

# 大学病院における卒後臨床研修

( 中間報告案 )

平成 2 年 6 月

国立大学協会

医学教育に関する特別委員会

## 目 次

- 1 緒言
- 2 卒後臨床研修に関する歴史的展望
  - (1) 戦前の概況
  - (2) 実地修練制度の導入
  - (3) 卒後臨床研修制度の発足
  - (4) 卒直後臨床研修カリキュラム
  - (5) 卒直後臨床研修への文部省ないし国立大学の対応
  - (6) 国立の大学病院に於ける従来の卒直後臨床研修
- 3 国立の大学病院における卒直後臨床研修の現状
  - (1) 研修方式
  - (2) 関連病院での研修
  - (3) 研修医の定員
- 4 国立の大学病院における後期臨床研修の現状
- 5 米国及び英国の卒後臨床研修
- 6 卒後臨床研修における大学病院の位置付け
- 7 大学病院を中心とする卒後臨床研修で改善を要すること
- 8 卒後臨床研修におけるカリキュラム
  - (1) 卒直後臨床研修カリキュラム
  - (2) 後期臨床研修カリキュラム
- 9 卒後臨床研修における大学病院と関連病院の役割り分担
- 10 卒後臨床研修における定員
- 11 卒臨床研修と国立大学病院の体制
- 12 卒臨床研修と研究及び大学院医学研究科
- 13 結 語

## 1 緒言

医師として社会に貢献する人材を育成することが、学部段階での医学教育の主要な目標である。一方医学知識や医療技術は日進月歩であり、医師はその全領域に通曉することは困難となってきており、これらの状況に伴って近年とみに増大した医療への期待に対し、医師は専門分野での研修を深め、一定の領域を専門とすることによって対応する様になりつつある。しかしその結果、専門分化の傾向が顕著となり過ぎ、細分化によって、出発点で解決しておくべき倫理的問題が忘れられたり、疾患を個々の臓器の疾患として限定し、生体全体の問題として取り組むことを疎かにすると云う弊害をもたらす可能性も警告され始めた。前者に就いては生命倫理の立場からの議論が近年盛んとなり、後者に就いては各疾患において主病変が特定の臓器に限局するわけではないことから、生体全体としての見方を忘れるべきでないとの声も聞かれるようになってきた。医師の治療の対象は患者であって、個々の疾患ではないことを踏まえると、臓器別、系統別の各論のみが前景に出て、患者の精神面および社会的背景をなおざりにした診療技術別の専門細分化を警戒する声があがるのは当然であろう。

医学教育は便宜上、学部教育、卒後教育、生涯教育に区分されている。学部教育では、基礎医学、社会医学から臨床医学全般を漏れなく学ぶ体制となっており、医学部卒業後に専門分化する過程を取っているが、その課程は確たる理念に基づいて構築されているわけではなく、慣習的に設定されている。従って最近の医学・医療の急激な進歩に対し、医学教育体制の整備が必ずしも追い付かず、両者に種々の歪みを生じているのが現状である。

これらに対し、医学教育に携わる者が拱手傍観していたわけではなく、医学教育に直接関わる側から、その改善につき既に多くの提案がなされて来たが、その実現は遅々として進捗しないとの観がある。その理由は多々あるが、医学教育の現場において診療と研究とを両立させる上で解決すべき困難さが有り、また現行制度上の制約も加わり、改革に着手し難い事情があるのもその一因であろう。

学部教育は文部省、卒後教育は厚生省が法律上の権限を所管し、生涯教育は主として日本医師会が行なうという形を取っているが、本来学部教育と卒後教育と

の間には一貫性がなければならない。現状では学部教育が大学の責任で実施されているだけでなく、医学部卒業直後の2年間の臨床研修も、その多くが大学病院において一般病院の連携を得て実施されている。加えてその後の専門学会の認定（専門）医制度の研修も主として大学病院が担当しており、更に医師会員の生涯学習にあっても、大学の教員が教育に関与している。これらの事実から見れば、大学は医師の育成のすべての時期に深く関わってきたということが出来る。

わが国には79大学に医学部が設置されているが、うち42は国立大学で、医学部学生定員のうち国立大学が約4,200名と過半を占めている。近年医学教育が特に注目されていることに鑑み、その多くの部分を担当している国立大学からなる国立大学協会が医学部及び附属病院における教育の現状を解折し、その立場を踏まえて、改善を要する事項を指摘し、具体的な解決策を講ずるのは、当然の責務である。その観点から、本委員会は医学教育における多くの課題の内、今回は国立の大学病院における卒後臨床研修の問題を取り上げ、検討を重ねて来た。

卒後臨床研修は到達目標の違いによって異なるコースがあつても然るべきであり、国立の大学病院での卒後臨床研修が、他の病院に於けるそれと同一である必要は必ずしもないが、全体を見渡してどの様な卒後臨床研修が望ましいかの課題には明快な解答を示す必要があろう。特に共通点の多い国立大学病院ではこの問題に就き一定の理念を持つべきで、それが国立以外の大学病院にも大きな影響を持つ筈である。

## 2 卒後臨床研修に関する歴史的展望

### (1) 戦前の概況

戦前は、医学部を卒業すれば医師免許証が取得出来たが、直ちに独力で医業を始める者は少なく、医師として一人立ち出来るまでの間は、大学病院、国公私立の病院あるいは市中の医院で、先輩の指導のもとに医師としての経験を積むのが通例であった。他学部でも、大学を卒業して実社会へ出てから先任者のもとで実務の訓練を受ける者が多いため、医学部が他学部と違うのは大学に残って研修を受ける者の比率が著しく高かったことである。当時の大学病院では指導医が多く、診療機器も充実していたことがその理由の一つであった。事実、医師の育成に必須といわれた臨床検査や病理解剖などが大学病院以外では、殆ど実施出来なかつ

たと云う事情も存在していた。更に第一線医療に従事する医師にも要求されることが多かった医学博士の学位を取得するための研究の場は殆ど大学に限られていたことも、その理由としてあげることが出来る。

これら大学に残った多くの学部卒業生は大学病院の診療や研究を通じ、それぞれの目的を達成するために努力する一方、それによって大学における診療、研究教育を大きく推進して来た。ただ大学病院での定員は限られており、多くの者は副手ないし研究生として無給で勤務していた。

## (2) 実地修練制度の導入

戦後になって、1年間の実地修練が制度化され、それを終了した上で、医師国家試験に合格して始めて医師免許を取得する制度がスタートしたが、実地修練終了後も、更に数年間あるいはより長い期間、無給で大学病院での研修を志した者が多く、その数は年と共に次第に増加した。

当時の学部学生の臨床実習は、ポリクリと略称された外来での診断実習を主とするものであり、卒後の実地修練つまりインターンで始めて入院患者を中心とした診療の実態に触れた。この実地修練はそれなりに成果をあげ、特に卒業後直ちに実務につく者には有用であった。また基礎医学、社会医学の志望者に、大学病院や研修指定病院での初期臨床研修は基礎、社会医学に臨床医学と云う観点を与えたということで有意義であった。

実地修練の通称インターンと呼ばれ、それには病院に泊りこんで研修に当たるという意味が含められていた。この際、Room and Board は当然無償で提供されることが前提であるべきであったが、実地修練が導入された当時、修練生を宿泊させる施設を備えた病院は殆どなかった。このインターン制度はこれらの施設面および他の面で当然充実されてゆくことが期待されたが、あまり改善の実は挙がらなかった。短期間に保健所実習を含め殆どすべての診療科をローテイトするシステムは、受け入れ側にも、実地修練生にも過大な負担を強いる反面、現実面で必ずしも実効があがらず、次第に両者の熱意を喪失させることとなり、インターン制度の理念と現実との乖離は次第に拡大されていった。そして、抜本的改善かそうでなければ廃止を求める声が高くなつた。その後昭和40年代に入り、医学部学生、実地修練生、若手医師などによる廃止運動もあって、学部教育の充実を条件に昭和43年には医師法の改正が行なわれ、実地修練の制度は廃止されるこ

とになった。

### (3) 卒後臨床研修制度の発足

実地修練制度に代わって登場したのは、卒後臨床研修制度である。その根拠は医師法 16 条の 2 「医師は免許を受けた後も、2 年以上、大学の医学部若しくは大学付置の研究所の附属施設である病院、又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努めるものとする」にある。かくて、卒後 2 年間の臨床研修（以後、卒直後臨床研修）に従事する場合、研修医及び研修病院に不十分ながら国費が支給される様になり、国立大学病院では、卒直後臨床研修を行う者を臨床研修生、引き続いて後期研修を行うものを臨床研修医と呼び、非常勤位として位置づけされることとなった。つまり国立大学病院には卒後 2 年間の臨床研修医とは別に医員研修生制度が設けられ、定員外の診療担当医師として診療協力謝金が支給されるようになったのである。これら両者を合わせ、昭和 46 年から現在の医員（研修医）制度が発足し、国立の大学病院の制度として徐々に定着した。

### (4) 卒直後臨床研修のカリキュラム

卒直後臨床研修開始の時点（昭和 43 年 7 月）では、「原則として研修医は各診療科に所属し、当該診療科におかれ指揮責任者の指導のもとに研修を行うものであること、ただし、2 科以上の複数診療科について研修を行う場合は、各診療科間の連絡調整を計るために設けられる臨床研修連絡会に所属し、病院長との話し合いのもとに行うことであること、卒直後の臨床研修は継続して 2 年間行うことを原則とすること」が厚生省医務局長から病院長宛通達された。

しかし、昭和 48 年には、厚生省の医師研修審議会は、「卒直後臨床研修の大部分が大学病院で行われているが、研修医数に比し患者数が不十分で、かつ疾患に偏りがあるなどの理由で、臨床医を育成するのに必ずしも適切とは言い難い条件が存在していること」を指摘した上で、研修カリキュラムとして、何れの診療科を専攻する者も、1 年程度は関連する複数の診療科をローテイトし、プライマリーケアについての経験を十分得られるよう計画すべきであることなどを厚生大臣に建議した。

更に昭和 50 年には同審議会は卒直後臨床研修においては、研修期間の前期のうちに、プライマリーケアの基本的知識、技能を修得することが出来るよう、主要診療科の研修を含めた計画を立てる必要があることを、昭和 53 年にはプライ

マリーケアを中心とした研修の具体的実施方法を、いずれも厚生大臣に意見として具申し、後者には研修目標も設定された。更に、昭和60年には国民医療需要に対応するプライマリーケアの能力を持つ医師の養成確保が必要であるという観点から、総合診療方式を導入し、上記昭和53年の研修目標を若干修正した新しい研修目標を発表した。

#### (5) 卒直後臨床研修への文部省ないし国立大学の対応

国立大学がこれを受け入れた医員（研修医）制度については既に言及した。その他、全国医学部長病院長会議、国立大学医学部長会議、全国国立大学病院長会議、医学視学委員会、医学教育改善に関する調査研究協力者会議などからの提案が続き、これを受け文部省ないし国立大学は卒直後臨床研修制度の改善に多様な側面から対応して来た。例えば昭和55年文部省の医学視学委員会が、臨床研修のあり方について次の様な見解を示している。即ち「大学病院における臨床研修の期間も、その卒後の長期に亘る研修の一環として位置づけ、その観点からその目標・内容を明確にする必要がある。大学病院が高度の専門医の養成を目的とする場合にも、研修医に対しその基礎となる幅の広い学識、経験を身につけさせることが不可欠であり、このような観点から、少なくとも卒後の2年間の臨床研修期間のうち一定期間については、専門とする診療科と関連の深い診療各科にまたがる総合的なカリキュラムを組むなどして、必要な研修を受けることが出来るよう配慮する必要がある。」「研修医が時間外診療を含む救急部門において各診療科にわたる救急診療に従事することは、いわゆるプライマリーケアの修練の上に極めて有意義である」との見解が示されたのである。

昭和62年に発表された医学教育の改善のための調査研究協力者会議の最終まとめには、「臨床研修を大学病院で実施する者が高率であるが、そこでは総合的かつ高度に専門化した医療が行なわれており、現状では日常的、包括的医療の研修の場としては必ずしも充分に機能しているとは言えない」と指摘している。更に、「研修カリキュラムを編成すべきであるが、それを各診療科に任せるのでなく、大学病院全体としての研修プログラムを作成すること、一定期間については関連診療科を研修する方式を取り入れること、その研修に対する到達目標や評価基準を作成すること」とも記載されている。

厚生省は2年間の卒直後臨床研修を、ストレート方式でなく、ローティト方式

を採用することにより、プライマリーケアに対応出来る能力を育成することを希望したが、それを受け文部省サイドもこの考えを前向きに検討して来た。

#### (6) 国立の大学病院に於ける従来の卒直後臨床研修

卒直後臨床研修は発足以来、主として大学病院で行われてきたが、上記の厚生、文部の両省の意向に反し、現実には大学病院というより各診療科に所属し、他科へのローテイションを行う研修医は少なく、あっても外科系の各科が麻酔科などヘローティトする程度の、ストレート乃至準ストレート研修方式が主として採用されてきた。この方式は卒後、大学病院の各診療科に所属し、無給で研修を行つて診療技術を身につけ、研究業績をあげて学位論文を作成した戦前から的方式を受け継いだものであろう。かつてはそれぞれの講座や対応診療科には、明文化されたカリキュラムは殆ど無かったが、一応の研修コースは設定されており、各診療科がカバーする領域を専門とする医師や医学者の養成が行なわれてきた。そこでは研修医個々の研究や診療能力は、先輩から厳しく評価され、それで将来の方向が振り分けられ、一部の者が大学に残り、診療に従事すると共に臨床医学の教育や研究を担当してきたのである。

このような体制は旧設の大学で確立されたものであったが、それがその後新設の大学にも引き継がれ、そこでも定着したものと思われる。現実の問題として大学側には、それで必要な後継者の養成も出来、研究成果もあがり、医学、医療も進歩し、長寿国日本を達成出来たのだから、臨床研修制度は何ら変更する必要はないと言った考え方を持つ者も少なくなく、これが各種の委員会がこれまで繰り返し改善の必要を述べて来たにもかかわらず、体制が変わらなかった理由の一つと思われる。

しかし、医学や医療技術は想像を絶する速さで進歩し、それに伴つて専門分化の傾向は益々加速され、細分化された専門分野のピークは一段と高さを加るに至つたため、最近の若い医師達には、これらの最高峰に到達するためには、早くから専門分化し、脇目も振らず努力した方が賢明であると考えている者が多く、現実には、種々の提案にもかかわらず周辺領域まで研修分野を拡げる気風は現在の時点において、かつてより薄れて来た感がある。

一方医学部や附属病院では各講座や診療科間の壁が厚く自由な交流を妨げている傾向があるとの批判があり、事実この講座ないし診療科の間の壁が早期からの

専門分化を促し、関連診療科との交流を妨げてきた可能性も考えられる。

### 3 国立の大学病院における卒直後臨床研修の現状

卒直後臨床研修には、昭和61年度で、医学部卒業生の80.7%が参加し、その約80%が大学病院に所属しているが、うち国立の大学病院に勤務するのは全国の研修医の32.5%に当たる3,968名に達している。

この現実を踏まえ全国国立大学病院長会議の医員制度問題小委員会は、昭和62年度に42国立大学の附属病院を対象として、アンケート調査を実施した。100%回答率で、得られた結果は昭和63年9月に報告されているので、ここに本項に関連する事項を引用する。

病院全体としてのカリキュラムを持つのは42大学病院中16病院に過ぎなかつたが、診療科単位で研修カリキュラムやガイドラインを持つのは比較的多数で、31病院では病院を構成する診療科の半数以上が、これらを持って居た。他方、研修内容の記録及び評価を行っているのは9大学に過ぎず、うち5大学は病院全体としてではなく、一部の診療科が実施するのみであった。また全774診療科のうち606診療科は、希望があれば他診療科での研修を許可するとしているものの、原則としては1診療科のみの、いわゆるストレート方式の研修であり、他科へのローテイションは168診療科で実施されているに過ぎない。プライマリーケア等の修得のための総合診療医養成コースを置いているのは5病院のみで、この中にはコースはあるが、研修医が居ないと云う病院もあった。また大学病院以外の他病院での研修は2年間の卒直後臨床研修期間中、約80%の診療科が実施している。この他病院での研修期間としては6カ月から1年が最も多く、次いで1年以上となっており、他病院では、多くはその所属病院で指導を受けることとなるが、大学病院の医師が、その指導に一部関与する所もあり、また、他病院で大学病院における所属とは異なる診療科で研修を行うこともあった。大学病院から臨床研修指定病院へ移動した研修医が25%であるのに対し、そうでない病院への移動が42%もあり、後者の理由として研修医を受け入れ得る臨床研修指定病院の不足があげられている。

2年間の卒直後臨床研修を終了し、直ちにその大学病院で医員に採用された者は44%であり、一旦他病院へ移動後、大学病院へ戻って医員に採用された者は21%

と低く、大学病院に於ける医員定員の不足がその理由として指摘されている。

次に現状とは逆に医学部卒業生の大部分が、卒直後臨床研修を大学病院ではなくて、厚生省の臨床研修指定病院で受けることになったとすると、問題があるとする意見が大勢を占めた。その理由として大学以外の研修指定病院では教育並びに研究担当者がかならずしも十分でなく、研修医は十分な研修が受け難い状況が生まれ、研究に従事する機会に乏しく、一方大学病院での診療のマンパワーに不足を生ずるおそれが生じ、また大学の関与なしには研修医の将来が保障できないことなどの事項が挙げられた。

病院全体として研修カリキュラムを持つ16大学の実情は、医学教育振興財団によって取り纏められて昭和63年12月に公表されている。そこには「個々の診療科が、そこで実施している臨床研修カリキュラムを記述したものを集めただけのものが多く、一つの大学病院が一定の方針のもとに臨床研修計画を立てて実施しているのは2、3の大学に留った」と指摘されている。これらに記載されている内容は、上記のアンケート調査と比較的良く一致するが、両者を勘案して、卒直後臨床研修で特に問題となる次の三つの事項につき纏めて見たい。

(1)研修方式について：簡単な資料の提供があった2大学を加えた18大学中、同一大学病院内の内科あるいは外科の各科ローテイションを必修としているのは7大学であり、うち内科は7大学全部であるが、外科は2大学のみであった。また内科系、外科系の複数の診療科のローテイションをプログラム化しているのは2大学であった。この他、多くの外科系診療科では殆どすべての大学で麻酔科へのローテイションを希望しており、また一部の大学では、外科系各診療科から内科、脳神経外科から神経内科、耳鼻咽喉科、放射線科などへのローテイションを求めていた。また麻酔科へのローテイションは内科系診療科でも指定しているところがあった。更にICUとか救急部の他、中央放射線部などへのローテイションを希望する診療科もあった。泌尿器科、脳神経外科、整形外科では予め一定期間の一般外科研修を指定し、形成外科では皮膚科を、また皮膚科で内科の研修を終えてから研修を開始している大学病院もあった。

これら他科へのローテイションの時期は、必ずしも卒直後臨床研修の最初の1年間とは限らず、2年間に内にという大学が多く、一診療科へのローテイションの期間は3～6カ月が多いが、それ以下又は以上の診療科もあった。

(2)関連病院での研修：16大学においては、多くの診療科で、関連病院において臨床研修を行っている。関連病院へ出向する時期は卒直後臨床研修の2年目が最も多かったが、1年目からのこともあるし、2年の研修を終了してから実施している所もあった。またその期間も様々で、3カ月から2年に亘っていた。ちなみに関連病院での研修の目的は、大学病院では経験し難い多彩な症例を多数経験出来ることや、手術や検査を自ら実施出来ることなどが挙げられている。

(3)研修医の定員：医学教育の改善に関する調査研究協力者会議の最終まとめには、「研修医の定員のあり方に配慮すると共に」といった記述がある。厚生省の臨床研修指定病院では実動病床10当り1名の研修医が適当であるとしているが、16大学中9大学で見られる定員に関する記載では、その実数は大学によって異なり40名から276名に分布した。この数字が卒直後の臨床研修医だけのものか、医員と研修医を加えたものか、研修医だけとしても定員数なのか、実数なのか明らかにされていない。受入れ可能数とか適正受入数などを併記した大学もある。

国立の大学病院では国立大学全体としての医員（研修医）及び医員の給定数が制度上定められ、その範囲内で、各大学の要求と研修の実績等を勘案して個別の予算配分がなされているが、その際、研修医については、大学からの要求の多い医員の場合と異なり、希望する数がほぼそのまま認められているのが現状である。

#### 4 国立の大学病院における後期臨床研修の現状

これらを扱った資料は殆どない。上記の医学教育振興財団へ提供された16大学の研修カリキュラムにおいて、一部の大学では卒直後臨床研修を扱っているに過ぎないが、多くの大学では卒後3～6年間に亘る期間の研修につき実情を報告している。卒後の年数に応じ、また個々の研修医によって事情が異なってくるので、研修の実態を一律に論じることは困難であるが、多くの診療科では対応する専門学会の設定した学会認定（専門）医制度で規定されているコースに従って研修すると記載されている。この際の身分は、大学院学生、医員、助手など様々であり、一様ではない。中には研究生や専攻生として授業料を払って研修するケースもあるが、その実数は極めて稀と考えられる。

ここで、全国国立大学病院長会議の医員制度問題小委員会のアンケート調査結果を再び引用すると、医員に採用される者の95%が2年間の卒直後臨床研修を終了

しているが、医員採用の際、研修医当時の研修内容（カリキュラム）を考慮していると回答したのは 778 診療科中の 212 診療科（27%）に過ぎず、考慮していないのが 545 診療科（70%）であった。ただ両者は関連性をもつ必要があるとの回答は、必要が無いとの回答を若干上回っていた。有りの理由としては「認定（専門）医制度との関係から、卒直後臨床研修医時代に関連診療科で臨床研修を行うことが望ましい」が大半を占めた。他方、無いとする理由は「研修医時代に広い分野の臨床研修が望ましい」と「本人の希望を尊重する」がほぼ同数であった。

ちなみに卒直後臨床研修で、関連診療科へのローテイションの必要性が、現実は別として、高率に指摘されていることは注目に値する。

医員の業務に関しては、診療 66%、研究 21%、教育 10% の比率であったが、医員は大学病院において、一般病院より高いレベルの診療、研究に従事出来ることを期待しており、多様な症例を経験し、良く整備された研究設備を利用し、優れたスタッフから高度かつ専門的な知識と技術を修得して、学会認定（専門）医の資格を取得し、更には医学博士の学位の取得を目指している。ただ、定員の関係があって、希望者の全員が医員に採用されるわけではないので、不採用になった場合には研究生や専攻生となって、空席ができるまで待機させるか、他病院での研修を斡旋している。ちなみに医員の在職年数は 2 年未満が 73%、2~4 年が 22% であった。

後期臨床研修の評価法を具体的に記載したものは殆どないが、さし当たり学会認定（専門）医の資格取得までは、その受験資格を満たし、試験に合格することで、一応の評価は可能であろう。しかし、評価基準の記載が無いところでも、各診療科では個々の医員の診療及び研究能力などを厳しく評価していることは、既に述べた通りである。

## 5 米国及び英国の卒後臨床研修

米国および英国の臨床研修に関しては医学教育振興財団が刊行している「米国の医学教育改革の動向」や「英国の医学教育」に詳しく紹介されている。これらを通読すると、米英の医学教育制度はわが国のそれに比し良く整備されていることがよく判る。かつて米国では医学部卒業後に始まるレジデンシイ教育の最初の 1~2 年をインターンと呼び、広く臨床医学を実地で学ぶ期間としたが、Mills

リポートに従って、1970年代に入って、この制度は廃止され、呼び名もPGY-1(post graduate year-1)に変わった。この期間は専門分野に専念するのではなく、より広い領域について学ぶこととなっている。一方臨床各科全般に亘る実地教育の場は、学部学生の臨床実習にも繰り下げられている。（図）

英国では医学部卒業後の1年間は preregistration yearと呼ばれ、一般内科と一般外科を各4ヶ月、残りは選択した診療科で臨床研修を行う。これを終えて医師免許を取得するが、その後も直ちに専門分野を研修するのではなく、内科系、外科系に別れるものの、かなり広い領域の研修を3年間程度行うこととなっており、専門化はそれ以後になっている。

## 6 卒後臨床研修における大学病院の位置付け

以上述べた過去、現在の状況の解析から、国立の大学病院に於いて臨床研修に従事する医師は先ず学会認定（専門）医資格の取得を目標とするのが現状の様である。従って卒後の臨床研修コースは多様であるが、その目標を達成するには、現在では大学病院が最適であると思われる。大学病院が現在卒後臨床研修の中心となっていることは、万人の認めるところであり、将来もその位置付けは不变であると思われるが、その理由として以下のことが挙げられている。

(1)卒後2、3年間の研修では指導医が担う役割は極めて大きく、その点大学病院には指導医が揃っており、十分な指導が受けられる状況にある。

(2)医学教育では、先輩が後輩を教えるマンツーマン教育の側面が重要であるが、大学病院では、教授、助教授、講師、助手と各層が揃っており、加えて医員、研修医、学生が共同して学習する体制が確立されている。

(3)学会認定（専門）医制度と関係が深く、その受験資格を得るカリキュラムの上で、卒直後と後期の臨床研修が比較的良く調整されている。

(4)将来の就職先が、ある程度保障されている。（ただしこの点は将来の医師過剰時代を迎えて大きな課題になると予想される）

(5)研究に取り組むことが可能で、学位取得につながる。

他方、大学病院以外の研修指定病院では一般的傾向として、(1)指導医が必ずしも多くない。(2)医師は診療に追われていて、教育、研究面が手薄になり勝ちである。(3)研究施設ないし設備が充分とは言い難く、研究費および研究時間を保障

する配慮が充分でない。(4)研修終了後、就職の斡旋は十分でない。

(5)上記の大学病院で研修を受ける理由に反する条件が存在する。

これらの状況が今後さし当たり急激に変化する可能性は乏しいので、将来も大学病院が中心となって卒後臨床研修を行なう体制は不变であると予想される。しかしそれは現在の国立大学病院の卒後臨床研修システムがその目標達成に最善であることを意味するものではない。従って大学病院が将来とも臨床研修施設として十分な機能を果たすためには、改善を要する点が少なからず存在していることを忘れてはならない。

最近の厚生省の調査では、大学病院の研修医対指導医の比は0.52で、大学以外の研修指定病院の0.36に比し高値ではあるが、この数値を評価するに当たっては大学以外の臨床研修指定病院を希望する研修医が少く、定数を下回ることがあること、大学病院では指導医と研修医の中間層も指導に当たっている現実などをも考慮する必要があろう。但し、国立大学の医学部と附属病院に、教育に充分な数の教員が配置されているわけではなく、このことは国立大学医学部長会議の学生定員に関する専門委員会報告（昭和61年10月）にも、医学教育改善に関する調査研究協力者会議の最終まとめにも記載されている。更に大学病院は本来学部学生と大学院生の教育のために設置されている施設であって、卒後教育への配慮は必ずしも十分でなく、医員や研修医には十分な校費が積算されているとは言い難い。大学病院の設置基準も主として学部や大学院教育を対象としており、病院所属の教員が配置されているとは云え、卒後臨床研修に対する要員としては位置づけられてはいない。従って卒後臨床研修は定員配置も施設、設備も不十分な状況下にありながら、必要に迫られて実施しているというのが現状であることを認識すべきであろう。

元来講座と診療科の現在の教員だけでは、必要な教育、研究、診療に十分対応することが困難な実情にあり、医員、研修医も診療上大きな役割を果し、学部学生の臨床実習指導でも補助的業務を担当している。この業務は研修の一部をなすとはいえ、それらに対する処遇も充分とは言い難い。

以上は単なる例を挙げたに過ぎないが、その他にも大学病院が卒後臨床研修の中心的地位を確保するには多くの重要な問題点が残されており、衆知を集めて早急にその解決を計る必要があることを指摘したい。

## 7 大学病院を中心とする卒後臨床研修で改善を要すること

卒後臨床研修で大学病院が中心的役割を果し、将来もその体制は存続するとして、大きな目標の中の一つのマイルストンとして学会認定（専門）医資格取得がある。研修医がその資格取得を目指した場合、現状では大学病院での研修体制が万全とは言えず、また大学病院だけでは十分な研修を行うことも困難である。これらを踏まえ、大学病院を中心とする卒後臨床研修で、改善すべき点として前項に記述した以外に本委員会で指摘された事項を以下に列記する。

### (1) 学部教育の充実

卒後臨床研修の改善には先ず学部学生の教育体制を一層充実させ、医学教育に一貫性を持たせることが重要であり、その臨床実習はclinical clerkship形式で実施する必要がある。また在学中も指導医の監督下ではあるが、ある程度の臨床実技の修練を可能にすることも要望したい。

### (2) 学会認定（専門）医資格取得を目指す場合の基本的体制の整備

新しい技術を含め高度の専門的能力を修得出来るよう、かつ認定（専門）医資格取得に必要なカリキュラムに沿って卒直後並びに後期臨床研修カリキュラムを整備し、その達成を可能とする体制を構築する必要がある。

### (3) 医学の社会的側面の教育

地域における包括的医療や全人的医療を学ぶには、患者への対応を通じ、社会との接点を広げてゆく必要がある。社会的にも高い評価を受ける医師を養成するには、大学病院における技術的な臨床研修だけでは不十分であり、医師として社会的ないし倫理的側面の能力をも身に着けさせる努力が必要であることを認識する。

### (4) 広い研修の環境整備

大学病院が臨床研修の中心であるとしても、大学病院だけでは患者数が十分でなく、疾患の分布に偏りがあり、医師の臨床研修には必ずしも適切とは言い難いので、関連病院の協力を求め相互補完的な研修体制を整備する。

### (5) 教育関連病院の拡充

地域の基幹医療機関には大学病院と連携して医学教育に参加するよう要請する必要がある。特に教育関連病院（新設医大に制度化されている）には卒前教育の

みならず卒後臨床研修に関してもより積極的な役割を果たすことを期待する。

(6)関連病院と大学病院の関係の見直し

両者が一体となって、一定のカリキュラムに従って、卒後の臨床研修目標を達成出来る様な有機的連携の完成を目指す。その際大学病院による基幹病院の系列化の弊害をなくし、理想的な連携関係を樹立するように務める。また関連病院と大学病院を合わせて、各科別に研修可能な定員を決める必要がある。

(7)大学教員の意識改革

上記を踏まえ、地域の中で大学病院を含む多くの病院がネットワークを形成し、連携して医師を育成するという考え方を定着させ、特に大学の教員がこの考えを持つ必要がある。医学部及び大学病院の医師の中には、医学や医療をめぐる現状分析が不十分であったり、将来への展望に欠け、医師としての自覚が十分でない者がいる現状を認識し、その対策を通じ医療、医学を更に進歩発展させ得る環境を整備する。

(8)指導医および教員の充足

医学部教育のみでなく、充実した卒後臨床研修の為にも、必要な教員及び指導医数を算出し、質的向上と共に量的な充足を計る。特に、学生定員の減があっても教職員の定員はそのまま医学教育の充実のために向けられることを前提に考えることが必要であろう。何れにしても指導医および教員の不足を如何にして補充するか実現可能な方法を考えるべきである。ちなみに教員の質的向上には助手の名称を社会でもっと評価を受けられる名称に変更することも必要と考えられる。

(9)積算校費等の増額

医員、研修医に対し十分な積算校費の増額を求めたい。

(10)専門化と広い基礎教育との調和

現実の問題として、一方では専門分化と専門分野でのレベルの向上が必要であるが、他方その高さを支えるには幅広い基盤が絶対に必要であることは云うまでもない。医学の基礎から臨床まで広く学ぶ学部教育は別として、卒後急激にその学習領域を狭めて細分化された専門分野に所属する仕組みで成長した医師は、多くの診療スタッフを擁する大学病院や、それに準ずる大病院では医療チームの一員として、高度の能力を發揮出来ることとしても、その他の医療の場では医師として十分な機能を果たし得ない恐れがある。この問題の解決のためには先ず学部教

育で学生に実地修練が可能とするよう諸条件を整備することが必要であるが、加えてさし当り学会認定（専門）医を目指す研修医も、卒直後臨床研修において広い基盤を構築するため関連診療科へのローテーションを実現することが要求され、その両者の調和の上に始めて理想的な卒後臨床研修が可能となるものと予想される。

## 8 卒後臨床研修におけるカリキュラム

一定のカリキュラムのもとで臨床研修を実施する必要性は、これまでも度々指摘されてきた。このためには到達目標を定め、その目標を効率的に達成できるよう適切なカリキュラムを編成する必要がある。加えてカリキュラムの達成度の評価に基づいて、必要ならばカリキュラムの追補、改訂を行い、最終的には到達目標をどのレベルまで達成したか判定する制度を発足させる必要がある。

### (1) 卒直後臨床研修カリキュラム

医学の進歩や医療技術の高度化に伴って、医師は専門分野での深い知識と先端的な技術を身に付ける必要に迫られている。しかし、この傾向が如何に顕著となつても、すべての臨床医に共通して要求される基本的態度、基本的な知識及び技能が備わっていなければならぬことはいう迄もない。これらの修得は、学部教育を充実することである程度まで達成されるであろうが、更に卒後教育の期間においても専攻する専門分野とかかわりなく、必須の基本条件であるというべきであろう。そして医学教育の上で、これらを修得する期間として、医学部の専門教育課程と卒直後臨床研修の両者を当てるのが最も適切であると考えられる。この時期こそ、幅広く基礎医学、社会医学及び臨床医学を学び、倫理観を確立し、診療経験を積み、将来の医師としての長い社会活動の基盤となる知識、技能、態度を身につけるのに相応しい期間であるからである。

これまでの卒直後臨床研修のカリキュラムについては、既に記載した通りであるが、厚生大臣に答申された研修目標を達成することは、現実的には当時の段階では困難であるとの見解が一般的であった。また、わが国では、そこにあげられている幅広い領域に亘る知識や技能を、満遍なく身につけている医師を必要とする地域は限られていることなどもあって、わが国の実情に応じた実現可能な達成目標を設定すべきとの要望が最近高まって来ている。これらをうけて、厚生省

の医療関係者審議会臨床研修部会の臨床研修改善専門委員会は別紙のような卒後臨床研修目標を作成し、部会長に答申した。（別紙）

この目標作成に際しては、予め全国の42国立大学医学部に対し、アンケート調査が行なわれたが、回答のあった32国立大学中（未回答10大学）基本的賛成を表明したのは23大学であった。他の9大学は、到達目標としては妥当であるが、達成について危惧を覚えるなどと回答しているものの、明かな反対はなかった。

本委員会でも、以上の結果に基づき、これらにつき検討を加えた。一部には、現在、社会で活躍している医師が、ここに書かれていることの全てを身につけているわけではないなどの反論があったものの、これらの達成が医師の活躍の基盤を広め、それが医師の専門的能力を高める可能性を持つので、上記の目標を大学病院における卒直後臨床研修の到達目標として採用する方向で努力すべきであるとの意見が大勢を占めた。

この到達目標のある部分は、医学部卒業の時点でも達成可能であるので、医学教育を卒前、卒後に区別し、卒後も年度により更に区分した上で、また、単に大学病院のみでなく、関連病院における研修も考えて、それぞれの達成目標を整理する必要があろう。これらを、更に具体的、各論的に観察可能な行動として表現するため、行動目標（SBO）を作成し、また、そこにに到達するための学習方略を計画する必要があろう。具体的カリキュラムが策定出来たら、到達目標の達成度判定のための評価基準の作成が必要となる。

卒後臨床研修到達目標は、研修の初年度までに達成するのが望ましいが、カリキュラム作成上の都合では、必ずしも可能であるとは言えない。そこで2年間の卒直後臨床研修では、この目標の達成を目指すこととし、更にその期間内に後期臨床研修を念頭におき、そこで専攻する予定の診療科やそれと関連の深い診療科で研修を行うのが妥当であろう。

何れにしても、この到達目標を達成するには多くの診療科で他科へのローテーションを原則として必要とするが、大学病院の中だけでローテーションを実現するのは必ずしも容易なことではない。更に現行の各学会認定（専門）医制度の研修期間算定が専門診療科での研修期間に限定しているところが多く、それが、現状のストレート方式の研修を定着させている理由でもある。従ってここで提案し

た到達目標を達成するには現状の変更を必要とする大学病院が多いと予想されるが、その際、これらにどのように対処することが必要なのであろうか。この点は各国立大学で多少事情の相違もあり、自主的に十分討議した上で、具体策を樹立すべきと考えるが、本委員会では研修医の大多数がさし当り目指す学会認定（専門）医制度の研修コースの中に、卒直後臨床研修到達目標の達成を可能とする他科へのローテイションを組み込むことが適当であり、大学病院と関連病院とが一体化して、その実現を目指すことを解決策の一つとして提案したい。この提案の実現が学部教育と認定（専門）医制度の研修期間との関係を適正化する点で極めて重要であり、卒直後研修のあるべき姿を具現することが期待出来るからである。

## (2) 後期臨床研修カリキュラム

現状から見るかぎり国立大学の附属病院で後期臨床研修を希望するのはさし当たり学会認定（専門）医資格の取得を目指しているからと解釈するのが妥当であろう。従って当面各専門学会による認定（専門）医制度で指定されたコースを臨床研修カリキュラムの観点から評価し、それに従って研修を行う方式の採用を考えるべきである。現在、日本医学会所属の31分科会が、既にこの認定（専門）医制度を発足させ、または間もなく発足させる準備中であり、それぞれは各学会で十分検討されたものであるので基本的にはこれを容認して行く方向に動いて行く体勢にある。

ただ何れの学会においても、研修コースや年限が定められているが、他科研修に言及しているのは消化器、老年病の各学会が内科又は外科認定医の取得、形成外科、小児外科、胸部外科、消化器外科の各学会が外科の、大腸肛門病学会が消化器又は消化器外科における研修、整形外科学会は災害、救急外科など関連科目の修得を求めている程度である。（それ以外、他科研修を学会認定医制度協議会に条件として明示している学会はない）後期研修でも卒直後臨床研修の到達目標を達成した上で、更に当面専門領域での認定（専門）医資格を取得し専門領域における医師として十分な能力を發揮するために、関連診療科の研修を必要とすることもあり得る。此の点に就いては各学会で常に検討を加え、批判に耐えるものへの不断の努力が続けられているが、例えば資格取得にローテイションシステムをどのように取り入れるかなどの点は、研修病院の立場からの要望を述べ、相互の意見交換と検討を行い、両者の接点を探りつつ研修の実を挙げる努力を尽

すことが必要であろう。

以上の状況を踏まえ、卒直後臨床研修と同様、後期研修でも関連病院を含め詳細なカリキュラムの作成が望まれる。ただその評価を認定（専門）医試験にのみ委ねるか否かについては別途検討することが必要であろう。

更に、生涯教育も重要な課題で、医師として社会へ継続して貢献するためには、卒後臨床研修を一応終了しても、生涯に亘り新しい医学知識や医療技術を修得し続ける必要がある。このためには資格取得は一つのステップに過ぎず、生涯教育の実を挙げるには一旦取得した学会認定（専門）医資格を一定条件のもとに更新する制度が有用と考えられる。現実には多くの認定（専門）医制度でそれが既に採用され、又は採用予定となっている。

後期臨床研修終了後のコースは様々で、多くは市中病院に学会認定（専門）医として職を得て一定の専門分野の診療に従事するであろうし、一般病院ないし診療所にあって一般診療に従事する者もあるであろう。更に他的一部は大学病院に引き続き勤務し、臨床研修、医学研究に従事して臨床医学の教育者、研究者を目指すであろう。この他臨床研修を終え、予防医学、基礎医学、衛生行政などに進むものも含め、いづれの道を歩んでも厳しい生涯学習が課せられることは言う迄もない。

#### 9 卒後臨床研修における大学病院と関連病院の役割分担

以上の記述から明かな如く、臨床研修にあっては大学病院と関連病院が相互にその立場を理解し、補完し合って充実した臨床研修を推進すべきであり、競合したり反撥するべきでない。互いに主体性を尊重しつつ、十分な連携のもとに、臨床研修の充実を計るのが望ましい。

既に述べたごとく、新設の国立医科大学では教育関連病院が制度化されており、学部学生の臨床教育の一部に就いては、そこで実施する体制が出来ている。この様な連携は、卒後臨床研修を行なう上でも推進して行くべきである。現在新設医大以外の既設医学部では、教育関連病院は制度化されて居らず、教育、診療、研究面で関係の深い市中病院を関連病院と称しているに過ぎない。しかもこれらは大学病院と市中病院との関連というより、両者の各診療科間あるいは大学病院の診療科と市中病院間の関係であるのが大部分である。その為いわゆる関連病院の

規模、施設や設備の充実度、診療や研究のレベル、教育能力などはまちまちで、共通カリキュラムの作成を困難にしている現実がある。関連病院が大学病院と連携して、共通カリキュラムのもとに卒後の臨床研修に当たる体制を実現するには、一定の基準が必要となろう。このことに関連し、国立大学医学部長会議の学生定員に関する専門委員会報告（昭和61年10月）の一節を引用したい。即ち「現存する市中病院がそのままで単に学部学生の教育に参加することではない。教育病院の資格として大学病院に比肩しうる均衡のとれた診療、教育スタッフ、研究体制が整っていることが要請され、それぞれが高度の専門的水準に達している必要がある。即ち、一定の基準を満たす施設、設備を持つことが必要である。大学病院における学部学生の教育が、日進月歩の医学、医療に対応できる理由の一つに、これに当たる教員が基礎的並びに臨床的研究に従事して成果をあげている事実があり、教育関連病院にあっても、それを可能とする人員の配置、施設、設備の充実が必要である。このようなことは、現行制度上困難で、国による財政的援助が必要であろう。この援助は教育関連病院に指定された一定期間のみでなく、継続的であることを必要とする。また、プライマリーケア教育重視の視点からは開業医や小病院、保健所等の学生教育への参加を求めることが今後検討される必要があろう。」

これらの内容は卒後臨床研修にかかる関連病院にも、そのまま適用出来ることであり、先ず、診療科の関連病院でなく、名実ともに大学病院（单一の大学による系列化を避け、地域によっては複数の大学と病院間でネットワークを組むため合理的な合意が必要となる）と対等に協力する関連病院としての関係を樹立する必要がある。

## 10 卒後臨床研修における定員

大学病院での研修には種々の形態があるので一様でないが、卒直後臨床研修に先立ち、またはその終了後一定の診療科に所属することを、医局に入るという意味で入局という。入局者が多くなれば、その診療科と対応講座の教育、研究、診療、その他のすべての面でマンパワーが増大するので、これを歓迎するムードがある。同様のことは米国でも見られている。G P E P 報告によれば、レジデントの90%は医学校の病院か教育関連病院で訓練を受けるが、医学校の教員や卒

後教育担当の教員も、早く自己の専門分野に多数のレジデントを採用したいと考えていると言う。

わが国の国立大学では、講座と診療科の教員にも病床にも定数があり、医療技術者数、外来のスペース、その他の施設、設備などにも限りがあることを考慮すれば、入局者にも限度を設ける、即ち定員を定めることが当然必要となろう。定員の決定は大学病院や診療サイドの条件からだけでなく、認定（専門）医の全国的需給状況にも配慮する必要がある。

卒直後臨床研修に関しては、昭和48年12月7日付けの医師研修審議会塚本憲甫会長が齊藤邦吉厚生大臣に提出した建議書に、卒後2年間の研修医1名に対し、実動10床程度の病床を有することを基準とすると記載されている。この数字が妥当であるとすれば、800床の大学病院の卒直後臨床研修の従事する研修医の総定員は80名となる。後期臨床研修にどの程度の病床を必要とするかに就いては一定の見解は無いが、もし2年間は医員1人に10床が必要であるとすれば、毎年新しく採用可能な医員数は20名ということになる。加えて現実にはこの研修病院に後期臨床研修も加わるのであるから、適正数はその両者の和で算定評価されるべきであろう。

例えば筑波大学の附属病院では、病床数は800に対し、卒直後臨床研修医定員40名、後期臨床研修の前期のそれが40名、後期のそれが20名が、それぞれが2年間の課程を持つので、総定員は200名となるが、昨今研修医は上記より増加しているという。

臨床研修を受ける者が多くなれば研修の密度が低くなる上、学部学生の臨床実習を阻害する可能性を生ずる。一方、研修に従事する者が少な過ぎれば、診療能力の低下や学部学生の臨床教育体制の弱体化を招来しかねない。従って、研修医に適正な定員を設ける必要があることについては本委員会でも異論はなかった。ただその具体数については、各大学、各地域の特殊性もあり、結論に至らず今後の検討に委ねることとなった。このことは今後の成行きを見定め、然るべき機関において検討の上、早急に結論を得るべきであると考える。

この際、臨床研修の全期間を大学病院で過ごすのではなく、関連病院と連携して臨床研修が行われている実状に鑑み、定員の設定は大学病院に関連病院を加えた病床数、外来患者数、教育スタッフ数などに基づいて決定し、適宜配分する必

要がある。ただ地域によって大学病院と卒後研修指定病院とのベッド数の総和と医員、研修医数との比率が異なることが考えられ、地域毎の対策が必要となろう。

### 1.1 卒後臨床研修と国立の大学病院の体制

上述のごとく卒直後臨床研修の到達目標を達成するには、米国のPGY-1に習い、専門の如何を問わず一般内科又は一般外科などで一定期間研修するのが良いと考えられる。現在、わが国多くの大学の医学部で内科学や外科学の講座は、ナンバーのついた幾つかの講座から成っている。それらが対応診療科として、同じナンバーを付した内科や外科を大学病院内に持つ。ナンバーのついた内科や外科のそれぞれが、血液、循環器、消化器、神経などすべての *subspeciality* を包含していた古い時代は別として、学問や技術が専門分化された現時点では、個々の講座は *subspeciality* の2、3を包含するのみとなり、全ナンバー内科あるいは外科を合わせて全分野をカバーする体制をとる大学が多くなっている。しかも最近、増設される内科、外科の講座や診療科には *subspeciality* を冠するのが通例となり、上記の傾向は今後顕著となる情勢である。現代の大学病院の体制がこの様であるとすれば、一般内科や一般外科の研修はどうすれば良いかが問題となろう。

戦後、各臨床講座の研究室は臨床研究棟に、外来や病室は病院に集められ、制度のみでなく、場所の点でも講座と診療科は分離されたが、各診療科には対応する講座に所属するという体質は殆ど不変のまま残存している。この体制が診療科間の壁を講座間と同様に厚くし、時に病院長のリーダーシップの発揮を困難としているように見られることがある。

昭和49年、従来の2つ以上の講座を統合した大講座を大学に置くことが可能となった時点以降、大講座制を採用した大学はあるが、既設の大学で内科学や外科学のナンバー講座が合体して大講座になった具体例はない。講座は主として教育、研究の場であって、教育における分担の取り決めが問題となる程度で、大講座の必要をそれほど強く感じていないためかも知れない。しかし、本委員会ではナンバー内科、ナンバー外科の協力、出来れば合体、再編が内科及び外科の診療および卒後教育の上で必要であるとの意見が出された。事実ナンバーの付いた内科や外科が病院にあって、内々には、それぞれが *subspeciality* を適当に分

担しているとしても、病院を利用する患者側から、それらを窺い知ることが出来ない点でも、甚だ不親切な表示となっている。もし、これらの各診療科間に壁があつて、研修医が互いにローテイションを組むのが現実には困難であるといった状態があるとすれば、卒後、特に卒直後臨床研修の充実を障害する可能性がある。これらの点から研修にとって大講座制というよりむしろ大診療科制の方が望ましく、講座と診療科の対応という関係を一応切り離して考えるのが妥当ではなかろうか。

合理的な研修体制の観点から見れば、大内科や大外科を臓器別あるいは系統別の診療グループに区分し、それらの主要なものを一巡することを以て、一般内科あるいは一般外科の研修とする体制の構築が必要であり、少なくとも外来や病棟が各診療科ないし講座に所属するものでなく、研修に責任を持つ病院長の管理下にある必要を改めて強調しておく必要があろう。この体制は学部学生の臨床教育にとっても有用と考えられる。このことは歯学教育でも同様で歯学教育改善に関する調査研究協力会議の最終まとめ（昭和62年9月）にも、講座に対応する学問的に細分化された診療科による臨床教育に対し、見直すべきことが記載されている。

しかし、このように体制を変え、診療科や診療グループを整備しても、現存の壁が現実に解消する保証はなく、卒後臨床研修を充実するためには、先ず大学教員の意識改革が必要であることが、本委員会で強く指摘された。

## 1.2 卒後臨床研修と研究及び大学院医学研究科

医学博士の学位取得に対する考え方が、従来とは変わってきたとはいいうものの、臨床研修医が優れた医師となるために、研究に従事し学問的な業績をあげて論文を取りまとめることは、技術修得と並び重要なことである。それを、どの時点で何処で実施するかが問題となろう。医学教育振興財団による国公立大学医学部附属病院における初期臨床研修に関する取りまとめにも、研究と大学院の項があり、下記の如き記述がある。「本来、臨床研修を主として編纂されたものであるので、研究とか大学院についての記載が十分でないことは、むしろ当然と思われる。しかし一部の診療科についてであるが、多くの大学で研究に関する記載がみられる。これらを取りまとめると、初期臨床研修開始と同時に研究に従事することを期待

する診療科もあるが、2年間の初期臨床研修終了の時点から研究に従事すると書いている診療科が多い。中には6年間に亘る臨床研修の期間に研究を行う、臨床研修5、6年目を研究に当てる、1年終了あるいは3年終了の時点から研究を始めるといった記述もある。また、臨床研修期間も論文博士に要求される研究期間に算入することを明記した大学もある。」

研修医や医員などが研究する場所は講座であるが、講座と診療科が一体化している現在の体制は、研究の実施には好都合である。しかし、臨床の研修か研究か、何れに重点が置かれるのか不明確になる可能性が、特に後期臨床研修には潜在している。特に教員の任命が研究業績を主とする現状では、研究に重点が移行する恐れがある。従って臨床能力と教育能力とを同時に評価することが必要であろう。

大学院医学研究科の臨床医学専攻には多くの問題点がある。基礎医学系、社会医学系に比べれば充足率が高いとはいえ、定員が充足されていない大学院が殆どである。医学や医療が高度に発展し複雑化している現在、臨床医学分野でも研究の必要性は増大しており、これらの研究を担当する者に、高い研究能力を賦与する必要がある。それだけでなく、高度の医療技術と基礎的学識を身につけ、臨床能力を向上させ、その面から社会に貢献する医師を育成することも重要である。これらのためにも大学院医学研究科の臨床医学専攻の振興を計ることが必要となろう。

研修医と大学院学生の間には区別があつて然るべきであるが、同じく病棟にあって、臨床研修に従事しており、現実には両者の区別はつけ難いといわれている。しかし臨床研修医としての効果的な研修と大学院学生としての集中的研究を同時に遂行することが困難なことは明かである。これらの混同を避けるために、卒直後臨床研修を終了した時点で大学院に入学し必要なら基礎医学の講座や研究所の基礎部門で研究に従事し、卒業と共に再び臨床研修に入るなどのコースを設定したり、臨床の教室にあっても一定の期間病床の受け持ちを離れて研究に専念するコースを設定することも考えられる。これらに関連して、4年間の博士課程の標準修業年限が妥当であるか否かについても検討を加える必要もある。従って本委員会でも大学院医学研究科について多くの問題点があり、卒後臨床研修とは別に検討を早急に開始すべきである、との意見が多く述べられた。

### 13 結 語

良い医師の養成に向けて努力することが国立大学に課せられた使命であるとの観点から本委員会では国立の大学附属病院を中心としての卒後臨床研修につき、戦前からの変遷と現状について分析し、あるべき姿を模索した。その結果、初期研修ではローテイションを中心として一般的な能力を獲得し、後期では初期研修の成果を基礎にさし当たり学会認定（専門）医資格を取得するのにふさわしい体制を整備する必要があることを指摘した。認定（専門）医として一定の臨床分野を専攻しても、臨床医に共通して要求される態度、基本的知識と技術の修得が必要であることは云うまでもなく、それには一方では医学部に於ける学部教育を充実させ、加えて卒直後臨床研修の期間を合わせて充当するのが適当であろう。そこで到達目標は厚生省医療関係者審議会臨床研修部会が平成元年に発表した卒後臨床研修目標に準拠するのが良いと考える。この目標の達成は多くの診療科でストレート方式では困難と考えられ、関連診療科へのローテイト方式の採用を検討すべきであろう。これらの目標を達成すると共にさし当たり卒直後と後期臨床研修期間で現行の学会認定（専門）医制度の指定する臨床研修を実施することが国立の大学病院における卒後臨床研修の実態に即していると考えられる。ここで、この観点にたって各専門学会が制定している現行の研修制度につき不斷の検討と改善へ向けての努力の継続を希望したい。これら卒後臨床研修の全コースを終了するには一定の研修カリキュラムに従って大学病院と関連病院とが一体化する研修体制を構築することが必要であり、それぞれの病院に残されている現行の卒後臨床研修体制の問題点を改善することが望まれる。これら改善を要するとされた事項の多くは、既にこれまでに指摘されて来たものと重複するが、問題はそれらを何故実現出来ないかということであり、その理由を十分に検討すべきである。それらが解明出来たら、医学教育に従事する者が自らそれを除去するなり、必然的に除去せざるを得ない状況を作りだして、早急に改善を計るべきであろう。かくて、新しい時代の要請に応える認定（専門）医の育成に向けて努力することが、国立の大学病院に課せられた使命と考えている。

以上の他、将来の医師過剰問題や高齢社会における将来の医療制度も卒後研修のあり方と密接に関与しており、かつて大学紛争の発端が国立大学医学部の研修

問題であったことから考えれば、将来の社会的要因の検討も今後の大きな課題であり、その対策にも充分な検討と具体策が必要なことを付言しておきたい。

国立大学協会 医学教育に関する特別委員会委員

委 員 長	井 形 昭 弘	(鹿児島大学長)
委 員	前 川 正	(群馬大学長) *
	吉 田 亮	(千葉大学長)
	加 納 六 郎	(東京医科歯科大学長)
	川 井 健	(一橋大学長) ***
	津 田 禾 粒	(新潟大学長)
	高 安 久 雄	(山梨医科大学長)
	早 野 三 郎	(岐阜大学長) **
	中 井 準之助	(浜松医科大学長)
	佐 野 晴 洋	(滋賀医科大学長)
	松 浦 啓 一	(佐賀医科大学長)
	東 野 修 治	(弘前大学長)
専門委員	堀 原 一	(筑波大学教授)
	高見沢 裕 吉	(千葉大学教授)
	高 久 史 磨	(東京大学教授、医学部長)
	中 川 米 造	(滋賀医科大学教授)
	柿 本 泰 男	(愛媛大学教授)
	小 棕 秀 亮	(東京医科歯科大学教授、歯学部長)

\* 前委員長、 \*\* 平成元年5月任期満了辞任

\*\*\* 平成元年12月任期満了辞任