

4) これからの臨床医学教育について
 ——外科医の立場から——

信楽園病院外科 清水武昭

Clinical Education in Surgery

Takeaki SHIMIZU

Department of Surgery, Shinrakuen Hospital

In usual state in Europe and America, the general surgery was taught and trained as initial surgical education during 2 or 3 years. This general surgery was established as principle surgical research, technique, knowledge and professional occupation. However, the general surgery in Japan was estimated and despised as low grade learning. The main reason of this strangely educational and learning system was depend upon the university hospital research system, peculiarity wishful thinking and social ambition. For recent several decades, the university hospital was officially recognized educational facilities. It was reasonable and correctness that the university hospital staff educated a special research scientist. The general surgery was the fundamental research for speciality. The patients who request the general surgical therapy were many but the university hospital was contrary to there expectation. The city hospital staff treated the patients with disease for general surgery and had the technique, knowledge and research system for general surgery. Therefore, we entrust the education of initial surgery to the city hospital staff.

Key words: clinical education, general surgery, city hospital

臨床医学教育, 一般外科学, 一般病院

I. はじめに

医学部学生教育が、一般教養科目の縮小など、大きく変わり、それともなって臨床医学教育も当然のことながら、変更を余儀なくされるであろう。今までの臨床医学教育には様々な問題点が指摘され続けてきた。よい機会でもあり、各方面より議論を深め、21世紀の日本の臨床医学教育の理念、実際を作り上げる必要があるのではないだろうか。

II. 臨床医学教育内容について

臨床医学教育において行わなければならない最初の知識、技術は、一般外科学、一般内科学とされている。ところが、日本ではこの一般外科学、一般内科学の臨床教育、臨床研究システムをインターン制度が廃止された1968年(昭和43年)に、名実ともに失ってしまった。欧米では、医師になってから2年なり、3年なり、一般外科学、一般内科学を勉強した上で、眼科学なり、皮膚科学なり、消化器外科学なりを勉強し、専門医となったり、一般内

Reprint requests to: Takeaki SHIMIZU,
 Department of Surgery, Shinrakuen Hospital,
 Nishiariakecho 1-27 Niigata city, 950-21,
 JAPAN.

別刷請求先: 〒950-21 新潟市西有明町1-27
 信楽園病院外科 清水武昭

科医、一般外科医として独立していく。現在、新潟大学での内科希望者は2年間、各内科、希望する病院も含めてローテーションしながら研修し、専門内科を決めている。その研修医の中には研修期間を終わり、皮膚科に、眼科に門を叩く人も出ている。しかしながら、教育する側に、一般内科学を教えるといった意識がなかったとしたら、ぐるぐるローテーションすることが、結果として一般内科学教育になっているであろうか。一方外科側はどうか。多くは卒業各科に固定され、糸縛りも、抗生剤の名前も曖昧な時期に、脳腫瘍が、肺癌が、大腸癌が、肝臓癌が、と教育されていると言っても過言ではない現状がある。

III. 一般外科学について

一般外科学とは、との問いに対して、新潟を例にひくと、それは第一外科での学問であると多くの人が答える。一方第一外科の中堅の人達に同じ質問をすると、各科で一般外科学を教えその上に専門の教育をしているのだろう、との答えがかえってくる。つまり一般外科学とは、低次元のものであり、大学ではもはや行われていない、とさえ聞かえる答えがかえってくる。海外での難民キャンプに派遣される医療関係者の話では、日本の外科系医師は、いくつかの科が揃って初めて治療、手術が可能だが、欧米から派遣された外科医はなんでも1人でやってしまう。一般外科学のトレーニングを受けているかいないかの差であろうとよく聞かされる。

ある病院で現実起こった問題であるが、頭部交通外傷患者が救急車で来院した。卒業3年目の脳外科医が診察。頭の中は異常が無い、頭皮の外傷は一般外科医に縫合してもらおうように！。看護婦が、いま外科の方は大勢患者が待っている、先生が縫合してくれと頼むと、「私は脳外科の専門家だ、頭皮のみの縫合は一般外科医の仕事だ。」とされ、患者は第一外科よりの出張医にまわされた。このことは、一般外科学とは、の答えを誰も持っていなかったと言うことを如実に示している。

外科感染症学は以前より軽視され続けてきた。十数年前の消化器外科学会で、外科感染症のSECTIONがあった。ひととおり演題が終わった後で、座長が(有名な外科教授であるが)「このような話は手術がへたくそだから、話題になる問題である。手術のへたくそな連中の学問だ。」と締めくくった。甚だしく外科感染症学は軽視されている。

1994年日本外科学会総会、医学の進歩と外科教育と題するシンポジウムがひらかれたが、一般外科への rota-

tion は必要であると多くの外科医が述べている(胸部外科、脳外科、小児外科)が、その一般外科はどうも新潟大学に当てはめて言うと、第1外科への rotation が必要という意味らしい。ところが、その対象とされた教室では、一般外科への rotation は必要であるが、現状では大学病院では不可能で、関連病院にお願いしている、と述べている(消化器外科)。

最近新しい消毒薬が出現し、手術時の手洗いが著しく容易になった。消毒薬を「塗る」ことから「洗い流す」さらに「擦り込む」消毒法へと変遷してきたのであるが、このことに正確な知識をもっている人は非常に少ない。

鼠経ヘルニアの手術は一般外科に属するものであろう。日本では、その手術の多くは Bassini 法と称して、内腹斜筋と鼠経靭帯を縫合し、壁を作って手術を完成させている。ところがこの方法は教科書にはなく、最近いくつかの論文に、日本では内腹斜筋と鼠経靭帯を縫合する人たちがいると、2行にわたって触れるに過ぎない術式である。どうしてこの様なことになったのか、おそらく日本の外科の先覚的施設が間違っただけで欧米の術式を導入し、その後も何の反省も、検討もなくいままで行われてきたのであろう以外に考えられない。しかもその術後成績は、Bassini 法として発表されるため、ますます事態は混沌としてきている。iliopubic tract 法が叫ばれると、いくつかの施設では内腹斜筋と、iliopubic tract を縫合している。内腹斜筋筋膜はちぎれ易く、筋肉にもかげざるを得ず、多く疼痛を生じ、Bassini 自身が欧米で批判されたのも、この内腹斜筋筋膜にも糸をかけたからである。欧米では腹横筋筋膜と iliopubic tract を縫合したり、メッシュを当てたりする。私が調べた限りでは、日本全国で同じ問題が起こっており、困った問題であると考えている。なぜこうなってしまったかにはいろいろ理由があるが、最も大きな理由は小外科の軽視であろう。外科感染症学も軽視されている。つまり日本の現代外科学では、1) 各科を横断するような学問の軽視、2) 小外科の軽視すなわち一般外科に属する多くのものが検討されずに(一部では熱心に討論、検討されているが)毎日手術が行われているというのが現状であろう。この崩壊しつつある一般外科学を改めて確立するにはどうしたらよいだろうか。以上述べてきた事実は、一般外科の教育システム、学問体系はおろか、概念すら失いつつあるのが、この日本の現状ではあるまいかと断定できそうだ。

日本で、一般外科学は崩壊してしまったことは繰り返して述べてきた。消毒学、侵襲学、感染症学、小外科学、等等多くの学問を大学の外科系講座はどこかへ投げ捨

て、振り返りもしなかった。論文や、学会は多く大学人のものであり、事実その通りになっている。各大学が捨ててしまったものはそこで語られることもなく、一部の病院や有志で細々と研究されてきている。消毒法などは看護学雑誌に繰り返し掲載され、研究論文も載っているが、医学雑誌にはほとんど出現してはこない。初期臨床医学教育とは外科系では、一般外科教育を指していると考えられるが、これらのことを考え、研究し、教育する場が、日本にあるであろうか。

医学がここまで進歩してきた現在、あの基礎と臨床の橋渡し、臨床医学の裁判官と豪語した昭和40年代までの病理も、現在では各専門分野以外は解らなくなっている。各外科系講座では、業績を上げるべく、ある一定範囲内の狭い分野での先鋭化した学問の研究に重点をおいている（大切なことであり、研究こそ大学の再重点項目であろう。）。その先鋭化した専門分野を rotation することが一般外科学の習得なのであるか。一方病院では、癌センターに代表されるように、循環器病センター、老人病センターなど機能別病院が多くなる一方、救急医療や風邪と肺炎の鑑別診断、腹膜炎、食中毒、腸炎、虫垂炎などの鑑別診断を毎日に行わなければならない病院も増加している。大学病院はますます特殊化している。医療の現場を冷静に眺めると、一般外科、一般内科の研修に不向きな大学病院、特殊病院と、一般病院との分化はますます進んでいると言える。一般外科の研修には外科学会総会でも述べられたように、患者層からして、既に日本では一般病院でしか不可能となっている。では一般外科学の創作を、その教育スタッフをどうするのか。

この100年、医学の進歩により外科学は大きな変遷を遂げた。外科より多くの専門分野が分離してしまったのだ。それは歴史の必然であり、当然のことであるが、振り返ってみよう。

主に頭を持って行った一脳外科、目を持って行った一眼科、耳、鼻、咽喉を一耳鼻咽喉科、胸部を持って行った一胸部外科、泌尿器を持って行った一泌尿器科、女性性器を持って行った婦人科、皮膚を持って行った一皮膚科、骨、筋肉を持って行った一整形外科、麻酔—麻酔科、残ったところが外科ということになり、消化器、乳腺、

甲状腺、そしてヘルニア等である。これが一般外科なのか。そうではないであろう。当然のことながら一般外科学も進歩しているのであり、その範囲や、程度を即座に述べられるものではない。一般外科学を修めた人達にその後どのような場が与えられるのか等によっても大きく規定されるからだ。一步一步作り上げるしかないと考えられる。

IV. 一般外科の確立への道

教育論を改めて論じるつもりはないが、その本質は、教育を通じて学ぶという点であろう。つまり、教育には必ず教える側に学問を要求され、学び、また若い人達から素朴な、基本的な質問を受け、新たな学問が展開されて行くものである。この試練を一般病院スタッフに課すことは、一般病院の進歩にもつなげるのではと考えるのは現状では酷であろうか。一般外科対象の患者は大学病院や、特殊専門病院では少なく、一般病院に多い。ますます特殊化するのが今の大学病院の流れであれば、臨床教育としては、異常な偏りを生じ、一般外科とはますます遠ざかる運命にある。大きく制度を変更しないで、今の医療制度を変えないで、一般外科学を確立しながら、研修生を教え、スタッフ養成するといった3つのことが出来る可能性をもった施設は一般病院しかないであろう。

V. 終わりに

外科系臨床研修には一般外科学の確立が必要であるが、一般外科学の対象患者の多い一般病院で、若い研修生を教えながら、スタッフは研修生より学びながら、一般外科学を確立し、教育システムとして作り上げなければならないと考えられた。

司会 ありがとうございます。清水先生には、医学教育に関する教員の立場をかなり具体的かつ明確にお話いただいたと思います。今までお話していただいた方は、大学病院あるいは教育病院の立場から、臨床医学教育を総括的にお話していただきました。次に、実際に臨床にタッチしていない方が臨床医学教育をどのように見ているか、新潟市民病院の岡崎先生からお願い致します。