

指導医の役割

現在の私のたち位置

私は1990年から約10年間、天理よろづ相談所病院で内科系卒後教育に関与したのち、2001年に内科開業医となった。現在では3つの医科大学で学生講義を受け持たしていただき、研修医や学生に年に数回講義する機会がある。また、当院では2週間の医学部学生の実習受け入れも行っている。現在の私の立場では、病院での指導医と異なり、やる気のある学生・研修医のみを指導することができる。この論文では、そのような背景に基づく学生・研修医の指導をしている内科開業医である個人的な意見であるということをご了解していただきたい。

指導医とは

指導医とは何であろうか？「初期研修医が取った病歴や診察所見をチェックし、診断や治療の方針を一緒に立てる医師」と定義すれば、研修医と関与するすべての上級医が指導医となる。また大病院では、間接的であっても専門診療科長は指導医である。基幹病院での3～5年目の各専門診療科の後期研修医は、屋根瓦式システムの一環として初期研修医に対しての指導を義務づければ、彼らは教えることで自分の知識が整理でき、かつ指導医不足も一部解消できる(1)。

地域研修における開業医も、もちろん指導医である。

近年の研修事情

医師になるプロセスで知識や技能は必要である。加えて、先輩医師の背中をみて育つということも、他のアートの分野と同じく、ある程度必要であろう。夜間における患者の急変時に、受け持ち医である研修医は時間外となるので指導医がひとりのみでみるような制度であれば、よい臨床医は育たないと思う。

時代錯誤と言われるかもしれないが、卒業後の5年間くらいは、責任感を養うためにも、昔の主治医制で時間外でも基本的には病院にでてくるような制度が必要なのではないだろうか？

考える習慣（論理的な思考法）

学生・研修医と接触していると、学生の習得すべき項目は増大し、マニュアルが横行し、考える力が落ちているということを実感する。患者の訴えや診察からどのように考えて検査を依頼して、その検査の限界と有用性を

指導医との議論のなかで習得していく教育が望ましい。しかし、実際の研修の場では、指導医が多忙のためか、必要な議論を飛び越して、「とりあえずの CT 検査」を強要され、CT の所見の読影が議論の中心になっていることが多い。

診断や治療方針などを議論するときは、いわゆる 5 ミクロスキル法を用いる。研修医自身に、診断や治療方針などについて意見を論理的に述べさせ、疾患について指導医が簡単なサマリーをして、学習のきっかけにする。一方的に知識や技能を教えるより、研修医に学習する動機を与えることが勧められる。

文献を読む時は、2つのグループを比較するのは妥当であるか、疾患に対する定義は明確かなど、科学的な考え方の基礎を教える。医師は研修医であっても、チームのリーダーとなるべきであり、危機管理の方法についても議論する。

NLP の必要性

筆者は NLP（神経言語プログラミング）を勉強した。すべての学生・研修医にとっての正しい指導方法や、正しい学習方法があるわけではない。指導医も研修医も、おのおのが根拠を持った意見であれば、それが異なってもそれらをお互いが尊重することが必要である。

5 ミクロスキル法では、できたことをほめることは重要である。しかし、ほめた方がのびそうな研修医をほめることはいいが、愛情をもって叱責した方がのびそうな研修医などもいるので、相手の性格をかんがみて、教育方法を変化させる。すべての研修医に受けいられる指導医がいないのと同様に、すべての指導医から評価が高い研修医も存在しない。

目標、方法、評価の理解

診断能力などを自己評価させ、スモールグループでそれについて議論すると、学習の目標が何であるかや、方法論が間違っていないかを気づくさせることを期待できる。

私は兵庫医大で、循環器内科をローテートする 6 - 7 人の 5 年生グループに対して 90 分* 2 回の診察の実習を担当している。1 回目と 2 回目の実習内容のおおよその概要を示す（表 1、2）。目標は診察の習熟である。この目標を達成するために、まず、診察所見が診断学のなかで重要であるということの体感が必要である。しかし、ほとんどの学生は、質問されると診察が重要であるとは発言するが、診察が具体的にどのように役に立つかを言うことができず、体感してはいないと思われる。

次いで、受講された学生の到達目標に対する現在の%到達度を述べさせる。グループの一人に、頭の上から足先までの診察をさせ、彼の診察方法を同級生と私が他己評価をして、最初の自己評価がどうであったかを議論する。その際に、到達目標が不明確であることや、何のための目標であるや、目標に到達する方法を自分で考えていなかったなど気づく学生が多い。この実習の到達目標の一つとして、「よどみなく頭の上から足先まで診察することと、正常の心臓の所見を理解すること」とし、これを2回目の実習までにできるようにという示指を出している。診察の楽しさを理解するために、学生でも1分で頸動脈と頸静脈を視診で見分けることを体感させている。最後に、いくつかの症例呈示し、診断の過程における診察の意義を体感させる。

2週後に行う2回目の実習では、過去2週間での到達度を自己および他己評価し、「できた、またはできなかった」理由を議論した。できた理由を議論することは、成功体験を感じさせることであり、motivationをあげるという面ではとっても有用である。感度・特異度の話からは、診断学における病歴と診察の重要性を論理的に体感させ、受け身ではない、自分から考えていく教育を行っている。

学生の講義でも、詰め込みの知識・技能のみではなく、学生が考えることをすこしでも手助けできるようなものが必要である。

指導医としての開業医

現在では、地域研修枠で、開業医のところに2～4週間研修する学生や研修医はめずらしくない。開業医にとっては、地域の研修医や学生が自分の診療所にまわってくることは自身の診療内容をオープンにすることになり、開業医の生涯教育として有用であることが期待できる。

勤務医に比して開業医では、患者さんを長年にわたり継続的にみているので、家族との信頼関係が強い傾向がある。学生や若い研修医が自分なりの死生観を持てるように、主治医である開業医と余命幾ばくもない患者さんやその家族とのやりとりに参加できる場を提供する必要がある。

また、不安を抱えている患者さんが、医師の一言で表情が変わることを学生・研修医が体感するような場も重要である。そのような現場を見ることができれば、学生は、患者の背景因子を考える重要性と、患者の目をみての会話や、非言語コミュニケーションとして患者の表情から思いを読みとるすべが必要であることを体感する。後ろ姿を見るという点では、実地で医師として活躍するには、生涯にわたり勉強が必要であるという点を感じてもらいたい。

ここまで、主に個人としての指導医のありかたについて述べた。現在では、病院での指導に部分的にしか関与していないが、基幹病院の指導体制ということでコメントしたい。

診察実習(1回目)

- 診断学における診察の重要性を質問
- 診察能力を自己評価させてから、一人に診察させる
- 足りない部分をいつまでに、どうやって補うか
 - 目標、方法、評価に分けて
- 患者さんから教えてもらう必要条件
 - 頭から足までの診察の手順と正常所見の習得
- 診察でわかることを体感させる
 - 内頸静脈と動脈の違い
- この実習についてのお互いの気づきなど感想

2回目の実習(2週間後)

- 指示された目標を2週間でどの程度できたか？
 - できた理由は？
 - できなかった理由は？
- ある検査の感度・特異を求めさせる
 - 疾患の定義に言及する
- 検査の感度・特異度と陽性的中率
 - 検査前確率とは？
- 病歴と診察から検査前確率を上昇させる重要性を気づかせる
- 2回の実習についてのお互いの気づきなど感想

基幹病院での望ましい指導体制とは

指導医として極めて魅力的であったが、大学人とすれば、論文が少なかったため40歳過ぎで開業していった人を、私は卒後5年の間で多く見てきた。現在でもその状況は大きく変わったとは思えない。指導を義務と考えれば、権利が生じる。権利の無い義務、義務のない権利は通常ありえない。良質な医療を世に提供するために必要不可欠である指導医の義務と権利を明確にし、適切な評価とともに昇給および昇進の援助をすることは、将来の日本の医療を改善させる先行投資である。

大きな研修指定病院では、内科はほぼ臓器別診療体制になっている。研修医の教育部門としての医学教育部（仮称）を独立させ、科長と数名の専任、準専任の医師を院長が任命する必要がある。医学教育部の科長は、各専門診療科の長と対等の形になることが必要なので、各診療科には属さず専任とする。その組織の構成メンバーのうち臓器別診療科から併任になる医師は以下のような人間が望ましい。自分が教えた若い医師が臨床能力を向上させ、良質な医療を世に提供することを、研究者にとって自分の研究が一流雑誌に掲載され世界に注目されることと同等に重要であると思える。研修医には、細かい専門分野を全て教えるのではなく、自分の専門診療科にリクルートするのではなく、初期2年間で研修医が習得すべき到達目標につき自分なりのガイドラインをもっている（2）。自分の専門以外のことについては、これを生涯教育として習得すべき他科の知識として研修医と一緒に勉強する態度を見せる。の3つである。医学教育部では、組織として研修プログラムを立ち上げ、研修医を評価、指導医を評価、プログラムを評価して、1年の終了時に次年度の方針をたてる。そこで毎年行っている教育内容、その効果について関係学会で発表・論文とし、他の病院からの評価を受けることが必要である。

これらの併任指導医は、膨大な時間を要する研修プログラムの遂行に対して責任を負う代わりに、所属専門診療科における仕事の負担を軽くし、指導することも一つの仕事であるということを経験の職員その他関係者に周知徹底させる必要がある。

医学教育部では、研修医に考えさせ、マニュアルではない対応力をつけられるように、指導法について議論を重ねる。研修医が行う初めての処置を彼ら自身が実践するためには、指導医は辛抱強くなければいけない。もちろん、その処置を見たことなく、教科書も読んでない研修医にそれらの技術を教える必要はない。まず、他人（同級生）がある処置を行っているのを見学し、他人の患者をも診ることにより知識の共有ができるように方向づけることが重要である。そして、研修医は指導医のいいなりになって働くのではなく、指導医をロールモデルとして、自分で考える習慣を持つことが重要である。指導医は、こうあ

るべきではなく、いろいろな性格の指導医がいて、どの指導医をロールモデルにすべきかについては、研修医によって異なるだろう。

研修医の探求心を刺激

約10年前、私は、ある基幹病院で「病歴と診察を中心とした診断のプロセス」の講演したあとの懇親会で研修医に「この病院での、研修はどうか」と質問した。ある2年目研修医は、狭心症症状を訴えた70歳の大動脈弁狭窄の患者を手術したら、狭心症症状がとれた例を報告し、「大動脈弁狭窄症による狭心症症状を患者さんから学べた」と話した。この患者さんは、5年前に非典型胸痛でカテーテルを施行され左室造影も正常であったとの記録があった。この症例から、研修医が学べることはなんだろうか？狭心症症状を患者さんの言葉で聞くこと、大動脈弁狭窄症の狭心症症状が弁置換で消失することを体感することであろう。私は、彼に、「大動脈弁狭窄症はどのように加齢とともに進行するか考えられますか？5年前は少なくとも大動脈と左室の圧格差は有意ではなかったのだから。」彼はそこで大動脈弁狭窄症の進行について興味をもった。同時に外来カルテを調べてもらおうと、心エコーで大動脈弁狭窄症を指摘されてから、外来医が初めて収縮期雑音を記載していることも結構あるということを実感するかもしれない。その研修病院で、「手術うけた大動脈弁狭窄症例を、血圧や雑音の変化、心電図や心エコー所見からみたらどう進行するのかをまとめれば、研修医とすれば立派な臨床研究になりますよ」と助言した。臨床に基づいた臨床研究の方法論など研修医では気づかないことを、症例を通じて提案するのは専門領域を持った指導医の重要な役割であると思う。

指導医に対する評価

指導医の研修医への指導を業務とするためには、研修医が指導医を評価する必要がある。指導は無料の奉仕というかつての概念から、有償の高度なコーチングと考えるべきであろう。そのため、指導医には、研修医からの評価が低ければ、職を解かれる可能性を有するべきである。

研修指定病院では、2～3カ月単位の短期実習ではその都度、実習を担当した専門診療科の指導医に対する研修医からの評価を必ず医学教育部に提出する（表3）。研修医による医学教育部のスタッフに対する評価も無記名で院長に提出する。研修医と指導医という人間関係の問題から、特定の指導医が全ての研修医から評価が高いということはありません。それゆえ、病院からの指導医に対する評価はマイナス評価より、プラス評価を行うべきである。

研修医は、病院の研修カリキュラムについて、その到達度を自己評価すると同時に、カリキュラム自身をも評価する（表4）。これは間接的に指導医と病院

に対する評価となる。

研修医から指導医の評価

- 主訴に対する系統的なアプローチを教えた 1-4
- 研修医の受け持ち患者の状態を把握していた 1-4
- 研修医からの質問に適切に答えた 1-4
- 研修医のカルテを適切にチェックした 1-4
- 受け持ち患者に関する相談にすぐ応じた 1-4
- 受け持ち患者について医療倫理な観点を教えた 1-4
- 専門的すぎることを強要された 1-4
- 研修医からみてロールモデルになりえた 1-4

カリキュラムの評価

- 2年間の研修は、カリキュラム通りであったか 1-4
- 到達目標は明確であったか 1-4
- 到達可能な目標であったか 1-4
- その到達目標に対する方略は妥当であったか 1-4
- そのための指導医の力量は十分であったか 1-4
- 十分な指導医数が存在したか 1-4
- 指導医はカリキュラム通りに教えてくれたか 1-4
- 前年の要望書に取り上げられていた箇所が改善されたか 1-4
- 病院のカリキュラムにおいて訂正できる個所を指摘し、自由な意見を述べてください

文献

1. 伊賀幹二、石丸裕康、八田和大、今中孝信：2年次研修医による1年次研修医に対するベッドサイド教育 1999；30：187-189
2. 伊賀幹二：プライマリケアにおける内科診療 内科学会誌 2007 1244-1246