

## 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。

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、専門の病気が診ない、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。