

2019年 臨床研修制度に関するアンケート調査報告書

はじめに

法制化された医師臨床研修制度（法制化臨床研修制度）の導入から15年が経過した。この間、様々な負の側面、地域医療の崩壊、地方国立大学の医師派遣能力の喪失、医師の診療科における偏在、基礎医学研究者の激減、フリーター医師の増加などが発生した。一方、臨床研修制度導入による初期の目的の達成度、すなわち、幅広い診療能力が獲得できたのか否かについては、研修制度設計者による自己評価や、「経験したか」や「為になったか」などの質問の回答のみが評価の指標として扱われてきた。今回、全国医学部長病院長会議（AJMC）、として、法制化臨床研修医制度の光と影を正しく評価するためのアンケートを現場で研修医を教育している全国の指導医等（指導医および、その統括者と考えられる診療部長、病院長など）を対象として実施した。その結果膨大なデータを収集することが出来た。以下、現在までに解析が実行されたアンケート結果について報告する。

基本情報（別紙p1）

総計 3684 人から回答を得た。施設別、臨床経験年数別、基本診療科別などで比較的万遍なく回答を得ることができており、様々なバックグラウンドの指導医から意見を集めることが出来た。

（実施 令和元年9月4日～令和元年11月1日）

表1 種別

| | | |
|-------------------|---------|---------------|
| 全回答者数 | 3,684 人 | |
| 1.基幹型臨床研修病院(大学) | 1,927 | } 400 } 1,757 |
| 2.基幹型臨床研修病院(大学以外) | 1,357 | |
| 3.協力型臨床研修病院 | 284 | |
| 4.臨床研修協力施設 | 116 | |
| 種別不明 | 0 | |

表2 役職別

【基幹型臨床研修病院(大学)】

| | |
|------------------|-------|
| 1 病院長 | 66 人 |
| 2 主任教授 その他の教授 | 481 |
| 3 准教授 | 316 |
| 4 講師 | 419 |
| 5 助教 その他の常勤医師 | 583 |
| 6 非常勤医師 その他 | 21 |
| 7 役職不明 | 41 |
| 計 | 1,927 |

役職別

【大学以外】

| | |
|-------------------|-------|
| 2.基幹型臨床研修病院(大学以外) | |
| 3.協力型臨床研修病院 | |
| 4.臨床研修協力施設 | |
| 1 病院長相当職 | 196 人 |
| 2 診療部長相当職 | 892 |
| 3 医長相当職 その他の常勤 | 596 |
| 4 非常勤 その他 | 22 |
| 5 役職不明 | 51 |
| 計 | 1,757 |

表3 臨床経験年数別

| | 【全体】 | 【大学】 | 【大学以外】 |
|----------|-------|-------|--------|
| 5年未満 | 43 | 27 | 16 人 |
| 5～10年未満 | 84 | 52 | 32 |
| 10～15年未満 | 463 | 269 | 194 |
| 15～20年未満 | 634 | 406 | 228 |
| 20～25年未満 | 711 | 418 | 293 |
| 25～30年未満 | 595 | 292 | 303 |
| 30～35年未満 | 597 | 250 | 347 |
| 35年以上 | 503 | 188 | 315 |
| 不明 | 54 | 25 | 29 |
| 計 | 3,684 | 1,927 | 1,757 |

表4 臨床研修指導医経験年数別

| | 【全体】 | 【大学】 | 【大学以外】 |
|----------|-------|-------|--------|
| 5年未満 | 823 | 495 | 328 |
| 5～10年未満 | 888 | 493 | 395 |
| 10～15年未満 | 1,038 | 503 | 535 |
| 15～20年未満 | 449 | 189 | 260 |
| 20～25年未満 | 111 | 57 | 54 |
| 25～30年未満 | 66 | 29 | 37 |
| 30～35年未満 | 22 | 13 | 9 |
| 35年以上 | 13 | 6 | 7 |
| 不明 | 274 | 142 | 132 |
| 計 | 3,684 | 1,927 | 1,757 |

質問9（別紙 p 2）

臨床研修における指導上の悩みは何ですか。

（質問の意図）

臨床研修の指導医等が研修医の教育に当たって悩むことを複数回答可で問うた。現状の臨床研修制度の問題点の一端を明らかにするためである。

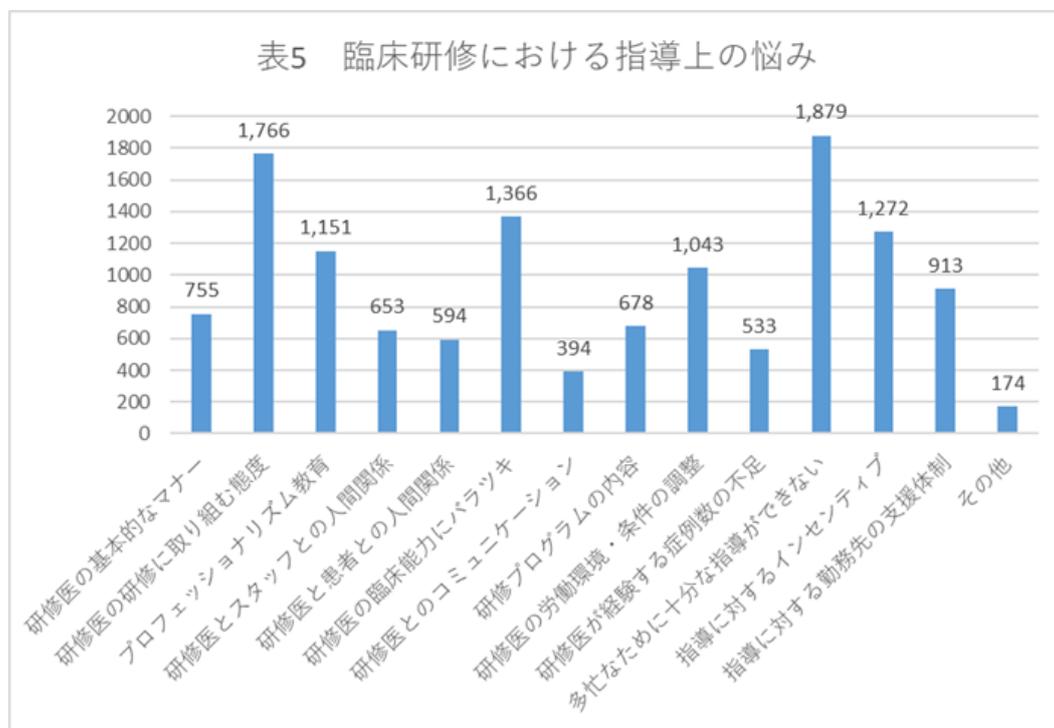
（結果）

指導医の悩んでいることの上位3つは、全体で1位、多忙で十分な指導ができない（51.0%）、2位、研修医の研修に取り組む態度（47.9%）、3位、研修医の診療能力にバラつきがあること（37.1%）であった。特に注意を引くのは、研修医の研修に取り組む態度をほぼ半数が挙げていることである。また、医師としてのプロフェッショナリズムの教育（31.2%）も上位に位置している。

（考察）

これは他の調査でも指摘されていることと一致している。特に医師として一步を踏み出すべき研修医のモチベーションを反映する「研修医の研修に取り組む態度」および「医師としてのプロフェッショナリズムの教育」が悩みに挙げられていることは大きな問題点と捉えるべきである。この制度では、所謂、「メンター」が存在しないことが大きな原因であると思われる

3位に挙げられている研修医の診療能力にバラつきがあることについては、全研修医に専門医進路に拘わらずスーパーローテーションの期間だけを一律に指定するなど、画一的な研修方法の弊害と考えられる。



質問10 (別紙p3 表6)

2004年(平成16年)に導入・必修化された臨床研修制度により、以前の研修制度と比べて初期研修修了後の医師の質(診療能力)は向上したと思いますか

(質問の意図)

この質問は、法制化臨床研修制度の導入後、多くの影の部分に対して、光の部分、つまり法制化臨床研修制度の導入はそれを凌駕する診療能力の向上をもたらしたのかを直裁に問うたものである。

(結果)

そう思う、ややそう思うと答えた肯定的意見は全体で、46.5%。あまりそう思わない、そう思わないと答えた否定的意見は43.3%でほぼ拮抗している。

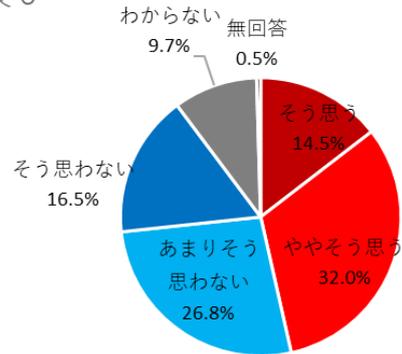
現在まで唯一実施されている研修制度設計者側の自己評価は教育に携わる全指導医のうち積極的評価である「そう思う」と答えた14.5%の範疇と考えられ、少数派と言える。

肯定的意見は大学(40.1%)に対して、大学以外(53.4%)が多い。また、大学以外では大学と異なり、臨床経験年数の多い者(20年から35年以上)で肯定意見が多い。しかし、その差は小さく大学関係者のバイアスが大変強いとは言えない。

(考察)

そう思うと答えた人は全体で、14.5%、大学で11.8%、大学以外でも17.4%と20%にも満たない。この制度の導入によってもたらされた多くの副作用(影)を凌駕するには、これでは全く不十分でありAJMCや医師会がかねてより提言している抜本的なプログラムの改善等が必要と考える。

表6



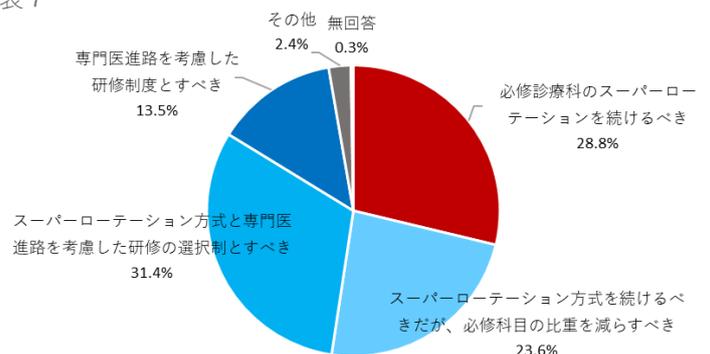
質問11 (別紙p4-p5 表7)

2004年に導入された臨床研修制度では卒前教育と同じスーパーローテーション方式で内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急科、地域医療が必修となりましたが、幅広い知識が身につく一方で、研修後に専門とする予定のない診療科も必ず研修をしなければならないことについて問題視する声も多く聞かれます。この方式について、どう考えますか、

(質問の意図)

2004年の法制化臨床研修制度におけるスーパーローテーション方式に関して質問した。学部教育と同様に診療科を網羅する研修方式については様々な方面から批判がなされ、一旦、カリキュラムの自由化が導入されたが、2020年には再び必修診療科の設定が復活する予定である。この質問は全国の指導医等にスーパーローテーションに対する考えを聞いたものである。

表7



(結果)

スーパーローテーション方式による研修方法を続けるべきと答えた人は全体で28.8%であったのに対して、スーパーローテーション方式を持続しつつも必修科目を減らすべき、スーパーローテーション方式と専門医進路を考慮した選択制とすべき、専門医進路を考慮した研修制度にすべきと答えた人は全体で68.5%であった。スーパーローテーション方式を継続すべきと答えた割合は大学(24.8%)に比して大学以外で多かった(33.1%)。また、臨床経験年数でみると大学、大学以外両方とも臨床経験が15年未満の人でスーパーローテーション方式を継続すべきと答えた割合が高い。

(考察)

スーパーローテーション方式を継続すべきと考える人は全体の28.8%にとどまり、多くの人が必要科目の軽減化、あるいは専門医進路を考慮した方式に転換すべきと考えている。臨床経験15年未満の人でスーパーローテーション方式に肯定的な割合が多いことは、法制化臨床研修制度経験者の間では同方式に一定の理解があると思われる。いずれにしても、2020年に導入予定のスーパーローテーション方式への回帰については賛同するものは全体で3割を下回っている。次の質問12と併せて考えても、2020年の7診療科の必修化、自由選択性の見直しという方向転換には疑問があり、改善を目指すべき改革とは言えないと考える。参考として、先進諸外国ではすでにスーパーローテーション方式の研修は放棄されている。

質問12 (別紙p6 表8)

卒前から臨床研修、そして専門医のシームレスな教育を目指して2012年度に見直され適用された研修プログラムの弾力化(1、必修の診療科は内科、救急、地域医療の3つとする。2、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は選択必修科目とする。3、一定規模以上の病院には産科・小児科研修プログラム設置の義務付け)により臨床研修修了後の医師の質(診療能力)は見直し前と比べて低下したと思いますか。

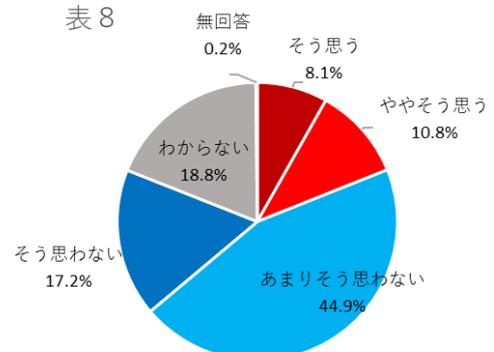
(質問の意図)

2004年に導入された法制化臨床研修制度では多くの診療科を廻るスーパーローテーションであったが、卒前、臨床研修、そして専門医のシームレスな教育を目指して、2012年にプログラムが見直され、研修プログラムの弾力化が導入された。しかし、また、2020年に7診療科が必修化されプログラムの選択の幅が大きく狭まる改訂が行われようとしている。医道審臨床研修部会のこの決定は2012年に改訂された弾力化プログラムの評価をせずに再方向転換を行ったものである。はたして、2012年の改訂は失敗だったのか、修了医の診療能力の低下が認められたのかを検証するための設問である。

(結果)

2012年の見直しにより診療能力の獲得が低下したと考えている指導医は、「低下したと思う」と「やや思う」を合計しても18.9%である。一方、否定的意見は62.1%にのぼる。この質問に対しては大学、大学以外、研修病院タイプ、役職などによる差は認められない。

表8



ただ、大学、大学以外でも臨床経験年数が5年未満において低下したと考える割合が多いが、サンプル数が少ないので確定的なことは言えない。

(考察)

2020年度に予定している7科目必修化への回帰についての根拠が崩れている。再考すべきであろう。医道審の7科目必修化の判断は「ややそう思う」を加えても18.9%の少数派に位置されるものである。

質問14 (別紙p7 表9)

2020年度に再び必修診療科に内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急科、地域医療が再指定されましたが、(各4週で最短28週)これにより臨床研修修了後の医師の質(診療能力)は現行の比較的选择が可能なプログラムに比して向上すると思いますか。

(質問の意図)

この質問も質問の12と同様に2020年における改定の是非を問う質問である。質問の12は改定の根拠があるのかを問う質問であるのに対して、この質問は改定によって良い効果が得られると考えるのか意見を求めている。

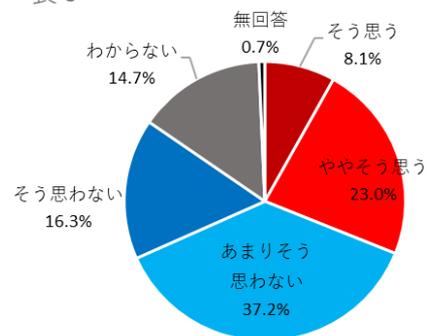
(結果)

医師の診療能力がこの改定によって向上すると考えるものは「そう思う」と「ややそう思う」を合計しても全体で31.1%に留まる。一方、「あまりそう思わない」と「そう思わない」を合計したものは53.3%で過半数を上回る。特に、積極的支持である「そう思う」(8.1%)に対して、完全な否定的意見(16.3%)はその2倍である。この質問でも質問11と同様に臨床経験15年未満、すなわち、新臨床研修制度経験者では「そう思う」と答えた割合が高く、特に大学以外の指導医等に多い傾向が見て取れる。

(考察)

2020年の改定を積極的に支持するものは極少数であり、質問12の結果と併せて、2020年度における必修診療科の再指定に対して、その根拠もそして展望に対しても否定的意見が多数を占める。改めて、2020年における必修診療科の再指定の是非が問われる結果である。

表9



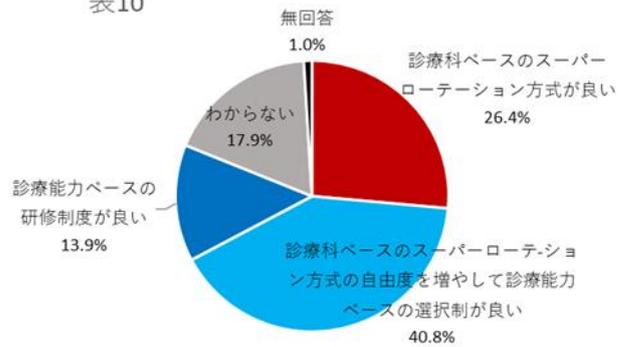
質問15 (別紙p8-p9 表10)

幅広い診療能力を獲得するために、研修制度を診療科における研修をベースとしたスーパーローテーション方式がとられていますが、一方で、より自由度の広い診療能力到達目標をベースとした研修制度を導入すべきという意見も強くあります。(例えば、小児採血は小児科で経験・習得しても良いし、脳外科などで経験・習得しても良い。)あなたはどのように思いますか。

(質問の意図)

現行の研修制度の基本は研修医評価においても、到達目標においても、診療科を「一定期間経験した」、「〇〇疾患の患者を経験した」、「ある医療行為を経験した」、「〇〇疾患に関するレポートを作成した」ということに置かれている。これはそもそも到達目標とは言えないものである。AJMC は、これでは、研修プログラムの評価も、研修医の評価も不可能であり、そして臨床研修制度による医師の幅広い診療能力の向上も見込めないと考え、診療能力の到達目標をベースとした研修制度の導入を提案している。この質問は、この提案に対する考えを問うたものである。

表10



(結果)

全体で、「スーパーローテーション方式を維持すべき」と答えた人は約 4 分の 1 の 26.4%に留まり、「診療科ベースの自由度を増やして診療能力ベースのプログラムの導入する」、および「全面的な診療能力ベースのシステムの導入」を望む声は 54.7%と約 2 倍に上る。この割合は大学、大学以外、あるいは役職別でも同様の結果を示した。臨床経験年数では臨床経験 10～15 年の人のみ、スーパーローテーション方式の維持を支持する割合がやや高い (全体で 34.2%)。これは、法制化研修制度開始時の研修プログラム、つまり、あまり自由度のない診療科ベースの研修制度の経験者であることを反映しているのかも知れない。

(考察)

少なくとも現行プログラムの診療科ベースの研修制度の自由度を広げ、診療能力の到達目標 (例えば、小児採血が出来る) をベースとした研修プログラムの導入を望む意見が現行制度の維持を支持するものの 2 倍に上る。研修医の診療能力向上のためのみならず効率的な研修を行う上でも一部であれ診療能力の到達目標をベースとした考え方を導入すべきと考える。この考え方は学部教育においても導入が提唱されており、卒前、卒後のシームレスな医学教育の実現のためには必須のテーマであると考えられる。

質問 16 (別紙 p10-p11 表 11)

臨床研修制度の導入の大きな要因として、それ以前は専門医志向のストレート研修のため幅広い診療能力を身につけることが出来ていなかったことが挙げられます。2020 年のスーパーローテーション方式による必修診療科の再指定 (各 4 週で最短 28 週) により幅広い診療能力を身につけることができると思いますか。

(質問の意図)

質問 12、14 で 2020 年の改定による医師の質 (診療能力) の向上に関する質問であるのに対して、この質問は多くの診療科を必修とする 2020 年の改定が幅広い診療能力の獲得が達成できるかを問うている。

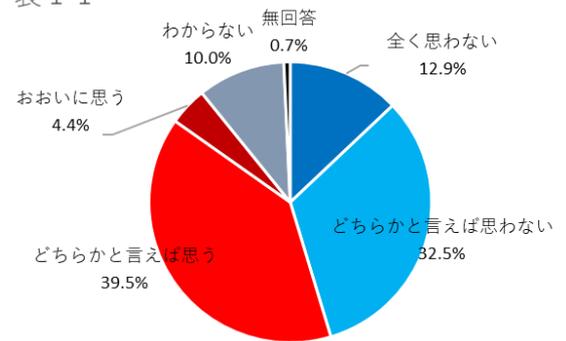
(結果)

「達成できるとは全く思わない」と「どちらかといえば思わない」と答えた割合は全体で 45.4%であり、「どちらかといえば思う」、「おおいに思う」と答えた割合は 43.9%で拮抗している。この傾向は大学、大学以外でも、また役職別、臨床経験年数においても概ね同様の傾向であった。

(考察)

この質問においても 2020 年の改定に対して否定的意見が肯定的意見を上回った。また、全体で、積極的否定意見である「全く思わない」(12.9%)は積極的肯定意見「おおいに思う」(4.4%)の 3 倍程度に上る。しかし、質問 1 2, 1 4 と異なり、幅広い診療能力の獲得という視点では一定の評価が見て取れる。これは質問 1 3 の自由記載にも散見されるが、幅広いという意味では複数診療科を経験することはある程度意義があると考えている人が一定程度存在することを示しているであろう。ある意味当然であるが、これが日本の医療の質の向上にどれくらい貢献しているかは、質問の 1 8 の検討と併せて考えて欲しい。

表 1 1



質問 1 7 (別紙 p 12- p 13 表 1 2)

現行制度を変更して 2020 年導入予定の 7 つの必修診療科スーパーローテーション方式により AJMC が掲げる臨床研修における「育むべき医師像」の育成が達成できると思いますか。

(質問の意図)

AJMC では研修修了までの医師教育にあたって、「育むべき医師像」、つまり、「救急医療の現場で緊急の患者を診察し、脳・心臓・呼吸器など生命にかかわる病態を理解し、適切な緊急処置を行い、必要に応じて専門医を呼ぶことができる」を明確にして評価を含めた教育システムを構築すべしと提言している。この質問ではこの「育むべき医師像」を示し、2020 年度に予定している 7 科目必修化を含む改革が臨床研修修了時の「育むべき医師像」の養成を達成できるかを問うている。

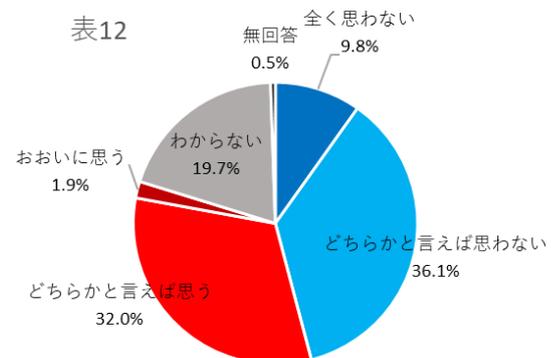
(結果)

「全く思わない」と「どちらかといえば思わない」と答えた否定的意見は全体で 45.9%であるのに対して肯定的意見は 33.9%であった。特に全く思わない回答者 (9.8%) は大いに思う回答者 (1.9%) を大きく上回る。

(考察)

2020 年に予定されているプログラム改訂では「育むべき医師像」の実現は難しいと考える人が過半数である。これには、法制化臨床研修制度そのものに対する評価も含まれていると考えられるが、臨床研修制度を続けるならば、プログラムの改善を図り、信頼に足るシステムに育てる必

表 12



要があると思われる。

質問18 (別紙p14-p23 表13-1～表13-2)

医行為項目のうち、2年間の研修修了後の医師に当てはまると考えられる状況

(質問の意図)

この質問は、果たして、これまでの法制化医師臨床研修プログラムがどれほど医師の診療能力の向上に役立っているかを知るための設問である。医師臨床研修ガイドラインに示されている経験すべき診察法・検査手技の設定診療能力について 研修修了医の実施可能レベルを知るのが目的である。現在、研修プログラムの立案、臨床研修医の指導・評価に直接関わっている医師やそれらを統括する役職の病院長や診療部長など臨床研修修了者の臨床能力を最もよく知っていると考えられる医師がどう判断しているかを問うた。特に重要なのは「ひとりで実施可能」か「否」かある。

(結果)

表13-1は設問の診療行為について結果をまとめたものである。各専門分野における割合はサンプル数が少ないものもあるが参考資料として示した。医療従事者、医学教育に携わる者にとっては当然のことであるが、多くの指導医等が研修後一人で出来ると判断した医療行為、検査は極めて限られている(表13-2、○、●)。医師研修指導ガイドラインに列挙されている経験すべき診察法・検査手技のうち、修了時に一人で実施可能と多くの指導医等が判断するものは、そのほとんどが所謂「門田レポート」で学部における必修あるいは実施が望まれる医療行為に分類されるものである(表13-2、●)。

2年間の研修修了時に一人で出来るとの判断は脳波の記録(大学17.9%、大学以外17.3%)以外すべて大学以外の回答者で割合が高い。しかし、10%以上の開きのあるのは気道確保(大学55.6%、大学以外65.7%)のみである。10%程度の差が認められる項目は、動脈血採血(大学79.2%、大学以外88.4%)、気管挿管(大学29.3%、大学以外39.1%)、人工呼吸(大学44.8%、大学以外54.0%)、Xp検査(大学39.6%、大学以外49.0%)、動脈血ガス分析(大学70.8%、大学以外80.3%)であった。

表13-2 法制化臨床研修修了時に「ひとりで実施可能」と判断した指導医等の割合○、●

| | 100% | 90%以上 100%未満 | 80%以上 90%未満 | 70%以上 80%未満 | 60%以上 70%未満 | 50%以上 60%未満 | 40%以上 50%未満 | 30%以上 40%未満 | 20%以上 30%未満 | 10%以上 20%未満 | 0%以上 10%未満 | 実施出 来ない |
|------------------------|------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|------------|
| 中心静脈カテーテル挿入 | | | | | | | | | ○ | | | |
| 動脈血採血 | | | ○ | | | | | | | | | |
| 動脈ライン確保 | | | | | | | ○ | | | | | |
| 腰椎穿刺 | | | | | | | | | ○ | | | |
| 胸腔穿刺 | | | | | | | | | | ○ | | |
| 腹腔穿刺 | | | | | | | | | ○ | | | |
| 胃管挿入・抜去 | | | | ● | | | | | | | | |
| 尿道カテーテル挿入・抜去 | | | ● | | | | | | | | | |
| 全身麻酔 | | | | | | | | | | | ○ | |
| 局所麻酔 | | | | | | ○ | | | | | | |
| 輸血 | | | | | ○ | | | | | | | |
| 眼球に直接触れる治療 | | | | | | | | | | | | ○ |
| 気道確保 | | | | | ● | | | | | | | |
| 気管挿管 | | | | | | | | | | | | |
| 人工呼吸(BVMによる用手換気を含む) | | | | | | | | ● | | | | |
| 除細動 | | | | | | | ● | | | | | |
| 切開・排膿 | | | | | | | | | ● | | | |
| 外傷・熱傷の治療 | | | | | | | | | | ● | | |
| 尿検査(尿沈渣を含む) | | | | ● | | | | | | | | |
| 微生物学検査(Gram染色を含む) | | | | | | ● | | | | | | |
| 妊娠反応検査 | | | | ● | | | | | | | | |
| 血液型判定・交差適合試験 | | | | | | ● | | | | | | |
| 視力・視野検査 | | | | | | | | ○ | | | | |
| 聴力・平衡機能検査 | | | | | | | | | ○ | | | |
| 誘導心電図の記録 | | ● | | | | | | | | | | |
| 脳波の記録 | | | | | | | | | | | ○ | |
| 眼球に直接触れる検査 | | | | | | | | | | | | ○ |
| 超音波検査(心) | | | | | | | | | | ● | | |
| 超音波検査(腹部) | | | | | | | | | | ● | | |
| Xp検査(胸腹部単純Xp検査実施および撮影) | | | | | | | ● | | | | | |
| CT検査(胸腹部CT検査実施および撮影) | | | | | | | | | | | ○ | |
| MRI検査(頭椎MRI検査実施および撮影) | | | | | | | | | | | ○ | |
| 核医学検査(PETの実施および評価) | | | | | | | | | | | | ○ |
| 内視鏡検査(消化器) | | | | | | | | | | | | ○ |
| 内視鏡検査(気管支) | | | | | | | | | | | | ○ |
| 動脈血ガス分析(動脈採血を含む) | | | | ○ | | | | | | | | |

●: 医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究 報告書(門田レポート)で必須項目、あるいは推奨項目に分類された医行為

(考察)

医療に携わる者としては当然のことであるが、法制化臨床研修制度により獲得できた「ひとりで実施可能」な医療行為は甚だ限られている。そして、そのほとんどは学部教育においても実施可能である。診療参加型の臨床実習と獲得診療能力ベースの評価の実施を含む学部教育改革により、現行臨床研修プログラムが実績を残しているものの多くが効率よく教育できることを示していると考えられる。

質問19 (別紙p24-p26 表14-1～表14-3)

医行為項目のうち、あなたがひとりで実施可能な項目

(質問の意図)

この質問は指導医等の専門医としての研修や臨床経験を積んだ医師が一人で実施が可能な医療行為について問うことにより、後期研修以降の修練が診療能力におよぼす影響について知るとともに、法制化された臨床研修プログラムを経験している臨床経験15年未満の医師と臨床研修プログラムを経験していない医師の間にどれくらいの診療能力の差があるのか、つまり臨床研修制度は医師の診療能力向上にどれほどの効果があるのかを判断する資料となると考え設定された。

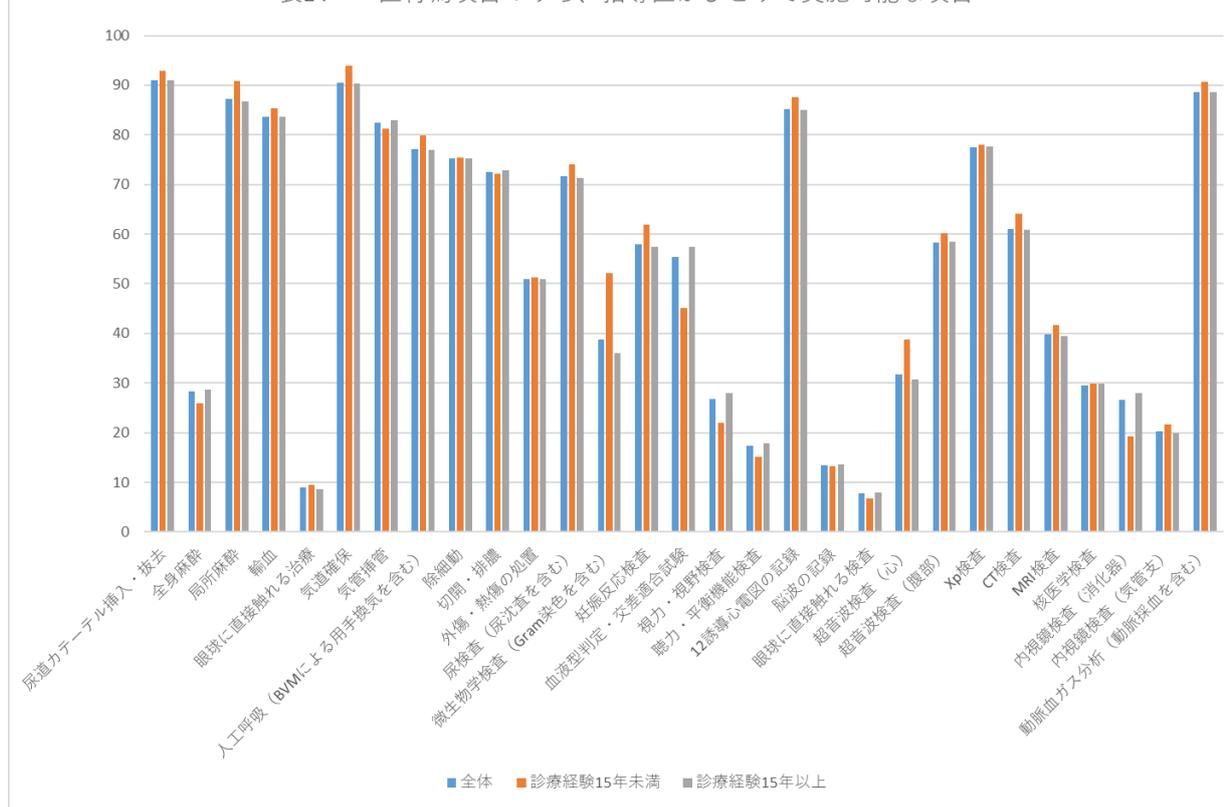
(結果)

表14-1は結果をまとめたものである。表14-2と表14-3はそれぞれ、臨床経験が15年未満の指導医等、すなわち2004年導入の臨床研修制度を経験していると判断される医師と臨床経験15年以上、すなわち、当該臨床研修制度を経験していない医師に「ひとりで実施可能」な医療行為に関して質問し、まとめたものである。

まず、表14-2と表14-3を比較してみると、法制化臨床研修制度経験者と非経験者の間にほとんど違いがないことがわかる。つまり、現行臨床研修制度はこれらの医療行為の向上にほとんど違いをもたらしていない。一部特定の医療行為について問うたものであるが、幅広い診療能力の向上という観点からも法制化臨床研修制度の効果に疑問を持たざるを得ない。

次に表14-1を見ると、全身麻酔、眼球に直接接触れる治療、聴力・平衡機能検査、視力・視野検査、脳波の記録、眼球に直接接触れる検査、核医学検査、内視鏡検査(消化器、気管支)など専門性の高い医療行為に関しては回答者の専門分野により実施可能な割合に大きな違いがあり、これらの医療行為は専門医教育の中で培われて行くものであることが、当然のことであるが、明確に示されている。また、局所麻酔、輸血、気管挿管、人工呼吸、除細動、外傷・熱傷の処置、腹部超音波検査、単純Xp、CT検査などの項目は緊急搬送された患者のファーストエイドが可能な医師の診療能力として重要と考えられるが、研修修了時にはひとりで実施することは難しいと判断された項目である。一方指導医等においては十分な割合で「ひとりで実施可能」と回答している。繰り返すが、これらの指導医等の診療能力において研修制度経験者(臨床経験15年未満)と非経験者(臨床経験15年以上)の間に大きな違いはない。専門医教育のなかで培われていると考えられる。

表14 医行為項目のうち、指導医がひとりで実施可能な項目



(考察)

法制化臨床研修制度の現行プログラムは医師の診療能力の向上という側面ではなんら結果を残していないことが危惧される。

マスコミや自治体関係者の間では、あるいは一部の学部学生や、臨床研修医の間で信じられている、臨床研修を修了すれば幅広い診療能力を獲得することができ、地域医療に貢献できる一人前の医師になる、すなわち、僻地医療に単身向かわせても一人診療所で活躍が可能であるという期待は間違いであることが明確に示されていると考える。医師の教育には長い時間が掛かる、したがって、如何に効率的に、目的意識をもってシームレスな教育プログラムを構築するかが肝要と考える。

質問 2 0 (別紙 p 27- p 28 表 1 5)

現状の医師不足あるいは医師偏在の原因として臨床研修制度の導入が指摘されていますが、あなたはどう思いますか。

(質問の意図)

かねてより指摘されている臨床研修制度の導入が医師不足、医師偏在の原因であるとの見方は、様々な地域、職場環境や役職、経験年数のグループにおいても共有されているのか否かを知るために設定された設問である。

(結果)

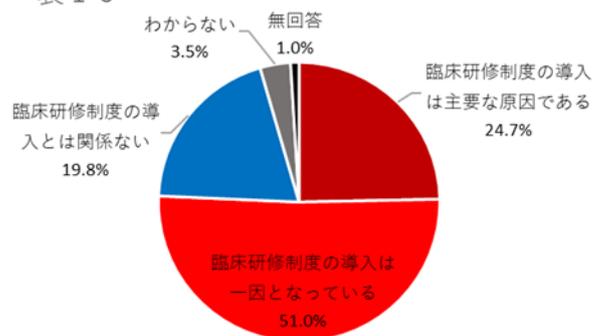
予測どおり、医師偏在の「主要な原因」であるか「一因である」と考えるものは全体で 75.7%

にのぼる。回答結果では所属施設による差は認められず、この考えは広く共有されていることが示された。大学において顕著であるが、役職が上級職程、そして臨床経験年数が多いほど臨床研修制度の導入が医師不足、医師偏在の主要な原因と考える意見が多い。

(考察)

臨床研修制度の導入が医師不足、医師偏在の主因であるか、引き金となったという意見は広く共有されており、大学のみ意見（バイアス）ではないことも明らかになった。

表 15



質問 2 1 (別紙 p 29- p 30 表 1 6)

現状の医師不足あるいは医師偏在の原因として「臨床研修制度における全国規模のマッチング制度の導入」が指摘されていますが、あなたはどのように思いますか。

(質問の意図)

法制化臨床研修制度における全国規模のマッチング制度が医師不足や医師偏在の原因とする意見も AJMC メンバーに多いため、この見方が様々な地域、職場環境や役職、経験年数のグループで共有されているのかを明らかにするために設定された設問である

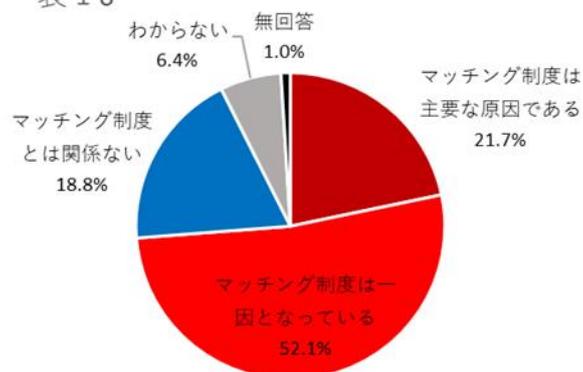
(結果)

予測どおり、全国規模のマッチングが主因および一因と考えるものが全体で 73.8%にのぼり、関係ないと答えたもの 18.8%を大きく上回る。これも設問 2 1 と同様に、大学において顕著であるが、役職が上級職程、そして臨床経験年数が多いほど臨床研修制度の導入が医師不足、医師偏在の主要な原因と考える意見が多い。

(考察)

全国規模のマッチングが医師不足、医師偏在の主因であるか、引き金となったという意見は広く共有されていることが示された。また大学のみ意見（バイアス）ではないことも明らかになった。

表 16



質問22 (別紙p31-p32 表17)

現状の医師不足あるいは医師偏在の原因として「大都市部の募集人数が多すぎる」ことが指摘されていますが、あなたはごどう思われますか。

(質問の意図)

法制化臨床研修制度の導入以降顕在化し大きな問題となっている地域における医師の偏在の一つとして大都市部の募集人員が多すぎるものが挙げられている。この質問は全国の指導医等が同様の認識を共有しているかを問うたものである。

(結果)

大都市における募集人員の設定は医師の偏在とは「関係ない」と答えた割合は全体で19.6%のみであるが、「主要な原因である」あるいは「一因となっている」と答えた割合は74.7%であった。また、この割合は施設別、役職別、臨床経験年数別で見てもほぼ同様であり、日本全体で広く共有されている認識であることが明確となった。

(考察)

医師の地域偏在は言うまでもなく日本の医療体制にとって大きな問題となっている。その原因については複数因子が存在するのであろうが、その一つ一つについては質問の20、21、22の回答を見る限り、異論のないものである。原因が特定できているのに未だに対応・是正ができていないのは何故なのだろうか。医師の地域偏在の原因と考えられる諸制度自体は医師の研修、診療における地域選択の自由を旗印に押し進められて来たものであるが、このことが原因となって地域枠入試などの一部公平性・医師の地域選択の自由を損ないかねない制度が対応策として広がっていることは皮肉なことである。

おわりに

以上、現時点での解析結果を示した。全体を通じて、これらの回答者種別による回答傾向の偏りは現状の分析範囲では予想に反して小さかった。このことは、概ね、指導医間では共通の認識を地域、職域、臨床経験年数に拘わらず持っていることを示していると考えられる。

反省点としては、スーパーローテーションに関する質問と7診療科必修に関する質問の区別が必ずしもはっきりしていなかったことである。今後、このようなアンケート調査は継続して実施して行くべきと考え、次回には改善されることを反省しつつ期待したい。

全国医学部長病院長会議
医学教育委員会
臨床研修検討WG

表17

