

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、必修とすることは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行之、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

社会発展に貢献する使命感と責任感

自己の能力の限界を自覚し他の専門職と連携する能力

チーム医療のコーディネーターとしての機能

後輩の医師に対し指導できる能力

地域の指導的役割を果たす能力

これらについての基礎の部分は卒前教育及び医師免許取得の時点で身につけているが、さらに高いレベルには免許取得後の臨床経験を通じて到達していくことになる。

卒後臨床研修は、こうした免許取得後に医師が自己を研鑽する基盤を確実なものとする段階と位置付けられる。

(2) 卒後臨床研修見直しの背景

卒後臨床研修を努力規定として医師法に定めた昭和43年当時と比較した場合、現在は医療を取り巻く環境に以下のような変化が生じている。こうした中で卒後臨床研修の重要性が高まっており、その見直しが緊急の課題となっている。

① 人口の高齢化、慢性疾患の増加、在宅医療の進展等の結果、国民一人一人が医療と接する場面、時間が増加し、医療が日常生活の中に入ってきている。医師は、単に専門分野の疾患を治療するのみでなく、医師として患者、家族の抱える様々の身体的、心理的、社会的問題も的確に認識・判断し、問題解決を図ることができるような能力、いわゆる患者を全人的に診る能力を身に付けることがますます重要になってきている。また、チーム医療の推進、家族や福祉サービス関係者等患者本人以外との関わりの拡大によって、医師のコミュニケーション能力の向上も求められている。

② 今日、医学・医療の進歩には日々めざましいものがある。医師が診療行為を行うに当たって、一層広範かつ専門的な知識及び技能が必要とされるに至っている。また、このことが臨床医の専門分野を細分化させ、若い医師が早急に専門的な技術を身に付けようとする傾向を強めており、結果として専門でない分野における臨床経験が不十分なままとなる懸念も生じている。さらに、臨床研修を修了していない医師が指導体制の十分でない場で診療を行うことが、医師の質の面で適切であるかとの指摘もある。

(3) 卒後臨床研修必修化の必要性

昭和43年のインターン制廃止以来、現行の努力規定(医師法第16条の2「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、臨床研修を行うよう努めるものとする」)の下で、「ローテート方式、総合診療方式普及の推進」、「卒後臨床研修目標の設定」(前述)、「研修プログラム方式の導入」(平成4年6月医療関係者審議会臨床研修部会意見書)等、卒後臨床研修の質の充実のために様々な取り組みが行われてきた。しかしながら、今なお研修プログラムの作成が不十分、到達目標達成のために十分な研修機能を備えていない等のケースも見受けられる。また、研修が必ずしも組織的に行われていないこと、研修先により研修医の処遇に格差があり、身分も安定していないことといった問題もある。

一方、前述のように医師が生涯の臨床経験を通じて求められる内容が奥行と幅を増している中で、医師が早くから専門に流れる傾向を強めている。もとより、医師が長い臨床経験の中で各専門分野を追求し求めていくことは、医療全体の高度化に大きく資するところであるが、こうした進んだ段階は医師としての臨床能力に確実な基盤があってこそ可能である。

このため、組織的、制度的に内容の充実した卒後臨床研修を通じて医師としての基盤を作らなければ、時代が要請する望ましい医師になるための経験を重ねて行けないばかりでなく、必要とされる基本的知識・技能を欠く医師ともなりかねないという、国民の健康に対する将来の重大な問題ともなる。

臨床研修制度全般について必修化を含めた制度全般の抜本的改善を図ることは、

- ①研修医にとっては自らの資質を向上させ、
- ②医療機関にとっては優秀なスタッフを確保し、
- ③国民全体にとっては質の高い保健医療サービスを受ける、

ことを制度的に担保するとの意義を有する。

そのためには、臨床研修を必修とし、プログラムを含む現行の指定基準、研修の評価・認定のあり方等制度全般について検討されなければならない。

3. 卒後臨床研修の質の充実

(1) 研修の内容等

ア. 研修の到達目標

研修の到達目標については、平成元年に「卒後臨床研修目標」が定められ、その中で「一般目標」及び習得すべき診察法、検査法等を含む「具体的目標」が示された。今後も基本的にはこれに沿うべきと考えるが、人口の高齢化、慢性疾患の増加等医療を取り巻く環境

の変化に合わせて適宜その内容を見直す必要がある。

イ. 研修プログラムの位置付け等

a) 現 状

研修プログラムは、現在厚生省の指定する臨床研修病院には作成が義務づけられており、「卒後臨床研修目標」達成に向けての、研修目標、全体及び各診療科ごとの研修カリキュラム、指導医及び指導体制、個々の研修医に係る研修の記録及びその評価の方法等を定めることとされている（表1）。

一方、今後の臨床研修制度の改善における研修プログラムの位置付けに関しては、すでに平成4年の臨床研修部会臨床研修機能小委員会最終報告において述べられているが、本小委員会としても議論に先立ち次のような点について再確認をした。

- ① 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こと。
 - ② 研修プログラムの作成に当たっては、従来の研修科目数、期間を中心としたストレート、ローテート、総合診療方式の3分類にとらわれず、研修内容の多様性を認める必要があること。
 - ③ 施設の規模により、様々なプログラムが考えられているが、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プログラムとすべきであること。
 - ④ 研修プログラムに関する情報を一般に公開することとし、各受け入れ施設が研修医の研修先の幅広い選択に資するような情報を提供すること。これにより研修医の流動化を促し、臨床研修の多様化を図ること。
- さらにその方策の一つとして、
- ⑤ 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修了させるという考え方のみではなく、両者の長所を取り入れ、さら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と。

具体的な対応の一つとして、「病院群」や「研修施設群」による研修が行われている。前者は、相互に機能的連携がある複数の臨床研修を行う病院を「病院群」として指定し、多様な経験を積ませるものであり、後者はさらに専門病院、中小病院、診療所、老人保健施設、社会福祉施設等を「研修施設群」として位置付け、こうした施設における多様な研修を推進しているものである。

表1 財団法人医学教育振興財団平成5年「臨床研修モデルプログラム作成等検討委員会報告書」に基づく現行の研修プログラムの内容の例

-
- (1) プログラムの名称
 - (2) プログラムの目的と特徴
 - (3) プログラム指導者と参加施設の概要
 - ① プログラム指導者
 - ② 基幹施設
 - ③ プログラム参加施設とその概要
 - ④ 指導医リスト
 - (4) プログラムの管理運営体制
 - (5) 定員、収容定員
 - (6) 研修カリキュラム
 - ① 期間割と研修医配置予定
 - ② 研修内容と到達目標
 - ③ 研修医の勤務時間
 - ④ 教育に関する行事
 - ⑤ 指導体制
 - (7) 研修医の評価方法
 - (8) 研修カリキュラム修了の認定
 - (9) 研修カリキュラム修了後のコース
 - (10) 研修医の処遇
-

b) 今後の方向

今後の検討に当たっても、基本的にはこれらの提言や方針に沿いながら、できる限り病院の自主性を尊重し、時代に即した新たな研修プログラムの基準を示していく必要がある。

また、先の平成4年の報告にも関わらず、現在作成されている研修プログラムの中には、各科の研修カリキュラムをまとめたに過ぎないものもあるが、研修病院・施設群単位で2年間を通じての統一的な研修プログラムが作成されるべきである。

その際、研修プログラムの作成及び研修医の評価を行うため、研修病院・施設群全体の責任を負う研修責任者及び研修委員会を置くこと、さらに研修プログラムを公表すること、研修医の公募を行うこと等が必要である。

また、研修プログラムの評価については、先の平成4年の報告において、医学・医療関係者により客観的に行われることが必要との観点から、これらの関係者を中心とする第三者機関によって行われることが望ましい、との提言がなされているが、本小委員会においても引き続き検討する。

なお、研修修了に係る評価が、後述のように研修責任者たる病院長の責任で行われることになるため、病院長が研修プログラムの管理から研修修了まで一貫し

表2 財団法人医学教育振興財団平成6年「臨床研修プログラム自己評価方法等検討委員会報告書」に基づく研修プログラムの評価基準の例

(1) 管理運営体制
①研修病院・施設群相互の研修プログラムに関する連絡
②研修委員会が十分機能
③研修医の勤務規程，顕彰・処罰規定
④研修プログラムに対する自己点検・自己評価体制
⑤研修医の適正な定員
⑥研修医の適正な採用方法
(2) 研修指導体制
①研修責任者の決定
②研修病院・施設群ごとの研修指導の責任者
③指導医の数と各指導医の資格の記載
④研修の指導を行うのに十分な指導医の数と資格
(3) 研修カリキュラム
①研修医の2年間の期間割・配置予定の明確化及び周知
②研修カリキュラムを修了することによる厚生省の到達目標達成
③救命救急部での研修
④総合外来での研修
⑤研修行事（カンファレンス，抄読会，CPC等）の開催頻度と研修医の発表・報告回数，その教育効果
(4) 研修医の処遇
①研修医の給与
②健康保険
③医療事故への対応
(5) 研修医の評価等
①研修医による研修に関する自己評価
②指導医による研修医の評価及び評価方法
③これらの評価結果の研修全体の責任者の把握
④受け持った入院患者，特殊患者，手術患者の記録の研修責任者への提出
⑤研修カリキュラム・指導医に対する研修医からの評価（意見聴取）

てその任に当たることが望ましい。

ウ．研修カリキュラムの在り方

研修の方式については，基本的に内科・外科を中心とした総合診療方式が望ましいが，先の平成4年の報告にもあるとおり，到達目標が達成されることが必要なものであり，研修を行う各診療科の組み合わせについては病院の責任と自主性に委ねるべきである。

しかしながら，前述のような医療を巡る状況の変化の中で初期診療の重要性が増していることから，外来や救急の実習の機会の確保についても研修カリキュラムの中に明確に位置付けるべきである。

エ．研修の期間

研修を行う際には，各診療科ごとに適切な期間が確保される必要がある。そのため，全体の研修期間は2年とするが，研修を行う各診療科の期間についてはできる限り病院の責任と自主性に委ねるべきである。

オ．研修修了の認定方法

研修修了の認定方法については，以下のとおりとすべきである。

- ① 各研修医ごとに研修医手帳を作成し，研修医による自己評価と指導医による客観的評価を行う。
- ② 研修医から提出された研修医手帳並びに指導医の評価に基づき，研修責任者たる病院長が研修委員会による評価を踏まえて総合的に評価し，研修修了を証明する。
- ③ 厚生大臣はこの証明に基づき，研修修了の旨を医籍に記載する。

なお，研修修了の評価の基準，仕組み等（表2）については，第三者機関の役割も含めて別途検討すべきである。

カ．施設・人員等に関する基準

臨床研修を行う場について，研修医の指導を行うに相応しい施設・人員等の基準が必要なことはいうまでもないが，研修に相応しい病院は積極的に活用できるよう，現行の病床数，診療科目数等の基準（表3）については見直すべきである。

また，研修医の受入れ人数についても研修に必要な症例の種類や数の確保，指導医の数や質の確保の状況等研修内容に直接関わるような要素を重視すべきである。

なお，剖検については，病院ごとの一律の総数・率よりも個々の研修医が実際に経験すべき剖検例数を重視すべきである。

キ．研修病院・施設群の組合せ

今回の検討の前提の一つは，現在の臨床研修制度を大学附属病院及びその他の病院を含めた一体の制度として位置付け直すことである。

一方，前述のとおり，相互に機能的連携がある複数の臨床研修を行う病院が「病院群」として指定され，さらに平成6年度からは専門病院，中小病院，診療所，老人保健施設，社会福祉施設等について「研修施設群」

として位置付けられ、多様な研修を行うことが可能となっている。

こうした経緯を踏まえ、今後は臨床研修を行う病院群・施設群による研修が一層推進されるよう施設・人員等の基準の弾力的な運用に努めるべきである。

ただし、大学附属病院については、これまでの経緯や大学附属病院の機能に鑑み、新たに指定の対象とすることなく、病院の責任と自主性を尊重すべきとの意見もあった。

なお、社会福祉施設等における研修については、真に実効性のあるものとなるよう、指導体制も含めその実施の方法等について今後検討していく必要がある。

(2) 指導医の要件等

指導医は、研修医を指導し、研修医手帳に基づき個々の研修医の到達目標の達成度を評価する役割を持っている。

指導医の要件については、経験年数(10年以上の臨床経験等)、学会認定医であることといった現在の要件で当面差し支えないと考えられる。

また、厚生省が実施している臨床研修指導医養成講習会等への積極的な参加が望ましい。

一方、指導に要する経費については、指導医の処遇という面も考慮しつつ、今後検討する必要がある。

(3) 研修医の処遇

現在、研修医の処遇には研修先によって大きな格差があり、また、ほとんどの研修医が臨床研修とは別にいわゆるアルバイトとしての診療を行い、これによって実質的に生活費が賄われているという実態がある。

例えば、平成6年度厚生科学研究費補助金特別研究事業「臨床研修の充実等に伴う諸制度の整備に関する研究」(杉本班)によれば、研修医1人当たりの月平均総収入約35万円のうち、アルバイト収入は約15万円となっている。

従って、研修医が研修に専念できるような生活保障のあり方について、他の制度の例等も参考にしながら検討すべきである。

4. 卒後臨床研修の必修化

卒後臨床研修を必修化する場合の具体的方法については、医師法上制度的に位置付ける方向で引き続き議論していく。その場合現時点での本小委員会の考え方を示せば、以下のとおりである。

- ① 研修医は臨床研修を修了するまでは、臨床研修病院・施設群内で指導医の指導下でのみ医業が行えることとする。

表3 現行の施設・人員等の基準

項 目	現 行
一般病床数	≥ 300
年間入院患者数	≥ 3000
独立診療科	11科*
医師数	常勤医師数が医療法上定員充足**
各診療科の医師	各診療科に相当数の常勤医師* (内5, 外4, 産婦3, 他2) (専任又は非常勤病理医)
指導医	各診療科に指導医*
剖検	剖検例数≥20, 剖検率≥30% (対病床数≥10%)
救急研修	救急研修可能*
図書、病歴管理、研究研修活動	図書(≥200万円)、病歴管理、研究研修活動
臨床検査等機能	臨床検査等機能相当以上*
大学病院	大学病院は従病院としない
その他	

注) 無印 病院群において主病院の満たすべき基準

* 病院群において従病院により補うことのできる基準

** 病院群において主・従とも満たすべき基準

() 基準の運用として定められている事項

- ② 臨床研修中の医行為の内容・種類について制限はせず、処方せんの交付義務、診療録の記載・保有義務といった医師法上の責務等についても通常の取扱いとするべきである。
- ③ 臨床研修の時期については、必ずしも卒業直後に限定はしないが、卒後の進路の如何に関わらず、臨床研修以外の形で医業を行おうとする場合には、その前に臨床研修を修了しておくべきである。
- ④ 従って、臨床系大学院進学者は進学前に臨床研修を受けることが原則であると考えられる。また、病理学、法医学等を臨床系に位置付けるかどうかといった問題については、今後学会の意見等も聴きながら議論していく。
- ⑤ 外国の病院で行った臨床研修の取扱いについては、厚生大臣の認定により研修修了扱いとする。

なお、健康保険制度上の研修医の位置付けについては、別途検討されるべきである。

また、今回の制度の見直しに際しては、基礎医学系へ進む者への配慮も必要との意見があった。

5. 制度改正の実施に関する事項等

ここに示した考え方は、現段階における小委員会の検討状況を示したものであり、今後大学附属病院や臨床研修指定病院等関係者との意見交換を十分に行う必要がある。

その上で、質の高い医療が提供できるような医師の養成を確実なものとするための、研修指導体制や研修

医の処遇等今後の卒後臨床研修のあり方について、より具体的に検討する必要がある。

この検討を踏まえ、その実現に必要な経費が手当てされることが、制度改正の前提であることは言うまでもない。なお、このような大きな制度改正は、適用時期について、制度の公布から一定の猶予期間を置くことが不可欠である。

資料4：医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修検討小委員会中間意見書

一卒後臨床研修の今後の改善に向けて一

厚生省*（平8.7.31）

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付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。

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、同部会の下に本小委員会が設置され、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。

本小委員会は、その成果を平成7年11月に「現時点での考え方」として公表したが、これを受けて、厚生省により、数回にわたり大学関係者等からの意見聴取が行われた。

こうした意見聴取の内容も含め、各方面から寄せられた意見を総合すれば、本小委員会が「現時点での考え方」で示した、必修化を含めた臨床研修の抜本的な改善の方向については、関係者の間でかなり理解が深まったものと考えられる。

本小委員会としては、これらの意見を踏まえて、さらに2回の検討を行った上で「現時点での考え方」に若干の修正を加え、ここに中間的な意見として報告するものである。

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

社会発展に貢献する使命感と責任感

自己の能力の限界を自覚し他の専門職と連携する能力

チーム医療のコーディネーターとしての機能

* 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