

はじめに

現行の医師臨床研修制度は、「努力義務」であった旧制度において問題とされていたいくつかの課題を解決し、社会の要請に応えるために医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得するとともに、アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備することを基本的な概念として、2000年医師法を一部改正の上、2004年度から実施された。

必修化されたこの新医師臨床研修制度も10年が経過した。この間に2度の改定を経て、現在は2015年度に向けての見直し、医道審議会医分科会医師臨床研修部会で審議されている最中である。さらなる10年にむけての準備を進める段階になったといえる。

1. 医師臨床研修必修化にいたるまで

そもそも医師卒後研修は、1948年「実地修練制度（いわゆるインターン制度）」として創設された。大学医学部卒業後、医師国家試験受験資格を得るための義務として、「卒業後1年以上の診療及び公衆に関する実地修練」を行うこと、とされたものである。しかしこの制度は、医師免許を持たず、経済的な補償もない状態での研修であったため、1968年実地修練を廃止し、かわって医学部卒業直後に医師国家試験を受験、医師免許取得後に2年以上の臨床研修をおこなう、臨床研修制度が創設された。その後も各診療科をローテーションする総合診療方式（スーパーローテート）などの改革が行われはしたが、研修医の4割程度は出身大学（医局）関連の単一診療科によるストレート方式の研修を受けていた。幅広い診療能力

が身に付けられるとされる総合診療方式による研修を受ける研修医は少なく、研修内容も専門診療科に偏っていて、地域医療との接点は十分ではなかった。また処遇が不十分のためにアルバイトをせざるを得ず、研修に専念できるとは言い難く、さらにはプログラムや達成目標が不明確であり、研修内容や研修成果の評価も十分に行われてはいなかった。これらの問題点に加えて研修が努力規定であったため、当時の医療の状況から、各界から臨床研修を必修化し幅広く疾患のみでなく人を診る全人的な医療を研修できる制度にすべきである、という意見があがり、2000年参議院において付帯決議が採決され、引き続いて医師法および医療法の改正にいたった。その後の審議を経て2002年医師法第16条の2第1項に規定する厚生労働省令発令、2004年必修化の新医師臨床研修制度がスタートした。

2. 新医師卒後臨床研修

新しい臨床研修制度で重要なことは、2000年の第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り組み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體制の充実、研修医の身分の安定及び労働条件の向上に努めること」とされた附帯決議と、それに基づく「臨床研修は、医師が、医師としての人格を涵養し、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、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身につけることので

^{*1} Clinical Training System

^{*2} Takako Shimizu 聖隷浜松病院人材育成センター

きるものであること」とされた基本理念であろう。ここに記載されている内容は国民がキャリアの出発点にいる医師に望むことであり、臨床研修を引き受ける病院は、すなわちその教育を国民から託されていることに他ならない。

理念を達成するために、2年間に内科・外科および救急部門（麻酔科を含む）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を研修することが必修となり、到達目標が制定された上で研修修了の基準が設けられた。各病院は、到達目標を達成できるようにプログラムを作成し、アルバイトせずに研修に専念できる体制を整備した。一方、研修医の採用は、学生と病院の双方がプログラム毎に希望順位を登録することで研修病院が決定される、マッチング方式によって行われ、その手続きを担うために日本医師会、医療研修推進財団、全国医学部長病院長会議および臨床研修協議会によって構成される医師臨床研修マッチング協議会が設立された。

学生にとっては、自らのキャリアの出発点として2年間の研修をどのプログラムで受けるかが大変重要であるために、様々な病院を見学して研修したい病院の採用試験を受け、一方、病院にとっては研修医の存在が病院の活力をあげるようになるため、少しでも多くの学生に来てもらえるよう研修体制の整備に努力を払った。その結果として必修化以前は70%以上の学生が大学病院で研

修していたのに対し、2004年は大学病院：臨床研修病院が5.5：4.5となり、2005年はほぼ同数、2006年以降は、臨床研修病院での研修医が上回ることになった¹⁾(図1)。

また国民に対して臨床研修病院の責任を果たしているかを示すため、臨床研修病院における研修プログラムの評価や研修状況の評価を行うことを目的として、卒後臨床研修評価機構が設立され、第三者評価としての機能を果たしている²⁾。

3. 制度の見直し

2002年12月11日に発行された医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令では、5年をめどに見直されることになっていて、その1回目の見直しが2007年に行われた。新制度の導入に伴い、基本的な診療能力を身につける機会が増加したことや、臨床教育の重要性がこれまで以上に認識され、研修医の身分と処遇が大幅に改善されて研修に専念できるようになったことが評価された。また必修化前の2003年に比べ、必修化後の2007年では研修医の基本的技術の習得状況が概ね向上しているとの報告もあって³⁾、医療現場において「プライマリ・ケアへの関心を高める効果があった」とされた。

一方で、患者やその家族に対して全人的に対応することの重要性についての理解をさらに深め、地域医療研修においてへき地等医師不足地域にお

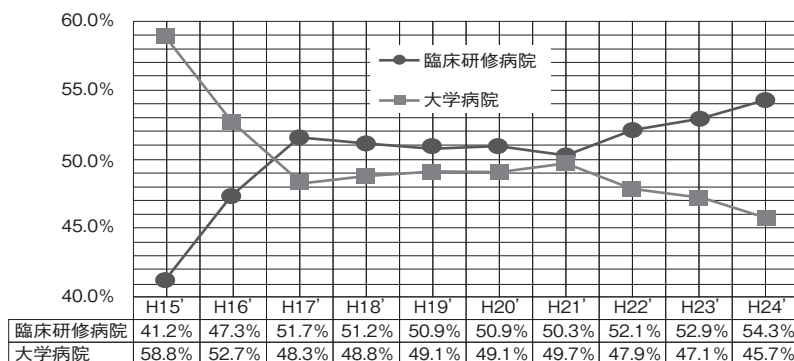


図1 臨床研修病院および大学病院の研修医在籍状況

出典：文献1)

ける病院での研修をより積極的に行うことが望ましいとされた。また臨床研修を実施する施設の妥当性についても討議され、その結果2008年4月には主に臨床研修病院の基準および必修化のローテーション期間が変更された。

しかし、その後医師の地域偏在および産科、小児科、麻酔科の医師不足など診療科偏在の問題が急浮上した結果、2008年7月再度制度の見直しが行われることになり、2009年3月2日に呈示された見直し案では、いわゆる研修プログラムの弾力化が行われた。すなわち必修診療科は、内科6カ月以上、救急3カ月以上、2年目の地域医療1カ月以上、のみとなり、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は選択必修として3カ月に2診療科を研修すればよいことになった、つまり、2年目に最大11カ月の同一診療科での研修が可能となったわけである。さらに、地域偏在を解消するべく研修医の募集定員に都道府県ごとの上限を設け、臨床研修病院の指定基準が強化された。この改定案は社会的に大きな波紋を呼び、多くのパブリックコメントも寄せられた。主な意見として、臨床研修の目的は優れた臨床能力をもつ医師を育成することであって、医師不足を解消することではない、プライマリ・ケアの基本的診療能力の習得という基本理念の達成が困難になる、選択必修ではなくすべて必修にすべき、研修プログラムの客観的評価は必須である、必修科目が減ったのに到達すべき目標が変わらない、などであった。

また、都道府県ごとの定員の上限については、一部の地域への影響があまりに大きいため、激変緩和処置がとられることになった。改定案は2009年5月11日に決定し、2010年4月採用の研修医から適応された。

4. 臨床研修制度が果たしたこと

医師という国家資格に対して国民が求めるものは、その医師が将来どのような方向に進もうとしているかにかかわらず等しいものである。と言わざるを得ない。社会のニーズに応じて臨床研修を必修化したことで、国民に対し一定の説明責任を果たした。すなわち基本理念に謳われている人格

の涵養と基本的臨床能力の獲得を、医師のキャリアの初期2年間に達成すべき目標として、社会に対して保障したのである。

必修化に伴うマッチング制度によって、学生は自分の将来のキャリアビジョンに最も適切と考えられるプログラムを自ら選択するようになり、臨床研修病院も学生の期待に応えるべく大変努力して研修体制を整備するようになった。一方で、研修医を指導する立場の指導医に対して、以前から指導力の強化のために臨床研修指導医養成講習会が開催されていたが、必修化後は参加者が飛躍的に増加した。またプログラムごとに定められるプログラム責任者に対しては、2004年からプログラム責任者養成講習会がそれぞれ開催され、臨床研修の体制整備や研修医個人への支援などに責務を負い貢献するようになった。

このような努力により研修医に実施したアンケートでは、経験した臨床研修の満足度が臨床研修病院で若干高く³⁾、かつ大学病院も研修病院も前年より上昇している。10年を経て制度をとおして、研修医を育てようとする文化が各施設に徐々に根付いてきている結果でもあると思われる。

5. 今後の課題

2009年の見直し後に臨床研修制度の評価に関するワーキンググループが立ち上がり、2013年2月8日論点整理が発表され⁴⁾、現在引き続き医道審議会医師分科会医師臨床研修部会で議論が進められている。論点整理で指摘された課題の主たるものは、研修到達目標、都道府県ごとの定員上限、プログラム責任者を含む指導医の評価のあり方、第三者評価の位置づけ、中断および未終了者への対応などである。すべて研修制度の根底にかかわる重要な問題であるが、特に到達目標についての議論は慎重さを要する。研修理念が達成されているかどうかを個々の研修医ごとに評価するためには、実施されている研修プログラムの内容を評価する必要があるが、実際には到達目標の評価をもってせざるを得ない。プログラムを評価する第三者評価の実施を確立することが必須である。

今後それぞれの課題について検討されていく過

程では、先人たちが英知をしぼり、長い議論の結果として制定された本制度の基本理念と、国民に対する説明責任を忘れてはならない。制度を考えるととき常に基本理念に立ち返り、これを継承していくことは、次世代の医師たちに対する今の世代の責任であろう。

■文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ 平成 24 年度の医師臨床研修マッチングの結果, <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/matching/dl/101028-la.pdf>
- 2) NPO 法人卒業臨床研修評価機構, <http://www.jcepct.jp/>
- 3) 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 8 回) 議事別添 5 (研修医アンケート【追加】), <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002koqw-att/2r9852000002l85r.pdf>
- 4) 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-att/2r9852000002uzaa.pdf>