

専門職養成プロセスにおける実務要件（2）

—戦後における医師の实地修練（インターン）・臨床研修を中心に—

比較教育社会学コース 橋本 敏市

Practical Requirements for Professional Training:
Focusing on physicians in postwar Japan

Koichi HASHIMOTO

In this paper, we extract the components of the initial training of professionals and trace the process of change of the physicians' initial training from postwar period to modern day. We consider the internship system established in the postwar reform period, its abolition of it, the efforts provision of clinical training, and the process of compulsoryization. Then, in a series of professional training courses throughout the lifetime, we analyze how the components of the initial training of physicians have been constructed by various actors in the medical field and how the quality assurance of professional training has been institutionalized.

目次

1. はじめに
 2. 初期研修の制度と構成要素
 3. 戦後における医師の初期研修
 4. 医師における初期研修の構成要素
 5. おわりに
-
1. はじめに

本稿は拙稿（橋本 2018）の問題関心と分析結果を引き継ぎ、戦後における医師の専門業務へ参入する際の初期研修の変容過程を跡付けつつ、生涯に亘る一連の専門職養成プロセスにおいて初期研修の構成要素が各アクターによってどう位置づけられ、また専門職養成の質保証がどう制度化されてきたのかを探ることとしたい。

さて拙稿（橋本 2018）では、専門職の初期研修は高等教育（理論知、学知）と専門的業務（現場知）を繋ぐ結節点であり、専門職の質保証に重要な機能を果たす制度として位置づけ、医師と法曹をケースとして明治期から昭和戦前期におけるそれぞれの初期研修制度の成立過程を考察したが、そこで浮き彫りにされてきたのは以下の点である。まず、医師も法曹も昭和10年代に、初期研修の基盤的制度ができあがったが、そのイニシアティブとしては、専門職コンピテンシーの質向上・保証が第一義的な目的であったというより

は、むしろ各職の管轄権を掌握し法律面での整合性を図ろうとした政府・諸官庁（厚生省・司法省）の役割が大きく、市場・大学・顧客側は政府・諸官庁の思惑に引きずられていた。また両者ともに制度的基盤は整備されたものの、医師については戦争による制度の猶予的運用のため有名無実化し、また法曹については弁護士と判検事との格差は解消されず、たとえば「試補反乱」のような綻びも既に胚胎していた。

つまり医師・法曹両者とも制度的基盤の整備は進められたが、それぞれが持つ近代化過程での制度的制約が大きく異なっていたため、両者とも専門職のプロトタイプと一括されるものの、その初期研修の制度化のプロセスや構成要素の内容については決定的な相違が生じることとなった。それらはとくに戦後の実施過程において顕在化していくこととなる。たとえば医師の戦後改革期のインターン（实地修練）と医師国家試験の導入にあたっては、インターンは医師国家試験の「前」に設定されたが、司法修習では司法試験合格の「後」に実施され、また年限や給与についてもそれぞれ「1年・無給」と「2年・有給」といった相違が見られた。こうした相違は、それぞれの専門職によって、養成に関わる各アクターの初期研修、ひいては質保証のロジックや戦略が大きく異なっていることの証左でもある。

そこで本稿では、拙稿（橋本 2018）で浮き彫りにされた構成要素を整理した上で、戦後改革期から現在

に至る医師をケースとして取り上げ¹⁾、その初期研修(実地修練(インターン)、臨床研修)の変容をトレースして、専門職の質保証制度の在り方について考察したい。

2. 初期研修の制度と構成要素

(1) 制度化とそのプロセス

まず医師や法曹といった専門職のプロトタイプにおいては、長い専門職化の過程を歩んできたが故に、その養成課程に初期研修の制度を曲がりなりに導入・設定することが可能であったと言えるが、しかし高等教育を修了したものを専門職とする幅広な定義に則った場合²⁾、すべての専門職が医師や法曹と同様に初期研修が法制化、制度化されているわけではない。むしろ、法制化に向けた議論が進行中のケースや、法制化されていないケースが多く、医師や法曹などは専門的職業全体の中では例外的とも言える。ただし、こうした法制化への途上にある職種、あるいは法制化されていない場合でも、専門職団体や個々の施設レベルでの研修が努力義務扱いもしくはOJTなどの形で設定されていることがほとんどである。

したがって、こうした法制化途上の職種、さらに未だ法制化されていない職についても、なぜ法制化が遅れているのか、あるいは法制化されないのはなぜかという視点からその要因を探ることは、すでに法制化されたケースでのプロセスを分析することと同様に、当該職種における質保証のロジックを浮き彫りに出来よう。さらに、それらの職種において、次節のような初期研修の構成要素のいずれが部分的に実現しているかなどについて考察することで、その制度的達成度も測ることができよう。

こうした意味で、いずれの専門職についても初期研修の制度・法制化ならびに構成要素の有無と、それを踏まえた上での制度化プロセスの政治過程もしくは制度化されていない要因分析は、初期研修という専門職全体の質保証制度を分析する上で不可欠な作業と言える(ただし他の専門職をカバーする余裕はないので、その考察は他日を期したい)。

ところで専門職養成においては、各専門職を取り巻く各アクターが想定され、その養成の量と質については、各アクター間での意図と戦略が絡み合い、科学的な数値目標やエビデンスといったものが提供されつつ、その決定に至るには政治的な闘争が繰り広げられる。アクターについては、既に拙稿(橋本 2008, 橋本

編 2009など)でも指摘してきたように、大学、政府、専門職団体などが想定されるが、初期研修においてもこれらのアクターの介入と関与は当てはまる。したがって、初期研修それ自体の制度的導入や、下記のような構成要素それぞれに関して、その設定や定義について各アクターのロジックと戦略によって大きな相違が現れ、その合意や運用をめぐるのは各アクター間のヘゲモニー闘争へとつながる。特に研修目的には「質の向上」などが掲げられるため、その「質」の構成(過程)については専門業務への新規参入者を取り巻くアクターそれぞれの思惑と忖度が大きく働く。したがって、それらに関する議論の過程において、各アクターの意図や戦略、ロジック、妥結へのプロセスを考察することは、各専門職の質保証制度がどのように制度化されてきたのかを探る際の重要な分析視点となる。次章では、こうした視点から戦後における医師の初期研修を考察する。

(2) 構成要素とそのロジック

次章に入る前に、医師や法曹のように初期研修が法制化されている場合(あるいは法制化過程にある職種の場合、あるいは法制化されていなくても任意で個別施設などで行っている場合についても)、専門職の質保証制度としての初期研修の構成要素については、以下のような項目に整理できよう。

①目的論

まず重要なのは、初期研修の目的である。医師のように法制化されている場合、法令、規則、通達などに、その目的もしくは目標が明示されていることが多い。研修内容(の構成と改変)からも、目標・目的が垣間見られるが、これらには専門職がおかれた時代と文脈によってどのように質の定義が構成され、またどう変容してきたのかといったプロセスが見て取れるだろう。

②研修期間

医師の場合、戦前期の規定では1年、また戦後改革によってインターンは1年、必修化以降は2年間となった。また法曹については、戦後は司法修習所で2年間の集約的な研修が行われることとなった。しかし、その期間設定については、必ずしも自明ではない。時代とともに内容が高度化・増加するにつれて期間もまた長期化すると想定されがちだが、現在2年間に延長された医師の場合でも短縮化の議論は伏在しているし、また法曹については2年間がロースクール設置以降は1年に短縮されている。

③研修場所・施設

初期研修はどのような場所や施設で実施されるかについては、例えば一元的な研修施設か、各地の大学附属もしくは国公私立の施設か、あるいは業務先内に設置された個別施設かなど、職種によって多様な施設・場所があり得る。それは各職の初期研修の在り方や実績関係にも左右されるだろう。また研修施設での収容力やプログラム内容がポイントとはなるが、各地域における個々の施設が集中的・統一的に行うかについては、当該専門職の質保証の制度設計の思想が如実に反映するものと考えられる。

④研修者の処遇

次に研修生の処遇については、いくつかの指標があり得るだろう。本研究では操作的に、専門業務に対する法律的な責任、研修生の労働者性と報酬（給与）、という2点に分けておきたい。医師の場合、インターン時代は医師でもなく学生でもなくかつ無給というきわめて不安定な身分であったが、戦後の法曹一元化で司法修習生は公務員扱いで有給となった。こうした実務上の責任所在や研修中の給与の有無（さらにはその支払・財源についての正当性）は、給与支払者（政府など）や当該専門職が専門的業務を新規参入者に行わせる際に、その質の担保についてどう位置づけているかを考察する際の重要な論点となるだろう。

⑤高等教育（実習）と国家試験との関連

専門職養成は、高等教育、国家試験もしくは採用試験、初期研修といった一連のプロセスが想定されるが、スムーズな段階的な移行が可能であれば、それぞれの段階での内容の重複を回避し、またその評価についても一定の合意がなされていることが前提となろう。また高等教育における実習と現場に出てからの初期研修との連携と機能分担、ならびに大学教育－国試－初期研修における評価基準などは、いずれの専門職養成においても効果的に質向上を図る方策として大きな課題となろう。

3. 戦後における医師の初期研修

さて医師の初期研修の戦前期における制度的な基盤形成については、拙稿（橋本 2018）で詳細に跡付けたが、以下では戦後における実地修練・臨床研修の概略を考察した後、上記の各構成要素の変容と議論についてトレースして、そこに現れた質の保証と内容について考察していきたい。特に、2004（平成16）年度に導入された臨床研修は、専門職の初期研修の在り方

と医師の質保証をめぐる様々な論点が指摘できるため、詳細に見ていきたい。

なお、医師の場合は、すでに初期研修が法令に基づいた制度となっているので、法令、省令、規則、通達などの各種法律・行政文書を中心にあとづけることになるが、すでに戦後改革期のインターン（と国試）、その後のインターン闘争と廃止、さらに新しい臨床研修制度の導入などについては、これまでも膨大な研究蓄積や厚生（労働）省による調査・整理がなされている。以下では、それらを利用しつつ、とくに厚生省医務局（1955）、厚生省五十年史編集委員会編（1988）、ならびに臨床研修制度に関する厚生労働省のホームページ³⁾などの史資料を中心に扱いたい。

(1) 実地修練（インターン）

実地修練（インターン）は国家試験（国試）とともに、GHQ/SCAPの1セクションであるPHW（公衆衛生福祉局、サムス局長）にとって、医師養成に関する最大の改革課題の一つであった。すでに拙稿（橋本 2018）でも触れたが、PHWが設置したCME（医学教育審議会）では、1946（昭和21）年3月7日の第2回会合で実質的な議論が開始されており、インターンと国試導入はすでに既定路線であったと言える。この時点ですでに、4年間の医学教育後にインターンを修了することが確認され、さらに3月14日の第3回会合では、厚生省から1942（昭和17）年に実地修練制度がすでに制度的には導入済みであることが報告されている。さらに国試については、4年間の専門課程と1年間のフルタイムのインターンを修了した後に実施されることが、委員の全員一致で賛成されている。これを受け、厚生省側で設置された「医療制度協議会」（厚生次官を委員長、日本医師会（日医）、日本医療団、医育機関、文部省、厚生省などから組織）は会合を開催し（第1回協議会3月17日、第2回3月26日）、上記の医学教育、インターン、国試について同様の決定を見ている。

この後、具体的な案件や運用については小委員会に付託されて具体的な方策がまとめられていき、1946（昭和21）年4月までに、ほぼ全体的な方針が決定した。同年5月6日にムールトンが「日本に於ける医学教育改善案」と題した記者会見をおこない、CMEの設置理由と改革方針を公表して、国家試験とインターン導入の意義について説明している。その後、インターン生の病院での身分、国試に関する噂、国試に要する国庫支出、医学生代表からインターンに対する要望、インターン受入病院の準備状況などが議題に挙げ

られているが、8月31日、「国民医療法施行令の一部を改正する勅令」（勅令第402号）が公布されて、1年以上のインターンとそれを受験要件とする国家試験の実施が法制化されることとなった⁴⁾。

戦前期の国民医療法施行規則（昭和17年10月30日）では、実地修練は、
「第三條 令第一條ノ規定ニ依ル診療ノ修練ハ内科、精神科、小児科、外科、整形外科、産婦人科、眼科、皮膚泌尿器科、耳鼻咽喉科及理学診療科ニ付之ヲ為スコトヲ要ス」

とされているだけであったが、上記の国民医療法施行令の改正によって、

「第一條 国民医療法第四條ノ規定ニ依ル医師ノ免許ハ医師国家試験ニ合格シタル者ニ之ヲ與フ 医師国家試験ハ左ニ掲グル者ニ非ザレバ之ヲ受クルコトヲ得ズ一 大学令ニ依ル大学ニ於テ医学ヲ修メ学士ト称スルコトヲ得ル者又ハ官立、公立若ハ文部大臣ノ指定シタル私立ノ医学専門学校医学科ヲ卒業シタル者ニシテ学士ト称スルコトヲ得ルニ至リタル後又ハ卒業シタル後命令ノ定ムル所ニ依リ一年以上ノ診療及公衆衛生ニ関スル実地修練ヲ経タルモノ
...

第一條ノ二 医師国家試験ハ臨床上必要ナル医学及公衆衛生ニ関シ医師トシテ具有スベキ知識及技能ニ付之ヲ行フ」

とされ、それを受けた1946（昭和21）年9月の同規則改正において、

「第四條 令第一條第二項ノ規定ニ依ル実地修練ハ内科方面及外科方面ニ付各五ヶ月以上産婦人科及公衆衛生ニ付各一ヶ月以上之ヲ為スコトヲ要ス」

とされた。

なおインターン（と国試）制度は、1948（昭和23）年制定の「医師法」（7月30日、法律第201号）にも引き継がれ、医師国家試験を受けるためには大学医学部卒業後一年以上診療及び公衆衛生に関する実地修練を経ることを必要とすると規定された⁵⁾。

(2) 実地修練の廃止と臨床研修（努力規定）

①インターン制度に対する批判と廃止論議

しかし、インターンの身分の不安定さや経済的困窮、インターン受入病院の指導体制・プログラムの貧弱さなどから、すでに導入以前の1946（昭和21）年春には全国の医学部・医大の学生代表から7項目にわたる質問状が提起され⁶⁾、導入後も医学生らから実地修練の効果の不十分さ、経済的困難の声などが高まり、

インターン制度の改善・廃止の要求が続いた⁷⁾。こうした要求や批判を受け、医師試験審議会実地修練部会は、1952（昭和27）年11月に医師実地修練改善要綱を策定し、これを受けて厚生省は修練生の宿舍整備や手当などの予算要求を行ったが、不首尾に終わった（保健所における公衆衛生の実習期間は一ヶ月から半年に短縮）。翌1953（昭和28）年3月には、衆議院厚生委員会で実地修練制度に関する公聴会が開かれ、医大生・修練生も含む医学関係者が参考人として制度の欠陥を主張している。同年6月には全医連インターン対策全国大会が開催、1954（昭和29）年には全日本医学生連合（医学連）が結成され、次第に制度改善よりも廃止要求を鮮明に打ち出すようになっていった⁸⁾。

こうした中、1961（昭和36）年10月には国立大学医学部長会議から初めて実地修練制度の在り方について問題が提起され、続いて全国医学部長会議インターン問題小委員会及び全国大学病院長インターン問題委員会等が、医師の教育研修について改善意見を発表、1963（昭和38）年3月の医療制度調査会の答申の中でもインターン問題が取り上げられた⁹⁾。これらの動きを受けて、医師試験審議会実地修練部会は、インターン制度の改善方策について検討を重ね、将来の在り方に関する根本的検討と現行制度の改善方策という二本立ての検討を進め、1963（昭和38）年7月に厚相に対し、意見書「実地修練制度の改善方策について」を提出するにいたる。この中で、実地修練制度の目的が十分に達成されていないこと、さらに抜本的改革は現行の実地修練の問題点と原因を分析した後に行うこととし、当面は実地修練施設の指定の厳正化を行うべきとした¹⁰⁾。

これをうけて厚生省は行政措置として、実地修練施設基準を大幅に改正（昭三八・八医務局長通達）し、予算措置の面ではインターン関係経費の拡大を図ったものの、医師試験審議会は、先の1963（昭和38）年7月の意見書の改善方策は十分に実施されなかったとの意見具申を行った。ほかにも日本学術会議のインターン制度廃止の勧告、自民党のインターン問題小委員会による改善に関する答申などが続き、1964（昭和39）年3月にはインターン制度に反対する医大卒業生が医学部卒業生連盟を結成して、約2,000名がインターン願書の提出を拒否する事件も起こった。また同年3月に発足した「医師実地修練及び医学教育等検討打合せ」からも同年10月にインターン廃止の意見書が¹¹⁾、さらに日医からも1965（昭和40）年3月に「医師法一部改正要綱」が厚相と国会に提出されている¹²⁾。

こうした中、厚生省も医師法の一部改正の検討を開始、1966（昭和41）年6月、文部・厚生両大臣の委嘱の下に「大学医学部卒業後における教育研修に関する懇談会」を設置、1967（昭和42）年2月に同懇談会は「医学教育研修のあり方に関する当面の問題について」と題する中間報告を、同年5月に最終意見書「新規に医師免許を取得した者の臨床研修について」を提出した¹³⁾。厚生省はこれをうけて、同年7月に第55回特別国会に医師法改正法案を提出したものの継続審議となり、次の第56回臨時国会、続く第57回臨時国会でも審議未了、ようやく第58回国会で一部修正された末に、1968（昭和43）年5月10日に成立、同年5月15日に公布・施行されるに至った¹⁴⁾（なお、臨床研修制度の発足に伴って、医師試験審議会は同日、医師試験研修審議会と改称され、さらに1969（昭和44）年10月に医師研修審議会に改称、1978（昭和53）年5月には医療関係者審議会臨床研修部会に改組された¹⁵⁾）。

その内容としては、大学医学部卒業後直ちに国家試験を受験し、合格者は医師免許を付与されるが、その後も2年以上大学附属病院または厚生大臣の指定する病院において臨床研修を行うよう努めること、臨床研修病院の長は、臨床研修を行った者があるときにはその旨を厚生大臣に報告する、とされた。これによって、これまでのインターン制度は廃止され、臨床研修制度（努力規定）が成立した。また厚生省は1968（昭和43）年7月に「臨床研修運用方針」を定め、126病院を指定するとともに、その経費について国庫補助が行われることとなった¹⁶⁾。

②努力規定以降の変更

なお、この後も研修内容や運用手続などに改正が加えられていき、1974（昭和49）年の「臨床研修病院の指定基準の運用に係る通知」では、研修内容について救急医療、初期診療等、プライマリ・ケアの研修が行われるよう関連各科にわたるローテーション方式による研修が望ましいことが明示された¹⁷⁾。また1978（昭和53）年、「プライマリーケアを含む臨床研修の実施について」（通知）では、幅広い臨床能力を持つ医師の育成のため、臨床研修の中でプライマリケアを修得させるための具体的方策（研修目標、研修方式、研修の評価）が明示された¹⁸⁾。1980（昭和55）年には、ローテーション方式（内科系及び外科系の各々1診療科、あるいは、内科系又は外科系の1診療科かつ救急診療部門を2年間の研修期間中に研修すること（1診療科の研修期間は、それぞれ原則として2か月以上））が導入された¹⁹⁾。さらに1985（昭和60）年、総合診療方

式導入（いわゆるスーパーローテーション方式、内科系及び外科系の各々1診療科、小児科、救急診療部門を2年間の研修期間中に研修すること（1診療科の研修期間は、それぞれ原則として2か月以上））が取り入れられた²⁰⁾。

1988（昭和63）年3月、「医療関係者審議会臨床研修部会」は卒後臨床研修の改善について検討を行い、「期待される医師像」及び「臨床研修の意義」²¹⁾が報告された。

この「期待される医師像」と「臨床研修の意義」の実現のため、同研修部会は1989（平成元）年6月14日「卒後臨床研修目標」を厚生省に具申し、患者を全人的に診る能力を身につけるためにすべての研修医が達成すべき「卒後臨床研修目標」を具体的到達目標として10項目を明示するに至った²²⁾（後述）。厚生省は翌15日にこの意見書を全国の研修指定病院などに通知、これに沿った研修の実現を要請した²³⁾。

(3) 臨床研修（必修化）への議論

①厚生省の動向

この後、「大学を卒業しても注射1本打てない」という批判がメディアなどでは続いており²⁴⁾、医学教育、医師養成の再検討の機運が盛り上がってきた。

1994（平成6）年6月、医療関係者審議会臨床研修部会は、研修について抜本的改善について検討を開始した²⁵⁾。半年後の1994（平成6）年12月、同部会は「中間まとめ」を出し、「診療に従事しようとする全ての医師に関して、幅広い基本的な診療能力を身に付けることができるように、基本的には臨床研修を必修化するとともに、その内容等の改善を図ることが望ましい」とした上で、8項目からなる検討事項を明示した²⁶⁾。

1995（平成7）年5月、上記の中間とりまとめの具体的な事項を審議・検討するために、医療関係者審議会臨床研修部会は臨床研修検討小委員会を設置し²⁷⁾、同小委員会はその後、9回にわたり開催、2回にわたる大学関係者からの意見聴取を行った²⁸⁾。

そして半年後の1995（平成7）年11月20日、同小委員会は「現時点での考え方」として、大学医学部卒業後に2年間の臨床研修を義務づけ、生活保障の手当を支払ったうえでアルバイト診療を制限し、診療行為は指導医のいる研修病院内に限ることなどを内容とした中間報告をまとめ、医療関係者審議会臨床研修部会に報告した²⁹⁾。これを受けて、厚生省は数回にわたり大学関係者等からの意見聴取を行い、「本小委員会が『現時点での考え方』で示した、必修化を含めた臨床

研修の抜本的な改善の方向については、関係者の間でかなり理解が深まったものと考える。」³⁰⁾とした。

②各アクターの意見対立

この文言にも見られるように、厚生省としては各方面との調整を進めた結果、ある程度の合意を取り付けたと考えていたようだが、しかし大学関係者や文部省サイドは研修必修化については批判的であった。小委員会が設置され審議が開始された1995（平成7）年7月には、厚生省審議官が大学病院での研修の問題点を指摘して、「地域の中核的な病院に研修機能を持たせてはどうか」と発言したため、大学病院と文部省側はこれに猛反発したという³¹⁾。

また1995（平成7）年10月、文部省の科研費補助金を得て調査研究を行ってきた医学部・大学附属病院関係者から成る「大学附属病院における卒後臨床研修の在り方に関する調査研究会」は、『大学附属病院等における卒後臨床研修について（中間まとめ）』を公表し、「卒後臨床研修は、現在、医師法上努力義務とされているが、臨床医をめざす者のほぼ全員が行っている状況を踏まえると、今後、卒後臨床研修の実施にあたり、法的な『規制』を新たに設けることは不適當である」として反対表明を行った³²⁾。また、同年11月の日本学術会議の公開ワークショップで、文部省医学教育課長は、「大学を敵視する形で、大学が持つ研修機能を外に移してしまうことには同意できない」と牽制している³³⁾。

そして、同小委員会が「現時点での考え方」を示した同日の1995（平成7）年11月20日、文部省は「二十一世紀医学・医療懇談会」を発足させる。これは、大学病院をかかえる大学医学部・医科大学の側から医療の在り方を検討しようという趣旨であった。厚生省が臨床研修の義務化を打ち出す中で、文部省は、「これまで外から指摘された問題を個々に検討してきたが、常設の政策提言の場がなかったため、後手後手に回ってきた」（医学教育課）との反省から、医学・医療についての総合的な検討機関を常設することにした、という意図であったという³⁴⁾。

厚生省側は、こうした大学関係者・文部省の動きに対して、大学側の既得権を擁護するためだとして警戒したが³⁵⁾、医学教育・大学病院を所管する文部省としては、臨床研修義務化による研修機能の市中中核病院へのシフトによって大学病院の機能低下を懸念していたと思われる。また大学医学部関係者などには規制強化との反発があり、研修施設の独自性、多様性が配慮されるべきとの反対の姿勢を示していた³⁶⁾。国が大

学自治に介入し、規制を強化することに対する嫌悪感があり、研修義務はインターン制の復活を心配する見方もあるとも報じられている³⁷⁾。研修必修化はこの段階では厚生省としては既定路線だったとはいえ、文部省や大学関係者との調整が必須の状況であったといえる。この状況は、1997（平成9）年3月に四者協が発足するまで続いた。

なお、日本学術会議では1994（平成6）年2月、医学の進歩に伴って専門領域が細分化し専門医制度が普及して、医師の専門医志向傾向が強くなったため、患者を全人的に診る基本的な臨床能力を十分養成できていないとして、卒後臨床研修の義務化を提唱している³⁸⁾。また日本医学教育学会では、1994年10月に全国大学附属病院、臨床研修指定病院院長、研修担当者、研修医らを対象にアンケート調査を行った結果、義務化に賛成が9割以上という結果だったことを踏まえ、その「条件」整備の検討を始め、翌1995年6月に「卒後臨床研修の必修化に向けての提言」を公表している³⁹⁾。さらに日医でも、第VI次生涯教育推進会議の報告書の中で、卒後臨床研修システムの確立に向け条件整備をすべく、医界全体が協力する必要性を提唱した⁴⁰⁾。したがって、臨床研修の必修化は、文部省と一部の大学関係者が後ろ向きだったとは言え、1990年代半ばには医界の中ではほぼ既定路線となり、関係者間での条件整備と調整が残された課題であったと言える。

③必修化への調整

こうした中、1996（平成8）年7月31日、医療関係者審議会臨床研修部会（臨床研修検討小委員会）が中間意見書「卒後臨床研修の今後の改善に向けて」を報告、「臨床研修について必修化を含めた制度全般の抜本的改善を図ることは、1. 研修医にとっては自らの資質を向上させ、2. 医療機関にとっては優秀なスタッフを確保し、3. 国民全体にとっては質の高い保健医療サービスを受ける、ことを制度的に担保するとの意義を有する」として、研修必修化は医師本人、病院、国民三者にとって裨益するものであると位置づけ、医学・医療の進歩に伴う知識・技術の深化と汎化、医療現場での基礎的な診断・治療の修練、研修プログラムの標準化、の3点を挙げて、必修化は不可避との考えを示したのである⁴¹⁾。

1997（平成9）年3月、「研修義務づけに積極的な厚生省と、慎重な文部省の間の溝が指摘されていた」両省は、医界の専門家や医大関係者から成る「医師の卒後臨床研修に関する協議会（四者協）」を設置し、「初

めて同じテーブルに着き、ようやく本格論議が開始された⁴²⁾。そして翌1998（平成10）年2月に、「二年間の臨床研修を義務づけ、研修終了後に国として医療技術の『認定』を行う方向で法制化をめざすことで合意し」、2000年を目途に制度改革を進めることとなった⁴³⁾。この協議会に参加した大学医学部長は「新幹線の中で『急病人なので来てください』と言われて出ている医者が減っている。何科の病気かわからないと、怖くて行けない。それでは困るので（必修化に）乗った」という話が報じられているが、医界関係者においては、現在の研修は問題が多いことは異論がなく、必修化に向けて一致したと言われる⁴⁴⁾。

こうして1998（平成10）年10月、医療関係者審議会医師臨床研修部会において、臨床研修必修化についての検討が再開され⁴⁵⁾、翌1999（平成11）年2月、同部会は「医師臨床研修の必修化について」をとりまとめた。その「1 趣旨」として、「臨床研修を必修化することにより、今日の医療提供に対する国民の要請に応えられるよう、その充実を図る」ことが冒頭に掲げられ、「2 実施方法」として、「診療に従事する医師は、免許を受けた後2年以上一定の研修体制を有する大学附属病院又は臨床研修病院（以下、「臨床研修病院等」という。）において、臨床研修を行わなければならないこととする。」とこれまで議論されてきた必修化を明言した。また、「研修中の医行為の内容・種類については制限せず、医師法上の責務」も通常に取り扱いとするものとされ、また「手当てが適切に支払われるよう必要な措置を講ずる」など、研修医の医行為や給与についても言及された。また「3 研修内容」には、「研修の到達目標は、「卒後臨床研修目標」に基本的に沿うものとする」とし、これについても従来の目標（1985）を踏襲した。4つめの項目として、臨床研修病院の「質の確保」を挙げ、「現行の臨床研修病院の指定基準については、研修指導體制を含む新たな基準を示すとともに、指導医の質の向上を図る」とした。さらに、「5 研修修了の認定」としては、研修医の自己評価と指導医の客観的評価を行い、それに基づき研修責任者である病院長が研修修了を証明して、厚生大臣がその旨を医籍に登録するとした⁴⁶⁾。

こうした臨床研修部会での議論と並行して、上記四者協では1997（平成9）年3月の設置以来、11回にわたる会議を開催して臨床研修の必修化の課題を検討し、2000（平成12）年1月、「意見の概要」をとりまとめ、「国民に良質な医療を安定的に提供するためには、それを担う医師が臨床の能力を身につける適切な

研修を受けることが不可欠であり」、その必修化は極めて重要な課題であるが、しかし「如何に研修の質の充実を図るか」が最大の問題であるとして、「研修内容・プログラム」「研修修了時の評価」「研修医について」「指導医について」「研修の実施体制」「研修施設の基準」の6項目について審議結果を報告した。研修の到達目標、研修修了の評価と認定、研修医の医師免許及び保険医資格付与、処遇改善、司法修習生と比較した上での適正な額の給与支給、指導医の研修経費の補助充実、研修施設間の連携、大学附属病院の従来通りの制度的位置づけ、などこれらを踏まえた検討が、研修の質の充実のためには必要不可欠であるとし、また今後も「臨床研修病院関係者や大学関係者など研修の実施機関の意見を十分に踏まえて進めていくことが必要」とした⁴⁷⁾。大学ならびに附属病院の関係者の意見を最大限取り入れるよう取り付けたものと言える。

④医師法改正

こうした四者協での医界の調整を経て、2000（平成12）年11月「医療法等の一部を改正する法律案」が提出され、第150回国会において成立した。

法律第四百一十一号（平一二・一二・六）

「医療法等の一部を改正する法律」

「第四条 医師法（昭和二十三年法律第二百一十号）の一部を次のように改正する。

第十六条の二第一項を次のように改める。

診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又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。

第十六条の三を次のように改める。

第十六条の三 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。…

附 則

（施行期日）

第一条 この法律は、公布の日から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、それぞれ当該各号に定める日から施行する。

一 第二条、第四条並びに附則第八条から第十条まで及び第二十三条の規定（平成十六年四月一日）⁴⁸⁾

なお、この法案成立の審議過程の第150回国会参議院国民福祉委員会で、「附帯決議」が各派共同提案として提出された。「政府は、次の事項について適切な措置を講ずるべきである」として、15項目が挙げられ

ているが、その14番目に「医師及び歯科医師の臨床研修については、インフォームドコンセントなどの取組や人権教育を通じて医療倫理の確立を図るとともに、精神障害や感染症への理解を進め、更にプライマリケアやへき地医療への理解を深めることなど全人的、総合的な制度へと充実すること。その際、臨床研修を効果的に進めるために指導體制の充実、研修医の身分の安定及び労働条件の向上に努めること。」が掲げられた⁴⁹⁾。厚生省は、これを「新医師臨床研修の基本3原則」として、「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出来る基本的な診療能力を修得、③アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備」に総括している⁵⁰⁾。

⑤医師法改正後

医師法の一部改正によって臨床研修必修化が決定されたものの、その施行は附則によって2004（平成16）年4月からの開始と規定されたため、これ以降の3年半は、臨床研修の内容や運用基準の設定、さらには財源確保が課題となっていく。医道審議会医師分科会に医師臨床研修検討部会（2001（平成13）年6月）が、また大学病院の役割に関する連絡協議会（2002（平成14）年5月）、新医師臨床研修制度検討ワーキンググループ（2002（平成14）年6月）などが設置され⁵¹⁾、それぞれで審議が積み重ねられた。

まず医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会は、半年にわたり20近い医界の団体・学会に対しヒアリングを行うとともに10回にわたる審議を重ねた⁵²⁾。部会をとりまとめる伊藤医政局長が「平成16年の必修化の施行に向け、様々な現場の医療機関における準備等を考えると、今後、かなり精力的なご検討をいただかなければならない」と開会の際に述べたように⁵³⁾、実施期日が決まっている中で、関係者の意見や要求は時に紛糾したものそれらを集約する作業が続けられた。ただ医政局長が議論の中で漏らしたように、「やはり財源がいちばん大きい問題です。財源というのは、平成15年度の8月末の概算要求と、16年4月の診療報酬改定と、この2つがタイミングなのです。ちょうど来年の4月に向けての改定が、まさにいま、今日、明日ぐらいでやっておりますが、そういうタイミングのときですから、今からこうだ、というのは私どもの立場としても言えない。そういう意味で、昭和43年以來の臨床研修の問題点を洗い出していただくことが大事で、それを国民に知ってもらうことが大事なのではないかというつもりであります。…24カ月必修化するということは、もうきちんと決まっているわけ

です。その24カ月の中にどういうものを入れるかと。先ほどからいろいろ議論がありましたが、24カ月の中に入れられるものというのは、そんなに変わるわけではないです。…いちばん大きな問題は処遇の問題だと思います。ですから、臨床研修をどうするかというのは、やはり財源問題がいちばん大きいと思います⁵⁴⁾として、研修の在り方の課題や問題点を国民に周知してもらうこと、そして最大の問題は研修医を適切に処遇するための財源確保であった。

折しもこの時期、関西医大の研修医の過労死が起こり（1998（平成10年）8月に発生）、その労働環境や経済的問題などが医師臨床研修検討部会（たとえば第3回など⁵⁵⁾）でも取り上げられ、当初から研修医の給与やその財源が大きな課題として論じられている。多くの医学関係者から研修医が病院に雇用された労働者という考え方への違和感が表明されているが、しかし関西医大のケースでは、その後2005（平成17）年6月に最高裁で、「医師法（平成11年法律第160号による改正前のもの）16条の2第1項所定の臨床研修として病院において研修プログラムに従い臨床研修指導医の指導の下に医療行為等に従事する医師は、病院の開設者の指揮監督の下にこれを行ったと評価することができる限り、労働基準法（平成10年法律第112号による改正前のもの）9条所定の労働者に当たる。」との判決が下されている⁵⁶⁾。研修医の労働者性については、専門職の初期研修における身分・地位に関する重要な論点である。また経費については、司法修習生並みの月額25万にすると年間500億ほどかかると見積もられており⁵⁷⁾、研修費用の財源の問題についてはその後の検討ワーキンググループでも医界関係者との間で質疑応答が続いている。しかし結局、施行年度の2004（平成16）年度までに補助金が確保されることとなった。

医師臨床研修検討部会はこの審議とヒアリングを経て、2002（平成14）年5月に「中間まとめ（論点整理）」をとりまとめ、「研修プログラムや研修医の処遇及び研修施設の基準を含む関係法令等」に関する論点を整理した⁵⁸⁾。これを受け新医師臨床研修制度検討ワーキンググループにおいて、研修プログラム、施設基準、処遇などについて小委員会で議論を進め、同2002（平成14）年9月に「新臨床研修制度の基本設計」をとりまとめて、それぞれの項目についての概略を示した⁵⁹⁾。さらにこれらの報告を受けて、厚生省は同2002（平成14）年10月に「新たな医師臨床研修制度の在り方について（案）」を発表、少子高齢化、社会の複雑化・多様化等を背景として、すべての医師は

全人的な診療を行うための多様な診療科や地域医療の素養を持ったプライマリ・ケアの対応能力が必要とし、新しい臨床研修は、「適切な指導体制の下で、効果的に、プライマリ・ケアを中心に幅広く医師として必要な診療能力を身につけ、人格を涵養する」ためのものであるとした。また臨床研修病院（指定基準など）、研修プログラム（診療科、指導医など）、研修医の処遇（アルバイト、手当、宿舎など）、研修医の募集や運用（マッチング）等の方向性を示した⁶⁰。また「臨床研修病院の指定基準（案）」として単独型、管理型、協力型の3種類別に研修プログラム、施設・人員、研修医数、処遇・採用などの基準を示した⁶¹。こうした経緯を経て、厚労省は2002（平成14）年12月、「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令」を制定し⁶²（その後の検討を経て、2003（平成15）年6月に一部改正）、研修病院の指定、研修医のマッチング、予算確保などを経て、2004（平成16）年度から新たな臨床研修制度が開始されることとなった。

⑥実施以後の改変

なお新制度開始以降も、現在にいたるまで、「医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ」などの会合が開催されており、制度の運用やプログラム内容については定期的に見直しが行われており、議論・検討が積み重ねられている。

2009（平成21）年以降、専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる、受入病院の指導体制等に格差が生じている、大学病院の医師派遣機能が低下し地域における医師不足問題が顕在化している、募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中しているといった関係者の意見などを踏まえて、研修プログラムの弾力化（7科目必修から3科目必修+2科目選択必修へ）、基幹型臨床研修病院の指定基準の強化（年間入院患者数3,000人以上の設定）、研修医の募集定員の見直し（都道府県別の上限の設定等）などが行われ、2010（平成22）年度研修から適用された⁶³。

また2013（平成25）年には、研修希望者に対する募集定員の倍率の縮小（平成27年度1.2倍から平成32年度の1.1倍へ）、都道府県が上限の範囲内で各病院の募集定員を調整できる枠の追加等が行われ、2015（平成27）年度研修から適用されている⁶⁴。さらに2020（平成32）年度からの適用を計画された見直しは、「医師臨床研修制度の到達目標・評価に関するワーキンググループ」、「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」

において進められ、関係者からのヒアリング、研修医に対するアンケート調査などを参考に議論が積み重ねられ、2018（平成30）年3月に、卒前卒後の一貫した医師養成、到達目標・方略・評価、臨床研修病院の在り方、地域医療の安定的確保、などについて大幅な見直しの報告書が公表されている⁶⁵。これまでの研修の到達目標についての指摘、批判⁶⁶を受けて、2020年度からの改善のポイントとして、①到達目標の項目の整理、②卒前教育との整合性、③研修項目の充実、④評価方法の標準化、⑤項目の簡素化、があげられている⁶⁷。

大学医学部でのCBT・OSCE、医学教育モデル・コア・カリキュラムなどとの連関と整合性を相当強め、卒前、卒後、さらには生涯にわたる医師養成プログラムの一貫性を維持し、質保証を強化する志向がきわめて明確に示されている。

4. 医師における初期研修の構成要素

以上、専門職のプロトタイプである医師を事例として、戦後改革期の実地修練（インターン）から現在の臨床研修制度に至る経緯の概略を跡付けてきた。

2章の初期研修の構成要素とその変容を改めて整理しつつ、医師養成の「質」保証に関するロジックについて考察しておきたい。

(1) 目的論

①インターン時代：「診療及び公衆衛生に関する実地修練基準（昭和二十八年十月改訂）」

実地修練に関する具体的な内容などについては、厚生省医務局による「診療及び公衆衛生に関する実地修練基準（昭和二十八年十月改訂）」に詳しい⁶⁸。その規定によれば、実地修練の「一、目的」として、「診療及び公衆衛生に関する実地修練（以下実地修練という）は実地修練者に臨床に必要な医学及び公衆衛生に関し医師として具有すべき智識及び技術全般を体得させ、併せて医師としての人格的素養を向上させることを目的とする。従つて各科の専門家を養成するためのものではない。」⁶⁹と明示されている。つづいて「二、方針」として、「1. 実地修練は所定の病院及び保健所において各科を巡回して行わせるものとする。2. 病院における実地修練は、指導医の十分な監督のもとに、その助手として勤務せしめ、専門に偏することなく診療全般に亘つて修練を行わせるものである。従つて概ね日常遭遇する疾病について一般医師として取扱

う場合の診断治療に必要な知識と技術とを体得させることを基本方針とする。3. 保健所における実地修練は、実地修練者をして保健所事業を通じて公衆衛生の実際を修得させるものである。この目的のため特にこの事業が民衆の公衆衛生の向上と福祉の増進にいかん貢献しうるかを理解させることを主眼とする。なお実地修練は専門技術者を養成することを目的とするのではないので個々の技術の習得のみにとらわれてはならない。」⁷⁰⁾

このように、知識・技術の修得だけを目的とした専門技術者を養成するのではなく、「人格的素養」を持った医師の資質を向上させることが明記されている。戦時期に生成された「修練」という言葉が踏襲されたことから想起されるように、戦後においても医師としての人格形成に大きな役割を果たすものと期待されていたことは容易に想像される⁷¹⁾。またその一方で、GHQ/SCAP-PHWの強い意向を背景に、保健所における公衆衛生の実際を1ヶ月（のちに2週間）課したことから表れているように、医師は民衆の福祉増進に寄与する役割を担うとも規定されている。これは国民と隔絶したエリート的な専門職観とは一線を画すものであろう。したがって、この「実地修練基準」で想定されている医師の質とは、人格的素養をベースとした知識と技術を持ちながらも、同時に国民の福祉・医療に貢献する専門職という、従来のな人格修練と欧米的な国民へのサービス・貢献の二つが組み合わさったイメージが想定されていると言える。

②臨床研修（努力規定時代）

(ア)「臨床研修運用方針」（1968年）

1968（昭和43）年に開始された臨床研修（努力義務）の「臨床研修運用方針」では、「一 目的」として、「臨床研修は、医師が、適切な指導責任者のもとに、常に社会との関連において疾病を把握しつつ診療に関する知識及び技能を実地に錬磨し、医学の進歩に対応してみずから診療能力を開発しうる基礎を養うとともに、医療における人間関係、特に医師と患者との関係についての理解を深め、併せて医の倫理を体得し、医師としての資質の向上をはかることを目的とする。」としている⁷²⁾。

各科の臨床研修計画については詳細にわたっており、また指定研修病院長への通知ではその運用方針の念入りな協力を求めているが、しかし運用方針自体に掲げられた臨床研修の目的、方針についての文言は限定的かつ抑制的である。インターン闘争での医師養成に関わる根底的な批判に鑑み、前時代的な人格的素養

といった文言は姿を潜めたと言えるかもしれない。一方で、インターン時代からの知識と技能に加えて、医師と患者の人間関係、医の倫理が言及されており、これらが医師の資質と定義されていることが看取できる。

(イ)「卒後臨床研修目標」（1989年）

前述のように、1988（昭和63）年3月に医療関係者審議会臨床研修部会から報告された「期待される医師像」及び「臨床研修の意義」（脚注21参照）では、それぞれ第1項目に「生涯教育を受ける習慣・態度を有する」、「幅広い臨床実務を経験し医学部で学んだ基本的知識・技術・態度を体系化する」という目的が掲げられている。

これを受けて作成、通知された「卒後臨床研修目標」（1989（平成元）年）では、その冒頭に、「医師養成の上で卒後臨床研修の役割は特に重要であるが、適切な臨床研修を実施するためには、まずその目標が明確にされる必要がある」と明記され、「一般目標」と「具体的目標」とに大別された⁷³⁾。卒後臨床研修の「一般目標」として10項目が挙げられているが⁷⁴⁾、その第1項目に、「全ての臨床医に求められる基本的な診療に必要な知識・技能・態度を身につける。」と規定された。また「2 具体的目標」として、基本的診察法、基本的検査法、基本的治療法、基本的手技、救急処置法など14項目にわたる詳細な目標が明示されている。

目標とは言え、挙げられた10項目の一般目標には、およそ考えられる理想的な医師の資質が列挙されている。第一にあげられている医師の資質として、知識、技能と並んで「態度」が明示された点は、これまでの目的論にはなかったものである。専門職コンピテンシーの一つとして「態度」形成が重視されてきたことの表れでもある⁷⁵⁾。

③必修化後（2000年～）

前述のように、2000（平成12）年11月の医師法改正によって臨床研修が必修化された際、厚生省は「新医師臨床研修の基本3原則」として、「①医師としての人格を涵養」を第1項目に掲げており、インターン時代に掲げられていた「人格」の涵養という文言が復活している。

その後2004（平成16）年度からの実施に向けて、目標や内容が整備されていくが、新医師臨床研修制度検討ワーキンググループが2002（平成14）年9月4日の第4回全体会で示した「医師臨床研修の目標（案）について（第5版）」では、「研修目標」として、「将来の専門性にかかわらず、医学・医療の社会的ニーズ

を認識しつつ、日常診療で頻繁に遭遇する病気や病態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）を身につけるとともに、医師としての人格を涵養する。」とされた。また具体的な「到達目標」として、「行動目標」と「経験目標」に大別しつつ、前者の「行動目標」では「医療人として必要な基本姿勢・態度」（（1）患者－医師関係、（2）チーム医療、（3）問題対応能力、（4）安全管理、（5）医療面接、（6）症例呈示、（7）診療計画、（8）医療の社会性の8項目につき、全体で27細目）が、また後者の「経験目標」については、「A 経験すべき診察法・検査・手技、B 経験すべき症状・病態・疾患、C 特定の医療現場の経験」など詳細が例示（省略）されている⁷⁶⁾。

それを踏まえ厚生労働省が2002（平成14）年12月に定めた「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令」（前記）では、その第二条に「臨床研修の基本理念」として、「臨床研修は、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、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、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」と定められた（上記ワーキンググループ第5版の「研修目標」とは若干異なり、人格のかん養が冒頭に移動されている）⁷⁷⁾。

さらに、これを踏まえて翌2003（平成15）年6月に厚生労働省医政局長から各都道府県知事あてに「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」が通知された⁷⁸⁾。それに別添された「臨床研修の到達目標」では、その「臨床研修の基本理念」として、上記の省令第二条が繰り返されており、また具体的な「到達目標」である「行動目標」と「経験目標」の二つも、新医師臨床研修制度検討ワーキンググループが2002（平成14）年9月に行った提案（第5版）とほぼ同じである（「行動目標」ならびに「経験目標」の「A 経験すべき診察法・検査・手技」が主に若干縮減・整理されている）⁷⁹⁾。

以上のように、2000（平成12）年以降の目的に関する資料からは、臨床研修の実施に向けて、その第一義的な目的として「医師としての人格涵養」が挙げられ、また「行動目標」には「医療人として必要な基本姿勢・態度」が明記されるようになっていく。知識と技能（技術）については、「経験目標」としてくくられており、臨床研修の目標は、むしろ医師としての人

格や態度という面が前面に押し出されている。

堀籠は現行の臨床研修は、医学部卒業後の研修を義務規定化したという点で、制度的に1946年に確立したインターン制度への回帰的側面があるとするが⁸⁰⁾、その初期研修に専門職としての人格陶冶を強調している点でも、戦前期に誕生した修練制度の理念が復活されているとみられることも出来るかもしれない。

④見直しの動き（2018年～）

2018（平成30）年3月に提出された見直しの報告書では、2002（平成14）の「臨床研修の基本理念」（省令）は踏襲しながらも、「新たな到達目標は、『医師としての基本的な価値観（プロフェッショナリズム）』、医師として到達すべき『資質・能力』、および、医師としての『基本的診療業務』を主たる構成要素とする⁸¹⁾」として、臨床研修の到達目標は、大幅な改編が図られている。

報告書に別添された「臨床研修の到達目標、方略及び評価」⁸²⁾には、まず「I 到達目標」として、「医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。」と冒頭に掲げられ、以下「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」⁸³⁾、「B. 資質・能力」⁸⁴⁾、「C. 基本的診療業務」⁸⁵⁾の3点について具体的な文言が続いている。またこれらの構成要素それぞれに対して、詳細な評価項目が作成されており、レベル1（たとえば「期待を大きく下回る」）からレベル4（「期待を大きく上回る」）までの評価チェックシートが用意されるなど、大きな改編が予定されている⁸⁶⁾。座長の福井が語るように、これまでの「『経験目標』はおかしな用語」として、行動目標と経験目標からなっていた到達目標を改訂して、到達目標・方略・評価から構成し直すこととし、また医学教育でのアウトカム評価の潮流を研修においても反映させつつ、医学教育でのコアカリとの連続性を考慮しながら、「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」と「B. 資質・能力」を設定して、医師養成のプロセスの一貫性と整合性を図ったのである。これまでの「態度・知識・技術」はA. の「プロフェッショナリズム」とB. の「資質・能力」などに区分されてより詳細な定義がなされている。福井が指

摘するように、2年間で得た知識や能力はすぐに役に立たなくなるため、「自らを高める姿勢」や「生涯にわたって共に学ぶ姿勢」が医師にとって最も重要なことであり、それらを到達目標に組み入れたとのことである⁸⁷⁾。

以上、医師の初期研修の目的について、各種の資料からその変容を探ってきた。インターン時代には実地修練という名称からも連想できるように、人格的素養を有しつつ国民の福祉に貢献する医師像が想定されていたが、「態度」については言及されていなかった。努力規定時代は、インターン制度への反動からか人格については触れられなくなったものの、患者との関係、医の倫理が知識と技能に加えて、医師の資質として重視されるようになった。しかし次第に態度形成が言及されるようになり、必修化以降は人格の涵養というインターン時代の文言を想起させる言葉とともに、態度が技能と知識よりも前に置かれるようになった。さらにそれらの文言は、医学教育との連携強化の上で「プロフェッショナルリズム」に包摂されて、大幅な見直しを検討されるようになっていく。態度ならびにプロフェッショナルリズムは、専門職養成ならびに専門職コンピテンシーを支える重要な要素とされ、またこれは国際的な潮流にも沿ったものであるが、その意味で、医学教育のみならず初期研修の在り方も、グローバルな医師の資質向上の方策動向と同期しつつあると言えるだろう。

(2) 研修期間

まず1942(昭和17)年の規定では、どの診療科でも1年の実地修練で良かったものが、戦後1946(昭和21)年以降のインターンでは、「実地修練の期間は十二ヶ月」とされ、その内容は「内科方面五ヶ月以上純内科をそのうち概ね五割とし、あとの期間を他の各科にあてる。外科方面六か月以上一ヶ月を産婦人科にあて、五ヶ月のうち概ね五割を純外科とし、あとの期間を他の各科にあてる。公衆衛生二週間」という規定となった⁸⁸⁾(なお公衆衛生については、1952(昭和27)年の「改善要綱」にしたがって2週間短縮されている⁸⁹⁾)。診療科ごとの期間を設定すれば、各専門領域の進歩・発展にもなってそれを修得する期間も長期化するのとは当然の成り行きであり、各診療科の修練・研修にあてる期間の割振やバランスが課題となっていくかざるをえない。またこの1年間という期間設定については、これまで4年間でやってきていた内容を

5年間に水増ししただけだという医学生側からの批判が根強く続いた。これは大学教育での実習などとのバランスに関わってくる論点である(脚注111参照)。

インターン廃止以降の臨床研修(努力規定)では、「臨床研修は、それぞれ各診療科に所属して行なうものとする」ことが基本となり(複数以上の「診療科について行なう場合には、…臨床研修連絡会に所属して行なうものとする。」、期間は「継続して二年間行うことを原則とする」となった(「臨床研修運用方針」[三期間])⁹⁰⁾。これにより1年から2年へと延長されたわけだが、1966(昭和41年)4月段階の鈴木善幸厚相の発言では、「六年の大学の医学教育を受けて、卒業いたしますと同時に国家試験をやりまして、医師の免許を適格者には与える。しかる後に実地研修がやはり必要でございますから、これを義務制として、資格を得た上で一年間は義務的に実地修練をやる、こういうたてまえにしたい」としており、特に2年に延長することは想定されていなかった⁹¹⁾。しかし同年6月に設置された「大学医学部卒業後における教育研修に関する懇談会」が、1967(昭和42)年5月23日に提出した最終的意見書「新規に医師免許を取得した者の臨床研修について」では、「2年以上」となった。臨床研修を自主的なものとしたため、医師免許取得者は医学部卒業後も直ぐに独立開業できるが、2年以上研修した場合は国に登録され、また専攻診療領域についての登録医であることが表示、広告できるという「特典」が与えられるとしたのである。懇談会では新しい研修方式として、①義務制に近いものにする、②医学生の主張に沿って研修は全く任意として新規免許取得者の良識にまつ、③研修者には何らかの特典を与える、と言う3案が論議されたというが⁹²⁾、結果的には③案に結着した。従来型の1年の義務制と、全くの任意制が取られた。したがって、2年間と言う期間は、研修内容等から引き出されて延長されたものというよりは、義務的な1年を恩典的にするための方便として延長された側面が強かったとも言える。

その後の臨床研修は2年間が継続されているが、日医は1年にして実習を現場に近づけるという提案をしており⁹³⁾、これは上記のように大学での教育課程(実習)に臨床研修の一部を代替させるという案である。インターン導入期から問題視されていた高等教育とのバランスが今なお課題となっていることがわかる⁹⁴⁾。

いずれにしても、他の専門職と比較した場合、この2年間の研修は非常に長期にわたるものであり、研修

者への給与、研修施設への補助金という面でも、他職では実現しにくい高いハードルであるとも言える。

(3) 研修場所・施設

医師の場合は、インターン時代には保健所での公衆衛生の修練も課されていたものの、医療現場での研修には病院・診療所以外の施設は想定しにくい。しかしその場合でも、司法研修所のような統一的な形で（例えば国立東京第一病院などで）実施するというオプションもあり得たかもしれないが、膨大な数に上る修練生、施設・設備面、指導体制などから難しく⁹⁵⁾、厚生省は各地に置かれた国立病院をメインの修練施設として位置づけ、大学病院はむしろ忌避した⁹⁶⁾。しかし次第に大学病院での実地修練が増え、努力規定時代末期（必修化直前）の2003（平成15）年には、72.5%の研修医が大学病院を選択するようになっていた。逆に必修化以降は、マッチングを経て市中の臨床研修病院を選択する研修医は過半数を超えている（5割5分ほど）⁹⁷⁾。この結果、これまで大学医局から派遣されていたへき地の病院医師が不足し、医師偏在がより顕著になったとされる。戦前期の医療国営化の意図から発して戦後は医療アクセスの均等化を図ろうとしてきた厚生（労働）省としても、またこれまでの医局制度の下で研修医をへき地の関連病院に派遣してきた大学病院や文部（科学）省にとっても、思わぬ誤算とも言えるかもしれない。

また、全国各地に実施施設が分散しその中から研修生が選択できるということは、研修プログラムや指導、評価などの内容・基準を統一的に運用していく必要が生じることとなる。医師の場合には、インターン導入後、特に新臨床研修制度以降、そうした課題が常につきまとうこととなった。新制度では、これまでも見てきたように、詳細なプログラム・指導・評価体制が構築されているが、「新しい研修制度では研修病院は研修医自らが志願して決められるようになったため、指導医と研修医の関係は専門領域の先輩後輩という関係でもないという状況が定着しつつある」⁹⁸⁾ため、これまでは大学医局・病院を中心とした「実践共同体」的な閉じた専門性の下で、そこへの正当的周辺参加によって専門的な知が新参者である研修医に伝達されてきたような在り方が失われ、「プライマリ・ケア志向による専門知の組み換え要請や研修医の絶え間ない流動によって、現在では同一性に揺らぎが生じつつある」⁹⁹⁾とする見方もある。専門職養成における専門

教育と初期研修を連動させ、統一的な教育・指導・評価にシステム化しようとする動きは他の職種についても見られるところだが、しかし上記のように臨床研修導入後に、これまでのような専門知の修得プロセスはどう変容したか、またプロフェッショナルリズムの涵養を教育課程や初期研修においていかに実効的に涵養し得るのかなどについては、より精査が必要であろう。これらについては他日を期したい。

(4) 研修者の処遇

医師の場合、まずインターン導入時（1946（昭和21）年9月段階）からインターン生の身分がややふやなことは、厚生省も充分認識していた¹⁰⁰⁾。その後も、「インターン生はインターン生以外の何ものでもない」¹⁰¹⁾という詭弁的な理解が一般的であった。一方で、インターンを修了していない者が医業をなす、もしくは指導医の指示なしに独自で診療に従事した場合には、医師法第17条（医師でない者の医業禁止）の違反として処罰の対象に問われたが¹⁰²⁾、インターン指定病院には修練医を指導する指導医が必ずしもおらず（指導医の資格も規定されておらず）、インターンの医療行為の責任と権利はきわめて曖昧であった¹⁰³⁾。こうした身分や責任がきわめて曖昧で不安定なインターンの在り方は、大学病院の無給医局員のそれと通底していたが、それは封建制の強い医局制度のもとでの徒弟的労働と密接にリンクしていたためだと言われる¹⁰⁴⁾。こうした研修医の在り方は臨床研修が開始されてから、研修医は国試をパスした医師免許を持つ医師として、指導医・上級医の下での身分と責任は明確となった。

次に、給与は専門的業務に対する対価であるから¹⁰⁵⁾、インターン時代にはインターン生は病院側から足手まといとまで言われたように、その医療行為は正当に評価されず無給もしくは薄給という形で反映されていたと言える¹⁰⁶⁾。こうした状態から、努力規定時代の臨床研修では、月額1万5千円から2万5千円程度の手当てが支給されるよう改善はされたが、低賃金であるという批判はその後も絶えることはなかった¹⁰⁷⁾。その後改善が進み、必修化開始前の2002（平成14）年度に支払われた研修医の平均給与は、『研修医の処遇状況に係る調査』（文部科学省、厚生労働省（2002年））によれば、大学病院以外の臨床研修病院29万8305円／月であったが、大学病院は15万4771円／月（私立大学10万6454円／月）であった¹⁰⁸⁾。その後、2011（平成23）年度に採用された研修医の年収（推計）

の調査結果がまとめられているが、それによれば大学病院（114病院）の研修医の平均年収は307万円程度、臨床研修病院（924病院）では451万円程度、全体（1038病院）では435万円程度となっており¹⁰⁹⁾、努力時代の月収と必修化以後の年収では単純な比較が難しいが（後者では賞与が含まれるなど）、医師臨床研修部会では、「制度の必修化後、研修医の処遇は向上し、研修を受ける環境が整いつつある」としている¹¹⁰⁾。

医師の場合、研修生の処遇は身分的にも法律的にも安定してきたことがわかるが、しかし、最も専門職化が進み研修制度が確立したこの職種においても、そのプロセスは紆余曲折をたどり、戦後数十年を要したことがわかる。インターン闘争による待遇改善や、研修医に関わる経費・費用の財源確保など、法律的、財政的な課題がクリアされなければ、初期研修（のプログラム内容や目的などの規定）の制度化は容易ではないことが示唆されており、他職における研修の在り方を考える際の重要なポイントとなる。

ちなみに、インターン時代から司法修習生と同様に有給制とする案が各方面から提起されてきた。新臨床研修制度までそれが実現できなかったのは、司法修習生に比べて新規医師数の数が多く財源確保が難しかったこともあろうが、戦後の司法修習制度は、法曹一元化の下に、それまで有給の司法官試補制度に無給の弁護士試補制度を統合する形で成立したことは看過されてはならない。厚生省が国家医療化の意図のもとにすべてのインターンを国立病院に配置することがあり得たならば、給与制となった可能性もある。しかし自由開業医制度を基本としてきたわが国の医師養成の在り方は、最高裁所管の司法研修所で公務員に準じた身分で統一的に修習を行う法曹養成のそれとは、歴史的・制度的に大きく異なっており、今なおそれに制約されているとも言える。この点については稿を改めたい。

(5) 大学教育（実習）・国家試験との連関

専門職養成の一連のプロセスにおける研修内容の重複性回避や機能分担については、医師の場合、インターン時代には従来の教育が単に1年間水増しされただけであり、インターンの内容を専門教育に繰り入れる（実習を強化する）べきという批判や要求は根強かった¹¹¹⁾。また上記のように、日医は現在の2年間で1年にして、実習を現場に近づけるという提案をしている。

またインターン時代には、国試がインターン修了後に設定されていたが、初期の頃は特に実地修練の効果

を考査するための臨床試験などが国試に取り入れられたわけでもなかった。しかしその後、大学教育修了（卒業試験）と国試、研修修了時点の評価内容やその基準については、戦後継続的にその連関が強化されてきた。最近の臨床研修の見直し案では、CBT、OSCE、きめ細かい評価など、システム化が進む医学教育と臨床研修とを機能的に接合する方向性が示されている。

こうした教育・研修の重複を避け連続性を持たせる、ならびにその評価に関する方向性を一貫させるという議論は、同時に、実習については高等教育の教育課程を所管する文部（科学）省と、卒業後の現場業務や国家試験を管轄する他の諸官庁との綱引きを顕在化させる。医師の場合では、拙稿（橋本 2018）で考察したように、戦前期の実地修練制度の発足時点から、文部省（実習を充実させた教育課程で医師養成を完成させる）と厚生省（現場での実地修練によって実践知、現場知を身につけさせる）との間に、実習と修練をめぐる対立が伏在していた¹¹²⁾。とくに初期研修は高等教育と現場の専門業務の結節点に当たっており、その制度化や見直しについては、管轄権をめぐる縦割り行政的なわが国の専門職養成の特徴が如実に現れると言える。

5. おわりに

今日の医師の臨床研修のあり方は、2年という長期にわたる研修期間、研修生の身分確定（有給化、業務責任の明確化）、研修施設の指定基準、内容の標準化と統一的な評価システム、大学教育との連携、国試後の設定（研修を国試受験の要件としない）、定期的な再検討の機会など、いずれの点においても、わが国の他の専門職がめざす初期研修のモデルともいえるものである。

しかしこれまで見てきたように、専門職のプロトタイプであるとされる医師においてすら、初期研修という制度がその基盤形成から現行の形に至るには80年近い年月を要してきたのであり、今なお質保証の仕掛けとしての在り方については医界の各アクターから様々な要求や批判が伏在しており、定期的な見直しプログラム化されている。逆に言えば、医師養成には多くの制約があり、その質保証についても多様な議論が附随してきたことの証左でもある。近代以前からの自由開業医制度、明治期からの教育機関と資格制度の多重性、医育に関わる管轄権をめぐる縦割り行政、医療制度全般がおかれた政治的文脈など、医師養成全般

がかかえる様々な要因は、近代化以降のわが国の医師養成がはらみ持ってきた制度的な制約である。こうした錯綜する制約の中で、初期研修が医師の質保証を担う制度として定位するには、常に変容を遂げざるを得なかったとも言い換えられるだろう。

本稿では戦後の医師の初期研修に限定して考察を進めてきたが、初期研修の構成要素については、他職との比較の中で新たな項目が抽出される可能性もある。またその作業の中で、医師とは異なる専門職の初期研修のモデルが浮かび上がってくることもあるだろう。今後は法曹や教員などをはじめとして、さらに他の専門職の初期研修の在り方を広く比較検討しながら、様々な初期研修の構成要素とタイポロジーの抽出をすすめ、広く専門職の質保証の制度を精査することとしたい。

【注】

- 1) 拙稿（橋本2018）では、戦前期の法曹についても扱ったが、本稿では紙幅の制限もあり、戦後の医師に限った考察とする。戦後の法曹については別稿を用意したい。
- 2) 幅広い専門職の定義については、橋本編（2009）を参照のこと。
- 3) 厚生労働省「医師臨床研修制度のホームページ」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/rinsyo/index.html（2018年9月15日取得）。
- 4) この段、橋本（2008）を参照のこと。なお、これに伴って「医師国家試験審議会官制」（勅令403号）、「医師国家試験委員官制」（同404号）、「医師試験委員官制中改正」（同407号）、「診療及び公衆衛生実地修練委員会官制」（同408号）が公布された（『日本医事新報』1197号、1946、9頁）。第1回は、1946（昭和21）年10月に慶應・慈恵医大で歯科医に短期教育を施した320名に対して実施され、受験者数は265名、合格者137名であった。また第2回は、医専整理の結果、卒業を許されたA級校中6校（大阪高等医専、九州高等医専、日大専門部医学科、東京・帝国・大阪の各女子医専）を1946（昭和21）年9月に卒業し、半年に短縮したインターンを修了したものに対して1947（昭和22）年4月に実施された。受験者数1646名、うち合格者1370名であった（『日本医事新報』1223号、1947、14頁）。
- 5) 厚生省五十年史編集委員会編1988、1021頁。
- 6) 国立国会図書館所蔵 GHQ/SCAP Records. "Meeting of the Council on Medical Education" (15 Jun. 1946), PHW 01360. なお、同資料については橋本（2008）を参照のこと。
- 7) 例えば「インターン制度と医師国家試験廃止に関する請願書」『医学生とインターン』1952、1巻6号、40-41頁など。
- 8) 菅谷章 1976、500-01頁。
- 9) 厚生省五十年史編集委員会編1988、1022頁。
- 10) 同上、1022-23頁。
- 11) 同上、1023頁。
- 12) 同上、1023-24頁。
- 13) 同上、1024頁。

- 14) 同上、1025-26頁。
- 15) 同上、1598頁。
- 16) 同上、1026頁。
- 17) 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会（第4回、平成13年9月28日）、資料2-1「卒後臨床研修制度における研修目標等の位置づけとこれまでの改善の取組について」<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0109/s0928-3a.html>（2018年9月15日取得）。
- 18) 同上。
- 19) 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会（第1回、平成13年6月1日）、資料2-1「臨床研修の概要について」<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0106/s0601-1.html>（2018年9月15日取得）。
- 20) 同上。
- 21) 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会（第4回、平成13年9月28日）、資料2-1、参考1「卒後臨床研修目標」<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0109/s0928-3a.html>（2018年9月15日取得）。
「期待される医師像」
「生涯教育を受ける習慣・態度を有する。
科学的妥当性、探求能力を有する。
高い倫理観と豊かな人間性を有する。
社会発展に貢献する使命感と責任感を有する。
自己の能力の限界を自覚し他の専門職と連携する能力を有する。
チーム医療のコーディネーターとしての機能を有する。
後輩の医師に対し指導できる能力を有する。
地域の指導者的役割を果たす能力を有する。」
「臨床研修の意義」
「幅広い臨床実務を経験し医学部で学んだ基本的知識・技術・態度を体系化する。
暖かい人間性と広い社会性を身につける。
医療人としての自己を見つめ直し「医の心」を十分に考える。
病める人の全体像を捉える全人的医療を身につける。
臨床経験を通じ、総合的視野、創造力を身につける。
患者の持つ問題を正しく把握し解決する能力を身につける。
科学的思考力、応用力、判断力を身につける。
患者及び家族のニーズへの対応、態度を学ぶ。
医療スタッフの業務を知り、チーム医療を率先して実践することを学ぶ。
医療における経済性を学ぶ。」
- 22) 同上。
- 23) 『朝日新聞』1989年6月15日朝刊。
- 24) たとえば、『朝日新聞』1990年4月25日朝刊、『朝日新聞』1990年11月21日朝刊など。
- 25) 医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修検討小委員会「中間意見書－卒後臨床研修の今後の改善に向けて－」（平成8年7月31日）<https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/0807/0731-3.html>（2018年9月15日取得）。
- 26) 同上。
- 27) 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会（第1回、平成13年6月1日）、資料2-2「臨床研修の必修化について」<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0106/s0601-1.html>（2018年9月15日取得）。
- 28) 医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修検討小委員会「中間意見書－卒後臨床研修の今後の改善に向けて－」（平成8年7月31日）<https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/0807/0731-3.html>（2018

- 年 9 月 15 日取得)。
- 29) 『朝日新聞』1995年11月21日朝刊。
- 30) 医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修検討小委員会「中間意見書－卒後臨床研修の今後の改善に向けて－」(平成 8 年 7 月 31 日) <https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/0807/0731-3.html> (2018 年 9 月 15 日取得)。
- 31) 『朝日新聞』2000年11月 2 日朝刊。
- 32) 国立大学附属病院長会議 大学附属病院等における卒後臨床研修の在り方に関する調査研究会「大学附属病院等における卒後臨床研修の在り方について(中間まとめ)」(平成 7 年10月24日), 4 頁, http://www.univ-hosp.net/guide_cat_01_2.pdf (2018年 9 月 15 日取得)。
- 33) 『朝日新聞』2000年11月 2 日朝刊。
- 34) 『読売新聞』1995年11月20日東京夕刊。
- 35) 同上。
- 36) 『朝日新聞』1995年11月21日朝刊。
- 37) 『朝日新聞』1995年11月23日朝刊。
- 38) 畑尾1998, 68頁。
- 39) 同上, 68頁。
- 40) 同上, 70-71頁。
- 41) 一方で、「ただし、その具体的な方法については様々な意見があり、特に『必修化』については、現行の努力規定のままでも臨床研修を充実させることは可能ではないかとの意見も寄せられた。」として文部省、大学関係者の意見もくみ取っている。医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修検討小委員会「中間意見書－卒後臨床研修の今後の改善に向けて－」(平成 8 年 7 月 31 日) <https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/0807/0731-3.html> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 42) 『毎日新聞』1997年 3 月 19 日東京朝刊。
- 43) 『読売新聞』1998年 2 月 5 日東京朝刊。
- 44) 『朝日新聞』2000年11月 2 日朝刊。
- 45) 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会(第 1 回、平成13年 6 月 1 日)、資料 2-2 「臨床研修の必修化について」、<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0106/s0601-1.html> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 46) 同上。
- 47) 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会(第 1 回、平成13年 6 月 1 日)、資料 2-2 「医師の卒後臨床研修に関する協議会における意見の概要」<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0106/s0601-1.html> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 48) 衆議院「制定法律情報」サイトから転載。http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/housei/15020001206141.htm (2018年 9 月 15 日取得)。
- 49) 参議院審議概要 第150回国会(臨時会)「健康保険法等の一部を改正する法律案及び医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議」http://www.sangiin.go.jp/japanese/gianjoho/old_gaiyo/150/1504107.pdf (2018年 9 月 15 日取得)。
- 50) 厚生労働省「新医師臨床研修の基本 3 原則」<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/001100.html> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 51) 厚生労働省「新制度創設までの経緯」<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 52) 「平成13年度 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会 審議経過」(医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会(第11回 平成14年 4 月 22 日、資料 2-2)) <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/04/s0422-2b1.html> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 53) 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会第 1 回議事録(平成13年 6 月 1 日)、<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0106/txt/s0601-1.txt> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 54) 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会第 7 回議事録(平成13年12月18日)、<https://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/txt/s1218-1.txt> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 55) 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会第 3 回議事録(平成13年 8 月 22 日) <https://www.mhlw.go.jp/shingi/0108/txt/s0822-1.txt> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 56) 裁判所ウェブサイト「事件番号：平成14(受)1250 事件名：未払賃金請求事件 裁判年月日：平成17年 6 月 3 日」http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail2?id=52353 (2018年 9 月 15 日取得)。
- 57) 『朝日新聞』、2000年11月 2 日朝刊。
- 58) 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会「中間とりまとめ(論点整理)について」(平成14年 5 月 22 日)、<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/05/s0522-2.html> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 59) <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/09/h0904-1.html> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 60) 厚生労働省「新たな医師臨床研修制度の在り方について(案)」(平成14年10月)、<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/dl/021022a.pdf> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 61) 厚生労働省「臨床研修病院の指定基準(案)」(平成14年10月)、<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/dl/021022b.pdf> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 62) 「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令」<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/12/s1212-2e.html> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 63) この段落、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書「医師臨床研修制度の見直しについて－参考資料」(平成30年 3 月 30 日)、スライド 5 頁。<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000209702.pdf> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 64) 同上。
- 65) 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書「医師臨床研修制度の見直しについて」(平成30年 3 月 30 日) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000200863.pdf> (2018年 9 月 15 日取得)。
- 66) 現行の到達目標について、以下の点が指摘されている。
- ①行動目標と経験目標から構成されているが、その内容について必ずしも目標、方略、評価に分けられていない。
 - ②人口動態や疾病構造の変化、医師養成全体の動向等に配慮すべき。
 - ③入院医療から外来医療への移行をはじめとした医療提供体制の変化等について、適切に踏まえるべき。
 - ④「経験すべき症状・病態・疾患」等については、当該項目を「経験する」ことが基本となっているが、診療能力の評価をさらに重視すべき。また、評価方法が様々であるため評価方法の標準化が必要。
 - ⑤項目が細分化されており、簡素化が必要。
- この項、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書「医師臨床研修制度の見直しについて－参考資料」(平成30年 3 月 30 日)、

- スライド19頁。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Is-eikyoku-Ijika/0000209702.pdf>（2018年9月15日取得）。
- 67) 具体的には、以下の点が到達目標、方略、評価の見直しのポイントとして列挙されている。
- ①到達目標の項目の整理：新たな臨床研修の到達目標については、「目標」とそれを達成するための「方略」、及びその「評価」に分けて整理。
 - ②卒前教育との整合性：到達目標、方略、評価について、卒前教育のモデル・コア・カリキュラム等との連続性を考慮。到達目標、方略、評価を整合的に設定。
 - ③研修項目の充実：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、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修化。臨床推論や外来での研修を充実させるため、一般外来における研修を方略に位置づけ。
 - ④評価方法の標準化：評価の標準化のため、評価票及び評価方法を提示。臨床研修の到達目標の項目毎に、臨床研修医に求められる修得の程度を提示（マイルストーン）。
 - ⑤項目の簡素化：「経験すべき症候」と「経験すべき疾病・病態」を簡素化。「経験すべき症候」52項目→29項目、「経験すべき疾患・病態」88項目（7割以上）→26項目。A疾患（入院症例レポートが必修）、B疾患（外来、入院での経験が必修）を廃止し、上記項目を全て経験することに。レポート作成を廃止し、日常業務で作成する病歴要約で確認。この項、同上。
- 68) 厚生省医務局「診療及び公衆衛生に関する実地修練基準（昭和二十八年十月改訂）参議院厚生委員会専門員室1953『医師實地修練制度に関する資料』（昭和二十八年十一月）所収、16-32頁。
- 69) 同上、16頁。
- 70) 同上、16-17頁。
- 71) 戦前期からの公務員の研修、錬成、修練などの言葉を精査した田中によれば、戦時用語としての修練の語には精神的な意味合いが含まれていると指摘している。田中2010、58-59頁。
- 72) 「臨床研修運用方針」（「臨床研修の運用について」昭和四三年七月一六日、医発第八四三号の二各臨床研修を行なう病院の長あて厚生省医務局長通知）の別添（一） https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6466&dataType=1&pageNo=1（2018年9月15日取得）。
- 73) 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会（第4回、平成13年9月28日）、資料2-1「卒後臨床研修目標」 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/0109/s0928-3a.html>（2018年9月15日取得）。
- 74) 具体的には、以下の10項目である。
- 〔1〕全ての臨床医に求められる基本的な診療に必要な知識・技能・態度を身につける。
 - 〔2〕緊急を要する病気又は外傷をもつ患者の初期診療に関する臨床的能力を身につける。
 - 〔3〕慢性疾患患者や高齢患者の管理上の要点を知り、リハビリテーションと在宅医療・社会復帰の計画立案ができる。
 - 〔4〕末期患者を人間的、心理的理解の上にならって、治療し管理する能力を身につける。
 - 〔5〕患者および家族とのより良い人間関係を確立しようと努める態度を身につける。
 - 〔6〕患者の持つ問題を心理的・社会的側面を含め全人的にとらえて、適切に解決し、説明・指導する能力を身につける。
 - 〔7〕チーム医療において、他の医療メンバーと協調し協力する習慣を身につける。
 - 〔8〕指導医、他科又は他施設に委ねるべき問題がある場合に、適切に判断し必要な記録を添えて照会・転送することができる。
 - 〔9〕医療評価ができる適切な診療録を作成する能力を身につける。
 - 〔10〕臨床を通じて思考力、判断力及び創造力を培い、自己評価をし第三者の評価を受け入れフィードバックする態度を身につける。〕 同上。
- 75) 専門職養成における「態度」形成については、橋本編（2012）を参照。
- 76) 新医師臨床研修制度検討ワーキンググループ（第4回、平成14年9月4日）、資料2-1「医師臨床研修の目標（案）について（第5版）」、 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/09/s0904-2a.html>（2018年9月15日取得）。
- 77) 「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令」 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/12/s1212-2e.html>（2018年9月15日取得）。
- 78) 「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について（目次）」 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052.html>（2018年9月15日取得）。
- 79) 「臨床研修の到達目標（別添1）」 <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818b.html>（2018年9月15日取得）。
- 80) 堀籠2010、239-240頁。
- 81) 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会「報告書 医師臨床研修制度の見直しについて（平成30年3月30日）」、3頁。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000200863.pdf>（2018年9月15日取得）。
- 82) 「臨床研修の到達目標、方略及び評価」、上記報告書に所収。
- 83) 具体的には、1. 社会的使命と公衆衛生への寄与、2. 利他的な態度、3. 人間性の尊重、4. 自らを高める姿勢の4項目。上記資料、1頁。
- 84) 具体的には、1. 医学・医療における倫理性、2. 医学知識と問題対応能力、3. 診療技能と患者ケア、4. コミュニケーション能力、5. チーム医療の実践、6. 医療の質と安全の管理、7. 社会における医療の実践、8. 科学的探究、9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢。上記資料、1-3頁。
- 85) 具体的には、1. 一般外来診療、2. 病棟診療、3. 初期救急対応、4. 地域医療。上記資料、3-4頁。
- 86) 「研修医評価票Ⅰ～Ⅲ」、「臨床研修の目標の達成度判定票」、上記報告書に所収。
- 87) 「臨床研修の到達目標・評価はどう変わるのか 福井次矢氏（聖路加国際病院院長/聖路加国際大学学長）に聞く」『週刊医学界新聞』第3276号、2018年6月11日、 http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03276_01（2018年9月15日取得）。
- 88) 厚生省医務局「診療及び公衆衛生に関する実地修練基準（昭和二十八年十月改訂）参議院厚生委員会専門員室1953『医師實地修練制度に関する資料』（昭和二十八年十一月）所収、17頁。
- 89) 「医師実地修練改善要綱」、同上、35-36頁。
- 90) 「臨床研修運用方針」（「臨床研修の運用について」昭和四三年七月一六日、医発第八四三号の二各臨床研修を行なう病院の長あて厚生省医務局長通知）の別添（一） https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6466&dataType=1&pageNo=1（2018年9月15日取得）。

- 日取得)。
- 91) 第51回国会衆議院文教委員会18号、昭和41年4月15日。
- 92) 『朝日新聞』1967年5月23日夕刊。
- 93) 日本医師会2009『ランドデザイン2009』、30-36頁。http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090218_11.pdf (2018年9月15日取得)。
- 94) なお、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の報告書(平成30年3月30日)では、「引き続き現行の2年以上で差し支えない」(5頁)としている。<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000200863.pdf> (2018年9月15日取得)。
- 95) GHQ/SCAP-PHWは、厚生省ならびに文部省に米国式に各地域にメディカルセンターを設置しそこの統一的なインターン実施を求めたが財政的余裕がなかったために、東京国立第一病院を改装して全国のモデル病院とする計画にトーンダウンした(堀籠2010、244-246頁)。
- 96) 大学付属病院ではなく市中の病院を優先したことについて、厚生省衛生局技官(当時)の尾村はこう述べている。「実地修練は成る可く医育機関附属病院以外の一般指定病院の方に重点を置いて行ふことにした。これは附属病院に於ける学生教育を主にした各科臨床実習は既に医学校の上級学年に於て済ませて来ておるので、これとあまり代りばえのしない修練を継続するよりは、普遍的な一般患者を取り扱う一般指定病院に重点を置く方が、病院の経済、管理等の実際も覚えられ、且実際の医療社会の状態を経験することが出来て、より修練の目的に適うと思はれるからである」(尾村1947、54頁)。
- 97) 厚生労働省「臨床研修医の採用実績について」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000056634.pdf> (2018年9月15日取得)。
- 98) 加藤2009、7頁。
- 99) 加藤2011、33頁。
- 100) 当時、厚生省衛生局医務課厚生技官だった五十嵐義明は、「修練者の医局に於ける立場は従来の医局員の観念と異り医師の免許証も所有せずさりとて学生でもないといふ難しい存在になる」と述べている(五十嵐1946、71頁)。
- 101) 厚生省(医務局医務課事務官)の谷川直臣の弁(谷川1953、10頁)。
- 102) 菅谷1976、508頁。
- 103) 同上、497頁。
- 104) 同上、499頁。
- 105) 専門的業務に対する給与の有無ないし多寡は当該専門職集団には、その業務に対する社会的な「報酬」を意味するためきわめて重要なポイントである。この「報酬」については橋本編(2015)を参照されたい。
- 106) 五十嵐は、外地からの復員医師のために医師数が過剰になっている実情では無給副手との振り分けもあって、米国並みに病院側に給与を出せというような要求は難しいとし、さらに『『目下のところ修練者は手助けとなるよりは手足まとひである』と一部の指導医から述べられてあるやうな次第では特にこの感を深くする』と述べている(五十嵐1946、71頁)。
- 107) 菅谷1976、506頁。
- 108) 遠藤2012、74頁からの孫引き。
- 109) なお推計年収は、研修医の業務量、住居、通勤経路、家族構成にかかわらず決まって支払われる給与(賞与含む)、1年次。「平成23年度採用予定の臨床研修医の推計年収」医道審議会医師分科会医師臨床研修部会2013「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書－医師臨床研修制度の見直しについて－参考資料」(平成25年12月19日)、スライド36頁。<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000032747.pdf> (2018年9月15日取得)。
- 110) 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会2013「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書－医師臨床研修制度の見直しについて－」(平成25年12月19日)、12頁。<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000032870.pdf> (2018年9月15日取得)。
- 111) たとえば、1953(昭和28)年の参議院でのインターン制度に関する集中質疑に参考人として発言を求められた医学生生意見はそれを的確に示している。「いわゆる昔四力年間でやったことを、いつの間にか五年間に水増しされたということをやめて頂いて、それだけの充実した形で四年間で教育を終って、私たちは、それで浮いた一年というものを、もっと有効に使いたい、そういうことを申しておるのであります。この四力年の過程に繰り入れをするということは、大学の諸先生がたは大体一致した意見をお持ち下さっておりまして、現在のインターンでやるようなことは四力年のコースででき得るということ、私たちは教授諸先生からはっきりと聞いておるのであります」(第16回国会参議院厚生委員会第15号、昭和28年7月14日、参考人井形昭弘(東京大学医学部学生))。
- 112) 本稿では医師国家試験については取り上げないが、その導入当初、文部省からは「各方面に於いて異常なる関心を払いつつある」として、「教育行政官庁たる文部省当局としても、之が実施は慎重なる考究を要する問題なりとして重視してゐる。即ち、画一的試験方法を行ふとすれば学校当局をして現在の教科課程を無視した単に国家試験に合格すればよいといふ如き教育方法に墮する惧れはないか。」(『医師の国家試験と文部省の見解』『日本医事新報』1946年、1182号、17頁)。と、大学教育が国試のための予備校的なものに陥るのではないかと懸念が示されているように、これまで医学校卒業をもって無試験免許特権を与えていた経緯からすれば、厚生省による国試導入は看過できなかったものと思われる。一方、厚生省(谷川直臣・厚生省医務局事務官)からは、「しかし私は必ずしも国家試験が医学教育を阻害するものとは考えていない(もし事実阻害するものであれば試験のやり方が悪いのだと思う)。従つて将来医学校の卒業生が或る一定の数に落ち着き、実地修練の施設も一定標準以上のものに厳選できる時期においては、試験の方法、時期等について、より合理的に改善できるものと考えている」(谷川1949、60頁)、との意見が出ている。

【参考文献】

- 遠藤久夫 2012 「医師の労働市場における需給調整メカニズム－卒業後研修(臨床研修制度と専門医制度)に注目して」『日本労働研究雑誌』No. 618、69-80頁。
- 橋本鉦市 2008 『専門職養成の政策過程－戦後日本の医師数をめぐって』学術出版会。
- 橋本鉦市編 2009 『専門職養成の日本の構造』玉川大学出版部。

- 橋本鉦市編 2012『日本的な専門職コンピテンシー抽出と質保証システム構築のための横断的分析』（2009～2011年度科学研究費補助金・挑戦的萌芽研究 最終報告書）。
- 橋本鉦市編 2015『専門職の領域と報酬』玉川大学出版部。
- 橋本鉦市 2018「専門職養成プロセスにおける実務要件－医師の実地修練と弁護士の実務修習を中心に－」『東京大学大学院教育学研究科紀要』第57巻、67-84頁。
- 畑尾正彦 1998「卒後臨床研修の現状と改革の動向」『医学教育白書1998年版』63-72頁。（日本医学教育学会学会関連書籍『医学教育白書1998』。<http://jsme.umin.ac.jp/book/pdf/wpmej-1998-63.pdf>）
- 堀籠崇 2010「実地修練（インターン）制度に関する研究－新医師臨床研修制度に与える示唆－」『医療と社会』Vol. 20 No3、239-250頁。
- 五十嵐義明 1946「医師国家試験及び実地修練の具体的問題」『日本臨床』4（10）、69-73頁。
- 加藤源太 2009「医療専門職における自己コントロールの再検討」『ソシオロジ』54（2）3-18頁。
- 加藤源太 2011「専門知と包括知：医療専門職におけるパラダイムの混交」『ソシオロジ』56（2）21-37頁。
- 厚生省五十年史編集委員会編1988、『厚生省五十年史』。
- 厚生省医務局 1955、『医制八十年史』。
- 尾村偉久 1947「実地修練（インターン）実施要領等の改定について」『日本臨床』5（10）、54-55頁。
- 参議院厚生委員会専門員室 1953『医師實地修練制度に関する資料』。
- 菅谷章 1976「インターン問題の史的考察」『日本医療制度史』原書房、492-511頁。
- 田中孝男 2010「地方公務員の「研修」法制に関する考察：自治体における法務研修のあり方を考えるために（一）」『法政研究』77（1）、1-63頁。
- 谷川直臣1949「医師国家試験の動向」『日本臨床』7（7）、60-61頁。
- 谷川直臣1953「インターン制度をなくすべきか」『医学通信』第8年361号、9-11頁。

なお、『日本臨床』については国立国会図書館デジタルコレクション、国会審議での発言は国会会議録検索システムを利用した。