

医師臨床研修制度の係る報告書(案)に関するご意見について

番号	ご意見	報告書(案)項目	報告書(案)ページ	ご意見に対する考え方(案)
1	研修内容も大幅に改訂する必要がある。公衆衛生の見学に時間を割く必要はない。すでに保健所、老健施設は医学生のうち研修をしている。さらに産科、小児科を1ヶ月づつローテートする現在のシステムは、単なる見学でしかなく社会の役には立たない。そのような見学型にしたために、産科、小児科に魅力をなくした研修医も多数いる。内科と救急と外科で十分である。	2研修プログラムの改善(2)	7P	新医師臨床研修制度においては、基本理念に基づき「臨床研修を行う分野ごとの研修期間は、それぞれ1ヶ月以上とし、臨床研修病院の実情及び研修プログラムの特色を考慮して定めること。」としており、1ヶ月間に限定しているものではありませんので、各病院の研修プログラムで対応するものと考えます。 また、地域保健・医療を研修することは、中小病院、保健所、老健施設を含め重要なことと考えています。
2	産婦人科が研修医に必要不可欠な科であると認識しているのであれば、1ヶ月ではなく3ヶ月以上の必修が必要で、もしそれができないのであれば、現場のこれ以上の疲弊を避けるためにも必修から外すべきだと思う。	2研修プログラムの改善(2)	7P	
3	小児科研修について小児科は1ヶ月以上となっているが、この期間であるとする程度は出来るようになるが、任せられるまでは至らない。必修の期間をせめて2ヶ月としても良いのではないか。	2研修プログラムの改善	7P	
4	保健所における研修が重要と位置づけられているが、厳しい言い方ながら、保健所が初期研修の意義も保健所の役割も理解しているとは言い難い。現状では無駄な研修に近い。 また、この提言で大きく変わると思えない。なくす方向で検討していただきたい。	2研修プログラムの改善(2)	7P	
5	国民が求める医師とは①国民・患者の目線に立って、協同して診断、治療にあたってくれること②信頼できる知識・技術・コミュニケーションスキルをもっていることであり、現在の研修で、より幅広い臨床経験とエビデンススキルにもとづくよりの確な診断と治療の検証を日々積み上げている研修医は国民患者からみて信頼できる医師へ育っていると実感している。 また、接遇をはじめとするコミュニケーション研修、SP研修そして地域住民との医療相談なども、従前より大きな成果をあげていることも評価すべきである。2年が短いと言えば短いのであって「初期研修として2年でやる」と考えるべき。中小病院での研修も重要であり、位置づけを明確にすること。	2研修プログラムの改善(2)	7P	
6	医師としての社会的な役割を認識するために重要であると考えられる保健所における研修については、研修医の受け入れや研修内容の充実に関し、今後とも地方自治体の理解と協力を求めることが必要である。 文書の意味が分からない。 ①保健所が医師としての社会的役割を認識できる場なのか？ ②保健所は感染症の予防や統計調査業務や保健婦、保険行政職員と連携した地域医療業務が中心となる。 前提となる前文①と対応する後文②が異なる。 「地域の実情に応じた特異な症例対応や、広域的連携医療の研修のために保健所研修を位置付け研修内容の充実を図ることを実施する。」とか「医師としての社会的役割を認識するため医系技官との接点をもつ研修を検討していく」となると推測される。	2研修プログラムの改善(2)	8P	

医師臨床研修制度の係る報告書(案)に関するご意見について

番号	ご意見	報告書(案)項目	報告書(案)ページ	ご意見に対する考え方(案)
7	内科や外科等基礎診療科の研修をした上で、専門的な分野の研修を受けることが効果も高いと考えられることから、小児科、産婦人科は現行どおり2年目が適切と考える。	2研修プログラムの改善(2)	7P	
8	小児科を志す医師の確保は急務と思います。多少小児科に興味がある研修初期の段階で、少しでも早く小児科を体験すると、小児科の素晴らしさを理解すると思う。	2研修プログラムの改善(2)	7P	
9	臨床研修制度の中で2年目から社会人入学の形でもよいので、正式に大学院に入学できることも考慮していただければと思います。即ち2年目をもっと自由度のあるカリキュラムに変更すべきであると考えます。	2研修プログラムの改善(2)	7P	臨床研修病院や大学病院におけるプログラム作成や指導体制の確保をより柔軟に行えるようにするとの観点から、それぞれの病院の実情を踏まえ、プログラムを作成できることとしたところであり、必修科目については、1年目から研修が可能となるようにしていきたいと考えています。
10	プログラムの検討を行っていたところ外科研修について、小児外科や脳外科も外科研修に入れるようになった。診療科は決まっているので、外科研修にある外科系の科を含むか含まないかは、はっきり明示したほうが現場はやりやすい。当該科を入れる、入れないということを施設内で話し合うのは意味がない。	2研修プログラムの改善(2)	7P	なお、大学院制度の中で臨床研修プログラムを組むことが可能か否かについては今後の検討課題と考えます。 また、到達目標を達成するためには研修科目や期間についてある一定の柔軟性が必要であり、どの診療科で研修するかも含め、病院内で話し合うことは必要不可欠なものと考えています。
11	小児科など必須研修科目について1ヶ月以上ではなく、何ヶ月と決めた方がよい。例えば1ヶ月とすると選択の期間が多くとれるので希望者はその期間に研修すればよい。縛りがあるのに柔軟性があるので、そこに着眼してプログラムを変更しようとするときりがありません。「望ましい」や「考えられる」また「〇ヶ月以上」の表現は曖昧である。はっきり決めて施設での無駄な話し合いを減らすべきである。当該施設での自由度は選択の部分で発揮出来ればよい。研修期間は2年間と期限が限られているので、施設における裁量、自由度の部分は少ないのが当然である。	2研修プログラムの改善(2)	7P	
12	現制度では、特に内科医養成に関しては2年間で基本的な診療能力を身につけることはできない。受入体制が不備なままの地域医療、細切れでもするとお客さんと化しかねない。精神科、小児科、産科研修。それでもこの研修を維持するとすれば、内科医養成に関しては、個々の病院に任せないで後期研修も含めた研修プログラムを作成すべきと思う。 現制度の初期研修は米国の医学校の3、4年に相当すると思われ、米国でのレジデント研修に相当する内科一般研修をする3年間の後期研修が必要なのではないか。内科に関してはそれから専門医でいいと思う。内科専門医制度の年数からしても妥当なのではないか。もし不可能ならば、大学の5、6年で現制度の初期研修を行うべきではないか。	2研修プログラムの改善(2)	7P	新医師臨床研修制度は、「医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身につけることのできるものであること。」を基本理念としています。 臨床研修修了後の研修については、各学術団体や医療機関において取り組まれているところであり、専門医認定機構で議論していると承知しています。
13	現在の研修はただひたすら広く研修しており、それでは習得できるものが不十分である。研修内容の更なる拡大ではなく、もう少し絞った目標を概ねではなく完全に達成できるようにすべき。	2研修プログラムの改善(2)	7P	新医師臨床研修制度においては、基本的な診療能力を身につけることを目的に「臨床研修の到達目標」を定めています。 なお、到達目標については適宜見直せる仕組みを構築いたします。

医師臨床研修制度の係る報告書(案)に関するご意見について

番号	ご意見	報告書(案)項目	報告書(案)ページ	ご意見に対する考え方(案)
14	必修とされる「内科」「外科」の定義が曖昧であり、プログラム作成上混乱を来している。特に「外科」では、外科の基本手技(簡単な切開・縫合・創処置など)・基本治療法は多くの外科系診療科(脳神経外科、整形外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科等)で研修医自ら経験できることから、当該科の「外科必修」への参加を明示し、柔軟なプログラム作成と運用を可能とすることを希望する。Q&Aではなく、研修プログラムに明示してほしい。	2研修プログラムの改善(2)	7P	到達目標を達成するために、必要に応じて外科系診療科で研修することは重要と考えており、Q&Aに示していますのが、さまざまな機会を通じて理解を深めていきたいと考えています。
15	本制度に基づいたプログラムによる研修医の養成は、複数の診療科の多くの症例を経験することから、幅広い知識・技術を習得することができ、基本理念に掲げられた「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力(態度・技能・知識)を身につけることのできるものであること」との目的を概ね達成できているものと考えられる。一方、研修を修了した医師に対して中長期的にどのような影響・効果があったかについては、現時点で評価することは困難である。このことから、研修分野やその期間など研修プログラムの基本的な部分について、現時点においては、現行の方式を継続することが妥当なものとするが、今後、研修を修了した者に関する調査を実施するなど検証する必要がある。 文書の意味が分からない。①目標は達成できたと評価するのか？、②評価は困難で、できないのか？(だから中長期的視点が必要)、③評価が困難であるのに現状のプログラムを続行するのか？など評価を整理し、「概ね目的は達成できており、現状のプログラムを続行するが細部における内容調整等は中長期視点で、そのつど修正を加えていく。」といった文書構成にすべき。	2研修プログラムの改善(2)	7P	ご指摘の主旨については報告書(案)に反映されているものと考えます。
16	医療現場において、医療を科学的視点から捕らえることは、非常に重要であることは自明のことであり、ほとんどの臨床研修病院や大学病院においては、現在の臨床研修においても、種々の文献を検索し考察するなど医学的に本質的な理解を行った上で医療が行われているものとするが、その重要性を再認識する必要がある。 文書の意味が分からない。①現在の研修において医学的理解が伴っている研修？、②現状は医学的理解ができない研修になっている？医学的理解が伴わないマニュアル的な研修になっているとの指摘を受けての対応であるため、前提文①がおかしい文である。評価を整理して文書を再度、書き直すべきである。たとえば「医学的に本質を理解する研修になりにくいので、各種文献調査等をもとに対応できるプログラムにするよう努める。」といった文書構成にするべきである。	2研修プログラムの改善(2)	7P、8P	様々なご指摘のある中で、報告書(案)においては、種々の文献を検索し考察するなど医学的に本質的な理解を行った上で医療が行われていることの重要性についてあらためて指摘しているものです。
17	16年度制度開始にあたって、当院は麻酔・救急2ヶ月のプログラムを作成し、現在プログラムにそって研修しているが、昨年「麻酔・救急を3ヶ月とせよ」と指示され、プログラム変更を余儀なくされている。さらに出産経験目標数20例など、制度開始時に認知していない目標を提示され困惑している。制度開始時に周知されなかった項目については、「必須としない」という配慮が臨床研修制度を継続して育てるのに必要と考える。	2研修プログラムの改善(2)	7P	内科においては6月以上研修を行うことが望ましいこととされており、外科、救急(麻酔科を含む)については、それぞれ3ヶ月を目安としてQ&Aで示しています。また、目標数などについては、出来るだけ明示したいと考えています。

医師臨床研修制度の係る報告書(案)に関するご意見について

番号	ご意見	報告書(案)項目	報告書(案)ページ	ご意見に対する考え方(案)
18	保健所、血液センターも選択肢となっているが、この期間はほとんど見学となってしまう。見学ではなく、たとえば3ヶ月固定して、僻地の病院での研修を行えば、本人の研修ばかりでなく、医師不足に悩む地域に恩恵をもたらすし、そこでやりがいを見いだせば、将来地域医療で活躍する人材になりうるかもしれない。	2研修プログラムの改善	7P	
19	医師不足地域における病院での研修が勧められているが、そもそも医師不足地域の地域では指導医も不足していることは明らか。そういう病院で教育ができるとは思えない。リスクの点からも問題が多いと思われる。	2研修プログラムの改善(2)	7P	
20	患者やその家族に対して全人的に対応することの重要性について理解を深めるために、地域の診療所等での研修が積極的に行われることが望ましい。また、へき地等の医療について理解を深め、あるいは、医師不足地域において勤務する医師の養成・確保に資する観点から、地域保健・医療の研修の中で、医師不足地域における病院での研修が積極的に行われることが望ましい。 文書の意味が分からない。 ①地域の診療所でなければ全人的医療を行っていない(身につかない)とは話がおかしい。日本の皆保険制度下では(小規模な)診療所でなくても全人的対応は行われており、この発言は現在の国民が広く平等に医療を受ける事ができる保険福祉制度へのアンチテーゼである。全文削除を求める。 ②へき地等の医師不足の病院では研修医の指導体制は手薄であり十分な研修体制をとれないのが現実である。そこに研修医を送ることが望ましいのか？研修医の当直バイト等を禁じている現状では僻地の医師不足を加速させるだけになる。全文削除を求める。	2研修プログラムの改善(2)	8P	研修医の段階で地域の医療機関を経験することは必要なものと考えており、プログラム責任者養成講習会等を通じ、実践あるプログラムが作成されるよう努めていきたいと考えています。 なお、医師不足地域であっても、研修の質は必要不可欠なものと考えていますので、指定基準を満たす病院を指定しています。
21	脳卒中(脳血管障害)は、重点的に改善が図られる国策としての「4疾病5事業」の中核の一つであり、また、新医師臨床研修制度の到達目標では、経験すべき病態に「脳血管障害」が含まれている。経験が求められる疾患に脳・脊髄血管障害が挙げられ、特に症例を受け持ちレポート作成するA項目となっている。従って、本疾患の指導医としては脳卒中診療を実際に行っている医師が指導医となる必要があり、達成されなければ脳卒中領域の研修においては医療技術習得レベルは不可能となる。脳神経外科、あるいは脳卒中内科の研修参加が必須と考える。 また、経験が求められる疾患に脳・脊髄外傷があげられている。しかし、救命救急センター併設研修病院は全国でも140施設に留まり、一般病院での脳・脊髄外傷診療は脳神経外科医が主として行っている。本疾患においても上記と同じ理由により、研修プログラムへの脳神経外科の参加は必須と考える。	3臨床研修の到達目標の改善(2)	9P	ご指摘のとおり研修目標を達成するためには、当該診療を行っている医師が研修医の指導に参加することは大変重要なことと考えています。

医師臨床研修制度の係る報告書(案)に関するご意見について

番号	ご意見	報告書(案)項目	報告書(案)ページ	ご意見に対する考え方(案)
22	<p>義務化した新制度が、確実に良質な医療提供体制に繋がったとの事実が明確に分かる方策を導入すべきではないか。その方法は、定性的な結果報告ではなく、定量的な結果報告を望みたい。</p> <p>定量的な獲得がなければ、修了基準は曖昧になるばかりでなく、本制度を導入した効果の可視化が出来ず、本制度を毎年検討するも検討だけで終わり、本質的なレベルアップが果たせたのかも不明のままになる可能性が高い。</p> <p>早急な可視化定量出来る修了基準の設計を望むものである。</p>	3臨床研修の到達目標の改善 (1)(2)	9P	現時点においては、実際の研修実施期間の評価及び臨床研修の到達目標の達成度の評価に分けて評価を行っています。今後、評価の質を高めることにより到達目標の達成度が明確に分かるようになっていきたいと思います。
23	<p>研修終了時における到達目標が明確にされておらず、これが研修先における差異につながっている。あるいは繁忙な大学病院や研修病院が研修医を干させる現況の一因にもなっている。</p> <p>国民あるいは研修医がこれで納得するとは到底考えられない。</p> <p>この部分は最低限、どこまで関与できるか今後の検討課題とし将来的には国が最低限必要レベルを示すべきであるとする。</p>	3臨床研修の到達目標の改善 (2)	9P	
24	<p>今後、医学の進歩に伴い、医学的知見や医療制度が変化することは不可避であることを踏まえ、臨床研修における到達目標についても、適時、必要な改正が可能となるシステムを構築することが重要である。また、医学部における医学教育の改善・充実の状況に応じた変更についても適時対応する必要がある。</p> <p>主語が抜けている。</p> <p>①臨床研修における到達目標はガイドライン等を用いて国が適時構築するのか？</p> <p>②研修病院等が独自に到達目標を構築していくのか？</p> <p>進歩する医学的な知見は必ずしも統一見解は得られず解釈する人により異なる。②の場合だと支離滅裂な構築方法となり研修医全体の育成プログラムのバランスが崩れて行く。</p> <p>どう反映させるつもりなのか？</p> <p>医学部における教育改善に基づくプログラム変更は大学病院では可能であるが、保健所や民間病院等では困難である。ほとんど不可能である事由は明白である。どうするつもりなのか？「今後の検討課題」とすべきである。</p>	3臨床研修の到達目標の改善 (2)	10P	臨床研修制度の到達目標については、国で定めているところです。今後、適宜適切に見直ししていく必要性について、報告書(案)で指摘しています。また、指導については、新医師臨床研修制度に係る指導ガイドラインに示しています。
25	<p>現在、文部科学省においては医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する恒常的な体制の構築と改訂の検討、厚生労働省においては医師国家試験の出題の検討等が行われており、また、本報告書において、臨床研修における到達目標を適時適切に改善するシステムの構築を提言しているところであるが、このような取組を連携協力して行うための体制を整備することが必要である。</p> <p>到達目標という言葉を使用するには違和感が大きい。あたかも研修結果(成果)が伴っているような間違った錯覚をえる。研修項目しか定義していない事から文書変更を要求する。医学教育の内容→医師国家試験の内容→臨床研修の内容が連携をとった表記が望ましい。「臨床研修における経験すべき内容の項目を適時適切に改善するシステムの構築」とすべきである</p>	5臨床研修制度を含む医師養成のあり方(2)	19P	
26	<p>EPOC(オンライン臨床研修評価システム)の事前登録指導医を、研修医1人に対して複数許可するシステムにしてほしい。</p>	3臨床研修の到達目標の改善 (2)	9P	EPOCは厚生労働省が管轄するシステムではないため、管轄する国立大学病院長会議と連携していきたいと考えています。

医師臨床研修制度に係る報告書(案)に関するご意見について

番号	ご意見	報告書(案)項目	報告書(案)ページ	ご意見に対する考え方(案)
27	臨床研修病院の指定基準の充実として、例えば、「必要な診療科の確保、救急医療の提供」などについては、研修協力施設を含めないこととするとあるが、それでは、現在、管理型臨床研修病院として行っている中小病院での研修が不可能になってしまう。	4[臨床研修病院の指定基準の改善](2)	12P	臨床研修の質の向上を図るためには、必要な診療科の確保等は研修協力施設ではなく、指定基準を満たした協力型病院での研修が必要と考えています。
28	研修病院が多すぎるが、指導体制が基準を満たしていない施設も多数あり、特に研修医に対する報酬を餌に研修医を集める施設もある。収入に関しても規制が必要である。基準を満たした研修病院の診療報酬を加算する方法をとるべきである。指導医に対する補償が必要である。	4[研修病院の指定基準の改善](2)	12P	報告書(案)にも示しているとおり、既に指定されている臨床研修病院の取扱についても、検討すべきこととなっています。研修医の報酬については各病院の実情によって定められているものと思われます。 なお、診療報酬については現時点においても「臨床研修病院入院診療加算」として加算されています。指導医については「臨床研修費等補助金」において必要な経費を補助しています。
29	指導体制充実のため、指導医に対する報酬を設定すべきである。	4[臨床研修病院の指定基準の改善](2)	12P	
30	指導医に過度の負担をかけないために、補助金の増額による指導医の増員・選任化などで体制を強化させることが重要である。この課題が各病院で大きな問題となっている。	4[指導体制の充実](2)	14P	
31	臨床研修病院の指定、病院群の変更等については、都道府県を経由するシステムとなっておらず、把握が十分にできないため、できるだけ早い時点(各病院から申請があった時点等)で都道府県にも情報提供をいただきたい。早い段階で情報を把握できることにより、各事業が円滑に実施できると考えられる。	4[臨床研修病院の指定基準の改善](2)	12P	地方厚生局、都道府県と連携しながら進めていきたいと考えています。
32	指導医については「原則として、指導医講習会を受講してことを指導医の要件とすべきと考える」とありますが、この場合の指導医講習会をどのように定義するのでしょうか。たとえば特定機関の講習会と規定すると大学・研修病院や各地区でレベル向上のために行われる講習会の普及の妨げになり兼ねません。 また、特定期間の講習会が時として時代にそぐわない状況であるケースも生じています。このような背景を吟味して「指導医講習会」の規定には幅を持たせてほしい。	4[臨床研修病院の指定基準の改善](2)	12P	
33	講習会を形式上で受講しただけで指導医の要件の1条件を満たすのは問題が多いと感じられる。 医学的知識、技術も、医学的解釈に差異があるため統一されていない。研修時に医師によって、あるいは病院によって指導が異なる事も多い。 ある医師に指導を受けた技術が、他の医師からは注意され訂正をうけていたりするのは日常的である。 これらの問題を包括的に解決する手段を今後検討する事とし 今回は結論をのべるべきではないと考える。	4[臨床研修病院の指定基準の改善](2)	12P	指導医講習会は原則として厚生労働省医政局長通知「医師の臨床研修に係る指導医養成講習会の開催指針について」に基づくものと考えていますが、例えば医学教育者のためのワークショップ、プログラム責任者養成講習会等の受講者等にも幅を持たせたいと考えています。 なお、指導医の要件は、臨床経験7年以上としか定められてないことから、指導医講習会の受講を追加したところです。今後も指導医の要件については検討課題と考えています。
34	指導医の臨床経験年数5年以上との経過措置になっているが、指導医講習会の受講を条件として、指定基準の「7年以上」を正式に「5年以上」としていただきたい。多くの学会認定医・専門医が5年間で「一人前」であると認定している。一人の研修医に複数の指導医が関わることが研修の充実と指導医の負担を軽減することにもつながる。	4[臨床研修病院の指定基準の改善](2)	12P	

医師臨床研修制度に係る報告書(案)に関するご意見について

番号	ご意見	報告書(案)項目	報告書(案)ページ	ご意見に対する考え方(案)
35	臨床研修制度の経過措置について廃止した場合、研修医の募集定員数がどの程度になるか試算すべき。	4[臨床研修病院の指定基準の改善](2)	12P	経過措置を廃止した場合の募集定員数の影響については、逐次、把握していきたいと考えています。
36	将来的には全国で行われている病院機能評価機構と同様の研修病院機能評価機構を設立して客観的に評価する必要がある。これは早急に確率すべきであり、その延長戦上に各専門医研修病院機能評価システムが必要である。連続した医師の育成を考えたシステム確立が急務である。	4[臨床研修病院の評価](2)	13P	ご意見のとおり臨床研修病院の評価については必要であり、報告書(案)においても示していますので、今後、検討していきたいと考えています。
37	報告書(案)に評価の在り方の検討を進めるべきであり、同意するが、地方の研修病院では、医師減少にもかかわらず研修医の指導に努力している。病院機能評価のように、基準を満たすかどうかのみの評価をしないで頂きたい。その地域の医療のあるべき姿を構築し、その中でその病院がどのような位置にあるかなど、総合的な判断としての評価をお願いしたい。	4[臨床研修病院の評価](2)	13P	
38	現体制では指導医の負担が過重であり、指導専門医師を確保することが望ましいため、指導医に対する負担軽減を病院が講ずることなどを新たな要件として提案すべき。	4[指導体制の充実](2)	14P	病院内の指導体制に係る、全国のさまざまな取組を集約・提示し、それぞれの研修病院において、指導医の処遇改善や指導体制の充実に活用して頂きたいと考えています。
39	先進的取り組みが必ずしもベストとは限らない。結果的には新しいだけで問題の多い研修方式になる可能性も多い。研修をする医師、受ける研修医、実施する病院の総合的評価の下で検討をおこなうべきである。研修プログラムは独自としておきながら理想的モデルを周知徹底させるとするのは趣旨からいって、おかし。ましてや、そのために責任者に過大な時間をとらせて会議、講習会に参加させるのは負担を増加させるだけにすぎない。	4[指導体制の充実](2)	14P	

医師臨床研修制度の係る報告書(案)に関するご意見について

番号	ご意見	報告書(案)項目	報告書(案)ページ	ご意見に対する考え方(案)
40	義務化した新制度が、確実に良質な医療提供に繋がったとの事実が明確に分かる方策導入をして欲しい。その方法は、定性的な結果報告ではなく、定量的な結果報告を望みたい。 新任医師は専門科選択までに多くの科のローテーションを義務づけられる結果として、労働条件が悪い科を避けたり、訴訟リスクの軽減出来る科へ流れるなど、研修終了後に小児科、産婦人科並びに脳外科等の科を希望する医師が激減しているのは現行医師臨床研修制度の失敗ではないか。その対応策を明確にして頂きたい。	2研修プログラムの改善(2)	7P	
41	研修医が集中し、かつ全体の医師数の多い地域の臨床研修病院、大学病院に対しては、募集定員の上限を設け規制すべきである。複数年にわたりにない都市部の研修病院の指定の見直しについては少なくとも3年間位は猶予すべき。	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	16P	
42	募集定員数の総数見直しと地域バランスを配慮という方針のようであるが、指導體制の充実も前項で述べられているとおり、研修の質の問題を優先すべき。この項目と前項が矛盾しないようしてもらいたい。質を言えば研修医は決して医師として役立つ存在ではない。研修医を指導しての実感であるが、現制度では医師不足の地域では役立つより足手まといになるばかりである。それより、たとえ2年間研修医が都会に集まろうと指導力のある病院で実力をつけることの方が大切。その後の研修で地域バランスを考えた配慮も考慮すればいいと思う。	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	16P	
43	臨床研修制度は少なくとも「研修」のための制度と理解しており、研修医が医療の中心でない。研修は十分な人員の指導医や同僚の研修医が存在してこそないうるものであり、医師数が少ない地域で研修などありえないと思う。医師数を増やしたいのであれば研修医ではなく、後期研修を終えた専門医こそ増やす施策をなすべき。	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	16P	研修体制の質を確保・向上する観点から、臨床研修病院の指定基準の見直しなどを行い、その総数について調整すべきと考えています。 一方、研修医の段階で地方を経験してもらい、地方の魅力を知ってもらうことも必要と考えています。 なお、全体の医師確保対策については、別途、「緊急医師確保対策」として総合的に取り組んでいるところです。
44	地方に必要なのは研修医ではなく、指導医クラスの医師である。研修医では手に負えない場合が多い。指導医を集めるためには地方が競争をして自分のところの魅力をアピールするしかない。指導医が何を求めているかを基準にしたほうがよい。それは各地方が考えるべき。	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	16P	また、例えば、複数年にわたって研修医の受入がない場合など、既に指定されている臨床研修病院の取り扱いについても、検討していきたいと考えています。
45	小児科や産科の問題も「小児科医はいつもいるわけではない」「お産は危険を伴う」というのを国民に知らさなければ解決しない。小児科医の過労問題、産科医や小児科医への訴訟問題が解決すれば(具体的にはお産関係で患者が妊娠中および分娩後1週間以内の場合と患者が15歳以内の場合の訴訟はすべて免責)という決定と、小児科の徹底的な集約化があれば簡単に人が集まる。 救急医療については、徹底的な集約化と、夜間初診料を病院で自費で取り、なおかつその最低初診料を国が決めれば簡単に勤務医不足も防げる。そのような努力をしないで、臨床研修ばかりせめても何も解決しない。	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	16P	
46	研修医が確保できていない研修病院こそ、なぜ研修医を集めることができないのかその理由を自問すべき。研修に魅力がない、すなわち十分な研修がなしえないということのように思う。総募集定員が多すぎるといふのであれば過去実績のない研修病院こそ廃止すべき。	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	16P	
47	医師の地域偏在への対応として、研修医の地域毎のバランスが図られるよう配慮することを明記したことは評価するが、具体的な対策として掲げている「募集定員減の要請」では具体性が低いことから、人口当たりの研修医数の格差を是正するため、「研修医の地域定数性の導入」等踏み込んだ提言の明示を要望する。	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	16P	

医師臨床研修制度の係る報告書(案)に関するご意見について

番号	ご意見	報告書(案)項目	報告書(案)ページ	ご意見に対する考え方(案)
48	<p>新医師臨床研修制度は、一部地域における医師の減少を招いたきっかけでもあり、医師の地域偏在の是正を図るシステムを盛り込む必要があるため、本県で大学、医師会、県との連携により実施している地域医療研修ステーション(不足地域等の診療所を拠点として、大学から指導医を派遣して医学生や研修医等に地域医療の実習・研修を行っている)のような地域医療を学べる拠点を各都道府県で整備し、医師不足地域などの地域医療を研修するシステムを臨床研修制度に組み込むことを要望する。</p>	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	16P	<p>地域保健・医療については、各地域の実情を踏まえ、それぞれの地域にあった研修(システムを含む)が行われることが適当と考えています。</p>
49	<p>研修医の募集定員の改善について10万人対医師数を使用しているが、10万人罹病率対医師数計算をしないと必要医師数は都会と地方で極端な違いがある。また、都道府県の人口のみでなくカバーする医療圏の面積なども考慮が必要である。</p>	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	16P	<p>医療圏の面積など、各都道府県の実情に配慮しながら進めていくことは必要だと考えています。</p>
50	<p>医師の偏在の問題は複合的な要因からくるもので、研修制度だけの問題ではない。臨床研修の指導体制整備と研修内容の評価を中心として研修医が選択している点を重視すべきで、選択されなかった病院、特に大学病院は体制の整備を充実することこそ大切なのである。</p>	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	16P	<p>プログラム責任者養成講習会等を通じて、各病院で魅力あるプログラムが作成されるよう、努めていきたいと考えています。</p>
51	<p>新医師臨床研修制度によって大学の医師派遣システムの崩壊、研修医の「選択の自由」という一見合理的な施策がいきすぎ「自由な過当競争」に大学を巻き込んでしまつて大学病院の持つ医師派遣システム、研修機能を事実上崩壊しかけている。この結果大学実態が疲弊したばかりか、地域医療の崩壊(医師引き上げ)を招き、基礎医学希望者も激減し、日本の基礎医学(ひいては国際競争力、国際貢献)が衰退している原因となっているので、大学病院の研修枠が充足できるような誘導的な政策をつくる。他病院の研修とは違う何らかのメリットを与える、財政援助する等行うことをすべきである。</p>	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	16P	<p>医師法第16条の2では「診療に従事しようとする医師は、2年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、2年以上臨床研修を受けなければならない。」と規定されていますが、研修場所に係る規定については、必修化前も必修化後も何ら変わりありませんので、ご理解をいただきたいと考えています。 また、研修医の募集定員については、報告書(案)にも示しているとおり、地域の実情に配慮しながら考えます。</p>
52	<p>研修病院先が自由選択になったために、基本的に条件の悪い地方、研修病院の基準を満たすのにも苦労する地区に若い医師が来なくなった。このため医師の少ない地方はますます少なくなって、医師の偏在化を助長し、地方病院の活力を削ぎ、地域医療の実情を学ぶチャンスを失っている。 対策として首都圏など医師の偏在が著しい地区の研修枠を制限し、医師の少ない地区の研修医枠に振り分ける。もしくはその充足を図る。すくなくとも全国平均の医師数(都道府県単位ではなく2次医療圏、あるいは人口10万人単位毎区切った地域の医師数で判断、同じ道内、県内でも偏在が2～3倍と著しい)から判断して研修医枠を適正配置する。</p>	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	16P	<p>医師の偏在に対しては、「緊急医師確保対策」として総合的に取り組んでいるところですが、本報告書(案)では臨床研修制度における対応を示しているものです。</p>
53	<p>また、臨床研修制度については、大学病院の研修医数の減少を招き、現在の一部地域における医師偏在を顕在化させたとの指摘がある一方、大学医学部でのみ行われていた医師育成を、地域の医療機関において主体的に実施することを検討するきっかけとなっているとの評価もあることを踏まえ、地域医療の実情を踏まえてモデル的な運用がなされている事例等についても集約・提示を行うことで周知する必要がある。 前段の「現状と課題」で「医師の偏在を課題」としておきながら、対応として「医師偏在の対応を無視する」この文書は理屈にあわない。全文削除を求める。これらの問題を包括的に解決する手段を今後検討する事とし今回は結論をのべるべきではないと考える。</p>	4[医師の地域偏在と研修医の募集定員](2)	17P	<p>医師の偏在に対しては、「緊急医師確保対策」として総合的に取り組んでいるところですが、本報告書(案)では臨床研修制度における対応を示しているものです。</p>

医師臨床研修制度の係る報告書(案)に関するご意見について

番号	ご意見	報告書(案)項目	報告書(案)ページ	ご意見に対する考え方(案)
54	<p>マッチング制度という言葉で研修先を自由に選べるようになった悪影響として、研修医は都市部集中化し地方の医師数は決定的に不足していることへの対応を明確にすべきである。学生の自由な選択の結果であり、制度自体の問題ではないとは言い難い。</p> <p>また、幅広い診療能力の習得を目的にし、複数の科で研修するカリキュラムを組むこととされていたが、救急部門での研修内容が現在研修医療機関で異なり過ぎており、当初懸念していた研修の質の確保が問われている。その結果、急務である救急部門医の育成に繋がっているとは考えにくい。</p> <p>根幹ともなる本項目に関するより具体的な今後の対応を望むものである。</p>	5臨床研修制度を含む医師養成のあり方(1)(2)	18P	研修先が自由選択になったとありますが、それは必修化前も必修化後も何ら変わりありません。また、救急部門での研修については報告書(案)のとおり充実されることが望ましいと考えています。
55	<p>新医師臨床研修制度の研修医が「後期研修」を受けないといけないように思いこむ恐れがあるため、後期研修という言葉を取り除き、専門医研修、レジデント研修等に変更してほしい。</p>	5臨床研修制度を含む医師養成のあり方	18P	ご意見を踏まえ、「後期研修」という言葉を使用しないようにいたします。
56	<p>大学での基礎研修が衰退するのではないかと、友人の話から心配している。大学での研修医教育は研究とは切り離し、臨床教授をおくなど組織を別に行うべきではないか。あるいは、後期研修まで含めて教育は一般病院で全てしてもいいと思う。後期研修を終えた段階で、大学で研究したい医師は戻ればいいと思う。</p>	5臨床研修制度を含む医師養成のあり方(2)	19P	
57	<p>また、その基本理念から、臨床研修制度において考えることが難しい基礎医学振興の方策についても、大学院教育の充実やキャリア形成への支援等について文部科学省を中心に十分な検討がなされることが望ましい。</p> <p>臨床研修2年間で義務化されたことによる痛手であり、対応は厚生労働省管轄になるはずである。文部科学省と連携し、基礎医学にとりくむ大学院生を支援する方策を検討すべきである。</p> <p>たとえば①大学院卒業時まで臨床研修を先延ばしできるとか、②大学院に在籍しながら大学病院で臨床研修できる体制を整えるとか。すべての対応を文部科学省におしつけるのではなく厚生労働省と文部科学省が連携してよりよい方向性を検討すべきではないのか？</p>	5臨床研修制度を含む医師養成のあり方(2)	19P	<p>報告書(案)にも示しているとおり、臨床研修制度において考えることが難しい基礎医学振興の方策についても、大学院教育の充実やキャリア形成への支援等について文部科学省を中心に具体的な検討をすることとなりますが、その際には厚生労働省も協力することとしています。</p>
58	<p>医師としての実践基盤である、科学的な分析能力、思考能力については、すべての医師が身につけること、また、生涯に通じて研鑽を積むことが大切であり、臨床研修においても、文献検索や症例検討会などを通じ、それらの能力の修得に努めることが必要である。</p> <p>個人のせいにするのではなく、制度として何か提言をすべきである。地方の診療所では文献調査すら手段が無く、症例検討会などの参加機会すらない。かわりに都会の研修病院などは自前の書庫があり文献がそろっていたり、症例検討会の案内が頻繁に来ており何不自由なく参加できる体制にある。前述の地方と都会における偏在と同様にこの分野における国の積極的関与が必要であると考え。これらの問題を包括的に解決する手段を今後検討する事とし今回は結論をのべるべきではないと考える。</p>	5臨床研修制度を含む医師養成のあり方(2)	19P	<p>現在でも臨床研修病院の指定において、臨床研修の実施に必要な施設及び設備を有することが基準の一つとなっていますが、このように臨床研修中にただ機会を提供するだけでなく、研修医個人が医師として生涯を通じ科学的な分析能力、思考能力を主体的に学んでいく姿勢が重要であると考えています。</p>

医師臨床研修制度の係る報告書(案)に関するご意見について

番号	ご意見	報告書(案)項目	報告書(案)ページ	ご意見に対する考え方(案)
59	<p>現行ではプログラムの変更は2年前に申請することとなっているが、医師人事異動により、プログラムどおりの実施が困難な場合(産婦人科医師の退職により産科休診など)がある。その際は、プログラムの研修期間短縮など、弾力的な運用を可能としてほしい。報告書(案)にその旨を表記頂いたことは評価できありがたい。</p>	6その他(2)	22P	<p>報告書(案)にも示しているとおおり、病院群の変更や、研修プログラムの変更、研修協力施設の変更等については、弾力的な運用を行うことが可能となるよう、早急に対応したいと考えています。</p>
60	<p>へき地医療での理解を深めるため、また医師不足地域へ勤務する医師の要請・確保のため、シニアレジデントを医師不足状況にある地域の病院へ派遣しています。これに、地域保健研修として初期研修医を共に派遣することを検討中です。現初期研修医の希望、受入先病院の協力、は確認されていますが、2年次研修医を派遣する場合には2年以上前に当該病院を協力病院または施設として申請しておく必要があり、医師不足地域への派遣という意味でこれを事実上不可能にしています。この協力病院・施設の追加変更期限の見直しを早急をお願いします。</p>	6その他(2)	22P	
61	<p>「新制度の導入に伴い、基本的な診療能力を身につける機会が増加したこと、臨床教育の重要性がこれまで以上に認識されたこと、研修医の身分と処遇が大幅に改善され研修に専念できるようになったことなどが評価されている。」とあるが、評価は一定ではないため、①評価される項目、②評価されていない項目、③評価困難な項目を明記すべきであり、さらに誰が評価したかも明記すべきである。</p>	1はじめに	2P	<p>本報告書(案)は医師臨床研修部会において、医師臨床研修制度に携わる様々な立場の方からのヒアリングを踏まえ、制度の改善・充実方策について検討を重ね、現時点における意見の集約を行ったものです。</p>
62	<p>また、臨床研修が必修化されてから4年目を迎え、既に本制度による修了者も誕生しているところであるが、本制度の下で研修した医師が将来様々なキャリアを重ねた段階で、当該医師に対してどのような影響・効果をもたらしたか、ひいては、国民からどのような評価を受けるかは、中長期的に検証しなければならない重要な課題であることを、すべての関係者が認識する必要がある。</p> <p>①今回の制度施行後の短期間のなかで、一応の評価を下しているのに対し、最後の文で「中長期的に検証しなければならない」とするのは辻褄があわず、おかしい。</p> <p>②今回の検討の中で、公募委員をいれず、特定の団体、有識者のみで検討している結論にも関わらず「すべての関係者が(結論を)認識する必要がある」と押し付けの文面にするのはおかしい。</p> <p>「全文削除を、求める。」</p> <p>もしくは①「短期的に評価を加えながら連続的に検証を行う。」などの今回の短期検討を肯定する文に改める。②「検討参加者のみならず関係者が把握できる体制作りを行う」といった文に改めるべきである。</p>	7おわりに	23P	
63	<p>委員からの意見でも多くでているが、今回の案の文書構成の流れが悪く見解や対策が統一されていない。医学教育に精通した職員が取りまとめた文書とは思えない。そこで</p> <p>[1]厚生労働省の医系技官や医学に精通した関連職員を使い、文書の校正を行い整合性をとる文体にすること。</p> <p>[2]研修制度の義務化によって起きた社会現象はすなわに現象として認め、今後どうするべきかも含めて言及するべきではないかと思う。</p> <p>[3]全体的に①臨床②研究③教育の3本柱を軸に医療や医学を理解している職員による再構成を望む。</p>	—	—	

医師臨床研修制度の係る報告書(案)に関するご意見について

番号	ご意見	報告書(案)項目	報告書(案)ページ	ご意見に対する考え方(案)
64	現在、実施されているマッチングシステムは、詐欺、談合システムであり、早急に改善すべきである。例えば、東海地区の有名な研修病院では、半数がすでに某大学の予約席になっている。残りの半数がマッチング用に解放されているが、実質的にマッチングシステムを悪用したものである。このような地区全体での不正に対して、罰則もなければ警告を発することが出来ないシステムは、改める必要がある。	—	—	マッチングシステムは、(社)日本医師会、(財)医療研修推進財団、全国医学部長病院長会議及び臨床研修協議会からなる協議会で運営されています。 マッチング前の仮契約等については、マッチングの規約に違反していますので、マッチング協議会に情報提供いたします。 また、マッチングシステムは、研修希望者及び研修病院の希望を踏まえて、一定の規則(アルゴリズム)に従って、コンピューターにより組み合わせ決定を行うシステムであり、研修医を特定の病院に誘導するものではないと考えています。
65	マッチングシステムの検証のためには、科学的なアプローチも必要である。施設を限定してでも、大学病院の研修と臨床研修病院での研修のアウトカムを比較するようなトライアルを実施するべきであり、現在のようにマッチングに従って一般の臨床研修病院での研修を誘導するような方法は、単に「立ち去り型サボタージュ医師」すわなち社会に対して無責任な医師を作っている危険がある。教育に従事する医師、研究を志す医師がいなくなり、国際的な競争力はおそらく、10年後には目に見えて衰えるであろう。それらに対する対策を現時点から考えておく必要がある。	—	—	
66	協力施設の臨床研修費等補助金交付申請「人件費等対象経費の支出予定額算出に関し、現行システムでは「〇〇〇医師会」を協力施設と認めてもらえないので、地域医療研修に協力頂く22の医師会所属医療機関について個々に手続きしなければならず、事務手続きが大変である。「医師会」を協力施設に認めて頂きたい。	—	—	臨床研修を推進するために必要な経費の補助を行っており、交付要綱は適正な執行を行うために定めているものです。
67	「人件費等対象経費の支出予定額の算出」によって研修費補助金を算出するのではなく、研修医一人一日いくらと全国で統一し、この基本的な補助金に個々の病院が独自に追加した給与を支払うようにしてはどうか。	—	—	
68	〇〇県は地域医療研修で保健所実習を行った場合、保健所に一人一日2,850円の費用を支払うことになっている。他の県には、そのようなルールがなく、全国的なルールを検討頂きたい。	—	—	各都道府県において、地域の実情に応じた規定を設けていると思われます。