

もとより大学病院の診療といえども社会の医療と直結しており、臨床教育は社会医療制度と密接な関係にある。

また医学教育の特徴は、卒前、卒後、生涯教育が互いに関連しつつ一貫して国民医療の責任を果たすところにある。この点、大学における医学教育は国民医療に、また医療制度は医学教育に影響し合っている。この観点から考えて、現在の医療制度、とりわけ健康保険制度の支払いが主として目に見えるもの、すなわち検査、投薬、手術などを対象とし、医師の人間性と科学性に立脚した技術、技能全体に着目しない現状は、科学性と倫理性とに立脚した使命観に生きる良き医師の養成に大きな障害となっている。医学教育の視点からも医療制度の早急な再検討が要望される所以である。

## 6. 医師評価の問題

医学教育の目的はいうまでもなく、よき医師、よき医学研究者の養成にある。良き医師とは、十分な医学の知識を持ち、常に進歩する医術を修め、医の本質に基づく医道を体得し、国民の医療に責任を持ち得る医師である。

したがって医師は直接国民の生命にかかわる重大な責任を負うものである以上、その医学能力の検定は特に厳正であるべきで、医師国家試験のあり方とその合否判定基準については今後われわれも厳しさをもって臨まねばならない。

前述した既設医学校における要員不足や学内状況の不安定による学生の学力低下、また急造された医科大学における医学教育の質的低下、さらには生涯教育の保証のない現況に鑑み、医師国家試験及び生涯教育の評価の問題は、速やかに検討を要するものと考えらる。

このためには、医学教育に携わる我々の一層の自覚と努力が必要だが、同時に本提言で述べてきた具体的事項についての政府の思いきった実践が前提条件となる。

## 7. 医学教育庁（仮称）の提案

くり返して強調するが、医学教育は卒前、卒後、生涯と一貫した計画のもとに行なわねばならない。とくに臨床教育が大学病院で行なわれるだけでなく、国、公、私立の関連病院でも行なわれようとしているだけに、いっそう医学教育の一貫性は重視されるべきである。

それにも拘わらず、日本の医学教育に関する行政は、卒前は文部省、卒後は厚生省に所轄が分離されている。この事実は実際面で多くの困難を生み、要員人事、給与、その他の点で種々の不都合をきたし、責任の所在も明確でない。

このさい、内閣直属の医学教育庁（仮称）をすみやかに設立して行政の一本化を実現し、大学の内と外で自由に一貫して国民の生命、健康に責任のもてる医学教育が

行なわれるよう切望したい。

## おわりに

以上7か条の提言を述べたが、医学教育の改善、医療制度の改革には各国とも異常な努力を重ねつつある。今世紀初め、アメリカ医師会の医学教育病院協議会は、それまで設置されていた劣悪な医学校の閉鎖運動を強力に展開した。その結果、1908年から1929年にかけて約100校が閉鎖を命ぜられ、それまでの医学生2万8,000人を、1927年には2万人以下に減らした。それによって量より質的向上に努め、アメリカ医学の水準をヨーロッパの2、3か国にしか見られなかった高水準にまで高めた事実がある。

このように教育の改革は、重大な決意と実行力がなくてはできない。いま国民福祉が重視されているが、政府はそのなかでの医療のはたす役割の重大さを一層認識し、医学教育の特殊な地位とそれのもつ現在の深刻な問題点を理解し医学教育の改善にたいし、重大な決意を固めるようここに提言するものである。

---

---

## 資料 2

---

---

### 臨床研修の充実について

#### 建 議 書

医師研修審議会は、臨床研修の充実について、かねてより教育病院群制度検討打合会の報告を踏まえつつ審議を行ってきたところであるが、今般、とくに早期に改善をはかるべき事項について別紙のとおり建議する。

昭和48年12月7日

厚生大臣 齊藤邦吉殿

医師研修審議会

会長 塚本憲甫

#### はじめに

昭和43年の医師法改正により、インターン制度が廃止され臨床研修の制度が導入されたが、爾來今日まで百余の病院が一定の基準に従って研修病院として指定され、すでに多数の新しい医師がこれらの病院で研修を受けてきた。

この間にいくつかの医科大学（医学部）の新増設がすすめられるとともに、卒前、卒後の医学教育のあり方についても関連教育病院あるいは教育病院群構想に関する検討が行われ、それぞれ報告書が発表されている。

また、日本医師会長より厚生大臣に提出された要望書にも卒後教育の重要性とその改善方策について意見が述

べられている。

以上の諸般の情勢を鑑み、医師研修審議会は、学識経験者を交えた小委員会を設け、長期的視野から、現行の卒後研修を点検評価し、改善すべき諸点について検討を行い、これを以下にまとめることとした。

### 1. 現在の臨床研修の状況

臨床研修制度発足以来、臨床研修率の増加に見られるように、この制度は徐々に定着しつつある。しかしながら、臨床研修指定病院のみに限ってみると、そこにおける研修医の数は僅かに増加がみられるものの、その数の研修医総数に占める割合は15%にすぎない。また指定病院の数も、制度発足時に比し、ほとんど増加もみられずいまだに指定病院のない県すらある。

指定病院がより多くの研修医を惹きつけることができない理由としては教育に関する経費の財政的裏づけが不十分であるため、病院の施設、設備も貧弱であり、指導医の数にも欠けること等があげられる。

他方、臨床研修の多くは大学病院を中心に行われているのが現状であるが、大学病院においては研修医の数に比して扱う患者数が不十分である。また、扱う疾患の種類、程度も偏りがちで、救急及び初期治療の経験を得るには不満足な状態であり、臨床家をこころざす医師を育成するのに必ずしも十分であるとは言えない。

### 2. 臨床研修の位置づけ

#### (1) 卒後研修の責任

卒後研修は、国民医療を担当する医師を育成するものであり、研修医は、自らの責任と意志によって研修の実を上げるよう努力すべきである。しかし、指定病院を整備し、臨床研修の条件を整えることは国の責任である。

#### (2) 卒後研修の目標

医師の教育は生涯教育である。卒前卒後のみならず、生涯にわたりたゆみなく教育が行われなければならない。なかんずく卒直後の臨床研修は極めて重要である。

現在、国民の医療全体としては、高度の専門的スキルとともに健康管理、初期診療等いわゆる **Primary care** に対するニーズがきわめて高い。したがって研修カリキュラムもこのニーズに対応して計画される必要がある。これに関しては、諸外国においては、いわゆる **GP** 専門コースを設けている例もあるが、わが国の現状においては、むしろ、各診療科における研修カリキュラムの中に、いわゆる **Primary care** についての研修計画を組み込むべきであろう。

また、卒後研修の期間については医師法では、「少なくとも2年以上臨床研修を行うように努めるものとする」と規定され、この2年間について国の補助も行われ

ているが2年間では不十分である。すでに一部の学会においては専門的教育期間として5年ないし6年を定めている。各学会が、自主的に、それぞれ独自の立場にとどまることなく、これまでに述べた臨床研修の理念を生かした専門的教育の内容を検討することが望ましい。このことに関連して3年目以降の研修のため、単科指定の病院も考えるべきである。

### 3. 臨床研修充実のための施策

#### (1) 指定病院の責任の明確化

指定病院は、教育の成果を上げるため、研修医の受入れにあたり、指導責任者を定め、研修計画を明らかにし、かつ、研修のための施設、設備を整えなければならない。

#### (2) 研修カリキュラム

卒直後は、将来専攻しようとする診療科にとどまらず、幅広く研修すべきである。

すなわち、いずれの診療科を専攻する者も、1年程度は、関連する診療科を広くローテイトし、いわゆる **Primary care** についての経験を十分得られるよう計画すべきである。このため、地域の特性等に応じ、指定病院のほか交通外傷センター、僻地診療所等における研修及び地域保健、学校保健、産業衛生等の研修も行われるよう配慮されるべきである。

今後、現行の研修カリキュラムについては、卒直後2年のみならずその後の過程のカリキュラムを含めて、各学会の既存の、あるいは検討されているカリキュラムも参考として、さらに検討が加えられるべきである。

#### (3) 地域医療との連携

地域住民に対する良い医療サービスは、地域の中心的な病院、地域住民に、より密着した病院及び診療所並びに保健衛生関係部署との有機的な連携によってはじめて実現するものであり、このような地域の医療システムの中にも卒後研修の場が与えられる必要がある。このため、たとえば地域の病院、診療所間の有機的連携をはかり、その機能の一つとして卒後研修の調整を行う地域の協議会を設置することも考えられる。

#### (4) 指定病院の施設及び設備の整備

研修の効果は、研修が行われる場での医療の質に大きく依存しており、良い医療が行われる場をつくるのが医療サービスの向上につながると同時に研修効果を上げる所以でもある。

また、研修に直接必要な会議室、研究室、宿舎等の施設、視聴覚教育設備、図書等は当然整備されるべきものであり、これらは、卒後研修のみならず、医師の生涯教育のためにも利用され、ひいては、その地域の医療の向

上につながるものである。

このような観点から、研修に必要な施設、設備、人員の整備について十分な公費を投ずべきである。

また、税制上の配慮等も検討すべきであろう。

なお、教育施設の条件として、卒直後2年間の研修医1名に対し、実働10床程度の病床を有することを基準とすべきである。

#### (5) 指導医の充実

指導医は、自ら診療の責任を果たし、担当分野における臨床上の問題に関連した研究活動を行い、これに加えて研修医の指導にあたるのであるから、適切な称号を与え、指導医手当、研究費等の措置を講ずべきである。

指導医の充実については、当面は常勤の者のほか、大学及び他の指定病院と交流して非常勤の者の活用をはかるべきである。さらに今後の問題として、指定病院における指導医の育成体制を整備すべきである。

なお、指導医の計画、指示のもとに、経験のより豊富な研修医が後輩を指導助言する場合もあり得よう。

これらの措置は、そのままその地域の医療レベルの向上に直結している。

#### (6) 指定病院に対する評価

指定病院の評価は、臨床研修の実績に着目すべきである。この見地から、臨床研修を行っている病院から、実施された研修内容を中心とした教育報告を徴し、専門の委員会において評価することを検討すべきである。

#### (7) 研修医の待遇の改善

卒直後の臨床研修は、さきに述べた理由により重要であり、この時期に整えられた教育環境で臨床研修が十分に行われなければならない。そのためには研修医が臨床研修に専念できるよう適切な処遇をはかる必要がある。

### むすび

以上述べたように、今日の臨床研修制度には、今後改善すべき多くの問題点が含まれている。したがって、日本の医療の現状と、それに対する医学教育の役割とを十分に認識したうえで、関係者はその改善について真剣に取り組んでいく必要がある。

現在すでに医科大学（医学部）が急速に新增設されつつあり、これらの大学を卒業する医師の数が著しく増加することは目前に迫っているが、この時期に、卒後の研修体制が質量ともに整備されていないならば、これは、将来の国民医療にとってゆゆしき大事に立ち至るであろうことは、疑う余地がない。

本審議会の提言の早期実現をはかることこそ、わが国の将来の医療に関する諸問題を解決に導く鍵であると考える。

また、卒後研修は、卒前の医学教育の成果を前提として樹立されるべきである。卒前・卒後の教育は、本来一括して大所高所から十分に検討が加えられてしかるべき重要課題である。しかるに現状では、卒前教育の担当者である文部省と卒後教育を担う厚生省との間の相互の意思の疎通が必ずしも十分にはかかれているとはいえない。

この不十分な両省間の関係を解消するに必要な体制を早急に確立することを、本審議会はここに強く進言するものである。

---

## 資料 3

---

### 卒後臨床研修の目標と内容

昭和50年10月24日

#### 意見書

医師研修審議会は、本審議会が臨床研修の充実について、昭和48年12月7日に提出した建議書の趣旨に則り、今後とるべき卒後臨床研修の目標と内容について審議を重ねた結果、下記のとおり意見を具申する。

#### 記

#### 1. 臨床研修の目標について

現在、臨床研修を行っている病院における卒後臨床研修は将来専攻しようとする診療科目だけのいわゆるストレート方式の臨床研修が多く、2科以上の診療科を回るいわゆるローテイト方式の臨床研修を実施している臨床研修病院は少ないのが現状である。

本審議会が昭和48年12月7日に提出した建議書にも述べられているように、現在、国民医療全体としては高度の専門的技能とともに健康管理、初期診療等、いわゆるプライマリーケアに対するニーズがきわめて高く、このニーズに応え得る卒前の臨床教育及び卒後の臨床研修が強く望まれているところである。もちろん卒前教育において医師として具有すべき最小限度の知識・技能を修得させているが、現状においてはなお臨床教育の相当の部分卒直後の臨床研修で行うことが必要と思われる。

したがって卒後臨床研修においては、将来いずれの診療科を専攻しようとする者も、その診療科のみにとどまらず研修期間の前期のうちにプライマリーケアの基本的知識・技能を修得することができるよう主要診療科の研修を含めた計画を立てることが必要である。

(注) 本審議会は、プライマリーケアの概念について次のように考える。

プライマリーケアとは、一般に個人や家族と