

## 臨床研修病院としての 課題克服と提言



社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院

病院長 中田 智明

“これからの北海道の医療における展望と課題”について、さまざまな課題が想定される中で、臨床研修病院の立場からどう考えるか？とのこと。言うまでもなく、責務として、若い医師を、人間的にも立派な臨床医に育てるべく初期教育を施し、全人的医療を通じて北海道に貢献してもらうことが最重要課題と捉えている。では、当院の研修病院としての質は十分担保されているか、北海道の初期研修医数（医師数）は十分か、そして今の初期臨床研修制度でその役割を果たせているか、といった問題が自ずと出てくる。

まず当院の立場・現状から述べてみたい。当院は基幹型初期研修病院として道から9名の枠を頂いているので、大学からのタスキの研修医を含めると毎年10名以上、1～2年目を合わせると20名前後の初期研修医が来てくれている（フルマッチしても、残念ながら卒業試験・医師国家試験の不通過で着任できないこともある）。年間の手術数約6,000件、救急車搬入3,000件以上、地域がん診療連携拠点病院として新規がん登録患者数約1,750症例、IVR-CT、PET-CT、da Vinciシステム、各種シミュレーションやレクチャープログラムを含め、十分な研修教育環境を維持できていると自負していた。ところが、2年前初めて受審した卒後臨床研修評価機構による第三者評価では散々な厳しい結果であった（ある研修会で名前は伏せて、悪い例に引用された！）。しかし、今年1月の再受審では、この2年間で随分改善されたと高い評価を頂いた。それでも、コメディカルからの研修医評価・指導医評価の実施（多職種評価法）など、いくつか宿題を課せられ、4年後の再受審に向け努力を開始したところである。指摘はすべて合理的で、なかなか難しい課題もあるが、よりよくチーム医療を実践できる臨床医を育てるには有意義なことと思われる。また、インフォームドコンセントの記載は当然として、すべての臨床カンファレンスや回診状況（会話や議論の推移を含め）を正確に記録するのは（程度問題にしても）、日常臨床では難しい面もある。研修医への指導記録も残すようには、電子カルテの時代になかなか大変である（昔は、病歴・要約・手紙・書類・論文等に真っ赤に赤ペンを入れられたものであるが…）。当院では指導医有資格者47名（指導医対象者の67%）いるが、十分な指導医数、指導時間、カルテ記録時間を確保することが問題で、大学のようになかなかいかない現実がある。これも医師（指導医）数不足問

題・働き方改革（役割分担・時間外勤務の軽減）・教育担当医師の雇用問題（人材確保・経営体力含め）に帰結するのであろう。当院では幸い専門4内科（消化器・循環器・呼吸器・腎臓/透析）に加え、今春から総合診療科を教育マインドのある2名の医師で開設した。次回必修化される初期研修医の外来研修の充実も、その目的の一つである。一定レベルの専門性を追究・維持しながらも総合内科的素養あるいは総合診療科的マインドを持った、バランス感覚のいい・視野の広い医師を育てることが、初期臨床研修の初期の目的にかなうものであることを思い出すことが必要であろう。そのために病院全体はもとより、指導医自身のさらなる質の向上が必要と考え、例年外部講師を招いて指導医の研修を実施している。“教育とは人のためならず…自分にも”と考えて、若い医師からも選ばれる教育研修病院を目指してさらに努力していきたいと思っている。

医師の高齢化・絶対数不足は、医師の地域偏在化、診療科の偏在化とともに、実体として大きな問題である。対人口10万あたりほぼ全国平均（240.1人）である道内（238.3人）でも、最高の上川中部（339.2人）と最低の宗谷（86.7人）で4倍もの開きがある。では北海道の初期臨床研修医数は十分か？

もちろん、答えは否である。ちなみに2017年度の初期研修医最終マッチング数は337（2018.7.3道のHPより）で、募集枠の82%、124名充足していない。これは何を意味するのか？ せつかくある北海道研修医枠を（国家試験不合格者はやむを得ないとして）活かしてきれていない証拠である。道内58研修病院で研修医を奪い合うのではなく、道外への流出を防ぐとともに、何とか道外の医学生を誘導できる方法を北海道全体で考え、また各研修病院でも考えてみる必要がある。当院はここ数年、道外で開催のe-レジフェア（全国臨床研修病院合同説明会）にも参加している（今年は東京2018.5、仙台2018.10、去年は福岡開催にも参加）。2017年度は、91名の医学生が病院見学に来てくれたが、うち47名は道外医学生であった。ここ数年道外勢は年間で少ない年で31名、多い年で54名来てくれているが、残念ながら正直なかなかマッチングに結びついていない。その理由はいろいろであろうが、せつかく北海道に来て初期研修2年間終了後の進路が見えにくく不安との声をしばしば耳にする。ことに、初期臨床研修医にとっては、各種問題を抱えながらも生まれたばかりの新専門医制度にどう対応するかというのは、大きな問題であろう。道外出身者は後期研修としての新専門医制度へのスムーズな移行を希望しているようである。当院も独自に新専門医制度に対応せざるをえないと考えている。そこで、当院は関連する大学の新専門医プログラム協力病院としてのみならず、2019年度から独自に内科専門医プログラム（3年プログラムで、うち1年間は希望する大学内科系診療科で

の逆タスキ研修あり)を開始することにした。これにより、道外出身者の受け入れをさらに充実したものにし、当院の初期研修から後期研修へと選択する、道外からの若手医師を増やしたいと考えている。幸い新内科専門医プログラムは関係各位の協力のお蔭で、先日日本専門医機構から承認されたが、その成否はこれから先数年の頑張り次第と考えている。

最後の課題は、2004年に開始され、5年ごとに変更が加えられてきた現在の初期臨床研修制度は、北海道のひいては日本の医療に貢献してきたか、医療を改善する役割を果たしてきたか?である。これは、あまりに大きなテーマであり、2020年から再度変更される予定(当初のプログラムに近い形に戻る!?)であるため、本稿で論ずるには荷が重い。博学・見識の高い有識者の先生が議論を重ね、たびたび変更してできたものであるので素晴らしいものに違いないはずであるが、医師の偏在の助長・地域医療崩壊(大学医局派遣の相次ぐ中止)や医学研究者減少の危機を大学と地域双方からみてきた身からすれば、功罪相半ばと感じる(個人見解)。また、研修項目が実臨床の現場・教育現場とはやや感覚がずれているようにも感じられるが、内科医(ちなみに、小生は総合内科専門医・循環器専門医・高血圧専門医であるが)の立場から私見を少しだけ言わせてもらうことにする。2020年のプログラム改訂は、外科・小児科・産婦人科・精神科を必修に戻し、一般外来研修を追加するというもので、先祖帰りの・総花的である。当初のスーパーローテートプログラムも多すぎる必修科目による短すぎた研修期間が、ポリクリの延長ではといった最初の改訂の批判はどうなったのかと思わせる。さらに、内科専門医プログラムでは13領域を必修に挙げているため、初期臨床研修から新内科専門医プログラムへの整合性をつけようとして、両者をやや無理に一体化し、さらに中途半端・アリのバイ的な研修なる危険性をはらんでいるように見える。そうならないようにするのが研修病院の指導医の役目であろう、と怒られそうであるが…。志向性と手技の違いはかなり大きいので、大きく内科系研修と外科系研修とに分け、共通必修科目に救急、地域(家庭)医療、精神科、小児科などを組み合わせた方がより実効性のある初期研修になると思われるが、いかがであろうか?

\*\*\*\*\*

日本の将来の最大の危機は、人口減であると言われている。函館市は毎年3,000人ずつ人口減らしい。確かに当地でも、医師・看護師・介護士は言うに及ばず、観光業・建設業他各職種で人手不足が深刻化してきている。一方で働き方改革・ワークシェアリング・労働時間の厳守化・時間外労働問題・〇〇休暇取得促進と、相当矛盾した政策が声高に叫ばれ始

めた。小生も札幌から当地に単身赴任を開始して14年以上になる。医師の引き上げの悲哀や充足の苦労も多々経験してきたが(現在も進行形で…)、幸いにもいい仲間・医師にも恵まれ、徐々に多様性のある人材が集まって来てくれている。常々、職員には病院は半ば教育機関である(teaching hospital)と言っている。良い人材を広い視野で確保するのみならず、良い職員に育てていく、医療のプロに育てていく、若い看護師・医師を全職員で育てていくのが使命であると…このことで北海道の医療が少しでも良くなることを願っている。