

医師養成についての日本医師会の提案
－医学部教育と初期臨床研修制度の見直し－
(案)

定例記者会見

2011 年 1 月 19 日
社団法人 日本医師会

目 次

1. 新医師臨床研修制度への経緯と概要	1
1.1. 新医師臨床研修制度創設まで.....	1
1.2. 新医師臨床研修制度の概要.....	3
2. 日本医師会のこれまでの検討・提案	5
2.1. 委員会報告書および調査.....	5
2.2. 日本医師会グランドデザインでの提案.....	8
3. 日本医師会の医学部教育と初期臨床研修制度の改革案	10
3.1. 医学部教育改革案.....	10
3.1.1. 教育カリキュラム	10
3.1.2. 臨床実習資格試験（仮称）と医師国家試験の改革案	13
3.2. 初期臨床研修制度の改革案.....	15
3.2.1. 改革の視点	15
3.2.2. 研修プログラム	16
3.2.3. 研修体制	18

1. 新医師臨床研修制度への経緯と概要

1.1. 新医師臨床研修制度創設まで

1946 年、実地修練制度、いわゆるインターン制度が創設され、1948 年には医師法で、「卒業後 1 年以上の診療及び公衆に関する実地修練」を行なうことが規定された¹。

1968 年には臨床研修制度が創設され、医師免許取得後 2 年以上の臨床研修が努力規定とされた。さらに 1980 年には、ローテート方式（内科系、外科系、救急診療部門のうち 2 つ以上の診療科を研修）、1985 年には総合診療方式（内科系、外科系、小児科、救急診療部門を研修）が導入された。

1994 年、医療関係者審議会臨床研修部会の中間まとめで、「基本的には臨床研修を必修とすることが望ましい」とされ、必修化にむけた見直しが始まった。

1999 年 2 月、『医療関係者審議会医師臨床研修部会とりまとめ』では、2 年間の臨床研修の必修化、内科、外科を含む複数の診療科および救急医療の研修、また、当時の臨床研修病院等だけではなく、「病院群」や「研修施設群」による多様な研修の場を設けるといった方向性が示された²。

¹ 本章の記述は、厚生労働省「医師臨床研修制度のホームページ」にもとづいている。

² 当時は、医師法第 16 条の 2 により、「医師は、免許を受けた後も、二年以上大学の医学部若しくは大学附置の研究所の附属施設である病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を行うように努めるものとする」とされていた。また、臨床研修病院は、「臨床研修病院の施設基準」に基づき、医道審議会の意見を聴いて指定されていた。

2000 年 11 月、参議院国民福祉委員会の附帯決議で、新医師臨床研修の基本 3 原則が示された。

新医師臨床研修の基本 3 原則（参議院国民福祉委員会の附帯決議）

1. 医師としての人格を涵養
2. プライマリ・ケアへの理解を深め患者を全人的に診ることができる
基本的な診療能力を修得
3. アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備

2002 年 5 月、医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会が『中間とりまとめ（論点整理）』を発表し、現在の新医師臨床研修制度の骨格を示した。また、多様な場での研修を行なうため、研修プログラムと研修医の組合せ決定制度（マッチングシステム）が提案された。

その後、2002 年 6 月に設置された新医師臨床研修制度検討ワーキンググループでの検討、2002 年 12 月および 2003 年 6 月の省令改正を経て、2004 年 4 月に新医師臨床研修制度が創設された。

2007 年 12 月、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会が報告書を発表し、医師偏在などの問題点を指摘した。これを受けて 2008 年 3 月に省令が改正され、同年 4 月より研修プログラムの柔軟化、研修医の募集定員数の適正化などが図られた。

さらに、2009 年 2 月には、臨床研修制度のあり方等に関する検討会が「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」を公表し、それを受けて、研修プログラムの弾力化、募集定員や受け入れ病院のあり方の見直しなどが行なわれた。

1.2. 新医師臨床研修制度の概要

2004年に創設された新医師臨床研修制度は、診療に従事しようとする医師に対し、2年以上の臨床研修を必修化した（表 1.2.1）。研修内容は、旧制度の総合診療方式（いわゆるスーパーローテート）を発展させたものであり、新医師臨床研修の基本3原則にもとづき、研修医に適切な処遇を行なうことを要件づけ、臨床研修医は研修に専念することになった。

また2009年5月には、制度の見直しが行われて必修科目が減少され、プログラムの選択肢が広がった。

表 1.2.1 新医師臨床研修制度の概要（旧制度と比較して）

	旧制度	新医師臨床研修制度	
実施時期	1968年～2003年	2004年～2009年4月	2009年5月～
研修期間	2年以上（努力規定）	2年以上（必修）	
研 修 プログラム	① ストレート方式 単一の診療科のみ ② ローテイト方式（1980年～） 内科系・外科系のそれぞれ1診療科、または、内科系・外科系の1診療科かつ救急診療部門を研修 ③ 総合診療方式（1985年～） 内科系・外科系のそれぞれ1診療科、小児科及び救急診療部門を研修 ※ 研修医の4割程度が、出身大学（医局）関連のストレート方式による研修を受けていたとされている。	－ 基本研修科目（内科、外科、救急部門（麻酔科を含む）、必修科目（小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療）それぞれ少なくとも1月以上研修 － 当初12月は、基本研修科目の研修が望ましい（内科は6月以上） － 地域保健・医療については、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、日赤血液センター、各種検診・健診の実施施設等（臨床研修協力施設）の中から適宜選択して研修	－ 臨床研修の到達目標を堅持し、研修プログラムの基準を弾力化 － 必修科目は、3科目（内科、救急、地域医療） － 選択必修科目として、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科の5科目のうち2科目以上 － 2年目から専門の診療科での研修が可能 － 従来のような多くの診療科を巡回する研修も可能
研修病院	・臨床研修病院 ・臨床研修病院（主） 臨床研修病院（従） ※従病院の数は2病院まで } 研修施設群	・単独型臨床研修病院 ・管理型臨床研修病院 ・協力型臨床研修病院 ・臨床研修協力施設 } 病院群	・基幹型臨床研修病院 ・協力型臨床研修病院 ※病院群の形成を推進
研修医の 処 遇	（特になし）	研修医に対する適切な処遇を確保していること	

*出所：厚生労働省「医師臨床研修制度のホームページ」 <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/menu.html#1>
医政発第0511001号 2009年5月11日 厚生労働省医政局長

2. 日本医師会のこれまでの検討・提案

2.1. 委員会報告書および調査

医師の臨床研修についての検討委員会（プロジェクト）報告書（2008年）

2006年9月に日本医師会に設置された医師の臨床研修についての検討委員会（プロジェクト）は、2008年3月に報告書を取りまとめた。共用試験（CBT、OSCE）の合格認定により、医行為が行なえるようにすること、またそのための法整備を行なうことなどが提言されている。

『医師の臨床研修についての検討委員会（プロジェクト）報告書』 （2008年3月）要約

1. 医師不足・医師の地域偏在について

- ・マッチング制度を見直し、臨床研修病院の募集定員を絞り込む。
- ・大学が果してきた医師派遣機能に変わるシステムの構築を大学病院、地域の医療機関、地域医師会、行政が一体となって推進する。

2. 医学研究者育成について

卒後研修と並行して医学研究を進める、あるいは学部学生の進学経路を複数化する等の制度の整備が必要である。

3. 卒前・卒後教育の一貫性について

（1）卒前診療参加型臨床実習の充実

- 1) 学生の医行為のための法整備を速やかに構ずる。
- 2) 指導医の増員および処遇を改善する。
- 3) 国民の理解と協力を求める努力をする。
- 4) 医師国家試験に臨床実地試験を導入する。

（２）共用試験（CBT、OSCE）について

全国医学部長病院長会議や実施評価機構でガイドラインを作成するなどの方策により、大学の自主的取り組みを段階的に標準化し、国民に認知される仕組みとすることが望ましい。さらに、共用試験の結果は進級の必須条件で、その合格認定を行うことにより、指導医のもとで医行為ができることを国民に周知徹底する必要がある。

（３）臨床医として不適格な学生、研修医への進路指導について

臨床医として不適切な研修医に対する指導は、臨床研修制度において完結すべき。第三者機関が「研修修了認定ができない」ことを明確に示す制度が必要。第三者機関は、各地域に存在する厚生労働省の地方厚生局、臨床研修病院、大学等により構成し、その任を負うべきと考える。

４．指導医の負担軽減策について

良質の医師を育成するためには年度限りの補助金に頼るのではなく、診療報酬の中で確実な臨床研修の位置付けをするよう要望する。

５．国民への周知について

医師養成過程における様々な局面で、患者側となる国民の理解・協力がなくては実効が上がらない。文部科学省、厚生労働省をはじめ、各大学、医師会等による国民への啓発、広報活動のさらなる展開が望まれる。

日医総研インタビュー調査（2010 年）

日医総研（日本医師会総合政策研究機構）は、大学、市中研修病院、地域医師会に対し、インタビュー調査を行なった。その結果、次のような指摘、意見があった。

- ・医学部 6 年生の 1 年間は、国家試験対策の予備校化・受験生化しており、十分な期間、臨床研修が行なわれていない。
- ・「見学型」実習が中心で、十分な参加型実習ができていない。その背景は、法的根拠の未整備、患者の理解不足、医療事故に対する責任の在り方、指導医不足、医学生の精神的未成熟さなどである。
- ・臨床実習を行なわせるのに適格な医学生を選別する機会がない。

そして、インタビュー結果から、医学生が臨床実習に進むために、国家ライセンスである「臨床実習免許（仮称）」（10 頁参照）を取得することを要件とすること、臨床面に焦点を当てた医師国家試験に改革することなどの必要性などが明らかになった。またこれは、2008 年の医師の臨床研修についての検討委員会（プロジェクト）報告書の提案を裏付けるものであった。

2.2. 日本医師会グランドデザインでの提案

『グランドデザイン 2007 各論』(2007 年 8 月)

学部教育における臨床実習を充実・強化すること、共用試験に合格した学生にスチューデントドクターのような意識を持たせることなどを提案した。

『グランドデザイン 2007 各論』(2007 年 8 月) 要約

学部教育について

① 卒前臨床実習（診療参加型臨床実習）

医学生の「診療参加型臨床実習」を充実・強化して、卒後臨床研修を 2 年間から 1 年に短縮して、臨床研修 2 年目には、多様なプログラムから希望するコースを選択することも可能にする。

② 全国共用試験のあり方

共用試験をパスした医学生にスチューデントドクターのような意識を持たせて、実習に対する意欲を高めるようなインセンティブを与えることが必要である。

③ 医師国家試験のあり方

医学部 6 年次の多くの時間が医師国家試験対策に費やされ、卒前臨床教育が形骸化しないよう、全国共用試験が重み付けられ、医師国家試験へのステップとして位置づけられることが望ましい。

『グランドデザイン 2009』（2009 年 2 月）

医師偏在・医師不足問題の緩和あるいは解消という視点も含め、医学部教育から切れ目のない初期臨床研修制度の確立、出身大学が所在する都道府県での研修などを提案した。

『グランドデザイン 2009』（2009 年 2 月）要約

初期臨床研修制度の改革案

初期研修期間

医学部 5 年生・6 年生の臨床実習でプライマリ・ケアに対応し、初期研修は 2 年間から 1 年間に短縮する。またそのために、具体的な制度設計、法律の運用に見直しが必要である。

研修内容

救急蘇生、全身管理等、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門に限定した基本的診療能力の獲得を目指す。

研修体制

研修医は、初期研修の 1 年間、出身大学が所在する「地域医療研修ネットワーク」に所属し、都道府県内でローテーションして、地域医療の全体像を経験する。

3. 日本医師会の医学部教育と初期臨床研修制度の改革案

日本医師会は、これまでのグランドデザイン、委員会報告や日医総研の調査などを通じて、医師養成についての検討を行なってきた。今般、これらの検討経緯、社会情勢の変化等を踏まえて、医学部教育と初期臨床研修制度の改革案を具体化した。

3.1. 医学部教育改革案

3.1.1. 教育カリキュラム

医師の基本的な能力としてもっとも優先される臨床能力のさらなる向上を目指して、医学部教育改革案を提案する（図 3.1.1）。

医学部 1～4 年生

高校の教科の繰り返しにならないよう、一般教養を見直して医学教養とし、医師としての資質の涵養に必要な教養課程を重視する。たとえば、心理学、社会学、哲学などである。社会保障、医療経済、男女共同参画やワークライフバランス（仕事と生活の調和）などについても学習する。

医学については、医学部教育モデル・コア・カリキュラム³、大学独自のカリキュラムを尊重しつつ、1 年生から臨床医学の履修を積極的に取り入れ、介護や福祉との連携も視野に入れた演習、見学実習、ボランティア活動等を実施する。

そして、おおむね 4 年生終了時に、CBT（Computer Based Testing, 医学的知識を問う試験）、OSCE（Objective Structured Clinical Examination, 客観的臨床能力試験）、面接試験からなる「臨床実習資格試験（仮称）」を課し、合格者には、国家資格としての「臨床実習免許（仮称）」を授与する。

³ 現在 2007 年度改訂版を運用中。2010 年度中の改訂に向けて、見直しが進んでいる。

医学部 5～6 年生

現在は、医師法第 17 条に「医師でなければ、医業をしてはならない」とあるが、法的整備を行ない、参加型の臨床実習を実現する。

卒業試験および医師国家試験については、基礎的医学知識は「臨床実習資格試験（仮称）」時の CBT によって評価されていると判断されるので、臨床実習の成果を問う問題に絞り込む。これによって医師国家試験対策の負担を軽減し、臨床実習を強化する。

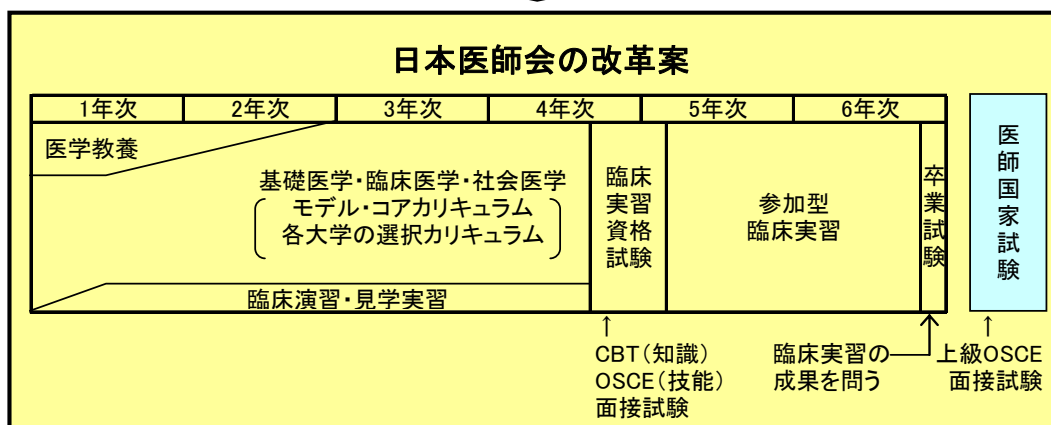
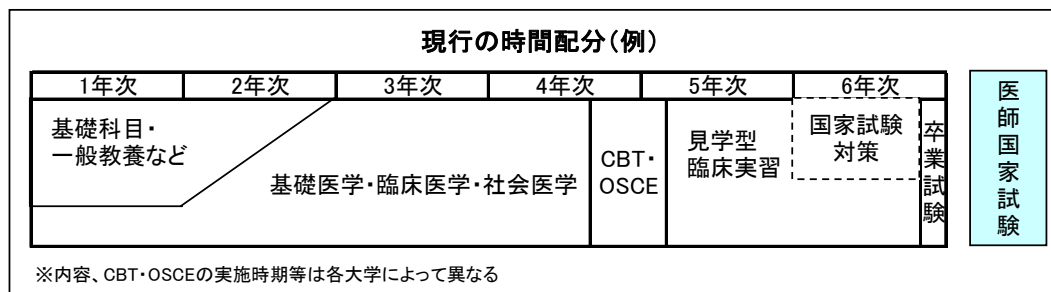
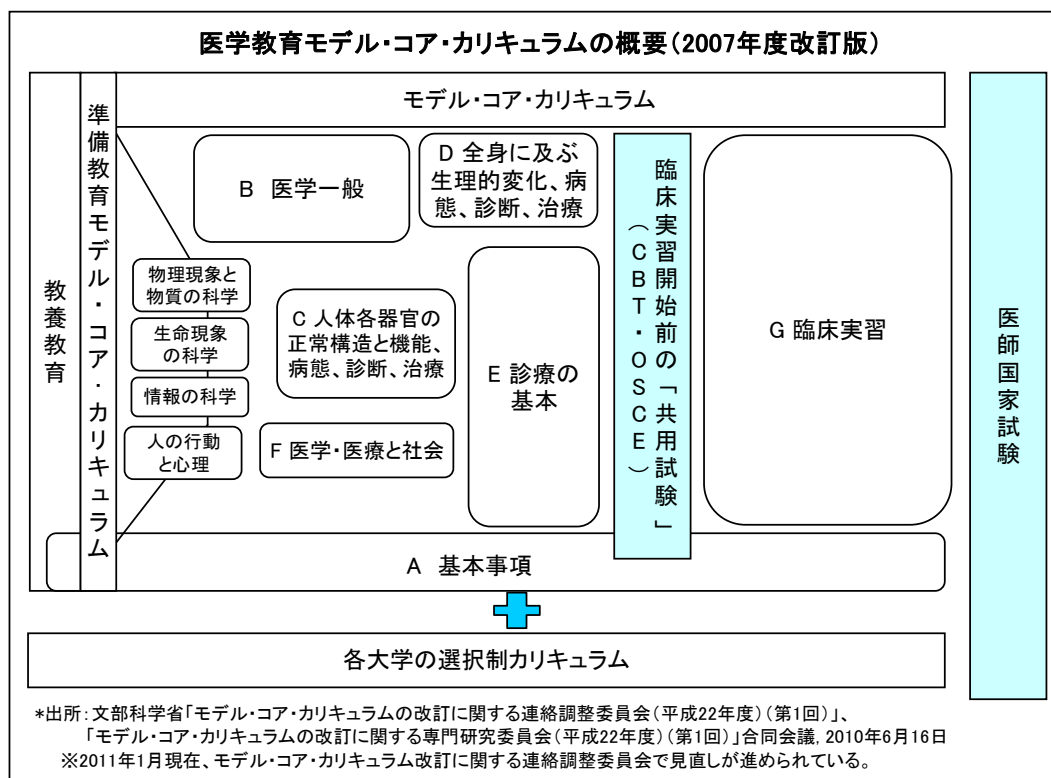
参加型の臨床実習は、必ず指導医の下で行なわれるが、その際、医学生にとっては、医療事故に遭遇するのではないかという不安もあると思われる。

日本医師会は、参加型の臨床実習の導入にあわせて、たとえば

- ・ 指導医等に対する医師賠償責任保険（医賠責保険）の補助
- ・ 学生を対象とした準会員の制度的な制度の新設

などの支援を行なっていくことを検討する。

図 3.1.1 医学部教育の改革案



3.1.2. 臨床実習資格試験（仮称）と医師国家試験の改革案

医学部 6 年生は、知識問題を含む医師国家試験対策に多くの時間を割いている実態である。医学知識については、現在、4 年生の半ば頃から 4 年生の終わり頃（大学によって異なる）に受験する CBT でも高度な内容が課されている。そこで、日本医師会は医学知識の評価は CBT の 1 回に絞り込み、以降は、臨床実習によって培われた能力の評価に特化することを提案する。

① 臨床実習資格試験（仮称）の内容（案）

CBT、OSCE、面接試験を課す。すべてに合格しなければ、臨床実習に参加できない。

原則、同時に受験するが、OSCE で不合格であり、CBT が基準点に達している場合、翌年は OSCE のみ合格すれば良いものとする。合格者には「臨床実習免許（仮称）」を授与する。

● CBT（Computer Based Testing）

臨床実習に不可欠な医学的知識を総合的に理解しているかどうかを評価する。現状、医師国家試験で問われている知識は、この CBT に一本化する。また現在の医師国家試験にある禁忌問題（禁忌肢を複数選択するとそれだけで不合格になる問題）のあり方について、再検討を行なう。

● OSCE（Objective Structured Clinical Examination）

症例への具体的な対応を通じて、臨床能力、特に、技能、態度を客観的に評価する。

● 面接試験

医師としての適性を評価し、本人にフィードバックする。

② 医師国家試験の内容（案）

上級 OSCE（Advanced OSCE）と面接試験を課す。

● 上級 OSCE（Advanced OSCE）

「臨床実習免許（仮称）」取得時の OSCE の上級編として位置づけ、臨床実習の成果を問うものとし、プライマリ・ケアを中心とした臨床能力を客観的に評価する。

● 面接試験

医師としての適性を評価し、本人にフィードバックする。

3.2. 初期臨床研修制度の改革案

3.2.1. 改革の視点

2004年に始まった新医師臨床研修制度を契機として、医師の偏在および不足が顕在化した。新医師臨床研修制度は、医師偏在の直接的要因ではなくトリガーであり、現在では、初期臨床研修医募集定員の見直しも進められているが、医師の地域的偏在は抜本的な解決にはいたっていない。日本医師会は、医師の地域的偏在の解消という視点も含め、臨床研修制度のあり方を見直すこととした。

日本医師会の医師養成改革案の基本骨格は、「医師は、地域の大学を中心に8年かけて育てる」ことである。すなわち、初期臨床研修制度は、原則、出身大学の都道府県で行なう。窮屈な印象もあるかもしれないが、地域でこそ、あたたかく育てたいと考える。

医師の偏在、地域医療の崩壊が、日本医師会の初期臨床研修制度改革案によって全面的に解決するわけではないが、医師が地域に根付き、医師偏在解消の糸口になること、若手医師が地域に根ざし、地域医療を担ってくれることを期待する。また、そのために、日本医師会は必要な支援を行ないたい。

3.2.2. 研修プログラム

日本医師会が提案する医学教育改革案では、特に 5 年生、6 年生でプライマリ・ケアを中心とする臨床実習を重視しており、その後、医師国家試験に合格した時点で、臨床研修能力は、一定の水準に達していると考えられる。そこで、初期臨床研修制度においては、1 年目はプライマリ・ケア能力の獲得に一定の目途をつけること、2 年目は、将来専門としたい診療科について、ある程度自立してプライマリ・ケアを行なえることを目標にする（図 3.2.1）。

また、改革案でも現行制度と同様、基礎医学に進む場合には、卒業直後からではなく後年あらためて、初期臨床研修を受けることができるものとする。

1 年目

プライマリ・ケア能力の獲得に一定の目途をつけることを目指し、内科、救急医療、地域医療（小児医療、高齢者医療を含む）、精神科（認知症対策、うつ病対策など）を必修とし、約 1 年間研修する。それぞれの必修科においては、介護保険、福祉との連携も視野に入れる。

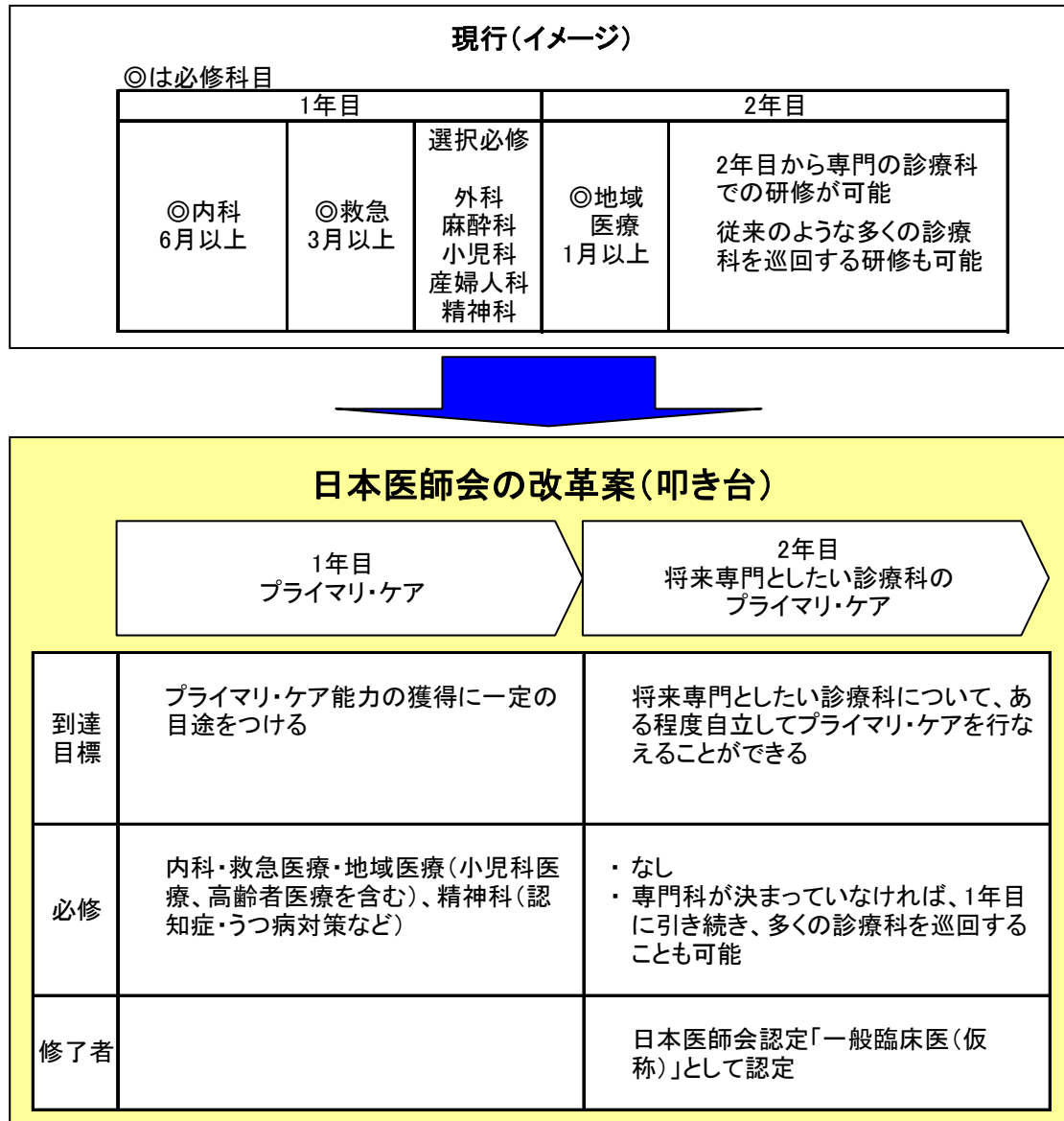
2 年目

将来専門としたい診療科のプライマリ・ケアを中心に研修する。

初期臨床研修修了時

初期臨床研修を修了した医師は、医学部 5 年生、6 年生での臨床実習、初期臨床研修医としてのプライマリ・ケア研修を経たことになり、十分な初期診療能力を身につけていると判断される。そこで日本医師会は、初期臨床研修修了者を、日本医師会認定「一般臨床医（仮称）」として認定する。

図 3.2.1 初期臨床研修制度の改革案



3.2.3. 研修体制

日本医師会は、医学部教育から初期臨床研修までの 8 年間、一貫して地域医療を学習・研修し、より実践的な地域医療を身につけることを目的に、初期臨床研修は、原則として出身大学のある都道府県で行なうことを提案する。またこれにより、医師が地域への愛着を深め、ひいては医師の地域的偏在の解消の一助となることを期待する。

(1) 都道府県ごとの「医師研修機構（仮称）」による運営

都道府県ごとに、都道府県医師会、行政、住民代表、大学（医学部および附属病院）、大学以外の臨床研修病院からなる「医師研修機構（仮称）」を設置し、たとえば次のような運営機能を担う。

- ・ 各都道府県下の単年度の初期臨床研修医数が、おおむね当該都道府県の医学部卒業生数に一致するように調整する。
- ・ 初期臨床研修医の需要に対して医学部が少ない都道府県から研修医派遣の要請を受けた場合、大学病院等と調整する。
- ・ 地域で特色ある研修プログラムを検討する。
- ・ 臨床研修病院の確保および育成に努める。
- ・ 研修医に対する地域密着型の生活支援を行なう。

なお、各都道府県の機構のあり方は必ずしも全国同じである必要はなく、むしろ地域の特色をいかした組織にすべきと考える。

(2) 大学の「臨床研修センター（仮称）」を軸に、原則として出身大学がある都道府県で研修

各大学に「臨床研修センター（仮称）」を設置し、医学部卒業生は、原則として全員、出身大学の「臨床研修センター（仮称）」に登録する。研修先は、出身大学病院、当該都道府県下の大学病院以外の臨床研修病院とする。なお、たとえば出身大学の分院のような病院、関連の強い病院であれば、当該都道府県以外の臨床研修病院での研修も可能にする。

日本医師会の改革案では、まずは出身大学のある都道府県に軸足を置くことが重要であると考えてるので、全国一律となるような制約を設けず、大学の「臨床研修センター（仮称）」が一定の裁量をもてる仕組みとする。

図 3.2.2 「都道府県医師研修機構（仮称）」および大学の「臨床研修センター（仮称）」のイメージ

