

資料 15：臨床研修のあり方について

大学病院問題懇談会*（平 5.2.20）

第Ⅰ章 卒直後臨床研修に関するこれまでの経緯

これまで多くの機関、委員会、団体などが卒直後臨床研修について調査報告書を発表し、この中で多くの提言が行われた。これらをまとめれば表1のごとくである。この中で、大学病院の立場からの報告書は2つあり、一つは文部省の協力者会議の発表したもの、第二は国立大学協会の報告書である。

報告書等一覧表

1. 医師研修審議会建議書(塚本会長)（昭和48年12月7日）
2. 医師研修審議会建議書(日野原会長)（昭和50年10月24日）
3. 医師研修審議会建議書(日野原会長)（昭和58年3月2日）
4. 文部省「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議報告書」
5. 国立大学協会「大学病院における卒後臨床研修(中間報告)」(平成2年6月)
6. 全国社会保健協会連合会「卒後臨床研修のあり方に関する研究」
7. 日本医師会「臨床研修懇談会報告Ⅰ」(平成3年3月)
8. 厚生省医療関係者審議会臨床研修部会意見書(中間報告 平成元年6月14日)
卒後臨床研修目標
厚生省医療関係者審議会臨床研修部会意見書(最

終報告 平成2年11月20日)

卒後臨床研修目標

9. 同部会小委員会「卒後臨床研修制度の改善について」
10. 厚生省医療関係者審議会臨床研修部会意見書(中間報告平成3年9月13日)
(最終報告 平成4年6月)
11. 日本医師会「臨床研修懇談会報告Ⅱ」(平成4年3月)

追1. 文部省医学視学委員会見解(昭和55年)

追2. 全国国立大学病院長会議医員制度問題小委員会アンケート調査(昭和63年9月)

追3. 医学教育振興財団「研修カリキュラム16病院の調査」(昭和63年12月)

これらの中で卒直後臨床研修に関連する議論はほぼ出尽くした感がある。しかし、それにもかかわらず、現実はまだ変化していなかった。平成4年、厚生省医療関係者審議会臨床研修部会は、これまでの施設重視の考え方からプログラムを重視する臨床研修への移行を提言し、平成6年度から各臨床研修施設が作成した研修プログラムを編集して公表することを提言している。

本研究はこうした臨床研修をめぐる環境の変化に対応した大学病院としての考え方をまとめたものである。

* 大学病院問題懇談会委員

表1 卒後臨床研修に関する論点の整理

	現状の認識	あるべき姿	改革の方向
歴史 環境（背景） 研修の位置づけ	インターン制廃止の経緯から学ぶ必要あり 位置づけが曖昧 卒前、卒直後、卒後の一貫性がない。(7)	―― 研修は国の責任(1) 卒前教育との一環性(5) 卒前教育の改善(7)	―― 義務化？ 保険医登録の条件とする？
研修の費用負担	基本的考え方の合意なし 制度の上で一貫性なし		
年数	医師法により少なくとも2年以上		
研修の場	大学病院 122,8.5万床 指定病院 229,12.0万床 ベッド数が少ない(7) 現在の研修病院の研修は不備(5, 7) 研修病院の多様性 全国的、地域的(7) 大学と研修病院が協力したくても途中からはできない。(7)	研修の場から内容へ(10) 研修施設群(10) 関連病院群が必要(5) 大学病院と研修病院協力体制(5)	研修病院以外の関連病院の認定 研修施設群 研修の場から内容へ(10)
研修の場の評価	指定病院は最初のみ、大学病院は評価なし	研修病院の評価を行う。(1)	
研修医	大学病院に偏在(1, 7) 大学病院 約1万人 指定病院 2,700人 研修率 85% 偏在の理由(7) 専門医志向、認定医研修後の就職、学位 厚生省指定基準 1名/10床		
研修医の定員		定員を設ける(5) 1名/10床(1) 定員に配慮(4)	
研修の内容 オリエンテーション 研修目標	到達目標はほぼ合意但し、時期について議論あり。	必ず行う。(8) プライマリ・ケアの重視(2, 3) 社会との接点(5) 到達目標必要(5) 期待される医師像全人的医療(10) 必ず編成する。(8) 画一的でない。 多様なプログラム(10) 研修プログラム重視(10)	
カリキュラム	国立大学病院(5) 31/42各科 16/42病院として	ローテーションすべき(1, 5) 総合診療、麻酔、救急など、地域医療機関(1, 8) 全科ローテーションは日本の実情にあわない。(7)	
ローテーションなど	国立大学病院ではしていない。(5) 606/774診療科 私立医大24/29 救急部へ全員いけない(7) 今のままで後継者養成は可能という考えの人が多い(5) 若い医師が早くから専門化を望む。(5)		
指導体制 組織		病院として教育責任者研修委員会を置く。(1, 8) 大診療科制(5) 指導医の育成・研修(7) 指導医の定員増(1, 5, 8) 指導医の意識改革(5)	
指導医	指導医が少ない(7) 定員は研修を考えてない		
施設	会議室、宿舎など(1) 著しく不十分		
評価・記録	国立大学病院 7/42	必ず評価する(8) 研修医手帳(8) 終了認定証(1)	評価の第三者機関(10)
研修医の身分 研修医の待遇	待遇が不統一 研修と研究の分類(5)	基幹病院からの派遣(10) 待遇改善(1, 7) 待遇が悪い(1)	
大学との関連	臨床系大学院の目的が不明確(5) 問題がある(7)	研究者養成に配慮(5) 博士課程年数の再検討(5) 認定医制度に到達目標を組み込む。(7, 8)	
専門医制度	学会認定病院との関連(7)		
実務を行う機関 外国の状況	研修が一貫性を持つ(7) 米国 PGY-1 英国 Preregistration year		第三者機関の設立

(注) 表中()内の数字は1ページ「報告書等一覧表」の番号である。

第Ⅱ章 卒直後臨床研修に関する基本的問題

ここでは、卒直後臨床研修に関連する基本的な問題について、本研究班の立場を明らかにしておきたい。基本的な問題とは、現状を分析し、改善を考えるにあたっての視点に関わる問題である。どれを基本的問題と考えるかは人によって違いがあると思われるが、ここでは次の5つの問題を指摘したい。即ち、(1)卒直後臨床研修の位置づけ、(2)研修に関わる費用負担、(3)認定（専門）医制度との関連、(4)研修に対する大学病院の責任、(5)関連病院との関係、である。

1 卒直後臨床研修の位置づけ

1-1 三つの考え方

卒直後の臨床研修の問題を議論するためには、まず基本的な問題として、医師養成教育の中における卒直後臨床研修の位置づけをはっきりさせておく必要がある。これについては、次の三つ考え方がある。

第一は、医師としての基本的な知識や手技を習得するための独立した2年間の研修であるとする考え方である。これは、過去に行われたインターン制度の考え方と類似しており、医師は自分の専門以外の患者が来たときにも最低限の診療は行えるべきであり、そのため、認定（専門）医としての修練を受ける前に、出来る限り全科の基本的な手技を実地に診療しつつ修得すべきとする考え方である。

第二は、本来基本的手技の修得は学部教育の一環であるとする考え方で、現在は制度上もまた期間的にも、それができないために卒業後に行うが、経過的な措置であるとする考え方である。この考え方は英国の卒後臨床研修の考え方に近く、英国では学部教育の中にこれを取り入れている訳ではないが、卒業した後も1年間は大学の責任で臨床研修を行うことにより、卒前教育との一貫性を確保している。

第三は、卒業後数年にわたる専門教育の一環であり、これと切り離すことができないとする考え方である。日本では外国と異なり、全科の診療技術を必要とする状況は通常は存在しない。従って専門を持たない医師は皆無といっても良く、卒業した後は、一応は自分の専門を決めるのが日本の医師の最も通常の姿である。但し、専門といっても、決して臓器別に細分化された専門医やスーパースペシャリストのことではなく、例えば日本で一般に行われる手術が行える外科医、通常の眼科疾患についての知識と技能をもった眼科医などを考えれば良い。従って、卒後の臨床研修もこの専門

医の養成の中で必要なものを組み入れていくのが良いとする。この時必要な項目は到達目標として示されていればよく、事実最近では各学会の認定医制度の研修カリキュラムの中に、厚生省の示した到達目標を組み入れることが認定医制協議会の基本的診療領域を担当する各学会で実施されている。

1-2 大学病院の考え方

大学病院としては、少なくとも現時点では第三の専門教育の一環であるとする者が多いが、そのことは決して全科の基本的手技習得の必要がないということではない。専門教育の中にこの基本的手技習得をうまく組み入れることが日本の実情にあっていると考えるのである。但し、制度としては、額の多少には議論の余地があるにしても、2年間の研修に対しては国費が支出されており、2年間の臨床研修制度があることは望ましいことである。しかし、この2年間を独立させてしまえば、後の専門教育との一貫性整合性がなくなるので、臨床研修の考え方の上では、専門教育と一貫性を持ったものと考えたいということである。現在80%以上の研修医が大学病院で研修を希望した研修をするが、その理由は研修後の就職に対する考慮があるにしても、卒直後の臨床研修が専門教育の一環と考えて運用されている点にも魅力を感じているからであろう。

厚生省は第一の立場をとっていると考えられるが、制度の上では現行の臨床研修制度を生かしつつ研修の方法は日本の現状に最もあったものを求めることが必要であろう。

2 研修の費用負担

卒後臨床研修の費用を誰が負担するかという問題は複雑な問題であり、研修医の待遇とも密接に関連した問題である。現行の状態を改革することの必要性は誰もが認識する所であるが、これまで成功していない。ここでは、その基本的考え方を整理しておくことにしたい。

2-1 現在の状況

現在の状況の著しい特徴は、研修を行う病院の性格によって、費用負担もまた研修医の待遇も異なっている点である。このような差は理念的にも容認できるのでないが、歴史的な経緯からこの非正常な状態が固定してしまったと考えられる。

研修病院のカテゴリーとしては、費用負担の立場からすれば、それぞれの特別会計から研修費用の一部が支出されている国立大学病院と国立病院、地方自治体

も関与している公立大学病院，厚生省からの補助金が支出されている私立大学病院と厚生省指定研修病院の三つに分かれるが，研修医の待遇などについては同じ

カテゴリーの病院の中でも病院によって大きく異なっている（表2及び3）。

表2は，現在国費が支出されている状況を示してい

表2 臨床研修医1人当たりの単価の比較

(平成4年度)

区 分		国立大学病院 (国立学校特別会計)	国立病院・ 国立療養所 (国立病院特別会計)	公・私立大学病院及び公・私立病院（補助金）		
				ローテート方式	総合診療方式	ストレート方式
対 象 人 員		4,871人	642人	2,737人	580人	2,364人
予 算 額		10,770,773千円	2,007,483千円	2,397,047千円	615,336千円	1,003,755千円
臨床研修医一人当たり単価（年額）	指 導 医 経 費	円	円	円	円	円
	指 導 医 経 費	—	850,907	901,530	1,201,440	400,780
	指 導 医 経 費	—	749,400	783,736	1,044,981	348,327
	指 導 医 経 費	—	101,507	117,794	156,459	52,453
	研 修 医 経 費	—	2,243,894	516,214	516,214	286,567
	研 修 医 手 当	2,058,000	2,058,000	—	—	—
	社 会 保 険 料	233,580	131,664	—	—	—
	実 習 研 究 費	—	—	465,860	465,860	258,592
	実 習 研 究 費	84,553	54,230	50,354	50,354	27,975
	実 習 研 究 費	—	—	—	—	—
合 計		2,376,133	3,094,801	875,794 ($\times 0.85 \times 0.85$ $\times 0.9 \times 0.95$)	1,060,925 ($\times 0.85 \times 0.85$ $\times 0.9 \times 0.95$)	424,600 ($\times 0.85 \times 0.85$ $\times 0.9 \times 0.95$)

(注) 「ローテート方式」とは，カリキュラム無しで，複数の診療科で臨床研修を実施。

「ストレート方式」とは，カリキュラム無しで，1つの診療科で臨床研修を実施。

「総合診療方式」とは，カリキュラムがあり，複数の診療科で臨床研修を実施。

表3 臨床研修医の処遇

区 分	身 分	給 与	社会保険	宿 舎
国 立 病 院 ・ 療 養 所	非常勤職員	非常勤職員手当 月額146千円	有	原則として有
国 立 大 学	非常勤職員	非常勤職員手当 月額146千円	有	—
公 立 大 学	非常勤職員	月額 1 年次156千円 2 年次165千円	50%が有	—
私 立 大 学	非常勤職員69% それ以外は常勤 正職員等	月額 1 年次56千円 2 年次70千円	31%が有	—
臨床研修指定病院 (国立病院を除く)				
公 的 病 院	非常勤職員85% それ以外は正職 員等	月額 1 年次205千円 2 年次239千円	93%が有	59%が有
そ の 他 の 病 院	非常勤職員60% それ以外は正職 員等	月額 1 年次249千円 2 年次299千円	100%が有	64%が有

るが、金額もまた財源の性格も異なっていることが分かる。国立大学病院及び国立病院ではそれぞれの特別会計から支出されているから医業収入の一部が還元されているという見方もできようが、特別会計には一般会計からの繰入金が大きな割合を占めているから、むしろ一般会計から研修に対する補助金が出ていると考えた方が実態に近い。公・私立大学病院では国費は一般会計からの補助金という性格である。また、金額も国立に比して少ない。但し、公立大学病院では地方自治体が研修医の費用を負担している場合もあるから、私立大学病院ともまた異なっている。

これを臨床研修医の処遇という観点から見たものが表3である。私立大学病院の研修医は月額10万円以下の収入しかなく、非常に惨めな状況にあることが分かる。

2-2 研修に関わる費用の内容

研修費用の内容についても、その項目を整理しておく必要がある(表4)。その費用は大きく分ければ、研修医の給与と病院が研修のために必要とする費用に分かれ、病院が必要とする費用は更に研修指導医の人件費と研修のための施設や消耗品費、それに研修のためのコストの増加分に分かれる。ここでいうコストとは病院が支出しなければならない費用を意味している。

表4 研修に必要な費用(病院からみて)

研修医給与	
研修病院必要経費	研修指導医人件費 研修施設費 研修のための消耗品費 研修のためのコストの増大

この各項目の殆どについては、改めて説明を要しないであろうが、若干の注釈を加えるならば、研修医給与については、研修医も医師として勤務しているのだからと考えれば、研修の費用と考えることについては議論のある所であろう。この点についての詳細な議論は次の節で述べたい。研修指導医の人件費は指導医が多くの時間を割いて指導にあたる以上、その費用が発生するのは当然であろう。施設費は研修医の宿舎、研修医室、研修医の当直室、ロッカーなどであり、消耗品費は白衣及びクリーニング、図書、当直の食費など研修に伴って発生する消耗品である。研修のためのコストの増大については、これまでも多くの議論を呼んでいる所である。これは例えば研修医に対し教育的配慮をするために手術時間が長くなり、それに伴う人件

費や施設費が増加するとか、医療材料に無駄な使用がでるなどの例である。かかる費用は日本では、保険財政から負担するのは不当であるとする議論が多く、例えば医療法改正にあたって国会で付された付帯決議などにその典型をみることができる。しかし、このような費用は米国では、研修に伴う間接経費と呼ばれており、MEDICAREでは研修病院に対して費用を上乗せする形で負担している。

2-3 研修費用の負担に対する考え方

研修費用負担の問題を理論的に整理すれば以下のようになるであろう。

第一は、上記の全ての費用を全額国費(一般会計)で負担するべきであるという考え方である。しかし、この考え方が受け入れられる前提としては、卒後臨床研修が必須の義務でなければならない。任意の研修に国費を投ずる根拠は得られないからである。また、その必須の程度が司法研修のように法律に定められるだけの確固としたものであることが必要であろう。以上の点を考えると、卒直後の臨床研修を必須とすることに医療関係者自身の合意が得られる保証はなく、また研修の必要性に関しての世論の理解がどれだけ得られるかについても未知であるので、法律を改正してその実現を図ることは今の状況では困難であろう。

しかし、卒直後の臨床研修が公共性の高い医師の養成に必要なものであることを考えれば、全額は無理としても、少なくとも一部に対しては国費を支出する根拠は充分にあると考えられる。特に、後に述べるように現在の研修病院がその費用を捻出する方法を全く封じられている現状では、特に研修病院側の費用については国費の補助を出すことは決して不当とは言えない。事実、現在公立大学病院、私立大学病院及び研修指定病院に対して行われている国庫からの補助金もそのような考え方に立つものであろう。しかし、既に述べたようにその額は現在の他の社会分野と比較すればあまりにも少額であることを訴えておきたい。

第二は、研修医自身が研修の費用を全て負担する、即ち授業料を払って研修を受けるべきであるとする考え方である。これは、受益者負担の原則から出てくる考え方であるが、義務化しているとは言えないまでも国としては推奨している研修に対し、受益者が全額を負担せよというのは、他の職業と比較した時に社会的な公正を欠くと思われる。また、年齢的にも既に大学を卒業しており、また、研修の内容も一方的に習うのみでないことを考えれば、妥当な考えとは言えない。

第三は、社会保険、すなわち現在の医療費財源から

上記の研修費用を支払うという考え方である。医療保障の担うべき責任は、現在の国民に医療を提供すると同時に、次世代の医療の再生産ともいうべき医師養成の費用をも負担すべきであるという考え方による。事実、米国の公的医療保障であるメディケアの教育病院に対するホピタルフィーには、直接及び間接の教育費用が加算されて支払われている。残念ながら、わが国の社会保険の支払いの考え方には医師養成まで保障するという点での合意は得られていない。

第四は、研修病院が研修費用を負担するべきであるという考え方である。病院は研修医から労働力を得ている面もあるから、研修医に給料を払う形で、研修の費用の負担をすることも妥当のようにも思われる。これは米国などで行われている方法であるし、また企業などで行われる企業内研修も企業が費用を負担している。しかし、ここで注意しなければならないのは、米国の病院も、日本の企業も研修の費用を商品に転嫁している点である。米国では、研修病院には一般病院よりも高い診療単価が支払われているし、また企業では、その費用は商品の値段の一部となっているから、それによって費用の回収を図ることが可能である。ところが、日本の病院は、研修病院も一般の病院も診療単価は全く同一であるから、研修の費用を病院が回収する方法は全くなく、労働力を提供されたことを考慮しても研修を行えば病院の損失になる。従って、日本の制度の下では、この考え方も妥当ではない。

以上のように、様々な考え方があるが、現在の研修の費用負担の方法は十分な理論的な根拠を欠いている。このため、制度的にも一貫性を欠くことになっている。思うに、研修の費用負担は上記のいずれかの一つを取ることには無理があり、これらを理論的に整合がとれるように組み合わせていくことであろう。これについては次に考察する。

2-4 解決への方向

この解決への方向は、日本の医療の発展のためには良質の医師が必要であること、従って研修は日本国民全体の利益のために必要であるということを社会全体が認識することが出発点となろう。但し、そのためには研修を行う側も、養成された医師が社会の役にたつ医師であることを客観的に示すことも必要であろう。

上記の立場に立って、研修病院が日本の医療全体のために努力しているということが理解されれば、研修病院を通常の病院と区別し、研修を行う病院に対し特別の財源措置をすることも当然のこととなる。その財源は国費（一般会計）から支出することも必要であり、

例えば研修のための人件費、施設費などいわゆる直接経費は国費からの支出に馴染むものであろう。また、給与の一部は病院が研修医の労働の提供を受けていることを考えれば病院が一部負担することも必要かも知れない。しかし、これらに全てを頼ることもまた当を得ていない。われわれは、少なくとも研修費の一部、例えばいわゆる研修の間接経費などは現在の診療費の体系の中から補給する制度を創設するべきであると考ええる。その根拠は研修が医療の再生産にとって必須のものである以上、それを医療に使われる費用の中から負担することが当然だからである。これは、他の社会分野のいずれでも行われていることであり、このメカニズムがなくては再生産は不可能となり、その分野は衰退する。医療はまさにその衰退の危険に曝されているといっても過言ではない。

上記を可能にするには、まず病院の中で研修病院を区別する法的な根拠を設けなければならない。今回の医療法の改正の中で研修病院のカテゴリーが設けられなかったことは、医学教育に携わるものとして誠に残念である。その上で、これらの研修を行う病院については、国費の補助を行うと共に、診療報酬支払いの上でも通常の病院と区別するか、または保険財政の中の特別経費のような形で、研修の費用を支払うべきである。

もし、このような方法が早急にとれないならば、研修費用の大部分を国庫で負担する他はない。現在のように研修を行う病院と研修医の犠牲の上に研修が行われている状況は速やかに改善されなければならない。根本的な解決策が検討されている期間は国庫補助の増額によって少なくとも現状の改善を行わなければ、日本の医学は衰退の一路を辿るであろう。

3 認定医・専門医制度との関連

既に述べたように、学会認定医制協議会の中の基本的診療領域を担当する14学会は、認定医になるための条件として、卒直後臨床研修の「到達目標」を各学会の研修カリキュラムの中に明記して組み込むことを合意しており、認定医制協議会の立場からは卒直後臨床研修との整合性は既にとられている。この立場は、前節で述べた第三の考え方に基づくものであり、この認定医制協議会の立場を卒直後臨床研修の立場からどう評価するかは今後の実効を見守ることが必要であろう。

4 研修に対する大学の責任

これまで、大学病院における臨床研修の位置づけや研修医の身分の不備などについて述べたが、これよりも更に根本的な問題があり、上記の問題もそれから派生していると考えられないこともない。それは、臨床研修を大学病院が行っているのは、「本来の大学の業務として」行っているのか、またはいわば「好意的に」行っているのかという問題である。大学病院が卒後臨床研修を行うことが当然と考えられており、大学関係者もそれを望んでいるにもかかわらず、組織の上で大学病院が臨床研修を担当することがどこにも明示されていない。大学病院は組織上あくまでも「学生教育」のための施設とされているのである。

実態として臨床研修を行っているのであるから、改めてこのようなことを問い直す必要もないようにも思われるが、後に第IV章でも述べるように、このことが組織上でも予算上でも少なからぬ影響を与えているとも考えられる。また、現在、多くの臨床研修が講座単位で行われていることも、このことと関係があるとも思われる。臨床研修が「講座単位で」行われるべきか、または、形式的であっても「病院として」、または「医学部として」責任を負っているのかは、もっと議論をする必要があろう。また、多少言葉の遊戯になる恐れはあるが、研修は「講座」として行っているのか、または「診療科」として行っているのかも考え方の上でははっきりさせた方が良好であろう。例えば、学生に対しては医学部が教育を行い教授会で可否をきめ、卒業証書を渡すことを全ての大学が行っている。しかし、臨床研修の修了を病院または医学部として認定し、修了証書を与えている所はむしろ少ない。このことは、臨床研修は病院の臨床講座（または診療科）が任意に行うものであるから、「大学としては」責任を負うべきものでないことを物語っているようにも思われるのである。

5 関連病院

5-1 関連病院の役割

大学病院は、臨床研修の場として、いわゆる「関連病院」の協力を広く求めてきた。これが大学病院の研修の一つの特徴と言ってもよく、大学病院にとって「関連病院」の持つ意義は大きい。今後疾患などが多様化するに従って、また病院の機能分化が進められつつある現在、大学病院だけでは、卒直後研修に必要な種類の患者を充分確保できなくなることは明白である。現

在でも結核や法定伝染病などは大学病院ではみられないが、長期的にはこの傾向は強まるであろう。

従って、「関連病院」の教育環境を整えることが重要であるが、まだ問題点も多い。

5-2 大学病院と関連病院の関係

第一の問題は、「関連病院」と大学病院の関係は必ずしも明確なものではなく、また「関連病院」の定義もはっきりしていない点である。従ってこの報告でも括弧を付していわゆる「関連病院」という言葉で記してある。「関連病院」は大学病院全体の「関連病院」と考えられている場合もあるが、時にはその認識も希薄で各講座が「関連病院」を持っている場合もある。「関連病院」が「学閥」や「講座閥」の存在と混同される議論があるのも、この関係が近代化されていないからである。関連病院が「学閥」の象徴のように見られるのは、それが医師の就職先としての性格を有するからである。しかし、研修における「関連病院」はこのような性格とは切り離して考えるべきで、研修に協力しようという病院があり、大学病院側も依頼したいという病院であれば、「研修に関する協定」を交わして大学病院として「関連病院」に研修を依頼するべきであろう。その指導者がどこの大学の出身であるかということは問題ではない筈である。

この場合、一つの研修病院が複数の大学病院と「協定」を結ぶこともあり得ようし、また同じ病院の内科はA大学病院、外科はB大学病院との間で研修の協定を結ぶことも充分可能であろう。要するに、「関連病院」における研修の内容が相互に納めできるように予めとり決めておくことが重要であり、その取決めが「研修プログラム」の一部ともなる。このように、「関連病院」との関係近代化することは、一朝一夕にはできるとは思えないが、将来の課題として大学関係者が真剣に考えるべき問題であろう。

また、「関連病院」に研修を依頼するにあたっては、当然その費用負担が問題になる。この点についても今後の早急な議論が必要である。

5-3 研修指定病院との関係

また第二の問題として、形式上の問題であるが、大学病院の「関連病院」は必ずしも厚生省指定の研修病院ではなく、医師法の解釈によっては、この間は医師法に記された研修を行ったとは言えないことになる。しかし、一部の診療科しかなくても研修には優れた病院は多くあり、「関連病院」の中にもそうした病院も多い。この点は、医師法の解釈において「関連病院」における研修は大学病院における研修とみなすとの方向

での解決が期待される。

第三章 大学病院における卒直後臨床研修の現状

1 大学病院における研修の内容について

大学病院における卒直後臨床研修の内容を一言で表現するとすれば、第一の特徴は「多様である」ということであろう。その多様である事例は次の節に記すが、その多様性は大学病院ごとの多様性というよりは、講座ごとの多様性ということもできる。但し、病院によっては、病院全体として統一をとった研修プログラムを持っているところもあり、この点でもまた多様である。要するに、大学病院の卒後研修プログラムの内容をまとめて表現することは不可能である。この多様性は、研修プログラムの責任者が自らの後継者を育てるために必死に工夫した結果であって、否定するべきものではない。しかし、問題点がないわけではなく、この点については第3節で述べたい。

また、第二の特徴は「関連病院」と合わせて研修を行うことである。これは、大学病院のみでは、必ずしも十分な症例をみることができない場合もあるためであり、今回厚生省の報告書にいう「研修施設群」の考え方を既に先取りしているとも言えるが、大学病院外での研修は必ずしもプライマリ・ケアの教育だけを目指したものではなく、大学病院での研修を補うという性格のものになっている場合が多い。

また第三の特徴は、研修が2年間で修了するとは考えずに、その後に続く専門教育と連続したものと考えてプログラムが作られている点であり、この点は基本的問題の章で既に議論したところである。

2 大学病院の研修プログラムの例

ここで、大学病院研修プログラムのいくつかの例をあげてみよう。大学病院の卒直後の研修プログラムについては、これまでも調査されたことがあるが、これらの結果が全ての大学関係者の目に触れたわけではなく、他の大学病院でどのような研修が行われているかは相互にあまり知られていないように思われる。ここに示すように、その実態は目的もまた研修の方法も正に多様であることがわかる。

(1) A私立大学病院内科

研修は、大学病院の内科（大内科制であり講座に分かれていない。）が企画運営しており、大学病院全体として企画運営されてはいない。この研修プログラムの目標は研修医が研修修了後に内科認定医となることで

ある。従って、全体は4年間であり、特に2年間の卒直後研修を意識してはいない。しかし、この4年間の間に到達目標で掲げられた項目を満たすことは充分できる。研修期間中には原則として研究は行わず、また修了後には認定医試験を受けるのが原則である。

研修の4年間は、2年ごとの二つに分けられ、最初の2年間は大学病院の中で研修し、その後2年間を関連病院で研修を受ける。最初の2年間は4ヵ月ごとの6単位に分けて、5単位は大学病院内の内科の5診療科で研修を受け、残りの1単位は、研修医の希望によって、救急医療部など他科をローテートする。

後半の2年間に研修を行う関連病院は大病院から中規模の病院まで数病院あり、一人が原則として1病院で研修を受ける。どの病院で研修を受けるかは、大学側で割り当てる。

(2) B公立大学病院C内科学教室

いわゆるストレート入局方式である。研修の内容は同じ内科でも講座によって異なり、この研修は一つの内科教室の研修プログラムである。入局した後に研修医の一部（十数人の中で数名）は、自らの希望によってその内科と関連のある厚生省指定の臨床研修病院で研修を行う。大学病院全体としての定員はあるが、この内科としては定員は定めていない。

最初の1年間は大学病院の中で研修を行い、1年後から関連病院（必ずしも厚生省指定の研修病院ではない。）に順次赴任し、そこで2、3年研修を行う。その後所属する専門グループ（後記）がきまって大学に戻り、認定医を目指した研修に入る。

最初の1年間の研修の内容は概略は次のようなものである。この内科には(1)循環器、(2)呼吸器・感染症、(3)代謝・内分泌、(4)消化管、(5)肝臓、(6)膵胆道、の6専門グループがある。研修医は2、3人で一つのグループを作り、まず最初の1か月は上記の6専門グループを回ってオリエンテーションを受ける。神経、血液などについては、他の内科の応援を受ける。次の3か月には、同様に6グループを回るが、この間は助手クラスの指導医とマンツーマンで患者の診断治療技術を学ぶ。次の2か月は、上記と同様であるが、次第に研修医に独立して診断治療を行わせるようにし、上記の半年が終了した後は、独立した医師として診療にあたらせ、指導医はチェックする体制となる。

(3) D国立大学病院総合診療部

この大学病院には総合診療部があり、ここではGeneral Internal Medicineを標榜した研修プログラムがある。但し、3年間で日本内科学会認定の内科認定医

受験資格が得られるようにも意図されている。このプログラムでは、第1年目は3ヶ月づつ4つの内科病棟をローテートして内科全般の研修を行う。2年目は総合外来を6ヶ月、麻酔・集中治療部を3ヶ月、救急部を3ヶ月まわる。3年目は再び3ヶ月を内科病棟で、放射線科で3ヶ月、更に総合外来で6ヶ月研修を行う。

(4) E私立大学病院外科

将来外科を標榜する医師のための2年間の研修プログラム。希望者は3年目も外科で継続して研修を行うことにより日本外科学会の外科認定医試験の受験資格を得ることができる。

2年間の研修のうち前半を総合診療方式（内科、外科、産科、小児科、救急）、後半を変則ストレート方式とする。外科志望者は総合診療方式の期間中外科をローテートせずに選択科（整形外科、精神神経科、皮膚科、放射線科、脳神経外科、心臓外科、形成外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、麻酔科、内視鏡科、リハビリテーション科）の一つを1ヶ月ローテートする。

研修医の主任指導医及び指導医は専門的能力を有する助手以上の医師で病院長が発令する。収容定員は附属の4病院の外科で30名。学外からの志望者に対しては筆記試験と面接を行って採否を決める。研修に関しては、研修内容と到達目標が詳細に定められており、これに従って研修が行われる。研修医の評価は毎月指導責任者から各研修医についての評価を研修委員会委員長に報告する。研修期間満了をもって研修の終了として終了証書を授与する。

(5) F私立大学病院総合臨床研修コース

昭和60年に厚生省が導入した「総合診療方式」に沿った研修方式であり、全ての臨床医にとって必要な基本的な知識、応用力、技能及び態度を身につけると共に、広い領域での救急患者の初期診療に関する臨床技術を養うことを目的としている。また、患者の問題を心理的、社会的に捉えて正しく理解し、解決する能力、患者及び家族とのよりよい人間関係を確立する能力等を身につけることも重視する。定員があり、14—16人、身分は病院長に所属する。研修期間は2年間。この研修修了者は、希望の講座において引き続き研修を継続することが可能になっている。2年間104週のうち、内科・外科をローテートした後、麻酔科、小児科、産婦人科の基幹科目並びに選択科目をローテートする。

(6) G国立大学病院

現在は原則として各診療科が自由に研修を行っているが、現在卒後・生涯医学臨床研修部を中心にこれを

大学病院全体としてのプログラムに変更するべく作業が進行中である。

3 大学病院の現在の研修プログラムの問題点

大学病院の研修プログラムの現状は上記に示したようなものであるが、これらの現状に問題がないわけではない。ここでは、問題点について考察してみたい。但し、認定（専門）医制度との整合性や研修医の待遇など基本的問題については、最初に纏めて記したのでここではより実質的な問題について記すことにする。

3-1 不透明な多様性

一般論として、大学病院研修問題の難しさは、研修については既にみてきたように各大学病院の各教室が個々に努力していて多様である点である。それぞれのプログラムには、各教室の歴史や社会的背景を伴っており、従って大学病院の研修プログラム全体についての一般論は著しく困難である。ある評価または批判は、ある大学病院（教室）の研修プログラムにはあてはまっても、それ以外のところにはあてはまらず、必ず「そんなことはない。自分の所ではこのようにやっている。」という反論がでる可能性がある。

大学病院の研修プログラムの持つ多様性は決して否定する必要はない。それぞれの教室がそれぞれの専門領域の後継者を育てるために精根を傾けて工夫して行っているものであるから、そこには多くの学ぶべき点が生まれる筈で、一律にしてしまうことはむしろ弊害の方が多であろう。しかし、その多様性が閉鎖的な「独りよがり」になっては、折角の多様性の長所も欠点となる。従って、その多様性は「透明性」と「共通基盤」を持った多様性でなければならない。

即ち「透明性」とは、その研修プログラムが研修を受けようとするもの、また他の研修施設から（同じ大学病院内の他の教室からも）「見える」状態になっていることである。このことは現状では意外に実現していない。同じ大学病院にある二つの同じ科の講座の間でも内容は相互に知られていない場合もあるし、またそれぞれを参考にして研修内容を改善しようという動きもあまりない。しかし、この状況は各講座がその内容の公開を拒んでいるからではなく、これまでの慣習上この状態が続いているに過ぎないと思われる。

しかし、上記に見るように現在の多様性はやや行き過ぎた所もあり、また相互に参考にするべき点も多くあることを考えると、それぞれの研修内容が相互に参照したり、また研修医からも見える状態にしていくことが必要であると思われる。具体的な問題点としては、

例えば、研修の内容を記した文書がないか、あっても内部文書で外部からは入手できないことも多い。また、研修について、相互に内容を検討しあう場が大学病院の内部にしかなく、大学病院の間では情報を交換する場は全くないなどである。

第二の「共通基盤」とは、研修を受けた医師が将来日本全国で活動する可能性を持つ以上、研修医として共通に学ぶべきことがある筈で、それをここでは共通基盤と呼んだのである。多様性もそれを踏まえた上での多様性でなければならないであろう。

現在この共通基盤としては、上のプログラムの一部に見るように認定医（専門医）を取得することであることがはっきりうたっている場合もあり、またははっきりしていなくてもそれが暗黙の了解となっているものもある。認定（専門）医は学会によって基準が定められており、また最近では厚生省の提唱した「到達目標」もこの中に組み入れられる方向にあるから、専門医の取得をもって共通基盤とすることで充分であるという考え方もあるであろう。しかし、一方で「到達目標」が既に厚生省の審議会によって示されており、これについては医学会のほぼ合意がある以上、これをもって明示的に全ての研修プログラムの中に示して、これを共通基盤とすべきであるという意見もあろう。

いずれの立場を取るにしても、重要なことは、その立場が理由と共に明らかにされていることであり、こうした問題を曖昧さの中に埋没させてしまっては研修の改善はないであろう。

3-2 不明確な研修責任

現在の大学病院の研修の問題点の一つは、研修責任者が不明確な点である。問題をこのように一般化するのは、既に述べたように一部の大学病院から反論を受けるであろうが、ここでいう研修責任者とは次の二種類の責任者である。即ち、第一は「研修医の管理責任者」、第二は「研修プログラムの企画実施責任者」である。

「管理責任者」とは、病院として研修を行う上での管理責任を負うもので、通常は病院長と考えるべきであろう。管理責任者は例えば、研修医が事故を起こした場合の責任者であり、研修医を受け入れる全体の人数（定員）を決定したり、各プログラムの間の研修医の配置調整の責任などを負うことになる。かかる管理責任は臨床研修を「病院として」行っている以上必ず伴うものであるが、現状では研修が講座（診療科）単位で行われている場合も多くこの場合には、このような「病院として」の管理責任は強く認識されない場合も多い。

この管理責任者が権限を持たないために、例えば次のような問題点も指摘されている。即ち、眼科、耳鼻科などの研修医をある期間内科や外科で研修させることを希望しても、内科や外科が将来自分の診療科に所属しない研修医に研修させることを好まず、それが実現しないという問題点である。これは、研修指導の人手が充分でなく、多くの研修医を受け入れる余裕がないという理由もあろうが、少なくとも管理責任者はその調整を行う必要があるだろう。

「プログラム企画実施責任者」は、研修プログラムの作成及びその実施の責任者で、各プログラム（講座または診療科）ごとに一つ病院に複数の責任者が存在することになる。この責任者は通常講座の教授が負うことになり、この責任は明確である場合が多い。しかし、先に述べた管理責任者との責任の区分などについては、あまり明確でなく、事故が起きた時などを考えるとこの点については明確な取決めが必要のように思われる。

このことはまた、指導責任にも連なる問題である。実際に指導が2年目の研修医によって行われることは、教育上好ましい面もあるが、同時に講師や助手が研修指導の上でどのような明確な責任を負うのかを明らかにしておくべきであろう。

3-3 実務体制の不備

研修には、大学病院として、多くの事務・管理的な作業を必要とする。例えば、現在どの研修医がどこの診療科や病院で研修を行っているのかを常時「病院として」把握するにはかなりの事務作業が必要であろう。

もし、大学病院として、外部の研修病院への派遣の調整に関する事務作業までを行おうとすれば更に事務作業は増加する。このような作業は「病院として」研修を行おうとすれば不可欠であるが、現在はそれを行い得る実務体制を持った大学病院は少ない。

このことは、そもそも大学病院が研修医を受け入れることが大学病院としての「本来の業務」かという根本的な問題にも連なる問題である。例えば、学部学生や大学院生の教育が大学の本来の業務であることに疑いはない。従って、必ず事務組織上でも教務系、大学院系などが存在して事務を取り扱っている。

もし、研修医の教育も大学の本来の業務ならば、事務作業量から考えれば「研修係」が存在してその事務を行うのが当然であろうが、事務組織上にこのような係が存在している大学病院は殆どない。また、国立大学病院においては、大学病院の建築に際しても、研修医のための教育設備（研修医のコンファレンスルーム

や当直室など)は当然認められてよい筈であるが、明確な基準はない。特に研修のためには、本来病院の中または近くに研修医のための宿舎がなければならないが、このような発想はまだ一部の私立大学病院に見られるのみで、基準と考えられるには至っていない。また、国立大学では、学生や大学院生には教育のための経費が積算されているが、研修医に対しては、教育用の経費は積算されていない。こうしたことを考えると臨床研修は、大学においては学生教育に比べて、いわば「継子扱い」であると考えるのは考え過ぎであろうか。

3-4 研修の評価の欠如

現在の大学病院の臨床研修においては、研修を終わった段階での、研修医に対する評価がない場合が多く、研修によって何が達成されたのかが不明確である。しかし、この問題は基本的問題の項で述べた卒直後の臨床研修の位置づけの問題とも関連している。この臨床研修が2年間の独立した研修でないとすれば、2年の段階で修了の評価をすることは不可能であることになる。

このような根本的な問題は残っているにしても、区切りのある時に何らかの評価があることは必要である。2年に限らず、1年の区切り、または6ヵ月の区切りなどで、評価を行い、それを研修医に提示することは必要であろう。

第IV章 改善への方向

これまで、大学病院における卒直後臨床研修の現状と問題点を記してきたが、ここでこれらの改善の方向を考えてみたい。但し、臨床研修問題の改善には、国としての予算や制度に絡む多きな問題もあり、その解決は容易ではない。これらについては、基本的問題の中で論じたので、ここではそれを繰り返すことはせずに、大学病院関係者として現在のままでもある程度実行可能な事項をあげて考察してみることにする。

大学関係者として可能なことにも二種類ある。第一は大学病院という単位で可能なこと、第二は大学病院関係者が協議して全国的なレベルで行うべきことである。ここでは、この二つを分けて考えてみることにする。

1 大学病院としてできること

1-1 研修プログラムの作成

このたび、厚生省の医療関係者審議会・臨床研修部会の報告に基づいて研修プログラムを重視するように

なり、研修プログラムを各研修施設が明示することが求められるようになると思われる。このことは、基本的には、これまで指摘した曖昧かつ不明確な点が明確にされるという点で好ましい方向と言えよう。従って、大学病院としても、実態にあった形で研修プログラムを公表するようにするべきであろう。但し、厚生省の報告書がいうように平成6年度を期して全ての大学病院がプログラムを作成・公表することは、実行上無理があることも考えられ、経過的な取扱を含め現実的な対応が必要であろう。

しかも、厚生省の主張するプログラムは卒直後臨床研修の2年間のものである。大学病院は通常専門教育のためのより長期のプログラムをもっているから、大学病院としては、作成するプログラムも必ずしも2年間に限らず、むしろ大学病院が提供している専門研修を含めたものを「卒後臨床教育プログラム」として記載して研修医に提供するべきであろう。また、プログラムの評価については、プログラムの多様性と大学病院の自主性を尊重する観点から、当面は自己評価が適当であろう。

プログラムを作成する上で特に明確にする必要のある点としては、次のようなものがあげられる。

- (1) 各プログラムの「到達目標」を明示する。
- (2) 各大学病院は研修管理責任者と研修企画実施責任者をおき、これを明示する。
- (3) 評価方法、修了証書の授与などを明記する。
- (4) 専門教育との関連を明記する。
- (5) 関連病院を明記しそれとの関係を明確化する。

1-2 関連病院との関係の明確化

臨床研修プログラムの作成に関連して、今後大学病院として改善に努力すべき点としては、既に指摘したように関連病院の問題がある。この点については、既に問題点と改善の方向について述べたが、重要と思う点をここに繰り返すとすれば、第一は、関連病院との関係を講座との関係だけでなく、病院間のより近代的な研修に関する契約的な関係にしていこう努力をするべきであるという点である。

その当然の帰結として、研修に関して大学病院と関連病院が協議する場合も必要になり、仮にこれを「関連病院との間の研修協議委員会」と呼ぶことにすれば、それを大学病院として明確に位置づけることが必要であろう。この委員会は研修内容よりも、管理事務的な重要事項を協議する場として位置づけるべきであろう。

1-3 大学病院内の研修協議委員会

上記と共に、研修の内容を協議検討する場も必要であり、各大学病院は、関連病院の研修担当者を含む研修調整委員会（仮称）を設置して、研修内容に関する事項を協議する必要がある。

1-4 研修事務担当者の明確化

各大学病院は研修の事務的な支援をするための研修事務担当者を明確にしておくことが望ましい。この担当者は、研修医の研修状況を常時把握し、必要があれば、病院として調整にあたるようにする。

2 全国的なレベルでの対応

全国的なレベルでも、改善のための対応が考えられる。

2-1 大学病院研修委員会の設置

改善案が実現するまでの間、この問題を検討し、改善策を実行していくために、何らかの全国レベルのモニター機関が必要であろう。これは国公私立大学の大学病院関係者によるものでなければならない。

2-2 大学病院による卒後臨床教育プログラムディレクトリの作成

上記委員会は各大学病院に卒後臨床教育プログラムの作成を指示し、それを集めて大学病院卒後臨床教育プログラムディレクトリを作成、公表する。卒直後2年間の初期研修のディレクトリは厚生省も平成6年以降に作成を企画しているが、すでに述べたように、大学病院の持つ卒後臨床教育プログラムは初期の2年間のプログラムだけではないので、必ずしも厚生省の考えるディレクトリーに合わない所もある。従って、大学病院として卒後臨床教育プログラムディレクトリーを自主的に作成し、その一部を厚生省のディレクトリにも掲載するのが適当であろう。

2-3 全国研修担当者会議

現在、大学病院の持つ研修に関する貴重な経験を相互に交流する場は存在していない。従って、「大学病院研修委員会」は、当分の間年に1回、全国の大学病院の研修担当者会議を主催し、各大学病院における研修プログラムやその実施の経験について交流を図ることが適当であろう。既に述べたように大学病院のプログラムは著しい多様性を持つから、その交流は相互に資する所が大きい筈である。

第V章 将来への課題

ここでは、現段階で必ずしも大学関係者の合意が得られないが、将来重要になるであろう問題や、研修と

大きな関係をもっているが本題からはややはずれた問題であるためにここでは詳細に議論しなかった問題などを、将来への課題として記しておきたい。

1 ローテーション方式の研修

この小論の中では、いわゆる「ローテーション方式」と「ストレート方式」の利点欠点については特に論議せずに、プログラムの多様性を認め、到達目標さえ達成されるならばどの方式をとっても特に問題はないという考え方をとってきた。しかし、大学関係者の中にも全科をまわるとは必要ないとしても、複数の診療科の間の「ローテーション」は行うべきであるとする意見も強く存在する。また、ローテーションができないという意見にも、積極的に必要ないという意見もあれば、指導医の人手が足りないから無理であるという消極的な反対論まで内容は様々である。今後研修プログラムの運用の経験を積む中で、この問題は将来再び議論することも必要であるように思われる。

2 プログラムの互換性

この小論の中では、研修の少なくとも2年間は同じプログラムの中で行うものであるという考え方で議論を進めてきた。しかし、諸外国の研修をみると、第1年目と第2年目のレジデンスを異なった施設で行うことも認められており、事実そのようなローテーションをするものもある。これは、プログラムがある程度の互換性を持っているからであり、そのためには、プログラムの標準化が行われていることが前提である。

本小論では、日本のプログラムは多様であるから、到達目標を明示してこれを共通基盤とするべきであるとしたが、この考え方を更に進めて、共通基盤の部分を拡大してプログラムの互換性を得られるようにするべきであるという考え方もあろう。それによって研修医の流動化が進むであろうが、その利害得失については今後の議論が必要である。

3 研修の義務化、大学病院の研修受け入れ制度の整備

現在の研修は研修医の側からみても義務ではなく、また、受け入れる大学病院の側からみても研修を行うことは絶対の義務ではない。この点は学部教育と大きく異なっている。このように曖昧な制度とせずに、制度的にも研修をはっきり位置づければ、ここにあげた問題の少なくとも一部は解決されると思われる。そのように義務化していくことが良いのかどうかは、現在

コンセンサスはない。今後更に議論を積み重ねる必要がある。

4 各専門医の医師数に関する問題

現在大学病院の臨床研修は各領域の専門医を目標にしている所も多いが、現在はまだ専門医が充足していないにしても、将来は医師過剰の影響もあって専門医も過剰になる可能性もある。また、領域によっては既に専門医の数は充足されたという意見もある。この問題は専門医の位置づけとも関連しているので、早急な

結論は避けるべきであろうが、将来を見通した議論が必要であることは間違いない。

5 臨床医学研究との関係

大学病院は臨床医学研究の場でもある。また臨床大学院生の教育の場でもある。これまで述べた臨床研修と医学研究との整合性をどのようにとっていくかについては、まだ大学関係者の間でも統一された意見はない。これも、今後の大きな課題の一つであろう。

資料 16：臨床研修病院の指定基準・指定基準の運用

厚生省（平 5.3.25）

臨床研修病院の指定基準

臨床研修を行う病院のうち、一般病院については以下に掲げる内容を備えた総合的な病院であることが原則とされること。ただし、病院群による指定については、「病院群による臨床研修病院の指定基準」による。

第 1 施設、人員等に関する基準

1. 一般病床約 300 床以上、又は年間の入院患者実数が 3,000 名以上であり、かつ、病床数及び患者実数が診療各科に適当に配分されていること。
2. 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、及び放射線科の各診療科がそれぞれ独立して設置されていること。
3. 常勤医師が医療法上の定員を満たしていること。
4. 2. の各診療科について、それぞれ適当数の常勤医師が配置されていること。
5. 2. の各診療科毎に十分な指導力を有する指導医が配置されていること。
6. 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、又はその他剖検に関する数値が相当数以上であること。
7. 救急医療の研修が実施できること。
8. 臨床検査室、放射線照射室、手術室、分娩室等の機能を示す数値が相当数以上であること。
9. 研究、研修に必要な施設、図書、雑誌の整備及び病歴管理等が十分に行われていること、かつ、研究、

研修活動が活発に行われていること。

第 2 研修プログラムに関する基準

1. 研修目標、研修計画、指導体制及びその他必要な事項を定めた研修プログラムを有すること。
2. 研修プログラムの管理及び評価を行うため、臨床研修全体についての教育責任者及び研修委員会を置いていること。

病院群による臨床研修病院の指定基準

「病院群による指定」とは、臨床研修を行う複数の病院を病院群として指定するものである。病院群による指定は、臨床研修において中心となる病院（以下「主病院」という。）と、主病院の機能を補う病院（以下「従病院」という。）について併せて行い、従病院の補う分野を特定する。

第 1 施設、人員等に関する基準

1. 病院群に関する基準
 - (1) 主病院と従病院は、相互に診療について機能的な関係があること。
 - (2) 従病院の数は 2 以下であり、主病院の機能を補う分野が特定されていること。
2. 主病院の基準

以下に掲げる内容を備えた総合的な病院であること。

 - (1) 一般病床約 300 床以上、又は年間の入院患者実