

## 主な団体からのパブリックコメント

## 目次

### (団 体)

1. 全国医学部長病院長会議	1
2. 全日本民主医療機関連合会	3
3. 山形県民主医療機関連合会	5
4. 福島県民主医療機関連合会	6
5. 千葉県民主医療機関連合会	7
6. 東京民主医療機関連合会	8
7. 富山県民主医療機関連合会	10
8. 長野県民主医療機関連合会	11
9. 奈良民主医療機関連合会	13
10. 岡山県民主医療機関連合会	14
11. 熊本県民主医療機関連合会	16
12. 社団法人京都府医師会	17
13. 佐世保市医師会	18
14. 大分県医療生活協同組合	19
15. 社団法人京都私立病院協会	21
16. 全国保険医団体連合会	22
17. 鹿児島県初期臨床研修連絡協議会	23

### (自治体)

1. 群馬県	26
2. 長野県	27
3. 京都府	28
4. 大阪府	29
5. 鳥取県	30
6. 島根県	31
7. 山口県	32
8. 徳島県	33
9. 鹿児島県	34

## 「平成23年度の臨床研修における対応について」

「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施行について」の一部改正案について

平成22年 3月15日

全国医学部長病院長会議  
会長 小川 彰  
全国医学部長病院長会議  
専門委員長会委員長 嘉山孝正  
全国医学部長病院長会議  
卒後臨床研修調整委員会委員長 山下 英俊

### ○制度の見直しに向けた取り組みについて

初期臨床研修は、医学部教育及び専門医教育の間の過渡的な教育研修過程であり、一連の大学医学部改革、専門医教育の進歩によりその教育・研修内容を改革していく必要がある。

このために現時点で、これまでの初期臨床研修の検証をきちんと行う必要があると考える。このために医道審議会医師臨床研修分科会医師臨床研修部会とは、独立した検証組織(仮称：「医師臨床研修検討委員会」)を創設することを提言する。

仮称：「医師臨床研修検討委員会」は、以下のことを検討する。

(1)これまで現制度の企画、上記部会に携わった委員以外で委員を構成し、これまでの制度を公平な立場で検証することが必要である。

(2)同委員会では、現臨床研修制度のマイナーチェンジではなく、医学教育、専門医教育との連携の中で医学教育・医学研究にも繋がる広い理念で検討すべきである。

今後、米国型の3段階方式にもあるように、文科省と厚労省が連携してCBT、医師国家試験の充実と機能分化により卒前からの実践的臨床教育をさらに

充実し、卒業後の総合的臨床研修、専門医育成のコースの充実、選択の自由度の拡大などを行うことをすべきである。

○平成23年度の臨床研修における対応について

臨床研修の質を充実させ、より発展させ、基本理念である一般にみる疾患に対応する能力を向上させるためには、重篤な疾患が、一般に多く見る疾患に含まれていることを研修医に理解させる必要があると共に指導医の質と人数が担保されていることが重要である。

このことから、基幹型病院の外形基準の引き上げ(550床以上)と指導の担保を今後推進し、協力型病院の多様化による研修内容の充実を図るべきと考える。このために、臨床研修病院群(以下の病院群)の形成促進におおきなインセンティブを与える施策が必要である。

次の2点を要望する。

- (1) プログラム選択を各病院群の中で医師国家試験後に自由に行えるようにすること。
- (2) 病院群形成に補助金をさらに上乘せすること。

# 激変緩和措置の撤廃に反対し、2014年の省令見直しまでの継続を望みます

2010年3月12日  
全日本民主医療機関連合会  
会長 藤末 衛

2004年から開始された新医師臨床研修制度の理念は国民の願いに応えるものであり、私たちは、地域医療を担う第一線の医療機関こそが、その基本理念であるプライマリケアの基本的な診療能力を身につけるためにふさわしい場と考え、全国58病院が基幹型臨床研修病院となって、臨床研修を行うと共に、その質の向上と充実に取り組んできました。

今回、「基幹型臨床研修病院が新しい基準を満たすための猶予期間として24年度から研修を始める研修医の募集まで継続した後に廃止する」「過去3年間に研修医の受け入れ実績のない基幹型臨床研修病院は激変緩和措置を適応しない」とされたことに対して、真摯に臨床研修に取り組む中小病院を一律に基幹型臨床研修病院から排除することにつながるため、これに反対し、2014年まで激変緩和措置を継続していただくよう要望します。

1、年間入院患者数3000人についてその根拠を示さず、基幹型研修病院の質の評価をしないまま指定取り消しを行うことに反対します。

年間入院患者数3000人について、研修の質の担保として設定されたものと理解しますが、その根拠は明らかにされていません。「省令見直しについての意見募集の結果について（平成21年4月28日付厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室）」をみても、年間入院患者数3000人については、多くの反対意見や疑問が寄せられていることから、客観的な基準として妥当性がないと言わざるをえません。

研修医1人あたりの年間入院患者数に関しては、REIS（臨床研修プログラム検索サイト）の資料によると、研修医の多い大学病院が圧倒的に少ないことが明らかです。入院数を研修の質の担保にするのであれば、大病院こそ問題が大きく、矛盾が生じると考えます。また、大学病院など専門分化した大病院では研修理念であるプライマリケアの研修ができないことは大学所属の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の委員自身も認めていることです。

研修の質は、2年間でどのような医師に成長したかで評価すべきであり、初期研修医の到達目標の達成度や満足度は重要な指標であると考えます。そして、いずれも中小病院において高いことがこの間報告されています。

省令に述べられている基幹型臨床研修病院の指定基準に基づいた内容を評価基準とし、総合的で客観的な評価を国が行った上で、3000人要件に妥当性があるかをまず検証すべきです。

NPO法人卒後臨床研修評価機構は、現在、上記のような第三者評価を実施している唯一の機関です。昨年の臨床研修研究会で「民間のやっていること」と厚労省からの発言がありましたが、評価は本来制度をつくった国が行うべきものです。にもかかわらず、国の責任を棚上げする一方で、真摯に臨床研修の質の向上に取り組み、機構から認定を得た病院が、3000人要件を満たさないことを根拠に切り捨てられること

は許されるべきことではありません。

厚生労働省科学研究で行っている臨床研修制度の評価に関する調査結果も出ていない中、なんらの客観的な評価もせず、明確な根拠を明らかに示すこともないまま、指定基準の激変緩和措置を廃止することについて納得が得られるものではありません。

2、地域の実情を無視したまま、基幹型臨床研修病院指定取り消しを行うことに反対します。

初期研修医の大都市集中と地方離れは国自身も認めていることですが、取り消し対象となる病院の多くは地方に存在し、ほとんどが救急医療に取り組み、7診療科必修を継続するなどプライマリケアの習得には十分な機能を有し、地域医療を支える上でも大きな役割を果たしています。

昨年の省令見直しの説明会では、「指定要件を満たせるよう努力していただく」とし、各病院が研修体制の一層の充実に努力している最中に、このような短期間のうちに、不十分な議論のまま措置の打ち切りを決定し、これら基幹型臨床研修病院の指定を取り消すことは、地域医療を担う医師を地域で養成できなくなるばかりでなく、地域医療崩壊の加速化を招くものと懸念されます。

また、大学関係者を中心にコムソシアムの形成と基幹型臨床研修病院の協力型病院化について主張がされていますが、現基幹型臨床研修病院が大学病院との連携を申し入れたところ、断られた例があります。「コムソシアムの形成」が進んでいない中、指定取り消しのみを推し進めることは、地方や地域の病院群の臨床研修機能を崩壊させるものであり、現状では性急な結論と言わざるを得ません。

関連して、この間、地域の実情について都道府県の意見を聞くとしています。しかし、都道府県の対応は、「臨床研修協議会」などを開催し協議しているところから、一切関与しないとしているところまで様々です。

激変緩和措置は「地域医療に与える影響を懸念する指摘」から「地域の実情や研修医の受け入れ実績等を充分考慮して指定の取り消しを行うか否かを定めるものである」と定めています。今回、国が地域の実情を把握するよう努めるどころかこれを無視して、廃止時期のみを議論し決定したことは、地域医療の再生を願う国民や医療従事者に大きな打撃を与えるものと言わざるを得ません。

3、医学部定員増の方針の中、今後を見通しての方針か疑念を抱かざるをえません。

政府は地域医療再生のために医学部定員1.5倍化の方針を掲げています。この3年間で1221人の定員増が行われ、更には医学部新設の動きが報じられています。一方、省令見直しによる定員数削減の根拠は、募集定員が研修医数の1.5倍であることを理由にしたと報じられています。今回、臨床研修病院を削減することは、医学部定員増の政府方針と明らかに矛盾するものです。

このような事態は、真面目に将来を考え、臨床研修に期待する医学生に、不安と混乱をもたらし、研修先選択の自由を狭める結果になることは明らかです。今まさに求められていることは、臨床研修病院の数を増やし、その質の向上を図ることです。

私たちは、上記のような理由から、国民、医療従事者、医学生の願いに逆行する今回の決定の撤回を求めます。そして、制度の理念と目標に照らして臨床研修制度をさらに充実させることを要望します。

## 平成 23 年度の臨床研修への対応について

地域医療を支える中小病院の立場から、激変緩和措置の廃止に反対し、2014年の省令見直しまでの継続を要望します

私たち山形県民主医療機関連合会は、山形県内に4病院（150～230床）10診療所を有し、一次救急、二次救急、急性期から慢性期、リハビリ、在宅まで総合的な医療と介護事業を展開し地域医療の一翼を担っております。山形大学医学部の一期生が卒業した1979年から現在の医師臨床研修制度が始まった2004年までの20数年間に45名の新卒医師の臨床研修を受入れて、内科、外科、整形外科、産婦人科、小児科、救急、在宅医療、保健予防活動などの総合的な研修を実施し、プライマリケアの基本的な診療能力を身につけた地域に貢献できる医師養成を実施してきました。

現在は基幹型臨床研修病院を持っておりませんが、将来的に研修病院を取得して患者住民のための医師養成に力を尽くしたいと考えております。

新医師臨床研修制度の理念は、専門に偏らず、救急、地域医療や、いくつもの疾患を持つ高齢者の増加に対応できる幅広い臨床能力を持った医師を育てようとするものであり、私たちは、中小病院を含めた地域医療を担う医療機関こそが、プライマリケアの基本的な診療能力を身につけるための研修にふさわしい場と考えております。

今回の「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試行について」の一部改正案において、「激変緩和措置については、基幹型臨床研修病院が新しい基準を満たすための猶予期間として平成24年度から研修を始める研修医の募集まで継続した後に廃止する」「過去3年間に研修医の受け入れ実績のない基幹型臨床研修病院については、激変緩和措置を適応しない」とされたことについては、真摯に臨床研修に取り組む中小病院を一律に基幹型臨床研修病院から排除することにつながるため、これに反対します。

2010年3月17日

山形県民主医療機関連合会

会 長 伊藤 英三

## 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: [REDACTED] は [REDACTED] の代理  
送信日時: 2010年3月16日火曜日 14:55  
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)  
件名: パブリックコメント(激変緩和措置の撤廃を止め、2014年の省令見直しまでの継続を望みます)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 福島県民主医療機関連合会  
住所(所在地): 福島県  
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: 激変緩和措置の撤廃を止め、2014年の省令見直しまでの継続を望みます  
ご意見:

今回、「基幹型臨床研修病院が新しい基準を満たすための猶予期間として24年度から研修を始める研修医の募集まで継続した後、に廃止する」「過去3年間に研修医の受け入れ実績のない基幹型臨床研修病院は激変緩和措置を適応しない」とされたことに対して、真摯に臨床研修に取り組む中小病院を一律に基幹型臨床研修病院から排除することにつながるため、これに反対し、2014年まで激変緩和措置を継続していただくよう要望します。

2004年から開始された新医師臨床研修制度がスタートする際に、厚生労働省は2002年10月の通知で「全ての病院が臨床研修病院になることが望ましい」としました。プライマリ・ケアを研修するには病院の規模はあまり関係無く、むしろ指導する医師の力量等が重要と考えます。

今回の3000名の新入院患者が必要となると全国でも相当数の管理型の病院が指定を取り消されることになり、より一層の医師の地域偏在を生むこととなります。

今年度より医大・医学部の定員を大幅に増員しました。将来は現在以上の研修病院が必要になることでしょう。指導する医師をはじめとした研修病院の体制作りには数年の期間を要することなどを勘案すれば、現在において3000名に満たない病院の指定を外すことは、地域医療崩壊に拍車をかけることになりかねません。

わたしたちは国民、医療従事者、医学生の願いに逆行する今回の決定の撤回を求めます。

「平成 23 年度の臨床研修への対応について」

2010年3月19日  
千葉県民主医療機関連合会  
会長 岡田朝志

私たちは基幹型臨床研修病院などが加盟する医療・介護の連合会です。これまで 30 年以上医学部卒業生を研修医として受け入れ、臨床研修制度施行後も 20 人以上が研修を修了いたしました。今般の臨床研修制度見直しに当たり意見を申し述べます。

○意見

基幹型臨床研修病院の基準に年間入院数 3,000 を導入することには反対です

○理由

研修の質の担保として、年間入院患者数 3,000 の基準が検討されています。研修医一人当たりの症例数ではなく、医療機関当たりの年間入院数が研修の質を保証するという根拠はありません。

一方、指導体制やコメディカルのかかわりなどから、研修医の満足度や到達度は概して中小病院の方が高くなっています。また地域医療を進めている中小病院での研修はプライマリ・ケアの効果的取得につながります。

さらに地域医療再生を目指し、医学部定員増の施策がすすむなか、研修指定病院の削減につながる今見直しが行われることになれば、研修選択の幅が狭まることにもつながります。

私たちは臨床研修の更なる充実を目指します。現在、質の高い卒後研修を実施している中小病院を基幹型臨床研修病院から排除することにつながる、年間入院数 3,000 の導入には反対いたします。

以上

## 「平成 23 年度の臨床研修への対応について」

「『臨床研修に関する症例の施行について』の一部改正案について」に関する意見

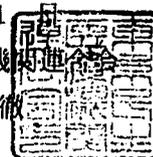
厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室 御中

ファクシミリ番号：03-3591-9072

2010年3月11日

東京民主医療機

会長 石川 徹



第一線で地域医療を支えている中小病院の基幹型臨床研修病院指定取り消しに反対し、制度理念に基づく国民のための良医を育てる研修制度への再改定を求めます

私たち東京民医連は、15病院、121診療所の他、医療・介護関係の事業所が加盟する団体です。

これまで、2004年以降はもとより新医師臨床研修制度の中で7つの基幹型病院が毎年20名から25名の初期研修医を受け入れ、国民の期待する全人的医療を行う臨床医を育成してきました。

200床未満が3病院、200～300床が2病院、300～400床が2病院あり、基幹型臨床研修病院として連携しながら、協力型病院・施設とともに地域医療をベースにした幅広い臨床能力と医師としての基礎的な力を養う研修を行い、地域医療はもちろん、各専門分野、各大学でも活躍しています。

また、臨床研修の中断を余儀なくされた医師の研修についても積極的に受け入れ、国民の求める医師を一人でも多く育成しようという気概と構えを持ち臨床研修を最後まで行えるように援助を行っています。これは、中小病院という小回りの利く機動性と機能、そして職員と地域の人々とのつながりの強さの中で可能となったものと考えています。

私たちは2004年度に『TMR地域医療臨床研修研究センター』を設立し、合同研修の開催やシュミレーターなど研修機材の整備、指導医講習会の開催などを行ってきました。指導医講習会はこれまで15回開催（全受講者数は361人）し、145人の指導医を当連合会加盟の各病院・診療所に配置しています。

中小病院でありながら、臨床研修の獲得目標を実現するために、研修に必要な一人当たりの症例数についても大病院と比較しても劣らない数を確保しています。研修担当事務も各病院に配置し、情報交換を行いながら研修医一人ひとりの成長に合わせてきめ細かな研修を行っています。

「指定基準を満たさない基幹型臨床研修病院の激変緩和措置」廃止に反対します。

昨年4月の制度見直しにあたって1241件のパブリックコメントが寄せられ、プライマリ・ケア

研修を行い、全人的医療を行う医師を育てるという理念に反する改定であることと、基幹型病院の指定基準を年間入院患者数 3000 人以上とすることに対する反対意見が数多く寄せられた。その意見に対して基準の正当性など明確な根拠を示すこともないままに激変緩和措置を廃止することについて反対します。

また、4 年後の改定に向けて、当初の研修理念に沿って研修の質と目標達成度について評価を行い、昨年の制度改定を見直すことを要望します。

理由

①年間入院件数 3000 件未満だが実績があるため指定を継続している病院 92 病院。

指定を取り消さなくても研修の質が担保されていない病院は今後も研修医が集まらない。また、内定者数は 132 名（全体の 1.6%）と僅かであり、研修医の全体動向にはほとんど影響が無いにもかかわらず、あえて優れた研修を行っている小病院を排除する必要はない。

②地域の第一線で初期診療を行っている中小病院では、救急医療をはじめその地域の医療を支える医師を養成しており、研修から排除することにより一層の地域医療崩壊を惹起する

③「研修医満足度調査」によれば 300 床未満の臨床研修病院の方が、満足度のみならず“到達目標”の達成度も高い。

④地域医療の崩壊を防ぐためには、早急に医師養成数を増やすとともに、地域医療を実践している地域中小病院でのプライマリ・ケアを効果的に学ぶ研修が効果的である。

⑤「“地域コンソーシアム”をつくり中小臨床研修病院は協力病院としてこれまで通り良い研修を行う」という意見も聞かれるが、現実には大学（権力）中心の旧態依然とした医師研修の復活が懸念される。

「ここ数年は大学自体の研修医数が減っていることもあり大学から研修医が来ない（千葉大 たすき掛け研修協力病院）」「今回の医道審議会を受けて地元の大学に研修の協力を申し入れたが断られた（100 床規模の基幹型病院）」などの話が伝わってきています。

以上

連絡先

\*\*\*\*\*

東京民主医療機関連合会

医師部 [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

## 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

---

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理  
送信日時: 2010年3月19日 金曜日 9:51  
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)  
件名: パブリックコメント(臨研激変緩和措置廃止に対するパブコメ)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 富山県民主医療機関連合会  
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: [REDACTED]  
職業: 事務  
件名: 臨研激変緩和措置廃止に対するパブコメ  
ご意見:

富山民医連は臨床研修協力型病院(富山協立病院)を有しています。研修指定病院ではありませんが、今回の激変緩和措置廃止にはとても疑問を感じます。国民・住民に一番近い医療を実践している小さな病院は臨床研修医にとっても、重要な存在であると思います。また医学生が「臨研を選べる体制づくり」は国としての責務でもあると思います。現在ある臨床研修病院を減らす政策には何としても納得できません。検討される委員の皆さまの格段の配慮をお願いいたします。

## 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理  
送信日時: 2010年3月15日月曜日 10:08  
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)  
件名: パブリックコメント(年間入院患者数3000人以上という条件が研修病院の指定基準にされ、「激変緩和措置」撤廃へのパブリックコメント)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 熊谷嘉隆

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: 男

年齢: [REDACTED]

職業: 医師

件名: 年間入院患者数3000人以上という条件が研修病院の指定基準にされ、「激変緩和措置」撤廃へのパブリックコメント

ご意見:

昨年の臨床研修制度見直しで、年間入院患者数3000人以上という条件が研修病院の指定基準にされ、今回は「激変緩和措置」が早くも撤廃されるとのことです。

私は以下の点で反対します。再度良識ある検討をお願いします。

第1に、元々数年間の新しい臨床研修制度の評価・分析を行わずに制度変更を行うことは、変更する根拠がありません。また、何を「目的」として変更するのかが明らかになっておりません。したがって、変更後の予測も明らかではありません。

このような理由も明らかでないことが、一定良識のある医療界の責任ある委員を含んだ機関から、急に結論として出されることに対して驚きを禁じ得ません。このようなことが本当に起こって良いものなのでしょうか。

第2に、今回の臨床研修病院は年間入院患者数3000名以上と言う基準は、「大きい病院ほど良い研修が出来る」と解釈されます。

これは本当でしょうか。新しい研修制度の内容を検討して出される結論なのでしょうか。

ヨーロッパ等の先進国の医学教育は、医学教育の初期から第一線の中小医療機関・イギリスではGP・デンマークではファミリードクターなどの医療機関・・・を実習の場として、医学生が自国の医療の実態を学ぶ機会と期間を設けています。しかし、今までの日本の医学教育は大学附属病院中心の教育に偏ったものでした。

数年前に行われた新医師臨床研修制度は、それまでの日本の医師養成の歴史の中では大変画期的変革でした。それは、初期の医師研修の場に一定の研修条件のもとに第一線の医療の現場を解放したことにあります。このことで、多くの新しい医師が研修の場を求めて大学病院から全国の第一線の中小病院へ出て、セレクトされない患者さんを診療する事で第一線の医療を経験する機会に恵まれました。一方で研修医の流動化が起りましたが、この制度改革のもつ研修上の弊害は、いまだ聞いたことがありません。

受診患者がセレクトされて来る大病院の研修ではなく、ヨーロッパで行われているような、第一線の臨床の現場を初期の医師養成に生かす利点と普遍性が、今回の新医師臨床研修制度にあったからです。

今回出された「大きい病院ほど良い研修が出来る」と解釈される

年間入院患者数 3000 名以上と言う基準は、長年検討されて成立し数年間行われた新医師臨床研修制度から、今までの大学附属病院・大規模病院中心の偏った医師養成に、後戻りする内容ではないかと危惧します。

「年間入院患者数 3000 名以上と言う基準」は、医学生から始まり初期の医師研修までかかわる日本の医師養成のシステムから、第一線の医療の現場を経験する機会をなくする、世界の趨勢からも逆行する大きな誤りを犯すのではないのでしょうか。

第 3 に、改めて医療の危機・医療崩壊の原因は、30 年にわたり医師養成数を抑制してきた政策にあります。世界で最も高齢者人口比率が高く、65 歳未満より一人当たり 3-5 倍の医療資源を使う高齢者人口の実数が確実に増えている日本が、人口比の医師数が OECD 加盟国の最下位グループにあります。この日本の現状を改善するためには、約 1000 人前後の医学部定員を増やしただけでは解決できません。この速さで医師養成を続けても OECD の人口当たりの平均医師数に届くまでに、推計で 30-40 年かかることとなります。現在の医師養成数を更に毎年 4000 人に増やし毎年 7000 名つまり医師養成数を毎年 16000 人、今の約 1.7 倍に増やしてやっと 2025 年には医師数が OECD の平均値になります。大幅な医学部定員増と医学療育にかかわるスタッフと予算の増額を、国策として図る必要があります。

医療崩壊の原因は、30 年の長年の渡り医療を抑制してきた政策にあるのです。

本質を見極めない政策の迷走は、日本の医療危機を長期化させます。

第 4 に、医師養成のために適切で優れた研修の場を保障する観点からは、「臨床研修病院は年間入院患者数 3000 名以上」と言う基準はむしろ弊害があります。一定の研修条件を整えたうえで、たとえば年間 6000-7000 名以上の入院患者がある大病院は臨床研修病院から外すというような、逆の措置を取るほうが効果的です。例えば「年間 7000 名以下を臨床研修病院の基準とする」のような、大病院を初期の研修病院から一定制限するほうが、日本の現場の医療にとっても医師研修にとっても効果がある選択肢だと思います。

2010 年 3 月 15 日

長野県民主医療機関連合会

会長 熊谷嘉隆

## 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理  
送信日時: 2010年3月19日金曜日 12:40  
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)  
件名: パブリックコメント(平成23年度の臨床研修への対応について)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 奈良民主医療機関連合会  
住所(所在地): [REDACTED]  
メールアドレス: [REDACTED]  
電話番号:  
FAX番号:  
性別: [REDACTED]  
年齢: [REDACTED]  
職業: 医療従事者  
件名: 平成23年度の臨床研修への対応について  
ご意見:

今回の制度見直しに反対します。

今回の見直しについては「臨床研修病院の指定や研修医の募集定員等に関して、地域医療への影響等を踏まえ」とありますが、地域医療へ良い影響を与えるとは考えられません。

臨床研修病院の指定については年間入院件数3000件未満の病院は指定を外されるとありますが、入院件数が3000件以上でないといけない根拠はないと考えます。

今後、超高齢化社会を迎え、複合疾患を持つ患者は増えていき、1人の患者さんを総合的に診れる医師養成が重要になってくると考えます。

今回の制度見直しは、大学や大病院に医師を集める発想に思われますが、専門医志向のなかで患者さん個人を全人的に診ると意識は養われにくいと考えます。地域のなかで大病院だけが突出して高いレベルであっても地域の病院・診療所群全体が高いレベルになれば意味がないと考えます。地域と専門医をつなぐ中小病院の役割が今後より一層重要になると考えます。

将来の日本の医療を良くするためにも総合医の育成が喫緊の課題だと考えます。

地域に根差した中小病院での研修こそ、患者さんを全人的に診ることのできる総合医の養成に必要だと考えます。

## 臨床研修 パブコメ(ishi-kensyu)

差出人: www-admin@mhlw.go.jp は [REDACTED] の代理  
送信日時: 2010年3月16日火曜日 16:41  
宛先: 臨床研修 パブコメ(ishi-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施行について)

メールが受け付けられました。

氏名(法人名): 岡山県民主医療機関連合会  
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: 男  
年齢: 60  
職業: 医師  
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施行について  
ご意見:

厚生労働省は、平成21年に行った臨床研修制度の見直しに当たって「地域医療への影響等を踏まえ、激変緩和措置を講じ」たとしているが、そもそも21年の見直し自体が、医師養成にかかわる医師をはじめ、研修病院など医療関係者や国民の反対の声に押されて経過措置として一連の「激変緩和措置」をとったものである。その後、わずか一年で厚生労働省のいう「地域医療」への影響に「配慮」する必要がなくなったというのであろうか。昨年から今年にかけて医師不足、科の偏在、保険証がなく医療を受けられない現状などは、改善するどころかますます深刻さを増している。そのような中で政府自身も医学部定員の増加など医師増員政策に切り替えてきている。

将来、充実した研修内容を求める医師の要求はますます強くなるとともに、研修を必要とする若手医師自体が増加する。その一方で、多様な研修の機会を奪い、都道府県単位で研修医受け入れの上限をマイナスのスパイラルで減少させようとする今回の改変は相矛盾した政策であり、全く時宜を得ないものである。しかも、研修病院の代表の意見を無視して、一部の委員の意見を強引に押し通す姿勢は、多様な意見を集める審議会の趣旨からも逸脱している。

今回の「改正」案の柱の一つに過去3年間に研修医受け入れ実績がない基幹型臨床研修病院の指定を取り消すことがあるが、様々なタイプの研修病院が地域に存在することによってこそ学生の選択肢も広がり、より意欲的な研修を保障することにつながるのであり、廃止ありきは一部の都府県、一部の地域に偏在することを助長することにつながる。

また、基幹型臨床研修病院の指定基準として年間入院患者3,000人以上であることを適用しようとしているが、多くの病院は医療費抑制政策のもと、診療報酬上在院日数の短縮を迫られている。急性期主体病院では、数日のうちに患者が入れ替わり、研修医にとってそのような状況のみを経験するのは研修上有意義ではない。急性期から回復期、療養期まで様々な病態と療養の場を体験することが医師として基礎的力量を身につけるうえで重要である。

さらに、その地域その地域で必要とされる病院像、医師像を体験することで将来地域医療にとっても有為な人材を確保することにつながるのである。日本の圧倒的多くの病院が中小規模の病院であり、診療所とともに地域医療を支えている。その現場で育てることがもっとも重要であり求められている。

臨床研修病院群を形成して一部医師養成を中小規模病院でも行うとしている。色々な形態の一つとしての存在価値はありうるが「そ

この水で育つ」ことが重要なのである。

私は、今回の「改正」は大学病院、大病院偏重の改変であり、地域医療にますます困難をもたらすものであると考える。したがって今回の案は凍結し、当面「激変緩和措置」としながら、研修医にとっても、日本の医療制度にとっても最も良い方法を原点に戻って考えるよう提案する。