

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、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っ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ってこそ、はじめて、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って、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、個性的な内容を決めて否

* 臨床研修懇談会、座長：織田敏次

定するものでもない。しかし、初期研修となれば、それぞれに共通する最小限の到達目標 (minimum requirements) があってしかるべきものとする。そのためには、

①到達目標を教育研修の各段階ごとに明示し、しかも各段階の連続性を図ることである。ことに、卒前教育における技能訓練は医師法の許容する範囲で行われているが、その場合に許容され、期待されるはずの基本的技術の範囲が最近、明文化されている (全国医学部長病院長会議 臨床実習の実技教育に関する検討小委員会 平成元年4月20日) 卒後教育の次の段階に望まれる日常的技術 (医療関係者審議会臨床研修部会、卒後臨床研修目標、平成元年6月14日) の修得に連携させようというのが、その狙いでもある。

② 研修の場が大学病院と研修病院にまたがる場合、あるいはそれが病院群であってみれば、病院相互間の緊密な連携、ことに教育スタッフの意思の疎通が大切になる。研修病院では、大学病院とはまた違った内容の研修も行われよう。たとえば、患者の数やその社会的背景、疾患の種類、発症の時期などの面に、大学病院にはみられない違いがあって、技能訓練の方法についても各病院独自のものがあってしかるべきである。となれば、それぞれの病院研修がその内容を相互補完するものとして、当初から計画的に行われることが望ましいことはいうまでもない。言いかえれば、研修が研修の場に限られるといった固定的な観念は捨てて、研修とはあくまでカリキュラムを中心に組まれるはずのものなのであろう。

③ 研修成果の評価システムが次に考えられなければならない。評価は各段階で、大学ないし病院で行われようが、卒後教育の場合は学会の認定医・専門医試験を利用することもできるであろうし、すでに一部にはそれが実行に移されていることも事実である。カリキュラム (履修事項とその重みづけ) が明確になっておれば、自己評価も可能になろう。この点も十分に配慮されなければならない。

なお、医療関係者審議会臨床研修部会の設定した、卒後の初期研修が掲げる到達目標の中には、卒前教育の中で修得できるものも、また少なくない。現行医師法にも柔軟な運用をまかせるか、あるいは一部改正を行ってでも、卒前教育の講義・実習を通して修得させる方向が考慮されねばならない。それには、当事者で

ある大学病院の教官自体にもかなりの意識改革が要請されることになるうし、教育要員の充実もまた、とくに必要になる。

現在、推進されつつある学会認定医・専門医制についても、それが「臨床医学と医療の進歩を促し、真に国民の福祉に貢献する」、この問題意識に沿うものでなければならない。それも既定の事実といわねばならない。この見地からしても、初期研修の到達目標が、一般的 (基本的) な診療科を担当する各学会の認定医カリキュラムの中にも組み込まれて、その到達目標が再度確認されたうえで認定医資格が与えられるようにすればよい。要は医学教育の一貫性と整合性に連なる課題である。

2. 研修のための病院群の強化

一病院群による卒後教育一

あらかじめ計画された研修目標を達成するには、大学病院、研修病院の受け入れられる数に自ずと限界がある。したがって、研修病院の数を増やすか、あるいは病院の相互補完によって機能的な充実をはかる必要がある。同時に、地域医療における連携作業、たとえばいわゆる病診連携の充実もまた、望まれる。

さきの報告 (I) にも指摘したように、対象症例の質、ないし数などの点からしても大学病院、研修病院の相互補完は必要である。しかし、それにも、指導医の数、学位の取得の難易、ローテートの難易、研修2年後の進路の安定性、研修設備、宿舎、処遇などの内容に格差があって、相互補完の実をあげるには、これらの諸問題を積極的に解決することも必要である。

さらに指摘されねばならない研修の諸条件について考えてみたい。

(1) 研修条件の不完全性

多くの病院にあっては研修病院の認可を受けているにもかかわらず、その条件が十分に満足されているとはいえない。

一つは人的資源であり、一つは施設および器械の整備である。ともに経済的な問題でもある。大学病院、大病院においてさえ、改善を要する面が少なくない。

① 病院の近代化と研修目標

研究の場にあつては、学問は分化の方向に進む。このことはいずれの領域にも共通して見られるのだが、医学もちろん例外でない。ただ、臨床の場にあつては分化もさることながら、とくに統合が必要になる。しかし、地域医療の場合、大学病院には紹介患者が多く、最終診断・治療の病院としての使命が強調される

ために、分化した専門家集団としての存在も要請されて、いきおいその方向に進みがちである。

より広い範囲の基礎的な医療の知識を備えた医師を、卒後教育の中から育成するためには、多くの科をローテートするという考え方もたしかにあるが、これはさきのインターン制度の実績からみて、大学では適切な方式とはいえない。むしろ、それぞれが一定の到達目標を決めて、その目標を満たすための教育があってしかるべきと考える。分化を要すれば、それなりの高度医療を通して、高度の全身管理が要求されることになる。あるいは第3次救急の使命を担っている立場からすれば、大学病院も全身管理、救急医療についての適切な教育機関でなければならない。

外科の診療科では、麻酔科あるいは救急外科のローテートがすでに行われており、内科の診療科でも内科各科間のローテートが一般化されつつあって、国民の期待に応える比較的広い視野と技能を備えた医師の育成をはかることもできる。外科系各科、内科系各科も救急、麻酔科などをローテートすることによって、研修目標の到達も可能になる。ただし、受け入れ可能な研修医の数には自ずと制限がある。

一方の研修病院においては全科当直、分化度の低い幅広い範囲の受け持ちが可能なこと、あるいは各科の連絡が密であることなどからすれば、研修目標の達成も比較的容易なはずである。

報告（Ⅰ）にもたびたび触れたことであるが、大学病院のみでは受け入れの数に制限があって、大学病院と研修病院との連携を深めることによってのみ、より多くの研修医が研修目標を達成し、研修の実を上げることになる。大学病院と研修病院の間にも、各診療体系の中であって、研修の相互補完を可能にする条件がないはずはない。

② 教育要員の不足と教育環境

大学病院の学生教育においては小人数対象の教育が行われており、学生教育に手一杯であって、多くの研修医の卒後教育を行うには、教育の場、設備、スタッフともに十分でない。

一般病院でも、大病院は大学とほぼ同じ体制にあると考えられるが、スタッフは残念ながら少ない。中小病院においては、さらに苦しい。それでも、研修病院の場合、卒後研修の面からすれば、むしろ専門的な分野に限定されない立場で、臨床体験を積むことができる。したがって、初期研修の設定目標の到達には有利なはずであるが、一方では研修後の身分保障がない、あるいは臨床の場から拾い上げた問題を深めようとす

る意欲を満足させるには、大学病院のそれに比べると条件は劣る。また専門志向が生じた場合、その進路に不安があつてのことか、大学病院志向にはかなり根強いものがある。

最近の医療を取り巻く経済環境は逼迫した状態にあつて、それこそ教育環境にも影響なしとしない。従来、教育とは先輩が後輩を育てるといった善意によって処理されていたことも確かであつて、このことはいつの時代にあつても受け継がれることであろう。が、あまりに逼迫した経済環境では、そのような余裕など奪われかねない。しかし、後輩は先輩の背中を見ながら育つことに変わりはない、そのような教育環境もまた、より豊かなものに整備されなければならぬ。

国立大学病院においてさえ、卒後教育にまで必要な人員の配置はなされていない。私立大学には、卒後教育に携わる講師の手当に若干の補助があるのだが、必要額にははるかに及ばない。

③ 教育設備の不備

研修のための器械に対する予算措置は、国立を除く研修病院に限られている。公・私立機関の場合は、研修医の手当はなく、その代わりに上記の講師手当と器械購入のための補助はある。が、残念ながら十分でない。

④ 病院群による補完のための環境改善

病院群の相互補完に、意外な支障の原因になっているのが、研修医処遇の格差である。このことは報告（Ⅰ）にも触れたことであるが、さらに項7にあらためて取りあげてみたい。

研修にかかわる国の援助は現在、研修の場が分割されると援助が受けられない仕組みになっている。病院群による研修計画は、病院群としての計画設定を承認することから着手されなければならない。それが当面の課題になる。

幅広い研修内容は、さきにも述べたことであるが、ローテートによるよりは、あらかじめ設定された研修の期待目標を目指すことにすれば、病院群にまたがる研修計画もまた、案外容易に達成されることになろうか。

地域医療計画に沿った研修計画を考える必要もあり、それ相応の教育要員にも、経費面の配慮があつてしかるべきであろう。診療科すべてに研修指導スタッフを揃えている病院は、卒前教育の要員をもつ大学病院と、ごく一部の大病院に限られているからである。

（2）教育要員の補完—セミ・オープンシステムを含め—

教育要員の補充には、地域の実地医家にも参加を求めて、研修病院がセミ・オープンシステムをとれば、診療即教育の実をあげる方法も考えられる。厚生省がすでに計上している教育要員確保のための補助金を活用するなり、できればそのような枠をさらに拡大するなり、適切な施策が必要である。

(3) 診療対象の病院間相違

大学病院には紹介患者が多いことから、各診療科には、それにふさわしい患者が集まる。したがって、専門分野の患者が多く、それだけ専門分野の診療に偏りがちでもある。これに比べると一般病院では、他の診療科との連絡も比較的容易である。内科は、内科全科のより広い知識を必要とし、研修医もまた、全科にわたる当直、ないしはそれに近い状態でより広い知識を必要とすることにもなる。

上記の(1)、(2)に述べた、各病院の長所を生かすことができれば、さらに多くの研修医が今より一步、研修目標に近づくことも可能になる。そのためには病院群を構成して、研修医がその間を移動することによって研修の実を上げる。病院群の登録と研修カリキュラムの作成を経て、研修目標を設定し、必要に応じては教育スタッフの相互補完も検討に値しよう。そのためには研修に要する費用についても、研修医の生活費を含め、少なくとも国立大学の線まで補助金の額を上げる必要がある。

病院群の場合、相互補完の実を上げるには、いままでの大学中心の研修計画と、病院中心のそれと、この両者を用意することになる。そのうえで、研修病院に採用された研修医がまた、大学での研修にも参加できる、そのような体制ができればとも考える。

3. 臨床研修カリキュラムの基本と多様性

臨床研修のカリキュラムは、卒前教育を含め、まず医師としての最低限の目標を達成させることに始まる。そのうえでプライマリ・ケアから専門医、そして研究者、教育要員の養成にいたるまで、できる限り短い期間に、効率よく推進されることが必要である(文中の「プライマリ・ケア」については、報告書(I)にあるとおり、基本的診療とはほぼ同義に用いられている)。

医学教育の一貫性を具現するには、まずはこのカリキュラムの一貫性・整合性にすべてがかかってくる。さきにも触れたことではあるが、それには、教育の場と教育要員の確保、したがって研修病院の充実・強化がいうまでもなく必要である。卒業生の約80%が大

学病院および関連病院群で臨床研修を行っているが、わが国の教育病院の現状からすると、それが近い将来大きく変えられるとは考えにくい。卒後の研修が大学と関連病院を中心に行われる場合、ストレート方式やセミローテイト、あるいはローテイト方式とさまざまな研修方式があって、研修カリキュラムもそれぞれの立場や長所、特徴を生かしつつ、努めて相補性の実を上げることになる。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。

日本私立医科大学協会卒後医学教育委員会の加盟29大学における卒直後臨床研修についての実態調査によると、全大学中、ストレート方式とローテイト方式の併用が24大学、ストレート方式のみが5大学、総合診療方式は3大学にすぎない(昭和62年調査)。

現代の世相を反映した卒業生気質の変化もまた、臨床研修のカリキュラムに配慮を要する点であろう。入学時の共通一次試験を契機に、若者の気質に変化がみられるともいわれ、昨今は、優れたよい臨床医になろうという意欲はむしろ薄れ、それでいて専門志向にあらがれる風潮の若者が少なくない。病気の診断に、臨床検査や画像診断が第一選択となり、患者を診る姿勢がおろそかになりがちである。プライマリ・ケアも漠然とは理解しているが、その重要性は残念ながら卒前教育にまで浸透していない。

そうした現状からすれば、まずは教育要員の意識改革から問題になる。臨床研修の実績をもった専門医の育成が急務である。同時にまた、一般的な地域医療機能の実践的研修を取り入れることも忘れてはならない。大学、研修病院、実地医家、この三者が特徴に見合った役割分担を十分に論議し、相互補完による協同作業が重要になる。まずは、臨床研修の目標を明確にすることから、とりかからねばなるまい。

1) 臨床研修目標の明確化とカリキュラム

今日までわが国の臨床研修の現状について、さまざまな見解や改革議論を通して明らかになったことは、制度としての臨床研修はすでに定着したのであるが、その内容については、いまだに厳しい批判が少なくない。それは基本的に、臨床研修が従来の医局、講座ないしは各科目単位のもとに行われてきた、その現状のままに委ねられ、本来の臨床研修の趣旨にはそぐわない。これでは、プライマリ・ケアの能力あるいは臨床医としての共通の基礎能力を身につけるには十分でない。国際的水準からみても、これは偏ったものといわざるをえない。

臨床研修の目標は本来、指導医のもとで、医師とし

ての最低限必要な知識、技能ならびに態度を身につけることである。それは臨床医として、すべてに共通する基本であると同時に、将来進むべき専門分野の基盤でもなければならない。わが国では、地域における医療を担う場合に、標榜科目を掲げることが、まず必要とされている。地域住民の、健康のほとんどすべてに密着していた時代の医療とは違って、今ではわが国の社会も高度に都市化し、効率と便利さを求める風潮に呼応して、特定分野の専門技術を提供する医療がむしろ一般的になっている。このような傾向は医学・医療技術の進歩とともにますます強くなりつつある。そのために、臨床研修が、臨床医に共通して求められる基本の修得というよりは、むしろ専門医としての出発に向けられる。このことは、WHO のアルマアタ宣言* にもあるように、プライマリ・ケアのニーズに対応する医師の能力が強く求められるとなれば、そこには深刻なジレンマも生じかねない。さきの報告（Ⅰ）が病院群研修を強調するのもこの点にほかならない。

そのようなプライマリ・ケアと専門医育成の教育目標に、ある種の均衡を見出すには、臨床研修にかかわる機関の指摘にもあるように、臨床研修の目標をまずは明確化することである。医療関係者審議会臨床研修部会が平成元年6月14日に発表している意見も、一つの有用なガイドラインになろう。その中では、これまで厚生省の施策として促進され、議論されてきたストレート方式、ローテート方式、ないしは総合診療方式といった区分からは脱却して、その代わりに臨床研修の目的を掲げ、「通常みられる疾患の患者に対して適切な診療を行い、また、特に救急時の診療を行う能力を身につけるべきである」と具体的に示している。そのうえで、「一般目標」「具体的目標」が掲げられ、そのための「教育カリキュラムの編成」をさらに奨めている。研修方式より研修プログラム重視への変化である。この研修部会の意見書は、プライマリ・ケア機能を学習させるための研修内容とも解される。しかし、その意見書に述べられている14部門にわたる具体的な目標の細部について、今の段階では、関係者に十分理解されているとはいえない。これを実行するにあたっては、研修病院やそのネットワーク施設の整備、さらには研修医の身分や経済保障が必要になる。それがほとんどなされていない現状のままでは、指導医を含め、よりよい臨床研修がどのように確保されるのか、疑念を禁じえない。

同じ臨床研修部会の「臨床研修改善専門委員会最終報告—卒後臨床研修の今後の改善について」(平成2年

11月20日)に、「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正な専門医制度を定着させるうえでも重要となる。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、また学会認定医制協議会を通じて現在関係各学会にも要請中である。」と述べられているように、臨床医としての基本的能力と専門分野の基礎的能力の整合性が肝要である。

欧米諸国ではほとんどの国で卒後医学教育が制度として確立しているが、多くの国で当初のインターン制度は形を変えている。しかし、これまでのわが国のように、卒業の直後から特定分野に限って研修するというところはほとんどない。将来進むべき専門分野の学会が定めた臨床医としての基礎能力、あるいはプライマリ・ケア能力を身につけた後に、はじめて専門分野での研修に入る国が大部分である。

わが国においてもこれを具体化するために、学会認定医制協議会では基本的診療領域を担当する14の学会認定医、専門医の研修カリキュラムの中に初期研修目標として掲げられた項目を組み込む、そのような努力がすでに合意されており、初期臨床研修と認定医、専門医制度との整合性が具体化されるよう期待されている。現在わが国では、学会認定医制協議会の基本的領域担当部会(14学会)、外科関連学会協議会(10学会)、内科関連学会協議会(13学会)などにおいて、当初独自に調整もなく発足した各学会の認定医、専門医制度相互間の整合性をはかり、全体としての調和にも努力がはらわれている。しかし、さらに将来は卒直後の研修や、専門医教育について、関連学会のみでなく、教育研修病院や医師会などの代表も加えた合同委員会で、これが審議されるのが望ましい。生涯教育とも関連することだけに、幅広い意見を集約するのだからなければならない。

臨床研修のカリキュラムの内容には知識、技能、ならびに態度までが含まれるべきであるが、医学はつねに発展し、また、個々の医療行為にも科学的根拠まで吟味される。したがって、臨床研修カリキュラムの基本と各専門分野に対応する多様性は確保されなければならない。一方ではまた、研究への関心を育む必要のあることはいうまでもない。

* アルマアタ宣言：1978年1月ソ連のアルマアタで開催されたWHOの世界会議において、単に病気がないというだけでなく身体的、精神的、そして社会的によい状態であることは基本的人権であるとし、世界のすべての人の健康を守り、促進することが必要で、そのためにプライマリ・ヘルス・ケアの発展を最重点施策とすることを決定した宣言。その実現のためには、各国・関連団体が協力するとともに世論を喚起し、各国の法令を定め、長期的・国際的視野に立つて行動せねばならないとしている。保健と医学のマンパワー養成に関する東京宣言(1986)、医学教育の改革に関するエディンバラ宣言(1988)はいずれも、アルマアタ宣言を人的資源養成の立場から実現をはかろうとしたものである。

2) 臨床研修の評価

理想的なカリキュラムがどのように作成されたにしても、そのみでは臨床研修が成功するとは限らない。その目的に応じた評価が必要になる。

たとえば、卒前教育における各大学での教科修了時の試験、医師国家試験も学習効果の評価である。現在学会認定医制協議会で合意されている認定基準の4原則の一つに、認定試験の施行もあげられている。これもその例である。臨床研修についても、最低限必要な評価の方法が準備されてはじめて、臨床研修の改善が実現するのであろう。評価の方法は、医療関係者審議会臨床研修部会が平成元年6月に臨床研修の到達目標を提示しているので、その目標に到達しているか否か、自己評価するのも合理的と考える。指導医による研修医の評価も必要であるが、技術的なことは評価が大変に困難である。それは主として医師としての態度や医療におけるマナーについての評価にとどまることになろうし、学会認定医試験のさいに臨床能力や態度に関して試験することも考えられるが、これとても公平かつ客観的に評価することは必ずしも容易でない。

日本医学教育学会卒後臨床教育委員会が昭和56年に「卒後初年度臨床研修目標案」としてチェック表をかねたものと、「研修医評価表試案」を発表しているので、それらを参考にして、各研修病院のそれに適した評価方法をとるのも一法ではあろう。

3) 合同委員会(臨床研修教育委員会一仮称)の設置

欧米の先進国では、卒後研修教育や専門医教育システムが制度として確立されている。それらを見ると、わが国のように卒直後から特定分野の研修を進めるところは少ない。将来進むべき専門分野の学会が定めた

臨床医としての基礎能力をまず賦与した後に、はじめて専門分野の研修に入る場合の多いことはさきに触れたとおりである。

わが国の基幹科目を担当する専門学会でも、専門医教育における幅広い初期研修、基本的な臨床能力の重要性が認識されて、それぞれの学会が定める研修カリキュラムの中にこれらを取り入れる。このことが学会認定医制協議会の中においても、基本的に合意されている。それが一日も早く実現されるよう期待している。

また、欧米の専門医制度では、卒直後の研修を含め、専門医教育については、関連する学会、医師会、その他の関係者よりなる合同委員会(たとえば、米国のACGME—Accreditation Council for Graduate Medical Education)にあって、それぞれ協議されているが、わが国の臨床研修をさらに適切かつ内容あるものに改善するには、このような関係機関の代表よりなる合同委員会(臨床研修教育委員会)を組織することが必要になる。さらに加えて、人間らしさの教養、哲学的、倫理学的思考をなんらかの方法で鍛える課程もまた、必要であらう。

4. 臨床研修教育要員の養成

1) 臨床研修指導医の役割

研修医の教育には、教育にあたる研修指導医のあり方もまた、重要な役割を担うものであることはいうまでもない。

厚生省の研修病院指定基準の中には「各診療科に十分な指導力を有する指導医のいる」ことが求められ、指導医の資格に「少なくとも10年前後の臨床経験を有し、十分な指導力と最近の2年間ににおいても相応の業績発表を有するもの、各専門学会が認定している認定医等の資格を有するもの、特定科(精神科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科)については、少なくとも5年の臨床経験を有し、かつ、その経験、訓練、業績発表等から十分な指導力があると認められるもの」とされている。ただ、そのような指導医でも、わが国の現状を考えると、広い分野にわたって実地臨床のできる指導医は必ずしも十分でない。研修医の臨床指導がこのままでよいとはいいたくない。研修病院では、入院患者のかかなりの部分を研修医が担当しているが、指導医が足りなくて十分な指導ができていないところも少なからう。研修病院は大学病院とは異なり、医師の数に比べて患者の数が多し、研修医は指導医の助言を受けながらも、実地の診療にあたるのであるから、それだけ患者に接する機会が多いことに

なる。臨床研修の成果は、むしろより大きいといってもよかろう。もちろん、その診療内容についてはオーディット機構がつねに作動しているものでなければならない。しかし、このことは決して若手の医師が診療にあたるからというのではない。研修医、指導医のみではない、診療行為それ自体に、ときには多角的な意見を求めつつ、できればまた違った次元からの監督・指導があってしかるべきである。

臨床研修における姿勢・態度については、ただ先輩医師の態度を見習うという消極的なものではなく、しばしばひき合いに出されることながら、米国では卒前教育の段階からグループワークの中で、患者の問題解決に向けて討議を進める、といった方法が成果をあげている。レジデント教育に携わる指導医のためにも、「臨床教育技法」「臨床能力評価」「判断分析」などのワークショップが開催されるなど、医師の教育には力を入れている。わが国においても、これまでの個人的な経験にのみ頼る指導ではなく、より合理的・効率的な技能・診療態度の修得を目指した教育法を、より多く取り入れる必要がある。これからの、より専門分化し、複雑化する医療を担う医師の養成は、社会にとっても重大な関心事でないはずはない。しかしあらためて、教育とは時間と費用のかかるものと考えさせられている。

2) 研修医指導に当たる医師

研修医の教育にあたる指導医は必ずしも研修指導医のみでない、実際には若手の医師がまた、後輩の指導に当たることになる。そのような医師に求められる資質をまずあげてみる。

- (1) 教育熱心：自分の診療や研究に熱心で、若い医師の教育に関心を示さない医師であってはならない。後継者を育てる意味から積極的に次の世代を背負う若い研修医の教育に時間を割き、自分の持てる技能を伝授できるような指導医が望まれることはいうまでもない。教育はただ教えるというのではなく、研修医が自発的に学習・研鑽する能力を啓発することも必要である。
- (2) よき臨床医：日常診療の中で患者に対して親切で、十分に説明をし、研修医に対するモデルとなるような医師であること。
- (3) プライマリ・ケアのできる医師：医療が専門分化し過ぎると、専門医の中にはプライマリ・ケアに関心を示さない医師もいるが、専門医である以前に広い範囲の臨床的知識・技能を身につけた医師であって欲しい。

(4) 実地臨床体験：臨床研修はただ単に見学のみでない、実践が大切である。臨床技術の修得は経験を積むことによって習熟するものであるが、患者を対象にしているだけに細心の注意を要する。失敗は指導医の責任にもなることを心得ておかなければならない。

(5) 最新の医学知識の修得：最近の医学の進歩は目覚ましく、たえず新しい知識・技術を修得するよう努めなければ、とり残される。若い研修医の教育には、指導医も絶えず最新の知識・技術を持っていなければならない。

(6) 柔軟な考え方：研修医の指導に際しては、自分の経験に基づく固定概念にとらわれず、若者の斬新な考え方にも柔軟に対応し、有益なものは積極的に取り入れるゆとりが求められる。

(7) 家族への配慮：医療がますます複雑化して、家族をも含めたチーム医療が必要になってきている（例えばターミナルケア、在宅ケアなど）。家族もまた医療の対象となる場合すらある。

(8) 医療の経済性：わが国の医療は大部分がなんらかの保険によって、その費用が支払われている。したがって、それなりの制限はあるが、許される範囲内での効果的な医療をめざし、 unnecessary 検査、患者には不利になりかねない検査や治療には十分に配慮する。

3) 大学病院における臨床研修指導医

大学病院は、医学生の臨床教育に関与し、そのうえに卒業生の約80%が大学病院での研修を希望する現状では、大勢の研修医をかかえることも避けられない。大学の少ない教育スタッフ定員のみでは、その負担が大きすぎる。なんらかの改善策が期待されるのである。

厚生省の提示している臨床研修目標を達成するためには、大学によっては研修医に必要な臨床科にローテイトさせるようにしているが、これを円滑に進めるためには、各科の研修を調整指導する臨床研修指導医が必要になる。臨床研修指導医を中心に研修委員会を構成して、研修カリキュラムの作成、その効果的な運営と評価を行う。これらの業務は大学における教育、研究、診療のうえに、さらに研修医の指導をし、しかも各科の研修の調整もするとなれば、いずれかの業務は犠牲にしなければならない。研修医教育に十分な時間をさくためには、臨床研修指導医としての教育スタッフも増員されねばならない。また、そのような研修指導医としての指導能力が、将来臨床系のスタッフになる際の重要な資質として認められるようにすべきもの

と考える。臨床指導能力を備えた指導医の養成がなにより必要である。

4) 臨床研修指導医の養成

すべての医師が上に述べたような指導医としての資質を備えているわけでないだけに、積極的にそのような人材を養成する必要がある。しかし、それをどこの責任において教育するかである。社会が必要とする医師の養成には、卒後の臨床研修教育から認定医・専門医教育、生涯教育まで幅広く、種々の機関や団体が関与して行われることになる。それには、さきにあげた合同委員会（臨床研修教育委員会）の設置を含め、医師会、医学会を中心とした医師養成のための第三者の機構を設けて調整にあたる。コントロールタワーにも似たそのような機構があって、高等教育の新しい知見を取り入れた、より効率的な医学教育指導医の再教育から、あるいはまた人的医療資源の再編をも含めて、それが機能することになればと考える。あえてその設立を提案する。

研修指導医については、従来から、各年末に、厚生省と文部省が共催で行っている「医学教育者のためのワークショップ」もある。そのような研修コースを適時開催し、夏休みなどを利用して、さらに多くの若手の指導医が参加できるようにとりはからう。取りあげるテーマはさきにも若干触れたことであるが、「コミュニケーション技法」「判断分析」「行動科学的アプローチ」「臨床能力評価」「臨床倫理教育」なども加えて、参加者のモチベーションを高める。

もちろん、それには補助も必要になる。そのようなワークショップに参加した指導医には何らかの資格を与えて、指導医の将来に向かっての励みとする。

コンピュータを利用した臨床問題解決のための、国情に適した教材の開発なども課題になろう。臨床研修は実際の患者の治療に当面しながら行われるので、失敗は許されない。あらかじめコンピュータの模擬患者を使って、問題解決の能力を修得させることも望まれる。

「鉄は熱いうちに打て」といわれるように、大学を卒業してまだ柔軟性をもった研修医への態度教育はとくに重要である。ことに、プライマリ・ケアの指導医が重要である。そのような指導医をまず確保してかからなければならない。

研修病院以外の実地医家の中にも、もちろんプライマリ・ケアの指導に適した医師もまた、少なくない。そうした情熱を医学教育に向けていただくのも、指導者層の充実にはこのうえない施策となろう。さきに触

れた研修病院のセミ・オープンシステムを可能にして、研修医と実地医家の接触の場を設ける努力も、たしかに有効と考える。

5. 臨床研修方式の具体的模索

これからの臨床研修の目標であるが、細分化された特定専門分野の研修のみに絞るのではなく、臨床医に問われる基本的能力を研修する、そのような狙いが支持されつつあることは事実である。

このことは、わが国の臨床研修が求める当面の方向といえようが、総合診療方式は、大学病院では現在、3病院に限られている。これを臨床研修のすべてに一般化することには、なお少なからず難色を示される。

当面の問題はローテート方式による臨床研修の内容である。現在のところ、この方式は受け入れる診療科ないしは施設の方針によって様々であり、研修医にしても、ローテート先で何が学習でき、どのような能力に到達できるのか、前もって判然としないのがほとんどである。医療関係者審議会臨床研修部会がストレート方式、ローテート方式、総合診療方式といった区分を排して、到達目標に基づく教育カリキュラムの編成を提言している現在、この目標にも基本的な見直しが必要になる。その対応は「3. 臨床研修カリキュラムの基本と多様性」に述べられたとおりである。

参考までに、天理よろづ相談所病院[「臨床研修ガイドブック'91」(臨床研修研究会編集)より引用]の例と国立病院医療センターにおける総合診療科の例について述べてみる。

また、文部省が平成元年より発足させた研修登録医制度については、千葉大学の例をあげ、現状を紹介してみる。

1) 天理よろづ相談所病院の総合臨床方式

研修は各科にわたる基本的な診療についての知識、技能、態度および応用能力を身につけることを目標とし、ローテート方式で総合病棟(6カ月×2回)、麻酔科(6カ月)、希望する単一専門診療科(6カ月)の研修を行う。

総合病棟(内科、外科、小児科、その他)では、各科の患者6~8名を受け持ち、患者ごとに専門医がマン・ツー・マンの指導をする。

受持症例検討会、レジデントの教育講義、CC、CPCに参加する。

2) 国立病院医療センターの総合診療科方式

国立病院医療センターの臨床研修は原則としてストレート方式であるが、内科と外科はその範囲内のロ

ーテート方式をとっている。研修医はストレート方式で希望する臨床各科に配属され、当該各科と希望科（麻酔科等）の研修を行う。それだけでは、当該専門各科を除く境界領域の疾患、外来患者の診療、研修の機会が少なく、とくに内科、外科以外の研修医には、全身の疾患を全人的に診療、研修する機会がほとんどない。その解決策として、(1)総合診療科（医療センター方式）、(2)研修医の副当直などによって、全科の研修医に対するプライマリ・ケア研修と卒後臨床研修の目標達成をめざしている。

- (1) 総合診療科をプライマリ・ケアと初期臨床研修の教育の場と位置付け、全科研修医の義務とし、総合内科 (General Internal Medicine) の研修（2カ月）を通して、初期診断から治療まで、総合的な考え方を養う。指導医は内科専門科（消化器科、呼吸器科、循環器科、膠原病科など）の医師、内科全体がこれを支援する。総合診療科を専門的診療科とせず、指導医も総合診療科の専門医でないことが特徴である。

指導医が教育的観点から外来初診患者3～4名を選別し、研修医の診察、対応を指導する。入院を要する患者は、内科各科に入院させる。午後、症例検討会、抄読会、講義を行う。精神科等、他科には必要に応じ、相談する。

2カ月の総合診療科研修によって、研修医1名につき種々の主訴をもった患者160～200名の診察が行われている。

- (2) 研修医の副当直は、救急診療研修の良い機会であり、当直〔内科、外科、小児科、産婦人科、脳神経系（脳神経外科あるいは神経内科）各医師1名〕の指導を受ける。全科研修医（1年次）は副当直として急患室で原則としてすべての救急外来患者を診療し、当該科当直医の指導を受ける。内科研修医（2年次）は内科副当直として内科当直とともに、病棟あるいは急患室で診療し、研修する。

この両者を経験することによって、ストレート方式であっても、全科の研修医に、臨床医の基本的知識と技能の修得、患者背景の理解を通して、プライマリ・ケアと専門医療技術に対する幅広い識見をもたせる可能性が生まれたと考えている。

問題点

1. 指導医の献身的努力と熱意が必要である。そのような指導医の確保が可能か？

指導は、内科全体、病院全体で支援すること

が必要である。

2. 総合診療科（2カ月）、副当直等で臨床初期研修目標が達成可能か？

当該総合診療科は、米国で行われている家庭医学 (Family Practice) ではなく、総合内科 (General Internal Medicine) に近いと考えている。

このような二つの例は、初期研修のあり方を模索するもので、そのまますべての研修カリキュラムに適合されるものではないが、将来にむかっの評価が望まれる。

3) 生涯教育のための登録医制度

一 研修登録医制度の概要一

地域の実地医家、ないし勤務医の生涯教育の一貫、後期研修の場として大学病院を利用する研修登録医制度がすでに発足している。文部省が平成元年4月より、全国の国立大学病院に設けたもので、大学病院が医師の生涯教育に門戸を開放した、その意義は大きい。発足の経緯、現状、将来について簡単にふれてみる。

1) 発足の経緯

近年の医学・医療の急速な進歩発展、高度な医療機器の開発および医療情報の増加、ならびに国民の医療に対する意識変革に対し、医師は絶えず新しい知識の修得、技術の研鑽が求められる。しかし、地域の開業医や病院に勤務する医師は、必ずしもこれらの研修を行う場所や機会に恵まれているとはいえない。大学病院は医学・医療の各分野に専門のスタッフや最新鋭の医療機器を有し、常に先駆的な医療や新しい診断・治療法の研究開発を行いうる。地域においては、中核的医療機関としての機能を果たしている。

日本医師会生涯教育推進会議は、昭和60年1月8日付の中間報告で「地域医師会と地域の大規模な病院との連携をはかり、病院を開業医の体験学習の場として提供してもらう」ことを提言している。また文部省に設置された「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」は、その中間まとめ（昭和61年7月21日）と最終まとめ（昭和62年9月7日）の中で、医師の生涯教育に関し、教育資源の豊富な大学医学部が積極的に協力する必要性とその具体的な方策を考慮すべきものとも述べている。これらを受けて国立大学病院長会議は、地域医療充実の観点から、生涯教育についての大学病院の役割を考慮して、医師会会員などを受け入れる研修制度を具申、平成元年4月より、文部省が発足させたものである。

2) 現状

平成2年度には医師（413名）・歯科医師（126名）

を合わせて 539 名の登録医が、39 大学で研修を行っている。初年度、平成元年の 342 名に比べると、200 名の増である。年々増加の傾向にあるが、その例として、千葉大学における研修登録医（千葉大学では専門研修医と呼んでいる）製の現状について述べる。

千葉大学における研修登録医制度

(1) 登録医の研修コース

29 診療科（部）で地域医師会の希望も取り入れ、67 コースを用意している。

(2) 応募資格

医師または歯科医師の免許取得後 2 年以上経過した開業医および勤務医。

(3) 募集人員

各診療科（部）で、原則として 1～2 名程度。平成 2 年度は 29 歳から 65 歳の医師、計 27 名が応募。

(4) 募集期間

募集人員の範囲内で、常時募集。希望者は募集要項を参照し、希望研修コースを申し込む。

(5) 研修期間

3 カ月、6 カ月、12 カ月コースがある。

(6) 研修日

週 1 回、月 4 回程度。

(7) 研修方法

- ① 病棟回診、症例検討会、抄読会、その他の研究会などに参加。
- ② 自らが紹介した患者の診療に参加。
- ③ 希望診断技術を修得。
- ④ 附属図書館の利用、など。

3) 将来

体験学習を中核とした医師の生涯教育に、大学病院が門戸を開放し、地域の開業医や病院等に勤務する医師を受け入れ、専門医の指導のもとに医療機器等を利用、あるいは、自己の紹介した患者の診療への参加によって、体験学習を図ることは、自己知識の向上、技術の更新、ひいては、地域医療の充実、発展に大きく貢献することになる。研修のための病院群の強化にもつながるはずである。

今後、この制度が全国に普及し定着すれば、医師教育の一貫性：卒前教育、卒後臨床初期研修、後期研修と続いて、生涯教育の図柄がより鮮明になってくるのであろう。

6. 専門医、臨床系大学院に関連して

1) 専門研修（認定医、専門医のための修練）に関連して

わが国の医療制度、医療体系の中にも認定医、専門医制度を取り入れて、これを適正に評価することは、患者の側からみても利点は大きい。

その専門研修であるが、一定のカリキュラムに基づく研修が必要であり、その良否が認定医、専門医の質的なレベルを左右する。専門教育に向けた病院群（研修の中心となる病院とその関連病院）の認定は、それぞれの専門学会によって実施されているが、わが国の認定（専門）医制度発展の経過からして、現時点ではこれもやむを得なかった。しかし、将来はより大局的な見地から認定医制、専門医制を全般的に見直し、調整と整合性をはかる必要がある。それに伴って専門教育のための病院群構想も整備されなければならない。

現状では、専門研修についても初期研修の場合と同様に、大学病院を中心とした関連病院群にその大部分が依存している。大学病院に匹敵する教育機能を備えた研修病院が必ずしも多くない。わが国の実情を反映したものでもあろう。将来は基幹的な公的、私的病院を中心に、専門教育のための病院群形成も積極的に考慮されるべきである。

専門教育にも、教育の一貫性は重視されなければならない。同時にまた、研修カリキュラムの多様性は積極的に容認されるべきである。

2) 臨床系大学院に関連して

臨床系の医師にとっても、卒後の臨床教育のある時期に“研究”を経験し、研究的な態度と姿勢を身につけることには、確たる意義がある。研究的な態度は、日常診療においても望ましいものである。そのような臨床医としての姿勢も、臨床教育を通して、あわせ体得されるものである。教育病院に“研究”機能を同時に持つことが望ましいとされる理由もそれにほかならない。

大学院は研究者の養成、ならびに高度の専門技術の修得を目的としているが、臨床医を目指す者が卒後専門教育のある時期、大学院に在籍して研究に従事することは、臨床教育の多様性の一つの選択肢として組み込まれてしかるべきである。

従来の臨床系大学院については、卒後研修、専門教育との間に様々な問題点が指摘されているが、臨床における大学院問題は、臨床研修との時期的な調整と研究年限の問題に要約されよう。それも、初期研修開始

前、初期研修終了後、専門研修中の一定期間、の三者が考えられるが、それぞれに特質があって、その選択についてはなお十分に検討されねばなるまい。ただ、臨床研修期間と大学院における研究期間とは明確に区別することが望ましいものと考えている。

たとえば、米国の内科の例をみても、3年のレジデント研修（インターン1年・レジデント2年）を終えて、さらに専門医資格を得るには内科の臨床専門教育が3年になっているが、臨床2年と2年の研究作業（Research Training Course）を経て、同じ資格試験が受けられる仕組みになっている。

研究期間中の身分と待遇、研究費、研究の場についても、研究指導体制とともに考えることが必要である。

諸外国、たとえば米国の内科専門医の例をみても、レジデントには生活費が支弁されているのにならって、ひき続き臨床研究者の育成には絶えず深い関心を示している。臨床研究推進のためには、臨床研修を終了した後、さらに基礎科学の研究技術を身につけられるように、奨励金も用意されている。上記の Research Training Course にも NIH (National Institutes of Health) は研究機関を対象に Research Grant、さらには Physician-Scientist Award が用意されている。個人を対象の grant はレベルの高いものであるが、Clinical Investigator Award, NIH Research Career Development Award などがその例である。

なお、米国の MD/PhD course (6～7年、医学校入学の当初から MD に加えて PhD の基礎研究コースを組み入れる) が、すでになりに多くの医学校 (全 136 校中の 119 校) に設置されているのも、注目に値する。研究志向の医師づくりが、医科大学入学の際に、定員の約 7～8% に認められて、NIH の grant (American Scientist Program) を得ている学生も少なくない。プライマリ・ケアの幅広い医師づくりと同時に、専門志向、あるいは研究志向の医師づくりにも力を入れている現状がうかがわれ、参考にすべきものと考ええる。

フランスはインターン制度を最も早く、19 世紀の初頭に創設した国だけに、その歴史も古く、欧米諸国はこれにならったものといつてよい。その狙いはしかし、あくまで医師のエリート教育であり、エクステルヌ (臨床医学課程の 4 年；3 年生、4 年生はすでに有給である) から選ばれてアンテルヌ (内科専門医 4 年、外科専門医 5 年)、そのあとチーフ・レジデントなどを経て、大学病院その他の病院の常勤医になる。さらには教授資格試験を受けることにもなる。一般医の訓練はアンテルヌの課程に入る代わりにエクステルヌから、直結

の課程によって行われる。

ドイツの場合、国家試験が 3 回 (基礎医学、内科・外科以外の臨床医学、内科・外科臨床医学) あって、これを経て医師免許証が与えられ、1 年間の研修医として大学病院もしくは指導医と指導設備をもつ病院 (いずれも国立機関、厚生省認定) に勤務する。給与の支給は州政府が援助する。

専門医の資格を得るには、慣例上学位を有し、内科および外科はそれぞれ 5 年、その他の科では 3 年間の臨床指導を受けた後、専門医資格試験を受ける。専門医の報酬は一般医の約 3 倍である。

なお、学位 (大学の高学年の間に、いわゆる実験的な素養を身につける) は、第 3 課程の医師国家試験までに取得する者が多いようである。

イギリスの場合はさらに複雑であるが、病院のポストはすべて国民保健サービス法 (National Health Service) によって定数が定められている。

a. Preregistration year, JHO

これは卒業後 1 年間、Junior House Officer として、臨床研修を受ける。

b. 専門医訓練

1. Senior House Officer, SHO (1 年)
2. Registrar (2～3 年)
3. Senior Registrar (3～4 年)
4. Consultant

Consultant の定数は地区ごと専門ごとに決まっていて、定年による空席に対して、Senior Registrar が競争することになる。一般開業医は Senior Registrar の資格を得たのち、また、自由診療は Consultant の資格を得たのちに可能になる。

c. JHO (Junior House Officer)

これが日本の研修医に相当するが、卒業後 1 年間 (Preregistration year)、GMC (General Medical Council) より指定された 1 カ所以上の医科大学、または資格認定機関と関連のある病院 (定数が決められている) で研修を行う。現在、1 年間に一般内科 4 カ月、一般外科 4 カ月と、残りの 4 カ月は選択ができるようになっていく。

なお、JHO には生活と学習を保障する報酬が支給されている。

教育とはいかにも息の長いものである。それだけに、その間の生活費、報酬については欧米各国ともにしか

るべき配慮がなされていることも、参考になれば幸いである。

しかも教育とは、それが現在の先端技術の修得に終始するのであっては、将来に向かっての創造性を生むことにはならない。むしろ歴史を踏まえた基本的な理念から解きほぐすほどの情熱が教師にあってほしい、そのような反省もまた今日さかんである。

7. 臨床研修医の身分ならびに待遇改善

わが国の臨床研修医に対して国の補助が得られるようになったことは、さきに行われていた実地訓練（インターン）が無給であったことに比べると大きな前進である。行政の理解を高く評価するものである。が、今一步、前向きに配慮いただけないのかと願うのである。臨床研修に専念するには、なお十分な額とはいえない。また、一部の例外を除くほとんどの研修病院では、研修医のために宿舎を用意して泊り込みの研修ができるほどの場はない。救急患者や重症患者を受け持つ効果的な研修のためには、すぐさま病院にかけつけることも必要だが、都市部では住居費がかさみ、これは容易でない。また、効果的な自己学習に必要な参考書、ないしは専門雑誌をも購読しなければならない。生活費を含めると、かなりの出費を要するものである。とくに私立大学の研修医に対する手当は、報告（Ⅰ）にやや詳しく触れたことであるが、いずれも一般に低い。研修医は生活費を稼ぐために、かなりの犠牲を払っているのではなからうか。臨床研修に必要な費用が支給されて、アルバイトなき研修と最低限の生活が保障されなければ、研修の実も期待薄といわねばなるまい。

現在の臨床研修補助金、ないし研修医の手当については、報告（Ⅰ）p. 18～19 に詳しい。国立大学とその他の機関では、文部省、厚生省の予算体系の違いによって、格差を生じている。国立大学の研修医手当は、文部省により臨床研修費として特別会計に予算化されており、国立病院は厚生省から研修医手当、教育資材費および指導医に対する謝金と同じく、予算化されている。

一方、公・私立の大学、研修病院では、研修医手当として予算化されてはおらず、教育資材費および指導医謝金などが厚生省からの補助金として、各医療施設に支払われている。したがって、研修医に対しては、各施設の診療報酬の中から、診療要員としての手当が支払われている場合が多い。それは研修手当の性格とは違う。

その結果、国立大学・国立病院では、研修医手当が個人に対して支払われ、公・私立の大学、研修病院では、補助金として施設に支払われることになる。そのため、国立大学・国立病院と公私立大学・公私立研修病院とでは、研修医の待遇面での格差が生ずるばかりでなく、研修医がある期間、別の病院で研修する場合、混乱を生じかねない。

たとえば、私立の研修病院では、補助金が個人に対して支給されていないために、国立大学の研修医であっても、特定の研修カリキュラムを完遂するためである期間、他の研修病院で研修する場合には、その間、研修医としての手当が支給されないなどの矛盾も起きている。国立、私立の機関を問わず、各個人に対して研修医の手当を支給するのであれば、研修のための病院群を選ぶ場合も、必要に応じ、適当な他の病院との交流も容易になる。前記の病院群研修を実現するには、このことが第一の必要条件にもなりかねない。

研修医はいうまでもなく、研修に専念すべきである。その間の給与が国に頼れるのか、あるいは医療費の一部から支払われるべきものか、これこそ研修自体の理念にかかわる問題である。研修が国民の要請に基づく教育というのであれば、自ずと決まる性格のものとする。診療要員としての要素を加味するか否かは、さらに今後の懸案事項となるのであろう。

国立大学の場合でも、卒後教育にまで教育要員が十分に配置されているわけではない。したがって、研修医にも診療要員としての働きが期待されつつ、研修医もまた次世代のスタッフとして育つことを願って、教育が行われている。卒後研修もまたあくまで教育の一貫として捉えるべきものと考えたい。

私立大学の病院では、さきにも触れたことであるが、研修医の生活助成の代わりに、研修教育のための講師手当と器械設備費の形で研修補助費用が国から支払われている。が、その額は申請額に対して、大幅な削減を受けている。

私立機関の場合は国立の機関と違って、研修医給与の補助は、予算項目にない。研修医の給与は、自ずと医療費の中から支払われることになるが、大学病院によってその額にはかなりの開きがある。日本私立医科大学協会卒後医学教育委員会の調査によると、私立大学の29校中、研修医の健康保険加入は11校（昭和62年調査）、手当は1万5千円から15万円と較差は大きく、当直料、あるいは週1回の他病院勤務（許可の場合と無許可の場合）によって補われ、総額はほぼ20万円を得ているのが現状のようである。

このような資料からしても、卒後研修は安定した状態にない。

研修手当は、ストレート方式、ローテート方式、総合診療方式と異なるが、それも申請額の70%前後の交付しか行われていないとの指摘もある。

そのような事情もあって、臨床研修中にも研修病院以外での診療や、それに伴う収入源は黙認されざるを得ないのが現状である。

医療費からの研修医への給与の支払は、それが診療要員であるとするれば、当然のことに考えられるのであろう。しかし、医療費を取り巻く情勢は厳しく、その余裕はさらに失われつつある。

国立病院は国立大学病院に準じ、公・私立の研修病院は私立大学病院のそれとほぼ同様の手当になっている。

研修が病院間に跨がる場合、さきにも触れたことであるが、給与体系が違うために生ずる混乱や、そのいづれからか、手当が支給されない場合も起こり得る。このような制度上の歪みが、病院群研修を阻む大きな障害要因になっていることも深刻にうけとめなければならない。

なお、国・公立大学病院、私立大学病院、研修病院のいずれにも、2年間の研修が終了すれば身分保障はなく、研修終了者を大幅に採用することも不可能である。人的医療資源の適切な配分が必要になる。

そのほか、研修医が臨床研修中に病気や事故にあった場合にも、それ相応の身分保障があって欲しい。研修中とはいえ、大学を卒業して一人前の社会人として生活をしているのであって、それなりの保障は必要である。卒業生の80%が研修している大学病院での研修医に対しては、とくに配慮に欠けるものといわねばならない。

研修医はまた、将来の自立を目標にしているのであるが、それまでの研修期間は、指導医なき研修は好ましくない。研修指導者の許可を得ずに他へ出向するなど、あるいは外部の私的病院での夜間当直なども、指導者不在の危険性を生じかねない。医療事故における責任体制にも、したがって、検討が必要である。

医療の場において、指導者のない研修医診療態勢には、由々しき問題を内包する。しかし、これも生活費を含めた研修医手当の改善なしには解決できそうにない問題である。研修制度の改善が一日も早く望まれるところである。

私立大学、あるいは公・私立の研修病院は、その手当に厚生省の研修補助費とは別に、大幅な出費を余儀

なくされており、その増額分はあくまで経営努力に負わされている。その努力も医療費の改善なしには、これ以上支えられない出費といわざるを得ない。現在のわが国の医療費には、研修手当などの教育経費までが組み込まれているわけではない。臨床研修の教育には経済的補助に、しかるべき配慮が不可欠であることをあらためて強く認識させられる。

さきにあげた専門教育の項にも触れたことであるが、欧米先進国の例にあるとおり、医師づくりには格別の配慮がなされている。国によっては医学生の高学年にも生活費の援助がなされている。また、ひき続いたのインターン、レジデントにはそれなりの給与が支給されている。たとえば米国の例をみても、レジデントの期間中、宿舎、院内での食事、衣服、クリーニングまで無償、さらに相応の報酬が支給されている。国民が期待する医師を得るには、相応の経済的援助が必要と理解されてのことであろう。そのような国々には早くから、いわゆる奨学制度が一般化されていて、子弟は学生の時代からすでに自立するものとして育てられる。そのような社会的背景もあってのこととも思うが、それにしても、医師の一貫教育がいかに長い、なんらかの第三者的支援なしには不可能、といった考えが比較的容易に、しかも早くから定着していったのではなからうか。

そのような社会的背景はともかく、臨床研修にとくに望まれるのは、①アルバイト無き臨床研修、②研修医個人に対する研修補助、③研修医に対する身分保障、である。これらの事項はぜひとも確保されなければならぬ。

卒後研修の改善に努力されている機関にあっては、研修医手当の増額に常々苦慮されておられることは間違いない事実である。

研修機関に対する教育病院としての助成・補助も大いに振興していただきたいものである。

とくに国民医療に責任を持つ行政府をはじめ、日本医師会においても今まで以上に、しかるべき具体案の検討と、その施行実現に向けての十分な理解をぜひともお願いしたい。格段のご配慮を期待するものである。

あとがき

臨床研修は、あくまで医学教育の一貫性の中にとらえられてしかるべきである。しかし、その実現には直接的な措置が必ずしも、いま直ちに可能とは考えにくい面もまた、少なくない。現状を踏まえ、一貫性の中にも整合性に、さらに十分な配慮と関係者相互の合意

が必要である。

まずは、卒前の臨床体験をより深め、卒後の臨床研修に連続性を持たせることから始まるのであろう。専門教育・生涯教育も、そのうえに立っての継続性でなければならない。しかし、カリキュラムの多様性はあくまで容認されてよい。多様性こそが健全な全体像を育むものと考えからである。できる限り柔軟に対応する姿勢があってほしい。カリキュラムをはじめ、その整備には十分に意を尽くし、しかも淀みない整調な流れが求められよう。

それには、病院群の相互補完、教育要員の確保と同時に、臨床研修の成果が、それなりに評価されなければならない。それは研修教育機関に対する教育病院としての性格を明確にすることであり、それ相応の理解を願いたいものである。

臨床研修医の身分ならびに待遇保障、格差の是正もまた、臨床研修をより活性化するには不可欠の策と考える。上述の欧米先進国の例をみても、医学教育の人づくりには、国民の医療確保のためとあってか、医学生の高学年から卒後教育まで、いわゆる投資が格別になされていることも事実である。

これらのことは、再三述べたことでもあるが、行政ならびに関係各位のご理解を得たいものである。

教育とは資金を要する“ゆとり”の事業でもある。研修もまた、教育の一環として捉える。それに医学研究者の養成もまた、決して他人事ではない。卒前教育のMD/PhD コースなども順次、採用されてしかるべ

きものとする。それにもまた、教育助成が必要になる。

臨床研修懇談会は、それぞれ多岐にわたる当面の改善策、ないしはその試案をこのように提示いたしたい。それによって、まずは臨床研修の改善に、より建設的な方策、方向性がより具体的に示されたものと考え、その実現を切に願うものである。

次は、当懇談会のもう一つの提案である。このような臨床研修改善を推進し、実行に移すには、それなりのいわゆるコントロールタワーにも似た推進機構の所在が不可欠である。

研修カリキュラムの調整、ないしは臨床研修の評価を実際に進めるにあたっては、前述の臨床研修教育委員会を含む、ある種の権威ある機構がその衝に当たる必要性を痛感している。これもまた当面の施策課題と考え、その設立をとくに望むものである。

関係各位のご批判、ご意見をさらにいただき、大学病院ともども、教育病院としての研修病院のあり方に、確たる合意と実践の道を見出すことが厳しく要請される。もって国民医療の健全な前進をはかる、その模索のなかから浮かびあがってきたものは、教育病院としての検証であり、その再確認を促すための作業であった。当面の改善遂行の策に迫力を与えるのもこのくだりに違いないと考えている。格段の成果を期待している。各位のご理解、ご支援をぜひとも願うものである。

資料 12：医療関係者審議会臨床研修部会意見書

一臨床研修機能小委員会中間まとめ一

厚生省*（平 3.9.13）

概 要（略）

1. はじめに

厚生省医療関係者審議会臨床研修部会は、平成元年 6 月に「卒後臨床研修目標」（以下、「到達目標」とい

う。）を設定し、引き続きこの「到達目標」達成のあり方等の検討を行い、これを平成 2 年 11 月に「臨床研修改善専門委員会最終報告」としてとりまとめた。本最終報告では、卒後臨床研修の今後の改善に関して、幅広く問題点の指摘ならびにその改善のためのいくつかの提言を行っている。

臨床研修機能小委員会は、これらの提言を具体的に実施に移すべき方策を検討するため、平成 2 年 12 月に新たに設置され、その後半年余にわたって鋭意検討を

* 医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修機能小委員会、部会長：坂上正道