にいがた勤務医ニュース
発行所
新潟県医師会
新潟市中央区医学町通2-13
TEL 025(223)6381

昔は研修医だった私達を理解してください

済生会新潟第二病院
研修管理委員長・副院長
多賀　紀一郎

原稿を依頼され、いつもギリギリなのが今回は早めに仕上げ、当院の医師会広報委員のF田先生に報告しました。その余裕が悪かったのか「こんな業務連絡みたいな誰でも書けるような原稿は期待していません」と言われ、書き直す羽目に。そこで泣く泣く考えたのが昔話。「俺たちの若い頃はなあ……」は研修医に対して禁句とされていますが、不評も覚悟で思いっきり愚痴ってみようと思いました。

前の原稿は『私は研修管理委員長の仕事として次の3つを考えています。1研修環境の整備、2研修状況の把握、3研修評価』と書き出しました。

まず1について、現在の研修医の給料は我々とは雲泥の差です（入局当初の私の4倍位）。医者になって1年目の年末調整で生活保護レベルギリギリと言っていた当院心血管外科M診療部長の話など信じてもらえないことでしょう。また当院では研修医の当直翌日の就労免除を始めました。これは研修医の健康状態保証や疲労による医療事故発生予防のため当然の対応です。しかし私が研修医の頃は当直の一晩中緊急手術麻酔を担当。続けて翌朝から通常業務に入り、担当手術が長くなって日付変更の直前にやっと解放。外の店はほとんど閉まり、夕食はいつもの居酒屋。体力があったあの頃はつい飲み過ぎ、翌朝は滑り込み出勤。そのような当直が月7回とか、臨床科ではザラだったように記憶しています。当時とは比べようもないくらい今の研修医君達は環境が改善されていますよ。

研修状況の把握と評価に関しては・・・先輩達は我々のことを評価・把握してくれていたのかなあ？各科によって何年目にはこの手技ができて、何年目にはこんな学会発表をして、6年目頃には専門医試験を受けて、などといった大まかな目安は先輩達の動向を観察して「ハハーン、そんなもんか」とおぼろげに認識し、だいたいそれに沿った行動をしていました。聞けば教えてくれるけど、今のように懇切丁寧な指導は望むべくもなく、今は死語となった「技術は盗め」という言葉が飛び交っていた時代です。先輩からの評価は依頼される仕事内容でされていたのかなと思っています。手術で言えば「こいつはこれくらいできそうだから次この手術を執刀させてみるか」とか、緊急手術に連れて行って厳しい術野での助手対応を見られていたのかもしれません。特にシビアだったのは看護師さんに寄り（失礼）をある程度許容してくれると嬉しいです。

どんな場所でも世代間のギャップはあります。その背景を理解して、これからも一緒に楽しく臨床研修をやっていきましょう。山口百恵さんの「・・・真っ赤なポルシェ・・・」なんて知らないよね。

研修医の指導について

日本の医療の未来を担う研修医と指導医の先生へ

新潟大学地域医療教育センター長
魚沼基幹病院　副院長
高田　俊範

先日、朱鷺メッセで開催された日本内科学会第142回信越地方会に出席し、研修医の発表する優れた演題を集めたプレナリーセッションを聴講してきました。内科各分野に渡りわかりやすく発表され、質問に対して堂々と受け答えしているのに感銘を受けました。また、こうした発表の指導をされた指導医の先生・研修病院には心から敬意を表したく思います。

こうした優れた研修病院に少しでも追いつけるよう、魚沼基幹病院は平成27年6月に開院いたしました。新潟大学医歯学総合病院の一部門である魚沼地域医療教育センターが併設されていることから、当院は開院より協力型研修病院として研修医受け入れの許可をいただき、大学病院や十日町病院などから初期研修医を受け入れてきました。その実績が認められ、平成30年4月から基幹型病院として2名の初期研修医を受け入れています。当院の使命のひとつとして、『従来医師不足であった魚沼地区において高度医療、救急医療を提供する』という点が掲げられています。一般病院でありながら大学病院に引けの取らない高度医療を研修できる、という利点を十分に生かして研修医を指導したいと考えています。

ここで、興味深い論文を3つご紹介します。1、日本の平均寿命は世界最長ですが、健康寿命も世界最長です(1)。つまり、日本では寝たきりが多いから寿命が長いのではなく、元気なお年寄りが多いのです。2、米国で胸部高分解能CTをとると約1,400ドル（15万円、患者負担額は加入保険次第）かかりますが、日本では約1万5千円（3割負担なら患者負担額は約4千円）です(2)。米国では医療が商業活動であるのに対して、日本では国が医療を管理しているためこうした価格差が生じます。3、先進国とそれに次ぐ32カ国の患者に受けている医療に格差を感じるかどうかたずねたところ、日本がダントツ一位で格差が少なく、米国は下から3番目（格差を感じる）でした(3)。日本では生活保護の方でもオプジーボ（1バイアル30万円）の治療を受けられますが、米国ではお金がないとCT検査すらできません。以上のことから、日本は今や世界で最も良質な医療を最も安価に提供している国と言えるでしょう。

これまで私達は、もっぱら欧米から医療を学んで成長してきました。しかし、その恩返しをする時が来たようです。日本で行っていること、わかったことを世界に伝えられる医師を育てることこそ、私達指導医に課せられた使命なのです。

文献
(1) *Lancet* 2012; 380: 2144-2162.
(2) *Ann Am Thorac Soc* 2017; 14: 17-25.
(3) *Health Aff (Millwood)* 2017; 36: 1032-1040.

がんセンターでの臨床研修

新潟県立がんセンター
新潟病院　内科臨床部長
田中　洋史

当院は、30年以上前からスーパーローテート式の初期臨床研修を実施していますが、残念ながら、最近は基幹型としての初期研修医をお迎えできていません。救急やプライマリケアの研修が十分にできないのでは？などの意見に対応してプログラムの見直しを行い、実習にこられる新潟大学医学部の学生さんに対して、あるいは県のコンソーシアムのイベント、レジナビなどの場でアピールをしていますが、なかなか苦戦しています。

そんな中、新潟大学病院の初期研修医の先生に、たすきがけとして、当院で一定期間研修していただいています。みなさんとても真面目で優秀な先生ばかりです。そのような研修医の先生の熱意に応えるために、指導医としては、いわゆる『臨床教育のための6つの技術』の実践が何よりも重要と考えています。

1　研修医の考えを聴く：先生はどう考えるの？
2　研修医から根拠を聴く：なぜそう考えたのかな？
3　一般論を示す：ここで大事なことは……
4　できたことを褒める：特に、……は良かったね
5　間違いをただす：今度は……しようね
6　さらなる学習を勧める：もっと勉強するとしたら……

日々の臨床に追われる中で、まさに『言うは易く行うは難し』ですが、学生実習の指導や日々の多職種間のコミュニケーションにも活かせる事項として、小片をネームプレートの後ろにしのばせ、おりにふれて読み返しています。

二人に一人ががんになる時代、どの診療科においても、がんは避けては通れない疾患です。合併症や社会的な背景にも配慮した全人的な対応をすべく、チーム医療に取り組んでいます。がんセンターなのだから、初期研修ではなく専門研修に特化すべきではないのかという声も聞きますが、そのようなチーム医療から学ぶべきことは多く、がんを切り口としての初期研修は可能と考えています。特に、将来的に何らかの『がん診療にかかわりたい』という思いのある方にとっては、当院で研修いただくことの意義は大きいと考えています。

現在当院は、病棟再編、緩和ケア病棟開設準備を進めるなど、変貌・進化しています。研修医をはじめとする若手の先生においでいただくことは、病院自体の活性化と動脈硬化予防のためにとても大切です。今秋には新潟県立病院コンソーシアムとして、新潟県立新発田病院を基幹病院として研修を開始された先生を初めてお迎えします。病院見学にこられる学生さんも少しずつ増えてきました。充実した研修ができるような環境や体制の整備をさらに進め、選ばれる病院になれるように今後も努力していきますので、どうかよろしくお願いいたします。

研修医指導について思うこと

県立新発田病院　呼吸器科
牧野　真人

新潟県立新発田病院では現在1、2年合わせて16名の研修医が勤務しています。

現在の新臨床研修医制度（スーパーローテート）が始まったのは平成16年からでした。将来の進路に関わらず、内科、外科、小児科、産婦人科などすべての科を経験し、研修終了時に進む専門科を決めることになります。私が卒業した平成5年当時の制度では、医学部卒業時に専門科を決めて研修をする旧制度でした。私自身は新潟市民病院での2年間の内科研修で、内科分野全てを研修したうえで、最終的に専門科を決めて新潟大学の医局に入りました。

同じ研修医ですが、自分の頃の「研修医」と今の「研修医」とでは制度や身分や報酬など様々な面で違っています。そのためなのか、ジェネレーションギャップなのか、自分が「研修医」であった頃との差に戸惑いを感じました。それは、個人差はありますがモチベーションを含めて、主治医としての意識が低い、主体性に欠ける感じ、どこか臨床実習の延長のような……。そして私の中にも日々の臨床が自分の仕事で、研修医の指導は二の次……のような気持ちがあったような気がします。

こうした時代の変化や戸惑いの中で、次第に研修医指導に対してより責任ある立場になってきて、研修医との関わり方について考える機会が多くなりました。

いまは科としてスタッフと手分けをして、画像の見方、輸液の基本、当科で診る疾患についての講義をすることや、研修の最後に、研修医自身が受け持った症例をスライドで発表してもらうなどのdutyを作っているほか、診療については主治医として患者さんに関わることを実感してもらうように、こちらから指示を与えすぎず、研修医自身からの提案を待つ姿勢でいるよう心掛けています。色々なことに興味や疑問を持ち、調べ、アセスメントし、検査、治療方針を立ててもらい、思考の道筋についてなるべく議論する時間を作るよう心がけています。

その疾患の知識はまだ不十分だとしても、自分の担当する患者さんのことは誰よりも自分がわかっている、というくらいの気持ちでいてもらいたいと思います。そしていろいろな訴えや症状にどう対応するか考える、一つ一つの経験がとても大切だと思うからです。

このような理想を思い描きますが、なかなか日々の臨床を両立する大変さも実感しています。科全体として協力して研修医に関わって少しずつ形が出来てくればと考えています。

以前に比べて環境は改善され、手厚く学びやすい環境になっているにも関わらず、研修医が主治医として積極的に主体的になりにくい環境があるかもしれません。一方で2年の研修の終わるころには、ものすごく成長していることを実感することもしばしばです。

これからも、研修医のみなさんが、能力を最大限に発揮し、医師として人間として成長できるようサポートしてまいりたいと考えています。

「楽園？」「地獄？」当院外科研修の現状

厚生連長岡中央綜合病院 外科部長　北見智恵

「やってみせ、言って聞かせて、させてみせ、ほめてやらねば、人は動かじ―」は有名な山本五十六の言葉だが、他にもこんな言葉がある。「実年者は、今どきの若い者、などということを絶対に言うな。なぜなら、われわれ実年者が若かった時に同じことを言われたはずだ。今どきの若者は全くしょうがない、年長者に対して礼儀を知らぬ、道で会っても挨拶もしない、いったい日本はどうなるのだ、などと言われたものだ。その若者が、こうして年を取ったまでだ。だから、実年者は若者が何をしたか、などと言うな。何ができるか、とその可能性を発見してやってくれ。」さて、自分はどうか。いつも「最近の若い者は……」と口にしてしまう。「いまどきの若者は年長者に対して馴れ馴れしい、挨拶をしない、ゆとりだからね……」。

外科研修医の1日：朝8時から検討会、8時40分から透視室での造影検査、9時15分から病棟回診、病棟回診では研修医が手術前患者さんの静脈確保を行う。その後手術。腹腔鏡手術ではカメラ、または鉗子もちで参加する。開腹手術では第2助手で鉤をおさえる。手術終了後夕方病棟回診をして業務が終了する。

その参加度合いは研修医のモチベーションの高さによる。手術に積極的に参加する。緊急手術のときには夜中でも飛んでくる。病棟看護師にファーストコールを依頼し、まずは自分で患者さんを診察し、考え、上級医にその指示が正しいかを連絡する。そんな研修医が稀にいる。一方、勤務時間内にもかかわらず手術室にも現れない、夕方から始まった緊急手術も「じゃ、帰ります」と上級医が手術しているのにもかかわらず帰る、もちろん時間外の緊急手術は行われたことすら気づいていない、病棟からのコールは一切ない。夕方5時以降は夕回診ですら参加しない。そんな研修医を手取り足取り指導するのが素晴らしい指導医なのは重々承知である。しかし、興味がない人に無理強いしてもな、という気持ちがある。結局前者にはその熱意と技術に合わせて手術をさせてあげたり、より進んだ知識を教えてあげたりすることになる。したがって興味がある研修医にはより研修が楽しく、興味がない研修医にとっては地獄のような研修になっているのが事実かもしれない。ただ外科に興味があるのだろうと思うくらい一生懸命外科研修をしていた研修医が実は他科希望で「外科研修はつらかった」と漏らしていたと聞いて驚くことがある。そのような研修医はどの科にいってもみな立派な医師になっている。今の研修医制度は各自の姿勢によって大きく差が出ると思う。

結局は私たちが楽しく仕事をし、見ていて憧れるような手術をする、そしてその姿を見て、研修医に自分もこういう外科医になりたいと思ってもらうことを期待するしかないのが現状である。こんな指導でも研修医制度が始まってから18名が外科医になってくれた。やはり若い人と仕事をするのは楽しい。

当院でのメンタリングプログラム

厚生連上越総合病院 内科部長　亀田茂美

初期臨床研修の指導医の役割として、教える（ガイド）、見せる（モデリング）などがありますが、これらは、各診療科で行っていただいており、支える（メンタリング）という役割、当院のメンタリングプログラムについて紹介いたします。

メンタリングとは、経験を持つ年長者（メンター）が後輩（メンティー）に個人やプロフェッショナルとしての成長・成功のためのガイドをする期限付きの関係のことです。メンタリング制度は、プログラム責任者養成講習会やNPO法人卒後臨床研修評価機構（JCEP）でも推奨されています。

医師としての第一歩を踏みだす研修医は、学習者として、医師として、チーム医療の一員として、さまざまなストレスを抱えます。また、現在の初期研修2年間は、スーパーローテーション研修であり、診療科毎の研修期間が短いこともあり、自然発生的なメンターを見つけることが難しくなっています。そして、研修医の0.8％が未修了、1.2％が中断を経験しており、メンタルヘルスも原因の一つと言われています。このような状況のなか、2年間の初期研修を順調に終了すべく、メンタリングを受けられる制度を整えておく必要性があります。

「医局の先輩・後輩」、「オーベン・ウンテン」と似ていますが、その関係はメンティーを育てるという感じであり、「メンター・メンティーの関係」はメンティーの素質を引き出すという感じといわれます。また、メンタリングはメンター・メンティー双方のキャリア形成を目的として、意図的にオフィシャルな形で、システムとして行われるという点が異なります。指導医にとっても、研修医への支援を通し、臨床医としてだけでなく、教育者、後輩のロールモデルとしての新たな自己を発見し、プロフエッショナルとしてさらなる成長を遂げるといったメリットが考えられます。

当院では、公式なシステムのなか、メンター・メンティーのマッチングを行います。基本的には1対1のルールに基づく期限付きの関係です。その後、全員で親交を深めるためのゲームを行い、信頼関係を築く第一歩としています。そして、メンタリングパートナーシップ覚書を記入し、面談内容などを口外しないことなど約束事を確認して頂きます。第一回目の面談を行うところまで準備し、以後は、1年間、メンターにはメンティーの相談役をしていただきます。3か月に1回くらいの面談を目安に、プログラム責任者にメンタリングドキュメントを提出してもらいます。これまでは、基幹型研修医だけに行っておりましたが、協力型研修医からも要望がありすべての研修医がメンタリング制度を利用できるようにしました。多数の指導医の協力が得られ、研修医から診療科や進路に関係なく相談しやすい体制として歓迎されていると思います。当院でメンタリング制度を導入して4年になりますが、今後、より良い制度にしていけるよう努めていきたいと思います。

神経内科学の魅力を如何にして伝えるか

新潟市民病院 脳神経内科・脳卒中科 副院長　五十嵐修一

卒後30年が経過し、今の研修医とは親子ほどの世代の隔たりがあり、医療に対する基本的な考え方、感じ方にある程度の相違はあるように思います。「研修」は「修行」と思って乗り越えてきた我々の世代にとって、昨今の「医師の働き方改革」に関しては、研修医への指導時間の減少、医療の質の低下などを懸念している指導医の先生方もおられるかと思われます。一方で、ゆとり教育で育った若い研修医世代は、「医師の働き方」については指導医の世代とは別の視点、感覚でとらえているように感じますが、そうした中、私としては「神経内科学の魅力を如何にして伝えるか」を念頭に置き研修医の指導を行っています。

当院では初期研修医は、一学年12名の採用があり、脳神経内科は4週間の研修期間が割り当てられています。担当医として期間中に10症例程度は受け持ってもらえますが、この短期間で神経内科学のすべてを習得してもらうことには、無理がありますので、如何にして神経内科学の魅力をつたえるかにエネルギーを費やしています。神経内科学を志す若い医師が増えてくれることを願いつつ、勧誘の意味も含め研修医慰労会なども時々催してましたが、2～3年前に日本神経学会が神経内科医をリクルートするためのDVDを作成しましたので、これを活用しています。DVDのタイトルは「いきる、神経内科医として」、副題は「15分のキャリアパス体験　ハンマー1本で生きていける、そんな強いキャリアを」です。「わが国では神経内科医が絶対的に不足している」とのナレーションから始まり、学会代表理事の「神経内科自体は20年30年で大分変りました。まず言いたいのは治る病気が多くなった」と続き、さらに各分野の先生方から「神経内科は間口の広い診療科、神経に関係したものはすべて診る」「神経難病と言われるALS、脊髄小脳変性症……患者さんと寄り添うように付き合いながら治療していく」等、15分というコンパクトな時間に神経内科医の思いが収められ、ローテートした前期研修医にこのDVDをみせています。学会をあげて研修医に神経内科学の魅力を伝えようとする姿勢は理解してもらえているようです。

MRI、核医学検査などの神経放射線学の発達、遺伝子検査、各種抗体検査が可能となり、より早く正確な診断が可能となり、患者さんへの恩恵は多大なものとなりましたが、研修医には、十分な問診、神経学的所見をとる時間が削られてきていているように思います。そうしたなかでも神経症候を整理し、解剖学的病変部位を推定し、診断、鑑別診断に進むことができるオーソドックスな臨床神経学の魅力を伝え、なるべく多くの研修医に神経内科学に興味を持ってもらおうと努力しています。

若手医師の立場から行った研修医の指導

新潟大学医歯学総合病院 消化器内科　熊谷優

新潟大学医歯学総合病院、消化器内科卒後4年目の熊谷優と申します。私は卒後3年間市中の病院に勤務し、今年度より病棟医として新潟大学で働かせて頂いております。それに併せて、4月から7月まで消化器内科を回ってくれた研修医1年目のK先生に、オーベンという形で指導に携わる機会がありましたので、その経験や若手医師の立場から指導を行うことについて感じたことなどを、書かせて頂きたいと思います。

まず初めての研修医指導を終えての月並みな感想ですが、思った以上に研修医側の自主性に依存する姿勢が多かったり、いわゆる雑用かつ為にならないような仕事を押しつけていたりと、自分が研修医時代の時に感じた初期研修というシステムの雑な部分を自分も繰り返しており、働きながら教えることの難しさを痛感しました。特に消化器内科は手技が多い科でもあり、内視鏡などを教えるに当たっても、指導に割ける時間配分やトラブルが起きた際のカバーが可能かどうか、それらにとらわれて指導に割ける余裕が無くなり徐々に体験型から見学型の指導ばかりになっていることがあり、技術や経験・責任といった部分で、4年目の医師としては指導を行う立場として不十分な場面を多く感じさせられました。

ただ、そのような中でも指導を行う上で若手医師の方が有利であったと感じた部分もありました。私自身指導の上でいくつか心がけていた点があり、そのうちの一つが「少しでも今後のためになる研修を」でした。曖昧ですが、どうすれば有意義な研修になるのかを考えた際に、QOLのバランスなども非常に重要ですがやはり初期研修医に必要な知識と経験を得られるかどうかが大前提と考えております。2年間で複数の科をローテートし、その間に（大抵は）専門科を決めなければならない現在の初期研修制度において、どの科に行っても必要な知識と興味を抱くための多少専門的な知識（手技）を指導する事が最も重要であると思われました。その点において、研修医に近い立場かつ科の専門的な部分の入り口にも立っている4年目の医師というのは、より経験のある上級医よりも知識が限定されている分、目的に合った指導ができる年数であったと実際に指導する上で少なからず感じる事が出来ました。

最後に、指導を行う上で上記以外に重要視した点として「偏った意見を持ち込ませない」にも留意させて頂きました。自分自身の経験からでもありますが、研修医時代の内容は非常に影響力が強いものであったため、その分苦手意識などマイナス要素も後々残ってしまう事もあり、研修医の先生に自分の考えやいわば思想といったものを押しつけるような形をとらないよう注意しました。

以上となりますが、今後若輩ながら研修医の先生に望むこととして、どの科に行っても他科の先生と円滑に働いていける先生になってくれればと思います。

「勤務医にとっての医師会を改めて考える」
新潟県医師会座談会

奮ってご参加いただきますようご案内申し上げます

日　時　平成30年12月1日（土）午後4時～午後5時30分
会　場　新潟県医師会館　3階 大講堂（新潟市中央区医学町通2-13）
問合せ先　新潟県医師会 総務課　TEL 025-223-6381