



## 地方の医師不足は新卒後臨床研修制度の責任か？



西崎病院 脳神経外科 國吉 毅

昨今「地域医療の崩壊」と称せられるマスコミ報道がとみに増えている。主に、北海道や東北地方等の過疎地を中心に、大学医局よりの派遣医が次々と引き上げるため、診療科の縮小や閉鎖を余儀なくされている等の一連の報道である。

その原因として引き合いに出されるのが、3年前より始まった医師卒後初期臨床研修の必修化に伴う大学病院での医師不足の影響である。

すなわち、医学部卒業生が、卒業後すぐに大学医局に入局せず、全国共通のマッチングシステムによって自由に自らの卒後研修先を選択する事が可能となったため、研修医が、大学病院より市中病院へ大幅にシフトし、特に、地方大学の附属病院では、大幅な定員割れを生じ、ひどい所では、一桁の研修医しか確保できないとの事である。そのため、大学病院の各診療科では、マンパワーが足りないため、その穴埋めとして大学医局から派遣していた関連病院の医師を次々と引き上げるに至った、との主旨である。まるで、新臨床研修制度のせいで、地域医療が維持できなくなったとの論調であるが、果たしてそうであろうか？

まず、皆さんに考えて頂きたいのが、何故新卒後臨床研修制度が導入されるに至ったかという事である。従来より日本の医学教育は、欧米の先進諸国と比べて、特に臨床能力育成の面で大きな欠陥を抱えていると指摘されてきた。即ち、大学入学より医師国家試験まで6年間しかなく（米国医学部は、4年生大学卒業後に入学するいわゆる大学院大学であり、卒業するのにもう4年間、高校卒業後計8年間を要する）、クリニカルクラークシップの導入等様々な改善が

なされているとはいえ、卒前教育が不十分である事は確かである（卒前医学教育の功罪については、本稿の主旨ではないため、ここでは、これ以上論じない）。

それに加えて従来は、医学部卒業後医師国家試験に合格すれば、その殆んど（約8割）が、大学の医局に入局した上で、すぐに、専門研修（いわゆるストレート研修、若しくは、せいぜい関連領域のセミローテート研修）を開始するのが、一般的であった。そのため、自分の専門領域や関連領域以外の臨床能力は、不十分なままであり、欧米では、当然医師として修得しているべき幅広い基本的臨床能力が大幅に欠落したいわゆる自称専門医ばかりを育ててきたのである。その自称専門医をジッツと呼ばれる関連病院に派遣して、それと引き換えに大学医局としての様々な恩恵を受けてきたのが、地域医療と呼ばれるものの実態である。

現在の卒後初期臨床研修の内容に様々な異論があるのは当然であり、私も全面的に満足するものではないが、少なくとも従来の日本の卒前医学教育と卒後臨床研修で欠落していた部分を補完するものである事は確かである。すなわち、現在の卒後2年間のローテート研修は、欧米の医学部3、4年生の教育内容を踏襲しているに過ぎないという事である。本当の意味での卒後研修は、卒後3年目以降のいわゆる後期研修に当たるものと考えて差し支えない。

それでは、何故研修医は、卒後研修の場として大学病院ではなく、市中病院を選択するようになってきているのだろうか。それには、様々な要因があるが、その最大の要因は、大学病院

での研修プログラムに魅力がないからである。ただ単にローテート研修を取り入れれば研修医が集まると思っていたら大間違いである。私は、昨年まで全国組織の医療法人の研修病院の研修委員長を10年余務めており、同時に同法人全体の研修委員会や県内の臨床研修病院群プロジェクトの運営にも深く関与していた経緯もあり、全国の様々な病院の研修プログラムや研修医、医学生の声の生に接する機会が多々あった。その中で実感したのは、初期研修で求められているのは、大学病院のようなローテート研修とは名ばかりの専門医による専門科教育の寄せ集めのような細切れローテートではなく、もっと幅広い総合診療的な診療体制に基づいたCommon Disease中心の症例を多数経験させる事である。

また、救急診療に関しても大学病院によくありがちな救命救急センターのような三次救急中心の限定された短期間の救急部ローテートではなく、初期研修の2年間を通しての一次～三次救急までの救急医療全般に幅広く参加させる事が肝要であると考えます。

以上の観点よりそのいずれにも対応しきれない研修プログラムしか提供できない大学病院が敬遠されるのは当然である。

以前より全国医学部長・附属病院長会議を中心とした大学側の論理（大学医局の論理）より発せられたとしか思われぬ新卒後臨床研修制度の見直し論（本音は撤廃論？）が時々新聞紙上を賑わせたりする。地域医療の崩壊は、決して新卒後臨床研修制度のせいでも、ましてや研修医自身のせいでもない。研修医が、少しでもいい環境、いい条件の下で自らの医師人生の基

礎を築きたいと考えるのは、至極当然である。したがって、それが従来の大学及び医局の既得権益を擁護するが如き内容の提言（妄言？）であるならば、厚生労働省には、勇気をもって断固拒絶し、現在の制度を維持・前進させてもらいたい。

卒後臨床研修を含めた医学教育の問題は、これまでのように指導する側、管理する側の立場（すなわち医局の論理）で考えるのではなく、研修医、医学生等の学ぶ側の立場に立って論じていく事が極めて重要である。幅広い臨床能力を修得した医師を育てる事こそが、結局将来にわたって、真に国民の健康・福祉の増進に寄与するものと信じているし、また、そうなる事を切に願っているものである。

一方で、地域医療崩壊の問題は、当然看過すべきものではない。これは、従来の大学医局制度に完全に依存していた病院管理者側及び行政側にも大きな責任がある。卒後臨床研修制度の改悪ではなく、全く別の視点からの医師の地域偏在、診療科偏在の問題を含めた地域医療の再構築を国民全体で論議していく必要がある。

最後に、新制度の下で卒後研修を受けている研修医諸君にエールを送りたい。現在の卒後臨床研修制度の成否は、結局は、皆さん方が、真に良い臨床医に育ち、世の中で評価されるかどうかという一点に懸かっている。私は、自由に自らの卒後研修の場を選択できる環境にある皆さんが大変羨ましい。ぜひ、この時代に卒後研修が受けられる幸運を享受して、新卒後臨床研修制度で育った医師の評価を高めて、旧態依然とした考えに固執する人たちを、その若いパワーで一蹴してもらいたい。諸君の健闘を祈る。