

はじめに

2004年に始まった医師臨床研修制度は10年を迎えようとしている。制度としてはほぼ定着したと言ってよいが、依然として多くの課題が残されている。本邦における卒後臨床研修の行方を展望し、今後取り組むべき課題とその対策について述べる。さらに、卒後研修とは切っても切れない関係である専門医制度のあり方についても述べる。

1. 医師臨床研修制度

(1) 臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ（以下、WG）

2011年7月4日、厚生労働省が主催する、臨床研修制度の評価に関するWGが開催された。目的は、「次回（2015年度：カッコは筆者）の医師臨床研修制度の見直しに向けて、臨床研修の実施状況や地域医療への影響などに関する実態を把握し、論点を整理する」¹⁾ことであった。検討内容は、①臨床研修制度の運用状況に関する事項（研修医の基本的な診療能力、受入病院の指導・管理体制、研修プログラム、等）、②臨床研修制度の導入による影響に関する事項（研修医のキャリア形成、地域医療に与えた影響）、③臨床研修制度の全体的な評価に関する事項、である。このWGは、計10回開催され、最終的に臨床研修制度の評価に関するWG「論点整理～」²⁾が報告された（2013年2月8日）。これに基づいて、医道審議会医師臨床研修部会で現在（2013年9月執筆中）見直しが行われているところである。

(2) 2015年度見直しの論点

臨床研修制度の評価に関するWG「論点整理」

で取り上げられた主な論点は下記である。

1) 基本理念と到達目標

「一般的な診療において頻繁に関わる負傷または疾病に適切に対応できる」「プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に付ける」等が盛り込まれた現在の基本理念は踏襲すべきとの意見がWGの主流であった。一方、到達目標については、単に経験したか否かではなく、「コンピテンシー」の概念を導入して、状況に応じて適切な行動がとれるかどうかを評価する必要性が指摘された。

評価手法に関しては、症例の経験やレポート作成の評価が形骸化しているのではないかの危惧に対して、EPOCやeポートフォリオ等のインターネットを使用したシステムの促進による標準化が提案された。さらに、様々な職種や第三者的な評価機関による評価の必要性も提案された。

研修期間に関しては、将来的に卒前教育が充実すれば短縮されることもあり得るが、現状では、2年間で適当との結論であった。

2) 研修プログラム

7科目から3科目へのプログラム弾力化に対しては、外科、産婦人科、小児科、精神科を必修に戻す必要はないという意見と、幅広い分野での基本的臨床能力の観点から戻すことも含めた再考がなされるべきとの意見が対立した。

3) 募集定員の設定

各都道府県別募集定員の上限設定について、高齢者人口等にも配慮する必要性が議論された。激変緩和措置の廃止については、軟着陸が可能となるような措置が必要であるとの意見が出された。

各研修病院の募集定員のうち、小児科・産科特別プログラムの義務づけは廃止する方向性が議論された。

4) 地域枠への対応

地域医療の安定的確保は重要であり、臨床研修においても、地域・診療科偏在を是正する効果を

^{*1} Post-graduate Training System

^{*2} Kazumasa Uemura 名古屋大学医学部附属総合医学教育センター

十分配慮すべきとの議論が行われたが、いわゆる地域枠学生をマッチングシステムの別枠として扱うことについては賛否両論があった。

5) その他

基幹型研修病院における年間入院患者数は、3,000人未満の病院については、訪問調査等を踏まえつつ柔軟に評価すべきとの意見が主であった。

研究医養成との関係については、臨床研修期間中は臨床研修に専念すべきで大学院進学は適切ではないという意見と、希望に応じて早期に研究に従事することが可能になるような弾力的な対応が必要ではないか、と両論が議論された。

(3)医学教育学会臨床研修委員会による臨床研修制度の見直しに関する検討ワークショップ

臨床研修制度の評価に関するWGが論点整理を進めている最中、2012年10月7日、医学教育学会臨床研修委員会が主催し、全国公募した医学教育学会会員27名が参加したワークショップが開催され、特に、研修プログラム、研修病院認定、募集定員、地域枠の扱い等に関するグループワークと全体討論を行った³⁾。この結果は医学教育学会理事会に報告され、「臨床研修の見直しに対する提言」⁴⁾としてまとめられた。

(4)臨床研修制度の見直しに対する医学教育学会の提言

2013年2月13日厚生労働大臣宛に提出されたこの提言は、医学教育学会が臨床研修制度のあるべき将来像を提言したものである。臨床研修制度の評価に関するWGが提示した論点に従ってその要点を解説する。

1) 基本理念と到達目標

【提言】現在の到達目標の骨子は堅持されるべきである。

【提言】・コメディカルなど、多職種からの評価を取り入れることも検討すべきである。

・ポートフォリオやログブックの導入などにより、特に態度・技能領域の評価を充実させるべきである。

・行動目標に関しては、客観的な評価の導入が検討されるべきである。

上記の提言に関する解説は不要である。

【提言】(臨床研修期間「2年以上」)は当面堅持されるべきである。

論拠は、卒前教育の現状では、到達目標の達成には2年間が必要とするものである。

2) 研修プログラム

【提言】・目標の達成に必要な診療科で研修すべきである。そのためには、少なくとも現在以上に緩和・弾力化することには反対である。

・外科と小児科は再び必修化すべきではないか。

到達目標の達成が可能ならば、病院ごとに研修科が違って良いが、現在の修了認定(到達度評価)の状況を見ると、一定の外形の規定が必要である。また、研修目標に照らして考えると、外科と小児科は受け入れ態勢が整備されているなら必修科とするのが望ましい。

3) 年間入院患者数

【提言】・入院患者数を研修病院としての基準とするのは妥当性を欠くと思われる。

・入院患者数に拘らず、本来すべての研修病院が訪問調査を受けるのが望ましい。

研修医一人当たりの患者数が確保できるかぎり、入院患者数を研修病院の基準とするのは妥当でない。また、必要症例数が確保されているのは研修病院としての必要条件であるが決して十分条件ではないので、すべての研修病院が訪問調査による評価を受けるのが望ましい。

4) 各都道府県の募集定数

【提言】・都道府県別の医学部入学定員数で按分するのは廃止すべきである。

・人口あたりの医師数、高齢者割合を加味することを支持する。

・激変緩和措置は、もうしばらく継続させても良いのではないか。

都道府県別の医学部入学定員数で按分す

る根拠がない。地域格差は正に寄与しないどころか、理不尽な格差を生じさせる。また、そもそもこの募集定員設定の理由に即せば、人口あたりの医師数、高齢者割合を加味することは合理的である。さらに、激変緩和措置に関しては、徐々に設定された定員に近づくので、急激な変化を生じさせる必要はないと考える。

5) 地域枠学生への対応

【提言】・地域枠の学生も、地域枠以外の学生（一般枠の学生）と同様に、マッチングに参加して臨床研修を行う病院を決定すべきである。

都道府県ごとに制度が異なり、さらに同一都道府県内にいくつもの奨学制度を持つ場合がある。地域枠学生を特別扱いするのは不適切である。また、都道府県別研修医募集定員の考え方に地域枠入学を関連付ける理由はない。各県内で対応すべき問題であり、地域枠学生数に応じた募集定数の追加は必要ないと考える。

6) その他

【提言】・（第三者評価のあり方について）多職種や非医療者（市民代表）が評価することを検討すべきである。

・第三者評価は外形的評価、プロセス評価のみならず、研修医の診療能力というアウトカム評価もなされるべきである。

多職種や非医療者（市民代表）から評価を受ける仕組みを各研修病院は検討すべきである。また、現在行われている評価は外形的評価とプロセス評価が中心であるが、研修終了時点での研修医の診療能力を評価する仕組みを模索すべきである。

【提言】・臨床研修期間中の大学院における研究は原則として認めるべきではない。

そもそもこの医師臨床研修制度は「研修医が臨床研修に専念する」ことが目的のひとつで発足した。研修時間外の研究であっても、研修に専念できなくなり、結

果的に医療安全上の危険性が增大するなど、副作用が大きい。研究医の育成については、MD-PhD コースの拡充や、研究生活を断念したあとの臨床研修の開始を容易かつスムーズにするなどの支援体制の構築で対応すべきである。

2. 専門医制度の行方

2011年10月13日、厚生労働省において第1回専門医の在り方に関する検討会が開催された⁵⁾。ほとんどの若手医師が初期研修終了後に何らかの専門医取得のための研修を受けている現在、専門医制度は初期研修制度のあり方に大きな影響を与えることは間違いない。17回の検討会を終えて、2013年4月22日に「専門医の在り方に関する検討会報告書」⁶⁾が公表された。これを受け、日本専門医制評価・認定機構が「専門医制度整備指針第4版」⁷⁾を、次いで「専門医制度研修プログラム整備指針」⁸⁾が公表された。これらに基づいて、今後の専門医制度の行方を、初期研修の観点から展望してみる。

(1) 中立的第三者機関の設置

これまでは各学会が独自に専門医を認定し更新していたが、新制度下では中立的第三者機関（日本専門医機構（仮称））が設立され専門医の評価・認定を行う。実際の業務は、各領域の専門医制度委員会や専門医資格認定委員会などの担当委員会が行うことになるであろうが、専門医の認定等が第三者機関による管理下に置かれることの意義は専攻医（専門医取得を目指す研修中の医師をこう呼ぶ⁷⁾）にとって大きい。専攻する領域に拘らずにキャリアパスが概ね展望できることになるからである。研修期間で言えば、基本診療領域は5年以上（初期研修期間を含めることは可）、その他のサブスペシャリティ領域は3年以上の研修が基本となる。

(2) 専門医制度の基本骨格—基本領域とサブスペシャリティ領域—

専門医制度の基本骨格としては、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得するという2段階制となる。これに先立ち、日本専門医制評価・認定機構は平成22年

までに18の基本領域専門医を認定していたが、専門医の在り方に関する検討会の議論を通して、19番目の基本領域として総合診療専門医を認定することになった。これは総合診療（家庭医療、高齢者医療、病院総合医など）を目指す若手医師には大きな意義を持つ。卒前から卒直後までは総合診療指向でありながら、初期研修中、将来の専攻を決めるにあたり総合診療から離れるもののがかなり存在するからである。自らの将来像を描けなかった彼らにとっては福音となるだろうし、研修病院からはロールモデルあるいは研修指導者としての総合診療医の需要が高まることは間違いないだろう。

(3) 適正専門医数と育成可能な専攻医数

各領域の専門医制度は、現在の専門医数、将来的に適正と思われる専門医数を示すことが求められるようになる。地域の専門医数、偏在の有無等の実態把握に基づいて地域の適正配置数まで示されるとなると、初期研修医の専攻選択行動に大きな影響が及ぶだろう。加えて、医療圏における症例（手術を含む）数などの実績や指導体制などを勘案した、当該地域における育成可能な専攻医数までが示されることになるので、専攻選択のみならず研修地域の選択にも大きな影響がある。このことが初期研修病院の選択に影響を与えないことは考えにくい。ただし、単純に専門医数が少ない地域ほど専攻医の受入れ数が大きくなるとは言えない。その理由は下記である。

(4) 研修プログラムに基づいた施設認定と研修評価

新たな専門医制度の基本理念は、『これからの専門医の育成は研修プログラムを基盤に行うこと』⁸⁾である。つまり、「各診療領域における専門知識と技術を備え、社会から信頼され、「患者さんに安全で標準的な医療を提供できる」専門医を育成するため、研修施設の指導体制と認定基準の標準化とともに、研修カリキュラムの運用を研修施設群（下記）により構築し、研修プログラム制によって行うことを基本とするもの」⁸⁾である。専門医の診療能力の標準化を目指す観点からはあるべき姿であるが、基準以上の指導医数を含む指導体制を有する施設が研修の中核を担うこと

になるので、これまで以上に若手医師の大病院指向、都市指向が進むこと、加えて、初期研修病院選択の偏向もさらに助長されることが危惧される。

そこで、「研修プログラムは、基幹研修施設において作成し、単独、あるいは複数の認定関連施設とで地域循環型の施設群を構成して、専攻医ごとに運用する」⁷⁾ことになった。

(5) 医師の地域偏在と大学診療科の役割

専門医の在り方に関する検討会では、当初から地域医療との関係が大きな課題であった。最終的に、「専門医の養成は、（中略）、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が病院群を構成して実施」⁶⁾、「研修施設が養成プログラムを作成するにあたり、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を検討」⁶⁾することになった。このことが従来の大学医局の医師派遣機能の強化に繋がるのか、あるいは逆に、研修プログラムの基準を満たす病院、厳密に言うと診療領域（診療科）であるが、は専門医取得のためには大学病院を必ずしも必要としなくなるという側面が助長されるのか、現段階では予測できない。さらに言うと、大学病院が一般論では施設認定において優位に立っているが、昨今の医師の流出により疲弊した診療科では、基幹病院の認定を取得できない大学病院が出てくる可能性も否定できない。

3. 今後の展望

(1) 超高齢社会における医療・福祉ニーズ

そもそも医師臨床研修制度は社会の要請で発足したのであるから、今後の展望を考えるにあたっては現在および将来の医療および福祉ニーズが原点となる。卒前医学教育の指針であるモデル・コア・カリキュラムの最新版⁹⁾にもそれは反映されている。「地域の医療を担う意欲・使命感の向上」がそれである。この文脈を卒後研修に敷衍すると、すでに厚生労働省の定める到達目標には形を変えて挙げられている¹⁰⁾が、「生物・心理・社会的アプローチによる全人的医療」「地域包括ケア」および「多職種連携チーム医療」がキーワードとなるだろう。

「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付ける」¹⁰⁾のために、主要診療科のブロックローテート研修が必修化されたが、このことは研修効果を上げている反面、主要診療科がすべて揃う大学病院や急性期医療を担う地域の高度専門病院に研修医が集中する結果をもたらした。患者さんやその家族の生活を支える視点は人生という時間軸を必要とするが、在院日数の短縮が求められる急性期病院では「生物・心理・社会的アプローチによる全人的医療」や「地域包括ケア」に係る診療能力を研修医が身に付けることは容易ではない。

一方、大規模病院において機能的な「多職種連携によるチーム医療」は進んでいる。感染制御チーム（ICT）や栄養支援チーム（NST）等がそれである。ところが、これらチームに研修医が一定期間所属したとして、果たして他の医療職の職能や職責を十分理解し、多職種からなるチームをマネジメントする役割やその訓練機会を与えられるだろうか。

研修制度の理念を考えると、高度専門病院ではない基幹型病院の存在意義が高まっていると思われる。そこでは、診療科の垣根も職種の垣根も低い、互いの顔が見え相互に敬意が払われているような研修環境が提供されるべきある。地域医療研修が必修化されているとは言え、すべての協力型病院や施設がそのような目標達成を意図して十分に機能しているだろうか。専門医制度の項で述べた研修病院群の構築は初期研修制度において一層重要度を増してくるであろう。基幹型と協力型、および協力型病院間での目標や理念の共有が改めて求められてくる。特に、大学病院が基幹型研修病院である場合は尚更である。

(2) 研修病院評価のあり方

繰り返し述べているが、卒後研修の在り方を考えるとき、社会の要請という観点が基盤である。そうであるなら、第三者等による研修病院評価は必須であろう。医学教育学会の提言にもあるように、「多職種や非医療者（市民代表）から評価を受ける仕組みを各研修病院は検討すべき」⁴⁾である。代替としては研修病院間の相互評価は検討に

値する。これは、国立大学病院間で施行されており、感染対策や医療安全対策に有効であることが実証されているからである。

また、「現在行われている第三者評価は外形的評価とプロセス評価が中心であるが、研修終了時点での研修医の診療能力を評価する仕組みを模索すべき」⁴⁾であろう。それが本来の研修制度のアウトカムだからである。この結果は各病院の研修医育成能力を表すことになり、研修病院の研修医募集定数に反映されるのが理想である。

(3) 研修医評価のあり方

現行制度の研修修了認定は、厚生労働省から「研修実施期間」と「臨床研修到達目標の達成度」と「臨床医としての適性」の3項目において修了基準が示されている¹¹⁾とはいえ、各研修病院にその判断は委ねられている。各病院における判定が妥当であるかどうかという検証は公的にはなされていない。現実問題としてそれが困難であったとしても、上述したように、少なくとも第三者機関等による研修病院評価により修了認定の妥当性が評価されねばならないだろう。このたびの見直しでは直ちに第三者等による研修病院評価が義務化されることはないかもしれないが、方向性としては研修病院指定の必要条件となっていくと予想される。その場合に必要とされるのが研修医の診療能力評価法である。

社会的な説明責任を果たす観点から研修医評価に求められるのはその妥当性と客観性である。一方で、研修制度が必修化された現在、日本の全研修医を対象に評価が行われることを考慮して実施可能性も配慮されねばならない。現行制度が初期研修医に求める最も大きな能力あるいは資質は、臨床研修の基本理念に示される「医師としての人格」¹⁰⁾で表される態度・習慣である。そして、職業人として自己研鑽を怠らない姿勢（医療人としてのプロフェッショナルリズム）であろう。この領域の能力評価にふさわしい（妥当性）観察記録のための評定尺度や、研修医の省察を促すポートフォリオやログブックの開発や普及が今後求められてくると思われる。また、態度・習慣領域以外の能力に関しても、病院ごとに研修修了時 OSCE を行うなど、現実的かつ客観的な評価システムの

導入が検討されていくと思われる⁴⁾。

おわりに

極めて多くのステークホルダーが存在する臨床研修制度である。各方面から種々の異論や批判があるのは事実であるが、全体的に見ると概ね肯定的に制度の定着が進んでいると言える。今後の見通しをする際には、卒前教育改革と専門医制度改革の行方が大きく影響していくだろう。そうであったとしても、医学教育、就中卒後研修のあり方の原点は地域社会の要請であることを忘れてはならない。

■文 献

- 1) 厚生労働省. 医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ (第1回) 議事録. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001no8t.html>
- 2) 厚生労働省. 医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ「論点整理」. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002uz8t.html>
- 3) 日本医学教育学会・臨床研修委員会ワークショップ. 「卒後臨床研修制度の見直しに向けて」実施報告書. <http://jsme.umin.ac.jp/ce/ct/PCEC-WS-2012.pdf>
- 4) 日本医学教育学会. 医師臨床研修の見直しに対する提言. <http://jsme.umin.ac.jp/ce/ct/rinsho-kenshuteigen.pdf>
- 5) 厚生労働省. 専門医の在り方に関する検討会 (第1回) 議事録. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001x8xo.html>
- 6) 厚生労働省. 専門医の在り方に関する検討会 報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju.html>
- 7) 社団法人日本専門医制評価・認定機構. 専門医制度整備指針 第4版. <http://www.japan-senmon-i.jp/pdf/fourth.pdf>
- 8) 社団法人日本専門医制評価・認定機構. 専門医制度研修プログラム整備指針. <http://www.japan-senmon-i.jp/data/shishin.html>
- 9) 文部科学省. 医学教育モデル・コア・カリキュラム－教育内容ガイドライン－平成22年度改訂版. http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/06/03/1304433_1.pdf
- 10) 厚生労働省. 臨床研修の到達目標. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/dl/s0226-9d.pdf>
- 11) 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会. 医師の臨床研修における修了等の基準に関する提言. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/s0608-12.html>