

あの先生にちょっと聞きたい！

イマドキ医師の指導に困ったとき

本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすい HTML 版も併せてご利用いただけます。

▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することで HTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

第1章 インタビュー よき医師を養成するには？

- 徳田安春 群星沖縄臨床研修センター長 2
- 野口善令 名古屋第二赤十字病院副院長 6
- 林 寛之 福井大学医学部救急科・総合診療部教授 10

第2章 エッセイ イマドキ医師の指導に困ったとき

- イマドキ医師はかつての我々指導医である 15
安藤裕貴 一宮西病院総合救急部救急科部長
- 「イマドキ」＝「時代性」 18
伊藤健太 あいち小児保健医療総合センター総合診療科医長
- イワケン流指導術で楽しく学ぼう！ 21
岩岡秀明 船橋市立医療センター代謝内科部長
- 急がば回れの「減びの回避」 24
岩田健太郎 神戸大学医学研究科微生物感染症学講座感染治療学分野教授
- 自分が患者になったときに安心して受診できるような医師であってほしい 28
岩田充永 藤田医科大学救急総合内科学教授

イマドキ研修医事情と指導医の関わり方 32
岡田英理子 東京医科歯科大学医学部附属病院総合教育研修センター長

イマドキ若手医師から高められる自分の不全感 35
金子 仁 東京都立多摩総合医療センター救命救急センター医長

時代に合った研修体制を工夫して提供したい 38
川崎靖子 大阪市立総合医療センター教育研修センターセンター長

心が折れない指導法？ ― 気づいてもらう工夫 41
川島篤志 市立福知山市民病院総合内科医長/研究研修センター長

イマドキ指導医 44
河田光弘 東京都健康長寿医療センター心臓外科部長

当たり前だからこそ難しい 46
菊地英豪 河北総合病院総合診療科

▶HTML版を読む

日本医事新報社では、Web オリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

オールドスタイルで頑張りたい 清田雅智 飯塚病院総合診療科診療部長	49	指導医の背中を見て研修医は育つ 菱木 智 済生会横浜市南部病院総合副診療部長、総合内科主任部長、臨床教育センター長	94
イマドキ医師は、私たちが学んだようには学ばない 國松淳和 医療法人社団永生会南多摩病院 総合内科・膠原病内科医長	52	働き方改革の下での研修体制にどう対応するか 平澤 晃 横浜労災病院副院長、医師臨床研修センター長	98
「デジタルとアナログ」 倉原 優 国立病院機構近畿中央呼吸器センター	56	一步外の世界へ飛び出そう! 平島 修 徳洲会奄美ブロック総合診療研修センター	101
姿勢で示し、共に学べ! 坂本 壮 総合病院国保旭中央病院救急救命科医長	59	自分の生きたいように生きるほうがいい 藤ヶ崎浩人 東京都立墨東病院内科部長、臨床研修管理委員長	104
頭はいい、コミュニケーション能力も高い……でも…… 志賀 隆 国際医療福祉大学医学部救急医学教室准教授	64	当世研修医指導雑感 藤本 陽 虎の門病院循環器センター内科医長	107
情けと同じ、「研修指導は人のためならず」 鈴木昭広 東京慈恵会医科大学麻酔科学講座教授	68	期待と無関心の狭間で教育を諦観する 船越 拓 東京ベイ・浦安市川医療センター救急集中治療科(救急外来部門)兼IVR科部長	110
在宅での死亡確認は丁寧に 高山義浩 沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科医長	71	「え? YouTube?」 洪 英在 三重県立一志病院家庭医療科	113
叱ることの難しさ 長尾大志 滋賀医科大学呼吸器内科講師	74	困ったときは自らのコミュニケーションを見直すべき 本村和久 沖縄県立中部病院総合診療科部長	116
おとなしくて覇気が感じられず、質問に黙り込む草食系医師 長田 薫 武蔵野赤十字病院総合診療科部長、臨床研修部長	77	薬師寺的教育法 薬師寺泰匡 岸和田徳州会病院救命救急センター医長	118
「それは何か?」を常に考えてほしい 中村 嗣 島根県立中央病院感染症科部長	80	今どきの若いもんは……と言わないために 矢吹 拓 国立病院機構栃木医療センター内科医長	121
研修医「モメ子先生」のハナシ 中山祐次郎 総合南東北病院外科医長、作家	83	イマドキ医師を非難する前に 山中克郎 福島県立医科大学会津医療センター総合内科教授	125
亀田式! 運動器の手術外来教育 服部惣一 亀田総合病院スポーツ医学科部長代理 高田知史 亀田総合病院整形外科	87	必要なのは、時代の変化に合った病院組織の戦略である 和足孝之 島根大学卒後臨床研修センター 坂口公太 雲南市立病院地域ケア科	128
反応がない…… 原田侑典 獨協医科大学病院総合診療科	91		

第1章 インタビュー

よき医師を 養成するには？



研修は医療を受ける患者さんのため。 愛情をもって研修医に接し 質の高い研修で守備範囲の広い医師を育てよう



徳田安春(とくだ やすはる)

むりぶし
群星沖縄臨床研修センター長

1988年琉球大学卒。2005年ハーバード大院にて公衆衛生修士取得。沖縄県立中部病院内科副部長・臨床研修委員会副委員長、筑波大学大学院医療医学系教授、JCHO本部研修センター長・本部顧問などを経て、17年より現職。著書に『Dr.徳田のフィジカル診断講座』など。

初期臨床研修制度の見直しが2020年に実施される。「日本型病院ジェネラリストの育成」を全国各地で展開し、現在、群星沖縄臨床研修センター長を務める徳田安春氏に、よい医師を育てるポイントを聞いた。

沖縄の民間病院が良医育成のために団結

——群星沖縄臨床研修センターはどのようなプロジェクトですか。

沖縄県内の民間病院が、よき臨床家を育成するために、思想信条を超えて一致団結し、初期研修医教育を行うプロジェクトです。8つの基幹型病院と20カ所の協力型病院、計28病院が連携して、研修医にとって最適な研修プログラムを提供しています。

1年目は基幹型病院で基本的な診療科をローテーションで回り、2年目は協力型病院や他の基幹型病院の希望の診療科で研修を受けます。研修期間中は、指導医やシニアレジデントなどがきめ細かく屋根瓦式指導を行います。

研修医は、救急医療、外科系が強いなど、それぞれの病院の得意分野を生かした研修を受けられます。一方で、各病院にとっては、初期研修に必須の科が揃っていないなくても研修医を受け入れられるメリットがあります。

このプロジェクトは、初期臨床研修必修化された2004年、沖縄県立中部病院元院長の宮城征四郎先生（群星沖縄臨床研修センター名誉センター長）を中心に立ち上がりました。大学病院中心ではなく、経営主体やバックグラウンドの異なる民間病院が、初期臨床研修のために連携するのは、全国でも珍しいのではないのでしょうか。

守備範囲の広い研修を

—ジェネラリストの養成を目指しているのですか？

ジェネラリストを育てるためでもあります。将来は、大学病院などの高度先進医療機関で働きたいと考えている研修医も大勢参加しています。

大学病院に紹介されて来る患者は、すでにある程度診断がついている患者がほとんどです。日本専門医機構のプログラムで専門医を目指す医師も、市中病院の初期研修で救急疾患やコモンディジーズの患者をたくさん診て、守備範囲を広くしておく意義は大きいと考えています。

特に高齢者はさまざまな疾患を抱えており、大病院に勤める専門医であっても自分の専門の病気の診断・治療だけであれば済む時代ではありません。超高齢社会が到来している日本では、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科などの特殊診療科へ進むことを希望している研修医も、今後ますます全人的に患者さんを診る総合診療医的な視点が求められます。

—心がけていることはありますか。

教育内容の標準化です。各病院の医学・医療の内容や指導の仕方に差があっては、研修医が複数の病院をローテーションする中で問題が生じます。これは臨床研修を実施する全ての病院に通じることですが、グローバル・

スタンダードの医療を実践し、教育内容を標準化して研修医を指導することが大切です。

それから、教えるためには指導医も研鑽を積まなければなりません。当センターでは指導医の指導に力を入れていますし、定期的に臨床教育セミナー (Faculty Development) を開催し、国内外のエキスパートの講演を聞いて議論し学ぶ機会を設けています。また、ミシガン大学の教授が各病院を回って教育回診を行い、研修医や指導医が同大へ留学して学ぶ機会もあります。

—プロジェクトの成果を感じていますか。

スタートから15年経ち、研修修了者の中から、基幹型病院の研修委員長も誕生しています。指導者のリーダーになる人材も輩出しているという意味でも、このプロジェクトは着実に発展してきているといえます。

研修修了者は沖縄県内、全国の医療機関で活躍しており、米国レジデントやフェローシップに進んだ医師、厚生労働省の技官になった医師もいます。

また、このプロジェクトの特徴は助け合いです。「競争よりも協働」の精神で、研修医同士、指導医同士がお互いに悩みを共有したり助け合ったりしています。充実した初期臨床研修を提供するという目的でお互いに顔の見える関係になったことで、病院間の患者の紹介や医療面での連携もよりスムーズに行われるようになりました。

—若い研修医の指導に困ったときにはどうしたらよいですか。

研修医や若い医師には愛情をもって接することが大切です。指導者側は、自分の受けた教育をそのまま踏襲しようとしてしまいがちですが、昔ながらの厳しい指導は、いまの若者には通用しにくい面があります。「近頃の若者は」と嘆くより、指導医のほう意識を変え、時代に合った適切な指導法を身につけるべきではないでしょうか。

研修は研修医のためではなく、将来診るであろう患者さんのために実施

しているわけです。研修医が、バーンアウトせずに研修が続けられるように指導医が気を配ることが重要です。

——「よき医師」とはどういう医師だと考えますか。

話をよく聞く医師です。いくら技術力が高くても、患者の話をまったく聞かずきちんと説明もしない医師は、トラブルのもとです。

今後はAIが医療現場にもどんどん入ってくるなかで、人間同士のコミュニケーションはAIにはまねできない部分でもあります。

——今後、実現したいことはありますか。

研修プログラムの国際比較、国際連携によって、どういう研修をすると最も効果的なのかエビデンスを構築し、初期臨床研修の内容をさらにレベルアップさせたいです。まずは、台湾や韓国などアジアの病院と連携して、初期臨床研修のアウトカム評価と比較を行い、エビデンスを構築したいと考え、準備を進めているところです。

医学教育、研修医教育にもエビデンスや質の評価が必要です。初期臨床研修のアウトカム評価を行い、お互い良いところは取り入れ合って研修がレベルアップすれば、医療の質の向上にもつながるはずです。

(聞き手・福島安紀)

自分が患者になったときに安心して 受診できるような医師であってほしい



岩田充永 (いわた みつなが)

藤田医科大学救急総合内科学教授

1998年名古屋市立大学卒業。名古屋市立大学病院、名古屋大学病院、協立総合病院で麻酔・内科・老年医学を研修後、2002年名古屋掖済会病院、2008年より現職。医師を志した初心を決して忘れさせないERや総合内科という場で、研鑽と指導にあたる。

医学教育学が立派な学問体系として確立しつつあり、本邦にも素晴らしい医学教育学者の先生がたくさんいらっしゃる。6-micro skillsやらMBAやら外来語の教育技法やビジネス理論に精通したキラキラ輝く指導医たちもあまた存在する。

そんな現状で、私にこのテーマのエッセイ執筆の機会を与えて頂いたことが「後輩医師への教育法を語れ」という命題とはどうしても解釈できない。unprofessionalism、difficult learnerへの対応法は、キラキラ輝いている指導医たちが有用なテクニックをご披露されるであろうから、私は「大学の教員になって7年、18歳の医学部1年生から年齢は自分よりも上の後輩医師まで多くの方と関わる生活をしていて」、遭遇する“びっくり”なことからどうやって自分の心を守るかについて勝手に書かせていただく。

自分だって〇〇年前は、イマドキ医師であった

亡き父親が「沈黙は金なり」「三步下がって師の影を踏まず」「実るほど頭を垂れる稲穂かな」という精神を美德とする人間であり、少なからず影響を受けた(今でも尊敬している)。そのおかげで学生、研修医時代には20年以上年の離れた年長の先生方には随分と可愛がっていただいた気がする。しかし、私は医師になって半年で、現場レベルでの当時の指導に適応

することができず、所属していた医局を退局し2カ月間、自室に引き込まれていたことがある。

「893でも第5指を詰めれば組を脱退できるが、医局と怪しい宗○団体は抜けたら終生不利益が付きまとう」と言われていた当時、指導医たちには私の行動はさぞ「イマドキ」と映ったことであろう。しかし、今日まで誰からも邪魔されることなく医者が続けられているということは、言われていたよりも、当時の医療界もずっとやさしく温かいものだったのであらうと感じている。そう思うと、イマドキの医師が5時ピタで帰ろうと、学生が寝坊で試験に欠席しようと、当時私がとった行動に対して指導医たちが感じたであらう衝撃と同じだと考え、冷静になることができる。

私とは異なって挫折体験がない(あるいは、強靱な精神力で挫折など軽々と乗り越えた)医師は、「イマドキ医師は、この程度の我慢もできないなんてけしからん!!」と思うかもしれない。しかし、それは「世代の違いではなく能力の違い」であるとう理解いただきたい。あなたは当然にできたことだって、できない人間も存在するのだ。「名選手、名監督にならず」と言われていた中で落合博満氏は中日ドラゴンズの監督として輝かしい成績を残された。「自分の現役時代よりも優秀なプレイヤーなどいない」という前提で、「そんな彼らをどう活用して勝つか」というスタンスで臨まれたそうだ。「自分＝スタンダード(or優秀)、後輩＝けしからん」モデルの指導医には、ぜひ参考にしていきたい。

どんなに自分に理があると感じても、喧嘩したら絶対に勝てない相手がある

私は医師になって二十数年が過ぎた。その中で、自分にどんなに理があろうとも、喧嘩したら絶対に勝てない相手が(現時点では)3つあることを学んだ。その1つが「自分より年次が若い医師、医学生」である。後の2つを文字にすると問題が発生するのでここでは書かない。

医学生、後輩医師との関係性を「自分（指導医）が上vs彼・彼女らが下」と上下関係を構築して「イマドキの若い奴はけしからん」と怒る風潮を感じるが、決して指導医・教官が優位の上下関係ではないと本気で思っている。卒後20年目の指導医が臨床研修医を「勉強していない、医師としての自覚もない。俺が若い頃は、云々」と罵ったとしよう、そんな罵倒を受けた側が「ご指導ありがとうございました!!心改めます!!!」と口では言ったとしても（無言か、明らかに不満を表出する人のほうが多くなってきたと思うが）、絶対に本心ではない。

人間は感情という厄介な代物を持つ。受けた屈辱感は容易に忘れることはできない。そんな、彼らも20年後はご立派な専門医である。その頃、自分は高齢者であり患者となる可能性が高い。彼らが担当医になる可能性だって十分ありうる。自分に屈辱を与えた人間が患者という設定で、彼らは最高のパフォーマンスを発揮できる精神状態でいるだろうか？数十年という年月で考えれば、上下関係はすっかり逆転するものなのだ。また、万一「罵倒されたことで目が醒めました」という医師がいたとしても、彼は、指導医になった時に自分の体験を基に後輩を指導するであろう。これって虐待の連鎖と同じ構図ではないか。

「君たちが医師として第一線でバリバリ活躍している頃には、僕は高齢者で患者です。自分が患者になった時に安心して受診できるような医師であってほしい。そんな気持ちで接します」というのが、私の考えである。

自分一人で決断しない

そうは言っても、やはりイマドキ医師の言動に啞然とすることは多い。

これは、自分の老化現象を表しているのかもしれない。

イマドキ医師の言動が「患者に不利益を及ぼしていると判断した時」「チームの輪に悪影響が及ぶと判断した時」は迅速な対応が必要と考えている。当該“イマドキ医師”に対してイエローカード、場合によっては、一発レッ

ドカードを提示しなければならない場面もある。そのような決断をする際には、相談できるメンターと後輩を持つことが本当に重要であると感じる。

このあたりは、同世代の方々と新橋（名古屋だったら大須か今池か）あたりでぜひ語り合いたい。