

医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会 議事次第

平成21年4月23日(木)
16時00分～18時00分
厚生労働省 省議室(9階)

○ 開 会

○ 議 事

1. 部会長選出
2. 「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
3. その他

○ 閉 会

資 料

1. パブリックコメント手続きによる意見について
2. 今後のスケジュール(案)について

参考資料

1. 主な団体からのパブリックコメント

資料 1

平成 21 年 4 月 23 日

パブリックコメント手続きによる意見について

(概要)

- 臨床研修制度の見直しにあたって、「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」のパブリックコメントの手続きを実施。
- その結果、募集期間内に寄せられた意見は、1,241 件。
- 寄せられた意見の概要とその結果に対する考え方については、別添 1 のとおり。
- 寄せられた意見を踏まえ、別添 2 のような修正案を作成。

平成 21 年 4 月 23 日現在

臨床研修制度の見直しに関するパブリックコメントの概要（主な意見等）

	意見の項目	意見の概要	件数	意見に対する考え方及び対応方針
制度全般について	制度の理念	<ul style="list-style-type: none"> 臨床研修の目的は優れた臨床能力をもつ医師を育成することであり、医師不足を解消することではない。 見直しによりプライマリ・ケアの基本的な診断能力の修得という基本理念が達成できるか疑問である。 	214	今回の見直しは、より良い医師の育成のために、本制度の基本理念（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に、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）及びそれを具体化した到達目標を前提としています。
	病院・研修医の評価	<ul style="list-style-type: none"> 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。 プログラム、研修内容などを評価する内部制度と外部評価制度による承認がないと研修内容は担保できない。導入は必須である。 	2	今後、指導体制、研修内容、研修医の到達度等について、受け入れ病院を第三者的に評価し、その結果をフィードバックする体制を構築すること、また、到達目標について研修医の達成度を客観的に評価する仕組みを構築することとしています。
研修プログラムについて	研修期間	<ul style="list-style-type: none"> 2年間の研修期間に変更がなかったことは評価できる。 研修期間を現行の2年間で1年間に短縮して頂きたい。プライマリ・ケアの基本を学ぶための1年間で十分である。 	3	研修医の将来のキャリア等に円滑につながるよう、2年間の研修期間における研修プログラムについて、国の定める必修の診療科は、内科、救急及び地域医療にとどめ、従来必修とされた外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は選択必修と位置づけ、各研修医が選択できるように弾力化したところです。
	必修科目	<ul style="list-style-type: none"> 外科、麻酔科、精神科、小児科、産婦人科は選択必修でなく、必修科目にするべき。 	81	
	地域医療研修	<ul style="list-style-type: none"> へき地・離島を優先して行うと明記すべき。 	1	地域医療研修を行う地域・施設は、地域医療対策協議会や地方公共団体の意向を踏まえるなど、各病院が地域の実情に応じて選定されるよう配慮することとしています。
	医師不足の診療科への対応	<ul style="list-style-type: none"> 小児科、産科の研修プログラムを設けさせるのなら募集定員は各病院の募集定員枠外に設けるべき。 	4	当該研修プログラムは、研修医の募集定員が一定数以上の大規模な臨床研修病院に限定することから、各病院の募集定員枠内での設定とすることとしています。
	到達目標	<ul style="list-style-type: none"> 必修科目が減ったにも関わらず目標や必修レポートの内容が変わらないのは無理がある。 全国均一な到達目標を設定するのではなく、各病院の特色あるプログラムに応じた到達目標を設定すべき。 	14	今回の見直しにあたっては、現在の到達目標を前提にしていますが、今後の卒前教育や臨床研修の改善状況等に対応しつつ、適切に見直すシステムを構築する予定です。また、国が定めている臨床研修の到達目標を達成できるように各病院が研修プログラムにおいて研修医が到達すべき目標を作成することとされています。

	意見の項目	意見の概要	件数	意見に対する考え方及び対応方針
指定基準について	基本的な考え方、指定取り消し及び経過措置	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・「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。 ・150～200床規模の病院が指定から外され、中小病院での研修を希望する医師の道を閉ざし医療崩壊につながる。 ・プライマリ・ケアは大病院より中小病院での研修の方が適している。 ・離島・僻地における医療提供体制の現状等を考慮し、指定基準を満たさない病院でも指定の取消はすべきではない。 	308	<p>研修医の受入れ病院の数が飛躍的に増加した一方、受入れ病院の指導体制に格差が生じたため、臨床研修の質の向上が求められています。これを踏まえて、臨床研修病院の基準を強化するとともに、単独型臨床研修病院と管理型臨床研修病院を併せて基幹型臨床研修病院として位置づけ、臨床研修病院群を形成することを要件に加えます。これにより大学病院など地域の中核病院を中心とした複数の医療機関により構成される臨床研修病院群の形成を促進することとしています。</p> <p>なお、臨床研修病院の指導基準を見直すことにより、基幹型臨床研修病院の基準に適合しなくなる場合には、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮することとしています。</p>
募集定員について	都道府県別の上限設定	<ul style="list-style-type: none"> ・研修医の研修先の選択権を奪う。 ・募集定員の設定は地域を越えて優秀な人材の交流が阻害され、日本の高度で質の高い医療の低下につながる可能性がある。 ・非マッチ率、国家試験不合格率を踏まえると、10%以上の削減率になり激変緩和措置の意味をなさない。非マッチ率、国家試験合格率を勘案すべき。 ・大都市に研修医が集中するのを防ぐのに一定の効果がある。 ・地域医療、救急医療体制に深刻な影響を及ぼす可能性がある。 	116	<p>研修希望者は現行と同様に、自分の将来のキャリアパス等を勘案して、各病院が公表する研修プログラムについて全国規模で自由に選択することができます。</p> <p>また、研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定し、研修医の地域的な適正配置を誘導するために、都道府県別の募集定員の上限を設定しますが、各病院の募集定員の合計が都道府県の募集定員の上限を超えない場合は、当該病院の研修医の受入れ実績や地域の実情等、一定の条件の下に募集定員の増員を認めることとし、各病院の募集定員の合計が都道府県の募集定員の上限を超える場合は、前年度の研修希望者数を考慮するなど十分な激変緩和措置を行うこととします。</p>
	各病院の募集定員設定	<ul style="list-style-type: none"> ・地方に所在する病院の募集定員の設定は、研修医の受入実績だけでなく、研修制度が開始された平成16年度前後の状況や地方の医師不足の状況等を加味して算定してほしい。 ・研修医受入実績を過去3年ではなく「5年」、「過去最高の受入実績」とすべき。 ・平成22年度の実績をみて再度、制度設計を考えるべき。 	6	
	医師派遣加算	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床研修病院で研修した者が大学医局に戻るような異動について、臨床研修病院の医師派遣実績として加算の対象とすべき。 ・医師確保困難地域への医師派遣の場合に派遣人数に1以上の調整係数を加え、定員加算（例えば1名派遣なら1.5名として定員純増）することとなるよう制度的に保障すべき。 	3	

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

1 研修プログラムについて(通知の改正による)

基本的な考え方

- より良い医師の育成のため、「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。
- 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。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。

(1) 臨床研修を行う分野

- 内科、救急部門及び地域医療を「必修科目」として、必ず研修を行う。
- 外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科を「選択必修科目」として、この中から2診療科を研修医が選択して研修を行うことを必修とする。病院の判断で、これらの診療科の全部又は一部を「必修科目」とすることもできる。
- 「選択必修科目」については、研修医の希望に応じていずれの診療科の研修も確実に実施できるよう、臨床研修病院は各診療科で研修を行うことができるプログラムを必ず用意し、受け持ちの入院患者について指導できる体制を確保する。

(2) 研修時期・期間

- 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。
- 原則として、内科は6月以上、救急部門は3月以上、地域医療は1月以上の研修を行う。
- 「選択必修科目」は、病院の判断で適切な期間の研修を行う。

(3) 地域医療の研修

- 地域医療の研修は、十分な指導体制の下で、患者が営む日常生活や居住する地域の特性に則した医療(在宅医療を含む)について理解し、実践するという趣旨であり、へき地・離島診療所、中小病院、診療所等において行う。

- 研修を行う施設は、関係自治体や地域医療対策協議会の意向を踏まえるなど、地域の実情に応じて選定されるよう配慮する。

(4) 医師不足の診療科への対応

- 研修医の募集定員が一定数以上（例えば20人以上）の臨床研修病院は、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）を必ず設ける。

(5) 到達目標の達成度の評価

- 到達目標について、研修医の達成度を客観的に評価する仕組みを構築する。

2 基幹型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）

基本的な考え方

- 研修の質の向上のため、基幹型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。

(1) 基幹型臨床研修病院（協力型臨床研修病院を除く。以下同じ。）の指定基準

- 基幹型臨床研修病院は、以下の事項を満たすものとする。
 - ① 救急医療を提供していること
 - ② 年間入院患者数が3,000人以上であること
 - ③ 研修医5人に対して指導医を1人以上配置すること
 - ④ 臨床病理検討会（CPC）を適切に開催していること
 - ⑤ 協力型臨床研修病院その他の医療機関と連携して研修を行うこと
- * その他の基準は現行の管理型臨床研修病院の基準どおり

(2) 経過措置

- 基幹型臨床研修病院の指定基準に適合しなくなり、指定取り消しの対象となる場合などについては、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。

(3) 基幹型臨床研修病院の新規指定の取扱い

- 協力型臨床研修病院として一定の実績があることを前提に、指定基準を満たす場合は新規指定を行う。

3 研修医の募集定員について(省令・通知の改正による)

基本的な考え方

- 研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、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。
- 各病院の募集定員を、過去の研修医受入実績を踏まえ適正規模に見直すとともに、医師派遣実績等を勘案した上で、都道府県の募集定員の上限と必要な調整を行って設定する。
- 都道府県別の募集定員の上限及び各病院の募集定員の設定に当たっては、一定の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。

(1) 病院における研修医の募集定員は、以下の①、②の数値を超えないこととする。

① A

A: 当該病院の過去数3年間(例えば過去3年間)の研修医の受入実績の最大の数値。ただし、一定の定義に基づき、当該病院からの医師派遣等の実績を勘案して一定の限度内で定める数を加算する。

② 当該病院が所在する都道府県内にある基幹型臨床研修病院及び大学病院が希望する募集定員の合計が、(3)で定める当該都道府県の募集定員の上限を超える場合は、以下の計算式により算定した数値

$$A \times B / C$$

B: (3)で定める当該都道府県の募集定員の上限

C: 当該都道府県内における基幹型臨床研修病院及び大学病院が希望する募集定員の合計

③ 経過措置

BがCより大幅に小さい場合は一定の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。こととし、特に平成22年度から研修を受ける研修医の募集にあたっては21年度から研修を受ける研修希望者の数(20年度研修医マッチングによるマッチング者数)を考慮する。

(2) 募集定員の加算について

○ (1)にある「医師派遣等」とは、①～⑤のすべてを満たす場合とする。

① 以下の場合のいずれかに当てはまること。

ア 病院が、当該病院に勤務する医師を、出向などにより、その他の病院に勤務させる場合

イ 病院が、当該病院に勤務経験のある医師を、その他の病院との主たる調整役になって、その病院に勤務させる場合

ウ 病院が、労働者派遣法に基づき、地域医療の確保等のために医師を派遣する場合

* 労働者派遣法：労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律(昭和60年法律第88号)

② 対象となる医師は、医師免許取得後一定の臨床経験(例えば7年以上15年以下)を有し、その他の病院で常勤として勤務すること。

③ その他の病院で勤務する期間が継続して1年以上3年以下であること。

④ 各都道府県における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を踏まえたものであること(平成23年度以降に臨床研修を開始する研修医の募集定員について適用する)。

⑤ 開設者が同一の病院間において行われている医師派遣等や、その他の病院との相互の交流として行われている医師派遣等ではないこと。

○ 募集定員に加算する数値については、研修医の募集を行う年度の前年度末の時点で医師派遣等が行われている常勤の医師数を勘案して定めることとし、一定の上限(例えば10名)を設けること。

(3) 各都道府県における募集定員の上限とは、以下の計算式により算定した数値をいう。 * 研修医の数については1学年分

① $D + E + F$

D: D1とD2のうちの多い方の数値

D1: 全国の研修医の前年度総数 × 当該都道府県の人口 / 全国の総人口

D2: 全国の研修医の前年度総数 × 当該都道府県内の大学医学部の入学定員の合計 / 全国の大学医学部の入学定員の合計

E: $D \times \alpha$

(100平方km当たりの医師数が全国の中央値よりも少ない道県に限る)

F: $D \times \text{離島人口} \times \beta$ / 当該都道府県の人口

* 離島人口とは、離島振興法(昭和27年法律第72号)、小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和44年法律第79号)、奄美群島振興開発特別措置法(昭和29年法律第189号)及び沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)に基づき指定されている離島の人口

* α 、 β とは、調整係数(例えば $\alpha=10\% \sim 20\%$ 、 $\beta=5$)

② 都道府県の募集定員の上限が、当該都道府県内における病院が希望する募集定員の合計よりも大幅に下回る場合は一定の経過措置を設ける(例えば、前年度の研修医の受入実績からの削減率は当面10%を上限とする)。

(4) 各病院の募集定員の増員の取扱いについて

○ 当該病院の所在する都道府県内にある病院が希望する募集定員の合計が当該都道府県の上限を超えない場合には、当該病院の前年度の研修医の受入実績や地域の実情等一定の条件の下に、増員を認めることとする。

(5) 新規指定における募集定員の取扱いについて

○ 基幹型臨床研修病院を新規に指定する場合は、募集定員を2名とする。

(6) 研修医の募集の方法について

○ 研修医の募集方法は現行どおりとする。

<参考 現行の募集方法>

- ・ 各病院において、研修医の募集定員を研修プログラムごとに定め、その合計が病院全体の募集定員となるように設定する。
- ・ 臨床研修病院が公表する研修プログラムを研修希望者が全国規模で選択する。

4 適用時期等について

- 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。
- 施行から5年以内に必要な検討を行い、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

研修プログラム弾力化により考えられる研修プログラムの例①

1. 現在と同様の研修プログラム

1年目

2年目

内科 6月	外科3月	救急3月	麻酔科 1月	産婦人科 1月	小児科 1月	精神科 1月	地域医療 1月	選択科目 7月 * あらかじめ研修病院が 選択肢を設定する
-------	------	------	-----------	------------	-----------	-----------	------------	---

2. 2年目に将来専門とする診療科で研修を行う研修プログラム

1年目

2年目

内科 6月	救急3月	選択必修 3月 (2科目で3月)	地域医療 1月	将来専門とする診療科を中心に 関連の診療科での研修 11月 * あらかじめ研修病院が 選択肢を設定する
-------	------	------------------------	------------	---

研修プログラム弾力化により考えられる研修プログラムの例②

3. 研修開始時から将来専門とする診療科(例えば外科)で研修を行う研修プログラム

1年目			2年目		
(例)外科 3月	内科 6月	救急3月	地域 医療 1月	(例)麻酔科 3月	(例)外科 8月

4. 選択必修の科目や地域医療を重点的に実施する研修プログラム

1年目			2年目		
内科 6月	救急3月	選択必修 3月 (1科目で3月)	選択必修 3月 (1科目で3月)	地域医療 3月	選択科目6月 * あらかじめ研修病院が 選択肢を設定する

基幹型臨床研修病院の指定基準の見直し(案)

現 状

指定基準(協力型臨床研修病院等と共同で満たす)

- 臨床研修を行うために必要な症例があること
 - ・内科・外科・小児科・産婦人科・精神科の年間入院患者100人以上
- 救急医療を提供していること
- 臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること
- 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

案

指定基準(基幹型臨床研修病院が単独で満たす)

- 臨床研修を行うために必要な症例があること
 - ・年間入院患者3,000人以上
- 救急医療を提供していること
- 臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること
- 研修医5人に対して指導医1人以上配置すること
- 協力型臨床研修病院その他の医療機関と連携して研修を行うこと

研修病院の募集定員設定方法(案)

一般的な設定方法

都道府県の募集定員
の上限と調整

前年度募集定員

次年度募集定員

超過分調整

過去の採用実績

医師派遣を評価

例えば、都道府県内の
病院の募集定員の合計
が100名で、都道府県
の上限が90名の場合、
原則として、募集定員に
 $\frac{90}{100}$ を乗じて調整

（例えば、過去
3年間の採用
実績の最大値）

（例えば、10名加算）

A病院

医師派遣
あり

30名

20名

20 + 10
= 30名
(10名加算)

$30 \times \frac{90}{100}$
= 27名
(3名削減)

B病院

医師派遣
なし

12名

10名

10名
(加算なし)

$10 \times \frac{90}{100}$
= 9名¹⁰⁰
(1名削減)

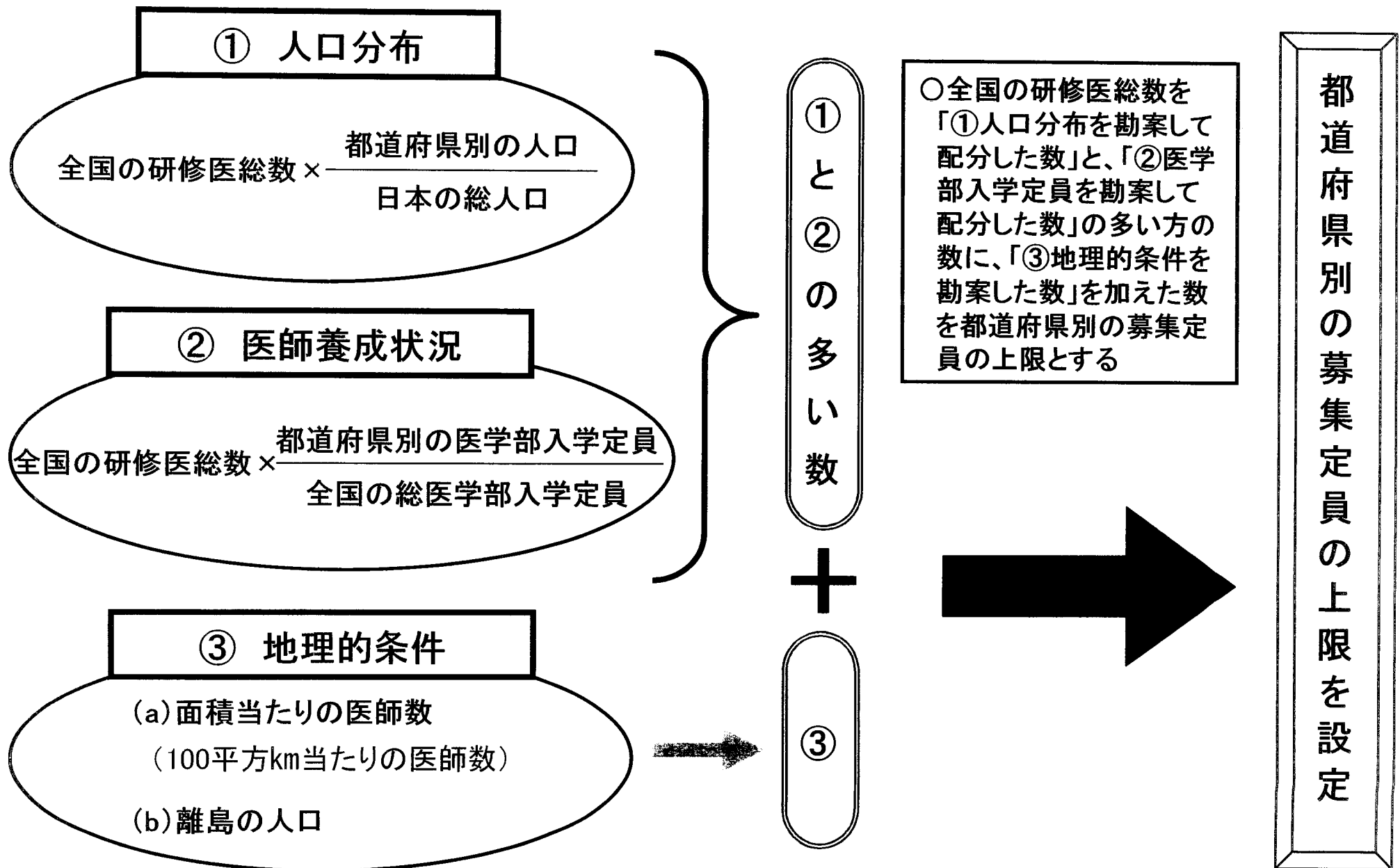
経過措置

削減率が大きい場合、
削減の割合に一定の
限度を設ける

※平成22年度から研修を受ける研修医の募集にあたっては21年度から研修を受ける研修希望者の数(20年度研修医
マニフェスト)を考慮する

※都道府県別の募集定員の上限を調整する必要がない場合は、募集定員の増員が可能

都道府県別募集定員の上限の考え方(案)



研修医の募集定員に関する都道府県別の上限についての試算 (20年度研修医採用実績を用いた場合)

都道府県	① 20年度 募集定員	② 20年度 採用実績	③ 総人口 (千人)	④ 21年度 医学部 定員	⑤ 採用実 績を人 口割合 で配分	⑥ 採用実 績を医 学部合 で配分	⑦ ⑤と⑥ との多 い数	⑧ 100km ² 当たり 医師数	⑨ 面積当 たりの 医師数 による 加算 *1	⑩ 離島人 口 *2	⑪ 離島人 口によ る加算 *3	⑫ 都道府 県の上 限 (⑦+⑨+ ⑪)	⑬ 都道府 県の上 限と募 集定員 との差 (⑫-①)	⑭ 都道府 県の上 限と採 用実績 との差 (⑫-②)	⑮ 都道府 県の上 限と採 用実 績との 割合 (⑫/②)	⑯ 経過措 置後の 上限 *5	⑰ 採用実 績との 差 (⑯-②)
北海道	504	313	5,570	327	337	295	337	14.8	68	13,672	5	410	△ 94	97		410	97
青森県	113	63	1,407	120	85	108	108	26.7	22			130	17	67		130	67
岩手県	112	66	1,364	110	83	99	99	16.8	20			119	7	53		119	53
宮城県	189	115	2,347	110	142	99	142	67.5		5,672	2	144	△ 45	29		144	29
秋田県	133	63	1,121	115	68	104	104	19.6	21			125	△ 8	62		125	62
山形県	112	60	1,198	120	73	108	108	26.3	22	298	1	131	19	71		131	71
福島県	144	76	2,067	100	125	90	125	27.7	26			151	7	75		151	75
茨城県	176	119	2,969	108	180	98	180	75.6				180	4	61		180	61
栃木県	174	126	2,014	223	122	201	201	64.4				201	27	75		201	75
群馬県	158	80	2,016	110	122	99	122	66.3				122	△ 36	42		122	42
埼玉県	306	214	7,090	190	429	172	429	263.8				429	123	215		429	215
千葉県	400	283	6,098	110	369	99	369	187.4				369	△ 31	86		369	86
東京都	1,582	1,338	12,758	1,411	772	1,274	1,274	1,631.7		28,830	15	1,289	△ 293	△ 49	3.7%	1,289	△ 49
神奈川県	750	584	8,880	420	538	379	538	651.7				538	△ 212	△ 46	7.9%	538	△ 46
新潟県	156	70	2,405	120	146	108	146	35.6	15	68,294	21	182	26	112		182	112
富山県	117	54	1,106	105	67	95	95	62.3	10			105	△ 12	51		105	51
石川県	139	86	1,170	220	71	199	199	71.2		155	1	200	61	114		200	114
福井県	86	49	816	110	49	99	99	42.2	10			109	23	60		109	60
山梨県	89	51	877	120	53	108	108	39.2	11			119	30	68		119	68
長野県	204	106	2,180	110	132	99	132	32.1	14			146	△ 58	40		146	40
岐阜県	170	95	2,104	100	127	90	127	35.7	13			140	△ 30	45		140	45
静岡県	268	160	3,801	110	230	99	230	86.5		232	1	231	△ 37	71		231	71
愛知県	707	446	7,360	415	446	375	446	271.9		4,607	2	448	△ 259	2		448	2
三重県	154	75	1,876	120	114	108	114	60.4	12	5,301	2	128	△ 26	53		128	53
滋賀県	108	85	1,396	110	85	99	99	70.0				99	△ 9	14		99	14
京都府	353	274	2,635	210	160	190	190	167.3				190	△ 163	△ 84	30.7%	247	△ 27
大阪府	860	613	8,812	510	533	461	533	1,163.3				533	△ 327	△ 80	13.1%	552	△ 61
兵庫県	420	319	5,589	215	338	194	338	142.4		9,438	3	341	△ 79	22		341	22
奈良県	130	78	1,410	105	85	95	95	79.9				95	△ 35	17		95	17
和歌山県	109	74	1,019	95	62	86	86	56.0	9			95	△ 14	21		95	21
鳥取県	70	30	600	90	36	81	81	48.4	9			90	20	60		90	60
島根県	95	37	731	105	44	95	95	28.9	19	23,809	16	130	35	93		130	93
岡山県	227	150	1,953	220	118	199	199	72.6		3,710	2	201	△ 26	51		201	51
広島県	228	142	2,873	110	174	99	174	79.5		16,988	6	180	△ 48	38		180	38
山口県	136	57	1,474	105	89	95	95	58.7	10	5,310	2	107	△ 29	50		107	50
徳島県	84	49	800	105	48	95	95	56.7	10	337	1	106	22	57		106	57
香川県	100	64	1,006	105	61	95	95	134.9		8,462	4	99	△ 1	35		99	35
愛媛県	127	68	1,452	105	88	95	95	59.9	10	18,101	6	111	△ 16	43		111	43
高知県	86	38	782	105	47	95	95	30.6	10	332	1	106	20	68		106	68
福岡県	604	434	5,056	430	306	388	388	282.6		2,884	2	390	△ 214	△ 44	10.1%	391	△ 43
佐賀県	77	58	859	100	52	90	90	85.2		2,400	2	92	15	34		92	34
長崎県	154	68	1,453	105	88	95	95	96.9		159,600	53	148	△ 6	80		148	80
熊本県	154	98	1,828	110	111	99	111	62.6		4,533	2	113	△ 41	15		113	15
大分県	110	54	1,203	105	73	95	95	45.8	10	5,554	3	108	△ 2	54		108	54
宮崎県	70	45	1,143	105	69	95	95	33.1	10	1,308	1	106	36	61		106	61
鹿児島県	143	68	1,730	105	105	95	105	43.8	11	182,542	56	172	29	104		172	104
沖縄県	175	140	1,373	107	83	97	97	130.2		133,061	47	144	△ 31	4		144	4
計	11,563	7,735	127,771	8,566	7,735	7,735	9,272	73.6	372	705,430	257	9,902	△ 1,661	2,167		9,979	2,244

注) 1. 本試算は、20年度研修医採用実績を用いるなど、一定の条件の下で行った試算である
2. 22年度の募集定員について算定する場合は、21年度採用実績を用いるなど諸条件が変わるため、本試算の数値とは異なる
3. 計算結果の端数処理の関係から、都道府県別の値と合計の値が一致しない場合がある
4. 都道府県の募集定員の上限との調整が必要な場合は、各病院の21年度の募集定員(上記計算)加に、21年度より研修を希望する研修希望者の数-20年度研修医の採用実績より少ない研修希望者の数とを考慮する
*1 100平方km当たりの医師数が全国の中央値よりも少ない県には10%加算、30未満の道県には20%加算
*2 離島人口とは、離島振興法・小笠原諸島振興開発特別措置法・奄美群島振興開発特別措置法・沖縄振興特別措置法で指定された離島の人口
*3 離島人口×調整係数5/都道府県全体の人口
*4 ⑮は各都道府県内の病院が今後希望する募集定員の合計を、20年度研修医採用実績に等しいと仮定して、試算したものである
*5 ⑮の減少の程度が10%を超える場合、経過措置として、各都道府県内の病院が希望する募集定員の合計(この場合、20年度採用実績に等しいと仮定)から減少する割合の限度を10%とする

今後のスケジュール（案）について

- 4月23日 ・ 医道審議会医師分科会医師臨床
研修部会
- 4月下旬 ・ 関係省令・通知の改正等
- 5月 ・ 関係機関への説明会
- 6月末 ・ 病院からのプログラム変更締切
- 7月～9月 ・ プログラムの審査、内容確認
・ 各病院 研修医面接
- 9月24日 ・ 医師臨床研修マッチング
希望順位登録受付開始

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ているが、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

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ふ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。

 今回の臨床研修制度の改正について:

 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。

 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。

 産婦人科を必修科目から外すことについて

 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。

 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はありますが、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。

 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。

 「医師不足の診療科への対応」策について

 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。

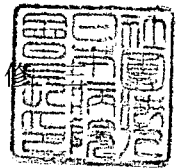
 今回の改正案では、将来小児科医及び産科医になること

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い致します

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のこのよう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よう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。

「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で、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、知恵を出し合っ見ていさと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。当時者である医学生・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の意味します。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。

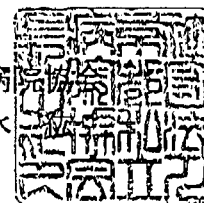
愛知県医師会勤務医部会

- 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。

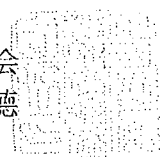
- 1 広域に医師を派遣している国立大学や地域の医師確保に貢献している公立医科大学などの医師派遣加算については、派遣実績(他府県を含む)を考慮した数とするとともに、募集定員の純増とすること。
- 2 臨床研修病院となっている民間病院の定員の削減は行わないこと。
- 3 近畿圏等のブロック単位で募集上限枠を設定すること。
- 4 全国を単位として実施されているマッチングについても、研修医の適正な配置に資するよう、ブロックごとのマッチングを含め、あり方を見直すこと。
- 5 臨床研修病院の指定基準については、臨床研修を行うために必要な症例数を現状どおりとし、指導体制についても義務規定としないこと。

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、宜しくお願い申し上げます。

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]

滋賀県病院協会の意見

I. 1. 研修プログラムについての(4)について

病院勤務の医師について全体的に不足していますが、特に不足している医師は、小児科医、産科医とともに麻酔科医であり、麻酔科医を追加していただきたい。

II. 3頁の [REDACTED] 内の基本的な考え方について

今回の見直しは大都市中心に集中する研修医を地方にも受け入れを推進し、地域の医師不足の解消を目的とするものと考えます。

20年度の募集定員が11,563名と研修医の数を大幅に上回り、研修医の都会志向によって大都市に集中し、地方の病院のマッチングが少ない状況にあります。研修医の受け入れ実績を前提とすると地方の二次医療圏で研修医が定着しないことが固定化してしまうこととなります。地方の病院においても新指定基準を充分満たしている病院については、少なくとも次回の見直しまで受け入れ定数を削減しないでいただきたい。地方の二次医療圏で研修医がゼロという事態にもなりかねません。

III. 3. 研修医の募集定員について3頁の基本的な考え方(1)の②について

$A \times B / C$ とありますが、CがBより大幅に越える場合、各病院の受け入れ人数が二重に減少してしまうのではないのでしょうか。都道府県の募集定員の上限の範囲内で各病院、大学にどのように配分するかについては考慮の余地があると考えます。例えば地域医療対策協議会等で決定する方法もあるのではないのでしょうか。Cで割るといのがわかりにくいと考えます。

IV. 3. 研修医の募集定員についての(2) 募集定員の加算について

募集定員の加算については一定の上限(例えば10名)を設けることとなっておりますが、大学等における医師派遣の数には大きな差があるのが現状です。各都道府県内でほぼ完結している大学がある一方、多くの都道府県に派遣している大学もあります。派遣している実数とともに広域に派遣している実績も加算に勘案していただきたいと考えます。

平成21年4月16日

Fax 03-3591-9072

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室 御中

住所 [REDACTED]

氏名 邊見 公雄

職業(社) 全国自治体病院協議会 会長

電話番号 [REDACTED]

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)への意見

1 臨床研修分野について

縫合ができない医師、麻酔の施術ができない医師、子供を怖がり全て小児科医を呼ぶ医師、このような医師を無くすために、この制度が始まったのではなかったのか。

ここで外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科を選択必修科目とすることは、この制度の目的を著しく損なうと言わざるを得ない。

2 指定基準について

年間入院患者数3000人についての根拠は何か。現実問題として、中小都市の中小病院ではかなり厳しい基準である。

研修医が習得すべき疾患に対応できる疾病状況の医療機関であれば数値に該当出来なくても良いと考える。

3 募集定員について

初期卒後臨床研修は、一般病院で一般医療を幅広く行うのが基本的在り方であり、当該都道府県内の大学医学部の入学定員などは、募集定員数とは無関係のはずである。

今回の募集定員の決め方は根拠に基づかない数値であり、本来の研修医制度との関係とは無関係のはずである。

4 適用時期について

制度の検証結果を見ずして制度改正することは時期尚早と感じる。

臨床研修の見直し（案）について

厚生労働大臣
舩添 要一 殿

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

臨床研修制度の見直し案に対する国立大学医学部長会議常置委員会の見解

国立大学医学部長会議常置委員会委員長
安田 和 則
大学医学部の教育病院の在り方に関する検討委員会委員長
嘉山 孝 正

【はじめに】

国立大学医学部長会議は、全国医学部長病院長会議とともに、本制度が「医師不足」および「科の偏在」を顕在化させた事実の提示を行い、証明してきた。実は本制度が始まる以前から、現在行われているような研修制度プログラムが存在し、一部の医学部卒業生は卒業後直ちに、プライマリーケアのみの研修を行っていたのである。一律の制度は撤廃し、医学生のキャリアパスを自身で決定する制度にすべきである。

一番の問題点は、医学部卒業生全員をプライマリーケアのみに2年間も従事させるという枠組を、厚生労働省が半強制化したことである。現研修制度では、多様な病気を知らねばならないということが掲げられているが、医学生は卒前教育において既に全科を回り、症例の数や種類も多岐にわたる教育を受けている。これまで一部の実技の研修が欠けていたが、それすら全大学医学部の教育方針および法的裏付けがあれば、学部教育で行えることである。すなわち現制度は、ほとんど医学部で可能な教育を卒後に反復させている制度と言える。一部の研修生がプライマリーケアで成果を上げたことは事実であるが、全ての研修医がプライマリーケアのみに従事する必要はないことを強調したい。

以上の前提を踏まえた上で、今回の臨床研修制度見直し案につき以下のごとくコメントする。

今回の見直し案は、もっとも大切な医学教育の質を中心において考えてい

ない。とりもなおさず国民不在の見直し案である。その根拠として、文部科学大臣、厚生労働大臣の出席していた合同検討会、および医道審議会での議論が何ら反映されていない。すなわち、少なくとも国民の代理として行われた議論を、無視しているといっても過言ではない。

1、文部科学省・厚生労働省の合同検討会、および医道審議会の双方において、獲得目標に基づいてカリキュラムを決定すべきであるという議論がなされたにも関わらず、実現されていない。両会の議論を踏まえて検討を行うべきである。また、医道審議会においても研修カリキュラムに外科を加えるべきという議論があったが、カリキュラムの弾力化が具体化されていない。外科をカリキュラムに加えるか、科の固定をしないカリキュラムにすべきである。

2、検討会終了直後に、検討会で直接議論されなかった都道府県定員上限枠設定による数字が突如提示された。勿論、地域の医師数の偏在を考慮しなくてもよいわけではないが、研修生の強制配置と誤解させる制度は、医学教育の質を考慮しない見直し案である。都道府県定員上限枠の制度設計は再考すべきで、都道府県定員上限枠の前に管理型病院の基準強化が先決である。すなわち、本見直し案では、管理型病院の規模・水準面での基準強化が全く実効性をもたないにもかかわらず、都道府県別に上限定員設定をし、定員枠を一律に調整しているだけで地域医療および大都会医療が崩壊し、医学教育の質も低下する可能性がある。

従って、地域医療、大都会医療を勘案し、医学教育の質の観点からも、管理型の病院は550ベッド以上とすべきである。それ以下のベッド数でも、一般的な疾患の症例数が多い病院や優れた指導者のいる病院は、管理型病院とタスキがけで研修できるようにする。

3、過去3年間の実績を定員枠決定の基準に用いている。過去3年間の実績を定員枠決定の基準に用いることは、より良い制度にすることに矛盾する。改悪とも言い得ると考えている。問題がある制度下の実績を参考にすると、更に問題を増幅することは論を待たない。種々の制度はあくまで医学教育の質を考えて検討すべきである。

最後に、臨床研修制度で東京も含めた地域医療崩壊や診療科の偏在問題の顕在化は、明らかに、医師不足、低医療費策の結果による失政である。早急に現存の大学医学部学生定員を増加し、合わせて教官定員増、高等教育費増および医療費増を施行しなければ根本的解決にならないことを強調する。

「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

全国保健所長会

1（3）地域医療の研修

- 地域医療の研修は、十分な指導體制の下で、患者が営む日常生活や居住する地域の特性に則した医療（在宅医療を含む）について理解し、実践するという趣旨であり、へき地・離島診療所、中小病院、診療所等において行う。

この下線部を「地域保健・医療」及び「へき地・離島診療所、中小病院、診療所、保健所等において行う。」に修正することを求めます。

医師法第1条「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康的な生活を確保する」という医師の任務は、現状の卒前教育や地域医療の現場だけでは学ぶことはできません。本来、「地域保健・医療」研修を必修科目とすることによって、実地訓練を中心に一貫した計画性のある成人教育を行い、全人的に診療できる基本的能力を習得させるねらいがあったはずです。研修医が病院内にとどまらず、視野を地域に広げて患者を診ることができる能力を得ることができるよう、公衆衛生の第一線で活動している保健所では、多大な時間と労力を投入して地域保健研修を実施してきました。また、平成20年度地域保健総合推進事業「医師臨床研修「地域保健・医療」の成果と課題に関する研究」におけるアンケート調査においては、保健所として研修の継続を希望している状況に加えて、研修病院からは保健所での研修に大きな期待が寄せられ、研修医からも高い評価を得ていることがわかりました。

地域医療の担い手不足という大きな問題への対応も必要であると考えますが、これまでの地域保健・医療研修5年間の評価も行うことなく、地域保健研修が必修科目はおろか選択必修科目にも残ることがないのであれば、医師臨床研修の基本理念から考えて後退であり、長期的な展望を欠いていると言わざるを得ません。

全国保健所長会 会長 澁谷いづみ

事務局：王

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16日木曜日 14:24
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): 社団法人日本麻酔科学会

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: 臨床研修の見直し(案)について

ご意見:

今回厚生労働省から、臨床研修の見直し(案)が提示された。日本麻酔科学会理事会では、この案に対して下記の意見を提出する。

1. 「基本的な考え方」に関しては賛同。
2. 「臨床研修を行う分野」に関して
 - ・麻酔科を選択必修科目とすることには賛同。
 - ・「救急部門研修期間中に二次救命処置に必須となる気管挿管実習を含む基本的な全身管理能力の習得を麻酔科専門医の指導により行う」、という追記を提案。

現在の卒後臨床研修制度において麻酔科は救急部門の一部と位置づけられております。しかし、見直し(案)では、救急の一部門ではなく選択必修科目として指定されております。この位置づけに関しては賛同いたします。

麻酔科研修で得られる能力の核心部分は、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の根幹である呼吸・循環・内分泌系の変化等の状況把握、生体への有害反応や自律神経系の反応とそれらに必要なモニターの判読、輸液の質と量の選択や昇圧薬・血管拡張薬の使用をはじめとするリアルタイムでの対処方法、などです。

これら全身管理能力獲得は、日々さまざまな病態を有する手術患者に携わる麻酔科研修を選択することによって可能と考えます。人形等を用いたシミュレーションは救急部門でも可能ですが、救急部門で二次救命処置に必須となる技能(気管挿管、人工呼吸、薬剤投与等)の实地研修が出来るのかどうか、非常に危惧いたします。それは、一刻を争う救急部門で、救命処置が必要な患者に対して気管挿管、人工呼吸といった研修を行うことは不可能だと考えるからです。二次救命処置に必要な技能の实地研修は手術室において麻酔科専門医が指導する体制でのみ研修できると考えます。

そこで、「救急部門研修期間中に二次救命処置に必須となる気管挿管実習を含む基本的な全身管理能力の習得を麻酔科専門医の指導により行うことが望ましい」という追記を提案します。

臨床研修の見直し（案）についての意見書

臨床研修病院の指定基準について

各臨床研修指定病院は自院の研修教育の質を維持・向上させる義務を負う。それに対して、ここに示された基準は最低限のものであって、より高いレベルの教育を実施している病院に対する評価及び配慮は全く無い。

このことは研修医募集定員の制限と共に、より良い教育を提供しようと努力している病院の意欲を著しく削ぐこととなる。

研修医の募集定員について

各病院の募集定員は自院の症例数や研修指導體制の充実度を勘案して設定されており、採用実績は研修医自身がそれらを判断してのものと考えられる。

そこに地域格差が存在するならば、採用実績の低い病院及び地域に対して、今後の努力による教育体制の改善をこそ指導すべきものであって、採用実績の高い地域の研修医数を制限して調整することは本末転倒である。

研修医の地域的な適正配置とは、地方の医師不足を研修医不足と混同した考えに基づくものであり、医師不足すなわち指導医不足の地域ないし病院に研修医を誘導することを意味し、彼らのより良い教育を受ける権利を奪うことに他ならない。医師不足の地方において本当に必要なのは臨床経験の豊かな医師であって、未熟な研修医を十分な指導體制さえ取れない場所に追いやることで解決できる問題ではない。

よしんば、現在の研修医の採用実績が教育のレベルを必ずしも反映しておらず、不当に低く評価されている地域、病院が多く存在し、何らかの適正配置を行う必要があるとしても、教育のレベル評価を行った上で緩徐に調整を図るべきものと考ええる。

また、その場合医師派遣の有無と研修医教育は何ら関係のない事柄であり、撤廃すべき調整基準であると考ええる。それよりも、現在の各地域の人口当たりの医師数による調整を現行の基準に加えることを要望する。

同様に、都道府県内の各病院の募集定員を一律に削減することは、研修医により良い教育を提供しようとする病院の意欲を削ぐことから、たとえ募集定員の削減を図る場合でも、それぞれの地域において何らかの調整を行うことを許可して頂きたい。

たとえば、愛知県においては平成20年度の研修医募集数は707名、採用実績446名であるが、今回の見直しによる人口割合による配分と離島人口加算から次年度の募集定員の上限は448名とされる。707名から448名への募集定員の削減は単純に考えれば、各臨床研修指定病院の定員枠を一律37%減少させることと等しい。各病院の募集定員を強制的に何割も減らされることは、これまで研修教育の環境整備に注力して来た病院が大きな影響をこうむることとなる。元々、大都市圏である名古屋市を含む愛知県の救急不応需率が全国的に見ても極めて低い理由は、

35年以上前から各病院が救急医療の実践を屋根瓦方式による研修教育の中心と位置付けてきたことによるものである。よって、研修医の採用数を減らされた病院では救急部門の実質的な縮小が起こり、地域の救急医療の崩壊を引き起こす危険性がある。

まとめ

今回の臨床研修見直し（案）は、元々地域及び診療科における医師の偏在、不足への対応策として提案されたものであって、「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」という医師臨床研修制度の基本的理念とは相反するものである。しかも、従来の制度の効果検証も十分に行わず、研修医たちの意向を全く無視し、彼らのより良い教育を受ける権利を妨げるとともに、各臨床研修指定病院の卒後教育のレベル向上に対する情熱を著しく阻害するものとする。更に、研修教育の中心に救急医療の現場を充ててきた病院においては、不当な定員の削減によって救急医療を縮小ないし中止せざるを得ず、地域の救急医療を崩壊させる危険性さえはらんでいる。以上のことから、この見直し（案）に対して全面的に反対の意を表明するとともに、今回の見直し（案）の完全な凍結を要望する。

平成21年4月16日

社団法人 愛知県病院協会
会長 稲垣 春夫

<事務局>

[Redacted]

[Redacted]

t e l [Redacted]

f a x [Redacted]

e-mail [Redacted]

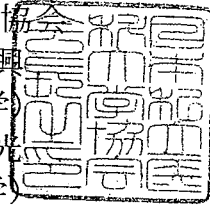
URL [Redacted]



平成21年4月17日

厚生労働大臣
舛添要一 殿

社団法人 日本私立医科大学協会
 会長 小川秀興
 (順天堂大学)
 副会長 吉岡博光
 (東京女子医科大学)
 副会長 栗原敏
 (東京慈恵会医科大学)
 副会長 吉村博邦
 (北里大学)
 岩手医科大学
 日本医科大学
 日本医科大学
 東京医科大学
 慶応義塾大学
 昭和医科大学
 大阪医科大学
 久留米大学
 杏林医科大学
 川崎医科大学
 聖マリアンナ医科大学
 帝京大学
 藤田保健衛生大学
 兵庫医科大学
 愛知医科大学
 福岡医科大学
 自治医科大学
 埼玉医科大学
 金沢医科大学
 獨協医科大学
 近畿医科大学
 東産業医科大学



小片赫伊小伊末小山國永長川明冲野波加瓦高濱山寺塩猪和
 川山 藤山東松口下澤田澤崎石永村田藤林久口下野崎口田
 彰一郎博彌洋誠司夫雄生彦治也子英一夫古磨彦一彰均樹攻
 容彰元信 勝敏隆見俊誠勝寛隆壽延達史勝公 貞
 比

厚生労働省「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」に関する日本私立医科大学協会としての意見（要望）

臨床研修制度のあり方が検討されている中で、上記の厚生労働省の案について日本私立医科大学協会は29加盟大学に対して意見を求めたところ、加盟大学の一部から意見が寄せられておりますので、とりまとめて要望を提出いたします。

大学附属病院（本院及びいわゆる分院を含めて）には医師を関連病院等に派遣することが期待されており、また、多くの私立医科大学は、医療過疎地域（千葉県、茨城県、神奈川県、埼玉県、静岡県、三重県、奈良県、愛知県等）へ分院を開設し、地域拠点病院として地域医療に貢献するとともに、また研修医の修練の場としての研修病院として、重要な役割を果たしております。このような状況に鑑み、各大学附属病院において現状の研修医の募集定員数を下回らないように、研修医の定員数について十分考慮されるよう要望します。

新臨床研修プログラムのもとで基本的診療能力を涵養し、それに続いて各科の専門医を育成する専門修得プログラムを実践する上でも、大学附属病院にはその役割を果たす環境が十分に整備されていると考えられますので、大学附属病院の研修医数については重ねてご考慮をお願いいたします。

また、研修プログラムの到達目標と評価方法は、新研修プログラムの目的を達成するための重要な条件と考えられますので、到達目標と評価方法について、弾力化された新研修プログラムの主旨が十分に反映されますようご考慮のほどお願いいたします。

なお、加盟大学からの意見を添付いたします。

→添付

今後の臨床研修制度に対する日本小児科学会の意見

日本小児科学会からの要望

1. 医師臨床研修制度の基本理念に照らし、すべての研修医が小児科を「必修科目」として研修すること、また、将来小児科医を志望する研修医には3か月以上の研修期間を義務づけることを要望します。
2. 臨床研修制度のあり方等に関する検討会において、小児と女性のための医療を代弁する委員が含まれないことは社会的公平性を欠いており、是正を求めます。
3. 臨床研修病院における研修医の募集定員について。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を設けた臨床研修病院において、当該プログラムの定員に応募数が満たなかった場合であっても、臨床研修病院全体としては他の研修プログラムに振り替えて定員が確保できるような、柔軟な措置を講じていただくことを希望します。

1. 平成16年度に義務化された医師の臨床研修制度の基本理念には「プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」が掲げられ、研修医が小児医療を経験することはこの理念に基づく重要な研修項目であります。しかるに、今後の臨床研修制度として提示された案は、一部の研修医が小児医療に触れる機会を奪うものです。子どもを診ることをまったく経験しない医師が多数生まれることとなります。この案はまた、研修医が将来小児科医を志すきっかけとなる経験をも奪ってしまいかねません。

2. 卒後初期臨床研修制度の必修化は、医師の地域偏在、特定の診療科の医師不足を顕在化、加速させるきっかけとなり、こと周産期医療、小児医療に関しては「医療崩壊」が現実のものになりました。このような現状において、臨床研修制度見直しを目的とした検討会の委員に女性や小児のための医療の代弁者が含まれていないことに対して、日本小児科学会は強く抗議いたします。

3. 新しい臨床研修制度案では、研修医の募集定員が一定数以上の臨床研修病院は、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を設けることが示されています。このような研修プログラムに定員を設けて募集したとしても、必ずしも定員が満たされるとはかぎりません。この場合、臨床研修病院全体としては定員割れとなってしまうおそれがあります。また、定員割れをおそれて新たな研修プログラムを設けることに躊躇せざるをえない施設もあります。したがって、小児科医または産科医希望者のための研修プログラムが定員に満たない場合でも、他の研修プログラムへの応募者を合わせて臨床研修病院全体の定員が確保できるような柔軟性のある措置を講じていただくことを希望します。

「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」への意見書

北海道医学生の会
平成21年4月17日

地域医療は各地域によってその実情は様々で、住民の医療ニーズも多様化していますが、困った時により医療を受けたいという地域住民の思いは今も昔も変わりありません。また、私達医学生も各自が目指す医師像を心に描き、早く一人前の医師になってそれぞれの地域で貢献したいと考えています。本来、地域住民と医師・医学生は、各地域及び自己の多様性に合った高い質の医療を目指して共に歩いていく存在です。しかしその医療の質を下げ、多様性をなくし、地域医療を再生不能なまでに破壊するのが今回の臨床研修制度改定ではないでしょうか。

今回の臨床研修制度改定は大きく 1)研修プログラムについて 2)臨床研修病院の指定基準に関して 3)研修医の募集定員について の3つの論点が挙げられると思われます。以下において、本改定の問題点について述べていきます。

1)研修プログラムについて

達成目標があるにもかかわらず、内容・期間にも規制をかけ学習をプロセスによって規定することは、多様性のある医師を生み出すことを阻害します。医師の Quality コントロールをするのであれば、研修期間によってではなく、目標達成度の評価によってなされるのが最も効果的であることは、世の中の他のどの事例をとっても明らかではないでしょうか。例えば大学入試においては、予備校でもう1年勉強したからではなく、数学を〇時間勉強したからでもなく、試験の点数によって評価されます。野球選手の評価は練習時間によってではなくシーズンの成績によります。これらのことから、目標達成さえ担保されれば、そこにいたる経路は各地域、病院の自主性にまかせ経路を複線化することが、特色ある研修プログラムを生み多様な医師養成につながることは明らかです。

またそもそも達成目標を厚生労働省が定めた全国均一のものである必要性は全くありません。現行および改定案の達成目標においてはプライマリケア能力の習得が最重要視されていますが、すべての研修医がプライマリケア能力を最重要視しなければいけないなどということは現実的でしょうか。初期臨床研修制度はプライマリケアもできる専門医を目指して作られた制度であったのだと思います。誰もが目指すべき医者としての在り方として、またプライマリケアと専門性の確立は両立できる存在として卒後臨床研修が必修化されたのだと思います。しかし多様化した社会において目指すべき医者としての在り方は一つではありえないこと、両立は誰もができるものではないことが、次第に明らかになってきました。

その例の一つとして外科系学会入会者数の大幅な減少があげられます。臨床研修制度必修化により外科系学会 1)の入会者数は 3715 人から 2781 人と大幅に減少しました。プライマリケア最重要視を強制した結果、外科系を志す医師の減少が見られたと思われます。もはや、患者さんにとって最後の砦である外科手術は危機的状況にあるのではないのでしょうか。いわば、患者さんの命を救う医療が臨床研修制度により提供できなくなっているのです。

全国均一な達成目標を設定するのではなく、各病院が特色あるプログラムとそれに応じた達成目標を設定、公開し医学生を選択を受けようとするすることで、教育プログラムは競争的環境におかれ、多様な医師の養成が可能になると共に、教育の質すなわち医療の質の全体的な底上げにつながるのです。

以上より、私達は

①年限での研修内容の制限を撤廃すること

②達成目標の設定を各病院に任せること

③各病院の教育プログラムの徹底した情報公開

こそ質が高く多様なニーズに対応できる医師を養成することにつながると考えます。

2)臨床研修病院の指定基準に関して

臨床研修指定病院を厚生労働省が決める必要はありません。目標達成さえ担保されれば、研修病院の指定をせず自由度を認め各病院の創意工夫を引き出す方が多様な医師を養成することができます。繰り返しになりますが、その際にもっとも重要になるのは入院患者数、指導医の数、指導システムや近隣医療機関との提携などの徹底した情報公開を行い、医学生が正しい情報を得て選択ができるような環境を整備することです。

また、他職種と同様に医師の成長過程においても横(同期)の連帯と縦(先輩後輩関係)の連帯は非常に重要です。臨床研修病院という空間の中で、多くの出会いがあればある程、確率的に連帯が強まる機会が高まります。しかし臨床研修導入以後、500床未満の小規模病院で研修する医師は 870 人から 1807 人に増加しており、医師数の少ない病院で研修する医師が増えました。質的に適切な教育が行われているかは別問題であるにしても、先輩・同輩の医師の少ない小規模病院では縦横の連帯が量的に乏しくなりました。縦横の連帯が乏しくなると、専門家同士のピアレビューによる質の向上が失われると共に、医師コミュニティによる医師の地域での循環が失われます。

以上より、私達は臨床指定病院認定制度の廃止と共に、各病院の教育プログラムの情報公開をすすめ医学生が自由選択できる環境を整えること、ある程度以上の大きさをもった縦横の連帯をもつ医師コミュニティを涵養する体制の構築を提案します。

3) 研修医の募集定員について

地域医療崩壊に対する施策として「都道府県ごとの募集定員上限を定める」ことが提案されていますが、この案が導入されると今度こそ地域医療が再生不能なまでに破壊される危険性があるのではないのでしょうか。

第一の理由は、「都道府県ごとの募集定員上限を定める」ことが全国的に医療の質を低下させる危険性です。現在は少ない研修医の数(8543人)に対して多くの研修施設(募集定員合計11563人)が研修プログラムの魅力をアピールしていますが、上案導入によって各病院は努力なしに研修医を獲得できるようになり、教育に対する競争的環境が失われる結果、上案導入後に輩出された医師の質は低下しそのつけは地域住民におしつけられるのです。

第二の理由は、上案が地域医療を研修医だけで支えることを求めているという脆弱性です。上級医の十分なバックアップが必要な研修医だけで地域医療を支えることなど到底不可能であるのは明らかです。

上案導入によって希望していた研修先に行けなくなる事例が増加し、例えば自分の希望とは異なる研修先を選ばざるを得なかった研修医が、2年間の研修後に元々自分が行きたかった場所に行こうと考えるのは極めて自然な流れではないのでしょうか。よってせつかく来た研修医も2年後には多かれ少なかれ地域を離れます。

もちろん、異動した医師の後任がくることはこの臨床研修制度ではまったく保障していません。むしろ、研修医の可能性を奪い大学病院から研修医を引き剥がし地域への医師供給機能を崩壊させてきた一面もあるということが臨床研修制度に対する批判として言われてもきました。しかし、そのような反論に答えることなく、大学病院にかわる新しい地域の医師循環のシステムが必要ですがいまだ構築されていないままでの、今回の改定です。

一番新しい世の中のパラダイムをリードするといつて過言ではない EU 憲法は、公を担う官・国でない中間集団 2)を憲法上位置づけており、それにより社会のガバナンスを作っていくという動きがあり「補完性の原理」3)とよばれています。地域医療再生には地域に密着したコミュニティによる個別的できめ細かな医師循環が必要であり、国家が画的に介入できる問題ではありません。

以上の理由により、医療の質を下げ、多様性をなくし、地域医療を再生不能なまでに破壊する今回の臨床研修制度改定に強く反対します。

- 1) 日本外科学会、日本産科婦人科学会、日本皮膚科学会、日本整形外科学会、日本眼科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本泌尿器科学会、日本脳神経外科学会
- 2) 市民団体、宗教団体、労働団体など
- 3) 2001年の「京都新世紀市政改革大綱」においては「自立した市民を基本に、市民の自助・共助で解決できる問題は市民の自主的・自発的活動で解決し、それが不可能な場合に民間

非営利団体（NPO）や企業が行う。それでも困難な場合のみ公助として自治体、国が順に補完・支援を行っていくという考え方」と説明されている。

臨床研修制度改定に関する署名のお願い

平成 21 年 3 月 25 日

医師のキャリアパスを考える医学生の会

厚生労働省が予定している臨床研修制度改定について、この問題について広くご理解を頂きたく存じます。私達の考えにご賛同いただける方は、[こちら](#)から署名をお願いいたします。

厚生労働省は、3 月 19 日から 4 月 17 日までパブリックコメント(*)を募集しています。私たちは、以下を厚生労働省のパブリックコメント、舛添要一厚生労働大臣、超党派議連「医療現場の危機打開と再建をめざす国会議員連盟」等に提出したいと考えています。何卒ご協力よろしくお願い申し上げます。

提言

私たちは、一日も早く地域医療や専門医療を支えられる医師になりたいと願っています。そのために必要なものの1つは教育環境の充実です。医師の教育の目的はそれぞれの地域で医療を支える人材を育てることであるはずですが、したがって、医師の教育制度の充実は、地域医療の充実につながると考えられます。だからこそ、現在、検討が進められている臨床研修制度について、もう一度、どのような制度であるべきかを考える必要があると私たちは思います。

そもそも医師は職人的な側面が強く、科学的な知識だけではなく、技術の伝承、チームの連携が必要です。そのためには、先輩・後輩・同僚などの医師たちとの信頼関係を築くことのできる教育環境の充実が必要であり、この充実こそが、未来の安心・安全の医療を実現する力となりえると思われれます。具体的には、次のような要素を兼ね備えたものと私たちは考えます。

- 1 かなり多くの医師が、地域を循環する中で、ある時期集中的に「同じ釜の飯を食う」環境にいること
- 2 トップが中堅医師を教え、中堅医師が 2 年目医師を教え、2 年目医師が 1 年目医師を教え、1 年目医師が医学生を教えるといったような、何世代にも渡り命を支える連なりができていくこと

これは、厚生労働省が推奨している「屋根瓦方式」(*)そのものです。若い時代からの「屋根瓦方式」における人間同士の信頼関係があつて初めて、様々な病院を循環しながら、地域医療を支えていくために学び続けることができるのではないのでしょうか。

技術を先輩の動きから、心構えを先輩の背中から学び、同じ釜の飯を食った大勢の先輩や仲間と一生続く強い信頼関係で結ばれ、お互いを尊敬し、意見を交換し、お互いをチェックしあうこと

により、高めあうことができるのではないのでしょうか。

ところがこのような「屋根瓦方式」を、現状ですら維持することができなくなり、患者の生命にかかわる高度医療を担う外科系を選ぶ医師が減ってしまったことが下記のグラフからも想起されます。(グラフ参照)

以上の点に鑑み、厚生労働省が示している臨床研修制度改定について、私たちは次のように考えております。

1 プログラムについて

全員が身につけるべきという到達目標が厚生労働省によって詳細に設定(*3)されています。その到達目標を達成するためにベストと考えられるプログラムは、地域ごとの住民と医師との関わり方、医師コミュニティのあり方等によって変わります。従って、厚生労働省が必修科目やその研修期間を一律に決めるのではなく、医療機関自身がその地域の実情を勘案して作成するべきであると考えられます。医療機関が作成したプログラムについて自ら徹底した情報公開を行うことで、地域住民の納得のもと臨床研修を実現でき、住民と医師との信頼関係も保てるのではないのでしょうか。

2 臨床研修病院の指定基準について

臨床研修病院は、研修医が研修をおこなうに際しての十全な教育環境を整えていることが前提です。その際、厚生労働省も述べているとおり「屋根瓦方式」で信頼関係を構築できているかという点が重要ですが、これは一概に医師数だけでは評価できない側面もあります。そこで厚生労働省が画一的な基準を押しつけるのではなく、徹底した情報開示によって住民や医学生による十分なコミュニケーションを経ることで、地域の実情に即した医療、つまり住民にとっても医師・医学生にとっても望ましい医療が実現できるのではないのでしょうか。

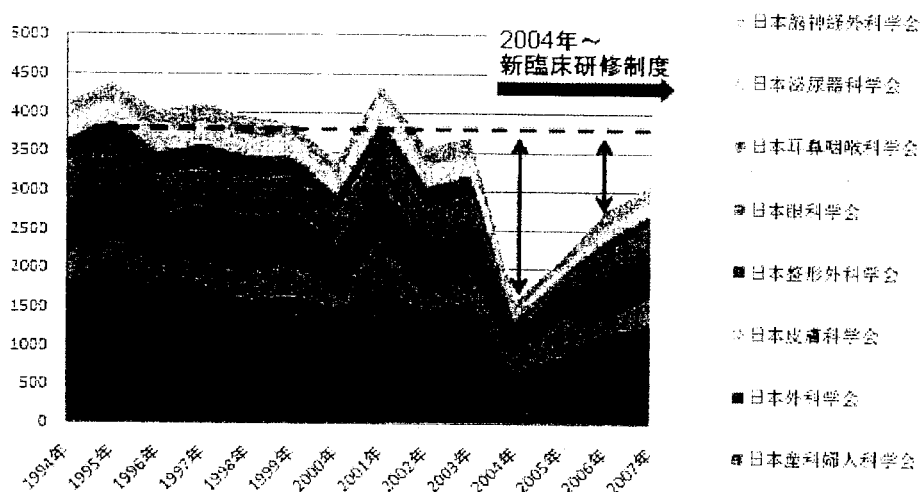
3 研修医の募集定員について

厚生労働省のアンケート(*4)によると、「初期研修を行う(行った)病院を選んだ理由」という問いに対し、医学生の52.7%が「初期研修のプログラムが充実」、37.4%が「指導体制が充実」と答えています。このように、臨床研修病院を選ぶ決め手となるのは、研修プログラム・教育環境です。臨床研修病院は医学生によって選択を通じた評価を毎年受けていました。よって、研修医を確保するために各医療機関が研修プログラムの改善、教育環境の整備を行ってきました。

しかし、今回の改定のように、全体の募集定員を減らし、それに基づいて都道府県別の募集定員と病院別の募集定員を設定すると、これまで教育に力を注いでいたことが評価されて研修医が集まっていた病院の定員も減らされ、より良い研修を受けられる研修医の数が減ってしまうでしょう。また、医療機関が努力せずとも研修医を確保することが可能となり、良い教育環境を整える努力をしない研修病院が出てくるのが懸念されます。その結果、医師の質の低下がおき、ひいて

は日本全体における医療の質の低下につながる危険を孕んでいます。いわば、安心・安全の医療を崩壊させることにつながるといっても過言ではありません。各医療機関が教育環境等を考慮した上で、住民の納得のもと自律的に研修医の数を決めて募集し、研修病院同士切磋琢磨していくのが健全ではないでしょうか。

外科系新規入会者数



厚生省「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会
平成20年7月30日 厚生省提出資料より作成
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0730-22b.pdf>

*1: 臨床研修制度改定に関するパブリックコメント

<http://search.e-gov.go.jp/servlet/Public?CLASSNAME=Pcm1010&BID=495080601&OBJCD=100495&GROUP=>

*2: 平成 15 年 6 月 12 日医政発 0612004 医政局長通知

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818.html>

*3: 臨床研修の到達目標

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818b.html>

*4: 厚生労働省「臨床研修に関するアンケート調査について

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1217-11a.pdf>

臨床研修制度見直し（案）について

茨城県民主医療機関連合会 事務局

臨床研修制度見直し（案）は以下の点で見直しが必要であると考えます。

- ① 初期臨床研修制度が開始されたのは、基本的臨床研修能力を身に付け幅広い視点で患者さんを診ることのできる医師を養成することを目標としてあったはずですが、この目標に対する評価がされないまま、今回の見直しで研修期間を1年にするのは反対です。1年では十分な研修内容が保障されないとおもいます。
- ② 「臨床研修制度が始まってから大学に医者がいなくなり医局から派遣される医師が減り、地域の病院の医師不足を招いた」のではなく、根本的に医師数が不足していると思います。安全な医療を行う為に、医師数を増やす必要があるとおもいます。
- ③ 「年間入院患者数 3000人以上」の臨床研修病院の指定基準は、これまで研修医を受け入れてきた中小病院が排除されることとなります。
多様な患者がくる中小病院の研修は、総合的な診断能力が身に付けられ、地域に密着しプライマリケアが学べ「大病院でなければ研修できない」という変更内容の根拠がわかりません。
そもそも総合的な診断能力を養うために臨床研修制度を作ったはずですが、大学病院の研修だけでは、地域医療を支える医師養成になりません。
- ④ 今回の臨床研修「見直し案」では、大学や大病院に研修医が集中し地方には研修医が来集まらなくなり地方の医療崩壊が加速します。
研修募集定数の上限設定は、県内の募集定数の合計が上限を超えた場合、各病院の定数が削減されることになり、医師確保がさらに困難になります。

以上

神病協発第53号

平成21年4月17日

厚生労働大臣 舩添要一 殿

社団法人神奈川県病院協会

会長 渡邊史朗

「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」への意見について

医師臨床研修制度が発足した経緯には、大学医局を中心に行われていた研修制度が専門医養成に偏り、基本的診療能力や全人的医療の素養に乏しい医師が多くなっていったことへの反省があり、あわせて十分な身分と経済的保障を行って国民の要望にかなう総合性を持った医師を育成しようという基本理念が存在した。

その後、急速に進行した医師不足や医療崩壊の主因がこの研修制度にあるかのごとく言われ、現場で働く研修医や指導医の意見、医療を受ける患者側の意見などを含めた研修制度の十分な検証の上に立った見直しではなく、医師不足との関連で主に大学病院の医師派遣機能を再構築する観点からの制度の見直しに偏った感が否めないのは残念といわねばならない。

四病院団体協議会の見解のとおり、神奈川県病院協会も医療崩壊の真の原因は医療費抑制政策と医師養成の抑制を続けてきたための医師絶対数の不足にあり、医師臨床研修制度はその極限にあった状況の引き金になったに過ぎないと考える。

こうした基本的見地に立って、今回の見直しについて意見を申し上げます。

1. 研修プログラムの弾力化について

臨床研修では良い臨床医を養成することが目的であり、基本的診療能力を身につける達成目標が定められている。これまでの実績で基本的診療能力の達成は証明されてきているが、この目標達成には2年間の研修期間と従来の必修プログラムが必要であり、1年間で専門科目へ進むことには基本的には反対である。

もし仮にも、研修プログラムの弾力化によって基礎的臨床教育の期間を短縮化してより高度な専門性を身につける研修を早める方向性を示すのであれば、医学部の卒前教育のあり方を見直すことと連動しなければ対応は不十分となる。この点では、時間をかけて整合性のある見直しとするよう要望する。

2. 臨床研修病院の指定基準について

臨床研修病院に一定の基準があるべきことはもつともであるが、「年間入院患者数 3000 人以上」の条件は研修病院を大学病院や大病院中心に再編することにつながり、これまで当初目標の達成に寄与してきた中小病院を排除する結果となり反対である。大病院でなければよい研修ができないとする意見もあるが、中小の一般病院だからこそ指導医の目が届きやすく、継続性のある医療や全人的医療を学びやすいといった利点も大きい。本来的に大学病院と一般病院は良い臨床医の育成について競合する関係にはなく、医療を受ける人と研修医双方のニーズに対応すべく協力関係にあるものである。

良質な医療を継続的に提供するために、自ら地域医療に理解と熱意をもった医師を養成し、同時に病院診療の質を向上させてゆく地道な取り組みをしている中小の一般病院のみを臨床研修から排除しかねない「年間入院患者数 3000 人以上」の規定は、初期研修制度の当初目標とは明らかに逆行する内容である。

3 都道府県別に募集定員の上限を設けることについて

医師の地域的偏在の解消を目的とした研修医の募集定員の上限設定には、その有効性への疑問と都市部の研修システムや地域医療への影響の大きさからして手直しが必要である。

まず、医師の地域的偏在の原因は研修医の定員数に根本原因があるとは思われず、都道府県ごとの研修医定員の見直しによって解決を求めべきものではない。一方、今回の上限設定においては都市部の定員削減幅は過大である。たとえば、神奈川県では 20 年度採用実績と比べて 46 名の削減案となっているが、これを募集定員数との差で見ると 28%もの大きな削減となり、また削減される 5 都府県で見ても平均の削減幅は 25%以上である。これだけ大幅な定員数の削減は、指定基準の見直しによる研修病院の削減や、過去において定員を満たせなかった病院での定員数の削減によって行われると思われるが、制度発足以来指導医を育成し、プライマリーケアを研修医とともに実践してきた病院、特に中小の臨床研修病院に大きな影響を与えることになる。神奈川県では医師数が人口比で全国平均に比べて低く、県北部、県西部、三浦地域などでの医師不足が目立っており、診療科による医師の偏在も解消されていない。中小病院での臨床研修が困難となった場合には、県内都市部でも医師不足はより深刻化する可能性がある。

よって、臨床研修医の募集定員の設定、結果としての定員削減提案は、早急な手直しを強く要望する。

以上

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17日金曜日 23:59
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 諫早医師会

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:

われわれ諫早医師会は、臨床研修の見直し(案)に反対する。

そもそも医師の育成と、医師不足は、全く次元の異なる問題である。新臨床研修制度によって、医師不足が顕在化したとはいえ、医師不足の本質的理由は新臨床研修制度とは関係がない。

医師の診療科による偏在は、産科、救急医療、小児科などの領域の労働基準法違反の過酷な労働条件と医療紛争リスクの高さにあり、その責任は、これに対して適切な対応を怠り続けている行政にある。

これらの診療科において不足しているのは、中堅医師、指導医クラスの勤務医であり、指導医が足りないところに強制的に研修医を配置しても、中堅・指導医のさらなる疲弊を招きかねない。

医師の地域偏在の原因は、医師から見た各地域・格施設の魅力の乏しさにあるのであり、ここに医師を集めるためには、医師の強制配置ではなく何らかのインセンティブを提示すべきである。

いずれにしても医師不足の根源には長らく続けられている医療費の削減があることは明白である。医療費を増額して、医師の不足する領域と地域の医師の待遇改善をすることが、医師不足問題のもっとも本質的な解決方法であり、厚労省にはそのように努力していただきたい。

(FAX)

平成21年4月17日

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室 御中

社団法人宮崎県医師会

臨床研修の見直し(案)について

「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訂正(案)について」への意見募集について、下記の通り提出します。

記

2 臨床研修病院の指定基準について

(1) 臨床研修病院の指定基準

- 臨床研修病院は、以下の事項を満たすものとする。
- ② 年間入院患者が3,000人以上であること

年間入院患者が3,000人以上とあるが、当県の指定病院の中にはこの基準を満たすことが困難な病院もあり、指定病院の少ない地方の状況を考慮し、2,000人程度の入院患者に基準を緩和すべきである。

以上

連絡先

(社) 宮崎県医師会

TEL

FAX

（別紙）

「臨床研修の見直し（案）について」

1 地方の状況等を加味した各病院の募集定員

(1) 意見

地方に所在する病院の募集定員の設定にあたっては、単に直近の研修医受入実績のみを算定基礎とすることなく、臨床研修制度が開始された平成16年度前後の状況や地方の医師不足の状況等を加味して算定していただきたい。

(2) 理由

「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」による「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」においても、臨床研修制度導入以降の状況に関して、「都市部に多くの受入病院があることと相まって、研修医が研修後も含め都市部に集中する傾向が続いている。」としているとおり、当県でも臨床研修医数は年々減少する傾向にある。こうした中で、国が示しているように、「当該病院の過去数年間（例えば過去3年間）の研修医の受入実績の最大の数値」を算定基礎として募集定員を設定することになれば、当県の病院に関しては、既に臨床研修医が大幅に減少した後の数値が算定基礎とされ、多くの病院で募集定員が削減される事態が想定される。

そうした場合、たとえ都道府県別の募集定員の上限に余裕があっても、各病院の募集定員を積み上げた当県全体の募集定員は、医師派遣実績の加算数次第では、現在よりも減少する可能性がある。

今回の臨床研修制度の見直しの理由の一つは研修医の都市部への集中を是正することであると理解しており、見直しの結果、医師不足に直面している地方の病院における募集定員が削減され、今後臨床研修医の募集対策を充実強化しても、募集定員がネックとなり、十分な臨床研修医数を確保できないという事態が生じないようにする必要があると考える。

2 修学資金貸与医師及び自治医科大卒医師の研修枠を加味した関係病院の募集定員

(1) 意見

臨床研修病院の募集定員の設定にあたっては、修学資金貸与医師及び自治医科大卒医師の研修枠も勘案して算定していただきたい。

(2) 理由

当県の修学資金貸与医師（最大13名/年）については、平成22年度以降、順次臨床研修に従事する予定であり、マッチングの対象となるかどうかは不明であるが、いずれにしても県立病院群（管理型病院：県立大島病院）あるいは鹿児島大学病院のいずれかで臨床研修を行うこととしている。

また、当県では、マッチングの対象外である自治医科大卒医師については、県立病院群で臨床研修を行っている。

このため、「当該病院の過去数年間（例えば過去3年間）の研修医の受入実績の最大の数値」を算定基礎として募集定員を設定することになれば、修学資金貸与医師及び自治医科大卒医師が、県が指定した病院での臨床研修をできない事態が生じることが懸念されることから、何らかの対応が必要であると考えます。

団体名 鹿児島県

所在地 

「臨床研修制度の見直し」に係る要望

本県は、南北600kmにわたる広大な県域の中で、28の有人離島のうち15が無医島となっているなど、医療提供体制が脆弱な多くの離島・へき地を有することから、当該地域の医療の維持・確保を図ることが、県政の重要な課題となっております。

これまで、本県の離島・へき地においては、現行の臨床研修制度のもとでの臨床研修医の研修や医師の派遣等により、当該地域における医療提供体制の維持・確保がなされているところです。

しかしながら、現在、臨床研修制度の見直し案として提示されている臨床研修病院指定基準の変更によって、県内の一部の臨床研修病院が指定要件に該当しないことになり、その結果、現在の本県の離島・へき地における医療提供体制が維持・確保できなくなるおそれがあります。

つきましては、臨床研修制度の見直しに当たっては、以上のような本県の離島・へき地における医療提供体制の現状を十分御賢察の上、既存の臨床研修病院が臨床研修制度の見直し後も引き続き臨床研修病院として指定され、今後とも当該地域において、少なくとも現在の医療提供体制が維持できるよう、万全の配慮をお願いします。

平成21年4月16日

鹿児島県保健福祉部医療制度改革推進室長

臨床研修 について(kensyu)

差出人: [REDACTED]
送信日時: 2009年3月31日火曜日 16:13
宛先: 臨床研修 について(kensyu)
件名: FW: パブリックコメント(臨床研修の見直し(案)について)

-----Original Message-----

From: www-admin@mhlw.go.jp [mailto:www-admin@mhlw.go.jp] [REDACTED]
Sent: Monday, March 23, 2009 7:20 PM
To: [REDACTED]
Subject: 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): 長野県

〒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:

研修医の募集定員(案)に対する意見【長野県】

- ・研修医の募集定員(案)の試算にあたり、人口割合と面積あたり医師数を加味していただいたことは評価する。
- ・しかしながら、資料3の⑦で、「医学部定員割合と人口割合のいずれが多い方」を基準に考えると、大学が1つしかない県にとっては、不公平感が残る。
- ・大学病院の医師派遣機能が低下したとはいえ、依然として大学の果たしている役割が大きい中で、1大学しかない県においては、臨床研修病院も医師確保に貢献してきたことを考慮していただきたい。
- ・よって、「⑥採用実績を医学部定員割合で配分」に0.9を掛けるなどして、1大学しかない県に配慮をいただきたい。
- ・また、面積当たり医師数の平均が73.6となっているが、最小(北海道)の14.8に対し、100あるいは200を超える県があるように、偏在が大きい。
- ・よって、例えば、73.6未満の県には10%を加算、50.0未満には20%を加算、40.0未満の県には30%を加算、そして30.0未満には思い切って40%を加算するなど、配慮をいただきたい。

平成21年4月13日

厚生労働省医政局医事課 御中

臨床研修の見直し（案）について

標記の件について、下記のとおり意見を提出します。

記

1 都道府県募集定員の上限の考え方（案）について

「人口割合」に、「面積当たりの医師数」及び「離島人口」による加算をした数と、「医学部定員割合」の数とを比較し、多い数を上限とすることが適当と考える。

【理由】

(1) 今回の上限設定の基本的な考え方は、「地域の医療ニーズ」と「地域の医療提供体制」の両面の視点により成立していると思われる。

また、「面積当たりの医師数」及び「離島人口」による加算措置を講じているのは、へき地診療等、単純な人口割合では反映することができない地域の医療ニーズを補正するための措置と思慮される。

(2) だが、現在の試算のように「人口割合」と「医学部定員割合」の多い方の数を採用した上で、「面積当たりの医師数」及び「離島人口」による加算を行う算出方法では、「地域の医療提供体制」にも加算措置が講じられることになってしまい、本来の主旨にそぐわない部分があるように思われる。 【別添資料1】

(3) 上限設定に当たっては、研修医の採用実績の「人口割合」に「面積当たりの医師数」及び「離島人口」による加算を行った数（＝地域の医療ニーズ）と、「医学部定員割合」で配分した数（＝地域の医療提供体制）とを比較し、多い数を上限とすることが適当と考える。

なお、この考え方で試算した場合の方が、より一層、研修医の採用実績に近い数値（募集定員の空席がない数値）に導くことができる。 【別添資料2】

2 都道府県別の上限における加算措置の考え方について

加算措置を講じる観点として、「人口10万人対医師数」についても検討することが
適当と考える。

【理由】

- (1) 今回の都道府県別の上限の試算において、「人口割合の数」イコール「募集定員の
上限の数」となっているのは茨城県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県のみ
であるが、この5県とも、人口10万人当たりの病院勤務医師数が全国値(131.7人)を
下回っている状況にある。【別添資料3】
- (2) 「地域の医療ニーズ(人口割合)」及び「地域の医療提供体制(医学部定員割合)」
の考え方だけでは反映することができない「地域の医師不足の状況」といった観点か
らの補正措置(加算措置等)について、検討いただきたい。

3 臨床研修病院の指定基準について

年間入院患者数が3,000人を下回る病院であっても、個別具体的に考慮し、臨床
研修病院としての指定をするべきと考える。

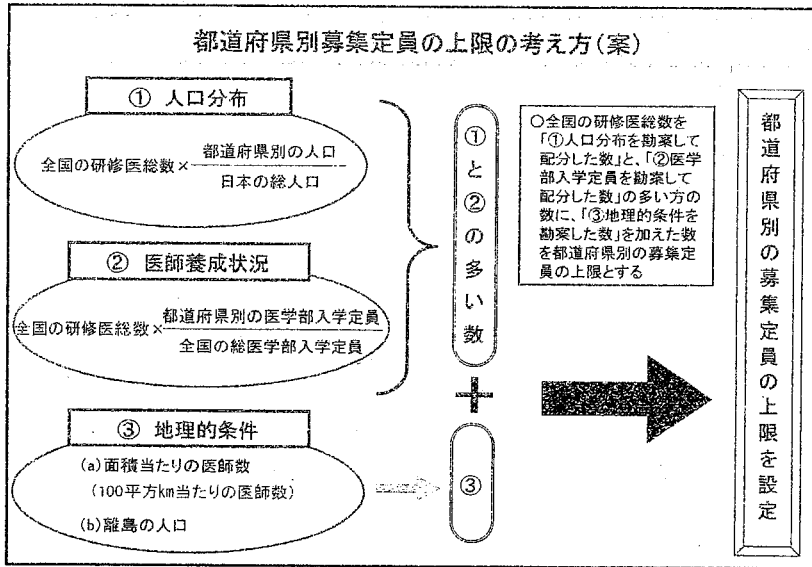
【理由】

- (1) 大規模病院においては、たとえ患者数が多くても、受け入れる研修医の数も多いた
め、必ずしも研修医1人当たりの症例数が多くなるとは言えない。
逆に、病床数が少ない小規模の病院においては、大規模病院とは違い、診療科ご
との垣根がないこと等から、総合的な診療技能を身につけられる総合医・家庭医の育成
に寄与しているところがあり、総合医療等を目指す研修医からのニーズもある。
- (2) 病床数が少ないため年間入院患者数が3,000人を下回る病院であっても、この
ような研修医の受入れや育成に実績のある病院については、個別・具体的に考慮し、
臨床研修病院の指定を行うべきである。

事務担当

TEL

FAX



○現在の都道府県別の募集定員上限の考え方は左記のとおりであるが、基本的な考え方として、①人口分布は「地域の医療ニーズ」を、②医師養成状況は「地域の医療提供体制」をと、両面の視点から成立しており、妥当な考え方と思われる。

※ 現在の考え方(案)

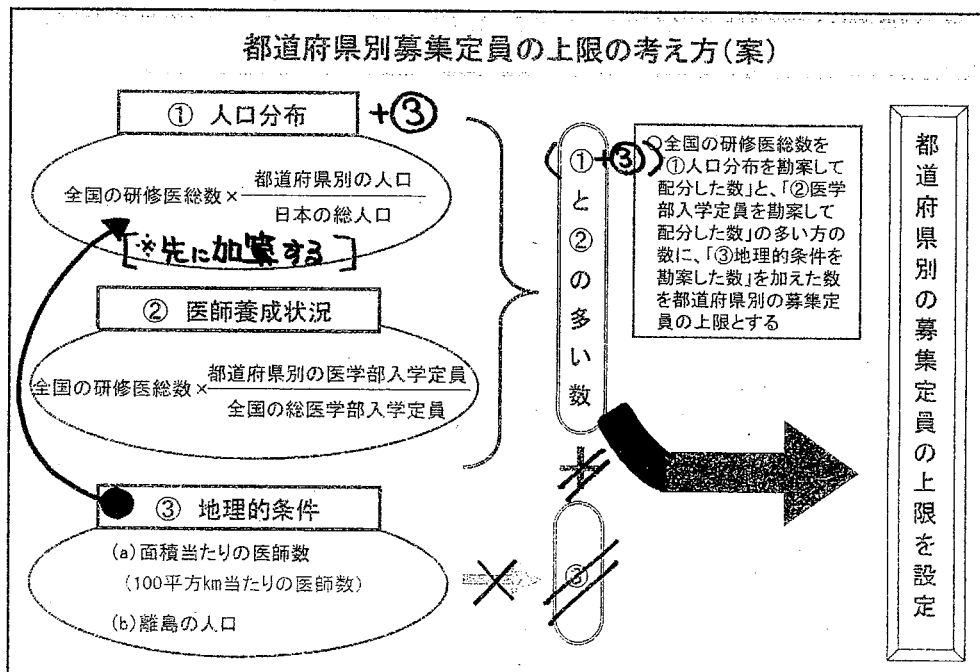
(①と②の多い数) + ③ = 都道府県の上限

○ただし、③の地理的条件は、地域の医療ニーズとして、単純な人口割合だけでは反映することができない部分を補うための手段であり、その考え方は妥当だが算定の手法が不適当だと思われる。

○算定手法は、次のようにすべきである。

<訂正意見>

(① + ③) と ② を比較し、多い数 = 都道府県の上限



※ 理由

現在の考え方(案)では、「②医師養成状況(=地域の医療提供体制)」にも加算措置が講じられてしまい、「③地理的条件(=地域の医療ニーズを補正し、細やかな対応をする)」といった主旨から、ズレが生じている。

研修医の募集定員に関する都道府県別の上限についての試算
 (「人口割り+加算措置」と「医学部定員割り」とを比較した場合)

(20年度研修医採用実績を用いた場合)

都道府県	120年度募集定員	220年度採用実績	都道府県人口割り								医学部定員割り		都道府県の上限(※1)と採用実績との差	採用実績との差	都道府県の上限と採用実績との差の割合(※1-2)	経過措置後の上限	採用実績との差(※1-2)	現在の厚生労働省試算	現在の試算との差
			3:19年総人口(万人)	5:採用実績を人口割合で配分	加算措置				加算措置後の人口割合配分	1121年度医学部定員	採用実績と医学部定員割合で配分								
					6:100km当りの医師数	7:面積当たりの医師数による加算	8:新島人口	9:地理人口による加算											
北海道	504	313	5,570	357	14.8	68	13,672	5	410	327	265	410	△94	97	410	67	410	9	
青森県	113	63	1,407	35	26.7	22			107	120	108	100	△8	45	106	45	106	▲22	
岩手県	112	66	1,364	83	16.8	20			103	110	99	102	△9	37	102	37	102	▲16	
宮城県	189	115	2,347	142	67.5		5,672	2	144	110	99	144	△45	29	144	29	144	0	
秋田県	133	63	1,121	68	19.6	21			89	115	104	104	△29	41	104	41	104	▲21	
山形県	112	60	1,198	73	26.3	22	298	1	96	120	108	102	△4	48	108	48	108	▲23	
福島県	144	76	2,067	123	27.7	26			151	100	90	125	△19	49	125	49	125	▲26	
茨城県	176	119	2,960	180	75.6				150	108	98	180	△4	61	180	61	180	0	
栃木県	174	126	2,014	122	64.4				122	223	201	201	△27	75	201	75	201	0	
群馬県	158	80	2,016	122	66.3				122	110	98	122	△36	42	122	42	122	0	
埼玉県	306	214	7,090	429	263.8				429	190	172	429	△23	215	429	215	429	0	
千葉県	400	283	6,098	369	157.4				369	110	99	369	△31	56	369	56	369	0	
東京都	1,582	1,336	12,758	772	163.70		26,830	15	787	1,411	1,274	1,274	△308	△64	4.8%	1,274	▲64	1,259	▲15
神奈川県	750	584	8,880	538	651.7				338	420	379	538	△212	△46	7.9%	538	▲46	538	0
新潟県	156	70	2,405	146	35.6	15	68,294	21	182	120	108	182	△26	112	182	112	182	0	
富山県	117	54	1,106	67	62.3	10			77	105	95	95	△22	41	95	41	105	▲10	
石川県	139	36	1,170	71	71.2		155	1	72	220	189	189	△60	113	189	113	200	▲11	
福井県	86	49	816	49	42.2	10			59	110	99	99	△13	50	99	50	108	▲10	
山梨県	89	51	877	53	39.2	11			64	120	108	108	△19	57	108	57	119	▲11	
長野県	264	106	2,160	132	32.1	14			146	110	99	146	△38	40	146	40	146	0	
岐阜県	170	95	2,104	127	35.7	13			140	100	90	140	△30	45	140	45	140	0	
静岡県	268	160	3,921	230	86.5		232	1	231	110	99	231	△37	71	231	71	231	0	
愛知県	707	446	7,360	446	271.9		4,807	2	442	415	375	449	△258	2	449	2	448	0	
三重県	154	75	1,676	114	60.4	12	5,301	2	128	120	106	128	△26	53	128	53	128	0	
滋賀県	108	85	1,366	85	70				85	110	99	99	△9	14	99	14	99	0	
京都府	353	274	2,625	160	167.3				160	210	190	190	△163	△84	30.7%	247	▲27	247	0
大阪府	880	613	9,812	533	1,163.30				533	510	461	533	△327	△80	13.1%	552	▲61	552	0
兵庫県	420	319	5,569	333	142.4		9,438	3	341	215	194	341	△79	22	341	22	341	0	
奈良県	130	78	1,410	85	79.8				85	105	95	95	△35	17	95	17	95	0	
和歌山県	109	74	1,019	62	56	9			71	95	86	86	△23	12	86	12	95	▲9	
鳥取県	70	30	600	36	48.4	9			45	90	51	51	△11	51	51	51	90	▲9	
島根県	95	37	761	44	28.9	19	28,809	18	79	105	94	95	△0	58	95	58	130	▲35	
岡山県	227	150	1,953	118	72.6		3,710	2	120	220	199	199	△28	49	199	49	201	▲2	
広島県	228	142	2,873	174	79.5		16,998	6	180	110	98	180	△48	36	180	36	180	0	
山口県	136	57	1,474	88	58.7	10	5,310	2	101	105	93	101	△35	44	101	44	107	▲6	
徳島県	84	49	800	45	56.7	10	337	1	59	105	95	95	△11	46	95	46	105	▲11	
香川県	100	64	1,066	61	134.9		8,462	4	65	105	95	95	△5	31	95	31	99	▲4	
愛媛県	127	68	1,452	88	59.9	10	18,101	6	104	105	95	104	△23	36	104	36	111	▲7	
高知県	86	38	782	47	30.6	10	332	1	58	105	99	95	△9	57	95	57	106	▲11	
福岡県	604	434	5,056	306	262.6		2,864	2	306	430	389	389	△216	△46	10.6%	381	▲43	381	0
佐賀県	77	58	859	52	85.2		2,400	2	54	109	90	90	△13	32	90	32	92	▲2	
長崎県	154	68	1,453	68	96.9		159,600	53	141	105	93	141	△13	73	141	73	148	▲7	
熊本県	154	98	1,828	111	62.6		4,323	2	113	110	99	113	△41	15	113	15	113	0	
大分県	110	54	1,263	73	43.8	10	5,554	3	86	105	95	95	△15	11	95	41	108	▲13	
宮崎県	70	45	1,140	69	32.1	10	1,368	1	80	105	93	95	△25	50	93	50	105	▲11	
鹿児島県	143	68	1,730	105	43.5	11	182,542	56	172	105	95	172	△29	104	172	104	172	0	
沖縄県	175	140	1,273	83	130.2		133,061	47	130	107	97	130	△45	△10	130	▲10	144	▲14	
計	11,563	7,735	127,711	7,735	73.6	372	765,430	257	8,566	7,735	9,604				9,682	1,846	9,979	▲296	

注) 本試算は、20年度研修医採用実績を用いたものであり、22年度の募集定員について算定する場合は、21年度採用実績を用いる必要がある

*1 100平方km当たりの医師数が60.7未満の県には10%加算、30未満の道県には20%加算
 (東京都及び大阪府を除く全国の100平方km当たりの平均医師数が60.7)

*2 新島人口×調整係数5÷都道府県全体の人口

*3 ③は各都道府県内の病院が今後希望する募集定員の合計を、20年度研修医採用実績に等しいと仮定して、試算したものである

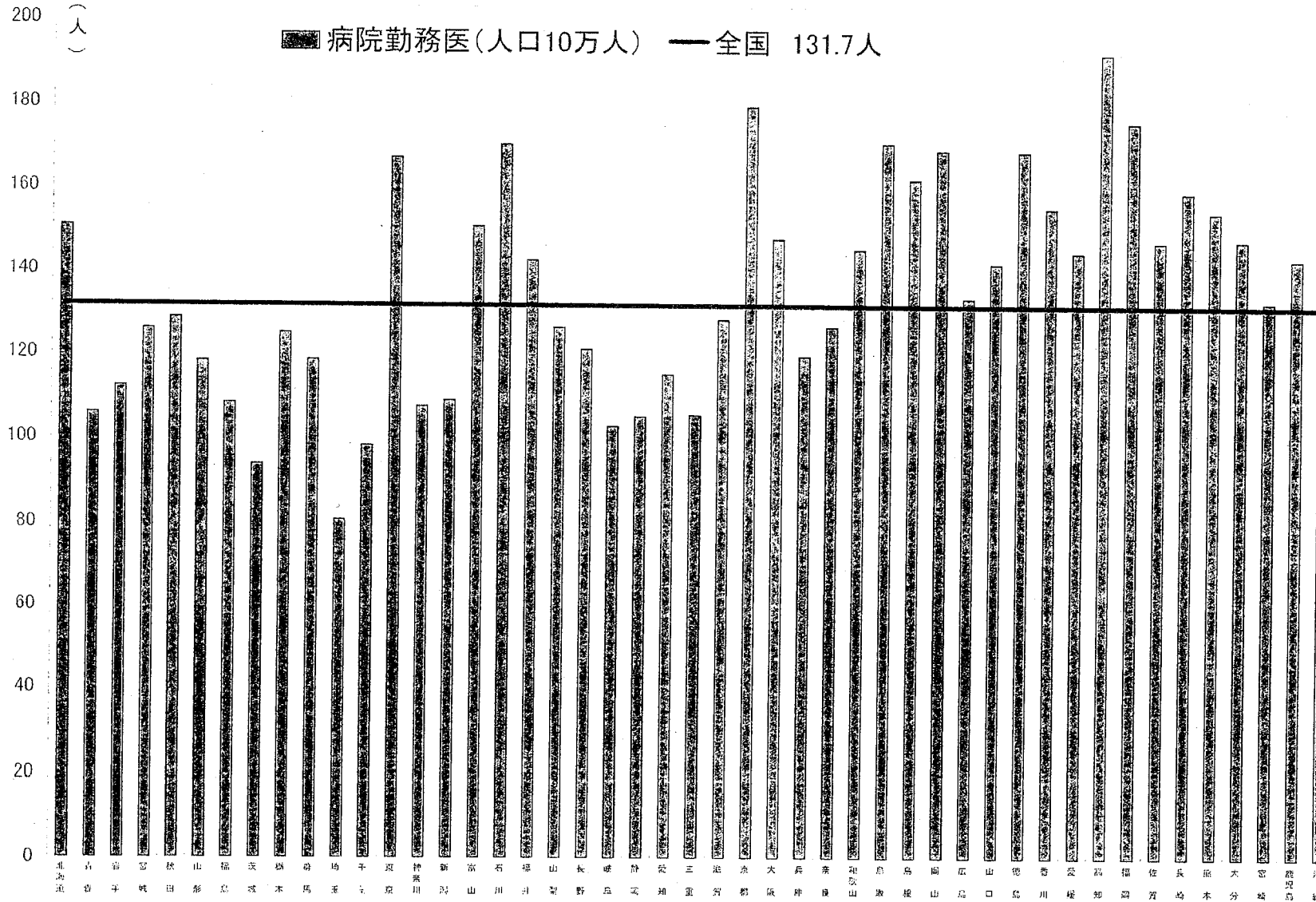
*4 ④の減少の程度が10%を超える場合、経過措置として、各都道府県内の病院が希望する募集定員の合計(この場合、20年度採用実績に等しいと仮定)から減少する割合の限度を10%とする

【参考】都道府県別の病院勤務医師数（人口10万人対）

別添資料3

「医師・歯科医師薬剤師調査」より
平成18年12月31日現在

65



都県名	医師数	順位
東京	167.2人	9位
山梨	126.5人	29位
栃木	125.0人	31位
長野	121.2人	32位
群馬	118.6人	34位
神奈川	107.7人	40位
静岡	105.4人	43位
千葉	98.3人	45位
茨城	93.9人	46位
埼玉	80.8人	47位
全国	131.7人	-

滋 医 薬 第 3 8 9 号
平成21年(2009年)4月16日

厚生労働省医政局長 様

滋賀県健康福祉部長



「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)」に対する意見について

平成21年3月19日付で公表された標記案について、下記のとおり意見を申し上げます。

記

1 臨床研修医の募集定員における都道府県域を越えた医師派遣の評価について

今回の見直しによる滋賀県の臨床研修医定員枠については、医師不足県である滋賀県への医師の定着を実現するため、見直し案の試算程度の定員枠は必ず確保をされたい。

一方、現行の臨床研修制度発足に伴い、大学病院における研修医不足による地方の病院からの現職医師の引き上げが、各地の地域医療に大きな混乱をもたらした経緯に鑑み、各都道府県の定員枠の決定にあたっては、近隣県の地域医療に混乱が起こらないよう、都道府県域を越えた医師派遣数も十分に考慮のうえ定められたい。

とりわけ滋賀県においては、これまで京都府、大阪府から多くの医師、臨床研修医の派遣を受けてきており、今回の京都府の臨床研修医にかかる募集定員の大幅な削減は、本県の地域医療にも大きな影響を及ぼすものと考えられる。

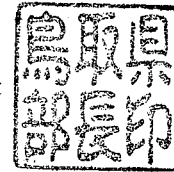
2 臨床研修病院の指定基準について

今回の見直しにおいて、単独型および管理型の臨床研修病院の指定について基準が厳しいものとなるが、へき地病院等において若手医師の定着のためにも臨床研修病院の指定を維持させたいと考える病院があるので、医師不足地域の病院に対しては、過去の採用実績や医師臨床研修への取り組み状況も考慮して基準適用について、例外措置や猶予期間の設定等配慮をされたい。

以上

厚生労働省医政局長 様

鳥取県福祉保健部長



臨床研修の見直し（案）について（送付）

平成21年3月19日付けで意見募集が行われたこのことについて、下記のとおり意見を提出します。

記

1 臨床研修制度の見直し（案）の問題点

- (1) 都道府県別の上限のほか同時に病院別の上限枠が過去の研修医受入実績により設定される。これがそのまま適用されれば、地方で充実した研修ができる体制があるにもかかわらず、過去の研修受け入れの実績が無いだけで切り捨てられてしまう。
- (2) 今回の見直しにおいても全国的なマッチング制度は維持され、研修医募集定員の全国総数は約1万人と卒業する医学生数よりもなお約2,000人余り多い。都市部の定員が削減されても削減実数は200人余りであり、都市部への偏在が解消される見込みは少ない。

2 見直しに対する提言

上記の問題点に対する対応として、都道府県別の上限設定を基本とし、各病院が希望する募集定員の合計が都道府県上限に達しない場合は、病院ごとの上限制限を適用しないこととする。

3 適正配置の仕組みづくりの創設

2008年の骨太方針により医学部の定員増へと方針転換されたが、医師の計画配置ができない現行制度のまま医師を多数養成したとしても、地域偏在・診療科偏在の解消にはつながらない。

医療の公共性に鑑み、多額の公費を投じて養成した医師が、地域が必要とする医療に従事する仕組みを早急に創設されたい。

《担 当》

電 話： [REDACTED]

ファクシミリ： [REDACTED]

電子メール： [REDACTED]

臨床研修 について(kensyu)

差出人: [Redacted]
送信日時: 2009年4月17日 金曜日 9:11
宛先: 臨床研修 について(kensyu)
件名: 臨床研修に関する省令等の一部改正(案)に対する意見について(島根県)

「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

島 根 県

標記の改正(案)の研修医の募集定員について、下記のとおり当県の意見を申し上げます。

記

1. 都道府県別の募集定員の上限設定について
(問題点)

卒業する医学生数約7,800人に対し、見直し後の全国の研修医募集定員は9,900人であり、なお約2,000人の余剰定員が生じるため、研修医の地域的な適正配置に大きな効果はない。

(意見)
都市部を中心にさらなる募集定員の削減が必要

2. 各病院の募集定員の上限設定について
(問題点)

過去の受入実績に基づく各病院毎の募集定員の上限を設定すれば、実質的に現定員を下回る可能性がある。

(意見)
都道府県別の上限設定を基本とし、各病院が希望する募集定員の合計が都道府県上限に達しない場合は、病院毎の上制限を適用しないこととする。

平成21年4月17日

☆~~~~~☆☆

[Redacted signature block]

■■■島根県で勤務していただける医師をご紹介ください！■■■

[Redacted text]

☆~~~~~☆☆