

## ① 現在の新医師臨床研修制度

現在の新医師臨床研修制度では、初期研修期間は2年間であり、初期研修後に専門科を決定する。初期研修1年目に、内科6カ月、外科3カ月、救急・麻酔科3カ月の研修を行う。2年目に、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を各1カ月研修し、残りの期間は選択した科で研修する。研修は各臨床研修病院単位であり、マッチングは初期研修医と各臨床研修病院の間で行われる。現状、卒業生数に対して、過大な募集定員数となっていることもあり、症例数の多いところや相対的に条件の良い病院など大学病院以外の病院を選択するケースが増加している。

## ② 改革案

改革案では、初期研修期間を1年間とし、初期研修前に専門科を決定する。研修内容は、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力を獲得できるものとする。具体的には、ALS研修会の受講などである。この要件を満たすことが求められるため、各診療科の研修期間は自由に設定できる。研修は都道府県単位で設置される地域医療研修ネットワークが指定した医療機関で行われる。

## 4) 改革案の各論

### ① 初期研修期間

現行制度では初期研修期間は2年間であるが、改革案では1年間とする。同時に、医学部における臨床実習の充実を図る。医学部5年生は、大学病院において内科を中心とした各専門領域の臨床実習を行う。医学部6年生は、大学病院および大学病院以外の病院でも臨床実習を行う。

医学部教育からトータルで考えれば、初期研修としては1年間で十分にプライマリ・ケアの充実に対応できると考えられる。後述するように、どの診療科をどれぐらいの期間研修するかは各初期研修医の判断となるが、2年間で1年間に短縮するためには、例えば現在内科の研修は6カ月間であるが、これを短縮化する。特に、内科のプライマリ・ケア部分は医学部5年生、6年生の臨床実習で十分に対応可能である。

しかし、現状、医師免許を持たない医学部5年生、6年生の臨床実習が事実上、見学実習になっていることが問題である。この背景には、「医師でなければ、医業をなしてはならない」という医師法第17条の規定がある。この法律を厳格に適用すると、

医学部教育における臨床実習は破綻してしまう。日本の医療の質向上という視点から、国民の理解を得ながら柔軟に解釈し、運用していく必要がある。

ところで、医学部 5 年生、6 年生が見学実習ではなく、臨床実習を実施できるという根拠はすでにある。現在、医学部では臨床実習に先立ち、4 年生または 5 年生の時に、二つの試験が課されている。一つは、CBT（Computer Based Testing）である。これは、臨床実習開始前までに修得しておくべき必要不可欠な医学的知識を、総合的に理解しているかどうかを評価するものである。もう一つは、OSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験、通称オスキー）である。これは、医学生の実臨床能力（臨床実技）を客観的に評価するために開発された評価方法であり、症例への具体的な対応が求められる。

これら 2 つの試験は医学生が臨床実習を行うことの正当性を担保するものと考えられて作成されている。したがって、これらのテストに合格していることは医学生の実臨床実習の仮免許交付に相当するが、厚生労働省の狭義の「医業」の解釈が障壁となっていて、実際は機能していない。

他方、仮に医学生に明確に仮免許を交付しても、患者に、医師免許を持っていない医学生に診療されることを不安視する傾向があるとの指摘もある。さらに、不測の事態が生じた場合の責任の所在が明確ではない。したがって、国は国民の理解を得た上で、より具体的な制度を設計すべきである。

初期研修を 1 年間にすることは、医師偏在化・医師不足問題の緩和につながるという意味もある。新医師臨床研修制度は、専門科を決めない 2 年間の初期研修を義務化した。この結果、約 1 万 5 千人の実質的な臨床医が減少した。初期研修期間を 1 年間にすれば、約 7,500 人の供給減に止まることになる。

## ② 専門科の決定

現行制度では初期研修後に専門科の決定を行うが、改革案では初期研修前に自分自身が専門科としたい診療科の決定を行う。

現行制度は、専門科の決定を先延ばしにしているに過ぎないとの指摘もある。たとえば、自分自身では専門科が決まっているにもかかわらず、専門科を決定しないまま希望以外の診療科を短期間ずつ回るとするのは、その教育的効果も薄いと言われている。

る。また、専門科が決まっていない人は、最初に研修した診療科や、2年目にローテーションする診療科、あるいは研修期間が長い診療科の影響を強く受けたり、激務である診療科を敬遠したりする傾向があるとの意見もある。その結果、選択する専門科の偏り、診療科における医師の偏在を促進しているとも考えられる。

さらに現行制度では、専門科が決まっていないため、研修医は明確な動機付けができにくく、指導医側も短期間で何をどこまで教えるのか判断しにくい。改革案では、専門科が決定済みであるので、研修医は自分の位置づけを明確にしながら初期研修に取り組むことができる。他方、指導医側も研修医の専門科の位置づけを考えながら必要性や重要度に応じて、指導内容を決めていくことができる。このことから、教育における効率・効果の両面で望ましい結果が期待できる。

なお新人医師が、初期研修を実施する前に専門科を決定できるのかどうかについては議論があるが、従来そうであったように、一般的には多くの新人医師が専門科を決定できると考える。なお、改革案では研修を実施する過程において、当初選択した専門科を変更することができることとする。

### ③ 研修内容

現行制度では、内科（6カ月）、外科（3カ月）、救急・麻酔科（3カ月）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療（各1カ月）、選択科目（残り期間）となっているが、改革案では各診療科の研修期間は自由に決定できる。また、専門科を選択済みであるので、その専門科の指導医に相談して、各研修医は自分の研修プログラムを策定する。

改革案での研修内容（研修で達成しなければならない内容）は、救急蘇生、全身管理等、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門に限定した基本的診療能力の獲得である。十分な臨床対応能力のある医師を育成するためには、こうした基本的診療能力の獲得が初期研修として重要である。

ここで問題になるのは、各診療科の研修期間が規定されていない以上、研修期間を消化するだけでは初期研修修了を認定するわけにはいかないということである。何らかの形で獲得スキルを評価・認定し、修了資格を与えなければならない。具体的には例えば、ALS研修会の受講などを利用する方法がある。ただし、研修で目的が達成されたか否かの判定方法や認定方法は別途、具体案の作成が必要である。