

信大病院を中心とした医師卒後教育ワークショップ'99

大和 眞史^{1)*} 小林 茂昭²⁾ 奥寺 敬³⁾
井川 靖彦⁴⁾ 池上 俊彦⁵⁾

信州大学医学部附属病院卒後研修カリキュラム委員会

- 1) 信州大学医学部第1内科学教室
- 2) 信州大学医学部脳神経外科学教室
- 3) 信州大学医学部救急集中治療医学教室
- 4) 信州大学医学部泌尿器科学教室
- 5) 信州大学医学部第1外科学教室

Workshop 1999 on Post Graduate Intern Education at Shinshu University Hospital

Mafumi OWA¹⁾, Shigeaki KOBAYASHI²⁾, Hiroshi OKUDERA³⁾

Yasuhiko IGAWA⁴⁾, Toshihiko IKEGAMI⁵⁾ and

on the behalf of the Committee of curriculum-planning

for post-graduate internship in Shinshu University Hospital

- 1) *Department of Internal Medicine, Shinshu University School of Medicine*
- 2) *Department of Neurosurgery, Shinshu University School of Medicine*
- 3) *Department of Intensive and Critical Care Medicine, Shinshu University School of Medicine*
- 4) *Department of Urology, Shinshu University School of Medicine*
- 5) *Department of Surgery, Shinshu University School of Medicine*

Key words: post-graduate internship, workshop

卒後研修, ワークショップ

信州大学医学部附属病院（以下、信大病院）卒後研修カリキュラム委員会は、全国に先駆け共通の理念の元に全臨床科の卒後研修を網羅した初期臨床研修プログラムを1996年より刊行し、同時に学内での卒後研修の共通化、部分ローテーションの導入などをすすめてきた¹⁾。一方、社会における医師卒後研修に関する議論は年々高まっており、これらに対応すべく1999年10月5日(火)～6日(水)に助講会、松医会の協力を得て、今後の信大病院における卒後研修の在り方を問うワークショップ（以下WS）を開催したので、ここにその概要を報告する。

I WS開催の背景と趣旨

昭和43年のインターン廃止以後、努力目標としての研修医制度によって卒後研修が行われてきた。しかし、社会から期待されている医師像に対して卒後研修シス

* 別刷請求先：大和 眞史 〒390-8621
松本市旭3-1-1 信州大学医学部第1内科

テムが不備であるとの指摘から、全人的医療とプライマリケアを骨子として、身分保証・給与財源確保・指導医体制と研修施設認定の見直しなどを含め、臨床研修必修化が法制化された。国立大学附属病院にあっては、卒後研修の新しい方向付けは、平成10年12月、国立大学附属病院長会議・常置委員会による卒後臨床研修共通カリキュラムと、平成11年2月、21世紀医学・医療懇談会第4次報告で示された。そこでは複数科ローテートや総合診療方式による研修が方向付けられている。

こうした要請を踏まえて、信大病院では「病院改革プログラムとその行動計画」（平成11年9月）を策定した中で、卒後臨床医学教育改革の骨子を以下のように決めた。

- 1 “Faculty development”。卒後研修目標作成と指導者教育を目的としたWSを早期に開催し、各科科長と研修担当者を対象に卒後教育について理解を深める。さらに平成12年以降地域医療機関も含め

- て、毎年“Teacher’s training”や教育WSを開催し、これを通じて卒後研修の指導者養成を行う。
- 平成12年度から、常置委員会案による共通教育カリキュラムに沿ったローテート研修を部分的に導入し、従来のストレート研修に併置する。
 - 研修医のための環境作りとして、待遇改善（給与面に関しては国の方針待ち）、医学図書館・情報検索などの学習環境整備を推進する。また卒後研修を統括し調整する機関（卒後研修センター；平成14年度設置。）を設置する。
 - 研修医を主体とした講演会、カンファレンス、症例検討会をオープンで行う。ポイント制で研修医の参加を評価する。
 - 信大病院での卒後研修プログラムを紹介するホームページを作成公開する。
 - 地域のニーズを受けた研修システムであるか、医師会・行政・コメディカル・市民代表からの外部評価を受ける。
- この方針を受けて、卒後研修カリキュラム委員会は、1999年10月5日(火)～6日(水)に今後の信大病院における卒後研修の在り方を問うWSを開催した。

II WSの実施

A WSのテーマと到達目標（表1）

WSには問題解決型と教育型があり、今回のWSは、信大病院を中心とした医師卒後教育プログラムを作りつつ信大病院での卒後教育の今後の姿を探ることを目標とした問題解決型である。参加者のために表1のような一般目標と行動目標を設定した。

B 参加者

実行委員長；小林茂昭

コンサルタント；福井次矢（京都大学医学部教授，総合診療部），山口恒夫（信大教育学部教授，成人教育），Dr. Scott W Eberle (Assistant Professor, Department of Family and Community Medicine, University of California, San Francisco)

タスクフォース；勝山 努，西沢 理，川 茂幸
実行委員，セクレタリ；奥寺 敬，井川靖彦，池上俊彦，大和眞史

事務局；学務課，総務課

グループ編成表

Aグループ；久保恵嗣（第1内科），清澤研道（第2内科），大和眞史（第3内科），小西郁生（産婦人科），石山哲也（耳鼻科），小林茂昭（脳神経外科），

表1 WSのテーマと到達目標と配布資料

| |
|---|
| 主題；信大病院を中心とした医師卒後教育 |
| 到達目標；信大病院の初期研修プログラムのコンセンサス作り |
| 一般目標；適切な医師卒後教育を展開するために、信大病院を中心とした初期研修カリキュラムの骨子を作る |
| 行動目標 |
| 1) 信大病院で従来実施されてきた卒後研修の長短所を指摘できる |
| 2) 国立大学附属病院常置委員会案卒後臨床研修共通カリキュラムの成立背景を説明できる |
| 3) 全人的医療とプライマリケアを骨子とした初期研修必修化の流れを説明できる |
| 4) 複数科ローテートや総合診療方式による初期研修の意義を述べることができる |
| 5) 信大病院を中心とした卒後教育が備えるべき条件を列挙できる |
| 事前配布資料 |
| 1) 国立大学附属病院常置委員会案（平成10年12月） |
| 2) 小冊子，ワークショップとは |
| 3) 21世紀医学・医療懇談会第4次報告 |
| 4) 坂上試案など役所資料／抜粋 |
| 5) 信大病院初期臨床研修プログラム／抜粋 |

小田切徹太郎（麻酔科），田中廣一（歯科口腔），勝山努（臨床検査），黒田秀雄（集中治療部）

Bグループ；田中榮司（第2内科），池田修一（第3内科），小池健一（小児科），巽 信夫（精神科），小口正彦（放射線科），清野邦弘（放射線科），池上俊彦（第1外科），西沢 理（泌尿器科），本田孝行（臨床検査），白簾久美子（内科，国立国際医療センター）

Cグループ；川 茂幸（第2内科），高 昌星（第3内科），小宮山 淳（小児科），小林信や（第2外科），土岐利彦（産婦人科），井川靖彦（泌尿器科），緒方洪之（輸血部），奥寺 敬（救急部），前嶋康浩（内科，自治医大大宮医療センター）

C 日程表（表2）と実際の進行状況

10月5日(火)午後1時から、信州大学旭町キャンパス内の旭会館で開催された。清澤研道病院長，小林茂昭卒後研修カリキュラム委員長の挨拶に引き続き，西沢理教授からWSとKJ法（開発者の川喜田二郎氏の名前に由来する「創造性開発のための発想法」で，カードによる思考や議論のまとめ方を言っている）について短い解説が行われ，参加者全員で自己紹介とアイス・ブレイキング「うちの科の卒後研修の良さはこれだ」を行った。以下，日程表に従って，セッション5個と3つの講演の概要を紹介する。各セッションでは，1時間のグループ討論と30分の発表・質疑応答を行った。

表2 日程表

| |
|---|
| 10/5(火) |
| 13:00開催の挨拶; 病院長, 卒後研修カリキュラム委員長 |
| 13:10 WS経験者(勝山, 西沢); WSとは, KJ法について |
| 13:20 自己紹介とアイス・ブレイキング 「うちの科の卒後研修の良さはこれだ」 |
| 13:30~14:30 Session-1; 初期研修2年間で習得すべき必要不可欠な臨床能力は何か |
| 14:30~15:00 Session-1; 発表会(発表5分, 討議3分) |
| 15:00~15:45 講演30分と質疑応答15分; 山口恒夫教授; 成人教育の方法論, 医師卒後教育に望む |
| 15:45~16:00 コーヒーブレイク |
| 16:00~17:00 Session-2; ストレート研修とローテート研修の長短所を検証する |
| 17:00~17:30 Session-2; 発表会 |
| 17:30~18:15 講演30分と質疑応答15分; 福井次矢教授; 国立大学附属病院常置委員会案の成立背景 |
| 18:15~19:15 Session-3; 常置委員会案の問題点は何か |
| 19:15~19:45 Session-3; 発表会 |
| 19:45 学部長, 松医会長挨拶, パーティー |
| 20:45 第1日目終了 |
| 10/6(水) |
| 8:30~9:15 講演30分と質疑応答15分; Eberle教授; 米国初期研修事情 |
| 9:15~10:15 Session-4; 小児科, 産婦人科ローテートは必要か |
| 10:15~10:45 Session-4; 発表会 |
| 10:45~11:00 コーヒーブレイク |
| 11:00~12:00 Session-5; 平成12年度実施予定の信大病院ローテート案の検討 |
| 12:00~12:30 Session-5; 発表会 |
| 12:30~12:45 まとめと閉会の挨拶, 写真 |
| 12:45 全日程終了 |
| 12:45~13:30 昼食 |
| 13:30~14:30 講演; 福井次矢教授; 国立大学附属病院常置委員会案の成立背景と卒後教育の理念, 信大卒後教育WSの総括 |

1 セッション1「初期研修2年間で習得すべき必要不可欠な臨床能力は何か」

Aグループは、臨床医としての基礎知識や技術＝クリニカルスキルを最も重要度・緊急度の高い部位に位置付け、以下姿勢、患者関係、人間性を図1上のように二次元配置した。人間性の向上の位置付けは、初期研修2年間ではどうしようもないので、特に問題のあ

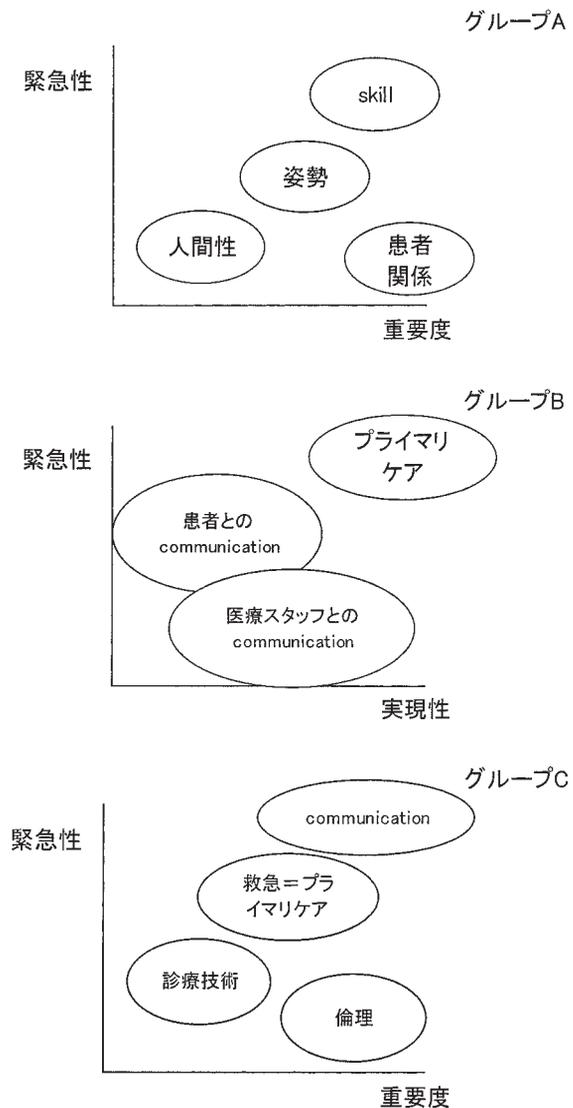


図1 セッション1で各グループ作成の表

る人だけチェックすることにとどめ、重要度・緊急度が低いものとした。患者との接し方に関しても、緊急性が低くてよいのかとの質問があり、これに対しては良い教育法がないためであるとした。面接技能教育の導入が必要であるとの指摘があった。

Bグループは、縦軸に重要度、横軸に実現性を設定した。救急、基本的診察法、臨床的判断などを含むプライマリケアを最も重要度・緊急度の高い部位に位置付け、以下患者とのコミュニケーション、医療スタッフとのコミュニケーションを図1中のように二次元配置した。

Cグループは、患者やコメディカルとのコミュニケーションを最も重要度・緊急度の高い部位に位置付け面接技能教育を取り入れることとした。以下プライマリケアを主とした救急、倫理、診察技術を図1下のよ

うに二次元配置した。このグループでは、現在の研修で不足しているものから緊急性の高さを評価し、医者というより社会人としての育て方を考え、チーム医療の理解、自分の限界を知って周囲としっかり討論することを求めた。倫理の緊急性は低く、考える機会を与える程度にとどめるものとした。

2 講演1, 山口恒夫教授「成人教育の方法論, 医師卒後教育に望む」

研修医が困ったときの ABC; A=Another Doctor, B=Behind him, C=Call Nurse, こんな医者を作っては困ります。

a 生涯学習(教育)としての卒後研修

教育とは言わず、学習と言う。主体的に学習することを強調。

(1) 社会人を対象とする教育システム

Adult Education (成人教育)

Further Education/Continuing Education (継続教育)

Refresh Education/Recurrent Education (リフレッシュ教育, リカレント教育)

(2) 成人教育の原則

成人期の学習は自発的意志に基づいて、自己に適した手段・方法を選んで、生涯を通じて行うものである。主体的学習としての成人教育。

医者の卒後研修は何処へ入るか、ちょっと独特なものがある。人間の成長に近い「生理的早産」の趣あり、教師や医師の場合は“*In service training*”と言ってよい。

(3) 専門的職業人教育としての卒後研修の特徴

(a) パック化されたカリキュラムを受動的に習得する
卒前教育に代わり、主体的な学習者として参与する
研修であること

(b) 「患者」と接する機会が卒前教育に比して多くなること

具体的個別的な「医師-患者(家族)関係」との
出会いの場

(c) 地域社会における現実の「ヘルスケアシステム」
に身をおく機会であること

社会的・文化的事象としての「病」との出会い

(d) 自らの職業意識, 適性, 職業倫理が, 実際の診療
場面で試される機会であること

(e) 身体的, 精神的, 物理的ストレスにさらされる研
修期間であること

サポートシステムの重要性

b 「医師」から「よき臨床医」へ

—研修医として何を学ぶか—

専門的社會人教育としての「卒後研修」

医師の生涯教育から見た「卒後研修」の位置

医師のライフサイクルと「卒後研修」

c まとめ: “Good Doctor” とは

卒前から卒後, 生涯教育を通じて連続性を持って, 医師の人間性と基本的な臨床能力の育成が図られる。その中で, 卒後教育は独自性があり, すべての臨床医に求められる基本的臨床能力の育成が図られる時期をなす。“Compassionate” Doctor であり “Competent” Doctor であることが “Good Doctor” の必要条件である。卒後教育にこの必要条件を求めると, このことが後に “Good Doctor” としての成長につながる。また指導医と研修医との双方向性カンファレンス, 研究成果へのアクセス, さらに微少民族誌的に患者-患者関係に留意し症状や症候の向こうにみえるものに留意しつつ, Evidence-Based Medicine (EBM) によって “Good Doctor” への道をたどることが求められる。

臨床民族誌の方法(最初の段階) Mini Ethnography
患者の病の語りを再構成すること

シンボルとしての症状, 文化に徴しづけられた障害, 個人的および対人的な意味づけ患者や家族の説明モデル「病の語り」の解釈は, 患者の話を厚みあるものにし, 患うという経験に対する臨床医の理解を深める語りの内容の分析は, 患者や家族にとって何が危険にさらされているのかを明らかにする。病の記述の構造を脱構築することによって, 患者が言語化しなかった隠された関心事が明らかになることもある(クラインマン)

(1) 学生は通常, どのような医者になりたいか, 患者にどのような援助をしたいのかという高い理想をいだいて医学部に入学する。しかし, 医学部を終える頃までに, 多くの者がその理想を失ってしまう。専門家になって行く過程で医者心のなかでは, 人を癒すことについてのあまりにロマンティックな非専門家的なイメージからハイテクノロジーと高収入に対するしばしばまったくシニカルなほどに実用主義的な専門家への期待へと変化が起こる。

(2) 病の経験についての患者や家族の語りを教育課程においてもっと中心的なものにすることが必要である。そうすることで初めて医者は適切な態度や, 知識や, 技能を身に付けて慢性の障害の悲惨さを記す少数民族

誌に着手したり、末期の日々において患者を支えたり、異なった民族グループ出身の家族の価値観と取り決めの交渉を行ったりできるようになる。

(3) カリキュラムにおいて病の語りをどのように解釈し、病の経験をどのように評価するかを学生に教えることに時間が充てられなければならない。医学的な社会科学や人間科学の講座を設けることは基本的なことであるが、医者—患者間の相互作用について教えたり、医学生の実験経験を指導したりする新しい方法も必要である。

(4) 研修医の卒後トレーニングは、次のような率直な認識からはじめるべきであろう。たとえば慢性の病を持つ患者のケアは大部分が外来患者に関することであり、そこでは臨床医は、地域の社会事業機関のネットワークと協力して働かなければならない。しかし多くのトレーニング・プログラムは、急性疾患の入院患者のケアを重視し、慢性の病を持つ外来患者のケアには重きを置かない。こうしたプログラムはトレーニングを受ける者を地域社会から切り離す。

(5) トレーニング・プログラムが作り出す脅威を与えるような特質によって研修医は疲弊し、生きるのがやっとという状態になり、思いやりのあるケアの習得を妨げる状態そのものが永続することとなる。

3 セッション2「ストレート研修とローテート研修の長短所を検証する」

Aグループは、知識、人間関係、人生設計の3点に深さと広さの軸を設定した。端的には、ストレート研修ではこの3点について深さが得られ、ローテート研修では広さが長所とした。

Bグループは、ストレート研修の長所を、一貫した教育、チームワーク、専門性、経時的教育とし、短所を、限られた経験、限定された人間関係、進路変更困難とした。ローテート研修の長所は、幅広い経験と人間関係、多様な価値観、均質性、進路選択の自由度とし、短所は臨床経験の浅さ、指導体制が取れないこと、研修医の意欲による個人差が広がること、時間の浪費、身分の不安定、人間関係の浅さとした。

Cグループは、ストレート研修の長所を、専門性があることで系統的思考が身につくこと、密な人間関係によって忌憚なく指導できることとした。ローテート研修の長所は、広い研修内容、進路が限定されない、としながらも、その短所として、指導の責任の所在が曖昧で、管理運営が大変で、患者やスタッフが足りないとした。医療技術の点ではプライマリケアはローテ

ート研修に、専門性はストレート研修に長所あり、他科とのコミュニケーションではローテート研修に、接遇ではストレート研修に長所ありとした。脳死やターミナルケアなどの多彩な研修という点ではローテート研修に、対話的人間関係ではストレート研修に長所ありとした。

4 講演2、福井次矢教授「国立大学附属病院常置委員会案の成立背景」

a 従来の教育学から成人学習 Adult learning theory の原理に従ったものへ

堅苦しくない雰囲気。意欲とニーズを持つ。意欲とニーズにあった学習へ。知識や経験を踏まえたもの。すでに獲得した知識や経験が評価され、用いられる。自分で（内容や進め方を）コントロールする。頭と体を動かす。十分な時間をとる（子供ではない）。学んだことを実践する。興味の湧く現実的な問題に焦点を当てる。目標にどれ位近づいているのか（評価）。

b 国立大学附属病院常置委員会案の成立背景；歴史背景

昭和21年からインターンシップを施行したがその評価はさまざま、無給の身分であり、病院によってプログラムがさまざまであったことが問題であった。昭和47年に努力目標としての研修医制度が開始された。その内容については医師研修検討会の検討からすでに昭和55年から傾斜配分、昭和60年には病院群など手直しが提案された。さらに医療関係者協議会によってこれを制度として義務化する方向が示されたが、卒後研修医の70～80%を抱える大学附属病院の消極さなどもあって事態は進まなかった。平成9年に老人保険、診療報酬制度、薬価、医療提供体制など健康保険法の抜本改正の方針の中で、入院医療体制の見直し、情報開示などとなって医師の資質向上がかかげられた。ここでは、厚生省がプログラムを掲げ、できない病院ははずすこととなるため、文部省医学教育課、大学病院附属病院長会議などが、将来義務化された場合にこうしたカリキュラムが提示される可能性があるから準備せよということで、試案作りがなされた。

ここでは、基本的臨床能力、期待される医師像、臨床実習の中味などが検討され、これらを叩き台に作成された。小児科産婦人科についてはアンケートをとり、90%が行うべきとの回答を得て入れた。

現在想定されている必修化の中味は、2年間で、研修中は医師資格あり、医籍と臨床研修修了証が病院診療所の管理者となる資格の要件とする、司法修習生な

みの給与を出す、などであろう。内科外科の双方を含む複数の診療科を回り、救急医療を明記し、病院群を形成すること。インフォームドコンセント、evidence-based medicine (EBM) をカリキュラムに明示すること。指導医の質、研修プログラムについて外部評価を行う。一般に情報公開することが求められる。

平成11年9月発行予定の運用に関する報告書にまとめた内容は、関連病院との間に共同の委員会を作ること、指導医養成のための研修会・講習会を作ることなどが盛り込まれている。何らかの専任管理組織や卒後臨床研修センターを作ること。研修医の受け入れ可能数の算出、指導専任医師の増員、など問題の指摘あり。

5 セッション3「常置委員会案の問題点は何か」
(みなかなり疲れていた。)

Aグループは、このまま導入された場合の問題点を列挙した。まず管理指導体制で、指導医の量的質的不足があり、給与支給など対策が述べられた。次に経済的基盤の問題があり、保健医療から給与が出ているということから研修病院群で労働力と位置付けられてしまう危険性もあり、研修病院群をなす関連病院の評価位置付けが要るとした。次に大学院や専門医制度など他のシステムとの整合性を取り上げ、その調整が要るとした。最後に研修内容が薄くならないように到達目標の消化を調整することが必要とした。

Bグループは、卒後研修の理念が改革されたことの明確化を求めた。研修医の身分、新しいシステムのメリット、経済的背景、指導体制の整備などの各点で疑問が出された。

Cグループは、従来の医師供給システム（芸者の置き屋？）との関連はどうであるのかと問い、縦軸に緊急度、横軸に重要度を設定した。財源の確保を最も重要度・緊急度の高い部位に位置付け、面接技能教育を取り入れることとした。以下研修内容（指導医が真剣に指導すること、期間配分、独自性・選択性）と、体

制作り（大学と一般病院との協調、今のシステムとのつながり、“浅く広く”は正しいのか、病院内に運営／企画機構を）を図2のように二次元配置した。このグループでは、さらに現状では患者不在のシステムであり、また研修医の積極的な発言が求められると追加した。

福井教授から、幅広い臨床研修のニーズはすでに仕分けされた患者を中心に見ている大学病院では見えてこない現実が指摘され、大学から一般病院に出たときにどのようなトラブルがあるかを見る必要があるとコメントされた。また、臨床研修必修化のターゲットが大学病院であることを認識してほしいとした。

セッション3終了後、19：45から、参加者全員で小宮山 淳学部長、松岡恒美松医会長挨拶の後、ライジングサンでパーティーが行われ、20：45 第1日目の日程が終了した。

6 10月6日(水) 8：30～講演3, Eberle教授「米国初期研修事情」

日米の医師教育の違いについて（表3）

臨床研修は、4週間単位で入院と外来の双方、双方の科目（内科と外科, family と specific),

外来研修；2～4回/週, 3～4時間/回, clinic-based training, see-do-teach

責任を持って診る

患者に共通した問題点をもつ

シニア；何時でも相談にのる

外来－入院を一貫して主治医

1年間を内科3, 外科2, 産科3, 小児科2, 救急1, 選択1とし, 2年目も同様に回る。1チームは患者25～40人に対してチーフレジデント（3年目のレジデント）1人, 2年目1～2人, 1年目インターン2～3人で構成し, 毎朝1時間ミーティングを行う。専任医師（24時間いつでも）と専門医（必要なときのみ）がバックアップにあたる。

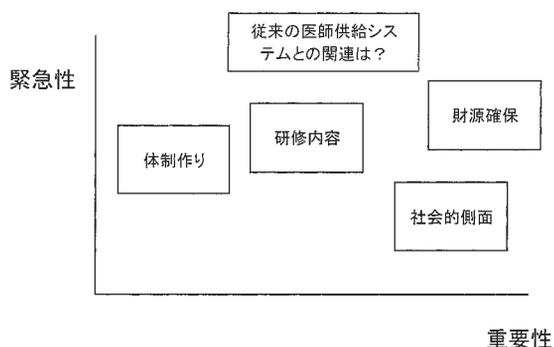


図2 セッション3でグループCが作成した表

表3 日米の医師教育の違い

| | 米 国 | 日 本 |
|------|--|----------------|
| 一般教育 | 4年間のカレッジ | 2年間の進学過程 |
| 医学教育 | 4年間（3～4年生は研修医相当） | 4年間 |
| 卒後教育 | 3年間（インターン, 3年目はチーフレジデント, さらにフェローシップ1～2年） | 区切りなく終わりはっきりせず |

7 セッション4「小児科，産婦人科ローテートは必要か」

Aグループは，小児科に関しては，救急などの必要性が最も重要度・緊急度の高い部位に位置付けられた。あと，特殊性と親の問題を位置付けた。産婦人科に関しては，妊娠と出産の知識の重要性が緊急性高く，女性医学が重要性高く位置付けられた。

Bグループは，女性小児ともにその特殊性から研修に必要と位置付けた。特殊性とは，小児にあつては診断方法において成長，理解において家族とのコミュニケーションを指摘した。女性の特殊性としては，診断方法において内分泌や生殖器，出産や緊急時の対応の特殊性，女性医学という新しい理解などを取り上げた。

Cグループは，小児科も産科もともに生命倫理に触れる科であると位置付け，短期間でもよいかから研修を行う必要があるとした。小児科で特に親とのコミュニケーションや救急医学の必要性が高く，また産科で倫理を学ぶ必要性が強調された。このかなりの部分が卒前教育の充実でカバーされるはずとの指摘も加えられた。

さらに全体討論では，常置委員会案ではスキルの習得に力点がありすぎ，もっと経験させることのみにして短期間とする，あるいは選択にすることは是非も問われた。しかしまた，卒前では不十分で，医師としての立場からの繰り返し学習も必要とのコメントもあった。また，成人の男性をモデルにした医学から小児や女性が排除されていることを学ぶ機会の重要性が指摘された。

8 セッション5「平成12年度実施予定の信大病院ローテート案の検討」

Aグループは，カリキュラム内容を最も重要度・緊急度の高い部位に位置付け，どのような医師にも求められる共通カリキュラムを考えることと，内科と外科の選択性としてその回り方や順序に特殊性を持たせること，小児・産科の選択をはっきりさせることとした。以下指導体制，身分，他のコースとの関係，修了後の進路などを図3上のように二次元配置した。また，指導にあたる医局員が自己の知識の確認になるという指摘があった。

Bグループは，基本的目標設定を最も重要度・緊急度の高い部位に位置付けこれが曖昧なので誰にでも分かる明確なものを設定することとした。以下指導体制とカリキュラム，評価を図3中のように二次元配置した。指導体制の重要性が強調され，専任スタッフの必

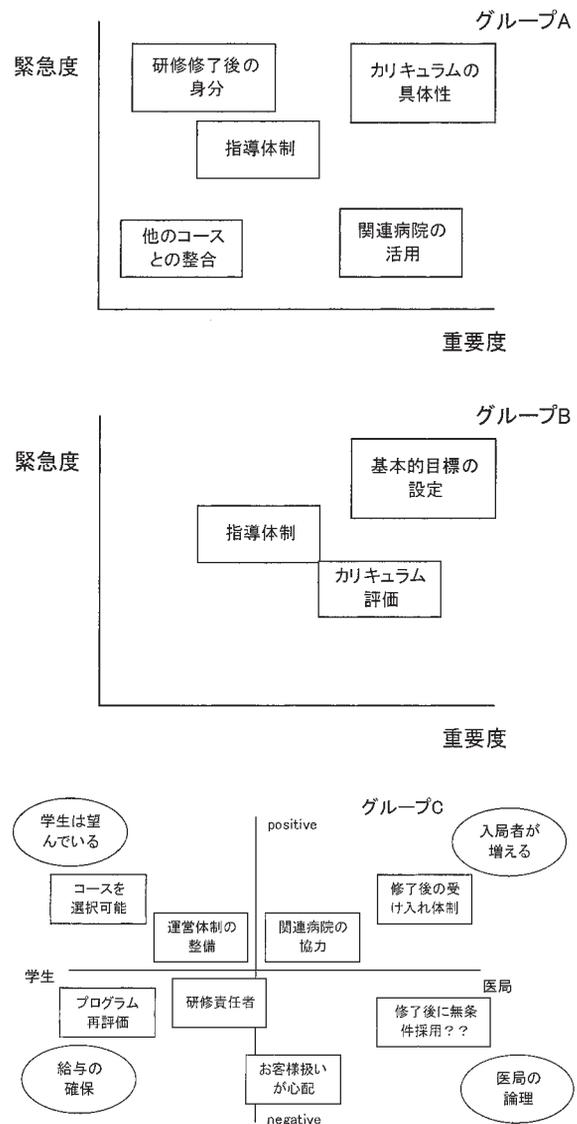


図3 セッション5で各グループが作成した表

要性も指摘された。また評価に関して，修了後のフォロー，カリキュラムの評価，価値ある研修をしたという評価によって社会的や大学院入学においても高い評価を受ける構造が必要という意見が加えられた。

Cグループは，縦軸に positive～negative，横軸に学生—医局の立場の違いを設定した（図3下。これはユニークなものであった）。医局の軸で positiveなのは入局者が増えるかであり，そのためには従来のシステムとあまり差がない受け入れ態勢の工夫が求められた。また，negativeなのは医局の論理で，研修終了時の採用方法やストレート研修との併用の問題点が挙げられた。学生の軸で positiveなのは，ローテートとストレート双方の選択が可能で，学生は望んでいるものとした。Negativeな面は給与などの待遇であろう。学生と医局共通でお客様扱いはごめんだと述べ

られた。対策として、責任者の確保、相談相手の確保など運営システムの整備、すべて大学では問題あり、関連病院の協力が必要と指摘した。

- 9 講演；福井次矢教授「信大卒後教育 WS の総括、および国立大学附属病院常置委員会案の成立背景と卒後教育の理念」

WS の総括として、WS ではプロダクトを出すことが必要であって、限られた時間で、種々のメンバーによって、インフォーマルな格好で行うのがよい。役割分担をして、リーダー、レコーダー、レポーターを回り持ちすることが必要と述べた。

医学教育 WS=faculty development (FD)

- a 学習プロセスの理解とそれにのっとったカリキュラムの作成
- b 成人学習理論の理解
- c WS の進め方の理解
- d コミュニケーションの技法
- e 新しい臨床教育の技法；標準模擬患者 (standardized patient；SP)，客観的臨床能力試験 (objective structured clinical examination；OSCE)，問題解決技法など
- f 医学と医療の現代的パラダイムの理解
倫理，医療面接，身体診察法，プライマリケア，EBM など

以上の原則を今後の WS に組み込むことが必要である

なぜ幅広い研修が求められるのか

- a 患者のニーズにあった医師養成をしているか
- b 専門医を養成し，専門医を求める患者が集まる大学病院に対して，一般病院では種々の身体疾患や心理社会的側面への配慮が求められ，予防医学的アプローチも必要だ
- c メタ知識（他の専門職が何を知り得意としているかに関する知識）に基づいたコンサルテーションの能力の向上
- d 専門医が専門以外の問題を抱えた患者を見なくてもよい制度が可能か？
- e 専門診療の質を向上させる
- f 経済的により効率的な医療となる
期待される医師の養成
知識；EBM，メタ知識＝コンサルテーション能力
技能；基本技能の修得（コミュニケーションスキルを含む）
態度；思いやり，道徳観，倫理観（態度の教育は難

しいが，具体的に態度を変えさせ，フィードバックをかけつづけることである）

これらは卒前教育が充実すれば，1年ではよいはずである。鉄は熱いうちに打て；あとから幅広くというのは，プライドが邪魔をし，ゼロから学べない。

III 考 察

A 信大病院を中心とした医師卒後教育 WS が到達したこと

1999年の WS は，信大病院を中心とした医師卒後教育プログラムを作りつつ信大病院での卒後教育の問題点を探り，今後の姿を模索することを目標とした問題解決型であった。参加者は広く各診療科の科長や指導層で，通常の各種の会議や委員会と異なり，各人の感想に述べられた達成感や満足度は非常に高かった（表 4）。進行は KJ 法を駆使してのワークショップ形式で，コンサルタントの福井先生から軌道修正を頂きつつ，短時間に 5 つのセッションで意見を集約しプロダクトを出すことができた。このような学部内の試みは，おそらく今回が初めてであった。プロダクトの内容は，グループによって不十分で偏っている面があるが，発表会で討論しつつ 3 つのグループを付き合わせると，重要な問題点がかなり網羅されていて，学ぶことの多い WS であった。

B 信大病院を中心とした医師卒後教育 WS の今後の課題

2004年に予定される臨床研修必修化の中で，高度先進医療を担う大学附属病院が，プライマリケアを中心にした初期臨床研修の実施病院として相応しいかどうか検討の余地がある。各科ごとに人事から研修までを包括する医局制度を基盤にしたストレート研修の伝統の中にある附属病院で，基本的臨床能力を幅広く短期間に習得させることを目指したローテート研修を立ち上げることは想像を越える困難な試みとなるであろう。医師卒後臨床研修に関する医学会内での議論をみても各学会単位での卒前・卒後教育の議論^{9)~9)}が先行している一方で，病院からの卒後臨床研修のありかたが提案^{9)~12)}されており両者の接点は決して明確ではない。セッション 5 ではそのことが要約された感があり，冒頭に述べた 5 年計画に基づく毎年のワークショップとともに，今後の信州大学病院での試みに貴重な指針を与えるものと期待される。

表4 参加者に対するWS終了後のアンケート

A. アンケート内容と結果

役職は：教授 (4), 助教授 (10), 講師 (4), 助手 (3), その他 (2)

年齢は：20歳台 (2), 30歳台 (2), 40歳台 (10), 50歳台 (7), 60歳台 (2)

1. 内容の価値について

(価値なし (0), 価値少ない (0), いくらか価値あり (3), かなり価値あり (11), 極めて価値あり (9))

2. 内容に関する時間量はいかがでしたか

(多すぎ (0), やや多い (6), ほぼ適当 (9), やや少ない (6), 少なすぎ (1))

3. このようなWSの問題解決に関する効果をどう思いますか

(効果なし (0), 効果少ない (1), ある程度効果的 (7), かなり効果的 (10), 極めて効果的 (5))

4. このWSは、卒後教育に対するあなたの興味に対して適切でしたか

(まったく不適切 (0), やや適切 (0), ある程度適切 (4), かなり適切 (11), 極めて適切 (7))

5. 今回のWS全体に関してとても良かった点は何でしょうか (以下自由記載)

一人で考えていただけとは異なり、多様な角度から多彩な考えを知り学ぶ機会となった。

日頃考えていない点を集中的に整理できた。

Key lecture が良かった。

楽しかった。

ローテイト全体の問題が見えてきた。

他科との discussion が有用。

教授、助教授が多数加わったこと。勉強会としての目的は達した。

問題点がわかった。

福井, 山口, Eberle 各教授の話, advice が適切。

Needs は救急処置, 緊急疾患の振り分け力量, Common disease を診れる。

上記 Needs に対し, 倫理はどこで学べるか, Common disease の症例はあるか, 振り分けするほどの色々な症例が大学で集まるか, 患者, 家族の QOL を学べるか。

各参加者が極めて能動的で良かった。

医学部の先生方の積極的な姿勢に感銘しました。

医師養成の問題を教育学 (自分の専門) との関連で考えられたこと。

役職, 年齢に関係無く率直な意見交換ができたこと。

Lectures of the Drs.

多彩な参加者とのディスカッションによって, ひとつの問題を多角的に見直すことができた。

1 グループに所属して2日間WSに関わったことで参加者の親密さが増す。

小グループで討論がフランクにできた。

卒後教育について一致して考えてゆこうという気運が盛り上がったこと。

外部の講師を招いたこと。身内だけだと消極的になってしまう。

講演があったこと。

信大外での研修をした人が参加したこと。異質なもの。

討論を通じて問題点が浮きぼりになった。

個人の意見—Discussion (in group) Presentation-Discussion (全体) にて各人の理解が深まり, さらにその事項に関連した講演が間にはさまることで, 問題に対する解決点がある程度見えてきた。

参加している意識が深まる。

個人—全体—個人で考えることで, 問題意識が明確化された。

今後も重要なシステム改革についてこのようなWSで検討すべき。

発想法が新鮮。

WSの方法, 進め方を学習したこと。

問題点が整理された。

6. 今回のWS全体に関して芳ばしくなかった点は何でしょうか

グループによって構成人数に大きな差ができた。

Key Lecture に影響された (カリキュラムの作り方が欠けていた)。

A, Bグループは別々の場所に。

科長の出席が少なかった。

すべての参加者が全体のプログラムに参加できなかった。

業務として最優先にするように学部長命を (外来よりも)。

参加者層に偏りがある。卒後研修と言うテーマに関しては特に各層それぞれの意見の集約が求められると思う。

学生の参加がなかった。

疲れました。

問題の設定がもう少し緻密でも良かったでしょうか。

スケジュールがタイトで疲れました (しかし, 心地よい疲れでした)。

Skill に大部分が占められる。

外科の教授不在。

このWorkshopが信大の今後の卒後研修にどう生かされるのか。feed backの方法があらかじめ明らかにされていない。

参加者の拘束を十分にできていない。

内容が盛り沢山。もっと時間を。あるいはもっとDiscussionする内容を絞って少なくとも良かった様な気がします。

研修医, 学生等も参加すべき。

WSでの結論が重要視されるのかどうか不明。

現実にとってどれだけ効果があるのかが疑問。

謝 辞

このワークショップ開催に際し、時間と労力を惜しみなく提供して下さった助講会の皆様、総務課山本文彦課長補佐ならびに総務課と学務課の皆様へ感謝し

ます。また、資金面で急なお願いにも関わらず全面的にご支援くださった松医会会長松岡恒美先生と松医会の皆様へ感謝します。

文 献

- 1) 信州大学医学部附属病院：平成8年度 初期臨床研修プログラム，1996
- 2) 前田久雄，竹内 暢：精神科救急と卒後研修 全国医学部精神科におけるアンケート調査から，精神科救急 3：65-70，2000
- 3) 金澤一郎：神経内科の卒後研修 卒後初期研修及び関連領域研修のあり方，臨床神経学 40：1310-1311，2000
- 4) 荒木 勤：わが国における卒後研修指導の現状とその問題点，日産婦会誌 50：N329-N332，1998
- 5) 加藤裕久，藤沢卓爾：卒後研修に必要な小児救急の教育，救急医学 21：262-266，1997
- 6) 国分正一：21世紀における整形外科卒前・卒後教育，整形・災害外科 42：960-961，1999
- 7) 田中 勳：胸部外科の卒前・卒後教育，胸部外科 50：30-39，1997
- 8) 笠岡俊志，定光大海，前川剛志：救急医学の卒後教育—救命治療医学を中心とした卒後教育，救急医学 25：35-38，2001
- 9) 齋藤貴生，瀬川昂生，中西昌美：医師卒後研修，全自病協雑誌 394：422-444，2001
- 10) 加藤博之，吉田聖妙，馬場信夫，川淵久司，伊藤栄近，大串和久，平原健司，瀧 健治，堀 勝治，久次武晴：特定機能病院におけるプライマリ・ケア教育—特に一次から三次救急患者を受け入れる救急部における卒後研修について，医学教育 30：419-423，1999
- 11) 青木 誠：外来診療技術の卒後研修，現代医療 31：2792-2797，1999
- 12) 山本 要：米軍病院研修体験から考えた医師卒後研修制度，医学教育 30：43-46，1999

(H 14. 2. 5 受稿；H 14. 3. 7 受理)