

医師養成制度の現状を憂う



北海道大学病院 臨床研修センター
センター長 平野 聡

2004年に初期臨床研修制度が新たな法制度の下に開始され、医師養成改革の火ぶたが切られた。卒業と同時に自学の医局に属するものが多くを占めた時代の終焉である。多くの卒業生が大学以外の臨床研修病院に2年間の研修を委ねる道を選択し、大学は入局者を得ることができず、多くの医局の医師派遣機能は低下した。最終的に、大学医局による地域からの医師引き揚げという事態を招いたのは、いまだ記憶に新しい。とりわけ、ほとんどの地域医療機関が大学からの医師派遣によって賄われていた北海道は、その影響が甚大であった。研修医の大学離れは年々その程度を増し、現在に至っては全国で研修医のおよそ6割が大学以外の臨床研修病院を選択している。北海道においてはその割合はほぼ7割に達し、この傾向はとどまる様子がない。

大学病院はこの傾向を指をくわえて見ていたわけではない。北海道大学病院プログラムにあっては他の臨床研修病院に無い特殊性を提示するため、様々な策を講じてきた。すなわち、本制度下では他に類を見ない鹿児島大学病院との研修医交換型の圏外地域研修や、国際的医療人養成プログラムと称して最終的に米国で実診療を見学できるコースまでを実現してきた。しかし、これらの努力や試行錯誤は、common diseaseの数、手技の経験数、高額な給与、潤沢な福利厚生、等々を有する臨床研修病院群の前では全く歯が立たず、相変わらずの劣勢を強いられている。せめてもの救いは、自らの専門性を決定するにあたり、「その分野の最先端をこの目で見てからにしたい」という高邁な精神を持つ研修医がわずかながら存在することである。

上述の「選択の自由による弊害」以外にも制度の問題点は数々挙げられているが、最も重大と思われるのは研修の評価システムの未熟さである。形骸的に習得度に○をつける自己評価と症例レポートの提出には、指導医からのフィードバックは全く課せられていない。その結果、2年間の漫然たる“臨床体験”は、研修医にとって単なる学生実習の延長か、試験がないことを考えると、それ以下のものとして捉えてしまうのも無理はない。しかし、そこから連鎖的に生じるもう一つの大きな問題は研修医のメンタルヘルスのトラブルである。“実習もどきに参加”というお気遣い気持のまま本当の現場に無防備に進入し、「この科は興味がないからほどほどに」ともくろんでいた研修医に、突如、職業人としての責任が降りかかる。「なぜ、こんなに責められるのか？」

「なぜ、興味の湧かない雑用を強いられるのか？」と嘆きつつも、研修期間をなんとかやり過ごせるなら良いのだが、毎年、一定の割合で研修医の心は変動を来してしまう。制度の問題ばかりではないという意見もしかしだが、実際、毎年行う指導医講習会での最も重要な講義題目は、精神科専門医による「研修医（と指導医の！）のメンタルヘルス」である。

「反省なくして成長なし」とは、松下幸之助の言である。良い制度には良い評価システムが必須であると読み替えられる。救急や麻酔科研修で全員必修として経験したはずの全身管理どころか、輸液ひとつ自信をもって処方できない研修修了医師を見るにつけ、本制度の有効性に疑問を呈さずにはいられない。2020年の制度改革では、新たに評価システムを構築することになっているが、その具体的内容はまだ見えてこない。

折しも本年度から医師養成改革の第二弾、新専門医制度が開始された。その基本理念は「専門医の質を担保できる」制度であり、「患者に信頼され、受診の良い指針になる専門医を養成する」制度のほずであった。だが、機構の主導により、どの診療科も一律に専門医資格を取得させることに主眼が置かれている点に問題がある。専門医の上に多くのsubspecialtyを有する内科や外科のいわゆるmajor科には、サブスペ専門医資格の取得スピードを上げなければ、ますますなり手が減ってしまうという危機意識が生まれた。例えば、筆者の専門である消化器外科専門医は最短で卒後8年で取得できるように制度が変更され、現行に比べてざっと6年もの前倒しとなる。これでは簡単な胃癌の手術もままならない消化器外科のプロが誕生することになり、「専門医の質の担保」とは真逆な結果を招いてしまっている。これまでは、学会ごとにプロフェッショナルオートノミーに基づいた適切な専門医制度を構築してきた歴史があったはずであるが、それらが音を立てて崩れていくのを目の当たりにする。

本道において地域医療の充実は大きな課題であるが、同時に、人口の高齢化や都市部集中に伴う医療需要の変化に対応する長期的医療政策が他都府県以上に求められている。医師数の確保には行政側も相当な努力を続けており、地域枠学生増加策もある程度奏功するであろうが、上述したように今後は医師の質（実力）にも危機感を持たなければ、基幹病院が地域に点在する本道では良質な医療は実現されない可能性が高い。研修制度や専門医資格に頼れない個々の医師の実力を、誰がどのように担保すべきであろうか。今、医育機関としての大学病院、行政、医師会など、各種団体が一丸となって取り組むべき地域的課題がそこにあるように思える。ヒト、大学、機関、団体同士の垣根が低い北海道の特殊性を生かし、医師養成のご当地モデルの創設などは夢のまた夢であろうか。