

医師臨床研修制度の見直しに関する提言

平成19年1月12日
国立大学附属病院長会議

いわゆるインターン制度廃止以来36年ぶりの抜本的改革となった新医師臨床研修制度も今年度で3年目を迎え、平成18年3月には新制度下での最初の研修修了者が誕生し、第2期目の修了者が平成19年3月に誕生しようとしている。

新制度の導入により、これまで以上に臨床教育の重要性が認識されるようになり、研修医の身分と処遇が従来に比較して改善したこと等、評価されるべき点が少なくない。

しかし、制度について検討を加えていた時期からは、すでに数年を経過しており、現行の制度には、変動の激しい医療環境や臨床教育にすでに対応していない部分もある。また、現実の研修においては、円滑な運用のために手直しを要する部分も生じてきた。

こうしたことを見越して、医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令では、附則として、「厚生労働大臣は、この省令の施行後5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。」として、5年以内の見直しを検討することを規定している。

新制度の策定にあたっては、厚生労働省を中心に医道審議会や同省内に設けられた新医師臨床研修制度検討ワーキンググループで検討されたほか、各種団体・学会も新たな臨床研修のあり方について、議論に参画して構築されたものである。国立大学医学部附属病院長会議においても、平成13年12月に「国立大学附属病院卒後臨床研修必修化に向けての指針」として、必修化後の臨床研修のあり方についての提言をまとめ、現行制度構築の一翼を担ってきた。たとえば、この指針では、臨床研修の研修目標を具体的にリスト化して提言してきたが、厚生労働省から提示された臨床研修の到達目標の骨子は、この国立大学医学部附属病院長会議の研修目標によるものである。しかし、この研修目標は、国立大学医学部附属病院長会議では、日進月歩の医学・医療において、継続的な見直しときめ細かな改訂を前提に組み立てたものであり、現に平成13年の研修目標も、平成10年に提言した目標を改訂したものである。したがって、それからすでに数年を経過した現在、改定すべき点が数多く認められる。

この提言は、現行の医師臨床研修制度を、急速に変化する現在の医療の社会的ニーズに、より適合したものとし、実際の運用上の問題点を集約して、より現実的で実質のある制度としていくためのものである。また、それだけでなく、こうした改善すべき点を踏まえて、臨床研修を受ける側、指導医、研修病院、さらに国民からみて、また、将来のわが国の医療を展望する視点からも、臨床研修のあり方、理念を、さらに実りあるものにして発展させていくためのものである。

1. 臨床研修のあり方、理念について

現行の臨床研修の基本理念は、「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付けることのできるものでなければならない」と定められている。この基本理念を受けて省令施行通知では、基本研修科目として「内科」「外科」「救急部門」の3分野を、必修科目として「小児科」「産婦人科」「精神科」「地域保健・医療」の4分野を、一定の研修期間を定めるなどして、基本理念の達成のために一貫したシステムを構築している。

このローテーションシステムを明確に位置付けたことは、今回の臨床研修必修化の理念を推進する上で大きな役割を果たしたことは間違いのないところである。しかし、理念の趣旨を実現するためには、ローテーションシステムを規定するだけでは不十分であり、ローテーションシステムを現実にも適合したものにしていこうとする研修現場での多大な努力があることも忘れてはならない。その努力の中から、システムの改変に対して、さまざまな意見が提示されてきている。

厚生労働省が実施した平成17年度「臨床研修に関する調査」の報告では、臨床研修中に約35%の研修医が進路を変更したとしているが、その根拠は、研修して興味がわいたからだけではなく、研修して興味がそれたとか、研修して大変だと思ったなどといった消極的な理由も少なからず認められる。それを裏付けるように、臨床研修指導医講習会では、ローテーションシステムの中でモチベーションの低い研修医の対応に困った例が頻回にとりあげられる。臨床研修の基本理念を定着させるためには、単に定められた診療科をローテーションするだけではなく、真の意味で研修医自身の将来や進路とリンクした形で研修が行なわれることが必要である。そのためには、現在の一律の設定を、研修医に対して強いるだけではなく、特徴のある研修プログラムの選択が研修医に許されることも重要である。

たとえば、1年目のローテーションの設定は、より弾力的に考慮して、小児科への進路選択希望の強い研修医については、小児科をまずローテイトした後に、救急医療をローテイトするようなプログラムも柔軟に構築できるようにすべきであるという意見がある。このようなローテーションは、小児救急にとっても役に立つ、より実践的なプログラムを実現することになる。さらに、1年目の基本的な診療能力を養うためのプログラムの後、2年目の研修のあり方をもう少し広い視点から見直すべきであるという指摘が、研修医、研修指導担当者の双方からある。また、女性の心とからだを理解できるような研修理念を明確にして研修の枠を広げれば、研修医にとってもより豊かな選択が可能となる。このことは、同時に産婦人科の研修指導の負担を軽減しえるという指摘もある。産婦人科、小児科、精神科、地域保健・医療の必修科目についての見直しも含めて広い視点からの検討が必要と考えられる。さらに、わが国の先進的な医療を担う人材を育成するために、2年目には、臨床研究の萌芽を育てる道を確保すべきであるという意見もある。こうした弾力的な環境整備をめざす見直しは、研修医のモチベーションを開拓し

て、現在の研修理念をより充実した形で定着させることにつながると考えられる。

このようにローテーションシステムをさらに充実したものにしていくためには、こうしたさまざまな意見を勘案し、画一的なものから、研修医のモチベーションを開拓できる多様なシステムの構築が必要である。現在の研修理念は、新しい研修制度の導入に大きな役割を果たしたが、今後、この研修制度が望ましい形で定着していくためには、これにとどまらず、現在の初期臨床研修の中で3年目以降の専門医をめざす修練に、あるいは医学研究の萌芽を育てる過程につながる研修のあり方を示していくことが求められる。

2. 臨床研修の到達目標について

厚生労働省から提示されている臨床研修の到達目標は、平成13年の国立大学医学部附属病院長会議から提言された国立大学附属病院卒後臨床研修共通カリキュラムの内容が多く反映されている。このカリキュラムは、平成10年に作成されたものを医学・医療の状況や研修プログラムに関する考え方の変化に配慮して再編・見直しを行なったものである。こうした研修目標はもともと、急速に変化する医学・医療の状況を配慮して見直しすべきものである。

たとえば、救急医療の項では、第4項に、「二次救命処置（ACLS=Advanced Cardiovascular Life Support、呼吸・循環管理を含む）ができ、一次救命処置（BLS=Basic Life Support）を指導できる。」とあり、これがそのまま厚生労働省の到達目標の救急医学の第4項となっている。しかし、現在では、研修医のために構築されたICLS（Immediate Cardiac Life Support）などが急速に普及しており、ACLSを到達目標として限定することは現実的ではない。必修項目として視力障害、視野狭窄あるいは結膜の充血に関してレポートが求められているが、削除した方がよいという指摘も多い。必修項目と経験項目は簡素化した方が現実的であるという意見である。医療人として必要な基本姿勢・態度における患者－医師関係の項において、「医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。」とあるが、患者－医師関係の構築においては、インフォームド・コンセントという限られた状況だけでなく、コミュニケーションがとれることがまず重要であるという、現場からの納得できる指摘もある。

このように、現在提示されている臨床研修の到達目標には、急速に変化する臨床教育の現状にあわない部分や、研修の現実からみて適当でない部分があり、卒前教育の目標との整合が不十分な部分も多いことが、各国立大学附属病院から寄せられた意見（別紙）からもうかがえることから、これらの意見を踏まえ到達目標を見直すことが求められる。

3. 臨床研修プログラムの変更手続の弾力化について

研修プログラムを変更する場合は、変更後のプログラムを実施する年度の前年度の4月30日までに届出を行うこととなっている。研修医募集において、プログラム選択のために提示されることを考慮すると、プログラムの骨子に変更されることは、好まし

くないであろう。

しかし、一方、各病院では、プログラムの実行中にも、問題点や改善点がないか不断に見直しをしている。その過程で、協力施設の追加・変更等研修プログラムの変更を行えばより充実した研修が実施できると判断した場合であっても、翌年度以降の変更となり、研修医にとって、明らかに利得のあると思われる小さな変更もできないのが現在のシステムである。特に保健所研修や、診療所研修、介護施設での研修など多様な研修希望がありきめ細かな対応が求められる地域保健・医療研修などの2年次研修については2年後からの実施となる。

マッチングシステムとの兼ね合いがあるものの、臨床研修の質的向上の観点から、実行中のプログラムであっても、当該研修分野の研修の実施前であれば、研修プログラムの部分的な変更を可能とすることが求められる。

4. 事務手続等の簡素化について

(1) 指定申請手続の簡素化

病院群における協力型臨床研修病院・施設（以下協力型病院という。）の追加又は削除が生じた場合、協力型病院の追加又は削除を届け出るとともに、直前に提出した全ての協力型病院の申請書類のうち、一部様式については変更のない項目を記載する必要がないものの、全病院・施設の書類を作成し提出しなければならない。

こうした手続の繁雑さは、病院群の構成の変更を伴うプログラムの改善・充実に支障を来すことから、追加又は削除の協力型病院に係る申請書及び研修スケジュールのみを提出し、追加や変更がない病院・施設についてはREISに入力された年次報告のデータを活用するなど、提出書類の簡素化を図り、各病院の負担を軽減する必要がある。

また、大学病院においては、全ての協力型病院の書類を取り纏め、正規の申請書類として提出した後、さらに指定審査に伴う申請書類として簡略化した資料の提出が求められている。簡略化した資料で指定審査が行われるのであれば、正規の申請書類は形だけのもので実質的には無用であると思われる。したがって審査に必要な申請書類の一本化を図ることが求められる。

(2) 電子ファイルでの申請書類提出

歯科医師臨床研修の指定申請書類は、研修プログラムその他も全て電子ファイルによる提出で、紙媒体のものは一切ない。医師臨床研修の指定申請書類も同様に電子ファイルによる提出に見直すことが求められる。

(3) 年次報告について

REISにより入力する年次報告の提出期限は4月末となっている。しかし、毎年3～4月は各病院において前年度の資料・データのまとめ、人事異動、新研修医の受入準備及びオリエンテーション等の実施時期であり、年次報告の4月末提出期限は困

難であり、各病院の負担を更に強いるものであることから、提出期限を見直すことが求められる。また、募集定員割れ等により研修医がローテイトしなかった協力型病院に係る年次報告については免除するなど見直しが求められる。

(4) REIS（臨床研修プログラム検索サイト）について

REISにより入力する年次報告等の作成にあたっては、管理型臨床研修病院（以下管理型病院という。）では、独自にプログラムを持たない協力型病院に、管理型病院のIDとパスワードを貸与することは管理上好ましくないことから、協力型病院から提出された紙媒体に基づいてデータを入力しているが、これは二度手間がかつ大変な事務作業である。業務の簡略化のため協力型病院にもID・パスワードを与え、直接入力してもらうことが求められる。

また、新規の指定申請を行なう場合、紙媒体での申請書類を提出し、後に改めてREISへ申請書類のデータを入力・修正しなければならず、同じデータを2度作成するのは非常に負担である。このことから申請書類を変更するとともに電子媒体をREISにアップロードする、もしくは、データフォーマットをCSVファイル等で作成し、当該ファイルをアップロードすることにより全てのデータがREISに反映されるシステムの構築を行うなど、事務作業の軽減と効率化を図る必要がある。

5. 臨床研修費補助金について

(1) 補助金配分方法の見直し

臨床研修費補助金の配分は病院群単位で行われているが、管理型病院が補助対象外である場合は協力型病院のうちから補助事業者を決定することになっている。しかしながら、協力型病院の担当職員が少なく申請にあたっての事務量も多いことから対応できず、現実的には補助対象外である管理型病院が、全ての申請書類の取り纏め等を行っている。

負担軽減、事務効率化の観点から、病院群単位での配分ではなく、個々の補助対象病院から直接申請し、当該病院へ直接配分するなど、配分方法を見直すことが求められる。

(2) 基準額の見直し

補助金額については管理型病院を基準として積算されるため、独自の研修プログラムをもつ協力型病院では、管理型病院として研修医を受け入れる場合と協力型病院として研修医を受け入れる場合とで、研修指導や処遇等で一切異なる扱いをしていないにも関わらず、補助金額が異なるといった矛盾が生じている。

単独型・管理型病院と協力型病院のそれぞれの形態が異なっているものの、全国共通の到達目標を達成するために等しく臨床研修を実施しており、形態の別を問わず補助基準額の単価を同額にすることが求められる。

(3) 申請額の積算方法の簡素化

補助申請額の積算方法は、需用費、通信運搬費、指導医人件費などの積算により行なわれているが、例えば、月額単価を定め受入研修医の人数・月数により積算するなど、現行の複雑かつ繁雑な方法を単価方式による積算に見直すことが求められる。

6. 検討規定について

現行の臨床研修省令及び省令施行通知には、施行後5年以内での見直し等の検討が定められている。医師臨床研修制度は、施行後3年目であり必ずしも成熟した制度とはいえ、臨床研修の実施状況や医療環境の変化、医学教育の充実等を踏まえ、見直し等の検討を重ねていく必要があることから、施行後5年以降においても医師臨床研修制度の見直し等について、臨床研修省令等に定めておくことが求められる。

以上

「臨床研修の到達目標」に関する各国立大学附属病院からの意見

「臨床研修の到達目標」	各国立大学附属病院からの意見
I. 行動目標	
医療人として必要な基本姿勢・態度	
<p>(1)患者－医師関係 患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。 2) 医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。 3) 守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・1)の項目については「・・・社会的側面などから全人的に把握できる。」と表現すべき。 ・2)インフォームド・コンセントをすることが評価対象となっているが、実際はインフォームド・コンセントに基づいて医療を行う態度を目標にするべき。 ・「納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。」というのは、かなり高度な要求だと思われる。 ・3)“プライバシーへの配慮”はコア・カリキュラムにもあり卒前教育へ移行可能か。 ・3)守秘義務を果たすのは医師法で定められていることなので、あえて研修目標に掲げて評価するのはどうか？ ・次項(2)チーム医療の2)の表現からみて「患者・家族と適切なコミュニケーションがとれる。」を入れるべき。 ・それぞれの項目で、“把握できる”、“実施できる”、“配慮ができる”とあるが、具体的な基準がないため評価が難しい。
<p>(2)チーム医療 医療チームの構成員としての役割を理解し、保健・医療・福祉の幅広い職種からなる他のメンバーと協調するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。 2) 上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。 3) 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。 4) 患者の転入・転出に当たり、情報を交換できる。 5) 関係機関や諸団体の担当者とのコミュニケーションがとれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・3)教育的配慮とは、具体的に何を示すのか提示してもらいたい。 ・5)「関係機関や諸団体の担当者とのコミュニケーションがとれる」というのは、かなり高度な要求だと思われる。 ・院内チーム医療の指標のひとつである多職種参加のカンファレンスへの参加は到達目標として入れるべき。
<p>(3)問題対応能力 患者の問題を把握し、問題対応型の思考を行い、生涯にわたる自己学習の習慣を身に付けるために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる(EBM=Evidence Based Medicine の実践ができる。) 2) 自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる。 3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。 4) 自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・2)の項目は「自己評価および第三者により指摘された自己の問題点を理解し適切に改善させる努力ができる。」などが適切である。 ・3)の治験の意義を教育できる病院は治験実施施設でなければ現実的には不可能であり、削除が適当と考える。 ・4)の「生涯にわたり」とあるが初期研修期間に限定するべき。 ・問題対応能力は臨床の実践の場でこそ達成できる到達目標である。1)のEBMの実践と4)の生涯教育による能力向上は利にかなっているが、2)、3)の項目はこれにあたらないと考える。評価による改善は実際の医療の場では、上級医師への服従に繋がりがねず、治験は対応能力とは無関係の事柄と思われる。むしろメディカルな意見を尊重するような態度を指標とするべきではないか。
<p>(4)安全管理 患者及び医療従事者にとって安全な医療を遂行し、安全管理の方策を身に付け、危機管理に参画するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。 2) 医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる。 3) 院内感染対策(Standard Precautionsを含む。)を理解し、実施できる。 	
<p>(5)症例呈示 チーム医療の実践と自己の臨床能力向上に不可欠な、症例呈示と意見交換を行うために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 症例呈示と討論ができる。 2) 臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・2)「臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加し、発表することができる。」とするべき。 ・症例提示や討論が出来るのはチーム医療とは無関係。討論して相手の立場を理解できるような指標に変更するべき。
<p>(6)医療の社会性 医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献するために、</p>	

<ol style="list-style-type: none"> 1) 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。 2) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。 3) 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。 4) 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。 	
---	--

II 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

<p>(1) 医療面接 患者・家族との信頼関係を構築し、診断・治療に必要な情報が得られるような医療面接を実施するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 医療面接におけるコミュニケーションの持つ意義を理解し、コミュニケーションスキルを身に付け、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。 2) 患者の病歴(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー)の聴取と記録ができる。 3) 患者・家族への適切な指示、指導ができる。 	<p>・この項目と次項(2)の身体診察は、共通の視点で評価すべき。病歴だけ、身体診察だけをとることができても診断には何の価値もない。</p>
--	--

<p>(2) 基本的な身体診察法 病態の正確な把握ができるよう、全身にわたる身体診察を系統的に実施し、記載するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 全身の観察(バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む。)ができ、記載できる。 2) 頭頸部の診察(眼瞼・結膜、眼底、外耳道、鼻腔口腔、咽頭の観察、甲状腺の触診を含む。)ができ、記載できる。 3) 胸部の診察(乳房の診察を含む。)ができ、記載できる。 4) 腹部の診察(直腸診を含む。)ができ、記載できる。 5) 泌尿・生殖器の診察(産婦人科的診察を含む。)ができ、記載できる。 6) 骨・関節・筋肉系の診察ができ、記載できる。 7) 神経学的診察ができ、記載できる。 8) 小児の診察(生理的所見と病的所見の鑑別を含む。)ができ、記載できる。 9) 精神面の診察ができ、記載できる。 	<p>・コア・カリキュラムと重複あり。卒前教育に移行可能と考えられる項目→2)、3)、4)、6)、7)、8)</p>
--	--

<p>(3) 基本的な臨床検査 病態と臨床経過を把握し、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに必要な検査を、</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>A・・・自ら実施し、結果を解釈できる。 その他・・・検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。</p> </div> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>一般尿検査</u> (尿沈渣顕微鏡検査を含む。) 2) <u>便検査</u> (潜血、虫卵) 3) <u>血算・白血球分画</u> 4) <u>血液型判定・交差適合試験</u> 5) <u>心電図</u> (12誘導)、<u>負荷心電図</u> 6) <u>動脈血ガス分析</u> 7) <u>血液生化学的検査</u> ・簡易検査(血糖、電解質、尿素窒素など) 8) <u>血液免疫血清学的検査</u> (免疫細胞検査、アレルギー検査を含む。) 9) <u>細菌学的検査・薬剤感受性検査</u> ・検体の採取(痰、尿、血液など) ・簡単な細菌学的検査(グラム染色など) 10) <u>肺機能検査</u> ・スパイロメトリー 	<p>・「その他・・・検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。」は、「その他・・・検査の適応が判断でき、結果の正しい解釈ができる。」とするべき。 ・1)を「A」へ、4)は「その他」へ。 ・4)について、輸血のマッチングを医師自身が行う機会は少ない。 ・7)血液生化学的検査(血糖、電解質、クレアチニンなど)を「A」とするべきである。腎機能の判定において血清クレアチニンの重要性は増しており、2007年度の検診より血清クレアチニンが腎機能の判定に必要と厚生労働省もうたっている。 ・14)の「A」をはずす。 ・14)が「A」になっているが、超音波検査の達成目標があまりにも抽象的である。頸部、心臓、腹部等全てができないといけなのか、スクリーニングレベルでいいのかなど、到達項目をより明確にするべき。 ・1)、2)、9)、11)も「A」としてよいのではないか。 ・コア・カリキュラムと重複あり。卒前教育に移行可能と考えられる項目→1)、2)、3)、7)、8)、10)、11)</p>
--	--