

2015年8月29日(土) 15:00 ~ 17:00

東京大学医学部附属病院入院棟A 15階 大会議室

東京大学がんプロ主催

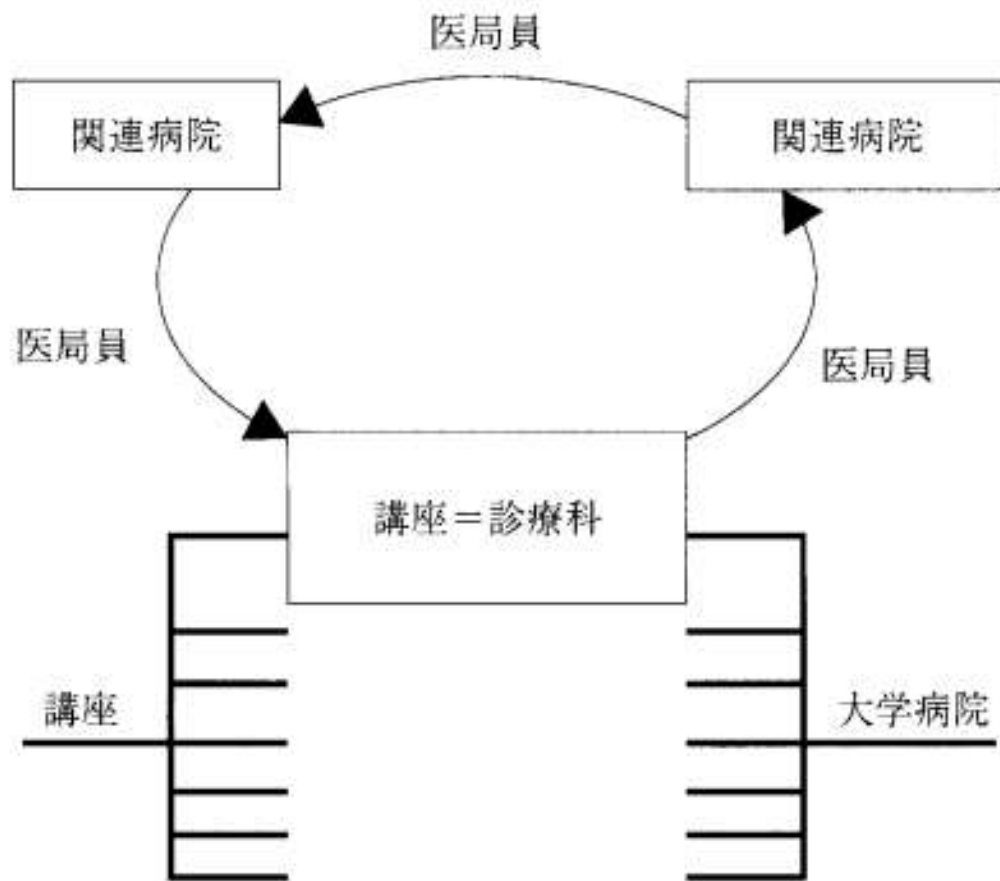
若手医師のキャリアパス を考える会

従来の医師のキャリアパス おさらい

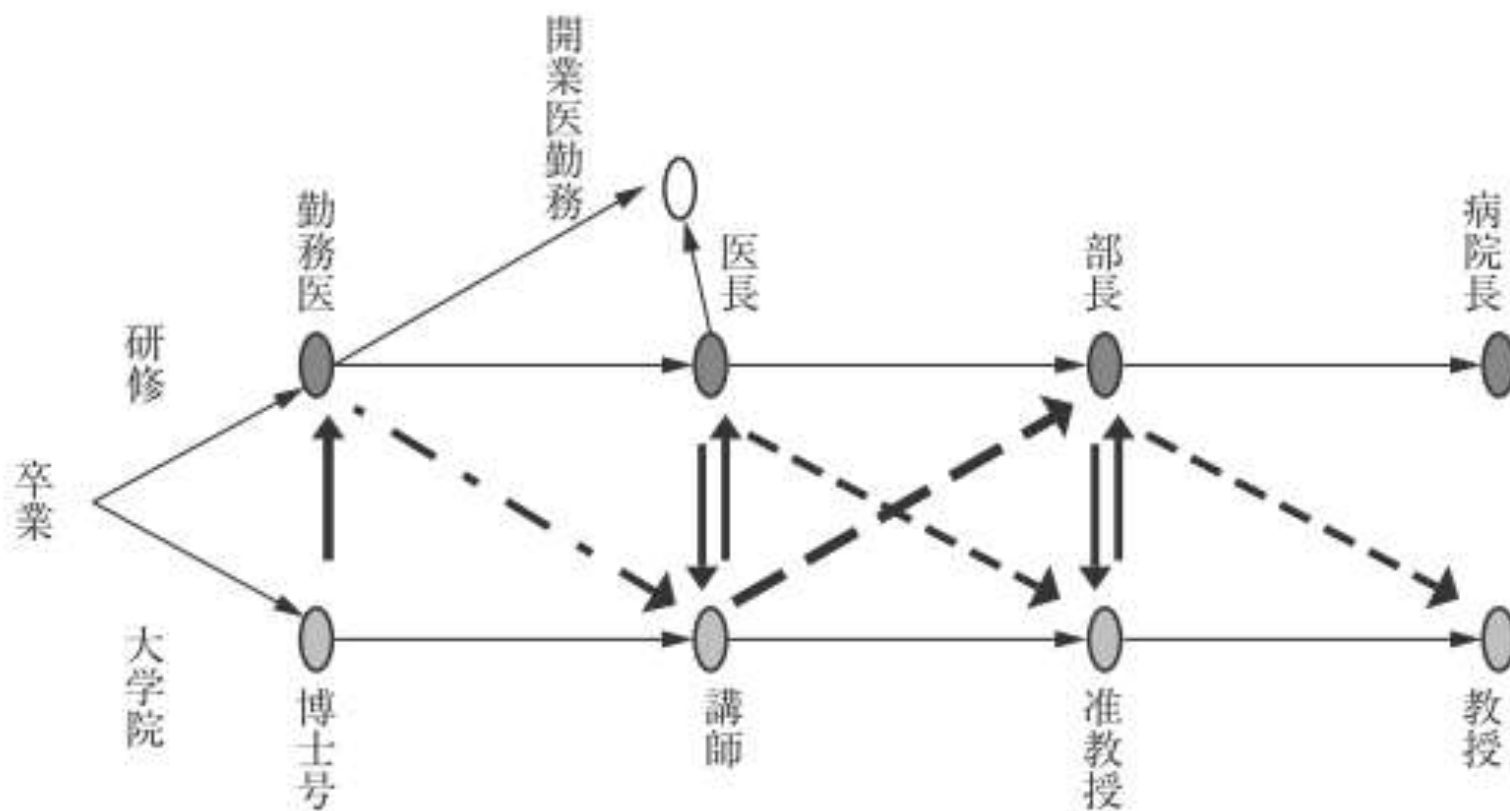
戦後の医局制度の役割

- 1950年代後半以降、急激に医師の大学帰属が進行すると同時に、**卒後短期開業者**がほとんど消滅した。
- これは、長期卒後訓練なしには「一人前」の医者と見なされなくなったこと、長期間の卒後教育の実施主体を大学が引き受けたことを意味している。
- 卒後教育の最も重要な資源である臨床経験を分配する唯一の組織として医局が存在した。

医局の組織構造



医師キャリアパス



医局制度の功罪 (メリット)

- 病院サイドとしては、大学を通じて新しい医療技術やそれを使うことができる人材を供給してもらえる。
- 医局から派遣してもらった医師に問題がある場合は、引き取ってもらえる
- 大学サイドとしては、若手医師が症例経験を積む場として
- 部長職など大学スタッフの就職先として

医局制度の功罪 (デメリット)

- 大学のヒエラルキーが病院に持ち込まれ、能力や実績と関係なく昇進が決まってしまう
- 特定の大学医局と結びつきが強いと、医療技術の導入がその大学の得意分野に限られてしまう

新研修制度の影響

新研修制度までの推移

昭和43年	臨床研修制度創設
昭和55年	ローテート方式導入 (内科系、外科系、救急診療部門のうち2つ以上の診療科を研修する)
昭和60年	総合診療方式導入 (内科系、外科系、小児科、救急診療部門を研修する)
平成6年	医療関係者審議会臨床研修部会中間まとめ 「基本的には臨床研修を必修とすることが望ましい」旨の提言
平成12年	医師法、医療法改正 参議院国民福祉委員会附帯決議
平成14年12月	臨床研修に関する省令の制定
平成15年3月	新医師臨床研修制度実施推進本部設置及び開催(第1回)
平成15年4月	臨床研修と地域医療に関する懇談会(第1回)
平成15年6月	新医師臨床研修制度実施推進本部(第2回) 省令の一部改正及び省令の施行についての通知
平成15年11月	研修医マッチングの組み合わせ決定 新医師臨床研修制度施行準備有識者会議(第1回)
平成16年3月	新医師臨床研修制度施行準備有識者会議(第2回)
平成16年4月	新医師臨床研修制度の創設

臨床研修制度以降

- 病院が独自に研修プログラムを提供し、卒業生が自由に研修先を選択できるようになったことで、病院は新卒者をリクルートすることが可能になった。
- その結果、大学病院で研修する医師は減り...
現在では、約8000人の国家試験合格者の内、約55%が臨床研修病院、約45%が大学病院で研修を行っている。

学位(博士号)について

1920当時の学位

- 1920年の学位改正以後、大学の講座に実質的に学位授与権があたえられ.....大量の博士号が授与されることになった。
- 当時の博士は、非博士よりもはるかに所得が高く、また公立病院の診療科長の大部分が白紙で占められていた。
- しかし、博士号の乱発は、博士の価値の稀薄化をもたらし、また1930年代後半には、博士号の臨床の力指標としての有効性に疑問が呈されるようになっていった。

大学院重点化構想

- 大学の教育研究組織を従来の学部を基礎とした組織から大学院を中心とした組織に変更することを指す。
- 1990年代以降に東京大学が先陣を切り、その後、旧帝国大学などが相次いで大学院重点化を行い、2000年度までに北海道大学、東北大学、東京大学、一橋大学、東京工業大学、名古屋大学、京都大学、大阪大学、九州大学の9大学で全部局の重点化が完了した。

大学院重点化構想その後

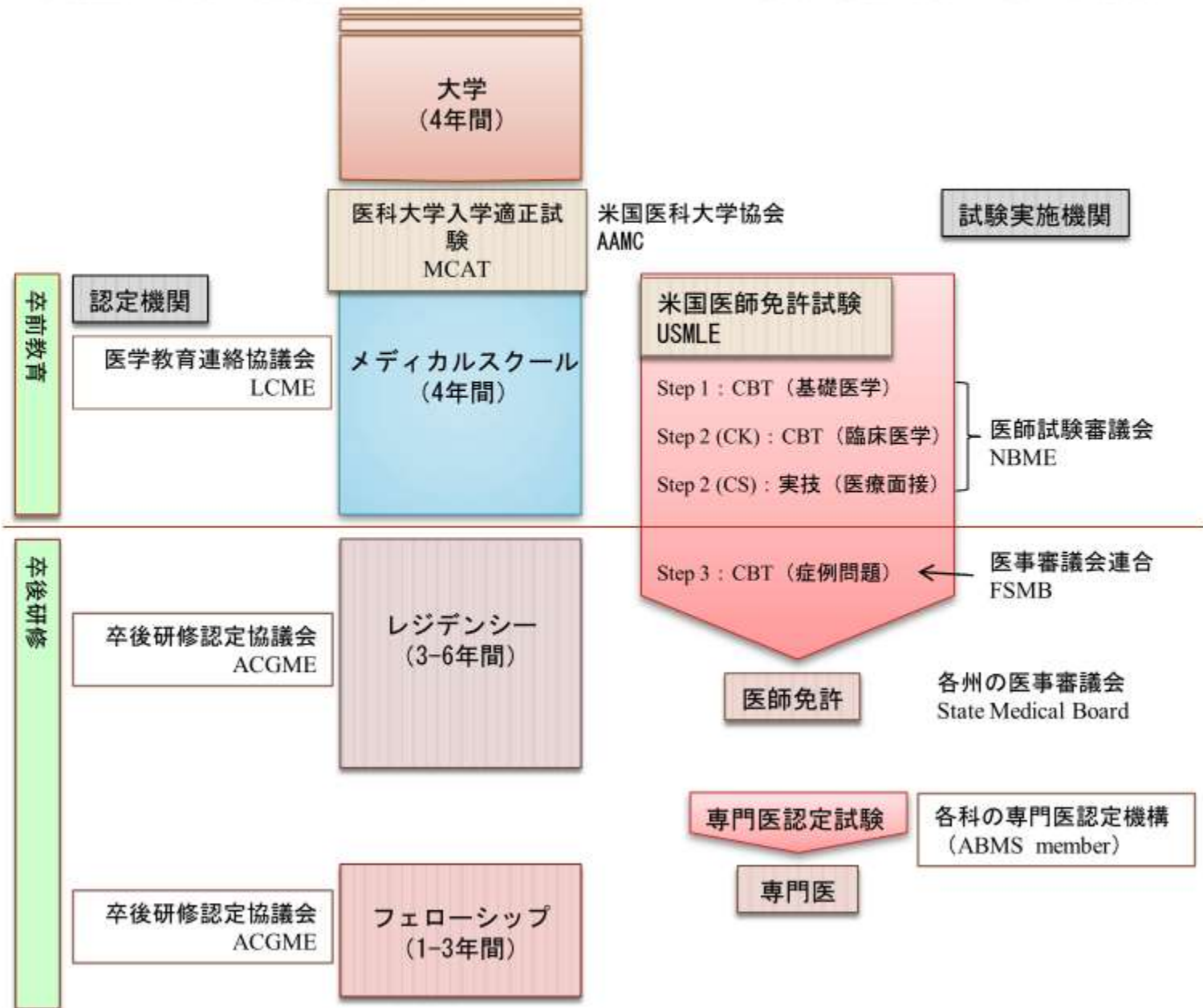
- 2008年5月文部科学省通知 「法人のミッションに照らした役割や国立大学の機能別分化の促進の観点、又は学生収容定員の**未充足**状況や社会における**博士課程修了者の需要**の観点等を総合的に勘案しつつ、大学院教育の質の維持・確保の観点から、入学定員や組織を見直すよう努めることとする」

新専門医制度について

専門医の形成

- 戦後、先進諸国で取り組まれた課題は、医療の高度化に対応して、一般医療に携わる医師から専門医療に携わる医師を選抜し、また新たに養成することであった。
- そこで形成されたのは、入院医療を中心に行う専門医とプライマリケアに特化した一般医という二つの身分であった。一方、日本では専門医/一般医の身分差は形成されなかった。

米国の医師養成システム～専門医までの道～



米国における専門医資格更新制度

応募資格

- ①ABAI合格(初回および更新)から8年以上経過
- ②米国医師免許(罰則, 制限なし)

2005年1月 必要書類の提出



応募承認

2005年2—3月 問題集を解き, 返送



正答率80%以上

2005年3—9月 自己評価および客観的評価



同僚医師10人以上, 患者25人以上

2005年10月 コンピュータ試験

図 2005年アレルギー・臨床免疫科専門医更新試験

次の段階は、他の専門医制度に先駆けて導入された患者、同僚医師からの客観的評価 (patient and physician peer assessment) である。受験者自身が自分に関して評価をする評価表1枚、受験者の診療を受けている患者がその医師を評価するための評価表が50枚、そして受験者の同僚の医師が評価するための評価表が30枚含まれている冊子を購入させられた。これらの評価表はすべて通し番号が打たれており、**受験者は50人の患者および30人の同僚医師に1枚ずつこれを配り**、協力する医師はその紙に記入してから規定の電話番号にかけることになっている。規定の電話番号につながると、まずはそれぞれに渡された用紙の通し番号をボタンで登録するように求められ、その後用紙と同じ質問が自動的に流れ、それぞれの評価をプッシュボタンで登録していく。

新専門医制度骨子

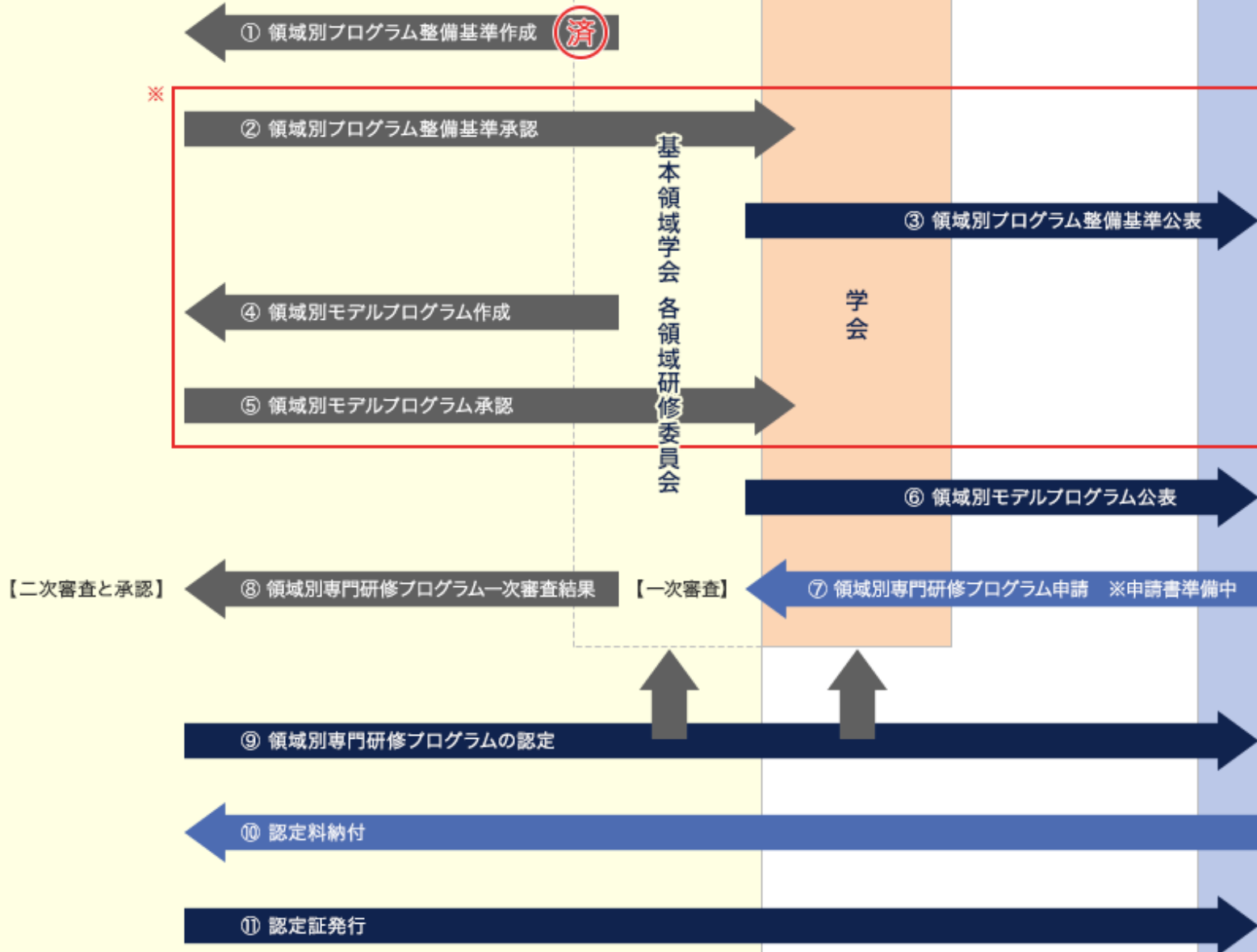
- (1) 専門医制度は基本領域とサブスペシャリティーの2段階制とする
- (2) 専門医の認定は各学会ではなく、中立的第三者機関で行う
- (3) 専門医育成は研修プログラム制に従って行い、中立的第三者機関では研修プログラムの評価・認定を行う
- (4) **総合診療専門医**を基本領域に位置付ける

専門研修プログラム認定の流れ

専門研修プログラム研修施設評価・認定部門

一般社団法人 日本専門医機構

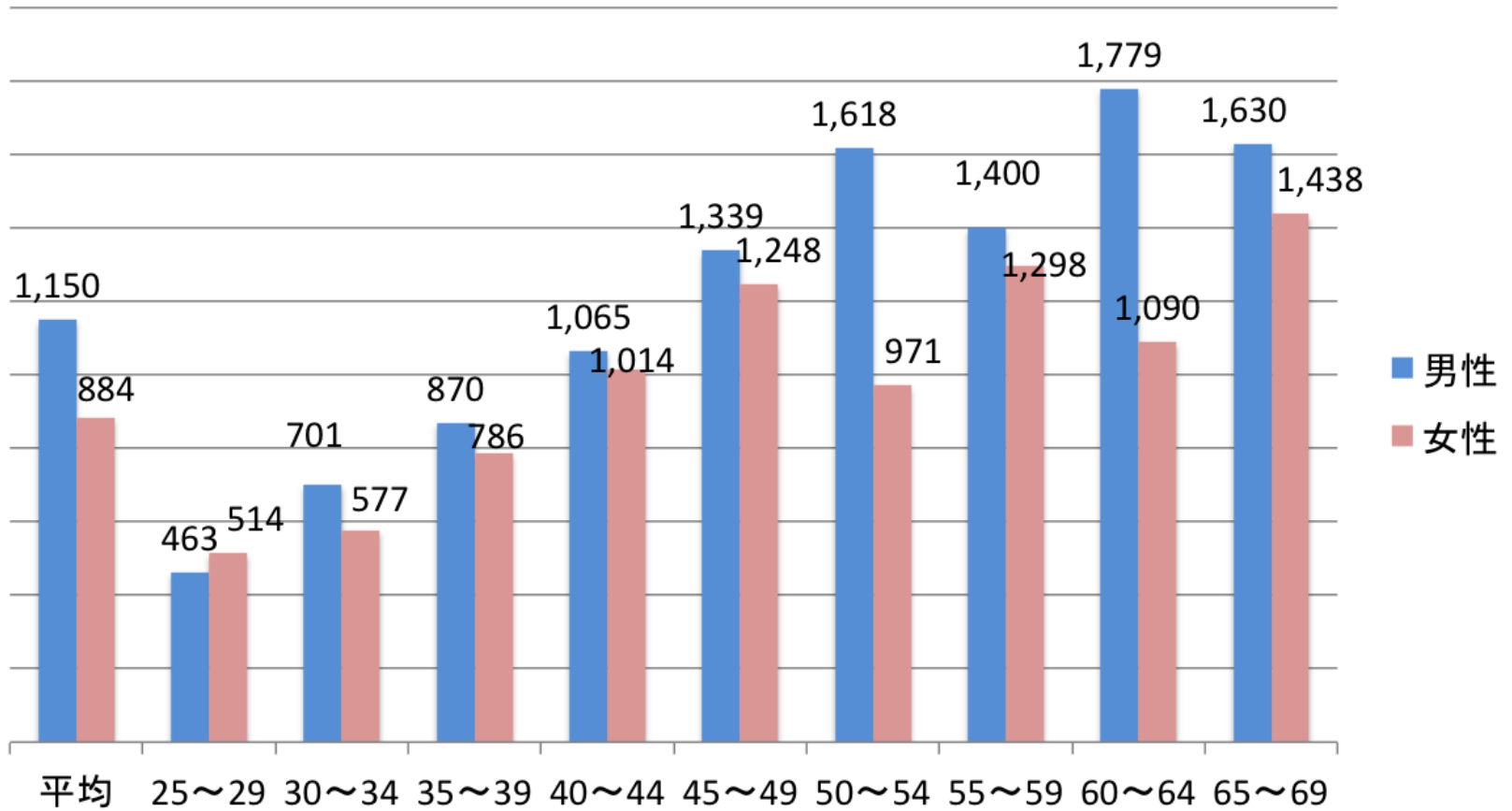
専門研修基幹施設



医師のキャリアと収入

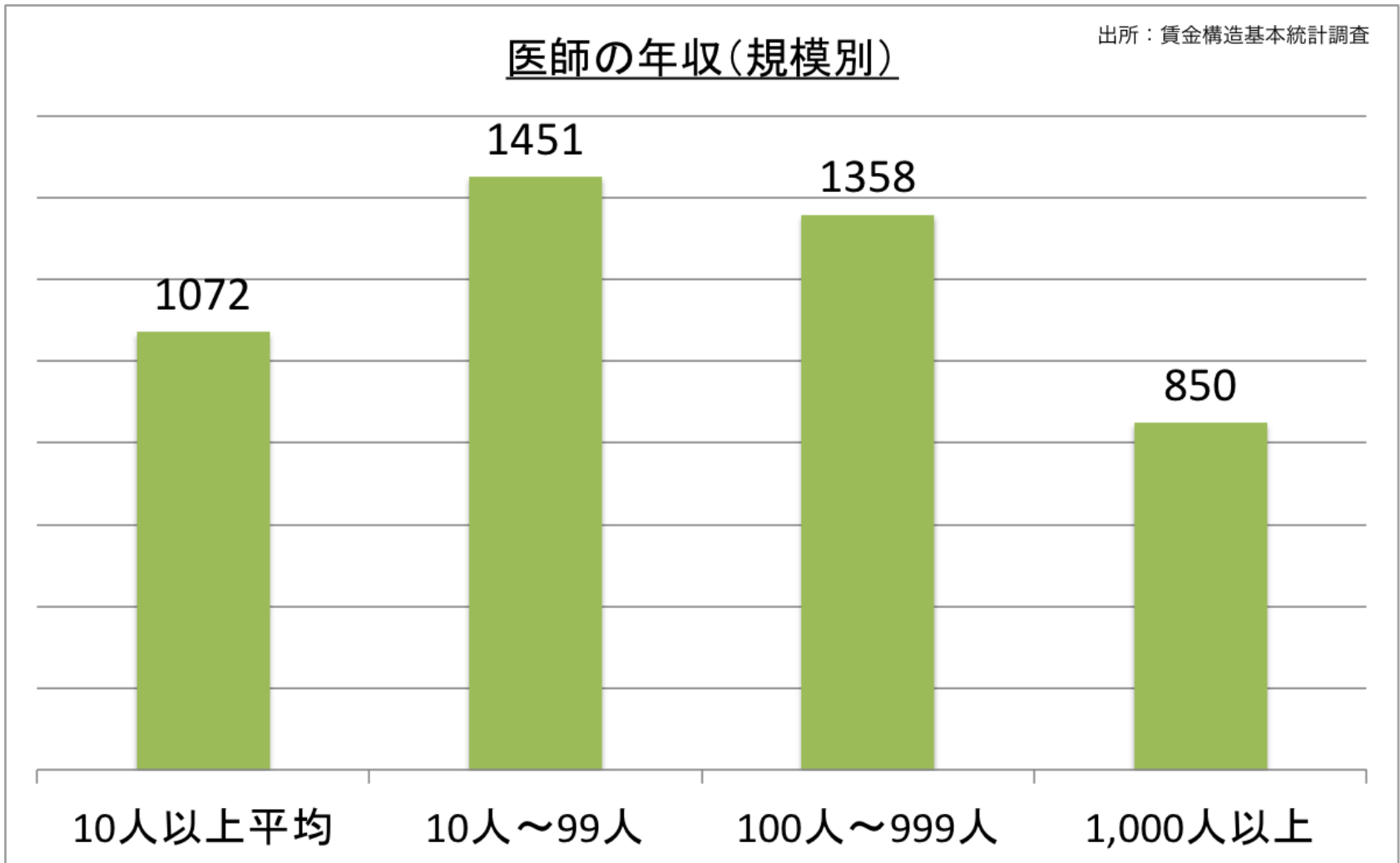
医師の年収(年齢別)

出所：賃金構造基本統計調査



医師の年収(規模別)

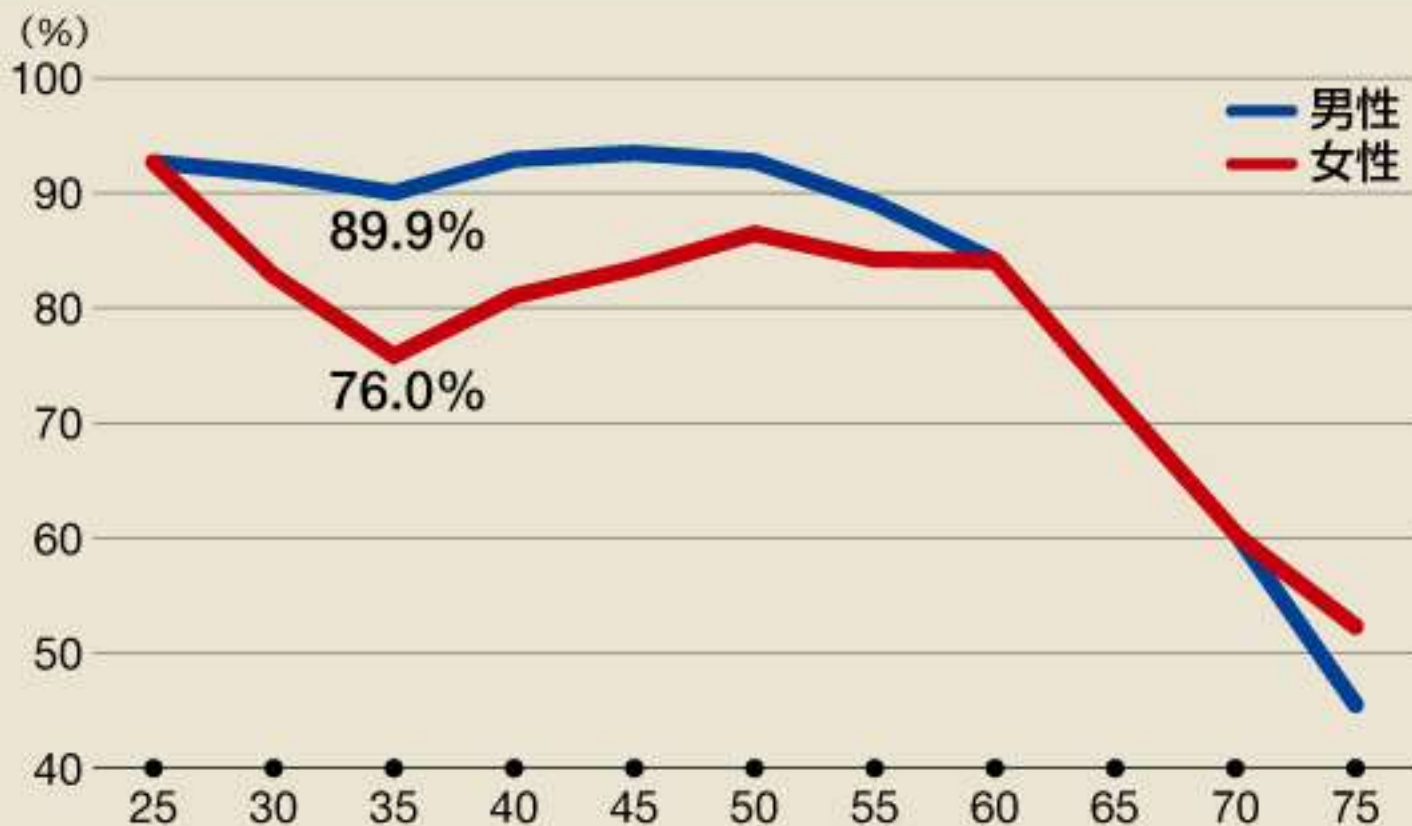
出所：賃金構造基本統計調査



女性医師のキャリアパス

■ 女性医師の就業率のM字カーブ

— 男性医師と女性医師の就業率 —



(注) 医師が25歳で卒業すると仮定した場合の就業率

(出所)「日本の医師需給の実証的調査研究」(主任研究者 長谷川敏彦)

図3 年齢別・性別医師数（2004年）

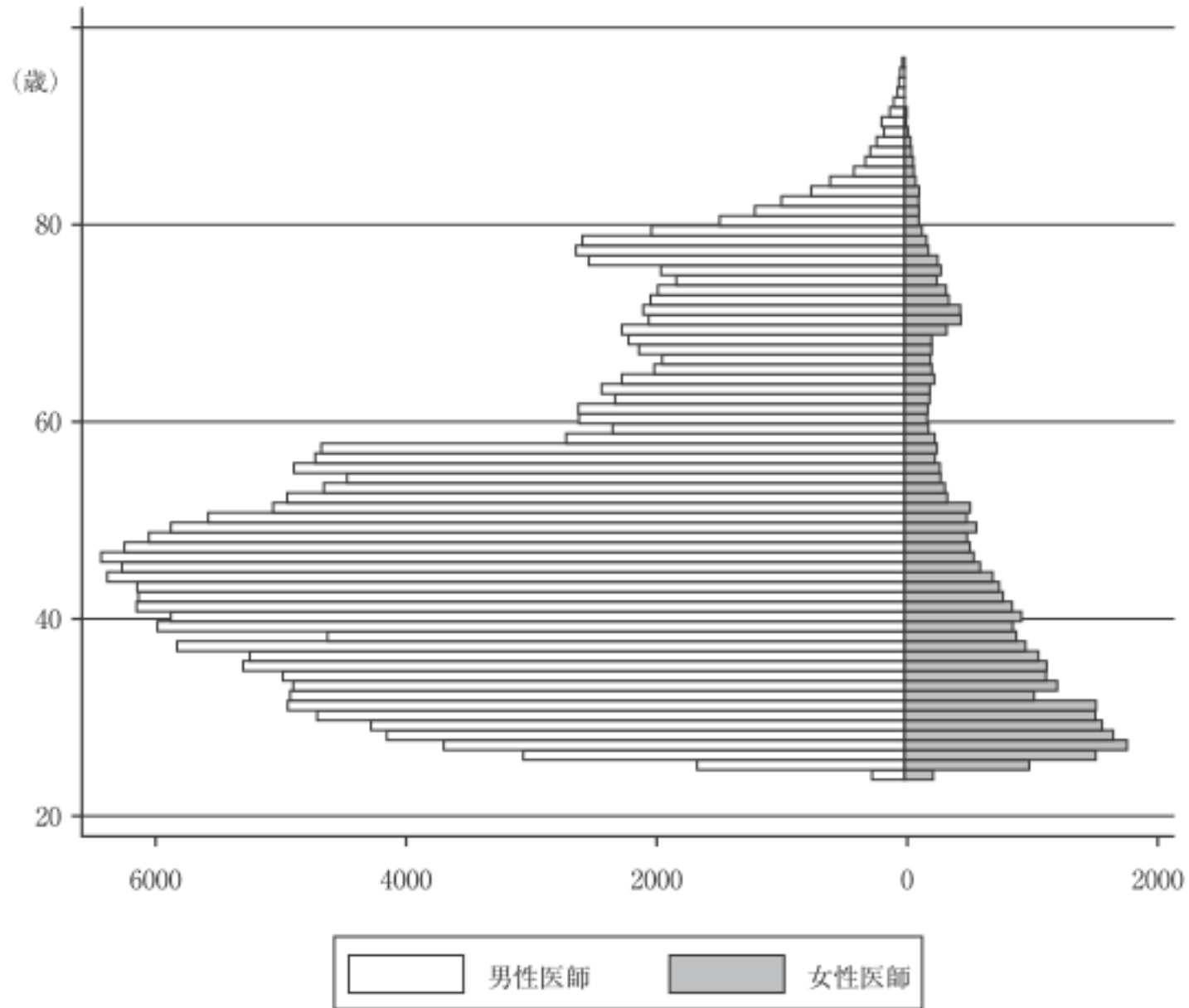
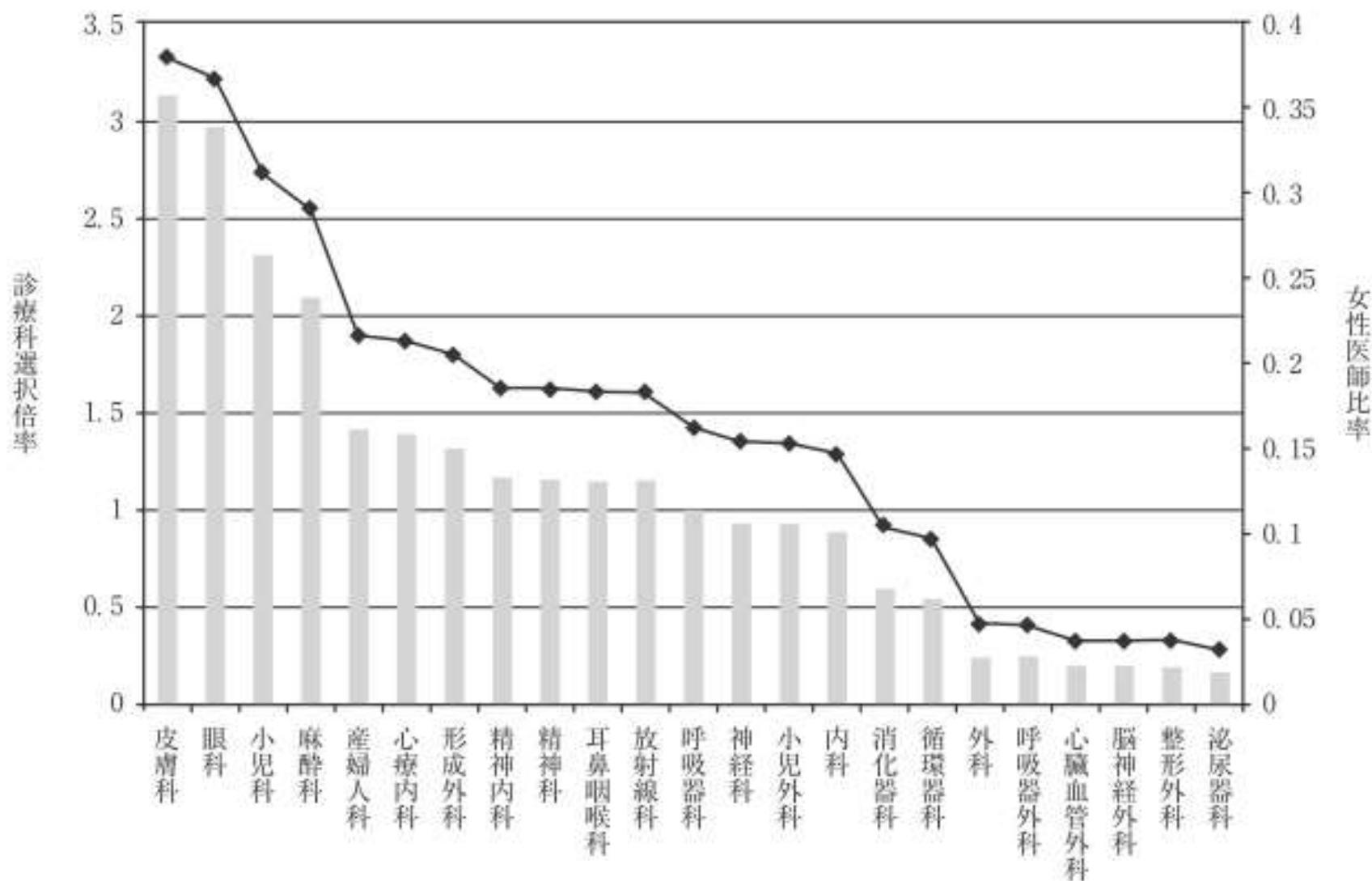


図5 女性の多い診療科



Physician Scientist

Physician-Scientist(研究医)のすすめ

- 近ごろは、臨床志向・専門医志向の医学生が圧倒的多数となり、研究医が不足して日本の医学研究の将来が危ぶまれている
- 研究医にとっても論文生産工場の労働者として成果を出さなければ、職業上の安定が得られなかったり、顕著な実用性のある研究でなければ許されないという実態がある
- しかし、真の白衣を身にまとった全ての医師達には、研究医の心と実践力があるはずである。

Physician-scientistとしてのキャリア

- 基礎研究者/臨床研究者としてのモチベーションは何か？
- 適性は？
- 必要なスキルは？

新研究倫理指針2015年4月1日より施行

モニタリング・監査
検討フロー

