

## 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 [ ] 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といえ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。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]



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のきめ細かな医師循環が必要であり、国家が画一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(\*1)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」(\*2)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