

資料10：臨床研修懇談会報告（I）

日本医師会*（平3.3）

1. まえがき（略）

2. 臨床研修の現状と問題点

現在の医師法には、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。

そのさい、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、大学病院の病床の不足は否めない。学生100名について、アメリカでは卒業研修を含め3,000床、イギリスでは教育に1,000床が用意されているとも聞く。このような状況を補完する必要性から、医療関係者審議会臨床研修部会の具申を得て、病院の規模、内容、指導医の数・資質、症例数、病理解剖数、研修プログラムがチェックされて、229の病院が現在、研修病院に指定されている。指定基準は次にあげるとおりである。なお、病院群による指定基準およびそれらの運用については「臨床研修病院ガイドブック」* 1(p.11)を参照願いたい。

臨床研修病院の指定基準

昭和59年4月1日より適用

平成2年5月1日一部改正

臨床研修を行う病院のうち、一般病院については以下に掲げる内容を備えた総合的な病院であることが原則とされること。ただし、病院群による指定については、「病院群による臨床研修病院の指定基準」による。

1. 一般病床約300床以上、又は年間の入院患者実数が3,000名以上であり、かつ、病床数及び患者数が診療各科に適当に配分されていること。
2. 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科及び放射線科の各診療科がそれぞれ独立して設置されていること。
3. 常勤医師が医療法上の定員を満たしていること。

4. 2. の各診療科について、それぞれ適当数の常勤医師が配置されていること。
5. 臨床研修全体についての教育責任者及び研修委員会を置き、かつ、各診療科毎の研修計画等具体的な実施計画を有すること。
6. 2. の各診療科に十分な指導力を有する指導医がおり、かつ、各診療科毎の指導体制が整えられていること。
7. 年間の剖検例が20体以上であり剖検率が30%以上であること、又はその他剖検に関する数値が相当数以上であること。
8. 救急医療の研修が実施できること。
9. 臨床検査室、放射線照射室、手術室、分娩室等の機能を示す数値が相当数以上であること。
10. 研究、研修に必要な施設、図書、雑誌の整備及び病歴管理等が十分に行われていること、かつ、研究、研修活動が、活発に行われていること。

次に、それぞれの病院の現状に触れてみる（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ろうが、ここでは基本的診療とほぼ同義に使わせていただく）。

1) 大学病院における臨床研修

わが国の研修医は、卒業生各自が「臨床研修病院ガイドブック」などで研修病院の情報を得ているにもかかわらず、医科大学・医学部卒業生の約8割が大学病院でこの初期研修を受けている。それには、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く、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ている、などの点があげられよう。その背景には、

- ①卒業生の大部分は専門医を望み（国立大学病院では、医員の約9割）、したがって、学位取得の希望が強い。医師として自立できるまでの一貫教育が、大学の場合は、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年終了の時点では、大学病院の希望教室への採用は難しい。臨床系の大学院もまた同じである。

* 臨床研修懇談会、座長：織田敏次

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年後の在籍はさらに容易でない。

④たとえ2年間の研修終了後、当該研修病院に、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、当該病院に在籍できる保証はほとんどない。

⑤大学病院には人材が質・量ともに多く、指導体制が充実している。

⑥地方の大学では、受け皿となる関連の病院が少ないので、いきおい大学病院に席をおかざるをえない、などの実態があげられよう。

(1) 大学における内科系の臨床研修

大学を選んだ場合、それならば大学病院でどのような卒後研修が行われているのか、現状と問題点を探ってみる。

a) 現状

内科の研修にも、ローテート方式の大学とストレート方式の大学がある。ローテート方式でも院長直属でローテートするところと、実質的には特定の科に所属してローテートするところがある。私立大学では29大学中24大学がローテート方式をとっているが、国・公立大学でも何らかの形で、ローテート方式の大学が半数を超えるようになった。しかし、内科系でも内科以外では、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、臨床医のみならず、研究者、教育要員の育成に、それぞれ深いかわりをもっており、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く、それ相応に多様化している。

b) 問題点

①ローテート方式の大学でも、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症例を受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・ケア教育のために、救急部にローテートさせようとしても、指導医と病床数などの理由から、すべての研修医がまわるには無理がある。

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内科以外の内科系では、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しても、大学病院では物理的にほぼ不可能である。

なお、なにがとも、現在とくに意図される“よき医師作り”にむかっただけの模索でなければならない。卒前教育と卒後教育のカリキュラムを運動させることによって、旧インターン制の二の舞となる全科ローテート方式は、将来のわが国の医療にふさわしくない、したがって避けたい、とする意向が強い。アメリカでもインターン制が廃止され、医学教育の一貫性から、臨床実習も卒前教育に前倒して卒後教育に連ねれば、全科をまわ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では、プライマリ・ケアの体験実習がほとんど不可能である。

(2) 大学における外科系の臨床研修

将来、外科をはじめとして外科系の各専門科目を志望する者もまた、約8割が大学病院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には、内科系の項でも述べたように、外科臨床医の育成のほかに、研究者、教育要員の育成が配慮されている。外科系の臨床研修プログラムは大学により、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、病床数が少ない、また、初期研修を含めた一貫教育とはいえ、その研修プログラムとなると、必ずしも明確に示されておらず、終了時点も不明確になりがちである。また、講座の壁を越えての研修が難しい、などの点である。

病床数の不足については、多くの大学の講座では、関連病院群を形成して、これを臨床研修に利用する方式をとっているのが現状である。

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、さきにも触れたように、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ってよい。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。しかし、講座を中心とする関連病院群の形成には、講座による病院支配などの批判もおこりうるので、特別な配慮も忘れてはならない。研修医の受け入れは、当該診療科が単独で対応すべきものというよりは、病院の問題としてこれをうけとめ、大学病院と研修病院とが病院全体の協力関係を円滑に結ぶ必要がある。

- 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系教室には、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多い。臨床医としての広い基盤が必要であり、どのような外科系の専門分科に進むにしても、今後改善の努力が必要であろう。
- ④広く内科系の臨床各科をもローテートする、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そのままこれを取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) 臨床研修病院における臨床研修

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、研修病院を主体に設立された「臨床研修研究会」* 2 (p. 11)を中心に、研修指導体制を含め、共通の問題意識を契機として前向きに取り組んでいる。大学を中心とする卒業教育体制に対し、当初からその補完的な役割を果たすために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、改善の必要性はいうまでもない。

a) 現状

研修病院の指定については、昭和59年4月24日医発第401号、各都道府県知事あて医務局長通知「臨床研修病院の指定基準等について」により行われてきたが、「卒業臨床研修目標」を達成するため、医療関係者審議会臨床研修部会の意見を踏まえ、平成2年5月1日に一部改正が行われた。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63年度の研修医の数は、大学病院に9,967名（この数字は、全研修医の約78%にあたる）、研修病院には2,850名である。指導医は計約7,000名が勤務している。

b) 問題点

研修病院の病床数と指導医も、数字のみからみれば、大学側からの交流研修を受けいれる余地はあるように思われるが、大学に比べると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、研修指導にあたる時間的余裕の得がたいのが最大の弱点である。研修の相互乗り入れをさらに活性化するには、研修病院側の指導体制の充実がとくに望まれる。

なお、卒業後の臨床研修の目標である(1)プライマリ・ケア教育と、(2)専門医志向の教育をどのように調和させるか、あるいは、どのようにして両者に一貫性をもたせるかが課題である。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を志向するものが多い。その場合のプライマリ・ケア教育については、これまで病院によってその内容はさまざまであったが、さきにも触れたとおり、平成元年6月に、卒業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としよう。

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・評価の諸点がいぜん問題として残る。一方では卒業前に、プライマリ・ケアの実習を組みこむ方法もまた、考慮されてよいであろう。

(2) 専門医教育と臨床研修

研修病院の各診療科が、各学会の専門医研修施設として認定されている場合の多いことも事実であり、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でもあろう。

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もあって欲しい。

(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ー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有利な場合もあろう。
- 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。

そのような利点はあろうが、当然次のような欠点の問題である。

- 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引き続き在籍することが困難で、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、実地能力の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」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特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。

* 2：臨床研修研究会は、大多数の研修病院を全員として昭和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。

3) 大学病院と臨床研修病院の相互関係

(1) 大学病院の場合

a) 現状

研修病院が独自に、卒後2年間のカリキュラムをもっている場合には、大学との相互交流もままならない。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年の研修後、大学へもど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けば、大学病院と研修病院との関係はむしろ薄いといってよい。

b) 問題点（大学病院側からの希望）

さき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はあろうが、早急には困難な面が少なくはない。たとえば、研修2年間のある期間中（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、大学側のそのような期待は大きい。とくにストレート方式をとっている教室では、それを強く希望している。卒後2年間は研修病院のカリキュラムができていたのであれば、3日目からの受け入れでもよいと考える。ただその場合、その研修病院が日本内科学会、日本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ことになる。たとえば、229の研修病院のうち、日本内科学会認定の教育病院はその63%、教育関連病院が23%であり、約1割の病院が指定されていない。しかし、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にも違いがあるようで、調整を要する点ではあろう。その研修補助費も、研修医についたもの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、多くの研修医が送りこまれても、教育スタッフの不足から当該研修病院の教育システムには破綻のおそれがある。なんらかの対策が必要である。

(2) 研修病院の場合

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ており、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、大学病院からのローテーションの場になっている。研修病院の独自性は薄くはなろうが、2年目の研修医のみを大学病院から受けいれている研修病院もある。このような場合、大学病院との相互関係は全国的研修病院の場合とはやや違って、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ーテートさせるなり、一つの教室内で各専門分野をローテートさせるなりして、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もあるが、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年間ないしはその後に、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ない場合も少なくないが、その多くは学会の認定病院に指定されているのが現状である。

b) 問題点（研修病院側からの希望）

大学病院と研修病院の相互関係の現状分析は以上のとおりであるが、研修病院の側からすれば、前項の大学病院側からの希望にもあることながら、相互の研修交流が円滑に運営されることに問題はつきる。

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、研修医の将来にいだ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れば、それも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) 内科系の専門医教育

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II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、それぞれが専門医制度に向かい、しかも専門分科の大部分が日本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には、日本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（日本内科学会が認定）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。

日本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

(昭和62年10月改訂第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、当該研修病院が日本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。これも、研修医が研修病院を選ぶ条件になるので、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にこれを認め、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、わが国の学位に当たるともいえようが、このような課程もまた参考にされなければならない。

(2) 外科系の専門医教育

外科系の各学会では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、専門医制度について検討し、いくつかの学会ではすでに制度として発足させている。日本外科学会では昭和54年から外科認定医制を採用し、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始められている。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、まもなく専門医の認定が実施される予定である。

各大学病院における外科卒後研修の第1段階の目標には、この日本外科学会の認定医受験資格をあげているところが多い。通常、この認定医のためのカリキュラムは卒後4年間に達成することを予想して、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から、臨床研修のカリキュラムが具体的に示されているため、外科の各大学施設間の臨床研修の格差はかなり縮小し、臨床研修の実態もまた年ごとに充実し、向上している。

日本外科学会認定の教育病院の認定基準は、次のとおりである。

外科専門医教育病院の認定基準

- ① 総合病院またはこれに準ずる病院であること
- ② 修練カリキュラムにしたがって外科の臨床修練を行わせるために必要な外科系病床として、常時50床以上を有すること
- ③ 指導医1名以上および認定医2名以上が常勤し、かつ指導医の中から定められた指導責任者のもとに、十分な指導体制がとられていること
- ④ 当該診療施設および修練カリキュラムの一環として外科の臨床修練を行わせるために必要な関連診療施設(以下関連施設と略記)として認定を受けようとする診療施設において腹部外科、胸部外

科、小児外科およびその他の外科について修練が可能であること

- ⑤ 中央検査室および中央図書室が完備していること
- ⑥ 病歴の記載および整理が完備していること
- ⑦ 剖検室を有すること
- ⑧ 外科ならびに外科に関連する課題についての教育行事(診療協議会・死因討議会など)が定期的に開催されていること

昭和63年からは、日本外科学会が中心になって9つの外科系学会が参加して外科系関連学会協議会をもち、調整をはかっている。外科の認定医、専門医は幅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くもので、専門学会間の研修カリキュラムの調整および認定医制度の整合性が検討されている。たとえば、外科の専門分科(小児外科、消化器外科、胸部外科)の認定条件として、日本外科学会認定医(幅広い基礎臨床研修が必要とされている)を取得していることが必要とされており、当初から狭い専門分科のみを研修することを戒めている。臨床研修と関連して問題になるのは、外科系の中でも眼科、耳鼻咽喉科、整形外科などの専門科目における専門医認定に、どこまで幅広い卒後研修カリキュラムが組みこまれるかにかかってこよう。これらの学会が初期研修を積極的に専門医認定カリキュラムの中に取り入れることが望まれる。専門医制が、今後のわが国の医療に、また臨床研修に影響を与えることになるからである。

(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の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、その実態はさまざまである。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に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。

臨床医に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ですが、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はあろうが、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究歴として、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) 研修医の待遇とその改善

a) 現状

昭和43年に医師法が改正されて医師研修医制度が発足してから、研修医に対する国家の財政的援助がなされるようになったが、すべてが国家補助によるとは限らないので、研修する施設によってその待遇が異なる。

(1) 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、実際に研修医に支払う時は国立大学にほぼ準じた給与月額としている。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苦慮している。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。

(2) 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、

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。

このような設立母体間の給与差を検討してみると、国立病院では研修関係の予算として、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、その他の研修病院では、国から教育資材費および指導医謝金についての補助金が与えられるのみで、研修医給与の予算はなく、各病院の収益から研修医の手当を支給しているのが実状である。いいかえれば、研修医を受けいれればそれだけ病院会計からの支出が多くなるので、研修医も無制限に受け入れることができず、経済的な面から定員が決められている。一方、病院によっては研修にも職員並みの給与を支給しているようで、病院間に研修医の定員および給与の面における格差があるのはやむを得ないことかもしれない。

また、1年次研修医の給与より2年次研修医の給与の方が高い病院は、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。年末および夏期の賞与も病院によっては、若干の配慮がなされているところもあるが、職員並みの割合ではない。なお、38%の病院は研修医の宿舎を持たないが、その多くは大都会、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。

b) 研修医の待遇改善

(1) 現状の問題点

研修病院における研修医の身分は、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さまざまである。時給制をとっていても、超過勤務手当が支給されない非常勤制には問題がある。研修医の業務がしばしば時間内に終らず、重症患者を受けもったときには病院に泊りこむこともあり、なんらかの手当が必要である。時間外手当を無制限に支給することもできない。自治体、公的、私的病院では研修医を当初から正規職員、またはそれと同等に扱っている

ところもあり、私的病院の33%が正規職員としている。このことは地域、または設立母体による医師の受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りがある。

大学病院によっては週1～2日の病院外勤務いけるとアルバイトを公認しているところもあり、それでは病院の受持ち患者に対する責任がなごりにされる恐れがある。医師・患者間の信頼関係を養成するにも好ましいことではない。

(2) 研修医の経済的保証

研修医はその間、研修に専念できるように、生活の保証が望まれる。

研修病院もまた、若い医師の活力を必要とするからこそ、教育にもできる限りの力をつくそうとする。そのような熱意に満ちた、いわゆる兄弟の関係以外には、臨床研修も成り立たない。そうして育成される青年医師を、社会は期待もし、待っている。

それほどに、責任ある配慮が社会的、ないし公的にもあってしかるべきものとする。

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いる。そのことは国際的常識でもある。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い。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、供給される医療の量と質に、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、いくつか事例を挙げてみる。

1. 欧米では、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できるように組まれている。諸外国における臨床教育は、このクラークシップが主体である。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、卒後研修の内容も変わった。つまり、卒前教育と卒後教育は連続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、臨床実習も見学のみである。しかも卒後研修でストレート方式が大勢となると、医師として求められる医療の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. のみならず、今日では、卒前教育もまた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と変化しつつある。これも、科学技術の進歩や社会のニーズの変化に対応して、各大学があるいは国が医学教育の改革に取り組んできた結果である。しかし、わが国では、なお各講座レベルでの教育が中心であって、時の流れに対応しかねている。これが、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に体系化されている。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、定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、ドイツなどごく僅かであるが、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、ノルウェー、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

度が曲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、先にも触れた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に行かない日ができてくる。これでは研修の実はあがりにくい、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の定員として支給される給与あるいは手当が準備されていて、研修医も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、この点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. 卒前臨床実習の改前

一卒直後臨床研修に関連して一

臨床研修について、以上のように討議が進められてきた。まえがきにもあるように、卒前・卒後教育の一貫性がなによりも堅持されねばならない。

今日、医学教育は卒前、卒直後、それにつづく専門教育、さらには生涯教育という、それぞれの段階に応じた課題と特徴があるにせよ、一貫性を保持することが必要である。その教育は知識・理解という主として認知領域にとどまることなく、技能ならびに態度の訓練、教育もまた欠かせない。

1) 現状の問題点

卒直後の臨床研修の改善をはかるにあたって、研修医が卒前教育において何を会得してきたかがまず問題になる。わが国の卒前医学教育の臨床教育の中にあつて、少人数集団の学生を対象とするベッドサイド教育は導入され定着してはいる。ただその内容がほとんど見学程度に終始し、その結果、教育目標は主として認

知の領域にとどまり、技能や態度の学習は、実習を通しては得られていない。これは臨床教育の国際水準からしても問題である。世界医学教育連合は1988年、医学教育に関するエジンバラ宣言を採択したが、そのなかで臨床教育がベッドサイド教育を導入することによって進歩した事実を評価するとともに、今後は地域の中での医学教育が取りいれられることを勧告している。にもかかわらず、わが国ではいまなお臨床実習が十分でないことは、患者のニーズに適切に対応した医師づくりのみならず、国際比較のうえからも問題である。

卒前段階でそのように不十分とも考えられる医学教育を受けた医師たちを、さらに卒後段階で教育するにはいろいろな負担と困難とが伴うことになる。

したがって、卒直後の教育を適切なものにするためには、卒前の臨床実習のあり方を改善する必要がある。卒前の臨床実習の改善、ことに技能と態度の教育を認知領域のそれと調和させるには、学生が実習のさい、どこまで実技にかかわりうるかが課題になる。

2) 卒前臨床実習の問題についての、わが国の医学教育関係者の意見

いわゆる臨床実習が見学という医療行為を間接的にかいま見るだけにとどまっているのは、いわゆる医師法と国民感情による制約に基づくものである。しかしながら、先に述べたように現状がはなはだしく不合理なことは、医学教育の責任者の間でも次第に認識され始めている。

たとえば、全国医学部長病院長会議では「臨床実習の実技教育に関する検討小委員会」を設けてこの問題を討議し、答申を得ている（平成元年4月20日）。その中で次のような見解と意見が述べられている。

臨床実習の実技教育に関する検討小委員会の見解

卒前医学教育は、卒後臨床研修と有機的な連携関係を保ち、統一された方針の下に行われなければならない。しかし、現在医学生卒前臨床実習・実技教育において、限界があることは事実である。各大学の臨床実習の手引書にも、患者に対する実技教育の具体的実習方法には、「見学」、「介助」、「参加」の言葉が用いられ、採血・注射など侵襲的医療行為の教育はなされていない。

臨床実習の限られた期間に、小さな手技を教えることに専念して、本来の各科の学問体系の教育が不充分とあつてはいけない。しかし、患者に触れる行為（聴打診、血圧測定に至るまで）が医師法に抵触すると

っては問題はあるが、卒後研修で習得する実技の一部を、卒前臨床実習で体験するのは必要である。教える側の熱意と学ぶ側の熱意が合体し、チーム医療の連帯感が生じ、実技教育は円滑に行われる。現場の状況・教育環境も考慮に入れ、学生が医師の指導下に共に行う医療行為の一部は合法とすべきである。医師の指導・監督下で、学生に実行させた行為は、その医師の責任とすればよいと思われる。各大学は平均1,100時間を臨床実習に当てているので、単に知識の詰めこみだけに費やすのは好ましくない。

学生臨床実習の実技教育につき合法的に施行できるよう関係各省で検討されるよう要望願いたい。なお次の参考意見を付記する。

小委員会では侵襲的医療行為のうち、いくつかの手法を内科一般・外科一般の領域で具体的にあげ、医師の許可・監督下に行うことを条件に学生に実施させてよいと考える。

学生にさせてよい侵襲的医療行為のうち、委員のほとんどが認めたものは下記のとおりである。

- ・ 静脈採血・皮下注射・耳朶からの採血
- ・ 手術助手としては、鉤引き・止血・縫合
- ・ 創傷処置として、包交・抜糸・小縫合・異物除去
- ・ 救急処置として、vital signの測定・評価、人工呼吸、心マッサージ、緊急止血

これらは次の条件で行うべきと思われる。

- (1) 画一的に行うのではなく、学生の情熱・能力により指導医が判断する。
したがってカリキュラムにおける必須項目とはしない。
- (2) 医療事故についての責任を明確にする。
- (3) 学生側の事故（針刺し事故等）についても配慮する。

現行制度下で学生にさせることに、必ずしも委員の同意が得られなかった実技は次の通りである。

静注・点滴・輸血・皮切・穿刺・膿瘍切開

また、日本医学教育学会では「臨床実習の評価」（案）を作っているが、その中には臨床実習における実技教育がなされねば評価できないものが含まれている。

3) これからの取り組み

医学教育の目標をふまえ、実技教育を取り入れ臨床実習を改善していくことは患者のニーズに応える医師づくりのためにも必要なことである。もちろん、臨床実習における実技は適切な医師のもとでなされるべき

ものであるが、国民の理解、さらには現在の医師法のもとでなしうること、法の改正を要するかどうかの検討も真摯になされねばならない。そしてなによりも、医療の現場にいる教員と学生の責任と自覚とがまず求められることである。

4. 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ことになる。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のみでは対処しきれない病院の患者が増えている、これもまた理由のひとつではあろうか。

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。特に研修病院では、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みではなく、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。

それには卒前の臨床教育にも必要ならば法改正を含め、特段の配慮が欲しい。

平成元年6月14日、医療関係者審議会臨床研修部会から、「卒後臨床研修目標」に関する意見書が提出され、臨床研修の一般目標と具体的目標が明示されているが、それには、卒後2年間の臨床研修期間中に研修医が習得すべき基本的診療技能が詳細にかかげられ、どのような専門分野に進む医師にとっても必須の基本的診療技能とされている。しかし、大学病院ないし研修病院においても、その施設内にかぎられた2年間では、これらの技能を十分に習得することは非常に難しい。となれば、大学病院と研修病院の相互関係の活性化をはかる以外に方策はなからう。それには、まず臨床研修の一部を卒前教育に取りこむことが必要にならう。

諸外国における卒前の実技教育の例や、わが国でも行われている看護教育実習の例をひくまでもなく、卒後教育の一部を卒前教育にもちこむことには、以前からの要望も高かった。すべての医師に必須な基本的技能であるならば、それこそ本来、卒前教育で習得すべき技能でもあろう。「意見書」に掲げられた目標のすべてを卒前教育に回すことが無理であれば、その一部でもよいと考える。それが現行の医師法に抵触するならば、医師法改正の要旨をも含め検討すべきである。

研修医は、卒後臨床研修の間に医師としての基礎的

臨床能力を十分に身につけて、将来どのような専門医になっても、患者を全人的にとらえ、専門分野の限られた領域だけでなく、広く患者の抱える問題にも対応できる、プライマリ・ケアの臨床能力を習得することが望ましい。

(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けば義務づけられている。しかも、研修と診療は不即不離の関係にあるのであって、このような研修の実態は、大学病院でも研修病院でも変わりがない。

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その場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。

また研修医の給与格差の是正も必要であろう。各施設間の、上述のような相互乗り入れ、ないしは関連病院間の流動化をはかるには、給与水準もほぼ一定であってほしい。その給与水準はまた、社会人として自活できる程度のものでなければならない。

わが国の医療にかかわる人的資源の養成、確保のためには、行政の一貫した配慮がさらに願わしい。

(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、研修医の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の枠を拡大する、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、財政的な裏づけを必要とすることはいうまでもない。

その場合、大学病院から研修病院への乗り入れのみ

でなく、研修病院から大学病院への方向も円滑であってほしい。そのためには、研修医のみでなく、指導医の交流も必然的に生じてくる。

大学病院は高度に専門分化されて、プライマリ・ケアの研修が十分にできない場合には、一部を関連する研修病院で研修することになる。たとえば、一定期間、救急を主とする私的病院でも研修できることが望ましい。しかし、一般の救急病院では指導体制が十分でないこともあって、研修医が一人では対処できない場合には、指導医が大学から出向するようなシステムもあればと考える。それにはかなりの親密な相互関係が必要になる。

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、それが直ちに研修にも参加している。これと同様に、研修病院の指定も必ずしも総合病院に限るのでなく、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。上述の救急病院の例などをも含め、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。

大学の各診療科は、そのようないわゆる関連病院をもち、その多くは各学会の専門医・認定医研修施設に認定されている病院である。そのような各科の関連病院も、なんらかの形で正式に認知すべきと考える。

(4) 臨床研修成果の評価

大学病院および研修病院における各研修医の研修が、期待され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は不可欠の事項である。従来、この評価がなおざりにされるきらいがあって、臨床研修研究会でも、昭和63年および平成元年の学術集会には、研修評価の問題を主題に取りあげている。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

研修医には、研修修了後、主として次の進路がある。認定医・専門医資格・学位取得の道を経て、

①最終的には教育職を選ぶ。

②大学以外の病院に就職する。

③診療所を開設し、地域医療を続ける。

なかには、認定医その他の資格無視の場合もあろう。

いずれの道をとるにせよ、例外的な過程は別として、少なくともある時期、研修医も大学側の十分なかかわりと理解を必要とする。それだけに卒業した後も、なお大学の薄給に甘んずる理由にもなっている。なお、一方では、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に、就職の道が狭められていることも、話題にはなっている。

研修終了後の進路選択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。大学への転籍は、現時点では研修開始前に予約していないかぎり難しい。この点、大学側にもより自由な交流を可能にする、なんらかの配慮を望みたい。就職の場合もまた、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とくに苦慮している。

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・自由化がはかれるならば、医療全体の水準向上にもつながろう。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る。

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、時期を追って数多く発表されてはいるが、いずれにせよ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したい。

5. あとがき

医学教育については現在、かつてないほどの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）、生涯教育の連携作業がまずは鮮明に認識されねばならない。医師法上の取り扱いをも含め、卒前の臨床体験を深める必要はあろう。また、2年間の研修後に続く教育的配慮もなければならない。

(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

研修カリキュラムは、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、できる限り短い間に効率よく育成するためのものでなければならない。そのような必要性を考えると、卒後研修にも、病院それぞれ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、それは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、臨床研究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に生じてくる。いずれのコースをとるにせよ、双方の相互乗り入れに始まる協同作業が最善の道といえよう。

(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付けに十分な配慮がなければならぬ。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、とくに評価されねばならない。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の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報告（Ⅰ）として提出させていただき、大方のご批判をお願いしたい。

資料 11：臨床研修懇談会報告（Ⅱ）

日本医師会*（平4.3）

まえがき（略）

1. 医学教育の一貫性

教育とは、揺りかごから墓場までのたとえにも似て、まず問われるのがその理念であり、できればその効率、効果までが期待されるのであろう。医学教育もまた、卒前教育、卒後の臨床研修、専門教育、さらには生涯教育まで、秩序ある一貫性をもって国民の医療ニーズに応える、よりよき医師づくりを目標とするものであることはいうまでもない。広い視野をもち、病める人間の全人的治療をはかり、それらを可能にする教育がさらに望まれる。

それには、各段階での医学教育が目標、方法、評価の本質において、互いに無関係であったり、矛盾したりしてはならない。そのために多くの国では、各段階での教育の目標、方法、評価、改善方法について、それぞれの関係者が常に協力しあう態勢が確立されている。ところがわが国では、そのような態勢が確立して

いるとはいいがたい。今後は互いに協力しあって、医学教育の一貫性を実現させねばならない。

そのさい、他の分野とは違ってとくに重要なのは、臨床研修の理念である。研修といえども、それが臨床の場にあつて医療活動の枠の中で行われる。卒前教育にしてもまた、患者サービスの線から逸脱することは許されない。教育、あるいは研修指導を受ける者のみではない、指導者の側にもその認識あつてこそ、はじめ、それ相応の自覚が期待できるのである。

あらためて現状をみると、報告（Ⅰ）にも指摘されたことであるが、卒業生の約80%が初期研修の場を大学病院に求め、しかもその大部分が、とくに国立大学の場合、約90%の研修医が各学会の認定医・専門医を志向している（国立大学病院長会議 医員問題小委員会、昭和63年9月27日）。そのためか、ローテートすることなく直接、志望科に入局し、認定医・専門医のカリキュラムにしたがつて、当該科ないしその関連病院でのみ、研修を受ける場合が、なお少なくない。

そのような場合にも、大学病院、研修病院の独自性が織り込まれて当然であろうし、決して画一化を望むものではない。したがって、個性的な内容を決して否

* 臨床研修懇談会、座長：織田敏次