

# 卒 後 教 育\*

日 野 原 重 明\*\*

## はじめに

医学教育といえば、医学生のための教育という考えが戦前の日本にはあり、医学校卒後の教育は、卒業とともに医師免許証を得た医師が、大学病院の専門科に入局して上級医より指導を受けるという体制で臨床教育がなされてきた。そしてその内容は、各専門科を支配する講座の性格により種々まちまちであり、内容ならびに研修期間については、何のとり決めもないという状況であった。

戦後、米駐留軍の強力な指導により、昭和23年からはインターンという名称のもとに1年間の臨床研修が義務化され、1年後の医師国家試験に合格したものがはじめて医師として独立診療のできる免許証を授与されたのである。

ところが昭和38年頃から、インターン期間中の身分保証がないこと、卒業教育プログラムの貧困を理由に、インターンおよび医学生は、このインターン制度に強く反対し、昭和43年には、インターン制度が廃止されるにいった。

これに代わって、急拗つくられたのが医師研修制度(昭和43年7月16日)であり、卒業後2カ年間の研修を研修指定病院で受けることを法令で決め、これに対して政府により研修予算を組むという措置がなされたのである。この法令は、研修を義務化しないという点で、インターン制度の法令とは大いに趣を異にするものである。医師免許を得るための国家試験は、卒業すぐに行われ、免許証をもったうえで2カ年の研修をすすめる点では、インターン制度と趣を異にし、またある程度の生活保障がなされるということも大きな変化であった。

### 1. 研修病院と研修医の配置, 国家補助

この医師研修制度は、一定の基準で教育病院となる総

合病院または精神病院を指定するものであるが、その数は昭和53年度3月現在では、一般病院: 147カ所, 精神病院: 11カ所という数である。

このような卒業研修に対して、国家の支給する卒業研修予算は、昭和46年度は臨床研修補助金ないし国立病院特別会計を併わせ、計14億円余が支給されたが、昭和53年度予算では、臨床研修補助金の額は26億円余に達し、臨床研修指定病院では研修医1人当たり年額914,710円の補助に当たる。

国立病院特別会計では5億3,000万円余であり、そこでの研修医への割当ては月額約10万円余である。

以上のように財政補助が、国家によりなされているが、研修を受ける医師数の大部分が出身大学病院に止まり、全体の小部分が大学病院以外の研修指定病院で、研修されてきたというところに卒業教育の1つの大きな問題がある。

すなわち、大学病院では、病床に比べて研修医の数が多すぎるために、医師の担当する患者数が少ないという教育資源の不足が大きな問題となり、また、大学外の研修指定病院では患者数は十分であるが、指導医数に制限があり、十分な研修カリキュラムが組まれていないというところに問題があった。このようなことが、大学外の研修病院で研修を受けたいという気持を研修医に起こさせなくなり、大学病院に卒業生が過密に止まっているというところに、卒業研修上の大きな問題があるわけである。

しかし、昭和52年度以降からは、大学における医学校の定員増加による卒業生数の増加のために、大学病院では処理できない位に卒業生の数が増え、やむなく大学外の研修病院で卒業研修を受けることを大学当局もすすめるという傾向がだんだんと強くなってきたようである。

### 2. 研修病院での研修方法

大学病院の研修は、各専門科においてそれぞれ企画されているが、臨床研修プログラムに工夫が乏しく、狭い専門性に卒業すぐ入るといふ古来からの傾向がなお続け

\* Postgraduate Education.

\*\* HINOHARA, Shigeaki 聖路加国際病院臨床医学教育顧問

られているところが少なくない。しかし、同じ内科または外科の研修を受ける場合には、内科または外科の各講座別の医局を、卒後1年間はローテーションするという傾向が次第に増しつつあることは、望ましい研修方向に少しは進みつつあることを示すものといえよう。しかしこれは、必ずしも大学の方針というよりも、研修医自体の希望に応じて組まれたプログラムのものである。

一般の研修病院でも、専門各科に最初から配置されて、その専門性を狭く進む施設が多く、卒後1,2年の間、各科をローテーションをしてプライマリー・ケアの臨床能力を修得するという傾向は、きわめて少ないのが現実である。

### 3. プライマリー・ケアに向かった卒後研修

厚生省医師研修審議会は、プライマリー・ケアを中心とするローテーション方式の卒後臨床研修の必要性をうたった建議書を、昭和48年12月7日(塚本憲甫会長)に提出し、これを踏まえて、同審議会で作成された「臨床研修の目標と内容」についての意見書が、昭和50年10月24日(日野原重明会長)に提出されたのである。これは、「臨床医にとって必須な初期診療を含む基本的診療の知識、技能を発展させる……」ことを目的とした研修内容を打ち出したものである。

一方、本学会の卒後研修委員会は「卒後研修の改善に対する提案」をまとめて、昭和49年12月に発表し、その中で卒後基礎研修カリキュラムの基準となるものを作成すべきであることを述べ、本委員会は昭和50年5月より討議を重ねた結果、卒後基礎的臨床研修目標案が作成され、これは昭和50年11月20日に発表された。

この目標案は、卒後臨床研修の期間中にすべての研修者が到達すべき目標を、一般教育目標(GIO)と個別的行動目標(SBO)の形で、すなわち具体的に何をどこまでの能力に達するように研修すべきかを示したものである。

### 4. 卒後基礎的臨床研修目標案(昭和50年12月)

この内容の大綱を述べると、(医学教育第7巻第2号p.128)

1. ねらい
2. 一般研修目標
3. 基本的知識技能
  - a. 理学的検査法
  - b. 基本的検査法
  - c. 各種のX線検査法
  - d. 採血法

- e. 導尿法
  - f. 注射法
  - g. 穿刺法
  - h. 輸血、輸液法
  - i. 処方
  - j. 滅菌消毒法
  - k. 包帯、副木、ギプス法
  - l. 簡単な外科手技
  - m. 基本的麻酔法
  - n. 正常分娩介助
  - o. 術前・術後管理
  - p. 末期患者の管理
4. 救急の知識技能
- a. 救急蘇生法
  - b. ショックの救急
  - c. 鼻出血、咯血、吐血、下血の救急
  - d. 脳血管障害への救急
  - e. 心筋梗塞の救急
  - f. 救急腹傷(腹部外傷を含む)の救急
  - g. 意識障害の救急
  - h. 小児の救急
  - i. 創傷の救急
  - j. 外傷(骨折、脱臼、捻挫)の救急
  - k. 頭部外傷の救急
  - l. 脊椎、脊髄外傷の救急
  - m. 胸部外傷の救急
  - n. 熱傷の救急
  - o. 産科領域の救急
  - p. 婦人科領域の救急
  - q. 眼外傷および眼疾患の救急
  - r. 中毒症患者の救急
  - s. 急性腎不全の救急
  - t. 耳鼻咽喉科関係の救急

以上のごとき項目につき、それぞれGIOおよびSBOを示してその研修内容の到達目標を示したものである。

### 5. プライマリー・ケアを修得させるための方策

日本医学教育学会の卒後研修委員会では、卒後研修の内容をさらに検討するために、しばしば会合を重ね、プライマリー・ケアが将来の日本の地域医療に重視されることが必須であることから、卒前および卒後の医学教育をこの方向に向けることに意義があることを委員は確認し、さしずめ卒後の研修が、プライマリー・ケアの修得から出発できるようなカリキュラムの樹立の方策を討議してきた。

たまたま、本学会の卒後研修委員会の委員に、医師研修審議会小委員会の委員と重複するものがあり、日本医学教育学会のこの小委員会の委員が中核となって審議会の草案作りをした上で、下記のような医師研修審議会意見書が発表されることになった。これは、厚生省の管轄下にある研修指定病院に通達されただけでなく、文部省の管轄下の大学医学部にも通達されて卒前・卒後教育の検討がせまられたのである。

地域住民のニーズをふまえた医学教育のあり方が問われ、厚生省側から文部省側に働きかけるということは、今まではなされなかったことであるが、今後このような問題が両省の間できめ細かく話し合われることを望んでやまない。プライマリー・ケアを修得させるための方策として、昭和53年3月2日に示された医師研修審議会の意見内容の主な内容は以下のとおりである（詳細は後出資料4, p. 71参照）。

#### 厚生省 医師研修審議会意見書

##### “プライマリーケアを修得させるための方策”

#### 1. 目的

#### 2. 諸条件の整備

#### 3. 研修目標

#### 4. 研修方式

#### 5. 研修の評価

#### 6. その他

参考資料：プライマリーケアを中心とした研修の具体的な実施方法

#### 1. 諸条件の整備

#### 2. 研修計画の立案

#### 3. 研修目標の作成

#### 4. 研修方法

#### 5. 研修の評価

別添資料：卒後臨床研修に含まれるべきプライマリーケアを中心とした研修目標

#### 6. 卒後の臨床研修におけるローテーション方式の意義

以上の意見書にあるとおり、ローテーション方式ということはいかなるものであることを詳しく説明する。

インターン制度のときには、各科を2カ月ぐらいつつローテーションをするということがなされていたが、ここでいうローテーションというものは、かならずしもそのような細切れのローテーションではなくて、主な科、すなわち内科、外科、産科、小児科をローテーションし、その他の科の知識、技能をも適当に取り入れるような研修プログラムを組むことである。このようなこと以

外に、僻地などの地域医療に従事する医師になるための研修プログラムとしては、産科、眼科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻科などをもローテーションする必要がある場合があるが、そのような医師の数は、きわめて制限されており、すべての科を修得するというよりも、地域住民がもっとも普通に出会う疾患に対して一応対応できるための知識、技能を得るということが必要であるので、主な科を中心としたローテーションでは十分でないという説が強い。また、このような各科をローテーションをする以外に、1つの主な科、たとえば内科、小児科などに籍を置いたまま、成人、小児に関連のある他の専門科をその中に取り込むようなカリキュラムが、専門家の指導医の協力によってなされる場合には、實際上、ローテーションを受けたような効果が期待されるのである。

このようなカリキュラムの構成は、各研修指定病院の特色や指導医の数、研修者の希望によって決められるものであり、その点、一様にとり決めることは困難である。しかし、目標は、幅広い臨床研修ができて、プライマリー・ケアが実施できるような臨床医をつくることであるので、今まで行われてきたような、臨床研修病院のカリキュラムは、大がかりに改変されなければならないと思う。また、その目標達成のためには、単なる講義ではなくて、臨床を中心とした、きめ細かい指導がなされなくてはならず、そのために指導者数の不足している研修病院における指導医の補充に対しては、病院当局ならびに国家がもっと配慮することが必要である。

なお昭和51年8月の厚生省の153の研修病院の調査では、ローテーションまたはこれに準じるプログラムを行っている施設は40.9%、ストレートの研修プログラムを行っている施設は59.1%と報告されている。ローテート方式プログラムを受けている研修医総数は594名、ストレート方式プログラムを受けているものは659名と報告されている。

#### 7. 専門医または認定医制度の発展

日本においては、専門医制度または認定医制度の発足はきわめて遅く、この点、欧米の諸外国に比べて卒後研修の貧困を非常に感じさせるものがあった。しかし、昭和43年に日本内科学会が専門医制度を発足させたことをきっかけとして、その後、神経学専門医、脳外科専門医、また昭和54年4月には外科専門医制度が発足するという見通しがつけられ、また基礎の方面においても、病理医専門医制度が発足するという気運となったのである。

このように、きわめて遅足ではあるが、専門医制度が日本に次第に発展をするという傾向がみられ、そのため

の専門科の卒後研修の方法が検討され、充実されつつあることは望ましいことである。しかし、それとともに、上述のようなプライマリー・ケアに目標を設定した卒後研修が日本においても次第にとり上げられてきたことは、アメリカにおける卒後3年の家庭医学の専門医制度に比べると、まだまだ不十分であるが、卒後研修の実態としては、一応健全な方向に向かいつつあると考えられよう。

## 8. まとめ

以上が、最近の卒後医師研修の動向ならびに内容であ

る。今までは、各科ごとの卒後研修であったものが、プライマリー・ケアを目指した臨床研修が、卒後2年の間になされることが原則的に必要であるという考えが日本全体に次第に広まり、そしてこの方向に向って臨床研修の具体的プログラムが、各施設で現在つくられつつあるということは、日本の医療の将来のために一大進歩であると考えられ、今後この線に沿って、日本の卒後臨床研修が充実し、地域医療の向上のために貢献することが望まれるのである。

\* \* \*