

## 主な団体からのパブリックコメント

## 臨床研修 について(kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は: [REDACTED] の代理  
送信日時: 2009年3月31日 火曜日 17:22  
宛先: 臨床研修 について(kensyu)  
件名: パブリックコメント(臨床研修の見直し(案)について)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 日本医学教育学会 理事会

住所(所在地): [REDACTED]

メールアドレス: [REDACTED]

電話番号: [REDACTED]

FAX番号: [REDACTED]

性別: [REDACTED]

年齢:

職業: 医学教育の専門家による学会

件名: 臨床研修の見直し(案)について

意見:

「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一部を改正する省令及び関連通知の一部改正(案)について」への意見

平成21年3月31日

日本医学教育学会 理事会

医学教育に関する研究の充実・発展ならびにその成果の普及を目的として、我が国の医学教育の改善に努力を積み重ねている医学教育の専門家集団として意見を具申する。冒頭に要約を、後段にその詳細を述べる。

○より良い医師の育成のため、「医師としての人格の涵養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」という制度の基本理念を堅守し、この理念に基づいた到達目標については十分議論すべきである(変更するかしないかを含め)

○募集定員の設定に当たっては、提供される研修の質と教育環境を主点として考慮すること。質の高いプログラムが提供されている地域からより条件の悪い地域へ研修医をシフトさせ、我が国全体として研修医が受ける研修の質が低下するような施策をとるべきではない。また、十分研修実績のある研修病院であるにもかかわらず診療規模に基づいて一律に認可を取り消したり、全研修病院に対して一律の割合に基づく減員を行ったりするべきではない

○研修の質の向上のために、研修病院と研修施設における研修の内容と質を客観的に評価する仕組みを構築して早急に評価を実施し、その結果を公表することにより、研修希望者の選択の一助とすること

○医師派遣というあいまいな基準を募集定員の設定に持ちこむべきではない

○改正案によって予想される数値設定、予想される医療界への効果について公表すること

○より良い医師の育成のため、「医師としての人格の涵養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」という制度の基本理念を堅守し、この理念に基づいた到達目標については十分議論すべきである(変更するかしないかを含め)

見直し後も現行の到達目標は堅持するべきであると考えが、一部に到達目標を変更する予定があるような話があり、不透明である。到達目標はあくまでも現行のものが堅持されるのか、あるいは新たな到達目標が示されるのかは十分議論すべきである。

○募集定員の設定に当たっては、提供される研修の質と教育環境を主点として考慮すること。質の高いプログラムが提供されている地域からより条件の悪い地域へ研修医をシフトさせ、我が国全体として研修医が受ける研修の質が低下するような施策をとるべきではない。また、十分研修実績のある研修病院であるにもかかわらず診療規模に基づいて一律に認可を取り消したり、全研修病院に対して一律の割合に基づく減員を行ったりするべきではない

都道府県ごとのマッチング定員の上限設定にあたっては、現存する地域ごとの研修医の受け入れ能力や研修実績、研修の質のバラツキを直視しなければならない。机上の計算で求められた数字のみを重視すべきではない。

○研修の質の向上のために、研修病院と研修施設における研修の内容と質を客観的に評価する仕組みを構築して早急に評価を実施し、その結果を公表することにより、研修希望者の選択の一助とすること

今回の見直しは、既に述べた対応がなされなければ、研修の質の低下につながる可能性が大きい。研修病院と研修施設における研修の内容と質を客観的に評価する仕組みを構築して早急に評価を実施し、その結果を公表することにより、研修希望者の選択の一助とすべきである。

○医師派遣というあいまいな基準を募集定員の設定に持ちこむべきではない

医師派遣を実現するためには、以下の3つの要件がある。1)派遣元となる医療機関の理解と余力、2)受け入れ先の医療機関の医療機関としての質や受け入れ体制整備、3)派遣に同意する医

師の個人的な使命感・プロフェッショナリズム、である。このどの点が欠けても医師派遣は実現しない。

現在でも、自治体や行政の意向や枠組みを越え、都道府県や国の枠組みを越えて、価値の高い医師派遣・異動・転出・転属は見られている。派遣元や受け入れ先の要件が満たされ、医師の使命感に基づく派遣が実現されていると見なすべきである。派遣元となる医療機関の医師養成能力と実績、さらに受け入れ先医療機関の役割の重要性や労働環境、さらにそれを実現する人材という3要件が満たされて実現されている。このような多くの要因によって実現されている医師養成の実績を、単に派遣元の医療機関や、その医療機関や派遣される医師と関連ある大学医局のみの実績のように解釈することには強い違和感を憶える。特定の医療機関同士の短期的な医師の異動を数で評価するようなシステムでは、数あわせの一方的な「医師派遣」を促進する懸念がある。それぞれの施設が医師の養成に工夫・努力をし、その養成過程に魅力を感じた医師が派遣に応ずるようなプロセスでなければ、派遣される医師も、その医師の診療を受ける住民も満足は得られない。

何が地域医療再生につながる医師派遣を実現するか、その派遣を促進するためには何を実績として評価すべきか十分検討すべきである。

○改正案によって予想される数値設定、予想される医療界への効果について公表すること

係数や暫定措置を経た上での今後5年間の予想される数値設定を公表し、予想される医療界への影響を公表し、医学生、各地域の担当者の不安に応えるべきである。

## 臨床研修の見直し（案）について

「医師法第16の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令及び関連通知の一部改正（案）について」への意見

平成21年4月3日

全国医学部長病院長会議  
会長 小川 彰

卒後臨床研修調整委員会  
委員長 北村 聖

我が国の医学教育に関し責任を持ち、その改善に不断の努力を積み重ね、卒後臨床研修のあり方について長年にわたり検討し改善を求めてきた全国医学部長病院長会議と全国医学部長病院長会議卒後臨床研修調整委員会として意見を具申する。

- 本改正案の〈2 臨床研修病院の指定基準について（省令・通知の改正による）〉の基本的な考え方を「研修の質の向上のため、臨床研修病院の基準を強化するとともに、医療機関の連携によって、大学病院など地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成を推進する。」にすること。臨床研修制度のあり方等に関する検討会「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」に明記されている『大学病院など』の文言を省令段階で削除することは許されない。大臣も参加し各界の有識者が参加した「臨床研修制度のあり方などに関する検討会」の議論を蔑ろにするものである。
- 大学病院の募集定員枠を削減しないこと。大学病院はそれ自体で研修を担う病院として位置づけられている。各々の大学病院はその教育環境と指導力を鑑みて最善の定員枠を設定し、それを充足するよう努力をしているところである。過去の実績により新たな定員を定める本改正案は、大学病院のこれまでの努力を否定し、教育資源の非効率的運用につながるものである。なお、都道府県別の募集定員の上限を設定することは医師の強制配置につながるおそれもあり慎重に制度設計される様強く要望する。
- 大学病院の診療の質の向上、ひいては研修の質の向上のために、財源措置を行うこと。この財源措置は一時的なものではなく恒常的なものであるべきであり、大学病院の診療報酬の恒常的な加点などが考えられる。
- 研修の質の向上のために、研修病院と研修施設における研修の内容と質を客観的に評価する仕組みを構築すること。また、研修の質の確保には症例数や指導医数など外形的要素も重要であり、例えば管理型研修病院は550床以上に限るといったような対応が必要である。
- 大学病院における研修のプログラムや定員に関しては、地域の医療を担う教育病院との使命に鑑み、それぞれの地域性を考慮したきめ細かな配慮が必要である。

臨床研修の見直し（案）について

宛先 [kensyu@mhlw.go.jp](mailto:kensyu@mhlw.go.jp)

テキスト形式 3000字以内 具体的な箇所を引用して指摘する。

1. 研修プログラムについて

P1 L8

【賛成意見】基本的な考え方として「研修プログラムは、各病院の個性や工夫を活かした特色のあるものとする。」としたことは賛成である。さらに「病院の実情を踏まえつつ、研修医の将来のキャリア等に円滑につながるように、研修を行う診療科の構成、各診療科における研修期間及び研修時期を定める。」として、研修医の将来と病院の実情に沿って研修期間や時期を定めるという基本的方針は評価できる。

P1 L22

【変更要請】しかし、「(2) 研修時期・期間」の記述の中には、大学病院に限らず一般に病院の実情に合わない部分があり、上記の基本的な考え方にもとづき一部変更を要請する。L23の「原則として、当初の12月の間に、内科及び救急部門を研修し、次の12月の間に地域医療の研修を行う。」とあるが、「原則として、」を「たとえば、」に変更して、この部分は例示にとどめるべきである。その根拠として、当初の12月の間に、いきなり研修医が救急患者の診療に携わるのは、むしろ救急患者を数多く診療している研修病院では医療安全上問題があり、急性病態へ対処できる技能や考え方をしっかり身につけてから救急患者を次の12月に行うということが、このような研修病院の実情に合うからである。

【運用への要請】「研修プログラムについて」は、従来のような厚生局による介入をさげ、研修医の将来と、病院の実情を基盤に考え、運用において偏狭な規制を避けるべきである。特に、救急部門の研修においては、いきなり実際の救急患者の診療を研修医に強いるのではなく、急性病態への対応ができるためのトレーニングを行うという意味で、麻酔科、ICU等での研修、蘇生トレーニングコースでの研修など多様な研修スタイルを認める運用をすべできある。患者となる国民の医療安全の視点からもこのような臨床現場の実情に即した運用が求められる。

P2 L7

【変更要請】「(5)到達目標の達成度への評価」は、「(5)研修の目標と評価について」と変更すべきである。その上で、L8からは、「研修の目標については、早急に見直しを行うとともに、研修目標の達成度を客観的に評価する仕組みを構築する。」とすべきである。現時点では研修プログラムが弾力化されたにもかかわらず、研修の到達目標、経験目標が改定さ

れていない。したがって、研修の目標と実際の研修内容の整合性が保てない状況となる。研修目標の早急な見直しが必要である。原文の「研修医の達成度」は、正しい日本語では「研修目標の達成度」とすべきである。

## 2. 研修医の募集定員について

### P3 L3

【変更要請】「研修医の地域的な適正配置を誘導するため、都道府県別の募集定員の上限を設定する。」とあるが、このような都道府県別の枠組みの方針は理解できるものの、数多くの研修医が協力型研修病院を通じて都道府県枠を越えて研修を行っている実情も考慮することが求められる。都道府県を越えて研修を行っている研修医は、地域医療の研修という点でも、意義のある学びを推進しており、募集定員の点から評価すべきである。この点を具体化して、次のように変更を加えることを要請する。

P5 L10 に以下を追加。

③ 研修医は管理型研修病院で公募するが、協力型研修病院の研修期間が 1 年に達する場合は、管理型研修病院の募集定員を 0.5 人、協力型研修病院の募集定員を 0.5 人と算定し、それぞれの都道府県の募集定員に含める。

### P4 L15

医師派遣等による募集定員の加算についても、大学を中心とした一般病院との人事交流は、少なからず都道府県の枠を越えて行われている実情がある。都道府県の枠組みのみに偏りすぎる規制は大学からの新たな医師引上げを生み出すことになり、医師不足をさらに助長して社会的にも混乱を招く。すなわち、都道府県の枠を越えて医師を派遣されている医療機関の切り捨てにつながるのである。都道府県の枠を越えた広い枠組みも考慮して、募集定員を検討すべきであり、上記の修正はバランスのとれた現実的な素案である。

### P3 L12

提案された計算式では、地方ですら募集定員が減少する都道府県が少なくない上に、実績がなければ、次第に募集枠も減少する仕組みになっており、地域から若い学徒が減少する傾向をますます助長する。都道府県別の差が、現在以上に広がっていく可能性が高い。このことも勘案して再検討すべきである。

## 最後に

臨床研修の必修化後、研修医の流動化が起こり、大学病院から研修医が減少したことは、地域の基幹病院の医師の引上げにつながり、医師不足を加速する要因となったことが社会的にも広く認識されている。この傾向を是正するためには大学病院に、より多くの研修医が集まるような見直しが求められるにもかかわらず、今回の改正案では、募集定員枠が減

少する大学が多い。これにより、大学からの新たな医師引上げが起こることになり、社会的にも問題が大きい。大学は、卒業生に対し事実上、責任を負っており、自学卒業生の面倒を見ることのできる範囲の定員枠は、少なくとも認められるべきである。大学病院の定員枠を確保する仕組みが追加されるべきである。

また、医師は古より、尊敬すべき先達が集まるところで、集団として育成されてきた伝統がある。学生が研修すべき大学や研修病院を選択する背景には、単に、労働の待遇や便利さではなく、すぐれた医師を育成できる文化的土壌や学びの共同体としての機能を見ているのである。研修のプログラム責任者は、プログラムを選択した研修医を、彼らのキャリアを見据えて指導体制のしっかりした施設を紹介する重い責任がある。また、指導医に関しても、常に修練が求められているのであり、学びの共同体としての機能を有する施設でこそ大きな役割を發揮でき、その医師の成長にも役立つ。医療は公共性の高いものであるが、研修医や指導医の視点も考慮する必要がある。研修を行う施設の選定や、医師派遣の条件について、すぐれた医師を育成するための視点が込められていないと、結局、医療水準の低下をまねくことになり、社会的な使命をはたすことができない。この点が強調されるべきである。

## 臨床研修制度の見直し案に対する意見書

2009年4月8日

長野県民主医療機関連合会

会長 熊谷嘉隆

今回の臨床研修制度見直しについては、制度導入後5年が経過したが、その評価も行われていない中で、今回提案されているような性急な見直しは行わず、十分な議論と検討が必要だと考える。

1. 医師不足や医師の地域偏在は臨床研修制度導入によって引き起こされたもののようには考えられているが、医師不足の本質は各国の医師数の比較資料・日本の高齢化率の進行を見れば明らかである。日本が国策として1980年代前半から医師養成数を制限してきたこと、急速に進む地域の高齢化により全国で医療需要が急激に増えていること、診療報酬の削減に見られる低医療費政策等が、医療危機と言われる医師不足の根本的な問題である。この医師不足の問題を、毎年の医師養成数と医療費を格段に増やすことをしないで、大学を中心とした大病院に医師を囲い込むような、今回の短期的な制度変更で乗り切れると考えるとは考えられない。根本問題を回避し、臨床研修内容を犠牲にして、お茶を濁すような制度変更はすべきではない。
2. この5年間の全国統一の医師臨床研修制度により、医師研修の体制を整える第一線の中・小規模病院が、新卒医師に有意義な初期研修の場を提供してきた。このことで、大学を中心とした大病院では経験できない地域の医療を初期研修の中で経験する医師が増えている。以前の大学を中心とした研修は、大学病院であるが故の診療科の壁の中で、初期に必要な医師研修の内容が制限される環境であった。それを改善するために現在の制度が作られたといっても言い過ぎではない。「地域の医療崩壊」と言われる地域医療を担う医師の不足を問題にするならば、今回の改定で第一線の医療機関の研修病院を削減し、医師の初期研修を以前のような大学を中心とする大病院で行う方式に戻すことは逆効果であり、医師の地域偏在をますます助長する恐れがある。これでは地域が必要とする医師を養成する問題は一向に解決しない。
3. 臨床研修病院の指定基準について、年間入院患者数3000人という基準が出されているが、研修の内容との関係では全く根拠がない。また関連して病床数によ

る病院の規模が基準になるのも、「病院が大きい」というだけで、研修病院の研修内容の基準としては相応しくない。プライマリ・ケアの力を身につけるためには、大学のような大規模病院より中・小規模病院での研修の方が、様々な貴重な経験の場を提供している。研修の内容に大きな影響を与える問題は、病院の規模ではなく指導理念とカリキュラム、指導医の体制とその指導時間の保障である。大規模病院と言うだけでは、臨床研修制度の理念と目標は達成できない。むしろ大学は、専門研修の場として力を発揮するべく努力するべきである。

4. 今回の改定で示された実質1年間の研修では、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の習得が果たせるか大いに疑問である。しかも今回の改定では、今まで行われてきた2年間の初期研修の内容を評価・検討する資料が、指導する側・指導される側、双方について出されていない。2年間を実質1年間に短縮する根拠が十分協議されないままの制度変更は、何のために制度の変更を行うかの根拠を失っているに等しい。臨床研修制度のアウトカムも評価せず、研修内容の評価もない中で制度を変更することでは、全国統一の臨床研修制度の理念や目標は到底達成できない。
5. 医師を育成する方法の協議のような、国民の医療を左右する大切な問題は、研修内容の十分な評価と学会等の医療関係団体・病院団体・医師会・患者団体等の幅広い協議を通じて、時間をかけて合意形成がされるべきであり、今回のように急いで結論を出すべきではない。
6. 長野県の場合、臨床研修制度開始以来、信州大学にマッチした学生は、毎年定員の半数前後である。この状況の中で、定員の半数しか実績のない大学病院への一方的な囲い込みを行い、他方で県内地域の研修病院の削減と研修病院の定員数引き下げを行うことは、現在の制度の中で長野県内の研修病院で研修している医師数が、現状より減る恐れがある。長野県にとっても本末転倒した制度変更である。

2009年 4月 9日

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室 御中

熊本県民主医療機関連合会

会長 板井八重子

## 臨床研修の見直し（案）について

私たち熊本県民医連では、卒後臨床研修必修化以前の1982年から現在まで、「プライマリ・ヘルスケアの基本的診療能力の修得」を目標に、100床の地域一般病院で、約50名の新卒医師の内科を中心とする研修を受け入れてきました。

2004年に臨床研修が必修化された背景には①地域医療との接点が少なく、専門の診療科に隔たった研修が行われ、「病気を診るが人を診ない」と評されていた。②処遇が不十分で研修に専念できない。③研修内容や研修成果の評価が不十分。というものがああり、基本理念として『より良い医師の育成のため、「医師としての人格の涵養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得』掲げられました。

今回見直し（案）が出されましたが、特に新たに出された研修病院の指定基準の「年間入院患者数 3000人以上」という項目は、必修化の基本理念に反するものだと考えます。米国医学会はプライマリ・ケアを「日常の健康問題の大半を責任をもって取り扱うことができるような幅広い臨床能力を有する医師によって提供される、包括的な、地域の第一線で提供されるヘルスケア・サービスである」と定義している。そもそも大学病院や大病院を訪れる患者さんは①問題が明確化されており、②身体的な問題か精神的な問題かも区別されていて、③家族や地域の個別性は捨象されて患者さん自身への対応に焦点が絞られ、④比較的短期間で問題解決が求められている。逆に中小規模病院を中心とする地域の一般病院では①問題は不明確なことが多く、②身体的な問題と精神的な問題との区別も不明瞭で、③家族や地域といった背景を必ず念頭に入れておかなければならず、④しばしば時間軸を利用した経過観察が有用な対処法となる。このように考えると基本理念に掲げられたプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得は、大病院よりむしろ中小規模病院のほうが適していると考えられる。そして多くの研修医がプライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得したいと願っているのが、日本医療政策機構の世論調査でもわかる。世論調査では病床規模別満足調査で病床数が少なくなるほど満足度が上がり、満足内容では病床数が少ないほど、研修に必要な症例・手技の経験が十分積めると回答している。この声に耳を傾けるべきだと考える。また「入院患者数 3000人以上」の根拠は示されていない。入院患者数が多くても、研修医が多ければそれだけ受け持ち症例は減ることになり、研修医一人当たりの入院件数でみると、中小規模病院の方が逆に入院患者数は多くなり受け持ち症例が増えるのではないだろうか。

今回の見直し（案）は、研修の基本理念および目標を維持し、弾力化としているが、そのこと自体が矛盾をしている。医師としてまず身につけるべきはプライマリ・ケアの基本的診療能力（初期治療を行う能力）である。このことは医学生・研修医のみならず多くの国民が願っている。新聞各紙でも述べられているように、医師不足と医師養成を同じ土俵で議論し、大学の医局制度を再構築させるために、国民のためにより良い医師を育てるという一番大事な視点が欠落している今回の見直し（案）を撤回し、今一度、長期的な視点に立った議論を求める。

## 臨床研修 について(kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理  
送信日時: 2009年4月9日木曜日 17:12  
宛先: 臨床研修 について(kensyu)  
件名: パブリックコメント(「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一部を改正する省令」)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 社団法人日本産科婦人科学会

住所(所在地): [REDACTED]

メールアドレス: [REDACTED]

電話番号: [REDACTED]

FAX番号: [REDACTED]

性別:

年齢:

職業:

件名: 「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一部を改正する省令

ご意見:

平成21年4月4日

「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一部を改正する省令

及び関連通知の一部改正(案)について」への意見

社団法人 日本産科婦人科学会

理事長 吉村泰典

平成21年3月19日付で厚生労働省医政局医事課より意見公募が行われております表記の件につき、わが国の産婦人科学及び産婦人科医療の専門家団体として、以下のような意見を表明いたします。

&#61548; 今回の臨床研修制度の改正について:

&#61656; 臨床研修制度の導入と同時期に、わが国の医療は重大な危機に直面することになりました。その原因の一つとして、医師の地域間・診療科間の偏在の問題があり、状況を打開するための緊急的な対応を行わざるを得ない事態に至っています。その意味で、新たな医師を育て社会に送り出す役割を有する臨床研修制度についても、改革の必要性が生じており、今回の改正の意義は十分に理解できるものであります。

&#61656; しかしながら、改正案の内容については、臨床研修制度の理念との関係で専門家として疑義があり、意見を述べさせていただきます。

&#61548; 産婦人科を必修科目から外すことについて

&#61656; 臨床研修の必修科目から産婦人科を外すことには反対いたします。

&#61656; 厚生労働省令第百五十八号 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において記載されている医師臨床研修の基本理念は以下の通りです。「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。」(下線:引用者)この基本理念については、今回の改正においても何ら変更はないと認識しております。一方、平成13年6月1日付で本学会は厚生労働省医政局長宛に要望書を提出し、「卒後初期臨床研修の必修ローテーションに産婦人科を加える」ことをお願いしております。その理由は、「女性の生理は思春期、性成熟期、更年期、老年期と年齢とともに大きく変化する。このような認識に基づいた、女性の一生を通しての健康管理は、産婦人科を専門とする医師のみならず、すべての医師に要求される基本事項と考えられる。さらに妊娠中あるいは周産期の管理は、プライマリーケアを担う医師には必須である」というものでした。分娩は生理的現象であります。それは、生命の危機に直面する可能性のある危機的体験であると同時に、1年に全年齢の女性の50人にひとりが体験するというきわめてcommonな現象でもあります。妊産婦への診療従事経験が「プライマリーケアの基本的な診療能力の修得」に必要不可欠であることは自明のことです。従って、今回の改正で産婦人科を必修から外すことは、この制度の理念に根本から矛盾していると言わざるを得ません。

&#61656; 臨床研修制度が導入され5年間が経過しましたが、この制度の導入効果については、まだ検証・評価が行われていません。特にこの制度の本来の目的である「基本的な診療能力の修得」については、この制度で研修を受けた医師の臨床能力が確認されてはじめて評価可能になると考えられます。専門分化が著しい臨床現場において、他の診療科で妊娠女性のプライマリーケアに属する診療が敬遠される傾向が顕著になっています。本学会としては、産婦人科が必修科目として全研修医に研修されることが、この問題の解決となることを期待して指導にあたってきましたが、現時点ではその効果が検証できません。そのような段階で、産婦人科が必修科目から外れることには合理性がないと考えられ、賛成することはできません。

&#61548; 「医師不足の診療科への対応」策について

&#61656; 今回の改正案では、現場の医師が絶対的に不足している現状を踏まえ、「将来専門とする診療科を中心に研修できる」プログラムの弾力化が示されています。このような対応により、より早期に専門領域の診療能力を身につけることが期待されますが、それは、専攻診療科・分野を、研修プログラムを選択する前に決定している場合に、もっとも効率よく機能すると考えられます。その意味で、将来専攻する診療科・分野をできるだけ早く決定することが、研修医自身にとっても臨床研修を充実させ、より広範かつ高度な診療能力の獲得を達成することにつながることを明確にし、医学生の段階からそれを奨励する必要があります。厚生労働省は文部科学省や大学医学部に対しても、今回の臨床研修制度改正の意図を明確に説明し、その方向で医学生への教育・指導を行うよう要請する必要があります。

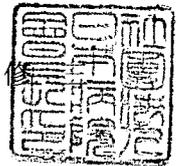
&#61656; 今回の改正案では、将来小児科医及び産科医になること

を希望する研修医を対象とした研修プログラム(募集定員2名以上)の設置を、研修医の募集定員が一定数以上の臨床研修病院で義務づけることとされています。医師数が減少を続けている産婦人科の実情をよく理解していただいた措置と感謝しております。しかしながら、この「不足診療科」プログラムの定員だけでは、小児科医、産婦人科医の不足を補うには到底及ばないことはあきらまかです。すべての研修指定病院は、その研修プログラムの中で希望者全員に対する小児科、産婦人科の研修が確実に実施できる体制を保証する必要があり、その点を明確にしていきたいと考えます。

日病会発第 17 号  
平成 21 年 4 月 10 日

厚生労働省医政局医事課  
課長 杉野剛 様

(社) 日本病院会  
会長 山本



「臨床研修の見直し（案）について」の意見

標記につきまして、下記により別紙の通り意見を提出いたしますので宜しくお願ひ致します

記

1、団体名： 社団法人日本病院会  
会長 山本修三

2、住所等： [REDACTED]

TEL： [REDACTED]

メール： [REDACTED]

## 臨床研修の見直し（案）についての意見

日本病院会

平成 21 年 4 月 10 日

### I. はじめに

医師の地域・診療科別偏在が言われ、臨床研修制度があたかもいわゆる医療崩壊の原因であるように言われている中での見直しであったが、制度の基本理念が堅持され、それを具体化した到達目標が前提とされたことは評価に値すると思われる。しかし、研修期間の2年間を変更しないといいながら、その内容に関しては以下に述べるごとく問題を含んでいるという認識をせざるを得ない。

### II. 各項目について

#### 1 研修プログラムについて

##### (1) 臨床研修を行う分野

○ 今までの7診療科から「必修科目」を内科・救急部門・地域医療の3つに減じたことは到達目標の達成に危惧を感じる。例えば、外科系の到達目標については救急部門の研修で十分ということのようだが、救急部門の定義があいまいな中でこの様な要求は困難と考える。プログラムによっては救急体制が確立されていないところもあるだろうし、効率的で有効な研修が保証されるのかどうかは不透明である。

##### ○ 「選択必修科目」

当初の制度では必要として入っていた診療科が今回「選択必修科目」とされたことの判断根拠の説明が不十分である。最初から必要なかったのか、あるいは到達目標の達成度から必要性が薄れたと判断したのか不明である。

##### (2) 研修時期・期間

○ 2年間の研修期間に変更がなかったことと、従来のようなプログラムも担保されたことは評価できる。

##### (3) 地域医療の研修

○ プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得にとって地域医療の研修は大変有意義であり、地域医療の研修について改めて記されたのは評価できる。この際、研修病院の地域特性を生かした特徴のあるプログラム作成が望まれる。

##### (4) 医師不足の診療科への対応

○ これまでの経緯の中で判断すればこの様な対応が理解できなくもないが、今回の一部改正（案）の文脈では唐突であり、「基本的な考え方」とはなじまない。

○ 募集定員を当該プログラムの定員の枠内にするのか枠外にするのかも不透明である。

(5) 到達目標の達成度の評価

- 客観的な評価について明記したことは評価できる。
- 一方で、その実現性、有効性については不透明であり、今後の明確な方向付けが望まれる。
- 各プログラムで到達目標が達成されているかどうかの検証は第三者機関の運用を待たずに、今まで以上にしっかりと毎年行われる必要がある。特に、プログラムの大きな見直しが行われた状況を踏まえると、これは4-5年後の再見直しを待つというゆとりはない。

2 臨床研修病院の指定基準について

基本的な考え方

医療は地域産業であり、地域医療の充実のために臨床研修病院群の形成推進が謳われたことは評価できる。ただし、大学病院のみを重視する形になるのは望ましくない。

(1) 臨床研修病院の指定基準

- これまでの実績からこのような指定基準になったものと思われるが、例えば年間入院患者数が3,000人以下の病院でも素晴らしい研修を行っているところがあり、このような病院を排除することのないよう配慮されるべきである。

3 募集定員について

(1) 募集定員・加算

- これまでの経緯で、マッチング募集定員が応募者よりも多かったことから募集定員に上限を設定することに異論はないが、都道府県別の上限設定には賛成しかねる。
- 臨床研修の目的と医師派遣機能との論理的関連性が全く理解できない。

(2) 募集定員の上限

- 計算式の根拠が理解しにくく、また大変複雑であり、このような形での上限設定の効果は不明である。

(3) 研修医の募集方法

- 募集方法が現行通りであり、全国規模での選択がそのまま残された点は評価できる。
- マッチング制度に今以上の特例をつくることなく、現状のマッチング制度が存続することを強く望む。