

議論があることと思いますが、大学から小児科は出るべきだと思っています。そして大学と子ども病院がある地域では合体して大きな小児の総合医療部門を持ち、かつ、難病に対する先端医療、先進医療ができるような体制を持ち、そこで総合医療もできて先端医療もできるという中で学生あるいは研修医の教育を行っていくというシステムを小児科医として欲しいなと思っています。ご清聴ありがとうございました。

加藤 どうもありがとうございました。横田先生には前半の部分ではこれから行われる研修制度に対する多少のぼやきのようなお言葉、それから後半は今後の小児医療への展望と先生の独自のお考え、いつも私拝聴しておりますが、独自のお考えをお示しになりました。時間がございませんので、先生どうもありがとうございました。また、もし

お時間ございましたら後ほどご質問をいただくと
いうことで先に進めさせていただきます。

藤村 それでは引続きまして研修指定病院の立場からということで、沖縄県立中部病院長の安次嶺先生からプレゼンテーションいただきたいと思えます。簡単に安次嶺先生のご紹介をさせていただきますと、1967年鳥取大学ご卒業です。71年から3年間シカゴのマイケルリース病院で小児科インターン、レジデントをやられています。ご承知のとおり、沖縄県立中部病院は小児救急医療を含めて非常にアクティブにされています。特に若手の医師の研修ではひとつの考え方をしっかりと持つということで、現在病院長をされていますので、お考えを伺いたいと思えます。よろしくお願ひします。

研修指定病院の立場から

沖縄県立中部病院院長 安次嶺 馨

安次嶺 ただ今ご紹介いただきました沖縄県立中部病院の安次嶺でございます。先ほど横田先生が大学の立場から大変明確に問題点をご指摘なされたと思います。問題は今後、横田先生がおっしゃったように大学が変われるか、ということを試されていると思います。私はひたすら地域で診療し、卒後研修をやってきた立場からお話します。

21世紀のよりよい小児科医の育成に向けて

臨床研修必修化と小児医療を考える — 研修指定病院の立場から —

沖縄県立中部病院
安次嶺 馨

まず、総論的なことをひとつ確認してから私の話に入りたいと思います。要するに、来年からの卒後研修はなぜ行われるようになったのかということ、もう一度確認したいと思います。それができないと、いろいろぼやきばかり出てきて、面倒だとか大変だとかという議論になってしまう訳です。

卒後研修必修化はなぜ必要か

- 1) 国民に支持される優れた臨床医を育成する。
- 2) 国民が医師養成に関しての最優先事項と考えているのは救急医療を含む幅広い臨床の知識をもった一般医である。
- 3) どの施設の研修プログラムでも、一定レベルの優れた臨床能力をもった医師を養成できる。
- 4) 研修必修化の開始前に、大学病院・研修病院は有能な臨床指導医を育てなければならない。
- 5) かつてのインターン制度のように、新制度が形骸化することは絶対に許されない。

まず第1点は、今までの医者への作り方は国民に支持されていないということです。すなわち、今後は国民の支持する臨床医を育成するべきだということです。2点目、国民が医師の養成に関しての最優先事項と考えているのは、私は救急医療を含む幅広い臨床の知識をもった Generalist だと思います。3点目、どの施設の研修プログラムでもそこを出れば、一定レベルの臨床の力をもった医者が養成できるということが求められています。従って、研修必修化の開始前に大学病院や研修病院は、有能な臨床指導医を育てなければならないのです。横田先生は先ほど、指導医が不足しているとおっしゃいました。我々はそれに対して対策を取っているのでしょうか。取っていますか？先生方。まず胸に手をあてて考えていただきたいと思います。5番目に、かつてのインターン制度のように、新制度が形骸化することはもう許されないのだ、という認識を持っていただかなければなりません。

沖縄県立中部病院における36年間の臨床研修

旧インターン制最後の年（1967年）にスーパーローテーションの卒後研修を開始した。
当時、米軍統治下の沖縄には医育機関が無く、ハワイ大学医学部の支援のもとに研修を開始した。

医療資源の乏しい沖縄県において、県民の最も必要とする医師はプライマリケア医である。
県立病院として、ひたすら地域社会の求める医師を育てるための教育を行ってきた。

私どもの経験を少しお話をさせていただきます。昭和42年という旧インターン制度最後の年ですね、その年にスーパーローテーションの卒後研修を開始しました。当時沖縄県は日本でなく、米軍

の統治下にあったので医科大学がありませんでした。それ故にアメリカの大学、ハワイ大学の支援の元に研修を開始しました。当時、私どもの研修の目標ははっきりしておりました。医療資源の乏しい沖縄県、医者もない、病院もない、クリニックも少ない中で沖縄県民が最も切実に求めていたのは、プライマリケア医だったのです。ですから、県立病院として、ひたすら地域社会の求める医師を育てるという教育をしました。その具体的なことは抄録に書いてありますが、要するに2年間、例えば離島に行っても挿管から救急処置までひととおりのことはできる。それも全科に渡って、小児科医であろうが産科医であろうが、外科医であろうが、誰でもできるということを私達はめざしてきたわけです。

沖縄県立中部病院の現在の臨床研修プログラム

- ① プライマリケア医コース（2年）
自治医科大学卒業者
離島診療所勤務希望者
- ② 一般専門医コース（3～4年）
内科・外科・小児科・産婦人科、他
1年目は①②とも同じローテーションで内科3カ月、外科3カ月、小児科2カ月、産婦人科2カ月、救命救急科1カ月、麻酔科1カ月、
2年目は①はローテーション、②は専門科を研修する。
- ③ 定員（自治医科大学卒業生を除く）
1年次20名、2年次20名（初期研修医）
3年次12名、4年次9名（後期研修医）

プログラムについて簡単に申し上げます。まず、プライマリケア医コースというのがございます。これは初期研修の2年間のみです。それから一般専門医コースというのがありまして、これは初期研修の2年間プラスその上に専門教育が入るということです。これがメインですが、プライマリケア医コースも一般専門医コースも、1年目は同じローテーションです。これは内科3ヶ月、外科3ヶ月、小児科2ヶ月、産婦人科2ヶ月、救命救急科1ヶ月、麻酔科1ヶ月で、以上は全部必修です。2年目になりますと、このプライマリケア医コースは内科中心のローテーションをします。一般専門医コースは、例えば小児科ですと2年目は小児科だけという形になるわけです。このように定員としては1年目、2年目20人で、その後はピラミッド方式でだんだん減っていくというようなスタイルをとっております。

県立中部病院における研修の特徴

- ① プライマリケア重視の研修
- ② グループ診療参加の研修
- ③ グローバルスタンダードの研修
- ④ ハワイ大学と提携したプログラムによる研修
- ⑤ 早期の一般専門医コース研修の開始
- ⑥ 後期研修制度の設置
- ⑦ 研修生活環境の完備

私どもの病院の研修の特徴は、何度も申しましたようにプライマリケアを重視した教育でございます。それから診療は全部グループでやっております。チームのチーフがいて、その下にもう1人中堅クラスの医者がいて、あとはレジデント、インターン（私どもは今でもインターンと呼んでいます）というチームでグループ診療をしています。目標はグローバルスタンダードで、我々にはできるだけ、このような教育をしたいと思っています。そしてハワイ大学と提携して、従来からアメリカの医療スタイルでやってきました。現在も、その方向でやっております。それから当院の研修は、1年目のローテーションでかなりのケースを経験しますので、2年目からは専門医のコースということになっております。さらに3年目、4年目の後期研修コースも設置しています。研修生活環境の完備という点では、過去36年間、院内に2年目まで研修医の宿舎を置いております。それから給料も払っております、もちろんアルバイトをしないで研修できるということを36年間ずっとやっております。図書館は24時間、いつでも利用できる状態になっております。

研修委員会 SUBCOMMITTEE

- ① カリキュラム委員会
- ② プログラム調整委員会
- ③ 評価委員会
- ④ 指導医学習委員会
- ⑤ 採用選抜委員会
- ⑥ ACLS普及委員会
- ⑦ 健康管理委員会
- ⑧ 離島・地域医療支援委員会

研修委員会の中にはSUBCOMMITTEEがご

ざいまして、病院のスタッフは、どこかの委員会に入るとい形になっております。カリキュラム委員会は、来年からのプログラムを計画しております。プログラム調整委員会というのは、院内の各科のカンファレンスのみならず、院外との調整なども行うのがこの委員会です。評価委員会は、まだ充分な評価機能とは言えませんが、今いろいろ検討しているところです。指導医学習委員会というのは、当然、指導医は日々切磋琢磨していかなければならないのですが、アメリカ風に言えば、faculty development とでも言えばいいのでしょうか、つまり指導医の勉強会を企画しております。採用選抜委員会ですが、私たちは面接を重視いたしまして、代表が面接のためにコーチングを勉強に行き、それを院内スタッフに伝達して、受験生1人に1時間くらいの面接をするということ今年から始めました。ACLSの普及委員会が最近、活動を始めました。健康管理委員会は、研修医のいろんな病気、予防接種をやっているか、針刺し事故はどうかということ管理します。最後に離島・地域支援委員会ですが、沖縄県は離島がたくさんある地域でして、これも当院の大事な役割のひとつです。

新しい初期研修プログラムについて

1) プログラムの名称

沖縄県立中部病院初期研修プログラム

管理型病院：沖縄県立中部病院 550床
協力型病院：国立療養所琉球病院（精神科） 430床

2) 研修の理念

国民に最適な医療を提供できる国際的な視野を持った医師となる礎を形成するために、基本的な診療能力（態度、技能、知識）を習得する。

来年から始まる研修プログラムについて、簡単に説明いたします。沖縄県立中部病院初期研修プログラムとしまして、私どもの病院は管理型で、精神科がありませんので、近くにある国立療養所琉球病院に精神科の研修をお願いしています。研修の理念は、ちょっと硬い文章ですが、読んでみます。「国民に最適な医療を提供できる国際的な視野を持った医師となる礎を形成するために、基本的な診療能力を習得する」。

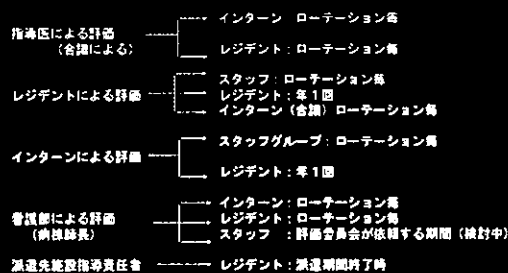
初期研修ローテーションプログラム

1年次	内科・・・3カ月	2年次	精神科・・・1カ月
	外科・・・3カ月		診療所・・・1カ月
	小児科・・・2カ月		救命救急科・・・1カ月
	産婦人科・・・2カ月		一般専門科・・・9カ月
	救命救急科・・・1カ月		(内科、外科、小児科、
	麻酔科・・・1カ月		産婦人科、救命救急科)

研修医の受持患者数は1年間でおおよそ救急症例1,000
入院症例250~350であるので早めに専門科研修に入ることができる。

初期研修ローテーションですが、1年目は内科、外科、小児科、産婦人科、救命救急科、麻酔科で、これは従来やっていたものでございます。2年目は精神科1カ月、診療所1カ月、救命救急1カ月を終えまして、残りの9カ月は専門教育に入ることになっています。すなわち、2年間の中で小児科を例に取ってみますと、2カ月プラス9カ月ということになります。これは小児科志望者がローテーションとして希望するという形になります。何故こんなことをするかと言いますと、私どもの研修医の受け持ち患者数は1年間でおおよそ救急症例1,000例、入院症例250~350でありますから、それでも充分、厚生労働省の言う2年間の症例は経験しているとして、このように早期に専門教育に入るといプログラムを組んでいます。

中部病院における研修医・指導医の評価



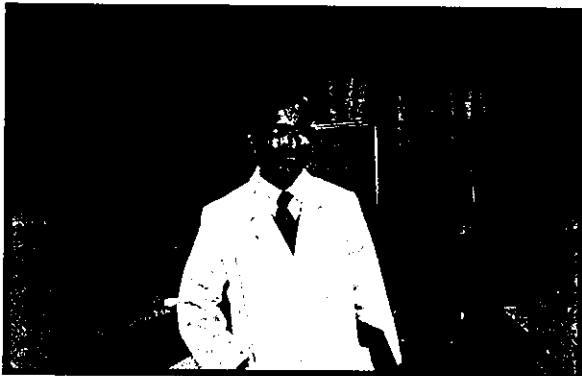
(注) インターンは1年目以降、レジデントは2年目以上が対象となります。

次に評価ですが、指導医が評価するのはインターン、つまり1年目ですね、それに2年目以上のレジデントです。レジデントが評価するのは指導医、それから仲間のレジデント、下のインターン1年目です。インターンはどのような評価をするかということ、スタッフを個々のスタッフではなくてグループ全体として評価します。また、上の研修医を評価します。看護部でも1年目の研修医、

それから上のレジデント、スタッフの評価をします。但し、看護部がなかなかスタッフ医師の評価はできないということで、この点はしばらく保留にしています。我々の病院からよその施設に行ってもらっている場合は、その派遣施設で評価していただきます。



これは日常の研修の風景を示すスライドとしてお見せしたのですが、ここにハワイ大学からみえたムライ準教授がおられます。彼は3ヶ月間中部病院に指導医として来ました。その隣においでなのは、JICAでフィジーから救急の勉強に来た方ですが、時々小児科のカンファレンスに参加しました。真ん中の女性はドイツの医学生で、我々のところで3週間勉強して帰りました。



これはハワイ大学のムライ Associate professor で、新生児専門医の日系の先生です。



ムライ先生はフィジーからの研修医といろいろディスカッションしているところです。



このドイツの医学生は私たちの女性スタッフと仲良くなって、一緒に勉強していました。

医療界のパターナリズム

新しい卒後研修必修制度が所期の目的を達成できるか否か予断を許さない。旧インターン制度が廃止されたのは、医局制度のもと、研修指導体制が極めて不備で、またインターンの身分の保証が無かったことが主因であった。

指導医もインターンも、国民の求める医師像が何たるかを全く理解していなかった。

一方、国民も医療界のパターナリズムの前に、自らの意見を述べることさえできなかった。

さて、ちょっと大きく構えてみましたが、医療界は従来、パターナリズムが支配していました。新しい卒後臨床研修制度が所期の目的を達成できるか否かという点で、私は楽観を許さないと思っております。旧インターン制度が何故廃止されたのか。それは医局制度の下に臨床指導体制が極めて不十分だったのですね。また、身分の保障がなかった。これが大きな原因だったのではないかと思います。実は私自身が昭和42年の卒業で、所謂42青医連として国家試験を2回もボイコット

したという前歴を持っていますが、私はあの時の状況を知っています。当時は、指導医もインターンも国民の求める医師像が何たるか、全くわかっていなかったのです。一方国民も、このような医師を作ってほしいと要望したり、あるいは医療界の問題を指摘することができませんでした。医療界のことは医師に任せるというパターンリズムのもとに、日本の医療界はあったわけです。

指導医に求められること

国民がどのような医師を求めているかという視点に立って卒後教育を行うことが、指導医に求められている。

指導医は、優れた臨床医でなければならない。

国民は、医局にとって都合のよい医師を求めているのではない。研究者ではなく臨床医を求めている。

優れた臨床医は優れた研究者になれる。逆は必ずしも真ならず。

それでは、今、指導医に何を求められているのでしょうか。国民がどのような医師を求めているかという視点に立った教育、卒後教育、あるいはもちろん卒前教育もそうですが、それが指導医に求められていると思います。従って、指導医はまず優れた臨床医でなければならないと私は思います。国民は医局にとって都合のよい医師を求めているのではない、研究者ではなくて臨床医を求めています。私は優れた臨床医というのは、優れた研究者になれると思います。逆は必ずしもそうではないというふうに思います。

21世紀のよりよい小児科医の育成に向けて

国際スタンダードの医療をめざす

今や、時代は劇的に変化し、国民はインターネットから容易に医療の国際レベルを知ることができ、医療界に対する国民の要求は、かつてないほど高くなった。

このような時代に、新しい卒後研修制度が形骸化することなく機能し、わが国の医学徒が国際スタンダードの臨床力を持つ医師となるためには、指導する側の意識の変革が求められている。

先ほども横田先生がグローバルスタンダードということをおっしゃいましたが、時代は急速に変化していますし、国民はいろんな情報を瞬時にインターネットから得ております。医療界に対する

国民の要求は、もう我々の知らないレベルまでかつてないほど高くなっております。このような時代に新しい卒後研修制度が形骸化することなく機能して、本当にわが国の医学徒が国際スタンダードの臨床能力を持つ医師となるためには、指導する側の意識の変革が求められていると私は思います。

国際的水準の小児科医を養成するために

1. 指導医がプライマリケア領域で国際的水準に達する臨床能力を持っている。
2. 従来、研究主体の教育が行われてきたので、わが国には高い臨床能力を持つ指導医が不足している。
3. 小児科の研修指導体制を充実させるため、大学が為すべきこと
 - ① 先進国へ研究ではなく、臨床留学する医師を増やす
 - ② 欧米から、優れた臨床指導医を招く
 - ③ 大学外の意欲ある臨床医を指導医に委嘱する。
(外来小児科学会教育検討委員会など)

それでは、どうすればいいかということですが、私は常々こう主張しています。

1. 指導医がプライマリケア領域で国際的水準に達する臨床能力を持っているということ、すなわち指導医自らが勉強して、このような力を持たなければいけないということです。
2. 従来、研究主体の教育が行なわれてきましたが、わが国には高い臨床能力を持つ指導医が大変不足しております。これは横田先生がそう言っておられましたので、当然大学の先生方はそのような認識を持っていらっしゃると思います。
3. 小児科の研修指導体制を充実させるために大学が為すべきこと。大学の外から注文をつけると、こういうことになります。
 - ① 先進国へ研究ではなく、臨床留学する医師を増やして下さい。さらにそれだけでは足りませんから
 - ② 欧米から優れた臨床指導医を招いて下さい。
 - ③ 大学外の意欲ある臨床医を指導医に委嘱して下さい。日本の大学はアメリカの1/10しかスタッフがいませんから、日本にある医療教育資源を用いることです。例

例えば、外来小児科学教育検討委員会という素晴らしい活動をしていらっしゃるグループがあるのです。これらのクリニックの先生方を教育の場にお招きして、大学と第一線の先生方が一緒になって学生や研修医を教育しなくてはならないと思います。

小児科研修と指導医の役割

1. 全ての研修医に、情熱をもって小児科臨床の醍醐味を伝える。
2. 研修医が目標とする小児科医たるべく、指導医は切磋琢磨し、臨床指導能力の向上に努める。
3. 小児科医の社会的責任・役割を鮮明にする。
厚生労働省に顔を向けるのではなく、子どもの視点に立ち、子どもの利益を優先して（予防接種・診療報酬など）行動する。

それでは、小児科研修と指導医の役割をまとめてみます。

1. 全ての研修医に、情熱をもって小児科臨床の醍醐味を伝える。これは、全ての研修医に対してです。小児科を希望する研修医だけではないのです。2年間の初期研修、教えるのが大変だとおっしゃらずに、小児科は面白いということ伝えて、外科志望でも小児科に来るとい状況を作っていくかなくてはならないと思います。
2. 研修医が目標とする小児科医たるべく、指導医は切磋琢磨し、臨床指導能力の向上に努めるべきだと思います。
3. 小児科医の社会的責任・役割を鮮明にすることです。厚生労働省に顔を向けるのではなく、子どもの視点に立ち、子どもの利益を優先してやる。子どもの視点から、例えば今の予防接種の現状はこれでいいのでしょうか。厚生労働省のやっている方針でいいのでしょうか。麻疹の予防接種のあの悲惨な現状はどうなのでしょう。子どもの立場に立って、我々が発言しなくてはならないのです。Advocacy とよく言われますが、我々はそ

れを持っているのでしょうか。そういう視点で、我々がただ言うだけでなく、実際行動すべきじゃないでしょうか。

臨床医学教育の質

日本全国で臨床医学教育の質を一定に保つためにアメリカにおけるような権威ある第三者評価機関を設立し、研修病院の評価を行うことが必須である

最後に申し上げます。臨床医学教育の質ですが、これは大変重要なことです。日本全国で臨床医学教育の質を一定に保つためには、第三者評価機関がなくてはいけません。臨床研修の機能を評価し、十分な教育をしていなければ、研修指定をはずすという位の強力な評価機構がなくてはならないと思います。それが出来るか否かで日本の医学教育が高いレベルで行えるのかどうか決まると私は考えております。

以上、かなり厳しいことを申し上げたかもしれませんが、私の経験から提言と問題点の指摘をさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。

藤村 安次嶺先生ありがとうございました。先生はこの新しい臨床研修制度はもう絶対形骸化させてはいけないと最初におっしゃいましたが、その基本的なガッツは何なのかというのを、今の15分のお話で述べられたと思います。ありがとうございました。

それでは引続きまして第3席、今度は周産期医療の立場からということで、聖マリア病院の副院長で母子総合医療センター長の橋本武夫先生に伺います。橋本先生は1966年に久留米大学医学部をご卒業で1972年から新生児学を中心に聖マリア病院で臨床に従事してこられました。橋本先生よろしくお願いたします。

周産期医療の立場から

聖マリア病院副院長 橋本 武夫

橋本 お二人の素晴らしいお話を聞きまして、感動もいたしましたけれども、また大きなショックもいただきました。実は私ここに立ちましたのは安次嶺先生と同じように国家試験ボイコットで久留米大学の青医連の執行委員長をやっておりまして医療に対していろいろな考えを持っておりました。周産期の立場ということでここに立ちましたけれども周産期というよりも新生児ということに限らせていただきました。今日のテーマが若手医師を集めることがメインと考えておりましたけれども、実際は新しい研修制度ということに対してということだということをお聞きしまして、システムの確立という面のお話しとまったく別のソフトの面についての泥臭いお話も少ししなければと思っております。その泥臭い話しがこれからの研修に入っていけるのかどうかというのを非常に危惧しております。ですから反省も含めて自分たちがやってきたこと、これからの研修にどう入れ込まれるのかなということも含めてお話をさせていただきたいと思っております。

1、重労働は研修を駄目にするか？

私たちの研修医教育というのは大学医局の2年目、3年目を一人の小児科医になるひとつの過程として新生児を見ておきなさいという形で教育をやって参りました。その中で新生児に興味を持ってやってくれる方が出てくればいいかなと思ってやってきたのですが、100人くらいの研修医の中で新生児を専門に続けているのは5人しか残っておりません。東邦大学の多田先生が80何人のうち新生児をやってくれたのは5人しかいなかったとのべておられました。新生児は重労働と言わ

れていますが私が始めた時は新生児センターが60床で、その60床を3人でやっておりました。大学の教授からもアウシュビッツの捕虜収容所じゃなくてアウシュビッツの医者収容所などと言われました。しかし、そんな中で外来や全出産立会いを行いながら3人から始めてピーク時は15人くらいまで増えました。全国の大学などから1年とか半年とかいう形で来ていただきました。しかし、現在はまたその半分の7人に下がってしまいました。ふりかえって考えると忙しかった頃ほど身も心も充実し満足感に満ちていたように思われる。そこに結果を伴うやり甲斐とチームワーク、それにできれば妥当な報酬があれば重労働だけが嫌われるものではないと思われる。若い医師は新しいことに挑戦するという転換の流れというものには非常に興味を示します。また逆に最初私が教育をやった時のように、まだ毛もありましたし体力もありましたからいわゆる丁稚奉公形式のマンツーマンで手術でも検査でもどこにでも一人連れて行きながらの教育は、今でも何よりの実践的な教育だと思っています。しかし、そんな忙しい時こそ実は学会活動とか研究報告とか、そういうものができていたわけです。さらに遊びもできていたわけです。今の状況から考えるともっともっと忙しかったと思うのですが、しかし今の若い人たちすべてにそれは強要できません。よく遊びよく学べというのは、昔はそういうのはマンツーマンの中で、皆が忙しいけれども何か充実していた。これは医者だけでなく看護師も同様でした。

2、研修教育におけるEBMの誤解。

新しい医療といいますか、いろいろな面で

EBM というのが出てきましたし、マニュアル化的なものも言われだしました。私はマニュアル化というのは好きじゃありませんでした。ひとりひとりの患者を診て、検査もその時考え、そしてこの子に何が一番必要であるか、この子にどういうケアが大事かということを経験してきたつもりです。実はこれが本当のEBMなのですが、日本で用いられているEBMは科学的根拠に基づいた医療という言葉だけで間違った解釈をされてマニュアルを作るためのひとつの基礎データというようなことで使われております。そんなことを含めて、教育の中においてもいろいろ若い人たちとの意見の差し違えも出て参りました。その中で一番問題なのは、教育のシステム化と称する単一的なマニュアル、ガイドラインといえるかもしれません。本来は、ひとりひとりにどう対応していったらいいかというのをひとつの教育のメインにしなければならぬと思います。今度の新しい研修も“全人的医療”というのを第一に掲げて下さっておりますけれども、私も教育を始める時にはそれを第一に掲げておりました。ですから私たちの研修概要の最初にも研修目標として、「学問よりもいかに病める子を持つ家族と接するかを学べ」と、これを第一に入れました。ここの慈恵医大の1号館の入り口にも「病気を診ずして病人を診よ」という大きな額がありました。まさにそれをメインとしてやってきたつもりなのですが、こういう考えでこれからの新しい研修が教育に最も必要で大切なではないかと思われまます。くりかえします。EBMとは1症例を無視してありえないもので、マニュアルにも当てはまらないような症例に対して最も必要な医療を文献も含めて探り出してケアしていくことを言うもので、単なるデータ(数値)ではなく、志気や情も含まれているものといえます。EBMについての誤解からの脱却が今後の教育に求められています。

3、職業病を考えるとという基本的教育の重要性

真のEBMを考えるという観点から、私達の日常行っている医療そのものの中に外から見て、あるいは新人研修医からみてもおかしなことがある

筈です。私自身が新人の頃、それを述べても感性がおしやられて、慣性のまま無視されてきました。しかしその後新しい職場で新しい感性で変えてくれたものもたくさんあります。これも重要な教育のひとつだと思います。聖マリア母子総合医療センターの歴史の中でそのいくつかをピックアップしてみました。

1) カルテ改革—なぜ読みあえないカルテでチームケア?—

まず卒業して大学の医局に入り病棟に入って一番最初にびっくりしたのが医者が横文字で書いて看護婦が日本語で書いて一緒に医療しているところからです。まったく素人の学生が卒業して医局に入って、医者は横文字、看護婦は日本語。そして看護婦は医者のカルテを見ない。医者は看護婦誌を全然読まない。まず一人の人間として、「なんでこんな医療やってるの?」というのが大学を出たひとつのきっかけでした。一人の患者さんを一緒にチームで組んでいるのに、なんで読み合えないカルテを書いているのだろうと、聖マリアに来てすぐカルテを変えました。基本的には同じカルテに医師も看護婦も日本語で通じ合えるように一緒に書いていくというもので疾病の所見、症状のみでなく、お互いのケアに対する意見や家族の情報、そして失敗も怖がらずになんでも正直に書いていこうというものでした。もちろんですから当時の30年前から“カルテ開示”でご家族にも読んでいただき、書いていただいてもいいというものでした。看護婦が謝っているような文章がいっぱいあります。しかし、この30年間平均1,000人の入院患児で私たちのところで医療訴訟はまだ1件もございません。このカルテの開示もやっと日本医師会が一昨年でしたが開示になりましたが、これはまだ開示と言っても、患者が見てわからない、読めないカルテで、これでは本当の開示とは言えないと思います。

2) なぜ改めて検査・手術承諾書が?

医師、看護婦そしてご家族と一緒にカルテを共有していけば手術承諾書なども必要ではなくなる

筈です。そこで私達は手術の承諾書、検査の承諾書も取ってきませんでした。私は全人的医療の中で肩書きだけは全人的医療という言葉の中で、訴訟を防ぐための手段がみえみえの「何かおこりましても意義申し立ては致しません」というあの一文が大嫌いでした。昔のムンテラ、ムンドテラピーもですが、そういう話さえしていけば別にあの承諾書は必要ないということでこの30年やってきました。しかし病院の審査で、これを取らなければならないと厚生労働省からいわれまして、今の若い医師はこれを取るようになってしまいました。何か本当の全人的医療と逆の方向に流れているのではないだろうかと感じています。

3) NICUからマスクとスリッパを排除

新生児センターからマスクを取ったのも始めてです。これも患者さんから教えられました。7ヶ月入院した超未熟児が家に帰って2週間後に外来にきました。そのお母さんの一言です。「先生、うちの子、笑わないんです」一瞬病気を考えました。よく考えれば当然のことで、私たち7ヶ月間、その赤ちゃんに笑顔見せてなかった。みんなマスクして帽子して毛も出しちゃいかんと。それからマスクの研究をしてマスクも取りました。スリッパの履き替えもセンターで夏になりますと50～60足準備室に並びます。もう、臭くて臭くてこの履き替えるのが本当に清潔かどうかですね。その前に、誰が履いたかわからない、ひょっとして水虫の人が履いたかもしれない。そっちのほうがよっぽど不潔だと思ったらそれを変えていこうと、全部変えました。新生児センターの中も普通の靴で入れるようにしまして、その代わり病棟婦を3人入れて1日に何回も掃除をしてもらうようにしました。もちろん落下細菌から検査をいたしまして、あまりスリッパが意味がないということもわかりました。その後今は大人のICUからもスリッパが取られております。その都度その都度、何かあればそれに対応していこうということをずっとやって参りました。これも職業病に気づくことから始まる新しい教育です。

4) NICUにおけるコメディカルの導入

未熟児医療がNICUという集中治療へと進歩した一方で、機械に囲まれるような状況が出ましたが、これが本当の医療なのか。その中で笑わない赤ちゃんが退院して行き、マスクを外したが、それだけでもまだ赤ちゃんは笑わない状況がみられました。看護婦も少ない、医者も少ない中で考えたひとつの方法は保母を入れることでした。NICUの中で乳児院と同じようなホスピタリズム症状の子が出てきた、3年も4年も5年も帰れない。そこで医療保母を入れました。これも院長に進言したら、院長が有無を言わず、その場で「何人欲しいのか」と言われたのには逆にこちらがドッキリして、咄嗟に6人欲しいのですと。6人すぐに入れていただきました。今多くの所で小児科の病棟には保育士が入っておりますが、NICUに医療保育士が入っている所は全国でまだ2～3しかありません。しかし現実にNICUの中でホスピタリズム症状が現実におこっているのですが、そういうひとつひとつのことが研修教育の中ではなかなか出てこない。現場で泥臭い汗を流して本当に少ない人数でやっている所ではこういうことがまだまだいっぱいあるのではないかと思います。

5) 看護教育—NICUの基本的財産として—

医者の少ない教育を何で補ったかという看護師の教育です。医者と同レベルくらいまで教育をしました。ですから、入院の受付も全部看護師で受けれるようにしました。看護師が指示を出せるようにしました。救急で産科から入院依頼があります。そこで医者と呼ぶ時間、この1～2分が電話をかけるほうにとってみれば5分、10分それ以上に感じる。まずは入院を断ることがないということをお私達の“フィロソフィー”にしました。まず入院依頼を断ってはだめだと。断ったらその赤ちゃんは死ぬぞと。その当時久留米で新生児医療をやっていたのはうちぐらいのものでしたから、うちが断ったらこの地域の赤ちゃんは死ぬのだから自分の子どものつもりで受け入れると。断ることが無いので看護師が受けて、その看護師のレベ

ルで指示を出せばいい。わからない時だけ医者に代われと言いました。重症な例を除いて搬送も看護師に訓練し、看護師が主に行きました。そして最後には搬送の専門チームを作りました。搬送するだけのチームを作って教育をいたしました。医者やれないことを看護師にやってもらったということもありますが、チームワークは非常にいいです。フィロソフィにも燃えていますし、病院に対する、自分たちの労働に対する責任も感じています。今、1,200床の病院ですがその総師長や各部の師長はほとんどが新生児センター卒業の看護師なのです。ですからそういう意味で看護部に、大きな協力を得ています。それからもうひとつは看護師だけでなくコメディカル。先ほど言いました、医療保育の保育士さん、ME、保健師、助産師、病棟婦、栄養士なども専属で入れていただきました。しかし大学との連携とのいわゆる研修病院ですから、これから大学とはちゃんとやっていかなければいけないと思っています。

若手医師の確保・育成教育という中で得てしてシステムという形だけが先に進みますが、その中身の教育がやはり最も重要と考えます。少子化問

題とかぶりますが、数だけ増やせばそれで済むという問題ではなく数は少なくともこれからいかにお年寄りや目上の人を尊敬し大切に子ども達を育てあげるかの方がもっと重要であるはずで、訴訟対策が前面に出るような医療の進め方でなく、真の全人的医療が施されれば訴訟も減るはずで、このような根本的なことが、これからの医師研修、教育に最重要項目として認識されなければならないと考えます。恩師、故山内逸郎先生からいただいた医師における座右の銘は「心、それが医者を医者にする」でした。

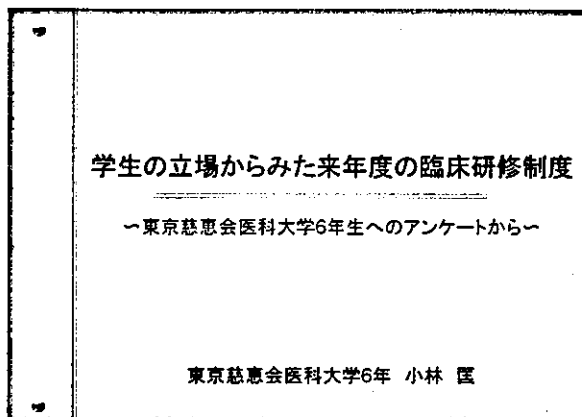
藤村 橋本先生ありがとうございました。前の演者からの流れで「仏作って魂入れず」というのは、皆さんはしっかり認識していただいていると思いますが、橋本先生が今その駄目押しをしていただけたと思います。ありがとうございました。

それでは、最後の演者、学生の立場から見た来年度の臨床研修制度、小林匡さんに登壇いただきます。小林さんは東京慈恵会医科大学1998年のご入学で現在6年に在学中でございます。よろしくお願い致します。

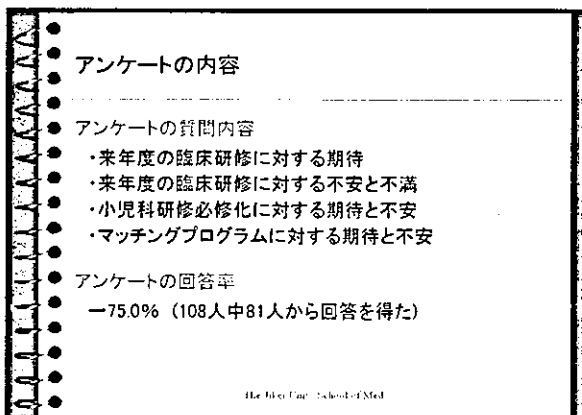
研修医の立場から

東京慈恵会医科大学 6年 小林 匡

小林 ご紹介にあずかりました東京慈恵会医科大学学生6年の小林匡と言います。一学生である私がこのような場所におきまして「来年度の臨床研修制度に向けた期待と不安」という題で学生の意見を述べさせていただくことをとても嬉しく思います。本日は私ども学生の正直な意見として話をさせていただきたいと思います。どうかよろしくお願い致します。



このシンポジウムの発表の発表にあたりまして私は事前に本学6年生に次のようなアンケートを実施しています。

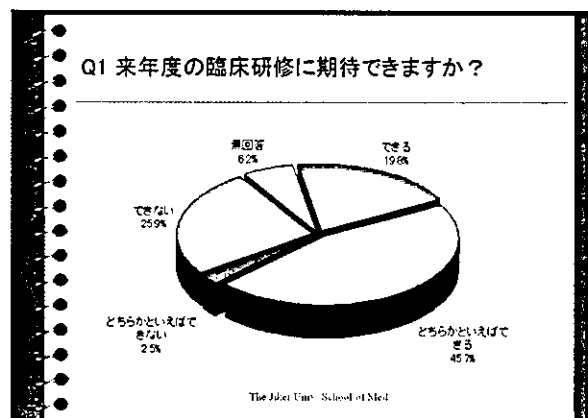


一つ目の質問としまして、来年度の臨床研修に

向けての期待と不安という題で質問をしています。

さらに来年度から必修化される小児科に対して、小児科研修に対する期待と不安と2つ目の質問をしています。

最後に今年度から実施されているマッチングプログラムに対する期待と不安という題で質問をしました。以上の3つの質問を本学6年生に対してしまして、得た回答率は75%。108人中81人から回答を得ています。



まず来年度の臨床研修制度に対する期待に関してですが、少なくとも期待を示している人は、どちらかといえばできるという2つを合わせまして65.5%。しかし、はっきりと期待できると答えた人は5人に1人しかいないという結果でした。

● 来年度の臨床研修に対する不安と不満 (少数意見)

● 【不安】

- ✓ 各病院における診療科の規模などに偏りがある
- ✓ 急な小児科・産婦人科・精神科・地域医療の必修化
- ✓ 臨床研修が雑用になってしまわなかつたという不安

● 【不満】

- ✓ カリキュラムの一律化により病院の特色の不明瞭となってしまう
- ✓ 自分の志望科をメインとしたスーパーローテート方式の方がよい

The Jikei Univ. School of Med.

不安と不満に対する少数意見としましては、小児科、産婦人科などの診療科の規模に偏りがあるので、そこでの臨床研修の内容に偏りが生じてしまわないか、さらに来年度から小児科、産婦人科、さらに精神科、地域医療を必修化することで果たしてどこの病院でもちゃんとした研修が受けられるのか、臨床研修がただの雑用として終わってしまわないかといった不安が挙げられております。不満としましては、カリキュラムが一律化されることで今までストレート方式など各病院での特色があったのですけれども、それらが不明瞭となってしまうのではないか。それから、これは希望なのですが、特に皮膚科や眼科といった特に必修以外の志望をしている人にとっては、やはり自分の科をメインとしたスーパーローテート方式のほうがいいのではないかといい意見がありました。

● Q3 臨床研修で小児科が必修化されることについてどう思いますか？

意見	割合
期待できる・賛成である	73.3%
良いと思わない・不安である	24.4%
悪くはないと思う	2.2%

The Jikei Univ. School of Med.

次に、来年度から小児科から必修化されることについてどう思いますかという質問をしました。来年度の小児科の必須化に対して反対意見というのはありませんでした。ですが、4人に1人という人が良いとしながらも不安に思っているという結

果となりました。

● 小児科研修必修化に対する期待(多かつた意見)

- ✓ 小児科研修はすべての医師に必要
- ✓ 大人から子供まで幅広く研修ができる
- ✓ 小児特有の疾患の勉強ができる

The Jikei Univ. School of Med.

その中で期待する意見としては、やはり小児としての common disease を知るという意味でも小児科研修というのはすべての医師に必要である。さらに小児科特有の疾患の勉強ができる。子どもから大人までの幅広い研修ができるといった意見が多く見られております。

● 小児科研修必修化に対する期待(少数意見)

- ✓ 小児の医療事故減少への期待
- ✓ 小児救急での小児死亡率減少への期待
- ✓ 現在の小児科医療の問題点を理解することができる

The Jikei Univ. School of Med.

少数意見としましては、多くの研修医が小児の診かたを学ぶことで小児の医療事故の減少への期待やさらに小児救急での小児の死亡率への減少などへの期待がありました。さらに多くの研修医が小児科医療の現状に触れることで現在の小児科医療の現状を理解する人が増えるのではないかといい期待も挙げられています。

● 小児科研修必修化に対する不安

● ✓ 病院ごとの規模の違いによる格差

● ✓ 短期間の小児科研修に対する疑問

● ✓ 研修が雑用や「お客様」で終わってしまう不安

The Jike Univ. School of Med

小児科研修の不安に関してですが、やはり小児科の規模というもの各病院ごとによっては違いますので、そういったものによる研修内容の格差や短期間で小児科研修をすることでどの程度まで研修が得られるのか、そういった目的というものがまだ研修医に対して示されていないと思うので、各病院で研修医はどこまでやればいいのかといった疑問。さらに各病院で指導医が多忙な中で研修がしっかりと受けられるのか、雑用やお客様といった形で終わらないのかといった不安が挙げられました。

● Q4 マッチングプログラムに対して不安や不満はありますか？

回答	割合
ある	76.5%
ない	9.9%
どちらかといえばない	25%
どちらかといえばある	11.1%

The Jike Univ. School of Med

最後にマッチングプログラムに対してですが、マッチングプログラムに対して不安や不満がありますかという質問に対して、およそ10人に9人という人が不安や不満を抱えているということがわかりました。

● マッチングプログラムに対する不安と不満

● 【不安】

● ✓ アンマッチの際の不安

● 【不満】

● ✓ マッチングプログラムの情報公開に関する不満

● ✓ 不完全なマッチングプログラムの今年度の実施

● ✓ マッチングプログラムをどうやって監査するのか

The Jike Univ. School of Med

不安や不満の意見としましては、やはりこの制度でどのぐらいマッチするかがわからないということや予定が大幅にずれ込んでしまっているために、もしアンマッチになってしまった際に国家試験直前にもう一度就職活動をしなくてはならないという点から、やはりアンマッチという点が一番の不安要素として挙げられています。さらに、直前までマッチングプログラムの情報がいまひとつ学生に伝わっておらなかった情報公開に関する不満や今年すべての病院が参加していなかったり、予定どおり行われていないという不完全なマッチングプログラムの今年度実施が果たして必要だったのかといった問題。さらにこれはある病院で聞いたのですが、既に学生に対して内定を出している病院もあるそうで、ちゃんとした公正なマッチングが現在の体制で維持できるのかという不満が見受けられました。

さて、本学では数年前から臨床研修にスーパーローテーション方式を採用していきまして、もちろんその中でも小児科研修というのが含まれておりました。それまで今回の臨床研修義務化に対して本学学生に期待する意見よりも不安に思う意見が圧倒的に多かった背景には、時間的猶予がないまま来年度から臨床研修が義務化されてしまったという点が一因にあると思います。私だけでなく多くの学生が generalist の育成やプライマリケア重視の臨床研修と言ったものに関しては基本的に賛成しています。しかし、現時点での研修制度では研修医の給与の問題や労働環境に対する問題、それからマッチングに対する課題などまだまだ課題が残されており、こういった問題が未解決のまま、

制度だけが先行してしまった点というのがやはり学生が不安に思う点だったのではないのでしょうか。私は現時点で小児科を志望している学生ですが、小児科研修が必修化されるという点についてはひとつのチャンスだと思っております。それは多くの医師が小児医療の現状を目の当たりにすることで小児医療がよりよいものになっていくのではないかと期待しているからです。不眠不休での36時間勤務というのは、やはり学生である私の目から見ても尋常ではないと思います。もし、万が一のことがあれば、患児やその家族が犠牲になることを考えると、こうした現状を無視することはできないと思います。スーパーローテート方式に統一されることでより多くの研修医が小児医療に関して、小児医療の問題点に触れることでこうした問題点が少しずつでも改善されるのではないかと考えております。発表は以上です。ありがとうございました。

藤村 小林さんありがとうございました。今までで一番協力的で、時間を守っていただきましたので（会場笑）、少し壇上にいていただけますか。是非、小林さんに訊いてみたいという質問ございましたら、2～3お受けしてもいいかと思えます。どうぞ。

市川 アメリカのマッチングで見てきましたが、恐らく日本で考えられていない点として、（皆さんお笑いになるかもしれないのですが、）夫婦とか恋人など、男女でどうしても同じ地区で一緒に研修したいという人がどこでも10%ぐらいいるのです。そういう人たちは自分たちはどうなるのかと。マッチングのコンピュータープログラムの中にこういう考慮が入れてないと思うのですが、その点どういうふうに理解されていますか。

小林 その点は私も知らなかったのですが、確かに私の学校にももう結婚している学生はいます。

一緒にの病院にいきたいという希望があるのかどうかは特に聞いたわけではないのですが、それぞれやはり自分たちの行きたい病院を選んでいるのだと思います。その点は私も勉強不足で考えていませんでした。すみません。

加藤 田原先生どうぞ。

田原 いわゆるペアマッチのことだと思うのですが、ペアマッチについては確かに米国では行われているのですが、今年度初めてマッチングを導入するというのもございまして、アルゴリズムは非常にシンプルな形にしております。今後アルゴリズムにペアマッチを導入するかどうかというのはマッチング協議会でご検討されるのではないかと思います。ただ日本はアメリカより国土的に狭いということもありまして、もし同じ地域で研修を受けたいということがあれば、希望順位表を出す時に同じ地域の病院の選択をするということである程度近くの病院にマッチされるということが考えられるのではないかと考えております。

藤村 市川先生から問題提起があったように、新しい制度は常にこういうものがどんどん出てくると思うのですが、これを制度だから守ろうという形で押し切るのではなく、その出てきた問題を柔軟に受け止めて是非許容度の高い制度に育てていただきたいと思います。他にございますでしょうか。小林さんありがとうございました。

それでは今日の午前中、厚生労働省からの田原先生のご講演をはじめ、4人の先生方、非常にご多忙なところご講演ご準備いただき、ありがとうございました。いろいろな問題提起、今日がひとつの小児医療の臨床研修に関する始まりとお考えいただき、お持ち帰りいただいて、次の新しい来年からの展開に実らせていただきたいと思います。ご協力ありがとうございました。

講演者抄録

新医師臨床研修制度について

田原 克志（厚生労働省 医政局医事課長補佐）

新医師臨床研修制度の施行まで半年を切った。現行の臨床研修制度は、インターン制度に代わって昭和43年から実施され、卒後2年間の研修が努力義務となっているが、平成16年4月からは臨床研修が必修となり、36年振りの抜本的な改革が行われる。本シンポジウムにおいて、現時点の状況について明らかにしたい。

1. 臨床研修の現状と必修化

現在、臨床研修は大学病院及び臨床研修病院において行われており、約1万3千人の研修医のうち約7割が大学病院で、約3割が臨床研修病院で臨床研修を受けている。全国364か所ある二次医療圏の約6割には大学病院又は臨床研修病院があるが、残りの地域にはいずれの病院もなく、研修医のほとんどが大都市へ集中している。

これまでの臨床研修は努力義務であり、ストレート研修が中心で、研修プログラムの施設間格差が著しく、指導体制や研修の成果に対する評価が不十分という問題点があった。また、研修医に対して適切な処遇が行われているとはいえないような施設が多く、そのためにアルバイトをしているという状況である。

これらを背景として、平成12年に医師法、医療法が改正され、診療に従事しようとする医師は2年以上の研修を受けなければならない、研修医は臨床研修に専念するよう努めなければならないとされた。その後、プライマリ・ケアの理解を深める制度へと充実すること等を内容とした参議院での附帯決議や医道審議会、ワーキンググループでの議論を踏まえ、平成14年12月に臨床研修に関する省令を制定し、制度の大枠を示すとともに、新制度によって地域医療に混乱が生じるのではないかという懸念に配慮し、研修医を受け入れる人数等に関して3年間の経過措置を定めるなど、平成15年6月に制度の運用について明らかにした。

2. 新制度の概要

新制度における基本的な考え方は、医師としての人格の涵養を図り、アルバイトをせずに研修に専念できる環境を整備するとともに、プライマリ・ケアの基本的診療能力を修得するというものである。

研修プログラムに必要な必修科目や期間などは省令施行通知に示されているが、画一的な研修プログラムは想定しておらず、各病院が地域や施設の特徴を生かした研修プログラムを作成することが重要である。

臨床研修病院については、当面は二次医療圏に少なくとも一つの幅広い臨床研修を提供できる体制の確保に努め、将来的には臨床研修は地域の病院で行い、高度専門医療の研修は特定機能病院で行うという役割分担を進めていく必要がある。

3. 諸課題への対応

研修医は学修性と労働性の二面性を持っており、その処遇は極めて重要である。このため、研修医の採用は原則公募とし、臨床研修病院は研修プログラム、研修医の処遇等について公表することとしている。所要の財源が確保できるよう、平成16年度概算要求においては、教育指導体制の充実を図るとともに、研修医の処遇改善を含めた環境整備を推進するため、約212億円を計上した。また、診療報酬に関しては、臨床研修機能の評価について、中央社会医療協議会において検討されている。

プロフィール

田原 克志 (たはら かつし)

1989 (平成元) 年 九州大学医学部卒業、同年厚生省健康政策局計画課、福岡県庁・保健所、

1991 (平成3) 年 厚生省保険局医療課

1998 (平成10) 年 広島県庁

2000 (平成12) 年 防衛庁

2001 (平成13) 年 厚生労働省広報室

2002 (平成14) 年より現職

大学病院の立場から

横田 俊平（横浜市立大学小児科教授）

新研修制度の改正と小児医療

1. 厚生労働省の当初の目的
2. 新しい制度の在り方
3. 小児科研修の位置付け
4. 審議会議論からみえてきたこと

新研修制度における小児科の必修研修の問題点

小児科医が受け持つ仕事量の変化

小児科医が早急になすべきこと

小児科教育への Global Standard の導入

大学教育の改革

卒前教育システム

制度としての大学医学部の変貌

小児医療に求められるもの

社会から小児医療への要望

総合医療としての小児医療

小児医療の Identity Advocacy = 小児医療

子どもの視点からの小児医療

集約的な子どもの医療とは？

プロフィール

横田 俊平（よこた しゅんぺい）

1975（昭和50）年 横浜市立大学医学部卒業

1975～（昭和50～）年 神奈川県立子ども医療センター

1991（平成3）年 横浜市立大学小児科講師

1998（平成10）年 同教授

2003（平成15）年 同大学院教授

研修指定病院の立場から

安次嶺 馨（沖縄県立中部病院院長）

1. 卒後研修必修化はなぜ必要か

- 1) 国民に支持される優れた臨床医を育成する。
- 2) 国民が医学教育の最優先事項と考えているのは、救急医療をはじめ、幅広い臨床の知識を持った generalist の養成である。
- 3) どの施設の研修プログラムでも、優れた臨床の力をもった医師を養成できる。
- 4) 研修必修化の開始前に、大学病院・研修病院は有能な臨床指導医を育てなければならない。

2. 沖縄県立中部病院における36年間の臨床研修の経験

- 1) 旧インターン制最後の年（昭和42）に卒後研修を開始した。
米軍統治下の沖縄には医育機関が無く、ハワイ大学医学部の支援のもとに卒後研修を行った。
- 2) 卒後研修開始当初の到達目標
 - ・ 救急蘇生法を、いつ、いかなる場所でも、独立して行える。乳幼児から成人までの気管内挿管、心マッサージ、輸液路の確保ができる。
 - ・ 内科、外科、小児科、産婦人科の救急症例の初診、診察、処置が一人で行える。
 - ・ 正常産がひとりで行える。これらは、プライマリケア医に求められる基本的な条件であった。医療資源が劣悪な状況にあった沖縄で、県民が最も必要としていた実践的な医師を二年間で育て、離島僻地でも独立して診療できる体制を作り上げるためであった。この基本的な姿勢は今でも、われわれの教育理念として受け継がれている。
- 3) 研修の特徴
 - ・ プライマリケア重視の研修
 - ・ グループ診療参加の研修
 - ・ グローバルスタンダードの研修
 - ・ ハワイ大学と提携したプログラムによる研修
 - ・ 早期の一般専門医コース研修の開始
 - ・ 後期研修制度の設置
 - ・ 研修生活環境の完備

3. 二十一世紀の小児科教育は、国際スタンダードの医療をめざして行う

時代は劇的に変化し、国民はインターネットから容易に医療の国際レベルを知ることができ、医療界に対する国民の要求は高くなった。少子化の顕著な現在、小児救急をはじめ小児医療全般の向上に対し、国民の期待と関心はかつてないほど高まっている。このような時代に、新しい卒後研修制度が形骸化することなく機能し、わが国の小児科医が国際スタンダードの臨床力を持つ医師となるためには、指導する側の意識の変革が求められている。

4. 指導医の役割と研修の評価

国民がどのような医師を求めているかという視点に立った卒後教育が、指導医に求められている。国民は局局にとって都合の良い医師を求めているのではない。すなわち、優れた研究者ではなく、よい臨床医を求めている。そのためにも研修病院の質の評価を、内部のみならず外部からも行うことが必須である。