

医師不足・偏在と臨床研修の見直し！

卒前・卒後の一貫した医師養成に期待

旺文社 教育情報センター 21年3月

医師不足・偏在の一因とされる医師の臨床研修制度について、文部科学省と厚生労働省の合同専門家検討会(座長=高久史磨・自治医科大学長)は2月中旬、塩谷文科相と舛添厚労相の両大臣出席の下、見直し案をまとめた。法改正の後、22年度からの実施を目指す。

研修プログラムの弾力化と、研修医の募集定員の都道府県枠の設定が柱だ。専門診療科研修の早期・長期化による研修医の即戦力としての活用や、研修医の都市部・有力病院への集中化を防ぐなどの狙いがある。

また、卒前の臨床実習の充実、医学教育のカリキュラム改革など、医学部教育のさらなる充実も図るとしている。



<臨床研修制度>

○ 現行の研修制度

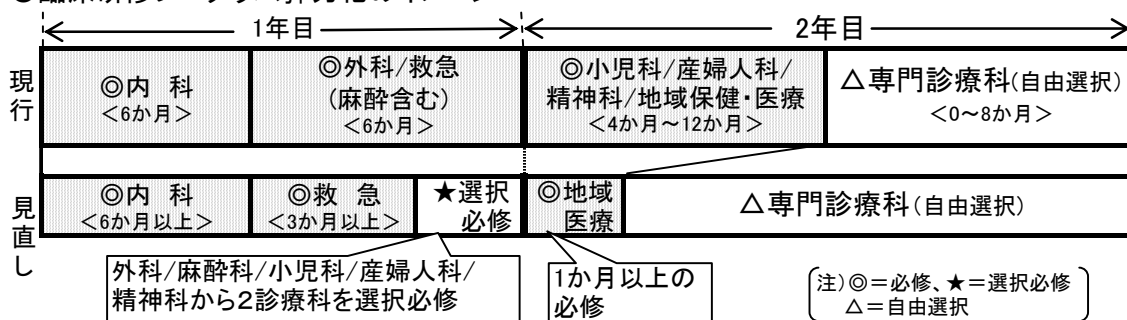
医師の臨床研修制度は、医師国家試験に合格した新人医師に、医師としての人格の涵養、プライマリ・ケアの理解と全人的な基本的診療能力の修得を基本理念として、16年度から義務づけられた。

研修医は内科、外科、救急部門(麻醉科含む)、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の7つの診療科・部門を順番に回り(必修)、実践的な診療能力を身に付ける。

例えば、研修1年目は内科(6か月)、外科及び救急部門(6か月)を研修し、2年目に小児科、産婦人科など、残りの必修診療科をそれぞれ少なくとも1か月以上研修する。2年目の後半に将来専門にしたい専門診療科を研修することもできる。(図1参照)

研修医の受入病院は、卒業前に行われる全国的なマッチング登録と研修病院での採用試験などによって決まる(研修医と病院との雇用契約)。

●臨床研修プログラム弾力化のイメージ (図1)



○ 現行制度の問題点

研修医は研修先を自由に選べるため、専門領域に偏りがちな大学病院を敬遠し、症例数が多く、様々な診療科を経験できる都市部の大規模総合病院に集中する傾向が強い。

また、研修医の募集定員は、病院ごとには一定の基準で管理されているものの、総数や地域別にはほとんど調整されていない。このため、募集定員の総数は研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大しており、都市部に多い受入病院と相俟って、研修後も含め研修医の都市部への集中化が続いている。

こうした状況の下、大学病院では研修医が大幅に減少し、専門の診療科の決定の遅れ(研修2年目の後半)などの影響もあって、大学病院の若手医師が不足する事態を招いている。

そのため、大学病院は地方の自治体病院(系列病院)などから派遣医師を引き上げる動きが相次ぎ、大学病院が担ってきた地域への医師の派遣(適正配置)機能が低下し、地域の医師不足を招いていると指摘されている。



<研修制度の見直し>

○ 研修プログラムの弾力化

今回まとめられた研修制度では、研修プログラムの弾力化が図られている。研修医に専門的な診療能力を養わせる時期を前倒しして、その期間を延ばすことで研修医の専門診療科の即戦力を高め、現場での活用につなげる狙いがある。

具体的な見直し策としては、研修の必修は内科(6か月以上)、救急(3か月以上)、及び地域医療(1か月以上)の3つとし、内科と救急は研修1年目、地域医療は2年目に実施する。

現行制度で必修とされている外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科については選択必修とし、この中から各研修医は2つの診療科を選択する。(図1参照)

○ 研修医の募集定員見直し

研修医の募集定員については、研修希望者に見合った定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、人口分布や医師養成規模、地理的条件などを考慮した都道府県別の募集定員の上限を設定する。

また、同一の都道府県内での偏在を解消するため、各病院の募集定員は、過去の受入実績などに応じて見直すとともに、大学病院等における地域への医師派遣実績も勘案した上で、当該都道府県の募集定員の上限と必要な調整を行う。

<医学部教育の改善>

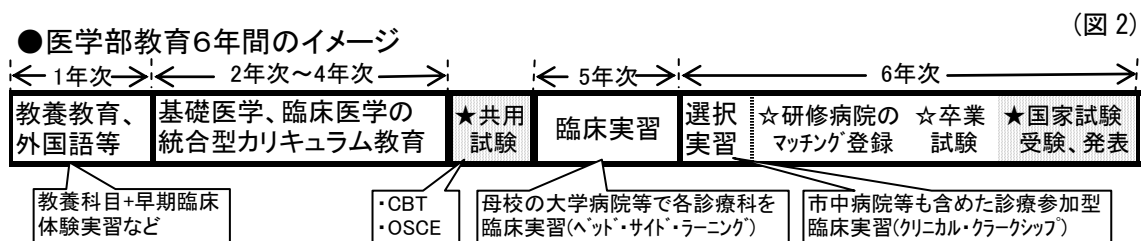
○ 医学部の6年間

今回の提言では、臨床研修と関連する制度などの改善にも言及している。そこでまず、現在の医学部教育6年間の流れを概観してみる。(図2参照)

医学部に入学すると、6年間かけて医師養成が図られる。各大学のカリキュラムには、医学生が卒業するまでに履修すべき必要不可欠な教育内容を示した「医学教育モデル・コア・

カリキュラム」(13年3月公表、19年12月改訂)が盛り込まれており、カリキュラム全体の3分の2程度の時間(単位)で共通のコア・カリキュラムを、残り3分の1程度で各大学の特色ある選択カリキュラムを修得する。そして、最初の4年間は一般教養や外国語の修得のほか、基礎医学、臨床医学などの医学全般にわたる講義や実験、実習などに費やされ、残りの2年間は病院などでの臨床実習や卒業試験、医師国家試験などに充てられるのが一般的だ。

また、医学生の実行為を伴う病院等での臨床実習に進む前(4年次修了時)には、医学生の能力を評定する全国共通の「共用試験」が17年度から実施されている。この試験は、知識の総合的理解力をコンピュータで評価する客観試験－CBT(Computer Based Testing)と、臨床実習に必要な基本的診療能力・態度を評価する客観的臨床能力試験－OSCE(オスキー；Objective Structured Clinical Examination)からなる。



○ 学部教育の見直し

医学部教育に関連して、主に次のような事項の見直しを提言している。

- ・臨床実習を始める医学生の質を担保するため、大学の共用試験の合格水準を標準化する方向で検討するとともに、産科や小児科、精神科など診療科の医師不足に対応し、身体面のみならず精神面も重視した全人的医療を進めるための臨床実習の充実を図るなど、医学教育のカリキュラムの見直しを行う。
- ・医学部卒業生の地域定着を促進するため、各大学の実情に応じ、医学部入学における地域枠の拡大などの取り組みを進める。
- ・卒前の臨床実習の充実の状況を踏まえながら、医学生の実行為の取り扱いや国家試験の内容を見直す。



<良医の育成に期待>

○ 懸念と評価

今回の医師臨床研修制度の見直しについては、懸念する声も聞かれる。

必修の診療科目を減らすことは、総合的な診療能力やプライマリ・ケアの養成といった、臨床研修の基本理念が損なわれる／初期臨床研修の実質短縮化で、診療能力が低下しかねない／専門医として敬遠されがちな産科や小児科などが必修から外れることで、臨床体験の機会が減り、専門診療科の偏りが拡大する／大学病院に若手医師が戻ってくるかどうかは、不透明。医局の体質や待遇が改善されなければ、2年間の臨床研修を大学病院(出身校)で行っ

た後、総合病院などへ転出してしまふ／地方病院の研修医の募集枠を増やしても、指導医の増員など指導体制の充実を果たせる病院がどれほどあるか、等々である。

他方、早期に専門診療科の研修ができるようになれば、ベッドサイドのマンパワーにつながる、などといった評価も聞かれる。

○ 過去最大規模の医学部入学定員

ところで、医学部定員については、医師の需給見通しに基づき、昭和60(1985)年から平成19年まで抑制措置が講じられてきた。しかし、医師不足・偏在の解消策の一環として、医学部入学定員の増員が検討され、18年の「新医師確保総合対策」と19年の「緊急医師確保対策」によって、20年の国公立大の入学定員は7,793人となり、定員抑制策時の19年に比べ168人、2.2%増え、ピーク時(昭和56年～59年)の定員8,280人の94.1%までに回復した。

さらに、21年は政府の「骨太の方針2008」を踏まえ、国公立大の入学定員は20年より693人(8.9%)多い8,486人(滋賀医科大学の編入学2人含む)となり、ピーク時より206人、2.5%増の過去最大規模となっている。

また、出願資格を地元出身者に限定する「地元枠」や、募集は全国対象だが、卒業後の一定期間、地元勤務を条件に奨学金等を支給する「地元定着枠」(地元医療枠など)を設定するなど、地域医療の定着に向けた取り組みも各大学によって進められている。

ただ、21年入試の医学部志願者状況をみると、国公立大(一般入試)では20年に比べて約3%減で、私立大も1割近い定員増に比べ伸びていない模様。受験生にとっては、例年に比べやや“広き門”となったようだ。

文科省は定員増に伴い、解剖実習台などの教育用設備に必要な経費として、20年度補正予算において40億円を措置するとしている。

しかし、公立大(8医科大学・学部)には国からの基盤的経費の支援がなく、また、地方財政措置もどの程度なのか、現時点では明確になっていないようだ。

○ 求められる“良医”

今後も医学部の“定員増－志願者減”が続くようであれば、受験生にとっては歓迎されようが、医学生質の低下にもつながりかねない。さらに、医師国家試験の合格率の低下などから、医師数の計画的な確保が難しくなる恐れもある。

より良い医師の育成は、大学の医学部だけで終わるものではない。医学部での基礎医学や臨床医学教育、共用試験や臨床実習、卒業試験や国家試験のほか、卒業後の臨床研修、専門性を高める研修や生涯学習など、卒前・卒後の一貫した医師養成の取り組みが大事だ。

今回の検討会に文科相と厚労相が同席したことは、正にこうした卒前(医学生、大学)と卒業後(医師、病院)とが連携して、一貫性のある医師養成への取り組みを象徴するものとして期待される。

そして、高度に複雑化した社会と高齢化社会を迎えた今、“病氣”だけを診るのではなく、“病人”を診る全人的医療を担う“良医”がこれまで以上に求められている。

(2009. 03. 大塚)