

大学附属病院の自主性及び研修内容の多様性・選択性を確保する必要があること。また、様々な病院、施設を活用した特色ある研修プログラムの作成が望まれるが、その際には、大学附属病院は研修実施主体として、研修プログラム全体を通して指導、評価が適切に行われるよう留意する必要があること。

なお、研修プログラムの作成及び評価にあたっては、(財)医学教育振興財団が作成した「臨床研修モデルプログラム作成等検討委員会報告書」及び「臨床研修プログラム自己評価方法等検討委員会報告書」を参考にすることも期待されること。

③研修実施体制

各大学附属病院では、病院長を研修の最終責任者として、卒後研修委員会の設置、職務分掌の明確化など研修の実施体制及び責任体制を確立すること。なお、研修医の受入れ数については、研修の指導体制、特に指導医の資格と人数に基づいて定めるのが適当であること。

④研修終了の評価

各大学附属病院においては、研修医に対する評価方法・体制を確立しつつ、最終評価は病院長が行うこと。

なお、卒後臨床研修の制度の問題として様々な議論がなされているが、全国的な基本的枠組みとして、特

に以下の点について指摘しておきたい。

(ア) 研修到達目標

医療を取り巻く環境の変化等に対応して、絶えず研修到達目標の見直しを図ることが必要であること。

(イ) 研修医の位置付け

研修医は医師免許を取得した一人前の医師であり、臨床研修の効果を上げるためには医師としての責任ある医療行為を行う必要があることから、研修医の医療行為の制限及び保険医資格の制限を行うのは不適當であること。

(ウ) 大学附属病院の位置付け

大学附属病院は臨床医学の教育研究機関として、豊富な教育資源を有している医療機関であることから、これまでのとおり当然に臨床研修施設になるものであり、新たな規制等を設けることは不適當であること。

(6) 財政措置

国は、卒後臨床研修が効果的に実施できるよう、研修医手当、指導医手当、研修計画の作成費用、研修施設・設備の整備等必要な財源を確保する必要がある。

なお、財源措置の執行においては、本まとめて提案している大学関係者等による独立した組織の自主性を尊重し、当該措置が、いやしくも行政による規制強化となることのないよう強調しておきたい。

資料2：医療関係者審議会臨床研修部会意見書中間まとめ

厚生省* (平6.12.27)

1. はじめに

臨床研修制度は、昭和43年の「医師法」改正によって創設され、以来四半世紀が過ぎ去った。この改正前には水準の高い医師を養成するという観点から米国等の例にならい医学部卒業後さらに1年以上の実地修練(インターン)を経ることが医師国家試験受験資格の要件とされていた。

しかしながら、実地修練生の身分が明確でなくその処遇が不十分であったことに加え、実地修練病院の研修指導体制が不備であったことを主な理由として実地修練制度を廃止して、卒前教育と免許取得後の臨床研

修の充実を図るべきであるという意見が、大勢を占めるようになり、このような状況から前述のとおり「医師法」が改正された。

臨床研修制度は、実地修練制度の廃止後において医師の資質の向上を目的として制度化されたものであるが、実地修練と異なり、義務ではなく、医師の自発的努力を期待する制度として位置付けられた。

その後、臨床研修については、本部会の前身である医師研修審議会から、プライマリ・ケアの基本的知識及び技能を習得できる研修の必要性及び方策が示され、さらに平成元年には、本部会として全ての研修医が達成すべき卒後臨床研修目標を設定した。次いで平成4年6月に本部会意見として、臨床研修制度の改善を図るため卒後臨床研修目標を達成できる「研修プロ

* 医療関係者審議会臨床研修部会、部会長：保崎秀夫

グラム」による臨床研修への移行及び研修施設群の導入を提言した。厚生省は、この意見に基づき、本年度から「研修プログラム」による研修を推進しているところである。

また、臨床研修制度を努力規定から義務化することについての報告、要望が、日本学術会議地域医学研究連絡委員会（平成6年2月）及び臨床研修研究会（平成6年5月、臨床研修指定病院の長等の研究会）から出された。

本部会は、臨床研修制度の創設、改善の経緯やその意義、さらには日本学術会議地域医学研究連絡委員会の報告、臨床研修研究会の要望、大学病院問題懇談会の報告書（「臨床研修のあり方について」平成5年2月）等を踏まえつつ、21世紀の高齢社会に対応した臨床研修制度改善の基本的な考え方及びこれに伴う課題等を中間的にとりまとめた。

2. 臨床研修の現状

臨床研修の実施状況については、医師免許取得者のうち82%程度の者が臨床研修を行い、その80%程度の者が大学附属病院で、残りの20%程度の者が臨床研修指定病院で研修を行っている。近年この率に大きな変動はなく推移してきている。

研修率が82%程度となっているのは、大学院進学者、臨床研修指定病院以外の専門病院等で研修を行う者及び基礎医学・社会医学系へ進む者が算定されていないことによる。

研修プログラムの作成状況についてみると、平成6年4月末現在で、全ての臨床研修指定病院（268病院）がプログラムを作成しており、一方大学附属病院においても臨床研修に関し、改革・改善等の努力がなされているところであるが、136病院のうち65病院（診療科の一部について作成したものも含む。）がプログラムを作成したにとどまっている。

研修プログラムや臨床研修費補助金の交付実績からみると研修方式については、内科系又は外科系の両者の診療科について各々1以上の科の研修を実施するローテイト方式による研修が普及しつつあるが未だ十分ではない。また、大学附属病院の研修プログラムの一部は必ずしも卒後臨床研修目標の達成を念頭においたものではないと考えられる。

3. 臨床研修制度の意義及び課題

（1）臨床研修の制度的位置付け

医師法上、医師国家試験に合格し医師免許を取得し

た者は、直ちに単独で全ての医行為を行える医師として扱われるが、この考え方は、医師として日常遭遇する疾患についての診療に必要な知識と技能の多くは、卒前の臨床教育（技能については特に臨床実習）で習得するので、その成果を医師国家試験で判定し、これに合格して免許を取得すれば診療に従事する医師として必要な知識・技能を有することになるというものである。

このような中で、臨床研修は前述のとおり、免許取得後の医師の自発的努力によって行われるものとして、医師法に位置付けられており、その目的は、教育・研修に関する高い機能を有する病院において、適切な指導責任者の下に、卒前の臨床教育で得た幅広い知識及び技能を基礎に、診療に関する知識及び技能を実地に錬磨するとともに、医師としての資質の向上を図るというものである。

（2）臨床研修の制度的課題

近年の医学・医療の進歩に伴い医学生が学ぶべき事項は増加し、その内容も高度化、多様化してきている。このため、医学生が習得すべき基本的な知識及び技能も増大してきた。

一方、卒前の臨床実習は臨床教育の中でも重要な位置付けがなされており、今後ともその充実を図っていくことが望まれるが、平成3年5月の臨床実習検討委員会（厚生省健康政策局長の私的諮問委員会）の最終報告において、臨床実習で医学生に許容される医行為は、一定の条件下で侵襲性のそれほど高くないものに限り、その意義は単に技術の修得を目的とするものではなく、医師としての自覚を養うことが重要であるとされている。他方、医療技術の進歩には日々めざましいものがある今日、医師が診療行為を行うに当たっては、一層広範な知識及び技能が必要とされており、このためには一定期間の臨床研修を行うことが不可欠といえる状況になってきている。

このように医学・医療の進歩等とともに現在の卒前の臨床教育では、臨床医として日常遭遇する疾患に対する必要な知識及び技能を修得するのに必ずしも十分ではなくなってきており、現実には、医師として必要な臨床面での知識及び技能の多くは臨床研修によって修得されている。すなわち現在の臨床研修制度は、医師として医学、医療の進歩を日常の診療に反映させ得る基本的診療能力を修得させる役割を担っているといえる。

なお、臨床研修制度については、従来から研修医の処遇改善、研修指導体制の充実及び研修内容の充実、

改善等をいかに図るかが大きな課題となっている。

研修内容の充実、改善については、本年度から研修プログラムによる研修が開始されたところであるが、今後、大学附属病院における研修プログラムの作成やそれに基づく卒後臨床研修目標の達成を積極的に推進することが必要である。さらに研修内容を充実、改善するためにも、研修医の処遇改善、研修指導体制の充実を図る必要があると考える。

4. 諸外国の状況

欧米諸国においては、医学部の修業年限やその期間における臨床教育の内容のみならず医療制度そのものが我が国と異なることが多いものの、卒後研修は十分に体系化されており、卒直後には、医師としての基本的研修を行うことを義務づけている。

例えば米国では、他の学部を卒業後、4年間の修学期間を有する医学部に入学し、ここにおいて充実した臨床教育を受け、卒後のレジデンシプログラムの中で1年間幅広い研修を行うこととされており、その研修を修了後、臨床能力を評価する医師試験に合格してナショナルボードの証明書が与えられる。それによって概ねどの州でも免許登録ができる。

また、英国では、5年間の医学部卒業後、1年間のローテート型インターンを行いジェネラル・メディカル・カウンシルの修了証を得ると、医師としての本登録ができる。インターンの間は暫定登録されるが、独立して医業を行うことはできない。

なお、医学生が医行為を行うことについての法的関係は、米国では州法に規定しており、英国においては行政指導により対応している。

5. 臨床研修制度の抜本的改善の基本的な考え方

前にも述べたような免許取得後の実際の医師の診療能力を考慮すると、臨床研修はあくまで医師の自発的努力によって行われるものという現行の臨床研修制度は、適切な医療の確保という観点からみると必ずしも十分なものではなくってきている。また、卒直後から専門分野のみの狭い領域の研修を行うことは、その分野の知識及び技能しか持たない医師を養成することにもなると考えられる。

21世紀の高齢社会の到来を控え、全ての医師が全人的な診療能力を修得できる研修を終了し、その後、患者とより良い信頼関係を築ける十分な診療能力を有する医師として診療に従事することが望まれる。

このため、医師が診療に従事するに際し充実した研修体制を構築し、国民からより一層の信頼を受けられる医師を養成することが必要と考えられる。これらを踏まえて、本部会は診療に従事しようとする全ての医師に関して、幅広い基本的な診療能力を身につけることが出来るように、基本的には臨床研修を必修とするとともに、その内容等の改善を図ることが望ましいと考える。

ただし、このためには別紙のとおり調査審議しなければならぬ課題が数多くあり、これらの課題を検討しつつ、必修とすることは是非及び必修とする場合のその具体的な方法について、引き続き慎重に調査審議する必要があると考える。

特に、必修とする場合の方法については、制度上の措置とするのか、又は事実上それが担保されるような措置を講ずることとするのかを検討するとともに、制度上の措置とする場合には、臨床研修を修了していない者は、臨床研修病院等において、かつ、指導医の指導監督の下において以外では、診療に従事しないこととするなど、必修を法的に確保する制度のあり方について十分検討する必要がある。

研修内容、研修施設等については、一定の研修目標を達成できるよう、①研修プログラムの在り方、②現在、ストレート方式、ローテート方式及び総合診療方式に区分されている研修方式の在り方、③病床数、指導医数等に応じた研修医の受入れ条件、④臨床研修指定病院や大学附属病院の取扱い等について、十分に検討すべきである。

研修指導体制については、臨床研修病院を法的に位置付け指導医の定員化を図り、その費用についても公的助成を図るとともに、指導医に対する研修の場の拡充や、指導医の資格認定制度等も検討すべきである。

研修修了の認定方法については、必修化の趣旨、その方法等を踏まえて十分に検討すべきである。

研修医の処遇改善等については、必要な財源確保ができるよう幅広い観点に立って検討すべきである。なお、現状では、研修医が臨床研修中の病院以外の医療機関において、非常勤等で従事しているケースが見受けられ、このことが研修医の生活の安定等を図るうえで補完的な役割を果たしているという実態がある。また、そこで提供される医療の質やそれに対する経済的評価という点等で、こうした実態が適切であるかどうかとの指摘もある。臨床研修を必修とすることになれば、こうした実態面に大きな影響を与えることとなるが、こうした点についてどのように対応するのか、ま

た、この場合に、保険診療との関係をどのように考えるのかという点についても検討が必要である。

なお、卒前の臨床実習と卒後の臨床研修の連携は重要であり、臨床研修を必修とすることになれば、例えば、卒前の臨床実習においては、基本的な知識・技能及び態度を中心に学習させ、卒後の臨床研修においては、幅広い臨床経験を重ねることにより医学・医療の今日的な進歩を踏まえた日常の診療を可能とするような知識・技能及び態度を修得させるなど、というように両者の関係をより整合性を持って整理することが可能になるものと考えられる。

6. 今後の進め方

本部会としては、臨床研修制度の抜本的改善策について更に慎重に調査審議しなければならない多くの課題があり、これらについて引き続き調査審議していくこととするが、臨床研修制度の抜本的改善の基本的な考え方に対する意見を広く求める必要があることから、ここに中間まとめとして意見具申するものである。今後、関係各位の意見も踏まえ、本部会として出来るだけ早い時期に最終結論を意見具申したいと考える。

資料3：臨床研修制度改善に関する現時点での考え方

—今後の検討に向けて—

厚生省*（平7.11.20）

1. はじめに

医師の卒後臨床研修については、昭和43年の医師法改正でいわゆるインターン制が廃止されて現在の努力規定の形となって以来、「卒後臨床研修目標」の設定、「研修プログラム方式」の導入等内容の改善と充実が図られてきた。

医療関係者審議会臨床研修部会は、医療を取り巻く近年の環境の変化を踏まえ、平成6年6月より卒後臨床研修制度の抜本的改善について検討を行い、同年12月、「診療に従事しようとする全ての医師に関して、幅広い基本的な診療能力を身につけることができるように、基本的には臨床研修を必修化するとともに、その内容等の改善を図ることが望ましい」とする意見を中間的に取りまとめた上で、「このためには、調査審議しなければならない課題が数多くあり、これらの課題を検討しつつ、必修とすることの是非及び必修とする場合の具体的方法について、引き続き慎重に調査審議する必要がある」として、大きくは8つの項目からなる検討事項を明示した。

本小委員会は、臨床研修部会が示した事項について検討を深めるために同部会の下に設置され、平成7年

5月から9回にわたり開催された。また、検討の参考に資するため、2回にわたって大学関係者からの意見聴取も行った。

制度改正は、大学や臨床研修指定病院等多くの関係者の理解と協力がなければ、実現することは困難である。本小委員会が行った大学関係者からの意見聴取等においても、関係者に対する十分な情報公開と議論を行うべきとの強い要望が寄せられたところであり、現段階での小委員会の検討の経過を公表することが今後の検討に有用であると考え、今般、以下のとおり公表する。

今後、引き続き大学や臨床研修指定病院等関係各位との意見交換を十分にを行い、それを踏まえて小委員会としての報告を取りまとめる予定である。

2. 基本的な考え方

(1) 期待される医師像と卒後臨床研修の意義

医師は、卒前教育、卒後臨床研修、さらにその後の臨床経験を通じ、生涯にわたって研鑽が求められる職業である。卒後臨床研修目標（平成元年6月医療関係者審議会臨床研修部会意見具申）においては、以下のとおり「期待される医師像」が示されている。

生涯教育を受ける習慣・態度
科学的妥当性、探求能力
高い倫理観と豊かな人間性

* 医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修検討小委員会、委員長：大塚敏文