

## 臨床研修制度に関する論点整理（未定稿）

- 1 研修プログラムについて
  - \* スーパーローテーションについて
    - ・ スーパーローテーションの是非
    - ・ 研修科目、期間について
  - \* 臨床研修の到達目標について
    - ・ 新たな知見への対応方法について
    - ・ 評価方法について
    - ・ 事務手続きについて
- 2 指導体制について
  - ・ 病院内の指導体制のあり方
  - ・ 指導内容について
  - ・ 指導医の環境について
- 3 手続き
  - ・ 現在の手続き方法について  
(プログラム変更、病院群変更に伴う手続きについて)
- 4 研修医の募集定員
  - ・ 全体数について
  - ・ 地域別定員数の設定について
- 5 臨床研修を行っている病院の評価について
  - ・ 第三者評価の是非について
  - ・ 評価の具体的手法について
- 6 卒前教育、後期研修との連続性について
  - ・ 卒前教育と臨床研修の関係について
  - ・ 後期研修と臨床研修の関係について
- 7 臨床研修病院と地域における医療について
  - ・ 地域における医師養成・確保との関係について
- 8 その他

## 臨床研修制度に関する意見

(臨床研修部会における関係者ヒアリングにおける主な意見)

### 1 研修プログラムについて

- \* スーパーローテーションについて
  - ・ スーパーローテーションの是非
  - ・ 研修科、期間について
- \* 臨床研修の到達目標について
  - ・ 新たな知見への対応方法について
  - ・ 評価方法について
  - ・ 事務手続きについて

(ヒアリングにおける主な意見)

#### \* スーパーローテーションについて

私どもの結論としては、経験症例数もすべて今回の新制度になって増えていますし、臨床能力についても「できる」あるいは「確実にできる」という研修医の割合が、旧制度のときの研修医に比べてかなり増えていて、そういう意味では、新制度は研修医の臨床能力を高める上で、よかったのではないかと考えています。

プライマリ・ケアへの関心が高まったということです。

2年次の必修科は最低1カ月となっていますが、産婦人科で1カ月研修することが一体どれだけの意味を持つのかといった質問をする研修医もおります。細切れにローテーションするために、いくつかの問題点が生じることもあると思います。

各科の一般的な知識や技術の経験が短期間で多くの症例を経験できたと思います。ただ、習得に関すると、実際に習得できるまでにはやはり至らないとは思っています。ただ、こういった経験を数多くできることによって、どのタイミングで他科へコンサルトすべきか、どのような病態はどの科になるのかといったことや、各科の多数の指導医との交流が可能であり、他科へのコンサルトのしやすさが非常に出了と思います。

専門科に対する知識、技術の遅れを非常に痛感しています。

やはり各専門科を見据えたローテートができたほうが、最終的には医療の質の向上にもつながるのではないかと思います。

修期間について、内科系の先生からすると2年間の短い期間で習得するのは不可能だから長いほうがいいという者もいれば、外科系の間でも早く専門科で修練したいという人間もいて、長すぎるという両方の意見がありました。

理念についてですが、現在の臨床研修の理念を定着させるためには定められた診療科をただローテーションするだけではなくて、もう少し特徴のあるプログラムの選択が病院にもできる研修も許されることが重要だと思います。

#### \* 臨床研修の到達目標について

いま厚生労働省から提示されている研修目標、到達目標というのは、到達目標の考え方がずれています。ここでいう行動目標というのは基本姿勢、態度である。あとは経験していけばよい（ことになります）。

例えば「二次救命処置、ACLSができ、一次救命処置を指導できる」とありますが、現在では研修医のためのICLSコースが普及されていますので、こういう見直しをしていく必要がある。これは一例です。

救急部（麻酔科を含む）というのは理解しがたいというのが個人的な意見です。私は救急部も麻酔科もスーパーローテーションでローテーションしましたが、麻酔科で学ぶものと救急室で学ぶものは全く違います。

経験目標、経験手技、レポートなどがありますが、項目が煩雑なことと、初歩的なこともかなり含まれていて、研修医としては義務感というか、そのような感覚で非常に面倒だと言っております。

将来の目標別にしっかりやっておいたほうがいいところと、誰でもできなければいけない最低の目標とを、もう少し弾力的にできるような指針を示していただいたほうがいいと思っています。

(関係資料)

資料4 制度の概要、 資料5 臨床研修の到達目標について

## 2 指導体制について

- ・ 病院内の指導体制のあり方
- ・ 指導内容について
- ・ 指導医の環境について

### (ヒアリングにおける主な意見)

沖縄県立中央病院のスーパーローテーションと同じようなスタイルのものが、2年版になって登場したと思ったのですが、根本的に違うところは、沖縄県立中央病院はチーム主治医制を取っているということです。指導医の下に後期研修医と初期研修医、ローテーションで見学に来たり、実習に来たりする医学生がいて、このチームで16人から20何人かの患者を診ているわけです。実働は初期研修医と後期研修医で、指導医は非常に難しい患者や難しい検査、手術、教育に完全に特化しています。つまり、名前は主治医ですが、指導医は主治医業務から完全に解放されており、いわゆる専門的な診療や教育に専念でき、良い研修ができる。研修医が集まることによって、指導医は基本的な雑用から解放されているわけです。

病院の特徴によって、経験しづらいことをどのようにして教えてもらえばいいのか、研修医たちは試行錯誤していると思います。例えば病棟研修が中心の科が多いと思いますが、外来の研修をしたいというときに、どうやって指導医に相談すればいいのかわからないとか、急性疾患も診たいが、担当するのは入院中の慢性疾患が多いのでどうしたらいいかわからない。

指導医側の問題として、指導医の先生方は熱心な方が非常に多いのですが、教えるのが得意なことが是非教えたことで、それは自分の専門領域であり、研修医が知りたいこととは必ずしも一致していないということが多々見られます。もう1つは、自分が教わっていないことは自信を持って教えられないということです。

指導医の先生は非常に疲れていて、特に1カ月ずつ研修医が回ってくる所では、傍から見ても疲労の色が濃いと思います。2年経って小児科、産婦人科に行くと、教えるのはいいわと。忙しいから研修医には対応できない、もちろん個別のニーズにも応えられない。研修医も遠慮して、もういいですとなってしまうという状況があります。

指導医の役に対する待遇、役付けですが、これはその病院の中における身分、職務をもっと明確にして、ゆとりのある指導のできるような待遇を、実際には診療をやりながら、全く他の人と違うことない診療をやりながら、指導を行っているという、かなり厳しい過酷な労働が強いられている点があります。いま私どもの調べによると、指導医と

いう職務を与えて、病院で主たる業務は研修で、あとはその研修に必要な臨床、外来診療、入院診療は少しですがやりながら研修をする。そしてゆとりを持たせるのが関東地方に2つの病院があります。

### 3 手続き

- ・ 現在の手続き方法について

(プログラム変更、病院群変更に伴う手続きについて)

(ヒアリングにおける主な意見)

研修医の評価が思っていた以上に煩雑で、2ヶ年の修了時を目指していまはEPOCなどを用いて、到達目標一つひとつについての評価をしていますが、何かもう少し工夫をして煩雑性を減らすことができないかなと思っています。

プログラムの変更は前年の4月30日までしかできませんが、北海道では病院の状態がどんどん変わっていきますので、部分的な変更についてはもっと柔軟性を希望いたします。

<関係資料>

資料6 事務手続きについて

#### 4 研修医の募集定員

- ・全体数について
- ・地域別定員数の設定について

##### (ヒアリングにおける主な意見)

研修病院の数や研修医の枠があまりにも多過ぎて、それが研修医の分布の地域の偏在を生んでいる要因になっているとということで、したがって、研修病院のプログラムの評価に連動して、これは堺先生がおっしゃったことと同じですが、プログラムの評価とともに地域分布を考えて、もう少し研修医の枠を減らしてもよいのではないかと考えています。

各都道府県の実態と分布を考えた施設の基準と限定をすべきではないかと思えます。

研修医の都市集中ですが、これは今もありますが、何とかなくしてという声があります。ただ現実を見ますと、少しずつではありますが、都市集中が緩和されつつあるような傾向を私どもは見ています。もう1つはまたここに都会、あるいは都市を離れた所で枠を作ることになると、研修を受ける人たちの選択の自由が奪われるのではないかという懸念もあるので、もう少し経過を見た上でこの点は考えていいのではないかという意見が多いようです。

##### <関係資料>

資料7 都道府県別研修医在籍状況、マッチング結果状況推移

## 5 臨床研修を行っている病院の評価について

- ・ 第三者評価の是非について
- ・ 評価の具体的手法について

### (ヒアリングにおける主な意見)

先ほど言いました研修病院の評価です。これは今後ともどんどん私ども病院団体に設立したのですが、これが今後とも積極的に進めていく。そしていますぐというわけではありませんが、将来これが何らかの形で診療報酬につながるような形に持っていくことを望んでいる意見です

## 6 卒前教育、後期研修との連続性について

- ・ 卒前教育と臨床研修の関係について
- ・ 後期研修と臨床研修の関係について

### (ヒアリングにおける主な意見)

研修制度の位置づけを明確にして、卒前と卒後の一貫性を担保する、シームレスなシステムが必要だろうということです。

(1) 臨床実習前の国家試験の実施、(2) CBTの国家試験化、(3) 仮免許を交付して学生の医行為の法的整備をしていただきたい。(4) 臨床研修病院の協力を得て臨床実習を行えば実効ある臨床実習ができます。8年かかっているものを6年で済ませることができる。(5) 必要があれば卒後の技能を問うOSCEでの国家試験をやっていたらよいと思いますし、連携した教育システムが必要です。(6) 卒後の臨床研修については専門研修として再構築をしていただきたい。

学部教育ですぐに難しい手術等々ができるわけではないし、卒後の2年間の研修で難易度の高い治療ができるようになるわけではありません。そういう意味では医学生涯教育の観点から、卒前・卒後の一貫した医師の生涯教育、システムの確立をお願いしたいと思います。

日本の家庭医は日本で育てないと日本のフィールドに育たない。ですから、用語は総合診療や、プライマリケア、包括ケア、かかりつけ医などいろいろな枠組みがありますが、それを超えて国民に応えられる一次医療を担う専門科集団の後期研修のあり方を、是非みんなで議論して育てていく道が必要ではないか。

ですからこそ、初期臨床研修は基礎的な総合診療能力を持った臓器型専門医の育成の視点が比較的多かったと思うのですが、私自身は臓器別専門医も幅広く診ることは決して悪くないと思うのですが、もう1つ、ゼネラリストの生涯総合医として育てていく人たちを育成することも非常に重要ではないかと思います。ですから、2種類というわけでもないのですが、お互いに協力し合って、専門医が専門医としてうまく機能するためには、専門医教育だけで将来一次医療を担っていく形ではなく、2つの形の医師の育成のあり方が、いま期待されるのではないかと考えています。

今回の必修化の制度は個人的には英断だったと思っています。医学生や若手の医者に臨床能力重視の傾向が出始めていますし、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と言ってもいい医者の育ち方に対して、その振り子を反対の方向に向けさせるかなりの力になりつつあると私なり

に高い評価をしております。

## 7 臨床研修病院と地域における医療について

### ・地域における医師養成・確保との関係について

#### (ヒアリングにおける主な意見)

(昨年、臨床研修修了者が初めて誕生したということで、昨年の4月から6月にかけて全国80大学を調査した結果、) (1)大学所属医師の減少、(2)地域別では四国、北海道、東北、中国など地方における減少が著明である。大都市のない都道府県での減少。(3)救急医療・24時間体制の科・診療リスクの高い科・患者生命にかかわる科の減少が著明です。その中でも地方の地域医療において重要な内科の実数の減少は非常に大きな影響を示しています。すなわち、(1)地域間格差が増大し、(2)診療科間の格差が増大している。その結果、(3)地方、へき地医療が崩壊している。(4)救急医療が近々に崩壊するだろうことが危惧される。(5)さらに日本における医学・医療の底支えをしていた医学部卒業者の基礎に行く方の減少が大変危機的な状況です。これらは近い将来、教育研究診療レベルが低下し、結果的に国民の医療と福祉の重大な危機を招くことが予測されるわけです。

(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たと思います。結局、臨床研修をやっていないと人材が来ないこともあるし、後期研修も来ないということがあって、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出てきていると思います。それにも増して、継続した医師養成のかかわりです。初期研修だけではなくてクリニカル・クラークシップ、それに続く後期研修に対する重要性が認識されたと思っています。実際に私どもの病院でも、1年目が2年目になったら立派に新しい後輩を育てる屋根瓦方式の教育体制が出てきていると思っています。ですので、これは非常に大きなことです。

日本では救命型の救急医は育っていますが、残念ながらERで教えることができるドクターは育つことなく、かつ家庭医や総合内科医も育つことなかった。この2つを今後何とかしない限り、日本の初期臨床研修は発展しないのではないかと考えております。

研修病院と大学病院で家庭医の後期研修のコースを立ち上げ、大学病院、研修病院で総合内科医の研修のコースを立ち上げ、総合内科医を地域の病院に、家庭医をその近隣の診療所に派遣して、家庭医が通院と往診を、総合内科医が入院と検査に特化する形でうまく役割分担できれば、もしかすると地域の医師不足の解消の1つの突破口になるのではないかと考えております。

非常に長い期間、私どもはこの制度の実現に努力し、また主張、要望してきたもので、それだけの責任もあることから、この制度が長く続き、定着していくことを望んでいます。

す。その中で特にこの制度あるがゆえに医師不足がある。医師不足の根源は新臨床研修制度にあり。そして臨床研修制度を廃止する、あるいは1年に短縮することがこれからの医師不足の解決、あるいは医師の養成に欠かせないという意見が出されています。私どもはこの新しい研修制度を作ったときの基本的な姿勢からして、絶対に容認するわけにはいかない。今後、2年間研修を行うことを是非堅持していく姿勢を、今後とも貫いていきたいと考え、またそれを要望するものです。

## 8 その他

### (ヒアリングにおける主な意見)

何よりも私どもは、今回の初期臨床研修というのはもちろん研修医のためにあるのですが、国民、利用者に対して我々が良い医師を作るという質の担保を我々に依頼されていると思います。病院の立場、研修医の立場もいいのですが、利用者の理解、協力、評価が得られているのかどうかをどこかでやっていく必要があるかと思っています。

臨床研修制度の継続は必要なことだと思います。ただ、これを議論するには指導医の問題もあるので、現制度で育った研修医が指導医になってからが問題だと思いますから、それからの評価が必要ですし、もう少し長いスパンで、これで育った研修医のその後の評価も必要

医師免許があるからには、最低限のことはできましようとしたのが、今回の臨床研修の必修化であつたらうと思います。

ということ言えば、先ほどある研修医の方が産科に1カ月行くのはどんな意味があるのか、そんなものは面倒だ、義務だ、義務ではしょうがないというような意見も出てくるのもおかしいし、もっと受ける人が国民の期待がこうであるということを踏まえて、きちんとそのように対応する。そこに向けて研修をしなければならないことを、自ら自覚する、あるいは研修の指導医、あるいは指導医の病院、都道府県、あるいは国が国民の信頼に応えるところまで、もっと踏み込んでいただきたいと思っています。