

| | | |
|---|--|--|
| A | 11) 髄液検査 12) 細胞診・病理組織検査 13) 内視鏡検査 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) | |
| | 必修項目 <u>下線の検査</u> 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 | |

| | |
|--|--|
| (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、 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。 | ・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」。 |
| 必修項目 <u>下線の手技</u> を自ら行った経験があること | |

| | |
|--|--|
| (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、 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。 | ・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。 |
|--|--|

| | |
|--|----------------------------|
| (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、 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。 | ・4)は、臨床研修の最終到達目標として明記するべき。 |
|--|----------------------------|

| | |
|---|---|
| <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(デイスジャーリー症例を含む。) 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) デイスジャーリーの適応判断は、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こととする。 ・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> <p>必修項目 下線の症状を経験し、レポートを提出する *「経験」とは、自ら診療し、鑑別診断を行うこと</p> <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) 発熱 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 | <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> <ol style="list-style-type: none"> 1) 心肺停止 2) ショック 3) 意識障害 4) 脳血管障害 5) 急性呼吸不全 6) 急性心不全 7) 急性冠症候群 8) 急性腹症 9) 急性消化管出血 10) 急性腎不全 11) 11)流・早産及び満期産 12) 急性感染症 13) 外傷 14) 急性中毒 15) 誤飲、誤嚥 16) 熱傷 17) 精神科領域の救急 | <ul style="list-style-type: none"> ・5)や12)が下線項目でないのは理解に苦しむ。 ・14)、16)を必修項目にいれるのは不適切。 ・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> | | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・全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(CPC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>必修項目</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1 A 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 2 B 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 3 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>※ 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>(1) 血液・造血器・リンパ網内系疾患</p> <p>B</p> <ol style="list-style-type: none"> (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) | <ul style="list-style-type: none"> ・(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> <p>A</p> <ol style="list-style-type: none"> (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 | <ul style="list-style-type: none"> ・(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。 <p>(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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(3)の中に脊髄損傷を加えるべきである。 ・抹消神経・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> <p>B</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 湿疹・皮膚炎群(接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎) | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 |
|---|--|

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| B | (2) 蕁麻疹 | |
| | (3) 薬疹 | |
| 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) | |
| B | (4) 泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石、尿路感染症) | |
| (9) 妊娠分娩と生殖器疾患 | | <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・陰・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・咽喉・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と。 ・(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考えるべきではないかと。 ・「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か不明瞭である。 ・(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と。 |
| | 生命や機能的予後に係わる、緊急を要する病態や疾病、外 | |

傷に対して適切な対応をするために、

- 1) バイタルサインの把握ができる。
- 2) 重症度及び緊急度の把握ができる。
- 3) ショックの診断と治療ができる。
- 4) 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。
- 5) 頻度の高い救急疾患の初期治療ができる。
- 6) 専門医への適切なコンサルテーションができる。
- 7) 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。

必修項目 救急医療の現場を経験すること

- ・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」とあるが具体的にどのようなことなのか。

(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、

- 1) 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。
- 2) 性感染症予防、家族計画を指導できる。
- 3) 地域・産業・学校保健事業に参画できる。
- 4) 予防接種を実施できる。

必修項目 予防医療の現場を経験すること

- ・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。

(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、

- 1) 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。
- 2) 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。
- 3) 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。
- 4) へき地・離島医療について理解し、実践する。

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

- ・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い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

(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、

- 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。
- 2) 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。
- 3) 虐待について説明できる。
- 4) 学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。
- 5) 母子健康手帳を理解し活用できる。

必修項目 周産・小児・成育医療の現場を経験すること

- ・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。

(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、

- 1) 精神症状の捉え方の基本を身につける。
- 2) 精神疾患に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。
- 3) 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。はっきり、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。(必修という言葉をはずし、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、CPC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システム内で一元管理する方がよいと考える。「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と考える。
- 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てあることは、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。