多根医誌　第７巻　第１号，11～15，2018

原　　著

当院での研修医教育の現状

多根総合病院　卒後臨床研修センター，外科
森　　琢　児

要　　旨

基本的な診療能力を身に付けることを前提に始まった新臨床研修制度であるが，本来の目的から外れ，必修科目の変更が行われた．当院では骨太の研修をめざし外科６か月，内科６か月，救急３か月，地域医療，精神科などを継続して必修とした．手厚い各科での研修指導，見学者への病院説明会などの様々な努力により絶え間ない学生見学があり，当院での研修を志す初期研修医を確保し現在までフルマッチの状態が続いている．どの診療科に進んでも困らない骨太の研修を受けた初期研修医は病院の大きな力になり，病院全体は活性化されており，さらなる研修の充実を図りたい．

Key words：初期臨床研修；プログラム；外科必修

は　じ　め　に

大学医局制度の改革のために新臨床研修制度が始まりはや15年が経過する．新専門医制度が始まったころは大学病院，有名市中病院に研修医が集中し，当院のような１市中病院には研修医が集まらないのではないかと考えられていた．

当院は外科だけで年間約2000例の全身麻酔手術を行い，年間7000台を超える救急搬送例をこなす市中病院である．これだけの症例をこなすのにマンパワーは不可欠であり，病院にとって若手医師，研修医の人員確保は，病院生き残りのためには不可欠であると考え様々な試みを行ってきた．目まぐるしく変わる臨床研修制度の中での当院の研修医教育の工夫，現況について臨床研修を担当する立場と１外科医の立場から報告する．

臨床研修制度の変遷と当院での対応

以前は大学卒業後，ほとんどの研修医が大学病院での単一診療科によるストレート方式の研修を受けおり，幅広い診療能力が身に付けられる総合診療方式（スーパーローテイト）による研修を受けていた研修医は少なかった[1]．専門の診療科に偏った研修が行われ，「病気を診るが，人は診ない」と評されていた[2]．出身大学やその関連病院での研修が中心で，研修内容や研修成果の評価が十分に行われてこなかった．そこで厚生労働省は平成16年度から外科，内科，救急，小児科，産婦人科，精神科，地域医療を必修とする最初の２年間で基本的な診療ができるようになるための研修プログラムを義務化とした（表1）．

しかし，この制度変更に伴い研修医の病院選択に大きな変化が生じた．つまり大学病院よりも市中病院での研修を希望するものが増えた．制度開始５年間で，大学病院の研修医が半減した（表2）．危機感を覚えた大学，厚生労働省は本来の目的から外れる

表１

研修制度の義務化　厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare

医師臨床研修制度の基本理念

臨床研修は，医師が，医師としての人格をかん養し，将来専門とする分野にかかわらず，医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ，一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう，基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない．

（医師法第16条の２第１項に規定する医師臨床研修に関する省令）

［医師法等の一部改正］（平成12年改正，平成16年４月施行）
1.診療に従事しようとする医師は，２年以上臨床研修を受けなければならない
2.臨床研修に専念しなければならない
3.臨床研修修了を医籍に登録，修了登録証の交付
4.臨床研修未修了者の診療所開設は知事の要許可
5.病院・診療所の管理は臨床研修修了者に認定

別刷請求先：森　琢児　多根総合病院　卒後臨床研修センター，外科（〒550-0025　大阪市西区九条南１丁目12-21）

表２

臨床研修の実施状況

①臨床研修実施施設(平成 20 年４月１日現在)

臨床研修病院(単独型・管理型)1,004 病院
臨床研修病院(協力型) 1,298 病院
臨床研修協力施設 5,047 施設
大学附属病院(単独型・管理型) 109 病院
大学附属病院(協力型) 24 病院

②研修医の在籍状況

区　　分	大学病院	臨床研修病院
旧　制　度(平成 15 年度)	72.5%	27.5%
新制度１年目(平成 16 年度)	55.8%	44.2%
新制度２年目(平成 17 年度)	49.2%	50.8%
新制度３年目(平成 18 年度)	44.7%	55.3%
新制度４年目(平成 19 年度)	45.3%	54.7%
新制度５年目(平成 20 年度)	46.4%	53.6%

表３

臨床研修制度等の見直しの方向

⑴研修プログラムの弾力化
○必修診療科は内科（6 か月以上），救急（3 か月以上）にとどめる．
○外科，麻酔科，小児科，産婦人科，精神科は選択必修とし，この中から２診療科を選択する．
○内科，救急など基本的な研修を１年間とし，２年目から将来のキャリアに応じた研修も可能．
○現在行われているような多くの科を巡回する研修も引き続き実施可能．
○一定規模以上の病院には，産科など医師不足診療科の研修プログラムを義務付ける．
○研修２年目に，地域医療研修（1 か月以上)を必修とする．
⑵募集定員や受入病院のあり方の見直し
○研修医の適正配置を誘導するため，都道府県別の募集定員の上限を設定する．
○各病院の募集定員は，研修医の受入実績等を踏まえ，医師派遣実績等も勘案して設定．
○募集定員の大幅な削減の対象となる場合などについては，一定期間の経過措置を設ける．
○研修の質の向上のため，研修プログラムを管理する病院の指定基準を強化する．
○引き続き，受入病院が公表した研修プログラムを研修希望者が全国規模で選択できるようにする．
⑶関連する制度等の見直し
○臨床実習の充実を図るなど，医学教育のカリキュラムの見直しを行う．
○医学部入学における地域枠などの拡大を進める．
○大学病院等による医師派遣機能を開かれたシステムとして再構築する．
○５年後を目途に改めて制度見直しについて検討する．

が大学に人を集めるために制度の変更を行った．つまり研修医が敬遠する外科，小児科，産婦人科などを必修から外すこととなった（表3）．

この変更により，本来の目的に反して一般外科研修を行わないでも研修が終了できるようになり，大学病院をはじめ多くの病院では研修医確保のために外科，産婦人科，小児科などを必修から外したプログラムを採用した．

当院でもこのような臨床研修制度に対して，プログラムの変更について議論した．当院の特性上，外科，救急が強く，指導スタッフに恵まれており，制度の変更に振り回されることなく，本来の“骨太の医師”の研修医の養成をめざすべく，従来どおり外科６か月，内科６か月，救急（麻酔科を含む）３か月，地域医療，精神科，婦人科，小児科も必修にするという当初からの研修プログラムを継続した（図1）．

当院の魅力を学生，研修医にいかに伝えるか

これから何を専門にするにしろ，最初の２年間で勉強したことがすべての基礎となり，大きく専門分野で羽ばたくために必要であると考え，当院のプログラムは骨太プログラムの継続としたが，学生，研修医に病院の魅力を示さねばならない．

医学部６年の教育を経て医師になるにあたり，学生時代に学んだ医学知識を有効に，有機的に生かすためにはどうすればいいのだろうか．

研修医制度の変革は専門分野しか診られない医師ではなく，プライマリー，救急などは診ることのできる基本的な診療能力が身に付いた医師を養成するという壮大な理念でスタートしている[2)]．

当院での研修の大きな魅力はこれをきちんと実践できる体制，プログラムが組まれていることである．幸い当院はきつこう会ヘルスケアシステム（KHS）というグループのなかの１施設である．多根総合病院，リハビリ病院，第二病院，老健施設，眼科病院，人間ドック，検診センターなどグループをなし地域に根

臨床研修スケジュール
【1 年目】

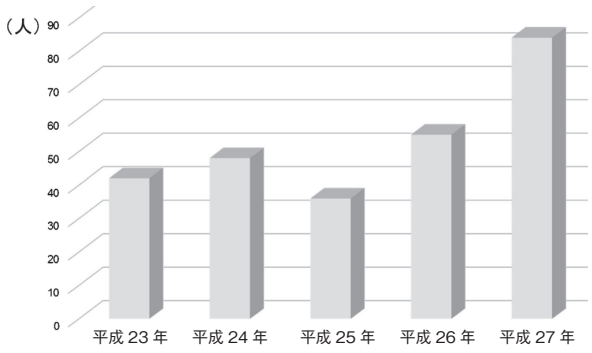
医師名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
A	内科	→	→	救急	神経内科	内科	→	外科	→	→	→	→
B	内科	→	救急	神経内科	内科	→	→	外科	→	→	→	→
C	内科	救急	内科	→	→	→	外科	→	→	神経内科	外科	→
D	救急	外科	→	→	→	→	→	内科	→	→	神経内科	内科
E	外科	→	→	→	→	→	救急	神経内科	内科	→	→	→
F	外科	→	→	→	→	→	神経内科	救急	内科	→	→	→

【2 年目】

医師名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
A	放射線科	内科	地域医療（小豆島）	耳鼻科	生理検査	精神科（貝塚）	形成外科	麻酔科	麻酔科	外科	循環器内科	整形外科
B	整形外科	放射線科	内科	地域医療（小豆島）	精神科（貝塚）	産婦人科（千船）	小児科（千船）	泌尿器科	耳鼻科	麻酔科	麻酔科	外科
C	外科	形成外科	整形外科	精神科（貝塚）	地域医療（小豆島）	生理検査	内科	形成外科	麻酔科	麻酔科	放射線科	耳鼻科
D	麻酔科	麻酔科	泌尿器科	放射線科	内科	地域医療（小豆島）	生理検査	精神科（貝塚）	内科	形成外科	整形外科	産婦人科（千船）
E	内科	整形外科	麻酔科	麻酔科	放射線科	耳鼻科	地域医療（小豆島）	小児科（千船）	精神科（貝塚）	生理検査	内科	形成外科
F	耳鼻科	循環器内科	形成外科	内科	麻酔科	麻酔科	精神科（貝塚）	地域医療（小豆島）	整形外科	放射線科	産婦人科（千船）	内科

図１

当院見学者数（平成 23 年～平成 27 年，過去 5 年）



当院見学者数（平成 23 年～平成 27 年，過去 5 年）

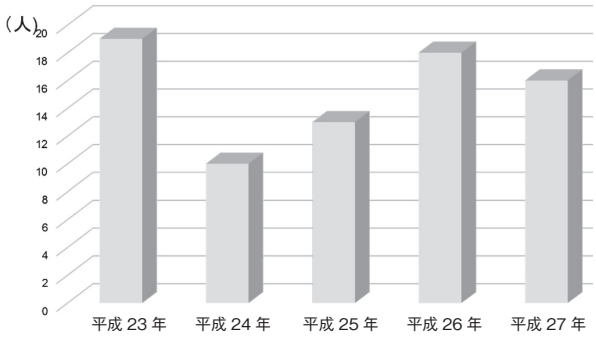


図２

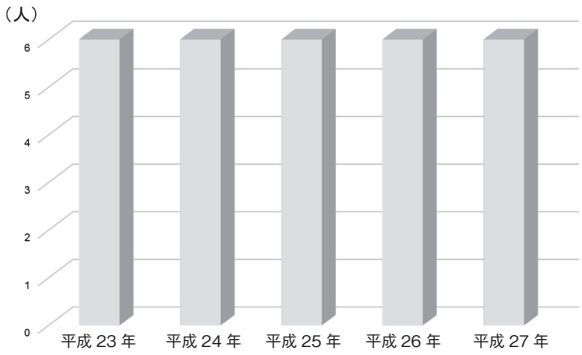


図３　初期研修医のマッチング状況（定員 6 名）

差した医療群を形成している．学生時代に学んだ断片的な知識，経験をこれらの施設群のなかでの研修を通して有機的に結び付けることができる．検診部，あるいは人間ドックでの無症状の状態で見つかる病気を紹介で診察することもあれば，救急で運ばれてきた患者を，話を聞いて，必要な検査を考え，その上で診断することもある．そのまま入院になる症例，手術になる症例，入院後は担当医として患者を診察し，総合病院で経過をみることもできる．長期化すれば大学病院では近隣施設に紹介してしまい，その後の経過をフォローするのは困難であるが，当院ではリハビリ病院に転院後も，電子カルテを使い容易にフォローが可能である．徒歩数分で足を運べる関連施設もあり，意欲ある研修医は引き続いて患者の診察に行くこともできる．例えば脳梗塞，骨折など治療に長期入院を要する症例は回復期リハビリテーション病院で継続的に加療されるので，入院時に担当した患者の長い経過をフォロー可能である．同様に，癌が終末期を迎えれば，当院のなかで緩和チームとともに診療ができ，最後まで治療メンバーに加わることもできる．このように断片的な経過ではなく，診断，治療から最後まで長いトータルでの患者の経過をフォローすることができる．これらを当院での研修中に経験することで，専門的な知識はもちろん必要であるが，その前に横断的な経験，知識の必要性を研修医は痛感できると思われる．

また初期研修中に学ぶべき救急医療の面では，‘断らない救急’を掲げ，豊富な症例数を誇る当院の救急での研修を通して，様々な症例を経験することができる．どの科に将来進もうが医師として働く上で最低限の初期治療，救急治療の大切さを身をもって痛感することができる．内科希望の研修医は怪我をした患者のために縫合ができなければならないし，外科志望の研修医も手術するだけが外科ではなく，診察をし，画像診断をし，様々な疾患を鑑別し，多くの治療手段のなかから手術を選択するには内科的な知識の必要性を感じるはずである．いかなる科に進んでも将来の専門分野の礎となり，きちんとした Defense をかためて自分の分野での得意なパンチ，Offence のできる医師になれると確信している．

このような初期研修プログラムを掲げても，初期研修医となる医学部の学生に当院のプログラム，雰囲気をわかってもらわないと研修医は集まらない．近畿厚生局，民間業者が主催する病院説明会などに足を運び，学生に地道に病院をアピールし，実際に病院に見学に来てもらう．病院スタッフは忙しいが，学生にきちんと病院を見学してもらい，説明をすることによって病院を理解してもらっている．最近では病院説明会を行い，各科の特徴，当院の研修プログラムを伝え，現在当院で研修中の研修医の声を聞いてもらい，当院の研修プログラムを理解してもらっている．この地道な活動により絶え間ない学生の見学希望があり，当院での研修を志す受験者数を維持できていると考える（図 2）．幸い現在までフルマッチの状態が続いている（図 3）．

必修維持のための手厚い外科研修

外科学会でも報告したように[3]，外科希望者が全国的に減少している中，外科研修を必須のまま研修医希望者を維持するためには，外科の魅力的なトレーニング体制の維持が不可欠である．将来外科系に進もうと思っている研修医にとってはもちろんだが，内科に進もうと希望している研修医にも，外科を研修して将来よかったと思えるようなトレーニングを提供しなければならない．

厚生労働省の報告にあるように，当初外科志望であった研修医も初期研修終了後に外科希望でなくなる人がいる[4]．様々な要因が考えられるが，初期研修中に他科の生活と外科医の生活と比べると外科から離れていくのではと推測される．国家試験を終えて当院に初期研修医としてやってきた学生に外科の印象をたずねると，「激務」「長時間手術」「なかなか執刀できない」「自分の時間がもてない」と返事が返ってくる．この外科に対する negative な感想を外科研修中にいかに変えるか，また外科に興味をもとから持っている研修医に外科の魅力を伝え，外科への興味を確固たるものにするか－これが我々外科医の役割であると考えている．

外科の研修にきた初期研修医に外科の魅力を伝えるために，まず手術に直接触れて経験してもらう．第一助手，第二助手を経験してもらったのちに能力に応じて執刀医の立ち位置に立ち，手術の開始を経験してもらっている．執刀医の自負，緊張感，高揚感，不安．我々が外科医を続けながら感じているこの感覚を若い先生にも経験してもらう．あれだけ negative であった感想が，外科の研修が終わるころには「手術は面白い」「外科医はかっこいい」「外科医になって手術がしたい」との感想を持つものが増えてくる．外科以外の進路を考えていた研修医でも外科系への変更を考える場合もある．

次に，これは外科だけではないのだが，新しい知見を学んでもらうために積極的に国内学会，国際学会へ参加してもらう．その際，旅費以外に発表に対しての賞として奨励金を与えるなどの初期研修医が発表をしやすい環境を病院を挙げてつくっている．また我々外科スタッフも休みの日には，釣り，テニス，ゴルフなどのレクリエーションを通じて初期研修医と話をし，普段の病院での生活ではなかなか持てない時間を通じて語り合い，本当の外科医の姿を伝えている．

厚生労働省の報告[4]のとおり医師数は増加しているが，途中での外科離職者の数は多い．外科学会のアンケート調査[4]でも勤務時間が長い，賃金が安い，自分の時間がもてない，訴訟のリスクが高いとの不満が高い．外科医の勤務環境の改善には，この点の改良が必要であると考えられる．

当院ではまず勤務時間が長いことの対策として，対等な医師どうしがお互いを助け合う Buddy 制度を作っている．これは当直明けなどで代理のものが主治医と同じ責任を持って対応する制度だ．このような制度により，当直明けの業務も Buddy となった代理の医師が主治医と同等の業務をきちんと行うようになっている．これにより当直明けも極力手術に参加しないようにしている．また，病院として当直明けは帰宅してもかまわないと当直規定に明文化している．賃金についての改善は，病院の固定給は変えようがないため 2014 年 4 月から病院全体として Incentive 制度を導入した．病院規定の緊急手術の時間外手当に加え手術料の 10％を支給する制度だ．病院側も緊急手術は手術料がアップし，また手術件数も増加した．労働に見合った，大変だった分の報酬を得るだけでなく，他科との色分けができ外科医としてのモチベーションの維持ができる．

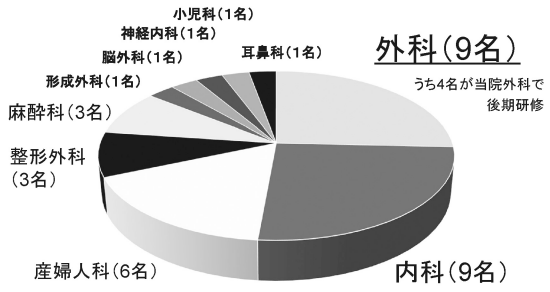
また，上司がいるから残るという慣習を廃止した．Buddy 制度を上手に活用し，休めるときは休む．オンとオフを使い分け，家庭も大切にする．家族の事情も汲み皆でサポートする．このように効率よく時間を使うように工夫している．

このような労働環境の改善は，外科医になったスタッフ自身が外科医を生き生きと続けるためにも不可欠であり，その姿をみて初期研修医が外科研修を楽しく経験することができ，その中から外科の門をたたくのに大きく寄与していると考える．

当院での現況

骨太で，将来どの科目に進んでも困らない研修を行ってもらうために，当初の研修プログラムを堅持している．研修希望者が集まらなくなるのではないか，と危惧される意見も当院にはあったが，様々な努力により上述のように病院の見学者，受験者も維持されフルマッチの状態が続いている．また，この病院全体での取り組みにより，病院への帰属意識も芽生え，初期研修終了後もそのまま当院での後期研修を続けるものも多い．一方，大学病院，がん専門病院で研修を行うものもいる．新専門医制度の開始にともない，大学病院との関係や，研修医の医局への意思にも変化が生ずるかもしれない．今後の動向に注意

初期研修後の進路先（選択科）
（平成 24 年～平成 28 年，過去 5 年）



外科系選択者の進路
（平成 24 年～平成 28 年，過去 5 年）

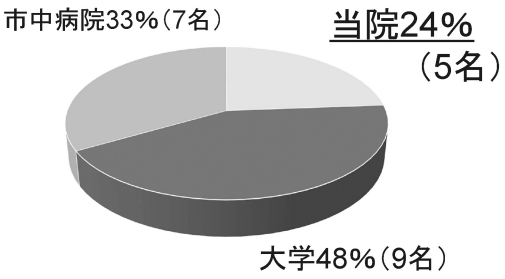


図４

したい．

研修終了後の進路についても，全国的には後期外科研修医希望者が減少していると叫ばれている中で，当院の研修医は外科への選択者が内科と並んで最も多くなっている（図 4）．やはり外科医が生き生きと働く姿をみれば外科医の志望者は増加する．かつて我々が病院の最後の砦とされ，外科医という言葉の響きにプライドとかっこよさを覚えていたように，我々がかっこよく，生き生きと過ごす姿をみれば若者はしんどいと噂される外科の道にもはいってくる．

お わ り に

“骨太の研修医”の養成をめざす研修プログラムを堅持し，研修医の確保，十分な研修は可能であった．当院院長が掲げる病院のスローガンである‘家族を入院させたい病院’と同様，自分が研修したい病院，自分の子供が研修したい病院にするつもりで研修医教育を続けることが大切であると思う．現在当院の研修を受けた初期研修医は病院の大きな力になり，病院全体は活性化されておりさらなる研修の充実を図りたい．

文　　献

１）厚生労働省：医師臨床研修制度のホームページ，Ⅰ　医師臨床研修制度の概要，医師臨床研修制度の変遷．http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hensen/

２）厚生労働省：医師臨床研修制度のホームページ，Ⅰ　医師臨床研修制度の概要，医師臨床研修制度の見直しについて．http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/08/04.html

３）森　琢児，丹羽英記，金森浩平，他：明るい未来のための外科医の待遇改善―次代を担う外科医のために.日外会誌：117：449-451，2016

４）Mizuno Y, Narimatsu H, Kodama Y, et al：Mid-career changes in the occupation or specialty among general surgeons, from youth to middle age, have accelerated the shortage of general surgeons in Japan. Surg Today, 44（4）：601-606, 2014