医学部附属病院	43	24	67
大分大学医学部附属病院	38	24	62
鹿児島大学病院	36	19	55
香川大学医学部附属病院	46	16	62
秋田大学医学部附属病院	23	8	31

医科歯科大学プログラム 応募にあたって重視した事(1位)



未来の社会

高齢化
効率化

広い視野を持ち関連領域を理解した専門医が求められる



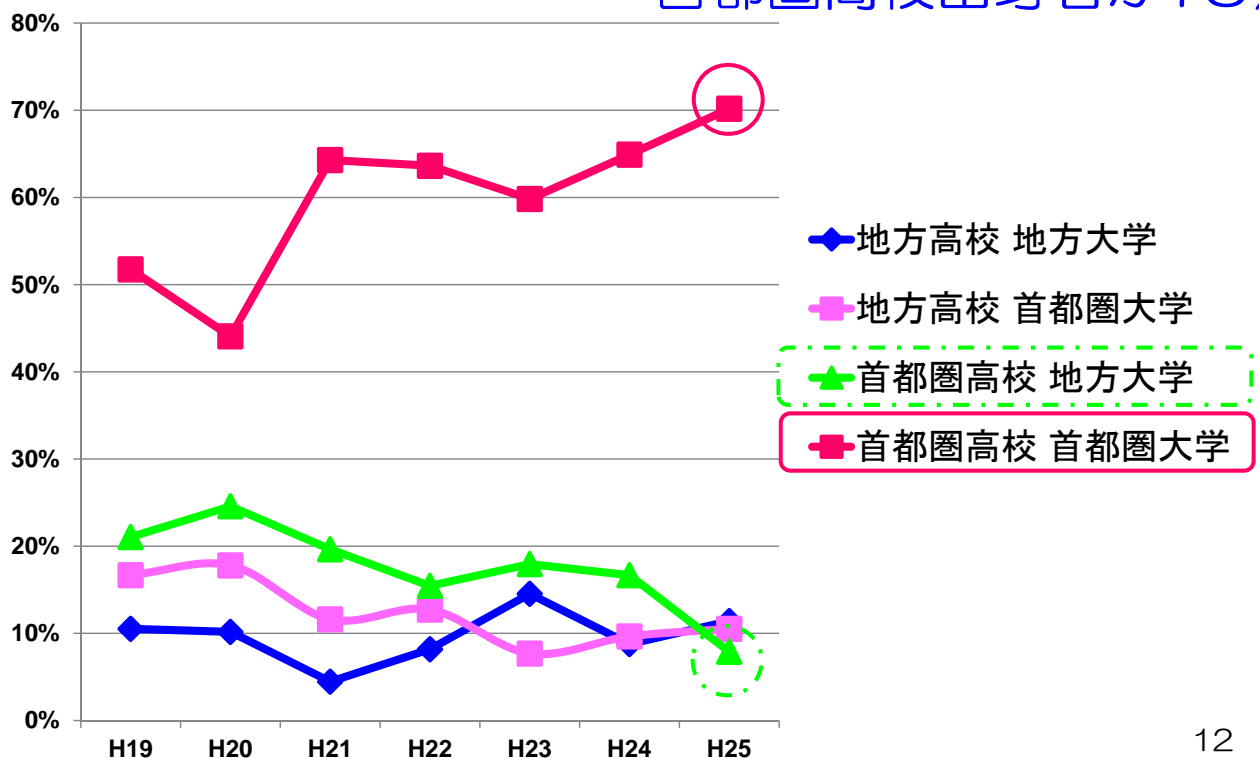
幅の広い研修で
プロフェッショナルを目指す

“都会の大学は研修医を 地方から収奪している”？

11

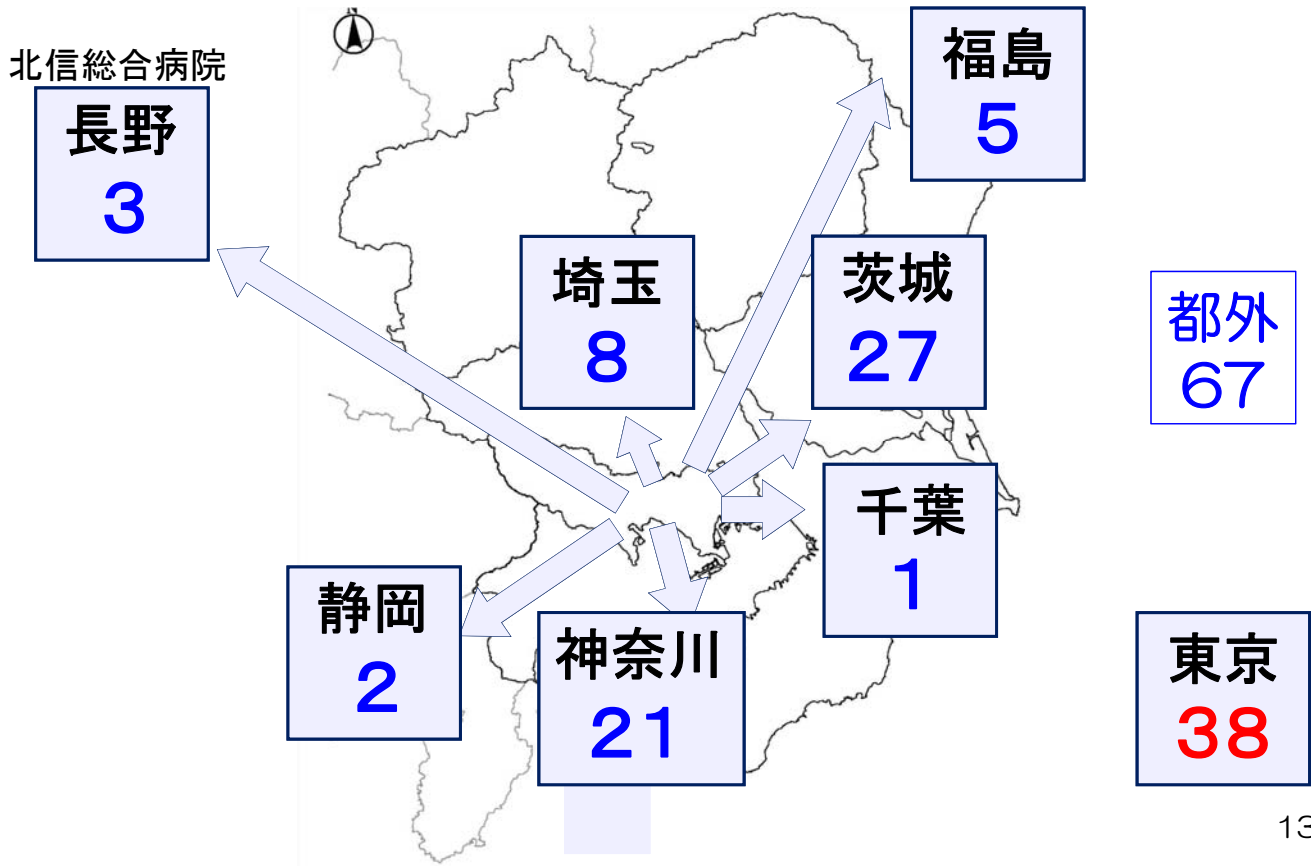
東京医科歯科大学 臨床研修プログラム参加者

首都圏高校出身者が78%

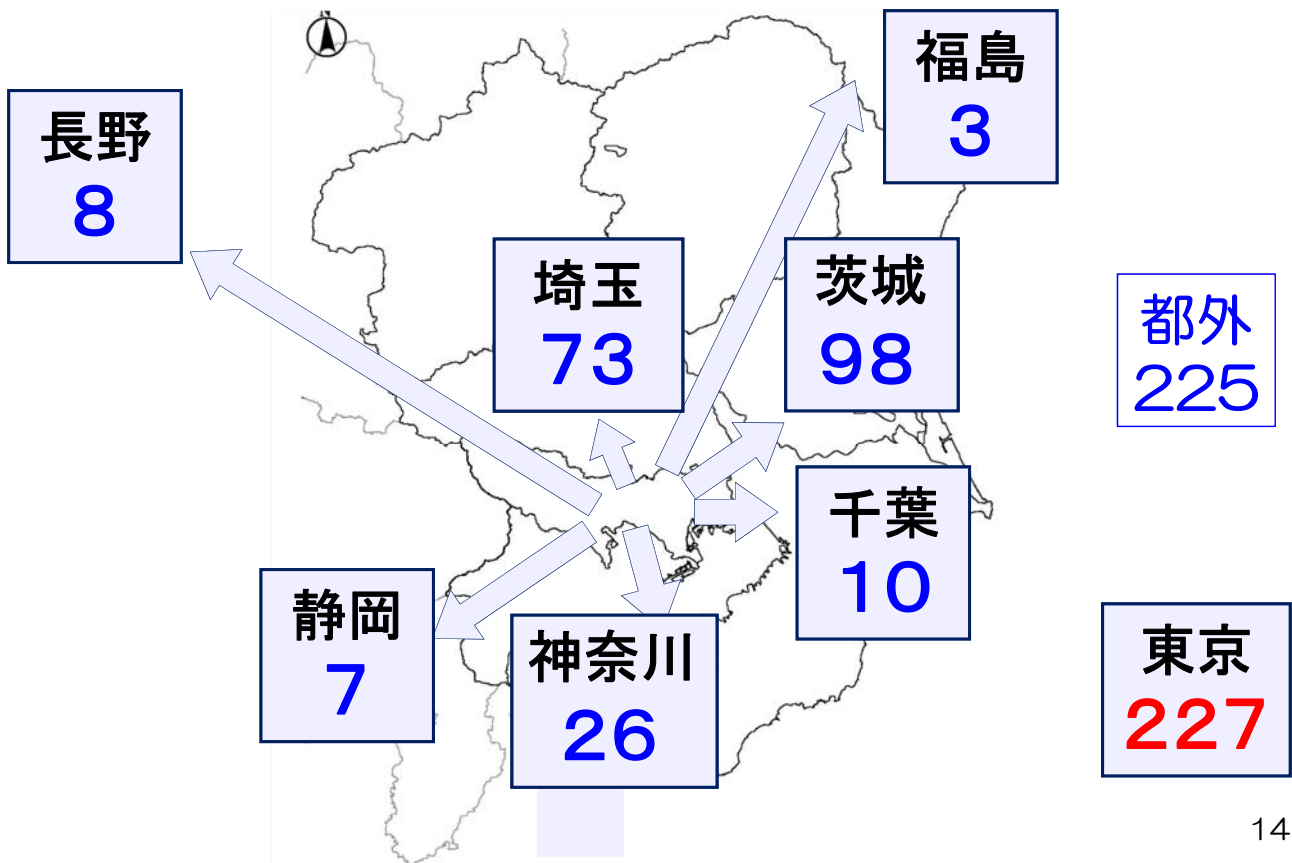


12

臨床研修の場合 (H25年度)
東京医科歯科大学から派遣されている臨床研修医数
1年目(H25年採用) + 2年目(H24年採用)



後期研修医の場合 (H24年度)
東京医科歯科大学から派遣されている医師数



都会の研修プログラムでも医療過疎地域の研修を

秋田大学1ヵ月 + 市立大森病院2ヶ月

2年目 3ヶ月×4人 地域研修

2年目 3ヶ月×4人 地域研修

邑智病院2ヵ月 + 弥栄診療所1ヵ月

東京医科歯科大学



都会の研修プログラムでも医療過疎地域の研修を



1・2年目 3ヶ月×4人 救急・麻酔



全国紙でも地元紙でも大きく取り上げられた 広域連携初期研修プログラムの試み



医師派遣加算（現行）とは

研修医の募集を行う年度の前年度末の時点において医師派遣等が行われている常勤の医師数が20人以上の場合を1とし、5人増える毎に1を加え、65人以上の場合を10とする。（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について）

医師不足地域への派遣評価を！

募集定員に関する考え方

	研修医受入実績 (研修中断を再開した者の受入実績を含む。)			①~③の 最大値	医師派遣 加算	希望でき る定員の 上限	都道府県 募集定員 の上限	都道府県 内の病院 の希望定 員の合計	= A ただし、 CがBを上 回っている 場合は =A×B/C	25年度 研修内 定着者数	病院の 定員の 上限	小児科・ 産科の研 修プログラ ムの特例 加算	今回情報 提供する 定員
	23年度	24年度	25年度										
①	②	③	④	⑤	A=④+⑤	B	C	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	
一般	114	112	111	114	10	124	1258	1415	111	115	115		115
小・産	3	4	3							3		4	4

- 医師免許取得後7年以上15年以下の臨床経験を有し、受入病院で常勤として勤務する
- 受入病院で勤務する期間が継続して1年以上3年以下であること 他

医師派遣加算（現行）とは

研修医の募集を行う年度の前年度末の時点において医師派遣等が行われている常勤の医師数が20人以上の場合を1とし、5人増える毎に1を加え、65人以上の場合を10とする。（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について）

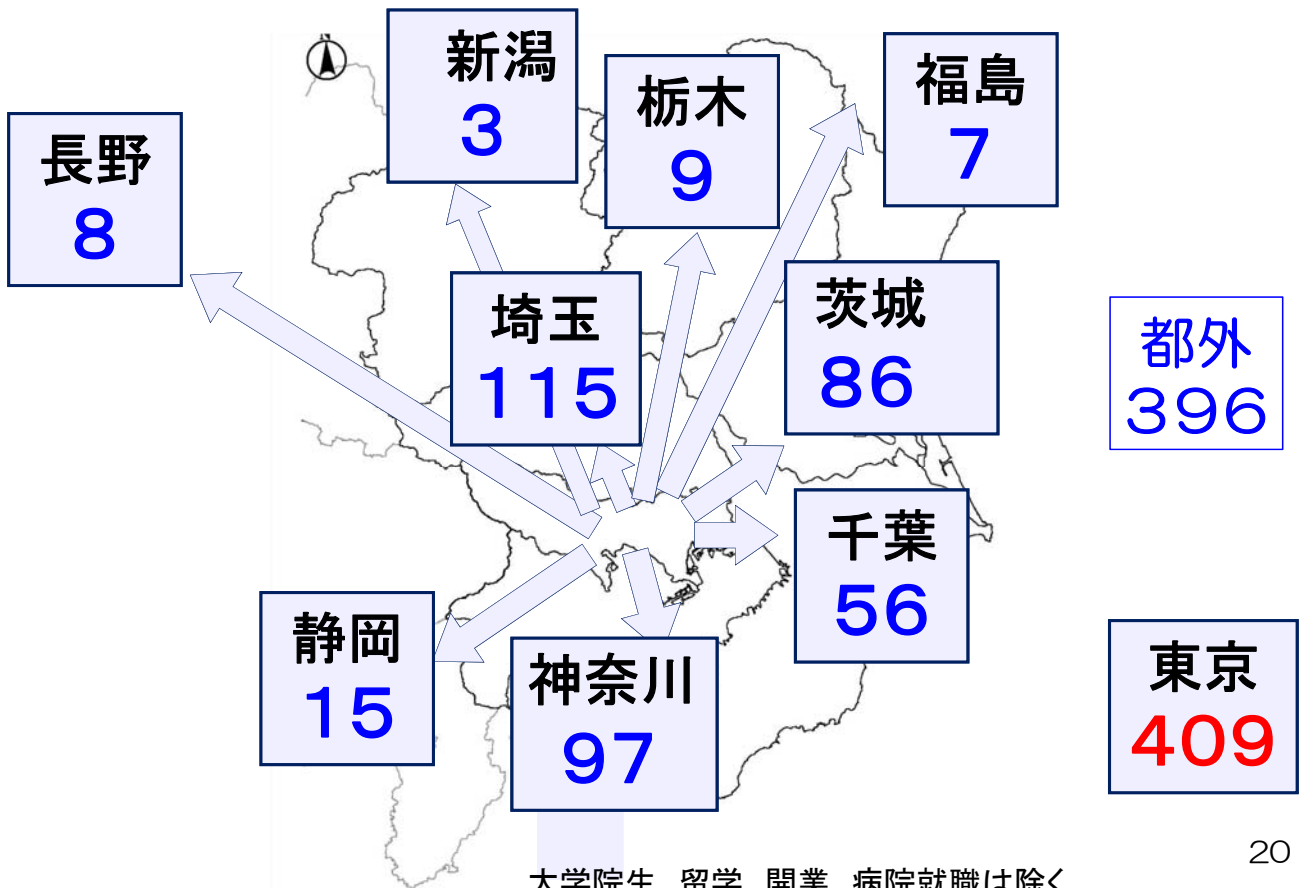
国立大学地域医師派遣数 平均557.9人*
(データベースセンター調べ H23年)

募集定員に関する考え方

研修医受入実績(研修中断を再開した者の受入実績を含む。)			①~③の 最大値	医師派遣 加算	希望でき る定員の 上限	都道府県 募集定員 の上限	都道府県 内の病院 の希望定 員の合計	=A ただし、 CがBを上 回っている 場合は =A×B/C	25年度 研修内 定着数	病院の 定員の 上限	小児科・ 産科の研 修プログラ ムの特例 加算	今回情報 提供する 定員	
23年度	24年度	25年度											
①	②	③	④	⑤	A=④+⑤	B	C	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	
一般	114	112	111	114	10	124	1258	1415	111	115	115		115
小・産	3	4	3							3		4	4

- 医師免許取得後7年以上15年以下の臨床経験を有し、受入病院で常勤として勤務する
- 受入病院で勤務する期間が継続して1年以上3年以下であること 他

指導医の場合（H24年度） 東京医科歯科大学から派遣されている医師数



4週 × 10 (内科3, 外科2, ER, 小児, 産婦, 選択2)



地域枠 (茨城、長野)

地域医療実習プログラム 選択 1単位

概略

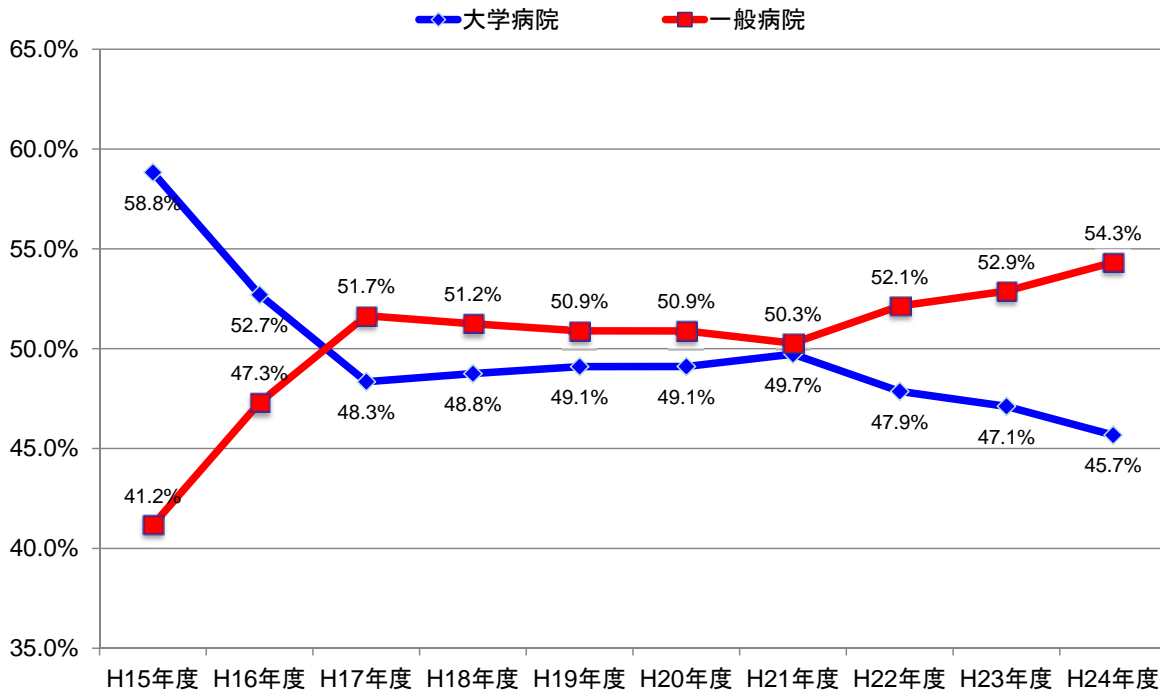
- 定員：茨城2名、長野2名
- 奨学金：茨城 月額15万円、長野 20万円。いずれも貸与期間の1.5倍に相当する期間(臨床研修期間を含む)従事した場合、全額返還を免除。
- 受験資格：茨城県内の高等学校(中等教育学校, 特別支援学校の高等部を含む。)を平成25年3月卒業あるいは平成25年3月卒業見込みの者, 又は保護者が茨城県に居住している者
- 考査：
- センター試験十面接

平成23年 1月15日(土)	大学入試センター試験1日目
平成23年 1月16日(日)	大学入試センター試験2日目
平成23年 1月17日(月)	推薦入試面接
平成23年 2月8日(水)	推薦入試合格者決定
平成23年 2月9日(水)	合格発表
平成23年 2月14日(月)	入学手続き

医師不足地域の高度
医療人を育成する
(県外 67名定員 2013年度)

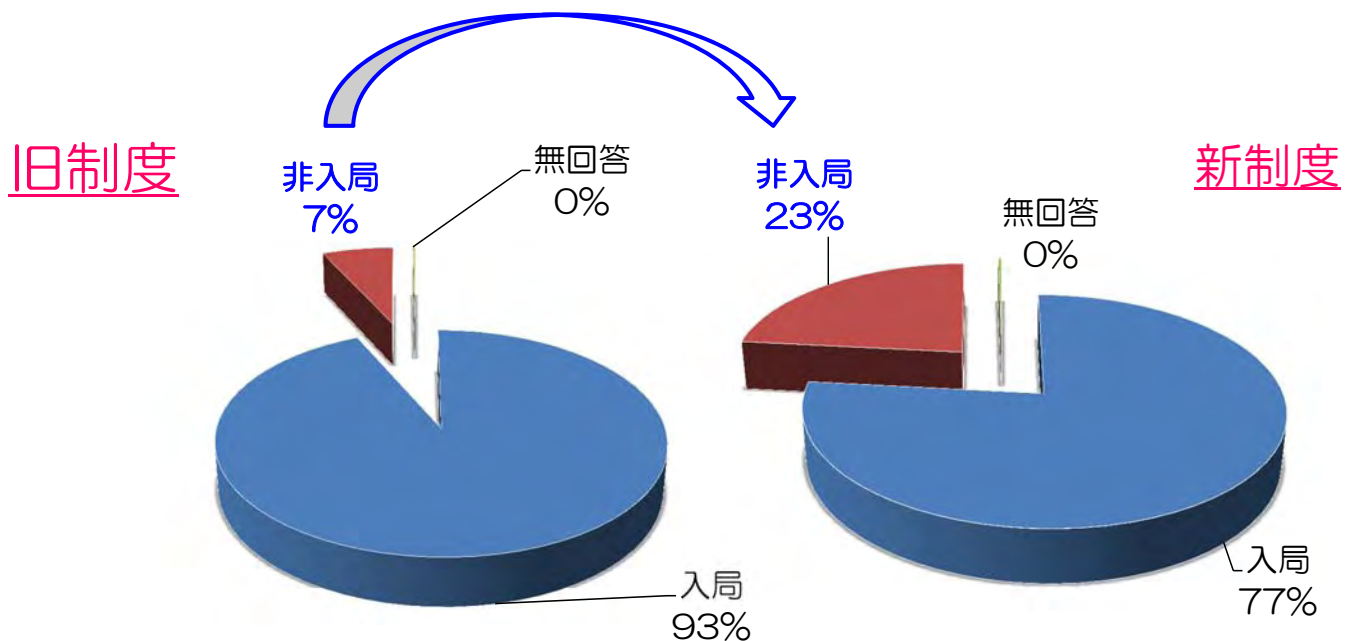
大学vs地域病院 二項対立からの離脱を

大学病院と一般病院のマッチング率推移



23

研修終了後も大学と 無関係な医師が3倍に増えた



臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ資料より
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」²⁴

“臨床研修病院群”の意義

大学と地域病院が協調する

- 教育機会を増やし医師循環を促す
 - ・ 臨床研修医、後期研修医、指導医
 - ・ 卒前臨床実習学生
- 県を越えた連携がある
 - ・ 協力型病院は県外にも
 - ・ 医学部入試地域枠（県外 67名定員 2013年度）
- 政策的な支援を
 - ・ 病院群形成を促す仕組みを（例えば大学を組み込むことを義務付ける）
 - ・ 医師派遣加算は派遣数に比例して

中断及び再開、修了等に関する論点

1. 基本理念と到達目標について

1) 基本理念

(現状)

- 「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(平成 15 年 6 月 12 日厚生労働省医政局長通知(以下、「施行通知」という。))において、臨床研修については、「医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力(態度・技能・知識)を身に付けることのできるものでなければならないこと」とされている。

<論点>

- ・ 社会情勢や関係者の評価等を踏まえ、現在の臨床研修制度の基本理念について、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

- ・ 卒前教育や専門医研修なども含め、当部会としてどこまでをどういう方向性で議論するのかについて、一定のコンセンサスを得ておく必要があるのではないか。
- ・ 現在の臨床研修制度導入以降、少子高齢社会、在宅や認知症などがこれまで以上にクローズアップされており、また、三次救急の病院等に患者が集中し疲弊してきており、これらの問題に適切に対応できる医師の育成が社会から求められている。
- ・ 国民のニーズに応えられる医師の養成が重要であり、臨床研修では、どの分野にも共通する基本的な部分(ベース)はおさえておく必要がある。その意味でも、現在の基本理念は外すべきではないのではないか。
- ・ 本来、医師は、一生勉強を続けていくべきであり、どこかがそれをシステムとして担保しておく必要がある。臨床研修は、そのようなシステムの入口であるという意識を持つ必要がある。
- ・ 見直しを議論するにあたっては、臨床研修制度ができた発端を念頭に置く必要がある。
- ・ 臨床研修制度の導入が、大学病院が担ってきた地域の医療機関への医師派遣機能を低下させた、また、研修医が都市部へ集中する傾向があるといった問題を、前回の見直しでは十分に解決できなかったのではないか。

- ・医師の偏在は大きな問題であるが、地域枠の設定や地域医療支援センターの設置など都道府県内に定着を図っていく取組が行われており、また、専門医の在り方についても別途検討されている。このような状況の下で、臨床研修制度は、基本的には現在行われている方向で検討することが適当ではないか。
- ・臨床研修制度の導入により地域偏在が加速したという意見を否定するものではないが、だからといって、臨床研修制度自体が悪いとは言えないのではないか。
- ・ストレート研修によって非常に専門に特化した医師が増え、日本の医療が少し偏っているのではないかという指摘があつて臨床研修制度が始まった。また、研修病院の選択度が高まったことにより、研修医が都市部に偏在していることも事実だと思うが、以前のような大学による派遣体制が世界標準という訳でもない。これらの状況を踏まえた上で、具体的な方策を考えていく必要があるのではないか。
- ・必要に応じて、関係者からヒアリングする必要があるのではないか。
- ・施行通知の基本理念にある「プライマリ・ケア」という言葉は、診療科等によって意味も変わってくるため、全身管理がきちんとできる、しっかりとした診療、判断ができるような能力を持つというような定義づけが必要ではないか。
- ・コミュニケーション能力という部分も必要ではないか。
- ・現在の文章も「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応」「医師としての人格のかん養」とあるので、全体を概ねカバーしているのではないか。
- ・理念としては、「プライマリ・ケア」よりは「ファーストエイド」がふさわしいが、いずれにしてもこれらの言葉がないほうがすっきりするのではないか。
- ・施行通知の基本理念には、「基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けるもの」とあるが、この（ ）書き部分も到達目標で議論すべきことなので、基本理念からは落とした方がすっきりするのではないか。
- ・前回改正の経緯等についてはきちんと検証が必要ではないか。
- ・「プライマリ・ケア」という言葉は医療界に定着しているため、見直すに当たっては慎重な議論が必要ではないか。

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できる」「プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に付ける」等が盛り込まれた現在の基本理念は重要であり、変更する必要はないのではないか。

2) 到達目標とその評価

(現状)

- 施行通知において、「臨床研修の目標」は、「臨床研修の到達目標」（施行通知別添1）を参考にして、臨床研修病院が当該研修プログラムにおいて研修医の到達すべき目標として作成するものであり、「臨床研修の到達目標」を達成できる内容であることとされている。
- 「臨床研修の到達目標」は、Ⅰ行動目標（医療人として必要な基本姿勢・態度）、Ⅱ経験目標（A 経験すべき診察法・検査・手技、B 経験すべき症状・病態・疾患 C 特定の医療現場の経験）により構成されている。

<論点>

（到達目標の内容）

- ・ 基本理念や社会情勢、関係者の評価等を踏まえ、現在の「行動目標」及び「経験目標」について、どう考えるか。
- ・ コンピテンシー（※）を踏まえた到達目標の在り方について、どう考えるか。
- ・ 「経験目標」における「経験すべき症状・病態・疾患」の種別について、どう考えるか。
- ・ 到達目標を急速な高齢化に対応して見直すことについて、どう考えるか。

（評価手法）

- ・ 到達目標の達成に係る評価の在り方について、どう考えるか。
- ・ 「行動目標」と「経験目標」については、評価方法に関する何らかの目安を設定することについて、どう考えるか。
- ・ 主として臨床研修病院におけるEPOC（オンライン卒後臨床研修評価システム）の今後の普及に向け、どのような取り組みが必要か。

※「コンピテンシー」の定型的な日本語訳はないが、ここでは、例えば「知識、技術、態度などを統合した能力」であって、かつ、「行動として観察できる能力」を想定している。

<本部会での主な意見>

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

・調査によっては、決められたプログラムを修了していないところもある可能性があることから、到達目標の達成については、より厳密な評価を行うべき。

【参考】ワーキンググループでの主な意見

(到達目標の内容)

- ・到達目標については、諸外国の状況も踏まえ、単に経験したか否かではなく、状況に応じて適切な行動がとれるかどうかを評価するという「コンピテンシー」が重要であり、その考え方にあわせ現在の到達目標を見直す必要があるのではないかと。
- ・経験目標については、例えば発熱はその原因疾患が多様であることを踏まえ、目標の設定を工夫してもよいのではないかと。
- ・到達目標は、卒前教育との連続性に配慮し、例えば分娩は卒前の臨床実習のうちに経験する等、医学部5、6年生の診療参加型臨床実習を促進することによって、卒前卒後の4年間で考える必要があるのではないかと。
- ・急速な高齢化に向け、例えば認知症への対応などを考慮した到達目標の見直しが求められるのではないかと。
- ・男女共同参画の観点から、医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成22年改訂）において、医学・医療・科学技術の進歩と社会の変化やワーク・ライフ・バランスに留意して、医師としてのキャリアを継続させる生涯学習者としての能力を身に付けること等が盛り込まれたことを踏まえ、臨床研修の到達目標にも、同様の趣旨の目標を入れるべきではないかと。

(評価手法)

- ・症例の経験、レポート作成などの評価が形骸化している恐れもあるため、レポートを構造化して、研修医の経験に対する省察が評価できるものとし、病院同士のレポートの相互チェックなどにより客観的に評価した上で、例えば必修科目で不足する内容は選択科目において補完的な研修を行うなどの工夫が必要ではないかと。
- ・研修修了時だけでなく、形成的評価を途中で挟みながら、望ましい研修としていくことが必要ではないかと。
- ・臨床研修病院間で到達目標の評価基準にばらつきが見られるため、EPOCやE-ポートフォリオ（インターネット上で研修の記録・管理等を行うデータベースシステム）等のインターネットを利用したシステムを促進すること等により、標準化を図ることが必要ではないかと。
- ・諸外国の例を踏まえ、指導医、プログラム責任者、病院等による評価だけでなく、様々な職種や第三者的な評価機関による評価が必要ではないかと。
- ・EPOCの入力上の負担は、到達目標の項目が多岐に亘ることと直結しており、到達目標をよりシンプルなものに見直すことで、負担は軽減するのではないかと。また、近年、タブレット端末やスマートフォン（多機能携帯電話）の普及により、リアルタイムの入力が容易になりつつあり、負担の軽減にも効果が期待できるのではないかと。
- ・EPOC等の利用を制度上義務化し、また、例えば事務員の代行入力等の工夫により利用を促進するとともに、研究者や臨床研修病院がベンチマークに使えるよう情報公開を行ってもよいのではないかと。

か。

3) 臨床研修全体の研修期間

(現状)

○ 現在、医師法において、臨床研修の研修期間は「2年以上」と規定されている。

-医師法 第16条の2 第1項-

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又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。

<論点>

・現在の臨床研修の研修期間（2年以上）について、どう考えるか。

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・卒前教育とも関係してくるが、現状では、臨床研修の期間は、基本理念等に照らすと2年間の適当ではないか。
- ・将来的には、卒前教育が充実すれば、研修期間を例えば1年に短縮することもあり得るのではないか。

2. 基幹型臨床研修病院の指定基準について

1) 研修プログラム

① 研修診療科

(現状)

○ 平成22年度開始プログラムより、研修科目の構成要件が変更され、従来、内科、外科、救急部門（麻酔科を含む。）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の7診療科が必修であったところ、内科、救急部門、地域医療の3診療科が「必修科目」、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科が「選択必修科目」とされ、必修科目の全て及び5つの選択必修科目のうち2つの診療科については、必ず臨床研修を行うこととなった。

<論点>

- ・現行の必修、選択必修とする診療科について、どう考えるか。
- ・現行の弾力化プログラムについて、これを弾力化前に戻すべきとする見方がある一方で、これを継続すべきとする見方があることについて、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

- ・今回の制度の見直しにあたっては、前回（平成 21 年度）の見直しの評価をしたうえで議論する必要がある。例えば、前回の見直しによりプログラムの弾力化なども行ったが、結果的に大学に行く研修医は増えなかった。
- ・現在は、マニュアル化されていて患者の気持ちが分からない医師が出てきたという面もあり、精神科の研修が足りないことによるものであるため、精神科を必修科目に戻すべきである。
- ・麻酔科は、挿管だけでなく全身管理を経験できる研修に最適な場であり、必修科目とすべきである。
- ・外科の本質は外傷を受けた患者の全身管理であり、それは研修として学ぶべきであり、外科を必修科目とすべき。
- ・現在の弾力化プログラムの自由選択期間について、細切れにいろいろな科をまわるより、専門とする志望科目を決めて早めに専門的な研修を始めた方がいいのではないか。
- ・卒前の医学部教育を充実させたとしても、医師免許を取得してから行う医療は少し意味が違い、ラーニングスピードもかなりの差があるため、卒後研修で行うことは重要である。
- ・細切れのローテーションだと人間関係が希薄になり、必要な胆力を伝えられるメンターを見つけることが難しくなっている。
- ・将来、専門医を目指す人のコースと別のジェネラルなコースをはっきり分けた方がいいのではないか。
- ・診療科という考え方ではなく、基本理念、到達目標を達成するため、全身管理やトリアージというかきちんとした臨床的な判断ができるような症例を経験するという考え方がいいのではないか。その症例を経験するのは何科であってもよいし、複数の科が連動して教育するということでもいいのではないか。
- ・現在行われている手術の麻酔件数のうち、麻酔科医がコントロールしているのは6割ほど。麻酔科医は約 6,000 人なので、5割増し位で麻酔科医が必要だと考えている。
- ・2年間の期間が変わらないのであれば、小児科を必修とすべき。また、今後、卒前教育の中で小児科の臨床実習が充実していくこととなると、臨床研修については旧来のストレート方式が可能ではないか。
- ・臨床研修の基本理念に鑑みると、女性固有の生理的、肉体的、精神的変化を理解し、特に若い女性に多い疾患について一定の診療能力を身に付けるため、産婦人科の研修は重要である。
- ・地球環境が変化する中、次世代に及ぼす影響について、小児科と協力のうえ、子供の成長を胎児から連続にみていくような研修プログラムも必要ではないか。
- ・卒前教育での実習の充実も大変重要であるが、産婦人科は、医師免許を持っていない学生が関与しにくい面があり、免許取得後の研修が重要ではないか。

- ・精神疾患については、自殺対策や認知症の精神症状など一般科も総合失調症も含めた精神疾患に直面しなければならない状況であり、研修医が精神科の研修を行うべき。
- ・精神疾患への対応は、研修というより、精神科とそれ以外の科とがどう診療連携していくかについて、どう教育していくことかということではないか。
- ・医学部5，6年次と2年間の臨床研修とのトータル4年間でプライマリ・ケア能力の修得を目指すこととし、臨床研修は、内科、救急医療、地域医療（小児医療、高齢者医療を含む）、精神医療を必修とし、2年目は将来専門としたい診療科を中心に研修を行う仕組みとすべき。
- ・基本理念と到達目標が以前と同様である以上、それを達成するためには、弾力化する前のプログラムに戻した方がより望ましいのではないか。
- ・現場の例でいうと、できるだけ多くの診療科を経験してもらいたいと思う一方、自分が進むべき道を見極めるための研修をいう意見もあるため、ある程度、自由に選択できるプログラムとしてるところがある。その結果としては、多くの診療科を経験しているようだ。

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・臨床研修医の意見を踏まえると、7科目から3科目必修となったプログラムについて、7科目必修に戻す必要はないのではないか。
- ・3科目必修のプログラムは、プログラム選択の自由度は上がったが、幅広い分野での基本的な診療能力という観点からは弊害も考えられるため、7科目必修に戻すことも含めて必修科目を見直す必要があるのではないか。
- ・例えば、産婦人科において、臨床研修中に出産を何回か経験することが、将来的に産婦人科以外の分野で役に立つか否かは疑義があり、現実には出産の際の単なる労働力確保のような形になっているのではないか。
- ・産科や小児科は卒前の診療参加型臨床実習などで行っていれば十分との意見があるが、国民の視点からは、医師免許の取得の前後で大きく異なるものと考えられ、臨床研修においても適切に経験すべきではないか。
- ・外科、産婦人科、小児科、精神科などは、必修という形でなくとも、それらの研修を行うことが望ましいというように推奨する形でよいのではないか。

② 各研修診療科の研修期間

(現状)

- 平成22年度開始プログラムより、要件が弾力化され、内科を6月以上、救急部門を3月以上、地域医療を1月以上履修することが定められた。

<論点>

- ・必修診療科目の研修期間（特に、在宅医療を含めた地域医療研修）について、どう考えるか。
- ・選択必修科目の研修期間について、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

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

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・現在のプログラムは、2年間を通じ基本的な診療能力の育成を重視するものと、2年目には専門研修の準備となっているものが混在しており、どちらを軸とするかの整理が必要ではないか。
- ・2年間のプログラムにおいて多くの診療科を経験するが、例えば小児科でも3ヶ月程度は必要ではないか。

2) 必要な症例

(現状)

- 臨床研修を行うために必要な症例を確保するため、基幹型臨床研修病院の指定基準として、平成22年度研修より年間入院患者数を3,000人以上とする基準が設けられた。
- 平成22年度の制度改正以前からの指定病院については、平成23年度末までの間、いわゆる激変緩和措置として、3,000人未満であっても指定が継続されていた。平成24年度からは、従来の指定病院については、年間入院患者数3,000人未満であっても、個別の訪問調査の結果、適切な指導・管理体制があり、研修医が基本的な診療能力を修得することができると思われる場合には、指定が継続されることとなった。
- 各診療科での研修に必要な症例については、当該病院と協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の症例と合わせて、例えば、救急部門を研修する病院にあっては救急患者の取扱件数が年間5,000件以上、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科については、年間入院患者数100人（外科にあっては研修医1人あたり50人以上）、産婦人科を研修する病院の分娩数については年間350件又は研修医1人あたり10件以上が望ましいこととされている。

<論点>

(年間入院患者数)

- ・臨床研修の到達目標を達成するための必要な症例の確保に向け、引き続き「3,000人以上」の基準を設けることについて、どう考えるか。
- ・一定の症例数を確保するには大病院が望ましいという見方がある一方、中小病院のほうが地域医療に密接に関わる中で基本的診療能力を身につけることに秀でているという見方があることを踏まえ、どう考えるか。
- ・訪問調査については、年間入院患者数が3,000人未満の病院だけでなく、3,000人以上の病院に対しても実施することについて、どう考えるか。

(その他の症例数)

- ・現行の診療科ごとの必要症例数の取り扱いについて、どう考えるか。
- ・研修医1人当たり症例数を考慮することについて、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

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

【参考】ワーキンググループでの主な意見

(年間入院患者数)

- ・年間入院患者が3,000人未満の基幹型臨床研修病院については、訪問調査等を踏まえつつ、臨床研修病院群での状況も考慮して、柔軟に評価すべきではないか。
- ・訪問調査は入院患者数にかかわらず有効であり、3,000人以上の大規模な病院にも適用を広げてはどうか。

(その他の症例数)

- ・必要な症例については、研修医1人当たりの症例数(入院患者数、救急症例数、手術件数等)についても考慮が必要ではないか。
- ・研修医1人当たりの症例数は、基幹型臨床研修病院のみではなく協力型臨床研修病院を含めた病院群全体で考える必要があるのではないか。また、どのような数値目標が適切かは議論が必要ではないか。
- ・救急患者数の少ない病院においても、一律に基準を設けるのではなく、外来や地域医療等の視点から包括的に評価する必要があるのではないか。

3) 指導・管理体制

(現状)

- 現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、研修管理委員会を設置していること、プログラム責任者を適切に配置していること、適切な指導体制を有していること(研修医5人に対して指導医が1人以上)が定められている。
- 原則として、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科の診療科は、指導医の配置が求められている。

<論点>

- ・現行の指導・管理体制に係る指定基準について、どう考えるか。
- ・現行の診療科に加えて、必修(病院独自に必修としているものを含む。)又は選択必修になっている診療科についても、指導医を必置とすることについて、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

- ・現在の臨床研修は、様々なところをローテーションするため、ヒューマンコンタクトが希薄になっている。どこかが長期にわたって責任をもって育てるようなシステムを作る必要がある。
- ・臨床研修制度上は、責任をもって研修を行うためのプログラム責任者という役割が位置付けられており、このような仕組みを成熟させていく必要がある。

- ・以前は、大学の医局で医師個人のキャリア形成を支援していたが、現制度が導入されて研修病院を自由に選べるようになったことで、帰学者以外は、キャリア形成支援に責任を持つ人がいなくなった。
- ・将来的には、現在の都道府県の地域医療対策協議会や地域医療支援センター等を充実・統合し、臨床研修後の就業先、その後の異動や配置についても継続してキャリア形成支援を行うシステムが必要ではないか。
- ・かつては、まずは大学の医局に所属するものだという意識があったが、現在は医師になったら所属は完全に自由だと考える人が増えている。
- ・指導医はもちろんのこと、今まで以上にきちんとしたプログラム責任者を養成する必要。
- ・現場の例でいうと、小さな病院では診療科同士が仲が良く、研修医がある診療科をまわっている間に、他科の先生達もその教育に大きく関与してもらっているということも現実に行われている。

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・研修先には指導医がいることが原則であり、少なくとも必修（病院独自に必修としているものを含む。）科目の診療科には指導医が必要ではないか。

4) 募集定員の設定

① 募集定員の設定方法

(現状)

- 現在、全国研修医総数を、「①都道府県別の人口により按分した数」と「②都道府県別の医学部入学定員数により按分した数」の多い方に、「③地理的条件を勘案した数」を加えた数を都道府県別の募集定員の上限として設定している。
- 各都道府県では、上記上限の範囲内で、各病院の定員を調整することが可能となっている。
- 平成 25 年度末までの激変緩和措置として、都道府県の募集定員の上限は、前年度の受入実績の 90%を下回らないようにしている。
- また、各病院の募集定員については、過去 3 年間の研修医の受入実績の最大値に医師派遣（指導医等の医師を派遣している場合に、その派遣実績を踏まえて定員を加算）等の実績を勘案した上で、都道府県の上限との調整を行い設定している。
- 平成 25 年度末までの激変緩和措置として、それぞれの病院の募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにしている。
- 募集定員が 20 人以上の病院は、小児科・産科のプログラム（募集定員各 2 人以上）を設けることとされている。

<論点>

(各都道府県の募集定員)

- ・地域医療への影響も踏まえ、各都道府県の募集定員の上限設定について、例えば、新たに、人口当たりの医師数や高齢者割合などを加味することについて、どう考えるか。
- ・激変緩和措置（平成25年度末まで、募集定員の上限は前年度の受入実績の90%を下回らないようにする措置）について、どう考えるか。

(各研修病院の募集定員)

- ・臨床研修病院の募集定員の算定について、例えば、医師派遣加算において派遣先が医師不足地域である場合や、医師不足地域の協力型臨床研修病院と連携している場合を加味することなどについて、どう考えるか。
- ・激変緩和措置（平成25年度末まで、募集定員が前年度の内定者数を下回らないようにする措置）について、どう考えるか。
- ・小児科・産科特例プログラム加算について、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

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

【参考】ワーキンググループでの主な意見

(各都道府県の募集定員)

- ・募集定員と研修希望者数のギャップは問題であり、これらの数を概ね一致させることが望ましいのではないかと。
- ・募集定員と研修希望者数をほぼ一致させた場合、良い意味での研修病院間の競争がなくなり、研修の質という点で、問題が出てくるのではないかと。
- ・都道府県の募集定員については、単なる人口ではなく、医療ニーズをより有する高齢者人口にも配慮する必要があるのではないかと。
- ・都道府県ごとだと人口が違いすぎるので、ブロックごとに大枠の定員を決めてもいいのではないかと。
- ・都道府県の定員については、他県への医師派遣、他県の医師育成を担っている都道府県もあるため、定員設定に際し何らかの考慮が必要ではないかと。
- ・他都道府県も含んだ病院群を形成している場合、募集定員の上限が、基幹型臨床研修病院の所在する都道府県に限定されるのは必ずしも妥当ではないのではないかと。
- ・激変緩和措置の廃止については、軟着陸が可能となるような措置の検討も必要ではないかと。

(各研修病院の募集定員)

- ・現在、医師不足地域の協力型臨床研修病院に研修医を出している都市部の基幹型臨床研修病院が多いが、激変緩和措置の廃止に伴い、医師不足地域から研修医を引き上げることも想定されるため、医師不足地域にも研修医が行くことを促進するような制度設計が必要ではないかと。
- ・各病院の募集定員については、DPCデータなども活用し、救急や重篤な疾患などの指標を定め、患者数や罹患状況から割り当てていくという設定方法も考えられるのではないかと。
- ・小児科・産科特例プログラムは、定員に対してマッチ者数が半分強程度であり、研修修了後に7割程度しか小児科・産科を希望しておらず、また、小児科・産科を必ずしも希望していない者がマッチしている可能性もあることから、今後は病院に義務付ける必要はないのではないかと。

② 地域枠への対応

(現状)

- 地域の医師確保のため、各大学において、地域医療に従事する意欲のある学生を対象とした入学者選抜枠（いわゆる地域枠）が設けられている。平成23年度には、67大学において計1,292名分の地域枠が設定されている。
- なお、地域枠には、卒業後の勤務条件は特に定められていないものや、臨床研修を指定された特定の医療機関、または自分の選択する都道府県内の医療機関などで実施することが条件づけられているもの、卒後の勤務条件がないものなど様々な形態がある。
- 現在、募集定員の設定においては、地域枠学生に対する特別な配慮は行っていない。
(定員の内数として算入している)

- 他県に係る地域枠であっても、当該大学の所在都道府県の募集定員に反映されている。
- 地域枠の学生も、地域枠以外の学生（一般枠の学生）と同様に、マッチングに参加して臨床研修を行う病院を決定している。（現在、自治医科大学と防衛医科大学校は、マッチングに参加せず、個別に調整を行っている。）

<論点>

（地域枠と都道府県の募集定員）

- ・ 都道府県の募集定員には、地域枠も含まれていることについて、どう考えるか。
- ・ 他県に係る地域枠であっても、当該大学の所在都道府県の募集定員に反映していることについて、どう考えるか。

（地域枠とマッチング）

- ・ 地域枠の学生とマッチングとの関係について、どう考えるか。
- ・ 地域枠をマッチングの別枠にすることについては、マッチングの公平性等の観点からは別枠にはせずに弾力的な運用で対応すべきとする見方がある一方で、地域医療への従事を確実にする観点からは別枠にすべきとする見方があることについて、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

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

【参考】ワーキンググループでの主な意見

（地域枠と都道府県の募集定員）

- ・ 医学部定員増に基づく、地域での従事義務がある地域枠の学生は、当該地域で研修を行うことに配慮した制度設計が必要ではないか。
- ・ 地域医療の安定的確保は重要であり、臨床研修においても、地域・診療科偏在を是正する効果を十分考慮する必要があるのではないか。

（地域枠とマッチング）

- ・ マッチングシステム自体の公平性等の観点を踏まえると、地域枠をマッチングの別枠にすること

については慎重に考えるべきではないか。

- ・地域枠をマッチングの枠内とした上で、仮にアンマッチなどの問題が生じた場合には、例外的に定員を上乗せするなどの弾力的な運用により対処すべきではないか。ただし、その場合は、該当者の能力を確認し、研修を開始する上で問題がないと判断できる場合に限るべきではないか。
- ・アンマッチの場合等に例外的な運用を行ったり、後で救済措置を講じたりすることは、かえって公平性を損ねることになるのではないか。
- ・医学部定員増に伴う地域枠については、マッチングの枠内で、研修希望者と各病院との間に、都道府県の地域医療支援センター等が入って調整すればよいのではないか。
- ・地域枠には様々な形態があるため、その全てではなくとも、例えば医学部定員増に伴い奨学金の貸与を受けた地域枠等の範囲を定めた上で、マッチングとは別枠で考えるべきではないか。
- ・現在の自治医科大学卒業生の取り扱いとの公平性も考える必要があるのではないか。また、その数が多く、定員枠が地域枠で埋まってしまうような場合は何らかの対応が必要ではないか。

ー以下、今回のご議論部分ー

5) 研修医の処遇等の確保

(現状)

- 現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、研修医に対する適切な処遇を確保していることが定められている。

<論点>

(給与・手当)

- ・研修医の給与・手当の状況について、どう考えるか。

(労働環境)

- ・研修医の労働時間の状況（当直回数や当直明けの連続勤務等を含む。）について、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

- ・制度導入後、研修医の身分や意識が変わり、待遇もかなり良くなった。他方、指導医や大学医局との関係、いわゆる師弟関係の醸成が十分にできなくなった面もある。
- ・研修医は労働力ではないと言われるが、実際の現場では、研修医の立場について、様々が意見がある。
- ・研修医を労働者として位置づけたことが、足かせになっている面があるのではないか。例えば、当直の翌日に仕事をする事などは医師としては当たり前のことではないか。

- ・今の学生は、手間のかかる診療科を敬遠する傾向がある。研修医として、先輩より処遇が良く、先輩より早く帰れるなど、医師としてのモラルを壊してしまった。後期研修で大学に残っても、学位の取得の気運は低下している。今のままだと、屋根瓦方式もなくなり、困難事例も知らず、恩師のいない教育となり、フローティングの医師が更に増加し、日本の医療が衰退してしまう。人に誠意を尽くす仕事だという原点に戻る必要がある。
- ・小さな病院でも、医局員や研修医、事務職員、他のスタッフの集まる場所をワンフロアに配置し、研修医が研修の合間に様々な職種と交流することで、診療内容だけでなく病院全体の仕組みや病院の活動そのものを理解してもらうような工夫をしている例もある。

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・病院経営上の戦略により、比較的高額な給与で研修医に過酷な労働を強いている病院があるようであり、臨床研修制度の理念に照らし、このような状況に留意が必要ではないか。
- ・研修医に過酷な労働を強いている病院がある場合、院内に研修医がみずから申し出てその状況を改善できるような仕組みが求められるとともに、国としてもそのような病院に指導できるような仕組みが必要ではないか。
- ・処遇の目安として、司法修習生等に準じて考えれば良いのではないか。
- ・諸外国でも、研修医の処遇は日本円に換算して300万円台程度であることを踏まえ、極端な処遇をしている病院に対しては、指導ができる仕組みがあるといいのではないか。また、第三者評価の際に調査することも一つの方法ではないか。
- ・給与のみならず時間外手当、住宅手当なども含めた処遇の悪い病院はマッチ率が低い傾向があり、処遇条件が悪すぎるというのも問題ではないか。

ー 以下、前回ご議論部分ー

6) その他

① 臨床研修病院群の形成

(現状)

- 現在、研修病院の指定基準として、基幹型臨床研修病院は、協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設（病院又は診療所に限る。）又は大学病院と連携して臨床研修を行うこととされている。
- また、臨床研修病院群を構成する関係施設相互間で密接な連携体制を確保していることとされ、地域医療のシステム化を図り、臨床研修病院群における緊密な連携を保つため、臨床研修病院群の構成は、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることが望ましいこととされている。

<論点>

- ・臨床研修病院群の在り方について、どう考えるか。
- ・大学病院を含めた臨床研修病院群の形成を指定の要件とすることについて、どう考えるか。
- ・臨床研修病院群の形成における地理的範囲（二次医療圏、都道府県等）については、例えば同法人内で派遣や被災地支援など必要に応じ全国的にも展開できるようにすることについて、どう考えるか。
- ・臨床研修病院群の形成において一定の病院数を要件とすることについて、どう考えるか。
- ・医師不足地域の協力型臨床研修病院との連携を推進することについて、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

- ・臨床研修病院群の形成は重要な課題であるが、現在、例えば、隣の病院との2病院だけで群といっているものや、協力病院が全国にまたがっているものなど様々であり、議論が必要ではないか。
- ・例えば、リハビリの病院や在宅クリニックと連携し、訪問診療や看取りなどの在宅での研修も重視している病院もある。
- ・地域や病院の規模というよりも、どのような内容の病院群であるかが重要であり、例えば、第三者評価などで、病院群全体の研修体制として評価していくことが大切ではないか。
- ・現在は病院の機能が分化しており、大学病院、地域の中核病院、地域の病院ではそれぞれ診る患者が異なる。様々な症例を経験させるためには、様々な機能の病院をミックスした病院群とすべきであり、そのことを外形基準とする必要があるのではないか。

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・病院群においては、基幹型臨床研修病院で研修の相当程度は経験できることが望ましく、基幹型臨床研修病院が、ある程度の定員数を持ち研修医を育てた方が効率的ではないか。
- ・卒前、臨床研修、専門研修との連続性、研究医の確保、離島・へき地医療の確保の観点から、大学病院について、病院群の中に基幹型臨床研修病院又は協力型臨床研修病院として必ず入ることが望ましいのではないか。
- ・大学病院を必ず入れることについては、複数の大学出身者を受け入れている臨床研修病院にとっては、各大学との調整に相当の手間がかかり、また、あえて大学以外の場を望んで臨床研修病院を希望している研修医もいることから、現実的ではないのではないか。
- ・病院群においては、研修の質が確保できるよう十分な指導体制が備わっていることが前提となるのではないか。
- ・病院群の地理的範囲については、例えば同法人内で派遣や被災地支援など必要に応じ全国的にも展開できるよう、過度に縛りがいいことが適切ではないか。

ー以下、今回のご議論部分ー

② 第三者評価

(現状)

- 現在、研修病院の指定基準として、将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを旨とするとしている。

<論点>

- ・ 第三者による評価の在り方について、どう考えるか。
- ・ 第三者評価を無作為抽出での訪問調査により行うことについて、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

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

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・ 現在、病院の質を評価する仕組みがいくつかあるので、これらを活用して何らかの評価を受けることがよいのではないかな。
- ・ 例えば感染症対策では複数の病院間で相互チェックを行う仕組みがあり、臨床研修でも同様の評価手法があってもいいのではないかな。
- ・ 研修管理委員会には外部の医師、有識者も入ることとなっているので、研修管理委員会を適切に運営すれば、実質的なクオリティコントロールが期待できるのではないかな。
- ・ 全ての病院が第三者評価を受けることは物理的に難しい可能性があり、無作為抽出での訪問調査などが現実的ではないかな。

③ 都道府県の役割

(現状)

- 現在、基幹型臨床研修病院の指定基準として、地域医療の確保のための協議や施策の実施に参加するよう都道府県から求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとされている。
- 地域における臨床研修病院群の形成を促進するため、都道府県は、管轄する地域における各病院の募集定員について、各病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して必要な調整を行うことができるとされている。
- 都道府県、あるいは臨床研修病院、大学病院、特定非営利活動法人（NPO）等において、臨床研修に関して関係者が協議する場（地域協議会）を設け、臨床研修の質の向上、

研修医の確保、研修医の募集定員の調整、指導医の確保・養成、臨床研修病院群の形成について協議、検討することが望ましいこととされている。

<論点>

- ・ 地域協議会の活用の在り方を見直す等、都道府県の役割や権限の明確化を図ることについて、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

- ・ 都道府県の役割について議論する必要がある。

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・ 現状では、各都道府県で体制が大きく異なるが、主体的に調整を行っている先進的な都道府県も参考としつつ、都道府県における調整などの役割を明確に示すことにより、全体的な調整能力を底上げする必要があるのではないか。
- ・ 医療計画においても二次医療圏ごとに医師の確保等について目標設定し評価することになるので、臨床研修についても、このような二次医療圏ごとの取り組みが進められるべきではないか。
- ・ 都道府県の地域医療支援センターなどの役割を強化しつつ、調整がうまくいっている都道府県などの好事例も参考として共有してはどうか。
- ・ 研修プログラム等について、有識者や県民代表などが参加し地域の実情を踏まえ調整していくための医師研修機構などの仕組みを各都道府県に設けることが考えられるのではないか。

④ 制度運用上の問題

(現状)

- 現行では、研修医の受入実績が2年なかったことにより指定を取り消された病院が、翌年すぐに再申請することが可能となっている。
- また、指導医講習会については、翌年度の受講予定の段階で申請されている場合がある。

<論点>

(基幹型臨床研修病院の指定に係る再申請)

- ・ 研修医の受入実績が2年間なかったことにより、取消になった病院の再申請の在り方について、どう考えるか。

- ・協力型臨床研修病院において、研修医の受入実績がない場合の指定の取り扱いについて、どう考えるか。

(指導医講習会)

- ・指導医講習会の受講と指定申請の時期との関係について、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

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

【参考】ワーキンググループでの主な意見

(基幹型臨床研修病院の指定に係る再申請)

- ・受入実績がないことによる指定の取消直後の再申請については、一定期間認めないというより、協力型臨床研修病院として実績を積んでから基幹型臨床研修病院へ再申請するという運用も考えられるのではないか。

(指導医講習会)

- ・指導医が指導医講習会の受講済みであることは重要であり、指定申請に際しては受講済みであることが必要条件となるのではないか。

3. 中断及び再開、修了について

(現状)

- 臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を中止することであり、原則として病院を変更して研修を再開することを前提としている。
- 臨床研修の未修了とは、研修医の研修期間の終了に際する評価において、研修医が臨床研修の修了基準を満たしていない等の理由により、管理者が当該研修医の臨床研修を修了したと認めないことをいうものであり、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行うことを前提としている。

<論点>

- ・研修の中断者のうち病気療養が約半数を占め、かつ研修の再開割合が低い傾向があることについて、どう考えるか。
- ・研修医に対するメンタルヘルスの面からのケアの必要性について、どう考えるか。
- ・研修中の妊娠出産等への対応や障害を有する研修医への対応について、何らかの具体的な方策を考える必要があるか。

<本部会での主な意見>

- ・ 中断者、特に女性の中断者の扱いについて丁寧に議論する必要がある。
- ・ 女性医師への対応、妊娠、出産後の育児のサポート等は大変重要である。
- ・ 出産等に関連して、現在の休止期間（90日）との関係も議論が必要ではないか。
- ・ 研究医との関係も踏まえると、中断を積極的に行う場合を想定し、一定期間は基礎研究へ行って再び研修に戻って来ることができるような制度設計も考える必要があるのではないか。
- ・ 中断に関連して、ローテーションで環境が変わるときに、適応しやすい人と全く適応できない人がいる。環境に適応できない人が必ずしも医師に向かないという訳ではないため、何らかの検討が必要ではないか。

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・ 研修を中断するという判断は難しいが、例えばメンタルヘルス上の問題により療養が長期にわたった場合、研修医は中途半端な状態で留め置かれることとなるため、そのような研修医のためにも、研修を中断する時期についての一定のルールを定めた方がよいのではないか。
- ・ 中断に際しては、特に女性の結婚や出産を考慮すると、一律のルールを設けるよりも、柔軟に対応できることが望ましいのではないか。
- ・ 中断者の受入は非常に大変であり、研修医のみならず、病院側からのクレームも含め、裁定委員会のようなものが必要ではないか。
- ・ 臨床研修期間中の海外留学等の取り扱いも検討してはどうか。
- ・ マッチ率の高い病院は、出産育児への支援体制が整っている印象があり、女性医師を中心とした出産育児の支援体制の整備をさらに進めるべきではないか。

4. その他

1) 地域医療の安定的確保

(現状)

- 地域医療の安定的確保に向け、平成22年度の臨床研修から、
 - ・ 都道府県ごとに、人口、医師養成数、面積当たりの医師数などの地理的条件を勘案した募集定員の上限を設ける
 - ・ 地域医療の研修を必修とし、へき地・離島診療所、中小病院等における研修を一定の期間以上行うこととする
 - ・ 臨床研修病院の募集定員について、指導医等の医師を派遣している場合には、その派遣実績を踏まえて定員を加算するなどの制度の見直しを図っている。
- また、地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成の促進を図ることとしている。

<論点>

- ・地域医療の安定的確保に向けた臨床研修における取り組みについて、どう考えるか。

<本部会での主な意見（再掲）>

- ・臨床研修制度の導入が、大学病院が担ってきた地域の医療機関への医師派遣機能を低下させた、また、研修医が都市部へ集中する傾向があるといった問題を、前回の見直しでは十分に解決できなかったのではないかと。
- ・医師の偏在は大きな問題であるが、地域枠の設定や地域医療支援センターの設置など都道府県内に定着を図っていく取組が行われており、また、専門医の在り方についても別途検討されている。このような状況の下で、臨床研修制度は、基本的には現在行われている方向で検討することが適当ではないかと。
- ・臨床研修制度の導入により地域偏在が加速したという意見を否定するものではないが、だからといって、臨床研修制度自体が悪いとは言えないのではないかと。
- ・ストレート研修によって非常に専門に特化した医師が増え、日本の医療が少し偏っているのではないかと指摘があつて臨床研修制度が始まった。また、研修病院の選択度が高まったことにより、研修医が都市部に偏在していることも事実だと思うが、以前のような大学による派遣体制が世界標準という訳でもない。これらの状況を踏まえた上で、具体的な方策を考えていく必要があるのではないかと。
- ・医学部の時のC B Tなどの共用試験と、国家試験と、臨床研修の到達目標は、ほぼ同じ内容であるため、臨床研修でどこの科にも属さずローテーションするならまた同じことをやるのかということと外の病院に出ようかと思うのもある意味当然である。そうすると（将来のキャリアに対する）指導者のいない医師になってしまう。
- ・地方で研修医が増えているといっても、循環型でまわっているのではなく、研修病院にいてだけで、学会や研修会などにも参加しないという人が増えている。
- ・今の学生は、手間のかかる診療科を敬遠する傾向がある。臨床研修で、最初から先輩より高い給与をもらい、先輩より早く帰れるということで、医師としてのモラルを壊してしまった。後期研修で大学に残っても、学位の取得の気運は低下している。今のままだと、屋根瓦方式もなくなり、困難事例も知らず、恩師のいない教育となり、フローティングの医師が更に増加し、日本の医療が衰退してしまう。人に誠意を尽くす仕事だという原点に戻る必要がある。
- ・研修医の将来のキャリアへの円滑な接続を図るため、卒前・卒後のシームレスな医師養成を目指し、医学部教育を更に充実させ、募集定員及び研修病院の在り方を見直す必要がある。現在は、卒後に一度切れてしまうため、大学病院から地域へ医師派遣し養成していくという循環型がいいのではないかと。
- ・現在行われている手術の麻酔件数のうち、麻酔科医がコントロールしているのは6割ほど。麻酔科医は約6,000人なので、5割増し位で麻酔科医が必要だと考えている。

- ・研修希望者は出身大学を通じて研修病院を調整・選定するとともに、各都道府県ごとに関係者からなる合議体を設置して、全国ベースで研修希望者数と概ね一致するような募集定員を設定するシステムを構築すべきである。
- ・将来的には、現在の都道府県の地域医療対策協議会や地域医療支援センター等を充実・統合し、臨床研修後の就業先、その後の異動や配置についても継続してキャリア形成支援を行うシステムが必要ではないか。
- ・激変緩和措置については、予定どおり廃止すべき。
- ・都道府県別の募集定員の上限については、人口の分布や高齢者などを勘案したスキームで、漸次、定員と受入実績の差を縮めていく必要があるのではないか。
- ・都道府県上限の設定の際、高齢者の人口や人口当たりの医師数なども加味することも検討すべきではないか。
- ・全体の研修希望者数と募集定員の差については、あまり差を縮めてしまうと、アンマッチの数が多くなるという問題が生じる恐れがあるため、慎重な検討が必要ではないか。
- ・都市部の都道府県上限を更に削減することについては、都市部としての役割もあることから、慎重に検討する必要がある。
- ・地域偏在の観点からは、激変緩和措置の廃止に加えて何らかの工夫をすることで、例えば 1.1 倍程度となるように募集定員を減らしていかなければ実効性がないのではないか。
- ・地域枠の学生も、基本的にはマッチングの枠内とすべき。ただし、都道府県内で微調整できる仕組みの検討が必要ではないか。
- ・地域枠をマッチングのから外すこととすると、様々な意味でのクオリティ・コントロールがなくなるのではないか。
- ・いわゆる地域枠の学生は、自治医大生とは異なり、一般学生と同じ内容の教育を受けており、卒後の進路のところだけマッチングから外して固定すると、どうしても競争原理が働かなくなるため、少なくとも県内では一般学生との競争は必要ではないか。
- ・地域枠を設定している多くの県では、フルマッチはほとんどないため、ある病院にはマッチしなくても、県内の他の病院へは行けるはずであり、そういう意味では、地域枠の学生もマッチングの枠内として一定の競争はさせるべきではないか。
- ・例えば、リハビリの病院や在宅クリニックと連携し、訪問診療や看取りなどの在宅での研修も重視している病院もある。
- ・地域や病院の規模というよりも、どのような内容の病院群であるかが重要であり、例えば、第三者評価などで、病院群全体の研修体制として評価していくことが大切ではないか。
- ・現在は病院の機能が分化しており、大学病院、地域の中核病院、地域の病院ではそれぞれ診る患者が異なる。様々な症例を経験させるためには、様々な機能の病院をミックスした病院群とすべきであり、そのことを外形基準とする必要があるのではないか。

【参考】ワーキンググループでの主な意見（再掲）

- ・地域医療の安定的確保は重要であり、臨床研修においても、地域・診療科偏在を是正する効果を十分考慮する必要があるのではないか。
- ・都道府県の募集定員については、高齢者人口等の人口構成にも配慮する必要があるのではないか。
- ・医学部定員増に伴う地域枠については、マッチングの枠内で、研修希望者と各病院との間に、都道府県の地域医療支援センター等が入って調整すればよいのではないか。
- ・病院群の地理的範囲については、例えば同法人内で派遣や被災地支援など必要に応じ全国的にも展開できるよう、過度に縛りが無いことが適切ではないか。

ー 以下は、次回以降のご議論ー

2) 研究医養成との関係

（現状）

- 近年、特に基礎系を中心に大学院に進む医学生の割合が減少しており、将来の基礎系の教員確保や医学研究の推進を懸念する声がある。
- 大学の医学部定員について、平成 22 年度から 25 年度の増員の枠組みとして、「研究医枠」が設けられている。
- 一部の大学では、臨床研修期間中に、大学院における研究も並行して行うなど、研究者の養成に取り組んでいる。

< 論点 >

- ・臨床研修期間中の大学院における研究について、どう考えるか。
- ・臨床研修期間中は、基本理念や到達目標を踏まえ臨床研修に集中するべきであるとする見方がある一方で、希望に応じて早期に研究に従事することが可能となる弾力的な対応が必要であるとする見方があることについて、どう考えるか。

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・臨床研修の基本理念を踏まえ、臨床研修中は臨床研修に集中するべきであり、研修期間中の大学院進学は必ずしも適切ではないのではないか。
- ・必修・選択必修科目は適切に行った上で、選択科目の期間に、臨床研究を中心に研究などに触れることを許容してもよいのではないか。
- ・臨床研修の理念は尊重すべきであるが、基礎系の研究者の確保も喫緊の課題であり、全ての卒業生が臨床研修に専念するのではなく、希望に応じて早期に研究に従事することが可能となるような弾力的な対応が必要ではないか。
- ・研究者としてのキャリアパスを考慮した際、大学院入学の時期が、他学部の者に比べ医学部出身者が遅れてしまうのは得策ではなく、早期から研究マインドに触れることが可能となるように、卒前教育、臨床研修において配慮すべきではないか。

- ・臨床研修修了後に大学院に進学することを希望する場合、事前に進学先の大学院を探すための活動が非常に難しいので、臨床研修への専念義務を過度に厳格に解するのではなく、キャリアの接続が円滑になるような取り扱いが適当ではないか。
- ・研究医養成については、全員に求める必要はなく、一定数の若手医師が、研究マインドを維持できるような配慮が求められるのではないか。
- ・研究医が減少していることは、臨床研修制度というより、処遇の改善などの環境整備の問題が大きいのではないか。
- ・到達目標や研修を行う時間との関係で、臨床研修の専念義務の範囲をどう捉えるかの問題ではないか。
- ・当大学で研修を行うと博士取得までの期間が短くて済むといったように、研究医への配慮が研修医集めの道具にならないように留意する必要があるのではないか。
- ・現在の研修プログラムは堅持した上で、それとは別に、到達目標が達成できるという前提で、研究志向のある者に対してはプラスアルファで何かできるようなコースがあっても良いのではないか。

3) 関連する医学教育等

(現状)

- 医学教育に関しては、文部科学省において、平成 12 年度に学生が卒業までに最低限履修すべき実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する指針（モデル・コア・カリキュラム）が定められ、平成 19 年度及び 22 年度の改訂を経て、全ての大学において利用されている。
- 平成 17 年度より、学生が臨床実習開始前に備えるべき能力を測定する共通の標準的評価試験である共用試験（CBT（知識）、OSCE（技能））が全面導入され、全大学において実施されている。
- 現状では、大部分の大学において、臨床実習は 5 年次から 6 年次の夏頃まで実施されているものの、実施期間には大きな幅があり、その内容も様々であるが、医学生が診療にチームの一員として参加していく実習を推進するなど、質・量ともに改善していく動きがある。
- 臨床研修修了後の医師の専門研修については、各学会において主体的に取り組まれている。平成 23 年 10 月より、厚生労働省において、「専門医の在り方に関する検討会」が開催され、臨床研修修了後の医師の専門研修の在り方と地域医療の安定的確保について議論されている。

<論点>

- ・卒前教育におけるモデル・コア・カリキュラム等との連続性の観点から、臨床研修の在

り方について、どう考えるか。

- ・ 専門医の在り方に関する検討の方向性を踏まえ、専門研修との連続性の観点から、臨床研修の在り方について、どう考えるか。

<本部会での主な意見>

- ・ 現在は、医学部でのC B T、国家試験及び臨床研修の到達目標の内容が同じで、ある意味、同じ評価が3回行われている。卒前教育との連動、臨床研修後の生涯教育との連動についても議論が必要ではないか。
- ・ 大学の麻酔科での教育でも、学生と初期研修医と後期研修医と同じことをするというのが現実であり、もう少し工夫ができるのではないか。
- ・ 研修医の将来のキャリアへの円滑な接続を図るため、卒前・卒後のシームレスな医師養成を目指し、医学部教育を更に充実させ、募集定員及び研修病院の在り方を見直す必要がある。現在は、卒後に一度切れてしまうため、大学病院から地域へ医師派遣し養成していくという循環型がいいのではないか。
- ・ 国家試験改革は必要ではあるが、医師として知識も持つておく必要があり、臨床実習は重要ではあるが、その知識のレベルを落とすと医療のレベルも落ちていくことにならないか。
- ・ 医学部4年終了時に試験を課し、何らかの資格を与えたうえで、5、6年次に診療参加型臨床実習を行う。6年次の国家試験は、5、6年次の実習で習得した医学的知識や技能に基づいた適切な臨床推論を行えるかを評価するものとしてはどうか。

【参考】ワーキンググループでの主な意見

- ・ 卒前教育との連続性を考慮しつつ、卒後教育において、モデル・コア・カリキュラムのようにコンピテンシーの概念をさらに取り入れるべきではないか。
- ・ 臨床研修の動向を踏まえ、卒前教育における参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）をさらに充実すべきではないか。
- ・ 卒前にどれほど充実した実習を行っているかが、卒後の研修の必要性に影響するため、医学生が診察を担当する上で、診療参加を意識したスチューデント・ドクターの仕組みを定着させるなどの対応が求められるのではないか。
- ・ 国家試験は、臨床研修の開始の許可としての一面もあるため、知識ばかりではなく、態度、技能を含めた臨床関係の設問を増やすなど臨床面の評価の充実が必要ではないか。そのような対応が難しいのであれば、国家試験の知識を問う問題数を減らし、受験生の負担を減らした上で、卒前のOSCEを充実する必要があるのではないか。
- ・ 卒前のOSCEは大学によって取り組みの程度にばらつきがあるため、その質を平準化する必要があるのではないか。
- ・ 卒前教育や国家試験の改善に伴い、臨床研修に関する所要の見直しもあり得るのではないか。
- ・ 臨床研修は、卒前教育や専門研修との連続性を踏まえつつ、諸外国のように第三者機関において

適切に研修医の定数を調整する必要があるのではないか。

- ・ 卒前教育や国家試験、専門研修との連続性については、今回の見直しにかかわらず、将来的に検討を続けていくべきではないか。

各論点に係る参考資料の概要

(中断及び再開、修了等)

「臨床研修ワーキンググループ論点整理」参考資料(平成25年2月8日)より、本日の議題に関係した部分について、主な調査結果等の概要をまとめたものである。

2 . 基幹型臨床研修病院の指定基準について

5) 研修医の処遇の確保

臨床研修医の給与は概ね320～720万円の範囲内にある。(参考資料 P69 : 厚生労働省医師臨床研修推進室調べ)

臨床研修病院では、大学病院より宿舍や住宅手当が充実している。大学病院では全体の7割以上、臨床研修病院では8割以上で宿舍または住宅手当が用意されている。(参考資料 P70 : 厚生労働省医師臨床研修推進室調べ)

病院への調査によると、当直回数は月4回が最多となっている。(参考資料 P71 : 厚生労働省医師臨床推進室調べ)

3 . 中断及び再開、修了について

中断について、平成18～21年度の平均では、研修医の1.3%が研修の中断を経験しており、中断の48%が病気療養を理由とするものとなっている。また、中断した研修は、62%の割合で再開しており、理由別で見ると病気療養を理由に中断した研修が再開する割合が低い。(参考資料 P80～83 : 厚生労働省医師臨床研修推進室調べ)

未修了について、平成18～21年度の平均では、研修医の1.0%が研修期間終了の際、未修了と評価されており、その理由は、研修の実施期間が休止期間(90日)の上限を超えたことによるものが83%を占めている。(参考資料 P84～85 : 厚生労働省医師臨床研修推進室調べ)

研修医による病院ごとの環境評価において、「休暇・休養」については、600床以下の病院の方が満足度が高かった。(参考資料 P88 : 出典 : EPOC を活用した臨床研修の評価に関する研究(中間報告))

(参考) 4.1) 地域医療の安定的確保

臨床研修制度導入後の地域医療への影響については、関係のデータ等から以下の傾向が見受けられる。

[都道府県別]

- ・ 臨床研修医の採用実績について、制度導入後、都市部の6都府県(東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡)では減少傾向にあり、その他の道県では増加傾向にある。(参考資料 P92：厚生労働省調べ)
- ・ 若手医師の勤務地について、制度導入後、1、2年目医師は、6都府県に勤務する割合に大きく変化は見られないが、3年目から6年目医師は、6都府県でやや増加傾向にある。
- ・ 都道府県ごとの分布割合の推移については、一様ではない。
(参考資料 P93～94：出典：医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省))

[市区町村別]

- ・ 制度導入後、都市部(県庁所在地等の一部市町村)で研修医が減少する一方で、周辺地域で研修医が増加する傾向が見られる。
- ・ また、医師3年目において、制度導入前は、都市部から周辺地域に医師が移動するのに対し、制度導入後は、逆に、周辺地域から都市部に医師が移動する傾向が見られる。
(参考資料 P97～98：出典：平成22年厚生労働科学研究「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」)

[勤務先別(医育機関、病院)]

- ・ 臨床研修医の採用実績について、制度導入後、大学病院の採用実績は減少している。
(参考資料 P99：厚生労働省調べ)
- ・ 若手医師の勤務先について、全国的に、医師1年目に医育機関に勤務している者が大きく減少しているが、3年目に医育機関に勤務している者が増加しており、変化の大きさは各都道府県で一様ではない。(参考資料 P100：出典：平成24年度厚生労働科学研究「医師臨床研修制度の評価と医師のキャリアパスの動向に関する調査研究」)
- ・ 臨床研修修了者の約7.5割が、大学の医局に入局する予定と回答している。(参考資料 P101：出典：平成23年臨床研修修了者調査(厚生労働省))

[臨床研修の実施場所]

- ・ 大都市を抱える都府県では、他県の基幹型病院からの研修医を受け入れている期間よりも、自県の研修医が他県において研修する期間の方が長く、逆に地方では他県からの研修医を受け入れている期間が長い傾向が見られる。(参考資料 P110：出典：平成23年臨床研修修了者調査(厚生労働省))

[医師不足地域での従事希望]

- ・ 医師不足地域での従事希望は、出身地や研修を行った場所により若干異なるものの、「医師不足地域に現在従事、又は将来従事を希望する」「条件が合えば従事する」と回答した者の割合は、合わせて70%に上る。(参考資料 P111：出典：平成23年臨床研修修了者調査(厚生労働省))

病院に、現在の各病院における研修医数について尋ねたところ、「適当」と回答した病院は57%、「より多く必要」と回答した病院は42%であった。臨床研修病院より大学病院の方が「より多く必要」と回答した病院が多かった。(参考資料・別添2・P6：出典：病院に対するアンケート調査)

病院に、適当と考える研修医数について尋ねたところ、「1～5」「6～10」が多かった。(参考資料・別添2：P6：出典：病院に対するアンケート調査)

病院に、研修医の募集定員を決定する要素として重要と考える項目を尋ねたところ、指導医数、教育指導体制の堅実性、救急症例数、年間新規入院患者数、病床数の順に多かった。(参考資料・別添2・P6：出典：病院に対するアンケート調査)

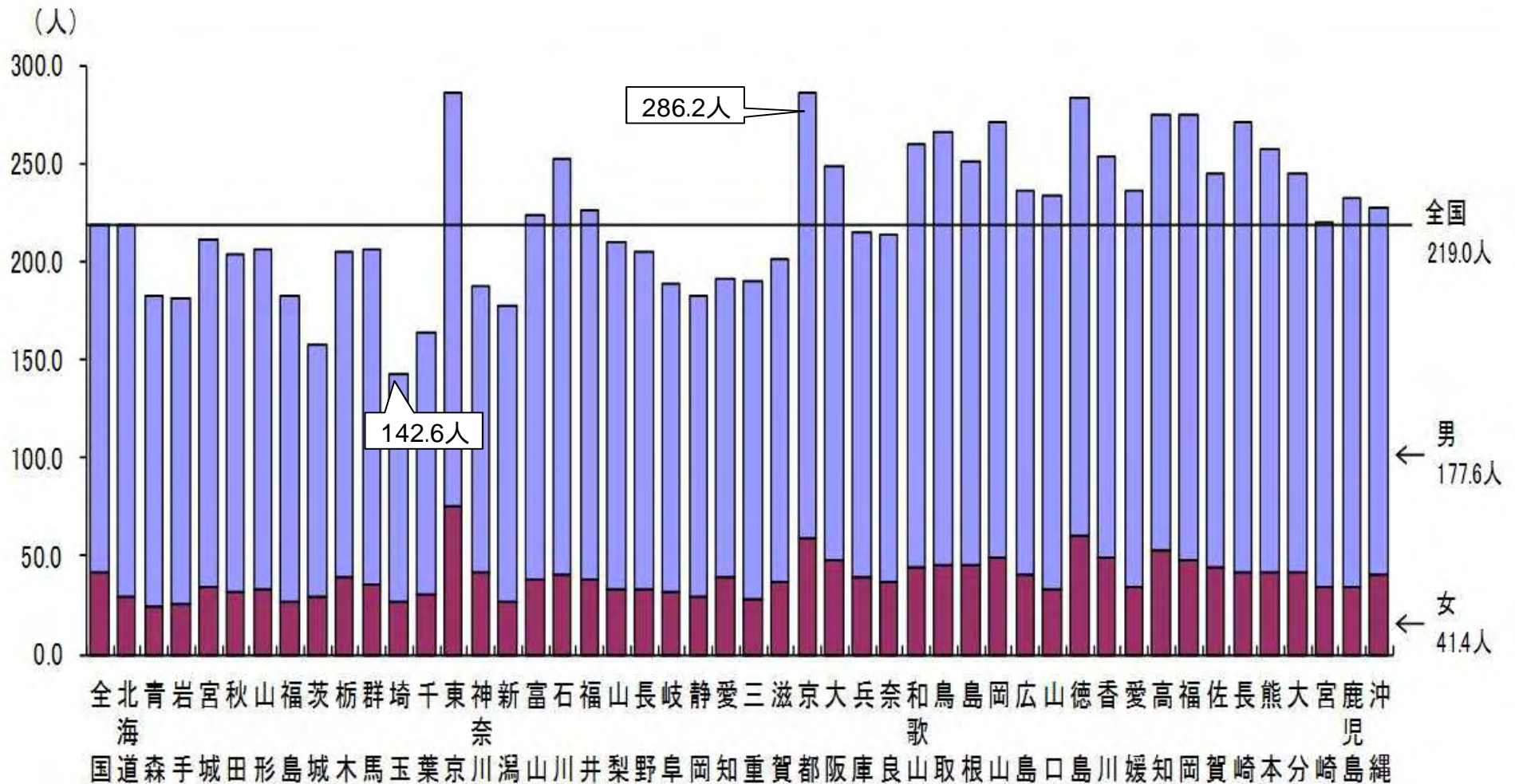
地域における医師の確保対策 について

医政局指導課

都道府県別にみた人口10万対医師数（平成22年）

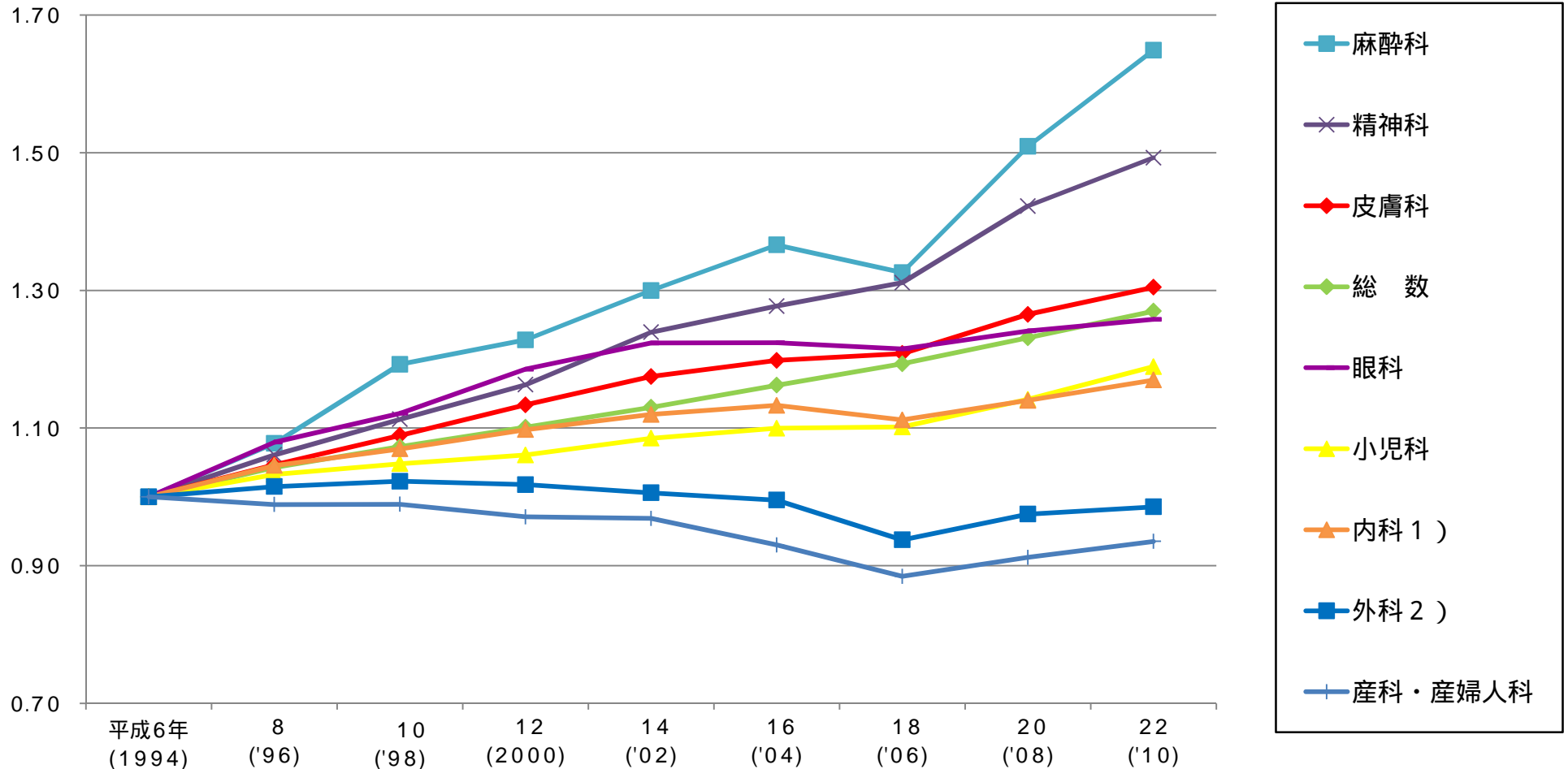
全国の医療施設（診療所・病院）に従事する「人口10万対医師数」は219.0人で、前回に比べ6.1人増加している。

都道府県別では、京都府が最も多く（286.2）、埼玉県が最も少ない（142.6）。



診療科別医師数の推移 (平成6年を1.0とした場合)

多くの診療科で医師は増加傾向にある。
減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている



内科1) ・ ・ (平成8～18年)は内科、呼吸器科、循環器科、消化器科(胃腸科)、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
(平成20, 22年)内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー・リウマチ、心療内科、神経内科
外科2) ・ ・ (平成6～18年)外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
(平成20, 22年)外科、呼吸器・心臓血管・乳腺・気管食道・消化器・肛門・小児外科

医療計画制度について

趣旨

各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。

医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。

医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

都道府県においては、平成25年度からの医療計画(5か年計画)の策定作業を平成24年度中に行う予定。

平成25年度からの医療計画における記載事項

新たに精神疾患を加えた五疾病五事業()及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策

五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏

まえて見直し、
地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保

医療の安全の確保 二次医療圏()、三次医療圏の設定 基準病床数の算定 等

国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づき、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【 医療連携体制の構築・明示 】

五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。

地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。

指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

地域医療対策協議会

関係者の協議により、救急医療、災害時における医療、へき地の医療等に従事する医療従事者の確保など、都道府県において必要とされる医療の確保のために必要な施策を定める。

(医療法第30条の12)

構成員

- ・ 特定機能病院
- ・ 地域医療支援病院
- ・ 第三十一条に規定する公的医療機関
- ・ 医師法第十六条の二第一項に規定する厚生労働大臣の指定する病院
- ・ 診療に関する学識経験者の団体
- ・ 大学その他の医療従事者の養成に関する機関
- ・ 社会医療法人
- ・ 独立行政法人国立病院機構
- ・ 地域の医療関係団体
- ・ 関係市町村
- ・ 地域住民を代表する団体

医療計画にも、医療従事者の確保について、地域医療対策協議会の議論の経過や定められた施策について記載することとしている。

また、地域医療対策協議会は、地域医療支援センター事業による取組状況等を踏まえ、医療従事者の確保に関する施策の推進や見直しに努めることとされている。

地域医療支援センター運営経費

平成25年度予算 9.6億円 (平成24年度予算 7.3億円)
(30箇所) (20箇所)

医師の地域偏在(都市部への医師の集中)の背景

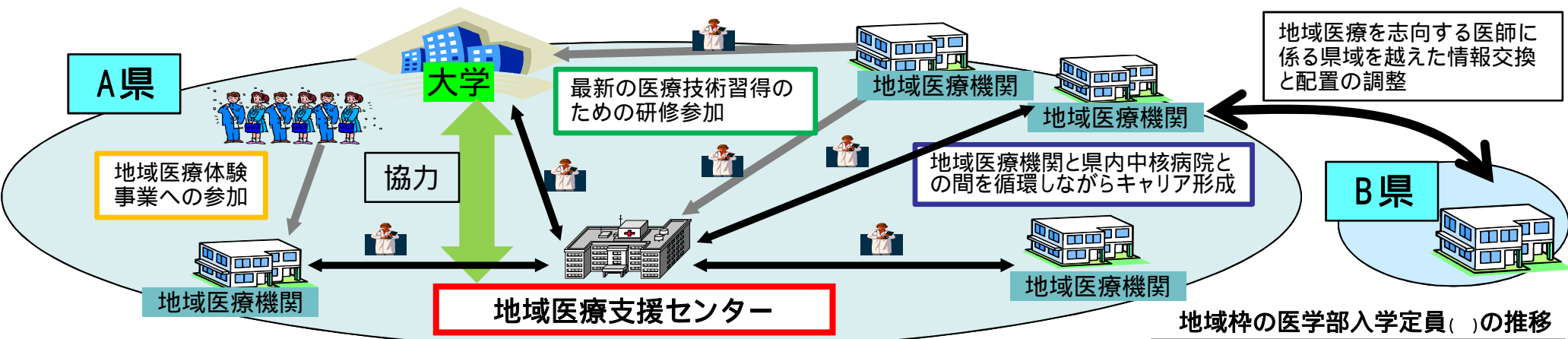
➤ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安等

地域医療支援センターの目的と体制

- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・ 人員体制 : 専任医師 2 名、専従事務職員 3 名

・ 設置場所 : 都道府県庁、 大学病院、 都道府県立病院 等

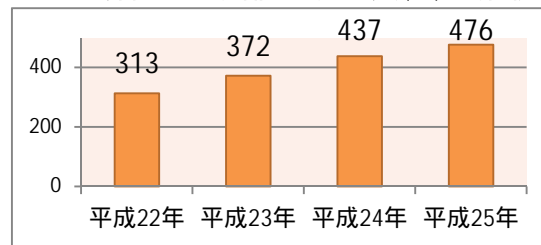


地域医療支援センターの役割

都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。

医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

地域枠の医学部入学定員()の推移



() 医学部の定員増として認められた分であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

- 平成25年度現在、全国30道府県の地域医療支援センターの運営に対する支援を実施している。
- 平成23年度以降、20道府県で合計808名の医師を各道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成25年3月末時点)

平成25年度 地域医療支援センター 実施道府県(30箇所)

《平成23年度から実施》

北海道、青森県、岩手県、福島県、新潟県、
長野県、静岡県、岐阜県、京都府、島根県、
広島県、徳島県、高知県、大分県、宮崎県

《平成24年度から実施》

宮城県、茨城県、千葉県、三重県、滋賀県

《平成25年度から実施》

群馬県、埼玉県、石川県、山梨県、大阪府
奈良県、和歌山県、岡山県、愛媛県、長崎県

地域医療支援センターの実績

平成24年度までに地域医療支援センター事業を実施している全ての都道府県が医師の派遣に取り組んでおり、そのうち多くは、その他にも、医師向けの講習会の開催、面談・相談等の実施、研究資金の貸与等に取り組んでいる。

医師派遣実績

開始年度	都道府県数	派遣医師数(常勤換算、人)
H23	15	631
H24	5	177
総計	20	808

医師向け講習会の開催実績

開始年度	医師向け講習会の開催があった都道府県数	医師向けの講習会等への参加者数(人)
H23	11	4,939
H24	5	1,298
総計	16	6,237

医師向けの面談・相談等

開始年度	医師向けの面談・相談等実施があった都道府県数	医師向けの面談・相談等の実施者数(人)
H23	12	607
H24	4	103
総計	16	710

医師への研究資金、修学資金の貸与

開始年度	医師への研究資金、研修資金等貸与実施都道府県数	医師への研究資金、研修資金等貸与者数(人)
H23	11	1,272
H24	3	32
総計	14	1,304

(平成25年 医政局指導課調べ)

地域医療支援センターの実績(学生支援)

平成24年度までに地域医療支援センター事業を実施している全ての都道府県が研修病院説明会に参加又は開催しており、多くはその他にも、面談・相談等の実施、修学資金の貸与、修学資金貸与者の配置等に取り組んでいる。

研修病院説明会の参加・開催状況

開始年度	研修病院説明会への参加・開催 都道府県数	平均参加・開催回数(回)	延ブース来場者数(人)
H23	15	9.3	10,921
H24	5	3.8	2,681
総計	20	7.9	13,602

学生向け説明会参加者(ブース来場者を除く)

開始年度	学生向けの説明会等への参加者数 (人)
H23	3,872
H24	1,832
総計	5,704

学生向けの面談・相談等

開始年度	学生向けの面談・相談等実施都道府県数	学生向けの面談・相談等実施者数(人)
H23	13	1,173
H24	3	155
総計	16	1,328

学生への修学資金等貸与

開始年度	学生への研修資金、 修学資金等貸与都道府県数	学生への研修資金、 修学資金等貸与者数 (人)
H23	9	902
H24	5	339
総計	14	1,241

修学資金貸与者の配置への関与

開始年度	修学資金貸与者の地域 枠等の配置に関与のあ る都道府県数	修学資金貸与者の地 域枠等の配置者数 (人)
H23	11	147
H24	4	61
総計	15	208

地域医療支援センターの取組

ドクターバンク事業(長野県)

- ・県内勤務に関心のある医師に対し、医師の勤務する医療機関まで支援センター職員が赴き初期面談を実施。その後、勤務候補の医療機関に医師が訪問する際は、支援センターの専任医師、職員も同行し、勤務形態や処遇について確認。
- ・上記の初期面談及び医療機関の訪問を月5～10回程度実施。
- ・平成23年度には、県内の中小医療機関を中心に医師を13名あっせん。

自治医科大学卒業医師の配置調整(広島県)

- ・これまで、自治医科大学を卒業した医師の配置は県が独自に決定していたが、地域医療支援センターの設立により、新たに配置基準を策定。
- ・基準の策定にあたっては、市町村に意見照会後、県、市町、県医師会、大学、地域医療支援センターからなる会議で検討。
- ・各市町から提出された配置に係る調査票に基づき、センターにおいて医療機関を点数化して配置調整案を策定し、上記会議において案を協議・決定する仕組みを構築。
- ・上記の取組により、透明性の高い配置調整がなされ、平成24年4月現在、18名の医師が地域の医療機関において勤務している。

修学資金貸与医師の配置調整(岐阜県)

- ・修学資金を貸与した後期研修医を対象として、診療科ごとのキャリアプログラムを策定し、知事が指定した県内医療機関で研修を実施することにより、専門医の資格を取得可能としている。
- ・具体的には、義務年限内の半数以上は地方勤務を必須とするなどのローテーションルールに沿って、地域医療支援センターが医師ごとのキャリアプログラムを策定。
- ・平成24年4月時点で、32名の医師がキャリアプログラムに参加し、県内医療機関において勤務している。

その他

- ・奨学金を貸与している地域卒等の医学生に対して、将来の進路について個別に面談を実施し、キャリアプログラムの説明を行うことにより、地方へ行っても2年後には戻って高度医療や専門医療を学ぶことができるなど、プログラムの内容を知ることによって、地域医療への将来の不安を解消することができた。
- ・レジナビフェスタなど、臨床研修病院や医学生・研修医が一堂に会する場において地域医療支援センターのブースを設置して、キャリアアッププログラムなどのセンターの活動内容を周知。

地域医療再生基金の概要

【目的】

21年度補正予算において、地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に基金を設置。

22年度補正予算において、対象地域を都道府県単位(三次医療圏)の広域医療圏における医療提供体制の課題を解決するために基金を拡充。

23年度補正予算において、被災3県(岩手県、宮城県、福島県)のうち、津波等で甚大な被害を受けた地域を中心に基金を拡充。

24年度予備費を活用し、被災地(岩手県、宮城県、福島県、茨城県)における医療施設の早期復旧・復興について、更なる医療復興支援が必要なため、被災県が医療の復興計画等に定める事業を支援するために基金を拡充。

24年度補正予算にて、地域医療再生計画に基づく事業を遂行していく中で、計画策定時(平成22年度)以降に生じた状況変化に対応するために生じる予算の不足を補うために基金を拡充。

【対象事業】

都道府県が策定する地域医療再生計画、医療の復興計画に基づく事業を支援

財源	予算措置額	対象地域	計画期間
平成21年度補正予算	2,350億円	二次医療圏を基本とする地域(94地域×25億円)	平成25年度まで
平成22年度補正予算	2,100億円	都道府県単位(三次医療圏) 一次・二次医療圏を含む広域医療圏	平成25年度まで
平成23年度補正予算	720億円	被災3県(岩手、宮城、福島)	平成27年度まで
平成24年度予備費	380億円	被災3県及び茨城県	平成27年度まで (茨城県については、平成25年度まで)
平成24年度補正予算	500億円	都道府県単位	平成25年度末までに開始した事業 (これまで交付した分で25年度までと していたものも同様の扱いとする。)

地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

【地域枠】（平成22年度より医学部定員増）

- 1 大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった**学生の選抜枠**」
- 2 **都道府県が設定する奨学金の受給が要件**
入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり
学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

奨学金の例

貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じ、独自に設定。

医学教育（6年間）

1. 貸与額

月額10～15万円
入学金等や授業料など別途支給の場合あり
6年間で概ね1200万円前後
私立大学医学生等には、別途加算の場合あり
(参考)全学部平均の学生の生活費(授業料含む)は
国公立大学で約140万/年、私立大学で約200万/年
出典(独)日本学生支援機構 学生生活調査(平成20年度)

2. 返還免除要件

医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍（9年間）の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。

1. 都道府県内の特定の地域や医療機関
(公的病院、都道府県立病院、市町村立病院、へき地診療所等)
2. 指定された特定の診療科(産婦人科・小児科等の医師不足診療科)

平成28年度以降、新たな
医師として地域医療等へ貢献：

- | | |
|----------------------|-------------|
| ・平成22年度地域枠入学定員（313名） | 平成28年に卒業見込み |
| ・平成23年度地域枠入学定員（372名） | 平成29年に卒業見込み |
| ・平成24年度地域枠入学定員（437名） | 平成30年に卒業見込み |
| ・平成25年度地域枠入学定員（476名） | 平成31年に卒業見込み |

地域医療再生基金を活用した医師確保の取組

医学生への修学資金貸与事業

(平成24年度までの実績)

総事業費(千円)	再生基金充当額(千円)
10,111,476	5,382,184

記載のあった38都道府県についてとりまとめたもの

一人あたり貸与額
年間180万円～450万円程度

再生基金による修学資金貸与枠数(学年あたり)

(平成24年度)

	地域医療再生基金を充当した修学資金貸与枠数(人)
平均	9.0
中央値	7.5
最大値	29
最小値	2

記載のあった32都道府県についてとりまとめたもの

医師育成・確保コンソーシアムと一体となった 医学生修学資金制度(岐阜県)

県内大学医学部及び附属病院、研修医が多く集まる公的病院等が、効果的な初期臨床研修の実施と後期研修医の育成のため、コンソーシアムを組織。

(主な機能)

- ・初期臨床研修医の教育研修機能
- ・後期研修医等のキャリアアップおよび医師派遣機能
- ・岐阜大学医学部地域枠卒業生の研修先、勤務先の調整

県内医学部在学の学生、県内高校出身者で他県の大学医学部に在籍する者に対して修学資金を貸与。

貸与を受けた学生は、卒業後にコンソーシアムが提供する初期臨床研修プログラムやキャリアパスにより、県内での研修や勤務に就く(償還免除要件)。

地域医療実習の実施などによる定着支援(新潟県)

県内及び県外の医学部に選抜枠を設定し、学生に対し、卒業後9年間は県が指定する医療機関に勤務することを償還免除の要件とする修学資金を支給。

貸与者には、在学期間中毎年1回、地域医療実習への参加を義務づけ、地域医療に対する理解の促進を図る。

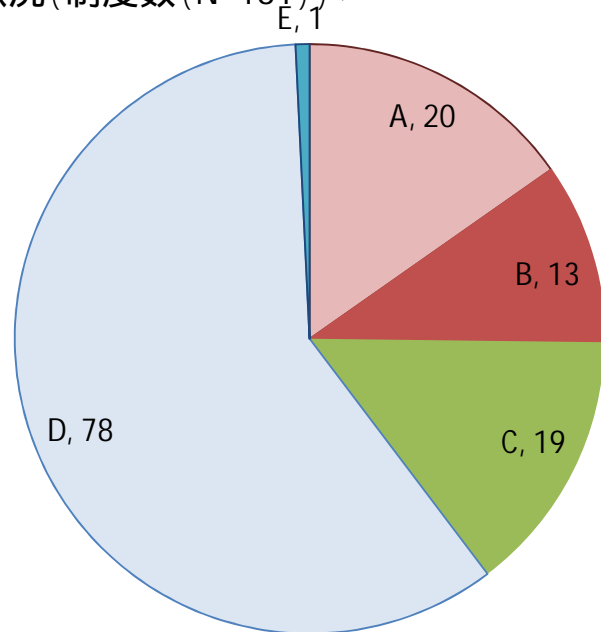
また、県内医学部に総合地域医療学講座を設置し、地域医療に貢献する医師の育成及び地域における勤務医の確保を図るとともに、地域医療連携の推進による地域医療の充実を図っている。

地域における医師確保のための奨学金制度等の現状

68大学から登録された地域における医師確保のための学生を対象とした奨学金制度や授業料の減免制度131制度のうち、臨床研修施設を指定する医療機関とする制度は20あった。

初期臨床研修を指定する医療機関で受けることを減免要件とする奨学金等制度を実施する都道府県は12あった。県内の医療機関から選択等も含め、初期臨床研修について何らかの要件を設けている都道府県は34あった。

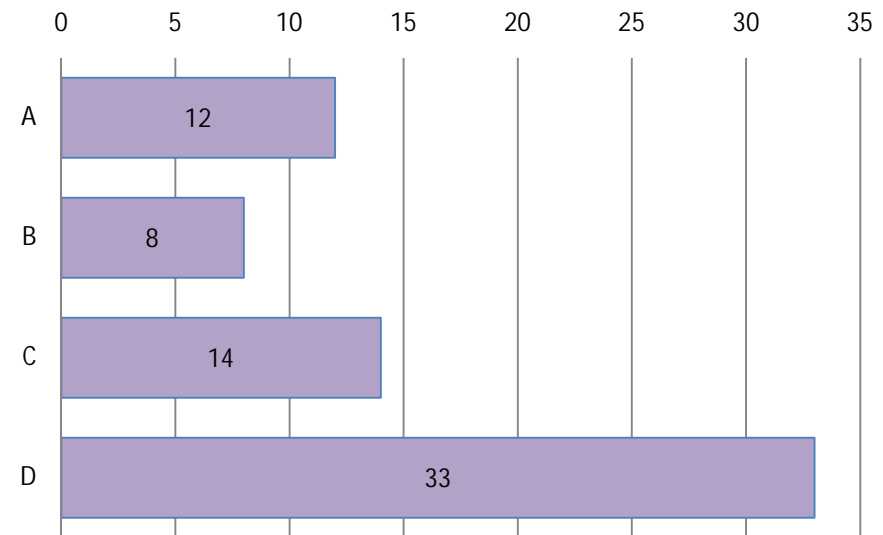
<奨学金の返還免除要件における初期臨床研修に係る要件の状況(制度数(N=131))>



- A 臨床研修を県内の指定された特定の医療機関で行う義務がある
- B 臨床研修を県内の指定された複数の医療機関のうちいずれかで
行う義務がある
- C 臨床研修を県内のいずれかの医療機関で行う義務がある
- D 臨床研修を県内の医療機関で行う義務はない
- E 記載なし

<奨学金の返還免除要件における初期臨床研修に係る要件の状況(都道府県数N=47)>

都道府県が実施主体のものに限る



重複回答あり

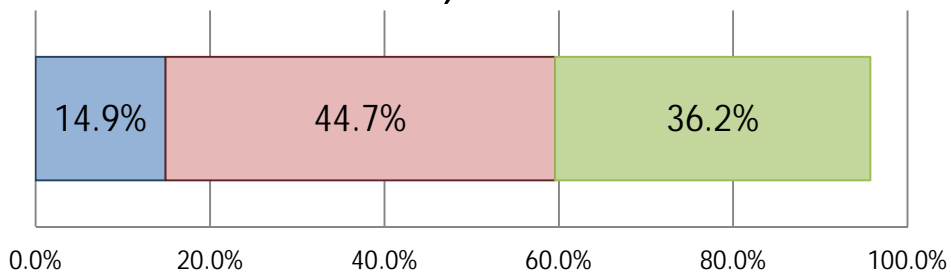
Dは、初期臨床研修を県内で行った場合に義務年限に含まれる場合と含まれない場合がある。

地域枠学生の研修病院の選定に関する都道府県の意見

都道府県内の指定された特定の医療機関で臨床研修を受けることとされた地域枠の学生について、マッチング外とすべきが44.7%と最も多かった。

一方、都道府県内の医療機関から自由に選択して臨床研修を受けることとされた地域枠の学生について、マッチング内とすべきが48.9%と最も多かった。

マッチングの適否(都道府県内の特定の医療機関で研修する地域枠の場合)



■ マッチング内 ■ マッチング外 ■ その他

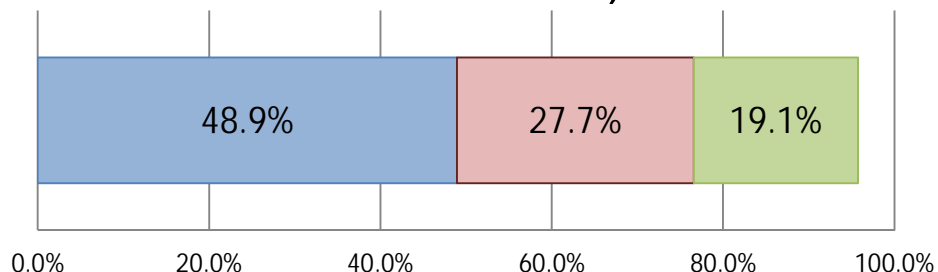
【マッチング内】であるべきとする主な理由

- ・ マッチング外で扱った場合、学生のモチベーションやレベルを低下させる恐れ
- ・ 一般学生との公平性

【マッチング外】であるべきとする主な理由

- ・ 自治医大生と同様に扱うべき
- ・ アンマッチを防止するため
- ・ マッチング内とすると、学生に自由な病院選択が可能であると期待されてしまう
- ・ マッチング内とすると、実質的なマッチング募集人数(一般枠の数)がわかりにくくなり透明性が低下する恐れ
- ・ マッチングにはなじまない。ただし、定員の内数にすべき

マッチングの適否(都道府県内の医療機関から自由に選択し研修する地域枠の場合)



■ マッチング内 ■ マッチング外 ■ その他

【マッチング内】であるべきとする主な理由

- ・ 現行制度でも希望順位の選択等の工夫で対応可能
- ・ 一般学生との公平性
- ・ マッチング外とすると、病院側が選考試験・面接の機会を逸し人物確認ができない
- ・ マッチング外とすると、本人の学習意欲の低下の恐れ
- ・ マッチング外とすると県が調整をすることになる
- ・ 他県からの流入の可能性がある

【マッチング外】であるべきとする主な理由

- ・ アンマッチの恐れ

【その他】の主な意見

- ・ 原則はマッチング内とし、アンマッチの場合などに例外的に定員を上乗せすべき
- ・ 各病院の定員の内数で、地域枠のための定員を都道府県が設定できるようにすべき
- ・ マッチング外にすると、1病院の定員を上回る地域枠学生が集まった場合の調整が困難

地域枠学生の研修病院に関する都道府県の状況

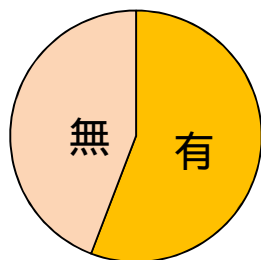
地域枠の学生の臨床研修先について、医療機関を指定している都道府県が17、地域を指定している都道府県が10であった。

医師臨床研修システムの活用について、活用しないと回答した都道府県が9、活用すると回答した都道府県が28であった。

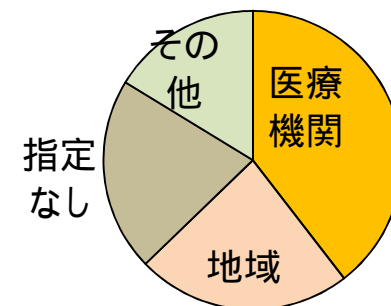
奨学金等による契約によって、都道府県が地域枠の医学生の初期臨床研修先を決定する権限の有無

初期臨床研修先をどのレベルまで指定（強制力のある指定）しているか

	回答数
1:有	24
2:無	19

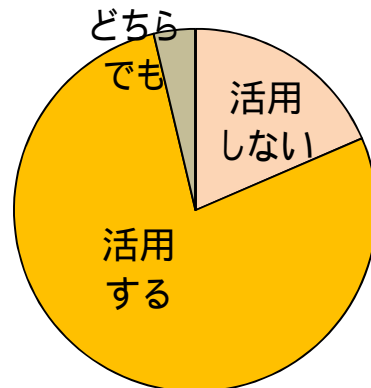


	回答数
1:医療機関	17
2:地域	10
3:指定なし	9
4:その他	7



初期臨床研修先を都道府県が指定する場合、医師臨床研修マッチングシステムを活用するか

	回答数
1:活用しない	5
2:活用する	21
3:どちらでも	1
無回答	0



47都道府県に調査し、回答の得られた43都道府県の結果をまとめたもの。

医師不足の診療科の医師確保対策

産婦人科、小児科等の厳しい勤務環境にある診療科において医師が不足

- ➡ 救急医（産科医、麻酔科医、新生児科医、小児科医等を含む）に救急勤務医手当を支給する２次救急医療機関等に対して財政支援
- ➡ 産科医等に分娩手当等を支給する分娩取扱機関に対して財政支援
- ➡ 出生後NICU（新生児集中治療管理室）に入る新生児を担当する医師に手当を支給する医療機関に対して財政支援



医師臨床研修部会 今後のスケジュール(修正案)

適宜、関係団体からのヒアリングを実施

- 平成25年3月22日
1. 基本理念と到達目標について
 - 1) 基本理念
 - 2) 到達目標
 - 3) 臨床研修全体の研修期間
 2. 基幹型臨床研修病院の指定基準について
 - 1) 研修プログラム
(研修診療科、 各診療科の期間)
- 4月25日
- 2) 必要な症例
 - 3) 指導・管理体制
- 5月23日
- 4) 募集定員の設定
(募集定員の設定方法、 地域枠への対応)
 - 6) その他 (臨床研修病院群の形成)
- 6月27日

 - 5) 研修医の処遇等の確保
 - 6) その他 (第三者評価、 都道府県の役割、 制度運用上の問題)
 3. 中断及び再開、修了について
 4. その他
 - 1) 地域医療の安定的確保
- 7月
- 2) 研究医養成との関係
 - 3) 関連する医学教育等
- さらに議論が必要な事項
- 8月以降
- 報告書に向けた検討