



宮崎大学医学部の医学生および研修医の進路動向

メタデータ	言語: jpn 出版者: 宮崎県医師会 公開日: 2023-02-20 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 小松, 弘幸 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10458/00010488

宮崎大学医学部の医学生および研修医の進路動向

宮崎大学医学部医学教育改革推進センター 准教授

宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター 副センター長(兼任)

宮崎県臨床研修運営協議会委員

こまつひろゆき
小松弘幸

はじめに

平成16年度(2004年)に新医師臨床研修制度が導入され、今年で7年目を迎えた。この間、医療界では大きな変化が起きた。それは、国策として1990年代より本格的に行われた医師養成数抑制政策や小泉政権下の医療費削減政策などが相まって水面下で進んでいた医療崩壊が、この新研修制度導入期とちょうど重なる形で国民の前に顕在化したことである。このため、新研修制度の導入と医師不足問題を含む医療崩壊の現状は、しばしば強い因果関係を有する問題として扱われてきた。「これからの時代のニーズに対応できる医師をどう育てるか」という命題に対し崇高な研修理念を携えて登場した本制度だったが、本来長期間を要するであろう教育効果の検証も十分できないままに、時代の波に翻弄されてしまっている現状は、個人的には非常に残念である。上記のような「総論」

に基づき、昨年度、厚生労働省は臨床研修制度の内容を大きく見直し、その改変の余波は現在も続いている。では、「各論」にあたる地方、とりわけここ宮崎では、本制度の導入が宮崎大学医学部の医学生や研修医の進路動向に果たしてどのような影響を与えているのだろうか。これまで、本学医学部入学から卒業、初期臨床研修、研修修了後進路という流れで情報が提供される機会も少なかったと思われるので、今回、その時間軸を意識しながらデータの

部をお示ししたい。

1. 宮崎大学の研修医数の推移とその背景要因

最近の新聞で「今年度の宮崎県の新研修医数は過去最低レベル」と報じられた。事実、新研修医は35人(自治医大卒を含む)と少なく、絶対数で見れば47都道府県中少ない方から5番以内に入る。しかし、重要なもう一つの視点は、新研修制度導入前後という「時間軸」での変化がどうなったかである。図1に宮崎県の新研修医数の推移を示す。新研修制度導入前5年間(平成11~15年度)の県内の平均研修医数は42人/年、導入後7年間(平成16~22年度)は平均40人/年で、県内という視点から見れば、研修医数はほとんど変動していない。一方、本学に限れば、導入前5年間の平均40人/年から導入後7年間の平均30人/年へと25%減

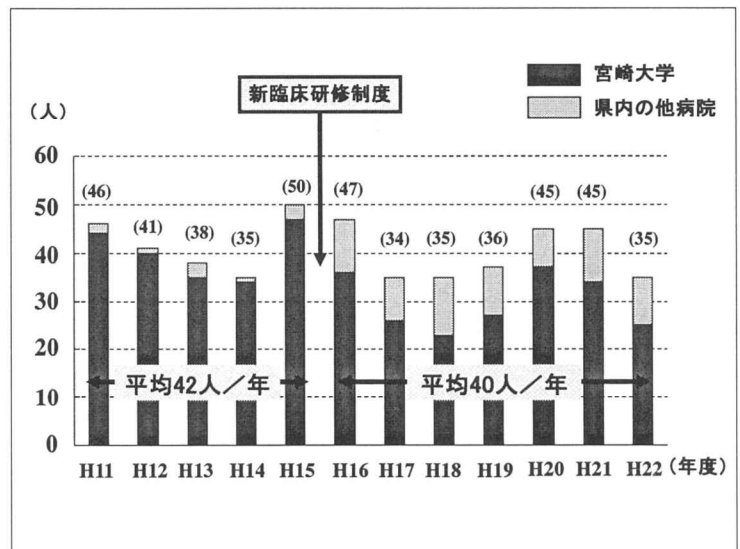


図1. 宮崎県の新研修医在籍数の動向(歯科医師を除く)

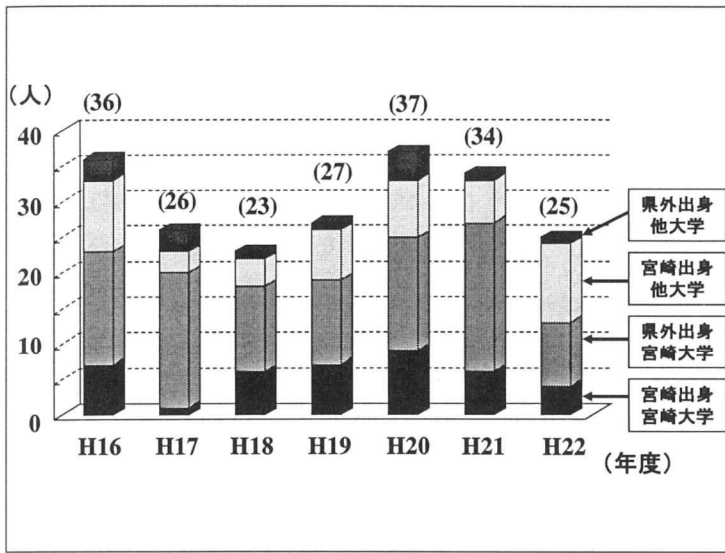


図2. 宮崎大学1年次研修医の出身地・大学による内訳

少している。これは、新研修制度によって、独自のプログラムで研修医教育を行うことができるようになった大学以外の5つの基幹型臨床研修病院(県立宮崎, 県立延岡, 県立日南, 古賀総合, 宮崎生協病院)に研修医がシフトした結果であり、宮崎県全体として考えれば、制度導入前よりも研修環境の提供体制が充実し、多様化した研修医ニーズにも対応しやすくなっているとも解釈できる。

次に、本学の研修医にはどのような背景的特徴があるのだろうか? 図2は本学研修医を出身背景により、①宮崎出身・宮崎大学, ②県外出身・宮崎大学, ③宮崎出身・他大学, ④県外出身・他大学の4群に分類したもので、その割合はそれぞれ①19%, ②50%, ③24%, ④7%である。つまり、本学と他大学の宮崎県出身者を合わせても半数以下である一方、宮崎県外出身ながら本学で6年間(+α)を過ごし、そのまま研修を継続している、「逆定着パターン」ともいえるべき背景の研修医が半数を占めている

のが現状である。

この逆定着パターンは本学の研修プログラムを評価してくれた結果だと好意的に解釈したいところだが、それにしても、宮崎県出身者が半数以下に留まる背景にはいったい何かあるのだろうか? 図3は本学医学部入学者に占める宮崎県出身者数の推移を入試制度の変遷とともに示したものである。本学医学部で平成2~11年度(1990~1999年)に導入したいわゆる「ユニーク入試制度」は、全国からの志願者数を増加させ、入試倍率を15倍前後まで高め、多彩な人材

の獲得に寄与した。一方で、本入試制度の導入とともに入学者に占める宮崎県出身者の割合は経年的に減少し、平成11年度にはわずか3人(3%)という異常事態を招いた。その後、複数回にわたり入試方法を変更するもこの傾向は変わらず、平成18年度からの地域枠推薦入試制度の導入によってようやく3割前後まで回復し、現在に至っている。そして、新研修制度開始後7年間の研修医の医学部入学時

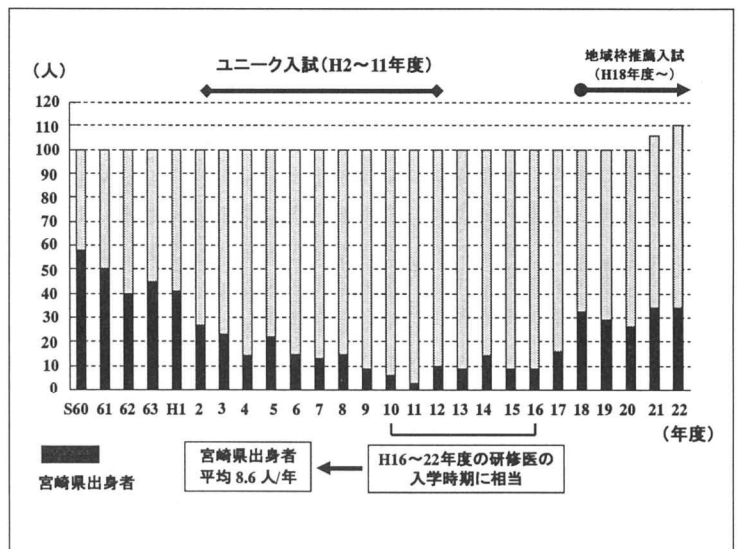


図3. 宮崎大学医学部入学者数に占める県内出身者数の推移

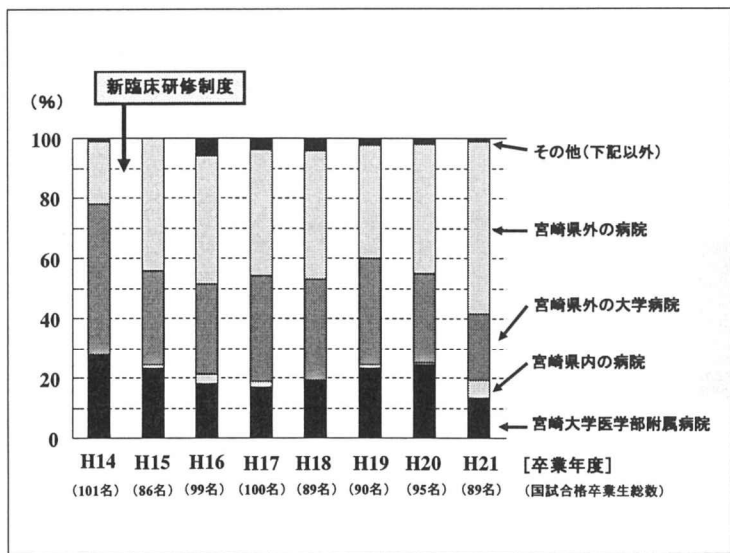


図4. 宮崎大学医学部卒業生の進路(医師国家試験不合格者を除く)

期は、このユニーク入試制度と一部重なる平成10～16年度であり、この期間の本学医学部入学者における宮崎県出身者数は1年あたり平均8.6人と1割以下である。平成22年現在からこの経過を振り返れば、ユニーク入試制度が宮崎県出身者を減少させたことは、現在の宮崎の研修医数に少なからず影響を与えてい

ると推測できる。しかしながら、前述したとおり、本入試制度が実施された1990年代は、「医師数過剰論」に対する国策として医師養成数抑制が実施されていた時期でもあり、結果論だけでは当時を批判できない側面がある。

この図3の状況を踏まえ、図4に示した本学医学部卒業生の進路をみると、本学を含めた宮崎県内で臨床研修を行う研修医の割合には、前述の出身背景が少なからず影響していることが見てとれる。また、本学医学部でも全国の傾向と同様に、新研修制度を契機に、大学病院から臨床研修病院へ研修先の選択がシフトしたことが分かる。

平成22年度の本学研修医数は25人で、前年、前々年と比較して10人程度減少した。ここまで論じてきたことは、複数年の経時的データについてであり、この単年度の変化を説明できるものではない。図2、図4をみると、今年度は特に県外出身で本学卒業者の割合が例年より減少していることが分かる。また、学年全体としても大学外の臨床研修病院を選択した割合が例年より高い。この理由については、直接一人ひとりに会って聞いてみないと真実は分からないが、参考までに、この学年を対象に卒業前に実施したアンケートの結果の一部を示す(図5)。回収率が47%(92名中43名が回答)とバイアスは避けら

るものではない。図2、図4をみると、今年度は特に県外出身で本学卒業者の割合が例年より減少していることが分かる。また、学年全体としても大学外の臨床研修病院を選択した割合が例年より高い。この理由については、直接一人ひとりに会って聞いてみないと真実は分からないが、参考までに、この学年を対象に卒業前に実施したアンケートの結果の一部を示す(図5)。回収率が47%(92名中43名が回答)とバイアスは避けら

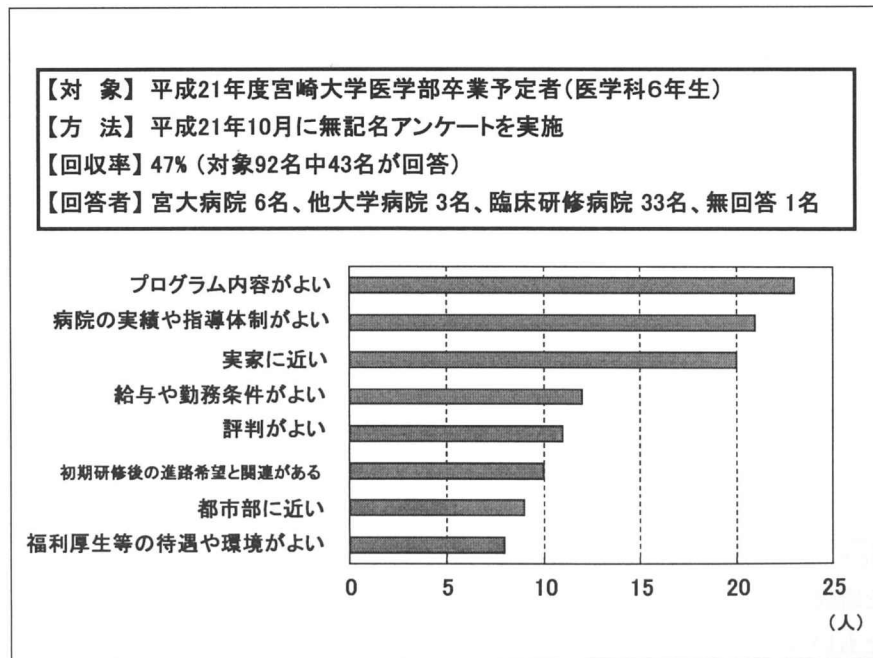


図5. 初期研修病院先を選んだ理由(複数回答可)

るものではない。図2、図4をみると、今年度は特に県外出身で本学卒業者の割合が例年より減少していることが分かる。また、学年全体としても大学外の臨床研修病院を選択した割合が例年より高い。この理由については、直接一人ひとりに会って聞いてみないと真実は分からないが、参考までに、この学年を対象に卒業前に実施したアンケートの結果の一部を示す(図5)。回収率が47%(92名中43名が回答)とバイアスは避けら

れないが、回答者プロフィールとして臨床研修病院での研修予定者が33名と回答者全体の77%を占めており、ある程度参考になるとと思われる。「初期研修病院先を選んだ理由」として、やはり「プログラム内容」や「病院実績・指導体制」が上位を占めたが、「実家に近い」「都市部に近い」といった地理的要因も比較的上位にきている点が注目に値する。

以上をまとめると、①宮崎県内の研修医数は新研修制度導入前後でほぼ変化していないが、大学から県内の臨床研修病院へのシフトが見られる、②本学研修医に占める宮崎県出身者の割合は半数以下であり、その背景には本学医学部入試制度の影響が示唆される、③今年度の本学研修医数の減少には、県外出身・本

表 1. 宮崎大学研修修了生の進路(平成22年 4 月現在)

	第1期生	第2期生	第3期生	第4期生	第5期生
	[H16~17年度]	[H17~18年度]	[H18~19年度]	[H19~20年度]	[H20~21年度]
	(36名)	(26名)	(23名)	(26名)	(36名)
宮大医病院	30 (83%)	16 (61%)	18 (78%)	19 (73%)	29 (81%)
県内の病院	4 (11%)	2 (8%)	2 (9%)	2 (8%)	1 (3%)
県外の病院	2 (6%)	8 (31%)	3 (13%)	5 (19%)	6 (16%)

(「宮大医病院」には大学院進学者や医局からの大学外出向者も含む)

学卒業者の減少が大きく関与している、となる。

2. 宮崎大学の研修修了者の進路

宮崎大学の研修プログラムで2年間の臨床研修を修了した者は、その後、どのような進路をとり、医師キャリア形成を始めるのであ

ろうか?表1にその概要を示す。進路先を、①宮崎大学医学部附属病院(大学院進学および大学医局からの派遣を含む)、②宮崎県内の病院、③宮崎県外の病院、と分類した場合、5年間の平均はそれぞれ①76%、②8%、③16%となり、実に84%の本学研修修了者がそのまま宮崎で専門修練を開始している。全国データがないため比較できないが、前述の本学研修医に占める宮崎県出身者の割合が43%であったことを考慮すると、この84%は非常に高い数値と思われる。事実、研修医からは、本学研修プロ

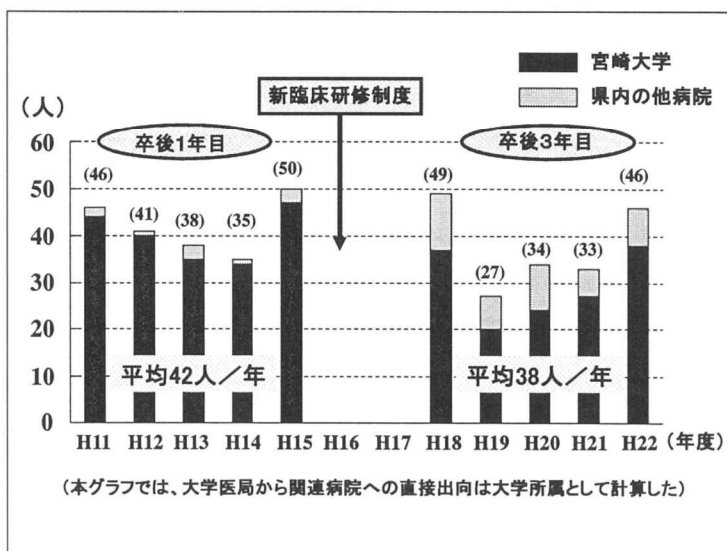


図 6. 宮崎県で新たに専門医療を開始した医師数(卒後3年目医師のみ)

グラムについては概ね満足しているとの声を聞くことも多く、大学病院の各診療科をはじめ、協力型臨床研修病院・施設の指導医の先生方の素晴らしい診療姿勢や溢れんばかりの情熱が、この高い定着率を生み出していると考えられる。

では、本学を含めた宮崎県内の医療機関で専門修練を開始した者はどれくらいいるのだろうか？図6をご覧ください。新研修制度導入前5年間(平成11～15年度)は医学部卒業後にいわゆるストレート研修を開始した卒後1年目の研修医数、新制度導入後5年間(平成18～22年度)は臨床研修修了後に専門修練を開始した卒後3年目の研修医数を並べて示しており、比較対象が正確には違う点に留意いただきたい。平成16, 17年度は、新研修制度によって各専門領域への人の動き(大学で言えばいわゆる入局)がなかった「空白の2年間」である。新制度導入前は平均42人/年であったのに対し、「空白の2年間」を経て、その後5年間の平均は38人/年と、約10%の減少がみられる。図6の平成18～22年度のグラフと図1の平成16～20年度のグラフの形状が非常に似ていることにお気づきだろうか。つまり、現状の宮崎県では、臨床研修開始時の研修医数とその2年後の専門修練開始医師数に大きく影響を与えている(研修修了後に宮崎を離れる人数と他県から宮崎へ戻ってくる人数がほぼ一致している)。ただ、本学に限れば、導入前5年間の平均40人/年が導入後5年間(平成18～22年度)の平均29人/年と、約25%減少している。こちらは初期研修医数と違い、大学からの医師派遣機能という観点に立てば、地域医療に影響を及ぼしている可能性がある。しかしながら、見方を変えれば、大学外の県内の各病院に専門修練医がいることは医学生や研修医の教育上非常によい刺激になると考えら

れ、所属の枠を超えた若手医師の交流は、宮崎に新たな活気を呼び起こす原動力になることも期待される。

また、最近注目しているのは、本研修制度を経験し、宮崎県外で専門修練中であった卒後4～7年目の医師が、本学の各診療科に不定期に入局しているパターンである。正確な数は算出していないが、昨年、今年と明らかに増えてきている印象がある。彼らも、宮崎の医療の中で、今後重要な役割を担うことが期待されるが、この詳細については改めて調査してみる必要がある。

大学で専門修練を開始した卒後3年目の医師は、どのような専門領域を選択したのだろうか？ここでは具体的な数値の呈示は控えさせていただくが、上記同様、導入前5年間(平成11～15年度)と「空白の2年間」の後の導入後5年間(平成18～22年度)で各診療科への入局者数を比較すると、精神科、眼科、小児科、外科、皮膚科、麻酔科では増加、脳神経外科では不変、泌尿器科、整形外科、内科、放射線科、産婦人科、耳鼻咽喉科では減少していた。ただし、増加した診療科でも、「空白の2年間」は入局者数がゼロであったため、新研修制度導入後のこの7年間は全ての診療科にとって強い医師不足感があつたのではないかと思われる。

以上をまとめると、①本学研修修了者の宮崎への定着率は高い、②宮崎県内での専門修練開始者数(卒後3年目)は新研修制度開始前のストレート入局者数(卒後1年目)と比較して僅かな減少に留まるが、初期研修同様、大学病院から市中病院へのシフトがみられる、③専門領域により大学入局者数にバラツキがあるが、平成16, 17年度に入局者がなかった「空白の2年間」は、専門領域によらず現在の若手医師不足感を強めている可能性がある、

となる。

3. 研修医を増やすための宮崎大学の取組み

ここまで、本学医学部入学から卒業、臨床研修、専門修練それぞれについて、実態の一部をお示しした。本学では、宮崎での医学生および研修医教育で中心的役割を果たすべく、新研修制度の流れを受け入れ、咀嚼しながら、若手医師にとって少しでも魅力的な研修環境になるよう、継続的に取組んできた。以下に、その一部をご紹介します。

1) 医学教育支援体制の強化

現在の大学医学部教育は文部科学省、臨床研修制度は厚生労働省がそれぞれ管轄しており、特に共用試験(OSCE / CBT)後に実施される臨床実習(クリニカルクラークシップを含む)と卒後臨床研修は、縦割り行政の影響もあって重複している部分が多いのではないかと指摘も多い。本学では、平成17年に医学部に設置された医学教育改革推進センターの林克裕教授と医学部附属病院に設置された卒後臨床研修センターの岡山昭彦センター長を中心に、卒前・卒後の一貫した医学教育体制作りを取組んでいる。また、附属病院には、卒後臨床研修センター運営委員会や専門医養成プログラム連絡会、

その統括的位置づけの医師臨床教育委員会といった卒後臨床研修から専門医養成に至るまで組織的に対応する場が整備されてきている。卒後センターには9名の研修教育担当指導医が配属されており、彼らは各診療科での on the job training 教育で主体的な役割を果たしている。

2) 医学部入試制度改革

前述した本学医学部入試制度における一連の経過は、結果的には宮崎県出身者数の減少を招いた。これに対し、平成18年度より地域枠推薦入試制度(定員10人)、平成21年度より地域特別枠推薦入試制度(定員5人)をそれぞれ導入した。その結果、宮崎県出身者数は、図1のとおり30人前後まで回復した。ただし、本入試制度を経た入学者の追跡調査や、地域医療を志す彼らに対する研修や生涯教育の受け皿の在り方については今後の課題である。この点については、平成22年度より宮崎県の寄附講座として本学医学部に設置された地域医療学講座を中心として、既存の医学教育改革推進センターおよび卒後臨床研修センターとの間で緊密な連携を取り合いながら、しっかり取組んでいく必要がある。

基本・専門手技ブース



救急蘇生・手技ブース



図7. 臨床技術トレーニングセンターの開設
(2009年4月～, 医学部福利棟2階)

3) 医療シミュレーション教育

医学教育や医療安全教育の中で、近年、医療シミュレーション教育の有用性が注目されている。本学でも、従来から医学部学生の教育や評価に使われていたスキルラボの機能を大幅に拡充し、平成21年4月から「臨床技術トレーニングセンター」

としてリニューアルさせた(図7)。同センターは、各種救急認定コース実施にも対応できる「救急蘇生ブース」と腹部エコーや心音・呼吸音聴診といった診断学や動静脈採血、中心静脈穿刺、腰椎穿刺、尿道カテーテル留置といった基本手技、消化管内視鏡や気管支鏡、血管造影等の高度専門手技などを訓練できる「基本・専門手技ブース」で構成されている。センター開設以降、指導医の先生方が医学部学生や研修医の教育に積極的に活用して下さっており、看護師の利用も増加傾向にあり、初年度の年間使用実績は217回、延べ1,975人にのぼった。シミュレーション教育は学生からの評判も高く、同センターを上手に機能させれば、研修医や若手医師確保の有効な手段の一つになると思われる。今後は、出産・育児等で離職した女性医師・看護師の復職支援や一般病院医師のスキル向上など、医療従事者の生涯教育に役立つような在り方も検討中である。この詳細については、機会があれば、ぜひ改めて紹介させていただきたい。

4) 宮崎大学卒後臨床研修プログラム：「県下全域一体型研修」

本学の研修プログラムは、大学病院を基盤としながら地域の病院との緊密な教育連携によって成り立っている。このコンセプトは、新研修制度開始にあたって当時の卒後センター長であった池ノ上克教授(現病院長)を中心にまとめられたもので、以来7年間、全体としてはうまく機能してきた。昨年度、厚生労働省から示された臨床研修制度の見直しでは、「基幹型臨床研修病院は地域の病院と共同して地域の実情にあった臨床研修病院群を形成すること」が強調されているが、本学の研修プログラムでは制度当初より実践されてきたことであり、その妥

当性が示された形である。本学研修プログラムには27の協力型臨床研修病院と13の協力型臨床研修施設にご協力いただいているが、特筆すべきは、この中に県内の他の5つの基幹型臨床研修病院全てが含まれている点である。これは、それぞれの基幹型病院プログラムの存在が、宮崎県の研修の多様性を保ち切磋琢磨できる環境を作っている一方で、宮崎県全体として研修医を育てようという姿勢が生み出した、他県では見られない体制である。本学の2年間の研修プログラムは、卒後センターが最低限の枠組みを示すに留め、実際にどの診療分野をどの病院で研修をするかは研修医各自が自分で考え抜く。卒後センターはその意志を最大限に尊重しながら、受け入れ診療科側の指導體制(指導医数、症例数など)を考慮して調整をしていく。こうして、本学独自の「研修医自らがプログラムする研修」ができあがる。教育の主役は「学習者(研修医)」であって「指導者」ではない。用意されたプログラムを受動的にこなすよりは、自分で選択した研修先で能動的に研修する方が、教育・学習効果は高まると考えられる。「何が医師として大事な要素か判断できない研修医の時期に選択権を与えることに問題はないのか」という意見もあるが、制度導入から7年目を迎えた現在、大学診療科および協力型病院の指導医の先生方は、研修医の習熟度や能力に応じて、研修期間内にその領域の minimum requirement をしっかりと提供して下さっている。研修医は2年間で、大学病院と市中病院の双方の場を「医師」という責任ある立場で経験し、その機能や役割の違いを肌で感じている。また、このシステムが生み出す数多くの指導医との出会いは、その後の医師人生に大きな影響を

与える「ロールモデル」を見つける機会を増やしている。私自身は、長い医師人生のうちの最初の2年間は、様々な医療の「場(real world)」を肌で知り、それぞれの難しい局面で指導医がどのような「問題解決能力」を発揮しているのかを十分に焼き付けること、そして、自分が将来こういう医師になりたいという「ロールモデル」を見つけること(出会うこと)が重要だと考えている。そういう意味では、本学の研修プログラムが持つメリットは多いのではないかと思う。



図8. 宮崎大学医学部 医局合同説明会
(2009年9月12日, 宮崎観光ホテルにて)

携, 臨床研究能力の開発を柱として, 地域医療支援と臨床研究推進の共有システム構築を目指している。本学では竹島秀雄教授(脳神経外科)と有村保次専任助教(卒後臨床研修センター)が中心となって精力的に活動されており, 現在までに10の専門領域で三大学の専門医養成連携コースが作成された。これまでは三大学での合同カンファレンスやセミナーといった企画物が活動の主体であったが, 今後は, 病院間での人事交流(短期研修)といった「人の動き」が活発に行われ

ることを目指して, 現在調整を始めている。また, 本学では, この動きを契機に宮崎大学単独の専門医養成コースの整理も行われ, 現在18の本学単独プログラムが準備されている。もちろんこれまで各診療科で専門医養成がしっかり行われていたわけではあるが, これから専門医取得を目指す若手医師に, 病院全体としてその専門修練プロセスが可視化できるプログラムを示したのは初めてであり, 分かりやすい医師キャリア形成の情報提示を望む若手医師のニーズに少しでも応えられる形になってきているのではないかと思う。

5) 中九州三大学病院合同専門医養成プログラム

文部科学省の大学病院連携型高度医療人養成推進事業の一つとして, 熊本大学, 大分大学, 宮崎大学の3つの大学病院合同による専門医養成プロジェクトが採択され, 平成20年度より開始された。本プロジェクトは, 大学間相互補完による研修指導や共通研修指導プログラムの開発, 臨床シミュレーションシステムの共有, 医師派遣の連

6) 臨床研修指導医の養成

現在, “厚生労働省が示した”研修医を指導する臨床研修指導医の定義は, 「原則として7年以上の臨床経験を有する者であって, プライマリ・ケアを中心とした指導を行うことのできる経験及び能力を有している者」であり, 「プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講していること」が必須要件となっている。宮崎県でも, 宮崎県臨床研修運営協議会が中心となって, 毎年「指導

医養成のためのワークショップ」を開催している(ワークショップ開催の経緯や内容等の詳細は、別途、日州医事 No.726(2010年2月号)をご参照いただければ幸いである)。本ワークショップの講習会世話人(企画実施側)として、宮崎大学からも主に卒後臨床研修センターのスタッフが毎年ご協力させていただいている。本学内には、上記の講習会を修了した指導医が52名おられるが(平成22年2月の時点)、本学の研修指導体制の益々の充実を図るためにも、今後も継続的に取り組んでいく必要がある。

7) その他

この他にも、本学卒後臨床研修センターが企画・監修する「卒後臨床研修教育カリキュラム」の年間実施(昨年度は講義編18回、実技編15回)や、「卒後臨床研修センター通信」の年3回発刊、海外医療体験コースの実施(これまで4名の研修医が修了)、研修医を対象とした本学医局合同説明会の開催(図8)など、様々な取り組みを行っている。

おわりに

以上、宮崎大学医学部の医学生および研修医の進路動向と本学の取り組みについて概説した。本学の医学生については、来年度(平成23年度)の医学生マッチングからは、宮崎県出身者が3割前後に回復した平成18年度入学の世代が対象となる。だからといって、受け身で待っているだけでは本学の研修医が増えるとは限らない。我々も常に前進し続けることが重要である。そこで思うことがある。先程、教育の主役は「学習者(研修医)」であると述べた。しかしながら、その主役たちが学ぶ「臨床の最前線」で医療を展開し、次世代の自分たちの跡継ぎを育てて下さる指導医の先生方の存在なしには、教育そのものが成立しない。本研修制度開始後、とかく研修医のことに目が向きがちであるが、実は、指導

医が笑顔で気持ちよく働ける職場環境を整えていくことこそが、研修医や若手医師確保の観点からも極めて重要である。彼らが自分の研修や専門修練の場を選ぶ際の重要なポイントに「指導医がその職場で充実感を持って生き活きと働けているのかどうか」があり、その点を非常に冷静に観察している。まさに「指導医の笑顔なくして研修医増えず」である。したがって、現場の先生方の教育負担が過剰にならないような、必要に応じて調整弁が働くようなシステム作りは、今後、大学全体で取り組むべき課題であると思われる。

ただ、今後の展望を考えた場合に、明るい材料は多い。上記でご紹介したようないくつかの取り組みが大地に根を張り、徐々に芽を出してきていると実感している。地域医療学講座にも宮崎の医療に熱い思いを持っている先生方が集まられており、今後の活動が期待される。そして何より、本研修制度の第1期修了生は卒後7年目となり、それぞれの領域で専門医として活躍を始めている点が心強い。彼らは、同制度を経験した先輩として、研修医や後輩若手医師に対して我々とは違ったインパクトを与えるに違いない。また、本学の卒後センターも、今年度中に拡大移転する予定である。場所は病院正門に面する好位置で、フロア面積も約2倍となり、研修環境もさらに充実すると思われる。

地域の病院と密着した宮崎大学の医師養成スタイルが今後ますます成熟していくためには、医師会の先生方のご協力が不可欠である。今後とも、厳しくも温かい眼差しで研修医や若手医師をご指導いただければ幸いである。

謝辞

今回の報告の機会を与えていただいた宮崎県医師会の稲倉会長、本原稿の作成にあたりデータ収集や整理にご協力いただいた宮崎大学医学部附属病院総務課卒後臨床研修係の皆様、心より感謝申し上げます。