

卒後基礎的臨床教育*1

福 間 誠 之*2

はじめに

現在の日本の医学教育についてみると、非常に進歩した最新の医学的知識の伝達ということには臨床医学の教官も基礎医学の教官も非常に力を入れているが、将来医師となるために必要な臨床の技能・態度の教育にはあまり熱心でないようである。また、学生が臨床実習の時に患者を直接診察することは法律的にも問題があるとされ、しかるべきところで検討がなされているようである。このような学部教育の現状を知ると、卒後臨床研修は将来医師として自立できるようになるために重要な期間であると考えられる。

大学を卒業したてのまだ柔軟な考え方を持っている若い間に医師としての基本的技能・態度を身につけるといことは、将来どのような科の専門医になるにしても大切なことである。これからの医療が身体臓器の病気だけでなく、人間を全体としてとらえて、疾病に病んだ人を全人的に治療しようとすることを目指していることから、卒後臨床研修の期間はすべての医師に求められる基本的な技能・態度の習得の期間として位置づけるべきである。

臨床研修制度はインターン制度が廃止されてそれにかわるものとして発足したのではあるが、現実には教育者の側にも卒業生の方にも、医師としての基本的技能・態度の修練期間という受けとめ方がなされていないようである。

最近になって学会認定医・専門医制度が注目され、その専門医の教育と臨床研修制度の関係あるいは臨床系大学院と臨床研修との関係もはっきりしなくなってきている。

1. 卒後教育の歴史

わが国の医学教育のなかではほとんど実技訓練がなされていなかったために、明治末期から大学卒業後もある期間、特定の医局に残るのが慣行になっていた。これに学位制度が加わり、訓練や教育をうけ、研究をさせてもらうために徒弟的な関係が生じて、いわゆる無給医という非公式の制度が形成されていった。

昭和15年に医薬制度調査会は、厚生大臣に卒後臨床教育を制度化するために「医療制度改善方針に関する答申」を提出している。医師免許取得前の基礎的診療に関する修練の充実策として、

- 1) 医師の免許には1年以上一般の診療に関し、必要なる修練を要することに改むること。
 - 2) 修練は指導医師をおいてこれを行うこととし、もっともその効果をあげよう指導医師に対する被指導者の数を案配すること。
 - 3) 修練はなるべく現在の学校教育期間中ににおいて実施すること。
- の3項目をあげている。

昭和17年に制定された国民医療法、同法施行令には、医師実地修練に関する規定があったが、実施前に敗戦となり、昭和21年になって改正国民医療法では、医学専門学校卒業者にのみ、1年以上の診療および公衆衛生実地修練が、国家試験の前提として必要条件とされた。しかし、占領軍の強力な指導により、昭和23年から大学卒業の者も一律に実地修練が課せられるようになり、これがいわゆるインターンである。このようにわが国のイ

*1 Fundamental Clinical Training Immediately after Graduation.

キーワード：プライマリ・ケア，研修医，研修方式，研修指定病院，臨床研修費

*2 FUKUMA, Seishi 京都第一赤十字病院脳神経外科，日本医学教育学会卒後臨床教育委員会委員長

ンターン制度は、社会の必要性から生まれた制度というよりは、押しつけられた感が強く、医学教育に携わる人達のなかでも十分制度の本質を理解し実行した人は少なかった。

この制度は、発足当初から予算的措置もなく、身分も学生でなく、また医師でもないため中途半端で非常に不安定なものであった。また、実地修練生を受け入れる側も何を教育するのか指導目標ははっきりしておらず、医師の下働きの存在で、検査をしたり、注射をさせてもらって、臨床的技術を習得していたが、生活の保障がないために、他の医療機関で診療をして報酬を得ていた。医師免許証がないので、本来独立して診療に携わることはできないのであるが、「指導医のもとで」という名目で実際には患者の診療にあたり、これはまた臨床能力の修得には役立っていたと思われる。しかし、適切な指導、チェックがなければ、独善的な正しくない技術や態度を身につけるおそれもあった。

このような状況では当然インターンの不満がつのり、インターン制度反対運動が次第に高まって全国的な運動となった。昭和38年から国立病院でのインターンボイコット、さらにはすべてのインターンボイコット、国家試験ボイコットとなり、ついには全国的規模にまで広がった大学紛争につながった。

大学側も目的のはっきりしないインターン制度に反対の態度を示し、昭和43年についてインターン制度は廃止された。そのかわりに、医学部卒業と同時に医師国家試験の受験資格を与え、その後大学付属病院または厚生大臣の定める教育指定病院において2年間の臨床研修を終了したものを医籍に登録する登録医制度がつくられた。しかし、これも医学生にとっては、従来のインターン1年が2年間に延長され、研修条件の改善もないのであれば、実質的には青年医師の「労働力搾取」であるとして、強く反発し、運動を展開した結果、ただ単に受け入れ施設長（病院長）が厚生省に報告すると修正され、成立して今日にいたっている（報告医制度）¹⁾。

昭和43年7月16日、厚生省医務局長から各臨床研修を行う病院長宛に「臨床研修の運用について」という通達がだされ、臨床研修運用方針のなかで

臨床研修の目的が、次のように述べられている。「臨床研修は、医師が、適切な指導責任者のもとに、常に社会との関連において疾病を把握しつつ診療に関する知識および技能を実地に練磨し、医学の進歩に対応して自ら診療能力を開発しうる基礎を養うとともに、医療における人間関係、とくに医師と患者との関係についての理解を深め、あわせて医の倫理を体得し、医師としての資質の向上をはかることを目的とする」として、実際の方法としては継続して2年間それぞれの診療科に所属して行われ、2科以上の診療科について行う場合には臨床研修連絡会を設けるように指導している。

昭和46年12月に日本医学教育学会卒後臨床教育委員会（吉利和委員長）は卒後基礎的臨床教育に関する試案をだし、このなかで次のように述べている。「わが国における医学教育の現状をみると、大学医学部における教育のみをもってしては医療の実地活動を開始する上には著しく不十分であり、何らかの形で卒後の基礎的臨床教育が必要と考えられる。卒後臨床教育では、医師免許証を保持した医師が、医師としての責任と自覚の上にたつての修練を行うことが中心となる」。そしてその目的は「専門的な知識の獲得、診療技術の修得とともに、患者に対する責任の自覚、医師としての資質の向上を図る」としている。

2. 卒後臨床研修とプライマリ・ケア

医学の進歩にともない医療の分野での専門分化が進み、細分化されて、医療技術の面では専門化されより高度化されたが、一方ではあまり専門化されすぎて、専門以外のことはわからない、あるいは境界領域の問題がとり残されるという事態が起り、プライマリ・ケアの必要性が認識されるようになってきた。

昭和48年12月7日医師研修審議会（塚本憲甫会長）が「臨床研修の充実について」という建議書をだしている。この中で「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、初期診療などのいわゆる Primary care に対するニーズがきわめて高い。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。」と述べている。

昭和50年10月24日には医師研修審議会（日野原

表 1 臨床研修指定病院数

(平成元年4月1日現在)

	開設者別	年 度											元
		46	50	55	57	58	59	60	61	62	63		
国	厚生省	22	25	30	35	36	37	40	40	40	40	40	40
	三公社	5	5	6	6	6	6	} 15	16	12	13	14	
	その他	3	3	5	4	5	9						
	計	30	33	33	45	47	52	55	56	52	53	54	
公 的	都道府県	15	25	32	32	33	33	33	34	35	37	38	
	市	7	16	21	27	27	28	30	32	32	34	36	
	その他	18	25	28	31	31	31	33	33	33	34	34	
	計	40	66	81	90	92	92	96	99	100	105	108	
そ の 他	社会保険関係団体	12	13	15	17	17	17	17	17	17	17	18	
	公益法人	8	10	11	11	11	13	13	13	14	14	14	
	その他	7	9	10	10	11	11	13	14	18	19	20	
	計	27	32	36	38	39	41	43	44	49	50	52	
一 般 病 院 計		97	131	158	173	177	185	194	199	201	208	214	
精 神 病 院		9	11	11	12	14	14	15	15	16	16	16	
合 計		106	142	169	185	191	199	209	214	217	224	230	

(注) 病院群による指定5カ所6病院を含む。

(厚生省調べ)

重明会長)は卒後臨床研修の目標と内容の意見書を具申した。このなかで「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・ケアの基本的知識・技能を修得することができるように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」と述べ、「臨床研修の目標と内容」でかなり具体的な研修目標をあげている。

さらに昭和53年3月2日には同じ審議会が「プライマリ・ケアを修得させるための方策」の意見書を提出している。ここで「プライマリ・ケアを修得させるための臨床研修の目的とするところは、患者やその家族の健康上の問題解決のための幅広い知識と臨床能力を持ち、問題をもっとも効果的に処理するとともに生活指導のできる臨床医をつくることにある」と述べ「具体的には、①もっとも普通にみられる病気や外傷などの事故の処置ができること、②救急の初期診療ができること、③適切な時期にしかも安全に専門の医師にケースを送り届けることができることであり、さらに、④病気予防の措置や指導ならびに生活管理を主とする慢性疾患または身体に障害を有する者

に対し、心身両面の指導ができる臨床医をつくることである。」としている。そして研修計画はそれぞれの病院で社会および研修医のニーズに応じた具体的な研修カリキュラムを作成することを求め、「プライマリ・ケアを中心とした研修の具体的実施方法」を参考資料として加えている³⁾。

平成元年6月14日には医療関係者審議会臨床研修部会(坂上正道部会長)は卒後臨床研修目標を具申している⁴⁾。このなかで「医学・医療の高度化による臨床医の専門分化にともなって、若い医師の間に早急に専門的な技術を身につけようとする傾向があり、これを放置すると特定な領域しかみることのできない臨床医が増加するおそれがある」ことを指摘して、人口の高齢化、慢性疾患の増加、患者のニーズの多様化にこたえ、「医師は単に専門分野の疾患を治療するのみでなく、患者、家族の抱えるさまざまな身体的、心理的、社会的問題も的確に認識・判断し、医療チームの中で治療、看護、介助サービスなど種々の方策を総合的に組織・管理し、問題解決を図る能力を備えることが必要となってきている」と述べている。そして「期待される医師像」および「臨床研修の意義」の見解に基づいて、プライマリ・ケアの知識・技

表2 指定病院のベッド数と医師数（常勤）

ベッド数	指定病院	病院群	精神病院
299床以下	1	0	1
300～399床	31	4	2
400～499床	43	0	6
500～599床	49	2	1
600～699床	35	1	2
700～799床	29	1	2
800～899床	10	1	2
900～999床	2	0	0
1,000床以上	7	1	1
	207	10	17

医師数	常勤医	指導医
9人以下	2	10
10～19人	10	34
20～29人	6	58
30～39人	18	50
40～49人	30	31
50～59人	33	17
60～69人	37	12
70～79人	25	0
80～89人	18	3
90～99人	13	1
100～109人	11	0
110～119人	6	0
120人以上	14	0

能だけでなく、患者に接する態度、チーム医療で協力する習慣からターミナルケアまでの能力を備えた全人的医療を目指す医師の養成を掲げている。

3. 卒後臨床研修の実態

実際の卒後臨床研修はどのように行われているのであろうか。

1) 臨床研修指定病院数

昭和43年3月に「教育病院群制度検討打ち合わせ会」の「教育病院群制度について」と同年12月に「医師研修審議会」の出した建議書をもとに、厚生省は臨床研修病院の指定基準および同基準の運用を示す文書を作成している。これには具体的に研修病院の指定条件を記述しており、病院の規模のみならず、診療内容、指導体制のレベルについても厳格に示されている。その後昭和55年3月に指定基準の運用の一部が改正され、さらに昭和59

表3 大学病院のベッド数と医師数（常勤）

ベッド数	99床以下	
100～199床		6
200～299床		6
300～399床		8
400～499床		9
500～599床		4
600～699床		2
700～799床		26
800～899床		9
900～999床		11
1,000～1,099床		7
1,100～1,199床		13
1,200床以上		5
		11

医師数	常勤医	指導医
9人以下	1	2
10～49人	2	6
50～99人	2	6
100～149人	4	6
150～199人	6	3
200～249人	4	1
250～299人	1	0
300～349人	1	1
350人以上	5	0

年3月には医療関係者審議会臨床研修部会が取りまとめた新しい基準が作成されている。その改正の主な点は、臨床研修を地域の医療を担う複数の病院が協力して行えば有効な研修が行える場合に、これらの病院を「病院群」として指定する基準が設けられたことである。

昭和46年には臨床研修病院は精神病院9を加えて合計106であったが、少しずつ増えてきている。

平成元年には研修指定病院は厚生省関係が40、三公社14で国立病院は54、都道府県立病院38、市立36、その他の公的病院34で公的病院は108となる。社会保険関係団体立病院が18、公益法人病院14、その他20で一般病院の合計は214となり、精神病院が16でこれらを合計すると臨床研修病院は全部で230病院となる。

病院の開設者の内訳をみると、昭和46年は国立：公立：その他が30.9：41.2：22.1であったのが平成元年はその比率が25.2：50.5：24.3となり公立病院数のが増えている。これらの研修指定病院の他に全国の大学付属病院で臨床研修が行われ

表 4 臨床研修

(単位：人)

区分		年度別	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
研修対象者数 (A)			4,403	3,768	6,370	6,565	7,122	7,302	7,355	7,518	7,963	8,593
研修実施者数	大学	国立	276	298	745	1,488	1,711	1,742	1,903	1,829	2,006	2,161
		公立	280	279	487	756	854	852	790	748	790	837
		私立	187	1,348	1,959	1,956	2,203	2,243	2,128	2,154	2,593	2,953
		小計	743	1,925	3,191	4,200	4,768	4,837	4,821	4,831	5,389	5,961
	病院	国立	34	77	148	148	248	279	274	304	321	359
	公立	80	374	747	640	774	827	849	942	1,038	1,175	
	小計 (C)	114	451	895	788	1,022	1,106	1,123	1,246	1,359	1,534	
合計 (B)			857	2,376	4,086	4,988	5,790	5,943	5,944	6,077	6,748	7,495
研修率 (B)/(A)			19.5%	63.1	64.1	76.8	81.3	81.4	80.8	80.8	84.7	87.2
指定病院研修率 (C)/(B)			13.3%	19.0	21.9	15.8	17.7	18.6	18.9	20.5	20.1	20.5
区分		年度別	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62
研修対象者数 (A)			9,573	10,256	11,712	12,833	13,517	14,154	14,949	14,583	15,086	15,006
研修実施者数	大学	国立	2,345	2,660	2,759	3,283	3,432	3,862	4,022	3,660	3,963	4,410
		公立	897	852	870	853	899	1,072	1,134	1,078	1,084	1,150
		私立	3,258	3,209	3,488	4,008	3,937	4,231	4,453	5,038	4,418	4,471
		小計	6,500	6,721	7,117	8,144	8,268	9,165	9,609	9,776	9,500	10,031
	病院	国立	403	430	446	495	459	479	513	577	441	475
	公立	1,348	1,276	1,301	1,470	1,694	1,731	1,879	2,556	2,239	2,234	
	小計 (C)	1,751	1,706	1,747	1,965	2,153	2,210	2,392	3,133	2,680	2,709	
合計 (B)			8,251	8,427	8,864	10,109	10,421	11,375	12,001	12,909	12,180	12,740
研修率 (B)/(A)			86.2	82.2	75.7	78.8	77.1	80.4	80.3	88.5	80.7	84.9
指定病院研修率 (C)/(B)			21.2	20.2	19.7	19.4	20.7	19.4	19.9	24.4	22.0	21.3

ている。

2) 研修指定病院の規模と医師数

病院の規模は、その所有するベッド数と医師数でだいたい想像されるので、研修指定病院について臨床研修病院ガイドブックにより調査した(表2)。

病院の規模としてもっとも多いのはベッド数が400~499床で次に300~399床と中規模の病院が主流を占めているが、1,000床以上の病院が7病院あった。また、医師数は60~69人という所がもっとも多く次に50~59人、40~49人というところで、医師数が100人以上という病院も31ある。次に、研修病院指定基準の運用のなかに定められている指導医の数についてみてみると20~29人というものがもっとも多く、ついで30~39人、10~19

人という順になる。医師数からみると、医師数のなかで指導医の占める割の多い病院と比較的若手の医師の多いところがある。

大学病院についてみるともっとも多いのが600~699床の病院であり、分院ではあるが299床以下の病院も20病院あり、一方、1,000床以上は29病院あり格差が目立つ。学生数に対して十分でない600~699床の病院が多いのは新設医科大学が設置されたとき教育関連病院を含めて認可されたためであると考えられる。医師数は26大学病院についてしかわからないが、分院をのぞいてほとんどの病院は100人以上の医師がいて、最高は781人で指導医も417人となっている(表3)。

このように医師数および指導医の数だけ見れば充実しているといえるが、病院のベッド数も考慮

表 5 1 指定研修病院あたり研修医平均現員数推移

年 度	46	47	48	49	50	51	52	53	54
平均研修医数 (人)	7.4	8.3	8.2	8.1	8.8	9.4	10.2	11.2	10.2
年 度	55	56	57	58	59	60	61	62	
平均研修医数 (人)	10.3	11.2	11.6	11.6	12.0	15.0	12.5	12.5	

して適当な研修医数が決められるべきである。

3) 研修医の配分

研修指定病院における研修実施者数の推移は表 4 に示すとおりである。この制度の発足当初の昭和43年には4,400人であったがその後医科大学の増設もあり昭和52年には8,000人を越え、昭和54年にはその数が10,000人を越え、さらに昭和62年には15,000人となっている。

全研修対象者に対する研修実施率は、本制度の発足当初は別として63%から徐々に増えてきて、昭和52年には84.7%で最高となった。その後、減少し昭和55年は75.5%まで低下し、それからふたたび増加して昭和60年には88.5%とこれまで最高になっているが、それから減少し、変動が激しい。昭和62年は84.9%となっている。研修対象者の残りの者は、基礎医学あるいは公衆衛生などの社会医学系あるいは大学院進学または臨床研修指定病院になっていない癌・小児・循環器などの専門病院で研修を行っているものと思われる。

研修指定病院での研修の割合は当初よりは次第に増加してきていたが、最近はやや減少の傾向がみられ、昭和62年は21.3%となっている。

1病院あたりの研修医現員数を表1と表4から求めると表5のようになり、平均12.5人となる。

大学付属病院での研修医数を同様にして計算すると1病院あたり114.6人となり、研修指定病院の約10倍の研修医が大学付属病院に集まっていることになる。大学病院には指導医の数は十分あるが、病院のベッド数は一般研修指定病院とあまり変わらないことからみると研修医1人あたりの受け持つ患者数が極端に少なくなるために、臨床能力の研修が達成できるかどうか危惧される。

4) 募集方法および選択方法

臨床研修病院ガイドブック'90による研修指定

病院で公募していないところは222病院中30病院(13.5%)で、昭和61年に比べて公募が減ってきている。残りは一応公募していることになっているが、実際の研修医の選抜方法をみると、試験(筆記、口頭、論文)をしているところは44(22.9%)、面接だけのところは98(51.0%)で、大学からの推薦が50(26.1%)あり、これは実質的には公募していないことになっているとも思われる。ある特定の大学の臨床講座から2年目だけの研修にきているような場合があり、他からはほとんどはいる余地がないところもある。

地域によってはその地方の大学と関連を持って研修医を回してもらわなければ医師が集まらないところもあり、研修病院独自のカリキュラムが実施できないこともある。

5) 研修期間

研修指定病院ではそれぞれが独自の研修カリキュラムを組んで2年間の研修を行っている所が多いが、病院によっては1年目の研修のみ(1病院)や2年目のみ(5病院)の研修医しか受け入れていないところもある。ガイドブックにはでていないが、実際には1年間大学付属病院である特定科の研修をすませてから2年目の研修に研修病院にでていいるものがある。この際病院によってはローテイトしているところもあるが、専門科に所属して研修をしている者もあり、医師としての基本的な臨床能力の習得という卒後臨床研修の目的からはあまり好ましいことではない。

2年間の臨床研修を終えたあとの進路は大学へもどるもの、そのままその病院の職員に採用されるものもあるが、さらにより専門的な研修をするためにレジデント制(専修医、非常勤医員、医員)をしているところが222病院中101(45.5%)ある。職員に採用された者の中にもさらに専門医の資格をとるために引き続き研修しているものもあ

表 6 研修医の月給—指定病院

10万円未満	1 (0.4%)
10万～15万未満	50 (22.5%)
15万～20万未満	48 (21.6%)
20万～25万未満	70 (31.5%)
25万～30万未満	26 (11.7%)
30万～35万未満	7 (3.2%)
35万～50万未満	3 (1.4%)
40万円以上	4 (1.8%)
計	209病院

(研修病院ガイドブック '90)

表 7 研修医の月給—私立大学病院

3万円未満	2 (6.9%)
3万～5万円未満	11 (37.9%)
5万～7万円未満	9 (31.0%)
7万～9万円未満	1 (3.5%)
9万～11万円未満	1 (3.5%)
11万～13万円未満	2 (6.9%)
13万～15万円未満	2 (6.9%)
15万円以上	1 (3.5%)
計	29校

(日本私立医科大学協会：卒直後臨床研修に関する調査報告書)

るので臨床研修を終了した者のうちどれくらいが専門医としての研修をしているかの実態は不明である。

6) 研修医の身分

研修指定病院では常勤職員としているところが多いのではあるが、特別な職種として扱い、正規職員に準ずる待遇は受けるが、ほとんどが期間を限定するなど非常勤的な身分であり真の正規職員ではない。中には正規職員として採用している病院もある。

研修医の名称も病院によって種々であり、非常勤職員、非常勤医師、常勤嘱託、非常勤国家公務員、非常勤嘱託、嘱託職員、嘱託、臨時医師嘱託、研修医(公務員に準ずる)、臨床研修医、医員(ただし2年間の期限付き)、常勤、準職員といろいろある。大学付属病院では、臨床研修医、研修医、一般職の非常勤職員(国家公務員法の適応を受ける職員)、医員(臨床研修医)、非常勤、臨床研修医(副手として委嘱)、専攻医、助手(研

究医員)、前期助手などといろいろの名称が使われている。

7) 研修医の待遇

研修医の待遇について臨床研修病院ガイドブック'90により調べてみると研修指定病院では月額支給額は90,000円から504,875円までであり平均205,990円であった。この金額は昭和61年のものに比べて20,403円(10.9%)の増加になっているが、1年間2.7%の上昇は一般のベースアップよりも少ないのではないかと思う。もっとも多いのは月額で20万から25万円で全体の31.5%を占めている(表6)。

一方大学病院の研修医に対する手当は国立大学は給与月額142,000円、公立大学では140,000円であるが、私立大学はかなりばらつきがあり、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最低15,000円から最高150,000円まであり、平均61,000円となり国公立に比べてかなり隔たりがある(表7)。これでは研修医の生活ができないためいわゆるアルバイトをして収入を得ているのが現状であり、大学病院側もこれは止むを得ないこととして黙認しているようである。

その他の待遇については、病院職員に準じているところが多いが、施設によってかなり差があるようである。健康保険の資格は共通して与えている。

募集要項に研修医の宿舍ありと明記してあるところは133/223(59.6%)あり、なかには希望により斡旋するとしているところや住宅費の補助を出しているところもある。

8) 研修方法

臨床研修は、医師として必ず具有すべき基本的診療知識・技能を修得せしめ、将来専門領域に進む場合でも幅の広い専門医となれるような基礎を作ることによって、国民医療の重要な担い手である医師の資質を高めることを目的としたものである。厚生省はプライマリ・ケアの分野について、充実した研修がすすめられるように重点課題としてあげている。その方法としてローテイト方式が奨められ、国からの補助金の配分も多くなるようにされた。さらに昭和60年度からは、救急・

表 8 臨床研修実施状況—総合診療・ローテイト・ストレートの別

区分	平成元年度			
	総合診療	ローテイト	ストレート	計
公立大学	0人 (0%)	308人 (21.5%)	1,122人 (78.5%)	1,430人 (100%)
私立大学	136人 (2.4%)	1,967人 (35.2%)	3,478人 (62.3%)	5,581人 (100%)
公私立の指定病院	171人 (5.8%)	802人 (27.1%)	1,987人 (67.1%)	2,960人 (100%)
計	307人 (3.1%)	3,077人 (30.9%)	6,587人 (66.0%)	9,971人 (100%)

小児疾患などを含む通常みられる疾患に対処できる幅広い知識・臨床能力を修得させるための研修プログラムに対しては、「総合診療方式」として、さらに一層補助金の傾斜配分をして、プライマリ・ケア分野の研修を推進している。

「総合診療方式」は、①各科にわたる基本的な診療についての知識と応用力と技能および態度を身につける、②広い領域の緊急な病気または外傷を持つ患者の初期診療に関する臨床的能力を身につける、③患者の問題を心理的・社会的にもとらえて正しく解決する能力を身につける、④チーム医療における医師および他の医療メンバーと協調する習慣を身につけるなどを目標としてあげている。

実際に行われているローテイト方式は次のようなものがある。

(1) 全科ローテイト方式：全部の診療科を回って研修するのであるが、限られた2年間では各科の研修の期間が短くなり、十分な能力の修得ができなくなる。

(2) 関連科ローテイト方式：所属科に関連した科目だけ回る。広く医師としての基本的技能・態度を身につけるためには不十分であると考えられる。

(3) 必須+選択ローテイト方式：所属科いかにかわらず、基本診療科は全員が、他は希望者のみが回る。

(4) 診療科内ローテイト方式：比較的大きな診療科の所属研修医がその科の分科のみを回るもので、たとえば内科の研修医が呼吸器内科、循環器

科、腎臓内科をローテイトするものであり、研修の偏りが生ずる。

これらの中間的なものもあり、それぞれの病院の実情に合わせた方式がとられている。

研修方式を大まかにストレート方式、ローテイト方式および総合診療方式に分けて、指定病院の実施状況をみると表8のようになる。

平成元年度は総合診療方式は5.8% (171人)、ローテイト方式は27.1% (802人)、ストレート方式67.1% (1,987人)、合計2,960人であり、私立大学では、2.4%、35.2%、62.3%であり、公立大学では、0%、21.5%、78.5%となる。国立大学はその実数はわからないが、大体の方式としては1診療科のみは18校(42.9%)、他診療科選択可33校(78.6%)、複数科ローテイト9校(21.4%)、1年間は複数科5校(11.9%)となっている。

9) 研修カリキュラムおよび研修記録

臨床研修病院ガイドブックにはそれぞれの研修指定病院の研修内容についてかなり詳しく記載されていて、多くの病院では各診療科ごとの研修内容が記載されている。

一方大学付属病院の研修カリキュラムに関しては内容はわからないが「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議の最終まとめ」¹¹⁾によると学部・大学付属病院としての研修目的を設定している所は国立15校(35.7%)、公立3校(37.5%)、私立23校(79.3%)さらに各診療科別に具体的達成目標を設定しているのは全科設定は国立で19校、公立4校、私立22校、一部設定は国立13校、公立1校、私立3校で、設定せずは国立の10校、公立の3校、私立の3校となり多くの大学付属病院では目標が設定されていることになっている。

しかし、その目標がこれからの国民医療を担っていく医師として適切なものであるか否かがわからないので、各大学はその研修目標を公に示して、社会のニーズに応えるものとなるようにすべきである。実際に各大学付属病院で実施されている研修内容は社会の求めている医師になるようなものとはいいたいようである。研修内容としてあげられているものをもて、回診・抄読会参加、学会活動参加、講師を招き研修などと臨床研修は本来、実地修練を通して臨床能力を身につけ

表 9 臨床研修費予算の推移

区 分	昭和43年度	50	51	52	53	
臨床研修費 (千円)	835, 448	5, 732, 849	5, 903, 111	6, 482, 962	7, 239, 809	
(1) 補助金	532, 627	2, 263, 794	2, 062, 042	2, 306, 555	2, 617, 077	
(2) 国立病院, 療養所	79, 620	414, 326	454, 728	499, 912	538, 578	
(3) 国立大学付属病院	223, 201	3, 054, 729	3, 386, 341	3, 676, 495	4, 084, 154	
区 分	54	55	56	57	58	
臨床研修費 (千円)	8, 417, 502	9, 430, 914	10, 499, 646	10, 971, 559	10, 908, 389	
(1) 補助金	3, 194, 843	3, 345, 473	3, 559, 029	3, 424, 436	3, 061, 530	
(2) 国立病院, 療養所	571, 038	613, 077	675, 150	776, 049	828, 263	
(3) 国立大学付属病院	4, 651, 621	5, 472, 364	6, 265, 467	6, 276, 543	7, 018, 596	
区 分	59	60	61	62	63	元
臨床研修費 (千円)	10, 954, 741	11, 493, 414	12, 272, 407	13, 058, 778	13, 544, 913	14, 000, 652
(1) 補助金	2, 809, 927	2, 836, 627	2, 861, 128	2, 976, 539	3, 187, 883	3, 225, 259
(2) 国立病院, 療養所	890, 228	966, 960	1, 108, 020	1, 252, 830	1, 402, 836	1, 560, 514
(3) 国立大学付属病院	7, 254, 586	7, 689, 827	8, 303, 259	8, 829, 409	8, 954, 194	9, 214, 879

(厚生省調べ)

ることを目的としていることからみてもかなり異なると思う。

現在医学部卒業生のうち臨床研修を受けるものの80%が大学付属病院で行っている現実をみると、ここで行われている臨床研修は重要な問題となる^{6,7)}。

なぜこのように大学病院で研修するものが多いのかいくつかの原因があげられる。

- (1) 臨床研修指定病院へいったん出たら、大学の医局に戻れない。
- (2) 認定医, 専門医の資格をとるためには大学でのストレート研修が有利である。
- (3) 研修病院で2年間の研修を終了した後さらに専門的な修練をすることが困難。
- (4) 研修終了後研修病院に医師として就職することが困難となってきた。
- (5) 研修病院以外の病院の就職もほとんどできない。
- (6) 「寄らば大樹のかげ」と大学に集まるなどがあげられる。

さらに、研修のあり方に関して岩崎は次のような見解を述べている⁸⁾。「元来、プライマリ・ケアの研修であるとか総合診療方式による研修というのは、カリキュラムの内容からして、診療科の

独立体制とか大規模病院であるとかという条件とは必ずしもマッチしないのではないと思われる。むしろ、総合診療科やコンパクトな体制となっている総合的な病院とか、クリニックなどがむしろ、よりよいプライマリ・ケアや総合診療方式の研修ができるのではないだろうか。

要は、規模とか診療科が問題ではなく、研修教育体制であるとかカリキュラムがどのように組んであって実のある効果的な研修ができることが必要なのである。各診療科ごとの研修計画よりも、各診療科を横断的にとらえた総合研修カリキュラムを作成することがよい方法である。」

10) 研修の評価

学部教育とは異なり臨床研修は進級あるいは卒業、国家試験などとは関係ないので、評価は研修目標に到達しているか否かの判定が必要で、研修医の技術や態度を評価するものでなければならぬ。

日本医学教育学会卒後臨床教育委員会は、昭和51年に卒後初年度に到達すべき研修目標案を作成して、それが達成できたか否かもチェックできるように工夫した。このチェックリストを利用して、研修医がどのような技術、態度が不足しているかを知ることによりその後の研修の参考にする

表 10 1人当り臨床研修費の推移 (円)

区 分	昭和43年度	46	47	48	49	50	51	52
公私立大学付属病院 および公私立の指定 病院	380,000	460,000	500,000	540,000	581,000	684,000	784,640	853,000
国立病院・療養所	403,000	792,000	892,000	996,000	1,137,000	1,478,000	1,638,000	1,747,000
国立大学付属病院	352,000	517,000	590,000	660,000	765,000	1,006,200	1,115,500	1,204,000
区 分	53	54	55		56		57	
公私立大学付属病院 および公私立の指定 病院	914,710	976,790	(ストレー ト方式 816,352)	(ローテイ ト方式 1,166,910)	(ストレー ト方式 775,922)	(ローテイ ト方式 1,230,930)	(ストレー ト方式 750,780)	(ローテイ ト方式 1,286,220)
国立病院・療養所	1,883,360	1,957,700	2,038,800		2,132,800		2,260,800	
国立大学付属病院	1,295,100	1,350,100	1,400,930		1,466,450		1,555,250	
区 分	58		59		60			
公私立大学付属病院 および公私立の指定 病院	(ストレー ト方式 562,115)	(ローテイ ト方式 1,153,233)	(ストレー ト方式 566,965)	(ローテイ ト方式 1,163,709)	(ストレー ト方式 579,580)	(ローテイ ト方式 1,189,900)	(総合診療 方式 1,435,210)	
国立病院・療養所	2,239,320		2,281,320		2,353,320			
国立大学付属病院	1,553,980		1,584,880		1,635,880			
区 分	61			62				
公私立大学付属病院 および公私立の指定 病院	(ストレー ト方式 599,460)	(ローテイ ト方式 1,233,560)	(総合診療 方式 1,490,210)	(ストレー ト方式 618,860)	(ローテイ ト方式 1,275,450)	(総合診療 方式 1,543,460)		
国立病院・療養所	2,481,720			2,533,680				
国立大学付属病院	1,734,580			1,771,480				
区 分	63			元				
公私立大学付属病院 および公私立の指定 病院	(ストレー ト方式 626,620)	(ローテイ ト方式 1,292,040)	(総合診療 方式 1,565,289)	(ストレー ト方式 634,338)	(ローテロ ト方式 1,325,432)	(総合診療 方式 1,603,299)		
国立病院・療養所	2,568,480			2,625,720				
国立大学付属病院	1,797,880			1,838,980				

(厚生省調べ)

ことができる²⁾。

矢野ら⁵⁾は臨床研修方式の違いによる研修医の医療技術修得状況の把握・評価を目的にアンケート調査した結果を報告している。

「卒後初年度臨床研修目標案」のうちから「初期診療の基本的知識・技能」の部分および「家庭医に関する懇談会報告書」の「家庭医機能」を担う医師の養成カリキュラムをもとに、23項120質問よりなる質問票を作成して、自記式回答により研

修医の能力の自己評価と研修の達成度を調査した。

その結果基本技術の修得度に関して、臨床研修方式間で有意差がみられ、総合診療方式の病院の研修医は一般研修病院や大学病院の者に比べて有意に高い得点であった。一方、「家庭医能力」に関しては有意差はみられなかったものの、やはり総合診療方式病院による研修グループは他に比べ得点が高い傾向にあり、総合診療方式病院の者の

表 11 大学医学部卒業生の進路（昭和60年度）

（人）

区 分	大 学 院			研 修 医				臨床医	他の職業	その他	計
	自 学	他 学	計	自 学	他 学	病 院	計				
国 立	429	46	475	2,133	920	491	3,544	121	11	220	4,371
公 立	42	6	48	498	43	33	574	13	4	18	657
私 立	255	18	273	1,558	589	248	2,395	63	18	335	3,084
計	726	70	736 (10%)	4,189	1,552	772	6,513 (80%)	197 (2%)	33 (1%)	573 (7%)	8,112 (100%)

資料：文部省高等教育局医学教育課

方が修得度が高いことが示唆された。一般研修病院と大学病院では検査準備的知識・技術の修得度が高いことが示唆された。

11) 臨床研修費補助金

厚生省は、昭和43年に卒後研修制度を発足させてから、財政上の補助を行ってきたが、その予算額の推移は表9のとおりである。物価指数を無視して単純計算し、昭和43年を1とすると平成元年度は16.8となり、かなりの増加がみられている。国立大学および国立病院には臨床研修費として予算に計上され、公私立の大学および臨床研修指定病院に対しては補助金として出され、その対象経費としては次のものが認められている。

- (1) 報告費（謝金手当）
- (2) 備品購入費（診療用機械器具費、庁用器具費）
- (3) 需要費（医療材料費、消耗品費、印刷製本費、光熱水費）
- (4) 役務費（通信運搬費など）

1人あたりの臨床研修費の推移は表10のとおりであるが、昭和43年度を1とすると平成元年度は公私立大学病院および臨床研修指定病院で1.69（ストレート方式）、3.49（ローテイト方式）、4.22（総合診療方式）となり、国立病院・療養所では6.52、国立大学では5.22となる。

昭和55年度より公私立の大学病院および研修指定病院に対しては研修方式により、すなわちストレート方式をとるかローテイト方式をとるかによって補助金の配分に差をつけて、ローテイト方式を採用するほうが有利になるようにしている。

さらに昭和60年度からはこの他に総合診療方式をローテイト方式よりも多くの補助金を配分する

ようにしている。

昭和55年度はストレート方式とローテイト方式の比は1：1.43であったが、昭和60年度はこれに総合診療方式が加わり、それらの比は1：2.05：2.48であったが、平成元年度は1：2.06：2.49となり、さらに開きがでてきている。すなわち補助金の面から総合診療方式をとるようになっているのである。

12) 臨床研修研究会

臨床研修病院を主体とした研究団体として昭和58年4月に発足して、臨床研修に関する経験・知識・ノウハウを公開・交換してその相互利用を助成し、各病院の抱える問題点を率直に披露して解決の糸口を探り、臨床研修の全国的な水準向上に役立てることを目的とした。

平成元年4月現在で、全国の臨床研修指定病院229病院のうち、223病院（97%）がこの研究会に加入している。

この研究会の主な活動は年1回の「学術集会」の開催と毎年「臨床研修ガイドブック」の発行をしていることである。

4. 卒後臨床研修と大学院 および 専門医または認定医制度との関係

卒業生の約10%は大学院に進んでいるが、とくに臨床系の大学院の場合は問題となる（表11）。大学院の目的は、自立して研究活動を行うことのできる能力と、その基礎となる学識を養うことにあるが、現実には、臨床系の専攻にあっては、臨床能力の育成をまた一つの目的としているところも少なくない。「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議の最終まとめ」のなかに「臨床研究

の特殊性に鑑み臨床系のコースに入る医学部出身の大学院生については、卒後研修終了を入学の条件とすることについて、十分かつ多角的な検討を行う必要がある。」とされている。

平成2年2月に日本医学教育学会卒後教育委員会は「臨床系大学院に関する提言」¹⁰⁾を発表してその中では「2年間の卒後研修を終了した後に臨床系大学院に入学する。そして大学院の期間を3年間とする」ことを述べている。

各専門学会で認定している専門医あるいは認定医制度はその数が平成2年には31となっているが、それらの研修年限の中に卒後臨床研修を明記して含めているところはない。しかし、現在の医学部での教育だけでは医師として必要な広い臨床能力は十分でないと考えられるので、卒業して本来の臨床研修をせずに専門医としてのコースに入るのは問題である。臨床系大学院の場合と同様に2年間の臨床研修を終了してから専門分野に入るようにすべきである。いかなる専門医であっても患者は全人的に対応する必要がある。患者はある臓器の病気だけでなく、全身の疾患の部分的な症状と考え、全人的医療を実施することが求められる。

参考文献

- 1) 中川米造：卒後研修. 医学教育, **3**: 64-76, 1972.
- 2) 林 茂：卒後教育. 医学教育白書 1982年版, p. 71-79, 1982.
- 3) 福岡誠之：卒後基礎的臨床研修. 医学教育白書 1986年版, p. 73-83, 1986.
- 4) 厚生省健康政策局長：卒後臨床研修目標について. 臨床研修病院ガイドブック '90, p. 46-51, 1989.
- 5) 矢野栄二, 山岡和枝, 西崎 統, 瀬上清貴：研修方式別にみた医療技術修得状況の評価—基本的な診療の知識・技能とプライマリ・ケア等の技術について—. 医学教育, **19**: 186-196, 1988.
- 6) 橋本信也：卒後臨床研修の現状とその問題点—大学病院の場合—. 医学教育, **19**: 395-398, 1988.
- 7) 林 茂：なぜ卒後研修を研修病院でうけないのか. 医学教育, **19**: 412-415, 1988.
- 8) 岩崎 榮：臨床研修病院の指定基準見直しの必要性. 医学教育, **19**: 405-409, 1988.
- 9) 高久史磨・他：卒後臨床研修目標改正案. 医学教育, **21**: 56-58, 1990.
- 10) 卒後教育委員会：臨床系大学院に関する提言. 医学教育, **21**: 59-60, 1960.
- 11) 文部省高等教育局医学教育課編集：医学教育の改善に関する調査研究協力者会議最終まとめ. 昭和62年9月発行.
- 12) 日本私立医科大学協会, 教育・研究部会卒後医学教育委員会：卒後臨床研修に関する調査報告書. 昭和63年5月.

* * *