

医師臨床研修必修化 日本の医療はどう変わる?

日本における医師臨床研修のあゆみ

1940年 (昭和15年)	11月	医薬制度調査会が厚生大臣に「医療制度改善方策に関する答申」を提出。医師免許前の基礎的診療に関する修練の充実策として、「1年以上一般診療に関し、必要な修練」、「修練は指導医師を置いてこれを行なう」などをあげる
1942年 (昭和17年)	2月	国民医療法公布、施行令の中に医師実地修練に関する規定(実施前に敗戦)
1946年 (昭和21年)	2月	連合軍総司令部(GHQ)公衆衛生福祉局長のC・F・サムス大佐(後に准将)が「医学教育改革について」と題し講演。それまでのドイツ医学中心から米国医学を規範とする医学への変革の必要性を示す
	5月	医学教育審議会、インターン(実地修練)制度・医師国家試験制度決定(卒後1年以上の診療の修練を、医師免許前に義務づけ)
	8月	国民医療法施行令改正(インターン制度創設)
	11月	第1回医師国家試験実施(267人受験、春秋2回実施)
1948年 (昭和23年)	7月	医師法、医療法など公布
1955年 (昭和30年)	4月	6年制大学医学部発足
1960年 (昭和35年)		(この頃からインターン制度反対の声があがる。不安定なインターンの地位と処遇、指導体制の不備が主な理由)
1962年 (昭和37年)	5月	国立大学医学部長会議がインターン制度廃止の決議
1963年 (昭和38年)	6月	厚生省、国立病院にレジデント(病棟医)制度を実施
	8月	全国医学生連盟、インターン制度への国の給費、インターンの地位の明確化などの要望書を厚生大臣に提出
1964年 (昭和39年)	5月	全国医学部長会議インターン制廃止決定(この年、実地修練(インターン)施設への願書提出拒否運動活発化)
1965年 (昭和40年)	3月	医学部卒業生連盟結成(約2000人がインターン願書拒否)
1967年 (昭和42年)	1月	東大医学部インターン生、試験バイコット
	2月	厚生省医師試験審議会(樋口一成座長)、インターン制廃止など答申
	3月	医師国家試験受験拒否闘争(大量の不出願者発生)
1968年 (昭和43年)	1月	登録医師制度に反対し東大医学部が無期限ストライキに突入(東大紛争はまる)
	5月	改正医師法の公布・施行(インターン制度廃止)
	6月	新受験資格による医師国家試験実施
	7月	研修医制度発足(医師免許取得後2年以上、臨床研修を行なう努力義務)
		
		東京医科歯科大学紛争・外来病棟を封鎖しデモ行進。インターン制度改善を要求(1968年5月)
1969年 (昭和44年)	1月	学生が立てこもった東大安田講堂に機動隊が導入される。
	8月	紛争校の機能停止を盛り込んだ「大学運営臨時措置法」が强行採決
		
		1969年1月18日、東大側は学園秩序回復のため機動隊を要請。安田講堂は最後の砦となり、武装した学生らが立てこもり、投石、火炎瓶などで激しく警察隊に抵抗した
1970年 (昭和45年)	3月	杏林大医学部、北里大医学部、川崎医大が開設される。戦後、新設は初めて
1971年 (昭和46年)	4月	臨床研修病院の指定開始(一般病院97、精神病院9、合計106病院を指定)
	7月	文部省、医科大学設置調査会発足(12月医師養成の拡充について報告、人口10万人対150人を目標に)

写真提供:毎日新聞社

58年目の「夜明け」

日野原重明氏
聖路加国際病院理事長



日本では第2次世界大戦まで、医学部を卒業すると国家試験なしで医師免許が与えられ、卒後研修は各大学の医局で1、2年上の先輩(オーベン)の指導で行なわれるドイツ式の医学教育が一般的でした。

戦後になってこの制度が改められます。1946年、GHQの指導のもと医師国家試験とインターン制度が導入され、医師をめざすものは全員が1年間の研修を受け、その後国家試験を受けて免許を取得することになったのです。しかしこの制度は多くの問題点を抱えており、この後58年間、それを引きずり続けることとなりました。

インターン制度では各科をローテートする必要があります。しかし、国家試験を受けていない当時の研修医は処方箋を書くことも許されず、実質的には各科を見学するにとどまりました。また、給料はなく、立場・生活ともに非常に不安定な存在でした。

1960年代になって学生紛争が起きると、こうした制度に対する医学部の学生の不満も爆発し、いわゆるインターン闘争につながりました。こうした中、「大学医学部卒後教育研修に関する懇談会」が開かれ、私も委員の1人として参加しました。懇談会では最終的にインターン制度を廃止し、卒業と同時に国家試験を行なうことが決まりましたが、私はこれに反対しました。インターン制度を廃止すると世界から孤立する、歴史に汚名を残す、と訴え、そして卒業後の医師

国家試験に合格した者の中で、次の条件のもとに研修を受けたい者は受けさせるという案を代案として提唱しました。

そこで、卒後すぐに国家試験を行ない、研修希望者は「手当てを出す」「各科をローテートする」「期限は2年」を条件に、卒後研修が行なわれることになりました。

しかしここでも問題は残りました。新しい法案は、研修を義務としないものだったので、私は「せめて研修を受けた人が明らかとなるよう、登録制にしてほしい」と当時の厚生省に訴えました。最終的には、すべての人が研修を受けるべきだというのが私の考えだったからです。しかし、研修を受けた者と受けていない者の間に差別ができるという理由で反対されてしまいました。

また、研修医の手当ては支給されるようになったものの、名目は非常にあいまいなものであり、相変わらず研修医の生活は不安定なものにとどまったのです。

来年からの新しい研修制度の施行によって、現行制度ができてから私が36年間訴えてきた問題は、少なくとも制度上は解決したことになります。

しかし、課題はまだ多く残っています。新制度では研修医に月30万円を支給するように厚生労働省は概算要求をしていますが、これが実現しないと、研修医は生活のためにアルバイトをせざるをえなくなり、十分な研修生活を送る時間を失うでしょう。また、研修医が十分な学習を行なえる環境を受け入れ側がきちんと準備するよう、新しい制度を厳格に適用していくことも大切でしょう。

また、研修医が効率的に学べるよう、カリキュラムを整備していく必要があります。これまでの見学(see)偏重だった研修を改めて、アメリカにならって早期からの実践(do)を指導医のもとで行なうようなカリキュラムを作るべきです。新制度に「実」を入れるべく、関係者の努力を求めたいと思います。(談)

1973年 (昭和48年)	12月	医師研修審議会、建議書「臨床研修の充実について」を提出
1974年 (昭和49年)	12月	厚生省主催、WHO後援で第1回医学教育者のためのワークショップ(富士研)開催
1975年 (昭和50年)	10月	医師研修審議会(日野原重明会長)、卒後臨床研修の目標と内容の意見書を厚生大臣に提出。将来の専攻診療科にかかわらず、「プライマリー・ケアの基本的知識・技能を修得」できる研修計画の必要性を示す
1976年 (昭和51年)	4月	厚生省、医師国家試験の出題基準ガイドラインを作成(1978年から採用)
1978年 (昭和53年)	3月	医師研修審議会(日野原重明会長)、「プライマリー・ケアを修得させるための方策」について意見書を厚生大臣に提出
1979年 (昭和54年)	1月	厚生省、プライマリ・ケア臨床研修指導医海外留学制度発足
	3月	琉球大学医学部開設(無医大県なくなる)
1980年 (昭和55年)	4月	医療関係者審議会臨床研修部会(日野原重明会長)、臨床研修病院の指定基準の見直しについて意見書を厚生大臣に提出(この年より、プライマリ・ケア分野の研修推進の観点からローテーション方式の研修プログラムに補助金の傾斜配分が行なわれる)
1982年 (昭和57年)	3月	医療問題専門家会議、地域医療計画・プライマリ・ケアの推進について厚生大臣に基本提言
1983年 (昭和58年)	3月	厚生省大谷藤郎事務局長、国立病院のセミオープン化、教育研修機能の充実、オージットの推進などを提言
	4月	臨床研修研究会発足(2003年より臨床研修協議会と改称)
1984年 (昭和59年)		(この年、病院群による臨床研修病院の指定を導入)
	6月	医師国家試験を年2回から年1回に変更する実施要領を通知(翌年実施)。一般問題240題、実地問題40題
1985年 (昭和60年)	3月	厚生省「臨床研修補助金要綱」で総合診療(スーパーローテーション)方式の研修目標を設定。この年より総合診療方式の研修プログラムに補助金を傾斜配分
	12月	医療関係者審議会医師臨床研修部会、「基本的には臨床研修を必修化するとともに、その内容等の改善を図ることが望ましい」とする中間的な意見をとりまとめる
1987年 (昭和62年)	4月	厚生省「家庭医療に関する懇談会」、最終報告書提出。報告書の中で「卒後研修」の必修化を提言。家庭医の制度化には触れず
	6月	厚生省・国民医療総合対策本部が「中間報告」、大学病院の医療と研修の見直し、総合診療方式の普及、保険医登録の更新制の検討等を示す
1989年 (平成元年)	6月	医療関係者審議会臨床研修部会(坂上正道部会長)、「卒後臨床研修目標について意見書」

1991年 (平成3年)	8月	厚生省が医学部の定員削減で申し入れ
	11月	医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修改善専門委員会、卒後臨床研修の改善について最終報告
1992年 (平成4年)	7月	大学設置基準・学位規則等改正、いわゆる「設置基準の大綱化」
	9月	医療関係者審議会臨床研修部会、意見書をまとめる。プログラム方式、研修施設群構想の導入などを提言
1993年 (平成5年)	6月	医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修機能小委員会最終報告。プログラム方式、研修施設群構想、研修評価、第三者機関の設置など提言
	3月 4月	研修プログラムに基づく研修、研修施設群における研修を導入 特定機能病院発足
1994年 (平成6年)	2月	日本学術会議地域医学研究連絡委員会が「医師卒後臨床研修の改善について」を発表。2年間の研修義務化を提言
	5月	臨床研修研究会「卒後臨床研修制度の抜本的改善について(要望)」を提出。研修修了を保険医登録の要件とすることや処遇の改善を要望
1995年 (平成7年)	12月	医療関係者審議会臨床研修部会が「中間まとめ」を提出。「必修化」の意見や「保険医問題」、「処遇」を検討課題として明示
	7月	日本医療機能評価機構が正式に発足
1996年 (平成8年)	7月	医療関係者審議会臨床研修部会の小委員会が中間意見書「卒後臨床研修の今後の改善に向けて」を発表。必修化を含めた臨床研修の抜本的な改善の方向を示す
	11月	厚生省・国民医療総合政策会議が中間報告「21世紀における医療提供体制について」を発表。臨床研修必修化、研修医の処遇、財源の確保策、医師免許の性格、保険医資格との関係、研修内容等について検討の必要性を示す
1997年 (平成9年)	3月	文部省、厚生省、大学病院、臨床研修指定病院の関係者による「医師の卒後臨床研修に関する協議会」(いわゆる「4者協議会」)設置
	7月	文部省・21世紀医学・医療懇談会「21世紀に向けた大学病院の在り方について(21世紀医学・医療懇談会第3次報告)」を発表。「教育病院としての大学病院」を強調。21世紀の医療保険制度(厚生省案)で臨床研修必修化が盛り込まれる
1998年 (平成10年)	8月	与党医療保険制度改革協議会、臨床研修必修化の方向性示す
	10月	文部省大学審議会「21世紀の大学像と今後の改革方策について 競争的環境の中で個性が輝く大学」を公表
1999年 (平成11年)	12月	国立大学附属病院長会議の検討部会(福井次矢部会長)、「卒後臨床研修共通カリキュラム」を作成。内科、外科、小児科、産婦人科、救急などがコアに
	1月	横浜市立大学附属病院で患者取り違え手術。「医療事故、医療過誤」が社会的な関心事となる
2000年 (平成12年)	2月	医療関係者審議会臨床研修部会、臨床研修必修化に向けて、実施方法、研修内容、研修修了の認定等の大枠がとりまとめられる
	1月	「4者協議会」、臨床研修の必修化に向けての意見の概要をとりまとめる
2001年 (平成13年)	11月	第150回国会で医師法改正を含む医療法等の一部を改正する法律が成立。2004年4月から臨床研修が必修化されることが決まる
	12月	参院国民福祉委員会は「プライマリケア」等への理解、「指導体制の充実」、「研修医の身分の安定」などを求める附帯決議を行なう
2002年 (平成14年)	12月	「医療法等の一部を改正する法律」を公布(2004年より臨床研修が必修化される)
	3月	大幅に改訂された第95回医師国家試験実施(出題数増加、内容の改善、合否基準の改定、プール制の導入など)
2003年 (平成15年)	6月	医道審議会医師分科会臨床研修検討部会(矢崎義雄部会長)設置
	8月	医学連が「研修医のうち8割が、夜間当直などの1人診療をしており、9割が不安を抱いている」とアンケート調査を発表
2004年 (平成16年)	12月	関西医大病院の研修医が死亡した事件で、大阪地裁は「勤務実態から研修医も労働者に該当する」と初の司法判断を下す。月額6万円の「研修奨学金」や過酷な勤務実態が大きく報道される
	12月	国立大学附属病院長会議検討部会(福井次矢部会長)が「国立大学附属病院 卒後臨床研修必修化へ向けての指針」を作成。共通プログラムを改訂、マッチング、研修評価システムの導入を提言
2005年 (平成17年)	1月	東京女子医大病院で、心臓手術の際の人工心肺装置操作ミスによる女児死亡が明らかに。病院側は当初ミスを隠す。社会の医療不信高まる
	1月	「週刊モーニング」(講談社)で日本の臨床研修事情をテーマにした漫画「ブラックジャック」によるしく(佐藤秀峰)の連載はじまる。単行本がベストセラーになり、翌年TBSがテレビドラマ化。研修医の研修実態や大学病院のあり方が話題に
2006年 (平成18年)	2月	関西医大病院の研修医死亡事件で大阪地裁は「過労死」と認定。同医大に約1億3500万円の支払いを命じる。研修医の「過労死」初認定
	3月	全国医学部長病院長会議(福田康一郎部会長)、「卒後臨床研修の制度設計の基本骨格(提言)」を公表。卒後臨床研修センター構想や研修評価に関する全国組織などを提言
2007年 (平成19年)	5月	医道審議会医師分科会臨床研修検討部会(矢崎義雄部会長)、「中間とりまとめ(論点整理)」を公表。「研修病院の指定要件の見直し」、「プログラムは基本となる診療科のローテーション」、「研修プログラムに定員を設け、研修医マッチングを行なう」、「研修に専念できる体制づくりのため研修医の処遇問題を検討」などの方向性を示す
	6月	心臓手術ミスで東京女子医大病院の医師2人が逮捕。悪質な隠ぺいなどで医局の閉鎖性がクローズアップされる。同病院は特定機能病院を返上へ
2008年 (平成20年)	7月	全国医学部長病院長会議(西岡清会会長)、「卒後臨床研修のあり方について」をまとめる
	9月	新医師臨床研修制度検討ワーキンググループ(矢崎義雄座長)、「新臨床研修制度の基本設計」をまとめる。「内科、外科、救急部門(麻酔科を含む)、小児科、産婦人科、精神科および地域保健・医療を必修ローテーションに」、「研修医の定員を入院患者100人(年間)に1人、または、病床10床に1人」、「指導医1人に研修医は5人」、「指導



医道審議会医師分科会臨床研修検討部会(矢崎義雄部会長)は、新制度設計の基礎となる「中間とりまとめ(論点整理)」を公表(2002年5月)

2002年 (平成14年)	10月	厚生省、「新たな臨床研修制度について(案)」を示す
	12月	厚生省「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」公布・施行
2003年 (平成15年)	4月	健康保険、サラリーマンの本人負担3割に 厚生省「臨床研修制度と地域医療に関する懇談会」開催。いわゆる「大学病院による医師の引き上げ」が話題に
	6月	厚生省「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一部を改正する省令」公布・施行。2007年3月末まで臨床研修病院の指定基準については「研修医の定員については8床に1人」、「医療法標準の医師数を有しているという規定を適用しない」、「指導医は臨床経験5年以上」と基準を緩和。また、臨床研修病院の指定基準や手続き等を定めた施行通知を行なう
2004年 (平成16年)	7月	医師臨床研修マッチング協議会設立(日本医師会、医療研修推進財団、全国医学部長病院長会議、臨床研修協議会の4団体が構成)、マッチングの実施日程公表
	8月	「オンライン卒後臨床研修評価システム(EPOC)」の概要発表(国立大学附属病院長会議) 研修医マッチングの参加登録開始 来年度の臨床研修病院指定申請締め切り(申請数946件)
2005年 (平成17年)	9月	研修医の待遇改善へ厚生省が212億円を概算要求に計上(研修医1人あたり月30万円が目標) (各研修病院の研修医採用試験7-9月に集中して行なわれる)
	10月	研修医マッチング希望順位受付開始 研修医マッチング中間公表
2006年 (平成18年)	11月	研修医マッチング結果発表(8283人、851病院が参加。マッチ率は95.6%)。大学病院と臨床研修病院の研修医比率が6対4に 厚生省が臨床研修プログラム 検索サイトで各研修病院の 研修医空席状況を公開
	11月	全国各地で開催された医学生による臨床研修必修化をめぐるシンポジウム(2002-03年)



関東信越厚生局による新医師臨床研修制度に係る説明会
多数の臨床研修病院関係者が参加した(2003年6月)
これを皮切りに各地で地方厚生局が説明会を開催



時代への危機感が生んだ 新研修カリキュラム

福井次矢氏
京大教授・総合診療



厚生省が公表した新臨床研修の到達目標は、国立大学医学部附属病院長会議の検討部会(部会長:福井次矢)が2001年12月に作成した「卒後臨床研修共通カリキュラム」をほぼそのまま踏襲したのとなっています(地域保健・医療、小児科、精神科を除く)。このカリキュラムが評価されてこうなったのか、厚生省が明確なビジョンを持たず、単に便乗しただけなのかはわかりませんが、その土台となった共通カリキュラムをまとめるにあたっては、私たちは激しい議論を交わしました。

従来、大学病院の多くでは臓器別の専門診療科によるストレート研修が行なわれてきました。しかし、それは患者のニーズからも、研修医のニーズからもずれたものでした。7割もの医師が大学で研修を受けていても、実際に狭い意味での「専門医」になる人はほんの一握りです。したがって、大半の医師は、将来幅広い診療に携わるわけですから、そのための初期研修が大学病院でも必要はならず。しかし、このような認識は必ずしも広く受け入れられているわけではありません。

変わりはじめたのは、1998年4月のことです。「近い将来、臨床研修が義務化される。国立大学病院はどう対応すべきか」。このテーマについて検討する部会が国立大学医学部附属病院長会議のもとに設置されたのです。部会長だった

私がその時強く感じたのは、文部省医学教育課の危機感でした。医学教育課は当時の動きから「臨床研修の必修化は間違いない」と判断していました。そして、「国立大学病院の研修は適切なものとは言えず、厚生省はこれを研修だとは認めない可能性がある」とすら考えていました。

検討部会とその親委員会での大激論を経て、私たちは98年12月には「共通カリキュラム」をまとめました。一般目標、行動目標、経験すべき症状・病態、研修ローテーション案、評価項目などを策定し、具体的にどのようにして幅広い研修を行なうべきかを提言したのです。そして2000年11月に臨床研修の必修化が決まるのと同時に改訂作業にとりかかり、「共通カリキュラム」の最終版を01年12月に公表しました。同時にマッチング・システムの導入、全国レベルの第三者評価システムの構築、各大学病院に卒後臨床研修センターを設置することなど提言し、その多くは厚生省の新制度に反映されました。

残念なのは、厚生省のワーキンググループでこの共通カリキュラムを改変し、「研修の到達目標」として据える際に、医学教育の専門家に意見を求めなかったことです。そのため、例えば「経験目標」などというおかしな言葉が使われていたり、「一般目標」は削除されていたりします。経験とは目標ではなくて、あくまでも学習目標を達成するための方略・方法です。長年にわたって医学教育学会の先生方が普及に努力されてきたカリキュラム・プランニングのノウハウが活かされなかったのは本当に残念です。

とは言うものの、幅広い研修を行なうための研修目標を国として定めたのは大きな進歩です。今後、この新制度をよくするための努力を継続する必要があります。中でも重要なのは「評価」です。指導医による研修医の評価、研修医の自己評価、研修医による研修プログラム評価、研修施設・病院の評価など、さまざまな側面について客観的な評価を行ない、フィードバックをして、より質の高い卒後研修にしたいものです。

(談)