

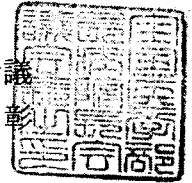
臨床研修制度見直しに対する関係団体からの意見

- 全国医学部長病院長会議(P 1 ~ 1 2)
- 日本私立医科大学協会 (P 1 3 ~ 2 1)
- 国立大学附属病院長会議 (P 2 2 ~ 2 6)
- 公立医科・歯科大学長会 (P 2 7 ~ 3 0)
- 臨床研修協議会 (P 3 1 ~ 3 8)
- 日本医師会 (P 3 9 ~ 4 2)
- 四病院団体協議会 (P 4 3 ~ 4 5)
- 全国自治体病院協議会 (P 4 6 ~ 5 0)

全医・病会議発第 193 号
平成 21 年 1 月 29 日

臨床研修制度のあり方に関する検討会
座 長 高久 史麿 殿

全国医学部長病院長会議
会 長 小川 彰



「文部科学省・厚生労働省臨床研修制度のあり方等に関する検討会」に対する意見を別紙のとおり取りまとめましたのでご報告いたします。

臨床研修制度のあり方に関する全国医学部長病院長会議からの意見

1. 基本的考え方

日本における医療崩壊と医学研究の崩壊の社会的大問題に対処するため臨床研修制度を根本的に見直す。大学が担ってきた地域の医師派遣機能の回復を図り、あわせて高度医療人育成の仕組みを再構築し、優れた臨床医療育成はもとより、基礎、臨床の研究力強化に結びつけ、もって国民の医療福祉に貢献させる。

2. 見直しの基本方針

継続性をもった医学生涯教育の充実

卒前、卒後を通じた医学教育の充実と一貫性を図る。

3. 具体的方策

1. 研修プログラムの骨格の改定

基本臨床研修科目は獲得目標の習得を目的として柔軟に決定し、ローテーション期間は1年とする。

2年目からは将来進むべき専門性を考慮した選択科目(基礎配属含)の研修とする。

2. 研修施設基準の見直し

現状の、①病床数の規制なし、②診療科の規制なし(総合病院でなくよい)、③指導医数の規制なしなど、を見直す。

3. 研修基幹病院(仮称)の創設

病床数550床以上、常勤医100名以上の病院を研修基幹病院と位置付ける。すでに指定されている他の研修病院でこの基準に合致しない施設は研修基幹病院との連携(たすき掛け)を必須とする。

4. 臨床研修医の総定員に対する地域別定数の導入

5. 卒前医学教育の改革

共用試験を資格制度として確立し、もって診療参加型臨床実習の充実を図る。また、連携ある卒前卒後医学教育を意識した国家試験の見直しを図る。

6. 臨床研修制度に代わる新制度の創設

医療崩壊と医学研究の崩壊の社会的大問題の抜本的解決のため、現「臨床研修制度」に代わる医学生涯教育を担保する新たな卒後の医学教育制度を緊急に構築すべきである。

厚生労働省・文部科学省「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」からのアンケートに関しましては、別紙「回答用紙」を全国 80 大学会員 160 名（医学部長、病院長）に送付し別紙のごとき回答を取りまとめましたので送付いたします。

大学名 _____
役職名 _____
氏 名 _____

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。

- 1) 賛成
- 2) 反対
- 3) どちらでもない

ご意見：

(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。

- 1) 賛成
- 2) 反対
- 3) どちらでもない

ご意見：

(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。

- 1) 賛成
- 2) 反対
- 3) どちらでもない

ご意見：

(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。

- 1) 賛成
- 2) 反対
- 3) どちらでもない

ご意見：

(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。

- 1) 賛成
- 2) 反対
- 3) どちらでもない

ご意見：

(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。

- 1) 賛成
 - 2) 反対
 - 3) どちらでもない
- ご意見：

(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。

- 1) 賛成
 - 2) 反対
 - 3) どちらでもない
- ご意見：

(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。

- 1) 賛成
 - 2) 反対
 - 3) どちらでもない
- ご意見：

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) 賛成
 - 2) 反対
 - 3) どちらでもない
- ご意見：

(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。

A) 「全国的なマッチングを行うのがよい」という意見に

- 1) 賛成
 - 2) 反対
 - 3) どちらでもない
- ご意見：

B) 「地域ブロック単位でマッチングを行うのがよい」という意見に

- 1) 賛成
 - 2) 反対
 - 3) どちらでもない
- ご意見：

厚生労働省・文部科学省「臨床研修制度在り方検討会」からのアンケート 集計

1. 研修の内容・期間	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1. 賛成	71%	61%	45%	42%	37%	26%	24%	55%
2. 反対	4%	13%	25%	21%	31%	17%	32%	21%
3. どちらでもない 他	25%	26%	30%	37%	32%	56%	44%	23%

2. 募集定員及びマッチング	(1)	(A)	(B)
1. 賛成	53%	52%	18%
2. 反対	11%	12%	42%
3. どちらでもない 他	28%	28%	32%

厚生労働省・文部科学省「臨床研修制度あり方検討会」アンケート 主な意見

1. 研修の内容、期間

(1)について

反対意見はほぼ皆無

- 1) 卒前教育の一層の充実を図り、卒前卒後の一貫した医学教育を充実させることで、臨床研修(初期研修)を1年とする向が望ましい。
- 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ることで、研修、指導のモチベーションがあがり、研修医、指導医の双方にとって良い影響がある。
- 3) 将来専攻する診療科を初期研修のより早い段階(最初の1年目)から一定期間(3ヵ月程度)研修できるようにさらに進めた方がよい。

(2)について

おおよそ賛成

- 1) 内科・救急は必須という意見が大勢。
一方以下の意見もある
- 2) 基本となる診療科を決めるより、獲得目標を設定し、それを習得できる診療科を柔軟に決めることが望ましい。基本診療科は「内科と救急」として定めるとしても、内科にもいろいろあり、獲得目標を習得できるとは限らない。
- 3) 必修とする基本診療科は内科、救急のみに限定すべきでなく、外科、産婦人科、小児科、地域医療も必修からはずすべきではない。
- 4) ただし、大学病院の内科だけでは症例経験が不十分な場合は、連携している協力型病院の内科研修も併せてローテートできるなどの柔軟性が必要。また、一般外科研修は必修としてやはり必要なのではないか。
- 5) 救急研修の方法、内容については別途検討する必要がある。
- 6) 外科における外來手技・手術に関して、短期間の研修が必要と考える。

(3)について

- 1) 6ヶ月以上とする根拠が分からない。獲得目標、経験目標の設定の仕方によって研修期間は当然異なる。
- 2) 1年間で6ヶ月以上は反対です。2年間ならば6ヶ月以上でも良い。
- 3) 研修期間1年の中の「6ヶ月以上」は長すぎる。4ヶ月程度でよろしいのではないか。
- 4) 研修期間については、ローテイト期間を原則「3ヶ月単位」として「6ヶ月以上」といった縛りは避け、柔軟にプログラムが構築できるようにすべきである。

(4)について

- 1)救急の研修期間を3ヶ月とすることに異論はないが、他科の研修との整合性を図る必要がある。
- 2)救急の内容による。現在多くの施設(特に大学病院など)で行っている救急救命、三次救急を含めない研修では内科研修の延長として行うことも可能である。問題は小児救急であり、これを救急の研修に導入することが大切。

(5)について

- 1)期間を限定するのではなく長期に週半日診療所で慢性疾患の患者を継続的に診られるようにすべき。
- 2)1ヶ月は短いかもしれない。
- 3)十分な臨床の力がついていないので無理。
- 4)地域医療は必修からはずし、選択とした方が良い。
- 5)研修期間よりも医療機関や指導医の質・能力を担保することの方が重要。
- 6)地域の第一線の医療機関がどのような機関を指しているのか不明瞭、地域の第一線の医療機関の定義・内容が難しい。

(6)について

- 1)診療科を限定せず、弾力性を持たせるべきである。
- 2)選択必修に賛成。現在の欠点は1ヵ月と短期であり、見学型になっていることである。
- 3)精神科を必修とすることに疑問である。
- 4)必修は内科、救急、地域でよい。
- 5)必修を内科、救急(外科を含む)、地域医療の3診療科に限定し、それ以外は自由選択とする案に原則的に賛成。

(7)について

- 1)期間は自由にする。
- 2)実効性のある研修をするには1診療科3ヶ月以上が必要。3ヶ月程度でよろしいのかもしれない、6ヶ月までは必要はない。
- 3)2ヶ月以上であればよい。
- 4)「3ヶ月以上」が望ましいことは確か、「2ヶ月」でも研修の目標に到達できる場合があるのではないか。
- 5)見学に終わらず、研修の実績を高めるには3ヶ月が必要。

(8)について

- 1)研修医の将来の方向性を確認させ、モチベーションを高めるために必要。

- 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。選択しないで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。あわてて、マッチング制度そのものを変えようとすると混乱する。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 高久史麿 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わたる議論を重ね、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 史麿

(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かヶ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	<u>公立大学協会 医科歯科部会</u>
役職名	<u>部会長（とりまとめ役）</u>
氏名	<u>吉岡 章</u>

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年間に主体とし、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。