

総合医療教育研修センター

田邊 政裕

今日の医学・医療の進歩発展は目覚しく，医師が一度修得した医学の知識や技術は，年々古くなり，医師は自らの臨床能力を日々最新の知識，技術で更新し，日常の診療へ還元することが求められている。一方，患者側も健康に対する関心の高まり，ITの普及によるグローバルな医療情報へのアクセスの容易さ，患者の人権意識の向上による自己決定権の主張など，医療に対する患者（国民）のニーズはより高度化，多様化し，対応する医師の生涯学習の必要性，重要性が増してきた。

このような背景を踏まえて，文部省は地域の開業医，勤務医等に，全国の国立大学医学部附属病院を開放して，最新の医学・医療の体験学習の場を提供する「研修登録医制度」を平成元年度（1989年）から開始した。千葉大学はこのような流れを受けて，「卒後生涯医学総合診療センター」として，総合診療部門，病院管理学部門，卒後・生涯医学臨床研修部（本部）を概算要求した。平成元年度の予算措置として千葉大学医学部附属病院（本院）に卒後・生涯医学臨床研修部のみの設置を認められ，教授1名，事務官1名が配置された。同様の組織は昭和63年に筑波大学に卒後研修部が設置されている。本部は医師の卒後臨床研修と生涯医学教育を組織的，効率的に推進することを主目的に設置され，初代部長の若新政史前教授は，本院における卒後研修，生涯医学教育の改善に尽力された。

本部は設立後11年を経て，若新前教授が1999年3月末で退官された。次期教授選考にあたっては，あり方委員会が設置され，改組して大学院講座化する等の意見もあったが，必修化を控えて卒後研修の重要性が増すことから従来の組織，業務内容が継承されることになった。医学部附属病院卒後・生涯医学臨床研修部教授候補者の公募文には，学部教育の改善等にも意欲的に対応できることが記載されており，次期教授には卒後研修，生涯教育のみならず，卒前医学教育にも尽力することが求められた。平成11年（1999年）4月より小児外科助教授であった田邊政裕が後任教授としてその職務を引き継いだ。本部の構成は教授1名，事務官1名であったが，事務官は総務課職員係に配置換えとなった。職員係が本部の業務の一部として卒後研修，生涯医学教育の事

務を担当することになった。平成14年（2002年）より総務課卒後教育係が事務部門を担当することになったが，平成17年（2005年）には総務課広報・教育係，平成20年（2008年）には総務課総合医療教育係へと名称が変更された。本文では，本部の卒後研修，生涯医学教育，卒前医学教育と2005年に改組された総合医療教育研修センターの取組を紹介する。

卒後研修

就任当時，2004年からの卒後研修必修化がすでに決定しており，研修プログラムの作成，協力型研修病院の組織化，プログラム実施に向けた指導医講習会の開催等，忙しい毎日が連続した。教授1名では業務をこなすことが困難なため2003年4月より田川まさみ助教が本部の兼任となった。

2004年度から卒後研修必修化がスタートした。内科（6ヶ月），外科（3ヶ月），救急・麻酔（3ヶ月），小児科，産婦人科等，研修すべき診療科と期間が指定された。従来の卒後すぐに入局して専門研修をスタートするストレート研修とは異なるローテイト研修が基本となった。学生は自分の研修したいプログラムを，研修病院は採用したい学生を順位付けして，それをコンピュータで自動的にマッチさせるシステムが導入された。このマッチングによって研修医は自分の研修したいプログラム（研修病院）を自由に選択できるようになり，研修医の地域偏在が促進された。人気のない地域病院での研修医の減少が顕著となり，それが地域医療崩壊の引き金になったとされている。

本院は千葉県内外の地域の中核的な関連病院と，たすき掛けで1年間ごとにローテイトするプログラムを作成した。このプログラムによって研修医は関連病院において主にプライマリ・ケア，救急医療を，本院において高度先進医療を研修することができる。1年目に本院で研修するプログラムをAプログラム，2年目に本院で研修するプログラムをBプログラムとした。更に地域ごとに関連病院をグループ分けしてA1，A2プログラム等と細分し，できるだけ研修医が希望する関連病院で研修が受けられるように配慮した。本院では必修化前は140～50名程

第2章 医学研究院・医学部、附属病院の歩み

度の研修医をストレート研修で受け入れていた。従来の実績から100名以上の学生がマッチすると予測し、2004年度の千葉大研修プログラムの定員は106名（Aプログラム53名、Bプログラム53名）に設定した。しかし、マッチした学生数は73名、実際の研修医数は61名であった。その後の研修医数と千葉大生の推移を図1に示した。2010年の時点で減少傾向に歯止めがかかっておらず、本院における教育・研修システムの抜本的な改革が必要である。

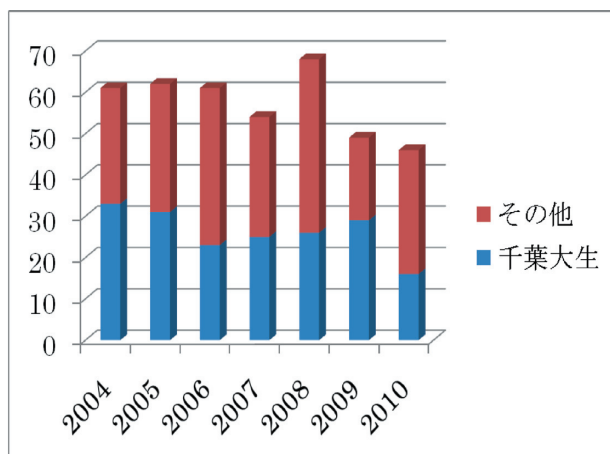


図1. 千葉大研修プログラムで研修した研修医数の推移

生涯医学教育

本院を地域の一般医家等に生涯医学教育の場として開放し、最新の医学知識、技術を体験習得するリフレッシュ教育の提供と、本院をオープン化し紹介患者の診療を本院の医師とともに行い、病診、病病連携を推進して地域医療の向上に貢献することが本部の目的である。その手段として研修登録医制度があり、その窓口として本部が置かれている。研修登録医は、3ヶ月から12ヶ月の期間で自由に研修できる研修プログラムが本院の全診療科（部）で用意されている。具体的には、消化器内科の消化器内科プログラム1では、超音波検査の研修が可能で、定期的な症例カンファレンス、病棟回診等へも参加することができる。2010年度は38診療科（部）が72プログラムを提供している。

研修登録医は、自らが紹介した患者の診療にも参加でき、患者を入院から退院、さらに退院後まで継続的に診療することができる。病棟回診、症例検討会、抄読会、研究会などへの参加も可能で、患者診療のみならず専門家からのコメントなど日常診療に有用な医療情報にも接することができる。附属図書館の利用も自由にでき、オンライン化された最新の医療情報へも簡単にアクセスできるようになっている。研修終了時には、病院長より研修修了証書が授

与され、千葉県医師会の生涯教育認定の単位取得も可能になった。最近4年間の研修登録医の推移（図2）では、毎年40名前後が登録されており、その内の50%弱が総合診療部である。

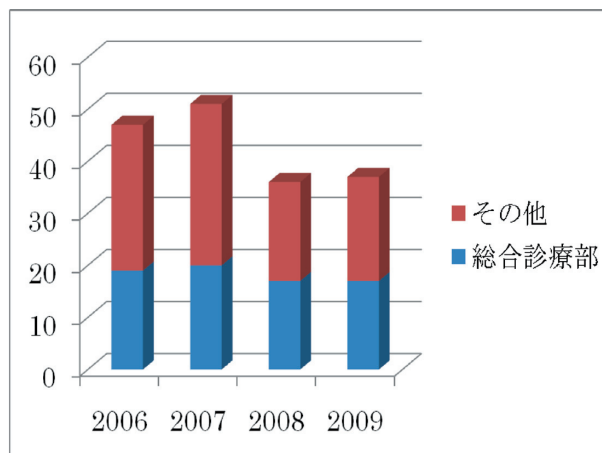


図2. 研修登録医数の推移

卒前医学教育

本学における医学教育は学務委員会、学務委員長によって企画、実施、管理されてきた。しかし、医学教育、特に臨床医学教育の充実が社会的ニーズとして強く求められるようになり、更なる臨床医学教育改革が必要となった。当時の高橋英世医学部長は臨床カリキュラムの改革を目的に臨床カリキュラム委員会を1996年3月に設置した。この委員会（中島伸之委員長、旧第一外科教授）では千葉大の医学教育の問題点が討議され、臓器別の統合型授業、臨床入門（Introduction to Clinical Medicine）、臨床チュートリアル、診療参加型臨床実習などの新たな臨床カリキュラムが導入された。これによって、本学の臨床医学教育がそれまでの講座単位の講義による知識伝授型教育、見学型臨床実習から学生の自立的な学習を促し、技能、態度の領域までも含めた臨床準備教育、診療参加型臨床実習へと転換が図られた。本部教員（田邊、田川）が上記の医学教育改革を業務の一環として先導した。この取組（診断能力向上をめざす臨床医学教育の取組み）は平成17年度（2005年）の文科省の特色ある大学教育支援プログラム（特色GP）に千葉大学として初めて選定された。

臓器別の統合型授業は従来の講座単位の系統講義から臓器別に統合されたユニットごとの授業となり、授業内容も臨床実習に必要なコア・カリキュラムに統一された。授業時間は従来の70%弱にまで短縮され、空いた時間帯は臨床入門、チュートリアル等の学生の実習及び自立的学習に利用された。

臨床入門では、全診療科の協力により従来の問診に変わって患者からの情報収集に加えて良好な患者－医師関係の確立と患者教育までも行う医療面接（medical interview）、頭頸部、胸部、腹部等の身体診察、小外科手技等のトレーニングが導入された。さらにこれらの技能、態度はOSCE（Objective-Structured Clinical Examination）によって評価された。試験は毎年2月から3月にかけて行われ、学生は実際の実技を模擬患者に対して行い、これを評価者が評価表を用いて評価する。この試験をパスしなければ臨床実習に進むことはできない。

臨床チュートリアルは、1グループ6、7名の学生に対して1名のチュータ（臨床系教官が担当する）が担当する少人数事例学習である。チュータは直接学生を教えることはせず、学習の援助者として間接的に学生を指導する。日常診療で経験した症例の診療経過を4から5枚の事例シートにまとめ、それを順次学生に提示していく。学生はそのシートから患者に関するさまざまな論点を抽出して、それらを学生同士で討議しながら、疾患を病態に立ち返って理解し、症候から診断までの思考プロセスを身に付ける。

5、6年次の臨床実習は従来の各診療科で実施されていた見学型臨床実習から参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）へと変更が図られた。5年次の学内臨床実習では内科、外科がそれぞれ10週、6週間に延長され、総合診療部では学生が初診患者の診療に携わり、症候から診断までの思考プロセスを学ぶ臨床的推論を実践できるシステムとし

た。6年次の学外臨床実習では、第一線の病院で多くの症例を経験することにより、実践を通して医師として必要な学識、技能、態度を身に付けるような実習への変更が図られた。しかし、5、6年次の臨床実習は2010年の段階でも診療参加型にはなっていない。今後更なる医学教育改革が必要であり、その業務は2006年4月に医学教育を専任で担当する組織として医学部に設置された医学教育研究室に引き継がれた。

総合医療教育研修センター

当センターは卒後・生涯医学臨床研修部が改組されて平成17年（2005年）7月1日に設置された。従来の医師の卒後研修、生涯教育のみを担当する部門から医師ばかりでなく看護師、薬剤師、臨床検査技師などコメディカルの研修、生涯教育も担当するようにその機能が拡大された。平成16年度（2004年）よりの法人化に際して設定された本院の中期目標に「良質な医療人養成に関する基本方針」が掲げられている。さらにその具体的な方策として「看護師、保健師、助産師等の教育研修内容を充実させる」ことが明記されており、センターはそれを実施するための中核組織として位置付けられている。業務の拡大に伴い、事務補佐員として片岡淑江さんが平成17年4月（2005年）から20年3月（2008年）まで、同年4月からは中居裕子さんが協力してくれている。

（たなべ まさひろ）



総合医療教育研修センタースタッフと事務職員