

## 臨床研修制度の見直し案について

医師臨床研修制度については、平成16年度からの必修化以来の矛盾が指摘されるようになり、抜本的な見直しが検討されております。しかし、その検討の内容には、臨床研修のより現場に近いところで、研修医と日夜、苦闘している研修センターの担当者の声が反映できていないのではないかという危惧があります。

国立大学病院長会議では、臨床研修センターの代表者が集まる臨床研修協議会や、その運営を担当する臨床研修委員会において議論を行ってまいりました。

今回、さまざまなご意見が、国立大学病院病院長からも含めて寄せられましたので、ご参考までに資料として提出いたします。(素案の項目ごとに寄せられた意見の一部を記載)

平成20年11月17日

京都大学医学部附属医学教育推進センター・教授

平 出 敦

## 1. 研修のあり方、基本理念について

すでに、平成19年2月の提言においては、「臨床研修の基本理念を定着させるためには、単に定められた診療科をローテーションするだけではなく、真の意味で研修医自身の将来や進路とリンクした形で研修が行なわれることが必要である。そのためには、現在の一律の設定を、研修医に対して強いるだけではなく、特徴のある研修プログラムの選択が研修医に許されることも重要である。」として、現行の研修のあり方の見直しを提言した。現行のローテーションシステムでは、自分自身のキャリア形成に現在ローテイトしている診療科での研修がどのように役だつのか研修医に見えにくいのである。

臨床研修においては、単なる医業の実務家を養成するのではなく、いわゆるプロフェッショナル（publicに責任を有する高度な職業人）を養成していく必要がある。このためには、プロフェッショナルとしての専門家のモデルが研修医に見え、実感できるシステムを構築していく必要がある。まず、研修の基本理念に、こうしたプロフェッショナル養成の理念をこめ、以下のような形で柔軟な制度にすべきである。

## 2. 新しいローテーションシステムについて

## 1) キャリアが見えるローテーション

プロフェッショナル養成のために研修医自身にキャリアが見えるローテーションを実現するためには、1年目に、希望する診療科において研修をすることが望ましい。これにより、自分の将来像を描きながら研修医がローテイトできるとともに、診療科も良好なメンターシップを発揮できる。すでに小児科重点プログラム、産婦人科重点プログラムを実施している大学では、研修医がこれらの診療科とコミュニケーションして、研修医がこれらの診療科のプロフェッショナルたちの文化に触れ、その中で育成されるという点が現場で認識されている。こうした体制は研修医自身にキャリアが見えやすく、単なる実務家ではなくプロフェッショナル養成をめざすローテーションに結びついていると考えられる。

## (国立大学附属病院から寄せられた意見)

・1年目に希望する診療科において1年間研修することを提言する。これによって、医師としての自覚や考え方、患者さんに対する接遇がより効果的に研修できると思う。(A大学)

・1年目に希望する診療科において研修することは、良い方法と考えますが、研修医の多くは、まだ、進むべき道を決めていないか、決めかねている場合が殆どです。

従って、どれくらい効果的かは疑問です。また、決めていた診療科を変更する場合でも、柔軟な束縛のない配慮が必要でしょう。(B大学)

## 2) 研修の実質を高めるローテーション

ローテーション期間は、原則として3ヶ月間を単位とすべきである。たとえば、1か月の産婦人科研修では、単に見学研修に陥っているという指摘がある。到達目標として経験したことを重視して、短期間のローテーションを強いると、スタンプラリーのような研修になりがちである。プロフェッショナルをめざす研修を実現するためには、研修医が病棟でより実質的な役割を果たせるようになる期間が必要である。このためには、原則3か月間を単位とするローテーションが望ましい

### (国立大学附属病院から寄せられた意見)

・研修プログラムに関しては、基本研修科目と地域医療のみで必修科目は必要ないと思います。保健所も不要です。必修科目のなかでは強いてあげるなら小児科と地域医療(保健所はなし)のみでよいです。この訴訟社会の中で、数ヶ月の産婦人科研修をしたからといって、誰も将来僻地において出産に立ち会おうとは思いません。また、将来の進路に沿った細分化されたプログラムにして選択できるようにしたほうがよいと思います。米国の研修システムまで細分化される必要はありませんが、内科プログラム、外科プログラム、小児科プログラム、産婦人科プログラム程度はあってもよいのではないのでしょうか。やはりモチベーションの上がらない診療科での研修は研修医にとっても指導医にとってもメリットよりデメリットが大きいと思います。

(以下略)

(C大学)

・必修科の1ヶ月のローテーションは有効性が低いと思います。選択科は最低1ヶ月の任意の期間でも良いかと思いますが、必修科を必修とする以上は提言素案の通り2-3ヶ月は必要と考えます。(D大学)

## 3) 地域医療を推進するローテーション

研修医が地域医療を担う心と技能を、実践的な医療として一定の期間、研修することは現在の医療の状況を考慮すると極めて重要である。地域の基幹的な施設として診療を行っている医療施設は、およそ200~400床規模の研修病院であり、もともと募集数も限られていることから、内定する研修医数の変動が大きく、指導体制も不安定となり将来を担う人材確保の点でも問題である。これらの規模の医療機関では、研修医の募集を独自に行うのではなく、むしろ大病院や規模の大きな医療機関から2年目の特定の期間、安定的に研修医の供給を受ける形態が望ましい。これにより我が国全体としての研修医の募集定員は削減され、規模により階層化された研修施設となる。研修医にとっては、大病院での研修だけでなく、研修2年目の一定の時期に、地域医療を担う医療機関で、より実践的な医療を研修することは重要であり、自分のキャリアを見据えながらも、よりジェネラルな診療を経験することができる。

### (国立大学附属病院から寄せられた意見)

・指導体制が不十分ながら研修指定を受けている中小病院が存在していることから主張の要旨は理解するが、大規模病院ではなくても管理型研修病院として地域医療と研修医育成を十分に担っている病院が存在することにも言及した方が良いのではないかと。(E大学)

・大まかには賛成です。しかしながら300床ほどの離島の病院で管理型の初期研修医が徐々に増え、離島医療を担っていく人材が育成されていたところですので、そういった病院を協力型に変えていっていいものか思いは複雑です。(D大学)

・初期医師臨床研修のレベルを引き上げるため、教育スタッフが充実して教育レベルの高い病床数500床以上の総合病院を基幹病院とするのがいいと考えます。それ以下の病床数の病院での研修は協力型の一環として行うことを可能にして、研修の幅を広くすることは可能です。また、これにより、基幹病院が協力型病院での研修の質の検証を行うことが可能となります。(N大学)

#### 4) 基本研修科目、必修研修科目の設定の見直し

すべての研修医に小児科、産婦人科、精神科の研修を強いるより、こうした診療科の人材養成を優先すべきである。現行のローテーションでは、研修医が自分のキャリアが見えるローテーションを実現しようとしても、基本研修科目、必修研修科目の研修が一律に義務付けられているため、この期間の研修が形骸化しているケースが多い。研修指導の負担を考慮しても、専門家をめざす研修希望者に3か月の充実した研修を求める方が、病棟運営上も円滑である。また、卒前の臨床実習との兼ね合いからも、学生が、生き生きと役割をはたす研修医とともに学ぶ方が、これらの重要な診療科をめざす学生のリクルートの面からも好ましい。

ローテーションプログラムの1例として、1年目の研修においては、3か月の希望科の研修をおこなう。そのほか、内科系、外科系それぞれ、3か月の研修をおこなう。内科系と外科系の選択については、研修医が自分の将来を考慮して将来の希望科と相談の上、選択の幅をできるだけ広く認めるべきである。麻酔・救急については、3ヶ月間を全研修医に義務付けることは適切と考える。また、2年目の研修については、研修医が将来、選択する科を中心にローテーションする。しかし、地域の医療機関においては、内科・外科を中心に、より一般診療に近い診療科の中から選択させるべきである。

#### (国立大学附属病院から寄せられた意見)

・2年間の研修の中で呼吸・循環をしっかり身につけてほしいと思います。また、消化器も必須と思います。その後は、内科、外科等、方向性によって幅広く研修し、興味のある科の選択ができることも大切と思います。(K大学)

・全人的医療の担い手の養成には精神科の他、麻酔科での疼痛管理や蘇生技術の習得、救急部での対応能力の涵養など、3ヵ月以上の期間ではなくても研修効果を挙げることができる研修はあり得ると考えますので、新臨床研修制度に関する評価のデータを、この研修制度の指導医や研修修了医からも広く収集し、評価をきちんと行った上で、この制度の良い面を残し、弊害を除去して、新プログラムを検討していただきたいと考えています。(K大学)

・新しいローテーションシステムの導入自体については大賛成です。  
ただし、その方法についてはもっと慎重に提言をだすべきだと思います。

(以下、略)

(F大学)

・細かく定められている研修プログラムの弾力化を図ることにより、研修医が将来の方向性を持って研修に取り組むことが可能となると思われます。(G大学)

・超高齢社会における在宅医療の重要性を鑑み、在宅医療、老健施設を含む診療所研修を1ヶ月組み込むべき。在宅医療、診療所は指導医が一人ないし少数であり、1年目は現実的ではない。(H大学)

・主旨は妥当であるが、内科外科を目指す研修医に小児科研修が不要とは思わない。そのつもりでないだろうが誤解を招かないようにしたい。(E大学)

・基礎研究の空洞化がさげばれているが、場合により基礎研究コースなどもありえるかもしれない。基礎コースを設定する場合、大学院コースを取った場合の終了後の臨床研修コースを別枠で設定することも考慮すべき時期にきていると考えられる。(I大学)

・現状の1ヶ月の必修科研修を廃止し、2つ程度の診療科広域選択性の導入をする。その際には3ヶ月の研修期間は妥当である。

例：日本でお産を産科医以外がアシストして、もしことが起きれば確実に訴訟対象となる。医療安全面からも問題である。飛行機の中でお産に行き会うかもしれない・・・などの極めてまれな状況は研修に課すべき問題ではない。(I大学)

・「“重要な”診療科」は全て“重要な”診療科であり、システムの差別化は全ての科に適応されても良いのではないかと思います。(中略)へき地での一般診療は外科が専門であつても医師一人で皮膚科や耳鼻科や眼科等も診るとというのが現状と思います。(D大学)

・基本研修科目や必修研修科目の変更等については、卒前教育の充実・改革が前提としてのものだと思う。(B大学)

・まずは、初期医師臨床研修期間を1年として、基本的な臨床能力の基礎固めに加えて、将来の専門医研修プログラムに継続していくようなシステムの構築が必要と考えます。このために、必修研修科、到達目標も抜本的な見直しが必要と考えます。(N大学)

### 5) 研修期間を1年間とするか2年間とするか

臨床研修の期間を全体としてどの程度の期間とすべきかについては、研修医に必要な研修の内容から論議すべきである。しかし一方では、医師の循環という視点からも考慮しなければならない。大学病院を中心となり医師を循環する機能が低下した現在、ローテーション期間をただちに1年間と定めることには、リスクがある。その理由として、半数におよぶ多くの研修医が大学病院以外の医療機関で研修しているが、これらの研修医の多くが、その研修病院になんらかの形で、1年間の研修後もとどまることが予想されるからである。大学病院や大学が紹介する病院に移って循環しにくい状態が助長される可能性もある。研修医の新たな流動化が起こって、機能不全の危機が迫っている大学病院にむしる致命的な影響を及ぼす可能性がある。

#### (国立大学附属病院から寄せられた意見)

・提言素案の2-5)の研修年数に関しまして、学部教育における臨床実習の一層の充実を前提としての研修期間を1年間に変更することは是非避けていただきたい現在の研修制度の大枠の中で、これらが実施されると、研修医の大学離れは解消されないまま、2年間の現行の研修の一部を学部教育に課されることになる危険性が大きいにある。(J大学)

・初期研修期間を2年のままで、内容的にはローテーションは1年でも良いと思います。(F大学)

・研修期間をただちに短縮することは難しいと思いますが、検討が必要であることは要望していただきたいと思います。(O大学)

・適切な指摘である。1年に短縮することが良い結果をもたらすという保証はない。(E大学)

・欧米に比し、人口比のドクター数をもっとも少ない日本では1年への短縮が妥当である。これに関連して2.の5)の1年か2年かの内容はあたかももう1年市中病院にとどまれば大学にとって危機的になる?!ととれるが、現状もこのようであり、説得力に欠ける。(I大学)

・大学における卒前教育の充実化を図ることで、卒後研修期間を2年間から1年間(基本研修科主体)に短縮してもプライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得することは十分可能である。希望する専門医研修に早期に移行する方が研修意欲の向上やより質の高い医師養成につながると考える。

研修期間の短縮は、より指導体制の整った大学病院での研修を有利とし、特に学生教育から連続した効率の高い研修を受けることのできる卒業大学病院での研修を選択する研修医の増加が期待できる。(L大学)

### 3. 募集定員の削減について

研修医の募集定員を、研修医数に見合う形で、我が国全体として削減することは必要であるが、どのように削減するか周到に考慮する必要がある。一律に削減するのではなく、研修施設における研修の実質を考慮した選択的なルール作りが求められる。従来、大学病院は、地域への医師の供給に重要な役割をはたしてきた。また、大学病院では、多くの専門医、指導医が集結しており、研修指導の能力は大きい。現状では、研修医の募集定員は、救急患者受け入れ数や分娩数など主として症例数で制限されているが、指導体制の整備された医療機関を研修病院とすべきである。また、500床以上の医療機関を管理型研修病院として、それより規模の小さな医療機関を協力病院とする方法もある。また、大学病院の定員と一般研修病院の定員を別個に定めることもひとつの方法である。

#### (国立大学附属病院から寄せられた意見)

・募集定員の削減は必要であると考えますが、医師不足地域については配慮して頂きたい。(M大学)

・大学病院はいわゆる“たすきがけ”プログラムの形で、中小都市部を中心に地域中核病院にも1年間1000名以上の研修医を派遣しているため、これを定員削減の対象にすることは地域医療の崩壊を加速することになると懸念される。(H大学)、(P大学)

・定員ギャップの大きな要因が大学病院の定数の大きさとマッチ率の低さであるという現実を考えると、研修病院だけに定員削減を押し付けるとのご都合主義は大きな反発を生み出すに違いない。そういう意味では上記の主張は穏当であろう。(E大学)

・人口当たりでの研修医数を割り出し、地域全体での上限を設定すべきである。  
これは場合により、都道府県単位より広いエリアによる上限により研修医数の規制をするなどが考えられる。(I大学)

・実績がどうであれ、地方の大学病院の定員を削減しないで頂きたい。(D大学)

#### 4. 卒前教育と国家試験について

こうした見直しにより、現行のローテーションから研修医にとって将来が見えやすいプロフェッショナル養成をめざす研修が期待されることになる。が、その前提として、卒前の充実した臨床実習が不可欠である。学生が研修医とともに、自ら進んでメディカルケアに参画して自分のキャリアに関して、見つめることができれば、提言するようなローテーションシステムは、理想的な形で展開することになる。しかし、現在の卒前の臨床実習は、必ずしも十分とはいえない。現在、大学においては、卒前の臨床実習の前に、全国共用試験を通じて実技試験を取り入れるなど、臨床実習の実質化に努力している。大学の卒前教育が国家試験の予備校教育に陥らないようにするためにも、知識のみが問われる現在の医師国家試験のありかたをもう一度、検討する必要がある。

#### (国立大学附属病院から寄せられた意見)

・医師国家試験のあり方を見直すのは賛成ですが、現在の卒前臨床実習が、医師国家試験の重圧のために不十分になっているとは思いません。それに必要な人的資源の投入と担当教員の熱意、指導力向上によって卒後臨床研修につながる充実した臨床実習が可能になると考えます。(K大学)

・やはり大学としては、卒前教育、卒後一貫教育の重要性を強調して、文部科学省と厚生労働省がぜひあゆみよるべきであることを強調すべきである。(K大学)

・本年の医学教育学会でも発表されましたが、EPOCの内容についてある大学のクリニカルクラークシップ(M5の1年間で)ではほとんどカバーできており、卒前の教育が良ければ今の初期研修は1年で充分だと思われるので、お書きになっている卒前実習はすべての大学にあてはまる普遍的な実態ではないように思われます。(F大学)

・学生が行う医行為を拡大し、国家的に保証することも大切と考えます。国家試験に関しては学生が暗記志向となり、箇条書きの教科書しか持たないようにしてしまう試験ではなく、考えることを学習させる試験であって欲しい。問題数は削減してよいのではないのでしょうか。

国家試験ではありませんが初期臨床研修の到達目標の削減も行うべきと考えます。初期臨床研修期間に最も大切なのは生涯を通じて持つべき、医学・医療に対する基本的姿勢・態度の育成と考えます。(D大学)

・全国医学部長病院長会議の提言にも盛り込まれているように、基本的な方針としては、卒前教育の充実をはかり、これにより初期医師臨床研修制度は発展的に解消し、米国などでみられるように、卒後のマッチングは専門医研修の選択を行うシステムにするのが良いと考えます。(N大学)

#### 【その他、国立大学附属病院より寄せられた意見】

・現在の臨床研修制度は、その理念、実現度など、総合的に見ればプラスに評価すべきだと思います。ただ、その実施に伴う医師の偏在などの弊害や研修プログラム上の改善すべき点が顕在化してきていることも事実です。この点は、研修医や病院のアンケート結果にも表れています。従って、この制度が発足してその十分な評価をするには未だ早すぎる5年目の現在、撤廃、廃止などの一部の強硬意見に影響されることなく、制度の改善、修正の姿勢で臨むべきだと思います。(K大学)

・研修医の待遇を一定範囲に限定することを検討いただきたい。卒後1年目から研修医の身でありながら高額給与を受け取ることは、本人のその後のキャリアにとっても不幸である。(J大学)

・研修医の給与は全国一律にする。(地域手当等は考慮してもよい。)(Q大学)

・研修医の給与に上限を設けて欲しい(R大学)

・卒後臨床研修終了後のことに何も触れられていない。大学病院としての意見を盛り込むべきである。(J大学)

・現在の研修医は1年目からFA権を持たされ、将来が見通せない中でとりあえず近い将来のこののみを考えて、初期研修先を選んでいきます。

当然、楽な仕事に就こうとする方向への流れができて、自己犠牲を払ってでも患者さんのために尽くそうという考えのある医師には育ちません。

医のプロフェッショナリズムは忘れられます。(A大学)

・市中の研修病院では、後期研修後の医師を育てるプランがありません。

卒業後の5～6年目という、専門医として最も重要な時期に更に自己を磨ける指導が行われません。

これでは、今後、専門医のレベルは下がり、新たな診療技術を開拓する専門医は少なくなる一方です。(A大学)

・研修施設の基準を厳格にする必要がある。現在の研修施設をみると、適切に研修を指導できていない施設や、診療科の欠如や医師数から、指導が現実的に不可能な施設も研修医を受け入れている現実がある。(A大学)

・現在の臨床研修制度は、良いところ、悪いところはあるにせよ、ある程度の役割を果たしてきていると考えます。(中略)

今の医師不足問題を解決するには、大学病院の機能を回復させることが不可欠です。医学生の増員では10年かかりますが、大学病院の医師数を増員させることが

まず必要であり、即問題解決に結びつく早道と考えます。医学生の増員で、教員の増員がなければ、結果的には医師不足を助長することになりかねません。(B大学)