慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	II. 新医師臨床研修制度 : 施行1年半を過ぎて
Sub Title	
Author	宇都宮, 啓(Utsunomiya, Osamu)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2006
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.83, No.3 (2006. 9) ,p.180- 190
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	学会展望
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20060900-0180

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

Ⅱ．新医師臨床研修制度－施行１年半を過ぎて

前厚生労働省医政局医事課　医師臨床研修推進室長
厚生労働省医政局　研究開発振興課医療機器・情報室長
宇都宮（うつのみや）　啓（おさむ）

はじめに

新医師臨床研修制度は施行１年半を過ぎ，概ね順調に進んでいる．中には批判もあるが，その原因として，あまりこの制度の経緯や趣旨がまた理解されていないと思われる面もある．そこでまず，なぜ臨床研修を必修化したのか，述べていきたい．

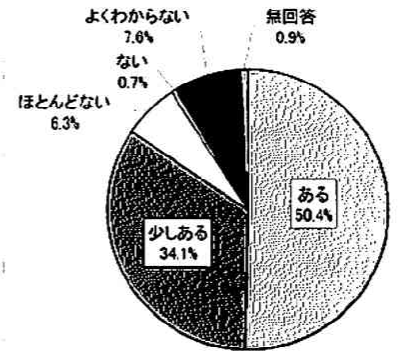
医療制度改革論議に関心があるかという問いに対しては，「ある」「少しある」で約85％が関心があると答えている（グラフ参照）．

では，具体的に何に関心があるか．１番目は医師の質的向上である．つまり，質の向上に関心があるということは，裏返せば懸念，不安があるということではないか．（グラフ参照）．

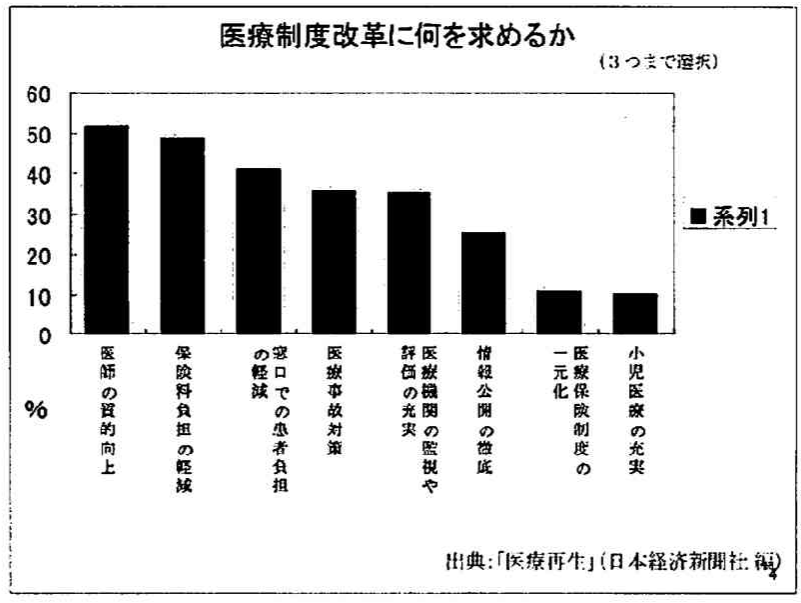
以前の研修制度の問題点としては，まず２年間が努力義務にすぎなかった，ということがある．また，２年間で何をやるという目標もなかったために，プログラムが不明確であったり，ストレート研修中心であった．さらに身分，処遇が不安定で研修医のアルバイトなども多く，それが事故につながったともいわれる．

平成13年度の旧制度の下では，研修対象者のうち12.6％が実は研修を実施していなかった．14年の医師調査では，約95％が病院，診療所で臨床を行っている．老健施設も患者さんを相手にするという意味で加えると，96％の医師が患者さんに接しており，接していないのは４％だけである．

医療制度改革論議に関心があるか



出典：「医療再生」（日本経済新聞社 編）



出典：「医療再生」（日本経済新聞社 編）

旧制度の医師臨床研修の問題点

1. 研修は努力義務
2. 研修プログラムが不明確
3. 専門医志向のストレート研修中心
4. 施設間格差が著しい
5. 指導体制が不充分
6. 研修成果の評価が不充分
7. 身分・処遇が不安定 → アルバイト
8. 研修医が都市部の大病院に集中

（大学病院と臨床研修病院（規模や剖検の基準））

5

わが国における医師の現状（平成14年）

総合病院または専門病院	44.2 %
大学病院	16.4 %
診療所	34.4 %
老人保健施設	0.9 %
その他	4.1 %
合計	100.0 %

・総医師数 262,587人
・人口10万人当たり医師数 206人
・医学部設置校数 80校

7

医師臨床研修実施者の状況(1)

（平成13年度）

研修対象者数（全医学部卒業生）
15,439人(100%)

研修非実施者数
1,938人(12.6%)

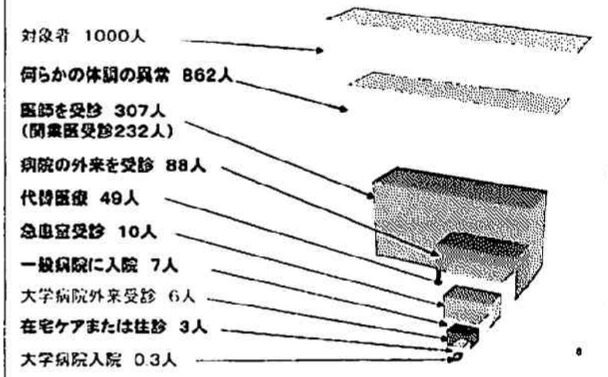
研修実施者数
13,501人(87.4%)

大学病院
9,619人(62.2%)

臨床研修病院
3,882人(25.2%)

わが国の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動

Fukui, T et al. JMAJ 2005; 48: 183-187（調査期間：2003年10月1日-31日）



8

しかし，12.6%は実施していなかった．つまり，この差に当たる人たちが研修をきちんとやらずに臨床をやっていた可能性があるのである．

臨床を行った人の比率としては，7対3もしくは8対2の割合で大学病院のほうが多かった．しかし，実際に大学病院に勤務する人は16%しかいない．

住民1000人当たりが病気になった場合，どういう行動をとるか，『New England Journal of Medicine』のデータが有名だが，今年，日本のデータが公表された．これによると，何らかの体調の異常のある者は1000人中862人，うち医師を受診した者が307人，一般病院入院が7人という状況である（グラフ参照）．

では，この中で「大学病院に行った人」はというと，外来受診が6人，入院は実に0.3人である．即ち，実際に体調に異常があった人の中で，大学病院が関わる人の数は非常に限られているということであり，症例数もしくはコモンディジーズに関して，どうしても限られてしまうことが，このデータからもわかる．

高齢社会を迎えて複数疾患を抱えた患者さんが増え，生活習慣病が増えたことから，全人的・診療科横断的な医療の必要性が高まってきているが，一方，育てている医師はむしろ高度化，専門化，細分化に対応するものに重点が置かれていたのではないか，即ち，需要と供給の間にミスマッチがあったのではないかと考えられる．

専門医のあるべき姿は，広いベースの上に高さを積み上げ，高くしていくことであると思われる．しかし，あまりベースを気にせず，頭でっかちの「いわゆる専門医」が育ってきたのではないか．

旧制度の下で2年間の研修修了時において，「あまり自信がない」あるいは「できない」という技術があるかという問いに対して，7割の人が「直腸診で前立腺の異常を判断する」自信がないかできない．「鼓膜を観察し異常の有無を判定できる」については8割が自信がないか，できない．また，9割の人が「眼底所見で動脈硬化を判定できる」自信がないか，できないといっている．

生活習慣病から高血圧，糖尿病が増えているなか，眼底を診る時は眼科の先生にお願いしなければならないわけである．となると，いったい眼科の医師が何人必要となるの

医師の需要と供給における質的不均衡

1. 高齢化社会を迎えて、複数疾患を抱えた患者の増加、生活習慣病の増加

→ 全人的・診療科横断的医療、予防医学の必要性
（需要）

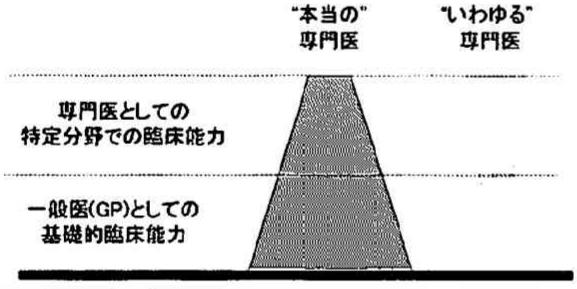
2. 医学の進歩による医療の高度化、専門化、細分化

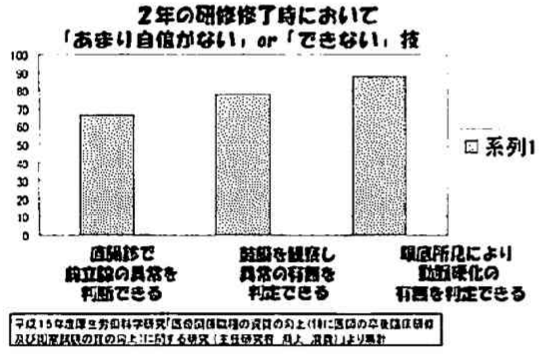
→ ストレート研修による高度専門医療を志向したい
わゆる専門医の増加

（供給）

9

専門医のあるべき姿





だろう．こういったことが，古い制度の下で起こっていたのである．（グラフ参照）

話は変わるが，喫煙者は「私はちゃんと灰皿のあるところで吸っている」あるいは「携帯用灰皿を持っている」と言うが，一部の心ないポイ捨てをする人のために，多数の住民が迷惑をして，ポイ捨て禁止条例を作らざるを得ない状況になった．また，犬の糞を始末しない一部の心ない飼い主のために，住民が迷惑するので飼い主会が必要となる．

医師の質の問題にしても，国民から見れば，医者は皆一緒ではないか．自分のところはちゃんとやっている，自分のところの研修は問題ないといっていても，果たしてそれ

「自分はちゃんとやってる」は通用するか？

○ 喫煙 → 歩きたばこ禁止条例

○ 飼い犬のフン → 飼い主会

○ 医師の質 → 医師卒後臨床研修制度

12

が通じるか，

地方労働局や，大量の処分者を出した社会保険庁等の問題が報道されている．私は厚生労働省の職員だが，「私は保険庁に行ったことはない．医系技官だからそんなところには将来も恐らく行かないし，われわれはちゃんとやっている」と言っても，賛成してくれる方がいるだろうか．「同じ厚生労働省のくせに何を言っているんだ」と感じられるのではないか．医師についても国民からは似たようなことが実は感じられているわけで，やはりこれは医療界全体で取り組まなければいけない問題ではないかと考える．

医師臨床研修制度改善のあゆみ

医師臨床研修制度改善のあゆみ

昭和23年	卒後1年のインターン制度を開始（GHQの指導）
昭和43年	臨床研修制度創設（「努力義務」としての研修）
昭和53年	「プライマリー・ケアを含む臨床研修の実施について」（通知）
昭和55年	ローテート方式導入
昭和59年	病院群による臨床研修病院の指定
昭和60年	総合診療方式導入
平成 6年	医療関係者審議会提言「必修化、内容改善」
平成 8年	医療関係者審議会中間意見書
平成11年	医療関係者審議会「医師臨床研修必修化について」とりまとめ
平成12年	医師法、医療法改正
平成16年	施行

13

昭和43年にそれまでのインターン制度が廃止され，今の前の臨床研修制度ができた．平成6年に医療関係者審議会から，すべての医師が幅広い基本的な診療能力を身につけることができるように，必修化，内容改善すべきという提言が出された．

通常であれば，審議会で提言が出てから数年で新しい制度が走りだすのだが，臨床研修制度の場合，法改正まで実に6年かかり，さらに施行まで4年を費やしている．即ち，提言が出てから実際にこの制度が走りだすまで10年かかっ

医師法等の一部改正
（平成12年改正、平成16年4月施行）

1. 診療に従事しようとする医師は、2年以上臨床研修を受けなければならない
2. 臨床研修に専念しなければならない
3. 臨床研修修了を医籍に登録、修了登録証の交付
4. 臨床研修未修了者の診療所開設は知事の要許可
5. 病院・診療所の管理は臨床研修修了者に限定

14

第150回国会参議院国民福祉委員会附帯決議
（平成12年11月）

「医師及び歯科医師の臨床研修については、インフォームドコンセントなどの取組や人権教育を通じて医療倫理の確立を図るとともに、精神障害や感染症への理解を進め、更にプライマリーケアやへき地医療への理解を深めることなど全人的、総合的な制度へと充実すること。その際、臨床研修を効果的に進めるために指導体制の充実、研修医の身分の安定及び労働条件の向上に努めること。」

15

ているわけである．これだけの年月のかかるケースは珍しいが，この間，様々な立場の先生方がご意見を戦わせ，議論されて，ようやく始まったのがこの制度であるということを，ぜひ認識していただきたい．

病院に行って研修医と話をすると，「あと1～2年でこの制度はなくなると聞いたが，本当か」という質問をする人が結構多い．10年間の大変な議論を経て，やっと法律改正して始まったものを，まだ修了者も出ていないうちから，1～2年でやめるなどということはあり得ない．

これまでの先生方の苦労を反古にしてはいけない．この制度はなかなか難しいところはあるが，10年の議論を経たなら10年の経過と成果を見て，きちんと評価をして，その上で修正すべきところを修正するというのが本当ではないか．

医師法が改正され，2年間必修等が定められたが，法改正が行なわれた時に，参議院の国民福祉委員会で付帯決議が付けられた．医療倫理の確立あるいはプライマリーケアや全人的医療，研修医の身分の安定が決議されたわけだが，わが国の意思決定の最高機関である国会で行なわれた決議ということから，やはりこれは国民の声であるということを認識していただきたい．

新研修制度の到達目標，予算

臨床研修の到達目標としては，さまざまな目標がある．この研修制度の場合，医療人として必要な基本姿勢，態度が行動目標として，全人的な医療という観点から入っているわけだが，中でも医療の社会性，特定の現場の経験とい

臨床研修の到達目標

Ⅰ 行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

(1)患者－医師関係、(2)チーム医療、(3)問題対応能力、(4)安全管理、
(5)症例呈示、(6)医療の社会性

Ⅱ 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

(1)医療面接、(2)基本的な身体診察法、(3)基本的な臨床検査、(4)基本的手技、
(5)基本的治療法、(6)医療記録、(7)診療計画

B 経験すべき症状・病態・疾患

1. 頻度の高い症状(35項目。うち20項目は必修、レポート提出)
2. 緊急を要する症状・病態(17項目。うち11項目は必修)
3. 経験が求められる疾患・病態(88項目。うち70%以上の経験が望ましい)

(1)A疾患：入院症例レポートが必修： 10項目
(2)B疾患：外来、入院での経験が必修： 38項目
(3)外科症例(手術を含む)1例以上の受け持ち一症例レポート

C 特定の医療現場の経験

(1)救急医療、(2)予防医療、(3)地域保健・医療、(4)周産・小児・成育医療、
(5)精神保健・医療、(6)緩和・終末期医療

健康の定義（WHO）

・健康とは、肉体的、精神的および社会的に完全によい状態にあることであり、単に疾病または虚弱でないということではない。

18

う目標が非常に大きな特徴であろう．

これまで研修は大きな病院で行なわれていたが，医療の社会性や地域保健・医療などは，なかなか病院の中だけでは学びにくいものといえよう．

WHOの健康の定義を持ち出しているが，この中では「肉体的，精神的及び社会的」にという言葉を入れている．では，社会的な健康あるいは社会性とはどういうことなのか．私は，今回の必修7科目のうちの1つである地域保健・医療で学べることではないかと思う．

私自身，慶應では研修を受けなかったが，岩手県で救急研修を受け，その後，田舎の保健所に行って保健婦さんについて結核や精神疾患の家庭訪問に行ったり，福祉事務所のケースワーカーについて生活保護家庭を訪問したりした．そこで，やはり病院の中で見せる患者さんの顔はその患者さんのごく一部でしかないと痛感した．病院で薬をあげて

地域保健・医療研修の意義

(1)全人的医療の修得
○人＝肉体＋精神＋社会（家庭、地域、職場、学校等）
○家庭訪問、往診、地域活動等を通じた、患者の社会的側面の学習
(2)様々な保健・医療・福祉制度、患者支援組織・団体の学習
○医療費公費負担（難病、精神通院等）
○介護保険、福祉制度、家族会等
→ 患者の負担軽減
→ 患者の社会復帰支援
(3)臨床医の届け出等の意義の学習
○食中毒、感染症等　→　届け出に基づく対策
○衛生統計（死亡、疾病等）　→　地域での活用
(4)予防医療の学習（地域保健、職域保健等）
○健診、検診、予防接種、健康づくり活動、介護予防等
(5)医療安全の学習
○医療監視への立ち会い・・・監視する側から見た医療安全対策

医師臨床研修費補助金について

医師臨床研修の必修化は、良質かつ適切な医療の提供に向けた改革の基礎として不可欠なものであり、新制度の円滑な実施を図るため、研修を行う病院に必要な支援を行う。

平成17年度予算　182億円（16年度：171億円）
（15年度：43億円）

1. 教育指導経費　135億円（16年度：111億円）
・指導医の指導時間の延長
・プログラム責任者（副院長クラス）の配置
・研修管理委員会の設置　等

2. 導入円滑化特別加算　47億円（16年度：60億円）
・研修医にアルバイトを行わせず、適切な指導体制を確保した宿日直研修を支援することにより、新制度の円滑な導入・定着を推進する。

20

置がまったく違うということがあるようだ．つまり，血流は局所的に制御され，しかも神経活動依存的に制御されているということが分かる．

私どもは15年間ほど代表的なGPCRであるエンドセリン受容体の研究を続けており，構造を解こうとしている．それとさまざまな生物学的機能などに関する研究も行っており，この受容体の重要性は製薬メーカーをはじめとして十分認識されていると思われる．このエンドセリン，エンドセリン受容体のカスケードなどを通して血管平滑筋によって血流が制御されていることが良く分かっているわけだが，脳の毛細血管には血管平滑筋がない．だから，どのような機構によって，神経活動依存的な血流の制御が脳で行われているかは興味深い未知の問題である．脳の毛細血管には平滑筋が無い代わりにアストロサイトが血管を取り巻いている．面白いことに，このアストロサイトのエンドフィートに結晶性の格子構造が見えており，これがAQP4でできていることが分かってきている．

AQP4にはスプライシング・バリアントが存在しており，短いフォームをAQP4M23，長いスプライシング・バリアントをAQP4M1と呼ぶが，23番目のメチオニンから始まるAQP4M23は大きな格子状のアレイができるし，M1からのN末端配列を含んで発現するとアレイ構造が消えてしまう．ちょうどこのアストロサイトにある格子状構造は，この2つのスプライシング・バリアントが50%程度ずつ発現されている時にできるような構造の大きさに似ているわけである．この興味深い水チャネルを研究するために，佐々木先生と共同研究を開始した．AQP4はスプライシング・バリアントが存在するので，構造研究に必要な均一なタンパク質を精製する必要から組み替え遺伝子の発現系を用いる事とした．バキュウロウィルスを用いたSf9細胞の発現系で1リッターカルチャーから，3 mg程度のAQP4M23を精製出来る様にした．

ところで，電子線結晶学にはウィークポイントがあり，電子線結晶学者はX線結晶学者と競争することがまったくできない状況である．なぜかというと，結晶化条件が良いか否かをチェックするときに，3次元結晶の場合は光学顕微鏡の下で数秒の間に判断できるが，2次元結晶の場合には1個の結晶化条件を検査するために30分程度はかかり，まったく勝負にならないわけである．その問題を解決するひとつの方法として，電子顕微鏡が結晶化条件を自動で検査してくれるような電顕を開発して，放っておいても結晶化条件の検査ができるようなシステムを作ろうとしている．私どもはこのような努力と2次元結晶を作製する条件をどの順番で変化させると効率よく結晶が作製できるかの経験を積んでいっている．幸運なことにAQP4の2次元結晶が作製できたが，不思議なことにこれはAQP0と同じ2層の膜が重なった結晶で，AQP0の場合には線維細胞を強固に接着する機能を持っているために2次元結晶でもしっかり2つの膜が接していたが，AQP4の場合はその膜の接着性が弱いようで，2枚の膜の相互作用位置が異なる2次元結晶が見られており，高い分解能の回折点を与える結晶の場合でもこの様な2枚膜のズレがある．それゆえ，そのままデータを集めると構造が解けない事が明らかとなってきた．その問題を解決するために，高い分解能の電子線回折像を撮ると同時に，その同じ結晶から電子顕微鏡像も撮影して，1種類の相互作用をしている結晶だけを選び出した．AQP4の構造を解いてみると，基本的な構造は，AQP1やGlpFなどとほとんど同じであったが，特徴的な3_{10}ヘリックスという不安定なヘリックスが長いCループに見られる新しい構造部分が明らかになった．この電子線による構造解析の良いことは，アストロサイトのorthogonal arrayと同じ4量体間の相互作用で結晶が形成されており，アルギニンとチロシンの結合でこの結晶，すなわち，orthogonal arrayが安定化されていることが分かってきた（図5）．

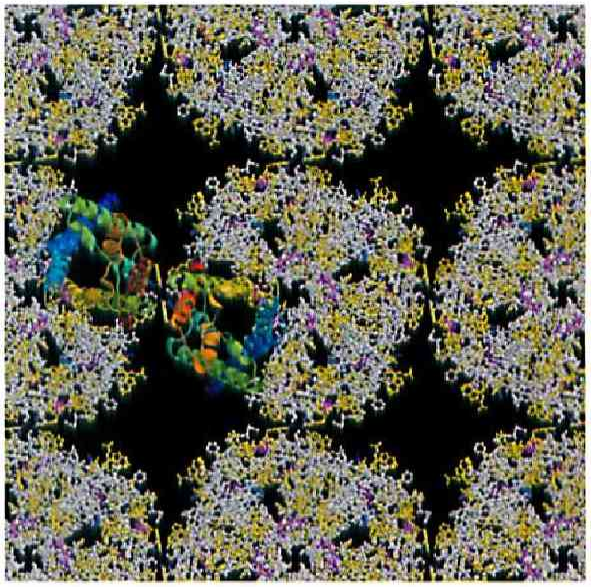


図5　アストロサイトのorthogonal arrayと同じ4量体間の相互作用で形成された結晶内のAQP4の構造．

ところで，蚊は肺があまり発達していなくて，我々の体に止まっているときに，肺に相当するトラキオラという器官に水がたまってしまう．飛び立つときにセミがおしっこをするように蚊もマルピーギアンチューブ，すなわち排泄管のほうへ水を押し出して飛び立つわけである．蚊にはアイダスアイジップティという学名がついているのでこの時機能している水チャネルをaeaAQPと呼んでいる．

aeaAQPの場合はいつも，orthogonal arrayのようなアレイ構造をとっており，それが壊れることはない．AQP4の場合には22個の真ん中あたりに9番目にあるアルギニンが保存されているが，aeaAQPの場合はそれがない．AQPM1のN末端側の22残基のペプチドを作製してアルギニンがあるペプチドを加えると結晶が壊れるが，それら全てのアルギニンをリジンに変えると結晶が壊れないとい

うことになる．つまりN末端側のアルギニンを持っている部分が発現されると，orthogonal arrayを安定化する機構の，チロシンとアルギニンの相互作用に対して拮抗的にアルギニンが働いてチロシンを奪うことにより，残されたアルギニンの正の電荷の反発力が働き，AQPM1の場合には結晶性がなくなってしまうと考えられる．アレイ構造を崩すような役割がN末端側にあり，わざわざそういう機構を持っていることにより，このorthogonal arrayの大きさを制御しているという，興味深い結果が分かってきた．

AQP4は視床下部のグリアルラメラにも大量に存在することが分かっており，グリアルラメラというのは細胞と細胞が層状に重なっており，水晶体線維細胞の膜の重なりと同じような構造で，2層の膜が接着している．今回新しく発見された3_{10}ヘリックス構造が互いに相互作用することにより，グリア細胞を接着しているらしいということが分かってきた（図6）．この3_{10}ヘリックスの接着構造が，結晶化するときのアーティファクトかもしれないため，私どもはエンドジニアスには細胞接着性の分子を発現していないLセルを使って，ステイブルにAQP1やAQP4M23を発現して，AQP1の場合には接着性が出ないがAQP4を発現すると接着性が出ることを確認した．その結果から，確かにAQP4が細胞の接着機能を担っていること，しかも非常に弱い接着性の機能を持っていることが分かるようになった．

AQP0の場合はチャネルがまっすぐ通っているが，このAQP4の場合はスタガードにずれているために，この水チャネルが水を通った時どうなるかというと，恐らくこの2つの接着している膜を引きはがす力になるだろうと思うわけである．つまり細胞接着と水チャネルが同じ分子の中にあるということは，視床下部におけるグリアルラメラは浸透圧のセンシングや温度，グルコースのセンシングをしていると考えられており，この膜の接着や解離がそのセンシング機能を担うことが出来る可能性があることからして，大変興味深いものである．

また非常に興味深いのは，ドーパミンによって，AQP4の水の透過性が落ちるという話があり，それはセリンの180番がドーパミンシグナルで燐酸化されることにより，水の透過性が落ちる．構造的に見ると，C末には正電荷を有するアミノ酸残基のクラスターがあるため，180番のセリンが燐酸化されればC末部分がチャネルのふたをする可能性があり，それがゲーティング機能を果たしているのかもしれない．このことを証明しようとすると，燐酸化された180番の変異でアスパラギン酸に変えたものを発現した構造を今研究しているところであり，確かにC末によってふたをされているかについてはそのうちにお話できるとか思うが，そういう可能性をも考えて，このAQP4のゲーティングの機構も大変面白いものであり，私どもはAQP4の研究を引き続き行いたいと思っている．

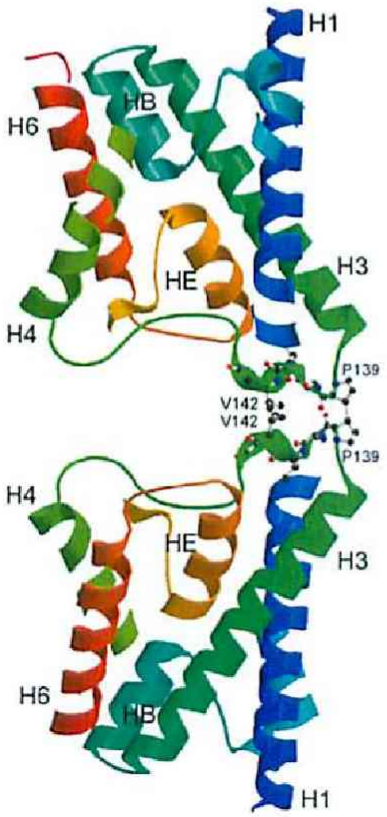


図6　短い3_{10}ヘリックスにより2つの分子が接着しており，細胞を接着できる構造．

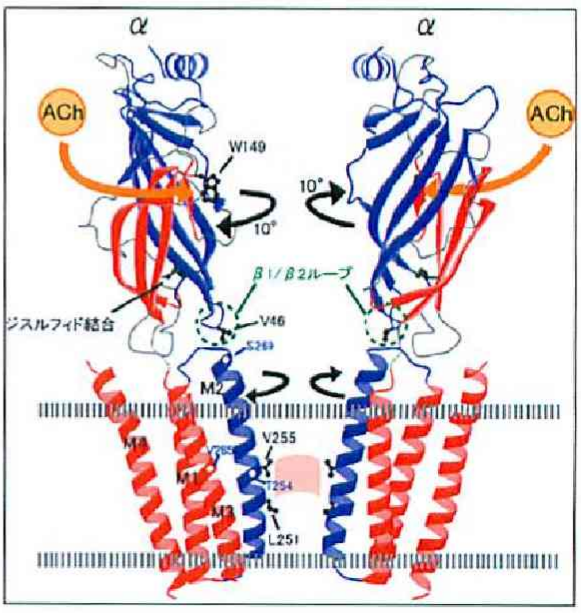


図7　アセチルコリン受容体の構造とゲーティングモデル．

研修医の平均給与（年収）の比較

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室調べ　　（単位：円）

	平成15年度（旧制度）	平成16年度（新制度）	差引増△減額
臨床研修病院	4，245，413	4，223，636	△ 21，777
国　立①	2，897，122	3，836，323	939，201
公　立	4，286，721	4，186，919	△ 99，802
公　的	4，547，842	4，284，070	△ 263，772
その他	4，635，405	4，378，282	△ 257，122
大学附属病院	2，040，051	3，179，289	1，139，238
国　立2	2，383，418	3，433，817	1，050，399
公　立	2，309，335	3，763，542	1，454，207
私　立	1，461，016	2，749，984	1，288，968
全　体	2，645，810	3，653，496	1，007，686

国立①：厚生労働省（国立病院機構）、防衛庁、日本郵政公社、労働福祉事業団（労働者健康福祉機構）
国立2：文部科学省（国立大学法人）
公　立：都道府県、市町村
公　的：日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会
その他：上記以外の公益法人、医療法人等

もなかなか飲まない患者さんや，一度治って退院したはずなのに同じような病気や怪我で戻ってくる患者さんもいるが，患者さんはやはり家庭や地域を見ないとなかなかわからない．これはぜひ若い研修医のうちに経験しておくべきことである．そのためには保健所に行って，座学で学ぶというのではなく家庭訪問をしたり，あるいは診療所から往診に行ったりということを積極的にやるべきだと思う．

もう1つ，地域保健・医療研修の意義においては，さまざまな制度を知るということが大きい．単に制度を覚えるということではなく，生活者としての患者さんを支援するために，お金の面の支援，あるいは生活面の支援，また精神的な支援として家族会等さまざまな制度や組織・団体があるということを知っておいていただきたい．

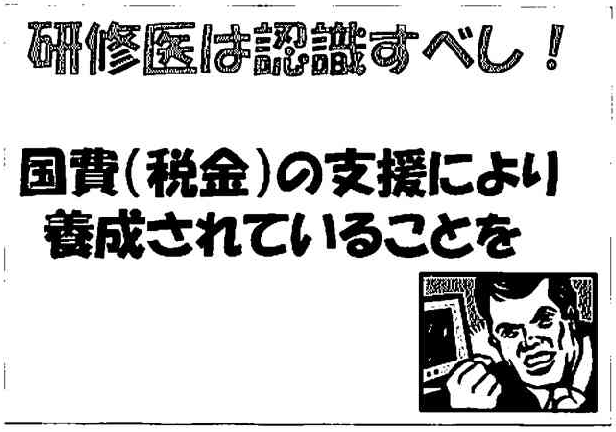
届出については，単に統計的に必要だというだけではなく，例えば食中毒は医者が届け出て初めてアクションがとられるわけである．即ち，届出が遅れれば，O157の感染が広がってしまうかもしれないわけで，社会防衛における医師の役割，責任をぜひ知っていただきたい．最近は児童虐待の関係で病院からの届出が早かったために救われたというケースも出ているので，だいぶ意識が高まっていると思うが，こういったことをぜひ地域保健・医療の場で身につけていただきたい．

次に金銭的な話をすると，古い研修制度の下では補助金は43億円しかなかったが，新しい制度になって約4倍，171億円に増加した．今年度，さらに増加したが，国の予算は非常に厳しいところである．そういう中において，これだけの伸びを見せるというのは異常事態に近いとも言えよう．では，なぜそれが起こったのか．私は医療の質の向上に対する財務省の期待があったからではないかと考える．

こういう補助金や病院長等の先生方，現場の先生方のご努力もあって，古い制度の下では研修医の平均給与は臨床研修病院が420万円，大学付属病院が204万円と倍以上の差がついていたものが，新制度では大学病院は100万円以上も上がり，差がだいぶ縮まってきた．また，全病院の平均が260万円だったものが目標の360万円に，1年目にして達成された．これは本当に先生方の努力のおかげであり，心より感謝申し上げたい（表参照）．

ただ，大学病院はずいぶん増したが，なぜか研修病院は下げている．360万という目安を出してしまったために，その程度でいいのかといって下げたのか，それはわからないが，このような状況がある．

以上のことから，研修医の方々には，「自分は勝手に研修しているのではない．多くの税金が投入されているのだ」ということをぜひ知ってもらいたいし，指導される先生方も教えてあげてほしい．



初期臨床研修はどこで行なわれているか？

区　分	大学病院	臨床研修病院
旧制度 （平成13年度）	71. 2%	28. 8%
新制度1年目 （平成16年度）	55. 9%	44. 1%
新制度2年目 （平成17年度）	49. 2%	50. 8%
新制度3年目？ （平成17年度マッチング）	48. 3%	51. 7%

資料：平成13年度「研修医の処遇に関する調査」（厚労省・文科省）
平成16、17年度 厚労省医事課調べ（国試合格発表後）
平成17年度マッチング　マッチング協議会調べ

24

都道府県	平成15年度採用実績 ①	平成16年度採用実績 ②	増減 ②－①	平成17年度採用実績 ③	増減 ③－②	増減 ③－①
北海道	288	328	40	319	△ 9	31
青森県	58	58	2	49	△ 9	△ 7
岩手県	38	58	20	65	7	27
山形県	56	42	△ 14	58	16	2
埼玉県	118	195	77	177	△ 18	59
東京都	1,707	1,313	△ 394	1,290	△ 23	△ 417
長野県	104	90	△ 14	112	22	8
京都府	411	268	△ 143	312	44	△ 99
大阪府	689	578	△ 111	588	10	△ 101
広島県	181	134	△ 47	143	9	△ 38
福岡県	546	432	△ 114	463	31	△ 83
長崎県	105	74	△ 31	103	29	△ 2
沖縄県	81	139	58	127	△ 12	46
全国合計	8,166	7,392	△ 774	7,526	134	△ 640

日本医師臨床研修マッチングプログラムの影響

大学病院と臨床研修病院の研修医の比が旧制度は7対3だったが，マッチングが始まってからはその差は縮まり，今年度はついに臨床研修病院が若干多くなった．10月27日に今回のマッチングの結果が発表されたが，さらにその差が少し広がりを見せた（表参照）．

最下段以外の数字は実際に在籍している研修医の数である．たとえば，新制度の2年目については，昨年の今頃のマッチングの時は，大学病院が53%，臨床研修病院が47%だったが，春の国家試験で大学病院のほうがずいぶん落ちてしまい，比率が逆転してしまった．また，来年の国家試験も同じような傾向になると，これが広がってしまって危ないと思うので，ぜひ国家試験に落ちないよう指導していただきたい．

古い制度の下では，研修病院は原則として300床以上となっていた．そのため，300床未満の病院では，わずか60人しか研修を受けていなかった．

今度新しい制度でその規制を撤廃したところ，中小の病院がどんどん参入してくるようになり，今年度は300床未満の病院で300人くらい新たに研修を始めた．昨年度から始めている人も加えると，2学年で約500人が300床未満の病院で研修をしているということからも，中小病院での研修が増えていることがわかる（表参照）．

これは都道府県のデータだが，マッチングが始まる前は都市部に集中するといわれていた．しかし，例えば東京都の場合，1年目に394人減って，2年目に23人減った．つまり，古い制度に比べて今年は417名減っている．全体に初年度は都市部から出ていく傾向があり，昨年は少し揺り戻しがあったが，それでも京都，大阪などは古い制度に比べて100人くらいずつ減っている．片や北海道は31人増えて，沖縄は46人，岩手は27人増えている．例外は一部あるにしても，必ずしも大都市に集まるわけではなく，地方に出ているのではないか．（表参照）．

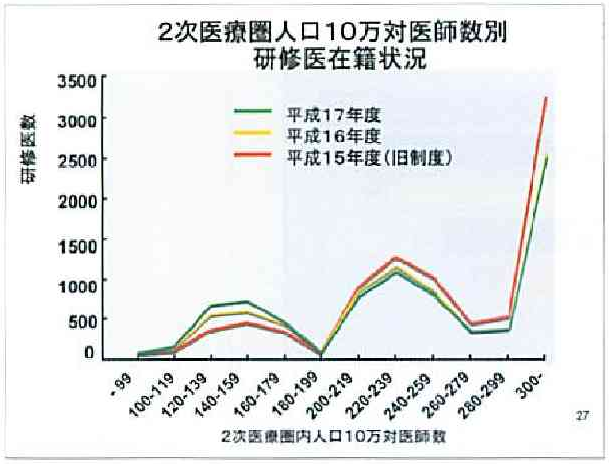
このデータを示したところ，「そうはいっても同じ県内では県庁所在地に偏在している，これは見せかけだ」とい

病床規模別 病院数・研修医数

【単独・管理型臨床研修病院】　（単位：病院、人）

区　分	平成16年度			平成16年度			平成17年度			平成17年度（2学年分）		
	病院数	（うち、研修医が在籍する病院数）	研修医数	病院数	（うち、研修医が在籍する病院数）	研修医数	病院数	（うち、研修医が在籍する病院数）	研修医数	病院数	（うち、研修医が在籍する病院数）	研修医数
～99床	0	(0)	0	2	(1)	2	2	(2)	4	2	(2)	6
100床～199床	0	(0)	0	43	(30)	46	55	(29)	66	55	(33)	111
200床～299床	18	(16)	60	122	(63)	143	141	(92)	233	141	(93)	360
300床～499床	238	(165)	735	408	(253)	1,070	435	(332)	1,349	435	(362)	2,424
500床～699床	163	(128)	819	153	(151)	1,150	159	(170)	1,335	159	(160)	2,558
700床～999床	58	(52)	531	56	(55)	599	58	(58)	682	58	(57)	1,381
1,000床～	10	(10)	92	12	(11)	116	12	(12)	148	12	(12)	275
計	485	(371)	2,237	827	(594)	3,262	893	(695)	3,824	893	(744)	7,125

※研修医数については、厚生労働省医政局医事課調べの数字である。
また、平成16年度の数字には、精神科単科研修を行う16病院を含まない。



われた．そこで調べたのが，２次医療圏人口10万対医師数別研修医在籍状況のグラフである．

横軸に二次医療圏当たりの人口10万対医師数をとり，右側に行くほど医師が多い地域，左側に行くほど医師が少ない地域となる．縦軸には研修医の数をとっている．16，17年度では，古い制度に比べて，今まで医師が多かったところは研修医の数が減り，逆に医師が少なかったところでは増えているということがわかる．窪んだ辺りが平均だが，だいたいそこで逆転している（グラフ参照）．

すなわち，マッチングが始まる前は，マッチングによって大都市の大病院に研修医が集中する，自由に選択されたらそういうことが起きるといわれていたが，実際ふたを開けてみると，むしろ今まで医者がいなかった地域，あるいは中小病院にも研修医が流れ始めたことが，このデータからわかる．

臨床研修医アンケートの結果から見えるもの

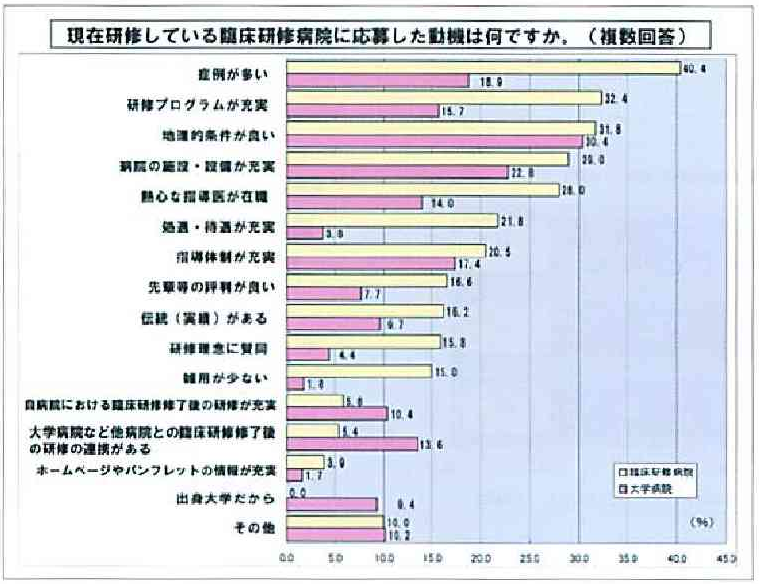
今年の３月，１年目の最後の研修医に行なったアンケートで，なぜその研修病院に応募したのかと問うた．研修病院を選んだ理由としては，「症例が多い」，「プログラムが充実している」というものが多い（グラフ参照）．

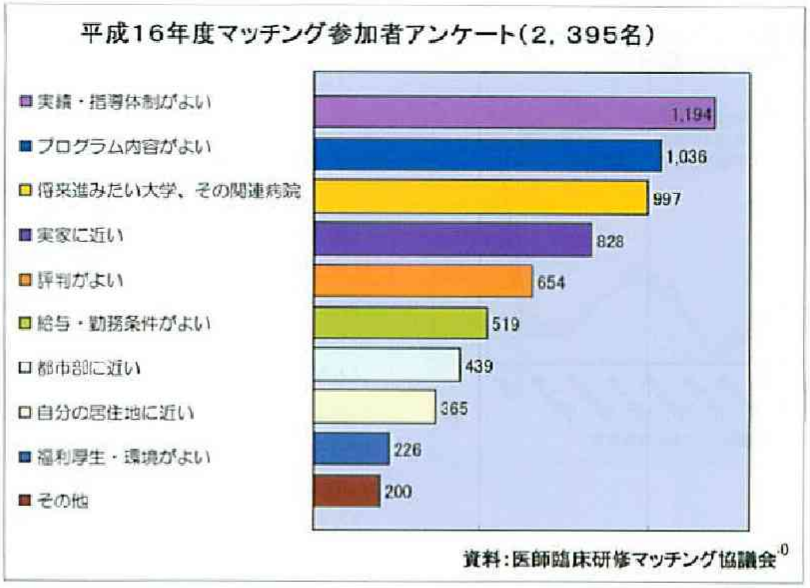
３番目に「地理的条件」というものが入っているが，これは設問の設定ミスだと思う．すなわち，地理的条件は「実家に近い」，「都市部に近い」，「自分の居住地に近い」の３種類に分けるべきだった．同じ研修医を対象にマッチング協議会が行った調査では，この３種類が全部分かれているが，都市部に近いというのを選んでいる者が意外と低かった．複数回答なので，プログラム内容も大事だけれども都市部も選んだ理由だというのなら，こちらにも○をつけるはずである．にもかかわらず非常に少ないというのは，都市であることが理由としてはそれほどでもないということがわかると思う（グラフ参照）．

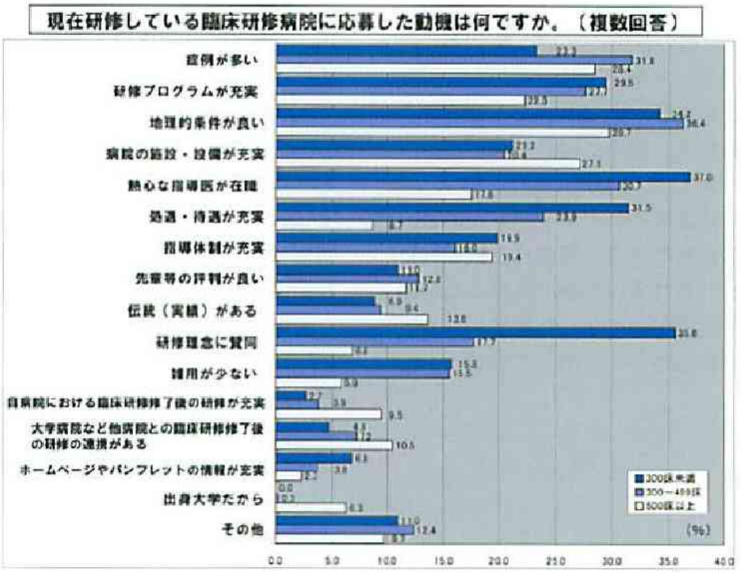
同じ問いの回答について，研修病院を病床規模別に分けたものでは，青が300床未満，斜線のものが300床から500床，白に点が500床以上という規模を表している（グラフ参照）．

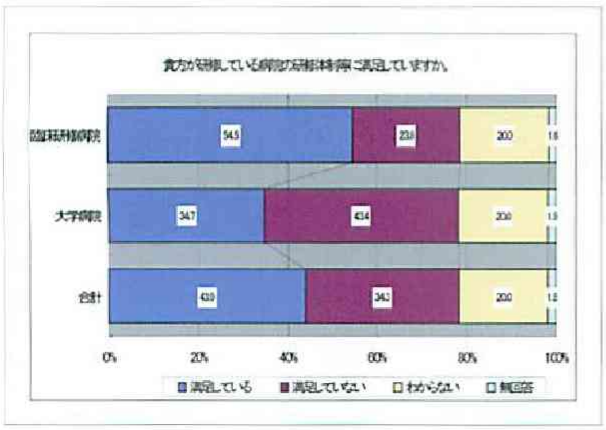
300床未満の小さい病院で一番多かったのは，「熱心な指導医が在職している」という理由だが，次に「研修理念に賛同して」というのがほかの規模を抜いて圧倒的に多い．すなわち，小さい病院でも非常に熱心な指導医がいたり，明確な理念を掲げて熱心にやれば，研修医が来てくれる可能性は十分あるということではないか（グラフ参照）．

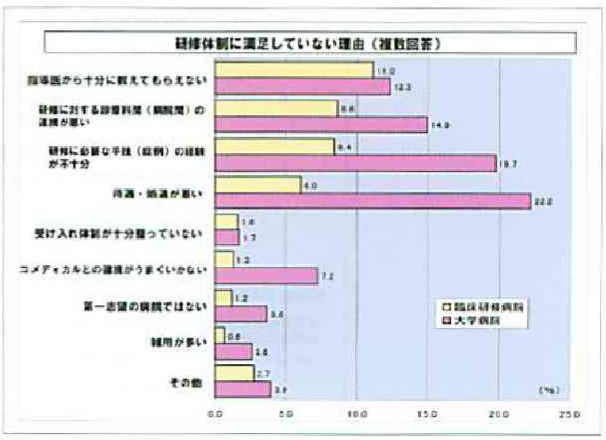
研修体制に満足しているかについては，残念ながら大学病院は少し低い．その理由としては，大学病院の場合は待遇・処遇が悪いことが挙げられている．しかし，大学病院の給与も上がってきているので，これについては徐々に解消されていくと思われる．ほかには，研修に必要な手技の

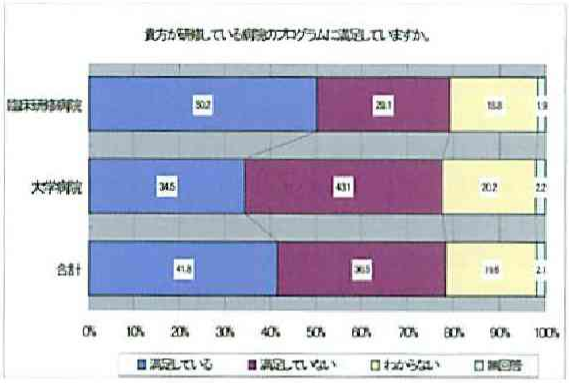


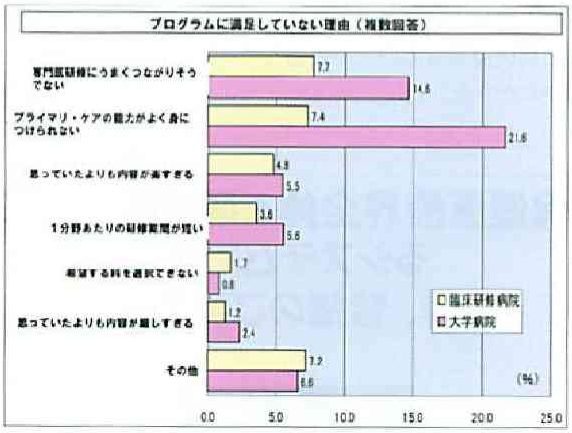

平成16年度マッチング参加者アンケート（2，395名）
実績・指導体制がよい
プログラム内容がよい
将来進みたい大学、その関連病院
実家に近い
評判がよい
給与・勤務条件がよい
都市部に近い
自分の居住地に近い
福利厚生・環境がよい
その他
1,194
1,036
997
828
654
519
439
365
226
200
資料：医師臨床研修マッチング協議会[0]


現在研修している臨床研修病院に応募した動機は何ですか。（複数回答）
症例が多い
研修プログラムが充実
地理的条件が良い
病院の施設・設備が充実
熱心な指導医が在籍
処遇・待遇が充実
指導体制が充実
先輩等の評判が良い
伝統（実績）がある
研修理念に賛同
雑用が少ない
自病院における臨床研修修了後の研修が充実
大学病院など他病院との臨床研修修了後の研修の連携がある
ホームページやパンフレットの情報が充実
出身大学だから
その他
(%)


貴方が研修していた病院が研修時間に満足していますか。
臨床研修病院
大学病院
合計
満足している
満足していない
わからない
無回答


研修体制に満足していない理由（複数回答）
指導医から十分に教えてもらえない
研修に対する診療科間（病院間）の連携が悪い
研修に必要な手技（症例）の経験が不十分
待遇・処遇が悪い
受け入れ体制が十分整っていない
コメディカルとの連携がうまくいかない
第一志望の病院ではない
雑用が多い
その他
臨床研修病院
大学病院
(%)



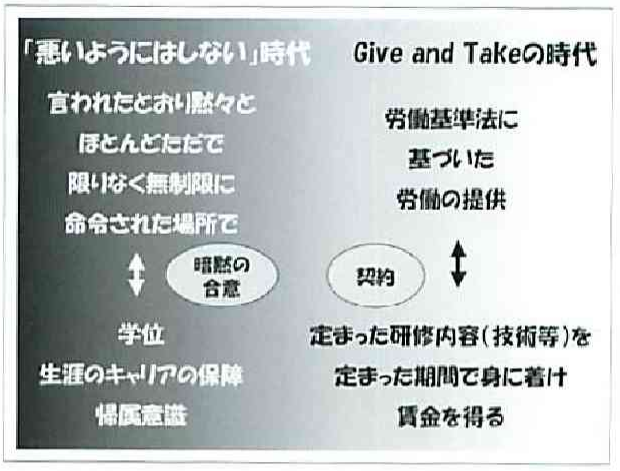


経験が不十分，診療科間の連携が悪いということが，やはり挙げられている．臨床研修病院側では，指導医から十分に教えてもらえないという不満が多いということである（グラフ参照）．

「プログラムに満足しているか」という問いに対しては，やはり似たような傾向を示している．大学病院では「プライマリ・ケアの能力がよく身につけられない」，臨床研修病院では「専門医研修にうまくつながりそうではない」ということが挙げられている．大学病院でも結構「専門医研修にうまくつながりそうでない」ということが多いのは不思議な気がする．期待ほどではないということなのか，これについてはよくわからない．

現在の進路選択のイメージとは

先生方は自分が何科を選ぶかという時にどのような選び方をされただろう．昔の場合，いくつかの医局を回って酒など飲ませてもらい，医局の雰囲気やいろいろ話を聞いて，ここにしようと決めたのではないか．自分の場合も，いろいろな診療科，医局の説明を聞いたが，なかなか踏ん切りがつかなかった時に，ふと厚生省というものがあるというのを知って入省してしまい，今に至ったが，いずれにしても結構選択はいい加減なものだったかもしれない．



しかし，今の研修医は違う．考える人になっている．自分でいろいろなプログラムを見て自分の進路を決める．選ぶ範囲も自分の大学だけではなくて，いろいろなところを見ており，だいぶ違ってきていると思う．

過去は，言われたとおり黙々と，ほとんどただで，限り

今後の検討課題

○指導医のための指導ガイドライン作成

○新制度に対する評価

○卒前臨床教育−卒後初期臨床研修−卒後後期臨床研修の間で連続性を持ったカリキュラム内容の調整（人格涵養、ジェネラリストの養成、専門医制度との整合性）

○医師の生涯にわたる教育、キャリアパス　40

なく無制限に，命令された場所で働けば，学位やキャリアの保障がもらえた時代だった．しかし，今はこの制度によってだいぶ変わってきたことを認識しなければならない．暗黙の合意の時代から契約の時代に変わってきたということではないかと思う．

今後の課題

今後の課題としては，現在，指導のガイドラインを作成している．8割方できているが，いまできているものから順に，保健医療科学院のホームページで公表中である．試行版として出しているので，直したほうがいいところはご意見をいただいて，最終的には平成19年をメドに完成版にしたい．

次に，省令で5年以内に見直しをすることになっているので，その見直しに備えて，1期生が修了する来年3月から研究費を使って評価を行い，必要な見直しにつなげたい．

次についてだが，この制度が始まってから，ずいぶん文部科学省と連携が悪いのではないか，バラバラなことをしているのではないかといわれるが，医学教育課とは大変仲良くやっている．卒前から卒後まで一貫した医学教育を目指して互いに勉強会をやったり，あるいは互いの検討会にそれぞれの担当課長がオブザーバーで出席するということもやっている．その辺は少しずつ変わってくると思うので，今しばらくお待ちいただきたい．

今までは大学病院と大きな病院だけで研修が行なわれていたが，今度の制度によって中小病院，診療所，保健所等さまざまな医療機関，それから医師だけではなく看護師，保健師，栄養士，薬剤師等さまざまなコメディカルの人々も含めて研修医を育てるという制度に変わったと思う．まだ至らない点はあるとは思うが，より良い医師の育成，ひいては医療の質の向上を目指して，今後とも皆様のご協力をいただきたい．

保健医療界全体で研修医を育てるシステムです。
是非、皆様のご協力を！

41