

(参 考)

臨 床 研 修 関 係 要 望 等 一 覧

(研修内容等に関連するもの)

- 1 日本リハビリテーション医学会 (平成11年10月)
- 2 衛生学・公衆衛生学教育協議会 (平成11年11月)
- 3 精神科七者懇談会 (平成13年 4 月)
- 4 四病院団体協議会 (平成13年 5 月)
- 5 日本内科学会 (平成13年 5 月)
- 6 日本産科婦人科学会 (平成13年 6 月)
- 7 全国医学部長病院長会議 (平成13年 7 月)
- 8 日本整形外科学会 (平成13年 8 月)
- 9 全日本民主医療機関連合会 (平成13年 9 月)

(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)以降のものであって、同一団体等から複数回の要望等がなされている場合は最新の要望のみを記載。)



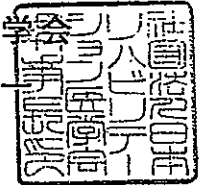
平成11年10月25日

厚生大臣
丹羽雄哉 殿

社団法人

日本リハビリテーション医学会

理事長 千野直



特定機能病院ならびに卒後臨床研修における
リハビリテーション科に関する要望

〔 要 望 事 項 〕

1. 特定機能病院として備えるべき診療科名の中に「リハビリテーション科」を加え、専従医師と理学療法士・作業療法士などの要員を置くこと。
また、すでに「リハビリテーション科」が設置されている病院では、リハビリテーション医療の一層の充実を図ること。
2. 医療関係者審議会臨床研修部会からの卒後臨床研修ローテーションの項目に、リハビリテーション科を加えること。

〔 要 望 の 理 由 〕

貴厚生省が、かねがねリハビリテーション医療重視の政策を推進して来られたことに、深い敬意を表します。

医療法の冒頭には、「医療の内容は単に治療のみならず、疾病の予防のための措置およびリハビリテーションを含む」と記されています。

特に、21世紀医学・医療懇談会第4次報告、医療関係者審議会臨床研修部会答申、さらに来年からの介護保険におけるリハビリテーション医学（医療）の重視は、国民の機能回復への強い願望と、高齢になっても「出来るだけ在宅で自立を」という希望に立脚したものであると思われます。

よって、わが国の特定機能病院におけるリハビリテーション専従医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカーなどのリハビリテーション関連要員、ならびにリハビリテーション医療の充実について、よろしくご高配くださるよう御願ひ致します。

さらに、医療関係者審議会医師臨床研修部会での卒後臨床研修ローテーションの中に「リハビリテーション科」を必須科目としてお加えいただきたく、何卒よろしく御願ひ申し上げます。

要望書

平成11年11月16日
衛生学・公衆衛生学教育協議会
代表世話人 久道 茂

臨床研修制度における公衆衛生研修カリキュラムの参入について

我々は、プライマリ・ケアの確保や地域医療の充実のために中心的な役割を果たすことが期待されている臨床研修の基本的な考え方は、この臨床研修の期間を医師免許取得後の生涯研修の出発点として位置付け、単に救急医療や一般的な臨床治療の技術の修得だけでなく、リハビリテーションから介護、予防までの幅広い知識と経験を包括したものでなければならないと考えております。

特に、今後も急速に進む人口の高齢化と医療の高度化に伴って、国民医療費はさらに急増することが予測され、将来に向けて国民が安心して医療を受けられるための供給体制を確保するためにも疾病の治療と介護を中心とした臨床治療だけでなく予防的観点を視野に入れた公衆衛生の研修が不可欠であります。

そこで将来の国民の保健・医療要求に的確に対応できる医師の養成を図るためには、卒後臨床研修の必修化とともに、その研修体制の整備と研修内容の改善が必須と考え、以下に要望事項を列記することにしました。

要望事項

1. 卒後臨床研修施設における研修カリキュラムの企画と運営に当っては、社会医学系衛生学・公衆衛生学の分野の指導者の代表も構成員とする委員会の協議で行なうようにしていただきたい。

医療保険制度の中での医療サービスの提供に必要な臨床技術の研修においては、社会保障制度の中での医療についての理解と認識を高める研修内容とする必要があり、同時に保健と医療と福祉の連携強化を目指すカリキュラムが策定される必要があり、医科系大学の衛生学・公衆衛生学講座担当者や保健所医師の参加が望まれる。

特に、地域保健医療計画や地域保健福祉計画の意義を研修医に強く自覚させる必要があり、両計画の策定に参加した経験を持つ社会医学系の研究・教育、そして実践者の参加が望まれる。

2. 保健と福祉に関する知識と理解を高めるよう卒後臨床研修カリキュラムの改訂を行なっていただきたい。

現行の卒後臨床研修カリキュラムは、臨床技術の習得に重点が置かれているところであるが、急速に進行する少子・高齢社会における医師の役割と責任の自覚を図るためのカリキュラムの追加が望まれる。

3. スーパーローテーションの拡大とそのための研修体制の整備を図られたい。

今日求められている卒後臨床研修は現行の専門医指向のストレート研修ではなく、ローテーション研修とすべきであり、これに加えてプライマリ・ケアを担う実地医家や保健所での研修を含むスーパーローテーション研修の体制整備が今日の最重要課題と考えられる。

平成6年に施行された地域保健法により、保健所と市町村保健センターによる地域保健活動のネットワークが整備され、保健所における教育・研究機能の強化が図られつつあるとはいえ、卒後臨床研修施設としての役割を果たす体制としてはいまだ不十分であり、適切な財政措置を行う必要がある。さらに、スーパーローテーションの卒後臨床研修の実施に当たって、公衆衛生及び保健と福祉の指導医の養成を今後とも継続的に充実する必要がある。国立公衆衛生院等にその役割を分担できるよう特段の御高配を期待したい。我々協会の会員はこれらの体制整備に最大限の協力を惜しむものではありません。

4. スーパーローテーションの指導体制の整備を図られたい。

スーパーローテーションを選択する研修医の拡大に対応して、指導体制の整備も必要であり、指導医としては医療保険制度や地域保健事業に精通している社会医学専攻の医師や保健所医師に担当させる必要がある。我々衛生学・公衆衛生学教育協会は国立公衆衛生院および全国の保健所と連携し、この分野の指導医の質的向上に最大限の努力を傾注していきたいと考えています。

平成13年4月26日

厚生労働省健康政策局医事課長
中島 正治様

精神科七者懇談会

社団法人 日本精神神経学会

理事長 佐藤 光源

精神医学講座担当者会議

代表世話人 山内 俊雄

社団法人 日本精神病院協会

会長 仙波 恒雄

国立精神療養所院長協議会

会長 白倉 克之

社団法人 全国自治体病院協議会

会長 小山田 恵

社団法人 日本精神神経科診療所協会

会長 三浦 勇夫

日本総合病院精神医学会

理事長 黒澤 尚

臨床研修における精神医学教育に関する要望書

第四次医療法改正の要点の一つとして、プライマリー・ケアの向上と全人的医療を目指して、卒業直後の医師に2年間の臨床研修を必修とする制度に関する法案が、今国会に上程されると聞いております。私ども精神科卒後研修を担当するものといたしましても、心の問題の重要性を改めて痛感し、すべての医師が生物・心理・社会・倫理的な視点がもてるような研修に、努力をしたいと考えております。そこで、下記のような現状を報告し、臨床研修のなかに精神科を必修とすることを強く要望いたします。

1. 身体疾患患者の10～40%にうつ病などの精神疾患が合併している。
2. 向精神薬の全処方件数のうち30～80%は精神科以外の一般科において処方されている。
3. 一般科の医師がうつ病などを診断できる割合は諸外国に比較して非常に低い。
4. 患者や家族との望ましい関係の樹立には精神医学を学ぶ必要がある。
5. 研修するための施設や指導医等の人員は十分用意できる。

詳細には資料を添付しておりますが、下記のように要約いたします。

1. 卒後臨床研修における精神科必修化の背景

外来患者の精神障害有病率は10～30%、そのうち最も多いうつ病の有病率は5～10%であり、入院患者になると精神障害有病率は30～40%、うつ病の有病率は20～30%と上昇します。このような結果は、一般科の医師が日常臨床において、精神医学的な診断や治療を非常に必要としていることを示しています。具体的に、抗不安薬の66～77%、抗う

つ薬の 34～43%、抗精神病薬の 15%、睡眠薬の 63～82%が一般科において処方されているという事実も、一般臨床における精神医学的な診断や治療の必要性を裏づけています。

しかし、うつ病についての WHO の研究によると、一般医がうつ病を診断できた割合は、長崎 18%、マンチェスター 63%、シアトル 57%で、わが国と諸外国の間に大きな差がありました。これは精神医学の卒前教育だけでは、日常診療に必要な診断や技術が不十分であることを端的に表しています。

一方、患者の心理や社会的な背景を理解し支援していくためには、まず患者や家族と望ましい人間関係を確立することが必要であり、すべての医師にとって、医療コミュニケーションの技術やインフォームドコンセントのための技術の習得が必須であることを意味します。

上記の諸問題を解決するためには、卒業直後の医師が精神医学的技術を修得する必要があり、そのためには一定期間、精神科の臨床場面で実際に患者を受けもち、診療に当たることが最も効果的であると考えられます。(添付資料 1)

臨床研修に必要な精神医学的知識

患者や家族との良好な関係の作り方や、一般臨床でもしばしばみられる精神症状のとらえ方と、それへの対応の基本を学びます。(添付資料 2)

2. 研修施設

研修施設は大学病院を含む一般病院（総合病院）が原則であります。精神科病院なども一緒になって研修指定病院になる病院群も研修施設として考えられます(添付資料 3)。

3. 研修期間

患者を受け持ち、診断・治療して、病状が改善して安定するためには約 3 ヶ月かかるため、原則 3 ヶ月とします。

4. 指導体制

2 人以上の精神保健指定医が指導にあたります。実際の研修施設及び指導体制の調査結果については別紙に記したとおりであり、十分対応できると考えます。(添付資料 4)

以上、要望させていただきますので、宜しくご配慮の程お願い申し上げます。

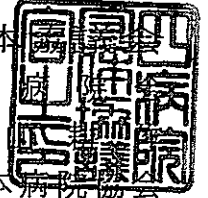
上記の要望書を、津島雄二厚生大臣、大島理森文部大臣、遠藤武彦衆議院厚生委員会委員長、中島真人参議院国民福祉委員会委員長、坪井栄孝日本医師会長、豊田堯日本医療法人協会会長、中山耕作日本病院会長、佐々英達全日本病院協会会長、伊藤雅治厚生労働省健康政策局長、中島正治同医事課長、今田寛睦厚生省大臣官房障害保健福祉部長、松本義幸厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長、布村幸彦文部省高等教育局医学教育課長、廣田英樹文部省高等教育局医学教育課大学病院指導室長、山浦晶国立大学医学部附属病院長会議常置委員会委員長、本田孔土同教育研修問題小委員会委員長、福井次矢卒後研修共通カリキュラム等の作成検討部会委員長（順不同）宛てに送付しております。

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。

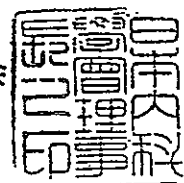
現在四病院団体協議会では、我が国の医学研修の統一化（標準化）を図る目的にて、卒後初期臨床研修カリキュラムの検討を開始しており、今後設置される臨床研修のカリキュラム作成委員会には、実際に地域医療の担い手として貢献している四病院団体協議会から複数の委員を参画させることを要望する。

以上

平成 13 年 5 月 16 日

厚生労働省医政局長
伊藤 雅治殿

社団法人日本内科学会
理事長 木村 哲



「初期臨床研修期間における内科研修について」
－内科研修 12 ヶ月以上を必須とする要望－

新制度による初期臨床研修における内科研修期間は、その者が将来内科を志向する場合、2年間のうち 12 ヶ月以上必要と考えます。それは以下の理由によります。

内科学は臨床医学の重要な柱であり、医療倫理、患者とのコミュニケーション、臨床技能、その他診療の基本を研修する場であり、将来どの診療科に進む場合にも極めて重要な意義を持っています。

現在、内科学には9分野の専門科に加え、プライマリケアやターミナルケア、また今後避けて通ることができない高齢者医療などが含まれます。しかし多くの研修施設では内科は総合内科としては存在せず、それぞれの専門科として独立する傾向にあります。各専門科における研修ではそれぞれの分野での患者を診ることになります。

内科系すべての専門分野を研修することは実際上不可能ですし、現実的ではありませんが、単科のみでは大きく偏る危険性に鑑みて、例えば1科を3ヶ月としたときに、内科臨床の基本研修、内科の専門研修(2～3科)、総合診療あるいは老年医学の研修を行うとしますと、研修期間は 12 ヶ月以上必要となります。総合診療、老年医学の指導に関しては各施設における現況も勘案しなければなりません。プライマリケアを重視した 21 世紀における日本の内科医育成のためにはこれらの分野の臨床指導は必須と思われる。

現在、日本内科学会は 1985 年以來 26 年間にわたり認定医制度の下で3年間の内科研修を積んだものに認定内科医資格認定試験の受験資格を与えてきました。これまでは、初期臨床研修での2年間の研修期間も内科志望者の大部分が2年間とも内科の研修を行ってきたため、認定医の研修期間に加算することになっておりました。しかし、新制度においてこの初期臨床研修の中での内科研修期間があまりに短いと、実際に内科研修を行ったとは言い難いですし、内科系研修医間に不公平さが生じます。このために認定内科医を目指すためには初期臨床研修内においても一定期間以上の内科研修が必要と考えます。外科や小児科など他科の研修期間との対比の上で総合的に鑑みる必要がありますが、認定内科医が従来は 3 年間の内科研修であったことから、2 年間の初期臨床研修のうち内科研修を 12 ヶ月としても認定内科医としての内科研修は 1 年減少することになります。

現時点で日本内科学会の認定医制度のもと、既に 40,520 名が認定内科医を登録しており、認定内科医を取得してから始めて認定内科専門医、あるいは各サブスペシャリティの専門医へと展開できる研修教育システムが既に確立しています。このようにわが国で認定医・専門医制度が広く受け入れられ定着している以上、中期研修に相当する認定医制度と初期臨床研修システムが二重構造になる事態は避けるべきであり、ともに補完し合う関係とすべきでありましょう。従って研修医が初期臨床研修から円滑にその後の認定医制度に移行できるよう、内科志向者に対する内科研修期間が2年の初期臨床研修の中で 12 ヶ月以上確保できることを要望します。

平成13年6月1日

厚生労働省 医政局
局長 伊藤 雅治 殿

社団法人 日本産科婦人科学会
会長 荒木 勤



要 望 書

社団法人日本産科婦人科学会は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ていただきますよう強く要望いたします。

(理 由)

卒後初期臨床研修の充実は、日本国民の健康管理の質的向上に寄与するものと考えられ、(社)日本産科婦人科学会は本制度を強く支持するものであります。

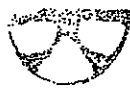
ところで産婦人科の知識は、国民の約半数を占める女性に対する診療に不可欠であることはもちろんのこと、他領域の疾病に罹患した女性患者に適切に対応するためにも必須の知識といえます。

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します。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、産科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的事項と考えられます。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りましょう。

上記に鑑み、欧米諸国においては、産婦人科が国民医療のうえで重要との位置づけから、プライマリーケアを担う医師の必修プログラムに組み込まれていることは、ご高承のとおりです。

以上の理由より、21世紀の国民医療を担うすべての医師が女性特有の健康維持・増進に関する基本的知識・技量を修得することは、きわめて重要であり、平成16年4月から実施されます卒後初期臨床の必修ローテーションに産婦人科を加えていただけますよう、切に要望する次第です。

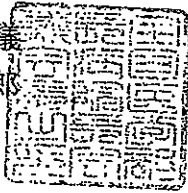
以 上



平成 13 年 7 月 30 日

厚生労働大臣
坂口 力 殿

全国医学部長病院長会議
会 長 福田 康一郎



医師の卒後臨床研修必修化に向けての要望

医療従事者の資質の向上を目指して、平成 12 年 12 月、医師法の一部が改正され、診療に従事しようとする医師は 2 年以上の臨床研修を必修とすることが法制度上決定されました。この法律は平成 16 年 4 月から実施されます。また、上記法律に対する臨床研修の指導体制の充実、研修医の身分安定および労働条件の向上に努めることとの付帯決議が、平成 12 年 11 月 30 日に参議院国民福祉委員会で決議されております。

全国の大学医学部・医科大学およびその付属病院は、医学部学生の医学教育を通して、医師の養成とその資質の向上に努めているところであります。さらに、卒後臨床研修に関しても、各大学医学部・医科大学の付属病院を中心とした診療および教育体制の中で、現在約 8 割の卒後臨床研修生を受け入れており、臨床研修の中核的な役割を担っております。

平成 16 年 4 月からの臨床研修必修化を目前に控え、今後も大学医学部・医科大学の付属病院が臨床研修の場として不可欠であることに鑑み、上記付帯決議の完全実施を強く要望するとともに、これに関連する以下の事項が実施されるよう特段の配慮をお願い申し上げます。

要望事項

- 1、 研修医が臨床研修に専念できるようにするために、生活保障のための適正な額の手当てが研修医に確実に支給されるよう国が責任を持って財源を確保する。
- 2、 臨床研修の実施体制充実のために、指導体制の確立に不可欠な研修医の指導に要する諸経費についても、国による各大学医学部・医科大学附属病院への十分な助成処置を行う。
- 3、 各大学医学部・医科大学附属病院が他の医療機関と連携・協力して広く研修が行えるように、他の協力医療機関に対しても国による卒後臨床研修に必要な財政上の処置を行う。
- 4、 卒後臨床研修の達成目標などの検討に当たっては、医学教育コア・カリキュラム・教育内容ガイドラインにもとづく卒前医学教育の充実および「臨床実習開始前の学生評価のための共用試験システム」構築の進捗状況を踏まえ、今後内容・期間等の見直しを図ることを明文化する。
- 5、 臨床以外の分野に進む医学部卒業生の立場を考慮し、臨床研修の開始時期、継続期間等については多様性と弾力性のある運用を行いうることを明示する。
- 6、 今後の卒後臨床研修の充実を図るために、大学医学部・医科大学関係者、研修指定病院関係者、関連する行政当局関係者間の実質協議の場を確保し、その意見を卒後臨床研修制度に十分に反映させることを明示する。

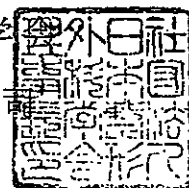
平成 13 年 8 月 21 日

厚生労働省 医政局長

伊 藤 雅 治 殿

社団法人日本整形外科学

理事長 山 本 博



要 望 書

本年 6 月に発足しました医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会において、平成 16 年 4 月施行の初期臨床研修の必修化に向けての臨床研修制度の具体的事項が検討されております。この臨床研修制度の必修化は、良質な医療を国民に提供するとともに、我が国の医療の在り方や医師養成の在り方と関連し極めて重要なことであり、社団法人日本整形外科学会としましてもこれを強く支持するものであります。

臨床研修の内容に関しては、国立大学附属病院長会議を始め、臨床研修を実施している医療機関や医学関係学会等でも検討されており、本学会においても、スーパーローテーション方式による卒後初期臨床研修カリキュラムについて検討しています。

国民の筋骨格系の健康維持・増進、更にはQOLの向上には、初期臨床研修において少なくとも次のような事柄の診断とプライマリーケアの研修が必要不可欠なものと考えます。

1. 日常診療で頻度が高く、初期治療を誤ると問題の多い四肢、脊椎の外傷
2. 高齢者社会の進展に伴い、ますます増加している腰痛、関節痛、四肢のしびれ
3. 乳幼児や学童の先天異常や成長に伴う運動器のメディカルチェック
4. 国民の健康スポーツ実施に向けての運動器の基本的メディカルチェック修得

これらの研修にあたっては、それらを専門領域とする整形外科での研修がもっとも適切であるとともに、必須であると考えます。従いまして、卒後初期臨床研修の必修ローテーションに整形外科を加えていただけますよう、日本整形外科学会として強く要望いたします。

筋骨格系の病態に対する研修目標

*到達目標：筋骨格系疾患の診断・治療・リハビリテーションについて理解し、基本的事項を実行できること。

*行動目標：

1. 診断法

- ・病歴の聴取、触診、関節可動域及び筋力の測定、反射及び知覚検査の実施と、これらの適切な記載。
- ・各種画像診断並びに筋電図検査のオーダーを適切に出し、かつその結果を理解できる。
- ・関節穿刺、腰椎穿刺ができ、かつ関節液、髄液の異常について判断が下せる。

2. 治療法

- ・薬剤の適切な使用（消炎鎮痛剤、筋弛緩剤、ステロイド剤、ビタミン剤、抗菌剤、骨粗鬆症用薬等の種類と薬用量を理解し処方できる）。
- ・包帯法、副木、ギプスについて理解し、簡単なものが実施できる。
- ・物理療法、牽引療法、理学療法について実地見学を行い、オーダーが出せる。
- ・関節内注射、硬膜外注射、簡単な神経ブロックができる。
- ・体幹用コルセット、指・膝用ブレース等について理解し、適応がわかるようになる。
- ・次の手術について見学または介助し、術前・術後管理の修練を積む。

骨折の整復固定（非観血的、観血的）

開放骨折のデブリドマンと止血及びその後の処置（鋼線牽引を含む）

関節脱臼の非観血的整復（小児肘内障を含む）

股関節人工骨頭挿入術

腰椎椎間板ヘルニア手術

3. 疾患の理解と対応

- ・頸髄症の症状、所見、ルーチン検査、治療の概要について理解する。
- ・椎間板ヘルニアの症状、所見、ルーチン検査、治療の概要について理解する。
- ・変形性股関節症、変形性膝関節症の症状、所見、ルーチン検査、治療の概要について理解する。

- ・膝半月板損傷、靭帯損傷特にスポーツ外傷との関連においてその症状、所見、ルーチン検査、治療の概要について理解する。
- ・四肢の骨折・脱臼について症状、所見、ルーチン検査、治療の概要及び、内固定用金属の適応について理解する。
- ・手指の外傷とその初期治療を可動域並びに感覚保持の必要性と関連付け理解する。
- ・小児の骨折、肘内障について特徴と好発部位並びに治療の特殊性を理解する。
- ・小児の斜頸、側弯症、股関節脱臼、内反足について述べることができる。
- ・高齢者の骨粗鬆症による脊椎の変形や大腿骨頸部骨折について理解し、前者の薬物療法、物理療法、コルセット等の治療法について、後者の手術療法について述べることができる。
- ・骨腫瘍とくに転移性腫瘍の痛みにたいする治療法を理解する。
- ・脊髄損傷の診断、治療、リハビリテーションについて理解し、指示を出すことができる。
- ・関節リウマチの診断とステージ、クラスを理解し、基本的薬物療法、手術、リハビリテーションについて述べることができる。
- ・痛風について病態、症状、治療について理解し薬物療法の処方ができる。
- ・その他筋骨格系の病態に対応できる整形外科的疾患の診療の経験を持つ。

4. 政策に対する理解

- ・難病の診断基準、身体障害者診断書、障害者年金診断書、介護保険主治医意見書等を通覧する。
- ・健康保険制度とそれに基づく医療の現状を理解する。
- ・インフォームドコンセントの実行と情報開示に対応するカルテの書き方を理解する。

社団法人日本整形外科学会

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3000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げると考えます。

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