

後期臨床研修の現状と課題：内科系

きむらけんじろう
木村健二郎

はじめに

内科の現状をふまえて、内科における卒後教育の現状と課題について述べる。与えられた論文タイトルは「後期臨床研修の現状と課題：内科系」であるが、後期研修について述べるためには初期研修についても言及する必要があるため、広く内科の体制と卒後教育の問題点について述べる。

内科の専門診療分野への細分化とその問題点

大学における内科学講座(教室)は病院においては内科として診療科を担当している。すなわち、大学の講座と病院の診療科は1対1対応をしている。当初、内科は第一内科、第二内科、第三内科、第四内科として大学の講座と病院の診療科を担当してきた。いわゆるナンバー内科の時代である(図1a)。それぞれの内科において得意分野はあったものの総合的に患者を診療する姿勢と気概をもっていたものと思われる。しかし、生命科学の進歩は各分野に専門分化の流れを醸成してきた。医療においてそれは例外ではなく、また、社会的な要請ともなってきた。そこで、内科を講座とともに病院の診療科としても再編成することになった。そのためには、内科を細分化するのではなく、内科を統合してその中を専門分野に分けてそれぞれ担当するという形をとった(図1b)。呼吸器・感染症、循環器、消化器・肝臓、神経、血液・腫瘍、代謝・内分泌、リウマチ・膠原病・アレルギー、腎臓・高血圧(順不同)の8分野である。その後、この8分野に総合診療内科が加わり、最終的には9分野となった。

このような体制により(1)高度の専門医療と研究が推進され、(2)早期の専門教育が行われるように

なった。これは特定機能病院としての大学病院のニーズを満たし、また、早く専門性を身につけたいと考える若い医師のニーズにも合致したものであった。

しかし、このような専門分野への再編成は様々な矛盾や不都合を生んだことも事実である。まず、もっとも大きなことは、これらの内科の専門分野がそれぞれ独立した診療科となり内科全体としての機能が発揮できなくなってきたことがあげられる(図2a)。それにともない、以下のような事態が生じてきた。(1)一部の診療科における過重労働。それまでは、ナンバー内科で医局員も多かったが、細分化されたため、一人一人にかかる診療の負担が増大した。これは特に、医局員の少ない分野で見られた。(2)専門外の内科領域への無関心と内科全般に対する診療能力の低下。専門分化することにより、早く専門性を身につけることが出来るようになった反面、内科全体に対する十分な教育が行われなくなった結果である。共通の内科の知識・診療能力の上に専門性が発揮されるべきであるのに、共通の内科の知識・診療能力を欠いたまま、専門性を求めた結果であるとも言える。(3)各科における教育体制(卒前・卒後)の差異も大きな問題となった。さらに(4)救命救急医療の現場での混乱がある。すなわち、臓器別の診療体制になったため、複数の臓器、複数の疾患をもった患者の診療をどの分野が受け持つかと言うことがしばしば、救急医療の現場で紛糾するようになったことである。

一方、社会全体の動きを見てみると、(1)高齢化社会を迎え、一人の患者が様々な臓器障害を合併することが珍しくなくなってきた。(2)医療の質の向上と安全性への社会的要請が高まってきた。これら事情は、単に専門性を追求していれば良いということでは対応できない状況にわれわれがおかれていることを示している。すなわち、一人の患者を全人的

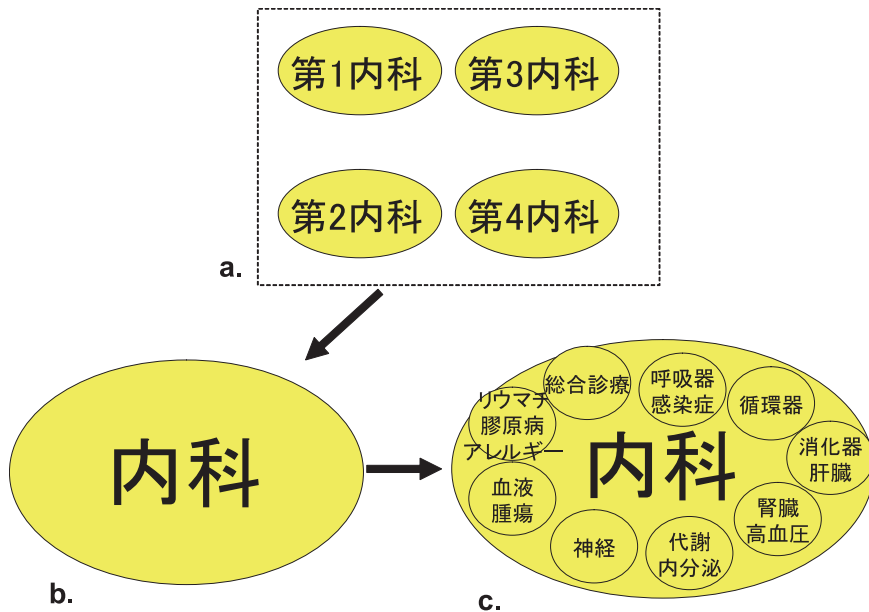


図1

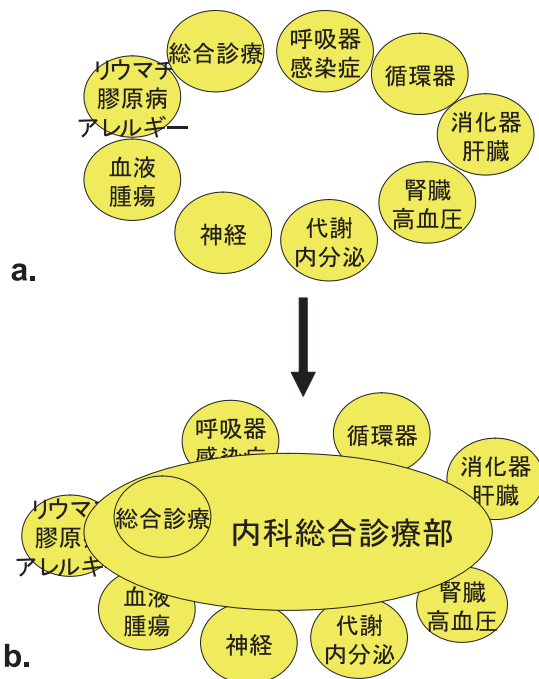


図2

に診ることの出来る医師およびそのような医療体制が求められるようになったということである。

内科総合診療部の誕生とその考え方

そこで、内科の診療体制と教育体制をどうするか

ということが内科のみならず病院全体の大きな問題となった。高度な専門性を維持しつつ内科の基本に立ち返り、全人的な内科診療のできる医療体制を作ること。その中で、そのようなニーズに応えられる内科医師を育てること、が必要になったのである。

学長の意向も受けて、内科内(内科の診療部長と医局長の会議)で検討を重ねた結果、平成18年4月より「内科総合診療部」を発足させた(図2b)。内科総合診療部は内科の一つの分野ではなく、全ての内科の分野が協力して内科の総合診療を行う場所という考えである。別館5階の北に45床で出発した。

内科総合診療部のコンセプトと方向性は、(1)従来の専門分野による診療が縦糸とすると、内科総合診療部は横糸にあたる。縦糸と横糸が絡み合っ大学における内科診療を形成する。新たな診療分野を内科に作るのではない。(2)全ての内科医師の協力により運用する。(3)診療と教育のマネジメントは総合診療内科教授(現在は、松田隆秀教授)が責任を持ち、内科講座代表が内科としてのバックアップ体制を統括する(4)内科総合診療部と専門分野の壁(境界)をなくし、医師の積極的な相互交流をはかる、というものである(表)。

内科は医学と医療の基本であり、内科教育は総合的であるべきである。すなわち、総合的な土台の上に専門領域の教育が構築されるべきである。さら

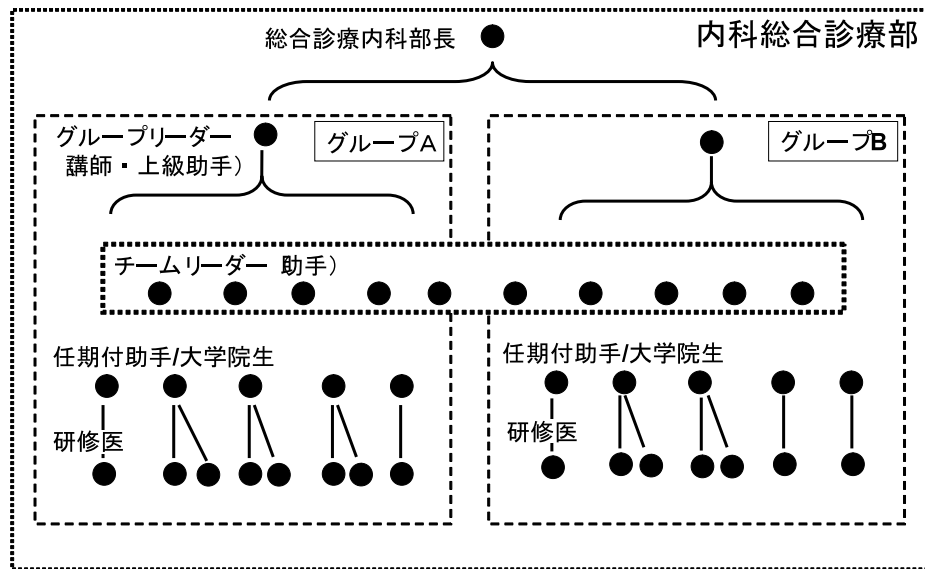


図 3

表 内科総合診療部の原則

- (1) 従来の専門分野による診療が縦糸とすると、内科総合診療部は横糸にあたる。縦糸と横糸が絡み合っ
て大学における内科診療を形成する。新たな診療
分野を内科に作るのではない。
- (2) 内科総合診療部と専門分野の壁(境界)をなくし、医
師の積極的な相互交流をはかる。
- (3) 全ての内科医師の協力により運用する。
- (4) 診療と教育のマネジメントは総合診療内科教授が責
任を持ち、内科講座代表が内科としてのバックアッ
プ体制を統括する

に、内科診療は総合的であるべきである。すなわち、総合的な土台の上に専門領域の診療が構築されるべきである。そのような考え方から、専門分化と統合化の両立を維持しつつ内科の教育と診療体制の変革を実現したのが「内科総合診療部」である。

内科総合診療部で診療する疾患は内科急性疾患であり、「臨床研修プログラム」の3. 経験が求められる疾患・病態のA疾患とB疾患を原則とする。したがって、(1) 外来からの即日入院および(2) 救命からの入院(夜間急患センターと3次急)となる。こうすることにより、専門分野の病棟にはそれぞれの専門外来からの予定入院が入ることになり、より専門性の高い診療が可能になる。すなわち、内科総合診療部と内科の専門分野の診療における役割分担で

ある。

内科総合診療部の部長は総合診療内科の部長が兼ねる。各専門分野からは、助教以上の医師が交代で3-4人常駐する。これらの医師はチームリーダーないしグループリーダーとして診療にあたる。また、後期研修医として任期付き助教と大学院生が3ヶ月交代で派遣され、初期研修医の直接指導を行う(図3)。後期研修医の派遣は内科全体として考え、一人一人の後期研修医が平等に派遣されるように配慮されている。後期研修医は義務として、内科総合診療部か救命(大学病院または西部病院)へ3ヶ月を1単位として派遣されるが、大学院生は原則として1単位となるように配慮されている。任期付き助教はおよそ2単位となる。

現在、内科総合診療部は救命からの患者を積極的に入院させ、初期診療を行い、早期の退院(およそ14日)を目指している。初期診療を終え、専門分野の診療が必要になった患者は総合診療部の部長の最終判断で専門分野の病棟に転棟することになる。

日本内科学会認定内科医・認定専門内科医

内科の医師を目指すものは、日本内科学会の認定内科医の資格を取得すべきである。さらに、その後は認定専門内科医の資格取得を目指すべきである。認定内科医の資格を取得後、初めて内科の専門分野の専門医の受験資格が得られることになる。

認定内科医資格認定試験の受験資格は、内科学会

が認定した教育病院での研修3年以上(または内科学会が認定した教育病院での研修2年以上に内科学会が認定した教育関連病院での研修を加えた年数が3年以上あること)の内科研修歴を有し、内科全般の研修を修了した者とされている。また、受験時に受け持ち患者の**病歴要約を18例分**提出しなければならない。18症例のうち**12症例**は内科9分野(消化器・肝臓、循環器、代謝・内分泌、腎臓・高血圧、呼吸器・感染症、血液・腫瘍、神経、リウマチ・膠原病・アレルギー)からそれぞれ1例を含む12例を作成する。また、外科転科もしくは外科担当症例**3症例**(外科へ転科させ外科的治療を行った症例、もしくは外科研修中に担当した手術症例)を作成し、さらに、救急症例2症例(救急外来もしくは救急入院担当症例。原則として救急部で来院時から担当した救急症例)と剖検症例**1症例**(内科以外での担当症例も認める)を加える。

内科医を目指す全ての医師は日本内科学会の内科認定医の資格を取得すべきであり、内科の後期研修の目的のひとつとすべきである。

内科における卒後研修の問題点と課題

初期研修において1年次に内科の研修は内科総合診療部3ヶ月プラス1つの内科専門分野3ヶ月の研修を行うので合計6ヶ月である。2年次には内科を希望するものは選択科として内科を選べば内科専門科2つを3ヶ月ずつ研修することができる。すなわち2年間の初期研修で最長12ヶ月、内科総合診療部の他に専門分野を3分野研修できることになる。内科総合診療部で各分野の疾患を十分に診療できれば、内科学会の認定内科医の資格取得に必要な症例を確保できる。そこで、現状の初期研修のあり方をふまえた上で、後期研修の問題点を以下に整理する。ここでは、後期研修を任期付き助教の4年間と大学院生の2年間とする。

(1) 内科の各分野には後期研修プログラムがあるが内科全体として統合的な後期研修プログラムが必要である：専門分野ではそれぞれ専門の教育に関して後期研修プログラムをもっている(これに関してはそれぞれの内科分野の「臨床医学教育の現状と課題」を参照)。しかし、内科医としての基礎をしっかりとかためるための統合的な後期研修プログラムがないのは大きな問題点と言える。

(2) 後期研修として内科内で決まっているのは内

科総合診療部と救命のみである：すでに述べたように、後期研修として制度化されているのは内科総合診療部での初期研修医の指導と救命のシニアローテーションである。内科総合診療部で内科急性疾患のみでなく、専門分野の代表的な疾患も診療できるようにすべきであるという議論もあるが、これは今後の課題である。救命へのローテーションが後期研修の実を上げているかは今後の検証が必要である。

(3) 内科の専門分野をもっと研修してから自分の専門を決めたいという医師にとっては、現在の初期研修制度と後期研修制度は不十分である：内科志望者で内科総合診療部以外にもより多くの専門分野で研修をしてから、自分の専門を決めたいと希望するものは多い。実は、ここが内科全体の統合的な後期研修を充実させる1つのポイントとなる。しかし、現状では、後期研修は内科の専門分野を決めてから始まることになる。現在、内科の診療部長の間では、お互いに後期研修医を受け入れるというコンセンサスは得られているが、専門分野に所属すると、その専門分野の診療に追われ他の分野に後期研修で出るとはなかなか難しいのが現状である。

(4) 内科の専門分野の連携が不十分であり、一度、自らの専門を決めると他の分野を勉強する機会がなくなる：昨年からは内科の全体勉強会を開始している。これは1ヶ月に1回、交代で3つの分野からそれぞれのトピックを10分から15分で話し、質疑応答を行うというものである。実際、他の分野のトピックを聞ける貴重な時間となっており、多くの若い医師や研修医の参加もあり、充実した勉強会となっている。また、複数の専門分野が合同で講演会を行っている。このような講演会は「内科講演会」として、他の領域や境界領域の勉強には良い機会となっている。しかし、まだまだ内科としての十分な情報交換がなされているとは言えない。内科としての十分な情報交換が、日常診療に生きるような工夫がなされて、初めて内科としての力が発揮できるようになると思われる。

医療系大学院構想と今後の見通し

現在、医療系大学院構想が真剣に検討されている。

医療系大学院は社会人の大学院の位置付けで、現在の任期付助教が対象となる。診療に従事するかたわら、コースワークを行い3-4年で30単位取得し、

さらに論文を提出することにより学位が授与される。この医療系大学院により、内科として統合した後期研修を充実させることが出来ると期待している。

そのために解決しなければならない事項として、

(1) 大学院生の定員を増やす工夫が必要：現在の大学院生にさらに医療系大学院生が加わることになるので、定員枠を増やさなければ実現は不可能である。現在、〇(マル)合教授1人に対して1学年の大学院生は2人までという縛りがあるので、内科全体としては1学年従来の大学院と医療系大学院あわせて18名までということになる。これでは医療系大学院を充実させることは不可能である。基礎系の教室なども組むことにより内科系あるいは内科群として枠を大幅に広げる工夫が必要である。

(2) 専門分野を決められない任期付助教は後期研修終了後に専門分野を決められるようにする：専門分野を決められる任期付助教は従来通り、専門分野を決めて後期研修を行う。しかし、もっと多くの専門分野で研修してから専門分野を決めたい任期付助

教は専門分野を決めずに後期研修を出来るようにする。その場合、内科講座代表預かりのような形が可能であろう。

医療系大学院制度を導入することにより、後期研修の選択幅が広がり、しかも後期研修を充実させることができると考えられる。今後、内科内で議論を深め、早急に実現の方向に持って行きたいと考えている。

終わりに

内科における後期臨床研修の現状と課題、およびその対策について述べた。制度は社会のニーズに応じて柔軟に変更して行くべきものである。内科の後期研修制度は、内科の総合診療部が発足し、徐々に充実しつつある。しかし、さらに充実させ、実りある内科の後期研修を実現するためには医療系大学院を立ち上げることが必要である。そのために、これから内科内で議論を深め知恵をだしあって行く必要がある。