

『当直医マニュアル』出版30周年

記念座談会

当直医マニュアルの30年

小畑達郎 × 近藤克則 × 小松孝充 × 箕輪良行

30th Anniversary and Beyond

◎『当直医マニュアル』（小社刊）は2018年で、初版発行より30周年という記念すべき年を迎えた。本書は1988年の初版発行以来、これまで30年間で21回の改訂を重ね（2019年版で第22版）、「第一線の当直医療の現場」を担う研修医必携の書として多くの読者の好評を得て、わが国のプライマリ・ケア領域のマニュアル書籍の中で確固たる地位を築いてきた。

これを機に、初版より現在まで一貫して編集委員会を主導してこられた小畑達郎先生をはじめ、初代編集委員の近藤克則先生、小松孝充先生に加えて、わが国の救急医療と臨床研修を牽引してこられた箕輪良行先生の4名にお集まりいただき、『当直医マニュアル』30年のあゆみを大いに語っていただいた。

「当直医マニュアル」が誕生した頃

○小畑 今日「当直医マニュアル」の発行30周年記念として、われわれ初代の編集委員3名と外部から箕輪先生をお招きして、初版から現在のまでのあゆみを振りかえるとともに、臨床研修制度の変遷の中でのマニュアルの位置づけや役割を検証していきたいと思います。まずは、私から口火を切らせてもらいますと、最初は近藤先生ともう一人の初代編集委員である太田喜久夫先生（現・藤田医科大学教授）のお二人から、私と小松先生は誘われた口なのです。それ以前の医学生時代にも、千葉大学で全国医学生ゼミナールというのがあって参加したときの現地の実行委員長が近藤先生で、もともと交流がありました。

民医連で初期研修を考えている医学生の集いというのがあって、医者になった後もプライマリ・ケア学会などで顔を合わせては交流していこうという「熱海の誓い」という宣言を出したりもしました。当時、全日本民医連というところで、初期研修をする医学生が確か約200人いたのです。

○近藤 大学2つ分の人数とっていましたからね。

○小畑 後から振り返ってみると、この200人で何かできるのではないかという思いが、元の共有ベースとしてありました。それで初期研修が始まった1年目に全国で集う機会があって、当直の際に実際に患者さんを目の前にして、ささっと8割方確認できるような本がほしいとお二人が言い出して、それなら自分たちで作ろうじゃないかとなったのが始まりです。1983年の夏頃がプランニングの最初の段階で、近藤先生がいろいろ苦勞しながら、出してくれる出版社を探していて、医歯薬出版だけが「それはおもしろそうだ!」と言ってくれたのが1984年初めぐらい。

○近藤 1年目の研修医の頃ですね。それは憶えています。

○小畑 出版社から本が出せることになって我々が呼び出されて、実際に本になったのは1988年、丸5年かかったのですね。それも初期の段階では全日本民医連の先輩の先生方から原稿をもらったりもしましたが、諸事情により頓挫して結局4人で書いたのですよね。4人のうち小松先生だけが小児科だったので、ほか3人の内科の思い入れがある文章を小児科の目で「こんなん要らん」とバサバサ切られたという記憶がありますね。



Tatsuro KOBATA

小畑達郎

(国立病院機構 京都医療センター消化器内科)

○ 1957 年大阪府生まれ、1983 年京都大学医学部卒業、同年京都民主医療連合会に就職、1989 年北海道医協中央病院で肝臓内科の国内留学(肝臓の早期診断・治療)、1990 年から京都市民連中央病院勤務、2000 年より当直医マニュアル(医歯薬出版)等マニュアルシリーズの編集代表(2014 年迄)、2004 年から宇治徳洲会病院に勤務、2015 年宇治武田病院 肝臓内科部長を経て2018 年より現職、内科学会認定医、消化器病学会専門医・指導医、肝臓学会専門医、超音波医学会専門医。

○近藤 みんな同級生だから、1 人が「これは大事なんだ」と力説しても、残りの 3 人が「そうかな?」と言って、バサッと削除されたりしましたね(笑)。

○小松 その辺は合議制でしたね。それに、この本は外来のある科を網羅していますよね。他の多くのマニュアル本は、例えば「小児科マニュアル」なら、小児科医が使う専門科のためのマニュアルなのです。「当直医マニュアル」は、基礎に行っている先生でも、内科の先生でも当直業務を行うというコンセプトで作りましたので、専門医以外の医師がこれだけはしてほしいという必要最小限の内容になっています。

○近藤 内科、小児科という診療科別のマニュアルが幾ら出てきても、それじゃ足りない。やはり当直帯には当直帯のニーズがあるのだという話を当時したのを憶えています。今だから許してもらえと思いますが、当直帯は整形外科の患者も一定数来るけど、4 人は内科、内科、内科、小児科で誰が書くかという話になった。なぜかそういうのが私のところに回ってくる役回り、整形外科の項目を書いたのです(笑)。整形外科の研修なん

てやっていないのに、整形外科の本を読み漁って書いたのが忘れがたい。

○小松 妊婦さんが発熱で受診したからといって、感冒などの内科疾患なら産婦人科医を夜中に呼び出すことはできないし、基本的には当直医が診ますよね。その際に、妊娠期における薬の使い方は絶対外せない。小児科でも、夜間にどういう訴えで子たちが受診するのか、翌日に小児科に受診するまで間違わずに対応できるような視点で記載しました。内科医は内科の自分の専門分野をたくさん書きたいのだけれども、そこはグッと我慢して、その場の間違いのない対応に特化したということですね。

○近藤 勉強するにつれて、だんだん書きたくなるのですよね。小畑先生は特に肝臓のところだけ妙に深く書いてあるので、「おいおい要らないよ、ここまで」とか言いながら、みんなでバシバシ切らせてもらったのを憶えている(笑)。

○箕輪 私がこの「当直医マニュアル」に関してすばらしいと思っている点はまさにそこ、現状に合わせて積極的に削る努力をしているということです。日常診療のリアルにそぐわない要らないものはどんどん見直ししながら、新しいニーズに応えていく。それはきっと若い執筆者同士じゃないとできないですよね。偉い先生の手稿をバサッと切ったり、がさっと書き直したりできる、遠慮なしに編集したり冒険できる人たちがずっと編集に携わっているのが、改訂を重ねてロングセラーを続けるという成功の大きな理由の一つかなと思います。

先駆的な「当直医マニュアル」スタイル!

○小畑 「当直医マニュアル」を作ることになった要因は、来た患者は誰でも診るというスタイルが我々の初期研修だったため、こういう本がぜひ欲しいと思ったことが大きい。当時の初期研修と言えば大学医局へのストレート入局で、はじめから臓器別や特定の診療科での研修が主体だった。たとえば耳鼻科に入局すれば耳鼻科以外のことは研修をしないというのが一般的で、我々のようにい

きなり市中病院に就職し、来た患者はすべて診るという初期研修スタイルは実はマイノリティだったのです。しかし当時は研修中の経済的保障も不十分だったので、多くの初期研修医が市中病院で(他科領域も含めた)当直のアルバイトをしていました。大学病院にストレート入局した同期生からは、「当直バイトではお前の本にお世話になっている」とよく言われたものです。「当直医マニュアル」はやはり誰もが必要としていたものだったのです。

ところが、大きな過渡期はやはり2004年の初期研修制度の改革ですね、正式には何て言うのでしょうか。

○小松 “新医師臨床研修制度”でしょうか。

○小畑 我々が最初に目指していた「来院した患者はとにかく誰でも診るというスタイルをもった医者を育てる」ということに、国の方針がようやく追いついたということですね。その中で「当直医マニュアル」は、“ER医”をどうやって国として育成するかという課題に対して影響を及ぼしてきたのではないかと考えています。

○近藤 2004年の臨床研修必修化以降に卒業した人たちは想像できないと思いますが、当時の伝統ある医学部のほとんどでは、いきなり入局するのが当たり前だった。当時は同級生の9割は、卒業後そのまま大学病院に残った時代で、当直というのは、その人たちが非常勤で市中病院に行って担うというスタイルでした。常勤医師は「帰るから、後よろしく」と言って去ってしまう。その後を研修医が一人で埋めていた病院が多かった、当直帯の不安におののく研修医たちを指導しようという仕組み、あるいは動機自体が乏しくて、指導体制も、そこで使えるマニュアルやテキストに当たるものもなかった。余りにひどいと思って、マニュアルをつくるべきだと考えたのが発端です。

○近藤 当時(旧)日本プライマリ・ケア学会が立ち上がって5年目で、厚生省(当時)の卒後研修の検討会で日野原重明先生が、「これからはプライマリ・ケアだ、ローテート研修が望ましい」と言っておられました。しかし、プライマリ・ケアの力



近藤克則

(千葉大学予防医学センター 社会予防医学研究部門 教授/国立長寿医療研究センター老年学・社会科学研究センター 老年学評価研究部長 併任)

○1958年愛知県生まれ、1983年千葉大学医学部卒業、船橋二和(ふたわ)病院リハビリテーション科科長などを経て、1997年日本福祉大学助教授、University of Kent at Canterbury(イギリス)客員研究員(2000-2001)、日本福祉大学教授を経て、2014年から千葉大学教授、2016年から国立長寿医療研究センター老年学評価研究部長(併任)。「健康格差社会—何か心と健康を蝕むのか」(医学書院、2005)で社会政策学会賞(奨励賞)受賞。

をつけるためにローテート研修ができる市中病院で初期研修をしようとする、大学病院の医師や入局予定の同級生から「そんな研修ではろくな医者になれないぞ」と脅かされる時代でした。だから、野に下るアウトローな道を選ぼうとしているのではないかという不安な気持ちもありました。しかし全国を見渡すと同じ考えの仲間が大学2つ分ぐらいはいる。主流ではないが、先駆的なんだ。きっとこの流れが大きくなる日がくると励まし合って市中病院へ出て研修をはじめた。その分、いきなり市中病院へ出たから、お粗末な医者なんだと言われたくない。よい医療を提供したいという強い思いがあった。研修医の分際で、本をつくらうと思いついた背景には、第一線医療の水準をあげるの、そこに飛び込んだ自分たちのやるべきことだという、一種の使命感がありましたね。

“不安”な思い——自治医科大学卒業生との共通点

○小畑 箕輪先生たち、自治医大の卒業生の方々は、我々と案外共通したところがありませんか。何年間か地域に行くというのは、卒業時に決まっていたのですよね。



Takamitsu KOMATSU

小松孝充

(医療法人此花博愛会(財団)理事長 此花診療所所長)

○1956年大阪府生まれ、1983年京都府立医科大学卒業、同年同仁会耳原総合病院に就職、1990年国立療養所南京都病院(現国立病院機構南京都病院)と国立小児病院(現国立成育医療研究センター)アレルギー科で1年間研修、1998年医療法人共和会茨木診療所所長、2005年淀川勤労者厚生協会付属西淀病院院長、2013年より現職、小児科学会専門医、アレルギー学会専門医。

○**箕輪** 私たち自治医大の卒業生たちが、先生方と似ている部分は、出身大学の医局に残らなかったということがまず一つ。もう一つは、私たちは卒後3年目から言わば僻地の医療の現場に立つということを要求されていたので、不安を抱えている私たち学生自治会としては2年間の臨床研修は必死の2年間で1期生が出る前の1976年頃から考えました。同時に育てている大学当局も、彼らも初めての実験をやっているのです、失敗するわけにいかない。その当時から学生側は3条件を要求しました。一つは2年間の臨床研修はしっかりやらせること。また研修の場も県立中央病院などの市中の基幹病院で研修すること。さらに、その2年間は9年間の義務年限に含めること。それを明確に履行するというのを大学に要求しました。その結果、2年間の臨床研修を自治医科大学が質を担保せざるを得なくなり、大学も9年間の研修勤務に関して都道府県に対して強く言える。自治体によっては3年目からは僻地へ行ってもいいけれども、2年間は県立病院クラスのところではちゃんと面倒を見ろということを大学も言わざるを得なくなってきた。

実際に出てみると、まず地域ごと、病院ごとのばらつきが大きい。当時から私たちは気づいていましたが、これはまずいなと。何よりも、私たち

は自分で病院を選べません。人事権を持っているのは県庁ですから、「おまえはここに行け」と言われたら「はい」と言うしかない。皆さんは卒業したときに選べて、大学に行ってもいいし、市中病院へ行ってもいいし、嫌ならやめて他へ行くこともできた。でも我々は選べない。じつに不条理なわけです。その不条理の中で、僻地に行くというストーリーの中で、ちゃんと働けるようにするにはどうしたらいいのかというのが、私たちの最初の問題でした。

○**小畑** 学生時代から、クラス、学年によってばらつきはあったでしょうけれども、共通認識にはなっていたのですね。

○**箕輪** それはかなり強烈ですよ。だって、先輩がいなくてしょう。私は2期生ですが、1期生、2期生といたら先輩がいなくてしょう。卒業後の道筋は見えないままで、不安しかない。大学の教職員たち誰に相談しても、はっきり言うわけです。君たちに学問として医学を教えることはできるけれども、その先の僻地医療は分からないので教えられない、それで君たちが必要なら長野の佐久病院でも岩手の沢内村でも紹介するから勉強してと。

○**近藤** 自治医大の先生たちもいずれ僻地医療を担うことで、困難に直面することが明らかで不安だった。我々は自分たちで勝手に選んだとはいえ、似ている所があった。第一線医療の現場で一番困難な患者たちの味方だと言ってみたいけれども、その力は大学病院での研修だけでは身につかないのは明らかだった。「現場に飛び込んでしまえ」ということだけは決めてしまった。そういう当時の僻地や第一線医療における指導体制の手薄さと、でも切り込んでやるとタンカを切った若い医者たちが、一方で不安に駆られていたという、そこは実に共通しているなと思いますね。

研修医に必要なニーズ・ベースのマニュアル本！

○**小松** 私は小児科志望で小児科の初期研修ができる病院で研修を開始しました。そこでは内科、外科、小児科の当直医の体制がありました。それ

ぞれの科で指導医体制がありましたが、小児科だけで1晩に20〜30人の来院患者がある。それだけ診ていますと、最初の当直から3カ月目ぐらいでもう独り立ちして当直に入ります。それまでは見習い当直という形で、その間に間違いなく対応できるように、To Do Listのメモが手帳形式で印刷されたものがありました。

○小畑 ありました。民医連系列の耳原総合病院にはありましたね。

○小松 当時の内科も、いわゆる総合内科じゃなくて、大学病院と同じように臓器別で研修を行っていましたので、すべての分野をローテートするまで、他の分野のことはなかなか分からないですよ。先輩たちが代々引き継いだ手帳を見ながら、それぞれが何とか当直をこなしていたという時代です。

その申し送られた手帳が本当に正しいのかどうかを検証するところがなくて、「当直医マニュアル」の編集会議でみんなで話し合いながら情報交換して、「これは一般的だ」「これはローカルルールだ」ということで取捨選択して編集したことが思い出に残っています。

○小畑 当時「当直医マニュアル」の編集会議と、2冊目の「プライマリケアマニュアル」(現・外来医マニュアルに改題)の編集会議を合わせると、年4回ぐらいは顔を合わせていましたね。

○小松 まるで合宿しているような感じでしたね。

○小畑 自分のやっている医療がどうなのか意見交換していると、京都と千葉で「えっ、全然違うじゃないか」という話がよくありました。

○近藤 関西は第三世代セフェム系をばんばん使っていると聞いて、「えっ、千葉では切られちゃうよ」みたいな話をしたのを憶えている。あとは、それまでの本は、偉い先生とか大学病院の先生が書くのが常識だった時代です。鮮明に覚えているのが、別の出版社から「当直医必携」という本が出ていて、その腹痛の項を見たら急性間欠性ポルフィリン症が載っている。



Yoshiyuki MINOWA

箕輪良行

(みさと健和病院 救急総合診療研修顧問)

○1953年生まれ。1979年自治医科大学卒、都立豊島病院で臨床研修、日本医大救命救急センターで専門研修のあと東京都三宅島に82-85年、92-95年診療所勤務、総合診療医として89年から自治医大さいたま医療センター、救急専門医として85年から都立墨東病院、98年から橋立医療センター、聖マリアンナ大学救急医学に勤務し2014年退職。95年デンバー市立総合病院外傷センター研修。医学博士、救急科指導医・専門医、プライマリケア連合学会指導医・認定医。

○箕輪 日常ほとんどみない疾患ですね。大学の医者は当直で急性腹症を診ていなかったのですね。

○近藤 極めてまれだが見落とすと大変とか、かなりのページを割いて書いてあったのです。いかにもこれは自分の専門の疾患のことを書いたなと、大学の先生たちが書く本の一つ必然です。その本の腹痛の欄には、便秘とかは出てこないわけです。ところが我々が第一線で見てみると、もちろん便秘のほうが多い。「当直医マニュアル」の特徴は、研修医のニーズ、遭遇する患者・症候優先で、実際にこういう疾患に多く当たるから、それに対応する項目が一番で自分の専門性は二の次でした。

○小畑 今もそうですね。新しい項目を上げるときに、今の編集委員もそういう挙げ方をしていますね。何が抜けているかを例年の編集委員会会議の最初に皆で出し合って黒板に書き出す。ここ毎年改訂している「最近話題の感染症」という項目に、その年度何を採択し、何を止めるのかを決めるのもこの場です。抜けているものを黒板に書いていって、「えっ、こんなものが今まで抜けていたのか」と思えることもあったりするのですよね。

○**箕輪** 大学人とかアカデミズムに依拠した執筆内容ではない、皆さんが30年前からつくったこのトレンドは正しかった、時代を先取りしていたと思います。

○**近藤** もう一つ、医歯薬出版に最初に企画を持ち込んだときも、本のサイズは研修医の白衣のポケットに入るように「この手帳サイズじゃないと、ダメなんです！」と当時担当してくれた方(栗原昭良さん)にお願いした、そうしたら普通の紙や製本では無理だからと特殊なものを使ってくれました。これもまさに研修医のニーズに応えた現れです。患者を置いて医局に戻って本を見ている猶予がない。携帯してすぐその場で見たいというのが、現場のニーズだからです。

○**小畑** あと、メモ欄を入れたり、処方欄の下に空きを作って自分の医療機関で使っている薬を書き込めるなど細かい工夫をしたのも好評でした。当時『病院へ行こう』(1990年公開)という映画の中で研修医役の薬師丸ひろ子が使っていたのも、我々の「当直医マニュアル」でした(笑)。

常に新陳代謝を行う斬新な編集体制

○**近藤** 私は1997年に臨床から大学に軸足を移したこともあって、2000年ぐらいから「もう私は引くから、あとは小畑よろしく」と、自分が当直医療に携わらなくなったら、現場感覚がずれていきますから、実際に当直を夜な夜なやっている医師が編集委員の中心部隊でないといけないと思ったのです。その時に、当直でまさに不安に駆られて、こういう本が欲しいと常々思っている若い連中を編集委員に入れ続けようという、言うならば編集委員会の編集方針みたいなものを確認しました。それを貫いたというのが、30年も続いた1つの要因としてはあるのではないのでしょうか。

○**小畑** 2004年に私は宇治徳洲会病院に異動しましたが、初期対応は全部ER科の研修医たち、屋根瓦式になっていた3年目までの医者たちで回していました。いわゆる北米型ERの体制です。この体制でなかったら、24時間年間数千台の救急車を受け入れるという対応はできないと、非常

に強く思いましたね。徳洲会の1~2年目の研修医は、そういうことをやりたい、救急医療をやりたいと飛び込んでくる人たちが多かった。それで積極的に宇治徳洲会の若手の先生方に編集委員に入ってもらいました。国の初期研修の方向性も大学病院が主体でなくなり、この流れに追い風になっていましたからね。

○**箕輪** 私は「当直医マニュアル」が成功した最も大きな要因はそこにあると思っています。現場のニーズをくみ取る若い人たちが編集と執筆を両方行って毎年リバイスしていくという体制、さらに、もっと現場に近い研修医たちの意見をモニターとして採用している点など、ある意味でとても斬新な編集方針だと思います。

“ER”ではなく“当直医”というこだわり

○**近藤** 大学病院で医者を育てるというのでは、例えば僻地医療のニーズあるいはプライマリ・ケアをできる人を育てるという、社会的なニーズに応えられないですね。医者が育つためには3つのものがいいと思います。まず指導医と研修プログラムとテキストです。当時当直帯の医療が研修医に丸投げされていた時代に、「当直医マニュアル」は、3つめのテキストという条件を満たそうとした。

○**箕輪** これまでのお話を聞いて、「当直医マニュアル」の表紙には“ER”という言葉も入れてあるけれども、タイトルはずっと“当直医”マニュアルのままにしているこだわりを強く感じましたね。そのこだわりは正しかった気がします。日本救急医学会もこの20年でERを軽視できない方向に変化してきていますが、恐らくこの「当直医マニュアル」という言葉が活きているうちは、日本の救急医療の仕組みの大枠は皆さんが80年代の研修医時代に経験した内容からそう変わっていないということでしょうね。この本が毎年改訂され続けていることの背景は、この“当直医”という言葉が日本ではまだ現実であると思うのですね。

○**小松** プライマリ・ケアで言えば、2000年に介護保険制度が始まり、プライマリ・ケアを担う

医師の仕事は診断治療にとどまらず、保健予防、健診からリハビリ、在宅・介護まで医師としての役割が増えています。さらにSDH(健康の社会的決定要因)の観点から地域での防煙教室や健康教室などの健康教育や啓発活動に積極的に関わるスタイルに変わってきています。そういう意味で、当直時間帯だけに特化した本の性格も、今の内容は継続しつつもまた違う分野の対応も必要になると思います。例えば、夜間に認知症の患者さんや、高齢者や終末期の患者さんが救急搬送されたときの対応や治療の仕方とか、変化せざるを得ないと思います。

○近藤 単純に救命処置をして救えばよいという状況から、延命処置をして助けるべきかどうかという判断が一段階入らなければいけなくなってくるということですね。

○小畑 高齢者の救急搬送患者の増加など、2019年版ではそうした問題について宇治徳洲会

病院の若手編集委員の城先生が「高齢終末期患者への対応」という項目を新たに執筆しています。今後も時代の変化に柔軟に合わせて現場のニーズを常にくみ取っていくことが重要で、若い世代の編集委員のセンスにおおいに期待しています。

○箕輪 私は2004年の臨床研修必修化以降に卒業した人たちに、医師としてとても期待しています。先生方が後任としてバトンタッチした次の世代の方たちが、どういうふうにかこの本を引き継ぎながら育てていくのかということについては、興味がありますね。ぜひ大事に育てていただいて、これからの日本の医療を担う世代のニーズに合うようにしていけば、ずっとロングセラーを続けられる本になると思います。

○小畑 本日はありがとうございました。

(2018年10月20日、小社会議室にて収録)

Manual for Resident

since 1988

30th Anniversary and Beyond

