



「保険医インターン制」

— 卒後研修制度の義務化で浮上 —

西区支部 伊 部 國 夫

1. 臨床研修制度の沿革

医師の卒後教育が初めて制度化されたのは、昭和17年の国民医療法施行規則による「診療に関する修練」であったが、戦後GHQにより、医療改革が実施され、実地修練（インターン）制度と国家試験が昭和21年から始まった。しかし昭和36年頃より、インターン制に対する激しい批判があり、昭和43年に医師法の改正案が国会で可決され、インターン制廃止と医師免許取得後の臨床研修に関する規定の創設が図られた。

医師法第16条の2に、「医師は免許を受けた後も2年以上、大学の医学部、大学附設の研究所の附属病院、又は厚生大臣の指定する病院において、臨床研修をするように努めるものとする。」とあり、卒業直後の2年間を一般に「臨床研修」と呼んでいる。その後、研修指定病院の増や、ローテイト方式による研修の補助金配分、総合診療方式には上積した補助金配分等の措置が行われているが、研修医の身分や生活保障、研修指導医や研修指定病院の設備等の整備にかかる財政措置がとられていない。

厚生省での卒後臨床制度に関する組織は「医療関係者審議会臨床研修部会」がある。これは、医学部長、病院長及び臨床研修指定病院の院長、学識経験者を委員として構成されている。臨床研修病院の指定や、卒後研修のあり方等についての常設審議機関である。もう一つ任意団体ではあるが、臨床研修指定病院の研修指導責任者が会員となり、昭和58年に発足した、「臨床研修研究会」がある。この両組織が、政策レベルと実務レベルを役割分担し臨床研修制度を左右している。

2. 臨床研修の現状

現在の研修状況は、約8割が臨床研修を行っている。その8割が大学病院で残り2割が臨床研修病院で行っている。そのほとんどがストリート方式での研修であり、専門医志向が顕著となっている。このため厚生省はプライマリ・ケア（P・C）重視させるべく補助金の配分をし、同時にP・C研修の指導医養成のため、アメリカの家庭医レジデント・コースに留学させるなどの政策を行っているが十分に機能しているとは思われない。補助金の執行も評価の不合理性のため適切でないなど問題である。

研修医の処遇は、現状では深夜勤務・徹夜当直等激務の処遇を受けており、経済面でも国立大学・国立病院で約14.7万円、私立医科大学で約5.5万円、研修指定病院（私的病院）で平均25.4万円とアンバランスが生じている。生活や学習を支えるためにアルバイトが過多となり、研修に障害が生じたり、患者に対する責任問題など、研修医の身分や生活の安定がないことが現状となっている。インターン制廃止当時の医師法改正の附帯決議には、政府の責任において、教育病院の整備と指導体制の改善充実をはかる。研修中の医師の社会的地位と処遇の統一かつ改善をはかる。医学教育研修体制に対する財政的措置を強化、無給医局員を解消する等と附されていることが実際には実行されていないのである。

3. 臨床研修の必修化への道

昭和62年に国民医療総合対策本部中間報告で最初に卒後研修の義務化が提案された。その内容で注目されることは、「高齢化の進行を踏まえた老年医学や効率的な医療のあり方に関する研修が充分でない」と指摘、さらに「医療経済等を研修プログラムに加える。」、又昭和64年には、

「臨床研修の意義」の中で「医療における経済を学ぶ」を取り込み、「保険医の登録要件の見直し」では、研修病院などでの「臨床研修や社会保険に関する講習を受けた医師に対して保険医登録を行う」等の提案がなされている。

ここでは医療保険の内容や診療報酬点数表の内容を学習させ、保険医資格の必要性・妥当性を求めている。しかしこの時点では先ず指導医に対して健保制度を熟知させることが先行した。当時大学病院の過剰診療に対する批判があり、その対策としても必要であったのである。

平成6年12月ついに厚生省の臨床研修部会は、卒後臨床研修を必修にすることが基本的に望ましいとして「中間まとめ」を発表した。

4. 必修化の根拠とは

この「中間まとめ」の発表以前に、日本学術会議地域医学研究連絡委員会及び臨床研修研究会から、現在の臨床研修の努力規定を義務規定に変える要望書が厚生省に出されている。

学術委員会は、義務化の理由として、「卒後臨床研修が法制度上、努力規定であるため財政的援助が極めて不十分である。」と指摘。昨年5月には、①研修内容が各施設の独自性に委ねられている。②専門医志向が強く、全人的に診療できない医師が増加している。③研修医の生活が不安定である。④施設に十分な財政的援助がないため指導体制が不十分である。の4点を列挙し、改善を要望した。これらの点について臨床研修研究会では賛同し、過去のインターン制の轍を踏まぬよう研修の充実を図るため次の7項目について厚生省に以下の内容を要望した。

『①義務化に伴い卒後臨床研修を行う者は、医師国家試験に合格し、免許を取得した医師とすること。ただし指導医の下で医療を行う医師として位置付けることや研修後に保険医登録を行う等の措置を構ることなどの整合性について検討課題とすること。

②研修医が卒後研修に専念できるように給与・宿舍等を十分に確保するなど処遇面を大幅に改善するような措置を構ること。

③指導医に対して、医療法等による定員化及

びそれに伴う財政的な援助、指導医に関する研修会の充実などの措置をすること。

④臨床研修医の増に伴い、その受け皿として臨床研修指定病院の数的拡充をし、研修指定病院の質的向上を図るよう財政的援助を行うこと、研修施設群の制度を存続し、整備促進に努めること。

⑤大学病院でも全人的な診療能力を有する医師を養成するための「初期研修プログラム」に準じた基準を示すこと。

⑥研修プログラムの認定は公平かつ客観的な立場から認定できるよう第三者機関を設置すること。⑦以上の目的を達成するため、臨床研修病院の医療法での位置付けを検討すること。』

学術委員会は、義務化が法制上を根拠とし、研修医の身分・生活保障が不十分である点の改善を求めており、ある程度の評価はできる。しかし、7項目の内容となると、研修指定病院に対する優遇措置の列挙であり、P・C医の養成は大学病院にも応分の負担を要請、かなりのエゴを表明している。致命的な点は①であり、検討課題とはいえ、研修医の保険医資格に触れ、研修後に登録をと表明していることである。研修医の身分や生活保障の根幹である保険医の資格剥奪は許されるべきことではない。これが指導医側の研修医に対する束縛であり、財政・財源問題を厚生省の施策にゆだねた組織の姿なのである。

5. 「中間まとめ」

厚生省は、「臨床研修制度が現行では適切な医療の確保という観点からみると十分ではない。このため診療に従事しようとする全ての医師に関して幅広い基本的な診療能力を身に付けることが出来るように、基本的に臨床研修を必修とすると共にその内容を図ることが望ましい」としている。又、必修を法的に確保する制度のあり方、研修内容、研修指導体制、研修医の処遇等の課題について検討する必要を強調している。「研修医の身分保障が、保険診療の収入の形でなされている現在の状況に対して、研修が必修となれば、保険医指定のあり方を当然検討され

る。」と示された。即ち、義務化に伴う財源を医療保険に依存することを示唆している。

この「中間まとめ」のあとの最終答申は平成7年度中との見方も示している。厚生省幹部は種々の講演会で「必修化の議論が先行しているが、財源が担保されなければ、インターン制の二の舞になる。」と財源論を重視。又保険医資格の関連で議論されている点については、「1,000億円の額を確保するのに省内で統一した必要費用を手当する。研修医の生活費や指導医の手当を念頭に置かねばならない。」「その費用に関して、医療保険でみる代わりに研修医を保険医にしないことが議論されている。」「予算はどこから引張ってくるのかは検討中。保険からも選択肢の一つである。国民的合意も必要である。」等と発言されている。これらの文言を解釈すれば、義務化による財源が最重要課題であり、研修制度の改善の美辞麗句とは裏腹に、国の責任と費用によるべきものを国民（患者）に負担させようとの意図が明瞭である。

6. 医師需給見直しの中にも

医師数は、昭和59年に医師需給見直しが検討され、平成7年までに最小新規参入を10%削減するよう入学定員数を減らす要請を行った。(現在7.7%削減)。平成6年、厚生省の検討委員会では、すでに将来の医師数試算に当たり、研修医の数を除外して試算し、医療機関に対する指導の内容では、平成8年から医療法上の定員換算から、研修医の数を除外するよう指導している。

前述したごとく、保険医資格を剥奪することを前提とした事例と考えられる。

「医師需給見直し」で削減方針は2000年に人口10万に比し、220名となることから、①入学定員の削減。②国試合格者数の抑制。③定年制(保険医)の導入。④免許更新制。を明記し、方策の案としている。医師需給削減案の中には、さ

らに厳しく、医師の定年制、免許更新制を打ち出しており、将に研修医のみならず全ての医師にかかわる政策が検討され、実施されるようにしているのである。

7. まとめ

「研修義務化」と「保険医資格」のない医師(保険医インターン)の導入は、いままでの日本の医師資格制度である、医師＝保険医の原則を崩壊させ、厚生省が保険医の認免権を掌握することになると考えられることが最大の問題である。保険医インターン制の導入は、国が医師を統制し管理する意図が明確に出されており、今後、研修医ばかりでなく、統制する対象を拡大させ、保険医の更新制や、定年制などの導入へと展開させるものと思われる。日医はこれに対してどう対応するのでしょうか？すでに日医は、厚生省の臨床研修部会のメンバーであり、その責任は重大なものと考えられる。是非とも保険医資格を剥奪する政策には断固反対を主張すべきである。

卒後研修内容の充実や研修医の身分・生活の保障、指導医や研修病院に対する手当も十分に改善すべきであることは、当然のことでありその責任は国が保障すべきことに誰れも異存はないのである。全日本民医連は、「保険医資格を剥奪する卒後研修義務化・保険医インターン制—医師法「改正」の企てを許していいのか」との見解を発表し、全国の医師の意見を求めている。又保団連は政策部会で、保険医の認定とは切り離れた卒後研修制度の改善を求め、厚生省の意図的な公的医療抑制策に沿った医師法や医療法の改正の手段として導入されることを危惧している。

医師養成のあり方については、密室審議をやめ医学生や研修医をも含め広汎な関係者の意見を求め、国民の合意を得るべきことと思う。

(西野六条病院)