

## 資料8：医師国家試験の回数別合格者数

厚生省

回数	施行年月日	受験者数(人)	合格者数(人)	合格率(%)
80	61.4. 5～6	9,507	7,951	83.6
81	62.4. 4～5	9,940	8,573	86.2
82	63.4. 2～3	9,672	7,854	81.2
83	元.4. 8～9	10,037	8,829	88.0
84	2.4. 7～8	9,488	7,862	82.9
85	3.4. 6～7	9,812	8,256	84.1
86	4.4. 4～5	9,515	7,988	84.0
87	5.3.20～21	9,664	8,698	90.0
88	6.3.19～20	9,255	7,982	86.2
89	7.3.18～19	9,218	7,930	86.0
累計(1回～89回)		310,717	257,997	83.0

## 資料9：医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修改善専門委員会最終報告

## 一 卒後臨床研修の今後の改善について一

厚生省\* (平2.11.20)

## はじめに

医療関係者審議会臨床研修部会は、昭和61年に小委員会を設置し、昭和63年3月まで臨床研修の問題点の提起と改善の方向性について検討を行い、その整理を行った(別添1)。本委員会は、同部会の専門委員会として、昭和63年9月に設置され、小委員会での議論を踏まえ卒後研修制度の改善、とりわけ到達目標と評価基準等のあり方を中心に具体的な検討を行うこととなった。

本委員会ではまず具体的な卒後臨床研修の到達目標の設定についての検討を行い、その検討結果を中間報

告としてとりまとめ(別添2)昨年6月臨床研修部会より「卒後臨床研修到達目標」として厚生大臣に意見具申された。この到達目標についての関係各界の反響に基づき、本委員会は引き続き到達目標達成のあり方等の検討を行ってきたが、今般その結果を最終報告としてとりまとめたので、ここに報告する。

## 1. 臨床研修開始以前

昨年6月に当委員会の中間報告として具申した卒後臨床研修到達目標(以下「到達目標」という。)は、卒前教育及び卒後臨床研修を通じて達成されるべき目標を提示したものである。

中間報告で述べたように、卒前教育において、将来医師として具有すべき態度、基本的知識や技能の修得のため指導医の監督下に一定範囲の医行為を伴う臨床

\* 医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修改善専門委員会、委員長：前川 正

実習を許容することが重要であり、本年4月に厚生省に新たに設置された臨床実習検討会での討議に期待をするものである。その結論を踏まえ、卒後臨床研修カリキュラムも再度検討される必要がある。

また、大学病院や臨床研修指定病院（以下「臨床研修病院」という。）において、臨床研修開始時に病院の諸機能や医療チームのメンバーとその役割、医療の社会的側面等について理解を深めるため、オリエンテーションを実施することが有用である。

## 2. 臨床研修病院の体制

臨床研修は臨床研修病院全体の責任の下に対応すべき問題であり、病院として教育責任者と研修委員会を組織し、個別にあるいは研修コース別に到達目標の設定、教育カリキュラムの編成、評価等を行うのが適当である。

## 3. 研修カリキュラムの編成

到達目標をどのような時期に、どの位の時間を掛けて、どの程度の深さで達成するのかを、臨床研修病院において決定する場合には、地域や病院の特徴をふまえ、また各人の特性を配慮し画一的とならぬようにする配慮がいる。

臨床研修部会の定める到達目標を達成するためには、幅広い臨床経験の得られるよう研修の場所の選択が重要であり、総合診療部門、救急医療部門（時間外診療における救急診療への関与を含む）、集中治療室・麻酔部門等で、一定期間研修することが望ましい。このほか、一般内科又は一般外科部門での一定期間の研修も有用である。また研修期間の一部については、外来診療部門又は地域医療機関（へき地医療機関も含む）において、地域患者との直接的接触による診療経験も有用である。幅広い診療経験をj得るためには、受持症例の他部門への対診、コンサルテーションにより関連領域を修得することも有効であり、この場合カンファレンス、症例検討会等の活用も考えるべきである。更に到達目標達成のため対象とすべき症例の範囲の設定も必要となる。

## 4. 認定（専門）医制度とカリキュラムの一貫性

我が国の現状においては、特定の専門分野に偏せず幅広い診療分野をカバーする家庭医・総合医をめざす臨床医も存在するが、大多数は、地域における家庭医機能を担う場合も、まず特定分野についての認定（専門）医を取得する状況となっている。特に近年、各学

会において認定（専門）医制度が急速に整備されつつある。

一方、医師養成の一貫性を確保することが必要であり、その際臨床研修における幅広い診療能力修得と認定（専門）医制度における認定（専門）医取得のための教育との整合性を図ることが必要である。そのため認定（専門）医制度に到達目標を組込むことが、国民医療を担うに適な専門医制度を定着させる上でも重要となる。この点については、本年6月に出された国立大学協会医学教育に関する特別委員会の報告でも指摘されており、また学会認定医協議会を通じて現在関係各学会にも要請中である。

初期臨床研修段階で念頭に置くべき認定（専門）医は、細分化された分野に関するものではなく、基本的なものに限定すべきと考えられ、昭和43年7月16日厚生省医務局長通知により示されている臨床研修計画においても内科、外科、産婦人科、小児科、精神科、皮膚科、放射線科、整形外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、麻酔科の診療科が掲げられている。しかしながら、各専門医学会において必ずしも到達目標に示された患者を全人的に診る能力の確保についての配慮がなされておらず、今後各専門医学会で見直す必要があると考えられる。

更に幅広い診療能力修得のため、上記認定（専門）医資格取得のために必要な研修期間認定に当たっては、当該専門分野以外での診療経験についても少なくとも1年間程度は、その期間へ算入するか、それを必修とし、終了後の研修期間を対象とすることも考えられる。

また長期的には臨床研修の義務化や臨床研修を保険医登録の要件とすべきとの議論も傾聴に値するが、この点については研修費用の負担問題との関連もあり、将来の検討に待ちたい。

以上の点について、今後医育機関、臨床研修部会、学会認定医制協議会、日本医師会等の間で調整の場を設け、より具体的な検討を行っていくことが必要である。

## 5. 指導医の充実

臨床研修病院における指導医は、臨床医を育成するという重要な役割を担っている。そして臨床研修においては幅広い臨床能力の修得が必要であるという意識が指導医の間に十分に浸透することがまず必要となる。また指導医の監督の下に上級の医師や経験の豊富なシニアの研修医が後輩を指導する体制をつくること

も重要である。

こうした指導の教育に関する技術の習熟のために開催されている、「医学教育者のためのワークショップ」(通称 富士研ワークショップ)はこれまで大きな貢献をしてきている。今後更に研修事業を一層拡大するため開催回数の増加や参加者数の増加を進めるとともに、指導医の研修に関するセンターの設置等も検討されてよい。

一方、指導医が多忙な日常診療の中でゆとりをもって教育に関与できるよう、定員の増、指導医手当の充実等に必要な財源的措置を行い教育マンパワーの確保を図る必要がある。

## 6. 臨床研修病院

臨床研修の充実のためには臨床研修病院の教育機能の向上にも必要である。

一病院における研修のみでは症例数の不足や偏りがある場合もあり、整合した教育カリキュラムの中で、必要に応じ大学病院も含む複数の病院が連携して臨床研修を実施することも有用である。同様の考え方は日本医師会臨床研修懇談会の報告にも示されている。この場合臨床研修病院相互の対等な協力補完関係と研修医に対する一貫したカリキュラムの作成と評価が重要となるので、各臨床研修病院の参加する教育研修委員会等を整備する必要がある。

新規の臨床研修病院の指定について、今後は、施設・設備要件のみでなくソフトとしての教育機能を重視し、認定(専門)医制度との整合を図り、また前記の臨床研修病院間の連携の考え方を取り入れ、指定基準を早急に見直すことが必要である。この点については設置が予定されている臨床研修部会の小委員会における詳細な検討に期待する。指定基準の見直しは大学病院以外の臨床研修病院における受入研修医数拡充のためにも必要である。

一方、既指定の臨床研修病院については、一部に、卒後到達目標達成のために十分な教育機能を備えていない病院もあると考えられ、臨床研修病院指定後のフォローアップの強化が重要となってくる。この場合、臨床研修病院の自主的努力を喚起するとともに、臨床研修部会で再評価が適切に行いよう、評価システムを確立する必要がある。教育機能が保たれている病院については認定証を発行することが既に臨床研修部会で決定されているが、問題のある病院については、評価を行った上で、改善指導勧告を行い、これに応じない病院に対しては指定取り消しの行政的対応を図る

ことも必要となってくる。

また、将来的には、医育機関、臨床研修病院、医学会、日本医師会等の参画により、臨床研修病院の評価機関の設置も検討されてよいと考える。

## 7. 研修医の定員

研修医が偏りのない症例を豊富に経験でき、適切な指導を受け入れられるようにするためには、臨床研修病院毎の受入研修医の数にも制限を設ける必要がある。

症例数の確保という観点からは、昭和48年の医師研修審議会意見書にある卒直後2年間の研修医一名に対し実効10床程度を有することを基準とすべきという条件は、現在でも概ね妥当と考えられる。また、1指導医の受け持つ研修医の数についても適正な基準を設けることも検討に値する。更に、大学病院では卒前実習との調整が必要であり、適正な学生定員規模と合わせて今後検討が必要である。

一方、医療法上の定員は、基本的には診療に必要な医師数を規定しているものと考えられ、研修医の指導のためにはこれを上回る医師数が確保される必要がある。臨床研修病院については、別途、指導医の適正数にも配慮する必要がある。

以上の点については、補助金上の取り扱いにあたって十分留意するとともに、臨床研修病院の指定基準の検討の際、臨床研修の要件としてあわせて検討すべきである。

## 8. 評価

教育カリキュラム編成後も、研修過程で随時到達目標の達成度をチェックし、学習の方向性や追加して経験すべき症例を検討し、場合によっては教育カリキュラムの変更や追加を行うことが必要となる。研修の適切な実地のため研修医の自己評価と指導医の客観的評価を組み合わせて行うことが重要である。このために到達目標とその評価基準に基づいて、客観的及び主観的評価をチェックできる研修医手帳を作成し、全研修医が携帯して研修効果の向上を図るのが適当である。

また、複数の臨床研修病院で研修を行う場合は、病院間の連携により一貫したカリキュラム作成と評価が行えるよう留意する必要がある。

臨床研修病院の院長又は教育責任者は、研修の評価について責任を負うこととなるわけであるが、臨床研修病院の長は医師法第16条の3の規定に基づき、臨床研修を2年以上行い相当程度に達したと認められる者について、研修医に対する評価として修了認定証を

発行すべきである。

臨床研修と認定（専門）医制度の一貫性は、評価の面でも図られるべきであり、到達目標のうち卒直後臨床研修期間中に習熟の機会を得られなかった項目（例えば修了認定証で指摘）については、その後の基本的な認定（専門）医の取得、家庭医機能等の研修課程で達成されていることが、国民医療に認定（専門）医制を定着させる前提として必要とも考えられる。しかしこの点については、今後、医育機関、臨床研修部会、学会認定医制協議会、日本医師会で調整が必要となる。

## 9. 補助金要綱

現在の研修方式は、ストレート、ローテート、総合診療方式と区分されているが、この分類は主として年度別・病院別に評価されているので研修医が複数病院でローテートしたり2年度にまたがってローテートしても評価されない等の不都合があり、必ずしも適切とは言えない。

このため、評価システムの構築後は、研修医の到達目標達成を勘案した分類法に改め、到達目標を一定以上達成した研修を補助金の対象とするとともに、研修病院の教育機能や研修医の定員等についても補助金の執行に当たって留意することを検討すべきである。

## 10. 研修医の処遇

研修医が6年間の大学教育修了後さらに社会的ニーズに応えるために2年間の臨床研修を適切に行うため

には、研修医の生活面への配慮も必要となる。現状では、深夜勤務ないし徹夜当直が多いといった激務の状態にあるが、経済面からみると、平成元年度の臨床研修医の月額手当は、国立大学・国立病院で約14.7万円、臨床研修指定病院のうち、私的病院で平均25.4万円、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」によれば私立医科大学病院では平均約5.5万円となっており、かなりのアンバランスが生じている。一方、一部の自治体立病院において週の名目勤務日数が4日のみである等の実態もある。日本医師会臨床研修懇談会の報告においても、一部で生活や学習を支える収入を得るためにアルバイトが過多となることによって研修に障害が生じること、患者に対する責任問題が起こりうること、研修医の身分が必ずしも安定していないこと、宿舍が十分でないこと等の問題が指摘されている。

臨床研修補助金により、研修基盤の整備が進められているところであるが、研修医の処遇については各臨床研修病院に依存しているため、現状では必ずしも研修医が経済的安定の下に十分研修に専念できるような状況になっていない。今後、研修医が臨床研修に専念できる適切な処遇の確保のため、研修費用の負担問題について検討する必要がある。

臨床研修病院の指定基準の中には現在でも宿舍の整備等について触れられているが、さらに基準の見直しにおいて研修医の待遇について留意することが必要である。

## 卒後臨床研修制度の改善について

### 1. はじめに

先に部会において、臨床研修の在り方の見直しの方向性と検討すべき課題について、「卒後臨床研修制度の改善について」を関係各方面に示し、意見を求めたが、寄せられた意見の多くは、臨床研修の改善が解決を迫られる問題であることを指摘するものであった。

現在行われている臨床研修の実態は対象となる卒後2年までの医師のうち、7割以上が大学附属病院、2割が厚生大臣指定の臨床研修指定病院で研修を受けているが、カリキュラム等を示し、適切な研修の進め方を指導しているところは少ないといわれている。しかし、全体を通じたその実態は正確に把握されていない。また、大学附属病院、臨床研修指定病院を通じ、研修の実態に関する多くの意見は、教育カリキュラムが機

能していないこと、教育技法の重要性が認識されていないこと、評価がないこと、教育体制上の問題点および研修医の処遇上に問題があることなどを共通して指摘している。そこで、こうした様々な問題点を正確に把握するため、医師法第16条の2の規定に基づき大学附属病院を含む全研修病院に対し、研修における教育の実態調査を実施したところである。

本小委員会では、これまで1年余りにわたり9回の討議の中で明らかにされた、今後当然解決を求められるべき臨床研修の問題点と、その解決の方法を提案し、部会における今後の対応を求めるものである。その際、実態調査の結果を踏まえ、適切な対応がとられることを望む。

## 2. 臨床研修の現状の問題点と改善への方策

### 1) 目標及び意義について

現在、医学医療を取り巻く環境は著しい変貌を遂げるさ中にある。たとえば、高度の医療機器の普及、バイオサイエンスの医療への導入などによる先端医療の出現、分子生物学レベルにおける疾病の解明とその治療技術の導入等がその例であり、このため医学医療に従事する者に必要な情報量も飛躍的に増大している。その結果、臨床医の中にも特定の臓器や疾患を専門的に診療する者や特定の高度な検査・診断領域に専従する者などの出現をもたらし、専門細分化の流れが強まる傾向にある。専門細分化は必要なことではあるが、その偏重は決して好ましいことではない。良き臨床医の在り方として、専門性を高めることもさることながら、その前提として、幅広い臨床経験を基本とし病人を全人的に診る能力が必要なことは言うまでもない。しかしながら、ややもすると若い医師の間に、性急にこうした高度技術を身につけようとする傾向が表れ、それを放置すると極めて特殊な領域しか診ることのできない臨床医が増加してくる恐れも高まってきており、早急に対応を講じる必要がある。

医師養成の上で、医師国家試験合格直後の初期研修は特に重要である。この時期にこそ幅広く臨床経験を積み、生涯にわたる医療活動の基礎となる技術・態度、医師としての素養、科学的な思考力、判断力及び応用能力を身につけなければならない。臨床医としての実力はこの臨床研修の時期に培われるのであり、この事がまた、臨床研修の真の目的となるべきである。しかしながら、現状においては卒前の医学教育のみならず、卒後の臨床研修においても、こうした医師養成の目標が明確でなく、医師養成全般に多くの問題を投げかけている。本小委員会では寄せられた多くの意見を基に、この目標を「期待される医師像」及び「臨床研修の意義」として、検討したのでここに提案する。

また、医師免許を受けてからも医師は2年間の臨床研修を受けることになっていることについては、残念ながら国民一般に良く知られているとは言いがたい。そこで、この「期待される医師像」及び「臨床研修の意義」については、医療関係者及び当事者のみならず国民一般に対しても、十分に周知させる必要があろう。

#### 「期待される医師像」

生涯教育を受ける習慣・態度を有する。

科学的妥当性、探求能力を有する。

高い倫理観と豊かな人間性を有する。

社会発展に貢献する使命感と責任感を有する。  
自己の能力の限界を自覚し他の専門職と連携する能力を有する。

チーム医療のコーディネーターとしての機能を有する。

後輩の医師に対し指導できる能力を有する。

地域の指導者的役割を果たす能力を有する。

#### 「臨床研修の意義」

幅広い臨床実務を経験し医学部で学んだ基本的知識・技術・態度を体系化する。

暖かい人間性と広い社会性を身につける。

医療人としての自己を見つめ直し「医の心」を十分に考える。

病める人の全体像を捉える全人的医療を身につける。

臨床経験を通じ、総合的視野、創造力を身につける。

患者の持つ問題を正しく把握し解決する能力を身につける。

科学的思考力、応用力、判断力を身につける。

患者及び家族のニーズへの対応、態度を学ぶ。

医療関係スタッフの業務を知り、チーム医療を率先して実践することを学ぶ。

医療における経済性を学ぶ。

### 2) 教育体制上の問題点

教育機能を高めるために、教育カリキュラム、教育技法及び教育評価の必要なことは論をまたない。こうした点の重要性が、大学附属病院を含む研修病院（以下、研修病院という。）で余り理解されていないことは問題である。

特に、教育カリキュラムが、単に、2年間の研修期間中の所属診療科先を整理する「時間割」かのごとく考えられている点には、大きな誤解がある。教育カリキュラムは研修医が2年間に学習・体得すべき具体的な目標を分類整理し、適切に配分するところにその本質があるにも拘らず、このように編成したカリキュラムを準備し、実際に適用している研修病院は必ずしも多くない。

「期待される医師像」、「臨床研修の意義」という大目標に従い、適切な到達目標が全ての研修病院で設定され、具体的な教育カリキュラムが編成されるようにしていく必要がある。

#### (ア) 到達目標の設定

これまでこの問題については、昭和53年3月24日付け厚生省医務局長通知「プライマリ・ケアを含む臨

床研修の実施について」の中で、具体的な到達目標を別添資料「卒後臨床研修に含まれるべきプライマリ・ケアを中心とした研修目標」として例示している。これは、本審議会の前身である医師研修審議会から出された昭和48年12月の建議書及び昭和50年10月の意見書に基づき日本医学教育学会の協力を得て作成されたものであり、現在でも十分有益なものである。

しかしながら、本小委員会としては、この間の社会のニーズの変化も鑑みて、全ての研修医にとって参考となるべき標準的な研修目標及び到達目標を改めて設定することの必要性を確認しており、そのため専門委員会を組織してその設定に早急に取り組むべきであると考える。

研修医の志向する将来の専門領域の如何に拘らず臨床医の全てに必須の能力が標準的な到達目標と考えられるから、その設定に当たっては、医学医療の基本的な知識、技能、態度に習熟させ、十分な応用力を持つことができるように、具体的かつ段階的なものにするのが望まれる。このため、プライマリ・ケアを重視した内容のものとすると共に、偏ることのない幅広い症例経験を持つことができるようにすることが重要である。また、当然各研修病院の特性を加えることのできるような配慮も望まれる。

診断の思考過程を到達目標に加えるためには具体的な表現に工夫を要するものの、これこそ研修中に身につけるべきものである。指導医の思考過程をできるだけ診断アルゴリズム的に明らかにし、それを日常の診療の中で習慣化するまで習熟させる必要がある。また、研修医のレベルとして現時点で行うべき、一般的に必須と思われる検査計画あるいは、治療計画の標準的なものを開発することも検討すべきである。そして、これによって検査による無用の負担を患者に与えないような医療の在り方を学ばしめる必要がある。

#### (イ) 研修病院における研修指導委員会の設置と活性化

臨床研修指定病院には、研修指導委員会を設置することとなっているが、多くのところでは、研修医募集時の定員の設定、処遇の審議程度のことしかされていない。研修指導委員会は、研修医が、効果的に臨床研修を行うことができるようにすることがその任務であり、第一義的には教育面における研修方式やカリキュラムを検討、調整することにある。具体的には、臨床研修指定病院として個別にあるいは研修コース別に特色を有する到達目標を設定し、その目標の達成を効果的に行えるような教育カリキュラムを編成し、直接教

育を担当する指導医に教育担当者としての責任を自覚させることが望まれる。また、定期的にその達成度をチェックし、それを踏まえてより適切な教育カリキュラムの再編を行い、最終的に到達目標をどのレベルで達成したのかの評価も行うべきである。大学附属病院においても、当然このような機能を有する機関の存在が望まれる。

#### (ウ) 教育カリキュラムの編成

教育カリキュラムには、明示した到達目標をどのような機会を通じ、どの指導医により、どの程度の深さで、どの位の時間を掛けて教育し、又どのように自己学習させるかを明らかにすることが求められる。そこで、その編成に当たっては、救急医療の現場、外来あるいは病棟などの場所の選択と対象とすべき症例の範囲の設定も必要である。そのためには、各研修病院の研修指導委員会では、指導医をできるだけ多く参加させて十分な討議を重ねることが望まれる。

研修病院のそれぞれで編成された教育カリキュラムを各研修医に適用するに当たっては、各人の特性を配慮し画一的とならぬようにすることも望まれる。

また、研修医が偏りのない症例を豊富に経験でき、教育カリキュラムを活用した適切な指導を受けられるようにするためには各研修病院で受け入れる研修医の数にも自ずと限界がある。研修病院ごとに適切な研修医の数を標準人員として設定する必要がある。

研修病院におけるこうした活動を支援するため、審議会では専門委員会を設けて標準人員の在り方を含む教育カリキュラム編成のためのマニュアルを作成すべきである。

#### (エ) 評価基準の設定と評価の実施

どんなに良い教育カリキュラムが編成されたとしても形式的なものであってはならない。指導医は、研修医の日々の診療を具体的に指導する中で、到達目標の達成度を一つ一つチェックし、必要な自己学習の方向性を指導し、あるいは更に経験すべき症例を検討しなければならない。その上で、到達目標を研修医が与えられた期間で達成し得なければ、再履修を含め教育カリキュラムの変更や追加を行う必要がある。ここに評価の持つ大きな意味がある。そこで、評価の基準は、到達目標に沿って定められるべきで、その到達目標の性質に依り、できる・できない、満足度十分から不十分に至る数段階及び経験症例数等の異なる評価レベルの設定が必要である。また、評価の実施に当たっては、研修医自身の行うべき自己評価と、指導医の行うべき客観評価を適切に組合せて行うことが望ましい。最終

的に教育責任者又は病院長により臨床研修を修了したと評価された研修医に対しては、研修修了証を発行すべきである。到達目標を設定する専門委員会で、各到達目標毎にそれに応じた評価基準も併せて検討する必要がある。

#### (オ) 指導医の充実

研修病院が、効率的に特性のある到達目標を選択設定し、教育カリキュラムを編成できるようになるためには、指導医に十分な理解を求めると共に、こうした技術に精通させる必要がある。過去13回にわたり行われてきた、「医学教育者のためのワークショップ」(通称富士研WS)は、500人を超えるWS修了者を輩出させ、このような理念と方法の普及に多大な貢献をしてきている。そして、多くの研修病院からこの研修事業の拡大を望む声が上がっている。このため、より多くの指導医を対象としたWSを幅広く実施し、併せて到達目標の達成を容易にする新たな教育技法の紹介にも努めるべきである。

一方、指導医に教育へのより積極的な関与を期待するには、教育的マンパワーの確保及び、指導医が多忙な日常診療活動の中で、時間的・精神的ゆとりを生み出せるようにする必要がある。その実現のためには、担当する診療時間の削減を伴うこともあり、病院管理者が必要な手立てを行えるよう補助金の充実や指導の徹底を図るべきである。

### 3) 研修方式の見直し

上記の改革が実行され研修指導が到達目標のある教育カリキュラムに則って行われるようになれば、これまで臨床研修を、ストレート、セミローテート、ローテートなどと、分類してきたことは不適切になるものと考えられる。それは、この分類が研修医の所属の形態を表現するものであり、研修の目的あるいは研修の目標に沿った分類ではないからである。そこで、教育カリキュラムの形に合わせた新たな分類法を採るべきである。

また、整った教育カリキュラムがあれば、一貫した教育が受けられることを考えると、教育カリキュラムの中で、必要に応じ、複数の病院での臨床研修を設定することも十分に意味がある。この実現を容易にするため、臨床研修の一部分を担当しあう教育病院のグループを臨床研修指定病院群として指定することも検討に値する。現在の病院群指定の考え方を一歩踏み出し、新たな病院群指定基準を設ける必要がある。このことは臨床研修指定病院の数及び受入研修医の数の拡充のためにも必要である。

その場合、病院グループ全体に一つの統合研修指導委員会を設け、一貫した教育カリキュラムを持たせることを大前提とし、次に各病院が教育のための人材と、教育資材を保有すること等、教育機能を高く保たせる保証となる条件を設けるべきである。この場合、グループを構成する病院のそれぞれにいわゆる300床以上の総合病院であること等、各種施設設備についての条件を課することについては見直すことも検討すべからう。

#### 4) 臨床系大学院及び大学医局入局の問題

学位取得、専門医資格取得の近道という理由で、卒直後から臨床系大学院への進学を希望するものが多いことも問題である。臨床系大学院では、将来臨床の問題を研究する能力を養うものであり、当然患者の診療ができることが前提となる。臨床系大学院の入学許可に際し、臨床研修修了を前提とするよう審議会として、文部省、各大学に対して提言をしていくことを検討すべきである。この場合、修学年数を3年に短縮することも真剣に検討する必要がある。そうなれば臨床系大学院修了時の年齢が高すぎるという問題も解決される。

一方、いわゆる大学医局への卒直後の入局も大きな問題をもたらしている。医局制度が、医師の地域的配置の調整機能を果たしてきた歴史的事実は大きいですが、入局した研修医にとって医局間の交流を制約し、経験できる症例を偏らせてきた弊害は否めない。臨床系大学院入学と同様、臨床研修終了後に正式に入局させることも一考されるべきであり、この問題の解決に当たっては、各大学の医学部長、病院長の調整機能とその努力に期待するものである。

また、こうした傾向を助長する要因の一つとなっている各専門医学会の専門医認定医養成システムの再検討も、各学会に要請していく必要がある。

### 3. 改善を進めていくための手法とシステム作り

臨床研修を制度的に充実させていくためには、多くの改善が必要である。そのためには、行政のみならず、研修病院における努力もなされなければならない。

#### 1) 指定基準及び補助金要綱の在り方

臨床研修の充実にとって、指定基準とその運用及び補助金要綱の在り方は大きな影響をもたらすものである。

これまで、臨床研修指定病院を指定するに当たっては、その考え方の底流に、大学病院の小型版を作ると

いうものがあり、全科備えた総合病院志向であった。このため、指定基準はハード面の整備を要請するものが中心となっているが、重要なのはソフト面としての教育機能である。ハード面の要求が強いため、指定を受けることのできる病院には限りがあり、数が伸び悩んでいる。教育機能を評価する基準に作り直すことも検討する必要がある。

また、補助金要綱上にも問題がある。例えば、総合診療方式の研修理念は、臨床研修中に最低限身につけるべき知識・技能・態度に関し到達目標を定め、これを合理的なカリキュラムの下で、2年間で達成させるところにあるが、補助金要綱上は、2年とも全科ローテイトという形式の審査が優先されており、理念が活かされていない。

そこで理念を活かせるよう補助金要綱の変更を図る必要がある。

## 2) 研修病院の再評価とシステム作り

既指定の臨床研修指定病院の中には教育機能を十分満たしていない病院が相当数含まれていると思われるので、こうした病院に対しては指定取消しを含む対応も必要である。

しかしながら、臨床研修のレベルを高めていくには、研修病院の教育機能を高める自主的努力を喚起することがまず重要である。研修指導委員会の活性化、指導医機能の充実、教育カリキュラムの編成と評価の実施が重要なことは既に述べたが、こうした教育機能が十分に働いているか否かについて、研修病院相互で自主的に評価し、刺激し合うシステムを作る必要がある。こうした自主的な評価システムの改善指導勧告に応じない研修病院に対しては、指定取消し等の行政的対応が図られるような施策を検討するべきである。

## 3) 研修医の経済的安定と補助金の重点的活用

6年間の高等教育を終え、さらに社会的ニーズに応えさせるべく臨床研修を2年間行わせるためには、研修医の家庭生活への配慮も欠かすことはできない。現状では、研修医の社会保険加入も保障されていないば

かりか、深夜ないし徹夜当直の連続にもかかわらず低廉な定額報酬を強いられているなどの実態がある。このため、一部では研修中に他民間医療機関でのアルバイトにより生計費及び学習経費を稼がねばならない研修医もおり、国民医療の質の確保という観点からも問題が多い。

そもそも補助金制度が創設されたのは、研修条件の整備に加え、研修医が経済的な安定の下に安心して研修に専念できるようにすることであったが、補助金を人件費に充当できないという制約と財政難から、現状では後者の目的を達しているとは言い難い。将来的には、人件費負担の分担の在り方を整理すると共に、教育機材、カリキュラム開発等について、重点的に補助金を活用できるようにする必要がある。

一方、研修病院にとっても、研修医を受け入れ、教育条件を整えるために必要な経費は膨大であり単に社会的使命という理念では、その負担に耐えられなくなっている。医師の養成は、医療を成り立たせていくための基本的な課題である。そのためのコストを医療経済全体の中でどのように負担していくのか、幅広い見地から検討する必要がある。

## 4. 今後に残された課題

現在の臨床研修は「……するものとする」の努力規定と考えられており、10%近くが受修していないが、少なくとも将来臨床医になる意志のあるものに対しては、確実に受修させる措置を講ずる必要がある。

その徹底を図るため、医師法を改正し義務化をすべきであるとの考え方や、保険医の登録要件に臨床研修修了を課してはどうかとの考え方はいずれも傾聴に値するものである。

しかしながら、こうした抜本的な改革の方策に関しては、単に今後に残された課題として指摘するに留め、将来の議論にまきたい。臨床研修の改善は、いずれにせよ長期的に取り組んでいかなければならない課題である。