

研修医教育における指導医の役割

野村 英樹

Key words：指導医の役割，メンタリング，モデリング

〔日内会誌 97:1135～1139, 2008〕

はじめに

医師の卒後臨床研修が努力義務に過ぎなかった従来 of 医師養成の過程では、臨床現場の医師の大多数は、「教育」が自分の仕事の一部であるという認識は持っていなかったように思う。一方、大学医学部の「教官・教員」という、本来教育を本分とする立場にある者ですら、教育について学ぶ機会はほとんどなかったと言ってよい。また臨床・研究・教育が大学の3本柱とされているものの、実際には研究で成果を挙げることがほぼ唯一の評価対象である中で、「教官・教員」の教育に対するモチベーションも高いとは言えなかった。医学生に対する臨床医学教育では一方通行型の講義と見学型実習が中心であり、卒後の新人医師は教授回診と臨床カンファレンスでの検査結果に関する質問攻めに耐えながら、質問する側のサブスペシャリストになる日を夢見ていた。

この状況は、平成16年の新しい医師臨床研修制度で一変する。大学病院外の臨床研修指定病院で研修する研修医が増加し、流動化によって「研修医市場」は売り手市場となった。大学病院も含め、研修医から「選ばれる」研修を提供することが至上命題となっている。どうすれば研修医から選んでもらえるのか、頭を悩ませてい

ない病院の研修責任者はいないと言っても過言ではない。もちろん、研修医から「選ばれる」ためには、「良い研修を提供する」ことに尽きるのだが、「良い研修の提供」には、「良い指導医」が必須であることは言を待たない。では、良い指導医が果たすべき役割とは何だろうか。

1. 教える（ガイドする）

当然のことながら、指導医には研修医が修得すべき能力を「教える」役割がある。しかしながら、単に知識や技術を「教える」だけなら、医学部教育で大半は行うことができるはずである。実際、医学部教育では技術的な面は未だ不足している面はあるが、医学的な知識面の教育は過剰とも思えるほど細かいことまで教えており、また医師国家試験で問われる知識の量も膨大である。卒業時の彼らの知識量は、ほとんどの現役医師を凌ぐ（ただし医師の専門領域を除く）と考えてもあながち間違いではなさそうだ。従って、次に研修医として彼らが身につけて行くべきものはもはや知識ではなく、その知識を活かした「実践的な問題解決の能力」である。さらには、医学的に解決することができない問題や、すぐに医学的な解決を追求することが相応しくない問題などへの対処も学ばなければならない。すなわち、単に知識（や技術）という「know-what」を伝授するだけの「教える」ではなく、それらをどう実際に活用するのかという

のむら ひでき：金沢大学附属病院総合診療部・総合診療内科

「know-how」を身につけられるように「教える」ことが必要である。

本シリーズの第1回では、「EBM (evidence-based medicine)」を「魚の釣り方how to fish」に擬えて解説していた¹⁾が、そのEBMですら、医学部で学習した際には「EBMの知識」に留まってしまいがちだ。研修医としてEBMを日々の臨床の中で活用し、自らの実践能力を高めて行っこそ、EBMを学習した意味がある。医学部で「魚の釣り方」を学んだら、研修ではその「魚の釣り方」を用いて「実際に魚を釣ってみる」ことが重要なのである。

実際にどのように指導すべきかについては、本シリーズの「わかりやすい臨床推論」で詳しく触れたいと考えているが、指導医の行動としては「質問する」「引き出す」ことが鍵であることだけ述べておく。なお、ここで一つ直面する問題点は、指導する側が実際に学んだことがない新しい考え方について指導しなければならない場合であろう。これについては、「指導医の役割：観せる (モデリングする)」で触れたい。

2. お膳立てする (オーガナイズする)

厚生労働省が打ち出した「臨床研修の到達目標」(表)、特に「経験目標」をみると、初期研修の2年間には、commonな症候や疾患、臨床的に頻用される検査を幅広く経験することが求められていることがわかる。もちろん、単に「経験する」ことだけを求めることには問題があり、その経験を通じて何を学ぶかが重要だが、経験しなければ始まらないことも確かだろう。しかし、実際の臨床では、経験したい時にいつでも、鴨がネギを背負って来るように、ふさわしい患者が現れる訳ではない。いわゆる「総合診療方式」研修として、内科分野、外科分野、救急分野、小児科分野、産婦人科分野、および精神科分野が初期研修で基本分野ないし必修分野とされている理由はまさにそこにある訳だが、それ

表. 臨床研修の到達目標 (参考文献2)

I	行動目標
	医療人として必要な基本姿勢・態度
	(1) 患者-医師関係
	(2) チーム医療
	(3) 問題対応能力
	(4) 安全管理
	(5) 症例呈示
	(6) 医療の社会性
II	経験目標
A	経験すべき診察法・検査・手技
	(1) 医療面接
	(2) 基本的な身体診察法
	(3) 基本的な臨床検査
	(4) 基本的手技
	(5) 基本的治療法
	(6) 医療記録
	(7) 診療計画
B	経験すべき症状・病態・疾患
1	頻度の高い症状 (35項目中20が必修項目)
2	緊急を要する症状・病態 (17項目中11が必修項目)
3	経験が求められる疾患・病態 (88項目中70%以上経験することが望ましい)
C	特定の医療現場の経験
	(1) 救急医療
	(2) 予防医療
	(3) 地域保健・医療
	(4) 周産・小児・成育医療
	(5) 精神保健・医療
	(6) 緩和・終末期医療

ぞれの分野で実際に研修医の指導にあたる指導医は、その分野で責任を持って経験してもらうべき症候、疾患、検査が何かを把握し、関連する診療科や医療職の協力を得て、それらの経験を計画的に研修医に提供し、その経験を通じて、将来出会うであろう別の患者への診療に活かせるような「問題解決能力」を修得してもらわなければならない。すなわち、指導医には、求められる経験を「お膳立て」する役割が求められているのである。また、プログラム責任者は、各分野で責任を持って経験してもらう項目を割り振り、それを関係者に周知徹底する義務を負っている。

言い換えれば、「総合診療方式」は単なる「スーパーローテート」ではない。ましてや、「内科」だからとサブスペシャリティの内科を数週ずつ回り、病棟で既に診断のついている（あるいは少なくともどの系統の疾患かのめどがついている）少数の患者を担当するだけでは、極めて偏った研修になってしまう。幅広くcommonな症候・疾患を経験するためには、サブスペシャリティの専門病棟よりも総合病棟、入院診療よりも初診総合外来や総合救急（ER）での診療研修を中心に据えることが有効だ。厚生労働省研究班による調査³⁾で、小規模（300床未満）の研修病院で研修医の満足度がより高いことが明らかとなっているが、ここにその理由の一つがあるものと思われる。指導にあたる指導医も、サブスペシャリストとしてではなく、ジェネラリストとして指導する必要がある。総合内科専門医⁴⁾の資格は、その能力の証であると私は理解している。

さて、実は、このようなお膳立てが必要なのは、「経験目標」だけではない。厚生労働省の定める「行動目標」もまた、しっかりとお膳立てをして修得してもらう必要がある。いやむしろ、こちらの方がより難しいかも知れない。研修プログラム全体としての「お膳立て」も当然必要だが、単に講義で済ませるようでは、活きた能力とはならないだろう。実際の臨床の中での経験を題材に、意識的にその際の自分の対応を振り返る時間を持てるような工夫が必要である。このように「振り返り」を持ちながら学習することは「reflection-on-action（行為についての省察）」と呼ばれる⁵⁾が、この「reflection-on-action（行為についての省察）」を行うカンファレンスが「significant event analysis」や「mortality & morbidity conference」である。指導医は、「行動目標」の内容を熟知し、適切なフィードバックを行うことが期待されている。このようなトレーニングを繰り返し積んで行くことで、研修医は次第に「reflection-in-action（行為しながらの省察）」が行えるようになって行く。

3. 支える（メンタリングする）

医師という職業は、極めて重い責任を一生背負い続けなければならない仕事である上、医療は常に不確実なものである。医師としての第一歩を踏み出したばかりの研修医は、その重責や不確実性に耐え抜く強さや、自分の利益や興味よりも患者の利益を優先する利他的な態度を今後身につけて行かなければならない。そのような重圧に研修医が押しつぶされてしまわないよう、指導医が彼らの人間的な成長を支え、今は辛くとも、将来は必ず一人前の医師になれるという自己効力感を持てるよう支えて行かなければならない。そのために指導医が取る行動は、「メンタリング」である。

「メンタリング」で基本となるのは、指導医が研修医個人の存在を「無条件に関心を持ってみている（ことが伝わる）」こと、そして研修医が行った正しい行動を「承認acknowledgeしている（ことが伝わる）」ことである。「関心を持ってみている（ことを伝える）」ための行動には、「眼を合わせる」「声をかける」「傾聴する」「尋ねる」などがあり、「承認している（ことを伝える）」ための行動には、「うなづく」「褒める」「できているねと伝える」「尊重する」などがある。時には悩みを聴いたり、人間関係の構築や修復に力を貸すなども必要となることもあるかも知れないが、基本は前述のような指導医と研修医の間の温かい人間関係である。

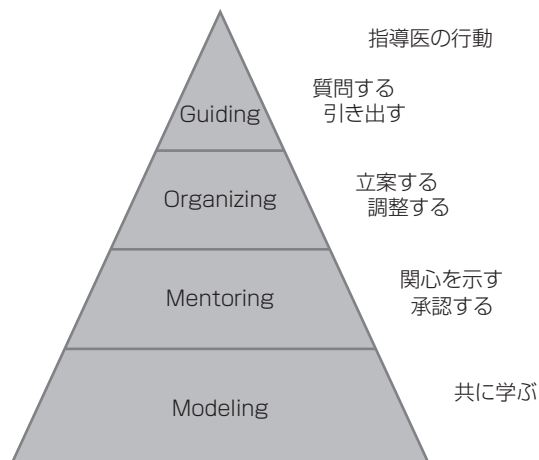
また、将来のキャリアについても、必要ならば相談に乗ってやりたい。ただし、当然のことながら、指導医は研修医の成長を最大の関心事とすべきである。将来自分と同じ専門分野を選択させようとか、自分の出身医局に勧誘しようなど、自らの利益を目的に、指導医という強い立場を利用して研修医に接するべきではない。ましてや、将来自分と同じ医局を選ぶことを条件に態度を変えるなどもっての他である（「無条

件の関心」が必要)。これは、医師という強い立場を利用して患者に接し、自らの利益を得ることが、医師道に反することと同じである。後述のように、指導医にはロールモデルとしての役割があり、患者の利益を第一に関心事とすることを教えるべき指導医が、自分の利益を研修医の利益に優先させてしまえば、教えていること自体が無に帰すことを覚悟しなければならないだろう。

4. 観せる（モデリングする）

「研修医は、教えられたことではなく、そこで行われていることを学ぶ」と言われる。いかに立派な理念、立派な研修プログラムを持ち、指導医が立派に「教える（ガイドする）」役割を果たしていても、指導医や病院の上層部、あるいは指導には直接関わらない医師などが、教えていることと矛盾した行為を行い、それが放置されていたとすれば、研修医にとっては、教えられたことは実現不可能で無意味であり、教えられたことと矛盾した行為は医療界で許されているというメッセージとなる。特に、現在の医師臨床研修制度の基本理念として強調されている「医師としての人格の涵養」のような、情意面（態度・習慣）の教育では、医師らによる矛盾した行為を観せることの破壊力は大きい。これは、欧米では「裏のカリキュラムhidden curriculum」と呼ばれることが多いが、誰もが感覚的あるいは経験的に知っていることだろう。だからこそ、指導医は研修医にとって「ロールモデル」である必要がある。

では、「医師としての人格」を含め、医療機関内の医師がみな理想的な医師なのかと言えば、それは逆に不可能に近いし、指導医として聖人君子ではないだろう。しばしば、「私は教えることはできるが、ロールモデルにはなれない」という指導医がおられるが、まじめな指導医ほどそのように考えるのは当然なのかも知れない。



図．指導医の役割

しかし実は、指導医は誰もが必ず「ロールモデル」である。「良いロールモデル」でなければ「悪いロールモデル」であり、いずれにしても「ロールモデル」としての役割からは逃れることはできない。指導医が「良いロールモデル」であることから逃げようとするれば、研修医も逃げることを学ぶだろう。では、指導医は聖人君子になるしかないのだろうか。

これが、子に対する親、あるいは小・中学校の教師として社会常識や普遍的な道徳的態度を教える立場ならば、確かに彼らは常識的で道徳的な親であり教師であるべきだろう。しかし、医師に求められているのはそれ以上のものであり、一生かけても到達し切れない高みとも言える。指導医は、その「高みに到達した姿を観せるのではなく、その高みに向かって努力している姿を観せる」ことが大切なのではないだろうか。むしろ、指導医に足りない部分があることで、自分の足りない部分を素直に認め、少しずつでも改善しようとする態度の重要性を研修医に教えることができるのである。「お膳立てする（オーガナイズする）」の項で解説した「reflection-on-action（行為についての省察）」を行う「significant event analysis」や「mortality & morbidity conference (M&M conference)」は、そのための

格好の舞台となるだろう。

また、「教える(ガイドする)」の項でも述べたように、態度面以外でも、日進月歩の医学や医療学の進歩に、指導医と言えども完璧に、常に研修医よりも早く、ついて行くことは難しい。最新の医学情報を吟味して診療に取り入れるために用いることができる手法がEBMなのだが、そのEBMの手法そのものに自信が持てない指導医も少なくないはずだ。ならばそのEBMを、研修医と共に学べば良いのである。あるいは、研修医の方がEBMに精通しているようならば、その研修医からEBMを学べば良い。「教えることは最も良い学習法である」から、研修医にとっても、教える相手がいることは大きなメリットとなるからだ。「教育」とは「共育：共に育つこと」と言われる所以だろう。

謝辞：本稿で解説した「指導医の役割」の4つの項目は、スティーブン・コヴィー氏の著作⁶⁾から着想を得、また著者にとってのロールモデルでありメンターでもある日本赤十字

武蔵野短期大学の畑尾正彦先生をはじめ、指導医養成ワークショップのディレクターおよびタスクフォース仲間の先生方とのディスカッションを経て完成したものである。ここに記して、深甚の謝意を表します。

文 献

- 1) 大生定義：シリーズ：指導医のために 1. シリーズの開始にあたって：本シリーズのねらい。 2. EBM教育のポイント。 日内会誌 97:212-216, 2008.
- 2) 厚生労働省医政局長：臨床研修の到達目標。 医政発第0612004号「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」別添1。平成15年6月12日, 2003.
- 3) 厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室：「臨床研修に関する調査」報告のポイント。平成19年9月6日, 2007.
- 4) 渡辺 毅：内科専門医の育成のために, 内科専門医の役割。 日内会誌 97:205-211, 2008.
- 5) ドナルド・ショーン：専門家の知恵。佐藤 学, 秋田喜代美訳。ゆみる出版, 2001.
- 6) スティーブン・R. コヴィー：7つの習慣：ファミリー。フランクリンコヴィージャパン訳。キングベアー出版, 2005.