



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、
指導體制なし、
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
卒前の臨床的・クラークシップとの継続性が課題
臨床的・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。
昨年の「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。