

卒後臨床研修に対するプログラム案および施設基準案についてコメントさせていただきます。卒後臨床研修が将来の日本の医療を担う医師を育成するという大切な役割を果たすものであること、また、卒後臨床研修が低廉な医療労働者を提供するものでないことと日本の医師配置の偏りを是正するために利用されるものでないという大前提を確認すべきであると考えます。

以下に意見を述べさせていただきます。

プログラムの基準（案）に対するコメント

- 1 P3 基本ローテーションの期間は12ヶ月とし、残りの期間を選択ローテーションとする。理期間では、医師の実地初期教育としての基本的なものを選ぶべきで、卒前教育、研修期間修了後でカバーできる分野は含むべきではない。卒前教育でカバーできる分野として、保健所、地域医療、精神科、産婦人科など多数があり、初期実地修練では、基本となる内科と外科を中心とした研修を行い、実地医療の実力をつけることが必要である。したがって、基本診療科は、内科、外科、小児科、救急医療とすべきである。現在進行している医学教育の改革、特に卒前教育における臨床実習、がそれらの種々の診療科の技能、知識をカバーできるものである。従って、全国医学部長病院長会議の提案するローテーションに準拠すべき。
- 2 p4 研修施設での指導医は、指導医として学会等の資格検定が行われ、かつ、研修センターに登録され、公表される必要がある。協力病院であっても、「少なくとも1人の指導医」といったあいまいな規定でなく、卒後研修に参画する指導医に対して研修医が応募できるかたちをとるべきである。
- 3 p5 プログラム毎の定員は、プログラムに配置される指導医数とプログラムの遂行に必要な症例数によって決定されるべきである。
- 4 p5 指導医ならびに指導体制は、全国医学部長病院長会議の提案に準じたものとするべき。
- 5 研修管理委員会は、全国医学部長病院長会議に提案する「卒後臨床研修センター」、「研修連絡協議会」、「研修評価機構」などの組織として再構成すべきである。また、評価機構は厚生労働省、文部科学省とは独立した第三者機関を作らないと国民への説明義務が果たせないことになる。
- 6 マッチングシステムの構築は、研修義務化が行われた後少なくとも数年程度の時間をかけて確実な準備を行うべきである。

指定基準（案）に対するコメント

- 1 p2 研修管理委員会の性格を適切の規定すべきである。企画組織と実行組織、評価組織の3機能の分離が必要。
- 2 施設、人員等に関する基準：現行の基準でも研修医が集まらない現状の分析が必要であり、現行よりも基準を下げることで、研修医に魅力を与える研修施設を提供できるかは

疑問であり、将来の医療のレベル低下を導く可能性がある。適切な研修プログラムの実施と指導体制の確保ができることが重要である。

- 3 内科、外科などの基本診療科での研修には、質の高い研修を行うためには、現行の基準で規定されている診療科が整備されている必要がある(チーム医療の必要性)。そのため、現行の基本的診療科を揃えている病院のみが研修のための病院として指定されるべきである。
- 4 p3 定員：定員は病床数によって決定されるのではなく、研修のための指導医数と研修に必要な症例数によって決定されるべきである。一人の指導医が直接指導できる研修医の数は2・3人と考えられる。また、指導医と研修医の間に指導助手を置く屋根瓦方式が行われる施設では、指導医は2—3人の指導助手を指導し、指導助手がさらに2—3人の研修医を指導する体制をとることができる。
- 5 病院群の構成で、管理型病院の規制は当該群全体の研修プログラム実施を管理する観点から必要であるが、研修医の自由な選択を可能とする様な多様性をもち、かつ、特徴あるプログラムを提供するためには、協力型施設の規制は行うべきでなく、プログラム内容とそれに対する指導医及び指導体制の基準を満たすことによってどのような施設であっても、協力型病院として参加できるように柔軟性、多様性を持たせるべきである。
- 6 病理解剖数の代わりに CPC 数を充てようとしているが、少なくとも数例の剖件数を同時に兼ね備えている施設である必要がある(研修病院のレベルの維持)。