

卒後教育^{*1}

林 茂^{*2}

医学教育の基礎は卒前教育にあることは、衆目の一致するところである。しかし、医学は患者およびその集団である社会を対象とした自然科学であり、たんなる知識のみならず、高度の技術、医師としての人間性が強く要求される分野である。臨床医学の教育の重点が、卒後におかれているのは、いうまでもない。

戦後30数年を経た本邦の医学教育の歴史を振り返ってみると、卒前教育より、卒後教育に関する変改が大きくクローズアップされている。建国以来の敗戦から、世界の一大経済国家まで成長した社会情勢の変遷もさることながら、大幅に変化しつつある医学、医療に対する社会のニーズに、適切に対応しうる医師の育成には、卒後教育をどう改善してゆくかが、大きくかかっているといえよう。

1. 卒後教育の変遷

戦前から、日本における卒後教育は、その大部分が大学の各専門科教室で行われてきた。医学校または医学部を卒業し、医師免許証を受領した医師が、ただちに単身で臨床の場に立つことはほとんどなく、いわゆる講座制によって運営されている大学の教室に入局し、講座責任者である教授を始めとした教室指導医の下で、基礎的臨床訓練を受けた後、関連病院に就職するか、開業医として自立するという方式がとられてきた。

しかし、これら大学における卒後教育の内容やシステムは、何ら一定の制度、規定は設けられておらず、その機関または専門科の責任者の方針によって、きわめてまちまちであった。一般に専門科の教室であるため、専門教育に偏重するばかりでなく、一部では医学者を養成することに重点がおかれるあまり、臨床医の教育が片手落

ちになっていたことも否定できない。この傾向を助長する1つの因子として、博士号制度があり、その審査権を有している教室主任教授の意向が、卒後教育の人事、内容、期間などのシステムに強く影響を与えていた。この講座制は今もそのまま存続しており、大学における卒後教育は、教室中心に行われているといっても過言ではない。もちろんこの制度は、臨床医学の発展のためにも、また卓越した、有能でしかも、人間性豊かな教授のもとに、優秀な臨床医が育つという大きなメリットも見逃すことはできない。

わが国におけるこの医師卒後教育の姿を一変させたのは、昭和23年のインターン制度採用である。当時の米駐留軍の強力な指導により、医学部卒業後1年間の臨床研修が義務づけられ、その修了者にのみ国家試験の受験資格が与えられた。

大学および指定病院で行われたインターン教育は、全臨床科目を一定期間研修して廻る、いわば一種のローテーション方式^{*3}であったが、研修目標・内容が明確に示されていないなどの無計画性と、受け入れ機関、指導者側の不備、さらに、学生でもない、医師でもないという不安定な身分で、経済的な保証もなく、一部では研修より人的戦力として利用されるなどの弊害が、昭和38年頃から問題化するにいたった。このインターン制度に対する不信、不満が、大学紛争と相まって、医学生やインターン生によるボイコット運動にまで発展した。事実上の卒後教育空白の数年間をへて、昭和43年厚生省はこの制度の廃止を決定した。

この戦後最大の医学教育の混乱期を処理し、新しい卒後教育の立て直しのため、昭和43年7月16日、医師研修制度を発足する法令が施行された。これは、医学部または医科大学卒業後ただちに国家試験を行い、医師免許を得たのちも、義務ではないが、2年間の卒後研修を受けるよう努めることとしたものである。この点、インターン制度とは基本的に異なり、非義務的な研修を医師としての身分保証とともに、一定の経済的、生活保障のもとに行う機会が与えられることになった。

^{*1} Postgraduate Education.

^{*2} HAYASHI, Shigeru 川崎市立川崎病院産婦人科

^{*3} 内科3カ月、外科2カ月、産婦人科1カ月、保健所15日間、小児科、精神科、整形外科、眼科、耳鼻科、泌尿器科、皮膚科がそれぞれ2～3週間

前述のように、この卒後研修は、まったく個人の自由意志によるもので、法的義務がないため、研修修了者は、各機関発行の修了証書を受領することができるが、特別の資格または権利が生ずるものではない。近年、国立医療機関に対し、正規の医療職員は、この卒後臨床研修修了者を採用するよう指導がなされているが、これも法令によって規制されたものではない。

この制度が発足してから、本邦の卒後教育は、一種の安定期に入ったと思われた。しかし、ここで問題となってきたのは、医学、医療の細分化、専門化である。一般科学、とくに工業科学の目覚ましい発達とともに、医学の進歩のスピードは正に驚異的で、数年前にはまったく考えられなかったことが、日常臨床の場で、どんどん実用化されているのが実状である。

このような加速度的な医学の進歩に、細分化、専門化が大いに貢献したことも事実であるが、逆に医学の進歩が、さらに医学・医療の細分化、専門化を促進する結果となった。

この傾向は、一般医療サービスの面にまで影響を及ぼし、多種、多様化し、量的にも急激に増大した社会の医療に対するニーズに対応しきれない状態が出現した。専門領域の知識や技術は世界的水準であるにもかかわらず、専門外に関しては、基礎的な診療すらおぼつかないような医師が、続々と誕生した。とくに、大学においては、比較的狭い専門教育が、講座別に、卒後ただちに始められるシステムとなっており、また研修指定病院においても、各専門診療科に最初から配属することから、研修医自体の専門医志向とともに、この傾向はますます増強される結果となった。

社会ニーズに対応しえない医師、医療システムへの批判の声が高まるにつれ、卒前教育もさることながら、とくに卒後教育の場において、プライマリ・ケア教育の必要性が重視されるにいたった。

2. 卒後教育のプライマリ・ケア志向

厚生大臣の諮問機関の1つとして設置された医師研修審議会（塚本憲甫会長）が、プライマリ・ケアを中心とした卒後教育についての建議書を、昭和48年12月7日に提出したのは、前述の社会情勢に対して、まさしく当を得たものであった¹⁾。

当時の臨床研修の実態として、研修指定病院での研修医は、全体の15%にすぎないのは、指定病院に対する教育上の施設・設備、指導医に関する財政的裏づけ不十分なこと、また、85%の研修医を引き受けている大学においては、専門化志向のため、扱う疾患の種類、程度も偏

りがちで、救急および初期診療の経験を得るには不満足な状態であることが指摘された。そのまま卒後教育を放置すれば、将来の国民医療にとってゆゆしき大事に立ちいたるであろうことは、疑う余地はない、との厳しい言葉から、この建議書の内容を伺い知ることができる。

そしてその対策として、研修機関での施設および設備の整備、指導医の充実を、国の責任において早急に行い、また、研修カリキュラムとして、プライマリ・ケアについての研修計画を組み込むべきことを提言している。その内容は、1年程度は関連する診療科を広くローテートすること、および地域医療との連携を保つこととともに、2年間の研修以後のカリキュラムをも含めて検討すべきことが述べられている。

この建議書とは別々に、昭和49年11月30日に、日本医学教育学会卒後臨床教育委員会（日野原重明委員長）は「卒後臨床教育の改善に対する提言」を発表した。その内容の主旨は、前記建議書と一致するものであるが、とくに、研修の評価と指導医の教育能力の育成の必要性が提議されている。この提言に基づいて、同委員会は翌昭和50年末に、卒後基礎的臨床研修目標案を作成・発表した²⁾。

さらに昭和50年10月24日、厚生省医師研修審議会（日野原重明会長）が「卒後臨床研修の目標と内容」と題した意見書で、プライマリ・ケアの定義とともに、研修の目標および内容を具体的に示した。これらの建議書、意見書を受けた厚生省の指導に従い、各指定病院もプライマリ・ケア志向の研修カリキュラムに改善するところが多くなってきた。次いで、昭和53年3月2日、同じく医師研修審議会（日野原重明会長）は、ふたたび「プライマリ・ケアを研修させるための方策」として、故吉岡昭正氏の「プライマリ・ケアを中心とした研修の具体的実施方法」と、川崎市立川崎病院の「ローテート方式による研修カリキュラムのモデル」を参考資料とした意見書を提出した³⁾。これを受けて厚生省は、同年3月24日、「プライマリ・ケアを含む臨床研修の実施について」という、各臨床研修指定病院長あての医務局長通達を行った（資料3、資料編100頁参照）。

ここでは、主として行政面での、卒後教育のプライマリ・ケア志向の流れを追ってみたが、これらはすべて前述のとおり、社会の強い要望に従ったものであり、たんに本邦に止まらず、世界的にも開発途上国や開発国において、その内容、程度の差こそあれ、プライマリ・ケアの不備が大きな社会問題となっている事実が、出発点となっている。

表 1 臨床研修指定病院数

(昭和56年4月1日現在)

		年 度											56年度 比 率
開設者別		46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	
国	厚生省	22	24	24	25	25	26	26	27	27	30	32	25.5%
	三公社	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	
	その他	3	3	3	3	3	3	4	4	5	5	4	
	計	30	32	32	33	33	34	36	37	38	41	42	
公的	都道府県	15	19	23	25	25	26	27	31	31	32	32	52.0%
	市	7	11	15	15	16	16	19	20	21	21	25	
	その他	18	21	23	23	25	25	25	25	27	28	29	
	計	40	51	61	63	66	67	71	76	79	81	86	
その他	社会保険関係団体	12	13	13	13	13	13	14	15	15	15	16	22.5%
	公益法人	8	9	10	10	10	10	10	10	10	11	11	
	その他	7	8	9	9	9	9	9	9	9	10	10	
	計	27	30	32	32	32	32	33	34	34	36	37	
一般病院総計		97	113	125	128	131	133	140	147	151	158	165	100.0%
精神病院計		9	10	10	10	11	11	11	11	11	11	11	
総 計		106	123	135	138	142	144	151	158	162	169	176	

(厚生省調べ)

3. 卒後教育の実態

前項まで戦後における卒後教育の変遷を、とくに行政面での実績を中心に述べたが、ここでは、その実態を数字のうえで具体的に示すことにする。

この項で示す数字は、厚生省医務局医事課調べの「臨床研修指定病院指導責任者会議資料」(51年10月)、同じく臨床研修関係資料(56年4月)、文部省大学局医学教育課調べ「大学附属病院(本院)における臨床研修実施状況」(53年9月)および日本医事新報ジュニア版「臨床研修医の募集要項(56年度)」(55年10, 11月)の諸統計を参考としたものである。

1) 臨床研修指定病院数

「教育病院群制度検討打合せ会」(赤倉一郎座長)による昭和48年3月の「教育病院群制度について」と題した報告、および前記の同年12月の「医師研修審議会」の建議書をもとにして、厚生省は臨床研修病院の指定基準および同基準の運用を示す書類を作成している(資料4, 資料編104頁参照)。これは、具体的に研修病院の指定条件を記述したもので、病院としての規模のみならず、診療内容、指導体制のレベルについても厳格に示したものである。その後昭和55年3月「指導基準」の運用の一部が改正され現在この指定基準に基づいて指定が行われているが、実際には、昭和46年4月1日より正式に研修病

院の指定が開始されている。

その推移は、表1のとおりである。当初96病院であった一般病院は、55年末までに61施設が、56年には8病院が新たに指定を受け、現在165病院となり、精神病院と併せて176施設が研修指定病院となっている(56年4月1病院辞退)。

病院開設者の内訳は、初年度で、国立:公的:その他=3:4:3であったが、現在は公的病院が倍以上に増えてほぼ半数を占め、この比率は2.5:5:2.5となっている。なお大学関係では、68校で研修が行われている(文部省53-9)。

2) 研修医数およびその定め方

研修指定病院における研修実施者数の推移は表2のとおりである。卒業者の増加に伴って着実に増加し、8,000名を突破している。

全研修対象者の研修実施率は、初年度は別として、60%代から47年に80%代に上昇し、52年の87.2%を最高として、54年にはやはり減少の傾向にある。

研修指定病院での研修率は、当初よりは次第に増加してはいるが、全体の約20%に止まり、現在なお80%が大学において研修していることを示している。

1病院当たり研修医現員数を表1および2から計算したのが表3である。次第に増加して、10~11人となっているが、医事新報ジュニア版(169病院のうち回答のあ

表 2 臨床研修実施状況

(昭和55年4月現在)

年度別	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
区分												
研修対象数(A)	4,403	3,768	6,370	6,565	7,122	7,302	7,355	7,518	7,963	9,593	9,573	10,256
研修実施者数												
国立大学	276	298	745	1,488	1,711	1,742	1,903	1,929	2,006	2,161	2,345	2,660
国立病院療養所(C)	34	77	148	148	248	279	274	304	321	359	403	430
小計	310	375	893	1,636	1,959	2,021	2,177	2,233	2,327	2,520	2,748	3,090
公立大学	280	279	487	756	854	852	790	748	790	837	897	852
私立大学	787	1,348	1,959	1,956	2,203	2,243	2,128	2,154	2,598	2,963	3,258	3,209
公私立の指定病院(C')	80	374	747	640	774	827	849	942	1,038	1,175	1,348	1,276
小計	547	2,001	3,193	3,352	3,831	3,922	3,767	3,844	4,421	4,915	5,503	5,337
合計(B)	857	2,376	4,086	4,988	5,790	5,943	5,944	6,077	6,748	7,495	8,251	8,427
研修率(B)/(A)	19.5%	63.1	64.1	76.0	81.3	81.4	80.8	80.8	84.7	87.2	86.2	82.2
指定病院研修率(C)+(C')/(B)	13.3%	19.0	21.9	15.8	17.7	18.6	18.9	20.5	20.1	20.4	21.2	20.2

(厚生省調べ)

表 3 1 指定研修病院当たり研修医平均現員数推移

年度	46	47	48	49	50	51	52	53	54
平均研修医数(人)	7.4	8.3	8.2	8.1	8.8	9.4	10.2	11.1	10.2

表 4 1 指定研修病院当たり研修医現員数
(医事新報「ジュニア版」, 昭和55年10月11日)

研修医現員数	病院数	研修医現員数	病院数
0~5(人)	40	31~40	1
6~10	27	41~50	1
11~20	20	51以上	1
21~30	9	計	99

った99施設での統計)から計算すると55年11月現在で、1病院当たり13.1人となるので、この数はさらに増加していると思われる。同じくジュニア版から、研修医現員数の分布を表4に示した。5人以下がもっとも多く、21人以上は10%強にすぎない。これに反し、大学では表5のとおりで、一般に1校100人平均と考えてよい。ジュニア版の大学病院の募集要項(回答のあった40校の統計)によると、100名以上が16校を数えており、最高は253名であった(ジュニア版 55-11)。

研修医定員の定め方については、指定病院において、病院全体で定めているもの84/137(61.3%)とともども多く、各科ごと33/137(24.1%)、定めていない6/137(4.6%)となっている(厚生省 51-10)。

3) 募集方法および選抜方法

指定病院において、公募102/137(74.5%)となって

表 5 研修医の在院状況(昭和53年7月1日現在)

		国立	公立	私立	計
1年次	0~50(人)	17校	3校	17校	37校
	51~	11	4	8	23
	小計	28	7	25	60
2年次	0~50(人)	26	5	16	47
	51~	4	2	9	15
	小計	30	7	25	62
3年次		3	3	9	15

(文部省調べ)

いるが(厚生省 51-10)、大学病院では31/62(50.0%)のみが公募している(文部省 53-9)。しかし、ジュニア版でみると、99病院のうち非公募は6施設にすぎず、公募率93.9%と最近は公募が増えていることを示しているが、非回答の中に非公募の施設がかなり含まれている可能性もある。

選抜方法は機関によって異なっており一定ではない。推薦または書類のみから、筆記・口頭での学術試験まで行うなど種々である。しかし、面接を行うところが、指定病院では87/96(90.6%) (ジュニア版 55-11)、大学では51/62(80.6%) (文部省 53-9)であり、面接が重視される傾向がみられる。何らかの形で、学術試験を行っている施設は、指定病院で37/96(38.5%)、大学で12/62(19.4%)である。

公募のさい、募集人員を明示しているのは、指定病院で50/93(53.8%)、大学で7-40(17.5%)で、他は若干名など并表示している(ジュニア版 55-11)。

4) 研修期間

指定病院では、2年が123/137(91.1%)と当然ながら1番多く、2年未満から、3年以上7となっている(厚生省 51-10)。56年度では、2年 90/99(90.9%)、1年1、3年1、4年2、5年1、不明4である(ジュニア版55-10)。しかし施設によっては、前期と後期に研修期間を分けているところもあり、また研修後引き続き同病院で研修を行う可能性もあり、この数の実態は不明である。

5) 研修医の身分

指定病院での調査によると、常勤職員57/141(40.4%)、非常勤84/141(59.6%) (重複あり) (厚生省 51-10)となっている。しかし、常勤職員といっても、特別な職種として扱っているところが多く、正規職員に準ずる待遇はなされるが、大部分は期間を限定するなど非常勤の身分であり、真の正規職員とはいききれないのが実状である。

募集要項でも、正規職員とのみ明記してあるのは99病院のうち2カ所だけで、正規職員(職員に準ず)としてあるもの1、2年以後正規職員に採用するところが1~2あるのみである。職名としては、医員(非常勤職員)、研修医、臨床研修医、病院職員、準職員、嘱託、常勤嘱託、非常勤医員などが用いられている。大学ではこのほか、特別職、大学の構成員、副手、臨床助手、医員助手、準教員などの名称が用いられている。

6) 研修医の待遇

このことに関して、明らかにその実態を示す統計は見当らない。

しかし、募集要項の待遇欄に月額または日額として給与額を明記してある78施設(99病院のうち)の単純月額平均を計算してみると、約16万6千円となる(ジュニア版 55-11より算出)。ただし、諸手当、期末手当、交通費などの取り扱いや記載がまちまちなので、この数字はかならずしも、指定病院での研修医給与額を正確に示すものではないことを付記しておく。月額分布をみると、

10万未満	0
10~15万未満	25 (32.1%)
15~20万未満	29 (37.2%)
20~25万未満	16 (20.5%)
25~30万未満	7 (8.9%)
30万以上	1 (1.3%)
計	78施設

で約70%が20万未満である。

大学病院においては、

5万未満	13 (21.0%)
5~10万未満	19 (30.4%)
10~15万未満	26 (42.0%)
15~20万未満	4 (1.6%)
計	62校

となっており、指定病院と比較すべくもないが、指定病院では10万未満が1施設もないのに対し、大学では約半数が10万以下である(文部省 53-9)。

その他の待遇に関しては、職員に準じているところが多いが、各機関によってかなり異なると考えられる。しかし、健康保険の資格は共通して与えている。

募集要項に宿舍有りとして明記しているのは、50/99(50.5%) (ジュニア版 55-11)である。

7) 研修方法

前項に述べたように、プライマリ・ケア教育に重点をおいた指導がなされてから、従来のストレート方式をローテート方式に改める施設が増加している。

しかし、実際のローテート方式には種々の方法が考えられる。すなわち、

- ① 全科ローテート方式
(所属科如何にかかわらず全診療科を廻る)
- ② 関連科ローテート方式
(所属科に関連した科目だけ廻る)
- ③ 必須+選択ローテート方式
(所属科如何にかかわらず、基本診療科は全員、ほかは希望者のみが回る)
- ④ 診療科内ローテート方式
(比較的大きな診療科の所属研修医が、その科の分科のみを回る。たとえば内科研修医が、呼吸器内科、循環器内科、腎臓内科を回る)

があるが、これらの中間型もあり、いろいろの方法が考えられる。したがって、ここに上げる数字も、正確にどの方式のローテートかによって実態は異なると考えるべきである。

指定病院においては、88/144(61.1%)がストレートで、56/144(38.9%)がローテート方式(重複あり)という数字がでている(厚生省 51-10)。しかし、後述のとおり、研修病院に対する補助金に、ストレートとローテート方式で格差がつけられた昭和55年度の実績でみると、ローテートは指定病院において、56.6%の研修医が行っておりストレートを上回るようになっている(厚生省 56-4)。ただし、これは最低2診療科以上を各2カ月以上回るものをローテートとするとの取り決めによる数

表 6 臨床研修費

区 分	昭和43年度	46	47	48	49
臨床研修費 (千円)	835,448	2,659,709	3,275,909	4,125,952	4,771,227
(1) 補助金	532,627	1,286,395	1,514,344	1,961,749	2,179,325
(2) 国立病院, 療養所	79,620	158,278	181,568	272,677	319,070
(3) 国立大学附属病院	223,201	1,215,036	1,578,997	1,891,526	2,272,832

表 7 1人当たり

区 分	昭和43年度	46	47	48	49	50
公私立大学附属病院及び 公私立の指定病院 (内訳) 注)補助率は定額である.	380,000	460,000	500,000	540,000	581,000	684,000
(1) 指導要員経費 (年額)	203,000	276,000	302,000	330,000	324,000	374,000
指導医謝金 (年額)	153,000	213,000	234,000	258,000	258,000	294,000
人当庁費 (年額)	50,000	63,000	68,000	72,000	66,000	80,000
(2) 研修医経費 (年額)	177,000	181,000	198,000	210,000	257,000	310,000
実習研究費 (年額)	157,000	157,000	172,000	180,000	230,000	279,000
実習研究庁費 (年額)	20,000	24,000	26,000	30,000	27,000	31,000
国立病院・療養所 (内訳)	403,000	792,000	892,000	996,000	1,137,000	1,478,000
(1) 指導医経費 (年額)	203,000	276,000	302,000	330,000	374,000	475,000
指導医手当 (年額)	153,000	213,000	234,000	258,000	294,000	381,000
人当庁費 (年額)	50,000	63,000	68,000	72,000	80,000	94,000
(2) 研修医経費 (年額)	200,000	516,000	590,000	666,000	763,000	1,003,000
研修医手当 (年額)	180,000	492,000	564,000	636,000	732,000	972,000
(月額)	(15,000)	(41,000)	(47,000)	(53,000)	(61,000)	(81,000)
研究庁費 (年額)	20,000	24,000	26,000	30,000	31,000	31,000
国立大学附属病院 (内訳)	352,000	517,000	590,000	660,000	765,800	1,006,270
(1) 指導医手当 (年額)	152,000	1,000	0	0	0	0
(2) 研修医経費 (年額)	200,000	516,000	590,000	666,000	765,800	1,006,200
研修医手当 (年額)	180,000	492,000	564,000	636,000	732,000	969,000
(月額)	(15,000)	(41,000)	(47,000)	(53,000)	(61,000)	(80,750)
研究庁費 (年額)	20,000	24,000	26,000	30,000	33,800	37,200

注：国立大学附属病院の指導医手当については、当該年度の増員のみであり正確な1人当たり経費ではない

字である。

同資料によると、大学では公立大で32.5%、私立大で37.8%となっているが、文部省調べでは、国立大で10/37校(27.0%)、公立大4/10(40.0%)、私立大13/34(38.2%)、全大学で27/81(33.3%)がローテート方式をとっている(厚生省53-9)。いずれも、大学の方がローテート方式が少ないことを示している。

最新の医事新報ジュニア版の57年度臨床研修医募集要

項では、176施設のうち回答のあった102指定病院でみると、セミローテート、一部または1年次ローテートを含めると、78/102施設(76.5%)がローテートを採用しており、ストレートとのみ明記してあるのは、17/102(16.7%)、記載なし、または希望によるなど不明7/102(6.8%)となっている(ジュニア版56-11)。

8) 研修カリキュラムおよび研修記録

指定病院では、カリキュラムを各科ごとに定めている

予算の推移

50	51	52	53	54	55	56
5,732,849	5,903,111	6,482,962	7,239,809	8,417,502	9,430,914	10,499,646
2,263,794	2,062,042	2,306,555	2,617,077	3,194,843	3,345,473	3,559,029
414,326	454,728	499,912	538,578	571,038	613,077	675,150
3,054,729	3,386,341	3,676,495	4,084,154	4,651,621	5,472,364	6,265,467

(厚生省調べ)

単価の推移

51	52	53	54	55		56	
				(ストレー ト方式)	(ローター ト方式)	(ストレー ト方式)	(ローター ト方式)
787,640	853,600	914,710	976,790	816,352	1,166,910	775,922	1,230,930
460,750	499,550	526,370	564,540	469,480	733,320	440,690	765,330
369,570	407,400	436,500	468,510	388,776	607,220	362,470	629,530
91,180	92,150	89,870	96,030	80,704	126,100	78,220	135,800
326,890	354,050	388,340	412,250	346,872	433,590	335,232	465,600
296,820	323,010	350,180	363,750	304,968	381,210	294,026	408,370
30,070	31,040	38,160	48,500	41,904	52,380	41,206	57,230
1,638,000	1,747,000	1,883,360	1,957,700	2,038,800		2,132,800	
523,000	556,000	596,000	620,000	647,200		676,100	
420,000	450,000	483,000	501,000	519,000		543,000	
103,000	106,000	113,000	119,000	128,200		133,100	
1,115,000	1,191,000	1,287,360	1,337,700	1,391,600		1,456,700	
1,080,000 (90,000)	1,152,000 (96,000)	1,230,360 (102,530)	1,276,200 (106,350)	1,323,600 (110,300)		1,386,000 (115,500)	
35,000	39,000	57,000	61,500	68,000		70,700	
1,115,500	1,204,900	1,295,100	1,350,100	1,400,930		1,466,450	
0	0	0	0	0		0	
1,115,500	1,204,900	1,295,100	1,350,100	1,400,480		1,466,450	
1,074,000 (89,500)	1,143,000 (95,250)	1,230,000 (102,500)	1,276,200 (106,350)	1,323,600 (110,300)		1,385,100 (115,425)	
41,500	61,900	65,100	73,900	76,880		81,350	

(厚生省調べ)

ところ 94/137 施設 (68.6%)、個別に研修医ごとに定めているところ 34 (24.8%)、定めていない 9 (6.6%) である (厚生省 51-10)。

大学病院では、病院全体で定めているところ 12/62 校 (19.4%)、各科ごと 42 (69.8%)、個別 2 (3.2%)、不定 6 (9.6%) となっている (文部省 53-9)。両者とも、各科ごとが 70% くらいでもっとも多い。

各機関で研修要綱を定め、カリキュラムの概要を明記

して、研修医と指導医に配布して、研修効果の充実と評価の統一を計っているところが多い。これを含めて、研修記録を正式に保有しているところは、指定病院では 92/137 病院 (67.2%) (厚生省 51-10)、大学では 32/62 校 (51.6%) (文部省 53-9) と、ともに半数以上にのぼっている。

9) 研修の評価と研修修了証の発行

卒前教育と異なり、進級、卒業、国家試験という意志

決定の機会が比較的不明瞭なため、また、知識より評価に手間のかかる技術や態度の研修に重点のおかれる卒業研修は、評価の点で多くの問題を有しているのが現状である。

数字のうえで、評価を行っている指定病院は73/137(53.3%) (厚生省 51-10)、大学で28/62(45.2%) (文部省 53-9)となっているが、その内容については、今後検討の余地がある。

研修修了証書は、各機関で発行することになっているが、指定病院では39/137(28.5%)が全員に、57/137(41.6%)が希望者に授与しており(厚生省 51-10)、大学では、11/62(17.8%)が全員に、希望者のみに17/62(27.4%)が発行している(文部省 53-9)。

10) 臨床研修費補助金

厚生省は、昭和43年新しい卒業研修制度が発足して以来、財政上の補助をそれぞれに行っているが、その予算額の推移は表6のとおりである。物価指数を無視して単純計算すると、昭和43年を1として、56年は12.6になっている。

国立大学および国立病院、療養所には、臨床研修費として予算に計上されるので、公私立の大学および臨床指導指定病院に対しての研究費が、いわゆる補助金といわれている。対象経費として、

報償費(謝金手当)

備品購入費(診療用機械器具費、庁用器具費)

需要費(医療材料費、消耗品費、印刷製本費、光熱水費)

役務費(通信運搬費など)

が認められている。

1人当たり臨床研修費の推移は表7のとおりである。昭和43年を1とすると、56年度は、公私立大学病院および臨床研修指定病院で2.0(ストレート方式)、3.2(ローテート方式)、国立病院では5.3、国立大学で4.2となっている。

この表でわかるように、公私立の指定病院および大学に対しては、昭和55年度より、ストレート方式とローテート方式で補助金額に格差が設けられた。すなわち、1年間に2診療科以上を、それぞれ最低2カ月以上研修するものをローテートと認め、その研修医には、ストレートの研修医を上回る補助金が交付されている。これは、施設全体でなく、上記条件に該当する研修医にのみに対し、個々に補助金を算出するものである。

ストレート方式の補助金1人当たりを1とすると、ローテート方式の単価は、55年度が1.43、56年度が1.59と、その格差が大となっている。これは、厚生省が卒業

教育におけるプライマリ・ケア、研修の効果をあげるため、ローテート方式を推進させる方針を、行政上具体的に示したものとして、注目に値することである。

4. 卒業教育と大学院および専門医または認定医制度との問題

前項まで、プライマリ・ケア教育を中心とした、いわゆる卒業臨床教育につき述べたが、卒業教育には専門教育コースとして、大学院制度がある。これは、昭和22年学制改革が行われ、新しい大学院制度が敷かれたもので、現在80の大学医学部、医科大学のうち66校(82.5%)が大学院を設置している。各専門分野における指導的立場にある各教授のもとで、最新医学の研究に新進の徒が専念できるシステムであり、卒業教育の専門課程として、将来の医学発展のため、重要な意義をもつものである。

また、専門医および認定医制度は、諸外国に比し遅く発足したが、昭和43年に内科、45年に脳外科が、また最近では昭和54年に外科、病理がそれぞれ専門医制度を設定した。現在なお他の科目において準備を進めているところが多い。これは各学会において、専門医養成に基準を設け、一定の評価を経て資格を与えるものであり、各専門領域における医療の向上に大きく貢献するものである。

この2つの制度は、プライマリ・ケア教育と根本的に、相反するものではない。各分野における専門的能力は、すべてプライマリ・ケア能力のうえに立ったものであるからである。これらの専門教育と、プライマリ・ケア教育は車の両輪のように、ともに推進されるべきものである。したがって、当面の短期目標にまどわされず、大学院あるがために、あるいは、専門医制度あるがために、医療そのものの基本が疎かにならぬよう留意せねばならない。

まとめ

以上が最近までの、卒業教育の変遷とその実態である。

医学・医療の細分化・専門化の流れによって、プライマリ・ケア教育から、やや離脱する傾向にあった卒業教育は、各方面の努力でその本来の方向に向かって具体的な歩みを始めている。各施設で、より内容の充実した研修カリキュラムが作成され、実行されつつあることは、本邦の医療の将来にとってきわめて重要な意義をもつものである。

日本医学教育学会卒業研修教育委員会では、先に発表

した「卒後基礎的臨床研修目標案」を細部にわたり検討した結果、昭和56年8月に、「卒後初年度臨床研修目標案」(資料6, 資料編105頁参照)を作成した。これは患者とはじめての接触にさいして必要な初期診療を行うことができ、必要に応じて専門医に紹介することのできる医師の養成をねらいとして、卒後1年間に到達可能なレベルの目標を設定したものである。同時に、達成のチェックリストとしても利用できるよう工夫されている。

また、同委員会は昭和56年12月に「研修医評価表試案」(資料7, 資料編112頁参照)を続けて発表した。卒後教育における、1つのウィークポイントである評価の面で、この目標案、評価表が参考になる有意義なモデルになるといえよう。

今後とも、プライマリ・ケア志向の線にそって、広く

国民の望んでいる医療に貢献できる医師が、統々と育ってゆくことを期待するものである。

参考資料

- 1) 塚本憲甫：建議書；臨床研修の充実について（昭和48年12月7日）。医学教育白書(医学教育別冊), 67-69, 1978.
- 2) 日本医学教育学会・卒後臨床教育委員会（委員長 日野原重明）：卒後基礎的臨床研修目標案。医学教育白書（医学教育別冊），84-96, 1978.
- 3) 日野原重明：意見書；卒後臨床研修の目標と内容（昭和50年10月24日）。医学教育白書（医学教育別冊），69-70, 1978.
- 4) 日野原重明：意見書；プライマリ・ケアを修得させるための方策（昭和53年3月2日）。医学教育白書（医学教育別冊），70-83, 1978.

* * *