

研修医制度改革についての意見書

2003年1月

日本弁護士連合会

目 次

一	はじめに	1
二	指導体制の確立と研修医による診療行為のあり方	1
三	有効で実質的な研修の確保	3
四	研修医の処遇を改善すべきである	4
五	最後に	6

一 はじめに

2004年度から、医学部卒業後2年間、医師臨床研修が義務化されることが決定した。これは、現行の臨床研修システムの欠陥を克服する第一歩として高く評価されるものである。しかしながら、この制度が成功するためには、現行制度の問題点を明確にした上で、いかなる研修制度が求められているのか、その視点を明らかにしなければならない。

我々弁護士は、日頃から研修医が関与する医療過誤事件に接する機会があり、それらの事件を通して研修医の診療の未熟さの一端を認識することがあった。また、関西医科大学附属病院の研修医が過労死し、その両親が病院側に対し、損害賠償請求訴訟を起こした事件を契機として、研修医の処遇面がマスコミ報道されており（2000年11月20日朝日新聞など）研修医をとりまく問題状況についても関心を抱くようになった。

特に当連合会人権擁護委員会（医療と人権に関する部会）では、上記のような事情を踏まえて、研修医の診療を受ける患者の人権を擁護するためにも、また研修医の人権を守るためにも、我が国の研修医制度の実情を調査し、改善すべき問題点を指摘する必要があると考え、2001年6月以降2か年計画で研究を開始した訳である。

まず、同部会では、研修医や研修医を指導する立場の医師からヒアリングを行うとともに、大学附属病院等の協力を得て、研修医に対するアンケートを実施した。更に、我が国の研修医制度の歴史、現在すすめられている厚生労働省医道審議会における研修医制度に関する検討の状況や外国における研修医制度、我が国における研修医が関係した医療過誤裁判例・示談事例等についても調査を行った。

そして、それらの調査・研究を踏まえて、研修医制度に関し、以下の視点に基づき提言する次第である。

すなわち、医療行為は人間の生命・健康を守るという目的を有しており、その内容として身体への侵襲行為等を伴う。その性質から、不適切な医療行為が行われれば、患者の生命・健康が直ちに危険にさらされるという関係にある。従って、まず第一に患者の権利を擁護するという観点から現行制度の問題点を整理し、求められている研修医制度の内容を明らかにする。

また、研修医が的確な臨床能力を修得することは、医療水準の確保という観点から、社会にとっても重大な関心事である。従って、第二に、有効で実質的な研修の確保という観点から、研修制度の内容を検討する。

さらに、そもそも医療行為が人間の生命・健康を守るという崇高な目的に向けられるものであり、医師は、高度に専門的な業務に携わる者として、歴史的にも自律性を認められ、その社会的使命にふさわしい処遇を受けてきた。研修医もこのようなプロフェッションのスタート台にたつものとして、その社会的使命にふさわしい処遇を受けるべきであるから、第三として、そのような処遇の確保という観点からも検討することとする。

二 指導体制の確立と研修医による診療行為のあり方

1 指導体制を抜本的に改革すべきである。

現在、指導医不足の問題は深刻であるといわれている。多くの研修施設では、専任の指導医をおいておらず、教育活動に対する評価も低い。大学病院などでは研究の合

間に、あるいは日常診療の合間に研修指導が行われるのが普通である。のみならず、指導医とされる先輩の医師が自分の研究やアルバイトで不在となるため、病棟が研修医任せになってしまうことさえある。指導医の勤務条件も過酷であり、特別な手当等はないところがほとんどである。また、指導医の質の定期的なチェックがなされていないとは言えない状況にある。

当連合会人権擁護委員会が全国の研修医に対して行ったアンケートにおいても、「研修制度」の問題点として、「指導体制の不備」を挙げたものが37%あり、指導医数・力量の不足・チェックや評価の不十分さが大きな問題となっている。

そもそも、研修医制度は、医師国家試験を合格したばかりで臨床経験がない研修医に対し、臨床能力を獲得させるためにトレーニングを行うものである。研修医には、当初から単独で診療を行う能力はなく、それを指導医による指導を受けながら獲得していくのであるから、指導医がいなかったり、不在であることが多いという状況では、適切な研修を行うための根本的な前提条件が欠けるものといわなければならない。

従って、まず第一に、施設、スタッフの整った研修指定病院の選定と、施設面、指導体制を確定するための評価システムを確立することが必要である。具体的には、十分な数の研修指導医を確保すること、指導医の資格認定基準を改善して基本的な臨床能力を重視したものにし、指導の質を高めること、さらには、指導医の指導方法自体についての研修を行うことなど、指導体制を確立させるための抜本的な改革が必要不可欠である。

また、指導体制が充実していないことの原因に、研修医教育に対する評価が低いこと、研究活動等が優先されるなどの問題点がある。これを克服するためには、指導医には、研修指導の負担を勘案した作業の配分を行って指導のための時間を確保したり、相応の手当を支給して研修医教育に対する適切な評価を行うなどの配慮が必要である。

充実した研修を確保するのは、国民に提供される医療の水準を確保し、国民の生命・健康を守るべき義務を負う国の責務と言うべきであるから、研修指導に対する経済的支援は、国の責任の下に行われるべきである。

2 研修医による診療行為を限定すべきである。

研修医は、臨床の経験を積むべくトレーニングを行っている立場であり、当初から単独診療を行いうるだけの能力を持っていない。従って、自ら診療行為を行う場合には、原則として指導医の具体的な指導の下に、行うべきものである。

ところが、当連合会人権擁護委員会が全国の研修医に対して行ったアンケートの結果によれば、研修先医療機関において単独診療を行っているものが77%であり、その内容に侵襲的なものを含むものがその内の35%にのぼった。単独診療において、「不安を感じたり、患者に対して不十分な診療をしたと感じたことがある」ものは91%と圧倒的多数であり、医療事故を生じる可能性があったものは全体の53%と過半数にのぼった。

また単独診療時のひやりとした体験として、点滴や投薬の誤り、診断ミス、経験不足による手技ミス等が挙げられており、これらは重大な結果を招く可能性も高い。

また、当連合会人権擁護委員会の調査によれば、1996年以降に研修医の関与し

た医療事故としてマスメディアで報道された事件が少なくとも12件存在している。また、1989年以降に、研修医の関与した医療過誤訴訟は少なくとも16件提起され、そのうちの11件については、すでに医療機関の責任が明らかとなっている。その内容は、研修医による診断ミス、投薬ミス、治療行為における初歩的な手技ミスなどであり、死亡事故や重篤な後遺症を残すものも多い。

このように、臨床診療技術を十分に習得していない経験の浅い研修医による医療事故が生じる危険性は相当程度あると言わざるを得ず、患者の権利を擁護する観点から、そのような事故が回避されなければならないことはいうまでもない。

また、そもそもそのような、指導の行き届かない単独診療を課すことが、研修のために有効であるはずがなく、研修医にとっても、指導から疎外され、責任のみを負わされるという不幸な事態といわなければならない。

従って、研修先医療機関における研修医の診療行為は、原則として、相当の臨床経験を有する指導医の指示に基づき行われるべきである。研修医が単独でとりうる医療行為については、研修期間、取り扱い症例数、習得した技術等に応じて、非侵襲的なものから順次高度化するよう全国統一のガイドラインを作成した上で行われるべきである。また、原則として指導医により判断が行われることが必要であるから、仮に物理的に指導医が現場に臨場できないような場合であっても、研修医の診療のサポートを行えるようなシステム（画像転送・読影、他の医療機関との連携や他の医師の指導など）が確立されるべきである。

現行制度下と同様に、患者から標準的な医療を受ける機会を奪うような形態での研修医制度が継続されるようであれば、現行制度における問題点は何ら克服されていないものと評価されなければならない。

また、患者に対するインフォームド・コンセントの実践を行い、患者の権利を保障するとともに、そのような実践から患者の権利について正しく理解するためにも、研修医は、研修医であることを表示するプレートを付ける等の方法で研修医であることの表示を行うとともに、具体的治療行為にあたっては、その旨の説明を行うことが徹底されるべきである。

三 有効で実質的な研修の確保

1 プライマリ・ケアを中心とした基本的な臨床能力の習得を目的とすべきである。

現行の研修医制度における問題点として、研修の結果、プライマリ・ケアを中心とした基本的で総合的な臨床能力が十分得られないという点が挙げられる。日本では、医学部卒業後、多くの研修医が出身大学のそれぞれの専門科ですぐに専門医としてのトレーニングを開始するシステムになっている。内科でさえ、わが国の多くの大学病院では専門内科しかないため、一般的な臨床医としての実力を身につける制度的担保はなく、全て本人の自助努力に委ねられている。そのため医師内部からも「専門領域以外の研修が不要とされていることが、わが国の医師の臨床能力が欧米で教育を受けた医師に比べて著しく劣っている一因と考えられる。」と指摘されているほどである。

医師が、それぞれ自己の専門科の視点でしか患者を診察することができないために、不適切な治療が継続されたり、各診療科をたらい回しにされるという事例も存在して

おり、患者が、最善の治療を受けることの障害ともなっている。

このような弊害を避け、医療レベルの向上を図るためには、全ての研修医がプライマリ・ケアを中心とした幅広い臨床研修を受けるべきである。国立大学医学部付属病院長会議常置委員会が公表した、「国立大学付属病院卒後臨床必修化へ向けての指針」でも示されているとおり、研修の目標は、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）を身につけることに置かれるべきである。

そして、研修カリキュラムの内容は、すべてこの目標を達成するために必要な事項を含むべきである。具体的には、内科、外科、救急医療等の診療科および地域医療をローテーションすることが必須である。

2 人権教育を採用すべきである。

世界医師会リスボン宣言では、「患者は、その文化観および価値観を尊重されるように、その尊厳とプライバシーを守る権利は、医療と医学教育の場において常に尊重されるものとする（10条a項）」とされている。しかしながら、わが国の医療では、患者の自己決定権が必ずしも尊重されず、自己の健康状態についての正確な知識を得たり、自らが受けようとする治療行為についての的確な情報提供を得たりすることすら困難な場合が多い。

患者こそが医療の主体であり、医療における自己決定権を持つことを理解し、その尊厳を尊重し、患者、あるいはその症状等を単なる症例としてみたり、医療の客体として扱ったりする態度を排する教育が行われる必要がある。

そのためには、インフォームド・コンセントなど患者の権利に関する教育や、人間の身体を部分の集合としてとらえるのではなく、人格を持ったかけがえのない存在としてとらえる教育、診療と社会との関係についての理解を促す教育が行われるべきである。

また、医療事故の発生に際し、患者や遺族に対し、ことさらに虚偽の説明を行ったり、証拠となるカルテを改ざんするなどの違法行為が報道されているが、患者の権利を尊重し、このような行為を行わないための、医の倫理を確立するための教育も行われるべきである。

四 研修医の処遇を改善すべきである

研修医が患者に適切な医療行為を行ったり、充実した研修を受けたりするための前提条件として、研修医の勤務条件の安定が確保されなければならない。

現状では、「食事もとれず、睡眠もとれず、家にも帰れず」とまでいわれるほどの過酷な勤務条件を課せられており、的確な判断、処理を行うための身体的条件が整っていない。当連合会人権擁護委員会のアンケートでは、40%近くのものが休みなく毎日医療機関に出勤している。「当直あけも連続勤務であり、35時間連続労働も珍しくなく、疲労も重なり医療事故の引き金にならないかと危惧する。」との声や、「一年間休日無し、雑用も多く、自分の勉強の時間もとれない。」との声が寄せられている。このような研修医による診療行為が行われることは、患者から見れば最善の注意義務に基づく十

全なサービスを受けることの障害となる。また、有効で実質的な研修の確保の観点からも問題が多い。そもそも、将来の医療を担う人材の育成は、単に医療界のみならず、社会にとっても重大な関心事なのであり、人間の生命、健康を守るという崇高な社会的使命を担っていくプロフェッションの第一歩という立場にふさわしい処遇が求められる。

このような研修医の過酷な勤務条件は、単に患者の側から見たサービスの低下等を招いているばかりでなく、研修医自身の生命・身体をむしばむという重大な弊害を有している。

1998年8月16日に、関西医科大学を卒業後、1か月間無休の見学生を経て6月から研修医として同大学病院に勤務していた研修医が、過労を原因とする急性心筋梗塞症で死亡する事故が起こっている。この研修医の勤務条件は、亡くなる前日までの約2か月半の間の時間外勤務が388時間30分に及び、深夜勤務は54時間、休日勤務126時間、1連続勤務38時間30分という過酷さであった。他方で、支給を受けた給料は、奨学金名目の月額6万円と、宿直1回あたり1万円のみであり、雇用保険も健康保険も未加入であった（大阪地裁堺支部2001年8月29日判決、大阪地裁2002年2月25日判決）。

このように、研修医に対し長時間労働を事実上強制するものは、現行制度の中で、極めて低額に抑えられた研修医の給与水準である。例えば私立の大学病院では、研修医の給与の平均額は9万8532円とされている（臨床研修病院ガイドブック2001）。当連合会人権擁護委員会のアンケートでも、5万円以下の給付しか受けていない者が31%であり、生活が成り立たないとするものが47%である。生活を成り立たせるために別の医療機関でアルバイトをしているものが58%にのぼっており、その過半数が当直（深夜・休日の救急診療）である。現行制度の問題点として、「研修医の身分保障、研修に専念できる環境の必要性」を訴えるものが55%と最も多い結果となっている。

このように、病院から支給される給与だけでは生活できないことが、夜間・休日の当直のアルバイトにより副収入を得ることを余儀なくさせ、長時間の残業、休日勤務を強制する手段として機能していることは明らかである。

また、すでに述べた研修医による単独診療の問題点のうち、夜間・休日当直時の問題は深刻である。

例えば、CTやエコー検査もできず、救急医療について対応できない研修医による夜間単独当直での死亡事故の事例や、救急医療の当直に際し、出血性ショックを見落とし、適切な処置を行うことなく死亡させた事例など、当直医である研修医による医療事故が多数報告されている。これらの事故の多くは、一定の経験のある標準的な医師による治療行為があれば、およそ起こりえないほどの初歩的ミスの原因としている。

当連合会人権擁護委員会のアンケートでも、アルバイト先医療機関において、すべて、あるいは原則として単独診療を行うものが合計81%であり、単独診療をしていて不安を感じたり、不十分な診療をしたとするものが83%にのぼり、25%が医療事故の可能性を肯定している。

研修医に対する経済的給付を生活ができないほどの低額に抑え、研修医に単独のアルバイトを事実上強制する行為は、研修医を安上がりの労働力として使用していることに他ならず、研修医を指導、研修から疎外するとともに、指導なき研修医による単独診療

という矛盾を、患者に押しつけ、患者に犠牲を強いているものといわなければならない。

従って、現行制度の抜本的な改善のためには、研修医に対し、長時間残業を課さないための直接的な残業時間の総量規制（例えば、アメリカのように、連続24時間以上勤務させないなど）を行うべきである。さらには、単独の当直制度と直結したアルバイトを禁止すべきである。

さらに、それを制度的に担保するために、残業やアルバイトをしなくとも生活が十分に維持できるよう、研修医に対する適切な給与水準を保障する必要がある。

我が国が批准している国際人権（社会権）規約12条1項は、「この規約の締約国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体および精神の健康を享受する権利を有することを認める。」と定めている。過労により研修医自身の生命や健康がむしばまれたり、集中力を欠く危険な状態での治療行為により医療事故が生じる事態を回避し、研修医に対する充実した研修と、患者に対する安全な医療の提供が保障される必要があることは明らかである。そのための経済的条件を整えるのは、国民の生命・健康を守る義務を負い、国民に対し、安全な医療水準を保障すべき国の責務と言わねばならない。

従って、研修医に対する奨学金制度の創設など、国の政策によって、研修医に対する経済的支援を制度的に行うべきである。

五 最後に

1946年から実施されたインターン制度は、インターンの医療行為に対する法的な扱い、経済的保障や指導体制の不備などから批判が高まったため、1968年に廃止され、これに代わるものとして研修医制度が開始された。そこでは、医師の資格を前提とするという意味で法的な扱いの不備については克服されたといえるが、その他の問題点に関しては、現時点においても克服されたとはいえない状況にある。

従って、制度の全面的改革として、以上に述べたところの実現されなければ、さらに不十分な研修医制度が事実上継続され、矛盾が温存され続けることになりかねない。

また、この提言は、研修医制度についてまとめたものであるが、調査の過程で、研修医と同等の過酷な勤務状況にさらされながら、「大学院生」という身分のため、全く無給のまま放置され、むしろ授業料を支払い続けている大学院生、研究生等の問題も浮き彫りになってきた。

研修医に対する矛盾を、大学院生らに押しつけるような不合理が継続しないためには、研修医のみならず、医師資格を有する大学院生、研究生等に対する適切な処遇も求められるものというべきである。