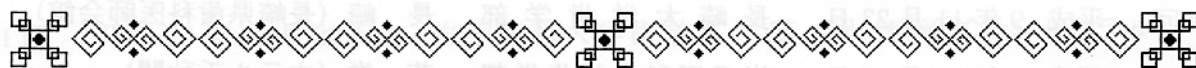


講演会



「医科における歯科医師研修の意義」

講師 医療法人愛全会 愛全病院 病院長 松原 泉 まつばら いずみ



講師紹介

医療法人愛全会 愛全病院 病院長 松原 泉

まつばら いずみ

1950年大阪市生まれ。1977年北海道大学医学部卒業（53期）、1977年北海道大学医学部麻酔学教室入局、1979年市立札幌病院麻酔科勤務、1983年同救急医療部開設に参加。同救命救急センター部長を退職後、現在、医療法人愛全会愛全病院病院長。

日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本臨床救急医学会・日本航空医療学会・北海道麻酔学会各評議員。北海道集中治療医学会・北海道救急医学会各幹事・評議員。救急業務高度化推進委員会（自治省一消防庁）、救命効果検証委員会委員（自治省一消防庁）。

著書に『救命』（株式会社エヴァナム 2001年 札幌）、『救急救命士の病院内実習マニュアル』（金原出版株式会社 2002年 東京）他。

※この資料は、月刊保団連 2003. 1 No.772 に掲載された記事を、講師の許可のもと、当時の原文のまま使用しております。

あえて裁判で争う道を選択して

市立札幌病院救命救急センター・歯科医師研修裁判の意義、現状を語る

- ◆ 昨年2月12日、歯科研修医の救命センターでの研修が医師法17条違反であると起訴がなされ、現在、札幌地方裁判所で公判中である。
- ◆ 今日、参加型研修が主流である。医学生の研修もその方向性で進んでいる。他の医療従事者の医科研修の必要性は今後も益々増加していくであろう。しかし、これまで研修のあり方を巡って議論は皆無であった。問題がおこると医師法違反か否かですまされてきた。時代の進歩（医療技術の高度化と分業化）に見合った医科研修のあり方をもっと議論するべきである。

はじめに

一昨年6月、某新聞社が、内部告発に基づく「歯科医師、資格外診療」という記事を載せた。その後、保健所の監査をうけ、厚生労働省の強い要請による刑事告発となった。そして警察による強制捜査から、関係者に対する事情聴取が行われ、昨年2月12日、歯科研修医は不起訴となったが救命センター部長が医師法17条違反で起訴された。起訴前には略式起訴で罰金2万から6万でどうか。金額はそちらできめてくれと数回検察側から打診があった。

しかし、罪を認めろというこの要請にはどうも受け入れられなかった。医師以外の医療従事者の医科研修のあり方の是非をもっと議論すべきと考え、あえて起訴を選択した。同年5月24日、札幌地方裁判所で第1回公判が始まり、11月22日には第8回公判が終わっている。第8回公判からは弁護側の立証に入った。

歯科医師研修医の受け入れの経過

1995（平成7）年10月の市立札幌病院移転にともなって、新たに歯科口腔外科が新設された。北海道大学歯学部、及び当院の歯科口腔外科副部長の要望により、院内のレジデント教育委員会の了承を得て1997（平成9）年1月より歯科口腔外科研修医の救命救急センターでの研修を受け入れることとなった。

その背景として、歯科口腔外科では、主として交通事故などによる顎や歯の損傷による場合、歯科医師として、医師と協力して診療を行う必要があり、また緊急の対応を要する歯科患者を診察することがあるため、高度な歯科口腔外科技術の習得のためには、医科の麻酔科や救命救急センターでの研修が有意義であるからである。

1996（平成8）年以降、毎年院内のレジデント教育委員会で協議し、多くの研修医と同様に歯科医師の臨床研修医を病院として2人程度受け入れてきた。病院長の諮問機関であるレジデント教育委員会は歯科口腔外科研修医が歯科口腔外科とともに、麻酔科、救命救急センターで研修を行うことを認めてきた。

歯科口腔外科レジデントの研修の目的

歯科口腔外科の業としての診療領域の対象は、原則として口蓋、頬粘膜、上下歯槽、硬口蓋、舌前3分の2、口蓋底、軟口蓋、顎骨（顎関節を含む）、唾液腺（耳下腺を除く）を加える部分となっている。この部位の疾患、外傷、悪性腫瘍に対応している。また、悪性腫瘍の治療、その他治療上全身的な管理を要する患者さん（例えば糖尿病や高血圧を持病として持つ患者さんなど）の治療にあたっては、歯科医師は適宜、医師との連携をとる必要があるとされている。このように、歯科口腔外科医師はこの領域における外科的治療も含めた治療を行っている。

歯科口腔外科領域の治療においては生命維持のため、気道確保の技術の習得や、全身麻酔技術の習得、局所麻酔剤使用にともなうアナフィラキシーショックにも迅速に対応できなくてはならない。また、感染対策、食事摂取が困難なことによる静脈栄養など全身的な患者の管理を行うことが求められている。さらには、歯科口腔外科に入院中の患者が、突然、心筋梗塞や、脳内出血などを起こした場合にはその症状から病状を診断し、当該医師の応援を受けるとともに、その医師が来るまでのあいだの応急処置を行うことは、歯科医師といえども当然のことである。

このような歯科口腔外科医にとって、歯科領域の日常的臨床に必要とされる、救急病態の理解や、気道確保などの応急処置、全身管理の技術の習得のためには、医科における臨床研修は欠かせないものである。このため、歯科口腔外科学会の調査においても、全国で160カ所近くの医科麻酔科での麻酔研修や、救急部門での研修も40カ所以上で行われてきた。日本麻酔学会は歯科医師が医科麻酔科で全身麻酔等の研修を指導医のもとで行うことの必要性とその意義を認めている。この麻酔科での歯科医師は指導医のもとで、歯科領域以外の手術の全身麻酔などを行っている。当然薬物の投与や気管挿管、静脈確保も行っている。

医師の間でも、専門の臓器しかみれない医師の存在が問題視されてきており、応急処置能力の獲得と、全身管理や総合診療の必要性がいわれてきている。そのことは、歯科医師の間でも同様であり、予期せぬショックへの対応や、突然発症する救急病態に対し、歯科医師といえども応急処置能力と、急変患者の重症度、緊急度の評価を行う必要性があり、その習得には医科の麻酔科、救急部門での研修が必須である。

救急救命センターでの歯科口腔外科医師の研修

卒後2年以上歯科口腔外科での研修を終えた、歯科口腔外科研修医は救命救急センターでの研修を開始する前に、当院の麻酔科で4カ月以上研修を行い、指導医のもとあらゆる疾患の全身麻酔を研修し、200例以上の気管挿管や静脈確保を行っていた。この基礎的な臨床能力に基づいて、自らが二次救命処置が行え、かつ急変患者の重症度・緊急度を評価できるようになることを目標に、救急での研修も搬入されたあらゆる病変の患者に、指導医師のもとで研修することとした。

救命救急センターの医師はすべて専従医師であり、職員、常勤嘱託医が14人で指導医師となり、研修医を含めて常時20人以上の医師が存在する。当直は3人から4人で行ってきた。救命救急センターでは、患者の重症度故に従来からチーム制を導入し、診療にあたってきた。つまり患者さんの多くは複数の臓器の障害があり、また24時間体制で全身管理が不可欠なため、通常の診療科のように主治医が1人で患者管理を行うことが不可能であるからである。歯科口腔外科からの研修医もこのチームのなかに所属さ

せ、常に上級の指導医師の指導を受けながら研修を行うこととした。患者の病状の診断治療については連日チーム内で協議し、チームの監督やチームリーダーがその最終責任を負っている。患者にはそれぞれ担当医をおき、カルテの記載についてもチーム内での討議に基づいて記載がなされていた。歯科口腔外科医医師も研修の一環としてカルテの記載を指導医師のもとに行っていた。このような救急部門での研修スタイルは、他の多くの救命救急センターでも同様に行われていると聞いていた。

当センターではドクターカーも行っており、心肺蘇生術が必要な場合には出動している。二次救命処置を習得した歯科研修医も、上級医師の指導のもとに、ドクターカーに同乗し、PHSなどで指導医師と連絡を取りながら二次救命処置を行ってセンターに搬送する研修も行った。歯科医師が個人で診療中に、患者が急変した場合に対応できる能力を身につけるのが目標であった。

厚生労働省の回答について

今回の告発、起訴の重要な論拠になったのは、厚生労働省の医事課の通達であった。

札幌市保健所から「歯科医師が歯科口腔外科の研修の一環として、歯科に属さない疾患に関わる診察、点滴、採血、処置及び注射などの医行為を行う」ことの是非について厚生労働省に疑義を紹介した。回答書では「歯科に属さない疾患に関わる医行為を業として行うことは医師法 17 条に違反する。」(医政 87 号医事課長通知)と当たり前の見解を述べ、「研修の一環として」という大前提に関してはいっさい触れられていない。

この回答書が意味するのが、研修の一環で、たとえ医師の指導、指示下であっても、「歯科に属さない疾患に関わる医行為に及んでいる」のであれば医師法 17 条に違反するという見解であるならば、今日歯科口腔外科医の研修を担当している全国 160 ヶ所以上の医科麻酔科、救命救急センターでの研修はすべて医師法 17 条違反に相当するであろう。実際、市立札幌病院で研修を行った歯科口腔外科医師らが被疑者として取り調べを受け、救命救急センター部長が起訴された事実はこのことを如実に示している。

病院内の正規の手続きで承認された、研修としての歯科口腔外科医の麻酔研修や救命救急センター研修は決して「業として」行われているのではなく、指導(麻酔科、救急)医師のもとで研修として行われているものであり、歯科医師の「業として」行われているものではないのである。

さらに事態は深刻である。検察の冒頭陳述で、「絶対的医行為」という言葉を用いて、医師法違反の根拠としたのである。「絶対的医行為」とは「単純な補助的行為と見なしうる程度を超え、かつ、医師が常に自らおこなわれなければならないほど高度に危険な行為」と位置付けてきた。その行為として、①気管挿管、②中心静脈確保、挿入したカテーテルの抜去、③動脈に挿入したカテーテルの抜去、④手術又は輸血の同意を得るための説明行為、⑤手術における助手行為、⑥触診をあげている。これらの行為を歯科医師に行かせたとして罪に問うているのである。当然、「絶対的医行為」の見解は、厚生労働省医事課長の見解なのである。

歯科麻酔の現場では日常的に歯科医師が気管挿管を行っている。歯科口腔外科では中心静脈を確保し、手術を行っている。手術の同意や輸血の同意書もとっているのである。このように歯科口腔外科領域において日常的に行われている行為が、救急研修における、医師の指導下で行われた場合には「絶対的医行為」となり、罪となるのである。医師しか行ってはならないのが「絶対的医行為」であるならば、今日の歯科口腔外科の日常的な診療行為は全て医師法違反となり、口腔外科領域から歯科医師は撤退せざるを得ないのではないだろうか。この領域の 8 割以上が歯科医師によって支えられている以上、日本の

医療の混乱は想像を絶するものとなるであろう。

気管挿管が「絶対的医行為」であるならば、救急救命士に気管挿管を認めようとしている今日の、救急業務高度化の議論はまやかしの議論とならないであろうか。

50年以上前に作られた医師法の解釈が今日多くの矛盾を露呈してきていることは事実である。静脈注射は本来看護師には認められていなかったのであるが、2002年に入って厚生労働省は容認する方向性での結論を出した。病院、医院で看護師さんから静脈注射を受けなかった患者さんを捜すのが大変なことなのにも関わらずである。

補助的行為として看護師に認められている気管内吸引も、ヘルパーさんたちには容認されていない。患者さんの家族には家族として認められている。気管内吸引を必要とする患者さんに対し、ヘルパーさんがついていながら、2、3時間ごとの気管内吸引のために、家族は起きていなければならない。ヘルパーさんが側にいてもである。

医療の高度化は必ず分業を必要とする。今、ドクターヘリは医師が主体で登場しているが件数の増加は米国のように看護師がこれを代行する時代がくるかもしれない。あらゆる分野で従来の医師の業務が専門職に分業化されていかざるを得ないのである。その場合、分業化された医行為の安全性の確保のためにも、それを行う専門職の医科研修は必須とならざるを得ない。

研修はどうあるべきなのか

医学生への研修、卒後医師研修、救命救急士の病院実習、歯科医師の麻酔、救急研修など医科研修はこれまでも綿々として続けられてきた。わたし自身も学生時代、手術にいれられて鉤引きを実際に経験させられた。(まさに、無資格者の医行為である！)

そして、近年では従来の見学型の研修から、参加型の研修の実施の重要性が述べられている⁽¹⁾。医学生に対しても、スタッフの医師とともに診療に参加し、指導医師のもとで医行為を実施させようとしているのである。しかし、今回の私の起訴事実は「業の範囲」を超えてはならないというのが、厚生労働省の医師法解釈であるならば、いつ何時このような参加型の研修を行っている医学生が、「医師法違反」で訴えられるかわからないのである。医学生は無資格者である。

医科研修を行う場合、研修を受ける研修生の「業の範囲」は、研修を指導する医師の業の範囲であるべきであり、その医行為を医師の指示、指導下に研修生が行ったとしても、その実施主体は指導医師である、といった明確な規定を設けていないと、解釈次第ではまた、私のような被害者が出ないとも限らないのである。このように、指導医師の責任を明確にすることによって最終的には患者さんの安全が担保されるのである。

医師以外の医療職の人が医科研修を行う場合には、その研修で獲得すべき目標を明確にし、研修の過程で評価を行いながら目標の達成に向かっていく必要がある。そして、研修のスタイルは研修生の力量を指導医師が評価しながら、指導・監督の質を変化させていき、獲得目標を会得させていくことが本来の研修であろう。

歯科医師の歯科麻酔科研修のガイドラインが昨年7月に厚生労働省から出されたが、ここには研修の獲得目標が何ら記載されては無く、実施手技についても実施、介助、補助が固定的に示されている⁽²⁾。歯科医師が歯科麻酔を安全に提供するために、症例数の多い歯科麻酔科で研修することが目標の研修であるにもかかわらず、手技を固定的に示したこのガイドラインでは、1人で歯科麻酔を安全に担うための

研修が不可能となるのである。

このままでは、わが国の医科研修の現場から、歯科口腔外科医師のみならず他の医療職種の医科での救急研修のみならず麻酔研修も含めて、教育する側の熱意と善意は消え失せ、戦々恐々とした暗い時代が到来するしかないのである。現実には、医科研修を行っている、業の範囲がきめられている救急救命士の病院研修においても混乱がみられてきている。業の範囲の研修しかできないのであれば、心停止の患者さんしか研修できないのではないのか。血圧測定もできないのか。静脈確保研修の一環としての採血もできないのか。といった疑問が研修の現場からおこってきているのである。いくら研修のガイドラインを作っても、この 87 号通知が存在する以上、そして、さらに「絶対的医行為」という解釈をもちだして医師法違反で起訴された人間がいる以上、医科研修の不安は消え去らないのである。このことは無資格者である医学生や、その他の医療従事者にとっても他人事ではないのである。

医療界のみならず法曹界においても実務研修の重要性は認識され、実際に行われている。検察修習では実際の被疑者から司法修習生が調書をとっている。今回の論法からすると無資格者の仕事となる。しかし、このような実務研修が必要だからこの数十年綿々として行われてきたのである。指導教官の責任において、その教官の業の範囲において、研修対象被疑者を選び、かつ研修する司法修習生の評価を行っているからこそ、認められてきたのである。

われわれが行ってきた歯科医師の医科研修とまったく方法は同じである。この方法しか、知識だけではない、実務に長けた人を育てることができないからである。このような実務研修を行う場合、研修を受ける側（研修生）の仕事の範囲は、指導する教官（指導医師）の仕事の範囲とならなければ研修を行うことはできない。このことを前提に、研修目的を明確にして、研修のガイドラインが作られることによって初めて人を育成する研修が可能となるのである。

最後に

歯科医師の医科研修を巡って、裁判というかたちで今公判が札幌地方裁判所で行われている。医師法違反に問われているのは救命救急センターの部長である。今日、研修のあり方を巡っては参加型研修が主流である。医学生の研修もその方向性で進んでいる。他の医療従事者の医科研修の必要性は今後も益々増加していくであろう。

これまで研修のあり方を巡って議論は皆無であった。問題がおこると医師法違反か否かですまされてきた。しかも 50 年前の法律を元にした解釈で。時代の進歩（医療技術の高度化と分業化）に見合った医科研修のあり方をもっと議論するべきである。

参考文献

- (1) 前川正 臨床実習改善に向けて 医学教育 23(3)、1992、136-46
- (2) 厚生労働省医政局医事課長、歯科保健課長 医政医発第 0710001 号、医政歯発 071001 号 歯科医師の医科麻酔科研修のガイドラインについて 2002/7/10