

リレー随筆

制度と社会を生きる一研修医の経験を通して思うこと

総合病院 鹿児島生協病院 初期研修医 堀部 碧

はじめに：

中動態の医学部受験と研修病院選び

中動態という言葉をご存知でしょうか。これは、文法上「能動」と対置される態のことです（國分功一郎『中動態の世界：意志と責任の考古学』医学書院，2017）。「能動」の反対は「受動」と理解されることが多いですが、私たちの行為や経験には「能動」対「受動」の枠組みでは説明しきれないものに溢れています。この文章を読まれる方の多くは医師であると思いますが、「医師になる」という道程自体が、「能動」すなわち完全なる自分の選択というわけでも、「受動」すなわち何かや誰かに強制されたわけでもなく、気づいたらその道に進んでいた、という方は少なくないのではないかと思います。

私は、一度文系学部を卒業して社会人を経験した後、鹿児島大学医学部に学士編入学した人間です。高校から最初の大学時代までは全くとっていいほど医師になりたいと思ったことはありません。社会人として出会った人たちや経験を通じて医師を目指そうと「決めた」わけですが、では自分の医学部受験は「能動」だったのか、と考えてみると、必ずしもそうではないような気がしています。簡単に言ってしまうと、それができる環境に生きていたからに過ぎないと思うからです。

ちなみに、医学部受験前の私には鹿児島という場所に縁もゆかりもありませんでした。文系出身で30代を目前にした私が、仕事をしながら受験勉強し合格する可能性のある大学を順番に受験して、そのうち最初に合格し入

学できる大学がたまたま鹿児島大学だったのです。そんな私が今鹿児島で研修医として働いているのにはいろいろなことを考慮した上でのことですが、それもまた「中動態」で語るほうが適当であると感じます。

一方で、この日本社会で医師という仕事は、かなり強い能動性（別の言葉で言うと「志」）を持って選ばれる職業だと理解されているようです。私自身、医学部受験をしてみようと思うという話をする、急に「志」という言葉とともに称賛されたのを覚えています。そうか、医学部に入りたいと言う人間には「志」があることになるのか、と、周りの反応を見て思ったほどでした。本稿では、中動態と「志」との狭間で医学部に入って医学生生活を送り、研修医としての生活を始めた私の経験の一部を、その背景にある制度や社会情勢とともにふりかえり、共有できたらと思います。

2023年問題とコロナ禍の臨床実習

2010年、米国 Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) は、2023年以降は国際認証を受けた大学医学部の卒業生にしか米国で医師になる資格を与えないと宣言しました。いわゆる「2023年問題」の影響を受けた最初の世代が私たちです。上記宣言を受け、世界医学教育連盟 (WFME) が定める国際水準を踏まえた医学教育分野別評価を行う機関である日本医学教育認証機構 (JACME) により、国内の医学部の分野別評価が行われました。

認証を受けるために大学のカリキュラムで

変わったことの最大のポイントは、臨床実習の期間が延びたことではないかと思います。そしてそのために低学年時の講義は過密になった側面もあります。先輩方の「××期は楽だよ」といった経験則に基づいたアドバイスはあまり参考にならず、平日日中はほぼずっと講義や試験などの予定が入っている臨床実習前の時間を過ごしました。

ちなみに私は個人的には、自分が受ける医学教育が国際水準に沿ったものになることは良いことだと思っています。そしてその認証を受ける医学教育が、臨床実習すなわち「現場での経験」を重視していることにも好感を持っていました。現在の医学生は臨床実習に出る前にCBTとOSCEに合格する必要がありますが、それらに合格すると「ステューデント・ドクター」という資格を持つ者として「診療参加型臨床実習」をしていくのだ、と意気込んで実習を始めたことを覚えています。

しかし実際に実習が始まると、私が思い描いていたような「参加型」の実習を受けることは難しいという現実がありました。その要因はいろいろあると思いますが、そもそも専門性の高い診療や研究で多忙な大学病院の診療科を短期間でローテーションしていく形の実習で、現場のことを何も知らない医学生たちに臨床の基礎を教えるような体制が整っているとは言いにくい状況があったことが指摘できると思います。

さらに、私たちが臨床実習を始めて間もない2020年3月ごろからは新型コロナウイルスの流行が始まり、医学生がカンファレンスに参加したり、病棟に行って患者さんに会って話したり身体診察をしたりするという行為が大きく制限されるようになりました。そのため実習と言いながらほとんど座学の時間を過ごし、その時間をもって臨床実習の単位を修めたことになっていきました。つまり私たちは国際水準の医学教育が重視している「現場

での経験」がほとんどできないままに医学部を卒業してしまった世代とも言えます。その後コロナ禍が長引くにつれ、ただ実習を制限するのではなく、その環境の中で現場に近い学びをどう確保するかということが検討されるようになっていったため、現在の医学生は私たちの学生時代よりはきっともっと「現場が学べる」ものになっているはずでしょうし、そうであってほしいと思います。

医師国家試験と隠れたカリキュラム

もともと文系学部を出ていた私にとって、大学は学問をするところであり、学生はその世界で様々な学問に触れながら自ら探究し深めていく経験を得るものであるという認識を強く持っていました。医学部がそのような場所ではないと言い切るわけではありませんが、上記のような場所としての側面よりも、「医師国家試験の受験資格を得て合格すること」が何よりも強く求められる場所だなあと考えたのが正直なところでした。

ただ「医師国家試験の受験資格を得て合格すること」は、医学部の明文化されたカリキュラム（カリキュラム・ポリシーやディプロマ・ポリシー）にはどこにも記載されていません。国家試験を受けようと受けなかりと卒業はできるし、卒業に必要な能力と国家試験とは別物であるように読めます。確かに仕組み上、医学部を卒業することと医師国家試験を受験し合格することは別物です。

では私が医学部生活の中で感じ取っていた「医師国家試験の受験資格を得て合格すること」を至上命題とするような「空気」は私の勘違いだったのかということ、そういうわけでもなさそうです。私の同期をはじめ医学部での生活を経験してきた人に聞いてみても、ほぼ同じことを感じていたと言うからです。

上記のような、明文化されていないにも関わらず経験されるカリキュラムのことを、

「隠れたカリキュラム (Hidden Curriculum)」というのだそうです。『医師の感情：「平静の心」がゆれるとき』(医学書院、2016)の中でダニエル・オーフりは、臨床現場の中で医学生が「仕事をさばく」ために患者さんとは対話する時間をとることよりも効率を優先しようとする研修医の姿を見たり、期待を胸にローテーションした診療科で十分な経験をさせてもらえなかったり、特定の疾患を持つ患者を侮蔑するような先輩医師の発言を聞いたりといった「隠れたカリキュラム」が、医学生から共感力をなくす要因になっていると指摘しています。

日本の医学生が「国家試験に合格する」という「隠れたカリキュラム」を通じて共感力を失っているかどうかは分かりません。しかし、「明文化されたカリキュラム」に沿って臨床実習の中で基本的診療手技やコミュニケーションを磨くことよりも、「国家試験に合格する」ための映像講義を受けたり過去問や模試を解いたりすることを優先するような風土があれば、医学生は医学部での教育を通じて共感力を失っていくことになるのかもしれないと思います。

「猫の手」にもなりたい研修医の思い

私の研修病院の大先輩は、「自分が研修医の時、上級医から『研修医の仕事は看護師について行って、看護師が採血をしたタイミングですかさずアルコール綿を差し出すことだ』と言われた。卒業した後の研修医が現場で役に立てることはそれくらいしかなかったから」とおっしゃっていました。CBTやOSCE、「診療参加型臨床実習」といったカリキュラムが整っていなかったころの話ですが、それらのカリキュラムが整備され、国際水準に沿った医学教育を卒前に受けたとされる状態でいざ研修医になっても、まさに自分は何もできない存在だなあと痛感しました。現在の研修

医としての私は、そのような「何もできない存在」から「医師として働く存在」になるための考え方や動き方を、現場での経験と座学とを行ったり来たりしながら学び続ける日々の中を生きているのだと思います。

2004年、全ての医師が救急医療等において適切に対応できるようにすることを目的として、医学部卒業生に対して2年間の初期臨床研修が義務化されました。その結果、給与等の待遇が良く臨床経験が豊富に得られる市中病院で初期研修を受ける医学部卒業生の割合が増えて大学医局への入局者が減り、大学医局は派遣先の病院から医師を呼び戻さなければならなくなりました(池上直己『日本の医療と介護：歴史と構造、そして改革の可能性』日本経済新聞出版社、2017)。大学医局から医師を派遣されていた地方の市中病院は医師不足に直面し、「医療崩壊」の危機に陥ったというエピソードは、医学部にいる頃に何度も耳にした話です(きっとこれも「隠れたカリキュラム」の一つだと思います)。本稿では初期臨床研修の義務化がもたらした「医療崩壊」の是非について議論するつもりはありません。少なくとも私は、「救急医療等において適切に対応できる医師」を求める社会のニーズを感じ取った医学生たちが、そのニーズを満たせる病院を(制度の変化に応じて「中動的」に)選んだことによる自然な帰結ではないかと思います。

話を現在の私の研修病院に戻しましょう。当院の指導医が研修医だった時代には「猫の手会」と呼ばれるものがあったそうです。これは学生から研修医になった先輩たちが、早く「猫の手」くらいには現場の役に立てる存在になりたいという思いで作った、研修医による研修医のための会でした。この会は現在も名前を変えて「研修医会」として月2回ほど開催されており、研修医のそれぞれの研修場所での経験を共有したり、自分たちの研修

プログラムに対する要望をまとめたりする場所として機能しています。研修医一人ひとりが自らの研修に求めるものは少しずつ異なっていますが、根底に「現場の役に立ちたい」という思いがあることは、昔も今も変わらないのではないかと思います。その思いを叶えることが「医療崩壊」と言われない医療がある社会で生きていたいと願っています。

おわりに：患者さんが全部教えてくれる

研修生活を始めて「早く現場で役立つ自分になりたい」と願いつつも、思うようにできない・動けないもどかしさや焦りを感じる私に、ある指導医の先生はこう言葉をかけてくださいました。

「大丈夫、全部患者さんが教えてくれるから」

今だから言えることですが、医師国家試験前に私はひどく体調を崩しました。机に向かって座り続けることができず、かといって横になっても眠れず、コロナ禍のため（私の受験時は新型コロナウイルス感染症大流行の中、試験時に感染していたら受験自体ができないという状況でした）人と会って話すことも気が引け、自宅で勉強をしているのかしていないのかよく分からない時間を過ごしていました。試験勉強だけをしなければならない期間がもう少し長かったら、私は試験を受けることができなかつただろうと思います。運良く国家試験を受験でき、合格して研修医になって一番良かったと思うことは、自分の勉強が勉強のためではなく患者さんのためにあると実感できるようになったことです。

本稿では、今年初期臨床研修を始めた私たちの学年の社会背景と、それを背景に経験された私の鹿児島大学医学部や研修病院での生活を、個人的な見解とともに振り返り、お伝えしてきました。この文章を読む方がそれぞれ

れ医学部受験をし、卒前教育を受け、卒後教育を始めた時の社会・心理背景は私のそれとは異なるでしょうし、その違いゆえに伝わりにくかったこともあるのではないかと思います。同じ世代であっても、同じ研修病院にいても、一人ひとりがしている経験は異なります。立場や考え方によっては、私が書いた文章を読まれて、そんな気持ちで医学教育を受けてきたとはけしからん、とか、事情を分かっていないくせに偉そうなことを言うな、などとお怒りになった方もいらっしゃるかもしれません（もしそうだとしたら、にも関わらずこんなところまで読んでくださり、ありがとうございます）。

一人ひとり異なる私たちですが、そんな私たちも皆、患者さんから教えてもらっている存在である（もちろんその「内容」や「手段」はそれぞれですが）という点においては共通していると言えるのかな、と思いますし、そうであってほしいです。

本稿の執筆にあたり、これまでの先生方の原稿を読ませていただき、自分には何が書けるだろうかと考えましたが、皆さんの興味を引くような内容を書ける気がせず、執筆を引き受けてしまったことを少し後悔しました。引き受けてしまったからには今の自分の頭にあることを引っ張り出して書くほかなく、その結果がこの文章です。最後まで読んでくださり、本当にありがとうございました。

次号は、総合病院 鹿児島生協病院 川口大輔先生のご執筆です。
(編集委員会)