

この証明書が臨床医学系各学会の認定医更新の際に評価されるようになれば、誠に好ましいと思います。

おわりに（略）

資料11：臨床研修懇談会中間報告

日本医師会臨床研修懇談会*（平元・9）

1. まえがき（略）

2. 臨床研修の現状と問題点

現在の医師法では、医師免許取得後少なくとも2年以上、大学病院もしくは厚生大臣が指定する国・公・私立の研修病院において、臨床研修を行うよう努めること、との規定が設けられている。

その際、卒前教育を終えたばかりの研修医にとっては、より偏りの少ない多様な患者を対象とする、初期研修の場がふさわしい。しかし、問題はまず病床の数から始まる。研修・教育の場となると、病床の不足は否めない（学生100名について、アメリカでは卒後研修を含め3,000床、イギリスでは教育に1,000床が用意されていると聞く）。このような状況を補完する必要性から、臨床研修部会（厚生省）の諮問を得て、病院の規模、内容、指導医の数・資質、症例数、研修プログラムがチェックされて現在、229の病院が研修病院に指定されている。昭和46年以来、年々その数は増してはいるが、質的にもさらに充実を図る必要がある。昭和58年以来、それらの病院を主体とした臨床研修研究会も設けられ、研修病院のあり方につき、検討ないしは改善の努力がはらわれている。

さて、わが国の研修医であるが、医科大学・医学部卒業生の大多数が大学病院でこの臨床研修をうけている。その理由には、わが国の近代医学が主として大学病院を中心に発展してきた歴史的背景とともに、とくに最近の医学生には専門志向が強い、などの点があげられよう。

研修をうける若手医師にとって大学病院は、研修病院に比べ指導スタッフが、量的にも格段と充実していることは事実である。

次に内科系、外科系の現状について、それぞれの特徴をあげてみる（文中に用いられるプライマリ・ケアの意味には意見もいろいろあるが、ここでは基本的診療とはほぼ同義に使わせていただく）。

1) 大学病院

(1) 内科系の臨床研修

内科系の臨床研修も、卒業生は「臨床研修病院ガイドブック(p.9参照)」などで研修病院の情報を得ているにもかかわらず、約8割が大学病院で研修をうけている。それは研修病院における教育体制と研修医自身の将来に不安を感じる、というのが主な理由であろう。

①卒業生の大部分は専門志向であり（国立大学病院では、医員の約9割）、かつ学位取得の希望が強い。さらに、医師として自立できるまでの一貫教育が、大学の場合ある程度保証されている。

②学会認定医の資格をとるには、研修病院での研修がより有利な面もあるが、研修2年終了後の時点からとなると、大学病院の希望教室への採用はむづかしい。大学病院もまた同じである。

③研修病院には入るにも、ひき続き残るにも、定員に限りがあって、2年後の保証に欠ける。

④たとえ研修病院に、レジデントとして採用されたとしても、認定医・専門医の取得はともかく学位は取りにくい。また、レジデント（3年間）終了後、さらに当該病院に在籍できる保証もない。

⑤大学病院には人材が多く、指導体制が充実している。

⑥地方の大学では、関連の受け皿が少ない、いきおい大学病院に席をおかざるをえないなどの点があげられよう。

次に、大学を選んだ場合、大学病院で十分な卒後研修を行っているのか、現状と問題点を探ってみる。

a) 現状

* 任期 昭和63年6月14日～平成2年3月31日

(◎：座長，○：副座長)

[臨床研修研究会] ◎織田敏次，廣川浩一，[国立大学] ○稲垣義明，戸部隆吉，[公立大学] 近藤元治，[私立大学] 設楽哲也，坪川孝志，[学会認定医制協議会] 出月康夫，鎮目和夫，[日本医学教育学会] 福間誠之，[日本医学教育振興財団] 西園昌之

内科の研修でも、ロテイト方式の大学とストレート方式の大学がある。ロテイト方式でも院長直属でロテイトするところと、実質的には特定の科に所属してロテイトするところがある。私立大学では29大学中24大学がロテイト方式をとっているが、国・公立大学でも何らかの形で、ロテイト方式の大学が半数を超えている。その他の内科系、たとえば皮膚科、精神科などでは、ほとんどがストレート方式である。

なお、大学病院の診療機能は講座（教室）の診療部門として運営されていることもあって、1. 臨床医のみならず、2. 研究者、3. 教育者の育成に、それぞれ深い関わりをもっており、そのため、各教育カリキュラムは、プライマリ・ケア教育を基本とすることに変わりはないものの、それ相応に多様化している。

b) 問題点

①ロテイト方式の大学でも、研修医と病床の数からして、2年間の研修では認定内科医受験のための各分野2～3例、計50症例をうけもつことは不可能であり、その不足分は3年目に関連病院で補っているのが現状である。

②プライマリ・ケア教育のため、救急部にロテイトさせようと思っても、指導医と病床数などの理由から、すべての研修医が回るには無理がある。

③ストレート方式の大学では、早くから関連病院を利用しないかぎり、認定内科医の受験資格が得られない。

④内科以外の皮膚科、精神科などでは、幅の広い医師作りのために、内科またはその他の科で研修させようと思っても、大学病院では物理的にほぼ不可能である。

なお、専門医をストレート方式で育てることが、全人医療にそぐわないという考えもあるが、医師として最小限必要な各科の知識、救急処置など、プライマリ・ケアの習得、保険医療の講習などは、卒前教育と卒後教育のカリキュラムを連動させることによって、現在とくに意図される“よき医師作り”の目標も達成できるはずである。旧インターン制の二の舞となる全科ロテイト方式は、将来のわが国の医療にふさわしくないとする意見が強い。アメリカでもインターン制を廃止し、医学教育の一貫性から、卒前教育に前倒しして卒後教育に連ねれば、全科を回る必要はないとしている。ただ、わが国では現在、医師免許をもたない卒前教育は、法の制約から、たとえばプライマリ・ケアの体験実習はほとんど不可能である。

(2) 外科系の臨床研修

将来、専門科目として外科を志望する者もまた、約8割が大学病院の外科で初期研修をうけている。

a) 現状

大学病院における外科研修のプログラムないし実施方法には、内科系の項でも述べたように、1. 外科臨床医の育成のほか、2. 外科の研究者、3. 教育要員の育成が配慮されており、大学により、また同じ大学の中でも教室により、多彩なものになっている。外科医としての臨床修練には通常4～10年程度の期間が必要とされているが、この期間についても大学間、教室間に違いがある。それでも、外科医として一人前になるまでの一貫教育がある程度保証されていること、臨床医、教育者、研究者など将来の方向に選択の余地が残されていること、研究に従事し学位を取得することも可能なこと、などが大学研修の利点としてあげられよう。欠点は、外科病床数が少ない、研修プログラムが明確に示されず、その終了時点も不明確などの点である。

b) 問題点

①外科系の臨床研修には、とくに実技研修が重要である。そのためには適切な臨床研修カリキュラムと指導スタッフ、それに十分な病床数が必要である。大学病院の外科系施設の多くは、それぞれ独自の関連病院群を組織することによって、経験症例の偏りを是正する努力もあって、実際は大学病院を中心とした病院群の研修といつてよい。その成否は量的にも質的にも、むしろ関連病院の教育体制に依存し、左右される部分が少なくない。

②ここに述べた大学の関連病院とは、必ずしも研修病院ではなく、それ以外の病院、たとえば学会の認定病院であることが多い。今後、大学病院と研修病院との関係をより密にし、指導スタッフ相互の意思の疎通、緊密な連絡が必要になる。それには、現行制度上の解決を要する課題が少なくない。

③大学病院の一部の外科教室には、卒業の直後から外科専門分科の研修を実施しているところもあり、今後改善の努力が必要であろう。その他のいわゆる外科系教室ではさらにその傾向が強い。

④広く内科系の臨床各科をもロテイトする、総合臨床研修方式による研修目標（厚生省）については、大学病院の外科系研修にこれを採り入れるには困難があり、外科系の認定医制度の調整が進み整備されつつある現在、また別の総合的な方式が考えられるのではないか。

2) 研修病院

研修病院の指定には、臨床研修部会のかかなり厳格な基準が設けられて、昭和63年度現在、214の総合病院と16の精神病院、計229病院（重複1病院）が指定されている。昭和62年度の研修医の数は、大学病院に10,031名（この数字は、全研修医の79%にあたる）、研修病院には2,709名であって、計約7,000名の指導医が勤務している。研修病院の病床数および指導医数からみれば、大学

側からの交流研修を受入れる余地が数字的には、十分にあるように思われる。しかし、一般に研修病院においては、大学に比べて数少ない医師で多くの入院・外来患者の診療に労力を割くために、研修指導に携わる時間的余裕が得難いのが現状である。研修の相互乗り入れを活性化するためには、研修病院側の指導体制の充実が強く望まれる。

a) 現状

研修病院はこの20年、時代の要請でもあるプライマリ・ケア教育を分担してきたのであるが、そのあり方、とくに各学会の専門医教育との関係を今後どのように扱うかなど、新しい課題も浮かんでいる。研修病院を主体に設立された「臨床研修研究会」^{*1}も、指導体制を含め、そのような問題意識を契機として発足したものである。大学を中心とする卒後教育体制に対し、当初からその補完的な役割を果たす目的から生まれた研修病院とすれば、その指導体制になお不備のあることはやむを得なかったと思う。が、改善の必要性はいままでもない。

b) 問題点

卒後の臨床研修の目標には、①プライマリ・ケア教育と、②専門医志向の教育が考えられるが、これらをどのように調和させるか、あるいは両者に一貫性をもたせるかが課題でなければならない。研修病院の立場からこれらの問題を中心に考えてみる。

(1) プライマリ・ケア教育と臨床研修

研修医2年の研修期間をすべてプライマリ・ケアの研修に当てている病院もあるが、若い間に、学会の認定医ないし専門医資格の取得を志向するものが多い。その場合の、プライマリ・ケア教育の内容については、これまで各病院様々であったが、平成元年6月に、医療関係者審議会臨床研修部会（厚生省）の、厚生大臣の諮問に答えた意見書（卒後臨床研修目標）が発表されている。志向する将来の専門領域にかかわらず、すべての研修に必須の標準的な到達目標を示したものである。

今後は、専門・非専門を問わず、この到達目標にむかってプライマリ・ケア教育が行われることになるが、それに必要な研修の場・方式・評価の諸点が問題として残る。現在の卒前教育に、プライマリ・ケアの実習を組み込む方法もまた、考慮されよう。

(2) 専門医教育と臨床研修

研修病院の各診療科も、各学会の専門医研修施設とし

て認定されている場合が多く、認定医・専門医の資格取得にはむしろ有利な点もある。研修病院において行われるプライマリ・ケア教育が各学会の専門医教育カリキュラムのなかに十分に生かされることが理想といえよう。

それには、専門医教育に適当な場を大学病院との交流研修に求める場合も少なくなかろうし、専門医教育の一環としてのプライマリ・ケア教育が、2年間の研修期間中に、それなりの成果をあげるものであって欲しい。

(3) 研修病院の得失

このようなプライマリ・ケア教育と専門医教育において、研修病院には、

①講座制の壁がある大学病院に比べると、研修病院におけるロテーションの自由度が、プライマリ・ケア研修、ないしは総合臨床研修方式には有利な場合もある。

②研修医の経験症例数が少ない大学病院に比べると、症例が豊富なため、認定医・専門医の資格取得にはむしろ有利である。

などの利点はあるが、当然次のような欠点がある。

①研修指導陣が大学病院に比べて手薄なため、症例は豊富でも研修内容が希薄になりがちである。

②認定医・専門医への道は開けていても、学位取得には不向きである。

③研修病院では、卒後2年間の研修終了後、研修医が当該病院にひき続き在籍することは困難であり、研修病院が大学の関連病院でないかぎり、大学の希望教室に採用されることは容易でない。したがって、実地能力養成に必要な数年間の一貫教育が保証されないで分断される形になっている。

(4) 研修病院における研修医の出身大学

「臨床研修病院ガイドブック '89」^{*2}の記載によって、各研修病院における研修医の出身大学を調べてみると、10以上の大学から研修医が集まっている研修病院は、国立病院の27%、地方自治体病院の13%、公的病院の40%、私的病院の27%であった。これらの病院は少数の例外を除いて、主に大都市の病院であり、研修医の出身大学も全国にわたっている（いわゆる全国的研修病院）。これに反して、研修医の出身大学数が少ない病院は、その地域の特定な大学との関係がとくに密接なように見うけられた（いわゆる地域的研修病院）。

^{*1} 臨床研修研究会は、大多数の研修病院を会員として昭和58年に設立された。現在の主な事業：①臨床研修に関する研究会を年1回4月に開催し、②臨床研修病院ガイドブックを年1回発行している。

^{*2} 臨床研修病院ガイドブックは、臨床研修研究会が編集して年1回、8月に発行している。内容は、各研修病院から寄せられた病院および研修方式に関する紹介資料、その他全般的な臨床研修資料からなる。新卒者の進路決定の参考にされている。

3) 大学病院と研修病院の相互関係

(1) 大学

a) 現状

研修病院では独自に、卒後2年間のカリキュラムをもっているのが大部分である。研修病院が、あらかじめ大学病院の関連病院でなければ、2年後、大学へ帰るのは不可能に近い。したがって、卒後2年の研修期間に関するかぎり、地域的研修病院を除き、大学病院と研修病院とは関係がむしろ薄いといつてよい。

b) 問題点(大学病院側からの希望)

先に述べた研修医の学会認定医、専門医および学位取得の希望をふまえ、大学と研修病院の相互関係には改善の要もあろうが、早急には困難な面が少なくはない。たとえば、

①研修2年間のある期間(6カ月～1年)に、研修病院が大学からの研修医を受け入れる、そのような大学側の期待は大きい。とくにストレート方式をとっている教室では、それを強く希望する。卒後2年間は研修病院のカリキュラムができていというのであれば、3年目の乗りいれでもよいと考える。ただその場合、この受け入れ研修病院が内科学会、外科学会など各学会が認定した教育病院でなくてはならない。たとえば、現在229の研修病院のうち、内科学会認定の教育病院はその63%、教育関連病院は23%であり、約1割の病院が指定されていない。これも単に未申請の理由によるものもあるようで検討の要がある。

このような大学病院と研修病院との相互交流には、そのほか、文部省と厚生省の研修医に対する経費の補助システム、ないしは研修補助の給与体系上の違いもあるようで、なお調整を要する点もあろう。が、研修医についての研修補助費であることが望ましいことはいうまでもない。

次は研修病院の教育スタッフであるが、大学病院との研修交流によって、多くの研修医を送りこまれても、当該研修病院の教育システムは破綻する。なんらかの策が必要である。

②研修病院における大学病院からの研修医の受け入れ期間、ないしはその後の学位申請時の研修歴を考えると、たとえば、研修病院から大学病院に対し委託研究生の申請を出すなり(個人で行なっても可)、大学病院における研修とはほぼ同等にこれを認めるなどの配慮も必要になろう。

③以上は、内科・外科のみならず、内科系・外科系教室の研修医にもあてはまる。

(2) 研修病院

a) 現状

研修病院の場合、前記のいわゆる全国的研修病院では、研修医採用のさい、すでに規定の定員を満たし、2年間の継続研修を原則としているために、大学病院からの途中派遣は原則として難しい。

これに比べると、地域的研修病院は、それぞれの診療科が、地域の中心的大学の各教室と密接な関係にあり、多くの研修医にとっては、大学病院からのロテーションの場になっている。研修病院の独自性が薄くはなるが、2年目の研修医のみを大学病院から受け入れている研修病院もある。このような大学病院との相互関係は、全国的研修病院の立場とはやや異なり、相互依存的といえよう。

大学の各教室は、独自の方式、または学会の教育カリキュラムを採り、最初の2年間に、関係する各教室をロテイトさせるなり、一つの教室内で各専門分野をロテイトさせるなりして、専門医教育のためにもプライマリ・ケア教育を加味しているところがあるが、それはなお少数にとどまっている。あるいはストレート方式にせよ、経験症例ないしは教室定員の関係から、最初の2年間またはその後、研修医を含む医局員をいわゆる関連病院(診療科)に一定期間派遣することは多い。そのさい、派遣先の病院が研修病院であること、あるいはそうでないこともあるが、多くは学会の認定病院に指定されている。

b) 問題点(研修病院側からの希望)

以上が大学病院と研修病院の相互関係の現状分析であるが、研修病院の側からすれば、前項の大学病院からの希望にも述べられている①と②の事項、いいかえれば相互の研修交流が円滑に運営されることにつきる。

研修病院における研修はまた、研修医に地域との関連性を会得させるよい機会でもあり、救急病院の活用も当然考えられてよからう。双方の密接な関係は、いきおい研修医の進路にも大学病院側の配慮が加わり、研修医の将来にいたく不安は軽減されてこよう。大学病院にとっては、派遣先施設の質には懸念もあろうが、研修施設を増やそうとすよば、大学病院と研修病院の協調作業以外に前進の道はない。

4) 専門医制、認定医制ならびに学位

(1) 内科系の専門教育

各学会の認定医制度、専門医制度の情報交換は、昭和55年に発足をみた学会認定医制協議会を中心に行われてきた。

厚生省と日本医師会の「診療科名等の表示に関する検討会」が昭和63年2月に最終報告を提出して以来、とくにその報告書にある第2診療科群に関係する学会の認定医、ないし専門医制が発足に向け動き始めている。

若手医師の専門医志向が強いこともあって、各大学病院とも卒後研修の焦点を専門医教育に合わせる傾向にある。

内科は9分野に分かれているが、それぞれ専門医制度に向かい、しかも専門分科の大部分が内科学会の認定医に上積みする方式をとるため、まずは認定内科医の資格をとる必要が生じてくる。それこそ、卒後2年の研修が重要になってくる。

認定内科医の試験を受けるためには、内科学会が認定した教育病院での研修が3年以上、または教育病院での研修2年の上に、教育関連病院（内科学会が認定）での研修1年以上を積み、計3年以上の研修歴を要する。研修開始時には、研修同意書の提出が義務づけられている。

内科学会認定の教育病院認定基準は、次のとおりである。

内科専門医教育病院の認定基準 (S 62.10改訂第11版)

- ① 総合病院またはこれに準じる病院。
- ② 内科病床が50床以上あること。
- ③ 中央検査室、臨床病理検査室、剖検室をもつこと。
- ④ 内科の剖検率が40%以上、年間の内科剖検体数20体以上。
- ⑤ 内科専門医育成能力のある指導医が4名以上いること。
- ⑥ 内科ならびに内科に関連する教育的作業が定期的に行われていること。
- ⑦ 医学図書室をもつこと。
- ⑧ 診療記録管理室をもつことが望ましい。
- ⑨ Medical social worker のいることが望ましい。
- ⑩ その他の教育環境が総合的に整備されていること。

(注) 認定を申請した年度を含め、2年間上記基準を満たした病院を、審議会が評議員会へ教育病院としての認定を附議する。

研修病院で当初から研修するさいも、途中から参加するにしても、先に述べたとおり、当該研修病院が内科学会認定の教育病院であることが大切な条件になってくる。大学病院はその教育病院として認定されるが、研修病院の場合は一定の審査を要する。

レジデントとして研修病院に採用されて、認定内科医の資格を取得した後、さらにそれに上積みされた各専門分科の専門医を望むにも同じく、当該病院が分科学会の研修病院として指定されていなければならない。

このようなことも、研修医が研修病院を選ぶ条件にも

かかわってくるので、研修病院の資格認定にはさらに意を配る必要がある。

なお、アメリカにおける臨床研究振興策をみると、卒後初期研修を終えた後、臨床研究に従事した期間を専門医資格の過程のうちこれを認め、しかも当初（1960年代）は年間4,000人を対象に、NIHの補助金が支給されてきている。その精神は、わが国の学位にあたるものといえようが、このような課程もまた参考にしなければならない。

(2) 外科系の専門医教育

外科診療水準の維持と向上を目的として、昭和40年代後半から、認定医、専門医制度が検討され始めている。日本外科学会では昭和54年から外科認定医制を発足させ、日本小児外科学会、日本脳神経外科学会などの学会でも同じく発足をみている。その他の外科系の学会（日本胸部外科学会、日本消化器外科学会など）でもそのような準備が進められている。

各大学病院における卒後研修の初期到達の目標には、この日本外科学会の認定医受験資格をあげるところが多い。通常、卒後4年間に達成することを想定して、その認定は日本外科学会によって独自に行われている。この制度が始まって、少なくとも臨床研修には、外科の各大学施設間の隔差はかなり縮小し、臨床研修の実態もまた年ごとに充実、向上をみせている。

昭和63年からは、日本外科学会が中心になって外科系関連学会協議会が発足し、外科の認定医、専門医は幅の広い臨床の基礎的研修の後に、専門分科するのが望ましいとする認識に基づいて、研修カリキュラムの調整および認定医制度の整合性の検討が進められている。このような制度は、今後のわが国の医療に、また臨床研修にいうまでもなく影響を与えることになるのであろう。

(3) 学位制度

大学における学位制度がこれまで、わが国の臨床研究に果たしてきた役割りは、内科系、外科系を問わず大きい。その意義はもちろん評価されなければならない。が、卒後の臨床研修に、この学位制度が及ぼしてきたマイナス面もないわけではない。

現在も臨床系における学位制度は存続しているが、その実態は大学によって様々である。臨床系における学位取得のための研究の期間、時期、研究の場、研究期間中の身分などは、大学によって、また講座によって異なる。研究専念の期間を設けているところもあれば、臨床研修と並行して学位取得のための研究が行われている場合もあり、テーマも基礎医学から臨床医学まで広い範囲にわたっている。

臨床医となるための卒後研修中に、一定期間研究に従

事することの意義は大きい、学位の有無と臨床診療上の能力とは必ずしも一致しない。教育・研究畑の道を選ぶには必要な学位ではあるが、学位の有無が臨床医としての地位と収入にも影響しかねないなど、矛盾は従来からも指摘されてきたことである。

認定医制、専門医制の発足により、この点は次第に解決されていくことであろうが、同時に臨床医学における学位制度についても検討が必要である。

ところが現実には、専門医かつ学位を希望する研修医が少なくない。したがって、とりあえずは学位申請時に必要な研修歴として、研修病院における研修歴をどのように取り扱うか、あらかじめ合意を得ておかなければならない。また、大学院と臨床研修の関係も十分に検討されねばならない。

5) 研修医の待遇改善

(1) 研修病院

研修病院における研修医の待遇を、「臨床研修病院ガイドブック '89」に掲載された212病院の紹介資料に基づいて、身分、宿舎、給与などにつき検討したところ、ことに給与面には、次表のとおり、設立母体によってその差が著しい。

研修病院における1年次研修医の給与月額
(単位：万円)

病院区分	病院数	最低額	最高額	平均額
国立病院	44	10.4	14.9	14.2
自治体病院	76	12.0	43.8	21.0
公的病院	62	13.0	40.8	22.4
私的病院	30	14.2	41.3	25.4
計	212	10.4	43.8	20.8

(千円未満は四捨五入)

このような設立母体間の給与差を検討してみると、国立病院における研修関係の予算は、教育資材費および研修指導医謝金に対する補助金のほかに、非常勤職員としての研修医給与が予算化されている。しかし、それ以外の病院には、国から教育資材費および指導医謝金について補助金が与えられるのみで、研修医給与の予算はなく、各病院がこれを捻出しているのが実情である。このような自己努力にも限界があろう。国立以外の研修病院にも、研修医給与が国から予算化されることが望まれる。

また、1年次研修医の給与より2年次研修医の給与のほうが高い病院は、国立病院では皆無、自治体病院では68%、公的および私的病院では100%であった。38%の病院は研修医の宿舎を持たないが、その多くは大都市、

ないしはその周辺の病院である。研修医の健康保険には、ほとんどの病院が加入している。

(2) 大学病院

① 国立大学

国立大学における研修関係の予算は、国立病院における予算体系と同様である。文部省の資料によると、国立大学における平成元年度の研修医給与予算は月額14.7万円(日給制)、ほかに健康保険の予算もついている。昭和63年度の東京大学の例をみると、研修医の給与月額は平均14.2万円である。

② 公立大学

公立大学の研修関係の補助金は、国立大学とは違って、研修医給与分を欠いているが、国立大学にほぼ準じた給与額としている。たとえば、京都府立医科大学では、昭和63年度の研修医給与月額は14.0万円である。

③ 私立大学

私立大学における国からの研修予算も公立大学のそれに準じており、研修医給与の捻出に喘いでいる。日本私立医科大学協会が昭和63年に発表した「卒直後臨床研修に関する調査報告書」によると、私立29医科大学・医学部における研修医の給与月額は、最低1.5万円、最高15.0万円、平均して5.5万円である。

(3) 研修医の待遇格差の改善

研修病院の研修医の身分は、国立病院の時給非常勤職員制(週31.5時間)から私的病院の正規職員まで様々である。時給でありながら、超過勤務手当が支給されない非常勤制など、問題も少なくない。研修病院でも、一部の病院では、名目上の勤務時間を一定に制限した非常勤職員制時給を採用しているが、しばしば24時間勤務せざるを得ない研修医にとって、この時給制度はなじまない。設立母体間の研修医給与の差は研修医の身分とも関連し、当初から正規職員、またはそれと同等に扱う病院もあって、国立病院にはそのような例はないが、自治体、公的、私的病院の順に増えて、私的病院では33%に達している。このことは地域による、または設立母体による医師の需給状況を反映したものであろうか。

国・公立大学の研修医の給与は、国立病院とほぼ同じ水準にあり、身分も同じく非常勤職員である。しかし、私立大学病院の研修医の給与には、必ずしも高いとはいえない国立病院、国・公立大学の給与ともかなりの隔たりがある。研修中の身とはいえ、社会人として自活できる給与ではない。宿舎があるのも7大学(24%)に過ぎない。また、アルバイト不問の大学が21(72%)にのぼっているが、それでは患者に対する責任がなごりにされる恐れはないか、格差は正を含め、飛躍的な改善が望まれる。

6) 国際比較

卒後教育のあり方が改革し難いのは、それが現行の医療制度に深く結びついているからである。しかし今日、医療は与えるものから、社会のニーズへの対応という思想に変化してきている。それは国際的常識になってきている。このような観点からすると、卒後教育もまた国際的基準にそったものでないといけな。今後、国際交流は日常のこととして実現するだろうし、それに伴い社会は、供給される医療の質と量に、国際的視点でも劣らないものを準備するよう求めるであろう。

さて、国際的にみて卒後教育にどのようなことがなされているか、いくつかの事例をあげてみる。

1. 先進国では、卒前教育、卒直後から有能な医師を育成するまでの教育、さらに生涯教育が一貫したものとして実現している。

2. 卒前段階におけるベッドサイド教育も、わが国のように短期間で、しかも見学だけに終わるのではなく、できるだけスタッフの一員として医療に参加する中で学習するように組まれている。諸外国における臨床教育は、このクラシックが主体である。この方式が確立してから、さきに触れたことでもあるが、アメリカでも、全科を経験するインターン制度は廃止され、卒後研修の内容が変わった。つまり、卒前教育と卒後教育は連動して改善されている。わが国の現行の臨床教育はなお、講義中心であり、臨床実習も見学だけである。しかも卒後研修でストレート方式が大勢であると、医師として求められる医療に関する基本的な知識と技法に欠ける、いわゆる専門医を作りだし、それを固定化してしまう危惧がある。

3. 先進国のみならず途上国においても、今日では、卒前教育は問題志向に基づくカリキュラム、あるいは地域の中における教育方式へ変化しつつある。これは、科学技術の進歩や社会のニーズの変化に対応するのに、各大学をあげて、あるいは国のレベルで、医学教育の改革に取り組んできた帰結である。しかし、わが国はなお各講座のレベルで教育がなされていて、求められる改革に対応しかねている。これは、卒後研修のあり方にも強く影響している。

4. 多くの国で卒後教育は十分体系化されている。アメリカでは、アメリカ医師会、アメリカ医科大学協会、各専門医学会で構成される卒後医学教育認定委員会が指導にあたって、各科の専門医教育の基準を作っている。卒後教育の第一年目はストレートに志望する専門科に入るのではなく、定められた診療科で基本的な研修をすることが義務づけられている。そして専門医教育制度も各学会が独自に持っているのではない。教育にあたる教育

病院もそのための委員会で認定を受けねばならない。イギリスでも従来、卒後医学教育協議会があって、卒後教育のあり方の指導にあっていたが、これが今日では卒前教育を指導している医学協議会に合併して、卒前、卒後の一貫した教育を一層押し進めることになったという。専門医教育を受ける前に、医師としての基本的研修を決められた科で体験することが義務づけられている。ヨーロッパ各国の実情をみると、インターン制度があるのはオーストリア、ドイツなどごくわずかであるが、専門医教育を受ける前に他の科で研修することを義務づけているのは、オーストリア、チェコスロバキア、デンマーク、フィンランド、ドイツ、ハンガリー、アイスランド、オランダ、ノルウェイ、スウェーデン、スイス、トルコ、イギリスなどである。

5. 研修医の身分や経済生活の保証は研修の内容と関連して、切り離せない事項である。過去のわが国のインターン制度が廃止され、現行の研修医制度がまがりなりにも定着してきているのは、研修医に手当が支給されていることが大きな要因になっている。しかし、わが国の研修医に支給されている手当をみると、先にも触れられたことではあるが、たとえば私立大学病院では平均して月額5～6万円である。これでは生活できないので、アルバイトによる収入が生活を支えることになって、研修は分断される。本務の研修病院に定期的でない日が出てくる。これでは研修の実はあがりにくいし、医師の倫理感形成にも悪い影響を与えかねない。さらに担当している患者に対しても十分な責任を果たしえない場合も起こりうる。

国際比較の観点からしても、生活費を稼ぐために、定められた教育病院以外の施設で働くことを許しているところはない。わが国でも公式に許可しているわけではなく、やむなく黙認しているのであろうが、実際には公然と行われている。諸外国では、どの国もそれぞれの教育病院で定員と支給される給与あるいは手当が準備されていて、研修医は最低の生活が保証されている。わが国の研修医の身分や経済生活が保証されていないのは、まずは臨床研修に誰が責任を持つのかということが不明確にされているからである。

もちろん、国によって研修制度とその内容はいろいろである。しかし、今日、医療の質の確保が強く求められていることを考えると、国際的にみても妥当な研修制度が準備されねばならない。

3. 将来一活性化

時代とともに、専門医にもプライマリ・ケアの知識と技能が広く要求されるようになる。これも高齢化社会に

伴い複合性の、いいかえればある専門分野の知識だけでは対処できない病気をもつ患者が増えている。これもまた理由の一つではあろうか。

上述の現状分析をふまえ、時代の要請に応じた臨床研修の、活性化の方向を展望してみる。

(1) 一貫した教育体制の確立

研修医が能力ある医師に育つまでの一貫した教育体制を確立する必要がある。とくに研修病院では、卒後2年間の研修後、一人前に成長するまでの教育にも目を向け、2年後も研修医自身の選択にまかせるのではなく、研修が中断されないよう責任ある体制が準備されなければならない。

(2) 研修医の身分と生活の保証

研修医は医師免許取得後の2年間、大学病院または研修病院において、指導医のもとでプライマリ・ケアまたは専門医としての基礎修練がなかば義務づけられている。また、これを診療の面からすれば、指導医の指揮監督のもとに一定の診療責任を負って、研修と診療は不即不離の関係にある。このような研修の実態は、大学病院でも研修病院でも変りがない。

しかし、さきに「研修医の待遇改善」の項でも述べたように、大学病院にも、また研修病院にも、研修医の身分、給与には病院によってかなりの格差がみられている。低収入のため、いきおいアルバイトで糊口を凌ぐというのでは研修の実はあがらない。また医療における責任問題も起こりかねない。

また、非常勤職員という身分の時給制でありながら、しばしば24時間勤務を必要とするのに、超過勤務手当が支給されないなど、問題は少なくない。研修医の身分と生活の保証が最低限必要である。

(3) 病院群の強化

①大学病院と研修病院との連携・交流

「大学病院と研修病院の相互関係」の項にも述べたように、この両者の連携と交流をより緊密に、相互補完の関係を促すことは、大学病院、研修病院のいずれにとっても、また指導医、研修医側にとっても有益なことであり、地域医療への理解も深まる。しかしそれには、なおいくつかの問題を解決しなければならない。たとえば、研修病院の研修医受け入れ枠を拡大する、それに伴う指導医陣の強化、研修病院の各診療科と大学の各教室における研修カリキュラムの一貫性、ないし補完性についての協議、指導スタッフの交流、などの点であろう。研修医の枠拡大と指導陣の強化については、財政的裏づけを必要とすることはいうまでもない。

②いわゆる関連病院（教育関連病院）の認定

現在の研修病院の数では不十分である。しかし指定の

条件を、全病的に研修設備・研修体制の整った総合病院に限定し続けるかぎり、その数の急速な増加はほとんど見込みがない。昭和58年から平成元年までの6年間に、研修病院の総数は191から229へと、わずか38病院が増えたにすぎない。

昨今は私立大学が附属分院を増設する機運にあって、それがただちに研修にも参加している。これと同様に、研修病院の指定を必ずしも総合病院に限るのではなく、各学会の専門医研修施設ないしは診療科を、現在の研修病院に準ずるものと認定して、その不足を補うのも一法ではないか。そうなれば、かなりの余裕を生じ、プライマリ・ケアを含む研修の活性化にもつながるに違いない。研修病院と学会認定病院の間に現在、さきに指摘されているような格差があるとすれば、これも見直す必要がある。

(4) 臨床研修成果の評価

大学病院および臨床研修病院における各研修医の研修が、期待した水準に達しているか、偏りのない研修内容であるかなど、研修の各段階におけるその成果を評価することが不可欠である。従来、この評価がなおざりにされるきらいがある。臨床研修研究会でもこの点に着目して、昭和63年および平成元年の学術集会において、研修評価の問題を主題にとりあげている。大学病院・研修病院を通じて標準的な評価基準・評価手法を確立することが必要である。

(5) 研修医の進路拡大・自由化

現在、大学病院における研修医には、研修修了後、主として次の3つの進路がある。

①同じ大学または他の大学の教室員として在籍し、関連病院への途中派遣、留学、認定医・専門医資格・学位の取得などの道を経ながら、最終的に教育職にとどまる。

②同じ大学または他の大学の教室員として在籍した後、大学以外の病院に就職する。

③同じ大学または他の大学の教室員として在籍した後、診療所を開設し、地域医療を続ける。

また、研修病院における研修医には、研修修了後、主として次の3つの進路がある。

④出身大学または他の大学の教室員に移り、①②③と同様の経路をたどる。

⑤同じ病院または他の病院に就職し、臨床修練を続ける。その場合、主として全国的研修病院においては、①と同様に、他の病院への途中派遣、留学、認定医・専門医資格・学位取得の機会もある。

⑥同じ病院または他の病院に就職した後、診療所を開設し、地域医療を続ける。

いずれの道をとるにせよ、それらの過程の、少なくともある時期には、大学側の十分な理解が必要になる。①②③の道はとくにそうであって、大学の薄給に甘んずる理由にもなっている。ただ、新設の医大では、既存の大学による病院の系統化が強いため、②の就職の道が狭められていることも、しばしば話題にはなっている。

他方、研修終了後の進路選択にとくに難渋しているのは、研修病院における研修医である。④の大学への転籍は、研修開始前に予約していないかぎり難しい。⑤の就職の場合も、空席が容易には得られず、病院側は研修医の進路斡旋には苦慮している。

しかもなお、若手医師には勤務医を志向する傾向はますます強い。勤務病院の斡旋には、かなり隘路があって円滑さを欠き、病院間に希望者の過密・過疎が生じていることも事実である。この状況を打破するには、教室の系統を離れて、広く研修医の進路を斡旋する機関が必要とも考えられる。そのような努力によって、研修医の進路拡大・自由化が図られるなら、医療全体の水準向上にもつながる。このような方向にも、大学側の理解を得ながら、前向きに対処できればと考える。

(6) 研修指導医に対する指導者研修の強化

大学教授を含む研修指導医をはじめ、多くの医師は教育学に関する教育・研修を受けた経験がない。卒前教育もさることながら、研修医の指導にも多分に教育学的手法を必要とする。厚生省と文部省が、医学教育学会および医学教育振興財団の助力を得て、研修指導医に対する教育学的研修を毎年1回行っているが、せっかくの研修も希望者の数に比べて、受講できる指導者の数は甚だ少ない。この種の研修の場を増やして、体系化された研修指導方式を普及させることも、臨床研修の活性化に寄与することになろう。

また一方では、そうした指導医の努力に対する実際的な評価が必要になる、このことも忘れてはならない事項と考える。

(7) 臨床研修に関する継続的調査・研究

臨床研修に関する意見は、時期を追って多数発表されているが、それも時代に即応したものでなければならない。現時点を対象に、大学病院と研修病院を同じ視野の中に捉えたのは、この中間報告書が初めてのものであろう。大学病院も研修病院も、改善を旨に、時代の要請に応える姿勢と、常に調整の努力を怠ってはならない。

これを機会に今後とも、なんらかの機関、方法をもって臨床研修に関する横断的な調査・研究が続けられ、しかもそれぞれが独自の立場を尊重することによってこそ、総合的な方策も生まれてくるものと期待する。

4. あとがき

医学教育については現在、かつてない関心の高まりがみられる。とくに、臨床研修のあり方であるが、より多角的な観点から現状を把握し、そして将来への道を探ってみようというのである。それらの意見を総合してみると、次のような課題が浮かんでくるのではなかろうか。

(1) 医学教育の一貫性

臨床研修も医学教育の一環として考えねばならない。卒前教育、卒後の臨床研修、専門教育（医師として自立するための継続教育）、生涯教育の連係作業がまずは鮮明に認識されねばならない。研修病院においても、2年間の研修後に続く教育的配慮がなければならない。

(2) 研修のための病院群の強化

卒前、卒後を問わず、臨床の実地診療には、大学病院、研修病院（研修病院の整備を含め）の相互補完性を具現させる必要がある。大学を中心に始まった医学教育であることは、今後とも基本的には変わらない。若者の寄らば大樹の陰といった心情も、むげに否定はできず、応分な対応が必要である。研修病院との連携作業にも、大学側と研修病院側がより積極的な配慮をもって、柔軟な施策を進めることが肝要である。

(3) 臨床研修カリキュラムの基本と多様性

研修カリキュラムであるが、まずは医師としての最低限の目標を達成したうえで、プライマリ・ケアから専門医、そして研究者、教育要員まで、できる限り短期間に効率よく育成する必要性を考えると、卒後研修にも、双方の立場ないしは長所、特徴を互いに生かすことによって、相補性の実をあげる以外にない。いきおい、基本をふまえたうえで、多様なものにならざるをえない。たとえば、アメリカの NIH が補助金を用意してまで、臨床研修の実績をもった専門医の育成を企図していると同時に、一方では一般的家庭医機能の実践的研修にも力を入れている。そのような多様性を考慮すれば、大学、研修病院双方の特徴にみあった役割分担が当然生じてくる。いずれのコースにせよ、双方の相互乗り入れに始まる協同作業が最善の道といわねばならない。

(4) 臨床研修教育要員の育成

教育には一見無駄に見えるかもしれない費用を要するものである。教育要員の確保とその経済的裏づけに十分な配慮がなければならない。定員の拡充と、ときには非常勤の要員も許されてもよいのであろう。非常勤でもとなれば、病院側が open ないしは semi-open system を採って、臨床研修を終了し、能力ある実地医家の、少なくとも外来教育への参加は推奨されてよいと考える。病診連携の勧めにもなることである。地域医師の生涯教育

の場を確保，拡充するにも好都合な方策といえよう。

(5) 臨床研修医の身分ならびに待遇改善

臨床研修医に対し，国の補助が得られるようになったことは大きな前進と，行政の理解を高く評価するものであるが，さらに一層の配慮が欲しいものである。

「実地診療即教育」の実学特有の不可分論議，ないしは国民医療を担っている研修医の貢献度と実績はぜひとも評価いただきたい。研修医としての身分の保証，なら

びにアルバイトなき臨床研修が必要なのである。なお，研修医自身について臨床研修の補助金であるならば，大学，研修病院の相互交流研修も一層容易になることであろう。

行政当局の特段の配慮を期待するものである。

以上，臨床研修懇談会の意見を要約し中間報告として提出させていただき，大方のご批判をお願いいたします。

資料12：全国医学部長病院長会議

医師国家試験に関する委員会・専門委員会の答申

第80回（昭62. 3. 26）

第81回（昭62. 11. 2）

第82回（昭63. 11. 2）

第83回（平元. 11. 2）

臨床実習の実技教育に関する検討小委員会の見解

（平元. 4. 20）

臨床実習の実技教育に関する要望書（平元. 5. 20）

医学教育カリキュラムの現状（昭63. 3. 31）

資料13：国立大学協会・会議検討事項

（昭60. 5. 24～平元. 7. 10）

「将来の医師需給に関する検討委員会中間意見」に関する各大学の意見のまとめについて（昭60. 5. 24）

医学部学生定員数と教官の現状について（昭60. 10. 9）

大学におけるプライマリ・ケアの問題について（昭61. 1. 29）

医学教育に関する特別委員会の今後の進め方について（昭61. 6. 17）

「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議中間まとめ」について（昭61. 11. 6）

「同上（最終まとめ）」について（昭62. 11. 10）

大学病院の外来患者制限の動きに関する対応について（昭63. 2. 18）

カウンセリング問題と本委員会のあり方について（昭

63. 6. 7）

医学教育をめぐる最近の動向について

医学教育問題について討議すべき課題について（昭63. 9. 26）

卒後臨床研修について（昭63. 11. 28）

卒後臨床研修における大学病院の位置付けについて
大学病院を中心とする臨床研修の改善すべき点について

臨床研修医の定員について（平元. 2. 6）

卒後臨床研修における国立大学病院の体制について

卒後研修と研究，大学院について（平元. 5. 15）

卒後臨床研修カリキュラムについて（平元. 7. 10）

資料14：日本私立医科大学協会

医科大学における教務委員会等についての調査報告（昭61. 4）

医学進学（教養）課程に関する調査報告（昭62. 5. 21）

卒直後臨床研修に関する調査報告（昭63. 5）