

atics
Nutritional Sciences
Public Health Genetics

卒業認定は論文の審査によりなされ、卒業後の進路は公衆衛生領域の医師・看護師・栄養士や研究者・教官・企業の管理者などで、医師では臨床に戻る者もある。

6)-C) McMaster University の COMPASS Curriculum 概要 (省略)

6)-D)- i McMaster University の COMPASS Curriculum 'Concept Map' の一部 <Dr. A. Neville による> (省略)

6)-D)- ii McMaster University の COMPASS Curriculum 時間割表 (PC-Tutorial など e-learning の積極的活用) (省略)

6)-E) Duke University のカリキュラム (省略)

6)-F) Duke University の Joint program (省略)

6)-G) Univ. of Washington のカリキュラム (省略)

6)-H) Univ. of Washington の WWAMI program に参加する 5 州の関係医療機関 (省略)

6)-I) Univ. of Washington 等による医療職種関連の

各種の生涯教育プログラム (省略)

6)-J) 関連事項のインターネット上の情報源

The Federation of State Medical Boards

<http://www.fsmb.org/>

the Liaison Committee on Medical Education (LCME)

<http://www.lcme.org/>

American Medical Association (AMA)

<http://www.ama-assn.org/>

Association of American Medical Colleges (AAMC)

<http://www.aamc.org/>

United States Medical License Examination (USMLE)

<http://www.usmle.org/>

Medical College Admission Test (MCAT)

<http://www.ama-assn.org/students/mcat/>

McMaster University, Faculty of Health Sciences

<http://www.fhs.mcmaster.ca/home.htm>

Duke University, School of Medicine

<http://medschool.duke.edu/>

University of Washington, UW Medicine

<http://www.uwmedicine.org/>

資料 2 : 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会中間とりまとめ (論点整理)*

医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会 (2002.5.22)

1. はじめに

我が国の医師卒後研修については、昭和 43 年にそれまでのインターン制度が廃止されたことに伴い、現在の医師臨床研修制度が努力義務として設けられた。以来、医学医療の進歩への対応や医師臨床研修の質の向上を目的として研修内容や研修施設の基準に関して、様々な改善が加えられてきた。

近年、高齢化に伴う疾病構造の変化や医療の高度化、患者と医師のコミュニケーションのあり方の現代化など、医療を取り巻く環境は大きく変化している。こうした状況を踏まえ、医師の資質の向上を図るため、平成 12 年、医師臨床研修を必修化することを含

む医師法等の改正が行われた。

この改正は、医師臨床研修に専念できる環境を整備し、医師としての基盤形成の時期に、プライマリ・ケアへの理解を深め、患者を全人的に診ることが出来る基本的な診療能力を身につけられるようにすることを目的としており、これまでの医師臨床研修に対する考え方を大きく転換し、医師養成、医療供給体制のみならず、今後の我が国の医療の姿にも大きな影響を与えるものである。

本検討部会は、平成 16 年 4 月の改正法施行に向けて、新たな医師臨床研修制度の在り方について議論を深めるため平成 13 年 6 月に設置された。これまで、10 回にわたり、現行の医師臨床研修制度の問題点等について、様々な立場、観点からの意見を聴取し、検討を行ってきたところである。

平成 16 年 4 月から新たな医師臨床研修を開始する

*<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/05/s0522-2.html> (accessed 18 July 2006)

ため、厚生労働省は、研修プログラムや研修医の処遇及び研修施設の基準を含む関係法令等を整備する必要があるとともに、研修施設においても今後具体的な準備を進める必要があることから、これまでの聴取した意見や本部会で出された意見を中間的にとりまとめ、論点整理として公表する。

2. 医師臨床研修の現状と必修化の概要

(1) 医師臨床研修の現状

現行の医師臨床研修は、医師法第16条の2の規定に基づいて医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（以下、「大学病院（特定機能病院等）」という。）又は、厚生労働大臣が指定する病院（以下「臨床研修病院」という。）で行われている。

平成13年4月現在、医師臨床研修を行う病院数は臨床研修病院476病院（うち一般病院461、病院群118群、精神病院15）、大学病院（特定機能病院等）134病院である。

全国の二次医療圏（363医療圏）のうち、臨床研修病院及び大学病院（特定機能病院等）を有する二次医療圏は186医療圏（全国の二次医療圏数の51.2%）であり、有さない二次医療圏は177医療圏（同48.8%）となっている。

平成11年度における医師臨床研修の対象者は、15,041人（2学年の合計）、実施者は13,079人（対象者全体の87.0%）となっており、そのうち大学病院（特定機能病院等）で実施する者は約75%、臨床研修病院で実施する者は約25%となっている。

(2) 医師臨床研修必修化の概要

医師臨床研修制度の抜本的な改善の必要性については、過去厚生省医療関係者審議会臨床研修部会において審議が行われ、平成6年12月に、中間まとめとして、医師臨床研修を「基本的には必修とするとともに、その内容等の改善を図ることが望ましい」との意見が取りまとめられた。

これを踏まえ、同部会の下に臨床研修検討小委員会が設けられ、臨床研修の必修化を具体的に実施に移す上での論点の検討が重ねられ、平成11年2月、同審議会において医師臨床研修必修化について、その実施方法、研修内容、研修修了の認定等の大枠が取りまとめられた。

このような議論を踏まえ、医師臨床研修の必修化のための医師法等の改正を行う「医療法等の一部を改正する法律」が、平成12年11月30日に第150回国会において可決成立し、医師の臨床研修の必修化の部分

については平成16年4月から施行されることとされた。

医師臨床研修に関する医師法等の改正内容は次のとおりである。

(1) 診療に従事しようとする医師は、2年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。（医師法第16条の2関係）

(2) 臨床研修を受けている医師は、臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならない。（医師法第16条の3関係）

(3) 厚生労働大臣は、臨床研修を修了した者について、その申請により、臨床研修を修了した旨を医籍に登録するとともに、臨床研修修了登録証を交付する。（医師法第16条の4関係）

(4) 臨床研修を修了した旨の登録を受けようとする者等は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を納めなければならない。（医師法第16条の5関係）

(5) 臨床研修を修了した旨の登録を受けた医師でない者が診療所を開設する場合には、都道府県知事等の許可を受けなければならない。（医療法第7条関係）

(6) 病院等の開設者は、臨床研修を修了した旨の医籍への登録を受けた医師に、その病院等を管理させなければならない。（医療法第10条関係）

なお、第150回国会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・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ている。

3. ヒアリングとこれまでの議論の概要

本検討部会においては、新たな医師臨床研修制度の在り方について、実施運営体制、指導医、研修施設・研修プログラムと研修医のマッチング、研修内容、研修施設、研修医の評価、医師臨床研修に専念できる体制整備の主要論点について、研修施設関係者（大学病院（特定機能病院等）・臨床研修病院の指導医及び研修医）、医学教育の専門家、専門学会、地域医療の実践者、保険者などの専門的立場を代表する17団体か

ら現状や意見の聴取を行うとともに、議論を重ねてきた。

それらの主要な論点について示された意見及び議論の概要は次のとおりである。

(1) 医師臨床研修制度の仕組みに関すること

ア 実施運営体制

(1) 研修指導体制の構築に当たっては、病院の管理者の積極的な取組が不可欠である。

(2) 研修期間を通して研修医の勤務状況や健康状態を把握し、不適切な状況であれば改善を求めることや研修プログラムの企画運営を行う組織を研修施設に設ける。

(3) 実効ある指導が行われるよう、研修施設あるいは研修プログラムごとの研修医の受け入れ限度数(定員)を定める。

(4) 患者に対する診療に当たっての指導医と研修医の関係(判断、決定、指示、実施の役割分担や責任関係)を明確にする。

(5) 指導医のみならず、看護師等の医療従事者も一体となった研修指導体制とする。

(6) 名札の着用などにより、研修施設内で研修医がそれとわかるよう表示する。

(7) 地域の保健福祉施設の受け入れの際の研修指導体制については、指導医以外の参加についても柔軟に考える。

(8) IT技術の進歩を踏まえた遠隔指導支援体制を構築し、へき地・離島医療の研修を行う。

イ 指導医について

(1) 医師臨床研修の充実のためには、研修施設における適切な指導医や指導体制の確保が不可欠である。

(2) 指導医の要件を見直して、幅広い基本的な診療能力の養成という研修の目的に適したものにす。

(3) 関係学会の専門医・認定医だけでなく、いわゆるプライマリ・ケアについての十分な臨床経験のある医師も指導医になれるようにする。

(4) 必修化に向けて講習会やワークショップを開催し、指導医の養成を積極的に進める。

(5) 指導医が研修医に対して行う教育や指導について、各施設において積極的に評価する。

(6) 基本的な診療内容については施設としての共通の指針を持ち、指導医によって治療方針や手順が異なることのないようにする。

(7) 研修施設の実際の診療体制においては、研修医－受け持ち医－指導医のチームが協同して後輩を指

導するいわゆる屋根瓦式の指導体制とする。

(8) 医師臨床研修の初期段階においては、研修医が一人で診療に当たらないようにする。

ウ 研修施設・研修プログラムと研修医の組合せ決定について

(1) 研修医が、全国的に研修施設を幅広く選択できるようにする。

(2) 研修施設は研修プログラムを公開して、研修医を公募する。

(3) 研修医と研修施設が相互に効率的に選択を行えるよう、研修プログラムと研修医の組合せ決定制度(マッチングシステム)をつくる。

(2) 研修内容に関すること

(1) いわゆるストレート方式による研修に替えて、ローテートにより様々な診療科を幅広く研修する。

(2) 内科、外科、小児科、救急部門などの基本的診療部門を必修とする。

(3) 地域医療、へき地医療、末期医療、保健・福祉、高齢者福祉・介護なども選択肢として研修プログラムに盛り込む。

(4) EBM(根拠に基づく医療: Evidence-based Medicine)の実践、治験などの臨床研究についても研修する。

(5) 研修プログラムには、必修とする標準的な内容に加えて、研修施設の特徴を出せるよう一定程度の多様性を持たせる。

(6) 必修とする研修プログラムについては、2年間で履修可能なものとする。

(7) ローテートにおける1診療科の研修は、1ヶ月を最低単位とする。

(8) 研修プログラムについては、内容に関して外部からの評価を受けることとする。

(9) 医師臨床研修に専念するために、専門医等の研修や臨床系大学院への進学は研修終了後に行うこととする。

(10) 卒前の医学教育改革が進められている状況を踏まえ、医師臨床研修の在り方についても今後継続的に検討し見直していく。

(3) 臨床研修病院の指定に関すること

(1) 臨床研修病院の指定基準については、研修の質を確保しつつ、幅広く研修施設を確保する観点から見直す。

(2) 臨床研修病院の指定に当たっては、病院群による指定の仕組みを活用する。

(3) 病床数の基準については、いわゆるプライマリ・ケアを重視するという観点から見直す。その際に、病床の稼働状況（病床利用率、平均在院日数）及び患者・疾患の特性も勘案する。

(4) 剖検に関する基準については、画像診断機器等の発達も踏まえ、CPC（臨床病理検討会）等の実績を勘案して見直す。

(5) 中小病院であっても、地域医療を担い指導医や指導体制が得られる場合には、研修施設として活用し、二次医療圏に少なくとも一つの研修体制を設ける。

(6) 研修医の宿舎の整備を進めるとともに、図書を含む設備の基準に関してはITの技術進歩を踏まえて見直す。

(7) 医療安全のための体制の整備を基準に加える。

(8) 臨床研修病院の指定後のフォローアップ評価を行う。

(4) 研修医の評価に関すること

(1) 研修医の評価については、研修過程において指導医が適時に評価を行うとともに、これを踏まえて研修委員会等が最終的な研修修了の評価を行う。

(2) 研修医を診療技術面だけでなく、チーム医療や患者とのコミュニケーションの面も含め、看護師等の他の医療従事者や患者、家族の視点から多面的に評価する。

(3) 修了認定に当たっての評価の基準を明確にし、評価方法の透明性を確保する。

(4) 研修医が指導医を評価できるようにする。

(5) 医師臨床研修に専念できる体制整備に関すること

(1) 研修医について、アルバイトせずに研修に専念できる処遇を行う。

(2) 常勤・非常勤の別など研修医の研修施設内での位置付けを明確にする。

(3) 研修期間中の研修医のアルバイトは禁止する。

(4) 医師臨床研修は労働か学修かとの議論があるが、研修医が現実に診療に従事し、医師としての役割を果たしていることを踏まえた処遇を考える。

(5) 国が基本的な研修医の処遇の基準を示し、研修施設にかかわらず研修医の基本的な処遇が確保される仕組みとする。

(6) 研修医が研修に専念できる処遇を確保するための財政的な措置については、一般財源や診療報酬に

よる措置も含めて今後更に検討する。

(7) 勤務状況や研修医の健康状態を研修委員会等が管理する。

(8) 研修施設は、処遇についても公表する。

(9) 研修医の指導体制や研修施設の整備を国が積極的に進める。

4. 必修化後の医師臨床研修制度の基本的方向

意見聴取や議論を踏まえ、必修化後の医師臨床研修制度の基本的方向について、本検討部会として概ね論点整理として共通認識に至った事項は次のとおりである。

(1) 必修化後の医師臨床研修の基本的在り方について

ア 必修化後の医師臨床研修において、研修医は、将来の専門性にかかわらず、2年間の医師臨床研修に専念し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身につけるとともに、医師としての人格を涵養することが求められている。

イ プライマリ・ケアの基本的な診療能力は、従来のいわゆるストレート方式による医師臨床研修では身につけることが難しいことから、大病院のみならず、地域医療や地域の保健福祉の現場も含めた幅広い研修が必要である。

ウ 卒後臨床研修制度の具体化に当たっては、

(1) 研修医個人に着目した研修制度であること、

(2) 良質な医療人育成を保障できる制度であること、

(3) 研修医の経済的環境条件を保障できる制度であること、

(4) 社会の医療に対する要請などを踏まえた、成長性、柔軟性のある制度であること、

(5) 中核になる研修病院とその他の地域における医療機関が密接に連携した研修制度であること、

(6) 医療の質を保証する制度であること、

といった基本的な原則が満足されなければならない。

(2) 研修施設について

ア 研修施設については、病院群の拡大や指定要件の見直しなどによって、医師養成に熱心で、適切な指導体制を有する病院が医師臨床研修に参加し、より多くの病院が研修施設として医療の質の向上に対するモチベーションを高めることができるようにする。

イ 幅広い基本的な診療能力の養成という観点から指導医の要件を見直して、研修施設における適切な指

導体制を確保する。

ウ 研修施設は、研修医のための宿舎を含む施設・設備整備するとともに、地域の医療機関等（診療所、保健所、高齢者施設など）が連携し、二次医療圏に少なくとも一つの幅広い研修を提供できる体制を構築する。

(3) 研修内容について

ア 国が基本的なプログラムを策定し、各研修施設がこれに基づいて研修プログラムを作成・公表することにより、研修内容を国民の目に見える形で示す。

イ 研修プログラムでは、幅広い基本的な診療能力が身につけられるよう、基本となる診療科を定めてローテーションを行うとともに、具体的な研修内容と評価方法を明示する。

ウ 研修内容は必ずしも全国一律のものである必要はなく、基本となる研修プログラムに加えて、研修施設や研修プログラムごとに特色を持たせることも可能とする。

(4) 研修施設・研修プログラムと研修医の組合せ決定について

ア 実効ある指導が行われるよう、研修プログラム及び研修施設に定員を設ける。

イ 様々な背景を持った者が混じり合うことが医師臨床研修の効果を高めることから、各研修施設が幅広く全国から研修医を採用することが促進される仕組みとする。

ウ 研修医が研修機会を全国的、効率的に選択することを可能とするため、研修プログラムと研修医の組合せ決定制度（マッチングシステム）を作る。

(5) 研修委員会等による研修医の指導・監督

ア 研修期間を通して研修医の勤務状況や健康状態を把握し、不適切な状況であれば改善を求めることや研修プログラムの企画運営を行う組織（研修委員会等）を研修施設に設ける。

イ 研修委員会等は、研修プログラムの企画運営に当たるとともに、研修の実施状況や、研修医の適切な勤務体制、処遇等にも責任を持ち、研修修了の前提となる研修医の研修成果を評価する。

(6) 研修医の処遇

ア 研修医が研修に専念できる体制づくりのため、国は研修医の処遇の基準となる内容を示し、各研修施設は以下に例示する基本的事項を公表する。

- (1) 常勤・非常勤の別
- (2) 給与、勤務時間及び休暇
- (3) 時間外勤務、当直に関する規程
- (4) 医療保険、年金保険、労災保険及び雇用保険の加入の有無
- (5) 宿舎の有無
- (6) 医師賠償責任保険の加入の有無
- (7) 健康診断等の健康管理体制

イ 国民の期待に応えられる医師を養成する体制をつくるため、処遇及び医師臨床研修の実施体制の整備に要する財源確保については、国は、平成16年4月からの実施に向けて、施設整備や研修経費の助成の拡充を図るとともに、診療報酬における対応も含めて幅広く検討し、必要な措置を行うこととする。

5. 今後に向けて

部会での意見聴取や議論を通じて、これまで行われてきた医師卒後臨床研修制度の問題点とともに、35年ぶりの改正となる新たな医師臨床研修制度の基本的な方向性と論点が整理できたものとする。

また、部会の議論がすべて公開されたことなどにより、広く関係者の間でおおむねの共通認識が形成され、新制度の開始に向けて環境が整いつつある。

今回の改正は、現行の医師臨床研修が専門医志向に偏り、いわゆるストレート方式による研修が中心となっている状況を改め、いわゆるプライマリ・ケアを中心とした内容の研修を行うこととするものであり、これまでにはなかった大幅な転換である。したがって、新たな卒後初期の医師養成による日本の医療全体の質の向上という国民の期待を考えれば、過去や現状にとられない思いきった制度設計が必要である。

今後はこの中間とりまとめ（論点整理）に沿って、新たな制度の内容を具体的に実施可能なものとして作成し、平成16年4月の施行に向けて必要な環境整備を進めることを求めたい。