

総 説

医師教育の現状と本学の課題 (第2部)

— 卒後教育 (新医師臨床研修制度) —

Current situation and our problems in medical education (the second part)

— postgraduate education (new postgraduate clinical training system) —

葦 沢 龍 人 青 木 昭 子

Tatsuto ASHIZAWA, Akiko AOKI

東京医科大学八王子医療センター
総合診療科/卒後臨床研修センター
東京医科大学医学教育推進センター

Department of General Medicine, Tokyo Medical University, Hachioji Medical Center

はじめに

医師教育は便宜上医師国家試験を境に卒前教育と卒後教育に大きく分けられる。しかし、現在の医師国家試験の位置付けは、卒前教育と卒後教育の架け橋的な存在であり、決して両者を隔てるものではない(図1)。また第1部¹⁾において指摘したように、医学部6年間の一般教育、基礎医学教育、臨床医学教育、臨床実習などの卒前教育と、医師国家試験合格後に必修化されている新医師臨床研修制度(以下、新制度)²⁾の理念・目標との間に乖離はない。

医師の卒後教育は生涯教育とも言えるが、本稿(第2部)では本学が組織的に取り組む新制度の背景・概要・評価、および八王子医療センターにおける新制度への取り組みを紹介し、最後に本学の卒後教育の課題について述べる。

医師臨床研修制度の歴史

わが国における医師臨床研修制度の歩み(表1)

は、昭和21年GHQの指導により昭和23年に実地修練制度(いわゆるインターン制度)が医師法に規定されたのが始まりである。この制度は大学医学部卒業後、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。しかし、インターン生は無資格、無給で働かなければならず、制度廃止を求めて昭和40年頃よりいわゆるインターン闘争が始まった。その後インターン制度は廃止され、昭和43年に医師法を改正して臨床研修制度(旧制度)が創設された。旧制度では医師免許取得後に2年以上、大学病院または臨床研修病院において臨床研修を行うことが努力義務とされていた。しかし、多くの研修医は大学病院を中心に特定の診療科に限られたストレート研修を行い、スーパーローテーションの研修(医)と比較して、幅広い基本的診療能力の修得について劣ることが指摘されていた。また、研修医の処遇に問題も多く、研修医達は未熟な診療能力のままアルバイト勤務をせざるをえない状況に

2012年8月1日受付、2012年9月25日受理

キーワード: 医師教育、医学教育、臨床実習、新医師臨床研修制度、マッチング

(別冊請求先: 〒193-0998 東京都八王子市館町1163 東京医科大学八王子医療センター、総合診療科/卒後臨床研修センター、東京医科大学医学教育推進センター 葦沢 龍人)

TEL: 042-665-5611 FAX: 042-665-1796

表1 医師臨床研修制度の歩み

昭和 23 年：卒後 1 年のインターン制度の開始（GHQ の指導）
昭和 43 年：臨床研修制度の創設（努力義務としての研修）
平成 6 年：医療関係者審議会提言（臨床研修の必修化）
平成 8 年：医療関係者審議会中間意見書（研修に関する情報公開）
平成 11 年：医療関係者審議会の取りまとめ（必修化）
平成 12 年：医師法・医療法の改正
平成 12 年：参議院国民福祉委員会の附帯決議
平成 14 年：医道審議会医師臨床研修検討部会の中間とりまとめ（マッチングシステム）
平成 15 年：第 1 回マッチングの実施
平成 16 年：新医師臨床研修制度の開始

（篠崎英夫：新臨床研修制度の課題。日医雑誌 135、p 580 表 1 より改変）

表2 参議院国民福祉委員会における附帯決議

<p>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、更にプライマリー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。</p>
--

あった。実際、筆者（昭和 54 年卒）も本院外科における 1 か月程の見習い当直の後、研修と称して市中病院の当直業務に従事し、その日数は本院と合わせて一月に 20 日を越えることも稀ではなかった。施設によっては指導医も居らず、研修マニュアルを携帯し見様見真似の未熟な診療行為であったはずである。

これらの問題点を踏まえ、平成 6 年「医療関係者審議会臨床研修部会」から、診療に従事しようとする医師に関して「幅広い基本的診療能力の修得」を目標として、臨床研修を必修化する等の提言が出された。平成 12 年には厚生省・文部省合同の協議会で、臨床研修を必修化するために必要な研修体制の環境

整備等の内容について意見が取りまとめられ、医師法（第 16 条の 2 第 1 項）の一部改正により臨床研修に関する規定が定められた。さらに平成 12 年 11 月の参議院国民福祉委員会において附帯決議がなされた（表 2）。これらの規定は平成 14 年 12 月 11 日に公布・施行され、平成 15 年 6 月 12 日に一部を改正し、平成 16 年 4 月 1 日から新制度として開始された。新制度は 5 年の経過の後、「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」における見直しを踏まえて、平成 21 年に研修プログラムの規定に様々な変更が加えられ改正し（後述）、平成 22 年度より適応されている。

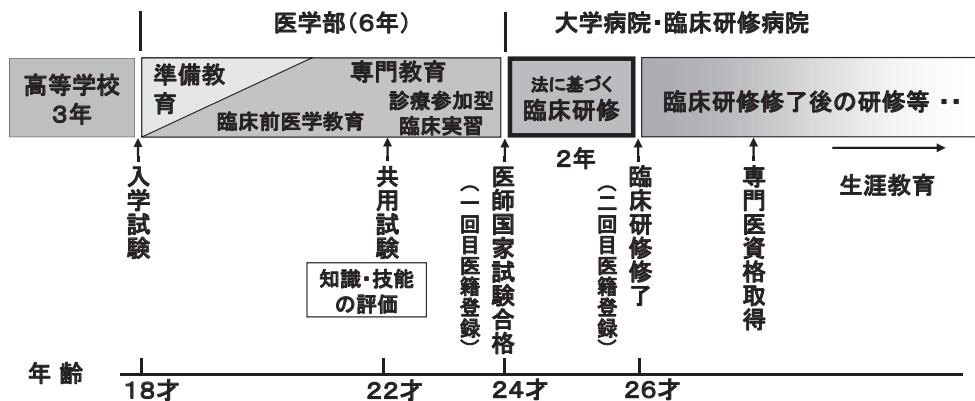


図1 医学教育と臨床研修制度
（厚生労働省ホームページより改変）

新医師臨床研修制度（新制度）

1. 臨床研修省令

新制度では、「診療に従事しようとするすべての医師は、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、2年以上の臨床研修を受けなければならない」とされ、臨床研修省令は、その臨床研修に関する基本理念、臨床研修病院の指定基準等を定めたものである。

厚生労働省のホームページ医師臨床研修制度に関するQ&Aには、「なぜ医師の臨床研修が必修科されたのですか？」に対して、「国民の間で医療の質、医療安全に対する関心が高まっており、これに応えるために臨床研修を必修科するとともに、その内容についても到達目標を明確にし、医師としての基本的臨床能力を達成できるようなものとする事となったのです。」という回答が載っている³⁾。平成16年3月以降の医学部卒業生は、医師国家試験合格後に1回目の医籍登録、臨床研修修了後に2回目の医籍登録を行うことが必要とされている（図1）。臨床研修を修了しない場合、新制度開始時は①診療所を開設する際に都道府県知事の許可が必要（実質的には開業できない）、②病院又は診療所の管理者になれない、の2つの制限が生じると説明されていたが、現在では「(研修病院の指導医の指導下を除き)すべての診療に従事できない」とされている。

2. 臨床研修の基本理念

医師は単に専門分野の負傷又は疾病を治療するのみでなく、患者の健康と負傷又は疾病を全人的に診ることが期待され、患者及びその家族との間に十分なコミュニケーションが成され、総合的な診療を行うことが求められていること。また、医療の社会的重要性及び公共性を考えると、臨床研修は医師個人の技術の向上を越えて、社会にとって必要性の高いものであること⁴⁾、を踏まえて基本理念は定められている（表3）。基本理念に示された①人格の涵養、②基本的な診療能力の修得に加え、③アルバイトをせずに臨床研修に専念できる環境の整備により、研修医の処遇は格段に改善された。これらが新制度の基本3原則とされ、うち①、②の目的を達成するため、臨床研修の到達目標が行動目標（表4）、経験目標（表5）として示されている。

3. 基幹型臨床研修病院の指定基準

臨床研修病院は医学・医療の社会的役割を認識し、

表3 医師臨床研修制度の基本理念

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、基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けることのできるものでなければならない。

（医師法第16条の2第1項に規定する医師臨床研修に関する省令の施行についてp4より改変）

表4 臨床研修の行動目標—医療人として必要な基本的姿勢・態度—

1. 患者・医師関係
2. チーム医療
3. 問題対応能力
4. 安全管理
5. 症例提示
6. 医療の社会性

表5 臨床研修の経験目標

- A. 経験すべき診察法・検査・手技
 1. 医療面接
 2. 基本的な身体診察法
 3. 基本的な臨床検査
 4. 基本的手技
 5. 基本的治療法
 6. 医療記録：CPCレポート
 7. 診察計画
- B. 経験すべき症状・病態・疾患
 1. 頻度の高い症状
35項目中20項目が必修、レポート提出
 2. 緊急を要する症状・病態
17項目中11項目が必修
 3. 経験が求められる疾患・病態
88項目中70%以上の経験が望ましい
 - ① A 疾患：入院症例レポート必修（10項目）
 - ② B 疾患：外来・入院での経験が必修（36項目）
 - ③ 外科症例：1例以上の受け持ち（症例レポート）
- C. 特定の医療現場の経験（必修）
 1. 救急医療
 2. 予防医療
 3. 地域医療
 4. 周産・小児・成育医療
 5. 精神保健・医療
 6. 緩和・終末期医療
 7. 地域医療

一般的な疾患をきちんと診る基本的な診療能力を修得できるプログラムの作成が義務付けられている。本学の3附属病院は基幹型（的）に区別されるが、その指定基準18項目について表6に示す。臨床研修を行う分野並びに研修期間については、平成21年に様々な変更が加えられ、研修プログラムに11項目の規定が設けられた（表7）。最大の変更点は、それまで内科、外科、救急（麻酔科）、小児科、産

表6 基幹型臨床研修病院の指定基準

1. 臨床研修の基本理念にのっとった研修プログラムを有していること。
 - ① 原則として、研修期間全体の8月以上は、基幹型臨床研修病院で研修を行うものであること。
 - ② 協力型臨床研修病院について研修プログラムに明示されていること。
 - ③ 臨床研修協力施設について研修プログラムに明示されていること。
 - ④ 研修プログラムに定められた臨床研修を行う分野並びに研修期間が別項（表7）を満たすものであること。
 - ⑤ 募集定員が20人以上の病院は、小児科および産科プログラムを設けること。
2. 医療法第19条第1項第1号に規定する員数の医師を有していること。
3. 必要な診療科を置いていること。：原則として内科、外科、小児科、産婦人科、精神科を標榜していること。
4. 救急医療を提供していること。：救急告示病院又は医療計画上、初期・二次・三次救急医療機関のいずれかに位置づけられている。
5. 必要な症例があること。：年間入院数3,000人以上、救急取扱年間5,000件以上、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科は年間入院数100人以上、分娩数年間350件以上が望ましい。
6. 臨床病理検討会（CPC）を適切に開催している。
7. 臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備を有していること。：図書、雑誌、インターネット環境、宿舎、研修医室、シミュレーター、etc
8. 病歴管理：管理者の選任、診療に関する諸記録の管理が適正になされていること。
9. 安全管理の体制を確保していること。：安全管理者の配置、安全管理部門の設置、患者相談窓口の常設。
10. 研修管理委員会を設置していること。
11. プログラム責任者及び副プログラム責任者を適切に配置していること。
12. 適切な指導体制を有していること。
 - ① 指導医が原則として、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科に配置されており、個々の指導医が、勤務体制上指導時間を十分に確保できる。指導にあたっては、研修医5人に対して指導医が1人以上配置されている。指導医の下、上級医が研修医を直接指導すること（屋根瓦方式）も想定している。
 - ② 休日・夜間の当直を1年次研修医が行う場合は、原則として指導医又は上級医とともに、2人以上で行うこと。
 - ③ 精神科研修においては、診療要員を適当数は位置していることが望ましい。
 - ④ 研修医手帳を作成し、記入を指導すること。また、担当した患者の病歴や手術の要約を作成するよう指導すること。
13. 研修医の募集定員が、適切であること。
14. 研修医数が、臨床研修を行うために適切であること。
15. 研修医は、原則として公募による採用が行われること。
16. 研修医に対する適切な処遇を確保していること。
17. 臨床研修病院群を構成する関係施設相互間で緊密な連携体制を確保していること。
18. 将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを目指すこと。

（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の施行についてp5～16より改変）

婦人科、精神科、地域保健・医療の7部門について、最低16か月間のローテーションを必修としたが、平成22年度からは内科（6か月以上）、救急部門（3か月以上）、地域医療（1か月以上）の3部門について最低10か月間のローテーションが必修とされた。さらに外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科の5診療科のうち2診療科を選択必修とするローテーション（期間は自由）が求められている。

4. 医師臨床研修マッチング

新制度の施行にあたり、医道審議会医師臨床研修検討部会の平成14年の中間とりまとめの提言を受け、日本医師会、全国医学部長病院長会議、臨床研

修協議会、医療研修推進財団の四者により医師臨床研修マッチング協議会が結成され、コンピューターによるマッチングシステムが導入された。マッチングとは、各研修施設が幅広く全国から研修医を採用することを促進するためのもので、「研修希望者と研修施設が提供する研修プログラムとを両者の希望を踏まえて、コンピューターにより組み合わせを決定するシステム」と定義されている。平成15年に第1回マッチングが実施された（本学は平成16年の第2回より参加）。第1回マッチングのマッチ者数（比率）は大学病院4,563人（58.8%）、臨床研修病院3,193人（41.2%）であったが、第3回（平成

表7 臨床研修を行う分野並びに研修期間

1. 研修期間は原則として合計2年以上とすること。
2. 必修科目の全て及び5つの選択必修科目（外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科）のうちの2つの診療科については、必ず臨床研修を行うこと。
3. 原則として、1年次に内科及び救急部門を研修し、2年次に地域医療を研修すること。
4. 原則として、内科は6月以上、救急部門は3月以上、地域医療は1月以上の研修を行うこと。
5. 各診療科において到達目標の達成に必要な研修を行う体制を確保すること。
6. 選択科目の研修期間は、地域や病院の特色をいかし、更に臨床研修を充実させるために活用すること。
7. 研修プログラムは前記1～6を踏まえて、多様に設定することができる。
8. 救急部門については、救急部（救急外来）等を適切に経験させること。
9. 診療科の名称が必修科目又は選択必修科目と異なる場合でも、当該診療科（総合診療科等）における研修内容が同じものである時には、研修期間として差し支えないこと。
10. 地域医療については、へき地・離島診療所、中小病院・診療所等を適宜選択して研修を行うこと。
11. 臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合は、原則として研修期間を合計3月以内とすること。

17年）以降の両者のマッチング比率は逆転し、平成23年まで連続して臨床研修病院におけるマッチング比率が50%以上となっている⁵⁾。

5. 研修管理委員会

研修管理委員会は、研修プログラムの作成、研修プログラム相互間の調整、研修医の管理及び研修医の採用・中断・修了の際の評価等、臨床研修の実施の統括管理を行う。また、研修医ごとの研修進捗状況を把握・評価し、修了基準に不足している部分について研修が行えるようプログラム責任者や指導医に指導・助言する。基幹型臨床研修病院の研修管理委員会は当該病院の管理者、事務部門の責任者、プログラム責任者および外部委員により構成され、本学3附属病院の卒業臨床研修センター長（平山陽示、柳生久永、筆者）は、各研修管理委員会の委員を相互に兼ねている。

基幹型臨床研修病院の管理者は、責任をもって受け入れた研修医について、あらかじめ定められた研修期間内に臨床研修が修了できるよう努めなければならないこと。また、臨床研修を中断するような場合、当該研修医の求めに応じて、適切な進路指導を行わなければならないことが示されている⁶⁾。

6. プログラム責任者

臨床研修を行う病院（臨床研修協力施設を除く）の常勤の医師であって、指導医及び研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有しているものでなければならないこと⁷⁾、とされている。また、原則として7年以上の臨床経験を有し、プログラム責任者養成講習会（プライマリ・ケアの指導方

法等に関する講習会）の受講を条件とし、表8に示す事項を職責としている。

7. 指導医

常勤の医師であって、研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有しているものでなければならない。原則として、7年以上の臨床経験を有する者であって、プライマリ・ケアを中心とした指導を行うことのできる経験及び能力を有している。また、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会（臨床研修指導医養成講習会等）を受講していることが求められている。さらに、指導医は研修医ごとに臨床研修の目標の達成状況を把握し、研修医に対する指導を行い、その評価（各職員の評価を含む）をプログラム責任者に報告する。これらの役割は、臨床研修協力施設における研修実施責任者や指導医においても、同様に担うものである。一方、研修医による指導医の評価についても、指導医の資質向上に資することから、その実施が望ましいとされている⁸⁾。

表8 プログラム責任者の役割

- ・研修プログラムの原案を作成すること。
- ・すべての研修医が臨床研修の目標を達成できるように、全研修期間を通じて研修医の指導を行うとともに、研修プログラムの調整を行うこと。
- ・研修休止の理由の正当性を判定すること。
- ・研修管理委員会に対して、研修医ごとに臨床研修の目標の達成状況を報告すること。

（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の施行について p18～19より改変）

8. 臨床研修の評価

(1) 研修期間中の評価

形成的評価により行うことが重要であり、研修医ごとの研修内容を改善することを主な目的とする。指導医は、定期的に研修の進捗状況を把握・評価し、研修医が修了基準に不足している部分を研修できるよう配慮すると共に、評価結果を研修医にも知らせ、より効果的な研修へとつなげるものであること⁹⁾。

(2) 研修期間終了時の評価

総括的評価により行い、研修医ごとの臨床研修修了の判断を行うことをその目的とする。評価は、研修実施期間の評価及び臨床研修の目標の達成度の評価（経験目標などの達成度の評価及び臨床医としての適性の評価）に分けて行い、両者の基準が満たされた場合に修了を認めるものであること¹⁰⁾。尚、最終的な認定に当たっては、相対的評価ではなく絶対的評価を用いる。

9. 臨床研修の修了

(1) 臨床研修の修了基準

前項 8. の評価項目に従う、臨床研修の修了基準（表 9）を満たさない場合、研修の修了を認めてはならない。

(2) 臨床研修の修了認定

研修管理委員会は研修医の研修期間の終了に際

表 9 臨床研修の修了基準

- | |
|--|
| 1. 研修実施期間の評価 |
| ① 休止の理由：傷病、妊娠、出産、育児その他正当な理由であること。 |
| ② 必要履修期間等についての基準：休止期間の上限は 90 日とすること。 |
| ③ 必修科目で必要履修期間を満たしていない場合や選択必修科目のうち 2 つ以上の診療科を研修していない場合は未修了とする。 |
| 2. 臨床研修の目標の達成度の評価 |
| 各目標について達成したか否かの評価を行い、すべての必修項目について目標を達成しなければ、修了を認めてはならない。 |
| 3. 臨床医としての適性の評価 |
| ① 安心、安全な医療の提供ができない場合：医療安全の確保が危ぶまれ、又は患者との意思疎通に欠け不安感を与える場合、十分な指導にも関わらず改善せず、患者に被害を及ぼす恐れがある場合には、未修了、中断の判断もやむを得ない。 |
| ② 法令・規則が遵守できない者：医道審議会の対象となる場合は、法第 7 条の 2 第 1 項の規定に基づく再教育研修を行う。再教育にも関わらず改善せず、患者に被害を及ぼす恐れがある場合には、未修了、中断の判断もやむを得ない。 |

（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の施行について p 27～29 より改変）

し、当該研修医の評価を行い、管理者に対し報告を行う。管理者は研修管理委員会の評価に基づき、研修医が臨床研修を修了したと認めるときは、速やかに臨床研修修了証を交付しなければならない。

(3) 臨床研修の未修了

研修プログラムを提供している管理者及び研修管理委員会には、あらかじめ定められた研修期間内に研修医に臨床研修を修了させる責任があり、安易に未修了の扱いを行ってはならない。やむを得ず未修了の検討を行う際には、管理者及び研修管理委員会は当該研修医及び研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の研修に関する正確な情報を十分に把握する。

これらを通じて、最終的に未修了という判断に至る場合でも、当該研修医が納得するように努めなければならないこと。なお、このような場合においては、経緯や状況等の記録を残しておく必要があること。また、必要に応じて事前に管轄する地方厚生局健康福祉部医事課に相談することが示されている¹¹⁾。

新医師臨床研修制度に対する評価

新制度により「幅広い基本的臨床能力を身に付けた医師を育成する」ことができているのかどうか、制度開始直後より多方面から新制度に対する評価がなされている。また、平成 21 年度厚生労働科学特別研究事業として、評価を含む制度のあり方について提言を行うことを目的とした「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」（研究代表者：桐野高明）¹²⁾がまとめられている。今後の評価スケジュールは、ワーキンググループにおいて新制度の実態を把握し論点を整理した後、研修部会に報告する。研修部会は総合的な評価を行ない、平成 25 年度中を目途に制度全般の見直しを検討し、平成 27 年度には見直し後の制度に基づいて研修医を募集する予定としている。

この項では新制度における研修医の能力評価を中心に、平成 17～19 年の「新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究」（主任研究者：福井次矢）¹³⁾、徳田らによる新・旧制度修了医の救急診療における能力評価の研究¹⁴⁾、平成 23 年 5 月の全国医学部長病院長会議からの提言¹⁵⁾、2011 年 11 月（神戸）のプログラム責任者養成講習会における厚生労働省からの報告等についてまとめる。

1. 新制度に対する評価

(1) 新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究（主任研究者：福井次矢）

旧制度下と新制度下の研修医を同じ調査票を用いて比較したデータは、本研究が唯一のものである。旧制度下（平成15年、2,474人）と新制度下（平成18～20年、3,414人）の2年次研修医を対象として、自記式アンケートによりデータ収集を行った。質問項目は①99項目の臨床能力（知識、技術、態度）の修得状況、②82の症状・病態の経験症例数、③4種類（死亡診断書、死体検案書、CPCレポート、紹介状）の医療記録記載件数であった。

アンケート結果（自己評価）でみる限り、臨床能力の修得状況は旧制度下の研修医に比べて新制度下の研修医の方が全体的に向上しており、幅広い基本的臨床能力を身に付けるといふ新制度の目的は、ほぼ達成しているとの報告がなされている。また、旧制度のときは、研修病院の研修医のほうが、大学病院の研修医よりも臨床能力がかなり高いという結果であったが、新制度になって、その差はほとんど解消されたとしている¹⁶⁾。

(2) 救急診療における能力評価の研究

卒後4～6年の新制度下の医師135人（回答者数103人、回答率76%）および卒後7～9年の旧制度下の医師144人（回答者数105人、回答率73%）を対象に、2009年にインターネット調査を実施し両者を比較した。1次から2次救急の様々な場面を設定し、「実際に使用している薬剤や実施している治療方法」について26の質問を行った結果、新制度下の医師の平均正答率は旧制度下の医師と比較して有意に高値であった。新制度修了の医師は旧制度修了の医師と比較して、救急診療の場においてより質の高い診療の提供と自信を持ち得ている可能性を報告している。

(3) 全国医学部長病院長会議からの提言

新制度の課題の整理と改善策を検討する必要があるとして、①到達目標設定の改変、②臨床医育成のための卒前・卒後の一貫した教育課程の構築、③広いバリエーションの疾患を経験することを可能にする臨床研修病院群の形成、④研修修了者の臨床能力を評価しつつ、制度設計を常に改善するシステムの構築、⑤初期臨床研修を義務でなく選択とする等を改訂案として示している。

表10 新医師臨床研修制度の光と影

- 光の部分
 - 研修医の基本的臨床能力が向上（短期評価）
 - 研修医の処遇改善
 - 意欲的な研修医のよって病院が活性化
 - 医師人材育成を縦割りではなく全体の流れとして捉えるようになった。
- 影の部分
 - 医療の諸問題を顕在化させた。
 - ・医師の診療科偏在および地域偏在
 - 地方の大学病院を志望する研修医が減少した。
 - ・大学病院の医師派遣機能の低下

（黒岩三佳：平成23年度プログラム責任者養成講習会 in 神戸より改変）

(4) 厚生労働省からの報告

2011年11月（神戸）のプログラム責任者養成講習会において、黒岩（厚生労働省九州厚生局臨床研修審査専門官）は新制度の実施に伴う光と影の部分について報告している（表10）。

2. 基幹型臨床研修病院の指定継続

研修の質向上のため、基幹型臨床研修病院の指定については厳密に運用され、前述の指定基準（表6）の中から以下の5項目（①救急医療を提供している、②入院患者数が年間3,000人以上である、③CPC（臨床病理検討会）を適切に開催している、④研修医5人に対して指導医1人以上、適切に配置されている、⑤医療法に規定する員数の医師を有している）のいずれか1項目でも満たさない場合、厚生労働省は対象の研修病院に対して、臨床研修に関する指導・管理体制及び在籍する研修医の基本的診療能力について訪問調査（筆者は平成24年訪問調査員として参加）を行っている。臨床研修病院指定基準の厳格化は、初期研修を行った医師を生涯にわたって責任をもってフォローできる基幹型研修病院の体制構築の面からも重要である。

八王子医療センターにおける臨床研修プログラム

当センターは平成16年よりマッチングに参加し、大学病院（基幹的研修病院）として新制度に準拠し臨床研修を開始した。当初、内科系（定員12名）、外科系（定員12名）の二つのプログラムを設定したが、必修科が重複し両プログラムの特色を示せないため、平成20年度より単一プログラム（定員18名）とした。その後、平成21年の研修プログラムの規定改正に伴い、平成22年度より従来のプログラムを基にした基本プログラム（図2、定員14名）、選択期間を11か月とした選択プログラム（定員4名）

1年目

内科選択 (1)	内科選択 (2)	内科選択 (3)	外科系選択 (1)	外科系選択 (2)	麻酔科
2か月	2か月	2か月	2か月	2か月	2か月

2年目

救命救急	総合 診療	小児科	産科	地域 医療	選択 (1)	選択 (2)	選択 (3)	選択 (4)	選択 (5)
3か月	1か月	1か月	1か月	1か月	5か月				

図2 平成22年度基本プログラム

1年目

内科(1)	内科(2)	内科(3)	救急部門	必修選択 (2科)	自由 選択
2か月	2か月	2か月	3か月	2か月	1か月

2年目

地域 医療	自由選択				
1か月	11か月				

図3 平成24年度プログラム

の二つのプログラムを設定した。さらに平成24年度より平成22年度の選択プログラムを基にした単一プログラム(定員13名、図3)とし、本年4月より7名(マッチング11名)の初期研修医が就業している。

平成17年以降、当センターでは複数回の研修プログラムの改訂を行ってきた。新制度の基本理念および行動・経験目標を全て十分に網羅できる研修を行うとすれば、平成22年度の基本プログラム(図2、必修科:内科、外科系、小児科、産婦人科、麻酔科、総合診療科、救急医療、地域医療)が、筆者は推奨すべき研修プログラムと考えている。しかし、卒後臨床研修運営委員会においてプログラムの改訂に多くの議論を重ね、選択期間の最も長い(必修科目の最も少ない)現行のプログラム(図3)のみとした。

その理由として、“選択期間の拡大がマッチング率を少しでも高める可能性がある”ことが運営委員会のコンセンサスとなった。このプログラム改訂に対する評価は、今後のマッチング率の改善と研修修了後の研修医の到達度および満足度の結果に委ねられている。

当センターの研修修了の必須条件として、臨床研修の到達目標に従い経験目標の必修30項目+CPC症例、外科症例を計16以上のレポートとして提出することが義務付けられている。しかし、毎年のように一部の研修医のレポート提出が研修修了日直前となっている。この場合レポートの提出は形骸化し、研修医に新制度の基本理念が十分理解されていない可能性がある。新制度は研修医が医師として最初に与えられた課題であり、この課題を研修医がいかに

熟したかをきちんと評価し適切な指導・修了認定を行うことは、われわれ大学（研修）病院指導医の社会に対する重要な責務である。

卒業臨床研修評価機構

前述の基幹型臨床研修病院の指定基準には、「将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを旨とする（表6-18）」の項目が示されている。卒業臨床研修評価機構（Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training；以下、JCEP）は、その第三者機関と言える組織として発足した。

臨床研修に対する評価の経緯は、平成2年に立ち上げられた「病院医療の質に関する研究会（後の「医療の質に関する研究会」通称：質研）」において、病院評価項目が策定され、そのなかに臨床研修の評価項目が設定された。次いで、平成17年3月には日本医療機能評価機構内に設置した「臨床研修病院の機能評価に関する検討部会」（座長：岩崎榮）において、臨床研修機能の評価に資するとする評価項目が設定された。同年9月には、JCEPの前身である「新医師臨床研修評価に関する研究会」が発足し、国民に対する医療の質の改善と向上をめざすため、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い、臨床研修病院のプログラムの改善、よい医師の養成に寄与することを会の目的とした。平成19年8月からは、「NPO法人卒業臨床研修評価機構」（理事長：高久史磨）が設立され、同年10月より認定事業を開始し現在に至っている。その内容は、各臨床研修病院のプログラムについて、訪問調査を通して教育的評価を行い、その結果を各病院にフィードバックしている。臨床研修病院の理念のなかに、社会が要請する医師像を目指すということが明示されており、作成された研修プログラムにより、人格の涵養、社会人としてのマナー、全人的医療、チーム医療などが身に付けられるようになっているかどうか、そして、そのような研修が実際に行われているかどうかの評価されることになる¹⁷⁾。評価項目（大項目8、中項目27、小項目88の全123項目）、評価基準、認定病院等の詳細についてはホームページ（<http://www.jce-pct.jp/>）を参照して頂きたい。

現在（平成24年10月1日）までに126病院がJCEPより評価認定され、本学では3病院（新宿、茨城、八王子）がいずれも認定されている。中でも八王子医療センター（Pg 0023）は平成19年12月

に全国の大学病院として最初に認定され、その後、平成21年には4年間の更新認定を受けている。しかし、初回および更新時の訪問調査の際、八王子医療センターの検討課題のひとつとして外来研修体制の整備が指摘された。筆者等は当機構のサーベイヤーとして、他の臨床研修病院の訪問調査の機会を持つが、いずれも外来研修のプログラム整備に苦勞していることを目の当たりにする。ウォークインの初診患者を対象とした外来研修は、臨床推論を学ぶ上で初期研修医に取って極めて重要な研修領域であり、八王子医療センターに総合診療科を立ち上げる目的のひとつとなった。

本学における卒業教育の課題

1. 臨床実習および臨床研修に対する Faculty の理解

今回のカリキュラム改編（2014年から実施予定）の中心となる拡充する臨床実習の目標と新制度が求める目標の一致について、個々の Faculty の理解度に大きな差がある。充実した卒業教育（臨床研修）を実施するためには、Faculty が臨床実習（クリニカルクラクシップ）の指導段階から、その目標と屋根瓦方式による教育法について計画的に学ぶ環境を整える。

2. 初期研修出願者数の低下・マッチング率の低下・後期研修医不足

本学の3附属病院の初期研修出願者数は、平成16年のマッチング参加以来、平成18年の出願者145名（本学112名、他学33名）をピークとして、平成23年103名（本学87名、他学16名）、平成24年117名（本学93名、他学24名）と、他学を含めた出願者数は伸び悩んでいる。そのため、初期研修医のマッチング数および後期研修医の入局者は一部の科を除いて減少している。医学生が臨床研修施設を選択する際、身近にいる Faculty がロールモデルとして選択基準のひとつとなる。われわれが良きロールモデルとして評価されるためには、日頃の学生への指導・態度が重要となる。

3. 研修プログラムの策定および実施

マッチング者数の低下に引きずられ、研修医の意見を過剰に取り入れることは、本来の研修目標が疎かとなる危険性がある。研修プログラムの策定・運用および研修修了の認定において、Faculty は責任ある指導を実施するために、研修医の意見をどの程

度取り入れるかについて常に検討の必要がある。

4. 教員不足

現在、卒前教育および卒後教育（臨床研修指導）に求められる質・量の増大から、診療に携わる Faculty の負担は深刻となっている。特に中堅教員の退職は、本学の教育、研究および診療の発展に大きな負の影響を与える。Faculty が将来にわたり働き続ける incentive（動機付け）について本学の最高決定機関において検討し、特に教育に携わった場合の待遇や昇進等について具体的な提案を頂きたい。

おわりに

今回の表題“医師教育の現状と本学の課題”について執筆の準備をしてみると、医師教育は国民の要請に基づいたものであり、改めて大学教員あるいは臨床研修指導医として社会的責任の重さを痛感する。その一方、本学の卒前・卒後教育については、ともすると大学の事情、講座の事情あるいは個々の医師の事情が優先され、社会や国民のニーズを後回しにしてきたのではないかと反省する点が多々ある。それらの点を踏まえ、今回の拙著（第1部、第2部）が本学の Faculty に求められている医師教育を理解する上で、その一助となれば幸いである。

6年間の医学部カリキュラムおよび2年間の初期臨床研修プログラムの策定は、本来 Faculty に取って最もやりがいのある仕事のはずである。2012年7月開催の第17回アドバンスワークショップにおいても、田川まさみ鹿児島大学教授は6年間のカリキュラム（モデル・コア・カリキュラム+ α ）策定に際し、“+ α （各大学の特色部分）を考えると実に楽しい”と述べられている。しかし、本学では卒前カリキュラムや卒後臨床研修プログラムの策定において、独自の特色を盛り込む議論になかなか至れないのが現状である。今後、本学の医師教育の特色について十分な討議を行い、卒前カリキュラムや研修プログラムの中に、他にない本学の特色を盛り込みたいものである。

文 献

- 1) 葦沢龍人：医師教育の現状と本学の課題（第1部）—卒前教育—。東医大誌 **70**：285-293, 2012
- 2) 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の施行について（厚生労働省医政局長医政発第0612004号、平成15年6月12日）
- 3) 厚生労働省ホームページ：新医師臨床研修制度に関するQ&A <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/qa/byoin.html>
- 4) 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の施行について。医政発第0612004号。p 4
- 5) 医師臨床研修マッチング協議会ホームページ <http://www.jrmp.jp>
- 6) 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の施行について。医政発第0612004号。p 18
- 7) 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の施行について。医政発第0612004号。p 18
- 8) 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の施行について。医政発第0612004号。p 19
- 9) 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の施行について。医政発第0612004号。p 24-25
- 10) 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の施行について。医政発第0612004号。p 25
- 11) 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の施行について。医政発第0612004号。p 30
- 12) 平成21年度厚生労働科学研究費補助金行政政策研究分野厚生労働科学特別研究事業「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」（研究代表者：桐野高明）平成21年度 総括研究報告書。平成21年
- 13) 平成17～19年度厚生労働科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業「新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究」（主任研究者：福井次矢）総合研究報告書。平成20年4月
- 14) Tokuda Y, Goto E, Otaki J, Omata F, Shapiro M, Soejima K, Ishida Y, Ohde S, Takahashi O, Fukui T: The new Japanese postgraduate medical education and quality of emergency medical care. *J Emerg Med* **43**: 494-501, 2012
- 15) 医師養成の現状の検証と改革実現のためのグランドデザイン 全国医学部長病院長会議からの提案（素案）。全国医学部長病院長会議 平成23年5月
- 16) 福井次矢、高橋 理、大出幸子、矢野栄二：2年次研修医のアンケート調査—新旧臨床研修制度の比較。日医雑誌 **138**：2022-2026, 2010
- 17) 岩崎 榮：卒後臨床研修と第三者評価。日医雑誌 **138**：2027-2030, 2010