

# けろき

## 特定非営利活動法人良陵協議会会報

第35号 令和6年11月



## 目 次

- 1 巻頭言「医療の大きな未来に向けて」  
NPO 法人長陵協議会 理事長・東北大学病院 病院長 張替 秀郎 ----- 1
- 2 東北医科薬科大学病院の現況と課題～一期生を専攻医として迎えて～  
NPO 法人長陵協議会 副理事長・東北医科薬科大学病院 統括病院長 佐藤 賢一 ----- 2
- 3 日本の医学研究について 東北大学大学院医学系研究科長・医学部長 石井 直人 ----- 3
- 4 東北医科薬科大学 地域医療ネットワーク病院について  
東北医科薬科大学 医学部長 小澤 浩司 ----- 4
- 5 東北大学病院における初期研修の現状と課題  
東北大学大学院医学系研究科 乳腺・内分泌外科学分野 教授・東北大学病院 卒後研修センター長 石田 孝宣 ----- 5  
＜寄稿＞『医師の働き方改革について』
- 6 ＜寄稿1＞いわき市医療センターでの働き方改革への取り組みと課題  
いわき市医療センター 院長 相澤 利武 ----- 7
- 7 ＜寄稿2＞東北大学病院における働き方改革～現場の意見～  
東北大学医学部 教室員会 委員長・東北大学病院 総合外科 講師 唐澤 秀明 ----- 9
- 8 第48回医学教育者のためのワークショップ(富士研48)に参加して  
岩手県立磐井病院 消化器外科 科長 柏館 俊明 ----- 11
- 9 長陵 CVC ライセンス制度共通化事業について  
東北大学病院 医療安全推進室・総合外科 講師 西條 文人 ----- 15
- 10 令和6年度 地域医療充足度調査(アンケート結果)  
NPO 法人長陵協議会 理事・事務局長 東北大学災害医療国際協力学 教授 江川 新一 ----- 19
- 11 令和6年度 研修医と専門修練医の動向(アンケート結果)  
NPO 法人長陵協議会 理事・事務局長 東北大学災害医療国際協力学 教授 江川 新一 ----- 24
- 12 10<sup>th</sup> ATOM: Advanced Trauma Operative Management Tohoku University Course  
東北大学病院 救急科 病院講師 佐藤 武揚 ----- 30
- 13 幼若豚を用いた産婦人科腹腔鏡手術セミナー  
東北大学病院 産婦人科 院生医員 佐藤 壮樹 ----- 31
- 14 第9回ブタを用いたEUS-FNAハンズオントレーニングについて  
東北大学病院 消化器内科 助教 三浦 晋 ----- 32
- 15 臨床アップデートセミナー「とうほくGIMカンファレンス」報告  
モミの木クリニック 遠藤 貴士 ----- 34
- 16 第30回、第31回臨床研修指導医講習会報告  
NPO 法人長陵協議会 理事・事務局長 東北大学災害医療国際協力学 教授 江川 新一 ----- 35
- 17 合同病院説明会について  
NPO 法人長陵協議会 理事・事務局長 東北大学災害医療国際協力学 教授 江川 新一 ----- 41
- 18 定款・役員名簿・事業計画・収予算書・総会議事録 会員一覧 事務局 ----- 44
- 19 編集後記  
NPO 法人長陵協議会 理事・岩手県立中央病院 病院長 宮田 剛 ----- 65
- 20 「けやき」表紙写真によせて 石巻市立病院 副病院長 福山 尚治 ----- 65

## 巻頭言 「医療の大きな未来に向けて」



NPO 法人良陵協議会 理事長 張 替 秀 郎  
東北大学病院 病院長

今年も厳しい夏となりました。天候変動に加え、地震などの災害も頻発しており、心休まる地球ではなくなってきたような気がします。とはいえ、我々は日々すべきすることをひたむきにするしかなく、我々にとってすべきことはすなわち医療ということになるかもしれません。

東北大学病院の今年の医療の目標の一つが、医療連携の推進です。具体的には、検査・画像データ、診療カルテの共有による医療連携です。検査・画像データに加え、診療カルテもお互いに見ることができれば、紹介・逆紹介の簡略化となり医療の効率化につながりますし、実際の治療経過・説明内容を直接見ることができれば、効率化だけでなく医療安全上も大きなメリットとなります。宮城県には震災後カルテのバックアップを事業目的とした MMWIN という組織があり、関連病院のほとんどはその会員となっているため、膨大な臨床データが日々保存されています。これまでの事業内容は臨床データのバックアップのみでしたが、これから東北大学が全面的にその運用と管理をすることで、バックアップから利活用へ舵を切ることになりました。その大きな柱が医療連携でありその達成に向け、この夏にほとんどの拠点病院の病院長の先生のもとを回り、ご協力をお願いしてまいりました。

地域によってはカルテ共有が進んでいるところがありますが、そのほとんどがローカルでかつ診療に限ったものであり、宮城県、仙台市の病院・クリニックで医療連携のネットワークができると全国に比するものがない大規模な連携モデルとなります。また、臨床データを診療だけでなく、治験や医療 AI の利活用に用いることができれば新たな医療を創生することができます。東北大学のメディカルメガバンクでゲノム情報が解析されている仙台市民はすでに4万人に上っており、将来的にこれらの市民のゲノム情報と診療情報やレセプトデータが紐づけできれば、ゲノム情報をもとにした疾患予測や医療のアウトカム解析ができるようになります。これら医療連携、医療創出、ゲノム医療が一つとなった宮城県・仙台市は新しいメディカルフロンティア地域となるでしょう。そして、この未来は、構成病院、構成病院の医師がすべて東北大学という根っこでつながった良陵協議会のみが描けるものであると思います。

良陵協議会の先生方にはこの大きな未来図の完成に向け、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

# 東北医科薬科大学病院の現況と課題 ～一期生を専攻医として迎えて～

NPO 法人良陵協議会 副理事長 佐藤 賢一  
東北医科薬科大学病院 統括病院長



2024年4月に三期生が卒業し、一期生が専攻医として本院に戻ってきました。本学卒業生25名を含む専攻医は総勢68名となり、臨床研修医と合わせると83名もの若手医師が本院で勤務するようになりました。臨床研修医もほとんどいなかった8年前と比べ、卒後教育施設としても充実してきたことが実感されます。医師数は2021年に250名を超えたのち、2023年はやや漸減していましたが、専攻医の大幅増加に伴い約280名となりました。若手医師が増加した効果は大きく、本年度4月からは前年度より病床稼働率も大幅に上昇しております。昨年度末に、救急センターのスペースを一部拡張したことも相乗効果となって、この稼働率に寄与していると思っています。病床稼働率が上がり稼働額も増収となっていますが、薬剤費、材料費の比率も高くなり、電気代や水道代といった燃料費の大きな高騰も重なり、思うように増益とならないのが、本院を含め多くの病院が抱えている課題と思います。病院だけが努力しても、診療報酬の改定や物価の安定など行政が協力してくれない限りは、なかなか難しい問題です。今後、どのようにして増益を確保して職員の努力に報いることができるのか、知恵を絞っていかねばなりません。

2023年5月に新型コロナウイルス感染症の感染症としての分類が5類へと移行して1年が経過し、世間の社会活動もすっかりコロナ渦以前に戻っています。本院では、病院全体でのレクリエーションとして、2023年度は忘年会だけを開催しました。思った以上に多数の参加者があり、大変に盛会でした。久しぶりに、職員全体で集う場を提供でき、他職種の方々とも交流する良い機会となったと考えています。今年度も忘年会のみを予定していますが、来年度は多くの活動を再開させて、職員の結びつきを深めていきたいと思っています。

パリオリンピックで、日本は海外開催のオリンピックにおいて史上最多のメダルを獲得しました。活躍している選手をみると、自分の力を上手に発揮しているように見えます。一昔前の日本人は大事な場面で、緊張しすぎて萎縮してしまうことも多かったように思います。これには、型にはめた厳しさ一辺倒の指導から、良いところを伸ばしていく指導に変化していることも大きく関与しているのではと思っています。失敗を厳しく罰するかのような今までの指導は考え直すべきです。また、オン、オフの切り替えも重要に思います。良い医療者を育成するためにも、若い人たちが自分の能力を伸ばせるような指導ができる病院としていきたいと感じました。医師の働き方改革も良い方向に取り入れていくことが必要でしょう。

最後になりましたが、本院は未だ発展途上でございます。良陵協議会の諸先生方におかれましては、ご支援に感謝申し上げますとともに、今後ともご指導、ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

# 日本の医学研究について



東北大学大学院医学系研究科長・医学部長 石井直人

昨年10月のNature誌に「Japanese research is no longer world class」と題するショッキングな記事が掲載されました。私が臨床医から基礎研究者に転業した25年前、日本の基礎研究および臨床研究はいずれも世界4位であり、当時はドイツやイギリスを抜くのも時間の問題と考えられておりました。実際、その当時に発表された研究成果が評価され、日本人が次々とノーベル生理学・医学賞を受賞したのはご承知のとおりです。しかし、我が国の医学研究は数年前に韓国に抜かれ、昨年にはとうとうイランにも抜かれ世界14位にまで急降下いたしました。Nature誌はこの日本の現状を分析し記事として発表した訳です。実際に、日本から発信される医学系論文数は20年にわたって横ばいであり、研究成果の質（Top10%論文比率）は下降しています。一方、中国をはじめとする諸外国はその経済成長にもなっており、20年前に比し数倍どころか10倍以上の研究成果を発信し、さらに右肩上がりです。文科省等の分析によると、日本の研究力低下の原因の一つが、研究論文の多くを占める医学分野からの研究成果が低迷していることであるとされています。それでは、なぜ医学研究の成果が向上しないのでしょうか。日本経済の衰えのために研究費が増額されないなど、様々な原因が挙げられていますが、中でも、臨床系教員、特に若手医師が研究に従事する時間が取れないことが大きな原因の一つとして注目されています。全国医学部長病院長会議では、全国の大学病院に所属する助教（以前の助手）が1週間あたりに研究に従事する時間の調査を行いました。驚くべきことに、週1時間未満（研究していない）が15%、週5時間以下が50%と、つまり、診療業務の多忙さから助教の65%が研究に従事できていない実態が明らかになりました。このような状況にありながら、本年4月から医師の働き方改革が始まり、また、研究活動も労働と定義されたため、臨床系の若手教員が研究で成果を上げるのはますます厳しい環境となりました。

しかし、優れた医学研究は医療現場で直面した課題から生まれることは間違いなく、我が国の医学研究の将来を考えた時、若手医師が研究から遠ざかる現在の悪循環を今すぐに断ち切らなくてはなりません。東北大学では、国際卓越研究大学に採択された際には、若手の優秀な医師が環境面でも待遇面でも研究に専念できる仕組みを作ることを予定しています。長陵協議会の皆様におかれましても、我が国の医学研究の発展にご支援ご協力をお願い申し上げます。

# 東北医科薬科大学 地域医療ネットワーク病院について

東北医科薬科大学 医学部長 小澤 浩 司



東北医科薬科大学医学部では学生の7割以上が東北地方以外からきています。設立の趣旨から多くの卒業生を東北地方に残すことが本学の重要な使命です。そのために、すべての学生を東北6県のいずれかに配置して、6年間を通じた地域滞在型の地域医療教育を実施することにより、その地域が新たな“ふるさと”となるような特色ある教育を行っています。

そのキーとなるのが「地域医療ネットワーク病院」(以下ネットワーク病院)です。ネットワーク病院は医学部設立時に東北6県の中核病院に学生教育への協力をお願いした病院です。一般枠か修学資金枠かを問わず、学生は2年次以降、同じ地域で体験学習・臨床実習を行っています。当初は20病院で始まりましたが、教育が軌道に乗りネットワーク病院で実習した卒業生がその病院で研修したりする姿を見ると、ネットワーク病院になりたいとの希望が寄せられるようになりました。そして今年度から3病院が増えました。

学生は、2年次前期はネットワーク病院で実習、2年次後期と3年次前期は同病院から紹介された介護・福祉施設と診療所で体験学習します。臨床実習を経た後、6年次前期で最後の仕上げとして6週間のネットワーク病院で地域包括医療実習を行います。ネットワーク病院の先生方には、「卒業した後に、自分の病院に来てほしい」という思いもあり、とても熱心に指導していただいています。

学生に実施したアンケートでは、「体験学習を経験して、地域において医師として勤務する意欲又は関心が湧きましたか?」との質問に、8割の学生が「強くそう思う」「そう思う」と回答、「思わない」との回答は1割を切っています。地域包括医療実習を終えた学生の声を紹介すると、「住み込みで実習をするとのことで、少し面倒くさいなと感じていたが、実際に行ってみるととても楽しかった。その地域の魅力をたくさん知ることができ、将来この地域で働きたい気持ちが大きくなった。」「地域医療に対するネガティブなイメージがなくなった。地域医療は専門性が高い最先端の医療ができないという印象を持っていたが、そもそも地域の医療機関と大学病院など大病院では異なる役割を担っており、比較すること自体が無意味と感じた。これまで「高度医療イコール最先端の医療」とばかり考えていたが、地域医療に期待される幅広い疾患に対応できる高度な総合力もまた高度な医療であると感じさせられた。」と、私たちの期待以上のことを感じとっています。

1期生では卒業後にネットワーク病院を臨床研修先を選ぶ学生は多くはありませんでしたが、2期生、3期生と次第に、ネットワーク病院を選ぶ学生が増えてきています。先輩たちの研修ぶりを見て、後輩たちが続くようになってきているのだと思います。卒業生が勤務している病院に実習に赴き、在校生と卒業生とのつながりを強化していくことが卒業生を東北地方に定着させるのに重要だと考えます。

# 東北大学病院における初期研修の現状と課題



東北大学大学院医学系研究科 乳腺・内分泌外科学分野 教授  
東北大学病院 卒後研修センター長

石田 孝宣

2021年4月より卒後研修センター長を拝命しております、総合外科 乳腺・内分泌外科グループの石田です。センター長として3年間の活動を通じまして、大学病院ならではの初期研修の長所を活かし、次世代に即した環境整備を推進しております。

東北大学病院における初期研修医数は、2023年度採用が20名、2024年度採用が13名の合計33名と残念ながら減少しておりますが、初期研修医は充実した研修を行っております。当院には、初期研修施設として特有の長所と短所がありますので、長所を伸ばし、短所を改善へと改革を進めております。

長所といたしましては

## 1 多彩な症例の経験

大学病院特有の希少疾患や高度な救急医療の研修が可能で、たすきがけ研修として、東北地方を中心に約120病院と連携し、プライマリケアや一般的な疾患を学ぶこともできます。

## 2 幅広い領域の多数の専門医による高度な指導

当院は43の診療科を有し、450名を超える専門医・指導医が勤務しています。幅広い領域を基礎から専門的な内容までしっかりと学ぶことができる、優れた研修環境を整えています。

## 3 卒後研修センタースタッフによる充実したサポート体制

卒後研修センターでは、センター長、7名の副センター長、専任の事務担当に加えて、研修医と年齢の近い4名の専任教員(内科、外科、専門科、スキルズラボ)がメンターとなり、各人の研修の進捗管理やたすきがけ病院との調整、悩みなどを気軽に相談できる環境を整えています。

一方で、大学病院ならではの短所として

## 1 給与の低さ

全国の国立大学病院では、医員との給与調整等があり、高く設定することが困難です。手当等の

増額や宿舎である星陵レジデンスの家賃の減額、駐車場の貸与などで手取りが残るよう配慮し、また、3ヶ月以上のたすきがけ研修の際は、その連携病院の給与規定に沿った給与が支給されます。

## 2 common disease 経験の不足

大学の特徴として common disease 経験の不足が挙げられており、たすきがけ研修を介してこれを補う環境を整えております。

## 3 たすきがけ研修病院の調整

自由選択プログラムが当院の特徴ですが、たすきがけ研修病院との調整がうまくいかず、希望する病院や診療科に行けないケースがあります。これを改善する目的で、卒後研修センターの4名の専任教員がたすきがけ研修病院との調整を行うことを開始いたしました。

東北大学病院独自の取り組みとして、全国で初めて「医療 AI 人材育成プログラム (Clinical AI)」を選択プログラムに採用し、1ヶ月間集中して最先端の医療情報処理研修を可能といたしました。

さらに、新専門医制度や働き方改革が導入されるなど環境も変化しているため、これらに対応しながら長陵協議会の皆様とより深い連携を構築し、東北大学病院の独自性も打ち出して行きたいと考えております。

今後ともご支援をなにとぞ宜しくお願い申し上げます。



## < 寄稿1 >

# いわき市医療センターでの働き方改革への取り組みと課題

いわき市医療センター 院長 相澤利武



2019年4月1日に『働き方改革関連法』が順次施行され、既に我々医師についても年次有給休暇の取得が求められ、2024年4月1日より時間外労働時間の制限が行われるようになった。これに対応するために時間外労働時間の定義、時間の把握、宿日直許可の取得、タスクシフト、業務の効率化、退職者の再雇用の実施を行ってきた。

時間外労働時間は、これまでは各自の記録や記憶を基に時間外の申請用紙に本人が記入し、それを各科の主任部長が確認して提出され、当院の医師部門をまとめる診療局長が承認し事務的な手続きに移り認定されていた。病院にいる時間の管理については病院の出入り口で電子カードを用いた認識システムを導入した。実際の勤務時間は各自が従事した勤務時間を事務に申告することとした。病院にいた時間が全て労働時間とは言えないためこのような形態としたが、事後にまとめた申告も申告期日までは可能であり、必ずしも正確な時間を反映していない。また当初から大きな問題となっていたのが自己研鑽の定義である。原則的に厚生労働省の定義に従い、使用者からの明確な指示がなく、自由に中断できる場合は自己研鑽としている。専門医などの資格の獲得や維持のためには、症例の記録や学会発表、論文の作成が必要となるが、そのことについて作業を指示すると労働時間となってしまうため、本人が希望して行うようなやり方をとる必要があり微妙な対応が求められている。専門医取得のプログラムには細かい規定があり、それに従った研修を行うことが求められるが、個人の考え方、能力の違いもあり個別の対応が必要となる。仕事として認識しないような配慮としては、研修中の医師に対しての研修状態の確認は、指導を担当する医師が、転任してきた時の歓迎会の席で行ったり、コロナが明けたために再開された病院の行事の中など、病院以外の場所で行うようお願いしている。無理にではなく自分の意思で研修を積めるような環境を心がけている。

宿日直許可は、幸いコロナの影響で救急患者が少なかった頃の患者数であったためか問題なく取得できた。当院での医師数、取得できなかった時の地域の医療体制への配慮があったのではと考えている。このため関連医局からの当直の支援が受けやすくなり、危惧していた三次救急体勢も維持できている。

タスクシフトについては医師事務補助員を積極的に採用し、診断書作成の準備、がん患者や各種学会の手術患者の登録業務、クリニカルパスの登録などを行ってもらっている。一部紹介状からの

初診時のカルテ作成補助なども行ってもらっている。当院の課題は医師事務職員が定着しないことである。仕事に慣れ事務効率が上がってきた頃になると当院での報酬の問題か離職し他の医療機関へ移ってしまう方が多く、その補充には頭を悩ませている。

業務の効率化については、各科の病棟管理を主治医からチーム制とし休日の業務の効率化を図っている。このことにより休日の業務を少人数で行うことが可能となる。しかし田舎の病院のためか「一先生が主治医」という意識が患者側には強く残っているが、これに対しては入院時にチーム制のことを説明し理解を求めている。またこれまでも医師は携帯電話を配布されていたが、新しい電話機となったのを期に救急外来を受診した患者の画像が確認できるようになった。残念ながら直接リモートでは電子カルテにはアクセスできないが担当医に指示することが可能になり、病院に行かなければ判断できないことが少なくなった。今後もデジタル技術を導入した業務の効率化が最も効果的と考えるが、診療報酬の改定はそれに要する費用を賄うにはほど遠い。

退職者の再雇用は、これまで担当していた医師が定年退職となっても補充が難しく、本人に継続の意思があり、健康状態など継続に支障が無ければ勤務を続けて頂いている。本来の定年は65歳であるが70歳までは毎年更新し継続できるようになっている。現在の診療水準について行く事は必ずしも容易ではないが、昔と異なり元気な高齢者が増えている現在貴重な資源を活用しない手は無い。実は私自身が定年を延長し手術まで行っている。若手の活躍の場を奪ったり、老害と言われないうちに心がけている。

新体制になり6ヶ月を経過したが、残念ながらその効果は少なく時間外業務時間は、軽度の減少に留まっている。A水準の医師は34名(25%)、B水準は79名(57%)、C-1水準は25名(18)であった。多くの基幹病院は医療の提供だけでなく、次の世代の医師の育成も担っている。このためには経験の少ない医師に業務を担当させる必要があり、どうしても時間を要してしまう。指導の効率化も必要であるが救急患者の対処などではその対応も貴重な経験であり必要な非効率と言わざるを得ない。

また制限時間を越えた医師は多いため、義務づけられた面談指導を担当する医師が不足するため、指導担当医の研修を開始した。また指導は他科の医師が担当するため、業務内容の把握や具体的な時間外労働の短縮に向けた指導内容については苦慮している。

当院の常勤医師数は138名(定数の病床は700床)であり平均を大きく下回っている。関係医局に働き続け2014年の114名に比べ増加はしているもののまだ十分とは言えない。2024年医師の働き方改革の趣旨はよく理解できるが、医療水準を維持するためには、人口と構成する年代から判断された医師数を地域に配置することが必要と考える。その方向への提言もされてきたが、現在は自分たちで今できる事を少しずつ進めていく事が大切と考えている。

## <寄稿2>

# 東北大学病院における働き方改革～現場の意見～

東北大学医学部 教室員会 委員長 唐澤 秀明  
東北大学病院 総合外科 講師

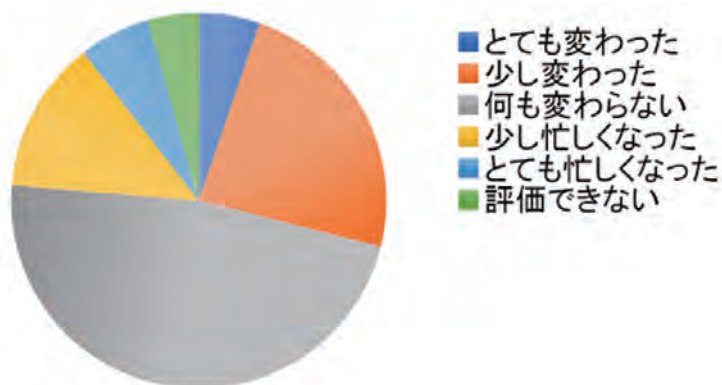


教室員会は1946年に設立された伝統ある組織であり、現在では星陵キャンパスにおける勤務環境の改善・福利厚生の充実・研究教育支援などが役割の中心です。約1,000名の会員から寄せられた意見を基に毎年病院長・医学系研究科長と懇談会を行っていますが、先日行った病院長懇談会では「働き方改革」が話題の中心になりましたので、東北大学病院における現場の意見を寄稿させていただきます。

懇談会に際して、会員を対象に診療問題に関するアンケート調査を行い、その中で働き方改革に関連した「①働き方改革が始まり、実際に働き方が変わりましたか?」、「②現在の働き方に対する満足度を教えてください」、「③「勤怠管理システム」について不満や改善点はありますか?」の調査を行いました。本稿では上記3点のアンケート結果と、簡単な意見のまとめ、今後に期待する事などを述べさせていただきます。

### ① 働き方改革が始まり、実際に働き方が変わりましたか?

何も変わらない、という意見が最も多く約半数を占めました。働き方が大きく変わっていないことがわかるとともに、病院からも「10年後を見据えて、960時間の水準に持つていくためのスタートに立ったという位置づけである」と言う言葉がありました。確かにそうだと思いますし、ここから改革が進むのを見守りつつ、教室員会としても意見を述べていきたいと思います。

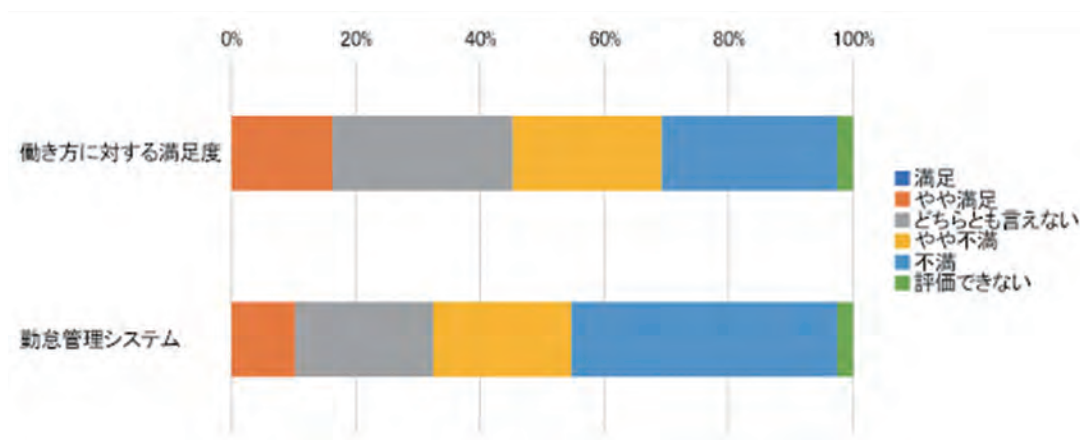


## ② 現在の働き方に対する満足度を教えてください

「不満」「やや不満」が約半数を占める結果でした。特に多く寄せられたのが給与面に関する不満です。東北大学病院に勤める医師は教員としての雇用であり、人事院勧告に基づき給与が決められています。そのため兼業により補填するシステムが長年構築されてきましたが、それが勤怠管理により明確になり不満となっているのだと思います。すぐに改善が難しい問題ですが、大学病院の勤務医は本院での勤務+兼業が必須の状況で、外勤の当直などは宿日直許可で働いていないことになっていますが、実質労働時間は減りませんので、長期的な改善を期待したいと思います。

## ③ 「勤怠管理システム」について不満や改善点はありますか？

全アンケート項目で最も不満が多かったです。IDによる勤怠管理だけでなく、個人による勤務シフト登録が必要で、診療応援等で勤務時間に外勤に行った場合、時間外・休日への割り振りも必須です。入力がかかりの手間で、多くの方が不満に思うのも最もだと思います。まだまだシステムに未熟な点があると思うので、アップデートにより少しでも入力作業に関わる労力が減ることが期待されます。



## 第48回医学教育者のためのワークショップ（富士研48）に参加して



岩手県立磐井病院 消化器外科 科長 柏 舘 俊 明

良陵協議会のご支援のもと、第48回医学教育者のためのワークショップに参加してまいりました。多大なるご支援感謝申し上げます。

私は2023年3月まで東北大学病院総合外科に所属しており、卒前卒後教育に携わっておりましたが、2023年4月より岩手県立磐井病院に赴任し、主に卒後教育を行っております。11月に臨床研修プログラム責任者養成講習会を受けたばかりでしたので、ワークショップの進め方にはある程度のイメージを持って本ワークショップに参加いたしましたが、想像を超える熱い議論と朝から晩までのスケジュールに疲労困憊となりつつも大変充実した経験を得ることができました。

医学教育者のためのワークショップ、いわゆる「富士研」は、かつては富士山の麓で聖路加国際病院の日野原先生らにより、かなりの日数を費やして開催されていましたが、2015年より現在の神奈川県「湘南国際村センター」で行われております。今回は12月3～6日の4日間で開催されました。晴れた日には相模湾の向こうに富士山の雄大な姿を眺めることができました。

今回の参加者は大学から27名（うち歯科1名）、一般病院から2名と、ほとんどが大学で卒前教育を主に行っている先生方でした。一般病院は、私と聖路加国際病院の2名でした。ワークショップはABCDの4つのグループに分かれて行いました。個人的には母校の同級生が同じAグループにおり、卒業以来20年ぶりに会うことができ嬉しい偶然となりました。

初日は昼食の後、開校式が行われました。今年度の富士研の目標が提示され、まとめると「教育に関わる経験を持っている人々が、集まって、経験を持ち寄って討論し、いろいろな意見を聴き、皆さんと教育を考える時間・空間を共有するワークショップの原点を体験しよう」ということでした。参加者は教育の専門家ばかりであり、勉強させてもらおうという気持ちと共に、自分自身も積極的に討論に参加しようと前向きになりました。

続いて文部科学省より「医学教育の動向等について」講演がありました。現状、日本の研究は国際的な地位の低下が著しいが、大学病院の臨床の活性化は著しく、臨床医学分野にわずかな光明がある。研究者、研究支援者の数と、論文の質、量は強い相関があり、地域医療を守るためにも大学院への進学者を増やしましょうとのことでした。

その後、こういう場では定番の「他己紹介」があり、いよいよワークショップが始まりました。グループワークは「ワールドカフェ」から始まりました。4～5名でテーマごとにメンバーを入れ替えながら討論を行いました。6ラウンドまである大規模なもので、ラウンドを重ねるたびに議論が深まるのを感じました。

夕食を挟んで、医学教育学会小西理事長の講演がありました。最初に医学教育、医学教育学会のこれまでとこれからについて詳しく説明がありました。最後に医学教育の国際標準の流れとして、大切なのは「Outcome と評価」であり、アウトカム基盤型教育のお話がありました。

初日の最後は、各グループに分かれて議論した理想の医学部・附属病院の使命と資質・能力について全体発表がありました。我々 A グループの「現代医療大学」は、「常に現代社会のニーズに応える医療に貢献する医師を育成することを使命とする」としました。B グループの使命に関するコンセプトは「脱スタンプ・ラリー」として、課題をこなしていただくだけの医学部から脱却し、真に患者さんのためになる医師の養成を掲げており、大変興味深いと思いました。

初日の終了時刻は21時を過ぎており、すでに疲労困憊でした。終了後はミニバーが開催されましたが、飲みながら日本全国の様々な施設の先生方の話を聞くことができました。

2日目以降は、初日に掲げた使命、それに必要な資質・能力をもとにアウトカム基盤型カリキュラムの立案を進めていきました。その合間に講義が行われました。

2日目最初は「OBE 概論」についての講義でした。かつての医学教育はプロセスを重視した教育方法をとっていましたが、必ずしも目標となる医師像にたどりつけていないことが指摘されていました。そこで最初にたどりつきたいアウトカムを設定し、どうやって達成するのか考えていくのが Outcome-based Education (OBE) です。

グループワークでは、まず初日に議論した資質・能力から一つを選んで、詳細を検討しました。我々「現代医療大学」は資質・能力として「変化する現代社会のニーズを常に捉え続ける」を選択し、臨床研修修了時の目標を設定しました。続いて「マイルストーン」として臨床実習開始時、卒業時、研修修了時の3時点における到達目標を明確化しました。

資質・能力、マイルストーンそれぞれの全体発表がありました。各大学(各グループ)の個性、特色が出るようになっていて面白いと思いました。

講義としては、2022年の医学教育モデル・コア・カリキュラム改定の詳細と、2020年の臨床研修制度改定についての講義がありました。シームレスな医学教育を進めていきたいと考えていることがわかりました。

夕食を挟んで、資質・能力を達成するための具体的な学習方法について検討しました。臨床実習前、卒業前、臨床研修の具体的な学習方法(方略)を作成しました。「現代医療大学」の特色として、臨床実習では最低3か月のLIC (Longitudinal Integrated Clerkship) という地域における長期臨床実習を行うことを設定しました。

2日目も21時過ぎまで行われ、ちょうど中間ということもあり最もしんどい1日となりました。終了後にはミニバーが開催され、すでに打ち解けた空気の中、会話が弾んで楽しい時間を過ごすことができました。

3日目は医学教育において生成 AI の果たす役割についての講義から開始しました。自分自身は AI を活用しておりませんが、最近の学生はレポートを AI で作成してくる、しかもそれが見抜けないという経験談を複数の先生が話しておりました。

3日目は評価方法について議論しました。我々「現代医療大学」はルーブリック評価法を実際に作成し評価することとしました。最後に臨床実習修了時の総括的評価での合格基準を作成しました。夜間も延長で討論を重ねている大学もありました。

3日目はグループワークの合間に講演がありました。厚生労働省から医師の働き方改革の制度施行に向けての講演がありましたが、新たな情報はあまりありませんでした。最後の講演は医師国家試験 CBT トライアルの現状というタイトルで行われました。現行の医師国家試験制度では、その対策のために6年生の大半をあてている大学もありますが、個々の進捗状況に合わせて、年数回、複数の試験会場から受験日時・場所を選択することが可能な CBT は、とても魅力的な代替案と感じました。

3日目は結束も強まりまるで戦友のような感覚になりましたので、議論も白熱し、充実した時間を過ごすことができました。初日、2日目は一日が長いと感じていましたが、3日目はむしろ時間が足りないと思うぐらいでした。3日目終了後も恒例のミニバーが行われましたが、最も盛大に開催されました。今回の富士研を「富士研48」と命名し、2024年夏の医学教育学会での再会を約束して散会となりました。


最終日4日目の朝は、各大学の総括的評価について全体発表がありました。我々「現代医療大学」は、校歌を作成し、発表の最後に歌詞を朗読するという素晴らしいプレゼンテーションでした。全員で校歌を歌うという、さらに上をいくプレゼンテーションをしてくれる大学もありました。

最終日最後の討論は、本ワークショップを経験した上でなお残る「もやもや」について総合討論が行われました。プロフェッショナルイズムという明確な定義のないものを、どう説明し、どう身につ

けてもらうのか、など「もやもや」がまだまだ残っており、議論が議論を呼ぶという格好で時間が足りませんでした。

閉校式として、全体の総評があり、その後、各自30秒で感想を述べました。

本ワークショップではモチベーションの高い教育の専門家たちと交流することができ、自分自身の教育に対するモチベーションがとても上がりました。そして全国に仲間を作ることができたので、この縁をいかして次代を担う医師の育成に励みたいと思います。まずは学んだことを自施設に還元し、仲間を増やしていきたいと思います。

	<h2>現代医療大学 校歌</h2>	作詞: ChatGPT+Akiko 作曲: ???
世界に手を差し伸べて 医の使命に誇りを 知識と愛で包み込み 学ぶ心 真実の誓い	優しさの手で導く 悩む患者に寄り添い 技術と知恵を結集し 今困っている人々 救う	使命を胸に抱きて 困難を乗り越える 繋がる手と手で 今困っている 誰か支え
困っている人々のために ここで培った力を尽くす 理念の光 輝く現代 助け合いの魂 育む舞台	世界で猛威を振るう 感染症の嵐 我らの知識を楯に 恐れることなく立ち向かう	この広い世の中 地域が違えば事情も違う 技術と知恵を結集し 困っている人々 救う
医療の旗 揚げよう 心と心をつなぐ 今困っている 誰かのため 希望の灯 燃やす誓い	医療の旗 揚げよう 心と心をつなぐ 今困っている 誰かのため 希望の灯 燃やす誓い	医療の旗 揚げよう 心と心をつなぐ 今困っている 誰かのため 希望の灯 燃やす誓い



相模湾の彼方に富士山



富士研2023集合写真



# 良陵 CVC ライセンス制度共通化事業について



東北大学病院 医療安全推進室・総合外科 講師 西 條 文 人

平素より良陵 CVC ライセンス共通化事業および良陵 CVC セミナーに関して、ご理解、ご協力いただき大変感謝申し上げます。本事業のプロジェクトリーダーをしております西條文人と申します。今年も良陵 CVC ハンズオンセミナーについて寄稿させていただきます。

本事業も4年目を迎え、東北大学病院研修医1年目は良陵 CVC ハンズオンプロバイダーコース受講を必須となり、研修医の先生方を中心に多くの先生方にご参加いただきました(図1)。受講終了時のアンケートにご協力いただき、大変ポジティブな評価をいただいております(図2)。この場をお借りしてご協力いただきましたと参加された先生方に感謝申し上げます。

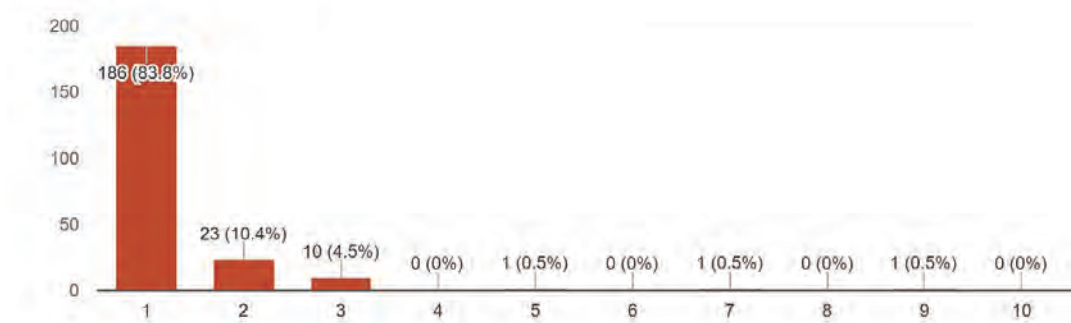
図1 良陵 CVC ハンズオンセミナー参加施設と人数  
(2024年10月現在)

施設	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
東北大学病院	32	21	20	13
東北医科薬科大学病院	—	64	47	29
東北労災病院	10	10	8	10
仙台オープン病院	9	6	5	7
栗原市立栗原中央病院	11	4	4	5
みやぎ県南中核病院	—	18	9	11
石巻赤十字病院	—	24	14	14
岩手県立磐井病院	—	8	—	—
山形県立中央病院	—	—	16	16
白河厚生総合病院	—	—	12	6
登米市立登米市民病院	—	—	—	6
坂総合病院	—	—	—	13
麻酔科セミナー	—	—	—	25
(公募)CVCセミナー	—	1	3	—
(公募)透析ブラッドアクセスセミナー	—	—	6	—
合計	62	156	144	155

図2 長陵 CVC ハンズオンセミナー参加者アンケート (2023年9月現在 n=222)

6. 今回のセミナー全体を通して満足できましたか。

222 件の回答



このセミナーでは、リアルタイムエコーガイド下中心静脈カテーテル挿入を安全に挿入していただくための標準的な CVC 挿入を7つのコツとして、以下を学んでいただいております。

- ① Out of Plane (Dynamic Needle Tip Positioning)
- ② 確実なプレスキャン (Sweep Scan, Swing Scan)
- ③ 短く、細い針 (22G, 約34mm)
- ④ 血管内でも DNTP
- ⑤ 前壁のみ穿刺
- ⑥ 逆血確認
- ⑦ ガイドワイヤーをエコー短軸・長軸で確認 (\*今年から短軸を追加)

上記は昨年の「けやき」でも書かせていただいた内容ですが、改めて重要なコツと感じており、7 tips for Real-time US guided method と名付けております。しかしながら、マネキンを用いたシミュレーションだけでは、すぐ臨床でうまくいくという簡単なものではないことは、いまこの記事を読んでいらっしゃる先生方も十分認識されていることと存じます。研修医が臨床の険しい道を少しでも、ご自身の足で歩めるようにセミナーを通してお手伝いできれば幸いです。(西條文人、徳峰讓芳)

CVC Practical tips! 2022年12月、中外医学社)



図3 CVC Practical tips! 表紙

東北大学病院での中心静脈カテーテル挿入時の合併症は減少傾向にあり、特に動脈誤穿刺が減っております。

さて、最近のCVCのトピックとしては、“Midline カテーテル”の情報提供をしたいと思います。Midline カテーテルは、“短いPICC”、“長い末梢”と捉えられているカテーテルです(図4、5)。

図4 Midline カテーテル (カージナルヘルス社 HP より)



(<https://cardinalhealth-info.jp/products/argyle-fukuroi-midline-catheter/>)

素材はPICCと同じポリウレタンですので、比較的血管に優しく、末梢よりは長期留置が期待できます。推奨留置期間は6日から14日となっております。挿入方法もほぼPICCと同じになります。問題はPICCと見た目、挿入部位が同じなので、高カロリー輸液などの高浸透圧輸液などを間違えて投与すると静脈炎を起こすことが懸念されます。海外とくにUSAでは多く使われていると伺っておりますが、日本では保険償還や費用の面から導入が遅れておりました。東北大学病院でも導入したばかりです。現在の検討している適応は以下の通りです。末梢だと血管内漏出が困る、PICCやCVCまでは必要ないといった症例には適応かと思いますが、経済効果も含め議論があるかと思っています。

#### 適応症例

- ・ 輸液投与期間：6-14日程度の輸液投与が見込まれる患者
- ・ 末梢静脈確保困難患者(高齢・担癌患者・肥満・浮腫・片麻痺等)

適応血管内投与輸液、薬剤

- ・末梢投与可能な薬剤（アミノ酸含有輸液製剤 / 末梢投与可能な抗がん）
- ・抗菌薬長期投与

図5 末梢、Midline、PICC の違いのイメージ（カージナルヘルス社 HP より）

### バスキュラーアクセスデバイスの分類

	PIVC	Midline	PICC
穿刺部位	前腕・手背	上腕尺側皮静脈等	上腕尺側皮静脈等
カテーテル先端位置	前腕・手背	腋窩静脈近傍	中心静脈

(<https://cardinalhealth-info.jp/products/argyle-fukuroi-midline-catheter/>)

2020年に本事業を立ち上げる際、長陵協議会加盟病院の皆様にご協力いただき、アンケートを実施いたしました。今回、本事業の継続性およびCVC安全体制の再確認を目的として、再度アンケートを実施させていただきたいと存じます。

後日、事務局より Google フォームにてアンケートをお送りいたしますので、何卒ご回答いただけますようお願い申し上げます。長陵CVCに対するご理解と引き続きのご協力を賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

# 令和6年度 地域医療充足度調査



NPO 法人良陵協議会 理事・事務局長 江川 新一  
東北大学 災害医療国際協力学 教授

令和6年(2024年)6月に行った地域医療充足度調査結果を報告します。この調査は良陵協議会の事業の一つとしての研修医および専門修練医の動向調査とともに行ったものです。アンケートを送付した115病院のうち65病院(56.5%)から回答がありました。ご協力に感謝申し上げます。

## 1. 初期臨床研修指導医の充足度について。(有効回答のみ)

- ① 卒後7年目以降の全医師数3,637名
- ② うち初期臨床研修指導医資格を有する医師数2,043名(①の56.2%) (昨年度は56%)
- ③ 卒後3-6年目の医師数920名

図1は、ご回答いただいた加盟病院における卒後7年目以上の医師数(X軸)に対する臨床研修指導医の在籍率(Y軸)です。大規模病院から医師数10名以内の病院まで、初期臨床研修指導医の資格を有している方の在籍率はばらついていきます。全体の指導医在籍率は56.2%でした。卒後7年目以上の医師が30-100名程度の病院では、50%以上が指導医資格を有していますが、7年目の医師数が30名以下、あるいは150名以上の病院では、指導医資格取得にばらつきがあることがわかります。

図1 卒後7年目以上の医師数と指導医在籍率(横線は全体平均)

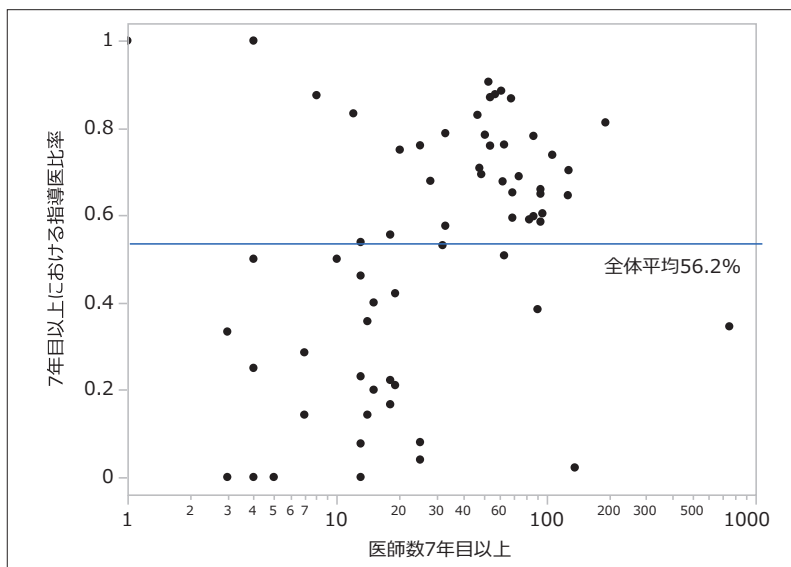


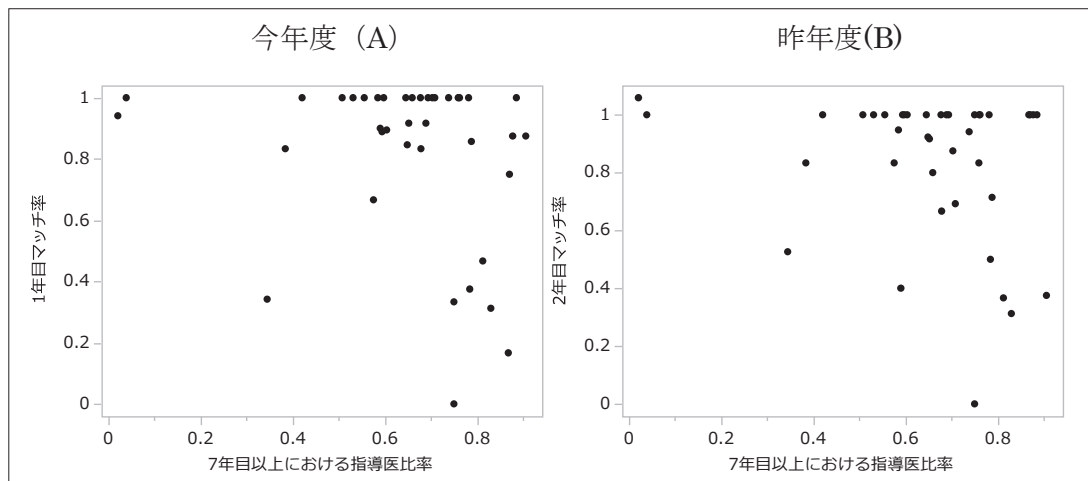
図2は初期研修医を募集している加盟病院における指導医や上級医、後期研修医、専攻医、2年目研修医の在籍数、および2年目のマッチ率が1年目のマッチ率に与える効果を比較した図です。昨年度マッチ率が高い病院は有意に今年度のマッチ率も高くなりました ( $p<0.039$ )。屋根瓦式の研修の魅力が影響しているかもしれません。また、それ以外の項目はいずれも統計学的な有意差はありませんでしたが、卒後7年目以上の指導医・上級医の数は今年度のマッチ率にもよい影響がありそうです。つぎに影響があったのは専攻医2年目(卒後4年目)やひとつ上の2年目研修医の数という結果でした。

図2 1年目(今年度)マッチ率に影響を与える因子の多変量解

要因	対数値	P値
2年目マッチ率	1.403	0.03954
医師数7年目以上	0.622	0.23877
専攻医2年目	0.336	0.46136
初期研修医2年目	0.280	0.52463
医師数3-6年	0.226	0.59437
専攻医3年目	0.128	0.74507
後期研修医	0.117	0.76456
専攻医4年目以上	0.110	0.77654
指導医数	0.068	0.85428
専攻医1年目	0.044	0.90306

図3は卒後7年日以降の上級医の中で指導医資格を有している方の比率と今年度と昨年度の初期研修マッチ率を比較したものです。マッチ率の高い病院は指導医の比率が高い傾向があります。一方、マッチ率が100%であっても指導医の数が少ない病院もあります。

図3 卒後7年日以降の医師における指導医資格取得率と初期研修医マッチ率

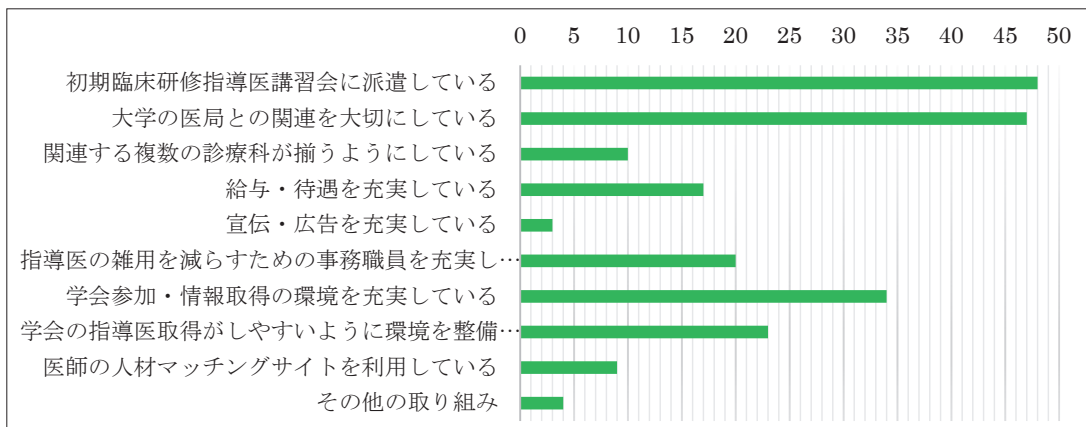


## 2. 指導医の充足のために取り組まれていること

各病院において継続的に以下のような取組がなされています。

a	初期臨床研修指導医講習会に派遣している	48
b	大学の医局との関連を大切にしている	47
c	関連する複数の診療科が揃うようにしている	10
d	給与・待遇を充実している	17
e	宣伝・広告を充実している	3
f	指導医の雑用を減らすための事務職員を充実している	20
g	学会参加・情報取得の環境を充実している	34
h	学会の指導医取得がしやすいように環境を整備している	23
i	医師の人材マッチングサイトを利用している	9

図4 指導医充足のための取り組み



その他の取り組み：

- 臨床 研修指導医講習会を開催している（年1回程度）
- 指導医講習会の受講費を病院で負担している
- リクルート活動を積極的に行っている

### 3. 考察

今年度は昨年同様、指導医の充足に焦点をあてて調査を行いました。初期臨床研修の指導医は、卒後7年目以降の研修医を指導する立場にある医師が、厚生労働省が認定する臨床指導医講習会を受講しなければなることができません。ご回答いただいた施設の卒後7年目以降の医師のうち、初期臨床指導医資格を持っているのは56.2%で、昨年よりも低下していますが、いくつかの基幹的な病院からのデータが欠けているため、正確さには慎重を期す必要があります。

新型コロナウイルス感染症の影響により、対面式の指導医講習会を行うことができなかつたことも大きく影響していると思われます。長陵協議会は比較的早い段階から完全オンラインによる指導医講習会を開催しましたが、対面であれば48名を受け入れ可能な参加人数を32名に絞らざるを得ないことも影響しています。

人数の多い組織では指導医資格の取得比率にばらつきが大きくなりました。東北大学病院のように人事異動が頻繁だと、適切な指導医数を維持することの難しさもあると思われる一方で、東北医科薬科大学では指導医資格取得比率が高くなっています。また、卒後7年目以降の医師数が30名以下の施設でも指導医比率のばらつきが大きくなっています。指導医資格を取得することの必要性によっても取得率が変わると想像されます。指導医率が50%を越えている病院での初期研修医マッチ率は2年間平均で80%を越えている病院が多くなっています。

指導医1人につき、指導できる研修医の数は5人までとなっていますが、忙しい臨床の現場で、複数科をローテートする研修医が充実した研修ができるよう、指導医の充足も大変重要な課題です。

厚生労働省の臨床研修指導医講習会の認定要件は、必要な項目を満たすワークショップ形式で休憩時間を除いて最低16時間(1泊2日あるいは2泊3日が必要)の研修時間が必要な指導医講習会です。取得を希望される方は、ぜひ長陵協議会の指導医講習会を受講してください。初期臨床研修指導医講習会への参加を病院が負担することや、NPO法人卒後臨床研修評価機構(JCEP)による研修プログラムの評価の受審、NPO法人日本医療教育プログラム推進機構(JAMEP)の基本的臨床能力評価試験による研修医の臨床能力評価を行っている病院もあります。研修医を評価する方法も、アウトカム基盤型のカリキュラムになって、考え方を大きく変える必要があります。また、研修医のこの問題にどのように指導医として使えるスキルがあるかなど、明日の臨床現場から使える指導法満載です。

2年間の初期臨床研修が終了すると、ほとんどの研修医はなんらかの専門医プログラムに進むことが予想されます(令和6年度 研修医・専門医の動向調査を参照ください)。専門修練医は、すぐれた指導医のもとでの専門医研修を望んでおり、加盟病院におかれましても、すぐれた指導医の確保は大きな課題です。高齢化とともに、人口減少が進む地域においては、病院の収益も悪化しかねず、



医師の確保そのものが困難になっているかもしれません。また、指導医クラスの医師を確保できなければ、地域を守るセーフティーネットとしての病院機能が低下し、病院の存続も危うくなる可能性があります。人口が減少しても、高齢化による地域医療のニーズはますます多様化しています。多様な診療科をそろえる、あるいは、総合診療をはじめとする多様な医療ニーズに応えることのできる医師の確保は大きな課題です。

指導医充足のために加盟病院がされている努力は多岐にわたります。大学の医局は地域医療への人材供給源となっています。指導医資格を取得するよう、支援がおこなわれています。医師の雑用を減らし、学会・研究会などにも参加しやすくするための環境整備や配慮もなされています。その一方で、大学からの支援がなくなったという声も聞かれます。たとえば消化器外科と消化器内科、麻酔科などの関連する複数の診療科が揃うような工夫はもっとできるかもしれません。人材を供給することができる大学と、地域のニーズを調整する仕組みが重要だと思われます。給与や人材マッチングサイトなどの利用率は低く、信頼できる医師の確保の困難性を伺わせます。

良陵協議会が行っている最近の企画の目玉に、中心静脈カテーテル（CVC）挿入にかかるライセンス共通化プロジェクトがあります。医療安全を守るために、侵襲的な手技を安全に研修してもらうことを良陵協議会というネットワークで標準化していくことにより、地域としての医療安全、キャパシティビルディングが可能になります（詳しくは本誌別ページをご参照ください。）

良陵協議会の指導医講習会では、『いい研修病院とはなにか』、『一人前の医師とは何か』、『(将来一人前の医師になるために)2年間で研修医をどのように育てるか』など関連しそうなテーマでグループワーク、ワールドカフェなど多角的な議論を巻き起こす工夫をしています。医療従事者ができること、各病院でできること、行政を変えていく必要があることなどさまざまなレベルでの改善点があるものと思われます。

今後もこのような調査を継続的に行うとともに、ご意見を少しでも反映させられるようにするにはどのようにしたらよいかを皆さまとともに考えてまいりたいと存じます。

# 令和6年度 研修医と専門修練医の動向



NPO 法人良陵協議会 理事・事務局長 江川 新一  
東北大学 災害医療国際協力学 教授

令和6(2024)年6月に行った研修医の動向調査結果を報告いたします。専門医制度の施行にともない、どのような動向調査を行うべきかについて平成30年5月の理事会で議論し、研修医が各専門医プログラムにどのように進路を決めているかの調査を行うことの重要性が認識されました。そこで、①初期研修医、専攻医の在籍状況、および、②令和元年4月から専門医プログラムに移行した研修医の実態調査を行いました。

多くの病院にご回答いただきました。多忙な業務のなか、このような調査を御願ひし、ご協力いただくことに感謝申し上げます

## ① 現在の在籍状況

アンケートを送付した115病院中、66病院(回答率57.4%)から回答があり、9月上旬までにご回答いただいた施設における卒後2年目までの初期研修医の総数は募集定員415人に対して1年目326名、2年目331名でした。卒後3～6年目の医師数は920名でした。

卒後7年目以降の医師数は3,637名で、そのうち臨床研修指導医の資格を有する医師数は2,043名(56.2%)でした。

2024年度に専攻医として在籍しているのは703名(2023年度627名、2022年度591名、2021年度507名、2020年度538名、2019年度357名、2018年度211名、回答病院は年度により異なる)です。専攻医が順調に増加しているようです。一方で、卒後3年目以降でどの専攻医プログラムにも所属していない後期研修医は467名(2023年度439名、2022年度381名、2021年度148名、2020年度23名、2019年度76名、2018年度127名)おり、こちらも増加しています。専門医プログラムへのためらい、マッチングの難しさがあるのかもしれませんが。募集定員は年度ごとで、各学年の充足率は1年目が33%、2年目が30%、3年目が29%、4年目が15%で、年々専攻医の充足率は向上していますが、2022年度あたりからプログラム定員数の30%をようやく超えたところということかもしれません。

回答施設における専攻医のプログラムごとの在籍状況は以下のごとくです。

表1

病院名	専門研修プログラム名称	募集定員	1年目	2年目	3年目	4年目以上
青森県立中央病院	青森県立中央病院 / 内科専門研修プログラム	7	0	0	2	1
	青森県立中央病院 / 総合診療専門研修プログラム	6	3	2	1	0
	青森県立中央病院 / 産婦人科領域モデル専門研修プログラム	2	0	0	0	0
	青森県立中央病院 / 麻酔科専門研修プログラム	2	0	0	0	0
	青森県立中央病院 / 救急科専門研修プログラム	4	1	2	0	0
十和田市立中央病院	十和田市立中央病院 / 総合診療専門研修プログラム	3	4	3	0	0
八戸市立市民病院	八戸劇的救命救急科専門研修プログラム	6	4	1	0	1
	八戸市立市民病院 / 外科専門研修プログラム	2	0	2	1	0
	八戸市立市民病院 / 内科専門研修プログラム	5	1	0	0	0
	八戸地域整形外科専門研修プログラム	5	0	0	0	0
	ハロー！総診 青森県東部総合診療プログラム	3	0	0	0	0
秋田赤十字病院	秋田厚生医療センター / 内科専門研修プログラム	3	1	0	1	0
	秋田厚生医療センター / 整形外科専門研修プログラム	9	0	0	0	0
平鹿総合病院	平鹿総合病院 / 内科専門医プログラム	5	1	0	0	0
	平鹿総合病院 / 病理専門医プログラム	1	0	0	0	0
岩手県立胆沢病院	岩手県立胆沢病院 / 内科専門研修プログラム	4	1	1	0	1
岩手県立磐井病院	いわて県南 / 内科専門研修プログラム	3	0	1	0	0
岩手県立中部病院	岩手県立中部病院 / 内科専門研修プログラム	3	1	1	0	1
鶴岡協立病院	鶴岡協立病院 / 総合診療専門研修プログラム	1	0	0	0	0
至誠堂総合病院	さくらんぼ総合診療専門研修プログラム	2	1	0	0	0
日本海総合病院	日本海総合病院 / 内科専門研修プログラム	10	3	3	1	0
	日本海総合病院 / 外科専門研修プログラム	2	4	0	1	0
	日本海総合病院 / 産婦人科専門研修プログラム	4	0	0	0	0
	日本海総合病院 / 麻酔科専門研修プログラム	3	0	1	0	0
山形県立こころの医療センター	山形県立こころの医療センター専門研修プログラム	5	1	2	2	0
山形県立中央病院	山形県立中央病院 / 内科専門研修プログラム	8	4	5	3	3
	山形県立中央病院 / 外科専門研修プログラム	3	2	2	2	0
	山形県立中央病院 / 救急科専門研修プログラム	3	2	1	0	0
	山形県立中央病院 / 麻酔科専門研修プログラム	3	2	0	0	0
	山形県立中央病院 / 病理専門研修プログラム	—	0	0	0	0

病院名	専門研修プログラム名称	募集定員	1年目	2年目	3年目	4年目以上
山形市立病院済生館	山形市立病院済生館 / 内科専門研修プログラム	8	0	0	0	0
いわき市医療センター	いわき市医療センター / 内科専門研修プログラム	6	0	0	2	0
	いわき市医療センター / 産婦人科専門研修プログラム	10	0	0	0	0
	いわき市医療センター / 整形外科専門研修プログラム	4	0	0	0	0
太田西ノ内病院	太田西ノ内病院 / 内科専門研修プログラム	6	0	0	1	0
	太田西ノ内病院 / 外科専門研修プログラム	4	0	0	0	0
	太田西ノ内病院 / 整形外科専門研修プログラム	3	0	0	1	1
	太田西ノ内病院 / 麻酔科専門研修プログラム	5	0	0	2	0
	太田西ノ内病院 / 救急科専門研修プログラム	4	0	0	0	0
白河厚生総合病院	白河厚生総合病院 / 内科専門研修プログラム	5	2	1	2	0
	福島県立医科大学白河総合診療アカデミー専門研修プログラム	2	0	0	0	1
竹田総合病院	竹田総合病院 / 内科専門研修プログラム	4	0	1	0	0
	竹田総合病院 / 精神科専門研修プログラム	3	1	0	0	0
附属総合南東北病院	総合南東北病院 / 内科専門研修プログラム	3	3	0	2	1
	総合南東北病院 / 外科専門研修プログラム	5	3	0	2	0
	総合南東北病院 / 脳神経外科専門研修プログラム	5	2	0	4	0
	総合南東北病院 / 放射線科領域専門研修プログラム	4	2	2	0	0
	総合南東北病院 / 整形外科専門研修プログラム	5	0	0	0	0
	総合南東北病院 / 救急専門研修プログラム	4	4	3	0	0
星総合病院	星総合病院 / 整形外科専門研修プログラム	2	2	1	0	0
石巻市立病院	石巻市立病院 / 総合診療専門研修プログラム	3	2	1	0	0
	石巻市立病院 / 新家庭医療専門医プログラム	3	1	0	0	0
大崎市民病院	大崎市民病院 / 内科専門研修プログラム	8	2	5	7	0
	大崎市民病院 / 外科専門研修プログラム	4	2	0	1	0
栗原市立栗原中央病院	栗原地域総合診療専門研修プログラム	0	0	0	0	0
気仙沼市立病院	気仙沼市立病院 / 内科専門研修プログラム	2	0	0	0	0
広南病院	広南病院 / 内科専門研修プログラム	3	0	0	0	0
	広南病院 / 脳卒中専門医研修プログラム	3	0	0	0	0
坂総合病院	坂総合病院 / 内科専門研修プログラム	6	0	2	2	1
	みちのく総合診療専門研修プログラム	6	1	0	0	0

病院名	専門研修プログラム名称	募集定員	1年目	2年目	3年目	4年目以上
JCHO 仙台病院	JCHO 仙台病院 / 内科専門研修プログラム	3	1	1	0	0
仙台オープン病院	仙台オープン病院 / 内科専門研修プログラム	3	2	1	3	0
仙台市立病院	仙台市立病院 / 内科専門研修プログラム	7	1	4	7	0
	仙台市立病院 / 救急科専門研修プログラム	2	2	1	0	0
仙台厚生病院	仙台厚生病院 / 内科専門研修プログラム	12	1	5	4	2
仙台赤十字病院	仙台赤十字病院 / 内科専門研修プログラム	3	1	0	0	0
総合南東北病院	附属総合南東北病院 / 脳神経外科領域専門研修	5	0	0	0	1
東北公済病院	東北公済病院 / 内科専門研修プログラム	3	0	0	0	0
東北大学病院	東北大学病院 / 内科専門研修プログラム	55	24	27	28	14
	東北大学病院 / 外科専門研修プログラム	44	12	12	18	1
	東北大学病院 / 小児科研修協議会小児科研修プログラム	15	5	8	9	4
	東北大学病院 / 皮膚科専門研修プログラム	10	3	2	6	7
	東北大学病院連携施設 / 精神専門医研修プログラム	8	5	4	3	0
	東北大学 / 整形外科専門研修プログラム	11	8	6	8	16
	東北大学 / 産婦人科研修プログラム	20	10	8	11	1
	東北大学 / 眼科専門研修プログラム	8	8	9	3	6
	東北大学病院 / 耳鼻咽喉科専門研修プログラム	10	6	2	3	6
	東北大学 / 泌尿器科専門研修施設群専門研修プログラム	10	7	2	2	4
	脳神経外科専門研修 / 東北大学大学院医学系研究科プログラム	10	4	4	4	17
	東北大学病院 / 放射線科専門研修プログラム	10	11	9	5	0
	東北大学病院 / 麻酔科専門医研修プログラム	14	10	14	7	7
	東北大学病院 / 臨床検査専門医専門研修プログラム	2	0	0	0	0
	みやぎ・東北大学 / 救急科専門研修プログラム	8	4	3	2	0
	東北大学 / 形成外科専門研修プログラム	5	1	3	5	6
	みやぎ・伊達な病理医育成プログラム	6	1	1	2	0
	東北大学 / リハビリテーション科専門医養成プログラム	6	1	0	0	0
	東北大学病院 / コンダクター型総合診療専門研修プログラム	6	1	1	0	0

病院名	専門研修プログラム名称	募集定員	1年目	2年目	3年目	4年目以上
東北医科薬科大学病院	東北医科薬科大学病院 / 内科専門研修プログラム	35	17	7	11	0
	東北医科薬科大学 / 外科専門研修プログラム	30	7	0	1	0
	東北医科薬科大学 / 小児科専門医プログラム	3	0	0	0	0
	東北医科薬科大学病院 / 連携施設精神科専門医研修プログラム	3	0	0	3	0
	東北医科薬科大学病院 / 麻酔科専門医研修プログラム	4	0	0	1	0
	東北医科薬科大学 / 臨床検査専門研修プログラム	2	0	0	0	0
	東北医科薬科大学 / 形成外科研修プログラム	1	0	0	1	0
	東北医科薬科大学病院 / 総合診療専門研修プログラム	10	2	1	2	0
	東北医科薬科大学 / 整形外科専門研修プログラム	6	2	0	0	1
	東北医科薬科大学 / 泌尿器科専門研修プログラム	4	2	3	1	0
	東北医科薬科大学 / 耳鼻咽喉科専門研修プログラム	3	1	0	0	0
	東北医科薬科大学医学部 / 皮膚科研修プログラム	2	1	0	0	0
	東北医科薬科大学病院 / 救急専門研修プログラム	3	2	0	0	0
東北労災病院	東北ろうさい病院 / 内科専門研修プログラム	5	3	1	0	1
	東北ろうさい病院 / 整形外科専門研修プログラム	4	1	1	4	1
みやぎ県南中核病院	みやぎ県南中核病院 内科専門研修プログラム	3	0	0	0	0
宮城県立精神医療センター	宮城県立精神医療センター / 専門医研修プログラム	2	1	0	1	1
静岡済生会総合病院	静岡済生会総合病院 / 内科専門研修プログラム	3	0	1	1	0
	静岡済生会総合病院 / 麻酔科専門研修プログラム	1	0	0	0	1

② 令和6年4月から専門医プログラムに移行した研修医の状況

加盟病院の研修医のうち、令和6年4月から19領域の専門医プログラムに進んだ研修医は267名(進路不明者を除く)おり、内訳は以下のごとくです。

進路先の専門研修プログラム（年度ごとの回答病院数は異なります）																				
年度	内科	皮膚科	外科	産婦人科	耳鼻咽喉科	脳神経外科	麻酔科	小児科	精神科	整形外科	眼科	泌尿器科	放射線科	救急科	リハビリ	形成外科	病理	臨床検査	総合診療	合計
2024	74	8	24	14	8	4	18	14	12	19	13	16	10	17	1	5	1	0	9	267
2023	78	4	19	14	4	6	19	16	13	13	9	8	9	15	2	8	0	0	13	250
2022	66	11	29	20	9	6	10	15	8	20	2	7	7	5	0	6	0	0	7	228
2021	53	3	19	9	7	6	13	13	5	9	7	12	5	3	1	7	0	0	4	176
2020	94	13	37	17	10	0	11	21	13	19	8	6	7	9	0	4	3	0	10	282
2019	87	4	43	11	9	6	10	17	9	18	4	12	1	9	1	6	1	0	5	253

良陵協議会の加盟病院では全国の多くの大学からの出身者が初期研修を行っている背景もあり、研修終了後にとる進路はさまざまであることがわかります。関東や、関東以西のプログラムに進路をとるのは、出身大学や出身地に戻ることが多いようですが、出身大学とは異なる大学のプログラムに進む方も沢山います。また、同じ県内の大学病院に進路をとる研修医も多くいることがわかります。初期研修中の指導医の影響も大きいと思われます。大学以外の専門医プログラムおよび、自院のプログラムに進む研修医もいて、キャリアパス形成にかかわる因子は多様であると思われます。

この動向調査は今年度で7年目です。各専門医プログラムへの進路を表としてお示ししています。良陵協議会加盟病院で初期研修を行っていただいている研修医それぞれがキャリアパスを見据えて確定された進路です。自分のキャリアデザインによって、多様な選択肢のなかから、進路を選んでいる様子が見えます。大学あるいは自院での専門医研修を終えたあとのキャリアパスがどのようになっていくのかも興味をもたれるところです。

良陵協議会は、定款にあるとおり、『東北大学に関連する病院に対して、卒後初期臨床研修の充実、後期臨床研修の充実、指導医の派遣に関する事業を行い、北海道・東北・関東地域における医師養成、地域医療の発展に寄与すること』を目的として活動しております。

キャリアパスは初期研修医、後期研修医ともに自由かつ多彩です。研修医にとって望ましい状況だと思われませんが、その一方で適切な学習・研修支援ができていないか、少子高齢化、人口減少が進むなかで適切な地域医療の人材配置ができていないかなど医療情勢の変化にも対応していくことも求められています。

今後も調査を継続的に続けてまいりますので、なにとぞご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

# 10<sup>th</sup> ATOM: Advanced Trauma Operative Management Tohoku University Course

東北大学病院 救急科 病院講師 佐藤 武揚



2023.10.21に第10回 ATOM 東北大コースを開催した。ATOM コースは胸腹部外傷に対する手術管理に必要な知識と手技を学ぶ1日コースで、米国外科学会準拠、日本ATOM研究会主催のもと、現在は国内3か所で開催されている。

外傷診療は手術適応の決定が難しく、手術手技は短時間で低侵襲を旨とし、根治のために複数回の手術を辞さない点が従来の単一臓器手術とは異なる。複数領域の臓器手術手技だけでなく全身管理を含めた広い視野が求められ、すべてを単独の医師で賄うことは不可能に近い。

外傷外科も“外科”である以上、医師の手術手技向上に対する渴望感は強い。耐術能を加味した重要臓器損傷の応急処置、すなわちダメージコントロール手術を学ぶ機会が必要と考えられATOM コースは創設された。ATOM コースでは主に鋭的臓器損傷を想定し、心、肺、肝、腎、腸管、泌尿器損傷のダメージコントロール手術手技を学ぶ。

外傷性ショックという緊急事態では救急医が全身管理をし、各臓器外科医が連携して治療にあたる。救急医は全身管理の観点から手術適応を考え、外科医は手術侵襲の観点から適応を考える。その適応は状況により千変万化し両者の思惑が一致するとは限らない。治療の指揮者が術者になれるとは限らず、術者が集中治療を熟知して指揮を執るのは効率的でない。

外傷治療の分野では手術手技もさることながら、他領域他職種と連携するための意思疎通をはかり、チームを構成する能力が重要となる。手技を覚え、備品を前もって万端に準備して、統一された様式で治療にあたる従来の待機手術と異なり、初めて出会う手術助手、清潔介助看護師、麻酔科医、救急医と短時間で連携を図り、ときには術者の思惑と異なる手術をする・させる必要があるだろう。東北大コースではATOMを受講生となる外科医のためだけでなく、外傷診療にかかわるすべての職種にとって重要なトレーニングと考えている。

ATOM東北大学コースは受講生3名のみを受け入れ、半日の座学に加えて半日の手術演習を行う。外傷専門医が前立に、市内3次病院の手術室看護師が補助につき、ミニブタに麻酔をかけて実践しながらの手術演習を行う。運営スタッフは30名近く、受講生1名につき30万円という極めて高額な受講料を求める。それでも運営は赤字で長陵協議会の支援を得てなんとか成立している。

詳細な内容や受講手続きは、日本外科学会ホームページを参照していただきたい。



# 幼若豚を用いた産婦人科腹腔鏡手術セミナー

東北大学病院 産婦人科 院生医員 佐藤 壮樹



当科では良陵協議会や動物実験施設のご支援の下、東北大学病院先端医療技術トレーニングセンターで腹腔鏡手術セミナーを開催しております。2014年2月の第1回に始まり、セミナー名称の変更を経ながら2024年3月に「第24回みちのく産婦人科ラパロトレーニングセミナー」を開催させていただきました。受講対象者は東北大学病院や東北各地の関連病院に所属する専攻医・専門医です。

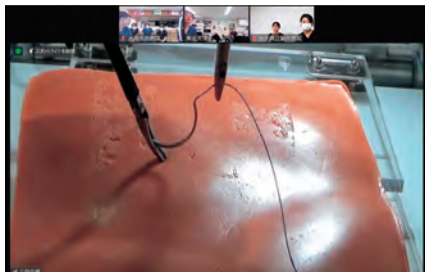
生体を用いた手術トレーニングの機会は非常に限られており、私たちにとって大変貴重なセミナーとなっております。基本となるトロッカーの挿入や気腹、切開、止血、運針、結紮などの手技の確認はもちろん、子宮摘出や卵管形成などの産婦人科医に必須のシチュエーションを想定したトレーニングを行います。また、深部骨盤解剖の理解を深めるための後腹膜腔の展開、執刀の機会が限られているや骨盤・傍大動脈リンパ節の郭清、さらに踏み込んで普段臨床で行っていない腎臓の摘出や後腹膜アプローチなど、難易度の高い手技にもチャレンジします。加えて、大血管損傷の止血、他臓器損傷（特に膀胱や尿管）の縫合・形成などのトラブルシューティングにも取り組み、豚に敬意を払い、実習効果を最大化できるよう心がけています。

この貴重な機会を十分に享受できるよう、「東北大式 ラパロ塾」と称して事前のdry boxでの練習にも力を入れています。当科ではコロナ禍を契機にZoomを用いた腹腔鏡手術の遠隔教育セミナーを2020年から開始しました。各回縫合トレーニングの課題を設定し、個々に練習に励み、本番で披露し合いタイムトライアルを行います。当教室の日本産科婦人科内視鏡学会内視鏡技術認定医が参加者全員の手技を確認し、一人一人に的確な助言を提供します。また、参加者がお互いに気付きを発表して高め合います。そこで受けた刺激を胸に、また次回に向けてトレーニングに励みます。そしてその集大成として幼若豚を用いた腹腔鏡手術セミナーを位置付けています。

腹腔鏡手術のメリットは自明ですが、東北地方での普及は十分とは言えないのが現状です。本セミナーを通じて腹腔鏡手術の技術を磨き、東北地方の女性がより多くの恩恵を受けられるよう精進して参ります。多大なご支援を賜ります良陵協議会、動物実験施設、先端医療技術トレーニングセンターの皆様には深く感謝いたします。今後とも何卒よろしくお願いたします。



「第24回みちのく産婦人科ラパロトレーニングセミナー」の様子



「東北大式 ラパロ塾」の様子

## 第9回ブタを用いた EUS-FNA ハンズオントレーニングについて



東北大学病院 消化器内科 助教 三浦 晋

2024年9月21日(土)、先端医療技術トレーニングセンターにて第9回「ブタを用いた EUS-FNA ハンズオントレーニング」を開催いたしました。EUS-FNA (超音波内視鏡下穿刺吸引生検法)は、超音波内視鏡を使用して標的を描出し、穿刺針で組織を採取する手技です。2018年に保険収載されて以来、急速に普及し、特に膵腫瘍の病理組織学的診断においては、不可欠な検査法となっています。近年では、EUS-FNA から発展した超音波内視鏡下瘻孔形成術がさまざまなドレナージ手技に応用され、膵胆道疾患の診療においても重要な治療法として位置付けられています。しかし、膵疾患は消化管疾患に比べて症例数が少なく、東北地方では指導医の不足もあり、若手医師にとって EUS-FNA はやや難易度の高い検査法であると言えます。穿刺の際には血管を避けつつ標的を正確に穿刺する技術が求められますが、ドライモデルでは血管構造の再現が難しいため、リアルな穿刺の感触を得る最良の教育手段として、生体ブタを用いたハンズオントレーニングを企画いたしました。当日は、8施設から12名の若手消化器内科医師が満員で参加しました。午前中には、実験動物センターの三好一郎教授と末田輝子様より、動物実験の現状や倫理についてご講義いただきました。その後、麻酔科の高橋和博先生のご指導のもと、ブタの全身麻酔を開始し、午後からハンズオントレーニングを行いました。全参加者がブタの肝臓を標的に EUS-FNA を行い、細胞診技師の三浦弘守様より、検体処理の実際について学ぶ機会も得ました。ハンズオントレーニングでは肝臓を標的に穿刺を行いますが、大血管が胃と肝臓の間に位置していることがあり、穿刺ラインの選定が難しい場合もあります。しかし、今年度の個体は穿刺箇所を選定が容易であったことに加え、セミナー中のバイタルサインも終始安定しておりました。約4時間にわたるトレーニングが無事に終了し、全参加者が見守る中、ブタを安楽死させ、セミナーは閉会となりました。準備段階ではいくつかのトラブルがあり、不安もございましたが、関係者の皆様の温かいご指導のもと、無事にセミナーを実施できましたことに深く感謝申し上げます。最後に、本セミナーを主催いただいた長陵協議会ならびに、協賛いただいたオリンパスメディカル株式会社の皆様に、心より感謝申し上げます。



# 臨床アップデートセミナー「とうほく GIM カンファレンス」報告

モミの木クリニック 遠藤 貴士



東北大学良陵協議会の協賛のもと、医師・医学生向けに定期的で開催している勉強会「とうほく GIM」の活動報告をいたします。当勉強会は、主に臨床推論の学習を目的としており、これまでに様々な形式で開催してまいりました。

当初は、臨床現場で重要なスキルである臨床推論を症例ベースで学ぶことを重視し、時間経過に沿って情報が徐々に提供される症例ディスカッション形式を採用していました。参加者はその都度、鑑別疾患を挙げ、次に行うべき診察や検査について議論しました。このディスカッション形式は、全国的に注目を集めている「臨床推論のススメ方：全国 GIM カンファで話題を集めた24症例（南江堂）」の中にも一部掲載されています。

しかし、運営スタッフとの話し合いの中で、若手医師や医学生における臨床推論の重要性の理解や、基本的な内容の習得が十分でない可能性が指摘されました。そこで、臨床推論の基礎から一緒に学習できる場として、鋪野紀好著『内科初診外来たぐいま診断中』（中外医学社）の輪読会形式に変更しました。

2024年2月26日に行った第19回の勉強会には1人、3月9日の第20回には4人、5月20日の第21回には3人、そして7月29日の第22回には途中参加者1人といった参加状況でした。オンライン開催に移行したことで、参加者にとっては手軽に参加できる一方で、キャンセルも容易となり、当日には予定参加者全員が揃わないことが頻繁に発生しています。それでも、全国の医学生や若手医師の間で臨床推論を学びたいという意欲が強い方々が一定数いることが確認でき、新たな可能性を感じております。

今後の運営に関しては、課題が多く、スタッフ一同で試行錯誤を続けておりますが、良陵協議会の協賛を得ながら、さらなる発展を目指して引き続き活動を続けてまいります。

## 第30回、第31回臨床研修指導医講習会報告



NPO 法人良陵協議会 理事・事務局長 江川 新一  
東北大学 災害医療国際協力学 教授

令和6(2024)年2月10、11日に第30回、9月14、15日に第31回の臨床研修指導医講習会が開催されました。第31回までで1234名の指導医を養成しました。

	第30回(2024年2月10日-11日)	第31回(2024年9月14日-15日)
開催方法	オンライン (Zoom)	オンライン (Zoom)
参加者	32名(欠席0名)	32名(欠席0名)
申込受付	抽選制	抽選制

震災から13年半を経て、復興に不可欠な地域医療に取り組む各地の良陵協議会加盟病院の指導医の皆様から心から敬意を表するものです。2019年末から始まった新型コロナウイルスのパンデミックをきっかけとして完全オンラインで実施されるようになった指導医講習会も定着し、むしろオンラインの便利さとメリットを最大限に生かしております。指導医講習会のプログラムは開催の2か月以上前までに厚生労働省にプログラム、タスク名簿を申請し、承認を受けなくてはなりません。タスクになることができるのは、『講習会世話人は、「医学教育者のためのワークショップ」、「臨床研修指導医養成講習会」若しくは本指針にのっとって実施された指導医講習会を修了した者又はこれと同等以上の能力を有する者であること』と開催指針に定められており、講習会の参加履歴と指導医資格を有していることを経歴書として提出することが要求されます。良陵協議会の指導医講習会を修了した方はもちろんこれに該当します。

臨床研修指導医講習会はスモールグループに分かれて共同作業をするグループワークで、プロダクトとしてのPowerPointファイルやWordファイルを作成しなければならず、ウェブ会議で行うためにはブレイクアウト機能や投票機能などの機能追加と、共同で作業を進めることができるオンラインのファイル共有機能が必要です。同時に厚生労働省からは、各グループの人数は6-8名にしてグループワークを活性化することが求められますので、最大参加人数を32名として実施されています。医学教育推進センター、スキルズラボから手厚い支援も得ることができ、完全オンライン講習会として厚生労働省に認定していただいています。

良陵協議会の指導医講習会は必要とされる総研修時間数を満たしながら、宿泊せずとも2日目の17時には終了する大変参加しやすい講習会です。いずれの回も募集開始後すぐに応募で埋まってしまう、指導医認定に対する需要の高さを物語っています。加盟病院の間で不公平がなるべく生じ

ないように、1病院あたりの参加人数を最低1名は確保できるように配慮しております。

タスクフォースには大変実力があり心強いメンバーが揃っています。完全オンラインですので、タスクフォースも受講者もそれぞれの家などからアクセスして、リアルタイムでのグループワークやプロダクト作成、全体討議でのプレゼンテーション、投票機能を用いプロダクト評価とまとめの質問、GoogleFormを用いた講習会評価アンケートを実施することで、ほぼ目的の講習会内容を達成することができます。対面式の第22回まで実施されていたスキルズラボを用いてのシミュレーション教育の実体験はできませんでしたが、CVカテーテルの挿入手技教育と医療安全をテーマとした新たな形で、グループワークと侵襲的な手技の学習方略計画作成を体験してもらっています。

指導医講習会は基本的に毎年度9月の第2週の土日、2月の第2週の土日に固定して開催する予定としています。完全オンラインになったことで、参加者の評価もすべてデジタルで行われ、集計作業も楽になります。参加者は講師のスライドもよく見え、あまり眠たくなることなく参加できていたように思われます。一方で、質問があまり出ないこともあります。質問者と回答者の距離感むしろ縮まったようにも見えます。以上のメリットのほかに会場までの交通や施設利用上の制約からは解放されます。

次回以降の指導医講習会についても、新型コロナウイルスの流行状況にもよりますが、メリットとデメリットを見極めながら、開催方針を決定していきたいと思っております。

## 【1日目】

オンラインでの受講者がいる画面のキャプチャをグループごとに厚生労働省に提出する集合写真として撮影しました。参加者のマイクやカメラの不具合にも丁寧に対応することができたのは、教育推進センターの多大な支援のおかげです。

アイスブレイクで、『あなたが研修医に望むもの』というテーマで、自己紹介をしていただき、同時にウェブ上での作業についても慣れていただく時間になります。タスクの巧みな誘導も効果的でした。

つづいてグループワーク1としてグループワークの進め方を学びます。ミニレクチャーに続いて、ブレイクアウトルーム（分科会）に分かれて、オンラインで共有したPowerPointファイルでKJ法とプロダクト作成を実現することができ、各グループは慣れないながらも、『よい研修病院とは何か』について話し合い、プロダクトを仕上げていました。ワークショップとは商品を作って売るところというところに語源を發しており、議長、書記、コンピュータファイル作成者、発表者などの役割を決めて、グループの作業がみんなで分担されるように作業をすることが大切です。グループワークが終わると、プレナリー（全体討論会）に移ってグループごとに発表が行われます。各グループの発表のあとに、プロダクトに対してZoomの投票機能を用いて評価が匿名で行われます。全グループの発表が終わったあとには、まとめの講義があり、グループで作業することの効果学びます。

ワールドカフェでは「知識や知恵は、機能的な会議室の中で生まれるのではなく、人々がオープンに会話をし、自由にネットワークを築くことのできる『カフェ』のような空間でこそ創発される」という考え方に基づいた話し合いがなされます。カフェのマスターも構成員も最初のグループ

分けとは異なるメンバーで固定したままで、2つのテーマについて話し合ってもらいました。最初のテーマは、『一人前の医師とはどのような医師か』というテーマについて10分ほど話し合ったあとに、つぎのテーマ『2年間で研修医をどのような医師に育てるか』について10分ほど話し合っただけ、自由なアイデアを共有する形式です。①目的と広範な要件を明確にする。②もてなしの空間を創造する。③大切な質問を探求する。④全員の貢献を促す。⑤多様な視点を他花受粉させて、つなげる。⑥パターン、洞察、より深い質問に共に耳を傾ける。⑦集合的発見を収穫し共有する。などが、マスターがうまくカフェを盛り上げるコツになります。一人前の医師をアウトカムとするならば、それを見据えて2年間で研修医をどのように育てるかも中間のアウトカム（マイルストーン）ということになります。アウトカム基盤型のカリキュラムを考えるのに、ちょうどいいワークショップの手法になります。2つのセッションのあとには、プレナリーセッションでマスターにプロダクト（話し合われた内容をPowerPointにまとめたもの）の提示をしていただきました。医師の生涯のゴール、指導医、専門医、あるいは研修修了のどのレベルをもって一人前とするのか、言葉の定義は逆に決められないのですが、受講者の考えを垣間見ることができます。

セッション1 「一人前の医師とはどのような医師か」	セッション2 「2年間で初期研修医をどのような医師に育てるか」 (将来一人前の医師となるために)
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 価値観は違う、一概には言えないが専門としての知識を身に着ける。</li> <li>● 責任感を持って仕事に取り組める。</li> <li>● 患者のデメリットにならないようにするためには自身の力量を把握できている。</li> <li>● 分からないことを分からないと把握する、その上で調べて実践できるようにする。</li> <li>● 一通りの検査、診断、方針が決められること。</li> <li>● 病気だけではなく患者の気持ちや希望、家族の気持ちなどもフォロー、寄り添えることが重要。</li> <li>● 患者と柔軟に会話、対応をしていく。</li> <li>● 正解が分からなかったとしても、間違いはないように。</li> <li>● 分からないことは自分で勉強、その上で指導を行えること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 報・連・相ができること。</li> <li>● 社会人として挨拶、礼節が保たれること。</li> <li>● 自身でアセスメントを行ったうえでの相談ができるように。</li> <li>● 患者自身のヒストリー、精神面まで汲めるようになること。</li> <li>● 慣れてきても仕事を必要以上に手抜きしない。</li> <li>● 不安な患者さんに安心感を与えられるような医師になる。</li> <li>● 知識・技術面などもしっかりと。</li> <li>● 医師の独りよがり治療方針を決めるのは良くない。</li> <li>● 限られた2年間、周りに助けを求める。</li> </ul>

ランチョンセミナーでは、現在の初期研修制度の抱える問題点、国の指針などについて厚生労働省医政局医事課からのビデオプレゼンテーションがありました。2020年度から外科、産科、小児科がふたたび必修化されるとともに、研修の中断や休止などがより柔軟に考慮されることになりました。専門医制度がスタートし、卒前教育と専門医教育の中間に位置する初期研修医制度がシームレスにつながるよう、関係する実施団体（文科省と厚労省、卒前教育機関）どうしが連携し、改訂時期も同時に行われるなどの改革がなされました。

現在の初期臨床研修制度の大きな柱はアウトカム基盤型研修カリキュラムです。初期臨床研修を修了することで、カリキュラムをまじめにきちんとこなせば必ず到達できるレベル（研修修了時レベル）を設定し、運転免許と同様、かならずそのレベルに到達させることが研修病院・指導医の責務ということになります。評価方法も標準化され、何を教えたかではなく、何ができるようになったのかを評価します。5年ごとに国全体の初期研修制度、専門医制度の見直しが行われる予定となっているため、わが国全体の情報をとらえることは研修医を指導するうえで不可欠なことです。

パネルディスカッションでは、大学病院や加盟病院の初期研修医3名にパネリストとして参加していただき、①今までの研修を振り返ってみて、自分はどう成長したか？ ②現在の研修制度に関して思うことは？というプレゼンテーションに基づいて活発な論議がなされます。研修医と指導医が直接指導方法について討論する機会は貴重なものであり、研修医の意見、指導医の意見がそれぞれ活発に出されたパネルディスカッションになります。指導医も新臨床研修制度にもとづいて研修を受けた世代が多くなってきており、新しい世代の研修医と新しい世代の指導医が、どう学び、ともに歩むためにはどうしたらよいかを討論するよい場所です。

2020年度からの改訂に対応するため、グループワーク2では、アウトカム基盤型のカリキュラムプランニングを行いました。制度改定の大きな特徴として、アウトカム（到達目標）と、評価基準が国によって規定され、研修医修了レベルに到達していることを研修病院が保証しなくてはならないようになったことがあげられます。これは、運転免許と同じように、

- A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナルリズム）
- B. 資質・能力（コンピテンシー）
- C. 基本的診療業務

が、研修医修了時に達成すべきレベルに到達していることを保証するというものです。おそらく、大部分の研修医は問題なくクリアするものと思われそうですが、指導医の側は、それを日常の on the job training（OJT）、Off the job training の場で形成的に評価し、フィードバックすることで研修医がすべてのコンピテンシーで研修修了時のレベルとなるようにしなくてはなりません。タスク自身も学びながら受講者の支援を行い、新しい制度のもとで研修医・指導医の不安が解消されるようにしていきたいと考えています。厚生労働省が提示するコンピテンシー領域の教育目標を2年目研修医の修了が近くなってきた時期を目安に、ローテートしている診療科にあてはめて、より具体的に方略や評価、Entrustable Professional Activities（EPA）『信頼して任せられる活動（基本的診療業務に相当）』にまで落とし込んでいく作業が行われました。

グループワーク3は、教育指導法として2年間の初期研修で最も大きな時間を占める On the Job Training（OJT）について、これまでは経験的に行われてきた指導法を、指導医役・研修医役のそれぞれになっていただき各グループの中でロールプレイをすることで、研修医の気持ちを実感し、指導法のかかえる課題、解決するために必要なスキルは何かをプロダクトとして抽出していただきま



す。プレナリーでも寸劇として熱演してもらいます。いろいろなタイプの研修医にどのように対応すべきかを研修医自身に主体性を持たせるための工夫を織り込んだプロダクトはいずれも現場に即しており、スキルを活用することで指導医と研修医間のコミュニケーションが格段に向上します。第30回、31回ともに、現実の研修医—指導医関係に即したシナリオが作成されました。個人の同定につながるような記述や、セクシャルハラスメント、パワーハラスメント、アカデミックハラスメントにならないように気を付けてプロダクトを作成してもらいます。どのように教えるか(学んでもらうか)は世代を超えて共通の課題であり、受講者も成人教育のあり方について理解を深め、明日からの実践に使える技能が身に付きます。

長い1日目の終わりにはまとめの問題を Zoom 上の投票で回答していただき、1日目で学んだことを振り返ります。学習のプロセスを学ぶのが指導医講習会ですので、講習会そのものの評価も大変大切なフィードバックになります。ワールドカフェで「一人前の医師とはなにか」について考えていただきましたが、実際に『自分は一人前の医師か?』というアンケートに対しては卒後7年目以降であるはずの指導医講習会参加者においても、最も多い回答は、「まだまだ自分は一人前ではない」という回答であり、参加者が自己評価としてどのように自分の位置(マイルストーン)を考えているかがうかがわれました。ワールドカフェでも一人前をどのように定義するか、また、誰にとっての一人前なのか、は多いに議論されました。指導医も研修医も安心して自分の立ち位置を「成長している」、「一人前になっている」、「まだまだ成長できる」というように自覚できることが大切です。

指導医講習会に参加するエフォートを公式なものとして認めてもらっている病院や、参加費は病院や医局が支出してくれる病院も多くあります。教育をすることを大切な業務として認めてもらうことが大切です。

## 【2日目】

2日目は、簡単な昨日の振り返りののち、シミュレーションを用いた教育についてのミニレクチャーが行われます。学習の方略のひとつとしてシミュレータは大変重要な役割を果たします。完全オンラインとなってからは、医療安全にも大きな影響を与える侵襲的な手技をどうやって安全・安心に学習してもらうか、チームの一員として研修医を育て医療安全を達成するという点に焦点をあてたグループワークとなりました。

第30、31回では2年目の後半までに研修医が独り立ちしてCVカテーテルを挿入できるようになるまでの具体的な目標と、学習方法、評価のしかたについてカリキュラムを立案してもらいます。受講者は、普段行っている手技の教育や医療安全に配慮したカリキュラム立案なのでやりやすかったようです。まとめのレクチャーでは、医療事故というひとつの事象(sharp end)の裏に、組織体制や病院の文化など(blunt end)が隠れていることが示され、患者安全と、研修医も指導医も病院も守るための体制改善も必要なことが示されました。長陵協議会が新たに企画し、すでにトライアルコースでプロバイダを育成しはじめているCVC共通ライセンス化事業の紹介もなされました。

グループワーク5では、学習したことに対する評価がテーマです。2020年度からの制度改定に合わせて、評価の考え方にも変化があります。形成的評価によるフィードバックが大切であることと、プロフェッショナリズムやコンピテンシーという一見抽象的な概念が、実は測定可能であり、それを「ざっくりと」しかし、「しっかりと」測定して達成度を評価するかという作業が求められます。2020年度からは、厚生労働省が作成した評価表にもとづいた評価がEPOC2あるいは紙ベースでなされることになりました。グループワーク2で作成したEPA（基本的診療業務）と関連するコンピテンシー（具体的で測定可能な能力・資質）の目標設定に対して、グループワーク5でより具体的な評価の項目を作成します。評価票には修了要件であるレベル3（初期臨床研修修了時レベル）を満たしている必要があります。一人一人の研修医がどのようなことが実現できているから修了要件を満たしていると考えるかの背景について学びます。

グループワーク6では、研修医の精神的管理についてミニレクチャーののち、研修医がかかえやすい問題について、それぞれどのような解決方法があるか、研修医側からみたらどのような意見があるのか、をプロダクトとしました。忙しい業務が問題を引き起こすことも多いので、つい労働時間の短縮や、休ませること、精神科にコンサルトすることを掲げがちですが、Microteaching やコーチングといったスキルとして活用することを主眼としたプロダクトが求められます。研修医も指導医も時代とともに変わっています。具体的な事例をかかえている指導医もいて、明日からの研修医指導に役立てられそうです。まとめの講義では、ストレスや仕事のやりがいを規定する因子についても紹介がありました。研修医と対立するのではなく、ともに同じ方向を向いて問題解決にあたるのが成功のカギです。

2日目の17時には振り返りとアンケートに対する回答をもって講習がすべて終了し、参加者は最後まで参加したことへの疲れと喜びの表情で記念撮影されます。完全オンラインとなってからは、修了証書は東北大学医学系研究科のFD修了証書とともに郵送されることとなり、一生有効な資格となります。よくお問合せいただきますが、再発行はできませんので、なくさないようご注意ください。

今回の講習会は2025年2月9日です。開催責任者を医学教育推進センターの田中淳一教授にお願いし、講習会前の事前学習と、当日のグループワークを組み合わせると16時間の研修時間を担保する方法になる予定です。

長陵協議会の指導医講習会は手作り感あふれる講習会で、タスクフォースも常に入れ替わっています。学習の主役は学習者で、指導者は学習を手助けするにすぎません。しかし学習は、教えることによってもっとも学習者の中に残るそうです。研修医を指導することがあなた自身および上級医・指導医を成長させるのです。長陵協議会では広くタスクフォースも募集しております。たくましく成長した学習者（研修医）は、医療をともに支える仲間であり、次のよい学習支援者（指導医）になることでしょう。教育するという考えから学習を支援するという考えに変え、臨床研修指導を苦痛から喜びに変えてみませんか。

# 合同病院説明会について

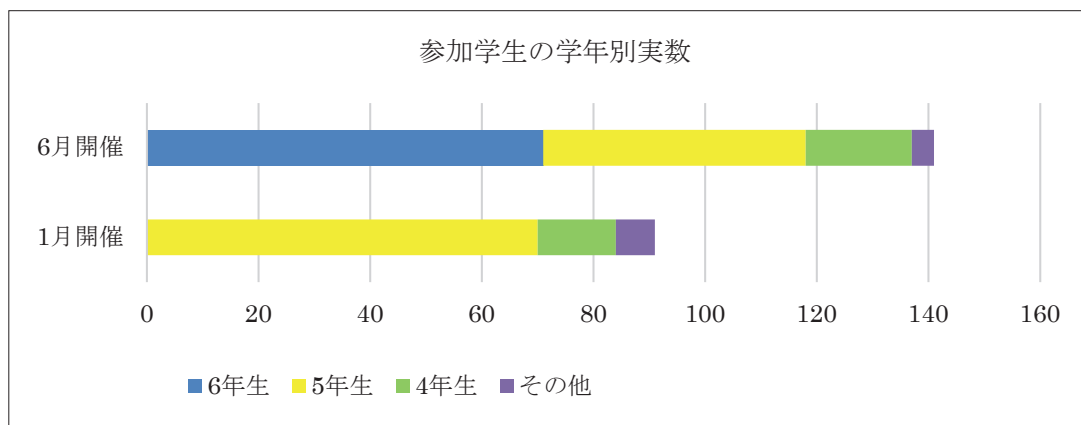


NPO 法人良陵協議会 理事・事務局長 江川 新一  
 東北大学 災害医療国際協力学 教授

令和6年度の合同病院説明会は新型コロナウイルスのパンデミックがあげ、ひきつづき対面式で開催されています。

日 程	2024年1月19日(金) 17時～19時	2024年6月7日(金) 17時～19時
場 所	東北大学医学部・良陵会館(対面式)	東北大学医学部・良陵会館(対面式)
参加病院	37病院+厚労省(医系技官)	38病院+厚労省(医系技官)
参加学生	92名	141名
学年別	5年生70名/4年生14名 3～1年生7名/その他1名	6年生71名/5年生47名 4年生19名/3～1年生4名
大学別	東北大学医学部91名/保健学科1名	東北大学134名/東北医科薬科大学6名 東海大学1名

参加してくれた学生の学年(開催時現在)別割合を図に示します。



1月の病院説明会は、4年生、5年生が中心となり、6年生になる前に初期研修の情報を得たい時期だと思われます。対面式での開催したことにより、多くの学生参加が得られました。

6月の対面式説明会では6年生は初期研修先を、5年生は病院見学先を確定するための情報を得る

ことが多いように思われます。会場には熱気があふれ、大変有意義な説明会になりました。年齢の近い研修医から直接話を聞く大変よい機会ですし、病院側にとっても、新しい研修医を迎えることで、新陳代謝が図られます。

また、厚生労働省に在籍する東北大学OBのご厚意により、医系技官に関する説明ブースも設けられています。卒業後すぐに医系技官になることはできず、初期臨床研修は必須ですが、わが国の保健医療・公衆衛生行政において不可欠の存在です。在学生のみならず、在学生を勧誘にきた研修医にとっても地域医療の抱えるさまざまな課題について違う視点から解決できる可能性があり、ひきつづいて説明ブースを設置していく所存です。



次の開催は2025年1月24日(金)に良陵会館での対面式開催を予定しています。

病院説明会は良陵協議会にとっても、大切な事業のひとつであり、東北地方に若手医師を増やすための方策です。年に2回開催され、夏休み前と、春休み前に企画しております。学生さんが研修病院を選択するためのきっかけになればよいと考えておりますが、その存在意義はいかがでしょうか。東京や大阪、福岡などでは、商業ベースの病院説明会が開催され、千名近くの医学生を集めて、病院側も学生側も必死に情報を得ようとしています。仙台でもレジナビ仙台が2024年7月7日に開

催されました。学生の志向は、大都市圏の有名病院に偏りがちで、そのような病院の前には長蛇の列ができる一方、閑古鳥が鳴いているブースも少なくありません。ブースをひとつ確保するために、1回の参加につき数十万円かかります。長陵協議会の病院説明会は1病院あたり3万円で済みます。

長陵協議会は会員・加盟病院を支援して東北地方の地域医療を向上させることが事業の目的で、これは長く考え続けられなくてはならないテーマです。医師が足りなければ地域の医療は崩壊してしまいます。また、地域医療なくしては地域社会も成り立ちません。加盟病院に多くの学生さんが興味をもち、行きたい病院になっていただくことができるよう、支援を進めてまいります。

今後は、東北医科薬科大学病院の学生さんもますます多く参加することが予想されます。北海道から関東にいたるまで、広い範囲に存在する長陵協議会の加盟病院は多くの魅力をもっていると思います。

病院説明会は学生に対する説明の場としてのみならず、加盟病院と長陵協議会のコミュニケーションの場でもあります。長陵協議会に対するご意見をお待ちしております。

## 編集後記

ポストコロナは、全国どこの病院も経営難である。コロナ患者受け入れのための空床確保補助金などが無くなったことに加えて、患者の受療行動として病院にかからなくなったことも大きい。某県知事によると、県民の健康リテラシーが向上したと解釈しているとのこと。確かに安易な救急病院のコンビニ受診は減っている。人口減少と患者の受診動向が相まって病院の収益は厳しい状況となる。医療ニーズが減っているためにマスクされているが、実は地方の医師不足、医療関係人材不足は確実に進行している。日本病院会の相澤会長は、これからの病院経営は撤退戦だと言い切る。しかしこれが一番難しいとも。関係各位が大いなる覚悟で変革を実行し、病院の在り方を前のめりに改革していかなければ立ち行かなくなる。国もこれを見据えて様々な施策を発出し、医療の集約化、医療 DX や持続可能な医療のための医師の働き方改革、地域医療構想における機能分化と連携強化などもこの類である。

一連の社会課題の中で、良陵協議会、あるいは東北大学では、若手医師の診療能力を高める様々な研修会などの取り組みが為されている寄稿は頼もしく誇らしい。優秀な人材を生み出すことは、なによりも大事な医療体制構築の起点であるから。特にその東北の地でもリーダー格の医師を育成し世に送り出すのは、どこよりも東北大学の使命と感じる日々である。国際卓越研究大学になることを背景に、臨床医学、基礎医学だけでなく足下には社会医学としても科学的なアプローチで解決すべき課題も多い大学である。華々しさには欠けるがこちらにも本学の研究成果を期待している。

NPO 法人良陵協議会 理事 宮田 剛  
(岩手県立中央病院 病院長)

### 「けやき」表紙写真によせて

表紙写真

#### ローマの休日

スペイン広場 (Piazza di Spagna) は、イタリア、ローマの中心街にある広場。間近にあるスペイン大使館にちなんで命名された。広場の中央には、ジャン・ロレンツォ・ベルニーニ作「バルカッチャの噴水 (舟の噴水)」がある。東には大階段があり、これは通称「スペイン階段」と呼ばれる「トリニタ・デイ・モンティ階段」である。設計はフランチェスコ・ディ・サンクティスによるもので、1725年に完成した。映画『ローマの休日』で、オードリー・ヘプバーン扮する王女がジェラトを食べたシーンでもおなじみの場所である。当初、フランスの外交官の寄付によって造られたものの、スペイン広場にあるためこの名で呼ばれている。現在は保全のため広場での飲食や階段での座り込みが法令で禁止され、『ローマの休日』のシーンのようにジェラトを食べたり座ったりすることは、残念ながらできない。

裏表紙写真

#### 昼のスペイン広場

#### 見下ろした夜のスペイン広場

ローマにて

石巻市立病院 副病院長 福山 尚治

