

7. 卒後臨床研修：平成16年から義務化

8. 生涯教育：EBM

膨大な医学知識をより効率的に医学生が修得できるよう、コア・カリキュラムを作り、統合型カリキュラムとすること、質の高い臨床実習ができるよう、診療参加型実習 (Clinical Clerkship) のスタイルとすること、それに連動して、かつて多くの大学で行われていたような全科ローテーションではなくコア・ローテーションとすることなど、医学教育変革の世界的な潮流を踏まえたものである。また、学生による医行為に伴う倫理的、法的問題への対処として、違法性を阻却する要件の一つを満たすための全国共用試験 (CBT: Computer-based Testing, OSCE: Objective Structured Clinical Examination) が平成14年2月から試行 (正式には平成17年から導入) されている。

そのような卒前医学教育のさまざまな変革に加えて、平成16年から卒後臨床研修が必修化されることになり、医師の養成は抜本的に変わることになる。

臨床研修制度の変遷

戦後の昭和23年、GHQの指導により開始されたインターン制度は、当初より多くの問題点 (研修医の身分が不安定、無給、質の高い研修が保証されないこと) を抱えていた。その結果、医学生の反対運動が続き、昭和43年には医師法が改正され、「2年間の卒後臨床研修を行うものとする」という現行の努力規程が定められた。しかしながら、この研修制度の最大の問題点は、ほとんどの研修医が卒直後から狭い臓器別専門分野領域に偏った研修を行うことであった。そのために、日常診療や救急医療の現場で、患者のニーズに合った医療を行えない医師を養成しているとの批判が強くなり、厚生省はプライマリ・ケア研修プログラムを導入するよう、さまざまな施策を試みてきた。そして、平成6年には、「研修医は将来の専門性を問わず、患者を全人的に診ることのできる基本的な臨床能力を身に付けるべく、基本的には必修とするとともに、内容の改善を図ることが望ましい」

との厚生省医療関係者審議会臨床研修部会中間まとめが報告された。平成9年以降、医療制度抜本改革の議論を進め、平成12年には国会で、「医療法改正法案の一部を改正する法律案」に医師法の改正が組み入れられ、必修化が制度化されることとなった。

医師法の改正

卒後臨床研修の義務化の内容は、1) 研修期間は2年以上で、大学附属病院又は厚生労働大臣の指定する病院で研修に専念する、2) 研修を終了した旨を医籍に登録し、研修終了証が交付される、3) 研修終了の登録をされていない医師が診療所を開設する場合には、都道府県知事等の許可を受けなければならない、4) 病院等の開設者は、研修終了の登録を受けた医師にその病院等を管理させなければならない、などとなっている。

「卒後臨床研修必修化に関する検討部会」

報告書

このような動きを受けて、平成13年、国立大学附属病院長会議常置委員会教育研修小委員会に設置された「卒後臨床研修必修化に関する検討部会」は平成10年版の共通カリキュラムを改訂するとともに、望ましい研修体制や指導体制、質の保証などについて検討してきた。その内容の概略は以下のとおりである。

1. 研修カリキュラム

【一般目標】

医師として将来どのような分野に進むにせよ、医学・医療の社会的ニーズを認識しつつ、日常診療で頻繁に遭遇する病気や病態に適切に対応できるよう、幅広い基本的な臨床能力 (態度、技能、知識) を身につける。

【行動目標】

患者-医師関係、チーム医療、問題対応能力、安全管理、医療面接、身体診察、臨床検査、基本的手技、基本的治療法、医療記録、症例提示、診療計画、救急医療、予防医療、緩和・終末期医療、医療の社

会性の16項目について、行動目標の細目を列挙した。

【経験すべき症状、病態・疾患】

患者の呈する症状と身体所見、簡単な検査所見に基づいた鑑別診断、初期治療を的確に行う能力を獲得する上で経験すべき症状、病態・疾患を具体的に列挙したことも、本カリキュラムの特徴の一つである。頻度の高い症状(全身倦怠感、不眠、食欲低下など34症状)、緊急を要する症状・病態(心肺停止、ショックなど17症状・病態)、疾患・病態(貧血、白血病、脳・脊髄血管障害、心不全、呼吸不全など86疾患・病態)のうち、症状・病態は最低限90%、疾患・病態は最低限70%の経験を求めた。

【研修ローテーション】

上記の研修目標を達成するために、2年間のうちの一定期間、共通的に研修を行うためのコア・ローテーションとして、内科、外科、救急部、小児科、産婦人科を挙げた。コア・ローテーション以外の期間は、研修医の幅広い選択に資するよう、病院独自のプログラムとして、希望科に固定あるいはローテーションしてもよい。救急部は、少なくとも週単位で救急部門に配置されるブロックローテーションの形とし、一次救急、二次救急を重視すべきである。また、外来での診療を研修する期間を組み入れることを勧めた。内科は一般内科・総合診療部、外科は一般外科での研修が効率的である。

2. 研修体制

研修医の身分・給与・保険については国の制度により保障されるべきであり、とくに、給与は国ないし、全国的な機関から個々の研修医に直接支払われるべきである。

研修医は特定の診療科に所属せず、大学病院内の“卒後臨床研修センター”での一元的な管理体制とする。大学病院は、必要に応じて研修協力病院と病院群を構築する。

全国的なマッチングプログラムを導入すべきである。(その手順の概略は以下のとおりである。研修医を受け入れる病院は、コアとなる部分と選択可能な部分から成り立つ、特色ある研修カリキュ

ラムを策定・公開して、研修医を公募する。研修医は希望する研修病院に応募し希望の強いところから順位をつける。一方、病院側は応募研修医を試験、面接などにより、採用したい者の順位をつける。双方の順位をコンピュータで処理して、双方にとって最も望ましいペアを、効率よく見出す。) マッチングプログラムは、競争原理に従うものであり、結果として、研修の質を高めることに繋がるはずである。

研修プログラムについては、病气、留学、研究等の事情により2年間継続して研修を実施できない者に配慮し、弾力的に運用されるべきである。

3. 指導体制

大学附属病院を中心とする卒後臨床研修プログラムの充実とその円滑な運用のために各科・診療部門では、指導医の中から研修指導責任者を選任する。その研修指導責任者は、他の指導医・指導助手とともに研修医の指導に責任をもってあたる。卒後臨床研修センターは、研修協力病院の教育責任者と連携を密にとり、研修協力病院での研修医の状況について把握する。

指導医・指導助手は、指導医1名に研修医2名以内、また、研修医数は指導助手と同数程度が望ましい。指導医は、十分な臨床指導経験があることに加えて、教育に関するワークショップを受講していることを要件とする。さらに、指導医となった後も定期的な受講が必要である。

さらに率前教育のシステムとしてすでに各大学で実施している臨床教授制度を活用し、卒後臨床研修制度の充実を図る。

4. 質の保証

卒後研修を一元的に運営する組織として、各大学病院に卒後臨床研修センターを設置し、包括的な研修プログラムの作成、実施、管理を行う。具体的には研修プログラムの説明、到達目標、研修の評価法など、研修の遂行に必要な事項を明記した研修ノートを作成し、研修医に携帯させ、研修医は受け持ち医として診療チームに加わり、ファーストコールとしての役割を担いつつ研修を行う。この場合、最終責任者は指導医にあることから、指導医が主治医となる。

さらに研修プログラムや実際に行われている研修が適切かどうか定期的に評価するため、全国的な第三者機関である大学附属病院卒後臨床研修委員会を設置し、各大学病院で作成された研修プログラムや指導体制を審査する。具体的には、書類審査と研修医の面接等を含む実地審査により評価し、その評価結果に基づいて研修プログラムや指導体制を改善するというプロセスを繰り返すことになる。

厚生労働省医道審議会医師分科会 医師臨床研修検討部会

一方、厚生労働省でも、平成13年6月には、厚生労働省医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会を設置し、臨床研修必修化の準備を開始した。現在まで11回開催され、研修病院、大学病院、関係団体からのヒヤリングを実施し、研修制度、研修内容、研修施設、研修終了の認定、研修に専念できる体制整備に関する検討がなされ、平成14年5月には、中間とりまとめ(論点整理)が行われた。その項目は以下のとおりである。

1. 研修制度の仕組みに関すること

実施運営体制

研修プログラムの企画運営組織

研修医の定員を定める。

指導医と研修医の関係(判断、決定、指示、実施の役割分担、責任関係)を明確にする。医師以外の医療従事者も加わる。

名札の着用

保健福祉施設では指導医以外が参加

遠隔指導支援体制を整え僻地・離島医療で研修指導医について

指導医の要件を見直す。

プライマリ・ケアについて十分な臨床経験のある医師も指導医になれるようにする。

講習会やワークショップを開催し、指導医の要請を積極的にはかる。

基本的な診療に関する共通の指針を持ち、診療の標準化をはかる。

近い先輩が後輩を指導する屋根瓦式指導体制

の構築

研修施設・プログラムと研修医の組み合わせ決定(マッチングシステム)

研修医は、全国的に施設を幅広く選択でき、研修施設はプログラムを公開して、公募を行う。

2. 研修内容に関すること

ローテイト方式の研修とする：内科、外科、小児科、救急部門など

地域医療、僻地医療、末期医療、保健・福祉、高齢者福祉・介護なども選択肢に入れる。

EBMの実践、治験等の研修

プログラムについては、内容に関して外部からの評価をうけることにより多様性をもたせる。

3. 研修施設の指定に関すること

臨床研修病院の指定に当たっては、病院群による指定の仕組みを活用する。

病床数の基準については、稼働率、患者・疾患の特性について見直す。

剖検についても画像診断機器等の発達も踏まえ、CPC等の実績を勘案して見直す。

二次医療圏に少なくとも1つの研修体制を設ける。

宿舎と図書を含む設備に関してITの技術進歩を踏まえて見直す。

医療安全のための体制

指定後のフォローアップ評価を行う。

4. 研修修了の認定に関すること

研修医の評価については指導医の評価と研修委員会等の最終的な研修終了の評価

他の医療従事者や患者、家族の視点から多面的な評価

修了認定の透明性を確保する。

研修医が指導医を評価

5. 研修に専念できる体制整備に関すること

アルバイトせずに研修に専念できる処遇

労働か学修かとの議論はあるが、現実に診療に従事し、医師としての役割を果たしていることを踏まえた処遇を考える。

基本的な処遇は国が定める

財政：一般財源や診療報酬による措置を考
える

勤務状況や健康状態を管理する

指導体制や研修施設の整備を国が積極的
に進める

現時点では、厚生労働省が最終的に決定し公表した事柄はひとつもないが、幅広い研修ローテーションやマッチングプログラム、病院としての一元的な研修管理のシステムなどの導入は確実に進められるものと思われる。

指導医の役割

指導医にはさまざまな役割がある。質の高い臨床研修を保証するためには、すべての指導医が自分自身の果たすべき役割について共通の認識をもつ必要がある。加えて客観的に指導医を評価することが求められている。指導医に求められる役割は、以下のような6つに分類されよう。

1. 医学知識とその検索方法

指導医が自ら伝えるべき知識としては、実際の診療で頻繁に活用される知識、救急処置に必要な知識があげられる。それ以外に、知識（エビデンス）を探す手順（EBM）を研修医が身に付けるよう支援することが重要である。

2. 診療の原理・原則

臨床判断、決断の根拠には、病態生理学の論理（“first principle”）、過去の患者集団で得られたデータ（臨床疫学的データ）、患者個人の意向・価値観（インフォームドコンセント）、社会的規範（倫理、道徳、経済、法律）が挙げられる。臨床の場面での判断・決断の原理・原則を印象深い文章で簡潔に表した教え（ルール）は数多い。「薬を変更するときは一種類ずつ行うこと」、「50歳未満の患者では、まず一元的に病態を考える」などである。これは先達の医師が観察してきた結果としての経験則であり、このような教えを先験的かつ格言的に憶えておけば、診療の多くの場面で応用できるものである。

また、指導医としては、臨床判断・決断を経験則に頼るのみにでなく、論理に則った科学的なア

プローチ（Decision Analysis）も教える必要があ
ろう。

3. 臨床手技（スキル）

医療面接はコミュニケーションの特殊な一形態である。医師から伝えようとする内容がいかによ
くばらしくとも、伝える方法が拙ければ誤って伝わ
ったり、時間がかかってしまったりする。医療面接
には診断のための情報収集、医師・患者関係の確
立、治療的効果などの重要な目的があることも認
識しておく必要がある。

コミュニケーションの基本（例えば、患者が話を
をしたいと思うような印象を与える、患者が威圧
を感じない位置に座る、聞き取りやすい声でゆっ
くり話す、プライバシーに配慮する、非言語的メッ
セージを受け止める、患者への思いやりを示す、
患者が言い忘れたこと言い難い事柄についても話
しやすくさせる、場面に応じて異なる種類の質問
を使い分ける、など）は、すべての指導医が教え
ることができるよう、指導医のための教育ワーク
ショップが開催されるべきである。

身体診察スキルは、視診、触診、打診、聴診の仕
方を実際に示し教え、加えて、基本的な検査手技、
基本的な治療手技、診療録の書き方を教育できな
くはならない。

4. 精神・心理面への配慮

ストレスに満ちている研修を全ての研修医がう
まく乗り切るためには、指導医が一人ひとりの研
修医に対してきめ細かく配慮することが必要であ
る。

具体的には、“認知的負担”（受け持ち患者数、
初めて経験する病気や手技の数、煩雑な手技や手
続きが必要な患者の数、症例呈示の準備）、“身体
的負担”（当直回数や睡眠時間、重症患者の数）、
それに“情動的負担”などの側面に分けて考え
るとよい。

5. 研修到達度の評価

すべての指導医は、“学習とは学習者に価値あ
る変化を起こすこと”という学習原理を理解し
ておく必要がある。そして、評価にあたって、形成
的評価（フィードバック）と総括的評価という2
つの異なる種類を使い分けること、とりわけ前者

のテクニックは、一度は学んでおくとよい。

フィードバックのし方のテクニックを例示すると以下のようなになる。

- ・ 持続させるべき、または向上させるべき行動は、多くの人の前で (in public) 褒める。
- ・ 悪い点、改善点については、1対1で個人的に (in person) 指摘する。
- ・ 自ら観察した決断や行為について具体的に指摘し、価値判断はしない。とくに、性格を非難したり、人格を否定したり、一般化したりしないこと。
- ・ 行為の背後にある論理、思考・認知過程、感情を述べてもらう (問答無用に非難されたとの反発心を起こさない)。
- ・ 学習者に対して敬意ある雰囲気で行われる。
- ・ 指摘する量が多すぎず少なすぎない。
- ・ 研修目標に基づく
- ・ 改善のための示唆を含む

6. ロールモデル

指導医が果たす最も重要な役割は、研修医のロールモデルとなることであろう。医学知識を伝授するのみでなく、同時代を生きるモデルとしての振る舞いが必要である。研修医は、実際の診療チームの一員としての行動をしながら、指導医の診療を観察し、思考プロセスを共有することによって学んでゆく。医師としてのヒューマニズムあふれる診療態度や教育への情熱を示すことにより、研修医はそのような態度を自然に身につけていくものである。

指導医はこのようなロールモデルとしての役割を十分に認識し、思慮深く振舞う必要があり、教育のための時間をとることが望まれる。教えることによって、自分自身も学ぶという指導の態度はそれ自体、生涯学習の態度として研修医に伝わるものである。