

臨床研修の見直し（案）について

厚生労働大臣
舩添 要一 殿

医師法第 16 の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令
及び関連通知の一部改正（案）について

臨床研修制度の見直し案に対する国立大学医学部長会議常置委員会の見解

国立大学医学部長会議常置委員会委員長
安 田 和 則
大学医学部の教育病院の在り方に関する検討委員会委員長
嘉 山 孝 正

【はじめに】

国立大学医学部長会議は、全国医学部長病院長会議とともに、本制度が「医師不足」および「科の偏在」を顕在化させた事実の提示を行い、証明してきた。実は本制度が始まる以前から、現在行われているような研修制度プログラムが存在し、一部の医学部卒業生は卒業後直ちに、プライマリーケアのみの研修を行っていたのである。一律の制度は撤廃し、医学生のキャリアパスを自身で決定する制度にすべきである。

一番の問題点は、医学部卒業生全員をプライマリーケアのみに 2 年間も従事させるという枠組を、厚生労働省が半強制化したことである。現研修制度では、多様な病気を知らねばならないということが掲げられているが、医学生は卒前教育において既に全科を回り、症例の数や種類も多岐にわたる教育を受けている。これまで一部の実技の研修が欠けていたが、それすら全大学医学部の教育方針および法的裏付けがあれば、学部教育で行えることである。すなわち現制度は、ほとんど医学部で可能な教育を卒後に反復させている制度と言える。一部の研修生がプライマリーケアで成果を上げたことは事実であるが、全ての研修医がプライマリーケアのみに従事する必要はないことを強調したい。

以上の前提を踏まえた上で、今回の臨床研修制度見直し案につき以下のごとくコメントする。

今回の見直し案は、もっとも大切な医学教育の質を中心において考えてい

ない。とりもなおさず国民不在の見直し案である。その根拠として、文部科学大臣、厚生労働大臣の出席していた合同検討会、および医道審議会での議論が何ら反映されていない。すなわち、少なくとも国民の代理として行われた議論を、無視しているといっても過言ではない。

1, 文部科学省・厚生労働省の合同検討会、および医道審議会の双方において、獲得目標に基づいてカリキュラムを決定すべきであるという議論がなされたにも関わらず、実現されていない。両会の議論を踏まえて検討を行うべきである。また、医道審議会においても研修カリキュラムに外科を加えるべきという議論があったが、カリキュラムの弾力化が具体化されていない。外科をカリキュラムに加えるか、科の固定をしないカリキュラムにすべきである。

2, 検討会終了直後に、検討会で直接議論されなかった都道府県定員上限枠設定による数字が突如提示された。勿論、地域の医師数の偏在を考慮しなくてもよいわけではないが、研修生の強制配置と誤解させる制度は、医学教育の質を考慮しない見直し案である。都道府県定員上限枠の制度設計は再考すべきで、都道府県定員上限枠の前に管理型病院の基準強化が先決である。すなわち、本見直し案では、管理型病院の規模・水準面での基準強化が全く実効性をもたないにもかかわらず、都道府県別に上限定員設定をし、定員枠を一律に調整しているだけで地域医療および大都会医療が崩壊し、医学教育の質も低下する可能性がある。

従って、地域医療、大都会医療を勘案し、医学教育の質の観点からも、管理型の病院は 550 ベッド以上とすべきである。それ以下のベッド数でも、一般的な疾患の症例数が多い病院や優れた指導者のいる病院は、管理型病院とタスキがけで研修できるようにする。

3, 過去 3 年間の実績を定員枠決定の基準に用いている。過去 3 年間の実績を定員枠決定の基準に用いることは、より良い制度にすることに矛盾する。改悪とも言い得ると考えている。問題がある制度下の実績を参考にとすると、更に問題を増幅することは論を待たない。種々の制度はあくまで医学教育の質を考えて検討すべきである。

最後に、臨床研修制度で東京も含めた地域医療崩壊や診療科の偏在問題の顕在化は、明らかに、医師不足、低医療費策の結果による失政である。早急に現存の大学医学部学生定員を増加し、合わせて教官定員増、高等教育費増および医療費増を施行しなければ根本的解決にならないことを強調する。