

医師臨床研修制度の見直しに関する提言

平成19年1月12日
国立大学附属病院長会議

いわゆるインターン制度廃止以来36年ぶりの抜本的改革となった新医師臨床研修制度も今年度で3年目を迎え、平成18年3月には新制度下での最初の研修修了者が誕生し、第2期目の修了者が平成19年3月に誕生しようとしている。

新制度の導入により、これまで以上に臨床教育の重要性が認識されるようになり、研修医の身分と処遇が従来に比較して改善したこと等、評価されるべき点が少なくない。

しかし、制度について検討を加えていた時期からは、すでに数年を経過しており、現行の制度には、変動の激しい医療環境や臨床教育にすでに対応していない部分もある。また、現実の研修においては、円滑な運用のために手直しを要する部分も生じてきた。

こうしたことを見越して、医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令では、附則として、「厚生労働大臣は、この省令の施行後5年以内に、この省令の規定について所要の検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。」として、5年以内の見直しを検討することを規定している。

新制度の策定にあたっては、厚生労働省を中心に医道審議会や同省内に設けられた新医師臨床研修制度検討ワーキンググループで検討されたほか、各種団体・学会も新たな臨床研修のあり方について、議論に参画して構築されたものである。国立大学医学部附属病院長会議においても、平成13年12月に「国立大学附属病院卒後臨床研修必修化に向けての指針」として、必修化後の臨床研修のあり方についての提言をまとめ、現行制度構築の一翼を担ってきた。たとえば、この指針では、臨床研修の研修目標を具体的にリスト化して提言してきたが、厚生労働省から提示された臨床研修の到達目標の骨子は、この国立大学医学部附属病院長会議の研修目標によるものである。しかし、この研修目標は、国立大学医学部附属病院長会議では、日進月歩の医学・医療において、継続的な見直しときめ細かな改訂を前提に組み立てたものであり、現に平成13年の研修目標も、平成10年に提言した目標を改訂したものである。したがって、それからすでに数年を経過した現在、改定すべき点が数多く認められる。

この提言は、現行の医師臨床研修制度を、急速に変化する現在の医療の社会的ニーズに、より適合したものとし、実際の運用上の問題点を集約して、より現実的で実質のある制度としていくためのものである。また、それだけでなく、こうした改善すべき点を踏まえて、臨床研修を受ける側、指導医、研修病院、さらに国民からみて、また、将来のわが国の医療を展望する視点からも、臨床研修のあり方、理念を、さらに実りあるものにして発展させていくためのものである。

1. 臨床研修のあり方、理念について

現行の臨床研修の基本理念は、「臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない」と定められている。この基本理念を受けて省令施行通知では、基本研修科目として「内科」「外科」「救急部門」の3分野を、必修科目として「小児科」「産婦人科」「精神科」「地域保健・医療」の4分野を、一定の研修期間を定めるなどして、基本理念の達成のために一貫したシステムを構築している。

このローテーションシステムを明確に位置付けたことは、今回の臨床研修必修化の理念を推進する上で大きな役割を果たしたことは間違いのないところである。しかし、理念の趣旨を実現するためには、ローテーションシステムを規定するだけでは不十分であり、ローテーションシステムを現実に適合したものにしていこうとする研修現場での多大な努力があることも忘れてはならない。その努力の中から、システムの改変に対して、さまざまな意見が提示されてきている。

厚生労働省が実施した平成17年度「臨床研修に関する調査」の報告では、臨床研修中に約35%の研修医が進路を変更したとしているが、その根拠は、研修して興味がわいたからだけではなく、研修して興味がそれたとか、研修して大変だと思ったなどといった消極的な理由も少なからず認められる。それを裏付けるように、臨床研修指導医講習会では、ローテーションシステムの中でモチベーションの低い研修医の対応に困った例が頻回にとりあげられる。臨床研修の基本理念を定着させるためには、単に定められた診療科をローテーションするだけではなく、真の意味で研修医自身の将来や進路とリンクした形で研修が行なわれることが必要である。そのためには、現在の一律の設定を、研修医に対して強いるだけではなく、特徴のある研修プログラムの選択が研修医に許されることも重要である。

たとえば、1年目のローテーションの設定は、より弾力的に考慮して、小児科への進路選択希望の強い研修医については、小児科をまずローテイトした後に、救急医療をローテイトするようなプログラムも柔軟に構築できるようにすべきであるという意見がある。このようなローテーションは、小児救急にとっても役に立つ、より実践的なプログラムを実現することになる。さらに、1年目の基本的な診療能力を養うためのプログラムの後、2年目の研修のあり方をもう少し広い視点から見直すべきであるという指摘が、研修医、研修指導担当者の双方からある。また、女性の心とからだを理解できるような研修理念を明確にして研修の枠を広げれば、研修医にとってもより豊かな選択が可能となる。このことは、同時に産婦人科の研修指導の負担を軽減しえるという指摘もある。産婦人科、小児科、精神科、地域保健・医療の必修科目についての見直しも含めて広い視点からの検討が必要と考えられる。さらに、わが国の先進的な医療を担う人材を育成するために、2年目には、臨床研究の萌芽を育てる道を確認すべきであるという意見もある。こうした弾力的な環境整備をめざす見直しは、研修医のモチベーションを開拓し

て、現在の研修理念をより充実した形で定着させることにつながると考えられる。

このようにローテーションシステムをさらに充実したものにしていくためには、こうしたさまざまな意見を勘案し、画一的なものから、研修医のモチベーションを開拓できる多様なシステムの構築が必要である。現在の研修理念は、新しい研修制度の導入に大きな役割を果たしたが、今後、この研修制度が望ましい形で定着していくためには、これにとどまらず、現在の初期臨床研修の中で3年目以降の専門医をめざす修練に、あるいは医学研究の萌芽を育てる過程につながる研修のあり方を示していくことが求められる。

2. 臨床研修の到達目標について

厚生労働省から提示されている臨床研修の到達目標は、平成13年の国立大学医学部附属病院長会議から提言された国立大学附属病院卒後臨床研修共通カリキュラムの内容が多く反映されている。このカリキュラムは、平成10年に作成されたものを医学・医療の状況や研修プログラムに関する考え方の変化に配慮して再編・見直しを行なったものである。こうした研修目標はもともと、急速に変化する医学・医療の状況を配慮して見直しすべきものである。

たとえば、救急医療の項では、第4項に、「二次救命処置（ACLS＝Advanced Cardiovascular Life Support、呼吸・循環管理を含む）ができ、一次救命処置（BLS＝Basic Life Support）を指導できる。」とあり、これがそのまま厚生労働省の到達目標の救急医学の第4項となっている。しかし、現在では、研修医のために構築されたICLS（Immediate Cardiac Life Support）などが急速に普及しており、ACLSを到達目標として限定することは現実的ではない。必修項目として視力障害、視野狭窄あるいは結膜の充血に関してレポートが求められているが、削除した方がよいという指摘も多い。必修項目と経験項目は簡素化した方が現実的であるという意見である。医療人として必要な基本姿勢・態度における患者－医師関係の項において、「医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。」とあるが、患者－医師関係の構築においては、インフォームド・コンセントという限られた状況だけでなく、コミュニケーションがとれることがまず重要であるという、現場からの納得できる指摘もある。

このように、現在提示されている臨床研修の到達目標には、急速に変化する臨床教育の現状にあわない部分や、研修の現実からみて適当でない部分があり、卒前教育の目標との整合が不十分な部分も多いことが、各国立大学附属病院から寄せられた意見（別紙）からもうかがえることから、これらの意見を踏まえ到達目標を見直すことが求められる。

3. 臨床研修プログラムの変更手続の弾力化について

研修プログラムを変更する場合は、変更後のプログラムを実施する年度の前年度の4月30日までに届出を行うこととなっている。研修医募集において、プログラム選択のために提示されることを考慮すると、プログラムの骨子に変更されることは、好まし

くないであろう。

しかし、一方、各病院では、プログラムの実行中にも、問題点や改善点がないか不断に見直しをしている。その過程で、協力施設の追加・変更等研修プログラムの変更を行えばより充実した研修が実施できると判断した場合であっても、翌年度以降の変更となり、研修医にとって、明らかに利得のあると思われる小さな変更もできないのが現在のシステムである。特に保健所研修や、診療所研修、介護施設での研修など多様な研修希望がありきめ細かな対応が求められる地域保健・医療研修などの2年次研修については2年後からの実施となる。

マッチングシステムとの兼ね合いがあるものの、臨床研修の質的向上の観点から、実行中のプログラムであっても、当該研修分野の研修の実施前であれば、研修プログラムの部分的な変更を可能とすることが求められる。

4. 事務手続等の簡素化について

(1) 指定申請手続の簡素化

病院群における協力型臨床研修病院・施設（以下協力型病院という。）の追加又は削除が生じた場合、協力型病院の追加又は削除を届け出るとともに、直前に提出した全ての協力型病院の申請書類のうち、一部様式については変更のない項目を記載する必要がないものの、全病院・施設の書類を作成し提出しなければならない。

こうした手続の繁雑さは、病院群の構成の変更を伴うプログラムの改善・充実に支障を来すことから、追加又は削除の協力型病院に係る申請書及び研修スケジュールのみを提出し、追加や変更がない病院・施設についてはREISに入力された年次報告のデータを活用するなど、提出書類の簡素化を図り、各病院の負担を軽減する必要がある。

また、大学病院においては、全ての協力型病院の書類を取り纏め、正規の申請書類として提出した後、さらに指定審査に伴う申請書類として簡略化した資料の提出が求められている。簡略化した資料で指定審査が行われるのであれば、正規の申請書類は形だけのもので実質的には無用であると思われる。したがって審査に必要な申請書類の一本化を図ることが求められる。

(2) 電子ファイルでの申請書類提出

歯科医師臨床研修の指定申請書類は、研修プログラムその他も全て電子ファイルによる提出で、紙媒体のものは一切ない。医師臨床研修の指定申請書類も同様に電子ファイルによる提出に見直すことが求められる。

(3) 年次報告について

REISにより入力する年次報告の提出期限は4月末となっている。しかし、毎年3～4月は各病院において前年度の資料・データのまとめ、人事異動、新研修医の受入準備及びオリエンテーション等の実施時期であり、年次報告の4月末提出期限は困

難であり、各病院の負担を更に強いるものであることから、提出期限を見直すことが求められる。また、募集定員割れ等により研修医がローテイトしなかった協力型病院に係る年次報告については免除するなど見直しが求められる。

(4) REIS（臨床研修プログラム検索サイト）について

REISにより入力する年次報告等の作成にあたっては、管理型臨床研修病院（以下管理型病院という。）では、独自にプログラムを持たない協力型病院に、管理型病院のIDとパスワードを貸与することは管理上好ましくないことから、協力型病院から提出された紙媒体に基づいてデータを入力しているが、これは二度手間がかつ大変な事務作業である。業務の簡略化のため協力型病院にもID・パスワードを与え、直接入力してもらうことが求められる。

また、新規の指定申請を行なう場合、紙媒体での申請書類を提出し、後に改めてREISへ申請書類のデータを入力・修正しなければならない、同じデータを2度作成するのは非常に負担である。このことから申請書類を変更するとともに電子媒体をREISにアップロードする、もしくは、データフォーマットをCSVファイル等で作成し、当該ファイルをアップロードすることにより全てのデータがREISに反映されるシステムの構築を行うなど、事務作業の軽減と効率化を図る必要がある。

5. 臨床研修費補助金について

(1) 補助金配分方法の見直し

臨床研修費補助金の配分は病院群単位で行われているが、管理型病院が補助対象外である場合は協力型病院のうちから補助事業者を決定することになっている。しかしながら、協力型病院の担当職員が少なく申請にあたっての事務量も多いことから対応できず、現実的には補助対象外である管理型病院が、全ての申請書類の取り纏め等を行っている。

負担軽減、事務効率化の観点から、病院群単位での配分ではなく、個々の補助対象病院から直接申請し、当該病院へ直接配分するなど、配分方法を見直すことが求められる。

(2) 基準額の見直し

補助金額については管理型病院を基準として積算されるため、独自の研修プログラムをもつ協力型病院では、管理型病院として研修医を受け入れる場合と協力型病院として研修医を受け入れる場合とで、研修指導や処遇等で一切異なる扱いをしていないにも関わらず、補助金額が異なるといった矛盾が生じている。

単独型・管理型病院と協力型病院のそれぞれの形態が異なっているものの、全国共通の到達目標を達成するために等しく臨床研修を実施しており、形態の別を問わず補助基準額の単価を同額にすることが求められる。

(3) 申請額の積算方法の簡素化

補助申請額の積算方法は、需用費、通信運搬費、指導医人件費などの積算により行なわれているが、例えば、月額単価を定め受入研修医の人数・月数により積算するなど、現行の複雑かつ繁雑な方法を単価方式による積算に見直すことが求められる。

6. 検討規定について

現行の臨床研修省令及び省令施行通知には、施行後5年以内での見直し等の検討が定められている。医師臨床研修制度は、施行後3年目であり必ずしも成熟した制度とはいえ、臨床研修の実施状況や医療環境の変化、医学教育の充実等を踏まえ、見直し等の検討を重ねていく必要があることから、施行後5年以降においても医師臨床研修制度の見直し等について、臨床研修省令等に定めておくことが求められる。

以上

「臨床研修の到達目標」に関する各国立大学附属病院からの意見

「臨床研修の到達目標」	各国立大学附属病院からの意見
I 行動目標	
医療人として必要な基本姿勢・態度	
<p>(1)患者－医師関係 患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。 2) 医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。 3) 守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・1)の項目については「・・・社会的側面などから全人的に把握できる。」と表現すべき。 ・2)インフォームド・コンセントをすることが評価対象となっているが、実際はインフォームド・コンセントに基づいて医療を行う態度を目標にするべき。 ・「納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。」というのは、かなり高度な要求だと思われる。 ・3)“プライバシーへの配慮”はコア・カリキュラムにもあり卒前教育へ移行可能か。 ・3)守秘義務を果たすのは医師法で定められていることなので、あえて研修目標に掲げて評価するのはどうか？ ・次項(2)チーム医療の2)の表現からみて「患者・家族と適切なコミュニケーションがとれる。」を入れるべき。 ・それぞれの項目で、“把握できる”、“実施できる”、“配慮ができる”とあるが、具体的な基準がないため評価が難しい。
<p>(2)チーム医療 医療チームの構成員としての役割を理解し、保健・医療・福祉の幅広い職種からなる他のメンバーと協調するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。 2) 上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。 3) 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。 4) 患者の転入・転出に当たり、情報を交換できる。 5) 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・3)教育的配慮とは、具体的に何を示すのか提示してもらいたい。 ・5)「関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる」というのは、かなり高度な要求だと思われる。 ・院内チーム医療の指標のひとつである多職種参加のカンファレンスへの参加は到達目標として入れるべき。
<p>(3)問題対応能力 患者の問題を把握し、問題対応型の思考を行い、生涯にわたる自己学習の習慣を身に付けるために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる(EBM=Evidence Based Medicine の実践ができる。) 2) 自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる。 3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。 4) 自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・2)の項目は「自己評価および第三者により指摘された自己の問題点を理解し適切に改善させる努力ができる。」などが適切である。 ・3)の治験の意義を教育できる病院は治験実施施設でなければ現実的には不可能であり、削除が適当と考える。 ・4)の「生涯にわたり」とあるが初期研修期間に限定するべき。 ・問題対応能力は臨床の実践の場でこそ達成できる到達目標である。1)のEBMの実践と4)の生涯教育による能力向上は利にはなっていないが、2)、3)の項目はこれにあたらないと考える。評価による改善は実際の医療の場では、上級医師への服従に繋がりがねず、治験は対応能力とは無関係の事柄と思われる。むしろコメディカルの意見を尊重するような態度を指標とするべきではないか。
<p>(4)安全管理 患者及び医療従事者にとって安全な医療を遂行し、安全管理の方策を身に付け、危機管理に参画するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。 2) 医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる。 3) 院内感染対策(Standard Precautionsを含む。)を理解し、実施できる。 	
<p>(5)症例呈示 チーム医療の実践と自己の臨床能力向上に不可欠な、症例呈示と意見交換を行うために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 症例呈示と討論ができる。 2) 臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・2)「臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加し、発表することができる。」とするべき。 ・症例提示や討論が出来るのはチーム医療とは無関係。討論して相手の立場を理解できるような指標に変更するべき。
<p>(6)医療の社会性 医療の持つ社会的側面の重要性を理解し、社会に貢献するために、</p>	

<ol style="list-style-type: none"> 1) 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。 2) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。 3) 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。 4) 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。 	
---	--

II 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

<p>(1) 医療面接 患者・家族との信頼関係を構築し、診断・治療に必要な情報が得られるような医療面接を実施するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 医療面接におけるコミュニケーションの持つ意義を理解し、コミュニケーションスキルを身に付け、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。 2) 患者の病歴(主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー)の聴取と記録ができる。 3) 患者・家族への適切な指示、指導ができる。 	<p>・この項目と次項(2)の身体診察は、共通の視点で評価すべき。病歴だけ、身体診察だけをとることができても診断には何の価値もない。</p>
--	--

<p>(2) 基本的な身体診察法 病態の正確な把握ができるよう、全身にわたる身体診察を系統的に実施し、記載するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 全身の観察(バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む。)ができ、記載できる。 2) 頭頸部の診察(眼瞼・結膜、眼底、外耳道、鼻腔・口腔、咽頭の観察、甲状腺の触診を含む。)ができ、記載できる。 3) 胸部の診察(乳房の診察を含む。)ができ、記載できる。 4) 腹部の診察(直腸診を含む。)ができ、記載できる。 5) 泌尿・生殖器の診察(産婦人科的診察を含む。)ができ、記載できる。 6) 骨・関節・筋肉系の診察ができ、記載できる。 7) 神経学的診察ができ、記載できる。 8) 小児の診察(生理的所見と病的所見の鑑別を含む。)ができ、記載できる。 9) 精神面の診察ができ、記載できる。 	<p>・コア・カリキュラムと重複あり。卒前教育に移行可能と考えられる項目→2)、3)、4)、6)、7)、8)</p>
---	--

<p>(3) 基本的な臨床検査 病態と臨床経過を把握し、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに必要な検査を、</p> <p>A・・・自ら実施し、結果を解釈できる。 その他・・・検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 一般尿検査(尿沈渣顕微鏡検査を含む。) 2) 便検査(潜血、虫卵) 3) 血算・白血球分画 4) 血液型判定・交差適合試験 5) 心電図(12誘導)、負荷心電図 6) 動脈血ガス分析 7) 血液生化学的検査 <ul style="list-style-type: none"> ・簡易検査(血糖、電解質、尿素窒素など) 8) 血液免疫血清学的検査(免疫細胞検査、アレルギー検査を含む。) 9) 細菌学的検査・薬剤感受性検査 <ul style="list-style-type: none"> ・検体の採取(痰、尿、血液など) ・簡単な細菌学的検査(グラム染色など) 10) 肺機能検査 <ul style="list-style-type: none"> ・スパイロメトリー 	<p>・「その他・・・検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。」は、「その他・・・検査の適応が判断でき、結果の正しい解釈ができる。」とするべき。</p> <p>・1)を「A」へ、4)は「その他」へ。</p> <p>・4)について、輸血のマッチングを医師自身が行う機会は少ない。</p> <p>・7)血液生化学的検査(血糖、電解質、クレアチニンなど)を「A」とするべきである。腎機能の判定において血清クレアチニンの重要性は増しており、2007年度の検診より血清クレアチニンが腎機能の判定に必要と厚生労働省もうたっている。</p> <p>・14)の「A」をはずす。</p> <p>・14)が「A」になっているが、超音波検査の達成目標があまりにも抽象的である。頸部、心臓、腹部等全てができないといけないのか、スクリーニングレベルでいいのかなど、到達項目をより明確にするべき。</p> <p>・1)、2)、9)、11)も「A」としてよいのではないか。</p> <p>・コア・カリキュラムと重複あり。卒前教育に移行可能と考えられる項目→1)、2)、3)、7)、8)、10)、11)</p>
--	--

<p>11) 髄液検査 12) 細胞診・病理組織検査 13) 内視鏡検査 A 14) 超音波検査 15) 単純X線検査 16) 造影X線検査 17) X線CT検査 18) MRI検査 19) 核医学検査 20) 神経生理学的検査(脳波・筋電図など)</p>	
<p>必修項目 下線の検査について経験があること ※「経験」とは受け持ち患者の検査として診療に活用すること Aの検査で自ら実施する部分については、受け持ち症例でなくてもよい</p>	

<p>(4) 基本的手技 基本的手技の適応を決定し、実施するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 気道確保を実施できる。 2) 人工呼吸を実施できる。(バッグマスクによる徒手換気を含む。) 3) 心マッサージを実施できる。 4) 圧迫止血法を実施できる。 5) 包帯法を実施できる。 6) 注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)を実施できる。 7) 採血法(静脈血、動脈血)を実施できる。 8) 穿刺法(腰椎)を実施できる。 9) 穿刺法(胸腔、腹腔)を実施できる。 10) 導尿法を実施できる。 11) ドレーン・チューブ類の管理ができる。 12) 胃管の挿入と管理ができる。 13) 局所麻酔法を実施できる。 14) 創部消毒とガーゼ交換を実施できる。 15) 簡単な切開・排膿を実施できる。 16) 皮膚縫合法を実施できる。 17) 軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる。 18) 気管挿管を実施できる。 19) 除細動を実施できる。 	<p>・17)について、大学病院では経験困難である。 ・18)19)に関しては、生死をさまよう患者に1、2年目の研修医が行なうことは少なく、むしろ実際は指導医が行なっている。18)は現実的には、麻酔科で全身麻酔時に経験したり、救急外来では来院時心肺停止例に限定されている。19)となると更に経験症例が少なくなる。これらは、やむを得ない場合は、見学やシミュレーターなどを用いた場合も、「経験」したこととしてはどうか。 ・19)を全ての研修医に求めることは無理がある。 ・コア・カリキュラムと重複あり。卒前教育に移行可能と考えられる項目→12)“胃管の挿入”。</p>
<p>必修項目 下線の手技を自ら行った経験があること</p>	

<p>(5) 基本的治療法 基本的治療法の適応を決定し、適切に実施するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む。)ができる。 2) 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療(抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬、血液製剤を含む。)ができる。 3) 基本的な輸液ができる。 4) 輸血(成分輸血を含む。)による効果と副作用について理解し、輸血が実施できる。 	<p>・3)は、その内容を明らかにした方が分かりやすい。 ・4)の成分輸血については、その輸血が“専門医の下で実施できる”と改めるべき。</p>
---	--

<p>(6) 医療記録 チーム医療や法規との関連で重要な医療記録を適切に作成し、管理するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 診療録(退院時サマリーを含む。)をPOS(Problem Oriented System)に従って記載し管理できる。 2) 処方箋、指示箋を作成し、管理できる。 3) 診断書、死亡診断書、死体検案書その他の証明書を作成し、管理できる。 4) CPC(臨床病理検討会)レポートを作成し、症例呈示できる。 5) 紹介状と、紹介状への返信を作成でき、それを管理できる。 	<p>・4)は、臨床研修の最終到達目標として明記するべき。</p>
---	-----------------------------------

<p>(7) 診療計画 保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 診療計画(診断、治療、患者・家族への説明を含む。)を作成できる。 2) 診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる。 3) 入退院の適応を判断できる(デイサージャリー症例を含む。) 4) QOL(Quality of Life)を考慮にいれた総合的な管理計画(リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む。)へ参画する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・3) デイサージャリーの適応判断は、研修の2年間で果たして達成可能か。現状に合わせて目標設定を変更した方がいいと思われる。 ・4) 大学病院では、外来担当をしていないため外来患者を診ない。「weekly summary」として途中経過を記載・分析し、問題点の列挙と対策を講じることができる。」を加える。
---	---

<p>必修項目</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 診療録の作成 2) 処方箋・指示書の作成 3) 診断書の作成 4) 死亡診断書の作成 5) CPC レポート(※)の作成、症例呈示 6) 紹介状、返信の作成 <p>上記1)～6)を自ら行った経験があること (※ CPC レポートとは、剖検報告のこと)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ローテーションしている期間内に、受け持ち患者が死亡し剖検に立ち会うことは難しい。CPCに参加し、それを基にレポートを作成することで可とすべき。 ・5) CPC レポートの作成、症例呈示は初期研修中に経験するのは難しいので削除すべき。あるいは、(協力病院や協力施設への出向もあり、剖検に立ち会うことが困難な場合もあるため、)研修医等に対する教育的 CPC への参加に基づくレポート作成でも経験したとする。 ・5) CPCのレポート提出が本当に必要かどうか疑問である。実際、他の診療科で研修しながら病理所見をまとめることは現実的ではない。病理の先生もひとり人を呼び出して指導することで苦勞している。剖検症例を受け持ち、その症例をまとめるというほうが現実的である。内科認定医などでも要求していないことを初期研修に要求する必要があるのか。
--	--

B 経験すべき症状・病態・疾患

研修の最大の目的は、患者の呈する症状と身体所見、簡単な検査所見に基づいた鑑別診断、初期治療を的確に行う能力を獲得することにある。

<p>1 頻度の高い症状</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="268 1048 726 1131"> <p>必修項目 下線の症状を経験し、レポートを提出する *「<u>経験</u>」とは、自ら診療し、鑑別診断を行うこと</p> </td> <td data-bbox="726 1014 1433 2080"> <ul style="list-style-type: none"> ・必修項目を減らすか整理するべきでないか。6)、11)、14)、15)、31)など。 ・14)、15)は、削除するべきではないか。 ・眼科が必須でない以上、14)はレポートからはずし通常項目とする。むしろ1)などのほうが重要ではないか？ ・15)は、レポート作成対象から外してもいいのではないか。むしろ、29)など、鑑別も考えると重要な項目ではないか。 ・14)、15)はレポート作成対象からはずす。レポートを提出するのなら、研修医に20項目選ばせ、そのレポートを提出することにしてはどうか。 ・全身症候をより重視すべきである。4)中の「体重増加」、16)、18)は不要。 ・31)、32)、33)は、整形外科や泌尿器分野での経験が多く必修から除く。救急部門でも経験はできるが、まれな場合が多い。 ・31)、32)、33)は下線なしでもよい。 ・「筋力低下・筋萎縮」を加えるべきである。 ・“症状”に関するレポートについては、どのような形式で行ったら良いかがはっきりしない。症状自体に関するレポートとしては不要ではないかと思われる。 ・3 経験が求められる疾患・病態と内容が重複するので、レポートを作成する意義が少ない。 ・研修病院の状況に合わせた症状の設定が必要。 </td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 1) 全身倦怠感 2) 不眠 3) 食欲不振 4) 体重減少、体重増加 5) 浮腫 6) <u>リンパ節腫脹</u> 7) <u>発疹</u> 8) 黄疸 9) <u>発熱</u> 10) <u>頭痛</u> 11) <u>めまい</u> 12) 失神 13) けいれん発作 14) <u>視力障害、視野狭窄</u> 15) <u>結膜の充血</u> 16) 聴覚障害 17) 鼻出血 18) 嘔声 19) <u>胸痛</u> 20) <u>動悸</u> 21) <u>呼吸困難</u> 22) <u>咳・痰</u> 23) <u>嘔気・嘔吐</u> 24) 胸やけ 25) 嚥下困難 26) <u>腹痛</u> 27) <u>便通異常(下痢、便秘)</u> 28) <u>腰痛</u> 29) 関節痛 30) 歩行障害 31) <u>四肢のしびれ</u> 32) <u>血尿</u> 33) <u>排尿障害(尿失禁・排尿困難)</u> 34) 尿量異常 	<p>必修項目 下線の症状を経験し、レポートを提出する *「<u>経験</u>」とは、自ら診療し、鑑別診断を行うこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・必修項目を減らすか整理するべきでないか。6)、11)、14)、15)、31)など。 ・14)、15)は、削除するべきではないか。 ・眼科が必須でない以上、14)はレポートからはずし通常項目とする。むしろ1)などのほうが重要ではないか？ ・15)は、レポート作成対象から外してもいいのではないか。むしろ、29)など、鑑別も考えると重要な項目ではないか。 ・14)、15)はレポート作成対象からはずす。レポートを提出するのなら、研修医に20項目選ばせ、そのレポートを提出することにしてはどうか。 ・全身症候をより重視すべきである。4)中の「体重増加」、16)、18)は不要。 ・31)、32)、33)は、整形外科や泌尿器分野での経験が多く必修から除く。救急部門でも経験はできるが、まれな場合が多い。 ・31)、32)、33)は下線なしでもよい。 ・「筋力低下・筋萎縮」を加えるべきである。 ・“症状”に関するレポートについては、どのような形式で行ったら良いかがはっきりしない。症状自体に関するレポートとしては不要ではないかと思われる。 ・3 経験が求められる疾患・病態と内容が重複するので、レポートを作成する意義が少ない。 ・研修病院の状況に合わせた症状の設定が必要。
<p>必修項目 下線の症状を経験し、レポートを提出する *「<u>経験</u>」とは、自ら診療し、鑑別診断を行うこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・必修項目を減らすか整理するべきでないか。6)、11)、14)、15)、31)など。 ・14)、15)は、削除するべきではないか。 ・眼科が必須でない以上、14)はレポートからはずし通常項目とする。むしろ1)などのほうが重要ではないか？ ・15)は、レポート作成対象から外してもいいのではないか。むしろ、29)など、鑑別も考えると重要な項目ではないか。 ・14)、15)はレポート作成対象からはずす。レポートを提出するのなら、研修医に20項目選ばせ、そのレポートを提出することにしてはどうか。 ・全身症候をより重視すべきである。4)中の「体重増加」、16)、18)は不要。 ・31)、32)、33)は、整形外科や泌尿器分野での経験が多く必修から除く。救急部門でも経験はできるが、まれな場合が多い。 ・31)、32)、33)は下線なしでもよい。 ・「筋力低下・筋萎縮」を加えるべきである。 ・“症状”に関するレポートについては、どのような形式で行ったら良いかがはっきりしない。症状自体に関するレポートとしては不要ではないかと思われる。 ・3 経験が求められる疾患・病態と内容が重複するので、レポートを作成する意義が少ない。 ・研修病院の状況に合わせた症状の設定が必要。 	

<p>2 緊急を要する症状・病態</p> <p>必修項目 下線の病態を経験すること *「経験」とは、初期治療に参加すること</p> <p>1) <u>心肺停止</u> 2) <u>ショック</u> 3) <u>意識障害</u> 4) <u>脳血管障害</u> 5) 急性呼吸不全 6) <u>急性心不全</u> 7) <u>急性冠症候群</u> 8) <u>急性腹症</u> 9) <u>急性消化管出血</u> 10) 急性腎不全 11) 11)流・早産及び満期産 12) 急性感染症 13) <u>外傷</u> 14) <u>急性中毒</u> 15) 誤飲、誤嚥 16) <u>熱傷</u> 17) 精神科領域の救急</p>	<p>・5)や12)が下線項目でないのは理解に苦しむ。 ・14)、16)を必修項目に入れるのは不適切。 ・16)を全ての研修医が経験することは難しい。熱傷は基本的手技にもあり、この項目を経験できないだけで未修了となるのは厳しすぎる。 ・研修病院の状況に合わせた症状の設定が必要。</p>
--	---

3 経験が求められる疾患・病態		
<p>必修項目</p> <p>1 A</p> <p>2 B</p> <p>3</p> <p>※</p>	<p>疾患については入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出すること</p> <p>疾患については、外来診療又は受け持ち入院患者(合併症含む。)で自ら経験すること</p> <p>外科症例(手術を含む。)を1例以上受け持ち、診断、検査、術後管理等について症例レポートを提出すること</p> <p>全疾患(88項目)のうち70%以上を経験することが望ましい</p>	<p>・基本診療能力を体得するとはいえ、量は膨大であり、真面目な研修医には消化不良となる。現制度で、初期の目標達成を考えるなら、もう少し期間を延長すべき。 ・一般的な項目の見直しが必要である。特に、必修科目でない、皮膚系、運動器系、腎・尿路系、眼・視覚系、耳鼻・咽喉・口腔系などは項目からけずるか必修でなくする。 ・必修の項目が多すぎるため、研修医は症例の経験だけを追いかける状況になっている。また、症例には眼科(特に緑内障)、耳鼻科、整形外科等の項目があり、その診療科をローテーションしなければ難しい症例は削除すべき。(これらの診療科を有していない研修病院はどのように研修しているのか?)また、一般病院では結核の診療はできない。 ・「A」「B」を区別せず、「A」は全て「B」と同じ扱いとする。その中から研修医が10疾患(現在「A」となっている疾患数が10)を選び、レポートもしくは退院時要約を提出する(書式は内科学会認定医申請の症例報告の様式に準拠することが望ましい)。 ・レポートは、評価することになっていないため単に「この症例でこうした」といった簡単なレポートを作成しがちである。現在の必須レポート31編(GPCを除く)を選択制とし、10編程度を自らの考察を含めて掘り下げた形で作成させ、指導医の評価を受けさせ、それを研修医にフィードバックするような方法をとってはどうか。</p>

(1) 血液・造血管・リンパ網内系疾患		
<p>B</p> <p>(1) 貧血(鉄欠乏貧血、二次性貧血) (2) 白血病 (3) 悪性リンパ腫 (4) 出血傾向・紫斑病(播種性血管内凝固症候群: DIC)</p>		<p>・(1)貧血は遭遇する頻度が高い基本的疾患であり、必修項目とすべきである。</p>

(2) 神経系疾患		
<p>A</p> <p>(1) 脳・脊髄血管障害(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血) (2) 認知性疾患 (3) 脳・脊髄外傷(頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫) (4) 変性疾患(パーキンソン病) (5) 脳炎・髄膜炎</p>		<p>・(1)の脊髄血管障害は頻度の低い疾患であり「脳血管障害」のみで充分。 ・(2)は、表現を「認知症性疾患」とし、さらに、高齢化社会を迎える日本にあつては「A」とすべきである。 ・(1)、(3)は、「脳」と「脊髄」を分け、次のようにすべきである。 (1)脳血管障害(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血) (3)脳外傷(頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫) (6)脊髄疾患(血管障害、外傷) ・(3)の中に脊髄損傷を加えるべきである。 ・末梢神経・筋疾患を加えるべきである。 ・末梢神経障害(手根管症候群)を加えるべきである。</p>

(3) 皮膚系疾患		
<p>B</p> <p>(1) 湿疹・皮膚炎群(接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎)</p>		<p>・皮膚科は必修ではないため、「B」とすることには無理がある。 ・(4)は必要ない。</p>

B	(2) 蕁麻疹	
	(3) 粟疹	
B	(4) 皮膚感染症	

(4) 運動器(筋骨格)系疾患		<p>・整形外科は必修ではないため、「B」とすることには無理がある。</p> <p>・(4)の「腰椎椎間板ヘルニア」の経験を厳密に考えると、単に診察所見からの診断ではなく、MRI検査等の画像的診断も必須になると思われる。現行のカリキュラムでこういった画像的診断まで全員が経験できるのか疑問である。</p>
B	(1) 骨折	
B	(2) 関節・靭帯の損傷及び障害	
B	(3) 骨粗鬆症	
B	(4) 脊柱障害(腰椎椎間板ヘルニア)	

(5) 循環器系疾患		<p>・(8)は現在入院では診療することが少ないので「B」とする。</p>
A	(1) 心不全	
B	(2) 狭心症、心筋梗塞	
	(3) 心筋症	
B	(4) 不整脈(主要な頻脈性、徐脈性不整脈)	
	(5) 弁膜症(僧帽弁膜症、大動脈弁膜症)	
B	(6) 動脈疾患(動脈硬化症、大動脈瘤)	
	(7) 静脈・リンパ管疾患(深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫)	
A	(8) 高血圧症(本態性、二次性高血圧症)	

(6) 呼吸器系疾患		<p>・入院受け持ちの「A」項目に“上気道炎”が含まれるのはおかしい。</p> <p>・(3)に、薬剤性肺炎を含む間質性肺炎の追加が必要。</p>
B	(1) 呼吸不全	
A	(2) 呼吸器感染症(急性上気道炎、気管支炎、肺炎)	
B	(3) 閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息、気管支拡張症)	
	(4) 肺循環障害(肺塞栓・肺梗塞)	
	(5) 異常呼吸(過換気症候群)	
	(6) 胸膜、縦隔、横隔膜疾患(自然気胸、胸膜炎)	
	(7) 肺癌	

(7) 消化器系疾患		<p>・(1)に、食道癌、逆流性食道炎、胃食道逆流も必要。</p> <p>・(1)の消化性潰瘍や胃・十二指腸炎で入院することは少なく、「B」とする。</p> <p>・(2)小腸・大腸疾患は、悪性疾患としての頻度から考えると()書きに“大腸癌”を加え、「A」とするべき。</p> <p>・(6)横隔膜・腹壁疾患は不要。</p>
A	(1) 食道・胃・十二指腸疾患(食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎)	
B	(2) 小腸・大腸疾患(イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻)	
	(3) 胆嚢・胆管疾患(胆石、胆嚢炎、胆管炎)	
B	(4) 肝疾患(ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害)	
	(5) 膵臓疾患(急性・慢性膵炎)	
B	(6) 横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎、急性腹症、ヘルニア)	

(8) 腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む。)疾患		<p>・(4)泌尿器科は必修ではないため、「B」とすることには無理がある。</p> <p>・慢性腎臓病(chronic kidney disease)も必要と考えられる。</p>
A	(1) 腎不全(急性・慢性腎不全、透析)	
	(2) 原発性糸球体疾患(急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群)	
	(3) 全身性疾患による腎障害(糖尿病性腎症)	
B	(4) 泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石、尿路感染症)	

(9) 妊娠分娩と生殖系疾患		<p>・(1)を「A」とするべき。</p> <p>・(3)は必修でなくてもよいのでは。</p>
B	(1) 妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥)	
	(2) 女性生殖器及びその関連疾患(月経異常(無月経を含む。)、不正性器出血、更年期障害、外陰・膣・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍)	
B	(3) 男性生殖器疾患(前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)	

(10) 内分泌・栄養・代謝系疾患		<p>・(4)の糖尿病も外来治療が中心となっているので、「B」とするべき。</p>
	(1) 視床下部・下垂体疾患(下垂体機能障害)	
	(2) 甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症)	
	(3) 副腎不全	
A	(4) 糖代謝異常(糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖)	
B	(5) 高脂血症	
	(6) 蛋白及び核酸代謝異常(高尿酸血症)	

(11) 眼・視覚系疾患		<ul style="list-style-type: none"> ・(1)は眼科のみで診ることが多いので、項目に入れなくてもよい。 ・(2)は「B」からははずす。流行性角結膜炎が疑われる場合、当院では、外来の個室に隔離し、眼科専門医の診断を受けるようになっている。研修医が眼科をローテイトしていない限り、経験するのは難しい。 ・(4)の「B」をはずす。 ・(4)は必要ない。 ・他の領域のランク付けを鑑みると、(1)、(2)が「B」である必要はない。 ・眼科は必修でないため、「B」とすることには無理がある。 ・いずれの項目も必修とする必要がないのでは。
B	(1) 屈折異常(近視、遠視、乱視)	
B	(2) 角結膜炎	
B	(3) 白内障	
B	(4) 緑内障	
	(5) 糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化	

(12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患		<ul style="list-style-type: none"> ・(4)は「B」にするべきではないか。不十分な抗菌薬治療によるリウマチ熱や糸球体腎炎等の併発についても考えさせるべき。 ・耳鼻科は必修でないため、「B」とすることには無理がある。 ・いずれの項目も必修とする必要がないのでは。
B	(1) 中耳炎	
	(2) 急性・慢性副鼻腔炎	
B	(3) アレルギー性鼻炎	
	(4) 扁桃の急性・慢性炎症性疾患	
	(5) 外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物	

(13) 精神・神経系疾患		<ul style="list-style-type: none"> ・(5)が「A」である必要はない。全員が主治医として担当できる可能性は低いのではないか。 ・(7)は不要では。 ・リエゾン精神医学が実際の臨床現場では必要。疾患についても外来ベースのものを考えるべきではないか。 ・「A」項目は無くてもよい。
	(1) 症状精神病	
A	(2) 認知症(血管性認知症を含む。)	
	(3) アルコール依存症	
A	(4) 気分障害(うつ病、躁うつ病を含む。)	
A	(5) 統合失調症(精神分裂病)	
	(6) 不安障害(パニック症候群)	
B	(7) 身体表現性障害、ストレス関連障害	

(14) 感染症		<ul style="list-style-type: none"> ・(1)は不要では。 ・(1)は、排菌が認められた時点で適切な施設に転院となる。従って、「B」をはずすか、もしくは、「疑う」または「鑑別診断に挙げる」ことを「経験」とみなす。 ・(1)では疾患で、(2)では原因菌が示されている。具体的な疾患に統一した方がよい。 ・(3)は、アクティブな状態を経験することは無理がある。 ・(3)は必修から除外するか、特別講義などで可とする。 ・(3)は外来でも経験することは困難であり、「B」からははずす。 ・抗菌薬の適正使用と耐性菌についての知識が必要。
B	(1) ウイルス感染症(インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎)	
B	(2) 細菌感染症(ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア)	
B	(3) 結核	
	(4) 真菌感染症(カンジダ症)	
	(5) 性感染症	
	(6) 寄生虫疾患	

(15) 免疫・アレルギー疾患		<ul style="list-style-type: none"> ・(2)関節リウマチは不要では。 ・(3)について、上記(12)耳鼻・咽喉・口腔系疾患の(3)アレルギー性鼻炎や下記(17)小児疾患の(4)小児喘息は含まれないの不明瞭である。 ・(3)「アレルギー疾患」は抽象的すぎる。他の領域でアレルギー性鼻炎等があったりする。ここで到達させたい具体的な病態を示すべき(薬剤性アレルギー、急性中毒疹など)。 ・膠原病がたった2つしか挙げられていないのは問題である。
B	(1) 全身性エリテマトーデスとその合併症	
B	(2) 慢性関節リウマチ	
	(3) アレルギー疾患	

(16) 物理・化学的因子による疾患		<ul style="list-style-type: none"> ・(4)は必修から除外するべき。
	(1) 中毒(アルコール、薬物)	
	(2) アナフィラキシー	
	(3) 環境要因による疾患(熱中症、寒冷による障害)	
B	(4) 熱傷	

(17) 小児疾患		<ul style="list-style-type: none"> ・(3)具体的な疾患を示して欲しい。
B	(1) 小児けいれん性疾患	
B	(2) 小児ウイルス感染症(麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ)	
	(3) 小児細菌感染症	
B	(4) 小児喘息	
	(5) 先天性心疾患	

(18) 加齢と老化		<ul style="list-style-type: none"> ・いずれの項目も必須とする必要がないのでは。
B	(1) 高齢者の栄養摂取障害	
B	(2) 老年症候群(誤嚥、転倒、失禁、褥瘡)	

C 特定の医療現場の経験

必修項目にある現場の経験とは、各現場における到達目標の項目のうち一つ以上経験すること。

(1) 救急医療		<ul style="list-style-type: none"> ・1はコア・カリキュラムにあり、卒前教育に移行可能。ACLSはICLSでも可能ではないか。
	生命や機能的予後に係わる、緊急を要する病態や疾病、外	

<p>傷に対して適切な対応をするために、</p> <ol style="list-style-type: none"> バイタルサインの把握ができる。 重症度及び緊急度の把握ができる。 ショックの診断と治療ができる。 二次救命処置 (ACLS = Advanced Cardiovascular Life Support、呼吸・循環管理を含む。)ができ、一次救命処置 (BLS = Basic Life Support)を指導できる。 ※ACLSは、バッグ・バルブ・マスク等を使う心肺蘇生法や除細動、気管挿管、薬剤投与等の一定のガイドラインに基づく救命処置を含み、BLSには、気道確保、心臓マッサージ、人工呼吸等機器を使用しない処置が含まれる。 頻度の高い救急疾患の初期治療ができる。 専門医への適切なコンサルテーションができる。 大災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・4)は現在 ICLS が普及しているので、ACLSと明言せず、二次救命処置という表現でとどめておいた方が良いと思われる。 ・4)中の (ACLS ～ を含む。)と (BLS ～ Support)は不要。併せて、※中の「ACLS」を二次救命処置に、「BLS」を一次救命処置に修正。 ・5)は具体的な疾患を示さないと評価しにくい。 ・7)「自己の役割を把握できる」とあるが具体的にはどのようなことなのか。
<p>必修項目 救急医療の現場を経験すること</p>	

<p>(2) 予防医療 予防医療の理念を理解し、地域や臨床の場での実践に参画するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 食事・運動・休養・飲酒・禁煙指導とストレスマネジメントができる。 性感染症予防、家族計画を指導できる。 地域・産業・学校保健事業に参画できる。 予防接種を実施できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医学部での学生実習を充実させて、初期研修の経験目標には含めるべきでない。
<p>必修項目 予防医療の現場を経験すること</p>	

<p>(3) 地域保健・医療 地域保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 保健所の役割 (地域保健・健康増進への理解を含む。)について理解し、実践する。 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。 診療所の役割 (病診連携への理解を含む。)について理解し、実践する。 へき地・離島医療について理解し、実践する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・赤十字社血液センターで研修する意義が不明。1)～4)のいずれも経験できない。 ・地域保健医療は、卒前教育で学習させるべき。 ・医学部での学生実習を充実させて、初期研修の経験目標には含めるべきでない。 ・保健所、開業医など地域医療の受入施設の研修に対する理解度、協力が低いようである。新研修を開始するにあたっては、もっと意志準備状態を統一・把握すべきである。研修医もどのように対応しているか困っている状態である。 ・地域医療に保健所を含めたい厚生労働省の意図はよく理解できるが、研修医からは座学が多く、何もしない暇の時間が多い。「学生時代の保健所見学と変わらない。」という意見が多い。ぜひ、地域診療所の関与を増やすべき。 ・地域医療・保健の領域・ニーズを考えると少なくとも2ヶ月間は必須とすべき
<p>必修項目 へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施設等の地域保健・医療の現場を経験すること</p>	

<p>(4) 周産・小児・成育医療 周産・小児・成育医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 周産期や小児の各発達段階に応じて適切な医療が提供できる。 周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる。 虐待について説明できる。 学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。 母子健康手帳を理解し活用できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・1)、2)を、以下のように変える。 1)周産期や小児の各発達段階に応じて適切な医療が提供できる。(a.輸液管理 b.禁忌薬剤、禁忌処置 c.小児 common disease (上気道炎、冬季ウイルス性胃腸炎、喘息)の診断、治療) 2)周産期や小児の各発達段階、両親、特に母親に対応した心理社会的側面への配慮ができる。 ・3)は卒前教育に移行可能。
<p>必修項目 周産・小児・成育医療の現場を経験すること</p>	

<p>(5) 精神保健・医療 精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、</p> <ol style="list-style-type: none"> 精神症状の捉え方の基本を身につける。 精神疾患に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。 デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解 	
--	--

する。

必修項目
精神保健福祉センター、精神病院等の精神保健・医療の現場を経験すること

(6) 緩和・終末期医療

緩和・終末期医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 心理社会的側面への配慮ができる。
- 2) 基本的な緩和ケア(WHO方式がん疼痛治療法を含む。)ができる。
- 3) 告知をめぐる諸問題への配慮ができる。
- 4) 死生観・宗教観などへの配慮ができる。

必修項目 臨終の立ち会いを経験すること

・剖検の必要性の判断と家族への説明が出来ることも必要。

「臨床研修の到達目標」のあり方についての意見

- 設定されている目標は、研修の目標ではなく「到達すべき医師像」となっている気がする。完全な医師を求めるあまり、まじめな研修医ほど悩み、焦燥感にかられている。限られた期間の中で求められる症例を全て経験することは不可能である。また、多くの症例は、研修医のローテーションの中で完結できるものではない。研修医のモチベーションは低下し、単に経験することのみにとらわれる。
- 研修医としてのこの期間で最も重要なことは、医師としての基本姿勢と態度といった行動目標で掲げていることであり、必修とする疾患をいくつも羅列することは、いたずらに現場を混乱させている。
- この到達目標を掲げてやってきた2年間の結果として、その後の診療科を選んだ理由として「自分の時間が持てるから」を挙げた率が最も高かったのが、形成外科、皮膚科、麻酔科、放射線科であった。「精神を涵養し」とうたっているが、結果は急患や急変の可能性が少ない、定時勤務や生命に直接影響が少ない領域や診療科が優先されている傾向がある。はつきり、high risk high return をうたったらどうか、とも言える。
- 制度全体の見直しにも関連するが、短期ローテーションの弊害も見られ、どの専門に行く場合にも救急医療の経験や対処を身に付けることを重視しながら、個々人の進路を尊重して研修できるようにしてはどうか。
- 医師臨床研修において、研修の到達目標を設定したことは、今回の改革の大きな目玉の一つであると考えられる。しかし、あまりにも項目が多く「実際に経験できる項目か?」「あまりにも General physic を意識しすぎているのではないか?」と感ずるところがある。よりシンプルに整理する必要があるのではないか。
- 到達項目が煩雑かつ多すぎる。本当に必須と考えられる項目に絞って提示すべき(現在の50%程度の内容)。これらの項目を消化することが充実した卒後臨床研修の必要十分条件ではない。
- 経験すべき疾患や病態が多すぎるので、これまでのEPOCのデータをもとに、達成度の少ない項目は削除してよいと考える。
- 平成18年3月に行った厚生労働省アンケートの項目には、経験すべき疾患について何例を診たかといった設問があり、経験の難しい疾患は把握していると思われる。研修医が「症例数が少ない」と回答したものは、社会一般で頻度が低いものとして必修項目から削除すべきである。また、必修とされている項目についても、全てを経験するのではなく項目数の「何%」として、経験できなかった症例は、その病院で実際に診療に支障のない知識と技能を有するに至るまで講義・講習等を行うことで「可」としてはどうか。
- 基本研修科及び必修研修科以外の科でしか研修できない項目を、必修とするのは無理がある。
- 基本研修科目・必修科目でない診療科(眼科、耳鼻科、泌尿器科)での経験項目が多すぎる。
- 手技や、経験に関する項目が多く、研修の目的の大きな柱のひとつである、人格の涵養に関する項目のウエイトが少ない。医療の社会性についても、制度的な事項が多く、国民に求められる医師としての人格の涵養(医師としてのプロフェッショナルリズム?)についての目標が明確にされていない。少なくとも、医療の主役は、研修医ではなく、患者さんやその家族のニーズを十分に取り入れた上で、責任を負うという姿勢を示す項目が必要である。
- 現在の経験すべき必修項目には、2年間の初期研修の間に必ずしも経験できるとは限らない項目もあるため、もう少し柔軟に対応した方がよい。(必修という言葉ははずし、経験すべき項目の7割~8割以上を目標にする、など)。また、提出すべきレポートの数も多すぎる。書類書きに追われ、きちんと研修できていない研修医が多い。そのほとんどは病歴要約で代用可能なことから、レポートではなく病歴要約を提出する、という風にすれば研修医の貴重な時間をもっと診療に当てられる。
- 労働者として労働時間が規制されているなかでの研修状況では、経験項目が多すぎるし、十分な研修が提供できなくなっているの、研修医全体のレベル低下が見られる。国として5年後10年後の医療水準が、この制度開始前より優れているか否かを検証する必要がある。
- 悪性腫瘍がまったく必修項目となっておらず、がん患者に対する治療(化学療法)、緩和などを総合的に習得出来ない。これは日本のがん治療の問題点と共通している。がんは専門研修で、と考えられているのであろうが、がんは日本人の死因の多くを占めており、がん症例の経験、基本的態度の育成は初期研修から必要である。“感染症”でくられているのと同様に“腫瘍”として横断的に腫瘍性疾患とその治療を経験することを必須とすべきと考えられる。その細項目として、診断、治療、化学療法、放射線治療、がん疼痛緩和と医療を含むことが望ましい。
- レポートの提出と規定されているもの(A)があるが、これは基本的に不要と考える。基本的に全ての受け持ち患者について退院時概略を作成することが必須であり、すべての研修病院でも100%の提出を求めていると考える。(病歴管理加算など各種保険診療上の規定からも)したがって、全退院患者についてきちんとした退院時要約が作成されているかを評価することの方が病院としても教育と管理を一体として円滑に行うことができると考える。当然、この退院時要約には指導医の承認が必要なので、その段階でレポートと同様に、指導医の監査も受けていることになる。また、GPCレポート、外科症例レポートも不要ではないか。個人情報保護の観点からも概略をレポートとして作成して持ち出す際に患者名などを消去し忘れてしまうなどのリスクを考えると、退院時要約として病院の責任で病院のシステム内で一元管理の方がよいと考える。「B」項目については全項目を必須とするならば、大きく削減するか、何%以上と規定すべきではないかと考える。もしくは、特定の医療行為の現場での目標のように「各現場における到達目標の項目のうち一つ以上経験すること」程度に必須項目の概念をなくして、研修内容の自由度を高めても、研修のレベルが低下することはないのではないか。
- レポート報告の形式を一定にすることが望ましい。
- 必修科目の精神科でのレポート提出は必要か。
- 診療科別の到達目標に変更した方がよいと思われる。例えば、内科、外科、麻酔、救急、精神科、産婦人科、小児科、地域保健・医療、その他、に分類し、ローテーションにあったものにするべきである。
- 1年間の内科・外科だけで充分と考える。
- 2年間の研修期間中に何もかも詰め込む発想は誤っている。米国のように大きく外科系と内科系に分かれて、1年間の基本研修(初期研修)にすべきである。
- 項目により総論的すぎて実際の評価が難しい。評価しやすくするために具体的な疾患などの補足が必要である。
- 評価基準が個々の施設に任せられており、標準化されていないために、研修医の到達度が施設間で差が出ている。
- 個々の項目について必要、不必要は判断が難しいと思いますが、全ての必修項目を履修することを修了要件にするには無理がある。ある程度の目安を基に研修病院で修了を認定するのが現実的ではないかと考える。
- 到達目標を多く挙げたことは、決して悪いことではないが、現在、必修項目の経験と、評価表の記入(EPOCの入力など)に追われ、到達目標が形成的評価にうまく用いられていない。
- 必修科目の選定理由と目的について、明確にして欲しい。
- この制度の中で、小児科医、産科医の希望者が増加するようなプログラムの作成を、オプションとして考える時期と思われる。