

福島県立医科大学 学術機関リポジトリ



Title	研修医制度の今とこれから: 10班 (医学セミナーの試み 2014)
Author(s)	高橋, 平安彦; 高橋, 勇貴; 高橋, 洋右; 玉井, 佳奈子; 千葉, 奈々絵; 東倉, 賢治郎; 都田, 佑樹; 友利, 雅貴
Citation	福島医学雑誌. 65(4): 234-237
Issue Date	2015-12
URL	http://ir.fmu.ac.jp/dspace/handle/123456789/1024
Rights	© 2015 福島医学会
DOI	
Text Version	publisher

This document is downloaded at: 2020-01-06T12:24:22Z

た、患者さんを相対的に見て、処方する薬を決めている（虚・実、陽・陰）。なお足首で陰・陽、また腹部で虚・実を確かめる。先生の話によると漢方治療をうける患者の病気ははっきりした病名が分からないものが多いようだ。

患者さんに漢方の味を聞いて飲みやすいものを与えることも漢方の特色の一つである。また脈を診る際はぐっと押したりゆるめたりして強さを見ることで虚・実がわかる。

4. ま と め

漢方は風邪から原因不明の難病まで、さまざまな用途で使われている。西洋医学は病気そのものに対して治療を行うのに対し、漢方医学では患者さんの体全体の調子を整えるという違いがある。そのためそれぞれのメリットを活かした治療が行われている。また、日本で漢方薬を処方するのは西洋医学を学んだ医師であり、医師が西洋薬と漢方薬を一緒に処方できるため幅広い治療が可能となり、その点で漢方薬は治療において非常に重要な役割を果たしているといえる。

また今回の調査で漢方外来は、漢方薬の特色からも総合診療科的な役割を果たしていることが分かった。

5. 謝 辞

福島県立医科大学会津医療センター 漢方医学講座 教授 三瀧 忠道 先生には快くお話をお聞かせいただきました。この場を借りてお礼申し上げます。ありがとうございました。

6. 参 考 文 献

<http://www.kampo-view.com>

<http://www.kampo-view.com/nayami/kaze02.html#pagelink>

http://www1.kcn.ne.jp/~takatsu/p006_1.html

漢方薬膳学 横浜薬科大学篇 監修 伊田恵光 根本幸夫

学生のための漢方医学テキスト 編集 社団法人日本東洋医学会学術教育委員会

研修医制度の 今とこれから

10 班

高橋平安彦, 高橋 勇貴, 高橋 洋右
玉井佳奈子, 千葉菜々絵, 東倉賢治郎
都田 佑樹, 友利 雅貴

(福島県立医科大学医学部一年)

1. はじめに

今回医学セミナーの時間を利用し調査をするにあたり、福島の医療に関して各自興味のあるテーマを出した。その中で、ほんの少し前まで日本の研修医はほぼ無給で働いていたと知り各国の研修医制度について調べてみることにした。

2. 日本の臨床研修（義務）

日本では大学において6年間の医学教育が行われているが、医師免許・歯科医師免許を持たない学生は法的に医療行為を行えないため、大学卒業時点では医師・歯科医師としての実地経験はないに等しい。そのため、診療に従事しようとする医師・歯科医師に対し、免許取得の後に、臨床研修の名で上級医の指導の下に臨床経験を積む卒業教育が制度化された。

臨床研修を受けることは以前は努力規定であったが、医科では2004年から義務化され、歯科では2006年より義務化された。病院独自に「前期・後期研修医」の名称を使用することがあるが、研修医（広義、1-5年目程度）= 研修医（狭義、= 前期研修医、1-2年目）+ 後期研修医（3-5年目程度）としていることが一般的である。

問題点

① 地域医療への影響

マッチング制度の導入によって、研修先を自由に選べるようになった結果、研修医は都市部へ集中し、地方の医師数は（病院数および患者数に対して）決定的に不足している。さらに、研修医のアルバイトが禁じられることで、夜間および休日の当直業務を行う医師の確保が非常に困難となっている。また、労働力としての研修医を多く抱え

ることのできなくなった大学病院が人手確保のため関連病院へ派遣した医師を引き上げ始めており、人口過疎地では医療そのものが成り立たなくなるなどの問題も出始めている。このため、2009年4月より、大学病院に限り、地域医療に影響を及ぼしている診療科について、特別コースに基づいた研修プログラムを実施できるようになった。また、2010年4月からは臨床研修の必修科目を内科や救急など数科目に絞り、期間を実質1年間に短縮し、2年目から志望科で研修させることで医師不足に対応するプログラムも実施可能となった。

もっとも今までの医局人事が崩壊しつつあることで、病院の経営者である医療法人や地方自治体は地元医学部に気を使うことなく採用活動を行うことが可能になり、特に地方の病院は新人研修医に対して各大学で説明会を開いたり、病院見学会を行うなど積極的な求人活動を行うようになった。今までのブラックボックス的医局人事を捨て、病院経営者による自主的な人事権の行使による公正な病院作りが可能となるか、注目されている。

② 財源問題

新制度では研修医に対する適切な処遇の確保を謳っているが、実際には国は十分な財源の確保をしておらず、それをうやむやにするために給与も諸経費も一括して研修施設に交付し、その後の使い道は各施設に丸投げしてしまった。すなわち研修医の給与にどれだけ回すかに関して各施設の裁量を認めており、適切な処遇がされない可能性を残している。実際には、国は各研修施設に月30万円程度の給与を支払うよう求める一方で、補助されるのは経費込みで月10数万程度である。厚生労働省の調査で全国平均30万円を達成しているとされているが、これは高待遇の地方の民間病院と、給与の低い都市部の大学病院やその関連施設との平均に過ぎず、実態を反映していない、との指摘がある。

③ 研修の質の確保

幅広い診療能力の習得を目的に、内科・外科・産婦人科など複数の科で研修するカリキュラムを組むこととされているが、こうした研修を初めて実施する施設も多く、研修の質の確保が今後の課題とされる。また、短期間ローテーションしたところで本当に基本的な診療能力を習得できるのか

といった根本的な問題点や、ローテーションしたくない科でも研修しなければならないことによる研修医・指導医双方の意欲低下も指摘されている。

④ 診療科の選別

新臨床研修制度により、新任医師は志望科にかかわらず多くの科をローテーションするようになった。しかし、特に外科系では、長時間に及ぶ手術など、本来の目的である幅広い診療能力の習得とはかけ離れた内容の研修が行われているのが現状である。その結果、現実を直視し、過重な専門科・訴訟リスクの高い専門科・QOMLの低い専門科を選択しなくなってきた。そのため、多忙な科や、常に緊急対応の必要な科ほど不人気になり、人員不足に陥る悪循環が発生しつつある

3. アメリカの臨床研修

(レジデンシー後の認定試験の合格が必須)

インターンシップ

メディカルスクールを卒業した者は、インターンシップを行わなければならない。研修病院での臨床研修最初の1年を「Internship (インターンシップ)」と呼び、主要診療科を一通り回るのが一般的となっている。

レジデンシー

その後各科ごとに研修期間の異なる「Residency (レジデンシー)」と呼ばれる段階に進み、各科それぞれ3~6年の研修が行われる。この後に「Board Certification Examination (認定試験)」という試験を受験。これに合格して初めて「一般内科医」「一般外科医」等の称号となり医師としての一般的な活動が可能となる。

フェロウシップ

さらにこの後は「Fellowship (フェロウシップ)」と呼ばれる専門医研修があり、各科3~10年の研修の後「Subspecialty Board Certification Examination (専門科認定試験)」を受験し、これに合格して「循環器内科専門医」等という称号が与えられ高度な医療行為を行うことができる。

日本との違い

アメリカではスタッフの豊富さは単に医療報酬が高いばかりでなく、研修医教育に対して病院へ

の公的扶助があり、研修医の給与は公的負担である。教育と患者管理のために、スタッフ指導医と研修医がチームを形成しており、指導医による教育ばかりでなくシニア研修医がジュニア研修医を直接指導する屋根瓦方式も出来上がっている。ここでは到達目標が明確で、研修期間も公的に決められており、しかも日本と比べて短い。内科系は原則3年、救急医学も3年の間に小児科、産科、内科系、外科系の症例を網羅する為に最適な研修病院を厳選して複数の病院で研修を行わせる。「期間不明が多い」、「少数病院のみのローテーションで済まされる」という日本の研修とは異なる。

また保険会社の存在も大きい。米国の保険会社は、被保険者に最も効率良く、より良い結果が出ることを求めます。そのために、専門医たちの能力と知識を保証する仕組みが必要です。米国の専門医制度はそのために存在するといっても過言ではなく、保険会社は専門性を要する診断や治療の際には、フェロシップを終え学会が定める正規のトレーニングを積んだ医師のみに受診することを認めます。つまり、専門認定医制度（フェロシップ）を最も必要としているのは、保険会社だという事情が見え隠れる。

4. イギリスの臨床研修（義務）

英国には日本式の医師免許はない。ただし、英国で診療をするためには、医師資格を国に登録する必要がある。それを管理するのがGMCである。GMCは医師の生涯にわたっての医療行為に対する適正を評価・認定する役割を担う。登録のためには卒後研修コースに所属しているか、それを修了した証明が必要である。卒後研修コース自体は大学がカリキュラムを設定し、NHSの病院施設が協力する形となっている。GMCはその医師が卒後研修コース中なのか、*Specialist*であるのか、または*General practitioner*であるかを証明する。これがないと、NHSのもとでは医師として働くことができない。これまでGMC登録は名目上の手続きによる一年毎の更新だったが、近々、公式の評価を受ける免許制になり、5年毎の審査が行われる（Re-validation）となる予定である。

日本との違い

上記のことから日本とは根本的にシステムが異

なり、結果医療機関の仕組み自体が違う。臨床研修から関わりをもつNHSがさまざまな問題を生んでいる。

問題点

イギリスの医療であるNHS（National Health Services 国民健康サービス）では、一般医（General Practitioner）が患者の「かかりつけ医」としての機能を果たしています。救急以外ではこの一般医の診断に基づいて、診療・検査・入会といった提案がなされます。特に、1996年イギリス政府はNHS改革に取り組み、一般医の総報酬を高め、ある程度の財源を持たせることで一般医の裁量範囲を拡大させました。それによって、薬剤調剤の効率化・病院との連携強化などと言った効果が見られました。基本的にイギリスのNHSは、医療と保険が包括されたサービスであり、プライマリーケアの観点からそのシステムが確立されました。はじめに患者は一般医の診断に基づいて、その治療の方向性が決定されます。いわば家庭医制度が確立し、保健師や地域看護師などの役割分担も明確化され、地域に密着化した医療サービスが展開されているのです。そのため、予防医療・地域医療などの進展が見られます。しかし、基本的に患者による医療機関の選択権は保障されていません。しかも、入院医療においては、医療費抑制策によるNHS改革の病床数削減が大きな問題となっています。実際、一般医がNHS病院へ紹介しても、入院できるまでに数ヶ月の待機期間を要する場合があります。イギリスでは、裕福な人々を中心に民間医療保険へ加入し、NHSに頼らない人も多いです。その場合は、優先的に高度な医療サービスを受けることができ、入院の必要な場合も、あまり待機期間を必要としなくなります。イギリスの医療は、「かかりつけ医」というべき制度が普遍化していますが、実際はNHS事態に多くの問題が生じているのです。

5. ま と め

アメリカは今や医学の中心地であり、いわゆるグローバルスタンダードとして比較する価値は高い。イギリスはアメリカと似ているような印象を受けるかもしれないが、イギリスの医療制度はアメリカとはかなり違い、医師養成の仕組みも異なる。プライマリーケアの理念を参考にしながら

「かかりつけ医」といった機能を、日本の医療でも導入していく傾向は、イギリスの医療制度の影響によるところが大きい。韓国は日本の医学教育の影響を受けながらも、戦後はアメリカの影響を強く受けた医師養成をおこなっている。

6. 謝 辞

公衆衛生学講座の安村誠司先生にはインタビューに協力いただきましたことに感謝するとともに、ここでご紹介させていただきます。

参 考 文 献

アメリカの医学教育

<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%82%A2%E3%83%A1%E3%83%AA%E3%82%AB%E3%81%AE%E5%8C%BB%E5%AD%A6%E6%95%99%E8%82%B2>

海外の専門医制度

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000024jj2-att/2r98520000024jkj.pdf>

DOCTORASE 海外の医師養成

http://www.med.or.jp/doctor-ase/vol1/page_10.html

かかりつけ医制度導入4年後の考察

<http://naoko.okuda.free.fr/2008-12-08-02.html>

医師の労働環境

～私たちのこれから～

11 班

長江 智紀, 中山 義貴, 中岡 勇貴
西村 早織, 長岡優理子, 沼田 泰裕
中田 敬

(福島県立医科大学医学部一年)

▼テーマ設定理由

医師不足や医師の偏在化等、近代医療が抱える問題点は様々存在しており、それらはひとつの病院内だけの問題にとどまらない。

私たちが将来なる医師はその問題とどのように付き合い働いているのか知りたいと思い、具体的

な勤務先の病院の実態や報酬、医師の家族構成や日常生活などについて、大学病院と市中病院の違いを含めて、詳しく調査を進めようと考えたため。

▼調査方法

福島県立医科大学附属病院、医療生協わたり病院の2か所にそれぞれ班員を配分して訪問し、そこで働く医師の方にインタビューを行った。また女性医師支援センターで女性に対する支援の変化についてインタビューした。

その際あらかじめインターネットなどを用いて医師の労働環境が現在どのようになっているかを調べていった。

▼調査結果

2か所の病院ではおもに勤務時間について、家族構成について、報酬が仕事の量に見合っているかについて、そして現在の医療制度についてどう思うかについて質問しお話を伺った。

1. 医療生協わたり病院

わたり病院では以下の6名の先生方にお話を伺った。

- | | |
|---|-----------------------------------|
| ① 30年目 50代後半 男性
リハビリテーション科
妻と子供2人 | ② 13年目 40代前半 男性
小児科
妻と子供3人 |
| ③ 29年目 50代後半 男性
外科
妻と子供2人 | ④ 9年目 30代後半 女性
消化器内科
夫と子供3人 |
| ⑤ 研修医2年目 20代後半 男性
父と母と弟 | ⑥ 後期研修医2年目 20代後半 男性
妻 |

まず勤務は6人いずれも週6日で週に1回、日曜日に一日の休みが取れるようだ。というのはわたり病院は四週六休（四週間のうち6日間の休みがある）という制度を取っており、日曜日が月4回＋土曜日の半休×4回と計算出来るのだそうだ。勤務時間も当直などの先生を除くと朝8時から早い人で午後5時、遅い人でも9時までの勤務であった。家族構成は今回お話を伺った6人の先生の中で研修医2年目の男性の先生が実家で両親と暮らして、それ以外の先生は皆結婚しておりお子様もいらっしゃる。報酬については若くバリバリ働いている人にとっては少なからず安い