

卒後基礎的臨床研修^{*1}

福間 誠之^{*2}

はじめに

医学教育は医学部における学部教育だけでは十分でないということは、医学教育に携わる者は誰でも感じていることであるが、今日のような医療技術の進歩と国民の医療に対する多様な期待があるなかで、卒後教育が十分行われているとはいえない。

インターン制度が廃止されて新しく研修医制度が発足して18年を経過したが、この制度の本来の目的とするところも実際には達成されているとはいえない。

学部教育では医学の知識を修得し、卒後2年間の臨床研修教育の間に医学知識の臨床的応用と技術の修得、医師としての態度の教育がなされ、将来どのような専門分野へも進めるような臨床医としての基礎教育を行うのが、卒後基礎的臨床研修である。このあとに専門医教育があり、医師は医学の進歩に絶えず追いついていなければならないが、そのための生涯教育がある。ここでは卒後教育のなかの基礎的臨床研修についてのみふれることにする。

1. 卒後教育の歴史

医学部ではほとんど臨床の実技訓練がなされていなかったため、明治末期から卒業後もある期間特定の医局に残留するのが慣行になっていた。これに学位制度が加わって訓練や教育を受け、研究

をさせてもらうための従弟的な関係が生じ、いわゆる無給医という非公式の制度が形成されていった。

昭和15年に医薬制度調査会は、厚生大臣に卒後臨床教育を制度化するために「医療制度改善方策に関する答申」を提出している。医師免許取得前の基礎的診療に関する修練の充実策として、

1. 医師の免許には1年以上一般の診療に関し、必要なる修練を要することに改むること、

2. 修練は指導医師をおいてこれを行うこととし、もっともその効果をあげよう指導医師に対する被指導者の数を案配すること、

3. 修練はなるべく現在の学校教育期間中において実施すること、

の3項をあげている。

昭和17年に制定された国民医療法、同法施行令には、医師実地修練に関する規定があったが、実施前に敗戦となり、昭和21年になって改正国民医療法では、医学専門学校卒業者にのみ、1年以上の診療および公衆衛生実地修練が、国家試験の前提として必要条件とされた。しかしながら、占領軍の強力な指導により、昭和23年から大学卒の者も一律に実地修練が課せられるようになったが、これがいわゆるインターンである。このようにインターン制度は、社会の必要性から生まれた制度というよりは、押しつけられた感が強く、医学教育に携わる人達も十分制度の本質を理解し実行した人は少なかった。

この制度は、発足当初から予算的措置もなく、身分も学生でなく、また医師でもないため、非常に中途半端な不安定なものであった。受け入れ側も指導目標がはっきりしておらず、医師の下働きの存在で、検査をしたり、注射をさせてもらって技術を身につけ、生活の保障がないため、他の

*1 Fundamental Clinical Training Immediately after Graduation.

キーワード：プライマリ・ケア・研修医・研修方式・研修指定病院・臨床研修費

*2 FUKUMA, Seishi 京都第一赤十字病院脳神経外科、日本医学教育学会卒後臨床教育委員会委員長

医療機関で診療をして報酬を得ていた。医師免許証がないので本来独立して診療に携われないのだが、「指導医のもとで」という名目で患者の診療にあたり、これはまた臨床能力の向上には役立っていた。しかし、適切な指導、チェックがなければ、独善的になり間違った技術を身につけてしまうおそれもある。

このような状況で当然インターンの不満がつのり、インターン反対運動が次第に高まって全国的な運動となって、昭和38年から国立病院でのインターンボイコット、さらにはすべてのインターンボイコット、国家試験ボイコットとなり、全国的に広がった大学紛争につながっていった。

大学側も目的のはっきりしていないインターン制度に反対の態度を示し、昭和43年についてインターン制度は廃止され、医学部卒業と同時に医師国家試験の受験資格を与え、その後厚生大臣の定める教育指定病院、大学付属病院において2年間の臨床研修終了後医籍に登録するという、いわゆる登録医制度となった。しかし、これも医学生にとっては、従来のインターン1年が2年間に延長し、研修条件の改善もない以上、実質的には青年医師の「労働力搾取」であると強く反発し、運動を展開した結果、ただ単に受け入れ施設長（病院長）が厚生省に報告すると修正され、成立して今日に至っている¹⁾。

昭和43年7月16日、厚生省医務局長から各臨床研修を行う病院の長宛に「臨床研修の運用について」という通達が出されている。このなかで臨床研修の目的が、つぎのように述べられている。「臨床研修は、医師が、適切な指導責任者のもとに、常に社会との関連において疾病を把握しつつ診療に関する知識および技能を実地に練磨し、医学の進歩に対応してみずから診療能力を開発しうる基礎を養うとともに、医療における人間関係、とくに医師と患者との関係についての理解を深め、併せて医の倫理を体得し、医師としての資質の向上をはかることを目的とする」として、実際の方法としては継続して2年間それぞれの診療科に所属して行われ、2科以上の診療科について行う場合には臨床研修連絡会を設けるように指導している。

昭和46年12月に日本医学教育学会卒後臨床教育

委員会（吉利和委員長）は卒後基礎的臨床教育に関する試案を出し、このなかでつぎのように述べている。「わが国における医学教育の現状をみると、大学医学部における教育のみをもってしては医療の実地活動を開始する上には著しく不十分であり、何らかの形で卒後の基礎的臨床教育が必要と考えられる。卒後臨床教育では、医師免許証を保持した医師が、医師としての責任と自覚の上にたつての修練を行うことが中心となる。」そして目的は「専門的な臨床教育過程に進む基礎として、臨床医全般に必要な知識の獲得、診療技術の修得とともに、患者に対する責任の自覚、医師としての資質の向上を図る」としている。

2. 卒後教育とプライマリ・ケア

医学の進歩に伴い医学の分野のなかでの専門分化が進み、細分化され、専門化されすぎたための弊害、すなわち、専門以外のことはわからないといった問題がでてきて、ここにプライマリ・ケアの必要性が認識されるようになってきた。

厚生大臣の諮問機関の1つとして設置されていた医師研修審議会（塚本憲甫会長）は、昭和48年12月7日「建議書：臨床研修の充実について」を提出し、そのなかにプライマリ・ケアを中心とした卒後教育がなされるようにと述べている。そして、大学付属病院における研修は専門科志向のため、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ている。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至るであろうことは、疑う余地はないとまでいっている。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イトすること、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。

昭和49年11月30日には、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。ここで

は研修の評価と指導医の教育能力の育成の必要性が述べられ、同委員会は昭和50年に「卒後基礎的臨床研修目標案」を作成、発表した。

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」という意見書のなかで、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。すなわち、「プライマリ・ケアとは、一般に個人や家族と最初に接する保健医療のことをいうのであるが、ここでは、医師は初診患者の問題を的確に把握して適切な指示、緊急に必要な処置の実施および他の適切な医師への委託等を行い、また、個人や家族の継続的健康の保持および慢性疾患の継続的な治療とリハビリテーションについていわゆる主治医としての役割を果すことをいう」。そして卒後臨床研修においては、将来いずれの診療科を専攻しようとする者も、その診療科のみにとどまらず研修期間の前期のうちにプライマリ・ケアの基本的知識、技術を修得することができるように、主要診療科の研修を含めた計画を立てることが必要であるとして、ローテイト方式を推奨している。

さらに昭和53年3月2日には、同じ医師研修審議会（日野原重明会長）が「プライマリ・ケアを修得させるための方策」という意見書を提出している。そのなかでは、プライマリ・ケアを具体的に、

1. もっとも普通にみられる病気や外傷などの事故の処置ができること。
2. 救急の初期診療ができること。
3. 適切な時期にしかも安全に専門の医師にケースを送り届けることができること。
4. 病気予防の措置や指導ならびに生活管理を主とする慢性疾患または身体に障害を有する者に対し、心身両面の指導ができる臨床医をつくること。

であると述べている。研修方法に関しては、研修医が「卒後臨床研修に含まれるべきプライマリ・ケアを中心とした研修目標」を参考にして研修目標を作成し、そのための研修プランを立て、それを全指導医と全研修医に了解されるようにすることを提言している²⁾。

その後昭和60年には「総合診療方式における研

修目標」が示されたが、「総合診療方式」とは従来のローテイト方式・ストレート方式に加えて、国民の医療需要に対応するプライマリ・ケアの能力に優れた医師の養成確保が重要であるという観点から新しく導入された研修方式である。そして研修目標は、前記の昭和53年の厚生省医療関係者審議会の意見書に示されたものを若干修正したものとなっている（資料6，P.130）。

3. 卒後教育の実態

それでは実際に卒後教育がどのように行われているのか、実際の数字に従って分析してみたい。

1) 臨床研修指定病院数

昭和43年3月に「教育病院群制度検討打合せ会」が出した「教育病院群制度について」という報告書と同年12月に出された「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文書を作成している。これには具体的に研修病院の指定条件を記述しており、病院の規模のみならず、診療内容、指導体制のレベルについても厳格に示されている。その後昭和55年3月に「指導基準」の運用の一部が改正され、さらには昭和59年3月に医療関係者審議会臨床研修部会が取りまとめた新しい基準が作成されている。その改正の主な点は、臨床研修を地域の医療を担う複数の病院が協力して行えば、確実な研修効果が期待できる場合、これらの病院を「病院群」として指定する基準が設けられたこと、および全人的医療推進の一環として精神科の研修を充実するため、新たに指定を受ける病院は精神科を独立した診療科として備えるものとされたことである。

臨床研修指定病院の推移は、表1のようである。当初97病院であった一般病院は61年度までにさらに102病院増えて199となり、精神病院も9病院であったのが15病院となり、合計214病院となっている。これには昭和60年から新しく導入された病院群による指定2か所3病院が含まれている。

病院の開設者の内訳は、昭和46年は国立：公立：その他が30.9：41.2：27.9であったのが、昭和61年はその比率が28.1：49.7：22.1となっている。なお大学付属病院では80校で研修が行われて

表 1 臨床研修指定病院数

(昭和61年4月1日現在)

開設者別		年度															
		46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
国	厚生省	22	24	24	25	25	26	26	27	27	30	32	35	36	37	40	40
	三公社	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6		
	その他の計	3	3	3	3	3	3	4	4	5	5	4	4	5	9	15	16
		30	32	32	33	33	34	36	37	38	41	42	45	47	52	55	56
公	都道府県	15	19	23	25	25	26	27	31	31	32	32	32	33	33	33	34
	市	7	11	15	15	16	16	19	20	21	21	25	27	27	28	30	32
	その他の計	18	21	23	23	25	25	25	27	28	29	31	31	31	31	33	33
		40	51	61	63	66	67	71	76	79	81	86	90	91	92	96	99
その他	社会保険関係団体	12	13	13	13	13	13	14	15	15	15	16	17	17	17	17	17
	公益法人	8	9	10	10	10	10	10	10	10	11	11	11	11	13	13	13
	その他の計	7	8	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	11	11	13	14
		27	30	32	32	32	32	33	34	34	36	37	38	39	41	43	44
一般病院計		97	113	125	128	131	133	140	147	151	158	165	173	177	185	194	199
精神病院		9	10	10	10	11	11	11	11	11	11	11	12	14	14	15	15
合計		106	123	135	138	142	144	151	158	162	169	176	185	191	199	209	214

注：病院群による指定2か所3病院を含む。

(厚生省調べ)

表 2 指定病院のベッド数と医師数(常勤)

ベッド数	300—399床	24
	400—499床	36
	500—599床	40
	600—699床	29
	700—799床	20
	800—899床	6
	900—999床	5
	1000床以上	4
	医師数(常勤)	19人以下
20—29人		7
30—39人		14
40—49人		24
50—59人		37
60—69人		18
70—79人		19
80—89人		11
90—99人		9
100—109人		4
110—119人	9	
120人以上	7	

(臨床研修病院ガイドブックより)

表 3 大学病院のベッド数と医師数(常勤)

ベッド数	600—699床	14
	700—799床	1
	800—899床	6
	900—999床	3
	1000—1099床	2
	1100—1199床	3
	1200床以上	5
医師数(常勤)	100人以下	1
	100—149人	8
	150—199人	9
	200—249人	5
	250—299人	2
	300—349人	2
	350—399人	2
	400—449人	0
	450—499人	2
	500—549人	1
600人以上	1	

(日本医事新報ジュニア版, No. 249, 1986)

いる。

臨床研修病院は、臨床研修の充実を図るために、研修に関するお互いの経験や知識を交換し、問題点を披瀝して、その解決の道を探る機会をもつため昭和58年4月に臨床研修研究会を創設し、臨床研修病院ガイドブックが編纂発行されるようになったことは、有意義なことである。

2) 研修指定病院の規模と医師数

病院の規模は、その所有するベッド数と医師数でいたい想像されると思われるので、指定病院について前記の臨床研修病院ガイドブックにより調査したのが表2である。

医師数が19人以下の所はすべて精神病院であり、一般の指定病院は20人以上の医師が勤務していて最高は170人となっているが、もっとも病院として数が多いのはベッド数が500~599床で、医師数が50~59人の病院である。

大学病院について同様のことを日本医事新報ジュニア版 No. 249 (昭61.1) により調査したのが表3である。

大学病院は全体的に規模も大きく最高1,420床、医師数も910人という所があるので、数の上からだけみれば指導医がそろっているといえるが、どれくらいの数の研修医が研修するのが適当であるかは問題がある。

3) 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4のとおりである。医学部卒業生の増加に伴って研修医数も増加して、昭和56年には1万人を越え、昭和58年には11,000人を越えている。

全研修対象者の研修実施率は、本制度の発足当初は別として63%から徐々に増えて、昭和52年に84.7%と最高となったが、その後減少して昭和55年には75.7%にまで低下したが、再び増加して昭和58年には80.4%となっている。

研修対象者の残りの者は、基礎医学あるいは公衆衛生等の社会医学系あるいは大学院進学、臨床研修病院にはなっていないがん・小児・循環器等の専門病院で研修を行っているものと思われる。

研修指定病院での研修率は当初よりは次第に増加しているが、なお全体の19.4%で80%以上は大学付属病院で研修している。

1病院当りの研修医現員数を表1と表4から求

めると表5のようになる。

臨床研修病院ガイドブックから実際に研修している研修医の数は、1年目2年目を含めて0人から43人、平均10.9人となり、全体数から算出した数値とほぼ同じ値になる。

大学付属病院での研修医数を同様に計算すると1病院当り114.6人となり、研修指定病院の約10倍の研修医が大学付属病院に集まっていることになる。日本医事新報ジュニア版から調査すると大学付属病院の研修医数は21人から288人で平均100.3人となり、上に計算した数に近い値となる。この数値は前項の病院の規模からみると、指導医といえる医師数は研修指定病院の10倍くらいあるのでよいとしても、ベッド数はあまり差がなく、研修医1人の実際に接する患者数が極端に少なくなり、本来の研修目的が達成されるかどうか危惧される。

4) 募集方法および選択方法

臨床研修病院ガイドブック '86によると、研修指定病院で非公募としている病院が163病院中21(12.9%)あり、他の142病院(87.1%)は公募しているもので、以前に比べると公募が増えてきている。

選抜方法は機関によって異なっていて一定でないが、筆記試験をずとしてしている所が21/163(16.0%)、推薦を必要としている所が52/163(31.9%)、面接のみを行う所は66/163(40.5%)となっていて、これから研修を始めようとする者にとって、全国どこでも好きな所で研修ができるとは限らないようである。なかには特定の大学の卒業生のみを研修医として受け入れている所もある。病院によってはその地域の大学と一体となり、1年目あるいは2年目のみの研修を受け入れている所もある。

前項の数値にも表れているように大学付属病院に研修医が集中する傾向のなかで、ある一定数の研修医を毎年受け入れていこうとすれば、特定の大学と一緒にあって、研修プログラムを作らなければならないのも止むをえないのではないかと思う。

本来の研修制度の目的を達成するためには、臨床例の多い研修指定病院でより多くの症例に基づく実地修練をする方が望ましい。大学付属病院での研修も含めて考え直す必要がある。

表 4 臨床研修

区分		年度別						
		43	44	45	46	47	48	
研修対象者数(A)		4,403	3,786	6,370	6,565	7,122	7,302	
研修実施者数	大 学	国 立	276	298	745	1,488	1,711	1,742
		公 立	280	279	487	756	854	852
		私 立	187	1,348	1,959	1,956	2,203	2,243
		小 計	743	1,925	3,191	4,200	4,786	4,837
	病 院	国 立	38	77	148	148	248	279
		公 立	80	374	747	640	774	827
小計(C)		114	451	895	788	1,022	1,106	
合 計 (B)		857	2,376	4,086	4,988	5,790	5,943	
研修率 (B)/(A)		19.5%	63.1	64.1	76.0	81.3	81.4	
(C)/(B)		13.3%	19.0	21.9	15.8	17.7	18.6	

表 5 1 指定研修病院当り研修医平均現員数推移

年 度	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
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	10.3	11.2	11.6	11.6

5) 研修期間

研修指定病院では病院独自のカリキュラムを組んで2年間の研修を行っている所が多く136/163(83.4%)あるが、病院によっては1年目のみ(8病院4.9%)という所と2年目のみ(19病院11.7%)の所がある。これは大学付属病院との間で1年ごとのローテイトをしているもので、大学付属病院での研修カリキュラムのなかに組み込まれている所もある。

2年間の研修が終了したあとさらに同じ施設で研鑽を続けて、学会認定医あるいは専門医の教育を受けられるようにするために、レジデント制をしている所が163病院中92(56.4%)あり、かなり一般化しているようである。医師の定員が充足されていない所では常勤医師として採用されて、専門医教育を受けている者もあり、2年間の研修終了者がその後どのような教育を受けているかの実態は不明である。

6) 研修医の身分

指定病院の大部分の所では常勤職員としているが、特別な職種として扱っていて、正規職員に準ずる待遇は受けるが、ほとんどが期間を限定するなど非常勤的な身分であり、真の正規職員ではない。

い、なかには正規職員として採用している所もある。

研修医の名称も病院によってまちまちで、非常勤職員、非常勤医師、常勤嘱託、非常勤国家公務員、非常勤嘱託、嘱託職員、嘱託、臨時医師嘱託、研修医(公務員に準ずる)、臨床研修医、医員(ただし2年間の期限つき)、常勤、準職員といろいろある。大学付属病院では、臨床研修医、研修医、一般職の非常勤職員(国家公務員法の適用を受ける職員)、医員(臨床研修医)、非常勤、臨床研修医(副手として委嘱)、専攻生、助手(研究医員)、前期助手などと種々の名称が使われている。

7) 研修医の待遇

研修医の待遇に関する統計は見当たらないのであるが、臨床研修病院ガイドブックに記載されている月額支給額から計算すると平均186,587円となるが、その他の手当については不明である。月額分布をみると表6のようになる。

1982年版の白書に比べてみると、30万円以上という所が増えてはいるが、全体として15~20万円という所がもっとも多いということは、物価上昇を考えると待遇としてはあまり改善されていない。

実施状況

(単位：人)

49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
7,355	7,518	7,936	8,593	9,573	10,256	11,712	12,833	13,517	14,154
1,903	1,929	2,006	2,161	2,345	2,660	2,759	3,283	3,432	3,862
790	748	790	837	897	852	870	853	899	1,072
2,128	2,154	2,593	2,963	3,258	3,209	3,488	4,008	3,937	4,231
4,821	4,831	5,389	5,961	6,500	6,712	7,117	8,144	8,268	9,165
274	304	321	359	403	430	446	495	459	479
849	942	1,038	1,175	1,348	1,276	1,301	1,470	1,694	1,731
1,123	1,246	1,359	1,534	1,751	1,706	1,747	1,965	2,153	2,210
5,944	6,077	6,748	7,495	8,251	8,427	8,864	10,109	10,421	11,375
80.8	80.8	84.7	87.2	86.2	82.2	75.7	78.8	77.1	80.4
18.9	20.5	20.5	20.5	21.2	20.2	19.7	19.4	20.7	19.4

(厚生省調べ)

表 6 研修医の月給—指定病院

10万円未満	2 (1.3%)
10—15万円未満	44 (27.7%)
15—20万円未満	56 (35.2%)
20—25万円未満	38 (23.9%)
25—30万円未満	14 (8.8%)
30万円以上	5 (3.1%)
計	159病院

(研修医ガイドブックより)

といえる。また前回には10万円以下という所はなかったが、今回は2か所もある。一方、最高は年俸5,611,000円であり、おそらく職員の待遇になっているのではないと思われる。

大学付属病院については日本医事新報ジュニア版で調べてみると表7のようになる。

金額だけみると大学付属病院で研修する者は待遇が悪いが、実際には大勢の研修医のなかで週に1～2回、別の病院で研修をして収入を得ているのではないと思う。

その他の待遇に関しては、職員に準じている所が多いが、各機関によってかなり異なると思われる。健康保険の資格は共通して与えている。

募集要項に宿舍ありと明記しているのは102/165 (61.9%)あり、なかには宿舍を斡旋としている所、あるいは住居費の補助を出している所もある。

8) 研修方法

前述したようにプライマリ・ケア教育に重点を

表 7 研修医の月給—大学病院

5万円以下	5 (15.1%)
5—10万円未満	2 (6.1%)
10—15万円未満	26 (78.8%)
15—20万円未満	0
計	33校

(日本医事新報ジュニア版, No. 249, 1986)

おいた研修が行われるように厚生省が指導し、研修病院に対する研修補助金もストレート方式とローテイト方式で差をつけ、ローテイト方式で研修をしている研修医には多く出すようにして、さらに昭和60年からは総合診療方式による研修には多く出すようにしている。ローテイト方式を採用している研修医も増えてきている。

実際のローテイト方式にはつぎにあげるように種々の方法が考えられる。

1. 全科ローテイト方式：所属科いかんにかかわらず全診療科を回るが、限られた2年間では各診療科での研修期間が短くなる。
2. 関連科ローテイト方式：所属科に関連した科目だけ回る。
3. 必須+選択ローテイト方式：所属科いかんにかかわらず、基本診療科は全員、ほかは希望者のみが回る。
4. 診療科内ローテイト方式：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。

これらの中間型もあり、いろいろの方式がある。

指定病院の研修方式を大まかにストレート方式とローテイト方式、セミローテイト（大きな診療科内のローテイト）に分けて分類すると、つぎのようになる。ローテイト方式を採用している所は31/165（18.8%）、ローテイト方式とストレート方式を併用、すなわち1年間はローテイト、2年目はストレートまたはその逆は58/165（35.2%）、診療科によりローテイトにしたり、ストレートにして病院として統一された方式をとっていない所が、42/165（25.4%）、セミローテイトは2/165（1.2%）で、まったくストレート方式をとっているのは32/165（19.4%）となり、研修指定病院の約80%はローテイト方式を何らかの形で取り入れていることになる。この数字は1982年版白書のとときと比較すると、ストレート方式が61.1%であったので、ローテイト方式が非常に増加しているといえる。

プライマリ・ケア教育のためにローテイト方式を行うのであるが、非常に専門分化した診療科をただローテイトするだけでは、本当のプライマリ・ケア研修はできない。各診療科でその科のプライマリ・ケアは何かということをよく心得て、それを研修医に教育するように心掛ける必要がある。

プライマリ・ケア教育のためにユニークな方法をとっている所がある。それは天理よろづ相談所病院で³⁾、総合診療病棟をつくり、そこで研修医は最低1年間、内科系、外科系患者を同時に6～8名割り当てられる。患者ごとにその疾患の専門医の指導を受けながら、主治医としての責任をもった診療が要請される。そこで個々の疾患よりもいっそう患者中心の総合的診療を体験するようになっている。ここでは研修医が専門科をローテイトするのではなく、むしろ各専門医がローテイトしてきて研修医の指導にあたるようになっている点で注目に値する。

また川崎医大では総合診療部を設置して、プライマリ・ケアの教育を考えているが⁴⁾、ここではむしろ2年間のローテイト研修を終えたあと3年目からの家庭医教育を目的としている。

表 8 臨床研修実施状況—ローテイト・ストレートの別

区 分	昭和58年度		
	ローテイト	ストレート	計
公 立 大 学	(21.5%) 231人	(78.5%) 841人	(100%) 899人
私 立 大 学	(45.4%) 1,921人	(54.6%) 2,310人	(100%) 4,231人
公私立の指定病院	(43.6%) 755人	(56.4%) 976人	(100%) 1,731人
計	(41.3%) 2,907人	(58.7%) 4,127人	(100%) 7,034人

（厚生省調べ）

9) 研修カリキュラムおよび研修記録

臨床研修病院ガイドブックにはそれぞれの研修指定病院の研修内容についてかなり詳しく記載されていて、大部分の病院は各科ごとの研修内容が記入されている。なかには外科系の研修医の到達レベル技術まで記載されている所がある。実際には各病院でさらに詳細なカリキュラムが作成され、研修目標、行動目標、評価まで作っている所もあり、これを研修医と指導医の双方に示して研修内容を充実させるようにしている。全般的にみて広く浅く全科で研修するというよりも、ある特定の科に籍を置いて、関連ある科へローテイトして研修するのが一般化しているようで、どこの科をローテイトするかあらかじめ病院で決定している所もあるが、研修医の希望に応じてローテイトする科を決めている所もある。1つの病院のなかでも研修医1人1人で別々のカリキュラムに従って研修している所もあり、実際の研修がどのように行われているかははっきりとはつかみにくい。

大学付属病院は臨床研修病院ガイドブックに記載されていないので研修内容については不明であるが、公立大学と私立大学の病院でローテイト方式をとっている研修医が41.9%あるという（表8）。

大学付属病院での研修カリキュラムについては知ることができないが、一部発表されたものをみると、大学付属病院での小児科研修の目標は、将来小児科のなかのさらに細分化された専門医になるのに必要な「一般小児科医」の理念、知識、技術、態度と習慣の獲得であるとして、全国の大学

表 9 臨床研修費予算の推移

区 分	昭和43年度	50	51	52	53	54
臨床研修費 (千円)	835,448	5,732,849	5,903,111	6,482,962	7,239,809	8,417,502
(1) 補助金	532,627	2,263,794	2,062,042	2,306,555	2,617,077	3,194,843
(2) 国立病院, 療養所	79,620	414,326	454,728	499,912	538,578	571,038
(3) 国立大学付属病院	223,201	3,054,729	3,386,341	3,676,495	4,084,154	4,651,621

区 分	55	56	57	58	59	60
臨床研修費 (千円)	9,430,914	10,499,646	10,971,559	10,908,389	10,954,741	11,493,414
(1) 補助金	3,345,473	3,559,029	3,424,436	3,061,530	2,809,927	2,836,627
(2) 国立病院, 療養所	613,077	675,150	776,049	828,263	890,228	966,960
(3) 国立大学付属病院	5,472,364	6,265,467	6,276,543	7,018,596	7,254,586	7,689,827

(厚生省調べ)

へのアンケート回答からの問題点として、つぎのようなものをあげている⁵⁾。

1. 患児疾病の構造化が日常的疾患の研修を困難とし、とくに新生児・未熟児の研修が学内でできにくい所がかなりある(アンケート調査66大学中95.4%で研修2年目を学外ローテイトして解決している)。

2. 研修医の数の不足、決った数が入ってこないこと、質の不均一性、私学では経済問題が研修専念を妨げる。

3. 指導者、サブスペシャリストの不足(平均ベッド数52, 1年目59人, 2年目85人を受け持ち, 59.1%の大学がカリキュラムを実用し, 78.8%がプライマリ・ケアを目標とし, 46%がPOSを用いていた)。

10) 研修の評価

学部教育とは異なり研修医教育では進級、卒業、国家試験とは関係がないためわざわざ知識の評価を試験することもない。むしろ研修医の技術や態度の評価に重きがおかれるが、病院としてきちんと評価をしている所はほとんどない。

日本医学教育学会卒後臨床教育委員会は、昭和51年に卒後初年度に到達すべき研修目標案を作成し、それが達成できたか否かもチェックできるように工夫している。このようなチェックをすることにより、研修医にどのような技術、態度が十分研修されて、どのようなものが不足しているかわかり、その後の研修の参考になる。実際に研修

を済ませた医師がどの程度できるかを調査した報告があるので、紹介する。川崎市立川崎病院の医師を対象にして上述の「卒後初年度臨床研修目標案」を用いて卒後研修フォローアップ評価を行った⁷⁾。yesと答えた者はこの病院でローテイト研修を済ませた者にやや多く、とくに小児科と産婦人科領域の項目でyesと答えた者が多かったという結果が出ている。インターン経験者もかなり高い達成率を示しているが、項目によっては全体的に達成率の低いものがあった。

また、卒後臨床教育委員会は態度のチェックリストも作成して発表しているので⁸⁾、このような表を用いて、研修医の態度評価が可能である。日常診療に忙しい研修病院の指導医が実際にチェックリストを用いて態度評価をすることは大変なことであると思うが、よりよい医師の養成のためにぜひ実施していただきたいものである。

11) 臨床研修費補助金

厚生省は、昭和43年新しい卒後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9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として昭和60年は13.8となっている。

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、公私立の大学および臨床研修指定病院に対しては補助金として出されているが、その対象経費としてつぎのものが認められている。

表 10 1人当たり臨床研修費の推移

区 分	昭和43年度	46	47	48	49	50	51	52	
公私立大学付属病院 および公私立の指定 病院	380,000	460,000	500,000	540,000	581,000	684,000	787,640	853,600	
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	
国立大学付属病院	352,000	517,000	590,000	660,000	765,800	1,006,200	1,115,500	1,204,000	
区 分	53	54	55	56	57				
公私立大学付属病院 および公私立の指定 病院	914,710	976,790	(ストレート方式) 816,352	(ローテイト方式) 1,166,910	(ストレート方式) 775,922	(ローテイト方式) 1,230,930	(ストレート方式) 750,780	(ローテイト方式) 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		
国立大学付属病院	1,295,100	1,350,100	1,400,930		1,466,450		1,555,250		
区 分	58		59		60				
公私立大学付属病院 および公私立の指定 病院	(ストレート方式) 562,115	(ローテイト方式) 1,153,233	(ストレート方式) 566,965	(ローテイト方式) 1,163,709	(ストレート方式) 579,580	(ローテイト方式) 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				
国立大学付属病院	1,553,980		1,584,880		1,635,880				

(厚生省調べ)

報告費(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)

1人当たりの臨床研修費の推移は表10のとおりである。昭和43年度を1とすると60年度は公私立大学病院および臨床研修指定病院で1.53(ストレート方式), 3.13(ローテイト方式), 3.78(総合臨床方式), 国立病院では5.84, 国立大学では4.65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イ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か月以上研修する者をローテイトと認め, 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のみに対し, 個々に補助金を算出するものである。

さらに昭和60年からはローテイト方式の他に総

合診療方式が提唱され, この方式にさらに補助金の格差をつけて多く出すようになっている。

ストレート方式の補助金1人当たりを1とするとローテイト方式の単価は, 55年度が1.43であったのが60年度には2.05と格差が大きくなり, 総合診療方式では2.48となつてさらに大きくなっている。これには厚生省が卒後教育におけるプライマリ・ケア研修の効果を上げるため, ローテイト方式を推進させる方針を, 行政上具体的に示し, さらに救急医療を重視した総合診療方式を推進させる意図がうかがえる。

4. 卒後教育と大学院および専門医または認定医制度との関係

前項まで主として卒後2年間の基礎的臨床研修をプライマリ・ケアを中心にしたものを述べてきたが, 専門医制度あるいは学会認定医制度との関係はいまだ明確にされていない。専門医教育については別項で述べられることになっているが, 各学会の発表している認定医制度をみても, 卒後基礎的臨床研修にはほとんどふれられておらず, 独

表 11 医学部・医大卒業生の卒後進路状況

	臨床 研修医	大学院 進学者	就職者	無業者	その他	計
国立	3,540人	356人	66人	29人	32人	4,023人
公立	515	53	19	77	3	667
私立	2,865	244	11	110	110	3,333
小計	6,920	653	96	209	145	8,023

(日本医事新報, No. 3221, 昭61.1.18)

自のものを考えているようである。しかし、これからの医療のあり方を考えると、プライマリ・ケア的な臨床能力を身につけた医師が、それぞれの専門分野に進んで専門医になることが望ましい。疾患に目を奪われ、病人全体が診られないような専門医になるべきでなく、専門医である前に立派な臨床医になって欲しいものである。

大学院制度は昭和22年の学制改革の際に新しい大学院制度が敷かれ、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、将来の医学界の指導者の養成コ

ースでもある。

大学院進学の実数をみると、文部省調査統計課の発表したものによると、昭和60年5月1日の時点で卒業生 8,023 人中大学院へ進学した者が 653 人(8.1%)となっている(表 11)。ちなみにこの統計によると臨床研修医は 6,920 人(86.3%)となる。

参考文献

- 1) 中川米造：卒後研修. 医学教育, **3**: 64-76, 1972.
- 2) 林 茂：卒後教育. 医学教育白書1982年版(医学教育別冊), p. 71-79, 篠原出版, 1982.
- 3) 今中孝信・柏原貞夫：問題解決能力の教育の面からみた総合病棟勤務中心の卒後臨床教育. 医学教育, **12**: 314, 1981.
- 4) 田野吉彦・津田 司・山田 治：総合診療部における現状と卒後教育の果たす役割. 医学教育, **12**: 314-315, 1981.
- 5) 山下久雄：小児科における卒後2年の臨床研修システム. 医学教育, **12**: 315, 1981.
- 6) 日本医学教育学会卒後臨床教育委員会：研修医評価表試案. 医学教育, **12**: 479-481, 1981.
- 7) 林 茂：「卒後初年度臨床研修目標案」を用いた卒後研修フォローアップ評価. 医学教育, **15**: 43-46, 1984.
- 8) 臨床研修研究会編集：臨床研修病院ガイドブック'86. 日本医事新報社, 1985.