

「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書（案）」に関する意見公募への提出意見一覧

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
1	<p>臨床研修制度における課題の一つに、研修先の義務があると思われる。現在、内科6か月、救急、地域医療等の義務はありますが、外科系の診療科の義務はありません。地域の中核病院において、外科医の確保は必須であり、専門科の垣根を越えて全身を網羅して管理できるのは外科医であると思います。研修医が外科系の研修が必須でなくなった今、外科に触れることなく研修を終えてしまいます。触れる機会がないと、どうしてもその科を志す者は減少します。やってみたことのないところにはなかなか踏み切れませんし、教えてあげることもできません。それはいずれの科にも共通でしょうが、地域の中核はまず外科！であるということは訴えたく存じます。都会では色々な科があり、細分化された専門医師がいますが、地域においては、全身管理のできる医師が本当に求められています。全身をくまなく見れ、しかも治療につなげられるのは、外科医であります。ですので、是非とも、研修医の義務研修に外科研修を復活させていただきたいです。地域医療の復活には、最短の方策であると思います。</p>			1	1
2	<p>「どの研修先においても、適切な指導体制を有していることが求められる」とあるが、大学病院勤務医は「先進的な診療」「先進的な研究」を求められる上に「学生や研修医の指導」を行わなければならないという状況にあり、教育に充てられる時間が少ないのが現状である。このため、「教育専任」の教員職を増やせるような資金的援助や、指導医講習会に参加した教員に対する給与の増額などのincentive plan がなければ、指導能力のある指導医は育たないと考えられる。</p>			1	1
3	<p>1. 基本理念と到達目標について、2)到達目標とその評価 説明責任確保のためインターネットを使用し施設横断的な評価システムを構築するのは魅力的ですが、いわゆるコピペの問題に対する対応策が必要かと思えます。学習者が、コピペで問題を解決するという文化を補強するようなことがあってはならないと考えます。 <見直しの方向> 見直す必要がある、という点に強く賛成致します。患者医師関係、医療の社会性の項目は、きわめて重要であるにもかかわらず、指導医が十分な教育を受けていないため施設間のばらつきが大きいのではないかと推察します。これについては標準化が必要で、もう少し詳細を明示し参考資料的なものを作成、配布してもよいような気がします。現行では項目が網羅的ですが、「(ほぼ)全ての」医師が要求される技能を慎重に選び出すことが必要と考えます。例えば、基本的な臨床検査の、交差適合試験、アレルギー検査、細胞診・病理組織検査、内視鏡検査、造影X線検査、MRI検査、核医学検査、神経生理学的検査、を全ての医師に要求するものではないと思います。基本的手技のドレーン類の管理ができる、なども違和感を感じます。活躍する場によっては、腰椎穿刺も必須ではないかも知れません。経験すべき病態にも、違和感のある項目があり、例えば一般医の立場からは白血球は遭遇することがまれで、かつ診断は通常容易で、経験していなくても診断できると思えます。その他、(6)呼吸器系の肺炎は現在多く外来で治療され、(B)が妥当かと思えます。閉塞性・梗塞性肺疾患とひとくくりにし、気管支喘息、気管支拡張症のもの、一般医としては気管支喘息を経験していればよいと感じます。(13)精神・神経について、入院を要する気分障害、統合失調症を、「全ての医師」が診療する技能を要求されているとは思いません。一方、身体表現性障害や軽症気分障害は、これを知っておくことが一般医の立場からは重要で(害を伴う不必要な検査と紹介を減らす)、臨床トレーニングの初期に経験することが重要と考えます。(14)感染症寄生虫疾患を経験することは現在相当に困難です。(18)高齢者の栄養摂取障害、「老年症候群」は、レポートを提出させてもよいかも知れません。</p> <p>2. 臨床研修病院の在り方について2)臨床研修病院群の在り方 <見直しの方向>の、地域で連携し育成、の必要性がよく分かりません。日本全体として良質な医師を作り上げるのだと思えます。地域的に遠方の、異なった役割を有する医療機関で研修することは、若者の気づき、動機づけに有用と考えます。</p> <p>3) 研修プログラム 個人的にはいわゆるスーパーローテーション支持ですが、臨床研修およびいわゆる後期研修を通じて患者の様々なニーズに対応する心構えを修得させるシステムを構築するのであれば、弾力化プログラムでも可ではないでしょうか。</p> <p>6) 第三者評価はよるしいのですが、書類づくりが目的にならないように。</p> <p>8) 研修医の処遇 6年間勉強し、国家試験に合格した方々に払う給与であることを認識し、4大卒の給与と整合するものに設定していただければ、と存じます。</p> <p>3. 地域医療の安定的確保について2) 募集定員の設定 募集定員数の研修希望者数に対する倍率は、やはりある程度以上なければ研修の質を確保できないと思います。我々は来てもらうために研修の質を上げようと努力しています(給与以外の方法で)。研修病院の意欲を下げたままことを危惧します。また、医療過疎地域の医療の質、量を改善するのは、臨床研修中の新米医師ではなく、ある程度研修をした医師であるべきで、医師の地域的偏在を修正するために臨床研修制度を利用するのは、「筋が違う」と思えます。質の高い教育を行う病院で臨床研修を修了した医師をどう分配するか、の問題ではないでしょうか。</p> <p>3) 地域枠への対応 地域枠に関しコメントする立場にないことは認識していますが、「地域枠には多岐にわたる種類が存在すること自体が、地域枠の本来の意図以外に利用されているのではないかと危惧します。その枠にいる、という責任感を学生に持たせるため、またその地域住民への説明責任の面からも、臨床研修病院を制限することを考えてもよいのではないかと、感じました。</p> <p>4) 都道府県の調整機能を拡張することに、完全に賛成します。</p> <p>4. その他2) 医師養成全体との関係 卒前医学教育のコアカリキュラム、(今後も継続して施行されるとして)医師国家試験の出題基準に対し、臨床研修病院からのfeedbackが行われるシステムの構築が、望まれると思いました。</p>			1	1
4	<p>「当該基準に満たない病院の新規指定の申請」について明記されていることは大きな前進だが、そもそも根拠の明確でない13,000人を「あまりに下回らない」という要件はますます曖昧な基準となってしまう。明白なエビデンスのない基準をもとにさらに基準をつくるべきではなく、すべての研修希望者のいる病院に研修医を受け入れる機会を与えるべきである。3,000人要件を即時廃止していただくことを希望する。</p> <p>二次医療圏及び同一の都道府県を超えた病院群については、基幹型病院と地域医療の上で連携が強い場合にとらわれず、研修医の指導にあたって連携がとられていることも考慮すべきである。形式的な二次医療圏内の病院群形成よりも、同一グループ内で都道府県を超えて形成される病院群でも、医療理念や研修理念が一致していることによって、充実した研修や研修指導医が行えるものとする。</p>			1	1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
5	<p>特定の分野の専門的医療を専ら行う病院については、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得という基本理念を踏まえると、基幹型病院として適切とはいえないと考えられる。賛成です。</p> <p>各プログラムにおける必修科目の診療科等には、指導医が必要であるとの指摘がある。必要であると思えます。指導医がいない方がおかしい。</p> <p>第三者評価については、研修病院の規模等にかかわらず、研修の透明性や質の向上の観点から、何らかの第三者評価は必要であると考えられ、研修病院の努力目標として位置づけを強化すべきである。強化すべきであるし、必須に近づけるべきだと思います。</p> <p>指導医講習会の受講は研修の質を確保する上で重要な基準であるため、指定申請に際しては講習会を受講済みであることが前提となるべきである。そう思います。</p> <p>都市部を中心に、大学病院は、当該都道府県内外に多くの医師を派遣しており、医師派遣の実績をより考慮した定員の設定が求められる。大学病院の医師派遣（医局人事・関連病院維持）のみならず、純粋に医師不足地域からの要請に協力して派遣している民間病院や市中病院にもこうしたメリットを活かすことができるように明文化すべきだと思います。</p> <p>地域枠の学生も一般枠の学生と同様、マッチングに参加し、公平な競争のもとで病院を選択することが望ましい。県外流出を防ぐことが地域医療の充実化に繋がるとすれば、県外への応募は許されないとはいえません。</p>			1	1
6	<p>初期臨床研修制度が始まってから約10年。年間入院患者数3,000人未満の小病院でも、初期研修医として求められる技術や態度、能力を身に付けることが出来ていることは周知のとおり。100床の病院も、協力型病院として、研修医養成の一翼を担ってきた。</p> <p>今回、「当該基準に満たない病院の新規指定の申請」について明記されていることは歓迎する。年間入院患者数など根拠のないしぼりは設けず、すべての研修希望者のいる病院に研修医を受け入れる機会を保障して頂きたいと考える。</p>	1			1
7	<p>初期臨床研修は、「プライマリケアの基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならぬ」とされています。これを受けて初期臨床研修に内科を6カ月、救急部門の研修を3ヶ月行うことが開始時点から必須とされていることは大きな意味があると感じています。しかし研修医がその能力を確実に身に付けるためには、担当診療科が確定していない患者を診察し、初期対応を行いながら重症度・緊急度判定を行い、専門診療科へつなげることのトレーニングが必要となり、それを指導できる体制が必要になります。従来初期臨床研修を実施する医療機関には、入院患者数や救急患者数に関する要求水準は決められていますが、救急医療やプライマリケアの指導体制に関する要件がありませんでした。従って、今回公開されている報告書（案）で、「救急患者の重症度および緊急度を判断できる」と答えた研修医の割合が増加していることとされていますが、「判断できる」ことを確認する方法がなく、適切な指導体制の要件が指定されていない限り、研修医が不適切な指導により不適切な判断を行っている危険性が排除できません。臨床研修を提供する病院において救急医療やプライマリケアを学ぶべき場面で、適切な研修が提供されなければ、初期臨床研修はその理念を満たすことが出来ず、特定の領域や地域に医師不足まで来たと実現してきた制度自体の意味が無くなってしまふ危険性があります。救急医療やプライマリケアの専門医がいることは、その研修を適切に実施できることの保証にはなりません、少なくとも現時点で考えられる最も妥当な解決策だと思えます。以上の理由から、初期臨床研修の理念を活かすために、初期臨床研修1年目の研修を担当する病院に対して、「研修指導体制の中に救急科またはプライマリケアの専門医が配置されていること」を要件とすることを提案致します。</p>			1	1
8	<p>新潟県においては、人口当たり医師数が全国平均に比して大幅に少なく、医師不足が深刻な状況です。県としましては、医師不足や医師の偏在を解消するため、地方政府として、できうる限りの努力を行っておりますが、全国との格差は年々広がっており、現行の制度・枠組みの下では、地域医療の確保には限界があります。</p> <p>地域における医師不足、医師の偏在を抜本的に解消していくためには、医師不足地域に配慮した制度改革を早急に講じる必要があります。</p> <p>臨床研修制度については、臨床研修希望者と募集定員の乖離の解消を図り、都市部への研修医の集中が是正され、地方の医師不足の解消につながるような定員配分を行うなど、現行制度の抜本的な見直しを行う必要があると考えています。</p> <p>今回の募集定員の設定の見直しの方向として、研修希望者と募集定員の乖離を次回見直しに向け徐々に解消していくとしていますが、早急に乖離の解消を図るべきと考えます。</p> <p>また、今後の地域医療を担う医師を養成するという観点から、地域医療の研修期間を1月以上ではなく、医師不足地域において3月以上にすべきと考えます。</p>		1		1
9	<p>基幹型臨床研修病院の基準について</p> <p>年間入院数3000件以上については、「プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付ける」という基本理念に照らしても特に根拠のない数字である。入院数ではなく、実際に研修医が期間中に経験している症例数で判断すべきである。</p> <p>研修診療科について</p> <p>研修医のアンケートからもわかるように、基本的な診療能力の修得に照らしてみても「7科目必修」（継続プログラム）が妥当である。弾力プログラムからもとに戻すべきである。</p>			1	1
10	<p>1. 基幹型病院のあり方の明確化について</p> <p>臨床研修の到達目標の大部分を研修可能な環境を有する病院と記載がありますが、病院群を形成し、それぞれの病院で特色ある分野を担当しているプログラムの長所も考慮していただきたいと思えます。特に中小病院で病院群を形成している場合の研修の優れている事は桐野班調査でも明らかであり、方向性を誤って欲しくないと考えます。</p> <p>2. 臨床研修病院群の地理的範囲を明確化（同一の二次医療圏に限定する流れ）について</p> <p>同一医療圏ではなくても、研修管理委員会が機能し、連携がうまくいってさえいれば、全く問題なく研修が行なえると考えています。地理的範囲よりも連携の強さを重要視するべきだと思います。</p> <p>3. 基幹型病院の「年間入院患者数3,000人以上」基準について</p> <p>以前の調査からも全く根拠のない基準だと考えます。中小病院群で優れた研修を行なって医師を要請していただく希望を持ってなくさせ、大病院をまもるための基準としか思えません。再検討をお願いします。また、年間入院患者数3,000人以上の病院にも訪問調査を行い、研修の質を確認する必要があると考えます。</p>			1	1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
11	<p>現行の8ヶ月より1年以上に引き上げる意見がありましたが、私としては現行の8ヶ月以上が望ましいのではないかと考えています。1つ目の理由としては、地域枠出身の研修先です。今回の案でも、特に地域枠の扱いに関して、特別扱いは行わないような文言が盛り込まれています。また勤務先が限定されることを奨学金を渡されていて、その期間を消化する上で、初期研修の期間が重要になります。そうすると研修先を同一県内より探す必要がありますが、いわゆる人気病院を外れると、不人気の病院での研修を行うことになり、嫌悪感が増すことで結果的に義務を果たした後に立ち去ってしまうことも考えられます。そこで東北大学・宮城県では大学と県内の大病院が組むことにより、少しでもそのようなことを軽減しようとするプログラムを作成しております。その中で最大のポイントとして、義務年限をカウントした上で、いわゆる研修人気病院へも売りにしており、そのためには協力病院に行く期間を最大限活用する必要があります。そのため、それが短縮されることで、そのアピールポイントが減弱し、引いては地域枠出身の医師を引き止める力も失われます。また、もう1つの理由として、地域医療としての観点です。一般的に協力病院は基本的には研修医を教育できる病院であり、周辺地域においては、それなりの病院として認識されていますが、基幹病院よりはマンパワーとしては落ちてしまいます。そのため、半年程度研修が終わった段階でも、指導は必要ではありますが、戦力として十分期待できるものであります。また後期研修になると専門医資格をとるために、現状では大病院にすることが必須ではありますが、せめてこの初期研修期間でも地域医療の現状を知ってもらう意味でも、基幹病院を離れ、少し小さい協力病院で研修を行うことは専門医取得後の進路にも影響しうるものではないかと考えています。以上のことより協力病院の質の維持は必要ではありますが、協力病院の活用を考えることが地域医療の面で重要ではないかと考えます。そのため、現行基幹病院8ヶ月以上の維持をお願いしたく存じます。</p>			1	1
12	<p>前回見直し時から私は問題視していたことであるが、「4）必要な症例」を決める際に、いまだに年間入院症例の総数（例：3000例）のみを見て、研修医定員一人当たりの年間入院症例数を無視しているのはおかしい。これは明らかに大学病院を優遇した策となっていたため、そのせいで東京・京都・大阪・福岡と今回の見直しで大きく定員を減らすことになった都道府県においては、総数が「過剰」になっていたと考えられる。ならば、その都道府県における定数削減は、大学病院と地域の臨床研修病院をないまぜにして減らすのではなく、研修医定員一人当たりの年間入院症例数を評価基準に入れて、多くとりすぎている病院を中心に削減するよう指導すべきではないかと思う。</p>			1	1
13	<p>1) 報告書(案)の2頁にもあるように、「プライマリ・ケア」という言葉は解釈が様々なので、臨床研修制度においては使用しないことが望ましい。 2) 「行動目標」という言葉が「医療人として必要な基本姿勢・態度」という意味で使われているのは、「臨床研修の到達目標」の中だけであり、指導医のための講習会などで学習する「一般目標と行動目標」という使い方と食い違いがあるので、別の適切な言葉に置き換えるべきである。</p>			1	1
14	<p>協力型病院について、当院は今まで浜松医科大学の協力型病院として研修医の受け入れを行っており、受け入れた研修医の中で、初期研修終了後も北海道の地に残り、救急診療などに尽力してもらっています。協力型病院を二次医療圏に限定してしまう事は、地域の医療や僻地の救急医療を支える可能性を摘み取ることになりかねないと考えており、医療圏を超えて協力体制を取って人材の交流や育成を行っていく可能性を残してほしい。</p>			1	1
15	<p>地域枠の設定については、とくに北海道のように広大な医療過疎地域を有する都道府県においては、地域医療に従事する医師を確保するという点で、その必要性については一定理解できるものと考えています。地域枠の設定が本来の意義を發揮し、地域医療に意欲をもって従事する医学生をたくさん生み出すためには、強制ではなく、自由な選択により、より充実した研修病院を選択して、地域に貢献する医師に成長できるように地域の医療機関が連携した充実したプログラムをつくっていくことが重要だと思います。制度の実を上げるためにも、大学の実情を調査されて、本来の地域枠の制度に相応しく改善すべきは改善していくよう、厚労省として可能な指導等をおこなっていただきたいと思います。これは、医療過疎地域に医師を派遣してもらおうという点で弱い立場にある北海道にはできないことです。厚労省のイニシャチブの發揮に期待するところ大です。よろしく申し上げます。</p>			1	1
16	<p>病院群については例外を除き、「同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることを基本」とされているが、二次医療圏・都道府県という医療単位が現実の受診行動と一致していないため、「日常診療業務で連携の強い医療機関を基本とする」等変更すべきである。</p>			1	1
17	<p>本報告書(案)に対して、以下の3点について意見を提出いたします。 1. 到達目標を見直す A 疾患をより現実的に見直して、プライマリケアに沿ったもの(特に精神疾患)に絞り込む。 2. 到達目標の達成度に関して客観的な評価を整備する。 3. 研修医の給与に関する見直しを行い、大きな格差や隔たりを是正する。</p>			1	1
18	<p>協力型病院については、二次医療圏までの病院に限定せず、特別な理由がある場合はそれより遠方の病院も可としていただきたい。ほとんどの研修医は二次医療圏内の病院でたすきがけ研修を行っているが、全く異なる医療圏で研修することも大きな意義がある。また医師が少ない地域では、僻地医療を研修し、それに貢献できる可能性がある。遠隔地の病院でしか経験できない医療があるので、その可能性を残してほしい。</p>			1	1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
19	<p>1 - 2) 到達目標とその評価および 2 - 3) 研修プログラムに関して 臨床研修制度必修化以降、平成20年に制度の見直しが行われ、必修診療科が見直されて研修が弾力化したにも関わらず、到達目標は一切変更されなかった。今後卒前教育のモデル・コア・カリキュラムや医師国家試験、新専門医制度との連続性に考慮しつつ、制度にあわせてと目標の見直しを検討していただきたい。</p> <p>1 - 3) 臨床研修全体の研修期間に関して 基幹型で1年以上を目指すことが検討にあげられているが、当院では協力型臨床研修病院と連携した研修を行い、幅広い研修内容を維持すると同時に地域医療を支えている。大学院における基幹型での研修期間に関しては、単なる研修期間のみで決定するのは適当ではない。地域の実情を鑑みて、研修環境や内容が確保されていれば、現在の8か月のままの運用も認めていただきたい。</p> <p>2 - 2) 臨床研修病院群の在り方に関して 協力型病院群を研修の実績を考慮し現実的な内容にすることが必要である、とあるが、協力型病院群の組み換えは、現在の手続きではプログラム変更にあたり、組み替えと関係ない病院を含むすべての協力病院が再度書類を作成し直す必要があり、手続きが煩雑で事務の負担が大きい。さらには、プログラム変更になるために、変更後にマッチした研修医から適応されることになるため、実質的に変更が反映されるまでに最長2年を要するため、柔軟な運用ができない。研修実績にあわせて協力病院群を毎年変更する必要があるのであれば、現在の協力施設登録と同様に手続きを簡略化するべきである。</p> <p>4 - 1) 研究医の育成との関係 現在、研修医には専念義務があるため、研究者を目指す医師は、卒業後すぐに臨床研修を行わずに大学院に進学すると、大学院卒業後いったん研究を中断し臨床研修に2年間専念することになる。このような観点から、現在の研修制度は卒業後早期からの研究医育成、博士号を獲得してからの継続的な研究への関与に対する妨げになっている。また、大学院に所属し、研究室に所属している方が、時間外を利用した研究も行きやすい。制度全体で大学院制度と研修専念義務との関係を整理して、たとえば時間外を利用した研究であれば、大学院に所属しつつ臨床研修を行うことが可能、という方針を正式に打ち出してもらえば、研究医育成プログラムを特別コースとして形成することが出来、大学院として研究医育成に貢献できると考える。</p>			1	1
20	<p>基幹型病院での研修を1年以上とする改訂についてのコメント 大型基幹病院の中でいわゆるたすき掛け方式により、地方中核病院と協力し、その特性を活かした2年間の研修プログラムを組む病院は少なくない。1年交代のたすき掛けプログラムでは地域研修の医療機関等を含めると基幹病院での1年間在籍という設定が難しい場合もある。研修病院としての適格性としては、各研修病院の提示するプログラムの中に1年以上の基幹型病院での在籍が可能な設定があれば、その証明になるものと思われる。全研修プログラムにおいて上記の規定を一律に適用すると、地域の特性・多様性を活かした研修プログラム構成が制限されるものと考えられる。</p>			1	1
21	<p>臨床研修制度の目的は、医師の資質の向上にあり、臨床研修病院は研修医の資質向上に資する魅力あるプログラムを設定し、研修医は自身の医師としての成長につながるプログラムを選択することが制度の趣旨である。 研修病院の募集定員や都道府県の上限值を設定することにより、研修医の配置をはかることは、上述の臨床研修制度の目的・趣旨にそぐわない。 したがって、募集定員及び上限値の設定に反対である。</p>		1		1
22	<p>3000件を下回っていても、研修の質が保たれているのであれば、臨床研修病院としてふさわしいと思います。入院患者数の条件はつけなくてもいいと思います。</p>			1	1
23	<p>基幹型臨床研修病院の在り方として研修期間を現行の8ヶ月以上から1年以上を目指すことは内科、救急での技術・知識をより深く得られることを優先するのであれば好ましいと考える。年間入院患者数3000人以上を基準とするが、3000人に満たないとしても良質な研修が見込まれるなら訪問調査で評価する点は前向きなシステムと考える。但し、何をもちて良質な研修であるのか基準を設定するのは病院の規模、研修システム、医師体制によって差異はあるので、調査する際は実際、過去に研修した医師の意見にも耳を傾けながら個別に対応して頂きたい。</p>			1	1
24	<p>初期研修プログラムに関して、知識・技術・態度・症例において継続プログラムの方が弾力プログラムに比べて優れているのは明らかである。厚労省の初期研修基本理念に照らし合わせて考えるなら、初期研修プログラムは7科目必修に戻ることが妥当ではないかと思考する。 小規模研修病院が初期研修医を受け入れるにあたり、非小規模研修病院に比べて明らかに劣っているデータは示されていない。現に桐野班調査では、小規模研修病院であっても指導・管理体制や診療能力の獲得に関して一定の評価がなされている。入院患者数などの量的規制ではなく、訪問調査などによる質的規制の方が、初期研修医が育ち、なおかつ初期研修を与える病院側をも成長させる土壌を育むと考える。</p>			1	1
25	<p>私が勤めている病院は100床の小さな病院ですが、地域の医療を支えるという役割を担っているという自負がありますし、研修についても充分なものができていると思っています。そして地域医療を守るためにもこのような病院で研修を可能にするには意義があると思います。 ぜひ年間入院患者数3000人以上という基準を取り下げて頂くことをお願いしたいです</p>			1	1
26	<p>マッチング制度は大変順調に運用されていると思います。しかし、全国の研修医の募集定員数を削減し過ぎますと、1.アンマッチになることを初めからある程度は覚悟して人気の高い研修病院に応募して、2次募集で研修先を探す、2.はじめからマッチング登録しないで、マッチング結果が判明した後の2次募集で研修先を探す学生が増えることを危惧します。これは、研修したい病院よりは研修したくない病院を避ける姿勢に繋がることになります。マッチング制度が主たる選考、2次募集はあくまでも少数者の選考となるようにマッチング制度を運用する必要があります。 中間報告までは希望先を登録しないで、中間報告をみて研修希望先をマッチング登録する学生がいるように思います。基本的には臨床研修を希望する学生全員が参加することがマッチング制度の根幹ですので、中間報告に登録することをマッチング参加の条件とする方が、中間報告の意義を高めることになります。</p>			1	1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
27	<p>今般卒業後臨床研修制度の平成27年度からの見直しに向けた検討が進められていますが、平成15年に一部改正施行された「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律（血液法）」の基本理念を具現化する取り組みを踏まえ、日本輸血・細胞治療学会は現行の輸血医学教育のあり方の見直しを要望したく、この度提言書を提出いたします。</p> <p>これからは少子高齢化時代の到来により血液製剤の需給バランスが崩れることが予測されており、「適正輸血の実施」は研修医が身に付ける基本的臨床能力の一つであると考えます。したがって、医師臨床研修における輸血教育が、適正輸血を行う上で実効性のあるものとなるような研修医教育の体制整備が必要です。</p> <p>この適正輸血の実施のためには様々な疾患・病態に応じた輸血療法の教育が卒前・卒後を通じて一貫して必要です。しかし多くの大学医学部では輸血医学講座が設置されておらず、卒前教育が必ずしも充分に実施されているとは言い難い状況です。この輸血療法は全ての診療科で必要となる可能性がありながら、特定の臓器の疾患に拠らない横断的領域であるために、診療科別・臓器別の臨床研修カリキュラムには採り上げられにくい実情があります。そのため上級医の経験論的指導により研修医が輸血療法を行うこともあり、適正輸血が実施されないことも起こり得ます。また「輸血療法の実施に関する指針」においては、輸血療法には医療機関内の複数の部署が関わるため、輸血部門を設置して一貫した業務体制をとることが推奨されています。そこで適正輸血の実施と研修医教育のために、臨床研修病院では輸血部門の設置と輸血責任医師の任命により輸血の一元管理がなされることが望まれます。輸血責任医師には適正輸血の実施と輸血の安全管理の役割を担うと共に、研修医の指導を求めるものです。</p> <p>以上のことより医師臨床研修制度の見直しへの提案として本学会からは、1)病態に応じた適切な輸血療法の研修のため、臨床研修カリキュラムの一部見直しを求めます。それと共に、2)臨床研修病院（特に基幹型）の輸血管理体制の見直しとして、新たに輸血部門の設置と輸血責任医師の任命を追加していただきたいと要望します。</p> <p>医師臨床研修における輸血医学教育のあり方の見直しは、わが国の血液行政とも関連した重要な課題であると考えられますので、本学会の提言の意義をご賢察いただき、平成27年度からの医師臨床研修制度の見直しに反映していただくよう是非お願いしたい所存です。</p>	1			1
28	<p>3. 地域医療の安定的確保について2) 募集定員の設定<見直しの方向>に関する意見</p> <p>見直しにあたっては、本府をはじめとした都市部の急激な募集定員の削減などにより研修環境に大きな混乱を引き起こさないよう、より良い研修体制を確保するという視点による検討が必要です。</p> <p>「各都道府県の基礎数の合計と研修希望者の約1.2倍（当初）との差について、直近の各都道府県の採用実績を考慮して算出した数を、各基礎数に、都道府県が調整できる枠として追加する」との考えが示されています。</p> <p>このスキームは、直近の各病院の採用実績の合計が、機械的に積算された都道府県上限値を超える都道府県（おもに都市部）においては、地域の実情に応じた定員調整がしやすくなるどころか、単に病院の定員削減調整の役割のみが厚生労働省から移管されるものであるもので再考をお願いしたい。</p> <p>「都市部の定員を更に削減することについては、都市部から他県への医師派遣の役割等も踏まえ、慎重な対応が必要である。」との考えが示されていることから、都市部のこれまでの研修医養成実績等を適正に評価するとともに、『臨床研修病院群の中核となるべき大学の研修機能』や『病院の研修体制充実へのモチベーション』の低下を招かないためには、各研修病院の募集定員に関する激変緩和措置（いわゆるマッチ保証）を当面の間延長することが有効かつ不可欠であると提案します。</p>		1		1
29	<p>現在の臨床研修制度につき困っている点につき意見を述べさせていただきます。今後に生かせれば幸いです。</p> <p>現在の研修指定病院は定員が県の人口によりその上限が配分されています。また、各研修病院の定員は「過去3年間の研修医の数の最大数」が基本であるため、減員することはあっても増員することは決していないこととなります。また、「研修病院の定数は県により増員させることができる。」ともあるため、県の上限のうち、定員割れしたいわゆる「余った研修枠」は県の判断で、どこかの病院に割り振られるのが現状です。</p> <p>当院では近年定数を超える研修希望の学生がおられるため、少しでもお役に立てるように増員を希望しています。県に実情を話すと、県としては是非増員してあげたい、との返事は頂きますが、実際にはどの病院の枠を増員するかの基準については不透明なまま、増員の希望がかなえられません。</p> <p>増員の希望があった場合の、何か増員できる基準（例えば「過去3年間連続でマッチング率が100%の病院では希望により1名の増員を認める」といった内容）を設けてはいかがでしょうか。その方が、平等性が保てると思います。ぜひご検討お願いいたします。</p>			1	1
30	<p>臨床研修病院群のあり方については、二次医療圏や都道府県内に都道府県にとどめるのではなく、研修を充実させる観点から、拡大する方向で検討していただきたい。</p> <p>年間入院件数が3000人未満の病院についての取り扱いについては、すでに訪問調査において、結論が出ている問題であり、3000という数字になんのエビデンスもないことは明らかなので、報告書から削除すべきである。</p> <p>募集定員の削減については、パイを分けあうのではなく、先進国の中でも遅れている医師数を全国的にどのように確保し、国民の医療を充実させる方向での記述に変更すべきである。</p>			1	1
31	<p>桐野班の調査を受けた基幹型研修病院です。その後、卒業後臨床研修評価機構、厚生局訪問調査と3年連続で訪問調査を受けました。その中で臨床研修到達目標に鑑み、当院の研修医のアウトカム、指導内容、環境とも高い評価を頂きました。これまでの調査結果におきましても入院3000人以下の研修病院での医師育成が劣っているとの報告にはなっていないと認識しております。</p> <p>また、私どもの様な中小病院で研修する医師は総合医、家庭医に進む医師が多く、今後の国の方針としての「臓器別ではなく、一人の高齢者を総合的に診る」医師を多く養成する事に沿っているものと考えます。特に離島を抱える長崎県において「プライマリケア能力の高い医師」を数多く育成する事は命題であり、当院の果たしてきた、又今後も果たすべき役割だと考えています。当院は他科を協力病院で研修しなければならないプログラムでは有りますが、研修医の満足度も高く地域に残る医師として成長している結果に確信を持っている次第です。</p> <p>3000人という数字の持つ無意味を改め頂き、研修制度開始にうたわれた研修理念の達成に基づいた制度を残して頂きます様お願い致します。</p>			1	1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
32	<p>「到達目標の達成に向け必要な症例を確保するため、症例数について何らかの基準は必要と考えられるが「年間入院患者数3000人以上」の要件が絶対的な基準であるとは言い難い」とあるにもかかわらず、要件が残っていることに疑問を感じます。厚労省の調査でも3000人未満の病院でも適切な指導・管理体制があり、研修医が基本的な診療能力を習得することができていると評価されています。</p> <p>私が働く病院は、年間入院患者数2000人ほどの小さな病院ですが、初期臨床研修の基本理念である「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、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けることのできるものでなければならないこと」ということを達成するのに、非常に良いフィールドを持っていると考えます。</p> <p>もし訪問調査が必要であるならば、3000人未満の病院だけでなく、それ以上の病院にも訪問調査、または第三者評価を行い、研修病院としての適正を確認することが必要だと考えます。</p>			1	1
33	<p>基本理念と到達目標について この見直しの適応となる世代（2015年卒）から新しい専門医制度が開始される予定なので、3年目以降は、総合診療医に進まない限り、専門的な知識や技術の修練に偏る可能性が高く、初期の2年間は、医師としての基本的な態度や、いわゆるプライマリケアの習得を主とし、到達目標や経験目標を見直し、弾力化プログラムによる骨抜きは制限すべきと考える。研修期間に関しても、2年で決して充分とは言えず、例えば1年への短縮はありえない。</p> <p>臨床研修病院の在り方について 年間入院数による制限は、桐野班の訪問調査でも、評価済みであり、毎回、訪問調査を特別に行うのは、当該臨床研修病院にとって、負担が重すぎると考える。各地方厚生局が定期的に訪問しており、それで充分ではないか？あるいは、卒後臨床研修評価機構の訪問調査で一定の評価を受けている臨床研修病院は、二重になる訪問調査は不要と考える。また、入院数・ベッド数・研修医の定員が多い臨床研修病院も、第三者評価を受けるべきと考える。</p> <p>指導医講習会について 現行の指導医講習会の開催指針では、16時間以上、原則2泊3日間で行うことになっているが、例えば、1年間の中で、数回に分けて、各受講者が日常の指導実践を振り返りながら学習するようなしくみがあっても良いのではないかと？その場合は、すでに受講済みの指導医も、オープン参加して指導法などの再学習がしやすいと考える。</p> <p>地域医療の安定的確保について 募集定員を無理に1.1倍に狭める必要はない。大学病院の定員をもう少し減らすと、地域の研修病院に行く研修医は増えると考えます。実際に大学病院にマッチしても、ほぼ1年間はたすき掛けで臨床研修病院に出ている研修医が多数いる。現実的な大学病院の定員にすべきと考える。</p> <p>地域枠については、大学病院の「医局枠」と勘違いしている大学がある。研修場所は、大学が一方向的に決めるのではなく、都道府県を中心に臨床研修病院や医師会も参加して協議すべきと考える。</p>			1	1
34	<p>1 臨床研修を行う場として、地域の第一線病院を明確に位置づけるべきと考えます。特に研修の開始時期に、地域医療の現場で開始する意義があると考えます。</p> <p>臨床研修制度はプライマリケアの基本的な能力の修得を目指しています。プライマリケアの現場や救急の現場では、高齢者から小児疾患までの幅広い対応が求められます。このためには、大学病院や大病院の高度医療機関と共に、第一線の地域の医療機関もローテートするプログラムが望ましいと考えます。また、当初の研修必修化に掲げられた、内科、救急、外科、小児科、産婦人科、精神科の研修ローテートを位置づけるべきと考えます。</p> <p>和歌山生協病院は、149床の地域の病院ですが、中規模の耳原総合病院、精神科の吉田病院などのローテートを位置づけて研修医を育ててきました。また、2014年からは、和歌山県の臨床研修ネットワークの一員として、和歌山医大や県下の病院をローテートする研修も可能となりました。地域の第一線の医療機関での総合診療で研修を開始し、その後、研修医の希望と到達に応じて、高度医療機関のローテートすることが、理想と考えます。そのことで、地域医療に対する研修医の意識を高めることとなり、将来地域医療に従事する医師を増やす事ができると考えます。後期研修においても、プライマリケア連合学会の総合診療医のプログラムを有し、初期研修から一貫した教育を行っています。</p> <p>2 臨床研修病院の指定基準年間入院患者3000人以上は、研修の到達の条件としては適切ではなく、取り消すべきと考えます。研修医の到達と満足度は、研修医一人あたりの症例数、研修を指導する力、臨床研修システムに左右されると考えます。</p> <p>和歌山生協病院は、病床数149。医師数（内科10人 外科2人 小児科1人 計13人）指導医数13人。研修医数2年間で4人（実績3人）。年間新規入院1845、1日外来患者数195.3 年間救急患者数3558 年間救急車搬入428 在宅患者数103です。研修医1人当たりとすると、年間入院460人 救急患者 900人となり、研修の症例が十分にあると考えます。2008年研修医の2年間の入院受持ち症例は、139例でした。厚労省の初期臨床研修目標到達率は、頻度の高い症状35項目100% 救急を要する疾患・病態17項目中88% 経験が求められる疾患・病態88項目中78%の到達が得られています。研修医の到達について全国には300床未満の臨床研修病院が約250あり、厚労相の研修医アンケートでも300床未満の研修医の満足度が高いとの結果が出ています。当院の研修は、一人一人の研修医を丁寧に研修指導することです。1、指導医との毎日のカンファレンス、2、研修担当事務との毎週の振り返りによる研修サポート、3、毎月、プログラム責任者、指導医、病棟担当看護師長、研修担当事務が参加し、研修医参加の研修委員会によるチェックを行っています。病院全体としても、院長はじめパラメディカルスタッフまで研修指導に対する熱意がある環境です。地域医療に目をむけた研修が行えていると考えます</p>			1	1
35	<p>(1) 医師が不足する地域や診療科の医師確保につながるよう、研修希望者数と全体の募集定員数を概ね一致させるとともに、都市部の募集定員数の更なる削減を講じること。</p> <p>報告書(案)によれば、都市部の定員を更に削減することは、都市部から他県への医師派遣の役割等を踏まえ、慎重な対応が必要であるとされる。しかしながら、そもそも、研修希望者数と募集定員数に大きな開きがあるため、都市部に研修希望者が集まりやすく、地方のマッチング割合が低くなっている状況がある。本県の20歳代の医師数は10年前に比べ約4割減少するなど、地域医療が崩壊しかねない危機的状況にある。地方の医師確保のため、研修希望者数と全体の募集定員数を概ね一致させるとともに、都市部の募集定員数の更なる削減を要する。</p> <p>(2) 報告書(案)のとおり、「年間入院患者数3,000人以上」の要件を満たさない病院でも、良質な研修が見込める場合には、訪問調査により評価する等して、指定を継続すること。</p> <p>宮崎県において、「年間入院患者数3,000人以上」の要件を満たす病院はごく少数に限られ、新規指定による増は困難である。基幹型臨床研修病院の指定を継続することで、地域医療の確保を図る必要がある。</p>		1		1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
36	<p>地方病院では、救急として搬送される患者は多いものの、救急科という独立した科を持つ病院は少ない。日中はそれぞれの担当科を持ちながら対応し、夜間休日は当直医からそれぞれの担当課へ連絡というパターンを取ることが多い。そうした状況の中、研修医の救急3ヵ月という期間中の立ち位置がなかなか難しい現状である。 この点についてよく検討していただきたい。</p>			1	1
37	<p>臨床研修病院群の在り方（地理的範囲の明確化）について 報告書（案）の「2. 臨床研修病院の在り方について」の「2）臨床研修病院群の在り方」では、臨床研修病院群は「二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることを基本」とし、それらの地域を越える場合は、「医師不足地域における地域医療研修であること」等限定されています。一方、現在広く行われているいわゆるたすき掛け研修は、主に地方の中核病院では、関連病院を中心とした都道府県を超えた協力病院群を形成しており、基幹型研修病院から地域の協力型研修病院への医師派遣の機能も併せ持っています。上記のように二次医療圏外または他都道府県での研修内容が「地域医療研修」のみに限定されると、そのような地域の協力型研修病院とのたすき掛け研修が不可能になり、地域への医師派遣への影響が出るため、検討いただくことを要望します。 研修プログラム（研修診療科およびその研修期間）について 報告書（案）の必修診療科の弾力化の検討については、第31回臨床研修研究会での初期研修医から「弾力化プログラムが望ましい」との意見もあり、適切な到達目標の設定と合わせ、研修診療科およびその研修期間を検討いただくことを要望します。 第三者評価について 研修の質を担保するうえで、第三者評価を受けることは重要であると考えますが、現在、全国の医学部では国際認証を受ける準備を行っています。学生教育から、研修医教育へとシームレスな教育を行えるよう、WFME国際基準も考慮に入れた評価も検討いただきたいと思います。</p>			1	1
38	<p>2. 2）臨床研修病院群の在り方<見直しの方向>「到達目標を適切に達成する観点から、基幹型病院を中心としつつ、協力型病院等が補完的に連携することが基本となるものと考えられる。」 〔意見〕基幹型臨床研修病院の基準を満たせない医療機関のみであっても、病院群全体で基準以上の研修内容を提供できれば、病院群を形成できる制度とすべき。 （理由）従来、臨床研修病院であった病院のうち、入院患者3,000人以上という要件（原則）を満たせず、基幹型病院の指定外となる場合がある。また、基幹型病院（大規模病院）においても、協力型病院との連携には限界があり、全ての病院と連携が取れるものではないため、以前は研修病院であっても、協力型病院にもならない場合がある。基幹型病院以外による病院群が、研修内容ごとに一定水準以上で提供することは可能であると考えられ、基幹型病院以外の病院であってもプログラム全体を管理する能力があれば、研修自体に差は生じないものと思料。より多くの病院で様々な研修の可能性が広がることは研修医の臨床経験も多様化し、また、病院が臨床研修を実施することは、病院自身も指導医の確保に努めるなど、病院としてのレベルを維持する契機となるなど相乗的な効果が期待できるものと思料。 3. 3）地域枠への対応<現状>「いわゆる『地域枠』には、以下のように多様なバリエーションがあり、地域における重要な医師確保対策として、全体的に増加傾向にある」 〔意見〕「地域枠」の定義が、地域医療に従事することを前提としている者を全て対象としているが、「医学部定員増に伴う地域枠」は、他の枠とは別に、臨床研修制度について検討すべき。 （理由）都道府県において奨学金制度を導入したうえで大学の入学枠を設けた「医学部定員増に伴う地域枠」は、厚生労働省が導入を推進し、全国一律で取組むこととなったものであり、他の都道府県や大学等が独自に設置した枠とは、導入経緯が大幅に異なる。また、「医学部定員増に伴う地域枠」については、地域で従事できる能力とマインドを身につけられるよう、寄附講座の設置等により、在学期間から特別な支援を行っている。 従って、「医学部定員増に伴う地域枠」と他の枠を同一の取り扱いとするのは不適当であると考えられる。 3. 3）地域枠への対応<見直しの方向>「原則、それぞれの地域枠の勤務要件等に留意しつつ、地域枠の学生も一般枠の学生と同様、マッチングに参加し、公平な競争のもとで病院を選択することが望ましい。」 〔意見〕「地域枠（医学部定員増に伴う地域枠）」は、一般枠や他の地域枠の者とは、その導入経緯や支援策など背景が異なることから、マッチング制度とは別に、都道府県が独自に研修先を指定できるようにすべき。また、定員数についても、マッチング対象者とは別に算定すべき。 （理由）自治医科大学の卒業生がマッチング外の扱いとなる中、従事先が「へき地」か「地域」かの違いしかない「地域枠」のみ、マッチングの対象とするのは不適切であると考えられる。「地域枠（医学部定員増に伴う地域枠）」は、どのような専門科に進むにせよ、地域医療の現場に求められる総合診療医マインドとその能力を身につけられる必要があり、そのためには非常に重要な時期となる初期臨床研修を同一の研修先で実施し、同一水準の能力を身につける必要があるものと思料。従って、特定の臨床研修病院で研修するよう、都道府県が、マッチング外で配置先を指定できるような制度とすべき。また、特定の臨床研修病院で研修するようにするのであれば、当該病院のマッチングの可能性を制限しないためにも、マッチングの定員とは別に取り扱う必要がある。 なお、「地域枠（医学部定員増に伴う地域枠）」の支援が手厚くなればなるほど、希望者が増え、地域医療に従事することを希望する医師が増え、地域医療が守られる結果となるのであり、他の一般枠の学生とは差別化することこそが、地域医療に従事する医師を拡充する方策となるものと思料。</p>		1		1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
39	<p>1. 基本理念と到達目標について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の「医師としての人格をかん養」「基本的な診療能力を身に付ける」等が盛り込まれた基本理念を堅持する方向性が示されたことについて、「国民の求める医師養成」を背景とした研修制度の理念を貫くものとして評価・賛同の意を表します。 ・到達目標の見直しについては、「プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に付ける」とした基本理念を念頭に据えた上で、単に研修病院の病床規模や診療科、患者数等によってのみ規定される到達目標とならぬよう、慎重な議論を求めます。 <p>2. 臨床研修病院の在り方について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基幹型病院における研修期間について、現行の8ヶ月以上から1年以上とすることに明確な根拠がなく、また大規模の基幹型病院が必ずしもプライマリ・ケアの基本的な診療能力の習得に適した環境とは言い難い面もあり、より慎重な議論を求めます。 ・基幹型病院の指定基準「年間入院患者数3000人以上」については、医師臨床研修部会における議論の中でも「3000人」という数字に根拠がないことが明らかとなっており、速やかに撤廃されることを求めます。 ・臨床研修病院群の在り方について、「同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあること」を厳格化する方向性が示されていますが、地理的条件のみが研修上の緊密な連携を保证するものではなく、研修プログラムの多様性を損なうような方向性には反対です。また一部委員による「病院群に大学病院や地域中核病院を必ず含める」との主張は、到達目標上の必要性などの根拠に乏しく、要件に加えるべきではないと考えます。 ・研修病院の第三者評価受審の位置づけを強化する点については、研修の透明性や質の向上の点から賛成の意を表します。また病院機能評価等の第三者評価では研修分野の項目が限定的であるため、NPO法人卒業臨床研修評価機構による第三者評価をより強く位置づけることを求めます。 <p>3. 地域医療の安定的確保について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いわゆる「地域枠」学生の研修病院決定については、希望できる研修先が極度に限定されるなど自由選択とは言い難いケースが多く、将来的にはマッチング上の公平性を欠くことも予想されます。都道府県内で研修先の選択肢を広げるなどの対応を方向性に加えることを求めます。 ・研修希望者と募集定員の差を縮めて「研修医の適正配置を誘導する」ことは、結局は研修医の一時的な強制配置にしかならず、地域の医師不足の解決策とは言い難いものです。「医師不足・医療崩壊」の原因は全国的な医師数の不足にあり、医師臨床研修制度の改変では根本的な解決には結びつかないと考えます。 <p>4. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研究医養成との関係において、臨床研修との円滑な行き来ができるような仕組みの構築には賛同しますが、制度本来の理念を堅持し、臨床研修の到達目標の達成を担保した上での仕組みづくりを望みます。 <p>以上 引き続き「国民の求める医師養成」の実現を目指した新医師臨床研修制度の理念が堅持され、研修の質と達成度についての十分な検証と、広範な意見を受けた議論のもとで、よりよい研修制度に改善されることを期待します。</p>	1			1
40	<p>報告書(案)の2頁(“2)到達目標とその評価”の項)の最終行から「米国、英国、仏国の臨床研修制度においては、研修医、指導医、研修プログラムに対する評価が多角的に行われており、特に英国はインターネット(e-ポートフォリオ等)の活用が進んでいる。」と記載されておりますが、現在採用されている様々な評価方法を、海外の臨床制度を参考に見直しを検討されていることに賛同いたします。海外の評価方法だけでなく、臨床研修の対象診療科目も同様に参考にしていただき、外科研修の必修化を要望いたします。充実した卒前臨床教育をしている米国では、複数の診療科をローテートする、いわゆるinternshipは徐々に減少し、ストレート研修に移行しています。ローテート式の研修はgeneral practitioner養成コースで採用されており、外科研修は必須となっております。同様に卒前臨床教育に力を注いでいる英国では、卒業ローテート研修は必修で、外科研修も必須です。また、報告書(案)の6頁(“3)研修プログラム(研修診療科及びその研修期間)”の項)の下から3行目から「平成22年度研修開始の研修医に対するアンケート調査によると、「継続プログラム」(7科目必修)と「弾力プログラム」(7科目必修以外)における研修状況を比較したところ、基本的臨床知識・技術・態度について「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合は、98項目中12項目で継続プログラムが有意に高かった。また、経験症例数は、85項目中11項目で継続プログラムが有意に高かった。弾力プログラムでは、妊娠・分娩、小児科領域等において症例の経験率が低下した。」と記載されておりますが、7科目必修を維持することは各研修病院の判断のもとに可能であるとはいうものの、弾力プログラムに変更後に基本的臨床知識・技術・態度について「自信をもってできる」「できる」という回答の割合が低下していることは、初期研修制度が形骸化している表れではないかと危惧します。外科治療がどのように行われ、それを受けた患者がどのような経過を辿るのかも知らず、診断学や薬物治療学のみで研修に終始することで、初期研修の基本理念である「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、プライマリ・ケアの基本的な診療能力(態度・技能・知識)を身につける」ことは不可能と考えます。</p>	1			1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
41	<p>臨床研修の評価とその記録について 報告書(案)の「1. 基本理念と到達目標について」の「2) 到達目標とその評価」をみますと、臨床研修の到達目標について、その内容の見直しと評価方法の標準化が言及されています。人口動態や疾病構造の変化、医療提供体制の変化に対応して到達目標を変更して行くことは必要ですのでそのための見直しに同意するものですが、他方、評価者の負担軽減の観点から、評価項目の簡素化も重要であると考えます。同様に、診療能力の評価についても、評価者が評価を実施しやすいような項目の設定、手法の開発が必要と考えます。研修の評価は、形成的評価として研修医の指導に活用されますが、さらに総合的評価として研修修了判定の根拠となる重要な情報です。したがって、評価項目、評価手法だけでなく、評価の記録についても標準化が必要であると考えます。施行通知に「『臨床研修の目標』に記載された個々の項目について、研修医が実際にどの程度履修したか随時記録を行うものであること」「進捗状況の記録については、研修医手帳を利用するほか、インターネットを用いた評価システムなどの活用も考えられること」とされており、かつ5年間の保存義務が規定されていますが、評価の記録が標準化されていないため、到達目標の全国的な達成度等の集計データは得られていません。本来ならば、これらのデータを活用し、研修プログラムの評価および臨床研修制度の評価を行うことが、社会への説明責任を果たすことになると考えます。到達目標の見直し、評価手法の標準化に加えて、現在、全国的な研修評価システムとして国立大学附属病院長会議が運用しているEPOCのように、評価の記録の標準化することを提案いたします。</p> <p>基幹型臨床研修病院での研修期間について 報告書(案)の「2. 臨床研修病院の在り方について」の「1) 基幹型臨床研修病院の在り方」では、基幹型臨床研修病院での研修期間について、「現行の『8ヶ月以上』から『1年以上』を目指すこと」との見直しが示されていますが、この見直しを実施されると、現在広く行われているいわゆるたすき掛け型研修(平成25年度のマッチャーは約1,600名)が困難になることが問題と考えます(必須の地域医療研修が2年次に設定されているため、2年次に基幹型で研修を行うたすき掛け型プログラムは不可能となります)。たすき掛け型研修プログラムにおける協力型臨床研修病院での研修は、単に基幹型での研修の補完ということではなく、2つの特徴の異なる研修病院でそれぞれの職員として研修を行うことから、研修医にとって1つの基幹型での研修では得られない貴重な経験ができるプログラムであり、さらに地域にとっても協力型研修病院や協力施設で研修医が研修することが地域医療への貢献となるプログラムであると言えます。今回の基幹型の研修期間の見直しは、「到達目標の多くの部分を研修可能な環境と研修医及び研修プログラムに基づいての全体的な管理・責任を有する病院であるべき」との理由からですが、上述のように、基幹型研修病院に研修環境の提供や管理責任能力がないためにたすき掛け型研修プログラムが行われているのではなく、研修効果および地域医療への貢献を目的に行われているものであり、基幹型の研修期間の縛りによってこのようなプログラムが設定できなくなるのは本末転倒と考えます。</p> <p>臨床研修病院群の在り方(地理的範囲の明確化)について 報告書(案)の「2. 臨床研修病院の在り方について」の「2) 臨床研修病院群の在り方」では、臨床研修病院群は「二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることを基本」とし、それらの地域を越える場合は、「医師不足地域における地域医療研修であること」とされています。一方、現在広く行われているいわゆるたすき掛け型研修は、基幹型研修病院から地域の協力型研修病院への医師派遣の機能も併せ持っています。上記のように二次医療圏外または他都道府県での研修内容が「地域医療研修」に限定されると、そのような地域の協力型研修病院とのたすき掛け研修が不可能になるので問題と考えます。</p> <p>募集定員の設定(医師派遣の実績加算)について 報告書(案)の「3. 地域医療の安定的確保について」の「2) 募集定員の設定」では、いわゆる激変緩和措置の廃止が示されています。あわせて「大学病院は、当該都道府県内外に多くの医師を派遣しており、医師派遣の実績をより考慮した定員の設定が求められる」とされています。現状では施行規則に「医師派遣等が行われている常勤の医師数が20人以上の場合を1とし、5人増える毎に1を加え、65人以上の場合を10とする」と定められていますが、この加算上限の引き上げを強く要望します。</p>	1			1
42	<p>1. 私はJ-cepのサーベヤーをしたことがありますが、このたびの報告書にて、受審が努力義務化されたことは大変喜ばしいことと感じております。ただ、疑問なのは入院患者3000人未満の病院の訪問調査についてです。同じJ-cepのサーベヤーにて実施されることから、J-cepの調査を受審した医療機関については、入院患者3000人未満でも訪問調査はしなくても良いのではないのでしょうか?その分J-cepの受審を促進することになるように思います。また、受審した基幹型に補助金を出すなどのインセンティブをつけことも受審を加速することだと思いますので、ぜひご検討いただきたく思います。</p> <p>2. 地域枠の件での意見ですが、いくつかの大学では推薦入試の奨学金を貸与しない枠で、卒業後大学附属病院で臨床研修をすることについて誓約書を提出することが入学の条件となっております。奨学金を貸与しない分、大学病院での研修を誓約させ入学を許可するとしています。このことは憲法に保障された職業選択の自由に抵触しかねませんし、臨床研修自身の質的向上にも影響を与えかねません。また、当初の理念に照らしてもいかがなものかと思えます。今後、貴部会等での議論を期待いたします。</p>			1	1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
43	<p>1. 新制度発足以来、様々な意見や経過がありながらも、「現在の基本理念は重要、堅持すべき」とされたことに敬意を表したいと思います。制度発足当時の国会参議院国民福祉委員会附帯決議からぶれることのない様、引き続き国民本位の研修制度として発展されることを望みます。</p> <p>2. 高齢化社会の進行と地域包括ケアの時代を迎え、厚労省の提案するように、益々、地域に根差した医療へとシフトせざるを得ない状況の中で、研修制度もこれをにらんだものへと進化させる必要があると考えます。研修の場としての地域の病院の役割は今以上に大きくなると考えられます。この意味から、基幹型臨床研修病院のあり方について、「年間入院件数3000人以上」の基準を残したことや、研修期間を1年に延長する事、病院群の形成に規定を設けること等について疑問が残ります。必要な症例数を確保できる病院の新規指定申請については積極的に認めるべきと考えます。当院は東京という大都市圏にありながら、精神科研修ができる病院との連携にはかなりの苦労を要し、結果、二次医療圏や都道府県を超える病院と連携せざるを得ない状況が生まれています。極端な例を排除する意図は理解できますが、画一的な規定をあてはめることは結果、そのことをもって基幹型研修病院の一部が排除される懸念がありますのでご検討下さい。</p> <p>3. また、プログラムについて、弾力化は研修目標の到達度からみて、否定的な根拠を示しながら、継続することは大学への配慮という政治的な意図を感じざるを得ません。今後、介護や福祉分野への理解と実践がすべての医師に求められる時代にあつて、地域医療研修の充実を図るべきと考えます。</p> <p>4. 研修の質の向上を図ることについて賛成です。指導医やプログラム責任者の育成強化について、多忙な現場の医師が受講しやすい講習会の設定が重要と考えます。第3者評価は大学院をはじめ、すべての病院に義務付けられるべきです。国が責任を持って実施すべきと考えますが、評価制度が無い現状にあつて、第3者機関の評価を国として認証する事が必要かと考えます。</p> <p>5. 募集定員の設定に関して、都道府県の募集定員上限の設定方法について維持されることを評価します。その一方で、東京都にあつては、この間、協議会の設定や定員の調整など報告書案に明記されたその役割を發揮していません。国の制度である以上、都道府県が本来の役割を發揮するよう国が責任を持って指導されることを期待します。</p> <p>6. 今後の卒前教育改革が国際認証という外圧の中で進められ、専門医制度改革がキャリア形成の視点で進められようとしている中だからこそ、初期研修については、引き続き、プライマリケアの視点と今後すべての医師に求められる地域志向性の研修を重視することが肝要と考えます。</p>			1	1
44	<p>専門医制度が大きく変わる中で、全ての医師にとっての初期研修が一層重要になったと考えます。基本は、国民地域住民の生活・労働と健康・疾病の関係性を担う研修ができるかどうかだと思うのです。日本の医療はその80%は中小病院であります。大学・急性期の大型病院はむしろ専門医育成での役割が大きく、中小病院が初期研修の研修場所として重要です。大病院の協力型で行えばいいとしているのは正しくありません。基本的研修のホームグラウンドとして中小病院を位置付けていただきたい。そのためには、年間3000件以上の規制はやめて、全てのプログラム病院が第三者の認定基準を設けて内容・質の担保をおこなうことこそ大事です</p>			1	1
45	<p>基幹型臨床研修病院の在り方 基幹型病院それぞれの研修プログラムの特徴があり、協力型病院の特徴も生かして連携を組むことで研修を行うべきである。よって、基幹型病院での研修期間を現行8か月から1年以上とする期間を変更するのではなく、他の臨床研修を行う病院とどのようにそれぞれの特徴を生かしたプログラムを組んで実施するのかを重点に置いて考えるべきである。</p> <p>臨床研修病院群の在り方 病院群の地理的範囲に関しても、そもそも同一の二次医療圏に存在したとしても、臨床研修病院間の連携がとれていなければ、診療能力修得へむいた確実な研修を行うことができない。距離的な問題ではなく、いかに密な連携をとりながら研修を進めていくのかということのみをみていくべきである。</p> <p>基幹型病院の「年間入院患者数3000人以上」基準 臨床研修を行うにあたり、研修の質を向上させるためにも、外部による調査は求められるべきものであるかもしれない。しかし、年間入院患者数3000名以下のみに訪問調査を行い、3000以上の病院には訪問調査を行わないのは同じ基幹型であるにもかかわらず、公平性を欠いている。良質な研修を求めて訪問調査を行うのであれば、入院患者数に関わらず実施すべきである。また、毎回訪問調査により問題がなかった中小病院の調査よりも、3000人以上で、訪問調査を受けていない病院の研修状態を調査すべきではないだろうか。</p>			1	1
46	<p>臨床研修医の定員算定方法は、人口又は医学部入学定員数により全国一律の機械的な基準で定める仕組みとなっており、地域の歴史的経過や医師確保に係るこれまでの努力が考慮されておらず、抜本的な見直しが必要と考えます。今回の報告書（案）では、「医師臨床研修定員の激変緩和措置を平成26年3月をもって廃止すべき。」となっており、参考資料にある見直し後の定員算定方法で試算した場合、京都府は大幅な定員減（285名 244名）となり、これまで地域医療を支えてきた大学院の医師派遣能力（京都大学・京都府立医科大学からの派遣計711名（府内：391名、府外320名）の更なる低下や医学研究環境の後退など、その影響は甚大なものとなります。このため、医師不足地域における地域医療体制を維持するためには、少なくとも採用実績に見合った定数は不可欠であり、特に大学院の医師派遣能力を維持するため、医師派遣加算の算定に当たっては、他府県への派遣実績に応じて都道府県別の募集定員に反映される仕組みにすべきと考えます。また、国から財政支援を受けず、京都府が独自に年間約100億円を投入し運営している府立医科大学附属病院の定員について、地域自助努力に十分に配慮するよう、また京都大学医学部附属病院においても、国家的な見地から国際的な医学研究を評価する仕組みにすべきと考えます。</p>		1		1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
47	<p>今回の報告書（案）では、4月25日のヒアリングで私が強調しました「社会情勢の変化に応じた医師臨床研修制度の改革の必要性」について、「急速な高齢化等による人口動態や疾病構造の変化・・・に配慮すべきである。」（3頁記載）と、大幅に取り入れていただいたことに深甚なる敬意を表します。一方、産婦人科研修については、6頁に記載されていますように、「経験目標の履修率について、・・・小児科、産婦人科関連の一部項目で低下傾向がみられた」ことは由々しき事態といわざるを得ません。世界の医療情勢を俯瞰しますと、紛争当事国や発展途上国では「女性と子どものヘルスケア」が最も後回しにされており、これが残念ながら、もはや発展途上国でないわが国においても、国民の健康に責任をもつ厚労省の施策にもそのような傾向があるのではないかと疑念をもたざるを得ません。この点についてのご高配を賜りたいと存じます。</p> <p>(1) 社会情勢の変化に対応した到達目標の設定について 社会情勢の変化に応じた研修制度はいかにあるべきか？ 今、わが国が最も憂慮すべきことは、内閣府に担当大臣が置かれていますように「少子化問題」であります。これは近年の女性のライフスタイルの変化、晩婚化・晩産化傾向に基づくものですが、これに伴い、今20歳代、30歳代の若い女性の健康が著しく障害される事態にいたっております。したがって、わが国の将来をしっかりと見据え、今回の見直しにおいては、この「若い女性のヘルスケア」修得を必須とする必要があります。特に、「子宮内膜症」と「子宮筋腫」は、各々、この年代の女性の10名に1名、5名に1名は罹患しているというコモン・ディゼースであり、月経痛や過多月経等の症状から診断を開始し、超音波検査やMRIで診断でき、しかも種々の薬物療法でコントロールすることも可能な時代となっております。一方、これらが放置されることで疾患が増悪し、不妊症となるリスクが高まり、少子化との悪循環を形成することとなります。さらに、若い女性の社会進出に伴うストレスの増大は、喫煙やダイエットにつながっており、これが「月経不順」、「無月経」、「子宮頸がん」等の増加の原因となっております。産婦人科で取り扱う上記の「頻度の高い疾患」を、2年間の初期臨床研修において研修医が必ず経験することは、医師が「若い女性のヘルスケア」の重要性を自覚し、その後、どの診療科へ進んだ場合にも、若い女性に適切なアドバイスを行うことができ、わが国の少子化のブレーキ役になってくれることと確信いたします。これは、7頁に記載されています</p> <p>「また、必ずしも診療科目を前提に考えるのではなく、到達目標を達成することを目的に、基本的な診療能力の習得が可能となる症例等を経験し、それらが適切に評価されることが重要であるとの指摘もある。」にも相当します。なお、基幹型研修病院の産婦人科では、ほとんど毎週のように子宮内膜症と子宮筋腫の手術が行われていますので、研修医全員がそれらの患者を担当し、その診断と治療を経験することが可能な状況であります。以上から、研修1年目のいずれかの時期に産婦人科を一定期間必ずローテーションし、「若い女性のヘルスケア」を必修項目とし、上記の「子宮内膜症」「子宮筋腫」を必修経験疾患に含めていただくことを強く要請いたします。したがって、「見直しの概要」（案）1の左下で記載されております「産婦人科、小児科等の一部領域の到達目標の達成状況の低下を踏まえ、適切に到達目標を達成するよう注意を促す」を、「産婦人科、小児科等の一部領域の到達目標の達成状況の低下と社会情勢の変化を踏まえ、産婦人科での“若い女性のヘルスケア”修得を必修とする」に訂正いただきますよう強く要請いたします。</p> <p>(2) 小児科・産科特例プログラムについて 今回の見直しにおいて、産科特例プログラム継続の可否が議論されましたが、17頁のように、「小児科・産科医師確保に一定の効果は期待され、廃止は時期尚早であると考えられる。」としていただいたことに深く感謝いたします。2年の初期研修が修了し、産婦人科専門医を目指す若手医師の数はこの3年間、頭打ち～減少傾向がみられており、近い将来、平成18年～20年頃の産科医療崩壊が再び起こる危険性があります。今後とも、産科特例プログラムへの支援をよろしく願います。</p>	1			1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
48	<p>(総論)この10年の医師臨床研修制度は、適切な理念設定とそれにもとづく到達目標の設定のもと、プライマリケアの力量をより多くの医師が身に付けるうえで、大いに評価しうる。一方で、医師不足が顕在化したことへの責任を、医師臨床研修制度に押し付け、大学にとって都合のいい研修制度への変更をめざすなど、臨床研修制度を政治的に利用する動きがあったことも既に明らかになっており、こうした動きにひきずられ、これ以上改悪を重ねることは、臨床研修制度の根幹を崩しかねないと危惧する。臨床研修制度の見直しにおいては、国民目線とともに、研修の主体者である医学生・研修医の目線での見直しが大切だと考える。医学生が研修先を選ぶ自由、安心して研修に専念できる給与などの身分保障、良質な研修・教育の保障など、医学生・研修医の立場にたっておこなわれるべき。職業や、働く場所を選ぶ自由は憲法に保障された権利であり、地方への医師の定着は行政的なマッチング倍率の調整といった手法でおこなうことは、研修医の選択の自由と衝突せざるをえない。臨床研修病院の質を担保するため、第三者評価については、規模の大小にかかわらず積極的にすすめるべき。入院患者3000人以下の病院に対してのみ課されている根拠のない、不平等な訪問調査は即座に廃止されるべきである。同時に、小さい病院の研修は質が低いという思い込みから脱し、中小病院での初期研修を大胆に拡大する方向に舵を切ってこそ、医学部の定員増に対応した研修医の増加にも対応できる。基本理念や到達目標については、基本的に堅持すべきとする以上、プログラムの弾力化は止めるべき。外形基準の強化、官僚統制の強化ではなく、研修医がいきいきと守られながら研修をおこなえ、プライマリケアの力を育めるような学習の機会の保障や指導医の育成、地方で働くことを選択したくなるような学部教育や魅力的な研修環境の整備などに行政は力を入れるべきである。今回の見直しは、詳細部分においては、あまりに官僚的な統制の強化であり、医学生目線の欠如、個別の医療機関の医師養成を含めた医療活動への配慮に欠け、政府の言うところの「規制緩和」にも反するものだ。また、本当に必要な見直しは、今回のような見直しの手法からは生まれない。対抗する考えの中庸をとるような見直しの議論では、官僚的な統制の強化という結果しかうまれないのではないかと考える。見直し手法についての再考を求める。</p> <p>(各項目への態度) 基本理念について堅持するとされていることは当然であり妥当。到達目標と評価手法について次回見直すこととされていることについては反対。基本理念同様基本的には堅持すべき。また、評価手法は多様なあり方を認めるべき。研修期間について、将来的に見直しについて検討するとされていることについては反対。2年間の研修期間は妥当。基幹型病院における研修期間を8ヶ月以上から1年以上にするとされていることについて、臨床研修病院群の構成条件を強化することについては反対。現在の程度には、個別の事情などを考慮すべき。外部評価について規模の大小にかかわらずすべての臨床研修病院で積極的に推進すべき。努力目標では不十分。年間入院患者数3000以上という基準が維持されることについては反対。新規申請についても中小病院からの申請を認めるべき。「3000人をあまりに下回らない」という規定は設けるべきではない。3000人を下回る中小病院にのみ訪問調査を義務付けることは明らかに公平に欠くとともに、現場の負担は大きく、中止するか、第三者機関の認定があればよしとするべき。</p> <p>必修としている科ごとに指導医を配置することを必須とするなどについては、努力目標に留めるべき。中断者の扱い、処遇の確保、キャリア形成支援などについては妥当。</p> <p>都道府県ごとの募集定員の設定については、研修先を選択する自由など、憲法的価値に抵触するおそれもあり、研修希望者に対する募集定員の割合を1.1倍にまで引き下げるなどについては反対。</p> <p>都道府県の募集定員の上限、各研修病院についての激変緩和措置の終了はすべきではない。</p> <p>都道府県の調整機能の強化については、都道府県の公平性の担保が条件。</p> <p>大学病院の医師派遣の実績をより考慮という、大学病院優先の定員配置については反対。</p> <p>地域枠のマッチングへの参加が維持されることについては妥当。</p>			1	1
49	<p>各研修病院の募集定員設定方法の「受け入れ実績」についてお伺いと意見です。</p> <p>1. 「受け入れ実績」とはマッチング、マッチング外に関わらず国家試験不合格など、あるいは心理的な問題などで4月より臨床研修医として働き始めなかった人数は除外するという点でよろしかったでしょうか。</p> <p>2. 国家試験に合格するかしないかなどは臨床研修病院では判断がむづかしく内定の人数の方がのぞましくないでしょうか。</p>			1	1
50	<p>・都道府県の募集定員について 都道府県の募集定員の算定において、「地理的条件等を勘案した数」に「高齢者人口」及び「人口あたり医師数」を追加することとしているが、本県では無医地区が増加しているとともに、過疎市町村数や山村数、無医地区数も全国の中でも多い状況であることから、これらも算定要素に加味していただきたい。</p> <p>・医師派遣加算について 10人以上医師派遣をした場合に1名追加とするなど、各医療機関からの医師派遣を促すインセンティブとするため、加算の条件となる医師派遣人数の条件(20人以上)を緩和していただきたい。</p> <p>・地域枠の学生のマッチングについて 地域医療に従事することを条件に医師修学資金を受けた医学生に関しては、募集定員の枠外で学生と県で自由に研修先医療機関を選択できるようにしていただきたい。地域枠学生に確実に地域医療に従事してもらうためには、地域枠学生の医師としてのキャリア形成を継続的に支援していく必要があるため、マッチングの枠外で取扱い、県内医療機関で確実に臨床研修を行うことができる体制にしていきたい。</p> <p>・基幹型臨床研修病院での研修期間について 基幹型臨床研修病院では、いわゆる「たすき掛け方式」により、他病院と協力し、2年間の研修プログラムを組んでいるところも多い。基幹型臨床研修病院での研修期間を現行の「8月以上」から「1年以上」にした場合、1年目に協力型、2年目に基幹型で研修プログラムを組んでいる場合には、地域医療の研修を2年目に1月以上行う必要があるため、研修プログラムの要件を満たすことが困難となる。また、複数のプログラムを実施している病院については、いずれかのプログラムが「基幹型臨床研修病院で1年以上」の研修期間の要件を満たしていれば、別のプログラムが要件を満たしていない場合も可とするなど、一定の配慮も必要である。全研修プログラムにおいて「基幹型臨床研修病院で1年以上」の規定を一律に適用すると、地域の特性・多様性を活かした研修プログラムが制限される可能性がある。</p>		1		1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
51	<p>「2.1) 基幹型臨床研修病院の在り方について」 <意見> 見直しの方向として、「特定の分野の専門的医療を専ら行う病院について、基幹型病院として適切とはいえないとされる」とあるが、専門病院を基幹型病院とする場合であっても、研修システム全体の中でプライマリ・ケアの基本的な診療能力の習得ができる場合には、認められるべきと考える。 (理由) 平成16年度から専門病院である千葉県がんセンターを基幹病院とする千葉県立病院群として初期臨床研修を実施しているが、以下のとおりプライマリ・ケアの基本的な診療能力の習得ができていないと考えるため。 1 千葉県立病院は一人の事業管理者のもと、一般病院から専門病院まで7つの病院が一体的に運営されており、その中でも最も病床数も多く、指導体制の整った千葉県がんセンターを基幹型病院としている。県立病院全体で一つの組織体として、一体的なプログラムを構築し、研修を実施しているため、専門病院が基幹型病院であってもプライマリ・ケアを含めた総合的な研修が可能となっている。 2 これまでに113名の研修医の受入れ実績があり、研修医からは、プライマリ・ケアから専門領域まで幅広く研修できるという評価を受けている。</p>		1		1
52	<p>1.2) 到達目標とその評価<課題> 「経験すべき症状・病態・疾患」等については、「経験する」ことが基本となっているが、診察能力の評価をさらに重視すべきである。 <見直しの方向> 研修病院の評価の在り方についても、各研修病院の研修医の評価方法は様々であるため、何らかの標準化が必要であり、到達目標や評価手法についても、新たに検討の委員会を設けて見直す必要がある。 3) 臨床研修全体の研修期間<見直しの方向> 現行の2年以上で良いと考えるが、将来的には状況が変化すれば期間の見直しも必要であろう。 2.1) 基幹型研修病院の在り方<見直しの方向> 基幹型病院での研修期間については、現在の「8月以上」から、全体の研修期間の半分以上の「1年以上」を目指すこととあるが、反対である。なぜなら後期研修期間に基幹型病院での研修は継続することが可能であり、その後大病院勤務となれば地域医療研修は今後受けられる可能性が少ないからである。この初期研修の2年間にこそ、しっかりと地域医療研修、現場の医療を経験し、診療能力を高める事が重要と考える。また、特定の分野の専門的医療を専ら行う病院が、基幹型病院として適切とはいえないのは当然である。 3) 研修プログラム(研修診療科及びその研修期間)<現状> 平成22年度開始プログラムより、従来7診療科が必修であったのが、内科(6月以上)、救急部門(3月以上)、地域医療(1月以上)の3診療科が「必修科目」、外科、麻酔科、小児科、精神科が「選択必修科目」とされ、必修科目の全て及び5つの選択必修科目のうち2つの診療科が必修となった。研修医に対するアンケート調査によると、以前の「継続プログラム」(7科目必修)の方が「弾力プログラム」(7科目必修以外)に比べて、基本的臨床知識・技術・態度について「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合が高く、症例数も多くなっている。弾力プログラムでは、妊娠・分娩、小児科領域において症例の経験率が低下している。 <見直しの方向> 基本的な診察能力習得の観点から、7科目必修に戻すことに賛成である。 4) 必要な症例<見直しの方向> 年間入院患者数3,000人未満であっても適切な研修が行われている場合があること等から、入院患者数のみで評価するのではなく、基幹型病院としての指定の継続も可能とし、訪問調査による評価や何らかの第三者評価が必要であると考えられる。 5) 第三者評価<見直しの方向> 臨床研修についての一定の基準を有する第三者機関による第三者評価を義務付けることには賛成である。 3.1) 臨床研修制度と地域医療との関係 神戸市医師会では、新医師研修制度の開始に合わせ、平成17年度より毎年2年目の研修医、約50名程度を神戸市医師会方式地域医療研修プログラムにて研修を実施している。神戸市医師会方式では、研修医は病院研修では経験できない在宅診療、他職種連携、介護保険との関わり等、医療現場の貴重な経験を積み重ねることができる。向後在宅診療の重要性が増す中、医師会の果たす役割は重大である。 2) 募集定員の設定 小児科・産科特例プログラムは、定員に対してマッチ率が半分程度の状況はあるものの、小児科・産科医師確保に一定の効果が期待されるため、廃止には反対である。 3) 地域枠への対応 現在、募集定員の設定において、地域枠の学生に対する特別な配慮は行っていないが、地域医療の安定的確保の観点から、都道府県奨学金貸与等による地域医療従事者が要件となっている地域枠学生への配慮をしながら、各都道府県において調整をしやすい等の件が必要である。しかしながら、地域枠が一般枠に関わらず、公平な競争も重視しなければならない。 4.2) 医師養成全体との関係 臨床研修として、診療参加型臨床実習、学外病院での実習等の他に、医療保険、介護保険制度の学習、地域医療研修を組み入れることを提案する。医師が保険制度を理解することにより、過剰な医療費や介護給付費請求に歯止めがかかり将来の医療費、介護給付費の抑制に役立つのではないかと、また地域医療研修により医師が現場の医療への理解を深めることにより、将来の地域医療の担い手としてのビジョンの育成に役立つと考える。 平成29年度に向けての専門医制度改革における総合診療医の育成プログラム作成にあたって、地域医療研修は必修にすべきであり、地元医師会との連携のもとに進められることを望む。</p>	1			1
53	<p>募集定員の算定について 1 要望 (1) 臨床研修の募集定員数に、地域枠学生数を別枠加算すること (2) 他府県の大学で育成している地域枠学生について、従事を義務づけている府県での募集定員に反映すること 2 見直し案の問題点 (1) 制度的に当該都道府県内で初期研修を含め卒業後9年間の従事義務を課している地域枠学生について、一般学生と同じ扱いで算入されている (2) 他府県の大学で育成し、県内で臨床研修を義務づけている地域枠学生について、大学所在地府県の募集定員に積算されている</p>		1		1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
54	<p>1. 1) 基本理念 「現在の基本理念は重要であり、堅持するべきである。」「医師が将来専門とする分野にかかわらず基本的な診療能力を身に付ける…」と引き続き堅持するとして事について賛成します。</p> <p>2) 到達目標とその評価 「診療能力の評価、項目の簡素化等の観点」診療能力の評価をさらに重視し、評価方法の標準化を図っていく上観点からは「簡素化」ではなく、より緻密にしていくべきであると考えます。</p> <p>3) 臨床研修全体の研修期間 研修期間の短縮には反対です。現行の2年間を維持すべきである。現在3年目の医師が、医師として自信を持って患者と向き合える状況にはなく、その後の後期研修を経てやっと医師としての知識と態度、技術を身に付けているのが現状です。たとえ、「学生医」の制度ができ、卒前教育が充実されたとしても医師として責任を持って患者とどう向き合うかといういわゆる人格の涵養については、一定期間医療現場で医師として患者と向き合う研修を行う事が必要と考えます。</p> <p>2. 1) 基幹型臨床研修病院の在り方 「特定の分野の専門的治療を専ら行う病院については、…基幹型病院として適切とはいえない」大いに賛成です。「基幹型病院については、…基本理念に相応しく、到達目標の多くの部分を研修可能な環境と研修医及び研修プログラムについての全体的な管理・責任を有する病院」ということであれば、専門病院の集合体ともいえる大学病院をはじめ、紹介患者中心の特定機能病院での研修は、国民が求めるプライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に付ける研修とは言い難く、また同じ院内ではあっても各科細切れの研修となり、初期研修にとってふさわしいとは言えない。したがって、到達目標の多くの部分を研修可能な病院とする事には反対です。同じ病院で各科の研修ができるかどうかではなく、プログラム責任者や指導医が責任を持って到達目標が達成できるようにその研修医の成長の度合いに合わせて個別に対応しているかどうかが大切なことと考えます。また基幹型病院での研修期間を延ばすことに事により、産婦人科、小児科、精神科の研修を必修としている中小病院が、弾力プログラムとして、自院での内科、外科中心の研修期間を延ばすプログラムに移行していく事になりかねません。したがって、基本理念照らしても、研修できる科目数や研修期間を基幹型病院の基準とする事は意味が無く、中小病院での研修を狭める事になるため基幹型病院での研修期間を延ばす事には反対です。</p> <p>2) 臨床研修病院群の在り方 ・「同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあること」を厳格化することについて、地理的条件のみが研修上の緊密な連携を保障するものではなく、研修プログラムの多様性を損なうような方向性には反対です。また一部委員による「病院群に大学病院や地域中核病院を必ず含める」との主張は、到達目標上の必要性などの根拠に乏しく、要件に加えるべきではないと考えます。</p> <p>・研修病院の第三者評価受審の位置づけを強化する点については、研修の透明性や質の向上の点から賛成の意を表します。また、病院機能評価等の第三者評価では研修分野の項目が限定的であるため、NPO法人卒後臨床研修評価機構による第三者評価をより強く位置づけることを求めます。</p> <p>3) 研修プログラム（研修診療科及びその研修期間） 現行の到達目標と経験疾患、経験手技を達成するためには、弾力プログラムを廃し、7科目必修に戻すべきと考えます。逆に、弾力プログラムに都合がいいように到達目標を狭めたり、一部の専門領域を入れる等の理念に反する見直しが無いように求めます。</p> <p>4) 必要な症例 「年間入院患者数3,000人以上」の要件については、根拠が無い事が明らかになっているため即時撤廃すべきである。病院の規模等にかかわらず研修病院の努力目標として位置づけを強化について賛成です。</p> <p>5) 指導・管理体制 「必修科目の各診療科には、病院独自に必修としているものを含めて、指導医を必置とすべきである。」賛成です。「困難を抱える研修医への対応等の充実に向け、プログラム責任者の役割を強化」賛成です。</p> <p>6) 第三者評価 「第三者評価については、研修病院の規模等にかかわらず、…研修病院の努力目標として位置づけを強化」2004年新医師臨床研修開始当初、臨床研修病院の必須要件とするはずではなかったかと思えます。</p> <p>8) 研修医の処遇の確保・キャリア形成支援 研修医の処遇については、年収の下限と上限を明示して臨床研修に専念できる条件を整えるべき。</p> <p>3. 地域医療の安定的確保について ・いわゆる「地域枠」学生の研修病院決定については、出身大学での研修を義務付けられるなど、マッチング上の公平性を欠くことも予想されます。都道府県内で研修先の選択肢を広げるなどの対応を方向性に加えることを求めます。</p> <p>・研修希望者と募集定員の差を縮めて「研修医の適正配置を誘導する」ことは、地域の医師不足の解決策とは言えないものです。「医師不足・医療崩壊」の原因は全国的な医師数の不足にあり、臨床研修制度の変更では根本的な解決には結びつかないと考えます。</p> <p>4) その他 ・研究医養成との関係において、臨床研修との円滑な行き来ができるような仕組みの構築には賛同しますが、制度本来の理念を堅持し、臨床研修の到達目標の達成を担保した上での仕組みづくりを望みます。</p> <p>以上 引き続き「国民の求める医師養成」の実現を目指した新医師臨床研修制度の理念が堅持され、研修の質と達成度についての十分な検証と、広範な意見を受けた議論のもとで、よりよい研修制度に改善されることを期待します。</p>			1	1
55	<p>症例の到達度で研修の質を評価するべき 年間入院患者数3000人を基準としているが、評価の基準はあくまで必要な症例数が確保されているかで評価するべきであり、一律に年間入院患者数で評価するのは不相当。3000人の要件は削除するべきではないか。</p> <p>大規模すぎる臨床研修病院の制限はないのか 初期研修の基本理念は「プライマリケアの基本的な診療能力」の獲得であると記載されている。専門科が細分化され、各科での研修期間が短い大規模病院でのローテーション研修では、「一般財団法人プライマリ・ケア連合学会」が定義している「近接性、包括性、協調性、継続性、責任性」を習得する場面としてふさわしくないのではないか。大規模すぎる基幹型臨床研修病院の研修が基本理念が合致しているのかという検証が必要ではないか考える。</p>			1	1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
56	<p>1. 2) 到達目標とその評価<見直しの方向> 到達目標については、臨床研修制度施行以降、基本的にその内容は変更されていないが、人口動態や疾病構造の変化、医療提供体制の変化、診療能力の評価、項目の簡素化等の観点から、その内容を見直す必要がある。</p> <p>(コメント) この記載について異論はない。現在の少子高齢化や、これからの多死社会の到来に鑑み、具体的には、高齢者医療(排尿管理など)や緩和医療の研修プログラムを時代のニーズに合わせて採用すべきである。また、小児科・産科プログラムを独立して設けるべきである。</p> <p>3. 1) 臨床研修制度と地域医療との関係</p> <p>(コメント) 臨床研修制度と地域医療との関係については、記述が不明瞭である。その理由は、研修医の増員に伴い指導医の確保も必要となり、実際の地域のニーズに合った医師の適正配置が必要である。しかし、これらを踏まえた「質」でなく「数」の議論しかなされていないことが問題である。地方の医師数確保と都市部の救急当番医と研修医の定員がリンクしており、急激な研修医定員の削減は都市部を含めた地域医療の崩壊のリスクがあることを認識し、検討すべきである。研修医の募集定員の上限に関する「激変緩和措置」の廃止により、京都府の研修医定員は全国一削減されることとなり、「激変」が想定されている。「地域医療の安定的確保」が重要なことは異議ないところである。しかし、今回の激変緩和措置廃止に伴う問題、outcomeについては、翌年も評価、議論し是正すべきところは、是正すべきである。激変緩和措置とは、本来、急激な変化に対応するための措置であり、段階的な調整が図られるべきである。「激変を起こしてはならない」という当然の主張は、「激変」を受ける京都府が唯一主張できる根拠である。</p>	1			1
57	<p>基幹型の病院が責任をもってプログラムを運営していれば入院件数や地域で研修の評価をするべきではないと思います。研修医がある程度選択できる制度にして頂きたいと思います。</p>			1	1
58	<p>報告書(案)の「4. その他」の「1) 研究医養成との関係」について、臨床研修中でも基礎的かつ臨床的な研究のできる体制が整った臨床研修病院での臨床研修の実施を推進し、臨床研修医の研究マインドを涵養するという方向性を明示することを要望します。</p>			1	1
59	<p>基幹型病院基準「年間入院患者数3000人以上」の数の設定には何か根拠があるのでしょうか? 3000人以下の基幹型病院でも、症例数・一定の満足度が得られているのが、今までの訪問調査と研修医アンケートからも明らかになっています。これから訪問調査を続けるのであれば、全ての基幹型病院に訪問調査をする事を求めます。</p>			1	1
60	<p>絶対的な医師数の不足、人口あたり医師数はOECD加盟国でも極めて低位にある日本の現状に対して、どのような目標とテンポで医師数を増やすのかについての明確な政策がない中で、医師の地域・診療科による偏在についての議論のみが先行していることに問題があります。厚労省が様々な医療政策を策定するとき、医療費削減が根底にあります。我が国の医療費は、OECD 27カ国中20位(対GDP比8.1%)と低位にあります。医療費削減政策の結果、日本の病院の73%(うち自治体病院の91%)は赤字となっています。全国公私病院連盟と日本病院会の2008年調査によれば、医療収支の赤字は100床当たり月約1261万円に上っています。この根源的な問題を解決しない限り、日本の医療の諸矛盾は解決しません。このような中で、医学部の新設の手法についての是非を問えば、賛否両論ともに多くの意見が出されることは明らかであります。既存の医学部定員をさらに増やしていくことに限界がある以上、医師増員をすすめるためには医学部新設であれ、メディカルスクール創設であれ、いずれかの対策を打つことは当然のことです。そのことを明確に打ち出し、それらにともなう困難については医療界全体の力を結集して、解決を図っていく必要があります。医師数増により、医師の賃金や身分の低下を懸念する声がありますが、現在の医師数では、当直明けもなく働くような劣悪な医師の労働環境の改善は到底見込めず、医師の過労死をくいとするに遠くおよびません。また、医療事故の背景には過労状態での医師労働があることを銘記すべきであります。専門科による偏りや地域偏在については、総合医・家庭医の必要数や配置、専門医の必要数や配置の検討を含む医療供給体制のグランドデザインが必要と考えます。臨床研修の必修化以降、一貫して良い研修づくりに努力してきている臨床研修指定病院を評価し、日本の医師養成のシステムに位置付けるべきです。中でも最も地域に密着して医療活動に取り組んでいる多くの中小病院を指定から外すべきではありません。指定基準とされている「年間入院患者3000人に満たない病院」という数字に根拠がないことはこの間の調査でも実証されています。逆にきめ細かい行き届いた指導により研修医の満足度が高いことが示されています。募集定員を設定(都道府県及び各病院の上限を制限)することについては断じて承服できません。このことは、国として「医師増員」の方向に向かう中、募集定員を抑制基調に固定化するという、情勢に逆行する施策です。</p>			1	1
61	<p>2. 臨床研修病院のあり方について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基幹型病院の指定基準「年間3000人以上」という数字に根拠がないことは、これまでの研修部会の議論でも示されていますし、桐野班の訪問調査でも評価済みです。速やかに撤廃されることを求めます。 ・そもそも、患者さんはまず、診療所や中小病院に受診し、病名がある程度ははっきりした形で紹介状を持って、大学病院、大きな臨床研修病院へ行く流れです。患者さんとの最初の出会いの場で研修することが大切ではないかと思えます。 ・入院数・ベッド数、研修医の定員が多い臨床研修病院は第三者評価を受けるべきと考えます。指定基準に達しているから、評価された研修が行われていることは別だと考えます。大病院を中断した研修者が中小病院で研修を修了して、生き生きと働いている人もいます。 			1	1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
62	<p>埼玉県川口市にある、診療所で所長をしています。同じ法人に約400床の基幹型臨床研修病院があり、当診療所はその臨床研修協力施設となっています。</p> <p>2.4) 必要な症例 「3000人以上」の要件は維持しつつ、基準に満たない病院についても調査期間などの評価により弾力的に認めるとするのは非常にバランスのよい対応だと評価したいと思います。今後も続けるようにお願いします。</p> <p>理由：「3000人」に満たないところでも、指導医とこまめに振り返りを行い地域と結びつきを大切にしたい、質の良い研修を行っているところがあります。事実、そのような病院は卒後臨床研修評価機構から高い評価を得ており、人格の涵養、総合的力を身につけるのにふさわしい病院だと思います。</p> <p>7) 中断および再開、終了 長期休養に際しては、臨床研修病院に補助金を適切に配分するようお願いいたします。</p> <p>理由：当院の研修医も、2年に1名程度、休養を要する人がいます。休養を要する研修医は、肉体や精神の健康状態に配慮する必要がありますが、指導医は研修医と比べて倍の時間を要して議論したり振り返りを行ってきました。研修医はいなくても、研修医の到達度を確認して次のユニットにおける到達目標を修正するなど、指導医には研修上の業務が発生します。しかし休養して1か月を超えると、費用計算上切り捨てられ、一人分の補助金が病院に払われません。これでは病院側にペナルティがあるとしか考えられません。もし1か月毎に研修補助金を病院に配分されれば、休養や復帰が現在よりも円滑に進むと思われれます。</p> <p>3.2) 募集定員の設定 高齢化のスピードも勘案して設定するよう配慮をお願いします。</p> <p>理由：埼玉は全国をみて高齢者人口は非常に少ないですが、今後10年間に65歳以上の高齢者人口が1.5倍、75歳以上に限れば2倍に急増すると言われています。人口あたり医師数で勘案されれば埼玉は医師不足と判定されると思いますが、高齢者人口で一律に評価されるとこれから高齢者が激増する地域はより医師不足になると思われるため、評価基準に高齢化のスピードも勘案することが必要ではないでしょうか。</p>			1	1
63	<p>(各都道府県の募集定員の上限)について</p> <p>医師過剰地域と言われてきた6都府県も、採用実績は平成21年以降漸減し、一方それ以外の地域では年々増加したことで、バランスは改善しつつあります。このうち今回の見直しで京都府は平成25年度の採用実績数よりも更に減じられる唯一の都道府県であるが、その理由を明確にさせていただく必要があるのではないのでしょうか。京都府が医師過剰地域といわれているが、平成15年には411人の採用実績に支えられているものと考えられるのであれば、この先、10年、20年後の京都府の医師予測数を示し不足しないと断言できるのでしょうか。根拠を示して頂きたい。今回の都道府県の権限により配置できる研修医の枠も採用実績より削減された京都府では意味がなく、責任を国から府に押しつけるものとなっていないのでしょうか。見直し案では、人口分布、医師養成数、地理的要件から基礎値(仮上限)を算定し、研修医数を鑑みて平成27年度に関しては1.2を乗じた数値を募集上限とされています。この結果、平成27年度には平成25年と比べた差し引きは募集定員で825、採用実績からは実に3,890の増加です。(平成25年度採用実績の2倍以上の定員となる地域も多数発生しています)今後しばらくは毎年研修医数が増加していくことも勘案すると、特定の府県を削減までする必要はないのではないのでしょうか。ましてや京都府のように運用中の実績からも減じるのは、実質的な弊害が発生するわけで、定数に関する新たな不合理です。募集上限から大きく増加する地域では、それを満たすだけのプログラムが提示されなければ利用されることのない権利だけが残ってしまうことになりかねません。京都府内の現行計33の研修プログラムのうち、もともと定数枠が少数のプログラムからは削減することはできないため、府下2つの大学病院、中核的な臨床研修病院などが今後、削減数の一定部分を負担することを府よりもとめられることが想定されます。それは到底受け入れられるものではありません。京大病院は多様な背景の研修医を育て、それぞれのキャリアパスの確立と支援のために努力してきました。プライマリケアの素養と身につけ、人格の涵養をめざすなかで、同時に将来の地域やわが国の医療を支える人材を大学病院の責任で育成せねばなりません。先端医療を担うチームの一員として、医療の質と安全を意識しつつ、将来のキャリアパスにつながる研修をめざしています。また最近のグローバルな視点から、海外からの実地修練の依頼もあります。また臨床研究や基礎研究を志して京大を応募する研修医も常に一定の割合でおり、研修の進捗にあわせて、適切なキャリアパスの形成へ導いています。とくに研修を心ざして京大を希望する研修医の機会が定数削減によってそがれることには極めて憂慮されます。様々なニーズに対応してグローバルな視点で研修の場を今後提供していく責務が京都大学あることを、認めていただければ、現在有している募集定員84名(6つのプログラム)は生涯教育の機会を広く提供していくためにも必要な数値と判断します。</p> <p>(臨床研修病院群の在り方)について</p> <p>京大病院は、地域(ruralの意でなくcommunityの意で定義する)に根ざした臨床研修病院と“たすきがけ”研修を行い、地域医療を実践してきた。それは単に臨床研究の遂行や、診療科の人事のことではなく、学生実習や卒後研修に関わる内容について、各々の医療機関の指導医、管理者らと教育分野で真摯に協力し、連携をとってきたことです。近年、卒前教育の充実が盛んに議論され、学生の診療参加型の臨床実習などがますます重視されるなかで、責務として地理的範囲にかかわらず、初期研修医や指導医が在籍している医療機関に、たとえ短期間でも安心して学生を派遣し、臨床能力を習得する機会を展開しています。今回の見直しで地理的要因によって初期研修が制限されることが大学病院の研修プログラムをも含むことであれば卒前、卒後の一環した教育を目指す大学病院の使命に多大な影響が出ます。京大病院では府内、近隣はもちろん地域を越えて指導的立場の医師の対象に、指導医養成講習会も回を重ね、現在までに629名に修了証書を授与してきました。また関連病院、医療機関で研修医、学生の指導にあたる臨床教授協議会を開催し、卒前・卒後の医学教育について真摯に学び、協議しています。地域医療、二次医療圏の診療をわれわれも当然のこととして重視していますが、大学の教育の使命は、地理的要素を超え学習者(卒前・卒後)を育成し、指導者・教育者の養成に真摯に取り組んでいくことにあります。二次医療圏ごとに必要なのは、初期研修医ではなく指導医層である。指導医の配置は、地域の医療の質を決定し、それこそが真に求められているのではないのでしょうか。また、報告書(案)にもあるとおり「臨床研修制度のあり方については、どのような医師を育成すべきかを踏まえた上で、卒前教育における診療参加型臨床実習の充実などと連続性の観点から、総合的に検討すべき」となっているとおりです。地理的要素で教育の機会が損なわれることがあっては絶対にならない。</p> <p>上記の京大病院と関連型協力病院間での研修内容は、報告書(案)による、「十分な指導体制のもとで様々な基本的な診療能力を身につけることのできる良質な研修が見込まれる場合」に該当すると考えますが、その判断基準の明確化が必要かと考えます。</p>			1	1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
64	<p>1、今回の見直しに際しても、現行の基本理念を「重要で、堅持すべき」と明記されたことを高く評価します。この理念に照らし、現行の制度をより良い方向へ改善するよう求めます。到達目標の達成度調査で明らかになっているように、その研修の場としては、地域の基幹型研修病院がよりふさわしいと考えられ、研修期間についても、現行の2年以上を堅持すべきと考えます。プログラムについても弾力化は到達目標達成度が低下した事実と合わせ廃止すべきです。基幹型研修病院における研修期間の延長や年間入院患者数3000件以上と言う基準が維持されることに根拠はなく、また、臨床研修病院群の在り方についても地域の実情を十分に鑑みることが必要です。熱意を持って研修に取り組む地域の基幹型病院に新たな条件強化を行う必要は無いと考えます。また、この点から、当該基準に満たない病院にも新規指定の道を開いた方向性には賛同します。</p> <p>2、合わせて、研修制度の質の向上を目指して議論が進められてきたことを評価します。しかし、その方向性については意見を異にします。年間入院患者数3000件以下の病院についてのみ第3者評価を義務付けることは公平性を欠くもので、すべての臨床研修病院について、外部評価を積極的に推進するよう位置づけるべきと考えます。本来、この評価は制度の在り方からいって、国が責任を持って行うべきものと考えますが、制度発足後10年たってもその道筋は示されていません。現在、唯一の客観的な評価機関であるNPO法人卒後臨床研修評価機構の受審を活用すべきと考えます。指導医の配置やプログラム責任者の育成は目指すべき方向性ですが、個別の臨床研修病院の実情に十分配慮すべきです。</p> <p>3、臨床研修制度の見直しにあたっては、この制度のもとで研修を行う医学生の視点、医療を受ける国民の視点、今後の日本の医療の在り方の方向性など多面的に検討が行われるべきであると考えます。医学生が研修先を選択する自由は保障されてしかるべきです。この点に照らし、都道府県の実態や地域医療への配慮を結果として無視するような画一的な定員倍率の調整や、地域枠の学生に対し一部の国立大学のみでみられるように、卒後の進路を強制する動きは明らかにおかしいと考えます。また、日本が少子高齢化の人口動態となり、地域包括ケアの時代に向かおうとしている中、今後ますます地域を意識した診療を行うことがすべての医師が備えるべき重要な視点となっていくと考えます。これからの時代に国民から求められる医師像を考えると、初期研修については、今後も現行の理念が堅持され、その下により良い研修へと発展していくことが望まれる方向性であり、広く国民に周知されるべきであると考えます。</p>	1			1
65	<p>・「同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあること」を厳格化する方向性が示されていますが、地理的条件のみが研修上の緊密な連携を保証するものではなく、研修プログラムの多様性を損なうような方向性には反対です。また一部委員による「病院群に大学病院や地域中核病院を必ず含める」との主張は、到達目標上の必要性などの根拠に乏しく、要件に加えるべきではないと考えます。</p> <p>・いわゆる「地域枠」学生の研修病院決定については、希望できる研修先が極度に限定されるなど自由選択とは言い難いケースが多く、将来的にはマッチング上の公平性を欠くことも予想されます。都道府県内で研修先の選択肢を広げるなどの対応を方向性に加えることを求めます。</p> <p>・研修希望者と募集定員の差を縮めて「研修医の適正配置を誘導する」ことは、結局は研修医の一時的な強制配置にしかならず、地域の医師不足の解決策とは言い難いものです。「医師不足・医療崩壊」の原因は全国的な医師数の不足にあり、医師臨床研修制度の改変では根本的な解決には結びつかないと考えます。</p>			1	1
66	<p>宮崎県は臨床研修指定病院が7つと全国と比較して非常に少ない状況です。宮崎の医師不足解消に向けては、県内での研修を希望する研修医の選択肢に幅を持たせる意味でも、入院件数の縛りは全国の中小病院も合わせて、その選択肢を少なくしてしまいます。また、病院研修群の在り方についても、医療技術の進歩や細分化で、研修医の研修に対する要求も多様化しており、宮崎を基幹型として県外での研修を希望する医師も増えています。今回の報告書については、大規模病院、専門病院の少ない地方にとっては厳しい内容と感じています。日本の医療の標準化、先進医療の日本全国への普及なども踏まえ、より自由度の高い研修制度が望まれるのではないのでしょうか。</p>		1		1
67	<p>臨床研修病院群の在り方に記された「同一の二次医療圏・都道府県を超える場合には、医師不足地域の地域医療研修等、正当な理由があることが望ましい」とあるが、地方では特定の診療科領域（産婦人科や救急など）の研修を県内だけでは十分行えない場合があるために都市部あるいは他県の病院と病院群を形成することがある。このような状況にも対応できるようにするために、案の6頁に記された理由の例に上記の文言も加えていただきたい。</p>			1	1
68	<p>宮崎県には臨床研修病院が7つしかなく、そもそも研修の基盤が他県と比較すると弱いです。今回の案が成立すると、ますます宮崎に残る研修医が少なくなるのではないかと不安です。宮崎県の場合、他県に研修にいけなくなると、研修医の質の低下にもかかわってくると思われます。そう考える医学生などは大都市に集中するのではないのでしょうか。</p>			1	1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
69	<p>まず、今回の見直し議論において、「現在の基本理念は重要であり、堅持するべきである」と、現在の基本理念についてその重要性が再確認されたことは、大変意義深く高く評価いたします。その基本理念にそって臨床研修を行う上で、「臨床研修病院群の在り方」、「必要な症例」について、意見申し上げます。</p> <p>初期研修の時期に、基本的診療能力を獲得する上で、いわゆる「総合診療」的な研修は大変有意義であることは論を待たないと思います。その研修の場として、大学病院等の大病院においては総合診療病棟が適していますが、総合診療病棟が位置づけられていないところでは、各診療科をローテーションするだけでは必要な研修目標を達成するうえで不利な場合があり、各研修病院でさまざまな工夫がなされている事と思います。一方、中小病院では、一般病院における診療の実践そのものが「総合診療的」であり、消化器や呼吸器、循環器などそれぞれ得意分野を持つ「内科医」たちが「総合診療的」に実績を積んでいます。こうした病院では、病院をあげて研修医を育てる熱意があり、実診療にがんばっている医師たちが指導医として必要なスキルを兼ね備えている事が大前提ではありますが、初期研修の場として大変優れていることは、先般の、3000症例未満の研修病院に対する訪問調査の結果からも明らかだと思います。むしろ、総合診療病棟のない一部の大学病院等の大病院では、各診療科を回っても、それぞれの診療科が高いレベルで専門分化しているがゆえに、初期研修の時期に学ぶべき基本的診療能力を養う「総合診療」的な研修が困難なことは、大学の研修指導者も指摘するところです。協力型の地方病院で地域医療研修をしても、この土台とも言うべき研修内容は補いきれません。この際、発想を転換、あるいは柔軟な発想に切り替えて、大学病院などの大病院が基幹型、地方の中小病院が協力型という一方向的な発想からの脱却が必要ではないでしょうか。初期研修の理念を達成する上で最も重要な基礎的・総合的診療能力を育むのに適した研修病院である、中小病院を基幹型とし、そこでは学べない外科・小児科・産婦人科・精神科などの他科ローテートを、大学病院等の大病院が協力型として補う、基幹型・協力型病院群の形成もむしろ、初期研修を担う病院群形成としては推奨されたいと考えています。従って、訪問調査等により、病院をあげて研修医を育てる熱意があり、指導にたずさわる医師たちが指導医として必要なスキルを兼ね備えている事などが認められるならば、症例数などによる基準は廃して、中小病院を基幹型とする病院群形成も可能にすべきです。</p>			1	1
70	<ul style="list-style-type: none"> ・初期臨床研修制度の目的には医師の均等配置も含まれているはずですが、医師の偏在が解消される兆しは見えません。医師過剰地域での研修医募集定員の削減を進めるとともに、制度自体を改善すべきと考えます。 ・教育、医療、研究を担う医育機関である大学病院が、臨床研修病院と同じ基準で、同列に取り扱われることを疑問に思います。特に募集定員については、各大学病院で定めるべきであり、許容範囲以下の上限を設けられたり、施設によっては100名を超える募集定員が設定可能な現状は異常であり、規程を見直すべきではないかと考えます。 ・初期臨床研修制度は教育研究機関でもある大学病院で研究に進みたい学生等の職業選択の自由の妨げになっていると思われるため、研修期間を1年程度に短縮するなどの方策がのぞましいと考えます。 			1	1
71	<p>当初の医師臨床研修制度の理念であった「医師としての人格をかん養」「基本的な診療能力を身に付ける」等が盛り込まれた基本理念を堅持する方向性が示されたことに、歓迎の意を表します。</p> <p>当院は123床の臨床研修病院であり、約30年間に渡り研修医を受け入れ、ローテート方式による研修プログラムでプライマリ・ケア、地域医療に貢献する医師養成を行ってきました。地域医療を行いたいと40人を超える研修医を受け入れ、第一線で活動する医師を送り出しています。</p> <p>地域医療を行う医師には内科、外科、小児科、整形外科といった基幹科を経験することによってプライマリ・ケアでの診療に従事し、救急対応や時間外の患者対応に活かせる基礎的な臨床能力が身に付きます。地方での医師不足を臨床研修制度のせいにするのではなく、根本的な医師養成数が少ないことを認め、国民が求めるプライマリ・ケアを担える医師養成を研修制度のもとで行ってほしいと思います。また医師不足という題目のもとに必修科目や期間の削減を図らないように要望します。</p> <p>今回の見直しでは、600床以下の病院の研修医の満足度が高いと示されつつも、年間の新規入院患者数3000人以下の病院は厚労省による訪問調査を受けるという条件が残ってしまいました。中小病院では、病院全体で医師を育てるという風土があり、当院の研修医も安心して研修を行い、求められる医師の役割を果たすべく努力しています。本来なら、研修病院の足切りを根拠のない数字で一律に行うのではなく、大病院も含めた臨床研修病院の実力を訪問調査で評価すべきだと思います。</p> <p>引き続き、国民の求める医師養成を、研修の達成度と研修の質を十分検討され、広く開かれた場で十分検討されることを望みます。</p>			1	1
72	<p>私の働く病院は100床の小規模病院ですが、地域に根差した医療を目指して日々頑張っています。現在、年間入院患者数は3,000人を満たさない為、研修病院ではなくなっていますが、一緒に働くドクターを私たちが育てていくんだ！という自負は持っています。当面維持されるとされている「年間入院患者数3,000人以上」の基準を取り下げてください、柔軟な研修制度をご再考ください！</p>			1	1
73	<p>現在の医師臨床研修制度の基本理念「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付けることのできるものでなければならない。」をしっかりと果たせるような研修内容への見直しを要望いたします。</p> <p>上記理念を達成するためにも、必修科目については現在の3科目から以前の7科目へと戻すべきであると考えます。深刻な医師不足に直面している科や、地域医療の現場を舞台に研修して学ぶことこそ、専門にかかわらず広く医師としての診療能力や知識・理解を深めることになると思います。研修目標の達成に向け必要な症例を確保するため症例数に何らかの基準が必要と考えられているようですが、病院の規模を考えずに一律に年間入院患者数を3000件以上とするのが正しいのか疑問があります。研修医数が10名未満の中小の病院において3000件というのが必要なのでしょうか。確かに研修医数が30名から50名といった大規模の病院では、研修医1人当たりの症例数を確保するために3000件という症例数は必要だと思います。しかし、研修医の人数や、病院の規模を考慮せず一律に3000件というのは、中小規模の臨床研修病院を初期臨床研修から締め出すように見えてなりません。これまでの訪問調査において、中小規模の病院での研修も認められてきていると思います。一定の基準が必要というのであれば、受け入れ研修医の人数あたりの入院件数というのがふさわしいと思います。</p>			1	1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
74	<p>日本の医師養成の原点に立ち返れ第2次大戦後の試行錯誤の中で作られてきた医師養成の在り方を、国民が求める医師養成の視点から大胆に革新的に取り組んで作られた制度が現在の新医師臨床研修制度であったはず。そこでは国民目線から求められる医師像として、プライマリケアーを重視した、医師の基本となる視点が高らかにつたわれていたと思います。専門医養成に偏重したこれまでの医師の在り方を大きく変えるものであったと考えます。当然それまでの大学や専門病院での医師養成とは考え方が異なり、軌轢を生むことは当然考えられたことでした。しかし粘り強く2004年以降取り組まれた成果は、研修を受ける人の半数以上が大学以外の研修施設で初期臨床研修を行うことになっています。これは今までの大学での専門医養成を目指した医師養成と大きく異なるものでした。それは大きくは国民の支持があり、またそれにこたえようとして取り組んできた多くの大学以外の研修病院での取り組みがあったからこそなしえた成果ではないでしょうか。またこのような取り組みは大学の中での研修医の養成の在り方にも影響を及ぼし、学部教育の在り方や、臨床研修の在り方にも大きな影響を与えてきたと考えられます。今こそ本来目指す医師養成の原点に立ち返り困難は多いけれど国民が求めている医師養成を一層推し進めることが大切ではないでしょうか。その点から、中小病院でも、規模にかかわらず研修が十分に可能であれば研修病院として発展維持させる視点が大事です。また、産婦人科や小児科、救急医療、地域医療を学ぶ項目はぜひ充実させ、初期の医師研修だからこそ広く学ばせることが大切ではないでしょうか。その点で必修科目を少なくすることは制度のありようを根本から問い直すような、本来目指すものとは異なる方向を目指す制度になるのではないのでしょうか。地域ごとに大学や、地域の研修病院、保健所などの連携を強化し、病院群として初期研修を成功させる制度にする必要があるのではないのでしょうか。そして後期研修とシームレスな研修制度を地域ごとに作る中でその地域に住んでいる人の健康を守り、地域に貢献することが医師の使命と感じさせ納得させ、それにこたえようとする医師の養成が成功するのではないのでしょうか。その点から地域が大きく離れた病院群での研修は望ましいとは言えません。地域の様々な病院が力を合わせて地域が見える医師研修を行うことが、国民目線から必要とされる医師養成につながるのではないのでしょうか。</p>			1	1
75	<p>基本的臨床能力の習得のためには、従来の研修目標を堅持し、7科目のローテートを必修とすべきと考えます。研修病院の評価はその規模ではなく、教育レベルでなされるべきだと思います。研修病院の外部評価については、努力目標でなく、必修とすることが望ましいと考えます。基本的臨床能力を身につける上では、一次・二次救急への対応能力が非常に重要ですが、そのためには特殊な疾患に偏る大学病院よりも地域の基幹病院での研修がより有効であろうと思います。名古屋地区では新臨床研修制度以前から名大方式により、基礎研修を市中病院で行うことで、よい研修システムや救急体制を構築してきました。救急の研修を充実させ、地域医療に貢献できる医師を作るためには、大学だけでなく地域の第一線病院の研修を充実させるよう、多くの病院に研修医定員を割り振れるような制度設計にするべきだと思います。</p>			1	1
76	<p>研修を充実して頂いて、ありがとうございます。女性医師を増やしていこうという気持ちも感じられ、とてもうれしいです。1つお願いがあります。若手医師の心を育てて欲しいです。私は今まで、本当にやさしい医者に出会ったことが残念ながらありません。暴言を吐く人が多かったです。セクハラも多かったです。どうか、相手の立場にたって考える、ということ、若手のうちにいっぱい考える研修制度をつくってほしいです。一部にやさしい医者はいると思います。でも知り合いにもドクハラを受けた人がたくさんいます。なんだかお医者さんって心が育ってない人が多いのかな...と思うと悲しいです。私は、たくさん医者に心を傷つけられましたけど、まだ信じたいです！どうかお医者さんを好きにならせてください。心のあたたかい、思いやりのある暴言を吐かない、セクハラしない医者に出会いたいです。よろしくお願い致します。</p>			1	1

No.	意見	団体	地方公共団体	その他	合計
77	<p>今後の少子高齢多死社会となっていく中での医師へ求められる内容は、在宅、施設、外来・入院医療と、その医行為をする場所は広範囲である。初期研修の到達目標や病院群の形成を考える上では、これらが経験できるようにすべきと考える。例えば、症例レポートでは、在宅看取りの例を加える。また、そのため地域医療保健の研修期間を現行の1ヶ月から2ヶ月程度に延長する。病院群形成もそれが研修できる中小病院と積極的に形成するなど。</p> <p>新臨床研修制度は、医師の地域偏在化を助長したなどの諸問題があると思うが、医師としての人格の涵養、基本的な診療能力を身につける等の基本理念が掲げられたことは評価できている。しかし、見直しにおける必修科目の減少などは、専門科の現場の人手不足などへの対応は理解できなくもないが、あまりにも付け焼刃的な対策で、基本理念を達する目的には反した方向と思われる。専門科へ進む腰掛け的な意味合いがなお、強くなり、研修を受ける側、指導する側のモチベーションを下げる結果となっていると思われる。基幹型臨床研修病院の基準について、入院患者数3000人以上という基準は、形式的であり、研修内容の評価などは、もう少し重きをおいていくべきではないかと思う。初期研修で必要をされる、基本技能、総合的な診療能力は、逆に中小病院で研修を行うほうがメリットが発揮されるのではないかとと思われる。昨今、地方の医師不足、救急の崩壊が言われているが、やはり将来を見据えて地域で必要とされる医師をその地域で育てるという視点が必要と思う。大学を卒業して、都市部の大学院で研修を行う動きがあるが、地域の中小病院、大病院（普段から、診療協力している病院群で）が協力して、研修に必要なフィールドを出しあい、研修医を育てていくほうが、上記の問題を将来的には解決し、指導を受ける側の意識を高める効果があるのではないかとと思う。</p> <p>地域の実情を配慮したうえで臨床研修の質向上の為の基準づくりは必要だが、医師の配分・配置の責任主体を明確にしていく事も視野に入れた作業が必要だと思う。</p> <p>良い医療を行っている病院で良い研修が行えるというわけではないので、何らかの基準作りは必要だと思う。</p> <p>臨床研修に必要な事は、各自の主観でなく、ガイドライン等に沿ってスタンダードな内容をきちんと学べる事、なるべく多くの科を経験できる事、医師だけでなくコ・メディカルも含め、全体で研修医を育てる雰囲気があり教育的配慮もなされている事だと思います。今回の制度見直しが少しでもこれらの事を実現するものになってもらいたいと思います。</p> <p>今後超高齢化社会を向かえるにあたり求められる医師は、多様な疾患・背景をもつ患者を生活者として捉え、全人的な医療を提供できる医師かと思っています。実際の医療の現場では、医学的にも社会的にもきれいに割り切れない問題を抱えた患者さんがあふれています。今回の見直しでは臨床研修の質の標準化を言っていますが、標準化をすすめればすすめるほど、その基準に当てはまらない患者さんに出会った時にどうするのかを学ぶ機会が少なくなりはいないか危惧を覚えます。将来何科の医師になろうと、総合的な視点で捉え、主治医として患者さんに向き合う姿勢を養うという経験は絶対に必要と考えますので、今回の制度見直しも少しでも国民の立場に立った内容になる事を希望します。</p> <p>基幹型臨床研修病院の指定基準として3000人という基準は廃止するべきだと思います。</p> <p>「基幹型病院の年間入院患者数3000人以上の基準は維持」されるとのことですが、国民から望まれる医師養成は地域に根差した医療活動と国民生活の実情をへの深い理解を持って頂けるような医師作りだと思います。技術建設も大切なことですが、国民・患者の気持ちや暮らしに寄り添えるセンスを早い時期に身につけて頂くためには、中小病院の研修の役割は大きいと思います。もっと中小病院にも医師研修が担えるようにして下さい。</p> <p>基本理念と到達目標について基本理念と到達目標での整合性が取れていないのではないかと、そもそもの理念に立ち戻り、7科必修に戻すべきではないか。基幹型臨床研修病院の基準について指定基準を設けるのであれば、大学病院や大病院など研修医数が多い基幹型臨床研修病院での研修における症例数や質そのものの訪問調査なども必要ではないか。臨床研修病院群の在り方へき地・離島等での研修を例外とし、全国に協力型病院が点在することを整理するのであれば、地域で研修医を育てるという意味で整合性が取れないのではないかと。研修した地域の医療を支えるマインドを養う意味でも、県内・同一医療圏における医師不足地域などでの研修を確保すべきではないか。</p>			1	1
		9	10	58	77