

医学教育学会・臨床研修委員会ワークショップ

「卒後臨床研修制度の見直しに向けて」

実施報告書

目 次

1. 背景、目的、開催日時.....	1
2. プログラム.....	2
3. 参加者名簿.....	3
4. タスクフォース、オブザーバー名簿.....	4
5. グループ討議と全体討議	
・「研修プログラム」に関するプロダクト.....	5
・「研修病院認定」に関するプロダクト.....	15
・「募集定員」に関するプロダクト.....	25
6. アンケート結果.....	35

背景、目的

背景:

1. 現在、「臨床研修の評価に関するワーキンググループ(厚生労働省)」において、臨床研修の実施状況や地域医療への影響などに関する実態把握と医師臨床研修制度に関する論点整理が行なわれているところである。
2. このワーキンググループは平成 24 年度中を目途に検討結果を取りまとめ、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会に報告する予定である。
3. 引き続き、平成 25 年度中には同部会で臨床研修制度の見直し案が策定され、平成 27 年度より開始される臨床研修(平成 26 年度にマッチングが行なわれる)に反映されるべく制度改正がなされる予定である。

目的:

1. 現在の医師臨床研修制度に関しては、様々な意見や見解が各立場から出されており、次回の見直しに際してはいくつかの論点で改正案(あるいは「変更なし」の場合を含めて)に対する賛否が交錯すると予想される。
2. 医師臨床研修制度は日本の医療を担う人材の育成にとって極めて重要なものであるので、日本の社会が要請する医師をいかに育成すべきか、という観点から医学教育学会の立場を示す必要がある。
3. 上記の目的から、臨床研修委員会では医師臨床研修制度の見直しに対する提言の作成を目指しているが、そのために学会員との意見交換や討議を深めたいと考えている。

参加者:医学教育学会会員 27名

日時:2012年10月7日(日)10時~17時

会場:オフィス東京(東京都中央区京橋1-6-8)

主催:医学教育学会・臨床研修委員会

2. プログラム

10:00～10:20	開会、参加者自己紹介
10:20～10:30	「研修プログラム」に関する説明
10:30～11:30	「研修プログラム」に関するグループ討議 * ローテーション研修 * 必修科目と選択科目 * 研修期間
11:30～12:30	「研修プログラム」に関する全体討議
昼食休憩	
13:10～13:20	「研修病院認定」に関する説明
13:20～14:05	「研修病院認定」に関するグループ討論 * 病床数、入院患者数、救急患者数など * 指導医認定
14:05～14:50	「研修病院認定」に関する全体討論
14:50～15:00	「募集定員」に関する現状
休憩	
15:10～15:55	「募集定員」に関するグループ討論 * 各病院の募集定員 * 都道府県の募集定員上限設定
15:55～16:40	「募集定員」に関する全体討論
16:40～17:00	総合討論

3. 参加者名簿

グループ		氏名	ふりがな	所属	役職
A	1	有岡 宏子	ありおか ひろこ	聖路加国際病院 一般内科	部長
	2	大滝 純司	おおたき じゅんじ	北海道大学医学研究医学教育推進センター	教授
	3	下 正宗	しも まさむね	医療法人財団東京勤労者医療東葛病院	院長 研修管理委員長
	4	瀬尾 恵美子	せお えみこ	筑波大学附属病院	病院教授
	5	田村 乾一	たむら けんいち	岩手県立中部病院	副院長
	6	長谷川 仁志	はせがわ ひとし	秋田大学医学部総合地域医療推進学講座	教授
	7	船崎 俊一	ふなざきとしかず	済生会川口総合病院	循環器内科主任部長
	8	宮田 靖志	みやた やすし	北海道大学卒後臨床研修センター	副センター長(特任准教授)
B	1	石原 慎	いしはら しん	藤田保健衛生大学臨床研修センター	副センター長
	2	佐土原 道人	さどはら みちと	大垣徳洲会病院 総合内科	副院長
	3	野村 英樹	のむら ひでき	杏林大学大学院医学系研究科 総合医療学教室	教授
	4	福井 次矢	ふくい つぐや	聖路加国際病院	院長
	5	三好 智子	みよしともこ	岡山大学病院 卒後臨床研修センター 岡山大学 医療教育統合開発センター	助教
	6	森田 洋	もりた ひろし	信州大学卒後臨床研修センター	准教授、副センター長
	7	吉山 繁幸	よしやましげゆき	桑名西医療センター	外科医長、研修管理委員長・プログラム責任者
C	1	青木 昭子	あおき あきこ	東京医科大学八王子医療センター 卒後臨床研修センター	副センター長
	2	伊藤 彰一	いとう しょういち	千葉大学大学院医学系研究院 医学教育研究室	講師
	3	稲森 正彦	いなもりまさひこ	横浜市立大学附属病院	副センター長・講師
	4	小川 昭正	おがわ あきまさ	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	副院長(研修プログラム責任者)
	5	片田 直幸	かただ なおゆき	愛知県厚生農業協同組合連合会 豊田厚生病院	院長
	6	松原 修司	まつばら しゅうじ	香川大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター	副センター長
D	1	伊野 美幸	いの みゆき	聖マリアンナ医科大学医学教育文化部門	教授
	2	岩崎 榮	いわさき さかい	NPO 法人卒後臨床研修評価機構	専務理事
	3	加藤 博孝	かとう ひろたか	岩手県立磐井病院	病院長
	4	木下 牧子	きのした まきこ	医療法人親和会 織島病院	理事長
	5	浜田 久之	はまだ ひさゆき	長崎大学病院医療教育開発センター	教授(センター長)
	6	三島 信彦	みしま のぶひこ	愛知県厚生連海南病院	副院長 研修管理委員会委員長

4. タスクフォース、オブザーバー名簿

グループ		氏名	ふりがな	所属	役職
タスク フォース	1	植村 和正	うえむら かずまさ	名古屋大学医学部総合医学教育センター	教授
	2	高橋 弘明	たかはし ひろあき	岩手県立中央病院 神経内科	科長
	3	小西 靖彦	こにし やすひこ	京都大学医学部附属病院 医学教育推進センター	センター長
	4	清水 貴子	しみず たかこ	聖隷浜松病院研修センター	センター長
	5	高田 清式	たかだ きよのり	愛媛大学医学部附属病院 総合臨床研修センター	センター長
オブ ザ-バー	1	伊藤 俊之	いとう としゆき	独立行政法人国立国際医療研究センター 臨床研究センター臨床研究支援部	部長
	2	川尻 宏昭	かわしり ひろあき	国立病院機構名古屋医療センター総合内科	総合内科医長 卒後教育研修センター長

「研修プログラム」

A グループ

氏 名

有岡宏子

研修プログラムについて

- ・分娩はプライマリーケアか？
- ・1 か月駒切れでのローテンション・・・改善されたが、短い
- ・精神科研修は必修にすべきか？
- ・救急研修を充実
- ・CP に乗った症例は楽しくない・・・
- ・専門医研修になっている・・・GP 研修、外来など
手術やカテーテルに入るのは実はうれしくない
基盤部分を学ぶ
- ・期間については医学部教育との関連で
- ・目標が欲張り過ぎているのではない
- ・学部教育に重要な疾患をきちんと学ぶ
- ・外科は必須？・・・でも8割は公費気
- ・外科と救急を分けているが・・・
- ・内科系、外科系のミニ救急研修

学生（医学部教育）でどこまでできるようになっているか？

学生時代には まだクリクラを3年間は無理だろう

総合診療・・・初期診療

例) イギリスではコモンな疾患をミニ CEX で学ぶ

科毎、疾患毎・・・でなく目標の立て方でやれるのではないか？

学習目標を達成するためのマトリックス作成では・・・

科として作らざるを得ない状況

精神科などは・・・患者診療で学べることではないか

診断のつかない患者への対応が研修でのポイント

外来のスペース不足と病棟の医師不足

みんなゆるゆるになった

総合診療では研修医は外来するが・・・他の科での外来担当する機会は少ない

・・・外来を刻んで担当してもらおう等

精神科・・・相手（患者）の話を聞くトレーニングと聞いているが

症状徴候から学ぶ事例を提供してもらおうと実際経験できなくてもよい研修

期間の問題

学部教育の変質の必要性

学部での臨床研修

【タスクフォースまとめ／高田清式】

研修プログラムについて

*ローテーション研修について

- 1か月間の細切れのローテーションは短く、また様々の診療科で厳しさに欠ける(将来の専攻が未定なため甘い評価になりがちである)。

*必修科目と選択科目

- 精神科は必修でなくても良いし、また外来診療のレベルで相手の話を十分に聞くなどの訓練で補完可能と考える。
- 外科は必修にすべきだが多くは鉤引きなどで、十分な手技が身についているか疑問である。
- 救急研修の充実は必要であり、外科(症例では内科も)とも連携した救急研修が理想と考える。
- 研修目標が多く欲張りすぎて、学部教育で一部は補充可能と考える。
- 各診療科では、専門研修的になりがちで、基盤部分が疎かになっている傾向もある。
- 総合診療的な研修が良い
 - 総合診療以外では外来研修のチャンスが少ない。
 - 診断がつきにくい患者と接する期間も必要である。
 - 実際に手術やカテーテル挿入は研修医のニーズに合致しているか疑問である。
 - 分娩はプライマリ・ケアと考えるか疑問である。
 - 英国ではコモンな疾患研修が主である。
- クリニカルパスに則ったパターン実技で本当に十分な研修といえるか疑問である。

*研修期間

- 臨床実習が十分できれば、**研修期間は1年にするなど期間の短縮は可能だが、その補完として例えば3年間(現在の1~2年から3年間に増加など)も学生の期間で臨床実習を行うのは困難と考える。**
- 学部での教育が十分できるかが、研修期間に関わってくる。
- 症状徴候から学ぶ事例を提供してもらおうと実際経験できなくてもよい研修になり、短縮にもつながる。

B グループ	氏 名
<p>ローテートの必修科目、ローテーション</p> <ul style="list-style-type: none"> ・まとまった期間がないと研修医の面倒は見られないという診療科がある ↓ ・基本的診療能力（どの分野に進むとしても最低限必要なこと）の修得という「目標」が重要。ローテーション driven ではなく、目標 driven に。 ・いつでもできるレベルか、緊急時に何とか出来るレベルか、他の医師がやっていることを理解できるレベル（チーム医療に必要）か ・ローテーションでどこを回るかではなく、何をやるか、初療ができるようになることが必要 ・研修医を回すのではなく、指導医が研修現場（例えば ER）に行くという発想が必要 ・修了認定が極めていい加減になっている。 ・人格の涵養はできているのか？ 人格の評価はどうするのか？ 360° 評価が重要。ある程度コンセンサスのある評価方法を学会で策定。 ・プログラム認定が目標 driven であるかどうか。 <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クリクラが充実すれば 1 年でも良いが、現状ではクリクラがまだまだ 	

【タスクフォースまとめ／小西靖彦】

研修プログラムに関する議論

B グループ〔石原慎、砂土原道人、野村英樹、福井次矢、
三次智子、森田洋、吉山繁幸、小西靖彦〕

- 基本的診療能力(どの分野に進むとしても最低限必要なこと)の修得という「目標」が重要である。ローテーションが先にあるのではなく、まず目標があるという考えでないといけない。それがいつの間にか目標がおざなりになってしまった。
- 目標をきちんと皆でコンセンサス化し、修了認定をしっかりと個人に対してやれば、国がプログラムを規定する必要はない。修了認定が極めていい加減になっている。
- 目標をどう設定するか。“いつでもできるレベル”か、“緊急時に何とか出来るレベル”か、“他の医師がやることを理解できるレベル”(チーム医療に必要)か。RIME モデルのように求めるコンピテンシーが違えば方法も評価も変わる。
- 目標に基づく評価がしっかりできているなら、早くできた人は早く修了することも可能。
- ローテーションでどこを回るかではなく、何をやるか、初療ができるようになることが必要。
- 研修医を回すのではなく、指導医が研修現場(例えば ER)に行くという発想が必要。
- まとまった期間がないと研修医の面倒は見られないという診療科がある。(一ヶ月の細切れではよい研修ができない)
- 厚労省は、施設認定とプログラム認定(外形基準)を審査し、個々の修了判定については信用しているという立場。
- 第三者評価が、プロセス⇒アウトカム評価にまで進めばよいが、まだストラクチャーが多い。
- 人格の涵養はできているのか？ 人格の評価はどうするのか？ 360° 評価が重要。ある程度コンセンサスのある評価方法を学会で策定して周知されたい。
- プログラム認定も、目標 driven であるかどうかについて問われるべきである。(目標 driven とは、到達目標を機軸として方略・評価まで一貫して行われることを想定したもの)
- クリクラが充実すれば 1 年でも良いが、現状ではクリクラがまだまだなので、2年は譲れない。
- 逆に、クリクラがしっかりしていれば、2年の研修は必要なかったとの声も。
- 卒前に落とせる目標もある。

調査では、6.5%が内科を廻らないなど、明らかに修了基準を満たしていない現状。

C グループ	氏 名 伊藤彰一
<p>期間は2年で適切。</p> <p>必修科は現状で、個々の施設でセットアップできる自由度が必要</p> <p>必修7科が3科になったのは、医学生でやるべきだからしないという前提。 学生は産婦人科実習がしにくくなっているので産婦人科は必修に戻してもよいかと。</p> <p>小児科：卒前では教育が難しい。卒後でやるべきだ 卒前教育が変わってきているので、それとのリンクが必要 卒前卒後の教育がかぶるのがしょうがない。</p> <p>地域医療実習、72週の実習等に医学生に負担となってきた 日本ではお産は取れなくても、婦人科検診ができなくてもよいかとおもう。 外科と救急のすみわけが考えどころ。 スーパーローテートに近い状態が適切か 精神科の到達目標が達成できなくなっている</p> <p>また必修科を多くしても、教える方のクオリティが保てるのか疑問 現状であまり困ることはない。</p> <p>様々な研修医がいる。自由度を持たせた方がよいか モチベーションが低い研修医もいて、外科等の研修終了が厳しくても、将来役に立たないわけではない。</p> <p>全ての医師が救急ができるようになって欲しい。救急がある程度長いのは現状のシステムでよいところ。</p> <p>現状内科救急を中心だが小児科、産婦人科、精神科、外科等の救急も必要か 一口に救急といっても一次二次と三次の差が大きい</p> <p>逆に慢性疾患管理こそ指導すべきだ。(総合医の育成もふまえて) 専門医制度とのかかわり。専門医こそ他の疾患を経験すべきである。 大学は初期研修には不適當か？</p>	

【タスクフォースまとめ／植村和正】

1. 研修プログラムについて

(1) 研修期間:現状の2年間が適切。

(2) 主要科のローテーション研修は肯定。

- 専門医こそ、他の領域の疾患を経験すべきである。

(3) 必修科、特に7科目から3科目に弾力化された見直しに関して

(現状に否定的な考え方)

- 必修7科目は不要と言う考え方は、卒前との重複を避ける考え方。卒前の産婦人科実習が困難であるので、産婦人科は必修に戻しても良いか。
- 同様に小児科実習が困難であるから卒後は必修とすべき。
- 卒前教育の変化に合わせる必要はある。しかし、ある程度重複するのは仕方ない。
- (7科目の)スーパーローテーションに近い状態が適切ではないか。
- 精神科の到達目標が達成できなくなっている。

(現状に肯定的)

- 少なくとも現状維持、加えて、個々の施設で自由に調整できるのが良い。
- 日本では分娩を診れなくても、婦人科検診ができなくても良いのではないか。
- 必修科を多くしても、教える方の質を保てるか疑問

(どちらとも言えない考え方)

- 外科と救急のすみ分けが考えどころ(?)
- 様々な研修医がいるので、自由度を持たせた方が良いのではないか。
- 慢性疾患管理の指導をすべきである(総合医の育成を含めて)。

(4) その他

(救急医療研修)

- 救急医療研修が大事。現状程度の期間は必要。
- 内科救急はともかく、小児科、産婦人科、精神科、外科等の救急も必要か。
- ひとくちに救急と言っても、一次・二次と三次の差が大きい。

(大学病院)

- 初期研修には不適當ではないか。

D グループ	氏 名 三島 信彦
<p>① ローテート研修 堅持。</p> <p>② 必修科目と選択科目 到達目標を達成できるように各病院で決める。 かっちり決める。 7科目必須に戻すという意見もある。 政治的な途中見直しで、必須科減少は不適當。 産婦人科はもと通り必修化すべき、婦人科は必要。 修了認定が不十分。 精神科は選択でも良くないか？ 地域医療：コミュニティー医療。在宅まで経験する必要あり。 遠隔へき地医療は不適切ではないか。</p> <p>③ 期間 期間：2年間堅持。 学部教育の変化後は1年間も想定可能。 自由度を持たせると大学の研修は放任化になる。 セミストレート研修（11か月の固定研修）は病院ニーズに応じて。 2年間、態度教育には必要。 2年間研修は2年次が1年次を教えることに利点。</p> <p>卒前72週間の臨床実習が2017年開始。卒業生2023年。 （卒前卒後の逆転。）</p>	

【タスクフォースまとめ／清水貴子】

① ローテーション研修

- 厚生労働省が提示している研修理念にそうのであれば、スーパーローテーション研修は堅持すべき。

② 必修科目と選択科目

- 到達目標を達成できるように各病院で決めるやりかたと、かっちり決めるやる方がある。
- 7科目必須に戻すという意見もある。
- いずれにしても政治的な途中見直しで行われた、必須科減少は不適當であった。
- 産婦人科はもと通り必修化すべき、婦人科は必要だが、精神科は選択でも良いかもしれない。
- 地域医療はコミュニティー医療であって、遠隔へき地医療を指すものではない。コミュニティー医療であれば、在宅まで経験する必要があると思う。
- 目標の項目そのものの他、各病院で行われている修了認定が不十分である。到達度をちゃんと審議して修了認定させてほしい。

③ 期間

- 目標を達成するためには2年間は必要なので堅持すべき。
- 卒前72週間の臨床実習が2017年に開始されて、2023年に卒業生が研修を開始する時には、卒前卒後が逆転して、学部教育が充実しているかもしれない。
- そのような学部教育の変化後は1年間も想定可能であろう。
- 研修の自由度をあげると大学の研修は放任となる傾向はないか？
- 卒前教育が充実した後は、セミストレート研修(11か月の固定研修)は研修病院のニーズに応じてあり得る。
- きちんと態度教育をするには2年間が必要で、2年次が1年次を教えることにも利点がある。

「研修病院認定」

A グループ

氏 名

田村乾一

病院の QI

症例数

入院患者 3000 人の根拠は

300 床もとに年間入院数が設定され 3000 人となった

150 床は 3000 人 / 年は厳しい

研修医が学ぶことが大切 募集数と病床数・・・

救急・・・三次？

どこまでをかぞえるか？

救急車の件数は縛りにしてよいのではないか・・・基幹病院

独歩、救急車、・・・数の把握

主要症状を鑑別

救急車しかみない

救急部もある

新患数はカウントできるのではないか

研修医が見られる数がある程度必要

問題；入院数を増やすため検査のみの入院をカウントする病院がある

指導医資格

指導医講習会・・・

初期研修医がやっていること・・・実は指導医ができていない

共用試験・OSCE を経験していない指導医がまだ多い

専門が専門化しているためジェネラルは難しいと感じている

内科認定専門医と異なる専門医。。。総合診療専門医

新たな制度後、外科医が心電図を読むようになった

従って指導医の教育は大切

医師免許更新ではないが、ある程度新たな知識技能を学ぶことは必要

総合カトレーニング

7 年目実際はもう少し上が責任

新制度で育ってきた医師が指導医として登場してきている

私たちは化石 研修医は火星人の関係

指導医講習会の内容・・・

今も昔も変わらない成人教育のコア

病院の規模

指導医は救急を見ている人がよい

急患をみないひとはいけないのではないか

日曜当番をするだけでもいい

カリキュラムプランニングを介してスケジュール立てることが

できるようになった科とそうでない科がる

指導医講習会 1 回では理解できない

【タスクフォースまとめ／高田清式】

研修病院の認定について

* 症例数、入院患者数、救急患者数について

- 入院患者 3,000 人の根拠は、300 床の病院での患者数をもとに、年間入院数が設定されたといわれているが、地方に多い 150 床の病院では 3,000 人／年は厳しい。また、入院数を増やすため検査のみの入院をカウントする病院があるが、実際の研修には無関係の数である。
- 基幹病院になる基準は、救急車の件数を縛りにしてよいのではないか（独歩の患者と救急車の数を分けてカウントする）。あるいは救急の新患者数でカウントするかなど、基準を明確にする必要がある。いずれにしても研修医が見られる救急患者数がある程度は必要である。

* 指導医資格について

- 初期研修医がやっていることを実は指導医ができていない場合や共用試験・OSCE を経験していない指導医がまだ多いなど、現場に則さない指導医が少なからずいる。
- 診療が専門化しているため指導医もジェネラル的な指導は難しいと感じている。その反面、新たな制度後、外科医が心電図を読むようになった。従って指導医の教育は大切なので、医師免許更新ではないが、講習会である程度新たな知識技能を学ぶことは必要である。
- 指導医は 7 年目以上という規定はあるが、実際にはもっと年数の経った医師が指導管理している（現場では 7 年目よりもっと若い医師が直接指導）。「私たちは化石、研修医は火星入」の関係で、幾分年齢的なギャップも耳にする。
- 指導医講習会の内容もまた検討していく必要がある（現場に則した内容にするなど）し、指導技術を理解するためには 1 回では不十分で受講回数も検討が必要かもしれない。
- 指導医は救急診療の経験者であるべきで、急患を診ない指導者では実際の指導として疑問がある（日曜の当番などをするだけでも良いから、指導者としては実際の急患に対応可能な医師が良い）。

B グループ	氏 名 石原、佐土原、野村、福井、三好、森田、吉山
<p>① 指定病院について 入院患者 3000 人の未満の中小病院のほうが地域との結びつきや人格の涵養などの目標が到達されるのではないか。3000 人がふさわしいか。 到達目標が達成できるかが大切。 基準を作るなら、全体ではなくて、研修医一人当たりの救急取扱件数、分娩数が設定されたほうがいい。 研修医の人数、複数の研修医がいる体制が大切なのではないか。</p> <p>② 指導医の資格 指導医講習会＋フォローアップの講習会（更新制にする）：ただし、指導者講習会の回数を増やす必要がありそう。内容が重複しないようにする工夫が必要か。 時期に合わせ、段階を踏んだ講習会にする 勤務時間の何%？ 指導医講習会の内容：コーチング、メンタリングなどの人材育成の方法を入れる。 指導医講習会が受けられる時期を早くする。コーチングなどの技法的なことは早めに。 カリキュラムプランニングはプログラム責任者や卒前教育としては必須だが、直接指導する人は概略だけでもいいかも。カリキュラムを読めて、評価をするためには、カリキュラムプランニングは必要。そうでないと自分の好きなことだけを教えることになる。 初期研修制度で卒業した指導医が出てきた。 各基盤学会の指導医になる条件に研修指導医資格を必須化する？ 研修医が研修する科は指導医がいるほうが望ましい。地域医療研修も同様。</p>	

【タスクフォースまとめ／小西靖彦】

研修病院認定に関する議論

B グループ〔石原慎、砂土原道人、野村英樹、福井次矢、
三次智子、森田洋、吉山繁幸、小西靖彦〕

【指定病院について】

- 300 床未満の中小病院のほうが、地域との結びつきや人格の涵養などの目標が到達されると思われる。入院患者 3,000 人/年がふさわしいかどうかは疑問が残る。
- 病床数で決めるよりも、到達目標が達成できるかが大切。(筋が違う)
- 基準を作るなら、総数ではなくて、**研修医一人当たり**の救急取扱件数・分娩数などを設定するほうがよい。
- 研修医の人数に関しては、複数(最低2人)研修医の体制が大切である。

【指導医の資格】

- **指導医講習会＋フォローアップの講習会(更新制にする)**:ただし、指導者講習会の回数を増やす必要がありそう。また、内容が重複しないようにする工夫が必要。
- 時期に合わせ、段階を踏んだ講習会にする。
- 勤務時間の何%という風に、指導医講習会などを受ける時間を決める。
- 指導医講習会の内容として、**コーチング、メンタリング**などの人材育成の方法を入れる。
- **指導医講習会が受けられる時期を早くする**。コーチングなどの技術的なことは早めに。初期研修制度で卒業した指導医が出てきている。
- カリキュラムプランニングはプログラム責任者や卒前教育としては必須だが、直接指導する人は概略だけでもよい。
- 一方で、カリキュラムを読めて、評価をするためには、カリキュラムプランニングは必要とする意見もあり。そうでないと自分の好きなことだけを教えることになる。
- 各基盤学会の指導医になる条件に、**研修指導医資格を必須化してはどうか?**
- 研修医が研修する科は**研修指導医を必須に**。地域医療研修も同様。

厚労省としては、各科に指導医がいることを最低の基準と考えている。特に新規病院指定については。一方、第三者評価では、その点が厳しく指摘される。

C グループ

氏 名

○小川、伊藤、稲森、片田、徳増、松原、青木

病院の指定基準について

・入院患者 3000 人以上という数の基準には意味がないと思う。経験すべき疾患が経験できるかどうかを基準とすべきではないか。

例：脳血管障害を診ていない[経験できない]病院は研修病院になれない。

・募集定員 2 人の研修病院の是非。基幹型病院として定員 2 名は少ないのではないか。研修医としても仲間が必要。

・具体的な数は別として、入院患者数、研修医定員数など、わかりやすい基準が必要ではないか。

・入院患者 3000 人=100 床程度の病院とすると基幹型病院としては小さいかもしれない。

CPC が開催できる病院という基準は、規制する基準として妥当かもしれない。

・3000 人以上という基準は不要と思う。入院患者数が少なくとも救急患者を受け入れている病院であれば大丈夫だと思う。研修医定員 1 人は問題だが、2 人ならば大丈夫ではないか。基準としてはもう少しゆるくてもよいのではないか。

・小さな病院が良くないという訳ではない。3000 人以下、2 人以下の病院は審査を必須とするという工夫はどうか

・上級医の基準を作ってはどうか。上級医の数が規定されると、研修病院になれない病院が出ている可能性もあり。

・救急患者を受け入れている病院であれば、研修病院としてふさわしいと思う

・研修病院としてふさわしくない病院もあるのが現実なので、どうするか。

指導医養成講習会について

・指導医養成講習会の意義に疑問。7 年目以上に限定する必要はないと思う。3~6 年目を対象とした講習会も必要。

・指導医が受講することは意味あることと思う。

・開催者の負担は少ない。

・専門医制度と臨床研修指導医との関連。

・2 日間の講習会は受講者にも開催者にも負担が大きい。

・1 回受ければ終わりでもよいのか。←主催者の負担がより大きくなる・・・

・内容を時代に即したものにしていこう。SEA、コーチング、など具体的な指導法

・研修医を対象とした講習会も必要。

・2 段階の講習会[初心者用、上級者用]

【タスクフォースまとめ／植村和正】

研修病院指定について

(1) 指定基準、特に入院患者数 3,000 人以上、について

(肯定的な考え方)

- 入院患者数 3,000 人＝100 床程度の病院は基幹型臨床研修病院としては小さいのではないか。

(否定的な考え方)

- 入院患者数 3,000 人以上という基準に意味はない。経験すべき疾患が経験できるかどうか、を基準にすべき。
- 入院患者数が少なくても、救急患者を受入れていれば大丈夫である。
- 小さな病院が良くない、という訳ではない。入院患者 3,000 以下、募集定員が2名の病院は審査を必須とする、という工夫が良いのではないか。

(その他の指定基準について)

- 募集定員が2名の病院は、研修医数が基幹型研修病院としては少な過ぎるのではないか。
- 募集定員2名を含めて、基準はもう少し緩くても良いのではないか。
- CPC が開催できる病院、という基準は妥当ではないか。
- 上級医数の基準を作ってはどうか。
- 募集数が 100 人以上の病院は本当に良い研修ができているのか。定員が多い病院も審査すべきではないか。

(2) 指導医講習会について

(肯定的～現状修正意見)

- 指導医が講習会を受講することに意義あり。
- 指導医の卒後年数について、7年目以上にする必要はない。3～6年目を対象にした講習会も必要。
- 研修医を対象にした講習会も必要。屋根瓦指導の場合、研修医も指導者である。
- カリキュラムプランニングには意味があるが、初学者には意味がないので、初心者用、上級者用の2段階の講習会を開いたら良い。
- 内容を時代に即したものにすべきだろう。SEA、コーチングなど、具体的な指導法を導入する。

(否定的意見)

- 2日間の講習会は受講者にも開催者にも負担が大きい。

(その他)

- 1回受講すればそれで良いのか。
- 専門医制度と臨床研修指導医との関連(?)。

D グループ

氏 名

伊野 美幸

1) 研修病院認定基準

入院数、ベッド数で決めるのはナンセンス！！

- 救急をどのくらいみているか
- 入院数より研修医一人当たりの症例数
- 指導医の指導のレベル（質）の評価が必要。
- プログラムの科別目標マトリクスを書類として提出することをしてその要件を満たす。
- 研修専任医師がいること本来は指導医数で研修病院
- が決まるべきでベッド数ではない
- 臨床研修センターを置いて専任事務の充実：卒前。卒後、地域研修、全職種の研修のマネジメントもできる。

2) 指導医とは？

指導医の在り方

- 指導医資格は3年目からで7年である必要はない
指導医クラスを3段階にして責任は年寄りに。
- 指導医を持っていても指導していない指導実績時間を出す→指導医の時間外手当とリンクして「研修医時間として登録する。
- 指導医資格の更新制

指導医講習会について

指導医講習会は残すべき

- ワークショップ形式でもっと自由度を 16時間が妥当か
- カリプラの原理と現場スキル、メンタルヘルスとのバランス
- 指導医講習会のステップ1 (clinical teacher)
2 (educator)、3 (organizer)
- OSTE の導入
-
-

【タスクフォースまとめ／清水貴子】

1) 研修病院認定基準

入院数、ベッド数で決めるのはナンセンスで、以下のような項目を基準にとりいれてはどうか。

- 救急をどのくらいみているか。
- 入院数より研修医一人当たりの症例数。
- 指導医の指導のレベル(質)の評価が必要。
- プログラムの科別目標マトリクスを書類として提出することをしてその要件を満たす。
- 研修専任医師がいること。
- 本来は指導医数で研修病院が決まるべきでベッド数ではない。
- 臨床研修センターの中に専任の事務局において体制の充実をはかる。これにより、卒前・卒後・地域研修・全職種研修のマネジメントもできる。

2) 指導医とは？

指導医の在り方

- 指導医資格は3年目から7年である必要はない。たとえば、指導医クラスを3段階にして最終責任は最年長者に与えるのも一法。
- 資格を持っていても実際に指導していない指導医もいるので、実績時間を出して、指導医の時間外手当とリンクさせ「研修医時間として登録するなどにより、区別化をはかる。
- 指導医資格の更新制はどうか？

指導医講習会について

指導医講習会は残すべき

- ワークショップ形式で、もっと自由度の高い講習会もOK。
- そうであれば16時間が妥当か。
- カリプラの原理と現場スキル、メンタルヘルスとのバランスが大切。
- 指導医講習会のステップ1(clinical teacher)
2(educator)、3(organizer)を策定してはかがか。
- OSTE(objective structural teaching evaluation):指導のしかたをみて客観的評価をするの導入は？

「募集定員」

A グループ	氏 名
<p>背景 病院の要望についてはチェック受けていない 妥当性は過去 3 年間の実績 政策的な介入 地域性 地域枠入学制度・・・どのように考えるか 各都道府県の判断で実施している マッチングは国の法的関係</p> <p>*) 研修定員 人口比で配分してほしい $\text{県人口} / \text{全人口} \times \text{全研修医枠} = \text{その県の研修定員}$ (＊) 卒試、国試で目減りする数ひい</p> <p>討議</p> <p>地域枠・・・大学の体力強化のための地域枠 資格基準・・・様々 応募定員の要件が県（大学）により異なる 研修医実績でする格差大きくなる 地域枠は時限制度・・・ 例）秋田・地域枠 20 名</p> <p>地域枠が増えてもマッチング枠は増えない・・・不足する （地域枠の卒業生が県内に残らない、研修できないなどの問題がある） イギリスでは恵まれない地域からの学生を受け入れる制度が始まっている 卒業生数にして、第 3 条件地理的条件を弄る？ 地方は地理的条件がないと都会に行く人が増えて困る</p> <p>地方では地域枠を使い切れない ・ ・ 募集枠が上限を下回り更にマッチ率が低い 地域枠は教育機会の不平等か？ ・ ・ ・ 都市部の初等教育からの学習環境も含めてそこにも不平等がある 将来の人口変化への対応も必要 ・ ・ 地域への再配分をいつするか 職業選択の自由という名のもとに何でも許していることは問題</p>	

【タスクフォースまとめ／高田清式】

募集定員について

* 各病院での募集定員について

- 病院の要望についてはあまり受け入れられず、政策的な介入によりむしろ地域性などが加味されている。
- 妥当と思われるのは過去 3 年間の実績を考慮している点のみである。ただし、過去のすべての研修医受入実績で定数を算定すると格差がさらに大きくなる。

* 都道府県の募集定員上限設定について

- $\text{県人口} / \text{全人口} \times \text{全研修医枠} = \text{その県の研修定員}$ のような人口比で単純計算でも良いのではないか。
- 地域枠は、大学の体力強化のための地域枠であって欲しい面もあるが、応募の要件が県(大学)により異なる。また地域枠は時限制度であり、急場の解消に過ぎない。なお、地域枠が増えてもマッチング枠は増えないし、十分に医師が増加するかは疑問である(地域枠の卒業生が県内に残らない、十分に研修できないなどの問題がある)。
- 英国では恵まれない地域からの学生を受け入れる制度が始まっている。そういう事例も参考にしてみようか。
- 地方は地理的条件での定員枠増加など(都会の定員も制限)がないと都会に行く人が増えて困る。その反面、地域枠は教育機会の不平等という考えもある?(都市部の初等教育からの学習環境も含めてそこにも不平等がある)。
- また、将来の人口変化への対応も必要かもしれない。
- 実際には、職業選択の自由という名のもとに何でも許していることは問題ではないか(医師の養成のためのコストを考えると地域医療への貢献など、ある程度の規制は必要と考える)。

B グループ	氏 名
<p>募集定員にて 研修医の数と募集定員のかい離がある→同程度 申請時そのままではなく、募集定員の審査が必要 楽な研修プログラムも集まる：ふさわしい人数、症例数、実績 県単位、広い行政単位で研修医の采配をする機関 平成 27 年度からは、募集定員の計算式を再度検討すべき</p> <p>地域枠につて 奨学金、義務年限 人口割り 義務の開始年齢を考慮：10 年後以降？</p> <p>そもそも日本全体に必要な医師数が必要か？ 研修医の数で、医師不足数を解決しようとするものの是非</p>	

【タスクフォースまとめ／小西靖彦】

募集定員に関する議論

B グループ〔石原慎、砂土原道人、野村英樹、(福井次矢:この議論欠席)、
三次智子、森田洋、吉山繁幸、小西靖彦〕

【募集定員について】

- 研修医の数と募集定員の乖離があるので、両数を同程度とするべきである。
 - 研修医の売り手市場となり、研修医におもねるようになっていて、本当に日本の医療の質をよくするだろうか。
- 申請時そのままではなく、募集定員の審査が必要である。
- 全国マッチングとローカルマッチングの組み合わせを考慮することも。
- 全国でマッチングが始まったことによる、ポジティブな影響(それぞれの病院が努力するようになった、大学もそれなりに努力しはじめた…)を消してしまうような募集定員削減にはしてほしくない。
- 楽な研修プログラムに集まる傾向がある。ふさわしい人数、症例数、実績などによって選ばれるような工夫が要る
- 県単位、広い行政単位で研修医の采配をする機関が必要である。(鹿児島県のように)
- 平成 27 年度からは、募集定員の計算式を再度検討すべき。(具体策には触れられず)
- 地方では、消内4名・循内3名とかでやっていて総合診療など無理。そんななかで、臨床研修評価で点数が低いなどとされても、それは仕方なく、指導医が去ってしまう原因となりかねない。地方の現状を考えた制度を望みたい。

【地域枠について】

- 奨学金や、義務年限の問題について参加者があまり詳しくなく深められず。
- 人口割りの考えが必要(二次医療圏などで)
- 義務の開始年齢を考慮すべきではないか(卒後すぐに県で働くのではなく、ある程度自分で働けるようになった 10 年後以降などを想定したい)
- そもそも日本全体に必要な医師数が必要か？をまずはっきりさせて、医師需給の話を始めたい。各学会に任せていてはいいものにならない。
- 研修医の数で、医師不足数を解決しようとすることの是非。

C グループ

氏 名

青木・伊藤・稲森・小川・片田・徳増・松原

※ 各病院の募集定員について：

- ・ 開始時の募集定員に規制がなかったことが問題。
- ・ 病院規模の割合に募集定員が多くない場合。
- ・ 採用研修医数の実績で、募集定員が減少する事象が問題。
定員数の減少を避けてほしい。
- ・ 研修医確保に有効な定員。
- ・ 救急医療への貢献。
- ・ 施設認定とのリンク。
- ・ 専門研修とのリンク。
- ・ 地域的な事情を反映した募集定員。

※ 都道府県の募集定員上限設定について：

- ・ 病院数の考慮が必要。

※ 地域卒の学生について：

- ・

【タスクフォースまとめ／植村和正】

1. 募集定員について

(1) 各病院の募集定員について

病院ごとに募集定員を設定すること自体には肯定的である。

(問題点)

- 病院規模の割に定員が少ない場合がある一方で、都市部の大病院に大きな募集定員が与えられている場合がある。
- (都道府県によっては)前年度の採用実績如何で定員が減じられることは問題。定員を減らすのは避けて欲しい。
- 募集定員の設定には地域的な事情を反映させて欲しい。
- 救急医療に対する貢献度を定員に反映させて欲しい。
- 施設認定とリンクさせる。
- 専門研修とリンクさせる。

(2) 都道府県の募集定員上限設定について

- 都道府県別に定員が設定されることはおかしい。
- さらに、定員設定の根拠がおかしい。
- 都道府県内の病院数についての考慮が必要ではないか。

(3) 地域卒学生について

議論に至らず！

D グループ

氏 名

宮田 靖志

@都道府県の募集定員

- 地方としては守られている感じがあり、賛成
自由にしてしまうと地方に残らなくなる
- 人口、面積で規定する
 - 地域住民にとってどのくらいの医師が必要かに基づいている
 - 指導体制などは勘案されていない
 - 今後の人口動態を考える必要がある
- 自由にすると都会に集中するのは明らか。何らかの規制は必要
- 地方大学は免許センター 卒後は地元に戻る
- 海外は医師は公共財産という考えのもと地域に配置している
- マッチング技術によって地方配置は可能（米国の例）
- 卒業生の一定数は出身大学の都道府県の研修を義務付ける
- 現行制度はよくできている

- 2年間だけなのに規制する必要あるのか
- 2年間は自由にして専門医になったとき以降に規制する（地方に勤務する）方法もある → 専門医制度とリンクさせる
- 後期研修の規制がよい
初期研修の規制をすれば大学入学者の質が低下する

- 個々の医師のキャリアの自由度 : 医師の公共財産としての役割
- 個々の病院というよりも都道府県全体としての募集という考え方

【タスクフォースまとめ／清水貴子】

@都道府県の募集定員

- 現状では地方大学は“免許センター”と化していて、卒後は地元に戻る学生が多い
- 地方としては、定員があることで守られている感じがあり賛成。自由にしてしまうと地方に残らなくなる
- 現在は人口、面積で規定している。従って地域住民にとってどのくらいの医師が必要かに基づいていて、指導体制などは勘案されていない。今後は人口動態を考える必要がある。
- 自由にすると都会に集中するのは明らかなので、何らかの規制は必要と思われる。
- 海外では医師は公共財産という考えのもと地域に配置しているが、米国の例のように日本でもマッチング技術によって、または卒業生の一定数は出身大学の都道府県の研修を義務付けるなどして、地方配置は可能ではないか。
- たかだか研修期間は2年間だけなのに、定員を規制する必要があるのか、2年間を自由にして専門医になったとき以降に、一定期間の地方勤務を義務づけるのはどうか(さらにこれを専門医制度とリンクさせるのも一法である)。
- 個々の病院というよりも都道府県全体としての募集と考えてはどうか。

@地域枠学生の研修

- 医師の公共財産としての役割を鑑みれば、個々の医師のキャリアの自由度は保証されるべきである。
- 初期研修の規制をすれば大学入学者の質が低下する

アンケート結果

1. 「研修プログラム」について、本日のプロダクトに反映できなかったご意見があればご記入ください。

- ・ 選択必修→各研修医によって何科を選ぶか任される“必修”というのは意味・意義が理解できないので、撤廃が完全に必修とするのかはっきりさせた方が良くと思う。
- ・ 「研修の目標」①よくばりすぎ感があり、②G-I-O、S-B-Oになっていない。
- ・ 目標自体の見直しと卒前と一環した評価法など。
- ・ 到達目標の見直しもあるのでしょうか？
- ・ 例えば、通年の救急当直や時間外対応、生活習慣病の外来や保健指導などそのような通年のプログラムを活用できるようなプログラムについて。
- ・ 弾力化後、研修医自身も自由にプログラムを選べるという勘違いも見られます。到達目標をもっと強調して伝えること、評価をきちんと行うことにカ点をシフトした方が良くと思いました。
- ・ できるだけ多くの科をローテートする方式が研修の将来に役立つと考える。
- ・ 目標の変更(必修レポートも含め)を含めたプログラムの変化が必要だと思います。
- ・ さまざまな研修医に対応できるように自由度の確保が必要。
- ・ “できの悪い研修医”or“病気の研修医”について。
- ・ ①「評価:研修修了認定」について具体的な議論をしたかった。②到達目標についてはどこかでしっかり議論する必要がある。結局、②をどうやって評価するかがすべて規定するのですね。
- ・ 研修目標にアウトカムのレベルを具体的に示してください。当院は1次➡2次まで2年間ずっと夜間当直等するので、経験目標を達してしまい「ただ経験した！」で安直に済ましてしまう研修医もいて悩んでいます。
- ・ 目標に合わせたローテーションにすべき。

2. 「研修病院認定」について、本日のプロダクトに反映できなかったご意見があればご記入ください。

- ・ WS修了指導医数(率)とWS“更新”制の導入。
- ・ 指導医講習会の単位取得制(16時間を分割可)、更新制(単位取得制)の導入。
- ・ 第三者の評価についてももう少し勉強したいと思います。
- ・ 旧研修病院=旧総合病院の指定基準の復活の是非についてまた厚労省は制度をさらに見直しで緩和、制限するつもりなのか、その報告性について。
- ・ 認定の更新など(質の評価)。
- ・ 研修病院のチェックが必要。
- ・ 後期研修とのリンクについて。
- ・ 指導医の指導実績をどう評価するか。
- ・ 入院患者数 3,000 ではなくて指導体制で認定すべきである。

3. 「募集定員について、本日のプロダクトに反映できなかったご意見があればご記入ください。

- ・ 研修医=募集定員とすべきだが、病院間の競争原理が消失しないよう「1位マッチ率」で評価して低率な

病院の定員を減らして、新規参入に回すなどの工夫があると良い。

- ・ 地域枠の“基準”の標準化。
- ・ 定員に対して制限するのは難しいのではないかと考えます。基本的に自由市場になっているので、質が担保できない施設は自然淘汰されると考えます。
- ・ 研修医の人数が労働力になっているような気持ちになります。後期・専門医の人数コントロールも重要な問題と思いました。
- ・ 募集定員について自由化／制限することによって医師の配置と需給をどのようにしたいのか議論。
- ・ 初期の募集定員と医師不足の相関。
- ・ 元々の定員が病院の言い値であった事を機会に一度見直しが必要でないかと思っています。
- ・ 県や地域の事情を反映した募集定員を再検討して頂きたい。愛知県は足りません。
- ・ 過度な募集定員には対応必要。
- ・ たすきかけの考慮について。
- ・ 難しいですね。競争原理による質の向上と競争では守ることのできない minimum requirement をどう共存させるか、地方の現実をみると本当に難しい。保護が強いと賃が下がる。競争力が低下するという現実をみて、でも本当に最小限の医療の提供が困難となりつつあるのもみている。
- ・ 県毎ではなく、二次医療圏ごとの人口(医療ニーズ)で定員を考えてほしい。
- ・ 県単位の定員はやめるべき。病院毎の指導体制で人数を決めた方が良い。

4.本日取り上げたテーマ以外に「卒後臨床研修制度の見直し」に関して検討すべき点があればあげてください。

- ・ 大学院入学を研修中に許可するのはいかなものか、きちんと禁止すべき。
- ・ 専門医制度とのリンク(相互の論議)。
- ・ 研修プログラムの外部評価を必須にすべきではないかと思う。
- ・ 単独病院でなく複数病院群の形成を促進する事が必要かと思えます。
- ・ 中断者の follow up の方法について。
- ・ 女性医師を中心とする研修支援体制の充実を進めないと増えている女性医師が地方やへき地での研修・勤務を避ける傾向への対応が手遅れになると思います。この点について学会からの提言に盛り込むことを考えて頂きたいです。
- ・ 大学病院と市中病院がうまく手を組んで、いい研修となればいいですね。
- ・ 評価法は適切か(プログラム、研修医 outcome 含む)。
- ・ 到達目標の update について。
- ・ 卒前・後期研修との全体の流れの確認。
- ・ 研修目標のブラッシュアップ、研修評価について。
- ・ 研修医のコントロールで医師不足の解決にはならない。学部教育-初期研修-後期研修を合わせた医師の育成。

5.上記の点について(それ以外でも結構ですが)、お考えをご記載ください。

- ・ 募集定員に合った研修病院の認定は必要と思います。
- ・ 制度的に follow up できるしくみをきちんとすべき。
- ・ 幅広い議論ができてよかったです。
- ・ 卒前/卒後臨床研修/その後の研修をシームレスにする仕組みの検討。
- ・ はじめてこのようなワークショップに参加させて頂きました。全国のさまざまな規模の病院の先生方の努力やご苦勞を伺いました。今後も name value に甘んじることなくよりよい研修を目指したいと思います。
- ・ 病院もしくは地域での相互評価の確定。
- ・ 医師国家試験は文科省が仕切るようになると良いと思います。(卒業できればOKとなるといいな…など)。
- ・ 必修科との関連で変化してもよいかと思います。
- ・ 後期研修制度についても医学教育学会でも検討してほしいと思います。
- ・ 目の前の問題を越えてという教育がいいのか、20年後、30年後どうなるべきかを話すことも必要かと思いました。

6.本日のWSに関して、ご自由にご意見をお聞かせください。(裏面もお使いください)

- ・ 今後の進捗を適宜教えて頂けるとうれしいです。
- ・ 充実していました。
- ・ こんなに充実した会はなかったと思います。
- ・ 論議の結果が少しでもプログラム見直しに反映されることを強く希望します(単なるガス抜きにならないように)。
- ・ たいへん勉強になりました。
- ・ staffを含め、大変お疲れ様でした。大変勉強になりました。
- ・ 考えることが多すぎて頭の中が大混乱です。タスクの先生方ご苦勞様でした。大変勉強になりました。
- ・ 臨床研修を中心に本気で考えていらっしゃる先生方の意見を聞くことができ、とても勉強になりました。
- ・ 非常に勉強になりました。ありがとうございました。
- ・ 大変勉強になりました。
- ・ 日本全国から集まった先生の意見がきけてとても勉強になりました。何よりも地域によって困っていること、ニーズが全然違うことがわかりました。
- ・ 研修について見直すよい機会でした。ありがとうございました。
- ・ 大変楽しく過ごし勉強することができました。
- ・ 非常に有意義であった。今回の色々な意見がぜひ今後の臨床研修制度に反映されることを望みます。
- ・ TFのみなさまお疲れ様でした。楽しかったし勉強になりました。
- ・ お疲れ様でした。大変楽しくワークできました。
- ・ 研修医の募集定員と学生数を一致させる。研修病院の評価をしっかりとすべきである。

- ・ 問題点を共有できた良い会でした。ありがとうございました。