

- ④できない, 断わる .....81名 19%
  - ⑤小児科専門医志望なら .....49名 11%
  - ⑥医学生実習と同じ要領なら .....41名 9%
  - ⑦その他 .....20名 5%
  - 無回答 .....24名 6%
- ③と④を合わせると40%で, 指導要領が示されていない現状では個々の判断は困難と考えられる。それでも, 「引き受ける」と答えた会員101名には勇気づけられる。「内容次第では引き受ける」には, 早急に実習カリキュラムを提案しなければならない。

**まとめ**

クリニック実習は大好評だった。指導医の熱意が学生の小児科に対する認識を変え, その有用性を知った大学はこれをカリキュラムに組み入れるようになった。さらに研修医教育では, 小児科学会だけでなく内科系学会からも期待されている。また, 病院小児科や小児救急の指導医もそれぞれ特徴ある指導によって学生に大きな感動を与えた。このような背景のもとで, 小児プライマリ・ケア教育のモデルは少し見えてきたように思う。  
(文責: 武谷 茂)

**Practical Skills for Educators**

座長: 国立成育医療センター総合診療部

田原卓浩

演者: Dr. 高山ジョーン一郎 & Dr. Katy Noble

**Part I : Training residents**

(highlights from successful programs in the US)

**Part II : Role Playing**

: Meeting with residents and obtaining and giving feedback

**Part III : Questions**

昨年11月の福岡での外来小児科教育検討会で

特別講演をしていただいた, カリフォルニア大学サンフランシスコ校小児科準教授高山ジョーン一郎先生(米国の小児科専門医で国立成育医療センター総合診療部部長:平成15年4月1日付)と Dr. Katy Noble (成育医療センターに在所している小児科ドクターです。)の二人に, 米国の研修医教育について, 講演していただき質疑を行った。  
・高山ジョーン一郎先生(日本語), Dr. Katy Noble 先生(英語, 高山先生が日本語に翻訳)

**Part I : Training Residents**

(Highlights from successful programs in the US)

**日米の医学教育制度・研修制度について**

米国では4年制の文系・理系の大学を卒業後, 試験を受けて4年制の医学部に入学し, 医学部卒業時に医師国家試験を行う。米国の学生は医学部の卒業時に, 日本の卒後2年間の研修終了レベルの問診・診察・検査・鑑別診断・治療方針決定などの臨床能力, 問題解決能力を持っている。

日本の研修医の多くは, 医学部を卒業した大学病院やその関連病院での研修が多い。米国では研修する病院そのものにも外部評価による偏差値があり, レジデントは医師国家試験の成績(偏差値)との間で偏差値によるマッチングが行われて研修病院が決定する。偏差値の高い病院には偏差値の高いレジデントが研修するのである。米国では総合ローテートをせず, 各科毎の研修が3~5年間行われる。小児科の研修は3年である。

**卒後医学教育認定協議会(ACGME)と**

**レジデント研修評価委員会(RRC)について**

米国の卒後の研修医教育の審査指導は卒後医学教育認定協議会(ACGME)とその26の専門科毎の下部組織のレジデント研修評価委員会(RRC)で行われ, 研修プログラムと施設の両者の質の審査を行う。審査は日本のような申請書類だけの形式的審査ではない。日本の研修施設の審査では, 更新時不適と判断された施設は0.5%(1/200)で

ある。米国の審査では専門職員が現地に赴き更新時に約6%(1/18)のプログラムが不適と判断される。

卒後医学教育認定協議会(ACGME)の構成は米国専門医機構代表・米国病院協会代表・米国医科大学協会代表・専門医学協議会代表・連邦政府代表以外にレジデント医師と市民代表3名が参加する。同様に専門科毎のレジデント研修評価委員会(RRC)の構成は米國小児科アカデミー代表・米國小児科専門医評議会代表・米国医師会代表と小児科レジデント医師である。

米国の卒後医学教育に要する費用の大半は公的医療保険制度のメディケア(日本の国民健康保険に相当する)から支出される。この中にはレジデントの給与、保険、事務経費、教育指導スタッフ給与などを含み、直接費用として研修施設が受け取る補助金額はレジデント一人当たり22,000ドル/年である。さらにメディケアから間接費用としてもレジデント一人あたり40,000ドル/年程度が支払われる。卒後医学教育認定協議会(ACGME)と下部組織のレジデント研修評価委員会(RRC)は約80人の専属スタッフを抱え、その費用は各レジデント研修施設の年会費で運営される。

ACGMEとRRCは次の因子を考慮して各施設の採用レジデント数の枠を決める。①患者数と患者の質(疾病の種類、難易度など)、②関連する教育的資料、③指導医・レジデント比率、教育のための財源、④指導医の質である。米国医師会が発表した資料によれば1研修プログラムあたりの平均小児科レジデント数は36.8名、1研修プログラムあたりの平均的常勤指導医数は70.1名、指導医/レジデント比率は1.9である。そしてレジデントは1週あたり平均休日1.4日、平均年俸36,000ドル、平均年休暇3.3週である。

#### ACGMEの教育目標

ACGMEは全ての臨床科に共通する臨床能力の教育目標(competencies)指標として、次の6項

目を挙げている。

- ①医学的常識：基礎的、臨床的、公衆衛生的、応用できる知識が要求される。
- ②診療技術(患者のケア)：人間味があり、適切かつ有効な、予防と治療の技術で、単なる技術ではない。
- ③情報伝達・チームワーク能力：患者、家族、他の医師との良好な関係が構築でき、有効な情報交換がスムーズにでき、チームワークを取れること。
- ④医の倫理：医師の責任を達成する決意があり、倫理感にあふれ、さらに異なった文化の患者のニーズに合わせた話ができる。
- ⑤臨床自己学習能力：臨床教育とその改善に寄与し、診療技術の研究とその評価ができ、かつEBM(科学的根拠に基づく能力)があること。
- ⑥社会制度の理解：医療保険を含む広い意味でヘルスケア・システムが理解でき、システム資源を有効に使い価値のあるケアができなければならない。

#### 教育評価

指導医に対する評価・レジデントに対する評価は定期的に行われる。評価項目は教育能力、教育プログラムへの貢献度、臨床能力、学術活動を含み、レジデントによる指導医に対する評価は必須である。レジデントに対する評価は医学的知識、技術の習得だけではない。その評価項目は①医学的知識②診療技術③臨床自己学習能力④情報伝達・チームワーク能力⑤医の倫理⑥社会制度の理解を含み、これらの項目別にレジデントの臨床能力が評価される。このレジデントの評価は、指導医以外に患者とその家族、同僚、非医師職員によってもなされ、その結果はレジデント本人にもフィードバックされる。

#### 小児科レジデントの教育

システム化されたカリキュラムがあり、各レジデントが統一された、質の高い小児科の勉強がで

きる。教育経験は臨床と講義のバランスが良くとれているカリキュラムには明確な目標があり、評価方法も定められている。総合小児科教育の具体的内容は病棟、救急と緊急ケア、レジデントクリニック、正常な新生児、地域活動(アドボカシー、地域と病院の連携)、発達行動科学など具体的な、一般的な内容である。たとえばレジデントクリニックでは夜間の電話問い合わせに相談回答したり、一定の期間乳幼児健診を継続 (continuity clinic) したりする。

#### 米国のレジデントと日本の研修医の違い

米国：自分で患者のケアをする。患者の診察と診断を良くする。患者のプレゼンテーションを良くする。評価される。

日本：見学が多い。患者をあまり触らない。病気の勉強を主にする。試験がある。

#### レジデントの外来教育の基本

##### ①レジデントが患者を診る。

患者と家族へのインタビュー、患者の診察。

##### ②レジデントが患者のプレゼンテーションをする。解らなかったことを聞く。

##### ③スタッフの先生が答える、そしてレジデントといっしょに患者を診る。

#### 症例ベースの教育の基本

(case-based teaching)

##### ①研修医の持っている医学常識を把握する。

##### ②研修医が分かりやすいように医学知識を整えて教える。

##### ③研修医が自分の知識を広げる様にチャレンジする。(生涯学習の態度を身につけさせる)

#### 忙しい外来実習では、1分間で教える

##### ①研修医による患者のプレゼンテーション

指導医は良く聞いて、よりはっきりさせる。

##### ②研修医へ問う

診断の理由、データ・所見を言わせる。

##### ③研修医と議論する

総合的な知識を教える。どうしてか、その理由をその場で聞いて、間違いはその場で直す。

#### Part II : Role Playing

: Meeting with residents and obtaining and giving feedback

①One minute teaching のロールプレイとして、関口先生が研修医役で、小児科外来での急性上気道炎の患者のプレゼンテーションをし、Dr. 高山が指導医として説明を行った。

②Dr. Katy Noble が1年目の小児科レジデント役となり、3歳児の気管支喘息の症例に対して気管支拡張剤を過量投与した医療事故を起こし、翌日指導医役のDr. 高山に報告する場面をロールプレイした。

研修に際して重要なことは、目標を示すこととフィードバックである。

##### ①研修前のオリエンテーション

研修医が意欲的に研修に取り組めるように研修目標、研修スケジュールを示す。研修医の役割も明らかにしておく。研修前に身につけておくべき知識や準備すべき物を示す。

##### ②フィードバック

定期的フィードバックは研修の中間と終了時に行う。研修医の良いところを褒め、改善すべきところを示す。また、研修医が困っていることをたずねる。これは研修医には自己評価の機会となり、残りの研修期間をどう過ごすか考え、議論することができる。

これに対して、研修医の態度に問題がある場合や医療事故が生じた場合には、その時点でフィードバックを行う。

最後に生涯学習として、米国小児科学会が会員に各種の教育プログラムを提供し、毎年そのプログラムが更新され、さらに充実していくことが報告された。

受講者(横井)註

\*望ましくない指導医(このタイプはDr.高山の意見ではなく、私の偏見ですが日本人の医師に多いようです):医療事故の責任・原因をレジデント個人の問題として責任を追求する指導医です。

\*望ましい指導医:医療事故に遭遇した場合、診断から治療の過程で間違った医療行為について、良くなかった点については、どうしたら良かったかを教え、良かった行動については褒めるのである。つまり、失敗してもその後の対応処置が適切であれば、その点を評価するのである。さらに、「重要なことは医療行為の中で間違ったことを隠さないこと、事実に対して正直であることをレジデントに教育することが、指導医の責任である」という話は、日本での医療事故に対して指導医の事実を隠蔽しようとする態度を思うと、感銘する話でした。

\*医学書院の米国の医療制度を紹介した本にもありますが、米国の裁判制度では、裁判のはじめの段階で違法行為・医療事故の責任を本人が認めると刑や罰金が軽減されます。反対に本人や指導医が事実を隠蔽したり・偽りの証言をすると、その段階で裁判が終了し天文学的な懲罰的な罰金が科せられる法制度です。もしも(日本には残念ながら存在するが)、指導医が研修医に事実を隠すような不正を指示した場合には、事故を起こした研修医本人よりも指導医のほうが罰則は重くなるのは当然です。

\*日本では一度取得した医師免許証には更新制度はない。更新制度があるのは自動車運転免許証だけで、弁護士・公認会計士、薬剤師、看護師などのどの国家認定資格にも更新制度が存在しない。日本の小児科認定医にはその専門性を評価する制度がありません。米国では各種の教育プログラムの演者も受講者も互いに評価され、一定の評価を得た人が専門医を更新できることになっている。米国では、「透明性・説明責任・市場原理の世界」なのです。日本の研修医制度は来年平成16年4月より総合ローテート方式が導入されることが決定されている。米国では総合

ローテート方式から各科研修に変更され、レジデント、その後のフェロウの教育制度が確立され、各プログラムが外部評価され、その評価にレジデントや民間人が参加する制度を考えると、日本は20年以上遅れていると、今回のDr.高山の講演を聴き感じました。

\*米国の研修制度については本年の小児保健研究・第62巻1号に日本小児科学会の理事長を務めた松尾・鴨下両氏がDr.高山の助言をもとに詳細に報告し、日本小児科学会雑誌3月号にも同様の内容があるのでお読みください。

\*3月29日の朝日新聞によれば、厚生労働省は「研修医のアルバイトは原則禁止」としていた方針について、平成16年度から必修化される臨床研修のプログラムに、病院での当直や健康診断などを取り込む形で事実上、アルバイトを可能とする案を固めたと、伝えている。米国の研修制度では、日本で言われるような「病棟の処置番、外来の検査番」などの労働力としての研修医の使用は固く禁じられているのである。研修医とは、労働するのではなく、勉強するのです。

外来小児科と医師国家試験：その七

横井こどもクリニック 横井茂夫

過去10年の医師国家試験に出題された小児科領域(現在の国試では小児科・内科・外科・産科という分類はない)の問題で、外来小児科関連の問題25題を提示し解説した。

【例 89回 D-4】

2か月の乳児。出生体重2,930g。出生直後から心雑音を聴取。精密検査の結果ファロー四徴症で、乳児期の短絡手術およびその後の根治手術が必要

と診断された。両親は自営業で、国民保険に加入しているが、手術に必要な医療費を心配している。

この患児に適切な公費医療はどれか。

- a 養育医療    b 育成医療    c 更生医療
- d 医療扶助    e 高額医療費

解説：小児の公費医療は3つ。低出生体重児が対象の母子保健法による養育医療。心臓手術などの外科手術や装具が対象の児童福祉法による育成医療。白血病や先天代謝疾患などの難病が対象の小児慢性特定疾患治療研究事業である。

正解：b

【例 93回 D-18】

皮内に注射するのはどれか。

- a 日本脳炎ワクチン
- b ポリオワクチン
- c 麻疹ワクチン
- d ツベルクリン液
- e 破傷風トキソイド

解説：薬液を体内に投与するワクチンは皮下注射（米国では皮下筋注）、試験的に投与する場合は皮内注射を行う。結核菌の感染の有無を判断するツベルクリン液は皮内注射である。

正解：d

【例 94回 A-18】

学校医の職務はどれか。

- a 児童・生徒の健康診断
- b 教職員の健康診断
- c 学校プールの水質検査
- d 学校伝染病による出席停止の決定
- e 学校保健安全計画立案への参与

解説：外来小児科では地域の学校医・園医になる医師が多い。学校医の職務は職員生徒の健康管理であるから a, b の健康診断は職務である。プールの水質検査や教室の照度検査などは学校薬剤師の

職務である。学校伝染病の出席停止の決定は校医ではなく校長の職務権限である。学校保健安全計画は養護教諭を中心にまとめられ、学校医も参画することが義務づけられているが、現実の学校医でこの計画の立案に参加する医師はいないのが現状である。

正解：a, b, e,

【例 91回 D-5】

乳児の脱水症の診断に「有用でない」のはどれか。

- a 尿量減少
- b 皮膚緊張度低下
- c 不整脈
- d 大泉門陥凹
- e 口腔粘膜乾燥

解説：最近の国試で増加している出題形式である。通常の医学の問題解決能力は有意・有用な所見を集めて鑑別診断をして治療の方針を決定する能力である。過去の国試では学生の医学知識をたずねる場合、有意有用な所見を記憶しているかを聞く設問であった。このような問題形式では、学生全体が一定以上の勉強をすると、識別指数（医学知識が高い学生が解けて、低い学生が解けない問題は識別指数が高い。）は低くなるので、学生に有用でない所見を問う出題が増加している。○ ○でない所見を知っていることが医師に必要な能力なのだろうか？

乳児が嘔吐下痢や水分摂取が減少して、脱水症になると口腔粘膜は乾燥し、皮膚ツルゴール低下し、大泉門が開いている乳児では陥凹し、尿量は減少する。血圧は低下するが、不整脈の出現は稀である。

正解：c

\*シンポジウム\*

「外来小児科学と研修医教育」

座長：慶応大学小児科 関口進一郎

①指導マニュアル「龍の巻」編集経過報告

福井県武生市／はしもと小児科クリニック  
院長 橋本剛太郎

医学生実習をクリニックや市中病院で受け入れるときの指導マニュアルとして、2001年に「小児プライマリ・ケア虎の巻」を医学書院から発行しました。この本は研修医実習にも十分に使えますが、内容はプライマリ・ケア小児科医の活動や理念（アート）が中心で、小児の疾患の学習ポイント（サイエンス）については記述されていませんでした。

そこで2004年から始まるローテート研修医の教育をターゲットに、「これだけは知っていてほしい子どもの病気チェックリスト」というコンセプトで具体的な到達目標（指導内容）をまとめています。いわば「虎の巻」のサイエンス編なので、「龍の巻」と名付けました。

夏の学術集会に発行できるよう、研修医教育グループ一同、がんばっております。

（文責 橋本剛太郎）

②外来小児科学と研修医教育

今回の教育検討会では、世間で小児科・小児科医の暗い話題が多いので、「元気な小児科」を紹介することを考え、福岡県飯塚市のこどもクリニック森田：森田 潤先生、名古屋市総合病院南生協病院の小児科部長：鬼頭正夫先生、大分県大分市の大分こども病院院長：藤本 保先生に講演をいただいた。そして、子どものナショナルセンター・国立成育医療センター研修担当部長：赤澤晃先生に成育医療センターの臨床研修の概要を説明していただいた。

小児科開業医の立場から

福岡県飯市／こどもクリニック森田  
院長 森田 潤

院長の森田先生は飯塚市民病院小児科に勤務し、その後地元を開業する。最近の医学生の評価の高い研修病院は有名大学付属病院ではなく、沖縄中部病院、飯塚市民病院、日本鋼管病院、舞鶴市民病院である。これらの病院の研修医は全国の国公立大学の医学部の出身者で研修医採用試験も行われ難関である。

森田先生より飯塚市民病院の総合ローテート研修の小児科研修の中で、開業医の外来小児科研修として実施される内容について具体的に説明された。外来小児科の基本は問診・診察・処置ではない。まず事務の受付に始まり、見ている研修ではなく実際に子どもに触り・スタッフの一員として働き、付属の病児保育室で子どもと遊ぶ。最後に窓口で窓口負担金の徴収をして、「おだいじに」と領収書を渡すまでが実習で、子どもと家族に目を合わせ、顔を向き合っていることを研修医に体験し納得してもらっていることが出席者にも理解される講演であった。

一般総合病院の立場から

名古屋市／総合病院南生協病院  
小児科部長 鬼頭正夫

市中の総合病院の総合ローテート研修で、小児科病棟研修1か月半（50人の入院に対応し、30人の子どもの主治医になる）と、併設の子ども診療所で2週間の外来研修（問診・診察・診断・処方・家族への説明の流れを理解し、指導医の隣で実際に診療する）について、説明された。この病院で使用される手作りのマニュアルは、市販の小児科の教科書、ハンドブックから一部を抜粋し、さらに現場で使いやすく、本音で書かれたもので、小児科医が読んでも一読の価値のある書物である。

小児専門病院の立場から

大分市／大分こども病院  
院長 藤本 保

大分こども病院のいつも元気な藤本院長より、大学の小児科医局からの派遣の若い小児科医の研修と実務について語ってもらった。

365日24時間小児の一次二次救急に対応し、乳児健診に腹部エコー健診を実施し・併設の保育園では病児保育を取り入れ・病棟や外来へ子どもの相手をする保育士を導入するなどの医療福祉のアイデアが紹介された。

国立成育医療センターの立場から

国立成育医療センター  
研修担当部長 赤澤 晃

昨年春に開設された国立成育医療センターの臨床研修は、国立病院東京医療センターの臨床研修の3つのコースの内科系・外科系・成育医療の一

つとして行われる。採用人数は4名、身分は非常勤職員で、給与は月額200,340円プラス当直費です。

成育センターでの研修期間は48週で、総合診療部・小児救急医療・耳鼻科診察・皮膚科診察・新生児診察・ICU・周産期・専門診療科（本人の希望診療科）と、東京医療センターでの小児科を除く48週の研修である。評価は研修医到達度評価を指導医からと自己評価との双方から行う。（研修医は評価されるが、指導医の評価は具体的には無いようです。）

（文責：横井茂夫）

今回は7月に西宮で、11月に福岡で開催の予定です。よろしくお願いします。

その他に研修会・検討会を開催する場合は連絡いたしますので、よろしくお願いします。

ひと口メモ

低体温溺水による DOA

先日、ローカル紙に「低体温溺水による DOA の小児が1か月の入院治療の末に元気に退院した。」という内容の記事が載った。やんちゃそうな男の子が主治医に頭をなでられながら退院していく写真は、殺伐とした記事で埋められた紙面を暖かくしていた。

詳細は次のごとくである。本年4月の夕方、冷たい雪解け水で増水した札幌市の豊平川に7歳男児が転落。通行人の110番通報により20分後に警察のヘリコプターが救出。意識なく、心肺停止、体温27.5度と蘇生に反応しない仮死状態のまま大学病院の救命救急センターに搬送。肺水腫もあり、PCPS（体外循環）やレスピレーターなどを

要した。事故後1時間で心拍再開。1週間後に意識が回復した。その後リハビリにつとめ、次第に機能が回復して5週間で全快退院となったというのである。

目撃者、素早い通報、ヘリを飛ばせる気象状況、比較的近い救命センター、小児、など幸運も重なっていたようだ。

偶発性低体温は北国では時々耳にするが、中でも低体温溺水は diving reflex と急速冷却が臓器に保護的に作用するため（特に小児では）、本例のごとき長時間の心肺停止でも intact survival が期待できる。DOAでも簡単にあきらめずに1時間以上（状況によっては3時間）心肺蘇生を続け、32度以上に復温するまでは死亡宣告しない。

（卯月 勝弥）

## 教育検討委員会のページ 8

教育検討委員会がこれから担うべき役割	田原 卓浩
教育検討委員会のあゆみ	武谷 茂
指導医の養成をどうするか	吉田 一郎
新研修制度における外来小児科研修の スケジュール・プラン	関口進一郎



## 新委員長に田原卓浩氏

華々しい業績を残した武谷茂氏が委員長を勇退し、2004年より田原卓浩氏が新委員長に就任したので、所信を寄せていただいた。

## 教育検討委員会がこれから担うべき役割

委員長 田原 卓浩 (たはらクリニック/山口市)

「教育検討委員会」は橋本剛太郎氏（初代委員長）・武谷茂氏（第二代委員長）の強いリーダーシップによって大きな発展を遂げたことは周知の事実です。特に、全国展開した“医学生の見学実習”の成功は、一つの小さな感動が次々と医学生に連鎖し、また共感を与えたことによるもので、この活動が医学生を受け入れたクリニック・病院のスタッフにも大きなインパクトと満足感をもたらしたことも大きな財産となりました。さらには、この“医学生の見学実習”の成果が大学における小児医学教育に新風を吹き込むことになり、現在では半数以上の大学でこの教育技法が取り入れられています。本委員会の発足当初は、何をすべきか、何が必要とされているかなどについて試行錯誤を繰り返していたことを考えるとまさに隔世の感があります。

新しい研修医教育制度の実施が始まる今年、これまでの活動ならびに成果を基盤として小児医療・小児医学を日本外来小児科学会的見地からさらに発展させるためにはこれまで以上のエネルギーとコミュニケーションが必要と思われます。その理由は、日本小児科学会が「教育」に関する委員会を設置して専門性を軸にした新たな枠組みの構築を検討していることであり、20分科会の1つとして本学会の特色を生かしながらこれからの

新しい教育の体制の中で活動性を維持するためには「研修医教育」へ参画できるか否かが鍵となるように思われます。ほとんどの分科会は臓器あるいは系統別に専門性を打ち出していますが、いわゆるプライマリ・ケアの教育をリードしていく立場に本学会は位置しており、専門性を踏まえて横断的にあるいは総合的に小児医療を実践している現場の魅力を同じ医師として伝えることがゴールとなるのではないのでしょうか。

僭越ながら開業歴半年足らずの身で委員長という大役を拝命致しましたが、これからの本委員会の活動如何によってはこれまでの業績がうたかた

表 教育検討会の役割

- 1) 卒前教育：医学生見学実習・  
大学などでの講義（講義録編集）
- 2) 卒後教育：研修医臨床実習
- 3) 教育手法に関する研究：  
モデル策定→パイロットスタディ  
横断的検討+経時的検討  
教材整備と応用  
評価方法
- 4) 海外との連携：医学生海外研修の支援
- 5) 指導医研修
- 6) 関連する活動：リフレッシュコース・国家試験・  
ホームページ

と化す危険性をはらんだ節目に当たっていると“身の細る”思いであります。下記のような役割を多くの先生方に分担して頂きながら、〈虎〉・〈龍〉に続く輝きを一緒に創造したいと考えてお

ります。「教育」に少しでもご興味がございましたら、是非ともご参画頂きますようお願い申し上げます。

## 教育検討委員会のあゆみ

前委員長 武谷 茂 (たけや小児科/福岡県久留米市)

1994年(平成6年)に教育検討委員会(委員会と略)が発足してから10周年を迎えた。この委員会が研究、診療、社会活動などの部会とともに、本学会の発展に貢献できたことを会員諸氏とともに喜びたい。これは偏にメンバー一人ひとりのご尽力によって生まれた成果であり、代表者として心から感謝申しあげる。ここに当委員会活動の足跡(表1)を記し、将来に向けて、教育活動がますます発展することを期待したい。

### 1. 「今、できることは何か？」

1994年(平成6年)の第4回学会年次集会の折に、有志7名(五十嵐正紘、庵原俊昭、岡藤輝夫、阪田保隆、武谷 茂、田原卓浩、橋本剛太郎の諸氏)による「外来・総合小児科学の教育検討委員会」(後に教育検討委員会となる)が発足し、第1回教育検討会(検討会と略)を開いた。初代委員長に橋本剛太郎氏が決まった。しかし、メンバーは「教育」という砂漠にどう水をひき、どの種を蒔いてどんな花を咲かせるのか、突破口を見出せないまま思案の日々が過ぎていった。

### 2. 委員会活動目標と大学の事情

その2か月後、第2回検討会で当面の活動目標を①カリキュラム作成、②文献や書籍ライブラリーの設置、③写真やビデオなどの教材収集、④教育実践例の検討、とした。この目標は現在も委

員会活動の根幹となっている。この時期は、情報収集や活動の手掛かり探しなど、目立たない地道な活動期となった。1996年(平成8年)に委員長役が順番制で武谷に替わったが、相変わらず検討会への参加者は少なく、委員会として公表できる成果は出なかった。そんな中で「学会会員は教育に対する関心はどうか？」という疑問がわいてきた。

さらに大学はどうか、1998年(平成10年)5月に牛島高介氏は全国大学小児科教授宛にアンケート調査で「大学における小児科学教育の現状」を尋ねた。63名の回答を要約すると「外来小児科学教育の必要性を感じるが実施できない」である。案の定、大学教育に風穴を開けることの難しさを痛感した。

### 3. 会員の教育への熱意を知る

ゼロから出直す覚悟で、1998年(平成10年)10月、当学会会員754名にアンケートで「教育に関する意見」を聞くことにした。集計結果では、回答者438名のうち364名(83%)が「教育に関心あり」と答え、予想しなかった関心の高さに驚いた。さらに開業医56名と病院医23名、大学医13名が「夏休みに医学生の外来実習ができる」と回答し、とても勇気づけられた。もう迷うことはない。小規模でもいい、ボランティアによるクリニック実習システムづくりを急ぐことにした。

表1 教育検討委員会のあゆみ 1994～2003 (敬称略)

表1-A 総合年表

1994年 (平成6年) 8月	第4回年次集会(会長:神谷 齊) 「外来・総合小児科学の教育検討委員会」が7名で発足。委員長は橋本剛太郎氏
1995年 (平成7年)	第5回年次集会(会長:江上 経誼) 教育活動の目標や方法を検討, 海外情報収集
1996年 (平成8年) 8月 12月	第6回年次集会(会長:岡藤 輝夫) 委員長は橋本氏より武谷氏に交替。指導経験や工夫を発表し討論 会員573名のアンケート調査「研修医の外来小児科学教育」
1997年 (平成9年)	第7回年次集会(会長:前川 喜平) 第3回検討会に横田俊平氏, 山田至康氏が参加し大学や救急も視野に
1998年 (平成10年) 5月 10月	第8回年次集会(会長:豊原 清臣) 全国大学小児科教授へのアンケート調査「大学での外来小児科研修」 会員754名のアンケート調査「外来小児科学の教育に関する意見」
1999年 (平成11年) 6月 7月 8月	第9回年次集会(会長:播磨 良一) 全国大学医学部に「学生向け小児科クリニック実習案内」の資料を発送 ボランティアによる全国「医学生のための小児科クリニック実習」を開始 大阪で年次集会関連の小児科研修医セミナー「初期印象診断と小児救急」(武谷)
2000年 (平成12年) 3月 7月 8月 12月	第10回年次集会(会長:山中 龍宏) メディカル朝日4～9月号, 特集「21世紀に向けて変貌する小児科・小児科医」掲載 病院実習を追加のため「小児プライマリ・ケア実習」と改称 「小児PC実習 指導のてびき」診療所版と病院版が完成 年次集会関連の小児科研修医セミナー講演「小児PC研修の魅力」(武谷) 第11回検討会で委員会の「委員会活動の将来ビジョン」橋本案を承認
2001年 (平成13年) 4月 9月 12月	第11回年次集会(会長:鈴木英太郎) 第1回「カリキュラム実習・検討会」を開催, 記録集作成 実習マニュアル「虎の巻」出版 「PC教育連絡協議会」を結成(2003年9月に脱退)
2002年 (平成14年) 3月 3月 5月 7月 10月	第12回年次集会(会長:宮田 隆夫) 学会ホームページに実習システムを掲載 医学生282名の実習報告書集完成, 全国大学に発送 海外教育事情視察:熊谷氏らが台湾へ 第2回「カリキュラム実習」検討会を開催, 記録集作成 会員1,397名のアンケート「教育に関する意識」調査
2003年 (平成15年) 6月 8月 8月 11月 11月	第13回年次集会(会長:永井 幸夫) 海外教育事情視察:橋本氏がハワイへ 年次集会, テーマは「進化する外来小児科～医学教育を担う立場に」 研修医の実習マニュアル「龍の巻」DVD付を出版 第18回教育検討会 福岡市 委員会の委員長が武谷氏から田原卓浩氏へ交替

表 1-B 実習指導者研修会チーム (リーダー:熊谷 直樹)					
第 1 回	2000 年 11 月	六甲アイランド	31 名	第 5 回	2002 年 5 月 成育医療 C 43 名
第 2 回	2001 年 6 月	順天堂大学	31 名	第 6 回	2002 年 11 月 アクロス福岡 34 名
第 3 回	2001 年 11 月	アクロス福岡	56 名	第 7 回	2003 年 7 月 西宮医療会館 37 名
第 4 回	2002 年 2 月	雪印乳業本社	48 名		

表 1-C 「カリキュラム実習」活動チーム (リーダー:永井 幸夫) (医学部臨床実習カリキュラムの中での小児科クリニック実習)					
第 1 回検討会	2001 年 4 月 15 日	順天堂大学	22 名	「記録集」作成	
第 2 回検討会	2002 年 7 月 20 日	成育医療 C	25 名	「記録集」作成	

表 1-D 「研修医教育」活動チーム (リーダー:武谷 茂) (ホーム・ページに掲載) 小児プライマリ・ケア実習の案内					
2001 年 7 月 3 日	小児プライマリ・ケア実習ホーム・ページに掲載 (岡本 茂)				
2002 年 1 月 7 日	日本外来小児科学会公式サイトに掲載 (大成 滋)				

表 1-E 委員会作成の冊子とマニュアル本					
書 名	代表者名	完成年月	発行所		
「小児科クリニック実習 指導のてびき」	橋本剛太郎	2000.7			
「病院小児科見学実習 指導のてびき」	山田 至康	2000.7			
「小児プライマリ・ケア実習 指導医総合案内」	武谷 茂	2001.5			
「小児プライマリ・ケア 実習報告書集」	大成 滋	2002.3			
「小児プライマリ・ケア 虎の巻」	橋本剛太郎	2001.9	医学書院		
「小児プライマリ・ケア 龍の巻」	橋本剛太郎	2003.8	医学書院		

#### 4. 医学生クリニック実習が始まる

1999 年 (平成 11 年) 6 月, 全国医学部に「医学生のための小児プライマリ・ケア実習案内」のポスター 2 部と指導医 56 名のリスト, 案内書 30 部を送り PR にかかった。それから 1 か月も経たないうちに実習を終えた学生から実習報告書と感想文が次々に届いた。学生たちは指導方法と内容に合格点をつけ, 感想文で「大学にはない小児科を見た」「聴診器一本で診る医師の姿をみて感動した」「小児科の魅力を知った」「あんな医者になりたい」など未知の外来ケア体験に感動したようである。一方, 指導医は予期せぬ学生の反応に充分満足し, 同時に指導のメリットを感じていた。

#### 5. “体験の案内” から “実習の指導” へ

慣れないうちは “クリニック体験の案内” でもよいが, それを “教育” と云えるものにするには,

指導内容の質の確保が重要であり, そのために教育検討会を 18 回 (表 2), 指導者研修会を 7 回開いて, 実習での問題点を検討し指導法の勉強会を開いた。指導マニュアル作成は本作り名人の橋本氏にリードをお願いして「指導のてびき」「虎の巻」「龍の巻」ができた。カリキュラムは学生の条件や施設の事情に応じてプログラム設定をお願いした。

#### 6. チームによる組織的活動の強化

2000 年 (平成 12 年) の第 11 回検討会で橋本氏が “委員会の将来ビジョン” 案を呈示し, 直ちに承認された。内容は, クリニック実習の大学カリキュラム実習への組み入れ, 組織的委員会活動強化の 2 点である。後者では, 組織内の分野別活動チームは①実習指導者研修会 (研修会と略), ②教材作成・管理, ③カリキュラム実習, ④研修

医教育, ⑤講義録集作成, ⑥国試問題, ⑦海外研修で構成されている。後に, この組織的チーム活動が新しい成果を生み出すことになる。

### 7. 委員会の教育活動の成果

教育検討会は, 話題が広範囲で興味深い, 委員会の活動が学会内外に広く知られた, 新医師臨床研修制度が間近になったなどから, 教育検討会兼指導者研修会の参加者が増えて, 第13回検討会には56名が参加するまでになった。

年次集会の一般講演やWS, サテライト・セミナーなどでも, 教育に関するテーマが年々増え, 内容も具体的なものが多くなっている。昨年の第13回年次集会のメインテーマは「進化する外来小児科～医学教育を担う立場に」で, 外来小児科学教育一色の学会となった。永井幸夫会長はじめ学会の総意として, 教育の重要性がさらに強く認識されたであろう。

### 8. 新医師臨床研修制度に向けて

2004年(平成16年)4月から始まる卒後臨床研修の必修化は, 主な目的がプライマリ・ケア教育であり, 当委員会の役割は重要である。日本小児科学会による「小児科3か月臨床研修実施要項案」は外来小児科学のキーワードが多く盛り込まれていて, 実地小児科医にも馴染みやすく, 多くの開業医が指導者としての参加も期待できそうである。日本小児科学会からも実習指導医の選定およびマニュアル作成における本学会の協力が望まれている。

### 9. 国際化を目指す活動へ

国内の教育活動に合わせて, 海外にも視野を広げなければならない。2002年(平成14年)以来, 第16,17,19回の検討会で高山ジョニー氏(当時UCSF準教授, 現在国立成育医療センター)に, 米国における小児プライマリ・ケア卒前, 卒後教育の最新情報をご講演いただき, 米国の教育事情を知識としてもつことができた。次は現場を体験

表2 教育検討会開催の概要

	開催年月	開催地	参加者
第1回	1994年8月	三重医師会	7名
2回	1994年10月	慈恵医大	6名
3回	1997年12月	慈恵医大	9名
4回	1998年3月	慈恵医大	5名
5回	1998年11月	慈恵医大	11名
6回	1999年3月	慈恵医大	21名
7回	1999年7月	慈恵医大	27名
8回	1999年11月	雪印乳業	24名
9回	2000年2月	雪印乳業	40名
10回	2000年7月	森永乳業	37名
11回	2000年11月	神戸市	31名
12回	2001年2月	雪印乳業	38名
13回	2001年11月	福岡市	56名
14回	2002年2月	雪印乳業	48名
15回	2002年5月	成育医療C	43名
16回	2002年11月	福岡市	34名
17回	2003年2月	成育医療C	34名
18回	2003年11月	福岡市	32名

することであろう。昨年は橋本氏が米国の教育事情視察報告したが, それに続く海外研修プランが企画される予定である。本学会研究部門では, 昨年, 米国APAで研究演題を発表するなど本学会の国際化は進んでいる。

### 10. 最後に, 前委員長として

橋本剛太郎氏の後, 1996年(平成8年)から委員長役をさせていただいたが, 仕事が面白くて持ち時間をオーバーして7年間も続けてしまった。反省している。しかし, いくつものプロダクトを出せてよかったと思う。関わった皆様のお蔭であり, お礼申し上げる。先輩諸氏のご指導にも感謝申し上げます。

2004年(平成16年)から第三代目委員長の田原卓浩先生にバトンをお渡しした。先生のご経験からすると, きっと何かが起こりそうな気がする。この委員会のさらなる発展を祈る。

Recent Meetings

第18回 教育検討会

2003年11月2~3日 アクロス福岡  
参加者 36名

挨拶

教育検討会のあゆみ

武谷 茂

特別発言

外来小児科学教育と私

杉浦 壽康

講演

指導医の養成をどうするか

吉田 一郎

テーマ1 医師と医学生教育

ドクターバンク・リフレッシュコースが

暫定スタートしました 島田 康

学生実習のアンケート集計結果報告 大成 滋

医学生に対するクリニック・カリキュラム

実習：医学生による評価 渡辺 博

テーマ2 委員会活動のこれまでとこれから

委員会活動の成果を振り返って 橋本剛太郎

小児プライマリ・ケア教育の今後 田原 卓浩

テーマ3 総合病院・大学での研修医受け入れ

内科医を目指す研修医への3か月小児科

研修カリキュラム 森田 智

外来中心の小児科研修に対する研修医の

評価 和田 浩

都心病院における研修プログラムの現状

伊藤 純子

飯塚病院の研修プログラム 井村 洋

これからの大学における研修 藤野 浩

テーマ4 小児科外来での研修医指導

新研修制度における外来小児科研修

スケジュールプラン 関口進一郎

第19回 教育検討会

2004年2月22日 東京慈恵会医科大学  
参加者 42名

講演

小児科専門医研修の充実 横田 俊平

教育検討会各活動チーム報告

医学生実習：下村 国寿 村上 直樹

深澤 満

研修生実習：関口進一郎 森田 潤

藤本 保 武谷 茂

実習評価システム：和田 浩 大久保節士郎

森田 智 白川佳代子

講義録：橋本剛太郎 杉浦 壽康

実習集計：大成 滋 牟田 広実

教材：藤田 位 渡辺 博 伊藤 純子

海外研修：熊谷 直樹 橋本剛太郎 進藤 静生

国家試験：横井 茂夫

ホームページ：大成 滋 島田 康

指導医研修会：藤野 浩 熊谷 直樹

藤田 位

リフレッシュ：島田 康 伊藤 智子

講演

米国の小児科研修医教育 高山ジョン一郎

一般演題

1. 鹿児島大学の学生小児科実習プログラムの  
実情報告 野村 裕一
2. 開業医から見た小児科専門医 横井 茂夫
3. 地域保健・医療経験目標を利用した診療所で  
の研修医教育 森田 潤
4. 外来小児科研修における評価方法の検討  
和田 浩

Coming Meetings

第20回 教育検討会

日時：2004年7月18日(日)  
場所：兵庫県西宮市・西宮医療会館

第21回 教育検討会

日時：2004年10月11・12日  
場所：福岡市・アクロス福岡

## 指導医の養成をどうするか

吉田 一郎 (久留米大学医学部医学教育学)

### はじめに

2004年春から卒後研修必修化がスタートする。小児科は卒後2年目に3か月を目安とし、研修を行うことになっている。一方、医学生はマッチングで希望先の病院を見学するため、外来小児科でのクリニック実習などの希望者は、今後減少する可能性もあるのではと危惧される。米国が30年前に中止した卒後研修方式を我が国が今から導入することの理由のひとつに、卒前の臨床実習がきわめて不十分という大きな問題がある。文部科学省が現在導入中のモデルコアカリキュラムでも、この問題は未解決である。すなわち、学生時代の小児科実習期間が欧米に比較して極端に短いために、卒業後に学生時代と同じようなローテーション方式で小児科を学ぶという前時代的な教育カリキュラムを我が国は今からスタートすることになる。我が国でも、今後は卒前教育を改善し、米国のように卒業後すぐにストレートで小児科を研修できるように努力する必要がある。

### 1. 何が問題か

卒前・卒後教育に対する考え方が世界のスタンダードで検討されていないこと、さらに教育方略自体が近代化されていないこと、マンパワー・予算など教育資源が先進国中最低レベルに抑制されて大きなハンディキャップのあること、の2点が重要である。前者については臨床医学を今なお、講堂で教えるという旧ドイツ医学的発想が根強く残っていることや、現在の世界のスタンダードであるアングロサクソン方式の医学教育が、英語のハンディもある我が国には伝わりにくいこと、後者については欧米の5分の1から10分の1とい

う教育スタッフ数の問題が致命的である。韓国ソウル大学医学部小児科の教授数が20年前でも5名と日本よりも恵まれていたが、2003年の時点では20名と米国レベルに近づいているのに、東京大学での小児科教授数は1名である。我が国では政府主導で卒前・卒後教育の改革を実行中であるが、時代遅れの感をぬぐえない。米英などでの医学教育先進国では政府主導ではなく、National Board for Medical Examiner (NBME), Association of American Medical Colleges (AAMC), General Medical Council (GMC)などの民間団体・非政府組織が医学教育をリードしている。一方、米国では一流大学であればあるほど、学生には手取り足取りして、徹底して教育するが、我が国ではマンパワーの問題、教育への貢献が評価されないことなどの理由から、診療・研究・教育の中で教育が一番軽視されている。

### 2. 研修に何よりも大切な「経験する患者数」と「指導医」

魚のいない川では魚は釣れないように、経験する患者数が少なければ、よい研修はできない。このことは我が国での大学病院、一般病院を問わず、小児科研修上、大きな問題であろう。米国ではどの病院であっても、認可された病院であれば、一定のレベルでの小児科研修が可能であり、1年間の小児科研修で300~500名は経験することになる。またどの大学を卒業したかではなく、どのような指導医によって研修を受けたかが重要で、指導医の果たす役割はきわめて大きい。米国での小児科研修における1施設あたりの平均研修医数が37名、平均的指導医数が70名というのは我が国とは大きな差であり、peer reviewなどがはるかに

行いやすい学習環境といえよう。一方、日本小児科学会では3名以上の指導医数を必要基準とされていることは周知のとおりである。

### 3. 指導医はアウトカム重視の教育を

「わたしの施設はよい医学生教育、よい研修医教育を行っています」というのではなく、研修終了後のアウトカムが重視されるようになりつつある。このようなスコットランドからスタートした outcome-based medical education は世界を席卷しつつある。たとえば、米国の卒後研修では6つのアウトカムが定められている。それらは 1. patient care, 2. medical knowledge, 3. practice-based learning and improvement, 4. interpersonal and communication skills, 5. professionalism, 6. system-based practice である。これらの6つのアウトカムは小児科だけでなく、全科共通のアウトカムとして設定されている。この6つのアウトカムの中で、プロフェッショナリズムは現在、卒後教育だけでなく、卒前教育においても強調されている。なぜなら「態度」の教育が本当に身につくためには、学生や研修医に「プロ意識」が芽生えることが何よりも重要とされているからである。「知識」「技術」に比較して、一番難しいのが「態度教育」といわれており、北米やヨーロッパの医学教育学会では、「犬も歩けばプロフェッショナリズムにあたる」と感じる程に、プロフェッショナリズム教育が強調されているが、我が国の医学教育ではそのようには感じられない。「プロフェッショナリズムの教育」を我が国にも導入すること、これは今後の重要な課題であろう。

### 4. 指導医は指導方法のスキルを学ぶことが必要

指導医にとって、一番に大切なことは「後輩を伸ばしてやろう」という気持ちであるが、気持ちだけではだめで、指導方法や研修医のサポートのスキルについて学ぶ必要がある。たとえば指導方法では、「成人教育の原理」「フィードバックのか

けかた」「評価の仕方」などが、きわめて重要であろう。米国での研修医評価には「RIME方式」がよく用いられているが、これは米国医科大学協会(AAMC)が毎年の年次集会で開催している Research in Medical Education の頭文字をもじったものでもあるが、研修医は単なる Reporter (報告者) のレベルから Interpreter, Manager を経て, Educator (同僚医師と討論しながら指導までできる) のレベルにまで到達したかどうか評価するものである。一方、カナダでは卒後研修1年の終了後に OSCE をもちいて、医師国家試験を施行している。しかし、OSCE や CBT には限界があり、実際の研修内容を評価するには、ポートフォリオ評価が必要とされている。我が国でも今後は医学教育におけるポートフォリオが重視されるようになるだろう。

### 5. 指導するよろこび

指導医として研修医が大きく成長してゆくことを目のあたりにできることは大きな喜びであろう。「教えることは、実は自分が学ぶことである」ということはもっと強調されてもよいと考えている。米国の臨床教育の源流となったウィリアム・オスラーは以下のように名著「平静のこころ」の中で述べている。「教育を一切、行わない病院は一流の仕事をしているとは言えまい。そういう病院は症例に対してもあまり強い関心が払われず、徹底的な症例研究も行われぬ。病院専属の指導医は助手や学生に教え、そのことによってかえって教えられるという機会がなければ、日常の緊急事態に忙殺され、杜撰な診療をしかねなくなる。病棟に学生をおいている病院では、患者は慎重な診察を受けることができる。病気は徹底的に解明され、医療過誤もはるかに少なくなるといっても差し支えあるまい」。筆者は久留米大学小児科病棟医長時代に、このオスラーのことばを額に入れて病棟のトイレの壁に飾っておいた(一番よく読む場所と考えた)、20年近く関係者に読んでもらったものと考えている。最近、紛失したのは残念



に感じている。

## 6. よい医師づくりが可能となるよい制度の確立を

伝え聴くところによると、厚生労働省は一時、大学病院には研修医をゼロにする構想も考えていたという。今まで、教育に熱心でなかった大学病院には猛省が必要であろう。しかし、これでは医学生・研修医の屋根瓦方式を中核とするクリニカルクラークシップは成立しなくなり、臨床教育は崩壊するであろう。文部科学省サイドからは、「今回の臨床研修の必修化はよい医師づくりというよ

りも、文部科学省管轄の大学病院の研修医を少なくするという医師の再配置をねらった意図的なものだ」という批判もあった。また卒後研修におけるプライマリケア重視というのが医療費抑制を意図したものであるという意見もある。研修医の最低の生活保証や指導医への手当てが空手形にならないことを願うものである。厚生労働省や文部科学省の間に一貫性がないと、一番に迷惑するのは医学教育の現場であろう。アジアの医学教育よりも立ち遅れてしまった日本の医学教育が、今回の卒後研修必修化でどのように変貌するか、予断を許さないものと考えている。

## 新研修制度における外来小児科研修のスケジュール・プラン

関口進一郎 (慶應義塾大学医学部小児科)

第13回日本外来小児科学会年次集会のワークショップ「外来小児科学の卒後教育」の討論結果を報告した。

ワークショップの目標は、小児科外来での研修医教育スケジュールを立てる作業を通して、外来小児科学教育の課題と解決策を考えること、とした。参加者がクリニック医師のグループと病院医師のグループに分かれ、それぞれ研修スケジュールを考え、外来診療における研修医教育の課題と解決策を論じた。

### 1. クリニック医師による研修スケジュール (表1・表2)

クリニック医師のグループでは、すでに行われている学生のクリニック実習の経験が生かされた実際的な内容となった。

クリニック研修の評価は、研修医に対する評価と指導医に対する評価が必要である。前者は、症

例のレポート、ポストテスト、自己評価チェックリスト、指導医からのフィードバックなどの方法が考えられる。後者については、研修医による指導医の評価や、大学医師など第三者による研修内容の評価が望ましい。

クリニック研修の問題点として、研修医の診療スペースがないといった施設の問題と、ガイダンス・指導のマニュアルやチェックリスト作りなどの教育資源の問題が挙げられた。

### 2. 病院医師による研修スケジュール(表3)

病院医師による討論では、まず、新研修制度における研修目標をいかに設定すればよいのか不明確であることが問題となった。すなわち、小児科研修において何が求められているのか不明である、研修医が小児科研修をする時期や期間が決まっていない、将来小児科医にならない研修医をも対象とした研修である、という問題点がある。

表1 クリニック医師グループのスケジュール案（研修期間：1週間）

	8時～9時	午前	午後
月	オリエンテーション①	院内見学①	診察見学②
火	診療の準備 清掃 ①	診療に参加する ②, ③, ④	健診・予防接種②, 薬局見学⑤
水			健診・予防接種②, ③, ④
木			院外施設見学(保育園, 保健所) ⑤
金			まとめ, 評価 ④, ⑤

注：①～⑤は表2の研修内容①～⑤に対応している。

表2 クリニックでの研修内容

①オリエンテーション	院内見学, 施設管理, コミュニケーション, 感染予防, 清掃など
②「見る」	診察, 医療面接, 健診, 予防接種, 処置, 検査
③「やってみる」	受付の仕事, 患者に付き添う, 問診, 診察, 医療記録, 処方, 紹介, 計測, 処置, 検査, 健診, 育児相談, 予防接種
④「考えて指導を受ける」	トリアージ, 診断, 治療計画, 説明, 指導
⑤「知る」	小児科の知識, 医療経済, 院外研修(薬局, 地域保健, 学校保健)

表3 病院医師のスケジュール案（研修期間：2週間）

	午前	昼	午後	夕方
月	外来診療 (はじめ数日は問診・予診・診療見学のみのみ。以後, 上級医の指導のもと研修医自身が診療する)	昼食 フィードバック	専門外来見学	症例指導 (教材・課題を与えて自主的に学習させる)  カンファレンス
火			自主学習 ミニレクチャー	
水			乳幼児健診 (見学・実践)	
木			予防接種外来 (見学・実践)	
金			専門外来見学	

そこで「医師を育てるための」小児科研修として、何を教えればよいのか、外来でなければ教えられないことは何か、ということが討論され、以下の4点が挙げられた。すなわち、①絶対知っておいてほしい小児科の知識、②「こわい」病気を知ること、③小児感染症の基礎知識、④ Common diseases の診療ポイント、である。また、研修中に身につけてほしいこととして、①重症度を観察し判断する能力、②「五感を総動員させて」診察する方法、③診断のプロセス、④子どもや家族への接し方、⑤小児検査の困難さ、⑥家族への説明・指導のポイント、の6点が挙げられた。

外来診療における研修方法は次のようにすることが提案された。まず問診・見学・診療介助させてみて研修医の能力を判断する。次に、問診内容、診察、診断、治療に関して、上級医の指導のもと診療をさせるようにする。このとき決して研修医

ひとりでは診療をさせない。

病院小児科における研修医教育の大きな問題点は、指導医の不足であることが強調された。

### 3. 今後の展望

研修医の外来小児科学教育をテーマに3年にわたってワークショップで討論を重ね、研修目標と内容、研修方法については、およそ見通しが立ってきたように思う。すなわち、短期間の小児科研修では教育する内容を絞り込み、小児診療のエッセンスを伝えることが重要である。今後の検討課題は、研修の評価である。研修医をどう評価すればよいのか、指導医はどのように評価されるべきなのか、研修内容自体をどう評価し、変更を加えていけばよいのか。次回のワークショップの課題として、研修評価を選択したいと考えている。

#### 教育検討会のメーリング・リスト

2004年3月より教育検討委員会のMLがスタートしました。自由な討論が随時、活発に交されることが期待されます。各チーム活動にもご利用ください。参加資格はこれまでの教育検討会に出席したことのある方です。参加を希望される方は管理者（森田 潤）までご一報ください。

jun@clinic-morita.com

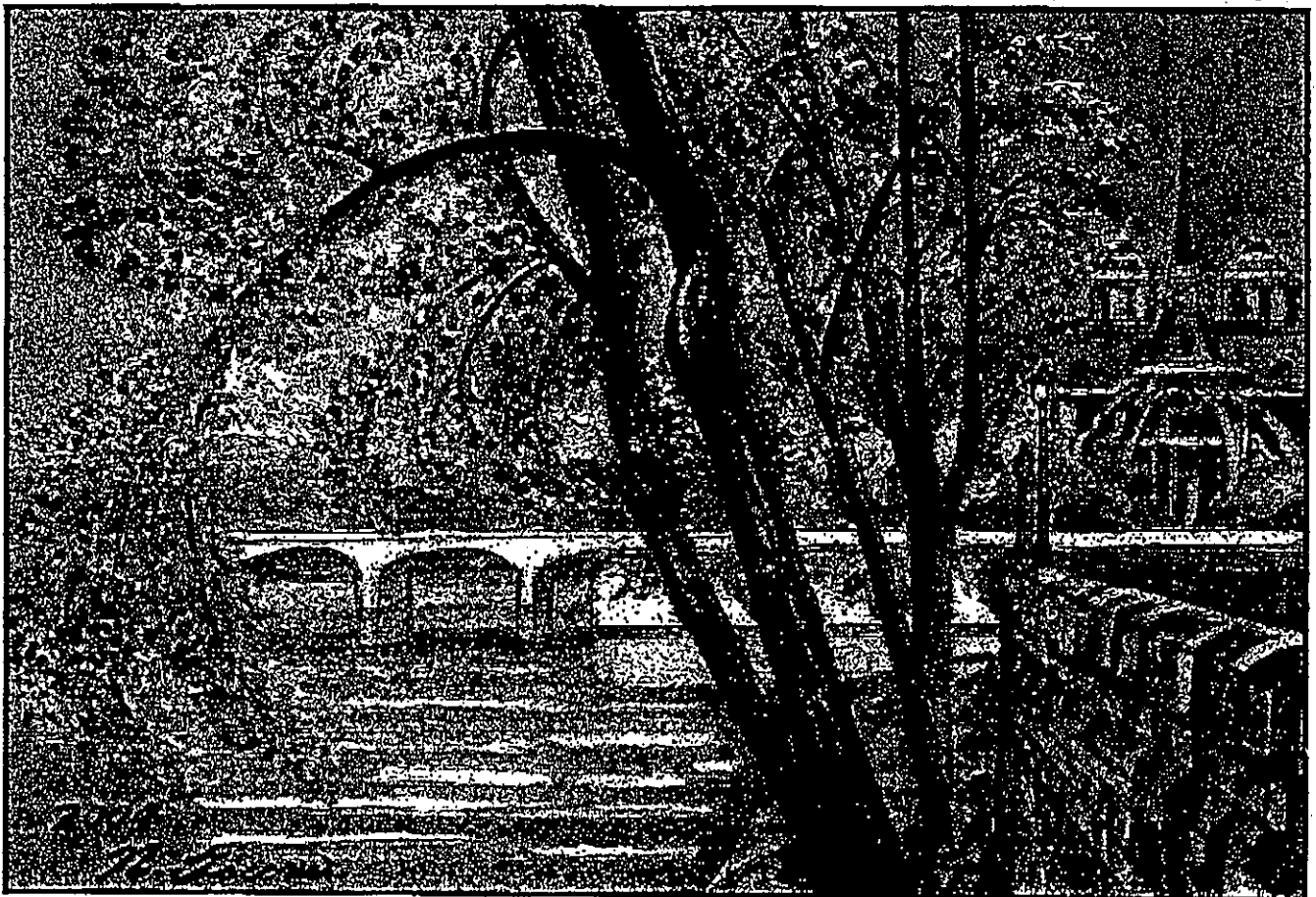
#### 日米交流セミナー in ホノルル

ハワイ大学医学教育オフィスの主催によるセミナーが6月8日から11日までの4日間ホノルルにて開催され、教育検討委員会からは田原委員長以下9名が参加予定。詳細は次号にて報告します。

# 福岡県小児科医報

2004 No. 42

特集 小児科外来における卒前・卒後教育



福岡県小児科医会