

が必要である。

まずは、卒前の臨床体験をより深め、卒後の臨床研修に連続性を持たせることから始まるのであろう。専門教育・生涯教育も、そのうえに立っての継続性でなければならない。しかし、カリキュラムの多様性はあくまで容認されてよい。多様性こそが健全な全体像を育むものとするからである。できる限り柔軟に対応する姿勢があってほしい。カリキュラムをはじめ、その整備には十分に意を尽くし、しかも淀みない整調な流れが求められるよう。

それには、病院群の相互補完、教育要員の確保と同時に、臨床研修の成果が、それなりに評価されなければならない。それは研修教育機関に対する教育病院としての性格を明確にすることであり、それ相応の理解を願いたいものである。

臨床研修医の身分ならびに待遇保障、格差の是正もまた、臨床研修をより活性化するには不可欠の策と考える。上述の欧米先進国の例をみても、医学教育の人づくりには、国民の医療確保のためとあってか、医学生の高学年から卒後教育まで、いわゆる投資が格別になされていることも事実である。

これらのことは、再三述べたことでもあるが、行政ならびに関係各位のご理解を得たいものである。

教育とは資金を要する“ゆとり”の事業でもある。研修もまた、教育の一環として捉える。それに医学研究者の養成もまた、決して他人事ではない。卒前教育のMD/PhDコースなども順次、採用されてしかるべ

きものとする。それにもまた、教育助成が必要になる。

臨床研修懇談会は、それぞれ多岐にわたる当面の改善策、ないしはその試案をこのように提示いたしたい。それによって、まずは臨床研修の改善に、より建設的な方策、方向性がより具体的に示されたものと考え、その実現を切に願うものである。

次は、当懇談会のもう一つの提案である。このような臨床研修改善を推進し、実行に移すには、それなりのいわゆるコントロールタワーにも似た推進機構の所在が不可欠である。

研修カリキュラムの調整、ないしは臨床研修の評価を実際に進めるにあたっては、前述の臨床研修教育委員会を含む、ある種の権威ある機構がその衝に当たる必要性を痛感している。これもまた当面の施策課題と考え、その設立をとくに望むものである。

関係各位のご批判、ご意見をさらにいただき、大病院ともども、教育病院としての研修病院のあり方に、確たる合意と実践の道を見出すことが厳しく要請される。もって国民医療の健全な前進をはかる、その模索のなかから浮かびあがってきたものは、教育病院としての検証であり、その再確認を促すための作業であった。当面の改善遂行の策に迫力を与えるのもこのくだりに違いないと考えている。格段の成果を期待いたしている。各位のご理解、ご支援をぜひとも願うものである。

資料 12：医療関係者審議会臨床研修部会意見書

一臨床研修機能小委員会中間まとめ一

厚生省* (平3.9.13)

概要(略)

1. はじめに

厚生省医療関係者審議会臨床研修部会は、平成元年6月に「卒後臨床研修目標」(以下、「到達目標」とい

う。)を設定し、引き続きこの「到達目標」達成のあり方等の検討を行い、これを平成2年11月に「臨床研修改善専門委員会最終報告」としてとりまとめた。本最終報告では、卒後臨床研修の今後の改善に関して、幅広く問題点の指摘ならびにその改善のためのいくつかの提言を行っている。

臨床研修機能小委員会は、これらの提言を具体的に実施に移すべき方策を検討するため、平成2年12月に新たに設置され、その後半年余にわたって鋭意検討を

* 医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修機能小委員会、部会長：坂上正道

行い、この度これまでの検討結果を中間的にとりまとめた。臨床研修制度改善のあり方については、これまでも様々な意見・提言が数多く出され言い尽くされた感があるが、その基本的方向はほぼ一致している。

本委員会では、これまでの議論の繰返しではなく、既に出された意見・提言を集約し、実施すべき具体策に焦点を絞って検討を行った。以下に述べる本委員会の臨床研修制度の具体的改善策の考え方に対する関係各位の積極的な御意見を期待するものである。

2. 臨床研修制度改善の必要性

(1) 医療をめぐる諸状況の変化

医学・医療の進歩により医師にも様々な専門性が生まれ、優れた知識・技能を持った専門の医師により、多くの疾病が予防・治療されてきている。また高齢化社会を迎え、活力ある社会を維持していくためにも、保健・医療の重要性が増し、その中で重要な役割を担う医師の重要性も増している。しかし、近年いわゆる「臓器を見て人を診ず」といった言葉に代表されるように、医師の診療のあり方に対する問題提起がなされるようになり、そのひとつとして医師と患者関係のあり方も見直されるようになってきている。

今後は、高度な医療を提供する専門の医師の必要性もさることながら、日常の医療においては患者を全身的に管理する医師の需要が急速に増大してくる。しかしながら若い医師の間に、医師として幅広い基本的素養を身につけることなく、研修の早い時期から専門性に走る傾向のある事を否定できない。

(2) 期待される医師像

慢性疾患を有する老人の増加や患者のニーズの多様化という中において、医師は、今後その専門性の如何を問わず、その基本として患者、家族の抱える様々の身体的、心理的、社会的問題を的確に認識・判断し、医療チームの中で診療、看護、介護サービス等種々の方策を総合的にとらえ、問題解決を図る能力を備えることが要求される。「到達目標」には、こうした「期待される医師像」が具体的に列挙されている。

また近年、各種の検査を多く用いる技術偏重の診断や多種多様な薬剤等使用を行う傾向がとりわけ若い医師の間に見られる。しかしながら本来の医療のあり方から考え、いわゆる全人的治療を実践する医師が望まれるところであり、このことにより患者負担の軽減がはかられ、医療資源の効率的活用にも資することとなる。

(3) 医師養成における臨床研修制度の位置付け

医師は生涯研鑽を積んでいかなければならない職業であり、その養成には長い期間を要する。また、医師養成のためには、厚生省、文部省といった行政機関のみならず、医科大学、研修病院、医師会、専門学会など様々な機関、団体が関与しているが、「期待される医師像」へ向けて卒前より卒後にわたる一貫性と連続性が要求される。この中において臨床研修は、医師としての第一歩を踏み出し、その後の医師としての方向性を決める上で重要な時期である。先に述べた期待される医師を養成する上でも臨床研修は重要な役割を果たし、特にこの時期にはできる限り幅広い基本的な内容の研修を行う必要がある。

3. 臨床研修制度改善の基本的方向

(1) 「到達目標」達成のための研修方式

「到達目標」は、患者を全人的に診ることができると基本的臨床能力を身につけるため、全ての研修医が達成すべきものであり、将来の専門性を問わず、卒直後の医師としての基盤形成の時期に身につけておくべき内容が示されている。

臨床研修におけるプライマリ・ケアの能力の優れた医師の養成確保の重要性は、既に昭和48年の医師研修審議会の意見書においても指摘され、その後、臨床研修内容の改善について種々の提言がなされてきたが、今回のように具体的な臨床研修目標が明確に示されたことの意義は大きいと言える。

しかしながら、現在の臨床研修はその研修方式が、ストレート、ローテート、総合診療の3方向に分類され、かつ、研修医の多くがストレート方式の研修を行っている状態である。また、「到達目標」が組み込まれた臨床研修を受けている研修医はいまだに少ない。

これまで、「到達目標」は、総合診療方式あるいはローテート方式でなければ達成されないかのごとく画一的に考えられていた面がある。しかしながら「到達目標」に示された事項は、自ら実施できるようになるべきもの、あるいは他の専門家に依頼することの判断ができるようになるものという区別があり、いずれも基本的なものである。現行の研修プログラムの組み立て方、研修施設の設定の仕方等を手直しすることにより、「到達目標」を全て取り込んだ多様な研修プログラムを組むことによって「到達目標」を達成すべきである。

(2) 「研修の場」から「研修の内容」の重視へ 現在の臨床研修制度は、「研修の場」の設定を基本と

しており、医師法第16条の2においても、「医師は、免許を受けた後も、2年以上大学の医学部若しくは大学附置の研究所の附属施設であ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行なうように努めるものとする」とのみ規定し、研修内容については特段の規定がない。このため、教育機能を本来有する大学病院と、厚生大臣がその研修機能の具備を主として病床数、患者数等のハード基準を中心に審査して指定した総合病院を「臨床研修の場」として制度化した。

しかし、研修内容については特段の規定がないため、現状では、研修病院によって臨床研修の内容に格差があり、研修医のための臨床研修計画が作成されていない場合もある。あるいはその研修計画も大学病院又は研修病院全体で統一されたものではなく、単科あるいは単一の臨床の教室内の独立した臨床研修計画のみである例が多く（医学教育に関する特別委員会中間報告（国立大学協会，平成2年6月））、研修医が他科あるいは他病院に移動した場合、研修内容の整合性がとられていないため、非効率な研修が行われている問題もある。このため、現在のような研修の実態では、「到達目標」を取り入れた研修を実施することが困難であるといわざるを得ない。また、一部の病院を除いて詳しい研修内容が公開されていないため、研修医が研修先を選定するにあたっての情報が不足しているという問題もある。

研修内容の改善については、これまでも関係方面より指摘されており、厚生省においてもそれまでのストレート方式に加え、昭和55年にはローテート方式を、昭和60年には総合診療方式をそれぞれ導入するとともに、研修費補助金の単価に差を設けるなど、必要な措置がなされてきたところである。しかし、実態としては遅々としてその成果が上がらず、また、改善への展望も期待し難い現状である。このまま推移すれば、将来期待される医師の養成が行われない状況に陥る恐れが十分に予想される。

そこで今後、臨床研修制度が適切な機能を発揮できるよう、その早期の改善を図っていく必要がある。そのためには、従来の「研修の場」を中心とする方式の限界を認識し、臨床研修制度の基本を「研修の内容」を重視する形へ変えていく必要がある。その際、「研修の内容」においては、従来の研修科目数、期間を中心とした画一的な3方式の分類を止め、プライマリ・ケアを中心とする「到達目標」の達成を必要最小限の要件とする他は、研修内容の多様性を容認すべきである。

そして「研修病院の指定」という「研修の場」の中

心とした考え方を改め、卒後臨床研修医を受け入れる施設にあっては、病床数、患者数といったハード基準のみならず、研修医に対し卒後2年間の臨床研修を効果的に行わせるためのカリキュラムや、指導体制といった研修内容の充実度を重視した研修プログラム、すなわち「研修の内容」を重視していく必要がある。

また、研修プログラムについては、これまでの診療科、教室あるいは研修病院毎に独立してたてられていた研修計画ではなく、研修期間の2年間を通じ一貫した臨床研修全体の統一プログラムを作成する必要がある。さらに、これらの研修プログラムを一般に公開して、研修医の研修先選択のための情報を幅広く提供することによって研修医の流動化を促し、かつ、臨床研修の多様化を図る必要がある。

（3） 研修施設群構想の導入

これまでは、「研修の場」というハード重視のとらえ方のため、研修医が研修を行う施設としては、大学病院または総合病院に限られていた。しかしながら、研修プログラム重視の考え方によって、必ずしもこれまでの指定基準を満たすことができなかつたいわゆる専門病院、中小病院、診療所、更には保健所、老人保健施設、社会福祉施設等であっても、それら単独では研修医を受け入れられなくとも、研修内容の目的を達成できるのであれば、大学病院または総合病院と研修施設群を組むことにより、ユニークかつ実践的な臨床研修を提供する場となり得る。

「研修の場」を大学病院あるいは臨床研修院内のみで自己完結的に終了させるという考えではなく、両者の長所を取り入れ、更には地域医療機関の特色を研修の場として組み込むことの必要性は、医学教育に関する特別委員会報告（国立大学協会，平成2年6月）や臨床研修懇談会報告（I）（日本医師会，平成3年3月）にも指摘されているところであり、考え方として既に容認されている。

従って今後は、研修プログラムに従って「到達目標」達成に必要なであれば、基幹病院（大学病院または総合病院）のみでなく関連施設（専門病院、中小病院、診療所、保健所、老人保健施設、社会福祉施設等）にも研修の場を拡げることを認めた研修施設群構想を新たに取り入れる必要がある。

（4） 評価

研修プログラムは研修医を受け入れる大学病院、臨床研修病院等によって自主的に作成されることとなるが、その内容については定期的な評価がなされなければならない。その評価方法については、作成した施設

による自己評価とともに、第三者的立場にあるものによる客観的な評価がなされることも必要である。

一方、研修医については、臨床研修は医師法上義務規定ではなく努力規定となっているため、2年間の臨床研修を終えた時点で評価を行う制度とはなっていない。一部の臨床研修病院においては既に研修手帳による評価を行ったり、研修修了証の発行により研修終了の確認を行っているところもあるが、大部分は研修成果の評価をしていないという状態である。しかしながら、臨床研修改善専門委員会最終報告、臨床研修懇談会報告（I）等において指摘されているように、適切な研修評価がなされるべきである。「到達目標」達成のための研修プログラム作成がなされれば評価基準も設定し易くなり、また研修施設群制度の導入に当たり、研修医の各施設における研修内容の確認と評価は必須なものとなる。更に今後、臨床研修終了の評価はその後の医師の研修制度、例えば認定（専門）医資格取得のための前提となる制度を確立するためにも必要となる。

（5） 研修医の身分・処遇

研修医の身分・処遇問題も臨床研修制度が発足以来指摘され続けてきたことである。近年では改善がみられているものの、所属する研修施設間による格差が指摘されている。しかし、今後研修プログラムに従った研修施設群制度が導入された場合、研修医がいくつかの施設を移動することとなるので、その間の身分・処遇調整が一層重要となる。将来的には、研修プログラムの違いにより格差が生じないような制度の確立がなされるべきであるが、当面は研修期間が最も長くなる基幹病院による身分・処遇を中心として、関連施設での研修はその期間に応じ基幹病院からの出張・派遣等の形をとることになると考えられる。

（6） 研修費

臨床研修改善専門委員会最終報告においても指摘され、また既に述べたような「到達目標」達成を重視した研修プログラム制度では、これまでのストレート、ローテート、総合診療方式といった従来の画一的な3方式分類が廃止されることとなるため、臨床研修補助金の交付方式を変更していく必要がある。

（7） 実務執行体制

これまで臨床研修病院の指定、フォローアップ、補助金交付等臨床研修制度に関わる実務は厚生省において行われてきた。しかしながら、今後研修プログラム重視による研修制度改善により、研修プログラム作成指導、研修医のための研修プログラムを収載したディ

レクトリーの作成等の新たな業務の増加や、よりきめ細かな補助金交付による事務量増大等が予測される。また研修プログラム評価業務も医学・医療関係者による客観性が要求される。従って今後は、こうした業務はむしろ医学界、医療界等の関係者を中心とする第三者機関において執行されることが望ましい。

4. 今後の課題

（1） 制度改善のスケジュール

臨床研修制度改善の必要性が指摘されて久しいことは既に述べた通りであり、具体的な改善に着手すべき時期が来ているといえる。これまで指摘された点を全て同時に改善していくことは困難としても、本委員会としては「研修の場」から「研修の内容」重視を基本とした研修プログラム制度への移行は可及的速やかになされるべきと考える。

このため、3年後の平成6年度を目途として新しい研修プログラムを開始することが適当であると考えられる。新しい研修プログラムへの円滑な移行のためには、平成4、5年度にはいくつかの研修施設において、多様なパターンのモデル研修プログラムを試行し、その成果を他の研修施設に十分に広めることが必要である。

（2） 関連制度との調整

2の(3)において述べたように臨床研修制度の改善は医師養成に関わる他制度と整合性を持ったものでなければならない。卒前の臨床実習との関連においては、平成3年5月に臨床実習検討委員会の最終報告が出され、その中で医学生の臨床実習の充実拡大が示された。このことにより、「到達目標」もその主旨に述べられているように、そのいくつかは卒前から達成できるものと考えられ、今後は卒前卒後のカリキュラムの緊密な調整が必要となってくる。

また研修後の認定（専門）医制との関係では、既に学会認定医制協議会、認定医制についての三者懇談会において、内科・外科等基幹科目については臨床研修終了を資格取得の為の必要条件として組み入れるよう提言がなされ、その具体的な検討が行われている。早急な制度の確立を望むものである。

一方、臨床系大学院と臨床研修制度との関連については「大学病院における卒業臨床研修中間報告」（医学教育に関する特別委員会（国立大学協会、平成2年6月））においても具体的にその問題点等の指摘がなされている。一方、当臨床研修部会は、原則的には臨床系を専攻する大学院生は、患者の診療をする機会を持つ

のであれば、「到達目標」を達成していることが専攻の前提として必要であると考え。しかし、この問題に

関しては、関係者の意見調整がなお必要である。

資料 13：医療関係者審議会臨床研修部会意見書

一臨床研修機能小委員会最終報告一

厚生省*（平4.6.10）

1. はじめに

厚生省医療関係者審議会臨床研修部会は、平成元年6月に「卒後臨床研修目標」（以下、「到達目標」という。）を設定し、引き続き、この「到達目標」達成のあり方等の検討を行い、これを平成2年11月に「臨床研修改善専門委員会最終報告」としてとりまとめた。本最終報告では、臨床研修の今後の改善に関して問題点を幅広く指摘するとともに、その改善のためのいくつかの提言を行っている。

臨床研修機能小委員会は、これらの提言を具体的に実施に移すべき方策を検討するため、平成2年12月に新たに設置され、その検討結果を平成3年9月に「中間まとめ」としてとりまとめた。その後、この小委員会は5回にわたり、「中間まとめ」を中心に関係者との意見交換を行った。また、各大学、臨床研修指定病院等にも意見を求めた。

その間にあって、この問題をめぐってさまざまな団体、学会等から意見が出されている。これら団体等の動きについては、今後更にいろいろな意見が提出され、また、今までの意見も変化することも予想されるが、本委員会としては、臨床研修制度の具体的改善策及びこれに伴う問題点を以下の如くとりまとめた。

なお、附言すれば、いわゆるインターン制度廃止に伴って昭和43年3月に医師法の一部改正案が国会で議決された際、教育病院の整備、指導体制の充実や医学教育研修体制に対する財政的措置の強化等について附帯決議がなされていることは、今後も記憶しておくべきことである。

2. 臨床研修制度改善の必要性

(1) 医療をめぐる諸状況の変化

医学・医療の進歩に伴い、医師の専門性も多様になった。また、知識・技能に関して、その高度なことが求められるようになってきた。このことが、高度の機能をもつ大学病院等に研修医が集中する原因の一つとなったといえよう。しかし、ある特定の医学・医療分野の専門家であっても、一般の医療を基礎としてその上に立っていることは必要なことである。臨床にたずさわる全ての医師にとって必須の基本的知識・技能があるということは言うまでもない。「到達目標」はこれを示したものである。

一方、医学生生の臨床実習により習得可能な事項の充実拡大については、既に、平成3年5月、厚生省臨床実習検討委員会がとりまとめた意見書に述べられているところである。その意見書で述べられているように、各大学が自主的に、医学教育実践上の問題点を解決し、また、カリキュラムの改変を行い、臨床実習が改善されることが望まれる。

なお、2年毎に行われる医師の現状調査を分析すると、現状は別添の図1、2、3の如くであり、診療所勤務者（開設者を含む。）において、40才の時点で新たな小さなピークが形成されていることが分かる。これらの医師は、勤務医の場合と比べて、一般的により幅広い診療活動に従事することになると思われるが、39才に達するまでのほぼ15年間の医師としての研鑽のなかで、初期の2年間の臨床研修は重要な意味を持つと言わざるをえない。

(2) 医師の生涯研鑽における臨床研修制度の位置付け

医師は、生涯、研鑽を積んでいかなければならない職業である。また、医師養成には、文部省、厚生省という行政機関のみならず、大学医学部・医科大学、研

* 医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修機能小委員会、部会長：坂上正道