

第11回地域医療研究会'01in 北海道 大会総会にて提起

広く意見を求めます

医師卒後臨床研修の改善のために

(草案)

2001年9月23日

地域医療研究会

21世紀の医療をつくる若手医師の会

医師卒後臨床研修の改善のために（草案）

地域医療研究会

21世紀の医療をつくる若手医師の会

平成16年4月の施行を予定して、臨床研修必修化の準備が行われている。そこで、よりよい臨床研修を具現することが、日本の医療の向上に不可欠であると私たちは考える。このような考えの下に、本提言を起稿する。

< 総論的事項 >

1. 現状認識

昭和43年、インターン制度が廃止され、卒後臨床研修が努力規定とされた。その後、30年余にわたって、文部科学省や厚生労働省が公式に述べる臨床研修の諸施策にもかかわらず、実際の現場（大部分の大学附属病院及び一部の研修指定病院）では、研修プログラムに基づく研修らしい研修が行われてこなかった。厚生労働省が公表している研修実施率は87%であるが、実体的な研修がそれだけの割合で行われていないことは明らかである。

これまで、一般的には、圧倒的多数の医師の進路としては、医学部を卒業して医師国家試験を取得すると、大学医局（医局講座制）に入局し、卒後臨床研修を受けてきた（いわゆるストレート研修）。そして、そのなかでの卒後研修は、初期研修を含め、専門医を育てることに偏していたといえる。時代とともに、医局講座制のなかで行われる医療自体が専門分化し、また大学病院の特殊性から、卒後初期研修に求められるプライマリ・ケア、一次二次救急医療、複数科を履修するローテイト研修などには、大学病院は適しているとは言えない現状にある。実際、医療の専門分化は時代の必然である。これは、臨床研修においても当てはまり、初期研修と専門研修の場はますます分化している。しかるに、先端研究施設・専門研修施設であるべき大学病院が、コモディティ中心であるべき初期研修をも兼ねられると考えるのは、医療分化の時計を逆に回す時代錯誤の考えであろう。大学は、むしろ卒後後期研修や専門研修の施設として、また一般病院では難しいマイナー科の研修施設として、本領を発揮するべきである。

そして、初期臨床研修の主たる場が、大学病院から一般病院にうつるに従い、研修医は、高度な検査機器に頼る診断や、研究的治療を学ぶのではなく、プライマリ・ケアを中心とした、確立された過不足ない診断・治療技術を主に学ぶようになるであろう。これは、医師ひとりあたりの医療費を低減させ、国民医療費の軽減に資すると考えられる。臨床研修の改善がこのような副次的効果をもたらしうることは国民にとって朗報である。

これらの視点に立って卒後初期研修を考えると、これを単に診療科を回る形式に過ぎないローテート方式に矯小化させてはならない。これまで、これらさえも十分にされてこなかった意味では、このような方式を政策誘導してきた意義は認められるが、研修医が体験する場を、大病院の診療科から中小病院の現場、福祉施設や診療所まで広げることによって、研修医はまさに「全人的医療」のなんたるかを体得できると考える。

現在、国立の施設で研修すれば、少ないながらも研修医給与が支払われるが、その他の研修施設では、人件費ではない厚生労働省からの補助金が施設に支払われ、研修医を受け入れる施設は奨学金或いは給料として賃金を支払っている現状がある。その結果、とりわけ私立大学附属病院で研修する人は、生活が可能な給与を支払われることはほとんどないという実態を生んでいる。その結果、研修医は研修を受けながら、他の医療施設で、アルバイトを余儀なくされている。このアルバイトは、たいてい研修医の単独診療であるが、このような診療を黙認することは、研修必修化の趣旨から考えても矛盾することである。また、診療を受ける国民にとって非常に危険なことであり、指導医のいないところでの研修医のアルバイトを禁止（研修医の単独診療の禁止）することは、絶対に必要である。

卒後初期研修制度に関する原案でも、研修を必修化するにあたっての国の責務について

は明確にされていない。研修医が研修に専念できる環境（経済的保障と身分保障）を整えることは、研修を必修化するにあたっての最重要課題である。

2. 卒後研修必修化の目的

これまで、厚生労働省、文部科学省での卒後研修に関する議論において、卒後研修の必要性、その目標及び内容については詳細に検討されてきたが、卒後研修を必修化(義務化)する目的については、曖昧にされていると言わざるを得ない。国民に現在の研修実態を知ってもらい、国民に臨床研修制度改善に必要な歳費をお願いするためにも、国は医療・医師の改革像を提示する必要がある。その意味でも、卒後臨床研修の必修化の目的を明確にする必要がある。

医師の卒後初期臨床研修を必修化する目的は、「時代及び社会の変化に対応するために、その専門性を問わず、全人的医療を担い得る医師を育成するために、国の責任においてこれを、将来臨床に携わる全ての医師に必修化し、もって、将来の日本の医療の向上と安全性を確保することにある」と考える。従って、研修中の医師は指導医のもとでのみ診療を行うことができ、単独では診療することができないが、その反面、十分な指導の下に研修に専念し、修了後は十分な臨床能力を獲得して患者を診療できることが、その本旨である。また、国民医療の向上と安全性確保のための法制化である以上、国には、この本旨を実現するための義務が発生する。

3 . 研修医の本質的位置付け

国は、臨床研修必修化施行に際し、研修医がいかなるものであるかの法的な位置付けを明確にするべきである。

例えば、私立大学病院では、主に研修医は研修生として扱われ、給与は一般に低額で、はなはだしい場合には奨学金などの収入しかない場合すらある。昨年の医師法改正にあたり、厚生大臣が「研修医給与は病院に支払われる労働対価たる保険財源から支出する」とした答弁に反し、研修医が病院にもたらず保険医療収入は、研修医に支払われることなく、私立大学病院にほぼ独占される状態となっている。一方、多くの臨床研修病院では、研修医は、労働者として扱われ、研修医は、病院に医療収入をもたらすとともに、その労働対価として、社会的に妥当な額の給与を支払われている。このような事実の混在は、国として研修医をどう位置づけるのか、明確な見解がないことの証左である。

私たちは、研修医が医師として勤務・労働し、診療を通して研修病院に医療収入をもたらしているという現実に鑑み、 研修医の身分を労働者として認め、 国と研修医受入れ施設は、応分の負担をして最低賃金を保障し、 すべての研修医受入れ施設は募集要項の中に研修内容と共に賃金その他の労働条件を明記すべきである、と考えている。これが、研修医の身分保障の本質的事項である。

< 各論的事項 >

臨床研修の目標

すべての医師は患者を診療するにあたり、プライマリ・ケアを施行する基礎的な能力として、「臨床医としての必要最小限の知識・技能」を修得している必要があることは当然である。私たちは、そのような「必要最小限の知識・技能」として、次の四つの要素を考えている。

血管・気道確保と救急蘇生術

基本的な疾患群（特に頻度の高い疾患、生命に関わる疾患）

についての見立てと初期治療、フォローアップの能力

（自己の臨床能力を超える領域に対する）適切なコンサルテーション能力

臨床的見識（患者や家族に対応する場合の基本的な能力）

医学・医療の高度化による専門分野の細分化に伴って、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。しかし、近年「臓器を見て人を診ず」といった言葉に代表されるように、医師としてこのような「必要最小限の知識・技能」を身につけることなく、研修の早い時期から専門性を重視しすぎる傾向があることを否定できない。

一方、複数の疾患を有する老人の増加や患者ニーズの多様化を踏まえ、今後医師には、その専門性の如何を問わず、患者、家族の抱えるさまざまな身体的、心理的、社会的、倫理的問題を的確に認識し、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し、問題解決をはかる能力が重要となる。従って、患者を全人的に診るプライマリ・ケアの能力を、全ての医師が身につける必要がある。

2. 臨床研修必修化と研修医の身分・所得保障の具体的内容

日本の医学教育の現状では、臨床医として必要な知識・技能は、主に医師免許取得後の臨床研修によって修得される。したがって、この「必要最小限の知識・技能」を修得する2年間の初期臨床研修は、患者を診療するすべての医師が義務的に行なうべきであるとともに、すべての臨床医を志す医師に保障されるべきである。具体的には、研修医は労働者として労働対価としての給与を支払われ、その研修医の最低賃金は国が定めるものとする。それにあたり、国と研修医受入れ施設は、応分の給与負担を行う。また、すべての研修医受入れ施設は、募集要項の中に、研修内容と共に賃金その他の労働条件を明記するものとする。

また、このような観点から、研修医は、臨床研修を経た医師の指導・監督のもとでのみ診療を行なうこととする。臨床研修中の研修医による医療事故等に関しては、直接監督していた上級医師が責任を負うのはもちろんのこと、担当指導医や研修責任者、施設長が必然的に連帯責任を負うべきである。なお、初期臨床研修の実施時期は、医学部卒業直後でなくともよい。また、研究の片手間に臨床研修を行なえないことは明らかであり、大学院進学者は大学院卒業後に初期臨床研修を行うものとする。

3. 指導医の計画的養成・確保・評価

指導医は、10年以上の臨床経験、十分な指導力を有する医師をもってあてる。この「臨床経験」には臨床現場での経験のみを算定し、大学院在学や研究目的での海外留学などの研究期間は含まないものとする。ただし、実地での指導にあたっては、上級医師や先輩研修医が重層的に後輩を指導する、いわゆる「屋根瓦方式」を採用することが望ましい。

一方、臨床研修が国の事業であるという観点から、指導医がゆとりをもって教育に関与できるよう、指導医の計画的養成・確保・評価等に必要な、一定の財源を確保しなければならない。

そして、国は、指導医を管轄する機関として、厚生労働省に大学及び研修指定病院の研修委員会を統括する中央研修委員会（仮称）を設置して、指導医師の計画的育成、各研修委員会への指導・助言及び研修医の研修状況の把握等に努めるものとする。

4. 研修医の主体的研修のためのプログラム認定

(1) 臨床研修施設の指定の現状

現状では厚生省が指定する臨床研修病院には、研修病院として十分に機能を発揮している病院もあれば、そうではない病院もある。一方、指定基準に満たないために厚生省の研修指定を受けていないものの、研修医を採用し水準を満たした研修を施行している病院もある。さらに、複数の施設が協力することにより、個々の施設では現行の臨床研修病院指定には満たないが、各々の長所を生かしつつ研修医を協同して教育し、成果を挙げている病院群もある。

そもそも、大学病院などの特定機能病院は、高度専門医療が必要な紹介患者が多いという性質上、初期研修修了後の専門研修に最も適していることは明らかであるが、初期臨床研修の場としては望ましくない。むしろ、プライマリ・ケアを含む全人的な診療能力を身につけるための研修には、診療所を含む地域の第一線の医療機関が適している。従って、病床数や診療科目などのハード面にとらわれた現行の研修施設認定には疑問を持つ。

(2) プログラム認定による研修施設群の指定

そこで私たちは、「臨床研修を行なう施設」とらわれることなく、臨床研修の内容を評価する形に制度を改革すべきであると考え、研修医が主たる研修施設とともに作成するプログラムによる「研修認定」を行なうことを提案する。つまり、これまでの臨床研修病院の指定を廃止し、今後はハードに基づく認定ではなく、「研修プログラムの認定」に一本化する。このことは、研修医の側からみると、施設ではなく研修プログラムを選択することになり、主体的に研修することが可能となる。

(3) 主たる研修施設の指定要件の大胆な見直し

研修を行う主たる病院である主病院は、200床以上の活発な臨床活動を行う施設とし、現在の施設の規模に重点を置いた施設基準及び人員配置基準を大幅に緩和することを提案する。また、大学病院も従病院になることができるように規定を改定する。また、毎年、主病院で研修医が作成した研修プログラムは、厚生労働省および後述の第三者機関に提出を義務づける。第三者機関は不適切な研修プログラムを提出した研修施設あるいは施設群を指導する権限を有するものとする。研修プログラムが年余にわたり提出されない主病院あるいは施設群は、研修施設としての認定取り消しの対象となるものとする。

5. 医学部卒業生の多様な就職を認めるマッチングシステムの採用

現在、都市部の医学部や、旧帝国大学医学部・旧医専医学部では、その大学医学部の卒業生の大部分が、その大学の医局講座に入局するという構造がある。このような就労構造が、医学部卒業生の進路選択の幅を狭くし、ひいては、個々の医局講座の内容の硬直化と独善化を招き、医局における臨床研修の向上を妨げていると認識されている。

このような現状に鑑み、原則的には、その医学部卒業生は卒業大学の医局には入局できないこととし、他の大学病院および臨床研修病院に応募し、そして、これらの研修受け入れ施設が、在学時の成績などを考慮して、研修医を採用する、いわゆる全国マッチングシステムを採用することを提案したい。

また、現在の医局講座制から独立した2年間の研修システムを提案する。具体的には、研修医を受け入れる大学病院では、研修医は個々の医局講座に所属するのではなく、大学の臨床研修センター所属とし、医局講座への入局は研修修了者に限ることにすることを提案する。

6. 第三者機関によるプログラム認定および研修評価

プログラム認定および研修評価のために、新たに第三者機関を設置する。この第三者機関は、コメディカルを含む医療関係者、市民などで構成するものとし、その審査は公開とする。

まず、研修医を採用した主たる研修施設の研修責任者は研修医と相談の上、「総合診療方式」や「ロ-テイト方式」、「プライマリ・ケア方式」（後述）のいずれかの研修方式にのっとった研修プログラム案を作成し、第三者機関に提出する。第三者機関は、このプログラム認定において、施設の標榜科ではなく、研修医が実際に研修する診療科とそれぞれの研修期間、各施設において実際に研修医の指導にあたる指導医数、研修医の経験症例数（退院病歴要約の数、外来での経験症例数）、経験する手技の種類とその数、研修医が経験する病理解剖数、研修医が配属される病棟における研修医の実数とベッド数の比（研修医1人あたり10床以上）、CPC（臨床病理カンファレンス）や生活・社会・倫理面に焦点を当てたカンファレンスの定期的開催などについて審査し、これが所定の研修方式に該当すると判定した場合、研修プログラムとして認定する。

一方、臨床研修の修了にあたって、研修医は経験した診療科、経験症例の種類とその数、経験した手技とその数等（医道審議会医師臨床研修検討部会の「卒後臨床研修目標」をもとに）を詳細に記載した一定の書式の「研修報告書」を作成する。研修責任者は、適切な臨床研修が行われた場合に修了証を発行し、研修報告書とともに指導医による評価を第三者機関に送付する。第三者機関は、研修プログラムにのっとった適切な初期臨床研修が施行されたことを検証したうえで、その研修医の研修修了を判定する。これを受けて、厚生労働大臣が研修修了認定を行なう。

なお、第三者機関が、それぞれの研修プログラムにおける研修の成果を公開することによって、新たに研修を開始する研修医は、プログラムを選択する際にこれらの資料を参考にすることができる。さらに、第三者機関は、研修医による指導医の評価をも収集し、必要に応じて指導医に対し指導・監督を行うことができるものとする。

7. 複数施設における研修および複数の診療科にまたがる研修

今日の医療の多様化を鑑みると、一病院における研修のみでは症例数の不足や偏りがある場合が多く、幅広い臨床研修を単一施設で完結させることは困難であると考えられる。今後は研修プログラムを構成する医療機関は原則として複数とし、この施設群で研修を行なうことを提案する。

同様に、もはや単一の診療科目だけを深く研修しつつ、幅広い臨床能力を修得することも極めて困難となってきたおり、今日の初期臨床研修にはそぐわない。従って、将来専門医を目指す者も含め、初期臨床研修においては原則として複数の診療科にまたがる研修を行なうこととし、「ストレート方式」は廃止する。私たちは、このような複数施設における研修および複数の診療科にまたがる研修を臨床研修の基本的な形態とすることを提案する。

なお、複数の施設の選定においては、中規模以上の病院と中小病院・診療所などを組み合わせ、バランスのよい研修を目指す必要がある。特に、診療所と地域病院（リハビリテーション施設を含む）、高度医療機関、ときには福祉施設・介護保険施設などを組み合わせ、機能・規模の異なる施設が地域医療の中で果たすべき役割を踏まえ連携することによって、紹介・転送などの患者の流れに即した効果的な研修を行うことが可能となる。なお、施設群のうちの少なくとも一つは、2次救急を行っている200床以上の規模の施設を含むことが望ましい。

8. 外来指向型研修

現在行われているロ-テイト研修は、しばしば特定の診療科の病棟研修に限定されており、十分な成果があがらないこともありうる。しかし、仮に限られた診療科を中心としたロ-テイト研修であっても、ある一つの診療科の病棟において研修を行いつつ、それ以外の診療科の外来研修を平行して行なうことによって、研修の幅や質を高めることが可能である。このような研修を「外来指向型研修」として推奨したい。

例えば、内科の病棟研修を行いながら、一方で週1回半日の小児科外来の研修を行なうことによって、必ずしも病棟をロ-テイトしなくても、基本的な小児急性疾患への対処法を身につけることができるであろう。

9. 「プライマリ・ケア方式」の提唱

現行の「総合診療方式」や「ローテイト方式」は、内科系、外科系双方の研修を行なうことをその基本骨格としている。私たちは一般診療における疾患頻度、およびその技術特性を鑑み、とりわけ内科系では内科と小児科、精神科、外科系では整形外科を研修することが最も望ましいと考える。精神科や心療内科での研修は、患者との接し方をはじめとした臨床的見識を高めるために有益であり、整形外科研修では小外傷の処置や骨折の応急処置など、日常診療の場において頻度の高い疾患を修得することができる。

また、外来では病棟以上に効率良く、多くの基本的疾患群を研修することが可能である。一般に、外来は単独で診療するという形態が通常であることから、これまで初期研修中の実施は困難であると考えられてきた。しかし、この点については、すぐに相談できる場所に指導医を置くことによって解決が可能であり、すでにこのような方法で教育効果の高い外来研修を実施している施設もある。研修医が指導医とともに、例えば内科の一般外来研修を継続して行なうことは、極めて有意義である。

救急外来研修については、当直業務等の形ですでに多くの研修施設で実施され効果をあげている。急性疾患を効率良く研修するのに有用であることは論を待たない。

一方、在宅医療については、これまで初期研修として行われることはほとんどなかったが、厚生省の「臨床研修の報告の取扱いについて」（健政発第620号）でも「今後の少子・高齢社会に対処するため、在宅医療にかかわる研修および研修施設群（福祉施設など）における研修を行なうことが望ましい」とされており、国の政策として「入院」から「在宅」への移行が重視され、国民のニーズとしても高まってきている現在、初期臨床研修プログラムに在宅医療研修を組み込む意義は大きい。

そこで、内科系として内科（少なくとも6カ月以上）と小児科、精神科、外科系として整形外科を研修し、加えて一般外来、救急外来、在宅医療の研修を定期的に行なうものを「プライマリ・ケア方式」と呼び、きわめて効率的な研修としてここに提案したい。