

初期臨床研修の現状と課題

みのわ よしゆき
箕輪 良行

はじめに

2004年に新医師臨床研修制度がはじまり、その現状、問題点、今後の課題が医学界、医療関係者、国民といった広汎なところで議論されている。5年目を迎える2009年には見直しの検討が行われる予定である^{1)~5)}。最も大きな変化は新制度以前の平成13年度には臨床研修が大学病院で71%、臨床研修病院で29%実施されていたのが、新制度3年後には大学45%、研修病院55%と逆転したことである。この量的変化は大学医局からの医師派遣に大きく依存していた地域の医療供給体制にマイナスの影響を生じ、今では「医療崩壊」という言葉まで生み出した⁶⁾。初期2年間の臨床研修を修了した研修医たちの3年目の進路も6割弱が大学に戻ったが、研修病院で後期研修をうけるものも多く今後の各学会の専門医養成のあり方をめぐる問題も緊急の課題として浮上している⁷⁾。実際に今後の検討課題として、「卒前臨床教育—卒後初期臨床研修—卒後後期臨床研修の間で連続性を持ったカリキュラム内容の調整(人格滋養、ジェネラリストの養成、専門医制度との整合性)」と「医師の生涯にわたる教育、キャリアパス」が大きなテーマであると国立保健医療科学院、篠崎英夫院長(元健政局長)が明言している⁸⁾。

本稿では聖マリアンナ医科大学附属病院の初期臨床研修の現状と課題に限定して、いくつかの調査結果、実績を材料に現状を考察して具体的な課題をしめしてみたい。臨床研修センター長である筆者の臨床研修に関する基本的なスタンスは「研修実績を評価することは病院そのものの評価である」というものである⁹⁾。

聖マリアンナ医大附属病院における臨床研修の現状

研修医数は平成15年度65人、16年度63人、17年度56人、18年度47人、19年度36人と減少してきた。これにはいくつかの要因があるが、2年間の研修修了時のアンケート調査では、給与が低い、待遇が悪い(宿舎の供与など)が予想された。

一方、2年間の研修内容に関してはかなり充実していると推察された。本大学付属病院における臨床研修の現状を端的に示すものとして、かつて研修医であって現在内分泌代謝科に在籍している大森慎太郎医師が、本医学会「第49回学術集会」でも発表した研究報告がある¹⁰⁾。内容を簡単にまとめると、次のようである。卒後臨床研修必修化を目前に控えた平成15年4月に初期臨床研修を開始した65人の研修医(以下、「平成15年度研修医」)が必修化を前提に作成された本学の研修プログラムに則って、どのように研修期間内に目標を達成したかを検討した。2年間にわたる臨床研修プログラム「初期臨床研修共通目標」について、「平成15年度研修医」の自己評価による回答項目数の総計を3ヶ月ごとに集計した。原則として各研修先での研修を終えた時点で自己評価が行われた。臨床研修プログラム「初期臨床研修共通目標」は15の研修単元と研修項目より成り立っていて、具体的には、1.「患者—医師関係」4項目、2.「医療面接」6項目、3.「身体診察」10項目、4.「臨床検査」29項目、5.「基本的手技」15項目、6.「基本的治療法」15項目、7.「救急医療」10項目、8.「緩和医療」6項目、9.「外来診療」7項目の全147項目である。回答尺度は各目標に対する到達度を、AからDの4段階で回答し、Aは目標に対する自己の到達度が「十分達成」、Bは「ほぼ達成」、Cは「やや不十分」、Dは「全く不十分」であった。このうちA、Dに該当した項目を3ヶ月ごとに集計した。「初期臨床研修

聖マリアンナ医科大学 臨床研修センター長(救急医学教授)

共通目標」のうち、以下に該当する 34 項目を集計から除外した。限定された診療科でのみ評価可能と考えられた項目 3 項目(「身体診察」に関する項目の内、泌尿・生殖器の診察など)、回答尺度が同一段階に集積された項目 11 項目(臨床研修の当初から「到達度 A」と多くの研修医が自己評価した項目、「患者-医師関係」「チーム医療」に関する項目など)、必修化前の状況では達成不可能であった項目 3 項目(「予防医学」に関する項目、「地域・職場・学校検診に参加する」「予防接種に参加する」等)、目標達成が 2 年間のプログラムの中では困難な項目 17 項目(「緩和医療」「医療の社会性」に関する項目)。この結果として 113 項目について検討した。

図 1 のグラフの縦軸は、研修医 65 人が各々十分達成」したことを示す「到達度 A」と評価した項目数の総計を、横軸は時間経過を示す。「到達度 A」に該当した研修項目を 3 カ月ごとに集計した「learning curve」と呼べるグラフは右上がりのカーブを描いた。また図 2 のグラフ縦軸は「まったく不十分」であることを示す「到達度 D」に該当した研修項目である。「到達度 D」は研修開始後 6 ヶ月後に大きく降下する右下がりのカーブを描いた。本学の研修プログラムにおいて、研修医が研修目標を達成してゆく過程を分析すると、研修目標の到達状況を研修医全体で評価すると、「到達度 A」をみたら項目数は研修開始後 1 年 6 カ月で最大となり、「到達度 D」に該当する項目数は研修開始後 1 年 3 カ月で最小となることがわかりました。言い換えると、研修医はいずれの診療科から研修を開始しても、プライマリケアで重要な「初期臨床研修共通目標」の基本的項目を 1 年 3 カ月～6 カ月でほぼ修得すると予測できる。本学付属病院の研修プログラムは、特定機能病院であり専門性を重視した大学病院という研修環境においても、プライマリケアにおける基本的な臨床能力の修得に対応している。

また、2005 年 9 月から本学付属病院の臨床研修医 2 年目は聖マリ ER の自力来院する Walk-in 患者対象の夜間急患センターで毎日、当番による勤務研修を開始した。聖マリ ER とは、三次救命救急センター(三次外来)と Walk-in 患者を対象とした夜間急患センター(夜間急)を持ち、この 2 つの外来と ICU・救命病棟の計 3 カ所を救急医が一元的に運用する体制である。同時に夜間急において救急医の指導下に初期臨床研修医が初療を行う教育システム

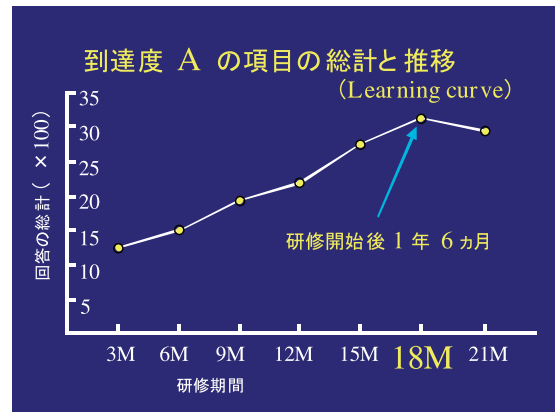


図 1

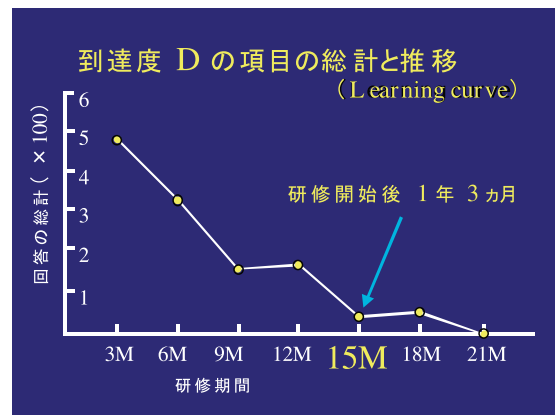


図 2

をスタートさせた。その救急研修の内容を検討した¹¹⁾¹²⁾。

05 年 9 月から 06 年 3 月までを見ると、準夜の時間帯(18-24 時の 6 時間)では研修医一人当たり 4.6 人(延べ 688 人の研修医が 3191 人診療)、深夜帯(0 時から 8 時)では一人当たり 6.1 人(延べ 171 人で 1035 人診療)であった。初期臨床研修プログラムでは 2 年間のうち 35 項目にわたる症状・病態・疾患を経験すべきとしている。図 3 のように夜間急にて発熱、腹痛、頭痛などありふれた 19 項目は、ほぼすべての研修医が経験できた一方、聴力障害、視力障害など ER での経験が難しい疾患群が 16 項目存在した。研修医が ER で経験の難しいこれらの症候群を一般病棟などの研修中に十分経験できているか明らかにする目的で、平成 16 年 5 月 1 日から平成 18 年 3 月 31 日までに聖マリアンナ医科大学にて 2 年間の初期臨床研修を終えた 63 名の医師より無作

為に 20 名を抽出し、研修期間中に本人および臨床指導医によって作成されたポートフォリオから各疾患群の経験の度合いを調査・検討した。夜間急患センターにて経験が難しかった 16 項目の疾患群のうち、不眠・体重減少・浮腫など 9 項目は全ての研修医が初期臨床期間中に救急診療以外の場面で十分な経験を積むことができていた。一部の研修医が十分な経験が積めなかったとするのは黄疸、嘔声、聴力障害など 7 項目であった。全く経験がないと答えた研修医の割合は鼻出血(20%)・聴力障害(15%)・嘔声(10%)・視力障害(5%)・黄疸(5%)・失神(5%)・尿量異常(5%)と少なかった。

本学付属病院の臨床研修では、専任救急医がいる ER において研修医が幅広い疾患を経験できており、ER にて経験の難しい疾患群も 2 年間の初期臨床研修期間中に十分な経験が積み、研修プログラムの到達度をほぼ達成できた。

聖マリアンナ医大病院の臨床研修の課題と対応策

新医師臨床研修制度の施行が決まってから 5 年間の準備期間があり、心ある臨床研修病院は具体的に対応した。まず最初の段階は、厚生省の補助事業であった研修医宿舎の建設であった。同様に院内図書室、研修医室、会議室といったハードなストラクチャーを充実させた。それが済んだ次の段階で、研修プログラムの充実のために基本必修科である内科、外科、救急、麻酔といった診療科と、選択必修科である小児科、産婦人科、精神科、地域医療協力機関の研修機能の充実とプログラムの整合性を図った。このような準備が順調にクリアできた全国の臨床研修病院が最後に気づいた最も重要な要素は、優秀な指導医の確保であった。これだけはモノでないので、簡単に確保することが出来ず、従来から臨床研修医の養成が定評があるブランド病院の独壇場となり、今に至っている。この最後の段階であり、そして最も重要なヒトの問題、すなわち研修医に現場で臨床能力を指導できる指導医を沢山有することが、今や臨床研修の課題である。

卒前医学教育と卒後臨床研修との連携、統合ということは臨床医学の知識がますます膨大となり、集積速度が速まりと修正と変革が頻回になっている現在においては必須の課題である。文部科学省が 07 年 3 月 28 日に発表した「医学教育の改善・充実に関する報告書」¹³⁾でも、この点については配慮され

	1 日目	2 日目
8 時		
9 時		研修方略
10 時	受付	研修評価
11 時	開会・センター長挨拶・他已紹介	
12 時	ワークショップとは 新臨床研修制度について	
1 時	昼食	昼食
2 時	基本的臨床能力とは	臨床研修とは(充実と問題点への対応)
3 時	研修目標	
4 時		振り返り・閉会
5 時	臨床指導医のあり方	
6 時	夕食	
7 時	臨床指導医のあり方・コーチング	
8 時		
9 時	研修方略	
10 時	情報交換・写真撮影	
11 時		

図 4

ていて、大学病院における臨床研修の充実の項でも、とくに指導医等に対するサポート体制の充実などで具体的に触れている。特に聖マリアンナ医科大学付属病院における臨床研修センターが果たしてきた役割との関連で注目したいのは、すでに過去 7 回院内で実施してきた、厚生労働省が認めている「初期臨床研修指導医養成ワークショップ」を受講した医師が他大学に比して非常に多いと考えられる点である。極言であり正しい表現ではないが、いわゆる「正式の臨床研修指導医」をたくさん学内に有していることになる。

この講習会の内容は図 4 のようである。この中で「基本的臨床能力とは」では臨床医の有すべき知識 Knowledge、態度 Attitude、技能 Skill という 3 つの主要な taxonomy を理解する。この KAS の理解は、その後の「研修方略」「研修評価」の時間帯で研修カリキュラム作成という具体的なテーマのもとで、実際に深く学び、ワークショップというグルー

ブ学習のなかで概念を操作して理解を深めている。これは従来から卒前の医学教育ワークショップ等でも取りあげてきた重要な教育的概念である¹⁴⁾。さきの報告書のなかでもこの点を強調して、卒後臨床研修の指導医が重複して、卒前臨床実習の指導などに担当する現状を踏まえて、充実支援する必要を指摘している¹⁵⁾。

07年5月時点では院内の教員710人中にこの指導医養成ワークショップを受講したものが197人(28%)存在している。本特集企画のテーマである、聖マリアンナ医科大学における「医学教育」を考えると、これは貴重な教育資源のひとつであり、活用を考慮すべきものである。この「正式の研修医指導医」ワークショップで学んだものは、現行の新カリキュラムで実施している、PBLによるチュートリアル学習の臨床問題解決型学習の指導にも、その経験が活かしてくる。その連携を強化するような仕組みとして、ファカルティ・デベロップメント(FD)として新規の教育者ワークショップを立ち上げることを検討するとともに現存する教育資源の見直しという意味で重要である。卒前医学教育における業績の一つとして上記のワークショップ受講を位置づけることもできる。また、PBLチューターの講習会の受講のなかでも上記ワークショップを既に受講している場合には、その点を配慮した講習内容になるようにすることも考えられよう。さらに臨床研修センターの役割として、卒前医学教育への関わりを追加することも考え得られよう

最後の点は、1年でも先輩であれば後輩の研修医を臨床現場で指導するという、いわゆる屋根瓦方式である「北米の臨床教育」の原則のひとつ¹⁵⁾が、そのまま研修医と病棟にくる医学生との間でも実施されるようにシステムとして支援することを意味する。実際に北米ではclinical clerkshipという形で医学部3-4年生になるとほとんど医師と同じ医行為に従事して臨床を学んでいるが、まさに研修医が卒前医学教育の「資源」となって指導している。このような「屋根瓦」システムは一朝一夕に形成できるものではないと思われるが、今後本大学付属病院における臨床研修の大切な課題のひとつと思われる。

最後に

わが国の臨床研修制度が36年間の放置から解放されてまだ3年であるが、既に多くの問題点が明らか

かとなりつつある。聖マリアンナ医科大学付属病院の臨床研修の現状と課題もこのようなわが国全体と関連していることは当然であるが、詳述したようにいくつかの点で明らかな成果と実績をあげている。これらのプラス面を正しく理解して、今後の対応を考えることが現実的な道である。よき臨床研修病院は地域の臨床にこたえるよき病院になることは世界の多くの国々の医療の歴史でも実証されている。

文 献

- 1) 「良医養成」道半ば 朝日新聞 2006年10月12日
- 2) 北村聖, 宇都宮啓: 信頼される医師の品質保証に向けて, 週間医学界新聞 2707号, 06年11月13日, 医学書院
- 3) 新臨床研修の2年間の総括 特集 日経メディカル 2006年3月
- 4) 伴信太郎: 研修医の真剣さを促す義務化とマッチング メディカル朝日 2006年4月号 56頁
- 5) 櫻井健司: 新卒後臨床研修制度, 1年を振り返って一司会者のまとめ, 日外会誌 2005; 106(9): 502-3
- 6) 小松秀樹: 医療崩壊 朝日新聞 2006年3月
- 7) 北村惣一郎: 権限のある制度への動きがようやく メディカル朝日 2006年6月号 54頁
- 8) 特定研修医師臨床研修制度・研修管理委員会・委員長研修 2006年12月13日 国立保健医療科学院
- 9) 箕輪良行: 臨床研修医の実績評価から研修病院の救急医療の質を予測する 聖マリアンナ医科大学雑誌 2005; 33: 7-13
- 10) 大森慎太郎, 箕輪良行, 田中克之, 岡田智幸, 月川賢, 方波見卓行, 齋藤宣彦 必修化プログラムで予測される learning curve 医学教育 2005; 36(suppl): 66
- 11) 上山裕二, 箕輪良行, 田中拓, 榊井良裕, 内崇裕, 藤縄宜也, 高橋浩雄, 松井健太郎, 萩原栄一郎, 平泰彦, 明石勝也: 初期臨床研修医は専任救急医のいるERで幅広い疾患を経験できる 第34回日本救急医学会総会, パネルディスカッション 2006年11月
- 12) 境野高資, 箕輪良行, 田中拓, 上山裕二, 榊井良裕, 明石勝也: 初期臨床研修医が大学病院

- ER で経験の難しい疾患群を他科ローテーション中に十分研修する事ができているか?第34回日本救急医学会総会(福岡), 2006年10月
- 13) 医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議: 最終報告, 文部科学省, 平成19年3月28日 (<http://www.mext.go.jp/b-menu/shingi/chousa/koutou/029/index.htm>)
- 14) 畑尾正彦; 医学教育者のためのワークショップ, 医学教育白書1995年10月31日 篠原出版
- 15) 黒川清監修: クリニカル・クラークシップ実践ガイド, 2版 2004年8月20日 診断と治療社