

巻頭言

追い風と曲がり角 —臨床教育の牙城から臨床研究の牙城をめざして—

内原 俊記

沖縄県立中部病院（研修医 16 期生）ハワイ大学卒後医学臨床教育事業団ディレクター
 順天堂大学 神経学 客員教授
 理化学研究所 生命医科学研究センター 応用ゲノム解析技術研究チーム 客員研究員
 東京科学大学（旧東京医科歯科大学）脳神経内科 臨床教授



ゼロからの出発：
 沖縄県立中部病院
 (Okinawa Chubu
 Hospital, OCH) の卒後
 臨床研修は、沖縄県の
 極度の医師不足を解
 消するために、1967 年
 に開始された。当時沖
 縄県に医学部はまだ

なく、日本の医学部でこの研修事業を支援するところもなかった。創設もないハワイ大学から米国の専門医資格を有する指導医を派遣していただくことにはなったものの、研修を行う中部病院の建物自体が建設半ばで、研修開始に合わせて何とか認可をうけ、同時に第 1 期生 8 名の研修医は当時の病院幹部が全国の医学部に勧誘に回り何とか集まったという。設備も診療も医学教育も何もないところに、忽然と OCH の卒後研修ははじめられたようにも見えるが、当時の沖縄県と病院関係者の先見性と努力には頭がさがる。OCH の卒後研修はその後日本の卒後研修のモデルとされるようになった沖縄県の宝の一つであるが、ただちには成果の見えにくいこの研修事業に対して予算措置を行い続けた沖縄県行政の判断がこの沖縄県の宝を生む不可欠の要素であったことは忘れてはならない。

研修医全員にプライマリーケアを： OCH の卒後研修を実質的に方向づけたのは第 2 代 Program Director の Neal Gault 教授である。当時日本の大学医局に入局すると、卒後いきなり診療所や病院の現場で、アルバイトと称して不安定な診療に従事して生活費を稼ぎながら大学病院等で高度な専門研修を受けるという double standard が一般的であった。これを避けるために、給与および病院内宿舎を確保して、アルバイトで生活費を稼がなくても臨床研修のみに研修医が専念できる体制を Gault 教授は OCH でまず確立した。その上で救急蘇生と正常分娩が単独ででき、内科、外科、小児科、産婦人科の基本的初期対応が可能なのが医師の最低条件であると規定して、その実現に尽力された。当時は検査の種類も限定的で、病歴と身体所見から診断に到達する戦略が余儀なくされる局面が普通ではあったが、OCH は当初からそれを積極的に実践し、具体的に指導できるスタッフに恵まれており、それを実践・継承する discipline が根付いてきた点、日本の他施設とは異なる。こうして全人的に一定の対応ができ、その限界もわきまえた医師は離島の診療を支える原動力として当初から沖縄県の期待にこたえてきた。二十一世紀に入り、在宅療養者が増えるにつれ、複数疾患をかかえた高齢者の全人的

なマネジメントにも対応できる臨床能力の基礎として今後さらに評価が高まるものと思われる。米国の卒後研修では標準的で普通のことであるが、こうしたプライマリーケアの研修を体系的に受ける場が当時の日本にはほとんどなかった。救急や一般内科、一般外科の指導を十分に受ける機会のないままアルバイトの現場に送り込まれ、大学病院では専門医としての技術を磨き、早期から研究にも従事するという構図が日本の医師の平均的な姿であったといえる。

リカレント教育によるプライマリーケア習得はベテラン医師に可能か？：2004年に開始された卒後研修必修化で総合診療にも対応できる人材の養成を国はめざしたが、相変わらず医師の地域的偏在、診療科間の偏在は是正できていない現状がある。医学部入学者の地域枠の拡大に加え「ベテラン医師に医師少数地区などで手腕を発揮してもらう方策」をあげ再教育（リカレント教育）などにより、医療ニーズを満たそうとする試みに厚生労働省はすでに着手している（厚生労働省「かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修について」2024年6月21日 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001266390.pdf>）。しかし、一旦専門医として完成し、ベテランとしてキャリアを積んだ後の医師に「総合診療能力を持つ」ように再教育するのは、初期研修医を教育するより難しい面をはらんでいるかもしれない。金銭を含む勤務条件の優遇など提案されてはいるが、やはり検査や機器にたよらず、問診と診察のみで診断を詰めていくという「総合診療」を興味深い知的作業としてとらえなおす意識改革と新たな教育手法がなければ、利益誘導政策以上にはならない

のではないかとも思う。ベテランに対する総合診療再教育は新たな領域で、教える側にも意識改革と新たな教育手法が求められるが、成功すれば「ベテラン医師に医師少数地区などで手腕を発揮してもらう」だけでなく、診療全体のレベル向上に繋がることは明白である。さらに、専門医としてある年齢に達したのち開業や在宅診療に転身する際にこうした再教育の機会が無理なくえられれば医療者側のみならず、患者側にも大きなメリットになることは間違いない。医師も患者も専門医を志向するだけで、より良い医療を享受できるという幻想には限界があることは次第に意識されつつある。専門医にしか対処が困難な病態があることは確かであるにしても、その専門医が関連の周辺事象にまで配慮して全人的な診断・治療をすすめることができるとは限らない。そこには日本の卒後医学教育が置き去りにしてきた総合診療・総合内科の豊穡な領域が未開拓のまま残っていると小生は個人的に考えている。総合診療の視点と技量を備えた医師の診療を受ける方が、専門家の診療よりも安心、信頼できるという患者さんの評価が増え、患者・社会の「意識改革」がすすんだ時にこうしたもくろみは成功したことになるのかもしれない。

実験室研究と専門医志向の限界：1982年に小生が医学部を卒業した当時、周囲に沖縄県立中部病院の名前を知る人は皆無で、「優れた大学病院」を離れて辺境にある県立病院にわざわざかけてプライマリーケアを含む初期研修を受ける意義は全く理解されていなかったし、将来専門医となるのであれば、そうした「周り道」をするのは単なる「無駄」という感覚をもつのが平均的であった。OCHで研

修を受けることが決まり、沖縄に出立するまでに「良い初期研修ができるようになって良かった」と理解し心から祝福してくれた人は、同級生、親族、大学教員のなかに誰もいなかったといってもよく、「かわってますねー」という率直かつ冷ややかな感想を漏らす方もおられた。かくいう小生自身、OCHでの研修の意味をその当時認識できていたか、はなはだ疑問である。OCHで2年の研修後、3年目に大学医局に入ったときの教授は臨床の指導が厳しいことで有名であったが、小生のさまざまな失態をみて「外の病院でついた変な癖を叩き直してやる。」と言葉を荒げられたこともある。リカレント教育のはしりを目指されていたのかもしれないが、こと総合診療、総合内科にかぎっていえば、リカレント教育が必要なのはむしろ大学病院ではないかと密かに思っていたのが実際である。

実験室研究優位の大学医学部：大学を中心としたこれらのシステムで最も優先されたのは「研究」であり、とくに動物実験を中心とした「基礎研究」が尊重されてきた。一方1980年代の日本では、そもそも「臨床研修」自体が標準化からは程遠く、同一の組織内でも医師による臨床技量の差異はそのままで、改善しようという努力が組織的に継続的に行われた例には乏しいように思う。「臨床教育」となると更に状況は不安定で、「所属科の異なる研修医を教育しても意味がない」「臨床教育に手間をかけても評価されない」などと明言してはばからない大学教官が当時小生の周囲には複数おられ、驚いた記憶がある。知っていることは下級生に手を取って教えるのが普通であったOCHとの違いは歴然としており、教えることを通して自身が学ぶという意識は

当時小生が所属した日本の大学組織では乏しかったと言わざるを得ない。医師としての評価の基本は研究業績である限り、研究に集中するのが是であり、業績につながらない臨床に尽力し、手間がかかって評価の対象にならない研修医教育にも積極的に取り組む医師はわずかであった。勿論そうした中にも、心ある臨床家は随所に活躍しておられ、そうした方々から臨床の指導を受ける幸運に恵まれた研修医がいなかったわけではないだろう。しかし、組織、病院、地域、国全体としての臨床現場および臨床教育の標準化の試みが実績をあげてきた例は日本ではそれほど多くないように見える。2004年の卒後研修必修化を契機に、一機にそうした動きが全国で表面化し、実績を上げることが期待されたが、実験・研究優位で研修医を指導しても利益にはならないという意識が指導層に長年沁みついてきたとすれば、「臨床教育」という全国的な方針が提示されただけで、容易に変わるとも考えにくい。また、そうした臨床教育をうけた経験のない医師に、いきなりそうした臨床教育ができる可能性は乏しかったのかもしれない。卒後研修必修化から20年を経て、何が達成され、何が未達成なのかを個人、集団、国のレベルで見直せば、夫々のレベルで今後取り組むべき課題が明瞭になる可能性はある。

研究から隔離されたOCHの純粹臨床・臨床教育：琉球大学医学部創設前の沖縄で開始されたOCHの卒後臨床研修は、日本の医学部で当時最も尊重された実験室の研究から完全に隔離され、純粹な臨床現場の診断、治療に集中する形で発展してきた。当時の沖縄県には民間病院も少なかったため、軽症から最重症のあらゆる患者さんがOCHに集中し、沖

縄島の医療の最後の牙城として長年機能してきた歴史がある。救急車はもちろん、来院患者の診療を断ることは許されず、無条件にすべての患者を受け入れるという、日本の他の地域や他の病院では想像しにくい体制が当然のものとして今も堅持されている。そのために看護師を育て、検査技師、放射線技師、薬局の当直体制も全国に先駆けて整備されたという歴史がある。臨床中心に内部から方向づけられ、地域の患者を24時間すべて受け容れるという外的要請を当然で絶対的なものとして逃げずに受け入れ、そのためにできるだけ幅広い臨床領域に対応できるよう医師個人も、病院全体も対応するという明確な方向性が無理を承知でおのずと共有されてきたといってもよい。半ば意図され、半ば強制されたこのミッションを病院全員が共有し、結果的には臨床と臨床教育に特化した集団がOCHには形成されたとみることができる。このミッションを達成するには、毎年はいってくる研修医が現場で対応できる範囲を拡大できるように、教育スタッフも、研修医自身も同じ目的にむかって全力を尽くす以外の選択はなかったと言ってよい。米国式の臨床教育として名高い中部病院だが、米国から指導医を招聘するだけで同様の臨床教育システムが構築できたかどうかは疑問である。沖縄県に医学部がない時代に、医師もいない場所に忽然と現れた中部病院に、あらゆる患者が集中し、病院も医師もそこでなんとかする以外に逃げ場はないという枠にはめられてはじめて地域に根差した臨床教育が立ち上がったのがその歴史であろう。米国流の医療を身につけた人材を単に移植して、「屋根瓦方式」と称すれば模倣できる程簡単なものではないように思う。とくに、専門分化のまえに基本的プライマリーケアを全員が習得することが当然

のこととして求められてきた点は他に類をみない。たとえば発熱患者に対する感染症の診断と抗菌薬の選択について塗抹検鏡の結果までを考慮する鉄則が、内科のみならず、外科、産婦人科まで共有されている施設は海外にもあまりないのではないだろうか？こうした特徴を60年に涉って堅持し、1200名を超える研修卒業生全員がそれを共有しているだけでなく、共通のdisciplineとして意識的に継承し続けてきたのがOCHであり、沖縄県の誇る宝でもある。最新の高度医療を旗印に臨床レベルの高さを誇示する姿勢は眼を惹くが、上記の基本がない施設で生きるかどうかは疑問である。特定の医療技術や設備が最新で高度であることや研究の質が高いという「一点豪華主義」が、その施設の臨床全体の質を担保するわけでも無いし、基本的臨床教育の代わりになるわけでもない。

Research Phobia：こうした臨床中心のOCHでは実験室研究への興味は育ちにくく、逆に実験室中心の大学では臨床教育、臨床研究へのとりくみが二の次になってしまう場合もなかったとは言えない。日本人初の米国感染症専門医としてOCHを起点に日本で臨床感染症を確立された喜舎場朝和先生は、研究優位という大学の体質が日本の医学・医療を支配してきたのではないかとのとらえ方をされ大変興味深い。動物を用いた実験室研究に象徴される日本の「研究」は時に科学的成果をあげ、医療・医学の進歩に貢献してきたとされるが、臨床との両立は容易でないことも喜舎場先生は指摘されている（喜舎場朝和原点とバランスーリサーチ心と臨床心 中部病院医学雑誌1993:19:巻頭言）。こうした乖離・対立の中で日本ではスッポリとみおとされてきたのが「臨床研究」という領域かもしれない。

い。研究といえば実験室の動物実験であり、臨床といえば研究とはかけ離れた実践として完全に分離されるという思い込みが基本にある。後年研究職として20年を小生は過ごす機会に恵まれたが、研修医の時に「研究」と言われても全く別の世界のこととの意識しかなかった。確かに多くの臨床的問題は教科書でしらべ、わからなければ文献を検索し、臨床判断は臨床経験を積んできたスタッフに質問することで一応の解答は用意されているようにも見えるが果たしてそうだろうか。

「Jolt accentuation」単独で行った臨床研究：

筆者はOCHの2年の研修後、母校東京医科歯科大学の神経内科に所属した。そこから千葉県旭市の旭中央病院に初めての神経内科医として単身派遣されたのは卒後5年目であった。そこで髄膜炎を見逃さないためのphysicalとして、jolt accentuationを見だし、1991年にHeadache(1991;31:167-171)誌に報告する幸運に恵まれた。頭痛は頻度の高い症候で、発熱を伴う場合に髄膜炎の可能性がでてくるが、どのような患者さんに腰椎穿刺を行うのが適正かという指針はなかった。しかし、コンサルトされれば髄膜炎を見逃すわけにはいかず、そうではないだろうと思いつつ、腰椎穿刺を行う機会も増えていった。よく診察すれば、髄膜炎かどうかは判ると主張される権威筋の先生もおられたそうだが、その具体的なコツの実態は公にされておらず、凡庸な駆け出し神経内科医には腰椎穿刺を行う以外に髄膜炎を診断・否定する信頼できる方法はなかった。そうした問題に悩んでいたさなか、「歩くと頭痛が増悪する」と訴える髄膜炎の患者さんに遭遇した。とすれば頭部の動きで髄膜炎の頭痛は増悪するのではとの仮説をたて、自発的、他動的に頸を回

旋させることで頭痛が増悪することを数例の髄膜炎患者さんで確認した。しかし、これを臨床徴候として多くの医師と共有するには、prospective studyとしてデータを蓄積し、英文論文として発表する以外にはないことは明白であった。当時の旭中央病院には他に神経内科医はおらず、頭痛発熱患者の腰椎穿刺適応といった臨床的問題意識を共有する仲間もおらず、相談する指導者もない状態だったが、診察して臨床所見を記録し、頭蓋内病変がないことをCTで確認して腰椎穿刺を行う「だけ」という、極めて単純な研究計画を単独で立案し、単独で実行した。僅か54名のデータにすぎないが、急性の頭痛と発熱患者でjolt accentuationを認めれば、髄液細胞増多(髄膜炎)の可能性が高まるので、腰椎穿刺の適応決定に有用という結論に至った(内原俊記 Jolt accentuation 再考 髄膜炎のより適切な診断のために 医学書院週刊医学界新聞 2014;3086:2 https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2014/PA03086_02)。一人でデータをあつめながら、「中部病院であれば容易に500例の研究になるだろうに」と外来や夜中の救急室で何度思ったかしかない。爾来、この程度の臨床研究のテーマはいくらでもあるのではないかと個人的には感じてきた。しかし、実際にこういうテーマで臨床研究をやってみてはどうか?と具体的に研修医に問いかけても、「臨床が忙しい。」「研究はちょっと。」と消極的な答えしか返ってこないのは理解に苦しむ。旭中央病院の忙しい臨床の中でも、一旦具体的目標を決めて症例を集め始めると、むしろ症例が蓄積されることが楽しくなり、忙しさも苦にならないのがjolt accentuationの研究の最中に感じたことであった。研究室も設備も指導者も研究費もないなかでの臨床研究だが、それが英文論

文とした公刊された時の喜びはひとしおであった。臨床現場に直接役立つメッセージは実験室からはでてくるはずがなく、臨床現場から掘り起こして発信する以外ないと確信した。Jolt accentuation 程度の小規模な研究であれば、大学院にはいる必要はなく、Faculty development などと大袈裟に構えなくても、アイデアとやる気さえあれば患者さんがいる限り、どこでも直ちにできる筈である。時あたかも、「働き方改革」がはじまっており、臨床現場に接する時間は否応なく短縮される傾向にあり、自ずと臨床研究に向かう時間は増える環境にある。旭中央病院に赴任を命ぜられた頃、大学院で研究を開始する後輩や、研究留学が決まった先輩が出始め、「実験室研究」を羨ましく思わなかったわけではない。しかし、臨床の現場でしかできない「臨床研究」があるとすれば、それはささやかであっても「実験室研究」とは別の意義と喜びがあることを jolt accentuation の研究は教えてくれた。

研究には実験室研究と臨床研究がある：臨床と教育に重心を置いてきた OCH では「研究」一般に対する関心が乏しいが、動物を用いた実験室研究のみならず、臨床研究に対する関心を十分に育て、実績を積み重ねてきたとは言いがたいのかもしれない。たとえば大動脈解離の臨床表現には多様性があり、非典型例が見逃されれば致命的になることが知られている、どうすれば的確な診断ができ救命できるかという純粋に臨床的な問題意識から平田一仁先生（OCH16 期、元副院長、循環器内科部長）は多数例の臨床情報を解析し、以下の論文として世界へ発信を続けてこられた。（Hirata K, et al. Clinical Predictors for Delayed or Inappropriate Initial Diagnosis of Type A Acute Aortic

Dissection in the Emergency Room. PLoS One. 2015 Nov 11;10(11):e0141929. doi: 10.1371/journal.pone.0141929. PMID: 26559676; PMCID: PMC4641684. Hirata K, et al. Electrocardiographic changes in patients with type A acute aortic dissection: Incidence, patterns and underlying mechanisms in 159 cases, J of Cardiol. 2010; 56: 147-53) Jolt accentuation は旭中央病院在籍の 2 年間で一応完結したが、平田先生の論文は数十年にわたって、多数の例を観察してデータを蓄積し続けたお手本といえる。こうした臨床研究が中部病院で実施された実績を知ってか知らずかわからないが、実際にこういうテーマで臨床研究をやってみてはどうか？と具体的に研修医に問いかけても、「臨床が忙しい。」「研究はちょっと。」と消極的な答えしか返ってこないのは理解に苦しむ。臨床現場を離れてとってつけたような「実験室研究」を行うことを勧めているわけではない。臨床の現場で自分が感じた問題を臨床の現場で解決する臨床研究は先ず自分自身の臨床能力を高め、病院全体の臨床レベルを世界にアピールする最良の方法である。おそらく「研究」といえば「実験室、動物実験、基礎研究」という日本の医学部での刷り込みが学生、研修医のみならず、指導医にも共有され続けており、そうした中では「臨床現場の純粋臨床研究」をレベルが低いだとか、あまり科学的でないなどと不当に低く見てしまう誤った思い込みが日本の医学部には残っているのではないかと小生は思う。臨床現場の問題を臨床現場の範囲で解決するには実験室や動物の犠牲を伴わない臨床研究が不可欠である。平田先生のような「臨床研究」の在り方は医師としての理想像であると小生は強い憧れを感じる。残念ながら、こうした臨床研究

は未だに日本では乏しく、したがって「研究」といえば「動物」を用いた実験室研究以外にないという共通の思い込みが日本全国で共有されてきたといっても良い。「中部病院は臨床活動が盛んで臨床教育のレベルも高いといわれるが、それに見合った臨床研究の原著論文の発信は目立たないのは何故か？」という外部の批判があることを当時の OCH 幹部の一人が述懐しておられるのを耳にしたことがある。中部病院で「実験室研究」に対する意識が育ちにくかったのは納得できるが、こうした「臨床研究」に対する興味までも OCH に育ちにくかったとすれば何故か問い直してみる必要はないであろうか。

臨床研究が後期研修医リクルートの切り札：

沖縄県には初期研修医が多数あつまり、活発な臨床研修が全県をあげて行われている点、他県にはない恵まれた状況にある。しかし、そのまま残って後期研修まで沖縄県内で継続しようとする研修医は必ずしも多くない。後期研修で手技、検査、手術の比重が増えれば当然そうした対象患者が多数あつまる施設で効率よく学びたいと思うのは当然だが、沖縄県内にはそうした施設が多くないのが現状であろう。しかし、もし臨床現場の問題を「臨床研究」の形で結実させる論文発表が沖縄県で盛んにおこなわれているという実績がだせれば、後期研修医を惹きつけるの大きな魅力となる可能性は高い。実験室研究から隔絶されて臨床研修がはじまった沖縄県だからこそ、そうした視点は育ちやすいのではないだろうか。「研究」といえば「実験室研究・動物実験」という固定観念の強い日本のなかで、「臨床研究」という視点は未だに新鮮に映る。それが薬剤の臨床試験などの規定路線や大規模なコホート研究への相乗りでなく、臨

床現場に発する自分自身の問いであれば、ささやかであっても立派な研究として世界に共有される可能性があり、なにより直接臨床現場に還元されるので、「実験室研究・動物実験」とは異なる醍醐味に溢れている。指導医自身がこうした「臨床研究」を意識し、英文原著論文として発信することがその第一段階であることはいうまでもない。そうした臨床研究論文発信の経験・実績のないまま、研修医に「臨床研究」を指導することができないのは臨床現場と全く同じであると個人的には考えてきた。「臨床研修」の牙城を自他ともに任じてきた OCH には「臨床研究」のアイデアを生む土壌とポテンシャルがあるが、これを生かして今度は「臨床研究の牙城」としても更なるアピールをめざす時代にはいつているのではないだろうか？

臨床研究の牙城を目指す：研究力の推進をめ

ざして各大学は「大学院大学」化をめざしたが、その定員を埋める大学院入学希望者数は十分でなく、働きながら医学博士を取得できる「社会人大学院」などとして門戸を広げている。もちろん、それなりの論文業績をあげることが必要だが、「実験室研究・動物実験」でない「臨床研究」で学位を取得できる環境は整ってきている。「アカデミア」は一般の臨床病院にない実験室や設備を備えた大学、研究所の総称で、特権的な響きを持ち、アカデミアに所属すること自体が一つの status ととらえる向きも確かにある。しかし、実験室や特段の設備を持たない地方の病院での「臨床研究」のみでも内容によっては十分 academic になりえ、academia 内部ではなしえない臨床的内容の臨床研究が成立することは可能であろう。医学博士号は臨床現場の実力とは次元が異なるので、臨床医には必

ずしも必要ではないという意見もある。最近ある私立大学医学部の幹部の先生から、分院の総合内科、救急で働きたいという OCH の卒業生はいませんか？とたずねられた。そうした人材は複数いると思うが、大学の教育職に就かせていただくのに医学博士の学位なくても大丈夫ですか？と質問すると返答に窮された。このように、ひとたび OCH の外で活躍しようとする場合や公的研究費を申請する場合に学位やアカデミアとの関係は少なくとも日本国内では当然視される場合は少なくない。個々人の好みや生き方は多様でよいとしても、こうした機会を OCH 卒業生が活かして発展するには、どういったサポートが不可欠かを考えて組織的に対応しなければ、発展の可能性を狭める可能性もあるかもしれない。

喜舎場朝和先生が「研究優位」と看破された日本の医療・医学の中、OCH はプライマリーケアと全身を診察する臨床教育を標準化することで「臨床教育の牙城」としての立場を築いてきた。21 世紀にはいり、多数の疾患を合併した高齢者等に向き合うことが普通となり、OCH がめざしてきたプライマリーケアと全身的な視点はますます重要な位置を占めるようになっていく。こうした臨床現場に根差した臨床教育を臨床研究の形に発展させることが、実験室優位の日本の研究に臨床研究の豊かさを持ち込み、臨床研修、臨床現場のさらなる活性化につながると期待される。「臨床教育の牙城」とされてきた OCH は「臨床研究の牙城」に最も近いところに位置しているはずである。OCH の臨床現場に根差した臨床研究が次々に発信され、それに触発された後期研修医が集まり、さらに臨床研究が発展するという好循環が生まれれば沖縄県全体の医療・医学教育・生涯教育のさらなる活性化

につながると期待される。喜舎場先生が「実験研究」優位と看破された日本の医療・医学の中で、「臨床・臨床教育」の狼煙をあげつづけてきた OCH から、今度は「臨床研究」の狼煙があがり、「臨床優位」の医療・医学風土が先ず沖縄にひろがり、近い未来に日本全体に拡大することを願ってやまない。