

臨床研修制度見直しに対する関係団体からの意見の概要

項目	関係団体からの意見の概要								
	全国医学部長病院長会議	日本私立医科大学協会	国立大学附属病院長会議	公立大学協会	臨床研修協議会	日本医師会	四病院団体協議会	全国自治体病院協議会	
1. 研修の内容・期間	(1) 基本診療科1年を主体、その後専門科に対応とすることについて	反対意見はほぼ皆無 卒前教育の充実を図り、初期研修を1年とすることが望ましい	2年の研修期間は維持し、1年目必修診療科、2年目専門診療科	現状の2年を残すものの、2年目のプログラムを大幅に弾力化	原則的には賛成 当面は2年間必要	2年でよい 1年目必修、2年目選択は異論なし 1年には反対	基本的に賛成 卒前の見直し等を前提として1年に短縮する	1年では総合的、基本的な研修内容の達成は不可能 1年に短縮することは反対	スーパーローテイトと2年は堅持すべき
	(2) 内科・救急(小児救急を含む)を必修とすることについて	おおよそ賛成 外科、産婦人科、小児科も必修から外すべきでないという意見もある	内科、救急(小児救急を含む)を必修	1年目は将来の希望科3月その他、内科系・外科系それぞれ3月、麻酔・救急3月を義務付ける	原則的には賛成 救急and/or外科、小児科は必要	それでよい 内科・救急だけでは不十分 内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急は必修にすべき	基本的に賛成 初期研修は優遇を伴う行為を中心の能力獲得が第一義	2年の現行必修科目を維持すべき	当面は現行通りの必修科目を維持すべき
	(3) 内科を6月以上とすることについて	2年間ならば6月以上でよい 期間の縛りは避け、柔軟なプログラムを構築できるようにすべき	3~6月が望ましい	3月、あるいは6月が望ましい	概ね賛成 少数意見として3月以上	妥当 賛成 あえて規定するのは反対	臨床実習で対応できれば期間にはこだわらない	2年を条件として妥当	妥当
	(4) 救急を3月以上とすることについて	異論はないが、他科の研修と整合性を図る必要がある 小児救急を救急に導入することが大切	3月が望ましい	麻酔・救急3月を全研修医に義務付ける	概ね賛成 全期間を通しての症例数等で規定という考え方もある	妥当 症例数で議論すべき	基本的に賛成 救急は3月以上として充実させることが望ましい	2年を条件として妥当	内科・外科研修時にERを入れる方法がある または麻酔科の履行後の実施が妥当
	(5) 地域医療(地域の第一線の医療機関での研修)を1年以上とすることについて	1月は短いかもしれない 選択とすべき 指導の質を担保すべき 地域の第一線の医療機関の定義が難しい	地域医療は必修として2年目の始めに1月行う	賛成	賛成から反対(不要)まで幅広い 少数意見として地域が過疎 地域の意味ならもっと長くすべき	賛成 良質な教育スタッフが得られるか 地域の定義が問題 一律1月以上には反対	基本的に賛成 都道府県単位の地域医療ネットワークを設置し、地域内の施設で行う	地域医療研修は必要だが、期間や内容については検討の余地あり	1月以上が望ましい 地域包括医療・ケアを實踐している医療機関での研修が効果的
	(6) 外科、小児科、産婦人科、精神科を選択必修とする、もしくは必修としないことについて	診療科を限定せず弾力化すべき 選択必修に賛成 必修は内科、救急、地域に限定し、それ以外は選択	1診療科を選択できるようにし、研修期間は3月 麻酔科を選択にすることも一案	賛成 必修科目を一律に義務付けるよりも、こうした診療科の人材養成を優先すべき	賛成と反対とがある	必修としない方がよい 外科、小児科、産婦人科は必修と考える	研修期間が定まらなると踏み込めない 研修期間1年の場合はその他の科は必修としない	現行通り外科、小児科、産婦人科、精神科は必修とする 精神科を必修から除外することには反対	必修とすべき
	(7) 内科、地域医療以外は1診療科3月以上とすることについて	期間は自由にする 1診療科3月以上は必要 2月以上あればよい	内科、地域医療以外の科目での研修期間は3月	賛成 ローテーション期間は原則として3月を単位とすべき	概ね賛成 少数意見として2月以上	妥当 病院の特性により異なり、目標達成できれば期間は短くてもよい	研修期間1年の場合はその他の科は必修としない	現行の方式でよい	現行では必修科は1月以上3月となっているが、地域医療は1月以上が妥当
	(8) 研修開始時点から将来専門とする診療科の研修も選択できるようにすることについて	研修医・指導医にとって良い影響がある 将来の科を決めていない場合には選択しなくても良い 選択肢を残すべき	1年目の最初に将来希望する科の研修を3月実施 2年目のプログラムの大幅な自由化	賛成 キャリアが見えるローテーションを実現するため有効	賛成が多い 少数意見として反対	最初は必修科目が望ましい 将来専門とする科も選択できるようにすべき	基本的に賛成 原則として初期研修前に専門科を選択・決定	開始時点から将来の専門診療科を選択することは問題 2年の研修の後、専門科目を選択すべき	基本的臨床能力を身に付けた後に、将来の専門分野を選択すればよい
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(病院の募集定員にも一定のルールを設定)ことについて	やむを得ない 地域格差是正には必要 総定員を卒業生と同程度にすべき	都道府県あるいはブロック単位で定数を定めて適正配置、定員は原則として人口比で配分	研修医数に見合う形での定員削減は必要 一律に削減するのではなく、地域等の特性を考慮した削減が必要	賛成が多いが、反対もある 定員は卒業生数~1割増程度にすべき	基本的に賛成 都道府県単位の地域医療ネットワークが調整	症例数、指導体制、地域性を考慮してプログラム毎に見直すべき 都道府県別に上限を設ける必要はない	医師配置システムを検討して判断すべき 僻地離島等に配慮必要	
	(2) 全国マッチングを行うのがよいか、地域マッチングを行うのがよいか	適正な定数配置がされれば全国マッチングがよい 地域偏在は是正のためには地域マッチングがよい 選考期間を夏休みに限定すべき	研修管理施設は専門研修ができる400床以上の総合病院 400床未満でも常勤医がベッド数5に対して1名以上は認める	500床以上を管理型病院として、規模の小さな施設を協力型病院とすると募集定員数が適正化される	意見が分かれる 地域マッチングでも構わない意見がやや多い	全国でマッチングを行うべき	都道府県単位の地域医療ネットワーク内でマッチング	全国マッチングがよい	全国マッチングがよいが、都市集中しないように工夫すべき
3. その他		臨床研修について一定の質の担保を条件とする評価を行える仕組みを導入 将来的に臨床実習を充実し、研修プログラムの一部を卒前へ移行 大学院入学者が減少し医学研究の危機				研修医の意向を十分取り入れた制度となるようにして欲しい	指導体制の観点から見直すべき、小児救急を増員しても指導側が対応できない 地域医療の中身を明確にして拡大すべき	研修終了後、地域医療に従事することや、専門研修医の数を比例配分することを義務化すべき	