

- 調査権限の創設に当たっては、国民からの申立について、調査を実施する必要があるか否かを検討して振り分けを行うための基準や仕組みを整備する必要があること。
- 調査権限の内容は、医療従事者等からの報告の徴収や資料の収集、医療機関への立ち入り検査等が考えられる。また、調査の実効性を担保するため、調査に協力しない場合の罰則を設けるべき。

5. 医籍等の登録事項について

- 再教育の義務付けに伴い、再教育の修了について医籍等の登録事項とすべき。

6. 再免許等に係る手続の整備

- 免許取消処分から再免許の付与が可能となるまでの最低経過期間を5年とし、再免許付与のための条件の一つとして法律上明記すべき。
- 再免許付与の可能性を申請者が判断できるよう、再免許の付与の可否を判断するための目安となる基準を作成すべき。
- 行政処分を回避する目的で免許を自主的に返上する行為に対応するため、行政処分に係る手続が開始された場合には免許の返上ができないこととす

べき。

7. 国民からの医師資格の確認方法等について

- 医師等でない者からの医療の提供等を防止し、国民の生命・健康を保護する観点から、氏名、性別、登録年月日(国家試験合格の年月)により医師等の資格確認を行うことを可能にすることが適当であること。その際、電話照会だけではなく、ホームページ上で資格確認を行うことも可能にすることが適当であること。
- 医業等を行うことを禁止されている医師等からの医療の提供を防止する等の観点から、医師等の資格確認の際、行政処分の情報を、医業停止処分等については処分終了時又は再教育修了時までの間、戒告処分については再教育修了時までの間、提供することが適当であること。

8. おわりに

- 本報告書における結論を踏まえ、来年の医療制度改革のための法律案において必要な法律改正を行うなど、提言された施策の速やかな実現に努力されたいこと。

資料 32：臨床研修後の医師の教育についての検討委員会（プロジェクト）報告書

日本医師会臨床研修後の医師の教育についての検討委員会*（2006.3）

1. 委員会開催日

- 第1回：平成17年7月28日（木）
- 第2回：平成17年10月3日（月）
- 第3回：平成17年11月21日（月）
- 第4回：平成18年1月23日（月）

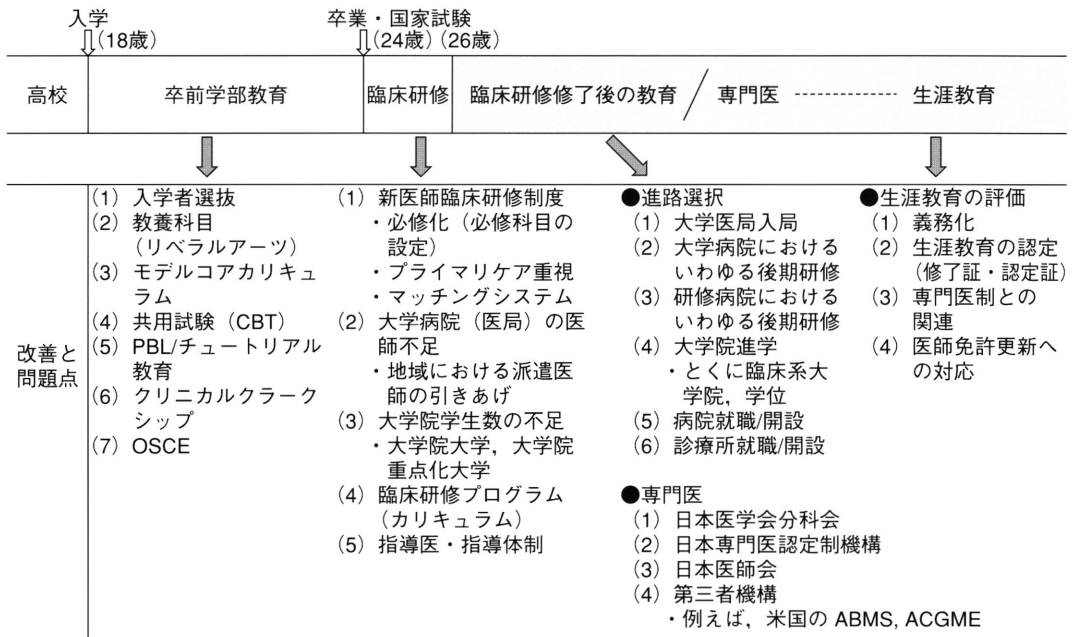
2. 委員名簿（五十音順）

- 北島政樹（慶應義塾大学外科学教授）
- 篠崎英夫（国立保健医療科学院院長）
- 鈴木聡男（東京都医師会副会長・生涯教育推進委員会委員）
- 伴信太郎（名古屋大学医学部附属病院総合診療部教

授）

- 樋口 紘（岩手県立中央病院院長・岩手県医師会常任理事・勤務医委員会委員）
- 福井次矢（聖路加国際病院院長・生涯教育推進委員会委員）
- 槇野博史（岡山大学大学院腎・免疫・内分泌代謝内科学教授）
- 松村理司（洛和会音羽病院院長・京都府山科医師会理事）
- 矢崎義雄（独立行政法人 国立病院機構理事長）
- 山敷祐亮（滋賀県医師会会長・学術推進会議委員）
- 吉田 修（奈良県立医科大学学長）
- オブザーバー
- 中垣英明（厚生労働省医政局医事課長）
- 石野利和（文部科学省高等教育局医学教育課長）

*担当常任理事：橋本信也



別添資料1 日本における医師教育課程とその問題点

I. はじめに

近年、我が国の医学教育は大きく改善されてきている。卒前学部教育では講義中心の受け身の学習から、問題解決型の少人数学習 (SGL) に変わってきた。モデル コア カリキュラムや共用試験の導入, 参加型臨床実習 (クリニカル クラークシップ) や客観的臨床能力試験 (OSCE) の実施など, いずれの医学部・医科大学も教育改善に努めている。

平成 16 年 4 月から卒後 2 年間の臨床研修制度が必修化された。プライマリケアが重視され, ローテイトする必修の診療科が明確に設定された。

しかし我が国における医師の教育課程を俯瞰してみたとき, なお多くの問題を抱えている (別添資料 1)。とくに平成 18 年 3 月には新医師臨床研修制度修了の第一期生が誕生するが, そのあと彼らがどういう医師教育を受けるのか, 全く不鮮明である。

従来なら大学医局に入局ということであったが, マッチングシステムの導入により, 大学病院離れをした研修医が母校の医局に戻るかどうか定かでない。第一, 医局というものの自体, その存在が曖昧となっている。

多くの大学病院あるいは臨床研修病院では, 臨床研修修了後は独自に「いわゆる後期臨床研修」を行って

いるのが実情である。

さらに, 専門医の問題も混乱している。専門医制については日本医師会学術推進会議 (座長 高久史磨 日本医学会会長) が平成 18 年 1 月に報告書「我が国における専門医のあり方」を発表した。その構想実現に向けては, 今後多くの組織・機関を交えて議論していくかねばならないが, この専門医資格取得のための研修も, 「いわゆる後期臨床研修」の中に組み込まれることが必要となってきた。

そうした意味からも, この「いわゆる後期臨床研修」は日本における医師の卒後臨床教育課程で極めて重要であり, 解決せねばならない喫緊の課題である。

そもそも後期臨床研修という用語は存在しない。医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修では, 医師の臨床研修には前期も後期もない。これを後期臨床研修と呼んでいるのは, あくまでも非公式的の使い方であり, 用語が先に独り歩きしていることであって, 好ましいことではない。この点については, 本プロジェクト委員会でも論議されたので後述するが, ここでは便宜上「いわゆる後期臨床研修」として用いておく。

いずれにせよ, 臨床研修を修了したあとの医師の教育が大学病院で行われるのか, 研修病院で行われるのかという問題は, 大学病院医局からの関連病院への医師派遣とも絡んで, 地域における医師剥がし, 地域の

医師不足、そして診療科偏在という思わぬ方向へと発展してしまっている。

こうした問題を解決するために、日本医師会では、良き医師育成という視点に立ち、わが国における医師教育課程の全体像を明らかにし、その問題点を浮き彫りにして、まずできるところから問題解決を図るためにプロジェクト委員会を設置した。

本委員会では、まず、わが国における医師教育の現状と問題点について問題提起をし、それについて議論した。次いで、焦点を「いわゆる後期臨床研修」に絞り、その現状について、国立病院機構、聖路加国際病院、慶應義塾大学病院、名古屋大学病院、奈良県立医科大学病院、岡山大学病院の事例報告を伺った。こうした「いわゆる後期臨床研修」の事例を参考にしながら、後期臨床研修プログラムの中での専門医研修の位置づけなどについて検討した。

日本医師会は臨床研修を修了したあとの医師の教育を、単に「いわゆる後期臨床研修」と専門医制の連携としてだけでなく、そのあと生涯に亘る医師の生涯教育へと連続的に持続していく問題として、大きな関心をもって取り組みたいと考えるのである。

II. 本委員会における議論の要約

1. 「地域保健・医療」研修の重要性について

新医師臨床研修制度では、研修プログラムにおいて研修医が臨床研修を受ける診療科として、内科、外科及び救急部門（麻酔科を含む）を「基本研修科目」とし、また小児科、産婦人科、精神科及び地域保健・医療を「必修科目」とした。

この地域保健・医療の研修施設としては、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、社会福祉施設、赤十字血液センター、各種検診・健診の実施施設などとなっているが、実際に臨床研修病院が提出したプログラムを見ると、多くは保健所に行くことが多く、とくに大学病院でその傾向が強い。

地域医療の総合診療的研修を行うことに意義があるのであるから、地域の中小病院、診療所で研修することの重要性を強調したい。

2. 「かかりつけ医」の専門医制に関する誤解について

日本医師会では、10年以上前から「かかりつけ医」という言葉を用いているが、この言葉が家庭医を混同されてしばしば混乱を起こしているように思われる。とくに米国で家庭医 family medicine という専門医制

別添資料2 「かかりつけ医と専門医」についての論点整理

かかりつけ医について

- 「かかりつけ医」とは、臨床医の機能を意味する名称であって、ある診療科を表すものではない。
- 「専門医」とは、ある診療科に従事する医師の専門的能力を認定する名称である。従って「かかりつけ医」に専門医制ということは、考えられない。
- 「かかりつけ医」とは、国民が自分の健康問題について、いつでも相談できる医師のことである。従って「かかりつけ医」には、①地域の開業医師、②病院の医師、③大学病院の医師、④その他、いかなる勤務形態でも、臨床に携わっている医師ならなのである。
- 「かかりつけ医」は診療科の種類を問わない。何科の医師でも、いつも相談を受けるなら、その患者にとっては「かかりつけ医」である。自分の専門領域であれば、そのまま診る事になるし、ほかの科に紹介した方がよい事もある。
- 「かかりつけ医」はその機能を果たすためにも、日医生涯教育の受講が望まれる。質の高い、充実した日医生涯教育を受けることは「かかりつけ医」としての質の向上に繋がる。
- 日医生涯教育カリキュラムには、基本的医療課題と医学的課題があるが、基本的医療課題についてはどの診療科の医師でも学ぶことが望ましい。医学的課題のテーマは日常遭遇する頻度の高い疾患及び重要疾患であるから、診療科の別を問わずすべての「かかりつけ医」が学ぶ事が望ましい。
- 全ての「かかりつけ医」は、それぞれ従事する診療科をもっているから、その診療科の専門医を取得することになる。

があるために、日本でも「かかりつけ医」の専門医と言う人が現われて、混乱を余計ひどくしている。

「かかりつけ医と専門医」については、既に第4回学術推進会議（平成17年6月6日）で論点整理が行われ、意見の一致をみたので、本委員会でもその見解が示された（別添資料2）。

すなわち、「かかりつけ医」とは、臨床医の機能を意味する名称であって、ある特定の診療科を表すものではない。

これに対し「専門医」とは、ある診療科に従事する医師の専門的能力を認定した名称である。したがって「かかりつけ医」に専門医制は考えられず、この2つの名称は次元の異なるものである。

つまり「かかりつけ医」とは、患者からみた医師の呼び名であり、患者が選ぶ医師である。医師なら何科の医師でも「かかりつけ医」になり得るのであり、診療科の種類は問わない。「かかりつけ医」としてもっとも多いのは地域の開業医師であろう。

3. プライマリケア、総合診療などの専門医制について

プライマリケア、総合診療などの専門医制という声

が聞かれて久しい。しかしプライマリケアも総合診療も、それぞれの成書にはその定義は記載されているものの、実際の臨床の現場ではその捉え方は人によってまちまちである。

さらにわが国では、これら同義異名の学会が複数あって、その認定に混乱が起きている。もし専門医の基準を作成するのが学会であり、その資格の認定も学会で行うのが妥当であるなら、まず同義異名の複数学会は統一することが必要であろう。

時恰も、平成18年1月、第Ⅲ次日本医師会学術推進会議（座長 高久史磨 日本医学協会会長）では、「我が国における専門医のあり方」についての報告書を発表し、次のような提案をしたので、参考までに紹介する。

(1) 認定医、専門医の2段階性の導入。

(2) 基本的診療科の認定医プログラムには、日医生涯教育カリキュラムの「基本的医療課題」を組み込むこと。

(3) 専門医の中から特定の診療科を選ぶが、その選定および専門医の数の決定などのために第三者機関を設置。

(4) 各学会の専門医制の評価は日本専門医認定制機構が行う。

(5) 特定専門医あるいは特定専門医がいる施設には診療報酬上の対応を考える。

(6) 患者はまず「かかりつけ医」を訪れ、「かかりつけ医」の紹介で専門医を受診するような医療体制を構築すること。

プライマリケア、総合診療が患者や国民に分りやすい診療科として名称を1つにして新しい専門医制に乗るなら、先ず診療科認定医とするのが相応しいと思われる。

なお、プライマリケアという名称について、本委員会の議論としては、診療上の理念から言って総合診療、一般内科（GIM）という意見が多かったようである。

4. 「いわゆる後期臨床研修」について

医師法上、後期臨床研修という名称がないにも拘らず、この名称が医療の現場で独り歩きしている。これは正しくない。卒直後の臨床研修は「初期」でも「前期」でもなく、2年の修了認定をもって、法で規定された臨床研修は終わる筈である。

そのあとをどうするかは別に考えるべきで、勝手に「後期」と名づけて、さらに3年、5年のコースを作るのは好ましいことではない。そこには専門医制も絡

むし、生涯教育とも連動するだけに、明確な議論が必要である。

(1) 名称について

全国医学部長病院長会議の「わが国の大学医学部（医科大学）白書2005」をみると、こうした公式文書にも「卒後後期臨床研修」と記載されている。さらにそこには卒直後の2年間の研修を「初期臨床研修」としていることに驚かされる。

名称については、「レジデント」、「専門研修」、「各科研修」、「シニアレジデント」、「修練医」など各大学によってまちまちである。また平成16年度厚生労働省科学研究費「新医師臨床研修修了後の研修のあり方に関する研究」（主任研究者 長谷川慧重）報告書によると、レジデント29.1%、後期研修医22.9%、シニアレジデント16.5%とこれもまちまちである。

「いわゆる後期臨床研修」の現状について報告していただいた本委員会委員の方々の施設において名称はそれぞれ異なっていた。

後期臨床研修という名称については、本委員会としては用いるべきでないという意見が大勢を占めたが、それに替わる案は見出せなかった。

ただ、レジデント、シニアレジデントのような片仮名は適しないという意見はその通りであろう。やはり国民、患者にとって、医師は臨床研修後もさらに研鑽に励んでいるということを示すことが必要である。そうした面から言えば、同じ内容の専門的研修を行っているのに、名称がバラバラでは国民にとって分りにくい。その意味では、研修医の次は専修医というのは分りやすいかもしれない。また「専門研修」という名称に対しては、専門医につながるということを危惧する意見も出たが、臨床研修の後、各診療科に所属して専門的な研修をするという意味なら「専門研修」、あるいは「診療科研修」でよいのではないと思われる。

いずれにしても今回は「後期臨床研修」に替わるべき適切な名称はなく、侃々諤々いろいろな意見が出たに留まった。

(2) プログラムについて

「いわゆる後期臨床研修」のプログラムについて大学病院でみると、臨床研修2年目から後期研修に入る大学がかなり多いことは、これが医局（診療科）で行われているからであって、果たして妥当であるのかどうか問題となろう。

また定員を設けていない大学もあり、これは入局する者拒まずの姿勢が残っているのであろう。

年限は2年、3年、4年制が多いが、5年以上の研

修期間もある。

一方、先の研究班のアンケート調査によると、後期研修の診療科別年限は大体どの科も3年制が多い。後期研修はほとんどが診療科単位でプログラムをもってそれに則って研修しているから、その意味でいえば「診療科研修」ということになる。

5. 臨床系大学院（研究者の養成）について

この問題については、時間の関係で十分な議論ができなかった。

「いわゆる後期臨床研修」と臨床系大学院とは関連があるので、「わが国の大学医学部（医科大学）白書2005」を資料にしてその現状が紹介され、議論された。

後期研修医になってから大学院へ進学できる大学は、49大学（62%）、後期研修修了後に大学院進学は12大学であり、30歳になってからの大学院進学は余程の向学心がなければ難しいものと考えられる。

新医師臨床研修制度が大学院進学に影響を与えたと考えられる大学は、51大学（65%）で、今後研究者を志向する人は減るであろうと考える大学は32大学（41%）にみられる。

こうした現状について、委員からは、基礎系研究者の減少に対する危機感、臨床系大学院の存在意義、後期臨床研修中における research minded physician をどうやって教育するか、などの意見が出された。

この問題は、文部科学省「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」（座長 高久史磨 自治医大学長）でも検討されており、近くその第1次報告が出る予定であることを附記する。

Ⅲ. 「いわゆる後期臨床研修」の事例について

1. 国立病院機構の例

国立病院機構では、2年間の臨床研修修了後の研修のあり方について、2004年11月から検討を進めてきた。

その結果、新医師臨床研修制度と同様に到達目標を明確にし、しっかりとしたプログラムを作成して研修を進めること、研修医側の専門的な診療能力を身につけたいという希望を考慮した研修をすることを基本としたモデルケースを提示した。

名称は、当初、診療科研修と考えたが、位置づけが不明瞭で分かりにくいということから、現在は「いわゆる後期臨床研修制度」と称している。

研修期間は原則3年間ないし5年間である。

5年間のプログラムは、診療科研修を2つに分け、

前期の3年は、自分の専門領域以外の関連領域と関連させて研修を行う。この関連領域と専門領域との混じり具合は診療科ごとにある程度バラツキがあってもよい。後半の2年でさらにいっそう専門性を高めることとする。必ずしも3年、2年ではなく、前が2年、後ろが3年でもよい。その間にナショナルセンター、あるいは大学との研修の交流や留学することも可能にしたいと考えている。

このコースを修了した研修医に対しては、診療科診療医として認定することも検討している。また、学位取得と同等に評価して、初任給の号俸に反映させることを考えている。

研修医側には「学会認定専門医資格を取りたい」という希望が強い。今後各学会が定めている専門医取得のためのコースとどう折り合いをつけるかが大きな課題である。

2. 聖路加国際病院の例

聖路加国際病院では、従来、研修医をジュニアレジデントと呼び、3年目以降のいわゆる後期研修医をシニアレジデントと呼んでいたが、日本語の呼称をどうするかを考え、「専門研修」、「専門研修医」としている。ただ、病院内部では、従来の片仮名の名称で呼ぶことが多い。

学会の専門医資格には卒後6年間で取得できるところが大半である。聖路加国際病院では、専門研修は原則として4年間で、卒後6年までを「専門研修医（シニア）」としている。なお、専門医を取るために7年目、8年目に入る人や内科専門医資格は取得したあと、さらに勉強したい人がフェローという形で残るようになっている。

専門研修は、研修医のニーズも考慮し、診療科ごとにそれぞれの専門学会の資格が取得できるプログラムを作成している。

専門研修を修了すると学会専門医資格を取得できるが、病院の認定資格は特段ない。

3. 慶應大学病院の例

名称は「専修医」と呼んでいる。「専修医」制度の年限は5年、4年、3年間である。3年が産婦人科で、外科の呼吸器と循環、麻酔、整形外科、形成、眼科、泌尿器、精神・神経、放射線、リハビリあるいは中央臨床検査部門、病理診断部門、漢方部門、これら12部門では4年制をとっている。5年制は内科と外科の消化器、小児外科、脳外科、小児科、皮膚科、救急で行われている。

いずれの診療科も各所属学会、基幹学会の専門医取

得期間をベースにして、資格取得のための研修内容を盛り込んでいる。

「専修医」修了者には「専修医修了書」を交付している。修了者は例えば外科の場合、関連病院の希望と専修医を終わったときの専門性をマッチングさせて、関連病院に行かせる。さらにもう少し研修すれば研究の最終が仕上がるという人は1年延期するといったきめ細かいシステムができています。

今後、専門医制度と初期研修後の「専修医」の教育をどのように、もっていくかということも大きな問題となる。

4. 名古屋大学病院の例

名称は、後期研修/専門研修と表記している。

名古屋大学は、70余の関連病院群と連携して、すでに30年以上「名古屋大学病院・関連病院卒後臨床研修ネットワーク」システム（名大方式）による卒後臨床研修を実施してきた。このシステムの中で後期研修/専門研修も動くようとしている。

研修医は、後期研修/専門研修を、名大病院各診療科との連携のもとに、初期研修病院で引き続き行う、名大診療科に帰局して行う、他の名大関連病院に異動して行う、名大大学院に進学する、のいずれかの進路を選択する。

現在、名大病院各診療科および多くの関連病院でそれぞれ後期研修プログラムを策定している。今後は総合医学教育センター（2005年設置）がその連携を促進せんとしている。

研修医の大半は名大の学位（博士号）や希望する診療科の専門医資格を取得している。

5. 奈良県立医科大学病院の例

名称は、奈良県立医科大学専門医養成プログラムとしている。

臨床医学系専門領域の認定・専門医の養成を目的とするプログラムを各専門領域で策定している。大学附属病院における専門医養成とは、幅広い知識と科学的素養を兼ね備えた Physician-Scientist を養成することである。

研修期間は各専門領域の認定・専門医プログラムによって異なり、3～5年となる。

6. 岡山大学病院の例

岡山大学では、関連病院と大学病院で地域の医師の養成システム（医師の循環システム）をつくること、大学院をその中にどのように位置づけるかなどについて検討してきた。

その結果、初期研修修了後のローテイトシステムの

一部として、後期研修「レジデント」コースを大学にもつくり、10月にレジデントを募集した。

レジデント研修は、内科系コース、外科コース、外科系専門コース、麻酔・救急コース、周産期コース、単科専門研修コースがある。

期間は2年間である。学会認定専門医取得も考慮され、2年だけでは症例数が不足する外科領域の研修については、2年目以降は関連施設と提携して研修を継続する。

IV. おわりに

臨床研修必修化を契機として、わが国の医学教育システムは一つのエポックを迎えたといえる。良き医師育成のために長い間の悲願であった新医師臨床研修制度は一方で、施行と同時にいろいろな問題も出現した。しかしこうした問題は、臨床研修必修化と時を同じくして出現したが、実は長い間燻っていた火種でもあった。

大学医局の崩壊も、地域や診療科医師の偏在も、学位の問題も、専門医制の混乱も、いずれもそれぞれリンクしながらも個別に解決していかねばならない。

しかし、臨床研修を修了したあとの研修医がどのような教育を受けて専門医になるか、そして国民に安全な医療を提供できるようになるか、それは現在の日本医師会にとって最大の課題の1つである。

このようなとき「いわゆる後期臨床研修」のあり方と専門医制の問題を議論し、さらにそれを生涯教育に繋げるために幅広く検討できるようこのプロジェクト委員会は立ちあげられた。

幸いにもわが国の医学教育に携わる第1人者の先生方を委員にお願いすることができ、さらに厚生労働省、文部科学省の担当課長をオブザーバーとして迎えることができたことに厚く御礼申しあげる。

これまで多くの識者が指摘するように、わが国の医師の養成は縦割り行政のもとで行われてきた。今後は卒前学部教育から卒後臨床教育へと文部科学省、厚生労働省両省のさらなるリエゾンによって、わが国の医師養成が円滑に進むことを望みたい。

一方、医学関係諸団体も医師養成に関して協力体制をとることが望まれる。日本医師会、日本医学会、全国医学部長病院長会議、日本専門医認定制機構などが一堂に会して、議論する場も必要であろう。

そうした1つの布石として今回このプロジェクト委員会は設置されたが、いまだ十分な議論はできず、次期に継続的に審議することを願うものである。