

国際協力事業団 あて 報告書

短期専門家 「総合内科」

ボリヴィア国サンタクルス市 ; サンタクルス 大学関連 日本病院

Santa Cruz; Hospital Universitario Japones, Bolivia

滞在期間 : 1999 年 1 月 21 日—3 月 17 日

岐阜県出張の期間 : 1999 年 1 月 19 日—3 月 19 日

1999 年 3 月 17 日

岐阜市野一色 4 - 6 - 1 県立岐阜病院総合内科

tel:058-246-1111 fax:058-2483805

栗本 秀彦

① 国際協力事業団プロジェクトチームから要請されたことは、「総合プロブレム方式」による医師の教育であった。教育はすべからく教師の現実の実践行動をとまなう。講義、ビデオ、などにより可能な知識の伝達は教育とは呼ばない。教育は価値観、モラル、考え方、つまりは人間の根本に触れる連綿とした営為である。それらは養われ育つものであって、ものや技術のように移転できない。

② 「総合プロブレム方式」は医学診療の考え方である。これは、考えも診療行動も合理的であることを求めるものであるから、緻密に考える習慣がないと、ことのほかむずかしい。考えに用いる道具はコトバである。これを思えば、コトバの異なるものが考え方を教育する更なる困難は想像できよう。ましてや、スペイン語・日本語という母語の間にそれぞれにとっての外国語（英語）をはさむのである。

③ 本来の目標は「この形式が継続して実践される」ことである。そのためには、まずこれを身につける能力ある中心人物がいること、つぎに、そのものが少なくとも数年継続して職場にあること、さいごに、後継が育つこと、である。だが、ここの内科においてそれは望めない。したがって、ここでは目標を「せめて形式のコトバだけでも残しておく」ととせざるを得なかった。

まず、大枠の知識を持ってもらうために、公衆に講義することにした。そのあと小人数を選んで実践してもらう。大勢を対象とした実践は希釈されて実りが少ない。小人数に絞って集中したほうがよい。のちにかれらが他の人の教師になってほしい。病院の内科は7年前とまったくかわりがない。そこで、つぎのように考えた。

1 : ————— 2 : 「総合プロブレム方式」を講義する。3 : 実症例のカンファレンスをおこなう。結果をみると、この方針が実りを多くした。

④ 「総合プロブレム方式」の講義

5 回に分けて各 1 時間づつ、1 週に 2 回延べ 5 時間、講義した。おそらくはじめは、

聞いていても何が話されているかがよく分からなかっただろう。英西の通訳の医師さへ、全部がおわったあとに英語の講義録を読んでから、「やっとくっきりとわかった」と言ったのである。日系二世の秘書に日本語版の講義録を西訳してもらって前もって通訳に渡したのだが、英語版のほうがわかりやすかったらしい。それでも後段になって、公衆から「おもしろい」という声が散会する時に聞かれた。だが、頭でわかった気がしたことと出来ることとはまったく違う。

⑤ 実症例のカンファレンス

講義はカーニヴァル前に終わり、開けてからカンファレンスをはじめた。指名してもらった2名の内科レジデントとカンファレンスを持った。指名とは別に、講義で積極的だった小児科医1名を招待したほか、感染症医1名、JICA検査技師1名が、みずから参加してきた。カウンターパートとされている〇〇は、たまたま1度偶然来合わせたのが背を向けて端末のキーをたたいていた。カンファレンスは実在患者を「総合プロブレム方式」の形式どおりに呈示させて討論した。とうぜん、プロブレムリストがつかれない。しかし、回を重ねる毎に、みるみる良化してリストがさまになってきた。この4人の知的素養は高い。とくに2人の医師は指名されたわけでもないのに、観念作業を学ぶ意欲とエネルギーを持っている。

呈示患者のプロブレムリストに登場した疾患は、次のようなもの。心筋梗塞、心不全、糖尿病、アンギオデスプラジア、大量消化管出血、乳頭状腺腫、僧帽弁狭窄症、小脳梗塞、一過性脳虚血症、空洞性肺結核、小脳失調、多発性硬化症、などである。カンファレンスでは、形式の違反は許容せず矛盾は放置しなかった。1回に1例の呈示検討だが、検討だけで2時間半になることもあった。そのあと患者を診察すると、プロブレムリスト作成の脳作業がはかどる一方で、身体所見は正しくとられていないことが露わになった。たとえば心臓の聴診はできない。神経所見もできない。ハンマーを使わず手で腱反射を診ている。そもそもハンマーを持っていない。訊ねると聴診器の使い方も神経所見の取り方も教えられた事がないという。見たこともないのだろう。指導者が病院で身体所見を完璧にとっていたなら、そのレベルはレジデントの目に焼き付いているはずだ。だれもできないのか、少なくともしてはいないのだ。こうして何年も過ぎてきた。ずさんな所見がずさんとは認知されずに当然の事と受け継がれてきている。また基本検査の解釈吟味も同様だった。すぐにエコー、CTなどの機器技術に走るのはレベルの低さを物語る。7年前に携行器材でもってきたハンマーが、驚くなかれ、封も切られずに〇〇の室の戸棚にあった。実際に診察をして、頭から足の先まで完全な身体所見をとってみせた。僧帽弁狭窄症の雑音も聞かせて記述した。むろんハンマーの使い方も教えた。

⑥ カンファレンスも回を重ねるにつれて、呈示もリストも円滑にできるようになり議論もおのずと活発になった。呈示事例は計5例でおわった。所見の正確さ、考察の綿密さ、形式の合理性などはなにがしかのインパクトがあったようではある。さよならパーティで小児科医が「自分たちは始めたばかりである。このカンファレンスをEメールで

相談しながら継続したい」と提案してきたし、感染症医がこの方式を移植したいと言ってきた。ほんとうにそうなれば、望む目標に到達したわけである。これからは自己訓練になるのだが、後押しどころか期待も評価もされないこの内科で、かれらに自己研鑽をつづける力があるだろうか？ あったとしても困難が目に見える。ここの内科診療の日常とレジデントの評価査定は、「総合プロブレム方式」の方向とレベルではないだろう。

⑦ レジデントの資質は良好である。知識もあるし、学ぶエネルギーと知力を持っている。先年と比して内科に関する唯一の進展は優秀な若者が参集してきたことである。教育は、教育されるほう、するほう双方に相応の責任がある。個人に自己研鑽の努力だけを望むのは、病院当局としては無責任の誇りをまぬがれない。よき方向をめざす意欲を督励する処置と状況の整備が望まれる。カンファレンスの部屋の便宜、診察用具の常備、検査室との交流などがよきカンファレンスには必要だが、それらは病院のバックアップなくしては持ち得ない。病院がカンファレンスに注目しなければ、その継続はむずかしい。

今回の講義録とカンファレンス記録を、サンタクルスのレジデント・医師はもちろん、ボリヴィア国内大学・ブラジルのサンパウロ大学の教育部と内科に病院から配布して、若いひとびとの研鑽の一助としたい。

以上。