

臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ

平成21年2月18日

臨床研修制度のあり方等に関する検討会

目次

1	はじめに	1
2	臨床研修制度導入以降の状況	1
3	制度の見直しに当たっての基本的な考え方	2
4	臨床研修制度等の見直しの方向	3
5	おわりに	5
参考資料 1	主な意見	6
2	構成員	18
3	検討経過	19

1 はじめに

本検討会は、厚生労働省の「安全と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会の中間とりまとめ（平成20年9月）に基づき、医師の臨床研修制度等のあり方について検討を行うことを目的として、平成20年9月8日に第1回の会合を開催した。

以降、関係者からのヒアリング、研修医等に対するアンケート、さらに関係団体からの意見等を参考に、計6回にわたる会合を重ねてきたが、今般、臨床研修制度等の見直しについて意見を取りまとめた。

文部科学省及び厚生労働省においては、引き続き十分な連携を図りながら、本検討会で出された様々な意見を真摯に受けとめ、以下のとりまとめに沿って臨床研修制度等を速やかに見直すことを要請する。

2 臨床研修制度導入以降の状況

医師の臨床研修制度は、より良い医師の育成を図るために、「医師としての人格のかん養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」を基本理念として、平成16年度に義務化された。制度導入から5年を経て、以下のような様々な状況が見られる。

- (1) 制度導入以降、多くの病院で研修医の受入れ・指導の経験が積み、そのノウ・ハウが蓄積・共有化されてきている。今後、各病院が蓄積されたノウ・ハウをベースに病院の個性や指導上の工夫を活かした特色ある研修を展開していく上で、国が定める研修プログラムの基準の見直しが求められている。
- (2) 複数の診療科をローテートすることで、研修医の基本的な診療能力に一定の向上が見られるなど、全体として制度の基本理念が実現されつつある。他方、将来のキャリア等に関わらず多くの診療科での短期間の研修が一律に行われることで、研修医のモチベーションを損なったり、専門医等の多様なキャリアパスへの円滑な接続の妨げとなる場合がある。
- (3) 平成13年度に全国の医学部共通のコア・カリキュラムが公表され、また、平成17年度からいわゆる共用試験（CBT*1、OSCE*2）が実施されるなど、医学部教育の見直しが大幅に進展した。一方、こうした医学部教育改革の動向と臨床研修制度が十分に連動しておらず、双方の教育・研修内容の間で調整が必要となっている。

- (4) 現行制度の下で、研修医と受入病院との間での全国的なマッチング・システムが導入されたことにもなって、研修医の受入病院の数が飛躍的に増加し、研修医を受け入れた病院の活性化に貢献した。他方、受入病院の指導体制等に格差が生じており、臨床研修の質の一層の向上が求められている。
- (5) 臨床研修制度の導入以降、大学病院において臨床研修を受ける医師が大幅に減少し、また、専門の診療科を決定することが遅れたことも影響して、大学病院の若手医師が実質的に不足する状況となった。このため、大学病院が担ってきた地域の医療機関への医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化・加速するきっかけとなった。
- (6) 研修医の募集定員は、病院ごとには一定の基準に基づき管理されているものの、総数や地域別にはほとんど調整が行われていない。このため、募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大しており、また、都市部に多くの受入病院があることと相まって、研修医が研修後も含め都市部に集中する傾向が続いている。
- (7) 現行制度の下で研修医の身分と処遇（給与等）が大幅に改善され、研修医が経済的な心配をすることなく研修に専念できる環境が整った。ただし、処遇内容は研修医と病院との雇用契約で決まるため、結果的に病院間で研修医の処遇内容に違いが生じており、中には研修制度の本来の趣旨に照らして不適切に高額な処遇の事例が見られる。

*1;CBT(Computer Based Testing) :

知識の総合的理解力をコンピューターを用いて評価する客観試験

*2;OSCE(Objective Structured Clinical Examination) :

臨床実習に必要な基本的診療技能・態度を評価する客観的臨床能力試験

3 制度の見直しに当たっての基本的な考え方

「2」の状況を踏まえ、より良い医師の育成のための「医師としての人格のかん養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」という制度の基本理念、および基本理念を具体化した到達目標を前提として、当面、以下の基本的な考え方に立って臨床研修制度等を見直すべきである。

- ①研修医の将来のキャリア等への円滑な接続が図られ、各病院の個性や工夫を活かした特色ある研修が可能となるよう、研修プログラムを弾力化する。

- ②医学部教育改革の動向や専門医制度の検討の動向等を踏まえ、卒前・卒後の一貫した医師養成を目指して、臨床研修の質の向上及び学部教育の更なる充実を図る。
- ③医師の地域偏在への対応、大学病院等の医師派遣・養成機能の強化、さらに研修の質の一層の向上等の観点から、研修医の募集定員及び受入病院のあり方を見直す。

4 臨床研修制度等の見直しの方向

「3」の基本的な考え方に立ち、以下のように臨床研修制度等を見直すことが適当である。

(1) 研修プログラムの弾力化

- 国が定める必修の診療科は内科（6か月以上）、救急（3か月以上）にとどめることとし、これらの診療科における研修は、原則として1年目に実施する。
- 内科、救急以外で従来必修とされた科目（外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科）は新たに選択必修と位置づけ、この中から各研修医が2診療科を選択する。
- 選択必修の診療科について、研修医の希望に応じていずれの診療科の研修も確実に実施できるよう、受入病院は各診療科のプログラムを必ず用意し、受け持ちの入院患者について指導できる体制を確保する。
- 内科、救急など基本的な研修を1年間とし、2年目から将来のキャリアに応じた診療科における研修を行うことができるようにする。また、研修開始時に将来のキャリアに応じた診療科における研修を一定期間行った後に、内科、救急以下の研修を行うことも可能とする。
- 現在行われているような多くの診療科をローテートする研修も、引き続き各病院の判断で実施できることとする。
- 小児科、産科など医師不足の診療科の医師の確保に資するよう、一定規模以上の病院は、将来これらの専門医になることを希望する研修医を対象とした研修プログラムを用意する。
- 研修2年目に、十分な指導體制の下で、地域の第一線の病院、診療所において研修を行う地域医療研修（1か月以上）を必修とする。研修施設は、関係自治体の意向を踏まえるなど地域の実情に応じて選定されるよう配慮する。

- 到達目標について、研修医の到達度を客観的に評価する仕組みを構築するとともに、今後の医学的知見・技術の進歩、疾病構造の変化、さらに卒前教育や臨床研修の改善状況等に対応しつつ、適切に見直すシステムを構築する。
- プログラムの弾力化に併せて、研修の質を確保するため、指導体制、研修内容、研修医の到達度等について、受入病院を第三者的に評価し、その結果をフィードバックする体制を構築する。

(2) 募集定員や受入病院のあり方の見直し

- 研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、人口分布を始め医師養成規模・地理的条件等を考慮した都道府県別の募集定員の上限を設定する。
- 各病院の募集定員は、過去の研修医の受入実績等を踏まえ適正規模に見直すとともに、大学病院等の地域の中核病院による医師派遣実績等も勘案した上で、当該都道府県の募集定員の上限と必要な調整を行って設定する。その結果、募集定員の大幅な削減の対象となる場合などについては、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。
- 研修希望者が、自分の将来のキャリア等を勘案し、各病院の特色ある研修プログラムを選択できるよう、引き続き、受入病院が公表した研修プログラムを全国規模で選択できるようにする。
- 研修の質の向上のため、研修プログラムを管理する病院について、症例数、設備、指導体制など病院の水準・規模の面で基準を強化するとともに、大学病院など地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成を推進する。その結果、管理型臨床研修病院の指定取り消しの対象となる場合などについては、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。
- 研修医の処遇（給与等）は、研修医と病院との雇用契約の中で決定されるべきものであるが、研修制度の趣旨を著しく逸脱するような不適切な事例については、是正を誘導するための一定の措置を講ずる。

(3) 関連する制度等の見直し

- 臨床実習を始める医学生の一質を担保するため、大学の共用試験の合格水準を標準化する方向で検討するとともに、産科や小児科、精神科など診療科の医師不足に対応し、身体面のみならず精神面も重視した全人的医療を進めるための臨床実習の充実を図るなど、医学教育のカリキュラムの見直しを行う。
- 医学部卒業生の地域定着を促進するため、各大学の実情に応じ、医学部入学における地域枠の拡大などの取組みを進める。
- 臨床研修修了後の専門性を高める研修及び生涯学習のあり方について、医師の診療科偏在や地域偏在の是正を図り、医師のキャリアパスが明確となるよう見直す。
- 卒前の臨床実習の充実の状況を踏まえながら、医学生の一医行為の取扱いや国家試験の内容を見直す。
- 大学病院等による医師派遣機能を、地域の関係者の意向が十分反映された開かれたシステムとして再構築する。
- 今般の臨床研修制度等の見直しに伴い、研修指導体制の充実や研修内容等の評価システムの構築、医師派遣機能の強化など、優れた医師養成に必要な予算の拡充を図る。

5 おわりに

今回の見直しの結果、研修医の診療能力の向上や地域医療の確保にどのような効果、影響があったか、研修の具体的内容、研修医の到達度等を継続的に検証し、5年後を目途に改めて制度の見直しについて検討する必要がある。

将来的には、卒前、卒後の一貫した医師養成を図るという観点から、医学教育、臨床研修及びその後の専門性を高める研修を含め、医師の生涯にわたる研鑽のあり方について、さらに抜本的に見直していくことも必要である。

また、医師不足問題への対応は、臨床研修制度の見直しだけでは不十分である。医師養成の拡大、医師の勤務環境の改善、医療関係職種間の連携など、関連する対策の一層の強化を強く望む。

最後に、病院関係者が、本制度の見直しの趣旨を踏まえて臨床研修の充実に取り組み、医師養成への国民の期待に応えることを期待する。

臨床研修制度のあり方等に関する検討会における 主な意見

1. 議論の進め方について

- 臨床研修制度が始まる時から、これを実行すれば日本の地域医療は崩壊するだろう、田舎から医者がいなくなるだろう、科の偏在も起きるだろうと言っていた。全身状態が診れないようなものが診れるようになったとか、そういういい点はあった。この委員会でもどのように臨床研修制度を変えたらいいのかというスタンスでやったほうがよい。
- 医師を養成するという点については質と数の問題もあり、地域医療での医師不足という問題はあるが、これらは個別の問題として、この委員会では、枠組みをどのようにつくっていくのかということをも根本的に考えておかないと、これからの医療供給はうまくいかない。この委員会でも文科省と厚労省とが合同して、連携しながら検討できたらよい。
- 制度改革は、研修医あるいは指導医側の理解も重要だが、国民の共感や理解がないと進んでいけない。どのような医師を国民が望んでいるのかというのが、非常に重要なこと。もう一つ重要なのが、どのような医療体制を国民の方が今望んでいるのか。オン・ザ・ジョブのトレーニングの中で、地域を巻き込んだ部分を大学、大きな研修病院も含めて考えてなければ、国民の理解や共感が得られない。
- 医師を養成する側と、医療の体制をつくる側とが、一緒になってどのようにしていけばいいかということを考え、地方にある大学、都会にある大学といろいろな形で進めていくのがよく、枠組みも新しい概念でやらないといけない。
- 目的は国民、社会の理解をいかに得るかということであり、そのためには、国民に社会を理解させるために客観性のある、国際的に通用するデータを提示して、現状を知らせることによって現場の意見も的確に伝え、そして社会、国民がいかに判定するかということが肝要。
- 現場の初期研修医のアンケート回答率が低く、ほんとうに信頼していいかどうか、このままのデータを現場の意見として考えていいかどうか検討してもらいたい。
- 制度設計に、変更は必須の課題であって、そのときの状況で見直す必要がある。
- 各論で研修制度をどうするかということではなく、その背景には地方における医療崩壊という実情があることを前提にして、この委員会が立ち上がっているのだから、そういうところに戻って議論していかなければならない。
- 臨床実習がいまだに医学教育の現場の中で定着せず、後退をしているという現状から、卒前の医学教育から卒後の教育、そして生涯教育につながるきちとした全体の制度設計の中で議論を進めていかなければならない。
- 診療科の偏在、地域の偏在、勤務形態（勤務医と開業医）の偏在という3つの偏在に卒業研修制度がどのくらい関わっているのか、その3つの偏在に対して解消する、影響する部分があるかどうかという議論をしていく必要がある。
- 限られた期間にある程度まとめなければならぬとすると、全部の問題をここで議論することは到底不可能。初期研修の問題を主に議論せざるを得ない。自分が専門に行くところをどの程度優先するのかという問題を最終的には報告書としては絞らざるを得ない。
- 見直しにあたっては、臨床研修の基本理念を後退させてはならない。むしろ、いかに充実させていくかという見直しが必要。

- 研修制度のすぐできる手直しとして、マッチングの手直し。募集枠を9,000程度までに絞って、質の高い研修病院を残す。その際に、地域分布、人口を考慮する。数年かかる手直しとして、臨床実習の質の改善と、国家試験を知識重視型から実技重視型に変えること。そして最後に、卒後研修の内容・期間について検討してはどうか。
- 少なくとも2年間は処遇が保障された研修制度があるのだから、この制度を有効に使うべき。
- この検討会の中では時間が限られているので、事務局で質問を整理して、各関係団体に具体的な質問を出して、意見をもらって、それを踏まえて報告書をまとめていきたい。
- 国民にとって良い医師を育てるということなので、全人的に診ることのできる医師が必要。
- 制度開始から5年経って、研修を受けた人がどうなっているかはアンケート調査だけではちゃんとした評価がない。
- 患者の立場から考えてもらいたい。研修医の立場だけ考えてもらっては困る。
- 研修医の到達度を評価する客観的なシステムが必要。さらに、今回の見直しの5年後にも再度見直しをしていただきたい。
- 研修制度には公費が使われているので、国民が納得する内容の見直しをやらなければならない。
- 文科省と厚労省が一貫して医師養成を考えるようになったことはうれしいことであり、今後これをどうやって充実するかという議論が期待される
- 大学の研修医を充実させることも、日本の医療の根幹を支えるために必要ではないか。

2. 医師不足、地域偏在について

- 新臨床研修制度が地域の医師不足を招いたと言われていることに、信憑性があるかどうか疑わざるを得ない。千葉県のように、一生懸命やれば若いお医者さんは集まる。実際に、地域でも新臨床研修制度がいい具合に動いている。すぐれた指導医とか研修体制があればそこに人が集まる。
- どのような専門分野の先生が、どこにどれくらい足りないかというデータが示されなければ、医師が足りないかどうかはわからない。幅広い臨床能力を持つ、経験症例数を増やそうという新臨床研修制度自体の最大の目的は、達成しつつある。新臨床研修制度を、医師不足の最大の原因ととらえるのは、まだデータ不足ではないか。
- 毎年、医師総員は少しずつ増えてきたのに、ここ数年の間に、医療崩壊というのが社会問題化した。この間に変わった制度は、臨床研修制度以外にない。研修医は各診療科のマンパワーにはなっていない。約15,000名から16,000名の医師が突然消えたというのと同じ状況になっている。全国医学部長病院長会議のデータによれば、人口50万人未満の小さな都市しかない都道府県では研修医が大学に30%しか残っていないので、大学の医師派遣機能の大幅な低下を招いて、今の地域医療の崩壊を招いている。数カ月あるいは1年で潰れていくような病院が、地方にはたくさんある。
- 医療崩壊の原因を臨床研修との関係から見ると、影響は若干あったと思うが、これが大きな要因だとは思っていない。この研修制度が始まる前から北海道では、特に産婦人科の集約化などが始まっていた。専門教育を受けた先生方が地方に行きたがらない。逆にこの研修制度がなければ、医療崩壊は今以上にあったかもしれない。
- 質の高いよい医師を育成する、研修の質を高めるといふことと、医師の偏在の是正とは、2つの別の課題。研修制度の部分だけの見直しだけでは足りない。この際、卒前・卒後の一貫した医師養成システムの構築を考えるのは非常にいいこと。しかし、これは中長期的な目標である。すぐに偏在や不足を是正するためには、学生の数と病院の募集数を近づける、地域枠を設定する。

- 昔、患者さんは内科、小児科を受診していたが、今は患者さんが小児科医を求めため、医師不足が相対的に起こっている。地域には、相当レベルの高いお医者さんでないと行けない。自分の生活の問題もあって、なかなか行けないという状況がある。
- 医師不足の問題は、OECDのデータで人口に対する医師数が30カ国中27位。高等教育の予算は、30カ国中29位。医療費は30カ国中22位。専門別の医師数分布は、厚労省にデータがある。この臨床研修医制度ができて、主要重点都市の研修医の数は、減っているという事実がある。
- 長崎も年々研修医が減少している。都市と地方の病院に適正に人を配置するマッチング制度が必要。マッチングのための面接の期間を全国統一とすべき。専門医の協会がマッチングの枠を決めている欧米の様にリーズナブルところで手を打てば、無駄がなくなるだろう。
- 大学病院が地域医療のキーとなるのは確かで、大学を中心として地方自治体や病院を含めて、新しい医師の養成システムをつくらなければならない。その中に初期の臨床研修制度を組み込んでいくしかない。それをやるためには、研修病院による経済的インセンティブの差をなくすことと、各地域で研修医数の枠を決めること。地域の中だけでマッチングするのではなく、各都道府県の枠を決めた上で全国でマッチングをすればよい。
- 募集定員を9,000名くらいまで絞る作業をする中で分布をうまく考えて、できるだけ地域の偏在が起こらないようにする。
- 大学の医局が医師を派遣していることは、よくないだろうということで臨床研修制度を始めた。北海道では大学の主導で北海道医療対策協議会が、調整を行っている。今まで大学にその役割を負わせてきたというのは、行政の責任だと思っている。行政主導でそのような仕組みを都道府県に作ることによって、大学は非常に楽になるのではないか。
- そもそも医師の養成数が少なすぎる。各医学部の定員を少しずつ増やすだけでは間に合わない。メディカルスクールというか、社会人を4年間で医師にするような所を医師の少ない県に限って作ることを文部科学省も一緒に検討してはどうか。
- 新潟県内の医師不足は極めて深刻。国立大学には経営問題があり、医師の処遇改善やマンパワーの増員などを簡単にできる状況ではない。大学病院が診療で忙しい中、教育と研究さらに地域医療支援まで行えるのは、使命感・責任感を唯一のよりどころとして懸命に努力しているため。地方の大学病院の問題を抜きに、我が国の医療問題や研修医問題を語ることはできない。
- 平成16年以降大学入局者も減少している。このような状態が続くと、新潟県内の医療は維持できない。大学病院が力をつけて元気にならなければ、地域医療はもたないと現場では実感している。
- マッチングは地方と都市のバランスが保てるよう早急に改善するべきである。
- 初期臨床研修が終わって、大学にどのぐらい戻ってくるかが重要であり、小さな都市しかない都道府県の帰学率は30%、これで地域医療を守れといっても不可能な状況。特に大都会のない都道府県においては、もう待ったなしの状況であり、来春にはそういう小さな県の地方医療は色々なところで崩壊して、住民の生命に関わるものが起こってくるのではないかと思う。そういう意味ではこの委員会の使命というのは、極めて重要だということを認識して、早急なディスカッションをお願いしたい。
- データ出す時にはその都道府県の大学病院に何%戻ったかではなく、大学以外の病院も含めてどれだけ戻ったかというシミュレーションが必要だと思う。大学とほかの病院を合わせて少ないのであれば地域医療は崩壊だが、大学病院は少ないけれども、その県の中の他の病院に後期研修で戻っていれば、崩壊ということにならないと思う。
- 臨床研修が終わった後に大学にどれだけ戻るかということが重要だが、大都会のない都道府県では帰学率が低いので、研修制度を抜本的に見直す、もしくは一時凍結するなど