

- 2) 自分の将来専門とする診療科で早期に研修が開始でき、研修、指導のモチベーションがあり、研修医、指導医に相応にとって良い影響がある。
- 3) 1年次に将来希望する専門診療科の研修を選択してもよい。
- 4) 原則賛成、研修医によっては将来の診療科を決めていない場合が想定される。選択しないが良いという選択肢も残すべき。

2. 募集定員及びマッチングの方法

(1)について

- 1) 大都市圏に集中しないように配慮する必要がある。また、大学病院であっても100名以上の研修医を指導できる体制を整えられるとは考えられず、適正な募集定員の上限を決めるべき。全国の人口当たりの医師数が下回っている都道府県には、最低でもその県で毎年卒業する医学生の数以上の研修医をマッチングさせることとする必要もある。
- 2) 地域医療の崩壊が叫ばれる現状では、このような地域別定数の導入も止むを得ない。
- 3) 基本的には賛成、どのように上限設定することができるかが問題。
- 4) 地域格差是正には必要
- 5) 各都道府県に最低限必要な数も明示した方がよい。
- 6) 都道府県別が良いか、もう少し狭い地域で枠を作った方が良いか協議が必要。
- 7) 単なる人口割などでなく、面積等様々な観点から決める必要がある。
- 8) 定員が医学部卒業生より相当数多い現在のままでは、医師の地域偏在を解消することはできない。まず国全体の定員を卒業生と同程度にするべきである。
- 9) 都道府県別に募集定員を設けるだけでなく、診療科を指定したプログラムによるマッチングを導入した上で、都道府県毎のニーズを考慮して診療科ごとの定員の上限等も設け、必要な診療科の医師が確保されるように誘導する

(2)について

A.

- 1) 全国的なマッチングでも単独型の研修病院ではなく、すべての研修病院を管理型、協力型の研修病院とするなどのやり方で十分対応できる。あわせて、マッチング制度そのものを変えようとする混乱する。ただし、都道府県別の定員は必須。
- 2) 地域ブロック単位でのマッチングにすべき。
- 3) 自由度が重要である。
- 4) 総定員が医学部卒業生と同程度で適正な定数配置がされれば、全国的なマッチングで選択肢が多いほうがよい。

5) マッチング選考の期間を夏休み期間に限定するなど、全国的制限は必要。現状では、学生が講義を欠席して選考に行っている。

B.

- 1) むしろ地域による格差を助長することになるのではないか。
- 2) 医師の地域偏在問題の解決にはつながる。
- 3) 相当なシミュレーションを行わないと混乱して致命的な結果をもたらすリスクがある。
- 4) 地域偏在をなくすためには、地域ブロック単位のほうが対応しやすい。
- 5) 過度の統制には問題があるのではないか。

平成21年1月27日

臨床研修制度のあり方等に関する検討会
座長 高久史磨 殿

社団法人 日本私立医科大学協会
臨床研修制度のあり方等に関する
検討委員会
委員長 栗原 敏

「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」に対する意見

はじめに

厚生労働省は、地域医療や必要な医師の確保には、将来を見据えた改革が必要であるとのことから、平成20年6月に「安心と希望の医療確保ビジョン」をとりまとめた。

その結果を受け、厚生労働省は、『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会を設置し、国民が地域で安心して医療を受けられるよう、医療を守り質を高めるために必要な具体的な方策について、国民・患者や現場の視点に立って、7回16時間を超える時間におたる議論を重ね、平成20年9月22日に中間とりまとめを公表した。

その中で、より質の高い医師を効果的に養成する観点から、医師の卒前・卒後教育の連携をはじめとした臨床研修制度のあり方について対策の具体化を図るとしたことを受け、文部科学省と厚生労働省は合同で「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」を設置（平成20年9月8日）し、臨床研修制度および関連する諸制度のあり方について検討を行い、年内を目途に一定の結論を得ることとなった。

これを踏まえ、検討会の論議を注視しつつ、臨床研修政策の将来のあり方を視野に入れ、大学病院における教育プログラムならびに地域の医師派遣機能の役割、臨床研修制度の改正の必要性の有無等を検討し、臨床研修制度のあり方等に関する提言を目的として、平成20年11月20日開催の社団法人日本私立医科大学協会第79回総会（秋季）の承認により、本協会内に検討委員会（委員長：栗原 敏教育・研究部会担当副会長、東京慈恵会医科大学理事長・学長）を設置した。

本協会検討委員会は、吉村博邦病院部会担当副会長による骨子案をもとに委員の先生方と積極的な協議・検討を行い、本意見をとりまとめた。

去る平成21年1月22日に開催した第229回理事会において同意見の承認を得、さらに理事各位からいただいた意見並びに各大学より後日送付された多くの意見を要約して、下記のとおり意見書を作成したものである。

1. 研修の内容、期間

- (1) 臨床研修（初期研修）は、特に基本となる診療科を研修する1年間を主体とし、その後は将来専門とする診療科に対応することができるようにするという方向性についてどのようにお考えですか。

臨床研修の本来の目的は、社会のニーズに応え、わが国の医療提供体制を担うことのできる、質の高い臨床医（総合医を含む、各診療科の専門医）をバランス良く養成することである。

臨床研修は、このような医師養成の一過程であり、臨床研修の目的は、「医師が将来目指すべき専門性の如何にかかわらず、臨床医としての基本的臨床・診療能力を涵養すること」である。

臨床研修に続く、総合医を含む専門修得プログラム（レジデント・プログラム）が質の高い臨床医の養成にとって不可欠で

あることはいうまでもない。

現在の制度では、将来の希望診療科以外のローテイトが課せられており、臨床研修に対する研修医のモチベーションが低くなることが指摘されている。

また、専門修得プログラムとの連続性が図られていないことも重要な問題である。

「社会が求める質の高い臨床医の養成」と「地域の医師不足・医療崩壊に対応できる制度を構築すること」を考慮し、法律で定められた2年間の研修プログラムを見直し、下記のように研修科目を絞り改善してはどうか。（但し、研修期間は2年間とする。）

<必修科目>

| | |
|--------|-------------|
| 内科 | 3～6ヶ月 |
| 救急 | 3ヶ月 |
| 地域医療研修 | 1ヶ月（2年目の初め） |

<選択科目>

外科、精神科、小児科、産科の中から1診療科を選択する。
なお、選択した診療科の研修期間は3ヶ月とする。

<希望科目>

1年目の最初に希望する診療科の研修を実施し、研修期間は3ヶ月とする。

<その他>

2年目の研修プログラムを大幅に自由化することにより、将来、希望する診療科の修得プログラム（専門修得プログラム）との連携を可能とする。

また、今回、大学に認められた特別プログラムをさらに拡充し、キャリアに応じた、弾力的なプログラムを可能としてはどうか。

- (2) この場合、特に基本となる診療科については、内科、救急（小児救急を含む）を必修とするという方向性についてどのようにお考えですか。

上記（1）にも述べたとおり、必修科目は、内科、救急、地域医療研修とすることが望ましい。

- (3) 内科の研修期間については、6ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

上記（1）にも述べたとおり、内科の研修期間は3～6ヶ月が望ましい。

- (4) 救急の研修期間については、3ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

上記（1）にも述べたとおり、救急は3ヶ月が望ましい。

- (5) 特に基本となる診療科を研修した後、地域医療（地域の第一線の医療機関での研修）の研修を1ヶ月以上行うという方向性についてどのようにお考えですか。

上記（1）にも述べたとおり、地域医療研修は必修科目として1ヶ月行い、研修時期は、2年目の初めに行うことが望ましい。

- (6) この他、外科、小児科、産婦人科、精神科を選択必修とする（いずれか1つの診療科を研修医が必修科目として選択する）という意見や、内科、救急、地域医療以外は必修科目を設けないという意見がありますが、どのようにお考えですか。

上記（1）にも述べたとおり、小児科、外科、精神科、産婦人科を選択科目として、その中から1診療科を選択できるようにし、研修期間は3ヶ月が望ましい。麻酔科を選択科目にすることも一案である。

- (7) 内科、地域医療以外の診療科目での研修期間については、1診療科3ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

上記（1）にも述べたとおり、内科、地域医療研修以外の診療科目での研修期間は3ヶ月が望ましい。

- (8) 臨床研修の開始時点等に、将来専門とする診療科の研修も選択できるようにするという方向性についてどのようにお考えですか。

上記（1）にも述べたとおり、1年目の最初に将来、希望する診療科の研修を実施し、研修期間は3ヶ月とすることが望ましい。

また、2年目の研修プログラムの大幅な自由化により、将来希望する診療科（専門診療科）の研鑽を可能とし、臨床研修と専門診療科の専門修得プログラム(レジデント・プログラム)との連携を図ることが望ましい。

2. 募集定員及びマッチングの方法

(1) 都道府県別に募集定員の上限を設ける（あわせて病院の募集定員にも一定のルールを設定）という方向性についてどのようにお考えですか。

- ① 研修施設基準を見直し、定員と希望者を均衡させるようにしてはどうか。
- ② 研修管理施設は、原則として総合医養成を含む専門研修のできるような診療科各科が設置されている施設としてはどうか。
- ③ 研修管理施設は、病床数400床以上の総合病院で、救急を含む診療各科（専門修得が可能な診療科）に常勤医が配置されている病院であることとしてはどうか。

なお、400床未満でも、常勤医（研修医を除く）がベッド数5に対して1名以上在籍する総合病院である場合は、上記の400床以上の総合病院に匹敵する教育・研修指導体制、専門修得プログラムによる指導体制が維持できること、地域の特殊性などを考慮し、研修管理施設として認めることとしてはどうか。

すでに指定されている研修病院で、この基準に満たない施設は研修管理施設との連携（いわゆるたすき掛け）を必須としてはどうか。

(2) この場合、マッチングについては、全国的なマッチングを行うのがよい、地域ブロック単位でマッチングを行うのがよいなどという意見がありますが、どのようにお考えですか。

都道府県あるいは複数県のブロック単位別に研修医の地域別

定数を定めて、研修医の適正配置を考慮してはどうか。

原則として、定員を人口比で配分してはどうか。

ただし、この地域ブロック制は、新たな研修管理施設の規定によって影響を受ける病院における研修医がどのようになるか見極めて、地域の特性を考慮しつつ、慎重に検討する必要がある。

3. その他

(1) 研修修了評価のあり方

現状の経験実績に基づく評価から、一定の質の担保を条件とする評価を行える仕組みの導入を図ってはどうか。

(2) 加盟各大学からの意見

【ほとんどの大学からの意見】

- ① 国立大学は研修医の給与として国から補助されているが、私立大学においても国立大学並みに補助していただきたい。
- ② 国立大学では、教育に係る設備・機器に対して助成があるが、私立大学では極めて支給率が低い。
- ③ 将来、学生の卒前教育における臨床実習を充実し、現在の初期研修プログラムの一部を卒前教育（学生実習）に移行させることが望ましい。
- ④ 初期臨床研修制度によって、大学院に入学する研究医が大幅に減少しており、医学研究の危機を感じている。

【意見】

- ⑤ 全国医学部長病院長会議の「医師養成のためのグランドデザイン」（平成19年9月）に掲げられた、1）臨床実習前の共用試験を資格制度として確立、2）学生の医行為実施の法的整備による診療参加型臨床実習の充実、3）卒業到達目標

と評価の義務付けによる国家試験の見直し（技能・態度を問う試験）、に関しては今後協議・検討すべきである。

【少数の大学からの意見】

- ⑥ 2年間の初期臨床研修制度の義務化が大学病院から若手医師を激減させ、その結果医師不足地域の拡大や医師の診療科偏在につながり、ひいては医療崩壊を急加速させたことは事実である。さらに若手医師の大学離れにより、わが国の医学研究の将来にも翳りが生じている。

わが国の医療・医学の将来からみて、卒前の臨床実習を充実させた上で、初期研修の義務化は1年間にすべきであると考える。

以上

社団法人 日本私立医科大学協会
【臨床研修制度のあり方等に関する検討委員会委員】

(敬称略・順不同)

委員長 栗原 敏

(教育研究部会担当副会長、東京慈恵会医科大学
理事長・学長)

委員 小川 秀興

(会長、順天堂大学理事長)

吉村 博邦

(病院部会担当副会長、学校法人北里研究所理事)

高久 史磨

(理事、自治医科大学学長)

小川 彰

(理事、岩手医科大学学長)

西村 重敬

(卒後医学教育委員会委員長、埼玉医科大学循環器
内科学教授)

国立大学附属病院長会議常置委員長
千葉大学医学部附属病院長
河野 陽一

国立大学附属病院長会議常置委員会
教育研修担当
京都大学医学部附属病院長
中村 孝志

1. 研修の内容、期間

(1) 臨床研修（初期研修）は、特に基本となる診療科を研修する1年間を主体とし、その後は将来専門とする診療科に対応することができるようにするという方向性についてどのようにお考えですか。

初期臨床研修においては、真の意味で研修医自身の将来や進路とリンクした形で研修が行われることが必要である。その意味では、現行の臨床研修制度では質問でご指摘のように、2年目の研修のあり方が特に問題となる。国立大学病院長会議からの提言では“2年目の研修については、研修医が将来、選択する科を中心にローテーションする。さらに、1年目または2年目の一定期間、地域の医療機関を経験するコースも組み入れて、地域において重層的で安定的な研修の場を確保すべきである。“とした。また、”少なくとも現状の2年間の研修期間を残すものの、2年目のプログラムを大幅に弾力化して専門研修へ向けてのキャリア形成を促進することは可能と考えられる。“と考えた。こうした方向性で、現在の2年目の研修を問い直すことが必要である。また、質問にある“将来専門とする診療科に対応することができるようにするという方向性”は、“臨床研修においては、単なる医業の実務家を養成するのではなく、いわゆるプロフェッショナル（publicに責任を有する高度な職業人）を養成していく“という視点から、研修のあり方、基本理念に含めていくべきと考える。

(2) この場合、特に基本となる診療科については、内科、救急（小児救急を含む）を必修とするという方向性についてどのようにお考えですか。

国立大学病院長会議の提言においては、

“1年目の研修においては、3か月の希望科の研修をおこなう。そのほか、内科系、外科系それぞれ、3か月の研修をおこなう。内科系と外科系の選択については、研修医が自分の将来を考慮して将来の希望科と相談の上、選択の幅をできるだけ広く認めるべきである。麻酔・救急については、3ヶ月間を全研修医に義務付ける。”

とした。すなわち、麻酔も含めて救急を必修とすることは適当と考えられる。この際、救急は実践的な臨床能力を身につけるために欠くことができないが、全身管理の基礎を学ぶことができる麻酔も必修とすべきである。質問にあるように内科もまた必修とすることには、提言にあるように異論はないが、外科も必修として、その内容は比較的自由に選択できるようにすべきである。

(3) 内科の研修期間については、6ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

内科の研修期間そのものに関しては、十分論議することはできなかった。ただし、国立大学病院長会議の提言では、研修期間については、研修の実質を高める趣旨で、ローテーションのサイクルが細切れにならないようにすべきである点を重要視した。“ローテーション期間は、原則として3ヶ月間を単位とすべきである。たとえば、1か月の産婦人科研修では、単に見学研修に陥っているという指摘がある。到達目標として経験したことを重視して、短期間のローテーションを強いると、スタンプラリーのような研修になりがちである。”とした。こうした議論の趣旨からすれば、3ヶ月、あるいは6ヶ月といった研修の期間があてはまる。

(4) 救急の研修期間については、3ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

提言の中で、“麻酔・救急については、3ヶ月間を全研修医に義務付けることは

適当と考える。”とした。

ただし、救急の研修については、現在は、特定の期間ローテーションするだけではなく、どの診療科にローテイトしていても、たとえば週1回など、定期的に夜間の救急研修を取り入れている医療機関が大部分である。こうした研修のあり方も、考慮していくことが望ましい。

(5) 特に基本となる診療科を研修した後、地域医療（地域の第一線の医療機関での研修）の研修を1ヶ月以上行うという方向性についてどのようにお考えですか。

国立大学病院長会議の提言の骨子の一つは、“地域医療を推進するローテーション”であり、質問のような形で地域での研修を推進することには、賛成である。すなわち“研修医が地域医療を担う心と技能を、実践的な医療として一定の期間、研修することは現在の医療の状況を考慮すると極めて重要である。”という主張である。この方向性で推進すべきと考える。

(6) この他、外科、小児科、産婦人科、精神科を選択必修とする（いずれか1つの診療科を研修医が必修科目として選択する）という意見や、内科、救急、地域医療以外は必修科目を設けないという意見がありますが、どのようにお考えですか。

基本研修科目、必修研修科目の設定については、提言では、“すべての研修医に小児科、産婦人科、精神科の研修を強いるより、こうした診療科の人材養成を優先すべきである。”とした。その根拠としては、“現行のローテーションでは、研修医が自分のキャリアが見えるローテーションを実現しようとしても、基本研修科目、必修研修科目の研修が一律に義務付けられているため、この期間の研修が形骸化しているケースが多い。研修指導の負担を考慮しても、専門家をめざす研修希望者に3か月の充実した研修を求める方が、病棟運営上も円滑である。また、卒前の臨床実習との兼ね合いからも、学生が、生き生きと役割をはたす研修医とともに学ぶ方が、これらの重要な診療科をめざす学生のリクルートの面からも好ましい。”というものである。この方向性で賛成である。

(7) 内科、地域医療以外の診療科目での研修期間については、1診療科3ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

大賛成である。提言では、“研修の実質を高めるローテーション”とするために、“ローテーション期間は、原則として3ヶ月間を単位とすべきである。たとえば、1か月の産婦人科研修では、単に見学研修に陥っているという指摘がある。到達目標として経験したことを重視して、短期間のローテーションを強いると、スタンプラリーのような研修になりがちである。プロフェッショナルをめざす研修を実現するためには、研修医が病棟でより実質的な役割を果たせるようになる期間が必要である。このためには、原則3か月間を単位とするローテーションが望ましい。”とした。

(8) 臨床研修の開始時点等に、将来専門とする診療科の研修も選択できるようにするという方向性についてどのようにお考えですか。

大賛成である。“キャリアが見えるローテーション”を実現する視点から、次のように、提言では主張した。

“プロフェッショナル養成のために研修医自身にキャリアが見えるローテーションを実現するためには、1年目に、希望する診療科において研修をすることが望ましい。これにより、自分の将来像を描きながら研修医がローテイトできるとともに、診療科もメンターシップを発揮できる。すでに小児科重点プログラム、産婦人科重点プログラムを実施している大学では、研修医がこれらの診療科とコミュニケーションして、研修医がこれらの診療科のプロフェッショナルたちの文化に触れ、その中で育成されるという点が現場で認識されている。こうした体制は研修医自身にキャリアが見えやすく、単なる実務家ではなくプロフェッショナル養成をめざすローテーションに結びついていると考えられる。”

2. 募集定員及びマッチングの方法

(1) 都道府県別に募集定員の上限を設ける（あわせて病院の募集定員にも一定のルールを設定）という方向性についてどのようにお考えですか。

“研修医の募集定員を、研修医数に見合う形で、我が国全体として削減することは必要であるが、どのように削減するかは周到に考慮する必要がある。一律に削減するのではなく、地域や研修施設の特性を考慮した削減が求められる。”
この場合、都道府県別に募集定員の上限を設けることは、ひとつの方法ではあるが、“地域の医療機関に研修医を安定的に供給するために、大学病院をはじめとする大規模病院を管理型臨床研修病院として、中小規模の医療機関を協力型臨床研修病院とするシステムが合理的”と考える。

(2) この場合、マッチングについては、全国的なマッチングを行うのがよい、地域ブロック単位でマッチングを行うのがよいなどという意見がありますが、どのようにお考えですか。

“たとえば、500床以上の医療機関を管理型臨床研修病院として、それより規模の小さな医療機関を協力型病院とすると我が国全体の研修医の募集定員数は、適正化される。このような形にすれば、大学病院以外の一般研修病院も、他の中小病院に研修医を循環することが一般化して、医師の循環が好ましい形で推進されることになる。しかし、500床の線引きでは、現実には県全体として研修医数が減少する地域もある。したがって、どの程度の線引きにするかは、都道府県別に定める必要があると考える。”

大学名 公立大学協会 医科歯科部会
役職名 部会長（とりまとめ役）
氏名 吉岡 章

1. 研修の内容、期間

(1) 臨床研修（初期研修）について：特に基本となる診療科を研修する1年間を主体とし、その後は将来専門とする診療科に対応することができるようにするという方向性についてどのようにお考えですか。

原則的には賛成。

臨床研修制度としては当面2年間とする。独立して医業を開設するためにも2年間は必要です。現行の財政上の措置も2年間を継続する。1年間は（6か月との少数意見もあり）基本科をローテートし、2年目（0.5年目）は希望科を自由選択して研修する。

(2) この場合、特に基本となる診療科については、内科、救急（小児救急を含む）を必修とするという方向性についてどのようにお考えですか。

原則的には賛成。

内科は必須。救急科 and/or 外科、小児科は必要。

(3) 内科の研修期間については、6ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

〔 概ね賛成。
3か月以上との少数意見あり。 〕

(4) 救急の研修期間については、3ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

〔 概ね賛成。
期間よりも研修期間を通して救急外来を何日以上、何症例以上とする考え方もあり。 〕

(5) 特に基本となる診療科を研修した後、地域医療（地域の第一線の医療機関での研修）の研修を1ヶ月以上行うという方向性についてどのようにお考えですか。

〔 賛成から反対（不要）まで幅広い。
地域医療が過疎地域の意味ならもっと長くするべき（少数）。 〕

(6) この他、外科、小児科、産婦人科、精神科を選択必修とする（いずれか1つの診療科を研修医が必修科目として選択する）という意見や、内科、救急、地域医療以外は必修科目を設けないという意見がありますが、どのようにお考えですか。

賛成と反対とがある。

内科、救急、地域医療を必修とし期間を1年間とするならば、選択必修は不要で他は全てを選択するのがよい。

(7) 内科、地域医療以外の診療科目での研修期間については、1診療科3ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

概ね賛成。

1～2か月で効果のある科もあるので、2か月以上とする少数意見もあり。

(8) 臨床研修の開始時点等に、将来専門とする診療科の研修も選択できるようにするという方向性についてどのようにお考えですか。

賛成が多い。

臨床研修制度の基本的概念を崩壊させる危険性を指摘する反対意見（少数）もある。

2. 募集定員及びマッチングの方法

(1) 都道府県別に募集定員の上限を設ける（あわせて病院の募集定員にも一定のルールを設定）という方向性についてどのようにお考えですか。

賛成が多いですが、反対もあります。

賛成意見の中でも、定員数を卒業生数～1割増程度に抑えないと意味がない。施設基準を厳しくすることで制限してはどうか？反対意見ではこの方法よりも入学時に地域枠を拡大する方がよいと述べています。

(2) この場合、マッチングについては、全国的なマッチングを行うのがよい、地域ブロック単位でマッチングを行うのがよいなどという意見がありますが、どのようにお考えですか。

意見が分かれる。

地域ブロック単位でもかまわないとの意見がやや多いが、上記2（1）と同じ意見あり。

1. 研修の内容、期間

- (1) 臨床研修（初期研修）は、特に基本となる診療科を研修する1年間を主体とし、その後は将来専門とする診療科に対応することができるようにするという方向性についてどのようにお考えですか。

○卒前教育（学部5，6年生）の実習（Clinical Clerkship）において、現在の初期研修並みの実習を多少とも取り入れるならば、基本診療科の研修を1年としてもよい。卒前教育の改革なく変更することには反対。

○1年間では到達目標の達成が不可能であり反対。

○2年間でよいと思います。

○研修の期間は2年間とし、標準的カリキュラムは当委員会で提示してもよいが、具体的内容に関しては各病院で工夫し、魅力あるプログラムを作るべき。それを見て学生が応募すればよい。出来るだけ各病院の自由度を認めるものにすべきです。

○初期研修の必修化の期間を1年間にすることには反対です。ただし、2年間のはじめの1年間を必修科，2年目を選択科の研修とするプログラム変更することには異論はありません。

○現在のプログラムを変えることで、どのような効果、影響がもたらされるのか（研修医の臨床能力、研修終了後の動向など）もっと議論すべきだと思います。

○2年間にはそれなりの根拠がある。今でも多少は専門に対応するシステムになっている。

この様な制度はコロコロ変えるべきでない。

○学部教育が臨床教育主体となっている現状では、基礎医学の研究者の養成のために、1年終了後に基礎医学に進む道を許容するなど、多様性を持たせるのがよい。ただし、全部を短くすると総合的な診療能力を何処で獲得するのかという課題は解決しない。

(2) この場合、特に基本となる診療科については、内科、救急（小児救急を含む）を必修とするという方向性についてどのようにお考えですか。

- それでよい。初期臨床研修医はあくまでも研修医であって、安価な労働力ではない。労働力の奪い合いという観点ではなく、どうすれば良質の医師が育成できるかに議論を絞って欲しい。
- 地域医療、精神科の研修は、研修医も評価しており、今後も必要と考える。特に、地域医療に関する研修は医師免許取得後でないとは実施困難と思われる。
- 是非そうする必要があります。小児救急は必ず含める必要があります。
- 内科、外科、小児科、産婦人科、救急は必修にすべきと考えます。但し、救急は正規の時間より、時間外での実習が主となり、日中の時間にこれを組み込む必要はないと考えます。
- 内科，小児科，救急診療科を基本必修科目とすべきだと思います。
- 内科、救急だけでは不十分。
- 外科や産科、小児科、麻酔科を含まない初期研修はあり得ない。

(3) 内科の研修期間については、6ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

- 妥当である。短期間の研修では、お客様になり、得るものが少ない。学生と異なり、研修医は一定の責任を持って医療をおこなう、学ぶという立場であり、医学生の見学のような研修は止めるべきである。
- 6ヶ月で十分であるが、1病棟、あるいは、内科系診療科が複数あるところでは1診療科あたり、3ヶ月の継続性が必要。一部の研修施設のように、1-2ヶ月単位での異動は実効性に乏しく、好ましくない。
- 賛成。
- 6ヶ月あれば十分で、6ヶ月以上は必要ないと思います。
- あえて規定するのは反対です。あくまでもその病院あるいは

個人が決めるべき。

○内科は少なくとも6ヵ月以上が必要であると思います。

○研修プログラムは最短期間を決めるべきで、その他は自由に選択させるべきです。外科、産婦人科、小児科、麻酔科は必修とすべきです。

(4) 救急の研修期間については、3ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

○妥当である。3ヶ月がよい。短期間にくるくると研修先を変えると、指導する方はお客様扱いしかできなくなる。

○3ヵ月で十分。研修の必要期間を論じるより、取り扱い症例数で論じるべきと考える。また、救急も研修施設により内容がまちまちであり、質を考慮した症例数のカウントが必要と思われる。

○賛成。

○小児科救急を含めると3～4ヶ月は必要。

○2の繰り返しになりますが、救急に3ヶ月時間をとっても日中の時間が無駄になることが多いと思いますので、救急は休日・夜間を中心に研修すべきと考えます。

○3ヵ月以上とすべきであると思います。

○そうした方がよい。最短3ヶ月！

(5) 特に基本となる診療科を研修した後、地域医療（地域の第一線の医療機関での研修）の研修を1ヶ月以上行うという方向性についてどのようにお考えですか。

○地域医療の概念が不明瞭である。もし本当に地域医療と言うのであれば、力のある開業医のもとでの研修がよい。しかし、そのような良質な教育スタッフが本当に得られるのだろうか？研修医を安上がりの労働力と考えないようお願いしたい。

○方向性としてはよいが、地域医療研修を地方への医師再配分的手段として行うことには反対。在宅医療・訪問診療等、都会地でも課題はあり、それを経験させることも重要。

○受け皿の問題もあり、一律に地域医療研修 1 ヶ月以上と決めるのには反対。

○地域医療しかも僻地での 1 ヶ月くらいの研修は賛成です。但し、原則として指導してくれる上司がいることが条件です。

○地域医療の研修を 1 ヶ月以上行うことには賛成ですが、研修内容にかなりのバリエーションがあるように思います。研修先は無床または有床診療所に限るなど明確にすべきであると考えます。

○地域の定義が問題です。東京にも地域医療がある。

○地域医療の 1 ヶ月は是非必要です。

(6) この他、外科、小児科、産婦人科、精神科を選択必修とする（いずれか 1 つの診療科を研修医が必修科目として選択する）という意見や、内科、救急、地域医療以外は必修科目を設けないという意見がありますが、どのようにお考えですか。

○昔の西部劇のように何でもできる医師というのは幻想である。どれも高度の専門性を要求される。見学ならば学生のカリキュラムの中に編成するべきである。総合力であれば、内科中心でよいのではないかと思う。あえて言えば小児科が重要。

○卒業前教育における実習においてどの程度のこと達成されるかによる。卒業前教育の変革がなければ、外科、小児科、産婦人科、精神科を必修（選択ではなく必須）とする必要は残る。卒業前実習において一定以上のことが体験可能ならば、内科、救急、地域医療以外は必修科目を設けないとするのもよいであろう。

○外科、小児科、産婦人科は選択必修ではなく必須科目と考える。

ただし、教育体制の担保が前提となる。

○内科、救急、地域医療以外は必修を設けないのがよいように思えます。産婦人科の扱いが少し気になりますが。

○必修科目は内科・外科・小児科・産婦人科＋救急医療でよいと思います。

精神科の必修化は大反対です。現在の日本では初期臨床研修の

間に精神科を研修できる体制が出来ていません。総合病院の病院から精神科医が殆どいなくなってしまうのに、研修だけ押し付けるのは無茶な話です。精神科学会が研修の必要性を主張するなら、それにもっと協力すべきです。聞くところによれば、精神科医が総合病院からいなくなった理由は精神化専門病院よりやることが多く、給与が低く、研修に関する書類作業が多すぎるのが原因とのこと。

○2年目は半年間を内科系診療科からの選択、半年間は外科系診療科からの選択としたらどうでしょう。1診療科の選択期間も2ヵ月から6ヵ月までと流動的にした方が選択の幅が広がります。

○精神科は必修とする必要がない。外科、小児、産婦人科は必修とすべきです。麻酔は救急処置としての気管内挿管が必要であり、救急では実際に研修医を指導している暇はない

(7) 内科、地域医療以外の診療科目での研修期間については、1診療科3ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

○妥当である。期間の制限もあるが、1ヶ月というのはお客様になる。

○1ヵ月でも成果を十分あげられるものもある。病院の特性により異なると思われるので、目標を達成できるのであれば期間は短くてもよい。

○3ヶ月が妥当。

○1診療科3ヶ月以上ということによいと思います。

○あくまでも病院独自あるいは研修医自身が決めることと考えます。眼科、耳鼻科等たとえ一週間でも、一生の宝となる経験ができるものです。

○上記のように2～6ヵ月と幅を持たせた方が自由度が高いと思います。

○必修科目は3ヶ月以上が必要でしょう。

外科は1980年代に比して新人医師が半減しており、産科の次は外科が医師不足となりますが、その対策がない。

(8) 臨床研修の開始時点等に、将来専門とする診療科の研修も選択できるようにするという方向性についてどのようにお考えですか。

○あり得ないとまでは言わないが、これは初期臨床研修制度の破壊である。妥当な理由のある診療科に限定しない限り、許容できない。全部昔に戻し、昭和40年代にリセットするのだろうか？

○現在も、選択科目の中で将来専門とする診療科の研修も認めている。医師としての基本を学ばせるためには、将来専門とする診療科での研修からスタートするのは好ましくないと考える。

○最初は必須科目の研修が望ましい。

○将来専門とする科を開始時点に選択できることはよくありません。まず内科、救急、地域医療です。

○研修医はかならずしも2年を終了する時点で、自分が何を専門とすべきか決めることが出来るとは限りません。2年のうちにその科で研修をしてみてもいいし、実際カリキュラムの上でも病院側がその科を特定するのは不可能です。

○将来専門とする希望のある科も選択できるようにすべきです。

○結構です。しかし2年間で半年以下にすべきです。

2. 募集定員及びマッチングの方法

(1) 都道府県別に募集定員の上限を設ける（あわせて病院の募集定員にも一定のルールを設定）という方向性についてどのようにお考えですか。

○ある程度の地方別の制限はあってもよいが、ある地域の大学の卒業生が外に出られないという方式は困る。大学が何故敬遠されたのか、一部の大学では地方でも何故研修医が集まるか、そこをよく検討し、集まらない大学は反省していただきたい。単に昔に戻るような路線には反対。

○病院間での競争は必要と考える。研修プログラムや処遇に関

して工夫しなくても定員分が確保されるならば、研修病院の質の低下が懸念される。もし、統制的な配置を行うならば、研修病院の要件（単なる数値的要件のみならず、質に関する評価も要件に含める必要がある。）を厳しくする必要がある。

○原則的には、経験症例数、指導医の対応能力、地域性を考慮して、プログラム毎に定員を見直すべき。

特に、都道府県別に募集定員の上限を設ける必要はなく、結果として都道府県別に適正配分されるのが良い。

○偏在を考えるとやむを得ないかもしれません。

○現在の大都市集中は国民医療を考える上からも好ましくないと考えます。

但し、研修は都会でやって、将来は僻地で働きたいと考える人はいるはずで、地域による規制は慎重に行うべきと思います。

○研修病院の病床数を勘案したうえなら、都道府県別に上限を求めることには賛成です。

○研修の質を評価して、研修病院ひいては募集研修医数を絞るべきだと考えます。

○各病院の募集定員は既にコントロールされています。初期研修は指導体制のしっかりした大病院で行うべきで、その後、地域の病院でシニアレジデントとして研修を行うのが適切です。初期研修に地域を持ち込むべきでない。都道府県の500床以上の病院を基準にして定員を決めるなら賛成です。研修の質を第一に考えるべきです。

(2) この場合、マッチングについては、全国的なマッチングを行うのがよい、地域ブロック単位でマッチングを行うのがよいなどという意見がありますが、どのようにお考えですか。

○地域ブロック単位でのマッチングとは、囲い込みである。これも初期臨床研修制度の破壊である。マッチングの総数を制限して、一部の地域に過剰に集中しない工夫は必要である。都市部に集中すると言われるが、都市部は初期臨床研修制度開始時よりも研修医を減らしている。東北地方では研修医の総数はむしろ増加している。問題は大学に引きつける力が無いこと、大

学が研修医に十分な教育をするだけの余裕の無いことである。

- 地域ブロック単位でマッチングを行う場合の具体的な方法の提示が必要。複数の地域ブロックが選べるのか、その地域ブロックの応募者数が定員以下の場合、二次募集をどのように行うかなど、起こり得る事態への対処法を示しておかないと、医学生に徒に不安を与えるだけとなり、また、特定地域ブロックの競争が激化する可能性がある。
- 全国的なマッチングが良い。

選択の自由は保証すべきと思う。

- これまで通りのマッチングの方式を行うことが混乱をまねかなくてよいと思います。
- やはりマッチングは実行上、全国一律でない出来ないと考えます。
- マッチングは全国的に行うべきです。
- 全国的なマッチングでなければ意味がないと思います。
- 学生の移動を考えると、全国的なマッチングをすべきと思います。

1. 研修の内容、期間

(1) 臨床研修（初期研修）は、特に基本となる診療科を研修する1年間を主体とし、その後は将来専門とする診療科に対応することができるようにするという方向性についてどのようにお考えですか。

基本的に賛成である。

卒前、卒後の医学教育を見直し7年に短縮する。その前提としては、卒前教育、医師国家試験の内容を見直し、卒後臨床研修までに一貫性をもたせる必要がある。

(2) この場合、特に基本となる診療科については、内科、救急（小児救急を含む）を必修とするという方向性についてどのようにお考えですか。

基本的に賛成である。

なお、初期臨床研修は、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力の獲得を第一義とする。

(3) 内科の研修期間については、6ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

内科のプライマリケアの部分は、共用試験に合格した医学部5、6年生の臨床実習で対応する。対応できれば、期間はこだわらない。

(4) 救急の研修期間については、3ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

基本的に賛成である。

初期臨床研修の内容は、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力の獲得を目的とし、各診療科の研修期間は自由設定とするが、救急の研修は3ヶ月以上として、充実させることがのぞましい。

(5) 特に基本となる診療科を研修した後、地域医療（地域の第一線の医療機関での研修）の研修を1ヶ月以上行うという方向性についてどのようにお考えですか。

基本的に賛成である。

地域医療研修ネットワークを都道府県単位で設置し、その地域内の施設をローテーションする。地域医療研修はそのなかで行う。

地域医療研修ネットワークは、都道府県医師会、大学、臨床研修病院、行政、住民代表で構成し、研修医は地域医療研修ネットワークに所属する。

(6) この他、外科、小児科、産婦人科、精神科を選択必修とする（いずれか1つの診療科を研修医が必修科目として選択する）という意見や、内科、救急、地域医療以外は必修科目を設けないという意見がありますが、どのようにお考えですか。

臨床研修の期間が定まらなると、研修内容の詳細には踏み込めないが、研修期間を1年とする場合は、内科、救急、地域医療以外の必修科目を設けない。

(7) 内科、地域医療以外の診療科目での研修期間については、1診療科3ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

救急は3ヶ月以上研修することがのぞましい。研修期間を1年とする場合は、内科、救急、地域医療以外の必修科目を設けない。

(8) 臨床研修の開始時点等に、将来専門とする診療科の研修も選択できるようにするという方向性についてどのようにお考えですか。

基本的に賛成である。

原則として、初期研修前に専門科の選択・決定を行い、研修医は自分の位置づけを明確にしながら初期研修に取り組む体制にする。

2. 募集定員及びマッチングの方法

(1) 都道府県別に募集定員の上限を設ける（あわせて病院の募集定員にも一定のルールを設定）という方向性についてどのようにお考えですか。

基本的に賛成である。

地域医療研修ネットワーク（都道府県単位で設置）で、調整を図る。

地域医療研修ネットワークは、地域ごとに医師需給、就労状況を考慮して、初期研修医の適正配置を行う。

(2) この場合、マッチングについては、全国的なマッチングを行うのがよい、地域ブロック単位でマッチングを行うのがよいなどという意見がありますが、どのようにお考えですか。

各都道府県に設置された地域医療研修ネットワーク内で、マッチングを実施する。

以上がアンケートに対する回答ですが、本会としては、臨床研修の主体は研修医であることから、研修医の意向を十分取り入れた制度となるようにしてほしい、と考えております。

1. 研修の内容、期間

- (1) 臨床研修（初期研修）は、特に基本となる診療科を研修する1年間を主体とし、その後は将来専門とする診療科に対応することができるようにするという方向性についてどのようにお考えですか。

現行の2年間の臨床研修は研修医、臨床研修病院からの評価が高く、かつ研修医の医療レベルの向上に大きな寄与をしている。総合的、基本的な研修内容の達成には1年間では不可能である。1年間に短縮することは絶対反対である。

- (2) この場合、特に基本となる診療科については、内科、救急（小児救急を含む）を必修とするという方向性についてどのようにお考えですか。

2年間における現行必修科目の研修を維持するべきである。

- (3) 内科の研修期間については、6ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

2年間の研修を条件にして妥当と考える。

- (4) 救急の研修期間については、3ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

2年間の研修を条件にして妥当と考える。

- (5) 特に基本となる診療科を研修した後、地域医療（地域の第一線の医療機関での研修）の研修を1ヶ月以上行うという方向性についてどのようにお考えですか。

地域医療の研修は必要だが、期間や内容については検討の余地がある。

- (6) この他、外科、小児科、産婦人科、精神科を選択必修とする（いずれか1つの診療科を研修医が必修科目として選択する）という意見や、内科、救急、地域医療以外は必修科目を設けないという意見がありますが、どのようにお考えですか。

現行通り，外科，小児科，産婦人科，精神科は必修科目とする。

日精協) プライマリーケアにおいて精神疾患患者の多くが内科等の他科受診をしていること、身体疾患においても精神的問題を持つ患者が多いこと、医師の間でも精神疾患に対して無理解・偏見を持つものが多いことなどから心身両面の総合的な基本診療を研修することが必須であり、この観点から精神科を必修科目から除外することには絶対反対である。

- (7) 内科、地域医療以外の診療科目での研修期間については、1診療科3ヶ月以上とするという意見がありますが、どのようにお考えですか。

現行の方式でよい。

- (8) 臨床研修の開始時点等に、将来専門とする診療科の研修も選択できるようにするという方向性についてどのようにお考えですか。

臨床研修の開始時点から将来専門とする診療科を選択することは、総合的な基本診療知識を習得する目的から問題である。2年間の必修科目等の研修を経た上で専門科目を選択すべきである。

2. 募集定員及びマッチングの方法

- (1) 都道府県別に募集定員の上限を設ける（あわせて病院の募集定員にも一定のルールを設定）という方向性についてどのようにお考えですか。

原則的には、経験症例数、指導医の対応能力、地域性を考慮して、プログラム毎に定員を見直すべき。特に、都道府県別に募集定員の上限を設ける必要はなく、結果として都道府県別に適正配分されるのが良い。

- (2) この場合、マッチングについては、全国的なマッチングを行うのがよい、地域ブロック単位でマッチングを行うのがよいなどという意見がありますが、どのようにお考えですか。

全国的なマッチングが良い。

3. その他の意見

全日病)

- ・研修医体制の見直しは、研修を指導できるかどうかの体制から考えるべきである。例えば、小児救急をいたずらに増員しても、対応できない。
- ・「地域医療」に期待される中身をより明確に、1.5 次までの医療として定義したうえで、拡大するべきである。「内科」の内容は、循環器・消化器・神経などに分かれている大病院と、1つの内科の中で対応している中小病院とでは本質的に異なり、後者を重視することが元々の初期研修を導入した意義である。