

平成18年7月20日

緊急声明

全国医学部長病院長会議
会長 大橋 俊夫
地域医療に関する専門委員会
委員長 小川 彰

全国医学部長病院長会議は、新臨床研修制度発足後初めての研修修了者が本年4月に誕生したことを受けて、研修修了者の進路調査を実施した。

調査の結果、

(1)．本年度、新たに誕生した研修修了者の大学在籍率は修了者全体の約半数(50.6%)であり、制度発足2年前の平成14年3月卒業者の大学所属率と比べ約30%の減少となった。

(2)．地域別には、地方の大学病院における減少が際立っており、四国(59.2%減)、北海道(56.7%減)、東北(52.2%減)、中国(50.9%減)であった。また、人口50万人以上の大都市を抱える都道府県の大学病院と、50万人以下の中小都市を抱える地方都道府県の大学病院を比較すると、前者では約10%の減少であったが、地方都道府県では実に約60%もの減少であった。

(3)．診療科別にみると、産婦人科(30.4%減)、小児科(49.4%減)はもとより、救急など(29.8%減)、外科(45.3%減)、脳神経外科(55.3%減)など外科系の大幅な減少が見られた。

すなわち、かねてから指摘されているように、新研修制度の発足以降、研修医の大学病院離れが加速しているが、今回の調査の結果、研修終了者についても依然として大学病院離れが継続している現状が明らかとなった。

このような研修医の大学病院離れが継続すると、大学の医師、研究者不足が加速し、その結果、将来のわが国の生命科学の研究と実践の崩壊をもたらすといっても過言ではない。すなわち、日々進歩している医学医療の診療と研究を支えてきた若手医師、研究者不足は、医師養成を担ってきた医学部の教育レベルの低下をもたらすばかりでなく、大学病院における診療サービスの低下、さらには、近未来の生命科学研究の停滞を招き、ひいては日本の医学、医療のレベルの低下と国民への医療提供と福祉の後退をもたらすものであり、全国医学部長病院長会議として重大な懸念を抱かざるを得ない。

一方、現在、全国各地で深刻な社会問題となりつつある「地域の医師不足」は、本研修制度導入を契機に顕在化したと云われている。特に、地方都道府県における僻地や地方医療は、従来、その多くが、大学からの医師派遣によって成り立ってきたが、大学における医師不足の結果、僻地や地域医療を担ってきた医師の「引き上げ」や「出向停止」により、地方の中小病院を中心に診療科の縮小や廃止が続出しており、既に、僻地や地方の医

療は崩壊状態にある状況といえる。かかる状態は、僻地や地方のみならず大都市近郊の中小病院や基幹病院においても深刻な状況に陥りつつあるのが現状である。

さらに憂慮すべきは、研修修了者の志望診療科の偏在である。小児科、産婦人科はもとより外科や脳神経外科など生命に直接関わる診療科、救急医療を支える科への志望の減少は日本の救急医療システムの崩壊を意味し日本の医療全体の危機と考える。

すなわち、昨年度、本会議の総会における「新医師臨床研修制度に関わる提言と要望」の中で危惧し指摘した ①「過疎地を含む地方の医療の崩壊」、と ②「日本の医学・医療研究の沈滞」、が現実的問題となりつつあり、さらに、志望診療科間に格差が生じ、救急医療が崩壊の危機にあることが明らかとなった。

もとより、これらの問題は、新臨床研修制度のみにその原因を求めるべきではない。また、大学自身が自ら取り組むべき課題も山積している。

一方、新臨床研修制度を、卒前の学生臨床実習、卒後の初期研修、さらには後期専門研修に至る一貫性のある医師養成システムの構築の観点から見ると、ただ単に研修医の大学離れや地域の医師不足といった問題点にとどまらず、今後、わが国の医学医療を支える良質の医師あるいは研究者を如何に養成するか、そのグランドデザインを如何に構築すべきかという視点から、制度の問題点を明らかにする必要がある。

制度導入の趣旨である、①「全ての医師にプライマリケアに対応できる臨床能力を涵養すること」ならびに、②「研修に専念できる処遇を確保すること」については異論のないところであるが、中広くプライマリケアを担う医師の養成とともに、夫々の専門領域の診療に的確に対応出来るレベルの高い各診療科の医師を、夫々の地域で、バランス良く養成することも極めて重要な課題と考える。すなわち、一貫性のある医師養成システムを構築する中で、制度の問題点の解決を図る必要があるものと考ええる。

全国医学部長病院長会議は、今回の調査結果を「国民を守る医療と福祉に対する緊急かつ重大な問題」であり「日本の医療制度全体の危機」であるとの認識に立ち

「臨床研修制度の迅速な見直し」

を強く提言し、関係省庁の迅速な対応を強く要望するものである。

あわせて、すでに昨年総会で「提言と要望」として示した以下の3項目の実施を重ねて強く要望する。

1. 医学生の実習の充実のための教育環境の整備。
2. 卒前臨床実習、後期専門研修システムの構築を含む、一貫性のある新臨床研修制度の見直しと研修医の適正配置、教育・研修環境の充実。
3. 卒前・卒後を通じた医学生涯教育の一貫性を担保する国と大学との協力システムの構築。

なお、現在検討中の見直しに関する具体例の一部を参考として示す。

参考

研修制度の見直しに関わる検討課題の具体例

医学生ならびに医師の生涯教育の観点から研修制度の位置づけを明確にし、卒前臨床実習、卒後の生涯医学研修を含む一貫性ある医学生涯教育システムを早急に検討する必要がある。

(1) 研修プログラムについて

卒前学生実習内容ならびに将来の専攻分野をも視野に入れた弾力的な教育研修プログラムへの再編を図る必要がある。

例えば、①学生実習との重複を考慮して、必修項目の一部を卒前の臨床実習に移すなど、必修項目を基本的項目のみに限定し、選択科目と期間を拡充する(例えば必修科目を内科、外科、救急などに限定する)。②将来進むべき専門領域に応じたコース設定、例えば、外科系、内科系コースなどの弾力的なコース設定を考慮する。などが挙げられる。

なお、必修項目の見直しにあたって、すでに欧米では学生実習において医学生が医療チームの一員として臨床に携わっていることを考慮し、わが国における医学生の臨床実習の一層の充実を図る必要がある。

(2) 研修施設について

医師の研修は、決して2年間で終わるものではなく、引き続く、夫々の診療領域での5年～10年に亘る所定のプログラムに則ったしかるべき修練を終了した質の高い医師の養成が望まれる。この観点から、現状のプライマリケアのみに重点を置いた施設基準から、より厳しい施設基準への変更を行う必要があると考えられる。

(3) マッチングシステムについて

地域別定数など地域性と研修医の配置を考慮した新たなシステムの再構築を行う必要がある。