

「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 年間で主体とし、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、専門の病気しか診ない、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、医療界の叢智を結集して 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、従来のスーパードラッグ方式を継承し、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考えられるものであり、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。