

2. 卒後臨床研修^{*1}

平出 敦^{*2}

1. 卒後臨床研修制度の変遷

わが国においては、戦後、1946年に進駐軍の統治下のもとで、医学部を卒業した者に対して、米国型のいわゆるインターン制度が導入された。これは、医学部卒業後、医師国家試験の受験資格として、1年以上の診療および公衆衛生に関する実地修練を義務付けたものである。しかし、わが国では十分定着できず、身分等も不安定であったことから、学生運動の引き金になり廃止された。その結果、1968年に医学部卒業者の身分、処遇が制度的に位置づけられた臨床研修制度が創設された。医学部卒業者は、卒後ただちに医師国家試験を受験し、合格した後、2年間の臨床研修を受けることになった。ただし、この臨床研修は努力規定であり、すべての医学部卒業生に義務付けられたものではなかった。

2004年にはじまった臨床研修の必修化は、この臨床研修を義務付ける制度改革である。

2. 医師臨床研修必修化がもたらしたもの

必修化の直前2003年には、研修医数は13,500人(2学年)で、研修対象者の87%に達していた。必修化は、しかし、単にこの割合を埋めただけでなく、研修の実質に大きな変化をもたらした。13,500人のうち7割が大学病院で研修していたが、必修化にともないおよそ5割が一般臨床研修病院に流動化した。実は、必修化前は、臨床研修1年目に大学病院で研修して、2年目に一般病院で研修するパターンが多かったので、この概算

は、必修化にともなう変化を過小評価している。この大きな変化には、マッチング制度と、スーパーローテーション制度の導入が大きく関与している。マッチング制度とは、病院と学生の両者が希望順位を届け出て、マッチング協議会でその希望をマッチさせる仕組みである。スーパーローテーションは、研修医が異なる診療科をローテートするシステムである。必修化前には、研修医の4割程度が出身大学関連の単一診療科での研修(ストレート方式)を受けていた。スーパーローテートによる研修を受けていた研修医は少なかったが、必修化後、すべての研修医に求められることになった。このような研修医の流動化は大学病院から若い医師が離れる傾向を助長するとともに、研修医の労働力に依存していた大学病院のマンパワーにも影響を与え、大学病院の医師派遣機能の低下を助長した。

研修医の側からみても、研修のあり方について、大きな変化が生じた。そもそも研修医の存在が、従来になく注目をあびるようになった。研修医が健全に育成されるべき存在であることが強く認識されるようになり、その処遇が改善され、労働条件が顧慮されるようになったことは臨床研修必修化がもたらした大きな変化である。また、研修医の研修の実質に関しても従来になく考慮されるようになった。

3. キャリア段階に応じた教育としての臨床研修

駆け出しの医師の教育は、どの国でも、大きな困難を抱えており、あらゆる社会の普遍的な課題である。キャリア段階において、医療職の資格を有したばかりの医療人が試行錯誤しながら医療人として育成されなくてはならない。しかし、その

^{*1} Postgraduate Clinical Training

^{*2} Atsushi HIRAIDE 京都大学医学教育推進センター

過程で患者の安全は確保されなくてはならない。また、職に就いてしばらくは、処遇はその労働の対価に見合うものではなく指導や監視にむしろ手間のかかる存在ですらある。しかし、このような矛盾に満ちた存在であるからこそ、十分なケアと教育のシステムが求められているといえる。

労働の対価ではなく、研修医の健全な育成の観点から、ワークライフバランスの視点を持ち込むことが、人材育成の点から認識されるようになった。たとえば必要な休息や睡眠時間が確保されることが広く指摘されるようになり、針刺し事故や、過労などの研修医自身の健康を守ることにつながっている。ただし、一般的な労働条件の順守が医師という医療系職業人に、他の職種と同様に求められるべきであるかどうかについては、簡単ではなく、実際上のメディカルサービスの提供や病院の経営との整合が問題になっている。また、キャリア段階に応じた教育としての臨床研修の視点では、卒前の教育改革に関しても影響を与えている。駆け出しの医師の学習を円滑にするためには、卒前に、十分な準備が求められるところである。単に、卒業時に、必要な知識があるだけでなく、態度、技能も含めてメディカルケアに参画できる準備状態であるかどうか、問われるようになってきている。

4. 研修の理念とプログラム

臨床研修病院や大学病院が、研修プログラムを公開して、学生がプログラムを選択することは、必修化前には、必ずしも一般的ではなかった。2004年の必修化後、学生は、基本的には施設ではなく、プログラムを選択することとなった。マッチングへの参加病院数は、2009年で1,052であるが、研修プログラム数は1,424であり、学生は、この1,424のプログラムの中から、選択している。

しかし、ローテーションの内容は、必修化当初、内科、外科、救急部門を基本科目として、小児科、産婦人科、精神科、地域・保健医療を必修科目としていたために、バリエーションは研修医にとって比較的限られており、均一化したプログラムが

提供されていた。これは、研修の理念が、いわゆるプライマリ・ケア、全人的医療をめざすものであり、すべての医師が基本的に修得すべき内容を基盤においたからである。

しかし、制度の見直しにともない2010年からは、選択科目を選択必修にし、プログラムの制限を大幅に弾力化して、選択の幅を広げることができるようになった。これにより、研修医が将来に向かってキャリアが見えやすいプログラムが構築しやすくなった。

なお、同時に研修医の募集定員に関して、都道府県別の上限定定、自治体や地域医療協議会の意向に沿った定員調整、大学病院等の医師派遣機能の反映などが見直しにともない導入された。また、年間入院患者数が3000人に満たない研修病院の認定の取り消しなども規定されており、全体として研修医の募集定員を削減する方向で施策が進められている。

5. 研修指導医講習会と研修指導

必修化にもとない学習者の立場から臨床研修をとらえる潮流が生じたが、その端的な例は、研修医の支援のための研修センターの充実である。それとともに、指導医のための講習会の普及もめざましく進んでいる。この講習会は、文部省、厚生省が共同開催していた“医学教育者のためのワークショップ”がコアとなっている。このワークショップは、1974年に日野原重明らによって、わが国にもたらされたものであり、1967年から始まったWHOの医療者向けワークショップが原型である。もともと何日もかけておこなわれたものであったが、現行の研修指導医講習会については、これを実質16時間以上として厚生労働省では認定しており、ほとんどのワークショップはコンパクトなものとなっている。2009年度より研修指導医の資格として必須となった。なお、“医学教育者のためのワークショップ”については、日本医学教育学会が中心になって文部科学省、厚生労働省の共催をえて継続しており、研修指導医講習会のアドバンスコースの位置づけとなりつつある。

■文 献

- 1) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rin-syo/hensen/index.html>
厚生労働省, 医師臨床研修制度の変遷.
- 2) <http://www.jrmp.jp/>, 医師臨床研修マッチング協議会, 2009年度医師臨床研修統計資料.
- 3) 医療プロフェッショナルワークショップガイド, 日本医学教育学会, 篠原出版新社, 東京, 2008年.