

東京大学医学教育国際協力研究センター
医学教育セミナー

新臨床研修制度の評価 私見と展望

2011年5月27日

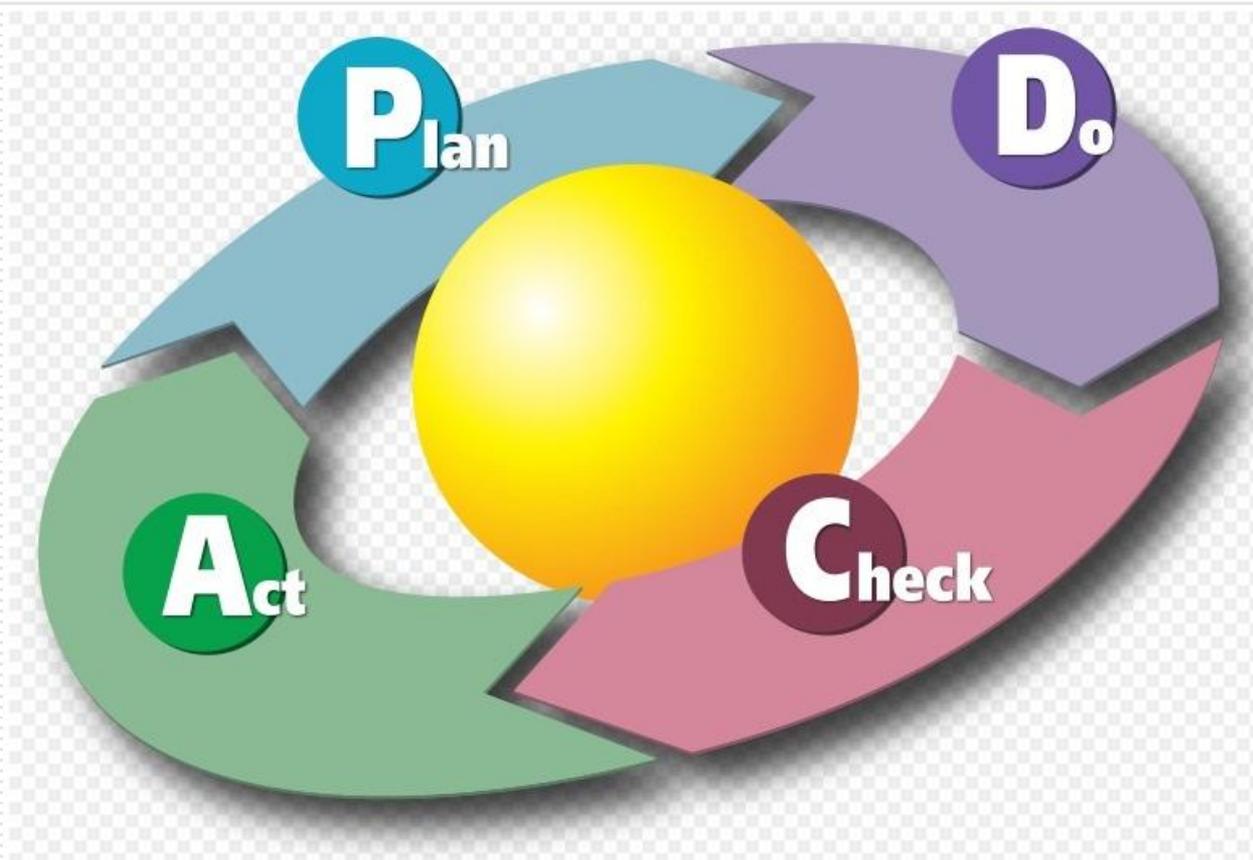
東京大学医学教育国際協力研究センター
東京大学医学部附属病院総合研修センター

北村 聖

あらすじ

- 教育制度効果の評価は難しい
 - 新研修制度を簡単に振り返ると・・・
 - 新研修制度の評価のあれこれ
 - 厚生省研究班のアンケートの触り
 - 東大各診療科研修担当者の声
 - 実地にみてみると
 - 新研修制度の今後の展望 改善に向けて
-

なぜ評価するのか？



教育制度評価は難しい1

- 教育制度の効果発現には時間がかかる
 - されど「ゆとり教育」はすぐに効果がでた
 - 教育効果は
 - 教育制度
 - 研修医（学習者）
 - 指導医（指導者） の相互作用による
 - 比較対照試験がしにくい
 - HarvardのNew Pathwayは比較試験がある
-

教育制度評価は難しい②

研修制度特有の問題

- **研修制度の目標は？**
 - **目標が主要評価項目であるべし**
 - **研修医の能力の向上？**
 - **地域医療の活性化？**
 - **医師不足の改善？**
 - **専門医の基礎教育？**
 - **患者の満足度の向上？**
-

教育制度評価は難しい②

研修制度特有の問題

- 研修制度の目標は？
 - 目標が主要評価項目であるべし
 - 研修医の能力の向上？
 - 地域医療の活性化？
 - 医師不足の改善？
 - 専門医の基礎教育？
 - 患者の満足度の向上？
 - いろいろなものが同時進行する
 - 医療崩壊との関連は？
 - 同時に起こったからと言って関連があるとは言えないし、どちらが原因かもわからない
 - アウトカム評価か
プロセス評価か？
-

研修評価を分類すると・・・

□ アウトカム評価

- 誤診率
- 退院時の患者満足度
- 経験目標の達成
- 入局者数



□ プロセス評価

- 患者確認をしているか
- 日々のカルテ記載
- 研修の理念が明示
- 地域医療の経験

□ 科学的・医学的なもの

- 誤診率
- 適切な検査項目の選択
- 治癒率



□ 医学的でないもの

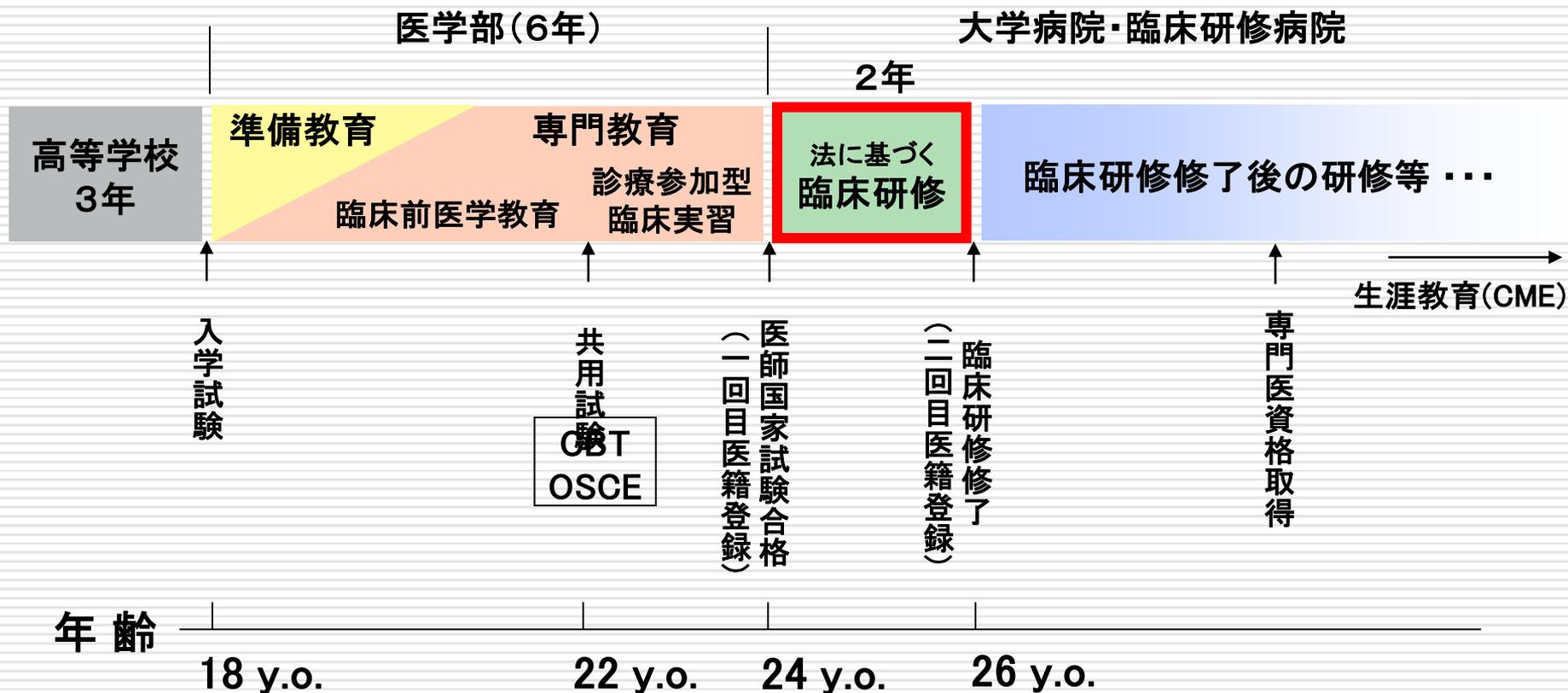
- 患者満足度
 - 指導医への報告・相談
 - カルテ提出までの日数
 - 平均在院日数
-

研修制度の振り返り

医師の卒前教育・卒後研修・生涯教育

○ 医師法第十六条の二

診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学部を置く大学に付属する病院
又は厚生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



新臨床研修制度 その前は

- 戦前：医師修練制度
 - 修練医という言葉の残っている大学がある。
 - 戦後：インターン制度が始まる。
 - GHQの指導により米国と同じ制度を導入
 - 1年間のスーパーローテーション
 - 無給
 - インターンのあとに医師国家試験受験（受験資格）
 - 学園紛争→臨床研修制度の設立 昭和43年
-

従来の医師臨床研修の問題点

- 研修は努力義務
 - ストレート研修中心（専門医志向）
 - 眼科医は眼科しか知らない
 - 基礎医学者は臨床研修をしないことも多い
 - プログラムが不明確、施設間格差が著しい
 - 指導体制、研修成果の評価が不十分
 - 処遇、身分が不明確、不十分→アルバイト
 - 研修施設が都市部に集中
 - 大学病院と一部の研修病院
-

医師法等の一部改正

(平成12年改正、平成16年4月施行)

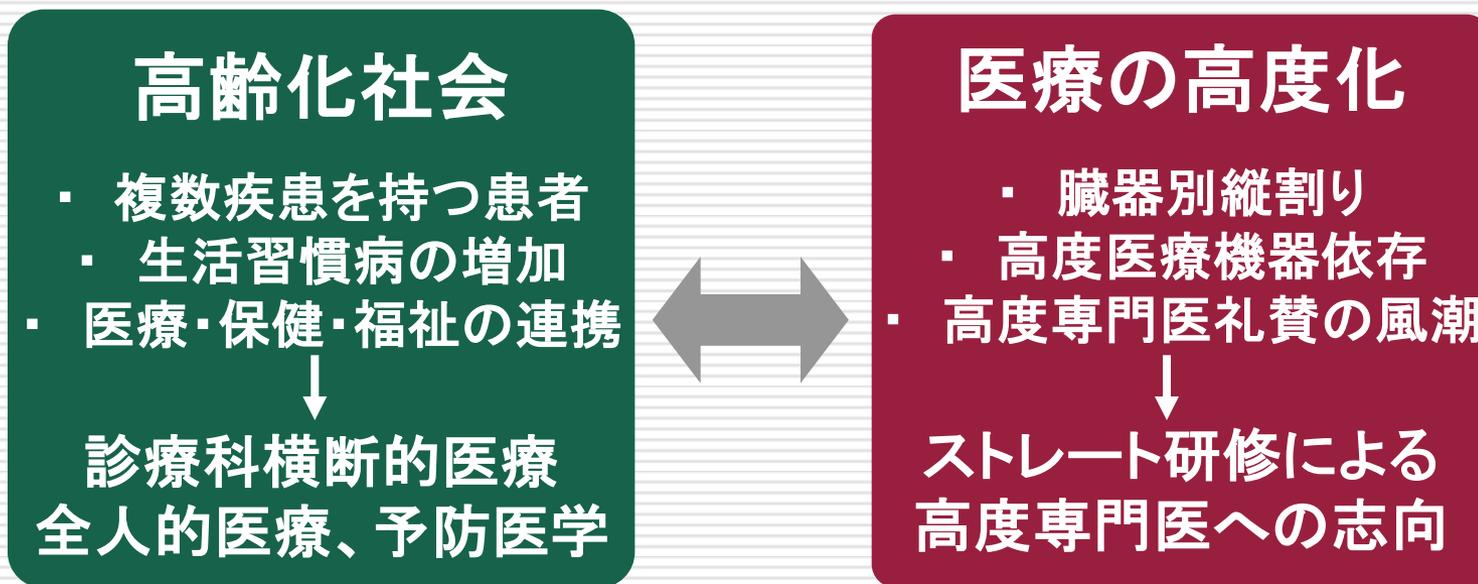
1. 診療に従事しようとする医師は、2年以上臨床研修を受けなければならない
 2. 臨床研修に専念しなければならない
 3. 臨床研修の修了を医籍に登録、修了登録証交付
 4. 実費手数料規定
 5. 臨床研修未修了者の診療所開設は要許可
 6. 臨床研修修了者による病院等の管理
-

基本理念の整理

- 人格の涵養
- 将来の専門分野にかかわらず行う基本的研修
- 医学・医療の社会的役割を認識すべき
- Common diseasesをキチンと診る事のできる基本的な臨床能力の養成

国民の医療に対するニーズの変化

1. 全人的・包括的医療と先端医療との両立



2. 医療安全に対する関心の高まり

医師法改正の議論の最中に多くの医療事故が起きた

3. 患者中心の医療、インフォームドコンセント

理想的な医師とは？

—総合性と専門性の両立—

卒後後期研修
(専門)

専門医としての特定分野での能力

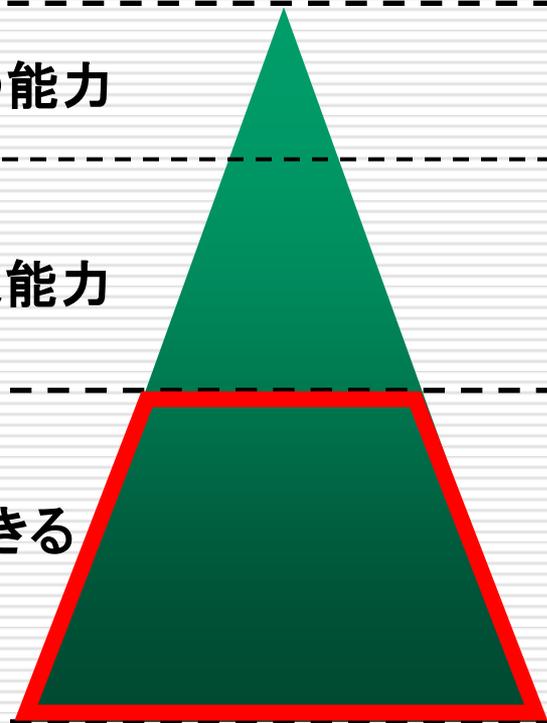
専門医としての標準的な臨床能力

卒後臨床研修
(基礎)

一般的な傷病に対応できる
基本的な臨床能力

(卒業・国試)

卒前実習レベルの臨床能力



富士山が美しいのは
高いからではなく
すそ野が広いからである
小坂樹徳



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. 症例提示
6. 医療の社会性

2年間共通・横断的内容

臨床各論・場の体験

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
 2. 緊急を要する症状・病態
 3. 経験が求められる疾患・病態
- ※全疾患88項目のうち70%以上の経験が望ましい

C. 特定の医療現場の体験

- (1) 救急医療
- (2) 予防医療
- (3) 地域医療(←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

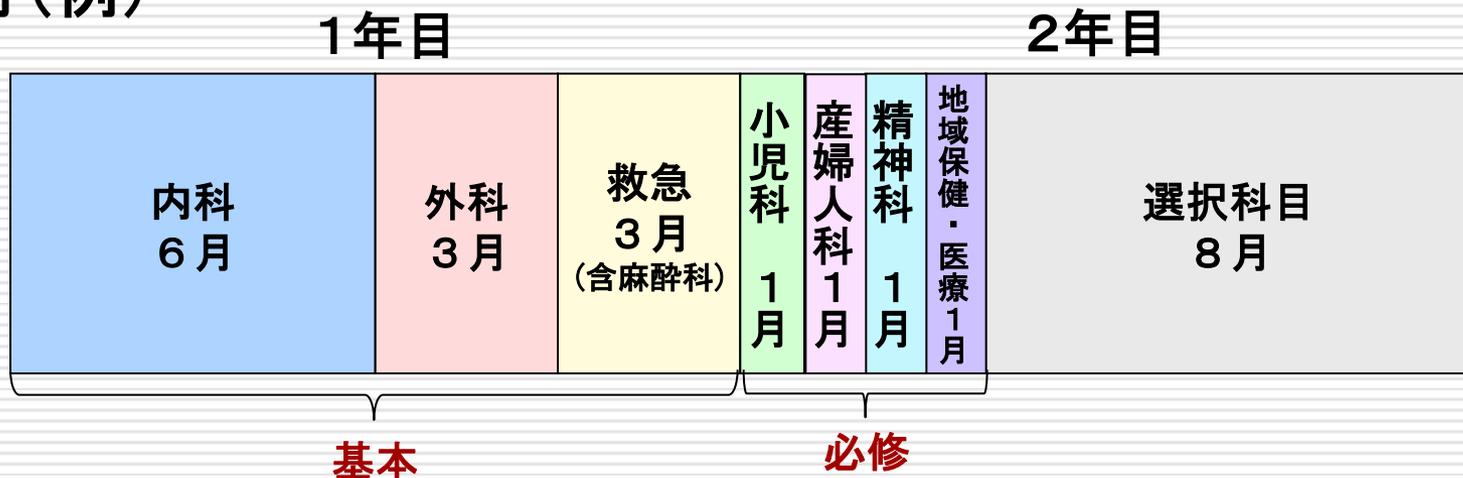
1. 研修プログラムについて

(1) 研修分野、(2) 時期・期間

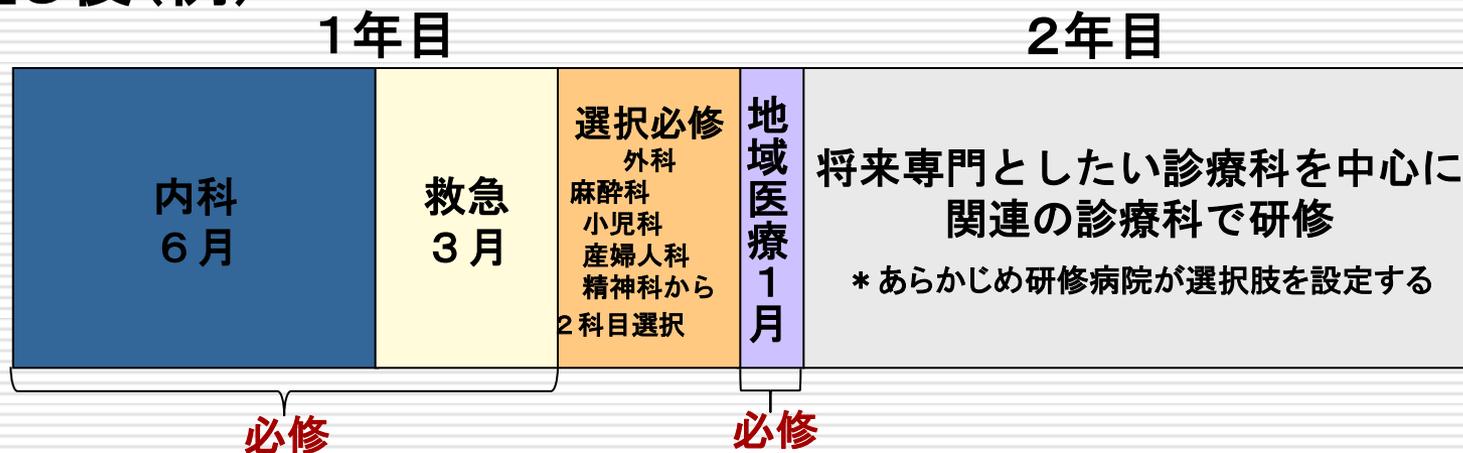
分類	科目名	期間
必修科目	内科	6ヶ月以上
	救急	3ヶ月以上
	地域医療	1ヶ月以上
選択必修科目	外科	・ 研修医が2科目以上選択 ・ 期間は任意 (1) 到達目標達成が前提 (2) 見直し前：麻酔科除き各1ヶ月以上
	小児科	
	産婦人科	
	精神科	
	麻酔科	
自由選択科目	任意の科目	・ 期間は任意

研修プログラム見直しのイメージ ①

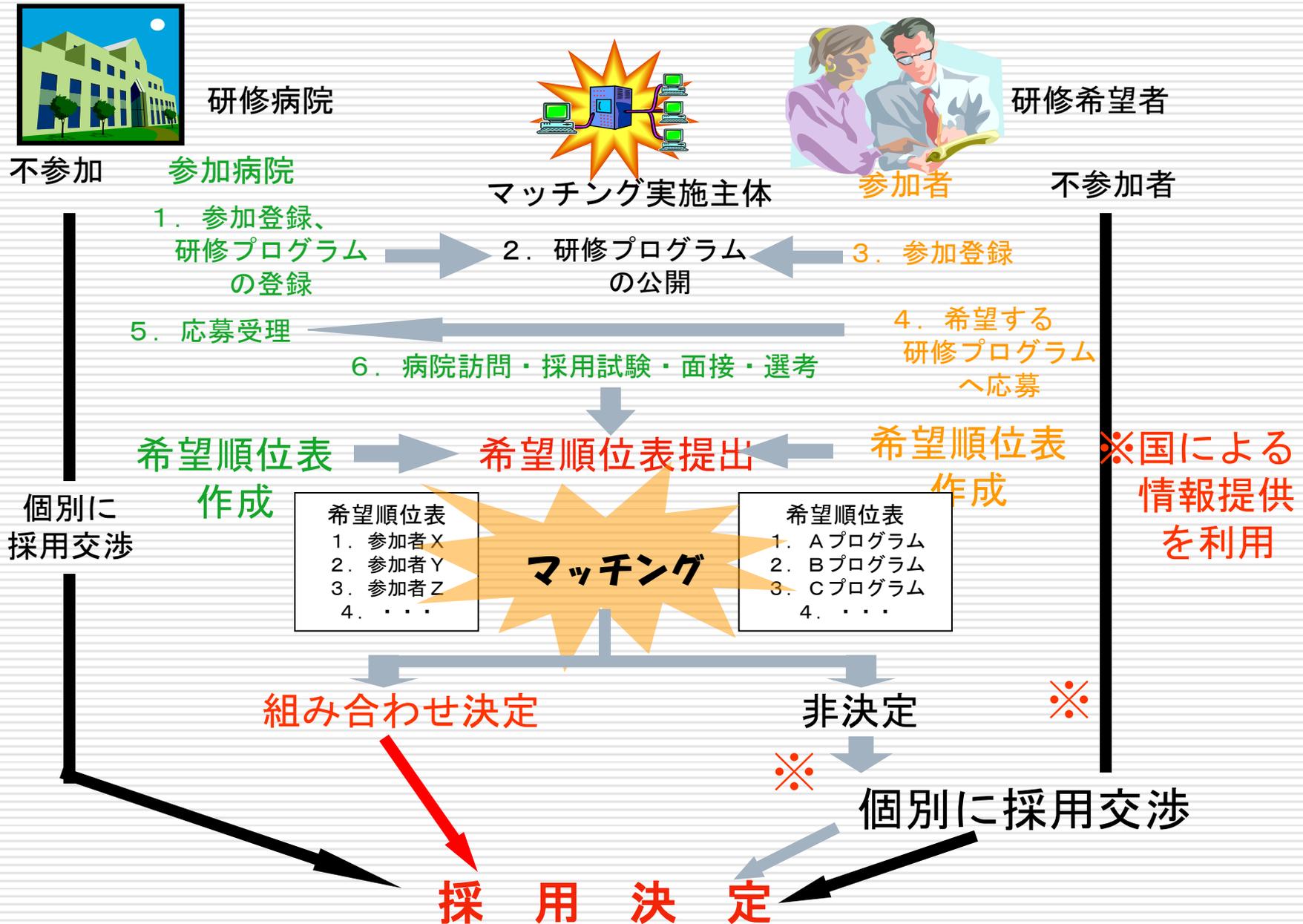
現行(例)



制度見直し後(例)

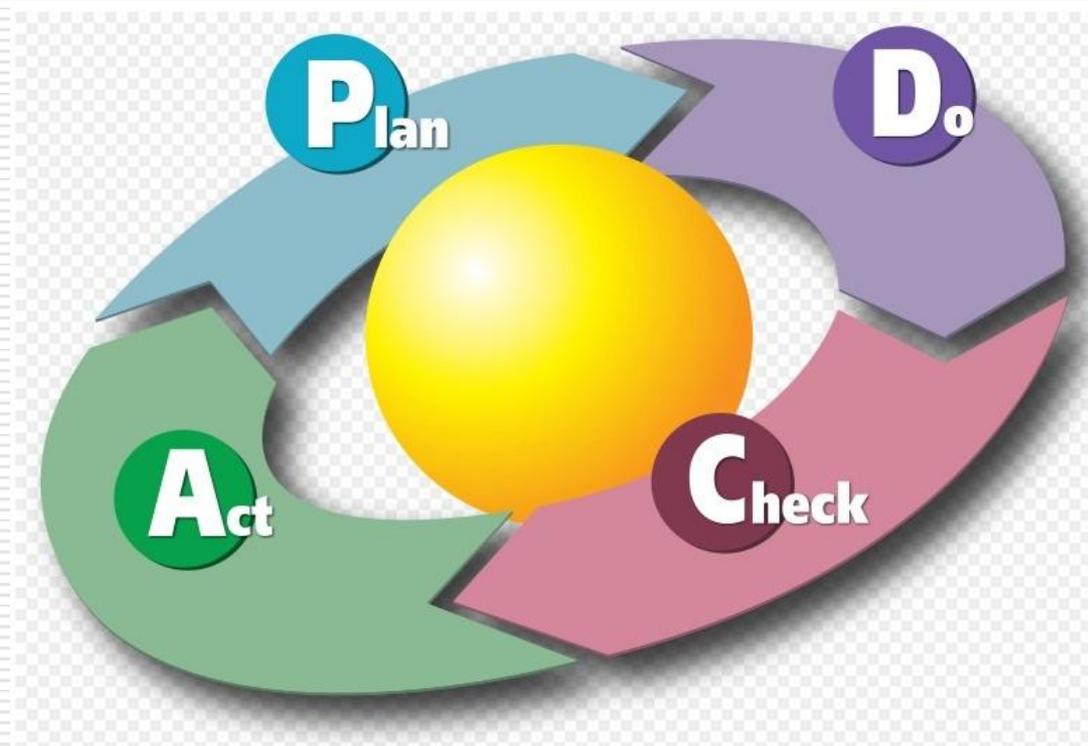


組み合わせ決定（マッチング）のイメージ



研修制度の評価

- いくつかの研修評価を紹介します



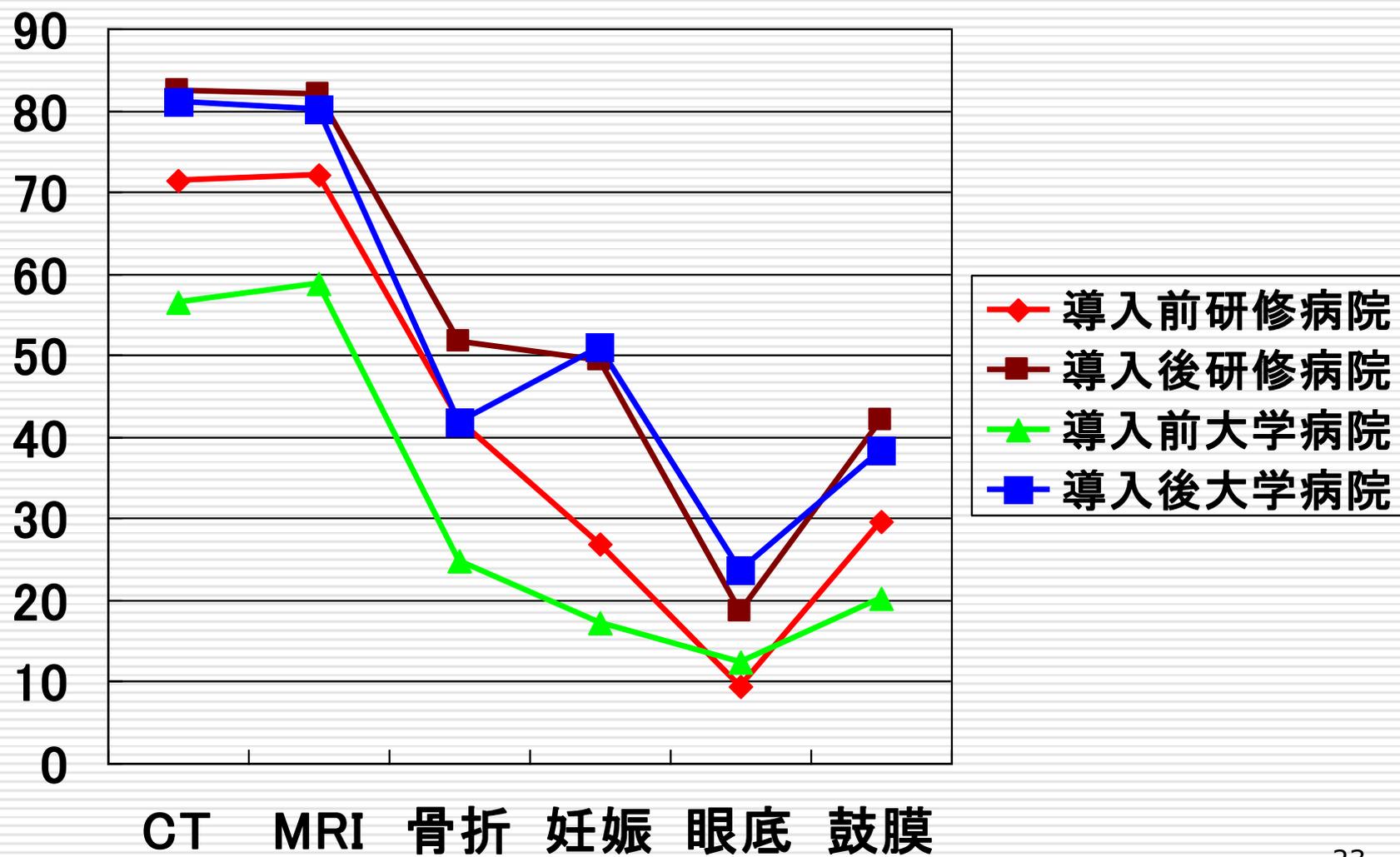
二極化（できる vs. できない）のできる割合 1

調査項目	質問内容	新制度導入前 (H15)		新制度導入後 (H18)		chi- square p
		度数	%	度数	%	
a. 基礎的な臨床知識技能						
細菌培養	グラム染色を行い、結果の解釈ができる	771	31.37	633	54.24	<0.0001
術後合併症	術後起こりうる合併症及び異常に対して基本的な対処ができる	1295	52.81	863	74.59	<0.0001
輸液	輸液の種類と適応をあげ、輸液の量を決定できる	1912	77.88	1017	87.45	<0.0001
創傷	傷病の基本的処置として、デブリードマンができる	1188	48.37	801	69.05	<0.0001
症例呈示	カンファレンス等で簡潔に受持患者をプレゼンテーションできる	2136	87.15	1051	90.68	0.0021
凝固検査	血液凝固機構に関する検査を指示し、結果が判定できる	2112	85.99	1083	92.72	<0.0001

二極化（できる vs. できない）のできる割合2

調査項目	質問内容	新制度導入前 (H15)		新制度導入後 (H18)		chi- square p
		度数	%	度数	%	
b. やや専門化した臨床知識・技能						
各種核医学 の診断	胸部CTで肺癌による所見を見出すことができる	1491	60.73	952	81.86	<0.0001
各種核医学 の診断	頭部MRI検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる	1536	62.54	945	81.19	<0.0001
骨 折	骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる	729	29.74	556	47.64	<0.0001
妊 娠	妊娠の初期兆候を把握できる	489	19.91	584	50.00	<0.0001
眼 底	眼底所見により、動脈硬化の有無を判定できる	282	11.49	241	20.67	<0.0001
鼓 膜	鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる	562	22.90	473	40.50	<0.0001
	(以下略)					

やや専門化した臨床知識・技能（できるの割合）



厚生労働科学研究

初期臨床研修制度の評価の在り方に関する研究

(班長 桐野高明)

□ アンケート調査

□ 対象

- 新制度化の臨床研修者（平成16-19年卒） 693名
- 新制度前の臨床研修者（平成13-15年卒） 530名

□ 回答率

- 回答病院 192/270=71.1%
 - 臨床研修病院 121/190=63.7% 大学病院 71/80=88.8%
 - 回答医師 44.7%
 - 臨床研修病院 516/1027=50.2% 大学病院 466/1169=39.9%
-

回答者背景

□ 研修を行った病院

	旧制度		新制度	
	人数	割合	人数	割合
卒業した大学	318	60.0%	233	33.6%
それ以外の大学	115	21.7%	106	15.3%
臨床研修病院	95	17.9%	352	50.8%

研修医の特性

診療科を特定しない救急当直

	旧制度		新制度		
しない	250	47%	298	43%	p=0.14
する	278	53%	395	57%	

航空機内で急病人が出たとき医師として名乗り出るか

	旧制度		新制度		
名乗り出る	245	46%	369	53%	p=0.016
名乗り出ない	69	13%	68	10%	
わからない	213	40%	254	37%	

大学の医局に入局しているか

	旧制度		新制度		
卒業大学医局	321	61%	307	44%	p<0.0001
その他大学医局	173	33%	225	33%	
入局していない	35	7%	159	23%	

どの領域の専門医？

	旧制度		新制度		
	人数	割合	人数	割合	
総合内科専門医	51	10.1%	87	13.0%	
外科専門医	44	8.7%	94	14.1%	p=0.004
小児科専門医	45	8.9%	49	7.3%	
整形外科専門医	44	8.7%	39	5.8%	p=0.06
産婦人科専門医	29	5.7%	50	7.5%	
耳鼻咽喉科専門医	28	5.5%	29	4.3%	
麻酔科専門医	22	4.3%	52	7.8%	p=0.016
眼科専門医	22	4.3%	21	3.1%	
皮膚科専門医	20	3.9%	21	3.1%	
泌尿器科専門医	19	3.7%	17	2.5%	
脳神経外科専門医	19	3.7%	16	2.4%	
放射線科専門医	17	3.4%	24	3.6%	
形成外科専門医	11	2.2%	19	2.8%	

博士号を目指していますか？

	旧制度		新制度		
	人数	割合	人数	割合	
学位を持っている	157	30.0%	17	2.5%	
学位を目指している	175	33.4%	274	39.8%	
学位を目指していない	192	36.6%	398	57.8%	p<0.0001
専門医を目指していない	23	4.4%	26	3.8%	

研修の期間？ 満足度？

研修の適切な期間？

	旧制度		新制度	
現行の期間（2年以上）	265	50.6%	354	51.2%
1年以上2年未満	159	30.3%	241	34.9%
1年未満	53	10.1%	60	8.7%
臨床研修は不要	47	9.0%	36	5.2%

研修の満足度

	旧制度		新制度	
5点（高）	134	25.6%	184	26.7%
4点	202	38.6%	277	40.1%
3点	110	21.0%	158	22.9%
2点	46	8.8%	51	7.4%
1点（低）	31	5.9%	20	2.9%

p=0.009

研修でよかった点

旧制度

- モチベーションの高い同期
- ローテーション期間が2, 3か月以上あった
- 自分の志望するかで最初からできた
- 将来必要となる知識のみを選択し研修できた
- 大学の先輩、後輩がいてよい指導だった

新制度

- モチベーションの高い同期
 - 救急外来の研修
 - コメディカルと仲良くなった
 - 出身大学以外の状況が分かった
 - 他の科の実態が分かった
 - 知り合いが増えた
 - いろいろな体験ができた
-

研修で悪かった点

旧制度

- 研修医向けのカンファが少ない
- 社会的立場が不安定
- プログラムがなく伝統芸能の継承だった
- 救急がしっかりしていなかった
- 多くの診療科が選択できなかった

新制度

- 外来診療が少ない
 - 一つの科が短期間
 - アカデミックでなかった
 - お客様扱いであった
 - 医師でなくとも可能な業務が多すぎる
 - 救急当直など研修医に頼りすぎ
-

研修病院訪問

□ 厚生労働省科学研究 桐野班

- 初期臨床研修制度の評価の在り方に関する研究
- 小規模臨床研修病院に対する実地訪問調査
- アウトカム評価を企図

□ NPO法人 卒後臨床研修評価機構

- サーベイヤー オブザーバーとして参加
 - 基本的にはプロセス評価
-

九州地方 200床未満

- 選択必修科の外科、小児科、産婦人科、精神科は協力病院で研修している。
 - 救急は、協力病院で2ヶ月補って居る。
 - 研修医A女性：総合医を目指して、この病院を選択した。初期研修に満足している。
 - 同じ病院の内科に後期研修医として残る予定。
 - 同年度の研修医のなかでも上位を占める優秀な者と判断された。
-

東海北陸地方 200-400床

- 指導医は教育を自らの重要な役割であると認識し、プライマリケア領域の指導に優れていた
- 地域住民からも研修医育成への理解と支援を得ていた
- 研修医A女性：丁寧な診療録の記載、自ら考えて指導医に提案できる積極性、指導医の適切な助言を聞く素直さ
- 一例一例の診療が効果的な学習につながっている。
- 患者さんの生活への配慮なども学ぼうとする姿勢が素晴らしい。



NPO法人 卒後臨床研修評価機構

大阪府 400床

- 民間病院
 - 研修の質の向上に意欲的
 - 研修センターに意欲ある事務員；研修医の姉
 - 熱意ある指導医
 - 外来研修の充実
 - 他の病院の研修を見学
 - 年々、研修医が増えている
 - 研修医の質の向上
-

NPO法人 卒後臨床研修評価機構

- 臨床研修評価の現況
 - (2011.5.1 現在)
 - 申請数：128病院 (延199)
 - 訪問調査実施数：108病院 (延138)
 - 認定病院数：101病院
 - 全国のサーベイヤー数：299名

 - マッチング参加病院 1052病院
-

東大病院各科診療責任者の声

システムとしての臨床研修制度

よかった点

- 基本的なプログラムが整備された。
- 教育の重要性が広くいきわたった。指導する側の意識が向上
- 研修医への給料が保障され、研修に専念できる
- プライマリーケア重視
- やる気のある研修医は様々な領域に積極的に関わる
- いろいろな科を観察できる
- 内科、外科、救急、麻酔など回った研修医がくると、指導医にとっても勉強になり、よい刺激となる

悪かった点

- 1科あたりの期間が短い
 - 病院間での研修医獲得競争が激化
 - 指導医の業務が増加したが、インセンティブは不足
 - 現場が混乱することが増えた
 - 内科希望者の内科研修量が少ない
 - やる気や興味のない研修医がくる
 - やる気のないものには時間のムダ
 - 大学で2年間というのは長すぎる。プライマリーケアというのなら、できるだけいろいろなタイプの病院をまわるべき
-

東大病院各科診療責任者の声 新制度で育った研修医について

よかった点

- 基本的な診療能力、技術がある
- 総合的な視点から診療を行っている
- 臨床能力が上がった
- 標準的な医療を理解しており、実践しようとしている
- まず自分が診察するという姿勢が明確になった
- ゆとりを感じる
- 進路希望も明確であり、意欲も高く専門研修医はよい
- 専門研修医は即戦力に近い
- キャリアを自分で選択する

悪かった点

- 自主性にややかける
- 専門医の取得に余裕がなくなった
- 専門医としての研修時間は短い
- 研究に進みたい学生には環境が悪化
- 内科研修量が不足している
- 専門領域の経験が大きく減少
- 学生気分 熱意にかける
- 入局が2年遅くなっている。
- 興味のあるなしがはっきりして、無駄と思われる事をなかなかしない
- やや積極性にかける、自分から動くといった感じがない

評価をまとめると・・・ 1

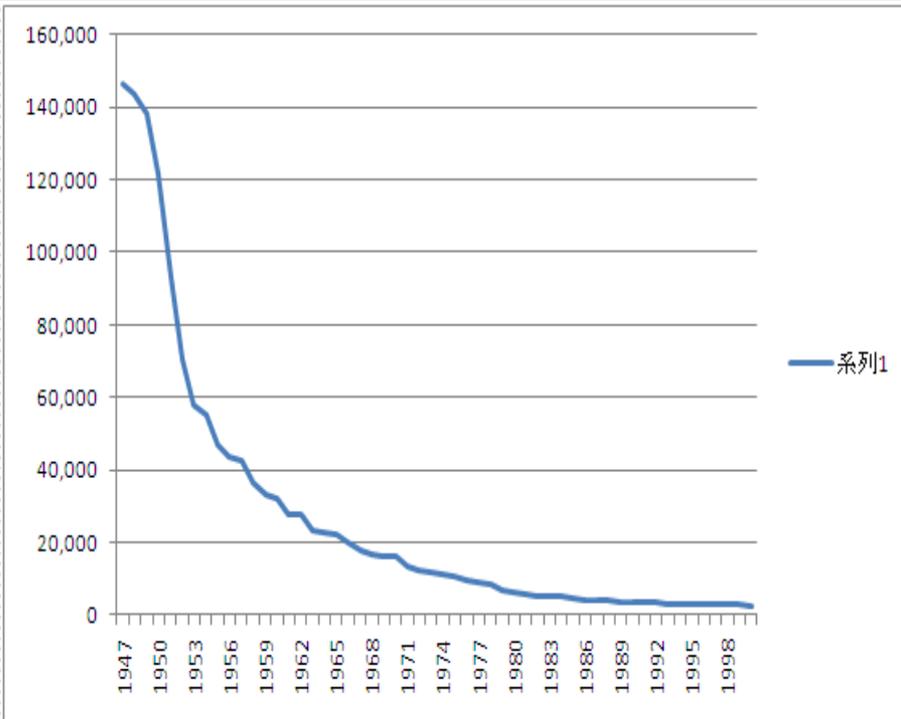
- **第一次評価：研究医の能力の向上**
 - **プライマリケア能力は向上した**
 - 福井レポート
 - 実地訪問
 - アンケート
 - **人格の涵養は？**
 - 明らかではない？
 - アンケート、震災地の活躍などから涵養されたといえる
-

評価をまとめると…

- 副次評価：
 - 地域医療の崩壊？
 - 医師の偏在を増幅？
 - 基礎医学研究者の減少
 - 専門医取得に不利
 - いろいろなものが同時進行する
 - 医療崩壊との関連は？
 - 同時に起こったからと言って関連があるとは言えないし、どちらが原因かもわからない
-

相関係数 ρ 値

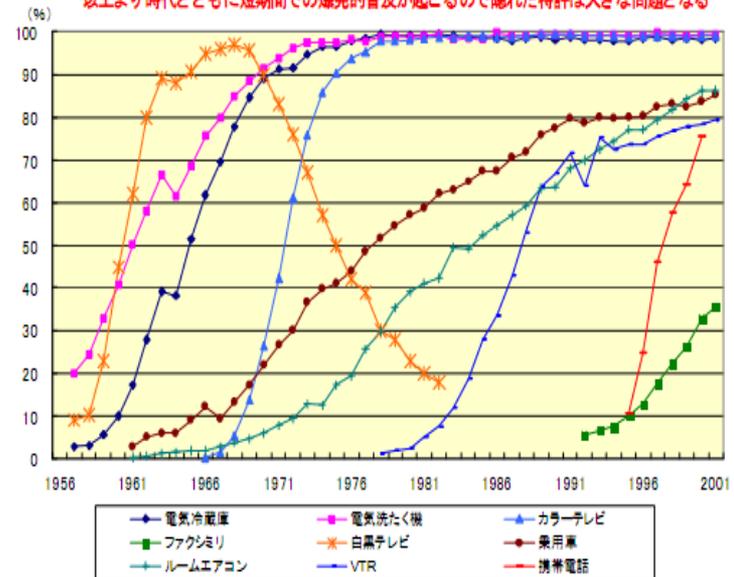
結核の発症者の年次推移



テレビ・洗濯機の普及率

家電・耐久消費財等普及率(1)

コメント: 携帯電話はFAXに比較してはるかに早く普及
TVに比較するとほぼ同じ期間での伸びに見えるが所帯と個人の違いから総数は遙かに大
以上より時代とともに短期間で爆発的普及が起こるので隠れた特許は大きな問題となる



注1) 1963年までは非農家世帯の普及率(ただし、奥用庫は1970年まで)

注2) 調査時期は1977年までは2月、1978年からは3月

資料)内閣府「平成13年3月消費動向調査」(但し、携帯電話普及率は総務省「19~12年放送権利利用動向調査報告書」より)

新研修制度の光と影

光

- 人格の涵養
- 全人的医療：
 - スーパーローテイト
 - プライマリケア
- 指導医の教育
- 処遇の改善
- 人材のシャッフル

など

影

- 数の減少
- ドロップアウトの増加
- 基礎医学希望者の減少
- 博士号希望の減少
- 医師の地域偏在
- 診療科による偏在
- 指導医の教育負担増加

など

医師臨床研修必修化が

3つの明治維新が！

医療における諸問題を顕在化を促進

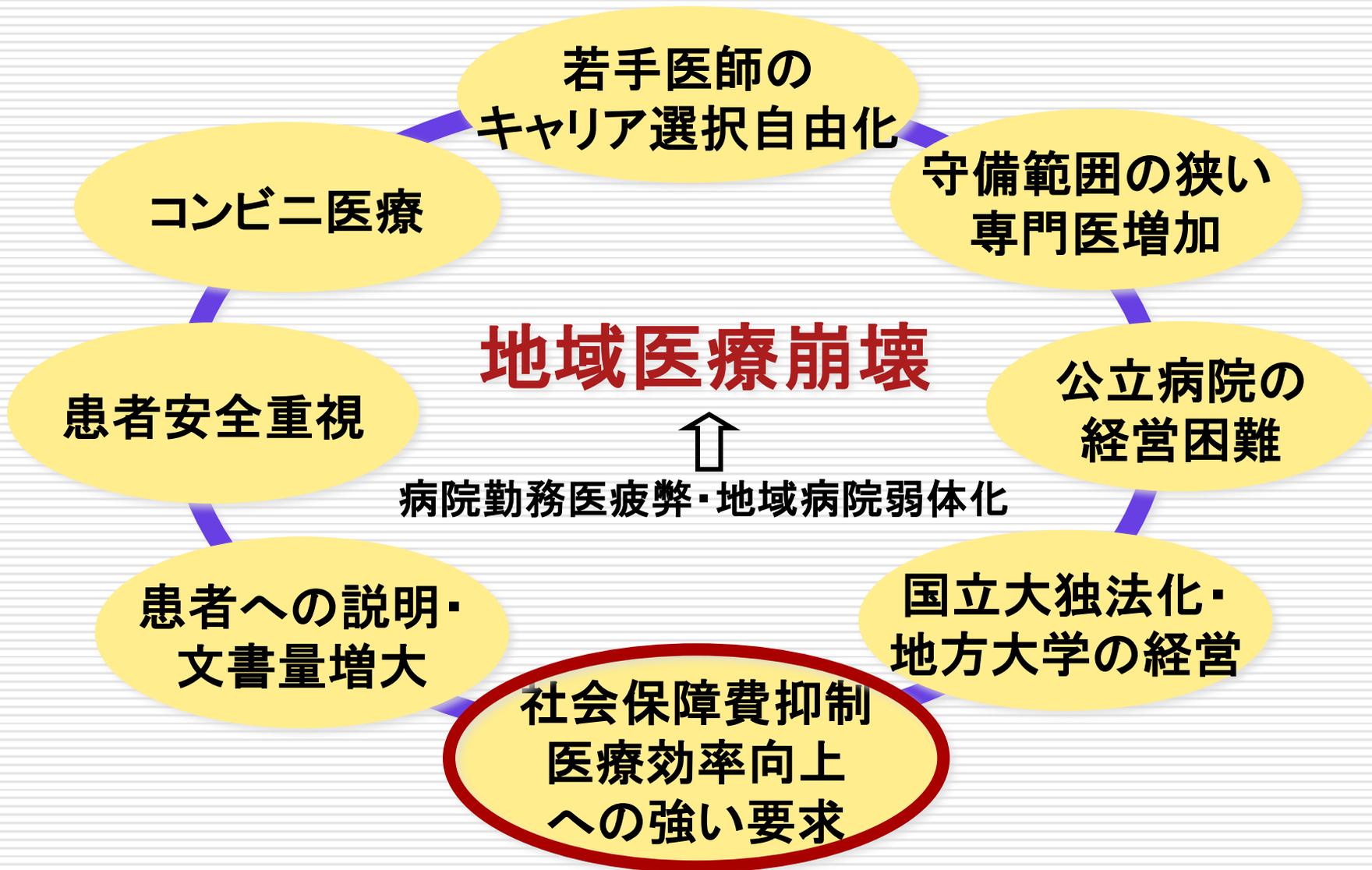
1つ
1つ
1つ

○医療費の抑制 (H18)

○医療費の丸め (DPC) の導入 (H15)

○国立大学の独立法人化 (H16)

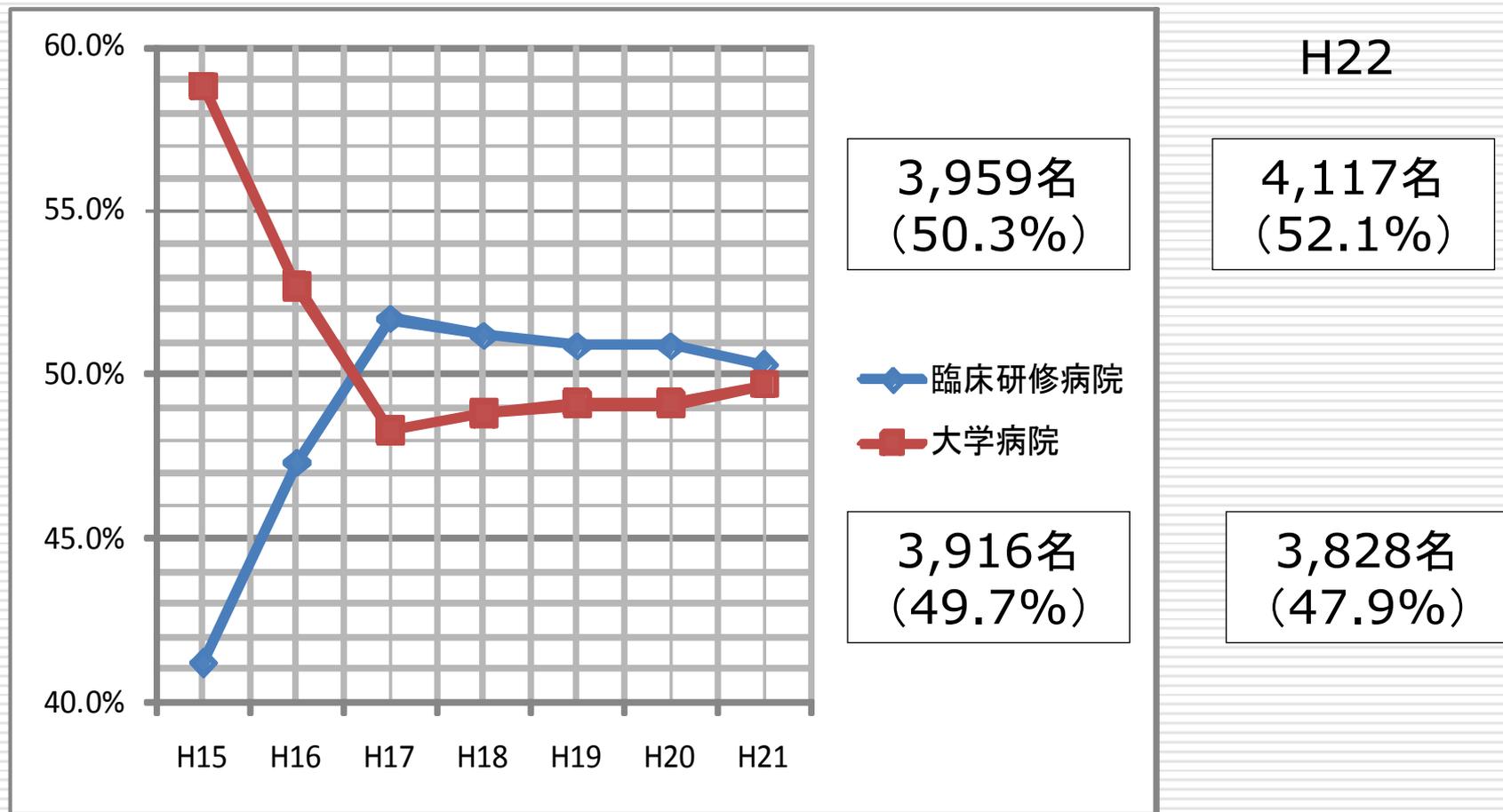
地域医療崩壊の背景と本質



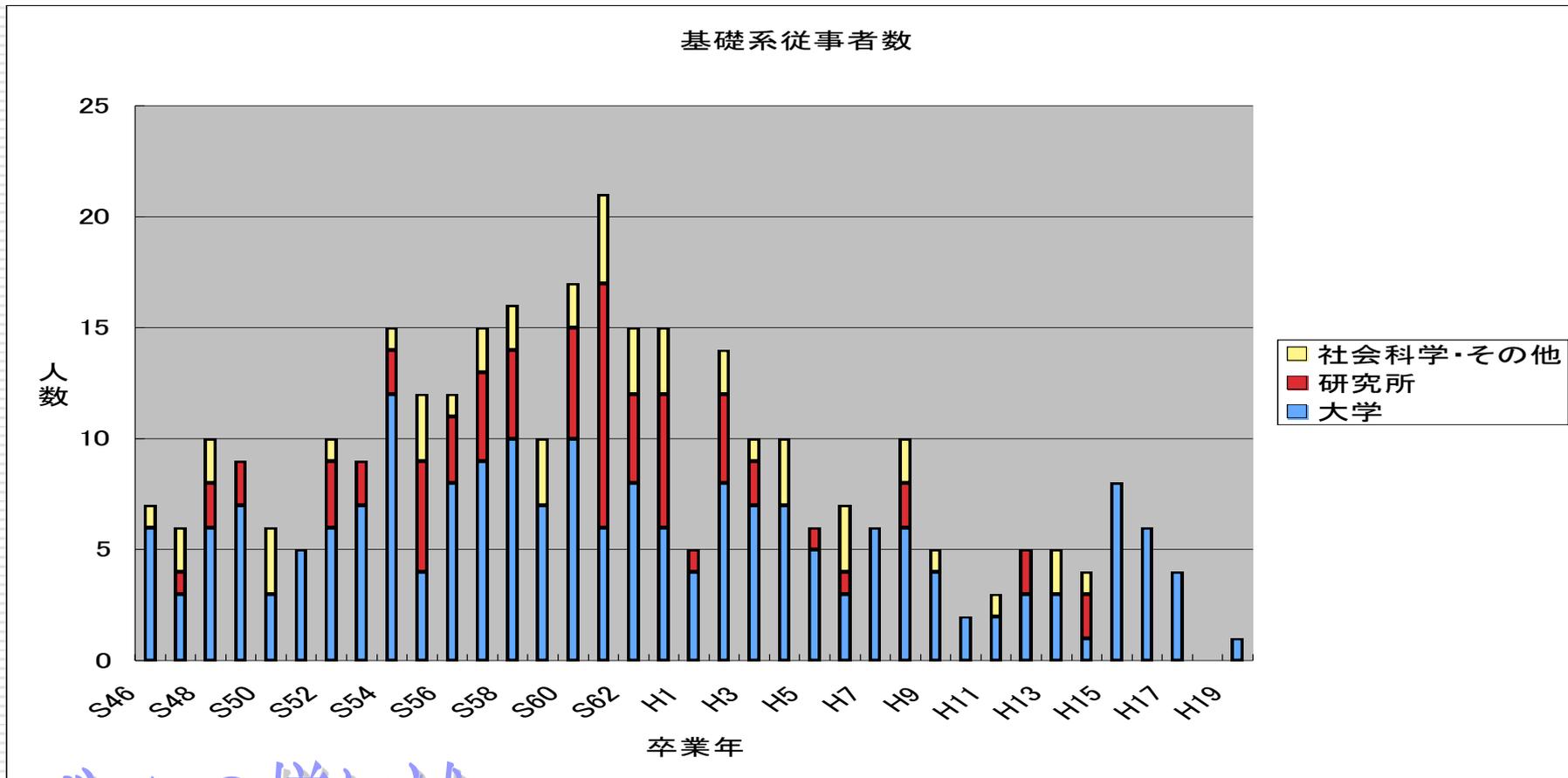
21年度研修医マッチングの結果(概要)

3. 大学病院と臨床研修病院別の状況

- 大学病院のマッチ者と臨床研修病院のマッチ者の数は、前年度よりも差が縮まり、ほぼ同数となった。



東京大学医学部卒業者のうちで 基礎研究に携わる研究者数の推移



なぜ、この様に減っているのか、全国でも同じ傾向か？

PAIDS

- 全国的に基礎の医学者が減少している。初期臨床研修が義務化され、臨床志向が顕著に進み、専門医の制度が出来てきているのが理由である。
 - 初期研修を2年間経験し、それから自分の専門分野を決め、後期研修に3～4年を費やす。次に専門医という定められたトラックを走りきったとき、30代の半ばになっている。
 - 多くは、その時に目の前の患者の治療の難しさを実感することとなるが、治療法の無い患者と向き合っている無力感と先の見えない疲労感に襲われている多くの医師を見てきた。誠実な臨床医であればあるほどその傾向は強い。
 - 今更基礎の大学院へ、と思うにはハードルが高く、また、臨床研究を進めたくともどの様な方法で解決したら良いか計画がたてられない。能力を持ち、向上心にも溢れる医師がこの様な状態になることにPAIDS (paralyzed academic investigator's disease syndrome、麻痺状態となった大学研究者症候群) という「病名」をつけたのは、動脈硬化の研究でノーベル賞を受賞したJoseph Goldsteinである。
-

医学研究の危機

- 国立大学の独立行政法人化
- 新臨床研修制度
- 医学生の専門医志向
- 掛け声だけに終わるかもしれない

Translational Research



医学論文数の年次推移

基礎研究論文

	1993-1997		1998-2002		2003-2007	
		論文数		論文数		論文数
1	米国	3097	米国	2769	米国	2674
2	イギリス	365	ドイツ	404	ドイツ	442
3	ドイツ	321	日本	371	日本	369
4	スイス	244	イギリス	352	イギリス	314
5	フランス	239	フランス	256	フランス	269
6	日本	236	カナダ	209	カナダ	204
7	カナダ	227	スイス	209	スイス	166
8	イタリア	132	イタリア	132	イタリア	155
9	オランダ	109	オランダ	114	オランダ	127
10	オーストラリア	97	オーストラリア	106	オーストラリア	120
11	スウェーデン	60	スウェーデン	87	スウェーデン	85
12	オーストリア	47	オーストリア	69	オーストリア	67
13	スコットランド	45	ベルギー	52	中国	53
14	イスラエル	39	スコットランド	48	スペイン	53
15	ベルギー	36	スペイン	48	ベルギー	49
16	スペイン	33	イスラエル	35	イスラエル	47
17	フィンランド	23	フィンランド	26	スコットランド	47
18	ノルウェー	20	デンマーク	25	韓国	39
19	デンマーク	14	ノルウェー	18	デンマーク	28
20	ニュージーランド	12	韓国	15	フィンランド	20
21	ウェールズ	10	ギリシャ	12	ブラジル	19
22	ブラジル	9	ニュージーランド	11	ノルウェー	19
23	ハンガリー	8	ブラジル	9	台湾	16
24	ポルトガル	6	ロシア	9	アイルランド	14
25	アルゼンチン	5	チェコ	8	シンガポール	14

臨床研究論文

	1993-1997		1998-2002		2003-2007	
		論文数		論文数		論文数
1	米国	3314	米国	3695	米国	2677
2	イギリス	920	イギリス	1484	イギリス	873
3	カナダ	377	ドイツ	511	カナダ	462
4	オランダ	277	カナダ	502	ドイツ	343
5	フランス	274	フランス	432	フランス	300
6	ドイツ	253	オランダ	410	オランダ	294
7	イタリア	236	イタリア	374	イタリア	279
8	スイス	166	オーストラリア	282	オーストラリア	260
9	オーストラリア	155	スイス	261	スイス	252
10	スウェーデン	155	スコットランド	224	ベルギー	177
11	スコットランド	151	スウェーデン	216	スウェーデン	166
12	日本	122	日本	183	スコットランド	145
13	ベルギー	110	デンマーク	158	スペイン	141
14	デンマーク	98	ベルギー	152	デンマーク	135
15	スペイン	90	スペイン	136	中国	102
16	フィンランド	88	フィンランド	121	ノルウェー	86
17	イスラエル	53	オーストリア	88	フィンランド	79
18	オーストリア	50	ノルウェー	83	日本	74
19	ウェールズ	48	イスラエル	75	ブラジル	67
20	ノルウェー	40	ニュージーランド	60	ニュージーランド	67
21	アイルランド	34	中国	59	南アフリカ	61
22	ニュージーランド	33	インド	53	ポーランド	60
23	インド	29	ウェールズ	53	オーストリア	57
24	タイ	29	南アフリカ	49	イスラエル	51
25	ケニヤ	28	ブラジル	45	インド	47

卒後臨床研修の課題と 今後の展望

- **研修(研修医・指導医・病院)の評価**
 - 大学病院・研修病院にもいろいろ
 - 指導医にもいろいろ
 - **初期研修後の進路**
 - 総合医か専門医か？
 - 専門研修・後期研修
 - 生命科学研究・臨床研究
 - **大学病院の地域性への配慮**
 - 地域偏在対策
 - **診療科偏在への配慮**
 - 診療科ごとの適正な医師数
 - **生涯教育**
 - プロフェッショナリズムの教育
-

今後に向けて提案 1

□ 研修病院評価

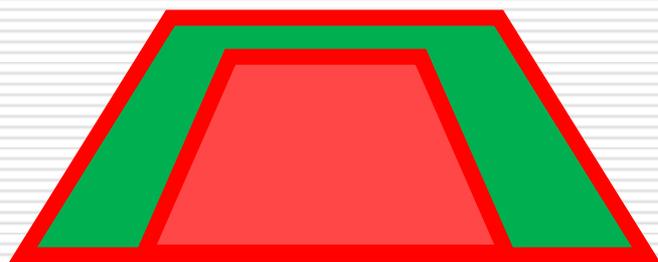
■ NPO法人 卒後臨床研修評価機構

- 手あげ方式：希望する病院のみ
- まだ100病院余り
- 大学病院が少ない
- 多くのサーベイヤーによる訪問体制の充実

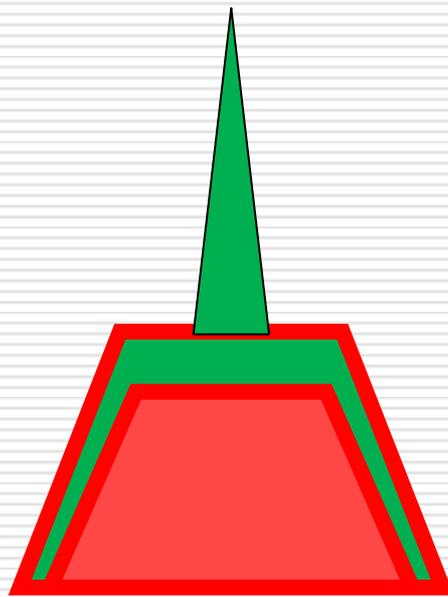
■ その他の評価システム

- 地方厚生局
 - 大学間相互評価 など
-

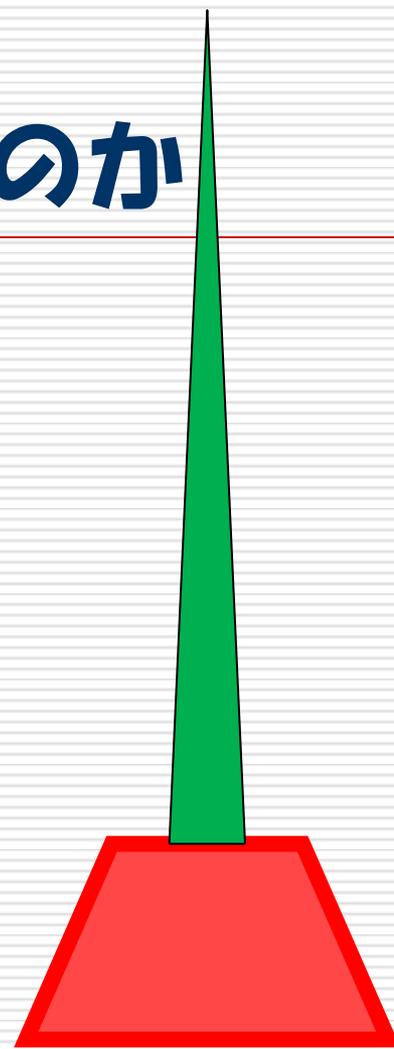
どのような医師が望まれるのか



幅の広い総合医



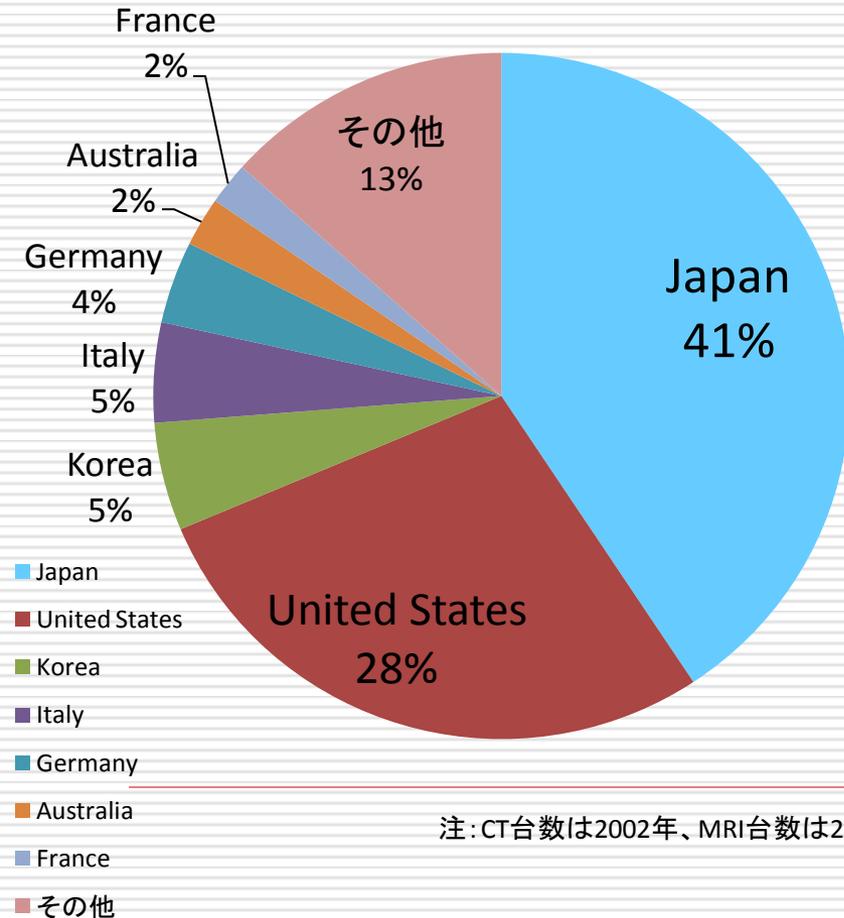
総合医と専門医



背の高い専門医

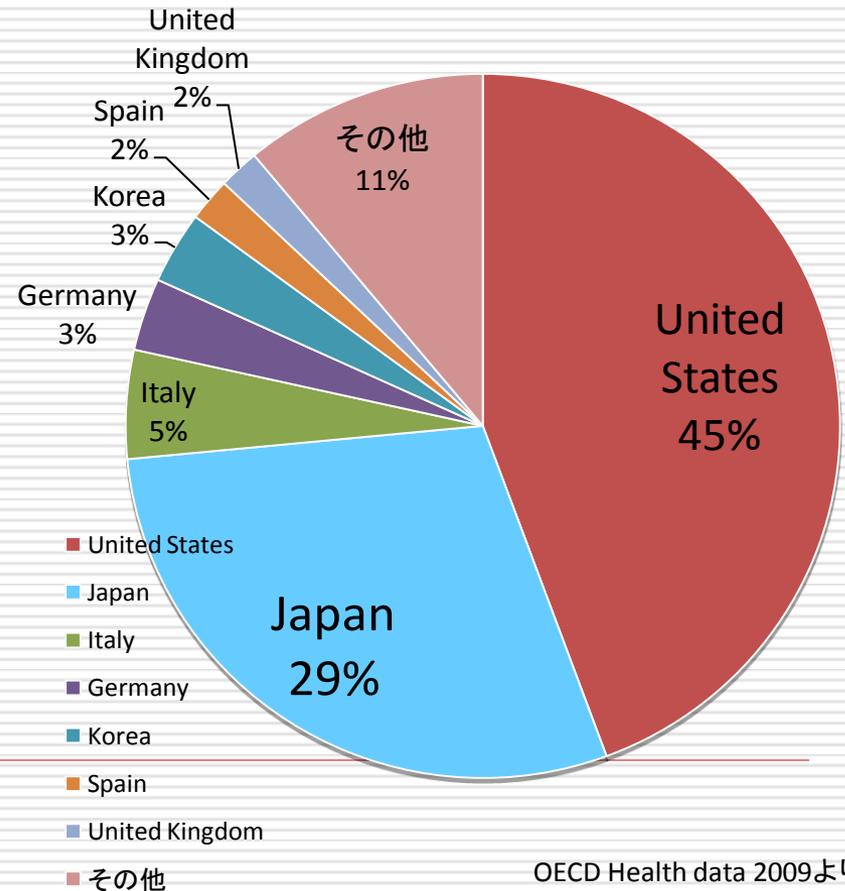
OECDにおけるCTとMRIの設置台数の割合

CT



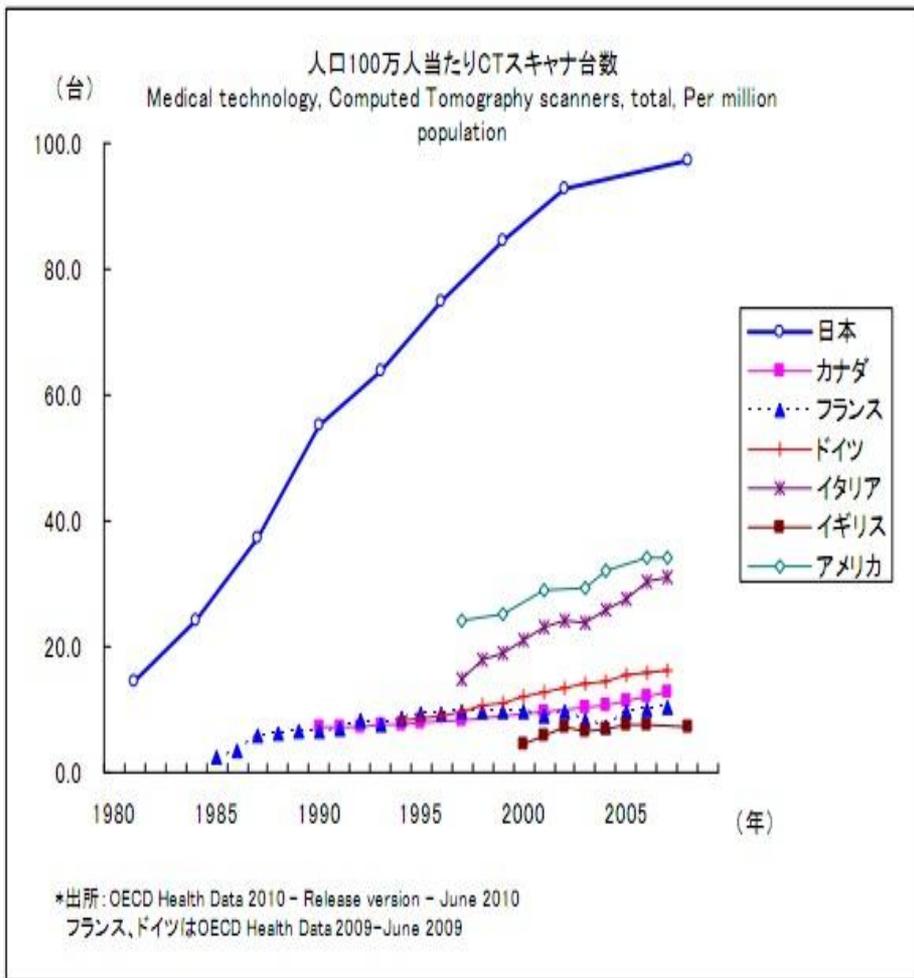
注: CT台数は2002年、MRI台数は2005年データ

MRI

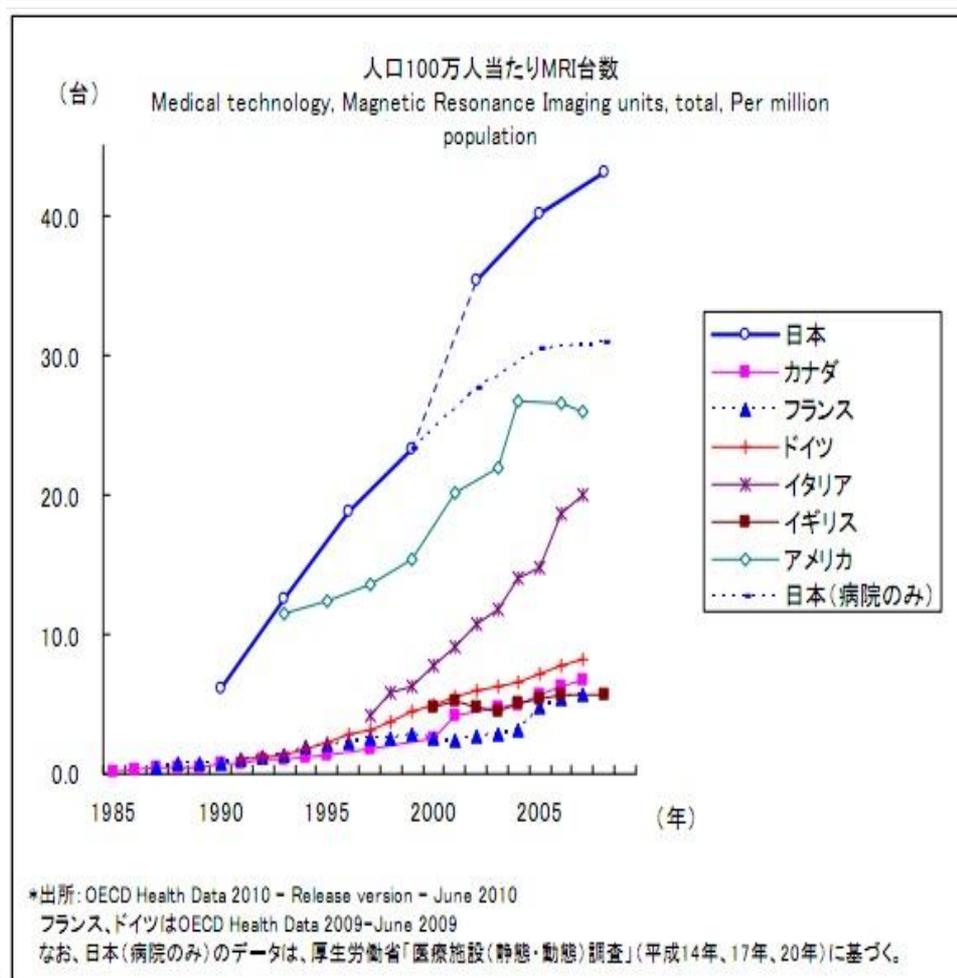


OECD Health data 2009より作成

CTとMRIの台数の比較



Break in series / フランス 1987年



Break in series / 日本 2002年、フランス 2005年

今後に向けて提案2

- **総合医と専門医のバランス**
 - **標準医療と高度医療**
 - **医療制度の根本的改革が必要**
 - **総合医という認証**
 - **専門医制度の第三者認証**
 - **総合医の社会的地位の向上**
 - **地域医療を取り戻す**
 - **総合医の活躍の場**
 - **地域枠の拡大・地域医療教育**
-

今後に向けて提案3

□ 基礎研究者の養成

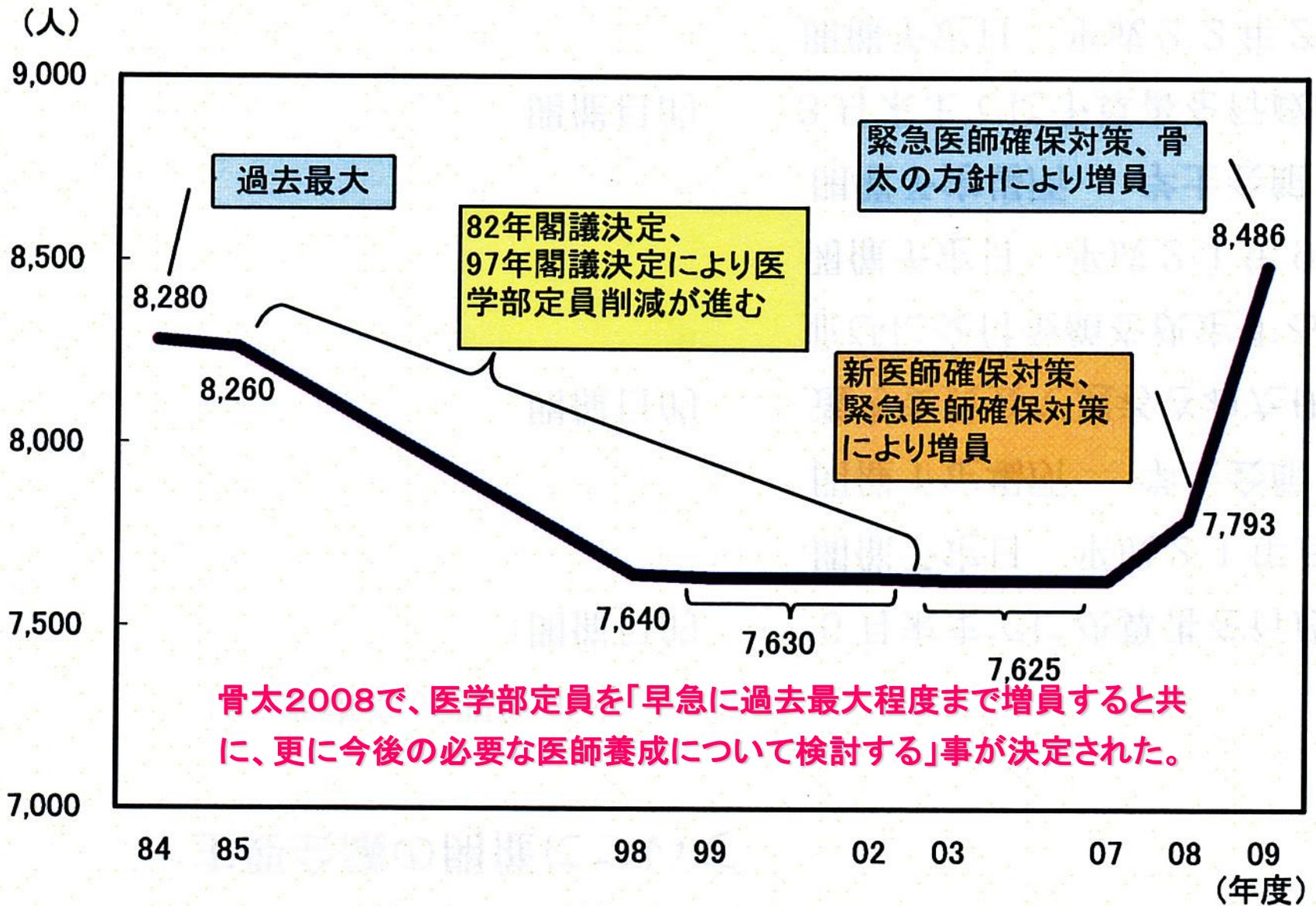
- 大学院の充実
- 奨学金などの経済サポート
- 学部、大学院での適正な定員

□ マッチングの時期は適切か？

□ 臨床実習の充実

- クリニカルクラークシップの充実
 - 侵襲的な手技は学生にはさせれない
-

医学部定員の推移



大学の強みと弱み

裏をかえせば市中病院の強みと弱み

□ 強み

- 大学院を擁する
- 博士号を授与できる
- 研究者を養成できる
- 臨床研究の実践
- 高度先進医療の実践
- 時間に余裕？
- 指導者が充実
- 留学できる
- 将来の就職の紹介

□ 弱み

- 「入局」制度
 - 医局人事
 - 経験症例数が少ない
 - 処遇が不適切
 - アルバイトが必要
 - 安価な労働力
 - カリキュラムが不明確
-

The six general competencies are:

- **Patient Care**
- **Medical Knowledge**
- **Professionalism**
- **Systems-based Practice**
- **Practice-based Learning and Improvement**
- **Interpersonal and Communication Skills**