

はじめに

本書は昨年10月11日、厚生労働科学研究費補助金、子ども家庭総合研究事業の研究班として行なったシンポジウムの記録集である。本書が出る頃には臨床研修必修化は始まっているかも知れないし、いまさら「小児医療を考える」でもないだろうという意見があるかも知れない。しかし、小児科の研修必修化についてはいろいろ経緯のあったところでもあり、また救急医療や周産期医療との関連においても、その研修の在り方は常に考えて行くべきで、場合によっては将来見直しも必要であると思う。

シンポジウム当日は、必修化を半年後に控え、初のマッチングプログラム開始の直前であったこともあり、一般の関心も異常に高く、予想以上に大勢の参加者があった。

ふり返ってみると、これまでの卒後臨床研修制度はインターン紛争でインターン制度が廃止された後、昭和43(1968)年に発足したが、研修そのものが努力義務であり、目的も不明確、待遇も不満足、指導体制も不十分で、早期から専門性に走り過ぎるなど、多くの問題を抱えていた。このような点に関して厚生省医療関係者審議会臨床研修部会や日本医師会では何度も議論され、意見書や報告書が出され、また医学教育振興財団や日本医学教育学会などからも改善に関する勧告が出されていた。そのような状況の中で、臨床研修の必修化を最初に言い出したのは日本学術会議であった。平成6年2月に日本学術会議地域医学研究連絡委員会が「臨床研修の義務化」を提言、続いて臨床研修研究会(厚生省の認可した臨床研修指定病院の集まりで、昨年より臨床研修協議会と改称)もこれを支持し、それを受けて厚生省も臨床研修部会で、「必修化とすることが望ましい」という報告書を発表した。これに対しては全国医学部長病院長会議が時期早尚と反対の姿勢をとり、文部省も積極的ではなかったが、平成7年の医療研修推進財団創設に伴い、臨床研修研究会は必修化へ向けて臨床研修指導医養成講習会(ワークショップ)を年3~4回開催してきた。それから実に10年の歳月をかけてようやく必修化が実現することになったのである。

新しい医師研修制度の開始により、医師の人格の涵養や患者を全人的に診る能力の向上、またアルバイトに頼らず研修に専念できることなどによって、日本の医療が根本から改善されていくことに関係者の厚い期待が寄せられている。特に小児医療において、所期の目的が達成され良医が育成されることを衷心より祈念するものである。

最後にシンポジウムの開催に当たり、小児医学教育研究会との共催として会場をお借りし、当日の運営にも一方ならぬご尽力を頂いた東京慈恵会医科大学の衛藤義勝教授、藤澤康司助教授をはじめ小児科学教室の方々に深く感謝する。

平成16年1月31日

主催者を代表して 鴨下 重彦

目 次

開会挨拶	1
日本小児医学研究会代表幹事・東京慈恵会医科大学教授 衛藤 義勝 賛育会病院院長・東京大学名誉教授 鴨下 重彦	
座長 聖マリアンナ医科大学小児科教授 加藤 達夫 大阪府立母子保健総合医療センター病院長 藤村 正哲	
新医師臨床研修制度について	3
厚生労働省医政局医事課長補佐 田原 克志	
大学病院の立場から	13
横浜市立大学小児科教授 横田 俊平	
研修指定病院の立場から	21
沖縄県立中部病院院長 安次嶺 馨	
周産期医療の立場から	27
聖マリア病院副院長 橋本 武夫	
研修医の立場から	31
東京慈恵会医科大学 小川 匡	
講演者抄録	37
研究組織（平成 15 年度）	47

開 会 挨拶

日本小児医学研究会代表幹事・東京慈恵会医科大学教授 **衛藤 義勝**

賛育会病院院長・東京大学名誉教授 **鴨下 重彦**

司会 ただいまより第4回小児医学教育研究会を開会いたします。

開会の辞を日本小児医学研究会代表幹事、東京慈恵会医科大学教授衛藤義勝先生より頂戴いたします。衛藤先生、お願いいたします。

衛藤 ご紹介にあずかりました慈恵医大の衛藤でございます。おはようございます。第4回の小児医学教育研究会を開催いたします。さて、最近では医療事故が多発しておりますが、医療安全ということでも医学教育というのは非常に重要な課題であります。国民に信頼される医師を養成するという意味で本日の医学教育研究会のテーマにもありますように、21世紀のより良い小児科医の育成にむけてということで本研究会は小児科医の育成をめざしており、非常に重要な会と位置づけております。日本小児科学会におきましても、この医学教育というものを極めて重要視してありまして、特に初期研修、あるいは専門医制度、本日の大きなメインテーマでございますが、こういうものを学会をあげての小児科医の育成にがんばりたいと思っております。そういう意味でこの小児医学研究会を日本小児科学会の医学教育に関するワーキンググループというふうな位置付けでおります。また小児医学教育研究振興財団、この財団の理事長は鴨下重彦先生でございますが、医学教育というものが財団のひとつの大きな事業としても位置付けております。そういう意味でも皆様のご支援をよろしくお願いいたしたいと思っております。本日は午前中は鴨下班によります小児科産科若手医師の確保・育成に関するシンポジウムでございます。次年度、16年度からの小児科の初期研修に関して皆様方にいろいろな情報、ご質問があるかと存じます。午後は専門医制度のプレジデント、ストックマン教授をお招きしまして、皆様方とアメリカの制度について、少しでもわが国のよりよい専門医制度を目指してディスカッションしていただきたいと思っております。学会といたしましてもプロジェクトチームといたしまして、先日の理事会で専門医制度に関するプロジェクトチームができました。横断的なチームを作り、わが国の専門医の制度を充実させて国民に信頼される小児科医を送り出したいと考えております。後は、本日は私どもの医学教育研究室があります。福島教授が担当しておりますので、施設の見学をしていただきます。何かのご参考になればと思っております。本日は皆様方お忙しいところお越しいただきまして誠にありがとうございます。本日はよろしくお願い申し上げます。

司会 続きまして主催を代表いたしまして、賛育会病院院長、東京大学名誉教授鴨下重彦先生よりご挨拶を頂戴いたします。鴨下先生お願いいたします。

鴨下 みなさん、おはようございます。この小児医学教育研究会は衛藤先生のお世話で今回4回目になりますが、毎年土曜日午後半日だけでございましたので、ちょっともったいないなあと思ひまして、午前中の時間をいただきまして私どもの厚生労働科学研究の昨年より立ち上がっておりますけれども、小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班のシンポジウムをさせていただくことにいたしました。テーマはご案内のように、もうあと6ヶ月後に迫っております「臨床研修必修化」、今さら小児医療を考えている時ではないだろうというご意見もあるわけでございますが、しかしこれは出発点でございます。私かねがね、この医学教育研究会というのは、是非全国の小児科の教授の連合会という形になって欲しいと思っております。これは成育医療センターの松尾総長からの資料をいただいたこともございますが、アメリカには非常に強力な Pediatric Chair Association? というのがございまして、小児医学の教育や研究についていろんな調査、提言をしているのですね。それから若手医師の研究者に対する研究の援助もしています。そういう意味でも教授、あるいは医学教育に関心をもつ先生方が是非強力な組織を作って応援していただきたい。私どもの研究班は実は普通の研究と異なりまして、ただ報告書を出せばいいというのではございません。今日も後ろのほうに厚生労働省の母子保健課長、谷口先生がお見えでございますが、今の政治家のマニフェストのように、とにかくきちとした行政に反映のできる提言を出さなければなりません。ですから班員以外の先生方のお知恵もお借りして、言うなれば、小児科・産科、九州大学の中野副学長もお見えで、産科のほうはもっと厳しい状況だと伺っておりますが、いずれにしても、次世代の医師を育てる、子育てと同じことでございますので、そう意識でがんばっていきたい。先生方の強力なバックアップをいただきたいということでございます。ではどうぞよろしく願いいたします。

司会 プログラム NO.1 厚生労働科学研究費補助金、小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班、および日本小児医学教育研究会による合同シンポジウムに移ります。座長は聖マリアンナ医科大学小児科教授加藤達夫先生、大阪府立母子保健総合医療センター病院長藤村正哲先生です。加藤先生、藤村先生お願いいたします。

加藤 おはようございます。今ご紹介いただきましたように「臨床研修必修化と小児医療を考える」という研究会、講演等を開始させていただきます。私は聖マリアンナ医科大学の加藤でございます。

藤村 大阪府立母子保健総合医療センターの藤村でございます。

加藤 それでは早速ですが、まずご講演をいただきたいと存じます。田原先生どうぞ演台のほうにお立ち下さい。今日は厚生労働省の医政局医事課長補佐でおられます田原克志先生からまずご講演をいただきます。先生のほうからも「ご質問いただいて結構です」というお言葉をいただいておりますので、忌憚のないご意見、ご質問をいただきたいと存じます。ご経歴に関しましては今日配布されておりますパンフレットにお書き下さいました通りですので、これをお読みいたしますが、先生は1989年に九大の医学部をご卒業になられまして、2002年より現職でございます。それでは先生よろしく願い申し上げます。

新医師臨床研修制度について

厚生労働省医政局医事課長補佐 田原 克志

田原 ただ今ご紹介いただきました厚生労働省医政局医事課の田原でございます。どうぞよろしくお願いたします。本日は小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班の主催ということで鴨下先生にお招きをいただきまして、大変感謝を申し上げますと思います。この新たな医師臨床研修制度、実施まで半年を切ったわけでございますけれども、現行の制度はご存知のように昭和43年にインターン制度が廃止されて現行の制度になっております。来年の4月から臨床研修必修化ということになります。ちょうど36年ぶりの大改革です。我々も非常に力を入れて準備をしているところでございます。最近小児科医の不足がいろいろ指摘されていますけれども、この臨床研修必修化によりまして全ての小児科医が小児科の研修、あるいは産科の研修を受けるということになります。小児科医、産婦人科医の育成、また他の診療科の進む医師につきましても小児科や産婦人科に対する意識も変わってくるのではないかと考えております。これまでいろいろな所で新制度趣旨につきましてご説明しておりますけれども、本日は全体で30分ということですので、趣旨を簡単に申し上げて、また現状の進捗状況を申し上げて、責任を果たしたいと思っております。

小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班

新医師臨床研修制度について



平成15年10月11日

厚生労働省医政局医事課
田原 克志



臨床研修の現状

【臨床研修を行う病院】（平成15年4月1日現在）

- 臨床研修病院 637か所
- 大学病院 135か所

※全国の二次医療圏（364医療圏）
臨床研修病院又は大学病院を有する医療圏 215医療圏（全体の59.0%、対前年度+29）
臨床研修病院及び大学病院のない医療圏 149医療圏（全体の40.9%、対前年度-28）

【研修対象者数】（平成13年度）

- 15,439人（2学年）

【研修実施者数】（平成13年度）

- 13,501人（研修対象者の87.4%）
- 大学病院 9,619人（実施者数の71.2%）
- 臨床研修病院 3,882人（実施者数の28.8%）

臨床研修については臨床研修病院または大学病院で受けることとされていますが、簡単に現状を申し上げますと、今年の4月1日現在では、臨床研修病院637ヶ所、大学病院135ヶ所あります。実際に受けている研修医の方は15,000人余りの方が対象で、そのうち87%にあたる13,500人の方が現在研修を受けているという状況でございます。そのうちの7割が大学、3割が臨床研修病院で受けているという状態になっておりまして、また、研修医のほとんどが大都市で研修を受けているという状況でございます。これまでの臨床研修は努力義務でございまして、またストレート研修が中心でございました。研修プロ

グラムの施設間の格差が指摘されておりました。あるいは指導体制の評価、あるいは研修の評価が不十分であると。また、適切な処遇が十分に行われていないという施設も多くございまして、アルバイトをせざるを得ないという状況がありました。

こういうことを背景といたしまして平成12年に医師法が改正されまして、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ということで必修となりました。また研修医の方も研修に専念するように務めなければならないという努力義務が課せられております。

新医師臨床研修制度の基本的考え方

- 1 医師としての人格を涵養
- 2 プライマリ・ケアへの理解を高め、患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得
- 3 アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備

その法律が改正されまして御覧のような基本的な考え方、大きく3つございましてけれども、医師としての人格を涵養すること、プライマリ・ケアの理解を高め、患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得するという、それから、アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備していくことというこの3つの柱を基本といたしまして準備を進めて参りました。

昨年の12月に臨床研修の研修病院の基本的な骨格をお示し、今年の6月にその運用、詳細につきましてお示しをいたしまして臨床研修病院の指定にかかる申請を受け付けているところでございますけれども、その基準の一番のポイントになるのが、御覧のような研修プログラムでございます。

研修プログラム

- 臨床研修の到達目標
 - ・ プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得できるように設定
- 研修期間：原則として2年間
 - 【基本研修科目】
 - ・ 当初の12か月：内科(6か月以上が望ましい)、外科、救急部門(麻酔科を含む)
 - 【必修研修科目】
 - ・ 小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療：少なくとも1か月以上、3か月の研修も
- 地域や施設の特徴を活かした研修プログラム

従来はハード的なところ、施設、例えば病床数とかあるいは剖検の数などを重視しておりましたけれども、新しい制度のもとでは、プログラムの中身を評価していこうということでございます。臨床研修の到達目標というのを定めまして、それはここに書いてありますように、先ほどの3つの柱のひとつでありますプライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得できるということを考え方として定めているものでございますけれども、この到達目標が達成できるような研修プログラムを作っていただくということが基準でございます。そしてそれだけではまだ少し具体的ではないということで、各診療科につきまして必修の科目を設定しております。当初の12ヶ月については内科、外科、救急部門を研修するという、それから2年目につきましては、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を少なくとも1ヶ月以上研修するというところでございます。また、続きには3ヶ月の研修もということで例示をお示ししているところでございます。基本的には研修プログラムの基準というのはこれだけでございまして、いろんな制約はございません。かなり自由度が高いものになっております。従いまして、地域や施設の特徴を活かしたプログラムを作っていただくということが重要ではないかと思っております。

臨床研修の到達目標①

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、(4)安全管理、(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

(3)基本的な臨床検査 心電図(12誘導)、内視鏡検査等が必修
(4)基本的手技 軽度の外傷・熱傷の処置、気管挿管等が必修

B 経験すべき症状・病態・疾患 (88項目)

2 緊急を要する症状・病態 心肺停止、ショック、急性腹症等が必修
3 経験が求められる疾患・病態
(1)入院症例レポートが必修: 10項目(脳梗塞、心不全、痴呆等)
(2)外来、入院での経験が必修: 38項目(心筋梗塞、気管支喘息等)

その到達目標を少し具体的に見ますと、大きくは行動目標とそれから経験目標というふうに別れておりまして、行動目標の中には医療人として必要な基本姿勢・態度というものが設けられています。全部で6項目でございまして、患者-医師関係、チーム医療、問題対応能力、安全管理、症例提示、医療の社会性という6つの項目がございまして、また経験目標といたしまして、検査、あるいは手技、症状、病態、こういったものが経験しなければいけなければいけないというものを設けているところでございまして、その中で特に経験が求められる疾患、病態といたしまして、入院症例レポートが必修のA疾患が、それが10項目ございまして、また外来や入院での経験が必修のB疾患が38項目ございまして、

臨床研修の到達目標②

B 経験すべき症状・病態・疾患 (88項目)

3 経験が求められる疾患・病態

(9)妊娠分娩と生殖器疾患

B①妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥)
②女性生殖器及びその関連疾患(月経異常(無月経を含む)、不正性器出血、更年期障害、外陰・陰・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍)

B③男性生殖器疾患(前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)

(17)小児疾患

B①小児けいれん性疾患
B2小児ウイルス感染症(麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ)
③小児細菌感染症
B4小児喘息
⑤先天性心疾患

これを産科、小児科について見ますと、産科につきましてはスライド上部にございまして、妊娠分娩、男性生殖器疾患につきましてはBになっております。小児科の疾患につきましては、けいれん性疾患、ウイルス感染症、そして小児喘息などがBとなっております。

まして、必ず外来等で経験しなくてはならないというふうになっております。その他の疾患につきましても、もちろん経験をすべきだと考えております。

臨床研修の到達目標③

C 特定の医療現場の経験

4)周産・小児・成育医療

周産・小児・成育医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、
1)周産期や小児の各発達段階に応じて適切な医療が提供できる。
2)周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる
3)虐待について説明できる。
4)学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。
5)母子健康手帳を理解し活用できる。

必修項目 周産・小児・成育医療の現場を経験すること

こういう現場を経験しておかなければならない特定の医療現場が大きく6つございまして、例えば、地域保健・医療、あるいは精神保健の現場、終末期医療の現場などがございまして、その中に周産・小児・成育医療の現場を経験するということがございまして、ご覧のように全人的に対応するためにいろいろな発達段階に応じて適切な医療を提供できたり、心理社会的側面の配慮ができるというような項目が設けられているわけでございます。

以上が研修プログラムの概要でございますが、やはりハード面におきましてもある程度の基準がありまして、臨床研修病院という形で指定します。

臨床研修を行う病院

■ 臨床研修病院

1. 単独型: (+臨床研修協力施設)
2. 病院群: 管理型(研修管理委員会)+協力型+臨床研修協力施設
原則として管理型臨床研修病院での研修期間は8ヶ月以上、研修協力施設での研修期間は3ヶ月以内。

* 研修内容、基本・必修診療科 → 施設基準の合理化
病院: 300床以上 → 必要な症例の確保
指導医: 臨床経験10年前後 → 原則7年以上
創設: 創設率30%以上 → 臨床研修検討会開催

■ 臨床研修協力施設:

へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字血液センター、各種検診・健診の実施施設等

■ 国に直接申請 → 厚生労働大臣による指定

大きくは単独型というのと病院群というのに別れます。従来は3つの病院までが連携して臨床研修を行うという形になっておりましたが、新しい制度におきましては、かなり多くの病院が群を形成して臨床研修を提供するというような形でも認

められるということで、こういった面でも自由度を高めている訳でございます。先ほど申し上げましたように病床数や剖検、そして指導医の経験年数につきましても施設基準を合理化いたしまして、基本的に研修プログラムの内容を重視するとともに、こういうものについては、必要な症例数が確保できるとか、あるいは指導医についても臨床経験7年以上、剖検についても検討会の開催ということにしているわけでございます。その他臨床研修協力施設というものをきちんと位置づけておりまして、こういう施設におきましても臨床研修を行っていただくということを明確にしております。また、この指定の審査につきましては国のほうで直接審査をすることになっております。この中にも先ほど衛藤先生からお話がありました、医療安全管理体制というものも基準として掲げられておりまして、医療事故を起こしたような病院で対応が求められていると考えておりますし、病院の対応というものにも関心を持っております。

指導体制

- 研修管理委員会
 - ・臨床研修の統括管理(研修プログラムの作成、研修医の管理評価等)
- プログラム責任者
 - ・プログラムの企画・立案及び実施の管理
 - ・原則、研修医20人に1人
- 臨床研修指導医
 - ・研修医に対して担当する分野の指導を行う常勤医。
 - ・原則、臨床経験7年以上でプライマリ・ケアの指導能力を有する。
 - ・原則、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科に配置する。
 - ・指導医1人が指導を受け持つ研修医は5人までが望ましい。
- ※ 休日・夜間の当直の取り扱い
 - ・電話などにより指導医又は上級医に相談できる体制を確保
 - ・研修医1人で対応できない症例が想定される場合には、指導医又は上級医が直ちに対応できるような体制(オンコール体制)を確保

指導体制でございますが、指導体制は大きく3つございます。ひとつは研修管理委員会でございます。これは全体の統括管理をするということです。研修医の管理・評価もここでを行います。この研修管理委員会、関係者で構成されるわけですが、できるだけ外部の方を入れていただき、透明性を高めていただきたいというお願いをいたしております。またプログラム責任者、これは具体的な研修プログラムの中身を管理、実施していくというものでございます。また指導医につきましては皆様も馴染みがあるかと思えますけれども、それぞれの担当分野の指導を行う指導医というこ

とで位置づけております。指導医は基本的には責任者、管理者に相当します。いわゆる屋根瓦方式で上級医、7年に満たないような先輩医師が研修医を指導するというのももちろん想定しているわけでございます。それから休日夜間の当直の取り扱いも明示しております。これはアルバイトの事につきましていろいろ話題になりましたが、その中で最も関係がでてくるのは、休日夜間の取り扱い、当直ではないかということで、その取り扱いについて明示しています。簡単に言えば、指導体制を確保して当直を行っていく。また当直を行う病院については研修プログラムの一環として行うということで、研修とは全く違う休日夜間の当直はないものと考えております。

当面の取扱い

- 新たな医師臨床研修制度の実施に向けての体制整備に伴い、地域医療に与える影響を懸念する声があることから、平成19年3月31日までの間は、臨床研修病院の指定基準について、以下の取扱いとする。
- 受け入れる研修医の数について
 - おおむね病床数を8で除した数を超えない範囲
- 医師数について
 - 医療法に定める医師の員数を有しているという規定は適用しない
- 指導医について
 - 指導医の臨床経験については、5年以上とする

以上が臨床研修病院の指定基準、骨格のところでございますが、当面の取り扱いというものを定めております。これは昨年の12月に臨床研修病院の基準の骨格をお示しをした頃からここに書いてございますように、地域医療に与える影響を懸念する声がありました。具体的に申し上げますと、地域において医師の確保が困難になるのではないかとのご指摘でございます。地域医療の先生方からお話を聞きますと、大学病院が医師を引き上げているのではないかとご指摘ございました。一方で大学病院の先生方からお話を伺いますと、そういうことではなくて、そういう病院を希望する医師がいらないのだというお話でございます。従いまして原因というのは必ずしも明らかではございませんが、地域におきまして、医師の確保が難しくなっているという

のが事実であろうということで、3年間の経過措置というものを定めたわけでございます。これは厚生労働省の中に設置をしております臨床研修制度の推進本部でも議論をして決めております。その緩和の内容は、受け入れる研修医の数、基本的には病床数10床に1人まででございますが、それを8床に1人までというふうに緩和をしております。これで25%増までの研修医を受け入れるということが可能でございます。また、医師数につきましても所謂医療法標準の医師数がなければならないという基準がございますけれども、その規定は適用しないことにしております。また、指導医につきましても、臨床経験につきましては5年以上にするとということでございます。この経過措置につきましては、3年の間にもう一度実態を見まして、継続するかどうかを見ることになっております。

この地域医療に対する影響というのは非常に懸念しております、その他にもいろいろと手だてをしております。

病院に置くべき医師の員数の標準数について

■趣旨

○医師臨床研修の必修化に伴い、地域における医師の確保への影響も生じていることから、当面の影響を緩和する一環として、病院に置くべき医師の員数の標準数について、端数の取扱いを見直すもの。

■見直しの概要

○患者数に応じて必要な医師数を算定する際に生ずる端数について、従来の取扱いを改め、算定して生じた端数のままで標準を算定する。

■今後の予定

○パブリックコメントを踏まえ、医療法施行規則を改正

○平成15年10月1日施行

○この措置については、平成18年度末の時点で臨床研修の実施に伴う状況を把握の上、再検討を行う。

<現行の算定例>

一般病床で患者数108人の場合

算定式： $3 + (108 - 52) \div 18 = 6.5 \rightarrow 7$ 人(必要医師数)

ひとつは、病院に置くべき医師の人数の標準数についてです。これはいわゆる医療法の標準の医師の数でございます。ここにありますように、地域における医師の確保への影響も生じていることから、端数の取り扱いについて見直しをすることになっております。これまでの算定例は、一般病床で患者数が108人の場合には、計算式がありまして、6.5人必要な場合、それを繰り上げて必要医師数を7人としておりましたが、それを改めまして6.5人必要といたしました。10月1日から施行してございまして、先程の経過措置

と同じように3年後に再検討をすることにいたしております。

平成15年度

■7つの地方厚生局に臨床研修審査官を新設

業務：① 新臨床研修制度や研修先の選択に関する相談窓口

② 臨床研修病院の指定審査及び指導

③ 病院団体による指導医講習会の関係など指導者の育成に係る指導

今年度、全国で7つの地方厚生局がございまして、そこに臨床研修審査官を新設してございまして、いろんな相談窓口や審査を行っております。この地方厚生局におきまして、先ほどの地域医療における影響も今後フォローアップして行くという位置付けを考えております。

臨床研修病院の指定申請等の状況

■指定申請等の状況

(9月24日現在)

	単独型病院又は病院群	募集定員
新規指定申請	697件	8,849名
研修プログラムの変更	249件	1,757名
合計	946件	10,606名

※大学病院からの情報提供を含む。審査の過程において修正の可能性あり。

■指定の状況及び審査の予定

- ・9月1日付けで16件(45病院)の臨床研修病院を指定
- ・10月1日付けで39件(97病院)の臨床研修病院を指定
- ・審議会を開催し、逐次、指定を行っている

■臨床研修病院等の現状(10月1日現在)

- ・臨床研修病院 637病院 → 727病院 (+90病院)
- ・大学病院 135病院 → 135病院

※ 指定された142病院中、52病院は既に指定されている臨床研修病院

さて、基準につきましては今申し上げたとおりでございますが、最近の動きにつきましては、少しご説明いたします。臨床研修病院の指定申請の状況でございますが、1件を1つの病院群、グループとして946件の申請がございまして、募集定員は10,606名という状況でございます。この申請は8月末までに出て参りましたので、それを審査いたしまして、9月1日付、10月1日付で55件合計142病院の指定を行いました。まだまだたくさんの件数が残っておりますけれども、できるだけ早くひとつひとつの審査をしたいと考えております。病院数の実数につきましても、先ほど申し上げました637から727に非常に増え

新医師臨床研修制度について

ているところでございます。

臨床研修病院の指定申請等の状況

平成15年9月24日現在

地方厚生局	指定申請等 (H15.8末)		平成15年度の実績 (H15.5現在)		指定申請等と実績と の差	
	件数 1	募集定員 2	件数 3	採用者数 4	件数 1-3	研修医数 2-4
北海道	58	435	14	288	44	147
東北	78	730	33	378	45	352
関東信越	280	3,544	166	3,067	114	477
東京都(再掲)	83	1,497	60	1,707	23	△210
東海北陸	145	1,454	80	892	65	562
近畿	183	2,035	89	1,710	94	325
中国四国	114	1,133	55	731	59	402
九州	88	1,275	39	1,100	49	175
合計	946	10,606	476	8,166	470	2,440

注)件数には、大学病院からの情報提供を含む。
 研修医は、「単独型」「再掲型」をそれぞれ1件としている。
 平成15年度の実績は、厚生労働省調査(平成15年5月末現在)によるものである。

臨床研修は大都市に集中しているとお話いたしました。新しい制度におきましてもやはり大都市への集中があるのではないかと懸念がございまして、この指定申請の状況を都道府県ごとに見てみますと、ここに書いてあるのはブロックごとでございますが、必ずしも都市集中ということではございません。指定申請は募集定員で10,606名ですけれども平成15年度の実績、厚生労働省で調べましたが、8,166名ほどの採用者の実績がございまして、どのブロックにおきましてもそれぞれ増えております。東京は逆に200ほど募集定員が減っております。これは大学病院等で研修医受け入れの上限が設けられたということの影響かと思っておりますけれども、必ずしも東京の一極集中ということではないという現れではないかと思っております。

研修医の処遇

- 臨床研修は学修と労働の二面性
 - ・労働者性 指示等に対する諾否の自由/指揮命令の有無
 時間的、場所的拘束性の有無/報酬の労務対償性
- 研修条件の明示
 - ・研修手当、研修時間、社会保険、健康管理体制等
- 財源
 - ・一般財源や診療報酬を含めて幅広く検討
 - ・H16概算要求において約212億円を計上
 [教育指導体制の充実を図るとともに、研修医の処遇改善を含めた環境整備を推進]
 - ・診療報酬に関しては、臨床研修機能の評価の在り方について中医協で検討

もうひとつ大事なものは、これが最も重要だというふうに考えておりますけれども、研修医の処遇でございます。臨床研修は学修、学ぶという面と労働という面の2面があると考えてございまして、

研修医は労働者であると考えています。この中で特に財源につきまして、これまでは一般財源と診療報酬を含めて幅広く検討と申し上げておりましたが、平成16年度の概算要求におきまして約212億円を計上しております。これは教育指導体制の充実と指導医にかかる経費、こういったものも含まれておりますが、それから研修医の処遇改善、これを目的にしております。

対象は国立病院、国立大学を除く2学年分、1万人を対象にしております。1人年間約200万円ということになります。国立大学、国立病院におきましてはそれぞれ担当の部局から計上をしております。年収約360万円ということをお頭に考えておるわけでございます。また診療報酬に関しましては臨床研修機能の評価の在り方について中医協でご検討いただいております。過去、健康保険法の改正で健保の本人負担の割合を2割から3割にする改正がございましたが、その時にこういった医療提供体制に対して基本方針を定めるようにといった附則がつけられております。その時の基本方針を今年の3月に定めておりますけれども、その中ではやはり臨床研修機能の評価について検討するという閣議決定をしているわけでございます。

研修医の手当について

平成14年「研修医の処遇状況に係る調査」(文部科学省、厚生労働省)

	臨床研修病院 1人当たり平均手当(円/月)	大学附属病院 1人当たり平均手当(円/月)
私立	329,453	106,454
公的	306,121	-
公立	301,281	180,287
国立	208,097	203,940
計	298,305	154,771

国立:厚生労働省(国立病院)、文部科学省、郵政省(郵政省)、防衛庁、労働福祉事業団
 公立:都道府県、市町村
 公的:日赤、済生会、厚生連、国保組合
 私立:上記以外の団体、法人

先ほど年収360万円と申し上げましたけれども、その考え方というのは臨床研修病院におきまして、だいたい月額30万円くらいの現状があるということ。また文部科学大臣と厚生労働大臣との連絡協議会、大学の関係者をお招きした会でございますが、その際に大学の関係者側からだいたい月に30万円あれば研修医が研修に専念でき

るという発言がございました。坂口大臣も国会で月30万ほどが必要なのではないかということに答弁しております、そのようなことから年収360万円を念頭に、概算要求をしているわけでございます。

日本医師臨床研修マッチングプログラム① (研修医マッチング)

1. 概要

研修医マッチングとは、研修希望者と、臨床研修を行う病院の研修プログラムとを、一定の規則(アルゴリズム)に従って、効率的に、かつ透明性を確保して組み合わせるためのシステム

2. 実施主体

医師臨床研修マッチング協議会 (URL: <http://www.jrmp.jp>)
(日本医師会、医療研修推進財団、全国医学部長病院長会議、臨床研修協議会)

3. 参加登録状況(9月30日現在)

参加者 : 8,248名
参加病院 : 847病院(募集定員合計: 10,900名)

もうひとつ大きな課題がございまして、これは行政としては大きく関与しているわけではございません、民間の団体が実施しているところでございますけれども、マッチングでございます。研修医マッチングというところでございまして、これは研修を希望する学生さんとそれから病院の研修プログラムを一定の規則に基づいて組み合わせるというものでございます。米国では50年ほどの実績がございまして、わが国でも基本的に全国公募になるということからその問題点をできるだけ小さくするというを目的といたしまして、このマッチングを導入したわけでございます。マッチングの実施主体はマッチング協議会というところで、この4つの団体が実施をしております。現在の参加登録状況は9月末で8,248名、ほぼ全員の学生さんが参加をしていると考えております。また病院のほうも847病院でございまして、だいたい9割ぐらいになるのですが、募集定員のベースでいけば10,900名ということで、これもほぼ全体の数、募集定員がマッチングに参加していると考えられるかと思っております。

日本医師臨床研修マッチングプログラム② (研修医マッチング)

4. 中間公表の概要

- 各研修プログラムの1位希望者数を明示(10月1日)
 - ※ 参加者、参加病院が閲覧可能
- 参加病院: 772病院、募集定員: 10,500名
 - ※ 参加申し込みと事務処理とに時間差があるため、9月30日現在の参加登録数よりも少ない
- 希望順位表登録者数: 6,945名(参加者の84%)
- 登録研修プログラムの数: 平均3.9プログラム

5. スケジュール

- 10月30日 希望順位表の登録・変更・削除の最終締切
- 11月13日 組み合わせ決定(オンラインによる結果確認)

10月1日に中間公表というものをいたしました。この内容というのは、研修プログラムごとに1位で希望している参加者の数を明示するもので、これは一般に公表されてはおりません、参加している人、参加している病院が見ることができるものでございますけれども、約7,000人の方が希望順位表というものを登録をいたしております。平均ではおひとり当たり4プログラムを登録しているという状況になっております。だいたい全国的な分布を見ますと、先ほどご紹介いたしましたように大都市への集中というのが必ずしも見られない。それぞれの県におきまして、だいたい平成15年度と同様の分布になっております。若干一部の県で少ないということもございまして、まだ7千人しか登録をしていないということがあるかと思っております。今後は今月末までの登録の最終締切がございまして、11月13日に組み合わせが決まるということでございます。

研修医の評価について

臨床研修の到達目標を統一された様式で評価できるシステム

- On line 版研修医手帳
 - ・医療研修推進財団
- 卒後臨床研修評価システム
(EPOC: Evaluation of Postgraduate Clinical Training)
 - ・全国国立大学医学部附属病院長会議
 - ・UMIN
- インターネットで全国からアクセス可能

研修医の評価につきましては臨床研修の到達目標を評価するということがございまして、今、全国国立大学医学部附属病院長会議のほうでUMIN

を使った EPOC というシステムを検討されていると聞いております。インターネットでアクセス可能だということで、これを軸に評価をしていくのだろうと考えております。

情報提供及び問い合わせ先

- 厚生労働省のホームページ
・施行通知、申請書様式などのダウンロードが可能
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/index.html>
- 臨床研修プログラム検索サイト(厚生労働省)
・病院の申請又は届出に基づき、病院の概要、研修プログラムの概要、研修医の処遇、空席情報等を情報提供
<http://www.reisjp.org>
- 医療研修推進財団のホームページ
・施行通知、申請書様式等のダウンロードが可能な他、オンライン版の臨床研修ガイドブックが閲覧可能
<http://www.pmet.or.jp>
- 問い合わせ先
・地方厚生局又は厚生労働省医政局医事課まで

情報等につきましては、上記のような所に問い合わせさせていただきたいということで、ご説明は以上でございますが、このような形で現在臨床研修必修化の準備を進めているところでございまして、今のところ、臨床研修病院の指定、研修医の処遇の確保、マッチングといったこの3つを大きな課題としています。研修医の評価も考えているということでございます。時間が少なくなりましたけれども、ご質問にお答えする形で補足をしたいと思います。どうもありがとうございました。

加藤 田原先生、どうもありがとうございました。短い時間ではございましたけれども新医師臨床研修制度について、手短かに簡潔におまとめいただいたと存じますけれども、フロアーの皆様、いい機会でございますので先生もおっしゃっていただいたので、ご忌憚のないところでご質問がございましたらどうぞ。

柏 広島のマツダ病院小児科の柏と申します。こちらに何う段階で2点ほどお訊きしたいことがあったのですが、一つは評価の問題です。2年間の研修が済んだ時点で研修委員会で評価してそれが医籍登録されるということになるのだと思いますが、今日も言われておりますが、医籍登録にあたっての具体的なイメージがまだよくわからないのですが、それが一点です。これは制度上の運用の問題だろうと思っておりますのでいいのですが、本

日先生のほうで示された症例の提示のところに CPC レポートの作成というのが必須になります。要するに剖検記録を発表することが必須であるということになってきます。それをしないと2年間の臨床研修を終えても必須項目ができないということになって医籍登録ができないということになります。そういったしますと極端な考えですけども、その方は医者としてやっていけないということになります。研修医全員にひとりずつに、ある程度の病院で CPC を書かせるのは現実的に不可能であると思います。実際に臨床研修指定病院の基準も部検の数はわりと緩くなっていると思うのですが、そこがまずお訊きたい点です。要するに CPC の記録は本当に必須であるかどうか。即、医籍登録に繋がってくることでお訊きたい点です。それからもう一点は労働時間のことです。どこかの病院の情報なのですが、研修医の当直は週1回、日直は月1回という目安ということなのですが、これは労働基準法の流れだと思っております。そうすると研修医の当直回数もそんなものかなと思うと同時に、これでは少なすぎて勉強できないのではないのかと思います。それから今後こうことが本当に労働基準法みたいに厳しくされると、翌日に休日を与えるということになります。研修医の当直についてはどのようなお考えか、以上の2点についてお伺いしたいのですが。

加藤 CPC の必要性とそれから当直について、それでは先生お答えいただけますか。

田原 CPC のレポートについてはやはり到達目標に書いてあるように提出が必要だと考えております。確かに剖検の症例数が少ないということはあるわけですが、基本的には受け持った患者さんの剖検に立ち会ってレポートを書いていただくというのが基本でございますが、どうしても足りないという場合は同じ症例について何人かの研修医がレポートを書くというのが現実的にはありうるのではないかと思います。ただ、レポートを書かないで修了するということは想定しておりません。関連して医籍登録につきましてはまだ具体的なことは定めておりませんが、臨床研修が修了したということだけが医籍に登録されるというふうにご考

えていただいていたかと思えます。

柏 どこの病院で研修したということは残らないのですか。

田原 申請書には書いていただくことになると思いますが、登録でどのような内容が登録されるかということはまだはっきり定まっておりません。書式やどのような書類が必要だとかということも決まっておりますが、修了認定については研修管理委員会が評価をしてその病院の管理者が修了証を発行することになっていきますので、その修了証の発行を見て医籍登録をするという手続きになるかと思えます。また当直の回数につきましては臨床研修では何回というような定めはございません。一般に労働基準法に従ってそれを遵守する形でやっていただきたいと考えております。ただ現実面の事がございますので、もし、それが現実と乖離しているということがあれば、当局いろいろと調整することがあろうかと思えますが、基本的には労働基準法を守っていただくというのが基本的な考え方であろうと思えます。

柏 ありがとうございます。

加藤 CPC に関しては仮に研修中に死亡がない場合もありますので、弾力的にということでご覧いただけますね？

田原 必ずしも自分が受け持った患者さんについてのCPCというわけではないということはあると思えます。ただ、できるだけそういう患者さんを診ていただくというのが、研修管理委員会、あるいはプログラム責任者のほうでご配慮いただきたいと思っております。

加藤 はい。ありがとうございます。他にいかがですか。

和田 長野県の健和会病院の和田と申します。2点お訊きしたいのですが、ひとつはこのプログラムで研修を受けることになって小児に関して何ができるようになることを期待されているのか、プライマリケアという言葉が出てきますが、もうひとつ明確ではないと思うのです。この後安次嶺先生が発言されますけれども、安次嶺先生の資料などを拝見しますと「救急の対応ができる」というような非常に明確な目標が示されているのですが、

そういう明確な目標を示していただければと思います。もうひとつは、この研修指導をするようになるのは多くは地域の中核病院のドクター達になると思えますが、救急の患者が集中したりして非常にオーバーワークになっているということが言われています。その指導体制のために人間的な保障とか経済的な裏づけというようなことが是非必要だと思うのですが、先ほど概算要求で二百何億円を要求されて、その中に指導体制の充実ということが出てきましたけれども、具体的にどのようなことを考えていらっしゃるか、お願いします。

田原 到達目標について具体的な目標をということでご覧ですが、我々が考えておりますのは、通知でお知らせしている到達目標が基本になっております。それ以上のものを病院で設定していただくというのはもちろん構わないわけですが、我々としてはそれぞれの診療科における技術を全部取得して頂くということが理想的なのですが、そこまでいなくても小児の患者さんを診た時に「それは自分の専門ではないから診ない」というような拒否反応を示さないで、まずは診ていただくということができれば宜しいのではないかと考えております。また、2点目の指導体制の経済的保障の具体的なものはということでご覧ですが、これはもちろん指導医にかかる経費を念頭においておりますし、シミュレーターなどの研修に必要な機材、こういったものも対象になるわけでご覧ですが。研修管理委員会の運営費なども積算に入れて財政当局と折衝しているところでご覧します。

和田 では目標については当直で初期対応ができるというようなイメージで考えていらっしゃるということでもよろしいですか？

田原 一言で言うのはなかなか難しいのですが、初期対応が全部できるということではなくて、まず診療していただけたというところが大事なのではないかと思えます。

和田 指導体制の件では、指導というのは片手間で出来るものではないものと思えます。ここはしっかりマンパワーの配置が是非必要ではないかと思えますのでまたご検討いただければと思いま

す。

田原 いろいろな財源を確保した上で、指導医に対する手当は基本的には病院のご判断によると思うのですが、基本的な財源については確保してまいりたいと思います。

加藤 ありがとうございます。

青木 東邦大学の青木と言いますけれども、今、財源のことで確保できそうだとするありがたいお話をいただいたのですが、マッチングをする時に各大学、各病院がマッチングの人数についてある程度の指針みたいなものが出されているのでしょうか。それとも給与を考えて、各大学、各病院が独自に研修医の受け入れ数を決めて宜しいかどうかという問題があるのですが、何か厚生労働省としての方針は出ていますでしょうか。

田原 マッチングと受け入れる研修医の数は直接リンクしているわけではありません。募集定員というのは病院のほうで病床数10床に1人を超えないというような形で決めていただければと思っています。その募集定員についてマッチングに参加する場合は募集定員全員をマッチングで採用するということが必要になってきますが、その上限については臨床研修病院の指定基準のほうで定められているということでございます。またマッチングの時に希望順位表に希望者のリストをつけるわけですが、その数について制限はございません。例えば40人募集をしている時に100人の希望者がいて、面接を受けたということであれば、100人の方全員を書いてもいいですし、そのうち10人をどうしても取りたくないと言う場合は90人を書いていただいても結構ですし、また取りたい人が30人しかいない場合は30人しか書かなくても結構なわけです。但し、そこで30人しか書かなければマッチングで決まる研修医は30人以下ということになります。ただ、40人以上書いた場合は最大決まるのは40人ということで、たくさんの研修医が決まってしまうことはございません。また、財源について、既に確保されたような印象を受け取られたようですが、今、財政当局と折衝しております、厳しい状況であ

るということは確かであります。従いまして我々としては世論の応援をいただきたいと思っております。もちろん医療界、医学界の御支援をいただくということはもちろんなのですが、それだけでは自分達のためにやっているのではないかと考えられますので、それとは関係のないようなところから研修医のために税金を使うということが必要なんだということを財政当局にご理解いただきたいと考えております。

加藤 ありがとうございます。たくさんご質問がおりと思います。これを続けるとたぶん半日続くと思いますのでここで打ち切らせていただきます。先生どうも長い間ありがとうございました。

それでは引き続きまして話題提供といたしましてお話を伺いいたします。まず最初に横浜市立大学の横田教授、壇上にお上がり下さい。機械のほうの準備を整える間に横田先生のご略歴を簡単でございますが、ご紹介いたします。昭和50年に横浜市立大学を卒業された後、神奈川県立子ども医療センターで研修をされました。その後大学病院に戻られまして、その後海外で研修など研鑽を積みまして、平成3年に横浜市立大学の小児科講師、10年から現職の小児科教室の教授となられています。ご承知のようにこの小児の臨床研修のプログラム、必須化については部会のほうでも小児科としてご活躍された先生でございます。

藤村 これから4人の方にお話いただくわけですが、今回時間が非常に限られております。座長の任として予め皆様をお願いしたいのは、ただ今からお話される場合に、新しい制度についての議論と小児医療との関わりについての議論を区別していただきたい。それから小児医療についての関わりと言いましても、研修を受ける全ての先生に、小児医療、小児科学をどれほど勉強してほしいという観点で述べられているのか、あるいは小児科を日本でもっと高めるためにこの臨床研修制度との関係でどのような戦略があるのかという立場で述べられているのか、そういう切り分けで聞いていただけたらさらに内容が深まるのではないかと考えております。では、横田先生お願いいたします。

大学病院の立場から

横浜市立大学小児科教授 横田 俊平

横田 ご紹介ありがとうございました。私は厚生労働省の審議会に加わせていただいた一員として一言申し上げたいと思います。それは、ある日厚生労働省の方が3人来られて、この審議会に加わってほしいというご依頼を受けましたが、そのご依頼の内容は小児科医として加わるというよりは、横浜市立大学という公立大学の代表として加わって欲しいというご依頼でした。審議会員は20名おりましたが、小児科医は私一人でした。従って小児医療の問題をこの審議会の中に反映させるということは非常に難しいものがございました。田原先生おいでですけれども、今回の制度に関して苦言を呈する形でお話が進むと思います。

第4回 日本小児医学教育学会 (2003, 東京)

新研修制度の改正と 小児医療 ～混乱と改革、そして未来～

横浜市立大学小児科
横田俊平、西巻 滋

新研修制度の概要

1. 厚生労働省の当初の目的

- 現状とその改善
- ✓ 医師の地域偏在、小児医療体制の不足
- ✓ 専門医志向と全人的医療の欠如
- ✓ プライマリ・ケア対応能力の欠如
- ✓ 少子高齢化、社会の複雑・多様化への対応不足
- ✓ 診療科と地域保健・医療との連携の欠如
- ✓ 臨床研修は「学修」か、「労働」か？

最初のスライドは厚生労働省の当初の目的、こ

の当初のという所に力点を置きたいと思います。これは現状を改善を行いたいということで田原先生が一番最初に3点申し述べられましたが、実は書類的には6点ございました。ここに挙げていますけれども、医師の地域遍在、小児医療体制の不足、こういうことがまず言われています。確かにそのとおりです。それから大学では全人的な医療の教育ではなく、専門医の指向を強めるような医療を行っている。そうではなく、日本で今問題になる医療というのは、プライマリ対応能力を培うものではないかと述べられております。確かにそうです。そして社会が変わってきた。少子高齢化、そして社会の複雑化、多様化へ本当に医療が対応できているのかどうか、そういう問題も投げかけられておりました。また、地域の診療科と医療、保健との連携がうまくいってないのではないかと、特に小児科においてはこの問題というのは非常に由々しい問題があると思います。また最後に臨床研修が学修か労働かという問題を挙げられて、これも大変審議会の中で大きな議論になった問題です。これは実は大変簡単な問題で、両方兼ねているのだということを考えればいいはずですか、なかなかそうはいかなかったという実態があります。

新研修制度の概要

2. 新しい制度の在り方

- 臨床研修病院システムの構築
(施設基準、指導医、研修評価)
- 研修プログラムの設定(小児科3ヶ月！)
- 研修医の処遇(研修専念規定)
- 研修医の募集と選定(マッチング)
- 臨床研修制度の運用(研修委員会)

こういう背景の中で新しい制度がどうあるべきかということです。先ほど饒々田原先生からお話があったことですが、まず臨床研修病院システムの構築という面で、先ほどから施設基準の問題であるとか指導医とかそれから研修評価という問題が出ておりました。また会場から質問があったように、指導医に関して私は審議会の中で何回も申し上げたのですが、結局このことはこの問題に関する厚生労働省の考え方だけで進められた訳です。大変少ない小児科医しか配置されていない地域の病院で臨床研修を受けた場合に過剰労働がさらに付加されるということが目に見えております。こういうことに対しての判断が厚生労働省にはございませんでした。また、研修評価の問題においては私も横浜市立大学はすでに25年前からスーパーローテーション方式を採用している訳ですが、その中で毎年3~5人の研修についていけない研修医がおります。こういう方達を今後どう評価していくかという問題は実に重くあります。切り捨てることは可能ですがそれでいいのかどうか。そういう問題が全く議論されておられません。また研修プログラム設定に関しましては当初、厚生労働省は小児科を3ヶ月と設定していただいて、ここにおられる加藤先生、それから千葉こども病院院長の鳥羽先生が事情聴取の時に3ヶ月ということで申し述べていただきました。大変いいお話をいただいたのですが、実はこの部分は医学部長病院長会議の主導で小児科が3ヶ月というのはとんでもないという話になりまして、1ヶ月というところに押し込められてしまいました。そこで小児科学会の衛藤義勝会長、それから中畑小児教育委員長が厚生労働省と折衝して、1ないし3ヶ月という文言を入れることに成功したという事情です。中畑先生がこれから全国調査を行われると思いますが、実態的には小児科は1ヶ月ないし2ヶ月の研修ということに押し込められております。私どものベットサイドは学生であって3週間小児科を回っております。そして初期研修で小児科が1ヶ月ということであれば、やはり見学実習しかないなというのが実感だと思います。それに対して厚生労働省が、全研修医が小児科も充分研修し

ただと言われるというのは大変心外です。それから処遇の問題は、専念規定の問題に関わることで、これは是非厚生労働省にがんばっていただきたい点です。また、先ほどのマッチングの件ですが、しばしば混同している面があると思います。ひとつはこのマッチングという制度はアメリカで50年かかって作り上げた制度だということですが、アメリカでのマッチングというのは、実は専門医の研修システムのマッチングであって、日本で今進めているのは初期研修に対するマッチングです。これは全然違うものです。これを混同するととんでもないことになってくると思います。そして研修委員会を設置するという点です。

新研修制度の概要

3. 小児科研修の位置付け

- 原則2年目の必修科目として研修
- 研修期間は1~3ヶ月間

1年目	内科 6ヶ月	外科・救急 6ヶ月	
	<基本科目>		
	1~3ヶ月		
2年目	小児科	産科・地	6~8ヶ月
	<必修科目>		<自由選択科目>

小児科研修を今回の新研修制度の概要の中でみますと、1~3ヶ月研修ということで必修科目に入れられております。そもそも厚生労働省の当初の目的は小児科も基本科目に入れるべきだとおそらく考えられていたのだと思うのですが、結局ひとつは医学部長病院長会議の圧力があったということ、それからここが問題なのですが、当初自由選択期間は入っていなかったのですね。つまり、他の診療科が我も我もということの要求があって、結局自由選択期間が入ったために、この辺の必修科目が時間的に圧縮されたのが実情です。初期研修で例えば脳外科、皮膚科、整形外科などという科が必要なかどうかという議論がされないままにここが入れられてしまったというのが問題です。また小児科は必修科目ではなくて、基本科目に入れるべきだというのが私の考えです。

新研修制度の概要

4. 審議会議論からみえてきたこと

- 他科、厚生労働省からみた小児医療と小児科
- ✓ 小児医療は成人医療を補完するのみ
- ✓ 小児医療の独自性否定(「小児科1ヶ月研修」は医学部長病院長会議の発案)
- ✓ 当初案で問題点の中に「小児医療・少子化」を多用
- ✓ しかし制度設計内には語数少ない=制度改変の盾
- 小児科医としての反省
- ✓ 初期研修における小児科の位置の議論が不足
- ✓ 初期研修と専門研修のシステム・プランの欠如

こういう経緯の中で私の個人的な視点ですが、審議会議論から見えてきたことを2つに分けてお話ししたいと思います。ひとつは小児医療というものを私達はその中にどっぷり漬かっているわけですが、他の診療科あるいは厚生労働省から小児医療がどう見られているかということがこの審議会議論の中で多少被害者意識があるかもしれませんが、私としては見えてきたと思います。ひとつは今回の新研修制度の中でも厚生労働省がやろうとしているのは成人医療をどうするかという話であって小児医療は成人医療を補完する機能しかないということをつくづく感じてきたわけです。しかし私達は明日を担う子ども達の医療をやっているのだという意味で、それからもうひとつは小児医療は目だけを診ればいい、耳だけを診ればいいという医療ではありません。総合医療です。従って小児医療のそういう独自性を打ち立てるべきであるのに、1ヶ月研修、あるいは2ヶ月研修でそんなことができるかということがあります。実はその1ヶ月研修の発案は厚生労働省が言ってきたのではなく、医学部長病院長会議の発案なのです。これが実は内科系、外科系医師の考え方なのだということがこういうことです。また、実は当初案で数ページの文章があるのですが、その中に小児医療、少子化の問題、そういう小児に関わることが実に多用されておりまして。しかしそれを制度的にどうしていくかというところの段には、小児という部分が全くなくなってしまったのです。ということは、小児については今メディアも盛んに言ってくれているところがありますが、小児医療が今大変な時期にあるのだということを厚生労働省がある意味で制度改変の盾に使い、結果とし

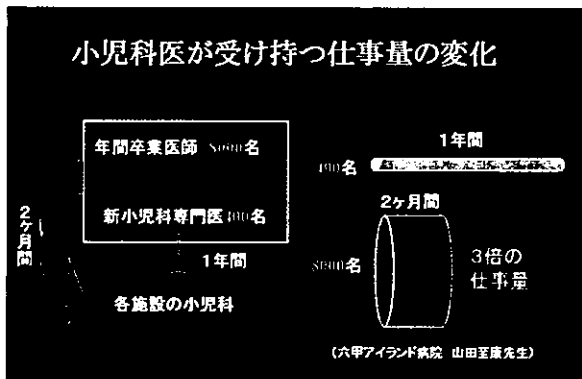
て小児医療は打ち捨てられたのだと私は感じております。すなわち、1ヶ月ということは毎月毎月研修医が変わっていくわけで、それに対する我々小児科医の労働的な部分から考えても大変な労力です。後ほど示します。それから、もうひとつの部分は小児科医としての反省もございませぬ。今は様々な他科の領域の問題、厚生労働省の問題をお話しましたが、我々は初期研修における小児科の医師という議論を濃密にしてきたかという問題であります。きっちりとその議論をしていないというのが私の考えです。これはまずかったなと思えます。それから初期研修と小児科の専門研修のシステムプランがまだ打ち上げられていない。こういう事態の中で新研修制度の話が進んでいくこと事態が私には辛いものがありました。

新研修制度における小児科の必修研修の問題点

- 1, 2, 3ヶ月研修の実態が不明=統一性なし。
- 対応する共通カリキュラムがない。
- 他科志望生と小児科志望生の初期小児科研修。
- 大学病院と協力型病院の研修内容のすり合わせ。
- 研修指導医の不足。
- 短期間研修に伴う小児科医への過剰な負担増。
- 初期研修と専門研修の連続性の確保。
- 小児医療の費用負担の根本的見直しがない。

この制度の中で、解決しなければならない問題として、まず小児科の研修が1ヶ月なのか2ヶ月なのか3ヶ月なのかということ全国にやはり調べる必要があるでしょう。それから新研修制度の審議委員会が進んでいく中で小児科の初期研修をどうするのだという話になりまして、急遽3ヶ月研修のプランを全国の皆様にお知らせしましたが、実態として1ヶ月、2ヶ月研修がほとんどだということになりますと、そういう意味でのカリキュラムは今まったくない状況です。従って実態に対応した共通カリキュラムを早急に作るべきであろうと思います。それから6,000人から8,000人の研修医が回ってくるわけで、その中で毎年小児科を志望するのは400人、全体の5%です。残りの95%は他科志望の研修生です。こういう他科志望の研修生と小児科を志望する研修生とを同じ初期研修の中で扱っていいのかとい

うこと、これも解決していません。それから大学病院と協力型の病院との研修内容とのすり合わせもまだ行われていません。それから研修指導医の不足。これはもう実態的に一番大きな問題であるかと思いますが、このこともまだ解決していない。このことによって研修指定病院の過剰な労働負担が増えるだろうということも目に見えております。



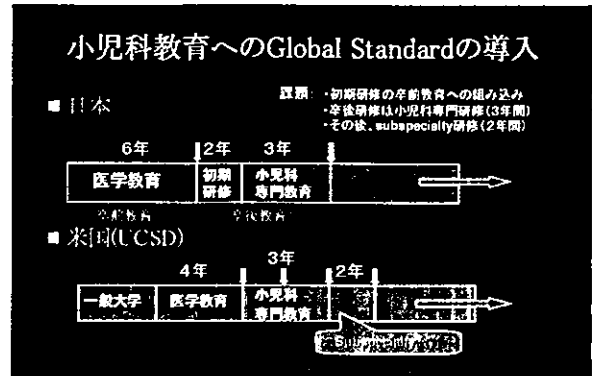
これは六甲アイランド病院の山田至康先生からいただいたスライドなのですが、単純計算しても2ヶ月研修という形になるとこれまでの研修と比べると、研修病院の小児科医にかかる負担は3倍以上になることが計算されています。

小児科医が早急になすべきこと

- 小児科教育へ「Global standard」の導入。
- 小児科医の「Identity」の担保。
- 小児医療の「Grand design」の明示。

こういう中で私達小児科医が何をしなくてはならないのかということを考えてみました。ひとつは、小児科の教育に関して Global standard を導入しなくてはならないだろう。これは教育システムの問題です。それから小児医療が総合医療だという面からすれば、それぞれがそれぞれの場でそれぞれのことを行っている、せざるを得ないという状況を考えれば、小児科医としての Identity を私達は打ち立てるべきではないだろうか。これは衛藤先生に是非お願いしたいことです。それから小児医療の Grand design、21世紀の小児医

療をどうしていったらいいのかということを示していかなければならないだろうと思います。



この Global standard を導入するにあたっては、アメリカのサンディエゴのシステムをお話します。卒前教育4年間の中で、卒業の時点で日本でいう初期研修はすでに終了していて、卒業と同時に小児科、内科、外科のような専門教育を3年間行って、そのあと2年間 subspecialty の教育が行われているというのが米国の教育のスタイルです。日本の場合には初期研修で2年も小児科の専門研修に組み込んで、計5年で専門研修を終えるということを打ち立てているわけですが、このあとの subspecialty については何の教育実態もないということが大きな問題であらうと思います。

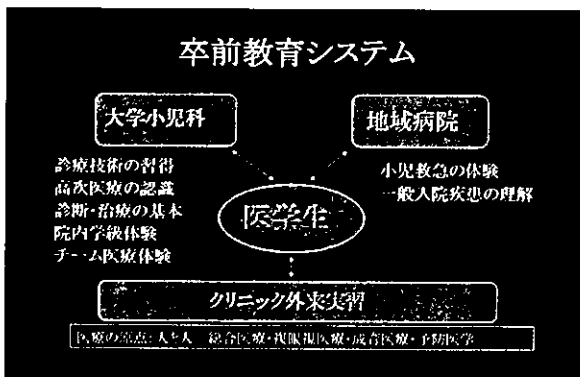
初期研修をアメリカのように卒前教育へ組み込んでいかななくてはならないだろうということがおそらく課題だと思いますし、専門研修、subspecialty の研修、この辺もシステムとして構築する必要があるだろうと思います。

大学教育の改革

- 卒前教育
 - clinical clerkship, tutorial, OSCE, コア・カリ
 - 問題点
 - ・有効性の評価なし
 - ・小児領域の立ち遅れ(総合小児医学でない)
 - ・総合的視点の欠如(初期研修レベルまで?)
 - ・指導医の配置なし
- 卒後教育
 - 新研修制度: 研修の場を大学から地域病院へ (目的: primary care能力の涵養)
 - 問題点
 - ・研修医=労働力の確保: 身分保障?
 - ・指導医の配置なし

大学のほうもいろいろ教育の改革が行われていますが、卒前教育、卒後教育のやはり一番大きな問題点は指導医の配置がないということになりま

す。ちなみにサンディエゴのUCSDの小児科はこのほど小児病院と合体しまして、ひとつの小児医療システムを作りました。そのシステムに参加している小児科医はなんと250人です。私も横浜市立大学には二つの病院がありますが、2つの病院を合わせても小児科医の数は25人です。10倍違います。



卒前の教育システムも小児科はそれでもがんばっていて、大学の小児科医だけでは足りない、小児科を全体として診るのには疾患の種類も足りないということで、地域病院とかあるいは開業医の先生にお願いして、ベットの時間を割いてこういう所を見に行かせる大学が増えていると思います。つまり、総合医療をなんとか学生に学んでほしいという医師が全国的に満ちてきています。

制度としての大学医学部の変貌

- 大学院大学化(国公立)
 - 「医学部」? = 研究志向性を特化
 - 独立法人化 = 医療と経済効率?
- 大学院の充実不可(私立)
 - 「医学部」= 臨床・教育の充実
 - 研究活動からの撤退?

ただ、大学全体の動きも実は今、変貌をとげておまして、国公立大学はすでに大学院大学化しております。大学院大学化というのは文部科学省の考え方の流れですが、基本的には研究志向性を特化して助長するというを求めています。また私立のほうでの大学院大学化というのは行われておりませんので、今後私立大学の大学がいわ

ゆる研究活動からの撤退ということも考えられるということも聞いております。小児科医も例外ではなく、これで本当に小児医療というのはいいのかという問題が浮上してきております。

小児医療に求められるもの

- 基本：医師として (Science)
 - ・ 総合医療力と臓器専門性
 - ・ 高度医療の知識・技術
 - ・ 医学の新しい動向とそれを判断する力
 - ・ 探究心と創造力
 - ・ チームワーク：医師、看護師、薬剤師、他科医、PT・OT、事務員、etc.
- 基礎：人間として (Art)
 - ・ 共感できる心と想像する力
 - ・ 愛情のあり場所・量・質を認識できる力

また小児医療の Grand design に関しましてはそれぞれのコンセプトを入れ込んだ Grand design じゃないといけないだろうと思っております。ひとつは成人医療から独立した独自の小児医療体制が必要であろうと、それから大学、子ども病院でここ30年進んできた小児医療というのは臓器専門性の医療のみだったという反省があります。総合医療としての小児医療、それから当然臓器専門性も必要なことでこれを統合した小児医療というのが今後打ち立てられなければならないだろうと思っております。また小児救急の問題を考えますと、独自の小児医療圏、それは厚生労働省が設定している1次、2次医療圏ということではなくて、小児医療の独自の医療圏が必要であろうと、そしてこういうことを実現するために、教育・研究機能を持った総合医療センターを成人医療から独立した形で作るべきだろうと考えております。

社会から小児医療への要望

- 難病に対する高次医療の必要性
 - ・ 高度医療機器・マンパワー・臓器専門性が不可欠
- 小児救急(急病)体制の指導的役割
 - ・ 次病院小児科医の疲弊・減少
 - ・ 横浜市・神奈川県の小児急病医療体制の生約化
 - ・ 総合医療院の教育・訓練
- 子育て支援と予防医学
 - ・ 受胎から3年間の育児の重要性・社会の安定化
 - ・ 少子化時代の子どもの健康保持=母親支援
- 学校保健・虐待・こころの対応

また、社会から小児医療への要望というのはいはものすごく今増えていますし、それが言葉になって

出てきております。そのひとつは小児救急体制の確立ということで、大学へその主導的役割が求められてきておりますし、当然高度医療、難病に対しても子ども達を助けて欲しいという要請もきております。また、自分の産んだ子が初めて抱いた子であるというような現状の中で子育て支援、あるいは予防医学ということ、それから学校での虐待、家での虐待、学校保健、こころの問題、不登校など、そういう問題も小児医療にかぶさってきている問題で、小児医療全体がこういうものに対応していかななくてはならない時代になっております。

総合医療としての小児医療

- 対象の総合性
 - ・全身のおよび全臓器状況の把握
 - ・生育の状況
 - ・家族の一員としての子ども
 - ・からだと心の認識
- 医療の総合性
 - ・小児医療は、小児科+多種の小児外科系
 - ・医師・看護師・保母・教員・薬剤師……

小児医療の総合性＝“母親が子どもをみる目”で行う医療

そういう中で小児医療は本当に子ども達の医療に総合力を発揮できているかという自己反省があります。また今はここで総合医療という言葉を使いましたが、小児医療が本当に総合医療だという認識が我々小児科に行き渡っているのかどうか、行き渡っていないのではないかと思います。

小児科医のidentity Advocacy＝小児医療

- 子どもの受動喫煙を防止する禁煙運動
- チャイルド・シートの法的義務化、など。

提案：子どもの視点から構築された医療
 ・子どもの医療の総合化
 ・子どもの医療の独立
 ・子どもの医療の発信基地としての新しい子ども病院の展開

それから、Identityとして私はいいい言葉を見つけております。Advocacyという言葉でこれは代理者とか代弁者という言葉です。小児医療というのは我々が子どもに代わって病氣と闘うという医療であるということからすれば、小児科医す

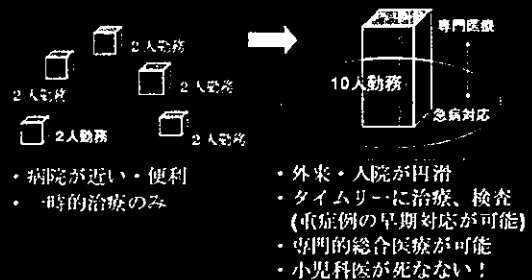
べてがAdvocacyを実践している実践者だということが言えると思います。小児科学会としてこういう言葉を、言葉というのは大変大事だと思いますが、言葉の普及を図って欲しいと思います。

子どもの視点からの小児医療



すなわち我々の医療というのは医者がここに来て子どもが来るのを待っているのではなくて、病氣の子どもがいるまわりに我々が小児の病態の全体を改善させるためのシステムを組むべきであるというのが私の考えです。

集約的な子どもの医療とは？



なぜならば、社会が変わりました。もう核家族などという言葉は使われなくなりました。それはもう核家族が普通化したからです。また世の中の物に対する執着、こころの問題に対する軽視、そういう社会の変化がありました。また子育て経験のない母親が90%以上という時代になりました。小児科医もここ30年臓器専門性に貫かれてきましたが、その総合性をどうやって小児科医が再び取戻すかという問題が出てきております。体制が30年前の体制のまま、その体制は既に制度疲労に陥っていると思います。

そして、新しい医療体制の変革が求められると思いますが、そのひとつのプランとして私自体は、