

医師不足-----臨床研修と今後の医師養成

副会長 福田光之

日本医師会の病院委員会は年に5回開催される。本来、委員会毎に東北医連と県医師会に報告を行うべきであるが、各回の討論はまとめるのに困難で行っていない。前期委員会10回分の討論結果は報告書を基に報告した(秋田医報1253号巻頭言)。

2期目の今期は何故か副委員長を仰せつかった。今期は医療情勢が流動的であり中間報告をまとめる事となり、私も一部を担当した。中間報告の中でどの様に扱われるかは委員長と担当常任理事の意向によるが、対外的に公表はされない予定である。私が担当した部分は基本的に委員会の討論に則したが、秋田の医療事情も意識し、私の考えも盛り込んだ。内容的には県医師会第131回代議員会の討論で私が発言した内容(秋田医報1276号13p)でもあるので委員会報告を兼ねて提示する。

中間報告は以下の3点を中心に構成される予定である。

1. 療養病床再編と地域ケア体制整備(大道委員長担当)
2. 臨床研修と今後の医師養成(福田副委員長担当)
3. 病院における看護体制とその運用(大道委員長担当)

2.臨床研修と今後の医師養成

今後の医師養成のあり方、臨床研修のあり方を考えていくにあたって避けてはならないのが、わが国の医師不足が、果たして偏在によるのか絶対的不足によっているのか、の判断と新臨床研修制度の在り方の検討である。

病院委員会で検討を進めている項目は多岐にわたるが、中間まとめとしては医師不足と新臨床研修制度の問題点の2点に絞って言及する。

今、社会問題になっている、多くの地域と、特定の診療科における医師の不足の原

因が、医療費抑制の立場から医師養成を抑制してきた結果であることは、地域の医療をあずかる医師の立場からみても明確である。

日本医師会は平成 18 年 10 月、医師確保に関する見解を公表した。その中で、医師偏在・不足の原因を、「国による永年にわたる医療費抑制政策の結果」と断じたことは当然のことで評価できる。しかし、その中に我が国の医師数が絶対的に不足しているとの表現は見られない。

一方、日本医師会は 19 年 4 月、『グランドデザイン 2007---国民が安心できる最善の医療を目指して---総論』を公表した。その中で国際的視野からわが国の医師確保の問題についても論じている。

その中で、医師数を OECD 加盟国のそれと比較し、日本の医師数は経済力に比してかなり少ないと評価している。その一方で、医療費を据え置いたまま医師数を増やす施策は、医療の質を確保するという観点からも行うべきではなく、総医療費支出の増加が前提である、と論じている。医師数を OECD 諸国と比較し、不足しているという判断は十分納得できる見解であるが、医師養成の増加策は総医療費の増加を見てからという見解は、医療現場の医師不足の深刻さを十分くみとった考え方とは言えないだけでなく、既得権への固執とも取られかねないことから、委員会としてはにわかには賛同出来がたい。

病院委員会では、現在の医師確保の問題は、医師の偏在に起因しているのではなく、根底に絶対的な医師不足があり、更に偏在が加わっている極めて厳しい事態と考えている。従って、偏在解消の手だてを論じることだけでは問題の解決とはなり得ない。厳しい医療環境にある 10 県の大学に年間最大 10 人、10 年間の期限付きで医師の養成数を増やすことが認められたが、医師数の絶対的不足から見れば微々たる増加で、根本的な解決には到底つながらない。早期に医師数を増やす方向への転換は我が国の医師不足を解決する基本的方策である。

医師の絶対的不足を論じる際の客観的指標として OECD 加盟諸国との医師数の比

較は有用である。OECD 加盟国の医師数の平均は 310 人/10 万人で、日本は 200/10 万人である。この医師数の違いを評価する際、各国毎に独特の医療事情があることを勘案しても、わが国の医師数は明らかに少ない、と判断出来る。

目を国内に転じた場合、平成 9 年に閣議で医師数が将来過剰になると言う予測をもとに、引き続き医学部定員の削減に取り組む、との決定がなされた。この場合、何をもちいて医師過剰になるとの予測をしたのかが問題であり、その後、医師問題が次第に明らかになりつつあったのに、最近に至る迄 10 年以上も再検討されてこなかったことは重大である。

医師が決定的に不足していた昭和 45 年頃には、わが国に必要な医師数を 150 人/10 万人と設定し、いわゆる「一県一医科大学」構想を推進し医師の充足につとめた。医師の数的充足が喫緊の目標であった当時は、徐々に医師数が充足して来たという実感はあったが、ここ 10 年近くは人口 10 万人あたりの医師数が 170 人、180 人と確実に増えつつあったのに、医療の現場では医師不足感が払拭しきれなかった。最近、医師数が 200 人/10 万人にも達したにもかかわらず医師不足問題は一層顕著になってきた。

これは、時代と共に、医療の質が変わり、医師・患者関係も変わり、医療制度が変わっただけでなく、女性医師の増加、医師の個人的なライフスタイルが多様化していく時代を迎え、医師数の増加とマンパワーとの間に負の方向に解離を生じてきている事も一因である。それにもかかわらず、単純に医師数だけで医療供給のレベルを論じている政府や厚労省の時代錯誤的な判断基準がもたらした結果とも言う。新時代に相応しい、国民が安心できる最善の医療を目指していくために、医師の適正数は果たしてどのくらいなのか、日医は独自の考え方を提示し、主張していくべきである。

問題になっている医師不足、地域偏在、特定診療科医師の偏在・不足といっても各都道府県によって事情は大きく異なっており、さらに各都道府県内においては二次医療圏毎に大きなバラツキの問題を抱えている。即ち、多くの道県では道庁・県庁所在

地では、医師は数の上では足りているものの、勤務医不足、特定診療科医師の偏在・不足が深刻となっており、都市では医師の絶対的不足が相変わらず未解決である。

従って、我が国の医師不足を解決するには、何はさておき医師の絶対数の増加が必要である。

2004年度より始まった新医師臨床研修制度は、実施後5年目を迎えた。

この制度によって研修医の都市への集中傾向が顕著となり、マンパワーが不足した地方の大学は各地域の病院で働いていた医師を次々と引き上げた。そのため、今や地域医療は医師不足で崩壊状態と言うべき、深刻な状況に迄至っている。

初期研修病院として研修医が大学病院を選ぶ比率は2004年度から毎年低下し、2006年の3回目のマッチング・システム以降、市中病院を研修先に選んだ研修医の方が多い状況が続いている。4年目にしてこの傾向は下げ止まってはいるが、大学の初期研修医の数はこの制度が始まる以前の約半分の水準に止まっている。

しかも、大学間で研修医の充足率は二極分化しており、大都市及び近郊の大学は募集定員に対して毎年100%あるいはそれ近くの希望者がいる一方で、地方の大学では総じて充足率は低く、研修医が10人にも満たない大学も4校あった。大学での研修を希望する研修医の絶対数が減少したのに加えて、大学の地域的特性等の因子によって、その充足率にはかなりのばらつきが生じ、地方の大学にとって新臨床研修制度は厳しい制度となった。その結果、従来からの大学医局に依存した医師派遣のシステムは機能なくなり、地域の医療は崩壊状態と言うべき、深刻な状況になっている。

マッチング・システムを介して研修医が地域の臨床研修病院を選択したことは、地域医療を担う医師は地域医療を担っている医療機関の中で養成するべきである、という初期研修制度の基本的な趣旨に添っており、評価すべきである。

研修医に対する調査では、研修病院における研修の満足度は大学病院のそれに比較して高く、それぞれの研修病院の努力は高く評価できる。ただし、研修病院における指導体制、指導内容については必ずしも満足していないという指摘もあり、指導医の育成、指導のための時間の確保などの諸問題の解決は今後の課題の一つである。

新臨床研修制度は施行から 5 年で見直すと言われている。医道審議会の医師臨床研修部会には研修内容のさらなる改革を求めていく必要は認めているが、「研修制度を一から見直す」という空気はない。従って、新研修制度の導入以降機能しなくなった大学医局に依存する医師派遣のシステムは、今後も復活しないと考えるを得ない。大学医局の在りようや、医師の人事権の掌握などが悪しきものとして問題になって久しいが、この権限が地域医療を支えてきたという事実が明らかになってきたのは皮肉でもあるが、今後はこれに変わる何らかの権限を持つ医師派遣のシステムが必要である。

研修内容の質に関する問題点は別にすると、新臨床研修制度の最大の問題点は、卒業生の数に対して、約 30%増しとなっている研修病院の受け入れ可能数にある事は明らかであり、特に大都市圏の受け入れ可能数は他の地域に比較して多い。このことが研修医の偏在の主たる要因である。全国の地方大学が首都圏を中心とする学生の医師養成所に化している現実を見れば、研修医の自発性に任せている限り、大都市集中の傾向は今後も続いていく。医学部入学選抜時に地域枠を設定しこれを増やしていくとの考え方もあるが、教育の機会均等を保障するという立場からは問題があるが、研修医の地域配分の設定等は国の医療政策として実行可能であろう。

この問題の解決策として、大学の卒業生の数と研修病院の受け入れ数を同じとし、都道府県単位に地域枠を設定する事である。初期研修医の自由度をある程度剥奪する事になる点や、地域枠を設定方法、全国の研修プログラムの内容、レベルの設定などの標準化等の点で解決すべき点は多いが、行政、大学、研修病院等が入った都道府県医療対策協議会の采配に期待できよう。

研修終了後の進路については、研修病院にしばらくとどまる研修医が多い。このことから研修医の偏在の解消は地域の医師充足にもつながっていく。地域の状況に応じた良質の医師養成のプログラムを行政、大学、研修病院がタイアップして準備し、初期研修を終了した医師を積極的に受け入れていくことにより地域に残る医師も増えていく事が期待できる。

この研修医が大都市に集中するという問題に手を付けられない限り、初期研修医の偏在の問題、それに続く若手医師の偏在の問題は解決しない。

新臨床研修制度の見直しにあたって、この点の評価と対策を医道審議会の医師臨床研修部会に求めたい。

追記

最近、政府、与野党共に医師不足看護師不足の問題点にやっと気付いた様でいろいろな対策が提起されつつある。一方、マスコミもやっと日本の医療の危機、医療崩壊の問題点を取り上げるようになってきた。

今、厚労省から提起されている対策、県が提起している医師確保対策は医師及びマンパワーの偏在の解消策が中心である。しかし、わが国の医師数は絶対的に不足していることに加えて、新臨床研修医制度がもたらした医師偏在の助長に起因していることは明らかである。特に後者の問題点の解決は決して困難ではなく、即効的効果が期待できる対策と考える。今後も機会ある度に主張していきたいと考えている。

秋田医報 1279 号(2007/6/1)に掲載