

者のみが各領域の専門医の研修に入るように考えてほしい。現在の内科専門医は、内科全般に秀でた専門医として、各領域の専門医（例えば腎臓内科専門医）と同等に扱うことが望ましい。さらに大切なことはスタッフの再教育である。ともすれば研究偏重の傾向にあるスタッフが、折にふれて教育について研修する機会が必要であり、teacher training center の設置が望まれる。

最後に、現在の大学病院内科（医学部内科学教室）の問題点と進むべき方向について考えてみたい。第一に、内科はやはり機能的に分化され、chairman system をもつ内科教室にすべきである。勿論現状はこれと程遠いのであるが、講座の機能的編成、内科病床数の増加、有能なスタッフの増員などは不可能でない。さらに、関連病院と協力して、一貫したカリキュラムを設ける必要がある。第二に、救急部（救急医学講座）の設置を希望したい。これは現在すでにある名前だけのものではなく、一次救急も含む24時間オープンするものを指している。演者はこれを実現可能と考えているが、緊急の問題としては関連病院の援助をお願いしたい。第三に、現在新しい議論を呼んでいる primary care や家庭医の問題である。我国で唯一といえる chairman system と専門分科をもつ内科学教室をつくった川崎医科大学では、臓器別専門分科と rotation system による教育の反省をもとにして、全人的医療を行う primary care physician の育成を目指す総合診療科を昭和56年に設置しているが、私達はこの歩みに注目する必要がある。アメリカにおいては、いち早く primary care physician, family physician の重要性が呼ばれ、殆ど全て

の大学において研修コースがつくられ、真剣に対応している。この大きな時代の波は我国にも押し寄せているが、私達はその重大性を認識し、正しく対応しなければならない。第四に、スタッフは優れた研究能力を持つことは当然としても、若い医師が目標としうる高い臨床能力と患者志向の情熱を持たなければならない。教授回診の時だけ、もっともな顔をして研修医の傍にはべるようなスタッフは、一日も早く大学を去ってほしい。

最後の問題として、専門医制度と学位制度の問題がある。現在殆どの大学病院の医局（臨床医学教室）では、若い医師は特定の専門領域のテーマについて研究を行い、併せて専門分科の臨床研修を行っているのが現実である。私は、基本的には両者は全く別のものであると考えている。ただ、大学は研究が第一であって、専門医のための研修など必要ないという意見には賛成出来ない。臨床医学の研究は、優れた高水準の臨床の場があってこそ、始めて可能となる。優れた臨床とは、若者が教育をうけるに足る臨床であって、専門医（内科全般および専門領域両者の専門医）を志向出来る診療の場であるべきである。ただ、専門医を目指す十分な研修が出来ない条件下にあり、また専門医制度が多くのスタッフや若者に理解されていない現実では、両者の同居も止むを得ないのである。現在の内科専門医、primary care physician, family physician といった内科全般に通じる専門医が、各専門分科の専門医と同等に、specialist として社会に認められる日が遠くないことを願っているが、大学病院もその対応について今から真剣に考える必要があらう。

1-2) 教育病院の立場から

新潟市民病院 笹川 力

1. 研修病院としてスタートした 新潟市民病院

当院は昭和40年頃よりの重症、専門、救急医療を必要とする患者の入院ベットをという長年の市民の声と、その線に沿った高度の機能を発揮する真の総合病院をいう県市医師会の要望と、研修教育病院にふさわしいスタッフおよび施設を整えねばならないという新潟大学医学部、さらには国および県、各方面の御指導と御援助により48年に開院した。

その後は、50年に新潟大学より研修医を受け入れ、県立がんセンター新潟病院に次いで53年に厚生省の臨床研修指定病院、56年に日本内科学会認定内科専門医教育病院となつてからは、全国の大学に公募して採用している。その他、現在では日本麻酔科、日本病理、日本外科、日本消化器内視鏡、日本胸部外科、日本脳神経外科、日本整形外科、日本眼科、日本耳鼻咽喉科、日本消化器外科など合計11学会の認定研修施設または指導教育病院となっている。

診療科は21科、病床数520床（内科病床数180床）、

3年終了後に認定内科医の資格認定試験(QE)を受ける。その後、認定内科医がさらに2年の内科研修を行ったあとに内科専門医の資格認定試験(AE)を受ける。

⑤ 教育関連病院

関連病院は、図1に示したように研修Aコースの後半の2年間で斜線で示した線で臨床研修に活用される病院である。これは全国一律の基準ではなく、各地方委員会が各地区の事情を考慮して決めた基準によって選出する。

信越地方会の選定基準は次の如くである。

内科常勤医	4名以上
内科指導医	2名以上
一般内科病床	50床以上
一般内科の年間剖検体数	5体以上

⑥ 研修の手続き

研修同意書を教育病院の責任者と話し合って作成し、そのコピーを地方委員会世話人を経て審議会に提出する。

教育病院を移動し、継続研修する場合は、移動先の教育責任者と相談して同意書を作成し、提出する。

⑦ 研修カリキュラム

審議会より研修内容をどの程度のものにすべきかということで、56年12月改訂の研修カリキュラム案が小冊子として出されている。この案は、消化器、循環器、内分泌、代謝、腎尿路、呼吸器、血液、神経、アレルギー、自己免疫性疾患、感染症、中毒並びに物理的原因による疾患の12分野に分けて、各項目につき研修のレベルを示すために、A、Bおよびa、b、cの段階表示がしてある。

大文字のA、Bは知識についてのレベルを表わしている。

- A = 内容を精密に理解している。
- B = 概略理解している。

小文字のa、b、cは検査や診療の手法と経験についてのレベルを示している。

検査や診療の手法については、

- a = 独立して完全に行えるだけの技術習得が要求されるもの。
- b = 一応経験をもつことが要求されるもの。
- c = 見学などでその方法について理解してとることが要求されるもの。

症例の受持ち経験については、

- a = 原則として受持つこと。

b = 可能な限り受持つこと(共同でもよいから受持つことが望ましい)

c = できれば見学することが望ましい。

なお、各分野全般にわたる基本的な診療に関する項目、例えば理学的診療技術、基本的な臨床検査法、X線検査法、処方、採血、導尿、注射、穿刺、輸血・輸液、その他の処置や手技などは記載されていないが、内科医としては当料修得すべきことで、チェックが必要である。

⑧ 資格認定試験に必要な研修記録

認定内科医の試験には、研修中受持った入院患者50症例(各分野2例以上を含む)の一覧、うち30症例の病歴、うち3症例の剖検記録などの研修記録を提出しなければならない。

各患者については、病歴番号、患者名、年齢、性別、入院月日と退院月日、診断名、受持期間、剖検の有無を記録する。

内科専門医の試験には、認定内科医の認定後に新たに経験した受持入院患者20症例の病歴、うち外科的治療を行った2症例の病歴、うち剖検を行った2症例の剖検記録、学会または医学雑誌に臨床研究あるいは症例報告2つ以上の抄録などが必要である。

3. 新潟市民病院における 内科研修の実際

① 研修方法と主な研修内容

表1のように、研修開始は医師国家試験に合格して6月からである。最初の1か月はオリエンテーションの期間で、各研修医の相談医として決められた指導医よりマンツーマンで表に示したような内容の指導を受ける。

この時に、医師としての心がまえや日本内科学会認定内科専門医制度について教育責任者より話し、同意書を提出する。間もなく内科学会より送られて来る制度についての手引きと研修カリキュラム案を研修医に渡す。また当院の研修カリキュラム、研修記録簿、研修のまとめ自己評価簿も配布する。

7月からは半年単位で表のように2診療科をローテイトする。最後の3~5か月は希望により放射線科、小児科、その他、外科、麻酔科などを研修する。

主な研修内容を表に示したが、詳しくは研修カリキュラムによる。なお、2年次より週1回外来診療を行う。

研修終了時、研修記録に各診療科部長と教育責任者はサインし、院長は研修修了証書を渡す。

表1 新潟市民病院における内科研修方法と主な研修内容

研修方法



ローテイト (研修例・研修順)

診療科目	研修期間	主な研修内容
内科	1か月	オリエンテーションの期間として、病院のシステムの説明、患者との接し方、検査の出し方、治療方法等についてマンツーマンで指導する。
消化器科	6か月	常時5名前後の入院患者の主治医として、検査手技では上・下部消化管XP, 上部消化管内視鏡まで、週1回の内視鏡検討会及び症例検討会、病棟医の役割の分担。
内分泌代謝科	6か月	内分泌代謝の諸検査の理解と実施、主治医として患者数は約20例、症例検討会は週1回。
血液科	6か月	血液疾患の精確な診断と適切な治療、各種疾患の血液学的変化の把握と診療の応用、輸血(血液成分療法)の正しい応用; 簡単な血液学検査(血球算定, クロスマッチ), 骨髓穿刺検査の施行, その他の検査の指示と解釈; 指導医の下で主治医として10例以上、毎週カルテ回診, 検討会。
呼吸器科	6か月	いろいろな疾患を多くもっていただき、基本的な診療、及び検査手技を修得してもらい、週1回検討会をもっている。主治医として責任をもたせる。
循環器科	6か月	循環器系の管理、緊急時のペースメーカーのためのカテーテル操作、心エコー、心音、心機図・心電図の記録を読み、腎疾患の診断治療生検、患者は常時3~5名、胸部外科と合同の症例検討会。
神経内科	6か月	神経疾患患者の診断治療に関する基本の修得(神経学的所見のとり方、腰椎穿刺、脳波、CT スキャン、脳血管造影の読影)、受持患者は主として常時4~5名、神経内科検討会週1回、脳外科との合同検討会、抄読会週1回、Brain cutting 検討会月2~3回、NCPC 検討会2~3か月に1回。
放射線科, 小児科, その他	3~5か月	希望により放射線科, 小児科, その他, 外科や麻酔科などの日常臨床に必要な基本的なことを修得する。

② 募集人員と処遇

研修医は毎年内科系と外科系をあわせて10名募集しているが、2~3年間の内科研修医は大体毎年5名位である。現在、日本内科学会専門医制度同意書提出者は12名である。当院の研修修了者で認定医1名、専門医1名合格している。

研修医の身分は嘱託で、宿舍有、社保有、給与は1年次186,000円、2年次224,000円である(毎年改定)。

4. 教育責任者としての希望

① 研修医に対して

a. 患者には明るく清潔に、愛情と礼儀を持って接すること。

- b. ナース、検査技師などコメディカル職種にはチーム医療のリーダーである医師としての言動をとること。
- c. 病歴聴取、バイタルサインの把握、診断と治療のための基本的技術を習得すること。
- d. 症例の観察、記録、問題点の解決、発表も心がけること。
- e. オスラー教授の“卒後の5年間で将来が決る”という言葉を心に刻んで、積極的に研修して欲しい。

② 大学病院に対して

- a. 今後も教育病院での研修修了者の入局、そして内科 Subspeciality の研修をお願いしたい。
- b. 内科専門医制度にもつと関心を持って、研修3年

後の認定内科医，5年後の内科専門医の試験を受験するよう指導していただきたい。

c. 県内に教育病院をもっと増やすように，指導医の派遣など御支援をお願いしたい。

③ 厚生省，文部省に対して

a. 指導医の質を高める方策（例えば，一定の条件を満たしたものに教授の称号の使用を認める）を検討してもらいたい。

b. ティーチャー・トレーニングの充実とティ
チャー・トレーニングセンターの設立

厚生省では，1974年以来，毎年文部省と共催で「医学教育者のためのワークショップ」を開催している。牛場大蔵先生がディレクターで，大学関係20名，研修病院関

係20名が裾野市の富士教育研修所に1週間合宿して指導医の教育指導能力の向上（ティーチャー・トレーニング）を図っている。私も荒川教授も参加したが，今後ますますの充実と多くの指導医が参加することも希望する。

また1977年以来，国立の医学教育者トレーニング・センターの設立が提唱されているが，是非その実現をお願いしたい。

c. 厚生省では臨床研修病院に補助金を交付しているが，その単価を上げるとともに研修医手当を補助対象に加えてもらいたい。

d. 健康保険の医療費において，臨床研修病院の評価を高くしていただきたい。

[-3) 専門医制度を充実させるために病理は何ができるか

新潟市民病院臨床病理部 岡崎悦夫

医療の質が大きく問われている現在，病める人間を看る全人医療が強く求められながら，現実の医学部卒業生は相変わらず高度に専門分化された専門医指向が続いている。患者に対し全責任をもつ臨床医となる以上，専門以外の全身疾患にも対応できる臨床の基本的な能力を身につけておくことは，専門医を目指す研修医であっては絶対に必要である。一旦完成された専門医は，それも特に臓器別専門医を多数擁する総合病院にあっては，自分の専門だけの狭い視野から観察し考えることが多い。このような専門医制度の欠点を補うためには，多角的なアプローチが必要であり，最も身近で効率的な方法の一つとして，病院病理部門の役割をあげることができる。この問題について経験をまじえて考察してみたい。

1. 医学医療の進歩は誤診率を本質的に低下させたか

答は大方の予想に反して“No”である。診断の技術や器材の進歩は診断精度を著しく高め，誤診率は年々減少しているように見えるが，ここに驚くべき報告がある（New England Journal of Medicine, 308: 1000~5, 1983）。米国の代表的な教育病院 Peter Bent Brigham Hospital で1960年，1970年，1980年夫々における誤診率を，内科医が中心になって剖検例を100例宛抽出して検討した。この研究の特徴は次のような点にある。即ち，【誤診の内容を専門医が詳細に吟味して4群にわた

り，1級の誤診としては主病診断が正しければ治癒又は延命できたもの，2級は現在のところ良い治療法はないが主病診断を誤ったもの，などにわけ分析している。その結果 誤診率は1960年 1級8%，2級14%；1970年 1級12%，2級11%；1980年 1級11%，2級10%であり，結論的には過去30年間，1級2級とも誤診率に有意差は認められなかった。誤診の原因は臨床的にそれぞれが疑われなかったり，検査結果を誤って解釈したことによる指摘されている。最新技術を駆使しても誤診率は変わらないわけで，ここに人間を扱う医療の難しさがああり，検査技術を過信し易い現代医療，殊に前期研修や専門医研修のあり方に大きな教訓を読みとることができると思う。

臓器別の専門的な医療は，深いけれども部分的な観察や治療になり易い。真に患者のための医療として質を確保向上させるためには，総合的な反省の機会としてあるいは考察を深める場としての病理解剖が必須の要件である。私共もCT，超音波，アイソトープなど最新の検査法を組合わせた医療技術でも見逃し，これまでの解釈の仕方を修正せざるをえなかった誤診例をいくつか経験している。これによって成書や論文にないような，より実的な面で，検査データの解釈，診断を精緻にしておくことができた。ME 機器や医用コンピューターの開発に長年たずさわってきた大内淳義博士（NEC 副会長）によれば，医師の個々の診断論理が異なり，正確な剖検・