臨床研修医制度と医学生（その2）

「定員増」と「制度見直し」に走る政府

文部科学省は２００８年１１月４日、全国７７の国公私立大学医学部で来年度の入学定員を今春より６９３人増やし、８４８６人とする計画を発表した。

これは、ピークだった１９８１～８４年度の８２８０人を約２００人上回り、過去最多となる。各大学では増員を機に、医師不足の地域に集中的に人材を送り出すための方策として、地元入学枠や奨学金の新設を検討していくという。

ちなみに、入学定員を増やすのは、医学部を置く全国７９大学のうち７７大学で、国立４２大学（３６３人）、公立８大学（５９人）、私立２７大学（２７１人）。大学別で見ると、１０人前後の増員がほとんどで、最も多く増員するのは、順天堂大と岩手医科大の２０人である。

こうした医師不足解消に向けての取り組みは、厚生労働、文部科学、総務の３省合同の検討課題であり、先に厚労省は、「制度見直し」を表明している。たとえば、「医師がとくに少な

い都道府県を対象に、医師確保のための補助金を重点配分する」「医師不足が深刻な小児科、産婦人科では、都道府県ごとに人材や機能の集約化・重点化を進める」「研修医制度を見直す」などだ。

しかし、では、医学部の定員を増やし、研修医制度などを変えれば、医師不足は解決するのだろうか？

そんなことはありえないと、私は思う。

なぜなら、日本の医師不足には、定員増だけでは解決しない、さまざまな原因が絡み合っているからだ。その原因をきちんと分析せずに小手先の対策に終始すれば、医療はますます荒廃していってしまう。

そもそも、日本の医学生はアメリカに比べて見学型実習が多く臨床能力が劣る。そのために、卒業後の研修を2年間にしたのに、これをまた変えるのでは話にならない。

日本の医療制度の最大の欠陥は、「自由標榜制」にある。これは、医師免許さえ持っていれば、麻酔科を除いて、誰もが好き勝手に診療科を選んで診察できるということだ。医療が複雑化し、日進月歩しているというのに、これでは話にならない。

これを放置したままでは、どんな改革も無意味になると、私は思っている。

現在、日本のＧＤＰ（国内総生産）に占める医療費の割合は

、約８％である。これは、先進７か国平均（１０・２％）はもとより、ＯＥＣＤ平均（８・９％）も下回っている。

したがって、まず医療費抑制政策をやめ、ＧＤＰの１０％以上を目指すべきであろう。そうしたうえで、医療を専門医療と一般医療サービスに分け、それに見合った医者を養成すべきだ。また、医者の養成は時間がかかるので、医師をサポートする看護婦や事務員も増やすべきである。

アメリカでは、小児科、心臓外科、美容外科など２４の専門医資格があり、それぞれに厳しい研修が科せられている。この研修をクリアしなければ、その分野の治療を行うことができないようになっている。日本のように、「私は美容外科医」「私は内科」と自分で宣言すれば、そのままなれるというのは、明らかにおかしい。また、患者という医療サービスを受ける側のことを、まったく無視している。

アメリカの場合、たとえば心臓外科になるには、まず、一般の大学を卒業し、その後メディカルスクール（医学大学院）で４年間学ばなければならない。そして、５?６年の一般外科研修医課程を終え、さらに２?３年の心臓外科専修医課程を修了しなければ、一人前の心臓外科として働けないようになっている。

一般外科課程も、日本などとは比べものにならないほど厳しい。医療機関は研修医を受け入れたら、１人当たり５００件以上の手術機会を提供する義務があり、研修医は毎日のように手術してレポートを書く。こうして、研修医はどんどん腕を磨い

ていけるし、医療機関は手術数によって受け入れられる研修医数も決まるため、専門医数は制限されることになる。

　つまり、日本のように外科医のスキルがバラバラで、少なくとも腕の悪い外科医が横行しているということはない。つまり、いくら医者の数を増やしても、それが医者に値しないような医者なら、なんにもならないということだ。

　ドイツなどは、専門医に関しては、その数を制限している、たとえば、心臓外科に関しては、医療機関の数を８０に制限し、医療の質を維持している。