

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

—臨床研修機能小委員会最終報告—

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

修病院、医師会、学会など様々な機関、団体が関与しているが、当然ながら、卒前、卒後にわたる一貫性と連続性が要求される。前述した医療の状況からみても、臨床研修の役割の重要性は強調されなければならない。もちろん、諸臓器・諸疾患の専門家の必要性もあり、その専門家による営為が学問・技術の進歩に大きく与っていることは当然である。しかし、養成される医師が病院・診療所において、日常的に患者のための良い医療を実践できるように、臨床研修において深い配慮をすべきであると言える。

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、前述のとおり、患者を全人的に診ることが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、医師としての基盤形成である卒後2年間の研修期間中に身につけておくべき内容が示されている。ここに繰り返して述べることは避けるが、その要点のみ記しておくこととする。「期待される医師像」及び「臨床研修の意義」、「一般目標」を、理念として、また、到達目標として強調すべきことは勿論である。「具体的目標」の中では、基本的検査法は、(1)必要に応じて自ら検査を実施し、結果を解釈できるもの、(2)適切に検査を選択・指示し、結果を解釈できるもの、(3)適切に検査を選択・指示し、専門家の意見に基づき結果を解釈できるものに分けられている。また、基本的治療法には、1)適応を決定し、実施できるものと、2)必要性を判断し、適応を決定できるものがあることを述べておきたい。

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、具体的な臨床研修目標が明確に示されたことは意義のあることである。

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方式に分類されているが、研修医の多くは「到達目標」が組み込まれていないストレート方式の研修を行っているのが現状である。

研修方式としては、ローテート、総合診療方式が望ましいことは言うまでもないが、ストレート方式であっても、現行の研修プログラムの組み立て方、研修施設の選び方等を手直しすることによって、「到達目標」を達成する研修プログラムを作成することも可能であ

る。

(2) 「研修プログラム」の重視へ

現在の臨床研修制度は、「研修の場」の基準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、教育機能を有する大学病院と、厚生大臣が研修機能を具備しているとして指定した臨床研修指定病院を研修の場として定めてきた。主として、病床数、患者数等のハード基準を中心に審査し、かつ、総合病院であるものを指定することになっている。

しかし、研修内容については特段の規定がないため、現状では大学病院や臨床研修指定病院によって臨床研修の水準に格差があり、中には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臨床研修指定病院全体で連携のとれたものではなかったり、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））、研修医が研修期間中に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という問題もある。このため、現在のような統一性、連携性の欠除した研修の実態では、「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言わざるを得ない。また、詳しい研修内容が公開されていない病院が多いため、研修医が研修先を選定するに当たっての情報不足という問題もある。

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、必要な措置がとられてきた。しかし、実態としてはなお多くがストレート方式をとり、また、ローテート、総合診療方式への転換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となる恐れがある。

今後臨床研修制度が適切な機能を発揮できるよう、早急にそ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「研修プログラム」を重

視する形へ変えていく必要がある。その際、「研修プログラム」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方式の分類にとらわれず、「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したフレキシブルな臨床研修制度にすべきである。

卒後臨床研修医を受け入れる施設にあっては、病床数、患者数といった施設の基準のみならず、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の内容を重視していく必要がある。そのためには、これらを明示した「研修プログラム」を各施設ごとに作成する必要がある。

「研修プログラム」は、施設の規模により、一つの診療科、教室あるいは研修病院全体など様々な主体が作成することが考えられるが、いずれの場合であっても、研修期間の2年間を通じ一貫した統一プログラムであるべきであり、プログラム毎の企画責任者が明示される必要がある。さらに、これらの研修プログラムに関する情報を一般に公開し、研修医が研修先の選択を巾広く行えるように、各受入れ施設が必要な情報を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をしてきたため、研修医が研修を行う施設としては、大学病院又は総合病院である臨床研修指定病院に限られてきた。しかし、研修プログラム重視の考え方を取り入れ、従来の指定基準を満たすことができず、単独では研修医を受入れられなかっ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一定の基準を満たすものは、大学病院又は臨床研修指定病院と研修施設群を組むことによってそれらが全体として研修内容の目的を達成できるのであれば、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ようにするべきである。

「研修の場」を大学病院あるいは臨床研修病院に限り、そこで自己完結的に臨床研修を終了させるという考えのみではなく、両者の長所を取り入れ、更には特色ある地域医療機関を研修の場として組み込むことが必要である。このことは、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）、臨床研修懇談会報告（II）（日本医師会、平成4年3月）にも指摘されているところであり、考え方として既に多

面で容認されている。

従って、今後は研修プログラムに従って「到達目標」達成が可能であれば、基幹病院（大学病院又は臨床研修指定病院）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る研修施設群構想を新たに取り入れる必要がある。

少産少死や高齢化社会における多様な医療に対応する医師の養成という立場からすれば、卒直後の研修において、多様な医療施設及びその関連施設の医療を体験することは有意義なことであり、施設間連携のためにも役立つものと考えられる。

研修施設群で研修を実施することになれば、とかく、その責任体制などがなおざりにされる可能性もある。これを防ぐため施設群の各施設の研修責任者から成る合同研修委員会を設置するなど研修に関する調整機能を果たす仕組みを設けることなどにより、責任体制を確立する必要がある。

なお、研修施設群において研修中の研修医は、施設群全体の研修医として位置づけられるよう、運営上の工夫を必要としよう。

(4) 評価

研修プログラムは研修医を受け入れる大学病院、臨床研修病院や研修施設群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医療をとりまく環境の変化に応じて変わる必要があり、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、作成した施設において、研修委員会あるいは指導医や研修医によるプログラムの評価とともに、施設間のアンバランスを無くすためにも、第三者機関による公平な立場からの客観的な評価がなされることが望まれる。

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が、医師としての基本的な臨床能力をどこまで修得したかを自らが確認しておく必要がある。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況である。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）、臨床研修懇談会報告（II）等において指摘されているように、すべての研修医に対して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、研修施設群構想の導入に当たっては、各施設における研修内容の明確化とその研修評価は必須なものとなる。この評価方法としては、自己評価を主とし、指導医の認定をうける方式をとることも考えられる。臨床研修修了の評価は、その後の専門医師の研修制度、例えば認定（専門）医資格取得のための前提となる制度を今後確立することも望まれる。

（５） 研修医の処遇

研修医の処遇問題は、先述した国会の附帯決議もあり、発足以来指摘され続けたことである。平成2年11月の臨床研修改善専門委員会最終報告でも述べているところであるが、研修医が6年間の大学教育修了後さらに社会的要請に応えるために2年間の臨床研修を適切に行うためには、研修医の生活面への配慮も必要となる。現状では、深夜勤務ないし徹夜当直が多いという激務の状態にある。経済面からみると、臨床研修医の月額手当は国立大学・国立病院で約14.7万円（平成元年度）、臨床研修指定病院のうち、私的病院で平均25.4万円（平成元年度）、日本私立医科大学協会「卒直後臨床研修に関する調査報告（昭和63年度）」によれば私立医科大学病院では平均5.5万円となっており、研修先により相当の違いが生じている。一部では生活や学習を支える収入を得るためにアルバイトが過多となることによって研修に障害が生じること、適切な医療の提供の面で問題が起こりうる可能性が生じることのみならず、研修医の身分が必ずしも安定していないこと、宿舎が十分でないこと等の問題がある。

研修医の処遇については、各臨床研修病院に委ねられていたり、国立大学・国立病院では特別会計で人件費として手当されている等、多様性があるが、研修医が臨床研修に専念できるような処遇の確保に努める必要がある。更に研修費用の問題については別途幅広い見地から検討していく必要がある。

（６） 研修費

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、従来の総合診療方式を推進することはなお大切なことといえるが、臨床研修補助金をより良い研修プログラムに対してメリハリをつけて交付できるような交付方式に変更していくことを検討する必要がある。

（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、研修プログラム重

視の改善に伴い、今後、研修プログラム作成指導、研修医に公開する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が予測される。また、研修プログラム評価業務についても、医学・医療関係者により客観的に行われることが要求される。また、過去の実績を踏まえて、徐々に、しかし、確実に臨床研修の改善を実施に移すためには、医学界、医療界等の関係者を中心とする第三者機関が設けられて、そこにおいてこれらの臨床研修の業務が執行されることが強く望まれる。

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、「研修プログラム」重視を基本とした臨床研修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、2年後の平成6年度を目途として、新しい研修プログラムによる臨床研修を開始することが適当であると考え。新しい研修プログラム方式への円滑な移行のためには、平成4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作試行し、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

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・外科等については到達目標の達成を資格取得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。また、その他の領域の専門医についても到達目標の達成を専門医取得の条件の一部とするなど、卒直後臨床研修と専門医制との間の整合性を図る努力が続けられている。今後、「研修プログラム」が整備され、公表されるようになれば、各学会がそれぞれのプログラムについて、ある「研修プログラム」はその専門医のための研修として認め得るが、ある「研修プログラム」はその専門医制には適合しないなど、学会の側からの評価も行われるようになり、研修プログラムと専門医制との整合性は更に密接になるものと期待される。

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後臨床研修中間報告」（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る。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。

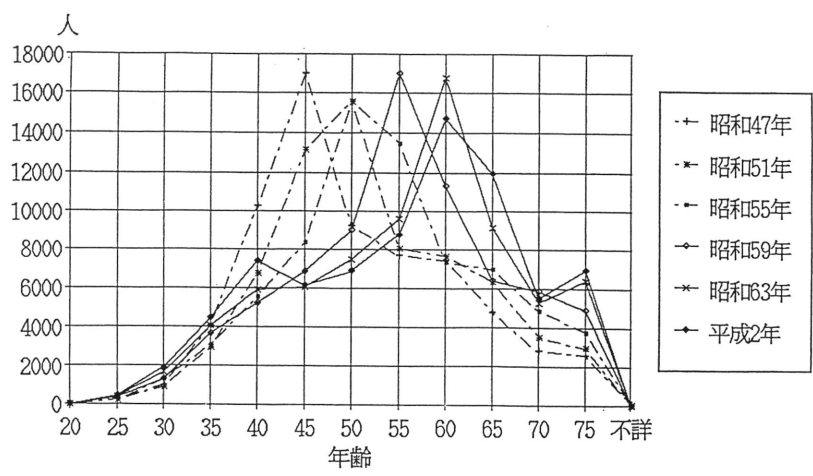


図1 診療所勤務者数（開設者含む）

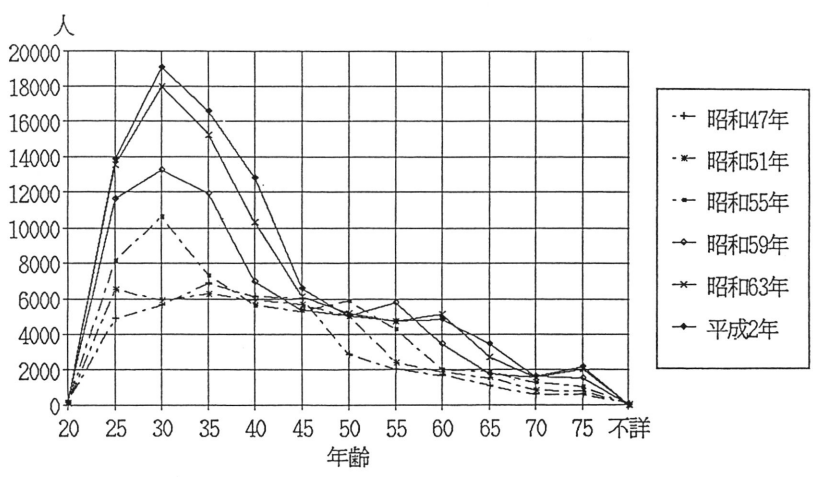


図2 病院勤務者数（開設者含む）

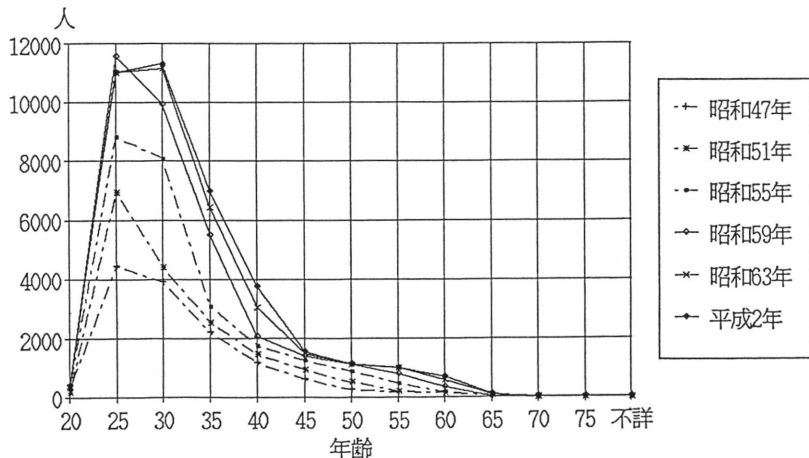


図3 医育機関付属病院勤務者数

資料 14：大学病院における卒後臨床研修のあり方について
—教育研修問題小委員会中間報告—

国立大学医学部附属病院長会議*（平4.12.11）

1. はじめに

国立大学病院の使命は、診療、教育、研究が三位一体となって有機的に行われることにより、新しい診断・治療・予防法を開発し、また、医学医療に関して有為な人材を養成することにある。そして、大学病院及び関連病院における臨床医学教育は、卒前教育、卒後臨床研修、専門教育、さらに生涯教育に至るまで一貫性をもって行われる必要がある。

近年、目覚ましい医学医療の進歩、社会の変化に伴って、医学教育や医師養成のあり方についての改善が強調されるようになってきた。特に医師の卒直後の臨床研修については、昭和62年の文部省の「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議最終報告」を初めとして、様々な、機関、団体、委員会などが提言を行ってきた。こうした提言によって、医師の卒後臨床研修の問題点や、改善の方向が明らかになりつつあるが、今後の課題はこうした議論を踏まえて、具体的な研修の改善策をできるだけ早期に実施することにあると思わ

れる。

もとより、各国立大学病院或いは各診療科では、従前から後継者養成に熱心に取り組み、卒後臨床研修のあり方についても様々な工夫を行ってきた。しかし、卒後臨床研修について、国立大学病院の果たすべき役割が、制度上明確でなく、実務体制も不備である等の理由から、それぞれの努力にも限界があったこともいえない。

一方、社会的要請の高まりもあって、ここ数年の内に、卒後臨床研修改善に関する動きが特に活発となり、厚生省にあっては、本年度から医学教育振興財団に具体的なプログラム策定業務を委託し、文部省関係では、科学研究費補助金による教育研修機能の在り方に関する調査研究班を組織し、大学病院問題懇談会の下部組織であるプロジェクトチームで「臨床研修のあり方について」鋭意検討が進められているので、今や卒後臨床研修改善の機は熟したと思われる。

なお、平成4年6月30日には文部省高等教育局医学教育課長から卒後臨床研修の充実改善について、各大学病院院長宛に通知が出されているところである。

* 教育研修問題小委員会、委員長：山室隆夫