

第5回 臨床研修制度のあり方等に関する検討会

日時：平成21年2月2日（月）15:30～17:30

場所：文部科学省16階 16F特別会議室

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

(1) 臨床研修制度見直しに対する関係団体からの意見について

(2) まとめの骨子（たたき台）について

3. 閉会

【配付資料】

資料1：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

資料2：まとめの骨子（たたき台）

【参考資料】

参考1：これまでの検討会での主な意見

参考2：臨床研修に関するアンケート調査について

【別 冊】

別冊1：臨床研修制度見直しに対する関係団体からの意見

別冊2：新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究 平成19年度総括研究報告書
(主任研究者 福井次矢)

別冊3：新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究 平成17年度～19年度総合研
究報告書 (主任研究者 福井次矢)

臨床研修制度見直しに対す

項目		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
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
	(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、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
	(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
	(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月を全研修に義務付ける
	(5) 地域医療(地域の第一線の医療機関での研修)を1月以上とすることについて	1月は短いかもかもしれない 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
	(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
	(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
	(8) 研修開始時点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
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
	(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して、規模の小さな施設を協力型病院とすると募集員数が適正化される
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	

関係団体からの意見の概要

関係団体からの意見の概要

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
目的には賛成 期間は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
目的には賛成 (and/or外科、小児科 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 初期研修は侵襲を伴う行 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 目を続行すべき
賛成 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
賛成 期間を通しての症例数 規定という考え方もあ	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
反対から反対(不要)まで 幅広い 意見として地域が過疎 化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年以上には反対	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・ケアを実践 している医療機関での研修 が効果的
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いと踏 み込めない 研修期間1年の場合はそ 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
賛成 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 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
賛成が多い 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
賛成が多いが、反対もある 意見は卒業生数～1割増 減にすべき	やむを得ない 好ましくない 研修の質を評価して定員を 絞るべき	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
意見が分かれる 或マッチングでも構わな 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
		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	研修修了後、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 を義務化するべき

平成 21 年 2 月 2 日

まとめの骨子（たたき台）

1 課題

臨床研修制度の導入から約 5 年が経過した今日、以下のような課題が見られるのではないか。

- 本制度の導入をきっかけに、大学病院において臨床研修を受ける医師が大幅に減少したため、若手医師が不足し、大学病院が担ってきた医師派遣機能が低下し、地域の医師不足を招いた。
- 研修医の募集定員の全国的な管理が行われていないため、希望者の 1.3 倍を超える規模となっており、都市部に多くの研修病院があることと相まって、研修医の都市部集中が助長されている。
- ローテーション方式の導入により、研修医の基本的な診療能力に一定の向上が見られる一方、各々のキャリアに関わりの希薄な^[a]診療科での研修が一律に続くことが、研修医の意欲を損ねている面がある。
- 全学共通のコア・カリキュラムの導入、共用試験（CBT、OSCE）の実施など医学部教育の改革が進む一方、医学部教育と臨床研修の内容に重複が見られる。
- 本制度の導入により、研修医の受入病院の数が飛躍的に増加し、各病院の活性化に貢献したが、他方、受入病院の規模や指導体制に格差が生じており、臨床研修の質の一層の向上が求められている。
- 一定の処遇（給与等）が確保されたことで、研修に専念できる環境が整ったが、病院間で処遇に差が生じ、研修制度の趣旨に照らして給与等が不適切に高額な事例も見られる。

2 基本的な考え方

「1」の課題を踏まえ、以下の考え方を基本として、臨床研修制度等を見直すこととしてはどうか。

- ①「医師としての人格の涵養、基本的な診療能力の修得」との理念の下、将来のキャリアへの円滑な接続が図られるように、研修医の希望等に応じて各病院の特色・工夫を活かした研修が可能となるよう、プログラムを弾力化する。
- ②学部教育の改革の動向や専門医制度の検討の動向等を踏まえ、卒前・卒後の一貫した医師養成を目指し、臨床研修の質の向上を図る。
- ③従来大学が担ってきた地域の医師派遣機能を再構築し、地域や診療科に必要な医師を確保する観点から、研修医の募集定員や研修病院の指定基準を見直すことにより、医師の地域偏在など医師不足への対応を図る。

3 見直しの方向

「2」の基本的な考え方に立ち、以下の方向で臨床研修制度等を見直すこととしてはどうか。

(1) プログラムの弾力化

- 国が必修として定める診療科は、1年目における内科(6ヶ月以上)、救急(3ヶ月以上)に止め、各病院の判断で早い段階から将来のキャリアに応じた研修を行うことができるようにする。
- 内科、救急以外で従来必修とされた科目(外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科)についても、各研修医の将来のキャリアに応じ選択して研修を行うことを誘導するような措置を検討する。
- 研修のモチベーションを高めるため、研修開始時に将来のキャリアに応じた研修を一定期間行った後、内科、救急の研修を行うことを可能とする。
- 研修2年目に、地域の第一線の病院、診療所で研修を行う地域医療研修(1ヶ月以上)を必修とする。研修施設は、関係自治体の意向を踏まえるなど地域の実情に応じ選定されるよう配慮する。
- 現在行われているような多くの診療科を巡回する研修も、各病院の判断で引き続き実施できるようにする。

- 小児科、産科など医師不足の診療科の医師の確保に資するよう、一定規模以上の病院は、将来これらの専門医になることを希望する研修医を対象とした研修プログラムを用意する。
- 研修医の診療能力の水準を確保するため、到達目標に対する研修医の到達度を評価する仕組みを工夫するとともに、研修の到達目標についても必要な見直しを進める。

(2) 受入病院の募集定員や基準の見直し

- 研修希望者に見合った募集定員を設定しつつ、研修医の都道府県別の適正配分を図るため、人口・医師養成状況や地理的条件等を考慮した都道府県別の募集定員の上限を新設する。
- 各受入病院の募集定員について、過去の研修医の受入実績等を踏まえ適正規模に見直すとともに、大学等が都道府県の枠を超えて広く地域への医師派遣を担っている実績等を勘案した上で、当該都道府県の募集定員の上限と必要な調整を行って、募集定員を設定する。
- 研修の質の向上のため、研修プログラムを管理する病院について、水準・規模の面で基準を強化するとともに、大学病院など地域の中核を担う病院を中心とした臨床研修病院群の形成を推進する。
- 募集定員の大幅な削減や管理型臨床研修病院の指定取り消し等については、一定期間の経過措置を設ける。
- 研修医の処遇（給与等）について、研修制度の趣旨を逸脱するような事例については、一定の抑制措置を講ずる。

(3) 関連する制度等の見直し

- 臨床実習を始める医学生を一定水準以上にするため、大学で行われている共用試験の合格水準を標準化する。
- プライマリ・ケアを意識した臨床実習を充実させるなど、医学教育のカリキュラムの見直しを行う。
- 臨床研修修了後の専門性を高める研修及び生涯教育のあり方について、医師の診療科偏在の是正を図り、医師のキャリアパスが明確となるよう見直す。
- 卒前の臨床実習の充実の状況を踏まえながら、医学生の医行為の取扱いや国家試験の内容を見直す。
- 各大学病院による医師派遣機能を、地域の関係者の意向が十分反映された開かれたシステムとして再構築する。

臨床研修制度のあり方等に関する検討会 これまでの主な意見

1. 医師不足、地域偏在について

- 新臨床研修制度が地域の医師不足を招いたと言われていることに、信憑性があるかどうか疑わざるを得ない。千葉県のように、一生懸命やれば若いお医者さんは集まる。実際に、地域でも新臨床研修制度がいい具合に動いている。すぐれた指導医とか研修体制があればそこに人が集まる。(大熊委員①)
- どのような専門分野の先生が、どこにどれくらい足りないかというデータが示されなければ、医師が足りないかどうかはわからない。幅広い臨床能力を持つ、経験症例数を増やそうという新臨床研修制度自体の最大の目的は、達成しつつある。新臨床研修制度を、医師不足の最大の原因ととらえるのは、まだデータ不足ではないか。(福井委員①)
- 毎年、医師総員は少しずつ増えてきたのに、ここ数年の間に、医療崩壊というのが社会問題化した。この間に変わった制度は、臨床研修制度以外にない。研修医は各診療科のマンパワーにはなっていない。約1万5,000名から1万6,000名の医師が突然消えたというのと同じ状況になっている。全国医学部長病院長会議のデータによれば、人口50万人未満の小さな都市しかない都道府県では研修医が大学に30%しか残っていないので、大学の医師派遣機能の大幅な低下を招いて、今の地域医療の崩壊を招いている。数カ月あるいは1年で潰れていくような病院が、地方にはたくさんある。(小川彰委員①)
- 医療崩壊の原因を臨床研修との関係から見ると、影響は若干あったと思うが、これが大きな要因だとは思っていない。この研修制度が始まる前から北海道では、特に産婦人科の集約化などが始まっていた。専門教育を受けた先生方が地方に行きたがらない。逆にこの研修制度がなければ、医療崩壊は今以上にあったかもしれない。(西澤委員①)
- 質の高いよい医師を育成する、研修の質を高めるということと、医師の偏在の是正とは、2つの別の課題。研修制度の部分だけの見直しだけでは足りない。この際、卒前・卒後の一貫した医師養成システムの構築を考えるのは非常にいいこと。しかし、これは中長期的な目標である。すぐに偏在や不足を是正するためには、学生の数と病院の募集数を近づける、地域枠を設定する。(齊藤委員①)
- 昔、患者さんは内科、小児科を受診していたが、今は患者さんが小児科医を求めため、医師不足が相対的に起こっている。地域には、相当レベルの高いお医者さんでないと行けない。自分の生活の問題もあって、なかなか行けないという状況がある。(能勢委員①)
- 医師不足の問題は、OECDのデータで人口に対する医師数が30カ国中27位。高等教育の予算は、30カ国中29位。医療費は30カ国中22位。専門別の医師数分布は、厚労省にデータがある。この臨床研修医制度ができて、主要重点都市の研修医の数は、減っているという事実がある。(小川座長代理①)
- 長崎も年々研修医が減少している。都市と地方の病院に適正に人を配置するマッチング制度が必要。マッチングのための面接の期間を全国統一とすべき。専門医の協会がマッチングの枠を決めている欧米の様にリーズナブルところで手を打てば、無駄がなくなるだろう。(河野長崎大学医学部長②)
- 大学病院が地域医療のキーとなるのは確かで、大学を中心として地方自治体や病院を含めて、新し

い医師の養成システムをつくらなければならない。その中に初期の臨床研修制度を組み込んでいくしかない。それをやるためには、研修病院による経済的インセンティブの差をなくすことと、各地域で研修医数の枠を決めること。地域の中だけでマッチングするのではなく、各都道府県の枠を決めた上で全国でマッチングをすればよい。（齊藤委員②）

- 募集定員を9,000名くらいまで絞る作業をする中で分布をうまく考えて、できるだけ地域の偏在が起らないようにする。（福井委員②）
- 大学の医局が医師を派遣していることは、よくないだろうということで臨床研修制度を始めた。北海道では大学の主導で北海道医療対策協議会が、調整を行っている。今まで大学にその役割を負わせてきたというのは、行政の責任だと思っている。行政主導でそのような仕組みを都道府県に作ることによって、大学は非常に楽になるのではないかと（西澤委員②）。
- そもそも医師の養成数が少なすぎる。各医学部の定員を少しずつ増やすだけでは間に合わない。メディカルスクールというか、社会人を4年間で医師にするような所を医師の少ない県に限って作ることを文部科学省も一緒に検討してはどうか。（大熊委員②）
- 新潟県内の医師不足は極めて深刻。国立大学には経営問題があり、医師の処遇改善やマンパワーの増員などを簡単にできる状況ではない。大学病院が診療で忙しい中、教育と研究さらに地域医療支援まで行えるのは、使命感・責任感を唯一のよりどころとして懸命に努力しているため。地方の大学病院の問題を抜きに、我が国の医療問題や研修医問題を語ることはできない。（下條新潟大学長③）
- 平成16年以降大学入局者も減少している。このような状態が続くと、新潟県内の医療は維持できない。大学病院が力をつけて元気にならなければ、地域医療はもたないと現場では実感している。（下條新潟大学長③）
- マッチングは地方と都市のバランスが保てるよう早急に改善するべきである。（下條新潟大学長③）
- 初期臨床研修が終わって、大学にどのぐらい戻ってくるかが重要であり、小さな都市しかない都道府県の帰学率は30%、これで地域医療を守れといっても不可能な状況。特に大都会のない都道府県においては、もう待たなしの状況であり、来春にはそういう小さな県の地方医療は色々なところで崩壊して、住民の生命に関わるが起こってくるのではないかと思う。そういう意味ではこの委員会の使命というのは、極めて重要だということ認識して、早急なディスカッションをお願いしたい。（小川彰委員③）
- データ出す時にはその都道府県の大学病院に何%戻ったかではなく、大学以外の病院も含めてどれだけ戻ったかというシミュレーションが必要だと思う。大学とほかの病院を合わせて少ないのであれば地域医療は崩壊だが、大学病院は少ないけれども、その県の中の他の病院に後期研修で戻っていれば、崩壊ということにならないと思う。（西澤委員③）
- 臨床研修が終わった後に大学にどれだけ戻るかということが重要だが、大都会のない都道府県では帰学率が低いので、研修制度を抜本的に見直す、もしくは一時凍結するなどの対応が必要。（小川彰委員④）

2. 研修期間、内容について

- 研修制度が医師引き上げの大きな要因。札幌医科大でも派遣医師は減少し、派遣できないケースが増加している。制度見直しの提言として、2年目での地域医療の期間を拡大してはどうか。（今井札幌医科大学長②）
- 研修制度が、現在の医療の混乱を招いたことは事実。大学病院を建て直すことが、地域医療を建て直す近道であり正道である。その即効策は、今年の大学病院特別コースを全科に適応させること。（富田金沢医科大学附属病院長②）
- この研修制度は、従来の制度に比べてアドバンテージがあった。プライマリ・ケアを教えて、眼科や精神科に行く人も全身が診れるようになったが、いくつかの問題もある。処遇の高いところに行っていること、地域医療の崩壊、科の偏在である。研修制度の教育の質の担保をしながら見直しをしなければならない。卒前・卒後、診療科ごとにダブリがあるので、獲得目標を達成できれば、1年への期間短縮も可能。（嘉山委員②）
- 2年を1年に変えることで大学に人が集まるかどうかは、大変疑問。（齊藤委員②）
- 患者が学生に診られるのを嫌がるため、臨床実習はどんどん後退している。プライマリ・ケアの教育は、現場の診療所なり開業医の先生の所へ行って勉強しないと、本当の意味での教育にはならない。中心は卒後だと思うが、今のように専門科の下をぐるぐる回っても、本当の意味でのプライマリ・ケアの教育にはならない。（高久座長②）
- なぜこの臨床研修制度ができたかという、卒前教育だけではすぐに臨床に役に立つ医師ができないということがあった。しかも国民のニーズに応えられるようなプライマリ・ケアをやる医師も育てなければならないということで、最低2年間の研修は必要だということで始まった。もし今後、現状の枠を大きく変えるのであれば、卒前教育をどうするかという前提がなければならない。卒前教育が今のままであれば、最低2年は必要。（西澤委員②）
- 大学以外に属している者には、8,000人も医師が減ったという感覚はない。ある病床以上の研修病院でしっかり症例を診ながら研修することと、地域の中でオン・ザ・ジョブで学んでいくこと、この両方が求められている。2年を1年にすることによるメリットとデメリットをしっかりと整理した上で次の段階に進んでいかないと、また同じような議論の混乱を招いてしまう。大学と大学以外の研修病院とが協調してやっていくところがあってもよいのではないか。（永井委員②）
- 研修期間のグローバルスタンダードは2年で、例外がアメリカの1年。卒前教育を変えないで1年にしてしまうのは、患者にとっては危ない医師がいっぱい出てきて困ると思う。（大熊委員②）
- 研修医確保に向けて新潟県では、大学と17の研修指定病院がコンソーシアムをつくって一体となって懸命に努力していたが、マッチ者数は年々減少傾向だった。しかし平成20年に少し回復の兆しがあり、この要因はプログラムの規定が緩和されて大学の研修希望者が増加したこと。専門重点コースを設けたところ、マッチ者が増えた。研修予定者の中に基本的な診療科目を2年ローテートするカリキュラムより、専門研修を取り入れたカリキュラムを希望する者が増えたということを反映しているのではないか。（下條新潟大学長③）
- キャリアが見えるローテーションが必要。1年目に希望の診療科を回り、診療科も3ヶ月単位にして細切れのないようにする、2年目には一定の期間、地域の医療機関で実践的な医療を研修するような仕組みがよいかと思う。すべての研修医に小児科、産婦人科、精神科の研修を義務づけるよりも、自分のキャリアに必要な診療科を選択できるようにする。（平出京都大学教授③）
- 高齢化社会で複数の疾患を有する患者が多くなっているため、タワーマンション型の専門医の育成ではすき間ができて医師不足は解消せず、専門医といえども富士山型の幅広い臨床能力を持つように育成してほしいという社会からの要望があってこの臨床研修制度が発足した。（矢崎委員③）
- 現場の指導医は、今の研修はあまり役に立っていない、大きな理由として、全く関係のないところに回されると真面目にやらない、結局むだが多いということを言っていた。（武藤委員③）

- 現行の制度でも2年目に8カ月間の選択期間があつて、それはかなり自由に使える。既に大学病院からの提案があつたような重点コースも始まつていて、現状の制度は進化しつつある。ただし、2年を急に1年にすることは非常に無理がある話であつて、2年の期間は堅持しつつ、2年目をかなりフレキシブルにするということ、あまり意見の差はないのではないか。(齊藤委員③)
- 臨床研修が基礎医学の振興に問題があると言われているが、基礎医学の振興は文部科学省のMD-PhDコースなどのほかのことでやるべき。(齊藤委員③)
- 卒後研修だけを見直したので色々な問題が起きた。研修制度の中身と、指導者と受ける側のモチベーションをどうやって上げるのかということを見直す必要がある。(嘉山委員③)
- 卒後研修に関しては、獲得目標で決めないで内科や小児科ということで決めてしまったので、あまり役に立っていないというインプレッションが出たのではないか。したがって、中身としては科を取り払って獲得目標を設け、研修医が本当に獲得できたのかという検証制度をきちっと設けるという見直しをすれば、研修制度が機能していくのではないか。(嘉山委員③)
- 2年間の研修を終わった時点での研修医の臨床能力などについての評価を行ったが、古い制度の時の研修医に比べて、新しい制度になって臨床能力が身についたと思つていたり、経験症例数がどれくらい古い制度に比べて増えたかというデータがある。(福井委員③)
- 最初に希望する科へ行った後、今までと同じようなローテーションではむだになる。自分が本当に行きたい科があれば、そこに必要な科をその科の先生方と一緒に考えて選択するという形、自分のキャリアのために必要な科を回るというデザインが必要。(平出京都大学教授③)
- 制度の中身の運用の仕方を変えることによって、かなりよくなるのではないかと思う。その方法論としては獲得目標の見直し。CBTの中身とすり合わせることで、質の保証をするような研修場所も見直す必要がある。コンソーシアムで責任者をつくつて、その研修医が獲得目標をちゃんと獲得したという保証をできるような制度につくり直す必要がある。(嘉山委員③)
- 全身管理のできる医師は患者をよく診てくれるが、全身管理のできない医師もいるので、プライマリ・ケアができる医師を育てるということは賛成。研修制度に対する看護師からの意見としては、多くの科を回ることでプライマリ・ケアに必要な経験を積むことができている、研修の目標を達成するためには最低でも2年間は必要。(木下NTT関東病院副看護部長④)
- 研修医へのアンケートでは、現状のプログラムで良いということ。(小川克弘むつ総合病院長④)
- 研修2年間のあとの医師をどうするかということが大事。研修修了後の行き先が見えることが重要。(矢崎委員④)
- 研修プログラムの見直しとマッチング方法の見直しの2つが論点になると思う。2年を1年にという議論もあるが、急に1年にすることは難しいので、必修期間は1年、2年目は後期研修につながるようなある程度自由度のある診療科の選択期間として、せつかく獲得した2年間はそのままの内容を見直す方が実質的ではないか。(高久座長④)
- 地域保健・医療の1ヶ月の内容の検証が不十分ではないか。保健所研修が研修医の息抜きの場になってしまつている。地域保健・医療の見直しが必要。(辻本委員④)
- 地域医療を必修とする場合は、第一線の診療所や中小病院での研修として、保健所や療養施設は地域医療に含めないこととしたいと考えている。第一線の診療所や中小病院ならば、1ヶ月でも色々な経験ができると思う。(高久座長④)
- 臨床研修は内科、救急など、特に基本となる診療科を研修する1年間を主体としてはどうか。内科、救急、診療所で研修する地域医療をプライマリ・ケアの基本としてはどうか。また期間は1ヶ月もしくは3ヶ月以上にするか意見を聞きたい。(高久座長④)
- 2年目に将来専門とする診療科を選択することで、診療科偏在がなくなるかは疑問。(福井委員④)
- 統一的なカリキュラムでがっちりやるのは現実的ではないので、基本線を定めて、ある程度選択範囲を広げてはどうか。選択必修の概念が入ってもよいのではないか。元々、小児科は小児救急で、精神科は急性期もしくは隠れた精神科患者を専門医に紹介できるように研修することを想定していた。(矢崎委員④)

3. 研修病院、指導医について

- 研修医が少なくなった大学はあるが、大学で優れた臨床研修病院を参考にして追いつこうとしたところがあるのかを知りたい。大学のミッションは卒前教育、卒後教育、診療、研究で、卒後研修は大学にとっては4分の1の意味しかない。臨床研修病院は、診療と研修の2つがミッションなので、おそらくクオリティーがよくなる。また、病院や大学病院はわずかな数の医療者でやっていかなくてはならない。これらを構造的な問題ととらえて、そこにメスを入れるということをぜひ考えていただきたい。表面的に医師不足イコール研修制度というレベルの話ではない。(福井委員①)
- 研修医の処遇に上限を設ける、例えば全国平均の1.5倍以上の研修病院には補助金を出さなければ、本質的な研修プログラムの面で、各病院が競争して質の高い研修をできるようになる。(齊藤委員①)
- 大学の機能を生かしつつ、研修制度をつくらなければならない。大学の機能を生かしつつ、基幹病院と連携したプログラムをつくることは当然できる。(吉村委員①)
- 研修医のアンケートでは、研修病院のほうが評価が高い。大学病院は、教育、研究、診療の4つのうちの1つ。研修病院は、マンツーマンで、オン・ザ・ジョブのトレーニングで指導している。特定の研修病院は非常に高い給料を出す。中小病院があまり手術や救急をやらないため、大学病院に患者さんが殺到している。それで臨床はますます忙しくなって、研修医に手がなかなか回せない。この問題は、日本の医学教育、医療提供体制すべてにかかわる問題。(高久座長①)
- 話を伺っていると、大学病院は随分被害者意識を持っているように聞こえる。なぜそんなに大学病院は研修医に嫌われたのか。(辻本委員②)
- 大学の研修医は、いわゆる雑用が多い。古い医局制度に戻ただけで現状の問題が解決するというのは、ちょっと無理がある。(今井札幌医科大学長②)
- 大学病院の研修は厳しいと言われるが、雑用も大事。一番悲しいことは、給料が安いこと。(富田金沢医科大学附属病院長②)
- 研修医の1/3が500床以下の病院に行っている。教育の質を担保するためには、研修病院のベッド数を制限することが必要。法律で縛っている制度なのに病院によって処遇が違うのはおかしい。処遇を全国统一にすることが必要。しかし、根本的解決は、医師数、医療費、教育費を増やすこと。(嘉山委員②)
- 現場の人の生の声を集めてもらいたい。もし前倒しにすると、大学の教育の場面が増えるので、クラークをもっとたくさん雇うことが必要。「研修医のために、研修医のために」と言っても、実際に現場にいる医師たちは疲弊しているので考慮が必要。(武藤委員②)
- 大学病院で働く医師は、教員であり、医師として認められていない。医療体制全体の構造的な問題。(小川彰委員②)
- 学生はお金に目のくらむ存在であって都会を好むというのではなく、真剣に自分の将来を考えている。学生に選ばれるような大学病院になる必要がある。大学病院よりも一般の病院のほうが倫理に劣るというのも少しおかしい。(大熊委員②)
- 大学と大学以外という議論の仕方はやめていただきたい。(小川彰委員②)
- 研修医たちに、メンターとなる人がいるか、ローテーションを超えて本当に相談できるサポーターがいるかと聞いてみると、自分が本当に頼れるような人はいないということだった。(平出京都大学教授③)
- 最初に一緒に働いて、その文化に触れてお互いに知り合い、例えば当直している時に、夜中に一人きりで判断に困った時に、夜中でも電話できるようなメンターが必要。(平出京都大学教授③)
- 大学は、地域への医師の供給に重要な役割を果たしてきた。元々、大学病院の指導能力は高い。500床以上の病院を管理型として、それより小さな病院を協力病院として募集定員数を削減すべき。(平出京都大学教授③)

- 地方の大学を絡めての医療崩壊の根源は、国立大学病院のスタッフの処遇が非常に低いこと。人事院勧告のように医師の初任給を11%上げるということを国立大学でやったら、すべての病院が多分経営破綻になるという状況がある。だから、地方での大学病院の指導医のマンパワーの充実と処遇改善をすれば日本の医療の将来は明るくなる。(下條新潟大学長③)
- プログラムが細切れ、メンターの存在がはっきりしない、研修医の裁量権が発揮できる場面があまりないという問題点は、診療科が林立している大規模の病院や大学病院の問題であり、総合診療や総合病棟が機能しているような病院には研修医が集まっている。また、小規模病院の1人か2人しか研修医がいないところで、どういうふうなキャリアや研修のプロセスを組んでいくかという問題も大事なので、小さい病院だからいいというわけではないという指摘はもっとも。(矢崎委員③)
- ある程度の数の研修医がいないと、研修医は切磋琢磨できない。今回の研修制度についてはプログラムと施設については、見直しの一定の方向性だけは出してもらいたい。(吉村委員③)
- 参考人として病院の方を呼んでもらいたい。基礎データとして各県でどのように初期研修医の数が推移しているか、その中で大学病院と大学病院以外ではどのようになっているかという基礎データを出してもらいたい。(大熊委員③)
- 地域医療、特に僻地の医療というものを実際に若い先生方に見てもらいたい、体験してもらいたいという思いで、200床以下の病院が臨床研修指定病院に手を挙げている。(西澤委員③)
- 指導医の確保などを考えると大学との連携が必要。(小川克弘むつ総合病院長④)
- 大学には研修病院に派遣する中堅の医師、指導医がいない。理想と現実はかけ離れている。(小川彰委員④)
- 医局の力が弱まったのだから、大学のあり方を見直さなければならない。大学にはお金と人がもっと必要。(小川克弘むつ総合病院長④)
- 新しい制度になって研修医の臨床能力は向上している。研修病院よりも大学病院の研修医の方が向上の度合いが大きい。これは大学病院にメリットが大きかったのではないか。(福井委員④)
- 基本的な考え方として、臨床研修制度を含めて医師の育成・教育にはお金がかかることを盛り込むべき。研修の質の向上には指導医の処遇の改善が欠かせない。(齊藤委員④)
- 大学と研修病院の研修医数の差が何に起因しているのか検証が必要。(武藤委員④)
- 卒後臨床研修評価機構の調査でも研修病院の方が人気がある。大学も変わらなければならないのではないか。(高久座長④)
- 大学と研修病院の一番大きな違いは、給与等ではなく研修プログラムが良いかどうかといこと。(福井委員④)
- 施設基準の見直しについては、大学にも行い、プログラムを重視した見直しが必要。(大熊委員④)
- 国家資格を持った人間が非常勤なのはおかしい。一番難しいことをやっている大学の処遇が一番低い。大学の医師の処遇を改善しない限り大学が潰れてしまう。(嘉山委員④)
- 基本的考え方として、指導医の処遇改善、教育の経費がかかることを認識しないと話は進まない。(小川座長代理④)

4. 卒前・卒後の一貫教育について

- プライマリ・ケアは2年ではできず、4、5年かかる。プライマリ・ケアと専門医療の両方のバランスがないといけない。初期臨床研修と後期の臨床研修の一貫性がないといけない。(吉村委員①)
- 研修制度を前倒して医学部の5、6年で今の研修の1年目をやらせるというのが、1つの解決策としての具体的な案。このときにスチューデント・ドクターは、やる処置の範囲を決めてやればよい。(武藤委員②)
- 今回の研修制度をどうして変えたかという、専門の病気しか診ない、それ以外の領域は診ないというタイプの医師があまりにも目立ってきたので、将来、どういう専門分野に行くにしても、幅広い研修を受けてもらうというのがスターティングポイントだった。本当は1年でよかったのかもしれないが、卒前の臨床実習が大学によって非常にバラつきがあって、卒後2年間は必要ではないかということで2年間のプログラムを考えた。それが地域の医師不足の引き金になったというのは、ある程度はそうだろうが、ほかにもたくさんの要因がある中の1つだと思っている。もしプログラムを考えるとということならば、まず卒前教育卒前教育でどの程度の改善ができるかということ担保した上で、卒後教育を動かさなければならない。(福井委員②)
- 検証してみないといけないが、2年は大体妥当なところだろう。研修期間を1年にした場合、問題点は、医学教育が1年短くなるから、どういう教育をやるか、すなわちカリキュラムをどうするかということ。(能勢委員②)
- 医学教育は前倒しになって進んでいる。獲得しなければいけないコア・カリキュラムとアドバンスド・カリキュラムが設定され、全国で凸凹のあった医学教育がかなり均一化して、質の保証がされている。(嘉山委員②)
- この制度が入ったのは、専門分化が進みすぎたからプライマリ・ケアに対応できるような基本的なものを入れようということだった。研修が終わった後に、専門医をいかに養成するかをターゲットにして学部の教育と初期研修と後期研修を考えるとということ。大学の派遣というのは、派遣であると同時に、医師の養成の場でもある。大学は派遣をしているから悪いのではなくて、派遣をしながら養成してキャリアアップをしているのが崩れたところに、大きな問題があるのではないか。後期の研修につながるという意味で、1人とか2人の研修医の中小の病院を少し絞って、専門医が育つ所で、初期から後期につながる研修ができるようなシステムにしてもらいたい。(吉村委員②)
- プライマリ・ケアも本来、後期研修の中に入るべき。(高久座長②)
- 臨床研修制度については、学部教育の充実策とセットで見直すべきである。(下條新潟大学長③)
- キャリアが見えるように希望科をきちんと決めて研修に入るためには、卒前の臨床実習等が重要になる。(平出京都大学教授③)
- 医師を育てるためには現場で患者から学ぶということが原点になっている。「21世紀医学・医療懇談会」でも患者から学ぶ臨床実習を直接現場で学ばせるようにすべき、そのためには適切な進級評価認定システムをつくる必要があるということが提言された。これを受けて、平成13年にモデル・コア・カリキュラムが具体化され、それに基づいて臨床実習開始前の評価試験をやることになった。臨床実習のガイドラインもでき、臨床実習開始前の具体的な到達目標の設定をし、それに準拠して共用試験というシステムで強化することになった。知識についてはコンピュータを使った試験をやる。また、臨床技能については、平成17年から4回のトライアルを得た後、正式実習をスタートしたところ。(福田CATO副理事長③)
- 昨年、モデル・コア・カリキュラムの改訂が行われ、特に臨床実習の改善に向けた本格改訂が必要であるということが最終報告で提言された。臨床実習のワーキンググループでは、卒業時にどの辺まで到達しなければならないかということと、卒業生研修で何が求められているか、その整合性をきちんと合わせようというのが結論であった。(福田CATO副理事長③)

- 大学の先生方は自分の専門も大事だと思うが、少し視野を広げ、全体としてどういう方向に行ったらよいのかをよく考えてもらいたい。社会に対しては、現場に出さないと学生は育たない。100%を要求されたら、学生は現場に出ていけない。改めて医師養成はどうあるべきかを社会的にも十分検討してもらいたい。(福田CATO副理事長③)
- 全国医学部長病院長会議からの提言として「医師養成のためのグランドデザイン」を作成した。臨床研修制度だけを見直しても、卒前教育あるいは卒後の生涯教育を含めてデザインしないと、医学教育は成り立たないという観点である。この提言の内容は、1番、医学生の臨床実習開始前の医学知識、技能の評価、認定制度、これを共用試験として実効性のある資格制度として確立する。これはクリニカル・クラークシップの実施ができないのは法的な裏づけがないから。2番目に、医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、これを担保するものとして共用試験において、実効性のある資格制度として確立する。3番目は、全国共通の卒業到達目標の設定と評価の義務づけによる医師国家試験の見直し。これは共用試験と国家試験に整合性がないということ。4番目は、新臨床研修制度の理念を見直すこと。基本的臨床・診療能力の涵養と専門的研修の導入期として位置づけて再編する。そしてシステムとしては研修指定病院基準、あるいはマッチング制度の見直しと地域別定数及び厳格な評価の導入をしていくということ。それから医学研究の将来的低迷への危惧と基礎系、臨床系大学院の充実。この提言に沿って臨床研修のデザインの見直しを進めてもらいたい。(小川彰委員③)
- 卒後臨床研修から後期研修まで一体化したシステムをつくらなければならない。初期臨床研修の病院は、情報公開されているが、後期研修に関してはまとまった情報がなく、そういうシステムを整備することが必要ではないか。具体的には、地方ごとに大学病院が中心となって、中核病院と協力してもっと研修の内容や医師のキャリアパスも含めたコンソーシアムや地方の研修医が卒後からめぐって歩けるようなシステムを形成しなければならない。マッチングの問題も初期臨床プラス後期臨床も含めてマッチングをすることも可能性として考えられる。後期研修の枠組みを学会レベルではなく、早急につくって、情報をしっかり集約して、今ある臨床研修にプラス後期臨床研修をどうつなげていくかということ、地域ごとに考えていかなければならない。(矢崎委員③)
- 共用試験をパスした方々には、仮免許のようなものを出して、医療行為に近いことができるというお墨つきを出してもらいたい。文部科学省も厚生労働省も、そのことを国民に向かって発信して、医療行為に近いことを学生がするのは当たり前だと思ってもらえるような環境づくりをお願いしたい。(福井委員③)
- どのレベルで共用試験を合格させているか、今調査をかけている。例えばCBTを50点で合格されているとしたら、社会はどう見るかということをよく考えなければならない。この判断は大学に任せているが、その合意をもう少し高いレベルで標準化されてくれば対応することもやぶさかではない。ただ、大学によってかなり差があるというのが現状で、そこをどう把握をしていくかが問題。(福田CATO副理事長③)
- 国家試験で専門医レベルを超えている問題がたくさん出るようになってきた。これは出題している先生方の感覚の問題だと思っている。国家試験の内容をもう少し大学の先生方によく考えてもらわなければならない。福井先生のご提言に関しては、行く行くはそうできればよいが、法的根拠をどうするかというのは非常に難しい。(福田CATO副理事長③)
- 研修の期間を、もし1年にするならば前倒しで学部教育をもっときちんとすることが条件。(武藤委員③)
- 福田先生の発表の中で、大学がまだ変わってない、教育でまた元へ戻ってしまったのではないかとショックを受けた。(嘉山委員③)
- CBTでは臨床推論的なことの得点が低い。これは昔に戻ったというよりも、少しよくなってきたが、まだ十分ではないということ。(福田CATO副理事長③)

- クリニカル・クラークシップについては、福田先生にOSCEとCBTの検証をしてもらって、法改正を含む後押しのエビデンスをつくってもらいたい。同時に各大学でのクリニカル・クラークシップのあり方を見詰めてもらった延長線上に卒後研修がある。(永井委員③)
- 大学の医学教育の中においても、大学病院のカリキュラムにおいても、一般の方たちの協力を得るという意識が希薄ではないのかという印象を持っている。共用試験をクリアした人には一定の業務をという話があったが、今の国民の不信感の中ではなかなか解決できる問題ではないと思っている。ただ、最近患者の側も冷静になろうという萌芽が見えてきているので、まさにチャンスの時だとも思う。しかし、厚労省とか文科省が上意下達的に国民に知らしめても、それで納得できるような状況にはないということを理解願いたい。(辻本委員③)
- 医師を増やすにあたって、総合医を育成する体制を作るべきではないか。(小川克弘むつ総合病院長④)
- 2年を1年にするにしても、卒前教育の体制をかなり改革しなければならない。(武藤委員④)
- 基本的な考え方の部分に、勤務医、開業医の偏在についても盛り込むべき。総合医をどう養成していくかについても書き込んでもらいたい。後期研修医以降の身分、処遇が保証されていないので、しっかりしたものにすべき。(永井委員④)
- 総合医が増えることによって、難易度の高い医療や医学研究が衰えることが危惧される。国民がどのような医療を求めているかということに基づいて、生涯教育がうまくいくように制度を見直すべき。(嘉山委員④)
- CBT、OSCE等の医学教育にどれだけのものを求めるか、その上に臨床研修をのせる必要がある。(能勢委員④)
- CBT、OSCE、卒業試験、国家試験を急速に見直すことは難しいので、現状の中で初期研修をどうするかということを考えざるをえない。(高久座長④)
- 後期研修では、総合医を含めた専門医をバランス良く養成する必要がある。(吉村委員④)

5. 議論の進め方について

- 臨床研修制度が始まる時から、これを実行すれば日本の地域医療は崩壊するだろう、田舎から医者がいなくなるだろう、科の偏在も起きるだろうと言っていた。全身状態が診れないようなものが診れるようになったとか、そういういい点はあった。この委員会でどのように臨床研修制度を変えたらいいのかというスタンスでやったほうがよい。(嘉山委員①)
- 医師を養成するという点については質と数の問題もあり、地域医療での医師不足という問題はあ
るが、これらは個別の問題として、この委員会では、枠組みをどのようにつくっていくのかとい
うことを根本的に考えておかないと、これからの医療供給はうまくいかない。この委員会で文科省と
厚労省とが合同して、連携しながら検討できたらよい。(能勢委員①)
- 制度改革は、研修医あるいは指導医側の理解も重要だが、国民の共感や理解がないと進んでいけな
い。どのような医師を国民が望んでいるのかというのが、非常に重要なこと。もう一つ重要なのが、
どのような医療体制を国民の方が今望んでいるのか。オン・ザ・ジョブのトレーニングの中で、地
域を巻き込んだ部分を大学、大きな研修病院も含めて考えてなければ、国民の理解や共感が得られ
ない。(永井委員①)
- 医師を養成する側と、医療の体制をつくる側とが、一緒になってどのようにしていけばいいかとい
うことを考え、地方にある大学、都会にある大学といろいろな形で進めていくのがよく、枠組みも
新しい概念でやらないといけない。(能勢委員①)
- 目的は国民、社会の理解をいかに得るかということであり、そのためには、国民に社会を理解させ
るために客観性のある、国際的に通用するデータを提示して、現状を知らせることによって現場の
意見も的確に伝え、そして社会、国民がいかに判定するかということが肝要。(小川座長代理①)
- 現場の初期研修医のアンケート回答率が低く、ほんとうに信頼していいかどうか、このままのデー
タを現場の意見として考えていいかどうか検討してもらいたい。(武藤委員③)
- 制度設計に、変更は必須の課題であって、そのときの状況で見直す必要がある。(矢崎委員③)
- 各論で研修制度をどうするかということではなく、その背景には地方における医療崩壊という実情
があることを前提にして、この委員会が立ち上がっているのだから、そういうところに戻って議論して
いかなければならない。(小川彰委員③)
- 臨床実習がいまだに医学教育の現場の中で定着せず、後退をしているという現状から、卒前の医学
教育から卒後の教育、そして生涯教育につながるきちんとした全体の制度設計の中で議論を進めて
いかなければならない。(小川彰委員③)
- 診療科の偏在、地域の偏在、勤務形態(勤務医と開業医)の偏在という3つの偏在に卒後研修制度
がどのくらい関わっているのか、その3つの偏在に対して解消する、影響する部分があるかどうか
という議論をしていく必要がある。(永井委員③)
- 限られた期間にある程度まとめなければならぬとすると、全部の問題をここで議論することは到
底不可能。初期研修の問題を主に議論せざるを得ない。自分が専門に行くところをどの程度優先す
るのかという問題を最終的には報告書としては絞らざるを得ない。(高久座長③)
- 見直しにあたっては、臨床研修の基本理念を後退させてはならない。むしろ、いかに充実させてい
くかという見直しが必要。(小川克弘むつ総合病院長④)
- 研修制度のすぐできる手直しとして、マッチングの手直し。募集枠を9,000程度までに絞って、質の
高い研修病院を残す。その際に、地域分布、人口を考慮する。数年かかる手直しとして、臨床実習
の質の改善と、国家試験を知識重視型から実技重視型に変えること。そして最後に、卒後研修の内
容・期間について検討してはどうか。(福井委員④)
- 少なくとも2年間は処遇が保証された研修制度があるのだから、この制度を有効に使うべき。(高
久座長④)
- この検討会の場では時間が限られているので、私と事務局で質問を整理して、各関係団体に具体的
な質問を出して、次回の検討会までには意見をもらって、それを踏まえて報告書をまとめていき
たい。(高久座長④)

アンケート調査の実施状況

1. 回収状況(平成20年12月26日現在)

大 学 : 調査対象80施設中80施設が回答

臨床研修病院 : 調査対象80施設中80施設が回答

		医学生	初期研修医	卒後3-5年 目の医師	指導医	プログラム責 任者	医学部長	病院長	合計
(大 80 施設 分) 学	配布数	7,644	2,358	2,515	3,144	371	80	80	16,192
	回収数	5,257	1,425	1,145	2,102	341	77	74	10,421
	回収率	68.8%	60.4%	45.5%	66.9%	91.9%	96.3%	92.5%	64.4%
(臨 床 研 修 病 院 80 施設 分)	配布数		678	391	1,081	126		78	2,354
	回収数		436	203	685	119		73	1,516
	回収率		64.3%	51.9%	63.4%	94.4%		93.6%	64.4%
(合 160 施設 分)	配布数	7,644	3,036	2,906	4,225	497	80	158	18,546
	回収数	5,257	1,861	1,348	2,787	460	77	147	11,937
	回収率	68.8%	61.3%	46.4%	66.0%	92.6%	96.3%	93.0%	64.4%

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問10 全病院が同じ給与になった場合、病院の選択が変わるか

1 選択は変わらない	4,090	77.8%	2,227	84.0%	1,863	71.5%	1,169	82.0%	333	76.4%	899	78.5%	176	86.7%																
2 選択が変わる	1,151	21.9%	410	15.5%	741	28.4%	239	16.8%	98	22.5%	237	20.7%	25	12.3%																
無回答	16	0.3%	13	0.5%	3	0.1%	17	1.2%	5	1.1%	9	0.8%	2	1.0%																
回答人数	5,257	100.0%	2,650	100.0%	2,607	100.0%	1,425	100.0%	436	100.0%	1,145	100.0%	203	100.0%																

問11 変わる場合、どのような地域の病院を選ぶか

1 大都市圏の病院	596	51.8%	243	59.3%	353	47.6%	125	52.3%	48	49.0%	124	52.3%	17	68.0%																
2 卒業した大学のある都道府県の病院	334	29.0%	95	23.2%	239	32.3%	63	26.4%	29	29.6%	69	29.1%	3	12.0%																
3 医師不足地域の病院	67	5.8%	22	5.4%	45	6.1%	19	7.9%	5	5.1%	11	4.6%	3	12.0%																
4 その他	138	12.0%	43	10.5%	95	12.8%	29	12.1%	15	15.3%	27	11.4%	2	8.0%																
無回答	16	1.4%	7	1.7%	9	1.2%	3	1.3%	1	1.0%	6	2.5%	0	0.0%																
回答人数	1,151	100.0%	410	100.0%	741	100.0%	239	100.0%	98	100.0%	237	100.0%	25	100.0%																

問12 変わる場合、どのような種類の病院を選ぶか

1 大学病院	451	39.2%	202	49.3%	249	33.6%	105	43.9%	24	24.5%	70	29.5%	3	12.0%																
2 臨床研修病院	635	55.2%	181	44.1%	454	61.3%	114	47.7%	72	73.5%	151	63.7%	20	80.0%																
3 その他	40	3.5%	15	3.7%	25	3.4%	17	7.1%	1	1.0%	9	3.8%	1	4.0%																
無回答	25	2.2%	12	2.9%	13	1.8%	3	1.3%	1	1.0%	7	3.0%	1	4.0%																
回答人数	1,151	100.0%	410	100.0%	741	100.0%	239	100.0%	98	100.0%	237	100.0%	25	100.0%																

問14 初期研修修了後の研修の場として希望する(行っている)病院等の種別

1 卒業した大学の大学病院	2,040	38.8%	1,303	49.2%	737	28.3%	721	50.6%	109	25.0%	687	60.0%	12	5.9%																
2 卒業した大学以外の大学病院	1,154	22.0%	715	27.0%	439	16.8%	302	21.2%	71	16.3%	282	24.6%	9	4.4%																
3 大学病院以外の病院	1,885	35.9%	535	20.2%	1,350	51.8%	346	24.3%	236	54.1%	151	13.2%	177	87.2%																
4 診療所等を開設	23	0.4%	13	0.5%	10	0.4%	2	0.1%	3	0.7%	2	0.2%	2	1.0%																
5 臨床医以外の進路	81	1.5%	45	1.7%	36	1.4%	18	1.3%	3	0.7%	1	0.1%	1	0.5%																
無回答	74	1.4%	39	1.5%	35	1.3%	36	2.5%	14	3.2%	22	1.9%	2	1.0%																
回答人数	5,257	100.0%	2,650	100.0%	2,607	100.0%	1,425	100.0%	436	100.0%	1,145	100.0%	203	100.0%																

	医学生				初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問18 医師不足といわれている診療科を選択(変更)するか

1 条件が合えば選択したい	3,499	66.6%	1,709	64.5%	1,790	68.7%	796	55.9%	252	57.8%	449	39.2%	74	36.5%												
2 条件にかかわらず選択しない	1,017	19.3%	575	21.7%	442	17.0%	385	27.0%	87	20.0%	350	30.6%	55	27.1%												
3 現在医師不足の診療科に従事している	683	13.0%	334	12.6%	349	13.4%	224	15.7%	92	21.1%	328	28.6%	72	35.5%												
無回答	58	1.1%	32	1.2%	26	1.0%	20	1.4%	5	1.1%	18	1.6%	2	1.0%												
回答人数	5,257	100.0%	2,650	100.0%	2,607	100.0%	1,425	100.0%	436	100.0%	1,145	100.0%	203	100.0%												

問19 医師不足の診療科に従事するのに必要な条件

1 給与・処遇がよい	2,229	63.7%	1,062	62.1%	1,167	65.2%	490	61.6%	156	61.9%	276	61.5%	49	66.2%												
2 自由になる時間が多い	1,398	40.0%	677	39.6%	721	40.3%	377	47.4%	127	50.4%	215	47.9%	34	45.9%												
3 訴訟が少ない	1,483	42.4%	722	42.2%	761	42.5%	311	39.1%	104	41.3%	179	39.9%	33	44.6%												
4 医学部在学中に奨学金が用意されている	176	5.0%	76	4.4%	100	5.6%	19	2.4%	6	2.4%	14	3.1%	2	2.7%												
5 十分な事前研修が受けられる	1,714	49.0%	843	49.3%	871	48.7%	343	43.1%	123	48.8%	212	47.2%	34	45.9%												
6 その他	255	7.3%	134	7.8%	121	6.8%	82	10.3%	19	7.5%	38	8.5%	11	14.9%												
無回答	196	5.6%	87	5.1%	109	6.1%	47	5.9%	14	5.6%	26	5.8%	4	5.4%												
回答人数	3,499	100.0%	1,709	100.0%	1,790	100.0%	796	100.0%	252	100.0%	449	100.0%	74	100.0%												

問21 現在勤務している病院等の種別

1 卒業した大学の大学病院															1,427	67.9%	0	0.0%	192	56.3%	0	0.0%	37	48.1%	29	39.2%	0	0.0%
2 卒業した大学以外の大学病院															594	28.3%	9	1.3%	135	39.6%	2	1.7%	36	46.8%	44	59.5%	1	1.4%
3 臨床研修病院															4	0.2%	654	95.5%	4	1.2%	113	95.0%	0	0.0%	0	0.0%	68	93.2%
無回答															77	3.7%	22	3.2%	10	2.9%	4	3.4%	4	5.2%	1	1.4%	4	5.5%
回答人数															2,102	100.0%	685	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
問22 現在専門としている診療科または基礎系の分野																												
1	内科														45	2.1%	21	3.1%	14	4.1%	10	8.4%	2	2.6%	2	2.7%	7	9.6%
2	呼吸器内科														58	2.8%	20	2.9%	7	2.1%	4	3.4%	2	2.6%	1	1.4%	4	5.5%
3	循環器内科														87	4.1%	45	6.6%	21	6.2%	11	9.2%	0	0.0%	6	8.1%	5	6.8%
4	消化器内科(胃腸内科)														116	5.5%	42	6.1%	15	4.4%	7	5.9%	5	6.5%	4	5.4%	6	8.2%
5	腎臓内科														54	2.6%	17	2.5%	6	1.8%	3	2.5%	2	2.6%	0	0.0%	2	2.7%
6	神経内科														63	3.0%	23	3.4%	14	4.1%	4	3.4%	4	5.2%	1	1.4%	0	0.0%
7	糖尿病内科(代謝内科)														65	3.1%	22	3.2%	11	3.2%	3	2.5%	3	3.9%	5	6.8%	1	1.4%
8	血液内科														50	2.4%	18	2.6%	8	2.3%	3	2.5%	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%
9	皮膚科														82	3.9%	17	2.5%	7	2.1%	2	1.7%	2	2.6%	3	4.1%	0	0.0%
10	アレルギー科														2	0.1%	1	0.1%	1	0.3%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
11	リウマチ科														28	1.3%	5	0.7%	3	0.9%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
12	感染症内科														9	0.4%	1	0.1%	3	0.9%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
13	小児科														87	4.1%	50	7.3%	21	6.2%	8	6.7%	6	7.8%	4	5.4%	2	2.7%
14	精神科														87	4.1%	19	2.8%	9	2.6%	2	1.7%	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%
15	心療内科														4	0.2%	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%
16	外科														42	2.0%	30	4.4%	5	1.5%	9	7.6%	2	2.6%	2	2.7%	7	9.6%
17	呼吸器外科														46	2.2%	13	1.9%	6	1.8%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%
18	心臓血管外科														58	2.8%	9	1.3%	9	2.6%	1	0.8%	0	0.0%	1	1.4%	5	6.8%
19	乳腺外科														21	1.0%	3	0.4%	3	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%
20	気管食道外科														0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
21	消化器外科														79	3.8%	28	4.1%	16	4.7%	4	3.4%	0	0.0%	6	8.1%	5	6.8%
22	泌尿器科														66	3.1%	24	3.5%	9	2.6%	1	0.8%	2	2.6%	4	5.4%	2	2.7%
23	肛門外科														1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
24	脳神経外科														73	3.5%	28	4.1%	15	4.4%	4	3.4%	5	6.5%	7	9.5%	8	11.0%
25	整形外科														78	3.7%	24	3.5%	15	4.4%	2	1.7%	1	1.3%	9	12.2%	3	4.1%
26	形成外科														42	2.0%	8	1.2%	7	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%

	医学生				初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長 (大学)		病院長								
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院				研修病院								
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合							
問22 現在専門としている診療科または基礎系の分野																															
27	美容外科													0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
28	眼科													68	3.2%	13	1.9%	6	1.8%	1	0.8%	1	1.3%	3	4.1%	1	1.4%				
29	耳鼻いんこう科													72	3.4%	17	2.5%	6	1.8%	1	0.8%	1	1.3%	2	2.7%	0	0.0%				
30	小児外科													33	1.6%	7	1.0%	4	1.2%	1	0.8%	0	0.0%	1	1.4%	1	1.4%				
31	産婦人科													78	3.7%	32	4.7%	17	5.0%	7	5.9%	1	1.3%	1	1.4%	2	2.7%				
32	産科													13	0.6%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
33	婦人科													12	0.6%	2	0.3%	3	0.9%	0	0.0%	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
34	リハビリテーション科													24	1.1%	3	0.4%	2	0.6%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
35	放射線科													81	3.9%	20	2.9%	9	2.6%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
36	麻酔科													96	4.6%	40	5.8%	13	3.8%	7	5.9%	0	0.0%	6	8.1%	3	4.1%				
37	病理診断科													42	2.0%	4	0.6%	1	0.3%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
38	臨床検査科													20	1.0%	4	0.6%	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
39	救急科													64	3.0%	28	4.1%	13	3.8%	5	4.2%	1	1.3%	1	1.4%	0	0.0%				
40	総合診療(科)													41	2.0%	8	1.2%	26	7.6%	7	5.9%	0	0.0%	1	1.4%	1	1.4%				
41	解剖学													0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	3.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
42	生理学													0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	6.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
43	生化学													0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	10.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
44	薬理学													1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
45	病理学													4	0.2%	2	0.3%	1	0.3%	0	0.0%	4	5.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
46	法医学													0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
47	微生物学													0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	6.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
48	寄生虫学													1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
49	衛生学・公衆衛生学													5	0.2%	0	0.0%	2	0.6%	0	0.0%	3	3.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
50	行政機関													0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	無回答													104	4.9%	35	5.1%	11	3.2%	5	4.2%	3	3.9%	2	2.7%	6	8.2%				
	回答人数													2,102	100.0%	685	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%				

	医学生				初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長(大学)		病院長				
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数

問23 研修制度導入による総合的診療能力の変化

1 高くなった												128	11.2%	33	16.3%	143	6.8%	142	20.7%	33	9.7%	38	31.9%	3	3.9%	5	6.8%	36	49.3%
2 どちらかといえば高くなった												302	26.4%	71	35.0%	413	19.6%	170	24.8%	74	21.7%	34	28.6%	10	13.0%	11	14.9%	13	17.8%
3 どちらかといえば低くなった												68	5.9%	6	3.0%	301	14.3%	53	7.7%	45	13.2%	6	5.0%	10	13.0%	15	20.3%	2	2.7%
4 低くなった												76	6.6%	8	3.9%	374	17.8%	48	7.0%	48	14.1%	8	6.7%	14	18.2%	6	8.1%	1	1.4%
5 どちらともいえない												312	27.2%	45	22.2%	650	30.9%	186	27.2%	115	33.7%	27	22.7%	28	36.4%	31	41.9%	14	19.2%
6 わからない												194	16.9%	32	15.8%	92	4.4%	50	7.3%	12	3.5%	2	1.7%	8	10.4%	2	2.7%	2	2.7%
無回答												65	5.7%	8	3.9%	129	6.1%	36	5.3%	14	4.1%	4	3.4%	4	5.2%	4	5.4%	5	6.8%
回答人数												1,145	100.0%	203	100.0%	2,102	100.0%	685	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%

問24 現在の初期研修の期間について

1 現状が良い	1,631	31.0%	752	28.4%	879	33.7%	346	24.3%	141	32.3%	299	26.1%	64	31.5%	505	24.0%	277	40.4%	82	24.0%	55	46.2%	10	13.0%	10	13.5%	44	60.3%
2 一定の条件の下に短縮したほうが良い	1,015	19.3%	556	21.0%	459	17.6%	343	24.1%	76	17.4%	258	22.5%	45	22.2%	788	37.5%	184	26.9%	158	46.3%	27	22.7%	52	67.5%	52	70.3%	17	23.3%
3 一定の条件の下に延長したほうが良い	73	1.4%	28	1.1%	45	1.7%	25	1.8%	10	2.3%	26	2.3%	2	1.0%	51	2.4%	25	3.6%	5	1.5%	9	7.6%	0	0.0%	1	1.4%	4	5.5%
4 様々な研修期間から選択できるほうが良い	1,180	22.4%	630	23.8%	550	21.1%	437	30.7%	125	28.7%	348	30.4%	58	28.6%	432	20.6%	126	18.4%	52	15.2%	17	14.3%	8	10.4%	3	4.1%	4	5.5%
5 わからない	1,048	19.9%	525	19.8%	523	20.1%	181	12.7%	54	12.4%	148	12.9%	22	10.8%	122	5.8%	31	4.5%	6	1.8%	3	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
6 その他	144	2.7%	77	2.9%	67	2.6%	50	3.5%	11	2.5%	50	4.4%	11	5.4%	190	9.0%	40	5.8%	34	10.0%	6	5.0%	7	9.1%	7	9.5%	3	4.1%
無回答	166	3.2%	82	3.1%	84	3.2%	43	3.0%	19	4.4%	16	1.4%	1	0.5%	14	0.7%	2	0.3%	4	1.2%	2	1.7%	0	0.0%	1	1.4%	1	1.4%
回答人数	5,257	100.0%	2,650	100.0%	2,607	100.0%	1,425	100.0%	436	100.0%	1,145	100.0%	203	100.0%	2,102	100.0%	685	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%

	医学生				初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長 (大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院				研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問25 初期研修の必修科目について

1	現状が良い	1,815	34.5%	876	33.1%	939	36.0%	303	21.3%	111	25.5%	264	23.1%	54	26.6%	470	22.4%	193	28.2%	57	16.7%	31	26.1%	7	9.1%	9	12.2%	24	32.9%
2	必修科目を少なくしたほうが良い	958	18.2%	470	17.7%	488	18.7%	391	27.4%	109	25.0%	325	28.4%	65	32.0%	722	34.3%	246	35.9%	163	47.8%	48	40.3%	33	42.9%	36	48.6%	23	31.5%
3	必修科目を多くしたほうが良い	95	1.8%	45	1.7%	50	1.9%	27	1.9%	6	1.4%	23	2.0%	7	3.4%	41	2.0%	18	2.6%	4	1.2%	2	1.7%	2	2.6%	1	1.4%	4	5.5%
4	もっと自由に診療科を選択できるほうが良い	1,574	29.9%	832	31.4%	742	28.5%	529	37.1%	153	35.1%	397	34.7%	54	26.6%	626	29.8%	162	23.6%	90	26.4%	25	21.0%	31	40.3%	21	28.4%	18	24.7%
5	わからない	554	10.5%	299	11.3%	255	9.8%	78	5.5%	21	4.8%	65	5.7%	8	3.9%	65	3.1%	13	1.9%	2	0.6%	2	1.7%	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%
6	その他	99	1.9%	48	1.8%	51	2.0%	55	3.9%	16	3.7%	55	4.8%	13	6.4%	166	7.9%	48	7.0%	23	6.7%	10	8.4%	3	3.9%	5	6.8%	4	5.5%
	無回答	162	3.1%	80	3.0%	82	3.1%	42	2.9%	20	4.6%	16	1.4%	2	1.0%	12	0.6%	5	0.7%	2	0.6%	1	0.8%	1	1.3%	1	1.4%	0	0.0%
	回答人数	5,257	100.0%	2,650	100.0%	2,607	100.0%	1,425	100.0%	436	100.0%	1,145	100.0%	203	100.0%	2,102	100.0%	685	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%

問26 医師の計画配置について

1	賛成	396	7.5%	214	8.1%	182	7.0%	53	3.7%	14	3.2%	33	2.9%	0	0.0%	84	4.0%	17	2.5%	13	3.8%	2	1.7%	3	3.9%	4	5.4%	3	4.1%
2	一定の時期・期間であれば賛成	1,304	24.8%	659	24.9%	645	24.7%	300	21.1%	112	25.7%	241	21.0%	48	23.6%	419	19.9%	149	21.8%	70	20.5%	29	24.4%	17	22.1%	18	24.3%	26	35.6%
3	インセンティブとの組み合わせなら賛成	693	13.2%	319	12.0%	374	14.3%	163	11.4%	69	15.8%	155	13.5%	35	17.2%	386	18.4%	136	19.9%	72	21.1%	24	20.2%	12	15.6%	11	14.9%	17	23.3%
4	反対	2,575	49.0%	1,304	49.2%	1,271	48.8%	838	58.8%	212	48.6%	668	58.3%	109	53.7%	1,122	53.4%	359	52.4%	176	51.6%	54	45.4%	36	46.8%	37	50.0%	22	30.1%
5	その他	104	2.0%	63	2.4%	41	1.6%	26	1.8%	8	1.8%	28	2.4%	9	4.4%	75	3.6%	20	2.9%	8	2.3%	8	6.7%	6	7.8%	3	4.1%	4	5.5%
	無回答	185	3.5%	91	3.4%	94	3.6%	45	3.2%	21	4.8%	20	1.7%	2	1.0%	16	0.8%	4	0.6%	2	0.6%	2	1.7%	3	3.9%	1	1.4%	1	1.4%
	回答人数	5,257	100.0%	2,650	100.0%	2,607	100.0%	1,425	100.0%	436	100.0%	1,145	100.0%	203	100.0%	2,102	100.0%	685	100.0%	341	100.0%	119	100.0%	77	100.0%	74	100.0%	73	100.0%

	医学生						初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長 (大学)		病院長			
	全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合

問27 インセンティブについて

1	処遇・待遇（給与）がよい	529	76.3%	245	76.8%	284	75.9%	133	81.6%	54	78.3%	136	87.7%	30	85.7%	313	81.1%	106	77.9%	60	83.3%	22	91.7%	10	83.3%	7	63.6%	11	64.7%		
2	他の地域や病院での研修の機会がある	396	57.1%	165	51.7%	231	61.8%	87	53.4%	43	62.3%	77	49.7%	20	57.1%	221	57.3%	78	57.4%	40	55.6%	16	66.7%	6	50.0%	9	81.8%	14	82.4%		
3	先端医療を修得する機会がある	314	45.3%	136	42.6%	178	47.6%	66	40.5%	30	43.5%	75	48.4%	12	34.3%	224	58.0%	75	55.1%	34	47.2%	9	37.5%	5	41.7%	7	63.6%	9	52.9%		
4	事前に地域医療に従事する研修期間がある	189	27.3%	80	25.1%	109	29.1%	29	17.8%	17	24.6%	24	15.5%	6	17.1%	61	15.8%	31	22.8%	16	22.2%	10	41.7%	5	41.7%	4	36.4%	7	41.2%		
5	地域医療に従事した後に留学できる	137	19.8%	56	17.6%	81	21.7%	28	17.2%	13	18.8%	21	13.5%	8	22.9%	102	26.4%	23	16.9%	17	23.6%	7	29.2%	4	33.3%	3	27.3%	6	35.3%		
6	サバティカル休暇がある	304	43.9%	134	42.0%	170	45.5%	93	57.1%	35	50.7%	74	47.7%	19	54.3%	147	38.1%	58	42.6%	26	36.1%	9	37.5%	4	33.3%	4	36.4%	6	35.3%		
7	専門医取得につながる	389	56.1%	171	53.6%	218	58.3%	78	47.9%	43	62.3%	88	56.8%	21	60.0%	210	54.4%	79	58.1%	38	52.8%	17	70.8%	9	75.0%	7	63.6%	14	82.4%		
8	医学部在学中に奨学金が用意されている	103	14.9%	49	15.4%	54	14.4%	19	11.7%	9	13.0%	27	17.4%	3	8.6%	90	23.3%	22	16.2%	18	25.0%	3	12.5%	7	58.3%	3	27.3%	8	47.1%		
9	子どもの教育環境が整備されている	346	49.9%	157	49.2%	189	50.5%	73	44.8%	36	52.2%	65	41.9%	17	48.6%	180	46.6%	60	44.1%	32	44.4%	13	54.2%	5	41.7%	2	18.2%	6	35.3%		
10	居住環境が整備されている	384	55.4%	184	57.7%	200	53.5%	90	55.2%	46	66.7%	98	63.2%	25	71.4%	227	58.8%	78	57.4%	45	62.5%	15	62.5%	5	41.7%	4	36.4%	8	47.1%		
11	単身赴任に対して補助がある	292	42.1%	140	43.9%	152	40.6%	67	41.1%	37	53.6%	68	43.9%	16	45.7%	168	43.5%	56	41.2%	26	36.1%	12	50.0%	3	25.0%	1	9.1%	2	11.8%		
12	その他	15	2.2%	8	2.5%	7	1.9%	1	0.6%	2	2.9%	6	3.9%	0	0.0%	13	3.4%	5	3.7%	4	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	無回答	6	0.9%	2	0.6%	4	1.1%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	3	0.8%	4	2.9%	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	回答人数	693	100.0%	319	100.0%	374	100.0%	163	100.0%	69	100.0%	155	100.0%	35	100.0%	386	100.0%	136	100.0%	72	100.0%	24	100.0%	12	100.0%	11	100.0%	17	100.0%		

問28 医師不足地域に従事することについて

1	条件が合えば従事したい	3,732	71.0%	1,828	69.0%	1,904	73.0%	942	66.1%	285	65.4%	682	59.6%	119	58.6%	1,016	48.3%	285	41.6%	149	43.7%	51	42.9%						
2	条件にかかわらず希望しない	1,057	20.1%	605	22.8%	452	17.3%	322	22.6%	67	15.4%	301	26.3%	40	19.7%	721	34.3%	188	27.4%	127	37.2%	31	26.1%						
3	現在医師不足地域の医療に従事している	241	4.6%	109	4.1%	132	5.1%	102	7.2%	62	14.2%	136	11.9%	40	19.7%	297	14.1%	180	26.3%	56	16.4%	31	26.1%						
	無回答	227	4.3%	108	4.1%	119	4.6%	59	4.1%	22	5.0%	26	2.3%	4	2.0%	68	3.2%	32	4.7%	9	2.6%	6	5.0%						
	回答人数	5,257	100.0%	2,650	100.0%	2,607	100.0%	1,425	100.0%	436	100.0%	1,145	100.0%	203	100.0%	2,102	100.0%	685	100.0%	341	100.0%	119	100.0%						

		医学生				初期研修医				卒後3-5年目の医師				指導医				プログラム責任者				医学部長 (大学)		病院長					
		全体		大学病院を選択		研修病院を選択		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院		大学病院		研修病院			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
問29 医師不足地域に従事するのに必要な条件																													
1	子どもの教育環境が整備されている	2,100	56.3%	1,006	55.0%	1,094	57.5%	455	48.3%	145	50.9%	333	48.8%	61	51.3%	466	45.9%	110	38.6%	45	30.2%	13	25.5%						
2	居住環境が整備されている	2,158	57.8%	1,049	57.4%	1,109	58.2%	534	56.7%	174	61.1%	398	58.4%	79	66.4%	572	56.3%	168	58.9%	82	55.0%	28	54.9%						
3	処遇・待遇（給与）がよい	2,440	65.4%	1,185	64.8%	1,255	65.9%	631	67.0%	207	72.6%	515	75.5%	87	73.1%	803	79.0%	227	79.6%	109	73.2%	30	58.8%						
4	単身赴任に対して補助がある	1,011	27.1%	493	27.0%	518	27.2%	238	25.3%	86	30.2%	170	24.9%	30	25.2%	284	28.0%	82	28.8%	45	30.2%	16	31.4%						
5	配偶者の同意がある	1,772	47.5%	799	43.7%	973	51.1%	410	43.5%	137	48.1%	335	49.1%	59	49.6%	515	50.7%	153	53.7%	85	57.0%	30	58.8%						
6	出身地である	704	18.9%	353	19.3%	351	18.4%	161	17.1%	39	13.7%	101	14.8%	18	15.1%	104	10.2%	19	6.7%	16	10.7%	6	11.8%						
7	現在の生活圏から近い	731	19.6%	369	20.2%	362	19.0%	200	21.2%	60	21.1%	136	19.9%	21	17.6%	237	23.3%	70	24.6%	34	22.8%	14	27.5%						
8	事前に地域医療に従事する研修期間がある	788	21.1%	393	21.5%	395	20.7%	160	17.0%	50	17.5%	106	15.5%	17	14.3%	117	11.5%	42	14.7%	27	18.1%	8	15.7%						
9	先端医療を修得する機会がある	1,038	27.8%	487	26.6%	551	28.9%	236	25.1%	83	29.1%	190	27.9%	43	36.1%	238	23.4%	51	17.9%	27	18.1%	7	13.7%						
10	他病院とのネットワーク・連携がある	1,630	43.7%	796	43.5%	834	43.8%	430	45.6%	121	42.5%	323	47.4%	56	47.1%	506	49.8%	155	54.4%	78	52.3%	29	56.9%						
11	自分と交代できる医師がいる	2,095	56.1%	997	54.5%	1,098	57.7%	572	60.7%	175	61.4%	426	62.5%	83	69.7%	659	64.9%	199	69.8%	92	61.7%	37	72.5%						
12	病院の施設・整備が整っている	1,153	30.9%	555	30.4%	598	31.4%	331	35.1%	116	40.7%	249	36.5%	53	44.5%	431	42.4%	112	39.3%	58	38.9%	18	35.3%						
13	地域医療に従事した後に留学できる	340	9.1%	136	7.4%	204	10.7%	54	5.7%	18	6.3%	36	5.3%	9	7.6%	56	5.5%	4	1.4%	6	4.0%	0	0.0%						
14	サバティカル休暇がある	928	24.9%	421	23.0%	507	26.6%	278	29.5%	87	30.5%	199	29.2%	36	30.3%	292	28.7%	99	34.7%	47	31.5%	14	27.5%						
15	地域の中核病院である	454	12.2%	181	9.9%	273	14.3%	83	8.8%	37	13.0%	107	15.7%	17	14.3%	188	18.5%	48	16.8%	27	18.1%	5	9.8%						
16	入院のない小規模の診療所である	108	2.9%	57	3.1%	51	2.7%	54	5.7%	9	3.2%	25	3.7%	5	4.2%	49	4.8%	18	6.3%	15	10.1%	5	9.8%						
17	一定の期間に限定されている	1,284	34.4%	616	33.7%	668	35.1%	376	39.9%	121	42.5%	306	44.9%	55	46.2%	434	42.7%	123	43.2%	70	47.0%	26	51.0%						
18	初期研修中である	70	1.9%	32	1.8%	38	2.0%	29	3.1%	10	3.5%	10	1.5%	0	0.0%	3	0.3%	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%						
19	初期研修修了後の研修中である	127	3.4%	54	3.0%	73	3.8%	46	4.9%	10	3.5%	25	3.7%	7	5.9%	12	1.2%	2	0.7%	1	0.7%	3	5.9%						
20	専門医取得後である	810	21.7%	405	22.2%	405	21.3%	145	15.4%	50	17.5%	157	23.0%	22	18.5%	82	8.1%	23	8.1%	14	9.4%	0	0.0%						
21	定年退職後である	281	7.5%	126	6.9%	155	8.1%	47	5.0%	18	6.3%	25	3.7%	2	1.7%	131	12.9%	69	24.2%	42	28.2%	20	39.2%						
22	医学部在学中に奨学金が用意されている	136	3.6%	64	3.5%	72	3.8%	15	1.6%	11	3.9%	15	2.2%	3	2.5%	16	1.6%	2	0.7%	1	0.7%	0	0.0%						
23	その他	49	1.3%	23	1.3%	26	1.4%	22	2.3%	4	1.4%	3	0.4%	3	2.5%	30	3.0%	6	2.1%	5	3.4%	0	0.0%						
	無回答	96	2.6%	51	2.8%	45	2.4%	20	2.1%	4	1.4%	13	1.9%	2	1.7%	28	2.8%	6	2.1%	2	1.3%	2	3.9%						
	回答人数	3,732	100.0%	1,828	100.0%	1,904	100.0%	942	100.0%	285	100.0%	682	100.0%	119	100.0%	1,016	100.0%	285	100.0%	149	100.0%	51	100.0%						

医学生の希望

初期研

		北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県
卒業大学都道府県(問2)	北海道	123	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	4	19	9	1	0	1	0	0	2	0	2	
	青森県	2	7	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
	岩手県	2	0	23	6	0	0	1	0	0	1	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
	宮城県	1	0	1	30	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
	秋田県	1	1	2	4	13	1	1	0	0	0	1	2	4	3	4	0	0	0	0	1	0	0	
	山形県	3	0	2	24	0	46	1	0	1	1	0	0	5	2	2	0	0	0	0	1	0	2	
	福島県	0	0	1	6	1	0	38	0	2	0	0	2	10	3	0	0	0	0	0	1	0	0	
	茨城県	2	0	0	0	0	0	0	40	1	0	0	1	17	6	0	0	0	0	0	1	0	1	
	栃木県	0	0	1	6	1	2	0	0	5	3	3	3	14	2	1	0	0	0	0	0	1	1	
	群馬県	1	0	0	0	1	0	0	3	1	40	6	2	20	4	0	0	0	0	0	2	0	1	
	埼玉県	4	0	1	0	0	2	1	1	1	2	69	5	32	10	0	0	0	0	0	1	1	1	
	千葉県	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	54	28	3	0	0	0	0	0	0	0	0	
	東京都	15	2	4	6	5	0	2	3	11	5	18	17	679	32	2	3	3	1	1	2	4	5	
	神奈川県	4	0	3	3	0	0	1	1	0	0	4	11	73	167	1	0	0	0	1	4	0	7	
	新潟県	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	5	3	35	0	0	0	0	1	0	1	
	富山県	3	0	0	0	0	0	1	2	2	0	1	3	12	3	2	19	5	0	0	2	2	2	
	石川県	3	0	0	1	0	1	0	1	2	0	3	1	23	8	0	2	25	3	1	2	2	2	
	福井県	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	10	7	0	0	2	22	0	2	4	5	
	山梨県	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	20	8	0	0	0	0	28	2	1	2	
	長野県	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	15	2	0	0	0	0	0	25	0	1	
	岐阜県	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	31	0	
	静岡県	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	15	3	0	0	0	0	0	1	1	24	
	愛知県	1	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	2	13	5	0	0	0	0	0	0	7	1	
	三重県	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	8	3	1	0	0	0	0	2	0	4	
	滋賀県	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	7	5	0	0	0	0	0	0	1	0	
	京都府	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	大阪府	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	23	1	0	0	0	0	0	1	2	1	
	兵庫県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	3	0	0	0	0	0	0	1	0	
	奈良県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	1	0	
	和歌山県	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	鳥取県	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	6	3	0	0	0	1	0	1	0	0	
	島根県	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	5	1	0	0	1	0	0	1	1	1	
	岡山県	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	2	22	2	0	0	0	1	0	0	0	0	
	広島県	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
	山口県	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	11	4	0	0	1	0	0	0	0	0	
	徳島県	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
	香川県	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	6	4	0	0	0	0	0	0	0	1	
	愛媛県	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	
	高知県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	4	0	0	0	1	0	0	0	1	
	福岡県	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	23	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
	佐賀県	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	2	1	0	1	0	0	0	0	0	
	長崎県	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
	熊本県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
	大分県	3	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	12	3	0	0	0	0	0	1	0	1	
	宮崎県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	8	4	0	0	0	0	0	2	0	2	
	鹿児島県	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	1	1	0	
	沖縄県	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	2	0	1	0	1	0	0	0	1	
海外	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
合計	189	11	41	94	26	53	47	61	40	60	112	140	1,219	337	51	25	39	30	31	62	61	73		

注) 回答数5,257名のうち、問2・問7・問13の3問が有効回答であった5,091名分を集計

他のクロス集計

3道府県(問13)

																							合計	
滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	海外	
0	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	1	2	181
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	45
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	41
0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	64
0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	80
0	1	2	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	2	0	58
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	86
0	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	1	1	0	147
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	93
2	3	6	2	1	1	0	0	0	6	0	0	0	1	1	5	0	0	0	0	0	1	3	5	868
2	3	3	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	5	0	2	0	0	0	1	2	2	306
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50
0	2	3	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	76
0	5	8	2	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0	1	0	1	115
1	12	3	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	89
0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	79
0	2	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	59
1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51
0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	61
1	3	8	2	0	0	0	3	2	2	0	0	1	0	1	5	0	2	0	1	0	0	0	4	269
0	3	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	80
39	9	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	83
3	46	13	9	1	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90
2	20	185	19	3	0	0	0	4	3	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	3	284
0	2	17	51	1	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	88
0	1	28	4	38	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	84
0	1	3	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
1	0	2	3	0	0	33	0	2	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	65
0	2	1	3	0	0	0	11	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35
1	2	12	19	0	1	0	0	93	10	1	2	1	2	1	10	0	1	3	0	1	0	1	3	200
0	4	2	1	0	0	0	0	0	63	1	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	3	1	97
0	6	11	3	0	0	0	0	0	2	28	0	1	0	0	6	0	0	1	1	1	0	1	1	81
0	2	6	4	2	0	0	0	1	0	1	19	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46
0	3	5	3	0	0	0	0	8	1	0	1	21	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	2	63
0	3	6	4	0	0	0	1	2	2	0	1	0	23	0	2	0	0	1	1	2	0	0	0	59
1	4	4	3	0	0	0	0	2	1	0	1	0	3	16	1	0	0	0	0	0	0	0	1	52
0	2	3	0	1	0	0	0	1	3	2	0	0	2	1	191	1	3	6	0	2	2	2	1	250
0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	29	33	3	4	0	1	4	0	1	92
0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	10	0	28	1	0	1	1	3	0	61
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	7	0	0	31	0	1	1	3	0	52
0	0	4	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5	0	1	4	30	2	0	1	2	76
1	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	4	0	12	1	1	0	45
0	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	9	0	1	3	0	0	26	0	1	58
0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	41	0	61
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	158	372	150	52	12	34	18	139	103	38	28	30	38	22	314	36	45	64	37	25	41	71	43	5,091

医学生の希望

		北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県
卒業大学都道府県(問2)	北海道	126	0	0	0	2	0	0	1	1	0	1	5	14	7	2	0	0	0	0	1	1	2
	青森県	4	4	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
	岩手県	3	2	25	3	0	0	1	0	0	1	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	宮城県	2	2	3	15	3	2	2	0	0	1	1	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	秋田県	1	2	2	5	14	1	1	0	0	0	1	3	3	1	3	0	0	0	0	1	0	0
	山形県	2	2	2	21	0	47	2	0	2	0	0	0	4	5	1	0	0	0	0	2	0	1
	福島県	3	0	2	10	1	0	32	0	2	0	1	2	7	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	茨城県	2	0	0	0	0	0	1	36	2	0	0	6	10	5	0	0	0	0	0	4	0	1
	栃木県	0	1	1	6	1	2	0	1	11	3	3	3	5	3	1	0	0	0	0	0	1	1
	群馬県	1	0	1	0	0	0	0	3	1	48	5	3	12	4	0	0	0	0	0	0	1	1
	埼玉県	0	0	2	1	0	2	1	1	1	1	104	3	15	8	0	0	0	0	0	2	0	2
	千葉県	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	2	50	27	5	1	0	0	0	0	0	0	1
	東京都	17	1	3	5	4	1	4	9	14	4	38	55	560	73	1	3	2	0	2	2	4	22
	神奈川県	3	0	3	3	0	0	2	1	1	0	7	12	48	192	1	0	0	0	1	5	1	7
	新潟県	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	4	3	34	0	0	0	0	1	0	2
	富山県	3	0	0	1	0	0	1	4	2	0	2	5	6	3	3	16	6	1	0	3	3	2
	石川県	3	0	0	1	0	1	0	1	3	0	4	4	15	6	1	2	29	2	1	2	2	3
	福井県	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	8	3	2	1	1	25	0	2	4	2
	山梨県	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	19	7	0	0	0	0	33	2	0	2
	長野県	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	9	3	0	0	0	0	0	32	0	0
	岐阜県	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	28	2
	静岡県	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	11	5	0	0	0	0	0	2	1	25
	愛知県	0	0	0	1	0	0	0	3	2	0	1	2	10	4	0	0	0	0	0	1	11	1
	三重県	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	5	1	1	0	0	0	0	1	1	3
	滋賀県	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	5	6	0	0	0	0	0	0	1	0
	京都府	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	1	0	1	0	0
	大阪府	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	12	3	0	0	0	1	0	2	1	3
	兵庫県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	0	1	0	0	1	0
	奈良県	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	和歌山県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	鳥取県	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	4	2	5	0	0	0	1	0	3	1	0
	島根県	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	4	1	0	0	1	0	0	1	0	2
	岡山県	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	17	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	広島県	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	6	1	0	0	0	1	0	0	1	1
	山口県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	9	4	0	0	1	0	0	0	0
	徳島県	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	香川県	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0
	愛媛県	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	高知県	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	5	2	0	0	0	1	0	0	0	1
	福岡県	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	2	17	2	0	0	0	0	0	2	0	0
	佐賀県	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	長崎県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	熊本県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	大分県	3	0	0	0	1	0	0	2	3	0	0	0	9	2	0	0	0	0	0	1	0	1
	宮崎県	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4	5	4	0	0	0	0	0	2	0	2
鹿児島県	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
沖縄県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	1	0	1	0	1	0	0	0	1	
海外	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計	187	15	47	77	33	57	48	68	57	65	182	195	924	400	52	23	40	35	37	77	63	91	37

注)回答数5,257名のうち、問2・問7・問13の3問が有効回答であった5,091名分を集計

地のクロス集計

道府県(問7)

滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	海外	合計
0	1	4	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	4	0	181
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	39
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41
0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	64
0	1	1	0	0	0	0	0	3	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0	80
0	1	2	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	2	0	58
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	86
0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	147
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	93
0	6	7	3	0	1	0	0	0	5	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	1	4	1	868
1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	6	0	2	0	0	0	1	2	0	306
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50
0	0	5	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	76
0	5	8	1	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	115
2	12	3	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	89
0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	79
0	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	59
0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51
0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	61
1	1	6	2	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	5	0	2	0	0	0	0	1	0	269
44	8	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	80
6	40	15	5	2	5	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	83
3	26	172	23	6	3	0	0	3	3	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	4	0	284
0	1	21	53	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	88
0	4	25	5	39	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84
0	1	2	1	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
0	2	5	2	0	0	19	4	1	0	1	2	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	1	0	65
0	2	1	3	0	0	0	12	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35
0	3	12	16	0	2	0	1	86	20	4	2	3	1	4	8	0	2	2	0	1	0	1	0	200
0	5	1	0	0	0	0	0	0	61	1	0	1	1	0	9	0	0	0	0	1	0	1	0	97
1	5	12	3	0	0	0	0	0	2	30	0	0	0	0	7	0	0	0	1	1	0	2	0	81
0	1	4	7	0	0	0	1	1	0	1	17	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46
0	2	2	3	0	0	0	0	6	1	0	2	31	0	0	1	0	0	0	1	1	0	2	0	63
0	6	5	5	0	0	0	1	3	2	0	1	1	24	0	2	0	0	1	0	2	0	0	0	59
0	4	3	4	0	1	0	0	3	1	0	1	0	3	16	0	0	0	0	0	0	0	1	0	52
0	4	6	1	1	0	0	0	3	3	2	0	0	3	0	177	1	4	6	2	2	2	6	0	250
0	1	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	27	43	3	3	0	1	3	0	0	92
0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	10	1	32	1	0	0	1	3	0	61
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	0	0	34	0	1	0	3	0	52
0	1	3	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	8	1	1	4	29	0	0	1	0	76
1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	3	0	14	1	1	0	45
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	9	0	2	5	0	0	20	2	0	58
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	44	0	61
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
59	159	351	158	53	28	19	25	131	109	46	29	41	40	24	292	48	53	62	36	25	32	96	1	5091

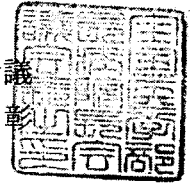
臨床研修制度見直しに対する関係団体からの意見

- 全国医学部長病院長会議(P 1～12)
- 日本私立医科大学協会 (P 13～21)
- 国立大学附属病院長会議 (P 22～26)
- 公立医科・歯科大学長会 (P 27～30)
- 臨床研修協議会 (P 31～38)
- 日本医師会 (P 39～42)
- 四病院団体協議会 (P 43～45)
- 全国自治体病院協議会 (P 46～50)

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、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。独立して医業を開業するためにも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。

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い、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、全国一律でないと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。

「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」に対する意見

平成21年1月23日提出

社団法人 全国自治体病院協議会

会長 邊見 公雄

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

会長 富永 芳徳

「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」に対する意見

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。

新臨床研修制度は昭和 43 年より実施されたストレート研修による日本の医療の歪みを是正するべく、永年の検討の結果実施されたものであります。即ち、専門の病氣しか診ない、あるいは救急診療もできないタイプの医師が目立ち、国民やマスコミの批判もありました。そのようなことを背景として厚生労働省、医療界の叡智を結集して 36 年ぶりの改革がなされた結果として実施されたものであり、その基本理念にも謳われているようにプライマリケアの基本的診療能力を身につけるためには、2 年間の研修が必要であるとの結論であったはずであります。確かに 5 年後に見直しをすることにはなっていますが、現在の評価では基本理念については概ね達成できており、新臨床研修制度で育った医師が専門研修を終了し、これから医療の現場で研修成果を発揮しようとする時期であります。大学の卒前教育の具体的な改革案も出されていない現状において、研修期間を 1 年にするというのは早計であり、従来のスーパーローテイト方式を継承し、研修期間 2 年間は堅持すべきと考えます。

ただし、現状は特に地方において、集約化による医師不足から医療機能・生活機能の維持が困難な状況に追い込まれているのが実情であります。このような状況を踏まえ、卒前教育、卒後研修を一体的に行い、医師の質を高める必要があると考えるものであり、今後、卒前教育、卒後臨床研修及び専門研修のあり方や医師の配置について、総合的に検討する必要があると考えます。

- (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。

この場合の方向性は、考えられません。1 年間の研修は臨床研修制度の質の低下と考えます。

ただし、地方における医療の現状及び卒前教育、卒後臨床研修及び専門研修のあり方の検討については前述のとおりであり、当面は現在の基本研修科目、必修科目の研修を続行すべきと考えます。

(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。

内科も循環器、呼吸器、消化器、内分泌など専門分化されており 6 ヶ月間の研修は妥当と考えます。

(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。

内・外科研修期間に初期救急（ER 型）のプログラムを入れる方法があると思います。

また、別の実施であれば、救急の研修は麻酔科を履修した後で行うのが妥当と考えます。

そして、日中の救急だけでなく時間外、祝祭日、休日等の期間も実施することが効果的と考えます。

(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。

「地域社会が求める医師」の基本的臨床能力とは、全人的医療（プライマリケア）であり、1 ヶ月以上の研修が望ましいと考えます。

その際、全人的医療即ち地域包括医療・ケアを実践している地域医療機関等における研修が実情に即しかつ、効果的と考えます。

(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。

プライマリケアの研修には少なくとも内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療は必修と考えます。

(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。

現在の枠組み、即ち基本研修3科目、必修4科目では、必修科目（小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療）は1ヶ月以上3ヶ月となっておりますが、「地域保健・医療」については1ヶ月以上が妥当と考えます。

(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。

医師としての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と考えます。

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。

都道府県が医師の配置に責任と権限を持てるのであれば都道府県ごとに募集定員の上限を設定してもよいですが、現状は医療対策協議会も十分機能しておらず、まだ大学が人材供給源として機能しています。都道府県の枠を越えて人材を供給している大学がある現状を踏まえれば、大学数が多い都道府県においては研修医が多くなるのはある程度やむを得ないと考えます。都道府県別に上限を設定するには医師配置のシステムを総合的に検討して判断すべきと考えますし、その際には僻地離島、過疎地域等の医療・ケアには十分な配慮が必要と考えます。

政府においても、是非、都道府県単位で賄えない部分への行政の力を担保し、国家としての医療供給体制の根幹を明確に指導願いたい。

- (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な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。

いろいろな大学の卒業生がともに研修することは互いに刺激を受け、人間形成にも役立つと考えられるため全国的なマッチングを行うのがよいと考えますが、都会の病院に研修医が集中しないような工夫をすべきと考えます。

○ その他

医師の地域偏在・専門科偏在について意見を述べさせていただきます。

医師の地域偏在・専門科偏在は、臨床研修制度を期に顕在化はしましたが、本質的な原因ではないと考えます。

国民皆保険制度下では、国民が各々の費用の負担能力に応じた負担、疾病に応じた医療を受療する権利を有する制度でありますから、全国の医療提供体制は、平準化(均霑化)されるべきであり、その国策に沿って運営されているものと考えます。

したがって、医師は、この医療提供体制の平準化(均霑化)のための使命を果たすべき役割・責任を担っているものとするものであり、このことは決して職業選択の自由を奪うものではありません。

国民医療を守る立場に立ち、臨床研修終了後、卒後 10 年以内に少なくともある一定期間、地域医療に従事すること、各専門科医師数の必要度に応じて専門研修医の数を比例配分することを義務化することによって、地域偏在、専門科偏在の是正ができると考えます。地域選択、専門科選択の枠を設けなければ、医学部の定員を増やしても我が国の医療はますます崩壊するものと考えます。