日医総研ワーキングペーパー

医学部教育・初期臨床研修制度に関するインタビュー調査: 卒前教育・卒後研修のシームレスな連携へ向けて

No. 226

2011 年 2 月 8 日

日本医師会総合政策研究機構

森 宏一郎 ・ 法坂 千代 ・ 澤 倫太郎

本ワーキングペーパーは、日医総研による調査研究の成果を
まとめたものであり、**日本医師会の公式見解ではありません**。

医学部教育・初期臨床研修制度に関するインタビュー調査：卒前教育・卒後研修のシームレスな連携へ向けて

日本医師会 総合政策研究機構
森 宏一郎 ・ 法坂 千代 ・ 澤 倫太郎

キーワード

- ◆ 共用試験（CBT, OSCE）
- ◆ 医師国家試験
- ◆ 初期臨床研修の到達目標
- ◆ マッチング制度
- ◆ 臨床実習ライセンス
- ◆ 禁忌肢問題
- ◆ 屋根瓦方式

ポイント

◇ 本ワーキングペーパーの目的は、インタビュー調査を通じて医学部教育・初期臨床研修制度に関する現状把握を行い、政策的インプリケーションを仮説的に議論することである。

◇ 都市と地方の両方において、大学、市中研修病院、地域医師会の各要職にあるキーパーソン 37 人に対してインタビュー調査を実施した。

◇ 医学部５・６年生の臨床実習が不十分になっている大学は少なくない。医師国家試験対策のために、臨床実習の十分な期間が確保されていない。法的な問題、指導医の不足、患者の理解不足、医学生のレベルの低さなどの問題から、臨床実習が参加型ではなく見学型になっている。

◇ 臨床実習ライセンス化については、賛否両論がある。反対意見では、責任の在り方が問題にされている。

◇ 現行の医師国家試験は知識偏重であり、態度・技能面のチェックが不十分である。実技テストの導入が議論されている。

◇ 禁忌肢問題の廃止、相対評価による合否判定は重要な検討事項かもしれない。

◇ 現状の初期臨床研修制度は、教育研修面では概ね良いと評価されている。

◇ 将来の専門科を決めてから初期臨床研修に入る方が望ましいという見解が多い。

◇ 初期臨床研修を効果的なものにするためには、屋根瓦方式の指導組織体制が高く評価されている。

◇ マッチング制度の評判は良くない。各研修病院の初期研修の教育体制が整備されないうちに拙速に導入されてしまったという評価である。

◇ 臨床実習のライセンス化、医師国家試験の臨床への集中、初期対応力養成を基本とした柔軟な初期臨床研修制度の運用の３つを仮説的に提示する。

目次

1　はじめに.....1
2　論点整理.....3
2.1 制度の概要　3
2.2 論点の整理　7
3　調査方法.....12
3.1 方法の概略　12
3.2 方法論： インタビュー調査の良さと限界　13
4　インタビュー情報の整理.....20
4.1 医学部教育　20
4.2 医師国家試験　33
4.3 初期臨床研修　38
4.4 マッチング制度　51
4.5 情報整理のまとめ　57
5　インタビュー情報の考察.....60
5.1 参加型臨床実習の内容と臨床実習ライセンス化　60
5.2 臨床実習ライセンス化と責任の在り方　64
6　政策的インプリケーション(仮説の提示).....67
6.1 【仮説１】臨床実習ライセンス制度？　69
6.2 【仮説２】医師国家試験の臨床への集中？　72
6.3 【仮説３】初期対応力養成を基本とした柔軟な初期臨床研修？　74
7　結論.....77

謝辞　80
参考文献　82

１．はじめに

2004 年度に新医師臨床研修制度が始まって、７年が経過しようとしている。新制度導入後の２年間、入局者がゼロになるために実質的に臨床医師が約 15,000 人消えるという状況が生まれた。そのため、各大学の教室・医局を中心とした医師供給システムという調整弁が機能しなくなり、いわゆる大学による医師引き揚げによって、地域病院の診療科の休止・閉鎖といった「地域医療の崩壊」が生じた[1] [2]。この影響は依然として残っている。医師不足解消のために、約 1,200 人の医学部定員増などの対応がとられてきているが、その効果が出るのは数年先の話である。

他方、初期臨床研修制度の教育研修効果についての検証が十分になされてきているとは言えず、プライマリ・ケアに対応できる臨床能力を涵養できているかどうかについては結論が十分に得られていない。この制度をめぐって、プライマリ・ケア能力の育成、初期研修医の待遇の改善、新たに顕在化した医師不足・医師偏在の問題、医学部教育との整合性・連携が取れていないことなど、さまざまな問題が複雑に絡んでおり、議論は複雑化・混乱しているように見える。

さらに、関連する話として、メディカルスクール化構想や医学部新設という話も出ている[3]。それらをめぐっては賛否両論が飛び交っているが、現状を前提に議論しているのか、医学部教育・初期臨床研修を改革することを前提に議論しているのかによって、話が大きく違ってくる面もあるようである。確かに、医師偏在・医師不足問題への対応は非常に重要な課題であるものの、そのことのみから教育・研修制度を変更するのは正しい方向とは言えない。他方、教育・研修効果を十分に確保しようとするときに、そこに投入される資源・時間やそこから生み出される医療のマンパワーを完全に無視することもできない。やはり、全体最適の視点から制度改革の方向性を探る必要があるだろう。

そこで、医学部教育から初期臨床研修までの教育研修の在り方をトータルで見直し、全体最適の視点から思い切った改革の方向性を提示することを目標として、インタビュー調査を実施した。現場の活き活きとした情報の把握なくして、制度改革の方向性

[1] 森(2008)
[2] 全国医学部長病院長会議(2007)
[3] 医学部定員増や医学部新設の影響とその考え方に関しては、小川(2010)が興味深い鋭い考察をしている。

を考えることはできないからである。最初のステップとして、現場で何が起きているのかについての事実情報を収集・整理し、一定の論理的なストーリーとして状況を理解することが必要である。そのため、都市と地方の両方において、大学、市中研修病院、地域医師会の各要職にあるキーパーソン 37 人に対してインタビューを実施した。本ワーキングペーパーは、インタビュー情報の整理と分析を行い、それらをもとに、医学部教育、医師国家試験、初期臨床研修に関して政策的インプリケーションを仮説的に検討する。

本論へ進む前に、教育・研修に関する用語について注意しておきたい。本ワーキングペーパーでは、医師法に定められている医師臨床研修制度のことを初期臨床研修制度と通称で呼んでいることに注意してほしい。正式な名称として使用されているのは、医師法にある医師臨床研修制度だけであり、卒前教育、卒後研修、初期（臨床）研修、後期（臨床）研修などはいずれも通称であるが一般的に使用されているため、これらの用語を本ワーキングペーパーの中で用いている。卒前教育は主に医学部５・６年生の臨床実習のことを意味していることが多いが、いわゆる医学部教育のことと理解してよい。卒後研修と初期（臨床）研修は同じ内容を意味しており、医師法で定められている医師臨床研修のことである。後期（臨床）研修は初期研修後、つまり医師となって３年目からのいわゆる後期研修医が従事する臨床研修のことである。

本ワーキングペーパーの構成は以下のとおりである。第２章では、調査研究対象である医学部教育から初期臨床研修までの制度概要をまとめ、整理した具体的な論点を与える。第３章では、実施したインタビュー調査方法の概略をまとめ、方法論としてインタビュー調査の良さと限界について論じる。第４章では、実施したインタビュー調査から得た情報（質的データ）を整理し、現状の問題やその理解を論理的なストーリーとしてまとめる。第５章では、インタビュー情報に対して考察を加える。第６章では、インタビュー情報の整理・考察をもとに、医学部教育、医師国家試験、初期臨床研修に関する政策的インプリケーションを仮説的に検討する。最後の第７章で、結論を与える。

２．論点整理

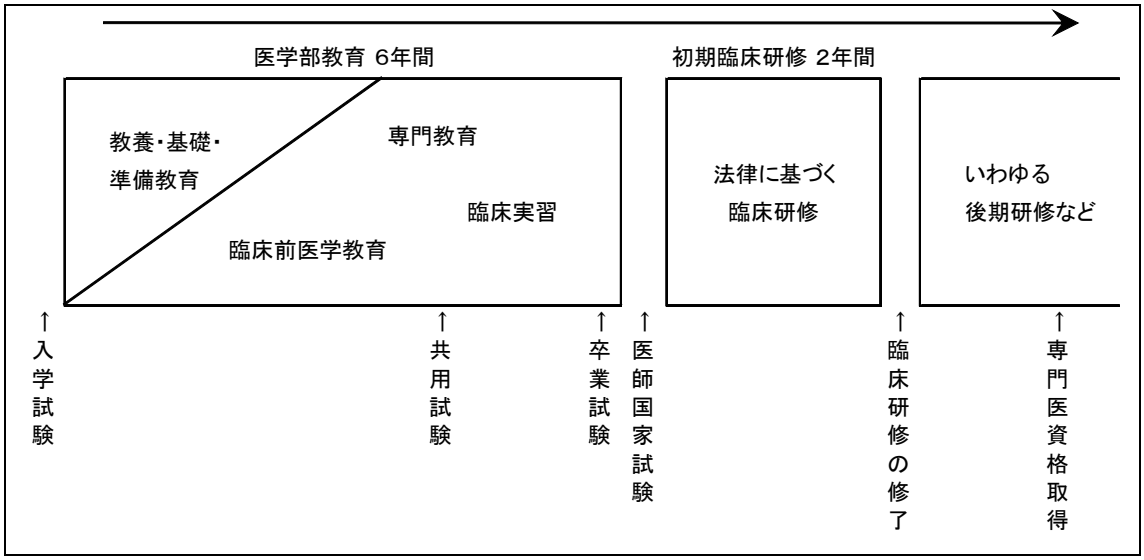
本章では、調査研究対象である医学部教育・初期臨床研修制度の概要を整理する。そのうえで、調査上の具体的な論点を明確化しておきたい。

2.1　制度の概要

医学部教育

医学部教育から初期臨床研修までの基本的な流れを簡単に整理しておく（図表 2-1-1 を参照)。

図表 2-1-1　医学部教育から初期臨床研修までの基本的な流れ



医学部教育[4]は６年間となっているが、その中には医学教育だけではなく、教養教育が含まれている。医学教育に関してはモデル・コア・カリキュラムが決められており、内容の標準化が行われているが、６年間の流れについては基本的に各大学の自由となっている。例えば、１・２年生時には教養教育が行われるのが普通であるが、その２年間の大部分を教養教育にあてている大学もあれば、１年時から医学教育の入門のような科

[4] 現状の医学部教育の全体像および各論については、日本医学教育学会(2010)が参考になる。

目を必修にしていたり、生化学や生理学のような基礎医学系の科目を教えている大学もある。通常、３・４年生時には医学専門教育が行われ、５・６年生時には臨床実習が行われる。

ここで注目しておきたいのは、２つの共用試験である[5]。それらは国家試験ではないが、５・６年生時の臨床実習を行う前に、医師資格のない医学生が臨床実習に参加できるための要件を満たしているかどうかを評価するという趣旨で課されるようになってきているものである。１つは、CBT（Computer Based Testing）である。これは、臨床実習開始前までに修得しておくべき必要不可欠な医学的知識を総合的に理解しているかどうかを評価するものである。知識・技能・態度の中の知識を問う。CBT はほとんどの大学で利用されており、進級の可否に利用している大学も多い。もう１つは、OSCE（Objective Structured Clinical Examination）である。客観的臨床能力試験で、通称「オスキー」と呼ばれている。これは、医学生の臨床能力（臨床実技）を客観的に評価するためのものである。OSCE では、症例への具体的な対応が評価される。知識・技能・態度の中の技能・態度を問う。CBT と同様に OSCE を実施している大学も多い。CBT と OSCE の成績については、評価基準は与えられているが、合格基準は各大学における臨床実習での学生指導の在り方を考慮して各大学が責任をもって設定することになっている。

医師国家試験

５・６年生時の臨床実習の後、卒業試験を経て、医師国家試験が課されることになる。医師国家試験では、３日間で 500 問の多選択肢問題を解かなければならない。注意しておくべき事項としては、２もしくは３問以上選択するとそれだけで不合格となる禁忌肢問題が含まれているということである。医師国家試験出題基準が設定されており、基礎医学・臨床医学・社会医学などすべての医学関連科目分野から偏りがないように出題されている。合格基準は、一般問題と臨床実地問題については相対基準となっており、必修問題は正答率８割という絶対基準となっている。くわえて、前述の禁忌肢問題については２もしくは３問以下という絶対基準となる。医師国家試験に合格すれば、医師国

[5] 共用試験の CBT と OSCE の試験結果データについては、日本医学教育学会(2010)を参照。

家資格が与えられる。

初期臨床研修

医師国家資格を取得した後、２年間の初期臨床研修が義務付けられている。初期臨床研修は医師法の中で定められている[6]。2004 年度に新医師臨床研修制度として導入されており、この制度の概要は以下の５点にまとめられる[7]。

①診療に従事しようとする医師は、２年以上、医学を履修する課程に置く大学に附属する病院または厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。

②臨床研修を受けている医師は、臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならない。

③厚生労働大臣は、臨床研修を修了した者について、その申請により、臨床研修を修了した旨を医籍に登録するとともに、臨床研修修了登録証を交付する。

④臨床研修修了の登録を受けた医師でない者が診療所を開設する場合には、都道府県知事などの許可を受けなければならない。

⑤病院などの開設者は、臨床研修修了の登録を受けた医師に、その病院などを管理させなければならない。

また、厚生労働省は新医師臨床研修制度の基本３原則を定めている[8]。

1. 医師としての人格を涵養
2. プライマリケアへの理解を深め患者を全人的に診ることができる基本的診療能力を修得
3. アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備 [9]

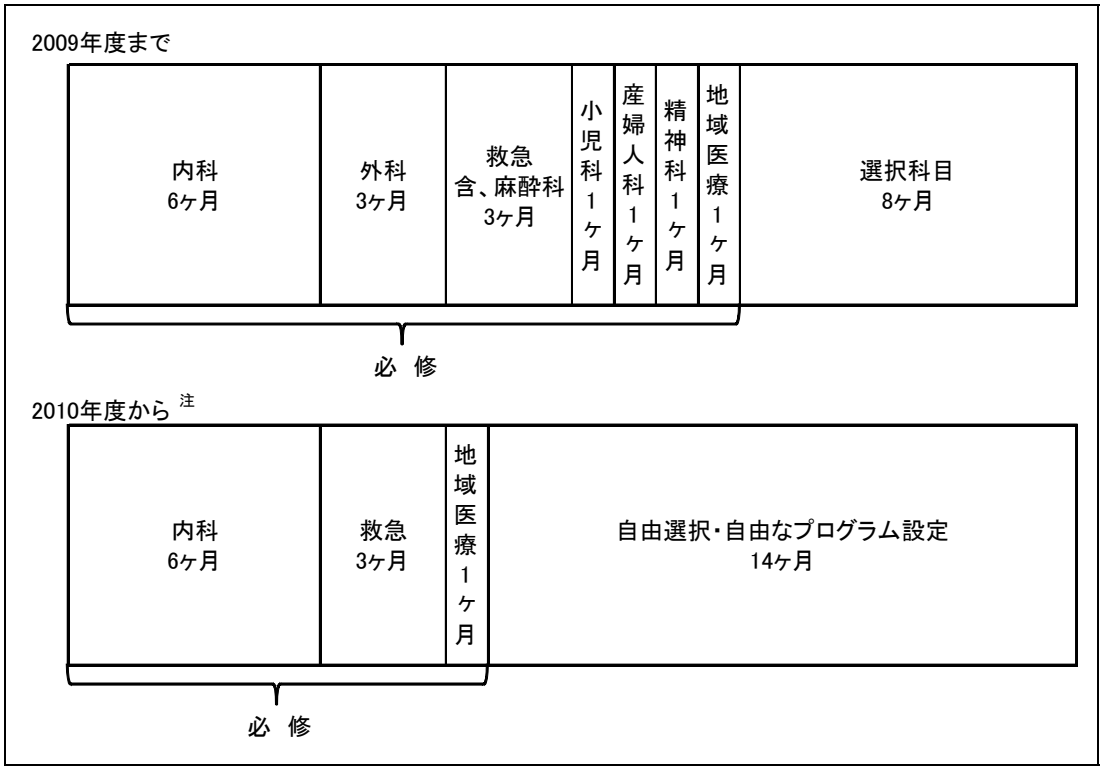
この制度下で、初期研修医は必修となっている診療科目を含めて、２年間、複数診療科をローテートしながら臨床研修を行う。2004 年度の制度導入時点では、１年目に内科６ヵ月、外科３ヵ月、救急・麻酔科３ヵ月、２年目に小児科、産婦人科、精神科、地

---

[6] 医師法、第三章の二、臨床研修、第十六条二～六
[7] 福井(2007)
[8] 吉村・松本(2007). 厚生労働省ホームページ：
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/001100.html
[9] 研修医の過酷な勤務実態やアルバイトに依存しなければならない状況なども背景にあると見られる。例えば、塚田(2002)を参照。

域保健・医療の各１ヵ月が必修とされ、残り期間は選択科目となっていた。2010 年度に研修プログラムの基準が弾力化され、現在、内科６ヵ月、救急・麻酔科３ヵ月、地域保健・医療１ヵ月のみが必修となっている。この必修以外では、自由に科目を選択して研修を行うことができる（図表 2-1-2 を参照）。

図表 2-1-2　初期臨床研修制度の必修科目の見直し（イメージ）



注：適切な期間の必修科目が含まれていれば、自由度の高いプログラム設計が可能。

初期臨床研修における到達目標については、厚生労働省による臨床研修省令施行通知によれば[10]、

> 「医師については、単に専門分野の負傷又は疾病を治療するのみでなく、患者の健康と負傷又は疾病を全人的に診ることが期待され、医師と患者及びその家族との間での十分なコミュニケーションの下に総合的な診療を行うことが求められていること。また、医療の社会的重要性及び公共性を考えると、臨床研修は、医師個人の技術の向上を超えて、社会にとって必要性の高いものであること。
>
> このため、臨床研修については、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、

[10] 厚生労働省、医政発第０６１２００４号、平成１５年6月１２日（一部改正 平成１７年 2月 8日、平成１７年１０月２１日、平成１８年 3月２２日）。

一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けることのできるものでなければならないこと。」

という説明が与えられている。いずれにしても、初期臨床研修までで医師としての基本的な診療能力を獲得することが求められる。

2.2　論点の整理

インタビュー調査を通じて、現状把握のための論点を整理してきた。主な論点を述べておこう。第１に、期間とやり方の両方において、医学部教育５・６年生の臨床実習が十分に行われているのか。第２に、医師国家試験の内容は医学部教育の充実と適切に連携するものになっているか。第３に、初期臨床研修の到達目標は達成されているのか。第４に、医学部教育の臨床実習と初期臨床研修の間の連携は効率的・効果的にとれているのか。第５に、マッチング制度はどのように評価されているのか。これらの５つの質問が主要な論点である。

論点項目

以下は具体的な論点項目を質問文形式で整理したものである。これらの質問群は、インタビュー調査時に実際に使用している。教育・研修の流れに合わせて、「医学部教育・卒前臨床研修」、「医師国家試験のあり方」、「初期臨床研修」、「医学部教育（卒前臨床研修）と初期臨床研修の関係」、「マッチング制度、医師確保、地域医療崩壊」の５つを順番に整理している。

【医学部教育・卒前臨床研修】

A)　医学部６年間で到達するべきレベルとは？

①　どういう定義を考えているか？

②　レベルを示す具体的な例は？

③　実際の到達レベルはどんなものか？

B) 医学部４年生までに、どのような教育を実施しているか？

① 古い話かもしれないが、５・６年生の臨床実習を始める前の基礎として、「内科診断学」というものを４年生までに修得していたという。こういうものは今はどういう扱いになっているか？　臨床実習のための基礎というようなものはどうなっているか？

② 医学部４年生までに到達するべきレベルは？

③ 実際の到達レベルはどんなものか？

④ ＣＢＴでは、どのようなレベルチェックになっているか。評価すべき点、改善すべき点は？

⑤ ＯＳＣＥは、どのようなレベルチェックになっているか。評価すべき点、改善すべき点は？

C) 医学部５・６年生の臨床実習はどのように行われているか？

① 見学型実習から参加型実習へと言われるが、現在、臨床実習はどういうやり方なのか？

② 見学型、参加型の違いは？　どういうことができれば、参加型と言えるのか？

③ 参加型になっていないとすれば、その障壁要因は何か？

④ ５・６年生の２年間のうち、臨床実習はどれぐらいの期間、行われているか？

⑤ 臨床実習期間をどれぐらい確保できれば、十分か？

【医師国家試験のあり方】

A) 現行の医師国家試験の問題点は？

① 知識偏重なのか？

② 問題自体が問題か？　医学部６年間の到達するべきレベルのチェックという視点が適切ではないか？

③ 臨床実技テストが必要か？

④ 禁忌肢問題は不要か？

B) 医師国家試験の内容とタイミングは？

① 基礎知識の部分を切り離して、４年生の終わりに持っていく（ＣＢＴの中に取り込む）か？

② 最終の医師国家試験としては、臨床問題（関連知識部分を含む）を残し、臨床実技テストを加え、臨床面の試験とするか？

【初期臨床研修】

A) 初期研修で到達するべきレベルとは？

① どういう定義を考えているか？

② レベルを示す具体的な例は？

③ 実際の到達レベルとは、どんなものか？

B) 初期研修におけるプライマリ・ケア能力を育成するという目的・理念は評価できるか？

① １～３ヶ月間の短期間でローテーションしていく研修をどのように評価するか？

② 今年度、必修が短縮化され、内科６ヶ月、救急３ヶ月、地域医療１ヶ月のみとなった。このことをどのように評価するか？

③ 専門科を決めずに初期研修を行うことをどのように評価するか？

④ 仮に、将来の専門科が決まっているとした場合、選択期間をどのようにするのがよいか？　（どうせウチに来るなら、他の科をきちんと回って、他の科のやり方を勉強してきてほしいという意見もあるようだが。）

⑤ どのようなプログラムが良いか？　例えば、内科系、外科系、産婦人科系、小児科系、その他にコース区分して、典型的に学んでおいてほしい診療科を４～６ヶ月を単位として、ローテーションするようにする（？）

C) 初期研修のやり方はどうなっているか？

① やはり見学型（象徴的には「お客さん」）と言われているが、具体的には、どのような取り組み方になっているか？

② 到達するべきレベルから見て、どのような取り組み方になるべきか？

D) 到達レベルのチェックはどうなっているか？

① 現在、初期研修の到達レベルのチェックはどのように行われているか？

② 到達レベルのチェックは必要か？　その問題点は？

③ 全国共通のレベルチェックが必要か？

【医学部教育（卒前研修）と初期臨床研修の関係】

A) 現在、医学部５・６年生の臨床実習の内容と初期臨床研修の内容に整合性が取れているか？

① 到達するべきレベルに重複があるか？

② 研修内容に重複があるか？

③ 十分に整合性が取れていない場合、どのような整理をするか？

④ 実際には、医学部５・６年生の臨床実習が十分にできていないために、本来、この期間に修得しておかなければならないことができていない？　結果的に、初期研修の中でやっている？

B) 医学部５・６年生の臨床実習に当たり、仮ライセンスを出したらどうかという話があるが、どのように考えればよいか？

① 医学部４年生終わりのＣＢＴの結果に基づいて、正式に仮ライセンスを出すか？

② 仮ライセンスは、文科省から出すか？　厚労省から出すか？　各大学で出すか？

③ 仮ライセンスを出すとして、責任の所在をどこに置くか？　医学部５・６年生は保険に加入する必要が出てくる？

④ 仮ライセンスということではなく、臨床実習に出られるレベルを保証するという意味で、「修了証」を出すということでよいか？

⑤ 修了証を受けた医学生であることをアナウンスする工夫（バッチをつける等）を行うか？

⑥ 見学型実習を参加型実習にするためには、修了証ということではなく、仮ライセンスが必要になるか？

⑦ 現在の初期研修でやっているレベルのことを医学部５・６年生にもっていくためには、修了証ではなく、仮ライセンスが必要になるか？

⑧ 医学生に対する患者の理解を得るためには、仮ライセンスが必要なのか？

C) 現在の初期研修でやっているレベルのことを医学部５・６年生に持っていくことは可能か？

① その場合、医学部教育における指導医数は十分か？

② 研修病院であれば 10 人程度の初期研修医数だが、医学部教育の中ということになると、100 人規模となる。この場合、症例数や患者数などのリソースは十分に確保できるか？

③ 医学部生のレベルの問題は？　知識、技量、精神、成熟度など

④ 移行できれば、初期研修は１年化あるいは廃止という方向になるか？

【マッチング制度、医師確保、地域医療崩壊】

A) 全国フリーのマッチング制度をどのように評価するか？

① マッチング制度は、大学・大学病院にとって、どういう意味を持っているか？

② マッチング制度は、初期研修の教育研修内容とは直接的には関係しないと考えられる（？）ため、医師配置・医師確保の視点から、マッチング制度を全面的に改革するか？

③ マッチング制度は若手の医師配置の偏在を招き、その後もその偏在が継続しているため、将来的な地域医療崩壊の火種になっているか？

B) 大学（含、大学病院）と市中病院の間の連携をどうするか？

① 現在、大学と市中病院の間の連携関係はどうなっているか？　（医療サービス提供において、教育・研修において、人材においてなど）

② 市中病院で初期研修を行った若手医師は、その後のキャリアの中で、大学・大学病院へ戻ってくる動きはどうなっているか？

③ 市中病院 ⇔ 大学・大学病院のパスはできているか？　障壁があるとすれば、それは何か？

④ 結局、専門医になるため、医師としての実力をつけるために、市中病院と大学・大学病院の両方を通る必要があるか？

C) ローカルあるいは関連病院があるローカルにおいて、医師配置・医師確保はどうなっているか？

① マッチング制度を通じた初期研修医の配置から、中長期的にどのような影響が出ているか？

３．調査方法

本章では、実施したインタビュー調査方法の概略を示したあと、方法論としてインタビュー調査の良さと限界を論じておきたい。

3.1　方法の概略

調査方法はインタビューである。有意抽出によって、都市と地方の両方において、大学、市中研修病院、地域医師会の各要職にあるキーパーソン 37 人に対して調査を実施した。調査期間は、2010 年 10 月 13 日から 2010 年 12 月 10 日までの約２ヶ月間で、合計 16 回のインタビュー調査を実施した。インタビューの場所は、回答者の都合を最優先し、多くの場合は回答者のオフィスであった。１回のインタビューの回答者数は１人の場合もあれば、２人以上の場合もあった。インタビュー調査者は、16 回のインタビュー調査のうち 10 回については森・法坂の２人で実施し、残りの 6 回については森が単独で実施した。1 回のインタビューの所要時間は厳格に決めていたわけではないため、およそ 60～120 分の範囲となった。平均的には 90 分程度である。調査の主要目的は現状の把握であるため、事実探索型・問題発見型あるいは仮説生成型の調査としてインタビューを実施した。

図表 3-1-1　インタビュー調査の概要

項目	内容
調査形式	非構造化面接法
調査期間	2010年10月13日～2010年12月10日
実施回数	16回
回答者数	37人
抽出方法	有意抽出法
1回の調査時間	約90分間（60～120分）
調査者	森単独 または 森・法坂
調査場所	多くは回答者のオフィス
調査目的	事実探索、問題発見、仮説生成
備考	重要な副産物として、愛媛県内の11研修病院から自由記載方式のアンケートを回収

インタビュー形式は、非構造化面接法である。非構造化面接法とは、リサーチ・クエスチョンと大ざっぱな質問の流れは決めておくが、事前にシナリオ（面接調査票やインタビュー・スケジュール）を決めずに行うインタビューであり、あたかも共通の関心を持った面接者と回答者が一緒に話し合っているような会話の流れの中から情報を獲得する方法である[11]。ただし、論点整理はインタビュー調査を進めながら、発展的に行っていった。非構造化面接法では、量的データではなく、質的データの獲得を目指すのがふつうであり、本調査も質的データの獲得を中心に据えて行った。

なお、愛媛県医師会のご協力により、愛媛県内の 11 研修病院から自由記載方式のアンケートを回収できた。2.2 節で挙げたような細かい論点ではないが、それらの大枠の論点についての回答を得ることができ、非常に有益であった。

3.2 方法論： インタビュー調査の良さと限界

インタビュー調査は社会調査の一つの主要なアプローチである。量的データを獲得できるアンケート調査と比較すると、調査対象者が多くないという理由からインタビュー調査は不当に批判されることがある。しかし、インタビューによって情報を得ることがますます多くなってきており、すべての社会科学的調査の 90%以上がインタビューデータを利用しているとも言われる[12]。もちろん、アンケート調査にもインタビュー調査にも長所と短所の両方があり、どちらかが必ず優れているというわけではない。ここでは、インタビュー調査の特性を整理し、その良さと限界について議論しておく。

インタビュー調査とは、調査・研究対象に深い関係を持つ回答者（当事者）から双方向のコミュニケーションを通じて、質的データをある程度の深さで収集する方法である。特に、非構造化面接法では、先験的な仮定を置かずに高い自由度がある会話の中から情報を引き出すため、先入観に縛られることなく事実を探索したり問題を発見したりすることができる。他方、社会調査において、インタビューの対極にあるのはアンケート（質問票）調査である。アンケート調査は、調査・研究対象に深い関係を持つ回答者（当事

[11] 鈴木(2005)
[12] ホルスタイン＆グブリアム(2004)

図表 3-2-1　非構造化面接法によるインタビュー調査とアンケート調査の比較

項目	非構造化面接法による インタビュー調査	アンケート調査
データの種類	言語的データ 質的データが主 量的データ化の余地が小さい	言語的データ 質的データと量的データ 量的データ化が容易
データ内容	主観的	主観的
データの記述	他記式	自記式
尺度の使用	あり得るが、ほとんどない	多用
質問の内容	深い、複雑、詳細	簡単、一般的
回答の記入ミス	防ぎやすい	防ぎにくい
回答者本人の確認	確実	困難
回答者に対応する融通性	あり	なし
サンプル・サイズ	小さい	大きい
サンプル抽出法	有意抽出法	無作為抽出法
対面コミュニケーションの必要性	あり	なし
調査者による回答者への影響	大きい、相互作用	小さい
回答者に対する調査者の技量の影響	大きい	小さい
調査所要時間	長い	短い
調査にかかるコスト（時間・経費）	大きい	小さい
対象者のプライバシー保護	対策が必要	守りやすい

資料：鈴木(2005)の表 3-1(p.42)から筆者が改変のうえ作成

者）に質問票を渡し、回答を回収することによって量的データを収集する方法である（一方向のコミュニケーションではあるが、部分的には自由記載欄から質的データも収集できる）。アンケート調査では、質問票の設計において、調査テーマに関する回答者の意識に共通した一定の構造や流れを仮定しており、新しい事実や問題の発見には必ずしも有利ではないかわりに、仮説の検証には有効に働きやすい。図表 3-2-1 は非構造化面接法によるインタビュー調査とアンケート調査を一般的に比較したものである。この表からも分かるとおり、インタビュー調査とアンケート調査は補完的であって、普遍的にどちらかが優れているということはない。適材適所でアプローチを使い分けるということが必要になる。実際に、先にアンケート調査を実施し、後から非構造化面接法によるインタビュー調査を行い、重要な質問に関する回答の意味の裏づけを行う手法もあれば、逆の順序で調査を行うことによって、非構造化面接法によるインタビュー調査から得た事実や仮説の一般性や妥当性を検証するためにアンケート調査を行う方法もある。なお、関(2002)は「現場」は「発見の場」であるとし、後者の方法を取るべきだと述べている。「既成概念で調査票を作成し、同じ質問を繰り返し、そして、同じような回答を所定の枚数確保して終わりという「場」ではない。「現場」調査の焦点は、相手との「対話」

にある。「対話」を重ねながら、新たな問題を浮き彫りにしてこそ意味がある。「現場」を訪問しながら、調査票を埋めてくるだけなどというのは、最低というべきであろう」という。この意味において、我々は「非構造化面接法」によるインタビュー調査を調査方法として採用した。

インタビュー調査の良さ

インタビュー調査の良さは、その特性から来ている。第１に、質的なデータをゼロベースから収集することができる。事前に準備しておいた質問への回答だけでなく、本来考えていなかったような予想外の回答や知見が得られることもあり、新たな考え方や情報による視野の広がりを経験できることが多い[13]。調査研究対象の事実や現象を正確かつ詳細に把握していない時点でも、質的な情報を収集することが可能である。もっと積極的に言えば、何も分からない状態から新しい情報を獲得することさえ可能である。そういうことがあればあるほど、インタビューとしては成功とも言える。なぜなら、質的データは事前に持っているとは限らず、むしろ、持っていない質的データを獲得するためにインタビューを実施しているからである。

第２に、双方向のコミュニケーションによることの良さである。得た質的データの意味や文脈の確認、具体的な例示やエピソードの収集、使用している言葉の定義の把握、インタビュー回答者の感情や思考・認識の把握など、基本的にはインタビュー現場で行うことができる。こうして獲得した質的データの意味の確度は十分に高いものとなるだろう。もちろん、この点は調査者のスキルに依存する面はある。表面的なことばを超えるためには、調査者は相互的な自己開陳ができる環境を確立しなければならず、調査者が回答者自身の感情や内奥の思考を進んで分かち合おうとする気持ちを表現する必要がある。これがなされると確実に、回答者が今度は自分から自分自身の思考や感情を分かち合おうとするのである[14]。

第３に、回答者に持っている情報の意味づけや解釈を促し、単純に情報を取り出すということにとどまらず、事実や実際の状況を回答者がどのように捉え考えているのかを

[13] 鈴木(2005)
[14] ホルスタイン＆グブリアム(2004)

明確に把握することができる。そもそもインタビュー調査は、調査者が知らない情報を知っている回答者からもらうという意味があるだけではなく、回答者の解釈能力を刺激して事実情報と合わせて回答者の解釈や認識をも理解する調査方法なのである。この背景には次のような考え方がある。「これまでの伝統的なインタビュー観によれば、受動的な対象者が、適切な質問があれば、それに対して自己の経験を知覚し、それを中から取り出して報告するという「最小限」の解釈作業に携わるものと考えられてきた。これに対して私たちのアクティヴなインタビュー観によれば、対象者には実質的な内容をもった解釈方法のレパートリーと経験した題材のストックが備わっているのである。アクティヴ・インタビューという考え方によれば、対象者は封を切られるのを待っている容器というイメージではなく、むしろ反対に、対象者は自分の解釈能力を活性化し、刺激し、育むべきものとして捉えられる」（ホルスタイン＆グブリアム，2004）。

第４のインタビューの良さは、質的データをストーリーとして、ある程度の深さで収集できることである。部分部分の状況・事実認識や意見などを断片的に把握するのではなく、インタビュー回答者が語る一つの世界として具体的な文脈の中で有機的につながりを持った話として、質的データが位置づけられるからである。一般的に、ケース・スタディーの中でインタビューが実施されることが多いが、１つのケースを捉える上で、インタビューのこの良さが利用されているのである。

最後に、インタビューは収集情報の多様性を許容するという良さがある。例えば、アンケート調査では基本的に与えた選択肢に応じた区別しか許容されない。アンケート調査では同じ選択肢を選ぶことになるが、実は回答者の意識としては違いがあるという場合がある。あるいは、同じ選択肢だとしても、その選択肢の解釈が異なる場合もあるだろう。例えば、「大いにあてはまる、あてはまる、どちらとも言えない、あてはまらない、全くあてはまらない」というようなリッカート・スケールの選択肢が与えられた場合を考えよう。同じ「あてはまらない」という選択肢を選んでも、一方はごく一部であてはまらないという解釈で、他方は対象の意味が部分的に異なっているという解釈かもしれない。単純に言っても、「あてはまらない」の程度は回答者によって異なるだろう。アンケート調査による選択肢だけでは、回答者の主観的な意味や程度を十分に知ることができないかもしれない。インタビュー調査では、双方向コミュニケーションであるとともに、多彩な文脈や付帯情報を確認することができるので、アンケート調査の選択肢

では区別されない微妙な違いを区別することができる。つまり、インタビュー調査には、回答者の意識・認識における微妙な違いを無視しないという良さがある。

インタビュー調査の限界

他方、言うまでもなく、インタビュー調査には限界もある。最初に指摘されるのは、調査対象者数の少なさである。アンケート調査では、調査対象となる母集団の大きさを考慮して十分と考えられる回答者数を確保することが可能となることが多いが、インタビュー調査では難しい。十分な回答者数を確保できなければ、そこで得られた情報や事実の一般性や妥当性を主張するのは難しいということになる。母集団に対して、少数の回答者からしか情報が取れなければ、情報に偏りが生まれるリスクは高いものになる。平たく言えば、収集したデータの代表性に疑問が残るということになる。この点は認めざるを得ない。だからこそ、非構造化面接法によるインタビュー調査は仮説検証型を目指すのではなく、事実探索型、問題発見型、仮説生成型を目指すことになる。一般性や妥当性を確認できないかわりに、詳細さや深さを追求することによって、生じている現象や回答者の解釈・認識の論理性を確認する。つまり、質的データの信頼性ではなく、信憑性を追求するわけである。そのことを通じて、できれば、帰納的推論まで辿り着くことを目指すのである。

第２に、その少数の回答者の選択・抽出のやり方が恣意的ではないかという点である。回答者の選択・抽出が恣意的であれば、ある種の結論を導くのに都合のよい人たちばかりが選択され、その結果、意図的にせよ無意識的にせよ、著しく偏った結論が得られてしまう危険性がある。この問題も認めざるを得ない。しかし、他方で、この問題は非構造化面接法によるインタビュー調査には必然的なものとも言える。インタビュー調査は、回答者が持っている情報を単純に取り出すというものではなく、その場の双方向のコミュニケーションから回答者の事実・現況に対する解釈・認識をも導き出すものである。そうだとすれば、物語を話す能力という回答者の適性を考慮して、回答者を選択・抽出しなければならない[15]。したがって、非構造化面接法によるインタビュー調査では、アンケート調査のような母集団からの無作為抽出法ではなく、有意抽出法を取ることにな

[15] ホルスタイン＆グブリアム(2004)

る。つまり、意識的に、調査目的や調査テーマに関する情報を収集するのに適切な特性・属性を持つと思われる回答者を選択するのである。ただし、本インタビュー調査では、意見・認識が特定の方向に偏らないように、意見対立のある人たちを意識的に含めるなど、特性・属性のバランスを考慮している。

第３に、インタビュー調査で得られる情報は主観的であるという点である。インタビュー調査では、回答者の解釈・認識までも得ようとしているため、そこに主観的な情報が含まれるのは当然であるという言い方もできる。ただし、アンケート調査も主観性の問題は避けられない。問題となる主観性としては、忘却、思い込み、記憶違い、タテマエ、自己防衛、みえ、社会的望ましさ、印象操作（自分に関する望ましい印象を意図的に相手に与えようとすること）、面接参加への動機づけの低さなどの影響により、事実とは異なる情報が提供され、回答内容が正確ではないということがある[16]。正直に言えば、実際、複数人の回答者に対してインタビューを実施したとき、質問への明確な回答を意識的に避けている様子が観察されたり、明らかに他の回答者の顔色をうかがいながら回答しているケースもあった。しかし、それらを含めて、問題を理解・解釈するというスタンスであれば、主観性があってもおもしろい調査となるのではないかと考えている。もちろん、物事の感じ方や経験の判断の仕方は人によって異なるという主観性の問題はあるため、インタビュー調査による質的データの分析から得られる結果の一般化には限界があることは間違いない。

上記のような問題もあるものの、前述のようなインタビュー調査の良さを考慮すれば、インタビュー調査だけでも十分な情報収集と分析が可能であると言ってもよい。しかし、調査研究対象全体での一般性や妥当性のチェックあるいは平均像の把握という点では、アンケート調査をあわせて適切に行っておくということが補完的に必要であろう。理想的には、ある程度の数のインタビュー調査を実施し、情報収集・分析を行い、一般性・妥当性の検証が必要な部分、平均像を把握したい項目を明確化し、それらについてはアンケート調査で補完するというやり方が望ましいだろう。もちろん、逆の方法もあり得る。アンケート調査で得られた平均像を端緒として、深く入り込んでおきたいところを絞り込み、インタビュー調査によって深く切り込むという方法である。いずれにしても、インタビュー調査もアンケート調査もそれぞれ１つの有用な社会調査のアプローチで

[16] 鈴木(2005)

ある。それらは補完的な性格を持つため、可能ならば、両方を適切に利用するというのが理想的である。残念ながら、諸々のリソースの問題から、本調査研究はインタビュー調査のみに依拠している。

４．インタビュー情報の整理

本章では、インタビュー調査から得た質的情報を内容別に論理的に整理してストーリー的に示す。インタビュー調査の回答者のプライバシー保護に配慮しながら、現場から得られた生の情報を可能な限りそのまま利用して取りまとめを行いたい。医学部教育、医師国家試験、初期臨床研修、マッチング制度の４つに大きく分けて整理する。なお、本章については、カッコ（「　」）内の部分は全て、インタビュー調査から得た質的データを示している。

4.1　医学部教育

臨床実習の問題：　期間

2.1節で示したように、医学部５・６年生の２年間は診療参加型の臨床実習を行うことになっている。ところが、２つの意味で、十分な臨床実習ができていないという。１つは、期間が不十分であるということ。もう１つは、見学型実習が中心で、参加型実習が不十分であるということである。

まず、十分な期間、臨床実習を実施している大学は決して多くないという点である。「80大学のうち半分の大学は、国家試験対策に追われてしまい、臨床実習をまともにやっていないのが現実。私大では、６年生の５月の連休明けからは実習などやっていない。国家試験対策だけ」というのである。類似の話は非常に多い。「医師国家試験があり、結果として６年生は国家試験対策に費やされ、十分な技能・態度の習得ができない」という。つまり、医師国家試験対策に追われるために、臨床実習の期間を十分に確保できないという状況に陥っているわけである。「６年生は国家試験対策の予備校と化している」や「国家試験500題への対策となると、やはり６年生は国家試験対策に追われる」や「５年生終わりから６年生は、受験生である」などの声は少なくなく、予備校化・受験生などの言葉で揶揄されるような状況になっている大学もある。具体的には「６年生になると、国家試験対策として集中講義が入る」ようになるわけである。国家試験対策に追われるため、現実的に「臨床実習ができるのはせいぜい50週」というような状況に

なっている。十分な期間が取れなければ、各診療科での十分な臨床実習は行えないだろう。「救急医学の臨床実習は１週間だけ。ACLSのシミュレーションをやって、救急車同乗実習。見学のあと、朝カンファでプレゼンして終わり」というような状況が生まれてしまう。

また、６年生の１年間が国家試験対策に追われるような状況下にあると、学生の学習意欲・インセンティブにも悪影響がある。「５年生になって、臨床実習のプロセスに入ると学生の目が輝いてくるし、やる気も出てきて、今までたいして積極的に質問していなかった学生が積極的に質問したり議論したりするようになる。このプロセスはきわめて重要。ところが、６年生になると、国家試験対策として集中講義が入るようになり、再び学生の目が曇ってくる過程に突入することになる」というのである。

他方、国家試験対策に追われない大学もあることは事実として言っておかなければならない。例えば、「国家試験対策はやらないので、10％ぐらい落ちる学生が出る」という大学もある。「国家試験対策は基本的に学生任せ。大学であって、予備校ではないのだから、国家試験対策なんかやる必要はない」という意見もあった。しかし、国家試験対策が学生任せだとしても、ペーパーテストとして知識を問う試験への対策の期間を確保するためなのか、現実的には臨床実習は７月上旬で終了するようである。大学では国家試験対策なんてやる必要はないというところでは「５年生の３月まではBSL、６年生の４～６月（７月上旬まで）の３ヶ月は２つの診療科を選択して臨床実習をやる。８月から卒業試験の準備、11月に卒業試験が終了する。系統的な実習は５年生で終わりとなっている」ということである。いずれにしても、６年生の秋まで十分な期間をかけて臨床実習を実施している大学は少ないようである。ここでは具体的には示さないが、６年生の秋まで臨床実習を行っている大学として、インタビューの中で名前の挙がった大学もある。そういう大学が少ないことの象徴として挙げられているのである。

臨床実習の問題： 見学型実習

次に、見学型実習が中心で、参加型実習が不足しているということが指摘されている。「重大な問題は、５～６年生の技能・態度の習得において、参加型にならず、見学型になっていることだ」という。「今のはほとんどが見学型」と言い、具体的には「お産の

経過を診るだけというのは座禅みたいな忍耐力が必要だが、これは、単なる見学。進行状況を把握してもらうということになれば、参加型になる。ただし、内診はやらせない」という議論もある。もう少し一般的な言い方としては、「いわゆるポリクリでは、内診・初期診察・鑑別診断をやらせなければダメだが、見学型になっているため十分できていないのが現状である」というのもある。

医学部５・６年生の臨床実習は、知識・技能・態度のうちの技能・態度の部分を涵養することを目的にしている。この目的を達成するためには、見学型実習で十分なのだろうか。あるいは、患者に接することなく、シミュレーターによる教育で足りるのだろうか。「態度面、つまり、医学知識と技能を使うための姿勢や考え方を涵養するなどというが、医学部では無理。見学型だからだ。患者に責任をもって接して、はじめて学べるものである」という意見がある。医学部５・６年生の到達目標としては、現行制度の文脈から「基本的には、OJT（on-the-job training）である初期研修にスムーズに入れるレベルということになる。患者との面接、カルテ、病態診断などということになるだろう」や「初期研修に耐えられるレベル」と言い、「これらは参加型実習がないと無理」との認識を示している。シミュレーション教育については、「シミュレーター教育というものがあって、学生は楽しくやっている。もちろん、実際とは違うわけだが、そういう形での実習教育もやっている」というように、シミュレーター教育自体が悪いというわけではない。しかし、「やむを得なく、人形を使ったシミュレーション教育になってしまっている」というのが現場の正直な認識なのかもしれない。

参加型実習を阻む要因

参加型実習を阻んでいる要因は何だろうか。まず、法的な根拠がないことが挙げられる。「法的な裏付けがないので、医学部生は医行為ができない。学生の医行為の責任の所在が全く不明なのである。したがって、結果的に、医師免許取得後の初期臨床研修へということになるわけだ」という。背景には、医師でなければ、医業をなしてはならないという医師法第 17 条の規定がある。この法律を厳格に適用すると、医学部教育における参加型の臨床実習は全くできないということになる。「実践的に言うと、医学生には技能は求められない。というのは、例えば、内視鏡や超音波検査など、医学生にはや

らせられないものが数多くあるからである。法律・制度として、できるようになるなら、やらせたい」という話もある。さらに、この法的な問題に絡めて、近年増加している医療訴訟も暗い影を落としているようである。「国民意識の変化から医療裁判が増えていることが背景にある。結局、事故責任の所在がはっきりしないので、学生に医行為をさせることができない」というわけである。

次に、指導医の不足が挙げられる。「一番のネックは、ティーチャー、教育者がいないこと。教育者がたくさんいないと、できない。臨床をちゃんとやっている教育者がいないとダメ。人員不足のために、見学型になっている。ちなみに、私の教室で言えば、倍の人数はいないとダメ」という。指導医不足の指摘は他にもある。「指導医が圧倒的に不足。米国のメディカルスクールと比較すれば、指導医は 10 分の１」という。初期研修医が医学生の指導に当たるという方法は有用であるが、「大学では指導医不足が続いていて、この問題はずっと続いている。初期研修医が短期間でローテーションすることもあって、初期研修医が教える立場になれないということも悪い。決定的に人材不足である」という指摘もある。人員数が不足しているということに加えて、指導医が多忙であることもある。「問題は、指導医が時間をどれだけ取れるかということ」と問題を指摘し、「医学部５・６年生に加えて、研修医の面倒も見ているのだから、中級・上級医師は非常に忙しい」や「国が指導医の権利を与えないと、雑事が多すぎて、十分に教育に集中できない」というのが実情のようである。この指導医の忙しさの背景には、大学においては制度的な問題も見え隠れしている。「指導医は、研修、研究、教育と、かなり大変な状況にある。日本では、教育という切り口のキャリアパスがなく、そこだけでは評価されない。だから、教育に注力するわけにもいかない。例えば、教育者には論文数を求める必要はないはずである」というわけである。さらに、指導医の金銭的な手当の薄さが問題になっている面もあるようである。「大学の医師の給料は現在の２倍くらいにしなければ、指導医はアルバイト生活から逃れられません。月に１万や２万の手当ではだめなのです。そういう状況では、若い人達は市中病院から大学へ戻ってこないでしょう」という声もある。

他には、参加型実習を阻む要因として、患者の理解が得られないことが挙げられる。つまり、「患者さんの意識が低く、医学生を嫌がるということが障壁となっている」のである。はっきり「患者サイドから学生を入れないでください」というケースもある。

インフォームド・コンセントは重要であるものの、「インフォームド・コンセントをきちんと取っているが、やはりそのプロセスで患者が嫌がるということがある」という。ただ、教育現場として、患者の気持ちに一定の理解を示す向きもあるが、教育上として協力してもらわないと仕方ないという面もある。「医学生の臨床実習を嫌がるという患者の意識はある。医学生だけではなくて、初期研修医についてもある。注射とか点滴はうまくやらないと嫌がられるのは当然。だけど、そんな簡単というわけでもない。ただ、そこは理解してもらわないといけないところはある」というのである。この点については、社会への働きかけが重要という見方もある。「確かに、医行為をちゃんとすることができない。しかし、患者さんが嫌がるということもある。なので、制度として、社会にアピールしていかなければダメ」や「やはり、文科省なり、厚労省がきちんと説明して、そういう参加型研修ができるように、医学部５・６年生が参加型研修ができるレベルに十分あることを患者に啓発してもらうことが必要」という。

また、医学生のレベルの低さが参加型実習への障害として挙げられる。「医学部５・６年生に侵襲的なところをやらせるためには、そのレベルが必要になるが、彼らにはそのレベルはない」という。医学生のレベルが議論されるとき、アメリカのメディカルスクールとの比較の話になることが多い。というのは、アメリカの場合、カレッジを卒業した人が医学の専門教育を直接的に行う場としてのメディカルスクールに入学する仕組みとなっており、年齢的にも教養的にも相対的に成熟度が高いと言われるからである。「アメリカは、メディカルスクールという専門学校なので、部活なんかやらないし、かなり集中的にやっている。メディカルスクール制のほうが国際的には多い。他方、日本は大学でやっていて、日本独自のスタイル。否定するべきことではないが、部活もやっている。ただ、そういう意味で、ライセンスをあげられるようなレベルにはならないのではないか」や「クリニカル・クラークシップ[17]で参加するということになると要求されるレベルが違ってくる。アメリカでは、卒業後にメディカルスクールに行くわけなので、４年＋４年の８年間ということになる。年数としては、日本は６年＋２年と同等ということになるわけなので、学部５・６年生で前倒しでやらなくても、ちょうど初期研修のときに臨床研修をやるということでいいだろうと思う」という。他にも、「学生のレベルが低いという問題もあるが、教育状況が全く違う」や「やはり、精神的な成熟度というところも重要。たしかに、臨床サイドからは、早く臨床現場に出してくれという

[17] クリニカル・クラークシップとは、指導医や研修医で構成される診療チームに医学生がチームの一員として参加して、チーム診療を通して、臨床能力を身につける臨床実習方式のことである。

プレッシャーはあるのだが」という医学生のレベルを問題にする声が聞かれる。

参加型実習への意欲

このように現場の詳細な状況は多様であるものの、できる限り参加型実習にしたいという声は多いように見える。例えば、「確かに、ただの見学実習じゃなくて、もう少し参加型というか、患者さんに触れられるようにしたいというところはある」や「優秀なのは少ないものの、関連病院に１カ月とか出して、クリニカル・クラークシップとしてチームの一員として参加する実習をやらせてみるというのはあり得る」という。また、やろうとしたができなかったという話もある。「６年生で、ベッドサイド・クラークシップとして、ＢＳＬをステップアップしたものをやるが、ここでは、ちゃんと参加しなさいということになっている。自分でカルテも書く。しかし、うまく機能しなかった」というのである。もっと情熱的な意見としては、「できることなら、技能レベルのところを医学生にやらせたい。知識・技能・態度はセットで相互にフィードバックさせ合いながら学習するものだ。しかし、このフィードバックがない状態になっている。見ているだけでは無理。自分でやらなければ学べない。責任も求めればいいし、保険もかければいい。責任を伴わなければちゃんと学べない。医学部５・６年生と初期研修がやることはさして変わらない。このあたりのことは、見学型じゃ絶対に学べない。市中病院で見ているだけのやり方では学べない。シミュレーターなんかもあるが、これは参加型にはならない。やはり、生身の患者を相手にして責任をもってリスクを感じながらやらないと身に付かない。そういう意味で、今のはほとんどが見学型」というのもある。医学生のやる気を喚起するためにも参加型が求められるというコメントもある。「参加させると、学生の意識は変わるかなと思える部分はある」という。

他方、すでに参加型実習を導入している、あるいは、部分的に参加型実習になっているという話も存在する。「2002 年から、明確に見学型実習から参加型実習つまりクリニカル・クラークシップへ移行した。そこでの到達目標は、初期研修のときにスムーズに病院業務ができるレベルということになっている。以前は２週間単位で全診療科を回っていたが、今は選択制にしており、１ヵ月単位で選択したものだけを回るようになっている」という。また、「タームが長い診療科のところではすでに参加型になっている」

といい、臨床実習期間が確保できているところでは参加型になる可能性もあるようである。次の話は、ひとつの成功事例のようなものであるが、医学生に診療科を選択させて、４～８週間のまとまった期間、臨床実習を行わせることによって、医学生側のやる気と教える側の教育インセンティブが一致することで、参加型実習が実現しているという。「５年生の間に臨床実習における一般基礎を一通り終えて、６年生になると、臨床実習のために自由に診療科目を選べる期間が３カ月間、設けられている。アドバンス・コースと呼ばれる。4 週間か 8 週間単位で、選択した診療科を回る。このアドバンス・コースで回ってきた医学生が入局する率は非常に高い。当然、選択して来ているので、やる気もあり、臨床実習も参加型になっている。手術にも第３助手として入る。さらに、症例発表をやってもらったり、できる学生には全国規模の学会発表もやってもらっている。4 週間の場合、そのうちの 1 週間は学生を市中病院に出すようにしているし、そこで当直もやってもらっている。このアドバンス・コースは非常にうまくいっていると感じる」という。

参加型実習とは何か

見学型実習から参加型実習へと言われるが、参加型とは何かという点では、インタビュー全体を通じて、それほどはっきりしていたわけでもなかった。参加型として挙げられている言葉を集めてみると、共通項はあるようである。まず、患者を診るということである。言葉としては、「患者さんに触れられる」、「患者との面接」、「生身の患者を相手にして責任をもってリスクを感じながらやる」、「患者に向かう」などと表現されている。実習の内容的なものとしては、「侵襲的なところをやらせる」、「手術にも第３助手として入る」、「手術の第２・第３助手」、「自分でカルテも書く」、「カルテや病態診断など」、「検査もやってみろ」、「(お産の経過について) 進行状況を把握してもらう」、「薬剤の処方までやってみる。副作用管理などまでやらせてみる」、「点滴。点滴時のカロリー管理など」などと表現されている。参加型実習のイメージを示すものとしては、「クリニカル・クラークシップ」、「１人の医師として参加する」、「医療チームに放り込む」というのがある。クリニカル・クラークシップとして、チーム医療の一員として、１人の独立した医師として参加しているという状態を言っており、これは、手術で言えば、必ずしも執刀医のようなコアな立場での参加だけを意味しているわけではない。むしろ、

上記にあるような、第３助手として参加するというところも参加型実習と言っているわけである。

参加型実習はできることならやりたいというのは明確であるが、注意しておきたい点がある。内科と外科では参加型実習の重要性あるいは実現性が大きく異なるということがあるようである。端的に言えば、「内科は自然と参加型になりやすい」が、外科は参加型をやりにくいというのである。「クリニカル・クラークシップは内科系と外科系で異なる。外科系はどうしても見学型になるという面もある。他方、内科は全面的に参加型にできるため、参加型にするべき。カルテや患者の見方など、チームとして学んでいける。オペの一員として参加することも可能であるが、外科では実際に処置をするという意味での参加は難しい」という。

医学生の適格性： 参加型臨床実習へ進むために

臨床実習に関係していることで、もう１つ、別の切り口から問題にされていることがある。それは、医学生の適格性の判断を行うプロセスが存在しないことである。医学生は５・６年生になると、程度の差はあるものの、患者に直接的に接するようになり、人間そのもの、あるいは、生命に関わる医行為に関係するようになる。また、将来、医師国家試験に合格すれば、医行為を行える立場となる。しかし、医行為を行う適格性をチェックするところがないというわけである。「現実として、どうしても臨床医に向いていないのではないかという医学生もいる」という認識があり、「大学にいるうちに、臨床的なところに向いているか、研究的なことに向いているか、そういうチェックがあってもいい」というわけである。もう少し刺激的な見解としては「今は６年間で医学士を与えているが、試験は良いが人間としてダメという人をふるいにかけられない。そういう人たちを４年生の時に、学士を与えて、外に追い出してしまう仕組みが要るのではないか」というのもある。より現実的に、医師に向かない医学生に参加型臨床実習を行わせるのも危険であるという視点から次のような話もある。「統合失調症の人はどんなグループでも１％はいる。医学部生の中にもいる。そういう医師に向かない人は、医学部５・６年生で仮ライセンスを与えるところではじけるようにすればいい。そうしないと、５・６年生の臨床実習は直接的に患者に向かうことになるので、危ないことにな

る」というものである。

臨床実習ライセンス

参加型実習を阻む主な要因はいくつかあったが、これらの問題をクリアする方法の１つとして、「臨床実習ライセンス化」が議論されることが多いようである。教育・医療現場の状況から見て、この臨床実習ライセンス化はどのように捉えられているのだろうか。インタビュー調査から得た情報を単純に眺めると、ライセンス化に対しては賛否両論がある。具体的にインタビューからの質的データを見てみよう。

まずは、賛成派のコメントからチェックする。次のコメントは、参加型実習を実現するために、ライセンスが有効であるというものである。「ライセンスを与えることによって参加型になるという部分はあると思う」や「５年生になるところで、仮免許を与える。つまり、共用試験をパスしたら、正式に医師仮免許を与える。自動車運転免許を取得するときの仮免許と同じ。仮免許をもらうと、教官つきで公道を運転して運転操作を学ぶでしょう。あれと同じ。医師仮免許をもらって、５年生から指導教員のもとで臨床を行うようにする。そうすれば、５・６年生の臨床実習が見学ではなくなる」という。他にも同じ文脈での話を確認できる。「４年生の終わりで仮免許を出して、５・６年生は臨床実習に集中し、OSCE で評価していくという案があるが良い」、「できることなら、技能レベルのところを医学生にやらせたい。知識・技能・態度はセットで相互にフィードバックさせ合いながら学習するものである。しかし、このフィードバックがない状態になっている。見ているだけでは無理。自分でやらなければ学べない。この文脈では、医学部５年生からのライセンス化には全面的に賛成。ライセンスを付与して参加型の実習が制度的にできれば、教育効果は確実に上がる」、「客観性を上げて、全国統一基準のもとに、ライセンス化し、医学部５・６年生がやることが可能な医行為をきちんと決めればよい。そうすれば、患者に向かうという、しっかりした参加型の実習が可能になる」という見解である。

患者の理解を得るためにライセンス化が有効と考える賛成意見もある。「前倒ししてやるのであれば、いずれにしても、社会の理解を取り付けるというのがきわめて重要。社会の理解を受けて、ライセンスを与えて、そのためには試験を変える必要もある」と

いう。この視点で、基本的にライセンスに賛成する立場を取っているが、ライセンスとまでいかなくても修了証というものでもよいという話もある。「いわゆる免許ということでなくてもよい。修了証でいい。文科省お墨付きでも、各大学お墨付きでもいい。バッチをつけるということ。つまり、患者に、この医学生はきちんと基礎的なことを押さえているので、臨床実習をやらせられるレベルにありますよとアナウンスするようなものがあればいいということ」という話である。

すぐあとで反対派の情報も整理していくわけだが、その中で責任の在り方が主に問題にされている。責任の在り方について、賛成派の中には、「責任も求めればいいし、保険もかければいい。責任を伴わなければちゃんと学べない。医学部５・６年生と初期研修がやることはさして変わらない」と、明確に責任も伴う形でライセンス化すればよいという積極的な考え方があることは注目に値する。賛成派から見れば、責任の在り方はライセンス化できない根拠ではなく、ライセンス化のための課題ということになるのだろう。

次に、反対派の情報を整理する。まず、責任の在り方という点での反対コメントが目を引く。「５・６年生にライセンス（仮免許）なんて与えられない。無理。ライセンスを与えるということは、責任を負うということ。責任を負えないし、責任を求めることもできない。22 歳やそこらの学生に患者を診てもらうのは無理。例えば、アメリカでは、直接的に医学部に来ない。カレッジに最初に行って、きちんと卒業して教養を身につけた人が、あらためて医学部に入学して、みっちり専門教育を受けて医師になる。年齢的にも成熟している。日本で 4 年後に仮でもライセンスを出すというのなら、1 年目から医学をやり、基礎から臨床までの連続的な教育をやるべき。そして、部活なんかやらない。そんな暇はない」や「仮ライセンスというのは危険ではないか。個人差はあるだろうが、22 歳ぐらいの人にかなりのことをやらせるというのは厳しい。例えば、自動車の免許でも、22 歳ぐらいまでの保険料率が一番高くなっている。これは、それだけリスクが高いということの裏返しだ。医療にも同様のことは当てはまるのではないか」というのが典型的な議論である。この中には２つのことが入っていて、１つは法的に医学生に責任を問えるのか、問うことがよいのかという疑問点であり、もう１つは責任を問えるほど医学生が成熟もしていないしスキルも上がっていないのではないかという疑問点である。主に、医学生の成熟度に言及しているものとしては、「最近は、現

役合格で医学部に来る学生も多い。彼らを基準にすると、22 歳ぐらいでライセンスを出して、医師らしいことをやらせるということ。そんなことできるのだろうか。アメリカでは、大学を卒業した人がメディカルスクールに行くので、そういうのが成立している面がある。やはり、精神的な成熟度というところも重要」や「アメリカは、メディカルスクールという専門学校なので、部活なんかやらないし、かなり集中的にやっている。メディカルスクール制のほうが国際的には多い。他方、日本は大学でやっていて、日本独自のスタイル。否定するべきことではないが、部活もやっている。ただ、そういう意味で、ライセンスをあげられるようなレベルにはならないのではないか。逆に、ライセンス提唱者たちは、彼らの状況や成熟度、ライセンスを与えたうえでの臨床実習が現実的にできるかどうか、まじめに考えているのだろうかという気さえする」というものがある。成熟度ということではなくても、モチベーションの高さから反対する声もある。「仮ライセンスはとてもできない。責任なんかも考えると、無理と言わざるを得ない。医学生のモチベーションは初期研修医とは全く違う。初期研修のステップは初期研修でやればいい。仮ライセンスには明確に反対」という。法的な部分としては、「学生にライセンスを与えるようなことを考えるならば、訴訟制度を抜本的に変更しないと無理。過失が問われるとか、医学生の臨床実習に関係する部分でも異常死の届出をやるということなのか。それでよいのか。この辺は、国の姿勢を変えないと無理。国民の医療に対する認識を変えるようなことをやってもらいたい」というのがある。

共用試験（CBT と OSCE）

2.1 節で概説したように、現在、大部分の大学で、医学部５・６年生の臨床実習に入る前に CBT と OSCE という共用試験を実施している。これらは臨床実習へいく前の登竜門と捉えられるわけである。仮に臨床実習ライセンス化に進むことになれば、これらの共用試験の役割は大きくなることが予想される。これらの共用試験に関する実態はどうなっているのだろうか。

最初に問題になるのは、共用試験の位置づけ、あるいは、どういう到達目標を想定して実施されているのかという点である。「CBT、国家試験、初期臨床研修、これらの３つは同じ到達目標が掲げられており、非効率。無駄なことを何回もやらせる必要はない。

全国共用試験（CBT）をやるなら明確なインセンティブが必要」や「５年生になる前に、OSCE と CBT があるが、これが最初のハードル。決して容易なハードルではない。これをやったあとで、臨床実習になるが、再び国家試験というハードルがある。これらの２回の試験を突破する労力は非常に大きい。結局、これらの２回のハードルのために、６年間全体のカリキュラムを考えると、５・６年でできるバックグラウンドを使えなくなるため、基礎系科目や教養科目がどんどんと無くなっていく。そして、結局のところ、国家試験後の初期臨床研修は５・６年生と同じようなものをやることになる」という。特に、CBT はコンピューターベースの試験であるものの、基本的に知識を問うペーパー試験の性格を持ち、現在の医師国家試験と同様の性格を持つようである。そのため、いわゆるペーパー試験対策を６年間の医学部教育において２回もやるのは非効率であるうえ、到達目標の（部分的な）重複という点で、位置づけが明確ではないのではないかという指摘である。医学部教育と医師国家試験（と初期臨床研修）の間の整合性を考えるならば、この辺りには問題があるように見える。整合性という点では、共用試験の管轄が文部科学省で、医師国家試験の管轄が厚生労働省であるというところにも問題があるようである。「OSCE・CBT は文科省の管轄。他方、国家試験は厚労省の管轄。これらを一体としてうまく機能するように調整してほしい。簡単に言えば、同じことを２度もするなということ。これらのハードルを越えるためには、非常に長い時間を取ることになる。そうなると、基礎系科目をしっかりやるというような余裕はない」というわけである。

現在、進級判定に使っている大学も多いようだが、成績基準は与えられているものの、進級の可否を決めるラインについては各大学に任せられている。そのため、共用試験が担保する到達レベルについての認識には差があるようであるが、インタビュー調査の中でも個々に問題点が指摘されている。CBT と OSCE 共通で挙げられている問題点として、「CBT や OSCE でチェックしているけど、本当に基礎的なところしかチェックしていない」と言い、参加型臨床実習をやらせるためのチェックとしては不十分だという指摘がある。こういう基本的な問題はあるものの、「CBT、OSCE をもう少し良くして、ライセンスを与えるようにすればいい。CBT、OSCE については大学教育現場は良く努力しているし、手間もかけている。他の大学へ相互に出かけて行ったりもしている。これらの客観性を上げれば、十分に使えるものになるはずである。そして、進級・ライセンスにつなげる。全国のレベルを統一することも可能になる」という認識があり、積

極的に改善して使っていこうとする動きもある。

CBT について問題点を見ると、「CBT は本当に基礎的なことだけしか扱っていない。しかし、４年生までは座学のみなので、当然の内容である。国家試験のうち３分の１は臨床問題であり、臨床実習後でなければ問うことはできない。もちろん、基礎的な部分についてだけを CBT に持っていくということはあり得るとは思う。しかし、CBT と国家試験はレベルが全く異なる」と言い、「CBT をブラッシュアップする必要がある」という。CBT はストックされた問題の組み合わせで出題されており、再現問題集の存在が問題とされている。「CBT のような再現問題にも問題がある。どういうわけか、再現問題集のようなものが出てきてしまう。頭のいい人が問題を覚えているということだろうとは思う」という。ただ、この点については「プール量を充実させて、再現問題集のようなものを無意味にするようなストックが必要。テスト自体をフェアになるようにする」というように前向きに捉える向きもある。

OSCE についても問題点が挙げられている。「OSCE については、形式的な感じもする。確かに、立ち居振る舞いは学べるが、聴診器で診察することの意味が分からなかったり、聴診器を使っても、違いが分からなかったりする場合も多い」と形式主義になっていないかという指摘がある。同様のコメントして、「４年生から５年生になるところで、OSCE をやっているということだが、どうも話を聞いていると、知識偏重のものになっているようだ。こんなことをやるぐらいなら、４年生までに内科診断学を徹底的にやっておくほうが重要に思える。つまり、体の所見を取る練習をするということ。ここを徹底的にやっておけば、何も情報がないところで、初診の患者のどこが悪いのか、どこか異常がないかを見抜くことができるようになる。ここが重要。診療科を問わず、全ての基礎・核になる部分だと思う。内科診断学を徹底的にやっておいて、それを臨床実習の中で実地に体得していくことが求められると思う。OSCE のような形式主義・知識偏重は違うのではないかと思う」というのもある。OSCE で特に問題として挙げられるのは、評価の客観性のようである。「OSCE は６割を合格レベルにしている。しかし、実際に落とすのは非常に難しい。というのは、評価者の判断だけではダメで、医学生の保護者の納得性も必要になってくる。そういう意味では、OSCE のレベルは低い」や「OSCE については、まずは客観性を上げなければならない。保護者の声の問題があったりする。落とすと、客観性に疑問があると言われてしまう」というのである。

4.2　医師国家試験

医師国家試験の負担

医師国家試験対策のために、十分な臨床実習ができていない大学が少なからず存在するということは、4.1 節で整理したとおりである。そこで、ここでは、医師国家試験そのものの負担感や内容に関する一般的な見方についてインタビューから得た質的データを整理しておきたい。医師国家試験そのものについては、多様な見方がある。

4.1 節で整理した通り、医学部 6 年生の予備校化という視点から、医師国家試験の負担の問題が挙げられる。「現在の国家試験は難しいが、知識レベルが保証される。そういう意味で、難しくても良い。ただ、医学部 6 年生は国家試験対策に追われることになる」というのが典型的な認識である。また、「問題は医師国家試験のハードルが非常に高いことだ。国公立大学、私立大学の間には学力に幅がある。医学生の学力の差が非常に大きいという認識がまず必要である。国立大学では、基本的に何もしない。卒業試験もデタラメだし、国家試験対策など無いに等しい。しかし、学生の元々の学力が非常に高いので、放っておいても勉強するし、国家試験の成績もそこそこ良い。他方、私立大学はまずかかるコストが違う。つまり、学費が非常に高い。だから、留年はできない。コストのことを考えても、私立大学は医師養成機関のようになる」という。この話にあるとおり、大学間に格差があり、医師国家試験の負担感は大学によって大きく異なるということが分かる。

他方、現在の医師国家試験の内容を肯定的に評価する話もある。「国家試験は知識を詰め込んで、重箱の隅をつつくという印象があったが、最近のはそうでもない。実践で得たものを問うというものが入っている。そういう傾向に変わってきていると思う。ガイドラインの縛りがあるので、しっかり臨床実習をやれば十分に点数を取れる。ただ覚えるだけというような性格のものではない」という。ただし、この話には続きがあり、「ただ、クリニカル・クラークシップとか参加型臨床実習を進めるためには、国家試験から変える必要がある」とも述べられている点には留意したい。同様の話は他にもある。「国家試験が医学教育をダメにしているというのは、おかしい。国家試験には良問が多い。きちんと考えて答えを導くというものになっている。ただし、一般問題が若干問題

含みかもしれない」というが、他方で「基本的には、クリニカル・クラークシップに耐えられる人を作れる国家試験にする。チームとして、患者や同僚ときちんとコミュニケーションを取り、情報を共有しながら、医師としてスムーズに入っていけるということが重要」という大局観も示されている。試験問題そのものには大きな問題はないという認識を示しながらも、試験問題の方向性そのものについては改革の余地があるかもしれないというようである。

さらに、おもしろい話もある。すでに整理してきたように、医師国家試験対策を理由に臨床実習が不十分になっている大学が少なからず存在することが分かっているが、次の話では、十分に臨床実習をやることが現行の医師国家試験の対策になるはずだという見解が示されている。「国家試験は、ライセンスを与える試験としてはやさしい。ことさらに試験対策などしなくても、逆に、臨床実習をきちんとやっている人なら、ふつうに合格するレベルのものである。したがって、レベルを下げるのは反対だし、CBT で代替できるようなものでもない。国家試験対策のために、臨床実習が十分にできていない大学があるようだが、逆に臨床実習をちゃんとやることが国家試験対策につながると思う。臨床実習をちゃんとやっていないと、問題で問われている状況などがピンとこないのではないか。私大では、私学助成金の関係もあって、国家試験対策に汲々としているところが多いのは確かだが、十分に臨床実習をやる方が結果としてもいいのではないか」というわけである。

態度・技能の評価

医師国家試験とは文字通り、医師国家資格のための国家試験である。したがって、医師として必要な知識・態度・技能の素養を身につけているかどうかを評価するものでなければならない。しかし、現行の医師国家試験は「知識量を問うもの」となっており、「技能・態度を問うものにせよ」という。

まず、態度・技能を評価するためには、医師国家試験の中に臨床実技テストが必要ではないかという問題意識がある。「国家試験は、OSCE の上級編として、医学部５・６年生で学んだ上澄み部分を問う実技テストを加えればよい。そして、国家試験は臨床問題と臨床実技テストということにする。特に、態度の部分を評価するためには、いくつ

かの課題を与えてどこまでできるかをやらせる」というわけである。もちろん、「どういう実技テストが必要かというのは別途十分な議論が必要だ。実技テストをやるためには、現状をきちんとレビューして、最大限臨床実習できるのがどのレベルかを見定めたうえで、基準を作る」ということが必要になるだろう。

医師国家試験への臨床実技テストの導入は、医学部教育における臨床実習の充実に自然につながるという期待もある。「国家試験への実技テスト導入で問題は解決すると思う。4年生までに全部の知識を問うのも難しいからだ。検査の順序とかの手順は教科書では分からない部分であり、患者を診ることで学んでいく。実技テストを入れれば、そのための教育はやらざるを得なくなるため、臨床実習をちゃんとやるようになる」という。

いわゆるペーパーテストとしても、臨床問題だけに焦点を当てることが臨床実習の充実につながるので、望ましいのではないかという議論がある。「最終的な医師免許を与えるところでは、臨床に関わる部分を中心に問う試験にする。例えば、診療過程での患者の人権をどのように考えるか。看取りの問題。副作用の管理。チーム医療の在り方など。OSCE のようなものを部分的に入れてもよい」というわけである。臨床問題に焦点を当てれば、臨床実習の充実にもつながるだろう。「国家試験を臨床問題に絞るというのは賛成。臨床実習をやれば、それがそのまま国家試験に生きるという話になればよい」や「結局のところ、こうした国家試験の負担が大きいがために、前倒しで対策に乗り出さなければならないことになり、臨床実習などちゃんとできない。そして、臨床実習をちゃんとやらせるような余裕がないために、国家試験でも臨床系の問題を十分に出せないということにもなっている。悪循環。したがって、テスト・システムを変更することが必要」というわけである。さらに、医学部教育から医師国家試験までの流れとして、臨床実習前に臨床前の基本的な知識部分を問い、医師国家試験では臨床面での知識・応用を問うという整理もある。「国家試験のハードルを下げる。代わりに、OSCE・CBT のレベルを上げる。国家試験では、臨床重視にする」や「国家試験は臨床部分だけに集中する。4年生の終わりというタイミングで知識の部分を問うというのはタイミングとしても良い。生化学とか生理学を6年生の終わりで問うとかということになるから、国家試験に追われることになる。知識のベースは大事だが、どこでそれをやっておくかはプロセスとして重要」という。

禁忌肢問題

2.1 節で説明したように、医師国家試験には２もしくは３問以上選択するとそれだけで不合格となる禁忌肢問題が含まれている。この禁忌肢問題は、禁忌肢を選んでしまうような人は医師として不適格であるという判断をするために用意されている。これだけを考えると、そういう問題があっても良さそうに思えるが、禁忌肢問題については非常に評判が悪い。

例えば、「国家試験の内容そのものにも問題がある。国家試験では、ガイドラインに沿ってまんべんなく出題される 500 問の選択肢問題を３日間かけて解答する。この中で、禁忌肢問題というのがある。つまり、禁忌肢を選択してしまうと、大きな×がつき、これがいくつかになると、正答率とは無関係に不合格となる。この禁忌肢問題は医学生に異常なほどのプレッシャーを与えることになる。こうした理不尽なプロセスに耐えることを要求するのかということを問いたい。そもそもそういう内容のことは国家試験のガイドラインにはない。この禁忌肢問題はやめてもらいたい。医学教育において、この禁忌肢問題が非常に大きな負担になっている。国家試験対策のために、専門教員を確保しているような状況だ」という。基本的に「禁忌肢問題はやめる」や「禁忌肢はやめてほしい」という見解が多く、逆に禁忌肢問題は絶対に必要である、あるいは、禁忌肢問題を拡充すべきであるというような話は皆無である。

慎重なコメントとしては、「禁忌肢問題については非常に難しい。ある種、長期的、普遍的に絶対にやってはならないことは聞いてもよい。そして、それらを選択するようなのは医師にしなくていい。例えば、妊娠の可能性があるのに、造影検査をやるとか、器具を入れて処置するとか、そんなのは絶対にダメ。ただ、禁忌薬というのは時代とともに変化するので、難しい。また、禁忌肢問題をやるならば、内容をフェアにするため、事前に各科での禁忌事項を明確にしておく必要がある」というのがある。

医師の適格性判断

医師国家試験における禁忌肢問題の評判は基本的に悪いが、医師国家試験では医師の適格性のチェックが不十分ではないかという議論がある。「本当に必要なのはキャラクターである」といい、「国家試験は、医師としての妥当性をチェックするようなテストになっていないのではないかという批判はある。国家試験は細かくやり過ぎているのではないかと思える。キャラクター評価をやるのが大事」という。

禁忌肢問題によらず、実技的なこと、あるいは面接的な意味合いの試験を通じて、医師としての適格性を判断するということはあり得るかもしれない。「昔、国家試験は実技的なことをやっていた。全員やらされていた。ただ、あれは、実技テストというよりも、医師としてまずそうな人を落とすためのものだったと思う。つまり、A～E の５段階で E の人だけが落ちるというような性格のものだった」と言い、禁忌肢に替えて、そういう性格の試験の復活はあり得るだろう。「実技の場合、医師として全くやっていけないという人を落とすという性格のものにするべきである」という話である。

資格試験制度として

医師国家試験は資格試験であるわけであるが、資格試験という視点からの疑問点も示されている。「そもそも資格試験なのに、相対評価で落とされるという部分がおかしい。確かに、年度によって難易度に差があることもあるが、基本的に絶対基準で医師資格を決めるべきではないか。そして、医師として困る人を落とす仕組みが必要ではないか」という。さらに、そもそも医学部では医師資格を与えるための教育をやっているという視点から、医師国家試験そのものをやめて、全く別の方法の提案もある。「イギリスは、メディカルスクールではなく、大学である。しかし、国家試験をやっていない。そういう手はあるかもしれない。例えば、自動車の免許取得のように、自動車教習所方式でやるという方法はある。つまり、各大学ごとに、各段階ごとに能力をきちんと判定していって、卒業のときには能力が担保されている状態にする。そして、最後は比較的やさしい試験をやって通す。いや、むしろ、医師としてふさわしくないキャラクターの人だけをはじく」というものである。

4.3　初期臨床研修

初期臨床研修の評価

初期臨床研修制度が導入された当初、入局者がゼロになることや大学病院から市中病院へ人材が流れるということなどが問題視された。実際に、初期臨床研修制度によって、大学医学部の医局・教室における人員不足が生じ、多くの地域で大学による医師引き揚げを通じて医師不足の顕在化が起きた[18]。こういうことを背景に初期臨床研修度は大きな問題と見られてきた。しかし、初期臨床研修の教育研修上の意義や効果はどのように捉えられているのだろうか。今回のインタビュー調査では、若干疑問視されている面があるものの、概ね好印象という感じとなっており、注目に値する。

初期臨床研修制度は良いと評価している話を整理しよう。まず、一般的に制度として評価できるという話がある。「初期研修医の待遇をきちんとしたという点は評価できる。労働時間もきちんとした。若い研修医は満足しているようである。いろいろな診療科を回るのは、昔のインターンに近いので、内容的にもいい。そのうえ、そこにカネがちゃんとついているんだから、良い」という。

教育研修効果に言及しているものも多くある。調査研究結果をベースにしたものとしては、「新医師臨床研修制度の効果というものはある。聖路加の福井先生が中心になって行った研究では、全国レベルで言って、一定の幅広い診療能力を平均的に身に付けたという成果があると言えるだろう。客観的に言って、初期研修を通じて、幅広いところを診れるようになったということは少なくとも言えると思う。幅広い診療能力というのは、社会的な要請という面もあり、軽視はできない」や「幅広い診療能力を身につけようという点では評価できると思う。前後比較しないとダメということは最初から考えていたため、意識的に制度導入前の調査結果を比較できる形で残しておいた。結果、幅広い能力を身につけるという点ではうまくいった。この点で、良い研修制度と言える」というのがある。

また、現場での実感として良さを認識している類似のコメントも数多くある。「現状

[18] 森(2008)

のスーパーローテの研修は良いと思う。力になっていると感じる。やり始めてみたら、それなりに意味があると感じるし、現場も研修医も頑張っている。少なくとも、若手の医師はグローバルに、すなわち診療科の枠を超えて、診れるようになってきている」、「新医師臨床研修制度で評価できることとしては、内科系・外科系の両方の知識が幅広く増えたことはあるだろう。確かに、初期研修を受けた若手の医師の知識は豊富」、「総合的な診療能力が出てくるという成果・効果は認められる。実質的に、2年間の初期研修は見学型になっていると思うが、それでも全般的にみていると思える」、「平成 16 年に新医師臨床研修制度が導入された。たしかに、それが医師不足問題の顕在化を招いたということはあるかもしれないが、初期研修の教育効果は出ていると思う。医学部卒業後、医師の実力がついてきたと感じる。内容も良くなった。専門一辺倒にならないので、よかったと思う。全体の実力は上がった」という。

制度の意義・意味として評価しているコメントも多い。「初期研修のときに、専門科を問わず、総合的な診療能力をある程度の深さで幅広く身につけておくことには大きな意味がある。開業医になるときに、非常に有効なはずだ。例えば、眼科医や皮膚科医になるとしても、初期研修のときに、プライマリ・ケア内科医、プライマリ・ケア外科医としての基礎が修得できていれば、開業してもそういう部分も担える」や「やはり、他の科を回らせたいというのはある。他のグループのやり方を知っておいてもらいたい。各診療科のやり方を知っておくことはプライマリケア上、非常に有用だし重要」というのがその典型である。もう少し突っ込んだ話としては、「初期臨床研修は意味がある。まわってきたところのことは感覚的に分かる。10 年後にも、学んだことを覚えていて役に立つのかどうかということには確かに疑問もある。ただ、幅広く知っていれば、選択肢が広がるし、自分の専門以外についても毛嫌いしないということだけでも効果はある。例えば、患者に熱があって感染症の疑いがあるとき、自分が感染症の専門外ならば、多くの医師はすぐに他に回してしまう。しかし、ジェネラルな医師はさまざまな可能性を考えて食いついて頑張るというところがある。基本的に、疾患が何か分からない患者が来るのが普通なんだから、分からないところに食いつくということは大事」というのもある。

おもしろいところでは、内科の視点から初期臨床研修を評価する話があることである。あとで初期臨床研修の到達目標に関するインタビュー情報の整理を行うが、到達目標の

定義・認識とも関係があるかもしれない。「内科なら、全人的になるので、成果は上がっているように見える」や「内科から見ると、みるだけでも意味があると言える。その科のことを知っていれば、ピンポイントで的確なコンサルテーションができる。たとえば、その科のシステムを知らないと、とんちんかんなものを聞くことになり、患者をうまく引き渡すこともできない」という話である。

他方、初期臨床研修が評価されていない面もある。まず、現在の初期臨床研修制度の積極的な意味や意義が分からないという指摘がある。「新制度導入以前は、各大学の各医局で独自の教育があったわけで、新医師臨床研修制度にそれほどの意味はない」や「産婦人科の視点からということだが、新医師臨床研修制度のどこが良いのか分からない。というのは、新医師臨床研修制度が導入される以前から、初期研修のようなものはやっていた。NICU、麻酔、小児、救急などには研修のために 4 カ月ずつ回っていた。そういう教育はやっていたので、何が変わったのか分からない。産婦人科に入局後に、そういう研修をやっていたので、診療科間の連携も良かった。小児とか泌尿器科とかとも連携が取れていた。産婦人科医になるために関係の深いところを中心にやらせてもらったりして、効果的でもあった。新医師臨床研修制度が始まってからは、入局していないこともあって、診療科ごとに独立性が強くなり連携は弱くなった。やっぱり、入局してから回る方がいい。新制度前では、手術で研修病院に行くと、麻酔も自分でやらなければならなかったりして、非常に勉強になった。診療科を決める前に回ると、やり方がずいぶんと違ってくるのではないか」というのがその例である。

教育研修効果としても疑問があるという認識もある。「よく見られる傷病（common disease）の診療における、初診患者の問診（いくつかの鑑別診断）と身体所見（正常と異常の区別）の 2 つは、身につけるべきことであるが、実際にはできていない」というように、明確な到達目標を意識したうえで、それができていないという指摘がある。また、「従来、内科はローテーションをしていた。1 年目は内科に集中し、2 年目は外科、眼科なんかを回っていた。ただ、内科に来ることが分かっているというもとで指導していたので、お互いに期待もしているし、最初からしっかり教えていくという感じになっていた。そのため、6 ヶ月後に、つかえる医師にする（なる）ことを目指していた。事実、6 ヶ月のところで、一人立ちの会なるものをやっていた。今は、どうも一人立ちの時期が遅くなっている。ほぼ 1 年遅れという印象である。やはり、専門科を決めずに

研修をやるため、自覚が生まれないことが原因だろう。制度としても、入局が２年遅れということだ。そういう意味で、各専門医としての実力をつけるというところが遅れている」という専門医養成の視点から具体的に問題を指摘している話もある。

おもしろいところでは、現在の初期臨床研修制度はプログラムがきちんとしているため、時間や症例という点で意外なものを経験するという部分が失われているという指摘がある。「たしかに、スーパースターがいなくなった気がする。症例重視になり、common disease 偏重になっている。昔は、夜に残っていると、手術に呼ばれて、手術ができたりしていた。レアケースを見に行ったりというのもあった。しかし、最近は、そういうのがなくなってきているように感じる」という。時間についても同様に「大学生活が２年間延びただけになっている。昔は、夜でもいて、呼ばれれば色々とやっていたが、今は時間外は何もやらない。初期研修医室に戻ってしまって、もう現場に出てこない。そういう感じだと教える方のモチベーションも下がる」という認識がある。さらに、類似の見方として、「ジェネラル・マインド（general mind）を形成するという観点では、以前のほうが良かったようにも思う。全部見るということが徹底していて、自分がやりたくないようなこともやらされていたので、プラス・アルファの効果もあった。今の制度は、プログラムに縛られているので、意外なものが少ない。時間の縛りがあって、時間外に起きることに接することができなかったりする」というのもある。

初期臨床研修の到達目標

前項で整理したように、初期臨床研修はおおむね好意的に受け止められているが、インタビュー調査から得られた情報を全体的に眺めると、初期臨床研修の到達目標に関するコンセンサスが得られていないことが分かる。コンセンサスがないこと自体を指摘する声もある。「初期臨床研修でどこまでの医師としてのスキルレベルを達成するのかという点では、コンセンサスがない。そのために、いろいろな意見が出てきてしまっている。少なくとも、初期研修でレジデントの精度・レベルにはなっていないし、そこを目指しているわけでもなさそうだ。初期研修２年後のレベルをきちんと考えておかなければならない」という。「いずれにしても、到達目標をコンピテンシーという観点から、どこでやっても共通のものをきちんと掲げておく必要がある。共通のものはないという

のでは困る」という見解もある。現状を踏まえたうえでのコメントとしては、「今の厚労省の臨床研修の到達目標は、経験目標やレポートや内科 6 か月以上からわかるように履修主義です。今の医学教育の基本的な考え方は、成果ベースの教育（outcome-based education）です。目標は、臨床研修によりどんな医師になるべきか、どんなことができるようになるべきかという形で書かれていなければなりません」というのもある。「初期研修に、プライマリ・ケアという言葉は危険であると思う。基本的臨床能力の育成と言うべき。プライマリ・ケアと言ってしまうと、全ての医師に共通しているのかと疑問に思う。共通するのはどんな部分で、異なる部分はどこかをきちんと見定めてから、考えるべきではないか」や「初期研修の 2 年間、きちんと各専門をおさえているわけではない。医師として、基礎的なことをやっているだけである。そういう意味で、初期研修で、医師としてのベースを作ってもらいたいというのはある」というような茫漠とした話から、到達目標に関する混乱ぶりが読み取れる。

では、現場では具体的にどのような到達目標が設定・認識されているのだろうか。インタビュー情報全体を見渡すと、３つの到達目標に分類できる。第１に、初診患者に対する鑑別診断能力と初期処置（救命処置）能力を獲得するというものが挙げられる。「鑑別診断能力と救命処置能力の２つは医師としての最低限の力、医療のリベラルアーツであり、この２つの能力がプライマリ・ケア能力（基本的診療能力）である。プライマリ・ケア能力に関する最低限の必要能力とは、common disease の診療ができる、緊急度・重症度判断ができる、手術適応の判断ができる、心肺蘇生ができる、外傷初療ができる、地域医療に対応できる、以上の 6 つである」という話がその内容である。この内容を意味している他の情報としては、「どういう医師を作りたいか。うちでは、１次から３次までの救急をカバーできるプライマリケア医師（Primary Physician）の養成にフォーカスして研修を行っている」、「プライマリ・ケアができる外科医としては、救急、トリアージ、命には必ずしも関わらない傷病だがその場での対応ができるというレベルのものである。つまり、１次と２次までは確実にできなければならないということになる」、「むしろ、大事なのは、例えば、救急に心筋梗塞の患者が来たような場合に、専門医に引き継ぐまでの処理が十分にできるということ。こういうことができるようなレベルに到達すればいい」、「初期診断（判断）ができることは必要。すべての分野でスペシャリストになることなど最初からムリ。しかし、網羅することは必要。例えば、心電図を見て、これは専門医へ送ることが必要かどうかの判断ができればいい。そして、その後、

専門医の指示を受けて、地元でめんどうがみれればよい」というのがある。

第２に、全科に対応できるような幅広い診療能力を獲得するという到達目標が挙げられる。「本来の初期研修の目的は他の科のこともできるようにするということ」という。このことの具体的なイメージとしては、「初期研修２年間の到達するべきレベルとしては、中小病院の全科当直がその医師一人でできる」や「一般のレベルの臨床を一人で一通りできる。一般病院の全てが見えるというレベルが求められていたと思う。それは、今も同じように求めてもいいはずだ」ということになるようである。この到達目標の定義・設定においては、総合内科や総合診療科の必要性が議論されることが多い。「結局、それぞれが専門化してしまっているために、すでに何の病気なのかが判明している患者がそれぞれの科に来ており、そもそも何の病気なのかを見つけるプロセスが抜け落ちてしまっている。答えの出た患者を見ても仕方がない。この部分こそが総合的に診る能力の育成にとって重要。総合的に診る内科医を作り直すことが必要。総合的に診る内科医がいなければ、そうした教育はできない」や「プライマリ・ケアとかというが、総合診療科がない病院で、こういう能力を育成することは難しいのではないか」という。しかしながら、「総合的に複数の診療科で幅広く診れる」と表現がされるが、その程度については非常に曖昧な印象を受ける。実際、「診療科違いだと、診察できない。そこで、初期臨床研修の目的は、総合的に診る能力を持った医師をつくること」というものの、その内容としては「総合的に診る能力とは、患者さんがやってきて、隠れた病気（例えば、食道がん）を発見したり、診療科の垣根を越えて、この症状なら脳神経外科の専門医のところへ送るべきだななどという初期判断ができること」と言い、この具体的な内容であれば、１つ目の鑑別診断能力と初期処置能力ということになるだろう。実は、この段落の最初に掲げた「本来の初期研修の目的は他の科のこともできるようにするということ」というのには続きがある。「本来の初期研修の目的は他の科のこともできるようにするということではあるが、これは非常に困難だし、短い期間ではとても無理」というのである。仮に到達目標が複数診療科での総合的な診療能力だとしても、レベルや程度を考えると、なかなか難しいということになり、どうしても１つ目の鑑別診断能力と初期処置能力というレベルが共通目標にならざるを得ないのではないかという推論が成り立ちそうに見える。やはり、初期臨床研修という文脈から考えても、「すべての分野でスペシャリストになることなど最初からムリ」なのだろう。

第３に、各専門医になるための基礎力を身に付けるという到達目標が挙げられる。「初期研修の到達するべきレベルとしては、次の目標として専門医（５～６年）と言うのが出てくるから、専門医研修をスタートさせるだけのレベルということになるだろう。初期研修後の研修に耐えられる素養をつけてほしい」というのがその代表である。明確な到達目標として語られているものはそれほど多くないが、文脈として、専門医の準備を意味する話は少なくない。例えば、「２年目の研修医を受け持っている。ほとんどの人がすでに専門科を決めているのが現状。多くても２か所ぐらいに絞っている。したがって、２年目は行きたい科あるいは候補の２つぐらいの科を回っていることが多い。２年目は３年目のイメージを持って回るようになってきた。その意味では、後期研修とマッチしている気がする」というのは、初期臨床研修後のいわゆる後期研修との連携の文脈から初期研修を考えている。「産科では、初期研修が終わっても、当直できるレベルにはならない。ただし、専門医や上級医にひきつげる能力はあってもいい。いずれにしても、初期研修の２年間で患者さんのためのプロフェッショナルな姿勢がきちんと身につけばいいだろう」というのはやや曖昧ではあるが、専門医の準備が意識された話である。「専門医・認定医の視点からは、最初から専門科を決めておく方がいい」というのは、明確に専門医の視点から初期研修を捉えていることを示している。

初期臨床研修プログラム

基本的に、初期臨床研修プログラムについては各研修病院ごとに特徴を出しながら、比較的柔軟にコース設計されており、多様性がある。また、前述のように、想定されている到達目標に明確なコンセンサスがないこともあって、初期臨床研修プログラム内容や期間などに対する問題意識もさまざまである。以下、整理しながら代表的な議論を見ておこう。

現行の初期臨床研修制度の下では入局が２年間遅れるということになるため、専門科の決定タイミングが議論されることが多い。初期臨床研修の開始前に専門科を決めることが理想的と捉えられている話が多いように見える。例えば、「専門科目を決めずに初期研修を行っているが、これは決められるなら決めた方がいいと思う。卒前教育を充実させられれば、そういう意思決定を求めることは可能だろう」、「事前に診療科が選ば

れてもよい」、「専門医・認定医の視点からは、最初から専門科を決めておく方がいい」、「今の制度では、できるようになりにくい面もある。というのは専門科を決めずに回るので」という見方がされている。

より具体的に、専門科の視点から初期臨床研修を行うことが実力向上に効果的だとする意見もある。「専門以外をやっておくというのは良いことだと思う。ただ、１ヶ月単位で回って、何が分かるようになるのか？とは思う。やっぱり、最低６ヶ月は必要だと思う。半年内科、半年外科というのが基本になるだろう。半年ずつ４つの診療科を回るぐらいでいいのではないか。すべての基本が内科ということはある。特に、皮膚科や眼科などのマイナー科を専門として希望する人にとっては、初期臨床研修は意味があるだろう」という。「内科６ヶ月、外科６ヶ月（うち救急３ヶ月）、地域医療１ヶ月、残り期間は個人裁量に任せるというので、いいのではないか。例えば、専門を決めるとする。すると、どうせ、ここに来るのなら、今は違うところを回ってみておくのがいいのではないかと勧められる場合もある。今のうちに異なる診療科を見ておけるという選択肢があるということは良い」といい、専門科の視点から意味のある他の診療科を回ることの重要性を示している。特定の科を例にした同様のコメントもある。「産科の視点で回っておいてほしい科としては、内科（一通りの内科）、小児科、麻酔科、救急、産科というところだろう。昔は、内科に行っていなかった。各 1.5 カ月ぐらいでいいと思う。眼科とか精神科とかも１カ月ぐらい回るのはいいことだと思う。そういう単位でも、検査計画、診療計画にチームとして参加しているし、日々の患者からの訴えは初期研修医が聞くことになるので、ちゃんと勉強になる」という。

他方、専門科を決めるのが難しい場合も考慮した代替案も存在する。「最初に、内科系と外科系ぐらいは決めて、初期研修を始めるというのがいいのではないか。内科系なら、最初の１年間は内科でいい。その後は自由でいいが、ＥＲとか救急はやるべき。外科もそうだろう。外科系なら、麻酔科とか必修になるだろうが、いくつかのコース設定をしておけばよい。これは、言うなれば、ゆるい入局という感じのものだ」というわけである。内科系と外科系にコースを設けるという案は割合と多く出てくる。「内科系と外科系を分けて初期臨床研修をやるべきだ。そもそも、マイナー診療科はローテーションの対象としては必要ない。皮膚科だけ、耳鼻科だけでも、開業として成立するだろう。他方、臓器別の専門内科では開業しにくいだろう。だから、内科系と外科系が臨床の基

本」という意見もある。

その他、最初に述べたように、初期臨床研修のプログラム設計については細かくさまざまな認識がある。ここでは、一部を列挙することでとどめておきたい。「初期臨床研修の内容はよく考える必要がある。例えば、産科なんかは全員が経験する必要はない。とにかく、異常なことが起きているかどうかの見分けさえつけばよい。そういう意味では、救急救命に６ヶ月いるということでも良いかもしれない。いい指導医がいれば、非常に勉強になるはずである。救急に良い指導医がいるかどうかというのは決定的に重要だろう。」「小児科医だけですべての小児に対応できないのが現実。例えば、予防接種。これをちゃんとやろうとすれば、他科の医師にも協力してもらうことが必要。また、小学校に入ったぐらいの子どもを診るのはどうにかなることが多い。だけど、赤ちゃんを診るとなると、難しい。１ヶ月ぐらい研修しても診るのは無理。せいぜい、抵抗感がなくなる程度。外科だって、３ヶ月ぐらい研修しても、手術管理なんかできないでしょう。」「初期臨床研修は１年程度やるのであれば、内科ただし総合内科を６ヶ月、救急を６ヶ月やれば十分だろう。」「産科希望の場合、最初に産科に来てもらうようにしている。そのうえで、他の科を診てきてもらう。そうすると、産科の視点で他の学ぶべきことが浮かび上がってくる。個人的には、いろいろな診療科をみてきてくれと思っている。初期研修の段階では、いくぶん参加型になっているので、１カ月とかでも意味がある。」

初期臨床研修の弾力化措置（2010 年度）

2010 年度に初期臨床研修の弾力化が行われ、必修科目が減少した（2.1 節を参照）。外科３ヵ月の必修がはずれたのだが、そのことが問題視されている。「必修から外科がはずれたが、本当は他の科でも使う技術が外科にはある。そこが消えたのが大きい」という。将来の外科を担う人材育成の視点からも問題があるようである。「初期臨床研修については、外科が必修科目からはずれたことが非常に悪い。外科については、必修でなくなったために、外科に回る学生自体が減少した。もともとは外科にならないだろう研修医が外科に来ていたが、研修医が来ないところは人がいないということ。こうなると、中堅層は人手不足によりものすごく大変になる。さらに、外科志望者が減少して、悪循環。もともとは、外科を必修にしていたので、大変さを目の当たりにして外科に来

なくなるのではないかと言われていたが、外科を回らない学生が外科を志望することは皆無であり、根本的に外科へ人がいかなくなった。回ってくれれば、リクルートすることはできる。もうその機会もなくなってしまった」というわけである。こういう事態を考慮して、ある大学では独自に外科を必修に戻している。「うちの大学では、外科３カ月を必修へ戻した。なぜなら、初期研修医から不満の声が出たからである」という。外科に限らず、必修科目の減少と短縮化を問題視する話もある。「今年度、見直しがなされ、必修が 10 カ月になったが、今回の変更点は元に戻してもらいたいと思っている」という意見や「産婦人科を希望する人は、初期研修２年目に４カ月とか産婦人科に来る。しかし、初期研修制度の意味を考えれば、どうせ産婦人科に来るなら、他の診療科を回っておくべきだ。従来のスタイルなら、麻酔科、小児科、外科などに行っておくほうがいい。そういう意味では、今年度の改革（必修科目の削減と短縮化）は、本来の初期研修の目的からは離れてしまったのではないかという気もする」という見解もある。

2010 年度からの初期臨床研修の弾力化によって、事実上、初期臨床研修は１年化したとも言われる。事実上ということではなく、制度として、初期臨床研修の１年化についてはどのような認識があるのだろうか。１年化を問題視する話としては、「プライマリ・ケアができる内科医・外科医を作るという観点で初期研修を行っているので、初期研修の１年短縮化には全く賛成できない。こういう動きは、単純に、大学に人を戻そうということに過ぎないのではないか。研修・教育内容を考慮すれば、そういう話にはならないはずである」という。短期間ずつだとしてもさまざまな診療科を回ってくる意義を評価し、「今回の実質１年への短縮化については反対。確かに２年遅れになるけど、悪くなる。どうせやるなら、みんな回ってくるということでいいだろう」という見方もある。「仮に、卒前研修が充実化できても、２年間の初期研修は残す方がいいかもしれない。レベルアップする形で残そう」というように、２年間の初期臨床研修期間の存在そのものの意義を認める話もある。さらに、むしろ３年間ぐらいやった方がいいのではないかという見解まで存在する。「初期臨床研修は３年間となっている。単純に２年では足りないという理由である。やはり、短期間に各科を回るだけでは不十分で、これに加えて、自分の専門科を１年間じっくり初期研修レベルとして取り組むという時間が必要になると考えている」という。他方、１年化はあり得るという意見もある。「ただし、卒前実習が充実すれば、１年化というのはある。そうなっても、内科は回ってほしい。内科、救急、地域＋外科系の何かということでいいだろう。やはり、内科が基本である」

という。

屋根瓦方式

初期臨床研修において、初期研修医が実力をつける上で重要な指導体制として、屋根瓦方式の話がよく聞かれた[19]。「研修としては、屋根瓦方式が良い。つまり、１年先輩が１年後輩を教えていくということ。そうした勝ち組大学病院や勝ち組市中病院では、屋根瓦方式がちゃんと機能している。人材が確保できているということ。例えば、ある大学病院では無給の指導医までいるから、驚く。やっぱり人的パワーは重要」という。「うちでは、屋根瓦方式が取られている、１年先輩が１年後輩を順次教えていくというスタイルであり、その構造の中で全体をマネジメントしている。少し上の人が身に付けたことをすぐに教えるということが非常に大事。大学では、どうしても研究に注力するため、屋根瓦方式にはならない。人材のつながりが薄くなっている」という指摘もある。

うまくやっている研修病院と改善途上にある研修病院があるだろうが、大学でも「ちゃんと屋根瓦の部分として教授や准教授なども病棟にいて指導できる体制となっている」というところはある。他方、この体制を医学部５・６年生の臨床実習まで拡大したいという意識もあるが、医師国家試験対策が１つの大きな壁になっているようである。「６年生は国家試験対策に追われている。屋根瓦方式が良いとして、医学部５年生→６年生→初期研修医１年目→初期研修医２年目→後期研修医→上位スタッフというつながりが維持できない。医学部６年生のところが切れている。人に教えることは非常に実力がつくので、この流れにしたいのだが…」という。

臨床実習と初期臨床研修の関係

医学部５・６年生の臨床実習と初期臨床研修の内容が重複しているため、効率的でも効果的でもないのではないかという議論がある。仮に無視できない重要な重複があって、効率化・教育研修効果の確保のために、臨床実習と初期臨床研修の内容を明確に整理す

[19] この方式で充実した初期臨床研修プログラムを提供している研修病院の具体的状況については、清山(2010)が参考になる。

ることができるならば、臨床実習の充実化とレベルアップを通じて、それを実現しようというのがその議論の背後にある。だが、この点については、現状認識や考え方が分かれている。

まず、臨床実習が不十分であるために、本来臨床実習でやるべき内容を初期臨床研修でやっているため、臨床実習の充実化を通じて、初期臨床研修の内容を医学部５・６年生へもっていくことが可能であるという見解がある。「医学部５・６年生のところで、初期研修でやっていることをやらせることは可能だと思う」や「社会が理解するならば、今、初期臨床研修でやっているようなことは５・６年生でやらせた方がいい。学生のうちにやらせても、今の初期臨床研修医が到達するところまでは到達するだろう」という。これには、内容の整理が必要で、「ただし、いつまでにどこまでを教えるのかということをちゃんと考え直すならば、２年間前倒しにシフトするという選択肢はあり得る」ということになる。臨床実習の充実化においては、臨床実習ライセンスに言及しているものもある。「医師仮免許を与えることによって、現在の初期研修医がやっていることと同等のことができるようになる」という。次のように、具体的な内容に触れて、臨床実習と初期臨床研修の関係の整理ができていない点を指摘する見解もある。「患者さんを基本的に診るというようなテクニック的なものを医学部でほとんど教えてもらっていないからだという。そういうものは、やはり５・６年生のときにやっておくべきだろう。テクニック的なものを系統的にやっていないし、一つ一つの科でも十分にやっていない。最初に、内科的なことを十分にやっていないのがやはり問題。そういうものをやらないで、初期臨床研修にいっているわけだが、内容的にとんでいて、適応できていない。」

他方、本質的に医学部５・６年生と初期臨床実習では段階あるいはレベルが異なっているため、初期臨床研修の内容を臨床実習へもっていくことはできないという議論がある。「初期研修と卒前研修には重複というものはない。同じ症例として重複していても、立場が異なるので中身が全く違う」や「確かに、到達させるレベルの議論はあるが、やっぱりレベルが異なるという認識は大事。いずれにしても、同じことを繰り返しているということにはなっていない。それに、症例数が明らかに違う。卒前・卒後を二項対立的に捉えるのは良くない」という。特定の診療科を例にとって、「同じ救急の処置でも、役割を変えながら進歩していくわけで、やっているレベルが違う。やっているレベルが違うんだから、対象が同じでも、同じことをやっていることにはならない」という説明

もある。臨床実習が期間という点でも不十分であることはすでに整理したとおりだが、期間に焦点を当てている議論として、「それぞれを回る期間が大きく異なるので、中身が全く違うと思う。５・６年生は本当に短期間ずつ全ての科を回っていく。当然、中身が違う。それに、一方は医師免許を持ち、他方は持たない。これも決定的に中身の違いに影響する。また、どうしても６年生は国家試験の準備があるから、期間的に言って、初期研修の内容を５・６年生に持っていくのは難しい」というのもある。さらに、医師免許の有無という点では、「医学部５・６年生と初期研修医はやはり異なる。初期研修医は国家試験に合格しているので、基礎がしっかりしているため、一生懸命にやると、ちゃんと育つ。８～９割の初期研修医は何かあったらできるというレベルには到達している」という認識もある。

もうひとつ別の角度からの議論として、人材や症例などのリソースという視点がある。リソース確保の視点から考えて、医学部５・６年生が初期臨床研修の内容をやることの実現可能性はどれぐらいあるのか。「初期研修の内容を医学部５・６年生でやらせられるかという話だが、これには、まず、現実的なリソースの問題を考えなければならない。初期研修医10人でやっていたことを100人でやるとうことになると、単純に言って、10倍の症例が必要になるということ。救急ということを例にしてみると、年間のべ2,000台の救急車が来ているとする。この量をどうやって10倍にすることができるのか。リソース不足に陥るのではないか」という。同様に、指導医の問題も議論する。「１年目の医師にはきちんと監視・監督する指導医が必要になるが、10人が100人になるなら、指導医も10倍の数にしなければならない。10倍の指導医をどうやって確保するのか」というわけである。だが、この点に関しては、大きな問題にならないという見解もある。「卒前研修の充実化にあたってのリソースの問題が皆無だとは言わないが、回っていく人数や期間単位を変えていくことが対応できるだろう。なにも学生を最前線に立たせようということではないのだから」という見方である。

4.4　マッチング制度

初期研修医の偏在

初期臨床研修制度における教育研修内容面とマッチング制度は別物であるという認識が重要であるが、ここでは、マッチング制度によって、初期研修医の偏在化が起きている点についての問題意識を整理しておく。基本的に、各研修病院の準備ができないうちに、全国フリーでのマッチング制度を始めてしまったことがあまりにも拙速であったという指摘が多い。例えば、「全国マッチングは悪かった。これが地域的な偏りを生み出した。大学が初期研修のための教育体制を整えないうちに、全国マッチングを始めてしまったからだ」という。中長期的視点からも同様の指摘がある。「いずれにしても、初期研修制度のマッチング制度が急進的過ぎたということ。それまでは大学と関連病院の大きなパイの中で配分していた。今の制度では、一度、都市部の大病院に入ると、もう動かなくなる。固定化してしまう。彼らは大学と関連病院の大きな枠組みの中でポジションを評価しているわけではなく、ひとつの病院内でのポジションにすぎない。彼らはその後のキャリアをどうするのかが分からない。いずれにしても、地方の中堅層の待遇改善がなければ、マッチングにより、どんどん悪い方向へ進んでしまう」というのもある。「購買力（buying power）は研修医の側にあって、アンマッチの責任は病院側にあるとされるが、本当にそうか。市場が成熟しないうちに、マッチング制度が始まってしまったという面もあるのではないか。指導力をきちんと評価して、研修病院を決めているのであれば、問題ないだろうが、本当にそういうことはきちんと行われていない」という具体的な指摘もある。

マッチング制度によって、どんな事態が起きているのだろうか。地域間格差という視点から具体的な話を挙げておこう。「全国におけるマッチングの格差がそのまま医療の地域間格差につながっている。医療という社会性を考えると、自由競争でいいのかと思う。分配の問題は大事。この県では若い医師が足りない。若い人が少なくなってきており、医療の将来は暗い」という。次の話はやや込み入っているものの、全国的に起きている現象として注目に値する。「地方の国立（特に旧設）はレベルが高く、医学生は全国区となる。つまり、大都市部出身の医学生が多い。そして、女性比率も高い。もともとは医学生の卒後の就職市場がオープンではなかった。公募はあったが、情報が遮断さ

れていたため、そこそこそのまま地方大学の医局に残っていた。もちろん、以前でも、コネで移動したり、勇気をもって他大学へ応募したりはあったが、相対的に数は圧倒的に少なかった。ところが、全国マッチングとなり、都心部の大病院が公募となる。母校は滑り止めとして大丈夫ということで、地元の都市部への応募が増加する。特に女性だと、田舎でやっていく未来を思い浮かべて難色を示したり、親のところへ戻りたい、あるいは、親が娘に戻ってきてほしいということがあったり、動いた先の都市部の大病院が高待遇だったりするため、都市部へ移動してしまうことになる。他方、地方大学は定員が少ないこともあり、医局の構成は人材が貧弱となっている。助手や非常勤の数が足りない。そして、結局、自分たちも非常勤で手取り 10 万円ぐらいでアルバイトしながら大学院に在籍するということになる。待遇に差がある。しかも、国立の新設地方大学の立地が非常に悪い。都市部から離れた山の上にあったりする。そういう立地では、患者も少なくなるし、もともと人材確保が難しい。近隣の都市部にある県立病院などは一等地にあるものの、すでに関連病院として旧設大学に押さえられている。それに、そうした一般病院は大学病院とは異なり、研究や教育の必要がないので、臨床に集中できる。大学はそういうわけにはいかない。結果、レジデントクラスになると、待遇が大きな差となる。都市部の大病院は自前で優秀な研修医を確保できるので、マッチング制度は良い。このギャップはいかんともしがたい。つまり、人手不足の中で、医師労働市場をオープンにしてしまったことが根本的な問題。大学での非常勤や助手の数を増やしたり、待遇を十分に引き上げたりしないままに、マーケットを開いてしまった。当然、格差は拡大することになる」という話である。

他方、市中病院と大学（大学病院）という区分では、初期臨床研修後に大学に戻る動きが出始めているという話もある。「やっぱり、都市を希望する人が多い。でも、これは予想できる当然のこと。ただ、このところ新しい動きが出てきている。確かに、うちの大学では卒業後、半分は外の病院へ初期研修に行く。そこ（一般病院）では、人が足りていないので、初期研修後も居つくことになる。そうやって、人材が充足していく。そうなると、今度は、そこに初期研修に行く人は、初期研修期間だけしか居られなくなる。有名ブランド病院では、すでにそういうことが起きている。すると、3 年目の居場所がないので、彼らは大学に戻ってこざるを得ない。事実、後期研修医の募集をやると、ずいぶんと増えてきている。しかし、後期研修医の募集において、最初から大学を選択した人を優先するということになれば、最初から大学に残るようになり、大学に戻って

くるという動きが２～３年後ぐらいには出始めるのではないか。やっぱり、10 年ぐらい、制度変更後の経過を見るほうがいいだろう。今、新医師臨床研修制度が始まって 7 年目だから、あと３年ぐらい様子を見ていいのではないか」という。他にもある。「ただ、大学に戻る動きも出てき始めた。というのは、専門医を取るためには、不利になるような市中病院もあって、３年目以降、大学病院に戻る方がよいというケースがあるからだ。剖検数なんかは大学病院の方が有利だ。そういう意味で、そういう動きがぼちぼち増えてきている。そういうことに気がつき始めたのだろう」というのである。

マッチング制度の話は立場を変えると話が全く違ってくるという点は重要である。「全国マッチングによる医師配置の偏在化は社会的に見て問題がないとは言えないが、個人の立場から見れば、自由意志に基づく自由な意思決定ができるという意味で良いものである」という。つまり、初期研修医側からすれば、選択肢があるというのは基本的に良いことなのである[20]。

給与水準の自由設定

「初期研修医の待遇をきちんとしたという点は評価できる」わけだが、初期研修医の給与水準は自由設定であり、大きな格差となっているという。そのことが問題として挙げられている。まず、「初期研修医の給与設定は完全自由化となっているが、これには問題がある。当然だが、初期研修医の中には給与の格差にひかれて動くものがおり、給与の格差が偏在化を生み出しているという側面もある」というのが典型的な議論である。つまり、給与格差がそのまま初期研修医の配置における偏在化につながっているという見解である。そこからは、「給与格差が大きな問題。こういう差を認めていいのか。ある程度のラインを決めてやらないといけない。こういうのを認めてしまうと、格差が広がるばかりではないか」という切実な声も聞こえてくる。一方、「逆に言えば、一般病院と大学病院で給料に大きな格差があるにも関わらず、半分の人は大学に残ってくれているという見方もできる。カネだけでは動かないということ。10 年ぐらいのタイムスパンでキャリアを見てから、考えてもよいのではないか」という前向きな話もあることはある。

[20] もっとも、選択の重要度が高い場合、選択肢が多すぎると、かえって満足度が下がるという科学的な研究報告もある。アイエンガー(2010)を参照。

給与水準と研修内容が反比例しているのではないかという点を指摘し、教育研修効果の確保という点で問題を指摘しているものがある。「大きな問題は、給与水準の高い研修病院の研修内容が悪いというところが少なからず存在することである。指導する時間的能力が全くないのに、高い給与で初期研修医をひきつけてしまっている。これは、初期研修医にとっても不幸である。したがって、研修病院の水準・レベルを担保する必要があった。給与面で言えば、給与は一定にするか、一定幅を設定するべきだった」という。「問題として挙げておきたいのは、研修病院としてのレベルが必ずしも高くないところで、やたらと高給を設定しているところがあるということ。このときに楽するようだと、医師として伸びなくなるように思う」という教育的なコメントもある。この背景には、研修病院側の医師確保という動機がある。「では、なぜ研修病院としての水準がないにも関わらず、高い給与設定をするのか。病院ではやはり医師不足になっており、医師確保の必要性が高いということだ。研修レベルが低いとはいっても、1年が過ぎれば、労働力として活用できるようになるし、初期研修医として来てもらえば、その後、残る可能性も高い」というわけである。確かに、論理的に言えば、教育研修内容の魅力度が高ければ、初期研修医を引きつけるために高い給与水準を設定する必要性は低くなるはずで、次のコメントのように、やはり高い給与水準の研修病院の教育研修内容には疑問が残るだろう。「病院側は医師確保のために高給設定をするのだろうが、そういうところの研修レベルには疑問がある。自然に初期研修医が集まるような教育レベルなら、高給を設定する必要はないはずなので、やはり問題のほうが大きいように思う。」したがって、「給与が月 30 万円を超えるようなところがある。そういうところは確かに補助金がカットされたりはしているが、そもそも、そういうところでは指導医の質と数は担保されているのか」という疑問が出るのは自然だろう。

いずれにしても、初期研修医の給与水準は一律あるいは一定幅にするべきではないかという意見が多いのは事実である。同時に、各研修病院の教育研修レベルの整合性をチェックしようということもある。「少なくとも、初期研修医の給与水準は、一律あるいは一定幅にしておくことが必要なのではないか。こういうところの話は、病院と個人の姿勢の問題とも言えなくはない」や「場所が良くて、症例数が多くて、給与が高いと、初期研修医が行ってしまうが、本当にそれで良いのか。やはり研修・教育内容が問われるべきではないか。そういう意味で、各研修病院のレベルの整合性のチェックをするべ

きだろう」というのはひとつの重要な論点であろう。

初期研修医の配置方法

マッチング制度を問題視する話は少なからず存在するが、現行のマッチング制度に替わる初期研修医の配置方法にはどんなことが考えられているのだろうか。いくつか挙げておこう。

地域で医師を育てるという視点は１つある。「基本として地域連携がある。そして、地域単位での研修病院「群」を定義する。もちろん、臨床研修病院の定義や質の担保にも問題はあるのだが、大学が中心になって、地域内の研修病院と連携して、研修させるやり方にするべき」という。次のコメント内容は現在実施されているものであり、特筆に値する。「愛知県が回答ケースになるのだが、愛知県では、相対的に多くの初期研修医が大学から市中に出て行っても、そのうちに大学へ戻ってくる。そういうキャリアパスが新制度実施よりも前からできていた。今も継承されている。大学、市中病院、研修医のそれぞれに地域でローテートしていくという社会的合理性が働いてきた。初期研修から１次、２次医療とやって、一度リセットするというような感じになる。他方、市中病院側も５～６年ぐらいになると人件費が高くなってくるので、人材を若手と入れ替えてもいい。大学は大学で、戻ってくれればうれしい」という。ただ、このシステムは初期研修医の配置問題を中長期的に考慮しているものであり、必ずしも短期的に現行のマッチング制度の代替とはならないだろう。同様の考え方として、出身大学の地域で初期臨床研修を行うといういわゆる地域枠のような発想も挙げられている。「各県１医大という政策があった。これは、各地方で医師を育てて、その地方に医師を供給するというのが政策の目的だったはず。ところが、結局、都会から医学生を集めて育てて、都会に戻すということになってしまっている。やはり、初期研修医は地域で育てることを徹底するべきだろう。出身大学で地域に縛ればよいのではないか」というものである。「医学部教育から初期臨床研修までを一連の教育の流れとして捉えて、県内でやっていくというようにするべき。そうすれば、県内で医師をスタートする道ができる」というのも同じ考え方である。

同様に地域という視点はあるが、次のような斬新な考え方は実におもしろい。「医師

配置については、プロ野球のようなことを考えてもよいと思っている。つまり、各県大学出身者はその県に縛る。ただし、他の都道府県とトレードはできる。10 年経過したら、FA を認める。つまり、他県へ自由に移動してもよい。私学はどうするかが難しいが、少なくとも 1 都道府県 1 医大政策なのだから、地方の国公立大学はこういう縛りでやってもいいのではないか」という。この案の背景には、「今は考え方を変えて、県内に医師が残ってくれればよいという考え方。地方大学は県内出身者が少なく、多くは出身地域へ帰ってしまう。やはりその辺はマッチングの自由度の大きさがもたらしたものだろう。3 年目以降に出身大学のある県に戻ってくるケースはほとんどない。その意味で、最初の配置は重要」という認識がある。

現行のマッチング制度は市場型であると考えれば、個人の自由選択が確保されるという点で当然であると考えられるところもあるようだが、実はそうでもない。「アメリカでは、4 年間のメディカルスクールで基礎的な臨床能力がつき、レジデントの段階で細かいところ、つまり専門領域を前提に入ってくることになる（学会によって若干の差異があるが)。こういう専門領域と地域の両方を考慮したマッチングを学会レベルで管理して行っている。つまり、この専門の医師をどこに何人という具合だ。つまり、医師配置のようなものを考慮したマッチングをしている。ところが、日本では、完全なプライマリな部分での全国フリーのマッチングをしてしまっているから、問題が出てくる。少なくとも、後期研修の段階では割り振りをする必要があるだろうと思う」というのである。この点は留意しておきたい。

もちろん、現行のマッチング制度が継続するなら、募集定員数の調整を求める声もある。「やはり、定員数と新医師数を近づけたうえで、自由競争というのが必要」というのがそのエッセンスである。「やはり、研修病院のトータルの定員と新医師数を近いところに合わせる必要がある。地方の大学病院や市中病院で、募集定員と初期研修医数の間にかい離が生まれると、この差によって、研修病院の質が悪いのではないかという誤った情報が生成され、悪循環に陥る。こうなると、外（県外）からはなかなか初期研修医は集まらない。このまま行けば、先細りになるのは目に見えている。やはり定員と新医師数を合わせて、人口の割合で配分するようなところが必要だ」というのである。さらに、若干の懸念事項を跳ね除けても初期研修医の確保の重要性に言及しているコメントもある。「レベルの低いのばかりが集まることになるのではないかというのは問題

ないだろう。医師になってからの研修・教育の方が問題としては大きいから、まずは人数を確保するのが大事」なので、募集定員と初期研修医数を合わせるのが先決だというのである。

4.5 情報整理のまとめ

医学部教育

- 医師国家試験対策に追われるため、臨床実習の期間が不十分になっている大学は決して少なくない。
- 法的な問題、指導医の不足、患者の理解不足、医学生のレベルの低さなどの問題から、臨床実習は参加型にはならず、見学型となっているケースが少なくない。
- 教育現場では、できるだけ臨床実習を参加型にしたいという意欲がある。しかし、内科系は参加型にしやすいが、外科系は参加型にするのは難しい。
- 医学部教育において、医学生の適格性を判断するプロセスが不足している。
- 臨床実習ライセンス化については、賛否両論がある。反対意見では、責任の在り方が問題にされる。
- 共用試験（CBT と OSCE）は臨床実習前のチェック機能として一定の役割を果たしているが、課題もある。CBT はプール問題の充実が、OSCE は評価の客観性確保が必要である。

医師国家試験

- 知識偏重であり、いわゆるペーパー試験対策としての負担感がある。他方、実践的な問題も多く、現行の医師国家試験を評価する声も存在する。
- 知識重視の感は否めず、態度・技能の評価が不十分である。いわゆる知識部分を共用試験の CBT でカバーし、医師国家試験は臨床部分に焦点を当て、実技テストを導入するという考え方もある。

- 禁忌肢問題の評判が悪い。しかし、現行の医師国家試験の中では、医師としての適格性を評価する部分が他には見当たらないため、実技や面接のようなもので代替することが必要になるだろう。
- 資格試験として、相対評価による合否判定が疑問視されている。
- おもしろいところでは、医師国家試験をやめてしまい、医学部卒業で医師として能力を担保することによって、卒業と同時に医師資格を与えるという案もある。

初期臨床研修

- 初期臨床研修制度は概ね良いと評価されている。短期間で複数診療科を回るとしても、幅広い診療能力の獲得という点で成果は出ていると評価されている。制度の意義・意味という点でも、評価されている。
- ただし、もともと同様の研修をやっていた教室や地域では、初期臨床研修制度の積極的な意義・意味が疑問視されている場合もある。専門医育成が遅れることや初期診断・初期処置ができるようになっていないという厳しい見方もある。
- おもしろいところでは、プログラム化されたことで硬直化し、夜間などの時間外の経験やレアケースを診るということが減ったという指摘もある。
- 初期臨床研修の到達目標にはコンセンサスがない。大きく分類すると、鑑別診断能力と初期処置能力の獲得、全科に対応できる幅広い診療能力の獲得、各専門医になるための基礎力の獲得の３つの考え方がある。
- プログラムの内容や期間については多様な意見がある。ただし、将来の専門科を決めてから初期臨床研修に入る方が望ましいという見解が多い。
- 2010 年度の初期臨床研修プログラムの弾力化措置については、外科が必修からはずれたことが問題視されている。
- 初期臨床研修の１年化は、少なくとも医学部５・６年生の臨床実習の充実化が前提となる。
- 初期臨床研修を効果的なものにするためには、屋根瓦方式の指導組織体制が高く評価されている。
- 臨床実習の充実化によって、初期臨床研修の内容を臨床実習で行うことができるようになるか否かという点については、認識が分かれている。臨床実習のライセンス

化などの方策によって、臨床実習を充実化できれば可能であるという見方がある一方、初期臨床研修と臨床実習は段階もレベルも本質的に異なるため、代替するような話にはならないという見方もある。

マッチング制度

- マッチング制度の評判は良くない。各研修病院の初期研修の教育体制が整備されないうちに拙速に導入されてしまったという評価である。
- 総じて、現行のマッチング制度によって、都市部と地方という点では地方で、大学病院と市中病院という点では大学病院で、初期研修医不足となっている。
- 初期研修医の給与水準が自由設定されていることを疑問視する声が多い。高い給与水準を設定している研修病院の教育研修レベルに疑問がある。少なくとも、給与水準は全国で一定幅を設定するべきではないかという見解がある。
- 初期研修医の配置方法としては、地域で医師を育てるという視点から、地域単位で各研修病院をローテートする方法が挙げられている。
- 現行のマッチング制度を続けるならば、募集定員数と初期研修医数を近いところに合わせるという調整を求める声がある。

５．インタビュー情報の考察

本章では、分析と考察を加えることで理解を深められるテーマを取り上げて考察を行う。参加型臨床実習の推進にあたり、どの程度の参加型臨床実習が想定されているのかについて、臨床実習検討委員会の最終報告（平成３年）に基づいて議論し、臨床実習ライセンスの考え方との関係を考察する。次に、参加型臨床実習を推進するための１つの手段である臨床実習ライセンス化についての意見と責任の在り方についての見解との関係を分析する。

5.1　参加型臨床実習の内容と臨床実習ライセンス化

インタビュー全体を通じて、臨床実習が不十分であるという認識は多くの大学で指摘され、その要因として医師国家試験対策の負担や、指導医不足、責任の所在が不明確であることなどが挙げられている。また、多くの指導医が参加型臨床実習への意欲を共有しているが、参加型臨床実習とは何かという点については、必ずしも見解が一致しているとは言えない。臨床実習で医学生に許容される医行為は、臨床実習検討委員会最終報告（平成３年）の「医学生の臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為」としてまとめられている（次のページの図表 5-1-1 を参照）。この報告では、医学生が行ってよい基本的医行為は、その医行為の難易度に基づき、水準１、水準２、水準３に分類される。この分類に基づいて、どの程度の医行為が現状の臨床実習において行われているか、また、どの水準の医行為を行うべきと考えられているのかについて、具体的なインタビュー情報を使って考察する。

図表 5-1-1　医学生の臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為

水準1 指導医の指導・監督のもとに実施が許容されるもの	**水準2** 状況により指導医の指導・監督のもとに実施が許容されるもの	**水準3** 原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの
1. 診察 ・全身の視診、打診、触診 ・簡単な器具（聴診器、打腱器、血圧計など）を用いる全身の診察 ・耳鏡、鼻鏡、検眼器による診察 ・内診 ・産科的診察		
2. 検査 〈生理学的検査〉 ・心電図、心音図、心機図 ・脳波 ・呼吸機能（肺活量など） ・聴力、平衡、味覚、臭覚 ・視野、視力 〈消化管検査〉 ・直腸鏡、肛門鏡 〈画像診断〉 ・超音波 ・MRI（介助） 〈放射線学的検査〉 ・単純X線撮影（介助） ・RI（介助） 〈採血〉 ・耳朶・指先など毛細血管、静脈（末梢） 〈穿刺〉 ・嚢胞（体表）、膿瘍（体表） 〈産婦人科〉 ・膣内容採取 ・コルポスコピー 〈その他〉 ・アレルギー検査（貼付） ・発達テスト	・筋電図 ・胃腸管透視 ・動脈（末梢） ・胸、腹腔、骨髄	・眼球に直接触れる検査 ・食道、胃、大腸、気管、気管支などの内視鏡検査 ・気管支造影などの造影剤注入による検査 ・小児からの採血 ・腰椎、バイオプシー ・子宮内操作 ・知能テスト、心理テスト
3. 治療 〈看護的業務〉 ・体位交換、おむつ交換、移送 〈処置〉 ・皮膚消毒、包帯交換 ・外用薬貼付・塗布 ・気道内吸引、ネブライザー ・導尿、浣腸 ・ギブス巻 〈注射〉 〈外科的処置〉 ・抜糸、止血 ・手術助手 〈その他〉 ・作業療法（介助）	・創傷処置 ・胃管 ・皮内、皮下、筋肉 ・静脈（末梢） ・膿瘍切開、排膿 ・縫合 ・鼠径ヘルニア用手還納	・静脈（中心）、動脈 ・全身麻酔、局所麻酔 ・輸血 ・各種穿刺による排液 ・分娩介助 ・精神療法 ・眼球に直接触れる治療
4. 救急 ・バイタルサインチェック ・気道確保（エアウェイによる）、人工呼吸、酸素投与	・気管内挿管 ・心マッサージ ・電気的除細動	
5. その他 ・カルテ記載（症状経過のみ学生のサインとともに書き入れ、主治医のサインを受ける） ・健康教育（一般的内容に限る）	・患者への病状説明	・家族への病状説明

資料：厚生省「臨床実習検討委員会最終報告（平成3年）」

現行の臨床実習の状況は大学によって様々である。参加型臨床実習に取り組んでいるというある大学では、クリニカル・クラークシップを行っている。その到達レベルは「初期研修のときにスムーズに病院業務ができるレベル」であり、その具体的内容として「カルテや病態診断」が挙げられている。この「カルテ」とは、図表5-1-1における「水準１：指導医の指導・監督のもとに実施が許容されるもの」の「カルテ記載」に相当すると考えられる。「病態診断」とは、患者への問診、採血や心電図検査などの簡単な検査を行い、病気を診断することであると推察する。「病態診断」とは、水準１の「診察」や基本的な検査内容を含む「検査」に相当するだろう。他方、「全面的に参加型臨床実習にできるのは、カルテや患者の診察方法などをチームとして学んでいける内科系だけであり、外科系の場合、実際に処置をするという意味での参加型臨床実習は難しい」という。この外科系の「実際に処置をするという意味での参加型臨床実習」とは、実際に患者に触れる侵襲的な行為をさすと考えられ、水準１の「外科的処置」にある抜糸や止血などが想起される。他の具体的な話としては、「お産の経過を診るだけというのは座禅みたいな忍耐力が必要だが、これは、単なる見学。進行状況を把握してもらうということになれば、参加型になる。ただし、内診はやらせない」という説明がある。この説明の中の「進行状況を把握してもらう」とは、水準１の「産科的診察」であると推測される。「内診」とは、おそらく水準１の「内診」に該当するのだろう。

これらの状況から、参加型臨床実習を行っているという大学においても、現行の臨床実習における医学生の医行為のレベルは、概ね、図表5-1-1の「水準１」であると推察される。他方、水準１の医行為の中には、外科的処置のように、実際には医学生にはやらせることが難しいものがあると考えられる。

次に、図表 5-1-1 を用いて、参加型臨床実習で到達すべきと考えられているレベル内容を検証する。「医療チームに放り込むのが参加型であるし、検査もやってみろということ」、「実際に患者を受け持って、薬剤の処方までやってみる。副作用管理などまでやらせてみる」、「医学生が自分で責任を持って処方までやってみるというのが大事」という意見がある。「実際に患者を受け持って」や「医学生が責任をもって薬の処方までやってみる」というのは、「水準 2：状況により指導医の指導・監督のもとに実施が許容されるもの」の中の「患者への病状説明」を含んだレベルを想定していると考えられる。また、医学部５・６年次には「患者さんを基本的に診るというテクニック的なことを系

統的に学ぶ」ことが必要であるという見解がある。「患者さんを基本的に診るというテクニック的なこと」とは、基礎的な診療行為に該当すると見られ、そのレベル内容は診察や基本的検査を含む水準１になるだろう。具体的な医行為に言及するものとしては、「体の所見をとる練習をすること。１０分もあげれば、神経所見を取るとかということが簡単にできるようになる」や「まず、問診によって患者さんの話の中で何の病気かを判断する。次に、身体所見で、正常か異常かの区別をつける。たとえば、心音を聞いて判断するが、正常か異常かの判別をするには、正常な人の心音も聞いておかなくてはならない」というのがある。これらの身体所見は、水準１の「診察」に当たると考えられる。他には、「例えば、内視鏡や超音波検査など、医学生にはやらせられない技能が数多くあるからである。法律・制度としてできるようならやらせたい」という意見があるが、超音波は水準１の「検査」、内視鏡は「水準３：原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの」の「検査」に明記されている内容となるだろう。

図表 5-1-2　臨床実習ライセンス化と臨床実習で到達すべきレベル内容

		臨床実習で到達すべきレベル内容		
		水準1	水準2	水準3
臨床実習ライセンス	付与すべき	超音波検査。	実際に患者を受け持って、薬剤の処方までやってみる。副作用管理などまでやってみる。	内視鏡検査などの技能。
		カルテを書く。	点滴とかも自分でやると責任ができる。	
		初期診察、鑑別診断。身体所見。		
	付与すべきでない	カルテや病態診断。		
		患者さんを基本的に診るというテクニック的なことを系統的に学ぶ。		
	言及なし	10分で神経所見を取るなど、体の所見が取れる。		
		医療チームに放り込む。検査もやってみる。		

ここまでの議論を表にまとめると、図表 5-1-2 のようになる。図表 5-1-2 は、臨床実習ライセンス化に対する意見と臨床実習で到達すべきレベル内容との関係を示している。注目すべきは、臨床実習ライセンスを付与すべきという立場は、水準２や３のレベル内容にまで言及していることである。つまり、水準２や３のレベル内容の臨床実習を

想定するからこそ、臨床実習ライセンスの必要性を感じているということかもしれないのである。どの水準の臨床実習を実現させるかということと臨床実習ライセンスを導入するべきか否かの間には密接な関係があると思われ、この視点での議論の整理は必要になるだろう。

5.2　臨床実習ライセンス化と責任の在り方

参加型臨床実習を推進するための１つの手段として、臨床実習ライセンス化が議論されている。臨床実習ライセンス化については、医学生の医行為の責任の在り方が大きな問題の１つとなっている。インタビュー調査では、臨床実習ライセンス化の可否は、医学生に責任を問うことが可能であると考えるかどうかに依存しているようにも見える。

臨床実習ライセンスに賛成する立場では、医学生の責任を問うことは可能あるいは問う部分があってよいと考えている。例えば、医学生に責任を問うことで、責任感が芽生え、より充実した臨床実習になるという見解がある。「医学部５年生からのライセンス化には全面的に賛成。責任も求めればいいし、保険もかければいい。責任を伴わなければちゃんと学べない」、「生身の患者を相手にして責任をもってリスクを感じながらやらないと身に付かない」という。責任感を持たせて技能修得させる内容としては、「例えば、実際に患者を受け持って、薬剤の処方までやってみる。副作用管理などまでやらせてみる。もちろん、指導医をちゃんとつけて指導するが、医学生が自分で責任を持って処方までやってみるというのが大事。点滴とかも自分でやると、責任ができる」というのがある。

他方、臨床実習ライセンスに反対する立場では、医学生には責任を問うことができないと考えられている。「５・６年生にライセンス（仮免許）なんて与えられない。無理。ライセンスを与えるということは、責任を負うということ。責任を負えないし、責任を求めることもできない。22 歳やそこらの学生に患者を診てもらうのは無理」という。他にも、「仮ライセンスはとてもできない。責任なんかも考えると、無理と言わざるを得ない」や「訴訟制度を抜本的に変更しないと無理。過失が問われるとか、異常死の届

出をやるのか？」という見解があり、医学生に責任を問うことを危惧する。臨床実習ライセンスを付与しても、あくまで組織が責任を負うべきとする意見もある。「問題が発生したときの責任は組織にあると考えるべき。組織の問題。研修・教育体制がきちんとしていたかどうかが問われることになるだろう。なので、逆に、ライセンスという話になると、個人に責任が投げられて、組織の体制に目がいかなくなるような事態が懸念される」という。

図表 5-2-1 臨床実習ライセンス化と責任の在り方

		臨床実習の責任の在り方	
		医学生に責任を問うことが可能	医学生に責任を問えない
臨床実習ライセンス	賛成	医学部５年生からのライセンス化には全面的に賛成。責任も求めればいいし、保険もかければいい。責任を伴わなければちゃんと学べない。	
		実際に患者を受け持って、薬剤の処方までやってみる、副作用管理などまでやらせてみる、もちろん、指導医をちゃんとつけて指導するが、医学生が自分で責任をもって処方までやってみるというのが大事。	
	反対		仮ライセンスであっても、問題が発生したときの責任は組織にあると考えるべき。組織の問題。ライセンスという話になると、個人に責任が投げかけられて、組織の体制に目がいかなくなるような事態が懸念される。
			5・6年生にライセンスなんて与えられない。無理。ライセンスを与えるということは責任を負うということ。責任を負えないし、責任を求めることもできない。
			仮ライセンスはとてもできない。責任なんかも考えると、無理と言わざるを得ない。
	修了証でよい		修了証でいい。文科省お墨付きでも、各大学お墨付きでもいい。バッチをつけるということ。つまり、患者に、この医学生はきちんと基礎を押さえているので、臨床実習をやらせられるレベルにありますよとアナウンスするようなものがあればいいということ。
			4年生の終わりのところで、ステップ2として公式に「修了証」を出せばよい。修了証がないと、臨床実習には進級できない仕組みにする。なので、ライセンスということでなくてよい。修了証ということでよい。

また、臨床実習免許ではなく、「修了証」でよいとする立場では、医学生の責任の在り方には明確に言及せず、医学生の適格性を示すことを重視する。例えば、「いわゆる免許ということでなくてよい。修了証でいい」とし、「文科省お墨付きでも、各大学お墨付きでもいい。バッチをつけるということ。つまり、患者に、この医学生はきちんと

基礎を押さえているので、臨床実習をやらせられるレベルにありますよとアナウンスするようなものがあればいいということ」という見解である。他にも、「ライセンスということでなくてよい、修了証ということでよい」とし、「4年生の終わりのところで、ステップ2として公式に修了証を出せばよい。修了証がないと、臨床実習には進級できない仕組みにする」と、医学生の適格性やレベルを担保するものとして修了証があればよいという考えもある。

図表 5-2-1 はここまでの議論を表にまとめたものである。これを眺めると、臨床実習ライセンス化と医学生に責任を問うことの可否はセットとして考えられているように見える。臨床実習ライセンス化を支持する立場は、医学生にも責任を問える部分があると考え、臨床実習ライセンスに反対する立場は医学生には責任を問えないと考えている。そして、修了証でよいという立場は、折衷案と位置づけられるかもしれない。しかし、論理的には、臨床実習ライセンス化と医学生の責任を問うか否かは独立の命題であり、ライセンス化しても医学生に責任を問わないということもあれば、ライセンス化していないからといって医学生の責任が全く問われないというわけでもないだろう[21]。この点については、臨床実習ライセンス化は自動的に医学生に責任を問うことになるという思い込みを排し、参加型実習を実現する1つの方策として、臨床実習ライセンス化を慎重に議論することが必要ではないかと考えられる。

[21] 命題の排反律の話が参考になる。高橋(2007)や野内(2010)を参照。

６．政策的インプリケーション（仮説の提示）

本章では、政策的インプリケーションを仮説的に検討する。インタビュー調査から判明した問題の一般性・普遍性の評価は別途必要であるのは間違いないが、ここでは、それらの問題に対応する方法の１つを仮説として提示してみたい。本来、それらの問題に対応する方法は複数あり、それらの方法を明示し、総合的に評価・判断のうえで改革案を提示するのが王道である。後述するように、そもそも、あり得る方法を複数、考え出すことが必要でもある。しかし、ここでは、そこまでの深入りをせず、さらなる議論の種を提供するという意味で、仮説としての改革の方向性を提示しておきたい。医学部教育、医師国家試験、初期臨床研修制度のそれぞれについて、全体設計の視点を持って、方向性を検討する。

また、重要な注意が２つある。４章、５章でインタビュー情報の整理・考察を行っているが、すでに議論したように、何らかの政策提言や制度改革案についての賛成・反対を問う調査研究をしているわけではない。あくまでも非構造化面接法に基づくインタビュー調査によって、現場の認識を含めた事実の探索・問題の発見・仮説の生成に焦点を当てている。本調査では、回答者の恣意的な選択や発言・意見の誘導操作はしていないため、４章と５章のとおり、現場の認識・見解に全員一致というようなものは存在しない。むしろ、多様な認識・見解がある。そういう意味で、どの問題を重く見るかは、インタビュー調査を通じて調査研究者が形成した論理的仮説の影響を強く受けているため、主観性が入っているだろうし、多数決で政策の提示を行うつもりもない。そもそも、多数決を取るための調査をしているわけではないのである[22]。もっとも、政策の実施には多数決の論理はある程度重要かもしれないが、政策の成功度についての判定は事前の多数決で決まるわけではない。増税や減税はその分かりやすい例である。

---

[22] 日本医師会の記者会見「医学部教育・初期臨床研修制度についての日本医師会の考え―日医総研の聞き取り調査をもとに―」（2011 年 1 月 12 日）が実施された（http://www.med.or.jp/teireikaiken/）。この記者会見を発端に、m3.com（http://www.m3.com/）で医療者を対象に、臨床実習ライセンス化に関するアンケート（状況の把握、案への賛否など）が実施されている。こういうアンケートは事後的に出てくるものであり、政策の仮説的提示の意義が具体的に表れたものだろう。もちろん、その手のアンケート調査は興味深い。いくつか紹介すると、「参加型実習を増やすべき」との回答は、医師会員の 64%、医師以外の会員では 74%。各会員の勤務先の医療機関において、「医学生が臨床実習しても問題ないと思う業務がある」との回答は、「かなりある」「ある程度ある」を合わせると、医師会員では 75%、医師以外の会員では 74%。「臨床実習の際に、国家ライセンスとしての臨床実習免許の取得を必須とすべきか」との回答は、「必須とすべき」とした医師会員は 22%、医師以外の会員の方が多く 37%。最も多かったのは、「何らかの試験は必須だが、国家ライセンスにすべきではない」との回答で、医師会員、医師以外の会員ともに約半数。

もう１つの注意点は、政策的な議論は、解決策を思いつくかどうかという部分が重要であるということである。すでに実施されている、または、実施した政策についてはその効果と副作用の検証が可能かもしれない。しかし、実施したことがない政策は、論理的な評価しかできないし、思いつかない政策はそもそも議論の俎上に上がらない[23]。実施したことがある政策にしても、社会環境が異なれば、実施したことがない政策とそれほど話は変わらないかもしれない。したがって、実施したことがない政策の最善性を事前的に保証したり検証したりすることはできないのである。しかし、現実的な問題を捉え、具体的な議論や政策につなげるという点では、仮説的に１案を提示することの重要性は否定されない。むしろ、どのような調査研究をしても、政策的インプリケーションを議論しなければ、その面白さは半減するだろう。

なお、初期臨床研修制度におけるマッチング制度も１つの大きな論点ではあるが、本ワーキングペーパーでは、それに関する議論は行わない。医師確保と教育研修内容は別の次元の問題であるという認識に立っているからである。教育研修面からの議論と全くの無関係ではないとしても、マッチング制度の問題は、医師偏在・医師不足への対応というより大きな視点からアプローチすべき問題である。医師偏在・医師不足への対応は本ワーキングペーパーの調査研究対象からはずれているという判断である。

[23] あり得る全ての政策を挙げることは不可能である。なぜならば、あり得る全ての政策という集合空間が誰にも分からないからである。思いつかなければ、それまでという話である。政策を考え出すとは、問題に対する深い理解、その対策案捻出のセレンディピティ、その副作用や意図せざる結果に対する洞察力という属人的な能力に依存せざるを得ず、事前的に科学的に最善な政策を証明することはできないのである。この中で少なくとも、現場情報を集め、問題に対して深く理解するという努力は最低限必要な作業となる。したがって、政策に関する意思決定や公式見解については別の次元の話であるが、調査研究の延長線上として、やや風呂敷を広げ、政策的インプリケーションを考えておくことは重要な作業であり、意味・意義が大きいと考えられる。

6.1　【仮説１】臨床実習ライセンス制度？

３つの問題

インタビュー調査から、医学部教育において、臨床実習に３つの大きな問題があるように見える。１つには、十分な期間、臨床実習が実施できていないということである。臨床実習は医学部５・６年生の２年間に行われることになっている。しかし、現実的には、医師国家試験の対策をしなければならず、２年間十分に臨床実習を実施している大学は決して多くない。医学部６年生の１年間は、臨床実習がほとんど行えず、国家試験対策の予備校化・受験生化しているという大学もある。国家試験対策のために１年を費やすのは社会的浪費ではないかという声もある。

２つ目は、見学型実習が中心で、参加型実習が不足しているという問題である。どこまでの参加型を求めるのかという基準の問題はあるが、教育現場の認識として、十分に参加型実習ができていないという。この背景には大小いくつかの要因がある。参加型実習として行ってよい医行為の明確化と法的根拠の整備が不十分であること[24]、患者の理解が得られないこと、何か事故が起きたときの責任の所在があいまいであること、指導医が不足していること、医学生が精神的に未成熟であることなどである。１つ目の問題とも関係しており、臨床実習期間が短いために参加型実習ができていないという側面もある。いずれにしても、教育現場では、できるだけ参加型実習をやりたいという意欲がある。

３つ目の問題は、臨床実習を行わせるのに適格な医学生を選別する機会が不足しているということである。教育現場では、将来的に医行為を行わせるのにふさわしくない医学生を排除する仕組みがないことを問題視する声が少なからず存在する。医学生全体の中ではごく少数であると思われるが、患者に接し、生命に関わる仕事を行う以上、適格な医学生をきちんと選抜する必要があるだろう。

[24] 背景には「医師でなければ、医業をなしてはならない」という医師法第 17 条の規定がある。この法律を厳格に適用すると、医学部教育における臨床実習は全くできないということになる。また、これに関連して、厚生労働省の狭義の「医業」の解釈が障壁になっているという議論もある。

臨床実習ライセンス化？

これらの３つの問題をクリアするためには、医学部教育の臨床実習に関して「国家ライセンス（臨床実習免許）制度」が１つの選択肢として考えられるかもしれない。医学部５・６年生の臨床実習に進むためには、その前に、臨床実習ライセンスを取得しなければならないという制度である。以下、具体的に考えられそうな話をさらなる議論の種のために仮説的に提示してみよう。議論の種になるように、できるだけ具体的かつ明確な表現で示すことにする。しかし、あくまでも仮説である。

臨床実習ライセンスを取得するためには、３つの試験に合格しなければならない。１つ目は、CBT（Computer Based Testing）である。これは、臨床実習開始前までに修得しておくべき必要不可欠な医学的知識を総合的に理解しているかどうかを評価するものである。知識・技能・態度の中の知識を問う部分である。すでに、CBT はほとんどの大学で利用されており、進級の可否に利用している大学も多い。しかし、臨床実習ライセンスのための試験として利用するためには、安易な再現問題集などで対応できないように、問題のストック量を十分に増やす必要があると指摘されている。また、後述する医師国家試験の改革の方向性と整合性を取るように、出題範囲を設定し直すことも求められる。

２つ目の試験は、OSCE（Objective Structured Clinical Examination: 客観的臨床能力試験、通称「オスキー」）である。これは、医学生の臨床能力（臨床実技）を客観的に評価するためのものである。オスキーでは、症例への具体的な対応が求められ、評価される。知識・技能・態度の中の技能・態度を問う部分である。オスキーを実施している大学も多い。しかし、口を揃えて言われることは、オスキーの評価の客観性が乏しいということである 。したがって、臨床実習ライセンスの試験としては、評価の客観性の確保、合格基準の明確化、試験実施方法の設定などが必要となる。

３つ目の試験は、面接試験である。この試験は、臨床実習の中で医行為を行うのに適格な医学生を選抜するためのものである。ごく少数の明らかに不適格な医学生に臨床実習ライセンスを与えないために実施するものである。医学生に対する不公平・不公正な取扱いが起きないように、実施方法や実施回数などを工夫する必要はある。

これらの３つの試験の全てに合格した医学生には臨床実習ライセンスが与えられ、医学部５・６年生の２年間、臨床実習を行うことができる。では、臨床実習ライセンスを取得できない医学生はどうなるか。これは今後の要検討事項であるが、次の処遇が考えられる。留年または退学してもらう方法、なんらかの学士号を授与し医師国家試験の受験資格を与えずに卒業してもらう方法、他学部の３年次へ編入学してもらう方法である。

これらの試験プロセスを通じて、国家ライセンスとして臨床実習ライセンスが与えられる以上、法的に、臨床実習で行える医行為とその条件（組織・指導監督体制を含む）を明確に規定しなければならない。この点では、教育現場の指導体制の充実化（指導医の拡充など）が必要になる可能性が高い。いずれにしても、この点は大きな課題として、今後、検討し決定しなければならない重要事項となる。

また、臨床実習ライセンスを取得した医学生が医行為を行う以上、強い使命感・責任感を持って実習に臨む必要がある。そのため、何らかの事故が起きた場合、大学・医学部組織の責任だけではなく、医学生個人にも責任を問わなければならないケースもあり得る。したがって、臨床実習ライセンスを取得した医学生は医賠責保険への加入を義務付ける。

最後に、患者の理解を得るために、「臨床実習ライセンスは国家ライセンスであること、法律で規定される医行為を行うのに適格な医学生が適切に選抜されていること、臨床実習体制も安全面を配慮して明確に規定されていること」を周知徹底することが求められる。今までの単なる医学生とは異なり、法律で定められた国家ライセンスを取得した医学生なのである。

6.2 【仮説２】医師国家試験の臨床への集中？

現行の医師国家試験に対する見方

医学部の臨床実習の１つの大きな問題として指摘したように、国家試験対策のために時間を取られ、十分な臨床実習ができていないという問題がある。この問題の処方箋としての医師国家試験の改革の方向性を示す前に、議論しておかなければならないことがある。それは、現行の医師国家試験に対する見方には多様性があるということである。前述の国家試験対策が臨床実習へ悪影響を与えるという問題を指摘する立場では、知識重視のペーパーテスト対策の負担感や知識偏重の試験問題の在り方などの問題点を指摘することが多い。他方で、現行の国家試験は平易で標準的な問題が多く、むしろ、臨床実習をきちんとやっておくことが国家試験対策となるという主張も少なからず存在する。所属大学の実情の違いから、モノの見方が異なるのだろう。４章・５章で述べたとおり、臨床実習の実施状況には大学によって差があることも分かっている。

しかしながら、本稿では、医師としてのベースラインをきちんと確保するという視点に立って改革の方向性を仮説的に検討している。つまり、次の２つの問題を重視する。１つは、前述のように、少なくない大学で、医師国家試験対策に追われ、医学部教育において十分な臨床実習が行われていないという問題を重視する。全ての大学の事情ではないとしても、少なからずこういう実情となっていることは看過できない。もう１つは、現行の医師国家試験が十分に技能・態度の部分を評価できていないという指摘である。医師国家試験とは文字通り、医師国家資格のための国家試験である。したがって、判断力・技術力・マナーといった実際の現場で必要とされる医師としての能力を身につけているかどうかを評価するものでなければならない。しかし、現行の医師国家試験は知識を中心に問う試験内容となっており、技能・態度を十分に評価できる内容とはなっていないという。ここでは、この２つの問題に対する処方箋として、医師国家試験の改革の方向性を仮説的に提示する。

医師国家試験の臨床への集中？

前述の医学部教育における臨床実習ライセンス制度と整合性を取る形で、医師国家試験の「臨床への集中」が１つの選択肢として考えられるかもしれない。以下、具体的に考えられそうな話をさらなる議論の種のために仮説的に提示してみよう。議論の種になるように、できるだけ具体的かつ明確な表現で示すことにする。しかし、あくまでも仮説である。

まず、医学部教育からの全体の流れを示しておこう。医学部５・６年生の臨床実習へ進む前に、CBT によって、臨床実習開始前までに修得しておくべき必要不可欠な医学的知識を総合的に理解しているかどうかを評価する。この段階で、基本的な医学的知識をきちんと問うことにする。この CBT に加えて、オスキーと面接試験をクリアした医学生が臨床実習ライセンスを取得して、医学部５・６年生の２年間を臨床実習に集中する。このあと、卒業試験を経て、医師国家試験に臨むことになる。医師国家試験は、医学部５・６年生の臨床実習の成果を問う内容とする。つまり、臨床に関する知識に加えて、技能・態度の部分を問うことになる。そして、臨床中心の医師国家試験を経て、初期臨床研修へ向かうことになる[25]。

医師国家試験は、臨床面に軸足を置いた３つの試験で構成される。１つは、現行の医師国家試験の中の臨床問題を中心とした多肢選択の試験である。臨床面に深く関わる医学的知識を問う問題に絞り込んで実施する。現行の医師国家試験内容を活用できる部分もあるが、臨床面に関わる知識問題の出題範囲と各出題比率など別途検討する必要があるだろう[26]。さらに、この新しい医師国家試験の範囲外となる現行の医師国家試験問題の範囲は、基本的に CBT へ移行することにする。

２つ目は、上級オスキー （Advanced OSCE）である。これは、臨床実習ライセンス取得時に行われるオスキーの上級編であり、医学部５・６年生の臨床実習の成果を問うものとして、臨床能力（臨床実技）を客観的に評価するものである。前述のように、評価の客観性を確保することが重要な課題となる。

---

[25] 医学部臨床実習、ＣＢＴ、医師国家試験の間の整合性を取るためには、それぞれの所管になっている文部科学省と厚生労働省の間の緊密な連携が必要不可欠であろう。

[26] 禁忌肢問題の廃止や相対評価による合否判定の撤廃なども合わせて議論するべきであろう。

３つ目は、面接試験である。臨床実習ライセンス取得時の面接から２年が経過しており、再び面接試験を実施する。ここでも面接試験の目的はライセンス取得時と同じであり、医師として医行為を行うのに適格な人を選抜することである。つまり、ごく少数の明らかに医師として不適格な人に医師国家資格を与えないために実施するものである。

このように、医師国家試験を臨床面に集中することができれば、医学部教育において国家試験対策のために臨床実習が不十分になるという問題は回避できるだろう。むしろ、臨床実習に精力的に取り組むことがそのまま国家試験対策につながるのではないかと思われる。したがって、医学部教育の流れと医師国家試験の間の整合性が取れるようになるのではないかと考えられる。

6.3 【仮説３】初期対応力養成を基本とした柔軟な初期臨床研修？

到達目標に関する混乱

初期臨床研修制度の改革案を提示する前に、議論しておかなければならない重大な問題がある。それは、初期臨床研修の到達目標に関するコンセンサスが得られていないことである。初期臨床研修の目的は「プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けること」であるが、インタビュー調査から、到達目標の内容としては大きく３つの認識があった。１つは、鑑別診断能力と救命を含めた初期処置能力を獲得するというものである。２つ目は、レベルが不明瞭なのだが、全科に対応できるような幅広い診療能力を獲得するというものである。全ての科において、基本的な診療行為ができるようになるということを意味しているようである。３つ目は、各専門医になるための基礎力を身に付けるというものである。将来の専門科の視点に立って、必要な他科の内容を身に付けておいてもらうという意味である。

何を到達目標にすべきか？

到達目標についての議論をしておきたい。制度改革の方向性を考えるためには、初期臨床研修の到達目標を明確にしなければならない。以下、論理的に考えられる話をさらなる議論の種のために仮説的に展開してみよう。

まず、プライマリ・ケアの基本的な診療能力という視点から、３つ目の「各専門医になるための基礎力の獲得」は文字通り、初期臨床研修の共通の到達目標としては適切ではないだろう。２つ目の「全科対応の幅広い診療能力の獲得」は部分的には正しいが、明確な到達レベルの設定が難しいため、共通認識にするには不適切ではないかと言わざるを得ない。例えば、複数診療科で専門医レベルになるということは意味していないだろうし、とても無理だろう。加えて言えば、この２つ目の定義において、２年間の初期臨床研修という文脈に照らして明確な到達レベルを設定しようとすれば、１つ目の定義が有力な候補になると考えることができる。実際、「全科をカバーする総合的診療能力」という言葉を使いながら、１つ目の定義を意味している場合がインタビューにおいて散見された。そこで、初期臨床研修を修了した全医師が修得するべき内容として、１つ目の「鑑別診断能力と救命を含めた初期処置能力の獲得」を採用するべきではないかと仮説的な１案として提言しておきたい。

言うまでもなく、この初診患者に対する鑑別診断能力と初期処置能力には、よく見られる病気（common disease）の診療ができること、緊急度・重症度の判断ができること、手術適応の判断ができること、心肺蘇生ができること、外傷初療ができることが含まれる。

初期対応力養成を基本とする柔軟なコース設計？

初期臨床研修制度の到達目標を「鑑別診断能力と救命を含めた初期処置能力の獲得」と仮説的に設定してみた。この目標に到達する限り、２年間の初期臨床研修のコース設計は柔軟に行ってよいということになるかもしれない。つまり、初期臨床研修については「初期対応力の養成を基本とする柔軟なコース設計による制度運用」という方向性が

１つの選択肢として考えられるかもしれない。基本的に、内科、外科、救急をきちんと回り、その過程で鑑別診断能力と初期処置能力を獲得できれば、残りの期間は自由設計でよいのではないかという考え方である。将来の専門科を選択してもよいし、将来の専門科の視点から他科を選択してもよいし、総合的な診療能力養成のためのプログラムを組んでも構わない。

ここで議論しておくべきことが２つある。１つは、初期臨床研修の必修科目と期間についてである。2010 年度に初期臨床研修プログラムの弾力化が実施され、現在の必修科目とその期間は、内科６ヵ月、救急・麻酔科３ヵ月、地域保健１ヵ月となっている。鑑別診断能力と初期処置能力の獲得の視点に立って、必修科目の選定と期間の設定をやらなければならないのではないか。これは、今後の重要な検討課題として挙げておきたい。

もう一つ議論しておくべきことは、鑑別診断能力と初期処置能力の獲得をどのようにチェックするかという点である。到達目標として掲げる以上、このスキル獲得を明確に保証･確認することが必要である。単純に、初期臨床研修の必修科を決められた期間回ってくるだけでよいということにはならないだろう。何らかの形で獲得スキルを評価・認定し、修了資格を与えなければならない。その方法については、別途、具体的施策を検討しなければならないのではないか。

７．結論

本ワーキングペーパーでは、都市と地方の両方において大学、市中研修病院、地域医師会の諸分野における医学教育の最前線のキーパーソン 37 人を対象としたインタビュー調査を通じて、医学部教育・初期臨床研修制度に関する現状把握と、新制度に対する現場の評価、今後の改革の方向性を仮説的に探っている。インタビュー調査の結果は、本稿冒頭の要約であるポイントおよび 4.5 節「情報整理のまとめ」の通りであるので、ここでは繰り返さない。

他方、インタビュー情報に直接的に反映されない教育現場に共通した問題意識がある。最後に、それらを整理して、本ワーキングペーパーを締め括ることにしよう。

国公立、私立大学医学部あるいは医科大学を問わず、医学部の教員の業務は、大別すると「臨床」「研究」「教育」の３つの領域にわかれる。これらの領域のいずれにプライオリティーが置かれているかに関しては各施設によって濃淡はあるだろう。「教育」の領域は以前よりも重んじられてきていることは事実であるが、総じて「研究」「臨床」の分野と比較して、いまだその相対的優先順位は低いと思われる。

国立大学の独立行政法人化によって、臨床領域でのより高い経営効率が求められる時代を迎え、その傾向はより強まったようにも思える。これらの背景のもと、2004 年度に導入された新医師臨床研修制度によって、教職員の教育全般に対する負担感はより増加している印象を受ける。

教育と一言で言っても、教職員たちが考える教育に関する責務の範囲は多彩で、医学部の学生を対象とした卒前教育、初期研修医に対する卒後教育、その次のステップとして、後期研修医に対する専門医資格取得のための教育、あるいは学位取得のための研究上の指導と幅広い。

卒前教育に関しては、新医師臨床研修制度導入と同時期に、問題発見解決型（Problem-based learning, PBL）のテュートリアル型医学教育（定められた事例（課題）について学習者が自己学習を行いながら、テューターの支援によるグループ討論を

通じて学習目標を達成する教育法）やその発展形ともいえる Team-based learning（TBL）などの新しい教育方法が導入・試行されている。

しかし、手術件数や論文数など、比較的評価しやすい臨床領域や研究領域に比べ、教育という分野において、教育効果そのものの評価方法、さらに教職員たちの奮闘努力に対する評価方法に関して、現在さまざまな研究が行われているものの、未解決の問題のままである。その結果、医師国家試験合格率こそが、唯一のわかりやすい医学部教育のアウトカム評価項目として過度に偏重される傾向にあるのではないかと考えられる。

インタビュー調査において、多くの教員たちから聴取されたのは、「医学部教育の目的と聞かれれば、医師国家試験の合格と答えるしかない」という発言であった。この発言は、教育効果のアウトカム指標や、それに伴う学生や教員へのフィードバック方法が確立されていない現状への裏返しでもあるように思われる。

本ワーキングペーパーでは、医学部教育・初期臨床研修制度の問題点を解消する方向性として、臨床実習のライセンス化、医師国家試験の臨床への集中、初期対応力養成を基本とした柔軟な初期臨床研修制度の運用を仮説的に提示している。

この中で臨床実習のライセンス化に対しては、インタビューにおいても賛否が分かれるが、議論の焦点は医学生の医行為に対する責任の所在をめぐる問題にある。

この視点から見れば、文部科学省における医学教育カリキュラム検討会（座長：荒川正昭、新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター長、厚生労働省医政局医事課長がオブザーバー同席）においてまとめられた「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について」（平成 21 年 5 月 1 日）の報告書は興味深い[27]。この報告書のなかで「臨床実習免許の付与」は、「学習成果を生かす多面的な評価システムの確立」の項目で語られ、「共用試験、医師国家試験それぞれが整合性をもって各段階で求められる能力を適正に評価し、臨床実習をはじめとする学習成果を生かす多面的な評価システムを確立する」方向性の中の具体的方策のひとつとして、「５・６年次等に臨床実習を行う医学生の能力・適性を客観的に評価する共用試験の位置付けを明確にし、統一的な合格基準

[27] 文部科学省(2009)

を設定し、患者の診療に携わる臨床実習を行う医学生の適正な評価を担保する。その上で、合格者に一定の証明書を発行することにより、医学生の自覚や意欲、患者や国民の理解を高める」と提言されている。本ワーキングペーパーにおいて、臨床実習免許の付与に関する議論が、臨床実習において医学生に責任を求めるか否かの議論に深く関与していることとは対照的である。いずれにせよ「医学部教育・初期臨床教育をよりシームレスに運営するためには、医学教育における多面的な評価システムの確立が必要」とする見解は、本ワーキングペーパーの結論とも一致している。

新しい医師を養成することは、我が国の医療提供体制を維持するための非常に重要なファクターであることは自明である。したがって医学部教育・初期臨床研修制度に関する諸問題に対して、パッチワーク的な解決法ではなく、教育における評価方法やヒューマン・リソース、マンパワー確保のための財源問題も含め、今後とも多面的に議論を深める必要があるだろう。

謝辞

医学部教育・初期臨床研修に関して、37 人のキーパーソンの方々にインタビューさせていただきました。本文に出てくるように、活き活きとした現場情報とそれに対する解釈・考え方を教えていただきました。ここに、下記の先生方に心より御礼申し上げます。また、愛媛県医師会のご協力により、愛媛県内の 11 研修病院から自由記載方式のアンケートを回収することができました。愛媛県医師会に感謝申し上げます。なお、言うまでもありませんが、本ワーキングペーパーの文責は筆者たちにあることをここに申し添えておきます。

50 音順

赤木 美智男 先生（杏林大学医学部 医学教育学 教授）

荒木 早苗 先生（宮崎大学医学部附属病院 医療情報部）

有賀 徹 先生（昭和大学病院 副院長，昭和大学医学部教授 救急医学講座主任）

五十嵐 隆 先生（東京大学大学院医学系研究科 生殖・発達・加齢医学専攻 小児医学講座教授）

伊藤 健一 先生（愛知県医師会 理事，蒲郡市立ソフィア看護専門学校長，蒲郡市民病院最高経営責任者）

稲倉 正孝 先生（宮崎県医師会 会長）

植村 和正 先生（名古屋大学医学部 教授 総合医学教育センター，名古屋大学医学部附属病院 教授，卒後臨床研修・キャリア形成支援センター長）

海野 信也 先生（北里大学医学部 産婦人科学 教授，北里大学病院 副院長）

太田 照男 先生（栃木県医師会 会長）

大森 久子 先生（東京女子医科大学 循環器内科）

小川 彰 先生（岩手医科大学 学長，全国医学部長病院長会議 顧問）

河北 博文 先生（社会医療法人 河北医療財団 河北総合病院 理事長）

河野 雅行 先生（宮崎県医師会 副会長）

久保田 俊郎 先生（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 生殖機能協関学 教授）

久山 泰 先生（帝京大学医学部 内科学講座教授）

小林 弘幸 先生（東京都医師会 理事）

小山 信彌 先生（東邦大学医学部外科学講座 心臓血管外科 教授）

佐藤 雄一 先生（宮崎県医師会 常任理事）

清水 美津子 先生（東京都医師会 副会長）

鈴木 幸一郎 先生（川崎医科大学 救急医学 教授，川崎医科大学附属病院 救急科 部長 高度救命救急センター長）

鈴木 聰男 先生（東京都医師会 会長）

妹尾 淑郎 先生（愛知県医師会 会長）

高木 康 先生（昭和大学医学部 教授）

檀原 高 先生（順天堂大学医学部 教授 医学教育研究室 総合診療科）

寺本 民生 先生（帝京大学医学部 医学部長・内科主任教授）

富田 雄二 先生（宮崎県医師会 副会長）

中野 博司 先生（日本医科大学 老年内科 准教授）

原 一雄 先生（東京大学医学部附属病院 講師，総合研修センター副センター長）

久野 梧郎 先生（愛媛県医師会 会長）

日高 明義 先生（宮崎生協病院 院長）

平形 道人 先生（慶応義塾大学 専修医研修センター長，卒後臨床研修センター長，医学教育統轄センター 医学部 准教授）

平田 修司 先生（山梨大学医学部 産婦人科学教室 教授，山梨大学医学部附属病院 分娩部長）

福井 次矢 先生（聖路加国際病院 院長，京都大学 名誉教授）

福島 哲仁 先生（福島県立医科大学医学部 衛生学・予防医学講座 教授，医療人育成・支援センター長）

福田 健 先生（栃木県医師会 常任理事,獨協医科大学 呼吸器･アレルギー内科学教室 教授）

藤森 敬也 先生（福島県立医科大学医学部 産科婦人科学講座 教授）

弓倉 整 先生（東京都医師会 理事）

以上 37 名

参考文献

アイエンガー・シーナ(2010)『選択の科学―コロンビア大学ビジネススクール特別講義』(訳者：櫻井祐子) 文藝春秋.

小川彰(2010)「早急な医学部定員増は地域病院医療に深刻な影響を与え、「医療崩壊」を増幅させる」『新医療』Vol.37, No.7, pp.22-25.

清山知憲(2010)『なぜ宮崎に医師はいないのか―誰も語らない医師不足の本当の理由』宮日文化情報センター.

鈴木淳子(2005)『調査的面接の技法 (第２版)』ナカニシヤ出版.

関満博(2002)『現場主義の知的生産法』筑摩書房.

全国医学部長病院長会議(2007)『医師養成のためのグランドデザイン： 全国医学部長病院長会議からの提言』平成 19 年 9 月.

高橋昌一郎(2007)『哲学ディベート ＜倫理＞を＜論理＞する』日本放送出版協会.

塚田真紀子 (2002)『研修医はなぜ死んだ？』日本評論社.

日本医学教育学会（編）(2010)『医学教育白書 2010 年版』篠原出版新社.

野内良三(2010)『発想のための論理思考術』日本放送出版協会.

福井次矢（編） (2007)『研修医のための卒後臨床研修ガイドブック』永井書店.

ホルスタイン・ジェイムズ，グブリアム・ジェイバー(2004)『アクティヴ・インタビュー―相互行為としての社会調査』(訳者：山田富秋，兼子一，倉石一郎，矢原隆行) せりか書房.

森宏一郎(2008)「新医師臨床研修制度と医師偏在化・医師不足に関する調査： 新医師臨床研修制度は医師不足を顕在化させたか」日医総研ワーキングペーパー, No.166.

文部科学省(2009)「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について―医学教育カリキュラム検討会意見のとりまとめ」平成 21 年 5 月 1 日.

吉村博邦・松本昭彦（編著） (2007)『崩壊する医師養成制度―新医師臨床研修制度』ブレーン出版.