

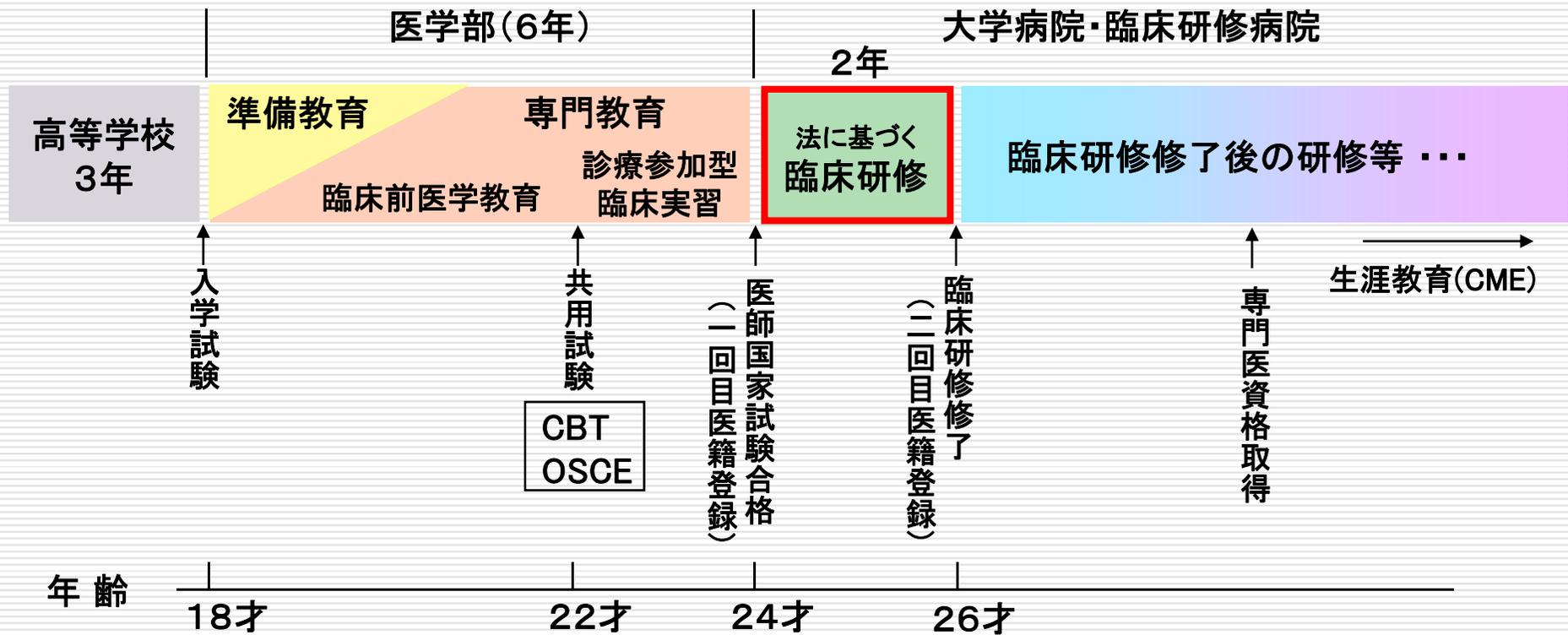
東京大学の卒後研修の現状について

2010.4.21

東京大学医学教育国際協力研究センター
東京大学医学部附属病院総合研修センター

北村 聖

1. 初期臨床研修を含むわが国の医師養成システム



CBT: computer-based testing (コンピュータを用いた医学知識の試験)
OSCE: objective structured clinical examination (客観的臨床能力試験)

臨床研修制度に関する経緯

- 昭和21年 インターン制度創設(国家試験の受験資格を得るために必要な課程)
GHQの主導、卒後1年間主要科と保健所、無報酬、終了後国家試験
- 昭和43年 臨床研修制度創設(医師免許取得後2年以上の努力規定)
卒直後に国家試験、アルバイトが可能



【指摘されていた問題点】

1. 研修は努力義務
2. 研修プログラムが不明確
3. 専門医志向のストレート研修中心
4. 施設間格差が著しい
5. 指導体制が不十分
6. 研修成果の評価が不十分
7. 身分・処遇が不安定 → アルバイト
8. 研修医が都市部の大病院に集中

- 平成12年 医師法、医療法改正(臨床研修の義務化)
- 平成16年 新制度への施行
- 平成21年22年 制度の改正? 改悪?

従来の臨床研修(2)

【実施者の状況】

【研修対象者数】

15,439人（2学年）

【研修実施者数】

13,501人(87.4%)

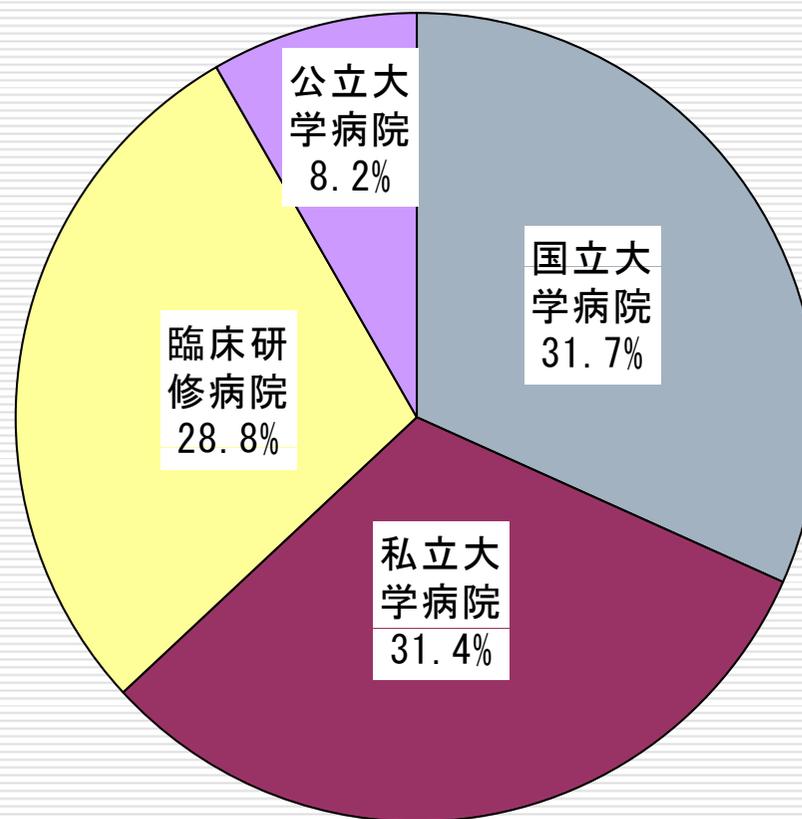
うち、

大学病院（135） 9,619人
（実施者数の71.2%）

臨床研修病院（637） 3,882人
（実施者数の28.8%）

（平成13年度）

臨床研修実施者数(平成13年度)



研修医数が 多い大学病院と少ない大学病院

多 い	少 な い
* 慶應義塾大学 (1,072床) 328人	* 名古屋大学 (1,035床) 36人
* 順天堂大学 (1,020床) 258人	* 東北大学 (1,296床) 38人
* 東京女子医大 (1,423床) 235人	岩手医科大学 (1,048床) 39人
久留米大学 (1,263床) 235人	金沢医科大学 (1,013床) 42人
* 札幌医科大学 (994床) 202人	香川医科大学 (613床) 43人
* 京都府立医大 (1,065床) 201人	弘前大学 (626床) 46人
* 大阪大学 (1,076床) 197人	高知医科大学 (605床) 48人
* 京都大学 (1,240床) 193人	秋田大学 (610床) 48人
* 九州大学 (1,308床) 193人	愛知医科大学 (1,264床) 51人
* 日本医科大学 (1,164床) 186人	福井医科大学 (600床) 54人

注1：*印は特別区東京都、政令指定都市（大阪、京都、名古屋、横浜、神戸、北九州、川崎、札幌、福岡、広島、仙台、千葉）所在病院

注2：名古屋大学、東北大学においては、昭和43年以降、原則として自大学出身者は当該大学病院において臨床研修を行わず、主として、地域の臨床研修病院において臨床研修が行われている。これらの大学病院における研修医はほとんどが他大学出身者である。

平成13年8月調査 <2学年分合計>

東京大学 223人 平成14年6月

医師法等の一部改正

(平成12年改正、平成16年4月施行)

1. 診療に従事しようとする医師は、2年以上臨床研修を受けなければならない
2. 臨床研修に専念しなければならない
3. 臨床研修の修了を医籍に登録、修了登録証交付
4. 実費手数料規定
5. 臨床研修未修了者の診療所開設は要許可
6. 臨床研修修了者による病院等の管理

第150回国会 参議院国民福祉委員会附帯決議 (平成12年11月)

「 医師及び歯科医師の臨床研修については、
インフォームドコンセントなどの取り組みや
人権教育を通じて医療倫理の確立を図るとともに、
精神障害や感染症への理解を進め、
更にプライマリ・ケアやへき地医療への理解を
深めることなど全人的、総合的な制度へと
充実すること。

その際、臨床研修を効果的に進めるために
指導体制の充実、研修医の身分の安定及び労働条件
の向上に努めること。 」

法改正後の経緯

- 医道審議会医師臨床研修検討部会 H13.6-
中間まとめ(論点整理) H14.5.22
- 新医師臨床研修制度検討ワーキンググループ H14.6-
新臨床研修制度の基本設計 H14.9.4

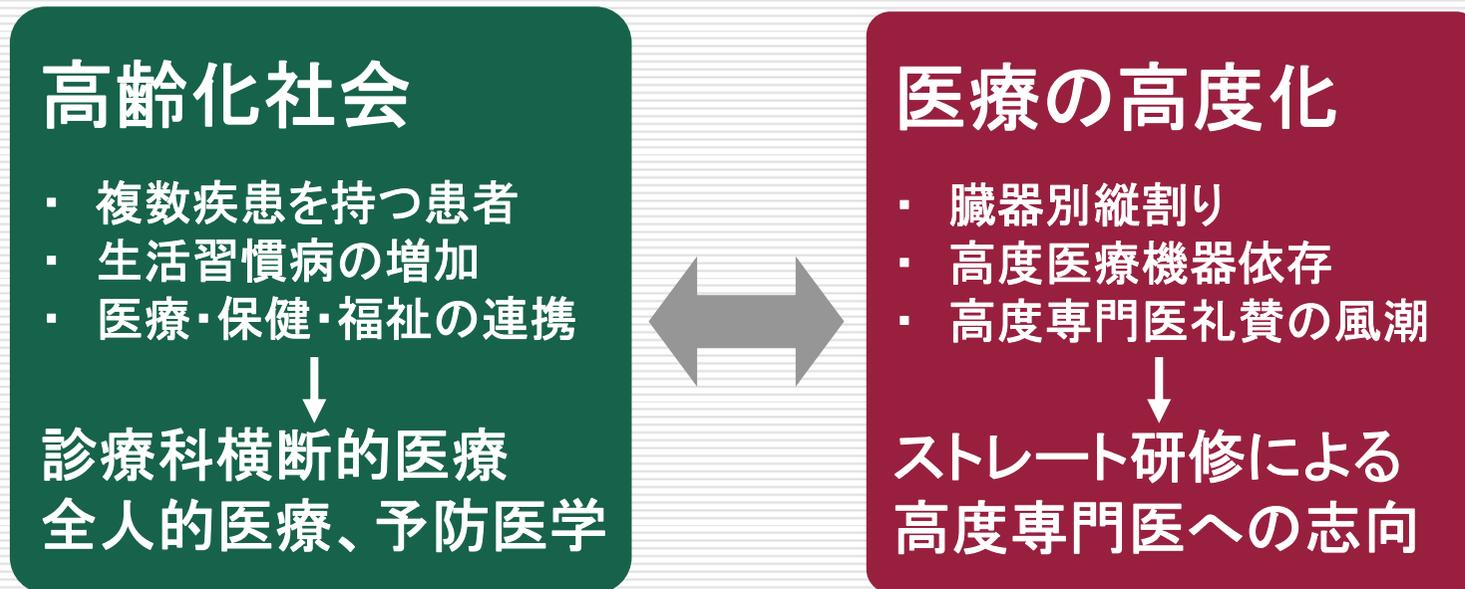
□ 研修医に対する処遇が決まらないため
H14.10.22

議論が進まない

- 臨床研修に関する省令 H14.12.11
- 新医師臨床研修制度実施推進本部設置 H15.3.28
- 改正省令の制定及び省令の施行についての通知
■ H15.6.12
- 医療研修推進財団においてマッチング
■ その後多くの組織において指導医研修などが企画される

国民の医療に対するニーズの変化

1. 全人的・包括的医療と先端医療との両立



2. 医療安全に対する関心の高まり

医師法改正の議論の最中に多くの医療事故が起きた

3. 患者中心の医療、インフォームドコンセント

新医師臨床研修制度の基本理念

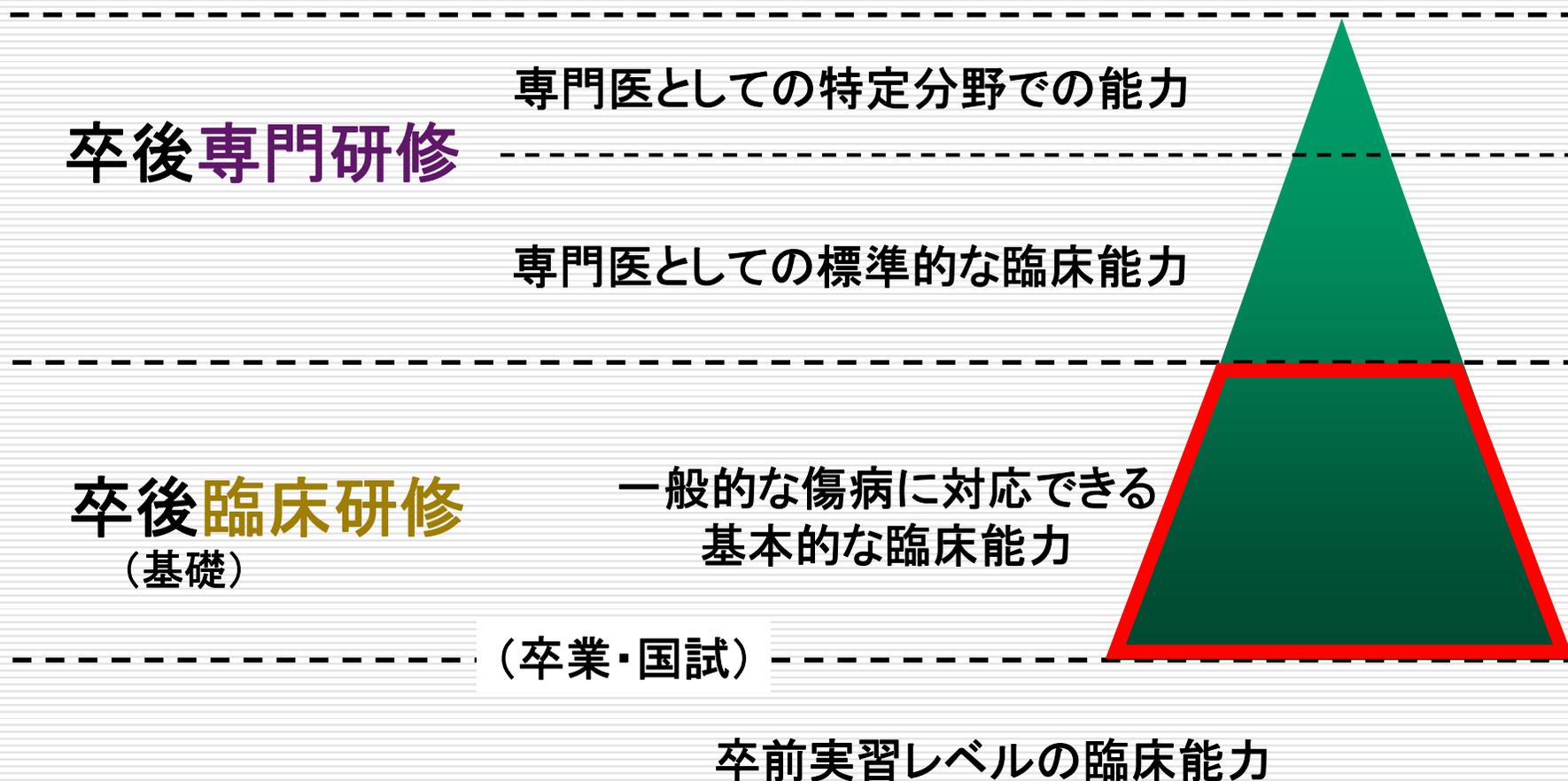
臨床研修は、医師が、医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

富士山が電信柱より美しいのは
高いからではなく
すそ野が広いからである
小坂樹徳



理想的な医師とは？

—総合性と専門性の両立—



行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

1. 患者・医師関係
2. チーム医療
3. 問題対応能力
4. 安全管理
5. 症例提示
6. 医療の社会性

2年間共通・横断的内容

臨床各論・場の体験

経験目標

A. 経験すべき診察法・検査・手技

- (1) 医療面接
- (2) 基本的な身体診察法
- (3) 基本的な臨床検査
- (4) 基本的手技
- (5) 基本的治療法
- (6) 医療記録
- (7) 診療計画

B. 経験すべき症状・病態・疾患

1. 頻度の高い症状
 2. 緊急を要する症状・病態
 3. 経験が求められる疾患・病態
- ※全疾患88項目のうち70%以上の経験が望ましい

C. 特定の医療現場の体験

- (1) 救急医療
- (2) 予防医療
- (3) **地域医療**(←地域保健・医療)
- (4) 周産・小児・成育医療
- (5) 精神保健・医療
- (6) 緩和・終末期医療

東京大学医学部附属病院 卒業研修プログラム(平成16-21年)

□ 定員 140名

■ A:58名、B:42名、C:40名 (平成18年)

□ いわゆるたすきがけ方式

■ Aプログラム:1年目東大病院 → 2年目協力病院

■ Bプログラム:1年目協力病院 → 2年目東大病院

■ Cプログラム:2年間東大病院

東大病院研修プログラム協力病院

旭中央病院

太田総合病院附属太田西ノ内病院

(公立昭和病院)

独立行政法人国立病院機構災害医療センター

独立行政法人国立病院機構相模原病院

JR東京総合病院

東京共済病院

(東京警察病院)

(日本赤十字社医療センター)

藤枝市立総合病院

焼津市立総合病院

茨城県立中央病院

癌研有明病院

公立学校共済組合関東中央病院

佐久市立浅間総合病院

三楽病院

筑波記念病院

(国際医療福祉大学附属三田病院)

同愛記念病院

日立製作所日立総合病院

(三井記念病院)

(以下は選択科目のみ受け入れ)

国立がんセンター(内・外)

小平記念東京日立病院(内)

国立身体障害者リハビリテーションセンター病院(リハビリ)

東京大学医科学研究所附属病院(内)

せんぼ東京高輪病院(内・外・整)

さいたま赤十字病院(救急)

東大病院研修卒後臨床研修プログラム

研修科目（カッコ内は月数）

1年次

内科(6)	外科(3)	救急・麻酔(3)
-------	-------	----------

2年次

小児	産婦	精神	地域	(各1)	選択科目(8)
----	----	----	----	------	---------

選択科目については、1科目(8か月)、2科目(5か月+3か月)、3科目(3か月+3か月+2か月)のいずれかのパターンを選ぶ、100%希望通りに研修が行える
地域医療:保健所, 開業医, 介護施設, リハビリテーション, 僻地のいずれか

東大病院研修2年次ローテーション(一部)

B-16	放射線科						必修 小児	必修 精神	必修 産婦	必修 地域	
B-17	必修 産婦	必修 小児	小児外科		病理部		必修 精神	厚労 省	厚労 省	厚労 省	
B-18	救急部		必修 小児	必修 産婦	介護	必修 精神	神経内科				
B-19	放射線(診断学・核 医学希望)		麻酔科				必修 産婦	必修 地域	必修 小児	必修 精神	
B-21	皮膚科		神経内科		必修 小児	必修 精神	足立 保健 所	必修 産婦	放射線		
B-22	アレルギー・リウマチ 内科		感染症内科			腎臓・内分泌内 科		必修 産婦	足立 保健 所	必修 精神	必修 小児
B-23	腎臓・内分泌内科		消化器内科			感染症内科		必修 小児	必修 産婦	必修 地域	必修 精神
B-24	必修 小児	必修 精神	必修 産婦	循環器内科		足立 保健 所	麻酔科		腎臓・内分泌内科		
B-25	耳鼻科						必修 地域	必修 小児	必修 産婦	必修 精神	

東大病院研修卒後臨床研修プログラム 1年次研修ローテーション (平成16-21年度)

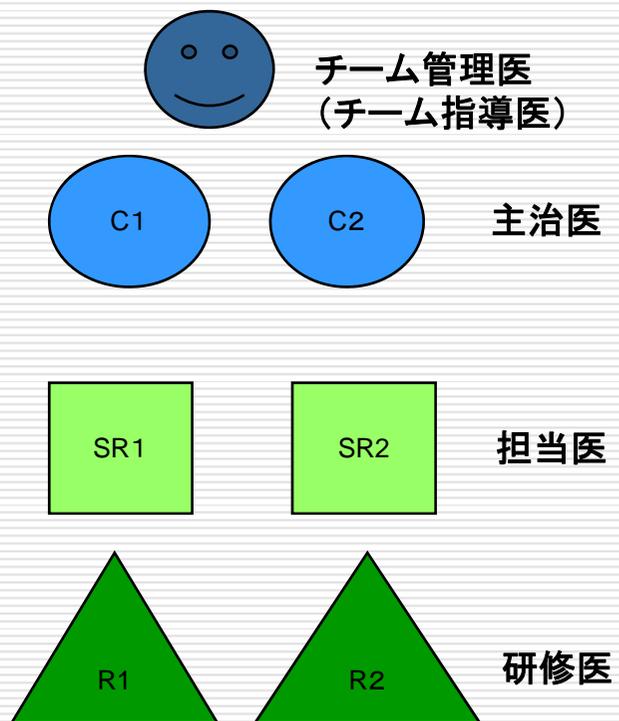
内科(40名)	外科(20)	救急・麻酔(20)
内科(40名)	救急・麻酔(20名)	外科(20名)
外科(20名)	麻酔・救急(20名)	内科(40名)
麻酔・救急(20名)	外科(20名)	内科(40名)

【内科病棟診療体制改革の目的】

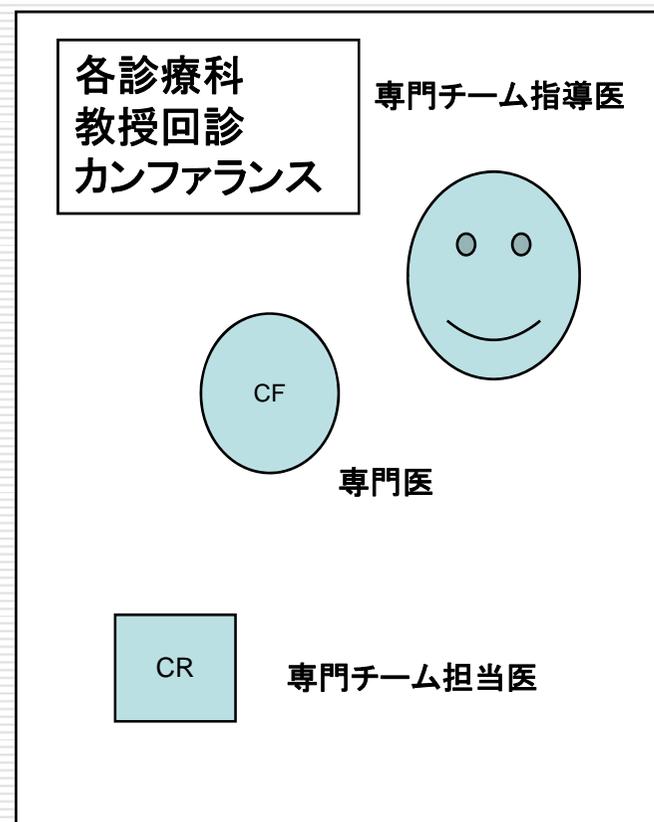
- 1) 東大内科の研修制度をより魅力的、効率的なものへと改革する。
- 2) 患者様に最善の医療を提供できるよう、すべての内科を統合し、同時に専門分野の一層の充実を図る。
- 3) 全人的医療を基盤として高次専門病院としての先端医療を患者様に還元する
- 4) 専門的な内容を習得しつつ、厚生労働省のガイドラインについても網羅的に達成する。
- 5) 研修医の無用な過重労働を軽減し、労働者としての権利を守る。
- 6) 高度専門化したスタッフも内科医としての基本に立ち返り、広く内科学を実践する医療を再獲得する。
- 7) 内科の病棟は基本的にすべて内科総合病棟とし、研修医はそこでチーム医療の一員として働く
- 8) 患者様は、チームスタッフが担当するが、専門家チームと綿密な連携の下に最善の医療を提供する。
- 9) 内科研修医の内科外来、救急患者の研修を充実させるために、内科HCUのある12階を担当する研修医は夜勤及び救急外来を担当する。

内科病棟診療体制構成図

病棟診療(総合内科)チーム



コンサルティング(専門科)チーム



病棟体制（診療チーム）の実際

- 内科1フロアに2診療チーム(指導医は各科から供出)
- 診療チームの構成
 - 指導医(チーム管理医、講師以上)1名
 - 主治医(助手)2名
 - 担当医(卒後3-4年目、院生)2名
 - 研修医2名
- 入院患者は内科全診療科に及ぶ
- 診療の責任は各診療チームにある
- 1診療チームあたり患者数は約20人
- 各チームは毎朝・夕病棟回診、治療方針を決定
- チーム管理医、主治医、担当医は(2-6か月毎の)交代制

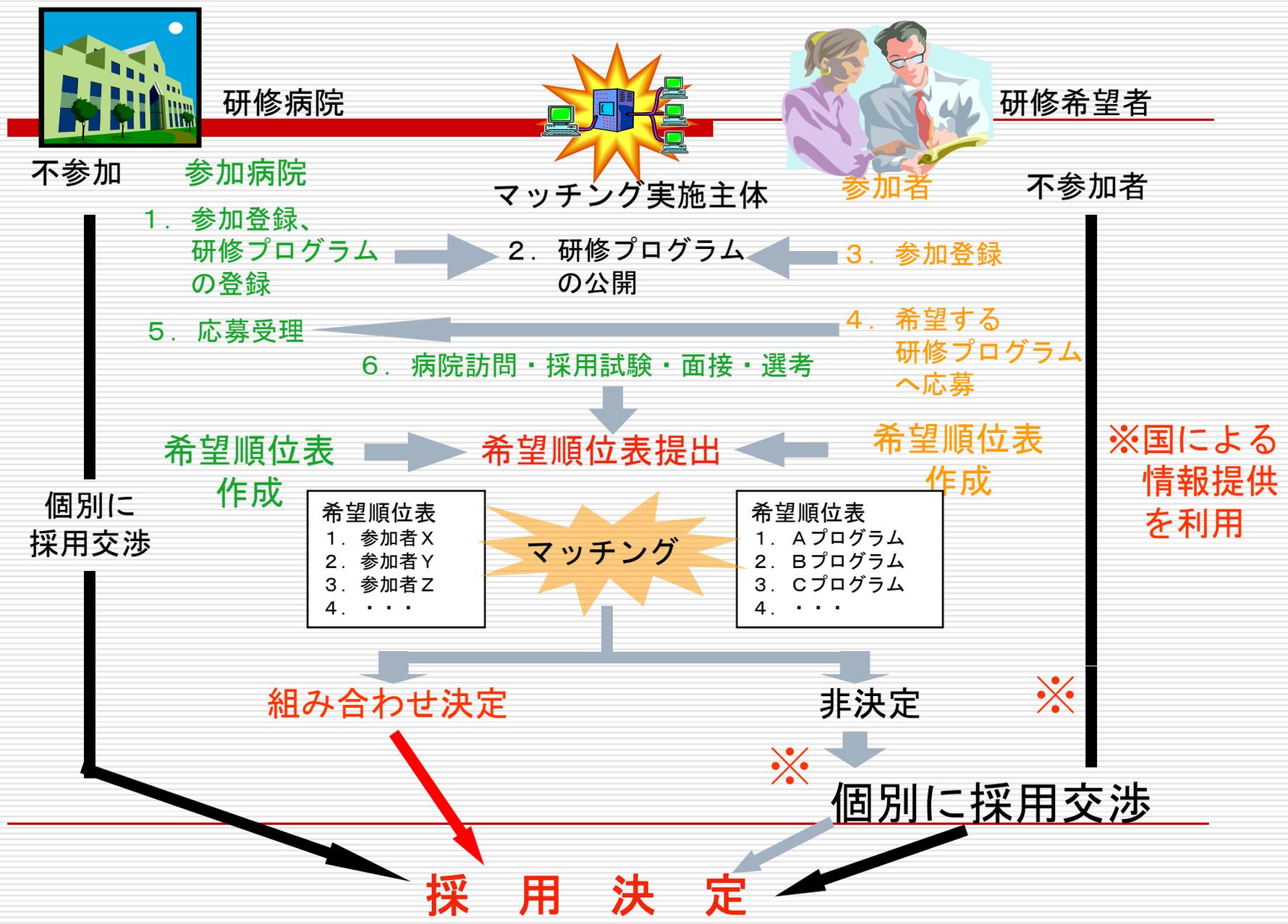
コンサルトチーム

- コンサルトチーム(専門診療科)には基本的に1年目の研修医はつきません。
- 助手クラス(フェロウ)とレジデント(卒後3-4年目)の医師がチームでコンサルトにきます。このコンサルトチームにもチームリーダーの講師クラスの医師が統括します。
- 彼らは各病棟にいる自分の専門領域の患者を把握し、つねにコンサルトできる体制を保ちます。
- 従来の専門診療科ごとに教授が存在してましたが今後は回診には研修医は付かないこととなります。
- 助手クラス(フェロウ)とレジデント(卒後3-4年目)とチームリーダーが患者の説明をしながら病棟を回ることとなります。

東大病院内科研修医向け講習会

名称	内容	頻度	担当	時間帯・場所	
内科合同グランド・カンファレンス	興味深い症例・問題症例の検討	週1回		各専門診療科 (当番制) 大会議室	昼(昼食付)
総合内科チーム・カンファレンス	各総合チーム内の問題症例の検討	週2回		上級指導医 専門チーム	昼 病棟セミナー室
内科専門チーム	各科の主要疾患やテーマについて解説	週1回 企画		各科が順番で 大会議室	昼
総合研修センター主催セミナー	プライマリ・ケアの必須習得事項についての実践的指導	月1回		研修センターが 企画 院内各科担当	夕 大会議 実習室
診療科紹介	各科領域の最新のトピックを紹介 活動状況をアピール	年2回		院内各科が 担当 臨床講堂	夕 大会議室または

組み合わせ決定（マッチング）のイメージ



東大病院の採用試験

8月下旬 土曜日 2回実施

- 願書・推薦状(自薦も可)
 - 筆記試験 午前
 - 長い病歴 → 退院要約作成
 - 英語臨床論文 → EBMによる臨床意志決定
 - MCQ 50問 ← 国家試験対策
 - 面接 午後
 - 2人の試験官 10分
 - コミュニケーション能力と「やる気」の確認
-

年度	Aプログラム	Bプログラム	Cプログラム	Dプログラム	外科(重点)プログラム	内科(重点)プログラム	小児科重点	女性科重点	合計数
平成16年 (04生)	66	44	20						130
	61	41	19						121
平成17年 (05生)	66	44	20						130
	57	42	18						117
平成18年 (06生)	58	42	40						140
	53	40	34						127
平成19年 (07生)	60	38	45	5					148
	50	38	38	4					130
平成20年 (08生)	53	38	34	5					130
	47	34	34	5					120
平成21年 (09生)	42	36	27	5	8	6	3	3	130
	33	33	22	5	8	5	2	2	110
平成22年 (10生)	37	38	35		8	6	3	3	130
	31	37	33		7	6	3	3	120

研修医の出身大学 H21年度

北海道大学 旭川医科大学 弘前大学 東北大学 山形大学
群馬大学 筑波大学 千葉大学 東京大学 東京医科歯科大学
新潟大学 福井大学 金沢大学 山梨大学 信州大学
浜松医科大学 滋賀医科大学 京都大学 三重大学 鳥取大学
島根大学 岡山大学 広島大学 香川大学 九州大学 長崎大学
宮崎大学 大分大学 鹿児島大学
札幌医科大学 福島県立医科大学 京都府立医科大学
岩手医科大学 北里大学 杏林大学 慶應義塾大学 帝京大学
順天堂大学 昭和大学 聖マリアンナ医科大学 東海大学
東京医科大学 東京慈恵会医科大学 東京女子医科大学
獨協医科大学 日本医科大学 兵庫医科大学 久留米大学
外国の大学

大学病院における臨床研修プログラム弾力化 に関するモデル事業

1. 各研修科目の期間と順序は任意に設定可能
(例:「小児科重点コース」では研修の中心は小児科となり、他の研修科目の期間は任意)
2. 内科、外科、救急、小児科、産婦人科など、**著しい医師不足を生じ地域医療に影響している診療科**を中心とした特別コースを設定
3. **臨床研修の基本理念に基づいていること**
4. **「臨床研修の到達目標」を2年間で達成できること**
5. 本モデル事業に関しては、研修目標の達成状況および課題等につき、厚労省が総合的に評価を行う

平成20年8月1日

二極化（できる vs. できない）のできる割合

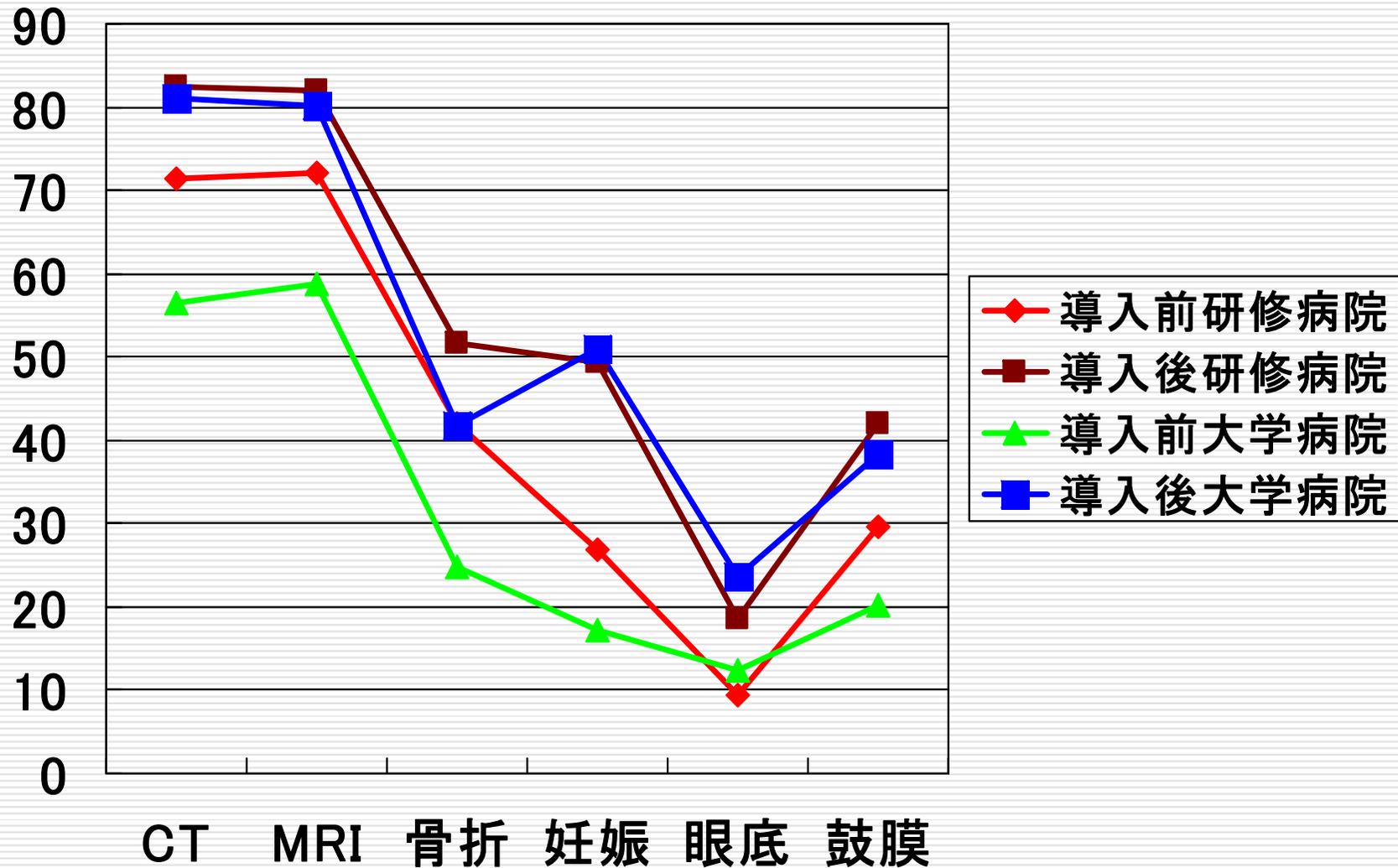
調査項目	質問内容	新制度導入前 (H15)		新制度導入後 (H18)		chi- square p
		度数	%	度数	%	
a. 基礎的な臨床知識技能						
細菌培養	グラム染色を行い、結果の解釈ができる	771	31.37	633	54.24	<0.0001
術後合併症	術後起こりうる合併症及び異常に対して基本的な対処ができる	1295	52.81	863	74.59	<0.0001
輸液	輸液の種類と適応をあげ、輸液の量を決定できる	1912	77.88	1017	87.45	<0.0001
創傷	傷病の基本的処置として、デブリードマンができる	1188	48.37	801	69.05	<0.0001
症例呈示	カンファレンス等で簡潔に受持患者をプレゼンテーションできる	2136	87.15	1051	90.68	0.0021
凝固検査	血液凝固機構に関する検査を指示し、結果が判定できる	2112	85.99	1083	92.72	<0.0001

(出典) 2/5 医師臨床研修部会 福井次矢参考人提出資料より抜粋

二極化（できる vs. できない）のできる割合

調査項目	質問内容	新制度導入前 (H15)		新制度導入後 (H18)		chi- square p
		度数	%	度数	%	
b. やや専門化した臨床知識・技能						
各種核医学 の診断	胸部CTで肺癌による所見を見出すことができる	1491	60.73	952	81.86	<0.0001
各種核医学 の診断	頭部MRI検査の適応が判断でき、 脳梗塞を判定できる	1536	62.54	945	81.19	<0.0001
骨折	骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる	729	29.74	556	47.64	<0.0001
妊娠	妊娠の初期兆候を把握できる	489	19.91	584	50.00	<0.0001
眼底	眼底所見により、動脈硬化の有無 を判定できる	282	11.49	241	20.67	<0.0001
鼓膜	鼓膜を観察し、異常の有無を判定 できる	562	22.90	473	40.50	<0.0001
	(以下略)					

やや専門化した臨床知識・技能（できるの割合）



1. 研修プログラムについて

(1) 研修分野、(2) 時期・期間

分類	科目名	期間
必修科目	内科	6ヶ月以上
	救急	3ヶ月以上
	地域医療	1ヶ月以上
選択必修科目	外科	・研修医が2科目以上選択 ・期間は任意 (1)到達目標達成が前提 (2)見直し前:麻酔科除き各1ヶ月以上
	小児科	
	産婦人科	
	精神科	
	麻酔科	
自由選択科目	任意の科目	・期間は任意

医師臨床研修制度緊急見直しの概略

■ 臨床研修制度見直しの目的:2つ

1. 医師不足・偏在への対応
2. 臨床研修の質の向上

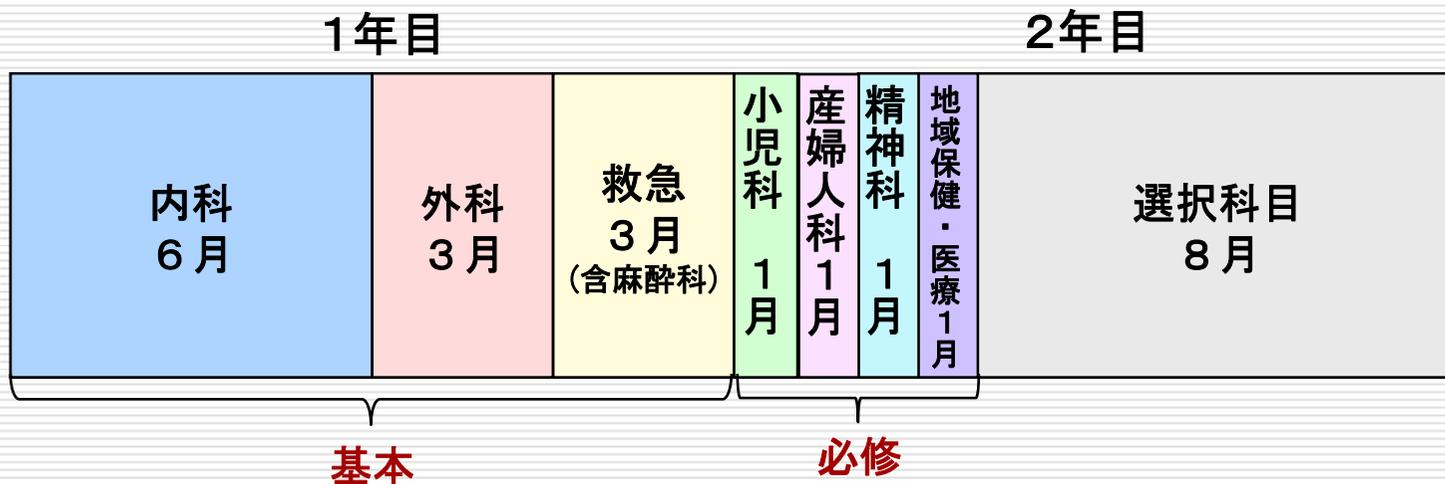
■ 見直しのポイント:3つ

1. 研修プログラムの弾力化(形式より理念や到達目標を重視)
2. 基幹型臨床研修病院の導入と指定基準強化
3. 都道府県別の募集定員上限の設定

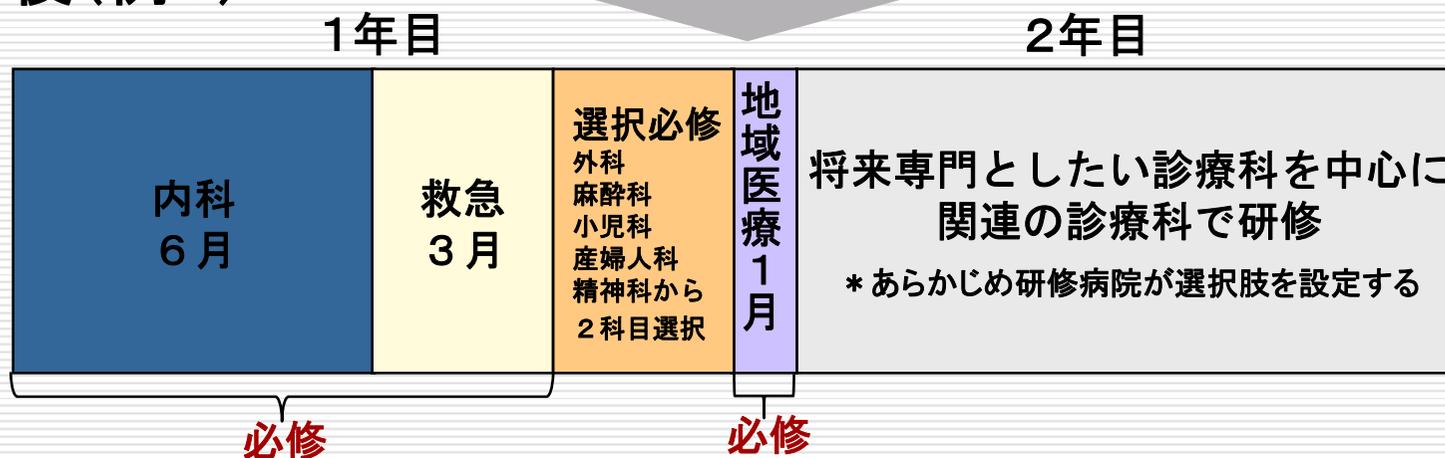
■ 2010年4月の新研修医から適用

研修プログラム見直しのイメージ ①

現行(例)

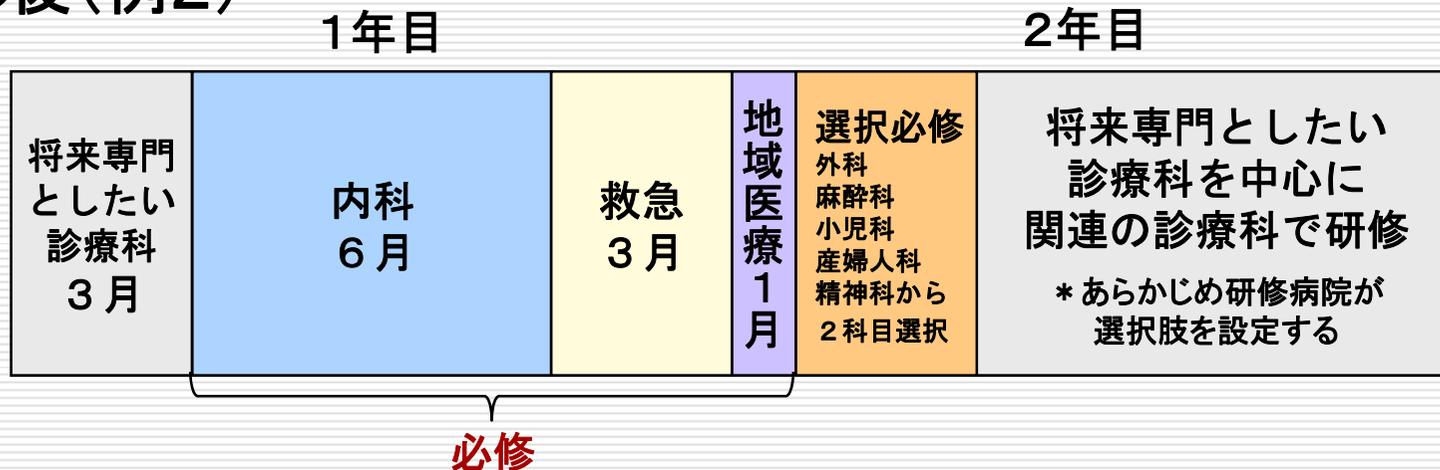


制度見直し後(例1)

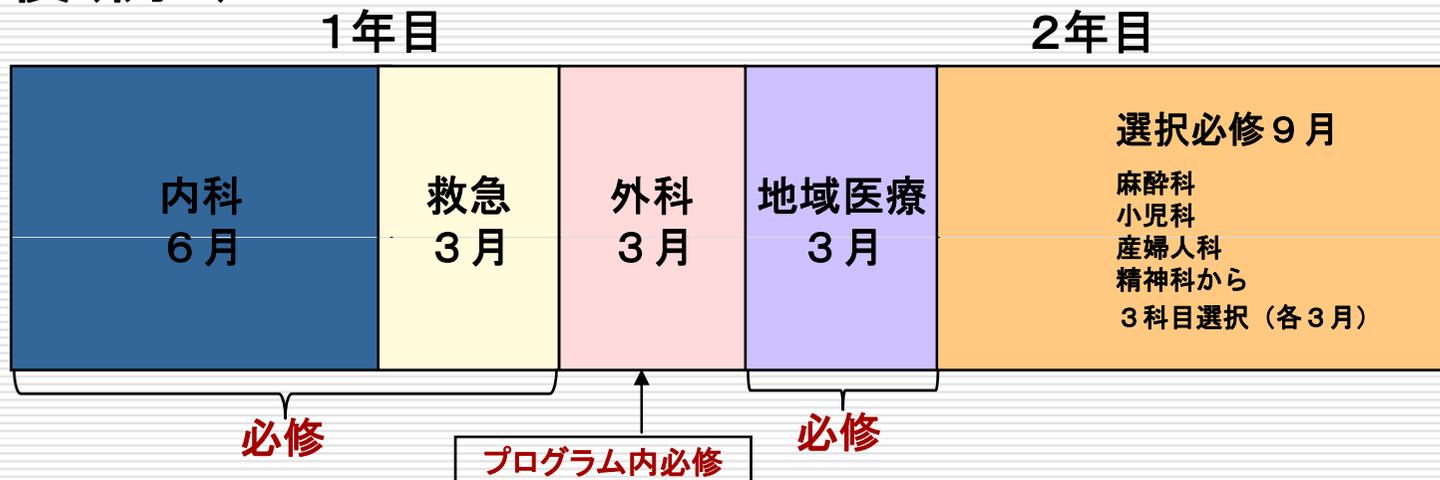


研修プログラム見直しのイメージ ②

制度見直し後(例2)

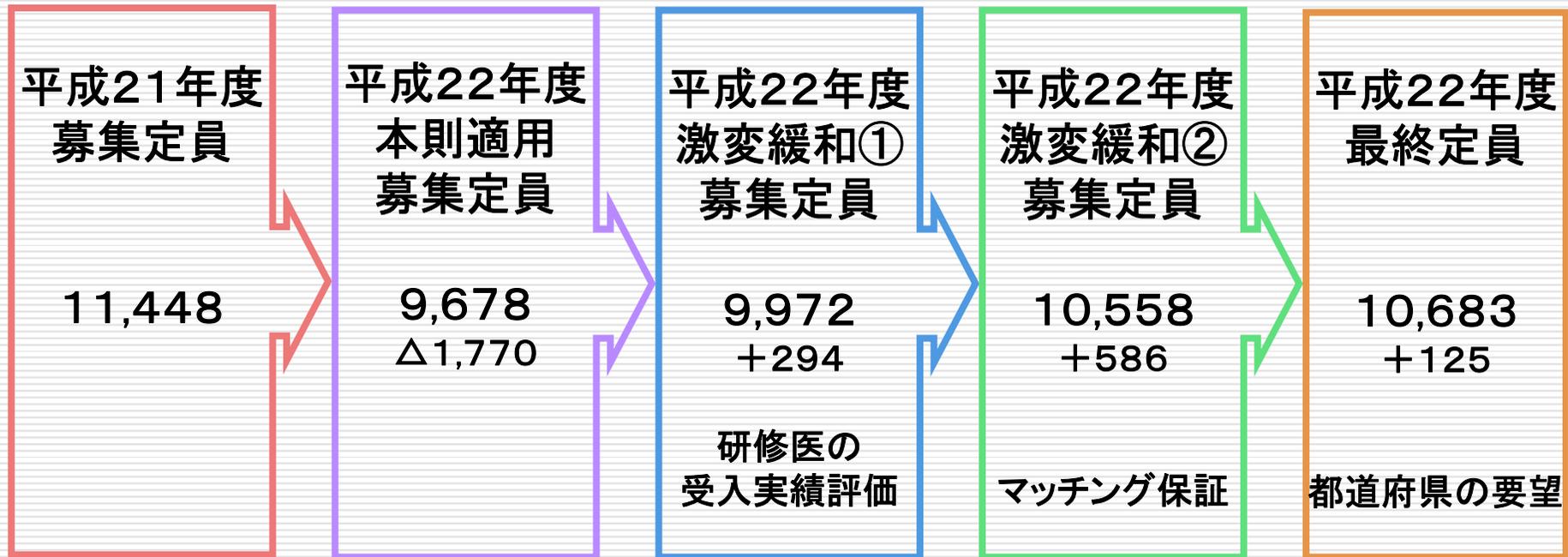


制度見直し後(例3)



※ 現在行われているように多数の診療科をローテートするプログラムも可能

制度見直しおよび激変緩和措置による定員の動向



11,448名(平成21年度)→10,683名(平成22年度): **765名減**

東大の専門研修

平成21年度東京大学医学部附属病院
専門研修プログラム出願者数等について

平成21年3月12日

		出願者数	採用者数	不採用・辞退等		
初期研修プログラム別	東大病院プログラム		94	92	2	
	内訳	Aプログラム	30	29	1	
		Bプログラム	30	30	0	
		Cプログラム	31	30	1	
		Dプログラム	3	3	0	
	他院プログラム		119	115	4	
出身大学別	東京大学		68	67	1	
	内訳	東大病院プログラム		40	39	1
		Aプログラム	8	8	0	
		Bプログラム	16	16	0	
		Cプログラム	15	14	1	
		Dプログラム	1	1	0	
	他院プログラム		28	28	0	
他大学		145	140	5		
合 計		213	207	6		

東大病院の専門研修(必修化前)

10年間の外科系入局者数

科・部名	年度	平成 6年度	平成 7年度	平成 8年度	平成 9年度	平成 10年度	平成 11年度	平成 12年度	平成 13年度	平成 14年度	平成 15年度	計
胃・食道・乳腺内分泌外科		4	0	0	0	1	0	4	0	5	5	19
大腸・肛門・血管外科		9	5	7	5	11	7	6	8	8	7	73
肝・胆・膵・人工臓器・移植外科		3	7	4	2	5	3	7	2	3	5	41
心臓・呼吸器外科		2	1	2	3	2	5	10	5	3	8	41
脳神経外科		6	7	5	6	8	3	5	10	10	10	70
麻酔科・痛みセンター		7	7	8	5	10	12	7	4	8	6	74
泌尿器・男性科		3	7	3	4	3	5	6	7	7	6	51
整形・脊椎外科		18	16	14	17	23	16	18	18	15	28	183
形成・美容外科		6	3	1	4	10	5	11	6	16	8	70
小児外科		2	4	4	2	3	1	2	2	2	3	25
救急部										2	3	5
計		60	57	48	48	76	57	76	62	79	89	652

東大の専門研修

平成22年1月18日現在

診療科名	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
内科総合	0	1	0	0	1
循環器内科	15	12	6	14	4
呼吸器内科	7	4	2	3	2
消化器内科	16	16	10	10	3
腎臓・内分泌内科	15	10	7	10	7
糖尿病・代謝内科	4	8	1	5	7
血液・腫瘍内科	4	4	1	8	8
アレルギー・リウマチ内科	3	0	0	2	4
感染症内科	1	2	1	0	1
神経内科	2	4	9	5	5
老年病科	3	1	1	1	1
心療内科	2	4	2	3	3

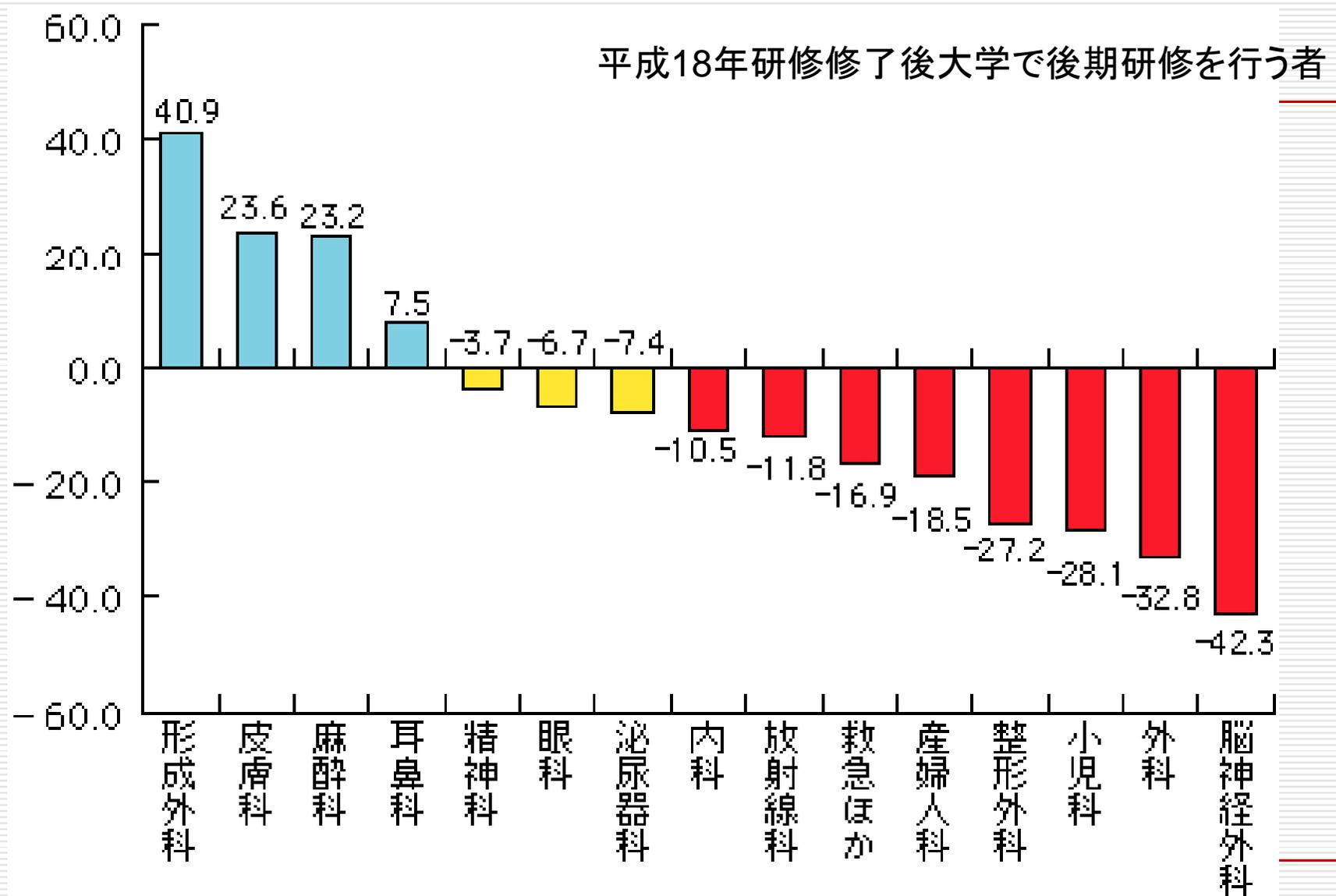
東大の専門研修

外科総合	0	2	3	4	4
胃食道外科／乳腺内分泌外科	1	0	0	3	3
大腸肛門外科／血管外科	1	6	7	5	7
肝・胆・膵外科／人工臓器移植外科	1	1	3	2	5
心臓外科／呼吸器外科	0	4	5	6	4
脳神経外科	5	7	6	8	5
麻酔科・痛みセンター	3	5	10	7	5
泌尿器科・男性科	0	0	1	2	0
皮膚科・皮膚光線レーザー科	13	6	4	7	7
眼科・視覚矯正科	10	7	9	9	8
整形外科・脊椎外科	17	20	17	26	24
耳鼻咽喉科・聴覚音声外科	9	8	6	8	8
リハビリテーション科	1	0	0	0	0
形成外科・美容外科	15	12	15	7	5

東大の専門研修

小児科	11	12	13	11	19
小児外科	0	1	1	3	4
女性診療科・産科／女性外科	12	8	13	14	15
精神神経科	7	9	11	15	13
放射線科	8	10	10	7	7
救急部・集中治療部	4	4	2	0	4
病理部	1	2	3	2	1
合計	191	190	179	207	194

大学での若手医師の偏在も始まっている



全国医学部長病院長会議「地域医療に関する専門委員会報告」より

Separate internship (R1) application for some specialties: "R.O.A.D. to happine\$\$"

- ❑ Radiology 3+1 yrs
- ❑ Ophthalmology
- ❑ Anesthesia
- ❑ Dermatology
- ❑ Others: neurology, radiation oncology, physical medicine, EM
- ❑ Some exceptions: some individual programs incorporate this internship year automatically into their residency
 - e.g. some Anesthesia or Neurology programs may guarantee an internship to students accepted into their residency

医師臨床研修制度の光と影

■ 光の部分(=作用)

- ・ 研修医の基本的臨床能力が向上(短期評価)
- ・ 研修医の処遇改善
- ・ 意欲的な研修医によって病院が活性化
- ・ 医師人材育成を縦割りではなく全体の流れとして捉えるようになった

■ 影の部分(=副作用)

- ・ 医療の諸問題を顕在化させた
- ・ 地方の大学病院を志望する研修医が減少した
(地域医療崩壊や基礎医学志望者減少との関連?)

新医師臨床研修制度見直しの「ロジック」

新医師臨床研修制度導入



研修医が大都市部に集中？



地方大学医学部医局での医師スタッフ不足？

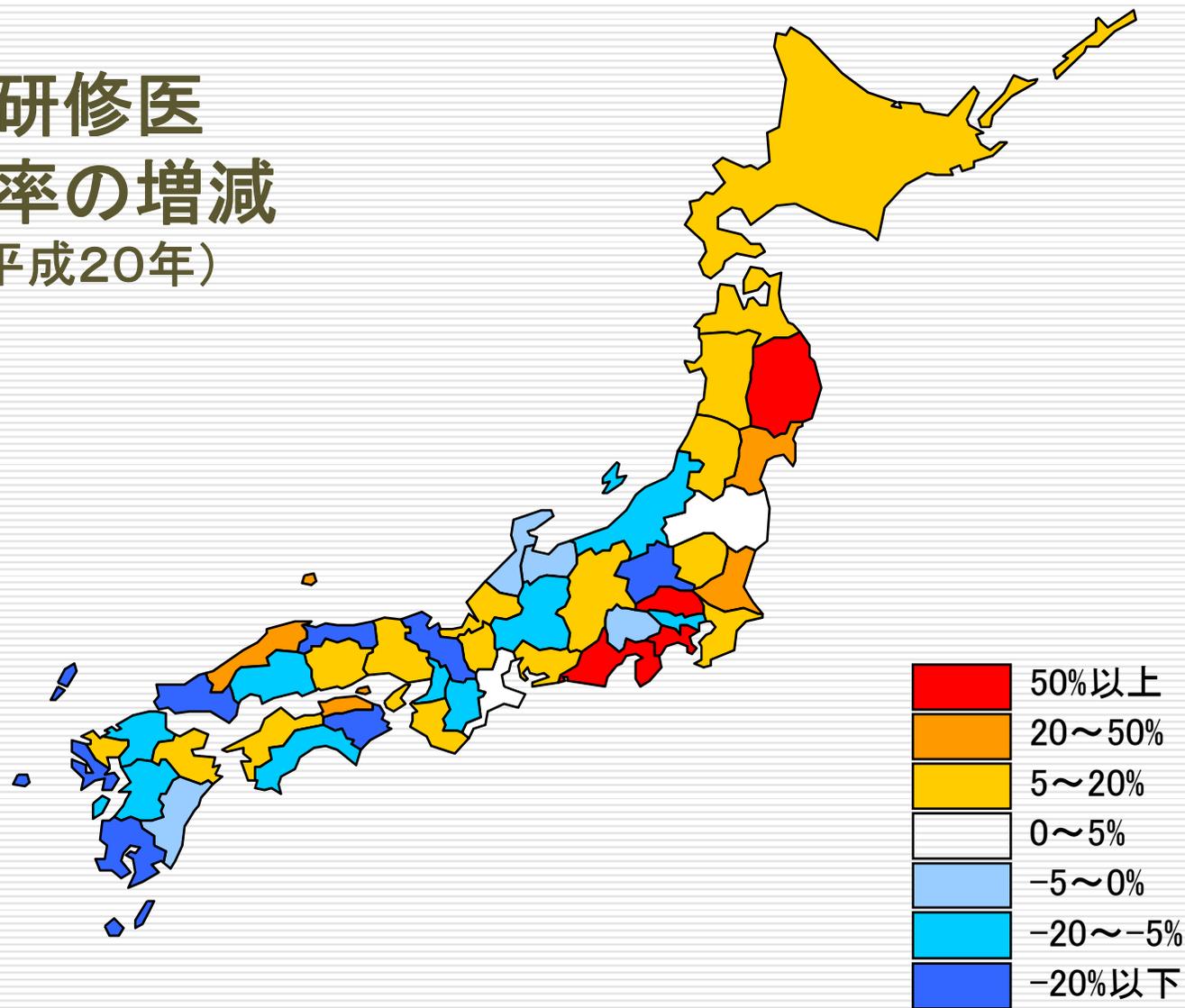


地域病院への派遣要員確保困難？



地域医療崩壊？基礎医学の衰退？への懸念

都道府県別研修医 採用実績比率の増減 (平成15年 v.s. 平成20年)



1. 大都市圏(東京、京都、大阪、福岡)ではどうか？
2. 増えているところ減っているところは何が違うか？
3. 後期研修(卒後3年以降)での採用実績はどうか？

医師臨床研修必修化

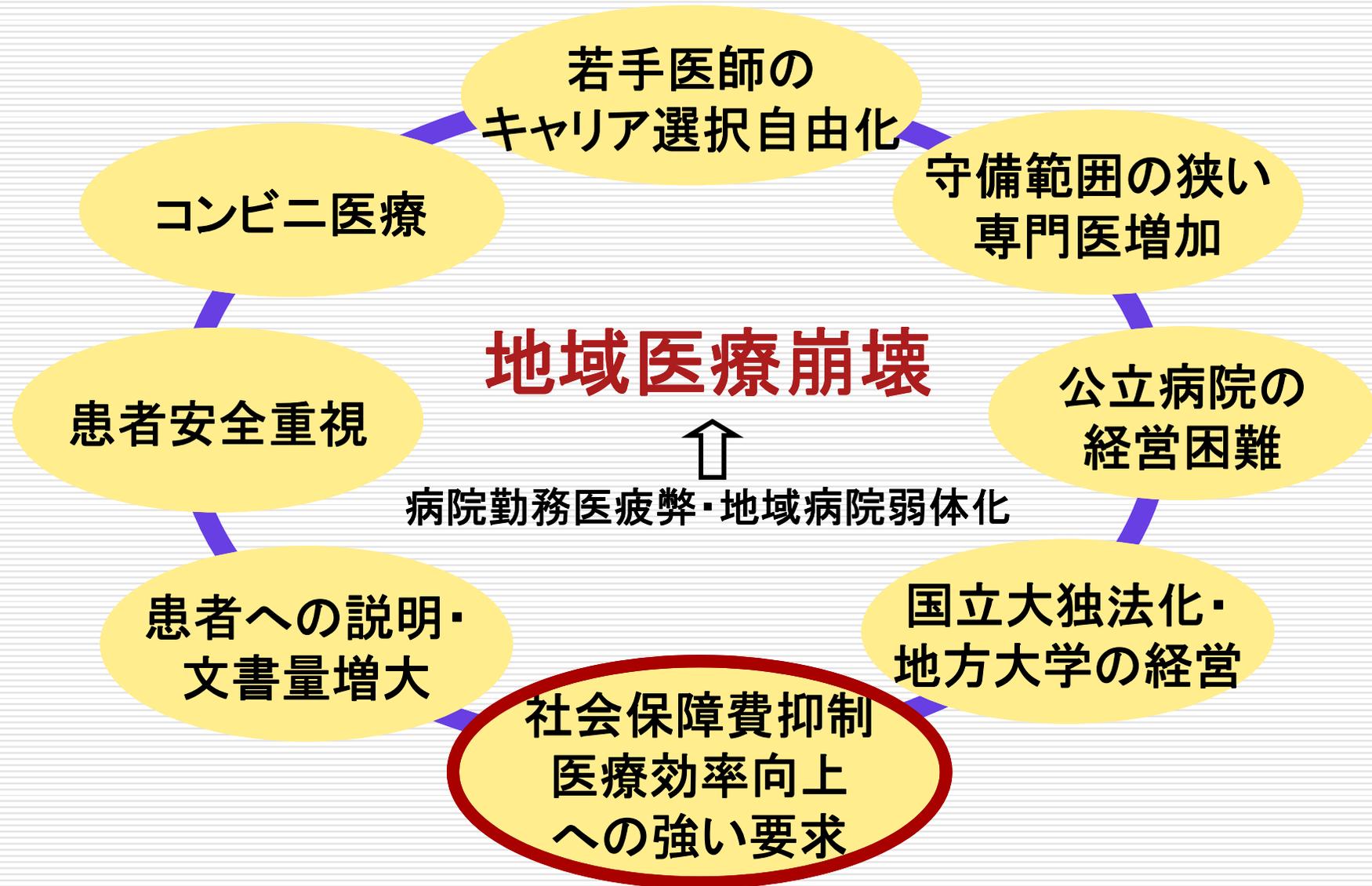
3つの明治維新が！

医療における諸問題を顕在化を促進

3つの課題

- 医療費の抑制
- 医療費の丸め（DPC）の導入
- 国立大学の独立法人化

地域医療崩壊の背景と本質



東大の(日本の)臨床研修の課題

- どんな医師を育てるのか？： 目標設定
 - 日本： しっかりとした臨床 国民の要望にこたえる
 - 東大： その上で……
 - どうやって育てるのか？： 方法(方略)
 - 東大の最大の長所は： 指導力！！
 - 評価？
 - 研修医評価、指導医評価、施設評価
-

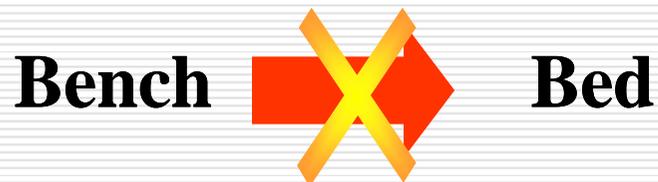
東京大学医学部の教育理念

- 東京大学医学部の目的は生命科学、医学、医療の分野の発展に寄与し国際的指導者になる人材を育成することにある。すなわち、これらの分野における問題の的確な把握と解決のために創造的研究を遂行し、その結果に基づいた全人的医療を実践しうる能力の涵養を目指す。
 - The University of Tokyo, Faculty of Medicine serves Japan and the world by contributing new knowledge through research and providing an exemplary education to medical students who will become future leaders in the life science, clinical research, and the clinical practice of medicine. To prepare our graduates for the major challenges they will face, we seek to support their professional development as physicians with creative and inquiring minds, an appreciation of the principles of medical practice, and a sound foundation in both the scientific and humanistic aspects of medicine.
 - (translated by Professor Thomas S. Inui)
-

医学研究の危機

- 国立大学の独立行政法人化
- 新臨床研修制度
- 医学生の専門医志向
- 掛け声だけに終わるかもしれない

Translational Research



医学論文数の年次推移

基礎研究論文

	1993-1997		1998-2002		2003-2007	
		論文数		論文数		論文数
1	米国	3097	米国	2769	米国	2674
2	イギリス	365	ドイツ	404	ドイツ	442
3	ドイツ	321	日本	371	日本	369
4	スイス	244	イギリス	352	イギリス	314
5	フランス	239	フランス	256	フランス	269
6	日本	236	カナダ	209	カナダ	204
7	カナダ	227	スイス	209	スイス	166
8	イタリア	132	イタリア	132	イタリア	155
9	オランダ	109	オランダ	114	オランダ	127
10	オーストラリア	97	オーストラリア	106	オーストラリア	120
11	スウェーデン	60	スウェーデン	87	スウェーデン	85
12	オーストリア	47	オーストリア	69	オーストリア	67
13	スコットランド	45	ベルギー	52	中国	53
14	イスラエル	39	スコットランド	48	スペイン	53
15	ベルギー	36	スペイン	48	ベルギー	49
16	スペイン	33	イスラエル	35	イスラエル	47
17	フィンランド	23	フィンランド	26	スコットランド	47
18	ノルウェー	20	デンマーク	25	韓国	39
19	デンマーク	14	ノルウェー	18	デンマーク	28
20	ニュージーランド	12	韓国	15	フィンランド	20
21	ウェールズ	10	ギリシャ	12	ブラジル	19
22	ブラジル	9	ニュージーランド	11	ノルウェー	19
23	ハンガリー	8	ブラジル	9	台湾	16
24	ポルトガル	6	ロシア	9	アイルランド	14
25	アルゼンチン	5	チェコ	8	シンガポール	14

臨床研究論文

	1993-1997		1998-2002		2003-2007	
		論文数		論文数		論文数
1	米国	3314	米国	3695	米国	2677
2	イギリス	920	イギリス	1484	イギリス	873
3	カナダ	377	ドイツ	511	カナダ	462
4	オランダ	277	カナダ	502	ドイツ	343
5	フランス	274	フランス	432	フランス	300
6	ドイツ	253	オランダ	410	オランダ	294
7	イタリア	236	イタリア	374	イタリア	279
8	スイス	166	オーストラリア	282	オーストラリア	260
9	オーストラリア	155	スイス	261	スイス	252
10	スウェーデン	155	スコットランド	224	ベルギー	177
11	スコットランド	151	スウェーデン	216	スウェーデン	166
12	日本	122	日本	183	スコットランド	145
13	ベルギー	110	デンマーク	158	スペイン	141
14	デンマーク	98	ベルギー	152	デンマーク	135
15	スペイン	90	スペイン	136	中国	102
16	フィンランド	88	フィンランド	121	ノルウェー	86
17	イスラエル	53	オーストリア	88	フィンランド	79
18	オーストリア	50	ノルウェー	83	日本	74
19	ウェールズ	48	イスラエル	75	ブラジル	67
20	ノルウェー	40	ニュージーランド	60	ニュージーランド	67
21	アイルランド	34	中国	59	南アフリカ	61
22	ニュージーランド	33	インド	53	ポーランド	60
23	インド	29	ウェールズ	53	オーストリア	57
24	タイ	29	南アフリカ	49	イスラエル	51
25	ケニヤ	28	ブラジル	45	インド	47

専門医か？

博士号か？

□ 認定医・専門医

- 後期研修の目標
- 症例の経験が必要
- 認定施設での研修が必要
- 分野で研修期間が違う
- 質の担保が不十分

□ 博士号

- 大学院の目標
- 研究論文が必要
- 教職には必要
- 臨床研究が少ない
- 安価な労働力の対価

どちらが望まれるのか？

医師は全てジェネラリストである

□ ジェネラリストとは……

- 新生プライマリケア連合学会

- 内科学会総合内科専門医

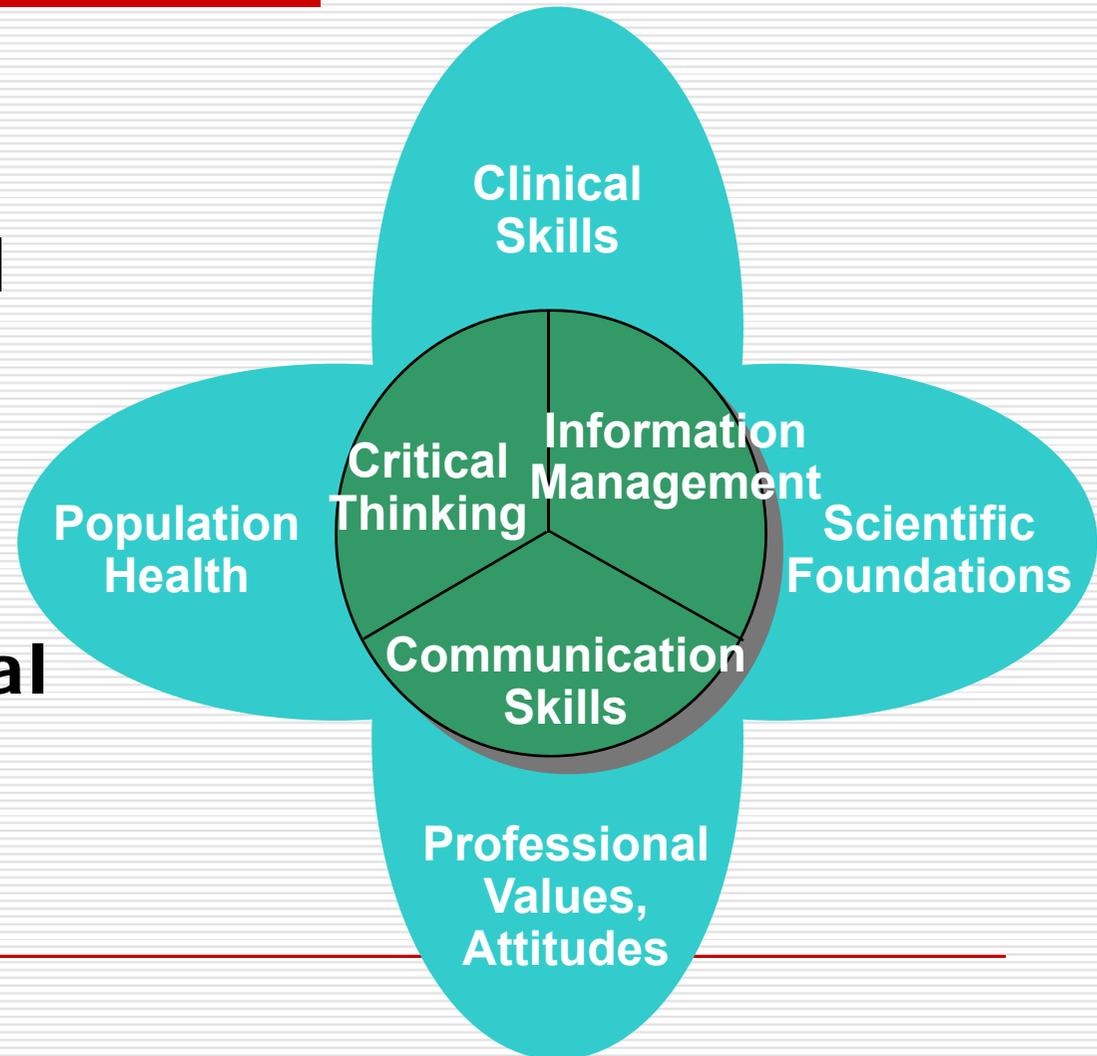
- 内科系診療のネットワークの共通基盤としての一般・総合内科の知識・技術・判断力・人間性・経験(キャリアー), 指導能力の証

ジェネラリストとは
ニーズに対応した能力を持つ医師である

アウトカム基盤型教育

IIME (Institute for
International Medical
Education)の
7アウトカムモデル
国際的な医学教育の
Minimum Essential

Med Teach 2002, 24,130–
135



The six general competencies are:

- **Patient Care**
- **Medical Knowledge**
- **Professionalism**
- **Systems-based Practice**
- **Practice-based Learning and Improvement**
- **Interpersonal and Communication Skills**

Six General Competencies

- Professionalism
- Professionalism
- Professionalism
- Professionalism
- Professionalism
- The five others



ACGME : 6 Competencies

6つのコンペテンシー

1. Patient care
 - 患者診療・ケア
 2. Medical knowledge
 - 医学知識
 3. Practice-based learning and improvement
 - 臨床現場での学習と改善
 4. Interpersonal and communication skills
 - 対人能力とコミュニケーション能力
 5. **Professionalism**
 - **プロフェッショナリズム**
 6. System-based practice
 - 組織に基盤を置いた臨床活動
- 診察、手技、判断、説明、治療、患者・
家族中心、患者教育
- 基礎・臨床の幅広い知識、エビデンス、
ITの活用による知識のアップ
- 自己学習、評価・分析、フィードバック、
批評、能動的学習、他への教育、
臨床情報管理
- 対人関係、コミュニケーション、共同作業・
チームワーク、リーダー、感受性・寛容性
- 患者中心、ヒューマニズム、責任、倫理、
使命、正直・素直、敬意・誠意、模範、
他への配慮、情熱・意欲**
- 医療全体、組織、社会・地域、経済・医療資源
経費対効果、質の維持、安全性、教育
-

プロフェッションとは？

プロフェッショナリズムとは？

□ プロフェッション Professionとはなんでしょう
か？

□ プロフェッショナリズム Professionalismと
はなんでしょう？日本語では「プロ意識」と
訳していますね。

□ 主題は「**医師としてのプロ意識**」です。

□ 英語にすると**Professionalism as a doctor**

充実した研修とは

□ 目標

- どんな研修を望むのか
- 研修終了後どんな道に進むのか
- どんな人生を送りたいのか

□ 情報収集・探索

- 価値観が違うことを前提に

□ 研修開始

- 与えられるものと掴み取るもの

□ 評価

□ キャリアデザインを支援する東大病院

- 自らの果たす役割を明確にすることを目的とする