院の質的な向上を図るよう財政的な援助を行うこと．また，研修施設群の制度は今後も存続させるとともに，その整備促進に努めること．

5．義務化に伴い臨床研修指定病院のみならず，大学病院においても全人的な診療能力を有する医師を養成出来るよう，その最低基準を示すこと．この最低基準に原則としてローテート方式の研修を義務付けること．

6．義務化に伴い研修プログラム等の認定を行う場合には，公平かつ客観的な立場から認定を行えるよう第3者機関を設置しそこで認定を行うこと．また，認定の基準等も各方面から意見を聞いて定めること．

7．卒後臨床研修の期間は，どのような医師を養成し，そのためにどの程度の期間が必要なのかを勘案して定めること．

以　上

資料10：生涯教育推進会議（Ⅵ）報告

「医師の養成」について

日本医師会*（平8.3）

1．はじめに

第Ⅵ次生涯教育推進会議は，平成6年7月に発足，以来10回にわたる会合を重ね，ここに本報告をとりまとめるに至った．医師にとっての生涯教育とは，本来，通常の医学教育を終えた後もその専門を業とするかぎり，生涯にわたって続けることを求められる諸学習を意味し，医師にその機会を提供するなどして，援助を与える学習制度を指すものと理解される．しかし本推進会議では，その際，個人の資質，医学教育以前の家庭教育，社会教育，学校教育なども，併せて重要な意味を有する点にかんがみ，あえてこの言葉を広義に解釈して，医学部入試以前の諸問題も視野の中にいれ，議論の出発点とした．

また，医師の生涯教育においてもっとも重要な点は，「教育」を提供するためのいろいろな機会を作り，カリキュラムを用意することではなく，むしろ自己の使命を十分に自覚した上で，医師自らが自己に適した手段・方法を選んで「学習」しようとする意欲をもつことであるとの考えから，本推進会議においては生涯学習という言葉を多く用いると共に，そのような視点からの議論が主として行われた．したがって，生涯教育に関する体制論や技術論には，ほとんど触れられなかった．

医学教育は通常，学部教育，卒後教育，生涯教育に区分されるが，現時点において最も重要とされる問題点は，医師免許取得直後2年間にわたる，いわゆる「卒後臨床研修」であると考えられる．事実，厚生省，文部省，日本学術会議をはじめ，いくつかの学会など，種々の場において昨今このことが集中的に論じられている．こうした現状を無視することは出来ず，また関係者の一部からは，日本医師会，日本医学会も，この重要事項につきこの際，何等かの意見を出すべきであるという期待が表明されている現状を踏まえ，本報告の焦点は自ずとそこに絞られる結果となった．

2．資質，ならびに初等・中等教育

生涯学習の目的は，当然，医師自身がその良心，使命感に従って自らの能力を高め，維持し，結果として社会の要請に応えることであろう．それでは，社会はどのような医師を求めているのであろうか．それについては，すでに，厚生省，文部省はじめ，多くの委員会，その他から意見が公表されており，それら個々の間にはそれほど大きな違いを見ない．したがってここに再び，それらについて繰り返すことは避けることとする．ただ，社会の人々が求める医師像といっても，患者の立場からの発言と，社会の一員としてのやや傍観者的な発言とでは，その内容に相当の差異がありうる．また，社会一般が求める医師像と個々の医師が理想とする医師像とが，すべて一致するとは限らない．さらに今後，医師像そのものが今日よりも遥かに多様になることも予想される．しかし，それらのすべてに

---

* 生涯教育推進会議，座長：森　亘

共通するのは,医師として必要な知識と技術を具備し,更に,自己学習の態度,自己評価の習慣,それに厳しい倫理感,鋭い知性と,豊かな人間性をもつことであり,これらは医師にとって最小限必要な条件ともいいうるであろう.そしてそれ以上は,社会の期待にも十分に配慮しながら,医師自身が一つの専門職として「かくあるべき」姿を描き,それを追求することが適当であると考えられる.したがって生涯教育に関する事柄も,医師自身が,一般社会の声,関係者の意見などを十分に参考としつつ,最終的には自らで決め,自らが責任をもって具現を期すべきものと考えられる.

とくに医師にとって相応しい資質があるとされる一方,一般的な知性や人間性の涵養も必要である.そのいずれに対しても,家庭教育,社会教育並びに,小学校,中学校,高等学校における教育の影響が極めて大きい.その点,今日の初等・中等教育の状況は必ずしも満足すべきものではない.これは医学教育を受けるために必要な予備知識という観点からしても同様で,例えば,真に大切な基本的部分が意外に教育されておらず,むしろ末梢的な最新知識が詰込み教育されているに過ぎないことがある.また,人格形成や倫理教育の中で,社会奉仕やボランティア精神の養成が,社会全体にとって必要なことも時として忘れられている.その他,高校までの学校教育,さらには大学でのいわゆる一般教育科目においても,たとえば医療と社会とのかかわりや人間と病気などといったテーマについてはほとんど触れられておらず,その結果として,不確かな知識によって医師や医療に対する過大な期待や,逆に不信が生まれる可能性をはらんでいる.

このように偏った教育を来した所以の一つとして,現在の入試制度――制度そのもの,ならびにそれに対する社会の対応――や,いわゆる偏差値重視の教育が与えている影響は無視できない.今後の,日本における高校までの学校教育をどのようにするかは,医学教育にとっても非常に大きな問題である.

3. 医学部入学試験

医学部入学試験では,将来,真に医師として望ましい人物を広い視野の下に選抜する責任が大学に課せられている.しかしながら,次第に改善されつつあるとはいえ,医学部入試の実情は,今日なお多くの問題を抱えている.例えば,客観的に示しうる公平性を尊重するあまり,学力検査の点数をコンピュータ処理するなどの方法に重点がおかれ,大学が国民に代って,医師たるに真に望ましいと思う学生を選抜する機構が働いていない.高校教育の最終的成績評価としていわゆる偏差値を偏重する体制は,その後の生涯教育にまでその弊害を引きずる可能性がある.今後,こうした入試の技術論よりも選抜に関する基本的な問題について,さらに掘り下げて検討する必要があろう.

このような視点から考え,将来検討すべき事柄として各委員から述べられた意見のうち,代表的なものは,次のごとくであった:

(a)大学入試センター試験の成績を,入学試験全体の評価項目の一つとして使うのか,2段階選抜における1段階目の評価だけに使うのか,再考の余地がある.

(b)試験教科・科目の数そのもの,また,「理系科目重視」についても問題がある.

(c)医師に適した資質を問いたいが,実際には困難である.一回の試験ではなかなか評価できない.その点に関し,高校調査書の記載は信頼できる十分な情報を提供しているであろうか.

(d)学力検査のほかに,種々の方法――推薦入学,高校調査書重視,面接,小論文,New MCATのSkills Analysis類似の出題など――を試みている大学が多いが,概して好評であり,さらに選抜方法を多様化することが望ましい.

(e)入試時の学力検査の得点と,入学後の学業成績とは必ずしも一致しない.

(f)いったん入学を許可しても,その後医師としては不適格と判断された学生を医学部以外の進路で受け容れる仕組み,ならびにその場を考える必要がある.

等々であった.

その他に,筑波大学,群馬大学,三重大学,慶應義塾大学,東京慈恵会医科大学など,また外国の例なども参考にしながら,種々の意見の交換が行われた.

入学試験に関しては,多浪受験者,学士入学,将来の医師国家試験や卒後医学教育との関連など,今後検討すべき種々の問題がある.比較的最近の改革を見ても,例えば,受験生の負担軽減,ひいては受験競争の緩和を目指して強く指導された試験教科・科目数の削減が,真にその効果をあげ得たかどうか,かえってその弊害の方が大きいのではないか,など検討すべき点が多い.こうした事柄は,単に入学試験制度のみを取り上げて論じうるものではなく,その時その時の社会情勢,人々の考え方などによっても強く左右される問題である.

一方,欧米諸国における大学入学者選抜は,日本か

ら見ればより良い制度の下に運営されているようにも見えるが，欧米の大学人からみると，日本の制度に学ぶものが多いともいわれている．恐らく，完璧な入試制度というものは存在しえず，良識の下に，ある程度の試行錯誤は免れ得ないというべきであろう．したがって，基本的には各大学が決めることであり，各大学は勇断をもって，信ずる方式によって選抜を行い，周囲のものは少なくとも暫くの間，その結果を暖かく見守るのが最良の方策であろう．ただし，その結果については厳しい自己評価の上，必要な変更を行うことを逡巡してはならない．

4. 大学における医学教育

現在行われている医学部教育について，種々の角度からの検討が行われた．各委員から，多くの率直な意見が述べられたが，ここに特に問題点と考えられるものを記すとすれば，おおよそ次のごとくである．

（1） いわゆる一般教育について

最近の大学設置基準の改正により，一般教育の重要性があらためて認識される一方，その内容についてはかなりの部分まで各大学の自主的判断に委ねられた．その結果として，目下，各大学ではそれぞれに工夫を凝らしつつカリキュラム改革を行っているが，一般教育に当てる授業時間を削減して，その分を専門教育の拡大に振り向ける傾向がないとはいえない．また，一部では，むしろその焦点が旧来の教養部教員の処遇改善など，本来の教育とはやや掛け離れた問題に向けられている場合もある．

一般教育と呼ばれるものは，もはや，従来の均等・分散型といわれる履修体制下での科目構成や教育水準と同じであってはならない．次世代の医師像をはっきりと描き，そのためには何を一般教育科目として採用すべきであるか，その議論がまず必要であろう．こうした意味からすれば，従来，教養課程で教えられてきた総論的，入門的科目の一部は高校教育をもって足れりとする，あるいは高校側で十分な――決して最先端の知識という意味ではなく，いかなる専門に進むためにも必要な共通的，基本的知識として十分な――教育を行ってもらうよう再検討を依頼することも一案であろう．その上で，大学でなくては出来ない，あるいは大学時代に是非必要とする，一般教育とは何かを考えるべきであろう．

（2） 専門教育について

その理由にはいろいろなものがあろうが，多くの委員の一致した意見として，今日の学部教育，とくにその臨床面は，非常に専門分化して過密なカリキュラムが組まれている．そのために，一見，高度のごとき印象を与えるが，実際に学生が卒業し医療の第一線にでたとき，果して基本的診療に役立つものであったかどうかということが問題となっている．事実，個々の疾患ではなく，患者を全体として診るべき「良き臨床医」が育つための基盤としては脆弱である，と指摘された．

ただ，当然のことながら，医学部教育には，一貫教育として6年間という時間上の制約があり，これを安易に延長することは目下のところ考えにくい．とすれば，この限られた時間内に，必要なことを最も能率的に教育することが重要で，断片的知識の詰め込みに陥ることがないようにしなければならない．

そのためには，限られた時間内に，真に必要な内容を能率よく教え，理解させる工夫が必要であり，例えば，

（a）基礎，臨床を問わず，単純な専門領域別の講義は必要最小限の時間内に止めるべきである．すなわち，

（b）諸条件を考慮した場合，講義の主体は系統別，臓器別の統合カリキュラムにならざるをえないであろう．

（c）系統別，臓器別の講義に際しては，臨床各科目，ならびに基礎各科目を統合した内容を教育すべきである．ただし，各系統，各臓器の背後にある全身，すなわち「からだ」並びに「こころ」の問題も忘れてはならない．

（d）学部教育は一般医学教育であることを踏まえ，全体としては，必ずしも先端的，最高度の知識を教えることを心掛けるのではなく，むしろ基本的な事柄を幅広く教育する姿勢をとることが肝要である．

（e）更に重要なのは，教育方式を講義中心の知識伝授型から，問題解決型に変更することである．

（f）系統間相互の連携を密にし，かつ講義内容の重複を避けるためにも，合理的な枠組み（シラバス）の作成や系統間，とくに責任者，担当者間の連絡が大切である．

（g）臨床実習を重視し，クリニカル・クラークシップ体制を導入して，その充実を計るべきである．

結局，学部教育に関し，前段においては一般教育と呼ばれるもののうちの一部は高校までの教育と自己学習に期待しなければならないとしたが，同時に，専門教育についても基礎的な一般医学教育を主体とし，専門的，先端的な知識や技術の修得はむしろ卒後教育に

期待すべきであるとされた．

（3） 大学院教育について

大学では医師たる基礎研究者および高度専門医の養成が必要であり，医学基礎研究の振興の重要性から考えても，大学院の整備・充実を推進すべきである．しかし，いわゆる大学院重点化が行われた場合でも，現行制度の下では，学部段階の教育をおろそかにしてはならず，臨床系大学院では，その課程のなかで臨床修練をどのように組込むかを明確にしなければならない．また，博士の学位のあり方を見直す必要がある．

大学は，研究者や専門医の養成のみに傾くことなく，併せて一般医の養成にも重点をおくべきである．医師集団の構成比率からすれば，一般医こそがその主力をなすものといえるからである．

5.「卒後臨床研修」：［1］その問題点

臨床研修は，卒後，独力で医療を実践できる医師になるまでの数年間，あるいはそれ以上にわたる研修として捉えるべきで，初期研修はその一部である．その初期研修をここでは「卒後臨床研修」と表わすこととする．

現行の臨床研修には，いくつかの大きな問題点が存在する．例えば，次のごとくである．

（1）「卒後臨床研修」を受けない約20％の卒業生の進路について

厚生省資料によると，現状では，医学部の卒業生のうち，約80％が「卒後臨床研修」を受け（うち，80％が大学病院で，20％がその他で），約20％が「卒後臨床研修」を受けていないことになっている．それら20％の，「卒後臨床研修」を受けていないと見られる医学部卒業生の実情は，卒直後についてのみ大学ごとには判っていても，文部省でも，厚生省でも，把握できていない．一部，臨床研修指定病院以外で実地診療を行っている人達がいることも事実であり，少数が，基礎医学，衛生行政に進んでいる．その他は臨床系大学院に進むのであろうが，そこでは幅広い「卒後臨床研修」を受けていない者がいること，安易に研究と研修の二兎を追う場合があってどちらつかずになることが問題となる．

「卒後臨床研修」について論じる際には，基礎資料の一つとして，関係各機関の協力により，その実態を把握するための調査を実施することが必要と考えられる．

（2） 学部教育との関連

「卒後臨床研修」は卒前教育と連動するものである．それがもし幅広い医学知識と診療能力の修得を目指すと定義され，各科ローテーションを基準として必修化（義務化）されるとなると，効率よくそれに移れるように先ず，重複を避けるなど学部教育の到達目標との調整が必要であろう．また一方，医学部全体の体質改善が進まない限り，「卒後臨床研修」は制度だけの一人歩きになってしまう恐れがある．

欧米では大学が臨床研修にも責任をもっているが，日本でも大学が研修病院群と対等の立場を保ちつつ連携し，責任をもって卒直後1～2年間の研修を行う必要があろう．その意味からすれば，医学部7～8年制という考えも根拠がないとはいえない．

（3） カリキュラムの問題

「卒後臨床研修」を受ける前段階としての学生の臨床実習が，いわゆるクリニカル・クラークシップ主眼でなく，見学が主体となっている大学が多い．

平成3年，厚生省の「臨床実習検討委員会最終報告」により，一定の条件下であれば医学生といえどもある程度の医行為ができるようになったが，これを採用して実技を行っている医学部は一部にすぎないという．したがって，先ず卒前の臨床実習の充実を図り，欧米なみの水準にもっていく必要がある．

大学設置基準大綱化が示された現在，コースを固定するよりも研修内容の中の必須項目と水準のみを定め，他は自由にすべきであろう．

（4） 大学病院における「卒後臨床研修」

現状の大学病院では，特定機能病院化がすすみ，提携する研修病院群なくしては，プライマリ・ケアに対応できるような研修は必ずしも容易でない．研修医の80％が，このような大学病院に集中している現状では，プライマリ・ケアを重視する臨床研修をどのように行うかについて検討する必要がある．一方，臨床研修指定病院では，診療に重点がおかれているために，教育スタッフや施設設備が不十分なところもあり，したがって，そこでは研修の実が上がらない恐れがある．

国立大学では，大学院医学研究科の教育についての責任をもっており，ある程度の予算措置があるものの教員配置は特になく，ましてや「卒後臨床研修」に関しては研修医に対する謝金を除けば，何等の教員配置，予算措置を受けていないのが実情である．将来，何等かの裏付けがあれば，大学として「卒後臨床研修」にも責任をもつことに反対はないであろうが，その際，かってのインターンのように研修医という身分を学生の延長と考えることは，時代の流れに逆行するものである．

（5）「卒後臨床研修」の費用について

国公立大学の研修医には，ある程度の謝金が出るものの十分とはいい難く，私立大学ではその額が非常に低いので，生活費を賄うためのアルバイトが黙認されている．そのため，研修の実が上がらないとの批判がある．一方，臨床研修病院の指定を受けても，指導医手当てを含め機器設備費など，研修のための費用の補助は十分ではない．

（6） 認定医制度との関連

認定医制度を尊重して，「卒後臨床研修」と認定医制度とをどう関連づけるか，整合性をさらに高め，協議を進めて整理する努力が必要である．

（7）「卒後臨床研修」に対する医学界側の責任

「卒後臨床研修」に関する整備の不十分さについては，医学界にも責任がある．各診療科によって意見が一致せず，特に大学病院は全体としてまとまっていないことが多い．とくに，カリキュラムについては本来，病院全体として医学教育者側が編成する責任をもつべきものと考えられるが，そのような努力が十分でない．一方，研修プログラムや研修成果の第三者機関による実質開示や評価が行われていないのも問題である．

これら，とくに（6），（7）の点に関し，日本医師会・日本医学会としての明確な意見をまとめることも大切であろう．

（8） 行政側の問題点

厚生省，文部省の縦割り行政の問題が根幹にあり，学部の臨床実習や大学院における教育を含め，「卒後臨床研修」だけに限定せず，医学教育全般を見通した対策をたてることを要請したい．

6.「卒後臨床研修」：［2］そのあるべき姿

もし「卒後臨床研修」を必修化（義務化）しようとするのであれば，そのためには，国として，研修医の身分ならびに経済的保障，研修プログラムやカリキュラムの整備，宿泊施設を含めた大学病院並びに臨床研修指定病院の人的，物的両面からの整備など，関係者の同意を含めて大規模な準備が必要である．また，医学界としても，全体の計画，プログラム作製，定員の割り振り，評価，などを行い，あるいは援助するための，いわゆる「第三者機関」を用意する必要がある．十分な準備が整った上であれば，「必修」にも大きな反対はないと予想されるが，それにしても，医学界，医療界あげてより良い「卒後臨床研修」の条件整備を行うべく協力する必要があろう．不十分な準備の下にただ制度のみ発足するならば，恐らく，その実が上がらないのみならず，かつてのインターン制度の失敗を再び繰り返さないともかぎらない．必要と考えられる条件整備について，やや詳述すれば次のごとくである．

（1）「卒後臨床研修」システムの確立

（a）「卒後臨床研修」プログラムについて

幅広い臨床研修システムを確立するためには，病院長が責任をもち，運営は診療科が主体となってプログラムを編成することが肝要である．各科がプログラムを提供し，研修医はそのプログラムに従って研修するといった体制が適切であろう．この際，プログラムについては，いわゆる第三者機関による評価を受けると共に，指導者の教育的力量，責任の所在をはっきりさせておくことが必要である．また，より幅広い研修を必要とする場合には，必要な研修先に研修医を派遣し，その受け入れを依頼できる筋道（例えば，内科から救急部門に3カ月，など）を作っておくことも重要である．

約8割の研修医が大学病院で臨床研修を行っている現状を踏まえるならば，大学病院における「卒後臨床研修」のあり方を検討することが現実的である．そのためには大学病院としても，今後，臨床研修指導体制の充実と共に，必要なローテートを可能とするような組織上の工夫が必要である．大学病院・大都市の大病院とその他の地域の病院とでは，そこで行われる臨床研修の内容にある程度のちがいがある．また，「卒後臨床研修」を実施する病院の性格によっても研修内容に差異が生じてくる．しかしながら，あるレベル以上であれば研修内容に若干の違いがあることは当然のことであるともいえる．極端な統一は避けた方がよい．

（b） 臨床研修指導医について

「卒後臨床研修」の成否は，かなりの部分が臨床研修指導医の人柄や能力によって決まる．研修指導医には，まずなによりも指導者としての自覚が必要である．例えば，医師には教え，同時に学ぶという義務（自己研修）があることを一つの規律，あるいは道徳として自らに植え付けることが重要であり，指導医の計画的な養成が必要である．これなくしては，いかに時間をかけようとも，研修の実をみることは期待できない．

（c） 臨床研修期間について

もし「卒後臨床研修」を必修化するとすれば，1年，あるいは2年と年限を決めざるをえない．しかし，それは単に制度上の事柄であって，生涯学習全体の中に占める意味としては，単に卒後最初の1～2年に過ぎないことを銘記すべきである．したがって，「卒後臨床研修」を保険医資格などと結び付ける必然性はない．

すなわち，必修化の徹底を求めるあまり，保険医資格と絡めて取り扱うことは筋違いである．またその後の各専門領域における研修との間に一貫性をもたせるためには，臨床各科において一定の卒後教育を終えるまでのプログラムを作成，出来うればいくつかの選択肢をもたせて，そのうちの最初の1～2年を，ここでいう「卒後臨床研修」に当てるとすべきであろう．

（d）　定員問題について

臨床研修病院では，診療科によってそれぞれの内容とともに適正なベッド数対研修医数の比率に基づいて，定員を設けることが必要となっている．ただし，大学病院のごとく十分に教育能力を有する関連病院の協力が得られるところでは，それらのベッドも何等かの形で加算し，かつ実際に臨床研修の場として，出来うれば相互に活用すべきである．またいずれの病院においても，定員の設定に当りベッド数以外のハード面，研修プログラムや指導体制などのソフト面に十分配慮することが必要である．

（e）　いわゆる第三者機関について

ここで言う「卒後臨床研修」の全体計画を立て，臨床研修病院の指定を行い，承認された研修プログラムのディレクトリ（案内書）の刊行，研修医の募集，割振り，そして研修プログラム及び研修自体の評価を行うためには，何等かの組織（委員会）が必要である．それは，厚生省，文部省からは独立した存在であることが望ましく，例えば，日本医師会，日本医学会，全国医学部長病院長会議，医学教育振興財団，臨床研修研究会，学界認定医制協議会などの関連する諸団体が積極的に，その立案に参加することが求められる．

（f）　学会認定医制度のプログラムとの連携

現行の各学会認定医制度において，初期研修を必要とする基本的診療領域では，すでに，「卒後臨床研修」の到達目標を達成することを必須の条件としているところが多い．すなわち，「卒後臨床研修」のプログラムと各学会認定医制度における研修プログラムとの間に良き連携をもたせることは決して不可能ではなく，今後ますます奨励すべきであろう．

（g）　プライマリ・ケアと臨床研修との関係

プライマリ・ケアは，日常診療に携わる実地医家から，高度の専門医に至るまで，すべての臨床医に要求される基礎的能力と考えられる．「卒後臨床研修」には総合診療方式のコースがあるが，わが国ではその育成コースが十分に確立していない．関連専門領域の学会協力を得て，そのカリキュラムを作成する必要がある．それによって，「卒後臨床研修」と認定医・専門医のためのプログラムとの連携がさらに容易となるであろう．

（h）「卒後臨床研修」の修了認定について

「卒後臨床研修」が必修化された場合，研修医自身が研修手帳などを持ち，指導医が直接にその修了を評価し，病院長（または研修プログラムの責任者）がそれを追認することになろう．しかし，修了（資格）証明書といった類いのものは第三者機関によって発行されることが妥当であろう．

（2）　医師免許証交付の時期について

患者に対する医行為について，その責任は直接に医行為を行った本人にある（医師法）．したがって，行った行為に対して責任をもたせる意味からも，研修開始前に医師免許証を与えるべきである．すなわち，大学卒業後，一定レベルの知識・技能をもち，医師国家試験に合格した以上，医師免許を与えるのが妥当であると考えられる．

（3）　必修化について

現状のまま，漠然と「卒後臨床研修」を必修化すれば，恐らく，反対も多く，却って弊害を残す可能性があると考えられる．もしそうするのであれば，まずその目的を明確にする必要がある．次いで，研修医の身分を明確にし，適切な待遇を与えると共に，研修のための施設設備や，研修指導医などを含む研修体制の整備を十分なものとし，カリキュラムやプログラムを充実させることが絶対に必要である．

（4）　現状の見直しと今後の方針

（a）　現状の見直し

「卒後臨床研修」の内容の評価法を確立することが重要である．また，現時点における医療関係者審議会臨床研修部会での検討結果との摺り合わせも必要であろう．今日まで，わが国では公表された医学教育に関するいろいろな報告書や提言に基づいて新しい制度が設けられても，それらの帰結は明らかにされず，また，評価が行われていない．日本における臨床教育は，卒前・卒後のいずれにおいても残念ながら，先進諸国に比べて遅れており，更なる整備を必要としている．このような状態そのままで，ただ「卒後臨床研修」の制度を作り，予算をつけるだけでは，果たしてどれほどの効果が得られるか，疑問の点なしとはしない．

（b）　今後の方針

「卒後臨床研修」の到達目標を設定する際には，すべての臨床医に共通する目標を重視する一方，それ以外にも各診療科により，また研修環境により，ある程度の差異のある部分が不可欠であることを認識し，柔軟

性のあるものとすることが現実的である．また，各学会の認定医・専門医制度，臨床系大学院教育などとも関連が生じるので，これらとの整合性についても慎重に配慮しながら，当面は，改善計画を練り，その一つ一つを着実に実践して進む姿勢が大切であろう．

7. 生涯学習全般について

医師養成といった場合，一応，医科大学入学から「卒後臨床研修」までを指すのが一般である．しかし医師が診療に従事する限り，生涯学習は不可欠であるという点を考慮して，養成ということばをあえて広義に解釈し，生涯学習をも含めた意味に用いる場合もある．

医師が行う生涯学習の究極の目的は，医師としての能力の維持，更なる開発と，それらの結果としての医療サービスの向上にある．したがって，各医師自身のもつ能力，立場，またそれぞれの場で何を求められているかによって，その内容にも若干の差異があることは当然である．また，医療に携わる専門家だけの議論によって尽くしうる問題ではなく，医療をうける立場からの意見をも汲み取らなくてはならない．しかし，基本はあくまでも各医師のもつ使命感，良心に基づく問題であり，必要以上の干渉をなすべきではない．

生涯学習を行う側の基本は上記のごときものであったとしても，教育を提供する側の問題の一つとして，大学はもっと組織的に，生涯教育の機会を整備すべきである．それと同時に，医師各人が，たとえどのような職場にあろうとも，後輩に対して，あるいは自分より専門性の低い医師に対して，老を厭わず，自らの知識，技量を与え，それによって後に続くものの生涯学習を助けることが一つの義務であるという意識をもたなくてはならない．

「卒後臨床研修」修了後数年を経て，医師が独力で医業を行うようになると，それまでのように他律的に先輩医師から直接教えてもらう機会は乏しくなり，それに代って自ら学ぶという姿勢がさらに強く要求されるようになる．医師は毎日の診療の中で生じた疑問を自ら解決する努力をしなければならない．とくに将来，地域医療を担う人々には生涯教育の重要性がさらに強調されてしかるべきであろう．地域医療に携わる医師といえども自分のもつ専門性をさらに延ばすことは必要であるが，まずプライマリ・ケア医としての責務を果すことが，より重要な意味をもつ．そこでは一臓器を専門とする医師以上に，幅広く奥深い配慮を必要とするからである．

いうまでもなく医学・医療は日進月歩の勢いで進歩している．医師たるものは，かって大学で学んだ知識も，また卒後臨床研修で修練した技術も，年月がたてば陳旧化してしまうことを認識しなければならない．生涯を通して知識・技術と共に医の心を学ぶ態度・習慣を身につけることこそ，今，すべての医師に求められている．

医師にとっての生涯学習の対象は，医療を大局的にみることができるように，また，患者に対して真に良い医療を提供し，後輩に対して真に優れた影響を及ぼすためにも，必ずしも医学・医療の範囲に限定しないほうがよい．もちろん，それらの中で必要最小限のものは医学的知識であり，医療技術であるが，それらのほかに，文化，芸術，行政，政治，環境，経済，運営などに関しても，幅広い教養を身につけることが求められる．

8. おわりに

生涯学習の問題に関して，現在必要とされる最も基本的な要点は，医師自らが自分のもつ天職の価値と共にその使命の重大性を認識し，自ずと生涯学習に努めねばやまないとする気持ちをもつことであろう．比較的大きな，かつ多様な熟達者を擁する医療機関に勤めるものは，その気持ちさえもてば，知らず知らずのうちに，日常診療の中にもそうした機会に恵まれようが，少数，あるいは個人単位で医療に従事している医師たちにとっては，たとえそうした意識を常にもち，そうした機会を常に捕らえるよう心掛けても，それは至難の業かもしれない．しかし，それでも，医師という職業に誇りをもつ限り，全力を尽くし，出来る範囲で，生涯にわたり学習を継続しなくてはならない．

医学についての学習，ことに生涯学習に関しては，大学のみがその場ではない．至る所の医療機関がその場であり，また，すべての先輩が教師である．医師の研修の過程では，指導医から直接厳しく教育され，躾られる時期すら必要である．残念ながら，わが国の医師たちには，時に，自ら生涯にわたって学習せねばならないとする覚悟と共に，常に後輩に対して教育する立場にあるという意識にやや欠ける面があったことを認めざるをえない．同時に，先輩は常に，後輩から観察され，真似られていることも忘れてはならない．

このようにして，生涯学習全般に関し，まず医師自らに対して厳しい態度を求めた上で，問題点を目下いろいろなところで論じられている「卒後臨床研修」に限れば，およそ次のような考えが妥当と思われる．かつてのインターン制度の発足，実情，終焉という一連

の経緯から得た教訓を振り返っても，不十分な環境，経済的援助の欠如，不適切な教育内容などをもってしては，周囲からいかに慫慂されようとも，こうした研修の成功を見ることははなはだ困難である．むしろ，欠点の多い現行の「卒後臨床研修」制度下でさえ約80％の医学部卒業者が事実上，「卒後臨床研修」を受けている現実を見れば，条件さえ整えば，すなわち，身分相応の最低限の生活が保障され，優れたカリキュラムと場が整えられ，しかるべき指導者に恵まれるのであれば，「患者のための医療」を心掛ける医師であれば，当然，その道を選ぶであろうことが容易に予想される．

このように考えるならば，現在，最も必要なことは技術論など――これらも極めて大切な事柄であることは明白であるが――を便々と論ずることではなく，それらの根幹ともいうべき大きな布石をまず打つことであろう．緊急に採るべき方策としては，つぎの3点が最も重要である．

1．目下「卒後臨床研修」の必修化を熱心に推進中といわれる厚生省におかれては，早急に，その計画の全体像，予算，及びそのうちどれほどの財源が初年度に確保できるかを提示されたい．

2．「卒後臨床研修」「各学会認定医取得のために要求される研修」「臨床系大学院教育」「日本医師会の生涯教育」などを担当する各教育界の代表と，それらを主として所管する各機関の代表とが一堂に会して卒後医学教育につき十分な討議を行ったうえで，卒後最初の少なくとも1年，出来うれば2年にわたる共通の初期臨床研修体制の構築を計る必要がある．

3．日本医師会はすでに平成3年および4年に「臨床研修懇談会報告Ⅰ，Ⅱ」として卒後臨床研修に関する提言を行ってきたが，その後の情勢の変化は少なくない．今後も必要に応じ，日本医学会と共に「卒後臨床研修」に関するさまざまな問題を検討し，かつ関係する実務を施行するための機関を設定するなど，あらゆる努力を払われることが期待される．

資料11：医師国家試験に関する専門委員会の答申

全国医学部長病院長会議*（平2.12.4）

1．第84回医師国家試験の評価

出題基準改定後2回目の試験で，合格率が82.9％と前回より5％低下したことから難易度や出題範囲の変化がないかを検討した．全体として良問が多く出題者の苦心を評価できる出題であった．難問奇問は少なく，問題の評価領域も比較的解釈レベルが多く前回と同様の比率と判断された．出題形式についても前回に比べて単純択一形式の問題が多いことは評価できる．出題分野について正常構造と機能に関する出題が増し，医学総論の出題も増加している点は新しい傾向とみられる．また，一部の科で新しい問題を作るため無理に作られた不自然な問題が指摘された．

1）出題領域

全体としてバランス良く出題されていた．以下の点が指摘された．正常構造と機能の出題が増したが，一部の回答肢に無理に作られた不自然なものもみられた．医療総論からの出題も増加しており，倫理，プライマリ・ケア，脳死，診療録などに関して工夫され良い出題があったが，容易なものと解答の困難なものも含まれていた．法規の関連で母子健康手帳の交付の問題が省令の特別区などの関連で誤って正答肢になっている例，AIDSに関する問題，また，国民医療費に一般医療費のみか歯科医療費を含めるのかどうかによって正解が変化することなど，解答できないものがあった．先天性副腎過形成症など頻度の少ない疾患，固有名詞，治療法の定説が必ずしも特定されない，或は順位性の明らかでない問題，前方顔位など用語の不適切なものが，従来と同様に散見された．今回の問題には新生児や小児栄養に関することが少ない点も指摘された．

また，長文問題などについては各科専門領域を統合した問題を工夫されることが望まれる．

---

* 医学教育委員会・国家試験に関する専門委員会，委員長：細田瑳一