

2002・7・5

厚生労働省新医師研修制度検討ワーキンググループ
施設基準小委員会における施設基準に関する意見

ワーキンググループ委員

大阪大学医学部付属病院長

松田 暉

まず基本的な事項として、プログラムおよび待遇が定かでない状況での具体的な提案は難しいと考えます。特にプログラムにおいて地域医療や僻地医療、保健所、介護といった部分がどういった扱いになるのか、さらに厚生省管轄病院と国立大学病院との相互関係が不明瞭であること、研修医の教育が主体であって労働力扱いではないことが明確に示されていないこと、などが懸案のままと考えられます。従って、今の時点であまり具体的な数値を持ってお答えできる状況にはないと判断し、以下の意見とさせていただきます。しかし、次回の委員会で種々の問題点を前向きに考えて大局的な立場で意見が纏まっていくことを期待しております。

1:臨床研修病院の体系を単独型と管理型+協力病院の二つに分けていますが、基本的には修練施設群が存在して、その中には単独もありうるし群形成もあるわけで、あえて二つの部類に分けるべきではないと考えます。また、単独にしる中心となるような病院は「基幹病院」という名前で扱うことを提案します。これに協力病院がついて群を形成するということになります。大学病院を含めて一般病院とが連携することも多いでしょうし、それが幅広いプログラムになると考えます。

2:研修病院および病床数

基幹病院としては、特定機能病院および臨床研修指定病院が主体となるが、後者についてはそれに準じる病院を含めることで良いと考えます。臨床研修指定病院に準じる病院の基準は何らかの数値が必要でしょうが、地区の特性や専門性などが重要であってあまり数で規定しないほうが良いと思います。要は、しっかりした指導者と体制を持って修練群の体制が組める病院が集まるべきと考えます。

協力病院についてはその分野の専門医の常勤や指導体制（総括指導医、直接指導医）を求めるべきだと思います。あくまで、教育的指導が目標で、医員数増加と診療活動をあげるために研修医を使うことをさけるべきです。

3：研修医受入数（定員）

基本的には病床数でこれを決めることは避けるべきでしょう。指導体制、対象症例数、扱う分野の数、等で決まっていくものと思います。指導体制については、例えば大学付属病院については、指導医（臨床経験10年以上として）1名に直接指導医が3名程度、直接指導医1名に2－3名の研修医程度の体制が望ましいと考えます。

大学医学部付属病院についてはすでに研修のローテーションを実施している施設も多く、関連施設との連携にも実績があることから、それぞれの特色を出して自主的に定員を決める柔軟性が必要と考えます。あえて定員を設けるとすれば、既に全国医学部長病院長会議の提案が参考になるかと考えます。しかし、仮にある数を出しても、それはあくまでも標準であって、各プログラムが計画を提出して審査委員会で承認という格好が望ましいと考えます。

4：救急医療については、救急医療の実情やそれぞれの指導体制を考えて混乱を生じない範囲で考えるべきものと思います。

5：本制度を支える新たな機構について

新たな制度の構築に当たっては、これまでの研修問題の長年月の議論も踏まえ、医師の教育、育成が第一義で、医療現場での医師不均衡配分や地域医療での医師不足への対応といった方向は避けるべきです。さらに現時点で統制的な色合いも避けるべきでしょうから、承認機構は重要な問題と考えます。そこで、厚生労働省や文部科学省から離れた第三者機構を構築し、審査、承認、その後の評価、修正等を長期視野で行うことを真剣に考えるべきであります。それなくしてはこの改革は成功しないと考えます。

新たな制度が研修医自身の意欲を高め、社会の信頼を得るよう、医療現場の労働力の新たなソースとするような発想ではなく、将来わが国の医療の発展や社会福祉に貢献できる医師を育てていくためのスタートラインを整備するという考えで意見を集約すべき考えます。