

特 集

岡山赤十字病院での医師臨床研修について

岡山赤十字病院

岡崎 守宏

(令和2年9月1日受稿)

定年退職が近いので、長く私が関わってきた医師臨床研修について振り返って、一筆投稿させていただきます。

【制度が始まるまで】

私は、当院には平成10年の5月に赴任しましたが、確か平成13年のある日、当時教育研修責任者をしておられた平木俊吉先生から、今度医師臨床研修制度が義務化されるが、渡辺洋一先生は呼吸器内科のことで忙しいので、あんたやってみないかというお話があり、この仕事が回ってきたと記憶しています。

それから、新しい制度について自分なりに勉強しました。教育研修委員会のメンバーにしてもらって、最初の会議が平成14年の5月にありました。今そのメンバーを見てみると、まだ一番年若い私にとっては大変恐ろしい先輩部長先生方ばかりですが、その面前で予想される研修制度について説明しました。臨床研修の必修化は平成16年度からですが、岡山大学では全国に先駆けてその1年前平成15年度から卒業生を卒後臨床研修センターに所属させて研修病院を選択させるということになりました。これは、平成13年に名古屋大学から内科教授として来られた谷本光音先生が音頭を取って計画されたことでした。そのために、病院説明会をやらなければならないので、見学会の資料として臨床研修ガイドを作成することになりました。こうして7月に出来上がったのが卒後臨床研修ガイド2003です。現在も毎年更新して継続しているピンクのパンフレットです。この冊子には研修の概要と各診療部、協力施設などの紹介が記載されており、東原昭恵元課長さんをはじめ医療情報管理課（以前は通称カルテ室）の皆さんの全面的なご協力で毎年更新されています。

平成15年度の募集については、岡山大学で学生

説明会を行いました。当時の病院長本郷基弘先生と平木先生と3人で参加しました。まだマッチング制度ができていなかったため希望者の面接試験を行い、内科系と外科系に分けて採用を決定しました。想定されていた7必修科目と2年目に8か月の選択研修は将来志望の診療科1科目を研修するというプログラムでした。

【平成16年度に臨床研修制度が始まり、その後の混乱など】

平成16年度の採用はその前年の平成15年に行われました。全国的に各病院は定員を決められて、その枠の中で全国マッチングを行うことになりました。当院はマッチング定員を11名とし、自治医大卒業生を1名採用することになりました。この年に近藤捷嘉先生が病院長に就任され、教育責任者が外科の名和清人先生に変わられたので、私はその下で実働部隊として働くことになります。

この新しい制度によって、一番変わったことは研修医がすぐ医局に入局しなくなったことです。それまでは、多くの学生が入局先を決めて卒業し、大学医局の人事で医師キャリアを始めるのが一般でしたが、ほとんどの研修医が研修しながら臨床の現場をみて将来を決定するようになりました。この制度自体が医師として幅広く一般診療ができることを目的として計画されたわけですから、すぐに専門を決める必要はないわけです。研修医にとっては自由度が広がったわけですが、病院側にも大きな影響が出てきました。それは、研修医を集めることのできる臨床研修病院と研修医を採用できない地域の中小病院の間に大きな違いが出てきたことです。

岡山県内でも研修医を集めて大きくなる急性期病院、例えば津山中央病院、岡山市民病院、川崎病院などがそのよい例です。当院もそれ以前の医

局派遣の研修医ではなく、自分で採用する研修医が二十数名も増えたのですから医師数が大変増えました。一方地域の小さい市民病院、町立病院などは医局から派遣される若手医師が突然なくなり困る事態になります。その後地域枠制度ができてこの問題は、ある程度緩和されていますが、中小病院は外科手術、がん診療、救急医療などは現実として現在ほとんどできなくなっています。

ただし、当院の研修も最初から順風満帆だったわけではありません。おそらく一番の問題であったのは、救急外来診療であったと思います。当院は、3次救命救急センターとしての体制を整えるために平成12年の暮れにセンター棟を竣工させました。それまでは職員玄関裏の入院支援センターがあるところで救急外来をやっておりましたが、現在の場所に移動したわけです。その後救急患者数は右肩上がりに増えていきます。なかでも、軽症の患者さんが時間外に自己都合で受診するコンビニ受診が増えて困るようになります。それまで年間2万人強だった患者数が倍増して、平成17年には年間救外受診数は4万5,000人になります。（今は年間2万5,000人）この時期は、ちょうど臨床研修制度が始まった時期に一致したため多くの混乱があったと思います。例えば、私が当院に赴任した頃は、内科当直は医局派遣の1年目医師も一人で当直していました。夜中に困ったらオーベンに電話しろよと言っていたのですから、今から考えると信じられないようなことです。研修医はそれなりに集まるけれど、日赤は救急がきついのでシニアになると他所へ行ってしまう。例えば平成16年度に採用した研修医12名のうちで平成18年にシニアに残ったのはたった一人でした。

【平成22年度の弾力化プログラム】

このような混乱の時期を経た平成22年は、転換点となった年です。厚生労働省は、新しい臨床研修制度のために地域の医師が減少して地域医療が崩壊するという圧力を受けて、それまでの7科目必修研修を弾力化プログラムに変更しました。必修科目を内科、救急、地域の3科目に減らして選択研修期間を長くすることを許容しました。これ

によって2年目に医師を地域に派遣できると期待したようですが、勿論そうなりません。また、地域枠学生が増え医学部卒業生が増えることもあり、当院も研修医の定員枠を14名に増やすことができました。

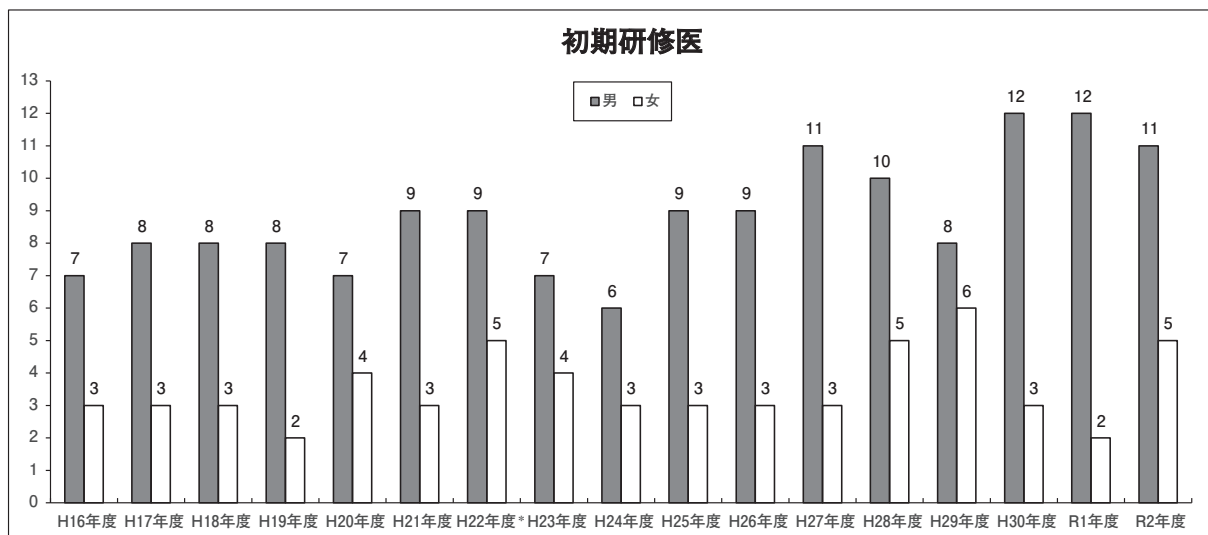
この年は、当院では忠田正樹先生が病院長になられた年ですが、臨床研修センター運営委員会を新設していただいて、研修状況を改善するために皆で知恵を出しあいました。プログラムの改善としては、選択研修を長く自由度を上げること、1年目に上級医が教えるミニレクチャー木曜会の開始、無記名アンケートの実施、当直明けに入院主治医にはしないですぐ帰れること、屋根瓦方式の指導徹底などですが、一番インパクトがあったのは電子カルテの導入であったと思います。近隣の他病院よりも導入が遅れていた電子カルテが平成24年5月に導入されました。これによって、院内どこからでも患者診療を見ることができるようになり、研修のためのベースが整いました。救急外来でリアルタイムに今何が行われているか勉強できるようになったわけです。

【診療部門の専門化と新しい専門医制度】

もう一つ付け加えたいのは、当院の診療部門のことです。昔から当院は、総合病院として比較的穴が少ないバランスの取れた病院ですが、特に内科領域においては、脳卒中、血液、肝臓、腎臓、膠原病などの専門医が増えました。また外科も消化器、呼吸器、乳腺、心臓・血管の専門分野が明確になりました。このように幅広くレベルの高い診療を行えるようになったことが、臨床研修にも良い影響を与えていると思います。

また、平成30年度から新たな専門医制度が始まって、初期研修修了後の先の道筋も充実してきています。引き続き、この流れを絶やさないように医師臨床研修が進んでいくことを願っています。最後に当院の初期研修医採用および後期研修医の採用実績をグラフにしてお示ししておきます。

本論文内容に関連する著者の利益相反：なし



【初期研修医数：初期研修から後期研修への継続移行】

採用年度	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度*	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度
初期研修	10	11	11	10	11	12	14	11	10	12	12	14	15	13	15	14	16
後期研修	1	4	4	2	5	6	7	4	6	5	6	10	10	7	8		
麻酔科	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	0	0		
小児科			1		1	1	2			1		2	1	1	0		
内科					消1	消呼1	呼2	総合1	循2消2		循1消1	呼1消2	2	2	3		
放射線科		1	1		1	1		1			1	1	2	1	0		
整形外科		1	1		1	1		1		1	1	1	1	1	2		
外科		1					1		1	1		2	2	2	1		
心療科				1											0		
皮膚科							1								1		
脳神経外科									1	1	1	1	1		1		

* 岡大3名⇒2名後期研修

