

○櫻本医師臨床研修専門官 それでは、定刻より少し早いのですが、先生方が皆様おそろいになりましたので、ただいまから第16回「医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ」を開催いたします。

本日は、先生方には御多忙のところ御出席を賜り、まことにありがとうございます。

それでは、マスコミの方々の撮影は、ここまでとさせていただきます。

続きまして、本日の出欠について御連絡させていただきます。

片岡構成員、伴構成員及び前野構成員から御欠席との連絡をいただいております。

また、後ほど来られますが、文部科学省の医学教育課からは、眞鍋企画官にお越しいただく予定でございます。

以降の議事運営につきましては、座長にお願いいたします。福井先生、よろしく願いたします。

○福井座長 それでは、議事を進めてまいりたいと思います。

最初に、事務局から資料の確認をお願いします。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局でございます。それでは、資料の確認をいたします。

最初は議事次第、ページをめくっていただいて座席表、そこからは資料1-1から1-4までがございます。それ以降は参考資料の1から11-4までがございますが、参考資料1から9まではこれまでも出ささせていただいたさまざまな資料と同じものでございます。参考資料10は今年度の医師臨床研修のマッチング結果が出ておりますので、御参考までにごらんいただけたらと思います。参考資料11-1から11-4は、平成29年度の臨床研修アンケートが修了者、指導者、責任者全て結果が出そろいましたので、こちらのデータは、特に今日は御説明いたしません。内容について御参考にしていただきながら、御議論いただけたらと考えております。

以上でございます。

○福井座長 本日は、議題としましては「医師臨床研修制度の新たな到達目標・方略・評価の在り方について」でございますが、その中で、特に方略及び評価の部分についての議論をお願いしたいと思います。

資料1-1の中の方略の案について説明させていただいた後、本日は、その部分について御意見を伺えればと思います。

資料1-1の4ページをごらんいただきたいと思います。

「実務研修の方略（案）」としまして、まずは研修の期間です。研修期間は原則として2年間とする。協力型臨床研修病院または臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあつては、原則として、研修期間全体の36週（9カ月相当）以上は、基幹型臨床研修病院で研修を行う。さらに地域医療や各診療科との関係等に配慮しつつ、1年以上を基幹型臨床研修病院で行うことが望ましい。

現在は、基幹型臨床研修病院での研修は8カ月以上となっておりますが、できるだけ基幹型病院で責任を持って研修をしてもらう期間を長くしたいということです。

それから、臨床研修を行う分野・診療科です。

1、内科、救急、地域医療、外科、小児科、産婦人科、精神科及び外来を必修分野とする。

2、原則として、内科24週以上、救急12週以上、地域医療、外科、小児科、産婦人科、精神科及び外来それぞれ4週以上の研修を行う。なお、地域医療、外科、小児科、産婦人科、精神科及び外来については、各分野での受け入れ状況に配慮しつつ、8週以上の研修が望ましい。

3、麻酔科における研修内容が救急における研修内容と同等であるときには、研修内容に応じて、麻酔科における研修期間を、4週を上限として、救急の研修期間とすることができる。

4、原則として、各分野は一定のまとまった期間に研修、いわゆるブロック研修を行うことを基本とする。ただし、救急、精神科及び外来については、週1回の研修を通年で実施するなど特定の期間一定の頻度により行う研修も可能である。英語では、コンティニューイティ研修という言い方をすることもあります。その際、救急においては、4週以上のまとまった期間に研修を行った上で、例えば、週1回の救急当直を通年で実施すること。なお、必修分野を研修中に、その他の分野の研修を一定の頻度により行う場合、つまり、例えば内科を研修中に救急の研修を週1日ということは何カ月も行うような場合は、その研修期間は必修分野の研修期間に含めないこととする。例えば、1週間のうち1日救急に回っている場合は、内科のカウントは1週間に0.8を掛けた期間（0.8週）なるという意味です。

5、地域医療の研修については、原則として、2年次に行うこと。

6、外来の研修については、原則として、研修開始時より24週以上の研修を行った後に行うこと。

7、外来においては、原則として初診患者及び慢性疾患の継続診療を含む一般外来を中心とした研修を行うこと。

8、精神科については、精神科専門外来または精神科リエゾンチームでの研修を含むこと。

9、地域医療については、僻地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院または診療所を適宜選択して研修を行うこと。

10、地域医療においては、原則として初診患者及び慢性疾患の継続診療を含む一般外来と在宅医療の研修を含めること。ただし、その他の研修で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない。また、地域医療で病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること。加えて、保健や福祉との連携を含む、地域包括ケアの実際について学ぶ機会を十分に含めること。

11、選択研修として、保健・医療行政の研修も可能である。その際、臨床研修病院の判断で、例えば週単位で適切な研修期間を設定する。

12、保健・医療行政の選択研修については、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、検診・健診の実施施設、国際機関、行政機関、矯正施設、産業保健等において、研修を行うことが考えられる。

前回の資料と少し違うところが5ページ、経験疾病の2行目の脳血管障害というところが、以前は脳梗塞・脳出血が1項目、クモ膜下出血・未破裂脳動脈瘤が1項目で、それぞれ独立していたのですが、それを全部にまとめたかどうかという意見がございましたので、今回の案では、脳血管障害にまとめました。したがって、前は25疾病だったところが24疾病になっています。

前回、学生のとくのようにいろいろなレポートを書くのではなくて、オン・ザ・ジョブ・トレーニングで、業務の中で、業務の一環として疾病や症候を診たという記録を確かめるだけでいいのではないかと案がございましたので、※ですけれども、経験症候及び経験疾病については、日常業務において作成する病歴要約で確認を行うこととし、病歴、身体所見、アセスメント／プラン、検査所見、治療方針、当該患者に対する考察等を含むことという案になっています。

よろしければ、研修期間から御議論いただければと思います。4ページの一番上の部分ですけれども、これについて「原則として」という言葉があえてついていますのは、それなりの理由で90日間休んでも研修修了と認めるという期間についての、今までの取り扱いがございましたので、原則として2年間としています。

その下の4行を含めまして、何か御意見がございましたら、どうぞ。

高橋先生。

○高橋構成員 ありがとうございます。

今までは「2年以上」となっていたので、実際には、研修病院などでは3年間のプログラムをつくっているところもあるのですが、これを「2年間」とするとすると、どうして「2年以上」だったのが「2年間」になったのかのディスカッションの経緯を教えてくださいということがまずは1点。

もう一点は、従来8カ月以上は基幹型病院でということが記載され、「1年以上を基幹型臨床研修病院で行うことが望ましい」が記載されておりましたので、それを36週にふやした意味が分かりかねます。私は、個人的には「1年以上が望ましい」ではなくて「1年以上にすること」でも、基幹型病院が責任を持って研修を行うということであればいいのかなと思うのですが、いかがでしょうか。

○福井座長 最初の「2年間以上」というところですが、これは原則として2年間の中には入らないでしょうか。それとも「以上」を入れておいたほうがよろしいですか。実は、余り深く討論せずに、このような形になっています。

○高橋構成員 「原則として」がついていれば、もちろん3年のコースもありとは思いますが、このように明記されると、そうとらない施設も出てくるのかなと思われましたので、質問させていただきました。

○福井座長 あえて最初から2年間以上のプログラムとしている病院もあることはあるのですね。どうでしょうか。

どうぞ。

○田中構成員 そもそも法律に「2年以上」と書いてあるのではないですか。医師法で、そうですね。多分、ここでそれを縛るというものではないのではないかと思います。

○福井座長 これはもとに戻しても構わないということですね。2年間でなくてはならないという意味にはならないと思うのですけれども、どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 文言上は当然「原則として」がついておりますので、2年以上ということは当然できるのですけれども、田中構成員がおっしゃったように、医師法第16条2で、診療に従事しようとする医師は2年以上云々で臨床研修を受けなければならないとなっておりますので、これを踏襲するという手もあるのかなとは考えております。

○福井座長 「原則」は入れたままですね。「原則」が入らないと、90日間の扱いが難しくなるのではないかと思います。

○櫻本医師臨床研修専門官 「原則として」は入れたほうが、先ほど座長からもございましたように、例えば90日休んだ場合、あるいは90日を超えて休んで、1カ月分余計にやらなければならないとか、いろいろなケースが想定されますので、2年未満ということはないのですけれども、それを入れておかないと、ミニマム2年だということが出ないのかという意味もございますので「原則として2年以上」でよろしいのではないかと考えております。

○田中構成員 例えば大学のように、たすきがけで2年目に大学に戻ってきて研修する人たちもいますと、そういう人たちのことを考えると、8カ月と9カ月で微妙に影響があって、なぜかといいますと、2年目は、少なくとも4週間は地域に出なければいけない。そうすると、残りの11カ月の中で、もしも妊娠、出産があったとすると、産休だけで14週をとってしまいますので、9カ月を割ってしまうわけです。その場合に、今、座長が言われていましたように、90日のルールがあるので、原則の中で処理できることなのかどうかということを事務局にお伺いしたいのです。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局でございます。まず、この議論をさせていただく前提としてデータをお示しさせていただきたいのですけれども、参考資料11-1をごらんください。参考資料11-1は臨床研修の修了者アンケートですので、今年2年目で終わった人たちを対象としております。回収率が85.9%ですので、それなりのものではあるのですけれども、その中の4ページをごらんください。

4ページは施設種別ごとの研修期間割合としておりまして、今、12カ月以上を基幹病院でやることをマストにするか、望ましいにするかという議論かと思うのですけれども、これを見ていただきますと、現状、基幹病院での研修期間が8カ月以上9カ月未満と9カ月以上10カ月未満が大体全体の2%弱。多くが12カ月以上で、9割程度です。9割以上が12カ月以上の研修をしておりまして、協力型病院と協力型相当大学病院等で研修しているも

のは下にありますとおり、12カ月以上でありますとか13カ月以上回っているのはこのくらいになります。

そういうことから、データからしますと、仮に12カ月以上をマストにした場合には、上で言うと11カ月以上12カ月未満より左側のパーセンテージ、あるいは下で言うと13カ月以上でありますとか12カ月以上13カ月未満の一部の人たちが入ると思うのですが、そのあたりが影響になるかと考えております。

以上です。

○福井座長 現状がこうだという話と、基幹型臨床研修病院での研修を1年間にすることで、研修の質が高まるかどうかという両方を考える必要があると思うのですが、いかがでしょうか。現在は8カ月。この案は9カ月相当で、1年以上を望ましい。ただ、現在も「1年以上が望ましい」はついているのですね。

○櫻本医師臨床研修専門官 現在もついております。

○福井座長 いかがでしょうか。この点につきまして、多くの大学ではたすきがけで2年目に戻ってきたときに、地域医療にもともと出るプログラムになっていますので、12カ月を物理的に満たすのは難しい大学がたくさんあるのも事実です。いかがでしょうか。

○田中構成員 大学を代表する立場の委員が少ないので、私が発言させていただきます。1カ月にこだわる理由が何かあるのですか。8カ月をあえて9カ月にしなければいけないというのは、先ほどの2年以上と2年という微妙な言い回しと同じように、余り意味がある変更か、むしろ後どこを回るかとか、そちらのほうが大事かなと思うのですが、どうでしょうか。

○福井座長 いかがですか。

清水先生。

○清水構成員 結論から言うと、私も1年がいいかなと思っています。必修とする診療科がふえたり、もしかしたら後で出てくるのかもしれませんが、経験症候とそれに関係する経験疾病とで、臨床推論を担保するような研修にこれからはなっていくのだとすると、それを基幹病院が責任を持って管理したりマネージしたりするためには、やはり2年間の研修だったら最低1年は基幹病院で保障すべきなのではないかと思うので、12カ月というか、1年以上が必要と私も考えます。

○福井座長 臨床研究協力施設、協力型臨床研修病院で行う研修と、基幹型臨床研修病院で行う研修の間に何かしらクオリティーが異なる可能性があるかどうかという話でもありますね。

○清水構成員 そうですね。

○福井座長 より基幹型臨床研修での研修を長くするべきだという場合にですね。

どうぞ。

○清水構成員 ものすごく密に協力病院と基幹病院と協力施設とでコミュニケーションをとってやるということはもちろん可能で、その場合に、基幹型が協力型にクオリティーの

担保をお願いするというのもできるかもしれませんが。現実的には、基幹型と同等のクオリティを協力型にお願いできる、協力型のほうが何というのでしょうか、大きな病院よりも中小病院に近い場合は特に質の担保をしやすいということがあるのではないかといい気もいたします。

しかし中小病院が基幹型の場合もあるだろうから、協力型と基幹型の研修の質を同等に担保することは、難しいかもしれません。どちらかというところでは採用した研修医の全体の質をマネージするという点では、基幹型に1年以上行っていただいたほうがやりやすいのではないかといいのが、1年以上の理由でございます。

○福井座長 大学でたすきがけの場合、アレンジはできますか。もし1年以上といった場合に、2年次で戻ってくる人への扱いは。

○田中構成員 現実には、なかなか難しいのではないかと思います。例えばたすきがけといっても、1年目は内科とか外科とか救急を半分ぐらいが回るようになるのですけれども、なるべくそれは現場のフレッシュな疾患を診させようと思うと、そういう機会を与えようと思うと、1年目に地域の中核病院に出て研修をして、地域は2年目で義務づけられているので2年目に地域を回って、あとは残りで、将来選ぶところの関連診療科で、関連する基本的診療能力を養うというのが一つの考え方なのです。

実際、それを望む研修医は、少なくともうちで募集する人たちは、アンケートをとってもすごく多いのです。先ほどの櫻本さんが示された11-1の4ページを見ると、実際には、12カ月未満というところは7%ぐらいなので余り多くはないのですけれども、そういう人たちも大切にしていきたい。少数意見も大切ということです。

あとは多様な研修機会を提供するというのも今は求められているので、多分、後のほうでもいろいろなところ、例えば国際機関の研修とか、そういうものも含めようとしているのだらうと思うのですけれども、そういう多様性と固定とのバランスをとることも大事ではないかと思います。

○福井座長 いかがでしょうか。1年交代のたすきがけをしているところは、なかなか難しい状況も実際はあるということですが。

金丸先生、どうぞ。

○金丸構成員 金丸です。実態としてたすきがけの前提で、しかも1年というくくりで今の話だと思うのですが、先ほど来福井先生もおっしゃっていただいたように、質、クオリティという意味では、基幹型、あるいは協力型、大学に限らず、その場のクオリティというのは、従来担保されてきて今日に至っているという考え方もできるのではないかといい思うのです。そうすれば、今回、決めごとをすることを、例えばこういうことを決めたとして、それを踏まえて今までの積み重なったことをこれに合わせてやっていくという考え方はできないのでしょうか。どうなのでしょう。そこら辺を素朴に思うのですが。

○福井座長 すみません。これに合わせてという意味は。

○金丸構成員 今、8カ月、9カ月という微妙な月の議論があるのですけれども、例えば

9カ月なら9カ月としたときに、もちろん「1年以上が望ましい」という表現をつけておいたとして、これを踏まえて、踏襲して、今までの蓄積で乗っけてやるということはどうなのでしょう。素朴にですね。

○福井座長 確かに基幹型臨床研修病院での研修を、責任を持ってやる上では、半分ぐらいがいいのではないかという意見がかなりあるのも事実です。そのために折衷案として、大学の状況を考えて、本当はもっと長くしたいのだけれども、9カ月程度ではどうだろうというのが正直なところですよ。確かに妊娠とか分娩された方にとっては、今まで以上に厳しくなって、修了認定には1カ月延長する必要がある人が出てくるかもわかりませんが、いかがでしょうか。

神野先生、どうぞ。

○神野構成員 そういうことというか、やはり基幹型の責任については、半分ぐらいではというのはおっしゃるとおり、悪いドクターだったら、どこで研修を終えたか聞いて、それなりの評価をしなければいけないのかなと思います。とはいうものの、これは後のほうになります。地域医療研修が2年目と書いてありますし、外の保健所とか行政の研修もありますので、田中構成員がおっしゃるように、恐らく9カ月がちょうど折衷案なのかなと思います。

○田中構成員 確認ですけれども、やはり産前、産後を休んだらもうダメなのですね。結局1カ月延長するしかない。一応、人数は非常に少ないと思います。だから、それに合わせて全体のルールを決める必要はないと思いますけれども、一定程度確実に出てくることなので、それに対してどうするかだけは決めておいたほうがいい。ごく少数の人に合わせて全体のルールを変える必要は別はないと思います。

○福井座長 どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局でございます。いずれにしましても、12カ月でも13カ月でも11カ月でも、正当な理由で90日休まれた方の扱いは、別途整理をする必要があります。それは妊娠に限らずいろいろな理由があるかと考えております。それはこの件だけではなくて、ほかの必修科とかほかの選択必修、あとはこの2年間というものをどう考えていくかということとあわせて、到達目標というよりは、最終的に通知を出す段階でよく検討させていただきたいと思っております。

そもそもこの議論が出てきたというのは、先生方が先ほどからおっしゃっていただいておりますように、半分以上に相当する1年以上については基幹型と。これはなぜかと申しますと、基幹病院と協力型病院で、認定されるときにそもそもの外形基準が違うというところがございます。そのときに、クオリティーの問題も先ほどいろいろ議論がございましたし、基幹型のプログラムを組む上での責任がありまして、こういったさまざまな御意見から、前回までに「1年以上が望ましい」という形になっております。この上で少し考えなければいけないのは、今、1年以上が望ましいのですけれども、マストは8カ月となっていて、4カ月乖離があるという現状があります。望ましい姿と4カ月差があることをどう

考えるかということと、あとは先ほど田中構成員がおっしゃったように、もう少し研修の内容と比べてどうかといったときに、下にございますように、例えば地域医療は8週間以上が望ましいでありますとか、明らかに基幹型ではないところでやると思われる研修について、どう考えるか。

それと先ほどの参考資料に出していただいたような、実際にやった場合に何%ぐらい影響があるか。このあたりのことを総合的に勘案していただいて、研究班のほうでは9カ月相当といいますか、36週ですか。36週という案を出していただいているのではないかと考えております。

○福井座長 よろしいですか。

○田中構成員 個別事例は余り議論しても仕方がないですね。

○福井座長 よろしいですか。

では、この案でということ。臨床研修を行う分野・診療科について、現在のプログラムでは内科、救急、地域医療で、トータルして10カ月でした。それに外科、小児科、産婦人科、精神科及び外来を必修分野とし、その下に期間を書いています。この点についてはいかがでしょうか。

どうぞ、羽鳥先生。

○羽鳥構成員 3科必修+2科選択から8科必修が臨床研修部会でまとめつつあります。3科必修から8科に増えることで現場大分混乱があるかなという感じがあります。現場では3科でなれてきたのに、こうなってしまうのは、丁寧な説明が必要です。

その一方で、専門機構の議論では、外科の先生からは、外科を必修にしてほしい、精神科も同じように出て来ています。この2年間の初期研修が終わった段階で、いわゆる総合診療を担えるだけの力をつけるという意味では、医学生のOSCE、CBT、その後のスチューデント・ドクターによる医行為など、各基幹施設でこれが全て対応できるのかも、ちょっと検証してほしいと思います。すべての施設で対応出来るためには、十分な準備が必要だと思います。

○福井座長 一応、以前はやっていました。そのため、研究班としては可能だろうという前提で話を進めてきたといういきさつがあります。できるか、できないかという点について調べるかどうかですが、それは相談させていただきたいと思います。

神野先生、どうぞ。

○神野構成員 私も、外科、小児科、産科、精神科を回ってこなかった弊害は今、いろいろ話題になっておりますので、今回のことには賛成いたします。さらに、今回で外来が加わったというのは、今までの7科、前よりも、もう一つ外来という機能が加わったところも、恐らく今後のプライマリーケア云々のところで極めて重要な視点なのかなと思います。

ちょっと下のほうへ行っていいですか。4番ですか、ブロック研修ではなくて、外来に関して通年で実施するというので、恐らくこれから運用の話になると思うのですけれども、多くの研修病院あるいは診療所もそうかもしれませんが、午前中に一番外来がたくさ

んいて、午後になると少し少なくなるケースもたくさんあると思います。例えば1日なのか、半日の0.5日なのかといったような、0.5でもいいという視点もありなのかなと思います。

○福井座長 それは問題ないと個人的には思っています。

○神野構成員 そうなのですか。そうだとすれば、実際、私のところも実は研修医を全員、あなたは月曜の午前中ね、あなたは火曜の午前中ねということで、通年外来に出しています。そうすると、やはり初診で、自分で診た患者が何週間に1回か来て、自分の指導がよかったか、悪かったかとか、薬が効いているのか、効かなかったのがフォローできますので、これは極めて大きい重要なことかと思っています。

○福井座長 ほかにはいかがでしょうか。

田中先生。

○田中構成員 外来研修についてお伺いしますが、4ページのマル7で「外来においては、原則として初診患者及び慢性疾患の継続診療を含む一般外来を中心とした研修を行うこと」と書いてあるのですけれども、マル10も全く同じ文章が書いてあって「地域医療においては、原則として初診患者及び慢性疾患の継続診療を含む一般外来」と書いてあるのです。地域医療でも一般外来をやるのは当然だと思うのです。今はほとんど診療所に行って、神野構成員が言われたように午前中に外来をやって、午後は在宅医療を診にいくとか、そういうものが多いのですけれども、そういうものは余り外来、それとは別に外来研修をやるべきだと。そういう考え方ですか。

○福井座長 地域医療での外来の教育は、1対1になるような場面が多くて、研修病院で、教育のリソースがもっと多いところで、一般外来の研修も必要ではないかと考えて、あえて両方に書き出しているといういきさつがあります。

どうぞ。

○田中構成員 そうすると、これは外来研修だとカウントする、カウントの仕方はなかなか難しいと思うのです。なぜかと申しますと、例えば一般外来とか初診外来を持っている病院は幾らでもあります。ただ、そこにずっと張りついている期間をもって、例えば4週間そこに張りついているということを想定しているのか、例えば、そこに何日いて合計して2年間で4週間になればいいということを想定しているのか。その評価の仕方とカウントの仕方を、どういうものをイメージしていらっしゃるのか教えてください。

○福井座長 ブロック研修でできるところはしてもいい。継続研修といいますか、週1回または半日を通年でやるタイプのものでも構わないというふうに書いたつもりですけども、そうはなっていませんか。

外来については、必ずブロックという書き方は、たしかなかったのではないかと思います。4番です。2行目から「ただし、救急、精神科及び外来については、週1回の研修を通年で実施するなど特定の期間一定の頻度により行う研修も可能である」と。

伊野先生、どうぞ。

○伊野構成員 今回のことについてなのですが、例えば6カ月の内科のときに、大学なので代謝内分泌内科で糖尿病の患者を外来で診たと。その人をそのブロックが終わった後もフォローしていくとなった場合に、内科の中で診た外来は、その後内科を1掛ける0.8としてカウントして、それを外来研修としてもよいのか。それとも、そこの裁量権は病院に任せるのかというところをお願いいたします。

○福井座長 細かいことまで言うと、どのサブスペシャリティーの外来かによって、最初から問題が仕分けされている患者なのか、プライマリーケア的というか初診に近い患者なのかというのが確かに随分違うと思いますが、そこは現場に任せるより仕方ないのではないかと考えています。

初診患者と、同時に慢性疾患の継続というのも診てほしいので、ただ、全部が全部慢性疾患で、もう病気が決まっていて、単なるフォローアップだけだとまずいと思いますが、そこに初診患者がまざってくれば、ここで言う外来とカウントしていいと思います。それは現場の判断でいいのではないかと考えています。

○伊野構成員 わかりました。ありがとうございます。

○福井座長 高橋先生。

○高橋構成員 同じことなのですが、0.8を掛けるか、あるいは研修病院にお任せするのか、外来のカウントの仕方なのですが、最終的に制度といいますか、これを出すときはこのあたりを明確にしておかないと、現場が混乱すると思います。なので、どちらでも構わないのですが、外来を原則4週以上と記載するのであれば、そのカウントの仕方をしっかり考えておかないとだめかなと思います。

○福井座長 外来4週以上という意味は、20日間実質的にやってもらうということですので、毎週1回丸々1日ですと、20週かかるということになります。したがって、5カ月間、外来を最低限コンティニューイティーで、やってもらうことにはなります。

どういう外来がいいかというのは、今、伊野先生がお話ししたような状況で、例えば糖尿病の患者で本当に糖尿病の人だけしか診ていない外来だと、ここで言う外来には当たらない可能性はありますね。ただ、糖尿病の外来であって、初診も受け付けるという形になっていけば、それはここで言う外来に相当すると判断していいのではないかと考えています。そこは病院によって随分違うのではないかと考えています。

どうぞ。

○田中構成員 この外来研修のゴールというか、目標は何なのですか。

○福井座長 これは3ページの到達目標「C. 基本的診療業務」の「1. 一般外来」に相当する能力をつけてもらうには、外来の診療を別扱いしたほうがいいのではないかと考えた次第です。

○田中構成員 そうだとしますと、例えば診療所に行って、地域医療の中で外来研修をするのは、初診患者及び慢性疾患の継続診療という意味では一番いいのかなと思う反面、もしダブルカウントがまずいということになると、地域医療の、例えば今は4週間行ってい

るところを8週間に延ばすとか、いろいろな方法を考えなければいけないとは思いますが、羽鳥先生がおっしゃったのですが、現実現場が果たしてそれに対応し切れるかどうかということもあるのではないかと思います。

私は外来研修の重要性は全然否定しないので、ぜひ2年間かけていろいろなところでやったらいいと思いますし、医科歯科大学でもしやるとすれば、1年目と2年目に分けて少しずつやりたいと思いますけれども、結構後半に、24週を過ぎないとだめだとか、地域医療は2年目でなければだめだとか、「原則」と書いてありますからだめではないのかもしれませんが、一応原則はそうなっているので、現実現場がこれを組もうとするとなかなか難しい面が出てくるのではないかと思います。

○福井座長 いかがでしょうか。

清水先生。

○清水構成員 ありがとうございます。現実聖隷浜松病院で内科の中で外来研修をしていただいたのと、地域の診療所での外来診療も研修していただいたという経験から申しますと、やはり同じ外来でも、来ていただく患者の訴えとかが全く違いますので、両方で経験することはとても意味があるのではないかと思います。福井先生が出されている地域住民の1,000人の医療行動に関する文献を見ても、病院に行かれる方と地域の診療所に行かれる方の医療行動が全く違いますので、そこは経験していただく価値があるかなと思います。

通常の病院で、いわゆる一般外来といいますか、各臓器別ではない患者を、臓器に振り分けない患者を診るような外来診療を持っていらっしゃる病院がそんなに多くはないかと思うので、確かにどうやってそこを工夫するのかというノウハウのところは病院の中では一番難しいのではないかと思います。

聖隷浜松病院では総合診療という診療科があったので、総合診療のいわゆる臓器別ではない外来というものがありますので、そこに来ていただくことはできますが、そういうところがない場合にどうやって研修医にそれを研修していただく機会を作るかは、病院で工夫しがいがありますが難しいかなという気がいたしました。

○福井座長 神野先生。

○神野構成員 確認と意見ですけれども、9番の地域医療については、僻地・離島の医療機関で、「or」でいいのですね。or 200床未満の病院or診療所ということですね。そして、特に診療所ですけれども、例えば診療所に1カ月お願いしました。そんなところでは、やはり外来とか在宅をおやりになっていらっしゃる可能性がある。そこでの外来診療は、外来研修としてダブルカウントできるかどうかでしょうか。

診療所に行った1カ月間で毎日外来診療をやった場合は、それは外来診療でカウントするのか、地域医療でカウントするのか。その辺をはっきりさせないと混乱してしまうのかなと思います。

○福井座長 案では、これはダブルカウントしないということです。ですから、地域医療では、1週間ぐらい外来をやって、あとは在宅医療だとか地域包括ケア的な勉強とかいう

ところもあるでしょうし、3週間一般外来をというところがあるかもしれませんが、それはフレキシブルにやっていただいて、ディペンデントなプログラムにしてしまうとかなり複雑になるものですから、基幹型なりの研修病院での外来を最低限の期間を決めたらどうかと思った次第です。

大学は、まだ一般外来というか総合診療の外来は持たないところがほとんどでしょうか。

○田中構成員 もともと厚生労働省の指導で、紹介患者のみを診るということになっているので、どうでしょうか。そちら側からの御意見です。

○福井座長 はい。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局でございます。今、田中構成員におっしゃっていただいたことは一つの側面としてございまして、例えば診療報酬上の紹介のときに何床以上でありますとか、そもそも特定機能病院のあり方とか、そういったもののあり方と、病院として一般外来と申しますか、総合診療科を担うかどうかということがございます。

少し理解が間違っていたら、後ほど文科省のほうからも補足いただけたらと思っておりますけれども、一つ考えられるのは、今後、モデルコアカリキュラムで臨床実習で回らなければいけない診療科の一つに地域医療もあります。総合診療というものが入ってくる。そういう中で、総合診療は、講座があるところとないところがもちろんあるとは思っておりますけれども、臨床実習でそういった動きがあるということ。

それから、外来は、この案ではかなりほかの科と比べてフレキシビリティを持っている書き方をしております。別に基幹病院でも結構ですし、協力病院でも結構ですし、地域医療でやるような診療所でも結構でありますし、あとはブロックでもいいし、週1、そういった形でもある。

今のところでは、特設診療科については、慢性期とか、そういったものは入っておりますけれども、フレキシビリティがあるということで、こちらの提示いただいている案では、そういったフレキシビリティをうまく利用しながら、大学病院で、もちろん総合診療のようなところがあれば、そういったところでも診ていただくことも可能ですし、それこそ特定機能病院の理念に沿って、そういうものは一切受けないというようなところがありましたら、それこそたすきがけでありますとか、地域医療を少し延長してやるとか、そういったやり方も選択できるのではないかと考えておりますので、そういった選択肢の中から、各臨床研修病院が、ちょっと大変ではあると思うのですが、プログラムを御検討いただくというのも選択肢かなと考えております。

○福井座長 どうぞ、古谷先生。

○古谷構成員 根本的なことで申しわけありませんが、今回は週数表記になっていますが、1週間を5日で議論されているのですが、1週間が5日と決まっているのでしょうか。

○福井座長 一応5日で、櫻本先生、先にどうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 基本的に休日というものは休日としてとるということが運用上となっておりますので、年次休暇とかですね。そういう意味では、一般的には土日は働く

ことにはならないので、月金であれば5日になるかと思えます。

○古谷構成員 そうですか。土日は働かないのですね。

○櫻本医師臨床研修専門官 失礼しました。働かないというのは語弊がありました。

通知でどうなっているかと申しますと、休暇の考え方、要するに、90日にカウントするか、しないかといった考え方が書いてありまして、その中で、病院で定められた年次休暇がどうか、そういったことが定められていますので、一般的にカレンダーで赤になっているようなところでありますとか、病院が独自に定められている休暇みたいなものがあると思うのですけれども、そういったものはカウントしないことになっていますので、一般的には5日という概念にはなるかなと。もちろん、土日に働かれているというのは承知しているのです。

○古谷構成員 うちの大学もそうですけれども、土曜日に診療しているところは、週6日のところもあるのです。うちの場合、多分、5.5日ぐらいになっているのですが、週という書き方が何を定義されているのかを正確に、していただけるとありがたいのです。必要であればそのようにプログラムを組みますので、気になります。

それから、年は年の区切りで、これは1年を何週とするという定義をしているわけではないと捉えていいのですね。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局でございます。今、いただいた運用につきましては、よく整理をして最終的に出すときには決めたいと思います。御質問をいただいた幾つかの点につきまして、週5がいいのか5.5がいいのかというのは、恐らく病院によって雇用上の契約でありますとか、いつ病院が開いているとか、それこそ救急まで入れてしまうと土日全部入れるとか、そういったことになり得ますので、その辺は、今までとの整合性もとつつよく考えさせていただきたいと思います。

日にするかどうかなのですけれども、現状の案では、週ごととさせていただいておりますので、日のカウントを明記するという案にはなっておりませんので、そこをどうするかというのは、いただいた御指摘も含めてよく検討させていただきたいと思います。

それから、年と週の関係なのですけれども、一般的には週で言うと52週で、2年間で言うと104週になるので、そういった分け方もあるかとは思いますが、今回、少し今までと違うのは、週という考え方をスタンダードにするということでありますので、基本的には週と書いてあるところは週になると思います。

ただ、書き方が多分、いろいろと工夫されていて「地域医療の研修については、原則として、2年次に行くこと」と書いてありますので、こういうものは恐らく2年目の4月1日以降になるのかなと。厳密に何週とやると、4月1日なのか3月の最終週なのか、4月の第2週なのかみたいな、そういう話が出てくるかと思えますので、そのようにごらんいただければよいのではないかと考えております。

○古谷構成員 わかりました。

○福井座長 先に田中先生、どうぞ。

○田中構成員 今回の議論をいろいろ伺っていると、外来に関しては、こういうものを外来研修とするという定義は明確にして、ダブルカウントしたほうが良い研修ができそうな気がするのです。例えば内科を回っているときでも、初診外来に出て初診の患者のヒストリーをとり、しかも、指導医がついているというのは趣旨に沿うでしょうし、地域医療に出て慢性疾患を継続的に診ているというのも趣旨に沿うので、定義を決めて、ダブルカウントは認めるとしたほうが、研修の実は上がるような気がいたします。そうでないと、逆に、この半日ずつ出た分は差っ引いてどうするのだという難しい作業を研修の実務責任者は迫られて、結構大変ではないかと思えます。

○福井座長 その点は、研究班で随分話し合いました、ダブルカウントをすると、実際は5カ月しかやっていないのに6カ月分の研修を行ったというふうになったりするので、それはやはりおかしいのではないかと。実際は週4日間しか内科の病棟にいなかったのに、それが5日間いたというようなカウントをするということですね。

○田中構成員 例えば外来でやっても内科の研修には違いありません。だから、内科の病棟に月曜日の朝から金曜日の夜まで、あるいは土曜日の昼までいるかもしれませんが、いるということが内科の研修イコールではなくて、例えば内科の外来に出ている時間があっても、それは内科の研修でもあるし、外来の研修でもあるという意味でダブルカウントしてもいいのではないかと思うのです。

○福井座長 それをやると、1年しかやっていないのに、実は13カ月やったように見えてしまう。そういう評価にもなりますので、それは整合性がとれませんので、同じ外来でやっても、同じような外来でやっても、それは内科の研修として行った外来なのか、ここで言う外来、一般、初診の患者さんも含む外来診療をしたのかという仕分けだけをしてもらって、足した期間はちゃんとした、実際に研修した期間にならないとおかしいのではないかと思いました。

今までは確かにダブルカウントをどうもしていたらしいという話は聞いたことがありますけれども、そうならないようにしたほうが良いのではないかというのが、今回の我々の案です。ですから、内科の外来は外来でやっていただいて結構ですけれども、それは内科とカウントするのか、ここで言う初診患者も含むような外来としたのか、その仕分けだけをしてもらえればと思うのです。いかがでしょうか。

大滝先生、何か。

○大滝構成員 今回のダブルカウントの話は、私が把握している範囲では、研究班でもかなり議論しました。特に内科が一番重ねやすいところです。そのほかの診療科の外来はどうなのだという話もかなり出て、その線引きも難しいだろうということになり、まずはダブルカウントしない方針で御提案してみようということになったと理解しています。

○福井座長 古谷先生。

○古谷構成員 実際、過去に外来を内科の中でやったことがあるのですが、そのときに、外来をやると、途中で病棟が忙しいから手伝ってということで引っ張られてしまう

のです。外来にどうしても集中できなくて、外来研修という形がどんどん崩れていってしまふ現状がありますので、含めてしまわないほうが、それは絶対いいかなと思います。

○福井座長 含めるといふことと、先生が言われたのは、ブロック研修のほうがより好ましいということではなくて。

○古谷構成員 そういうことではなくて、別々にカウントしたほうがいいということです。

○福井座長 神野先生。

○神野構成員 先ほど櫻本専門官が外来は地域医療でやってもいいというようなニュアンスの話をされたと思うのだけれども、聞こえたのですが、そうすると、例えば地域医療が8週間で、もし外来研修に地域医療で、診療所でお願いしますということになったら、プラス8週間をしないと、今のダブルカウントという話からすればだめだということになりますね。

○櫻本医師臨床研修専門官 そのとおりでございます。8といひますか、4足す4というイメージで申し上げました。

○福井座長 ほかにはいかがでしょうか。

伊野先生。

○伊野構成員 恐れ入ります。やはり外来なのですが、初診患者及び慢性疾患の継続診療なのですけれども、これは切り離して考えることはできるのでしょうか。例えば夜間急の外来を1年目と2年目研修医と上級医でやっているのですけれども、そのときに2年目研修医が、例えば慢性疾患は難しいですけれども初診のウオークインしてきた患者の外来を診ているのですが、そういったものはここには、救急のほうになってしまうのでしょうか。外来研修に含めてもよろしいのでしょうか。

○福井座長 初診患者だけしか診ない外来と、慢性疾患しか診ない外来があった場合にどうするかという話ですね。

余り考えていなかったですね。初診患者だけの場合には、どちらかというとなら救急で可能だという話はしました。いわゆる一般外来は、また救急とは違った患者層で、慢性的な疾患も同時に持っているような人もいれば、慢性疾患だけを純粹にフォローしている患者もいる。そういうミックスを考えていたものですから、慢性疾患だけという場合には、例えば糖尿病の外来の慢性疾患と、循環器の高血圧だけを診ている慢性疾患の患者さんと、別個にということでしょうか。どうなりますか。

○伊野構成員 それから引き続いてフォローしていった場合にはそうなると思います。必ずしも分けてということではないのですが、今、言ったような、ウオークインの患者を診るのは割合研修医には評判がいいし、臨床推論の勉強にはなっているので、それはカウントされるのか、されないのかということはいかがでしょうか。

○福井座長 ウオークインはぜひカウントしてほしいと思っていますので、それはいいと思いますけれども、慢性疾患の人が全くいない外来になりますか。

○伊野構成員 そうですね。夜間急とって、5時以降に来る方で救急とは別になってい

るのですが…。

○福井座長 古谷先生。

○古谷構成員 夜間救急ですと、確かに形は初診なのですが、どうしてもトリアージということが中心になっていくと思うのです。要は、それに緊急性があるかどうか。緊急性がなければ日中に来てくださいということになってしまう。でも、多分、一般外来はトリアージではなくて、普通に正確な診断をしていくとか、慢性をフォローしていくことが中心になるので、夜間救急という概念は、ここで言っている初診とは違う考え方なのではないかと個人的には思うのです。

○福井座長 夜間の話ですか。夜間の初診ですか。

○伊野構成員 5時以降の患者を診ている外来がごぞいます。

○福井座長 先生が言われたように、ちょっとイメージが違うのではないかと思います。神野先生。

○神野構成員 やはりウオークインであっても、救急の場でのウオークインだったら、家族歴がどうのこうのと聞いているよりも早くしろというニーズがあるわけだし、一般の昼間の初診の場合は、いろいろ話を聞いてというので、ちょっと診療の形態が違うのではないかという気がします。

○伊野構成員 わかりました。ありがとうございます。

○福井座長 中島先生。

○中島構成員 しゃべりたがりの私が全然しゃべらないのは、実は、精神科のところでは、7科プラス外来に戻していただいたのは大変いいと思うのですが、精神科について、この会議で読み直してみたら、何となくだまされている気がしてきました。

みんな気がついていないかもしれませんが、④です。

精神科は週1回行ってもいいというように読めてしまう。救急、精神科の外来は週1回で、ブロック研修でなくてもいいということ。

○福井座長 先に田中先生。

○田中構成員 精神科の外来も外来にするか、精神科にするかはその判断、そのときの研修施設の判断ということになるのですね。精神科で外来をやるのが望ましいと書いてありますけれどもね。

○福井座長 これはいわゆる外来、ここで言う外来には入らないという考えです。ですから、外来に何か枕言葉をつけたほうがいいのかもわからないですね。一般外来という言葉にしたほうがいいのかもわからないですね。

○高橋構成員 中島先生がいない間に、精神科の話題ではなくて確認なのですが、外来という文言は、外来であって診療科ではないというイメージですか。何らかの診療科で行う研修ですけれども、診療科ではカウントしないということですか。

○福井座長 まだ問題が仕分けされていない患者を診るということ。

○高橋構成員 つまり、例えば外科研修をしているときに、一般慢性疾患あるいはその新

患の診察のためにこの時間帯は外来研修ですと。外科研修からは離れてこちらをやりなさいというイメージですか。

○福井座長 そういうやり方でもいいですし、総合診療みたいな外来があれば、そこでブロックで4週間、そこにずっといてもいい。そういう意味です。

○高橋構成員 わかりました。ありがとうございます。

○福井座長 中島先生。

○中島構成員 申しわけございません。精神科の扱いについて、④を見ていただくと、ブロック研修を基本とするけれども、ただし、救急、精神科及び外来については、週1回を通年で実施するなど特定の期間一定の頻度により行う研修も可能ということですね。

精神科について、最低で考えていきますと、4週以上です。そうすると、4週ということは20日ですから、週に1回、例えばリエゾンに行くとしませぬ。20週行けばそれで済むのです。それはおかしいのではないか。今まで私がイメージしていたものと全然違うものになってしまうということに今、気がつきました。

○福井座長 先生としては、ブロックのほうがいいということですか。

○中島構成員 そうです。

○福井座長 もしそうであれば、そういう案に出したいと思いますが。

○中島構成員 ここは「ただし、救急、精神科及び外来」となっており救急、外来と精神科が同じ書き方、並べ方ですね。これが大体おかしいと思います。それから、⑧の精神科については、精神科専門外来。これはいいのですけれども、または精神科リエゾンチームでの研修を含むこと。ここでまた、ちゃんと総合病院の中でリエゾンさえやっていたらそれでいいという形で、抜け道をつくっていたなど。あるいはつくられていたなどというのにやっと気がついた。ちょっと遅かったですけれどもね。

○福井座長 これが入るとまずいですか。

○中島構成員 案だというのはわかっているのですけれども。

○福井座長 リエゾンチームが入るとまずいですか。

○中島構成員 いいと思いますよ。だから、これを含めて最低4週という形になるのであればいいのです。ただ、精神科についての従来、実際に研修した人たちの不満は、非常にだるいと、かったるいというか、何をしたのかわからないと。こういう意見があって、それはやはり急性期患者を入院で経験するということが抜けていたからです。それを入れなさいといけない。精神科については、急性期患者を入院で経験することとし、精神科専門外来または精神病院での研修を含むこと。ここはそうしたらいいと思います。もう一度申し上げますが、④の精神科を消していただきたい。

○福井座長 では、マル4の2行目の精神科は消すということでもよろしいでしょうか。

救急及び一般外来については何々という文章にして、8番の精神科については、このままでよろしいですか、先生。

加えて、急性期患者を入院で経験していく。入院でというのは、精神科の病棟を持って

いるところでないとだめということになるのでしょうか。

○中島構成員 なりますね。

○福井座長 それはかなり大きな論点ですので、いかがですか。

○中島構成員 専門外来あるいはリエゾンチームだけでよろしいということでは、精神科の経験をしたことにならないということです。ここが十分わかっただけではないかと思うのです。

○福井座長 精神科の病棟研修を必須とするかどうかは非常に議論のあるところでして、先生方の御意見を伺いたと思います。

先生から、せん妄とか興奮した患者を精神科で診るべきだというお話は伺いましたけれども、申しわけありませんが、入院でということをはっきりと理解していなかったものですから、それでこのような案として、精神科専門外来でもそういう患者を経験できるのではないかと思った次第です。

○中島構成員 非常に興奮している人を外来だけで診ることは無理です。だから、そういう人たちは入院することになります。

○福井座長 そういう患者は、一般の病院の精神科では、精神科の専門病院に入院が必要などときには送りますね。

○中島構成員 総合病院の精神科でも、そういう人の入院を受ける体制さえあれば十分受けられるのです。今、やっぺらっぺらる病院もある。だから、もう全部面倒で困る患者さんはみんな精神科に送ってしまえと、専門病院に送ってしまえという考えを改めないといけないのです。そうでなければ、精神科の患者が一般の病院の他科を受診したときに、あなたはおかしいからあっちへ行きなさいと、専門の病院へ行きなさいと言われて、身体疾患も診ていただけない。こういうことがしょっちゅう起こっているのです。

○福井座長 それも事実ですが、精神科の病床を持たない病院ではなかなか。

○中島構成員 そのために協力病院があるのです。

○福井座長 基幹型のところには。

○中島構成員 全てを完結しろとは言っていないわけですからね。

○福井座長 田中先生。

○田中構成員 医科歯科大学はERがあって、ERに専門の人が来て、救急入院することもあるって、翌日に精神科の病棟に転棟したりするので困らないのですけれども、世の中に精神科救急をとっている病院が9,000人の研修医分だけあるのですか。どうでしょうか、先生。

先生が必要だというのは非常に理解し、共感するのですけれども、実際問題として可能なのですか。

○中島構成員 どの県にも精神科救急医療体制というものはつくられています。だから、必ず受けるところはあるのです。少なくとも週に1日はそういう救急を受ける日を持っています。それを受けていないような病院は、そもそも研修にならないのです。

だから、救急さえやっていないような単科の精神病院に派遣されて、4週間といたら、

休みをもらったようなものです。これではいけないということで、私が急性期、急性期と言っているのは、そういう意味でございます。

○福井座長 例えば聖路加病院ですと、精神科は専門外来を主としてやっていて、救急で自殺企図の人が来た場合、一晩、二晩は興奮した患者を入院させられます、救急の集中治療の病棟に。ただ、一般病床には入れられません。ですから、どうしてもほかの精神科の病院にお願いするという状況なのです。そういう精神科での研修は、先生のお考えだと、精神科の研修を行ったことにならないということですか。

○中島構成員 それを受け入れて、きちんと診るのであればいいのです。そういうところは精神病床にしているでしょう。

○福井座長 いえ、精神病床ではないです。

○中島構成員 まだしていないのですか。

○福井座長 集中治療のところ、とりあえず一晩、二晩診て。

○中島構成員 それだと総合入院体制加算の1はとれませんね。総合入院体制加算の1を算定するためには、精神病床を有することという条件が4年前から入っている。

○福井座長 それはとっていないのではないかと思います。精神病床を持っていれば、たしか1ランク上になります。違いましたか。

○中島構成員 そうです。

○神野構成員 恐らく1ではないと思いますよ。2ではないですか。

○福井座長 うち違いますので。

○中島構成員 だから2ですね。2しか算定できないのです。

○中島構成員 まだとれていないところは多いと思います。

○福井座長 そんなにたくさんはないと思います。ですから、研修医が9,000人近く、そういうところで研修できますでしょうか。

○中島構成員 それこそ協力病院に4週間行けば十分できるでしょう。

○福井座長 高橋先生。

○高橋構成員 私は専門外なので詳しくないのですが、私のいる県には、精神科救急を取り扱っている病院が2つしかないという認識です。

○中島構成員 どこですか。

○高橋構成員 岩手県です。私が知る限りなので、実際にはほかにもあるのかもしれませんが、私の知っている病院では2つしかないのです。その2つで、県内全部の研修医を受け入れるとなると、ちょっと厳しいのではないかとと思われるのですが、そのあたりの情報を現在、持ち合わせていないので言えないのですけれども、今、福井先生がおっしゃったように、数がわからない状況で必修というか必須というのは、ちょっと厳しいのかなと思いました。

○福井座長 それは調べてもらうということで、申しわけありませんが、事務局で。

○中島構成員 そういうものがあればわかるります。

○福井座長 清水先生。

○清水構成員 私も同じで、中島先生がおっしゃっている必要性は十分理解した上でですが、精神科の専門医がいて、自殺企図とか入院中のせん妄の患者がおられて、その方の入院診療をするのに専門家の精神科の先生のコンサルトを受けて診療するのは入るといいますか。先生のお考えだとオーケーですか。

○中島構成員 それは精神科の専門医に直接指導は受けないということですか。

○清水構成員 受けます。専門家の御意見を受けて、その症候としてのせん妄とか自殺企図の精神的なケアなどは、精神科専門医からのコンサルトを受けて診療をしつつ、全身管理などの治療は救急とか内科でやるというのはオーケーでしょうか。

○中島構成員 私はオーケーと言いたいところですけど、それをやるとややこしいことになってしまいます。急性期の患者というと、救急医療体制の中に入っていないとダメなわけではないのです。急性期の患者を入院で受け持っている病院はたくさんあるわけですから、それで研修できないはずはないと思いますけれどもね。

○福井座長 先に金丸先生。

○金丸構成員 私は身近に精神科の病棟での勤務という経験もないし、十分承知していない中での発言になるかもしれませんが、例えば中島先生がおっしゃるように、私も全く同じ思いなのですが、現実には、慢性期の多い精神科病棟に、例えば1カ月研修したとして、しかし、そこの研修は改めて、慢性期の中にあっても、いかに患者とコミュニケーションをとるかとか、本来は深い研修ができる場所であるような気が私はするのです。精神科の病棟という、その1カ月を通して、例えば私の県では、輪番制で精神科救急というものをやっています。1カ月いると、どこかに急患が訪れる可能性もあるのです。そこで入院をして対応するというのを考えると、慢性的な精神科で、もてあますという従来の報告はあるにしても、改めて今回の研修をこうやって提示するときに、そういった趣旨と中身をもう少し踏み込んだ精神科での1カ月。しかも入院の中でという提案はできないものなのではないでしょうか。

○中島構成員 何か私ばかり答えていますけれども、よろしいでしょうか。

慢性期の患者と、本当にちゃんとコミュニケーションをとっていくことができるような、そういう研修医は大丈夫です。それ以外の人たち、つまり、休みをもらったぐらいに感じる人に、ちゃんと向こうからコミュニケーションをとれない難しい患者とどうコミュニケーションをとるかという技術を身につけてもらいたい。その心を身につけてもらいたいということなのです。

○金丸構成員 私も全くそうだと。だから、そういう意味では、慢性期がふだんあるにしても、急性期を受け入れている精神科病棟であればいいということですね。それは各県の、これは調査していただかないともちろんわからないのですけれども、報告をお聞きして、私も全くそれは同じ、共感もできるし、そうあることが精神科の本来の研修に資するものではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○福井座長 慢性期、急性期という点と、外来だけを持っているところの研修でいいのか、入院患者、精神科の入院病棟を持っていないと研修にならないのかという点のディスカッションをする必要があります。先生のお考えでは、精神科の入院病棟もあるところでない研修にならないと。

金丸先生もそうでしょうか。

○金丸構成員 同じです。

○福井座長 いかがでしょうか。私は簡単に言うと、外来と救急でも構わないのではないかと、この案を作りました。

○中島構成員 そうだということがやっとわかりました。

○福井座長 私は最初からそういうお話をしていたつもりなのですが、いかがでしょうか。これは重要なところですので、恐らく精神科関係の学会の先生方もいろいろ御意見があることと思います。

伊野先生。

○伊野構成員 私も、精神科医で随分総合病院から門前払いを食らった苦い経験があるので、先生がおっしゃっていることはよくわかります。ただ、ここは研修医が2年間に身につけるべき基本的臨床能力とは何かというところから始めないといけなくて、私も偏見を持った方々がいなくなるのはとてもうれしいと思うのですが、この2年間という中に何をを入れるのかという視点で考えなくてはならないと思います。また興奮した急性期の患者を外来で診たらオーケーということになりますと、逆に閉鎖病棟であれば安全に診療できることを研修病院が無理をして1日入院させたり、オーバーナイトで診たり、そういうことが起きないかというところは、患者安全の立場から危惧するところでございます。

ただ、せん妄等に対するリエゾンやそういったことは、基本的臨床能力としてはとても必要だとは思っています。そういう立場でものを考えなければと思っております。

○福井座長 経験症候には興奮・せん妄と抑鬱が入っています。経験疾病には気分障害と統合失調症が入っています。我々の経験では、精神科の外来と救急、一般病床ではせん妄の患者は非常に多いので、これをカバーできるのではないかと。特に統合失調症もどんどん外来に移行していますね。外来でも診ることはできますね。

○中島構成員 外来で診るのが普通なのですが、ただ、外来では診られないぐらい悪い状態になる患者は結構多いのです。外来に移行するというのは、長期に在院していても、そういう患者を在宅へ持っていきましょと。こういう一つの流れというか、運動ですから、それとこれは別なのです。

○福井座長 伊野先生。

○伊野構成員 疾患として統合失調症なのですが、おっしゃるとおり、軽症化されている方々も多くて、ただ、そういった方々は孤独で、学校に行きながら、仕事をしながら、少量の抗精神病薬で何とか耐えてやっている。そういった患者の孤独や患者の心情を外来で、それこそ慢性疾患として診ることに意味はあると思います。

○福井座長 田中先生。

○田中構成員 理想はこうだけれども、現実が対応できるかどうかということをもまずは調査して議論したほうがいいのではないかと思います。

○中島構成員 もう一つだけ言うておきますと、なぜ外来だけでいいことにしたいのですか。それが私にはちっともわからないですね。よくわからないから反論も思いつかなかったわけです。

○福井座長 古谷先生。

○古谷構成員 例えばマストということがなかなか難しい可能性もあるので「精神科救急を経験することが望ましい」というようなことで、そういう場の提供をするというような形での記載はどう思われますか。やはりマストでないといけないのですか。

○中島構成員 妥協すれば、⑧は、マストではなくて「精神科救急を経験することが望ましい」でいいと思う。それはそれでも構わないと思いますけれどもね。

ただ、いずれにしても、ばらしたら、20日間、週に1回ずつリエゾンとかに行っていれば、それで精神科が終わったことになるというのはだめです。

○福井座長 それはブロックにします。先に清水先生。

○清水構成員 恐れ入ります。ブロック研修をやることになったとしたら、通常、例えば200床、300床ぐらいの中小病院で精神科を持っていらっしゃるところはとても少ないと思うので、協力病院として精神科の入院施設を持っている病院に行かざるを得なくなると思うのです。そういう病院はたくさんあると思うのですけれども、浜松も入院施設のある病院で研修をさせていただける病院は少ないのです。実のことを言うるととても少ないので、もうこれ以上受け入れられませんと断られてしまうことが実際問題として結構多いのです。

ですから、ぜひ精神科学会から研修を受けてくださいと言っていたほうがいいと思います。先生がおっしゃって、そういうことを受け入れる病院がたくさんありますとおっしゃるほど、実際に研修医を受けてくれる病院は少ないのではないかと。研修が大変なので、少ないのではないかと。思うのです。

○中島構成員 それは医者が少ないのですか。

○清水構成員 そうかもしれないですね。

○中島構成員 そういうところは、本当は行かせないほうがいいのです。何の研修にもなりませんからね。

○清水構成員 ぜひ受けていただくようにアピールしていただけるとうれしいと思います。

○中島構成員 そうしましょう。

○清水構成員 そうなのです。

○福井座長 病棟を外した理由は、先生が最初にいみじくもおっしゃったとおり、勉強にならないという意見があり、外来と救急、リエゾンあたりで十分できるのではないかと。思ったというのが実際のところなんです。

神野先生。

○神野構成員 一方で、今、精神科医、専門医がふえています。それは恐らく病院勤務ではなくて、心のクリニック等の開業精神科医がふえているのだと思うのですが、もし精神科のことを思ったら、病院勤務精神科医の姿はちょっとでも見せておいたほうがいいというところもあるかもしれないという気はします。単に医者をつやす、専門医をつやすかどうかだったら、どんどんふえている中で、どう考えるのですかという話をしなければいけないのかなと思います。

○福井座長 いずれにしましても、先生がおっしゃった急性期患者を診られる精神科の病院がどれくらいあるかは、次回までにまた調べてもらうということによろしいですか。

どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局でございます。精神科の点について御議論いただきありがとうございます。先ほど御指摘いただいたように、理想とする精神科の研修というところと、あとはそのフィージビリティをどう考えるかというところがありまして、ちょっと今日は申しわけないことにデータを全く出していない状況での議論になりましたので、なかなかこの場で決め切るのは難しいかなというところもございますので、まず、例えば病床数とか、そういった基本的なデータを事務局で整理させていただいて、その上で、この点については、決まっていない部分についてはペンディングとさせていただいて、次回以降、あるいは臨床研修部会等で議論の続きをさせていただけたらと思っております。

○福井座長 羽鳥先生。

○羽鳥構成員 精神科のことでよろしいですか。今、精神科の病院は、中島先生もおっしゃったように、入院の半分以上が認知症になってしまっていて、本当の意味での、中島先生がおっしゃるような精神救急のことを診てくださる病院が多いわけではないのです。例えば4週間の病院に行きなさいといったときに、本当になんちゃって入院を診ているだけになってしまうような気もするので、救急をどう診るかは本当にちゃんと議論したほうがいいと思います。

○福井座長 では、きょうは精神科につきましてはここまでということで。そのほかの項目はいかがでしょうか。

どうぞ、金丸先生。

○金丸構成員 1番目の、今の外来あるいは精神科の議論もありましたけれども、そもそも一番のこういう必須分野とするというのは大変すばらしい位置づけかなと改めて思いました。以上です。

○福井座長 外来のところは一般外来という言葉に変えるということにしたいと思います。

ちょっと思ったことですが、内科、救急、地域医療、外科、小児科、産婦人科、精神科という記載の順番について、モデルコアカリキュラムとかこれまでの診療科の順番から言うと、普通は内科、外科、小児科、産婦人科だと思います。前回、3つの部署だけをローテーションするというので、内科、救急、地域医療という順番になっていましたが、これの順番を変えると物議を醸すのでしょうか。例えばモデルコアカリキュラムは先ほど言

ったような順番になっています。

どうぞ、櫻本先生。

○櫻本医師臨床研修専門官 一応、順番に関しましては、多分、内科と救急と地域医療は今なっているもの。その後は以前になっていたもので追加したもので、最後の外来については新しくなったものという整理で、余りほかの意図はございませんので、基本的には先生がおっしゃったように、ほかとの整合性でありますとかを機械的にやるというのも手ではないかと考えております。

○福井座長 例えば参考資料9を見ていただきたいのですけれども、1ページ目に「G 臨床実習」と書いてあるものですが、最後から2枚目、88ページと振ってある下からなのですが、ここの診療科臨床実習などは内科から始まって外科、小児科、産婦人科、精神科、総合診療科、救急科という順番になっています。

医学では伝統的には、内科、外科、小児科、産婦人科というのが一般的な順番だったように思っています。特別な意図があると解釈されるかもわかりませんが、古谷先生。

○古谷構成員 地域医療が2年目ということであれば、最後に回してもいいのかなと。

○福井座長 金丸先生。

○金丸構成員 順番から離れてもよろしいですか。4ページの9番にあります、地域医療については、先ほど「or」と神野先生からもありました、許可病床数が200床未満の病院。これはとても大事な位置づけだとは思いますが、10番を明記してありますので、内容的には、10番の内容ができる許可病床数が200床未満の病院と理解していいのですね。

○福井座長 たしかこのデータにも何かあるのですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 まず、御質問に関しましては、9と10がセットですので、先生がおっしゃるとおり、9かつ10である必要がございます。

データにつきましては、参考資料11で幾つか地域医療についてのデータをとらせていただいております、ページ数で言いますと、11-1の33、34、35です。医師不足地域、その他の地域という分け方と、あとは診療所、200床未満と200床以上の病院という分け方で、地域医療で何をやったかというのが34で、35がどのような効果があったかということを見させていただいております、細かくは置いておいて、ざくっと言いますと、いわゆる医師不足地域と言われる地域のほうが、地域医療の研修の内容が充実していたり、効果も高いと答えた方が多かったということ。あとは診療所、200床未満、200床以上の病院も見ますと、それぞれ特徴はあるのですけれども、一般的に診療所でありますとか200床未満の病院のほうが、やっている内容でありますとかバラエティーがあったり、効果についても効果があったと答える方が多かった傾向があるというデータを御紹介させていただきたいと思います。

○福井座長 ほかにはいかがでしょうか。

伊野先生。

○伊野構成員 今の地域医療ですが、加えて参考資料11-3の7ページに、在宅医療が

79.2%、外来も68.1%とかなり高い割合で皆さん経験していらっしゃるので、この辺はクリアできるのではないかと考えております。

○福井座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。

それでは、この点、本日のメインの点ですけれども、臨床研修を行う分野・診療科につきましては、今までの御意見から、精神科はさらに検討するということですが、それ以外のところは。どうぞ。

○高橋構成員 今まで出なかったのが救急についての確認なのですが、現在は救急3カ月以上、その期間として、ブロックとして1カ月ないしは2カ月やって、残りの部分を当直とか救急の日直を充てているというプログラムが結構あって、うちもそうなのですが、その場合に夜はダブルカウントになっているのですね。それはオーケーですか。

○福井座長 それは夜ですね。

○高橋構成員 夜です。

○福井座長 夜はそうなりますか。

○高橋構成員 当直を、例えば年間30回とかやっていると、それで1カ月分になってしまうのです。そうすると、日中は例えば内科の研修とか外科の研修をやっていて、夜は救急のカウントになってしまうと、ダブルカウントになりますね。

○福井座長 それはダブルカウントになりますか。昼間にローテーションしている主科を削ればダブルカウントはできないと思いますが、主科が削られていなければカウントするのでしょうか。

○高橋構成員 救急に関しては、現在、そうやって認められてカウントしている。ですから、それを考えるのか否かということです。

○福井座長 主科が削られていなければ仕方ないでしょうか。夜だけ。

○羽鳥構成員 働き方ビジョンで許されるのですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局でございます。この点、現状の取り扱いとの整合性ということはもちろんなのですが、先ほど御指摘がありましたように、例えば当直をすると次の日は休む場合の、休んだ取り扱いをどうするかとか、よりきめ細かな配慮も必要かなと考えておりますので、先ほどの日数がどうとか週数に変わることに対する影響も含めて、後日、また検討させていただきたいと思っております。

○福井座長 そうですね。翌日に休まないで、労働基準法の基本条項を満たせない月がかなり出てきますね。

○高橋構成員 議事録に残すのでお話ししますと、当直の翌日は午後が休みになっておりますので、一応労基は守るように努力しております。

○福井座長 恐らく主科を削ればダブルカウントにはできないのではないかと考えています。細かいところはまた詰めてもらうということでもよろしいでしょうか。ほかにはいかがでしょうか。

○中島構成員 2はどうなったのですか。

○福井座長 これにつきましてはよろしいでしょうか。

○中島構成員 マル12までですか。

○福井座長 マル12までのところですよ。

伊野先生、どうぞ。

○伊野構成員 先ほどの外来の話なのですが、蒸し返して申しわけありません。この一般外来という言い方を総合診療での外来というように、どんな外来かというのをもう少し明確にしていただければと思います。

○福井座長 どこかで説明するということですね。一般外来なり。

○伊野構成員 そうしていただけると、実は、外来と書いているとサブスペシャリティの内科の先生方は自分の科の外来でよいのだととってしまう方もいらっしゃると思うので。意図していらっしゃる場所をお願いします。

○福井座長 ほかに、羽鳥先生。

○羽鳥構成員 12番で、赤十字センターとわざわざ特出しで書かれているのですけれども、ここではどんなイメージなのですか。

○福井座長 これは事務局、どうですか。

○櫻本医師臨床研修専門官 事務局でございます。今の到達目標の、特定の医療現場の経験というところに地域保健というものがございまして、その中に赤十字社血液センターも入っております。中身につきましては御存じのとおり血液センターですので、そういったものをやっていただくことを経験していただくということが入っております。

趣旨としましては、今まで地域保健として選択研修になりましたけれども入っていたものが、地域医療との区別がなかなかはっきりしないところでもありますとか、何が地域保健に入るかをより明確にすべき点もあると考えておりましたため、保健・医療行政という名前に変えて、その中に入るものに、例えばここに書いてあるようなものを含めているという趣旨でございます。

ですので、結論としては、赤十字社血液センターで研修していただいた場合には、休みではなくて選択研修として研修していただくことが可能という趣旨でございます。

○福井座長 課長、どうぞ。

○武井医事課長 前に私は血液対策課長をしていたので、その観点から、今回の趣旨について説明致します。血液は今、日赤が採血し、血液センターで確保しているのですが、震災のときの血液確保などについて健康危機管理として研修することができます。また、今、スクリーニングは非常に高い技術を使って、HBVやHIVの、感染を防御していますので感染症対策としても学ぶところがあります。

こうした状況下、血液内科を将来選択する人がよく研修に来るのですけれども、それ以外の先生が来ても、地域保健とか地域医療を学ぶ上で、研修ができると思いますので、選択希望があれば、こういった施設で勉強するというのも有益だと思います。

○福井座長 ありがとうございます。

神野先生。

○神野構成員 国際機関はWHOではなくても、いろいろな国際機関があつて、1カ月アメリカに行ってくるとか、ジュネーブに行ってくるのかというものもありますか。それは研修として認めるということですか。

○福井座長 私は、個人的にはいいのではないかと考えていますけれども、いかがでしょうか。

課長、どうぞ。

○武井医事課長 これも前に仕事でかかわっていたので若干説明しますと、実は、希望者は結構多くて、国際機関で国際保健を勉強したいということで、ジュネーブのWHOに来る人もいますし、神戸のWHOセンターで研修したいという方もいらっしゃいます。あとはWPRO、フィリピンのマニラに西太平洋の事務局がございまして。そういったところで研修して、国際保健を勉強したいという方も一定数いらっしゃいますので、こういったオプションを残しておくという趣旨だと思います。

○福井座長 高橋先生。

○高橋構成員 その場合に、研修協力施設もしくは研修協力病院という届け出は必要ないということでしょうか。

○武井医事課長 前に私が経験したものですと、研修協力病院とか指定機関は、国立保健医療科学院などが研修を担っていて、そこが主体としてWHOに行ったりとか、保健所に行ったりという研修の、総合的なマネジメントをしていました。保健医療科学院が研修内容を管理することから、研修機関の全てが、必ずしも協力施設として登録する必要はないかと思えます。

○福井座長 田中先生。

○田中構成員 医科歯科大学のプログラムは保健医療科学院協力機関になっているのです。しかし今は、ジュネーブとマニラにも1週間ずつ行っているのですけれども、海外旅行という扱いになっています。私はそれがいいとは思っていないので、ここで国際機関と入れていただいたのは非常にいいと思うのですけれども、その解釈をどうするかは、はっきり決めていただいたほうがいいと思います。

○福井座長 櫻本先生。

○櫻本医師臨床研修専門官 御指摘ありがとうございます。この国際機関という記載は、御指摘がありましたように、今までには書いていなくて、今回で新たに追加しております。この趣旨としましては、目標の部分の3ページの「7. 社会における医療の実践」の中で、例えば地域社会と国際社会に貢献するでありますとか、そういったいわゆる、一言で言うと公衆衛生学的な観点での到達目標というものがございまして、こういった範囲の中で選択研修としてやっていただくということがまずは基本となります。

具体的に、例えばWHOはいいけれどもOECDはいいのかとか、そういう話になったら、それ

は個別の判断になるかと思しますので、そこは運用の段階でよく整理させていただきたいと思えます。

○福井座長 WHOは構わないと思えますし、マニラのWHOのリージョナルオフィスも全く構わないのではないかとと思えますが、いかがでしょうか。

○神野構成員 そうすると、国際機関はいいとして、老健とか社福とかいろいろ書いてあるわけですが、協力機関になる必要はないのでしょうか。例えば私どもも、アメリカの病院と連携をされていて、優秀な研修医は1カ月行っておいでとか、それは休みの範囲でやっていたわけですが、そういうものも協力機関としての手続をしなくてもいいのかと思えます。研修としてみなすのかというようなことが問題になってくるのかなと思うのです。

○福井座長 外国から聖路加には毎年30人くらいの医学生が来ています。ちゃんとしたエバリュエーションシートがあつて、それを相手方の病院なり大学に提出するという事で向こうがクレジットをカウントしているのです。ですから、何かしらそのような評価をもらおうということで、何か担保するという事もできるかもしれないですね。

どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 今、御指摘いただいた、例えば保健所とか老健については、恐らく関連施設として登録いただいているかと思えます。国際機関等の今後の取り扱いについては、必ずしも今のままどうするかというのではなくて、こういうところでも研修ができるような形をまた検討させていただいて、到達目標というよりは、多分、通知とか、事務的な手続のレベルになると思えますが、そういったところで調整をさせていただきたいと思えます。理念としては、こういうところを含めてはどうかということですので、含めるのであれば、そういった事務手続をどうするかという次の段階になるかと思えます。

○福井座長 話をまた詰めていただくということで。ほかにはいかがでしょうか。臨床研修を行う分野・診療科の1番から12番までは、いただいたいろいろな御意見を踏まえて変更いたします。それ以外のところは大体この方針で、さらに微調整が必要なところは行っていくということでよろしいでしょうか。

大滝先生、何かありませんか。

○大滝構成員 御指名ですので、外来のトレーニングをどうするかという件です。一番大きい問題は、大学病院、特定機能病院などの二次、三次医療中心の病院で、いわゆる非選択的な外来のトレーニングをどう組めるかということだと思えます。私もそういうところで働いているので、いろいろな意見や質問を受けます。壁になっているのは、一つは選定療養費で、紹介状がないと5,000円、8,000円、今後は1万円。そういう状況で果たしてコモディティーズの患者さんが来るかということ、なかなか来ないわけです。

それから、紹介率による縛りも当然関係してきます。例えばアメリカなどでは、研修医がERで患者さんを診るような病院にメディケアなどの補助金が出るとか、そういう形で研修を支援していると聞いています。そうした保険制度で研修のコストを支えている面もあ

るようです。具体的には、研修医が初診で診るという部分に関して、例えば選定療養費を下げるとか、恐らく指導医は研修医が診た患者さんをもう一回診るので、その症例は紹介率に含めて換算していいとか、何か見做し的な形で、トレーニングをしっかりとやるという前提で初診の患者を診る機会を大病院でもある程度確保するというのを政策的に考えないと、すごく矛盾したといいますか、ねじれた状況の指令を出している形になるかなと考えています。今回、ここに外来が入るということで、それにあわせていきなり診療の制度を変えるというのは難しいのかもしれないのですが、今後、検討課題になるであろうこと、あるいは実際に現場からそういう声が出てくる可能性は高いだろうということは考えておく必要があるかなと思います。

以上です。

○福井座長 外来の研修については、原則として研修開始時より24週、6カ月以上の研修を行った後にということになると、協力型臨床研修施設または協力施設で全部行うということも、期間的には難しくなるかもしれない。

田中先生。

○田中構成員 今の地域包括ケアの流れに沿わないですね。大学病院に総合外来を認めて補助金を出すみたいな、多分。

○福井座長 どうぞ。

○櫻本医師臨床研修専門官 今、御指摘いただいた点、大学病院のあり方でありますとか、特定機能病院のあり方、そういった制度的なものとは臨床研修での病院の指定に若干の矛盾があるのではないかといい御指摘かと思っております。

これは、実は外来に限らず、例えば精神科に全部の、今、1,000を超える臨床研修の基幹病院に、全ての病院で精神科の研修体制がそろっているかということ、恐らくそうではなくて、通知にもございますとおり、施設群で指導体制を最終的にはとっていただくということになるかと思っております。

そういう意味では、大滝構成員から御指摘がありましたように、大学病院や特定機能病院あるいは地域のものすごく大規模な病院のあり方を臨床研修病院に合わせるべきかという議論をするというよりは、臨床研修群として臨床研修を行っていますので、その中でどういった研修を総合的に出していくか。そういうやり方を検討するというのもあるのではないかと。現実的ではないかと思っておりますので、補助金を出して今から総合診療を、大学病院で全部やるとかいう、そういった転換を議論するというよりは、どちらかということ、どうやって臨床研修群で、先ほどの精神科の病院は救急をやっている病院とどうやって組んでいくかという話もあるかと思っておりますし、外来も同じような考え方は応用できるのではないかと思っております。

○福井座長 どうぞ。

○田中構成員 運用面のことを考えると、地域医療というのは2年目。外来は24週目以降という縛りも実際のプログラムを組む上で結構ハンディになると思うのです。もともと地

域医療は確かに診療所に出るときに、1年ぐらいは現場で経験を積んでいないとなかなか一人ではできないのでということで、そのようになった経緯があることは理解していますし、恐らく外来も一人でまずは患者に対応するので、前半、半年のトレーニング期間があってということは理解できると思うのですけれども、片方で、地域医療でやっている外来は外来と見ることもできるし地域医療と見ることもできると言っているわけで、そうすると、片方は24週以降でなければいけない。片方は53週以降でないといけないというのも、論理的に矛盾があるような気もするのです。プログラムを組むという観点からすれば、地域医療も24週以降で認めていただくと、これは随分組みやすくなると思います。

○福井座長 おかしくなければ私もそのほうがいいのではないかと、実際にこれを読んでいて思っています。また研究班でもディスカッションして提示したいと思います。

プログラムを組む上で、現実的にどれくらい可能かという話も入ってくると、どうしてもそうなるだろうと思っていました。

金丸先生。

○金丸構成員 今の話に反対の意見で恐縮なのですが、外来の24週というのは、そもそも入り口として一般的な外来を診るという意味では、やはり6カ月は必要だという同じ思い。しかし、地域医療の現場を考えると、それから、もう少し進んだ調整能力であるとか経験が、現実にはあったほうが、2年目にそこで伸び伸びというのはあれだけども、生かして、それを包括ケアとして研修の質を高めるという意味では、その差は大事なのではないかと。現場にいてそう実感しているのですけれども、田中先生のおっしゃる意味もよくわかるのですが、実際、地域医療の多くの現場は、そこに来た研修医がいかにかんがって、自分の培った1年分をそこで開かせて、さらに資質を上げて向上するという大事な時期でもあるような実感があるものですから、その辺も含めて検討を重ねていただけたらいいと思います。

○福井座長 ありがとうございます。

羽鳥先生。

○羽鳥構成員 在宅医療のところなのですけれども、10番で「地域医療においては、原則として初診患者及び慢性疾患の継続診療を含む一般外来と在宅医療の研修を含めること。ただし、その他の研修で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない」となっているのですけれども、地域医療で、もし在宅医療の研修を行った場合は、普通の外来と先ほど言った総合診療外来、一般外来ということによろしいですか。

外来と在宅医療の違いが明確ではないような気がするのです。

○福井座長 一般外来と在宅医療ですか。

○羽鳥構成員 在宅医療で、必ずしも研修を行わなくてもよいと書かれているのですが、その他の研修で在宅医療の研修を行う場合に限り、在宅医療の研修は行う必要がないということですか。4ページ目です。

○福井座長 これは地域医療の期間に在宅医療の研修を行う必要はないという意味ですね。

ほかのところでやっている。

○羽鳥構成員 ほかのところでやっていればという意味ですね。

○福井座長 そういう意味です。

○櫻本医師臨床研修専門官 御指摘のとおりです。私が答えるのも変なのですけれども、そのような趣旨かと思います。

○福井座長 ほかにはいかがでしょうか。早目に始めましたので、ちょうど2時間過ぎました。資料1-2を見ていただいて、判断が「要努力 不足」「ふつう」「安心」「評価できない」と書いてあるところですが「要努力 不足」は、以前は「心配」という言葉だったのです。どうも「心配」というがなじまないように思っていました。、こういう案ではどうかという案を以前いただきました。、どの言葉がいいでしょうか。ほかのところとの整合性から言うと「不足」のほうがなじむかなという気持ちもするのですが。伊野先生、どうぞ。

○伊野構成員 おっしゃるとおりで、これは形成的評価に使うのであれば「要努力」ですが、もし総括的評価に使うのであれば、厳しいようですが「不足」のほうが明確に伝わると思いました。

○福井座長 いかがでしょうか。

○田中構成員 不足になった場合はどうするのですか。研修延長みたいなことですか。

○福井座長 何カ所でもこれを評価してもらうものです。

○田中構成員 最後に不足になった場合です。

○福井座長 最後に研修管理委員会で、いろいろなところから集まったものを集めて、最終的に評価をするということになると思います。全部不足のところばかりのものであれば、最終的にはだめということになるかもしれません。1カ所だけでの評価で決まるものではないと思っています。できるだけたくさんの人から、360度の評価をお願いしたいと思うのです。

これは「不足」という言葉を使う方向でやっていきたいと思っています。

資料1-3と1-4はまた見ていただければと思います。少しずつバージョンアップはしていますが、基本的な考え方は同じです。これも研究班で引き続き見直して、次回も出したいと思っています。

どうぞ。

○中島構成員 終わりになって、また変なことを言って申しわけないのですけれども、経験症候です。5ページかな。

○福井座長 資料1-1の5ページですね。

○中島構成員 その中に、成長・発達の障害というものがあるのですけれども、これはあくまで子供の問題を言っているのですね。

○福井座長 そうです。

○中島構成員 しかし、発達の障害とあるから余計に思うのですけれども、発達障害が今

は大問題なのです。どんどんふえているし、医者の中にもとても多い。研修医の中には相当に多い。だからこそ、この発達障害というものを抑鬱の後に入れて、発達障害としてもらう。何かちゃぶ台返しみたいで申しわけないのですけれども、また議論するときにぜひ参考にしていただきたい。

○福井座長 これは順番の話ですね。

○中島構成員 順番というよりも、内容が、実はそのまま見るのと意味が変わるのです。発達障害は。

○大滝構成員 発達が小児に限った話ではないということ。

○福井座長 そうなのですか。

○中島構成員 広汎性発達障害とか、Autistic Spectrumのようなものは、子供に限らないのです。そのまま大人になったケースも結構多いのです。そのようなケースが非常にふえてきているという評価が現にありますし、国のさまざまな施策の中でも発達障害に対する施策が打ち出されていますから、ちょっとそういうことを入れたほうがいいのではないかと勝手に思ったわけです。

もう一つは、経験疾病の依存症のところ、ニコチン依存症を最初に出されるのはいかがかと。自分のことを思っているわけではありませんが、やはりアルコール依存症・薬物依存症・病的賭博、その後へニコチン依存症等と、あるいは依存症を並べたいのであれば、病的賭博の前に持ってくるほうがいいのではないかと思います。

○福井座長 その理由は、先生。

○中島構成員 理由ですか。ニコチンはごく軽い依存なのです。

○福井座長 世界的に見ると一番大きな原因ではないかと思います。幼児死亡率とか。

○中島構成員 世界的に見たら、中国の小さい砂が飛んでくるあのほうが、問題としてはずっと大きいですよ。論文として出る数だけで考えてはいけないと思いますので、ひとつよろしく願いしたい。

○福井座長 ほかの委員の先生方の御意見も伺ってからと思います。ありがとうございます。

それでは、ほかにはよろしいですか。本日の議論はここまでとしたいと思います。

本日、いただいた御意見を踏まえて、さらなる調整を行いたいと思います。

事務局から、今後の予定について連絡がありましたらお願いいたします。

○櫻本医師臨床研修専門官 次回の日程につきましては、事務局で調整の上、改めて御連絡させていただきたいと思います。

○福井座長 それでは、本日の会議はこれで終了とさせていただきます。

お忙しい中、長い時間ありがとうございました。