

# 学習環境整備

## 【1】労働・研修時間

### 研修医の労働・研修時間をめぐる背景

#### 1) わが国の労働時間に関する規制

わが国では労働基準法により、労働時間等が規制されている。その詳細は以下の通りである。

##### 1. 労働時間(労働基準法第32条)

1週40時間、1日8時間とする

##### 2. 休憩(労働基準法第34条)

労働時間6時間超で、少なくとも45分の休憩

労働時間8時間超で、少なくとも1時間の休憩を与える

##### 3. 休日(労働基準法第35条)

1週1日又は4週4日の休日を与える

##### 4. 時間外・休日労働の割増賃金(労働基準法第37条)

法定時間外労働においては25%以上、法定休日労働においては35%以上の割増賃金を支払う

宿日直勤務については(労働基準法第41条)、労働基準監督署長の許可を得た場合には、上記の労働時間、休憩、休日に関する規定については、その適用が除外されることとなっている。その許可基準は以下の通りである。

#### 1. 勤務の態様

常態としてほとんど労働する必要のない勤務であり、原則として通常の労働の継続は許可しない

#### 2. 宿日直手当

1日又は1回につき、宿日直勤務を行う者に支払われる賃金の1日平均額の3分の1以上を支払う

#### 3. 宿日直の回数

宿直については週1回、日直については月1回程度を限度

#### 4. その他

宿直については、相当の睡眠施設の設置

この許可基準の取扱い細目として、医師、看護師等の宿直の許可基準が定められており、その内容は以下の通りとなっている。

##### 1. 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること

##### 2. 夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外に、病院の定期巡回、異常事態の報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温等、特殊の措置を必要としない程度の、又は短時間の業務に限ること

(応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等があり、昼間と同態様の労働に従事するこ

とが常態であるようなものは許可しない)

3. 夜間に十分睡眠がとれること

4. 許可を得て宿直を行う場合に、2のカッコ内のような労働が稀にあっても許可を取り消さないが、その時間については労働基準法第33条、第36条による時間外労働の手続きを行い、同法第37条の割増賃金を支払うこと

## 2) わが国での医師の労働

わが国においては、使用者の実施する労働者に対する教育については、出席の強制がなく、自由参加のものであれば、当該教育に要する時間は労働時間にあたらぬと解釈されているところである。このため、指導医の行う手術の見学や文献の勉強等の教育を時間外に実施することについて、出席が強制ではなく、自由参加のものであれば、時間外労働にならないものと考えられる。

## 3) 欧米における規制(参考)

### 1. 欧米における歴史的背景

1980年代までは全世界的に研修医の労働・研修時間は長く、実質的な規制にも乏しかった。80年代半ば、米国において、医療事故が研修医の過労に起因するものであるとの訴訟が大きく報道された。これを契機に、80年代後半より、欧米で研修医の労働・研修時間の法的規制や、専門医を認定する機構による自主規制が始まった。また、研修医の拘束時間と医療事故との関連を指摘する研究が90年代以降相次いで発表されたことから、医療安全の観点から研修医の拘束時間規制の議論が強まっていた。

### 2. 米国 ACGME (The Accreditation Council for Graduate Medical Education) の新規制

米国では2003年7月から、すべての研修医の労働・研修時間(Duty Hours; 病院内外での労働、研修、医学生の教育等研修医であることに伴う全ての活動の時間)について、強制力を伴う規制を開始した。それによれば新たな規制内容は;

- ・ 1週間の労働・研修時間は80時間以内(ただし、4週間平均で計算)
- ・ 勤務と勤務の間に10時間以上の休息を設ける
- ・ 連続勤務は24時間以内(患者引継等の新患や治療を伴わない業務ではさらに6時間延長でき、これを合算すれば連続30時間まで勤務可能)
- ・ 1週間に1日以上完全休暇日(ただし、4週間平均)
- ・ 当直の頻度は3日に1回まで(ただし、4週間平均)

これを具体的に表現すれば;

- ・ 勤務日は1日平均10時間勤務
- ・ 4日に1回のペースで24時間連続当直 + 6時間の引継業務等
- ・ 1週間に1日の休暇

で週あたり77.5時間の計算となる。

4) 今後の課題

臨床研修の到達目標達成のために、研修医が自主的に勉強することに関しては、時間外労働にはあたらないと考えられるところである。しかし、現実の研修の現場では、労働性と学習性が必ずしも明確には切り分けられないことも少なくなく、勤務・研修時間についての検討が喫緊の課題となっている。

(中村泰久)

## 【2】研修に係る各種手続き

### 休暇

#### 1) 年次有給休暇

労働基準法では、6ヵ月継続勤務し、かつ8割以上出勤した労働者に対して10日間の休暇を付与するように定められている。したがって、法律上は4月に採用した場合には夏休みの時期には有給休暇を取ることはできないことになるが、就業規則によってはそれ以前に休暇が取れるように配慮しているところもある。

#### 2) 病気で休む場合

病気休暇では基本的には給与は支給されない(年次有給休暇を使って休む場合を除く)。3日以上連続して休む場合、4日目から最長1年6ヵ月の期間は健康保険等より傷病手当金が支給される。支給額は標準報酬日額の6割である(休んだ期間、傷病手当金の額より多い報酬額の支給を受けた場合をのぞく)。勤務形態(常勤・非常勤)、勤務実績によらず、社会保険に加入していれば傷病手当金の支給を受けることができる。

#### 3) 出産・育児で休む場合

産前休暇の期間は出産予定日の前6週間(多胎妊娠の場合は14週)、産後休暇の期間は出産から8週間である。産前休暇及び産後6週間以降は本人が就業を希望する場合は就業できるが、産後6週間までは強制休暇であり、本人が就業を希望しても業務をさせてはならない。休暇中の給与については施設により異なる。

育児休暇は、子供が1歳になるまでの期間において、申し出た期間に連続して休みが取れる制度である(男女とも)。なお、2005年4月から育児・介護休業法が改正され、保育園に入園できないなどの一定の事情がある場合には半年間延長できることになった。休業中の賃金の支払いは、施設により異なるが、賃金が支払われない、又は一定以上減額される場合には、雇用保険から原則として、月額賃金の30%が支給される「育児休業給付金」制度がある。また、育児休業期間中は、社会保険料(健康保険、厚生年金保険)が本人負担、事業主負担とも免除される。

### 医師賠償責任保険

#### 1) 保険の種類と概要

個人で加入する保険(医師賠償責任保険)と医療機関で加入する保険(病院賠償責任保険)がある。医師賠償責任保険は、賠償金額の上限によって保険金が異なる。

#### 2) 医療機関が加入する保険との関係

病院賠償責任保険は、その医療機関で行われる医療行為について、病院に賠償責任があると認められた場合に支払われる保険である。したがって、医師個人に賠償責任があると認められる場合には、医療機関の正規職員であっても医療機関の保険ではカバーされない。

賠償責任がどこにあるかは、通常裁判で決まる。つまり、原告が誰(どこ)を訴えるか、裁判官が賠償責任の所在をどのように認定するかによって決まる。また、医療機関が賠償を行う場合も、特

定の個人に明らかな責任がある場合は、医療機関が個人に賠償金を請求することがある(求償権)。また、保険がカバーする範囲は医療機関内での医療行為であるので、医療機関外での診療に対する賠償責任はカバーされない。

研修医は、短期間で病院をローテーション研修する上に、地域保健・医療研修で保健所・診療所などでも研修を行うこともあるので、研修病院で病院賠償責任保険に加入している場合でも、個人で保険に加入することが強く勧められる。

### 3) 賠償責任保険上の保険事故の取り扱い

事故日(医療事故が起きた日)と発見日(医療事故について賠償責任があると認識した日)が異なる場合、賠償責任保険がカバーするのは後者である。すなわち、一度臨床に従事した場合は、その後育児休業や研究職などで臨床を離れた後も継続して保険に加入していないと、賠償責任が発生した場合に保険金が支払われないことがある。

(前野哲博)

## 【3】トラブルへの対応

### 研修医のストレス反応

#### 1) 研修医特有のストレス

研修医は、医師としてのストレスに加えて、以下に示すような研修医特有のストレス要因にさらされている。

##### 1. 人間としてのストレス

病院での過重な労働時間のため、睡眠、食事、家事など生活を営むのに必要な時間が絶対的に不足している。また、肉体的な疲労に加え、病院からの呼び出しに象徴される私生活と仕事の境界の不明瞭さから、夜間休日も気が休まる時間がないことが大きなストレスとなっている。

##### 2. 未熟な医師としてのストレス

研修医にとって、自らの能力を超えて期待される役割や責任の重さがストレス要因となっている。また、ある場面では医師免許保持者として一人前の医師と同様の対応を期待される一方で、未熟さを理由に患者から処置等を拒否されたり、コメディカルから尊敬されなかったりといった、役割の葛藤からくるストレスも感じている。

##### 3. 新米社会人としてのストレス

職場に出たその日から、研修医は指導医・コメディカルなど、新たな複雑な人間関係のなかで翻弄される。また、対人サービス職種であるので、社会階層の異なる多くの患者や家族を次々に相手にしなければならない。さらに、研修医は医療スタッフの中では立場が一番弱いために、患者と医療側との板挟みにされるといったストレスもある。

このようなストレス要因に加えて、社会人としての経験が浅いためにストレス対処能力が発達していないことも、ストレス反応を引き起こすリスクを高める原因になっている。

#### 2) 実態(研修医のストレス調査結果から)

平成15年度に全国40施設の1年目研修医341人に行った調査では、4割近い研修医(38.7%)が抑うつ状態を呈していた。また、診療・個人への影響についての調査において、「本来なら考えられない医療事故を起こした、あるいは起こしそうになった」、「患者の疑問や不安に十分対応できなかった」などの質問に対して、「よくある」と答えた研修医は、抑うつ状態にある研修医のほうが有意に多かった。

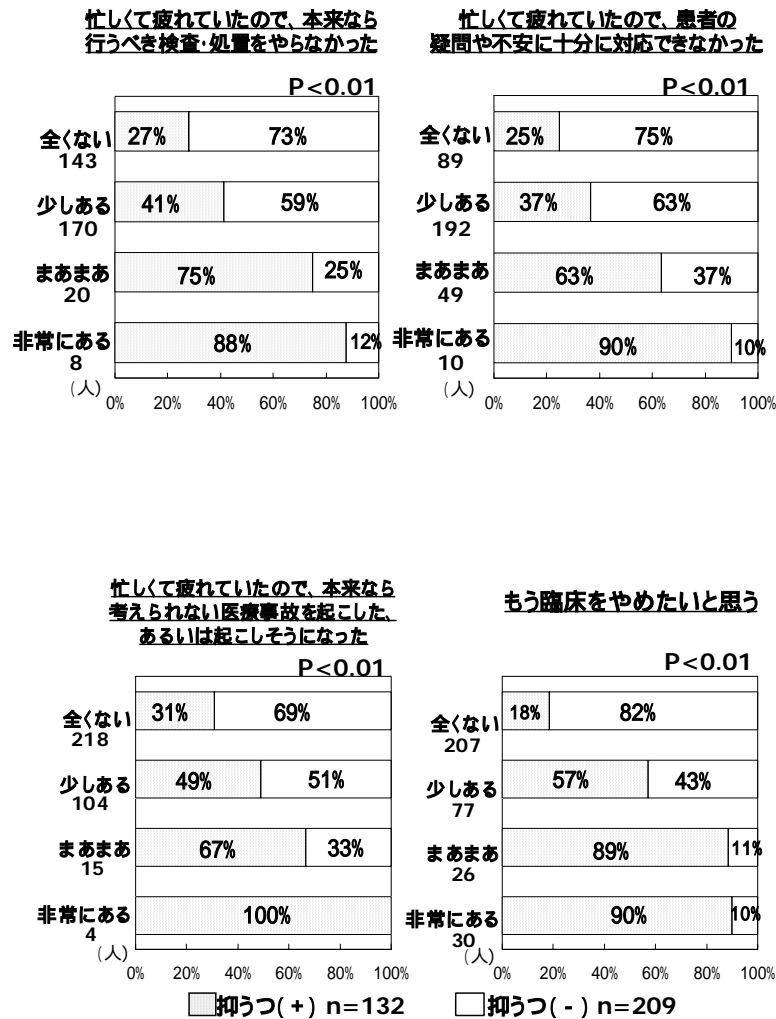
また、「もう臨床をやめたい」と思っている研修医は、「まあまあある」「非常にある」を合わせると約6人に1人にのぼり、その約9割が抑うつ状態にある研修医であった(図参照)。

このように、医師の抑うつ状態は、医師個人のキャリアに大きな影響を与えるのはもちろんのこと、医療安全の観点からもきわめて重要な問題であることが示唆されている。職業性要因についての調査では、研修医は、ストレス要因は質的負荷、量的負荷ともに高い一方で、ストレス緩和要因としての裁量度、達成感が低いのが特徴であった。

ストレス反応を防ぐためには、研修時間や受け持ち患者数などのストレス要因の軽減に努める一方で、裁量度、達成感などの緩和要因の増強も効果的であることが示唆された。これは、例えば指導医が治療方針を決める前に、まず研修医に意見を言わせる、診療において研修医の果たした役割を指導医が積極的に評価するなど、指導医の指導技法の向上により改善が可能である

ことから、研修医のメンタルヘルスケアにおいて指導医の果たす役割は大きいといえることができる。

### 図 抑うつ状態と診療・個人への影響



### システムの整備

労働省の「労働者のメンタルヘルス対策に関する検討会」では、心の健康づくり対策について、「セルフケア」、「ラインによるケア」、「事業所内産業保健スタッフ等によるケア」、「事業者外資源によるケア」の4つに分類している。

([http://www.jil.go.jp/kisya/kijun/20000606\\_01\\_k/20000606\\_01\\_k.html](http://www.jil.go.jp/kisya/kijun/20000606_01_k/20000606_01_k.html))

ここでは、その分類に従い、研修医のメンタルヘルスケアについて必要な対策を示す。

#### 1) セルフケア

指導医は、以下のような事項について研修医が理解し実践できるように配慮する必要がある。

##### 1. ストレスへの気づき

研修医が、心の健康について理解するとともに、自らのストレスや心の健康状態について適切に認識できるように心がける。

##### 2. ストレスへの対処

研修時間が長ければ長いほど充実した研修を意味するというものではない。ある程度時間を区切って効率よく研修をし、人としての生活を維持していくために必要な時間を確保するように心がける。また、情緒的支援者としてのパートナーや友人とよい関係を継続するよう努力することも重要である。

### 3. 自発的な相談

自らのメンタルヘルスに関する相談や研修のペースダウンについて、一人で抱え込まずに指導医をはじめとする周囲の人々にすぐに相談することが重要である。

### 4. セルフケアを推進するための環境整備

オリエンテーションでストレスマネジメントについての講義を行うなど、研修医が心の健康について気付いたり、ストレスに対処するための教育研修の機会を提供する。

## 2) ラインによるケア

ラインによるケアとは、職場における管理監督者によるケアであり、研修医の場合は指導医によるケアを意味する。指導医は、抑うつ状態などのストレス反応の概要・予防・早期発見・対応などについて十分な知識を持つとともに、良好な労働環境の維持と、研修医一人ひとりのコンディションを把握するよう心がける必要がある。そのためには、同僚研修医、ナース、コメディカルからも情報を集める努力をすること、危険な徴候(表参照)を見逃さないことが重要である。指導医がストレッサーになることがあるので、メンター制(後述)を置くことが望ましい。

### うつ病を疑うサイン(本人)

1. 悲しい、憂うつな気分、沈んだ気分
2. 何事にも興味がわかず、楽しくない
3. 疲れやすく、元気がない(だるい)
4. 気力、意欲、集中力の低下(おっくう)
5. 寝つきが悪くて、朝早く目がさめる
6. 食欲がなくなる
7. 人に会いたくない
8. 夕方より朝方の方が気分、体調が悪い
9. 心配事が頭から離れず、考えが堂々めぐりする
10. 失敗や悲しみ、失望から立ち直れない
11. 自分を責め、自分は価値がないと感じる

### うつ病を疑うサイン(周囲)

1. 以前と比べて表情が暗く、元気がない
2. 体調不良の訴え(身体の痛みや倦怠感)が多くなる
3. 仕事や家事の能率が低下、ミスが増える
4. 周囲との交流を避けるようになる
5. 遅刻、早退、欠勤(欠席)が増加する
6. 趣味やスポーツ、外出をしなくなる
7. 飲酒量が増える
8. 将来を悲観する言動が増える
9. 自殺をほのめかす

厚生労働省 地域におけるうつ対策検討会報告書)より一部改変



## 3) 事業所内産業保健スタッフ等によるケア

病院側は、研修医のコンディションを常に把握し、ストレス反応を早期に発見して適切に対応できるシステムを整備するとともに、研修医が十分なメンタリング(後述)が受けられるように配慮する必要がある。また、上に述べたセルフケア・ラインによるケアが円滑に行えるようなスタッフの教育と環境整備を行う必要がある。とくに医療職については、管理者としてのマネジメント教育がおろそかにされていることが多いため、スタッフの教育とともに、管理職への教育が重要である。

研修医がうつ病などのストレス反応を呈した場合には、多忙を極める特定の指導医に負担が集中しないよう、研修管理委員会による全体的な視点からのコーディネートが必要である。

## 4) 事業所外資源によるケア

医学的には専門的な医療を必要とする場合でも、研修医自身がその必要性を自覚していなかったり、受診に抵抗感を覚えることが多かったりするので、適応があれば速やかに受診できる体制を整えておく必要がある。うつ病の診断には、抑うつ状態を呈する身体疾患やうつ病以外の精神疾患を除外する必要がある。また、精神療法・薬物療法が効果的であること、休養・復帰のペースやタイミングなどについて専門的立場からの情報を得る必要があることから、抑うつ状態にある研修医には原則として精神科・心療内科などの専門科への受診を勧めるべきである。

ただ、精神科医やカウンセラーに対応を任せればそれで事足りるわけではない。研修管理委員会、本人・主治医・指導医が緊密な連携を取り、休職又は業務の削減、段階的な職場復帰など、治療上必要な業務上の配慮が円滑に行えるように、きめ細かな配慮を心がける必要がある。

## ストレス反応を起こした研修医への対応

## 1) まず休養

研修医がコンディションを崩している場合、本人の話をよく聞いて、十分な休養を取らせることが最も重要である。

## 2) サポートシステムの起動

上述のように、メンタルヘルスケアは組織を挙げての対応が必要であり、決して指導医だけで抱え込んではいならない。速やかに産業保健スタッフに情報を提供してサポートシステムを起動させ、その指示に従う。研修医の場合、ローテーションの変更や修了認定とも関係するので、プログラム責任者にも報告しておく。

## 3) 研修医との接し方

うつ病などのストレス反応を起こす研修医の多くは、真面目で几帳面、常に全力を尽くす性格の持ち主であることが多い。コンディションを崩してから、元のペースに戻そうと努力をすることでさらに精神的に消耗してしまい、よけいに病状を悪化させるという悪循環に陥っていることが多い。この悪循環を断ち切るためにも、このような状態にある研修医を叱咤激励することは好ましくない。

また、気晴らし(趣味、外出など)によるストレス発散は、うつ病の場合、主症状である興味の喪失、喜びの減退があるためにプラスに働かないことが多く、本人が望まない限り周囲から勧めるべきではない。

## 4) 休養から復帰するときの対応

### 1. 症状の変動がある

うつ病は、症状が変動するのが特徴である。昨日はできていたことが今日はできなくなることがあることを念頭に置いて、できなかったときに否定的な反応を取らないように心がける。

### 2. 復帰は段階的に

復帰する場合には、いきなり100%の研修に従事させるのではなく、最初はカンファレンスへの出席や半日勤務などの負担の小さいことから始めて、状態を見ながら主治医と相談して段階的に元のペースに戻していく。研修医が遅れた分を取り戻そうと焦ることが多いが、どんなにコンディションがよくても決められた時間には病棟を離れるように指導するとともに、周囲から否定的な対応をされないことがないように、ナース、コメディカルを含めて周知徹底を図っておく必要がある。

### 3. 研修内容

復帰期間中は過重な負担をかけない配慮が必要であるが、だからといって腫れ物に触るような対応では本人の疎外感を強め、よけい、追い込むことになりかねない。具体的な診療範囲は主治医と相談しながら個別に決めていくことになるが、精神症状として決断力が低下していることが多いことから、一般的には本人の責任において判断を求める仕事よりも、予め決まっているルーチンの仕事や高度な判断を求めない仕事から始めるのが原則である。

## メンター制度

メンター（mentor）とは、ギリシャ神話で、トロイ戦争に出陣するオデッセウスがわが子の教育を託した名教師の名に由来しており、若年者・未熟練者が医師としてのキャリア形成していく過程において、仕事・人生について何でも相談でき、先輩として適切な助言と励ましを与えてくれる相談者のことを指す。メンターは、メンティー（研修医）が一人前の臨床医として成長していく過程において、例えば診療のことで困っていたり落ち込んでいたりする時や、進路のことや家庭との両立のことなど、自分の将来について不安に感じている時などに親身に相談に乗り、的確なアドバイスを与えたりするなどの役割が求められる。学生時代とは激変する研修環境の中で医師としての第一歩を踏み出す研修医にとって、メンターの存在は非常に重要な意義を持つ。

実際に研修指導にあたる指導医もある程度メンターとしての役割が求められるが、スーパーローテーション研修においては診療科ごとの研修期間が短いこと、研修医が指導医との関係で悩むことから、できれば指導医以外の第三者がメンターとなることが望ましい。これまでの研修制度では、いわゆる「医局の先輩」がこの役割を担ってきたが、新しい臨床研修制度のもとではこのような自然発生的なメンターを見つけることが難しいため、研修管理委員会が臨床研修期間中のメンターを計画的に割り当てるなど、研修医がすべての研修期間を通してメンタリングを受けられる制度を整えておく必要がある。

## 研修医の問題行動への対応

### 1) 研修医の問題行動

研修医が、職業人として、また社会人として問題となる行動を起こすことがある。例えば、患者への対応に問題がある場合（患者とのコミュニケーションが取れない、患者への暴言など）、研修医のモチベーションに問題がある場合（遅刻・欠勤、やる気がなく行すべき診療をやらない、など）、自らの臨床能力に対する認識に問題がある場合（指導医の承認なしに自己判断で診療行

為を行う、など)、チーム医療の実践に問題がある場合(ナース、コメディカルへの暴言・暴力、スタッフとのコミュニケーションが取れない、など)、社会人として問題がある場合(セクシャルハラスメント、犯罪行為など)がある。

## 2) 対応の一例

### 1. 問題行動についての事実を把握する

研修医は、指導医に対しては意図的に自らの問題行動を見せないことがあるので、ナース、コメディカルスタッフ、同僚研修医、患者などの幅広い立場からの情報を集める。特定の人間からの情報は中立的ではないことがあるので、問題行動が疑われた場合はできるだけ多方面から具体的・客観的な事実を把握する。なお、医療安全管理上のインシデント事例に該当する場合は、定められた報告システムに基づいて対応する。

### 2. 問題行動についての記録を作成する

客観的な証拠を残す意味でも、研修医の問題行動について文書の形で記録を残しておく。Retrospective(回顧的)な記録は記載者の主観が入り込みやすいので、問題行動が観察されるごとに逐次客観的に記録していくことが望ましい。

### 3. 本人の言い分を聞く

記録された事実を提示し、本人の言い分を聞く。指導医側は感情的・評価的態度を取らず、本人に十分反論するチャンスを与えることが重要である。もし、研修医が提示された事実を認めない場合には、さらに第三者の証言や事実の裏付けとなる証拠を集める必要があることもある。また、研修医の精神状態について評価し、気分障害(うつ病、躁病)、不安障害、統合失調症などが疑われる場合には専門的な見地からの評価を行う。

### 4. 問題行動の改善を図る

研修医に改善すべき問題行動を具体的に明示する。問題を明確化するために、指導内容を文書化し、指導医、研修医双方が合意した上で署名するのも1つの方法である。

### 5. 介入後のモニタリング

研修医の行動に改善が見られたか否かを継続的に(次の診療科にローテーション後も)定期的にモニタリングする。改善が見られない場合、その事実を踏まえた新たな介入について検討する。

## 3) 研修管理委員会及びプログラム責任者、指導医の役割

指導医は、研修医の問題行動が認められた場合、必ず研修管理委員会及びプログラム責任者と情報を共有して、共同で問題解決にあたるべきである。

### 1. 研修管理委員会及びプログラム責任者の役割

研修医の問題行動は、指導医個人や診療科の範囲内だけで解決できない問題も多い。また、特定の指導医に過重な負担がかかるのを避ける必要があるため、研修管理委員会による全体的な視点からの調整が必要である。また、今後ローテーションする診療科において、研修医の個別性に配慮した継続的な指導が行われるように十分な配慮を行う必要がある。

研修医の問題行動に関する情報は、研修評価の1つとして最終的に研修管理委員会が判断を行うことになる。その際、問題のある研修医を単に排除しようとしてはならない。医師と

しての研修を始めたばかりの発展途上の研修医について、臨床医としての適性を判断するためには十分な観察と評価、そして「今は不十分であるが2年間の研修期間終了時にはできるようになるのではないか」という視点が必要で、研修管理委員会全体として議論を尽くした上で結論を出す必要がある。

逆に、2年間の研修を行ってもなお臨床医として問題がある場合には、安易に修了認定を行うべきではない。いずれにしても臨床研修の修了や中断の基準(資料編「医師の臨床研修における修了等の基準に関する提言」を参照)に則り、検討するとともに、各地方厚生局の臨床研修審査官と相談することが必要である。

研修修了には医籍に登録され、これは医師免許取得時と並んで重要な時期である。研修病院は、社会に対して研修目標に到達した臨床医を世に送り出す責務を負っていることを忘れてはならない。

## 2. 指導医の役割

指導医は、2年間の研修全体の中の一時期の指導に責任を持っていることを意識して研修医の問題行動の改善に努めなければならない。とくに、問題行動の把握、介入後の定期的な指導及びモニタリングは、日常的に研修医と接している現場の指導医でなければ不可能である。決して、問題のある研修医への対応を研修管理委員会に丸投げしたり、単に受け持ち患者数を減らして問題を表面化させないようにして、そのまま次のローテーションに回すようなことがあってはならない。

(前野哲博)

## 【4】研修医の福利厚生

### 住居

文字通り「レジデント」として、病院に近いところに住居があることが理想的である。物理的に難しい場合でも、夜間呼ばれたときに暗い夜道を歩くのは大変危険なので(とくに女性)、夜間用の駐車場を確保するなどの対策が必要である。

ローテーションで短期間(例えば1ヵ月)、遠方の協力型病院で研修する場合には、宿舎の確保は必須である。少なくともローテーションごとに研修医が不動産業者を回ったり、敷金・礼金を払ったりしなくてもすむように、病院が宿舎を持っていない場合は民間のアパートを借り上げるなどの配慮が望まれる。

### 病院内

#### 1) 研修医室

机、ロッカー(研修医ごと)のほか、文献検索などのインターネットコンテンツの利用、EPOC (Evaluation system of postgraduate clinical training )の入力などがあるので、インターネット接続ができる設備も必要である。また、医局のラウンジでは、自分よりはるかに年上の医師がいてくつろげないこともあるので、研修医室で弁当を食べたりお茶を飲んだりするスペースがあると、研修医同士の情報交換や息抜きの場になる。

#### 2) 仮眠室

夜遅くまで研修した時や、夜間呼び出された翌日の昼休みなど、少し横になれるスペースがあると便利である。とくに女性の場合は医局のソファなどでは横になれないため、男女別の仮眠室があるとよい。

#### 3) 食事

研修医は、食事を作ったり食べに行ったりする時間的・余裕がないことが多いので、病院食を利用できたり、夜間補食ができるようなシステムがあるとよい。

#### 4) 各種手続き、郵便物の受け取りなど

研修医が平日昼間に外出することは難しいので、銀行振り込みや郵便物の受け取りなどについて代行してもらえる制度があるとよい。

(前野哲博)

## 【5】研修の充実

### シミュレータ

#### 1) シミュレータ教育の必要性

研修目標に到達するためには、知識の修得だけでは不十分であり、技能、態度領域の教育が重要である。しかしながら、未熟な研修医が患者に対して侵襲的な手技を行うことには倫理的にも安全管理上も問題が多いため、現場で実施する前にシミュレータを用いて十分に修練を積むことが望ましい。

#### 2) シミュレータ教育の利点

シミュレータ教育は、臨床現場におけるスキルの修得に比べて、以下の利点を有する。

- ・患者に害が及ばない
- ・いつでも、何度も反復して練習できる
- ・自己学習が可能である
- ・講義などの他の方法と組み合わせることで学習効果を高めることができる
- ・遭遇する機会の少ないシチュエーションについて繰り返し学ぶことができる
- ・主に技能・態度領域における評価に利用できる
- ・指導医が、研修医のレベルに合わせた教育効果の高いシナリオを意図的に設定できる

#### 3) 用意すべき機材

各施設の状況により必要度は異なるため、予算と必要度に応じて整備すべき機材を決定する。教育効果の高い機材としては、救急蘇生に関するもの(心肺蘇生シミュレータ、挿管練習モデル、AED トレーナーなど)、身体診察に関するもの(心音・呼吸音、婦人科診察、直腸診、眼底、耳など)、手技に関するもの(縫合、採血・静注など)などがある。

#### 4) 運営上の注意

##### 1. 運用ルール

運用にあたっては、事前申し込みの有無、鍵の管理、管理者の立ち会いを必要とするのかなどについて、予め運用ルールを作成しておく必要がある。シミュレータ教育の利点を最大限に生かすために、研修医が使いたいときにできる体制を整えておく必要がある。

##### 2. メンテナンスが重要

シミュレータ教育は、技術的に未熟な研修医が「人間を壊さないように」練習するものであるから、シミュレータが破損するのはある程度はやむを得ない。また、例えば口対口呼吸の練習など、使用するたびに洗浄・消毒あるいは部品交換が必要となるものもあり、また消耗品の補充、使用済みの機材の廃棄などの作業も必要である。

せっかく高価なシミュレータを購入しても、使えなければ何もならない。シミュレータの導入にあたっては、単に機材を購入するだけでなく、購入後のメンテナンスについて、人的・予算的な措置を考慮しておかなければならない。

### 3. 機材の共有化を図る

シミュレータは高価であり、かつ医療コストに直接貢献するものではないため、研修病院ですべてを整備することは難しい。地域でネットワークを作って機材を共有したり、行政、大学、医師会などが中心となって機材の購入・管理とメンテナンスを行い、研修病院が共同利用したりするなどの方式も有効であろう。

## 図書室・インターネット

### 1) 図書室

主要な医学雑誌、教科書は一通りそろえておく必要がある。可能であればオンラインジャーナルを整備しておく、研修医は24時間どこからでも論文にアクセスできるので便利である。

国内では最近、臨床研修を強く意識した雑誌が各社から発売されており、研修医が修得しておくべき基本手技や、研修医が研修で困ったときの対策、指導医向けの指導方法など、研修に役立つ情報が掲載されている。

### 2) 二次資料

E B M (Evidence-based Medicine) の普及に伴い、短時間で効率よく質の高い Research evidence にアクセスできる2次資料が充実してきている。研修医がE B Mの考え方に基づいた医療が実践できるように指導するためにも、このような2次資料に自由にアクセスできる環境を整備することが望ましい。

### 3) インターネットコンテンツ

民間の会社、製薬会社や団体などが研修医及び指導医向けの研修に役立つインターネットコンテンツを有料で提供していたり、ホームページを開設している。

(前野哲博)