

No.16

## 長野県における研修医教育 新医師臨床研修制度5年間の振り返りと 信大医学部への期待

長野市民病院 副院長

臨床研修プログラム責任者 平井 一也

### I はじめに

地域医療の崩壊が声高に叫ばれる中、10月16日、2008年度の研修医マッチング結果が公表されました。県内のマッチ者総数は111人で、前年度より4人増えました。しかしその内訳を見ますと、フルマッチする病院とひとりのマッチングも出ない病院の2極化の様相がより顕著となっています。私自身この新医師臨床研修制度の始まりから研修医教育に携わっていますが、地方の中小臨床研修病院の指導医の先生方の、個人の努力では如何ともし難い苦悩や悲痛な叫びをたびたび耳にしてきました。勤務医の不足はすなわち指導医体制の崩壊を意味し、結果として研修医に見向きされない病院になってしまいます。そしてこのことは医師不足に一段と拍車をかけ、地域医療の崩壊へと突き進んで行きます。当院は幸いにも定員4名のフルマッチが得られましたが、地域医療が崩壊する中でその最前線に立たされており、絶えずそのような危機感を私も抱いている次第です。

指導医として5年間研修医と向き合ってきた中で、最近の研修医像というものがおぼろげながら私自身の中に浮かび上がってきました。また、指導医側の問題点でもいくつか気付いた点があります。研修医教育の向上、ひいては地域医療崩壊対策の一助になればという願いを込めて、この5年間の振り返ってみたいと思います。

### II 現代の研修医像

おしなべて素直で従順です。敷かれたレールの上を静かに走っては行きますが、自分の意志で走っているのか、何かをしっかりと考えながら走っているのか、ふと疑問に思えることがあります。医療面接に関しては挨拶や言葉遣いは丁寧でうわべはあまり問題ありません。しかし、診断学の基本となる理学所見のとり方については“ひとりの人間として全身を診る”というトレーニングが不足しており、それぞれのパーツでしか診ていないように思われます。聴診を例にとりますと

極端な話、呼吸器科ローテーション中は呼吸音だけ、循環器科では心音だけ、消化器科では腸蠕動音だけに終始している感があります。また、オスキーの弊害(?)かも知れませんが、得られた所見の意味付けも苦手なようです。触診を例にとりますと頸部リンパ節であれ腹部であれ、形式的な触診のポーズはどうにか繕えますが、“〇〇あたりに〇〇が触れます”で終わってしまいます。正確な部位、大きさ、硬さ、性状、可動性の有無、圧痛の有無等の所見が上手く伝えられません。“では何を考えますか?”と聞くとほとんどの場合言葉に詰まってしまいます。覚えなければならぬ知識量がわれわれの学生時代とは比較にならないほど膨大になっているのでしょうか、基本となる診断学はもっとしっかり身につけて欲しいと思っています。しかしこれに関しては、単に個々の研修医の問題としてだけでは片付けられず、医学部の指導態勢にも問題があるものと思われまます。

一方、情報に関しては極めて豊富に持ち合わせています。これは何も研修医に限らず、実習や見学でやって来る学生についても言えることです。どここの科のローテーションはきついあるいは楽だとか、処遇のことだとか、研修の本質とは直接関係ないところの損得感情に特に敏感なように思います。また、Textbookや文献などをじっくり読むことも苦手なようです。何かを調べなさいと言うと、インターネットでちょちょいと検索してそれでおしまいというパターンが多いようです。

### III 屋根瓦式指導体制の問題点

問題点の一つは後期研修医層の不足だと思えます。当院の医師を例にとりますと、下から初期研修医、後期研修医、医師、医長、科長、統轄科長という構成になっています。研修医の立場からすれば何か困った時、この順序で速やかに上級医にコンサルテーションできれば理想ですが、現実には難しい面があります。1年目の研修医はまず最も身近な2年目の研修医に相談したいと思われるのですが、1、2年目の初期研修医は

それぞれのローテーション科のカリキュラムに沿って動いており、2年目の地域医療や、当院のように産科および精神科研修を他の病院にお願いしていますと、これらの研修期間はほとんど顔を会わせることすら困難な状況となっています。また、次に身近な立場の後期研修医は圧倒的に数が少なく、医師・医長クラスは各自の日常業務に忙殺され、研修医の面倒をみたくてもみられないというのが現状です。そして、科長となりますとちょっとしたことでは相談しにくい存在になっているのではないかと推察されます。各科に後期研修医が複数名いるのが理想ですが、指導体制ではここが一番のネックになっているように思われます。

もう一つの問題点は指導医側の研修医指導に対する情熱の温度差でしょう。研修医指導は上級医の重要な義務と考えますが、患者さんを相手とした日々の診療業務における義務と比べれば、どうしても後回しにされがちです。そして、研修医指導に対する見返りも全くありません。自分の時間を割いてまで研修医に付き合ってくれる熱意ある指導医の自己犠牲の上に成り立っているのが現状です。各指導医には指導医講習会等にも積極的に参加するよう呼びかけていますが、指導方法や指導に費やす時間、熱意等を含め病院全体である程度の均てん化を図ることと研修医指導に対する対価の検討が必要だと思えます。

#### IV 地方の医師不足は新医師臨床研修制度の所為か？ その対策は？

信大医学部も地域枠を設けたり、定員を21年度入学は110人にまで増員するようですが、地方の医師不足は医学部の定員増だけでは決して解決しない問題だと考えます。医師全体の数がいくら増加しても、都市部への偏在、診療科の偏在が是正され、勤務医が開業に奔ることにブレーキがかからない限り何の解決にもなりません。直ちに手をつけなければならないことは、まず勤務医を過重労働に耐えきれないという理由で病院から立ち去らせないことです。そのためには勤務医と開業医との収入や労働環境のアンバランスの是正が

重要であり、なかでもハードでリスクを背負い込みやすい産科、小児科、外科、救急科、麻酔科医などの待遇改善が急務かと思えます。これにはどうしても財政的支援を要しますので、行政の英断が必要でしょう。勤務医を確保するという事は、すなわち指導医を確保することであり、新医師臨床研修制度の継続・発展と健全な地域医療の維持のためには不可欠です。そして最終的には、卒業生の数とマッチングでの研修医受け入れ数をほぼ同数とし、しかも都市部の研修病院の定員を減らして地方へ誘導するしか術がないように思われます。

#### V 信大医学部への期待

長野県において医学部生の教育機関は信大において他になく、大学医学部は医師免許を取得するためだけの専門学校では決してないはずで、センター入試の得点率で志望校を決め、医師免許を手に入れば都会のブランド病院で研修というコース、それが現代の研修医のトレンドかも知れませんが、母校に誇りと愛着が持てるような教育をもっと徹底して行って欲しいと思います。そして、研究面においても一層の充実を図り、学生にとってより魅力ある大学になって欲しいと願っています。そうすれば長野県に残って研修しようと考える研修医がきっと増えるものと確信しています。

#### VI おわりに

本誌のこの欄に、今まで県内の臨床研修病院の名だたる指導医の先生方が制度上の問題点の指摘や提言をされてきました。厚労省もようやく重い腰を上げ、地域医療の医師不足対策として平成21年4月から大学病院主体の研修プログラムに限り研修期間を任意期間とし、内科、外科、救急、小児科、産婦人科などを中心とした特別コースを設け、弾力的な運用が開始されることになりました。成果が出るのは数年先になりますが、制度の見直しに初めて着手したことだけは少し評価したいと思います。

(平成20年12月受稿)