



卒後臨床研修義務化の問題点

—保険医の認可権を握る厚生省の意図—

北区支部 安井 隆弘

臨床研修制度を努力規定から義務化することについての報告・要望が、平成6年2月に「日本学会議地域医学研究連絡委員会」から、また平成6年5月には「臨床研修研究会」から出された。それを受けて「医療関係者審議会臨床研修部会」では平成6年12月27日、「中間まとめ」として意見書を厚生大臣に提出した。

その概要は①研修プログラムに基づくローテーション方式による研修が十分に普及・定着していない、②プライマリ・ケア、全人的医療を修得する必要がある、③欧米諸国では卒後研修が十分に体系化され、医師として基本的研修を行うことが義務づけられている、④必修とする場合の方法、研修内容、研修施設、研修指導体制、研修修了の認定方法、研修医の処遇の改善などを検討する等というものである。

これは研修義務化の実施を宣言したうえで、関係する諸問題についての議論を喚起するためのアドバルーン的な文書であり、具体的な施策についての細かい提案が示されているわけではない。しかしこの義務化は後述するように日本の医療制度を根本からくつがえしかねない重大な問題を秘めているのである。

さらに「臨床研修部会」は部会内に新たに「臨床研修検討小委員会」を設置し、平成7年5月15日に初会合を開き「中間まとめ」の中で指摘した義務化に伴う課題を解決するために月1回のペースで検討、半年程度で報告をまとめ、ただちに平成8年1月の通常国会に提出する予定という。

課題としては①臨床研修病院の法的位置づけ、②研修内容、③指導医の要件と勤務体制、④研修医の身分・生活の保障、⑤費用負担・財源のあり方、⑥研修医の健康保険等の保険医等の取

り扱いなどが焦点となっている。

卒後の臨床研修制度の充実に異論をとる者はまずいないであろう。問題はこの義務化提案が余りにも性急に急浮上してきたことであり、何らかの意図が感じられる。しかもこれ程の重要問題が医療の受け手である国民にも、担い手である医師にも、さらに当事者である医学生・研修医にもほとんど知らされず、議論がなされないまま密室協議で遂行されようとしていることである。

「中間まとめ」の中で最も懸念されることは臨床研修を行う者の位置付けとして健康保険等の保険医としての取扱いの項目である。これは所定の卒後臨床研修（2年間の予定）を終了しなければ保険医の資格を与えないといういわゆる保険医インターン制の導入と考えられる。

つぎにその背景には何が意図されているかその問題点について考えてみる。

①医師免許との二重資格認定の整合性

医師＝保険医という原則が否定されれば日本の国民皆保険制度のもと事実上の医師資格の剥奪に等しい。また実質的な内容の濃い臨床研修が出来ない。

さらにわが国の現状では夜間の救急医療や当直などは研修医に支えられている部分が多い。研修医は医師免許があっても保険医資格がなければ活動の場が失われる。

また病院においては非保険医は医師数にカウントされないため医療供給上の問題を引き起こしかねない。

②厚生省の医師数操作の手段に利用

昭和61年厚生省は平成7年を目標に医師の新規参入を最小限10%程度削減すべく医学部の入学定員の削減を計ってきたが、削減率7.7%と当

初目標の10%に達していない。

「医師需給の見直し等に関する検討委員会」によると国民医療費増加の要因の一つとして医師数の増加が指摘されている。また70歳以上の医師については稼働率を0と見なせるとしている。

そこで厚生省は医療費抑制を目的とした医師数削減戦略として毎年約8,000人(実質的6,000人増)の新規医師数を2年間先送りすることで打開しようとしている。

さらに厚生省が保険医の認可権を握ることは保険医資格の更新制、70歳定年制への布石とも考えられる。

③厚生省主導型の医師養成

厚生省は卒後臨床研修目標として臨床研修の意義の中に「医療の経済性を学ぶ」として、医療費を増やすような医師の保険医登録の見直しを示唆し、患者の人権・医師の裁量権を無視し、国の医療政策を忠実に実行し経済効率を優先する医師を養成しようとしている。

④研修指定病院を頂点とする医療機関の再編成

若手医師を大病院へ誘導する法的根拠となり一般病院の弱体化及び研修指定病院と一般病院との診療報酬上の格づけにつながる可能性がある。

⑤研修目的と矛盾した大病院中心の研修システム

厚生省のいう患者の立場に立つ全人的医療、プライマリ・ケアを重視する医師の養成が真の目的なら、大病院より地域に密着した中小病院の方が優れているはずである。

老年医学や救急医学の実際、慢性疾患指導、保健・医療・福祉との協調などは大学病院での研修は難しい。

一方研修医の数は10床に1人との方針であるが、それならば多数の研修医が大学以外の研修病院(現在必要数の半数不足)で研修を行わなければならない。

この「研修医定員制」により研修医の研修施設の自由選択並びに教育の保障が制限される。

⑥研修医の身分・経済の保障

「中間まとめ」では研修医の処遇の改善をうたっているが具体的なものはなく無権利状態、僅かな経済的保障など劣悪な研修条件が想定される。現状では身分上ほとんどの研修医は非常勤職員であり、賃金は国立大では月約14万円、私立大では約6万円程度とアルバイトなしではとても生活できない状態である。

⑦医療保険財源からの研修費用捻出

卒後臨床研修義務化のためには約1,000億円の財源が必要といわれている。内訳は概算で研修医の生活保障350億円、指導医の保障500億円、環境整備150億円である。この財源を国は健康保険財政から支出しようとしている。

本来国の責任で行うべき財政措置を患者・国民に責任転嫁するものである。司法修習生の処遇は国が全面的にみていることから疑問を感じる。

国は昭和43年のインターン制廃止時の国会附帯決議である医師養成に対する責任と義務を27年間も怠ってきた。そして今、何故かあまりにも性急に保険医資格とセットで卒後研修の義務化を法文化しようとしている。

その意図は卒後臨床研修制度の改善との名のもとに第三次医療法改正ともからめて医療に対する国の統制・管理の強化と低医療費政策の一環としてとらえることが出来よう。

卒後臨床研修を充実することは何も義務化しなくても可能である。現にほとんどの新卒者(82%)は卒後臨床研修を行っている。非研修者は大学院進学者、基礎医学や社会医学等の専攻者である。

大切なことは予算を増やし、研修内容の改善、研修医の身分・経済の保障、研修病院や指導医の充実をはかることである。

また医師養成制度のあり方は、国民的な議論と合意が必要で、医学生・研修医の意見も反映させて時間をかけて進めるべきであり、密室審議でしかも拙速に行うべきものではない。

保険医資格とは切り離れた充実した卒後臨床研修制度の実現を願うものである。

(安井整形外科病院)