

研修医 サバイバル ブック

【編著】

久村正樹

岡山市立市民病院救急科 部長

堀井 翼

埼玉医科大学総合医療センター産婦人科 助教

[元 埼玉医科大学総合医療センター初期研修医]

中外医学社

はじめに

研修医の悩みはつきない。

ほとんどの悩みは、放置しても問題なく忘れていく。彼らに残るのは、「悩みにどう対応されたか」という感情だろう。

本書は、研修医が指導医に聞きにくい悩みに、指導医が真面目に答えるものである。稚拙と思える悩みも、研修医生活をサバイブしてもらえるように、大真面目に扱った。

研修医の執筆陣は、久村が2023年3月まで勤務していた埼玉医科大学総合医療センターの当時初期研修医であった堀井 翼先生に選んでもらった。飾らない、率直な悩みを表現できる先生に執筆を依頼して欲しいと頼んだところ、想像以上に面白い、率直な悩みが集まった。研修中に経験する研修医の悩みは、おおむね本書に書いてあると自負している。実際には、指導医に相談しても多忙などで十分な回答を得られないことが多いと思う。そんな時、指導医は頭の中でこんなふうに考えていると、本書を通して知ってもらえたら幸いである。

指導医側の執筆陣は、研修医はもちろん、指導医さえも、「あの先生ならどう答えるのだろうか」と気になる先生に執筆をお願いした。優しく、丁寧で、一部過激な文体は、悩む研修医の皆様の心に突き刺さるであろう。

本書が、研修医にとって「あの本にあんなことが書いてあったな」と記憶に残る書となれば幸いである。

最後に本書の刊行にあたり、共同編集者で研修医著者のとりまとめをしてくれた堀井 翼先生、イラストを描いてくれた埼玉医科大学国際医療センター初期研修医の向井慎哉先生、初期研修医の先生、指導医の先生、そしてわたしの至らなさを温かく見守ってくれた中外医学社の鈴木真美子さんと桑山亜也さんに心から御礼申し上げます。

2023年9月

岡山市立市民病院 ER シミュレーション室にて

久村正樹



SURVIVAL

1

帰りたいけど帰れない!? 自分の仕事は終わったけど指導医に言いづらい……どうする？

研修医の回答

堀井 翼

定時になり、自分のやるべき仕事が終わって特にやることもないので早く帰りたい！ 病棟へいっても外来にいても指導医はおらず、わざわざピッチ（PHS）をかけるほどのことか!? などのシチュエーションは研修医ならよくある状況であると思う。研修医の扱いに慣れている指導医であれば、「これこれの仕事が終わったら自分のタイミングで帰っていいよ～」と言ってくれるのだが、なかなかそのような指導医も少ない。

わたしの場合は、指導医のあとを金魚のフンのようにくっついて「帰ってもいいよ!」と言ってもらうタイミングを伺うことにしている。指導医が忙しそうなら黙って帰るのも状況次第ではありかもしれない。わたしも何回かやったことがある。しかし、次の日ピッチがかかってきたり、他の研修医から「指導医が探していたよ」と言われることもあり、悩ましい……。ピッチをかけて「仕事が終わったので帰りたいです」とは、指導医が仕事をしている以上言いづらい。

金魚のフン以外で成功率が高いのはピッチで、「これこれの自分の仕事は終わって手持ち無沙汰なのですが、他にお手伝いできることはありますか?」と聞くことである。そうするとほとんどの場合「仕事ないので帰っていいよ」との返事をもらえる。

1～2カ月間の研修の間なるべく指導医との関係を良好にしていく上で、自然な形で「ほうれんそう」を行っていくことは重要であると思う。



定時に帰ることは労働者の権利であり、定時に帰らせることは病院や会社の義務です。労働基準法 32 条には、使用者は原則として、1 日に 8 時間、1 週間に 40 時間を超えて労働させてはならないと書かれています。これは「病院や会社は、労働者を定時に帰らせましょう！」ということでもあります。「定時を超えた分は残業代で支払えばよいではないか」という声もありそうですが、残業代は経営側と労働者側が 36 協定を結んでいないと支払われません。36 協定とは時間外・休日労働に関する協定であり、これがないと会社や病院は残業をさせる資格がないのです。2019 年の報告では、病院の少なくとも 9% が 36 協定を結んでいないという報告もあります¹⁾。この中には名だたる有名病院も含まれており、自分の病院が 36 協定を結んでいて残業をさせる資格がある施設かどうかは確認しておいたほうがよいでしょう。残業とは、特別な場合にのみ許されるものなのです。

指導医に気を遣うのはわかります。教えてもらう立場なのに、早く帰っていいのかが悩みますよね。実は、このような研修医の立場が、労働時間を長引かせる要因の一つとする報告があります²⁾。労働時間を長くするものには、自分の仕事が終わっても周囲に気兼ねして帰れないという風潮や、事前に多くの人に根回しをしなければならない状況があると指摘されています。自分の裁量権が少なく、あらかじめ人に了承をもらって仕事を進める必要がある立場で根回しをすることが、さらに労働時間を長くするのです。まさに研修医が置かれている状況と言えましょう。本項の研修医の回答のように、周囲に気兼ねして帰れないのは毎日のことでしょうし、カンファレンスをスムーズに進めるために、研修医が指導医と事前に取り決めをしておくことも多いと思います。そうした事情から、研修医の仕事は労働時間が長くなりやすいと捉えておいたほうがよさそうです。

労働時間が長くなると、睡眠障害や集中力低下など心身全般に悪影響が出ます²⁾。また、要求水準は高いのに自律性の低い仕事や、努力が報酬にみあわない仕事も、心身に悪影響を及ぼすとされています^{3, 4)}。これら心身に悪影響を及ぼす労働条件を、研修医という仕事は満たしてしまっていることが多いです。労働者として健康を確保するには自助努力も必要です。自分の健康を守るため、研修医の間は「速やかに帰る」努力をしたほうがよさそうですね。指導医たちが残っているのに帰りにくい……という意見ですが、指導医はおそらく大丈夫です。労働時間が長くても、



SURVIVAL

10

重症患者さんの前ではパニックになって、何をすればいいのかわからなくなります。これって経験の差ですか？

研修医の回答

岩田啓太郎

重症患者さんを目の前にしたときや、病棟急変が起こったときにパニックになり、看護師さんから「先生、どうしますか!？」と判断を迫られると、さらにパニックに陥るといような事態を研修医なら一度は経験したことがあるのではないかな。

自らを振り返ると、そのような状況では、次に何が起きるのか予測できないからパニックになるのだと思う。わたしはこのような経験を幾度かした中で、全体を俯瞰してみて、その患者さんにとって重要なことの順位づけや、迷わずその順番通りに遂行できるかが重要ではないかと考えるようになった。全体を見渡すことができれば、例えば、気管挿管などの技術が必要なものは慣れていている先生にお任せし、自分はバイタルサインに注意しながら、介助に回ることができる。

そのような順位づけや予測外の事態に備えるためにわたしは ICLS (Immediate Cardiac Life Support) コースや JMECC (Japanese Medical Emergency Care Course) などの標準化されたコースを受講し、予めイメージトレーニングし疑似体験を繰り返している。

研修医にとって初めてのことは毎日のように訪れるが、指導医が近くにいるから今だからこそ、何事も経験として、目の前の患者さんから逃げずに、基本に立ち返り、今自分ができることを全力で行っていきたい。



焦るのが当たり前：経験+ α が大切

重症患者さんの前でパニックになる、これは当たり前です。救急医のわたしも今でも焦ることは多々あります。まず理解すべきは、パニックになることは自分だけでなく誰もが陥るという点です。パニックになってしまったからわたしは医者は向いていない、そんな風に思ってはダメですよ。

わたしも焦ることがあると言いましたが、研修医の頃と比較すればその頻度はだいぶ減りました。“経験の差”，これは少なからずあるでしょう。しかし、経験しただけではこの焦りは消えることはありません。その経験から次回に備え対策をとる必要があります。当たり前ですよ。車を運転している人を見ただけでいきなり運転はできません。また、運転をしたことがあるからと言って上手に運転できるわけではありません。走り慣れた道路であれば上手に走行できても、初めての道ではそうはいかないこともあるでしょう。少なくとも最低限の知識と目指すべき点への道筋を理解しなければ到達点へ迎り着くことはできないのです。

例えば、研修医のみなさんが抗菌薬を投与するために担当患者さんの病室にいる状況を想像してください。その抗菌薬を使用するのは今回が初めてで、投与後5～10分は立ち会うように指導医に指示されました。投与し数分経ったところで患者さんが咳き込み始め、なんだか具合が悪そうにしています。さあみなさん、どうしますか？

おそらく落ち着いた状況でこれを読んでいる初期研修医の先生は、「アナフィラキシーね」と即座に認識し、アドレナリンを0.5 mg 大腿外側広筋に筋注すればいいんでしょ、そんな風に考えることでしょ。その通りなのですが、それが現場ではどうかと言うと、初めてアナフィラキシーをその場で認識し、アドレナリンを筋注するというのは初めは勇気がいるものです。また、もしそこに自分一人しかいない場合にはどうしますか？ さらに、アドレナリンを筋注したもののなかなか状況が改善しなかったらどうしますか？ ほら、焦ってきたでしょ!? 何が言いたいかと言うと、誰でも焦る状況というのはあるのです、それを回避するためには実際に経験し、さらにその後起こりうることを想像し対応策を準備しておく必要があるのです。運転をしても、もしかしたら子どもが飛び出してくるかも、前のトラックの荷台から荷物が落ちてくるかも、などいろいろと予期しながらそのときの対応策



SURVIVAL

17

**外科志望研修医だけど、外科中心の研修か、ジェネラルな幅広い研修にするか、どちらが
いいの？**

研修医の回答

石井拳大

わたしは志望科としては外科を考えていた。父が外科出身であったことや、手を動かすことは嫌いではなかったことなど要因はいくつかあったが、オペが楽しいなというところが一番の動機だった。

研修先は大学病院であったが、研修条件に救急科や麻酔科は2カ月ずつ、内科は6カ月以上といったきまりがあり、外科は2年目になってしまった。1年目は内科ばかりだったものの、どの科を回っても自分にとっては面白いな、もう一度回りたいなと思っていた。そしてどの科の上級医からも「もし君が外科にいった場合にはこれに気がつけたほうがいいよ」とその科ならではの視点を教わり、とても有意義な研修になった。しかしこれが、外科志望であった自分のローテーション先を惑わせた。

さらに、早くから志望科を決めている友人は志望科を中心にローテーションし、症例集め、学会参加など精力的にしている、自分がやっていることは遠回りになるのではないかと焦る気持ちも生じた。

2年目になったばかりの自分としては、研修中にしかできないことを優先して学ぼうと考えている。もちろん外科でのローテーション時間も多めにとるが、例えば感染症科で学べた抗菌薬の考え方、特に術後の感染症について再度学ぶことや、術中の全身管理を行う麻酔科で再び研修するなどには必ず役立つと思う。

今のところはそんな方向性で2年目を計画しているがどうだろうか。



初期研修は誰のため？ そう、患者さんのためにある！

さすが、なかなか意識が高い考え方は感心ですね。

医療が細分化され、より一層専門分化が進むようになった昨今、これから専門医を目指す若先生達のこれからの考えると山あり谷ありと長期にわたる修業が待っています。なるべく早く専門医になりたい気持ちはよくわかります。しかしながら、一旦専門科に進めば、一生その専門科を勉強し続けるわけであり、それが1～2年遅くなっても何の弊害もありません。全く焦る必要はないんです。

将来、みんなが会おう患者さんから、「専門外だから」ということで逃げられない場面に必ず出くわします。そのときこそ初期研修で得た他科の知識が生きています。医師免許をもってからの研修は、たとえ短期であっても医学生頃のの実習とは吸収できる内容がけた違いに多いのは肌感覚で理解できているでしょう。

初期研修医制度ができた経緯は、医療の専門分化による弊害をなくすために創設されました。この制度の理念は、医師としての基盤形成の時期に、医師としての人格を涵養し、プライマリケアへの理解を深め、患者さんを全人的に診ることができ
る基本的な診療能力を修得することです。つまり将来あなたたちが会おう患者さんが不利益を被らないためにできた患者さんのための制度なんです。決して専門医になるのための（研修医の好みに合わせた）制度ではないのです！ここをはき違えて将来の専門科のローテーションを長くとった人ほど、他科の知識が不足して医療ミスが増えてしまうことは簡単に想像できるでしょう。「どうせ、わたしは他科の患者さんは診ないから問題ない」と考えてはいけません。各科にオーバーラップする疾患はたくさん存在し、多疾患併存の患者さんも多数存在します。「うちの科の疾患ではないから」と言って、患者さんを放り投げる医師になってしまうのです。

患者さんのニーズに応える患者目線をもつことが優秀な臨床家にとっては最も大事なことであり、初期研修こそそれを学ぶ絶好のチャンスなんです。卒業直後から専門科に進んだ古狸先生世代と比べ、新臨床研修制度を修了した最近の若先生達の能力の高いことには舌を巻くことが多く、この制度はとてもいい医師を輩出していることは間違いありません。

日常的に点滴をしない専門科の医師の中には、酸素投与や点滴をする場合は、患者さんを診ないと豪語する（？）医師とはあるまじき発言をする者が昔は多数いま