

### 3

②医学部教育改革の動向や専門医制度の検討の動向等を踏まえ、卒前・卒後の一貫した医師養成を目指して、臨床研修の質の向上や学部教育の更なる充実を図る。

③医師の地域偏在への対応、研修の質の一層の向上等の観点から、研修医の募集定員や受入病院のあり方を見直す。

#### 4 臨床研修制度等の見直しの方向

「3」の基本的な考え方に立ち、以下のように臨床研修制度等を見直すことが適当である。

##### (1) 研修プログラムの弾力化

○国が定める必修の診療科は内科（6か月以上）、救急（3か月以上）に止めることとし、これらの診療科における研修は、原則として1年目

に実施する。  
○内科、救急以外で従来必修とされた科目（外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科）は新たに選択必修と位置づけ、この中から各研修医が2診療科以上を選択する。

○選択必修の診療科について、研修医の希望に応じていずれの診療科の研修も確実に実施できるよう、受入病院は各診療科のプログラムを必ず用意し、受け持ちの入院患者について指導できる体制を確保する。

○内科、救急など基本的な研修を1年間とし、2年目から将来のキャリアに応じた診療科における研修を行うこともできるようにする。また、研修開始時に将来のキャリアに応じた診療科における研修を一定期間行った後に、内科、救急以下の研修を行うことも可能とする。

○現在行われているような多くの診療科をローテートする研修も、引き続き各病院の判断で実施できることとする。

○小児科、産科など医師不足の診療科の医師の確保に資するよう、一定規模以上の病院は、将来これらの専門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用意する。

○研修2年目に、十分な指導体制の下で、地域の第一線の病院、診療所において在宅ケアを含んだ研修を行う地域医療研修（1か月以上）を必修とする。研修施設は、関係自治体の意向を踏まえるなど地域の実情に応じて選定されるよう配慮する。

コメント：各紙社説やNHKの解説も指摘していますが、大学病院から医師を派遣する昔に戻すことが、今後の医療の姿として望ましいとは思えません。

「医師派遣」と「良い研修」を行うことは、無関係です。

研修制度見直しの委員会なのに、医師派遣が表に出て「結論」に盛り込まれることは不自然です。「裏取引」を疑われ、批判を浴びることになると思われますので削除を。

削除：大学病院等の医師派遣・養成機能の強化、さらに

コメント：「弾力的」を打ち出したのですから、「2」に限るのは不自然ではないでしょうか？

せめて「2以上」にしないと、小児や精神の問題をかかえた患者さんに出会ったときにうろたえる、頼りない専門医になってしまうのではないのでしょうか

削除：が

コメント：自宅での患者さんの姿に接することは、入院・外来とまったく違った視点と経験を研修医に与えます。「地域医療」という言葉では、そこが曖昧にされ、全人的医療という臨床研修の原点が欠けてしまうおそれがあります。検討会でお示した座長の論文の抜粋を末尾にご紹介しておきます。

4

○到達目標について、研修医の到達度を客観的に評価する仕組みを構築するとともに、今後の医学的知見・技術の進歩、疾病構造の変化、さらに卒前教育や臨床研修の改善状況等に対応しつつ、適切に見直すシステムを構築する。

○プログラムの弾力化に併せて、研修の質を確保するため、指導体制、研修内容、研修医の到達度等について、受入病院を第三者的に評価し、その結果をフィードバックする体制を構築する。

## (2) 募集定員や受入病院のあり方の見直し

○研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、人口分布を始め医師養成規模・地理的条件等を考慮した都道府県別の募集定員の上限を設定する。

○各病院の募集定員は、過去の研修医の受入実績等を踏まえ適正規模に見直すとともに、大学病院や地域の中核病院による医師研修実績等も勘案した上で、当該都道府県の募集定員の上限と必要な調整を行うて設定する。その結果、募集定員の大幅な削減の対象となる場合などについては、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。

○研修希望者が、自分の将来のキャリア等を勘案し、各病院の特色ある研修プログラムを選択できるよう、引き続き、受入病院が公表した研修プログラムを全国規模で選択できるようにする。

○研修の質の向上のため、研修プログラムを管理する病院について、症例数、設備、指導体制など病院の研修水準の面で基準を強化するとともに、大学病院や地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成を推進する。その結果、管理型臨床研修病院の指定取り消しの対象となる場合などについては、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。

○研修医の処遇（給与等）は、研修医と病院との雇用契約の中で決定されるべきものであるが、研修制度の趣旨を著しく逸脱するような不適切な事例については、是正を誘導するための一定の措置を講ずる。

**コメント：**大学病院は、学部教育については独自の役割もっていますが、臨床研修については市中の研修病院と同格です。「等」とするのは誤解を生み、研修病院をがっかりさせ、失礼ではないでしょうか？

**コメント：**研修病院としての質は「研修内容」にあるわけで、「医師派遣実績」と「研修病院の質」にはなんの関係もありません。元の文章のままですと、読んだ人は奇異な印象を受けると思われます。

**削除：**等

**削除：**の

**削除：**派遣

**削除：**・規模

**削除：**など

**コメント：**後期研修については規模が大きい病院が望ましいかもしれませんが、プライマリーケアを学ぶには、専門分化した大病院はかえって不向きというのが常識ではないでしょうか？

従来の医療は、外来医療と入院医療に担われてきた。いずれも、医療機関における医療であり、患者が来院することにより開始される。いわば、座して待つ医療であった。医療内容は、病気に焦点があてられ、その診断と治療が主体であった。

在宅医療は外来・入院医療に続く第3の医療として登場したが、その内容は、前2者とまったく異なるものである。

すなわち、在宅医療は、まさに患者の生活の場で実施される。しかも、医師、看護師のみならず、歯科医師、保健師、理学療法士、栄養士、ケアマネージャー、ホームヘルパーとさまざまな人々がその職域を超えて多職種連携のもとに行われるチームケアである。

（日本在宅医学会雑誌第5巻2号、2004.2梶井英治・高久史磨「医学教育における在宅医療の位置づけ」より抜粋）