

## 「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)」に対する意見書

このたびの臨床研修制度の一部改正案は、「医師としての人格のかん養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」という基本理念を踏襲した上で、「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」ものとされるが、この一部改正案が採用された場合には、愛知県の地域医療、特に病院の救急医療体制が崩壊する危険性が極めて高く、到底容認できないものである。

### 1. 一部改正案による都道府県別の募集定員の上限設定に反対する。

(1) 人口あたりの医師数(特に病院従事医師数)が反映されていない。愛知県の人口10万人あたり医療施設従事医師数は180.7人(全国平均206.3人)で都道府県別で36位、病院従事医師数115.4人(全国平均131.7人)で同じく36位である。医師不足県の募集定員数を259名も削減するのは地域的な適正配置の考えに真っ向から反するものである。

(2) 病院の過去の研修医受入実績が適切に評価されていない。研修医の募集数はその地域の研修医育成能力・過去の実績の反映でもある。そもそも募集定員と受入研修医数を区別して議論しなければならない。マッチングのマッチ率や国家試験合格率を考慮すれば、愛知県の平成22年度採用研修医数は100名から最大120名減少することとなる。これほどの減少は愛知県の地域医療、特に病院の救急医療体制を崩壊に導く危険性が極めて高い。

(3) 一部改正案の激変緩和措置は機能しない。上述したように、募集定員と受入研修医数を区別して議論しなければならない。少なくとも受入実績数の1.2倍以上か、臨床研修病院ごとに算定された過去の数年間で最大受入数の合計数程度を募集定員の上限としなければ、激変緩和措置も意味を持たない。

### 2. 一部改正案が愛知県の医療に与える影響は甚大である。

(1) 上述したように、愛知県は医師、特に病院従事医師の不足県である。さらに、新臨床研修制度によって愛知県に研修医が流入している事実はない(平成15年度の愛知県の研修医採用数は436人であり、平成20年度は446人で10人増加しているに過ぎない)。したがって、新制度によって都市部に偏在した研修医の再配置のためという理由で愛知県の研修医募集数が削減されることはあってはならない。

(2) 愛知県内の臨床研修病院は地域中核病院として地域医療、特に救急医療を支えている。総務省の調査結果によると、救急車の受入の照会を4回以上行った件数は、愛知県は0.5%(全国平均3.6%、東京都9.4%、大阪府8.2%)であり、他の大都市を抱える都道府県と比べても極めて低率である。病院従事医師数が少ないにもかかわらずこのように良質な医療サービスを提供できているのは、多くの臨床研修病院で屋根瓦方式の指導を救急医療

研修に導入して、初期研修医、後期研修医、専門医がそれぞれの役割を担うことで地域医療を支えてきたからである。

(3) 今回の一部改正案により、愛知県内の地域中核病院が支えてきた救急医療が危機に瀕する危険性が極めて高い。若手医師や専門医をこれら病院に派遣することでこのシステムを支えてきた県内の大学病院の定数も削減される。初期研修修了後の後期研修医の流動化を一層進めることも間違いない。そうなれば、体力の乏しい医療過疎の地域ほど医療崩壊が進んでいく。一旦崩壊した医療体制の再構築が極めて困難なことは現実が示している。愛知県内の医療関係者だけでなく、愛知県民にとっても甚大な危機が訪れようとしていると言わざるを得ない。

平成21年4月10日

愛知県医師会会長	妹尾	淑郎
愛知県病院協会会長	稲垣	春夫
愛知県公立病院協会会長	末永	裕之
愛知県厚生連理事	山本	昌弘
名古屋第一赤十字病院長	小林	陽一郎
名古屋第二赤十字病院長	石川	清
名古屋大学医学部附属病院長	松尾	清一
名古屋市立大学病院長	戸苅	創
愛知医科大学病院長	伊藤	隆之
藤田保健衛生大学病院長	星長	清隆

厚生労働大臣 舩添要一 殿

「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について」の意見

平成 21 年 4 月 14 日

日本赤十字社 医師臨床研修推進委員会

1. 制度制定から 5 年間の成果について具体的な評価を行ったうえで、制度の見直しを行う必要があること
2. 医師不足と医師臨床研修を混同して議論すべきではないこと
3. 到達目標の達成が出来なくなると考えられること
4. 医師不足の解決にはいわゆる後期研修の選択が重要であること

1. 制度制定から 5 年間の成果について具体的な評価を行ったうえで、制度の見直しを行う必要があること

(1) 教育制度としての評価

新医師臨床研修制度の下で研修した研修医が人格の涵養とプライマリケアの基本的な診療能力を修得し、国民の期待する医師として育成されつつある現状を踏まえ、これまでの 5 年間の成果について具体的な評価を行うことが大切である。評価を行わず、制度の見直し・変更することは問題である。教育制度としての評価が定まらないうちに変更すべきではない。

(2) 研修医による現制度の評価

日本赤十字社では、赤十字病院の初期研修医（2 年次生）にアンケートを実施した。その結果、初期研修期間については「現状がよい」が最も多く、「本当に良い指導医がいる環境であれば 3 年の方が良い」といった意見もあった。また、必須科目では「少なくした方がよい」に続き「現状が良い」と回答するものが多かったが、一方で、研修病院の選択理由として「多くの症例を経験できる」、「様々な診療科・部門でバランス良い経験が積める」が上位を占めており、必須科目を少なくしたいが様々な診療科を経験したいという研修医の考えが伺えた。また、後期研修の病院選択は「専門医の取得につながる」「優れた指導者がいる」が上位であった。

以上から研修医が望むことは、質の高い研修プログラムと充実した指導体制であると言え、現制度を早急に見直さなければならない現状にはないと考える。また、現制度の研修医による評価は、研修医が医師としてのキャリアを重ねるなかで、初期研修で獲得したプライマリケアの評価を行うことが重要であり、日本赤十字社では後期研修医に対して現在、調査を行い評価することとしている。

(3) 地域医療研修における指導体制

今回の改定において「指導医1人が受け持つ研修医は5人までが望ましいこと」が「研修医5人に対して1人以上配置すること」と指導医の役割を重視している点は評価できるが、必須科目である「地域医療」については「十分な指導体制の下で」と曖昧な表現に留まっている。アンケート結果でも「指導体制が整っていれば行ってみたい」とする意見が大多数を占めている。日本赤十字社では、指導医養成講習会の開催、臨床研修推進室の設置等を行い、地域医療における指導環境の確保に努めているが、地域医療を担う中小病院は医師の確保が困難な状況であり、十分な指導体制を確保することは容易ではない。

地域医療における指導体制を早期に確立するために、具体的な施策が必要である。

## 2. 医師不足と医師臨床研修を混同して議論すべきではないこと

### (1) 医師不足と都道府県別定員枠

新臨床研修制度が、医師不足が表面化するきっかけになったということについては、否定しない。赤十字病院においても医師不足は深刻な状況であり、国民の健康を維持するためには大きな社会問題ではある。しかし、制度の研修理念である「人格の涵養・基本的診療能力を身につける」を無視して、医師不足対策のために臨床研修制度を改正することは本末転倒というべきものである。優れた研修プログラムを実施している病院を多く有する都道府県の場合には、定員は関係なく、多くの研修医がその都道府県を選択することになって良いと考える。医師不足対策の対象となるのは、初期研修終了後の医師であり、彼らを受け入れる施設の整備・充実である。

### (2) 大学病院の定員枠

ほとんどの大学は大学院大学であり、少ないスタッフで研究・学部教育・専門的臨床を担っているために、初期臨床研修の場として研修指定病院より優れているとは言えない現状にある。臨床研修制度が導入される以前は、医師は大学と関連した地域の病院を循環し、臨床実践力を培ってきた経緯があり、大学病院のみで研修を実施することはなかった。そのことから、医師派遣機能のある大学病院の研修医募集定員を増員しても、現状では良い医師は育たないのではないか。そもそも、研修医を採用できない研修施設の原因がどこにあるのかを分析しないまま、採用数が定員に満たない施設に研修医を割り振るとことは矛盾しており、医学生自身もそのような研修施設を選択しないのは目に見えている。地域の医師の偏在は重要な問題ではあるが、臨床研修の議論とは別の施策を必要としている。

## 3. 到達目標の達成が出来なくなると考えられること

#### (1) 到達目標とプログラムについて

今回の改正案で、現行のプログラムを大幅に変更することによって、研修の到達目標を達成できないことが危惧される。行動目標の医療人として必要な基本姿勢・態度は達成可能と考えられるが、経験目標の経験すべき診察法・検査・手技、経験すべき症状・病態・疾患、特定の医療現場の経験については一部到達不可能になるものと思われる。もし、改正案を施行することになれば、研修終了後の到達目標の達成度合いを審査するプロセスが必要となる。

また、改正案では「選択必須科目」から最低2診療科で研修を行うとした場合、プライマリケアの基本的な診療能力の修得が不十分となることが危惧される。このことは、臨床研修制度の基本理念から逸脱することになる。

#### (2) 現行の必須診療科を維持すべきである

研修医は、必須科目を少なくしたいが様々な診療科を経験したいという考えを持っていることは既に述べたが、研修医がプライマリケアの基本的な診療能力を獲得するために、必要な診療科を選択することが可能なのか、疑問が残る。

また、例えば精神科の場合には、メンタルな問題を抱えた患者が増える中、精神科における研修が重要な役割を持っている。ある赤十字病院では初期研修修了者27名が精神科の1ヶ月研修を有意義なものであったと評価している。

現行の必須科目を選択科目に移行するのは、客観的なデータがなく時期尚早である。

#### 4. 医師不足解消にはいわゆる後期研修の選択が重要であること

いわゆる後期研修医の動向が地域医療の偏在、診療科医師の偏在の解決に重要であると考えられる。初期研修修了者は後期研修の場として、「専門医取得につながる」・「優れた指導者がいる」施設を選択している。医師派遣機能のある大学病院が初期研修修了者を獲得するには、魅力ある後期研修プログラムを提示し、指導体制を充実することが重要であり、そのための努力が必要である。旧態依然とした研修環境を改善すべきである。

## 結論

「プログラムの弾力的運用は賛成するが、都道府県の定員枠設定、必須科目の削減には反対する。」

## 初期研修医アンケート結果

赤十字病院で研修を実施している初期研修医に対する医師臨床研修に対する意識調査の一部抜粋

1. 対象者 初期臨床研修医 2年次生
2. 調査期間 H21.3.6～4.30
3. 回収率 39.6% (144名/364名) H21.4.10現在
4. 質問内容

○医師臨床研修制度についてあなた自身の考えをお聞かせください。

(1)現在、初期研修の期間が2年以上となっていることについてどのようにお考えですか。(1つ選択)

現状がよい	55	わからない	14
様々な研修期間(1年、2年、3年など)から選択できるほうがよい	33	その他	4
短縮した方がよい	32	延長した方がよい	0

(2)初期研修では、現在、内科、外科、救急部門(麻酔科を含む)、小児科、産婦人科、精神科及び地域保健・医療が必須科目となっていますが、必須科目についてどのようにお考えですか。(1つ選択)

必須科目を少なくしたほうが良い	57
現状がよい	43
もっと自由に診療科を選択できるほうが良い	26
その他	7
必須科目を多くしたほうが良い	2
わからない	2

なくしても良いと思う科目:

産婦人科	30	外科	10
精神科	27	内科	2
地域保健・医療	28	救急	1
小児科	18	婦人科	1

必要と思う科目:

整形外科	1	外科・内科を長期にやったら良い	1
脳外科	1		

(3)地域保健・医療については、へき地・離島診療所、中小病院・診療所等で研修を行うことが可能ですが、医師が不足する地域で研修を行うことについてどのようにお考えですか。(1つ選択)

指導体制が整っていれば行ってみたい	77	学びたい症例があれば行ってみたい	10
条件なく一度は行ってみたい	23	できれば行いたくない	12
処遇がよければ行ってみたい	11	その他	4

○初期研修期間が2年以上になっていることについての意見

2年でやると決めたら、15～20年位は2年間とするのが当然(良いも悪いもない)

将来専門とする科による。

すべてが中途半端

本当に良い指導医がいる環境であれば3年の方が良いとは思いますが。

プログラムによって3年もありだと思えますし、2年いらぬ所もあるかもしれないと思えます。

研修を受けた身としては良かったが、医師の偏在等につながる問題はあると思う。

「臨床研修の見直し（案）について」  
2009年4月14日  
全日本医学生自治会連合（医学連）  
26期中央執行委員長 村山 恒峻

私ども、全日本医学生自治会連合（医学連）は、全国で唯一の医学生の自治会の連合体です。1984年の結成以来、一貫して卒後研修の改善に取り組んできました。先月（3月19～21日）、第26回医学連定期全国大会（医学連大会）を開催しました。大会では、実際に研修医がどのような研修を受けているのか研修中の医師から話を聞いたり、学習やそれを踏まえた議論をふまえ、以下のような「卒後研修見直しに関するアピール」を大会参加者一同で採択いたしました（2009年3月21日）ので、今回、そのアピールによって以下のパブリックコメントを送付いたします。

#### 「卒後研修見直しに関するアピール」医学連第26回定期全国大会

卒後研修制度の見直しについて性急な議論をやめ、  
医学生、国民の願いを踏まえた議論を求めます

卒後医師臨床研修制度について、文部科学省と厚生労働省が合同設置した「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」は、医師不足への対応を理由に、必修科目を現行の7科から3科へと大幅に削減し、研修期間2年間は維持したものの、将来的には期間短縮をしていくような方向付けがなされました。これをうけ厚生労働省は3月2日、必修の診療科数を削減することや、研修医の募集定員に都道府県ごとの上限を設けることなどを柱とした見直し策の具体案を医道審議会臨床研修部会にかけ、2010年度からの実施をめざしています。医師不足の原因は、絶対数の不足や医療費抑制政策による病院経営の悪化など複合的な要因が指摘されており、根本的な原因の解明やそれにふさわしい手立てがとられていません。基本的な診療能力の習得のために決定された必修科目を到達目標の議論ぬきに削減し、十分な臨床のトレーニングを積むことができないまま若手医師を現場に従事させることで、医師不足解消にあたるのは重大な誤りです。医師不足解消と医師の臨床能力の向上とは、別に議論されるべきことです。そもそも卒後研修必修化は、以前の研修医がただ働き同然で雑用や当直のアルバイトなど、研修の名に値しない劣悪な状況にあったものを、将来の専門分野にかかわらず、すべての医師が身に付けるべき基本的臨床能力をつけるため、研修に専念できるように制度の整備をはかったものです。この歴史を踏まえまいま制度を大幅に変えることは、制度の趣旨を大きく歪めます。医学生は研修先を選ぶ際に、「熱心な指導医の存在」「病院全体の雰囲気」「プログラムの充実」「症例数」「福利厚生」など、「よりよい研修が受けられる」ことをこそ大切にしています。研修体制の整備が行われないまま、募集定員を機械的に削減し、都道府県別に上限を設定することで、希望しない研修先を強制されるという事態になれば、研修へのモチベーションが低下して、研修後のその地域への定着にとっても逆効果です。また、医学生の中に研修先を奪い合うような競争が生じることも懸念されます。現制度下でも「指導医の疲弊」「プログラムの充実」など、医学生、研修医が改善を求めている点も少なくありません。医学生が魅力を感じられる研修プログラムや体制を整えることを重視すべきです。「よりよい医師を育てる視点」にたった研修制度の改善によってこそ、国民が求める医療への期待にこたえられるのではないのでしょうか。研修医を含めた医師の地域・診療科偏在を是正するために、研修医を穴埋めにするのではなく、現在の医療者の厳しい労働条件の改善や医療費・社会保障費抑制の政策の見直し、欧米より著しく低い政府の大学・大学病院予算の増額に、踏み出していくべきです。医師不足解消、良質な医師の育成について、一部の限られた人々だけではなく、医学・医療界、国民、何よりも、私たち医学生みんなが、冷静な議論をして合意を築くことを求めます。

以上のことをふまえて以下の4点について意見を申し上げます。

- 1、（プログラムについて）研修の目的とは何か、到達目標をふまえた必修科の設定を「よりよい医師の育成のため、『医師としての人格の醸成とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得』という制度の基本理念、および基本理念を具体化した到達目標を前提とする」とありますが、必修科を内科、救急、地域とし、これまで必修とされた診療科を選択しました。これぞ、本当に「基本的な診療能力」が身につくのか、十分に検討されていませんか。“成果が上がっている”との調査もでていながら、必修科の大幅縮小は根拠がとぼしいのではないのでしょうか。卒前医学教育との整合性が求められるなか、その整備をふまえず、卒後研修改革を強引にすすめるのは無理があります。何のための研修なのかを明確にし、そのうえでプログラムの見直しを進めるべきです。
- 2、機械的な研修病院の指定基準強化に反対します。「研修の質の向上のため、臨床研修病院の基準を強化する」とありますが、研修の質は、年間の入院患者数によって一律に評価されるものではないと考えます。研修医の満足度でいえば、病床数が少ないほど、満足度が高くなるという調査結果もあります。研修の必修化5年がたった今、研修医がどのような研修をうけ、どのような医師となっているのか、十分な検証を行うべきです。また、質の向上を目的とするなら、基準を強化するのではなく、研修・教育の質があがるように、指導医、スタッフなどの教育体制の充実への援助を手厚くすべきです。
- 3、都道府県ごとに定員上限枠を設定するといったやり方ではなく、医学生・研修医に魅力あるプログラム・指導体制の整備を「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」とありますが、「研修医の地域的な適正配置」はどのような考えに基づいて行われるのでしょうか。今の日本の医師の地域的偏在を是正するのが目的であれば、まずは、日本の地域にどのような医師がどのくらい必要なか、そこから検討するべきです。医学生は、よりよい研修をうけたいと考え、研修先を選択しています。これまでに、研修医が集まらなかった研修指定病院では、何が問題であったのか、そこを検証し、改善をすすめていくことが必要です。また、地域の上限を設定することによって、研修先を選択する競争が医学生のなかで激しくなるようなことになれば、教育へも悪影響です。本

#### 臨床研修の見直し(案)について.txt

来、医師は競争相手ではなく、協力しあっていく仲間です。いい意味でお互いに高め合う環境が望ましいはずです。医学部の医師派遣機能の復活・強化も考慮されているのかもしれませんが、大学に派遣機能を求めることが望ましいのかという点についても、検討が必要です。日本の医師配置をどうしていくのか、将来の大きなビジョンをふまえた、抜本的手立てについて、様々な立場をこえて、知恵を出し合っただきではないでしょうか。

4、 今回の性急な卒後研修の見直しをやめ、日本の将来の医療を見据え、どのような医師を養成するのか、丁寧な議論を求めます

「平成22年度から研修を受ける研修医に対する臨床研修から適用する」とされていますが、今のような、性急な議論の進め方に反対です。研修制度の見直しによって、振り回されるのは医学生・研修医です。当事者である医学生・初期研修医・後期研修医の声を十分に踏まえるべきです。

30数年あまりかけて、議論してようやく一致点をきずき、始められた研修制度です。到達をしっかりとふまえた上で、医師不足問題の安易な解決策としてではなく、よりよい研修を実施していくための議論をするべきです。



## 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14日火曜日 15:23  
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及び関連通知の一部改正(案)について」)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): VHJ研究会

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及び関連通知の一部改正(案)について」

ご意見:

「臨床研修の見直し(案)について」

・現在の研修制度(基本研修科目と必修科目)と到達目標を堅持すべきです。

専門に偏った医師を養成した反省や身分保障が曖昧な大学医局のみに頼った医師派遣の反省などから生れた新臨床研修制度は、確実に研修の質を向上させました。本制度を変更することで、地域の医師不足を解消できるとは思われません。また、この制度の良否を判断するには、臨床研修の理念に照らして新研修制度を終えた医師を多面的に評価することが必要です。これをせずに現行の研修プログラムを変更する理由は存在しません。

・専門研修を長くすべきではありません。

国民が必要としている医師像は、病める人を全人的に診ることができる医師であり、多数の診療科をローテートし、数多くの疾病と共に種々の社会的な背景を持った症例を経験できる研修プログラムです。二年間という研修期間のなかで、これまで以上に専門研修を長くするプログラムでは、プライマリ・ケアに対応できる基本的な診療能力を身に付けた医師を養成することは不可能です。

・研修教育の質評価を行い、その結果を定員設定に反映すべきです。

都道府県別の募集定員の上限設定により、教育環境が十分整備さ

れていない質の低い地域へ研修医をシフトさせることがないように、研修の質を第三者評価にて行った結果を加えて、定員を調整すべきです。

- ・特定の大学に研修医が集中することを是正すべきです。

都道府県単位で定員設定をすることに加えて、個々の大学の入学定員を超える募集数については是正すべきであり、少なくとも入学定員に対する研修医募集比率の上限を設定すべきです。

- ・医師派遣についての要件は、より多くの検討をして後に導入すべきです。

派遣元になる病院は医師を輩出する大学病院が殆どとなると想定されます。現在でも、大学の一方的な意向で派遣が決められているなかで、地域医療の継続性を担保する要項もありません。

また、都道府県内で地域医療の適正化案を議論・策定する組織も不十分であることや、「地域医療対策協議会や関係する地方公共団体などの意向」というような要件では地域のニーズを反映したものとなりえません。

## 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15日水曜日 11:21  
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): 社団法人日本女医会

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: 臨床研修の見直し(案)について

ご意見:

国民の健康で文化的な生活の基盤となる良質な医療の提供、および医療の中心となる医師の育成に国が負うべき責任は大きいと考える。医師の育成は一朝一夕に成るものではなく、育成に関与する制度の施行・変更はその影響が長期的かつ広範囲に亘ることより、制度の施行および変更においては、医療界を中心に広く意見を求めることが必須であると同時に、制度そのものの中に制度自体の適切な評価法が定められている必要があると考える。しかるに、臨床研修制度の施行およびこの度の見直しはいずれをも満たしていない。厚生労働省においては、研修制度について広く意見を求めるとともに、現行臨床研修制度を経験した若手医師ならびに指導医の意見を組み入れた研修制度そのものの評価法を公にした上で制度を改定することを要望する。

(社)日本女医会は女性医師のキャリア支援を柱のひとつとしている。当会が平成16年に行った調査により、女性医師は男性医師よりも大学病院から離れ、非常勤に移行する率が高いことは、すでに明らかになっていた。女性の場合、臨床研修の時期は、出産・育児などのライフイベントが重なることが多く、パートナーが医師であることも多いことから、女性自身の問題とともに家庭形成の問題もかかえることとなる。女性医師の育成は男性とはこの点で大きく異なっている。短期任用の場合、産休や育児休業の適応を受けにくく、期間内に十分な研修を受けられない可能性もある。

臨床研修制度の見直しは、地域での医療ニーズ評価とともに、医療人材のワークライフバランスを確保できるインフラが整っていることも重要であり、雇用、福利厚生、賃金などに一貫した安全策がとられる必要がある。女性医師が増加してきている現在、女性医師の実態調査無くして、医師の需要と供給は語れない時期にきている。現在の臨床研修制度で何が変化したか、検討委員会は、女性を加えた各領域の構成メンバーから組織されるべきであり、性や年齢にも着目して実態調査を行い、の評価には、問題点

を抽出してから、新たな制度を制定すべきと考える。十分な検討を加えてから、必要であれば臨床研修制度の変更に着手すべきと考える。

# 「臨床研修の見直し（案）について」

2009年4月15日

全日本民主医療機関連合会

会長 鈴木 篤

## はじめに

私たち日本国民は、自分の健康に不安があるときにはいつでも、どこでも、だれでも医療機関にかかれるよう、憲法で保障されており、小児から高齢者まで、疾患にかかわらず適切に医療を受ける権利を有しています。

2004年にスタートした新医師臨床研修制度は、医学教育に携わってきた医育者をはじめとする広範な医師を中心として長年議論を積み重ねて、すべての医師が基本的な診療能力を身につけられるよう定められ、実施されたものです。それは、専門ではないから診療しないというような医師ではなく、初期対応能力としてのプライマリケアを身につけた医師を養成することを目指したものであり、誰もが適切に医療を受ける権利を保障することに、より近づける積極的な意義を持っています。

医療崩壊といわれる今日だからこそ、地域で求められる幅広い臨床能力をもった医師の養成を進めるべきであると考えます。

## 1 研修プログラムについて

### 1) 研修プログラムの弾力化について

今回の制度改定のポイントの一つである弾力化は、この新医師臨床研修制度の本質を変えてしまうものであることをまず指摘します。

到達目標を変更しないで弾力化するということは、例えば、小児でも、妊婦でも、精神疾患を有する患者でも、救急現場で経験すれば十分であると判断しているということを意味します。しかし、現実には救急医療の現場で数回診療したからといって、小児科や産婦人科や精神科についての、臨床医に求められる最小限の知識や技能を身につけることは到底不可能であると考えます。そもそも、的確な指導ができるのかどうかも疑問です。

もし、到達可能であるというのなら、どのような到達レベルを想定しているのか、国民・研修医・医学生に明示すべきではないでしょうか。私たちは、弾力化が研修医のモチベーションを向上させることに異論はありません。しかし、到達目標を空文句にしてまでの弾力化は、わが国の保健、医療の充実を願う国民の納得を到底得られないものであり、反対します。

### 2) 麻酔科の選択必修科目化について

麻酔科が選択必修科目にされています。これまでは救急診療を研修するという意味合いで救急科・麻酔科という必修科であったはずですが。なぜ、ここで麻酔科の単独プログラムを準備しなければならないのでしょうか。積極的理由はないと思われるので、麻酔科の選択必修科目化は不要と考えます。

### 3) 救急部門の研修について

1年目に救急部門で3ヶ月以上の研修を行うとされていますが、例えば、大学病院で60名の定員がいるとすると、同じ時期に15名の救急研修医を受け入れる必要があります。救急診療の場面では厳格で迅速な対応が必要であるため、通常の指導医体制では医療事故にもつながりかねません。一度に15名もの研修医を受け入れて、安全かつ十分な症例の経験をつませられるものでありませんし、そもそも、そのように豊富な症例数を準備することができるとは思われません。再検討をすべきと考えます。

## 2 臨床研修病院の指定基準について

病院の規模が大きいことが良い臨床研修病院だという判断をしていますが、その根拠がどこにあるのか、まったく不明です。

「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」においては、途中でそのような議論がだされたにもかかわらず、最終結論では臨床研修病院の規模は問いませんでした。「医道審議会医師分科会医師臨床研修部

会」で突如出現した「年間入院患者数が3,000人以上であること」という基準は、結局病床数による規制にほぼ等しいこととなります。何のための「あり方等検討会」だったのででしょうか。

なぜ入院患者が多ければ臨床研修病院としての質が担保されるのでしょうか。大学病院などは、募集定員数も多く、研修医一人当たりで見れば市中の中小病院より少ない入院患者数となってしまいます。中小規模の臨床研修病院であっても、研修医一人あたりの症例数はむしろ豊富で、きめ細かい指導が行き届き、良い研修を行っている臨床研修病院は決して少なくありません。

プログラムでもない、実施している研修内容でもない、ましてやそこで養成された研修医のアウトカムでもない一律の線引きである指定基準は、まったく科学的ではなく、撤回すべきです。

また、新規に指定され、今年度初めて研修医を受け入れる年間入院患者数が3,000人に満たない臨床研修病院があることを、担当省庁としてどう考えるのでしょうか。このような朝令暮改は、混乱を招くのみで、大失態といわざるを得ません。

### 3 研修医の募集定員について

#### 1) 募集定員の上限設定と定員削減について

「募集定員の総枠を設定」したうえで、「都道府県別の募集定員の上限を設定」し、さらに「各病院の募集定員」を適正規模に見直すこととしていますが、募集定員削減は、それによってどのような効果があるのか明確に説明すべきです。

都道府県や各病院の募集定員を減らしたからといって現在の医師不足の処方箋にはまったくなりません。そもそも医師が足りている都道府県はひとつもありません。募集定員が削減される東京都や京都府などでも医師不足により地域医療の崩壊が加速しているのが実情です。

また、定員が増やされた都道府県であっても、病院の実績による「適正規模」への見直し＝削減によって都道府県の募集定員総数は減りかねないという矛盾も含んでいます。一方、大幅に定員が増やされた埼玉県などでは、その増員を実現する見通しはあるのでしょうか。

大学病院に研修医を集中させて、大学の派遣機能を回復させることが強調されていますが、派遣機能回復の根拠とそのため具体的な方策は全く示されていません。新卒医師の研修の選択先を強引に狭めて大学病院での研修を強要するだけであり、このことは、研修医のモチベーションや、求められる医師の養成という点からみても重大問題です。募集定員削減が研修の質を向上させることにつながらないことは明白であり、撤回することを求めます。

#### 2) 募集定員の超過分調整について

当該病院が所在する都道府県内にある臨床研修病院と大学病院が希望する募集定員の合計が、当該都道府県の募集定員の上限を超える場合は、超過分調整の計算式により、実績よりさらに募集定員を削減せざるを得ない病院も生まれる仕組みになっています。募集定員を互いに減らし合うことを求める理不尽な方式であり、病院間に不必要な軋轢を生み、連携を損なう構造にもなり得るため反対です。

### おわりに

以上より、私たちは、今回の「臨床研修の見直し(案)」の撤回・再検討を強く求めるものです。そして、新医師臨床研修制度の見直しは、国民・患者や当事者である研修医・医学生の声を十分聞くのと同時に、医師養成に携わってきた医育者をはじめとする広範な医師を中心に、制度の成果と課題を十分に議論・検証しながらすすめるべきと考えます。「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」の委員構成もその観点から再検討することが必要ではないでしょうか。

また、医療崩壊の原因は新医師臨床研修制度にある、というような単純な構造では決してありません。現在の状況は、もう舵取りを誤ってはならない臨界点になっています。大学の医師派遣機能回復という空手形を切るのは危険です。大学の内実は、教育予算の削減によって極めて疲弊しており、医師派遣が簡単に回復するような状況にあるとはいえません。社会保障費と大学教育予算の大幅な増額無くして、医療の崩壊は阻止できません。社会保障費抑制政策と低文教費政策を抜本的に転換すべきです。

旧厚生省時代から医育者をはじめとする広範な医師と議論してきた、「この国の医師の研修システムが目指したもの」に立ち返り、現行制度の更なる充実を求めます。

今回の新臨床研修制度の見直し案に反対する。

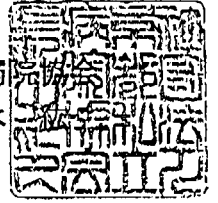
愛知県医師会勤務医部会

- 1) 今回の改正案なるものは、臨床研修を2年から、1年に短縮する意図を持ったものであり、研修内容の明確な後退を意味している。現在の臨床研修制度については研修医諸君のみならず、病院関係者からも一定の評価を得ている。2年間の研修を終えた研修医を、1年目終了時と比較してみると、医師としての知識、技能のみならず、基本的な姿勢においても格段の進歩が確認出来る。したがって2年の研修は必ず必要と考える。新臨床研修制度は、研修の質を上げ、医療全般にわたる医師としての実力向上を主たる目的としているのであるから、「見直し案」には全く意味がない。
- 2) 「見直し案」においては、医師不足、医療崩壊について研修医制度をあたかも元凶と考えているふしがある。たしかに医師不足の中で、研修制度の改正が医療の崩壊を顕在化させた一面がある。しかしこれはあくまで顕在化のための要因と考えなければならない。医師不足、医師の偏在の問題については医学生の増員、各診療科における医師の養成など長期にわたってじっくり取り組む必要がある。研修医の数のみにこだわった「見直し案」には、研修医をしっかりと育てようとする姿勢が無く、うまく使っていこうとする面のみがあらわれている。
- 3) 新臨床研修制度により、研修医の都市の大病院志向が目立つようになって、地方大学病院の研修医不足が協調されている。研修医の動向は実に研修内容に左右されていると考えれば、大学病院等においても極度に高度化された医療体制の中での教育ではなく研修医にとって魅力的、かつ実のある研修体制を模索する必要がある。これが達成されれば研修医の大病院志向も自ずと改善されると考えるので、現時点で研修医の数のみを強引にいじることは適当ではない。

私病協発 21-27  
平成 21 年 4 月 15 日

厚生労働大臣  
舛添 要一 様

社団法人京都私立病院協会  
会 長 清水



## 医師臨床研修制度の見直し(案)に対する意見・提言

医師臨床研修制度の見直し(案)に対し、以下の通り意見・提言いたします。

### — 記 —

このたび、厚生労働省が概要をまとめた 2010 年度から適用される医師臨床研修制度の見直し案は、見直しのポイントとして研修プログラムの弾力化、研修病院指定基準の強化ならびに都道府県別募集定員の上限の考え方(案)などが盛り込まれ、従来の教育・研修制度から大きく踏み込んだ内容となっている。

とくに研修医募集定員の都道府県上限については、厚生労働省が示した計算式を京都府に当てはめると 84 人減となり、削減率が 30% と全国で最も厳しい数字となる。当面、激変緩和措置による 1 割減であっても 27 人削減しなければならず、臨床研修病院となっている民間病院にとっても非常に大きな影響を受けることになる。

京都府北部の丹後医療圏においては人口十万人あたりの勤務医数が全国平均の 7 割しかなく、小児救急や産科の病院勤務医の不足は極めて深刻な状況であること、京都大学や京都府立医科大学において基礎研究で貢献する医師や、他府県で活躍する医師を送り出している実情を全く考慮せず、都道府県単位で一律の基準にあてはめ、大幅な研修医の募集定員の削減がなされることについては断固反対である。

さらには、臨床研修病院の指定基準の見直しについても、必要症例数の大幅な引き上げ、指導体制の強化などから、臨床研修病院になるための基準をクリアできる民間病院が減少することは間違いなく、地域医療を担う民間病院での臨床研修の機会が奪われることは非常に許しがたい問題である。

については、募集枠の算定及び指定基準の見直しに当たっては以下の事項についても検討されたい。

- 1 広域に医師を派遣している国立大学や地域の医師確保に貢献している公立医科大学などの医師派遣加算については、派遣実績(他府県を含む)を考慮した数とするともに、募集定員の純増とすること。
- 2 臨床研修病院となっている民間病院の定員の削減は行わないこと。
- 3 近畿圏等のブロック単位で募集上限枠を設定すること。
- 4 全国を単位として実施されているマッチングについても、研修医の適正な配置に資するよう、ブロックごとのマッチングを含め、あり方を見直すこと。
- 5 臨床研修病院の指定基準については、臨床研修を行うために必要な症例数を現状どおりとし、指導体制についても義務規定としないこと。

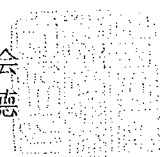
以 上



滋病協第339号  
平成21年4月16日

厚生労働省医政局医事課  
医師臨床研修推進室 様

社団法人滋賀県病院協会  
会長 冨永芳徳



臨床研修制度の見直し(案) について

若葉の候 益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。  
平素は、当協会の事業の推進に格別のご高配を賜り、誠に有難うございます。  
さて、この度、標題の件について、社団法人滋賀県病院協会の意見として、別紙のと  
おり提出させていただきますので、宜しくお願ひ申し上げます。

社団法人滋賀県病院協会事務局

郵便番号 [REDACTED]  
住 所 [REDACTED]  
電 話 [REDACTED]  
FAX [REDACTED]  
E-mail [REDACTED]