

臨床研修制度の見直しに関するパブリックコメントの概要（主な意見等）

	意見の項目	意見の概要	件数	意見に対する考え方及び対応方針
制度全般について	制度の理念	<ul style="list-style-type: none"> 臨床研修の目的は優れた臨床能力をもつ医師を育成することであり、医師不足を解消することではない。 見直しによりプライマリ・ケアの基本的な診断能力の修得という基本理念が達成できるか疑問である。 	214	今回の見直しは、より良い医師の育成のために、本制度の基本理念（臨床研修は、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付けることのできるものでなければならぬ）及びそれを具体化した到達目標を前提としています。
	病院・研修医の評価	<ul style="list-style-type: none"> 研修の質の向上のために、研修病院と研修施設における研修の内容と質を客観的に評価する仕組みを構築すること。 プログラム、研修内容などを評価する内部制度と外部評価制度による承認がないと研修内容は担保できない。導入は必須である。 	2	今後、指導体制、研修内容、研修医の到達度等について、受け入れ病院を第三者的に評価し、その結果をフィードバックする体制を構築すること、また、到達目標について研修医の達成度を客観的に評価する仕組みを構築することとしています。
研修プログラムについて	研修期間	<ul style="list-style-type: none"> 2年間の研修期間に変更がなかったことは評価できる。 研修期間を現行の2年間を1年間に短縮して頂きたい。プライマリ・ケアの基本を学ぶための1年間で十分である。 	3	研修医の将来のキャリア等に円滑につながるよう、2年間の研修期間における研修プログラムについて、国の定める必修の診療科は、内科、救急及び地域医療にとどめ、従来必修とされた外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は選択必修と位置づけ、各研修医が選択できるように弾力化したところです。
	必修科目	<ul style="list-style-type: none"> 外科、麻酔科、精神科、小児科、産婦人科は選択必修でなく、必修科目にするべき。 	81	
	地域医療研修	<ul style="list-style-type: none"> へき地・離島を優先して行うと明記すべき。 	1	
	医師不足の診療科への対応	<ul style="list-style-type: none"> 小児科、産科の研修プログラムを設けさせるのなら募集定員は各病院の募集定員枠外に設けるべき。 	4	
	到達目標	<ul style="list-style-type: none"> 必修科目が減ったにも関わらず目標や必修レポートの内容が変わらないのは無理がある。 全国均一な到達目標を設定するのではなく、各病院の特色あるプログラムに応じた到達目標を設定すべき。 	14	

	意見の項目	意見の概要	件数	意見に対する考え方及び対応方針
指定基準について	基本的な考え方、指定取り消し及び経過措置	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療の充実のために臨床研修病院群の形成推進が謳われたことは評価できる。 ・「研修の質の向上のため、臨床研修病院の基準を強化するとともに、医療機関の連携によって、大学病院など地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成を推進する。」にすること。 ・150～200床規模の病院が指定から外され、中小病院での研修を希望する医師の道を閉ざし医療崩壊につながる。 ・プライマリ・ケアは大病院より中小病院での研修の方が適している。 ・離島・僻地における医療提供体制の現状等を考慮し、指定基準を満たさない病院でも指定の取消はすべきではない。 	308	<p>研修医の受入れ病院の数が飛躍的に増加した一方、受入れ病院の指導体制に格差が生じたため、臨床研修の質の向上が求められています。これを踏まえて、臨床研修病院の基準を強化するとともに、単独型臨床研修病院と管理型臨床研修病院を併せて基幹型臨床研修病院として位置づけ、臨床研修病院群を形成することを要件に加えます。これにより大学病院など地域の中核病院を中心とした複数の医療機関により構成される臨床研修病院群の形成を促進することとしています。</p> <p>なお、臨床研修病院の指導基準を見直すことにより、基幹型臨床研修病院の基準に適合しなくなる場合には、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮することとしています。</p>
募集定員について	都道府県別の上限設定	<ul style="list-style-type: none"> ・研修医の研修先の選択権を奪う。 ・募集定員の設定は地域を越えて優秀な人材の交流が阻害され、日本の高度で質の高い医療の低下につながる可能性がある。 ・非マッチ率、国家試験不合格率を踏まえると、10%以上の削減率になり激変緩和措置の意味をなさない。非マッチ率、国家試験合格率を勘案すべき。 ・大都市に研修医が集中するのを防ぐのに一定の効果がある。 ・地域医療、救急医療体制に深刻な影響を及ぼす可能性がある。 	116	<p>研修希望者は現行と同様に、自分の将来のキャリアパス等を勘案して、各病院が公表する研修プログラムについて全国規模で自由に選択することができます。</p> <p>また、研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定し、研修医の地域的な適正配置を誘導するために、都道府県別の募集定員の上限を設定しますが、各病院の募集定員の合計が都道府県の募集定員の上限を超えない場合は、当該病院の研修医の受入れ実績や地域の実情等、一定の条件の下に募集定員の増員を認めることとし、各病院の募集定員の合計が都道府県の募集定員の上限を超える場合は、前年度の研修希望者数を考慮するなど十分な激変緩和措置を行うこととします。</p>
	各病院の募集定員設定	<ul style="list-style-type: none"> ・地方に所在する病院の募集定員の設定は、研修医の受入実績だけでなく、研修制度が開始された平成16年度前後の状況や地方の医師不足の状況等を加味して算定してほしい。 ・研修医受入実績を過去3年ではなく「5年」、「過去最高の受入実績」とすべき。 ・平成22年度の実績をみて再度、制度設計を考えるべき。 	6	
	医師派遣加算	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床研修病院で研修した者が大学医局に戻るような異動について、臨床研修病院の医師派遣実績として加算の対象とすべき。 ・医師確保困難地域への医師派遣の場合に派遣人数に1以上の調整係数を加え、定員加算（例えば1名派遣なら1.5名として定員増）することとなるよう制度的に保障すべき。 	3	<p>「医師派遣等」の定義については、地域医療を直接支えるという観点から、専門医など十分な臨床経験を有する医師が一定の期間、常勤として勤務する場合を評価することとしています。なお、募集定員の加算は10名を上限としていることから、できるだけ簡素な定義としています。今回の見直しの結果、地域医療の確保にどのような効果、影響があったか、研修の具体的な内容、研修医の到達度等を継続的に検証し、5年以内に改めて制度の見直しについて検討することとしています。</p>