

医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会 議事次第

平成19年6月28日（木）

10時00分 ～ 12時00分

東海大学校友会館（霞ヶ関ビル33階）

○ 開 会

○ 議 事

1. 医師臨床研修制度に係るヒアリングについて
2. 臨床研修制度に関する論点整理
3. 研修医の募集定員について

○ 閉 会

資 料

- 1 齋藤 宣彦参考人提出資料（医師臨床研修制度見直しに向けて）
- 2 臨床研修制度に関する論点整理
- 3 研修医の募集定員について

■ 医師臨床研修制度見直しに向けて

日本医学教育学会
齋藤宣彦

■ 本日、お話申し上げること

1. 新医師臨床研修の“制度”
2. 研修の目標
3. 研修の方法
4. 研修の評価
5. その他

1. 新医師臨床研修の“制度”-1

温故知新

インターン制度:カリキュラムなし、
指導体制なし、
生活保障なし

塚本憲甫先生→日野原重明先生→… →総合診療式
→三十有余年→現在の「新医師臨床研修制度」

昭和62年:文部省「調査研究協力者会議」
医師の到達目標を「期待される医師像」として示された。

1. 新医師臨床研修の“制度”-2

- ・“制度”そのものについては、よい方向
卒前のクリニカル・クラークシップとの継続性が課題
クリニカル・クラークシップの充実→臨床研修の内容
- ・「必修化」そのものを変更する必要はまったくない。問題があれば、その運用を考えることでよい。
- ・「必修科」という診療科でとらえられがちであるが、研修目標をクリアすべきである。

2. 研修の目標-1

「研修目標」が示されていることは、きわめて重要である。

医学教育の目標としては、

- ①卒前の「モデル・コア・カリキュラム」
- ②国家試験「出題基準」
- ③「研修目標」

の3つがある。(平成17年の「医学教育者のためのワークショップ」で、①と②の整合性について検討したが、その先にあるのが③である)

各目標の整合性の検討が不十分

2. 研修の目標-2

・研修目標を見直す恒常的組織をつくるべき

(国家試験出題基準の委員会はモデル・コアカリキュラムとの整合性についての検討が開始されている)

国家試験出題基準と研修目標の整合性の検討を行う
これにより、卒前臨床実習(クリニカル・クラークシップ)の到達目標も変更が生じるはずである→文部科学省

・「医学教育の到達目標の一貫性」という議論が不十分

例:「地域保健」で保健所研修→「学生時代と変わらない」

例:血液センター→「見学だけでした。学生時代に行うことでよい」

3. 研修の方法-1

1. 研修の場所

- ・研修指定病院の評価→「臨床研修評価の研究会」
- ・地域ごとに研修指定病院を重点配置・病院群

2. 研修の定員

- ・医師国家試験合格者数と研修医定員とをほぼ同数にする

- ・大学病院における研修医定員を再考する

「1年次の研修定員は自大学の1学年の卒業生数の〇%まで」としないと大学による関連病院「支配」はな
くならない

関連病院側も大学へ「依存」する

3. 研修の方法-2

3. 方法

- ・地域医療研修の方法についての推奨案を提示
例: 保健所・血液センターにおける「見学」の改善
二年目研修医による「住民健康講座」の成功例
- ・現行の必修科目の矛盾点の洗い出しと弾力的運用
例: 必修科目は現行でよいが運用に弾力性を!
救急と麻酔? (救急とは三次救急ではない)

3. 研修の方法-3

4. 人的資源

1) 指導医: 研修指導に携わる全ての医師(臨床歴5~7年以上)は指導医として認定されるべき

(1) 指導医養成制度

優秀な指導の下には、やる気のある研修が集まる
「熱血指導医」がよい指導医だと信じている人がまだいる
現行の16時間の養成講習会では十分とは言えない
「講義」では無意味

(2) 指導医を大切に

指導医の労働強化→心のケアが必要な指導医
医師の業務内容の見直し→コメディカルへの業務移譲

3. 研修の方法-4

4. 人的資源

1) 指導医-続き-

(3) 指導医の「教育歴・指導歴」評価

「教育歴・指導歴」が正しく評価されていない。
研修医は必修化研修を修了しなければ
「責任ある立場」になれない。

「指導歴がなければ、研修指定病院の役職や、臨床系の大学教員に就任できない」とする



自ずと「処遇」も改善
指導医のモチベーションの向上

3. 研修の方法-5

4. 人的資源—続き—

2) 医師以外の人的資源

(1) 事務方を含むコメディカルは、臨床研修制度を十分認識していない



コメディカル(薬・看・栄・検・理・事務)に対する「臨床研修サポート講習会」(SD)をせずして“チーム医療”はできない



研修指定病院には、臨床研修に関するSDを義務付ける

3. 研修の方法-6

5. 物的資源:シミュレーター教育の活用

例:鎖骨下静脈穿刺用シミュレーター;26万円

限られた研修指定病院にスキルス・ラボを設置(多くの大学にはすでに設置されている)し、研修オリエンテーション時に、その地域の研修医を集めてトレーニング→発行された「修了証」をもって自分の研修病院に戻る

(共用施設:研修中にも、医療安全講習会などで利用できる施設)

3. 研修の方法-6

5. 費用

1) 人件費

研修医への手当て

研修指導医への手当て=指導医資格

研修センター事務への手当て

2) 研修ための物的資源の購入・維持

3) 研修実態・指導実態を地域住民に広報する費用

地域基盤型病院にはこれが重要

4. 研修の評価

1. 制度の評価:見直し

2. 研修病院(指導体制を含む)の評価

3. プログラムの評価

4. 評価法の評価

5. 指導医の評価

6. 研修医の評価

評価では、研修病院や研修医本人のautonomyを重視

5. その他-1

1. 大学における臨床研修

- 1) 初期臨床研修を特定機能病院で行うことの矛盾: プライマリ・ケア施設があるか
- 2) 大学病院は魅力的臨床研修病院に変貌したか

5. その他-2

2. 地域の医療を支える

- 1) 交通が不便でも、よい研修病院には研修医が集まる
そこには、熱心な指導医がいる。
その指導医の「滅私奉公」により、「よい研修病院」とのウワサが広まって、ますます集まってくる。
しかし、その指導医はついには疲れて辞める。
- 2) 地域の病院の医師をすぐれた指導医に育てずして、研修医を地域に配置するのは論外

5. その他-3

3. 基礎医学研究はおろそかになるか


- 1) 入学者選抜では「どんな臨床医になりたいか」とたずねて採用している
- 2) 卒前医学教育で学生に「研究の面白さ」を感じさせたか

医学部の医師による研究は、臨床経験から抽出された問題の研究であってもよい

5. その他-4

4. 臨床研修終了後の進路＝帰学？

- 1) 「大学で研究をしたい」と思わせるには、卒前の大学教員（研究者）の姿が重要
- 2) 自分の大学へ戻る必要はない。
自分が志しているテーマを研究している大学院に
- 3) 専門医資格をどこで取得するか
専門医制度の動向を



終わりに

医学教育は卒前教育と卒後教育の一貫性が重要である。

牛場、館、日野原、吉岡先生方が35年前から始めた
は厚生労働省と文部科学省の唯一の共同主催で参加者の半数は
大学教授、半数は病院長、5泊6日にわたる研修会であった。
昨年「医学教育者ためのワークショップ」は日本医学教育学会主
催で実施した。そこでも「新臨床研修制度見直しのための提言」をま
とめた。

両省の人的交流も行われ始めた現在、
両省がますます協調していくことを期待したい。



ご静聴ありがとうございました。

この機会をお与えいただきましたことに
感謝いたします。

臨床研修制度に関する論点整理

1. 基本的考え方
2. 研修プログラムについて
3. 臨床研修の到達目標について
4. 臨床研修病院の体制等について
5. 手続き等について

1. 基本的考え方

新しく必修化となった医師臨床研修制度は、昭和43年のインターン制度廃止以来、36年ぶりの抜本的な改正として平成16年4月からスタートした。

この制度は、「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、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。」を基本理念としたものである。

- これまで、制度の円滑な実施のため、研修医が研修に専念することができるよう、研修医の処遇についての大幅な改善など体制の確立に取り組んできたところである。
- また、臨床研修制度の必修化前（平成15年）と必修化後（平成17年）に臨床研修制度における基本的技術の習得状況について、研修医を対象とした調査が行われており、概ね必修化前より向上しているとの報告もある。
- 一方で、特定の地域や診療科における医師の偏在は喫緊の課題であり、本制度においても対応策の検討が必要である。

いずれにせよ、今後とも、国民の求める医師像を踏まえつつ、研修の質の向上を図る観点からも、適時臨床研修のあり方について検討していくことが必要であり、より良い研修制度を目指すものである。

参 考 資 料

資料1 臨床研修制度の変遷

資料2 研修医（1年次生）の平均給与（年収）の比較

2. 研修プログラムについて

(1) 現在の状況

- 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。

(2) 臨床研修における科目と期間について

- 必修科目、基本科目とその研修期間取り扱い
内科、外科、救急（麻醉を含む）、産婦人科、小児科、精神科、地域保健・医療について、今後、どのように取り扱うべきなのか。
- ローテーションにおける診療科順について
「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。」となっているが、1年目に他の科目（小児科、産婦人科、将来の専攻予定科目等）を行えるようにすべきではないか。

3. 臨床研修の到達目標について

(1) 臨床研修必修化後3年経過した現時点における見直しは必要か。

- 経験が必要な項目及びレポートが必要な項目について見直す必要はあるのか。
- 到達目標の中で、医師のすべてが実施可能であるべき内容と、将来の目標として実施しなければならない目標との分類は可能か。

(2) 臨床研修と卒前教育及び国家試験との一貫性を、より重視すべきではないか。

- 卒前教育、国家試験、臨床研修のそれぞれの役割分担を明確化し、一貫したシステムを考えるべきではないか。(医学部教育の「モデル・コア・カリキュラム」と臨床研修制度の到達目標との整合性を考えるべきではないか。)

(参 考)

現在、卒業前教育に関しては、「医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂等に関する恒常的な組織」(文部科学省)、医師国家試験に関しては「医道審議会医師分科会医師国家試験出題基準改定部会」(厚生労働省医政局医事課試験免許室)において、検討が行われているところ。

(3) 到達目標及び指導ガイドラインより詳細な基準は必要なのか。

- 現在、修了認定は病院の判断において行っているが、現在の到達目標以上に詳細な基準を国が示す必要があるのか。
- 指導ガイドラインより詳細な基準は必要か。

(4) 今後、恒常的に必要となることが予想される検討についての対応は如何にすべきか。

- 新たな医学的知見に基づき、到達目標や指導ガイドラインにおいて、変更しなければならない事項が発生した場合、どのように対応すべきか。
- 新たな知見に従い、内容について、定期的に見直す仕組みを検討すべきか。

4. 臨床研修病院の体制等について

(1) 現在の状況

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。

③ 臨床研修病院の評価について

単独型臨床研修病院、管理型臨床研修病院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による評価を受け、その結果を公表することを旨とする。」とされている。

(2) 臨床研修病院の指定基準の見直しについて

- 指導医講習会を受講したことを指導医の要件とするべきではないか。
- 研修の質の維持の観点から、長期間研修医がいない病院は臨床研修病院としては問題があるのではないか。

(3) 病院内の指導体制のあり方について

- 過重の負担がかかっている指導医の負担が軽減されるための指導体制とはどうあるべきなのか。
- 指導体制に関するガイドライン等の基準（もしくはモデルの提示）は必要ではないのか。
- 屋根瓦方式、チーム主治医制の導入をどのように進めていくのか。

(4) 臨床研修病院と地域医療について

- 地域における必要な医師の養成を行う際、臨床研修制度の活用を行うべきではないか。

(5) 臨床研修病院の評価のあり方

- 自己評価と、その公表は進められるべきではないのか。
- 第三者評価は進められるべきではないのか。
- どのような内容を評価するべきか。（プログラム、指導体制、指導方法？）
- 評価方法、評価基準は如何にあるべきか。
- 質の担保のために国においても、何らかの仕組みを設けるべきではないのか。

(6) 募集定員数について

- 実際の研修医数は7500人程度であるが、募集定員数は11000人以上である現状については、募集定員数過多であり、バランスが悪いのではないか。
- 研修医の都市部への集中を是正し、地域バランスの考え方を導入すべきではないか。

5. 手続き等について

(1) 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

(2) 新規申請、病院群変更申請、プログラム変更申請の簡素化について

臨床研修プログラムの変更、協力施設の変更等は弾力化するべきではないか。

(参考資料1)

臨床研修制度の変遷

区分	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成18年度
研修病院数	2,204	2,291	2,288	2,380
募集定員数(マッチング参加病院)	10,870	11,122	11,228	11,306
研修医受入者数	7,372	7,526	7,717	7,560
プログラム数	(1,076) 1,160	(1,158) 1,205	(1,261) 1,283	(1,304) 1,327
指導医講習会受講者数	7,813	5,407	4,816	—

※プログラム数の括弧書については、マッチング参加病院におけるプログラム数

(参考資料2)

研修医(1年次生)の平均給与(年収)の比較

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室調べ

区分	平成15年度(旧制度)A	平成16年度(新制度)B	16' - 15' (B-A)	平成17年度C	平成18年度D	18' - 17' (D-C)	18' - 15' (D-A)
	円	円	円	円	円	円	円
臨床研修病院	4,245,413	4,223,636	△ 21,777	4,562,902	4,844,780	281,878	599,367
国立①	2,897,122	3,836,323	939,201	4,039,758	4,240,657	200,899	1,343,535
公立	4,286,721	4,186,919	△ 99,802	4,626,322	4,864,002	237,680	577,281
公的	4,547,842	4,284,070	△ 263,772	4,641,408	4,799,200	157,792	251,358
その他	4,635,405	4,378,283	△ 257,122	4,638,145	5,018,570	380,425	383,165
大学附属病院	2,040,051	3,179,289	1,139,238	3,427,337	3,539,287	111,950	1,499,236
国立②	2,383,418	3,433,817	1,050,399	3,710,358	3,862,150	151,792	1,478,732
公立	2,309,335	3,763,542	1,454,207	4,016,824	4,156,021	139,197	1,846,686
私立	1,461,016	2,749,984	1,288,968	2,974,225	3,071,598	97,373	1,610,582
全体	2,645,810	3,653,496	1,007,686	4,004,494	4,273,399	268,905	1,627,589

国立①:厚生労働省(国立病院機構、ナショナルセンター)、防衛庁、日本郵政公社、労働福祉事業団(労働者健康福祉機構)、私学事業団

国立②:文部科学省(国立大学法人)

公立①:都道府県、市町村

公立②:公立大学法人、公立大学病院

公的:日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会

その他:上記以外の公益法人、医療法人等

平成19年6月28日

研修医の募集定員について

1. 基本的な考え方

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。

2. 調整の進め方

ア 次の3要件のすべてに該当する都道府県（以下、「対象地域」という。）の医療機関に対し、募集定員を減ずることを要請する。

- 1) 平成19年度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い
- 2) 人口10万対医師数（平成16年）が全国値を上回る
- 3) 面積100km²当たり医師数（平成16年）が全国値を上回る

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、地域の医療提供体制の混乱を招かないよう、大学病院をはじめ当該医療機関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。

イ 対象地域においては、研修病院の新規指定及び募集定員の増員を留保する。

3. 留意事項

対象地域の医療機関が、医師の派遣や研修医のいわゆる「たすきがけプログラム」などを通じて、対象地域周辺の医療提供体制を補完していると考えられる点について、十分配慮しながら進める必要がある。

(別表)

都道府県	平成19年				人口10万対 従事医師数 (平成16年)	100km ² 当 たり医師数 (平成16年)	対象地域
	募集定員①	採用実績②	人口10万対 募集定員	人口10万対 採用実績			
北海道	537	283	9.6	5.1	203.6	14.6	
青森県	118	52	8.3	3.7	164.0	27.3	
岩手県	106	56	7.7	4.1	167.9	16.4	
宮城県	174	99	7.4	4.2	188.0	69.4	
秋田県	127	67	11.2	5.9	181.9	19.6	
山形県	112	70	9.3	5.8	184.2	32.9	
福島県	139	84	6.7	4.0	171.0	27.2	
茨城県	168	109	5.7	3.7	142.3	73.5	
栃木県	169	122	8.4	6.1	189.8	62.9	
群馬県	155	90	7.7	4.5	192.2	64.3	
埼玉県	284	216	4.0	3.1	129.4	251.0	
千葉県	399	268	6.6	4.4	146.0	83.7	
東京都	1,538	1,317	12.1	10.4	264.2	1,339.2	◎
神奈川県	734	552	8.3	6.3	167.4	629.0	
新潟県	176	67	7.3	2.8	166.9	40.2	
富山県	112	51	10.1	4.6	213.6	21.9	
石川県	133	77	11.3	6.6	238.8	71.2	
福井県	83	49	10.1	6.0	202.7	41.8	
山梨県	87	46	9.9	5.2	186.8	40.7	
長野県	197	112	9.0	5.1	181.8	33.5	
岐阜県	182	102	8.6	4.8	165.0	35.4	
静岡県	257	164	6.8	4.3	168.5		
愛知県	673	456	9.2	6.2	174.9		
三重県	152	73	8.1	3.9	176.8	59.6	
滋賀県	107	83	7.7	6.0	189.7	71.5	
京都府	339	282	12.8	10.7	258.3		◎
大阪府	834	583	9.5	6.6	231.2		◎
兵庫県	401	285	7.2	5.1	197.3		
奈良県	136	71	9.6	5.0	196.7		
和歌山県	104	64	10.1	6.2	236.8	55.1	
鳥取県	70	28	11.6	4.6	258.3	48.7	
島根県	90	50	12.2	6.8	238.1	28.3	
岡山県	219	133	11.2	6.8	246.3	72.1	
広島県	227	135	7.9	4.7	224.9	50.7	
山口県	125	67	8.4	4.5	224.1	58.5	
徳島県	78	36	9.7	4.5	262.4	55.4	
香川県	95	58	9.4	5.7	236.6	116.5	
愛媛県	125	72	8.6	4.9	223.9	60.7	
高知県	93	43	11.8	5.4	261.4	30.9	
福岡県	590	450	11.7	8.9	253.2	299.9	◎
佐賀県	77	48	8.9	5.6	216.4	81.4	
長崎県	144	85	9.8	5.8	247.2	35.8	
熊本県	149	108	8.1	5.9	235.4	66.3	
大分県	108	60	9.0	5.0	226.9	49.9	
宮崎県	70	36	6.1	3.1	206.9	38.0	
鹿児島県	135	57	7.7	3.3	212.9	43.4	
沖縄県	178	144	13.0	10.5	196.3	227.4	
計	11,306	7,560	8.8	5.9	201.0	73.7	