

報告書 骨子（素案）

医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会

1. はじめに
2. 研修プログラムの改善
3. 臨床研修の到達目標の改善
4. 臨床研修制度を含む医師育成のあり方
5. 臨床研修病院の体制等の充実
6. その他
7. おわりに

1. はじめに

- 医師臨床研修制度は、「臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身につけることのできるものであること。」を基本理念とし、平成16年4月から、診療に従事しようとするすべての医師に対し臨床研修が必修化された。
- 新医師臨床研修制度は、今年度で4年目を迎え、平成20年3月には3期目の修了者が誕生することとなっており、新制度の導入に伴い、基本的な診療能力を身につける機会が増加したこと、臨床教育の重要性がこれまで以上に認識されたこと、研修医の身分と処遇が大幅に改善され研修に専念できるようになったことなどが評価されている。
- 一方、研修プログラムのあり方や臨床研修病院の指定基準など、研修制度自体に関する問題点とともに、新制度の実施を一つの契機として、医師偏在などの問題が顕在化した点や、将来の基礎医学志望者の減少などの懸念について、関係者から指摘されている。
- 以上の評価・指摘、また、医療制度改革関連法の成立・施行や文部科学省における医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議報告に基づく医学教育改革など、医療や医学教育を取り巻く環境の変化を踏まえ、臨床研修制度に関する厚生労働省令（平成14年12月11日施行）「この省令の施行後五年以内に、この省令の規定について所要の

検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」に基づき、平成18年12月から、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（以下、「部会」という。）において、新制度について所要の検討を開始した。

- 今回の検討においては、「国民の求める医師が育成されているか？」といった観点からの議論が行われた結果、臨床研修制度をより良いものとするよう関係者が努力する必要があるとの結論に至った。
- 今後も、中長期的に制度の施行状況の検証を行う必要性を認識するとともに、現時点において研修の質の向上を図る観点から、関係者からの課題の指摘に基づき、具体的な運用面でいくつかの改善点について提言を行った。
- 部会においては、医師臨床研修制度に携わる様々な立場の方からのヒアリング（16人）（別添）を踏まえ、制度の改善・充実方策について〇〇回にわたり検討を重ね、意見の集約を行ったものである。中には相反する意見もあったが、可能な限り挙げられた様々な意見を列挙し、その対応について中長期的な方向性も含め、一定の意見の取りまとめを行った。
- 厚生労働省をはじめとする関係者においては、部会の意見を踏まえ、今後、臨床研修制度がより良い医師の育成の礎となるよう、改善・充実に取り組むことを要望する

2. 研修プログラムの改善

(1) 現状と課題

- 臨床研修制度における研修プログラムは、「臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力(態度・技能・知識)を身につけることのできるものであること。」の基本理念を具体化するため、以下のとおり基本的診療科をローテートする方式で実施されている。

<現在の研修プログラムについて>

- ① 内科、外科及び救急部門(麻醉科を含む。)、小児科、産婦人科、精神科及び地域保健・医療については、必ず研修を行うこととし、研修期間はそれぞれの科目について少なくとも1月以上とすること。
 - ② 原則として、当初の12月は、内科、外科及び救急部門(麻醉科を含む。)において研修すること。内科については、6月以上研修することが望ましい。(例えば、当初の12月を内科6月、外科及び救急部門で6月研修し、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を各3月研修することなども考えられる)
 - ③ 地域保健・医療については、へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等(臨床研修協力施設)のうち、適宜選択して研修すること。
- この制度の影響・効果として、臨床研修制度の必修化前(平成15年)と必修化後(平成17年)に行われた研修医の基本的技術の習得状況に関する調査において、概ね必修化前より向上しているとの報告がなされてい

ること（参考1）や、医療現場において、「プライマリ・ケアへの関心を高める効果があった。」との指摘がなされるなど当初期待された効果があがっているものとする。

- 一方、臨床重視、プライマリ・ケア重視のスタンスが強調されることで、基礎医学を専攻する医師の減少を招いているとの指摘もある。
- 複数の診療科を2年間の短期間でローテートすることから、各科の一般的な知識や技術を短期間で多く経験することが可能となった反面、研修が細分化され、実際に習熟するまでには至らない知識や技術が多くなったとの指摘があった。そのため、他科へコンサルトすべきか、どのような病態はどの科で診察・治療することが適切なのかといった判断を行うことや、各科の多数の指導医との交流が可能となった点はプラスであるが、自身で最後まで診断・治療を行うことができる技術・知識を身に付けることは難しいとの実感があり、この場合は研修期間の2年間は短いとの印象があることが指摘されている。
- 将来の専門科を既に決定している研修医の中には、臨床研修制度の中で、「原則、当初の12月は、内科、外科及び救急部門（麻酔科を含む。）において研修すること。」となっていることで、自身の直接的な興味と合わない研修が続くことから、2年間、臨床研修に対してモチベーションを保つことが困難であり、この場合は2年間の研修期間は長いとの印象があることが指摘されている。

- また、各臨床研修病院、大学病院から、それぞれの得意分野を生かした特徴のあるプログラムの選択が可能となることがより充実した研修に繋がるとの指摘があった。
- 医療に従事する上では、科学的視点からの医学的な理解が重要であるにもかかわらず、基本的な診療能力の修得を重視した臨床研修によって、本質的な理解を伴わないマニュアル的な対応が増加したとの指摘があった。
- なお、現在、内科、外科及び救急部門（麻酔科を含む。）、小児科、産婦人科、精神科及び地域保健・医療については、必ず研修を行うこととされ、救急部門で麻酔科が含まれていることは、基本理念を踏まえた救急部での知識・技術の修得の重要性を正確に表現していないとの指摘もあった。

(2) 今後の対応

- 本制度に基づいたプログラムによる研修医の育成は、複数の診療科の多くの症例を経験することから、幅広い知識・技術を習得することができ、基本理念に掲げられた「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身につけることのできるものであること」との目的を概ね達成できているものと考えられることから、基本的な研修プログラムの考え方については、変更すべきではないものとする。

- しかしながら、早くから自身の専門を決定している研修医にとっては、医療へのモチベーションを保持することが困難であるとの指摘がなされていることも踏まえ、研修医のローテートをより柔軟に行えるようにするとの観点から、当初の12月においても、内科、外科、及び救急部門（麻酔科を含む）以外の診療科目の研修を可能とするよう変更することが、より実情に合っているものとする。
- ただし、研修プログラムを柔軟に行えることを可能とすることに併せ、研修病院の研修実施状況や、研修医の修了認定方法についての評価する仕組みがより重要となる。
- 医療現場において、医療を科学的視点から捕らえることは、非常に重要であることは自明のことであり、ほとんどの臨床研修施設においては、プライマリ・ケアにおいても医学的に本質的な理解を行った上で医療が行われているものとするが、その重要性を再認識する必要がある。
- 救急部で修得すべき知識・技術と麻酔科で修得すべき知識・技術が異なることから、救急分野の研修を麻酔科のみで行っている施設については、救急部門での研修が充実されることが望ましい。

3. 臨床研修の到達目標の改善

(1) 現状と課題

- 現在の到達目標は、行動目標と経験目標から構成されており、行動目標では、医療人として必要な基本姿勢・態度を、経験目標では、経験すべき診察法・検査・手技、経験すべき症状・病態・疾患、特定の医療現場の経験が示されている。(参考2)
- 到達目標は、臨床研修の中で研修すべき内容の骨子が示されているものの、特に経験目標においては、経験する内容が決められているのみであり、医療技術・知識についての質的な評価についての言及がなされておらず、具体的な修了基準が明確でないとの指摘がある。
- 項目で難易度が異なると感じている研修医も存在することから、基本的な目標と、応用的な目標の区分など、現場でより利用しやすい目標となるような工夫も必要である。
- 現場では、研修医の立場からも、指導医の立場からも、レポート作成やレポートチェックなどの対応が煩雑となっている実情がある。
- 到達目標の内容については、医療技術の向上、改善に伴った変更が今後必要となることは自明であることから、適時改正を行えるようにすべきである。

(2) 今後の対応

- 到達目標は経験すべき内容の項目を主としており、質的な評価について

は触れられていないが、研修医個々の医療技術の修得レベルについての質的評価は、医療現場で指導医が判断する以上の方法はないことは自明である。また、現在、指導ガイドラインが作成されているところであり、この中には、医療技術・知識の質的評価を行うための整理がなされている。以上を踏まえ、研修医の医療技術・手技・知識の質的評価は、指導ガイドラインを参考に、各臨床研修病院及び大学病院において行うことが原則であることを明確に認識する必要がある。併せて、研修修了に必要なレポート等のフォームについては、今後も、各臨床研修病院及び大学病院において実情に適し、できるだけ利用されやすいものを作成し、使用することが望ましい。

- 今後、医学の進歩に伴い、医学的知見が変化することは不可避であることを踏まえ、臨床研修における到達目標についても、適時、必要な変更が可能となるシステムを構築することが重要である。また、医学部における医学教育の改善・充実の状況に応じた変更についても適時対応する必要がある。更に、本制度を運用した経験を踏まえ、基本事項、応用事項の分類など、より医療現場において運用しやすい形についての検討が引き続き行われることが望ましい。なお、(今後作成される予定の)指導ガイドラインについても同様のシステムが構築される必要がある。

4. 臨床研修制度を含む医師育成のあり方

(1) 現状と課題

- 現在、医師の養成に関しては、医学部教育（医学部における卒前教育）、臨床研修、いわゆる後期研修と順次行われている。
- 例えば、卒前教育の充実等と臨床研修の内容を合わせて見直す等、それぞれの過程を関連させて検討するべきと考える。
- 臨床研修必修化と併せて行われたマッチングの導入により、以前と比べ違う大学の出身者が同じ臨床研修病院において研修を行う状況が増えたことから、医学部（特にクリニカルクラークシップ）で修得すべき医学知識・技術、臨床研修で修得すべき医学知識・技術を明確化し、卒前と卒後の一貫性を担保する、シームレスなシステムの構築の重要性が認識された。
- 医学生や若手の医者に臨床能力重視の傾向が出始めており、大学病院も多くの施設で臨床教育を重視する傾向が見え始め、これまで学位、大学院など研究至上主義であったとの指摘のある医師育成のあり方に対して、バランスをとる役割を臨床研修制度は果たしているとの指摘もある一方、研究業績の停滞等の基礎医学の衰退を招く要因であるとの指摘もある。

(2) 今後の対応

- 医学部における卒前教育、医師国家試験、臨床研修、いわゆる後期研修といった一連の医師養成過程に対する重要性を踏まえ、今後、様々な観点から検討されることが望まれる。特に厚生労働省、文部科学省は連携・協力し、クリニカル・クラークシップ、医師国家試験、臨床研修制度が円滑に繋がるような検討（例えば、クリニカル・クラークシップで修得する医療知識・技術と臨床研修で修得すべき医療知識・技術の明確化等）を行うべきである。
- 現在、文部科学省においては医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する恒常的な体制の構築と改訂の検討、厚生労働省においては医師国家試験の出題の検討等が行われているが、このような取組を連携協力して行うための体制の整備等について速やかに検討すべきである。
- また、その基本理念から、臨床研修制度において考えることが難しい基礎医学振興の方策についても、大学院教育の充実やキャリア形成への支援等について文部科学省を中心に十分な検討がなされることが望ましい。

5. 臨床研修病院の体制等の充実

[臨床研修病院の指定基準の改善]

(1) 現状と課題

○ 現在の臨床研修制度においては、大学病院、単独型、管理型、協力型臨床研修病院及び協力施設が連携し、臨床研修を行っている。(参考3)

○ 臨床研修を行う病院には一定の条件を付している。

① 現在の臨床研修指定病院の指定基準

- ・ 単独型臨床研修病院は、以下の要件を満たすこと。
 - ア 原則として、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科の各診療科が標榜されており、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得するのに必要な症例や指導体制を有していること。
 - イ 研修プログラム及び研修医の管理、評価等を行う研修管理委員会を設け、プログラム責任者が配置されていること。
 - ウ 臨床病理検討会（CPC）を適切に開催していること。
 - エ 常勤の指導医が、原則として、内科、外科、小児科、産婦人科及び精神科の各診療科に配置されていること。
 - オ 指導医は、原則として、7年以上の臨床経験を有する医師であって、プライマリ・ケアを中心とした指導を行う十分な能力を有していること。
 - カ 臨床研修病院は、医療法標準の医師数を有していること。
 - キ 臨床研修病院群においては、管理型臨床研修病院、協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の連携により単独型臨床研修病院の基準を満たすとともに、相互に機能的な連携が図られていること。
 - ク 受け入れる研修医の数は、原則として、病床数を10で除した数又は年間入院患者を100で除した数を超えないこと。また、原則として、研修プログラム毎に複数の研修医を受け入れられる体制であること。

② 経過措置

- ア 受け入れる研修医の数については、おおむね、病床数を8で除した数を超えない範囲とすること。
- イ 医療法標準の医師数を有しているという規定を適用しないこと。
- ウ 指導医の臨床経験については5年以上とすること。
- エ 上記の取扱いについては、当分の間適用すること。

(2) 今後の対応

- 臨床研修の質の維持・向上のために、臨床研修病院の指定基準を、適時、見直していく必要がある。また、指導には、医学的知識・技術と併せ、教育方法についても習熟していることが望ましいとの観点から、一定の経過措置を設けた上で、原則として、指導医講習会を受講したことを指導医の要件とすべきと考える。
- 経過措置については、著しく医師の確保が困難な地域を除き、原則として平成21年3月をもって廃止する方向で検討すべきと考える。

[臨床研修病院の評価]

(1) 現状と課題

- 臨床研修病院の指定に当たっては、指定基準を設け、当該基準に基づく審査を事前に行うことにより、臨床研修の質の確保が図られているところである。臨床研修の実施状況については、現時点では、その指定基準において、「将来、財団法人日本医療機能評価機構による第三者評価を受け、その結果を公表することを目指すこと。」とされている。
- 平成18年度「臨床研修に関する調査」報告によると、臨床研修体制に係る評価として、「第三者による評価」が必要と回答した病院が約53%、「自主評価」が約53%、「臨床研修病院間の相互評価」が約30%となっている。一方、自主評価を実施している病院は約24%、それ以外の評価を実施している病院は約9%程度となっている。

- 病院内での自己評価については積極的に進められるべきであり、第三者による外部評価についても、将来的に進められ、より質の高い研修に繋げることが重要である。また、今後の評価を検討するにあたっては、利用者の理解、協力、評価が得られているのかどうかについての評価を行う必要がある。

(2) 今後の対応

- 臨床研修の質の向上を図るため、研修体制について評価し公表することは、極めて有効な手法と考えられることから、評価のあり方や、特に第三者評価の基準や方法、実施体制の確保について、検討を進めるべきである。

[指導体制の充実]

(1) 現状と課題

- チーム主治医制の導入、指導医の病院内での位置づけの明確化、屋根瓦方式の教育体制など、指導医に過度に負担がかからないようなシステムをそれぞれの臨床研修病院及び大学病院において考える必要がある。
- 研修医が修得したい知識・技術がうまく修得できない状況を踏まえ、具体的な方策を検討すべきである。

(例)

- ・研修医が基本技術を習得することを望んでいるにもかかわらず、指導医はより専門性の高い技術・知識を教授すべきであると考えているケース。
- ・研修医は急性期症例に関する知識・技術を習得したいにもかかわらず、慢性期疾患の多い病棟研修での研修が中心になっているケース。

(2) 今後の対応

- 指導医に過度の負担がかからないような体制（屋根瓦方式、チーム主治医制）については、一部の先進的な臨床研修病院で取り入れられているが、全国の病院で導入されているとは言い難い。そこで、まず、具体的にどのような取り組みを行うべきなのかについて、理想的なモデルが集約・提示がなされ、全国的に周知される必要があり、併せて、各臨床研修病院及び大学病院においても、その体制を検討することが必要である。

[医師の地域偏在と研修医の募集定員]

(1) 現状と課題

- 旧制度において約「7対3」であった大学附属病院と臨床研修病院の研修医数割合が、新制度第4期生で「45.3対54.7」となっており、臨床研修病院を選択する研修医が多くなっている。
- 全国的に見て、実際の研修医数に比し研修医の募集定員数が著しく過剰（例えば、18年度のマッチング参加者数約8,600名に対し、研修医の募集定員数は約11,300名）となっていることは、研修体制の質を維持する上で好ましくないだけでなく、研修医の都市部への集中を招く懸念が指摘されており、本年5月に政府・与党でとりまとめられた「緊急医師確保対策について」でも大学病院を含む臨床研修病院の定員の是正が求められている。
- 臨床研修制度は（1）大学所属医師の減少、（2）北海道、東北、中国、四国など地方における医師の減少などを招き、(1)地域間格差の増大、(2)診療科間の格差の増大、(3)一部地域や、へき地医療を維持することが困難との指摘がある。
- 一方、臨床研修制度が始まったことで、地域による医師養成のかかわりが重要視されるようになり、地域でいろいろな連携を組みながら医師養成にかかわる必要があるという認識ができたとの指摘もある。

(2) 今後の対応

- 現在、医学部卒業生数に対し過剰ではないかと指摘されている研修医の募集定員数について、研修体制の質を確保する観点から、その総数に

ついて調整すべきである。なお、調整に当たっては、研修医の地域毎のバランスが図られるよう配慮する必要がある。

- 具体的には、研修医の募集定員数及び採用実績が、当該都道府県人口に比し著しく多く、かつ、人口10万対医師数が全国値を上回るなどの地域の研修病院に対する募集定員減の要請や、当該地域の研修病院の新規指定や募集定員の増員を留保するなどの方法が考えられる。

なお、個別の医療機関の研修医募集定員の調整に当たっては、地域の医療機能や医師派遣機能に十分配慮しながら、関係省庁との連携のもと、段階的に進めていく必要がある。

また、臨床研修制度については、大学病院の医師数の減少を招いたことから、現在の一部地域における医師偏在の原因となっているとの指摘がある一方、大学医学部でのみ行われていた医師育成を、地域において主体的に実施することを検討するきっかけとなっているとの評価もあることを踏まえ、モデルとなるような運用がなされている地域を踏まえたモデル等についても集約・提示を行うことで周知する必要がある。

6. その他

(1) 現状と課題

- プログラムの変更は前年の4月30日にプログラム変更として申請しなければならないこと、また、協力病院の増減等の病院群変更についても、新規申請として前年の6月30日までに申請しなければならないことから、実情に合わせた柔軟性のある変更を行いにくい、部分的な変更についてはもっと柔軟性をもたせるべきとの指摘がある。

○ 現在の状況

分類	締切	内容
新規申請・病院群変更	6月30日	・新たに研修病院となる場合 ・病院群の構成を変える場合等
プログラム変更 (病院群変更なし)	4月30日	・プログラムの目標、研修分野、分野毎研修期間、研修を行う病院または施設の変更を行う場合 ・研修協力施設の追加・削除等も該当
年次報告	4月30日	・前年度の年次報告書を研修プログラムと共に提出
変更届	随時(変更後1ヶ月以内)	・異動に伴う指導医名簿等の変更 ・研修管理委員会の構成員変更等 ・研修医の処遇の変更等

- 医学部生に対して行う臨床研修病院の見学や実習によって医学部の授業を欠席する医学生がいることで、医学部教育の円滑な実施が阻害されている。

(2) 今後の対応

- 病院群の変更や、臨床研修プログラムの変更、協力施設の変更等については、弾力的な運用を行うことを可能とする具体策を検討することとする。

- 医学部生に対して行う臨床研修病院の見学や実習は、休業期間中に行われるようにすることで、医学部教育の円滑な実施を阻害しないよう配慮すべきである。

7. おわりに

- 今回、制度の改善・充実方策について検討を重ね、意見の集約を行い、現時点において研修の質の向上を図る観点から、関係者からの課題の指摘に基づき、具体的な運用面でいくつかの改善点の提言を行い、その対応について中長期的な方向性も含め、一定の意見の取りまとめを行った。
- 今後も、制度の施行状況の検証を行い、必要に応じて検討する必要があることから、必要に応じて所要の検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる必要があると考える。