

後期臨床研修の現状と課題：外科系

おさだ ひろあき あさくら たけし
長田 博昭 朝倉 武士

キーワード

外科学, 卒後教育, 卒後外科研修, 専門医制度

イントロダクション

外科に於ける後期臨床研修は古くから厳然と存在してきたが、大学外科にあっては外科学研究が主軸となる傾向があったため、臨床研修はその制度としての形態が不明であった。近年専門医の広告が許容されると共に、国民から熟練した外科医の安定供給、換言すれば高度に標準化された質を備えた専門医を望む声が大となり、急速に臨床研修の制度的内実化が必要になった。

聖マリアンナ医科大学に於いては、2002年(平成14年)、日本外科学会の外科専門医制度が面目を一新して広範な外科全領域における診療経験を前提とする研修要目を定めたのに呼応し、卒後外科研修体制を本学付属病院の症例数の綿密な計測に基いて検討し、卒後5年を要する外科専門医を目指す研修制度を確立した。しかしその直後、厚生労働省の初期研修必修化政策に遭遇し、卒直後の2年間を外科に特化できなくなったため、止む無く外科研修制度を後期研修制度として再確立する運びとなった。一方、外科のサブスペシャリティに当たる消化器外科・心臓血管外科・呼吸器外科・小児外科・乳腺外科がそれぞれの専門医制度を更新出発させたので、外科専門医研修の最終学年はこれらのサブスペシャリティ専門研修の開始に当たる様に接続させ、一貫した後期外科専門研修が可能となる様に組むに至った。既に我々の制度発足から5年を経て、研修終了近い研修者が昨年外科専門医予備試験を受け、本年度中には外科専門医面接試験を受ける運びとなった。しかし、尚問題が山積している。外科の魅力あ

る卒後研修を目指して、本学の現状と関連する問題点を論じる。

1 本学の後期外科研修制度の現状

1) システム

初期研修終了後、まだ専攻領域を決めずにシニアレジデント(外科所属の任期付き助教)として、総ての外科講座5分野(消化器・心臓血管・呼吸器・小児・乳腺内分泌領域)で研修し外科専門医を取得することを原則としている。我々は日本外科学会専門医制度に整合するようプログラムを組んでいて、外科学会が要求している最短5年の修練で経験手術例数350例以上(内執刀者として120例以上)という専門医の受験資格をクリアするようにしている。なお、外科専門医研修施設である本学では、卒後1～2年間の初期臨床研修期間も、最初から外科専門医のための研修登録を済ませておけば外科での修練内容は外科専門医の為の実績としてカウントされる。現在行われている本院年間手術の例数を検討した結果、外科全体で年間最大8名程度迄の研修者ならば、卒後5年間で外科専門医取得の前提条件となる手術経験を含む修練実績が獲得できるとの結論に達した。

初期研修2年の後、卒後3年目から日本外科学会専門医取得可能となる3年間で、消化器・一般外科を1年程度(本学大学キャンパス以外の付属病院を含む)、そのほかの総ての領域を3ヶ月単位でローテーション(1年間で4分野)する研修を行う。

プログラムはこれを基本に組み立てられているが、残る研修期間は各個人の志望領域を2度目として研修する他、本学大学キャンパス以外の付属病院の外科や外部修練病院での修練や、救急医学・麻酔

表1 日本外科学会の専門医に必要な修練実績の概要

1) 本会指定施設または関連施設において、以下の手術を行っていること。

最低手術件数 350 例 この内、術者として 120 例

(各分野における最低手術件数)

消化管及び腹部内臓 50 例、 鏡視下手術 10 例、 乳腺 10 例、 呼吸器 10 例、

心臓・大血管 10 例、 末梢血管 10 例、 頭頸部・体表・内分泌外科 10 例、

小児外科 10 例、各臓器の外傷 10 例

2) 業績

筆頭著者として、適当と認められた学術集会または学術刊行物に、研究発表また

は論文発表をしていること。

表2 外科専門医研修基本例

		4-6月	7-9月	10-12月	1-3月
1年目	初期研修				
2年目	初期研修				
3年目	後期研修	消化器一般外科	消化器一般外科	心臓血管外科	呼吸器外科
4年目	後期研修	小児外科	乳腺外科	消化器一般外科	消化器一般外科
5年目	後期研修	消化器一般外科	専門分野	専門分野	専門分野
		(西部病院)			
6年目以降	専門分野での研修				

その他外科専門医修練の条件を満たせていない領域を、修練者の状況に合わせて研修できる様に弾力的に配分する事にしている。大学院希望の場合は卒業後2年以降に大学院に入学する事になる。そして大学院で研究に従事する場合は、その期間(年数)を臨床研修とは別個に考え、研究終了時にもとの臨床年次(時点)に復帰して臨床プログラムに従い、継続的に研修を続行する方式を取っている。研修プログラムの運営は部門連絡会議を中心として全領域の合意の下に行い、6-7年目以上は各領域固有の運営方針に基いている。

2) 修練加入者の年次状況

新カリキュラムになって以来、迎え入れた後期研修者は増加の一途をたどり、大学院で研究のためにベッドフリーとなる者を除いて平成17年度は8名、平成18年度には10名、平成19年度には14名がシ

ニアローテーションを行っている。

3) 手術経験例数と外科学会外科専門医予備試験受験状況

新制度になってから初めての外科学会外科専門医予備試験は平成18年度に行われた。本学からは3名の合格者があった。上記合格者はすべて、我が外科教室の新制度下でシニアローテーションを修了した者であり、本年度中に手術経験症例数をクリアして口頭試験の受験資格を有する予定である。

4) サブスペシャルティ研修と受験状況

消化器外科や心臓血管外科などの研修に現在の新外科研修システムから進んでそれらの専門医試験を受験した者は当然ながら未だ居ないが、従来の専門研修からそれぞれの専門医を取得したものの数は以下の如くである。

消化器外科専門医(平成17年度1名、平成18年

度1名)
 心臓血管外科専門医(平成16年度2名, 平成18年度2名)
 呼吸器外科専門医(平成16年度2名)
 小児外科専門医(平成16年度1名)
 乳腺専門医(平成17年2名, 平成18年度1名)

5) 問題点の抽出

このローテーションシステムの導入以降, 研修者の意見を随時聴取してきた。研修者に, 3ヶ月というローテーション期間の長さ, 救急救命センターや付属病院での研修に関する問題についてアンケート調査を行った。対象は, 卒後5年目までの11名の医師とした。研修期間に関するアンケート結果, 3ヶ月を妥当とする者(4名), 2ヶ月への短縮希望者(3名), 選択科により3または2ヶ月間を希望(3名)に分かれた。加えて以下のような意見があった。2ヶ月では最小限の症例数をクリアできるがやはり短期すぎるし, 2ヶ月では受けいれる側もなれた時期にローテーションが終了してしまう。その他, 消化器外科はこの領域から専門医試験問題の45%が出題されるので纏めてローテーションがしたいとか, 心臓・呼吸器外科は専門性が高いので研修後期にローテーションしたい, などの意見があった。

2 考 察

1) 卒前教育の改善

本学外科は1995年4月から脳神経外科を別として外科諸領域(消化器・心臓血管・呼吸器・小児・乳腺内分泌領域)を一つの大教室とする統合編成方式をとっている。統合の時点で我々は, 卒前・卒後教育の到達点は「独立して外科医師としてのfunctionを担える必要にして十分なレベル」即ち広義の「専門医」であると考えた。そこで臨床研修の軸足を臨床医教育に置き直し, 基礎的研究による医学博士号取得よりはむしろ各級外科専門医資格取得, 即ち臨床プロフェッショナル育成を目標にすべきであると考えた訳である。従来, 医学教育の延長線上に卒後研修が位置付けられ, そこでは教育=育成と言う優れて母性的な概念が支配的であった。「育成」は, 未熟な個体を熟するまで育てる意味であり, 落ちこぼれを出さない点に重点が置かれる。しかし「専門医」に至る修練は基礎の出来上がった医師を実地医療の中で密に「訓練」するプロセスでなくて

はならないと考えた。これは優れて父性的な概念である。そこでlearningの域を済ませた者がtrainingを受けると言う概念でプログラムを組むこととした訳である。わが国の伝統によって教員の多くも「教育」と「訓練」とを識別してこなかったからプロフェッショナルの育成は容易ではない。しかし現代の医学生・若年医師が求めるのは正に効率の良い「訓練」であろうと推察する。そしてそれが比較的短期間で得られると見れば外科への入門希望者も一段と増加するであろう。

この考えに基づき, 医学部6年制が変わらないという前提に立てば, 4学年までを従来の大学教育の観点で授業し, 残る2年と初期研修の2年とを合わせて職業訓練の観点から意識的に「訓練」として研修内容を組みなおす必要があると考えている。実質的には医学教育を8年制と見なし, 学部教育の内上級の2年間を徹底的な実習期間としたいと考えているが, 現実には5学年で各領域で臨床チームに加わって診療に参加するものの最終学年は国家試験の準備に費やされている。外科からは, 6学年の前半まで実習の期間を延長するように提案したい。

2) 初期研修との関連

プロフェッショナルの産出には, 少なくとも職能の全国横断的標準化が必要である。従来外科医の教育・研修は各大学圏で自己完結する制度の中であり, 全国的標準はなかった。近年, 初期研修の配属先決定にmatching systemが採られた結果, 本学からも多くの初期研修医が大学病院外へと動いた。我々のプログラムより外の病院が魅力的に映るからであろうと反省しているが, 一旦大学離れた若手医師も, 外科専門医ないし上級医を目指すようになると相当部分が大学に回帰せざるを得なくなると推察する。それ故, 後期研修たる外科および各領域での専門医制度対応プログラムの整備こそ我々の重大任務であると認識している。

とは言え, 初期研修制度が外科医の育成にとって不利な要素を内包している点では我々も全国多くの外科医と軌を一にしている。初期研修の2年間に外科研修の時間が少ないため, 研修期間が長くなる傾向大の外科にとって間接的に魅力をそぐ要素となっている。他にも理由は多いが, 近年外科志望者自体が激減¹⁾している。米国ですら胸部外科レジデントに大幅な欠員が生じ胸部外科専門医の数も減少しつつあるから, 制度が完備していてもなお充

足安泰とは言えず、制度の発展を目指すための方略は決して簡単ではない。我々としては、卒前の実習を充実させ、外科系志望者には初期研修から一貫して外科の全分野を組み合わせたローテーションを組んで研修ができる様に改変させたいと考えている。そして卒直後から救急を含む外科の諸領域を4年程度掛け、少なくとも3ヶ月程度を1単位としてローテーションする研修制度を持てれば、本学の研修者は研修修了時点で外科専門医の予備試験受験が可能となると見込まれる。即ち、卒後の4年間を現行外科専門医のために充て、その後の3~4年程度でサブスペシャリティの専門研修を行うようにするのが妥当であろう。この際、subspecialty 修練に進むのに「外科専門医」取得までは必要なくなるであろう。現行の外科予備試験で十分であり、こうして卒後7~8年位で外科のどれかの領域の専門医になれる道を形成すれば30歳台前半で1人前になれることになり、内科系その他に比べられる程度に研修期間が収束しよう。修業年限として米国やカナダなどと比較しても妥当となる。

3) 後期専門修練期間短縮とその修練プログラムの拡充

外科の修練は昔から期間が長く、独立して外科診療ができるに至る年齢は多く30歳台後半から40歳付近に達した。加えて勤務医師の処遇が不当に低いため、現代の若い医師にとって外科も亦敬遠される領域となっている。しかし後期専門修練期間のみを短縮することは無理である。執刀症例経験を濃厚にして可及的に短期で鏗度の高い専門医を産出する事が必要である。その観点から現行の「外科専門医」を含め、少なくとも外科諸分野の専門医制度は急速に内実を高めている。前提となる技量レベル(主として手術経験)は外科専門医に於いて外科全分野をカバーしての経験合計360例、内執刀120例とされ、サブ領域でも、消化器外科専門医に関しては経験例数450例、術者150例以上、心臓血管外科に於いては既に2006年から執刀50例以上に引き上げられ、呼吸器外科に於いても2009年度から50例に引き上げられる。5年毎の更新条件も総じて格段に引き上げられるので、専門医数の伸びも鈍化し、むしろ中長期的には専門医の減少を憂慮すべきかも知れない。一方で全国的な施設集約と修練プログラムの横断的点検も必要とは思われるが、単独施設では対応できない問題であるので次項で検討したい。

4) 外科医の労働環境改善

外科医が固有の診療に集中できることは非常に重要である。このことに関連して考察すべき点がある。都市域では各種病院がそれぞれに外科を設けているので症例が分散し専門医数も大となり、一人の外科医の平均手術例数も少ない。コメディカルスタッフも分散するため外科医一人当たりの関連業務も多くなる。従って施設集約が必要で、それを求める声は近年つとに高まっている。各関連学会は修練施設認定の条件を高くして専門医と専門研修者を集約する共に、研修者一人当たりの経験症例数をも増やす努力をする必要がある。この集約によって専門医同士の交代勤務システムなどを導入して当面勤務時間を短縮する工夫も可能となろう。

専門医に対して doctor's fee が提供されなければならぬのはプロフェッショナルの定義²⁾に照らして当然である。それなくして専門医制度も医療の質を担保する制度としては定着できないし、若い外科医にとっての魅力をも損なうであろう。その実現は容易ではないが、麻酔科の動きは先進的であり、その実行力を見習うべきであると思う。これを反対側から見れば、諸科専門医が各々の固有労働環境が異なるにも拘わらず同一処遇である現状が外科の魅力を減殺している点である。わが国の悪平等習慣に由来しているので、これを打破するには大学全体の合意が必要である。

また訴訟の多さが外科の魅力を減殺している面もあり、診療責任に対する刑事訴追制度を改め民事対応原則に変更しなければならない。2005年に内科学会が中心となり38学会が協力して「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」が開始された。これは警察への届出規定との間に軋轢を生じているものの、厚労・法務両省と警察庁がオブザーバーになっての試行事業であり、萎縮診療に陥らないためにも我々自ら事業を推進したいものである。本年4月に入って厚労省はモデル事業の進展を前倒しし、交通事故における事故調査委員会に相当するシステムの検討に着手した。期待されるころではあるが、刑事免責と民事訴追の基本が確立されるか否かはまだまだ見極める必要がある。

5) 専門医制度に対する本学での意思統一

現在本学で専門医資格取得を目標に検討中の医療大学院の設定は、従来の大学院制度とは異なり専門医研修を中心としたものを想定しているから、従来

の大学院との整合性がとれれば促進的に働く可能性がある。外科に新たな魅力を感じさせる可能性はある。いずれにしても本学は専門医取得に向けて修練内容を前向きに充実させ、国民に誇れる外科専門医の産出に邁進し、全国に向けてリーダーシップを発揮したいものである。

2) 波頭亮：プロフェッショナル原論：15，ちくま新書 629，ちくま書房 東京，2006

文 献

1) 兼松隆之：外科志望者数の変遷：過去 24 年間 (1980～2003)の分析とこれからの対応，日外会誌 2005；106：766～774.