

動き始めた新医師臨床研修制度

宇都宮, 啓
厚生労働省医政局医師臨床研修推進室長

<https://doi.org/10.15017/19236>

出版情報：福岡醫學雑誌. 95 (10), pp.237-240, 2004-10-25. 福岡医学会
バージョン：
権利関係：

特集：九州大学病院統合1周年記念企画

動き始めた新医師臨床研修制度

厚生労働省医政局医師臨床研修推進室長
宇 都 宮 啓

はじめに

平成16年4月から医師の臨床研修が必修となった。新たな医師臨床研修制度の創設は、インターン制度の廃止以来36年振りの大幅な改革である。この改革は、医師の養成にとどまらず、医療の質の向上など医療提供体制に影響と変革をもたらしつつある。以下、その経緯と概要について述べたい。

1. 新医師臨床研修制度発足まで

戦後導入された医師国家試験制度においては、受験資格を得るために、大学卒業後、1年以上の診療及び公衆衛生に関する実地修練を経なければならないこととされていた〔実地修練（インターン）制度〕。しかし、各部署に割り当てられる期間が短く十分な経験ができないこと、医師免許取得前にできる行為に制限があること、給与などの手当がなされず経済的に困難な状況であったことなどから医学生の不満が蓄積し、社会問題となり、昭和43年、医師法改正によってインターン制度が廃止され、代わって臨床研修制度になった。この改正により大学卒業と同時に医師国家試験の受験が可能となり、医師は免許取得後に、2年以上、大学病院または臨床研修病院において臨床研修を行うよう努めることとされた。

この制度においては、研修内容や到達目標等に関する基準がなかったため、研修病院によって指導体制や研修内容の違いが大きく、特に大学病院を中心として特定の診療科だけに限られたストレート研修の比率が高かったことから、幅広い基本的な診療能力が身に付きにくいことが指摘されていた。平成13年度の調査によれば、15,439人の研修対象者（2学年分）のうち臨床研修を受けていた医師は87.4%にとどまり、そのうち71.2%が大学病院で、残りの28.8%が臨床研修病院で研修を受けていた。高齢化社会を迎え、複数疾患を抱えた患者や生活習慣病を抱えた患者の増加による、全人的・診療科横断的な医療や予防医学の必要性の高まりにもかかわらず、現実にはストレート研修により細分化、高度専門化された医療を目指す医師が生み出されるという状況があった。

また、この制度では研修医の処遇の格差が大きいことが指摘され、特に研修医数の4分の1を占める私立大学病院の手当は平均約146万円（平成15年度調査）と非常に低く、研修医は生活のために、未熟な能力のままアルバイトをせざるを得ない状況にあった。

これらの様々な問題点についての議論を踏まえ、平成12年に医師法等が改正され、平成16年4月から①診療に従事しようとする医師は2年以上の臨床研修を受けること、②研修医は臨床研修に専念するよう努めること、③臨床研修の修了は医籍に登録され修了者には登録証が交付されることとなった。

法改正の審議の際には、参議院国民福祉委員会において「医師及び歯科医師の臨床研修については、インフォームドコンセントなどの取組や人権教育を通じて医療倫理の確立を図るとともに、精神障害や感染症への理解を進め、更にプライマリーケアやへき地医療への理解を深めることなど全人的、総合的な制度へと充実すること。その際、臨床研修を効果的に進めるために指導体制の充実、研修医の身分の安定及び労働条件の向上に努めること。」について、政府は適切な措置を講ずるべきである旨の附帯決議がなされた。

Osamu UTSUNOMIYA

Director, Office for Clinical Training, Medical Professions Division, Health Policy Bureau,
Ministry of Health, Labor and Welfare
Enforcement of the New Primary Clinical Training System for Physician

2. 新医師臨床研修制度の概要

(1) 新医師臨床研修制度の基本理念

新たな医師臨床研修制度においては、省令で「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つけることのできるものでなければならない」と基本理念が定められた。

我が国の最高意思決定機関である国会においてなされた先述の付帯決議と併せて、是非現場ではこれらの重みを改めてご認識頂きたいところである。

(2) 研修プログラム、到達目標

新制度においては、プライマリ・ケアの基本的診療能力を修得できるよう、「臨床研修の到達目標」を明確化し、臨床研修病院が作成する研修プログラムは「臨床研修の到達目標」を達成できる内容としなければならないとしている(表)。

このため、研修分野についても、原則として、当初の12か月に内科(6か月以上が望ましい)、外科、救急部門(麻酔科を含む)を研修し、その後、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を1か月以上研修することとしている。

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、介護老人保健施設など地域における様々な現場の経験が想定されている。この分野についてはあまり臨床現場での理解が進んでいないようであるが、特に保健所等の研修においては主に以下の5点の意義があると考えており、是非ご理解願いたいところである。

① 全人的医療の修得

新制度の基本的な考え方の一つは、「患者を全人的に診療することができる基本的能力を修得すること」であるが、「健康とは、肉体的、精神的および社会的に完全によい状態にあるということであり、単に疾病

表 臨床研修の到達目標(抜粋)

I 行動目標
医療人として必要な基本姿勢・態度
(1) 患者-医師関係, (2) チーム医療, (3) 問題対応能力, (4) 安全管理, (5) 症例呈示, (6) 医療の社会性
II 経験目標
A 経験すべき診察法・検査・手技
(1) 医療面接 (2) 基本的な身体診察法 (3) 基本的な臨床検査 (4) 基本的手技 (5) 基本的治療法 (6) 医療記録 (7) 診療計画
B 経験すべき症状・病態・疾患
1. 頻度の高い症状 発熱, 頭痛, めまい, 咳・痰, 腹痛, 腰痛等 20項目が必修
2. 緊急を要する症状・病態 心肺停止, ショック, 急性腹症等 11項目が必修
3. 経験が求められる疾患・病態 (88項目のうち70%以上の経験が望ましい)
(1) A疾患:入院症例レポートが必修: 10項目(脳梗塞, 心不全, 痴呆等)
(2) B疾患:外来,入院での経験が必修:38項目(心筋梗塞, 気管支喘息等)
(3) 外科手術1例以上の受け持ち→症例レポート
C 特定の医療現場の経験
(1) 救急医療, (2) 予防医療, (3) 地域保健・医療, (4) 周産・小児・成育医療, (5) 精神保健・医療, (6) 緩和・終末期医療

または虚弱ではないということではない」という WHO (世界保健機関) の定義にもあるように、人間は肉体的、精神的のみならず社会的な生き物である。医療機関で目の前にいる患者の全身を診ることが出来れば全人的医療ということではなく、患者の存在する家庭、地域、職場といった社会環境をも包含して診る能力が求められており、特に地域保健・医療研修の機会に、是非家庭訪問や地域活動、往診等を行い、このような視点を培っていただきたい。

②様々な保健医療福祉制度の学習

難病、精神通院医療等の公費負担制度や介護保険制度等、患者の負担軽減や社会復帰等に向けた各制度の知識を身につけることにより、適切な診療計画作成へとつなげる。

③臨床医の届出等の意義についての学習

食中毒、感染症等、法で届出が定められている疾患に関して、届出によりどのような対策につながっているのかを学習すると共に、様々な届出等に基づく各種統計データがどのように公衆衛生行政等に活用されているのかを学ぶ。

④予防医療の学習

地域保健、産業保健、学校保健事業等に参加し、様々な予防活動を学ぶ。

⑤医療安全の学習

医療監視に立ち会うことにより、監視する側から見た医療安全対策の視点を学ぶ。

(3) 研修体制

プライマリ・ケアの基本的診療能力を修得するという観点から、臨床研修病院が高度医療を提供する設備の整った大病院に偏ることのないようにするために、臨床研修病院の指定に当たっては、病床規模や剖検などの規模等に関連する基準を廃止する一方、指導体制や医療安全管理などの研修や医療の質等に関する基準を設けた。

臨床研修病院及び大学病院について、本年3月末現在、単独型病院・管理型病院を中心とする病院群の合計は945件であった。協力型病院も含めると、臨床研修病院としては国内の病院の約4分の1に相当する2,076病院が指定されている。

(4) 研修医の公募と研修医マッチングの実施

新制度においては、臨床研修病院が、研修プログラム、処遇等を公表して、原則として公募による研修医の採用を行うこととしている。一方で、従来に比して格段に多くの研修希望者が研修病院の採用試験等を受けることになるので、採用決定の早期化(いわゆる青田刈り)や採用決定の時期がまちまちなことから生じる混乱が顕著になることが予想された。そこで、こうした事態を避けるため、コンピュータによるマッチングシステムが導入された。

平成16年10月には希望順位表を登録した参加者8,394名中、8,000名について組み合わせが決まった(マッチ率95.3%)。大学病院ではなく地域の臨床研修病院で研修を受ける研修医の割合は、平成13年の28.8%(旧制度)から昨年は41.2%に増加したが、今回はさらに47.3%にまで増加した。当初懸念された研修医の都会への集中については、昨年のマッチング結果もあわせて分析すると、東京、大阪、京都、福岡等の大都市を抱える都府県で減少傾向にある一方、北海道、沖縄、岩手等の道県で増加傾向が見られる等、むしろ大都会を離れる傾向が見られる。これらの結果からわかるように、全国的に研修医の流動化が始まったということが言えよう。

(5) 臨床研修病院への支援

医師臨床研修の必修化は良質かつ適切な医療の提供に向けた改革の基礎として不可欠であることから、臨床研修病院に対する補助金として、平成16年度予算において前年度の約4倍にあたる171億円を計上した(プログラム責任者の配置等の教育指導経費111億円、導入円滑化特別加算60億円)。後者の特別加算

は、臨床研修病院が、研修医にアルバイトを行わず、適切な指導体制を確保して行う宿日直研修に対して支援する補助金である。このような補助金の活用により、研修医の処遇改善が進みつつある。

研修医の方々におかれては、国費（税金）により臨床研修が支援されているということをご自覚頂き、是非国民のためになる良い医師に育って頂きたいと願っている。

（6）今後の課題

指導医の指導ガイドラインの作成、研修医、研修プログラム、臨床研修病院の評価等、今後、新制度を実施しながら対応していく課題がある。

また、今後は関係省庁とも連携しながら、卒前臨床実習から卒後臨床研修終了後の後期臨床研修に到るまで、連続性を持ったカリキュラムの内容の調整について検討を行う必要がある。

おわりに

新医師臨床研修制度の創設に当たっては、医学教育関係を含む医療関係者、有識者の方々の深いご理解とご協力をいただき、紙面をお借りして厚く御礼申し上げます。新制度の円滑な実施により、質の高い医師を養成し、我が国の医療提供体制の充実を図ってまいりたいと考えているところであり、今後とも一層のご協力、ご支援を賜れば幸いです。