「縫合のトレーニングを行う研修医。真剣なまなざしで縫合の技術を練習している」

亀田メディカルセンターの臨床スキルスシミュレーション(OSCE)センターにある患者のシミュレーター。1000万円もする

医療ジャーナリスト
伊藤隼也が行く！
ニッポンの医療現場 第12回

日本の医師教育の現状【前編】

研修時代から始まる医師としての能力格差

医学部を卒業し、医師国家試験に受かった新米医師には、2年間にわたって複数の診療科を経験する「臨床研修」が義務付けられている。「広い診療能力」を身につけるための貴重な研修をどこでどう行うかが、医師として岐路と言っても過言ではない。

医師になっても患者を診られない

「研修医時代、重症の破傷風でけいれんを起こした患者さんを担当しました。だれもが助からないと思っていた方でしたが、当時の私は、何とかしたいと学生時代の教科書を引っ張り出し、首っ引きで破傷風のことを学び直し、先輩の医師に相談しながら慣れない薬を出したり……。そうしたらその患者さん、回復して4カ月後には歩いて退院されたんです。それが、私が神経内科を志したきっかけです」

こう語るのは、亀田メディカルセンター(千葉県鴨川市)卒後研修センター長(神経内科部長代理)の片多史明(かたおかだ)医師。今から十数年以上前の話だが、当時のことは鮮明に記憶しているという。それだけ、研修医時代の経験は重要で、その後の医師人生を大きく左右するといえる。

一般的には、医学部を卒業した後、医師国家試験に合格し、医師免許を取得すれば医師になれる。しかし、これですぐ一人前の医師として、患者を診られるかといえば難しい。かつては医師免許を取得すれば、どんな医療行為も可能だったが、一方で問題も多かった。そこで、免許取得後に臨床経験を積む「卒後教育」が2004年から義務化され、「新医師臨床研修制度」が始まった。

この制度では、研修医(レジデント)は、2年間の研修期間に、必修科目である内科、救急、地域医療に加え、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科から2つの診療科を選択して研修を行う(スーパーローテート)。いろいろな診療科を経験することで、「幅広い診療能力が身に付けられる(厚労省)」というわけだ。

医学生は大学6年生になると研修先を探し始めるが、最近は出身大学の大学病院だけでなく、民間病院の人気も高い。そこで研修先と研修医とを一定の規則に従って組み合わせる「マッチング」が行われ、研修先が決まる。

医師臨床研修マッチング協議会によると、今年の研修施設数は1029病院で、募集定員は1万692人。これに対し、今年の医師国家試験の合格者は、約7538人。中間報告では一番人気の大学病院は東京医科歯科大学、民間病院は国際医療研究センターだった。

片多医師(左)と採血静注シミュレーター(右)。

質の高い研修は優れた医師を育てる

研修先としてマッチングの人気上位ランキングに常に顔を出す亀田メディカルセンターは、今年も定員の2倍を超す研修医が希望している。

同センターでは新臨床研修制度が始まる10年以上前からスーパーローテートを研修システムに取り入れている。海外から感染症の専門家をスタッフとして招き、世界水準の診療技術や感染対策などを学ばせたり、研修医一人あたり100例の全身麻酔管理、気管内挿管(口、または鼻からチューブを気管に入れて気道を確保すること)を経験させたりして、臨床研修を行う上での理想的な環境を創りだしている。

優れた教育は優れた医師を生むわけで、同センターで研修を受けた医師の中からは医療界を代表する優秀な医師が多数、輩出されている。

同センターでは現在、全国から集まった35人の研修医が研修を受けている。一例として、研修1年目のT医師の1日の予定を示した。どれだけ過密スケジュールかは一目瞭然だ。しかしこの研修を経験することで、T医師は確実に成長している。

研修中のT医師の1日

~5:30	起床後、病院隣接の宿舎から病院へ移動
~6:30	決められた患者の採血を済ませる
~7:30	一人で担当患者を回診し、指導医に担当患者の状態報告
	その日の方針を相談
8:15	カンファレンス(1~2時間)
	指導医と担当患者の回診(2度目)。今後の方針についてのディスカッション
昼食	
15:00~	外国人指導医と英語で症例検討(1時間)
16:00~	新規患者の処置や処方、病状評価と検査・治療方針を上級医と決定
	翌日のカンファレンスに必要な新入院患者報告の準備
	担当患者のその日のカルテ記載
20:00~25:00	夕食(業務の合間) 余力があれば復習。就寝

「入った当初は採血さえできませんでしたが、今は初診の診察時もあまり緊張せず、他の病気との鑑別を考えて診察できるようになりました」

とT医師は言う。

マンパワーとして研修医を望む地域も

マッチングはある意味、研修医を募集する施設にとっては過酷だ。亀田メディカルセンターのように人気が高い施設もあれば、研修医が集まらず、四苦八苦している施設もあるからだ。地方の病院に勤める、ある外科医は言う。

「医師不足の地域は、本当は専門性の高い医師を呼びたいが、給料が高くて招くことができない。だから、安い給料でも働いてくれる研修医のマンパワーに頼るしかないというのが事実。研修施設に研修医が来てくれないと、関連病院に医師を送れなくなる」

研修どころか、技術も経験も未熟な研修医を一人前の医師として任せるところさえある。関西地方のある病院では、研修医が患者に付けられていた機器の取り扱いを誤り、患者が死亡するという医療事故も起きている。研修医には本来、指導医がついてノウハウを教えていくのだが、このケースでは研修医は十分な教育を受けていたのだろうか。

「地域の医師不足の原因の一つとして、新臨床研修制度がやり玉に挙がったこともありましたが、疲弊している臨床現場に研修に行っても、指導医となる側も負担になりますし、研修医にとっても十分に研修ができない不利益が生じます。それが、ますます日本の医療を厳しい方向に進めてしまう」(片多医師)

医療崩壊が叫ばれて久しい。先月発表された厚労省の医師不足実態調査によると、2万人以上の医師が不足している。このような問題を作り出してきたのは、政治と行政の責任であることは明白だ。

いとうしゅんや●医療ジャーナリスト・写真家　国内外問わずさまざまな医療現場を精力的に取材し、患者中心の医療実現のため活動中。テレビ・雑誌・書籍など、多数のメディアでより良い医療のあり方を追求・発信し続けている。http://shunya-ito.tv/

転載・二次使用禁止

写真／SHUNYA ITO© 取材協力／山内リカ 協力／亀田メディカルセンター