

## 卒後臨床研修の現状と改革の動向\*1

畑 尾 正 彦\*2

### はじめに

医師育成の過程は、本来、一貫・連続したものであるが、その学習・研修のありようにより、卒前教育、卒後臨床研修、後期臨床研修（認定・専門医修練）、生涯教育に大別できる。指導医のもとで医療に第1歩を踏み出すのに必要な基本的知識と技能を、卒前教育において修得し医師免許を取得した者が、後期臨床研修における専門領域の修練に入る前に、卒後臨床研修においては、独立して初期診療（primary care）を行い得る幅広い臨床能力を身につけることが目標とされる。

### 1. 1994年までの卒後臨床研修制度の概要

1973年の厚生省医師研修審議会の「臨床研修の充実について」の建議書および1975年の同審議会の「卒後臨床研修の目標と内容」において、研修カリキュラムはプライマリ・ケアに対応して計画される必要性と、医師にとって必須の基本的な診断、検査、治療の知識、技能が示された。1978年の同審議会「プライマリ・ケアを修得させるための方策」では求められる初期診療能力が具体的に例示された。さらに、1989年には厚生省医療関係者審議会臨床研修部会意見書として、臨床研修医に必須の卒後臨床研修目標が明示された。

1968年に発足した卒後研修制度には、つねにプライマリ・ケア能力の修得が求められてきたのである。

研修方式にはストレート、ローテート、総合診療方式の3方式があるが、内科系、外科系、小児、

救急の研修を行う総合診療方式が、幅広いプライマリ・ケア能力を修得するのに効果的であるとして推奨された。しかし、多くの研修医が研修する大学に、種々の理由から、総合診療方式を導入することは容易ではない。1992年に医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修機能小委員会は、「臨床研修改善専門委員会最終報告書」の中で、「研修の場」より「研修プログラム」を重視し、1989年に示された卒後臨床研修目標が達成されるような「研修プログラム」であれば、方式にはとらわれなかった。

1993年に「臨床研修モデルプログラム作成等検討委員会報告書」（医学教育振興財団）が提出された。臨床研修病院の指定基準に研修プログラムを有することが追加され、厚生省健康政策局長通達「臨床研修病院の指定基準について」によって、すべての研修病院に研修プログラムの提出が求められた。また、自己点検・評価を行って、臨床研修が適切に実施されることに役立つように、1994年「臨床研修プログラム自己評価方法等検討委員会報告書」（医学教育振興財団）が示された。

### 2. 卒後臨床研修の実態

#### 1) 臨床研修病院数

医師は、免許を受けた後も、2年以上大学病院または厚生大臣の指定する病院において、臨床研修を行うように努めるものとするのが医師法に定められている。病院の規模・施設内容、指導医の数・資質、病院の機能、患者数、研修プログラム、研修の環境などが厳格に審査され、実地調査が行われた後、臨床研修の場として真に適切と認められた病院のみが、臨床研修病院として指定されているが、その指定数は当初から増加し続けており、1997年には326病院となった。そのうち、

\*1 Postgraduate Clinical Training

キーワードズ：卒後臨床研修、プライマリ・ケア、研修プログラム、必修化

\*2 Masahiko HATAO 日本赤十字武蔵野短期大学

表1. 臨床研修指定病院数

(平成9年4月1日現在)

開設者別	年度		55	60	61	62	63	元	2	3	4	5	6	7	8	9
	厚	生														
国	三	公	30	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	41
	そ	の	6	15	16	12	13	14	14	14	14	15	15	16	16	16
	計	他	5	}												
		41	55		56	52	53	54	54	54	54	55	55	56	56	57
公的	都	道	32	33	34	35	37	38	40	42	43	45	46	45	45	48
	市	の	21	30	32	32	34	36	36	38	41	43	44	44	47	54
	計	他	28	33	33	33	34	34	35	36	37	39	40	44	49	51
			81	96	99	100	105	108	111	116	121	127	130	133	141	153
その他	社会保険関係団体		15	17	17	17	17	18	19	18	19	19	19	20	20	21
	公益法人		11	13	13	14	14	14	15	13	13	17	16	14	15	16
	その他		10	13	14	18	19	20	20	25	27	27	33	42	49	64
			36	43	44	49	50	52	54	56	59	63	68	76	84	101
一般病院計			158	194	199	201	208	214	219	226	234	245	253	265	281	311
精神病院			11	15	15	16	16	16	16	16	16	16	15	15	15	15
合計			169	209	214	217	224	230	235	242	250	261	268	280	296	326

表2. 病院群による臨床研修指定病院数内訳

(平成9年4月1日現在, 再掲)

病院群数 43				計
	国	公的	その他	
主病院	3	18	22	43
従病院	7(6)	21(15)	20(6)	48(27)

従病院の( )は、単独での既指定施設等の重複分である。(再掲)

表4. 研修病院の医師数

医師数	1993年	1998年
9人以下	3	2
10～19人	8	8
20～29人	7	5
30～39人	17	15
40～49人	27	26
50～59人	35	36
60～69人	37	51
70～79人	27	38
80～89人	28	36
90～99人	18	31
100～109人	9	17
110～119人	9	4
120人以上	19	31

(臨床研修病院ガイドブック)

表3. 研修病院の病床数

病床数	1993年		1998年	
	一般病院	精神病院	一般病院	精神病院
299床以下	1	0	2	0
300～399床	28	3	41	3
400～499床	42	5	69	5
500～599床	53	1	65	1
600～699床	42	2	52	2
700～799床	28	1	31	1
800～899床	13	2	10	2
900～999床	3	0	8	0
1,000床以上	8	1	10	1
	218	15	288	15

(臨床研修病院ガイドブック)

精神病院は15と変わらず、一般病院が300を超えた。それも、国立は57と横ばいで、公的・その他病院が増加したものである(表1)。

なお、1997年の病院群による臨床研修病院数は、主病院43、従病院48である(表2)。

## 2) 臨床研修病院の規模と医師数

臨床研修病院の病床数と医師数とは、『臨床研修病院ガイドブック』から集計すると、表3および表4のとおりである。

## 3) 臨床研修実施状況

医学校が全国に増設され、その最終開設校の第1回生が卒業した1987年以降、研修対象者数(A)は

表 5. 臨床研修実施状況

(単位：人)

区 分	年度別	50	55	60	61	62	63	元	2	3	4	5	6	7
	研修対象者数(A)		8,335	13,107	15,808	15,386	16,373	16,271	16,502	16,492	15,948	16,072	16,491	16,476
研 修 実 施 者 数	国立大学	1,929	2,759	3,660	3,968	4,410	4,477	4,516	4,739	4,760	4,871	4,885	4,563	4,581
	公立大学	748	870	1,078	1,084	1,150	1,023	1,137	1,144	1,139	1,169	1,316	1,294	1,162
	私立大学	2,154	3,488	5,038	4,448	4,471	4,467	4,476	4,463	4,443	4,462	4,617	4,808	4,585
	小計	4,831	7,117	9,776	9,500	10,031	9,967	10,129	10,346	10,342	10,502	10,818	10,665	10,328
施 者 数	国立病院・療養所	304	446	577	411	475	521	606	606	620	642	664	674	686
	公私立の指定病院	942	1,301	2,556	2,239	2,234	2,329	2,205	2,218	2,168	2,060	2,393	2,324	2,692
	小計(C)	1,246	1,747	3,133	2,680	2,709	2,850	2,811	2,824	2,788	2,702	3,057	2,998	3,378
合計(B)	6,077	8,864	12,909	12,180	12,745	12,817	12,940	13,170	13,130	13,204	13,875	13,663	13,706	
研修率(B/A)		72.9	67.6	81.7	79.2	77.8	78.8	78.4	79.9	82.3	82.2	84.1	82.9	87.0
指定病院研修率(C/B)		20.5	19.7	24.3	22.0	21.3	22.2	21.7	21.4	21.2	20.5	22.0	21.9	24.6

表 6. 1 研修病院当たり研修医平均現員数推移

年 度	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
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	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
平均研修医数(人)	10.3	11.2	11.6	11.6	12.0	15.0	12.5	12.5	12.7
年 度	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
平均研修医数(人)	12.2	12.0	11.5	10.8	11.7	11.2	12.1		

(厚生省調べ)

毎年 16,000 名あまりであり、研修実施者数(B)は約 13,000 名で、研修率 (B/A) は約 80%であった。そのうち、大学病院で研修する者はほぼ 10,000 名、指定病院で研修する者(C)が約 2,800 名で、指定病院研修率(C/B)は 20%あまりが続いた。1993 年に研修実施者数が 13,800 名を超え、研修率が 84%と上昇したが、大学病院での研修実施者は約 10,000 名のままであり、指定病院で研修する者の数に増加傾向がみられた。1995 年には研修対象者数が 15,752 名と減少したにもかかわらず、研修実施者数は 13,706 名と横ばいで研修率は 87%と上昇し、指定病院での研修実施者は 3,378 名、研修率ほぼ 25%と増加した(表 5)。

1 指定研修病院あたりの研修医の平均現員数は、1987 年以降、10~12 名前後とほぼ一定している(表 6)。

研修率が 100%にならないのは、臨床研修病院に指定されていない小児・循環器・がんなどの専門病院で研修する者、公衆衛生などの社会医学系や基礎医学系に進む者、大学院進学者などがある

からと推定される。

#### 4) 研修方式

研修方式は総合診療、ローテート、ストレートに 3 大別されている。卒後臨床研修目標に到達できる「研修プログラム」であれば、研修方式にはとらわれないとしながら、総合診療方式が幅広い臨床能力を修得するのに適しているとして推奨されていることに変わりはない。

研修方式の実施状況は表 7 のとおりである。公立大学で総合診療方式の研修をしている者はいないが、1991 年と比較して 1995 年では、ローテート研修が増加しストレート研修は減少傾向をみせている。私立大学と指定病院では、総合診療方式で研修する者が増加し、私立大学では 2.8 倍になっている。ローテート研修も増加し、ストレート研修は減少した。全体としては総合診療方式研修が 376 名から 792 名に倍増し、ローテート研修は 2,482 名から 3,723 名に増加、ストレート研修は 4,892 名から 3,924 名に減少した。ストレート研修をするものが 1991 年には 63.1%だったのが、

表7. 臨床研修実施状況—総合診療・ローテート・ストレートの別

	1991年度				1995年度			
	総合診療	ローテート	ストレート	計	総合診療	ローテート	ストレート	計
公立大学	0人 (0%)	260人 (22.8%)	879人 (77.2%)	1,139人 (100%)	0人 (0%)	486人 (41.8%)	676人 (58.2%)	1,162人 (100%)
私立大学	156人 (3.5%)	1,588人 (35.7%)	2,699人 (60.8%)	4,443人 (100%)	438人 (9.6%)	2,419人 (52.8%)	1,728人 (37.7%)	4,585人 (100%)
公私立の 指定病院	220人 (10.1%)	634人 (29.3%)	1,314人 (60.6%)	2,168人 (100%)	354人 (13.2%)	818人 (30.4%)	1,520人 (56.5%)	2,692人 (100%)
合計	376人 (4.9%)	2,482人 (32.0%)	4,892人 (63.1%)	7,750人 (100%)	792人 (9.4%)	3,723人 (44.1%)	3,924人 (46.5%)	8,439人 (100%)

(厚生省調べ)

表8. 研修病院1年次研修医の給与(月額)

給 与	1993年	1998年
10万円以下	1(0.4%)	1(0.4%)
10万～15万未満	5(2.2%)	3(1.1%)
15万～20万未満	61(27.1%)	55(19.6%)
20万～25万未満	70(31.1%)	57(20.3%)
25万～30万未満	51(22.7%)	87(31.1%)
30万～35万未満	21(9.3%)	49(17.5%)
35万～40万未満	8(3.6%)	16(5.7%)
40万円以上	8(3.6%)	12(4.3%)

(臨床研修病院ガイドブック)

表9. 臨床研修費予算の推移

区 分	1968	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
臨床研修費(千円)	835,448	5,732,849	5,903,111	6,482,962	7,239,809	8,417,502	9,430,914	10,499,646
(1) 補助金	532,627	2,263,794	2,062,042	2,306,555	2,617,077	3,194,843	3,345,473	3,559,029
(2) 国立病院・療養所	79,620	414,326	454,728	499,912	538,578	571,038	613,077	675,150
(3) 国立大学附属病院	223,201	3,054,729	3,386,341	3,676,495	4,084,154	4,651,621	5,472,364	6,265,467
区 分	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
臨床研修費(千円)	10,971,559	10,908,389	10,954,741	11,493,414	12,272,407	13,058,778	13,544,913	14,026,730
(1) 補助金	3,424,436	3,061,530	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	776,049	828,263	890,228	966,960	1,108,020	1,252,830	1,402,836	1,560,514
(3) 国立大学附属病院	6,276,543	7,018,596	7,254,586	7,689,827	8,303,259	8,829,409	8,954,194	9,240,957
区 分	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
臨床研修費(千円)	14,817,687	15,762,606	16,794,394	17,666,763	18,329,210	18,793,846	19,017,125	19,263,585
(1) 補助金	3,536,517	3,800,997	4,016,138	4,204,093	4,510,659	4,601,438	4,630,037	4,631,362
(2) 国立病院・療養所	1,713,923	1,838,862	2,007,483	2,148,884	2,228,420	2,302,199	2,376,236	2,439,710
(3) 国立大学附属病院	9,567,247	10,122,747	10,770,773	11,313,786	11,590,131	11,890,209	12,010,852	12,192,513

(厚生省調べ)

1995年には46.5%に減少している。つまり、公立大学、私立大学、指定病院では、ストレート方式の研修をするものは半数以下となった。

### 5) 研修医の待遇

研修医の待遇を臨床研修病院1年次の研修医の給与(月額)で見ると、表8のとおりである。

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
公私立大学附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
国立大学附属病院	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	
公私立大学附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	(ローテー ト方式) 1,166,910	(ストレー ト方式) 775,922	(ローテー ト方式) 1,230,930	(ストレー ト方式) 750,780	(ローテー 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	
国立大学附属病院	1,295,100	1,350,100	1,400,930		1,466,450		1,555,250	
区分	58		59		60			
公私立大学附属病院および公私立の指定病院	(ストレー ト方式) 562,115	(ローテー ト方式) 1,153,233	(ストレー ト方式) 566,965	(ローテー ト方式) 1,163,709	(ストレー ト方式) 579,580	(ローテー 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			
国立大学附属病院	1,553,980		1,584,880		1,635,880			
区分	61			62				
公私立大学附属病院および公私立の指定病院	(ストレー ト方式) 599,460	(ローテー ト方式) 1,233,560	(総合診療 方式) 1,490,210	(ストレー ト方式) 618,860	(ローテー 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				
国立大学附属病院	1,734,580			1,771,480				
区分	63			元				
公私立大学附属病院および公私立の指定病院	(ストレー ト方式) 626,620	(ローテー ト方式) 1,292,040	(総合診療 方式) 1,565,289	(ストレー ト方式) 634,338	(ローテー 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				
国立大学附属病院	1,797,880			1,841,142				
区分	2			3				
公私立大学附属病院および公私立の指定病院	(ストレー ト方式) 655,647	(ローテー ト方式) 1,350,993	(総合診療 方式) 1,634,534	(ストレー ト方式) 669,932	(ローテー ト方式) 1,381,289	(総合診療 方式) 1,672,470		
国立病院・療養所	2,714,880			2,843,880				
国立大学附属病院	1,909,164			2,015,650				
区分	4			5				
公私立大学附属病院および公私立の指定病院	(ストレー ト方式) 687,347	(ローテー ト方式) 1,417,744	(総合診療 方式) 1,717,436	(ストレー ト方式) 708,421	(ローテー ト方式) 1,462,485	(総合診療 方式) 1,773,527		
国立病院・療養所	3,000,720			3,223,620				
国立大学附属病院	2,142,553			2,247,882				
区分	6			7				
公私立大学附属病院および公私立の指定病院	(ストレー ト方式) 722,990	(ローテー ト方式) 1,492,769	(総合診療 方式) 1,810,576	(ストレー ト方式) 660,599	(ローテー ト方式) 1,515,716	(総合診療 方式) 1,838,739		
国立病院・療養所	3,272,275			3,324,889				
国立大学附属病院	2,550,521			2,593,318				
区分	8			9				
公私立大学附属病院および公私立の指定病院	(ストレー ト方式) 667,200	(ローテー ト方式) 1,531,107	(総合診療 方式) 1,857,778	(ストレー ト方式) 680,107	(ローテー ト方式) 1,559,821	(総合診療 方式) 1,892,500		
国立病院・療養所	3,370,437			3,416,453				
国立大学附属病院	2,618,743			2,658,912				

## 6) 臨床研修補助金

厚生省は1968年に臨床研修制度を発足させてから、財政上の補助を行って、年々増額するように努力してきた。その予算の推移は表9のとおりで、1968年を1とすると単純計算で1997年は23.1となる。

1人あたりの臨床研修費の推移は表10のとおりで、1968年を1とすると、1997年にはストレート1.79、ローテート4.10、総合診療方式4.98、国立病院は8.48、国立大学病院は7.55となっている。

## 3. 卒後臨床研修の必修化

卒後臨床研修について、1994年以降に提起されたもっとも大きな問題は「必修化」である。

### 1) 日本学術会議

1994年2月、日本学術会議地域医学研究連絡委員会は、卒後臨床研修を義務化することを提唱した。

医学の進歩に伴い、専門領域が細分化の傾向にあり、各医学会の専門医制度が普及するとともに、各医科大学でも専門医育成の教育方針が強化され、医師の専門医志向傾向が強くなり、患者を全人的に診る基本的な臨床能力を十分身につけていない医師が増えつつあるという現状認識のもとに、医師が独立して診療し、あるいはほかの医師に対し指導的立場に立つ場合には、基本的臨床能力を身につけるための研修は必須であるという基本的な考えに基づいて、卒後臨床研修の義務化が必要であるとしたものである。

### 2) 臨床研修研究会

1994年5月、臨床研修研究会は、日本学術会議の提言を受けて、これに賛同の意を示し、医師法を改正して卒後臨床研修の義務化を図るよう「卒後臨床研修制度の抜本的改善について」という要望書を、会長名で厚生大臣に提出した。

全ての臨床研修指定病院では研修プログラムを作成し、卒後臨床研修の充実に、よりいっそう取り組もうとしているが、大学病院では、研修プログラムを作成しないところもあって、臨床研修医の病院間の相互交流に支障をきたすとの見解に基づくものである。

### 3) 日本医学教育学会

1994年10月、日本医学教育学会卒後教育委員会では、卒後臨床研修の義務化について、どのような認識をもっているかを、全国の大学病院および臨床研修指定病院の院長、研修担当者、研修医を対象にアンケート調査を行った。卒後臨床研修の義務化に賛成とするものは57.5%、「条件」を整えば賛成とするものは36.2%、両者を合わせると93.7%が賛成という結果であったことを、1995年2月に報告した(医学教育26:20-25)。さらに、義務化をする場合には、どのような「条件」を整えることが必要であるかを、学会の主要メンバーを含めた拡大委員会で検討して、1995年6月に発表した(医学教育26:233-237)。

1995年6月、これらの結果に基づいて、日本医学教育学会は「卒後臨床研修の必修化に向けての提言」を公にした(医学教育26:220-221)。

### 4) 厚生省

1994年12月、日本学術会議地域医学研究連絡委員会の報告(1994年2月)、臨床研修研究会の要望(1994年5月)、大学病院問題懇談会の報告書(1993年2月)などを踏まえて、医療関係者審議会臨床研修部会が臨床研修制度の抜本的改善について意見書中間まとめを厚生大臣に意見具申した。

卒前臨床実習で医学生に許容される医行為は、侵襲の低いものに限られ、技術の修得を目的とするものではなく、医師としての自覚を養う上で重要であるとされるものであり、臨床医として日常遭遇する疾患に対して必要な知識および技能を修得するのに必ずしも十分ではなく、医学・医療の進歩とともに、医師として必要な臨床面での知識および技能の多くは臨床研修によって修得されていることを指摘した。

1994年4月末において、すべての臨床研修指定病院(286病院)が研修プログラムを作成しているが、大学附属病院136病院中、診療科の一部について作成したものを含めても、65病院がプログラムを作成しているにとどまっており、その研修プログラムの一部は、必ずしも卒後臨床研修目標の達成を念頭においたものではないという現状から、医師の自発的努力によって行われている現行の臨床研修制度は、適切な医療の確保という観点からみて、必ずしも十分ではないとし、診療に従

事しようとするすべての医師は、幅広い基本的な診療能力を身につけることができるように、臨床研修を必修とするとともに、その内容などの改善を図ることが望ましいとの見解を示した。

1995年11月、医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修検討小委員会は「臨床研修制度改善に関する現時点での考え方」を示した。1995年5月以来、大学関係者から意見聴取を含めて9回にわたって検討を行い、中間的に小委員会の考え方を公表したものである。

医師の臨床能力に確実な基盤があってこそ、各専門分野を追求し深めていくことが可能であり、組織的、制度的に内容の充実した卒後臨床研修を通じて医師としての基盤を作らねば、時代の要請する望ましい医師になるための経験を重ねていけないばかりか、必要とされる基本的知識・技能を欠く医師ともなりかねないという、国民の健康に対する将来の重大な問題ともなることを指摘し、臨床研修制度全般について必修化を含めた制度全般の抜本的改善を図ることは、①研修医にとっては自らの資質を向上させ②医療機関にとっては優秀なスタッフを確保し③国民全体にとっては質の高い保健医療サービスを受けることを、制度的に担保するという意義を有するとした。

卒後臨床研修を必修化する場合の具体的方法については、医師法上制度的に位置づける方向で引き続き議論していくとしながら、現時点での小委員会の考え方を下記のように示した。

1) 研修医は臨床研修を修了するまでは、臨床研修病院・施設群内で指導医の指導下でのみ医業を行えることとする、2) 臨床研修中の医行為の内容・種類について制限はせず、処方せんの交付義務、診療録の記載・保有義務といった医師法上の責務などについても通常の見解とするべきである、3) 臨床研修の時期については、必ずしも卒業直後に限定はしないが、卒後の進路のいかんに関わらず、臨床研修以外の形で医業を行おうとする場合には、その前に臨床研修を修了しておくべきである、4) したがって、臨床系大学院進学者は進学前に臨床研修を受けることが原則であるとする。また、病理学、法医学などを臨床系に位置づけるかどうかといった問題については、今後、学会の意見なども聴きながら議論していく、

5) 外国の病院で行った臨床研修の取扱いについては、厚生大臣の認定により研修修了扱いとする。

また、健康保険制度上の研修医の位置づけについては、別途検討されるべきであること、および今回の制度の見直しに際しては、基礎医学系へ進む者への配慮も必要との意見があったことが付記されている。

そこに示された考え方は、今後、大学附属病院や臨床研修指定病院等関係者との意見交換を十分に行うことが必要であり、その上で、質の高い医療が提供できるような医師の養成を確実なものとするための、研修指導体制や研修医の処遇など、今後の卒後臨床研修のあり方について、より具体的に検討する必要がある、その検討を踏まえ、実現に必要な経費が手当てされることが制度改革の前提であること、およびこのような大きな制度改革は、適用時期について、制度の公布から一定の猶予期間を置くことが不可欠であることを指摘している。

1996年7月、医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修検討小委員会は、「卒後臨床研修の今後の改善に向けて」を中間的な意見として報告した。

医師および医療の質の向上を考える上で臨床研修の充実はもっとも重要で、また、早急に取り組むべき課題の1つであり、1995年11月の「現時点での考え方」で示した、必修化を含めた臨床研修の抜本的な改善の方向については、関係者の間でかなり理解が深まったとしながら、現行の努力規定のままでも臨床研修を充実させることは可能であるとの意見に対して、制度の充実にあたっては、「必修化」が必要であると小委員会が考える理由を示した。

すなわち、1) 近年の医学・医療の進歩に伴い、医師として学ぶべき範囲も深さも格段に増加していること、とりわけ、臨床的な技術と経験の重要性が増していること、2) 卒前に一定の臨床実習が必要なことはいうまでもないが、現在、わが国において学生が直接患者に対し、診断・治療を十分に実施できる制度的状況にはなく、免許取得後に基礎的な修練を積む必要があること、3) 臨床研修のプログラムの内容、修了の認定などについて、全ての臨床研修が一定の水準以上に保たれる必要があること、の3点である。

卒後臨床研修の必修化に伴う事項等として、卒後臨床研修を必修化する場合の制度的な取扱い・位置づけなどについては、「現時点での考え方」とほぼ同じ見解であるが、1) 研修医は臨床研修を修了するまでは、指導医を含む一定の研修体制を有する臨床研修病院・施設群内で医業を行うこととする。2) 臨床研修中の医行為の内容・種類について制限はせず、処方せんの交付義務、診療録の記載・保有義務といった医師法上の責務などについても通常の取扱いとする。3) 臨床研修の時期については、必ずしも卒業直後に限定はしないが、卒後の進路のいかんに関わらず、臨床研修以外の形で医業を行おうとする場合には、その前に臨床研修を修了しておく。4) したがって、臨床系大学院進学者は進学前に臨床研修を受けることが原則である。また、基礎医学系、社会医学系へ進む者の臨床研修の取扱いについては、今後、十分に関係者の意見を聴く必要があるが、このうち、病理学、法医学などについては、学会の意見などを踏まえ、これらの分野で実際に活動する前に臨床研修を修了しておく。5) 外国の病院で行った臨床研修の取扱いについては、厚生大臣の認定により研修修了扱いとする。

また、制度の見直しに際しては、「基礎医学系・社会医学系へ進む者の支援などについて配慮する必要がある。」と若干の修正が加えられた。

今後の対応として、研修指導体制や研修病院・施設基準などの詳細について引き続き検討するとともに、医師免許の性格、経過規程などの法制上の問題や、健康保険制度上の研修医の位置づけなどの問題、制度改正の前提である財源の問題について整理された上で、あらためて全体の議論を総括することとし、これらの検討にあたっては、大学附属病院や臨床研修指定病院などとの意見交換など関係者の理解を得るよう努める必要があり、この趣旨を踏まえ、厚生省においても引き続き同様の努力がなされなければならないとしている。

#### 5) 大学附属病院における卒後臨床研修のあり方に関する調査研究会 (文部省)

医学部および大学附属病院関係者が大学附属病院における卒後臨床研修のあり方に関する調査研究会を組織し、文部省の科学研究費補助金を得て、必修化を含めて、卒後臨床研修の改善・充実のた

めの方策などについて調査研究を行い、1995年10月、「大学附属病院等における卒後臨床研修について」という中間まとめを発表し、臨床医を目指す者のほぼ全員が卒後臨床研修を行っている現状を考えると、法的な「規制」を新たに設けることは不相当であるとの見解を示した。

中間まとめの中で同調査研究会は、卒前教育、卒後臨床研修、生涯教育(卒後臨床研修後に行われる医学教育のすべてを含む)の各段階を通じて、継続・一貫して、医師の資質向上が図られるものであるとした上で、医師免許取得直後は、医師としての職責を遂行するための基本的診療能力を身につける非常に重要な時期であると位置づけ、中間まとめが、卒後臨床研修の必修化をめぐる議論の中で真剣に取り上げられることを期待するとともに、大学附属病院における卒後臨床研修の課題を指摘し、各大学附属病院に、中間まとめの考え方を踏まえた卒後臨床研修の改善・充実への積極的な取組を要望した。

すなわち、同調査研究会は、①病院全体としての研修プログラム②ローテート方式など基本的な幅広い診療能力を修得できる研修方式③研修プログラムの公開と研修医が選択できる体制④研修実施体制と評価体制の4項を課題として指摘した上で、さらに、①各病院の基本的・総合的研修目標を定めること②病院全体としての研修プログラムを作成し、公表すること③病院長を最終責任者として、卒後研修委員会を設置し、研修の実施体制および責任体制を確立すること④研修医に対する評価方法・体制を確立し、最終評価は病院長が行うことを、各大学附属病院に対する要望事項としている。

さらに、卒後臨床研修が効果的に実施できるように、必要な財源を国が確保することを求め、大学関係者による独立した組織で自主的に、この財源措置が執行されるべきであることを強調している。

また、医療の特質を踏まえ、卒後臨床研修の内容および方法についてたえず見直し、改善がなされることが必要であることも指摘している。

#### 6) 日本医師会

1996年3月、第VI次生涯教育推進会議は、日本医師会長に対し「医師の養成」について報告書を

提出した。初等、中等教育ならびに入学選抜の現状と問題点、医学部における一般教育の重要性を指摘し、専門教育について、卒前には基本的な事柄を幅広く教育するものであり、卒後臨床研修を、独力で医療を実践できる医師になるまでの初期研修と位置づけ、卒前教育と連動するものであるとしている。

卒後臨床研修の必修化については、十分な準備が整った上であれば大きな反対はないと予測し、インターン制度の問題点を繰り返さないために、「卒後臨床研修」システムの確立に向け条件整備すべく、医学界、医療界あげて協力するとともに、研修プログラムの評価を行うための第三者機関の必要性を提唱している。

生涯教育推進会議は、報告書の最後で、医師自らが自分の天職の価値とともにその使命の重大性を認識し、医師という職業に誇りをもつ限り、全力を尽くし、生涯にわたり学習を継続するものであり、身分相応の生活が保障され、優れたキャリアムと場が整えられ、指導者に恵まれるなどの条件さえ整えば、「患者のための医療」を心掛ける医師は、「卒後臨床研修」を受けるであろうとした上で、次の3点を緊急に採るべき方策として提示した。

1) 卒後臨床研修の必修化を推進中である厚生省は、早急に、その計画の全体像、予算、およ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、できれば2年間にわたる共通の初期臨床研修体制の構築を図る必要がある。

3) 日本医師会はずでに平成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、日本医師会とともに「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置するなど、あらゆる努力を払われるこ

とが期待される。

#### 7) 医師の卒後臨床研修に関する協議会(文部・厚生両省)

卒後臨床研修のあり方について、文部省と厚生省とでそれぞれに検討が行われていたが、必ずしも両省で十分な連携をとって検討を進めていく体制が整っていなかったことを踏まえ、医師の卒後臨床研修の改善・充実について文部省、厚生省、大学関係者、臨床研修指定病院関係者、日本医師会など幅広い関係者の間で議論し、案としてまとめるという趣旨で「医師の卒後臨床研修に関する協議会」が、1997年3月に設置された。

行政はこの案も踏まえながら、引き続き施策の充実に努めてゆくものとしている。

協議体制は上記の各機関・組織からの20名の構成者により、月1回程度開催とされ、1997年10月までに6回の会議が開かれた。

主な協議事項は、1) 研修の内容(到達目標、プログラム、期間、評価など)、2) 研修医、指導医の身分、処遇、3) 研修の改善に伴う条件整備(施設、人員、経費など)、4) 研修改善・充実の推進体制、5) その他必要な事項

#### 8) そのほか

与党医療保険制度改革協議会は、1997年8月に「二十一世紀の国民医療～良質な医療と皆保険制度確保への指針」を発表し、医師の卒後の臨床研修を必修化し、これに伴い医師免許制度および国家試験を見直すという指針を示した。

### 4. 臨床研修研究会

臨床研修研究会は臨床研修の充実、進歩、発展を目的として、1983年に発足した組織で、1997年4月の時点で臨床研修病院319、大学病院50が参加している。

#### 1) 学術集会

毎年4月に開催する学術集会は、1994～1997年にも下記のように行われた。臨床研修上改善すべき問題点があげられ、臨床研修の改善、充実に向けての提案がなされた。

第12回 1994年4月16日(佐久総合病院担当)

第13回 1995年4月15日(関東労災病院担当)

- 第14回 1996年4月20日(国立病院東京  
災害医療センター担当)
- 第15回 1997年4月19日(武蔵野赤十字  
病院担当)

## 2) 臨床研修病院ガイドブック

臨床研修研究会に参加している病院の卒後臨床研修の概要を1冊にまとめて編集し、『臨床研修病院ガイドブック』として、毎年6月に発行している。翌年に卒業する医学生が卒業後の進路を選択する際の参考となっている。

## 3) 臨床研修指導医養成講習会

卒後臨床研修の充実を図るために、臨床研修病院のハード面のみならず、ソフト面の充実が必要であり、とくに臨床研修医の指導にあたる臨床研修指導医の役割が重要となっていることから、その指導能力のいっそうの向上を図る目的で、臨床研修指導医養成講習会を1995年度から臨床研修研究会が主催することになった。

この講習会の準備、運営などの実務は、医療研修推進財団に委託されている。

## 5. 医療研修推進財団

医療研修推進財団は、医師のみならず、医療に関係する各種分野を横断的、かつ統合的に捉え、各種医療従事者を対象とした研修システム・技術を開発するとともに、研修の実施、および関連する諸情報の交流を促進して、医療研修を推進することを図り、1995年10月に発足した財団であるが、医師の卒後臨床研修に関しては、臨床研修研究会からの委託を受けて、臨床研修指導医養成講習会の開催の実務を担当している。

臨床研修指導医養成講習会は、「臨床研修開発」を主題とするワークショップ(4泊5日の合宿研修)として、下記の開催地と日程により開催された。各会場の参加者数は、それぞれ約50名ずつで、第3回を終了すると合計約400名となる。

- 第1回：御殿場会場 1996年2月20日  
～24日

- 鈴鹿会場 1996年3月4日  
～8日
- 第2回：鈴鹿会場 1997年2月17日  
～21日
- 御殿場会場 1997年3月11日  
～15日
- 川崎会場 1997年3月24日  
～28日
- 第3回：船橋会場 1997年12月21日  
～25日
- 名古屋会場 1998年1月20日  
～24日
- 神戸会場 1998年2月17日  
～21日

## 6. 日本医学教育学会

日本医学教育学会卒後教育委員会では、前述のように卒後臨床研修の義務化に関する全国アンケート調査結果報告や拡大委員会報告を「医学教育」に発表した。そのほかに、卒後初期臨床研修プログラムに関する実態調査を行った。全国の臨床研修病院および大学病院を対象とするアンケート調査で、271病院から回答が寄せられた(回答率78.1%)。約95%が独自のプログラムを有し、大学ではストレート、ローテート方式が多く、研修病院ではローテート、総合診療方式が多いという結果であった(医学教育 28:157-161)。

## 文 献

- 1) 厚生省からの資料
- 2) 文部省からの資料
- 3) 医学教育 第26巻 1995
- 4) 医学教育白書 1994年版
- 5) 臨床研修病院ガイドブック '98 1997
- 6) 第1回臨床研修指導医養成講習会記録
- 7) 医学教育 第28巻 1997