

第5回資料

資料2-3

施設基準等に関する
これまでの指摘事項等

1 医師法抜粋（臨床研修関係部分）

○ 医師法(昭和二十三年七月三十日 法律第二百一号)

第三章の二 臨床研修

第十六条の二 診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により指定した病院が臨床研修を行うについて不適當であると認めるに至つたときは、その指定を取り消すことができる。

3 厚生労働大臣は、第一項の指定又は前項の指定の取消しをしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

4 第一項の規定の適用については、外国の病院で、厚生労働大臣が適當と認めたものは、同項の厚生労働大臣の指定する病院とみなす。

第十六条の三 臨床研修を受けている医師は、臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならない。

第十六条の四 厚生労働大臣は、第十六条の二第一項の規定による臨床研修を修了した者について、その申請により、臨床研修を修了した旨を医籍に登録する。

2 厚生労働大臣は、前項の登録をしたときは、臨床研修修了登録証を交付する。

第十六条の五 前条第一項の登録を受けようとする者及び臨床研修修了登録証の書換交付又は再交付を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を納めなければならない。

第十六条の六 この章に規定するもののほか、第十六条の二第一項の指定、第十六条の四第一項の医籍の登録並びに同条第二項の臨床研修修了登録証の交付、書換交付及び再交付に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める。

附 則（平成一二年一二月六日法律第一四一号） 抄

（指定病院に係る経過措置）

第九条 附則第一条第一号に掲げる規定の施行の際現に第四条の規定による改正前の医師法第十六条の二第一項の規定による指定を受けている病院は、第四条の規定による改正後の医師法第十六条の二第一項の規定による指定を受けている病院とみなす。

2 必修化に向け審議された審議会の報告書等における施設基準等に 係る部分の抜粋

1 医療関係者審議会医師臨床研修部会とりまとめ（平成11年2月）

3 研修内容

- 研修の到達目標は、「卒後臨床研修目標」に基本的に沿うものとする。当該目標については、インフォームド・コンセントや医薬品の適正使用など科学的根拠に基づく医療の提供等の観点から見直しを行う。
- 内科系及び外科系の双方を含む複数の診療科で研修を行うとともに、救急医療等の研修の機会の確保について研修プログラムの中に明確に位置付ける。
- 研修の場を臨床研修病院等だけに限るのではなく、「病院群」や「研修施設群」による研修等多様なものとする。

4 質の確保

- 現行の臨床研修病院の指定基準については、研修指導体制を含む新たな基準を示すとともに、指導医の質の向上を図る。
- 研修プログラムについては、各臨床研修病院等は「卒後臨床研修目標」に基づき、研修期間の2年間を通じ一貫したプログラムを作成することとする。臨床研修病院等の指定の際、当該プログラムの内容についても当該病院の特色・多様性を尊重しつつ審査を行う。
- 研修医の幅広い選択に資するよう、研修プログラムに関する情報は一般に公開する。
- 臨床研修病院等の指定について定期的に確認を行い、当該結果を踏まえた改善の指導や取消等により臨床研修病院等の質の確保を図る。

2 医師の卒後臨床研修に関する協議会とりまとめ（平成12年1月）

5 研修の実施体制

- ・ 一病院にとどまることなく、複数の研修施設を含めた幅広い研修を行う体制の整備が必要。また、研修施設間の連携が不可欠であること。
- ・ 病院群で行う場合、「従たる病院が2以下」という現行基準を見直し、必要とする数の教育連携病院において研修が行えるようにすべき。
- ・ 研修医の数は、病床数だけでなく、指導医の数、年間の患者数（外来及び入院）や症例数などを考慮して決めるべき。

6 研修施設の基準

- ・ 数値的基準のほかに、評価できるプログラムが確立していることが重要。
- ・ 当直に配慮して、研修医のルーム・アンド・ボードを備えるなどの施設基準の見直しが必要。
- ・ 剖検については、年間の剖検例20体以上かつ剖検率30%以上という現行基準を見直す等、現在の臨床研修病院指定基準の再検討が必要。
- ・ 研修施設として指定を受けた後も、基準を満たしているか適切にフォローアップを行うことが必要。
- ・ 大学附属病院の制度上の位置づけについては、従来通りとすべき。

3 臨床研修関係要望等一覧 (臨床研修病院の指定基準等に関連するもの)

◎ 概要

*全文についてはPDFファイルをご利用ください

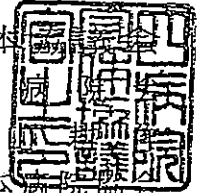
- 1 四病院団体協議会（平成13年5月）
 - 臨床研修指定病院の独自性を強化し、地域医療に貢献している中小民間病院も含め、研修病院・診療所群という概念で全人的な教育制度を確立する。
- 2 全国公私病院連盟（平成13年8月）
 - 臨床研修病院の指定基準として、剖検数の基準を緩和又は削除されたいこと。
- 3 全日本民主医療機関連合会（平成13年9月）
 - 国民の立場に立った、今後養成すべき医師像について明確にし、プライマリ・ケア重視の全人的、総合的な制度へと充実すること。
 - 臨床研修病院の基準を抜本的に見直し適正な配置を行うこと。
- 4 地域医療研究会
21世紀の医療をつくる若手医師の会（平成13年9月）
 - 病床数や診療科目などのハード面にとらわれた現行の施設認定ではなく、研修医が主たる研修施設とともに作成するプログラムによる「研修認定」を行うことを提案。
- 5 全国自治体病院協議会（平成13年10月）
 - 臨床研修プログラムの一定期間を中小自治体病院においても実施できるようにするため、現行の臨床研修病院の指定基準を「臨床研修病院は必ず医療圏内にある他の一つ以上の中小自治体病院と群を形成して指定を受けること」と改正願いたい。また、「常勤医師数が医療法上の定員を満たしていること」等施設、人員に関する基準を緩和願いたい。
- 6 全国国民健康保険診療施設協議会（平成13年10月）
 - 臨床研修指定病院若しくは診療所に関しては、病床数にかかわらず、地域包括医療（ケア）を実践している施設をも対象とすること。
 - 地域包括医療（ケア）を実践している国民健康保険直営診療施設及びこれに併設する介護老人保健施設・介護老人福祉施設等を含めて指定を受けることができるように法令を整備されたい。

平成13年5月7日

厚生労働省

医政局長 伊藤雅治殿

四病院団体
社団法人 日本
会長 中
社団法人 全日本病院協会
会長 佐々英達
社団法人 日本医療法人協会
会長 豊田 堯
社団法人 日本精神病院協会
会長 仙波 恒雄



要 望 書

(臨床研修制度について)

- (1) 臨床研修指定病院の独自性を強化し、地域医療に貢献している中小民間病院も含め、研修病院・診療所群という概念で全人的な教育制度を確立する。

大学病院、研修指定病院では、同一診療科内ですら、益々専門・細分化され、研修計画にも問題が多い。大学病院や大病院だけの研修では全人的な真の臨床医は育たない。指導医のいない病院に研修医を出すのは如何という意見もあるが、研修制度では、まずかかりつけ医・家庭医の養成を考えなくてはならない。国際医療援助でも諸外国の医師は産科でも小児科でも小外科でも診療するが、日本の医師は適応できない場面も多く、これは専門分化した医局制度を引きずった現在の医学教育制度の欠陥である。2年間の臨床研修には、まず明確な教育理念と目標がなくてはならない。広く一般臨床の基礎を徹底的に教育すべきで、研修初期の一定期間は、臨床研修指定病院で研修を受けさせなければならないが、残りの期間は臨床指導ができる医師がいる地方の医療機関に配属する。地域医療に貢献している中小民間病院も含め研修病院・診療所群という概念で研修させるべきである。

更に、心のケアの出来る医師を育てる為には、精神科病院での研修を義務づける必要がある。なお、臨床研修病院は新しく制定される指定基準に従って、現在の大学病院も含め研修指定の認定を受けることが望ましい。

- (2) 研修医の給料は、研修医養成費として国家予算化し、指導医の報酬は教育施設に補助金等にて支給する制度を確立する。

いわゆる大学医学部だけで育った擬専門の欠陥医師を育てないためにも、臨床研修制度を早くスタートさせるべきである。また研修教育費は診療報酬から捻出するのではなく国民の健康維持のために国家から拠出するのが必要である。これは医療事故防止、大学病院、大病院で研修医による無駄な検査経費の節約のためにも、研修医の給料は、研修医養成費として国家予算化し、指導医の報酬は教育研修施設に補助金の形で支給をすべきである。

原則として研修医のアルバイトは禁止とする。

- (3) 現在認められている研修医の権利を保障し、中小民間病院にても研修できる制度を確立する。

研修期間中2年間、保険医として診療できないと、中小民間病院での研修は事実上不可能となり、地域医療の体得が出来にくくなるとともに、地方の中小病院の医療が混乱する恐れがある。研修医単独では保険診療を認めないが保険医の指導の下で保険診療が可能とすべきで、実務的に保険診療を認めるべきである。研修中も施設長・病院長が認めれば診断書等が書けるように認めるべきである。

- (4) 今後厚生労働省等にて設置される、臨床研修のカリキュラム作成委員会（仮称）には四病院団体協議会が推薦する複数の委員を参画させる。

現在四病院団体協議会では、我が国の医学研修の統一化（標準化）を図る目的にて、卒後初期臨床研修カリキュラムの検討を開始しており、今後設置される臨床研修のカリキュラム作成委員会には、実際に地域医療の担い手として貢献している四病院団体協議会から複数の委員を参画させることを要望する。

以上



公私病連発第112号
平成13年8月31日

厚生労働省医政局
医事課長
中島正治 殿

全国公私病院連盟
会長 竹内 正



[加盟団体]

全国自治体病院協議会
全国公立病院連盟
全国厚生農業協同組合連合会
日本赤十字社病院長連盟
全国済生会病院長会
日本私立病院協会
岡山県病院協会

診療報酬点数表等についての是正要望

全国公私病院連盟におきましては、加盟団体から寄せられた「著しく不合理に定められた診療報酬点数」等について、当連盟の診療報酬対策委員会等で整理、検討の結果、別紙のとおり取りまとめました。

つきましては、次回の社会保険診療報酬改定の際にこの意見を取り上げいただきますよう格別のご尽力をお願い申し上げます。

規制緩和等の是正要望

1. 臨床研修指定病院の指定基準として、剖検数の基準を緩和又は削除されたい。現在、「年間の剖検例が20体以上であり剖検率が30%以上であること、又は、その剖検に関する数値が相当数（年間の剖検例が病床数の10%）以上であること」とされているが、近年においては、検査能力の進展により死亡原因が特定できるようになったこと、さらに解剖は、死亡の原因究明をするのが主目的であり、剖検数を指定基準にするのはなじまないものと思われる。

厚生労働大臣

坂口 力 殿

2001年9月13日

全日本民主医療機関連合会

会長 高柳 新

卒後研修必修化についての要望書

はじめに

全日本民医連は、70年代初頭から、各地域でのセンター病院を軸にしながら、中小病院や診療所などを研修の場として位置付け、プライマリケアを重視した医師研修に取り組んできました。30年にわたり約3,000名の研修修了者を送り出してきたこととなります。

この経験を踏まえ、全日本民医連は、1998年3月に「日本の医師の卒後研修を改善するための民医連の提案」を発表しました。国民の期待に応え、人権を守る医師養成のための5つの提案を行い、同時に、医学生、医師、医療従事者、そしてすべての国民に広範な討論を呼びかけてきました。

2004年の卒後研修必修化にむけて、今こそ医師養成制度全体を国民の期待に応える医師づくりをすすめる方向に改革していくことが求められています。医道審議会医師分科会臨床研修検討部会でのこの間の議論を踏まえ、私たちは以下のことを要望します。

一、国民の立場に立った、今後養成すべき医師像について明確にし、プライマリケア重視の全人的、総合的な制度へと充実すること

「インフォームドコンセントなどの取組や人権教育を通じて医療倫理の確立を図るとともに、精神障害や感染症への理解を進め、プライマリケアやへき地医療への理解を深めることなど全人的、総合的な制度へと充実すること」(付帯決議)に基づき、大病院の入院医療中心ではなく、プライマリケアの臨床能力を修得するのに不可欠とされている中小病院や診療所などの第一線医療機関での研修をさらに広げること。そして、救急医療や慢性期医療、外来・在宅医療などを担う医療機関を研修の場として積極的に活用し、研修施設群の多様な組み合わせを認め、積極的に位置付け活用すること。臨床研修病院との統一した共通研修カリキュラム、医療機関のネットワーク、指導医の交流など、地域医療が持っている研修医育成の力量を積極的に引き出し、研修の質を担保する措置を講じること。そしてストレート研修を廃し、プライマリケアを重視した研修を飛躍的に前進させること。

一、臨床研修病院の基準を抜本的に見直し適正な配置を行うこと

現在、大学付属病院と臨床研修病院における研修比率は3対1と報告されているが、臨床研修病院での研修の比率を高めるために、研修医の数に比して不足している臨床研修病院の数を増やし、各都道府県の格差を是正した適正な配置を行うこと。そのために、大病院中心のハード面に偏った指定基準を見直し、プライマリケア研修、症例数を重視する観点から病床数を引き下げる。診療科目については、コアカリキュラムが実施できる基準に見直すこと。さらに、現状では臨床研修病院が大都市に集中する傾向にあり、地方都市の医師充足率などの現状から地方での基準の緩和措置についても検討すること。

一、卒後研修に対する国の責任をあらためて明確にし、研修環境整備につとめること

政府自身が推し進めようとしている「聖域なき構造改革」は医療への財政出動を削減することを謳っており、多くの医学生や研修医、大学関係者、研修病院の不安が高まっている。必修化を前にして、「痛み」を研修医、指導医、研修施設などに転嫁するのではなく、政府は研修環境整備に責任ある態度を表明すべきである。医師養成に関する費用は保険財政ではなく国家財政から支出する立場を明確にし、卒後研修の実態を明らかにし、研修医の経済保障、指導医の養成と確保及び処遇に対する保障、臨床研修病院に対する財政支出などの方策を明示することこそ必要である。

一、研修医の給与、労働条件の抜本的改善をただちに行うこと

研修医の過労死問題が投げかけている深刻な実態を直視し、アルバイトをせずに生活できかつ研修に専念できる研修医の給与の保障をおこなうこと。また、健康保険・労災保険の加入や福利厚生を含めた常勤雇用の身分制度を確立すること。「研修医は労働者」との判断に基づき研修医の労働条件の改善、特に労働時間の短縮など抜本的な改善を必修化を待たずにただちに行うこと。

おわりに

このように国の責任を明確にし、臨床研修の環境整備を行えば、研修充実のための3条件（身分経済の保証、教育の保証、研修の機会均等）が確保され、研修医は、自由に自主的に研修施設を選択でき、指導医の交流も始まり、市民の参加も含めた時代の要請に応えた、開かれた医師養成へつながると考えます。

臨床研修検討部会の「論点検討」を議論していく上で、情報公開はもちろん、より多くの団体・個人の意見を取り入れるための公開論議の場の設定、委員の補強なども合わせて要望する。わたしたち全日本民医連もふくめ、中小病院での研修の実績のある民間医療機関の声を代表する委員の比重を大幅に引き上げていただくことを要請いたします。

以 上

2001年9月28日

医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会 各位

医師卒後臨床研修の改善のために

地域医療研究会

21世紀の医療をつくる若手医師の会

医師卒後臨床研修の改善のために

地域医療研究会

21世紀の医療をつくる若手医師の会

平成16年4月の施行を予定して、臨床研修必修化の準備が行われている。そこで、よりよい臨床研修を具現することが、日本の医療の向上に不可欠であると私たちは考える。このような考えの下に、本提言を起稿する。

<総論的事項>

1. 現状認識

昭和43年、インターン制度が廃止され、卒後臨床研修が努力規定とされた。その後、30年余にわたって、文部科学省や厚生労働省が公式に述べる臨床研修の諸施策にもかかわらず、実際の現場（大部分の大学附属病院及び一部の研修指定病院）では、研修プログラムに基づく研修らしい研修が行われてこなかった。厚生労働省が公表している研修実施率は87%であるが、実体的な研修がそれだけの割合で行われていないことは明らかである。

これまで、一般的には、圧倒的多数の医師の進路としては、医学部を卒業して医師国家試験を取得すると、大学医局（医局講座制）に入局し、卒後臨床研修を受けてきた（いわゆるストレート研修）。そして、そのなかでの卒後研修は、初期研修を含め、専門医を育てることに偏していたといえる。時代とともに、医局講座制のなかで行われる医療自体が専門分化し、また大学病院の特殊性から、卒後初期研修に求められるプライマリ・ケア、一次二次救急医療、複数科を履修するローティト研修などには、大学病院は適しているとは言えない現状にある。実際、医療の専門分化は時代の必然である。これは、臨床研修においても当てはまり、初期研修と専門研修の場はますます分化している。しかるに、先端研究施設・専門研修施設であるべき大学病院が、コモンディーズ中心であるべき初期研修をも兼ねられると考えるのは、医療分化の時計を逆に回す時代錯誤の考えであろう。大学は、むしろ卒後後期研修や専門研修の施設として、また一般病院では難しいマイナー科の研修施設として、本領を発揮するべきである。

そして、初期臨床研修の主たる場が、大学病院から一般病院にうつるに従い、研修医は、高度な検査機器に頼る診断や、研究的治療を学ぶのではなく、プライマリ・ケアを中心とした、確立された過不足ない診断・治療技術を主に学ぶようになるであろう。これは、医師ひとりあたりの医療費を低減させ、国民医療

たらしめることは国民にとって朗報である。

これらの視点に立って卒後初期研修を考えると、これを単に診療科を回る形式に過ぎないローテート方式に矯小化させてはならない。これまで、これらさえも十分にされてこなかった意味では、このような方式を政策誘導してきた意義は認められるが、研修医が体験する場を、大病院の診療科から中小病院の現場、福祉施設や診療所まで広げることによって、研修医はまさに「全人的医療」のなんたるかを体得できると考える。

現在、国立の施設で研修すれば、少ないながらも研修医給与が支払われるが、その他の研修施設では、人件費ではない厚生労働省からの補助金が施設に支払われ、研修医を受け入れる施設は奨学金或いは給料として賃金を支払っている現状がある。その結果、とりわけ私立大学附属病院で研修する人は、生活が可能な給与を支払われることはほとんどないという実態を生んでいる。その結果、研修医は研修を受けながら、他の医療施設で、アルバイトを余儀なくされている。このアルバイトは、たいてい研修医の単独診療であるが、このような診療を黙認することは、研修必修化の趣旨から考えても矛盾することである。また、診療を受ける国民にとって非常に危険なことであり、指導医のいないところでの研修医のアルバイトを禁止（研修医の単独診療の禁止）することは、絶対に必要である。

卒後初期研修制度に関する原案でも、研修を必修化するにあたっての国の責務について

は明確にされていない。研修医が研修に専念できる環境（経済的保障と身分保障）を整えることは、研修を必修化するにあたっての最重要課題である。

2. 卒後研修必修化の目的

これまで、厚生労働省、文部科学省での卒後研修に関する議論において、卒後研修の必要性、その目標及び内容については詳細に検討されてきたが、卒後研修を必修化（義務化）する目的については、曖昧にされていると言わざるを得ない。国民に現在の研修実態を知ってもらい、国民に臨床研修制度改善に必要な歳費をお願いするためにも、国は医療・医師の改革像を提示する必要がある。その意味でも、卒後臨床研修の必修化の目的を明確にする必要がある。

医師の卒後初期臨床研修を必修化する目的は、「時代及び社会の変化に対応するために、その専門性を問わず、全人的医療を担い得る医師を育成するために、国の責任においてこれを、将来臨床に携わる全ての医師に必修化し、もって、将来の日本の医療の向上と安全性を確保することにある」と考える。従って、研修中の医師は指導医のもとでのみ診療を行うことができ、単独では診療することができないが、その反面、十分な指導の下に研修に専念し、修了後は十分な

臨床能力を獲得して患者を診療できることが、その本旨である。また、国民医療の向上と安全性確保のための法制化である以上、国には、この本旨を実現するための義務が発生する。

3. 研修医の本質的位置付け

国は、臨床研修必修化施行に際し、研修医がいかなるものであるかの法的な位置付けを明確にするべきである。

例えば、私立大学病院では、主に研修医は研修生として扱われ、給与は一般に低額で、はなはだしい場合には奨学金などの収入しかない場合すらある。昨年の医師法改正にあたり、厚生大臣が「研修医給与は病院に支払われる労働対価たる保険財源から支出する」とした答弁に反し、研修医が病院にもたらす保険医療収入は、研修医に支払われることなく、私立大学病院にほぼ独占される状態となっている。一方、多くの臨床研修病院では、研修医は、労働者として扱われ、研修医は、病院に医療収入をもたらすとともに、その労働対価として、社会的に妥当な額の給与を支払われている。このような事実の混在は、国として研修医をどう位置づけるのか、明確な見解がないことの証左である。

私たちは、研修医が医師として勤務・労働し、診療を通して研修病院に医療収入をもたらしているという現実鑑み、①研修医の身分を労働者として認め、②国と研修医受入れ施設は、応分の負担をして最低賃金を保障し、③すべての研修医受入れ施設は募集要項の中に研修内容と共に賃金その他の労働条件を明記すべきである、と考えている。これが、研修医の身分保障の本質的事項である。

<各論的事項>

臨床研修の目標

すべての医師は患者を診療するにあたり、プライマリ・ケアを施行する基礎的な能力として、「臨床医としての必要最小限の知識・技能」を修得している必要があることは当然である。私たちは、そのような「必要最小限の知識・技能」として、次の四つの要素を考えている。

- ①血管・気道確保と救急蘇生術
- ②基本的な疾患群（特に頻度の高い疾患、生命に関わる疾患）
 についての見立てと初期治療、フォローアップの能力
- ③（自己の臨床能力を超える領域に対する）適切なコンサルテーション能力

④臨床的見識（患者や家族に対応する場合の基本的な能力）

医学・医療の高度化による専門分野の細分化に伴って、優れた知識・技能を持った専門の医師により、多くの疾病が予防・治療されてきている。しかし、近年「臓器を見て人を診ず」といった言葉に代表されるように、医師としてこのような「必要最小限の知識・技能」を身につけることなく、研修の早い時期から専門性を重視しすぎる傾向があることを否定できない。

一方、複数の疾患を有する老人の増加や患者ニーズの多様化を踏まえ、今後医師には、その専門性の如何を問わず、患者、家族の抱えるさまざまな身体的、心理的、社会的、倫理的問題を的確に認識し、医療チームの中で診療、看護、介護サービス等種々の方策を総合し、問題解決をはかる能力が重要となる。従って、患者を全人的に診るプライマリ・ケアの能力を、全ての医師が身につける必要がある。

2. 臨床研修必修化と研修医の身分・所得保障の具体的内容

日本の医学教育の現状では、臨床医として必要な知識・技能は、主に医師免許取得後の臨床研修によって修得される。したがって、この「必要最小限の知識・技能」を修得する2年間の初期臨床研修は、患者を診療するすべての医師が義務的に行なうべきであるとともに、すべての臨床医を志す医師に保障されるべきである。具体的には、研修医は労働者として労働対価としての給与を支払われ、その研修医の最低賃金は国が定めるものとする。それにあたり、国と研修医受入れ施設は、応分の給与負担を行う。また、すべての研修医受入れ施設は、募集要項の中に、研修内容と共に賃金その他の労働条件を明記するものとする。

また、このような観点から、研修医は、臨床研修を経た医師の指導・監督のもとでのみ診療を行なうこととする。臨床研修中の研修医による医療事故等に関しては、直接監督していた上級医師が責任を負うのはもちろんのこと、担当指導医や研修責任者、施設長が必然的に連帯責任を負うべきである。なお、初期臨床研修の実施時期は、医学部卒業直後でなくともよい。また、研究の片手間に臨床研修を行なえないことは明らかであり、大学院進学者は大学院卒業後に初期臨床研修を行うものとする。

3. 指導医の計画的養成・確保・評価

指導医は、10年以上の臨床経験、十分な指導力を有する医師をもってあてる。この「臨床経験」には臨床現場での経験のみを算定し、大学院在学や研究目的での海外留学などの研究期間は含まないものとする。ただし、実地での指導に

あたっては、上級医師や先輩研修医が重層的に後輩を指導する、いわゆる「屋根瓦方式」を採用することが望ましい。

一方、臨床研修が国の事業であるという観点から、指導医がゆとりをもって教育に関与できるよう、指導医の計画的養成・確保・評価等に必要な、一定の財源を確保しなければならない。

そして、国は、指導医を管轄する機関として、厚生労働省に大学及び研修指定病院の研修委員会を統括する中央研修委員会（仮称）を設置して、指導医師の計画的育成、各研修委員会への指導・助言及び研修医の研修状況の把握等に努めるものとする。

4. 研修医の主体的研修のためのプログラム認定

(1) 臨床研修施設の指定の現状

現状では厚生省が指定する臨床研修病院には、研修病院として十分に機能を発揮している病院もあれば、そうではない病院もある。一方、指定基準に満たないために厚生省の研修指定を受けていないものの、研修医を採用し水準を満たした研修を施行している病院もある。さらに、複数の施設が協力することにより、個々の施設では現行の臨床研修病院指定には満たないが、各々の長所を生かしつつ研修医を協同して教育し、成果を挙げている病院群もある。

そもそも、大学病院などの特定機能病院は、高度専門医療が必要な紹介患者が多いという性質上、初期研修修了後の専門研修に最も適していることは明らかであるが、初期臨床研修の場としては望ましくない。むしろ、プライマリ・ケアを含む全人的な診療能力を身につけるための研修には、診療所を含む地域の第一線の医療機関が適している。従って、病床数や診療科目などのハード面にとらわれた現行の研修施設認定には疑問を持つ。

(2) プログラム認定による研修施設群の指定

そこで私たちは、「臨床研修を行なう施設」にとらわれることなく、臨床研修の内容を評価する形に制度を改革すべきであると考え、研修医が主たる研修施設とともに作成するプログラムによる「研修認定」を行なうことを提案する。つまり、これまでの臨床研修病院の指定を廃止し、今後はハードに基づく認定ではなく、「研修プログラムの認定」に一本化する。このことは、研修医の側からみると、施設ではなく研修プログラムを選択することになり、主体的に研修することが可能となる。

(3) 主たる研修施設の指定要件の大胆な見直し

研修を行う主たる病院である主病院は、200床以上の活発な臨床活動を行う施設とし、現在の施設の規模に重点を置いた施設基準及び人員配置基準を大幅に緩和することを提案する。また、大学病院も従病院になることができるように規定を改定する。また、毎年、主病院で研修医が作成した研修プログラムは、厚生労働省および後述の第三者機関に提出を義務づける。第三者機関は不適切な研修プログラムを提出した研修施設あるいは施設群を指導する権限を有するものとする。研修プログラムが年余にわたり提出されない主病院あるいは施設群は、研修施設としての認定取り消しの対象となるものとする。

5. 医学部卒業生の多様な就職を認めるマッチングシステムの採用

現在、都市部の医学部や、旧帝国大学医学部・旧医専医学部では、その大学医学部の卒業生の大部分が、その大学の医局講座に入局するという構造がある。このような就労構造が、医学部卒業生の進路選択の幅を狭くし、ひいては、個々の医局講座の内容の硬直化と独善化を招き、医局における臨床研修の向上を妨げていると認識されている。

このような現状に鑑み、原則的には、その医学部卒業生は卒業大学の医局には入局できないことにし、他の大学病院および臨床研修病院に応募し、そして、これらの研修受け入れ施設が、在学時の成績などを考慮して、研修医を採用する、いわゆる全国マッチングシステムを採用することを提案したい。

また、現在の医局講座制から独立した2年間の研修システムを提案する。具体的には、研修医を受け入れる大学病院では、研修医は個々の医局講座に所属するのではなく、大学の臨床研修センター所属とし、医局講座への入局は研修修了者に限ることにすることを提案する。

6. 第三者機関によるプログラム認定および研修評価

プログラム認定および研修評価のために、新たに第三者機関を設置する。この第三者機関は、コメディカルを含む医療関係者、市民などで構成するものとし、その審査は公開とする。

まず、研修医を採用した主たる研修施設の研修責任者は研修医と相談の上、「総合診療方式」や「ローテイト方式」、「プライマリ・ケア方式」（後述）のいずれかの研修方式にのっとった研修プログラム案を作成し、第三者機関に提出する。第三者機関は、このプログラム認定において、①施設の標榜科ではなく、研修医が実際に研修する診療科とそれぞれの研修期間、②各施設において実際に研修医の指導にあたる指導医数、③研修医の経験症例数（退院病歴要約の数、外来での経験症例数）、④経験する手技の種類とその数、⑤研修医が経

験する病理解剖数、⑥研修医が配属される病棟における研修医の実数とベッド数の比（研修医1人あたり10床以上）、⑦CPC（臨床病理カンファレンス）や生活・社会・倫理面に焦点を当てたカンファレンスの定期的開催などについて審査し、これが所定の研修方式に該当すると判定した場合、研修プログラムとして認定する。

一方、臨床研修の修了にあたって、研修医は経験した診療科、経験症例の種類とその数、経験した手技とその数等（医道審議会医師臨床研修検討部会の「卒後臨床研修目標」をもとに）を詳細に記載した一定の書式の「研修報告書」を作成する。研修責任者は、適切な臨床研修が行なわれた場合に修了証を発行し、研修報告書とともに指導医による評価を第三者機関に送付する。第三者機関は、研修プログラムにのっとり適切な初期臨床研修が施行されたことを検証したうえで、その研修医の研修修了を判定する。これを受けて、厚生労働大臣が研修修了認定を行なう。

なお、第三者機関が、それぞれの研修プログラムにおける研修の成果を公開することによって、新たに研修を開始する研修医は、プログラムを選択する際にこれらの資料を参考にすることができる。さらに、第三者機関は、研修医による指導医の評価をも収集し、必要に応じて指導医に対し指導・監督を行うことができるものとする。

7. 複数施設における研修および複数の診療科にまたがる研修

今日の医療の多様化を鑑みると、一病院における研修のみでは症例数の不足や偏りがある場合が多く、幅広い臨床研修を単一施設で完結させることは困難であると考えられる。今後は研修プログラムを構成する医療機関は原則として複数とし、この施設群で研修を行なうことを提案する。

同様に、もはや単一の診療科目だけを深く研修しつつ、幅広い臨床能力を修得することも極めて困難となっており、今日の初期臨床研修にはそぐわない。従って、将来専門医を目指す者も含め、初期臨床研修においては原則として複数の診療科にまたがる研修を行なうこととし、「ストレート方式」は廃止する。私たちは、このような複数施設における研修および複数の診療科にまたがる研修を臨床研修の基本的な形態とすることを提案する。

なお、複数の施設の選定においては、中規模以上の病院と中小病院・診療所などを組み合わせ、バランスのよい研修を目指す必要がある。特に、診療所と地域病院（リハビリテーション施設を含む）、高度医療機関、ときには福祉施設・介護保険施設などを組み合わせ、機能・規模の異なる施設が地域医療の中で果たすべき役割を踏まえ連携することによって、紹介・転送などの患者の流れに即した効果的な研修を行うことが可能となる。なお、施設群のうちの少な

くとも一つは、2次救急を行っている200床以上の規模の施設を含むことが望ましい。

8. 外来指向型研修

現在行われているローテイト研修は、しばしば特定の診療科の病棟研修に限定されており、十分な成果があがらないこともありうる。しかし、仮に限られた診療科を中心としたローテイト研修であっても、ある一つの診療科の病棟において研修を行いつつ、それ以外の診療科の外来研修を平行して行なうことによって、研修の幅や質を高めることが可能である。このような研修を「外来指向型研修」として推奨したい。

例えば、内科の病棟研修を行いながら、一方で週1回半日の小児科外来の研修を行なうことによって、必ずしも病棟をローテイトしなくても、基本的な小児急性疾患への対処法を身につけることができるであろう。

9. 「プライマリ・ケア方式」の提唱

現行の「総合診療方式」や「ローテイト方式」は、内科系、外科系双方の研修を行なうことをその基本骨格としている。私たちは一般診療における疾患頻度、およびその技術特性を鑑み、とりわけ内科系では内科と小児科、精神科、外科系では整形外科を研修することが最も望ましいと考える。精神科や心療内科での研修は、患者との接し方をはじめとした臨床的見識を高めるために有益であり、整形外科研修では小外傷の処置や骨折の応急処置など、日常診療の場において頻度の高い疾患を修得することができる。

また、外来では病棟以上に効率良く、多くの基本的疾患群を研修することが可能である。一般に、外来は単独で診療するという形態が通常であることから、これまで初期研修中の実施は困難であると考えられてきた。しかし、この点については、すぐに相談できる場所に指導医を置くことによって解決が可能であり、すでにこのような方法で教育効果の高い外来研修を実施している施設もある。研修医が指導医とともに、例えば内科の一般外来研修を継続して行なうことは、極めて有意義である。

救急外来研修については、当直業務等の形ですでに多くの研修施設で実施され効果をあげている。急性疾患を効率良く研修するのに有用であることは論を待たない。

一方、在宅医療については、これまで初期研修として行われることはほとんどなかったが、厚生省の「臨床研修の報告の取扱いについて」（健政発第620号）でも「今後の少子・高齢社会に対処するため、在宅医療にかかわる研修および研修施設群（福祉施設など）における研修を行なうことが望ましい」とさ

れており、国の政策として「入院」から「在宅」への移行が重視され、国民のニーズとしても高まってきている現在、初期臨床研修プログラムに在宅医療研修を組み込む意義は大きい。

そこで、内科系として内科（少なくとも6カ月以上）と小児科、精神科、外科系として整形外科を研修し、加えて一般外来、救急外来、在宅医療の研修を定期的に行なうものを「プライマリ・ケア方式」と呼び、きわめて効率的な研修としてここに提案したい。



平成 13 年 10 月 18 日

厚生労働省医政局
局長 篠崎 英夫 様

社団法人 全国自治体病院協議会
会長 小山田 惠
全国自治体病院協議会 中小病院問題委員会
委員長 青 沼 孝 徳

臨床研修制度についての要望書

第四次医療法改正に関連して、平成 16 年 4 月から診療に従事しようとするすべての医師は、卒業後 2 年間の臨床研修を受けなければならないことになり、現在、厚生労働省医道審議会医師分科会医師臨床研修部会においては、医師の資質の向上、全人的医療の推進という改正の趣旨を踏まえ、研修制度の仕組み、研修内容等について検討が進められております。

このような状況に鑑み、当協議会として臨床研修制度のあり方はどうあるべきかに加え、これからの「期待される医師」を養成するために中小自治体病院が果たすべき役割は何か等について検討を重ねてまいりました。その結果、下記のとおり、とりわけ中小自治体病院における臨床研修は是非欠かせないものと確信し、臨床研修プログラムの一定期間を中小自治体病院においても実施できるよう下記の点について要望いたす次第であります。

記

- (1) 「期待される医師」を養成するには、研修方式は完全ローテート方式とし、専門医療のみならず、一定期間は救急医療、へき地医療、保健・医療・福祉・介護等の包括医療を体験させること。
- (2) 中小自治体病院での臨床研修の義務化
国民に良質の医療を提供するための基本的臨床能力を修得するには、行政・住民と密着してプライマリ・ケアを実践している中小自治体病院における臨床研修が極めて実効性が高いことから、臨床研修プログラムの一定期間を中小自治体病院においても実施できるようにすること。
そのためには現行の臨床研修指定病院の指定基準を「臨床研修病院は必ず医療圏内にある他の一つ以上の中小自治体病院と群を形成して指定を受けること」と改正願いたい。
また、「常勤医師数が医療法上の定員を満たしていること」等施設、人員に関する基準を緩和願いたい。
- (3) 研修医は出身大学に関係なく全国規模で各地の臨床研修指定病院に配置すること。
- (4) 臨床研修の財源のうち、研修医並びに指導医の給料は、診療報酬から出していた従来の方法を廃して国から直接支給すること。

添付資料：『期待される医師』を養成するために中小自治体病院が果たすべき役割（概要版）
『期待される医師』を養成するために中小自治体病院が果たすべき役割

『期待される医師』を養成するために中小自治体病院が果たすべき役割

社団法人 全国自治体病院協議会
中小病院問題委員会

先般の第四次医療法改正（平成 13 年 3 月施行）に関連して、医師法が改正され、平成 16 年 4 月から診療に従事するすべての医師は、卒後 2 年間の臨床研修を受けなければならないこと（卒後臨床研修必修化）が決まった。

現在、医師の資質の向上、全人的医療の推進という改正の趣旨を踏まえ、臨床研修病院のあり方、研修プログラムのあり方等について検討が進められているが、『期待される医師』を養成するには、医療・保健・介護・福祉など行政に密着した連携で住民中心の医療を展開している中小自治体病院における研修が極めて実効性が高いことを強調し、以下に、臨床研修において中小自治体病院が果たすべき役割を提案する。

【中小自治体病院における臨床研修の目標と効果】

卒後臨床研修必修化の目標は、国民に良質の医療を提供するための基本的臨床能力を修得することにある。

その修得の場として、全国津々浦々で行政・住民と密着してプライマリ・ケアを実践している中小自治体病院での臨床研修が極めて高い効果が期待できるのは以下の 2 つの理由による。

第 1 の理由は、中小自治体病院（医師）は地域住民のすぐ傍にいて、住民と同じ目の高さで病んだ人を診、その背景や家族の気持まで含めた全人的関係で住民生活の全体をサポートしており、一方、国の重要施策である医療、保健、介護、福祉の連携事業などの地域包括医療も実践し、さらに医療を取り巻く厳しい環境の中、医療経済を考えた効率性をも追求している。

以上の点は、専門医を志向する大病院研修では修得困難であり、専門医になる医師にも基本的臨床能力修得として必要なプログラムである。

第 2 の理由は、地域医療を志す医師の確保が期待できることである。都会への医師偏在は長年解決していない。

全国の大部分の過疎地医療を担っている中小自治体病院での研修により、住民に密着した医療が都会の大病院の専門医療と等しく重要であり、生きがいのある仕事であることが認識されることであろう。

【厚生労働省医道審議会・医師分科会 臨床研修検討部会の理念を具現する中小自治体病院での研修】

平成元年 6 月 14 日に旧厚生省医療関係者審議会臨床研修部会から厚生大臣あてに「卒後臨床研修目標」として具申された目標では、「期待される医師像」と「臨床研修の意義」を実現するために「具体的目標」を設定しているが、このうち、基本的診察、基本的検査、基本的治療、救急処置、末期医療、患者・家族との関係、医療の社会的側面、医療メンバー及び診療計画・評価については、特に中小自治体病院で学んだ方がよいか、あるいは中小自治体病院でしか学べないとする。

【中小自治体病院での研修の内容】

研修内容は、大枠で国の定める内容に沿うものとする。患者への治療行為は指導医の指導の下に行なう。中小自治体病院での研修は、特に地域包括医療、地域福祉の実践を学び、経験することを第一とする。

医療、保健、介護・福祉について、次のような内容の項目を含む研修とする。

- ・ 医療……………プライマリ・ケア、初期救急、外来(内科、外科等)、入院、在宅医療(往診、訪問診療、訪問看護)、出張診療所、医療連携、患者情報データベース、医療経済
- ・ 保健……………学校保健、産業保健、母子保健、精神保健、生活習慣病対策
- ・ 介護・福祉…介護保険(ケアマネジメント、主治医意見書、介護認定審査会、介護関連施設研修、行政研修)、身体障害者福祉

【中小自治体病院での臨床研修カリキュラム】

前記の研修の目的、目標及び研修内容を前提とし、中小自治体病院が受け持つ期間については 2～3 ヶ月の研修が望ましいが、1 ヶ月（4 週間）の場合のカリキュラムの一例を示す。

〔臨床研修カリキュラム〕

	曜日	午前の研修	午後の研修
第1週 (病院研修)	月	眼科外来	眼科手術・検査 療養病床
	火	外科外来	外科手術 療養病床
	水	整形外科外来	整形外科手術・リハビリ 療養病床
	木	内科外来	内科特殊検査 療養病床
	金	泌尿器科外来	訪問診療
第2週 (施設研修)	月	老健施設研修 オリエンテーション、デイサービス実習	デイサービス実習
	火	老健療養(一般)実習	老健療養(一般)実習、特別養護老人ホーム
	水	老健療養(痴呆)実習	老健療養(痴呆)実習
	木	訪問看護ステーション実習 オリエンテーション	訪問看護実習
	金	訪問看護実習、在宅医療	在宅医療
	土		当直研修
第3週 (行政部門研修)	月	保健と医療と福祉の連携について 病院経営について 保健行政について	事務局長 事務長 健康課長
	火	地区ミニデイサービス実習	地区ミニデイサービス実習
	水	要介護予防教室実習	介護認定審査会見学
	木	さつき会作業所事業実習 (精神障害者の社会復帰への手助)	ヘルシートレーニング講座実習 (運動を取り入れた生活習慣病予防教室)
	金	乳幼児検診実習	地区健康教室実習
	土		
	日	日直研修	
第4週 (行政部門研修)	月	福祉行政について 福祉課長	学童保育事業実習
	火	心身障害者授産所実習	介護保険制度について 介護保険課長
	水	介護支援相談等訪問実習	ケアマネージャー業務模擬実習 認定審査会実習
	木	居宅介護サービス事業について 社会福祉協議会 訪問介護サービス実習	訪問入浴介護サービス実習
	金	まとめ(総括)	センター長講話 センター長

〔研修の評価〕

中小自治体病院における研修の評価は、特に前記の「具体的目標」の中の「(9)末期医療」、「(10)患者・家族との関係」、「(11)医療の社会的側面」及び「(12)医療メンバー」の評価において、研修医の包括的地域医療の実践、全人的な医師の養成のための視点が必要である。

具体的な評価項目は、研修目標に合う、患者とその背景、さらには地域までも考慮した医師像への評価である。

〔臨床研修指定基準の改善の必要〕

以上のように、中小自治体病院を臨床研修の場として実効ならしめるため、現行基準を「臨床研修病院は必ず医療圏内にある他の一つ以上の中小自治体病院などと群を形成して指定を受けること」と改正願いたい。

また、「常勤医師数が医療法上の定員を満たしていること」等施設、人員に関する基準は厳しいため、その基準の緩和を求めたい。

〔研修医は出身大学に関係なく全国規模で各地の臨床研修指定病院に配置すること〕

研修医の配置をマッチングすることで、研修医と指導医の客観的相互評価がされ、臨床研修の質の向上をはかる。

〔臨床研修の財源〕

臨床研修の財源のうち、研修医並びに指導医の給料は、診療報酬から出していた従来の方法を廃して国から直接支給することが責任ある研修制度確立に不可欠である。

〔全国国民健康保険診療施設協議会との連携〕

かなりの中小自治体病院は、指導医、設備とも不足し、医師の卒後臨床研修を行なうことは困難を伴うのが現実であるが、中小自治体病院や国保診療所には地域医療に情熱を傾けている医師が多数存在していることもあり、都市部に偏在する臨床研修指定病院だけでは行なえない臨床研修を中小自治体病院で引き受けることは、「期待される医師」の養成に大きく貢献することになり、また、地域医療に若い医師の関心を向けさせる良い機会にもなる。このようなことから、中小自治体病院のなかで臨床研修を引き受けることのできる病院は可能な限り引き受けていくことが、地域医療、へき地医療に日夜懸命に努力している中小自治体病院の今後のあり方の一つでもあると考える。

また、中小自治体病院における臨床研修を制度的に定着させるためには、当協議会として、国に対する働きかけはもちろんのことであるが、他の病院関連団体、特に、中小自治体病院の多くが所属し、保健・医療・福祉の連携による地域包括医療を積極的に展開している全国国民健康保険診療施設協議会(国診協)と情報、意見の交換を活発に行い、連携を密にしてより良い研修体制を構築していくことも重要であると考えます。



国診協発第 173号
平成13年10月29日

厚生労働省医政局長
篠崎英夫 殿

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会長 今井正信



医師臨床研修に関する要望書の提出について

本会の事業運営につきましては、日頃より格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、平成16年4月から卒後医師臨床研修が必修化されますが、そのカリキュラムの中に、全人的医療・地域包括医療（ケア）に関する課程を組み込んでいただきたく、別添「要望書」を提出いたしますので、要望の趣旨をご理解いただき、特段のご高配を賜りますようお願い申し上げます。
なお、厚生労働省保険局長殿、健康局長殿及び老健局長殿にも、同じく要望書を提出いたしておりますので、申し添えます。

厚生労働省医政局長
篠崎英夫 殿

医師臨床研修に関する要望書

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

要 望 書

平成十六年度からの卒後医師臨床研修必修化に際しては、次の三項目について特段のご配意を賜りたく要望いたします。

一 研修カリキュラムについては、従来の内科系・外科系分野にかかる臨床研修のほか、地域医療、在宅医療、老人医療、保健・福祉、介護の分野にかかる研修を加え、全人的医療・地域包括医療（ケア）を担う臨床医としての医師を養成するためのカリキュラムとしていたただきたいこと

二 厚生労働大臣が指定する臨床研修指定病院若しくは診療所に関しては、病床数に拘らず、地域包括医療（ケア）を實踐している施設をも対象とすること

三 この場合において、地域包括医療（ケア）を實踐している国民健康保険直営診療施設（病院・医科診療所・歯科診療所）及びこれに併設する介護老人保健施設・介護老人福祉施設等を含めて指定を受けることが出来るように法令等を整備されたいこと

(理由)

二十世紀における医学・医療の進歩はめざましく、日本は、いまや平均寿命世界一となっており、一方、二十一世紀を迎え、日本の高齢化率は急速に進展し、二〇二五年には二七・四%、二〇五〇年には三二・三%に達すると推計されています。

高齢化率の進展とともに疾病構造は変化し、医療費、とくに高齢者の医療費の伸びが医療保険財政を圧迫し、医療を取り巻く環境も大きく変化してきています。このような状況のもとでは、保健・医療・福祉の密接な連携のもとに総合的に国民の健康を守り増進していくことが重要であることとはいうまでもありません。

本会におきましては、全国の国民健康保険直営診療施設の活動理念として、地域包括医療の実践と地域包括ケアシステムの構築を提唱しております。地域包括医療（ケア）とは、「地域に包括医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民のQOLの向上をめざすものであり、包括医療とは治療（キユア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療を指し、ここでいう地域とは単なるエリアではなくコミュニティを指す」と理解しております。

ます。

医療法等の一部を改正する法律（平成十二年法律第四百十一号）により、医師法及び歯科医師法が改正され、医師及び歯科医師について卒後臨床研修が必修となったところでありますが、従来の大学附属病院中心の卒後研修は大学入局後における専門科に偏った研修であり、全人的医療を担う臨床医の研修としては不十分なシステムであったということが出来ず。今回の関係法の改正によってこれまでの医局講座制は必然的に変化していくことが考えられます。

国民が望む医師像は何なのか。専門分野だけでなく、地域医療、在宅医療、老人医療、保健・福祉・介護の分野も含めて、患者を全人的に診ることが出来る基本的な臨床能力を身につけていることが求められています。卒後臨床研修のカリキュラムにおいては、従来の内科系・外科系の分野に加えて、当然に地域包括医療（ケア）に関する研修が組み込まれるべきものと考えられます。

また、厚生労働大臣が指定する臨床研修指定病院若しくは診療所の基準等については、病床数等に拘らず、地域包括医療（ケア）を実践している全国の病院・診療所、介護保険施設等にも門戸が開かれるべきものと考えております。

なかでも、高齢化率の高い中山間地域、離島、へき地に多く所在している全国の国民健康保険直営診療施設においては、国保総合保健施設、介護老人保健施設等を併設し、文字通り地域包括医療を実践しているところが多数あり、臨床研修指定病院・診療所として指定を受けなるべく条件整備を行ない、研修生の受け入れと後進の指導にあたるべく、その体制づくりの検討を進めております。

以上の理由により、頭書に掲げる事項について、特段のご配意を賜りたく、ご要望申しあげるものであります。

平成十三年十月二十九日

東京都千代田区永田町一ノ十一ノ三十五
社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会



厚生労働省医政局長

篠崎英夫殿