

表2. 診療所でよくみられる症候

①咳
②発熱
③くしゃみ, 鼻水, 鼻つまり
④咽喉の愁訴*
⑤上気道炎
⑥頭痛*
⑦膝の愁訴
⑧腰背部痛*
⑨皮疹
⑩倦怠感*

\*心のケアが重要になる場合が多い症候

## 2) “総合する専門医”に求められる臨床能力とは

次に、この臨床能力の概念をもとに、“総合する専門医”に求められる臨床能力を考えてみたい。

### (1) 知識

“総合する専門医”に求められる知識は、領域にとらわれない‘問題解決レベル’の知識である。例えば表2を見ていただきたい。これは診療所でよくみられる症候である。ここには必ずしも内科領域の愁訴ばかりではなく、整形外科、皮膚科領域で多くみられる症候も含まれている。内科の医師が開業した時に不十分と感じる知識は、これらの領域に関するものが多い。さらに、このような愁訴の中に隠れている大きな問題が心のケアに配慮を要する病態である。表に示した\*印の愁訴には、うつ病をはじめとした心のケアに配慮を要する病態が隠れている可能性が高い。診療所で診療するにはここまで知識の幅を広げておかねばならない。これらの知識は、頻度に基づいたものであるが、もう一つの物差しは、緊急を要する病態である。それぞれの愁訴の中で緊急を要するので絶対見逃してはならない病態が含まれている。例えば頭痛では、突発する頭痛（くも膜下出血、他の頭蓋内出血）、これまで経験したことがないひどい頭痛（細菌性髄膜炎）、神経学的所見（minimumの診察法を知っている必要がある）に異常のあ

る頭痛などである<sup>2)</sup>。3つ目の物差しは、重篤な病態である。例えば「咳」を主訴とする患者で肺炎を疑う症候（6日以上持続する発熱、胸膜痛、聴診での crackles など<sup>3)</sup>）を知っていることがこれに当たる。

キーワードは「診療現場では何が多いか（頻度）」、「見逃してはいけないものは何か（緊急度・重篤度）」である。“総合する専門医”は、領域に関わらない知識を、3つの軸でメリハリをつけて整理して身に付けていることが必要となる。頻度については、診療環境によって変わってくる。また知識の幅は、総合内科医であれば家庭医ほど幅を広げる必要はない。

### (2) 情報収集能力

情報収集能力については、“総合する専門医”は医療面接と身体診察法を極めている必要がある。また検査は、CBC、生化学スクリーニング、検尿、心電図、胸部単純 X-P、腹部超音波検査など何処でも（診療所～病院）利用できるような検査法に習熟して、これらの情報からできるだけ広く深く病態を推察する能力が求められる。これらは、診療環境によらない、“総合する専門医”としての共通の情報収集能力である。これに加えて診療環境によっては、例えばCTやMRIの読影力を求められる場合も出てくるであろう。

### (3) 総合的判断力

総合的判断力は、“総合する専門医”の真髄と言ってよい。例えば病院の総合診療・一般内科部門には、臓器別診療部門では対処しきれないさまざまな患者が紹介されてくる。一方臓器別診療部門では、それぞれの専門領域に属すると思われる患者が紹介されてくる。血便の患者を誰も循環器内科に紹介しようとは思わない。このような臓器別診療部門での診療はパターン化したものとなる傾向が強い。

総合的な判断は、確率的、病態生理的なアプローチで「論理的」に整理し、「精神・心理的な側面」に配慮しながら非器質的病態へも対応す

る。更には、総合的なアプローチとして社会的側面への配慮も欠かせない。最も密接な社会的環境は家族である。更には生活する地域が家族環境を取り巻いている。総合的な判断を下すためには、これらの家族、地域などにも配慮することが必須となる。

#### (4) 技能

技能も知識と同様で、頻度の多いもの（例えば、高齢者の関節穿刺）、緊急を要するもの（例えば、挿管、肘内障の整復）は、領域の区別無く身につけている必要がある。

#### (5) 態度

態度については、臨床医としてはさまざまなウエイトの置き方、身に付け方があるが、“細分化する専門医”と“総合する専門医”との違いによるものは特に無いと考えてよからう。

### 4. 内科教育と総合性

専門性と総合性の教育を考える時、図3は非常に参考になるデータを示してくれている。これは患者さんの受療動向を調べたGreen LAらの研究である<sup>9)</sup>。1,000人の人（成人と小児の両方が対象）を1カ月間追いかけてみると、その間に何らかの体調不良を訴える人が800人。しかし、その内医療機関を訪れる人は217人に過ぎない。その他の人々は、経過観察をするなり、民間療法に頼る等、いずれにせよ医療機関は訪れない。医療機関を訪れる人の中でも、入院を要する人は8人で、その中でも大学病院に紹介される人は1人であるというのである。日本でもほぼ同じような状況であることが知られている<sup>1)</sup>。

このデータから読み取れることの一つは、大学あるいは大病院の特殊性である。筆者は、このような存在の大学は、“細分化する専門医”も“総合する専門医”もその極端な部門がそれぞれの専門性を極める場所であると考えている。そのために、単独で研修場所となるには適してい

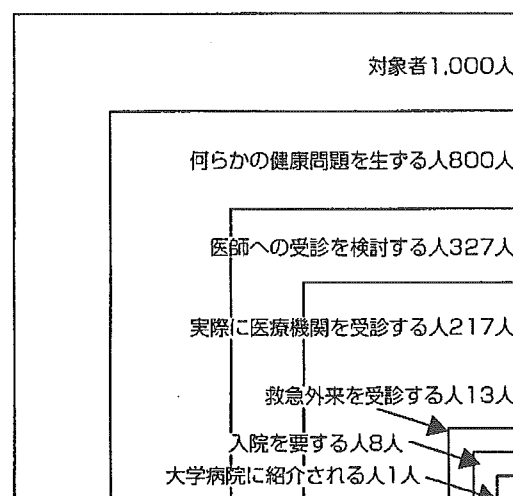


図3. 1,000人の人の1カ月間の健康問題に関する受療行動

ない。しかし、逆の見方をすると、大学病院内の部門間、市中病院との連携などを含めた教育システムを構築すると、総合的な基盤を備えた専門内科医の教育が可能である。

図1に示したように、診療環境によって求められる総合性と狭い専門性のウエイトの置き方は異なるが、多くの内科医は、双方を兼ね備えた臨床能力が求められる診療環境で働くことになる。現状では、総合性の部分の教育の不足が顕著で、その体系化を総合診療部が担っていると筆者は考えている。

また、大学病院のような専門分化の仕方は市中病院にはそぐわないのは明らかである。筆者は、市中病院では原則的には内科は1本で行くべきであると考えている。

更には、本稿の話題では無いので詳述はしないが、大学の総合診療部門は“総合する専門医”として家庭医から病院総合診療医までの教育をその視野に入れておくべきであろう。米国ではこの2者の養成が別々に行われており、これは見習ってはならない。

おわりに

内科教育はそもそも総合的であるべきである。その総合的な土台の上に専門領域（サブスペシヤルティ）の教育が構築されるべきなのだが、専門領域が深すぎて、そのために、ややもすると専門性の強過ぎる内科教育になっている。部分に非常に強い極端な存在の‘細分化する専門医’と、全体のバランスの構築に非常に強い‘総合する専門医’を対比してみると、今の日本には後者が非常に少ない。求められる役割としてはその中間に位置する人が殆どなのであるが、後者が少ないために、多くの人々が十分な内科の基盤的教育を受けられず、細分化寄りになり過ぎている。

‘総合的な診療をする’ために求められる臨床

能力は、狭い領域を深める能力とは大きく様相を異にする。総合的な診療を行うための能力を身に付けるためには、そのための教育カリキュラムがなければならない。generalityとspecialtyがお互いに尊重し合えるような臨床の場が最も理想的な臨床の場であり、そのシステム化が教育の場として必須であり、そのあり様は、診療環境によって多様であるべきである。

#### 文 献

- 1) 伴信太郎：21世紀プライマリ・ケア序説，プリメド社；大阪，2001.
- 2) 伴信太郎：頭痛・肩凝りと鎮痛剤．臨床と薬物治療 12：633-640, 1993.
- 3) 前野哲博，伴信太郎：どういとうきに肺炎を疑うか，medicina 34：1879-1881, 1997.
- 4) Green L.A. et al：The Ecology of Medical Care. Revisited. New England Journal of Medicine 244：2018-2020, 2001.

医学教育 2005, 36(2): 107~111

報 告

模擬患者の持つ身体診察に対するイメージ  
—グループインタビューによる質的分析—

阿部 恵子\*1 向原 圭\*1 伴 信太郎\*2

抄録：【目的】身体診察に協力できる模擬患者（SP）養成の可能性を検討した。【方法】SPを年代別に2グループに分け、身体診察のイメージについてグループインタビューし、質的に分析した。【結果】「身体診察の練習は必要」「身体診察中の言葉がけが重要」の意見が両グループよりあった。60代の身体診察に対する“姿勢”は「肯定的」、「抵抗感」は「あまりない」、40代ではそれぞれ「否定的」「ある」であった。“許容部位”は60代の方が範囲は広がった。“学習者の性別”の影響は、60代は「ない」、40代は「ある」であった。【考察】個々のSPの意向に配慮すれば、SPが身体診察を含む面接場面に参加することは可能であることが示唆された。

キーワード：模擬患者、身体診察、医学教育、質的分析

Qualitative Analysis of How Simulated Patients Perceive Physical Examinations

Keiko ABE\*1, Kei MUKOHARA\*1, Nobutaro BAN\*2

Objectives: To investigate how simulated patients perceive physical examinations. Methods: Simulated patients, who were members of the Nagoya University Simulated Patient Society, were divided into two groups according to age, one group in their 40s and one in their 60s, and interviewed about their perceptions of physical examinations. A coding scheme was used to organize the data in thematic categories and extracted concepts. Results: Both groups believed that: 1) training in physical examination is essential for medical students and 2) communication between a patient and a physician during physical examination is important. The 60s group had positive “attitudes” and less “hesitation” in terms of physical examination, whereas the opposite was true for the 40s group. As for “acceptable body parts,” there was a greater degree of acceptance among the 60s group, whereas the “students’ sex” affected the 40s group but not the 60s group. Conclusion: The results suggest that simulated patients can participate in physical examination education, providing each simulated patient’s preferences are considered.

Key words: simulated patient, physical examination, medical education, qualitative analysis

はじめに

模擬患者（Simulated Patient：以下SP）の協力を得た医学教育は1964年、アメリカのBarrows HSによって始められた<sup>1)</sup>。その後、米国を

中心として発展し、現在では欧米のみならず世界的に急速な広がりを見せている<sup>2,3)</sup>。また、1970年代よりSPの協力による身体診察技法の教育が始まり<sup>4)</sup>、1993年、Anderson BMらの調査では北米の約80%の医科大学でSPが医療面接と身

\*1 名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学, Department of Family and Community Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine

[〒466-8560 愛知県名古屋市昭和区鶴舞町 65]

\*2 名古屋大学医学部附属病院総合診療部, Department of Family Medicine, Nagoya University Hospital

受付：2004年1月14日，受理：2004年10月1日

体診療の教育と評価の両面に参加していると報告されている<sup>5)</sup>。

日本においては、患者と良好な関係が作れない医療者のコミュニケーション能力に対する不信感を背景に1992年、東京と大阪の市民団体が相次いでSP養成を開始した。その後、医学教育改革によるOSCEの導入にともないSPの協力の必要性が高まり、ここ数年でSP養成が急速に広がってきている<sup>6)</sup>。

日本のSPの役割は、現状ではコミュニケーション・トレーニングの教育への協力がほとんどで、身体診察に貢献するSPはごく一部に限られており、それに関する研究はまだ報告がない。医療面接技法の実習が充実していくなかで、身体診察技法の練習は学生同士、あるいはモデルを利用する従来からの実習がまだ主流である。この方法では技術の習得に重点が置かれ、無言で診察したら患者は不安や恐怖心を感じるなど、血の通った尊重すべき人間を診るという視点が育ちにくい。このため、緊張感を持って実習ができる対象者の存在が重要と考える。より実際の診療に近い形で実習を重ねることで、総合的な臨床能力が養われ、患者との信頼関係の構築に貢献できるのではないかと考える。

今後の日本における身体診察教育の方向性を模索するための第一歩として、SPが身体診察の練習に参加することに対してどのようなイメージを持っているのかその特徴を明らかにすることを目的とした。

## 1. 方法

愛知県、三重県に在住する一般ボランティアであるSPに対しグループインタビューを行い「身体診察の練習に参加することに対してSPはどのように感じているか」の内容を質的な分析により抽出した。

### 1) 対象者

名古屋大学SP研究会会員の8名を対象とした。対象はすべて女性であった。また、年齢による差を推定し、40代(4名)と60代(4名)の2グループに分けた。

## 2) 分析方法

グループインタビュー終了後、録画した内容から逐語録を作成した。その後、2人の評価者がそれぞれ独立してキーワードの抽出とカテゴリー化を行い概念の抽出を行った。そして、評価者間で合意形成し概念を集約した。次いで、その結果を参加SPに確認を得るためのメンバーチェックを行った。今回、確認事項が発生したため再度グループインタビューを行い、同じプロセスをもう1回くり返した。

## 3) 調査の妥当性

参加SPの属性は平均年齢52.4歳(SD:2.45)の女性で、SP経験平均16.8か月(SD:2.45)の名古屋大学SP研究会に所属するボランティアである。配偶者ありが6名、死別が1名、そして離婚が1名である。専業主婦が6名、定年後が2名である。また、全員出産経験があり子育ての経験がある。

インタビュアーおよび評価者の属性は名古屋大学総合診療部に所属し学生の医療面接指導およびSP参加型医療面接セミナーに関与する大学院生である。

調査時にはカメラを意識しないよう飲み物とスナックを置きリラックスした雰囲気を作り気軽に発言できるよう配慮した。また、集団思考に陥らず、各人の意見を尊重するよう促した。

## 2. 結果

40代と60代でそれぞれグループインタビューした結果、表1のように、2つの共通点と4つの相違点が明らかになった。

### 1) 共通点

#### (1) 身体診察の練習の必要性

第一に身体診察の練習は必要であるという一般的認識があることが明らかになった。代表的な発言として、「社会に出る前にいろんな体に触って経験を積むってことは大事。本当にやった方が効果があると思う」「30代、40代、50代と年齢によって脈の速さ・強さ、それに皮膚の感じも違うわけだから、お医者さんになる前に練習して慣れておいた方がいい」「緊張感を持たせるために、学生同士診察するんじゃなくて、患者という設定

表1 40代と60代のグループインタビューによる共通点と相違点

共通点	1. 身体診察の練習は必要である 2. 身体診察中のコミュニケーション(言葉がけ)が重要である	
相違点	40代	60代
1. 身体診察実習に対する“姿勢”について	身体診察の具体的技法の教育は基本的にはSPの役割ではなく、実際の患者・学生同士で練習をすればよい	できる限り協力する
2. 身体診察実習に対する“抵抗感”について	抵抗感あり	抵抗感はあまりない
3. 身体診察の“許容部位”について	頭頸部・上肢・下腿は許容、背部は条件付きで許容する	頭頸部・上肢・下腿・背部は許容、胸部診察・腹部診察は条件付きで許容する
4. 学習者の“性別”による許容範囲の差	男性より女性に対して許容範囲が拡大する	男女の差はない

表2 身体診察の「許容部位」の年代別相違点

	40代	60代
頭頸部, 上肢, 下腿	○	○
背部	△	○
胸部聴診, 腹部診察	×	△
胸部触診, 内診, 直腸診	×	×

○:許容 △:条件付き許容 ×:非許容

でやったら違ってくる」などが挙げられる。

(2) 身体診察中の言葉がけの重要性

次に、身体診察中のコミュニケーション(言葉がけ)が重要であるという一般認識があることが確認された。事例を挙げると、「身体診察の言葉の言い方、思いやりのある言葉がけが一番大事。その練習をするのはSPにとってはすごい意義がある」「患者は心身共に弱っているから、本当にちょっとしたことで敏感ですね。診察中は特にそう感じます。だから、先生の優しい言葉がけ1つで、フッと緊張が取れたり、安心したりします」「コミュニケーションね。診察中の言葉がけは本当に大事。言葉がけを学んでもらういい機会

だと思う」などの発言がみられた。

2) 40代, 60代の年代別相違点

(1) 身体診察実習に対する“姿勢”の違い

40代では、身体診察の具体的技法の教育は、基本的にはSPの役割ではなく、実際の患者・学生同士で練習をすればよいという姿勢である。発言の実例として、「技術的なこと、お腹を触ったりするということはSPがしなくてもただ真似をするだけでいい」「学生同士でお勉強をされると思うんで、SPがそこまですることはしないのではないかと思う」などがあった。

一方、60代は、「いいお医者様になっていただくために、できる限り協力したい」「恥ずかしいという気持ち以上に、学生さんの教育のためという気持ちの方が強い」などの発言から、できる限り協力したいという姿勢が示された。

(2) 身体診察実習に対する“抵抗感”の違い

40代は抵抗感がある。その理由として、「一応学生さんも異性だから恥ずかしい…女の学生さんだったらいいっていうのもあるかもしれない」「ビデオを撮ってみんなで見ると抵抗あるんです」「プロポーションがもっとよければ…10kg痩せていたらいいかな」などの発言があり、女性としての意識が影響しているということが示唆された。一方、60代は「自分の子供達より若い子達だから年齢的に抵抗はあまりない」「お腹でもちょっとタオルを掛ければ抵抗ないわね」などの発言から診察方法を検討することで抵抗感は減少すると感じていることが明らかになった。

(3) 身体診察での“許容部位”の違い

表2に見るように、頭頸部・上肢・下腿のいわゆる日常生活で服から露出している部分は両グループ共に‘許容’であった。背部では40代は‘条件付き許容’、つまり、薄手の服の上からであれば‘許容’で、60代は直接診察を‘許容’した。また、胸部聴診・腹部診察では40代は‘許容しない’に対し、60代は‘条件付き許容’であった。つまり、胸部聴診は服の下から手を入れ、胸部を露出しないで聴診する方法、また、腹部診察はタオルを掛ける、あるいはビデオに腹部が大々的に映らない方法であれば‘許容’であっ

た。しかし、胸部触診・内診・直腸診は両グループ共に強い抵抗を示した。

#### (4) 学習者の“性別”に対するSPの診察許容範囲の違い

40代では「学生さんが女性だったら胸部も腹部診察もいい」など、男子学生には抵抗を感じるが女子学生には抵抗感が減少し、許容部位の拡大を示した。一方、60代は「一緒、男女の差はない。お医者さんには男性も女性もいるわけだから、良いお医者様になって欲しいという思いはどちらも同じ。性別によって変わるということはない」にみられるように、性別による違いは全くないことが明らかになった。

### 3. 考察

今回、40代と60代の2つのグループにグループインタビューを行い身体診察実習に参加することに対しSPがどのように感じているかを検討した。その結果両グループに共通して、1) 身体診察の練習の必要性、2) 身体診察中のコミュニケーション（言葉がけ）の重要性が認識されていることが明らかになった。このことから、模型ではない、1人の尊重される人間の生身の身体に触れることで、患者の緊張をほぐしたり、安心させたりする言葉がけ・配慮を学び、より良い患者・医師関係の構築を目指して欲しいと望んでいることが示唆される。

しかしながら、このような肯定的な一般論が示される一方で、実際にどのような方法で行うかという具体論になると40代と60代では明らかな違いがみられた。60代では実習に関しても医学生のためにできる限り協力したいという姿勢で、身体診察の必要性・重要性の認識と一致しているのに対し、40代では必要性を認識しているが実際の実習にはあまり関与したくないという不一致が生じていた。

40代の身体診察実習へ参加することに対する抵抗因子として「羞恥心」「女性性」が存在することが示唆された。当然ながら60代にも羞恥心と女性性は同様に意識されるが、タオルの利用、ビデオの向きなど肌の露出に対して配慮することである程度抵抗感を減少させることが可能である

ことが示唆された。だが、40代に対してこの配慮を行ったとしても許容範囲は変わらない。これは60代より40代の方が「羞恥心」「女性性」をより強く意識しているということが考えられる。

Stillman Pの米国・カナダ136校を対象にしたSP参加型教育の調査結果と今回の結果を比較してみると、アメリカでは女性性生殖器の身体診察にSP(62%84校)が最も多く協力しているのに対し、日本では女性性生殖器の診察に対しては40代、60代ともに全く許容されないという結果であった<sup>7)</sup>。この認識は多くの日本人にとって同様であろう。この大きな差には羞恥心という抵抗因子が関わっていることは明らかである。武田らは「何が羞恥心を起こすかは社会的価値や習慣によっても左右され、本人がそれを妥当と認めているかにもよる。つまり、何が『恥』であるかは文化や社会によっても変わる」と述べている<sup>8)</sup>。このことから、日本は羞恥心に強い影響を与える文化であると考えられるが、性的羞恥心に関してはさまざまな意味があり、今後、さらに社会学・文化人類学視点からの検討が必要と考える。

SPの協力による身体診察は市民参加によることで学生の学習態度が飛躍的に向上することは明らかであるが、市民が参加した身体診察でなければ医学教育は発展しないということではない。教育の必要性をより強く感じている医学生同士、特に面識のあまりない下級生の協力や、教員の協力を得た学習方略も同時に検討すべき課題であると思われる。

本研究の限界として、参加者はすべて女性であり、コミュニケーション教育を目的として入会したSPであること、また、インタビューおよび評価者が名古屋大学総合診療部に所属し、SPの養成あるいはSP参加型医療面接セミナーに関わる大学院生であることが挙げられる。また、年齢が40代と60代に限定されていること、1か所の研究会のメンバーに限定されていたため、世代と地域性の特徴は検討できなかった。今後、より広い範囲のSPを対象とした研究が、第3者的立場にある人によってなされる必要があると考える。

#### 4. 結 論

SP が身体診察の練習の必要性を認識し、特に身体診察中のコミュニケーション（言葉がけ）が重要であるという認識をもっていることが明らかになった。また、40代より60代の方が身体診察への許容度が拡大し、その導入への適応性が高いことが明らかになった。したがって、個々のSPの身体診察実習に対する考え方、および身体診察許容範囲に十分配慮すれば、SPが身体診察を含む面接場面に参加することは可能であることが示唆された。

#### 謝 辞

本調査に快くご協力いただきました名古屋大学SP研究会の皆様へ深謝いたします。

本稿の要旨は、第35回日本医学教育学会にて発表した。

#### 文 献

1) Barrows HS, Abrahmson S: The programmed

patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *J Med Educ* 1964, **39**: 802-885

2) Smee SM, Sumawong V: Advancing the Use of Standardized Patients; A Workshop for the Consortium of Thai Medical Schools, *Advances in Medical Education*. AJJA Scherpbier, et al (eds), Kluwer Academic Publishers, 1997, 714-716

3) 藤崎和彦：新しい卒前医学教育3；模擬患者/標準模擬患者とコミュニケーション教育。医学教育白書2002年版（医学教育学会編），篠原出版新社，東京，1997，48-52

4) Stillman PL, et al: The use of practical instructors to teach and evaluate a complete physical examination. *Eval Health Professions* 1978, **1**: 49-54

5) Anderson BM, Stillman PL, Wang Y: The growing use of standardized patients in teaching and evaluation in medical education. *Teaching and Learning in Medicine* 1994, **6**: 15-22

6) 藤崎和彦，尾関俊紀：わが国での模擬患者（SP）活動の現状。医学教育 1999, **30**: 71-76

7) Stillman PL, et al: Results of a survey on the use of standardized patients to teach and evaluate clinical skills. *Acad Med* 1990, **65**: 288-292

8) 武田 敏・他：性的羞恥心と看護の課題。看護技術 1984, **30**: 24

---

### アナウンスメント

**日本医学教育学会後援 医学教育セミナー**  
**「医学生と研修医への効果的な小グループ教育の実践法」**  
**ボストン大学医学部内科準教授，医学教育部門主任**  
**スプハ・ラマーニ 先生**

主 催：東京女子医科大学医学部 医学教育学

開催日時：平成17年7月23日（土曜日）

午後3時30分～5時（午後2時30分開場）

開催場所：東京女子医科大学病院総合外来センター5階大会議室（都営大江戸線若松河田駅下車3分，総合外来センター内東エレベーターで5階）

参加費：無料

URL: <http://www.twmu.ac.jp/Basic/mededu/info/>

お問い合わせ：(03) 3353-8112 (30224)

ラマーニ先生は、ボストン大学医学部の臨床教育責任者で、臨床技能教育、医療における人間性教育、教育評価、医学教育教員養成などの実践に多くの業績を持ち、国際的に活躍されておられます。今回、卒前と卒後臨床教育をいかに効果的に行うかについて、少数教育と評価法（フィードバック）に視点を置いてお話をいただきます。実践的なお話がいただけると思います。皆様の参加をお待ち申し上げます。

（東京女子医科大学医学教育学 吉岡俊正）

---

### アナウンスメント



医学教育 2005, 36(4): 207~213

原 著

## 模倣患者の協力を得た医療面接と身体診察実習の試み —実習前後の学習者および模倣患者の感想の比較—

阿部 恵子\*<sup>1</sup> 西城 卓也\*<sup>1</sup> 向原 圭\*<sup>1</sup>  
菊川 誠\*<sup>2</sup> 鈴木 富雄\*<sup>2</sup> 伴 信太郎\*<sup>2</sup>

抄録：【目的】模倣患者（SP）の協力を得た医療面接と身体診察実習（MIPEP）の今後の方向性と教育意義について検討した。【方法】SP 9名および医学生 10名を対象に、MIPEPを15分とフィードバックを15分間行った。実習の前後でグループ討論を行った。【結果】医学生は診察中のマナー、言葉がけが重要であると感じ、臨床に出る前の自信にもつながると感じた。SPは身体を直接触ることの重要性と事前準備などを十分に行う必要性を感じ、学生の前向きな態度を重要視した。【考察】SPの協力を得たMIPEPはマナー、言葉がけなど、尊重すべき人間に対する接し方を学ぶという教育意義があることが示唆された。MIPEPが今後発展していくためには、十分に配慮された事前準備が必要である。

キーワード：模倣患者，身体診察，介入前後質的分析，医学教育

### A Pilot Study of Medical Students' Medical Interview and Physical Examination Practice with Simulated Patients

Keiko ABE\*<sup>1</sup>, Takuya SAIKI\*<sup>1</sup>, Kei MUKOHARA\*<sup>1</sup>, Makoto KIKUKAWA\*<sup>2</sup>, Tomio SUZUKI\*<sup>2</sup>, Nobutaro BAN\*<sup>2</sup>

Objectives: To investigate future directions of medical interview and physical examination practice (MIPEP) with simulated patients and to clarify its educational meaning for medical students. Design: Qualitative design using 8 focus groups before and after MIPEP with simulated patients (4 pre-MIPEP and 4 post-MIPEP). Methods: Nine simulated patients and 10 medical students participated. Four physicians served as facilitators. Each student practiced consultation, including two medical interviews and physical examinations (of one male and one female simulated patient), for 15 minutes. After every consultation, students had a 15-minute feedback session with a simulated patient and a facilitator. All simulated patients and students participated in both the pre-MIPEP and post-MIPEP focus groups. Results: Through pre-MIPEP and post-MIPEP focus groups, medical students realized that an appropriate disposition and talking with patients during physical examination are helpful. MIPEP with simulated patients helps students to gain confidence before clinical practice. Simulated patients found that the value of MIPEP with simulated patients for medical students was increased by thorough course preparation and by the simulated patient's training and motivation, which was affected by the students' attitudes to MIPEP with simulated patients. Conclusion: MIPEP with simulated patients is valuable for teaching the appropriate disposition towards patients, including making physical contact and talking with patients as fellow human beings. When the students' attitudes satisfy the simulated patients, MIPEP with simulated patients can become a powerful educational method.

**Key words:** simulated patient, physical examination, pre-post qualitative analysis, medical education

\*<sup>1</sup> 名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学, Nagoya University Graduate school of Medicine, Department of family and Community Medicine

[〒466-8560 愛知県名古屋市昭和区鶴舞町 65]

\*<sup>2</sup> 名古屋大学医学部附属病院総合診療部, Department of General Medicine, Nagoya University Hospital

受付：2004年8月4日，受理：2005年2月23日

## はじめに

医療面接技法の習得において、対話の振り返りは患者の視点を理解する上で重要であり、模擬患者 (Simulated Patient 以下 SP) の協力を得たコミュニケーション教育がその大きな役割を担っていることは周知の通りである<sup>1,2)</sup>。また、医学教育におけるその有用性は海外のみならず国内でも多く報告されている<sup>3-5)</sup>。一方、診療に医療面接技法と同様に重要な身体診察技法の習得においては、従来通りの学生同士、あるいはモデルを利用した練習がほとんどである。海外では身体診察技法の習得にも SP の活動が広く普及し、身体診察実習と客観的臨床技能試験 (OSCE) への貢献度は高い<sup>6-9)</sup>。現在の日本では、SP の身体診察 (バイタルサイン・頭頸部・胸部・腹部・神経学的診察) を含む活動は一部で始まっているものの、その有用性についての報告はまだない。

SP の協力を得た医療面接と身体診察実習をパイロット的に行い、実習前後のフォーカスグループディスカッション (FGD) を通して、学生・SP の率直な感想を求め、SP の協力を得た身体診察実習の今後の方向性とこのような実習の教育意義について明らかにすることを目的とした。

## 1. 対象と方法

### 1) 対象者

参加 SP は名古屋大学 SP 研究会と近隣 SP 研究会のメンバーで、医療面接と身体診察に参加することに同意が得られた SP 9 名 (男性 4 名: 平均年齢 58 歳と女性 5 名: 平均年齢 65 歳) であった。また、対象学生は名古屋大医学部 5 年生 5 名 (男子 3 名と女性 2 名: 平均年齢 27 歳) と 6 年生 5 名 (男性 2 名と女性 3 名: 平均年齢 23.2 歳) の計 10 名で、社会経験がある学生は 1 名だった。募集方法は各学年のメーリングリストおよび、口コミで集めた。

### 2) 研究手順

研究手順は表 1 に示した。まず、実習前の FGD を SP 2 グループ (男性グループと女性グループ) と学生 2 グループ (学年男女を無作為に混ぜ 5 名ずつ) の計 4 グループでおのおの約 1

表 1 研究手順

1. 実習前 FGD (1 時間)
2. SP に対する事前打ち合わせと練習 (2 時間)
3. 医療面接と身体診察実習
学生への事前説明 10 分
1) 実習 15 分 (7 分で身体診察に移るように知らせる)
2) フィードバック 15 分
3) 移動 5 分
4. 実習後 FGD (1 時間)
5. FGD の内容を 2 人の評価者で質的に分析
6. 分析内容をメンバーチェック

時間ずつ行った。次に、SP への事前説明と練習を 2 時間ほど行った後、2 回に分けて医療面接と身体診察実習を実施した (表 1)。そして、実習後の FGD を同じメンバーの 4 グループでおのおの 1 時間ずつ行い、その内容を 2 人の評価者で分析し、最後に分析した内容の確認を参加者に依頼し同意を得た。

### 3) 医療面接と身体診察実習方法

今回は、情報収集・身体診察の一連の流れを体験し、患者に身体診察を行う際の話し方・接し方などの態度を学ぶことを実習の目的とした。すべての学生が男性 SP と女性 SP の両方の体験ができるように構成した。また、SP は男女の学生の両方を少なくとも 1 度ずつ体験した。シナリオは「37.5 度の発熱が 1 か月続き、ほかに何も症状がない患者」の設定で、2 回とも同じシナリオで行った。

診察方法は各 SP から前もって同意を得ていた診察方法に従って直接肌に触れての診察か下着の上からの診察 (女性 SP 1 名) かを診察前に指定した。身体診察時の脱衣方法に関して、(1) 服は前ボタンを開くか、あるいは T シャツを上を持ち上げるかどちらかに限定し脱がせることはしない、(2) 女性 SP はブラジャーを装着したままで診察を行うこととし、肌の露出が過度にならないように配慮を求めた。

### 4) 身体診察の項目

バイタルサインはすでに測定したものとし、用紙に書き示した。また、身体診察は眼瞼結膜の視診、頸部リンパ節の触診、呼吸音の聴診、腹部診

表2 医療面接と身体診察実習の流れ

1. 医療面接と身体診察 (15分)
情報収集
↓ のこり7分の時点でまだ身体診察に移ってない人にはカードで知らせる.
身体診察
1) 眼瞼結膜の視診      バイタルサインはカードで示す.
2) 頸部リンパ節の触診 <u>すべて所見は正常として説明する.</u>
3) 呼吸音の聴診
4) 腹部は視・聴・打・触診
2. フィードバック (15分)
↓ 学生, SP, ファシリテーター, の3者で医療面接および身体診察の両面についてフィードバックをする.
3. 移動および休憩 (5分)

表3 インタビューガイド

1. 身体診察を含む医療面接実習をどう思いますか？
2. SPの協力を得た身体診察実習は必要だと思いますか？
3. どんな学習効果があると思いますか？
4. どのようなことがSPあるいは学生に対して問題になると思いますか？
5. 診察しても異常（所見）がないことをどう思いますか？
6. 実習を行う時期はいつが良いと思いますか？
7. 相手の性別による差を感じますか？

察の4項目とした。すべての項目は正常と考え説明するよう指定した（表2）。

5) フォーカスグループディスカッションの方法  
実習前後のFGDでは各グループ約1時間ずつ、表3に示すインタビューガイドを参考に自由に話してもらい、その内容をビデオに収録した。

#### 6) FGDの分析方法

FGD終了後、録画した内容を忠実にテープに起こし、逐語録を作成した。その後、2人の評価者がそれぞれ独立して、キーワードの抽出とカテゴリー化を行った。そして、評価者間で合意形成し概念を集約した。次いで、その結果を参加SPに確認を得るためのメンバーチェックを行った。質的分析において介入前後のFGDを用いて分析比較する研究は多くはないが、Roman MSは内容・方法の比較には有用な方法であると報告している<sup>10)</sup>。

## 2. 結果

### 1) 学生のFGDの結果

FGDの結果は表4に示すよう実習前には5つ、実習後には4つの概念が明らかになった。

### 2) 男女SPのFGDの結果

男性SPと女性SPでは内容的に相違がみられたため、SPの全体意見としてまとめず、男女それぞれ実習前後の内容を比較した。その結果は表5に示す通りである。

## 3. 考察

### 1) 学生のFGDの考察

学生の実習前後のFGDから明らかになった概念を比較し、実習を受けたことで学生の考えがどのように変わったかを考察し概念図に表した（図1）。その結果、主に3つの重要な変化が示唆された。

(1) 尊重すべき人間としての対応を学ぶ重要な学習の場であることに気がついた。学生はSPとの実習で診察の一連の流れ、診断を考える力を学ぶ、また、SPのフィードバックから患者の視点を学ぶことに大きな期待を持って実習に望んだ。しかし、実習を通して、診察中の言葉がけが予想以上に患者の不安を減少させる大切なスキルであること、また、SP1人ひとりの感じ方・考え方が異なることを経験し、人間の多様性・個性を強く認識したことが分かった。また、実習に望む学生の条件として、SPに対して失礼にならないよう配慮が大切であることに加え、SPの守

表4 学生の実習前後の概念比較 (学生のFGD)

実習前の概念	実習後の概念
(1) 学生と患者との中間的立場であるSPと練習することは貴重な体験である	(1) 身体診察を含む医療面接実習は一連の流れの経験だけでなく、適切なマナー、言葉かけや配慮など、尊重すべき人間としての対応を学ぶ重要な学習のあることに気づいた
(2) 学生は身体診察に対して練習不足で自信がもてない	(2) 女性SPを診察することに対しては違和感を抱いた学生がいた。しかし、必要な診察技術と認識しており練習を積むことで抵抗感を減少させていきたいと思っている
(3) 学生はSPとの実習に対して、特にどんな診察が必要になるかを考える力がつく、一連の流れを体験できる、フィードバックが勉強になる、の3点に大きな期待を持っていた	(3) レベル別に色々な実習の設定を設けて、練習の回数をたくさん経験したい
(4) SPに失礼にならないように実施することが重要である	(4) 臨床実習への心構えができ、自信にもつながった
(5) レベル別の継続的な実習があるといい	

表5 男女SPの実習前後の概念比較 (SPのFGD)

	男性SP	女性SP
実習前	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療面接と身体診察実習は必要である</li> <li>2. 多くの効果が期待できる</li> <li>3. 実習の事前準備・条件が非常に重要である</li> <li>4. 医療面接のみの時より負担がかかる</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 身体診察実習は学生にとって貴重な経験である</li> <li>2. 多くの効果が期待できる</li> <li>3. 身体診察に対して多少の不安を持っている</li> </ol>
実習後	<p>&lt;全体の合意が取れたこと&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 直接診察する体験はとっても重要かつ必要な実習である</li> <li>2. 触られたことに対する違和感はなかった</li> <li>3. 事前準備は重要である</li> </ol> <p>&lt;全体の合意が取れなかったこと&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 評価の仕方に対する理解</li> <li>2. 学生の性別によるSPの気持ち</li> <li>3. フィードバックの仕方</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 体験から学ぶことができる貴重な実習である</li> <li>2. 学生の態度が真面目だったので、学生に協力したいと感じた</li> <li>3. SPは学生の「丁寧さ」に2通りの感情を抱いた：丁寧な言葉かけは好意的に受けとめるが、丁寧な診察には戸惑いを感じた</li> <li>4. 実習前に感じた身体診察に対する不安は減少した</li> </ol>

秘義務の徹底と敬意を持って実習を行う必要性を感じていた。これらのことから、学生はOSCEでは所見を診ることを目的とし、いわば物を扱う側面が強いが、今回の実習ではSPを1人の眼前に現れた人間として診ることを目的とし、尊重すべき人に対する接し方を学ぶという側面が強いと理解していることが示唆された。

(2) 練習を積むことで女性の身体診察に対する抵抗感を減少させたいと考えている。学生は女性SPを診察することに対して、実習前は抵抗を感じつつも男女両性のSPに対して診察の練習をしたいと感じていたが、実際実習を行ってみると、普段通りできたという学生がいる一方で、「気を使いすぎて集中できなかった」「女性のSP

さんの診察に抵抗があり早く終わらせた」などの違和感を抱いていることが明らかになった。しかし、臨床で必要な診察であるため練習を積むことにより、抵抗感を減少させていきたいという前向きな姿勢も同時に持っていることが分かった。

(3) 学生は身体診察の練習回数を増やして欲しいと希望している。学生は身体診察を練習する機会が少ないために自信がもてず、患者の前で萎縮し、患者への身体診察の機会を十分活用できていないことが分かった。このことから、学生は身体診察に対する不安・抵抗感・恐怖感を減少させるだけの最低限の自信を持つことが必要と考える<sup>11)</sup>。身体診察の練習方法として、今回の異常所見がなく、診察部位が決まっている設定は初期

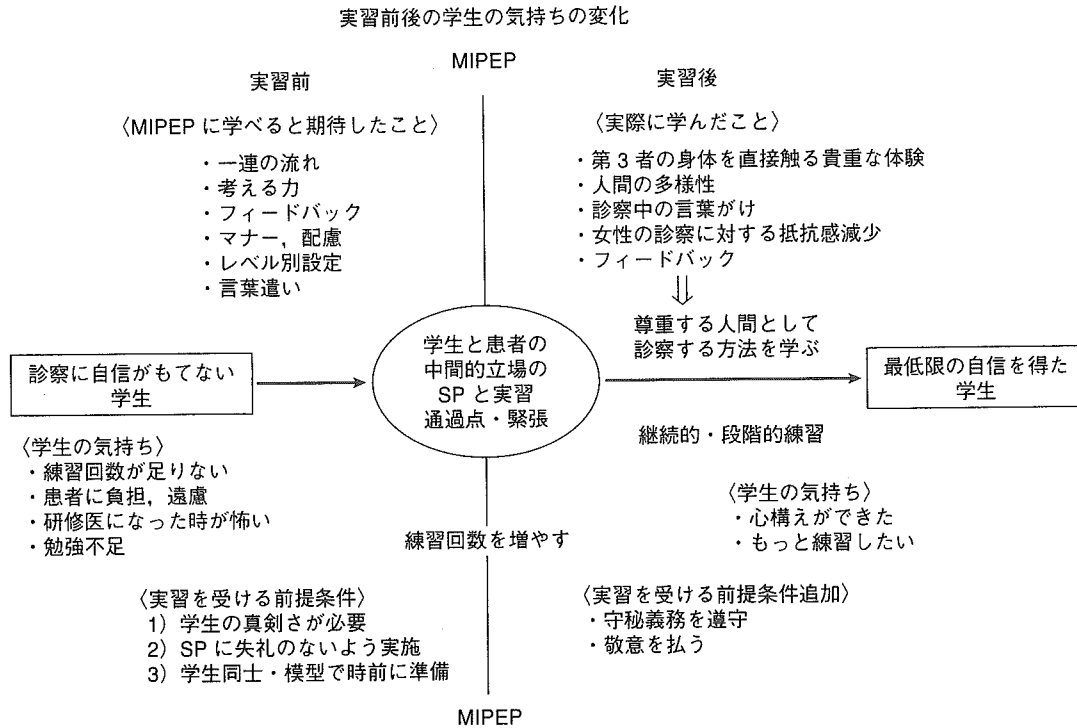


図1 学生 FGD の概念図

段階でのマナーと流れの練習として重要な実習であると位置づけたが、段階的に発展させたレベルに応じた設定（例えば、診察部位の指定のない設定、異常があると仮定しその旨を伝える設定、実際に異常のある設定など）にも強い興味を持っていることが分かった。練習の回数をたくさん経験したいという学生のモチベーションに合わせた継続的実習はより実践的な能力を向上させるのではないかと考える。

## 2) SP の FGD の考察

男女 SP それぞれの実習前後で明らかになった概念を比較し考察した結果、2つの共通点と1つの相違点が明らかになった（図2）。

(1) 1つ目の共通点として、男女 SP とも実習前後共通して、身体診察実習は学生にとって、貴重で必要な実習と考えていることが分かった。また、学生にとっての学習効果が確認できたこと、SPの実習に対する不安が減少したことで、男女とも実習後は実習前より、より学生の教育に積極的に関与したいと思っていることが明らかになった。

(2) 2つ目は、学生の前向きな姿勢が SP の気持ちに強く影響を与えることが分かった。実際の身体診察実習では学生が期待通りの態度であったことから、男性 SP は違和感を持つことがなく、今後、身体診察実習が広がり発展して行くことを希望していた。女性 SP も同様に不快感を抱くことはなく、学生の熱心な態度に実習前の不安が減少し、さらには1人でも多くの学生に経験させてあげたいという好意的な気持ちを感じていた。このことから、男女とも学生の真摯な態度に触れることで積極的に協力したいという気持ちが沸き起こってきたことが明らかになった。反対に、学生の態度が不真面目であると、SPの協力は消極的になることが示唆され、学生の前向きな姿勢の大切さが SP にとっては重要な要素であることが明らかになった。

(3) 相違点として、男性 SP は教育方法に、女性 SP は学生の態度に最も高い関心を持っていたことが挙げられる。男性 SP は実習前後で事前準備の重要性を繰り返し述べていた。実習前に必要なこととして、学生の真摯な態度、SP に対する

## 実習前後のSPの考えの変化

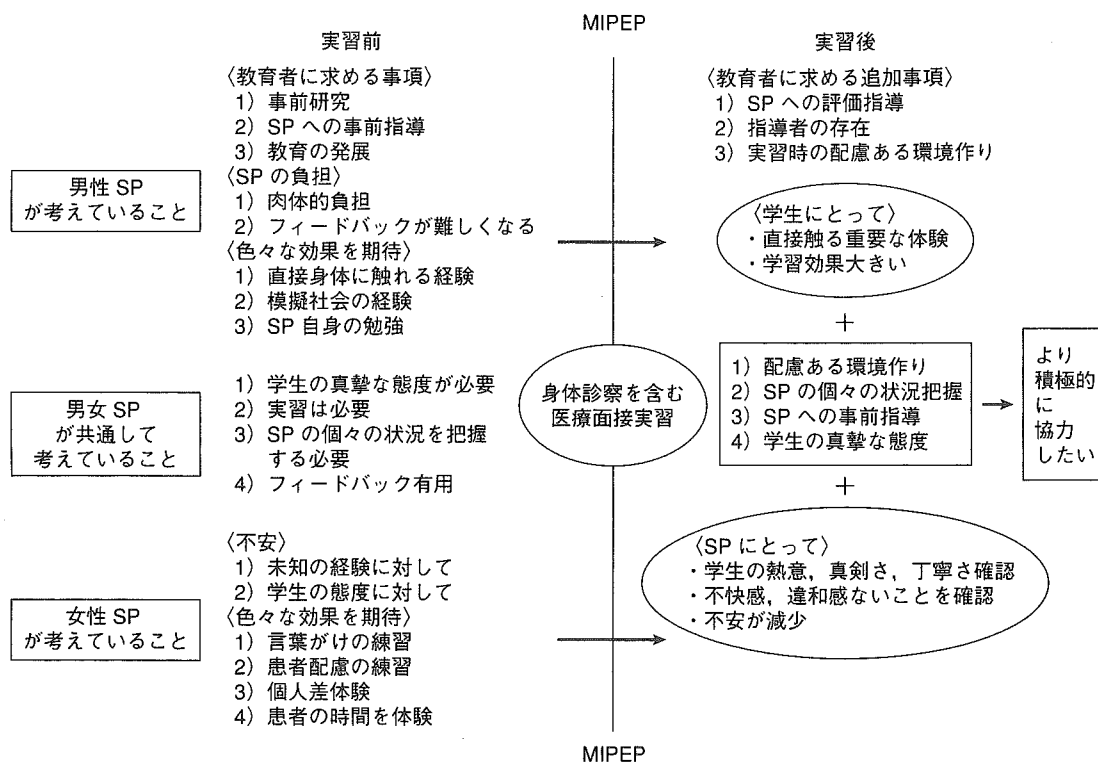


図2 SPFGDの概念図

教育、SPの個々の状況の把握が挙げられ、実習後はそれに加えて、SPに対する評価指導と実習室の配慮ある環境作りというさらに具体的な項目が挙げられた。一方、女性SPは実習前後を通して、教育の方法論というよりも、相手となる学生の態度が最も関心の高い項目であることが明らかになった。

### 3) 学生とSPの考察

学生とSPの考察を照らし合わせると、学生は医療面接と身体診察実習を行う条件として、SPに失礼にならないような配慮が重要事項として挙げられているのと同時に、SP側からも学生の真摯な態度が必要と考えられていた。この両者の考えの一致は医療面接と身体診察実習を実現させるための重要な鍵になるのではないかと考えられる。

### 4) 研究の限界と今後の展望

SPの年代に偏りがあったこと、また、参加学生は各学年のメーリングリストあるいはロコミで

集まったこと、さらに、身体診察実習の実施者がFGDの内容分析を行ったという点で、客観性に限界があると考えられる。今後、多様な年代層のSPと他大学を含む広範囲の学生の中から無作為に対象者を選んで実施し、第三者による分析を行うことが今後の課題と考える。同時に医学生同士、下級生の協力、教員の協力を得た学習方略も検討すべき課題であると考えられる。

## 4. 結論

医療面接と身体診察実習は学生にとって、患者に対するマナー、配慮、言葉がけなど、眼前に現れた尊重すべき人間に対する接し方を学ぶという教育意義があることが示唆された。また、身体診察実習の今後の発展のために、1) 実習時の配慮ある環境作り、2) SPの個々の状況の把握、3) SPへの事前指導、4) 学生の实習に向かう態度を十分配慮し準備をすることが重要であると考えられる。

本研究は文部科学省科学研究費「萌芽研究(2)『医療面接及び身体診察に貢献する模擬患者養成に関する研究』(15659121)」の一環として行われた。

謝 辞

本調査に快くご協力いただきましたSPの皆様および学生に深謝いたします。

文 献

- 1) 藤崎和彦, 尾関俊紀: わが国での模擬患者 (SP) 活動の現状, 医学教育 1999, **30**: 71-76
- 2) Anderson BM, et al: The Growing use of Standardized Patients in teaching and evaluation. *Teach learn Med* 1994, **6**: 15-22
- 3) Barrows HS: An Overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med* 1993, **68**: 443-451
- 4) 大滝純司: 模擬患者 (SP) によるコミュニケーション教育の有用性. *JIM* 1995, **5**: 812-817
- 5) Novack DH, et al: Medical Interviewing and Interpersonal Skills Teaching in US Medical Schools; Progress, Problems, and Promise. *JAMA* 1993, **269**: 2101-2105
- 6) Stillman PL, et al: Results of a Survey on the Use of Standardized Patients to teach and Evaluate Clinical Skills. *Acad Med* 1990, **65**: 288-292
- 7) Fletcher KE, et al: The Physical Examination of Patients with Abdominal Pain: the long-term effect of Adding Standardized Patients and small-Group Feedback to a Lecture Presentation. *Teach learn Med* 2004, **16**: 171-174
- 8) Colliver JA, et al: The effect of Using Multiple Standardized Patients on the Inter-case Reliability of large-scale Standardized Patient Examination. Administered over an Extended Testing Period. *Acad Med* 1998, **75**: S81-83
- 9) John L, et al: Assessing the Usefulness of Using Standardized Patients in a Clinical Medical Course. *Acad Med* 1992, **67**: 286
- 10) Roman MS, Cater A: Evaluation of the Red Blood Cell and plasma Transfusion Guidelines. *Int J Qual Health Care* 2000, **12**: 11-17
- 11) Robins LS, et al: The Effort of a Standardized Patient Instructor Experience on Students' Anxiety and Confidence Levels Performing the Male Genitoretal Examination, *Teach learn Med* 1997, **9**: 264-269

て が み · CORRESPONDENCE · て が み · CORRESPONDENCE · て が み

基礎医学実習における注射針の廃棄

昨今, 注射針の誤刺による感染事故を防ぐために, どここの病院でも注射針の廃棄方法について厳密なルールを設けるようになってきている. さらに, レジデントの研修および学部生の臨床実習において, 針の廃棄ルールをきちんと教育することは常識となっている.

ところが, このような流れの中で盲点になっているのが, 基礎医学実習における注射針の廃棄である.

基礎医学実習においても, 学生同士で採血を行ったリ, 実験動物から採血したりすることは珍しくない. 組織学実習における血液塗抹標本の観察, 生化学実習における血糖値の測定, 法医学実習における血液型の検査など, 基礎医学実習でも血液をサンプルとして用いる実験はたくさんある. 私の専門である細菌学の実

習でも, 血液細胞による細菌貪食像を観察するために採血が必要である.

しかし, 多くの医科大学では, 注射針の廃棄方法を付属病院のルールとして定めているため, 病院に所属しない基礎医学教室は針捨てルールの適用から外れてしまっている. その結果, 基礎医学実習における注射針の廃棄は, ルール不在の状態では, 各担当教室まかせになってしまうことが多い.

しかし, 医学生が初めて採血を体験するのは, 基礎医学実習であることが少なくない. なにごとも, 教育は最初が肝心である. 基礎医学実習においても, 臨床実習並みのきちんとしたルールに従って, 注射針の廃棄を行うべきである.

(自治医科大学感染・免疫学講座細菌学部門  
林 俊治)

## 外科教育と専門医制度

### 3. 卒後臨床研修必修化と外科教育のあり方

慶應義塾大学医学部救急医学

相川 直樹



## 外科教育と専門医制度

### 3. 卒後臨床研修必修化と外科教育のあり方

慶應義塾大学医学部救急医学

相川 直樹

**キーワード** 外科教育, 卒後臨床研修, プライマリ・ケア, 専門医制度

#### I. 内容要旨

医師法等の改正に伴い,平成16年4月から卒後2年間の臨床研修が必修化される。新制度では,アルバイトをせずに臨床研修に専念できる環境を整備し,プライマリ・ケアへの理解を深め,患者を全人的に診ることが出来る基本的な診療能力を修得するとともに,医師としての人格を涵養するための研修プログラムが整備されることとなる。内科,外科,救急部門が基礎研修科目,小児科,産婦人科,精神科,地域保健・医療が必修科目となり,外科と救急部門で,6カ月の研修が目安とされている。臨床研修必修化により,卒後ストレーターの外科専門制度はなくなり,医局制度や無給医局員など,従来の外科医の養成制度は根幹から変わる事となる。これに対応した外科教育制度の再構築が求められている。

#### II. はじめに

平成16年4月から卒後の臨床研修が必修化される。これは,昭和43年のインターン制度廃止以来の画期的制度改革となる。医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会(以下,「臨床研修検討部会」と略す。)の「中間とりまとめ」を基に,「新たな医師臨床研修制度の在り方について(案)」が昨年9月に公表され,現在,臨床研修病院では研修プログラムの整備が精力的に進められている。卒後臨床研修必修化が施行されると,今日まで行われてきた卒後の外科教育プログラムは,その根幹から変わる事となる。筆者は,臨床研修検討

部会の委員として卒後臨床研修のあり方とその制度設計の検討に参加してきたところであり,本稿では,卒後臨床研修必修化の概要と,これに伴う外科教育のあり方について解説したい。

#### III. 新臨床研修制度の概要

卒後臨床研修必修化と制度公表の経緯

医療制度抜本改革の一環として,健康保険法や医療法と同時に医師法改正案が平成12年11月の第150国会で可決成立した。この改正により,平成16年4月から卒後2年の臨床研修が必修化されることとなった。新しい臨床研修必修化では,臨床研修に専念できる環境を整備し,医師としての基盤形成の時期に,プライマリ・ケアへの理解を深め,患者を全人的に診ることが出来る基本的な診療能力を身につけられるようにすることを目的としている。

今回の臨床研修必修化は突然なされたものではなく,平成6年に医療関係者審議会医師臨床研修部会が,「臨床研修を必修化すべき」との意見をだして以来,検討が続けられ,今回の法制化に至ったわけである。

平成12年12月に医師法等改正が公布されたことを受け,厚生労働省は,臨床研修検討部会(表1)を設置した。臨床研修検討部会では,平成13年6月以来10回にわたる部会で臨床研修病院,研修医のヒアリングや審議を重ね,平成14年5月に「中間とりまとめ」を提出した。これを基に,「新医師臨床研修制度検討ワーキンググループ」において具体的検討が重ねられ,平成14年9月に「新たな医師臨床研修制度の在り方につ

COMPULSORY POSTGRADUATE CLINICAL TRAINING AND SURGICAL EDUCATION

Naoki Aikawa

Department of Emergency and Critical Care Medicine, School of Medicine, Keio University, Tokyo, Japan

### 3. 卒後臨床研修必修化と外科教育のあり方

表1 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会委員

矢崎 義雄(委員長)	国立国際医療センター総長
相川 直樹	慶應義塾大学医学部教授
磯野 可一	千葉大学長
井部 俊子	聖路加国際病院副院長
内村 英幸	国立肥前療養所長
黒川 清	東海大学医学部長
櫻井 健司	聖路加国際病院長
杉本 恒明	関東中央病院長
高梨 昇三	日本経営者団体連盟参与環境社会部長
高橋真理子	朝日新聞論説委員
辻本 好子	ささえあい医療人権センター COML 代表
徳永 力雄	関西医科大学医学部教授
中野 仁雄	九州大学医学部附属病院長
仲村 英一	日本医療保険事務協会理事長
花井 圭子	日本労働組合総連合会生活福祉局次長
福井 次矢	京都大学大学院医学研究科教授
星 北斗	日本医師会常任理事
堀江 孝至	日本大学医学部長
三上 勝利	医療法人 健康会理事長
宮城征四郎	沖縄県立中部病院長
山口 昇	全国国保診療施設協議会特別顧問
横田 俊平	横浜市立大学医学部教授

いて(案)」が公表された。10月には「臨床研修病院指定手続き等(案)」が追加され、この2案について1カ月にわたりパブリックコメントが募集された。このような公開された審議、検討の結果、臨床研修に関する省令(厚生労働省令第158号)が、平成14年12月11日に公布され<sup>1)</sup>、同日施行された。

以上の1年半にわたる検討は、全て公開の場で行われたことは意義深い。臨床研修検討部会の議事録、資料や「中間とりまとめ」、「新たな医師臨床研修制度の在り方について(案)」などは、厚生労働省令のホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/>)の「審議会など」で公開されているので参考にされたい。

#### 現行の臨床研修の現状と問題点

現行の臨床研修は医籍登録後の努力目標であり、平成11年度には87.1%の医師が臨床研修を実施している。そのうち約75% 大学病院等特定機能病院で、25%は臨床研修病院で研修を受けている。

臨床研修検討部会やワーキンググループでは、現行制度について以下の問題点が指摘された。すなわち、医療の専門分化に伴い、若手医師の専門医志向が強く

なっており、現行の臨床研修は大学病院に大きく依存し、研修内容は高度専門医療に関することになりがちで、全人的な幅広い診療能力の欠如した医師を生むことにもつながっている。一方、少子高齢化などの社会の変遷を背景に、全人的診療を行うために、多様な診療能力と地域保健・医療等の素養を身につけることが全ての医師に求められており、将来、高度専門医療に従事する医師にも、プライマリ・ケアの基礎的診療能力が求められている。また、現行の研修医の労働や処遇に関しても、「臨床研修が学修であるとともに労働であるという性格を有するという認識が、研修を行う側、研修を受ける側の双方にとって薄く、研修医に対して適切とはいえない処遇がなされている例が数多く見られることなど、研修効果や医療安全の面でも問題が多い」と指摘されている。

#### 新しい臨床研修の基本的あり方

臨床研修検討部会の「中間とりまとめ」では、必修化による臨床研修について、表2に示したような基本的あり方を示した。これを受けて、ワーキンググループで検討の結果、「新たな医師臨床研修制度の在り方について(案)」では、臨床研修病院、研修プログラムならびに研修医の処遇に関する具体的な案(表3)が提示されている。

その根幹は、1. 医師としての基盤形成の時期に、アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備し、2. プライマリ・ケアへの理解を深め、患者を全人的に診ることが出来る基本的な診療能力を修得するとともに、3. 医師としての人格を涵養する、ことである。

平成14年12月11日施行の厚生労働省令第158号、第2条では、「臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」とされている。

#### 到達目標と研修内容

「新たな医師臨床研修制度の在り方について(案)」では、臨床研修の到達目標に関して、行動目標としての「医療人として必要な基本姿勢・態度」と、経験目標としての「経験すべき診察法・検査・手技」、「経験すべき症状・病態・疾患」、「特定の医療現場の経験」、の具体的項目が示されている。

誌面の制約のため、到達目標と研修内容の詳細は割愛するが、現行のストレートの卒後外科研修では修得

3. 卒後臨床研修必修化と外科教育のあり方

表2 必修化後の医師臨床研修の基本的在り方について

1. 必修化後の医師臨床研修において、研修医は、将来の専門性にかかわらず、2年間の医師臨床研修に専念し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身につけるとともに、医師としての人格を涵養することが求められている。
2. プライマリ・ケアの基本的な診療能力は、従来のいわゆるストレート方式による医師臨床研修では身につけることが難しいことから、大病院のみならず、地域医療や地域の保健福祉の現場も含めた幅広い研修が必要である。
3. 卒後臨床研修制度の具体化に当たっては、
  - (1) 研修医個人に着目した研修制度であること
  - (2) 良質な医療育成を保障できる制度であること
  - (3) 研修医の経済的環境条件を保障できる制度であること
  - (4) 社会の医療に対する要請などを踏まえた、成長性、柔軟性のある制度であること
  - (5) 中核になる研修病院とその他の地域における医療機関が密接に連携した研修制度であること
  - (6) 医療の質を保証する制度であること
 といった基本的な原則が満足されなければならない。

医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会の「中間とりまとめ」より。

表3 新しい臨床研修の在り方（臨床研修病院・研修プログラム・研修医の処遇）

1. 臨床研修病院について

適切な場で研修することができるようにするため、プライマリケアの指導医養成の強化等により、地域の病院の研修能力を高める必要がある。このため、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るとともに、将来的には全ての病院が臨床研修病院となることを目指すことが望ましい。また、意欲のある診療所、保健所、介護老人保健施設等の地域保健・医療関係施設が、積極的に臨床研修に参加することが期待される。

研修医の定員については、現行の臨床研修病院においては平均すれば約50床に1人となっているところであるが、当面は、年間入院患者100人に対し1人または病床10床に対して1人とする。また、研修医が相互に啓発し合い、切磋琢磨できるように、ひとつの研修プログラムには、1学年に最低2名の研修医が参加することが望ましい。

プライマリケアの基本的な診療能力を身につけるということを考慮にすれば、将来的には、臨床研修は地域の病院で行い、特定機能病院においては高度専門医療の研修を行うという役割分担を進めていく必要がある。また、大学病院が臨床研修を行う場合においては、臨床研修病院における研修と同様の考え方に則って行うことが期待される。

2. 研修プログラムについて

臨床研修においては、修得すべき基本的な素養を着実に身につけることが肝要であり、研修プログラムの策定に当たっては、各診療科や地域保健・医療等での臨床研修のために十分な時間が振り向けられるよう配慮する必要がある。このため、24ヶ月という臨床研修の期間の中で適切な経験を積む必要があり、例えば、内科6ヶ月、外科および救急部門（麻酔科を含む。）6ヶ月、小児科、産婦人科、精神科および地域保健・医療それぞれ3ヶ月が一つの目安となる。研修プログラムにおける各科目の研修期間については、地域の実情に応じて、柔軟なものであることが望ましい。臨床研修病院においては、これらの基本的事項を踏まえた上で、指導医の専門家としての判断、地域や協力施設の特色を生かした研修プログラムが実施されるべきであり、臨床研修を希望する者もそのような研修プログラムを積極的に選択していくべきである。

3. 研修医の処遇について

研修医がアルバイトをせずに研修に専念できるよう、研修医の手当、研修時間や健康管理等の処遇が適切に行われていなければならない。また、宿舎等の研修環境が確保されていることも必要である。

今後、研修医の処遇の在り方についてさらに検討を進めるとともに、臨床研修の費用の在り方についても、施設整備や研修経費の助成、診療報酬における対応も含めて幅広く検討を進める。

厚生労働省：「新たな医師臨床研修制度の在り方について(案)」より抜粋

できない医師としての基本的研修事項が多く盛り込まれている点は、高く評価できる。とくに外科医のトレーニングで現在まで系統的に指導されていなかった、患者—医師関係、医療面接、医療記録、医療の安全管理などの研修は、外科医にとっても極めて重要なものである。さらに、小児の診察を含めた基本的身体診察法、高血圧症、呼吸器感染症、糖尿病、痴呆など比較的頻度の高い内科疾患や小児の発熱などの診療経験、ACLS（Advanced Cardiovascular Life Support）の修

得、救急医療現場の経験なども、引続き外科医としての卒後教育を受けたる医師にとって決して無駄になるものではない。

IV. 外科教育の対応

臨床研修プログラムとしての外科教育

研修プログラムでは、内科、外科、救急部門が基礎研修科目、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療が必修科目となる。施設ごとのプログラムによって

### 3. 卒後臨床研修必修化と外科教育のあり方

多少の差はあろうが、研修期間の目安は、6カ月で外科と救急部門（麻酔科を含む）をローテーションすることとされている。

この期間で、将来、外科医にならない医師に対してどのような指導をするかは、「新たな医師臨床研修制度の在り方について（案）」に示された行動目標と経験目標に基づき、それぞれの研修プログラムで工夫されることとなる。外傷や熱傷の初療としての創処置や、皮膚縫合などの手技、無菌操作、止血法、外科患者の体液管理などの外科的手技・知識は、将来の診療科にかかわらず全ての医師が修得すべきであろうが、外科は治療学であるとの観点から、将来外科医にならない医師に、手術手技を含めてどのような外科研修が求められるかは、これからも検討されるべきである。

#### 外科医の教育と臨床研修必修化

医師免許取得後ストレートに大学の外科に入局し、外科の臨床研修と臨床研究の指導を受けるという、多くの外科医が今まで辿ってきた外科の卒後教育制度は、臨床研修必修化により大きく様変わりする。

外科医を志望する新卒医師が、外科の専門教育を2年間受けられない制度は困るとの意見もある。確かに、高度先進医療や高度に専門分化した外科分野では、早くから専門の外科医を育てる必要があることも理解できよう。高度の手術手技修得には、若いうちからなるべく多くの症例を重ねたほうが良いことも事実である。一方、米国では、医学校卒業年齢が日本の医師より2年遅いことから、年齢の上では、日本の臨床研修修了は米国の医学校卒業に相当するとの意見もある。米国ではクリニカル・クラークシップなどを含めた卒前教育における臨床実習が充実しており、臨床能力の点でも、日本の臨床研修修了が米国の医学校卒業にほぼ匹敵するとの解釈もある。いずれにせよ、平成16年度からの必修化により、最初の2年間は新卒の医師の外科医局への「入局」はなくなることとなる。しか

し、2年後には、臨床の基礎的能力を付けた医師が、外科医としてのトレーニングの場を求めてくることになる。これは長い目で見れば、外科医にとって良いことであると筆者は考えている。

必修化により専門医制度も大きく影響される。多くの学会で、臨床研修の2年間で専門医制度の修練期間としてどのように扱うか検討されている。とくに、基礎研修科目となった内科、外科、救急部門では、その科へのローテーションの研修期間の扱いは微妙であるが、研修期間の算定より、研修内容に重点を置いてクレジットを与えるべきであると考ええる。小児科、産婦人科、精神化など、必修となる他の診療科の専門医制度との整合性を含めた検討が待たれる。

#### V. おわりに

卒後臨床研修必修化の経緯とその制度の概要について解説し、外科教育のあり方について私見を述べた。今回の必修化により、新卒医師のトレーニング制度のみならず、外科の臨床現場が大きく変わる事となる。財源については未だ明示されていないものの、研修医の処遇が改善すれば、研修医よりも年上の「無給医局員」はなくなる。研修医の定員性とマッチング・ミキシングとが行われれば、大学の外科医局の存在価値は激減しよう。さらに、外科の大学院での研究や論文博士を希望する医師も、必修化により大きく影響される。この様な観点から、今回の臨床研修必修化が、従来の外科医養成制度を根底から覆すことになる。臨床研修必修化に対応し、社会のニーズに相応した外科医養成の教育システムを早急に再構築する時期である。

#### 文 献

- 1) 厚生労働大臣 坂口 力：厚生労働省令第158号。官報、第3505号（平成14年12月11日）、pp1-5, 2002.