

基幹病院での Neurologist の育成

藤田 信也

長岡赤十字病院神経内科

市中病院の中で、「臨床神経学」に最も症例報告の掲載が多かったということで、寄稿の機会をいただいた。大変光栄なことで、折角の機会なので地方都市の基幹病院で、どのように Neurologist を目指す若者を教育しているかについて記そうと思う。

新潟県は、古の都 京都から近い順に上越・中越・下越の3つの地域が区別される。県都の新潟市は下越地方にあり、長岡市は中越地方にある人口約26万人の新潟県第二の都市である。旧長岡藩の城下町で、河井継之助や山本五十六などを輩出した。昭和20年8月1日の長岡大空襲で街の8割が焼け、戦没者の慰霊のために復活し発展したのが、全国に知られる長岡大花火大会である。

長岡赤十字病院の起源は、戊辰戦争で焼け野原となった長岡の復興のために贈られた「米百俵」によって設立された国漢学校の医学局にさかのぼる。その流れを受け継いだ長岡病院を継承して、昭和6年に長岡赤十字病院が創立された。現在、病床数は592床で、救命救急センター、総合周産期母子医療センターを有し、長岡市だけでなく、新潟県中越医療圏約45万人の三次救急医療を担う基幹病院である。ドクヘリの基地も備えており、27診療科、約170人の常勤医師が、高度急性期医療を担っていて、救急応需率は90%を超えている。初期研修医の指導にも力を入れ、現在の制度が始まってから18期生までの160人が修了し、毎年フルマッチして、次年度

から1学年13人に増員される。

神経内科は、6人の常勤医で診療にあたっている。4人は日本神経学会神経内科専門医で、2人は新潟大学脳研究所脳神経内科学教室からの若いローテーターである。中越地域の神経疾患の砦として、近隣の病院からも多くの難しい症例が紹介されてくる。

今の初期臨床研修制度で、大学病院と臨床研修病院の差は、ひとつひとつの症例をきちんとプレゼンテーションさせる教育が行き届かないことにある。6割強の医学生が、初期臨床研修の場として、大学病院でなく臨床研修病院を選ぶので、必然的に専攻医にもその能力が欠けてくる。検討会や総回診にしっかり時間をかけて、症例に対する議論をすることが大切なのだが、少数のスタッフで数多くの症例を診る市中病院では、これがなかなかエネルギーの要ることである。ADEMと診断して、ステロイドが投与されて経過が良ければ、それでよし。非典型的な神経症状があっても、やり過ごされる症例は多々あるのではないだろうか。ADEMやCIDPは除外診断なのであって、診断に必要な自己抗体は、国内のみならず海外にも送って測定してもらうというエネルギーを持つことが、研修医ではなく、指導医に求められる。

筆者が研修医時代に指導を受けた、新潟大学脳研究所神経内科の2代目教授 宮武正先生の回診は、厳しかった(写真)。診断がつかないと、「魂を入れてないからだ」と一喝された。



写真、左：研修医を交えた検討会、右：宮武正先生の回診風景（1980年代）。

不条理な指導のようだが、宮武先生の教え通り、情熱を持って患者に向き合うと診断や治療にたどり着くことを経験する。研修医や指導医、さらに臨床実習の学生が、同じ目線で一緒に考える場を持つことが大切だ (写真)。

症例を深めたら、学会に発表する。発表する演題と演者を決めるのは、科長の重要な仕事である。筆者が当院に着任して28年になるが、年4回開催される日本神経学会の関東甲信越地方会と年2回開催される日本内科学会信越地方会に欠かさず演題を出してきた。学会発表は、なるべく初期研修医にしてもらい、その指導を神経内科の若い専攻医にってもらうようにしている。学会には、スタッフ全員で何回も予行を重ねて臨んでいる。初期研修医にとって、初めての発表は緊張するものだが、「君が試されるのではなく、聴衆に新しいことを教えてあげるのだよ」と言うようにしている。関東 (甲信越) 地方会は、古くは新潟大学神経内科の初代 椿忠雄教授が、夜行の急行列車で上京して、「新潟水俣病」を初めて世に出した学会でもある。筆者自身、毎回地方会に参加して、大いに勉強させてもらっている。

学会発表が終わったら、学会で教えてあげたことを、世間に広く教えてあげる必要があることを説く。診断や治療に悩む症例を導いてくれるのは、過去の症例報告である。集中治療室で「臨床神経学」の症例報告のコピーを持ちながら、患者さんの病態について議論したことは何度もある。自分たちが経験した価値ある症例を、世の中に出すのは臨床医の使命である。

いきなり症例報告を書くのは難しいが、きちんと学会発表ができた症例は、論文に仕上げやすい。症例報告は、発表した初期研修医でなく、指導した貢献度の高い専攻医に書いてもらうことにしている。その専攻医も症例報告を書いた経験がないことが多い。「新聞記者になったつもりで、学会の読み原稿を、ひとまず論文の投稿規定に沿って文字起こしてごらん」といって、初稿を書いてもらうようにしている。こちらに戻ってきたら、「症例」の部分を修正してあげて、「考察」は、いくつかの段落に分けて、その症例のノイエス (Neues: 新しい知見) がわかるように書くように指導する。それっきり戻ってこない場合もあるが、2回3回と、やる気を削がないように少しずつ修正を求めていく。

図の作り方や、適切な文献をどこに引用するかなど、指導は細部に及んで、10回以上キャッチボールをすることもありますが、何とか投稿にこぎつけることができると、お互い嬉しい。厳しめの査読者のコメントをクリアして症例報告が出たときの喜びは、ひとしおのようで、「足跡を残す」満足感に浸ってもらうことができる。

症例報告は、2報目を書かないと、症例報告を書く指導者になれないように思う。しかしながら、2報目の症例報告を書いてくれる人は、少ない。若い人たちのモチベーションは多様化している。大学院に進学して研究したいと思う人は減り、症例報告を書くより、専門医試験の症例集めが大切と思う人も多い。さらに働き方改革で、「学会発表の準備は超過勤務ですか」と尋ねてくる研修医先生もいる時代である。「ペーパーにしまきゃね」という丸投げでなく、指導医の若者に対する継続的な情熱こそが症例報告に必要なと思う。症例報告を書いていない人には、症例報告を書く指導はできないことは、言うまでもない。現在の研修医制度や専門医制度のもとでは、症例報告を指導できる人材が育っていないのではないかと危惧している。

「論文は英語でないと意味がない」ということはない。英語で書けばそれにこしたことはないが、「英語でないと業績にならない」などと言っていると、結局何も残せないまま、専攻医は異動していく。日本語であっても、自分が苦勞してまとめた症例が文字となり、「足跡」として残る喜びを知ってほしい。

当科では、治せる疾患を見逃さず (curing disease)、治せない患者に寄り添う (healing illness)、全人的医療の姿勢をモットーに、ヒューマニズムとアカデミアのバランスのとれた神経内科医を育てることを目標にしている。患者さんの利得が何かを常に考えて、チームがひとつとなって医療をした結果が、症例報告につながるのだと思う。若者も、その姿勢を見て共感してくれるのではないだろうか。当院での160人の初期研修修了者のうち、19人が新潟大学の脳神経内科学教室への入局、すなわち Neurologist への道を決めてくれた。

最後に、長年、一緒に診療と教育に当たってくれている小宅睦郎部長、梅田能生部長、梅田麻衣子部長に、心から感謝を申し上げます。